

DOSYA/DERLEME**JAPONYA SAĞLIK SİSTEMİ'NDE DEĞİŞİM**

Kayıhan PALA*

Giriş

Bilindiği gibi, Japonya sağlık sistemine ilişkin iki değerlendirme Toplum ve Hekim Dergisinin 1995 yılında yayınladığı "Sağlık Sistemleri" dosyasında yer almıştı (Kalaça, 1995; Dirican, 1995). Bu yazıda Japonya sağlık sistemi ana hatlarıyla ele alınırken, daha çok 1995 sonrasında gözlenen değişikliklere odaklanmaya çalışılacaktır. Japonya sağlık sistemi hakkında daha ayrıntılı bilgi sahibi olmak isteyen okurun daha önce yayınlanan her iki yazıyı da okuması uygun olacaktır.

Siyasal yapı

Japonya, hükümetin temelini parlamentodan aldığı (Parlamento "Diet" olarak adlandırılmaktadır) ve "Anayasal monarşi" olarak adlandırılan bir sistemle yönetilmektedir. Yönetim erki on yedi bakan ve başbakanın oluştuğu kabinededir. II. Dünya Savaşı sonrasında oluşturulan yeni anayasada imparatorun politik sistem içindeki yeri yeniden tanımlanarak, yetkileri büyük ölçüde sınırlandırılmış ve simgesel bir özellik kazanması sağlanmıştır (MHLW, 2006).

Japon siyasi sistemi üç ayrı seçim sistemi üzerine kuruludur. Her dört yılda bir yapılan Temsilciler Meclisi seçimleri, her üç yılda bir yapılan ve Senato üyelerinin yarısının yenilendiği Senato seçimleri ve dört yılda bir yapılan yerel seçimler. Seçimler her idari bölgede Merkezi Seçim Komitesince yapılmaktadır. Oy kullanma yaşı cinsiyet farklılığı olmaksızın 20'dir. Bir seçim bölgesinde oy kullanabilmek için ilgili bölgede en az üç ay oturma zorunluluğu vardır. Seçilme yaşı Temsilciler Meclisi ve yerel yönetimlerde 25, Senatoda ise otuzdur. 2004'te parlamentoda kadınların oranı %7'dir.

Japonya, başkent Tokyo da dahil olmak üzere 47 eyalete ayrılmıştır. Japonya'da eyaletler, şehirler, kasabalar ve köyleri kapsayan yaklaşık 3.000 yerel yönetim bulunmaktadır. Eyalet valileri ile şehir, kasaba ve köy belediye başkanları, yerel meclislerin üyeleri gibi, ilgili bölgeye kayıtlı seçmenler tarafından seçilir.

İkinci Dünya Savaşı Japonya'nın Hiroşima ve Nagazaki şehirlerine atılan birer atom bombasıyla sona ermiştir. Japonya, atom bombasının atıldığı, nükleer silahın etkilerini birebir yaşayan tek ülkedir. Bu durum, ülkenin ulusal güvenlik politikasını biçimlendiren en önemli unsurdur. Anayasa'ya da damgasını vuran bu tarihi olgu doğrultusunda Japonya komşularına hiçbir zaman tehdit unsuru olamayacak, ancak etkin bir savunmayı da sağlayacak bir askeri güç oluşturma politikası güdelemiştir. Öte yandan, nükleer silaha sahip olmamak, bunları üretmemek ve bunların ülkeye girişine izin vermemek biçiminde özetlenen üç nükleer ilke, Japon ulusal güvenlik politikasının temel taşlarını oluşturur (TJV, 2006).

2003'te ABD öncülüğündeki işgal ardından Irak'ta görev yapmak üzere Japon askerlerinin gönderilmesi ve bir ordu düzeni kurulması kararları ülkenin "barışçı" anayasasının ihlali olarak değerlendirildiğinden, tartışma yaratmaktadır (BBC, 2006)

Siyasi Partiler

Japonya'nın ilk siyasi partisi Aikoku Koto (Yurtsever Partisi) 1874'de kurulmuş ve hemen ardından hükümetten temsili yasamanın kabul edilmesi talebinde bulunmuştur. Ülkede ilk genel seçimler 1 Temmuz 1890'da yapılmış ve parlamento ilk toplantısını aynı yıl 29 Kasım'da yapmıştır. Japonya'da kurulmuş olan bu parlamento Asya'nın ilk ulusal yasama organıdır. Sonraki yıllarda siyasi

*Doç. Dr.; Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD

partilerin içişlerindeki rolü artmıştır; ancak, II. Dünya Savaşı'nı hazırlayan dönemde milliyetçiliğin tırmanışı partilerin etkisinin azalmasına ve nihayet geçici olarak kapatılmalarına neden olmuştur (TJV, 2006).

Günümüzde Japonya'daki en büyük 6 siyasi parti şunlardır: Liberal Demokratik Parti (LDP), Japonya Sosyalist Partisi, Komeito, Demokratik Sosyalist Parti, Japonya Komünist Partisi ve Birleşmiş Sosyal Demokratik Parti.

Japonya'nın en büyük tutucu grubu olan iktidardaki Liberal Demokratik Parti, II. Dünya Savaşı'ndan sonra 1955'de iki tutucu partinin birleşmesiyle kuruldu. 1955 yılından (1990'ların başında mecliste çoğunluğu yitirmesine karşın) günümüze kadar politik sistem Liberal Demokrat Parti tarafından şekillendirilmiştir.

Japonya Sosyalist Partisi, ilk olarak, savaş öncesinde farklı emekçi partilerin birleşmesi ile Kasım 1945'de kurulmuştur. 1951'de sol ve sağ kanatlara ayrıldıktan sonra, Ekim 1955'de ikinci bir birleşme olmuştur. Amacı mevcut Anayasa'yı desteklemenin yanı sıra "barışçı ve demokratik devrim" vasıtasıyla sosyalizmin gerçekleştirilmesidir. Temmuz 1986'da Doi Takako JSP'nin başkanlığına seçilmiş ve böylece Japonya'da başlıca siyasi partilerden birinin başına getirilen ilk kadın olmuştur.

Komeito (Temiz Hükümet Partisi), Budizm'in Nichiren Shoshu mezhebinin bir uzantısı olan Soka Gakkai'in siyasi kolu olarak Kasım 1964'de kurulmuştur. Ocak 1967'de katıldığı ilk genel seçimlerde, 25 üyesinin Temsilciler Meclisi'ne seçilmesi başarısını göstermiştir. Komeito, bundan böyle dinden bağımsız olduğunu ilan etmiştir, "insancıl sosyalizm" kavramına dayalı refah bir toplum yaratmak hedefleri arasındadır.

Demokratik Sosyalist Parti, Ocak 1960'da bir yıl önce JSP'den kopan bir grup tarafından kuruldu. Demokratik yöntemlerle sosyalist toplumun yaratılmasına kendini adayan partinin programı uyarınca "solda ve sağda kapitalist ve totaliter rejime karşı koymak" için çaba harcayan DSP, bir sınıf partisi değil, "çeşitli toplumsal gruplar arasında menfaat farklılığını ve aynı zamanda ortak ulusal menfaatlerin varlığını kabul eden popüler" bir partidir.

Japonya Komünist Partisi, Temmuz 1922'de siyasi yeraltı cemiyeti olarak kuruldu. II. Dünya Savaşı'ndan sonra resmi bir parti olarak ortaya çıktı. Parti, "halkın demokratik devrimi ve sonraki sosyalist devrim" yoluyla Japonya'da komünist topluma geçilmesini amaçlar. Birleşmiş Sosyal Demokrat Parti, Sosyalist Parti'den önceki yıl çekilen üç parlamento üyesi ve Sosyalist Vatandaşlar İttifakı'nın üç parlamento üyesinden oluşan iki küçük politik grubun birleşmesiyle Mart 1978'de resmen kuruldu. Amacı "yeni ve liberal sosyalizm"i gerçekleştirmek olarak açıklanmaktadır.

Sosyalist Parti yarım yüzyıl boyunca Takımadaların ikinci siyasal gücü olarak, Liberal Demokrat Parti'ye tek

"karşı-ağırlığı" oluşturmuştu. 1990'da bile oyların dörtte birini toplayarak 136 milletvekiliği kazanmıştı. 1996'daki yasama organı seçimlerinde oylarını yüzde 5 artırarak yüzde 13'e ulaşan Komünistler, Avrupa'daki muadilleri bozguna uğrarken sağlıklı bir görünüm içindeydiler. Aralarında çok ünlü "hayat boyu istihdamın" da yer aldığı sosyal uzlaşma ilkeleri, Japon toplumunu dinamizmine halel getirmeden yeryüzünün en eşit olanlarından biri yaptıysa, buraya on beş yıl süren çetin sendika mücadeleleri sonucu varıldı. Sosyalist ve komünist militanlar pirinç tarlalarında, fabrikalarda ve sokakta ilk sıradaydılar. Bazıları oralarda hayatını kaybetti. Yüzbinlercesi de "hayat boyu istihdamın" ebediyen dışında tutularak bu cüretlerini ödediler. Sol, 1970'li yıllarda da, sosyal güvenliğin yaygınlaştırılmasını ve endüstriyel kalkınmanın son noktasına vardığı çevre kirliliğine karşı en kararlı önlemlerin alınmasını sağladı. 1967-1979 arası bir Sosyalist tarafından yönetilen Tokyo'da, Osaka'da ve büyük şehirlerde Sosyalist-Komünist Cephesi mensubu valiler bu yönde örnek önlemler aldılar. LDP de onları yaimaya mecbur kaldı. 1994'de değiştirilen oy sistemi geniş ölçüde "tek bölge, tek aday, tek tur" ilkesiyle "siyasi pazarı" akışkan hâle getirdi. Sosyalist Parti 1996'da içinden çatladı. Japon siyaset sahnesi artık Amerikanlaşmış durumda. İki parti hâkim. LDP Cumhuriyetçilere, Demokrat Parti de Demokratlara benziyor. Ancak Japonların yüzde 40'ı da sandık başına gitmiyor. Konfüçyüs'ün, samurayların, Japon solunun "ışıldayan günler" hayallerinin yerini Başbakan Koizumi'nin gölge oyunları almış durumda (Aşkın, 2003).

Koizumi'nin lideri olduğu Liberal Demokrat Parti, 2005 Eylül ayında düzenlenen erken genel seçimi açık farkla kazandı. Koizumi, ülkedeki en büyük yapılanma olan posta teşkilatını özelleştirme planlarına muhalefet nedeniyle erken seçim kararı almıştı. Seçimin ardından, Başbakanın bankacılık ve finans sektöründe reform planlarının kalbi olarak nitelediği posta idaresinin özelleştirilmesi planı da parlamentodan onay aldı (BBC, 2006).

Nüfus

Ekim 2004'te yapılan nüfus sayımına göre, Japonya'nın nüfusu yaklaşık 128 milyon olarak tahmin edilmektedir. Japonya dünya nüfusunun (6,15 milyar kişi) yaklaşık %2,1'ini oluşturmaktadır. 2001'de Japonya dünyanın nüfusu en fazla 9.ülkesi iken; yapılan nüfus tahminleri 2100 yılında nüfusun 1930'daki düzeyi olan 64 milyona düşeceğini öngörmektedir. Yaşlı nüfusun (65+) oranı %19'dur (JPHA, 2005).

Eğitim ve din

Japonya'da 6 yaşından 15 yaşına kadar süren ilk ve orta okula gitmek zorunludur. Erişkinlerde okuma yazma oranı %99'dur. Orta okuldan sonra liseye devam etme oranı %95, liseden sonra çeşitli yüksek okullar ya da üniversiteye devam etme oranı ise %30'dur. Japonya'da temel olarak iki din ön plana çıkmaktadır; Şintoizm ve Budizm. Japonlar genel olarak her iki dinin törenlerine de katılırlar. Japonya'da toplumun %1'inden az olmak üzere hristiyanlar da bulunmaktadır (WHO, 2005).

Ekonomi

1960'lı yıllara kadar Japonya, sanayisi daha çok tapon ve düşük maliyetli ürünlerde yoğunlaşmış yoksul bir ülke olarak resmediliyordu. 1962'de ABD'li bir bilim adamı grubu, Japonya'yla Türkiye'nin – dünya ölçeğinde ortalarında yer alan bu iki sanayileşmekte olan ülkenin – hangisi "modernleşmede" daha başarılı olacak sorusunun yanıtını arayan karşılaştırmalı bir çözümlemesini yayımlıyordu. 1970'li yıllarda Japonya birden bire, dünya sahnesinde Batı Avrupa ve ABD düzeyine, dünya ekonomik etkinliğinin merkezi konumlarından birine terfi ediverdi. Bir zenginler kulübü olarak G-7 kurulduğunda, kimse Japonya'nın en önemli üyelerden biri olacağı konusunda en ufak kuşku duymadı. Reagan döneminde ABD borçları trilyonları bulduğunda, bu borçlanmayı mümkün kılan şey Japonların parası oldu. 1991'de ABD, dört ülkenin yardımı olmasaydı Körfez Savaşı masraflarını karşılayamayacaktı ve bu dört ülkeden biri Japonya'ydı (Wallerstein, 1998).

ABD'nin Sovyetler Birliği ile Soğuk Savaş sırasında ve özellikle de Kore Savaşı öncesi ve sonrasındaki gereksinimleri, Japonların tam anlamıyla yararlandıkları bir ekonomik fırsattı. Savaş makinesinin zorla ellerinden alınması enerjilerini ekonomik alana adanmaları anlamına geldi. Ve 25 yıl içinde Japonya bir çeşit küçük yarı çevresel devlet olmaktan dünya-ekonomisinin ekonomik devlerinden, bugün "üçlü" diyebileceğimiz şeyin ayaklarından biri olmaya başladı. Ekonomik rolün dönüşümü çok hızlı, oldukça sıra dışı ve bugün artık geri çevrilmesi olanaksızdır. 1990'lardaki tüm ekonomik güçlükler Japonya'nın kapitalist dünya-ekonomideki kapital birikiminin ana merkezlerinden birisi olma durumunu aslında hiç de değiştirmemiştir (Wallerstein, 2002).

Japonya'nın 20.yüzyılın ikinci yarısında gerçekleştirdiği ekonomik atılımlar, dünya genelinde "mucize" olarak nitelendi. Ancak savaş sonrası dönemde otomotiv, elektrikli eşya ve elektronik sektörlerinin desteğiyle sağlanan hızlı büyüme 1990'larda hız kesti. Son yıllarda ülkeye 1997'de had safhaya ulaşan bir durgunluk egemen oldu. Ülke yönetiminin düşük talep, deflasyon, iflaslar ve bankacılık sektörünün karşılaştığı karşılıksız krediler sorununa çözüm getirmesi beklenmektedir (BBC, 2006).

Japonya, Gayrisafi yurt içi hasılaya göre ABD'den sonra dünyadaki ikinci büyük ekonomiye sahiptir. 2004'te ABD ve Japonya dünyadaki GDP'nin %40,6'sını oluşturuorlardı. Japonya'da GDP kişi başına 2003'te 33. 727 ABD dolarıdır. Japonya ekonomisinin gelişmesinde en büyük pay, 1955'ten 1960'ların sonlarına kadar süren %11'ler düzeyindeki büyüme hızına bağlanmaktadır.

Dünyadaki en yüksek servet sahibi %1'in %37'sini ABD'liler oluştururken, ikinci en yüksek oran %27 ile Japonlara aittir. ABD'de 2000 yılında kişi başına düşen servet 144.000 ABD doları iken, bu tutar Japonya'da 181.000 dolardır (UNU-WIDER, 2006).

Japonya ekonomisi son on yılda dördüncü kez resesyona (ekonominin ardi ardına iki çeyrekte daralması)

girmiştir. 2004'ün son üç ayında, ülkenin gayri safi milli hasılası %0,1 azalmıştır. Bu azalmanın Asya'nın en zengin ülkesi ve dünyanın en büyük ikinci ekonomisine sahip olan Japonya'da ihracat ve tüketim harcamalarının azalmasını yansıttığı söylenmektedir. Ekonomik baskıların ülkede değişimi zorladığı söylenmekte; değişiklikler arasında çok sayıda fabrikanın kapanması ve üretim tesislerinin Asya'nın diğer ülkelerine taşınmaya başlaması gösterilmektedir (BBC, 2005).

Sosyal politika

Ülkede 1985 yılında yasalanan ve Nisan 1986'da yürürlüğe giren Japon Eşit İstihdam Fırsatı Yasası (The Japanese Equal Employment Opportunity Law) ile çalışma yaşamında kadınlara yönelik her türlü ayrımcılık yasaklanmış durumdadır. Japonya'da insani gelişme indeksi 0,949'dur ve 177 ülke arasında 7. sıradadır (UNDP, 2006).

Geleneksel Japon yaklaşımına göre, eğitimi tamamladıktan sonra bir şirkette işe başlayan kişi zorunlu emeklilik yaşına kadar (Bu tipik olarak 60 yaşdır) o şirkette istihdam edilir ve buna "yaşam boyu istihdam" adı verilir. Japon şirketleri 2000'li yılların başında "yaşam boyu istihdam" anlayışını daha fazla sürdürmek niyetinde olmadıklarını açıklamış bulunmaktadırlar. Buna gerekçe olarak rekabet baskısı ve maliyetin yüksekliliği gösterilmektedir (Yanadori, 2004).

Japonya'nın iş gelenekleri içinde yer alan ve Japon toplumu için çok önemli bir güvence sayılan yaşam boyu istihdam sistemi son birkaç yılda geçerliliğini yitirmiştir. Daha fazla işyerinin, özellikle lojistik hizmetleri geçici (part-time) işgücü ile karşılama yoluna gitmesi ve geçmişteki iş garantisinin ortadan kalkmasının, Japonya'nın geleneksel istihdam yapısını değiştirmesi beklenmektedir (TUGİAD, 2006).

Japonya'da gelir dağılımı bozulmakta, eşitsizlikler artmaktadır. Gini katsayısı 1990'da 0,3643 iken; artarak 2002'de 0,3812'ye yükselmiştir (Kajimoto,2006). İşsizlik hızı 1980-2004 arasında erkeklerde %2,0'dan %4,9'a ve kadınlarda %2,0'dan %4,4'e yükselmiştir (World Bank, 2006).

Sağlık Durumu

Japonya'da 2004 yılında doğumda yaşam beklentisi erkeklerde 79, kadınlarda 86 yıldır. Bebek ölüm hızı binde 3, beş yaşın altındaki çocuk ölüm hızı binde 4'tür (WHO, 2006).

Kanser 1981'den bu yana birinci sıradaki ölüm nedenidir. 2004'te bütün ölümlerin %31,1'inin nedeni kanserlerdir. Diğer önemli ölüm nedenleri, dolaşım sistemi hastalıkları gibi yaşam biçimiyle ilişkili rahatsızlıklar olarak açıklanmaktadır. İleri teknoloji kullanımı ve rekabete dayalı toplumsal yapının yarattığı karmaşık sosyal çevre, bütün yaş gruplarındaki bunalım düzeyini arttırmaktadır. Japonya dünyada en yüksek özkıyım (İntihar) hızının olduğu ülkelerden biridir. Ülkede 1998'ten beri her yıl yaklaşık

30.000 kişi intihar etmektedir. 2004 yılında 30.247 özkıyım olgusu kayıtlara geçmiştir (MHLW, 2006).

Ülkede aşırı çalışmaya bağlı sağlık sorunları da çalışanların sağlığı açısından üzerinde önemle durulması gereken konulardan birisidir. Ulusal istatistikler Japonya'da 2000-2004 yılları arasında 6 milyondan fazla kişinin haftada 60 saat ve üzerinde çalıştığını göstermektedir. Bu dönemde 300'den fazla olgu aşırı çalışmaya bağlı beyin ve kalp hastası olarak (Karoshi Sendromu) kabul edilmiştir (Iwasaki, 2006).

Sağlık Sistemi

II.Dünya Savaşı'nın ardından, 1947'de yalnızca kişisel hizmetleri değil ilaç, gıda güvenliği ve çevre sağlığı konularındaki düzenlemeleri içeren Halk Sağlığı Merkezi Yasası (Public Health Center Act) çıkarıldı. Yasa 1994'te Belediye Sağlık Merkezlerini de içine alarak Bölgesel Sağlık Yasası (Regional Health Act) adını aldı. Japonya'da halk sağlığı hizmetleri ağırlıklı olarak Sağlık, Sosyal Yardım ve Çalışma Bakanlığı'nın denetiminde, yerel yönetimler tarafından sağlanmaktadır (Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı 2001'de Çalışma Bakanlığı ile birleşmiştir). Halk sağlığı çalışmalarının ön cephesinde Halk Sağlığı Merkezleri bulunmaktadır. Mart 1994'te, Bölgesel Sağlık Yasası çıkarıldığında 848 olan Halk Sağlığı Merkezleri, Nisan 2004'te 571'e düşürülmüştür. Bunun temel nedeninin, daha önce bu merkezlerde yapılan işlerin bazılarının Belediye Sağlık Merkezlerine aktarılması olduğu söylenmektedir. Japonya'da Mart 2003'te 2.543 adet Belediye Sağlık Merkezi bulunmaktadır. Halk Sağlığı Merkezi ile Belediye Sağlık Merkezinin çeşitli özellikleri Tablo 1'de verilmiştir (JPHA, 2005).

Yirminci yüzyılın başında binde 150-160 gibi çok yüksek olan bebek ölüm hızının 1975'te binde 10'un ve 2000'de binde 3'ün altına çekilmesinin önde gelen nedenlerinden birinin Japonya'nın savaş sonrasında yürürlüğe koyduğu ana-çocuk sağlığı politikası olduğu

söylenmektedir. Bu politikaya göre, gebe kadınlar Belediyelere bildirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır. Halk sağlığı hemşireleri kayıt altına alınan gebelere ücretsiz olarak rehberlik ve koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır. Halk sağlığı hemşiresi tarafından sunulan rehberlik ve tıbbi bakım hizmetleri bebek doğduktan sonra da sürmektedir. Eğer bebek 2500 gram ya da daha altında doğmuşsa, ana-babalar hemen ilk girişimin başlatılması için yerel halk sağlığı merkezine yönlendirilmektedir. Yenidoğanların tümü, giderleri kamu kaynaklarından karşılanmak koşuluyla, fenilketonüri gibi doğumsal metabolik hastalıklar ve hepatit-B açısından (hepatit-B taşıyıcısı annelerden doğan bebekler) taranmaktadır. 1998'deki taramada 5.672 Kretinizm, 2.330 nöroblastoma ve 371 fenilketonüri saptanarak tedavisi başlanmıştır. Bütün çocuklara, giderleri belediyeler tarafından karşılanmak üzere biri 1,5 ve diğeri 3 yaşında olmak üzere iki kez "check-up" yaptırılmaktadır (JPHA, 2005).

Özellikle kırsal alanda görev yapan halk sağlığı hemşirelerinin toplumun gerçek sağlık gereksinimlerini saptamak, bu gereksinimleri uygun ve hızlı bir biçimde karşılaması için güvene dayalı bir ilişki kurarak sağlık hizmeti sunmak konusunda başarılı oldukları bilinmektedir (Yamashita, 2005).

Japonya'da birinci basamağa entegre ya da birinci basamağa odaklanmış bir sağlık sistemi yaklaşımı söz konusu değildir. Sevk zorunluluğu olmadığı için, her hangi bir hasta doğrudan üçüncü basamak hastanelere başvurabilmektedir. Bu durum aynı zamanda, pek çok gelişmiş ülkede gözlenen uzun bekleme listelerinin Japonya'da olmaması anlamına gelmektedir. Japonya'da hem kliniklerin, hem de hastanelerin büyük ayakta tedavi departmanları olmasına karşın, nüfusun yaşlanmasıyla da ilişkili olarak yatarak uzun süre tedavi edilen hastaların oranı dünyanın pek çok ülkesine göre çok yüksektir. Yatarak tedavi gören hastaların yaklaşık yarısı 65 yaş ya da üzerindedir ve bu hastaların üçte biri bir yıldan uzun süre yatarak tedavi görmektedir (Gauld, 2006).

Tablo 1. Japonya'da Halk Sağlığı Merkezi ile Belediye Sağlık Merkezinin çeşitli özellikleri

Özellik	Halk Sağlığı Merkezi	Belediye Sağlık Merkezi
Kişisel hizmetler	Özelleşmiş (Psikiyatri vb.) ya da odağa yönelik (TB, HIV gibi enfeksiyon hastalıkları vb.) hizmetleri içerir.	Daha genel ve topluma dayalı (Sağlıklı çocuk kliniği, bağışıklama, sağlık taraması, sakat yaşlılar vb.) hizmetleri içerir.
Mevzuat ile verilmiş görev	Sağlık kuruluşları (Hastaneler, klinikler, eczaneler) ve gıda işlemlerinin gözetim ve denetimi.	Yok.
Örgütsel yapı	Bölgesel 433 ve büyük kentlerde 138 olmak üzere toplam 571 merkez.	Kentlerde, kasabalarda ve köylerde toplam 2.543 merkez.
Yönetici	Kalifiye tıp doktoru olmak zorunda (Halk Sağlığı Uzmanları tercih ediliyor).	Koşul yok.
Çalışanlar	Sağlık çalışanlarının tümü	Ağırlıklı olarak halk sağlığı hemşiresi ve diyetisyen.

Japon sağlık sistemi hizmete hızlı erişim, sağlık hizmetini istenilen hizmet sunucusundan alabilme ve yurttaşların tedavi fırsatlarından eşit biçimde yararlanabilmesi ilkesi üzerine kurulmuş olmakla birlikte; bu ilkelerde bazı değişikliklerin yapılması yönündeki baskılar son yıllarda giderek artmaktadır. 27 Eylül 2000'de Japon Hükümeti, üç yıl içinde sağlık sigortası primlerinin iki kat artmaması halinde ülkenin sağlık bakımı sisteminin çökmenin eşiğinde olduğunu açıklamıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, ülkenin içinde bulunduğu resesyon ve hızla yaşlanan toplumun yol açtığı finansal sorunlar yüzünden gelirin azaldığını ve maliyetlerin arttığını belirterek, eyleme geçmek gerektiğini vurgulamıştır (Watts, 2000).

Japonya'da ilaç fiyatlarının yanı sıra, tıbbi işlemlerin tümünün fiyatlandırılması hükümetin denetimi altındadır. Son yıllarda, kalite güvencesi mekanizmasının yetersizliği, hastanelerdeki koşu sistemi ve hastaların kendi tıbbi kayıtlarına erişebilmek gibi haklarının yokluğu yüzünden sistem eleştirilmektedir (JPHA, 2005). Aslında bu eleştirilerin odağında bulunan kavram, Japonya'da da kendini gösteren neoliberal sağlık politikalarıdır. Öte yandan, bütçedeki kısıtlamalar nedeniyle son yıllarda yaşanan gelirlerindeki azalma yüzünden hekimler de sistemden yakınmaktadır.

Ağustos 2003'te, ülke 369 bölgeye bölünerek genel hastanelerdeki hasta yatakları denetim altına alınmıştır. Bunun en temel nedeni, Japonya'da hastanede yatma süresinin çok uzun olması nedeniyle yaşanan yatak sıkıntısı ve bu sıkıntıyı aşmak için yatarak tedavi görme sürelerinin sınırlandırılması yaklaşımıdır. Bu yaklaşımla 1990'da 10.096 olan hastane sayısı 2003'te 9.122'ye ve

1,95 milyon olan hasta yatağı sayısı da 1,84 milyona düşürülmüştür.

Japonya'da hastaneler genel hastaneler, psikiyatri hastaneleri ve verem hastaneleri olarak; klinikler ise tıbbi klinikler ve diş klinikleri olarak sınıflandırılmaktadır. Kliniklerde yirmiden az olmak üzere yatak bulunabilir ve hasta yatırmak olanaklıdır. 2002'de yataklı tıbbi klinik sayısı 16.178'dir ve ülkedeki yaklaşık 1,84 milyon hasta yatağının (Bu yatakların yaklaşık 360 bini psikiyatri yatağıdır) 196.596'sı (%10,6) tıbbi kliniklerde bulunmaktadır. Yatağı bulunmayan tıbbi klinik sayısı ise 80.679'dur. Ülkede yatağı bulunan klinik sayısı hızla azalırken, yataksız klinik sayısında buna koşut olarak bir artış gözlenmektedir. Hastaneler ve klinikler ağırlıklı olarak özel sektörün elindedir. Kamunun elindeki hastaneler yatak sayısı fazla olanlardır ve yatakların yaklaşık %46'sı kamu hastanelerindedir. Japonya'da, Uzun Dönem Bakım Sigortasına (Long-term Care Insurance) bağlı olarak evde bakım konusunda hizmet sunan ve "kar amacı gütmeyen" bir özel sektör de bulunmaktadır. Japonya'da yataklı tedavi hizmetlerinin en belirgin özelliği uzamış hastanede kalma süresidir. 2003'te ortalama hastanede yatma süresi 36,4 gündür. Uzun Dönem bakım Sigortasının devreme girmesinden sonra, evlerde hemşirelik bakımı verilmesi sayesinde hastanede yatarak tedavi görmekle ilgili süre düzenli olarak düşmektedir. 2005'te ortalama hastanede yatma süresi 28,3 güne düşmüş bulunmaktadır. Bu süre halen psikiyatri yatakları için 348,7 gündür (JPHA, 2005).

Finansman

Japonya'da 2003'te GSYİH'dan sağlığa ayrılan pay %7,9'dur. Kişi başına düşen sağlık harcaması 2003'te 2.244 uluslararası dolarıdır ve toplam sağlık harcamaları

Tablo 2. Japonya'da sosyal sağlık sigortasının örgütlenmesi ve üye yapısı (2003)

		Sigortacı	Sigortacı	Üye sayısı milyon kişi (%)		Yaşlı sayısı kişi (%)	
Çalışanlar	Toplum tarafından yönetilenler	Toplum	1.722	31,0 (16,1)	%24,3	0,8	%2,7
	Hükümet tarafından yönetilen	Merkezi hükümet	1	36,3 (17,2)	%25,5	2,0	%5,6
Toplum tabanlı	Yardımlaşma Birliği	Yardımlaşma Birliği	79	11,1 (5,6)	%8,7	0,6	%4,3
		Belediye	Kent, kasaba, köy	3,235	44,8	%35,0	12,4
	Birlik	Birlik	166	4,2	%3,3		
		Emekli	Kent, kasaba, köy	3,235			
Yaşlılar	Fon havuzu	Kent, kasaba, köy	3,325	3,4	%2,7		
				12,3	%9,7		

Kaynak: WHO, 2005.

içinde kamunun payı %81,0'dır. Toplam hükümet harcamaları içinde sağlık harcamalarının payı ise %16,8'dir (WHO, 2006).

Japon sağlık sisteminin finansmanı sosyal sigorta ile sağlanmaktadır. Ayakta tedavinin tümü, yatarak tedavi, dış tedavisi ve ilaçlar sigortanın kapsamı içerisindedir. Ancak, sigortalı bu hizmetleri alabilmek için %30 bir katılım payı (co-payment) ödemek zorundadır. Katılım payı 75 yaşın üstündekiler için %10 ve 3 yaşın altındaki çocuklar için %20 olarak uygulanmaktadır (WHO, 2005). Japonya'da sosyal sağlık sigortasının örgütlenmesi ve üye yapısı Tablo 2'de sunulmaktadır.

Ülkede sağlık harcamaları dört temel kaynaktan sağlanmaktadır: Şirketlerden toplanan primler, sigortalılardan kesilen primler, hükümet tarafından vergiden sosyal sigortaya aktarılan pay ve hizmeti kullananlardan alınan katılım payları. Japonya'da sağlık finansmanının akışı Şekil 1'de verilmektedir.

Japonya'da sosyal sağlık sigortasının gelişimi çok eski zamanlara kadar uzanmaktadır. Sağlık hizmeti harcamalarını kapsamak üzere bir dayanışma mekanizması olarak ilk kez kurulan isteğe bağlı toplum sağlık sigortası ya da Japonya'daki adıyla "Jyorei", 1835'te köy düzeyinde kurulmuştur. Bu dayanışma daha çok pirinç yardımı biçiminde kurgulanmıştı. Ardından 1905'te bazı kamu çalışanlarını (Kömür işçileri ile başladı, diğer işkolları ile sürdü) kapsayan İşçi Sigortası (Workers' Insurance) başlatıldı ve 1927'de Zorunlu İşçi Sigortası Yasası ile çalışanların tümü kapsam altına alındı. Toplum Temelli Sağlık Sigortası Yasası (The Community-Based Health Insurance Law) Diet tarafından 1935'te kabul edildi ve 1938'te yürürlüğe girdi. 1943'te toplumun %74,6'sının değişik tiplerdeki sigorta programları tarafından kapsandığı biliniyor. Toplumun tümünü her hangi bir sağlık sigortası kapsamına alan ve böylece Japonya'da yaşayan herkesi kapsayan sistem ise 1961'de uygulanmaya başlandı. 1983'te Yaşlı Sigorta Sistemi ve 2000'de Uzun Dönem Bakım Sigortası yasalaştı (WHO, 2005). Bugün Japonya'da toplumun tümünün sağlıkla ilgili bir sosyal sigortası olmakla birlikte; sistem büyük bir baskı altındadır ve bütün dünyada gündeme getirilen "Reform" yaklaşımlarıyla sigortanın kapsam ve içeriğinin değiştirilmesine çalışılmaktadır. Özel sektörün sağlık hizmeti sunumu alanında hızla gelişmesi, Japonya'da pek bilinmeyen "özel sağlık sigortası" yaklaşımını da gündeme getirmekte; sosyal sağlık sigortalıları temel teminat paketi adıyla sunulan hizmetin kapsam ve içeriğinin daraltıldığı bir yöne doğru hızla itilmektedir. Hiç kuşkusuz, bu yaklaşım "ek ve tamamlayıcı sigorta" adı altında pek çok ülkede karşımıza çıkan neoliberal sağlık politikalarının bir uzantısıdır. Önümüzdeki yıllarda Japon toplumunu -yaşlılar da içinde olmak üzere- kullanıcı ödentilerindeki ve katılım paylarındaki artışın beklediğini öngörmek yanlış olmayacaktır.

Sağlık insangücü

Japonya'da tıp eğitimi lise sonrası altı yıldır ve ülkede 80 tıp fakültesi bulunmaktadır. Japonya'da 2002 yılında

251.889 hekim bulunmaktadır ve bin kişiye düşen hekim sayısı 1,98'tir. Bin kişiye düşen hemşire sayısı 7,79; ebe sayısı 0,19; diş hekimi sayısı 0,71 ve eczacı sayısı 1,21'dir (WHO, 2006).

Reform arayışı

Demografik değişimdeki yaşlanmaya bağlı olarak sağlık hizmetlerine yönelik istemin artması ve toplumun sağlık hizmeti ile ilgili olarak "kalite" adı altında yükseltilecek beklentileri, sağlık sisteminin reform gereksinimini tanımlayan anahtar sözcükler olarak karşımıza çıkmaktadır. Üstelik, yoksul ülkelerdeki "kamu bütçesi üzerindeki yük" yaklaşımı, özel sektörün sağlık alanındaki etkinliğini arttırmak amacıyla dünyanın en zengin ülkelerinden biri olmasına karşın Japonya'da da kullanılmaktadır. Uzmanlar Japonya'da yaşanan nüfusun sağlık gereksinimleri için yeni finansman kaynakları bulunması gerektiğini söylerken, bunun kendi ücretlerinden daha fazla prim alınması anlamına geldiğini düşünen çalışan genç nüfus, bu yaklaşıma karşı çıkmaktadır. Sonuç olarak, yüzyıldan uzun bir süredir eşitliğe odaklanmış Japon sağlık sistemi; bugün, özellikle son yirmi yılda dünyanın pek çok ülkesinde küresel kapitalizmin toplumların karşısına çıkardığı "Nicelik/Nitelik" ikilemiyle karşı karşıya bırakılmış durumdadır. Küresel kapitalizm, sağlık ekonomisinin araçlarından yararlanarak "kaynakların kısıtlı olduğu" varsayımından yola çıkmakta ve özellikle "kalite, hasta güvenliği ve verimlilik" kavramlarını kullanarak "reform" adı verilen sağlığın daha çok ticarileştirilmesi girişimlerini dayatmaktadır. Dünyanın kişi başına geliri/serveti en yüksek ülkelerinden biri olan Japonya'da "kaynaklar neden kısıtlıdır" sorusunun tartışılması yerine, daha başlangıçta bu olgunun topluma kabul ettirilmesi bile, tek başına, küresel kapitalizmin başarısı sayılmalıdır. Neoliberal sağlık politikalarının sorunları saptama aşamasında değil, çözümlerin önerilmesi aşamasında asıl farklılıklarını gösterdikleri unutulmamalıdır. Bir slogan olarak kullanılan "kalite, güvenlik ve verimlilik" kavramları hiç kuşkusuz her sağlık sisteminin odaklanması gereken temel özellikler içerisindedir. Burada sıkıntılı yan, özel sektör olmaksızın bu kavramların gerçekleştirilemeyeceği savıdır ki; bu yaklaşımın doğru olmadığına ilişkin örnekleri hem merkez, hem de çevre kapitalist ülkelerde bulmak olanaklıdır. Üstelik, kamu bir yandan bu kavramlara odaklanırken, diğer yandan da herkesin sağlık hizmetine erişebileceği, eşitliğe de odaklanmış bir yaklaşımı sergilemelidir. Japon sağlık sisteminin en büyük başarılarından birisi, bu bağlamda, endüstride "kalite" kavramının ilk uygulandığı ülkelerden birisi olmasına karşın, sağlık hizmetlerini bu yaklaşımın dışında tutabilme başarısını göstermiş olmasıdır. Çünkü bilindiği gibi, "kaliteye odaklanmış" sistemlerin en büyük sorunu, temel hedefleri "kar maksimizasyonu" olduğu için, sağlık hizmetlerine erişimin önündeki -para gibi- engelleri kaldırmak gibi bir amaçlarının olmamasıdır. Japonya'da sağlık sektöründeki reform yaklaşımlarını üç basamakta incelemek olanaklıdır (WHO, 2005):

1. 1980'lerde başlayan ilk reform girişimi, yaşlılara 1972'den beri sağlanan ücretsiz sağlık hizmetini yürürlükten kaldıran ve 1983'te çıkarılan Yaşlılar İçin Sağlık

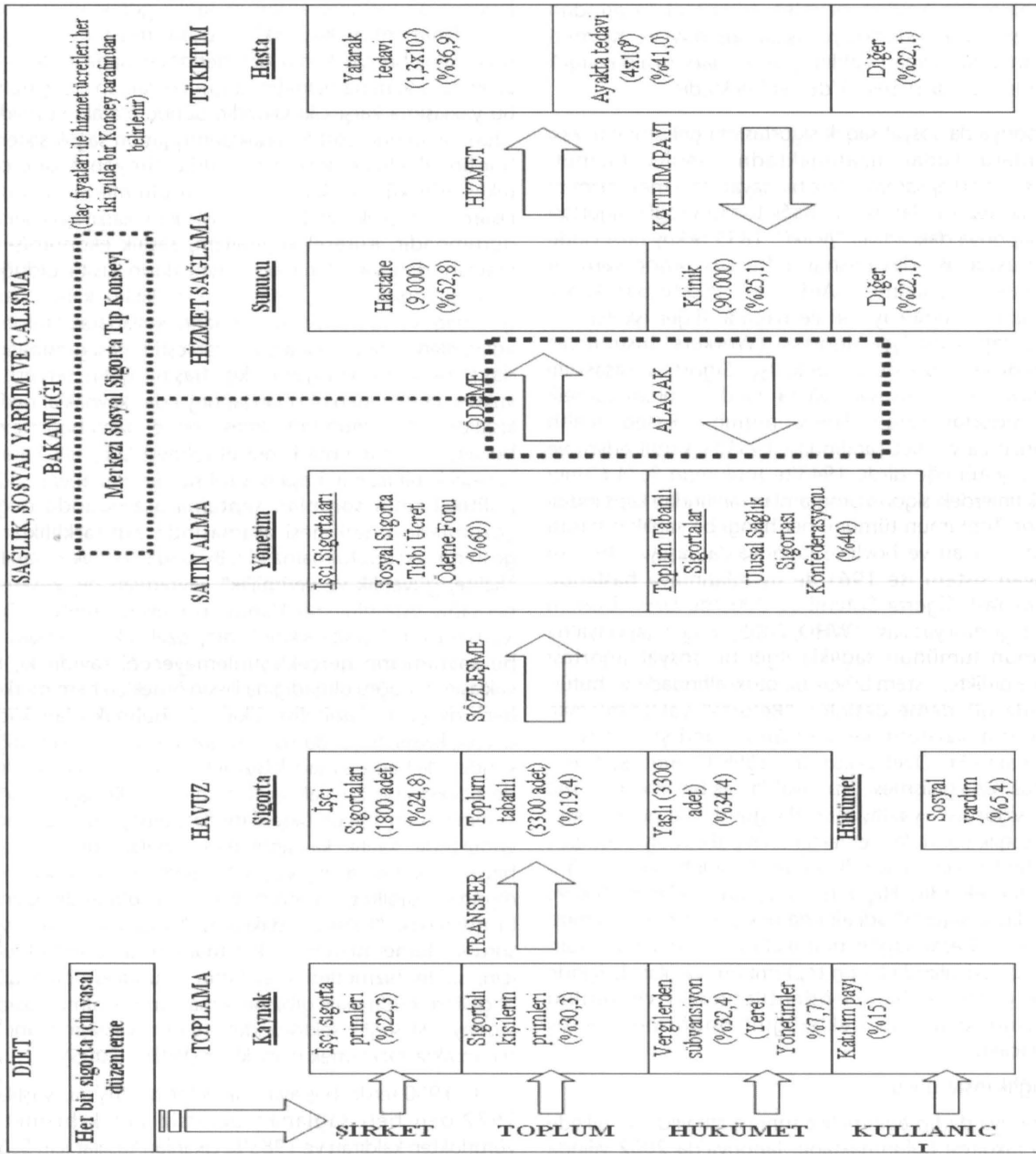
ve Tıbbi Hizmetler Yasası (Health and Medical Service Law for the Elderly) ile tetiklenmiştir. Yasa, 1970'lerdeki iki petrol krizinin ardından, sağlık hizmetlerindeki maliyet artışının hükümet bütçesine ağır bir yük getirdiği gerekçesiyle çıkarılmıştır.

2. Daha sistematik bir sağlık reformu süreci, 1990'ların sonlarına doğru, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından 1997'de gündeme getirilen iki reform teklifi ile kendini göstermiştir: "21.Yüzyıl İçin Sağlık Sigortası Sistemi" ve "Sağlık Sigortası ve Sağlık Hizmetlerin Sağlanması Radikal Değişim Talimatları". Her iki teklifin odaklandığı temel alanlar hizmetin ve sigorta primlerinin ücretlendirilmesinin değiştirilmesi, ilaç fiyatlarının yeniden düzenlenmesi ve yaşlılar için

"bağımsız" bir sağlık bakımı sigortasının kurulmasıdır.

3. Reform sürecinin üçüncü adımı günümüzde de süren bir dönem içinde yer almaktadır. Odaklanılan temel alan, hastanelerdeki yatakların sınıflandırılması ve önceliklendirilmesi yoluyla yataklar tedavi gören hasta maliyetlerinin azaltılmasıdır. Bunun yanında, kanıt dayalı tıp yaklaşımının geliştirilmesi ve hekimler için yeni bir eğitim sürecine girilmesi de hedeflenmektedir. Hekimler için yeni eğitim sistemi Nisan 2004'te başlatılmıştır. Buna göre, yeni mezun hekimlere mezuniyet sonrasında iki yıllık bir klinik eğitime katılmak zorunluluğu getirilmiştir. Bu zorunlu eğitim programı, yalnızca eğitim hastanelerindeki ileri tıp eğitimi ile sınırlı olmayıp, birinci basamak bakımında ve küçük hastanelerdeki toplum sağlık bakımı eğitimlerini de içermektedir. 2001'de, Japonya'da Hükümetin yaşama

Şekil 1. Japonya'da sağlık finansmanının akışı (2001)



* Yüzdeler ulusal sağlık harcamaları içindeki payı göstermektedir.

Kaynak: WHO, 2005

geçirdiği ve adına "yönetimsel reformlar" denilen girişimler ile sosyal sektörün yeniden düzenlenmesine yönelik yaklaşımlar; 1997'deki tekliflerin ardından Sağlık, Sosyal Yardım ve Çalışma Bakanlığı tarafından yürütülen reform sürecini de etkilemiş ve sürece ilişkin bir ivmelenme ortaya çıkmıştır. İvmelenmeye yol açan etmenlere ilişkin anahtar sözcükler "piyasada devletin kontrolünün ortadan kaldırılması" (Deregülasyon) ve "piyasa yönelimli yaklaşım" (Market-oriented approach) olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu dönemde, Hükümet, sağlık sigortası reformu uyarınca bütün sosyal sağlık sigortası programlarını birleştirmiştir. Bu birleştirmenin ilk adımı olarak, Nisan 2003'te her program için aynı oranda katılım payı alınması yürürlüğe girmiş bulunmaktadır.

Sonuç

Japonya, dünyanın pek çok ülkesine göre erken bir dönemde, halkının tümünün sağlık sigortası kapsamına alındığı ender kapitalist ülkelerden birisi olmuştur. Bu durum yalnızca sağlıkla ilgili etmenlerle değil, aynı zamanda toplumsal ve tarihsel etmenlerle de ilişkilidir. Uzmanlar Japonya'daki sosyal sağlık sigortasının reform öncesi dönemlerinin, gelişmekte olan ülkeler için iyi bir örnek olabileceği düşüncesindedir. Bunun iki temel nedeninden birincisi, Japon sosyal sigorta sisteminin büyük bölümlerinden birini oluşturan topluma dayalı sağlık sigortasının bütçeden sübvansede edilmesinin başarı ile sağlanması; ikincisi ise, dünyadaki diğer örneklerine kıyasla, Japonya'daki sosyal sağlık sigortası yönetim giderlerinin görece düşük olmasıdır. Sosyal sağlık sigortaları için sorun olarak gösterilen bu iki önemli alanın, prim ödeme gücünden yoksun olanlar için genel bütçeden destek verilerek ve yönetim giderleri düşük tutularak Japonya'da uzun yıllar boyunca ciddi bir sorun olarak ortaya çıkmadığı anlaşılmaktadır.

Ancak sağlık hizmetlerinin serbest piyasanın egemenliğine terk edildiği her durumda karşılaşıldığı gibi, Japonya'da da neoliberal sağlık politikalarının izdüşümü olarak gerçekleştirilen sağlık reformları; sosyal sağlık sigortasının bu görece eşitsizliğin artmasını engelleyen yapısını değiştirmiş bulunmaktadır. Bir yandan hızla yaşlanan nüfus ve ekonomik durgunluk, diğer yandan da piyasa yönelimli sağlık hizmeti sunma girişimleri Japonya'da halkın sağlığını olumsuz etkilemeye aday olarak görünmektedir.

KAYNAKLAR

- Aşkın N.** (2003). Japon solu nasıl tükendi? http://www.tgc.org.tr/arsiv/necat_askin/yazi11.htm.
- BBC.** (2005). Japon ekonomisi resesyonda, BBC TURKISH.com, 16 Şubat.
- BBC.** (2006). Ülke Rehberi: Japonya, BBCTURKISH.com, 24 Şubat.
- Dirican MR.** (1995). Japonya Sağlık Hizmetleri Sistemi, Toplum ve Hekim; 9 (64-65):50-52.
- Gauld R, Ikegami N, Barr MD, Chiang TL, Gould D, Kwon S.** (2006). Advanced Asia's health systems in comparison, Health Policy 79:325-336.

Iwasaki K, Takahashi M, Nakata A. (2006). Health Problems due to Long Working Hours in Japan: Working Hours, Workers' Compensation (Karoshi), and Preventive Measures, Industrial Health, 44:537-540.

JPHA. (2005). Public Health of Japan 2005, Japan Public Health Association, <http://www.jpaha.or.jp/jpha/english/apha/Part1.doc>

Kajimoto T. (2006). Income Disparities Rising in Japan, The Japan Times, 01/04/2006.

Kalaça S. (1995). Japonya Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim; 9 (64-65):41-49.

MHLW. (2006). Country Health Information Profiles, Ministry of Health, Labour and Welfare, www.mhlw.go.jp/english/index.html.

TUGİAD. (2006). Japonya ve Türkiye - Japonya İlişkilerinin Geliştirilmesi, Türk Genç İşadamları Derneği, <http://www.tugiad.org.tr/tugiad.php?sayfa=tugiaddanhaberler&id=240>

TJV. (2006). Türk Japon Vakfı, www.tjv.org.tr.

UNDP. (2006). The Human Development Index Country Fact Sheets, The Human Development Report, http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/countries/country_fact_sheets/cty_fs_JPN.html

UNU-WIDER. (2006). The World Distribution of Household Wealth by the World Institute for Development Economics Research of the United Nations University, www.wider.unu.edu.

Wallerstein I. (1998). Japonya Yükseliyor mu Düşüyor mu? Fernand Braudel Center, Binghamton University, <http://fbc.binghamton.edu/03-tr.htm>.

Wallerstein I. (2002). Japonya ve Modern Dünya-Sistem, Fernand Braudel Center, Binghamton University, <http://fbc.binghamton.edu/94-tr.htm>.

Watts J. (2000). Japan's health system "close to collapse", The Lancet 356:1251.

World Bank. (2006). The World Bank Group GenderStats, Japan.

WHO. (2005). Social Health Insurance Selected Case Studies from Asia and the Pasific, World Health Organization Western Pasific Region and South-East Asia Region.

WHO. (2006). Core health Indicators, Japan, World Health Organization, http://www3.who.int/whosis/core/core_select_process.cfm?country=jpn&indicators=selected&language=en

Yamashita M, Miyaji F, Akimoto R. (2005). The Public Health Nursing Role in Rural Japan, Public Health Nursing 22(2):156-165.

Yanadori Y. (2004). Minimizing Competition? Entry-Level Compensation in Japanese Firms, Asia Pasific Journal of Management, 21:445-467.