



## JAPONYA SAĞLIK SİSTEMİ

Dr. Sibel KALAÇA\*

### GİRİŞ

Japon halkının sağlık durumu, II. Dünya Savaşı'ndan bu yana, yaşam standartlarının düzelmesi, tıp bilimindeki ilerlemeler ve hızlı sosyoekonomik gelişmeden büyük ölçüde etkilenmiştir. Ülke, sağlık göstergeleri açısından son derece ileri bir konumdadır. Uzayan yaşam süresi ve azalan doğum hızı, Japonya'da yaşlı nüfusun giderek artmasına neden olmaktadır. Ülkenin sağlık durumu açısından bir gelişmişlik göstergesi olmakla birlikte, giderek artan yaşlı nüfus, sağlık ve sosyal hizmetler açısından bazı sorunları da beraberinde getirmektedir.

Japonya'da, Temel Sağlık Hizmetleri'ni formüle eden 1978-Alma-Ata Bildirgesi'nin hedeflerine hemen tamamen ulaşılmış olmakla birlikte; artan ve çeşitlilik kazanan gereksinimleri karşılamak üzere, sağlık ve tıbbi hizmetlerin düzeyini artırmaya yönelik çabalar sürdürülmektedir.

Bugün ülkenin önemli sağlık sorunları, akıl sağlığı, yaşlı sağlığı, çevre kirliliği, ilaç ters etkileşimleri ve sağlık sigortasının finansmanı olarak belirlenmektedir(1).

### ÜLKENİN COĞRAFI VE SOSYOKÜLTÜREL ÖZELLİKLERİ

Japonya, 4 ana ada (Hokkaido, Honshu, Shikoku, Kyushu) ve 3900 adet birbirine komşu küçük adacıktan oluşan, 3900 km uzunluğunda, 377.435 m<sup>2</sup>'lik bir alana sahiptir. Toprak büyüklüğü açısından ABD'nin 1/25'i ve Hindistan'ın 1/9'u kadar olup; dünya üzerinde %0.3'den daha küçük bir yer kaplamaktadır. Topraklarının yaklaşık %70'i dağlar ve ormanlarla kaplıdır ve geriye kalan alanlar bir yandan yerleşim ve endüstri, bir yandan da çiftçilik için kullanılmaktadır. 1992 yılı nüfusu 124.452.000 olan Japonya, km<sup>2</sup>'ye düşen 329 kişi ile, Bangladeş ve Güney Kore'den sonra, Dünya'daki en yoğun nüfusa sahip 3. ülke konumundadır (2).

Japon halkı, çok küçük bir grup olan Ainu'lar dışında beyaz ırk özelliklerini taşır ve etnik olarak birbirine benzer bir yapıya sahiptir. Irksal kökenleri halen tam olarak bilinmemekle birlikte, bugünkü toplum, Mongol ve Güney Pasifik özelliklerini taşımaktadır.

Ülkenin resmi dili Japonca'dır ve tek bir dilin kullanılması, Japonya'da kültürel bir ortaklık oluşmasına olanak sağlamaktadır. Okur-yazarlık oranı, ekonomik durum ve şehir merkezine olan uzaklığa göre farklılık göstermekle birlikte, dünyadaki en yüksek düzeye sahiptir.

Japonya'daki geleneksel dinler Şintoizm ve Budizm'dir. Genel olarak her ikisine birden inanılır, savaşta sonra Şinto, Budist, Taoist, Konfüçyan ve Hıristiyan dinlerini birleştiren dinler ortaya çıkmıştır(1).

Japonya kültürü, ülkenin coğrafi yapısı, doğal ortamı ve uzak doğu yerelliği içinde yer almasına bağlı olarak, son derece içe dönük ve dünyaya, özellikle de Batı'ya kapalı bir özellik taşımaktadır. Ancak Japon halkı, yabancı kültür ve düşüncesini öğrenmekte ve bu kültürü kendi kültür özellikleri içinde uyumlaştırmakta başarılı olmuştur.

### GENEL YÖNETİM YAPISI

Japonya, II. Dünya Savaşı'ndan beri Anayasal-Parlamentar Demokrasiyle yönetilmektedir. Ancak, ülkede halen devletin başı sayılan bir İmparator bulunmaktadır ve bu nedenle, yönetim biçimi Anayasal-Monarşi olarak değerlendirilebilir(3). Bu tanımlama kısmen doğru sayılmakla birlikte, Japon Anayasası'na göre İmparator, devletin ve halkın sembolü konumundadır ve yine Anayasa, bazı yasalarla İmparatorun otoritesini sınırlamaktadır.

Ülkenin genel yönetim yapısı merkez, iller ve belediyelerden oluşmaktadır. İller ve belediyeler özerk yapılardır ve bu yönetim birimleri sıklıkla "yerel yönetimler" olarak adlandırılır. Japon Anayasası,

\* HÜTF Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.  
TTB - HSK Yürütme Kurulu Üyesi

yerel yönetimlerin otonomisini garanti altına almış ve Yerel Otonomi Kanunuyla, sistemin yapı, yönetim ve düzenlemeleri belirlenmiştir. Japonya'da 47 il ve nüfus büyüklüğüne göre sınıflandırılmış 3000'den fazla belediye bulunmaktadır.

İller ve belediyeler dışında, ülkede ayrıca "Şehir Yönetimi" olarak adlandırılan birimler bulunmaktadır. Büyük şehirlere özgü sorunlarla başa çıkmak için, Bakanlar Kurulu kararıyla belli bazı şehirlere, illerin ve belediyelerin özerkliğine benzer bir yetki verilmiştir (designated cities). Bu tür bir özerkliğe sahip olmak için bulunması gereken tek koşul, şehir nüfusunun 500 000'den fazla olmasıdır. 1993 yılı rakamlarına göre, özerk şehirlerin sayısı 12'dir(3).

Japonya'nın başkenti olan Tokyo'nun yönetim yapısı ise, kendine özgü ve daha karmaşık bir niteliğe sahiptir. Şehir 23 özel bölgeye ayrılmıştır ve her bir bölgenin işleri, özerk bir yapıya sahip olan Bölge Ofisi tarafından yürütülür.

Kamu hizmetleri, başlıca belediyelere aittir ve bu nedenle belediyeler, temel yerel yönetimler olarak adlandırılmaktadır. Merkezi hükümet, adli, cezai, posta vb. hizmetleriyle, köprü, yol, büyük kamu kuruluşu yapımı gibi hizmetleri yürütür.

### JAPONYA'DA SAĞLIK HİZMETLERİNİN EVRİMİ

Japonya'da modern sağlık sistemi, geçen 100 yıl boyunca toplumun giderek artan gereksinim ve istekleri doğrultusunda oluşturulmuştur. Sağlık sisteminin yapısı büyük ölçüde, kaynak aldığı Batılı ülkelerinkine benzemekle birlikte, önemli farklılık taşımaktadır(3).

Japonya, 16.yy'da Portekiz'li misyonerlerin ülkenin güney bölümüne ulaşmalarına kadar geçen süre içinde Batı tıbbına yabancı kalmıştır. Bu ilk tanışmanın ardından gelen 200 yıllık dönemde, uygulanan izolasyon politikalarının gereği olarak, ülke Hollanda'lı tüccarlar dışında yabancılara kapatılmış; ancak bu kısa dönem Hollanda tıbbının ülkeye girip yayılması için yeterli olmuş ve modern tıp anlayışı da bu süreç içinde şekillenmiştir.

Japonya tarihindeki en parlak dönem olarak kabul edilen Meiji Dönemi'nde (1868-1912), hükümet hızlı bir modernleşme sürecine girmiş ve pek çok alanda, Batılı ülkelerin sistemlerinden yararlanma yoluna gitmiştir. Böylece, 1870 yılında, Avrupa'daki en gelişmiş sistem olarak kabul edilen Alman Tıp Sistemi, ülkenin resmi tıp politikası olarak benimsenmiş ve Alman sisteminin etkileri, II. Dünya Savaşı'nın sonuna dek belirgin bir biçimde devam etmiştir (1,3).

I. Dünya Savaşıyla, Japon endüstrisinde çok büyük bir ilerleme sağlanmış, bu dönemde iplikçilik temel endüstri haline gelmiştir. Ancak, aynı dönemde kadın işçiler arasında tüberküloz sıklığının artması sorunu yaşanmış ve hükümet, 1927'de el işçilerini, 1937'de de çiftçiler ve balıkçıları kapsayan bir sağlık sigortası başlatmıştır.

II. Dünya Savaşı, eski sağlık sistemini bütünüyle ortadan kaldırmıştır. Savaş sonrası dönem, sağlık hizmetleri sisteminde Amerikan etkisinin görüldüğü yeni bir dönemin başlangıcını oluşturmuştur.

### SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİNİN BUGÜNKÜ YAPISI

Japon Anayasası'na göre devlet, halkın sağlık ve refahını geliştirmekle yükümlüdür. Her ne kadar Japonya'da halk sağlığı, hastalıklardan korunma ve sağlığı geliştirme olarak tanımlanmışsa da, Anayasa'da halk sağlığı tanımı tıbbi bakımı da kapsar. Ancak, temel bir özellik olarak belirtmek gerekir ki, Japon sağlık sisteminde, koruyucu hizmetlerle tedavi edici hizmetler birbirinden ayrılmıştır. Tedavi hizmetleri, çoğu özel sektöre ait olan hastane ya da kliniklerde verilirken, koruyucu hizmetler doğrudan ya da dolaylı olarak devlet tarafından verilir (3).

Japonya'da modern ulusal sağlık yönetimi oldukça merkezidir ve temel olarak 4 bölüme ayrılır:

- 1 — Genel Sağlık Yönetimi
- 2 — Okul Sağlığı Yönetimi
- 3 — İş Sağlığı Yönetimi
- 4 — Diğer Kuruluşlar

#### 1 — Genel Sağlık Yönetimi :

Ulusal çapta örgütlenmiş 4 birimden oluşur: Merkezi yönetim, yerel yönetimler, sağlık merkezleri, şehir-kasaba ve köy yönetimleri.

#### Merkezi Yönetim :

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı (Koseisho), genel sağlık yönetiminden sorumlu biricik yapıdır ve temel görevleri şöyle tanımlanmaktadır(1):

1 — Sağlık ve tıbbi hizmetler: Çeşitli hastalıkların önlenmesi ve tedavisi, çevre sağlığının düzeltilmesi, tıbbi bakım hizmetleri için gerekli malzemenin sağlanması, halkın ve sağlık personelinin eğitimi, farmasötik preparatların kalite kontrolü, narkotik kontrolü vb.

2 — Sosyal hizmetler: Yoksul halka asgari yaşam standartlarının sağlanması, dul ve bakıma muhtaç kişilerin desteklenmesi, çocukların yeterli bakımı ve korunması.

3 — Sosyal güvence: Yaşlılık, hastalık ve sakatlık durumlarında, ekonomik yükü azaltmak üzere, çeşitli ulusal sağlık sigortaları ve emeklilik sisteminin yönetimi.

Merkezi yönetim ayrıca, atom bombasından etkilenenlerle, savaş yararlıları ve savaşta ailesini yitirenlere yardım etmekle yükümlüdür. Ülkedeki ulusal sağlık ve tıbbi araştırma enstitüleri ile devlet hastaneleri ve sanatoryumların yönetimi de, merkezi hükümet tarafından gerçekleştirilir.

#### Yerel yönetimler :

Her bir il yönetimi veya büyük belediyeler, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na doğrudan bağlı olarak ve ulusal politika ve programlar çerçevesinde, sağlık programını yürütmek üzere kendi sağlık birimine sahiptir. İl yönetimlerine bağlı olmak üzere, 1993 yılı rakamlarıyla 46 adet "Akıl Sağlığı Merkezi" ve il yönetimleriyle özel şehir bölgelerine bağlı olan 174 adet "Çocuk Danışma Merkezi" bulunmaktadır. Yine iller ve büyük belediyelerle, özel şehir bölgeleri bünyesinde kurulmuş olan 852 adet "Yerel Sağlık Laboratuvarı" bulunmaktadır (3). İl ve belediyeler ayrıca, şehir, kasaba ve köyleri kapsamak üzere, çeşitli sağlık merkezi bölgelerine bölünmüştür.

Gerçekte, yerel yönetimlerin sunduğu sağlık hizmetleri kapsamında ve sağlık birimlerinin adlandırılması konusunda bir karmaşa yaşanmaktadır. Halk sağlığı hizmetleri başlıca sağlık merkezlerince sunulmakla birlikte, belediyeye ait "Sağlık Ofisleri" de benzer hizmet sunmakta, ancak bu hizmetler daha "genel" hizmetler olarak nitelendirilmektedir (3). Belediyeler, gündelik yaşamla daha sıkı ilintili olan bazı hizmetleri sunmakla yükümlüdür: aşılama, sağlık kontrolü ve taraması, ana-çocuk sağlığına yönelik bazı pratik bilgileri içeren yayınlar, 18 aylık çocukların sağlık kontrolü, sağlık eğitimi, yeterli su sağlanması, çöplerin toplanması, atıkların yok edilmesi vb. Bu hizmetler, kayıt sistemiyle yapılır, belediye tarafından, gazete ya da mektup aracılığıyla halka duyuruda bulunur. Bu gün, belediyelerin üçte birinden fazlası kendi sağlık merkezine sahiptir.

#### Sağlık Merkezleri :

Sağlık merkezleri, 1937'de çıkarılan "Sağlık Merkezleri Kanunu"na göre, tüm topluma sağlık konusunda yol gösterecek bir devlet kuruluşu olarak, 47 il yönetimi, 32 büyük belediye ve 23 Tokyo Özel Bölgesi'nde kurulmuştur. 1993 yılına göre, ülkede 852 sağlık merkezi bulunmaktadır (3).

Sağlık Merkezi Kanunu'na göre, her 100.000 nüfusa bir sağlık merkezi kurulur. Ancak bu standart, nüfusun dağılımı, toplumun sağlık durumu, diğer kamu kuruluşlarıyla ilişkiler gibi bazı faktörlere bağlı olarak değişmektedir. Bir sağlık merkezinin hizmet sunduğu ortalama nüfus, 145.000'dir.

Temel olarak "bölge sağlık yönetim birimi ve toplum sağlığı hizmetleri kuruluşu" olarak görev yapan sağlık merkezlerinin sunduğu hizmetler şunlardır:

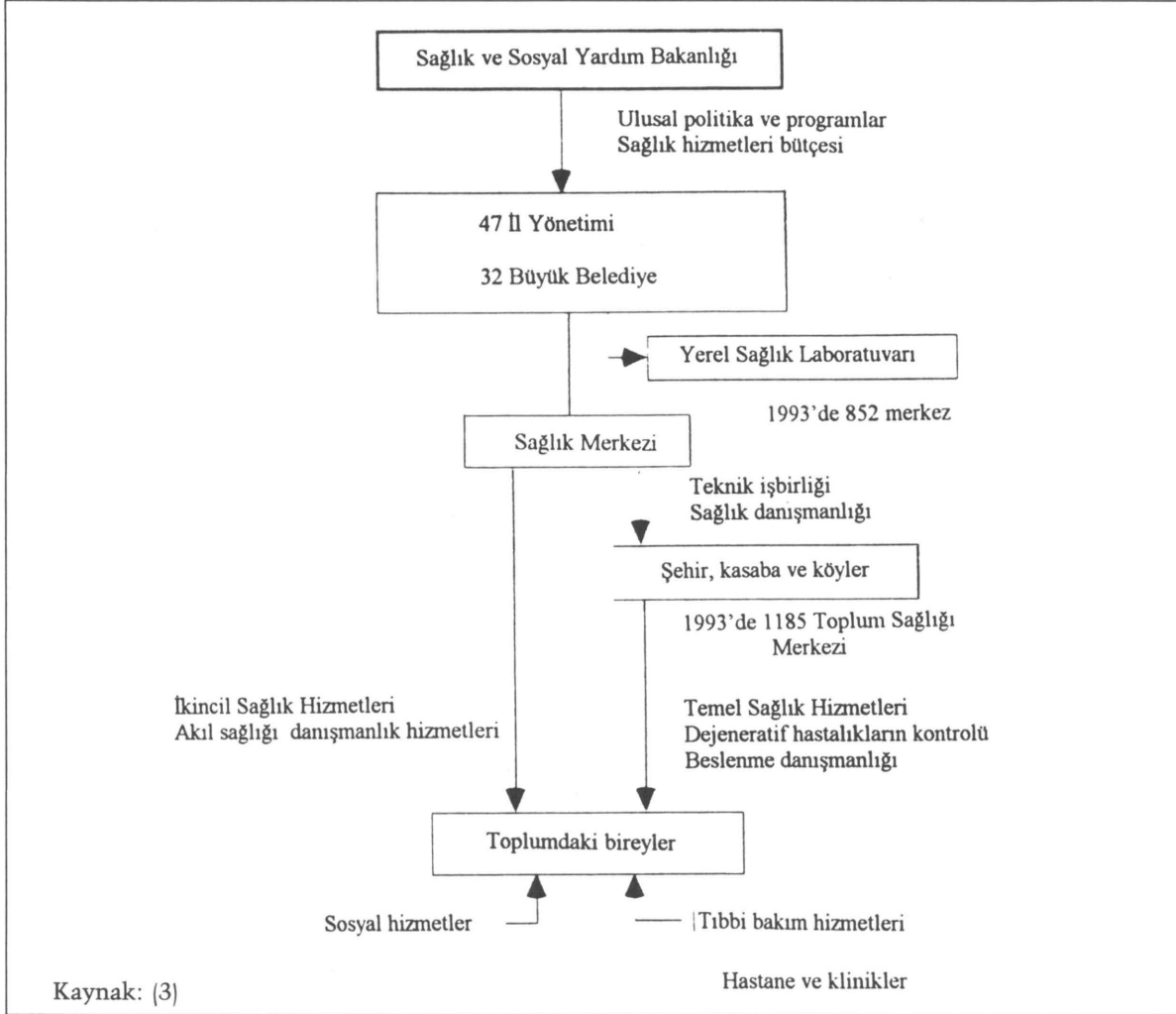
Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve aşılama, tüberküloz kontrolü (toplum taramaları, ileri incelemeler ve tıbbi yardım), AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların kontrolü, paraziter ve dejeneratif hastalıkların kontrolü, akıl sağlığının geliştirilmesi, ana ve çocuk sağlığında danışmanlık hizmetleri, genetik danışmanlık, diş sağlığı hizmetleri, beslenmenin düzeltilmesi, et ve süt sanitasyonu, kuduz kontrolü, çevre sağlığı hizmetleri (çöp ve atıkların kontrolü, kamuya açık yerlerin denetimi vb.), çevre kirliliği ile ilgili çalışmalar, halk sağlığı hemşireliği hizmetleri (ev ziyareti, sağlık eğitimi vb.), tıbbi-sosyal hizmetler, laboratuvar hizmetleri, vital istatistiklerin kaydedilmesi, sağlık eğitimi. Ayrıca, zaman içinde toplumun değişen sağlık gereksinimlerine göre hizmet kapsamı genişletilmektedir; örneğin evde yaşlı bakımı gibi.

Tüm bu hizmetler, hekim, diş hekimi, halk sağlığı hemşiresi, klinik hemşiresi, ebe, radyoloji teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, beslenme uzmanı, sağlık eğitimcisi, iş terapisti, fizik terapisti gibi çalışanları kapsayan bir ekip tarafından ve ücretsiz olarak sunulmaktadır.

Halk sağlığı merkezleri, tedavi hizmetlerini sunmakla yükümlü değildirler. Ancak, başvuranın isteğine bağlı olmak üzere, tüberküloz, mental bozukluklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve çocuk hastalıklarının tedavisi için, çeşitli kanunsal düzenlemelere bağlı olarak ve harcamalar kamu fonundan karşılanacak biçimde, görevlendirmeler yapılır.

Daha sonra tekrar sözedileceği gibi, koruyucu hizmetlerle ("sağlık hizmetleri"), tedavi edici hizmetlerin ("tıbbi hizmetler") birbirinden ayrılmış olması, var olan sağlık sisteminin temel eksikliği olarak dile getirilmektedir (3). Bu nedenle, her bir il yönetimi kapsamında, toplum sağlığı ve tıbbi hizmet programlarını bölgesel düzeyde birlikte yürütmek üzere "Sağlık ve Tıbbi Hizmet Bölgesi" kurulması planlanmaktadır.

Şekil 1 : Japonya Sağlık Hizmetleri Sistemi



### Şehir, Kasaba ve Köy Yönetimleri :

Şehir, kasaba ve köy yönetimlerinde, 1978 yılından başlayarak, "Şehir, Kasaba ve Köy Sağlık Merkezleri" kurulmaya başlanmıştır. Genellikle halk sağlığı hemşiresinin çalıştığı bu birimler, aşılama, tüberküloz taraması, 65 yaş üstü nüfusun sağlık taraması, bazı çevre sağlığı hizmetleri gibi hizmetleri yürütmekle yükümlüdürler.

### 2 — Okul Sağlığı Yönetimi :

Okul sağlığı hizmetleri, Eğitim Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Okul sağlığı konusuyla, Bakanlığın "Beden Eğitimi Şubesi-Sağlık Bölümü" ilgilenir. Yerel düzeyde okul sağlığı programı, valilik ve belediyelerin eğitim kurulunca belirlenir.

### 3 — İş Sağlığı Yönetimi :

İş sağlığı hizmetleri, Çalışma Bakanlığı'nın yetkisindedir ve Bakanlığın "Çalışma Standartları

Şubesi"nin "İş Sağlığı Bölümü" tarafından yönetilir.

### 4 — Sağlıkla İlgili Diğer Kuruluşlar :

Söz edilen kurumlar dışında, Sosyal Hizmet Ofisi, Çocuk Rehberlik Merkezi, Akıl Sağlığı Merkezi gibi kuruluşlar da, sağlık hizmeti sunumuna katılırlar.

### JAPON SAĞLIK SİGORTA SİSTEMİ

Japonya sağlık hizmetleri sisteminin, sigorta sistemi de dahil olmak üzere bazı temel özellikleri şöyle belirtilmektedir:

1 — Yatak sayıları dışında, hastaneler ve klinikler arasında belirgin bir ayırım yoktur. Yatak sayısı 20'den az olan yerler "klinik", diğerleri "hastane" olarak adlandırılır. Hekimler, genel olarak hastane ve kliniklerin sahibidir (2). Ayrıca, yasalara göre,

hastane yöneticileri hekim olmak zorundadır ve hastanelerin şu anda var olan finansman sorunlarının, hekimlerin kötü yönetimi nedeniyle daha da arttığından sözedilmektedir (4).

2 — Ülke genelinde yatak sayısı çok fazladır. 100.000 kişiye 1422 yatak düşmektedir ve bu sayı, uluslararası ölçüde oldukça yüksek olarak değerlendirilmektedir. Hastanede ortalama kalış günü (56 gün) de çok uzun olarak değerlendirilmekte ve çoğu yatak, tıbbi bakımdan çok, sosyal amaçlı olarak kullanılmaktadır.

3 — Sağlık hizmetini sunanlar temel olarak özel kuruluşlardır. Toplam 9403 hastanenin 441'i ulusal, 1370'i kamu ve 7592'si özel hastanedir. Kliniklerin ise, 777'si ulusal, 3602'si kamu ve 74175'i özel kliniklerdir.

4 — Kamu ve özel sağlık kuruluşları arasındaki ayırım açık değildir. Örneğin, sağlık dışındaki işlerle ilgilenen diğer kuruluşlarla aynı oranda gelir vergisi ödemelerine karşın, özel hastanelerin kâr amaçlı çalışmaları yasaklanmıştır(2,4). Her ne kadar özel klinik ve hastaneler kâr amacı gütmeyen kuruluşlar olarak organize edilmişse de, sahibi ve yöneticisi olan hekimler kuruluşun varlığını sürdürürebilmek için bazı insiyatiflere sahiptirler(2).

5 — Sağlık sisteminde, sevk zinciri yoktur. Sağlık hizmetlerine başvurmada farklı yollar izlenebilir. Kişiler, direk olarak uzmana gidebilir veya genel pratisyenin referansı olmadan hastaneye başvurabilirler. 1986 yılında, hastaların %40'ı kliniklere, %21'i hastaneye, %26'sı genel hastaneye, %5'i üniversite hastanesine ve %6'sı akupunktur veya masaj kliniğine başvurmuştur.

6 — Hizmetin bir diğer özelliği, sigorta sistemiyle ilgilidir. 1938'de ilk sağlık sigorta programı başlatılmış, ulusal kapsam 1961'de gerçekleştirilmiştir. Sosyal sigorta temeline dayanan sistemin genel özellikleri şunlardır (4,5):

— Bir sağlık sigortasına üye olmak zorunludur. Kişilerin ödeyeceği miktar, gelirlerine göre belirlenir. Ödeme şekli, prim sisteminden çok vergi sistemidir(4).

— Sigorta şemaları, kişilerin istekleri dikkate alınmaksızın önceden düzenlenmiştir ve kişiler istedikleri sigortayı seçemezler.

— Çeşitli sigortaların hizmet kapsamı aynıdır(4).

— Bu sistemde sigorta şemaları, kamusal yarar gözetirler ve devlet tarafından yönetilirler. Aynı zamanda, sigorta şemalarının yönetsel harcamaları da hükümet tarafından karşılanır.

— Kişiler hastalandıklarında, ek sigorta payı öderler ve bu pay, sağlıklı olanlarla hastaların, sigortaya yaptıkları ödemelerin hakça olmasını sağlamaktadır.

— Sigorta kuruluşları, kârsız çalışırlar(4).

— Tıbbi güvencenin maliyeti, büyük ölçüde kamu sigortasınca karşılanır.

— Sigorta şirketleri, tıbbi kuruluşlarla doğrudan anlaşma yapamazlar. Bu düzenleme, tıbbi kuruluşlardan gelen istek üzerine, il yönetimlerince yapılır. Tıbbi kuruluşlar gibi, bir sigorta aracılığıyla hizmet vermek isteyen hekimlerle ilgili düzenlemeler de il-ler tarafından yapılır.

— Sigorta sistemi, **İşçi Sağlık Sigortası**, serbest çalışanlar ve emeklileri kapsayan **Ulusal Sağlık Sigortası** ve **Yaşlılar İçin Sağlık ve Tıbbi Bakım Sigortası** olmak üzere üç kategoriye ayrılmıştır (3,6,7). Yaşlılar için kurulmuş olan sigorta, 70 yaş ve üstü nüfusla, 65-70 yaş arası yatağa bağımlı kişileri kapsar. Tüm halkın yaşlı kişileri desteklemesi ilkesinden hareketle, yaşlıların sigortası büyük ölçüde diğer sigortalardan karşılanır.

#### SAĞLIK HİZMETİ HARCAMALARI

1991 yılında, Japonya'nın ulusal sağlık harcaması 21.7 trilyon Yen'dir. (Japon GSMH'nin %6.1'i) ve bir önceki yıla göre %5 artmıştır (8). Harcamaların %83'ü, çeşitli sigortalar tarafından ödenir. Finans kaynağına bakıldığında, harcamaların %30'u kamu bütçesinden, %12'si ise kişilerin hekime yaptığı doğrudan ödemelerden karşılanmaktadır. Kişi başına yapılan sağlık harcaması açısından ABD ile karşılaştırıldığında, Japonya'nın sağlık harcamasının daha az olduğu (1988 yılında ABD'de 2123 \$ ve Japonya'da 978\$), buna karşın sağlık göstergeleri açısından ABD'ye göre daha iyi durumda olduğu ortaya çıkmaktadır (1989 yılında ABD'de Bebek Ölüm Hızı binde 9.8, Japonya'da binde 4.6 ve 1987'de erkeklerde doğuştan beklenen yaşam süresi ABD'de 71.5, Japonya'da 75.9). Tıbbi araştırmalar için yapılan harcamalar açısından değerlendirildiğinde, 1989 yılında, ABD hükümetinin yaklaşık 10 milyar dolar, Japon Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile Eğitim Bakanlığı'nın 221 milyon dolar (1991) harcadığı görülmektedir (6).

Beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı gibi sağlık göstergelerine bakıldığında, Japonya'nın oldukça iyi bir mali performans gösterdiği söylenebilir. Ancak Japon toplumunun dinamikleri, ülkenin sağlık harcamaları açısından giderek daha özenli davranmasını gerektirmektedir. Japon toplumunda yaşlı nüfus, diğer gelişmiş ülkelere göre daha hızlı artmakta ve yaşlılar için yapılan sağlık harcaması giderek yük-

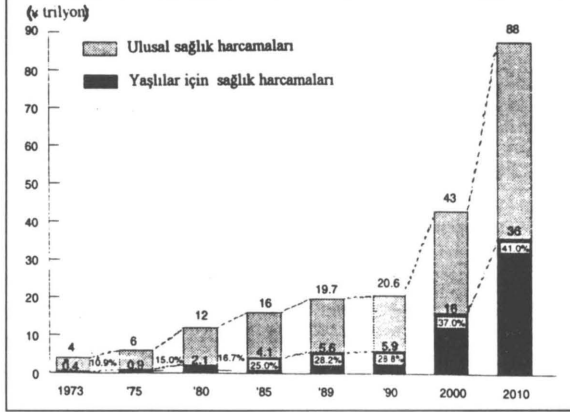


selmektedir. 1988 yılı rakamlarına göre, 65 yaş ve üstü nüfus için yapılan ortalama sağlık harcaması, 65 yaş altı nüfus için yapılan sağlık harcamasından 5.2 kat, hastanede kalışın ortalama maliyeti ise 6.8 kat daha fazladır (8). Artan sağlık harcamalarının diğer nedenleri, sağlık hizmetlerinin hem niceliksel hem de niteliksel olarak gelişmesi, sağlık hizmetlerine olan talebin artması, tanı ve tedavide ileri teknolojinin kullanılması olarak belirtilmektedir (4). (Japonya'da kişi başına düşen tomografi sayısı ABD'den daha fazladır.) Daha iyi hizmet sunabilmek için gerekli olduğu düşünülen bu tür pahalı harcamaların, sistemi finansman açısından giderek daha fazla zorladığı bir gerçektir (4).

Hükümetin toplam harcamaları, vergi gelirinden daha fazladır ve 1980'de, kamu harcamalarının 1/3'ü borçla kapatılmıştır. Sosyal sigorta, toplam hükümet harcamalarının en yüksek payını (%20) almış, sağlık sigortası ise tek başına bu payın 2/5'ini (toplam hükümet harcamalarının %8'i) oluşturmuştur. Harcamaların artmasının bir başka nedeni de, sağlık kurumlarının kötü yönetimi olarak açıklanmaktadır.

Sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve sözü edilen sorunlar, vergilerin ve sigorta primlerinin artmasına yol açmaktadır. Ayrıca, geçen bir kaç yıldan bu yana, açıkça bir bütçe kısıtlaması yaşanmaktadır(4).

Şekil 2. Japonya'da, Sağlık Harcamalarındaki Değişim ve İleriye Dönük Tahminler (1973-2010)

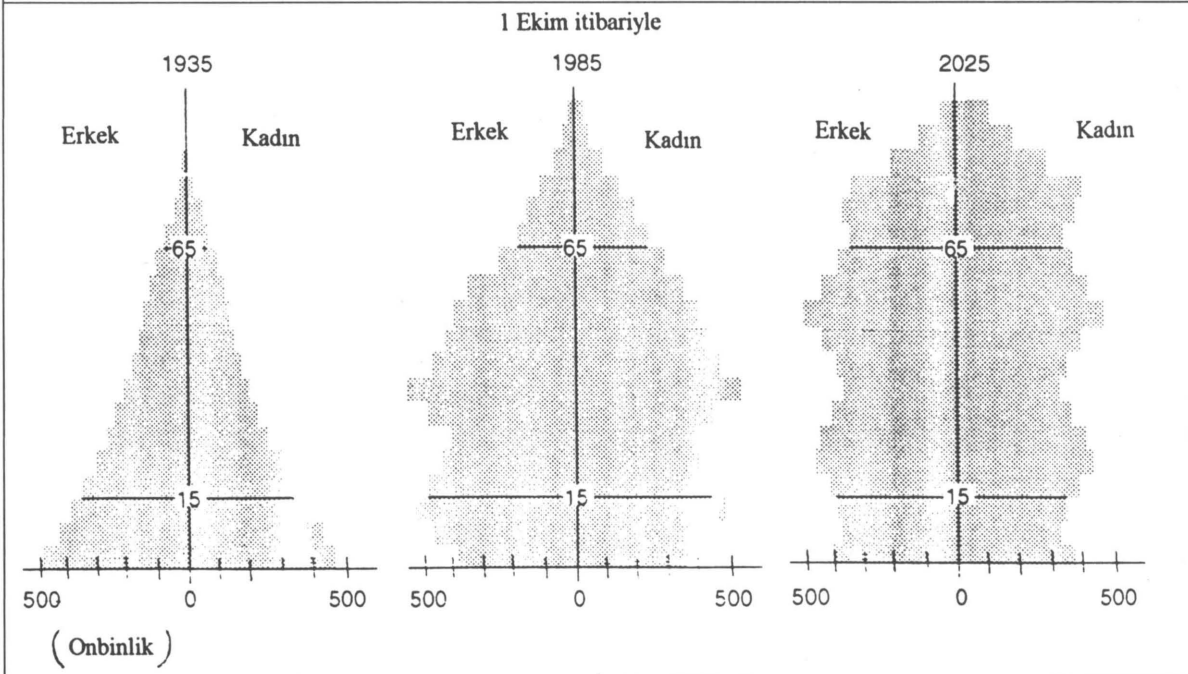


Kaynak : (7)

#### SAĞLIK GÖSTERGELERİ

1992 yılı itibariyle, toplam nüfus 124.452.000 ve 65 yaş üstü nüfus 16.242.000'dir. 1965 yılında 65 yaş üstü nüfus, toplam nüfusun %6.3'ünü oluşturuyken, 1992'de bu oran %13.1 olmuştur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Nüfus Sorunları Enstitüsü'nün tahminlerine göre, yaşlı nüfus 2000 yılında 21 milyona (toplam nüfusun %16.2'si) ve 2015 yılında 30 milyona (toplam nüfusun %22.5'i) ulaşacaktır(3).

Şekil 3. 1935, 1985 ve 2025 Yıllarında Nüfus Piramitleri



Kaynak : (3)

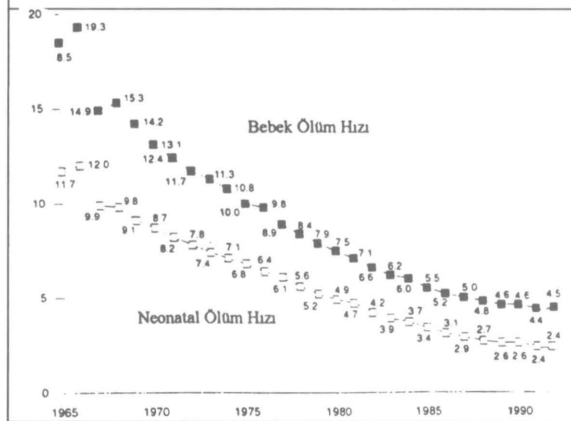
Nüfusun yaşlanması, iki faktörle açıklanabilir. Birinci, yaşlı nüfusun ölüm hızının azalması, ikincisi ise doğum hızındaki düşmeye bağlı olarak genç nüfusun oranının azalmasıdır.

Ortalama yaşam beklentisi açısından Japonya, gelişmiş ülkeler arasında birinci durumdadır. 1992 yılında erkekler için 76.09, kadınlar için 82.22 olan ortalama yaşam beklentisi, sürekli artış göstermektedir(3).

Tablo 1 : Japonya'nın Bazı Sağlık Göstergeleri (1992)	
Kaba Doğum Hızı (Binde) .....	9.8
Toplam Doğurganlık Hızı .....	1.5
Kaba Ölüm Hızı (Binde) .....	6.9
Bebek Ölüm Hızı (Binde)	
Neonatal .....	2.4
Postneonatal .....	2.1
Toplam .....	4.5
Perinatal Ölüm Hızı (Binde) .....	5.2
Anne Ölüm Hızı (Yüzbinde) .....	9.2
Yılda, kişi başına polikliniğe yapılan .....	14
ortalama başvurusu sayısı	
Düşük doğum ağırlıklı bebek oranı* .....	6.2
(Yüzde)	
Kaynak : (5,6)	
* (1990)	

Bebek Ölüm Hızı (BÖH), geçen 60 yıldan bu yana, logaritmik bir düşüş göstermektedir ve Japonya'nın BÖH'nın, gelişmiş ülkeler içinde en düşük olduğu söylenebilir. BÖH'daki düşüş, neonatal ölüm hızına paralellik göstermektedir.

Şekil 4. Japonya'da BÖH ve Neonatal Ölüm Hızları (1965-1992)

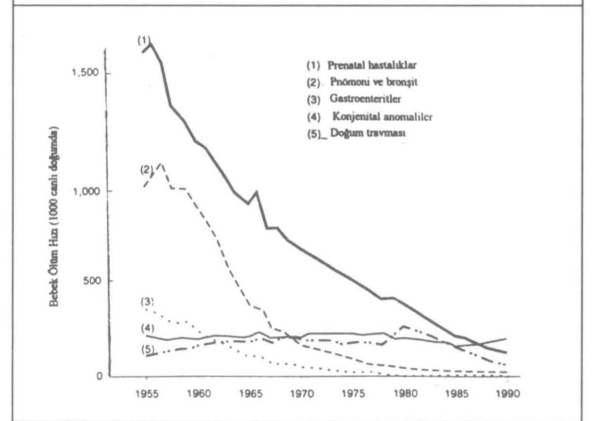


Kaynak : (3)

BÖH'daki düşüşle birlikte, bebek ölümlerinin nedenleri de değişmektedir. Enfeksiyon hastalıkları ve ishal kontrol altına alınmıştır. Bebek ölümlerinin büyük kısmını prenatal sorunlar ve anomaliler oluş-

turmaktadır. Bu değişim, pek çok faktöre bağlıdır. 1992 yılı itibarıyla, hastanede yapılan doğumlar, tüm doğumların %99.9'unu oluşturmaktadır (3). Ekonomik gelişme, yalnızca BÖH'nı düşürmekle kalmamış, doğurganlığın da azalmasına yol açmıştır. Doğurganlığın azalmasına yol açan bir başka faktör, kadının eğitim düzeyinin yükselmesi, toplumsal statüsünün artması ve ilk evlilik yaşının ileriye kaymasıdır. 1991 yılında, kadınlarda ilk evlilik, yaş ortalaması 25.9 ve erkeklerde 28.4'dür (5).

Şekil 5. Japonya'da Bebek Ölüm Nedenleri (1955-1990)



Kaynak : (3)

Yıllar içinde, ölüm nedenlerinde de belirgin bir değişim söz konusudur. Tüberküloz ve diğer enfeksiyon hastalıklarında, II. Dünya Savaşından bu yana belirgin bir azalma görülmekle birlikte, halen çözümlenmesi gereken sorunlar bulunmaktadır. Kolera, dizanteri, tifo gibi hastalıkların vaka sayılarında son yıllarda görülen artış, uluslararası seyahatlerin artması ile açıklanmaktadır. Örneğin, son yıllardaki tifo vakalarının 1/3-1/2'si yurt dışı kaynaklıdır.

Tüberküloz mortalitesi, 1950'de 146.4/100.000 den, 1990'da 3.0/100.000'e düşmüştür. (Tüberküloza bağlı ölümler, ileri yaşta görülmektedir). Ancak, tüberküloz mortalitesi ABD ve Avrupa ülkelerine göre hala yüksektir.

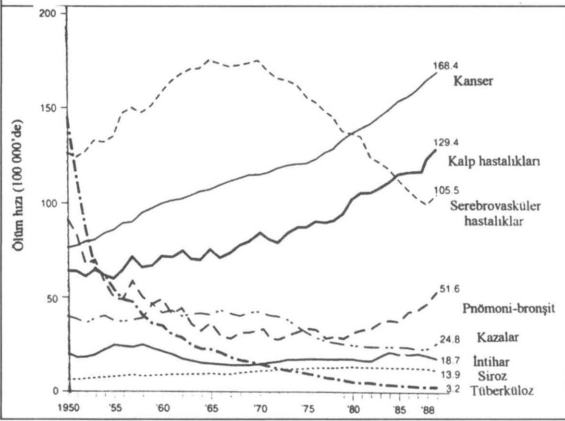
Tablo 2. Bazı Ülkelerde Tüberküloz Mortalitesi (Yüzbinde)

Japonya (1990)	3.0	İngiltere/Galler (1990)	0.8
ABD (1989)	0.8	Polonya (1987)	4.3
İsrail (1986)	0.4	B.Almanya (1990)	1.3
Şili (1986)	6.0	Hollanda (1990)	0.1
Singapur (1990)	4.2	İsveç (1990)	1.0
Sri Lanka (1983)	7.4	Fransa (1990)	5.7

Kaynak : (7)

Japonya'da bugün başta gelen ölüm nedenleri, dejeneratif hastalıklar, kanser, kalp hastalıkları ve serebrovasküler hastalıklardır. Beslenme alışkanlıklarındaki değişimler de bazı hastalıkların görülme sıklığını etkilemektedir. Tuz tüketimindeki azalmayla, taze et ve sebze tüketimindeki artış, mide kanseri ve serebrovasküler hastalık insidansında azalmaya yol açmaktadır. Buna karşın, kalp hastalıkları insidansındaki artış, hayvansal yağ tüketiminin artması, stres ve hareketsiz yaşamla açıklanmaktadır.

**Şekil 6. Japonya'da Ölüm Nedenlerinin Değişimi (1925-1989)**



Kaynak : (3)

Bir risk faktörü olarak, sigara içme sıklığına bakıldığında, 1990 yılı rakamlarına göre, erkeklerin %61.0'i ve kadınların %14.0'inin sigara kullanmakta olduğu görülmektedir. Karşılaştırma yapmak gerekirse, ABD'de bu sıklık erkekler için %32.2, kadınlar için %25.6'dır.

Japonya'da, ilk AIDS olgusu 1987 yılında bildirilmiştir. 1993 yılı rakamlarına göre ülkede, 685 AIDS hastası ve 2914 seropozitif kişi bulunmaktadır. AIDS vakalarının %61.0'ı ve seropozitiflerin %60.8'i, yabancı ülkelerde kontamine kan transfüzyonu yapılmış olan hemofilik hastalardır (7). HIV taşıyıcıları arasında, hemofiliklerin bu yüksek oranı, Japonya'daki HIV epidemisinin diğer ülkelere en önemli farkını oluşturmaktadır. Ülke çapında, tüm verici kanlar, HIV taramasından geçirildiğinden ve bazı güvenlik önlemleri alındığından beri (Faktör VIII ve Faktör IX için ısı uygulaması gibi) enfekte kan ürünlerine bağlı yeni vaka görülmemektedir.

#### SAĞLIK İNSANGÜCÜ

Japonya'da, özellikle 1970'lerin ortalarından bu yana, hekim sayısında hızlı bir artış gözlenmektedir. Bu artışa, diş hekimleriyle, rehabilite edilen hastalara bakmakla yükümlü olan teknisyenler de dahil

dir. Hemşire sayısında ise, benzer bir artış görülmektedir. Hekim sayısındaki bu artış, "aşırı" olarak nitelendirmekle birlikte, hekim dağılımı düzenli değildir. En fazla hekim, Tokushima'dadır ve 100.000 nüfusa düşen 227.1 hekim, ülke ortalamasının oldukça üzerindedir. Benzer şekilde, Tokyo'daki hekim sayısı da aşırı olarak nitelendirilmekte, buna karşın periferdeki hekim sayısı yetersiz kalmaktadır.

**Tablo 3 : Japonya'da Sağlık Personeli/Nüfus Oranı (1992)**

Sağlık Personeli	Toplam Sayı	100.000 nüfusa düşen personel Sayısı
Hekim	219.704	176.5
Diş Hekimi	77.416	62.2
Eczacı	162.021	130.2
Halk Sağlığı Hemşiresi	29.345	23.6
Ebe	23.263	18.7
Hemşire	452.623	363.7

Kaynak : (3)

Daha önce sözedildiği gibi, Japonya'da hekimler genellikle sağlık kuruluşunun sahibidirler ve kurumun yönetiminden sorumludurlar. 1992 yılı rakamlarına göre, kliniklerde çalışan toplam 75.653 hekimin 54.143'ü (%71.6) kliniğin sahibi, 21.510'u (%28.4) ise kliniğin çalışanıdır. Son yıllarda, giderek daha fazla sayıda hekim, işçi olarak çalışabileceği kurumları yeğlemektedir. Bu hekimler, genellikle genç hekimlerdir ve daha çok hastanede çalışmaya eğilimlidir.

Japonya'da, yasalara göre "genel pratisyen uzmanı" ya da "aile hekimi" adı altında hekim yoktur, tümü özel bir alanda uzmanlaşmıştır. Ulusal sağlık gereksinimlerini karşılamak üzere, bu görevi yapacak olan hekimler, özel bir eğitimden geçirilirler ve genellikle kliniklerde çalışırlar. Hükümet, şu anda böyle bir eğitim için "model program" hazırlamaktadır. Ayrıca, sağlık yönetimi eğitimi almış hekim sayısı oldukça azdır ve şu anki durum, gereksinimleri karşılamaktan uzaktır.

#### HALKIN SAĞLIK HİZMETLERİ KONUSUNDAKİ GÖRÜŞLERİ

"Sıradan bir Japon vatandaşın, Japonya'nın şu anki sağlık hizmetleri konusundaki düşüncelerini soracak olsak, büyük bir olasılıkla duyacaklarımız yakınmalar ve hoşnutsuzluklar olacaktır. Eğer duyduklarımıza inanacak olursak, Japon sağlık hizmetleri sisteminin batmakta olduğunu düşünmek zorunda kalacağız. Oysa, Japon halkı oldukça sağlıklı görünüyor ve ulusal sağlık standartları da, sağlığa ayrılan paya kıyasla oldukça yüksek. Öyleyse, bu hoşnutsuzluğun nedeni nedir?(4)"



Sözü edilen bu hoşnutsuzluğun nedenleri, şöyle açıklanmaktadır:

— Japonya’da, II. Dünya Savaşından bu yana, sağlık hizmetlerinde belirgin bir düzelme görülmemekte, Japon halkı, böyle bir düzelmenin günümüzde de aynı hızla devam etmesini beklemektedir. Oysa, bu olası değildir. Sağlık hizmetlerindeki iyileşme, halkın dilediği çabuklukta olmamakla birlikte sürmektedir. Ancak, gerçekler beklentilerin gerisinde kalmakta ve sağlık hizmetleri kötüye gidiyor gibi algılanmaktadır.

— Sağlık sigortası finansmanına, bazı kısıntılar getirilmekte ve kamu harcamaları azaltılmaktadır.

— Sağlık hizmetini sunanlarla, hizmeti alanlar arasında bir iletişimsizlik yaşanmaktadır.

Sağlık hizmetlerini kullananların düşüncelerini bilmek, hizmetlerin değerlendirilmesinde son derece önemli olmakla birlikte, hizmetin bütünsel değerlendirilmesi, yalnızca bireysel görüşlere dayanılmamalıdır(4).

## SONUÇ

Japonya’nın, sağlık göstergeleri açısından gelişmiş ülkeler ölçüsünde, son derece ileri konumda olduğu bir gerçektir. Bu nedenle Japon sağlık sisteminin olumlu ve olumsuz temel bazı niteliklerini gözden geçirmek, anlamlı olabilecektir.

Sağlığın klasik tanımından yola çıkarak, sağlık hizmetlerinin diğer tüm hizmetlerle ve ülkenin ekonomik, kültürel ve siyasal yapısıyla sıkı sıkıya ilintili olduğu, bilinen bir gerçektir. Japonya’nın sağlık hizmetlerinde ulaştığı noktada da, bu gerçeğin çok önemli bir payı bulunmaktadır.

Bütün bunlarla birlikte, sağlıklı bir topluma ulaşabilmek için, Japonya’da uzun yıllar boyunca içtenlikli ve istekli bir çalışma sürdürülmüştür. Gerçekte, “nitelikli sağlık hizmeti nasıl sunulur?” sorusunun, birbirinden çok farklı yanıtları olmasa gerektir. Nitekim, pek çok geri kalmış ülke de, bu sorunun doğru yanıtını bilmekte, ancak asıl sorun, bilinen doğruların yaşama geçirilmesinde yaşanmaktadır. Bu nedenle, Japon sağlık sisteminin örnek alınabilecek yanları olmakla birlikte, sistemin bilinen örneklerden çok farklı olmadığına dikkat çekmek gerekir.

Japon sağlık hizmetleri sisteminin en önemli eksikliği, “çağdaş sağlık hizmeti” kavramının temel

niteliği olan, koruyucu sağlık hizmetleriyle, tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak sunulması gerekliliği ilkesinden uzak oluşudur. Bu eksiklik, hizmetlerin sunumu sırasında bir sorun olarak ortaya çıkmakta ve yakın gelecekte yapılacak düzenlemelerde, bu eksikliğin giderilmesi gerekliliği sıklıkla yinelenmektedir. Bir başka önemli sorun, sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında yaşanmaktadır. Pek çok ülke için halen yaşanmakta olan bu sorun, Japonya’da, artan yaşlı nüfusla doğrudan ilişkili olarak değerlendirilmektedir.

Japonya’da tüm halkın sigorta kapsamına alınmış olması, sigortaların devlet tarafından yönetilip denetlenmesi, sigorta hizmet kapsamlarının benzer olması ve sigorta kuruluşlarıyla, tedavi hizmetleri sunan özel hastanelerin kârsız çalışmaları ise, var olan sorunlarıyla birlikte, sistemin dikkate alınması gereken olumlu özellikleridir.

## KAYNAKLAR

1. Maruchi, N.; Matsuda, M.; Provision and Financing of Health Care Services in Japan. International Training Course The Research Institute of Tuberculosis, 1991.
2. Iglehart, J. “Japan’s Medical Care System” in: Health Care Systems and Their Patients. An International Perspective. Edited by Marilyn Rosenthal. Westview Press, USA, 1992.
3. National Health Administration in Japan. Vol. I: Health Administration and Organization. Textbook for Seminar on National Health Administration. Japan International Cooperation Agency, 1994.
4. Tanaka, S. “Japan” in: Advances in Health Economics and Health Services Research. Supplement I: Comparative Health Systems, pp.169-178. JAI Press Inc, 1990.
5. National Health Administration in Japan. Vol. III: Health Service: Part 2. Textbook for Seminar on National Health Administration. Japan International Cooperation Agency, 1994.
6. Tsuda, T. Hideyasu, A. Froom, J. “Primary Health Care in Japan and The United States” in: Social Science and Medicine. Vol. 38, No.4, pp.489-495, February, 1994.
7. National Health Administration in Japan. Vol. II: Health Service: Part 1. Textbook for Seminar on National Health Administration. Japan International Cooperation Agency, 1994.
8. National Health Administration in Japan. Vol. III: Health Service: Part 2. Textbook for Seminar on National Health Administration. Japan International Cooperation Agency and Hachioji International Training Centre, 1991.