

Japonya'da Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri ve Mesleki Eğitimi

Aylin Sena BELİNER



Yönetmel Yapı - Ekonomi

- Anayasal Monarşi
- İmparatorluk simgesel
- 47 eyalet – 1 844 belediye
- 3 000 yerel yönetim
- Lider endüstri ülkelerinden oluşan G8 üyesi
- GSYİH'a göre dünyadaki ikinci büyük ekonomi
- İnsani Gelişim İndeksi 0.95
- İşsizlik % 3.8 (2007)



Nüfus - Eğitim

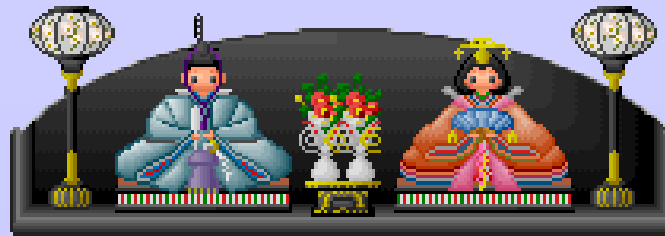
- Nüfus 127 692 000 (2008)
 - 0 – 14 yaş % 13.5
 - 65 yaş ve üzeri % 22.2



- 6 – 15 yaş arası ilk ve orta eğitim zorunlu
- Erişkin okuma yazma oranı % 99
- Liseye devam % 95
- Yüksekokul veya üniversiteye devam % 30

Japon Anayasası 25. Madde

- “Tüm insanların belirli standartta sağlıklı ve kültürlü bir yaşam sürme hakkı vardır ve bu amaca ulaşmak için devlet sosyal refah, sosyal güvenlik ve toplum sağlığını sağlamak ve geliştirmekle sorumludur.”



Sağlık Göstergeleri

- Doğuştan yaşam beklentisi (2007)
 - Erkek 79.2 yıl
 - Kadın 85.9 yıl
- BÖH binde 2.6 (OECD ort binde 5) (2006)
- AÖH yüzbinde 4.8
- KDH binde 8.6, KÖH binde 8.8
- Ölüm nedenleri
 - Kanserler
 - Dolaşım sistemi hastalıkları
 - Erkeklerde yüksek tütün kullanımı (% 46.8)
 - Yüksek özkıyım

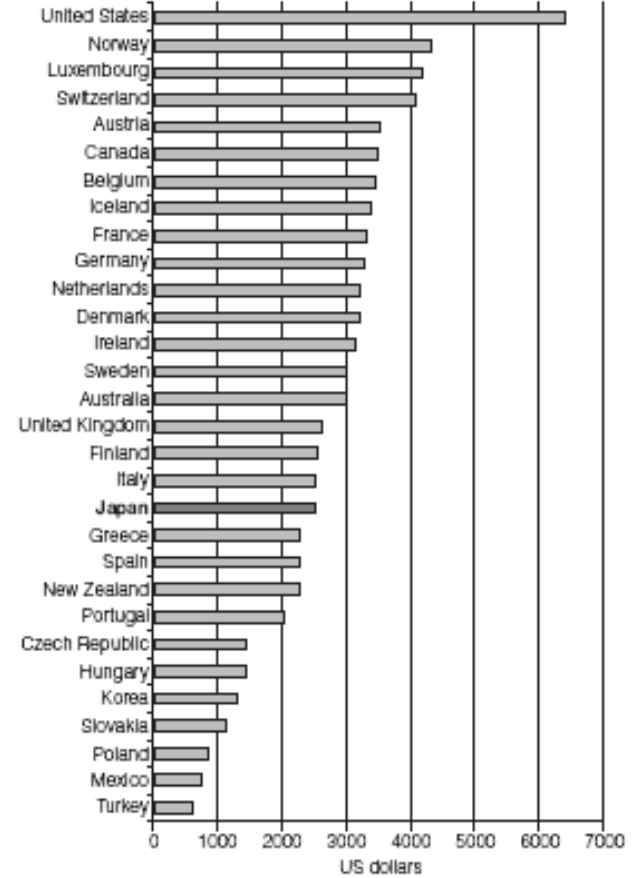
Finansman

- 1922 - Çalışanlar için sağlık sigorta sistemi
- 1927 – Zorunlu İşçi Sigortası
- 1961 – Tüm toplumu kapsayan zorunlu Ulusal Sağlık Sigortası
- 1982 – Yaşlılar için sağlık hizmet sunumu
- 2000 – Uzun Dönem Bakım Yasası

Gider

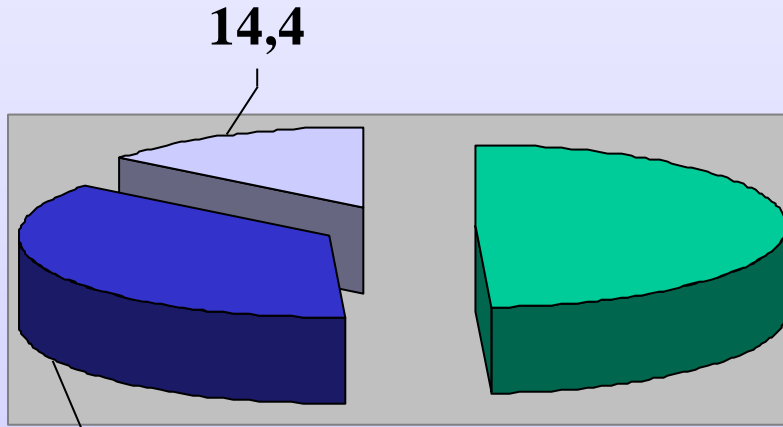
- GSYİH'dan sağlığa harcanan pay % 8 (2005)
- Hükümet bütçesinden sağlığa ayrılan pay % 16.7 (2005)
- Toplam sağlık harcamaları içinde kamunun payı % 81 (2003)

Fig. 3.3 International comparison of per capita health expenditure in US dollars in 2005

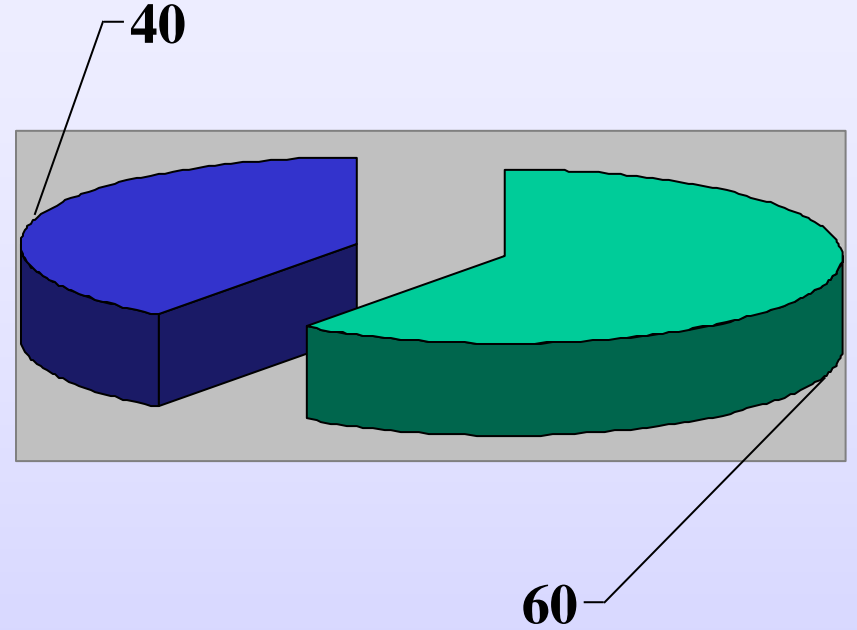


Source: OECD, 2008

Gelir (% , 2005)



■ Prim ■ Vergi □ Cepten ödeme



■ Çalışan ve aileleri

■ Serbest çalışan (Avukatlık, doktorluk, çiftçilik), Emekli, Çalışmayan

Birinci basamak sağlık hizmet

Tedavi edici
hizmetler

Sunumu

Hizmet biçimi

Koruyucu sağlık
hizmetleri



Primler + Ek ödemeler

Finansman

- Prim: Aylık gelirin % 3 – 10'unu
 - % 50 işveren - % 50 çalışan
- 40 yaş üzeri belediyelere Uzun Dönem Bakım Sigortası: % 1
- Katkı payı: % 14.4
 - Yaşlı ve çocuklar için % 10
 - % 30'a kadar çıkabilmekte (2008'de 65 – 74 yaş arası genç yaşlılar)
- Sigorta kapsamı
 - Tetkik, tedavi, reçeteleme
 - İlaçlar
 - Diş bakımı
 - Sınırsız hastane yatışı

Birinci basamak sağlık hizmet

Tedavi edici
hizmetler

sunumu
Hizmet biçimi

Koruyucu sağlık
hizmetleri

Primler + Ek ödemeler

Finansman

Tıbbi klinikler

Diş
klinikleri

Kurumlar

Ofis
(82 286)

19 - altı yataklı klinik
(14 765)

Ev ziyaretleri % 35.5
Tetkikde ileri teknoloji kullanımı

Özel

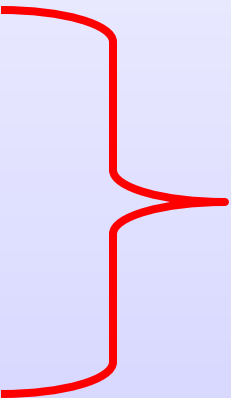
Kamu (az)

Sevk zinciri **YOK**

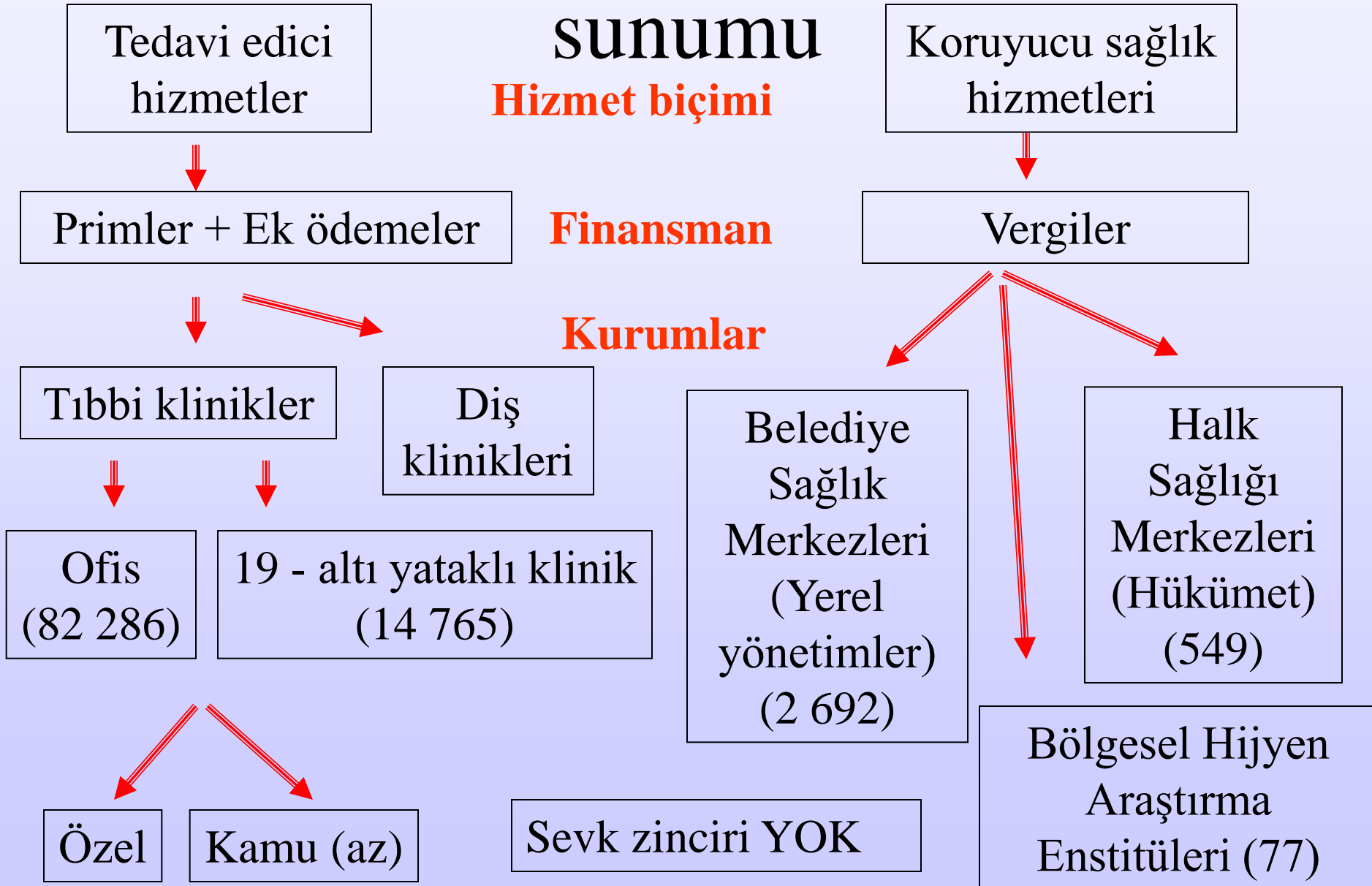
Sevkin gerçekleştirilmeme nedenleri

- Sağlık, Sosyal ve alışma Bakanlığı
 - 1985 – Kapı tutuculuk
- Japon Tabipleri Birliği
 - Hastanelerin
 - Özel sektör
 - Ayaktan hasta kabul
 - Sevksiz gelenlerden daha fazla kazanmaları
 - Sevk gerektiren özellikli sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunumu
 - Klinik hekimleri
 - “Hastaneler için kapı tutucu doktor” tanımını
 - Hastane doktorları ile eşit statü kaybı kaygısı

Hizmet sunuculara ödeme biçimi

- İki yılda bir yenilenen Ulusal Hizmet Bedeli Listeleri
 - Sigorta şirketleri
 - Meslek örgütleri
 - Hasta örgütleri
 - Hastane örgütleri
 - Ödeme biçimi:
 - Hizmet başı ödeme
 - Tanıya dayalı grup ödemesi
- Karar vericiler
- 

Birinci basamak sağlık hizmet



Halk Sağlığı Merkezleri ile Belediye Sağlık Merkezleri (JPHA 2005, Pala 2007)

Özellik	Halk Sağlığı Merkezi	Belediye Sağlık Merkezi
Kişisel hizmetler	Özelleşmiş (Psikiyatri) ya da odağa yönelik (Tbc, HIV gibi enf. hst ve para yardımında bulunulan ALS, SLE, Parkinson) hizmetleri	Daha genel ve topluma dayalı (gebe ve sağlam çocuk kliniği, bağışıklama, sağlık taraması, özürlü yaşlılar, kanser taramaları vb) hizmetleri
Mevzuat ile verilmiş görev	Sağlık kuruluşları (Hastaneler, klinikler, eczaneler) ve gıda işleklerinin gözetimi ve denetimi, karantina	Yok
Örgütsel yapı	Bölgesel 434 ve kentlerde 115 merkez (2005)	Kentlerde, kasabalarda ve köylerde toplam 2 692 (2005) merkez
Yönetici	Tercih Halk Sağlığı uzm ancak Ulusal Toplum Sağlığı Ens. mezunu, 5 yıllık toplum sağlığı uygulama deneyimi olan hekim dışı yönetici de olabilmekte	Koşul yok
Çalışanlar	Hekim, diş hekimi, eczacı, veteriner hekim, röntgen – diş - lab teknisyeni, fizyoterapist, iş terapisti, diyetisyen, halk sağlığı hemşireleri, ebe, hemşire	Ağırlıklı olarak halk sağlığı hemşiresi ve diyetisyen

Birinci basamakta hekim istihdamı

- Yaygın ve belirlenmiş birinci basamak mesleki eğitimini almış hekimler az sayıda
- Her uzmanlık dalından hekim
- Tek – grup çalışması
- Okul ve işyeri hekimliği de yapabilmekte
- Hekimlik yapabilmek için yaş sınırı yok
- 100 000 nüfusa 217.5 hekim
 - Klinik % 34.3 yaklaşık (1 hekime 1 333 kişi)
 - Toplum sağlığı merkezi % 1.2
 - Yaşlı bakım evi % 1.0
 - Eğitim ve araştırma enstitüsü % 1.9

Birinci basamak hekim tanımları

- ‘Sogo-Shinryo’= “Genel tıp”
 - En sık kullanılan
 - Genel dahiliye uzmanlarının kullandığı tanımlama
- ‘Katei-Iryo’= Bazı aile hekimi uzmanlarının “Aile hekimi” tanımı
- ‘Kakaritsuke-I’= “Birey hekimi”
 - Aile hekimliği uzmanlık dalı dışındaki uzmanlık dallarındaki hekimler de dahil
 - Japon Tabipleri Birliği’nin tanımlaması

Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi

- 79 Tıp Fakültesi (2006)
- Lise sonrası 6 yıl (4 yıl preklinik + 2 yıl klinik)
- 63'ünde PDÖ, artmakta...
- Sınavlar, sınavlar
- 2 yıl mezuniyet sonrası klinik eğitim stajı (birinci basamak + küçük hastane)
 - Dahiliye (6 ay), genel cerrahi, acil tıp, pediatri, obstetri ve jinekoloji, psikiyatri ve halk sağlığı

Birinci basamak mesleki eğitimi

- Aile hekimliği – Genel Pratisyenlik Japonya’da yerleşik bir tıp disiplini değil
- 1970ler aile hekimliği hareketi
- 1981 Tıp fakültelerinde *sougoushinryoubu* (genel tıp bölümleri)
- 1978 Japon Birincil Bakım Tıp Derneği
 - 1988 Birinci Basamak Hekimleri Akademisi
- 1986 Japon Aile Hekimliği Akademisi
- Japon Genel Tıp Derneği
- Japon Tabipleri Birliği’nin desteği ve onayı yok

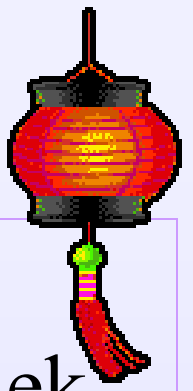
- Aile hekimliğinin temel özelliklerini akademisyenler içinde çok az kişi anlamakta
- Çekirdek müfredatın geliştirilmesi zor
- Mezuniyet öncesi eğitimden başlanmalı
- Klinik becerilere vurgu yapmalı
- Toplum içinde eğitim gerekli

Murai M ve ark (BMC Med. Edu., 2005)

- “Tıp fakóltesinden mezun olanlara 4 yıl boyunca uzmanların beyin yıkamasından sonra 10 – 15 saatlik aile hekimliğinin temel özellikleri ve değerini anlatabilseydim; aile hekimliğinin onların üzerinde çarpıcı etkisi olabilirdi...”




Aile hekimliği uzmanlığı akademisyeni

Sonuç

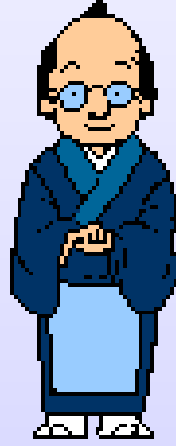


- Zengin ülke
- İşsizlik çok düşük, prim ödeme oranı yüksek
- Erişkin okuryazarlık % 99
- Sağlık, Anayasal bir hak
- Toplumun tamamı sağlık güvencesi kapsamında
- İyi bir koruyucu hizmetlere yönelik toplum sağlığı örgütlenmesi var
- Mezuniyet öncesi eğitiminin 2 yıllık alan + hastane stajı

Ancak...

- Zenginliğin sürdürülebilirliği ?
- İşsizlik 
- Yaşam boyu istihdam güvencesi 
- Gelir dağılımı bozulmaya başlamakta
- Sağlık harcamalarında 
 - Şişmanlamakta
 - Alkol tüketimi artmakta
 - Yoğun sigara içici
 - Nüfusu hızla yaşlanmakta


Reformlar kapıda....



Teşekkür ederim...