



# JAPONYA SAĞLIK HİZMETLERİ SİSTEMİ

Dr. M. Rahmi DİRİCAN\*

## 1. ÜLKENİN GENEL NİTELİKLERİ:

- Yüzölçümü: 307.801 km<sup>2</sup>
- Nüfusu (1991): 123.940.000
- Km<sup>2</sup>'ye düşen nüfus: 328 kişi
- Kişi başına yıllık ulusal gelir (188): 21020 dolar
- Kaba doğum oranı (1989): Binde 11
- Kaba ölüm oranı (1989): Binde 7
- Doğal nüfus artışı (1989): Binde 4
- Bebek ölüm oranı (1989): Binde 6
- Ana ölüm oranı (1988): Yüzbinde 11
- Düşük doğum ağırlıklı bebek yüzdesi (1990): 5
- Beş yaşından küçüklerde ölüm oranı (1990): Binde 39
- Doğumda yaşam beklentisi (1990): 79 yıl
- Erkeklerdeki yaşam beklentisinin yüzdesi olarak kadınlarda yaşam beklentisi (1990) 106.6
- Kentsel nüfus oranı (1990): Yüzde 77
- Eğitilmiş sağlık personelinin gözetiminde yapılan doğum yüzdesi (1990): 100
- Gebeliği önleyici yöntem kullanan doğurganlık çağındaki kadın yüzdesi (1990): 64

## İLK ÜÇ SIRADAKİ ÖLÜM NEDENLERİ

- Serebro-vasküler hastalıklar
- Kanseri
- Kalp Hastalıkları

## PERSONEL BAŞINA DÜŞEN NÜFUS

### PERSONEL UNVANI

Hekim	761
Diş Hekimi	2181
Hemşire, hemşire yardımcısı, ebe	209

## 2. TIBBİ BAKIM HİZMETLERİ (Medical Care):

Geleneksel ve modern nitelikleri olan karma bir sistemdir. Geleneksel Japon hekimliği Çin kaynak-

lı olup KANPÖ adıyla bilinir ve VI. yüzyıldan beri yoğun bir değişime uğramış olup, günümüzde bitkilerden, akupunktürden ve moksibüstyondan (çeşitli hastalıkların tedavisinde moksa isimli bitkiden elde edilen maddenin deri üstünde yakılarak uygulanması) yararlanılarak uygulanır. 1870 yılına kadar bu uygulamalar çok yaygındı. Günümüzde de yüzlerce kanpö uygulayıcısı mesleğini sürdürmekte ve yaşamsal tıp ya da kozmopolit tıp adı verilen modern hekimlik uygulamalarının alternatifi olarak halk tarafından benimsenmektedir.

Modern hekimlik uygulamaları Japonya'da 1870 yılında başlamış ve hızla yaygınlaşarak günümüzün gelişmiş ülkelerinden farksız bir duruma gelmiştir. Bu tür hizmet sunan personelin sayıları:

Sağlık Personeli Ünvanı	Sağlık Personeli Sayısı	
	1981	1984
Hekim	162.881	181.101
Diş Hekimi	56.841	?
Eczacı	120.444	?
Halk Sağlığı Hemşiresi, Hemşire ve Hemşire Yardımcısı, Ebe Toplamı	594.215	651.660

1991 yılında ülkede 80 tıp fakültesi vardı ve bu fakültelerin tümüne alınan yeni öğrenci sayısı 8360 idi (her fakülteye yılda yaklaşık 100 öğrenci). Hekimlerin hemen hepsi uzmandır. 1980 de Sağlık Bakanlığınca yapılan araştırmada hekimlerin sadece 1633'ü (diğer bir deyimle yüzde biri) kendisini genel pratisyen olarak belirtmiştir. Ne var ki kendilerini çeşitli dallarda uzman olarak belirtenler bunu özel bir uzmanlık eğitimi sonunda elde etmiş değildir. Çünkü Japonya'da ulusal ölçüde bir uzmanlık eğitimi ve tescil sistemi yoktur. Bu yüzden kendilerini şu ya da bu dalda uzman olarak belirtenlerin çok büyük bir bölümü hastane ya da muayenehanede genel pratisyen olarak çalışmaktadır. 1980 araştırmasına göre hekimlerin %93.3'ü klinik hekimlikle geri kalan %6.7'si yönetim, eğitim-öğretim ve araştırma hizmetleriyle uğraşıyordu. Klinik hekimlik yapanların

\* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AB. Öğretim Üyesi, Prof. Dr.

yüzde 53.6'sı hastanelerde maaş karşılığı çalışıyordu, geri kalanlar özel hastanelerinde ya da muayenehanelerinde sağlık hizmeti sunuyordu. Maaş karşılığı tam gün çalışan 65114 hekimden 24879'u tıp fakülteleri hastanelerinde idi. Geçmiş yıllarda büyük bölümü hizmet karşılığı ücret sistemine uygun bir şekilde çalışan hekimlerin çok büyük bir bölümü, günümüzde giderek kamu ya da özel hastanelerde tam gün maaşlı olarak görev yapmaya başlamıştır.

### 3. TIBBİ BAKIM HİZMETLERİNİN ÖRGÜTLENMESİ :

1948'de kabul edilen bir yasa, Japonya'da tıbbi bakım hizmetlerinin örgütlenmesine ve sunumuna temel kurallar getirmiştir. Buna göre, örgütlenmede hastane ve klinik (ya da muayenehane) olarak iki temel örgüt vardır. Yirmi ya da daha fazla yatağı olan sağlık kuruluşu hastane; 19 ya da az yatağı olan sağlık kuruluşu klinik (muayenehane) dir. Genel hastanelerin en az 100 yatağı ve kimi özellikleri bulunması gerekmektedir. Sahibi kim olursa olsun hastane ya da klinik (muayenehane) leri hekimlerin yönetmesi zorunludur.

1980 araştırmasına göre, Japonya'da 9005 hastane (toplam yatak sayısı 1319406 ve 77611 klinik (muayenehane) vardı. Kliniklerin 28956 sı (yüzde 37.3) yataklı geri kalanı yataksızdı. Kliniklerin toplam yatak sayısı 287.000 idi. Bu verilere göre Japonya'da bin kişiye 13.7 hasta yatağı düşmekteydi. Hastane ve klinik hizmetlerinde kamu sektörünün rolü giderek artmaktadır. Kamu sektörü hastanelerinin niteliği de daha yüksektir. Bununla birlikte tıbbi bakım hizmetleri büyük oranda özel sektör kuruluşlarınca yürütülmektedir. Örneğin, hastanelerin %79'u ve hastane yataklarının %60'ı özel sektöre aittir. 77.611 kliniğin %90'dan fazlası da özel kişilerindir ve onlar tarafından yönetilmektedirler. Kamu ve özel sektöre ait hastane ve klinikler topluma daha iyi hizmet sunabilme yarışında olup benzer özellikler taşımaktadırlar.

### 4. TIBBİ BAKIM HİZMETLERİNİN FİNANSMANI:

1961 yılından beri geniş kapsamlı ve zorunlu bir sağlık sigortası sistemi tüm nüfusu içine almaktadır. Aslında sağlık sigortası yasası, Asya Kıtasında ilk kez Japonya'da ve 1922 yılında çıkarılmıştır. Başlangıçta kimi belirli grupları kapsayan sağlık sigortasının tüm toplumu kapsaması 1958 yasasıyla uygun görülmüş ve 1961 de gerçekleşmiştir. Bu yasaya göre her il, ilçe ve köy yönetimi orada oturanlara sağlık hizmeti sunmak ve bunun için özel bir vergi toplamak zorundadır. Sigortanın maliyeti ve - eğer kâr ederse - kârı sigortalılar ve ulusal hazine tarafın-

dan paylaşılmaktadır. Ülke kültürüne özel ve uygulanmasında kimi farklılıklar olan bu sistemin daha etkin bir duruma getirilmesi için yapılan uğraşlar, Japon Hekimler Birliğinin ve kimi etkin meslek, işçi ve işveren kuruluşlarının vetosu nedeniyle gerçekleşmemektedir.

Diğer gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, Japonya'da da sağlık hizmetlerinin giderek artan maliyeti endişelere neden olmaktadır. Örneğin, 1980 yılında tıbbi bakım (ama tıbbi bakımı da içeren sağlık bakımı değil) maliyeti, yıllık ulusal gelirin yüzde 6.2 sini kapsıyordu. Bu maliyete, Japonya'da geleneksel olarak kendilerine hizmet eden hekimlere verilen oldukça önemli bir yekun tutan hediyeler dahil değildir. Bu maliyetin %30'u maliye bakanlığınca; yüzde 3'ü yerel yönetimlerce; yüzde 24'ü işverenlerce ve yüzde 31'i sigortalıca karşılanmakta, geri kalan yüzde 12'si doğrudan hastalardan alınmaktadır. Oldukça karmaşık nitelikler taşıyan bu kendine özel genel sigorta sistemini daha ayrıntılı bir şekilde belirtmenin gereği yoktur.

### 5. HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN YÖNETİMİ:

Modern Japonya'da halk sağlığı ve tıbbi bakım hizmetlerinin şekli, içeriği, örgütlenmede devletin katkısı, sunumu ve finansmanı, ülkenin ekonomik ve endüstriyel gelişimine ve gelişmiş batı ülkelerindeki değişimlere bağlı olarak zamanla önemli değişiklikler göstermiştir. 1870 yılından beri ulusal ve bölgesel düzeydeki hükümet yetkilileri, sağlık politikasının gelişmesinde ve yönetiminde, kamu ve özel sektör arasında belirli bir ayırım yapmadan önemli rol oynamışlardır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, kurulduğu 1938 yılından beri ülke genelinde sağlık hizmetlerinin yönetiminden sorumlu kılınmıştır. Ancak bu sorumluluğu uygulamada kimi kamu kuruluşlarıyla paylaşmaktadır. Japonya'da sağlık hizmetlerinin yönetimi genel sağlık hizmetleri, okul sağlığı hizmetleri ve iş sağlığı hizmetleri yönetimi şeklinde üç temel gruba ayrılabilir. Son yıllarda çevrenin korunmasıyla ilgili yönetim hizmetleri, devlet bakanlığı düzeyinde ayrı bir örgüte bırakılmıştır. İş ve işçi sağlığı konusundaki sorumluluklar Çalışma Bakanlığıyla ve okul sağlığı hizmetleri Eğitim, Kültür ve Bilim Bakanlığıyla birlikte yürütülmektedir.

Japonya'da sağlıkla ilgili yaklaşık yüzden fazla yasa vardır. Bunlardan 9 tanesi hastalıklardan korunma; 25 tanesi çevre sağlığı; 11 tanesi genel halk sağlığı idaresi ve sağlık istatistikleri; 14 tanesi tıbbi bakım ve sağlık personeli; 9 tanesi de ilaçlarla ilgilidir. Sağlık Bakanlığı ulusal ve bölgesel düzeyde sağlık planlamasından sorumludur.

Özetlemek gerekirse, Japonya Devleti 1980 yılından beri sağlık alanında şu etkinlikleri göstermektedir: plan, program ve politika geliştirmek; sağlık hizmeti sunan kuruluşların mevzuatını hazırlamak; hizmet sunmak hizmet sunan kuruluşları parasal yönden desteklemek; araştırma, eğitim ve bilgi toplamak; diğer kamu kuruluşlarıyla sağlıkla ilgili işlerin etkinliği ve öncelikleri hususunda işbirliği yapmak.

Özellikle son etkinliği ayrıntılarıyla belirtmek kolay değildir. Bunu en iyi şekilde, ülkedeki sağlık merkezleri sistemini kısaca inceleyerek belirtmek olanaklıdır. 1947 de çıkarılan Sağlık Merkezi Yasası, ülkede halk sağlığı hizmetlerinin sağlık merkezleri tarafından yürütülmesini öngörmüştür. Halen Japonya 47 il bölgesine ayrılmıştır. Her il bölgesi de kent, kasaba ve köylere bölünmüştür. Yasa her 100.000 nüfus için bir sağlık merkezi kurulmasından il yönetimlerini sorumlu kılmıştır. 855 sağlık merkezi ülke çapında hizmet sunmaktadır. Bunların 275'i kentsel, 98'i kentsel-kırsal, 320'si kırsal, 128'i geniş bir bölgede az bir nüfusa hizmet sunan, 34 tanesi 30.000 den daha az nüfusa hizmet sunan niteliktedir. Sağlık merkezleri yasal olarak şu hizmetlerden sorumludur.

- Bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve bağışıklama,
- Tüberküloz kontrolü,
- Cinsel hastalıkların kontrolü,
- Trahoma, paraziter hastalıklar ve dejeneratif hastalıklar gibi hastalıkların kontrolü,
- Ruh sağlığının geliştirilmesi,
- Ana ve çocuk sağlığı hizmetleri,
- Diş sağlığı hizmetleri,
- Beslenmenin geliştirilmesi,
- Besin, süt ve et sanitasyonu,
- Kuduzdan korunma,
- Çevre sağlığı hizmetleri ve çevre kirlenmesini önleme,
- Öjenik koruma konsültasyonu,
- Tıbbi sorunlar,
- Halk sağlığı hemşireliği etkinlikleri (örneğin ev ziyaretleri ve sağlık eğitimi),
- Tıbbi sosyal hizmet,
- Halk sağlığı laboratuvarı hizmetleri,
- Sağlık ve Hayati istatistiklerin sağlanması,
- Halkın sağlık eğitimi.

Son yıllarda kamu ve özel sağlık hizmetlerini entegre etmek hususunda yoğun çabalar harcanmaktadır. Bu hususta ilk adımlar yaşlılar için sağlanan tıbbi bakım ve sağlık bakımı hizmetlerinde atılmıştır.

1960'lı ve 1970'li yıllarda Japonya ekonomik yönden hızla gelişirken oldukça şanslıydı. Çünkü nüfus genellikle genç ve üretici çağdaki insanlardan oluşuyordu. O yıllarda 65 ve daha yukarı yaşta kişiler toplam nüfusun yüzde 9'unu oluşturuyordu (oysaki aynı yıllarda bu oran batının gelişmiş ülkelerinde yüzde 15'e yaklaşıyordu). Yaşlıların bakımıyla ilgili yük giderek artmakta ve 2015 yılında yaşlılar oranının yüzde 21 olması beklenmektedir. "Yaşlılara Saygı" Japon'ların en önemli geleneklerinden biri olduğundan, şimdiden geleceğe yönelik ciddi önlemler alınmaya başlanmıştır.

Son söz olarak şöyle denilebilir: Japonya sağlık hizmetleri sistemi oldukça karmaşıktır. Birçok yönden batının büyük kapitalist ülkelerindeki sağlık bakım sistemine benzemektedir. Ama aynı zamanda o sistemden önemli farklılıkları da vardır. Batı ülkelerinde olduğu gibi koruyucu, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri örgütsel ve işlevsel açıdan birbirlerinden önemli ölçüde ayrılmış durumdadır.

#### KAYNAKLAR

- Hashimoto, Masami (1981). National Health Administration in Japan. Bulletin of the Institute for Public Health, Vol. 30, p.1-36.
- Hashimoto, Masami (1984). Health Services in Japan. In Comparative Health Systems, ed. Marshall W. Raffel, 335-70. University Park: Penn State Press.
- Jonas, Steven (1975). The District Health Center in Japan: History, Services, and Future Development American Journal of Public Health 65, 1 (January): 58-62.
- Ministry of Health and Welfare (1981). Guide to Health and Welfare Services in Japan. Health and Welfare Problems Research Societ. Tokyo.
- Ohtani, Fujio, ed. (1971). One Hundred Years of Health Progress in Japan. Tokyo: International Medical Foundation of Japan.
- Steslicke, William E. (1972). Doctors, Patients, and Government in Modern Japan. Asian Survey 12, 11 (November): 913-31.
- Steslicke, William E. (1988): Japan, In: The International Handbook of Health Care Systems (ed. Saltman, R.B.), Greenwood Press, New York, p.173-95.