

بیمه مراقبت‌های بلندمدت در راستای تأمین اجتماعی: مطالعه موردی ژاپن

دکتر سعید صحت^۱

چکیده

به تدریج که امید به زندگی افراد با پیشرفت اقتصادی و بالارفتن سطح بهداشت جامعه افزایش می‌یابد طبیعتاً تعداد افراد سالمند بالا می‌رود. بعضی از این اشخاص به امراض مختلف دچار بوده و باید افرادی از فامیل در خانه باشند تا از آنها مراقبت کنند که در نتیجه از کارهای تولیدی و غیره محروم می‌شوند. زیرا که فرد سالمند در زمینه‌های مختلف همانند آشپزی و بهداشت شخصی و بهداشت خانه احتمالاً نیازمند به دیگران است و ممکن است از افراد فامیل او هم کسی نتواند یا فرصت نکند که مساعدت نماید. در این رابطه به‌خصوص تجربه‌های کشور ژاپن بسیار جالب است. از جمله این‌که در ژاپن طرح برنامه بیمه مراقبت‌های پرستاری^۲ آغاز شده و تبلیغ‌های گسترده‌ای نیز روی این موضوع نموده و دولت سعی به جلب توجه مردم به این برنامه دارد. در این مقاله سعی بر این است که در مورد بیمه مراقبت‌های بلندمدت بازنشستگان نکات مختلف مطرح شود و با توجه به تجربه کشورهای پیشرفته به ویژه ژاپن در این زمینه راه‌حل‌های مناسب برای ایران پیشنهاد و برای حل مشکلات افراد پس از بازنشستگی راهکارهای مفید ارائه شود.

۱. عضو هیئت علمی دانشگاه علامه طباطبایی

واژه‌های کلیدی: تأمین اجتماعی، بیمه مراقبت‌های بلندمدت، ژاپن.

مقدمه

در ابتدا قبل از پرداختن به تأمین اجتماعی در ژاپن و بیمه سالمندان به ذکر نکات مفیدی در مورد این کشور پرداخته می‌شود. طبق گزارش‌های گروه مطالعاتی سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه که در سال‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۷۵ انتشار یافته، نظام استخدامی ژاپن در رشد بالای اقتصادی این کشور ایفاگر نقشی کلیدی بوده است. این نظام که به ساخت جامعه‌ای با ثبات و قدرتمند مدد رسانده، بر سه ستون متکی بوده است: استخدام مادام‌العمر، درآمدهای منطبق با سنوات کاری و اتحادیه‌گرایی صنفی. بعدها به این سه ستون، ستون چهارمی نیز اضافه شد که عبارت بود از هوشیاری جمعی کارکنان یک شرکت، که براساس سلسله مراتب عمودی روابط بین اعضای یک شرکت (از مقامات ارشد تا کارکنان دون پایه)، تعهدات جبرانی و تصمیم‌گیری به شیوه اتفاق نظر و رایزنی استوار بوده است.

شرکت‌های ژاپنی کارکنان خود را به محض فارغ‌التحصیلی از دبیرستان یا دانشگاه بدون نیاز به داشتن مهارت خاص شغلی استخدام می‌کنند؛ با این وجود مهارت‌های اولیه ضروری است. علت آن است که پس از جنگ جهانی دوم شرکت‌های ژاپنی به سرعت به تولید انبوه روی آوردند. شرکت‌ها برای آموزش کارکنان خود از در اختیار گذاشتن تجربیاتشان یا سرمایه‌گذاری در امر تحصیل، برای کارکنان تازه وارد از تعلیم‌های حرفه‌ای در محل شرکت مدد می‌جویند. طبعاً چند سال به طول می‌انجامد تا کارکنان جدید به نیروی کاری ماهر بدل شوند. در مقابل به طور سنتی از کارکنان چنین انتظار می‌رود که تا رسیدن به سن بازنشستگی اجباری (عموماً سن شصت سالگی) نزد کارفرمای خود باقی بمانند. کارکنان به محض بازنشسته شدن به طور یک‌جا مبلغی را دریافت نموده و از حقوق بازنشستگی برخوردار می‌شوند. در زمان رکود اقتصادی، شرکت‌ها به عنوان آخرین راه‌حل به اخراج کارکنان ثابت خود متوسل می‌شوند. در اکثر شرکت‌های ژاپنی، افزایش دستمزد و ترفیع بر مبنای سن و سنوات خدمت کارکنان در یک شرکت تعیین می‌شود. سنت تطبیق درآمدها با سنوات کاری، به منزله ابزاری برای تضمین ثبات استخدامی تمام کارکنان طی مشاغلشان در یک شرکت تنظیم شده است و به نحوی تنگاتنگ به استخدام مادام‌العمر که مشخصه بارز مدیریت به شیوه ژاپنی است مربوط می‌شود.

شرکت‌های ژاپنی نوعاً مزایایی را برای کارمندان در نظر می‌گیرند که آنان را قادر می‌سازد تا از اوقات فراغت و فعالیت‌های تفریحی نظیر مسابقه‌های ورزشی، گشت‌های کارمندی و غیره بهره‌مند شوند. کارکنان به وسایل سرگرمی نظیر وسایل ورزشی، مطالعاتی و بازی‌های فکری نظیر شطرنج دسترسی دارند. سایر مزایا شامل ارایه مبالغی ویژه علاوه بر حقوق پایه، در اختیار گذاشتن خانه‌های سازمانی متعلق به شرکت، تأمین خوابگاه برای کارکنان مجرد و سایر مزایای درمانی و رفاهی است. به هر حال، نظام فوق، نظامی یکپارچه نیست و اصولاً کارکنان شرکت‌های بزرگ را تحت پوشش قرار می‌دهد. کارکنان شرکت‌های کوچک ۶۰٪ کل نیروی کار ژاپن را تشکیل می‌دهند، به ندرت از این درجه مزایا و امنیت شغلی برخوردارند. در چارچوب نظام شغلی مادام‌العمر، کارکنان به‌طور عمده وفاداری به شرکت‌هایشان را به نفع خود و خانواده‌هایشان یافته‌اند. علاوه بر این، کارکنان امور شغلی را بر امور شخصی و خانوادگی ارجح می‌شمارند. انتقال یافتن به شعب دیگر شرکت، به‌طور کامل معمول بوده و موارد بسیاری یافت می‌شود که کارکنان انتقالی در صورت تمایل خانواده‌هایشان به ماندن در محل سکونت قبلی یا برای جلوگیری از اختلال در تحصیل فرزندان‌شان، جدا از خانواده زندگی کنند.

۱. جمعیت شاغل و وضعیت کاری

در سال ۱۹۹۶، ۶۴/۸ میلیون ژاپنی بالای پانزده سال به کارهای درآمدزا اشتغال داشتند که از این تعداد، ۵۹/۵ درصد مرد بوده‌اند. نظر به حوزه اشتغال، طبق آمار ملی در سال ۱۹۹۵، ۶/۱ درصد از کارکنان در صنایع رده اول (کشاورزی، جنگلداری و شیلات)، ۳۱/۴ درصد در صنایع رده دوم (معادن، تولید، ساخت و ساز، حمل و نقل و ارتباطات) و ۶۱/۹ درصد در صنایع رده سوم (خرید و فروش کلی و جزئی، بانکداری، سرمایه‌گذاری و املاک، خدمات اداری، خدمات فردی و ادارات دولتی) اشتغال داشته‌اند. طبق بررسی به عمل آمده توسط آژانس مدیریت و هماهنگی، در سال ۱۹۹۶، ۲/۲ میلیون نفر از مردم هیچ‌گونه اشتغالی نداشته‌اند که این میزان برابر ۳۲/۴ درصد از کل نیروی کار در سال مذکور بوده است.

توزیع کار از الگویی که توسط سایر ملل صنعتی وضع شده پیروی می‌کند. در حالی که کشاورزی و صنایع رده دوم نیروی کمتری جذب می‌کنند، خدمات و صنایع رده سوم افزایشی را در این خصوص نشان می‌دهند. اشتغال در صنایع رده اول از ۳۲/۶ درصد در سال ۱۹۶۰ به ۶/۱ درصد در سال ۱۹۹۵

کاهش یافته است. طی این مدت، مشاغل صنایع رده سوم از ۳۸۲ درصد به میزان کلی ۶۱/۹ درصد افزایش یافته است.

تعداد زیادی از جمعیت شاغل ژاپن را کارکنان حقوق‌بگیر تشکیل می‌دهند. در سال ۱۹۹۵، ۸۱/۸ درصد کل جمعیت به کارهای درآمدزا اشتغال داشته‌اند. از سال ۱۹۶۰، مشاغل حقوق‌بگیر افزایش ۲۸/۴ درصدی را نشان می‌دهد اما درصد افرادی که در ژاپن خود اشتغال بوده یا به کسب و کار خانوادگی مشغول هستند هنوز نسبت به ایالات متحد آمریکا، آلمان، فرانسه و انگلستان به طور جزئی افزون‌تر است. به طور روزافزون، شمار بیشتری از زنان جذب بازار کار می‌شوند. تا سال ۱۹۹۶، نیروی کار زنان ۴۰/۵ درصد کل نیروی کار را شامل می‌شده که از درصد زنانی که شاغل نبوده‌اند، بیشتر بوده است. در سال ۱۹۸۶، قانونی که فرصت‌های شغلی برابر برای زنان و مردان را تصریح می‌نمود به اجرا گذاشته شد. به رغم این مسئله، میانگین حقوق ماهیانه زنان در سال ۱۹۹۵ در حد ۶۴ درصد درآمد مردانی که شغلی مشابه داشتند، باقی ماند. کمتر از یک درصد زنان کارمند دولت، مشاغل مدیریتی را در اختیار دارند. قانون برابری فرصت‌های شغلی به نحوی اصلاح شده تا مقوله تبعیض در جذب و استخدام نیرو و واگذاری مناصب را نیز شامل شود.

تجدیدنظری‌هایی که در خصوص قانون استانداردهای به عمل آمده، رویه‌گزینش پنج روز کاری در هفته، و اقداماتی از قبیل در نظر گرفتن روزهای جانشین تعطیلات وقتی که یک تعطیلی ملی در روز یکشنبه واقع شده به ساعت‌های کاری کمتری منجر شده است. از سال ۱۹۸۹، ساعت‌های کار سالانه کاهش یافته است. دولت عنوان داشته است که ساعت‌های کاری مهمترین رکن در بهبود کیفیت زندگی مردم ژاپن است. دولت اعمال ۱,۸۰۰ ساعت کاری در سال را تا سال ۱۹۹۶ هدف خود قرار داد که به منظور محقق کردن این امر، اهداف چندی در خصوص روزهای کاری و محدودیت در اضافه کاری را در برنامه خود گنجانده است.

به هر حال، ساعت‌های کار واقعی هنوز هم با آنچه که هدف تعیین شده دولت بوده است مغایرت دارد. در سال ۱۹۹۶، ساعت‌های کار سالانه ۱,۹۱۹ ساعت بود. با اعمال ساعت‌های کاری انعطاف‌پذیر و نظام «کار صلاح‌دید» سال ۱۹۸۷، دولت به مقررات ساعت‌های کاری، انعطاف بخشید. از آوریل سال ۱۹۹۷، شرکت‌ها ملزم شده‌اند تا از نظام ۴۰ ساعت کاری در هفته تبعیت کنند. دولت هم‌چنین دریافت، که اوقات فراغت بیشتری برای کارکنان به افزایش تقاضای داخلی در بخش‌های مختلف منجر می‌شود.

نظام دستمزد در ژاپن به نحوی تنگاتنگ به نظام سنوات کاری وابسته است. دستمزدها اغلب بر اساس سنوات خدمت افراد تعیین می‌شود. کارکنان حقوق‌بگیر به طور معمول یک حقوق

ماهنامه وادو پاداش فصلی دریافت می‌کنند. به ویژه در شرکت‌های بزرگ، نظام پاداش نقش مهمی را ایفا می‌کند. در سال ۱۹۹۰، پاداش به یک سوم حقوق پایه سالانه بالغ شد. به خاطر تنوع موجود در جانشینان، استخدام شکل‌های جدیدی یافته است، که از این میان می‌توان به اشتغال آزاد و اجیر کردن نیروی کار از خارج شرکت اشاره کرد. در پاسخگویی به این تغییرها، نظام دستمزد نیز تنوع یافته است.

در ژاپن روابط کاری بین کارکنان و کارفرمایان عدم برخورد و مواجهه را طلب می‌کند. در حالی که اغلب بین مجریان و کارگران تضاد منافع رخ می‌دهد، هدف شرکت‌های ژاپنی پدیدآوردن فضایی خانوادگی است که در آن اتفاق نظر ترغیب شود. در نظام اشتغال مادام‌العمر، امکان پیشرفت از پایین‌ترین رده‌ها به سطوح مدیریتی و حتی مشاغل اجرایی وجود دارد. عامل دیگری که به حس یکپارچگی میان کارکنان می‌انجامد کمتر بودن تفاوت‌های سطح حقوق بین مدیران و کارگران یا به عبارتی بین کارکنان یقه سفید و یقه آبی ژاپن نسبت به سایر کشورهاست. کار نزدیک گروهی نیز به پیشرفت کنترل کیفیت در بخش تولید مدد رسانده است. کارکنانی که در مشاغل خود احساس امنیت می‌کنند، قادرند که به طور نزدیک‌تری با یکدیگر همکاری نموده و پیشنهادهای خود را به مدیریت ارائه نمایند. توزیع عادلانه منافع صنعتی نیز به کارکنان انگیزه بیشتری می‌بخشد تا برای بهبود کنترل کیفیت بیشتر تلاش کنند. بسیاری از شرکت‌های ژاپنی نیز کارکنان خود را تشویق می‌کنند تا بخشی از درآمد ماهیانه خود را صرف خرید سهام شرکت کنند تا بدین طریق حس داشتن سهم شخصی از شرکت را در کارکنان برانگیزند.

اکثر اتحادیه‌های کارگری ژاپن نه بر طبق مشاغل تخصصی عرصه‌های صنعتی یا صنایع حرفه‌ای خاص بلکه به صورت اتحادیه‌های شرکتی با عضویتی که به‌طور عمده به کارکنان عادی تمام‌وقت شاغل در یک شرکت خاص و شرکت‌های تابعه آن محدود می‌شود، سازماندهی شده است. اتحادیه‌های کارگری به واسطه شرکت‌هایشان در اتحادیه واحد صنعتی شرکت می‌کنند و بسیاری از اتحادیه‌های واحد عضو مراکز مربوطه واحد کار ملی هستند. «رنگو» که در سال ۱۹۸۹ تأسیس شده است بزرگ‌ترین مرکز واحد کار ملی است. این مرکز در ژوئن سال ۱۹۹۶، ۷/۶۵ میلیون عضو داشته است.

۲. تغییرهای عمده فراروی

گرچه زمانی نظام استخدامی مادام‌العمر و درآمدهای منطبق با سنوات کاری روابط کاری مطلوب به شمار می‌آمدند، این نظام به تدریج در حال تغییر است. ترکیدن حباب اقتصادی در آغاز دهه ۱۹۹۰ به رکود طولانی و رشد اندک اقتصادی انجامیده است. درست همان‌گونه که تجارت و صنایع ژاپن

ملزم شده‌اند تا برای بهبود شرایط با اتخاذ شیوه‌هایی از قبیل تولید کالا با ارزش افزوده تغییرات زیادی ایجاد کنند، احتمال دارد که تلاش‌های بیشتری نیز برای بازسازی بازار کار ژاپن صرف شود. برخی از این تلاش‌ها از قبل آغاز شده است. در حالی که اغلب شرکت‌ها تلاش نموده‌اند تا مانع برکناری کارکنان شوند، اقدام‌های دیگری نظیر جذب کمتر فارغ‌التحصیلان جدید، محدود کردن انتقال کارکنان به شعب دیگر یک شرکت و اعمال محدودیت بر سطوح دستمزد و شرایط استخدامی به ایجاد اصطکاک بین مدیریت و کارکنان انجامیده است.

شرکت‌های بزرگ نیز در حال اصلاح نظام استخدامی مادام‌العمر هستند. بسیاری از شرکت‌ها تمایل دارند که کارکنان خود را خیلی پیش از رسیدن به سن شصت سالگی اخراج نموده یا نسبت به جذب تازه واردین متخصص اقدام کنند. علاوه بر این، نظام دستمزد منطبق با سنوات کاری در حال تجدیدنظر بوده، و برخی از شرکت‌ها شرایطی را بر دریافت حقوق سالیانه اعمال نموده‌اند.

به موازات تحولاتی که در مدیریت پدید آمده، طریقه تفکر شخصی کارکنان، به‌ویژه کارکنان جوان‌تر نیز در حال تغییر است. کارکنان به نحوی روزافزون نسبت به آرمان وفاداری به شرکت‌هایشان توجه کمتری نشان می‌دهند. غیرمعمول نیست که کارکنان با یافتن امکانات مناسب‌تر کاری تغییر شغل دهند.

۳. تأمین اجتماعی در ژاپن

۳-۱. معرفی نظام تأمین اجتماعی کشور ژاپن

نظام دولتی و فراگیر تأمین اجتماعی ژاپن با هدف پرداخت مستمری و برقراری بیمه همگانی، در سال ۱۹۶۱ تأسیس شد. رشد سریع اقتصادی باعث گسترش نظام تأمین اجتماعی در دهه ۱۹۷۰ و متعاقب آن افزایش انتظارات مردم از تأمین اجتماعی شد. در اوایل دهه ۱۹۷۰، دولت معیارهای متعددی جهت پاسخگویی به این نیازها اتخاذ نمود از جمله افزایش مزایای مستمری‌ها و بیمه‌های درمانی، اصلاح بیمه‌های بیکاری و معرفی مقرری کودک.

نظام تأمین اجتماعی کنونی ژاپن متشکل از ۵ شاخه است:

حمایت‌های دولتی، خدمات رفاهی، بیمه‌های اجتماعی (خدمات دولتی، مستمری‌ها، مقرری کودک، بیمه بیکاری و غرامت حوادث ناشی از کار)، درمان همگانی و نظام حمایت‌های دولتی برای قربانیان جنگ.

هر یک از این شاخه‌ها به ترتیب طرح‌های متفاوتی را ارائه می‌دهند، به عنوان مثال، خدمات درمانی

که شامل بیمه‌های درمانی ملی، بیمه‌های درمانی کارکنان، بیمه‌های دریانوردان، اتحادیه‌های کمک متقابل جهت کارکنان دولتی در سطح محلی و ملی و جهت کارکنان مدارس خصوصی و بیمه سالمندان است. هزینه این خدمات در بین طرح‌های مختلف بیمه‌ای سرشکن می‌شود. نظام مستمری دو پایه شامل طرح مستمری ملی است که کلیه شهروندان را تحت پوشش قرار می‌دهد و اتحادیه‌های کمک متقابل و مستمری‌ها که با هدف پوشش کارکنان سازمان‌های دولتی و خصوصی مختلف تأسیس شده است.

۲-۳. تأمین اجتماعی کودکان و برنامه فرشتگان

در دوران پس از جنگ دوم جهانی مشغولیت‌های ذهنی دولت‌های ژاپن در لزوم اتخاذ تدابیر اضطراری برای کمک به افراد فقربازده از دوران آشوب‌زده پس از جنگ نشأت گرفته بود. نخستین قانون پایه مربوط به کودکان و تأمین اجتماعی آنان قانون تأمین اجتماعی کودکان (جیدو فو کوشی هو) بود که در سال ۱۹۴۷ به مرحله اجرا گذاشته و در سال ۱۹۹۷ مورد بلژیینی و اصلاح قرار گرفت.

بر اساس قانون تأمین اجتماعی کودکان زیر ۱۸ سال در زمره کودکان (جیدو) قرار می‌گیرند. این گروه به سه زیرگروه تقسیم می‌شود: کودکان زیر یک سال که به‌طور رسمی «نوزاد» (یوجی) نامیده می‌شوند، کودکان یک ساله یا بیشتر که هنوز وارد مدرسه ابتدایی نشده‌اند (یوجی)، و کودکان از سن مدرسه ابتدایی تا ۱۷ سال که عنوان «شونن» بر آنها اطلاق می‌شود.

هر یک از ۴۷ استان ژاپن در مطابقت با مفاد قانون تأمین اجتماعی کودکان چندین مرکز مشاوره امور کودکان (جیدو سودانجو) را اداره می‌نمایند. این مراکز وظایف خود را با به کار گرفتن مأموران تأمین اجتماعی کودکان (جیدو فو کو شیشی) انجام می‌دهند. مأموران تأمین اجتماعی کودکان، دوره‌های آموزشی ویژه‌ای گذرانده و آمادگی دارند در مورد تمام مسائل مربوط به کودکان در مناطق تحت پوشش هر مرکز مشاوره ارایه نمایند. مراکز مشاوره امور کودکان از دیدگاه کارشناسی بررسی‌های نظام‌مند انجام داده و تصمیم‌گیری می‌نمایند، به والدین یا سرپرستان کودکان راهنمایی لازم را ارایه می‌کنند و باید ترتیب‌های تعیین شده در خصوص سرپرستی موقت کودکان توسط والدین فرزندپذیر یا اقامت کودکان محروم در مؤسسات تأمین را مورد تأیید رسمی قرار دهند. چنین ترتیب‌هایی با مشاوره نزدیک با اداره‌های تأمین اجتماعی و مراکز بهداشتی (هو کنجو) اتخاذ می‌شوند. نهادهای خودگردان دولتی شهر، شهرستان و روستاها با به کار گرفتن مأموران داوطلب تأمین اجتماعی کودکان (جیدوای این) و مأموران مجاز تأمین اجتماعی می‌کوشند از محیط زندگی کودکان، زنان باردار و نومادرانی که نیازمند کمک هستند درک کافی به دست آورند. برای

مراقبت‌های ویژه از کودکان ۱۳ نوع مؤسسه عمومی وجود دارد از جمله خانه‌های نوزاد (نیوجی این)، مهدکودک (هویکوشو) و آسایشگاه مراقبت از کودکان مبتلا به معلولیت شدید ذهنی یا جسمی. تأمین اجتماعی کودکان از نظر بودجه و انواع مراکز تخصصی در میان تمام فعالیت‌های تأمین اجتماعی زیر نظر دولت بیشترین سهم را به خود اختصاص داده است. قانون تأمین اجتماعی کودکان در سال ۱۹۹۷ مورد بازبینی و اصلاحات اساسی قرار گرفت. این اصلاحات به منظور پاسخگویی به تغییراتی انجام شد که در ۵۰ سال گذشته، یعنی از زمان پایان جنگ دوم جهانی، در محیط زندگی کودکان رخ داده است.

مواردی مانند کار کردن همزمان زن و شوهر برای تأمین درآمد خانواده که اکنون به الگوی غالب تبدیل شده، گرایش به سمت خانواده هسته‌ای که در هر خانه بیش از دو نسل در کنار هم زندگی نمی‌کنند، و کاهش تعداد فرزندان هر خانواده و نرخ زاد و ولد (تعداد میانگین کودکان متولد شده به ازای هر زن) تنها ۱۳۹ فرزند به ازای هر زن در سال ۱۹۹۷، از جمله چنین تغییراتی هستند. اصلاحات به عمل آمده در قانون تأمین اجتماعی کودکان به فرارفتن از مفاهیم حمایت و کمک اضطراری تا حد پرداختن به مسائلی مانند حمایت از کودکان برای رسیدن به خوداتکایی از نظر معنوی، اجتماعی و اقتصادی در زمان رسیدن به سن بلوغ اجتماعی تأکید می‌ورزد. قانون اصلاح شده، ایجاد مراکز حمایتی برای خانواده‌های فرزنددار را تضمین می‌نماید. این مراکز در ارتباط نزدیک با مراکز مشاوره کودک فعالیت کرده و در محدوده مناطق تحت پوشش خود در مورد کودکان توصیه و راهنمایی‌های گوناگونی ارائه می‌نمایند. نام و کارکرد چندین نوع از مراکز تأمین اجتماعی کودکان که از قبل نیز وجود داشته‌اند نیز به نحوی تغییر یافته که مشخص نماید کارکرد آنها صرفاً ارایه تسهیلات برای سرپرستی و مراقبت از کودکان نیست بلکه این مراکز نهادهایی هستند برای تشویق به رشد «خوداتکایی». به‌عنوان مثال نام خانه‌های تعلیم و تربیت مجرمان صغیر به مراکز حمایتی خوداتکایی کودکان و نام خانه‌های خانواده بدون پدر به مراکز حمایتی معیشت مادران و کودکان تغییر یافته است. قانون تأمین اجتماعی خانواده‌های بدون پدر و بیوه زنان که در سال ۱۹۶۴ به مرحله اجرا گذاشته و در سال ۱۹۹۳ مورد اصلاح قرار گرفت به همراه قانون تأمین اجتماعی کودکان که در همان زمان هم اجرا می‌شد تسهیلات لازم را برای خانواده‌های مادر-سرپرست فراهم می‌آورد.

پیش از بازبینی و اصلاح قانون تأمین اجتماعی کودکان، برنامه‌ای ده ساله که به‌طور رسمی جهت‌گیری اساسی برای کمک به پرورش فرزند و اصطلاحاً برنامه فرشتگان نامیده می‌شود به‌طور مشترک توسط وزارتخانه‌های آموزش و پرورش، بهداشت و تأمین اجتماعی، وزارت کار و وزارت ساختمان تهیه شد. برنامه مذکور با توجه به آنکه یکی از دلایل گرایش به

کوچک شدن خانواده‌ها حضور روزافزون زنان در عرصه کار است، می‌کوشد محیطی ایجاد نماید که این اطمینان را در زنان به وجود آورد که با وجود شاغل بودن می‌توانند به پرورش فرزندان خود پردازند. توسعه ظرفیت مهدکودک‌ها تا حد پذیرش ۶۰۰,۰۰۰ کودک زیر سه سال، طولانی کردن ساعات‌های کار مهدکودک‌ها و افزایش بسیار در تعداد مراکز حمایتی پرورش کودکان در سراسر زاین از جمله تدابیر مختلف پیش‌بینی شده است.

۳-۳. تأمین اجتماعی برای افراد معلول و «عادی‌سازی»

در سال ۱۹۹۷ در زاین به‌تقریب ۲,۹۵۰,۰۰۰ نفر فرد معلول جسمی، ۳۹۰,۰۰۰ نفر معلول ذهنی و ۱,۰۸۰,۰۰۰ نفر معلول روانی و به‌طور جمع ۴,۴۲۰,۰۰۰ نفر معلول وجود داشت. تدابیر تأمین اجتماعی دولتی برای این افراد بر اساس قانون تأمین اجتماعی معلولان جسمی که در سال ۱۹۴۹ به مرحله اجرا درآمده و در سال ۱۹۹۳ مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت، اجرا می‌شود. از نظر حقوقی «معلول جسمی» به فردی گفته می‌شود که بیش از ۱۸ سال داشته و از نظر جسمی ناتوانی یا معلولیت داشته باشد. افراد معلول زیر ۱۸ سال مشمول قانون تأمین اجتماعی کودکان می‌شوند. تدابیر تأمین اجتماعی مربوط به معلولین توسط دولت‌های محلی، به ویژه از طریق اداره‌های تأمین اجتماعی و مراکز مشاوره توانبخشی معلولین جسمی، اجرا می‌شود. در این اداره‌ها و مراکز، افرادی با دانش و مهارت‌های تخصصی به ارائه خدمات به معلولین جسمی در مناطق تحت پوشش خود می‌پردازند. مأموران داوطلب تأمین اجتماعی و مشاوران معلولان جسمی که از سوی دولت‌های شهر، شهرستان یا روستا تعیین می‌شوند، به متخصصان کمک می‌کنند.

معلولین جسمی مشمول خدمات متعدد تأمین اجتماعی دولت هستند، از جمله مشاوره و راهنمایی، خدمات توانبخشی و پزشکی خاص، تجدید یا تعمیر وسایل و دستگاه‌های کمکی و اقامت در مراکز توانبخشی با حیطه‌های مختلف تخصصی. برای افراد دچار معلولیت شدید این خدمات می‌تواند شامل اهدا یا تهیه وان حمام، توالت متحرک، تخت ویژه، دستگاه تایپ برقی و نیز اعزام کمک خانگی و پرسنل پزشکی برای معاینه در منزل باشد. برای کمک به افراد معلول برای نیل به خوداتکایی در جامعه، دولت‌های مرکزی و محلی با خرید وسایل تولیدشده توسط معلولین می‌کوشند در نیل آنان به خوداتکایی در جامعه یاری رسانند. فعالیت‌های مختلفی نیز برای پاسخگویی به نیازهای معلولین به نحوی که مشارکت آنان را در جامعه تسهیل نماید، در نظر گرفته شده است. جهت کمک به خوداتکایی اقتصادی معلولین، مقرری خاصی به نام مقرری افراد با توانایی‌های خاص پرداخت می‌شود و مبتلایان به معلولیت‌های ذهنی نیز از طریق نظام‌های حمایت و کمک متقابل، مقرری‌های خاص دریافت می‌نمایند.

جدول شماره ۱. تعداد مراکز تأمین اجتماعی (دولتی و خصوصی)، ۱۹۹۵

۳۴۰	مراکز اقامتی اورژانس کوتاه مدت
۱۲۹۰۴	مراکز تأمین اجتماعی سالمندان
۱۳۲۱	مراکز توانبخشی برای افراد دچار معلولیت جسمی
۵۲	مراکز اقامتی اورژانس ویژه برای زنان
۳۳۲۳۱	مراکز تأمین اجتماعی کودکان
۲۳۱۲	مراکز غیر اقامتی برای افراد دچار معلولیت ذهنی
۹۲	مراکز تأمین اجتماعی برای خانواده‌های بدون پدر
۲۳۳	مراکز بازپروری اجتماعی افراد دچار ناراحتی‌های روانی
۸۲۸۳	دیگر مراکز تأمین اجتماعی

مقرری‌های خاص پرورش کودک به سرپرستان قانونی کودکان معلول جسمی یا ذهنی که در خانه نگه‌داری می‌شوند پرداخت می‌شود. در سال‌های اخیر در ژاپن نیز مانند کشورهای دیگر مفهوم «عادی سازی» توجه روزافزونی به خود معطوف نموده است. هدف از این امر ایجاد جامعه‌ای است که معلولین بتوانند در آن به شیوه‌ای عادی در کنار دیگران زندگی کنند. جالب آنکه وسط سنگفرش پیاده‌روها به‌طور معمول جهت رفاه نابینایان به شکل برجسته بوده و برای رفتن به پل‌های هوایی و ایستگاه‌های مترو، آسانسور وجود دارد؛ که راهنمای آن برای نابینایان به صورت خط بریل هم مشخص شده است.

در ژاپن تأمین اجتماعی برای افراد دچار دشواری‌های اقتصادی ایجاد شده است. پرداخت کمک مالی بر اساس درخواست فرد نیازمند کمک یا سرپرست قانونی وی یا خویشاوندی که با فرد متقاضی در یک محل زندگی می‌کند، آغاز و به‌طور کلی به واحد خانواده پرداخت می‌شود. انواع کمک هزینه در هفت مقوله زیر دسته‌بندی می‌شوند: ۱. کمک هزینه تأمین خوراک؛ پوشاک و دیگر ملزومات زندگی روزمره؛ ۲. کمک هزینه تهیه کتاب‌های درسی در دوران تحصیلات اجباری؛ ۳. کمک هزینه مسکن؛ ۴. کمک هزینه تأمین منارج معاینه‌های پزشکی و دارو؛ ۵. کمک هزینه زایمان؛ ۶. کمک هزینه تأمین سرمایه و تجهیزات لازم برای اشتغال؛ ۷. کمک هزینه تدفین.

۳-۴. جامعه‌ای در حال پیر شدن

گرایش به داشتن فرزندان کم‌تر و افزایش تعداد سالمندان در ژاپن نسبت به هر جای دیگری در

جهان شتاب بیشتری یافته است. بر اساس آمار وزارت بهداشت در سال ۱۹۸۰ میانگین فرزندانی که انتظار می‌رفت هر زن به دنیا بیاورد ۱/۷۵ بود. این رقم که در سال ۱۹۹۶ به ۱/۴۳ کاهش یافت از ارقام ۲/۰۵ در ایالت متحد آمریکا، ۱/۷۶ در بریتانیا و ۱/۶۵ در فرانسه کمتر بود. در صورتی که نرخ زاد و ولد دوباره افزایش نیابد، کاهش جمعیت مولد (ستین ۱۵ تا ۶۴ سال) اجتناب‌ناپذیر خواهد بود و به نگرانی در خصوص افول اقتصادی و حفظ نظام بهزیستی اجتماعی خواهد انجامید.

افزایش میانگین سن ازدواج هم برای زنان و هم برای مردان از دلایل اصلی سقوط نرخ زادوولد است. عدم کفایت نظام‌های عمومی که به شاغل بودن و به طور همزمان پرورش فرزندان کمک می‌کنند از عوامل بی‌میلی زنان شاغل به داشتن فرزند است. علاوه بر آن مردان هنوز در کمک در کارهای خانه و نگهداری از فرزندان مشارکت به نسبت کمی دارند که ریشه در فرهنگ و سنت‌های این کشور دارد. دولت مسئله افت نرخ زاد و ولد را مشکلی می‌داند که نیازمند توجه فوری است. برای حل این مشکل در سال ۱۹۹۲ قانونی به اجرا گذاشته شد که به موجب آن کارفرمایان نمی‌توانند با درخواست خصوصی به منظور رسیدگی به فرزندان زیر یک سال، چه از سوی مردان و چه از سوی زنان، مخالفت نمایند. این قانون از سال ۱۹۹۵ در صورت گرفتن مرخصی برای رسیدگی به کودکان نوزاد، پرداخت ۲۵ درصد حقوق عادی فرد شاغل را از سوی صندوق‌های بیمه کار تضمین می‌نماید و بسیاری از مؤسسات خصوصی بزرگ‌تر به این منظور تسهیلات مالی بیشتری ارائه می‌نمایند.

با بالا رفتن میانگین سن در جامعه مسئولیت‌های بیشتری بر عهده افراد شاغلی که در خانواده آنان افراد سالم نیازمند پرستاری خاص وجود دارند، قرار می‌گیرد. در سال ۱۹۹۶ تعداد شهروندانی که نیازمند پرستاری خاص بودند بیش از دو میلیون نفر بود. برای مقابله با این مشکل در سال ۱۹۹۵ اصلاحیه قانون مراقبت از فرزندان تصویب شد تا افراد شاغل بتوانند برای تأمین مراقبت‌های پرستاری اضافی از کار خود مرخصی بگیرند. این قانون در سال ۱۹۹۹ به اجرای کامل درخواهد آمد و افراد شاغل خواهند توانست برای طول زمان معین شده با توجه به نیاز مراقبت خاص از همسر، والدین، فرزندان یا والدین همسر از کار ثابت خود مرخصی بگیرند و بازگشت به شغل ثابت در محل کار معمول پس از این‌گونه مرخصی‌ها تضمین می‌شود.

مسئله پیرشدن جامعه ژاپن یکی از دغدغه‌های بلندمدت است. در حال حاضر تنها ۱۵ درصد از جمعیت ژاپن ۶۵ سال یا بیشتر دارد اما تا سال ۲۰۲۰ این رقم به ۲۵ درصد خواهد رسید و به تناسب آن نیروی کار نیز کاهش خواهد یافت. این به معنای افزایش بار مالیات و هزینه‌های تأمین اجتماعی است که کارگران باید آن را تأمین کنند، در حالی که در

عین حال ممکن است افت در میزان پس‌اندازها از انباشت سرمایه جلوگیری کند. همچنین ممکن است که نیروی ناکافی کار، خود به عواملی برای کاهش رشد بالقوه تبدیل شود.

۵-۳. تأمین اجتماعی برای سالمندان و برنامه جدید زرین

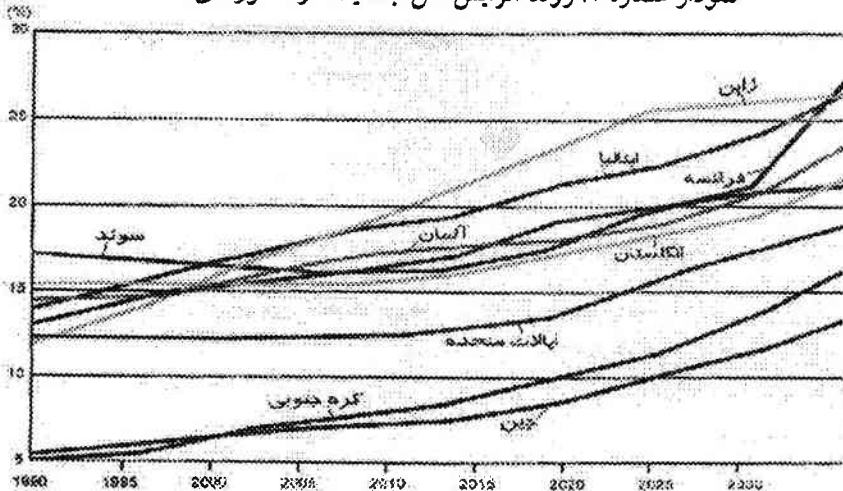
با پیشرفت در زمینه فناوری پزشکی و بهبود بهداشت عمومی و تغذیه، میانگین سن مردم ژاپن افزایش قابل توجهی یافته است. تدابیر تأمین اجتماعی اتخاذ شده به نفع سالمندان براساس قانون تأمین اجتماعی سالمندان که در سال ۱۹۶۳ به مرحله اجرا گذاشته شد و آخرین بار در سال ۱۹۹۳ مورد بازبینی قرار گرفت، اجرا می‌شوند. مفاد قانون خدمات بهداشتی و پزشکی سالمندان که در سال ۱۹۸۲ به اجرا درآمد و در سال ۱۹۹۳ مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت نیز به تأمین و حفظ بهداشت جسمی و ذهنی افراد سالمند مربوط می‌شود. تدابیر تأمین اجتماعی برای سالمندان، کودکان و افراد معلول توسط دولت‌های محلی، به ویژه دفاتر تأمین اجتماعی به اجرا گذاشته می‌شوند. در این دفاتر برای ارایه کمک‌ها و توصیه‌های لازم افرادی با دانش و مهارت‌های ضروری که عنوان مأموران مجاز تأمین اجتماعی بر آنها اطلاق می‌شود، به کار مشغول هستند. مأموران داوطلب با ادارات مذکور همکاری می‌نمایند و می‌کوشند در مورد وضعیت افراد سالمند در مناطق جغرافیایی خود درک دقیقی به دست آورند.

مراکز خدمات روزانه برای پرستاری از سالمندان و نیز خانه‌های ویژه پرستاری از سالمندان از انواع تسهیلات تأمین اجتماعی برای سالمندان نیازمند مراقبت‌های خاص برخوردار هستند. در سال ۱۹۸۹ دولت ژاپن با توجه به ناکارایی آشکار، تدابیر پیشین برای مقابله با پیامدهای ناشی از بالا رفتن میانگین سن جامعه در قرن ۲۱ راهبرد ده ساله بهبود بهداشت و تأمین اجتماعی سالمندان را که به نام برنامه زرین معروف است، در پیش گرفت. در پایان سال ۱۹۹۳ مبلغ کل منظور شده در بودجه دولت‌های محلی برای تأمین اجتماعی و بهداشت سالمندان، بیش از مبلغی بود که در اصل در برنامه زرین پیش‌بینی شده بود. بنابراین در سال ۱۹۹۴ برنامه مذکور مورد بازبینی و اصلاح قرار گرفت و نام برنامه جدید زرین بر آن نهاده شد. برنامه جدید زرین تدابیر بهبود بخش متعددی تا سال مالی ۱۹۹۹ را دربرمی‌گرفت. افزایش تعداد پرستاران خانگی برای افراد سالمند، افزایش ظرفیت مؤسسات اقامت کوتاه‌مدت برای پذیرش سالمندان در دوره‌های استراحت و مراقبت ویژه، ارایه خدمات روزانه در مراکز خدمات روزانه، و نیز گسترش خدماتی مانند عیادت توسط پزشک یا پرستارانی که مراقبت‌های ویژه به سالمندان ارایه نموده و آنان را در مورد تمرین‌های بدنی برای بدست آوردن مجدد عملکردهای جسمانی آسیب‌دیده راهنمایی می‌کنند، از جمله این تدابیرند. ارایه این خدمات به سالمندان در منازل صورت می‌پذیرد.

۴. نگاهی گذرا به روند سالمندی در جهان

طبق آمار و ارقام موجود از منابع موثقی همچون بانک جهانی و سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه (OECD) انتظار می‌رود که در سال ۲۰۳۰ نسبت سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) جهان به کل دنیا به تقریب دو برابر و از متوسط ۹ درصد در سال ۱۹۹۵ به ۱۶ درصد طی ۳۵ سال برسد. در اروپای شرقی نسبت مزبور از ۱۷/۷۰ درصد در سال ۱۹۹۵ احتمالاً به ۲۵/۲۸ درصد در سال ۲۰۲۵، در آمریکای لاتین از ۸/۳۰ درصد به ۱۵/۷۴ درصد و در آسیا از ۹/۳۰ درصد به ۱۸/۶۰ درصد خواهد رسید. پیش‌بینی می‌شود که در کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی برای توسعه، جمعیت سالمندان ۶۵ سال و بیشتر ۹۱ درصد و جمعیت سالمندان ۸۰ سال و بیشتر، بین سال‌های ۱۹۸۰ و ۲۰۵۰ به بیش از ۲۰۰ درصد افزایش می‌یابد. گرچه در سال ۱۹۸۰ جمعیت ۶۵ سال و بیشتر و جمعیت ۸۰ سال و بیشتر کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی برای توسعه، به ترتیب ۱۲/۱۰ درصد و ۲۰/۲ درصد جمعیت کل کشورهای مزبور را تشکیل می‌دادند، اما تخمین زده می‌شود که نسبت‌های مزبور تا سال ۲۰۲۰ به ترتیب ۱۸/۱ درصد و ۳/۸ درصد و تا سال ۲۰۵۰ به ترتیب ۲۰/۹ درصد و ۶/۵ درصد شوند. در نمودار شماره ۱ درصد افراد بالای ۶۵ سال در کل جمعیت چند کشور نشان داده شده است:

نمودار شماره ۱. روند افزایش سن جمعیت در کشورهای مختلف



منبع: چشم انداز جمعیت جهانی سازمان ملل.

به این ترتیب، به نظر می‌رسد که کشورهای در حال توسعه، در مقایسه با کشورهای توسعه‌یافته، بر خلاف باور رایج، با سرعت بیشتری در حال سالمندی هستند، به نحوی که برآورد می‌شود در سال ۲۰۳۰، ۸۰ درصد سالمندان جهان در کشورهایی که امروزه در زمره کشورهای در حال توسعه محسوب می‌شوند، زندگی نمایند که از میان این عده بیش از ۵۰ درصد در آسیا و بیش از ۲۵ درصد تنها در چین زندگی خواهند کرد. بر اساس بررسی‌های بانک جهانی هم اکنون حدود ۵۷ درصد رشد جمعیت سالمندان، مربوط به آسیا است که بخش عمده آن به کشور چین تعلق دارد. طبق همین بررسی‌ها جمعیت سالمندان ۶۰ سال و بیشتر، از نیم میلیارد نفر در سال ۱۹۹۰ به ۱/۴ میلیارد نفر (تقریباً ۳ برابر) در سال ۲۰۳۰ افزایش خواهد یافت، در حالی که جمعیت مزبور در سال ۱۹۹۰ تنها ۹ درصد از جمعیت جهان را تشکیل می‌داد، این میزان در سال ۲۰۳۰ به ۲۷ درصد بالغ خواهد شد. در دهه ۱۹۵۰ حدود ۱۰ درصد جمعیت، سرند بالای ۶۵ سال بود در حالی که در آستانه قرن بیست و یکم، بیش از ۱۲ درصد جمعیت اروپا و امریکای شمالی سالمند هستند. بیمه مراقبت‌های بلندمدت ژاپن (LTCI)، در سال ۲۰۰۰ عرضه شد. بسیاری از ویژگی‌های بیمه مراقبت‌های بلندمدت ژاپنی از بیمه مراقبت‌های بلندمدت آلمان و هلند اقتباس شده است، ولی تفاوت‌های مهمی هم با آنها دارد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. مقایسه نظام بیمه مراقبت بلندمدت در ژاپن، آلمان و هلند

شرح	آلمان	هلند	ژاپن
نام نظام	بیمه اجتماعی سلامت	بیمه اجتماعی سلامت	بیمه مراقبت‌های بلندمدت
سازمان بیمه‌گر	صندوق بیماری	دولت مرکزی	شهرداری‌ها
تامین بودجه مالی	حق بیمه	حق بیمه+کمک‌های پرداختی	حق بیمه+کمک‌های پرداختی + مالیات
بیمه‌گذار	به تقریب کلیه شهروندان	کلیه شهروندان	شهروندان ۶۰-۴۰ سال (نوع ۲)
جوانان و معلولین	واجد شرایط پرداخت	واجد شرایط پرداخت	واجد شرایط پرداخت نیستند
سطح مراقبت	۳ سطح	سطحی تعریف نشده است	۶ سطح
پرداخت نقدی	بله	بله	خیر

اول آن‌که در آلمان و هلند هیچ کس از مزایای بیمه محروم نیست، حتی جوانان و معلولان. در حالی که نظام ژاپن افراد ۴۰ سال و بالاتر را پوشش می‌دهد و افراد فقط در سن ۶۵ سالگی یا بیشتر واجد شرایط استفاده از مزایای آن می‌شوند. کسانی که زیر ۶۵ سال هستند ولی بیشتر از ۴۰ سال سن دارند ملزم به پرداخت حق بیمه هستند ولی واجد شرایط استفاده از مزایای بیمه نیستند مگر در صورت ابتلا به ۱۵ بیماری مشخص مربوط به سالمندی از قبیل آلزایمر، بیماری‌های مغزی - عروقی، پارکینسون و غیره. برای معلولان یا ازکارافتاده‌ها، ژاپن برنامه رفاهی جداگانه‌ای دارد که از محل درآمدهای مالیات عمومی تأمین مالی می‌شود و دوم، در آلمان فقط سه سطح مراقبتی درجه‌بندی شده است و کسانی که در نظام آلمانی «مستلزم حمایت» (سطح ۱) هستند، در نظام ژاپن نمی‌توانند از مزایای بیمه‌ای استفاده کنند. از دیدگاهی، نظام ژاپنی سخاوتمندتر از نظام آلمانی است. سوم، در آلمان یا در هلند علاوه بر مراقبت‌های داخل منزل و مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص، به خانواده‌هایی که از مزایای بیمه مراقبت بهره می‌برند، پول نقد هم پرداخت می‌شود، ولی پرداخت نقدی از فهرست مراقبت در منزل ژاپنی حذف شده است.

باید یادآور شویم که برای اولین بار همراه با بیمه مراقبت‌های بلندمدت در ژاپن، «اصل بازار» در بازار خدمات ارایه شد.

وقتی که گسترش بازار را از منظر تقاضا ببینیم (جدول شماره ۳)، تعداد افراد واجد شرایط سطوح متفاوت مراقبت از ۲/۵۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۴/۱۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۴ رسیده است. تعداد افرادی که در واقع از خدمات بهره‌مند شدند از ۱/۶۸ میلیون نفر به ۳/۱۶ میلیون نفر افزایش یافته است. بنابراین طی این مدت، تعداد سالمندانی که مزایای بیمه مراقبت‌های بلندمدت در ژاپن را دریافت کردند هر ساله بیش از ۱۰ درصد افزایش یافته است و در مقابل تعداد سالمندان سالانه ۳ درصد اضافه شده است.

با توجه به گسترش بازار از نظر عرضه، می‌بینیم که نه تنها تعداد عرضه‌کنندگان افزایش صعودی داشته است، بلکه تعداد کارمندان بخش خدمات مراقبت‌های بلندمدت نیز از ۷۲۰,۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۰ به تقریب به یک میلیون نفر در سال ۲۰۰۴ رسیده است که افزایش ۳۸ درصدی در این دوره را نشان می‌دهد. تعجبی ندارد که بیشتر این افزایش مربوط به بخش خدمات مراقبت در منزل است که ۲۰۰,۰۰۰ کارمند به رقم اولیه اضافه شده است، در حالی که بخش مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص فقط ۷۰,۰۰۰ نفر در این مدت افزایش داشته است.

جدول شماره ۳. تعداد سالمندان واجد شرایط و استفاده‌کنندگان (به ۱۰۰۰ نفر)

مؤارد	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	۲۰۰۳	۲۰۰۴
تعداد سالمندان واجد شرایط	۲,۵۶۲	۲,۹۸۳	۳,۴۴۵	۳,۸۳۹	۴,۱۶۲
		%۱۶/۴	%۱۵/۵	%۱۱/۴	%۸/۴
تعداد استفاده‌کنندگان خدمات بلندمدت	۱,۶۸۷	۲,۱۷۵	۲,۵۴۰	۲,۸۶۸	۳,۱۵۶
		%۲۸/۹	%۱۶/۷	%۱۲/۹	%۱۰/۰
تعداد استفاده‌کنندگان مراقبت در منزل	۱,۱۳۴	۱,۵۲۰	۱,۸۴۰	۲,۱۳۶	۲,۳۹۳
		%۳۴/۱	%۲۱/۰	%۱۶/۱	%۱۲/۰
تعداد استفاده‌کنندگان در مؤسسات	۵۵۴	۶۵۵	۷۰۰	۷۳۲	۷۶۳
		%۱۸/۳	%۶/۸	%۴/۶	%۴/۲
جمعیت بالای ۶۵ سال	۲۲,۴۲۲	۲۳,۱۶۸	۲۳,۹۳۴	۲۴,۴۹۴	۲۵,۲۲۹
		%۳/۳	%۳/۳	%۲/۳	%۳/۰

یادداشت: ۱. ردیف دوم نرخ رشد نسبت به سال قبل است؛ ۲. ارقام سال ۲۰۰۴ تخمینی است.

با وجودی که محدودیت‌های عرضه‌کنندگان مراقبت در منزل برای ورود به این بازار برداشته شد، عرضه خدمات مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص کماکان به سازمان‌های بهزیستی، سازمان‌های پزشکی و کارگزاران دولتی شهرداری‌ها محدود شده است. به دنبال ارایه بیمه مراقبت‌های بلندمدت و در مقایسه با هجوم تقاضا برای مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص، ظرفیت عرضه این سازمان‌ها تنها اندکی افزایش یافته است که باعث ایجاد مازاد تقاضای زیاده از حد و فهرست انتظار طولانی شده است. در حال حاضر، تعداد افرادی که در فهرست انتظار هستند بین ۳۰۰,۰۰۰ تا ۴۰۰,۰۰۰ نفر تخمین زده شده است که به عبارتی به طور متوسط باید ۵ تا ۷ سال در انتظار باشند. بازتاب محدودیت جدی عرضه خدمات مراقبت مؤسسه‌های مخصوص و رشد بسیار سریع مزایای بیمه مراقبت‌های بلندمدت، اخیراً در به وجود آمدن سازمان‌هایی مشابه این سازمان‌ها به صورت گروهی از خانه‌های عموماً نزدیک به هم یا خانه‌های مراقبت مشاهده شده است که جایگزین تقریباً مشابهی برای مراقبت در منزل هستند. متوسط سطح مراقبت حداقل در سه سال اخیر ۲ درصد در این سازمان‌ها افزایش یافته است. بخشی از این افزایش ممکن است نشان‌دهنده

بهبود طبیعی سطوح مراقبتی از بیماران مستقر در این سازمان‌ها باشد. کاواگو آمار تمام افرادی را که در یک استان کوچک بیمه مراقبت‌های بلندمدت دریافت کرده‌اند در جدولی قرار داده و ماتریس تغییرات سطوح مراقبتی را در سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲ محاسبه کرده است. (جدول شماره ۴)

تغییرات هر سطح مراقبتی در طول زمان افزایش می‌یابد و این گرایش افزایشی در سطوح ۴ و ۵، به خصوص واضح‌تر است. ولی برای کسانی که نیاز به مراقبت در سطوح پایین‌تر دارند، سطح خدمات برای بسیاری مثل سابق است ولی بعضی‌ها هم موفق شده‌اند که تغییراتی ایجاد کنند. برای کسانی که در سال ۲۰۰۰ نیاز به مراقبت سطح ۲ داشتند یعنی کسانی که در مؤسسه‌های مخصوص مزایای بیمه مراقبت‌های بلندمدت دریافت می‌کردند در مقایسه با آن‌هایی که در منزل مراقبت می‌شدند، سهم کمتری از بهبودی عایدشان شد و از اوضاع نامناسب سهم بیشتری متوجه حالشان شده است. یادآوری این نکته جالب است که در مقایسه با کسانی که مراقبت در منزل دریافت کرده‌اند، افرادی که مراقبت شبه‌سازمانی دریافت می‌کنند، (خانه‌های مخصوص مراقبت و گروه خانه‌های نزدیک به هم) بهبود بیشتری داشته‌اند.

جدول شماره ۴. درصد تغییرات در سطوح مراقبت در سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲

		Care level in year 2002							Total
		support require	Care level 1	Care level 2	Care level 3	Care level 4	Care level 5	Dead or discharged	
Care level in year 2000	Support required	32.4	34.8	8.4	2.9	1.7	1.1	18.7	100.0
	Care level 1	5.9	39.8	18.5	8.4	5.5	2.4	19.5	100.0
	Care level 2	0.5	11.6	31.8	17.9	10.2	4.1	23.9	100.0
	Care level 3	0.3	2.6	9.8	27.8	22.9	10.3	26.4	100.0
	Care level 4	0.1	0.7	1.4	7.1	29.9	25.66	35.3	100.0
	Care level 5	0	0.1	0.2	0.8	5.2	20.2	43.5	100.0
	total	5.6	16.7	12.8	10.9	12.1	14.6	27.3	100.0

بخش قابل توجهی از فشاری که بر خانواده‌ها وارد می‌شد با مزایای بیمه مراقبت‌های بلندمدت برطرف شده است و مؤسسه‌های ارایه‌دهنده بیمه مراقبت‌های بلندمدت سطح مراقبت بالاتری را به افراد می‌دهند. در ضمن در برنامه بیمه‌ای، هر ۵ سال یکبار بررسی گنجانده شده است.

۵. تعریف مراقبت‌های بلندمدت سالمندی

تعریف جامع و مانعی که شاید بتوان از مراقبت‌های بلندمدت سالمندی ارایه داد عبارت است از، مجموعه گسترده‌ای از خدمات پزشکی، پشتیبانی و حمایتی برای سالمندانی که قسمتی یا تمامی ظرفیت جسمی یا ذهنی خود را برای انجام کارهای روزمره به سبب بیماری‌های طولانی یا به علت سالمندی از دست داده‌اند. به طوری که انتظار می‌رود، عرضه مراقبت‌ها و خدمات مزبور به آنها برای مدتی طولانی لازم باشد. خدمات مراقبت‌های لازم مزبور معمولاً شامل موارد زیر می‌شوند:

- الف. انجام خدمات پزشکی که به‌طور معمول توسط پرسنل متخصص مراقبت‌های پزشکی مانند پزشکان، فیزیوتراپ‌ها، پرستاران و امثال آنها انجام می‌گیرد؛
- ب. انجام خدمات توانبخشی برای بیماران سالمند مبتلا به بیماری‌های مزمن؛
- ج. کمک در انجام فعالیت‌های روزمره زندگی^۱ مانند حمام گرفتن، غذا خوردن، لباس پوشیدن، جابه‌جایی و غیره.

۶. تأمین اجتماعی در ایران

در اینجا کلیه اقداماتی که از آغاز تاکنون در باب حمایت از کارگران و مزدبگیران در شکل بیمه‌های اجتماعی در ایران صورت گرفته، را به اختصار مورد بررسی قرار می‌دهیم. با این‌که شروع صنایع جدید و ماشینی را از زمان میرزا تقی‌خان امیرکبیر، صدارت عظمای قاجاریه (دهه ۱۲۶۰ هجری قمری) می‌دانند، با این وجود تا سال ۱۳۰۹ هجری شمسی هیچ‌گونه اقدامی از طرف حکومت و دستگاه‌های دولتی در جهت حمایت از کارگران به عمل نیامده بود. اولین اقدامی نیز که در این زمینه تحت تأثیر اوضاع و احوال و مقتضیات روز صورت گرفت،

1. Activities of Daily Living, ADLs

تقلیدی از اقداماتی بود که در سال‌های پیش از آن در کشورهای اروپایی معمول گردیده بود. در ایران برخلاف کشورهای اروپایی به دلیل عدم گسترش صنایع و در نتیجه کمبود کارگران مزدبگیر صنعتی، از اقدام‌های خودکارگران در جهت ایجاد انجمن‌ها یا تشکیلاتی که به امر تأمین اجتماعی بپردازد خبری نیست، از آنجا که دوره انتقال کارگران به بخش صنعت به آرامی صورت گرفت، در بسیاری از موارد نظام سنتی تأمین اجتماعی، تا حدی جوابگوی برخی از نیازهای زاینده اشتغال صنعتی نیز بود، مردها نیز از شرایط کلی جامعه تبعیت می‌کرد و اگرچه مزد در بازار عرضه و تقاضا تعیین می‌شد، لکن به دلیل عدم مهاجرت سیل‌آسای روستاییان و نبود مسائلی همانند مسائل کشورهای غربی، مردها به نحوی سقوط نکرده بود که مشکلات عدیده‌ای برای کارگران پدید آورد. حتی به اعتقاد برخی صاحب‌نظران در جهت ایجاد انگیزه، توجه به رفاه کارگران لازم می‌آمد تا عرضه کار قدری افزایش می‌یافت و با تقاضای کار متعادل می‌شد. از طرف دیگر عضویت ایران در دفتر بین‌المللی کار و تعهدی که ایران نسبت به اجرای مقررات و قواعد مربوط به کار نموده بود، دولت را وادار می‌کرد که به عنوان اولین کشور مسلمان عضو دفتر بین‌المللی کار قدم‌هایی در جهت اجرای توصیه‌های دفتر مزبور بردارد. لذا برای اولین بار در سال ۱۳۰۹ مقرراتی به صورت تصویب‌نامه هیئت دولت در باب بیمه‌های اجتماعی به تصویب رسید، تصویب‌نامه مزبور برای اولین اقدام دولت در مورد تأمین اجتماعی به حساب می‌آید.

۷. نگاهی اجمالی به روند سالمندی در ایران

در ایران آمار و ارقام موجود نشان می‌دهند که طی ۴۰ سال گذشته (۱۳۷۵ - ۱۳۳۵) در حالی که جمعیت ۳/۱۷ برابر و رشد آن از ۳/۹۰ درصد در دهه ۱۳۶۵ - ۱۳۵۵ به ۱/۵۰ درصد در سال‌های ۱۳۷۵ - ۱۳۷۰ کاهش یافته، جمعیت سالمندان (۶۰ سال و بیشتر) ۳/۳۶ برابر شده، در حالی که نیروی شاغل کل ۲/۴۷ برابر و نیروی شاغل زن ۳/۰۸ برابر. در دهه (۷۵ - ۱۳۶۵) نسبت نیروی شاغل زن به نیروی شاغل کل، به یک روند افزایشی از ۸/۸۶ درصد به ۱۲/۱۱ درصد رسیده است. نسبت سالمندان به کل جمعیت در ۴۰ سال اخیر نیز یک روند افزایشی داشته به خصوص آن‌که در ۲۰ سال اخیر، این نسبت از ۵/۲۵ درصد به ۶/۶۴ درصد افزایش یافته است. این در حالی است که نسبت مزبور در سال ۱۹۹۵، در کشورهای اروپای شرقی ۱۷/۷۰ درصد، در آسیا ۹/۳۰ درصد و در کشورهای امریکای لاتین ۸/۳۰ درصد بوده است و انتظار می‌رود که بین سال‌های ۱۹۹۵ و ۲۰۲۵ نسبت مزبور در آسیا دو برابر، در امریکای لاتین ۱۹/۶ درصد و در اروپای شرقی ۴۲/۸ درصد افزایش یابد. هم‌چنین در ۴۰ سال اخیر نسبت

وابستگی سنی سالمندی [بار تکفل نظری] یک روند صعودی داشته است به ویژه آنکه در ۲۰ سال اخیر، این نسبت، از ۱۰/۱۱ درصد به ۱۱/۸۰ درصد افزایش پیدا کرده و انتظار می‌رود که روند افزایشی خود را ادامه دهد. به منظور آگاهی بیشتر و مقایسه بهتر، جدول زیر روند وابستگی سنی سالمندی را برای گزیده‌ای از کشورهای توسعه یافته، بین سال‌های ۱۹۹۰ و ۲۰۵۰ نشان می‌دهد.

جدول شماره ۵. روند وابستگی سنی سالمندی در کشورهای مختلف

کشور سال	فرانسه	آلمان	ژاپن	هلند	بریتانیا	کانادا	امریکا
۱۹۹۰	۲۰/۹	۲۲/۳	۱۶/۲	۱۸/۴	۲۳	۲۱/۶	۱۸/۵
۲۰۲۰	۳۰/۶	۳۳/۵	۳۳/۶	۲۸/۹	۲۵/۵	۳۹/۹	۲۸
۲۰۵۰	۶۳/۳۷	۴۱/۶	۳۷	۳۷/۶	۳۰	۴۵/۶	۳۱/۴

مأخذ: سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه (۱۹۹۸).

نگاهی به آمار و ارقام مربوط به نسبت تعداد خانوارهای با سرپرست ۶۰ سال و بیشتر، به تعداد کل خانوارها، نسبت تعداد خانوارهای با سرپرست ۶۰ سال و بیشتر ۱ نفره به کل خانوارهای ۱ نفره، نسبت تعداد خانوارهای با سرپرست ۶۰ سال و بیشتر ۲ نفره به کل خانوارهای ۲ نفره و دیگر نسبت‌های مشابه نشان می‌دهند در ۳۰ سال اخیر (۷۵-۱۳۴۵) ارقام فوق دارای سیر صعودی شدید بوده‌اند. افزون بر این، در ۲۰ سال گذشته (۷۵-۱۳۵۵) تعداد کادر پزشکی برای هر ۱۰۰۰ نفر، از ۱/۷۴ نفر به ۴/۴۹ نفر افزایش یافته است. نرخ مرگ‌ومیر (میزان در هزار) در ۲۰ سال گذشته با یک سیر نزولی مداوم، از ۱۱/۵ نفر به ۶/۵ نفر کاهش پیدا کرده است. در حالی که در همین مدت، نرخ تولد (میزان در هزار) از ۴۲/۹ نفر به ۲۰/۵ نفر کاهش پیدا کرده است. امید به زندگی در بدو تولد، در ۳۰ سال اخیر، از ۵۰ سال به ۶۷ سال برای مردان و ۶۹/۸۰ سال برای زنان در سال ۲۳۷۵ افزایش یافته است.

1. dependency ratio

2. $P_{65} + / P_{(15-64)}$

تعداد سالمندان نگهداری شده در خانه سالمندان از سال ۱۳۷۰ تا سال ۱۳۷۶ افزایشی طبق جدول زیر داشته است:

جدول شماره ۶. تعداد سالمندان در خانه سالمندان ایران از ۱۳۷۰-۱۳۷۶

سال	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۳	۱۳۷۴	۱۳۷۵	۱۳۷۶
نگهداری سالمندان (نفر)	۱,۵۷۹	۱,۶۲۴	۱,۶۵۰	۱,۹۸۴	۲,۳۳۳	۲,۳۳۷	۶,۰۰۰

مأخذ: مرکز آمار ایران، سالنامه آماری.

بر اساس گزارش سال ۱۹۹۵ سازمان ملل، ساختار سنی جمعیت ایران تا سال ۲۰۵۰ طبق جدول زیر تغییر خواهد کرد، همانطور که مشاهده می‌شود، نسبت تعداد سالمندان به کل جمعیت، حداقل از دهه ۱۹۹۰ تا دهه ۲۰۵۰ سیر صعودی نشان می‌دهد:

جدول شماره ۷. نوسانات جمعیت سالمندان در ایران تا سال ۲۰۵۰

سال	۱۹۶۰			۱۹۹۰			۲۰۲۰			۲۰۵۰		
دامنه سنی	۰-۱۵	-۶۰	۶۰>	۰	-۶۰	۶۰>	۱۵	-۶۰	۶۰>	۱۵	-۶۰	۶۰>
نسبت	۷,۴۴/۸	۲,۴۸/۹	۱/۶۳	۷,۴۵	۲,۴۹/۴	۱/۵۱۶	۷,۵۱/۶	۲,۶۱	۳,۳۱/۶	۱/۷۱/۴	۲,۲۱/۶	۱/۶۰/۹

Source: UN (1995) World Population Prospects, The 1997 Revision (serial No. St/ESA/SER.A/145), New York (UN).

نسبت‌های وابستگی کم‌سالان و سالمندان به ازای هر ۱۰۰ نفر جمعیت در سن اشتغال (۱۶-۵۹) به شرح جدول زیر است. همانطور که ملاحظه می‌شود، حداقل از دهه ۱۹۹۰ تا دهه ۲۰۵۰ نسبت وابستگی سالمندان رو به ازدیاد و نسبت وابستگی کم‌سالان رو به کاهش است:

جدول شماره ۸. نسبت وابستگی سالمندان در ایران تا سال ۲۰۵۰

سال	۱۹۶۰		۱۹۹۰		۲۰۲۰		۲۰۵۰	
دامنه سنی	۰-۱۵	۶۰>	۰-۱۵	۶۰>	۰-۱۵	۶۰>	۰-۱۵	۶۰>
نسبت	۱/۹۲	۱/۱۳	۱/۹۱	۱/۱۱	۱/۵۲	۱/۱۲	۱/۳۹	۱/۲۹

مأخذ: مأخذ جدول پیشین.

جدول زیر تعداد متولدین به ثبت رسیده را از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۷۵ نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، این تعداد یک سیر نزولی داشته است:

جدول شماره ۹. تعداد متولدین ثبت شده در ایران از سال ۱۳۶۰ - ۱۳۷۵

سال	۱۳۶۰	۱۳۶۵	۱۳۷۰	۱۳۷۱	۱۳۷۲	۱۳۷۴	۱۳۷۳	۱۳۷۵
متولدین ثبت شده (نفر)	۲,۴۲۱,۶۱۱	۲,۲۵۰,۹۰۵	۱,۵۸۲,۹۳۱	۱,۴۳۳,۲۴۳	۱,۳۸۸,۰۱۷	۱,۴۲۶,۷۸۲	۱,۲۰۵,۳۷۲	۱,۱۸۷,۹۰۳

مأخذ: مرکز آمار ایران، سالنامه آماری.

نتیجه‌گیری و پیشنهادها

بالا رفتن سن یک پدیده به‌طورکامل طبیعی و حیاتی است، دورانی که در آن نیازهای روحی و جسمی خاص خود وجود دارد و عدم پاسخگویی و تأمین این نیازها می‌تواند مسائل و مشکلاتی اعم از اجتماعی، خانوادگی و حتی انواع بیماری‌ها را به دنبال داشته باشد. خوشبختانه دید مثبت و واقع‌گرایانه‌ای که در چند سال گذشته در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به‌خصوص سازمان بهزیستی و توانبخشی به عنوان متولی اصلی این امر ایجاد شده، باعث شده تعداد مراکز توانبخشی و نگهداری سالمندان رشد قابل توجهی داشته باشد، به گونه‌ای که تا سال ۱۳۸۲ بیش از ۶۵ مرکز فعال در سطح کشور تأسیس شده‌اند که نگهداری بالغ بر ۶,۰۰۰ نفر سالمند را برعهده دارند.

اصولاً در رابطه با ساختار جمعیتی سالمندان کشور، می‌توان نتیجه‌گیری نمود که:

افزایش امید به زندگی در نتیجه پیشرفت‌های کمی و کیفی در فناوری پزشکی و کاهش سطح باروری (موالید) موجب افزایش شمار سالمندان و در آستانه سالمندی قرار گرفتن ساختار جمعیتی ایران شده است و انتظار می‌رود که این روند ادامه پیدا کند. نسبت نیروی شاغل زن به نیروی شاغل کل، از یک روند افزایشی برخوردار بوده است. به عبارت دیگر رشد نیروی شاغل زن، بیش از رشد نیروی شاغل کل بوده است. یعنی نرخ مشارکت زنان که نیروی اصلی کمک به سالمندان در منازل هستند، در بازار کار افزایش یافته است. رشد سالمندان بیش از رشد افزایش کل جمعیت بوده است و باعث شده است که نسبت سالمندان به کل جمعیت، از یک روند صعودی تبعیت نماید.

تقاضای پنهان برای مراقبت‌های بلندمدت سالمندی در ایران رو به افزایش است و به همین دلیل، نحوه عرضه این‌گونه مراقبت‌ها و تأمین مالی آن‌ها، به تدریج و خواه‌ناخواه، در

زمره موارد با اهمیت در دستور کار سیاستگذاری‌های اجتماعی و اقتصادی تصمیم‌گیران سیاسی قرار خواهد گرفت. لذا بهتر است که پیشگیری حادثه را قبل از وقوع نمود و نه تنها در صدد یافتن راهکارهای جدیدتر و مؤثرتر برای فراهم آوردن امکانات مراقبت‌های مزبور باشیم، بلکه به روش‌های کاری تأمین مالی هزینه مراقبت‌ها نیز بپردازیم. پیشنهاد می‌شود، که در ایران ابتدا به‌طور آزمایشی اما اجباری، بیمه هزینه مراقبت‌های بلندمدت سالمندی برای بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی و کارمندان دولت با مشارکت بیمه‌شدگان و کارفرمایان در پرداخت حق بیمه، به صورت جزیی از بیمه بازنشستگی اجرا شود، سپس در صورت موفقیت طرح با تعدیلات لازم به دیگر گروه‌های جامعه تسری یابد. در ایران مشکل عدم وجود بیمه هزینه مراقبت‌های بلندمدت سالمندی ریشه عرضه‌ای دارد. بدین معنا که تا به حال هیچ یک از نهادهای بیمه‌ای، اعم از اجتماعی و بازرگانی، به فکر عرضه این نوع بیمه نیفتاده‌اند. مشکلات و شکاف‌های اطلاعاتی و هم‌چنین مشکل عدم آینده‌نگری بیمه‌شدگان می‌توانند با روش‌های مختلف و مؤثر اطلاع‌رسانی حل شوند^۱.

نکته مهم آن‌که اجرای طرح بیمه مراقبت‌های بلندمدت سالمندان به‌طور کامل به نفع سالمندان است که در کنار خانواده خود بوده و از سرویس‌های خدماتی بهره‌مند می‌شوند؛ که از نظر روحی برای آنها اثربخش و مثبت است و رفت و آمد به بیمارستان و مراکز پزشکی و هزینه‌های مربوطه را کمتر نموده و حتی سریع‌تر به بهبودی دست می‌یابند. در این طرح پرستار در دسترس بوده و رسیدگی لازم را به فرد سالمند نموده و حتی در مواقع اضطراری که افراد خانواده در دسترس نباشند نجات دهد. از طرف دیگر اجرای چنین برنامه مفیدی می‌تواند اشتغال‌زایی ایجاد کند که هم اکنون از اولویت‌های دولت محترم است و به رفع معضل بزرگ بیکاری در جامعه کمک می‌کند. هم‌چنین با ایده‌های خلاقانه در این طرح در راستای کارآفرینی می‌توان خدمات عظیمی به خانواده‌های دارای سالمند ارایه نمود و این سبب می‌شود که افراد خانواده احساس آرامش نموده و از نگرانی‌ها و عذاب وجدان‌هایی یابند زیرا که احترام به والدین ریشه عمیقی در فرهنگ ایرانی و دین مبین اسلام دارد و باید شأن والای این عزیزان حفظ شود.

۱. خرمی و دیگران، ۱۳۷۸.

منابع و مآخذ

منابع فارسی

۱. *اشتغال، دانستنی‌هایی درباره ژاپن*، مرکز فرهنگی و اطلاع رسانی سفارت ژاپن در تهران، ۱۳۸۵.
۲. *اقتصاد؛ دانستنی‌هایی درباره ژاپن*، مرکز فرهنگی و اطلاع رسانی سفارت ژاپن در تهران، ۱۳۸۵.
۳. *تأمین اجتماعی، دانستنی‌هایی درباره ژاپن*، مرکز فرهنگی و اطلاع رسانی سفارت ژاپن در تهران، ۱۳۸۵.
۴. خرمی، فرهاد، مرجان آقائی‌دوست و شیرین رستگارپور؛ «عرضه بیمه هزینه مراقبت‌های بلندمدت سالمندی در ایران»، مجموعه مقالات سالمندی، اولین کنفرانس بین‌المللی سالمندی، ۱۳۷۸.
۵. *سیستم تأمین اجتماعی ژاپن*، سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۵.
۶. صحت، سعید، «بررسی عوامل مؤثر بر تقاضای بیمه توسط شرکتها»، *فصلنامه صنعت بیمه تابستان*، تابستان ۱۳۸۴.
۷. صحت، سعید، «پیامدهای ناشی از الحاق کشور به سازمان جهانی تجارت بر صنعت بیمه و راهکارهایی در این زمینه»، دوازدهمین سمینار بیمه و توسعه در بیمه مرکزی ایران، آذر ماه ۱۳۸۴.
۸. صحت، سعید، «راه‌های توسعه رقابت در بازار بیمه کشور با بهره‌گیری از تجارب ژاپن»، مجموعه مقالات یازدهمین سمینار بیمه و توسعه در بیمه مرکزی ایران، ۱۵ آذر ماه ۱۳۸۳.
۹. متولی، مهرشید، «تغییر روش مراقبت از سالمندان در ژاپن»، *تازه‌های جهان بیمه*، شماره ۹۵، اردیبهشت ۱۳۸۵.
۱۰. *مسائل زنان، دانستنی‌هایی درباره ژاپن*، مرکز فرهنگی و اطلاع رسانی سفارت ژاپن در تهران، ۱۳۸۵.
۱۱. مقیمی، اطهر و سعیدصحت، «سیاست‌های توسعه منابع انسانی در ژاپن»، مجموعه مقالات همایش سیاست و اقتصاد در شرق آسیا با تأکید بر چین و ژاپن، دانشگاه علامه طباطبایی، دی ماه ۱۳۸۴.

منابع انگلیسی

1. "A Quantitative Analysis of Insurance Demand Behavior in Iran", Doctoral Dissertation , Tohoku University, Japan , September 2003.
2. "An Investigation about Insurance Market in Iran", a paper for Japanese Society of Insurance Science , Tokyo , December 2001.
3. "Evaluation of Insurance Market in Iran", *Journal of Insurance Science* , No. 577 , June 2002, pp 104-115.
4. "The Analysis of Insurance Demand in Iran Proceedings of Tenth conference of Nippon Finance Association", June 2002, pp 257-267.