

اصلاح نظام بیمه درمانی ژاپن*

آراهیرا شوچی و اونیشی هیروناری

مؤسسه بیمه اجتماعی، ژاپن

ترجمه دکتر هرمز همایون پور

از زمانی که طرح بیمه درمانی همگانی از سال ۱۹۶۱ در ژاپن به مرحله اجرا درآمد، همه افرادی که در این کشور زندگی می‌کنند تحت پوشش آن قرار گرفتند. در طول سالیان بعد، اصلاحاتی در نظام بیمه درمانی صورت گرفت تا هم به خواسته‌های مردم توجه شود و هم دگرگونی‌های اقتصادی و اجتماعی ملحوظ گردد. طرح‌های بیمه درمانی همگانی، بیمه‌شدگان را به اتفاق اعضای خانواده آن‌ها، با هزینه‌ای بالنسبه پایین، از خدمات درمانی مناسب و کافی برخوردار می‌کند. بدین ترتیب، نظام بیمه درمانی ژاپن، از جهت تأمین حیاتی سالم و پایدار برای مردم آن کشور، نقشی با اهمیت برعهده دارد. درحال حاضر، دولت ژاپن از طریق مؤسسات و طرح‌های زیر، پوشش همگانی بیمه درمانی را تأمین می‌کند:

- "بیمه بهداشتی کارکنان"^۱ برای افراد شاغل در بخش خصوصی؛

* "Reform of the Japanese Health Insurance System", Arahira Shoji and Onishi Hironari, *International Social Security Review*, Vol. 52, 1999.

1. Employees' Health Insurance

● "بیمه درمانی ملی"^۱ برای آن گروه از افرادی که تحت پوشش طرح‌های بیمه‌ای دیگری نیستند، نظیر خویش‌فرماها؛

● طرح‌های بیمه‌ای گوناگون دیگر برای کارمندان دولت و ملاحان.

در این سال‌ها، درحالی‌که درآمد ملی با آهنگی بسیار ملایم بالا می‌رود، بر اثر پیرشدن سریع جامعه، هزینه مراقبت‌های درمانی ملی بسیار افزایش یافته است. بدین ترتیب، شکاف موجود در میان نرخ رشد درآمد ملی و نرخ افزایش هزینه‌های درمانی ملی هرچه بیشتر گسترده شده و، بنابراین، نظام بیمه درمانی در معرض بحران مالی قرار گرفته است.

"شورای بیمه درمانی"^۲، که کمیته‌ای است مشورتی و زیر نظر وزیر بهداشت و رفاه^۳ انجام وظیفه می‌کند، طرحی اصلاحی برای نظام بیمه مراقبت‌های درمانی در قرن بیست و یکم پیشنهاد کرد، و بعد، به‌عنوان نخستین گام در اجرای این طرح، برنامه‌های بیمه درمانی ژاپن در ژوئن ۱۹۹۷ اصلاح شد.

مقاله حاضر، نظام بیمه درمانی کنونی ژاپن را تشریح می‌کند، سابقه کار این نظام و نیز مبانی فکری ناظر بر اصلاحات و مسیر تحولات آینده را توضیح می‌دهد؛ جزئیات اصلاحات صورت‌گرفته در سال ۱۹۹۷ را مطرح می‌سازد، و به گام‌های دیگری که باید در مسیر اجرای یک برنامه اصلاحی در نظام بیمه درمانی ژاپن برداشت شود اشاره می‌کند.

سابقه تاریخی

در ژاپن، نخستین "قانون بیمه درمانی کارکنان"^۴ در سال ۱۹۲۲ وضع شد تا افراد شاغل در کارگاه‌های خصوصی دارای بیش از ده کارمند تحت پوشش بیمه درمانی قرار گیرند. در ۱۹۳۴، دامنه پوشش بیمه درمانی به کارگاه‌های دارای بیش از پنج کارمند گسترش یافت. در مرحله بعد، بنا به "قانون بیمه درمانی ملی"^۵ مصوب ۱۹۳۸، خویش‌فرماها مجاز شدند تا به‌طور داوطلبانه تحت پوشش بیمه درمانی قرار گیرند. به‌علاوه، طرح‌های عمومی گوناگونی برای بیمه درمانی

1. National Health Insurance

2. Council on Medical Insurance

3. Minister of Health and Welfare

4. Employees' Health Insurance Act

5. National Health Insurance Act

گروه‌های حرفه‌ای به مرحله اجرا درآمد: بیمه ملاحان، چندین انجمن کمک متقابل برای کارمندان دولت^۱، و غیره. قانون بیمه درمانی ملی در ۱۹۶۱ مورد تجدیدنظر قرار گرفت تا راه برای بیمه اجباری افراد هموار شود. از زمان این اصلاح در ۱۹۶۱ تاکنون، همه افرادی که در ژاپن زندگی می‌کنند تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته‌اند.

به نسبتی که دامنه پوشش بیمه درمانی گسترش یافت، مزایای پرداختی این نظام نیز اصلاح شد. وقتی بیمه درمانی کارکنان به مرحله اجرا گذاشته شد، فقط افراد بیمه‌شده مجاز به برخورداری از بیمه درمانی بودند. به علاوه، مزایای بیمه درمانی بدون دریافت سهمی از بیمه‌شده^۲ پرداخت می‌شد؛ یعنی صددرصد هزینه را بیمه‌گر می‌پرداخت. مزایای اعضای خانواده، بر مبنای ۵۰ درصد هزینه‌ها، در سال ۱۹۳۳ منظور شد. متعاقباً، در ۱۹۷۳، نرخ مزایای اعضای خانواده به ۷۰ درصد افزایش یافت.

تا ۱۹۶۸، بیمه ملی درمان معادل ۵۰ درصد از هزینه درمان همه بیمه‌شدگان را می‌پرداخت. در این سال، نرخ بهره‌مندی از مزایای درمان به ۷۰ درصد بالا رفت. سپس، از ۱۹۷۳، بیمه ملی درمان شروع به پرداخت صددرصد هزینه درمان افراد هفتاد ساله به بالا کرد.

به نسبتی که وضع پرداخت مزایا بهتر شد، هزینه ملی درمان افزایش یافت. بنابراین، طرح‌های بیمه درمانی کارکنان، از جمله افراد شاغل در بخش عمومی، اصلاح شد و، در ۱۹۸۴، نرخ مشارکتی معادل ۱۰ درصد از هزینه‌های درمانی منظور گردید که باید از سوی بیمه‌شدگان پرداخت می‌شد.

بر اثر افزایش امید زندگی، هزینه‌های درمانی سالخوردگان افزایش یافت و باعث ایجاد عدم تعادل مالی در طرح‌های بیمه درمانی گردید. برای مثال، مجموع هزینه درمانی سازمان بیمه ملی درمان برای افراد بازنشسته، از هزینه طرح‌های بیمه درمانی این سازمان برای شاغلان فزونی گرفت. در نتیجه، در ۱۹۸۳، "قانون خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان"^۳ وضع شد تا پوشش جامع بهداشتی و درمانی را برای سالخوردگان هفتاد ساله و بالاتر تأمین کند، و بار هزینه درمانی را به شکلی مساوی بین سالخوردگان طرح‌های مختلف بیمه‌ای تقسیم نماید.

1. Mutual Aid Associations for Civil Servants
3. Health and Medical Service Act for The Elderly

2. copayment

به علاوه، از زمان اصلاحات صورت گرفته در ۱۹۸۴، بخشی از هزینه‌های درمانی بازنشستگان، از محل طرح‌های بیمه‌ای افراد شاغل به صورت یارانه تأمین می‌شود. بعد از این اصلاحات، میزان کسور و مزایا نیز چندین بار مورد تجدیدنظر قرار گرفت تا برقراری تعادل بین طرح‌های بیمه‌ای و نسل‌های بیمه‌شدگان ممکن شود و نظام بیمه درمانی حالتی استوار و پایدار پیدا کند.

نظام بیمه درمانی در ژاپن

مدیریت، بیمه بهداشتی کارکنان، یا توسط انجمن‌های بیمه بهداشتی^۱ یا از طریق "مؤسسه بیمه اجتماعی" وابسته به دولت اداره می‌شود. هر کارفرمایی که به‌طور منظم بیش از هفتصد نفر در استخدام خود داشته باشد، می‌تواند یک "انجمن بیمه بهداشتی" تأسیس کند. از سوی دیگر، اداره امور بیمه درمانی افرادی که در مؤسسات بالنسبه کوچک کار می‌کنند بر عهده دولت است. در مارس ۱۹۸۵، تعداد ۱،۸۱۵ انجمن بیمه بهداشتی وجود داشت که بالغ بر ۱۵ میلیون نفر بیمه شده و بیش از ۱۷ میلیون نفر از وابستگان آنها را تحت پوشش قرار می‌داد و، در همان حال، بیش از ۱۹ میلیون بیمه شده و بالغ بر ۱۸ میلیون نفر از وابستگان آنها تحت پوشش سازمان دولتی "بیمه بهداشتی کارکنان" قرار داشتند.

بیمه درمانی ملی را یا شهرداری‌ها یا اتحادیه‌های درمانی ملی^۲ اداره می‌کنند. این اتحادیه‌ها می‌توانند به شرطی که بیش از سیصد نفر را از یک حرفه - مثلاً، پزشکان، دندان‌پزشکان، یا حقوقدان‌ها - تحت پوشش خود داشته باشند تشکیل شوند. تا مارس ۱۹۹۵، بالغ بر ۳۸ میلیون نفر از طریق مؤسسات بیمه بهداشتی وابسته به شهرداری‌ها، و بیش از ۶/۴ میلیون نفر از طریق انجمن‌های درمانی ملی تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته بودند.

امور مالی. اعتبارات مورد نیاز بیمه بهداشتی کارکنان از راه مشارکت کارگران و کارکنان و یارانه‌های دولتی تأمین می‌شود. در گذشته، نرخ کسور پرداختی افراد معادل ۸/۲ درصد میانگین

1. Helath Insurance Societies

2. National Helath Insurance Association

درآمد ماهانه آنان بود. این نرخ، در اصلاحات سال ۱۹۹۷، به ۸/۵ درصد افزایش یافت. کسور پرداختی، به تساوی بین فرد و کارفرمای او تقسیم می‌شود. هر یک از انجمن‌های بیمه بهداشتی مجاز است، به شرط تصویب وزیر بهداشت و رفاه، نرخ مورد عمل خود را از ۳ تا ۹/۵ درصد معین کند. تا مارس ۱۹۹۵، میانگین نرخ مورد عمل این انجمن‌ها معادل ۸/۳ درصد بود. دولت، معادل ۱۳ درصد از هزینه مراقبت‌های درمانی انجمن‌های بهداشتی کارکنان وابسته به دولت را می‌پردازد، و نیز به انجمن‌های بیمه بهداشتی که دچار گرفتاری‌های مالی شوند کمک می‌کند.

اعتبارات موردنیاز بیمه درمانی ملی از طریق مالیات، کسور پرداختی بیمه‌شدگان، و یارانه‌های دولتی تأمین می‌شود. نرخ مالیاتی و کسور را شهرداری‌ها، بر مبنای معیارهایی چون درآمد، دارایی، و دیگر عوامل مشخص‌کننده توانایی افراد- حداکثر تا ۵۳۰,۰۰۰ پین در سال- تعیین می‌کنند. در ۱۹۹۵، میانگین مشارکت سالانه افراد معادل ۷۴,۲۰۲ پین و خانواده‌ها معادل ۱۵۸,۵۸۰ پین بود. نیمی از هزینه‌های درمانی را دولت می‌پردازد. (در ۱۹۹۹، هر ۱۱۶ پین معادل ۱ دلار آمریکا بود.)

مزایا. همه افراد بیمه‌شده و اعضای خانواده آنها مُحق به استفاده از مزایای بیمه درمانی هستند. آنها می‌توانند از بین بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تعیین‌شده هر کدام را که می‌خواهند انتخاب کنند. خدمات درمانی عرضه‌شده از سوی بیمه‌های درمانی و بهداشتی شامل درمان‌های پزشکی، تأمین دارو، بستری‌شدن در بیمارستان، و مراقبت‌های درمانی در خانه است.

بیمارانی که از این مزایا استفاده می‌کنند، بخشی از هزینه‌ها را باید خود بپردازند. میزان این پرداخت، بسته به طرح بیمه‌ای مربوط و نیز چگونگی شرایط پوشش آنها، به قرار زیر است:

- افرادی که تحت پوشش بیمه بهداشتی کارکنان قرار دارند، معادل ۲۰ درصد؛
- افرادی که تحت پوشش بیمه درمانی ملی قرار دارند، معادل ۳۰ درصد؛
- بیماران سرپایی و غیربیمارستانی، معادل ۲۰ درصد، و اعضای از خانواده بیمه‌شدگان که در بیمارستان بستری شوند، معادل ۳۰ درصد؛
- بازنشستگی که تحت پوشش بیمه درمانی ملی قرار دارند، معادل ۲۰ درصد.

درعین حال، چنانچه هزینه درمان یک بیماری واحد از ماهانه ۶۳،۶۰۰ پین تجاوز کند، بیمه‌گر مربوط مازاد هزینه را خواهد پرداخت.

مزایای نقدی برای شاغلان، شامل مقرری‌های دوران بیماری، بارداری، زایمان، و فوت است. به‌علاوه، بخشی از هزینه غذا در دوران بستری شدن در بیمارستان، پرستاری در منزل، و رفت و آمد نیز پرداخت می‌شود. بیمه درمانی ملی، در مورد اشخاصی که داوطلبانه بیمه شده‌اند نیز مقرری‌های دوران بیماری و بارداری را می‌پردازد.

نظام پرداخت حق الزحمه‌های درمانی. پرداخت به مؤسسات درمانی مبتنی است بر نرخ خدمات درمانی. نرخ هر خدمت درمانی، و از جمله دارو، بر اساس اعداد و مراتبی است که در جدول مصوب وزیر بهداشت و رفاه تعیین شده است.

هزینه‌های درمانی مستقیماً از سوی سازمان‌های اداری پرداخت نمی‌شود، بلکه این کار از طریق سازمانی ثالث، که "صندوق پرداخت حق الزحمه‌های درمانی بیمه اجتماعی"^۱ نام دارد، صورت می‌گیرد. صورت حساب‌ها همه ماهه به این صندوق ارسال می‌شود، مسئولان صندوق آنها را رسیدگی می‌کنند، و سپس مبلغ تأییدشده به مؤسسات درمانی پرداخت می‌شود. در مورد پرداخت هزینه‌های درمانی مربوط به بیمه درمانی ملی نیز شیوه مشابهی وجود دارد. در این مورد، "فدراسیون بیمه درمانی ملی"^۲، که در هر استان تشکیل شده است، کار رسیدگی به صورت حساب‌ها و تأیید پرداخت‌ها را برعهده دارد.

نظام مراقبت‌های درمانی و بهداشتی برای سالمندان. "قانون خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان" مصوب ۱۹۸۲، دو هدف عمده دارد:

اول آن‌که، برای سالمندان، خدمات جامع بهداشتی و درمانی تأمین شود، که نه تنها شامل درمان بلکه شامل پیشگیری از بیماری و بهبود وضعیت سلامتی آنها نیز باشد. دوم آن‌که، هزینه درمان سالمندان در همه طرح‌های بیمه‌ای مختلف یکسان باشد. این نظام توسط شهرداری‌ها اداره می‌شود.

1. Social Insurance Medical Fee Payment Fund

2. National Health Insurance Federation

خدمات درمانی و بهداشتی. نظام درمانی و بهداشتی سالمندان شامل افراد هفتاد ساله به بالا و نیز افراد ۶۵ تا ۷۰ ساله‌ای است که به علت بیماری مزمن بستری باشند. انواع خدمات درمانی عرضه شده در این نظام شبیه همان خدماتی است که از سوی بیمه بهداشتی کارکنان عرضه می‌شود؛ از جمله، مراقبت‌های پزشکی و بستری شدن در بیمارستان. خدمات بهداشتی نظام شامل توزیع کتاب‌های بهداشتی، آموزش بهداشت، مشاوره بهداشتی، آزمایش‌های بهداشتی، و آماده‌سازی برای جذب دوباره در جامعه و غیره است.

امور مالی. اعتبارات موردنیاز خدمات درمانی از سوی این نهادها تأمین می‌شود: سازمان‌های اداری طرح‌های بیمه بهداشتی (۷۰ درصد)، دولت (۲۰ درصد)، استانداریها (۵ درصد)، و شهرداریها (۵ درصد).

نیمی از هزینه خدمات درمانی عرضه شده به سالمندان از سوی مؤسسات درمانی، و نیز تأمین پرستاری برای مراقبت از آنها در خانه، از سوی سه نهاد عمومی - دولت، استانداری‌ها، شهرداری‌ها - پرداخت می‌شود.

سالمندانی که طبق قانون پیش‌گفته مربوط به سالمندان تحت پوشش قرار دارند، بخشی از هزینه‌ها را باید خود بپردازند.

برنامه اصلاحی نظام بیمه درمانی

سابقه. دگرگونی ساختار جمعیتی. بنا به برآورد "مؤسسه ملی تأمین اجتماعی و مشکلات جمعیتی"^۱، که در ۱۹۷۷ منتشر شد، میانگین سن ژاپنی‌ها در سال ۲۰۵۰ از این قرار خواهد بود: مردان ۷۹/۴۳ و زنان ۸۶/۴۷ سال. انتظار بر این است که نرخ باروری، از ۱/۴۲ در ۱۹۵۵، به ۱/۳۸ در سال ۲۰۰۰ کاهش یابد. این نرخ، بعد از آن، تا سال ۲۰۳۰ تدریجاً افزایش خواهد یافت و در رقم ۱/۶۱ تثبیت خواهد شد.

بدین ترتیب، جمعیت سالخوردگان روبه‌افزایش و تعداد افراد شاغل روبه‌کاهش دارد. بنا به برآورد فوق، تعداد افراد ۶۵ ساله بالا، که در ۱۹۹۵ معادل ۱۸ میلیون بود، در ۲۰۵۰ به ۳۲

1. National Institute of Social Security and Population Problems

میلیون بالغ خواهد شد، درحالی که شمار افراد شاغل، از ۱۵ تا ۶۴ ساله، از ۸۷ میلیون در ۱۹۹۵ به ۵۵ میلیون در ۲۰۵۰ کاهش خواهد یافت. در نتیجه، نسبت افراد ۶۵ ساله به بالا، در کل جمعیت، از ۱۴/۵ درصد در ۱۹۹۵، به ۲۷/۴ درصد در ۲۰۲۵ و ۳۲/۳ درصد در ۲۰۵۰ بالا خواهد رفت.

شتاب پیرشدن جمعیت و کاهش تعداد کل کودکان، تأثیری اساسی بر مجموعه نظام تأمین اجتماعی ژاپن برجای می‌گذارد، و از هم‌اکنون باعث کاهش کلی مشارکت‌ها و کسور پرداختی به نظام شده است. بنا به برآوردها، بار مالی نظام تأمین اجتماعی را برای دولت ژاپن در سال ۲۰۵۰، چیزی بینابین ۲۹ تا ۳۵/۵ درصد کل درآمد ملی خواهد بود.

مشکلات مالی. در ۱۹۹۵، هزینه درمانی ملی به حدود ۲۷/۲ تریلیون ین بالغ شد که معادل ۷ درصد از درآمد ملی بود. از آن به بعد، این نرخ معادل ۶ درصد در سال افزایش یافته است. در ۱۹۹۵، بخصوص هزینه‌های مراقبت درمانی جمعیت سالمند به حدود ۸/۹ تریلیون ین بالغ شد که معادل یک سوم کل هزینه‌های درمانی بود. این رقم، از آن زمان به بعد، افزایشی معادل سالانه ۸ درصد داشته است.

از آنجا که آهنگ افزایش درآمد ملی بسیار کند بوده است (سالانه معادل ۱ درصد)، بسیار بعید است که درآمد ناشی از کسور و مشارکت‌ها افزایشی قابل ملاحظه داشته باشد. در نتیجه، بیمه درمانی گرفتار کسری است. برای مثال، بیمه بهداشتی کارکنان، در آن قسمت‌هایی که توسط دولت اداره می‌شود، در ۱۹۹۶ معادل ۵,۰۰۰ میلیارد ین کسری داشت. همین بیمه، در سال ۱۹۵۵، در آن قسمت‌هایی نیز که مدیریت اجتماعی دارد، یعنی در ۱/۱۳۷ انجمن (بیش از ۶۰ درصد کل انجمن‌ها)، گرفتار کسری بود. به علاوه، بالغ بر ۶۰ درصد از طرح‌های بیمه درمانی ملی که توسط شهرداری‌ها اداره می‌شود نیز کسری داشتند.

اصلاح ساختار تأمین اجتماعی. در نوامبر ۱۹۹۶، هشت شورای مرتبط با تأمین اجتماعی، و از جمله شورای بیمه درمانی، در باب مسیر آینده نظام تأمین اجتماعی به بحث پرداختند. بر اساس این بحث‌ها، پیشنهاد شد که اصلاح نظام تأمین اجتماعی باید بر چهار زمینه اصلی زیر متمرکز باشد:

- مدیریت کارآمد نظام تأمین اجتماعی؛
 - تأکید و تمرکز نظام بر نیازهای بهره‌مندان از نظام؛
 - تقسیم مسئولیت‌ها بین بخش‌های عمومی و خصوصی و تشویق مشارکت هر چه بیشتر بخش خصوصی؛
 - حفظ تعادل و برابری در کل نظام.
- به این ترتیب، بیمه مراقبت‌های درمانی را باید در قالب و چارچوب فوق بررسی و ارزیابی کرد.

مبانی فکری اصلاحات

با عنایت به مشکلات و شرایطی که در بالا مذکور افتاد، روشن می‌شود که اعمال اصلاحاتی جامع در ساختار بیمه درمانی بسیار ضروری است، و در این اصلاح لزوماً باید ترکیب جمعیت در آینده و نیز شرایط اقتصادی مورد توجه قرار بگیرد. در همین حال، مقابله با کسری‌های مالی کنونی نیز ضرورت کامل دارد تا بتوان یک برنامه جامع اصلاحی عرضه کرد.

در نوامبر ۱۹۶۶، شورای بیمه درمانی به تشریح مسیر بیمه مراقبت‌های درمانی در قرن بیست و یکم پرداخت، و اظهار نظر کرد که اصلاحات سال ۱۹۹۷ تنها گامی نخست در راه اصلاح جامع نظام محسوب می‌شود.

بر اساس پیشنهاد این شورا، آینده نظام بیمه درمانی باید بر سه اصل استوار باشد:

- بهبود کیفی بیشتر در مراقبت‌های درمانی؛
- حفظ پوشش همگانی؛
- تدارک مؤثر و کارآمد مراقبت‌های درمانی.

نکات زیر. به‌عنوان مبانی بهبود کمی و کیفی مراقبت‌های درمانی پیشنهاد شده است:

- طبقه‌بندی مؤسسات درمانی. برای تأمین مراقبت‌های کافی درمانی برای هر بیمار، ضروری است که بیماران به مؤسسات درمانی متناسب هدایت شوند. بنابراین، کارکرد هر مؤسسه

درمانی باید بر مبنای چنین طبقه‌بندی‌هایی مشخص شود: بیمارستان عمومی، بیمارستان مراقبت‌های ویژه، درمانگاه، و غیره. همچنین لازم است، از لحاظ پرداخت حق‌الزحمه این مؤسسات، روش و ترتیبی مناسب بر مبنای کارکرد هر مؤسسه اتخاذ گردد.

● بهبود مراقبت‌های درمانی برای بیماری‌های سخت. وقتی نظام مراقبت‌های درازمدت درمانی مستقر شود، خدمات پرستاری، که اکنون از طرف طرح‌های بیمه درمانی به‌عنوان یکی از مزایا تأمین می‌شود، از طریق مراقبت‌های درازمدت تأمین خواهد شد. بنابراین، ضروری است که تحت نظام بیمه درمانی، کیفیت مراقبت‌های درمانی بهبود یابد و بر مداوای بیماری‌های سخت متمرکز شود و، به‌علاوه، نسبت به بررسی شرایط و فضای درمانی اقدام شود تا بتوان از لحاظ تناسب آن با مداوای این‌گونه بیماری‌ها اطمینان حاصل کرد. همچنین، بیماران باید تشویق شوند تا بعد از چنین مداوایی نسبت به پیگیری خدمات درمانی در خانه همکاری کنند.

● اصلاح نظام تأمین دارو. آمارها نشان می‌دهند که در سال ۱۹۹۵، هزینه فرآورده‌های دارویی معادل ۲۹/۱ درصد کل هزینه‌های درمانی بوده است. این رقم از نسبت‌های مشابه در ایالات متحد آمریکا و بریتانیا (به ترتیب، ۱۱/۳ و ۱۶/۴ درصد) تجاوز می‌کند.

هرچند که فهرست مصوب داروها، شامل بهای هر یک از اقلام، وجود دارد، غالباً داروهای گرانتری تجویز می‌شود که، در نتیجه، باعث افزایش درآمد مؤسسات دارویی می‌شود. این نظام باید اصلاح شود تا بتوان نسبت به تأمین داروهای مناسب با قیمت‌های مصوب اطمینان حاصل کرد.

● تأمین اطلاعات. بدین منظور که بیماران بتوانند بر مبنای اطلاعات کافی اقدام و انتخاب کنند، ضروری است که اطلاعات کافی در اختیارشان قرار گیرد و یک نظام اطلاع‌رسانی جامع ایجاد شود.

تداوم افزایش هزینه‌های درمانی قابل پیش‌بینی است، درحالی‌که درآمد ناشی از بیمه‌شدگان و یارانه‌ها و مشارکت در هزینه‌ها محدودیت دارد. بنابراین، بسیار ضروری است که نظام با کارایی هرچه بیشتر اداره شود و بین درآمدها و مزایای پرداختی آن تعادل برقرار گردد تا نسبت به پایداری آن بتوان اطمینان داشت. از این لحاظ، مقولات زیر اهمیت اساسی دارد:

● بیمه درمانی برای سالمندان. هزینه‌های درمانی سالمندان معادل یک سوم کل هزینه‌های درمانی ملی است. به عبارت دیگر، میانگین هزینه درمانی یک سالمند بالغ بر پنج برابر هزینه درمانی سایر احاد جمعیت است. هرچند که طبق "قانون خدمات بهداشتی و درمانی سالمندان"، این افراد باید درصدی معین از هزینه‌های درمانی را خود پردازند، مجموع این مشارکت آنها از ۵ درصد کل هزینه‌های درمان تجاوز نمی‌کند. از سوی دیگر، میانگین درآمد این سالمندان با افراد شاغل تفاوت چندانی ندارد. بنابراین، اصلاح بیمه درمانی سالمندان کاملاً ضروری است. این کار را از دو راه می‌توان صورت داد: افزایش نرخ و درصد ثابت مشارکت سالمندان، یا استقرار نظامی جدید به جای نظام کنونی که از طریق آن بتوان در فشار مالی که بر نسل‌های مختلف وارد می‌شود ایجاد تعادل کرد.

● محدود کردن افزایش هزینه‌های درمانی. از نقاط ضعف نظام مراقبت‌های درمانی، هزینه‌های بالای آن است. مؤسسات درمانی غالباً به عرضه خدمات بیش از اندازه لازم به بیماران گرایش دارند. بدین ترتیب، به منظور کنترل افزایش بی‌رویه هزینه‌های درمانی، ضرورت دارد که نظامی جدید برای پرداخت حق‌الزحمه‌های درمانی ایجاد شود. این نظام می‌تواند ترکیبی باشد از نظام کارانه^۱ و نظام حق‌الزحمه ثابت^۲. همچنین، لازم است نسبت مابین تعداد تخت‌ها و تعداد پزشکان و دندان‌پزشکان، معقول و منطقی شود زیرا این امر بر هزینه‌های درمانی تأثیر مستقیم دارد.

● مقولات دیگر. سطوح مزایا بسته به طرح‌های بیمه بهداشتی مختلف تفاوت می‌کند. پیشنهاد شده است که این سطوح هماهنگ و یکسان شود. به علاوه، برنامه‌هایی نیز برای تقویت مسئولیت و کارکرد واحدهای مدیریتی و تجدیدنظر در نظام کسور و مشارکت‌ها، به شکلی که مزایا هم در محاسبات منظور گردد، وجود دارد (در ماه‌های ژوئن و دسامبر، شاغلان معمولاً مزایایی ویژه دریافت می‌کنند). هدف از این کار، استقرار نرخ‌های عادلانه برای مشارکت‌ها است.

1. fee-for-service

2. flat-rate fee

اصلاحات سال ۱۹۹۷ در نظام بیمه درمانی

به عنوان نخستین گام در اعمال اصلاحاتی جامع در نظام بیمه درمانی و آماده کردن آن برای قرن بیست و یکم، اصلاحات سال ۱۹۹۷ بر ایجاد تعادل مناسب بین نسل‌ها تأکید داشت، تا بتوان ثبات و پایداری نظام بیمه درمانی را ممکن ساخت. "قانون بیمه بهداشتی کارکنان" و دیگر قوانین مربوط، از اول سپتامبر ۱۹۹۷ به مرحله اجرا درآمدند.

نخست یک شورای جدید از ترکیب "شورای مراقبت‌های درمانی" و "شورای بهداشت و رفاه سالمندان" تشکیل شد تا بحث و تبادل نظر کافی و مؤثر در باب اصلاح نظام بیمه درمانی تشویق شود.

دوم، به منظور تأمین یک بازوی مدیریتی با ثبات در نظام، نرخ مشارکت در پرداخت هزینه‌های درمانی به شکل زیر افزایش یافت:

● برای بیمه‌شدگان طرح‌های بیمه بهداشتی کارکنان در بخش‌های عمومی و خصوصی، از ۱۰ درصد به ۲۰ درصد؛

● برای سالمندان تحت پوشش نظام خدمات درمانی، برای هر نوبت ویزیت در مورد مراقبت‌های سرپایی و غیربیمارستانی (حداکثر چهار ویزیت در هر ماه)، از ماهانه ۵۰۰ ین به ۱۰۲۰ ین، و در مورد معالجات بیمارستانی از روزانه ۷۰۰ ین به ۱۰۰۰ ین (این رقم در ۱۹۹۸ به روزانه ۱۰۱۰۰ ین و در ۱۹۹۹ به روزانه ۱۰۲۰۰ ین افزایش یافت).

به علاوه، نرخ کسور برای بیمه بهداشتی کارکنان، که توسط دولت اداره می‌شود، و شامل شاغلان در کارگاه‌های کوچک است، از ۸/۲ درصد به ۸/۵ درصد میانگین حقوق ماهانه افزایش یافت. مبلغ مربوط، به تساوی، از سوی کارفرمایان و کارگران پرداخت می‌شود.

و نهایتاً آنکه، اصلاحات آن سال، نرخ ثابت و اضافی برای میزان مشارکت بیمه‌شدگان و اعضای خانواده‌های آنها در هزینه داروهای غیربیمارستانی وضع کرد. هدف از این کار آن بود که بیماران با هزینه‌های درمانی آشنا شوند و آن را احساس کنند تا، به این ترتیب، احتمال مصرف عاقلانه‌تر داروها از سوی آنان بیشتر شود. میزان این مشارکت، به تعداد دفعات مراجعه بیمار در یک محدوده زمانی معین بستگی دارد.

گام‌های دیگر

در نتیجه اصلاحات سال ۱۹۹۷، احتمال دارد که نظام بیمه درمانی ژاپن بتواند در کوتاه‌مدت بر بحران مالی خود غلبه کند. درعین حال، انتظار می‌رود که مجموع هزینه‌های درمانی ملی با سرعتی بیشتر از نرخ رشد درآمد ملی به افزایش خود ادامه دهد.

وزارت بهداشت و رفاه، به‌عنوان مراحل بعدی اصلاحات، راه‌هایی پیشنهاد کرده است که در اینجا به‌عنوان پیشنهادهای پایه‌ای درباره آنها صحبت می‌کنیم. نکات اصلی پیشنهادهای این وزارتخانه به شرح زیر است:

● تجدیدنظر در نظام پرداخت حق‌الزحمه‌های درمانی. بر اساس ترکیب دو نظام کارانه و حق‌الزحمه ثابت، باید نظام پرداخت تازه‌ای مستقر کرد که نرخ آن به کارکرد بیمارستان‌ها و مختصات بیماری‌ها وابسته باشد. برای مثال، هزینه درمان بیماری‌های مزمن، بر مبنای نظام حق‌الزحمه ثابت پرداخت خواهد شد. نظام کارانه، برای پرداخت حق‌الزحمه درمان بیماری‌های حاد محفوظ خواهد ماند.

● نظام تعرفه‌های دارویی. در مقررات کنونی، بهای داروها بر مبنای یک فهرست مصوب تعیین می‌شود. در نظام تازه پیشنهادی، حداکثر بهای داروها، بر مبنای قیمت‌های بازار، تحت پوشش نظام بیمه درمانی قرار خواهد داشت.

● اصلاح نظام عرضه خدمات درمانی. به منظور روشن‌سازی ساختن چگونگی کارکرد و مسئولیت‌های هر مؤسسه درمانی، پیشنهاد شده است که بیمارستان‌های بزرگ، بر مبنای مداوای بیمارستانی، به عرضه خدمات درمانی اقدام کنند.

بنابراین، برای خدمات سرپایی و غیربیمارستانی بیمارستان‌های بزرگ، نرخ‌های مشارکتی بالاتری وضع خواهد شد. از سوی دیگر، برای خدمات پزشکی خانگی، باید نظامی خاص طراحی شود. همچنین، توصیه شده است که تعداد تخت‌ها، پزشکان، و دندان‌پزشکان بر مبنای نیازها و تقاضا کنترل شود.

● تجدیدنظر در طرح‌های بیمه بهداشتی. از آنجا که طرح‌های کنونی بیمه بهداشتی بر مبنای ملاحظات حرفه‌ای و محلی تنظیم شده است، نرخ‌های مشارکت و مزایای طرح‌ها با یکدیگر تفاوت دارد. این نظام باید مورد تجدیدنظر قرار گیرد تا امکان برقراری برابری بیشتری بین طرح‌ها فراهم شود. برای نیل به این هدف، دو روش پیشنهاد شده است: یکپارچه کردن همه طرح‌های بیمه بهداشتی و استقرار یک طرح واحد، و یکپارچه کردن نرخ مزایا در همه طرح‌های بیمه بهداشتی.

● تدوین طرحی جدید برای سالمندان. پیشنهاد شده است که بیمه درمانی سالمندان از بیمه درمانی افراد شاغل مُجزا شود. بنا به این پیشنهاد، سالمندان در پرداخت هزینه‌ها سهم بیشتری بر عهده خواهند گرفت. در تعیین نرخ این مشارکت بیشتر، وضع سالمندان پایین درآمد باید در نظر گرفته شود. این طرح، از یارانه‌های دولتی و کمک دیگر طرح‌های بیمه بهداشتی نیز برخوردار خواهد بود.

نتیجه‌گیری

نظام بیمه درمانی ژاپن، از زمان تأسیس خود در سال ۱۹۲۲، از طریق گسترش سطح پوشش و بهبود مزایای بیمه‌ای، به پیشرفت‌هایی دست یافته است. در حال حاضر، همه بیمه‌شدگان و اعضای خانواده‌های آنها، با پرداخت ۲۰ تا ۳۰ درصد از هزینه‌های درمانی، می‌توانند از خدمات درمانی کافی و مناسبی برخوردار شوند.

در عین حال، دگرگونی‌های شدید و اخیر در ساختار جمعیت، بر نظام مراقبت‌های درمانی تأثیر کرده است. بخصوص، بر اثر شتاب پیرشدن جمعیت و کاهش نرخ زادوولد، طرح‌های بیمه بهداشتی با بحران مالی روبه‌رو شده است. بنابراین اجرای یک برنامه جامع اصلاحی در نظام بیمه درمانی ضرورت یافته است تا امکان حفظ و پایداری این نظام در آینده امکان‌پذیر گردد.