

# JAPONYA SAĞLIK SİSTEMİ

ARAŞTIRMA YÖNETİCİSİ - EDITÖR

Doç. Dr. A. Erdal SARGUTAN

ARAŞTIRMA GRUBU

Emine BİNBOĞA

Ayşegül UÇAR

Elif EMİROĞLU

Bahar PANAS

Ayşe ŞAHİN

A. ERDAL SARGUTAN

**JAPONYA SAĞLIK SİSTEMİ**

<b>ÖZET</b>	1488
<b>I. ÜLKE TANITIMI</b>	1491
I.1. Tarihçe	1491
I.2. Coğrafi Yapı	1492
I.3. Bitki Örtüsü	1493
I.4. Ekonomi	1493
I.5. Nüfus Ve Sosyal Hayat	1494
I.6. Ulaşım	1494
<b>II. SAĞLIK SİSTEMİ</b>	1495
II.1. Japonya Sağlık Sistemi'nin Bugünkü Durumu	1495
II.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihçesi	1496
II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı	1499
II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	1501
II.4.1. Büyük Hastahaneler İçin Sevk Sistemi	1502
II.4.2. Aile Hekimliği Sistemi	1503
II.4.3. Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları ve Tıp Eğitimi	1503
II.5. Sosyal Güvenlik Programları	1504
II.5.1. Sağlık Sigortası	1505
II.5.2. Çalışanlar İçin Sağlık Sigortası	1505
II.5.3. Ulusal Sağlık Sigortası	1505
II.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı	1506
II.7. Yaşlanan Nüfus Sorunları	1509
II.8. Alternatif Tıp Uygulamaları	1510
II.8.1. Japon Diyeti	1510
II.8.2. Çin Tıbbi Uygulamaları	1511
II.8.3. Reiki	1511
II.8.4. Akupunktur	1512
II.8.5. Yin ve Yang	1513
<b>III. JAPONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI</b>	1514
<b>KAYNAKLAR</b>	1516

## ÖZET

Dünyanın hem teknolojik hem de kişi başına yaklaşık 40.000 ABD \$ gelirle ekonomik açıdan en gelişmiş ülkelerinden biri olan Japonya'da, bu gelişmişlik sağlık sistemine de aynı şekilde yansımıştır. Ortalama yaşam beklentisi ve bebek ölüm oranları açısından dünyada en ön sıralarda gelen Japonya, gerek sağlık hizmetlerinin sunumu gerekse mali yapısı açısından oldukça başarılı bir düzeydedir.

Sağlık Çalışma Ve Refah Bakanlığı sağlık hizmetlerinin yürütülmesinden ve denetlenmesinden sorumludur.

Japonya sağlık sistemi içinde yerleştirilmeye çalışılan aile hekimliği sisteminde, hekimler kendi bölgelerindekilere birincil sağlık hizmeti sunarlar. Hastalar, normal şartlarda tıbbi hizmetlere, gerektiğinde onları büyük hastahanelere de yönlendiren bu hekimlerinden almaktadırlar. Ancak hastaların birçoğunun aile hekimi yoktur. Sistem Tabipler Birliği'nin işbirliği ile geliştirilmeye çalışılmaktadır. Doktorların ve hastaların sistemi yeterince uygulayabildiği söylenemez. Buna ek olarak aile hekimliğinin aracı kurum işlevi de tam olarak işlememektedir.

Japonya'da "genel pratisyen" ya da "aile hekimi" adı altında uzman hekimler yoktur. Tüm hekimler bunun dışındaki özel bir alanda uzmanlaşmıştır. Modern tıp yanında geleneksel tıp da uygulanır. Hekimler, genel olarak hastahane ve kliniklerin sahibidir. Ayrıca yasalara göre hastahane yöneticileri hekim olmak zorundadır. Sağlık yönetimi eğitimi almış hekim ve sair kişi sayısı azdır. Japonya'da sağlık hizmeti veren kuruluşların dağılımının ülke genelinde iyi olması kalite ve verimliliğin artmasını ve yüksek ulaşılabilirliği sağlamıştır.

Japonya'nın sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulan, birden fazla ödeyeni bulunan bir sistemdir. Toplam harcamanın yaklaşık %60'ı sigorta, %25'i kamu desteği, 1/10'u yerel yönetimler, kalan kısmı da diğer değişik kaynaklardan sağlanır.

Japonya'da gelir düzeyine bakılmaksızın sağlık hizmetleri sistemi tüm vatandaşları kapsayacak şekilde gelişmiştir. Japonya sağlık hizmetlerinin en önemli karakteristiklerinden biri tüm tıp kurumlarına serbest erişimin ve yararlanmada eşitliğin garanti altına alınmış olmasıdır.

Japonya'da sosyal sigorta programı çalışanlar için sağlık sigortası ve serbest çalışanların emeklilerini kapsayan Ulusal Sağlık Sigortası olmak üzere ikiye ayrılır. Çalışanlar için sağlık sigortası işyerlerinde çalışanları kapsamaktadır. Ulusal sağlık sigortası ise tarım işçileri, ormancılar, balıkçılar, kendi işyerlerinde çalışanlar ve işsizleri kapsamaktadır. Bunun yanı sıra, yaşlılar için de bir ulusal Sağlık Ve Tıbbi Hizmetler Sigortası programı vardır. Amacı artan yaşlı nüfusun gereksinim duyduğu hizmetleri sağlamaktır.

Sosyal sigorta temeline dayanan sistemin genel özellikleri şunlardır: Bir sağlık sigortasına üye olmak zorunludur. Kişilerin ödeyeceği miktar, gelirlerine göre belirlenir. Ödeme şekli, prim yanında daha çok vergi sistemidir.

Sigorta programları, kişilerin istekleri dikkate alınmaksızın önceden belirlenmiş gruplara göre düzenlenmiştir ve kişiler istedikleri sigortayı seçemezler. Çeşitli sigortaların hizmet kapsamı aynıdır. Sigorta kuruluşları, kâr amacı olmaksızın çalışırlar. Sigorta şirketleri, sağlık kuruluşlarıyla 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 iller tarafından yapılır.

Sistem ulusal ve yerel yönetimlerin yanı sıra, işverenler ve bireylerden alınan primlerle finanse edilir. Kamu sağlık sigorta planına ek olarak özel sağlık sigortası şirketlerinin sunduğu ek hizmetlerden de birçok kişi faydalanır. Japonya sosyal güvenlik programlarının kapsamı oldukça büyük ölçeklidir. İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra gelişmeye başlayan sosyal güvenlik sistemi ile hem ekonomi hem de ulusal yaşam standartları tutarlı hale getirilmiştir.

Japonya sağlık insangücü kaynakları açısından iyi bir durumdadır. Sağlık sektörü hizmetlerinin sunumunda 275,000 kadar doktorun hizmet verdiği, 100,000 kişiye 210 doktor düşüğü görülmektedir.

Ülke genelinde yatak sayısı çok fazladır. 100.000 kişiye 1.550 yatak düşmektedir. Hastahanedeki ortalama kalış 56 gün gibi çok uzun bir süre olup, çoğu yatak, tıbbi hizmetten çok, sosyal amaçlı olarak kullanılmaktadır. Tedavi hizmeti sunanlar temel olarak özel kuruluşlardır. Toplam 9.400'ü aşkın hastahanelerin 450 kadarı ulusal, 1.400 kadarı kamu ve 7.600 kadarı özel hastahanelerdir. Hastalar istedikleri kurumu seçebilirler. Ücretin bir kısmını hasta, kalan kısmını sigorta öder.

Japonya'da akupunktur, Ying ve Yang, Reiki, geleneksel Çin Tıbbi gibi geleneksel uygulamalar oldukça yaygındır ve bu uygulamalar yasal düzenleme ve teşvikler çerçevesinde yapılmaktadır.

Japonya sağlık hizmetleri sistemi oldukça karmaşıktır. En önemli eksikliği, koruyucu sağlık hizmetlerine tedavi edici sağlık hizmetlerinin bir bütün olarak sunulmamasıdır. Bu eksiklik hizmetlerin sunumu sırasında bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bir başka önemli sorun sağlık hizmetlerinin finansmanı alanında artan yaşlı nüfusla ilgili olarak yaşanmaktadır. Japonya'nın en önemli sağlık ve sosyal güvenlik sorunu yaşlanan nüfustur. Sosyal güvenlik hizmetlerinin büyük bir kısmı yaşlılara yönelik olup, bu sorun sistem için ağır bir yük ve gelecek için bir tehdit oluşturmaktadır.

Japonya, sahip olduğu ileri teknoloji sebebiyle, hemen her türlü tıbbi cihaz ve malzemeyi kendi ülkesinde üretmektedir.

Japonya, Refah Yönelimli / Sigorta tipi sağlık sistemi olan ülkeler sınıfına girer.

A. ERDAL SARGUTAN

# JAPONYA SAĞLIK SİSTEMİ

## I. ÜLKE TANITIMI

YÜZÖLÇÜMÜ	: 377.800 km <sup>2</sup>
NÜFUS	: 124.319.000 kişi
BAŞKENTİ	: Tokyo
ÖNEMLİ ŞEHİRLERİ	: Osaho ve Nagoya
DİLİ	: Japonca
PARA BİRİMİ	: Japon Yeni (1/1)

### I.1. Tarihçe

Japonya'nın ilk sakinlerinin Doğu Asya ve Güney Pasifik adalarından gelen göçmenler olduğu sanılmaktadır. Japon halkının atalarının şimdi Yamato ırkı diye bilinen ve M.S. 3 ve 4. asırda savaşçı kabileler ve klanlar üzerine giderek üstünlük kuran aynı ırka ait insanlar olduğu zannedilmektedir.

Dördüncü yüzyılın sonunda Japonya ve Kore Yarımadasındaki krallıklar arasında temas kurulmuştu. Bu tarihten sonra Japonya'da Çin'in kültür etkileri görüldü. Önce Konfüçyüs dini ve sonra Budizm, Hindistan, Çin, Kore yoluyla 538 yılında buraya girmişti. Ülkenin ilk ve devamlı hükümet merkezi 8. yüzyılın başında Nara'da kuruldu. 710 ile 784 yılları arasında 74 sene bu imparatorluk devam etti. 794 yılında ise Kyoto'da yeni bir hükümet merkezi kuruldu. Burası bin yıl kadar imparatorun oturduğu yer olmuştur. Başkentin Kyoto'ya taşınması, 1192 yılına kadar devam etmiş olan Heian devrinin başlangıcı olmuştur.

1185 yılında Danoura Savaşında Minamotolar rakip Taira Kralını yok ederek galip gelmişlerdir. Minemotoların iktidarı ele geçirmesi, Shogun denilen askeri liderler idaresi altında yedi asırlık bir feodal hakimiyet devrinin başlangıcı olmuştur. 1192 yılında Minamotolar hükümet merkezini Tokyo yakınındaki Kamakura'ya kurdular.

1213 yılında iktidar Minamotolardan, 1333 yılına kadar askeri yönetimi sürdüren Hoğoların eline geçti. Bu dönemde Moğollar, 1274 ve 1281 yıllarında olmak üzere iki defa Kuzey Kyushu'ya saldırdılar. Her iki savaşta başarılı olamayan Moğollar, ayrıca meydana gelen tayfunların tesiri ile Japonya'dan çekildiler. 1333 ile 1338 yılları arasında görülen kısa süreli imparatorlukları, Ashikaga Takauji tarafından Kyoto'da Muromachi'de kurulan yeni bir askeri yönetim takip etti. Kurulan hükümet 1338'den 1578'e kadar iki yüz yıldan fazla bir süre devam etmiştir.

On altıncı yüzyılda Avrupalılar Japonya topraklarına ayak bastılar. Bu arada misyonerler, Hıristiyanlığı burada yaymaya çalıştılar. Bunun üzerine Japon liderleri Hıristiyanlığın ve batı düşüncelerinin Japonya için zararlı olacağına inandıkları için Hollanda ve Çin tüccarı hariç olmak üzere bütün yabancıların Japonya'ya girişini yasakladılar. İki buçuk yüzyıl süresince Hollandalı tüccarların bulunduğu bu küçük ada, Japonya ile dış dünya arasında tek temas noktası olmuştur.

1853 yılında Amerikalı Komodor Matthev C.Perry dört gemiden meydana gelen donanmasıyla Tokyo Körfezine girmiş, ertesi yıl tekrar Japonya'ya gelerek, Japonları kendi ülkesiyle bir dostluk anlaşması imzalamaya ikna etmiştir. Bu anlaşmayı, aynı yıl içinde Rusya, Büyük Britanya ve Hollanda ile imzalanan anlaşmalar takip etmiştir. Bu anlaşmalar dört yıl sonra ticaret anlaşmalarına dönüşmüştür.

Tokogaua Shogunluğunun derebeylik sistemi 1867 yılında yıkılmasına kadar geçen on yıllık sürede büyük bir karışıklık hüküm sürmüştü ve 1868 yılında Meiji döneminin tekrar teşkilatlanmasıyla bütün hakimiyet yeniden imparatorun eline geçmiştir. İmparator Meiji'nin idaresinde Japonya, batıda gelişmesi yüzyıllar süren şeyleri kısa bir sürede uygulamaya koyulmuş, modern sanayileri, politik kuruluşları ve modern bir toplum modeli ile modern bir millet meydana getirmiştir. Japonya 1894-1895 yıllarında Çinlilerle, 1904 ve 1905 yıllarında da Ruslarla savaşmıştır. Japonya her iki savaşı da kazanarak 1875'te Rusya'ya verdiği Sahalin Adalarını geri almış, Formosa ve Kore'yi ele geçirmiş ve Mançurya'da bazı çıkarlar elde etmişti. 1920 yılında Japonya, Anglo-Japon Birleşmesi kararları gereğince Birinci Dünya Harbine girmişti.

1937'de Japonya-Çin Savaşı başladı. Birinci Dünya Harbinde Almanlara karşı savaşan Japonya, 1939'da Almanya ve İtalya ile askeri bir ittifak kurdu ve 7 Aralık 1941'de Hawaii Adalarına baskın yaparak Amerikan donanmasını yok etti. Savaşın ilk yıllarında üstün görünen Japonlar, sonraki yıllarda ağır kayıplara uğradılar. Amerikan uçaklarının 6 Ağustos 1945'te Hiroshima ve 9 Ağustosta Nagasaki'ye attıkları atom bombaları İkinci Dünya Savaşının neticesini belli etmişti. 14 Ağustos 1945'te kayıtsız şartsız teslim olmayı kabul eden Japonya ile 2 Eylül 1945'te resmi teslim anlaşması imzalandı.

Yedi yıl sonra, 1951 yılı Eylül ayında Japonya 48 devletle San Francisco'da Barış Antlaşmasını imzaladı. 1952 yılı Nisan ayında yürürlüğe giren bu anlaşma ile Japonya tekrar istiklalini kazandı. 1956 yılında ise Japonya 80. devlet olarak Birleşmiş Milletler'e tam üyeliğe kabul edilmiştir.

Bağımsızlığını kazandıktan sonra büyük bir ekonomik gelişme ile bugünkü refah düzeyine ulaşmış ve teknik ve bilimde çok ileri gitmiş olan Japonya, hemen hemen bütün dünya pazarlarına girmiş bir devlettir. Liberaller İkinci Dünya Savaşı'ndan bu yana iktidardadır. 1926'da tahta geçen İmparator Hirohito, 7 Ocak 1989'da öldü. Yerine büyük oğlu Prens Akihito tahta geçti ve 1990 Kasım ayında taç giydi (1/1,2).

## 1.2. Coğrafi Yapı

Japonya, Hokkoida, Honshu, Shikoku ve Kyushu isimli dört ana adadan ve sahil çizgisi açığında yüzlerce küçük adadan oluşmaktadır. Japonya topraklarının %80'i dağlıktır. Ülkede halen 60 faal, 165 sönmüş yanardağ bulunmaktadır. Ülkenin en meşhur dağı 3776 m yüksekliğindeki Fuji'dir. Ülkenin dörtte biri yanardağ döküntü ve külleriyle kaplıdır. Başlıca yanardağ bölgeleri Hokkaido, Honşu'nun kuzey ve orta kesimleriyle Kyushu'nun güneyidir.

Japonya'da çok sayıda akarsu bulunur. Bu akarsular kısa ve akışları süratlidir. Ayrıca çok sayıda krater gölü vardır. Bunlar arasında en büyüğü Biwa Gölüdür.



Japonya'nın topografik görüntüsü, bazen çok güzel, bazen da çok korkunç manzaralarla doludur. Karlarla beslenen dağ gölleri, kayalık boğazlar ve gürültülü nehirler, sarp dağ zirveleri ve şahane şelaleler turistleri cezbeden dünyaca meşhur yerlerdir (1/2).

### I.3. Bitki Örtüsü

Japonya'nın doğal bitki örtüsü ile ormanlar, topraklarının %70'ini oluşturur. Meşe, kafuru ve bambu ağaçlarından meydana gelen subtropikal ormanlar güneyde yer alır. Bu kesimin kuzeyinde ise, geniş yapraklı ağaçlardan oluşan ormanlar vardır. Bu ormanlarda; huş, kayın, meşe, kavak ve akağaç vardır.

Japonya'da en popüler ağaç türü, Hokkaido hariç hemen hemen ülkenin her yerinde yetişen ve "sugi" veya Japon Sediri denilen ağaçtır. "Hinoki" denen Japon selvisi ile "Akamutsu" denilen Japon kızılçamı Sugi'den sonra en çok yetişen ağaçların başında gelmektedir (1/3).

### I.4. Ekonomi

**Tarım:** Nüfusun büyük kısmının şehirlerde oturmasına rağmen, tarım Japonya ekonomisinin önemli bir kısmıdır. Toplam arazinin ancak %16'sı ekilebilir. Japonya'da tarım çok modern usullerle yapılmaktadır. Yetiştirilen ürünlerin başında pirinç gelir. Pirinç üretimi ortalama 15.000.000 tondur. Pirinçten sonra en çok buğday, arpa, darı, şekerpancarı, patates ve fasulye yetiştirilir. Ayrıca tütün, pamuk, çay ve bunun yanında büyük bir kısmını ihraç ettiği çok çeşitli meyveler de yetiştirilmektedir.

**Hayvancılık:** İyi meraların azlığı, hayvancılığın nispeten küçük çapta kalmasına sebep olmuştur. Çiftliklerde sığır, koyun ve tavuk yetiştirilir. Bunların sayısı az olmasına rağmen, elde edilen ürün çoktur.

**Ormanlık:** Ormanlar Japonya'nın toplam arazisinin üçte ikisini kaplar. Bu ormanlar ülkenin temel inşaat malzemesini, kâğıt üretimi için gerekli kâğıt hamurunun büyük bir kısmını sağlayan başlıca kaynağı teşkil eder. Ormanlık ve kerestecilik sanayiinde çalışanların toplamı dört milyon civarındadır. Fakat son yıllarda artan talep karşısında kereste ithal etmek zorunda kalmıştır. Kereste ithali petrolden sonra ikinci sırayı almaktadır.

**Balıkçılık:** Japonya'nın dört tarafı denizlerle çevrili olması sebebiyle, balıkçılık gelişmiştir. Çok iyi donatılmış modern gemileriyle hemen hemen dünyanın her tarafında balık avı yapar. Yılda ortalama olarak tutulan 15 milyon ton balık, ülkede tüketilir ve çok az miktarı ihraç edilir. Balık üretimi bakımından dünyada birincidir. Fakat Japon balıkçılığı son yıllarda gerilemiştir.

**Sanayi:** Japonya dünyanın üçüncü büyük sanayi ülkesidir. Sanayisi daha çok ağır sanayi üzerinde toplanmıştır. Başlıca sanayi tesisleri gemi, otomobil, elektronik ve optik cihaz, lokomotif, uçak, kimya ve her çeşit makine imal eden fabrikalardır. İş gücünün %26'sı sanayi kesiminde çalışmaktadır. Japon sanayi kuruluşları doğudaki Kanto Ovasından Kiyusiyu'ya kadar uzanan bir kuşak üzerinde yer alır. Bu bölgede üç sanayi merkezi vardır. Bunlar Keihin bölgesi, Hanshin bölgesi ve Chukyo bölgesidir.

Keihin bölgesi, Tokyo, Yokohama ve Kawasaki şehirlerini içine alır. Hanshin bölgesi Osaka, Hyogo ve Kyoto şehirlerini içine alır. Chukyo bölgesi ise Nagoyo şehri ile koyu çevresini içine alır. Savaştan sonra gelişen Japonya sanayi merkezleri, denizden kazanılmış topraklar üzerine kurulmuştur.

*Ticaret:* Japonya elde ettiği sanayi ürünlerinin büyük miktarını ihraç etmektedir. Ticaretin büyük bir kısmını deniz yoluyla gerçekleştiren Japonya'nın en önemli ürününü %30'luk bir oranla makineler meydana getirir. Bunu demir ve çelik mamulleri, pamuk ürünleri, taşıma araçları, gemi, optik cihazlar, ham ipek, cam, porselen, oyuncak, elektronik araçlar ve balık mamulleri takip eder. İthal ettiği ürünlerin başında petrol gelir. Bunu demir cevheri, buğday takip eder. Bunların yanında ham pamuk, yün, kauçuk, ham maddeler ve kereste de ithal eder. Dünyanın hemen hemen bütün ülkeleriyle ticaret yapar. En fazla ticareti ABD ve Kanada ile olup bunu Asya ülkeleri takip eder (1/3,4).

### **I.5. Nüfus Ve Sosyal Hayat**

Japonya'nın nüfusu 123.200.000 olup, dünya sıralamasında nüfus fazlalığı yönünden yedinci sırayı alır. Yüzlüğünün az olması sebebiyle nüfus yoğunluğu çok fazladır. Halkın %77'si şehirlerde yaşar. Şehirlerde yaşayan halkın %58'i Tokyo, Osaho ve Nagoya'da toplanmıştır. Nüfusu milyonu aşan yedi büyük şehir vardır. Bunlardan başşehir olan Tokyo, 8.323.699 nüfusa sahiptir (1/3).

### **I.6. Ulaşım**

Japonya'daki karayollarının toplam uzunluğu 1.098.900 kilometredir. Bu yolların ancak %65'i asfalttır. Demiryollarının uzunluğu ise 26.000 km civarındadır. Demiryolu ulaşımı Japonya'da kara ulaşımından daha önemli rol oynamaktadır. Sürat ve yer altı trenleri meşhurdur.

Deniz ulaşımı, ada devleti olduğu için gelişmiştir. Birçok limandan dünyanın her tarafına seferler düzenlenmektedir. Ticaretin büyük kısmı deniz ticaret filosuyla sağlanmaktadır.

Hava ulaşımı Japonya Hava Yolları tarafından sağlanmaktadır. En önemli hava limanları olan Tokyo ve Osaka milletlerarası hava alanlarıdır. Tarifeli sefer yapılan 71 havaalanı vardır (1/4).

## II. SAĞLIK SİSTEMİ

### II.1. Japonya Sağlık Sistemi'nin Bugünkü Durumu

Japonya sağlık sistemi, tartışılmaz olarak gelişmiş ülkeler arasındaki en iyilerden biridir. Sistem, yüksek donanımlı ekipmana sahiptir ve hizmeti iyi şekilde dağıtmaktadır. Ve tüm bunlar diğer gelişmiş ülkelere oranla daha düşük bir maliyetle gerçekleştirilir (2/1).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) sıralamasına göre, Japonya dünyadaki 191 ülke arasında toplum sağlığı, sağlık sisteminin sorumluluk algılanması ve mali katkı payının adaleti açısından birinci sırada yer almaktadır. Tüm sağlık sisteminin genel performansı açısından ise onuncu sırada bulunmaktadır (3/2).

Japonya sağlık sistemi, 28 OECD ülkesi ile karşılaştırıldığında çocuk ve hamilelik ölüm oranlarındaki düşüklük açısından sırasıyla ikinci ve birinci sırayı almaktadır.

**Tablo 1: Başlıca OECD Ülkelerinde Erkek Ve Kadın Yaşam Beklentisi İle Bebek Ölüm Oranları'nın Karşılaştırılması**

	Yaşam Beklentisi		Bebek Ölüm Oranı (Bin Doğumdaki Ölüm Sayısı)
	Erkek	Kadın	
<b>Japonya</b>	77,0	83,8	3,7
<b>Kanada</b>	75,8	81,4	5,5
<b>ABD</b>	73,6	79,4	7,2
<b>İngiltere</b>	74,6	79,7	5,9
<b>Fransa</b>	74,6	79,7	5,9
<b>Almanya</b>	74,1	80,3	4,8
<b>OECD</b>	73,5	79,6	8,9

**Kaynak:** Hiroya O., (2001) Health Care Reforms in Japan and Canada in the 21st Century, s. 1

Japonya sağlık sisteminin en önemli karakteristiği rekabet ortamı ve bunun hem hastalar hem de sağlık hizmetini sunanlar açısından getirdiği birçok alternatif sunabilmesidir. Japonya'da özel sektör ve kamu sektörü hizmet konusunda birbirleriyle rekabet içindedir. Hastaların yapması gereken şey basit bir şekilde hizmeti nereden ve ne zaman alacağına karar vermektir. Hastahanelere hasta başına yapılan ödemeler ve bu ödemeler sırasında en aza indirilmiş bürokratik süreçler sayesinde, hastahaneler daha iyi hizmet sunmak üzerine yoğunlaşabilmekte ve daha iyi hizmet de hastahaneler için daha fazla hasta çekebilmek anlamına gelmektedir.

Japonya sağlık sisteminde hizmetlerin maliyetlerinin karşılanmasına, hizmeti alan hastalar tarafından belirli oranlarda katkıda bulunulur. Tüm sağlık hizmetleri %20-30 arasında hasta ödemelerine tabidir. Bu da hastaların hizmet alırken gereksiz masraflardan kaçınmalarını ve daha bilinçli davranmalarını sağlamaktadır.

Japonya, sağlık hizmetlerinin sunumu esnasında kullanılan teknik ekipman açısından diğer ülkelere oranla çok daha geniş olanaklara sahiptir. Örneğin CT ve MRI tarama cihazlarının sayısı nüfus başına düşen oran açısından Kanada'nın 10 katı kadar bir üstünlük sağlamaktadır (2/1).

Çevre koşullarındaki gelişmeler, tıp teknolojisindeki ilerlemeler, sağlık tesislerinde son 40-50 yıl içinde yapılan iyileştirmeler, toplumun hastalık yapısında önemli değişikliklere yol açmıştır. 1950 yılında en önemli ölüm nedenlerinden biri olan tüberküloza rastlanma oranı 100.000 kişide 146,2 vaka iken, bu oran 2004 yılında 3'ün altına düşmüştür. 1960-1970 yılları arasında yine önemli bir ölüm nedeni olan beyin kanaması ve felç, 1970'lerin ikinci yarısında azalmış, 1980'lerden itibaren bir diğer önemli ölüm nedeni olan kanser vakalarında yavaş bir artış görülmüştür. Bakanlığın yaptığı bir araştırmaya göre ölüm nedenleri arasında kanser %28,5, beyne ait hastalıklar %15,9, kalp rahatsızlıkları %15,1 ve zatürree %8,6 ile ilk sıraları almaktadır (4/1,2).

## II.2. Sağlık Hizmetlerinin Tarihi

Japon tıbbındaki ilk sistematik uygulamalar, 6.Yüzyıl'da başlamıştır. Çin Tıbbından büyük oranda etkilenen bu uygulamalarda tedavi yaklaşımları, vücut içindeki iki karşıt gücün (yin ve yang) dengelenmesine yönelik geleneksel Çin anlayışı ve ilaçları ile düzenlenmekteydi. Günümüzde de Japon hastahanelerinde kullanılan reçetelerin %3'ünü "Kampo" adı verilen bu geleneksel ilaçlar oluşturmaktadır.

1600-1867 yılları arasında ülkede, Hollanda tıbbının önemli etkileri görülmektedir. Hollanda'lı bilim adamları tarafından yazılan anatomi kitaplarının tercüme edildiği, steteskopun ve aşıların ilk kez kullanılmaya başlandığı bu dönem içinde ilk eğitim hastahanesi de açıldı. Japon tıbbının daha sonraki gelişim yıllarında Alman ekolünün ağırlık kazandığı görülmektedir (5/1).

Japonya Meiji döneminde, Meiji restorasyonu (yeniden yapılandırması) diye adlandırılır ve 1858 yılından itibaren feodalizmden kapitalizme geçiş yıllarında endüstriyel alanda gelişmeye başlayan ilk Asya ülkesiydi.

1870'te Alman tıp eğitim-öğretim modeli diye bilinen model Japonya'da zorunlu eğitim olarak uygulandı. 1875'li yıllara doğru hükümet Ev İşleri Bakanlığı bünyesinde Sağlık Bürosu adında bir kuruluş oluşturuldu. 1893 yılında Hükümet çoğunlukla batıdaki uygulamalara benzer şekilde, polis otoritesi ve sorumluluğu olan yerel düzeylerde sağlık hizmetleri verdi. Şehirlerde ise çevre, sağlığı koruma, salgın hastalık kontrolü, çocuk sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi-öğretimi vb. gibi Avrupa sağlık standartlarını yakından izledi.

1922 yılında Japonya Uluslararası İşçi Partisi Organizasyonu, bazı kişi ve örgütlerle işbirliği yaparak, Almanya'dan alınan ve ilk "sağlık sigortası kanunu" olarak anılan, 5 ve daha fazla işçi çalıştıran iş yerlerindeki işçileri ve ailelerini kapsayan Çalışanlar Sağlık Sigortası adlı sağlık sigorta kanununu yürürlüğe koydu.

Çalışanlar Sağlık Sigortası yönetimi iki yoldan birini kullanıyordu. Birinci yol, eğer bir yerde çalışanların sayısı 300 veya daha fazla ise işveren bir sağlık sigortası örgütü kurmalı ve işçilerden en az beşte biri bu sigortaya üye olmalıydı. 1800 kadar şirketin temel dayanağı bu esasa kurulmuştu. İkinci yol ise, hükümet Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı bünyesinde bir ünitenin desteğiyle 5 ile 300 arasında çalışan bir araya gelerek kendilerinin bir sigorta kurması ve yönetiminde söz sahibi olmasaydı. Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı Geçici İşçilerin Sağlık Sigorta Programını yasalaştırdı.

1938 yılında ikinci büyük sağlık sigorta kanunu olan Ulusal Halk Sigortası kabul edildi ve çiftçiler ile serbest çalışanları kapsamak üzere yürürlüğe girdi. Bu kanun herkese yönelik bir korunma sağladı. Sorumluluklar ise yerel otoritelere yani şehirler, kasabalar ve köylerin yönetimlerine verildi. Çeşitli sağlık sigortaları geniş bir satın alma gücüne sahipti. Sağlık sigortaları ilaçları, hastahane malzemelerini ve diğer sağlık hizmetlerini sağlıyorlar, hizmet için gerekli olan her şeyi sunuyorlardı. Japonya'da sağlık sigortalarının ana harcamaları hükümet ve yerel yönetimlerin gelirlerinden karşılanıyordu.

İlk Sağlık Merkezi Kanunu 1937 yılında kabul edildi.

Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı ilk olarak 1938'de kuruldu.

II. Dünya Savaşı sonrasında bozguna uğrayan Japonya'yı işgal eden Amerikan ordusu ülkedeki sağlık hizmetleri organizasyonu ve yenilenmesi konularında önemli bir rol oynadı. Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı savaş sonrasında yeniden düzenlendi. Görevleri hayır işleri, emekli maaşları, sosyal çalışmalar, teknik çalışmalar, beslenme, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, akıl hastalıkları, karantina, sağlık kurumları oluşturma, hastahane araç ve gereçleri, hemşirelik, diş sağlığı ve çevre sağlığını kapsıyordu. İlaç sanayi antibiyotikler, uyuşturucular vb. konularda çalıştı. Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı içindeki büyük bir bölüm, deniz çalışanlarının sigortalanması ve sağlık sigortasıyla ilgileniyordu. Bakanlık emrindeki Ulusal Halk Sağlığı Kurumu ve Devlet Hastahaneleri Kurumu araştırma ve geliştirme merkezleri olarak çalışıyordu.

Daha sonra Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı'nın çalışmalarının çoğu devlet kontrolü altındaki başka kuruluşlara aktarıldı. Japonya 46 valiliğe ve 26 büyük belediyeyle bölünmüştü. Bir çok öncü sağlık hizmetleri bir yandan uluslararası sağlık ağlarıyla iletişim kurarken, bir yandan da doktorluk, eczacılık, hemşirelik, ebelik, sağlık direktörleri, sağlık müfettişleri gibi kadrolar oluşturuyorlardı. Savaştan sonra sağlık merkezleri ülkenin yeniden inşası ve yerel sağlık planları için oldukça hızlı bir çalışma göstererek hizmetlerin çekirdeğini oluşturdular. Ana ve çocuk sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalık kontrolü, sağlık eğitimi gibi konulardaki planlamalar bu üniteler tarafından yapıldı. Halk sağlığı stratejileri, nüfusun yaşlı kesimine yönelikti.

Bu stratejiler içinde kanser erken teşhisi, sigarayı bıraktırma, diyet ve egzersiz gibi konular da vardı. 1947 yılında işçilerin hastalık ve kazalara karşı korunması yasalaştırıldı ve bununla ilgili çalışmalarla Çalışma Bakanlığı görevlendirildi. Hükümete bağlı her özel okulda sağlık standartlarına uygun birimler (klinik) ile görevli doktorlar bulunuyordu ve hizmetler periyodik olarak uygulanıyordu.

Japonya'da gönüllü sağlık kuruluşlarından olan Japonya Sağlık Derneği, halk sağlık poliçelerinin düzenlenmesinde büyük rol oynamanın yanı sıra, doktorların sürekli eğitim ve öğretimini kolaylaştırdı. 1960'lardan sonra çok amaçlı gönüllü organizasyonlar kırsal kesimde ve şehirlerde faaliyetlere katıldılar.

Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı 1960 yılında sağlık için büyük bir sosyal sigorta programı olan, yerel otorite düzeyinde "Sağlık Planlarının Bütünlüğü" programını sundu. 1970'lerde sağlık merkezlerinin görevleri ve çalışma alanları genişletildi, üç veya dört yerel otoritenin plan uygulamaları birbirlerinin gözetimine bırakıldı. Bunların görevi sağlık programları için gizli araştırmalar düzenlemek, temel çevre sağlığı gibi konulardı ve asıl amacı yerel düzeyde ulusal sağlık sigortası için gerekli çalışmaları yapmaktı. 1978 yılında Sağlık, Çalışma ve Refah Bakanlığı bütün yerel yönetimlere "Ulusal Sağlığı Geliştirme Çabaları" için gerekli olan kadroyu kurma yetkisini verdi. Bu yerel güçler, sağlık planlarının uygulanmasında bir çok danışma komiteleriyle, profesyonel grup temsilcileriyle, gönüllü örgütlerle, okullarla ve yerel sağlık merkezleriyle işbirliğine gittiler. Bu yerel plan çabalarının çalışma alanları geniş olmasına rağmen, halk sağlığının geleneksel amaçlarıyla sınırlıydı ve genel sağlık personeli veya araç-gereçleri gibi konuları kapsamıyordu. Halk katılımı gittikçe büyüyerek çevre koruma, ana çocuk sağlığı, aile planlaması, tüberküloz kontrolü, parazit testleri ve beslenme konularında aktif bir rol oynadı. Bu faaliyetlerin programları, 1978 yılında Alma-Ata'da yapılan "Primer Sağlık Hizmetleri Konferansı"ndan itibaren "gönüllüler hareketi" ve "Halk Sağlık Gelişimi İçin Ulusal Sağlık Tedbirleri" ilkeleri göz önünde bulundurularak yapıldı.

İlk defa 1977 yılında kabul edilen Sağlık Merkezi Kanunu 1980 ile 1985 arasındaki değişikliklerle imkân ve araçlarını geliştirdi. Kuruluş maliyetleri merkez ve yerel yönetimler arasında paylaşıldı. Bu imkân ve araçlar, önleyici sağlık hizmetlerinin bütün alanlarında ücretsiz veriliyor, özel psikolojik olaylar da sağlık sigortası tarafından ödeniyordu. Varlıklı kişilerden sağlık giderlerinin tamamı alınıyordu.

Başlangıçta, sağlık programları için diğer ülkelerde önemli bir rolü olan hastahane planları Japonya'da büyük bir eksiklikti. Özel bir hastahane kurulması için büyük kapital sahiplerine ihtiyaç vardı. Yüksek ayrıcalıklı hastaların yattığı çok sayıda hastahane ve yatakların dışında büyük bir eksiklik duyuluyordu. Japon sağlık sistemindeki birçok hastahane ilk ve tek kural yatak sayısının artırılmasıydı. Japonya'da hastahane ve sağlık kliniklerine verilen destek azdı.

Japon sağlık sisteminde başlangıçtaki karışıklığın sebebi olarak hızla gelişen endüstriyel ekonominin çok sayıda sağlık çalışanı, araç-gereç ve diğer teknolojileri beraberinde getirmesi, çok büyük sayıda sağlık merkezleri ve ulusal bilgi ağının gelişimi, hastahane ve sağlık hizmetlerinde sosyal sigorta programlarının uygulanması, buna karşın önemli finansal birleşimler ve sağlık hizmetleri dağıtımının özel kişiler tarafından yapılıyor olması gösterilmektedir (6/153-155).

### II.3. Sağlık Sisteminin İdari Yapısı

Bugün Japonya'da hizmetlerinin yürütülmesinden ve denetlenmesinden sorumlu kuruluş Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı'dır. Bu bakanlığın idari yapısı şu şekildedir:

#### Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı

- 1- Bakanlık Sekreteryası
  - 1.1- Personel Bölümü
  - 1.2- Genel Koordinasyon Bölümü
  - 1.3- Finans Bölümü
  - 1.4- Bölge İdaresi Yönetimi Bölümü
  - 1.5- Sağlık Bilimleri Bölümü
- 2- İstatistik Ve Enformasyon Dairesi
  - 2.1- Politika Planlama Bölümü
  - 2.2- Yaşam Ve Sağlık İstatistikleri Bölümü
  - 2.3- Sosyal İstatistikler Bölümü
  - 2.4- İş İstatistikleri Bölümü
  - 2.5- Ücret Ve Çalışma Refahı İstatistikleri Bölümü
- 3- Sağlık Politikası Bürosu
  - 3.1- Tıbbi Hizmet Rehberliği Bölümü
  - 3.2- Tıbbi Meslekler Bölümü
  - 3.3- Dış Sağlığı Bölümü
  - 3.4- Hemşirelik Bölümü
  - 3.5- Ekonomik İşler Bölümü
  - 3.6- Araştırma Ve Geliştirme Bölümü
- 4- Sağlık Hizmetleri Bürosu
  - 4.1- Özel Hastalıklar Denetim Bölümü
  - 4.2- Tüberküloz Ve Bulaşıcı Hastalıklar Denetim Bölümü
  - 4.3- Çevre Sağlığı Bölümü
  - 4.4- Su Kaynakları Bölümü
- 5- Ulusal Hastahaneler Dairesi
  - 5.1- Politika Planlama Bölümü
  - 5.2- Hastahane Yönetimi Bölümü
  - 5.3- Personel İşleri Bölümü
- 6- Eczacılık Ve Yiyecek Sağlığı Bürosu
  - 6.1- Değerlendirme Ve Lisans Bölümü
  - 6.2- Güvenlik Bölümü
  - 6.3- Uyumluluk Ve Narkotik Bölümü
  - 6.4- Kan Ve Kan Ürünleri Bölümü
- 7- Yiyecek Güvenliği Dairesi
  - 7.1- Politika Planlama Ve İletişim Bölümü
  - 7.2- Standartlar Ve Değerlendirme Bölümü
  - 7.3- Teftiş Ve Güvenlik Bölümü
- 8- İş Standartları Bürosu
  - 8.1- Teftiş Bölümü
  - 8.2- Ücretler Ve Çalışma Saatleri Bölümü
  - 8.3- İş Sigortası Katkı Payı Toplama Bölümü
- 9- Sanayi Güvenliği Ve Sağlığı Dairesi
  - 9.1- Politika Planlama Bölümü
  - 9.2- Güvenlik Bölümü
  - 9.3- Sanayi Sağlığı Bölümü
  - 9.4- Kimyasal Kazalar Kontrol Bölümü
  - 9.5- Kimyasal Risk Yönetimi Bölümü
- 10- İşçi Tazminatı Bürosu
  - 10.1- İşçi Tazminatı Yönetim Bölümü
  - 10.2- Tazminat Bölümü
  - 10.3- Tazminat Operasyonu Ofisi
- 11- İşçi Yaşamı Dairesi
  - 11.1- Politika Planlama Bölümü
  - 11.2- İşçi Yaşamı Bölümü
- 12- İstihdam Güvenliği Bürosu
  - 12.1- İstihdam Politikası Bölümü
  - 12.2- İstihdam Geliştirme Bölümü
  - 12.3- İstihdam Sigortası Bölümü
  - 12.4- Kamu İstihdam Hizmetleri Bölümü
  - 12.5- Özel İstihdam Hizmetleri Bölümü
  - 12.6- Yabancı İşçi İşleri Bölümü
  - 12.7- İş Piyasası Merkezi Operasyon Ofisi



- 13- Yaşlılar Ve Özürlüler İçin İstihdam Ölçümleri Dairesi  
13.1- Politika Planlama Bölümü  
13.2- Yaşlı İşçi İşleri Bölümü  
13.3- Özürlü İşçi İşleri Bölümü
- 14- İnsan Kaynakları Geliştirme Bürosu  
14.1- İnsan Kaynakları Geliştirme Bürosu  
14.2- Mesleki Eğitim Bölümü  
14.3- Mesleki Yetenek Değerlendirme Bölümü  
14.4- Deniz aşırı Şirketler Bölümü
- 15- Eşit İstihdam, Çocuklar Ve Aileler Bürosu  
15.1- Eşit İstihdam Politikası Bölümü  
15.2- İş Ve Aile Uyumlu Bölümü  
15.3- Yarı Zamanlı Çalışma Ve Evde Çalışma Bölümü  
15.4- Aile Refahı Bölümü  
15.5- Çocuk Yetiştirmeyi Geliştirme Bölümü  
15.6- Günlük Bakım Bölümü  
15.7- Ana Ve Çocuk Sağlığı Bölümü
- 16- Sosyal Refah Ve Savaş Mağdurları Refahı Bürosu  
16.1- Kamu Yardımı Bölümü  
16.2- Toplum Refahı Ve Hizmetleri Bölümü  
16.3- Refah Geliştirme Bölümü  
16.4- Savaş Mağdurları Refahı Planlama Bölümü  
16.5- Refah Bölümü  
16.6- Kayıtlar Bölümü
- 17- Özürlüler İçin Sağlık Ve Refah Bürosu  
17.1- Politika Planlama Bölümü  
17.2- Özürlüler İçin Refah Bölümü  
17.3- Ruh Sağlığı Refah Bölümü
- 18- Yaşlılar İçin Sağlık Ve Refah Birimi  
18.1- Genel İşler Bölümü  
18.2- Uzun Süreli Bakım Sigortası Bölümü  
18.3- Sağlık Planlama Bölümü  
18.4- Geliştirme Bölümü  
18.5- Yaşlılar İçin Sağlık Bölümü
- 19- Sağlık Sigortası Bürosu  
19.1- İşçi Sağlık Sigortası Bölümü  
19.2- Ulusal Sağlık Sigortası Bölümü  
19.3- Tıp Ekonomisi Bölümü  
19.4- Aktüerya Araştırma Bölümü
- 20- Emekli Maaşı Bürosu  
20.1- Emekli Maaşı Bölümü  
20.2- Tüzel Emekli Maaşı Ve Ulusal Emekli Maaşı Fonu Bölümü  
20.3- Yatırım Danışmanlığı Bölümü  
20.4- Aktüerya İşleri Bölümü
- 21- Politika Planlama Ve Değerlendirme Bürosu  
21.1- Danışmanlar  
21.2- Politika Değerlendirme Danışmanı
- 22- Bağlı Kuruluşlar
- 23- Araştırma Enstitüleri  
23.1- Sağlık Bilimleri Ulusal Enstitüsü  
23.2- Kamu Sağlığı Ulusal Enstitüsü  
23.3- Nüfus Ve Sosyal Güvenlik Araştırması Ulusal Enstitüsü  
23.4- Sağlık Hizmetleri Yönetimi Ulusal Enstitüsü  
23.5- Personel Eğitimi Enstitüsü  
23.6- Bulaşıcı Hastalıklar Ulusal Enstitüsü
- 24- Ulusal Hastahaneler  
24.1- 76 Ulusal Hastahane  
24.2- 138 Ulusal Sanatoryum  
24.3- Ulusal Kanseri Merkezi  
24.4- Ulusal Kardiyovasküler Merkezi  
24.5- Ulusal Nöroloji Ve Psikiyatri Merkezi  
24.6- Uluslararası Japon Tıp Merkezi
- 25- Karantina İstasyonları (13)



- 26- Sosyal Refah Tesisleri  
26.1- Ulusal Gençlik Eğitim Ve Öğretim Evleri  
26.2- Görme Özürlüler İçin Ulusal Evler  
26.3- Ulusal Rehabilitasyon Evleri  
26.4- Zeka Geriliğine Sahip Çocuklar İçin Ulusal Evler  
26.5- Özürlüler İçin Ulusal Rehabilitasyon Merkezi
- 27- Konseyler  
27.1- Sosyal Güvenlik Konseyi  
27.2- Sağlık Bilimleri Konseyi  
27.3- İş Politikası Konseyi  
27.4- Tıbbi Etik Konseyi  
27.5- Ecza İşleri Ve Gıda Hijyeni Konseyi  
27.6- Bağımsız İdare Enstitüleri Değerlendirme Komitesi  
27.7- Merkezi Asgari Ücret Konseyi  
27.8- İş Sigortası Başvuru Komitesi  
27.9- Merkezi Sosyal Sigorta Tıp Konseyi  
27.10- Sosyal Sigorta İnceleme Komitesi  
27.11- Hasta Ve Özürlü Raporlarını İnceleme Komitesi  
27.12- Rahatlatma Yardımını İnceleme Komitesi
- 28- Bölgesel Bürolar  
28.1- Sağlık Ve Refah Bölge Bürosu (8)  
28.2- İl İş Bürosu (47)
- 29- Sosyal Sigorta Ajansı  
29.1- Dahili Ofisler  
29.1.1- Genel İşler Dairesi  
29.1.1.1- Personel Bölümü  
29.1.2- İdari Daire  
29.1.2.1- Muhasebe Bölümü  
29.1.2.2- Bölgesel İşler Bölümü  
29.1.2.3- Planlama Bölümü  
29.1.2.4- Sağlık Sigorta Bölümü  
29.1.2.5- Emekli Sigortası Bölümü  
29.2- Bağlı Kurumlar  
29.2.1- Sosyal Sigorta Koleji  
29.2.2- Sosyal Sigorta Operasyon Merkezi  
29.3- Bölgesel Kurumlar  
29.3.1- Bölgesel Sosyal Sigorta Bürosu (47)  
29.4- Harici Bürolar  
29.4.1- Merkezi İş İlişkileri Komisyonu  
29.4.2- Çalışma Ofisi (7/1-3).

#### II.4. Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Japonya'da, gelir düzeylerine bakılmaksızın, sağlık hizmetleri sistemi tüm Japon vatandaşlarını kapsayacak şekilde gelişmiştir. Sistem ulusal ve yerel yönetimlerin yanı sıra işverenlerden ve bireylerden alınan primlerle finanse edilir. Kamu sağlık sigorta planına ek olarak, birçok kişi özel sağlık sigortası sistemlerinden faydalanarak ek hizmetlerden de faydalanır.

Sağlık tesisleri mahallelerdeki küçük kliniklerden uzmanlaşmış hastahanelere uzanan geniş bir yelpaze içinde yer alırlar. Bazı kuruluşlar kendi çalışanları için kendi hastahanelerini işletirler. Ayrıca Japonya'da kentsel alanlarda sağlık eğitimi, aşılama, doğum öncesi ve sonrası bakım ve koruyucu sağlık hizmetleri sunan kamu sağlık merkezleri sistemi de mevcuttur (8/1).

1995 yılında Sağlık, Çalışma Ve Refah Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmaya göre, Japonya'da 9.731 hastahane, 85.558 genel sağlık kliniği, 57.213 diş kliniği bulunmaktadır. Hastahaneler ve genel klinikler bir arada ele alındığında toplam yatak kapasitesi 1.940.000 adet olup, bu da 65 kişiye bir yatak düştüğünü göstermektedir. Japonya'daki doktor sayısı yaklaşık 230.000 olup, her 100.000 kişiye 184,4 doktor düşmektedir. Bu istatistiklere bakıldığında tıp hizmetlerinin istatistiksel olarak Kuzey Avrupa ülkelerinin üstünde olduğu görülür (4/1).

Japonya sağlık hizmetlerinin en önemli karakteristiklerinden biri tüm tıp kurumlarına serbest erişimin garanti altına alınmış olmasıdır. Ancak, Japon hükümeti bu serbest erişimi, hastanın seçimi ciddi bir biçimde kısıtlamamak koşuluyla, sınırlama yoluna gitmiştir. Örneğin hastalar bir doktorun ya da aile hekiminin yönlendirmesi olmadan hastahanelere başvurduklarında ödedikleri ücretler artırılmıştır. Bunun amacı küçük semptomları olan hastaların bu tip sorunlar için büyük hastahaneleri meşgul etmelerinin önüne geçmektir (9/12).

Serbest çalışan tabiplerin muayanehanelerinin bir bölümü yataklı hizmet vermek için düzenlenmiştir. Hekim hastasına burada yataklı sağlık hizmetleri ve gerekli konaklama hizmet verebilir. Bu çok yaygın bir uygulamadır.

#### II.4.1. Büyük Hastahaneler İçin Sevk Sistemi

Hastalar normal şartlarda tıbbi hizmetleri, gerektiğinde onları büyük hastahanelere de yönlendiren aile hekimlerinden almaktadırlar. Büyük hastahanelerde gerekli tedavi hizmetini aldıktan sonra hastalar aile doktorlarına geri dönerler. Aile hekimleri ile büyük hastahaneler arasındaki bu bağı güçlendirmek için hükümet aile hekiminin referansı, yönlendirmesi olmaksızın hastahanelere başvuran hastalardan daha fazla ücret talep etmektedir. Bunun dışında, 200 yataktan daha fazla yatağa sahip büyük hastahanelere doğrudan ve ilk kez başvuran hastalarını (temel ücretlerin dışında) ek ücretler de ödemesi gerekmektedir.

Hükümet ayrıca hastahanelere de inisiyatifler tanımıştır. Hastahaneler, eğer kendilerine başvuran hastaların %30'undan fazlası sevk edilen hasta ise ya da ayakta tedavi hizmetlerinin sayısında azalma görülüyorsa, hükümetten ek ödemeler alabilmektedirler. Ayrıca hükümet, büyük hastahanelerin hastalarını aile hekimlerine yönlendiren bir ters referans sistemini de uygulamaya koymuştur.

Bu sistemin, hastahanelerin ya da hastaların davranışlarında ne tip değişikliklere yol açtığını gösteren bir çalışma yoktur. Ancak, bazı araştırmalar sevk sisteminin uygulamaya konulması ile birlikte hastahane kaynaklarının daha etkili bir biçimde kullanıldığını öne sürmektedir. Bunun nedeni de, sevкли olarak hastahanelere başvuran hastaların tıbbi kaynakları, sevksiz olarak başvuran hastalara oranla çok daha yoğun kullanmasıdır. Diğer yandan, hastahaneler ayakta tedavi gören hasta sayısını denetleyememektedir (9/12,13).

### II.4.2. Aile Hekimliği Sistemi

Aile hekimleri kendi bölgelerindeki insanlara birincil sağlık hizmeti sunarlar. Coğrafi olarak erişim koşullarını kolaylaştırma, 24 saat hizmet sunabilme, tüm hastalık tipleri ile ilgilenebilme ve uzman hekimlere sevk edebilme gibi özelliklere de sahiptirler. Hastaların ek ücret ödemediği büyük hastahanelerde tedavi olabilmeleri için aile hekimlerinin sevkine ihtiyaçları vardır. Kamu hastahanelerinde uzun dönemli bakım hizmetlerinin alınabilmesi için aile hekimlerinin raporu gerekmektedir. Bu durumlarda, aile hekimleri, hastaların yüksek düzeyde tedavi hizmeti ya da uzun vadeli sağlık hizmeti için bir aracı kurum haline gelmektedir.

Ancak, hastaların birçoğunun aile hekimi yoktur. Buna ek olarak aracı kurum işlevi de etkili olarak işlememektedir. Büyük hastahaneler sevk edilen hastaları hastahanelere kabul ederken, hastayı hangi tip doktorun sevk ettiğine dikkat etmemektedirler. Bu duruma bakarak hükümet 1993 yılından itibaren aile hekimliği sistemini yerel yönetimler ve Tabipler Birliği'nin işbirliği ile geliştirmeye çalışmaktadır. Ancak, doktorların ve hastaların sistemi yeterince uygulayabildiği söylenemez. Sistem göreceli olduğundan, aile hekimliğinin etkileri analiz edilememiştir (9/13).

### II.4.3. Sağlık Sektörü İnsan Kaynakları Ve Eğitim

2002 yılında sağlık sektörü hizmetlerinin sunumunda 260.500 doktorun hizmet verdiği, 100.000 kişiye 204,4 doktor düşüğü görülmektedir (10/7).

Sağlık sektöründe çalışanların sayılarının yıllara göre değişimi ve bu sağlık personellerinin 1 kişi başına düşen sayıları Tablo 2'de verilmiştir.

**Tablo 2: Sağlık Sektöründe Çalışan Personel Sayıları**

Personel	1994	1996	1998	2000	2002
Doktor	228.643	239.002	246.548	253.469	260.500
Diş Hekimi	79.896	84.366	86.847	89.668	91.783
Eczacı	157.719	175.119	187.710	199.797	212.720
Hemşire ve yardımcı hemşire	862.013	928.896	985.821	1.042.468	1.096.967
<i>100.000 kişiye düşen oranlar</i>					
Doktor	182,5	189,9	194,9	199,7	204,4
Diş Hekimi	63,8	67	68,7	70,6	72
Eczacı	125,9	139,1	148,4	157,4	166,9
Hemşire ve yardımcı hemşire	688,2	738	779,5	821,3	860,8

**Kaynak:** Statistics Bureau (2003) Ministry of Internal Affairs and Communication Statistical Handbook of Japan.

Genellikle doktorlar hastahane temelli uzmanlar ve klinik temelli çalışanlar olarak ayrılır. Klinik çalışanlarının ortalama yaşları Japonya'da şu anda 60 üzerindedir.

Bunların çoğu tıbbi teknolojideki gelişmeleri çok yakından takip edememektedirler ve sayıları oldukça azdır. Gerçekte bütün klinik çalışanları hasta muayene ederek ilaç yazarlar.

Batı ülkelerindeki aile doktorlarından farklı olarak Japon klinik çalışanları her zaman pratisyen hekim değildirler. Bazı klinik çalışanları gastrointestinal cerrahi, kardiyovasküler hastalıklar ve diğer alanlarda uzmanlaşabilirler.

Hekimler genel olarak, hastahane ve kliniklerin sahibidir. Son yıllarda giderek daha fazla sayıda hekim ücretli olarak çalışabileceği kurumları yeğlenmektedir. Bu hekimler genellikle gençtir ve daha çok hastahane çalışmaya eğilimlidirler. Yasalara göre hastahane yöneticileri hekim olmak zorundadır. Bu zorunluluğa rağmen sağlık yönetimi eğitimi almış hekim sayısı azdır.

Japon hekimleri ücretlerini bir puan sistemine göre alır. Reçete yazmaktan operasyon için tanı testleri yapmaya kadar bütün tıbbi prosedürlerin bir puan değeri vardır. Her puan hemen hemen 10 Yen veya 0,08 Amerikan Doları değerindedir. Japon puan sisteminde kötüye kullanma potansiyeli mevcuttur. Japonya'da hekimler tıbbi prosedür uygulamaktan çok sadece hasta görmek ve reçete yazmakla daha fazla para kazanmaktadırlar. Uzak çaplı cerrahi prosedür ile bir ilaç yazmak veya uygulamak aynı puanlara sahip olabilmektedir. Bu yüzden hekimler daha az invazif tedavi yöntemlerini tercih etmektedirler (21/4).

Japonya'da tıp eğitimi 6 yıl sürmektedir. İki yıl tıp öncesi, 2 yıl temel tıp bilimleri ve 2 yıl klinik bilimleri eğitimi verilmektedir. Mevcut 80 fakülteye her yıl ortalama 104 öğrenci alınmaktadır. Tıp fakülteleri hastahanelerinde en az 600 yatak vardır (22/1).

## II.5. Sosyal Güvenlik Programları

Japonya'nın sosyal güvenlik programları bazı sosyal sigorta sistemlerinden (Sağlık Ve Tıp Sigortası, Uzun Dönemli Bakım Sigortası, Kamu Emekli Maaşı Sigortası, İstihdam Sigortası, İşçi Tazminatı Sigortası) yaşlılar, çocuklar ve özürli kişiler için sosyal refah hizmetleri, kamu sağlığı, bulaşıcı hastalıklarla mücadele gibi kamu sağlığı programlarından oluşmaktadır. Ayrıca savaş mağdurlarına yardım programları da mevcuttur (11/86).

Sosyal güvenlik programlarının kapsamı oldukça büyük ölçeklidir. II. Dünya Savaşı'ndan önce kurulmuş bazı sağlık, ihtiyaç, sosyal güvenlik sistemleri vardı. II. Dünya Savaşı'ndan sonra Japonya'nın sosyal güvenlik sistemi tam kapsamlı olarak gelişmeye başlamıştır.

Savaş sonrası ekonomide ve toplumsal hayatta yaşanan büyük değişimler, sosyal güvenlik ile ilgili özel kanunlar, insanların çeşitli ihtiyaçlarına göre oluşturulan ve yürütülen programlar, mali duruma göre yapılan ayarlamalarla sistem oluşturulmaya başlanmıştır. Sosyal güvenlik sisteminin gelişmesi ile hem ekonomi hem de ulusal yaşam standartları tutarlı ve yüksek hale getirilmiştir.

Nüfus, 1950 yılında 84 milyon iken, 1968 yılında 100 milyonu aşmış, günümüzde ise 127 milyona ulaşmıştır. Yani nüfus yarım yüzyıl içinde 1,5 kat artmıştır. Bu süreçte Gayri Safi Yurt İçi Hasıla 125 kat artmıştır.

Kişi Başına düşen gelir açısından 1980 yılında ABD'yi geçmiş ve dünya liderliği konumuna yükselmiştir.

Diğer yandan Japonya nüfusunun karakteristiklerinde değişimler gözlenmiştir. Ülke "genç nüfuslu bir ülke" konumundan "yaşlanan nüfuslu" bir ülke konumuna gelmiştir. Japonya yaşlılık konusunda da en üst sıradadır; ülkedeki yaş ortalaması 40'tır ve ülke nüfusunun %16,2'sini 65 yaş ve üstü kimseler oluşturmaktadır (12/2,3).

İnsanların temel hak ve hürriyetlerini garanti altına alan Japon Anayasası Japonya'nın savaş sonrası sağlık ve sosyal güvenlik sisteminin yapısının esaslarını ortaya koyar. Anayasanın 25. Maddesi bunu açıkça ortaya koymaktadır: "Tüm insanlar, yaşamın her alanında sağlıklı ve kültürlü kabul edilebilir en az yaşam standartlarına ulaşma hakkına sahiptir ve devlet sosyal refahı, güvenliğin ve kamu sağlığın gelişmesi ve yaygınlaşması için imkanlarını seferber etmelidir." Anayasa sosyal güvenlik sistemlerinin temel fikrini açıkça ortaya koymaktadır (12/10).

### II.5.1. Sağlık Sigortası

Bugünkü kamu sağlık sigorta sisteminin temeli 1922 yılında Sağlık Sigorta Kanunu ile atılmıştır. Bu kanun ile önce fabrika işçileri ve madenciler kapsam içine alınmıştır. 1961 yılında yapılan bir düzenleme ile Sağlık Sigortası Kanunu tüm Japon vatandaşlarını ve Japonya'da ikamet eden yabancıları kapsayacak şekilde genişletildi (11/86).

Bireyler sağlık sistemi içinde değişik uygulamalardan yararlansalar da Japonya en geniş içerikli bir sağlık kapsamı sistemine sahiptir. Sistem başlıca iki kategoride incelenebilir: Ulusal Sağlık Sigortası ve Çalışanlar İçin Sağlık Sigortası. İki kategoriden birinin üyesi olmak zorunludur. Ekonomik İşbirliği Ve Kalkınma Kuruluşu'na (OECD) göre özel sağlık sigortası sistemi Japonya'da nadiren tercih edilmektedir (13/1).

### II.5.2. Çalışanlar İçin Sağlık Sigortası

Bu sigorta sistemi, orta ve büyük ölçekli işletmelerde, ulusal ya da yerel yönetimlerde ve özel okullarda çalışanları kapsamaktadır. Ayrıca bu sistem dahilinde küçük ölçekli işyerlerinde çalışanlar için hükümet tarafından yürütülen bir program da vardır. Sigorta primleri aylık net maaş üzerinden hesaplanır ve yarısı işveren yarısı işe çalışan tarafından karşılanır. Ortalama prim çalışanın maaşının %4'ü kadardır. Çalışanlar için sağlık sigortası uygulaması içinde olanlar, hastahane yataklı tedavi gördüklerinde, tıbbi masrafların %20'sini, ayakta tedavi gördüklerinde %30'unu öderler. Bu ek ödemeler reçeteli ilaçlar için de söz konusudur. Maliyetler için hastalar belirli bir tavana kadar katkıda bulunurlar, bu tavanın üstünde kalan kısım ücretsizdir (13/1).

### II.5.3. Ulusal Sağlık Sigortası

Bu sigorta sistemine tarım işçileri, ormancılar, balıkçılar, kendi işlerinde çalışanlar ve işsizler (anne adayları, öğrenciler, emekliler vs.) dâhildir.

Örneğin çalışan bir anne, çalıştığı şirketin sigorta sisteminden çıkar ve bulunduğu bölge ya da şehirdeki Ulusal Sağlık Sigortası sistemine dahil olur. Yerel ofisler çocuk doğum ücretlerini (ortalama 300.000 Yen) peşin olarak öder ve arkasından küçük aylık ödemeler yapar. Bu plan kapsamındakiler, ayakta veya yatarak tedavi ile reçeteli ilaç maliyetlerinin %30'unu öderler.

Çalışanlar için Sağlık Sigortası'na benzer olarak maliyetler için hastalar belirli bir tavana kadar katkıda bulunurlar, bu tavanın üstünde kalan kısım ücretsizdir. Sigorta primleri ücrete, özelliğe ve bakmakla yükümlü olunan kimselere göre değişir. Ortalama olarak sigorta primleri maaşın %4'ü kadardır. Hastalıklar, yaralanmalar, gerekli dış tedavileri, doğum, cenaze masrafları kapsamı içindedir. Bu plana dahil olmayan koşullar ve tedaviler ise şunlardır: Dişlerin düzeltilmesi, kozmetik cerrahi, aşılar, kürtaçlar, sarhoşluktan ya da kavgadan dolayı yaralanmalar ve yurt dışında tedaviler (13/1,2).

Ulusal Sağlık Sigortası ve Çalışanlar için Sağlık Sigortası sistemi dışında yaşlılar için de bir ulusal sağlık programı vardır. Bu uzun süreli bakım sigorta programı 2000 yılının Nisan ayında uygulamaya konulmuştur. Amacı artan yaşlı nüfuslu gereksinim duyduğu hizmetleri sağlamaktır. Bu sistem, 40 yaşın üstündeki kişilerden zorunlu sigorta katkıları toplanır. Bu sistem yaşlılar için ev işlerine yardımcı olacak kişilerin ev ziyaretleri yapmalarını ve uzun süreli bakım gerektiren hemşirelik hizmetlerini sunar. Sistemin finansmanı ulusal hükümet (%25), yerel yönetimler (%25) ve sigorta primlerinden (%50) oluşur (11/87).

## II.6. Sağlık Sisteminin Finansmanı

Japonya'nın 2000 yılındaki toplam sağlık harcamaları 830 milyar Japon Yenidir. 2000 yılında kişi başına düşen sağlık harcaması 304.717 Japon Yenidir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarının 247.669 Yeni kamu sektörü, 57.048 Yeni özel sektör tarafından yapılmıştır.

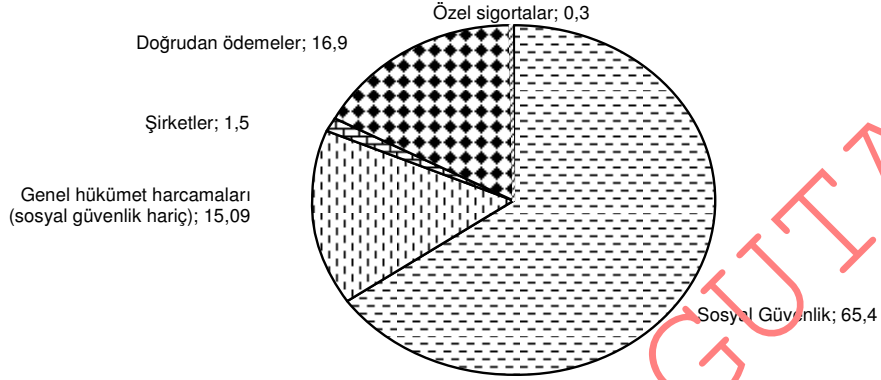
2000 yılında, toplam sağlık harcamalarının %81,3'ü kamu fonlarından finanse edilmiştir. Kamu'nun yaptığı sağlık harcamalarının %15,9'u genel hükümet bütçesinden, %65,4'ü sosyal güvenlik fonlarından yapılmıştır.

Özel sektörün toplam sağlık harcamaları içindeki payı %18,7'dir. Bunlar arasında hane halkı harcamaları %17, şirketlerin harcamaları %1,5 ve diğer özel sigorta harcamaları %0,5'lik yer tutar. Hane halkı ile ilgili yapılan sağlık harcamalarının %58'ini sağlık hizmetleri için ödenen katkı payları oluşturur. Kalan %42'lik kısım tıbbi malzemelere ilişkindir.

Japonya'da sigorta kapsamı içindeki kişiler tıbbi bakım hizmetleri aldığı anda toplam maliyetin ve kullanılan malzemenin %30'luk kısmını katkı payı olarak öderler. Maliyet hesaplamaları hükümet tarafından belirlenmiş ücret çizelgelerine göre hesaplanır. Katkı payı ödeme sistemine çocuklar ve yaşlılar dahil değildir. Malzemeler ve hizmetler için ödenen toplam miktara, hastahane özel oda ya da çizelge dışı talepler dahil değildir.

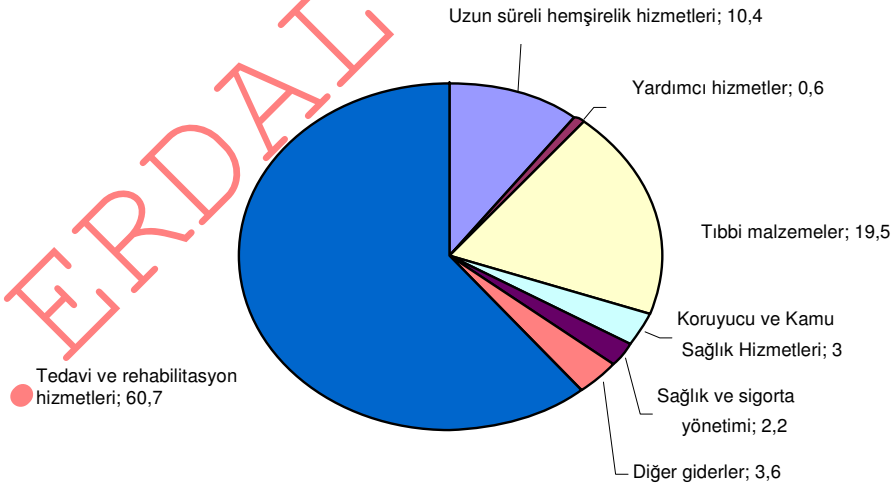
Şirketlerin mesleki sağlık hizmetleri için ödediği oran sağlık harcamaları içinde %2'lik bir yer tutar.

**Grafik 1: Finansman Kaynağına Göre Toplam Sağlık Harcaması %leri (2000)**

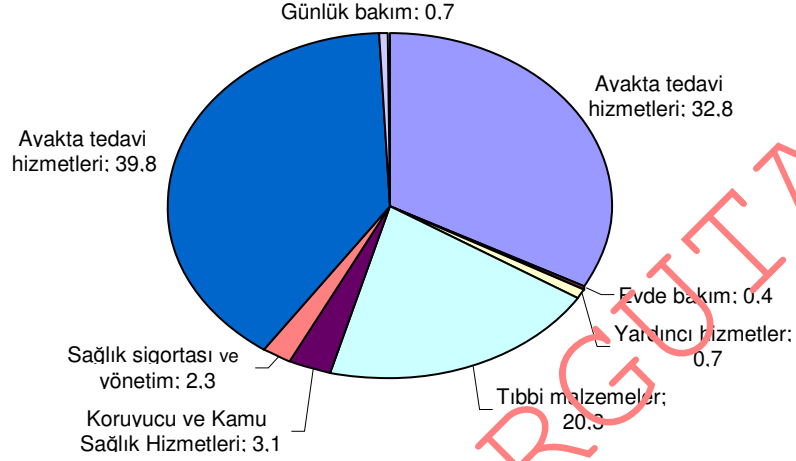


**Kaynak:** Sakamaki H., Ikezaki S., Yamakazi M., Hayamizu K. (2004) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Japan National Health Accounts 2000; OECD Health Technical Papers s. 8.

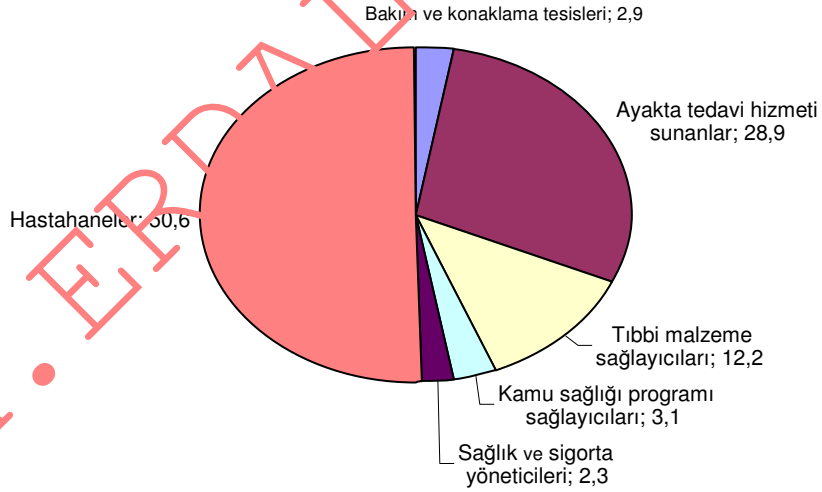
**Grafik 2: İşlevine Göre Toplam Sağlık Harcaması %leri (2000)**



**Kaynak:** Sakamaki H., Ikezaki S., Yamakazi M., Hayamizu K. (2004): SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Japan National Health Accounts 2000; OECD Health Technical Papers s.8.

**Grafik 3: Üretim Türüne Göre Sağlık Harcaması %leri (2000)**

**Kaynak:** Sakamaki H., Ikezaki S., Yamakazi M., Hayamizu K. (2004): SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Japan National Health Accounts 2000; OECD Health Technical Papers s. 9.

**Grafik 4: Hizmet Sunucusuna Göre Sağlık Harcaması %leri (2000)**

**Kaynak:** Sakamaki H., Ikezaki S., Yamakazi M., Hayamizu K. (2004): SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Japan National Health Accounts 2000; OECD Health Technical Papers s. 10.



2000 yılında Japonya'nın sağlık harcamaları gayri safi yurt içi hasılanın %7,6'sına eşittir. Bu oran 1995 yılında %6,7 iken 1999 yılında %7,4'e çıkmıştır.

1999 ve 2000 yılları arasında toplam sağlık harcamalarındaki reel artış %3 olmuştur. 1995 ve 1999 yılları arasında artış %1,4 (1996/1997) ile %4,6 (1995/1996) arasında değişmiştir. Bu yıllarda artışın en büyük nedeni yaşlanan nüfusun sebep olduğu sağlık hizmeti giderleridir. 2000 yılında uzun süreli bakım sigortası ile yaşlılar evlerinde veya uzun süreli bakım evlerinde hizmet almışlardır (14/7-10).

Özel sigorta kurumlarının yaptığı harcamalar yok denecek kadar azdır ve sadece yönetim giderlerine ilişkin bilgiler mevcuttur (3/7).

## II.7. Yaşlanan Nüfus Sorunları

Japonlar, ortalama yaşam süresi erkeklerde 78, kadınlarda 85 olmak üzere dünyadaki en uzun ömürlü insanlar sayılmaktadır. 2003'te, yüz yaşını aşmış kimselerin sayısı 20.561'e ulaşmıştır. Her geçen yıla artan bu sayı, yükselmeyi sürdürmektedir.

Japonya'da 23,62 milyon insan, 65 yaş ve üzeri nüfusu oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus, toplam nüfus olan 127,44 milyonun %18,5'ini kapsamaktadır. 2002 yılı Ekim ayında açıklanan bu sayılar, Japonya'nın yeryüzündeki en yüksek oranda yaşlı nüfus barındıran ülkesi olduğunu göstermektedir.

Bu durum üç demografik gerçeği ortaya koymaktadır:

- Ölüm oranı düşmekte,
- Doğum oranı azalmakta,
- Ortalama insan ömrü uzamaktadır.

II. Dünya Savaşı'nın hemen sonrasında, Japonya'da hayat koşulları ve sağlık hizmetleri gelişme gösterdi ve ölüm oranı düşmeye başladı. 2000 yılında, çocuk ölüm oranı %0,52'ye inmişti ve 40 yıl önce doğmuş olanların %93'ü hala hayattaydı. Bir diğer deyişle, artık Japonya'da hemen herkes, olgun yaşa ulaşana dek yaşamaktadır. İnsanlar, giderek daha uzun ömürlü olmaktadır: 1960'da Japonya'da yüz yaşını geçkin kimselerin sayısı 114 iken bundan 40 yıl sonra, 2000 yılında, bu sayı 12.256'ya yükselmiştir. Japonya artık pek çok kuşağın birlikte var olduğu bir toplum haline gelmiştir. Günümüzde yaşlı kimselerin (65 yaş ve yukarısı) sayısı gençleri (15 yaş ve altı) geçmiştir. Bu durum, insanların istedikleri sürece çalışabilmeleri için yapılan düzenlemelere yol açmıştır.

Günümüzde insanlar, kendi istedikleri hayat tarzını seçmekte özgürdür ve evlilik artık kişisel bir tercih sorunu olmuştur. Evlenmemiş insanların sayısı hızla artmaktadır. Bekar erkeklerin sayısının yüksekliği Japon toplumunun geleceğinden şüphe duyurmaktadır. Çocukların sayısı giderek düşmekte ve Japonya'da doğum oranı, gelişmiş ülkeler arasında yılına göre kimi zaman birinci, kimi zaman ikinci gelmektedir. Son yirmi-otuz yıldır sürekli azalan doğum oranı nedeniyle çocuklar, kardeşlerle veya yakın akrabalarla kurabilecekleri ilişkilerden giderek daha fazla yoksun kalmaktadır.

Her kuşakla birlikte daha da küçülen ailelerle, anne baba ve az sayıdaki çocuklarından oluşan çekirdek aile tipi hızla yaygınlaşmaktadır. Aynı zamanda, tek başına yaşayan insanların sayısı da çoğalmaktadır.

İş imkanları bakımından, lise ve üniversite mezunlarının %30'undan fazlası uzun vadeli işlere girmek yerine yarı zamanlı işlerle geçinmektedir. Kimileri bunu tercih ettiklerini söyleseler de, bunun sonucunda işten elde ettikleri kazanç düşmektedir. Günümüzde sosyal hizmetin %70'i yaşlılara sunulmakta, bu da kuşaklar arası sorun yaratacak durumlara yol açabilmektedir.

Pek de uzun olmayan bir zaman önce, Japonya'da bambaşka bir durum hakimdi. Savaş sonrası yeni teknolojiye yapılan güçlü yatırımlar, ülkenin ekonomik gücünü ve önemini zirveye çıkarmıştı. Gençler, toplumun temel taşıydı. Hemen herkesin bir gün evlenip çocuk sahibi olması bekleniyordu, çoğu kişi de uygun yasa geldiklerinde bunu yapıyorlardı. Çocuklar gelecekte iş gücünün bir parçası olmak üzere büyüyorlardı. Bu sistemin gizli hazinesi, toplumun genç ve aktif üyelerinin yaşlı akrabalarının bakımını üstlendikleri bir sosyal güvenli ortamı sağlamasıydı. Gençler yaşlılardan öğreniyor, aile işlerini devralıyor, geleneksel değerlerle sahip çıkıyorlardı. Yaşlılar sorumluluklarını genç kuşaklara devredip huzur içinde yaşıyorlardı. Günümüzde ise sosyal yapı değişmiştir ve insanlar güvensizlik duygularını açığa vurmadan edememektedir. Bu sorunun üstesinden gelmek için üç yol düşünülmektedir:

- Uzun ömür gerçeğine uyum sağlayıp, yaşlı kesim için, aktif kalarak yaşamlarının her anını doyuya yaşayabilecekleri fırsatlar yaratmak,
- Doğum oranını arttırıcı sosyal fikirlere destek vererek, yaşlanan nüfus sorununun bir nedenini ortadan kaldırmak,
- Nüfus yaşlandıkça ortaya çıkacak değişikliklere alışılmasını sağlayacak yeni politikalar yaratmak.

Bu yöntemler, kar amacı gütmeyen kuruluşlar ve bölgesel olarak hükümet tarafından uygulanmakta ve aralarına Yenileri eklenmektedir (15/16).

## II.8. Alternatif Tıp Uygulamaları

### II.8.1. Japon Diyeti

Japonya'da alternatif ve geleneksel tıp uygulamalarının oldukça yaygın olduğu görülür. Japonya'da yaşlı insanlara (90 yaş ve üstü) uzun ve sağlıklı yaşamın sırrı nedir diye sorulduğunda başlıca cevaplar arasında yiyeceklerle ilgili cevaplar gelmektedir (16/4).

Japon diyeti, *ichi ju san sai* adı verilen düz suda haşlanmış pirinç ve *miso* denilen soya fasulyesi ezmesiyle yenilen üç yan yemekten oluşmaktadır. Bu üç yemeğin biri görece büyük, diğer küçüktür. Pirincin yanında yenen baş yemek, bir protein kaynağı, çoğunlukla balıktan meydana gelir. Balık çığ, ağır ateşte haşlama veya ızgara yöntemiyle hazırlanır. Daha az oranda yenilen diğer iki yemekten biri, çoğunlukla haşlama ve çeşnilendirme yöntemiyle hazırlanır ve *taro* patatesi, *daikon* Japon turbu, havuç, dulavratotu kökü veya *kombu* yosunu gibi sebzelere dayanır.

Bir diğer sevilen seçenek ise *natto* (fermente edilmiş soya fasulyesi), tofu, fasulye, haşlanmış ve soya soslu et suyuna daldırılmış sebze ya da tatlı sirkeyle çeşnilendirilmiş farklı malzemelerdir. Yemekte muhakkak turşu da bulunur: Pirinç kepeğinde turşulanmış bir sebze veya Japon erik turşusu *umeboshi yenir* (17/13).

1980'den 1999'a kadar 4.070 erkek, 5.182 kadın üzerinde yürütülen bir sağlık araştırması, en az iki günde bir balık yiyen erkeklerin kalp krizi veya felç nedeniyle ölüm risklerinin haftada bir defadan az balık yiyen erkeklere oranla %30 az olduğunu ortaya koymaktadır. Kadınlarda kayda değer bir farklılık gözlenmemiştir. Bunun nedeni çalışmaya katılan kadınların yaş grubunda görülen ölümlerin erkeklere oranla daha düşük olması olabilir (17/15). Şişa Tıbbi Bilimler Üniversitesi doçenti Nakamura Yasuyuki, bu araştırmasını 9000'i aşkın kişi üzerinde yürüttü (16/15).

### II.8.2. Çin Tıbbi Uygulamaları

Japonya'da en önemli geleneksel tıp uygulamalarından biri de geleneksel Çin Tıbbi uygulamalarıdır. Bu uygulama Çin'de 2000 yılın beri vardır. Geleneksel Çin Tıbbi uygulamaları, Batı Tıbbi uygulamalarında oldukça ileri düzeyde olan Japonya'da da çok ilgi görmektedir. Bu anlayışın esasları şunlardır:

Geleneksel Çin Tıbbi'nin başlangıç noktası doğa ile uyumdur. İnsan varlığı dünyada yaşayan varlıklardan sadece biridir. Sağlıklı bir vücut sadece doğayla uyum içinde kalınarak sağlanabilir.

Hem Batı Tıbbi hem de Çin Tıbbi her şeyi iyileştiremez. Bazı durumlarda Batı Tıbbi, geleneksel Çin Tıbbine göre daha etkilidir. Bazı durumlarda ise Çin Tıbbi daha etkilidir. Örneğin bulaşıcı hastalıklara karşı yapılan aşılamaların sonuçları geleneksel Çin Tıbbi ile sağlanamaz. Ancak bazı durumlarda hastalığın bulaşmasından sonra yapılan tedavilerde geleneksel Çin Tıbbi daha iyi sonuçlar vermektedir. Önemli bir nokta, geleneksel Çin Tıbbinin sadece bu alanda gerekli anlayış ve bilgiye sahip kişiler tarafından uygulandığında istenilen sonuçları göstermesidir. Batı Tıbbi teorisine uygun olarak yapılan geleneksel Çin Tıbbi ilaçları hiçbir etki göstermeyip yan etkileri de ölümle sonuçlanabilir. Japonya'da Batı Tıbbi eğitimi almış bir doktor tarafından verilmiş bitkisel ilaçlar sonucunda hayatını kaybetmiş birçok kişiye ait vakalar vardır (18/1,2).

### II.8.3. Reiki

Japonya'da yaşam enerjisi anlamına gelen Reiki, Dr. Mikado'ya göre, beden enerjisinin kullanılarak, başka bir bedene ruhsal ve fiziksel şifa vermek için bir kişi tarafından ellerin bedene yaklaştırılması veya üzerine konulması ile enerji aktarılmasıdır. 2500 yıl önce yazılan Sanskrit kutsal metinlerinde "dönen enerji topu" olarak söz edilen Reiki'nin tüm dünyaya yayılmasına, Japonya'da bir üniversite öğretim üyesi olan Dr. Mikado Usui öncülük etmiştir. Dr. Mikado'ya göre, Japonya'da 1920'li Kurama Dağında 21 günlüğüne oruç tutmak ve meditasyon yapmak için inzivaya çekildiğinde bir enerji gelmiş ve bu enerjiyi önce kendisinde, sonra da ailesinde deneyerek, muhtelif hastalıkları tedavi edici etkisini gözlemlemiştir.

Bilgisini paylaşmak isteyen Dr. Usui, bu enerjiyle işleyen tekniklerini uygulamak üzere Tokyo'da klinik açmıştır. Usui, bu şifa yöntemlerini yalnızca uygulamakla kalmamış, birçok kişiye de öğretmiştir.

Reiki geleneksel doğu tıbbına göre vücudumuz çeşitli enerji katmanlarıyla çevrilidir. Her gün yediklerimiz içtiklerimiz enerjiye dönüşür. Olumsuz ya da olumlu bastırılmış duygular enerji kanallarımızda anafolar, blokajlar oluşturur ve bu meridyenlerin beslenmesi gereken organlarımız iyi beslenemez ve hastalanır. Çok güçlü ve yumuşak bir enerji olan Reiki uygulandığında da, bu tıkanıklıklar açılır. Eller bedene koyulduğunda veya yaklaştırıldığında yani burada kaldığında, Reiki tıkanıklıkları çözüyor, kanalları açıyor ve enerjinin tüm bedende serbestçe akarak tüm organların beslenmesini sağlıyor. Bedenin kendini iyileştirme yetisini canlandırıyor, böylece iyileşiyor. "Şifa" denilen süreç de budur, bu yüzden "tedavi" denilmemektedir.

Reiki, tıbbın yerini tutmaz ve teşhis için bir araç değildir. Reiki, tedavi değil şifa için kullanılır. Geleneksel Batı Tıbbı ile birlikte kullanıldığında, tüm tedavi yöntemlerini destekliyor, güçlendiriyor ve hızlandırıyor. Bugün ABD'de yüzden fazla hastahane, kendi bünyelerinde oluşturdukları ya da destekledikleri ekiplerle hastalarına Reiki uygulamakta ve Reiki'yi uyguladıkları tedaviyi tamamlayıcı bütüncü bir yöntem olarak kabul etmektedir.

Tam bir Reiki seansı 90 dakika sürer. Tüm bedene ve hasta bölgeye enerji verilir. Üç gün üst üste ve özellikle kronik hastalıklar için daha sık ve yoğun Reiki uygulanması öneriliyor. Reiki uygulamasında kaç seansta sonuç alınacağı bedenin enerjiye verdiği cevap ile ilgilidir.

Reiki, herhangi bir sağlık sorunu olmadan, günün her saati, her yerde uygulanabiliyor (19/1, 2).

#### II.8.4. Akupunktur

Akupunkturun kabullerine göre, içsel olarak fiziksel ya da duygusal bir stres oluştuğunda, bu stres kendisini ciltte ve kas dokularında da gösterir. Bunun sonucu olarak belirli nokta ya da bölgelerde ağrılar, gerginlikler, hassasiyetler ve yaralar görülebilir. Doğu Tıbbı bu noktaları sadece teşhis değil tedavi amaçlı olarak da kullanan bir sistem geliştirmiştir. Akupunktur ve shiatsu vücudun dış dokularından müdahale edilerek içyapısına etki etmeyi başarabilen teknikler kullanır. Akupunkturun tedavi edici özelliklerinin nedenleri Doğu Tıbbı tarafından yüzyıllar önce açıklanmışken, Batı Tıbbı bunları daha Yeni Yeni açıklayabilmektedir.

**Biyokimyasal savunma mekanizması:** Bir akupunktur iğnesinin mikroskobik ucu hücresel düzeyde bir yaralanma meydana getirir. Vücudun buna yanıtı hücrenin tedavi edilmesi için bir dizi kimyasalın serbest bırakılması olur. Böylece bir akupunktur iğnesinin batırılması vücudu uyarır, vücut yabancı bir cisim tarafından istila edildiğini düşünür, hem dokulardaki hem de hücrelerdeki biyokimyasal savunma mekanizmaları harekete geçer. Bu da yerel iltihaplanmaları azaltır ve ağrıyı ortadan kaldırır.

*Endorfinler:* Akupunktur ve shiatsu, vücudu endorfinler ya da diğer bir adıyla “anti-stres hormonları” denilen kendi ağrı kesicilerini üretmesi konusunda uyarır.

*Kapı kontrol teorisi:* Ağrı, diğer organlardan beyne sinir sistemi vasıtasıyla iletilir. Burada sinir sistemi ile birlikte çalışan bir mekanizma (kapı) vardır. Bu mekanizma ağrı mesajlarının beyne ulaşmasını engeller. Akupunktur iğneleri ya da shiatsunun yarattığı basınç bu kapıyı kapanmasını ve böylece beyne ağrı sinyallerinin gitmesini engellenmesini sağlar (20/2).

### II.8.5. Yin Ve Yang

Yin ve Yang sembolü doğada işlerin nasıl işlediğini açıklayan bir Çin anlayışının göstergesidir. Bir çemberin içindeki iki şekilden dış çember “her şeyi” temsil ederken, çember içindeki siyah ve beyaz şekiller iki enerjinin karşılıklı etkileşimini temsil eder. Siyahın adı “yin” ve beyazın adı da “yang” olup, bu iki enerji her şeyin oluş nedeni. Her ikisi de tıpkı gerçek dünyatta olduğu gibi tamamen siyah ya da beyaz değildir ve biri diğeri var olmadan var olamaz. Çin kültüründe olaylar tamamen bu iki enerjinin varlığı ile açıklanmaya çalışılmış, sağlık ile ilgili konular da bu iki enerjinin oranları ile yorumlanmıştır. Hastalıkların sebebi olarak bu iki enerji arasındaki dengesizlik gösterilmiştir (21/1).

A. ERDAL

SARAYCIAN

### III. JAPONYA VE TÜRKİYE SAĞLIK SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

**Tablo 3: Japonya Ve Türkiye'ye İlişkin Bazı Göstergeler**

	Japonya*	Türkiye**
Toplam Nüfus (2003)	127.654	71.325.000
Kişi başına düşen GSYİH (ABD Doları) (2002)	26.755	6.974
GSYİH'nın %'si Olarak Toplam Sağlık Harcaması (2002)	7,9	6,5
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Özel Sağlık Harcaması (2002)	18,3	34,2
Toplam Sağlık Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması (2002)	81,7	65,8
Genel Devlet Harcamasının %'si Olarak Genel Devlet Sağlık Harcaması (2002)	17,0	10,3
Kişi Başına Toplam Sağlık Harcamalarının Uluslararası Dolar Değeri (2002)	2133	420
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (Yıl) (Her İki Cins İçin) (2003)	82,0	70,0
Çocuk Ölüm Hızı (e/k) (1.000 Canlı Doğumda) (2003)	4/4	40/38
Toplam Doğurganlık Oranı (2003)	1,3	2,4

**Kaynak:** \*(22) World Health Organization, Country: Japan Statistics by Country or Region.

\*\* (5) World Health Organization, Country: Turkey Statistics by Country or Region.

Japonya dünyanın en gelişmiş ülkelerinden biridir. Ekonomik olarak bir dünya devidir ve mali açılardan sorun yaşamamaktadır. Türkiye ise gelişmekte olan ülke arasında olup, dönem dönem mali krizler yaşayan bir ülkedir. Sağlık hizmetlerine hükümetin ayırdığı pay ve kişi başına düşen sağlık harcaması bakımından Japonya'nın çok daha ileride olduğu açıkça görülmektedir.

Türkiye ve Japonya sağlık sistemleri sınıflandırmasında Refah Yönelimli / Sigorta tipi ülkeler sınıfına girmektedir.

Japonya'nın en önemli sorunu yaşlanan nüfustur. Ölüm oranı ve doğurganlık hızı düşmekte, ortalama ömür artmaktadır. Bu yüzden nüfusun büyük bir kesimini yaşlılar oluşturur. Genç nüfusun oranı gittikçe azalmaktadır

Japonya'da sunulan sosyal hizmetlerin %70'ini yaşlılara sunulan hizmetler oluşturur, bu da kuşaklar arası sorun yaratacak durumlara yol açabilmektedir.

Türkiye'de doğurganlık hızı Japonya'ya göre daha yüksek olup, artan bir genç nüfus vardır. Düzenli bir sosyal güvenlik yapılanması ile sigorta sistemlerinin yürütülebileceği konusunda iyimser düşünceler mevcuttur.

Japonya'da tüm halkın sigorta kapsamına alınmış olması, sigortaların devlet tarafından yönetilip denetlenmesi, sigorta hizmet kapsamlarının benzer olması ve sigorta kuruluşları ile tedavi edici hizmetleri sunan özel hastahanelerin karşılıklı çalışmaları sistemin olumlu özellikleridir. Türkiye'de halkın %70'lik bir kısmı sosyal güvence kapsamı içindedir.

Japonya'da birincil sağlık hizmetlerine vatandaşlar yeterince rağbet göstermemektedir. Bunun en önemli nedeni de belirgin bir sevk sisteminin olmamasıdır. Hastalar istedikleri hastahanelerden uzman hekim desteği alabilmekte, bu nedenle de birincil sağlık hizmetlerini sunan genel pratisyenlere çok başvurmamaktadır. Japon hükümeti hastaların sevk sistemi içinde hastahanelere gelmesini sağlamak için bir dizi önlem almış olsa da, bunlar yeterli olamamaktadır. Birincil sağlık hizmetlerinin daha etkili olarak sunulabilmesi için 1993 yılından beri aile hekimliği sistemi mevcuttur, ancak bu istendiği gibi yürümektedir.

Türkiye'de de birincil sağlık hizmetleri konusunda sıkıntılar yaşanmakta olup, ikincil sağlık hizmetlerinin sunulduğu hastahanelere yoğun talep mevcuttur. Ayrıca aile hekimliği sistemi uygulaması sürekli olarak gündemde tutulmasına rağmen henüz somut bir gelişme sağlanamamıştır.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda çalışan doktor sayıları kıyaslandığında da Japonya'nın bu konuda çok üstün olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda tüm bölgelere eşit hizmet götürülmesi konusunda Japonya daha başarılıdır.

Geleneksel tıp uygulamaları Türkiye'ye kıyasla Japonya'da çok daha yaygındır. Ancak geleneksel tıp uygulamaları Japonya'da hükümet tarafından çeşitli şekillerde desteklenir ve düzenlenirken, Türkiye'de böyle bir destekleme yoktur.

Japonya sağlık sisteminin en önemli karakteristiklerinden biri rekabet ortamı ve bunun hem hastalar hem de sağlık hizmetini sunanlar açısından birçok alternatif sunabilmesidir. Türkiye'de halkın sağlık sistemini sunan kurumlar arasında bir seçim yapma imkanı çok daha azdır ve bu yüzden rekabet ortamı sadece özel kurumlar ve özel hastahaneler arasında oluşabilmektedir.

**KAYNAKLAR**

1. Pasifik Ülkeleri İle Sosyal Ve İktisadi Dayanışma Derneği (2005) Japonya.  
<http://www.pasiad.org/>
2. Esmail, N., (2004) Look to Japan on Health, Fraser Forum, November 2004  
[www.heartland.org/Article.cfm?artId=16528](http://www.heartland.org/Article.cfm?artId=16528)
3. Hiroya O., (2000) Health Care Reforms in Japan and Canada in the 21st Century.  
[www.oecd.org/country/0,3021,en\\_33873108\\_33873539\\_1\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/country/0,3021,en_33873108_33873539_1_1_1_1_1,00.html)
4. Ministry Of Foreign Affairs (1998) Health Care, Japan Fact Sheet.  
<http://web-japan.org>
5. World Health Organization, Country: Turkey Statistics by country or region.  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=tur>
6. Ministry Of Health, Labour And Welfare (2003) Organization of the Ministry of Health, Labour and Welfare.  
[www.mhlw.go.jp/english/](http://www.mhlw.go.jp/english/)
7. Esmail N., (2004), Looking At Health Care, Fraser Institute.  
<http://www.heartland.org>
8. Yashiro N., Suzuki R., Suzuki W., (2004) Evaluating Japan's Health Care Reform of the 1990s and Its Effort to Cope with Population Aging.  
[www.nber.org/books/IJS-Japan03/](http://www.nber.org/books/IJS-Japan03/)
9. Statistics Bureau (2004) Statistical Handbook of Japan, Ministry of Internal Affairs and Communication,.
10. Kodansha International, (2002) The Japan Book, Tokyo.
11. Ministry Of Health, Labour And Welfare (1999) Annual Report On Health And Welfare 1999.  
[www.mhlw.go.jp/english/](http://www.mhlw.go.jp/english/)
12. National Coalition on Health Care (2004) Health Care In Japan, Washington D.C.  
[www.nchc.org](http://www.nchc.org),
13. Sakamaki H., ve diğerleri, (2004) SHA-Based Health Accounts in 13 OECD Countries: Country Studies Japan National Health Accounts 2000; OECD HHealth Technical Papers.
14. Yukiko, K. (2004) Yaşlanan Nüfusla Birlikte Japonya'yı Bekleyen Zorluklar, Nipponia Japonya Keşfi S. 29 s. 16.
15. Yasuko, S., Megumi F. (2004) Uzun Ömür Ülkesi Japonya, Nipponia Japonya Keşfi S. 29 s. 4-9.



16. Hisao N. (2004) Uzun Ömrün Sırrı Yediklerinizde Gizli, Nipponia Japonya Keşfi S. 29 s. 12-15.
17. Seinsido, Traditional Chinese Medicine in Japan  
<http://www.seisindo.com/English/>
18. Element Bilgisayar Ve Internet Hizmetleri Siberportal (2004) Sağlık Ve Güzellik Bölümü Reiki Nedir?  
<http://www.siberportal.com>
19. D. Shibata M., Acupuncture  
<http://www.japaneseacupuncture.ca/>,
20. Ebrey, P. (1993) Yin and Yang In Medical Theory, Chinese Civilization: A Sourcebook, 2d edition, New York: Free Press, pp. 77-79.  
<http://fly.srk.fer.hr/index.html>
21. Japanese Health Care Market Information  
<http://www.ssri.com/english/market.html>,
22. World Health Organization, Country: Japan Statistics by Country or Region.  
<http://www3.who.int/whosis/country/indicators.cfm?country=jpn>

A. ERDAL

SIRGUTIAN

A. ERDAL SARGUTAN

A. ERDAL SARGUTAN