

نظام بیمه درمانی ژاپن

دکتر سودابه وطنخواه*

یافت در سال ۱۹۶۱ اقدام به بیمه نمودن تمامی اقشار

جامعه نمود. از سال ۱۹۶۱ طرح بیمه درمانی همگانی به مرحله اجرا درآمد و پس از آن در طول سالیان بعد اصلاحاتی در نظام بیمه درمانی ژاپن، از جهت تأمین حیاتی سالم و پایدار برای مردم تحقق یافت. در حال حاضر دولت ژاپن از طریق سازمانها و طرح‌های متعدد، پوشش همگانی بیمه درمانی را تأمین می‌کند که می‌توان به قرار زیر آنها را تقسیم‌بندی نمود:

-**بیمه درمانی کارکنان**^(۱): جهت ارائه به شاغلان در بخش خصوصی؛ به نحوی که در این سیستم شرکت‌های بزرگ کارکنان خود را از طریق مراکز درمانی متعلق به خود (روش مستقیم) درمان می‌کنند. کارکنان سایر شرکت‌ها از مراکز درمانی دولتی استفاده می‌نمایند.

-**بیمه درمانی ملی**^(۲): جهت ارائه به کشاورزان، خویش فرمایان، پزشکان، بازنشستگان و...؛ به نحوی که در این سیستم بیمه‌گر اصلی شهرداری‌ها و انجمن‌های بیمه درمانی هستند.

-**أنواع طرح‌های دیگر بیمه درمان**: جهت ارائه خدمات به کارکنان دولت و ملاحان و نیز ارائه خدمات بیمه مضاعف (۲۰۰۰, ISSA).

مقدمه

مراقبت بهداشتی در کشور ژاپن بر عهده سه وزارتخانه می‌باشد. وزارت بهداشت و رفاه مسؤول اصلی تأمین بخش اعظم ارائه خدمات بهداشتی است، وزارت آموزش علوم و فرهنگ نسبت به دانشآموزان متعهد ارائه خدمات بهداشتی است و وزارت کار عهده‌دار ارائه مراقبت‌های بهداشتی به کارگران می‌باشد. طبق مطالعات اخیر، ژاپن دارای بیش از ۹۰۰ بیمارستان عمومی، ۱۰۰۰ بیمارستان روانی و بیش از ۱۱۰۰ خانه سالمندان است. تعداد متوسط کارکنان که در بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی فعالیت دارند در هر بیمارستان بیش از ۱۳۱ نفر می‌باشد. تعداد تخت‌های بیمارستان‌های این کشور ۱۶۷۷۰۰۰ است. در ژاپن سیستم مراقبت‌های بهداشتی کلیه هزینه‌های آزمایشات پزشکی و درمان بیماران و مصدومین را پوشش می‌دهد (اطلاع، ۱۳۷۸).

بیمه درمانی

در اوایل سال ۱۹۲۷ برای اولین بار نظام بیمه‌ای در ژاپن به مورد اجرا گذاشته شد و پس از پایان جنگ جهانی دوم که اوضاع اقتصادی این کشور جهش سریع

*- عضو هیأت علمی دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

1- Employees' Health Insurance
2- National Health Insurance

جمع کل مالیات برای سال مالی مورد نظر برای کل مشترکین $\times 1/07 +$ تعداد افراد بیمه شده خانوار × حق بیمه ثابت = حق بیمه بهداشت سالیانه به ازاء هر خانوار

***کارت بیمه بهداشت (گواهینامه بهداشتی)**
زمانی که شهروندی عضو سیستم بیمه بهداشت شود یک برگ کارت بیمه بهداشتی (رسماً کارت یا گواهینامه بیمه بهداشت) به ازاء هر خانوار صادر می‌شود. برای دریافت خدمات، شخص بیمه شده باید به پزشکی که مورد تأیید سیستم بیمه بهداشت می‌باشد مراجعه کند. در غیر اینصورت وی مجبور است کلیه هزینه‌های پزشکی را شخصاً تقبل نماید.

* روش پرداخت حق بیمه

الف - انتقال اتوماتیک از حساب بانکی:

مبلغ حق بیمه فرد بیمه شده بطور اتوماتیک در آخرین روز هر ماه از حساب مؤسسه مالی که در آن حساب دارد کسر شده و به حساب بیمه بهداشت واریز می‌گردد.

ب - پرداخت بصورت فیش:

فیش‌های پرداخت معمولاً اوایل ماههای آوریل و جولای، اکتبر و زانویه توزیع می‌شود که هر بار برای سه ماه به یکی از مؤسسات مالی زیر پرداخته می‌شود:
* بانک‌ها، بانک‌های اعتباری و مؤسسات اعتباری که شعبه مرکزی آن در توکیو می‌باشد.

* اداره پست توکیو

* بخش بیمه ادارات دولتی و خصوصی

* حق بیمه و محاسبه حق بیمه

از آنجاییکه سیستم بیمه بهداشت سیستمی بر اساس کمک مشترک می‌باشد، به محض عضویت در این سیستم فرد "بیمه شده" تلقی می‌شود و سپریست خانوار باید حق بیمه سرانه را پرداخت نماید. لازم به ذکر است که حق بیمه برای پرداخت هزینه‌های بیماری و یا حوادث می‌باشد. بنابراین مبلغ پرداختی هر فرد و همچنین یارانه‌های دولت فدرال و دولت توکیو منابع مهم مالی این سازمان می‌باشد. حق بیمه هر سال از اول آوریل تا مارس سال بعد (یک سال) محاسبه می‌شود. انواع حق بیمه عبارتند از:

* کاهش جز ثابت حق بیمه

سیستم کاهش جزء ثابت حق بیمه، در صورتی قابل اجراست که درآمد سال قبل خانواده از یک حد معینی کمتر باشد. به هر حال در این مورد، لازم است مدارکی از درآمد کلیه اعضاء خانوار تحت پوشش بیمه بهداشتی ارائه شود. درخواست باید هر سال به بخش مالیات اداره بخش، بدون در نظر گرفتن مقدار درآمد تسليم شود. افراد سالمند بالای ۶۵ سال که درآمدی ندارند و رسید مالیاتی آنها بوسیله بخش مالیات اداره بخش ارسال نمی‌شود، باید فرم درخواست ساده موجود در بخش بیمه بهداشت در اداره بخش را پر

Management
And
Medical
Information
مدیریت
اطلاع‌رسانی
پزشکی

۶۰

۱- حق بیمه: مبلغ وابسته به درآمد حق بیمه مزبور بر حسب درآمد محاسبه می‌شود و برابر است با $1/07 \times$ برابر مجموع مالیات ساکنین در یکسال مالی برای کلیه اعضاء خانواده‌های تحت پوشش سیستم بهداشت ملی. بنابراین این بخش از حق بیمه بر اساس درآمد سال قبل بیمه شده و بدون در نظر گرفتن درآمد فعلی وی محاسبه می‌شود.

۲- حق بیمه: مبلغ ثابت این حق بیمه مبلغ مبلغ ثابت است که در مورد کلیه بیمه شدگان صرفنظر از مقدار درآمد یا سن اعمال می‌شود.

- ج) هزینه حمل و نقل: در صورتیکه بیمار برای معاینه نزد پزشک دیگر و یا بیمارستان دیگری به دلایل نیاز پزشکی، بوسیله آمبولانس حمل شود.
- د) هزینه دادن خون: فقط وقتی که ضرورت داشته باشد.
- ه) هزینه وسایل اضافی مانند ویلچیر: فقط وقتی که واقعاً لازم باشد و بوسیله پزشک تجویز شده باشد.
- و) هزینه‌های پزشکی که برای معالجه ترمیم استخوان و یا دررفتگی وغیره در کلینیک انجام گرفته باشد.
- ز) برای هزینه‌های ماساژ، طب سوزنی، سوزاندن و غیره که عنوان معالجه پزشکی توسط پزشک تجویز شده باشد (وطن خواه، ۱۳۷۵).

* مزایای درمان پزشکی

بیمه‌شدگان در صورت بیماری یا حادثه، حق استفاده از درمان پزشکی کاملاً ضروری در بیمارستان‌ها و کلینیک‌های طرف قرارداد با سیستم بیمه بهداشت را دارند. در چنین مواردی (۳۰ درصد) کل هزینه‌های درمان در بیمارستان و کلینیک را شخص بیمه شده پرداخت می‌نماید و (۷۰ درصد) بقیه هزینه‌ها بوسیله بیمه بهداشت پرداخت خواهد شد.

پرداخت هزینه‌های پزشکی (بازپرداخت بخشی از هزینه‌ها)

بعد از پرداخت کل هزینه‌ها بصورت نقدی در بیمارستان، (۷۰ درصد) مبلغ پس از بررسی و تأیید بوسیله بیمه بهداشت بازپرداخت می‌شود. فرم درخواست بازپرداخت را از گیشه‌های مخصوص بخش بیمه بهداشت می‌توان دریافت نمود. بخش بیمه بهداشت هزینه‌های زیر را تقبل می‌کند:

(الف) برای هزینه‌های پزشکی که درمان پزشکی آن با کارت بیمه ارائه نمی‌شود، برخورداری از ارائه درمان در موارد اضطراری که چاره دیگری نباشد و برخورداری از درمان پزشکی اضطراری در بیمارستان‌هایی که طرف قرارداد سیستم بیمه بهداشت نمی‌باشند.

(ب) هزینه پرستاری: برای هزینه پرستاری در زمانی که پزشک بخش بیمه بهداشت تأیید نموده باشد و پرستاری بعد از عمل جراحی در بیمارستان لازم شود (بیش از ارائه خدمات پرستاری معمول) و بیماری صعب العلاج باشد. به هر حال چنانچه بیمارستان خدمات بیمارستانی کامل ارائه کند یا فرد پرستار از اعضاء خانواده، دوست و یا آشنای بیمار باشد بازپرداختی داده نمی‌شود.

* پرداخت هزینه‌های معالجات پزشکی گران قیمت

هنگامیکه پرداخت سهم هزینه‌های درمان (۳۰ درصد شخصاً بوسیله بیمار به مؤسسات پزشکی پرداخت شده) از میزان معینی تجاوز کند، مبلغ اضافی به عنوان هزینه‌های سنگین درمان پرداخت می‌شود. به هر حال هزینه تخت‌های اضافی بستری در بیمارستان، هزینه پرستارهای اضافی در صورتیکه سیستم خود بیمارستان استاندار باشد، توسط بیمه پرداخت نمی‌شود.

* وام برای پرداخت معالجات پزشکی گران قیمت

سیستمی وجود دارد که (۹۰ درصد) هزینه‌های معالجات پزشکی گران قیمت را با دادن وام تأمین می‌کند. تا زمانیکه هزینه‌های مزبور عملاً باز پرداخت شود، افرادی که مایل هستند از این فرصت استفاده کنند می‌توانند تلفنی با مسؤول مربوطه مرابت را در میان بگذارند. برای استفاده از این سیستم باید رسید

می‌کند یا حداقل آن را کاهش می‌دهد. افرادی که مایل هستند از این سیستم استفاده نمایند باید با اداره بخش بیمه^(۱) تماس بگیرند. اداره مزبور پس از بررسی و تأیید، اقدام می‌نماید. کاهش یا معافیت برای ماه بعد از زمان درخواست شده انجام می‌گیرد.

- * **صدمات ناشی از تصادفات**
هزینه‌های پزشکی در موقع صدمات ناشی از تصادفات اتومبیل بوسیله شخص ثالث (خلاف کار) باید پرداخت شود به هر حال وقتی جرban خسارت کافی نبوده و یا تأخیر پیدا کند می‌توان از بیمه بهداشت برای درمان پزشکی استفاده کرد. در این‌گونه موارد باید شرایط زیر را رعایت نمود:
 - * چنانچه بیمار هزینه‌های درمان را از شخص خلاف کار دریافت نماید، نمی‌تواند از سیستم بیمه بهداشت برخوردار باشد.
 - * فرم اعلام صدمات (که در باجه مربوطه می‌باشد) از طرف شخص ثالث جهت برخورداری از معالجات پزشکی با استفاده از بیمه بهداشت باید ارائه شود (شوجی^(۲)، ۱۹۹۹).

یا صورتحساب از مؤسسه پزشکی مورد نظر، مهر، کارت بیمه و شماره حساب بانکی سرپرست خانوار را به انضمام مهر درآمد او ارائه نمایند.

* پرداخت هزینه‌های زایمان و کودکان

برای هزینه زایمان هر بچه و مراقبت از کودک و برای تولد فرزند شخص تحت پوشش بیمه بهداشت، مبلغ جداگانه‌ای پرداخت می‌شود. هزینه زایمان حتی در مورد تولد مردی یا حاملگی ۴ ماهه هم پرداخت می‌شود.

* هزینه کفن و دفن

چنانچه یک عضو بیمه بهداشت فوت کند به شخصی که مراسم خاکسپاری او را به عهده می‌گیرد مبلغی پرداخت می‌شود. به هر حال مبلغ مذکور برای شخصی که در اثر تصادف یا بیماری‌های ناشی از مخاطرات عمومی فوت کند، تعلق نمی‌گیرد.

Management
And
Medical
Information
مدیریت
اطلاع‌رسانی
پزشکی

۶۲

* کاهش سهم پرداختی شخص

در مورد اشخاصی که بواسطه بلایای طبیعی و غیره توانایی پرداخت هزینه‌های درمان سهم خود را ندارند، سیستمی وجود دارد که او را از پرداخت سهم (۳۰٪ در صد هزینه‌های پزشکی) به مدت سه ماه یا کمتر معاف

1- Ward Office 2-Shoji, Arahira

- فهرست منابع:**
- ۱- اطلاع: بانک اطلاعاتی کشورها. ماهنامه علمی فرهنگی ویژه اطلاع‌رسانی و بانک‌های اطلاعاتی، شماره ۳۰، مرداد ۱۳۷۸.
 - ۲- وطن خواه، سودابه. "بیمه درمان در پارهای از کشورهای جهان". سمینار تحول در اداره امور بیمارستان، تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی ایران، [۱۳۷۵].
 - 3- *The Japan Health Insurance Schemes*. ISSA Report. Vol. 149: 2000.
 - 4- Hironori, onish. *Reform of the Japanese Health Insurance Systems*. Internatioal Social Security Review, Vol, 52: 1999.
 - 5- Shoji, Arahira. *Health System in Japan*. International Social Security review, Vol.51:1999.