

# سیستم مراقبتهای بهداشتی ژاپن:

## رویکردی مرحله‌ای برای پوشش همگانی\*

ناکی ایکگامی و توشی هیکو هاسه گاوا

ترجمه دکتر ابوالقاسم پوررضا

در سال ۱۹۲۶، ژاپن اولین کشور غیر غربی بود که بیمه اجتماعی را آغاز کرد و در سال ۱۹۶۱، به پوشش کامل و همگانی آن دست یافت. لذا، این رویکرد به دیگر کشورهای در حال توسعه، چگونگی اتخاذ سیستمها و تکنولوژیهای مراقبت بهداشتی غربی را با توجه به شرایط خود ارایه می‌کند. رویکرد تلفیقی و گزینش بهتر بسیار موفقیت‌آمیز بوده است. ژاپن یکی از پایین‌ترین میزانهای مرگ و میر کودکان و بالاترین میزانهای امید به زندگی را دارد و این در حالی است که سهم بهداشت از تولید ناخالص داخلی آن کماکان در حدود ۶/۶ درصد ثابت مانده است (کوزی توکی کیویوکی، ۱۹۸۹). در حال حاضر سیستم مراقبتهای بهداشتی ژاپن با چالش تازه‌ای مواجه است. عوامل مؤثر در موفقیت این سیستم - توسعه و گسترش سریع آن با اتکای مفرط به بخش خصوصی، تأکید بر بیماریهای حاد به‌ویژه در جمع کارگران، اتخاذ سریع تکنولوژیهای نوین در بطن ساختار سلسله

\* این مقاله از فصل سوم کتاب "An International Assessment of Health Care Financing, Lessons For Developing Countries" است که مجموعه مقالات آن توسط David W. Donlop و Jo. M. Martins گردآوری و از سوی مؤسسه اقتصادی بانک جهانی به چاپ رسیده است و برغم گذشت حدود یک دهه از نگارش مقاله، نو بودن موضوع و بازخوانی تجربه ملی کشور ژاپن در زمینه مراقبتهای بهداشتی، ما را به برگردان آن ترغیب کرد.

مراتبی حرفه پزشکی، و برابری در تدارک و ارایه خدمات. تقاضای فزاینده‌ای را برای دریافت خدمات در میان جمعیت روز افزون سالمند و دریافت مراقبتهای با کیفیت بالاتر در جمع مردم ثروتمند و رو به تزاید به وجود آورده است.

ژاپن یک امپراتوری مبتنی بر قانون اساسی با جمعیت برابر ۱۲۲ میلیون نفر است. از آنجا که تقریباً دو سوّم این سرزمین (۳۷۷/۷۱۹ کیلومتر مربع) پوشیده از جنگلهای کوهستانی است، بیشتر مردم آن در کلان شهرهایی زندگی می‌کنند که از توکیو و اوزاکا تا کیوشو شمالی ادامه می‌یابد. این کشور به ۴۷ منطقه (حوزه اداری) و ۳۲۶۸ شهرداری تقسیم شده است که رهبران اداری آنها با رأی مستقیم مردم انتخاب می‌شوند. به رغم سیستم عریض و طویل دولتهای محلی، فرایند سیاستگذاری در این کشور به شدت وابسته به مرکز است. این ویژگی، به همراه وحدت قومی ژاپن، جامعه ژاپنی را به شدت منسجم کرده است. این کشور همچنین به علت تداوم رشد اقتصادی از پایان جنگ دوّم جهانی به این سو، یکی از کشورهای با بالاترین درآمد سرانه در سطح جهان محسوب می‌شود. این نوشتار، راههای موجود سیاستگذاری برای کشورهای در حال توسعه را با استفاده از تجربه ژاپن در رابطه با تولید و ارایه خدمات بهداشتی و نحوه تأمین منابع مالی آن مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این فصل هم پیشینه تاریخی و هم ساختار کنونی نظام بهداشتی ژاپن را، با تأکید بر رویکرد آن در رابطه با پرداختها و نقاط ضعف و قوت سیستم، دربر می‌گیرد.

### تغییر به سوی سیستم غربی

بعد از سال ۱۸۶۸، دولت ژاپن برای غربی کردن همه ابعاد جامعه ژاپن تلاش کرد. با این سیاستگذاری، طب غربی، که در آغاز به جراحی و بیماریهای زنان محدود بود، طب سنتی چینی را تحت الشعاع قرار داد. از سال ۱۸۸۳، به بعد، افرادی که در طب غربی آموزش دیده بودند - مکتب آلمان به عنوان مدل انتخاب شده بود - قادر به دریافت پروانه طبابت بودند. در هر حال، در طول دوران گذر، به درمانگران موجود و پسران آنها بدون آنکه موظف به گذراندن امتحان باشند، پروانه‌های طبابت داده شد. این امر تداوم ارایه خدمات به مناطق روستایی و اقشار فقیر شهری را تضمین می‌کرد، زیرا پزشکان به طور کامل با صلاحیت (و آموزش دیده غربی) در آغاز به طور عمده برای ثروتمندان قابل دسترسی بودند. شیوه کهن تجویز داروهای گیاهی و طب گیاهی و پرداخت افتخاری تا قرن بیستم ادامه یافت.

به تدریج سلسله مراتب بین درمانگران، براساس صلاحیتهای آموزشی آنها، مجدداً شکل

گرفت. در رأس آموزش دیدگان، فارغ‌التحصیلان دانشگاه توکیو قرار داشتند که هیئت علمی دیگر مراکز آموزش پزشکی را تأمین می‌کردند و موقعیتهای کلیدی را در بیمارستانهای عمومی در اختیار داشتند. بخش اعظم مراقبت‌های بهداشتی و آموزش پزشکان، به بخش خصوصی واگذار شد. وظیفه و نقش اصلی بیمارستانهای عمومی، تأمین و تدارک تسهیلات آموزشی، ارائه خدمات مراقبتی به نیروهای مسلح، و کنترل بیماریهای مقاربتی و مسری بود. این بیمارستانها به عنوان مراکز برتری تلقی می‌شدند که نام خیریه نیز بر آنها نبود و توسط ثروتمندان اداره می‌شدند. بسیاری از فارغ‌التحصیلان دانشکده‌های پزشکی به فعالیت خصوصی پرداختند، زیرا دستیابی آنها به مشاغل و موقعیتهای دانشگاهی در بیمارستانهای معتبر مقدور نبود. بنابراین الگویی مشخص شد. پزشکان در بخش کوچک دولتی موقعیتهای حساس عرصه‌های علمی و کلینیکی را به دست آوردند، در حالی که پزشکان در بخش وسیع خصوصی، مشاغل و پستهای کم‌اهمیت را صاحب شدند. در هر دو بخش، پرستاری بیماران، از جمله تدارک رختخواب و غذا، حتی در زمان بستری، به عهده خانواده بیمار باقی ماند. از آنجا که بیمارستانها محدود به شیوه پرداخت افتخاری نبودند، شیوه عملکرد مبنی بر رفتار غربی را مبنی بر درخواست وجه بلافاصله پس از پایان ارائه خدمات و براساس یک جدول قیمت از پیش تعیین شده آغاز کردند.

### ظهور بیمه اجتماعی

هواداران اولیه بیمه‌های اجتماعی افرادی بودند که به ایفای نقشی بزرگ‌تر و چشمگیرتر توسط حکومت در عرصه رفاه اجتماعی و در واکنش به نهضت سوسیالیستها که همراه با صنعتی شدن رخ داده بود، باور داشتند. به دنبال تلاش برای ترور امپراتور در سال ۱۹۱۰، یک موقوفه خیریه تحت نظارت امپراتوری جهت تدارک مراقبت‌های درمانی برای مستمندان تأسیس یافت. پس از پاره‌ای موفقیت‌های اولیه، فعالیت این مؤسسه به خاطر کمبود مالی تحلیل رفت. طرفداران صنعتی شدن بر این باور بودند، آنچه که به واقع مورد نیاز است نه خدمات خیریه برای نجات افراد و اقشار فقیر، بلکه اقداماتی است مؤثرتر و مثبت‌تر به منظور شکستن حلقه شیطانی و معیوب بیماری که به فقر منجر می‌شود. آنها به‌طور جدی در مورد نیاز به حفظ یک نیروی کار سالم و بهره‌ور نگران بودند. آنها می‌توانستند به دو مدل ناظر بر مسئله تکیه کنند، در بعد ارائه‌دهندگان، کلینیکهای هزینه-قیمت<sup>۱</sup>، که به این علت به این نام خوانده می‌شدند که معمولاً نصف یا یک سوم نرخهای

1. Jippi Shinryoujyo

پزشکان خصوصی را دریافت می‌کردند. این کلینیکها توسط او میثرو سوزوکی، مدیر یک کارخانه کاغذسازی، پی‌ریزی شدند و شروع به کار کردند. در سال ۱۹۱۱، سوزوکی تصمیم به افتتاح کلینیک دوستی<sup>۱</sup> برای ساکنان محلی گرفت. این تجربه او را به دایر کردن کلینیکهایی دیگر نظیر آن رهنمون کرد که به‌رغم مخالفت شرورانه و خصمانه صاحبان حرف پزشکی، محبوبیت بسیاری یافت (سودا، ۱۹۸۹). در بعد مالی، انجمنهای کمک متقابل (تعاونی) وجود داشتند که از آغاز قرن شکل گرفته بودند. این انجمنها مبتنی بر مدل بیمه اجتماعی آلمان بودند، با این تفاوت که آنها به عنوان بنگاههای منفرد با مدیرانی که مدیریت پدرسالارانه، مشخصه آنها بود فعالیت می‌کردند. در آغاز مزایای آنها محدود به حوادث و جراحات شغلی بود، اما بعدها توسعه یافت و مراقبتهای عام درمانی را نیز دربرگرفت.

این دو مدل بنیان سیستم بیمه بهداشتی را که از سال ۱۹۲۶، پدید آمد، پی‌ریزی کرد. حق الزحمه در سطح ۲۰ درصد زیر نرخهای رایج تثبیت شد و تنها کارگران یدی کارخانه‌های بزرگ (بالای ۳۰۰ نفر نیروی کار) را تحت پوشش گرفت. مزایا برای درمان سرپایی بیماریهای حاد و صدمات و جراحاتها متمرکز شد. درمان در جامعه در سطح گسترده‌ای توسط درمانگران خصوصی ارایه (ساگوچی، ۱۹۸۲) و توسط مؤسسات بیمه‌ای که به‌طور مستقل و توسط شرکتها تأسیس شده بودند، تأمین اعتبار می‌شد. هر چند در آغاز فقط دو میلیون نفر کارگر به عضویت این بیمه‌ها درآمدند، اما شروع بیمه‌های اجتماعی دستاورد بسیاری محسوب می‌شد، زیرا هیچ‌کدام از طرفین مسئله اشتیاق خاصی [به این امر] نداشتند. مدیران از شمار کارگران و احتمال تبدیل شدن آن به یک مشکل هراس داشتند، کارگران هم نمی‌خواستند ملزم به پرداخت ۵۰ درصد حق سرانه باشند، به‌ویژه آنکه آنها مجبور بودند ۵۰ درصد هزینه صدمات و جراحات شغلی را نیز پردازند. پزشکان نیز به نوبه خود به پایین بودن حق الزحمه معترض بودند (پاول و آیزاک، ۱۹۹۰). موقعیت این برنامه شاید مدیون نیاز به یک نیروی کار سالم و ترس از نهضت سوسیالیستها در جمع عامه مردم و نهادهای سیاسی باشد.

هر چند سابقه و شأن حرفه پزشکی مخالف این عقیده بود، اما رئیس انجمن پزشکی ژاپن به دنبال جلب موافقت اعضا با برنامه و در واقع تنظیم جدول اصلی حق الزحمه بود. این موضوع مبتنی بر طیفی از ارزشهای نسبی، با ارزش پولی واقعی هر مورد قابل محاسبه از بودجه کلی ارایه شده به هر یک از انجمنهای پزشکی محلی بود. پزشکان معدودی، عواقب احتمالی این شیوه تأمین مالی را

به طور کامل درک کردند. بسیاری از آنها به علت کاهش حق الزحمه‌ها استعفا دادند، زیرا بر این باور بودند که این برنامه فقط برای اقشار و بیماران فقیر کاربرد دارد و ممکن است با کاهشی که برای خدمات پرداخت نشده پیش‌بینی می‌شود، جبران شود (یک کاهش ۲۰ درصدی بر مبنای مطالبات غیرقابل وصول محاسبه شد). در هر حال، به موازات افزایش تعداد افراد تحت پوشش بیمه اجتماعی، جدول حق الزحمه برای درصد بالاتری از جمعیت به مورد اجرا درآمد. به علاوه، حق الزحمه‌ها بیشتر از ۲۰ درصد میزان برنامه‌ریزی شده اولیه کاهش پیدا کرد، زیرا حجم زیاد، ارزش پولی حق الزحمه را کاهش می‌دهد (همان‌گونه که در سیستم نوین آلمان به وقوع پیوست) (فوز، ۱۹۷۹).

در سال ۱۹۳۵، بیمه اجتماعی مراقبتهای بهداشتی، همه کارگران یدی متعلق به کارگاههای با ۵ نفر و بیشتر را در بر گرفت. در سال ۱۹۴۰، این پوشش، بستگان کارگران را نیز که موظف به پرداخت ۵۰ درصد از هزینه‌های پوشش خود بودند، شامل شد. در همین زمان بود که الگوی مشابهی برای کارمندان اعلام شد.

## جنگ جهانی دوم و دوران پس از آن

جنگ جهانی دوم و جنگ چین که قبل از آن جریان داشت، رشد بیمه اجتماعی را در ژاپن به شدت به تعویق انداخت. علت این امر هم تا حدودی نگرانی ارتش و نیروهای مسلح از بهداشت و سلامت ضعیف سربازان فراخوانده شده به خدمت نظام بود. تا حد بسیار زیادی در نتیجه تلاشهای نیروهای مسلح و ارتش بود که وزارت بهداشت و رفاه در سال ۱۹۳۸، تأسیس شد. یکی از موفق‌ترین برنامه‌های آن ارتقای سطح استفاده از کتابچه‌های مراقبت مادر و کودک بود که گزارشهای بهداشت فردی / شخصی را در برداشت. این کتابچه‌ها در اختیار هر مادر بارداری قرار می‌گرفت. اما اقدامات عجولانه، نسنجیده و دستوری توسط برنامه بیمه بهداشت ملی برای افزایش جمعیت تحت پوشش، به علت فقدان منابع نتیجه معکوس داد، لذا پس از افزایش اولیه تعداد اعضای تحت پوشش از ۵۲۳،۲۲۳ نفر در سال ۱۹۳۸، به ۴۱/۸ میلیون نفر در سال ۱۹۴۸، این تعداد به ۲۳/۱ میلیون نفر در سال ۱۹۵۲، کاهش یافت و تا سال ۱۹۶۰، این کاهش ترمیم نشد (هیگوجی، ۱۹۷۴).

در دوره اشغال در فاصله سالهای ۱۹۴۵ تا ۱۹۵۱، اصلاحات بزرگی توسط نیروهای متحد صورت گرفت. ماده ۲۵ قانون اساسی جدید که در سال ۱۹۴۷، تصویب شد، تصریح کرده است که دولت مسئول تدارک و تأمین حداقلی مکفی برای کمک به همه ژاپنیها در تحقق یک زندگی سالم و

به لحاظ فرهنگی پرریار است. این امر وضعیت پایداری را برای برنامه‌های کمک عمومی ژاپن شکل داد. دانشکده‌های پزشکی زیر استاندارد یا ارتقا یافتند یا تعطیل شدند. در سایه قانون خدمات درمانی سال ۱۹۴۸، بیمارستانها به نحوی تجدید سازمان شدند که استانداردهای اساسی پرستاری، تغذیه و بهداشت در آنها قابل اجرا بود. مسئولیت اساسی تدارک مراقبتهای پرستاری در دوره بستری در بیمارستان از خانواده بیمار به پرستار منتقل شد. به رغم برخی موفقیتها، ساختار بنیادی سیستم مراقبتهای بهداشتی ژاپن به گونه چشمگیری در برابر تغییر، مقاوم باقی مانده است.

ابعاد بسیاری از سیستم ژاپن به گونه‌ای که در سالهای اخیر تحول پیدا کرده است، می‌تواند مورد توجه فراوان کشورهای در حال توسعه باشد. اولین آنها پرداخت یارانه دولت مرکزی به بیمه بهداشت ملی است. در آغاز یارانه به گونه‌ای مصلحتی مبتنی بر محدودیتهای بودجه عمومی بود، اما در سال ۱۹۵۵، نامحدود شد و قانونی به تصویب رسید که مطابق آن یارانه‌ها ۲۰ درصد هزینه‌های مراقبت درمانی، یک سوم هزینه‌های پرستاران بهداشت عمومی، و همه هزینه‌های اداری را شامل می‌شد. این قانون راه را برای بیمه بهداشتی همگانی در ۱۹۶۱، زمانی که باقی مانده گروههای بدون بیمه بهداشت ملی سرانجام طرحهای خود را به اجرا درآوردند، فراهم کرد. یارانه‌ها به منظور حفظ موازنه با گسترش مزایا افزایش یافتند که کاهش در میزان پرداخت مشترک در سال ۱۹۶۸ (از ۵۰ به ۳۰ درصد)، بازپرداخت هر نوع پرداخت مشترکی مازاد بر کل ماهانه‌های معادل ۳۰,۰۰۰ ین و برقراری مراقبتهای درمانی رایگان برای سالمندان را در بر می‌گرفت (۱۹۷۳). میزان یارانه دولت ملی از آن به بعد به ۵۰ درصد افزایش یافت. حتی زمانی که یارانه براساس میزانی ثابت ارایه می‌شد، دولت بعضی اقدامات افزایشی را انجام می‌داد، اگر میزان همکاری و مشارکت در جمع و گروه خاصی پایین بود یارانه کاهش می‌یافت. در سالهای اخیر، گروههایی که هزینه‌های درمانی بالایی داشتند مشمول یک بررسی ویژه شدند.

دیگر ویژگی جالب سیستم ژاپنی، جدول یکپارچه و یکسان نرخهای آن است. تا جنگ دوم جهانی، مذاکرات ملی تنها ارزش نسبی مظنه‌ها<sup>۱</sup> در مقیاس قیمت را تعیین می‌کرد، و نرخهای واقعی از طریق بودجه کلی که به انجمن پزشکی محلی تعلق می‌گرفت مشخص می‌شد. پس از اعمال نفوذ زیاد توسط انجمن پزشکی ژاپن، که اقداماتی مانند "اعتصاب پزشکان" را در بر می‌گرفت، قانونی، در سال ۱۹۵۸، نرخهای یکسانی را در سطح ملی برای همه مؤسسات بهداشتی / درمانی، بدون در نظر گرفتن هر نوع محدودیت بودجه‌ای تعیین کرد. از آن به بعد، پرداخت برای خدمات درمانی

می‌بایست از نرخهای مرکزی مورد توافق برای بیمه اجتماعی کارکنان تبعیت می‌کرد. قانون همچنین تنظیم حسابهای جداگانه مطابق بودجه بیمه و بودجه مؤسسات بهداشتی را الزامی کرد، و این امر تلفیق سیستمهای رایه خدمات و تأمین منابع مالی را مشکل ساخت. در بعد مثبت، این گونه سازماندهی پرداخت مبلغ یکسان به همه ارایه کنندگان خدمات درمانی را بدون توسل به مدل بیمه ممکن کرد. در بعد منفی، این مسئله شرایط سختی را برای برآورده ساختن نیازهای منطقه‌ای ایجاد کرد (هیگوجی، ۱۹۷۹).

مهار هزینه در حال حاضر مسئله اصلی سیستم بهداشت و درمان ژاپن شده است. این وجه سیستم در بخش بعدی تحت عنوان سیستم تأمین مالی بهداشت مورد بحث قرار می‌گیرد.

### ابعاد کهن و ویژگیهای جدید

مبحث پیشین یک دوران گذر آرام به سوی پوشش همگانی بدون تغییرات اساسی در سیستم را نشان می‌دهد. این مسئله تا حدودی ممکن و مقدور بود. زیرا ژاپنیها، به استثنای سالمندان، هرگز انتظار دریافت خدمات درمانی رایگان را نداشتند. کمکهای عمومی یا خیریه هرگز نقش مهمی در زندگی آنان نداشته است. این امر به این علت بود که مردم دوست نداشتند زیر دین پزشکان باشند و به همین دلیل شیوه پرداخت افتخاری به صورت یک هنجار درآمد و کلینیکهای هزینه - قیمت را از محبوبیت آن چنانی برخوردار کرد. همین طور، تغییر و چرخش به سوی طب غربی در نیمه دوم قرن نوزدهم با صدور پروانه برای درمانگران سنتی تحت تبصره‌ای از برنامه جدید، فرصتی برای آنها فراهم ساخت. سوم اینکه، نظام بیمه اجتماعی به همراه شیوه کنترل آن قبل از توسعه انفجاری تکنولوژی بسیار هزینه بر پزشکی به عنوان زیرساختی برای رشد اقتصادی در دهه ۱۹۵۰، نهادینه شد. شایسته تأکید است که هدف اساسی سیاست مراقبت‌های بهداشتی ژاپن نه برقراری فوری یک سیستم عادلانه و برابری جویانه، بلکه تولید انواعی از خدمات بهداشتی با یک قیمت قابل خرید بود. این سیستم اساساً پس از تکامل نهادهای قدیمی تر، آن هم بیشتر براساس تصادف نه براساس هدف و برنامه، طراحی شد. به طور گذشته نگر، تکیه اساسی روی طرح بیمه مبتنی بر کارکنان برای مناطق شهری و طرح مبتنی بر جامعه برای مناطق روستایی به طور کامل منطقی به نظر می‌رسید. خود مختاری محلی در تعریف مزایا و شیوه‌های پرداخت مخصوصاً برای بیمه روستایی بسیار مهم شناخته شد. این دو طرح در برنامه حق الزحمه یکسان که در سال ۱۹۵۸، و در نتیجه فشار پزشکان شکل گرفت با هم تلفیق شدند.

## سیستم آرایه خدمات

دولت به طور سنتی همواره تمایلی آزادینخواهانه و مبتنی بر عدم مداخله در رابطه با نظام آرایه خدمات داشته است. این اعتقاد که پزشکان باید در انتخاب محل خدمت خود و بیماران در انتخاب کلینیک یا بیمارستان مورد نیاز خود آزادی داشته باشند، عمیقاً در فرهنگ ژاپن ریشه دارد. از آنجا که بیشتر بیمارستانها در ژاپن به عنوان محل کار یا کلینیکهای پزشکان شروع به کار کرده‌اند، تقریباً همه آنها دارای بخش وسیع برای بیماران سرپایی هستند. هر بیمارستان، پزشکان خود را استخدام می‌کند. پزشکانی که در کلینیکها کار می‌کنند به بیمارستانها و تسهیلات بیمارستانی دسترسی ندارند، در نتیجه مراقبت تقسیم و تفکیک شده است. هر مؤسسه (کلینیک یا بیمارستان) به طور اساسی و با آرایه هر چه جالب تر طیفی از خدمات برای بازار و سهم بازار خود رقابت و تلاش می‌کند. البته نوعی تداخل و همپوشانی در عملکرد بیمارستانها (که به عنوان مؤسسات درمانی با بیشتر از ۲۰ تخت تعریف می‌شوند) و کلینیکها (با کمتر از ۲۰ تخت)، وجود دارد. حدود ۳۲ درصد کلینیکها دارای تخت هستند و ۹ درصد از کل تعداد بیماران بستری را پوشش می‌دهند. یک سوم ویزیتهای سرپایی در بیمارستانها انجام می‌شود (وزارت بهداشت و رفاه ۱۹۸۹).

## سلطه بخش خصوصی

بین سالهای ۱۹۶۰ و ۱۹۸۷، بخش خصوصی سهم خود را در عرصه بیمارستانها از ۶۶/۸ درصد به ۸۰/۶ درصد و در رابطه با تعداد تختهای بیمارستانی از ۴۲ درصد به ۶۶ درصد افزایش داد. همچنین قبل از سال ۱۹۸۷، بیشتر کلینیکها متعلق به بخش خصوصی بود؛ ۹۳/۵ درصد کلینیکهای درمانی و ۹۹/۳ درصد کلینیکهای دندانپزشکی. در ژاپن، سازمان "خصوصی"، سازمانی است که مالکیت و مدیریت آن به یک پزشک تعلق دارد، در حالی که عنوان "عمومی" سازمانهای شبه دولتی یا نیمه دولتی مانند صلیب سرخ را دربرمی‌گیرد. در هر دو صورت مدیریت و سرپرستی جملگی با پزشکان است و مسئولیت نهایی در رابطه با مسایل اداری و کلینیکی به عهده آنها است. قانون خدمات درمانی سال ۱۹۴۷، به محدود کردن مراکز مراقبتهای بهداشتی با مالکیت سرمایه‌گذاری و ممانعت از ادغام عمودی تداوم بخشید.

این سلطه بخش خصوصی، تعداد زیاد مؤسسات درمانی، ابعاد کوچک آنها، و تفاوتهای منطقه‌ای موجود در توزیع آنها را تبیین می‌کند. بدون احتساب تختهای کلینیکها، ۱۲/۹ تخت بیمارستانی به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت در ژاپن وجود دارد که یکی از بالاترین میزانهای موجود



### سیستم مراقبت‌های بهداشتی زاین

در جهان است و بین استانها در ارتباط با منابع در دسترس به ازای هر نفر (سرانه) تفاوت‌های جدی وجود دارد. تعداد کلینیکها، پزشکان، دندانپزشکان و داروسازان در توکیو و اوزاکا بیشتر است، اما تخت‌های بیمارستانی و پرستاران در مناطق دور افتاده هوکایدو (شمال)، و در غرب از تعداد بالاتری برخوردارند (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۸، ۱۹۸۹).

برای ترمیم این نابرابریها قوانین بهداشتی در سال ۱۹۸۵، به اجرا درآمد. استانداران برای تعیین سقفی در رابطه با تعداد تخت‌های بیمارستانی برای هر عرصه خدماتی، مسئولیت یافتند. مسئله این بود که بسیاری از بیمارستانها قبل از به اجرا درآمدن رسمی قانون سقف تخت برای هر استان، افتتاح و یا توسعه یافته بودند. یک مسئله بنیادی تر این بود که هیچ بودجه‌ای برای تجدید ساختار سیستم ارایه خدمات تعیین نشده بود و لذا برآورده کردن نیاز روزافزون در چارچوب سهمیه تخت موجود مشکل می نمود. به نظر می رسد که رویکرد برنامه ریزی در این خصوص آشکارا با سیستم ارایه خدمات تحت سلطه بخش خصوصی ناسازگار است.

جدول ۱. تعداد کارکنان به ازای هر ۱۰ تخت در بیمارستانهای عمومی بر حسب مالکیت، ۱۹۸۷					
کارکنان	میانگین کل	بیمارستانهای وزارت بهداشت و رفاه	بیمارستانهای خصوصی	بیمارستانهای ایالتی	بیمارستانهای آموزشی
کل	۸۴/۶	۶۶/۹	۷۱/۶	۹۹/۴	۱۴۵/۸
پزشکان	۹/۸	۶/۳	۶/۸	۱۲/۴	۴۰/۴
دندانپزشکان	۰/۶	۰/۱	۰/۱	۰/۴	۶/۴
داروسازان	۲/۲	۱/۲	۲/۱	۲/۴	۳/۳
ماماها	۱/۱	۰/۹	۰/۳	۲/۲	۱/۹
پرستاران	۲۱/۹	۲۵/۸	۸	۴۲/۹	۴۴/۸
پرستاران کاردان	۱۴/۵	۷	۱۹/۴	۸/۶	۵/۸
کمک بهیاریها	۷/۱	۵/۲	۹	۲/۲	۶/۵
کارکنان بهداشتی وابسته	۹/۵	۵/۹	۷/۳	۱۱/۴	۱۴/۹
کارکنان اداری	۹/۴	۶/۱	۹/۲	۷/۹	۱۴/۲
سایرین	۸/۷	۸/۳	۹/۵	۹/۱	۷/۶
نرخ اشغال تخت (درصد)	(۸۲/۴)	(۷۶)	(۸۱/۶)	(۸۰)	(۸۱/۷)

مأخذ: بررسی تسهیلات مراقبت‌های درمانی، زاین، جدول ۱۰۶؛ گزارش از بیمارستانهای زاین، جدول ۳۴

## میزان / نسبت پایین کارکنان

از سال ۱۹۸۷، نسبت کارکنان بیمارستانهای ژاپن معادل یک دوّم تا یک چهارم نسبت کارکنان در کشورهای OECD بود (OECD, ۱۹۸۷). این نسبت در سالهای اخیر افزایش یافته است. تعداد کل کارکنان به ازای ۱۰۰ تخت در بیمارستانهای عمومی هنوز، ۸۴/۶ است که حدود ۵۰ درصد آنها کارکنان پرستاری هستند (جدول شماره ۱). تعداد پزشکان ۹/۸، دیگر کارکنان گروه بهداشتی ۹/۵ و کارکنان اداری ۹/۴ است. این موضوع که پایین بودن میزان کارکنان در عرصه خدمات بهداشتی - درمانی ناشی از اعتبارات ناکافی (از نظر آرایه کنندگان)، یا ناشی از ناهمخوانی آن با تراکم مراقبتها (از نظر بیمه گران) است، بحثهای مستمری را برانگیخته است. همچنین باید یادآوری کرد، زمانی که بیماران، به مراقبتهای پرستاری بیشتری نیاز دارند، خانواده بیمار یا کمک پرستاران استخدام شده توسط خانواده نقش مهمی ایفا می کنند.

نسبت کارکنان بسته به مالکیت، تفاوتی وسیعی را نشان می دهد و الزاماً منعکس کننده تراکم مراقبت نیست. بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت و رفاه، پایین ترین نسبت کارکنان، یعنی ۶۶/۹ نفر به ازای هر ۱۰۰ تخت بیمارستانی را دارند. بیمارستانهای خصوصی از این لحاظ در مرتبه دوّم قرار می گیرند. یعنی دارای ۷۱/۶ نفر کارکن به ازای هر ۱۰۰ تخت هستند، و کادر پرستاری آنها را اغلب موارد پرستاران کاردان تشکیل می دهد. بیمارستانهای استانی از بالاترین میزانهای کارکنان برخوردارند (۹۹/۴)، بیمارستانهای آموزشی، صرف نظر از مالکیت آن، بالاترین میزان کارکنان را به خود اختصاص می دهند (۱۴۵/۸)، اما حتی در این بیمارستانها نسبت کارکنان پرستاری اندکی بیشتر از یک پرستار کاردان برای هر دو تخت می باشد.

تعداد کل کارکنان در جمع همه کلینیکها، به ازای هر کلینیک ۶/۷ و برای کلینیکهای بدون تخت ۵/۱ است. هر کلینیک دارای ۱/۲ پزشک است، زیرا بیشتر کلینیکها فقط یک نوع خدمت<sup>۱</sup> آرایه می دهند. داروها معمولاً توسط پزشک یا دستیاران آنها نسخه پیچی می شود، زیرا تعداد بسیار اندکی داروساز در کلینیکها به کار گرفته می شوند. به طور متوسط کلینیکهای بدون تخت، کارکنان پرستاری کمتری داشته، و تعداد معدودی از آنها واجد شرایط و دارای صلاحیت کامل می باشند. (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹)

جدول ۲. مقایسه نرخ مصرف خدمات بهداشتی-درمانی ژاپن با ایالات متحد در سال ۱۹۸۶-۱۹۸۷		
شیوه بهره‌برداری	ژاپن	ایالات متحد
مشاوره پزشکی سرپایی (سرانه)	۱۴/۲ (۱۹۷۸)	۴/۶ (۱۹۸۱)
نرخهای پذیرش بیمارستانی (درصد جمعیت) a	۶/۷ (۱۹۸۳)	۱۷ (۱۹۸۱)
متوسط طول اقامت (روزها)	۴۳/۸ (۱۹۸۴)	۷/۳ (۱۹۸۵)
بیمارستانهای عمومی b		۴۰۱/۰
تعداد اعمال جراحی (به ازای هزار نفر جمعیت) c	۲۲ (۱۹۸۴)	۲۰/۴
کل		۹۱ (۱۹۸۶)
یادآوری: ارقام داخل پرانتز نشانگر تاریخ بررسی است ۱. از OECD، ۱۹۸۷، جداول ۳۰ و ۳۵ ۲. بر اساس اثر شیمورا ۱۹۸۹، جدول ۱۰ ۳. محاسبه شده از بررسی بیماران ژاپن سال ۱۹۸۴ و بررسی انجمن بیمارستانهای ایالات متحد، ۱۹۸۶		

### میزان بالای تجهیزات تشخیصی

بیمارستانها و کلینیکها در ژاپن از طیف وسیعی از تجهیزات و تکنولوژی درمانی پیچیده برخوردارند. در سال ۱۹۸۷، حدود ۳۰/۷ درصد بیمارستانها دارای دستگاه اسکن تمام بدن<sup>۱</sup> که نسبت به سال ۱۹۸۴، ۱۵/۱ درصد افزایش نشان می‌دهد و ۹/۵ درصد آنها دارای دستگاه اسکن سر (مجمعه) بودند. بعضی کلینیکها نیز به دستگاه اسکن مجهز بودند و لذا تعداد کل دستگاههای اسکن مجموعه در سرتاسر کشور ۱۱۷۴ دستگاه و تعداد اسکن تمام بدن ۳۴۰۰ دستگاه بود. تعداد اسکنرهای هسته‌ای مغناطیسی<sup>۲</sup> به ۱۱۹ دستگاه بالغ می‌شد. کلینیکها همچنین به میزان بالایی به دستگاههای تصویربرداری اولتراسونیک، فیبروسکوپ معده، و الکتروانسفالوگراف مجهزاند. حدود دو سوم این کلینیکها توانایی انجام رادیوگرافی با استفاده از اشعه X و الکتروکاردیوگرام را دارند. در مقابل، فقط ۱۸ درصد بیمارستانهای ژاپن دارای واحدهای مراقبت ویژه و ۵/۶ درصد آنها

1. whole-body - scanner

2. nuclear magnetic resonance scanner

دارای واحدهای مراقبت قلب هستند (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹). به نظر می‌رسد که ژاپن‌ها به علت تعلق خاطرشان به طب سنتی چینی، که با تولیدکنندگان تجهیزات داخلی نیز پیوند می‌یابد، پروسیجرهای غیرتهاجمی را ترجیح می‌دهند (جکیامی، ۱۹۸۸).

### میزانهای استفاده و بهره‌مندی در خدمات بهداشتی-درمانی

میزان بیماران سرپایی در ژاپن بالاترین میزان در جهان و سه برابر میزان مشابه در امریکاست (OECD, ۱۹۸۷) در مقابل میزانهای مربوط به پذیرش بیمارستانی فقط یک سوم میزانهای مشابه در ایالات متحد می‌باشد (جدول شماره ۲). آشکارا، ژاپن تأکید بسیار بر درمان و مراقبتهای سرپایی دارد. بسیاری از بیمارستانها در ژاپن نقش خانه سالمندان را دارند، بنابراین متوسط اقامت برای همه بیمارستانهای عمومی حدود ۴۳/۸ روز است. اگر متوسط اقامت بیمار برای بیمارستانهایی که بیماران حاد را می‌پذیرند (۷/۳ روز)، و خانه‌های سالمندان در ایالت متحد با هم ترکیب شوند، آن وقت میزان به‌دست آمده، تازه نصف میزان متوسط اقامت در بیمارستانهای عمومی ژاپن خواهد بود (شیمورا، ۱۹۸۹). میزانهای متعلق به بیماران بستری در ژاپن ممکن است به علت پایین بودن میزانهای عمل، پایین‌تر باشد. برآوردهای انجام شده از یک مطالعه دو هفته‌ای ملی در رابطه با بیماران ترخیص شده (در سال ۱۹۸۴) نشان می‌دهد که حدود ۲/۷ میلیون عمل جراحی در هر سال انجام شده است (یعنی ۲۲ عمل به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت) (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۶). این میزان حدود یک چهارم میزان سرانه مشابه در ایالات متحد است که در حقیقت بالاترین میزان جراحی در دنیا محسوب می‌شود (انجمن بیمارستانهای ایالات متحد، ۱۹۸۷).

### سیستم مالی

برخلاف نظام آرایه خدمات، دولت در عرصه تأمین منابع مالی سیستم مراقبتهای بهداشتی، به علت اشتیاق به حفظ برابری و عدالت بین طرحهای بیمه و کنترل هزینه، بسیار فعال بوده است. نظام حاضر در ژاپن دارای سه نوع بیمه می‌باشد.

نظام اول - بیمه‌ای برای کارکنان و وابستگان آنها وجود دارد. این بیمه، به نوبه خود، به چهار گروه تقسیم می‌شود: بیمه بهداشتی برای کارکنان تحت مدیریت دولت، برای شرکتها و مؤسسات کوچک (که ۲۷ درصد جمعیت را تحت پوشش می‌گیرد)، بیمه بهداشتی با مدیریت جامعه برای کارکنان مؤسسات بزرگ (که ۲۴/۷ درصد جمعیت را پوشش می‌دهد)، بیمه دریانوردان یا ملوانان

که ۰/۴ درصد را می پوشاند)، و انجمنهای کمک تعاونی برای کارکنان دولت ملی و محلی و کارکنان دولت (با پوشش ۹/۸ درصد).

نظام دوم - برای خویش فرمایان، بازنشستگان و وابستگان آنها است. این سیستم می تواند به بیمه بهداشت ملی که در آن دولت محلی نقش بیمه گر را ایفا می کند (با میزان پوشش ۳۳/۶ درصد)، و انجمنهای بیمه بهداشت ملی که اعضای آن از صنف مشابهی مانند پزشکان یا آرایشگران می باشند (با میزان پوشش ۳ درصد) تقسیم می شود. همه ژاپنیها، از جمله سالمندان، عضو یکی از این دو سیستم می باشند.

نظام سوم - بیمه در واقع یک طرح بیمه فرعی منبث از قانون بهداشت سالمندان در سال ۱۹۸۳ است. این بیمه همه هزینه های مراقبتهای بهداشتی متعلق به افراد سالمند ۷۰ ساله و بیشتر را که ۷/۴ درصد جمعیت را تشکیل می دهند، می پردازد (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹). خدمات اساساً به صورت مزایای غیر نقدی است و فقط وجه پرداختی به عنوان پرداخت مشترک مستقیماً به ارایه کننده خدمات پرداخت می شود.

تحت بیمه بهداشتی کارکنان، فرد بیمه شده مزایای درمانی را که ۹۰ درصد هزینه های آن را بیمه گر می پردازد، دریافت می کند. وابستگان کارکنان از ۸۰ درصد و ۷۰ درصد مزایای بیمه (به تفکیک برای خدمات بستری و سرپایی) برخوردارند. تحت سیستم بیمه بهداشت ملی، پوشش برای سرپرست خانوارها و وابستگان آنها، ۷۰ درصد است. به علت وجود مکانیزمی برای بازپرداخت هزینه های سنگین مربوط به خدمات درمانی، محدودیتی در رابطه با مجموع پرداختهای اجباری ماهانه وجود دارد. زمانی که پرداخت مشترک ماهانه از ۵۷۰,۰۰۰ ین تجاوز کند، مابه التفاوت به بیمار برگردانده می شود. سقف باز پرداخت برای افرادی که از بیماریهای مزمن رنج می برند پایین تر است.

سرانه پرداختی ماهانه در الگوی بیمه بهداشت کارکنان مبتنی بر سهم (درصد) ثابتی از درآمد، و به طور میانگین برابر ۸ درصد حقوق ماهانه استاندارد است. کارفرمایان و کارکنان هر کدام مبلغ یکسان و برابری را پرداخت می کنند، اما در عین حال برای میزان مشارکت مورد نیاز محدودیتی وجود دارد. در بیمه بهداشتی با مدیریت اجتماعی، کارفرمایان مایل به داشتن سهم بیشتری در مشارکت اند. ۱۶/۴ درصد هزینه بیمه بهداشتی با مدیریت دولتی، توسط یارانه های دولتی تأمین می شود، اما در طرحهای دیگر بیمه کارکنان، دولت فقط هزینه های اداری را می پردازد. تحت طرح بیمه بهداشت ملی میزان مشارکت مبتنی بر درآمد افراد و دارایی و میانگین هزینه های آنها است.

هرگونه کسری مزاد بر بودجه عمومی را دولت محلی می‌پردازد. در طرح قانون بهداشت سالمندان که مربوط به افراد ۷۰ ساله و بالاتر است، هزینه‌های سرپایی معادل ۸۰۰ یین در ماه و هزینه‌های بستری معادل ۴۰۰ یین در روز است. این منابع از یک صندوق مرکزی تأمین می‌شود که ۳۰ درصد آن را دولت مرکزی، ۵ درصد آن را دولت ایالتی و ۵ درصد دیگر را دولت محلی می‌پردازد. مابقی توسط بیمه‌گران به نسبت معکوس افراد ۷۰ ساله و بیشتر به کل اعضا به صورت سرجمع و کلی پرداخت می‌شود.

### مخارج مراقبتهای بهداشتی

برآوردهای رسمی از هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی در ژاپن از برگشتهای بیمه اجتماعی محاسبه می‌شود که حدود ۵/۱۵ درصد تولید ناخالص ملی و ۶/۶ درصد تولید ناخالص داخلی را دربرمی‌گیرد (کوزی توکی کیویوکی، ۱۹۸۹).

این برآوردها پرداختهای مشترک بیماران را شامل می‌شود، اما مخارج بهداشت پیشگیری و هدایای رسیده به بیمارستانهای عمومی و دیگر مخارج بهداشتی را دربرنمی‌گیرد. برآورد رسمی برای سال ۱۹۸۴، معادل ۶/۲۹ درصد GDP بود.

جدول ۳. شاخصهای درآمد سرانه، شاخص قیمت مصرف‌کننده،

هزینه مراقبتهای بهداشتی، و نسبت هزینه مراقبت بهداشتی از GNP و GDP، ۱۹۵۸-۵۵

سال	درآمد سرانه (۱۹۶۰=۱۰۰)	شاخص قیمت مصرف‌کننده (۱۹۶۰=۱۰۰)	هزینه مراقبتهای بهداشتی (۱۹۶۰=۱۰۰)	هزینه مراقبتهای بهداشتی به عنوان درصدی از GNP	هزینه مراقبتهای بهداشتی به عنوان درصدی از GDP
۱۹۵۵	۵۵	۹۲	۵۸	۲/۷۷	۳/۴۲
۱۹۶۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۲/۴۶	۳/۰۳
۱۹۶۵	۱۹۲	۱۳۳	۲۷۴	۳/۳۳	۴/۱۸
۱۹۷۰	۴۱۴	۱۷۵	۶۱۰	۳/۳۲	۴/۰۹
۱۹۷۵	۷۸۶	۳۰۰	۱۵۸۲	۴/۲۶	۵/۲۲
۱۹۸۰	۱۲۱۰	۴۱۲	۲۹۲۶	۴/۸۹	۶/۰۱
۱۹۸۵	۱۵۰۸	۴۷۲	۳۹۱۱	۴/۹۸	۶/۳۰
۱۹۸۶	۱۵۶۳	۴۷۳	۴۱۶۸	۵/۱۰	۶/۴۵
۱۹۸۷	۱۶۰۶	۴۷۳	۴۴۱۴	۵/۱۵	۶/۶۰

مأخذ: روندهای بهداشت ملی، ژاپن ۱۹۸۹، ص ۲۳۰

شاخص هزینه مراقبتهای بهداشتی، از سال ۱۹۵۵ تا ۱۹۸۷، بیش از ۷۶ برابر افزایش یافته است که به مبلغی بیش از دو برابر افزایش درآمد سرانه بالغ می‌شود (جدول شماره ۳). این پدیده در نسبت آن به GNP که از ۲/۷۷ درصد به ۵/۱۵ درصد افزایش یافته است، منعکس شده است. با این همه، رشد اقتصادی به کاهش کسشهای واقعی کل مخارج بهداشتی به GDP در دوره ۱۹۶۰-۱۹۸۴، به سطح ۱/۴ کمک نموده است که پایین‌تر از میانگین مربوط به کشورهای OECD (۱/۶) است (OECD, ۱۹۸۷).

## منابع مالی

از کل مخارج بهداشتی منظور شده در بیمه اجتماعی، فقط اندکی بیشتر از نصف آن با مشارکت بیمه، یک سوم آن توسط دولت، و بقیه توسط پرداختهای بیماران تأمین می‌شوند. تحت سیاستهای انبساطی مالی ۱۹۵۵-۱۹۸۳، کمکهای دولت بیشتر از دو برابر شده و از ۱۵/۹ درصد به ۳۶/۴ درصد رسیده است. مشارکت بیمه نیز از ۴۵/۵ درصد به ۵۵/۶ درصد افزایش یافته است، اما پرداختهای بیماران به شدت کاهش یافته و از ۳۸/۷ درصد به ۱۱/۱ درصد رسیده است. علت این امر کاهش در پرداختهای مشترک اعضای بیمه بهداشت ملی (از ۵۰ درصد به ۳۰ درصد) و افزایش همزمان یارانه دولت مرکزی بود. در سال ۱۹۷۳، مراقبتهای درمانی برای افراد بالای ۷۰ سال رایگان اعلام شد، و سقف پرداخت مشترک برای مخارج درمانی سنگین، اعلام شد.

بعد از ۱۹۸۳، کسری مالی شدیدی حکومت را وادار بر تأکید به مهار هزینه‌ها نمود. از آن پس، کمکهای مالی آن کاهش و پرداختهای بیماران اندکی افزایش یافت. علت این امر هم از اساس به قانون بهداشت سالمندان سال ۱۹۸۲ برمی‌گردد که کمک هزینه متقابل<sup>۱</sup> بین طرحهای بیمه را به منظور تأمین منابع مالی برای مراقبتهای سالمندی و پرداخت بخشی از هزینه‌های مراقبت توسط سالمندان به صورت پرداخت مشترک ارائه نموده بود. اقدام دیگر در رابطه با کاهش هزینه‌ها که در سال ۱۹۸۴، اتخاذ شد، صد درصد مزایای کارکنان را به ۹۰ درصد قیمت آنها کاهش داد (کوزی توکی کیوبوکی).

## روش پرداخت

به رغم سیستمهای متنوع مالی، پرداخت حق الزحمه به ارایه کنندگان خدمات، مبتنی بر یک جدول

1. Gross-Subsidization

واحد حق الزحمه است. هر چند ارایه کنندگان مطابق آثار عملکرد خود مبلغی دریافت می‌کنند، قیمت هر فعالیت دقیقاً در جدول واحد تفصیلی نرخها در سطح ملی که با عنوان سیستم ضریب تعرفه<sup>۱</sup> شناخته می‌شود، روشن شده است (هر ضریب معادل ۱۰ این است). فقط خدماتی که در این جدول فهرست شده است قابل پرداخت از سوی بیمار یا بیمه‌گر می‌باشد، هیچ نوع فوق‌العاده‌ای بابت کارشناس حرفه‌ای یا کیفیت مراقبت تعلق نمی‌گیرد، و میزان پرداخت صرف نظر از این که چه کسی آن را انجام داده، یا در کجا انجام شده است، و ارایه‌کننده (به عنوان پزشک، پرستار یا صاحبان دیگر جرف بهداشتی) صلاحیت قانونی برای آن دارد یا نه، یکسان است. مبالغ اضافی نمی‌تواند به جز برای هزینه‌های اتاق بستری و طیف بسیار محدودی از خدمات تخصصی، مورد تقاضا باشد. بنابراین پرداخت به ارایه‌کننده منفرد بدون منظور نمودن هزینه‌ای که مصرف‌کننده برای پرداخت به وی آماده کرده است، صورت می‌گیرد. انتظار می‌رود که درآمد بیمارستان نه تنها هزینه‌های عملیاتی آن، بلکه وجوه سرمایه‌گذاری آن را نیز تأمین کند. بخش خصوصی به‌طور اخص، منابع دیگری علاوه بر آنچه از سوی بیمه اجتماعی پرداخت می‌شود، در اختیار دارد. این سیستم پرداخت در پایین نگهداشتن هزینه‌ها و محدودکردن مصرف منابع بهداشتی در ژاپن بسیار با اهمیت بوده است.

سابقه ساختار کنونی جدول پرداخت به سال ۱۹۵۸، برمی‌گردد، هر چند بعضی عناصر و اجزای آن را در جدولی که انجمن پزشکی ژاپن در سال ۱۹۲۷، طراحی کرده و مبتنی بر قیمت کل<sup>۲</sup> یک داروی استاندارد در یک روز بود، می‌توان یافت.

در طول سالها این جدول به منظور ترمیم افزایش هزینه‌های کارکنان و تورم و تنظیم نرخها برای تکنولوژی جدید مکرراً بازبینی شده است. این تغییرات مبتنی بر مطالعات ادواری شرایط مالی مؤسسات مراقبتهای درمانی هستند. به‌عنوان مثال زمانی که کسر بودجه به قدری چشمگیر شد که سیستم بهداشت را به‌طور کل مورد تهدید قرار داد، حق الزحمه‌ها و نرخها تغییر یافتند. نرخها برای یک تکنولوژی جدید معمولاً براساس مقایسه آن با نزدیک‌ترین و شبیه‌ترین فعالیت تضمین می‌شوند. آنها بر محاسبات میانگین هزینه احتمالی یک فعالیت مبتنی نیستند.

1. Point-Fee

2. Service-inclusive price



یک ارزیابی سطحی از ارزشهای نسبی نرخها/ تعرفه‌های منفرد برای خدمات متفاوت نشان می‌دهد که جدول تعرفه ژاپنی الزاماً از مراقبت‌های نهایی و خدمات تشخیصی، که از ویژگی‌های بارز آن است، حمایت نمی‌کند. برعکس، ارزشهای نسبی برای شیوه‌های جراحی، به‌طور مثال جراحی عروق کرونری در ژاپن، بسیار بیشتر از حتی نرخ معقول، جاری و متعارف مبتنی بر شاخص قیمت مصرف‌کننده در ایالات متحد می‌باشد. اما گستره خدمات تحت پوشش این تعرفه در دو کشور متفاوت است. در ژاپن این تعرفه یک تعرفه کلی و جامع<sup>۱</sup> است. پزشکانی که در بیمارستان ارایه خدمت می‌کنند، دیگر برای مریض صورت حساب جداگانه‌ای تنظیم نمی‌کنند، و تعرفه در حقیقت به معنی پوشش همه هزینه‌های ناشی از انجام کار و فرایند کار است. نیز توجه داشته باشید که پزشکان ژاپنی تعداد زیادی بیمار سرپایی را ویزیت می‌کنند. مطابق مطالعه<sup>۱</sup> یک روز از فعالیت کلینیک‌های بدون تخت در سطح ملی، میانگین تعداد بیمارانی که پزشک هر کلینیک در یک روز می‌بیند، ۴۹ نفر است و ۱۳ درصد پزشکان بیشتر از ۱۰۰ بیمار می‌بینند (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹). بنابراین هر چند تعرفه یک مشاوره ممکن است یک سوم میانگین اروپا و یک دهم میانگین ایالات متحد باشد (مطابق آمار و ارقام ۱۹۸۴)، اما انتظار می‌رود که این تفاوت با حجم زیاد موارد مشاوره ترمیم شود.

### میانگین هزینه روزانه مراقبت‌های درمانی

کنترل قیمت اعمال شده از طریق جدول تعرفه، عامل مهمی در میانگین پایین هزینه‌های روزانه مراقبت‌های درمانی در ژاپن است. متوسط هزینه یک روز مراقبت بستری ۱۳,۵۲۳ ین است که ۵۴ درصد آن مربوط به هزینه‌های معمولی /مقدماتی بستری شدن (هزینه‌های اتاق به اضافه پرستاری)، ۲۰/۵ درصد مربوط به دارو (دارو و تزریقات)، و ۱/۵ درصد بابت خدمات تشخیصی و دیگر آزمایش‌هاست. ارایه‌کنندگان خدمات با استناد به این هزینه‌های پایین، آن را علت پایین بودن تعداد کارکنان می‌دانند. میانگین هزینه روزانه برای مراقبت‌های سرپایی ۴,۳۲۹ ین می‌باشد که ۴۴/۲ درصد آن جهت دارو و ۱۸/۴ درصد آن به آزمایش‌ها تعلق می‌گیرد. هزینه بیمارستانها بیشتر از کلینیک‌هاست (۱/۶ برابر در مراقبت‌های بستری، و ۱/۸ برابر در مراقبت‌های سرپایی). این ارقام از بررسی‌های ماهانه صورت حساب‌های بیمه ارایه شده به بیمه‌گر که مبتنی بر جدول تعرفه‌هاست، ارایه

1. all - inclusive

شده است. هزینه واقعی برای ارایه کننده ممکن است متفاوت باشد. بین سالهای ۱۹۷۶ و ۱۹۸۷، هزینه‌های دارویی برای بیماران بستری (دارو و تزریقات) از ۲۶/۳ درصد به ۲۰/۵ درصد از کل هزینه‌ها کاهش یافت. در همین دوره، هزینه مربوط به آزمایشها از ۸/۲ درصد به ۱۱/۵ درصد افزایش پیدا کرد. این تغییرات در عرصه مراقبتهای سرپایی بسیار چشمگیرتر بود، هزینه‌های دارو در این عرصه از ۵۳/۱ درصد به ۴۴/۲ درصد کاهش یافت، ولی هزینه‌های مرتبط با آزمایشها از ۱۴/۴ درصد، ابتدا به ۱۹/۴ درصد افزایش و سپس با اندکی کاهش به ۱۸/۴ درصد رسید. این تغییرات با کاهش واقعی نرخ تعرفه‌ها به دست آمده است، به این معنی که قیمت بازپرداخت دارو در فاصله سالهای ۱۹۸۱-۱۹۸۶، به حدود یک دوّم کاهش یافت، و آزمایشهای متعدد با نرخ پایین تری باز پرداخت شد (از سال ۱۹۸۸، آزمایشهای تکراری در طول ماه با نرخ پایین تری باز پرداخت شده است). علی‌رغم این تلاش، میانگین هزینه روزانه برای مراقبتهای بستری و سرپایی در طول این دوره تقریباً دو برابر شده و در این میان افزایش، بیشتر برای مراقبتهای سرپایی بوده است (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۷۸، ۱۹۸۰، ۱۹۸۲، ۱۹۸۹).

### درآمد پزشکان

همان‌گونه که قبلاً اشاره شد، یک موضوع مورد بحث دیگر، درآمد مناسب برای پزشکان است. میانگین درآمد پزشکان در سالهای اخیر کاهش یافته و علت آن هم تجدیدنظرهای انجام شده در جدول تعرفه‌ها از یک سو و افزایش میزان استخدام پزشکان در بیمارستانهای دولتی در مقایسه با عرصه فعالیت خصوصی بوده است. این تحولات تا حدودی افزایش سریع در تعداد پزشکان را منعکس می‌کند: تعداد ورودیهای دانشکده‌های پزشکی از ۳,۸۲۰ نفر در سال ۱۹۶۰، به اوج خود، یعنی ۸,۶۲۰ نفر در سال ۱۹۸۰، رسید. پس از آن عرضه بیش از حد پزشک از جمله مسایل مطرح بود. از سال ۱۹۷۶ تا ۱۹۸۶، تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت از ۱/۲ به ۱/۶ افزایش یافت و در همین دوره زمانی، میزان پزشکان دارای کلینیک یا بیمارستان از ۴۶/۶ درصد به ۳۴/۳ درصد کاهش پیدا کرد (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹). در حالی که میانگین درآمد آنها از ۸/۲ به ۶/۸ برابر میانگین درآمد همه کارکنان تقلیل پیدا کرد. درآمد پزشکان شاغل در بیمارستان همواره کمتر از درآمد پزشکان در عرصه فعالیت آزاد بوده است و در سال فقط ۲/۴ برابر میانگین درآمد همه کارکنان است. (نیکی، ۱۹۸۹)

## بخش بهداشت عمومی و پیشگیری

وزارت بهداشت و رفاه زاین، همواره نقش فعالی را در ارائه خدمات بهداشت پیشگیری و عمومی داشته است. این وزارتخانه کنترل و نظارت نزدیک خود را از طریق دپارتمانهای بهداشت دولت محلی عملی می‌کند و در مجموع دارای ۸۵۰ مرکز بهداشت است که مسئولیت بهداشت پیشگیری و محیط زیست را به عهده دارند. این مراکز به منظور مبارزه با سل و دیگر بیماریهای عفونی تأسیس شدند و خدمات جدید مراقبت در منزل، در قالب سیستمی از طرح کمکهای مالی آغاز شده است. وزارت بهداشت و رفاه، شرایط کمک هزینه را تعیین و یک سوم از کل آن را پرداخت می‌کند. بقیه هزینه به تساوی به عهده استانداری و شهرداری است. اختیار اهدای کمک هزینه با قسمتهای مربوط در ادارات است، اما شرایطی که آنها وضع می‌کنند به عملکرد ناکارآمد منجر شده است. مثلاً مراکز بهداشتی، مراکز بهداشت مادر و کودک، و مراکز رفاه سالمندان باید در ساختمانهای جداگانه باشند تا صلاحیت دریافت کمک هزینه را داشته باشند. دولت مرکزی قدرت و نظارت قابل ملاحظه‌ای روی استانها دارد و لذا جای تعجب نیست که بیش از نصف مدیران بخش‌های بهداشت از آن تأییدیه گرفته‌اند.

در سال ۱۹۸۷، هزینه‌های مراقبتهای بهداشتی ۷/۵ درصد کل هزینه‌های دولت مرکزی بود، اما مشکل است که در مورد سهم بهداشت عمومی از این میزان به دقت داوری کنیم. براساس کمک هزینه‌های بلاعوض مشروط که مشخصاً برای اهداف بهداشت عمومی منظور می‌شود، هزینه‌ها در این عرصه فقط ۲ درصد از مخارج مراقبتهای بهداشتی دولت مرکزی را تشکیل می‌دهد. در مقابل، دولت محلی ۴۶/۶ درصد به بهداشت عمومی تخصیص می‌دهد که میزان کل را به ۲۳/۱ درصد افزایش می‌دهد. قسمت اعظم وجوه دولت محلی صرف اقدامات بهسازی و به‌طور اخص صرف جمع‌آوری زباله می‌شود. (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹)

اقدامات دولت در بهداشت پیشگیری به‌طور اساسی مبتنی بر غربالگری مردم از نظر به خطر انداختن مؤلفه‌ها و بیماریهای بالقوه است. این برنامه بسیار موردپسند مردم بوده و هر ژاپنی به‌طور متوسط سالانه یک کنترل سلامتی کامل می‌شود (هیزماچی، ۱۹۸۸). کنترل سلامتی سالانه با استفاده از بودجه محلی تحت قانون بهداشت سالمندان برای افراد ۴۰ سال به بالا انجام می‌شود و معاینه عمومی، تجزیه ادرار، کنترل فشار خون، سرم GOT، GPT و کلسترول را دربرمی‌گیرد. برای یک سوم جمعیت، معاینات دقیق‌تری از جمله نوار قلب، تستهای بینایی، آزمایشهای کم‌خونی و قند خون انجام می‌شود. آزمایشهای جداگانه برای سرطان معده، رحم (از ۳۵ سالگی)، ریه و سینه انجام

می‌شود. غربالگری اجباری برای کودکان در سنین مدرسه شامل یک نوار قلبی است. کارایی و اثربخشی این اقدامات هنوز به دقت ارزیابی نشده‌اند (ایکگامی، ۱۹۸۸). انجام این معاینات عمدتاً از طریق قرارداد با انجمنهای محلی پزشکی، که در سالهای اخیر بسیار قدرت و نفوذ یافته‌اند صورت می‌گیرد. عرصه وسیع بعدی در بهداشت پیشگیری، بهسازی آسایشگاههای چشمه آب گرم است که مستقیماً زیر نظر بیمه‌گران اداره می‌شود. سرجمع هزینه‌های مربوط به این اقدامات پیشگیری و عمومی حدود ۳/۳ درصد هزینه‌های رسمی مراقبتهای بهداشتی است. در مقایسه، انجمنهای بیمه بهداشتی، ۶ درصد کل هزینه‌های خود را به این‌گونه فعالیتهای تخصیص می‌دهند (فدراسیون سازمان‌های بیمه‌ای، ۱۹۸۹)

### موفقیت سیستم

سیستم ژاپن در ابعاد مختلف عملکرد بسیار خوبی داشته است: نتایج بهداشتی آن به‌طور بسیار چشم‌گیری مطلوب، دسترسی به خدمات و مراقبتهای بهداشتی و کیفیت این مراقبتها بالا، و هزینه‌ها در سطح نسبتاً پایینی متوقف شده‌اند.

### نتایج یا ستادهای بهداشتی بسیار مناسب

با عنایب به مرگ و میر کودکان و امید به زندگی (متوسط عمر)، وضعیت بهداشتی ژاپن بسیار تکان‌دهنده است. مرگ و میر کودکان در ژاپن از ۱۲۴/۱ در هزار تولد در سال ۱۹۳۰، به ۵ در هزار در ابتدای دهه ۱۹۹۰ رسیده است. در این مدت، امید به زندگی در بدو تولد برای مردها از ۴۴/۸۲ به ۷۵/۶۱ و برای زنان از ۴۶/۵۴ به ۸۱/۳۹ سال رسیده است. هر چند متغیرهای اجتماعی مانند میزان سواد و تحصیلات بالا و برابری در درآمد، مستقیماً به سیستم مراقبتهای بهداشتی مربوط نمی‌شوند، اما نقش مهمی در این خصوص ایفا می‌کنند. باید بر این نکته تأکید شود که دستاوردهای بهداشتی ژاپن در شمار بهترین‌های جهان به‌شمار می‌آیند. به هر حال بخشی از افتخارات مربوط به میزان پایین مرگ و میر کودکان عاید مراقبتهای مادر و کودک در عرصه بهداشت عمومی می‌شود.

### دسترسی و برابری بالا

تکیه بر بخش خصوصی به عرضه و موجودیت یافتن تعداد زیادی از مؤسسات بهداشتی منجر شده، و دسترسی بالا و وسیع جغرافیایی را، به جز در معدودی از قصبه‌ها و دهکده‌های دورافتاده

موجب شده است. موانع اقتصادی بر سر راه دسترسی، توسط بیمه بهداشت همگانی برطرف شده، و دسترسی نامحدود به همه بیمارستانها و کلینیکها وجود دارد. همه این ویژگیها موجب شده است که زاپین بالاترین میزان مشاوره سرپایی را در دنیا داشته باشد. مراقبت‌های اورژانس نیز با استفاده از سیستم دولتی آمبولانس که زیر نظر بخش آتش‌نشانی دولت محلی فعالیت می‌کند و رایگان می‌باشد، به آسانی در دسترس است. درآمد افراد هیچ‌گونه تفاوتی در دسترسی به خدمات اورژانس ایجاد نمی‌کند. مطابق مطالعه انجام شده توسط بیمه بهداشت ملی در توکیو، نه میزان مصرف و نه هزینه مراقبت‌های بهداشتی سرانه، تحت تأثیر سطح درآمد افراد نبوده است (توکیو، ۱۹۸۸). در یک بررسی در سطح ملی که در سال ۱۹۸۵، انجام شد، از جمع افرادی که به نوعی احساس بیماری کرده، اما به پزشک مراجعه نکرده بودند، فقط ۰/۴ درصد دلایل اقتصادی برای عدم مراجعه به پزشک ارائه کرده بودند (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۶).

برابری سطح خدمات به علت فقدان فشار اقتصادی که موجب تبعیض در ارائه خدمات بشود، مطابق طرح بیمه بیماران فراهم است، زیرا ارائه‌کنندگان دقیقاً به یک روش، حق‌الزحمه خود را دریافت می‌کنند (جدول تعرفه مشابهی برای افرادی که کمک‌های عمومی دریافت می‌کنند مورد اجرا است). به علاوه، درخواست مبلغ اضافی به جز برای اتاق و به‌طور بسیار محدود برای بعضی تکنولوژیهای نوین تحت بررسی و ارزیابی (مانند لیتوتریپسی)، غیرقانونی است. هدایای شخصی به پزشکان، مخصوصاً پس از ترخیص از بیمارستان یک رسم رایج است، اما الزامی در این خصوص وجود ندارد و ارزش پولی آنها چندان زیاد نیست مگر در مورد بیماران با اتاق خصوصی و در بیمارستانهای دانشکده‌های پزشکی خصوصی.

### هزینه نسبتاً پایین

همان‌گونه که قبلاً ذکر شد، هزینه مراقبت‌های بهداشتی در زاپین فقط ۵/۱۵ درصد GNP را دربرمی‌گیرد، این میزان حتی با توجه به شیوه محاسبه و در نظر گرفتن جمعیت هنوز به‌طور نسبی جوان زاپین، میزان پایینی است و این میزان (درصد) از اواسط دهه ۱۹۵۰ تا اواخر دهه ۱۹۷۰، به سرعت افزایش یافت (در سال ۱۹۵۵، این میزان ۲/۷۷ درصد بود)، اما شتاب آن در دهه گذشته کند شد. سیستم یکنواخت تعرفه می‌تواند با پایین نگهداشتن هزینه‌ها مورد افتخار باشد. در حالی که شاخص قیمت مصرف‌کننده، ۴/۹ برابر و میانگین دستمزدها ۱۳/۸۷ برابر در دوره ۵۵-۱۹۸۳، افزایش یافت، تعرفه مراقبت‌های بهداشتی فقط به میزان ۲/۷۶ برابر افزون گردید. (مات سورا،

۱۹۸۶). انجمن پزشکی ژاپن، میزان واقعی افزایش را فقط ۲/۴۵ درصد برای دوره ۸۱-۱۹۸۸، محاسبه می‌کند (یوشیدا، ۱۹۸۹). سیستم تعرفه نه تنها در برابر تورم مقاوم به نظر می‌رسد، بلکه میل به پاداش، نه به پزشکان متخصص که در سطح تخصصی و فوق تخصصی کار می‌کنند بلکه به پزشکان شاغل در کلینیکهایی که اساساً به مراقبتهای اولیه می‌پردازند، دارد. عامل دوم در مسئله پایین بودن هزینه‌ها تأکید بر خدمات سرپایی و شیوه‌های تشخیصی در مقایسه با بستری کردن و شیوه‌های جراحی می‌باشد. سومین عامل ممکن است سلطه بخش خصوصی باشد که در آن، سازمانها باید برای کارایی خود را تأمین نمایند. در بخش خصوصی جای کمتری برای کار حرفه‌ای و تخصصی وجود دارد و یک نفر پرسنل ممکن است نقشهای زیادی ایفا کند. در مجموع، پرسنل جزف بهداشتی به اندازه هم‌تایان خود در غرب، متخصص بار می‌ایند.

### ناکامیهای سیستم

سیستم بهداشت و درمان ژاپن مشکلات و مسایل پیچیده‌ای را در پاسخگویی به جامعه سالمندان ژاپن و حفظ کیفیت متعادل مراقبت تجربه کرده است.

### پاسخگویی به جامعه رو به سالمندی

با پیشرفت و ارتقای مستمر شاخصهای بهداشتی ژاپن جمعیت سالمند رشد چشمگیری یافت. میزانهای مربوط به مرگ و میر و تولد، هر دو به یک سوم میزانهای سال ۱۹۳۰، کاهش یافتند. نسبت جمعیت ۶۵ سال و بالاتر از حدود ۵ درصد در دهه ۱۹۵۰، به ۱۱ درصد در سالهای اخیر رسید. این تغییرات تأثیرات اساسی در سیستم بهداشتی داشته است. زمانی که اولین آمار حیاتی جمع‌آوری گردید، گاستروآنتریت (ورم معده و روده)، پنومونی (ذات‌الریه) و برونشیت (التهاب نایژه‌ها) علل عمده مرگ و میر بودند. در سالهای پیرامون جنگ جهانی دوم، توبرکولوزیس (سل) مهم‌ترین عامل مرگ و میر بود به نحوی که به عنوان "بیماری ملی" از آن یاد می‌شد، از آن به بعد بیماریهای مغز و اعصاب، سپس سرطان و بیماریهای قلبی رایج‌ترین عوامل مرگ و میر شده‌اند. این تغییر در میزانهای مصرف و استفاده از خدمات بهداشت روانی منعکس شده است. در اواخر سال ۱۹۶۰، ترکیب و سرجمع میزان مصرف مراقبتهای سرپایی و بستری، از یک گروه سنی دیگر اندکی تفاوت پیدا می‌کرد. البته سالهای اولیه کودکی در این مورد استثنا بود. این میزان برای همه گروههای سنی و

در اوج همه آنها برای گروه‌های سنی ۵۵ تا ۶۹ ساله، تا سال ۱۹۷۰، سیر صعودی یافت. بعد از سال ۱۹۷۰، میزان مصرف برای سالمندان به شدت افزایش، اما برای سایر گروه‌های سنی کاهش داشت (کوزی توکی کیویوکی، ۱۹۵۹). این روند، ارتباط نزدیکی با عرضه مراقبت‌های درمانی رایگان از سال ۱۹۷۳، به بعد دارد.

هم سیستم ارایه خدمات و هم سیستم مالی آن مشکل بزرگی در هماهنگی با دگرگونی نیازها، که توسط این تغییرات پیش آمده بود داشتند. علت این امر هم تا حدودی سرعت زیاد این تغییرات بود. سیستم بهداشت ژاپن برای ارایه خدمات به بیماری‌های حاد و صدمات و جراحات کارگران طراحی شده بود و از آنجا که تقاضا برای آن فصلی و دوره‌ای بود، پرداخت به شیوه فی فور سرویس، مناسب و آزادی در انتخاب پزشک نوعی حق برای بیمار محسوب می‌شد. بیمه اجتماعی موانع اقتصادی در راه دسترسی به مراقبت‌های درمانی را از بین برد، در حالی که مراقبت‌های پرستاری را به عهده خانواده گذاشت. اما با نیاز فزاینده به مراقبت‌های سالمندی، سیستم تأکید خود را بر تداوم، توانبخشی، و مراقبت‌های پرستاری همراه با مراقبت‌های حاد درمانی در دوره‌های بیماری شدید گذاشته است. چنین نیازهایی نمی‌توانند بدون شبکه حمایت اجتماعی برآورده شوند. مدیریت این نوع مراقبت به علت تکه تکه شدن سیستم ارایه خدمات، سیستم تعرفه مبتنی بر عمل، و موقعیت کم رشد خدمات اجتماعی (مثلاً فقط ۲۷,۱۰۵ کمک کار منزل در ژاپن وجود دارد)، مشکل بوده است (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹). به علاوه ارایه‌کنندگان با پاسخگویی به تقاضاهای جدید از طریق افزایش [در هزینه] در کنترل سلامتی و تجهیزات تشخیصی، برای شانه خالی کردن از مسئله واقعی برنامه‌ریزی کرده‌اند. علت این اوضاع و احوال صرفاً به سیستم مراقبت‌های بهداشتی مربوط نمی‌شود. اگر تعداد سالمندان اندک بود، آنگاه آنها می‌توانستند مراقبت‌های مورد نیاز خود را در دوره معمولاً کوتاه منتهی به مرگ بیمار، از خانواده خود دریافت کنند. امروزه این دوره، طولانی شده و از آنجا که بیش از ۵۰ درصد زنان خانه‌دار ژاپنی در بازار کار حضور دارند، تعداد انگشت‌شماری از اعضای خانوار جهت ارایه مراقبت‌های خانگی در دسترس‌اند. مهم‌تر و اساسی‌تر از آن فقدان اتکا به خود عمومی در جمع سالمندان در مبارزه با فرایند سالمندی است (ایکگامی، ۱۹۸۹).

در نتیجه علی‌رغم این که ۶۲ درصد سالمندان هنوز با فرزندان خود زندگی می‌کنند، درصد افراد سالمندی که برای مراقبت به مؤسسات مربوط سپرده می‌شوند افزایش یافته است (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹). میزان سالمندان ۶۵ سال و بالاتر تحت مراقبت در مؤسسات از ۰/۹ درصد در ۱۹۵۵،

به ۶/۲ درصد در ۱۹۸۷، افزایش یافت (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۵۶، ۱۹۸۷). ۷۵ درصد سالمندان تحت مراقبت، خارج از خانه، در بیمارستانها یا در کلینیکها هستند. از دیدگاه ارایه کنندگان خدمات به این معنی است که ۴۳ درصد بیماران بستری، بالای ۶۵ سال، و مدت بستری تقریباً نصف آنها (۴۵ درصد) معادل شش ماه یا بیشتر بوده است (وزارت بهداشت و رفاه، ۱۹۸۹). هم پزشکان و هم بیماران یا به عبارت دقیق‌تر خانواده آنها، اسیر این توهم‌اند که شاید "درمان کامل" قابل دستیابی باشد. این تمایل با انگیزه‌های اقتصادی همراه شده است به این معنی که هر دو طرف قضیه (هم بیمار و هم پزشک) از بستری رایگان فراهم شده توسط قانون بهداشت سالمندان نفع می‌برند. ارایه کنندگان می‌توانند از بستری نمودن بیماران نه چندان بدحال، سود ببرند زیرا در سیستم تعرفه، شدت و وخامت بیماری به هیچ شکلی منظور و مطرح نیست و سیستمی از واحدهای ارزیابی وجود ندارد. مطابق یک بررسی در سال ۱۹۸۸، که توسط انجمن پرستاران ژاپنی انجام شد، ۳۳/۷ درصد بیماران بستری در انجام وظایف روزانه خود تقریباً هیچ مشکلی نداشته‌اند.

تقاضای مفرط خدمات درمانی توسط سالمندان به سرعت ساختار سیستم بهداشت و درمان ژاپن را تغییر می‌دهد. افزایش بسیار زیاد مصرف خدمات درمانی توسط سالمندان در فاصله سالهای ۱۹۷۰ و ۱۹۷۵، به طور عمده به علت قانون مراقبتهای درمانی رایگان برای آنها بود. در ۱۹۸۷، هرچند افراد بالای ۷۰ سال فقط ۷/۳ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دادند، اما ۳۰/۸ درصد کل هزینه‌های مربوط به مراقبتهای بهداشتی / درمانی به این گروه اختصاص می‌یافت (کوزی توکی کیویوکی، ۱۹۸۹).

هر چند قانون بهداشت سالمندان از سال ۱۹۸۲، فعالیت خود را برای تعدیل چنین مسائلی شروع کرد، کمک هزینه متقابل بین طرحهای بیمه، استقلال انجمنها و دفاتر بیمه را کاهش داده است. در سال ۱۹۸۷، این واحدها ۳۳ درصد از کل مخارج قانون بهداشت سالمندان را تأمین کردند. انتظار می‌رفت که این رقم در سال ۱۹۹۷، به ۵۰ درصد برسد. در ۱۹۸۸، فدراسیون دفاتر بیمه (۱۹۸۹) کسر بودجه‌ای معادل ۲/۸ میلیارد ین را اعلام داشت. بیش از یک سوم دفاتر بیمه مجبور شدند میزان عوارض خود را فراتر از ۸/۳ درصدی که توسط بیمه بهداشت تحت مدیریت دولت تعیین شده بود، افزایش دهند. موضوع با توجه به تفاسیر متفاوت از برابری پیچیده‌تر می‌شود. دولت بر این عقیده است که هر کس باید به تساوی در مراقبتهای سالمندی سهم باشد و کسانی که بتوانند بیشتر مساعدت کنند باید این کار را بکنند، دفاتر بیمه بر این نظرند که هر چند حق بیمه‌های متعلق به آنها



به طور کامل (صددرصد) از کسورات درآمد جمع‌آوری می‌شود، برای افرادی که عضو بیمه بهداشت ملی هستند این سهم معادل ۹۴ درصد است. به علاوه آنها بر مبنای نادرست محاسبه این میزان انگشت می‌گذارند، زیرا اطلاعات دقیق و در دسترس درباره درآمد خویش فرمایان اندک است. صرف‌نظر از هر آنچه که سیستم مالی در آینده مورد استفاده قرار دهد، مراقبت برای سالمندان بار سنگینی خواهد داشت. در حال حاضر افراد ۶۵ سال و بیشتر فقط ۱۱ درصد منابع مالی مراقبت بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند. این رقم در سال ۲۰۰۰، به ۱۶/۳ درصد می‌رسد و در سال ۲۰۲۰، به رقم بی‌سابقه ۲۳/۶ درصد خواهد رسید (کوزی توکی کیویوکی، ۱۹۸۹).

### کیفیت نابرابر

در سیستم چند پارچه‌ارایه خدمات بهداشتی ژاپن، بیمارستانها و کلینیکها برای جلب بیمارانی که دسترسی نامحدود دارند، رقابت می‌کنند. اما به علت ساختار سلسله مراتبی حرفه پزشکی، راه‌اندازی فرایند بازرسی مشکل است. بخش اعظم قدرت و منزلت در جمع اساتید دانشکده‌های پزشکی متمرکز است، که اعمال نفوذ غیررسمی و توصیه‌های آنان مبنای استخدام پزشکان بیمارستانی است. بنابراین تلاش کمتری برای تعیین و برقراری معیارهای عینی فارغ‌التحصیلی برای ارزیابی پزشکان منفرد صورت گرفته است.

بیشتر بیمارستانها از ارزیابیهای موشکافانه و متعدد پرهیز می‌کنند، زیرا پزشکان آنها معمولاً از یک دانشکده پزشکی فارغ‌التحصیل شده‌اند. ظرفیت و عملکرد پزشکان معمولاً توسط هم‌تایان آنها ارزیابی می‌شود و شهرت و آوازه عمومی آنها وابسته به منزلت بیمارستانی است. این سیستم به رشد دو مشکل کمک کرده است؛ اول این که مصرف‌کننده، ناراضی و ناراحت است، زیرا پزشکان، شتابان به دنبال استخدام در دانشگاه و دیگر بیمارستانهای صاحب منزلت، آن هم به‌طور عمد نه به خاطر فعالیتهای کلینیکی بلکه به‌خاطر فعالیتهای مطالعاتی و تحقیقاتی هستند. جستجو برای مراقبت‌های با کیفیت بالا نیز موجب تراکم بیش از حد و کاهش زمانی مشاوره برای بیماران سرپایی شده و بیماران بستری را مجبور به توقف در صف انتظار کرده است. ویزیت یک‌صد بیمار توسط یک استاد دانشگاه با دستیاران زیاد فقط در طول یک گشت صبحگاهی چیز ناشناخته و عجیبی نیست. دوّم، با تراکم فزاینده بیماران در این بیمارستانها، سیاستگذاران با هزینه‌های بالایی مواجه‌اند که مزایا و منافع آنها مورد تردید است. با این همه این روند احتمالاً در آینده تشدید می‌شود. زمانی که

بیماران در مورد کیفیت دچار تردید باشند، به مراکزی مراجعه می‌کنند که نقطه مقابل هر نوع محدودیت در دسترسی به خدمات برای آنها هستند، هر چند حجم کار سنگین است، تنها چند مرکز معدود توانایی درمان بیماران در یک تخصص خاص را دارند. در نتیجه آنها عملکرد یک مرکز خیلی عالی و ممتاز را ندارند.

### پیامدهای سیاستگذاری برای کشورهای در حال توسعه

تجربه ژاپن در عرصه مراقبتهای بهداشتی مسایل چندی را مطرح می‌کند که شایسته است کشورهای در حال توسعه، در طراحی سیستمهای خود آنها را مد نظر داشته باشند. این تجربه شامل موضوعها و مسایل مرتبط با برابری و کارایی، ترکیب تأمین مالی خصوصی و دولتی، امکان تلفیق مراقبتهای رسمی و غیررسمی، ادغام خصوصی و دولتی در ارائه مراقبتهای بهداشتی، دسترسی و کیفیت، و مشکل انجام تغییر است.

### برابری و کارایی

مسئله اساسی در تنظیم سیاست بهداشتی، تأکید بر برابری یا کارایی است. اگر برابری اولویت اول است، در آن صورت هدف باید دستیابی به یک سیستم مراقبتهای بهداشتی یکنواخت صرف نظر از موقعیت محلی یا وضعیت مالی فرد باشد. صاحبان حرف پزشکی، دیدگاههای متضادی در این خصوص دارند، بعضیها با وسیله عملی دستیابی به برابری - که بیمه همگانی بهداشتی است - مخالفت دارند، ولی در قالب نظری با اهداف آن موافق اند. به نظر آنان تأیید صلاحیت حرفه‌ای، استاندارد یکنواختی از کیفیت را تضمین می‌کند. هدف متخصصان از کیفیت یکنواخت خدمات، مبتنی بر فلسفه پدرسالارانه‌ای است که در نقطه مقابل اصالت مصرف کننده قرار دارد. متخصصان الزاماً تضادی بین تمایلات خود نمی‌بینند. آنها بر این باورند که تابع تخصیص می‌تواند براساس صلاحدید هر پزشک به مورد اجرا گذاشته شود.

اگر تأکید، بیشتر روی کارایی باشد، آنگاه یک سیستم مراقبتهای بهداشتی متنوع و متکثر مورد نیاز است. مصرف کننده، یا به طور دقیق تر، سازمانهای حامی آنها مطابق اصول بازار ناظر بر سود و هزینه نهایی، بهترین بسته خدماتی را برای پوشش افراد خود انتخاب خواهند کرد. برابری کامل ممکن است مورد قبول واقع نشود، زیرا غیرقابل حصول است و مسئولیت مالی مستقیم دولت

ممکن است در تضمین یک پوشش حداقل معقول متمرکز شود. از آنجاکه صلاحیتهای متخصصان، فی‌نفسه یک استاندارد یکنواخت در ارایه مراقبت‌های بهداشتی را تضمین نمی‌کند، لذا عملکرد پزشکان تحت این الگوی رقابتی باید به دقت مورد ارزیابی قرار گیرد.

مسئله برابری- کارایی، کمتر به مالکیت مربوط بوده است. یک گزارش رسمی و دقیق منتشر شده در بریتانیا تحت عنوان "کار برای بیماران" به ایجاد یک بازار داخلی در چارچوب خدمات بهداشتی ملی که به‌طور دولتی تأمین مالی و مدیریت می‌شود، دعوت می‌کند. سیستم ارایه خدمات ژاپن نیز، که با سلطه بخش خصوصی توأم است، تأکید بر برابری دارد. لذا در این رابطه، بهتر است که سیستم ژاپن به عنوان یک سیستم مبتنی بر بازار تلقی نشود. به‌رغم این واقعیت که ارایه‌کنندگان خدمات [برای به‌دست آوردن] بیماران رقابت می‌کنند و مصرف‌کنندگان خدمات، آزادی انتخاب دارند، اما به ارایه‌کنندگان درست براساس نرخ جدول تعرفه پرداخت می‌شود و مصرف‌کنندگان هم به‌واقع هیچ‌گونه اطلاعاتی از سطح کیفیت خدمات ندارند. در واقع استدلالی که برای توجیه محدودیت قانونی تبلیغات در استانهای ژاپن مورد استفاده قرار می‌گیرد، این است که چون هر ارایه‌کننده‌ای سطح استانداردها را رعایت می‌کند، بنابراین نیازی به چنین تبلیغاتی وجود ندارد (کوزی گیوزی کنکیکی، ۱۹۸۷). تلاشهای ناظر بر پرداخت متفاوت، شدیداً از جانب انجمن پزشکی ژاپن با مقاومت روبه‌رو بوده، به نحوی که بحث آزاد و گسترده در مورد آن مقدور نیست. در جانبداری از استدلال آنان، ارایه‌کنندگان می‌توانند در نهایت با تأکید بر نیاز به برابری مطلق در خدمات بهداشتی، به این امر دعوت کنند، اما در عمل، ارایه‌کنندگان خصوصی، چنین احساس می‌کنند که تفاوتی در کیفیت وجود دارد که خدمات آنها را به آرامی بهبود و اعتلا می‌بخشد. در همان حال بیماران با تکیه بر هر وسیله‌ای برای جمع‌آوری اطلاعات، به دنبال بهترین پزشک می‌گردند. از یک دیدگاه عملیاتی، سؤال اصلی این است که آیا برای سازمانهای حمایت از مصرف‌کننده، امکان ارزیابی خدمات بهداشتی وجود دارد؟ به عبارت دیگر، آیا هنگامی که عامه مردم با یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی چند طبقه و سلسله مراتبی مخالف‌اند، سیاستگذاران می‌توانند تضمینی اجتماعی برای اولویت بخشیدن به کارایی در مقایسه با برابری داشته باشند؟ از یک دیدگاه عملی، حل این مسئله برای ژاپن مشکل بوده است، زیرا این سیستم برنامه‌های انگشت شماری برای تضمین کیفیت دارد. از یک دیدگاه نظری و ایدئولوژیکی، مشکل این است که هدف اساسی سیاست دولت، دستیابی به برابری و همسانی ملی بوده است.

## تلفیق خصوصی / دولتی در تأمین منابع مالی

این موضوع تا حد زیادی بستگی به تأکید و توجه روی برابری یا کارایی دارد. اگر هدف سیاستگذاری، برقراری یک سیستم یکنواخت باشد، در آن صورت یک سیستم مالی واحد و دولتی، بیشتر هزینه - اثربخش خواهد بود. اما اگر مسئولیت دولت به تدارک یک حداقل قابل قبول از خرید خدمات بهتر برای افراد ناتوان محدود شود، در آن صورت یک منبع جمعی و چند جانبه مالی که اساساً از بخش خصوصی تغذیه می شود، راه حل اجتناب ناپذیر خواهد بود. در این شرایط باید برای پیشگیری از انتخاب و برگزیدن افراد سالم تدبیری اندیشیده شود. این پدیده به هیچ وجه محدود به بیمه بهداشتی نیست. حتی در مورد بیمه اجتماعی، بیمه گران منفرد در ژاپن شدیداً میل دارند از مزایای موجود خود در قالب کنترل سلامتی مفصل رایگان، تعطیلات با یارانه در استراحتگاههای ملکی دفاتر بیمه، استراحتگاهها، برگشت سهمی از پرداختهای مشترک که داشتن یک عضویت سالم تر آن را ممکن و مقدور می سازد، دفاع کنند.

تجربه ژاپن نشان می دهد که تأثیر برقراری یک سیستم یکنواخت ملی برای پرداخت، بسیار چشمگیرتر از استمرار وجود منابع متعدد مالی در سازماندهی سیستم مراقبتهای بهداشتی است. با توجه به ماهیت سیستم، بیمه گران اختیارات و استقلال خود را در تعیین مزایا و تنظیم جدول تعرفه از دست می دهند. مطالعه (هیگوجی، ۱۹۷۴) نشان داده است که ژاپن یک کاهش مستمر دارایی را در تعداد مؤسسات درمانی با مالکیت و مدیریت همکاران بیمه با از دست دادن استقلال و خودمختاری خود که با قانون بیمه بهداشت ملی از سال ۱۹۵۸، آغاز شد، تجربه نموده است. سیستم یکنواخت پرداخت، تفاوتها را در مزایا و پرداختهای مشترک برجسته و نهایتاً فشاری برای دولت مرکزی در منظور نمودن یارانه جهت حل مسئله ایجاد می کند. این نکته نیز باید یادآوری شود که مقررات سخت و انعطاف پذیر ناظر بر ممنوعیت هزینه های اضافی، رشد بیمه خصوصی بهداشت را متوقف می کند. به علاوه، با تغییر در ساختار صنعتی و با جمعیت جوانی که مناطق روستایی را ترک می کنند، عضویت نامتوازی از سالمندان در برخی از طرحهای بیمه به چشم می خورد. برای اصلاح چنین موقعیت و وضعیتی نیاز به سیستمی از کمک هزینه متقابل وجود دارد که تقریباً هر نوع تفاوت بین طرحها (ی بیمه) را، همان گونه که در حال حاضر در ژاپن دیده می شود، به حداقل می رساند. بنابراین آنچه که ممکن است سرآغاز یک سیستم همکاری متقابل برای بخشهای به هم پیوسته جامعه باشد، نهایتاً به یک سیستم یکنواخت تأمین اجتماعی در سطح ملی منجر خواهد شد. در رابطه با کشورهای در حال توسعه، اگر هدف نهایی ایجاد یک سیستم یکنواخت است،

یک راه حل عملی، در یک مقطع زمانی در آینده، ممکن است ایجاد یک سیستم یکنواخت باشد تا برابریهای باقی مانده، با افزایش یارانه‌های دولت به تدریج کاهش یابند. شروع کار با یک سیستم یکنواخت (پرداختها) بسیار مشکل خواهد بود، زیرا تنظیم تعرفه‌ها در سطح کنونی عملکرد بخش خصوصی، ممکن است به طور کمرشکن گران تمام شود. در عین حال، پایین آوردن هر چیز به سطح قابل خرید ممکن است به لحاظ سیاسی ناممکن باشد. مع‌هذا، اگر هدف، یک سیستم مراقبتهای بهداشتی واحد، باشد. طرحها باید برای وحدت نهایی برنامه‌ها طراحی شوند، حتی اگر فقط به خاطر رشد جمعیت سالمند باشد. برعکس، اگر تأکید بیشتر روی کارایی باشد، در آن صورت طرحهای موجود بیمه باید آزادی مذاکره با ارایه‌کنندگان خدمات را داشته باشند. در این صورت، هدف نهایی می‌بایست تلفیق و ادغام امور مالی و ارایه خدمات در چارچوب هر طرح بیمه مستقل باشد.

### ترکیب دولتی / خصوصی در ارایه خدمات

در ژاپن انجمنهای پزشکی به گونه مؤثری ظهور بیمارستانهای با مالکیت سرمایه‌گذار را متوقف کرده‌اند. در همان حال پزشکان خصوصی از بخش دولتی درخواست کرده‌اند که به تولید خدماتی که در قالب سیستم تعرفه، هزینه کم و ناکافی به آنها پرداخت می‌شود، مانند خدمات درمانی با تکنولوژی بالا بپردازد. از آنجا که این خدمات دارای اهمیت زیاد حرفه‌ای و تخصصی‌اند فرصت انجام دادن آنها نوعی جبران برای پزشکان حقوق بگیر کم درآمد است. باید به خاطر داشت که به لحاظ تاریخی، بیمارستانهای دولتی ژاپنی به عنوان مراکز فرزانیگی و الایی معروفیت داشته‌اند. تا این اواخر چنین وضعیتی به همزیستی دو بخش منجر شده است. در نتیجه، بازاریابی تهاجمی هنوز، حتی در بخش خصوصی، به خاطر محدودیتهای قانونی و به خاطر این که بیمارستانها در تملک پزشکانی است که انرژی و استعداد خود را وقف فعالیت‌های کلینیکی می‌کنند، ناشناخته است. رویارویی با این واقعیت که عامه آگاه از کیفیت، بیشتر و بیشتر به سوی بخش دولتی گرایش پیدا می‌کنند، ارایه‌کنندگان بخش خصوصی را در مخالفت با آن دچار مشکل می‌کند. مقررات، هماهنگی سلسله مراتبی آنها را متوقف و تلاشهای آنان را در رابطه با جمع‌آوری سرمایه مانع می‌شود. قانون اخیر برنامه‌ریزی بهداشتی را با محدود کردن تعداد تخت‌های بیمارستان و الزام به داشتن مجوز خاص از وزارت بهداشت و رفاه برای تأسیس بیمارستانی جدید در یک ایالت دیگر، محدود کرده است.

برای کشورهای در حال توسعه، ملی کردن کل سیستم ارایه مراقبتهای بهداشتی ممکن است مشکل باشد، لذا دو مسئله اساسی برای آنها این است که آیا تشویق و استقبال از توسعه بخش خصوصی موجه است یا نه و دیگر این که آیا باید تمایزی بین بیمارستانهای انتفاعی، تحت تملک سرمایه گذار، و بیمارستانهای غیر انتفاعی تحت تملک پزشکان وجود داشته باشد یا نه. توسعه بخش خصوصی احتمالاً پاسخگویی سریعتر و انعطاف پذیرتر به یک مسأله ذهنی بهداشتی را ممکن می‌کند، و در صورتی که دولت هزینه اولیه را از سرمایه خصوصی تأمین کرده باشد شاید برای آن اقتصادی‌تر هم باشد. اما تغییر و تعویض تصمیمی که برای تشویق بخش خصوصی گرفته شده است بسیار مشکل خواهد بود. چنین تصمیمی باید همواره در پیوند با معیارهای ارزیابی کیفیت مراقبت، اتخاذ شود. به علاوه مقررات ناظر بر محدودیت رقابت باید به‌طور ادواری مورد بازبینی قرار گیرند تا مشخص شود که ارایه‌کننده یا مصرف‌کننده، کدام یک بیشترین بهره را از آنها می‌برند.

### دسترسی و کیفیت

مصرف‌کننده ممکن است بخواهد دسترسی فوری و نامحدودی به سرشناس‌ترین و برجسته‌ترین متخصص و در بیمارستانی مجهز به آخرین تجهیزات و تکنولوژی، داشته باشد. اما حتی اگر هیچ نوع محدودیت منابع وجود نداشته باشد، بهترین وضعیت ممکن هنوز به‌طور جمعی قابل حصول نخواهد بود، زیرا یک متخصص باید برخوردار از جریان مستمری از بیمارانی باشد که شرایط آنها با تخصص او همخوانی داشته باشد تا بتواند مهارت خود را حفظ کند. بنابراین باید تمایز عملکردی بین سطح اول، دوم و سوم مراقبتها، و یک سیستم مناسب ارجاع بین این سطوح وجود داشته باشد. هر چند موانع بسیاری در راه دستیابی به چنین سیستم موجه و معقولی وجود دارد، راههای زیادی نیز برای کاهش این مشکلات موجود است. پزشکان سطح اولیه مراقبتها می‌توانند به‌عنوان یک "سنگربان" محافظ عمل نموده و دسترسی به متخصص را مانع شوند. اما اگر پزشکان در موقعیتی قرار بگیرند که به ارجاع، چیزی را از دست ندهند، آنگاه، تعداد بی‌شمار ارجاع، نقش سنگربانی آنها را خنثی خواهد نمود. اگر این نقش به‌طور بسیار خشک و انعطاف ناپذیر به اجرا درآید، بیماران ممکن است در مواقعی که به‌واقع نیاز دارند از دسترسی به خدمات متخصصان محروم بمانند و اگر دسترسی به‌طور دقیق و بر اساس اصول مساوات طلبانه در نیازهای درمانی باشد، آنگاه ثروتمندان و افراد مرفه به احتمال زیاد به بازار سیاه روی خواهند آورد.

ژاپن یک سیاست آزاد نسبت به این مسئله داشته است، اما نیروها و متغیرهای متعددی در کار بوده‌اند تا دسترسی مستقیم به مراقبت‌های سطح سوم را مهار کنند. تعدد کلینیک‌ها دسترسی جغرافیایی وسیع‌تری برای آنها فراهم می‌کند و آنها با ساعات مشاوره طولانی‌تر و راحت‌تر، کمتر دچار ازدحام‌اند. همچنین پزشکان کلینیک‌ها دارای انگیزه‌های مالی برای عدم ارجاع بیماران می‌باشند چون براساس فی فورسرویس حق‌الزحمه دریافت می‌کنند و ارجاع بیمار به منزله از دست دادن او است زیرا یک بار که بیمار ارجاع می‌شود، دیگر به ندرت برمی‌گردد به‌علاوه استدلال‌های رایجی برای تداوم مراقبت و رویکرد جامع وجود دارد، که هر دو به احتمال زیاد در کلینیک تحقق پذیرترند تا در بیمارستان. اما این نیروهای بازدارنده به تدریج از تقاضای فزاینده برای کیفیت، که بر اساس دیدگاه مسلط مشتریان فقط در بیمارستان‌های دولتی و آموزشی قابل حصول است، کنار گذاشته می‌شوند. در مخالفت با این روند، وزارت بهداشت و رفاه سعی در تحمیل یک مبلغ بیشتر در پرداخت‌های مشترک برای بیماران دارد که بدون ارجاع به بیمارستان‌های آموزشی مراجعه می‌کند. این امر به شدت با مخالفت بیمارستان‌های آموزشی مواجه شده‌است. این بیمارستان‌ها در توجیه این وضعیت، می‌توانند چنین استدلال کنند که آنها نیازمند سطوح مختلف و متعدد مراقبت در دستیابی به اهداف آموزشی هستند. در ژاپن هر دانشکده پزشکی باید بیمارستان آموزشی منضم به خود را داشته باشد. پرداخت مبلغ بیشتر بابت پرداخت مشترک که به‌طور مؤثری تعداد بیماران را کاهش می‌دهد به کاهش درآمد، هم به‌طور مستقیم و هم به علت این که جدول تعرفه مبلغ بیشتری بابت خدمات سرپایی می‌پردازد، منجر خواهد شد. پزشکان بیمارستان‌های بزرگ و صاحب نام ممکن است در برابر ضرر و زیان‌های شخصی خود مقاومت کنند، زیرا بر خلاف بیمارستان‌های کوچک محلی، آنها هدایای مالی قابل توجهی به خاطر کیفیت مراقبت از بیماران دریافت می‌کنند. این مقوله‌ها مربوط به کیفیت و دسترسی باید همواره در طراحی یک سیستم مراقبت‌های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه مد نظر قرار گیرند. تقاضای نامحدود کیفیت مراقبت توسط فرد، موجب یک خسارت جمعی در کسب و تحصیل آن می‌شود، زیرا دسترسی به طب مجهز به تکنولوژی پیشرفته باید محدود باشد. در جبران این محدودیت، سیستم مراقبت‌های بهداشتی باید به‌طور مؤثری بین ارایه‌کنندگان تمایز و تفکیک قایل شود، ضمن اینکه یک سیستم مناسب ارجاع آنها را به هم پیوند می‌دهد. دولت باید عامه مردم را درباره نیاز به دسترسی محدود آموزش دهد، و در عین حال آنها را از وجود یک سیستم مناسب ارجاع، در صورت نیاز، مطمئن سازد. دولت

همچنین باید در مورد دریافت مبلغ اضافی توسط متخصصان، بابت خدمات تخصصی ارایه شده به بیمارانی که از طریق ارجاع مراجعه نکرده‌اند تصمیم بگیرد. این امر ممکن است آشکارا مجوزی برای این باشد که پولدارها بتوانند سیستم را دور بزنند. اما عدم انجام چنین کاری ممکن است به ایجاد یک بازار سیاه منجر شود که در آن ارزیابی عینی کیفیت مراقبت، تا حد زیادی ناممکن می‌شود.

### مشکل انجام تغییر

تغییر در سیستم مراقبت‌های بهداشتی بسیار مشکل است. از آنجا که انگیزه‌های اقتصادی حاکم بر کار سیستم، توسط شرایط اجتماعی - تاریخی کشور شکل گرفته‌اند، لذا هر سیستم توجیه ذاتی خود را دارد. هر بعد از ابعاد سیستم مورد تکریم گروه‌های ذی‌نفع قرار می‌گیرد و مفاهیمی که بار عاطفی دارند مانند "ارزش حیات انسانی"، "برابری"، و "آزادی"، برای تحقق آنها می‌تواند به کار گرفته شود. در این شرایط، سیستم ارزشی جامعه قبل از آنکه سیستم بهداشتی بتواند تغییری در هر جهت بکند، به ناچار تغییر خواهد کرد. حتی اگر ارزشها تغییر یابند، تنبلی و مقاومت نهادی ممکن است مردم را از سازگاری با شرایط جامعه باز دارد. این امر علت‌العلل موفقیت سیستم مراقبت بهداشتی ژاپن است که شاخصهای بی نظیر بهداشتی، توسعه کمی با هزینه معقول، و برابری را به دست آورده است و ممکن است در صورتی که هدف اساسی، مراقبت سالمندان و پیگیری برای کیفیت بالا باشد به نقطه ضعف تبدیل شود.

اگر قرار باشد پزشکان ارزشهای خود را عوض کنند، دانشکده‌های پزشکی که این ارزشها در آنها شکل و ساخت می‌یابند نیاز به اصلاح خواهند داشت. در واقع گزارش میان دوره‌ای وزارت بهداشت و رفاه در سال ۱۹۸۷، چنین اصلاحاتی را به عنوان یکی از چهار اولویت اساسی توصیه نموده است. اما بیمارستانهای آموزشی ژاپن نه تنها با آزادی کلینیکی (فعالیت درمانی) بلکه با آزادی علمی نیز حمایت و مراقبت می‌شوند. همچنین همبستگیهای خاصی، مانند رابطه بیمار - پزشک، هیات علمی ارشد و نخبگان حکومت نیز وجود دارد. کشورهای در حال توسعه ظاهراً با موقعیتی مشابه مواجه‌اند، که در آن سیاستگذاران باید با بار اضافی تلاش برای حفظ سازگاری با پیشرفته‌ترین تکنولوژی درمانی در متن یک اقتصاد هنوز در حال رشد، رویاروی باشند. این امر دقیقاً به علت این شرایط نامساعد است که یک عرصه، یک خط مشی پویا و عملکرده‌گرا، برای مراقبت‌های بهداشتی، ترجیحاً با حمایت هر دو جناح (حزب)، و با هر گونه تلاش برای انگیزش و فراخوانی حمایت عمومی، مورد نیاز است.