



پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی



اصلاح سیستم خدمات درمانی در ژاپن: کنترل

هزینه‌ها، ارتقای کیفیت و تضمین برابری

مترجمین: دکتر سعید صحت، مریم قندور، پریسا قندور

منبع:

Jones, R.S 2009, 'Health- care reform in Japan: controlling costs, improving quality and ensuring equity', *OECD Economics Department Working Papers*, no. 739, OECD Publishing.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

گزارش موردی شماره ۶

مهر و آبان ۱۳۹۰

پژوهشگاه بیمه

معاونت پژوهشی

اداره کتابخانه، اسناد علمی و نشریات



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

پیشگفتار

ژاپن در سال ۱۹۶۱، به دلیل وجود برخی از شرایط ویژه در آن برهه موفق به اجرای سیستم بیمه جامع درمان شد. در آن هنگام، علاوه بر اینکه عزم سیاسی قوی و یک رویکرد تدریجی برای دستیابی به پوشش جامع وجود داشت، حداقل سه شرط دیگر نیز موجود بود؛ در درجه اول هزینه‌های مراقبت درمانی پایین بود و دوم اینکه ژاپن دارای رشد اقتصادی بالایی بود و در نهایت ژاپنی‌ها در طول دوره سخت پس از جنگ جهانی دوم با هم احساس اتحاد و همبستگی می‌کردند. همه این شرایط، اجرای بیمه درمان جامع ژاپن را تسهیل کرد. سیستم خدمات درمانی ژاپن به‌عنوان یکی از بهترین سیستم‌های درمانی، از جهات مختلف در جهان سرآمد است که از جمله این موارد می‌توان به در دسترس بودن این سیستم، اثربخشی و کارایی آن اشاره کرد. خدمات درمانی، یک معیار اصلی برای نشان دادن وضعیت سلامتی است. هزینه‌های عمومی در ژاپن از طریق نرخ بالای مشارکت بیماران در هزینه‌ها و کاهش میزان هزینه‌های درمانی، پایین‌تر از میانگین هزینه‌ها در میان کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی نگه داشته شده است. به‌رحال با ادامه فشارهای فزاینده بر هزینه‌ها، که بخشی از آن به جهت روند سریع سالمندی در این کشور است، اصلاحاتی به‌منظور محدود کردن افزایش هزینه‌ها از طریق کارایی بهتر به همراه بالابردن کیفیت این خدمات مورد نیاز است.

این مقاله با نشان دادن چالش‌هایی که سیستم خدمات درمانی با آنها مواجه است، شروع می‌شود و در ادامه یک دیدگاه کلی درباره سیستم ارائه می‌شود. چالش‌های اصلی (رشد هزینه‌ها، بالا بردن کیفیت، پرکردن عدم توازن‌های موجود در سیستم و حفظ پوشش جامع) در بخش‌های بعدی تجزیه و تحلیل شده و در انتها نیز نتیجه‌گیری مقاله مشاهده می‌شود. امید است این شماره از نشریه گزارش موردی نیز مورد توجه دست‌اندرکاران و صاحب‌نظران صنعت بیمه قرار گیرد.

دکتر علیرضا دقیقی اصلی

سر دبیر



پښتونستان د علومو او مطالعاتو فریښکې
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست

صفحه	عنوان
۹	چکیده
۱۰	مقدمه
۱۱	۱. چالش‌های اصلی سیستم خدمات درمانی ژاپن
۱۲	۲. مروری بر سیستم خدمات درمانی ژاپن
۱۳	۲-۱. بیمه‌گران درمان و نحوه تأمین مالی آنها
۱۹	۲-۲. عرضه‌کنندگان خدمات درمانی
۲۲	۲-۳. مراقبت درمانی بلندمدت
۲۴	۳. تداوم رشد هزینه‌های درمانی و تأمین مالی آن به صورت کارا
۲۷	۳-۱. سیاست‌هایی جهت کاهش رشد هزینه‌های درمانی
۴۳	۳-۲. افزایش درآمد
۴۴	۴. ارتقای کیفیت خدمات درمانی
۴۵	۴-۱. استفاده از EBM به منظور ارتقای کیفیت خدمات درمانی در ژاپن
۴۵	۴-۲. استانداردهای لازم جهت اعتبارگذاری بیمارستان‌ها
۴۶	۴-۳. کاهش مدت زمان تأخیر در انتشار داروها و وسایل درمانی جدید
۴۶	۴-۴. کاهش محدودیت‌ها در زمینه صدور صورت حساب‌های (نسخه‌ها و قبض‌های بیمارستانی)
۵۲	ترکیبی
۵۷	۵. تعیین نابرابری‌ها در ارائه خدمات درمانی
۵۹	۶. حفظ کردن پوشش جامع به همراه رفع نارسائی‌های مربوط به آن
۶۱	۷. نتایج



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

چکیده

سیستم بیمه درمان ژاپن دسترسی جامع به درمان را فراهم کرده و در کسب رتبه ممتاز سلامتی توسط ژاپنی‌ها سهم بسزایی داشته است. هزینه‌های عمومی در ژاپن از طریق نرخ بالای مشارکت بیماران در هزینه‌ها و کاهش میزان هزینه‌های درمانی، پایین‌تر از میانگین هزینه‌ها در میان کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی نگه داشته شده است. به‌رحال با ادامه فشارهای فزاینده بر هزینه‌ها، که بخشی از آن به جهت روند سریع سالمندی در این کشور است، اصلاحاتی به‌منظور محدود کردن افزایش هزینه‌ها از طریق کارایی بهتر به همراه بالابردن کیفیت این خدمات مورد نیاز است. ضروری است که:

- مراقبت‌های درمانی بلندمدت به بیرون از بیمارستان‌ها انتقال داده شود.
- مکانیزم قیمت‌گذاری اصلاح شود به‌گونه‌ای که با سیستم پرداخت کارانه (پرداخت برای هر ویزیت) متفاوت باشد.
- استفاده از داروهای ژنریک افزایش یابد.
- افراد به برخورداری از سلامتی در زمان سالمندی تشویق شوند.
- از سازماندهی مجدد بیمارستان‌ها حمایت شود.
- کیفیت درمان از طریق افزایش دسترسی به داروها و وسایل درمانی مؤثر و جدید بهبود بخشیده شود.

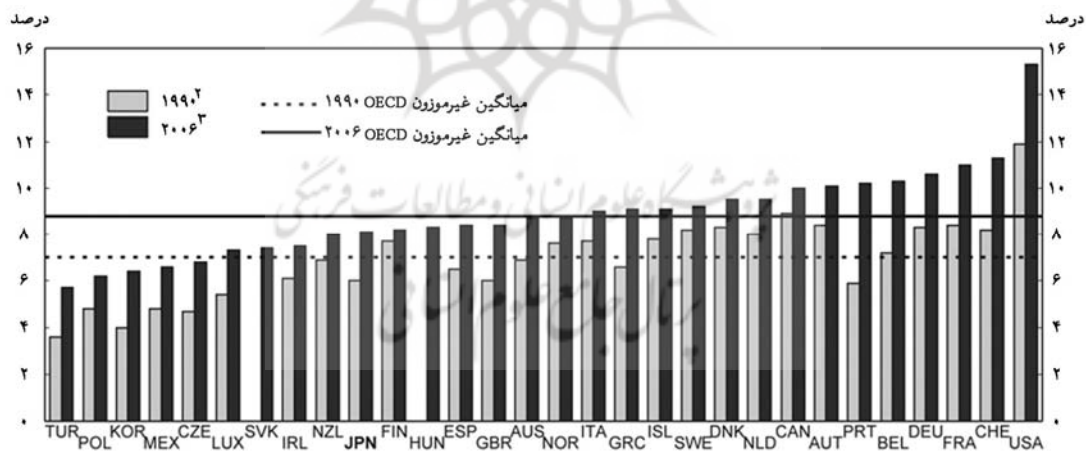
زمانی که هزینه‌های تأمین سرمایه افزایش می‌یابد در نظر گرفتن این موضوع مهم است که این افزایش، سهمی که بر عهده کارکنان است را افزایش ندهد، تا بدین طریق اثرات منفی آن بر بازار کار محدود شود. ژاپن نیاز دارد که برای ارتقای دسترسی به برخی از درمان‌های پیشرفته، در زمینه بیماری‌های بیشتری مجوز صدور صورت‌حساب‌های (نسخه‌ها یا قبض‌های بیمارستانی) مرکب^۱ را صادر کند.

واژگان کلیدی: خدمات درمانی ژاپن، مراقبت درمانی بلندمدت، هزینه‌های پزشکی، بیمارستان‌ها، روش تشخیص ترکیبی، داروهای ژنریک، سالمندی همراه با سلامتی، مدت زمان تأخیر در انتشار دارو، صورت‌حساب‌های مرکب (نسخه‌های مرکب)، پوشش جامع، بیمه درمان ملی، PMDA، وسایل پزشکی

مقدمه

سیستم خدمات درمانی ژاپن به‌عنوان یکی از بهترین سیستم‌های درمانی، از جهات مختلف در جهان سرآمد است که از جمله این موارد می‌توان به در دسترس بودن این سیستم، اثربخشی و کارایی آن اشاره کرد. در درجه اول، این سیستم پوشش جامعی را فراهم کرده است و به هر فردی این امکان را می‌دهد که خدمات درمانی را در هر مؤسسه‌ای و در هر زمانی دریافت کند، مشروط به اینکه در زمان دریافت خدمات، سهم مشارکت خود در هزینه‌ها را بپردازد (دسترسی جامع). در درجه دوم، این سیستم در دستیابی ژاپنی‌ها به سطح ممتازی از سلامتی سهم بسزایی داشته است و ژاپن در اکثر زمینه‌ها در بین کشورهای OECD به‌عنوان بهترین کشور درجه بندی می‌شود (اثربخشی). در درجه سوم، با وجود عواملی که گرایش دارند که هزینه‌ها را در این کشور افزایش دهند، به‌خصوص درآمد به‌نسبت بالای ژاپن و بالابودن نسبت سالمندان در این کشور، این سیستم نسبتاً کاراست (کارایی). ژاپن سطح سلامتی موردنظر خود را با هزینه خدمات درمانی به‌دست آورده است که مبلغ کل آن (به‌عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی) از میانگین آن هزینه‌ها در منطقه کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی^۱ پایین‌تر است (نمودار ۱).

نمودار ۱. هزینه خدمات درمانی به‌عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی در کشورهای OECD



مقاله با نشان دادن چالش‌هایی که سیستم خدمات درمانی با آنها مواجه است، شروع می‌شود و در ادامه یک دیدگاه کلی درباره سیستم ارائه می‌شود. چالش‌های اصلی (رشد هزینه‌ها، بالا بردن کیفیت،

1. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

۲. به‌جز جمهوری اسلواک و لهستان که داده‌های آنها در سال ۱۹۹۰ در دسترس نبود.

۳. به‌جز نروژ، نیوزلند و ترکیه که داده‌های آنها در سال ۲۰۰۶ در دسترس نبود و از اطلاعات سال ۲۰۰۳ نروژ، ۲۰۰۴ نیوزلند و

۲۰۰۵ ترکیه استفاده شده است.

پرکردن عدم توازن‌های موجود در سیستم و حفظ پوشش جامع) در بخش‌های بعدی تجزیه و تحلیل شده و در انتها نیز نتیجه‌گیری مقاله مشاهده می‌شود.

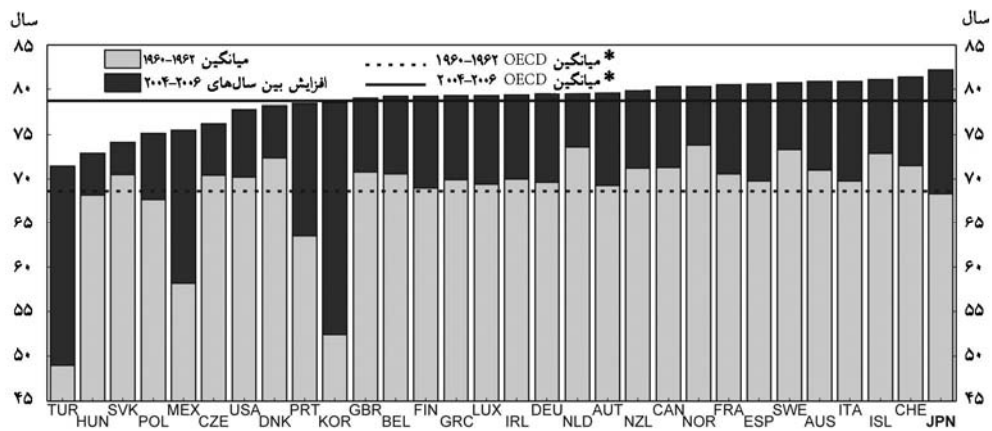
۱. چالش‌های اصلی سیستم خدمات درمانی ژاپن

ژاپنی‌ها از سطح سلامتی فوق‌العاده‌ای بهره‌مندند. امید به زندگی در ژاپن در سایه دستاوردهای پراهمیت این کشور بعد از سال ۱۹۶۰، در منطقه OECD طولانی‌ترین است. اما امید به زندگی در این کشور در سال ۱۹۶۰ کمی پایین‌تر از میانگین امید به زندگی در منطقه OECD بود (نمودار ۲).^۱ به‌علاوه این کشور از نظر کم‌بودن نرخ مرگ‌ومیر نوزادان رتبه دوم را در منطقه دارد. خدمات درمانی، یک معیار اصلی برای نشان‌دادن وضعیت سلامتی است. تخمین زده می‌شود که افزایش هزینه‌های درمانی، امید به زندگی را در تمام منطقه OECD بین سال‌های ۱۹۹۱ تا ۲۰۰۳ افزایش داده است و این افزایش هم برای مردان و هم برای زنان قدری بیش از ۱ سال بوده است. در واقع از کل هزینه‌های درمانی، ۱/۳ آن صرف این افزایش امید به زندگی شده است (Joumard et al, 2008). عوامل مربوط به سبک زندگی (به‌خصوص مصرف دخانیات، الکل و همچنین رژیم غذایی) و عوامل اقتصادی-اجتماعی (مثل درآمد سرانه و تحصیلات) و آلودگی نیز بر وضعیت سلامتی تأثیر می‌گذارند. اکثر این عوامل به عملکرد خوب ژاپن در زمینه خدمات درمانی کمک کرده است: ژاپن پایین‌ترین نرخ چاقی مفرط^۲ و پایین‌ترین نرخ کالری دریافتی را در منطقه OECD دارد، از نظر سطح تحصیلات از موفق‌ترین کشورهاست و درآمد سرانه آن بالاتر از میانگین درآمد سرانه در منطقه OECD است و میزان مصرف الکل در این کشور به نسبت پایین است. اما درصد بزرگسالانی که سیگار می‌کشند اخیراً افزایش پیدا کرده است و این کشور از نظر بالابودن مصرف سیگار رتبه پنجم را در منطقه OECD دارد که انعکاس‌دهنده تعداد زیاد مردان سیگاری در این کشور است.

۱. شاخص‌هایی که بر طولانی‌بودن عمر دلالت دارند به‌طورکامل وضعیت سلامتی کشورها را منعکس نمی‌کنند، چون آنها شدت و شیوع بیماری و ازکارافتادگی را در نظر نمی‌گیرند.

۲. نرخ چاقی مفرط به این معنی است که عدد شاخص بدن (Body Mass Index (BMI) بالای ۳۰ باشد. در سال ۲۰۰۴ نرخ چاقی مفرط در ژاپن فقط ۳٪ بود در مقایسه با میانگین OECD که در آن سال ۱۵٪ بود.

نمودار ۲. مقایسه بین‌المللی از میزان امید به زندگی در بدو تولد



* میانگین OECD، براساس جمعیت تمام کشورهایی که در بالا نشان داده شده، به استثنای ژاپن محاسبه شده است.

سیستم خدمات درمانی ژاپن در حال حاضر با تعدادی چالش جدی روبروست:

- افزایش درآمد، تغییرات فناوری و روند سریع سالمندی جمعیت، فشار فزاینده‌ای بر هزینه‌های خدمات درمانی می‌آورد و افزایش این هزینه‌ها بسیار سریع‌تر از تولید است. از آنجایی که بخش عمومی، مسئول ۸۶٪ از هزینه‌های درمانی است، دولت تلاشی را آغاز کرده تا به‌عنوان بخشی از استراتژی‌اش هزینه‌ها را کاهش دهد تا از پس این وضعیت مالی دشوار برآید.

- نارضایتی از کیفیت خدمات درمانی در حال افزایش است که بخشی از آن به این علت است که مدت زمانی که طول می‌کشد که داروهای جدید در ژاپن معرفی شوند ۲ یا ۳ برابر طولانی‌تر از سایر کشورهای OECD است. برنامهٔ دسامبر ۲۰۰۸ که به‌وسیلهٔ مجلس پذیرفته شده است خواهان بهبود سیستم رفاه اجتماعی ژاپن شد که این سیستم شامل خدمات درمانی هم می‌شود.

- سیستم از تعدادی از عدم توازن‌ها رنج می‌برد که از جملهٔ آنها می‌توان به این موارد اشاره کرد: کوتاه‌بودن مدت زمان ارائهٔ خدمات اورژانسی، کمبود متخصصان کودک و همچنین نابرابری‌های منطقه‌ای.

- پوشش جامع نیازمند این است که تعهد به پرداخت حقیقه‌ها بیشتر شود چون سهم قابل توجهی از جمعیت، حقیقه خود را پرداخت نمی‌کنند. به‌علاوه افزایش مداوم میزان مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها، نگرانی‌هایی را ایجاد می‌کند.

۲. مروری بر سیستم خدمات درمانی ژاپن

هدف دولت این است که دسترسی منصفانه‌ای را به خدمات درمانی (لازم و کافی)^۱ برای همهٔ افراد کشور، با هزینه‌ای نسبتاً پایین فراهم آورد. این رویکرد باعث شده است که بعضی از خدمات

درمانی پیشرفته از سیستم خدمات درمانی حذف شوند (نمودار ۳). در حقیقت عمق پوشش بیمه درمان عمومی در ژاپن در مقایسه با کشورهای دیگر OECD به نسبت کم به نظر می‌رسد. به علاوه بیمه درمان تنها هزینه‌های درمان بیماری را جبران می‌کند و پرداخت هزینه‌های پیشگیرانه از جمله چکاپ‌های پزشکی را مستثنی کرده است. زایمان هم تحت پوشش نیست با این وجود در این موارد پرداختی به صورت یکجا صورت می‌گیرد. در راستای تأکید بر برقراری عدالت هر مؤسسه‌ای ضرورتاً خدمات درمانی مشابهی را به بیماران دارای بیماری‌های مشابه ارائه می‌دهد، بنابراین دامنه‌اندکی باقی می‌ماند تا برای خدمات درمانی یا درمان‌های متمایز بیمه خرید. براساس مطالعه سال ۱۹۹۸، شالوده اصلی سیستم خدمات درمانی در ژاپن ایجاد برابری بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی است. آنها معتقدند که بین برقراری برابری در دسترسی به خدمات درمانی و بالابردن کیفیت خدمات درمانی تناقض وجود دارد (Campbell & Ikegami, 1998).

نمودار ۳. پوشش سیستم خدمات درمانی ژاپن



۲-۱. بیمه‌گران درمان و تأمین مالی آنها

سیستم خدمات درمانی ژاپن چند قسمتی و پیچیده است که حق بیمه‌ها توسط کارفرمایان، کارکنان، افراد غیرشاغل و دولت به ۳۶۰۰ بیمه‌گر پرداخت می‌شود (نمودار ۴). این سیستم به ۴ بخش تقسیم می‌شود که عضویت در یکی از این سیستم‌ها اجباری است^۱ (نمودار ۵):

۱. دولت خدمات درمانی را مستقیماً از طریق کلینیک‌های عمومی ارائه می‌دهد که تعداد آنها در حدود ۵۰۰۰ کلینیک است (۵٪ از تعداد کل کلینیک‌ها) و در وهله اول در مناطق روستایی قرار داشتند. ۳/۴ آنها توسط دولت‌های محلی اداره می‌شود.

- بیمه درمان^۱: این بیمه مختص کارکنان شرکت‌های بزرگ است (شرکت‌هایی که بیشتر از ۷۰۰ کارگر دارند) و وابستگان آنها که شامل افراد سالمندی که به فرزندانشان وابسته هستند نیز می‌شود. این بیمه متشکل از ۱۵۴۱ انجمن بیمه است که به وسیله کارفرمایان و کارکنان اداره می‌شود و در وهله اول توسط حق بیمه‌های پرداختی توسط آنها تأمین مالی می‌شود. نرخ‌های حق بیمه‌ای که توسط انجمن‌های بیمه اخذ می‌شود در دامنه ۳ تا ۱۰ درصد از حقوق و دستمزد بیمه‌شدگان تعیین می‌شود (جدول ۱) که منعکس‌کننده تفاوت در نیازهای درمانی و درآمد بیمه‌شده در هر طرح بیمه اجتماعی است. در سال ۲۰۰۷ بخش SMHI اعلام کرد که مازادی بیش از ۵٪ از درآمدش دارد، به هر حال ۴۰٪ از انجمن‌های بیمه کسری موازنه دارند و عملاً برای بهبود عملکرد خود حوزه فعالیت محدودی دارند.

- بیمه درمانی که توسط (سازمان بیمه درمان ژاپن) اداره می‌شود^۲: این بیمه، کارکنان شرکت‌های کوچک را تحت پوشش قرار می‌دهد و در یک طرح مشترک واحد ملی و به وسیله سازمان بیمه درمان ژاپن اداره می‌شود. حق بیمه‌های درمانی توسط کارفرمایان و کارکنان پرداخت می‌شود. مبلغ این حق بیمه‌ها معادل ۸/۲٪ از دستمزدها تعیین می‌شود، ۱۳٪ از این مبلغ توسط یارانه‌های دولتی تأمین می‌شود.

- بیمه درمان ملی^۳: این طرح برای افرادی است که کارفرمایی ندارند مثل افراد خوداشتغال یا بازنشستگان. این بیمه شامل ۱۸۱۸ صندوق بیمه است که به وسیله شهرداری‌ها اداره می‌شود و همچنین ۱۶۵ انجمن شغلی که برای افراد خوداشتغال است. حق بیمه‌ها که براساس درآمد و تعداد افراد بیمه‌شده محاسبه می‌شود معمولاً در حدود ۲٪ میانگین حقوق و دستمزد است، اگرچه تنوع زیادی در این زمینه وجود دارد. در حقیقت بالاترین حق بیمه پرداختی در شهر رائوسو^۴ در اوکایدو^۵ ۴/۷ برابر بیشتر از کم‌ترین حق بیمه پرداختی در این شهر است.

- انجمن‌های کمک متقابل^۶: تعداد آنها ۷۶ انجمن است و کارگران محلی و معلمان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

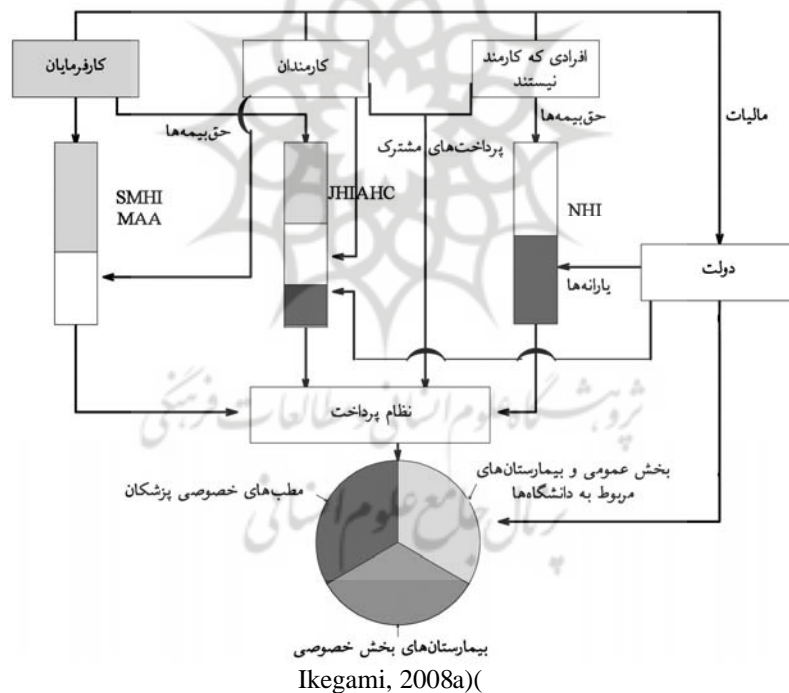
-
1. Society-Managed Health Insurance (SMHI) (بیمه درمانی که توسط انجمن‌ها اداره می‌شود)
2. Japan Health Insurance Association –managed Health Insurance (JHIAHI)
3. National Health Insurance (NHI)
4. Rausu
5. Hokkaido
6. Mutual Aid Association (MAA)

جدول ۱. نحوه توزیع نرخ‌های مشارکت (براساس درصدی از دستمزد) در طرح بیمه درمان SMHI

در سال ۲۰۰۷

سهم بیمه‌گران	تعداد بیمه‌گران	درصد	
		سهم مشارکت	سهم مشارکت کارفرما
۱۳/۶	۲۱۰	۳ - ۶	۵۰ - ۵۹
۲۳/۷	۳۸۱	۶ - ۶/۹	۶۰ - ۶۹
۳۵/۳	۵۴۴	۷ - ۷/۹	۷۰ - ۷۹
۲۳/۶	۳۶۳	۸ - ۸/۹	۸۰ -
۲/۱	۳۳	۹ - ۹/۴	
۰/۶	۱۰	بالاتر - ۹/۵	
۱۰۰	۱۵۴۱		
۷۶/۷	۱۱۸۲		
۲۲	۳۳۹		
۱/۳	۲۰		
۰/۰	۰		
۱۰۰	۱۵۴۱		

نمودار ۴. سیستم پیچیده و چندبخشی خدمات درمانی در ژاپن

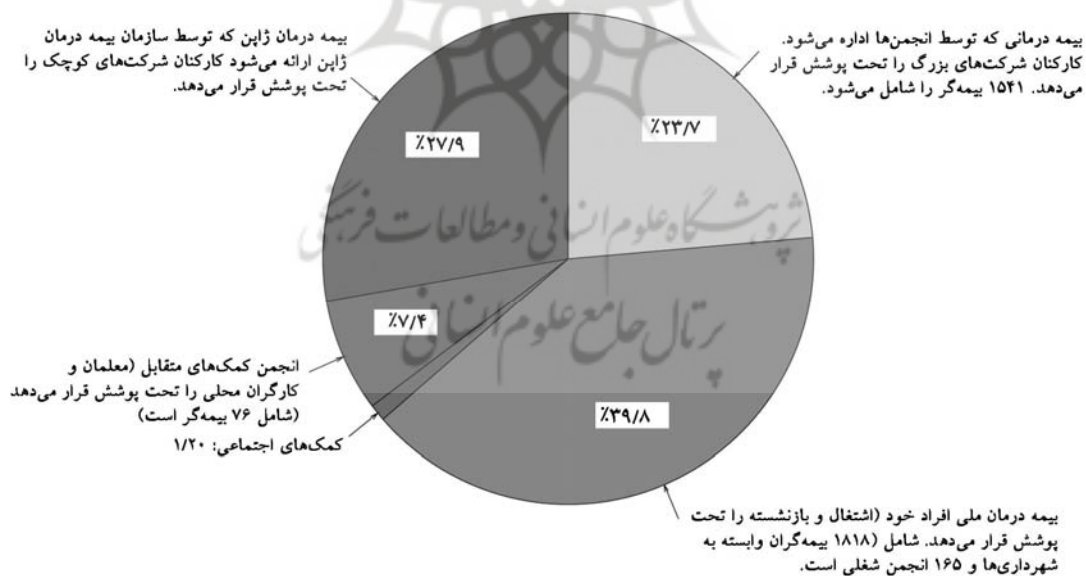


توضیح: خطوط پیکان‌های موجود در نمودار نشان‌دهنده جریان‌های مالی است. ۳ مستطیلی که در بالای تصویر قرار دارند نشان‌دهنده بخش‌هایی است که کارفرمایان، کارکنان و افراد خوداشتغال حق‌بیمه‌های درمان را به بیمه‌گران درمان (که با مستطیل‌های عمودی نشان داده شده‌اند و شامل SMHI, MAA, JHIAHC, NHI هستند) پرداخت می‌کنند. مبالغ که شامل مالیات‌ها نیز هست، از سوی بیمه‌گران به سیستم پرداخت منتقل شده و سیستم پرداخت، این مبالغ را بین ارائه‌دهندگان خدمات درمانی توزیع می‌کند.

۱. این جدول نشان می‌دهد که افراد در بیمه SMHI براساس چه درصدی از دستمزدشان، حق‌بیمه پرداخت می‌کنند.

سیستم چندبخشی خدمات درمانی در ژاپن به تفاوت زیاد در نرخ‌های حق‌بیمه و نابرابری افقی منجر می‌شود، چون بیمه‌گران درمان آنقدر کوچک‌اند که نمی‌توانند ریسک‌های درمانی را به‌صورت مؤثر اداره کنند. بنابراین ژاپن با پذیرش وجود تفاوت در نرخ‌های حق‌بیمه خدمات درمانی، باعث ایجاد نابرابری قابل ملاحظه‌ای می‌شود. پرکردن این نابرابری‌ها ابزار مؤثری در جهت ارتقای برابری در این سیستم خواهد بود. در ژاپن بیمه‌گرها ساختارهای نیمه مستقلی هستند که به شدت توسط دولت قانونمند شده‌اند و مجاز نیستند که سود به‌دست‌آورند. اینکه هیچ رقابتی بین بیمه‌گران مجاز نیست انگیزه‌ها را برای افزایش اثربخشی و نوآوری تضعیف می‌کند. به جای آنکه بین بیمه‌گران رقابت وجود داشته باشد، بیمه‌گران امکان دسترسی به بسته مشابهی از خدمات را با قیمت‌های مشابه برای بیمه‌گذاران فراهم می‌کنند که این قیمت‌ها به‌وسیله دولت تعیین می‌شود. عضویت در بیمه درمان اجباری است و به‌صورت جدی پیگیری می‌شود؛ چه فرد در این کشور ساکن باشد یا شاغل حتماً باید بیمه درمان داشته باشد و در این زمینه هیچ راه دیگری نه برای شهروندان و نه برای بیمه‌گران وجود ندارد.^۱ شرکت‌های بیمه خصوصی، نقش اندکی در خدمات درمانی دارند و عموماً در ازای حق مشارکت‌ها پوشش بیمه را فراهم نمی‌کنند. محصولات بیمه درمان خصوصی گرایش دارند که پرداخت‌های یک‌جا را برای درمان بیماری‌هایی فراهم کنند که به‌وسیله بیمه دولتی تحت پوشش قرار نمی‌گیرند و این بیمه‌ها بیشتر جنبه امکانات رفاهی دارند.

نمودار ۵. طرح‌های بیمه درمان در ژاپن در سال ۲۰۰۷



*انجمن کمک‌های متقابل، شامل بیمه دریاوردان هم می‌شود که به‌وسیله دولت ارائه می‌شود و در حدود ۰/۱٪ از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهد.

۱. ادعاهای خسارت به‌وسیله یک کمیته بررسی می‌شود که از پرداخت خسارت در موارد نامناسب و همراه با تقلب جلوگیری می‌کند و تضمین می‌کند که تمام خسارت‌های پرداختی برای خدماتی است که توسط بیمه پوشش داده شده است. معمولاً در حدود ۱٪ از ادعاهای خسارت رد می‌شوند.

اگرچه ژاپن بیمه‌گران درمان زیادی دارد، همه خسارت‌های پرداختی از طریق یک سیستم پرداخت واحد صورت می‌گیرد. در سال ۲۰۰۷، تأمین مالی خدمات درمانی از منابع زیر صورت گرفته است:

- پرداخت‌های بیمه‌ای: ۴۹٪ از کل هزینه‌ها از محل این پرداخت‌ها تأمین مالی می‌شود. پرداخت این حق‌بیمه‌ها توسط کارکنان و کارفرمایان صورت می‌گیرد.
- یارانه‌های دولتی: ۳۶/۶٪ از کل هزینه‌ها از یارانه‌های دولتی تأمین مالی شده و سهم دولت مرکزی ۲۵٪ از کل هزینه‌های درمانی است. در طرح بیمه درمان ملی (NHI)، ۴۳٪ از هزینه‌ها از محل یارانه‌ها تأمین مالی می‌شود.

- مشارکت‌های بیماران در پرداخت هزینه‌ها: ۱۴/۴٪ از کل هزینه‌ها از محل این پرداخت‌ها تأمین مالی می‌شود که این رقم تنها نصف نرخ مشارکتی است که توسط بیماران پرداخت می‌شود. نرخ مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها برای افرادی که بین ۶ تا ۷۰ سال سن دارند چه برای درمان‌هایی که در مطب‌ها صورت می‌گیرد، چه درمان‌های بیمارستانی ۳۰٪ است. برای افراد خیلی مسن و افراد خیلی جوان (کودکان زیر ۶ سال) نرخ مشارکت کمتری در نظر گرفته می‌شود و مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها در هر ماه سقف معینی دارد. به‌علاوه قوانین محدودی که در مورد صدور صورت‌حساب‌های ترکیبی (نسخه‌ها یا قبض‌های بیمارستانی به‌صورت ترکیبی)^۱ وجود دارد، چه برای خدماتی که تحت پوشش بیمه درمان اجباری قرار می‌گیرد و چه خدماتی که تحت پوشش این بیمه قرار نمی‌گیرد، باعث شده است که میزان پرداخت‌های واقعی کاهش پیدا کند و ژاپن از این نظر نسبت به سایر کشورها در جایگاه پایین‌تری قرار گیرد. در نتیجه با وجود اینکه نرخ مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها در ژاپن یکی از بالاترین نرخ‌ها در منطقه OECD است اما سهم پرداخت‌های واقعی در کل هزینه‌های درمانی در پایین‌تر از میانگین OECD (۱۸٪) قرار دارد.^۲

رتال جامع علوم انسانی

۱. در دیگر کشورهای عضو OECD، خدمات پزشکی که در بیمه درمان عمومی تحت پوشش قرار نمی‌گیرند به‌وسیله پرداخت‌های نقدی تأمین مالی می‌شوند. در ژاپن بیمارانی که می‌خواهند داروها یا درمان‌های جدیدی را که به‌عنوان درمان مشخص آن بیماری در بسته بیمه درمان وجود ندارد را با خدماتی که در بسته بیمه درمان وجود دارد را با هم داشته باشند نه تنها باید هزینه درمان‌های غیرتحت پوشش را بپردازند، بلکه باید هزینه خدماتی را نیز بپردازند که در بیمه درمانشان تحت پوشش بوده است. در حقیقت اطلاعاتی درباره میزان هزینه‌های خدماتی که تحت پوشش نیستند وجود ندارد چون این هزینه‌ها از سیستم عبور نمی‌کنند.

۲. تنها ۱/۳ کشورهای OECD برای خدمات بیمارستانی به مشارکت بیماران در هزینه‌ها نیاز دارند. از میان کشورهایی که به این مشارکت‌ها نیاز دارند، همگی به‌جز کره جنوبی و ژاپن یک مبلغ ثابت را به جای یک درصد مشخص برای مشارکت بیماران در هزینه‌ها در نظر می‌گیرند. برای خدمات سرپایی ۲/۳ کشورها به مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها نیاز دارند. در ژاپن نرخ مشارکت بیماران در هزینه‌ها، ۳۰٪ است که باعث شده است که ژاپن از نظر بالابودن این نرخ دومین کشور باشد.

همان‌طور که کارمندان بازنشسته می‌شوند و بیمه‌گرانی را که به شاغلین، خدمات درمانی ارائه می‌دهند (JHIAHI، SMHI و MAA) را ترک می‌کنند، باری که بر دوش بیمه‌ درمان ملی (NHI) است در طول زمان افزایش می‌یابد. ژاپن برای اینکه از عهده افزایش هزینه‌های مراقبت درمانی برای افراد مسن برآید، در سال ۱۹۸۳ برای افراد مسن مشارکت در پرداخت هزینه‌ها را مجدداً برقرار ساخت و صندوقی به نام «صندوق برابری»^۱ را ایجاد کرد تا درآمد طرح‌هایی که به شاغلین خدمات ارائه می‌دهند را به بیمه درمان ملی (NHI) منتقل کند. هر بیمه‌گر براساس اینکه، چه تعداد اعضای مسن دارد مبلغی را به صندوق واریز می‌کند. با وجود این انتقال‌ها و یارانه‌های دولتی، تقریباً ۳/۴ بیمه‌گران درمان وابسته به شهرداری‌ها در سال ۲۰۰۷ با کسری موازنه روبرو بودند.^۲ بالابردن میزان مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها یکی از چند مکانیزمی است که هزینه خدمات درمانی را محدود می‌کند.^۳ عامل دوم، محدودیت‌های عرضه خدمات درمانی است. تعداد پزشکان در ژاپن یکی از کمترین تعداد در منطقه OECD است به ازای هر ۱۰۰۰ نفر ۲ پزشک در ژاپن وجود دارد (جدول ۲)^۴ تعداد دانشجویان پزشکی به وسیله دولت تعیین می‌شود. به‌هرحال مهم‌ترین عاملی که مخارج درمانی را محدود کرده است کنترل دولت بر قیمت‌های همه روش‌ها، داروها و وسایل پزشکی است که این قیمت‌ها به صورت یکنواخت به همه پزشکان و بیمارستان‌ها بخشنامه می‌شود. در اصلاح جدول هزینه که هر ۲ سال یکبار انجام می‌شود، دولت ابتدا، میزان هزینه خدمات درمانی را براساس درآمدهای مورد انتظار و موقعیت مالی تعیین می‌کند. تغییرات در قیمت‌های مربوطه به‌وسیله دولت تصمیم‌گیری می‌شود و در این زمینه سیاست‌های اصلی که به‌وسیله هیئت مشاوران تعیین شده و نتیجه حاصل از مذاکره‌ای که بین بیمه‌گران درمان، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و نمایندگان عام‌المنفعه در انجمن مرکزی خدمات درمانی بیمه اجتماعی^۵ صورت می‌گیرد نیز تعیین‌کننده است. دولت در سال‌های اخیر به‌نحو قابل ملاحظه‌ای مخارج درمانی را کاهش داده است.

1. Equalisation Found

۲. در بعضی از مناطق روستایی که بیش از نصف جمعیت بالای ۶۵ سال سن دارند، بیمه‌گران شهری با وجود دریافت یارانه‌هایی که بالغ بر ۸۰٪ از هزینه‌هاشان بود باز هم با کسری مواجه شدند.
۳. تعدادی از تحقیقات اقتصادی نشان داده است که نرخ‌های مشارکت بالاتر، از افزایش هزینه‌های درمانی جلوگیری می‌کند. با فرض کردن کشش قیمتی استاندارد بین ۰/۱ تا ۰/۲، در نبود ۳۰٪ مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها، مخارج هزینه‌های درمانی ۳٪ تا ۶٪ بیشتر خواهد بود.
۴. یک تحقیق نشان داد که افزایش در هزینه‌های غیرپولی، مثل افزایش در مدت انتظار برای ویزیت دکتر، تقاضا برای خدمات درمانی را کاهش می‌دهد.
۵. این انجمن شامل ۷ نماینده از طرف هرکدام از ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و دریافت‌کنندگان این خدمات است، به همراه ۶ نفر که در این زمینه تحصیلات دانشگاهی دارند، به‌علاوه حداکثر ۱۰ متخصص نیز هستند که اجازه دارند که در مواقع لزوم نظرشان را ارائه دهند.

جدول ۲. مقایسه‌ای بین‌المللی از خدمات درمانی در سال ۲۰۰۶

کشور	تعداد تخت‌های بیمارستانی ^۲	میانگین بستری شدن در بیمارستان‌ها (برحسب روز)	تعداد تخت‌های مربوطه خدمات درمانی بلندمدت ^۳	تعداد پزشکان ^۴	تعداد پرستاران ^۴	تعداد پرسنلی ^۴	هزینه‌های دارویی ^۵
ژاپن	۱۴	۳۴/۷	۱۵	۲	۱۴/۹	۹	۴۰۵
میانگین OECD	۳/۷	۹/۶	۶/۳	۳/۳	۶۵/۶	۸/۸	۳۴۲
بالاترین کشور	۱۴	۳۴/۷	۲۵/۶	۴/۹	۱۰۹/۶	۱۵/۴	۵۲۵
پایین‌ترین کشور	۱/۷	۴/۱	۰	۱/۵	۱۴/۹	۱/۸	۱۱۰

۲-۲. عرضه‌کنندگان خدمات درمانی

باتوجه به هزینه‌هایی که زیاد قانون‌مند نیستند، سیستم پرداخت کارانه (پرداخت برای هر ویزیت)^۶ باعث شده است که پزشکان ساعات زیادی کار کنند تا این‌که بتوانند درآمد خود را افزایش دهند. در حقیقت تعداد ویزیت‌ها به‌ازای جمعیت در سال ۲۰۰۵، ۱۴ بود که ۲ برابر میانگین OECD در آن سال است. درحالی‌که تعداد ویزیت‌ها به‌ازای هر دکتر ۳ برابر از میانگین OECD بیشتر بود (نمودار ۶) که نشان می‌دهد که مدت زمانی که به مشورت با پزشکان اختصاص داده می‌شود به کوتاه‌تر شدن گرایش پیدا کرده است. یک شکایت معمول این است که بیماران ۳ ساعت منتظر می‌مانند تا ۳ دقیقه دکتر را ببینند. اگرچه اوقات انتظار طولانی، بیشتر در بیمارستان‌های دانشگاهی اتفاق می‌افتد. تعداد زیاد ویزیت‌هایی که هر پزشک باید انجام دهد باعث می‌شود که ساعات کار آنها طولانی شود که این امر به یک مشکل جدی مبدل شده است. اینکه به پزشکان اجازه داده‌اند که داروهای پزشکی را بفروشند، درآمد آنها را افزایش داده است و به همان ترتیب میزان کل مصرف دارو را نیز افزایش داده است. درحقیقت ژاپن بالاترین سطح مصرف دارو را در منطقه OECD در سال ۱۹۹۶ داشت. باوجود کاهش‌هایی که در دهه گذشته در قیمت داروها صورت گرفته است، مصرف دارو به‌ازای جمعیت در سال ۲۰۰۶، ۴۰۵ دلار بود که ۱۸٪ بالاتر از میانگین آن در OECD است (جدول ۲) اگرچه دیگر بالاترین سطح مصرف دارو در منطقه نیست.

۱. سال ۲۰۰۶ یا آخرین سالی که آمار آن در دسترس بوده است.

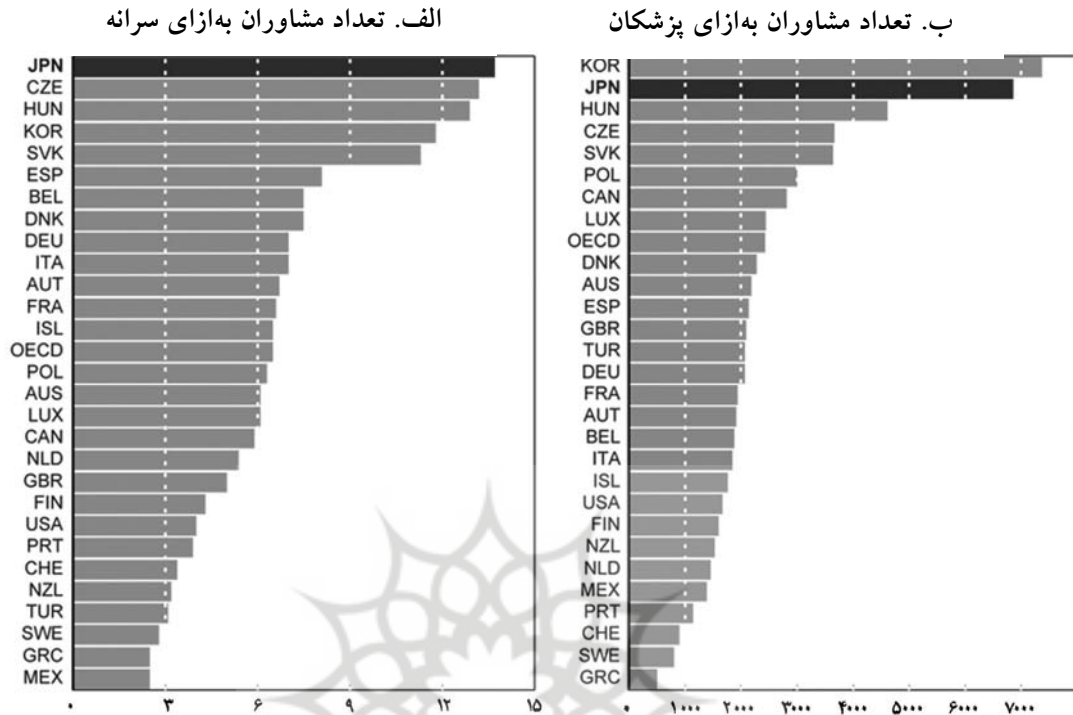
۲. به ازای هر ۱۰۰۰ نفر

۳. در بیمارستان‌ها

۴. به ازای هر ۱۰۰۰ تخت بیمارستانی

۵. سرانه براساس PPP ایالات متحده آمریکا

نمودار ۶. مقایسه بین‌المللی درباره تعداد ویزیت‌هایی که با پزشکان صورت می‌گیرد در سال ۲۰۰۵ یا آخرین سالی که آمار مربوط به آن در دسترس بوده است.



یک ویژگی استثنایی درباره سیستم خدمات درمانی ژاپن، تعداد تخت‌های بیمارستانی و میانگین طول مدت بستری شدن در بیمارستان است که هر دوی آنها ۴ برابر طولانی‌تر از میانگین مربوطه در منطقه OECD است. یک دلیل آن نقش بیمارستان‌ها در ارائه مراقبت درمانی بلندمدت است که در ادامه به آن خواهیم پرداخت. به‌هرحال حتی زمانی که تعداد تخت‌های اختصاص داده‌شده به ارائه خدمات درمانی بلندمدت را حذف کنیم، تعداد تخت‌های بیمارستانی‌هایی که خدمات مراقبت ویژه را ارائه می‌دهند برابر میانگین OECD باقی می‌ماند، باوجود کاهش چشمگیری که از سال ۱۹۹۶ در این زمینه حاصل شده است (نمودار ۷). به‌علاوه مدت زمان بستری شدن در بیمارستانی‌هایی که خدمات مراقبت ویژه را ارائه می‌دهند در حدود ۳ برابر میانگین آن در OECD است، اگرچه این مدت نیز نسبت به قبل کاهش یافته است.

بیمارستان‌های خصوصی $\frac{2}{3}$ تخت‌های بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند. کلینیک‌هایی که متعلق به پزشکان است ۳٪ دیگر را در سال ۲۰۰۷ به خود اختصاص می‌دادند. همه بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها، مؤسسات غیرانتفاعی‌اند که باید توسط پزشکان اداره شوند. در سال ۱۹۴۸ ممنوعیتی مطرح شد برای بیمارستانی‌هایی که درصد کسب سود بودند با این تصور که بیمارستانی‌هایی که به‌دنبال کسب سود هستند، کیفیت ارائه خدمات خود را کاهش می‌دهند و این مسئله به‌طور مؤثری از تأمین

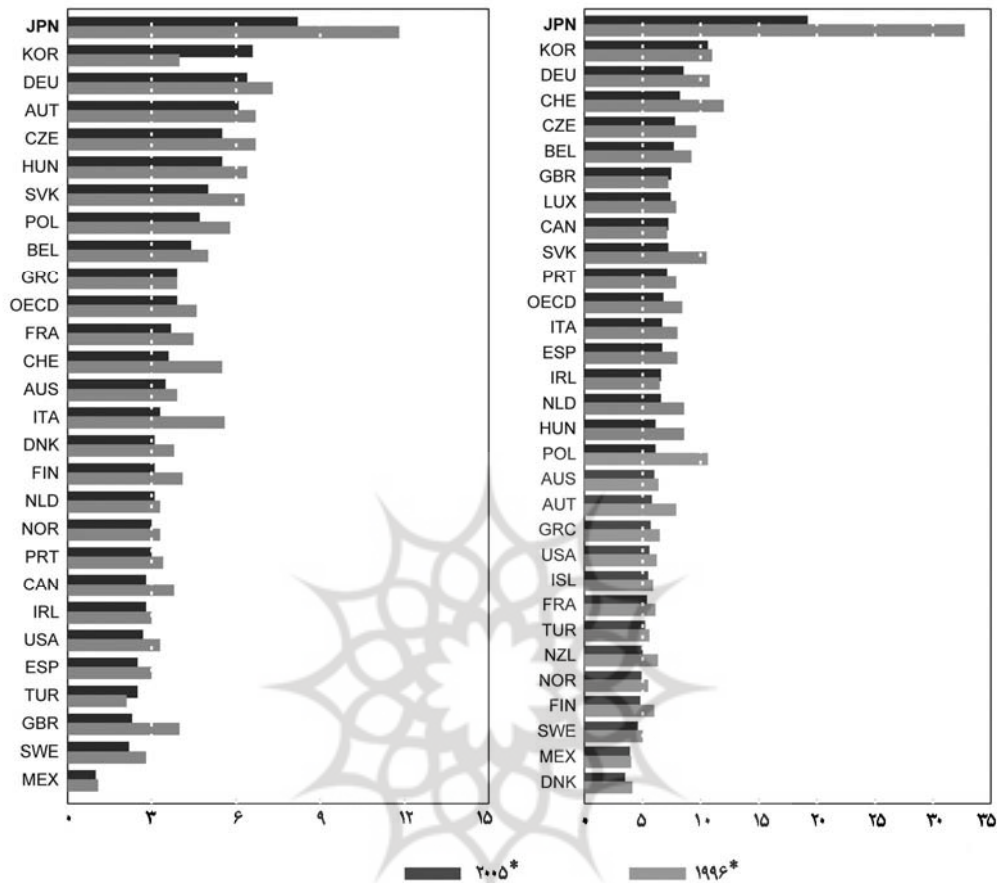
مالی برابر جلوگیری می‌کند.^۱ بیمارستان‌های خصوصی و کلینیک‌ها در عوض، برای تأمین مالی آن دسته از هزینه‌های خود که کاملاً به وسیلهٔ جدول‌های هزینه تحت پوشش قرار نمی‌گرفت، به استقراض و سود اوراق قرضه اتکا کردند. از آنجایی که با توجه به وثیقه‌های محدود آنها، اتکا به تأمین مالی از طریق بانک‌ها اجباری است، ایجاد ممنوعیت عملی بر سر راه تأمین مالی آنها اندازه بیمارستان‌های خصوصی را محدود می‌کند و این امر ممکن است به کاهش کارایی منجر شود. بیمارستان‌های خصوصی با میانگین ۱۶۰ تخت (به جز کلینیک‌های تخت‌دار) در مقایسه با ۲۸۶ تخت در بیمارستان‌های عمومی در سال ۲۰۰۷ گرایش دارند که کوچک بمانند. در عمل بیمارستان‌هایی که متعلق به پزشکان است به دنبال کسب سودند و باید مالیاتی را با همان نرخ مالیات شرکت‌های تجاری پردازند (Rodwin & Okamoto, 2000). نقش مشترکی که پزشکان هم به‌عنوان پزشک دارند و هم به‌عنوان صاحبان کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها به طولانی‌مدت بودن مدت بستری شدن در بیمارستان‌ها کمک می‌کند. مدت بستری شدن در بیمارستان‌ها در سال ۲۰۰۶، ۳۴/۷ روز بود که تقریباً ۴ برابر بیشتر از میانگین آن در OECD بود (جدول ۲). در واقع نگهداری بیماران در بیمارستان‌ها راه ساده‌ای برای کسب درآمد است.

یک تحقیق گزارش داد که یک ارتباط مستقیم بین تعداد تخت‌های خالی و میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان‌ها وجود دارد (Henke et al, 2009). بنابراین اکثر بیمارستان‌ها در حالت ضرردهی به سر می‌برند و در طی دههٔ منتهی به ۲۰۰۹ تعداد کل بیمارستان‌ها ۶٪ کاهش پیدا کرده و به کمتر از ۹۰۰۰ بیمارستان رسیده است.

بیمارستان‌های عمومی که ۱/۳ تخت‌های بیمارستانی را به خود اختصاص می‌دهند، وظیفهٔ دوگانه فراهم کردن خدمات درمانی با تکنولوژی بالا (آنها ۳/۴ عمل‌های جراحی را که نیازمند بیهوشی عمومی است، انجام می‌دهند) و فراهم کردن محیط‌های ایزوله را به‌عهده‌دارند. با وجود یارانه‌های دولتی که ۱۱٪ از درآمد بیمارستان‌ها را تشکیل می‌دهد و اینکه بیمارستان‌ها از همه مالیات‌ها معافاند اما اکثر آنها کسری موازنه دارند.

۱. پرداخت سود سهام و توزیع دارایی‌ها ممنوع است، چون این عوامل تأمین مالی به‌صورت برابر را غیرممکن می‌سازد.

نمودار ۷. مقایسه بین‌المللی از بیمارستان‌هایی که خدمات مراقبت ویژه ارائه می‌دهند.
زمان میانگین برای مراقبت ویژه تخت‌های بیمارستانی مخصوص مراقبت ویژه



* تعداد روزها

به ازای هر هزار نفر جمعیت

توضیح: جدیدترین سالی که اطلاعات کاملی از آن در اختیار بود سال ۲۰۰۵ بود. برای قسمت الف اطلاعات در مورد ایسلند، لوگزامبورگ و نیوزلند در دسترس نبود.

۲-۳. مراقبت درمانی بلندمدت

تعداد زیاد تخت‌های بیمارستانی و طولانی بودن میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان‌ها در ژاپن تا قسمتی به دلیل نقش بیمارستان‌ها در ارائه مراقبت درمانی بلندمدت به سالمندان است. اینکه در سال ۱۹۷۳، مشارکت بیماران بالای ۷۰ سال سن در پرداخت هزینه‌های خدمات درمانی برداشته شد، تأثیر ناخواسته‌ای داشت در اینکه بیمارستان‌ها به خانه‌های پرستاری هم مبدل شوند. در حقیقت سهم افراد مسن در میان بیماران بیمارستان‌ها از ۱۶/۲٪ در سال ۱۹۷۰ به ۴۶/۳٪ در سال ۱۹۹۰ و ۶۴/۱٪ در سال ۲۰۰۵ رشد کرد. ژاپن در سال ۲۰۰۵ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر فرد مسن، ۱۵ تخت بیمارستانی برای ارائه مراقبت درمانی بلندمدت داشت در مقایسه با میانگین کشورهای OECD که ۶ تخت

بیمارستانی بدین منظور داشتند. اینکه بیمارستان‌ها تخت‌هایی را به ارائه مراقبت درمانی بلندمدت اختصاص دهند که به آن «بستری شدن اجتماعی»^۱ هم گفته می‌شود و در این زمینه نقش مهمی داشته باشند به این دلایل به وجود آمد: یک کاهش مشخص در ارائه مراقبت درمانی بلندمدت رسمی وجود داشت (هم خدماتی که به صورت سازمانی ارائه می‌شدند هم آنهایی که مبتنی بر جامعه بودند). بیمارستان‌های کوچک در پرکردن تخت‌هایشان مشکلاتی داشتند به این دلیل که بیماران به صورت فزاینده‌ای مراکز درمانی بزرگ را ترجیح می‌دادند و این امر انگیزه‌ای را به بیمارستان‌های کوچک داد تا مراقبت‌های درمانی بلندمدت را ارائه دهند. هزینه‌های بهداشتی و هزینه‌های مراقبت درمانی بلندمدت برای افراد مسن بدون حدود مرز است و سقفی به وسیله بودجه روی آن گذاشته نشده است، در مقایسه با دیگر برنامه‌های رفاه اجتماعی که به وسیله بودجه محدود می‌شود و این امر، ارائه این خدمات را برای بیمارستان‌ها سودآور خواهد ساخت. مسن شدن جمعیت، تعداد افراد مسن را افزایش داده بود و هم‌زمان امکان ارائه مراقبت درمانی توسط افراد خانواده به اعضای خانواده را کاهش داده بود (Ikegami, 2009b).

برای کاهش باری که بر دوش سیستم خدمات درمانی بود، ژاپن در سال ۲۰۰۰ بیمه مراقبت درمانی بلندمدت^۲ را برای افراد مسن معرفی کرد. این بیمه به عنوان رکن سوم تأمین اجتماعی در کنار ۲ رکن دیگر معرفی گردید که بازنشستگی و خدمات درمانی بودند. این بیمه اجباری به وسیله شهرداری‌ها اداره می‌شود و مزایایی را برای افراد بالای ۶۵ سال فراهم می‌کند. افرادی که به وسیله ارزیابی‌های دقیق از شرایط جسمی و ذهنی‌شان، توسط شهرداری منطقه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، واجد شرایط تشخیص داده شوند، تحت پوشش این بیمه قرار می‌گیرند. در عمل نه میل و رغبت و نه توانایی خانواده و دوستان فرد مسن برای ارائه خدمات به او، در تصمیم‌گیری در مورد تشخیص اینکه فردی واجد شرایط برای استفاده از این بیمه است یا خیر تأثیری ندارد. ولی این شکایت وجود دارد که محدودیت‌های بودجه، سطوح خدمات ارائه‌شده را تحت تأثیر قرار می‌دهد. زمانی که فرد، واجد شرایط تشخیص داده شود، «مدیر درمانی»^۳ که به وسیله اداره خدمات درمانی یا رفاه استخدام می‌شود، یک برنامه مناسب برای درمان تهیه می‌کند. سیستم به استفاده‌کنندگان از این خدمات اجازه می‌دهد که نوع خدمات، ارائه‌کنندگان خدمات و پوشش‌های موردنظرشان را (که می‌تواند به ۲ صورت سازمانی و خدمات خانگی باشد) انتخاب کنند. قیمت‌ها برای خدمات LTCI به وسیله دولت تعیین می‌شود و به همه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی ارسال می‌شود و آنها باید استانداردهای کیفیت را در سرتاسر کشور رعایت کنند. بیماران در این بیمه باید ۱۰٪ هزینه‌ها را خود بپردازند.

-
1. Social Hospitalization
 2. Long-Term Care Insurance (LTCI)
 3. Care Manager

سهمی که باقی می ماند به طور مساوی بین دولت و افرادی که بالای ۴۰ سال هستند (درصدی از حق بیمه پرداختی آنها به این امر تعلق می گیرد) تقسیم می شود. حق بیمه ها برای افرادی که بین ۴۰ تا ۶۴ سال هستند به وسیله بیمه گران درمان تعیین می شود. این در حالی است که حق بیمه های پرداختی افراد بالای ۶۵ سال به وسیله شهرداری ها تعیین می شود تا بتواند هزینه های شهرداری ها را تحت پوشش قرار دهد، بنابراین تفاوت ها زیادی در این زمینه وجود دارد. تعداد افرادی که خدمات درمانی بلندمدت را دریافت می کنند (سازمانی و خانگی) از ۱/۵ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۳/۸ میلیون در سال ۲۰۰۹ رشد کرده است.^۱

۳. تداوم رشد هزینه های درمانی و تأمین مالی آن به صورت کارا

انتظار می رود که کسری بودجه ژاپن تا سال ۲۰۱۰ به ۱۰٪ تولید ناخالص داخلی برسد و این امر، بدهی ناخالص عمومی را به ۲۰۰٪ افزایش دهد. روند صعودی در هزینه های درمانی یک عامل کلیدی در وخیم شدن موقعیت مالی بوده است. هزینه درمان ملی از سال ۱۹۹۰ با نرخ سالانه ای معادل ۰/۳٪ افزایش یافته است که بسیار بیشتر از ۰/۹٪ افزایشی است که در نتیجه این هزینه ها در تولید ناخالص داخلی (اسمی) اتفاق افتاده است و در تقابل با دهه ۱۹۸۰ وقتی که نرخ های رشد با حال قابل قیاس بود، رشد هزینه های درمانی به وسیله ۴ عامل توضیح داده می شود (جدول ۳):

- مسن شدن جمعیت: این عامل علت ۱/۶٪ از این افزایش در هزینه های درمانی را بیان می کند و منعکس کننده افزایش سهم سالمندان از ۱۲٪ از کل جمعیت در سال ۱۹۹۰ به ۲۰/۸٪ جمعیت در سال ۲۰۰۶ بوده است.

- رشد جمعیت: این عامل علت ۰/۲٪ از این افزایش ها را توضیح می دهد. بعد از یک افزایش در جمعیت کل که در سال ۲۰۰۷ اتفاق افتاد، رشد جمعیت نقش منفی زیادی بازی نکرده است و در افزایش هزینه های درمانی تأثیر زیادی نداشته است.

- تغییرات در جدول هزینه: این عامل نه تنها باعث افزایش هزینه های درمانی نشده است بلکه هزینه های درمانی را به میزان ۰/۱٪ کاهش داده است که منعکس کننده وقوع کاهش مهمی در هزینه های درمانی و قیمت ها از سال ۲۰۰۰ است.

- عوامل دیگر که به عنوان سایر عوامل در نظر گرفته می شود، علت ۱/۳٪ از این افزایش را بیان می کند. این عوامل شامل تغییرات در سطوح خدمات درمانی و تکنولوژی می شود که در اکثر کشورها

۱. بیشتر این افزایش مربوط است به خدماتی که در خانه ارائه می شود. تعداد افرادی که این خدمات را دریافت می کنند از ۰/۹ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۰/۳ میلیون در سال ۲۰۰۹ رشد کرده است. افزایش تعداد افرادی که خدمات سازمانی را دریافت می کنند، بسیار کمتر بوده است به گونه ای که از ۰/۵ میلیون در سال ۲۰۰۰ به ۰/۸ میلیون در سال ۲۰۰۹ رسیده است.

یک محرک کلیدی برای هزینه‌های درمانی است.^۱ تخمین زده می‌شود که افزایش در هزینه‌های کسب تکنولوژی کمتر از رشد تولید ناخالص داخلی بوده است، اگرچه محاسبه تأثیر اولیه آن در ژاپن میسر نیست (Ikegami & Campbell, 2004).

به‌عنوان سهمی از تولید ناخالص داخلی، هزینه‌های درمانی در OECD از ۰.۶٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۱۹۹۰ به ۰.۸٪ از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۶ رسیده است (نمودار ۱).^۲ ۰.۲٪ افزایشی که در منطقه OECD اتفاق افتاده است کمی از ۰.۱٪ افزایشی (باوجود اقداماتی که ژاپن در راه کاهش هزینه‌ها و قیمت‌های درمانی انجام داده است) که در ژاپن اتفاق افتاده است بالاتر است.

جدول ۳. عواملی که به رشد هزینه‌های درمانی ملی^۳ کمک کرده است (اعداد به درصد است)

سال	مسن شدن جمعیت	رشد جمعیت	جدول هزینه	سایر عوامل ^۴	هزینه درمان ملی	تولید ناخالص داخلی (اسمی)
۱۹۹۰-۲۰۰۰	۱/۶	۰/۳	۰/۵	۱/۵	۳/۹	۱/۳
۲۰۰۰-۲۰۰۶	۱/۶	۰/۱	-۱/۲	۱/۰	۱/۶	۰/۱
۱۹۹۰-۲۰۰۶	۱/۶	۰/۲	-۰/۱	۱/۳	۳	۰/۹

مسن شدن جمعیت تقریباً فشار فزاینده دیگری بر هزینه‌های درمانی می‌گذارد. در بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶ هزینه درمان با نرخ سالیانه‌ای معادل ۰.۲٪ برای افراد مسن افزایش یافت. این در حالی است که این نرخ برای بقیه جمعیت ۰.۰۶٪ کاهش یافت که منعکس‌کننده رشد تعداد افراد بالای ۶۵ سال سن و کاهش تعداد افراد زیر ۶۵ سال است. مسن شدن جمعیت در سال‌های پیش‌رو سریع‌تر خواهد شد و تخمین زده می‌شود که سهم جمعیت بالای ۶۵ سال تا سال ۲۰۱۵ به ۰.۲۶٪ و تا سال ۲۰۲۵ به ۰.۳۰٪ برسد. این افزایش در میان افراد خیلی مسن متمرکز خواهد شد و بنابراین تأثیر مالی مهمی خواهد داشت. در حقیقت تعداد افراد بالای ۷۵ سال سن، که در حال حاضر ۱/۳ هزینه درمانی به آنها اختصاص داده می‌شود، ۲ برابر خواهد شد، یعنی از ۰.۹٪ به ۱.۸٪ از کل جمعیت خواهد رسید.

۱. براساس نظرسنجی یک تحقیق، ۰.۸٪ از متخصصان خدمات درمانی، تغییر تکنولوژی دارویی را اولین دلیل برای افزایش هزینه‌های درمانی دانستند.

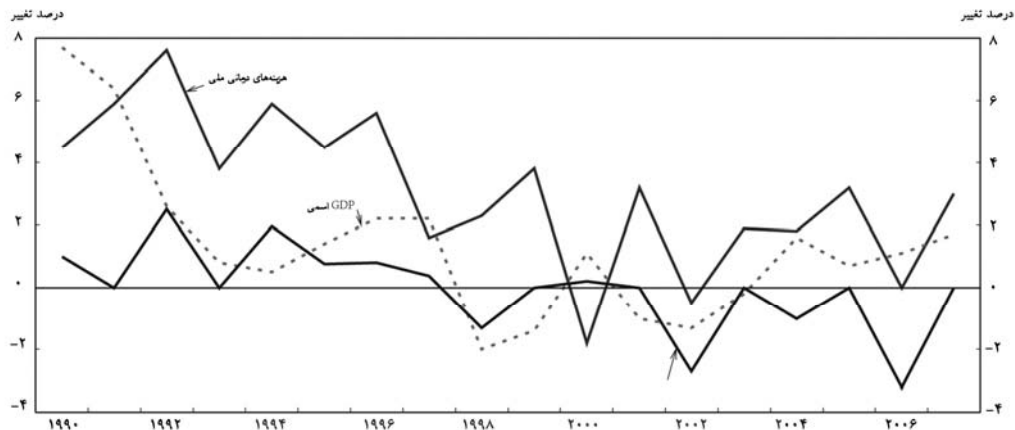
۲. مقیاس منطقه OECD برای محاسبه هزینه‌های درمانی، گسترده‌تر از مقیاس ژاپن است؛ زیرا ژاپن درمان‌های پیشگیرانه و داروهای بدون نسخه را از هزینه درمان ملی (NME) خود حذف کرده است. در نتیجه هزینه درمان ملی (NME) به میزان ۰.۸٪ مقیاس مربوطه برای منطقه OECD است.

۳. به‌عنوان خدمات درمانی تعریف می‌شود که بیمه درمان عمومی ارائه می‌دهد و شامل مبالغی است که بیماران به‌عنوان مشارکت در هزینه‌ها می‌پردازند.

۴. این عوامل شامل تغییرات در تعداد (تعداد بیمارانی که ویزیت می‌شوند و تعداد بیماران پذیرش شده در بیمارستان‌ها) و عوامل دیگری می‌شود که همگی به پیشرفت تکنولوژیکی مربوط می‌شود.

درحالی که تعداد افرادی که در گروه سنی ۶ سال تا ۷۴ سال‌اند، افزایش کمی خواهد داشت و از ۱۱٪ به ۱۲٪ خواهد رسید.

نمودار ۸. کاهش در هزینه‌های درمانی و کاهش در قیمت‌ها، رشد هزینه‌های درمانی را کاهش داده است.



گزارش کمیته ملی تأمین اجتماعی در سال ۲۰۰۸ بیان کرد که هزینه درمان و مراقبت درمانی بلندمدت هر دو روی هم، تحت چهارچوب و الگوهای مصرف کنونی، تا سال ۲۰۲۵ از حدود ۳٪ از تولید ناخالص داخلی به حدود ۱۱٪ از تولید ناخالص داخلی افزایش پیدا خواهد کرد. این در حالی است که اگر اصلاحات در زمینه ارتقای کیفیت و گسترش ظرفیت خدمات درمانی اجرا شود، این رقم یعنی ۳٪ به ۴٪ افزایش خواهد یافت.^۱

براساس یکی از تحقیقاتی که مربوط به کشورهای OECD است، (Oliveira Martins & de la Maisonneuve, 2006) اگر تنها تغییرات جمعیتی را در نظر بگیریم، هزینه بهداشت عمومی و مراقبت درمانی بلندمدت در ژاپن، از ۶/۹٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۵ به ۹/۴٪ تولید ناخالص داخلی تا سال ۲۰۵۰ افزایش پیدا خواهد کرد. پیش‌بینی شده که فاکتورهای دیگری از جمله پیشرفت‌های تکنولوژیکی و رشد درآمد و ثروت (که باعث می‌شود که افراد به دنبال درمان‌های بیشتر و با کیفیت بالاتر باشند) باعث می‌شوند که یک افزایش ۱/۵ تا ۰/۴٪ دیگر از تولید ناخالص داخلی را بسته به درجه هزینه‌ای که دربرداشته‌باشد - شاهد باشیم. به‌عنوان نتیجه پیش‌بینی می‌شود که هزینه‌های عمومی بر روی درمان و مراقبت درمانی بلندمدت طی نصف قرن (یعنی ۵۰ سال) بین ۱۰/۹٪ تولید ناخالص داخلی و ۱۳/۴٪ تولید ناخالص داخلی افزایش یابد که این افزایش از میانگین کشورهای OECD بالاتر است.^۲ دولت

۱. این مطلب براساس این گزارش است «اصلاحات برجسته با نگاهی به تشخیص ایدئال‌های خدمات بهداشتی و مراقبت درمانی بلندمدت».

۲. تأثیر تغییرات جمعیتی برای منطقه OECD کمتر از ژاپن است (حدوداً ۱/۸٪). در نتیجه افزایش در هزینه‌های بهداشتی و مراقبت درمانی بلندمدت از ۶/۸٪ تولید ناخالص داخلی به ۱۰/۱٪ تا ۱۲/۹٪ خواهد رسید که این افزایش کمتر از افزایشی است که در ژاپن اتفاق خواهد افتاد.

مرکزی که ۱/۴ هزینه‌های درمانی را مستقیماً از محل درآمد عمومی مالیات تأمین می‌کند، در نظر دارد که کل مخارج در زمینه درمان را تأمین کند و این امر را به‌عنوان یک موضوع اولویت‌دار در نظر گرفته‌است، به‌خصوص که در حال حاضر موقعیت مالی بدتر شده است. این مسئله در درجه اول به‌وسیله کنترل کردن هزینه‌های درمانی به جای کاهش دادن پوشش بیمه درمان عمومی تحقق یافته است چون کاهش دادن پوشش می‌توانست با هدفی که دولت در این زمینه دارد و آن فراهم کردن خدمات درمانی «لازم و کافی» از طریق بیمه درمان است، در تناقض باشد. محدود کردن پوشش خدمات درمانی با تأکید ژاپن بر عدالت و تأکید این کشور بر دسترسی به خدمات درمانی براساس نیاز و نه براساس توانایی در پرداخت هزینه‌ها در تضاد است. اصلاحی که در هزینه‌های خدمات درمانی هر ۲ سال یک‌بار انجام می‌شود منجر شده این هزینه‌ها که در سال ۱۹۹۷، ۸/۴٪ بود کاهش فزاینده‌ای پیدا کند (نمودار ۸)، خیلی بیشتر از ۱٪ کاهشی که در همین مدت در قیمتی که مشتری باید پردازد، اتفاق افتاده است. براساس تحقیقی که وزارت رفاه، بهداشت و کار^۱ انجام داده است اصلاحات، هزینه درمانی و مراقبت درمانی بلندمدت را از ۶/۸٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۶ به ۷/۴٪ تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۵ افزایش خواهد داد. به‌هرحال این افزایش کمتر از زمانی است که اصلاحات انجام نشود. چون اگر اصلاحات انجام نشود، هزینه درمانی و مراقبت درمانی بلندمدت ۸/۳٪ تولید ناخالص داخلی خواهد بود. تعدادی اصلاحات در سال‌های اخیر آغاز شده است که از جمله آنها می‌توان به «برنامه‌ای برای کاهش سندروم‌های متابولیکی بدن» «سیستم جدید خدمات درمانی برای افرادی که بالای ۷۵ سال سن دارند» و «برنامه‌ای برای کاهش تعداد تخت‌های اختصاص داده شده در بیمارستان‌ها به مراقبت درمانی بلندمدت» اشاره کرد (یادداشت ۱). گام مهم دیگر، تصمیم اخیر دولت برای افزایش سقف تعداد دانشجویان پزشکی به میزان ۵۰٪ است.

۳-۱. سیاست‌هایی جهت کاهش رشد هزینه‌های درمانی

استراتژی ژاپن برای کاهش مستمر هزینه‌های ویزیت پزشکان و هزینه‌های بیمارستان‌ها و قیمت داروها و تجهیزات پزشکی نمی‌تواند برای همیشه ادامه داشته باشد. کاهش قیمت‌ها تنها زمانی مقدور خواهد بود که خدمات درمانی، غیرقابل دسترس نشوند و کیفیت خدمات درمانی کاهش نیابد. اگرچه عده‌ای شکایت می‌کنند که ژاپن به جایی رسیده است که هم اکنون هم این مشکلات را دارد (Mckinsey, 2008). مسئله این است که باید کارایی هزینه‌های خدمات درمانی را افزایش داد و بدین وسیله نیاز به درآمد اضافی را محدود کرد. هرگونه افزایش درآمدی باید به‌صورت کاملاً غیرمحرک صورت گیرد. یک مطالعه‌ای که مربوط به کشورهای OECD است (Joumard et al, 2008) بیان می‌کند که بخش خدمات درمانی ژاپن، این فرصت را دارد که عقب‌افتادگی خود را در زمینه

1. Ministry Of Health, Labor And Welfare (MHLW)

کارایی، نسبت به اکثر کشورهایی که در این زمینه کارا هستند، جبران کند و بدین وسیله هزینه درمانی خود را کاهش دهد. حتی در شرایط عدم وجود موقعیت مالی جدی، منابع زیاد و رو به افزایشی که صرف خدمات درمانی شده است، اهمیت اطمینان از برقراری کارایی در این بخش را مورد تأیید قرار می‌دهد.

الف. انتقال مراقبت درمانی بلندمدت به بیرون از بیمارستان‌ها

اتکا به بیمارستان‌ها برای ارائه خدمات درمانی بلندمدت که «بستری شدن اجتماعی» هم نامیده می‌شود یک منبع اصلی از عدم کارایی است. به این دلیل که این امر، یک عدم انطباقی را بین نیازهای افراد بستری شده در بیمارستان‌ها و خدمات ارائه شده در بیمارستان‌ها ایجاد می‌کند. این عدم انطباق، هزینه درمان به ازای هر بیمار را از طریق ارائه خدمات درمانی نامناسب افزایش می‌دهد. از جمله این خدمات نامناسب می‌توان به استفاده بیش از حد از آزمایش‌های پزشکی و ارائه خدمات درمانی که مبتنی بر پرداخت برای هر ویزیت است، اشاره کرد و همچنین تعداد بیشتری از پرسنل پزشکی که باید برای ارائه این خدمات در بیمارستان‌ها کار کنند (Ikegami, 2009a). در حقیقت برای تخت‌هایی که در بیمارستان‌ها به ارائه LTCI اختصاص داده شده است. در حال حاضر به ازای هر ۱۰۰ تخت باید ۳ دکتر وجود داشته باشد، در حالی که LTCI به ازای هر ۱۰۰ تخت تنها به ۱ دکتر نیاز دارد.

در نتیجه به وسیله انتقال مراقبت درمانی بلندمدت به سازمان‌های پرستاری مخصوص و مراقبت‌هایی که در منزل انجام می‌شود، می‌توان منابع زیادی را در این زمینه صرفه جویی کرد.^۱

یادداشت ۱. طرح‌های اخیر دولت در زمینه خدمات درمانی

دولت برنامه‌ای را در سال ۲۰۰۸ به منظور کاهش تعداد افرادی آغاز کرد که از «سندروم‌های متابولیکی» رنج می‌برند یا در معرض ریسک این بیماری‌ها قرار دارند که از جمله این بیماری‌ها می‌توان به فشار خون، سرطان، بیماری اسکمیک^۲ قلبی، بیماری‌های مغزی-عروقی و دیابت اشاره کرد. تا تعداد این افراد تا سال ۲۰۱۵ به ۱/۴ کاهش پیدا کند.^۳ این هدف باید از این راه‌ها محقق شود: چکاپ‌هایی از وضعیت سلامتی که گسترده‌تر و اثربخش‌تر باشد، انجام مشاوره‌های فردی در زمینه تغییراتی که باید در سبک زندگی افراد مبتلا یا در معرض این بیماری‌ها اتفاق افتد و همچنین از طریق ارائه اطلاعات بیشتر در این زمینه از طریق نهادهایی مثل بیمه‌گران درمان و سایر نهادهای

۱. اگرچه دولت هیچ‌گونه تخمینی از میزان هزینه‌هایی که به این طریق صرفه‌جویی می‌شود، ندارد. البته بیماران تحت مراقبت درمانی بلندمدت که مشکلات سلامتی مزمن دارند، نیاز دارند که در بیمارستان‌ها باقی بمانند، همان‌طور که در برنامه دولت هم این موضوع در نظر گرفته شده است.

2. Ischemic Heart Disease

۳. این ابتکار عمل دولت، شبیه قانون مراقبت درمانی برای افراد مسن است که در سال ۱۹۸۱ تصویب شد. این قانون تحت بررسی قرار گرفتن، پیشگیری از ابتلا به بیماری و برخورداری از تسهیلات برای همه افراد بالای ۴۰ سال سن را مدنظر داشت.

مربوطه. ۱/۴ از ۵۶ میلیون نفری که بین ۴۰ تا ۷۴ سال سن دارند باید انتخاب شوند تا بررسی‌ها روی آنها انجام شود. برای تشویق بیمه‌گران درمان به پرداخت هزینه‌های چکاپ، سیستم پاداشی از سال ۲۰۱۳ اجرا خواهد شد که سهم شرکت‌های بیمه در زمینه خدمات درمانی افراد بالای ۷۵ سال سن را تعدیل خواهد کرد.

دولت یک سیستم بیمه درمان جدید را در سال ۲۰۰۸ برای افرادی که بیش از ۷۵ سال سن دارند، اجرا کرده است، این افراد ۹٪ از جمعیت را شامل شده و ۳۰٪ از هزینه‌های درمانی را به خود اختصاص می‌دهند. در این طرح، نرخ مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها ۱۰٪ در نظر گرفته شده است (یعنی ۱۰٪ از کل هزینه‌های مربوط به جمعیت بالای ۷۵ سال سن از محل حق بیمه‌ها فراهم می‌شود). قسمت‌های باقی مانده به وسیله حق بیمه‌هایی که افراد زیر ۷۵ سال پرداخت می‌کنند (۴۰٪ از کل هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد) و یارانه‌های دولتی (۵۰٪ از هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد) تحت پوشش قرار خواهد گرفت.^۱ این سیستم جدید، میزان یارانه‌ای که برای خدمات درمانی افراد مسن پرداخت می‌شود را به صورت واضح‌تر نشان می‌دهد. همان‌طور که جمعیت مسن‌تر می‌شود، میزان سهم افراد مسن در هزینه‌ها بیشتر می‌شود. سیستم جدید باید تفاوت‌های زیاد در حق بیمه‌هایی را کاهش دهد که در داخل شهرهای مختلف وجود دارد. این اقدام باید با حرکت به سوی ایجاد یک مبنایی که حالت نمایندگی دارد، باشد و حق بیمه‌ها براساس اینکه در هر نمایندگی در سال قبل، چه مقدار برای خدمات درمانی افراد مسن هزینه شده است، تعیین شود (Tomizuka & Matsuda, 2008). انگیزه نمایندگی‌ها برای کاهش سطح حق بیمه‌های خود به ارتقای کارایی می‌انجامد. ضمن اینکه این اطمینان را به وجود می‌آورد که هر بیمه‌گر در هر نمایندگی، بودجه‌ای متوازن را کسب خواهد کرد. حق بیمه‌های پرداختی برای این گروه سنی به عنوان یک دستاورد سیستم جدید بیمه درمان، در حدود ۲/۳ کاهش پیدا کرده است. که این کاهش حق بیمه‌ها از طریق افزایش مزایای بازنشستگی (به منظور جلب توجه افراد برای شرکت در این طرح) و کاهش هزینه‌های اداری بوده است. به علاوه این سیستم یک بسته مزایای مشخص را برای افراد مسن معرفی می‌کند، که به جای سیستم معمول پرداخت هزینه برای هر خدمت درمانی دریافتی، پرداخت جامعی صورت گیرد. سیستم جدید برای افراد خیلی مسن با افزایشی در نرخ مشارکت استاندارد افراد در پرداخت هزینه‌ها همراه بود که بنا شد که این نرخ برای افرادی که بین ۷۰ تا ۷۴ سال سن دارند از ۱۰٪ به ۲۰٪ و برای افراد خیلی مسنی که درآمدهایشان با میانگین درآمد افراد زیر ۷۰ سال برابر است، از ۱۰٪ به ۳۰٪ افزایش یابد، اگرچه

۱. در گذشته یارانه دولتی ۳۰٪ هزینه‌ها را تأمین مالی می‌کرد و حق بیمه‌های بیمه درمان مبلغ باقی مانده را تأمین مالی می‌کردند.

۲. علاوه بر ۱۳۰۰۰۰۰ تخت در بیمارستان‌ها، بیمه مراقبت درمانی بلندمدت ۴۰۰۰۰۰۰ تخت را در خانه‌های پرستاری و ۲۷۰۰۰۰ تخت را در تسهیلات درمانی متوسط تأمین مالی می‌کند.

اجرای این برنامه به تعویق افتاده است.

در سال ۲۰۰۵ وزارت کار، بهداشت و رفاه برنامه‌ای را اعلام کرد که در راستای اهداف دولت‌های محلی، برای ۳۸۰۰۰۰ عدد از تخت‌هایی که در بیمارستان‌ها به ارائه مراقبت‌های درمانی بلندمدت اختصاص داده شده است، برنامه‌ای دارد که باید تا سال ۲۰۱۱ این برنامه اجرایی شود. که از این ۳۸۰۰۰۰ تخت اختصاص داده شده به LTCI، ۱۵۰۰۰۰ تخت همچنان به LTCI اختصاص داده شود، اما صرفاً به درمان بیماران مضمّن پردازند و ۲۳۰۰۰۰ تخت هم به مصارف دیگری به غیر از LTCI برسد. از این ۳۸۰۰۰۰ تخت، ۲۵۰۰۰۰ تخت به وسیله بیمه درمان عمومی و ۱۳۰۰۰۰ تخت به وسیله برنامه مراقبت درمانی بلندمدت (بیمه مراقبت درمانی بلندمدت) تأمین مالی می‌شود.^۲ تفاوتی که بین این ۲ سیستم بیمه وجود دارد، مبهم است؛ زیرا در یک واحد بیمارستانی، تخت‌هایی وجود دارد که به وسیله ۲ سیستم بیمه متفاوت تأمین مالی شده‌اند. هدف، کاهش تعداد تخت‌های اختصاص داده شده به بیمه مراقبت درمانی بلندمدت است تا به تعداد ۱۵۰۰۰۰ برسد و این تعداد هم کاملاً صرف درمان بیماران با شرایط درمانی مزمن شود و به وسیله بیمه درمان هم تأمین مالی شود. بعد از فوریه ۲۰۱۲، هیچ تختی در بیمارستان‌ها برای ارائه خدمات درمانی بلندمدت به وسیله LTCI تأمین مالی نمی‌شود. این هدف باید از طریق سیستم پرداخت متفاوت برای مراقبت درمانی بلندمدت (که براساس نیازهای درمانی باشد) و افزایش در میزان مشارکت بیماران در هزینه‌ها^۳ (افزایش حق مشارکت‌ها) تحقق یابد. کمک‌های مالی عمومی شامل یارانه‌ها و رفع نظارت‌های قانونی کمک خواهد کرد که ۲۳۰۰۰۰ تخت باقی مانده به مصارف دیگر برسد، به خصوص نوع جدید تسهیلات خدمات درمانی بلندمدت که هدفش آزادکردن نظارت‌های قانونی از نیروی انسانی و تجهیزات است.

با معرفی بیمه مراقبت‌های درمانی بلندمدت در سال ۲۰۰۰ این انتظار وجود داشت که واحدهای ارائه‌دهنده خدمات بلندمدت در بیمارستان‌ها همگی از بیمه درمان به بیمه مراقبت‌های درمانی بلندمدت منتقل شود. در عمل کمتر از ۱/۲ این تخت‌ها منتقل شده است. به علاوه تعداد تخت‌هایی که خدمات بلندمدت را ارائه می‌دهند و به وسیله بیمه درمان تأمین مالی می‌شوند تقریباً به میزان ۱/۲ در حدود ۲۵۰/۰۰۰ عدد افزایش یافته است که این رقم بالاتر از تعداد تخت‌هایی است که به وسیله بیمه مراقبت‌های بلندمدت تأمین مالی می‌شود (جدول ۴).

جدول ۴. تخت‌های اختصاص داده‌شده به مراقبت درمانی بلندمدت در بیمارستان‌ها

سال	تعداد تخت‌هایی که توسط بیمه مراقبت درمانی بلندمدت تأمین مالی شده است	تعداد تخت‌هایی که توسط بیمه درمانی تأمین مالی شده است	مجموع
۲۰۰۱	۱۲۰/۴	۱۷۵/۵	۲۹۵/۹
۲۰۰۲	۱۳۸	۱۸۷/۸	۳۲۵/۷
۲۰۰۳	۱۳۹/۶	۲۲۷/۵	۳۶۷/۲
۲۰۰۴	۱۳۸/۹	۲۳۴/۹	۳۷۳/۸
۲۰۰۵	۱۲۹/۹	۰/۲۵۴	۳۸۳/۹
۲۰۰۶	۱۱۹/۸	۰/۲۵۲	۳۷۱/۸
۲۰۰۷	۱۱۰/۷	۲۵۱/۷	۳۶۲/۴

توضیح: اعداد به هزار است.

برنامه دولت در سال ۲۰۰۵ (یادداشت ۱) بیان می‌کند که تعداد تخت‌های اختصاص داده‌شده به خدمات بلندمدت در بیمارستان‌ها (که به وسیله بیمه درمان تأمین مالی می‌شود) تا سال ۲۰۱۱ به ۱۵۰۰۰۰ عدد کاهش یابد. این کاهش از وسایل تحقق اهداف این کشور است که می‌خواهد میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان را از ۳۶/۳ روز به ۳۱/۵ روز تا سال ۲۰۱۵ کاهش دهد.^۱ به‌رحال پیشرفت کمی در سال‌های گذشته در راستای تحقق اهداف تعیین شده در سال ۲۰۱۱ صورت گرفته است. شهرداری‌ها که ارائه بیمه مراقبت درمانی بلندمدت را به‌عهده دارند، نمی‌خواهند که تخت‌هایی که در بیمارستان‌ها دارند انتقال داده شود؛ به این دلیل که این انتقال، هزینه خدمات بلندمدت را افزایش خواهد داد. به‌علاوه دومین گروه مخالف انتقال تخت‌ها، پزشکان مالک بیمارستان‌ها هستند که نمی‌خواهند تخت‌ها، از سرویس سودآور ارائه خدمات درمانی بلندمدت تحت بیمه درمان، به بیمه مراقبت‌های درمانی بلندمدت انتقال پیدا کنند. به‌علاوه یک نگرانی عمومی وجود دارد که تخت‌های اختصاص داده‌شده به خدمات بلندمدت در بیمارستان‌ها بعد از این انتقال، ممکن است به مصارف دیگری برسد بنابراین منابع موجود برای مراقبت از سالمندان که رو به افزایش است، کاهش یابد. در سال ۲۰۰۸ دولت یک هدف مختصرتری را براساس اهداف تعیین شده به‌وسیله نماینده‌ها اعلام کرد و آن کاهش تعداد تخت‌های ارائه‌دهنده خدمات بلندمدت در بیمارستان‌ها به ۲۱۰۰۰۰ در سال ۲۰۱۱

۱. هدف این است که میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان‌ها کاهش پیدا کند و به مدت زمانی بین ۳۶ روز (۳۶ روز میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان‌ها در کل کشور است) و ۲۷ روز (۲۷ روز میانگین مدت بستری شدن در بیمارستان‌های نمایندگی Nagana است) برسد.

است که این تعداد تعیین شده بالاتر از سقفی است که در سال ۲۰۰۱ تعیین شده بود (قبلاً قرار بود در سال ۲۰۱۱، تعداد تخت‌ها به ۱۵۰۰۰۰ کاهش پیدا کنند). اینکه رسیدن به پیشرفتی مشخص در انتقال خدمات درمانی بلندمدت به بیرون از بیمارستان‌ها با شکست مواجه شده است، همچنین اشتباهاتی را منعکس می‌کند که در معرفی سیستم پرداخت مبتنی بر سطح نیاز درمانی اتفاق افتاده است. این سیستم در سال ۲۰۰۳ آغاز شده است. کمیته دولتی، ۳ سطح نیاز درمانی را مشخص کرد که این سطوح میزان پرداخت از طرف بیمه درمان را تعیین می‌کند. در سال ۲۰۰۶ میزان پرداخت برای افرادی که در پایین‌ترین سطح بیمه درمان قرار داشتند (در پایین‌ترین سطح از نظر نیاز به امکانات درمانی قرار داشتند و به‌عنوان سطح ۱ شناخته می‌شدند)، پایین‌تر از هزینه لازم برای ارائه خدمات تعیین شد (به این معنی که موافقت شد که بیمه برای آنها هزینه کمتری را نسبت به هزینه‌های رایج درمانی بپردازد). تعداد افرادی که از نظر نیازهای درمانی در پایین‌ترین سطح اند کمی بیش از ۱/۲ کل بیمارانی است که از تخت‌های مراقبت درمانی بلندمدت بیمارستانی تأمین مالی شده به‌وسیله بیمه درمان استفاده می‌کنند. اصلاحی که در سال ۲۰۰۶ اتفاق افتاد، قصد داشت که به بیمارستان‌ها انگیزه‌ای بدهد که یا خودشان به یک ارائه‌دهنده LTCI تبدیل شوند یا این بیماران را به مراکز ارائه خدمات LTCI منتقل کنند. به‌رحال بیمارستان‌ها آن‌گونه که انتظار می‌رفت به این مسئله پاسخ ندادند. به جای اینکه بیماران را به مراکز LTCI منتقل کنند، بیمارستان‌ها بیماران را در سطوح درمانی بالاتر کدگذاری کردند. با این هدف که پرداخت‌های بیشتری بابت آنها از بیمه درمان دریافت کنند. در حقیقت در طول ۵ ماه بعد از اینکه این تغییر در تعرفه اتفاق افتاد تعداد بیمارانی که در سطح ۱ قرار می‌گرفتند (آنهايي که در تخت‌های بیمارستانی بستری بودند که از طرف بیمه درمان تأمین مالی می‌شد و خدمات درمانی بلندمدت را ارائه می‌داد) از ۵۰٪ به ۳۳٪ کاهش پیدا کرد. (یعنی چون بیمارستان‌ها برای آن دسته از بیماران خود که به‌عنوان بیماران سطح ۱ شناخته می‌شدند پول کمتری دریافت می‌کردند، بیماران را دوباره طبقه‌بندی کردند و این بار تعدادی از بیماران سطح ۱ خود را در سطوح دیگر طبقه‌بندی کردند. بدین ترتیب تعداد بیمارانی که در سطح ۱ قرار می‌گرفتند از ۵۰٪ به ۳۳٪ کاهش پیدا کرد) (Ikegami, 2009a). استراتژی بیمارستان‌ها برای حفظ بیمارانشان که تحت خدمات درمانی بلندمدت قرار دارند، به‌وسیله دوباره معرفی کردن نیازهای درمانی آنها، منعکس می‌کند که خدمات درمانی بلندمدت سودآوری بالایی دارد. بیمارستان‌هایی که بیش از ۶۰٪ از تخت‌هایشان به ارائه خدمات درمانی بلندمدت اختصاص داده شده است حاشیه سودی معادل ۷/۹٪ در سال ۲۰۰۴ داشتند. این در حالی است که سایر بیمارستان‌ها حاشیه سودی معادل ۰/۷٪ داشتند (به استثنای روانپزشکی‌ها). بنابراین بسیاری از بیمارستان‌ها واحدهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی کوتاه‌مدت خود را به بلندمدت انتقال داده‌اند و با کاهش‌هایی که در حق‌بیمه‌ها اتفاق افتاده است نرخ‌های سود کاهش یافته و

به ترتیب به ۳/۷٪ و منفی ۲/۳٪ رسیده است. این در حالی است که خدمات بلندمدت به طور میانگین خیلی سودآورتر باقی مانده است. با وجود اینکه سیاست‌ها تغییر پیدا کرده تا از جذابیت این بیمه به مراتب بیشتر بکاهد، به وضوح هدف دولت در زمینه کاهش ارائه خدمات درمانی بلندمدت تحقق پیدا نمی‌کند تا زمانی که این خدمات، سودآورترین خدمات در بیمارستان‌ها باقی بمانند.

تغییرات در ساختارهای جبران خسارت باید طی چند گام انجام شود تا از کدگذاری کردن بیماران جلوگیری کند. این اقدام باید از طریق یک پایگاه اطلاعاتی برای تعیین سطح نیازهای درمانی بیماران صورت گیرد. این پایگاه اطلاعاتی در عمل به ثبت الکترونیکی داده‌ها نیاز دارد و اینکه معاینات لازم از طریق بیمه‌گران یا متخصصان ثالث مورد تأیید بیمه‌گران انجام شود. با وجود مشکلاتی که در انتقال خدمات درمانی بلندمدت به بیرون از بیمارستان‌ها وجود دارد تجربه LTCI مزایای مثبت ارائه خدمت دولتی توسط شرکت‌های خصوصی را نشان می‌دهد. قبل از سال ۲۰۰۰ پوشش مراقبت درمانی بلندمدت که به وسیله بیمه درمان عمومی ارائه می‌شد، محدود بود به بخش دولتی که نشان‌دهنده این نگرانی بود که اجازه‌دادن به شرکت‌های انتفاعی برای حضور در بخش خدمات درمانی می‌تواند به رفتارهای فرصت‌طلبانه منجر شود (Noguchi & Shimizutanils, 2005). ارائه LTCI به شرکت‌های انتفاعی اجازه داد که در زمینه ارائه خدمات درمانی که در منزل ارائه می‌شود، رقابت کنند. تا سال ۲۰۰۶ تعداد شرکت‌های خصوصی که این خدمات را ارائه می‌دادند از ۱۱۰۰۰ شرکت فراتر رفت. در حقیقت بیشتر از ۱/۳ کل شرکت‌هایی که در این زمینه فعالیت می‌کنند را شرکت‌های خصوصی تشکیل می‌دهند.

ب- اصلاح مکانیزم قیمت‌گذاری به گونه‌ای که از سیستم کارانه (پرداخت برای هر ویزیت)^۱ متفاوت باشد.

هدف دولت که فراهم کردن خدمات درمانی «لازم و کافی» است کمی مبهم به نظر می‌رسد و تا حدی به سیستم پرداخت این کشور بستگی دارد. رویکردی که در حال حاضر وجود دارد این است که برای انجام هر خدمت توسط پزشک، پرداختی به او صورت گیرد. این رویکرد موجب گسترش ارائه درمان‌های «لازم» می‌شود. این در صورتی است که اگر قرار بود پرداخت جامعی صورت بگیرد، این امر ارائه درمان‌های «لازم» را کاهش می‌داد.

۱. نظام کارانه به این معناست که به ازای هر خدمتی که به بیمار ارائه می‌گردد، صرف‌نظر از اینکه آیا بیمار به آن خدمت نیاز داشته باشد یا خیر، هزینه‌ای معادل ارزش آن خدمت به بیمارستان پرداخت می‌گردد. نتیجه عملکرد این نظام پرداخت، به گونه‌ای است که ارائه‌کنندگان خدمات درمانی انگیزه کافی برای افزایش غیرمنطقی خدمات و به تبع آن افزایش هزینه‌های درمانی دارند.

معرفی نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی وابسته^۱، که فرد را به پرداخت هزینه جامع براساس بیماری‌اش ملزم می‌کند می‌تواند به کاهش تعداد ویزیت‌هایی که بیماران با متخصصان انجام می‌دهند و کاهش مدت بستری شدن در بیمارستان‌ها منجر شود، که هر دوی این عوامل در راستای هدف دولت که فراهم کردن خدمات درمانی «لازم و کافی» است، قرار دارد. همچنین این امر می‌تواند موجب طولانی شدن مدت زمان مشاوره بیماران با پزشکان شود که در حال حاضر این مدت به نسبت کوتاه است و این امر یکی از شکایات اصلی بیماران را تشکیل می‌دهد. یک راه حل این است که مبنای پرداخت پول به پزشکان را تعداد بیمارانی قرارداد که در هر سال درمان می‌کنند، چون مبنای کنونی تعداد ویزیت‌هایی است که هر پزشک انجام می‌دهد. شاید راه حل دیگری که نسبت به این راه حل کمتر سخت گیرانه باشد این است که نرخ بازپرداخت پول را در بعضی از موارد تغییر دهند. برای مثال در مورد ویزیت دوم سرماخوردگی یا ویزیت دوم بیماری‌های جزئی دیگر. دولت در سال ۲۰۰۸، با کاهش دادن میزان پول پرداختی در مواردی که مشاوره‌های پزشکی کمتر از ۵ دقیقه بودند، در این مسیر گام برداشت.

دولت در سال ۲۰۰۳، یک شیوه پرداخت براساس مورد-مختلف^۲ را برای بیمارستان‌ها معرفی کرد، شیوه تشخیص ترکیبی^۳، که بیماران را براساس تشخیص بیماری که دارند و درمان مورد نیاز آنها، طبقه‌بندی می‌کند. این شیوه جدید که تطبیقی از نظام پرداخت مبتنی بر گروه‌های تشخیصی وابسته (DRG) است و در تعدادی از کشورهای عضو OECD برقرار است، در ابتدا به ۸۲ بیمارستان دانشگاهی و دولتی محدود شد. سیستم پرداخت مورد-مختلف ژاپنی‌ها غیرمعمول است به این دلیل که آن هم DPC و هم کارانه (پرداخت برای هر ویزیت) را شامل می‌شود. بخش DPC شامل هزینه پایه بیمارستان، دارو و وسایل مورد استفاده در بخش‌های بیمارستان، آزمایش‌های پزشکی، رادیولوژی و هر اقدامی است که کمتر از ۱۰۰۰۰۰ یین (در حدود ۱۰۰ دلار) هزینه داشته باشد. بخش کارانه (پرداخت برای هر ویزیت) عمل‌های جراحی، دارو و وسایل پزشکی مورد استفاده در اتاق‌های عمل و هر اقدامی که هزینه آن بیشتر از ۱۰۰۰۰۰ یین شود را تحت پوشش قرار می‌دهد. برای بخش DPC برنامه پرداخت روزانه در نظر گرفته شده است، که با افزایش مدت زمان بستری شدن در بیمارستان، کاهش می‌یابد. در نظر گرفتن این امر مهم است که یک عامل «تغییر» در پرداخت به شیوه DPC وجود دارد که در دامنه ۰/۸۵ تا ۱/۳۲ قرار دارد، بنابراین می‌تواند پرداخت را به اندازه ۱۵٪ کاهش دهد یا آن

1. Diagnostic-Related Group (DRG)

در این نظام، مبنای پرداخت هزینه‌های درمانی، درمان هر بیمار است نه ارائه یک خدمت خاص. در واقع در این نظام برای معالجه بیماران برحسب نوع بیماری، مبلغ معینی پرداخت می‌شود.

2. Case-mix Payment

3. Diagnosis Procedure Combination (DPC)

را تا ۳۲٪ افزایش دهد. این نوع پرداخت اثرگذاری بر روی درآمد هر بیمارستانی که از سیستم پرداخت DPC استفاده می‌کند را آسان می‌کند.

شیوه پرداخت DPC منجر به کاهش‌هایی در مدت زمان بستری شدن در بیمارستان‌ها شده است اما باعث کاهش در هزینه‌های کل نشده است. میانگین بستری شدن در ۸۲ بیمارستانی که شیوه DPC را استفاده می‌کردند از ۲۰/۴ روز در تابستان سال ۲۰۰۲ به ۱۸/۸ روز در تابستان ۲۰۰۴ بعد از استفاده از روش DPC کاهش یافته است (Wang et al, 2008). این حقیقت که روش DPC براساس پرداخت روزانه است، برخلاف سیستم‌های DRG در بعضی از کشورها، تأثیرش را بر روی زمان بستری شدن در بیمارستان‌ها محدود می‌کند. با این حال هزینه‌های کل پزشکی در روش کارانه است که افزایش می‌یابد. به طوری که هزینه ۸ گروه بیماری از ۱۶ گروه بیماری اصلی^۱، افزایش یافته است. شکست در کاهش هزینه‌ها نشان‌دهنده این است که برخی از بیمارستان‌ها استراتژی «بازی گرفتن سیستم» را دنبال می‌کنند. به این دلایل که نرخ پذیرش مجدد بیمار از ۴/۷٪ در سال ۲۰۰۲ به ۹/۷٪ در سال ۲۰۰۴ افزایش پیدا کرده است (که بیشتر این پذیرش‌های مجدد بیماران از قبل برنامه‌ریزی شده بوده است) و همچنین بیمارستان‌ها بیماران را در گروه‌هایی کدگذاری می‌کنند که آن گروه‌ها به درمان‌های جامع‌تر و البته گران‌تری نیازمندند (Ikegami, 2009a). عامل دیگر نیز این است که اعمال «عامل تغییر» در نرخ‌های پرداخت روزانه مانع افزایش کارایی خدمات ارائه شده می‌شود. علاوه بر اینکه DPC نتوانسته هزینه‌های درمانی را کاهش دهد، باعث افزایش هزینه‌های انجام خدمات درمانی در خارج از بیمارستان‌ها هم شده است. در عمل بیمارستان‌ها، قبل از اینکه بیماران را پذیرش کنند، آزمایش‌های پزشکی خود را در آزمایشگاه‌های بیرون از بیمارستان انجام می‌دهند و بدین ترتیب باعث می‌شوند که بیماران هزینه اضافی دیگری را تحت سیستم پرداخت کارانه بپردازند به جای اینکه آزمایش‌ها را تحت سیستم پرداخت DPC انجام دهند (Wang et al, 2008). در حقیقت نمونه‌هایی وجود دارد که بیمارستان‌ها بیماران را مرخص می‌کنند و قبل از اینکه دوباره آنها را پذیرش کنند، آزمایش‌های پزشکی گران‌قیمت را در آزمایشگاه‌های خارج از بیمارستان که متعلق به خودشان است، انجام می‌دهند.

اگرچه هدف از برقراری DPC کنترل هزینه‌هاست، هدف مهم دیگری که دارد بهبود کیفیت درمان‌های ارائه شده در بیمارستان‌ها از طریق ارتقای استانداردهای، شفافیت و قابلیت اعتماد به این درمان‌هاست. سیستم DPC، خدمات بیمارستانی و نتایج حاصل از آنها را قابل اندازه‌گیری می‌کند.

۱. ۱۶ گروه تشخیص بیماری اصلی وجود دارد که به ۱۷۲۷ گروه بیماری تقسیم می‌شود و این گروه‌ها هم به ۲۵۵۲ زیرگروه DPC تقسیم می‌شود.

بنابراین مبنایی را برای بهبود درمان‌های ارائه‌شده فراهم می‌کند^۱، همچنین به این دلیل که اطلاعات لازم را در اختیار بیماران قرار می‌دهد تا خود بیمارستان مورد نظرشان را انتخاب کنند، موجب گسترش رقابت می‌شود. وبسایت MHLW اطلاعات مربوط به عملکرد بیمارستان‌هایی را نشان می‌دهد که از DPC استفاده می‌کنند. از جمله این اطلاعات می‌توان به میزان درمان‌های ارائه‌شده، مدت زمان بستری‌شدن در بیمارستان‌ها و میزان پذیرش مجدد بیماران اشاره کرد.

در این زمینه این نگرانی وجود دارد که سیستم پرداخت مورد-مختلف می‌تواند به کاهش درمان منجر شود با این استدلال که موجب می‌شود که عرضه‌کنندگان خدمات درمانی، از آزمایش‌های پزشکی مهم صرف‌نظر کنند اما شفافیتی که در بالا به آن اشاره شد می‌تواند این نگرانی‌ها را کاهش دهد.

پوشش شیوه پرداخت DPC با شمول ۳۶۰ بیمارستان خصوصی و دولتی در سال ۲۰۰۶ گسترش یافت.^۲ تا جولای سال ۲۰۰۹، ۱۲۸۳ بیمارستان و تقریباً ۱/۲ تخت‌های مراقبتی از این سیستم استفاده می‌کردند. از آغاز سال ۲۰۱۱ قرار است که عامل تغییر که در این سیستم اعمال می‌شد به تدریج از آن خارج شود. برای اینکه DPC در زمینه هزینه‌ها نیز اثربخش‌تر شود، مهم است که نرخ‌های DPC براساس نرخ‌های بیمارستان‌های با عملکرد عالی تعیین شود، به جای اینکه این تعیین نرخ براساس بیمارستان‌های با عملکرد بسیار ضعیف باشد، تا بدین وسیله بتواند بیمارستان‌هایی که کارایی کمی دارند را تشویق کند که عملکرد خود را بهبود ببخشند. به علاوه این مهم است که قوانینی تصویب شود که از سوءاستفاده بیمارستان‌ها از DPC جلوگیری کند. برای مثال نرخ‌های DPC برای پذیرش مجدد بیماران باید کاهش پیدا کند و حداقل بخشی از هزینه آزمایش‌ها و عکس‌برداری‌های پزشکی که در آزمایشگاه‌های خارج از بیمارستان‌ها انجام می‌شود، باید توسط DPC قابل جبران باشد^۳ و همچنین باید به وسیله نظارت‌های دقیق از کدگذاری مجدد بیماران جلوگیری شود.

ج. گسترش استفاده از داروهای ژنریک^۴

مزایایی که تجویز کردن و فروختن دارو برای پزشکان دارد، باعث شده است که از سال ۱۹۹۶ ژاپن بالاترین مصرف دارو در منطقه OECD را داشته باشد. از آن زمان دولت روش‌هایی را برای کاهش هزینه‌های دارویی به کارگرفت که از جمله آنها می‌توان به: نزدیک کردن قیمت داروها به قیمت

۱. اگرچه بهره‌مندی از چنین مزیتی، مستلزم آن است که بیمارستان‌ها سیستم درمان را به بازی نگیرند.

۲. از آنجایی که DPC در ۸۲ بیمارستان معتبر و عمومی آغاز شد، سایر بیمارستان‌ها نیز مشتاق بودند که چنین اعتباری را به دست آورند.

۳. اگر یک بیمار در فاصله زمانی ۳ روز دو بار توسط بیمارستان پذیرش شود، مدت زمان بستری‌شدن آن فرد در بیمارستان براساس کل مدت زمان هر ۲ بار پذیرشی که صورت گرفته است، محاسبه می‌شود.

۴. داروهایی که از همه نظر از جمله دوز، کیفیت، ویژگی‌های ساختاری و اهداف درمانی کاربردی مشابه داروهای معتبر تجاری دارند. از آنجاکه داروهای ژنریک نام تجاری خاصی ندارند، به مراتب نسبت به داروهای معتبر تجاری ارزان‌ترند.

آنها در عمده فروشی‌ها، تشویق کردن جداکردن فرآیند تجویز دارو از فرآیند پیچیدن نسخه و در نظر گرفتن مجازات‌هایی برای تجویز بیش از حد دارو اشاره کرد. به این صورت که اگر ۷ یا بیشتر از ۷ عدد دارو تجویز شود، پرداختی که برای آن نسخه صورت می‌گیرد به میزان ۱۰٪ کاهش پیدا می‌کند. این امر کمک کرده است تا سهم پزشکان از تعداد کل نسخه‌های تجویز شده به ۱/۲ تقلیل پیدا کند و از ۸۰٪ در سال ۱۹۹۶ به ۴۱٪ در سال ۲۰۰۸ برسد. این عوامل به همراه کاهش‌هایی که در قیمت داروها اتفاق افتاده است، هزینه‌های کل دارویی را از ۲۹٪ هزینه‌های درمانی به ۲۱٪ هزینه‌ای درمانی کاهش داده است.

به‌هرحال چون هزینه‌های دارویی سرانه هنوز ۱۸٪ است و این رقم بالاتر از میانگین OECD در سال ۲۰۰۶ است (جدول ۲)، پتانسیل برای صرفه‌جویی‌های بیشتری در این زمینه وجود دارد. یک کلید موفقیت در این زمینه افزایش استفاده از داروهای ژنریک است. به‌علاوه داروهای ژنریک ۱/۲ داروهای با نام تجاری معتبر و اصلی قیمت دارند، در مقایسه با اینکه قیمت آنها در ایالات متحده بین ۲۰٪ تا ۳۰٪ قیمت داروهای اصل است. استفاده از داروهای ژنریک در ژاپن مجاز نیست مگر اینکه پزشکان در نسخه بیان کنند که استفاده از داروهای ژنریک قابل قبول است. در نظرسنجی که در سال ۲۰۰۶ به‌وسیله سازمان سیاست‌های خدمات درمانی ژاپن^۲ انجام شد ۹۷٪ از مردم نسبت به داروهای ژنریک آگاهی داشتند و ۸۰٪ از آنها می‌خواستند که از داروهای ژنریک استفاده کنند. به‌هرحال تنها ۱۴٪ از مردم از پزشکان خواسته بودند که داروهای ژنریک را تجویز کنند که منعکس‌کننده این است که مردم هنوز اعتقاد دارند که باید به قضاوت پزشک‌شان احترام بگذارند. همچنین تنها ۹٪ از پزشکان موافقت کردند که داروهای ژنریک را تجویز کنند به این دلیل که این امر (یعنی تجویز داروهای ژنریک) روی درآمد پزشکان تأثیر منفی دارد و همچنین پزشکان به کیفیت این داروها اطمینان ندارند. استفاده از داروهای ژنریک در نبود داروخانه‌هایی برای عرضه آنها بیشتر پیچیده می‌شود. در نظرسنجی سال ۲۰۰۶ تنها ۸٪ افراد گزارش دادند که داروخانه‌ها قادر به ارائه داروهای ژنریک‌اند. افزایش سهم داروهای ژنریک در بازار و کاهش قیمت آنها - به نحوی که قیمت آنها نسبت به داروهای با نام تجاری، همانند قیمت داروهای ایالات متحده باشد - می‌تواند هزینه

۱. تهیه کنندگان دارو می‌توانند دارو و تجهیزات پزشکی را از عمده فروش‌ها به قیمتی کمتر از قیمتی که در جدول هزینه آمده است، خریداری کنند و از این طریق با هم رقابت کنند. وقتی که جدول هزینه اصلاح می‌شود، دولت قیمت‌ها را ۲٪ بالاتر از قیمت بازار تعیین می‌کند. برای مثال اگر قیمت یک دارو ۱۱۰ ین تعیین شده باشد، این دارو در بازار با قیمت ۱۰۰ ین قابل خرید خواهد بود و قیمت این دارو در جدول هزینه ۱۰۲ ین خواهد بود. در سال ۲۰۰۸، قیمت ۸۸/۷٪ از ۱۲۷۴۰ عدد دارو کاهش پیدا کرد، قیمت ۱۰/۷٪ از داروها بدون تغییر باقی ماند و قیمت ۰/۵٪ از داروها افزایش یافت. که به معنای این است که میانگین کاهش در قیمت داروها معادل ۵/۲٪ بوده است.

دارویی ژاپن را به $\frac{1}{3}$ کاهش دهد (Kadonaga & Kanzler 2007). بنابراین کل هزینه درمانی هم به 7% کاهش پیدا می‌کند (به 0.5% از تولید ناخالص داخلی می‌رسد). دولت این هدف را دارد که سهم داروهای ژنریک را از بازار تا سال ۲۰۱۲ حداقل به 30% افزایش دهد. به این وسیله که دولت داروهای ژنریک را به صورت گزینه جذاب‌تری برای بیماران و عرضه‌کنندگان خدمات درمانی تبدیل کند. در نسخه‌های جدید، داروهای ژنریک پذیرفته می‌شوند مگر اینکه پزشک صراحتاً عکس آن را اعلام کرده باشد. به علاوه جدول هزینه‌ها، هزینه‌های کمکی را فراهم می‌کند تا بار مالی را که تأمین کردن و فروش داروهای ژنریک برای داروخانه‌ها دارد، جبران کند. اگرچه امید است که این روش‌ها تأثیر مثبتی داشته باشند، اما دولت باید استفاده از داروهای ژنریک را افزایش دهد، به این وسیله که از داروخانه‌ها بخواهد که هنگام پیچیدن نسخه‌ها، اگر داروهای ژنریک در دسترس بودند، آنها را به بیماران بدهند و دولت باید در این مسیر حرکت کند که داروهای ژنریک را به عنوان داروهای استاندارد مورد قبول قرار دهد و هزینه آنها هم قابل جبران باشد. براساس نظرسنجی HPIJ در سال ۲۰۰۷، 61% از مردم چنین رویکردی را تأیید کردند.

د. ارتقاداتن سالمندی همراه با سلامتی

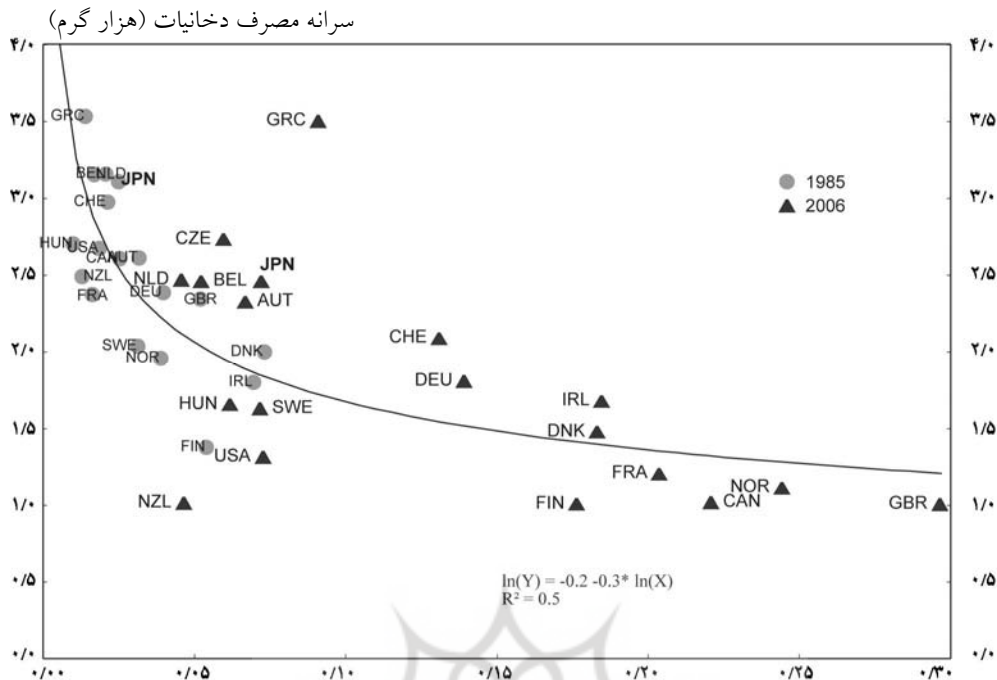
چون تعداد افراد بالای ۶۵ سال سریعاً در حال افزایش است، کاهش هزینه‌های بالای خدمات درمانی برای افراد مسن، ضروری است تا بدین وسیله از افزایش کل هزینه‌های درمانی جلوگیری شود. در سال ۲۰۰۶، هزینه‌های درمانی (به جز خدمات دارویی و دندان‌پزشکی) به ازای هر فرد بالای ۶۵ سال، $\frac{4}{5}$ برابر بیشتر از این هزینه‌ها برای افراد زیر ۶۵ سال بود. دولت تخمین می‌زند که بیماری‌هایی که مربوط به سبک زندگی اند تقریباً $\frac{1}{3}$ هزینه‌های درمانی در سال ۲۰۰۵ و در حدود 60% از مرگ‌ومیرها را به خود اختصاص می‌دهند. بیماری‌های مربوط به سبک زندگی به عنوان بیماری‌هایی تعریف می‌شوند که از رژیم غذایی نامناسب، سیگار کشیدن، مصرف الکل، نداشتن تحرک بدنی و استرس بیش از حد نشأت می‌گیرند (Kadonaga et al, 2008). سبک زندگی در ژاپن تا به حال به این کشور کمک کرده است که طولانی‌ترین امید به زندگی را در جهان داشته باشد اما با تغییراتی که در سبک زندگی ژاپنی‌ها در حال رخ دادن است، چشم‌انداز سالمندی همراه با سلامتی تضعیف می‌شود.

داشتن رژیم غذایی که به رژیم غربی گرایش پیدا کرده و کاهش تحرک بدنی، احتمال ابتلا به چاقی مفرط و دیابت را افزایش می‌دهد. مشخص نیست که اقداماتی از جمله چکاپ‌های پزشکی، مشاوره با پزشکان و دریافت اطلاعات تکمیلی در زمینه بیماری‌ها که همگی در طرح دولت تحت عنوان «سالمندی همراه با سلامتی» برنامه‌ریزی شده است تا چه حد به تغییر سبک زندگی افراد منجر می‌شود. در کوتاه‌مدت این امر حتی ممکن است هزینه‌های درمانی را افزایش دهد، به وسیله ترغیب

افراد به دریافت درمان‌های جامع‌تر و هزینه‌ای که ۱۴ میلیون چکاپ پزشکی اضافی در هر سال خواهد داشت. استفاده بیشتر از محرک‌های مادی به منظور تشویق افراد به داشتن زندگی سالم‌تر، احتمالاً در تغییر رفتار افراد مؤثر خواهد بود. در عمل مالیاتی که بر روی سیگار اخذ می‌شود، با وجود اینکه از سال ۱۹۸۵ افزایش یافته است ولی هنوز کمتر از مالیاتی است که در بعضی دیگر از کشورهای OECD اخذ می‌شود (نمودار ۹). با در نظر گرفتن این حقیقت که از هر ۸ مرگ در ژاپن، ۱ مرگ در اثر سیگار اتفاق می‌افتد، نرخ‌های بالاتر برای مالیات، کاهش نرخ مصرف سیگار را به دنبال خواهد داشت. یک تحقیق اخیر که درباره کشش قیمتی تقاضای سیگار انجام شده بود، بیان می‌کند که افزایش نرخ مالیات از نرخ کنونی آن که بسیار کم است، به‌طور مشخص نرخ بالای مصرف سیگار در ژاپن را کاهش می‌دهد. بالابردن نرخ مالیات باید همراه با سخت‌تر کردن مقررات در زمینه دخانیات، زیرا مقررات دخانیات از بازاریابی و پشتیبانی مالی گرفته تا فروش و توزیع آن و مکان‌هایی که در آنها سیگار کشیدن آزاد است در ژاپن در مقایسه با سایر کشورهای توسعه‌یافته کمتر محدود شده است (WHO, 2003).

یک حمایت کامل در زمینه افزایش مالیات محصولات وجود دارد که برای سلامتی مضرند. براساس نظرسنجی HPIJ در سال ۲۰۰۷، ۲/۳ مردم از معرفی مشوق‌های اقتصادی حمایت می‌کنند که از رفتارهای منتهی به بیماری‌های مربوطه سبک زندگی جلوگیری می‌کند. یک روش که بیشترین طرفدار را دارد (۷۴٪ از رأی‌دهندگان با آن موافق‌اند) این است که مالیات سیگار افزایش یابد تا از این طریق قیمت هر پاکت سیگار که در حال حاضر ۳۰۰ ین است، افزایش پیدا کند. در این گزارش بیش از نیمی از مردم موافقت کردند که قیمت خرده‌فروشی سیگار حداقل به ۶۰۰ ین، از طریق افزایش مالیات برسد. گزینه‌های دیگری در این گزارش که مردم با آنها موافق بودند شامل بازپس دادن حق‌بیمه افرادی است که در طول یک مدت زمان معین بیمار نشده‌اند (۶۷٪ با این گزینه موافق بوده‌اند) و ۵۵٪ با این گزینه موافق بوده‌اند که مالیات مشروبات الکلی افزایش یابد. تنها ۴۲٪ افراد در نظرسنجی با افزایش حق‌بیمه‌ها یا افزایش نرخ مشارکت بیماران که سبک‌های زندگی خود را بهبود نبخشیده‌اند، موافق بودند.

نمودار ۹. مالیات سیگار و میزان مصرف آن



* مالیات مستقیم به ازای هر گرم دخانیات (برحسب دلار)

* مالیات غیرمستقیم دخانیات: قیمت‌ها (برحسب دلار آمریکا) برای سال‌های ۱۹۸۵ و ۲۰۰۶ به دلار

آمریکا تبدیل شده است.

۵. معرفی سیستمی که به صورت یک نگهبان (نگهدارنده) عمل کند

در بسیاری از کشورهای OECD، بیماران باید توسط یک پزشک عمومی^۱ ویزیت شوند که این پزشک خدمات درمانی اولیه را به بیماران ارائه می‌دهد تا بدین وسیله بیماران مجوز ملاقات با یک متخصص را به دست آورند. این رویکرد هزینه‌های بهداشتی را، از طریق کاهش هزینه‌های ملاقات‌های پزشکی غیرضروری کاهش می‌دهد (Chino, 2007). به‌رحال در ژاپن چنین نگهبانانی (پزشکان عمومی یا (GP)ها) وجود ندارد. به جای آن بیماران آزادند که با پوشش کامل بیمه با هر فردی که خدمات درمانی ارائه می‌دهد از پزشکان عمومی گرفته تا متخصصان، در هر زمان، بدون اثبات اینکه به مراقبت پزشکی نیاز دارند یا خیر مراجعه کنند. در نتیجه افرادی که دچار یک سرماخوردگی شده‌اند می‌توانند برای درمان خود به بیمارستان‌های دانشگاهی مراجعه کنند. آن وقت این‌گونه به‌نظر می‌رسد که آنها مایل‌اند که وقت زیادی را منتظر بمانند درحالی‌که می‌توانستند بسیار مؤثرتر در یک کلینیک درمان شوند یا از طریق تجویز دارو از راه دور تحت درمان قرار بگیرند. بیماران معمولاً بیمارستان‌های بزرگ را به کلینیک‌ها ترجیح می‌دهند و به پزشکان کلینیک‌ها اعتماد ندارند تا با دادن مجوزی آنها را به متخصصان ارجاع دهند. مخصوصاً چون این فرایند وقت‌گیر است. بنابراین آنها

1. General Practitioner (GP)

بدون هیچ مجوزی مستقیماً به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند. اگرچه بعضی از بیمارستان‌ها از بیمارانی که مجوز ندارند در بدو ورود هزینه‌ای را دریافت می‌کنند. اما به دلیل برقراری عدالت در استفاده از خدمات درمانی، میزان این مبلغ کم نگه داشته شده است و به‌طور مشخص تقاضا برای مراجعه به بیمارستان‌ها را آنچنان که باید کاهش نداده است. این مبلغ باید به سطحی افزایش پیدا کند که بیماران را نسبت به ورود بدون مجوز به بیمارستان‌ها دلسرد کند و باید این مبلغ درباره هر بار ویزیتی که صورت می‌گیرد، اعمال شود. در طولانی مدت برای ایجاد یک سیستم نگاهبان نیاز است که تعداد پزشکان عمومی و پزشکی که در زمینه تشخیص بیماری فعالیت می‌کنند، بسیار افزایش یابد. اگرچه تعداد پزشکان عمومی در حال افزایش است اما فرصت‌های محدودی برای آموزش نظام‌مند دانشجویان و دستیاران تخصصی در رشته پزشکی عمومی یا در زمینه ارائه خدمات درمانی اولیه وجود دارد، چون تعداد کمی از دانشکده‌های پزشکی واحدهایی را برای آموزش در این زمینه‌ها اختصاص داده‌اند. بسیاری از پزشکان خود را متخصص می‌دانند. هر پزشکی می‌تواند در ژاپن برخورداری از هر تخصصی را اعلام کند و معمولاً پزشکان برای اینکه بیماران بیشتری را به خود جذب کنند، با گذشت زمان بیان می‌کنند که توانایی درمان بیماری‌های بیشتری را دارند. جدول هزینه، باید به تدریج تشویق کند که مداوای اولیه به وسیله GPها انجام شود و در همین زمان این امر پزشکان بیمارستان‌ها را نیز تشویق خواهد کرد که بر تخصص‌هایی که در حقیقت دارای آن می‌باشند، تمرکز کنند.

و. اجرای صدور صورت حساب‌ها به صورت الکترونیکی و ادغام بیمه‌گران به منظور کاهش

هزینه‌های اداری

به صورت سنتی، صورت حساب‌های پزشکی از سوی ارائه‌کنندگان این خدمات با پست بیمه‌گران فرستاده می‌شود تا شرکت‌های بیمه پرداخت‌ها را انجام دهند. در سال ۲۰۰۶، دولت یک سیستم اینترنتی را برای پرداخت معرفی کرد که از سال ۲۰۱۳ برای تمام بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها اجرا خواهد شد و انتظار می‌رود که کارایی و کیفیت خدمات درمانی را ارتقا بخشد. فرایند الکترونیکی برای ارسال صورت حساب‌ها، بررسی مجدد همه موارد اعلام شده جهت دریافت خسارت را، به منظور کشف هرگونه تقلب و سواستفاده و همچنین کاهش هزینه‌های اداری تسهیل می‌کند. به هر حال از طرف پزشکان در این زمینه این مخالفت وجود دارد که پزشکانی که سن بالایی دارند - که بیشتر در مناطق روستایی هستند - توانایی‌های کامپیوتری لازم را ندارند. کمتر از ۸٪ از ۵۴۰۰۰ بیمارستان و داروخانه‌هایی که ملزم بودند این روند انتقال به سمت ارائه صورت حساب‌های الکترونیکی را تا آوریل سال ۲۰۰۹ انجام دهند، نتوانسته‌اند تا پایان مهلت مقرر این کار را انجام دهند. دولت اعلام کرده است که برای کمک به برقراری سیستمی الکترونیکی برای پرداخت‌ها، یارانه‌هایی را فراهم

خواهد کرد. اینکه این برنامه به مرحله اجرا برسد اهمیت زیادی دارد. بیمه‌گران اعتماد ندارند که بررسی کردن و پرداخت خسارت‌ها را به مؤسسات دیگر محول کنند در واقع آنها اعتمادی به مؤسسات نمایندگی که به وسیله بیمه‌های درمان ملی^۱ تأسیس شده‌اند و صندوق پرداخت هزینه‌های پزشکی بیمه اجتماعی برای SMHI و JHIAHI ندارند. گسترش رقابت سالم در این بازار انگیزه‌های این مؤسسات را برای بررسی دقیق صورت‌حساب‌های پزشکی از نظر تقلب و سواستفاده‌های احتمالی افزایش خواهد داد و بنابراین رقابت باعث می‌شود که این مؤسسات در زمینه ارتقای ارائه صورت‌حساب‌های الکترونیکی و کاهش هزینه‌های غیرضروری مؤثر واقع شوند. تشویق بیمه‌گران به اینکه بررسی ادعاهای خسارت خود را به سازمان‌های دیگر برون‌سپاری کنند، باعث می‌شود که از طریق رقابت، کارایی آنها در این زمینه افزایش یابد.

یکپارچه‌سازی سیستم چندبخشی بیمه‌گران درمان، به محدود کردن هزینه‌های اداری کمک خواهد کرد. این اقدام همچنین نابرابری افقی را کاهش داده و موجب افزایش قدرت خرید انحصاری توسط دولت می‌شود. در درجه اول، بیمه درمان ملی، باید از یک نهادی که به وسیله شهرداری‌ها اداره می‌شود به نهادی که توسط نمایندگی‌ها اداره می‌شود، تغییر یابد و این راه‌حل از آنجاکه منجر به کاهش تفاوت در حق بیمه‌ها می‌شود قابل قبول به نظر می‌رسد. در سال ۲۰۰۶ حق بیمه در شهرداری‌ای که بالاترین حق بیمه را اخذ می‌کرد تقریباً ۵ برابر بیشتر از شهرداری‌ای بود که کمترین حق بیمه را اخذ می‌کرد و این نشان‌دهنده تفاوت در حق بیمه‌هاست که در بالا به آن اشاره شد.^۲ در درجه دوم از آغاز سال ۲۰۰۹ حق بیمه‌های JHIAHI بیشتر توسط هر نمایندگی تعیین می‌شود تا نرخ‌هایی که در کل کشور رایج است و این امر منجر به افزایش رقابت شده است. در درجه سوم در بیمه SMHI تعداد زیادی از بیمه‌گران کوچک وجود دارند که همگی مشکلات مالی دارند. در این زمینه دولت ایجاد بیمه‌گران منطقه‌ای را به منظور بهبود وضعیت مالی آنها مجاز کرده که این بیمه‌گران شامل همه انواع شرکت‌ها می‌شوند. کاهش تعداد بیمه‌گران - که در حال حاضر این تعداد ۳۶۰۰ بیمه‌گر است - موجب ارتقای کارایی خواهد شد.

ز. سازماندهی مجدد بیمارستان‌ها

چند بخشی بودن سیستم بیمارستانی ژاپن بر روی موقعیت مالی این سیستم و کیفیت ارائه خدمات درمانی تأثیر منفی دارد. در سال ۲۰۰۷، ۷۵٪ از بیمارستان‌های عمومی که توسط شهرداری‌ها اداره می‌شدند تراز جاری منفی داشتند و ۸۳٪ تراز جمعی منفی داشتند که بار مالی مهمی را بر دوش دولت‌های محلی نهاد (NLI Research Institute, 2009). مطالعات نشان داده است که نتایج برای

1. Prefectural Organizations Established By The NHIS

۲. این تفاوت در حق بیمه‌ها در واحدهایی که براساس نمایندگی‌ها اداره می‌شود کمتر از ۲ بود.

یک روش ارائه شده، زمانی که پزشکان و بیمارستان‌ها آن روش را در یک مقیاس بزرگ‌تر انجام می‌دهند، بهتر خواهد بود. به هر حال طبق میانگین، بیمارستان‌های ژاپن تنها ۱۰۷ عمل دستکاری عروق کرونر از راه پوست^۱ را انجام می‌دهند، در مقایسه با اینکه این عدد در دیگر کشورهای OECD در دامنه‌ای از ۳۸۱ تا ۷۷۵ قرار دارد. بیمارستان‌های بخش خصوصی اغلب کوچک هستند که میانگین تعداد تخت‌های آنها در سال ۲۰۰۷، ۱۶۰ تخت بود.^۲ به علاوه ژاپن به صورت سیستماتیک اطلاعات درباره نحوه عملکرد بیمارستان‌های شخصی را جمع‌آوری نمی‌کند که این موضوع عرصه را برای ارزشیابی عملکرد آنها محدود می‌کند. داشتن چنین اطلاعاتی درباره عملکرد بیمارستان‌ها کمک می‌کند تا اطمینان حاصل شود که کاهش ضروری در تعداد تخت‌های بیمارستانی روی مؤسسات با کیفیت پایین متمرکز می‌شود. قوانینی که جلوگیری می‌کند از اینکه بیمارستان‌ها از تأمین مالی به صورت برابر استفاده کنند، باید برداشته شوند تا ایجاد بیمارستان‌ها و کلینیک‌های بزرگ‌تر تسهیل شود. آن وقت بیمارستان‌هایی که به خوبی اداره می‌شوند قادر خواهند بود که بر بیمارستان‌های دارای مدیریت ضعیف غلبه کنند. که باعث کارایی بهتر در بخش بیمارستانی می‌شود. در نهایت تسهیل این امر که بیمارستان‌ها توسط پزشکان اداره شوند به اعمال مدیریت تخصصی‌تر و نتایج بهتر منجر می‌شود.

۲-۳. افزایش درآمد

هزینه‌های درمانی گرایش دارند که سریع‌تر از درآمدها رشد کنند. در حقیقت کسش قیمتی هزینه درمانی سرانه نسبت به درآمد، در میان کشورهای OECD ۱/۴ تخمین زده شده است (Carey et al, 2008). افزایش درآمدها مزایای مربوط به سرمایه‌گذاری در خدمات درمانی از جمله گسترش طول زندگی و بهبود کیفیت آن را افزایش می‌دهد. مسئله کلیدی این است که افزایش هزینه خدمات درمانی برای افراد مسن چگونه تأمین مالی شود که هم‌زمان بار مالی را از دوش نسل‌های جوان‌تر بردارد. درباره سیستم جدیدی که برای افراد بالای ۷۵ سال سن (یادداشت ۱) ارائه شده است، ثابت شده که از لحاظ سیاسی محبوب نیست و بخشی از این عدم محبوبیت به دلیل جمع‌آوری اتوماتیک حق بیمه‌هاست. به علاوه جدا کردن افراد خیلی مسن در یک برنامه متفاوت، مورد انتقاد قرار گرفته با این استدلال که این تقسیم‌بندی در حکم این است که این افراد رها شوند تا بمیرند و این نگرانی را منعکس می‌کند که این تقسیم‌بندی در آینده این امر را تسهیل کند که ارائه خدمات درمانی برای آنها (افراد بالای ۷۵ سال) کاهش پیدا کند. برای افراد شاغلی که حق بیمه پرداخت می‌کنند، برنامه جدید، سهم آنها را در پرداخت هزینه درمانی افراد مسن افزایش می‌دهد. ۳۸٪ از کل درآمدهای حق بیمه در سال ۲۰۰۷ به

1. Percutaneous Coronary Intervention

۲. به علاوه از ۴۹۰۱۰ کلینیک پزشکان خصوصی، ۴۸۸۵ عدد آنها کلینیک‌های تخت‌دار هستند، ولی میانگین تعداد تخت‌های آنها ۱۰/۸ تخت در هر کلینیک است.

صندوق عدالت پرداخته شده است و بیمه‌گرانی که بیمه درمان را به افراد شاغل ارائه می‌دهند از چنین یارانه‌هایی شکایت می‌کنند چون این طرح باعث خواهد شد که افراد خوداشتغال که در طرح بیمه درمان ملی (NHI) تحت پوشش قرار می‌گیرند، گرایش پیدا کنند که درآمدهایشان را کمتر از میزان واقعی گزارش دهند.

سرمایه مورد نیاز برای جبران هزینه درمانی افزایش یافته، باید از محل ترکیب، حق مشارکت‌های بیماران در هزینه‌ها، حق بیمه‌ها و درآمد عمومی مالیات فراهم شود. اساساً افزایش نرخ مشارکت بیماران در هزینه‌ها که تا به حال نیز بالا بوده است و میزان آن ۳۰٪ است، بیمه درمان را به تدریج تضعیف خواهد کرد و دسترسی افراد با درآمد پایین به خدمات درمانی را محدود می‌کند (Mckinsey, 2008). اصولاً اتکا کردن به حق بیمه‌ها، به شدت مالیات را برای کارکنان بالا خواهد برد و اثر منفی در عرضه نیروی کار خواهد داشت.

براساس یک تخمین، میانگین حق بیمه درمان از ۸٪ دستمزد در حال حاضر باید به ۲۴٪ دستمزد تا سال ۲۰۳۵ افزایش یابد، البته اگر هیچ افزایشی در میزان مالیات اتفاق نیفتد. این عامل درآمد مالیات را مثل مالیات بر مصرف خواهد کرد.

۴. ارتقای کیفیت خدمات درمانی

برآورده کردن تقاضا برای خدمات درمانی با کیفیت بالاتر در یک سیستمی که براساس ارائه خدمات به صورت تساوی به همه مردم بنا نهاده شده است، پرهزینه خواهد بود. چالش افزایش کیفیت خدمات درمانی به واسطه رشد آرام بازده و درآمدهای دولت در طول ۲ دهه گذشته بدتر شده است. استراتژی کلیدی که در این روزها برای جبران محدودیت‌های بودجه مورد استفاده قرار می‌گیرد، کاهش هزینه و قیمت خدمات درمانی است که این امر به کاهش کیفیت خدمات درمانی می‌انجامد. جدول‌های هزینه، مردم را به استفاده از خدمات درمانی با کیفیت بالا ترغیب نمی‌کند با ایجاد این وضعیت که خدمات درمانی اولیه ارزان، نسبتاً سودآورند و روش‌های درمانی با تکنولوژی بالا و گران‌قیمت غیرسودآورند (Campbell & Ikegami, 1998). به علاوه بعضی از خدمات درمانی پیشرفته از بیمه درمان عمومی حذف شده‌اند (نمودار ۳). زمینه‌های موجود برای اعمال اصلاحات به منظور ارتقای کیفیت خدمات درمانی شامل این ۴ مورد است: استفاده بیشتر از پزشکی مبتنی بر شواهد؛ استانداردهای لازم جهت اعتبارگذاری بیمارستان‌ها؛ کاهش مدت زمان تأخیر در معرفی داروهای جدید و مجاز کردن صدور نسخه‌های درمانی ترکیبی.

۴-۱. استفاده از EBM به منظور ارتقای کیفیت خدمات درمانی در ژاپن

حرکت به سمت داده‌های الکترونیکی در یک قالب استاندارد شده منبع مهمی را فراهم می‌آورد که باید برای بالابردن کیفیت خدمات درمانی استفاده شود. این اقدام باید از طریق تأکید بیشتر بر EBM صورت گیرد تا بتوان بهترین روش‌های درمانی را شناسایی کرد.^۱ این مسئله باید با یک ارزیابی مستقل از بیمارستان‌ها توأم باشد و این ارزیابی‌ها باید به منظور ارتقادهادن رقابت براساس کیفیت ارائه خدمات، در دسترس عموم قرار گیرند.

۴-۲. استانداردهای لازم جهت اعتبارگذاری بیمارستان‌ها

اعتماد کمتری که مردم به دکترهای کلینیک‌ها دارند تا به دکترهای بیمارستان‌ها، کمبود استانداردهای معتبر را منعکس می‌کند. افزایش تعداد اشتباهات پزشکی حتی در بیمارستان‌های صاحب‌نام، اعتماد بیماران به بیمارستان‌ها را نیز به همان ترتیب کاهش داده است (Ikegami, 2008b). همان‌طور که بیان شد پزشکان مجازند که برخورداری از هر تخصصی را ادعا کنند، حتی بدون اینکه در آن زمینه آموزش دیده باشند. در نتیجه در حدود ۲/۳ پزشکان به‌عنوان متخصصین طبقه‌بندی می‌شوند در حالی که تنها ۱/۲ آنها برای آن تخصص آموزش رسمی دیده‌اند. نظامنامه بیمارستان‌ها در سال ۱۹۹۶ معرفی شد اما تنها ۱/۴ بیمارستان‌ها دارای نظامنامه شدند. بخشی از این امر به این علت است که این نظامنامه مزایای محسوسی را ایجاد نمی‌کند. نظرسنجی HPIJ دریافت که تعداد افرادی که فکر می‌کنند که آنها قربانی یک قصور پزشکی شده‌اند از ۲۵٪ در سال ۲۰۰۷ به ۳۳٪ در سال ۲۰۰۹ افزایش یافته است. گسترش دادن اخذ مدرک و اخذ نظامنامه به‌وسیله ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، کیفیت خدمات درمانی ارائه شده را ارتقا خواهد بخشید. تشخیص میزان مهارت‌های تکنیکی بهتر است که به سازمان‌های تخصصی محول شود و استفاده‌کنندگان از این خدمات و بیمه‌گران به ارزیابی میزان رضایت مشتریان از این خدمات بپردازند.

۴-۳. کاهش دادن مدت زمان تأخیر در عرضه دارو و وسایل درمانی

ژاپن تقریباً ۱۰٪ بازار دارویی جهان را به خود اختصاص داده است و بعد از ایالات متحده دومین مصرف‌کننده دارو محسوب می‌شود. اما به دلیل طولانی‌بودن تأخیر در زمان انتشار دارو، ژاپن از نظر دسترسی به جدیدترین داروهای جهانی از بیشتر کشورهای OECD عقب‌تر است. براساس یک مطالعه ۱/۴ داروهایی که در سال ۲۰۰۶ بالاترین فروش جهانی را داشته‌اند اصلاً در ژاپن معرفی

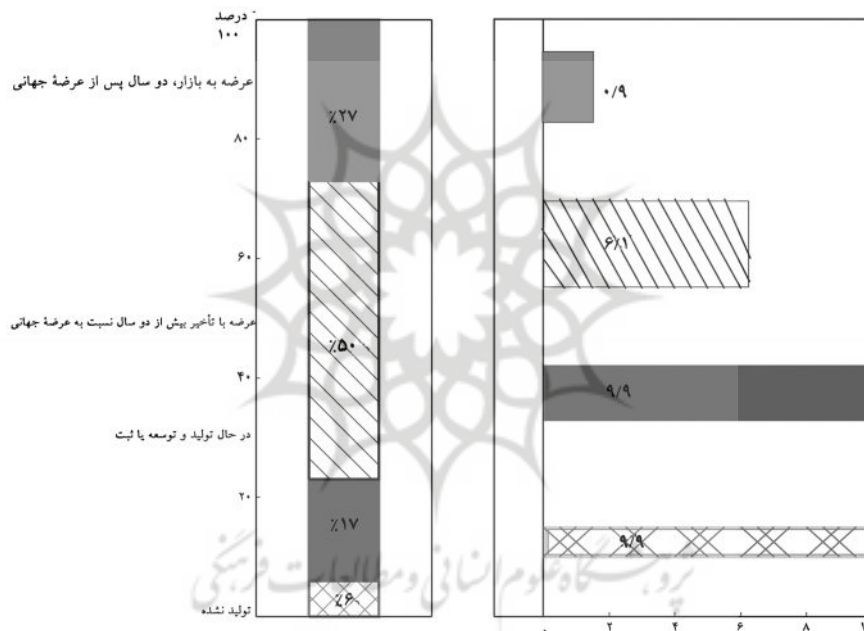
فرایند سیستماتیک بررسی، ارزیابی و استفاده از یافته‌های تحقیقات بالینی است تا به بیماران کمک کند که سطح مطلوبی از خدمات درمانی را دریافت کنند.

۲. برای مثال میانگین مدت بستری‌شدن در بیمارستان برای بیماری‌هایی که در گروه بیماری‌های اصلی قرار می‌گیرند (مثل بیماری‌های سیستم اعصاب) بین ۱۴/۶ روز تا ۲۷/۴ روز است.

نشدند. ۵۰٪ از داروها هم به‌طور میانگین ۶ سال بعد از زمان انتشار جهانی‌شان در ژاپن در دسترس بودند (نمودار ۱۰). براساس تحقیقی که دفتر تحقیق صنعت دارویی در ژاپن انجام داد، مشخص شد که ۸۸ عدد دارویی که بالاترین فروش جهانی را در سال ۲۰۰۴ داشته‌اند به‌طور میانگین بعد از ۱۴۱۷ روز در ژاپن منتشر شدند (تقریباً ۴ سال بعد از زمان انتشار جهانی‌شان) در مقایسه با اینکه این روند در حدود ۵۰۰ روز در انگلستان و ایالات متحده طول می‌کشد (جدول ۵). به‌علاوه تنها ۶۰ عدد از ۸۸ دارویی که بالاترین فروش را داشته‌اند در ژاپن معرفی شدند که باعث شد که ژاپن در میان ۴۰ کشوری که از این نظر عملکرد خوبی داشتند جزو آخرین کشورها باشد.

نمودار ۱۰. تأخیر ارائه دارو در ژاپن

ب. میانگین زمان تأخیر ارائه دارو در ژاپن بر حسب سال^۱ الف. صد داروی پردازش جهان در سال ۲۰۰۶



علاوه بر این کندی عملکرد در معرفی داروهای جدید در ژاپن در حال افزایش است، چون میانگین مدت زما ت تأخیر در معرفی داروهای جدید از ۱۰۲۰ روز در سال ۱۹۹۴ به ۱۴۱۷ روز در سال ۲۰۰۴ افزایش پیدا کرده است. بدین معنی که در این مدت میانگین مدت زمان تأخیر ۳۹٪ افزایش یافته است. این در حالی است که این میانگین در ۴۰ کشوری که از این نظر عملکرد خوبی داشته‌اند ۹٪ کاهش یافته و به ۷۵۸ روز رسیده است.^۲ به‌علاوه وضعیت دسترسی به داروهای جدید

۱. میانگین مدت زمان تأخیر انتشار دارو در مقایسه با اولین زمان ارائه آنها در آمریکا یا اروپا محاسبه شده است (PhRMA, 2008).
 ۲. در میان کشورهای آسیایی، ژاپن در سال ۱۹۹۴، کوتاه‌ترین مدت زمان تأخیر در انتشار داروهای جدید را داشت. این در حالی است که در سال ۲۰۰۴ مدت زمان تأخیر ژاپن در انتشار داروهای جدید از کشورهای در حال توسعه‌ای مثل فیلیپین، تایلند، مالزی و اندونزی طولانی‌تر بوده است.

نیز بدتر شده است. در سال ۱۹۹۴ از بین ۳۳ دارویی که بیشترین فروش را داشته‌اند همه داروها به جز ۴ دارو در ژاپن انتشار یافته‌اند در مقایسه با سال ۲۰۰۴ که از بین ۸۸ دارویی که بالاترین فروش را داشته‌اند تنها ۶۰ دارو در ژاپن معرفی شده است. تأخیر نسبتاً طولانی در معرفی داروهای جدید و کاهش میزان دسترسی به این داروها، کیفیت خدمات درمانی در ژاپن را کاهش می‌دهد.

جدول ۵. تأخیر در معرفی داروهای جدید در ژاپن

۲۰۰۴				۱۹۹۴			
روزهای تأخیر	تعداد داروهای معرفی شده	کشور	رتبه	روزهای تأخیر	تعداد داروهای معرفی شده	کشور	رتبه
۸۸	۵۰۵	ایالات متحده آمریکا	۱	۲۹	۶۵۸	انگلستان	۱
۸۷	۵۱۲	انگلستان	۲	۲۶	۷۳۶	ایرلند	۲
۸۵	۵۳۸	سوئیس	۳	۳۰	۷۶۴	آلمان	۳
۸۱	۵۸۳	سوئد	۴	۲۸	۷۶۴	هلند	۴
۸۶	۶۲۰	آلمان	۵	۲۸	۸۰۵	کانادا	۵
۷۶	۶۶۶	هلند	۶	۳۰	۸۴۱	ایتالیا	۶
۸۳	۷۱۵	کانادا	۷	۲۷	۸۹۶	بلژیک	۷
۸۵	۷۲۷	فنلاند	۸	۲۸	۹۰۱	فنلاند	۸
۸۳	۷۵۷	دانمارک	۹	۲۹	۹۲۸	ایالات متحده آمریکا	۹
۷۹	۷۶۶	ایرلند	۱۰	۲۹	۹۵۶	سوئد	۱۰
۸۸	۷۸۶	آرژانتین	۱۱	۳۰	۹۶۶	دانمارک	۱۱
۸۵	۸۰۲	ایتالیا	۱۲	۲۹	۱۰۲۰	ژاپن	۱۲
۸۴	۸۱۵	مکزیک	۱۳	۲۹	۱۱۱۹	اسپانیا	۱۳
۸۴	۸۳۲	اتریش	۱۴	۲۸	۱۱۲۹	آفریقای جنوبی	۱۴
۶۲	۸۷۰	پروتوریکو	۱۵	۳۱	۱۱۷۰	مکزیک	۱۵
۷۷	۸۹۵	اسپانیا	۱۶	۲۸	۱۱۷۷	سوئیس	۱۶
۷۹	۹۱۵	فرانسه	۱۷	۲۵	۱۱۸۷	زلاندنو	۱۷
۸۰	۹۳۳	برزیل	۱۸	۲۸	۱۲۴۳	پرتغال	۱۸
۸۵	۹۵۱	یونان	۱۹	۳۰	۱۲۸۰	کلمبیا	۱۹
۶۷	۹۷۹	استرالیا	۲۰	۳۰	۱۲۹۱	آرژانتین	۲۰
۷۳	۱۰۱۰	آفریقای جنوبی	۲۱	۲۹	۱۲۹۴	اتریش	۲۱
۸۳	۱۰۱۶	کلمبیا	۲۲	۲۴	۱۳۱۳	مالزی	۲۲
۷۸	۱۰۳۴	فیلیپین	۲۳	۲۸	۱۳۳۹	یونان	۲۳

۷۰	۱۰۸۴	هنگ گنگ	۲۴	۲۸	۱۳۴۳	برزیل	۲۴
۶۶	۱۰۸۴	سنگاپور	۲۵	۲۹	۱۳۵۱	تایلند	۲۵
۱۹۹۵				۱۹۹۴			
۷۷	۱۰۹۶	بلژیک	۲۶	۲۸	۱۳۹۷	رژیم اشغالگر قدس	۲۶
۷۱	۱۱۳۴	زلاندنو	۲۷	۲۷	۱۴۵۲	فرانسه	۲۷
۷۹	۱۱۴۴	تایلند	۲۸	۲۹	۱۴۵۴	شیلی	۲۸
۶۷	۱۱۵۳	پرتغال	۲۹	۲۹	۱۴۵۷	فیلیپین	۲۹
۷۹	۱۱۹۵	ونزوئلا	۳۰	۲۹	۱۴۶۰	ونزوئلا	۳۰
۸۰	۱۱۹۸	شیلی	۳۱	۲۵	۱۴۶۵	هنگ گنگ	۳۱
۷۳	۱۲۱۳	پرو	۳۲	۳۳	۱۵۱۶	کره	۳۲
۶۱	۱۲۴۹	مالزی	۳۳	۲۳	۱۵۲۲	استرالیا	۳۳
۸۰	۱۲۵۴	آمریکای مرکزی	۳۴	۳۱	۱۵۷۴	آمریکای مرکزی	۳۴
۷۰	۱۲۵۸	رژیم اشغالگر قدس	۳۵	۲۹	۱۶۷۲	اکوادور	۳۵
۶۹	۱۴۱۰	اندونزی	۳۶	۲۹	۱۶۷۶	ترکیه	۳۶
۷۹	۱۴۱۱	ترکیه	۳۷	۲۹	۱۷۷۴	عربستان سعودی	۳۷
۶۰	۱۴۱۷	ژاپن	۳۸	۲۹	۱۹۱۷	پرو	۳۸
۸۳	۱۴۲۷	کره	۳۹	۲۹	۱۹۸۶	جمهوری دومینیکن	۳۹
۷۸	۱۴۵۷	اروگوئه	۴۰	۲۹	۲۱۰۷	اندونزی	۴۰
۷۸	۸۳۶	میانگین		۲۹	۹۳۶	میانگین	

توضیح: مدت زمان تأخیر، فاصله زمانی بین انتشار جهانی دارو و معرفی آن در کشورهای دیگر است. این گزارش ۳۳ دارو را در سال ۱۹۹۴ و ۸۸ دارو را در سال ۲۰۰۴ شامل می‌شود.

با وجود اندازه بزرگ بازار دارویی ژاپن، هزینه‌بر و زمان‌بر بودن فرایند توسعه دارو و بررسی درخواست‌ها، تولیدکنندگان داروها را نسبت به ورود به این بازار دلسرد می‌کند. این موضوع تا حدی به دلیل عوامل فیزیولوژیکی است. در حقیقت اگرچه ژاپن براساس راهنمای ICH-E^۱ اطلاعات بالینی کشورهای خارجی را پذیرفته است اما به دلیل اینکه ساختار بدنی بیمارانی که از نژادهای مختلف هستند به صورت متفاوت از یکدیگر به داروها پاسخ می‌دهند، دولت همچنان نیاز دارد که بعضی از

۱. راهنمای ICH-E5: کنفرانس بین‌المللی هماهنگی نیازهای فنی برای ثبت داروهای مصرفی (ICH)، پروژه‌ای است که مقامات کشورهای اروپایی، ژاپن و ایالات متحده در زمینه قانون‌گذاری و متخصصان صنایع داروسازی از هر ۳ کشور را گرد هم می‌آورد تا جنبه‌های علمی و فنی ثبت محصول را مورد بحث و بررسی قرار دهند.

آزمایش‌های دارویی را در داخل کشور انجام دهد. در حقیقت در حدود ۱/۳ داروهایی که در بازارهای ژاپن، اروپا و آمریکای شمالی به فروش می‌رسد، دوزهای متفاوتی دارند و معمولاً میزان دوز داروها در ژاپن کمتر از سایر کشورهاست (Tominaga, 2008).

به‌علاوه به‌نظر می‌رسد که هزینه‌های آزمایش‌های بالینی در ژاپن بالاست به دلایلی از جمله:

- فرایند آزمایش‌های دارویی در ژاپن استاندارد نیست؛
- بیمارستان‌ها و کلینیک‌ها در این کشور کوچک‌تر از سایر کشورها هستند؛
- تعداد معدودی از متخصصان و کارکنان بیمارستان‌ها توانایی لازم را برای انجام آزمایش‌های دارویی دارند.

به‌هرحال عوامل دیگری نیز وجود دارد که تولیدکنندگان را از ورود به بازار ژاپن دلسرد می‌کند و معرفی داروهای جدید در ژاپن را به تعویق می‌اندازد از جمله:

- بیماران و متخصصان انگیزه زیادی برای مشارکت کردن در این آزمایش‌ها ندارند زیرا آنها این اجازه را ندارند که از تولیدکنندگان داروها خسارت بگیرند. در نتیجه تعداد رو به افزایشی از شرکت‌های ژاپنی تصمیم گرفته‌اند که آزمایش‌های دارویی را در خارج از کشور انجام دهند؛
- آژانس ابزار پزشکی و دارویی^۱، بعد از آغاز به کار در سال ۲۰۰۴ با مشکلاتی در زمینه ظرفیت انجام آزمایش‌های دارویی مواجه شده است؛
- بعضی از شرکت‌های دارویی خارجی از این موضوع گلایه می‌کنند که کاهش قیمت داروها در ژاپن، باعث شده است که بازار دارویی ژاپن، جذابیت لازم را نداشته باشد.

در پاسخ به شکایت‌های پزشکان و بیماران، دولت متعهد شده است که مدت تأخیر در معرفی داروهای جدید (در هر کشوری که تولید شده باشند) را در ژاپن کاهش دهد. راه‌حل این مسئله در دست شرکت‌های جهانی است به این معنی که این شرکت‌ها به جای اینکه بخواهند بعد از اینکه فرایند توسعه داروها به اتمام رسید در مطالعات تکمیلی خود از ژاپن استفاده کنند باید در مراحل اولیه تولید داروها، ژاپن را نیز سهمین کنند. یک گام مثبت در این زمینه این است که تعداد افرادی که در PMDA داروهای جدید را مورد بررسی قرار می‌دهند از ۲۰۰ نفر در سال ۲۰۰۷ به بیش از ۴۰۰ نفر در سال ۲۰۱۰ افزایش پیدا کند و هزینه‌های این اقدام از طریق بالابردن قیمت داروها صورت گیرد و انتظار می‌رود که این مسئله منجر به کاهش تعداد بررسی‌های لازم شود. دولت همچنین به‌منظور بهبود هزینه، سرعت و کیفیت آزمایش‌های دارویی، برنامه‌ی آغاز آزمایش‌های دارویی^۲ را اجرا کرده است.

1. Pharmaceuticals and Medical Devices Agency (PMDA)

مؤسسه‌ای که تولید دارو و تجهیزات درمانی جدید را بررسی می‌کند.

2. Clinical Trial Activation Plan

گام‌های دیگری نیز برای تسهیل ورود داروهای جدید با مزایای بیمه مشخص اهمیت دارند که از جمله این گام‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد:

- هزینه آزمایش‌های دارویی باید کاهش پیدا کند و همچنین زمینه برای استفاده از آزمایش‌های دارویی انجام‌شده در سایر کشورهای آسیایی (ترجیحاً کشورهایی که هزینه انجام آزمایش‌های دارویی در آنها کمتر از ژاپن است) برای استفاده در ژاپن گسترش یابد؛

- این مسئله اهمیت دارد که PMDA ظرفیت فعالیت‌های خود را در جهت ارائه توصیه‌های لازم به شرکت‌های دارویی خارجی و تأیید کاربرد داروها در ژاپن گسترش دهد؛

- اگرچه کاهش قیمت داروها در ژاپن، بخش بااهمیتی از سیاست این کشور در زمینه محدودکردن هزینه‌های درمانی است، اما باید در نظر گرفت که قیمت‌ها، ارزش داروها را بیان می‌کند و بالابودن آن می‌تواند منجر به ارتقای نوآوری در این زمینه شود.

در مورد تجهیزات پزشکی هم مشکلات مشابهی وجود دارد. براساس تحقیقی که اخیراً انجام شده است (ACCI, 2008) تعداد تجهیزات پزشکی قابل استفاده در ژاپن اساساً کمتر از ایالات متحده و اروپاست. همان‌طور که در مورد دارو هم یک مدت زمان تأخیر طولانی بین زمانی که داروها برای اولین بار در یک کشور تولید می‌شوند تا در ژاپن مورد قبول واقع می‌شوند، وجود دارد. براساس تحقیق PMDA که در مورد ارزشیابی تجهیزات پزشکی بود، مدت زمان تأخیر در تأیید تجهیزات پزشکی در ژاپن در سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۵ نسبت به ایالات متحده به ترتیب ۳۴/۲ ماه و ۴۳/۶ ماه بوده است (جدول ۶). تحقیقی که یک مؤسسه خصوصی انجام داد برای سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ همین اطلاعات را به دست آورد. اگرچه مدت زمان مورد نیاز برای تأیید این داروها کاهش یافته است اما همچنان فرایند داوری این داروها طولانی مدت است و بنابراین مدت زمان تأخیر کلی درباره آنها تغییری نکرده است. اگرچه هنوز خیلی زود است که بخواهیم درباره اصلاحاتی که در سال ۲۰۰۵ آغاز شده است، قضاوت جدی کنیم.

جدول ۶. مدت زمان تأخیر در معرفی تجهیزات پزشکی در ژاپن

مجموع مدت زمان تأخیر ^۳	مدت زمان تأخیر در تأیید آن ^۲			مدت زمان تأخیر در داوری آن ^۱			نوع محصول ^۴		
میزان اختلاف L.E.K PMDA	میزان اختلاف L.E.K PMDA	میزان اختلاف L.E.K PMDA	میزان اختلاف L.E.K PMDA	میزان اختلاف L.E.K PMDA	میزان اختلاف L.E.K PMDA	میزان اختلاف L.E.K PMDA			
۰/۸	۳۵	۳۴/۲	-۵/۸	۱۱	۱۶/۸	۶/۶	۲۴	۱۷/۴	PMA EQUIVALENT
-۰/۲	۴۳/۴	۴۳/۶	-۱۳/۵	۱۲/۱	۲۵/۶	۱۳/۳	۳۱/۳	۱۸	510(K) EQUIVALENT

(ACCI, 2008)

* اعداد نشان‌دهنده تعداد ماه‌هاست

تحقیقی که در این زمینه انجام شده بود به این نتیجه رسید که در ژاپن تجهیزات پزشکی به این دلایل مورد تأیید قرار نمی‌گرفتند: کمبود تقاضا (۲۴٪)، هزینه‌بر بودن این فعالیت (۱۰٪) و کمبود منابع (۷٪). سایر دلایلی که شرکت‌ها بیان کردند را می‌توان از طریق اصلاحات قانونی رفع کرد از جمله: ۲۸/۱٪، هزینه‌های زیاد قانون‌گذاری را دلیل این امر می‌دانستند که از جمله این هزینه‌ها می‌توان به هزینه انجام آزمایش‌های بالینی اضافی و هزینه کاربرد این تجهیزات اشاره کرد. ۱۳/۲٪، طولانی بودن مدت زمان تأخیر جهت کسب تأییدیه را دلیل این امر دانسته‌اند (جدول ۶). ۷/۳٪ بیان کردند که در نتیجه کاهش قیمت وسایل و تجهیزات پزشکی، پرداختی که صورت می‌گیرد چندان جالب به نظر نمی‌رسد. بالا بودن هزینه‌های قانون‌گذاری در نتیجه تأخیر در تصویب این وسایل و تجهیزات به وجود آمده است. در مجموع ساختار قانون‌گذاری و سطوح بازپرداخت باعث شده است که مصرف‌کنندگان ژاپنی از دسترسی به وسایل پزشکی رایج در دیگر کشورهای عضو OECD محروم بمانند.

در سال ۲۰۰۷ دولت، کار گروهی را تشکیل داد، که شامل نمایندگان صنعتی داخلی و خارجی می‌شود، که مدت زمان تأخیر را کاهش داده و کارایی بررسی‌های انجام‌شده را ارتقا بخشد. این گروه

۱. شامل مدت زمانی است که یک محصول را FDA آمریکا داوری می‌کند تا زمانی که PMDA ژاپن آن را تصویب می‌کند.

۲. فاصله زمانی بین تصویب و تأیید کاربرد آنها در آمریکا و تصویب و تأیید کاربرد آنها در کشور ژاپن.

۳. مجموع میزان تأخیری که در زمینه معرفی وسایل جدید اتفاق می‌افتد.

4. PMA-equivalent Product

شامل محصولاتی است که در ژاپن تأیید شده است پس از اینکه به تأیید Premarket Approval Application در آمریکا رسیده است. 510(k)-equivalent product شامل محصولاتی است که در ژاپن مورد تأیید قرار گرفته است پس از اینکه توسط 510(k)premarket notification در آمریکا تأیید شده است.

۵. این تحقیق را PMDA انجام داده است که مسئول بررسی و ارزشیابی محصولات و داروهای پزشکی است و در فاصله سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۵ انجام شده است.

۶. این تحقیق را L.E.K انجام داده و در فاصله سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷ انجام شده است.

کاری پیشنهاد می‌کند که ژاپن، کسب اطلاعات را ساده‌تر کند؛ آزمایش‌های پزشکی را با استانداردهای جهانی هماهنگ کند و تغییرات غیرضروری را - که تأثیری در اثربخشی و یا کاربرد محصولات تأییدشده توسط دولت ندارد- کاهش دهد.

دولت یک برنامه عملیاتی را در سال ۲۰۰۸ به منظور تسهیل بررسی تجهیزات پزشکی آغاز کرد. این برنامه شامل گسترش ظرفیت PMDA به وسیله افزایش تعداد افرادی است که بررسی‌های داروها را به عهده‌دارند تا تعداد آنها را از ۳۵ نفر در سال ۲۰۰۸ به ۱۰۴ نفر در سال ۲۰۱۳ افزایش دهند. برخی از اصلاحات باید در این زمینه روی دهد که مدت زمان لازم برای تأیید این تجهیزات قابل پیش‌بینی‌تر شود. در زمینه بازپرداخت هم، قیمت‌ها باید نشان‌دهنده ارزش و اهمیت محصولات باشد. اگرچه MHLW و PMDA نقش مهمی در تضمین امنیت استفاده از این تجهیزات دارند اما انجام اصلاحات در این زمینه ضروری است تا بیماران بتوانند از پیشرفته‌ترین داروها و تجهیزات پزشکی بهره‌مند شوند.

۴-۴. آزاد کردن محدودیتی که بر ارائه صورت حساب‌های ترکیبی وجود دارد

ارائه‌دهندگان خدمات درمانی تنها در صورتی می‌توانند از محل بیمه درمان عمومی هزینه‌های خود را جبران کنند که آنها خدمات درمانی خود را محدود به خدماتی کنند که در بسته بیمه درمان عمومی از آنها نام برده شده است؛ یعنی تنها در صورتی قادر خواهند بود هزینه‌های خود را جبران کنند که محدودیتی در مورد ارائه صورت حساب‌های (نسخه‌ها- قبض مخارج بیمارستانی) ترکیبی قائل شوند (یادداشت ۲). این محدودیت، انتخاب‌های پیش‌روی ارائه‌دهندگان خدمات درمانی را محدود می‌کند و برای آنها مقاومت در برابر سرعت زیاد پیشرفت تکنولوژی را دشوار می‌کند. در همین زمان ایجاد محدودیت بر ارائه صورت حساب‌های ترکیبی، خدمات درمانی با کیفیت بالا را بسیار گران‌قیمت می‌کند چون بیماران در این صورت باید هم برای خدماتی که طبیعتاً تحت پوشش بیمه درمان است پول پردازند و هم برای خدماتی که تحت پوشش این بیمه نیست. از این طریق خدمات با کیفیت بالا دیگر مفید به فایده نخواهند بود.

درحالی که لیست «هزینه‌های درمانی مشخص»^۱، در موارد مشخص ارائه صورت حساب‌های ترکیبی را مجاز می‌داند، در این زمینه این شکایت وجود دارد که SMC نتوانسته است که در مقابل سرعت تغییرات تکنولوژی در برخی از زمینه‌ها تاب بیاورد از جمله این موارد می‌توان به درمان‌های جدید بیماری سرطان اشاره کرد (Ikegami, 2006). پیش‌نیاز اشاعه درمان‌های جدید این است که این درمان‌ها در بیمه درمان عمومی وارد شوند. بیمه درمان عمومی هر ۲ سال یک‌بار، زمانی که مرکز انجمن درمانی بیمه اجتماعی، هزینه‌های درمانی را اصلاح می‌کند تعدیل می‌شود.

1. Specified Medical Costs list (SMC)

یادداشت ۲. ارائه صورت حساب‌های ترکیبی برای درمان بیماری‌های تحت پوشش و آنهایی که تحت

پوشش نیستند

بیمارانی که می‌خواهند دارو یا درمان جدیدی را که آن درمان مشمول درمان‌های مشخص شده در بسته پوشش‌های بیمه درمان نیست را با درمان‌هایی که مشمول این بیمه است با هم داشته باشند نه تنها باید هزینه درمان اضافی را بپردازند بلکه باید هزینه خدماتی را که به طور طبیعی تحت پوشش بیمه درمان است نیز بپردازند. این امر بیماران را از انتخاب داروها و درمان‌های جدیدی که در لیست بیمه درمان عمومی نیستند، با گران‌قیمت کردن این داروها و درمان‌ها، منع می‌کند. از نقطه نظر دکترها، هزینه‌های آنها فقط زمانی توسط بیمه درمان جبران می‌شود که آنها خدمات درمانی خود را برای یک بیماری مشخص محدود کنند به درمان‌هایی که در جدول هزینه معین شده است. این قانون، ایجاد محدودیت بر ارائه صورت حساب‌های ترکیبی (نسخه‌ها یا قبض‌های ترکیبی) یا متوازن^۱ نامیده می‌شود. به علاوه استفاده از داروهایی که به وسیله بیمه درمان تحت پوشش هستند برای علتی به غیر از کاربرد مورد قبول آنها در ژاپن ممنوع است.^۲ این قوانین را کمیته‌ای که اعلامیه‌های خسارت بیمه‌ای را بررسی می‌کند به اجرا می‌گذارد. این اعلامیه‌ها را ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به کمیته می‌فرستند و کمیته از پرداخت کردن هزینه بعضی از ادعاهای خسارت جلوگیری می‌کند این ادعاهای خسارت شامل زمانی است که داروها و خدمات درمانی برای خدمات درمانی تحت پوشش و غیر تحت پوشش با هم تجویز شده باشند یا برای کاربردی غیر از کاربرد مورد قبولشان به کاررفته باشند. به هر حال بسته مزایا نمی‌تواند به طور کامل با همان سرعتی که تکنولوژی‌های درمانی جدید و داروها و نیازهای متغیر بیماران تغییر می‌کند، به روز شود. برای پرکردن این فاصله بعضی از استثنائات وجود دارد که شامل محدودیت بر ارائه صورت حساب‌های ترکیبی نمی‌شود و در لیست هزینه‌های درمانی مشخص که SMC نامیده می‌شود، لیست شده است. (SMC or Tokutei Ryoyouhi). در درجه اول بعضی از درمان‌های پزشکی که بسیار پیشرفته هستند و در ۱۲۸ بیمارستان مشخص ارائه نمی‌شوند از این لیست حذف شدند. تا این لحظه بیمارستان‌ها درخواست کرده‌اند که ۱۶۸ مورد از این درمان‌ها به لیست SMC اضافه شوند. از این تعداد ۵۸ درمان بعداً به بسته بیمه درمان اضافه شدند و در مورد ۱۰ عدد از آنها اقدامی صورت نگرفته است. ۹۷ عدد از درمان‌ها نیز در لیست SMC وارد شده است. ثانیاً خدماتی که به وسیله بیمار انتخاب می‌شوند، به خصوص خدمات رفاهی مثل اتاق‌های گران‌قیمت در بیمارستان‌ها، ملاقات برای مشاوره با پزشکان و ویزیت‌های اولیه در زمان مراجعه بیماران به بیمارستان‌های بزرگ از لیست SMC حذف شدند.

در سال ۲۰۰۱ دولت انجمنی را برای ارتقای اصلاحات قانونی با هدف سرعت بخشیدن به این اصلاحات تأسیس کرد. در زمینه سلامتی، این انجمن پیشنهاد داد که صدور صورت حساب‌های

1. The Ban On Mixed Or Balance Billing
2. Off-label Prescribing

ترکیبی (صورت حساب‌هایی که خدمات درمانی تحت پوشش و غیرتحت پوشش را شامل می‌شود) مجاز اعلام شود و این عامل باعث افزایش تزریق سرمایه از سوی بخش خصوصی می‌شود و بدین ترتیب ارائه خدمات درمانی با کیفیت بالا و ارائه خدمات درمانی مورد نیاز بیماران میسر خواهد شد (Ikegami, 2006). به علاوه این عامل (مجاز اعلام شدن رفع محدودیت بر ارائه صورت حساب‌های ترکیبی) رقابت را ارتقا خواهد بخشید، رقابتی که بیشتر براساس کیفیت خدمات درمانی باشد تا افزایش کمیت خدمات. در حال حاضر رویه معمول این است که برای افزایش درآمد، کمیت خدمات درمانی را افزایش داده و کیفیت ارائه این خدمات را نادیده می‌گیرند. ظهور بازار خصوصی برای ارائه خدمات درمانی، عامل مثبتی برای رشد اقتصادی خواهد بود.

تغییری که توسط انجمن پیشنهاد شد قویاً به وسیله MHLW و انجمن درمان ژاپن مورد مخالفت قرار گرفت. به این علت که این ۲ نهاد معتقد بودند که این تغییر، برقراری عدالت در ارائه خدمات درمانی را خدشه دار می‌کند. مذاکره در این مورد به یک توافقی در سال ۲۰۰۴، بین MHLW و وزارت خانه‌ای که برای اصلاحات قانونی وجود دارد، انجامید و نتیجه این شد که لیست درمان‌های موجود در SMC افزایش پیدا کند. در عمل کمیته‌ای تشکیل شد، که اگر تولیدکننده دارویی بیان کند که بعد از اخذ تأییدیه قصد دارد که دارویی را در بازارهای ژاپن پخش کند، در طول دوره‌ای که دارو در لیست SMC قرار می‌گیرد، آن کمیته انجام آزمایش‌های لازم در مورد آن را تسریع بخشد. به علاوه ۱۰۰ درمان دیگر نیز به لیست SMC اضافه شد و تعداد بیمارستان‌هایی که اجازه دارند این درمان‌ها را ارائه دهند به حدود ۲۰۰۰ بیمارستان افزایش یافت اگرچه هنوز این بیمارستان‌ها مشروط هستند که برای ارائه درمان‌هایی که تحت پوشش نیستند ابتدا تأییدیه لازم را اخذ نمایند. به دنبال توافقی که در سال ۲۰۰۴ انجام شد، هزینه درمان‌هایی که با رفع محدودیت از ارائه نسخه‌های مرکب، مجاز شده بودند بیشتر از ۲ برابر شد و به ۴/۹ بیلیون ین در سال ۲۰۰۷ رسید. اگرچه هزینه کل این درمان‌ها که ۰/۰۱٪ از هزینه‌های درمانی است هنوز کم باقی مانده است.

در نوامبر سال ۲۰۰۷، یک نفر موفق شد که بر علیه دولت در دادگاه ایالتی توکیو طرح شکایت کند با این اتهام که دولت، با اجازه ندادن به آن فرد به استفاده از بیمه درمان عمومی‌اش برای هیچ کدام از درمان‌های لازم برای بیماری سرطانش، حقوق اساسی او را نقض کرده است. استدلال دولت این است که درمان سرطان او جزو درمان‌های تحت پوشش بیمه نبوده است. انجمن درمان ژاپن با پرداخت خسارت به این فرد مخالفت کرد با این استدلال که ارائه خدمات درمانی نباید به وضعیت مالی بیمار بستگی داشته باشد. این طرح شکایت هنوز از طرف دولت بلا تکلیف مانده است.

ممنوع کردن صدور نسخه‌های ترکیبی با هدف برقراری عدالت در خدمات درمانی صورت گرفته است. این قانون، بین افرادی که برای پرداخت هزینه درمان‌هایی غیرتحت پوشش استطاعت مالی دارند و آنهایی که برای این درمان‌ها استطاعت مالی ندارند، عدالت ایجاد خواهد کرد. اما از طرف دیگر این امر بین افرادی که هم برای پرداخت درمان‌های تحت پوشش و هم درمان‌هایی که تحت پوشش

نیستند استطاعت مالی دارند و آنهایی که تنها قادر به پرداخت هزینه درمان‌هایی هستند که تحت پوشش نیست، نابرابری آشکاری ایجاد می‌کند. چون باعث می‌شود افرادی که تنها قادر به پرداخت هزینه درمان‌های غیر تحت پوشش‌اند، نتوانند تنها هزینه این خدمات را بپردازند و برای بهره‌مندی از این درمان‌ها مجبور شوند که هزینه درمان‌های تحت پوشش بیمه را نیز بپردازند. اگرچه هدف از ممنوع‌کردن ارائه نسخه‌های ترکیبی (به صورت ترکیبی از درمان‌های تحت پوشش و درمان‌هایی که تحت پوشش نیستند) برقراری عدالت بوده است اما می‌توان گفت که که با وجود اجرای آن، نابرابری‌های مهم‌تری هم وجود دارد که این قانون هیچ تأثیری در پرکردن این نابرابری‌ها ندارد. افرادی که درآمدهای بالاتری دارند گرایش دارند که در مشاغل سالم‌تری کار کنند، با اتومبیل‌های امن‌تری رانندگی کنند، در محله‌های امن‌تری زندگی کنند، غذاهای سالم‌تری بخورند و همه این اقدامات اثرات بیشتر و قابل پیش‌بینی‌تری بر وضعیت سلامتی آنها دارد تا تأثیر سطح خدمات درمانی بر سلامتی‌شان (Fuchs, 1996).

شاید جدی‌ترین ریسکی که رفع ممنوعیت از ارائه نسخه‌های ترکیبی داشته باشد این است که این امر در بلندمدت بیمه درمان عمومی را تضعیف خواهد کرد. از آنجایی که افراد با درآمد بالا برای رفع نیازهای درمانی‌شان بیش‌ازپیش به بیمه درمان خصوصی رو آورده‌اند، آنها در آینده کمتر از بیمه درمان عمومی استفاده می‌کنند و این امر باعث می‌شود که پوشش این بیمه کاهش یابد. نگرانی‌های دیگری که درباره رفع ممنوعیت از ارائه نسخه‌های ترکیبی وجود دارد به این شرح است:

- رفع ممنوعیت از ارائه نسخه‌های ترکیبی ممکن است به استفاده از داروها و درمان‌های غیرایمن منجر شود، این در حالی است که ممنوعیت ارائه نسخه‌های ترکیبی باعث می‌شود که فقط داروها و درمان‌های ایمن و مؤثری که تأیید شده باشد، استفاده شوند. همان‌طوری که در تهیه لیست SMC این عامل رعایت می‌شود.

- در مورد پزشکی که آن چنان ماهر نیستند این امر باعث می‌شود که آنها تعدادی از بیماران خود را از دست بدهند. چون رفع ممنوعیت از ارائه نسخه‌های ترکیبی باعث می‌شود که بیماران آنها، به بیمارستان‌های مجهزتری جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه کنند که تحت پوشش بیمه نیست، اما با چنین رفع ممنوعیتی آنها قادرند که این درمان‌ها را دریافت کنند. اگرچه در عمل چنین رقابتی می‌تواند کیفیت خدمات درمانی را ارتقا بخشد؛

- در غیاب قانون‌هایی که پزشکان را ملزم می‌کند که تعداد مشخصی از خدمات پایه را ارائه دهند تا برای ارائه خدمات درمانی پیشرفته‌تر صلاحیت‌دار شوند، پزشکان ممکن است ارائه خدمات درمانی پایه را نادیده بگیرند و تنها به ارائه خدمات درمانی که تحت پوشش بیمه نیستند بپردازند به این امید که این خدمات سودآورتر هستند؛

- پزشکان و بیمارستان‌ها ممکن است به بیماران ریسک‌گریز، درمان‌های غیرضروری را تحمیل کنند. به‌منظور جلوگیری از چنین نتایجی باید بیمه‌گران درمان صورت‌حساب‌های درمانی را به‌منظور جلوگیری از سوءاستفاده‌های احتمالی چک کنند و شاید راه دیگر این باشد که ارائه خدماتی که تحت پوشش بیمه نیستند را به پزشکان و بیمارستان‌های خاصی محدود کنند.

موضوعی که در رابطه با هریک از تغییرات پیشنهادی باید در نظر گرفت این است که باید تأثیر هر یک از این تغییرات بر میزان افزایش هزینه‌های عمومی خدمات درمانی بررسی شود. از یک طرف رفع ممنوعیت از صدور نسخه‌های ترکیبی، استفاده از داروها و درمان‌های جدید را افزایش خواهد داد و بنابراین ممکن است از طریق آثار نمادینی که دارد گسترش بسته پوشش‌های بیمه درمان عمومی را به جلو اندازد. در نتیجه اگرچه این امر کیفیت خدمات درمانی را افزایش می‌دهد اما فشار فزاینده‌ای را بر هزینه‌های درمان عمومی وارد می‌کند. از طرف دیگر بعضی از کشورها تلاش می‌کنند تا هزینه‌های درمان را از طریق حذف کردن بخشی از خدمات درمانی از بیمه درمان عمومی و واگذار کردن آن خدمات به پرداخت‌های نقدی از طرف بیماران یا بیمه‌های درمان خصوصی کنترل کنند. توسعه سریع درمان‌های دارویی در ۲۰ سال گذشته در آینده نیز ادامه خواهد یافت که بخشی از این درمان‌ها برای بیماری‌هایی است که در گذشته درمان آنها دشوار بوده است. پیشرفت‌های صورت گرفته در علم ژنتیک و روش‌های بیوشیمیایی، ایجاد داروهایی برای هدف قرار دادن گروه‌های کوچکی از بیماران با ویژگی‌های ژنتیکی مشخص را میسر ساخته است (Richards, 2008). به‌هرحال اینکه بیمه درمان عمومی، داروهای گران‌قیمت را نیز تحت پوشش قرار دهد منابع مالی را از سایر اولویت‌های درمانی منحرف خواهد ساخت و تصمیم‌گیری‌ها در این زمینه را دشوار خواهد ساخت. اجازه دادن به افراد که خود هزینه چنین درمان‌هایی را به‌وسیله پرداخت‌های نقدی بپردازند یک راه‌حل ممکن در این زمینه است.

در مجموع مجاز دانستن ارائه نسخه‌های ترکیبی برای تعداد بیشتری از درمان‌هایی که تحت پوشش بیمه نیستند، کیفیت خدمات درمانی را افزایش خواهد داد؛ زیرا این اقدام نه تنها باعث می‌شود که خدمات درمانی مطابق با نیازهای متنوع بیماران و همچنین پیشرفت‌های سریع تکنولوژی باشد، بلکه باعث می‌شود که خدمات درمانی و داروهای پیشرفته و جدید، بیشتر از قبل در دسترس بیماران قرار گیرد. این امر همچنین رقابت را نیز افزایش خواهد داد؛ چون ارائه‌دهندگان خدمات درمانی به ارائه چنین خدماتی به بیماران خود خواهند پرداخت. به‌نظر می‌رسد که ممنوعیت صدور نسخه‌های ترکیبی تا به حال برای ژاپن خوب بوده است (Saito & Suzuki, 2008). در این زمینه انگلستان هم

قانون‌گذاری مشابهی داشت که اخیراً این قانون را از میان برداشته است.^۱ به‌نظر می‌رسد که در ژاپن برای کاهش حیطه اعمال این قانون حمایت‌هایی وجود دارد. نظرسنجی سال ۲۰۰۸ HPIJ نشان داد که ۷۷٪ از پاسخ‌دهندگان معتقدند که رفع ممنوعیت از ارائه نسخه‌های ترکیبی باید برای تعداد زیادی از خدمات درمانی مجاز دانسته شود. با این استدلال که این امر باعث می‌شود که گزینه‌های درمانی برای همه مردم بیشتر شود. اما در همین حال بیماران از تغییرات سریع احساس نگرانی می‌کنند. اقدامات در این زمینه باید به‌گونه‌ای باشد که ریسک تضعیف بیمه درمان عمومی را به دنبال نداشته باشد (در بالا به این موضوع پرداخته شده است). بحث درباره این موضوع در انجمنی که به ارتقای اصلاح قوانین می‌پردازد، ادامه خواهد یافت.

۵. تعیین نابرابری‌ها در ارائه خدمات درمانی

تعدادی از کمبودها در سیستم بیمه درمان در سال‌های اخیر در این سیستم ظاهر شده است. براساس نظرسنجی که در سال ۲۰۰۹ توسط HPIJ انجام شد اکثر کمبودهای جدی مربوط به خدمات اورژانسی خدمات مامایی و / یا طب اطفال بوده که به ترتیب ۱۹٪ و ۱۸٪ از پاسخ‌دهندگان چنین نظری داشتند. در سال ۲۰۰۷، براساس گزارش دولت ۱۴۰۰۰ نفر از بیماران اورژانسی حداقل ۳ بار، قبل از اینکه هیچ درمانی را دریافت کنند توسط بیمارستان‌ها رد شدند.^۲ در بین سال‌های ۱۹۹۴ تا ۲۰۰۶، تعداد پزشکان متخصص زایمان ۱۲٪ کاهش پیدا کرده است. موجودی زیاد تجهیزات درمانی پیشرفته همچنین از وجود مشکلاتی در سیستم قیمت‌گذاری حکایت می‌کند. در حقیقت ژاپن به نسبت جمعیت خود، ۵ برابر بیشتر از میانگین کشورهای OECD دستگاه MRI دارد و به نسبت جمعیت خود، ۶ برابر بیشتر از میانگین کشورهای OECD دستگاه سیتی‌اسکن دارد که این تعداد تقریباً ۳ برابر تعداد این دستگاه‌ها در ایالات متحده است (Carey et al, 2008). از همین روی جای تعجب نیست که اکثر این دستگاه‌ها بدون استفاده باقی مانده‌اند (Henke et al, 2009). سرمایه‌گذاری در کلینیک‌های درمانی کوچک و مجهز کردن این کلینیک‌ها به ماشین‌آلات با تکنولوژی بالا و با موارد استفاده محدود در دیگر حوزه‌های تحت نظارت نیز مشاهده می‌شود. میزان عرضه خدمات درمانی به‌وسیله قیمت این خدمات تعیین می‌شود که در ژاپن قیمت‌ها در این زمینه توسط دولت تعیین

۱. درباره این موضوع در این گزارش بحث شده است «ارتقای دسترسی به داروها برای بیماران تحت پوشش NHS».

۲. در یک مورد در ژانویه سال ۲۰۰۹، یک مرد مسن ژاپنی بعد از اینکه با یک موتورسیکلت برخورد کرده بود و از ناحیه سر دچار سانحه شده بود از طرف ۱۴ بیمارستان پذیرش نشد و استدلال این بیمارستان‌ها این بود که پزشک متخصص و تجهیزات پزشکی و کارکنان با تجربه در این زمینه ندارند. بعد از اینکه این مرد سرانجام توسط یک بیمارستان پذیرش شد، ۹۰ دقیقه بعد به دلیل خون‌ریزی زیاد فوت کرد.

می‌شود. نابرابری در عرضه خدمات درمانی در اصل اشتباه دولت را نشان می‌دهد که برای تعیین قیمت‌ها، ابتدا میزان عرضه هر کدام از داروها و درمان‌ها را در نظر گرفته و با توجه به آن، قیمت آن داروها و درمان‌ها را تعیین می‌کند. مسلماً قیمت‌گذاری برای هزاران نوع درمان و بیشتر از ۱۰۰۰۰ دارو وظیفه آسانی نیست.^۱ در این زمینه ساختار هزینه به وسیله چندین اصل شکل گرفته است (Ikegami, 2009a):

- حفظ کردن توازن در درآمد عرضه‌کنندگان خدمات درمانی (برای مثال بیمارستان‌ها در مقابل کلینیک‌ها) و متخصصان؛

- کاهش هزینه‌های اختصاص داده‌شده به خدماتی که میزان استفاده از این خدمات یا درآمدهای حاصل از آنها افزایش پیدا کرده^۲ و افزایش هزینه‌های اختصاصی به خدماتی که دولت می‌خواهد انجام آنها را تشویق کند مثل انجام ویزیت در منزل توسط پزشکان؛

- انجام اقداماتی با این هدف که روش‌های درمانی به نسبت ارزان برای ارائه‌دهندگان این درمان‌ها سودآور باشند و درمان‌های گران‌قیمت غیرسودآور باشند؛

- ارائه خدمات درمانی باید با همان هزینه درمان‌های پیشرفته صورت گیرد. در این زمینه ارائه‌دهندگان خدمات درمانی این شکایت را می‌کنند که جدول هزینه، پاسخ‌گوی هزینه‌های واقعی خدمات درمانی نیست (Matsuda, 2007).

با در نظر گرفتن شیوه اصلاح که اختیاری و از قبل تعیین شده است، اهمیت برگزیدن سیستمی که علمی‌تر و دقیق‌تر باشد، افزایش می‌یابد. سیستمی که اهمیت بیشتری به مطالعات هزینه/بهره‌وری بدهد (مطالعات هزینه/بهره‌وری نشان می‌دهد که زمان استاندارد برای انجام هر وظیفه‌ای که کارکنان بخش درمان به عهده دارند چه زمانی است). به علاوه انجمن باید به شیوه‌ای منطقی در مورد تصمیم‌گیری‌هایش و در زمینه فراهم کردن اطلاعات لازم جهت ارزیابی عملکردش پاسخ‌گو باقی بماند.

نابرابری‌های منطقه‌ای در دسترسی به پزشکان و بیمارستان‌ها نگرانی دیگری است که به خصوص با توجه به تعداد کم پزشکان در ژاپن قابل تأمل است. یک سری محدودیت‌های منطقه‌ای برای هر بیمارستان در زمینه تعداد تخت‌هایش وجود دارد، هدف از این محدودیت‌ها این است که از عرضه بیش از حد تخت‌های بیمارستانی اجتناب شود. به استثنای این محدودیت‌ها مکانیزم‌های معدودی برای ایجاد توازن در دسترسی به پزشکان و بیمارستان‌ها وجود دارد. پزشکان این آزادی را دارند که خود انتخاب کنند که در کجا به فعالیت بپردازند. در سیستمی که هزینه‌های درمانی در سرتاسر کشور

۱. موارد رشوه‌گیری اعضای این انجمن هم، ایجاد اصلاحات عملی در این زمینه را مشکل می‌سازد.

۲. به‌عنوان مثال هزینه MRI از ناحیه سر تقریباً در سال ۲۰۰۲ به میزان ۱/۳ کاهش پیدا کرد. در حالی که سایر هزینه‌های پزشکی و قیمت‌های مربوطه تنها ۲/۷٪ کاهش پیدا کردند.

مشابه هم است، مکانیزم‌هایی که در ارتباط با قیمت نباشند، مورد نیاز است تا توازن منطقه‌ای حفظ شود. از جمله این مکانیزم‌های غیرقیمتی می‌توان به تصمیم‌گیری در زمینه‌هایی از جمله: گسترش تحصیلات دانشگاهی در رشته پزشکی و تعیین محل کار پزشکان در آینده اشاره کرد.

۶. حفظ کردن پوشش جامع به همراه رفع نارسایی‌های مربوط به آن

تعداد مشخصی از جمعیت، حق بیمه‌های درمان خود را پرداخت نمی‌کنند. براساس آمار وزارت بهداشت، کار و رفاه تعداد افرادی که توسط بیمه درمان ملی (NHI) تحت پوشش قرار می‌گیرند و حق بیمه‌های خود را پرداخت نمی‌کنند از ۱۹٪ در سال ۲۰۰۶ به ۲۱٪ در ماه جون سال ۲۰۰۸ افزایش پیدا کرده است. با در نظر گرفتن اینکه بیمه درمان ملی قرار است که ۴۰٪ جمعیت را تحت پوشش قرار دهد (نمودار ۵) بیش از ۸٪ جمعیت حق بیمه‌های خود را پرداخت نمی‌کنند. ۱/۳ این گروه کارت بیمه کوتاه‌مدت دارند (مدت اعتبارش تا ۳ ماه است و به آن پروانه کیفیت^۱ هم گفته می‌شود). افرادی که این بیمه‌ها را دارند مسئول همه هزینه‌های درمانی خود هستند البته این هزینه‌ها در آینده از طرف بیمه آنها جبران می‌شود اما حق بیمه‌های معوقه از مبلغی که به‌عنوان جبران خسارت پرداخت می‌شود کسر خواهد شد. ۲/۳ باقی مانده (تقریباً ۶٪ از کل جمعیت) بیمه عادی دارند.

پوشش جامع نیاز دارد که از طریق چند گام، اجبار در زمینه پرداخت حق بیمه را افزایش دهد. گام اول: تعداد بیشتری از کارکنان غیررسمی را (که در حال حاضر به وسیله بیمه درمان ملی (NHI) تحت پوشش قرار می‌گیرند) در طرح‌های بیمه درمانی که برای افراد شاغل برنامه‌ریزی شده است، تحت پوشش قرار دهند. این امر اجبار در زمینه پرداخت حق بیمه را افزایش خواهد داد. به‌علاوه این امر انگیزه‌هایی را کاهش می‌دهد که باعث شده است که شرکت‌ها در سال‌های اخیر تعداد کارکنان غیررسمی خود را افزایش دهند، چون افزایش تعداد کارکنان غیررسمی مشکلاتی را در زمینه عدالت و کارایی ایجاد کرده است.

گام دوم: اطمینان از اینکه افرادی که درآمد کم دارند، حتی اگر برای دریافت کمک عمومی واجد شرایط نیستند، مزایای بیمه درمان را در عمل دریافت می‌کنند و اطمینان از اینکه این امر در اولویت قرار گرفته باشد. شاید یک راه حل عملی این باشد که به افراد کم درآمد اجازه داده شود که از پرداخت حق بیمه‌ها معاف شوند حتی اگر آنها برای دریافت کمک اجتماعی واجد شرایط نباشند. گام سوم: اجرایی کردن اجبارهای قانونی سخت‌گیرانه‌تر برای پرداخت حق بیمه‌ها، پرداخت‌ها را افزایش خواهد داد.

به علاوه تعداد مشخصی از افراد، استفاده خود را از خدمات درمانی به دلیل شرایط اقتصادی که دارند، محدود می‌کنند. براساس نظرسنج HIPJ در سال ۲۰۰۷، ۲۶٪ از پاسخ‌دهندگان بیان کردند که در سال گذشته، یک مشکل مشخص درمانی داشته‌اند ولی به دلیل هزینه ویزیت دکتر تصمیم گرفته‌اند که دکتر را ویزیت نکنند (جدول ۷). جای تعجب نیست که تعداد افرادی که این تصمیم را می‌گیرند در بین افراد با درآمدهای کم، بالاتر از افرادی است که درآمد بالایی دارند (از بین ۲۶٪ پاسخ‌دهندگان ۴۰٪ درآمد کم و ۱۶٪ درآمد بالا داشته‌اند). به علاوه این آمار در مقایسه با کشورهای دیگر که داده‌های مشابهی داشته‌اند، بالاتر بوده است. شاید این امر به دلیل نرخ به نسبت بالای مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها در ژاپن باشد، با وجود اینکه در ژاپن یک سقف برای مشارکت بیماران در هزینه‌ها وجود دارد. اگر هزینه‌های پرداختی بیماران در هر ماه بیشتر از ۸۰۰۰۰۰ ین شود (در حدود ۱/۴ میانگین حقوق و دستمزد)، نرخ مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها برای دریافت درمان‌های بعدی به ۱/۱۰۰ کاهش پیدا می‌کند. به‌رحال این سقف تعیین شده شاید کاملاً برای مردم قابل فهم نباشد. نظرسنجی ژانویه سال ۲۰۰۹ که HPIJ انجام داد نشان داد که ۸۱٪ از جمعیت اصطلاح «سیستم خدمات درمانی پرهزینه» را شنیده‌اند که محدودیتی بر مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها ایجاد می‌کند ولی از این تعداد تنها ۵۵٪، حداقل بخشی از آن را متوجه شده‌اند. این امر مهم است که سقف تعیین شده بر روی مشارکت بیماران در پرداخت هزینه‌ها (که در حال حاضر ۸۰۰۰۰۰ ین است) کاهش پیدا کند تا دسترسی به خدمات درمانی افزایش یابد. این امر از این جهت اهمیت دارد که نگرانی‌ها در رابطه با توانایی برای پرداخت هزینه خدمات درمانی در زمان رکود اقتصادی در حال افزایش است. در نظرسنجی دیگر HIPJ سهم افرادی که «بسیار نگران‌اند»^۱ که قادر نخواهند بود صورت حساب‌های درمانی‌شان را در مورد یک بیماری جدی پرداخت کنند از ۲۸٪ در سال ۲۰۰۷ به ۴۳٪ در سال ۲۰۰۹ افزایش پیدا کرده است. این در حالی است که ۴۴٪ دیگر در این زمینه «تاحدودی نگران»^۲ هستند. سهم افرادی که بسیار نگران‌اند در افرادی که زیر ۴۰ سال دارند (بیشتر از ۵۰٪) و در میان کارکنان پاره‌وقت (۵۵٪) از همه بیشتر است.

-
1. Very Worried
 2. Somewhat Worried

۷. نتایج

چون سیستم خدمات درمانی سطح استاندارد از درمان را ارائه می‌دهد و در همان حال هزینه‌های درمانی را پایین نگه می‌دارد منطبق بر خواسته‌های کنونی ژاپنی‌ها در زمینه خدمات درمانی به نظر می‌رسد.^۱ به هر حال، فشاری که برای افزایش هزینه خدمات درمانی وجود دارد، نارضایتی از کیفیت خدمات درمانی، عدم توازن‌ها در سیستم خدمات درمانی و تعداد مشخصی از افراد که حقیقه‌های خود را پرداخت نمی‌کنند، نیاز برای اصلاحات گسترده در این زمینه را نشان می‌دهد که در یادداشت ۳ خلاصه شده است.



۱. براساس نظرسنجی سال ۲۰۰۷ HPIJ، ۵۷٪ از پاسخ‌دهندگان خواهان سیستمی «کم هزینه، با مزایای کم و عادلانه» بوده‌اند که سطح استاندارد از خدمات درمانی را به همه مردم کشور ارائه دهد و همچنین میزان مالیات و حق بیمه‌های تأمین اجتماعی را هم در سطح پایینی نگه دارد. تنها ۱۲٪ یک سیستم «پرهزینه، با مزایای بالا و عادلانه» را ترجیح می‌دادند. ۲۵٪ دیگر یک سیستم «کم هزینه، با مزایای کم و داشتن حق انتخاب در زمینه خدمات درمانی دریافتی» را خواهان بودند، سیستمی که در آن خدمات درمانی برای افرادی که خواهان خدمات بیشتری هستند، از سطح استاندارد خود به هزینه خود آن افراد افزایش یابد و بنابراین خواهان سیستمی بودند که در آن سطح خدمات درمانی با توجه به درآمد و ترجیحات مشترکان تغییر یابد.

جدول ۷. میزان دسترسی به خدمات درمانی

افرادی که به دلیل هزینه خدمات درمانی، خدمات درمانی مورد نیاز خود را دریافت نکرده‌اند.^۱

الف - کشور ژاپن						
	سطح درآمد	با وجود داشتن بیماری، به دلیل مشکلات اقتصادی پزشک را ملاقات نکرده است ^۲	داروهای تجویز شده را خریداری نکرده است ^۳	درمان‌های تکمیلی تجویز شده توسط دکتر را ادامه نداده است	با وجود داشتن بیماری، به دلیل مشکلات اقتصادی به دندان‌پزشک مراجعه نکرده است	
	درآمد بالا ^۴	۱۶	۴	۹	۱۳	
	درآمد متوسط	۲۵	۱۱	۱۶	۲۳	
	درآمد پایین ^۵	۴۰	۱۸	۲۶	۴۰	
ب - مقایسه بین‌المللی						
کشورها	ژاپن	استرالیا	کانادا	نیوزلند	انگلستان	ایالات متحده
با وجود داشتن بیماری، به دلیل مشکلات اقتصادی پزشک را ملاقات نکرده است	۲۶	۱۱	۵	۲۰	۳	۲۴
داروهای تجویز شده را خریداری نکرده است	۱۱	۱۹	۱۳	۱۵	۷	۲۶
درمان‌های تکمیلی تجویز شده توسط دکتر را ادامه نداده است	۱۷	۱۵	۶	۱۴	۲	۲۲
با وجود داشتن بیماری، به دلیل مشکلات اقتصادی به دندان‌پزشک مراجعه نکرده است	۲۴	۳۳	۲۶	۳۷	۱۹	۳۵

- این آمار در طول ۱۲ ماه گذشته تهیه شده است و براساس نظرسنجی‌ای است که در سال ۲۰۰۷ از ۱۰۷۶ نفر انجام شده است.
- گزارش تکمیلی در سال ۲۰۰۸ آمار مشابهی را نشان داده است که عبارت است از: ۱۸٪ (درآمد بالا)، ۲۹٪ (درآمد متوسط)، ۳۹٪ (درآمد پایین).
- گزارش تکمیلی در سال ۲۰۰۸ آمار مشابهی را نشان داده است که عبارت است از: ۲٪ (درآمد بالا)، ۱۱٪ (درآمد متوسط)، ۱۶٪ (درآمد پایین).
- به افرادی اطلاع می‌گردد که درآمد سالیانه‌شان بیش از ۸ میلیون ین باشد و خالص دارایی‌های مالی آنها بیش از ۲۰ میلیون ین باشد.
- به افرادی اطلاع می‌گردد که درآمد سالیانه‌شان کمتر از ۳ میلیون ین باشد و خالص دارایی‌های مالی آنها کمتر از ۳ میلیون ین باشد.

یادداشت ۳. خلاصه‌ای از پیشنهادات برای اصلاح سیستم خدمات درمانی در نظر گرفتن رشد هزینه‌ها و تأمین مالی آن به صورت کارا

* انتقال خدمات درمانی بلندمدت به بیرون از بیمارستان‌ها و حرکت به سمت استفاده از مکانیزم‌های دیگری که مناسب‌تر است و از جدول هزینه استفاده می‌کنند. تشویق به انجام بررسی‌های دقیق‌تر در مورد طبقه‌بندی بیماران در بیمارستان‌ها.

* ارتقای سیستم پرداخت از طریق اصلاح سیستم پرداخت DPC و ایجاد انگیزه برای بیمارستان‌ها به منظور افزایش کارایی و تغییر نرخ‌های بازپرداخت به منظور کاهش تعداد زیاد ویزیت پزشکان.
* توسعه استفاده از داروهای ژنریک برای مثال با بیان اینکه هزینه‌هایی که بابت آنها پرداخت می‌شود قابل جبران خواهد بود.

* استفاده از محرک‌های مادی، به خصوص بالابردن مالیات بر سیگار، به منظور تشویق سالمندی همراه با سلامتی.

* معرفی GPها (پزشکان عمومی)، که قبل از مراجعه بیماران به متخصصان، آنها را ویزیت کنند؛ به منظور کاهش تعداد ویزیت‌های غیرضروری با متخصصان.

* اجرایی کردن صدور صورت حساب‌های الکترونیکی و ادغام بیمه‌گران درمان به همان ترتیبی که برنامه‌ریزی شده، به منظور کاهش هزینه‌های اداری و افزایش کیفیت خدمات درمانی که هم زمان گسترش رقابت مؤثر برای صندوق پرداخت هزینه درمانی بیمه اجتماعی را نیز به دنبال خواهد داشت.

* اجرایی کردن معیارهایی برای گردآوری و ارزیابی عملکرد بیمارستان‌ها.
* تصویب نکردن قوانینی که از تأمین مالی عادلانه جلوگیری می‌کنند با این هدف که از نو سازماندهی کردن بیمارستان‌ها، تسهیل شود.

* اجرایی کردن برنامه‌های اصلاحی ارائه‌شده توسط دولت برای پرکردن چندگانگی‌هایی که بین بیمه‌گران وجود دارد.

* برای اجتناب از افزایش بیش از اندازه هزینه‌هایی که کارکنان باید پرداخت کنند، سعی شود که هزینه‌های خدمات درمانی برای افراد مسن از محل درآمد عمومی مالیات تأمین شود.

افزایش کیفیت خدمات درمانی

* کاهش مدت زمان تأخیر برای انتشار داروها و وسایل پزشکی جدید از این راه‌ها: کاهش هزینه آزمایش‌های دارویی در ژاپن، پذیرش نتایج آزمایش‌های انجام‌شده در کشورهای دیگر، به خصوص آزمایش‌های انجام‌شده در کشورهای آسیایی و اطمینان از اینکه سطوح جبران خسارت مناسب هستند.

* مجاز کردن ارائه قبوض (صورت‌حساب‌های) ترکیبی برای تعداد بیشتری از درمان‌هایی که در بسته بیمه درمان عمومی نیستند و پرکردن نابرابری‌هایی که در پرداخت حق بیمه‌ها وجود دارد، به منظور ارتقای

کارایی در زمینه خدمات درمانی.

پراکردن نابرابری‌ها در سیستم خدمات درمانی

- * ایجاد فرایند تعیین قیمت و انجام مطالعات هزینه/بهره‌وری.
- * در نظر گرفتن تأثیر این ۲ عامل: تحصیلات در رشته پزشکی و تعیین محل اشتغال پزشکان.
- * حفظ پوشش جامع هم زمان با رفع کمبودهایی که در این زمینه وجود دارد
- * ارتقای تعهد به پرداخت حق بیمه.
- * اطمینان از اینکه افراد با درآمدهای پایین - حتی اگر برای دریافت کمک اجتماعی واجد شرایط نیستند - در عمل مزایای بیمه درمان را دریافت می‌کنند.
- * افزایش مشارکت کارکنان غیررسمی در طرح‌های بیمه درمانی که برای افراد شاغل برنامه‌ریزی شده است.



1. ACCJ (American Chamber of Commerce in Japan) 2008, *2008 device lag study*, Tokyo.
2. Campbell, J & Ikegami, N 1998, *The art of balance in health policy – maintaining japan's low-cost, Egalitarian System*, Cambridge, Cambridge University Press.
3. Carey, D, Herring, B & Lenain, P 2008, *Health care reform in the united stat*, OECD Economics Department Working Papers, no. 665, OECD, Paris.
4. Chino, T 2007, 'An economic analysis of institutions & regulations in the Japanese healthcare system', *Government Auditing Review*, vol. 14.
5. Fuchs, V 1996, 'Economics, values, and health care reform', *The American Economic Review*, vol. 86, no. 1.
6. Henke, N, Kadonaga,S & Kanzler, L 2009, *Improving Japan's health care system*, The McKinsey Quarterly, May, McKinsey & Company.
7. Ikegami, N & Campbell, J 2004, 'Japan's health care system: containing costs and attempting reform', *Health Affairs*, vol. 23, no. 3.
8. Ikegami, N 2006, 'Should providers be allowed to extra bill for uncovered services? debate, resolution, and sequel in Japan', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, no. 6
9. Ikegami, N 2008a, 'Health system of Japan', *International Encyclopedia of Public Health*, vol. 4, Elsevier.
10. Ikegami, N 2008b, 'The Japanese health care system – Its success and challenges for the future', *Harvard Health Policy Review*, vol. 9, no. 1.
11. Ikegami, 2009a, 'Games policy makers and providers play: introducing case-mixed based payment to hospital chronic care units in Japan', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 34, no. 3.
12. Ikegami,N 2009b, *Financing healthcare in rapidly agang Japan*, paper presented at "Aging Asia: social insurance sustainabihty chronic diseases and long-term", stand for university.
13. Joumard, I, André, C, Nicq, C & Chatal, Y 2008, *Health status determinants: lifestyle, environment, health care resources and ffficiency*, OECD Economics Department Working Papers, no. 627, OECD, Paris.
14. Kadonaga, S & Kanzler, L 2007, *Building Japan's generic-drug market*, The McKinsey Quarterly, December, McKinsey & Company.
15. Kadonaga, S, Kanzler, L & Yokoyama, Y 2008, *Addressing Japan's health care cost challenge*, The McKinsey Quarterly, May, McKinsey & Company.

16. Matsuda, S 2007, 'Casemix as a tool for transparency of medical services', *The Japanese Journal of Social Security Policy*, vol. 6, no. 1.
17. McKinsey 2008, *The challenge of funding Japan's future health care needs*, McKinsey & Company, Tokyo.
18. NLI Research Institute 2009, *Aging and public finance in Japan*, 9 April 2009, Tokyo.
19. Noguchi, H & Shimizutani, S 2005, 'Nonprofit and for-profit providers in Japan's at-home care industry: evidence on quality of service and household choice', *Economic Bulletin*, vol. 9, no. 3
20. Oliveira, MJ & De La Maisonneuve, C 2006, 'The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach', *OECD Economic Studies*, no. 42, OECD, Paris.
21. PhRMA 2008, *The influence of the medical pricing system on society*, Tokyo (in Japanese).
22. Richards, M 2008, *Improving access to medicines for NHS patients*, Report for the Secretary of State for Health, London, November.
23. Rodwin, M & Okamoto, E 2000, 'Physicians' conflicts of interest in Japan and the United states: Lessons for the united states', *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 25, no. 2
24. Saito, H. & Suzuki, W 2008, 'Theoretical and empirical analysis of mixed medical care services in Japan – what is equity?', *GRIPS Policy Information Center Discussion Papers* no. 08-19.
25. Tominaga, T 2008, *Reducing Japan's drug lags in biotechnology*, Pharma Focus Asia.
26. Tomizuka, T & Matsuda, R 2008, *New health insurance for the elderly*, Health Policy Monitor, Ritsumeikan University, Kyoto.
27. Wang, K, Li, P, Chen, L, Kato, K, Kobayashi, M & Yamauchi, K 2008, 'Impact of the Japanese diagnosis procedure combination-based payment system in Japan', *Journal of Medical Systems*, vol. 34, no. 1, pp. 96-100.
28. WHO (World Health Organization) 2002, *Smoking statistics*, Western Pacific Regional Office, Manila.
29. WHO (World Health Organization) 2003, *Tobacco control country profiles*, manila.

فهرست گزارش‌های موردی‌های منتشر شده در پژوهشکده بیمه

- گزارش موردی ۱ (دی ۱۳۸۹): کلیات اقتصاد برنامه‌های بیمه اجتماعی
- گزارش موردی ۲ (اسفند ۱۳۸۹): آمارهای حوادث جاده‌ای در کشورهای منتخب و تحلیل خسارت‌های پرداختی بیمه شخص ثالث در ایران
- گزارش موردی ۳ (فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۰): اوراق بهادار بیمه‌ای
- گزارش موردی ۴ (خرداد و تیر ۱۳۹۰): نقش شاخص‌ها در انتقال ریسک در صنعت بیمه
- گزارش موردی ۵ (مرداد و شهریور ۱۳۹۰): شاخص‌های پایه‌ای نرخ بیمه زلزله ساختمان‌های ایران



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

راهنمای اشتراک دو ماهنامه گزارش موردی

لطفاً قبل از پر کردن برگه درخواست اشتراک به نکات زیر توجه نمایید:

۱. کلیه مکاتبات خود را با ذکر شماره اشتراک انجام دهید.
۲. نشانی خود را کامل و خوانا و با ذکر کدپستی بنویسید.
۳. بهای اشتراک سالانه ۶ شماره از نشریه با هزینه ارسال مبلغ ۱۵۰/۰۰۰ ریال میباشد.
۴. بهای اشتراک را به شماره حساب ۲۱۷۸۹۵۹۰۰۱۰۰۰، بانک ملی (سیبا)، شعبه سعادت آباد، کد ۱۰۱۱ بنام تمرکز وجوه درآمد اختصاصی پژوهشکده بیمه واریز کنید و فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل شده به دفتر گزارش موردی ارسال نمایید.
۵. اشتراک از جدیدترین شماره به بعد پذیرفته میشود.

دفتر گزارش موردی: تهران - سعادت آباد - میدان کاج - فیابان سرو غربی - پلاک ۴۳

(صندوق پستی: ۱۴۴۹۹-۱۹۳۹۵)

فکس: ۲۲۰۶۶۰۶۵

تلفن: ۲۲۰۸۴۰۸۴

« مسئول بخش اشتراک: علی احمدی »

برگ درخواست اشتراک دو ماهنامه «گزارش موردی»

قبلاً مشترک بوده‌ام قبلاً مشترک نبوده‌ام شماره اشتراک

نام کتابخانه، شرکت، سازمان، مؤسسه نام و نام خانوادگی

مدت اشتراک: تعداد مورد درخواست: شروع اشتراک از شماره:

نشانی دقیق:

کدپستی: کد شهرستان و تلفن: نامبر:

به پیوست رسید بانکی شماره بانک ملی شعبه کد به مبلغ ریال بابت اشتراک ارسال می‌گردد.

تاریخ و امضا