



JAPONYA SAĞLIK SİSTEMİ



JAPONYA

- Japonya, 14.125 adadan oluşan bir takımada devletidir.
- Bu adaların en büyükleri olan Honşū, Hokkaidō, Kyūshū ve Shikoku; ülke yüzölçümünün %97'sini oluşturur.
- 125 milyonun üzerinde nüfusuyla dünyanın en yüksek nüfuslu 11. ülkesidir.
- Ülke topraklarının yaklaşık dörtte üçü dağlıktır.
- Japon Takımadaları'nın %67'si ormanlardan, %14'ü ise tarım alanlarından oluşmaktadır.
- Esasen engebeli ve dağlık arazi yerleşim açısından kısıtlıdır. Bu nedenle yaşanabilir bölgeler, özellikle de kıyı bölgelerinde, çok yüksek nüfus yoğunluğu bulunmaktadır.



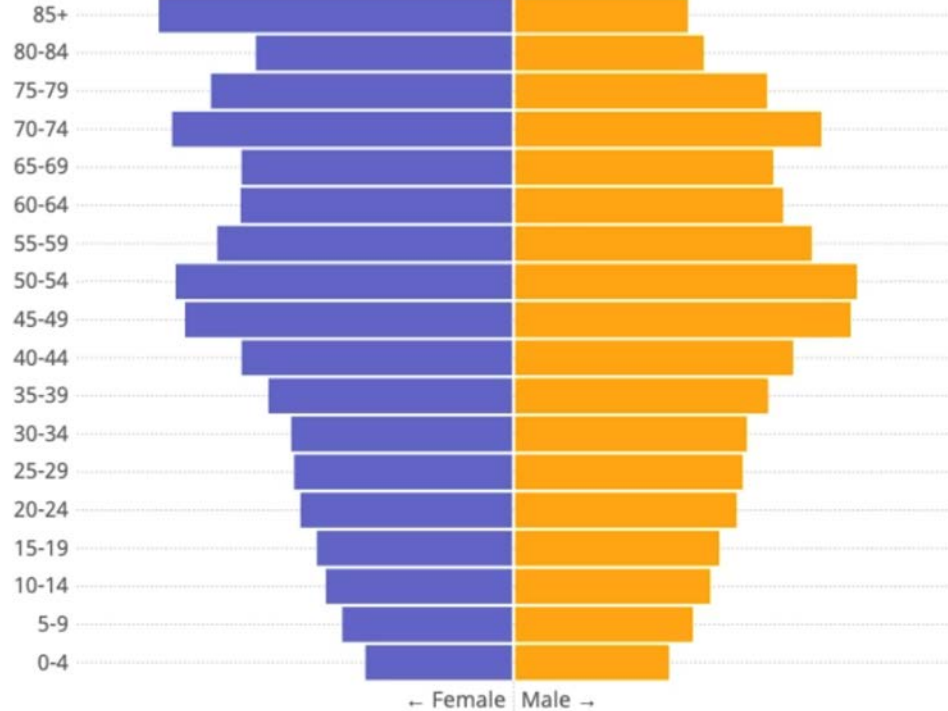


DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Nüfus Piramidi

2023

Yaşa ve Cinsiyete Göre Nüfus



Yaşlı Nüfusun Oranı Yüksek

- Japonya, dünyadaki en yüksek yaşlı nüfus oranına sahip ülkelerden biridir.

Doğurganlık Oranı Düşük

- Japonya'da doğurganlık oranı oldukça düşüktür.
- Orta Yaş Grubunun Baskınlığı**
- 15 ila 64 yaş arası yaş grubu baskın olan gruptur.
- Ancak, bu grubun da baskınlığı yavaş yavaş azalmakta ve 65 yaş üzeri grubun baskınlığı her geçen yıl artmaktadır.

Nüfus Azalması

- Japonya'nın toplam nüfusu 2010 yılından beri azalmaktadır.
- Doğum oranlarının düşüklüğü ve uzun yaşam süresi, bu azalmayı hızlandırmaktadır.
- Nüfus piramidi bu nedenle bir "daralan piramit" şeklinde görünmektedir.

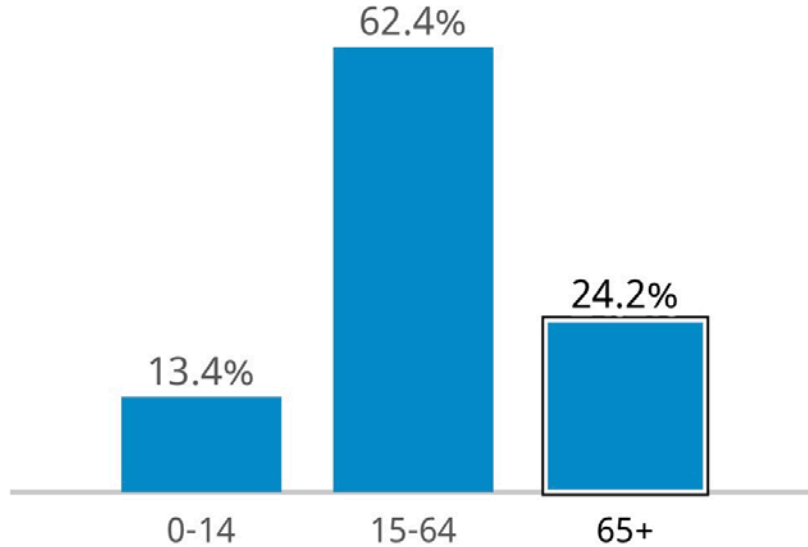


DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Nüfusun Yaş Dağılımı ve Bağımlı Nüfus Oranları

Nüfusun yaş dağılımları %

Japan, 2022



**Toplam
Bağımlılık
Oranı: %71,1**

**Genç Bağımlılık
Oranı: %20,1**

**Yaşlı Bağımlılık
Oranı: %51**

**Potansiyel
Destek Oranı: 2
(2021 tahmini)**



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

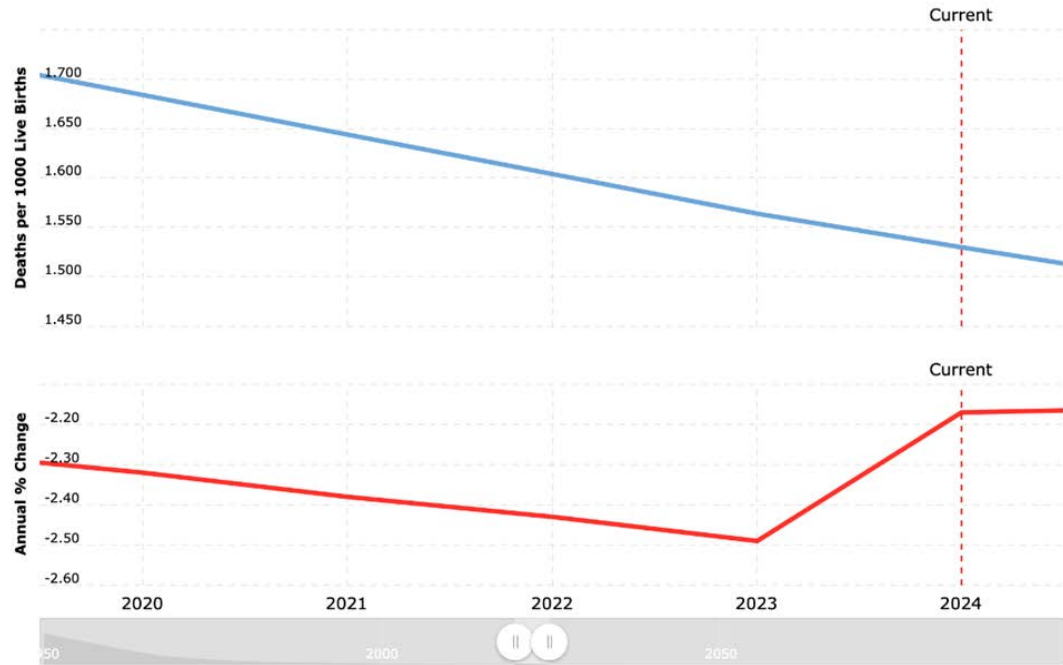
Bebek Ölüm Hızı

2022 yılındaki bebek ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 1,718 ölüm ile 2021 yılına göre %0.9783 düşüş göstermiştir.

2021 yılındaki bebek ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 1,756 ölüm ile 2020 yılına göre %0.9771 düşüş göstermiştir.

2020 yılındaki bebek ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 1,797 ölüm ile 2019 yılına göre %0.9771 düşüş göstermiştir.

2019 yılındaki bebek ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 1,839 ölüm ile 2018 yılına göre %0.9771 düşüş göstermiştir.





DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Neonatal Ölüm Hızı

2022 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 0.791 ölüm ile 2021 yılına göre %0.9705 düşüş göstermiştir.

2021 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 0.815 ölüm ile 2020 yılına göre %0.9748 düşüş göstermiştir.

2020 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 0.836 ölüm ile 2019 yılına göre %0.9800 düşüş göstermiştir.

2019 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 0.853 ölüm ile 2018 yılına göre %0.9833 düşüş göstermiştir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

5 Yaş Altı Ölüm Hızı

2022 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 2.276 ölüm ile 2021 yılına göre %0.9734 düşüş göstermiştir.

2021 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 2.338 ölüm ile 2020 yılına göre %0.9725 düşüş göstermiştir.

2020 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 2.404 ölüm ile 2019 yılına göre %0.9724 düşüş göstermiştir.

2019 yılındaki neonatal ölüm hızı, her 1000 canlı doğumda 2.472 ölüm ile 2018 yılına göre %0.9724 düşüş göstermiştir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Anne Ölüm Oranı

2021 yılındaki
anne ölüm oranı,
her 100.000
canlı doğumda
2,5tür (toplam
21 ölüm)

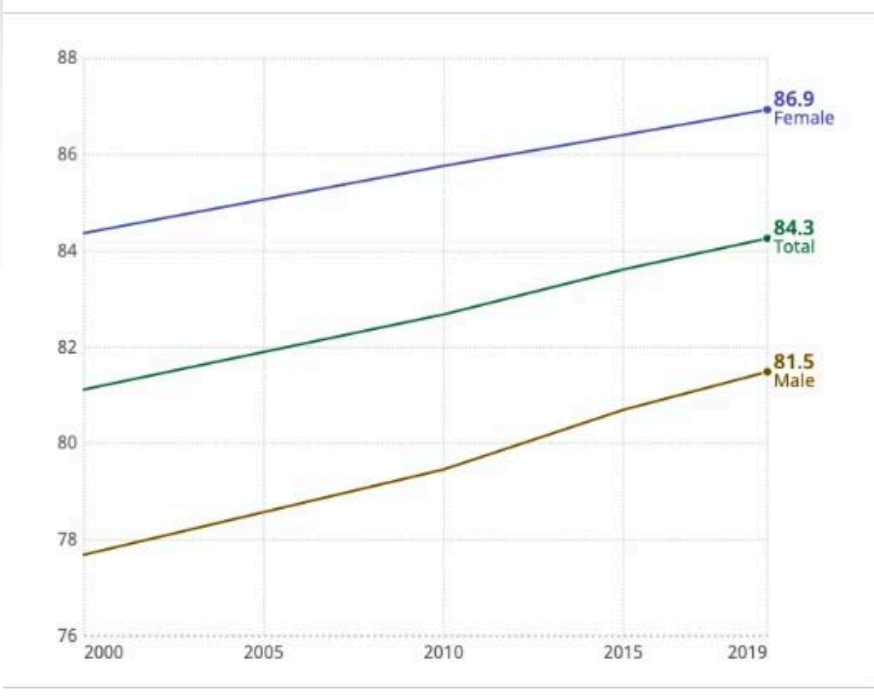
2020 yılındaki
neonatal ölüm
oranı, 100.000
canlı doğumda
2,7tür (toplam
23 ölüm)

2019 yılındaki
neonatal ölüm
oranı, 100.000
canlı doğumda
3,3tür (toplam
29 ölüm)



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Doğumda ve Çeşitli Yaşlarda Beklenen Yaşam Süreleri



Japonya'da, doğumda beklenen yaşam süresi (yıl) 2000 yılında 81.1 yıldan 2019 yılında 84.3 yıla çıkarak 3.14 yıl iyileşmiştir.

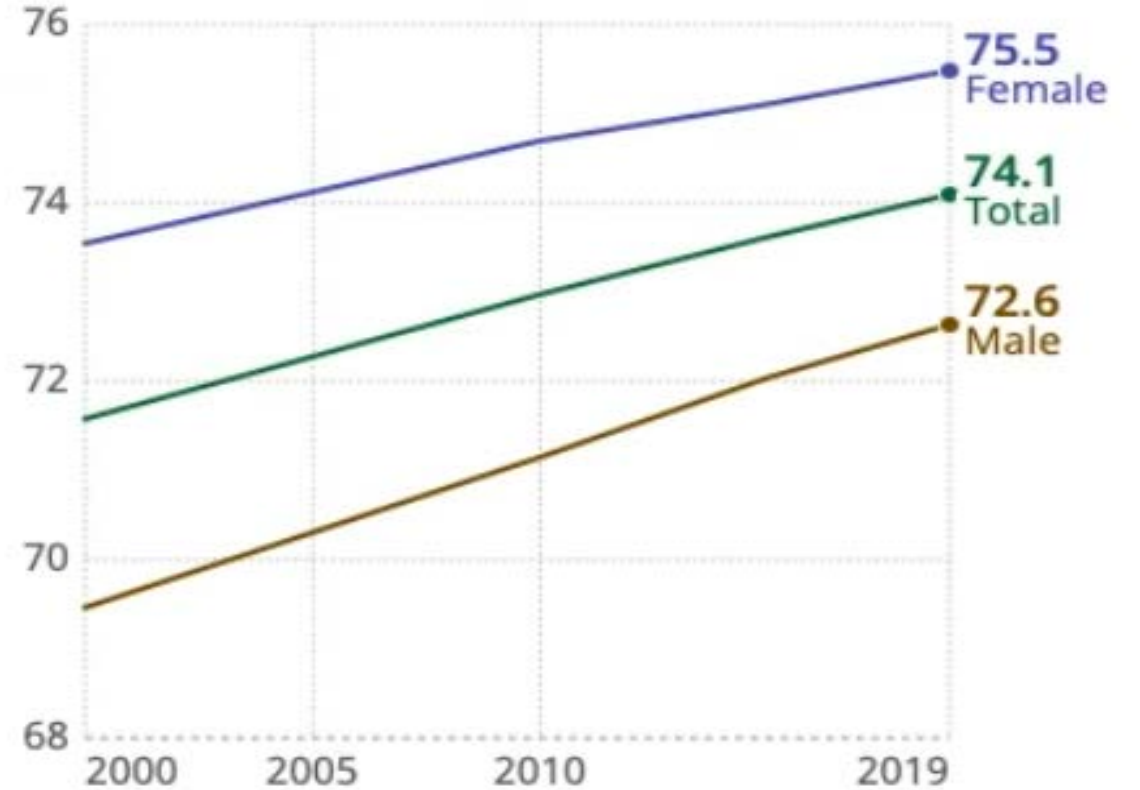
Yaş	Erkek			Kadın		
	2022	2021	Difference	2022	2021	Difference
0	81.05	81.47	△ 0.42	87.09	87.57	△ 0.49
5	76.25	76.67	△ 0.42	82.28	82.76	△ 0.48
10	71.28	71.70	△ 0.42	77.30	77.78	△ 0.48
15	66.31	66.73	△ 0.42	72.33	72.81	△ 0.48
20	61.39	61.81	△ 0.42	67.39	67.87	△ 0.48
25	56.53	56.95	△ 0.42	62.48	62.95	△ 0.47
30	51.66	52.09	△ 0.43	57.56	58.03	△ 0.47
35	46.80	47.23	△ 0.43	52.65	53.13	△ 0.47
40	41.97	42.40	△ 0.43	47.77	48.24	△ 0.46
45	37.20	37.62	△ 0.42	42.93	43.39	△ 0.46
50	32.51	32.93	△ 0.42	38.16	38.61	△ 0.45
55	27.97	28.39	△ 0.43	33.46	33.91	△ 0.45
60	23.59	24.02	△ 0.43	28.84	29.28	△ 0.45
65	19.44	19.85	△ 0.41	24.30	24.73	△ 0.43
70	15.56	15.96	△ 0.41	19.89	20.31	△ 0.42
75	12.04	12.42	△ 0.38	15.67	16.08	△ 0.41
80	8.89	9.22	△ 0.33	11.74	12.12	△ 0.38
85	6.20	6.48	△ 0.29	8.28	8.60	△ 0.32
90	4.14	4.38	△ 0.24	5.47	5.74	△ 0.27



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Sağlıklı Yaşam Beklentisi

Japonya'da, doğumda sağlıklı yaşam süresi (yıl) 2000 yılında 71.6 yıldan 2019 yılında 74.1 yıla çıkarak 2.52 yıl iyileşmiştir.





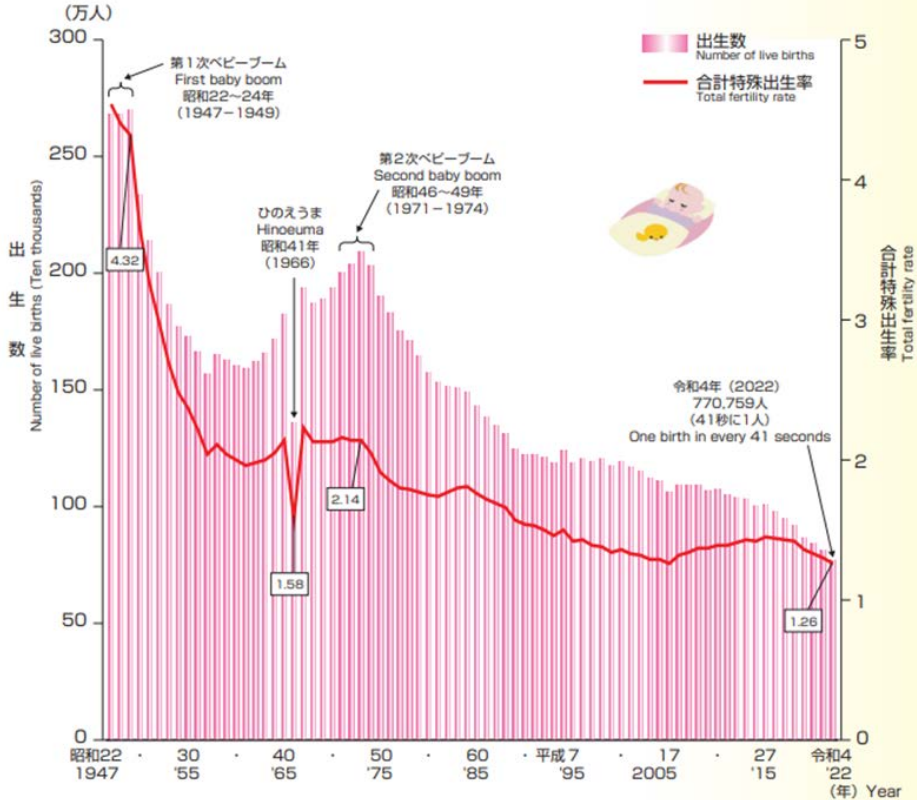
DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Doğurganlık Hızı

◇出生は41秒に1人、合計特殊出生率は1.26

We have one birth in every 41 seconds and total fertility rate is 1.26

出生数及び合計特殊出生率の年次推移 - 昭和22～令和4年 -
Trends in number of live births and total fertility rates, 1947-2022



2022 yılı
itibariyle
Japonyada
doğurganlık hızı
1.26'dır.

- 2022 - 1.26
- 2021 - 1.30
- 2020 - 1.33
- 2019 - 1.36
- 2018 - 1.42



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

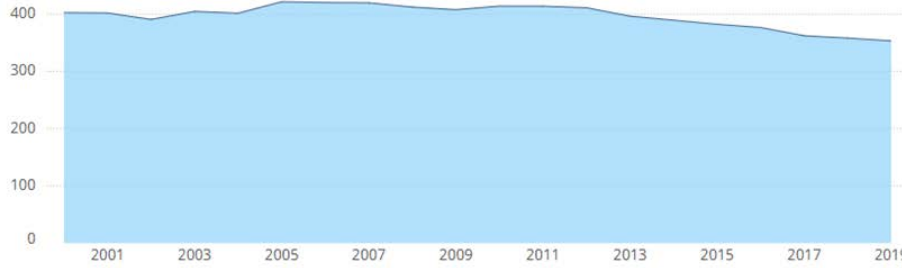
Hastalık Yükü

Disability-adjusted life years (DALYs)

Japan, 2019

353.17

years per 100 000 population



Years of life lost due to premature mortality (YLLs)

Japan, 2019

282.48

years per 100 000 population

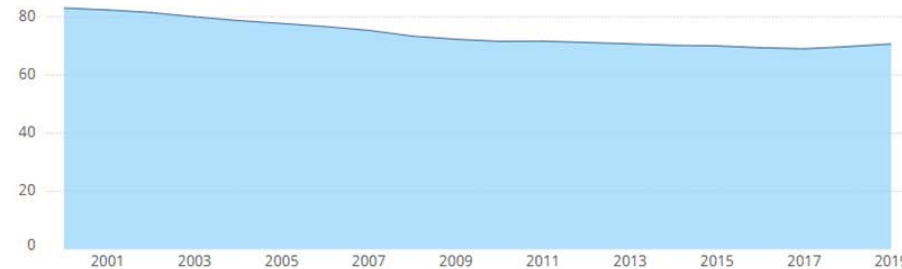


Years of healthy life lost due to disability (YLDs)

Japan, 2019

70.69

years per 100 000 population



- Hastalık yükü, DALYs (Disability-Adjusted Life Years) denilen bir metrik ile hesaplanır
- Years of Life Lost (YLL) ve Years Lived with Disability (YLD) toplamı bize DALYs'i vermektedir.
- Japonya için 2019 yılında her 100.000 kişi için
 - YLL : 282.48
 - YLD: 70.69
 - DALYs: 353.17



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Başlıca Ölüm Nedenleri

1. İskemik kalp hastalığı - 129,1
2. İnme (felç) - 95,9
3. Alt solunum yolu enfeksiyonları - 85
4. Trakea, bronşlar ve akciğer kanserleri - 62,8
5. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı - 61,5
6. Kolon ve rektum kanserleri - 45,1
7. Alzheimer hastalığı ve diğer demanslar - 44,8
8. Mide kanseri - 39,7
9. Böbrek hastalıkları - 35,3
10. Pankreas kanseri - 29,2

Top causes of death

Deaths per 100 000 population. Japan, 2019

Ischaemic heart disease	129.1	
Stroke	95.9	
Lower respiratory infections	85	
Trachea, bronchus, lung cancers	62.8	
Chronic obstructive pulmonary disease	61.5	
Colon and rectum cancers	45.1	
Alzheimer disease and other dementias	44.8	
Stomach cancer	39.7	
Kidney diseases	35.3	
Pancreas cancer	29.2	



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Öncelikli Risk Faktörleri

Obezitenin Görülme Sıklığı

- Beden Kitle Endeksi (BMI) 30 kg/m² ve daha yüksek olan 18 yaş ve üstü bireylerin oranı 2022 itibarıyla 5.54% olarak belirtilmiştir.
- Bu oran ile tüm dünya ülkeleri arasında 10. sıradadır.

Hipertansiyon Görülme Sıklığı

- 30-79 yaşları arasındaki bireylerde hipertansiyona rastlanma sıklığı 2019 yılı itibarıyla %31.4 olarak belirtilmiştir.
- Bu oran ile tüm dünya ülkeleri arasında 43. sıradadır.

Tütün Kullanımı

- 2020 yılı itibarıyla 15 yaş ve üstü bireylerin %20'si tütün ve tütün ürünleri kullanmaktadır.
- Bu oran ile tüm dünya ülkeleri arasında 75. sıradadır.

Alkol Kullanımı

- 2019 yılı itibarıyla 18 yaş üstü bireylerin bir yıl içerisinde tükettiği saf alkol miktarı ortalama 6.68 litredir.
- Bu oran ile tüm dünya ülkeleri arasında 74. sıradadır.

Diyabet Sıklığı

- 2021 yılı itibarıyla diyabet görülme oranı %11.8'dir.



DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Sağlık Personelince Gerçekleştirilen Doğum Yüzdesi

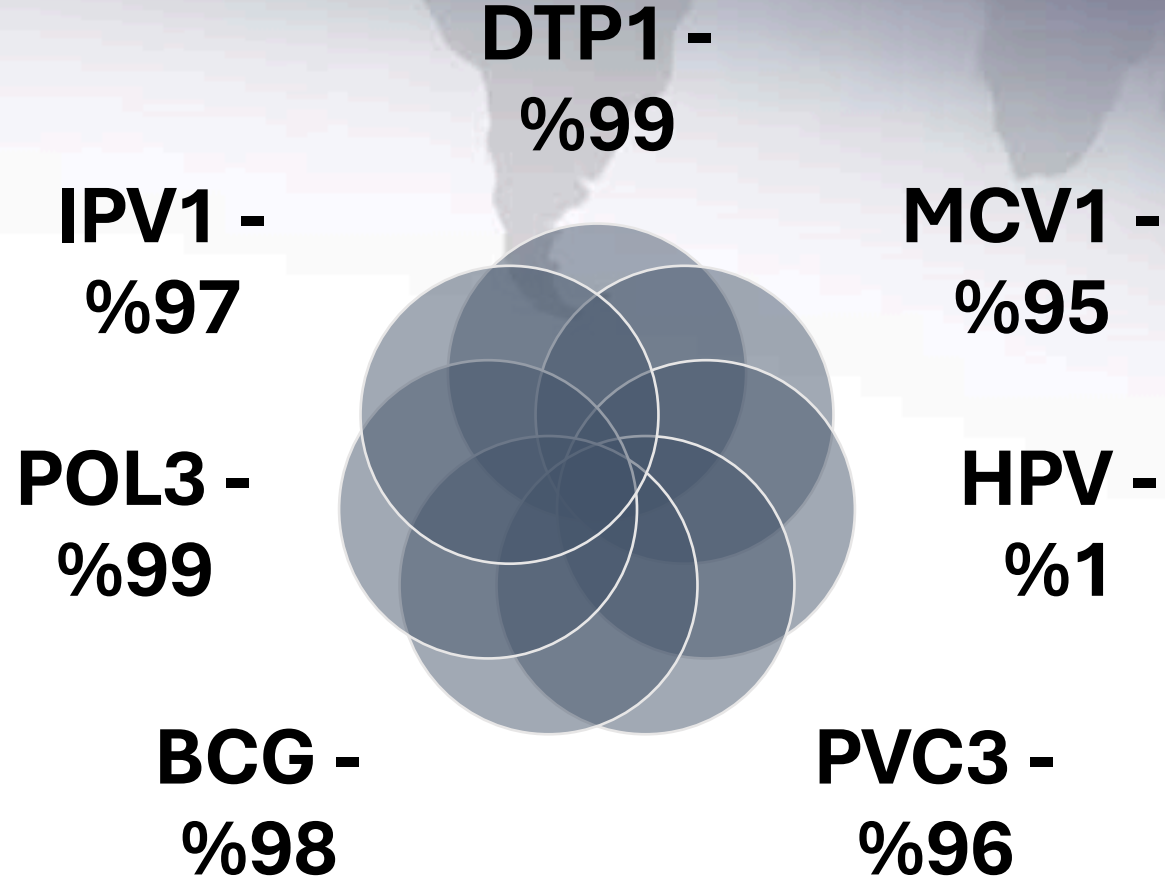
2022 yılı itibariyle sağlık personeline gerçekleştirilen doğumların oranı %99.8'dir.





DEMOGRAFİK YAPI VE SAĞLIK DÜZEYİ GÖSTERGELERİ

Bağışıklama Yüzdeleri





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Sağlık eğitimi ve bilinçlendirme,
- Aşı programları,
- Sağlık taramaları
- Aile hekimleri, sağlık çalışanları ve sağlık eğitimcileri tarafından hastane, klinik, okul, işyerleri ve toplum merkezlerinde verilir.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- Japonya'da çeşitli sağlık kontrolleri yasal olarak zorunludur; bunlar arasında okul öncesi çocuklar, okuldaki çocuklar, çalışanlar ve 'özel sağlık kontrolleri' yer alır.
- **Okul Öncesi ve Okul Çağındaki Çocuklar:**
- **Okul Öncesi Çocuklar:** Fiziksel ölçümler, beslenme durumu değerlendirmeleri, ağız sağlığı, fiziksel ve zihinsel sağlık ile aşı geçmişinin gözden geçirilmesi yapılır.
- **Okul Çocukları:** İlkokuldan üniversiteye kadar, sağlık kontrolleri okul doktorları tarafından gerçekleştirilir. Kontroller arasında boy ve kilo, göz, kulak, burun, boğaz, tüberküloz, görme ve işitme testleri bulunur. Öğrenciler veya velilere sonuçlar bildirilir ve herhangi bir sağlık sorunu tespit edilirse, takip ve sağlık hizmetleri önerilir.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- **Çalışanlar**
- **Yıllık Temel Sağlık Kontrolü (Ippan kenshin):** İşverenler, tam zamanlı çalışanlara yıllık olarak ücretsiz temel sağlık kontrolü sağlamalıdır. Bu kontrol tıbbi öykü, kilo, görme, işitme, kan basıncı ve idrar testlerini içerir.
- **Ek Sağlık Kontrolü (Niji kenkou shindan):** Kardiyovasküler hastalıklar ve beyin damarları için yüksek risk faktörleri gösteren çalışanlar için ek bir sağlık kontrolü ücretsiz olarak sağlanır. Bu kontrol, kan lipidi, glukoz, hemogloblin A1c gibi testleri içerir ve sağlık rehberliği sunulur.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- **Zihinsel Sağlık**
- **Stres Kontrolü:** 50'den fazla çalışanı olan işverenler, çalışanların stres seviyelerini yılda bir kez değerlendirmek zorundadır. Stres testleri çevrimiçi anketler aracılığıyla yapılır ve ek bir ücret alınmaz.
- **Özel Sağlık Kontrolleri (Tokutei kenshin):**
- **40-74 Yaş Arası:** Bu yaş grubundaki kişilere yıllık özel sağlık kontrolleri sunulur. Bu kontroller, yaşam tarzı ile ilgili hastalıkların riskini azaltmayı amaçlar. Sağlık kontrolü öğeleri, temel sağlık kontrolü (Ippan kenshin) ile örtüşebilir.



© Getty Images



SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Koruyucu Sağlık Hizmetleri

- **Teşvik Edilen Ek Sağlık Kontrolleri:**
- **Belediyeler ve Sigortacılar:** Osteoporoz, periodontal hastalık, hepatit B ve C gibi durumlar için periyodik testler sunulabilir. Ayrıca, bazı kanser taramaları (mamografi, rahim ağzı kanseri taraması, akciğer ve kolorektal taramalar) sunulabilir, ancak bu taramalar belediyelere ve sigortacılara göre değişiklik gösterebilir.

Bu sistem, Japonya'da iyi organize edilmiş ve kurumsallaşmış bir sağlık hizmeti sunumu sağlayarak yüksek sağlık kontrolü alım oranlarını ve halk sağlığını desteklemektedir.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

- 1. basamak sağlık hizmetlerinin temel taşı olan aile hekimleri özel pratisyenliklerinde veya grup pratiği olarak çalışırlar. Sağlık sigortası birlikleri ile anlaşma yaparak bu birliklerde çalışabilirler. Ayrıca, hastanelerin polikliniklerinde veya kliniklerinde de aile hekimleri görev yapabilir.
- Aile hekimlerinin dağılımı kırsal ve kentsel bölgeler arasında dengelidir. Büyük şehirlerde yoğunlaşan nüfusa rağmen, kırsal bölgelerde de sağlık hizmetlerine erişim sağlayacak aile hekimleri bulunmaktadır. Kırsal bölgelerdeki sağlık hizmetleri, genellikle devletin teşvik ve destekleriyle güçlendirilmeye çalışılmaktadır.
- 2013 yılı verilerine göre birinci basamak sağlık hizmet alanları yaklaşık 1700 ilçeden (il, kasaba ve köyler dahil) oluşmaktadır.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri



- Yerel halk sağlığı merkezleri - il sağlık merkezleri ve belediye sağlık merkezleri - tıbbi gözetim, kamu sağlığı projelerinin iyileştirilmesi, salgın hastalıkların önlenmesi, topluluklar için nüfus istatistiklerinin araştırılması ve analiz edilmesi gibi görevleri yerine getirir ve her il, kabine tarafından belirlenen şehir, ana şehir ve diğer şehirlerde bulunmaktadır (MHLW, 2010).
- İl sağlık merkezleri, gıda hijyeni ve bulaşıcı hastalıklar gibi geniş kapsamlı operasyonları yürütmekten sorumluyken, belediye sağlık merkezleri, bebek sağlık kontrolleri, kanser taramaları ve sağlık teşvikleri gibi topluluklara daha yakın doğrudan işlerle ilgilenir. İl ve belediye yönetimleri, sağlık merkezleri ve sağlık planı için bütçeyi belirler ve bu süreçte ilgili organizasyonlarla görüşmeler yapar.



SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

- Japonya’da, 1937’den bu yana sağlık alanında ön saflarda yer alan Halk Sağlığı Merkezleri (Hokenjo), yerel halkın sağlığını iyileştirmek için önemli katkılarda bulunmuştur. Ulusal Halk Sağlığı Enstitüsü (NIPH) de Hokenjo personelinin eğitim ve öğretimini sürekli olarak uygulamaktadır. Hokenjo’nun gerçekleştirdiği faaliyetleri ve NIPH’nin Hokenjo ile Japonya’nın halk sağlığı sistemine nasıl katkıda bulunacağını özetlemektedir. 1994 yılında yürürlüğe giren Toplum Sağlığı Yasası, 1947 tarihli Halk Sağlığı Merkezi Yasası’nın bir değişikliğidir ve belediyelere yerel halkın günlük yaşamını etkileyen halk sağlığı hizmetlerini sağlama çerçevesini oluşturmuştur. Hokenjo, kapsamlı halk sağlığı hizmetleri, özel teknolojiler gerektiren hizmetler ve çeşitli sağlık profesyonellerinin iş birliğini gerektiren hizmetler sunmaktadır. Hokenjo’lar, iller, belirlenmiş şehirler, ana şehirler ve Tokyo’nun özel bölgeleri gibi yerel yönetimler tarafından kurulmuştur.
- 1 Nisan 2019 itibarıyla Japonya’da toplam 472 Hokenjo bulunmaktadır; bunlardan 47 ilde 359 ve 107 şehir ve özel bölgede 113’tür. Bu sayı son 30 yılda yaklaşık yarıya düşmüştür. Hokenjo’lar, kişisel sağlık hizmetlerinden çevre sağlığı hizmetlerine kadar geniş bir hizmet yelpazesine sahiptir; bu hizmetler arasında;
- **Yaşamsal istatistikler, beslenme iyileştirme ve gıda sanitasyonu, çevre sanitasyonu, tıbbi ve eczacılık işlerinin yanı sıra, halk sağlığı hemşireliği, kamu tıp hizmetleri, anne-çocuk sağlığı, yaşlı sağlığı, diş sağlığı, ruh sağlığı, tedavi edilemeyen/nadir hastalıklar için tıbbi bakım ve sosyal destek, HIV/AIDS, tüberküloz, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve diğer enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi, hijyen denetimleri ve muayeneleri bulunmaktadır.**





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Japonya'da sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet ve özel sektör önemli roller üstlenir:

Devlet: Sağlık politikalarını belirler, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve denetlenmesinden sorumludur.

Ayrıca, sağlık hizmetlerinin finansmanı ve kamu sağlığının korunması için çeşitli teşvikler ve programlar sunar.

Özel Sektör: Hastaneler ve klinikler sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmını sunar. Sağlık sigortası birlikleri aracılığıyla finanse edilen sağlık hizmetleri, özel sektörün katılımıyla geniş bir ağ üzerinde sunulur.

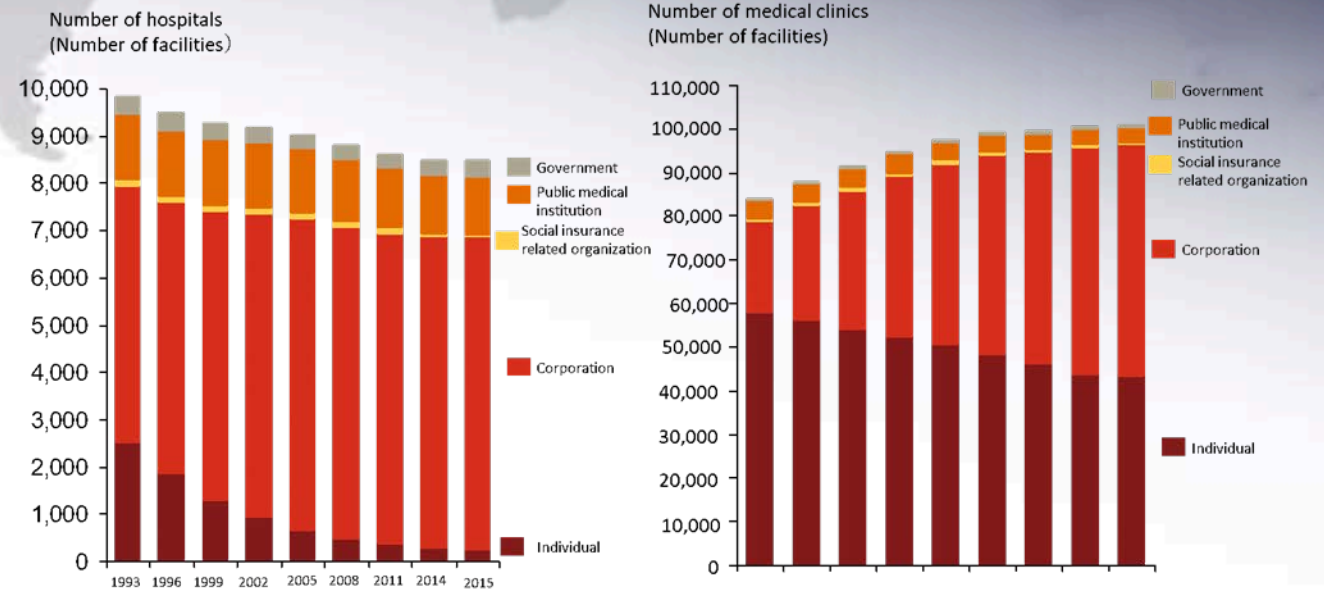


SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Japonya'da hastaneler ve tıp merkezleri, yatak sayısına göre ayrılır. 20 veya daha fazla yatağa sahip tesisler "**hastane**" olarak adlandırılırken, 19 veya daha az yatağa sahip ya da yatarak tedavi imkanı bulunmayan tesisler "**klirik**" olarak adlandırılır. Hastaneler ve klinikler, yönetimlerini üstlenen organizasyonlara göre geniş bir şekilde sınıflandırılabilir. Bunlar arasında ulusal, kamu, sosyal sigorta organizasyonları, kurumsal ve özel tesisler bulunmaktadır.

Figure 4-2-2: Trend in number of medical clinics and hospitals per developer



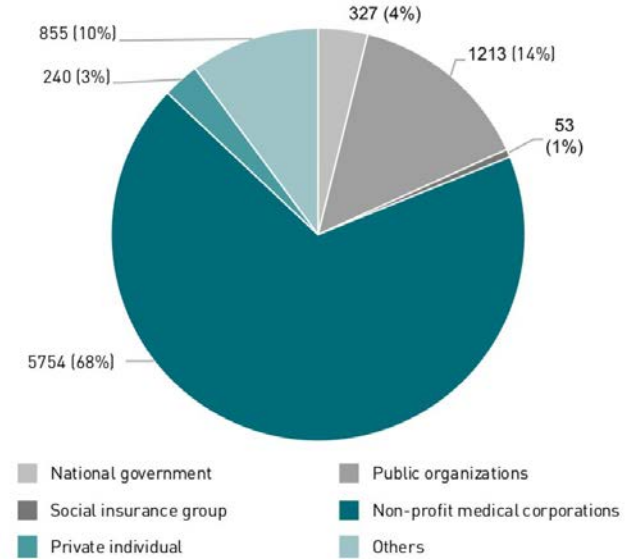


SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

- 2016 verilerine göre Japonya'da yaklaşık olarak 344 ilde hizmet veren 8442 hastane, 101.529 klinik ve 68 940 dental klinik vardır.
- Nüfusa düşen hastane yatağı sayısı Japonya genelinde yaklaşık olarak 13-14 yatak/1,000 kişi civarındadır.
- Japonya'da hastaneler genellikle hem kamu hem de özel sektör tarafından işletilmektedir. Kamu hastaneleri genellikle yerel yönetimler veya ulusal sağlık sigortası sistemleri tarafından desteklenirken, özel hastaneler çeşitli özel sağlık sigortaları veya bireyler tarafından finanse edilir.
- Hemşire sayısı: genel kullanım yatakları için 3:1 (hemşire:hasta), uzun süreli bakım yatakları için 4:1 ve psikiyatri yatakları için 3:1 olarak sınırlandırılmıştır.

Fig. 4.1 Number of hospitals by ownership in 2016



Source: Ministry of Health, Labour and Welfare, 2017r



SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri

- **Hastane Yatak Yoğunluğu:** 1,000 nüfusa 13 yatak (2018)*

Aralık 2023 sonu itibarıyla Japonya'daki hastane yataklarının %68.3'ü doluydu. Aynı ayda, ülke genelinde günde yaklaşık 1.12 milyon kişi hastaneye yatırıldı. **

*<https://www.statista.com/statistics/1112186/japan-monthly-hospital-bed-occupancy-rate/><https://www.mhlw.go.jp/english/database/db-hh/2-2.html>.

**<https://www.statista.com/statistics/1112186/japan-monthly-hospital-bed-occupancy-rate/>



SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri

Japonya'da üçüncü basamak sağlık hizmetleri, yüksek düzeyde uzmanlık ve ileri düzey tıbbi bakım sağlayan sağlık tesislerinde sunulmaktadır. Bu yapı, genellikle büyük ve özel hastaneler ile tıp merkezlerinden oluşur ve şu şekilde yapılandırılmıştır:

1. Üniversite Hastaneleri
2. Uzman Klinikleri
3. Tıbbi Araştırma Merkezleri
4. Yüksek Teknolojiye Sahip Tıbbi Cihaz ve Hizmetler
5. Kanser Tedavi Merkezleri
6. Pediatrik ve Neonatal Yoğun Bakım Merkezleri

Hizmet alanları ise 46 il ve 6 bölgeden oluşmaktadır.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Palyatif Bakım

- İlk sistematik palyatif bakım hizmeti, 1973 yılında Osaka'daki Yodogawa Christian Hastanesinde başlatılmıştır.
- Japonya'da üç tür uzman seviyesinde palyatif bakım ortamı bulunmaktadır: palyatif bakım üniteleri, hastane palyatif bakım ekipleri ve uzmanlaşmış evde bakım klinikleri
- Palyatif bakım Japonya'daki palyatif bakım faaliyetleri, hastaların yaşam kalitesini artırmayı hedefleyen uzmanlaşmış hizmetlerle geniş bir kapsam sunmaktadır.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Palyatif Bakım

1. Palliative Care Unit (PCU)

- Palyatif bakım üniteleri (PCU'lar), veya yataklı hospisler, tedavi edilemeyen kanser veya edinilmiş bağışıklık yetmezliği sendromu (AIDS) olan hastalar ve aileleri için yoğun semptom kontrolü, psikososyal destek ve yaşam sonu (EOL) bakımı sunar.
- PCU'ların, palyatif bakım sağlamak için yeterli bir sisteme sahip olmaları, en az bir tam zamanlı doktorun palyatif bakım eğitimi almış olması, gece vardiyalarında birkaç hemşire bulunması ve hastalar ve aileleri için yeterli alan sağlanması gerekmektedir. Ayrıca, topluluk bazlı evde bakım sunan tıp kurumlarıyla işbirliği sistemini sağlamak, topluluktan gelen acil hasta bakım danışmanlarına 24 saat yanıt vermek, evde bakımda olan hastaların acil hastaneye kabulünü sağlamak ve taburculuk geçişini koordine etmek zorundadırlar.
- 2015 itibarıyla, 357 PCU toplamda 7,184 yatak kapasitesine sahiptir. PCU'ların milyon kişi başına oranı, Batı ülkeleri ile karşılaştırılabilir durumdadır. PCU'ların çoğu genel hastanelere bağlıdır ve multidisipliner bir ekip tarafından palyatif bakım sunar, bazıları ise ayrı bir bina olarak hizmet verir. PCU'lar, tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %10'unda yer almaktadır. Ortalama kalış süresi 33 gündür ve ortalama ölen hasta taburcu oranı (ölü hasta taburcu sayısı/hastaneye yatış sayısı) %84'tür.

2. Palliative Care Team (PCT)

- Japonya'da ölümlerin ve kanser ölümlerinin yaklaşık %75'i hastanelerde gerçekleşmektedir. Ancak, hastanelerde ölen kanser hastalarının bakım kalitesi ve yaşam kalitesi, evde veya PCU'larda ölen hastalarinkinden genellikle daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, erken palyatif bakımın etkinliği konusundaki artan kanıtlar, ileri evre kanser teşhisi konmuş hastalar için palyatif bakımın erken entegrasyonunu teşvik etmektedir. Dolayısıyla, kaliteli palyatif bakım, hastalığın tüm seyrinde hem hastanede yatan hem de ayakta tedavi gören kanser ve diğer yaşamı tehdit eden hastalar için gereklidir. Palyatif bakım ekiplerinin (PCT'lerin) tüm kanser hastalarına uzman düzeyinde palyatif bakım sağlaması beklenir.

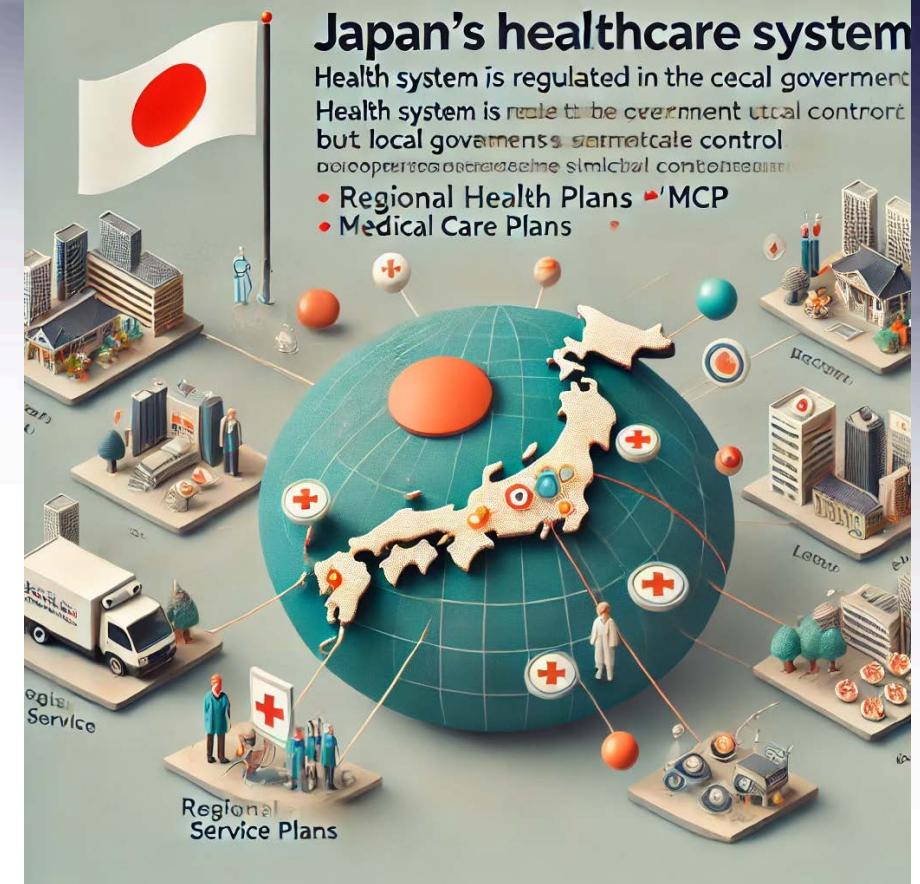




SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Desentralizasyon:

- Japonya'da sağlık sistemi, merkezi hükümet tarafından düzenlenir ve kontrol edilir, ancak yerel yönetimlere de önemli roller verilmiştir. Merkezi hükümet, ulusal sağlık sigortası ücret tarifelerini belirler ve yerel yönetimleri sağlık hizmetleri konusunda sübvans eder ve denetler. Her il, 2006 tarihli Sağlık Hizmeti Yapısal Reform Yasası kapsamında, "Tıbbi Bakım Planları (MCP)" geliştirir. Bu planlar, bölgesel sağlık hizmetlerini düzenler ve hastalık-spesifik tedavi yollarını belirler. İller, sağlık hizmetlerinin kalitesini izler ve standartlara uymayan hastanelerin geri ödeme oranlarını düşürebilir. MCP'ler yerel sağlık paydaşlarıyla birlikte hazırlanır. Japonya'da sağlık sistemi, merkezi hükümet tarafından sıkı bir şekilde düzenlenir ve kontrol edilir. Sağlık sigortası sisteminin ulusal ücret tarifelerini belirler ve yerel yönetimlere sağlık hizmetleri konusunda destek sağlar. Her il, sağlık hizmetlerini etkili bir şekilde sunmak için "Tıbbi Bakım Planları (MCP)" hazırlar. Bu planlar, hastalık-spesifik tedavi yollarını ve sağlık kurumları arasındaki işbirliklerini düzenler.
- MCP'ler, başlangıçta hastane yataklarının kontrolü amacıyla tanıtılmış, 2006'da ise hastalık-spesifik tedavi yolları ve işbirlikleri eklenmiştir. Ancak, MCP'ler genellikle yapısal ve süreç göstergeleriyle sınırlıdır ve sonuç göstergeleri genellikle içermez. Her il, bu planları geliştirir ve sağlık hizmetlerinin kalitesini denetler. Hastanelerin bakım kalitesini izler ve kalitesiz hizmet durumunda geri ödeme oranlarını düşürür. MCP'ler, genellikle yerel sağlık paydaşlarıyla tartışılarak geliştirilir.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

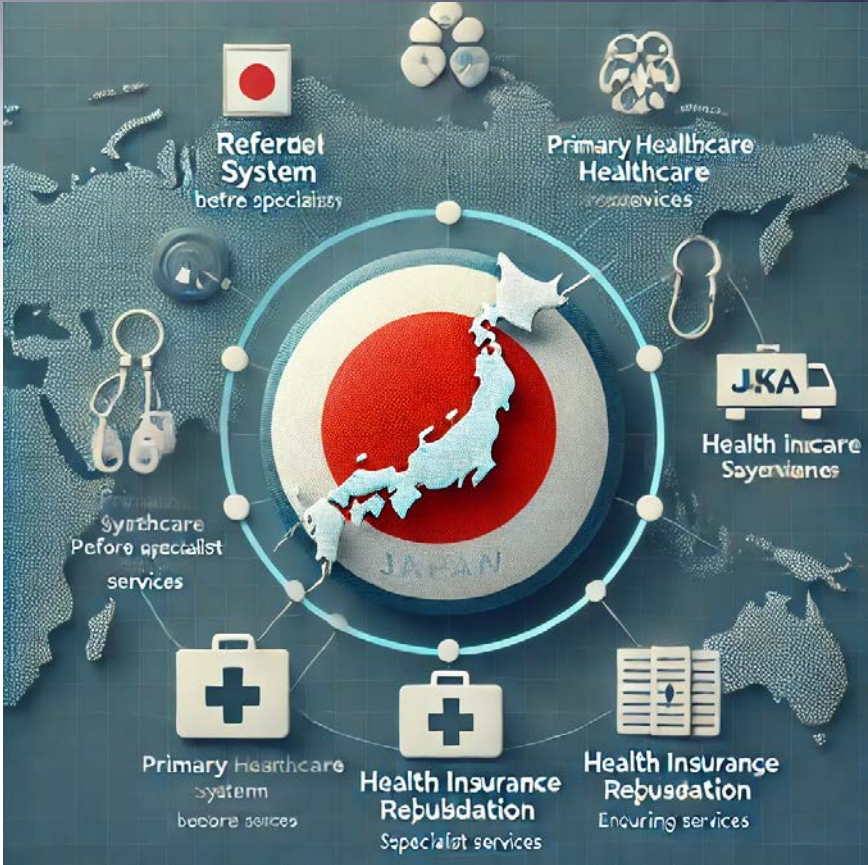
Sevk Süreci:

Öncelikli Sevk Gereksinimi: Japonya'da genellikle hastaların daha ileri düzey sağlık hizmetlerine erişimi, önce birinci basamak sağlık hizmet sağlayıcısına başvurmaları şartına bağlıdır. Bu sevk sistemi, sağlık hizmetlerinin daha iyi yönetilmesini ve gereksiz hastane başvurularını azaltmayı amaçlar.

Sigorta ve Geri Ödeme:

Sigorta Kapsamı: Sağlık sigortası, sevk sistemine uygun olarak sağlık hizmetlerinin geri ödemesini sağlar. Birinci basamak hizmet sağlayıcıları, genellikle sigorta kapsamındaki sağlık hizmetlerinin uygun şekilde sunulmasını sağlar ve sevk edilmesi gereken hastaları yönlendirir.

- Bu sistem, Japonya'da sağlık hizmetlerinin etkili ve düzenli bir şekilde sunulmasını sağlamak için tasarlanmıştır ve hem sağlık hizmeti sağlayıcıları hem de hastalar için belirli bir düzen ve süreç oluşturur.





SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Japonya'da Bir HastaÖrneği

- **Şeker Hastalığı (Diyabet) Olan Bir Hasta Örneği:**
- Bir hasta şeker hastalığı (diyabet) teşhisi alabilir şu yollarla:
- **Semptomsuz Hasta:** Hasta, genel sağlık taraması veya belirli sağlık taraması sırasında teşhis edilebilir.
- **Başka Bir Hastalık İçin Tedavi Edilirken:** Hasta, bir hastanede veya klinikte başka bir durum için tedavi edilirken diyabet olduğu belirlenebilir.
- **Semptomlar veya Komplikasyonlar Nedeniyle:** Hasta, semptomlar veya komplikasyonlar nedeniyle özel bir kliniğe başvurabilir ya da bir hastanede kendi seçtiği bir uzmana başvurabilir.
- Diyabet teşhisi konan hastalar, tedavi için bir uzmana yönlendirilir. Uzman, hastanın durumunu ilk yönetim ve stabilizasyon aşamalarını gerçekleştirdikten sonra, hasta yerel kliniğine takibe geri gönderilir. Takip, genellikle üçüncü basamak hastane uzman kliniklerinde devam edebilir, çünkü bu hastaneler genellikle bölgesinin ilk temas sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak işlev görür; hastalar, komplikasyonları varsa, bu hastanede de kalabilirler. Komplikasyon gelişirse veya uzman görüşü gerekiyorsa, hasta yerel klinikleri tarafından herhangi bir zamanda tekrar uzman kliniğine yönlendirilebilir.
- Klinik tabanlı doktorlar, gerekli tüm ilaçları reçete eder ve evrensel sağlık sigortası tarafından karşılanan gerekli testleri isterler. Eğer diyabet kötüleşirse, hasta ketoasidoz gibi akut bir komplikasyon geliştirirse ya da yatılı bakıma ihtiyaç duyarsa, hasta tercih ettiği bir hastaneye yatırılabilir veya küçük bir hastaneden stabilizasyon sonrası bir üçüncü basamak hastaneye transfer edilebilir.



SAĞLIK HİZMET ÖRGÜTLENMESİ VE SUNUMU

Sağlık Enformasyon Yönetimi

- Japonya'da sağlık hizmeti sunucuları genellikle elektronik sağlık kayıtları kullanır. Bu kayıtlar, hastaların tıbbi geçmişleri, tedavi planları, laboratuvar sonuçları, reçeteler ve diğer sağlık bilgilerini içerir. Elektronik kayıtlar, sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu ve devamlılığını sağlamak için önemli bir araçtır. Sağlık enformasyon yönetimi, sağlık verilerinin standartlaştırılması ve farklı sağlık hizmeti sunucuları arasında entegrasyonun sağlanması üzerine odaklanır. Sağlık hizmeti sunucuları, hastaların sağlık bilgilerini yalnızca yetkili personellerle paylaşabilir.
- Japonya'da sağlıkla ilgili temel istatistiklerin çoğu, İçişleri ve İletişim Bakanlığı (MHLW) tarafından toplanmakta, derlenmekte ve analiz edilmektedir. 1947'de kabul edilen İstatistik Yasası, hükümet istatistiklerinin yalnızca idari kullanımına izin veriyordu. Ancak 2007'de bu yasa tamamen revize edilmiştir. Yeni yasa, hükümet istatistik verilerini toplumun bilgi altyapısının bir parçası olarak kabul etmekte ve özelleştirilmiş tablo üretimi ve anonimleştirilmiş veri sağlama için daha geniş bir kullanım izni vermektedir. **MHLW İstatistik ve Bilgi Politikaları Genel Müdürü** şu temel istatistikleri yönetmektedir:
- Hayati İstatistikler, Hayat Tabloları, Kapsamlı Yaşam Koşulları Anketi, Tıbbi Kurumlar Anketi, Hasta Anketi, Aylık Çalışma Anketi Temel Ücret Yapısı Anketi, Toplam 23 genel istatistik (MHLW genelinde yaklaşık 100 istatistiksel anket yapılmaktadır).
- Bu istatistikler, sağlık üzerinde etkisi olan sosyal ve ekonomik koşulları iyileştirmek için politika, program ve hizmetlerin planlanması ve uygulanmasına yardımcı olabilir.





SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

- Japonya, GSYİH'sinin %10.9'unu sağlık hizmetlerine harcamaktadır.(OECD ort:%9)
Ülkenin genel sağlık harcamaları, nüfusun yaşlanması ve teknolojik gelişmeler gibi faktörlerden etkilenecek yıllar içinde artış göstermektedir.
- Sağlık harcamalarının %85'i kamu kaynakları tarafından karşılanır.(OECD ort:76)
Hastalar, sağlık hizmetlerinden yararlandıklarında küçük bir katılım payı öderler. Bu katılım payları, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için önemli bir kaynak olarak kabul edilir.
- **Sağlık sigortası kapsama oranı %100'e yakındır.**
- Kişi başına sağlık harcaması 1995 yılında 1.469 ABD doları iken, 2015 yılında 4.149 ABD dolarına yükselmiştir.



SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

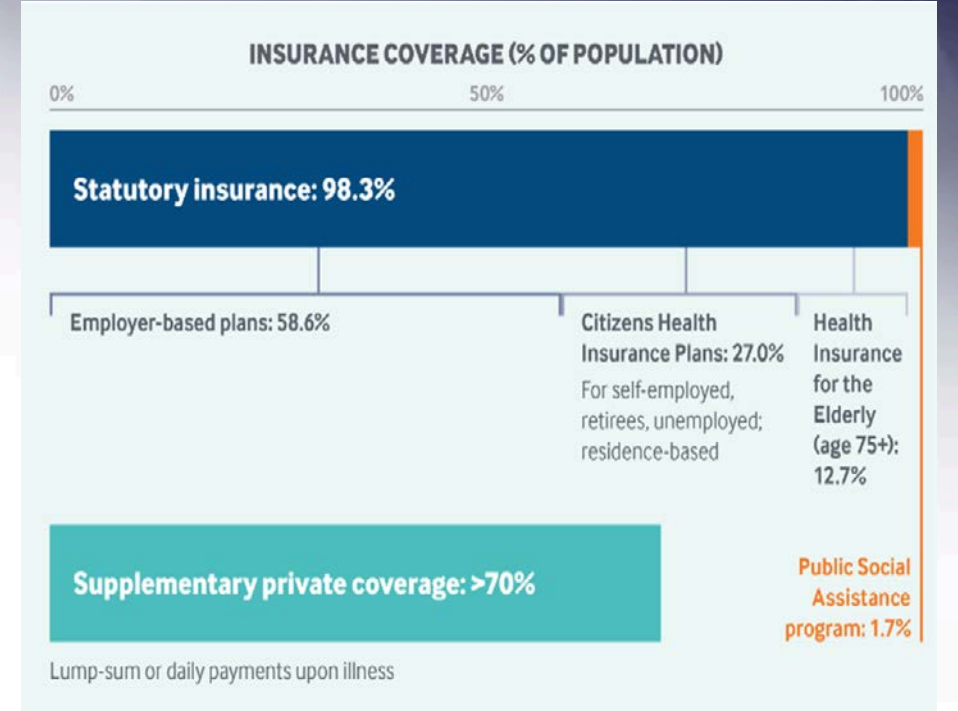
- Japon Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi(SHIS) toplumun %98.3'ünü kapsarken, Toplum Sosyal Destek Programı(PSAP) ise yoksul kesimi (%1.7) kapsamakta.
- SHIS ana olarak iki zorunlu sigortadan oluşmakta.
 - İstihdama dayalı planlar (Toplumun %59'u)
 - Oturuma dayalı planlar
 - Vatandaş Sağlık Sigortası,74 yaş altı işsiz bireyleri kapsar(Toplumun %27'si)
 - Yaşlılar için Sağlık Sigortası, 75 yaş üstü tüm bireyleri kapsar.(Toplumun %12.7'si)
- Japonyadaki 47 eyaletin her biri kendine ait oturuma dayalı plana ve 1400'ten fazla istihdama dayalı plana sahiptir.





SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

- Tahmini toplam sağlık harcamaları GSYİH'nin yaklaşık yüzde 11'ine denk gelmekte ve bunun %84'ü, ağırlıklı olarak SHIS (Sosyal Sağlık Sigortası Sistemi) aracılığıyla kamu tarafından finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarının finansmanı; vergiler (%42), zorunlu bireysel katkılar (%42) ve cepten yapılan harcamalar (%14) ile sağlanmaktadır.
- İstihdama dayalı planlarda, çalışanlar zorunlu olarak aylık maaşlarının yaklaşık %10'unu sağlık sistemi için vermektedir.
- Toplum Sosyal Destek Programı (PSAP) ise doğrudan devlet hazinesi tarafından karşılanmaktadır.





SAĞLIK HARCAMALARI VE FİNANSMANI

Özel Sağlık Sigortasının Rolü

- Japon halkının %70'i özel sağlık sigortasına sahiptir.
- Daha önce bahsedilen planların çoğu ana sağlık giderlerini karşılamakta yeterliken bu derece yüksek özel sağlık sigortası oranının sebebi, bireyin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşması durumunda tamamlayıcı veya destek sağlık sigortalarıyla iş yapamamazlığa karşı ek geliri garantiye almak istemesinden kaynaklıdır.





SAĞLIK İNSAN GÜCÜ İSTATİSTİKLERİ



Doktor Yoğunluğu Japonya, 2021 26.1 2012'den beri iyileşme gösteriyor Her 10.000 kişiye düşen tıp doktoru sayısı.

Hemşire Yoğunluğu Japonya, 2021 124.5 2012'den beri iyileşme gösteriyor Her 10.000 kişiye düşen hemşire ve sayısı.

Eczacı Yoğunluğu 10.000 kişiye 20 eczacı 2012'den itibaren iyileşme gösteriyor.

Diş hekimi yoğunluğu 10.000 kişiye 8,32 diş hekimi, 2012'den bu yana iyileşme gösteriyor.



DİKKAT ÇEKİCİ NOKTALAR

- Chikiwaka ("chiki" bölge veya yerel, "waka" ise sağlık veya tıp anlamında) Japonya'da sağlık hizmetlerinin yerel düzeyde düzenlenmesi ve sunulmasına yönelik bir yaklaşımdır. Bu kavram, sağlık hizmetlerinin bölgesel düzeyde daha etkili ve erişilebilir bir şekilde sağlanmasını amaçlar. Sağlık Eğitimi ve Burslar:
- **Tıp ve Hemşirelik Eğitimi, Burs Programları, Sağlık Profesyonellerinin Yetiştirilmesi, Uzmanlaşma ve Eğitim:Bölgesel Dağılımı, Kamu Sağlık Destek Programları, Sağlık Eğitim Destekleri, Araştırma Bursları ve Fonlar, Sağlık Araştırmaları.**
- **Kapsamlı Sigorta:** Japonya'da sağlık hizmetleri evrensel sağlık sigortası ile sağlanır. Herkesin sağlık sigortasına sahip olması yasal bir zorunluluktur. Sigorta, hem kamu hem de özel sektör tarafından sunulan çeşitli planları içerir.
- **Yaşlı Bakım Sistemi:** Japonya, yaşlılar için kapsamlı bakım ve destek hizmetleri sunar. Bu, yaşlı bakım evleri ve evde bakım hizmetlerini içerir. Japonya, dünyanın en yüksek yaşam süresine sahip ülkelerinden biridir. Bu, genel yaşam standartlarının bir göstergesidir.