

تغییر روش مراقبت از سالمندان در ژاپن

مترجم: مهرشید متولی*

مقدمه

بیمه مراقبت‌های بلند مدت ژاپن (LTCI)، در سال ۲۰۰۰ عرضه شد. بسیاری از ویژگی‌های LTCI ژاپنی از بیمه مراقبت‌های بلند مدت آلمان و هلند اقتباس شده است، ولی تفاوت‌های مهمی هم با آنها دارد: (جدول ۱).

اول آن که در آلمان و هلند هیچ‌کس از مزایای بیمه محروم نیست، حتی جوانان و معلولان. در حالی که، سیستم ژاپن افراد ۴۰ سال و بالاتر را پوشش می‌دهد و افراد فقط در سن ۶۵ سالگی یا بیشتر واجد شرایط استفاده از مزایای آن می‌شوند. کسانی که زیر ۶۵ سال هستند ولی بیش از ۴۰ سال سن دارند ملزم به پرداخت حق بیمه هستند ولی واجد شرایط استفاده از مزایای بیمه نیستند مگر در صورت ابتلا به ۱۵ بیماری مشخص مربوط به سالمندی از قبیل آلزایمر، بیماری‌های مغزی-عروقی، پارکینسون و غیره. برای معلولان یا از کار افتاده‌ها، ژاپن برنامه رفاهی جداگانه‌ای دارد که از محل درآمدهای مالیات عمومی تأمین مالی می‌شود.

دوم، در آلمان فقط سه سطح مراقبتی درجه بندی شده است و کسانی که در سیستم آلمانی «مستلزم حمایت» (سطح ۱) هستند، در سیستم ژاپن نمی‌توانند از مزایای بیمه‌ای استفاده کنند. از دیدگاهی، سیستم ژاپنی سخاوتمندتر از سیستم آلمانی است.

سوم، در آلمان یا در هلند علاوه بر مراقبت‌های داخل منزل و مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص، به خانواده هایی که از مزایای بیمه مراقبت بهره می‌برند، پول نقد هم پرداخت می‌شود، ولی پرداخت نقدی از فهرست مراقبت در منزل ژاپنی حذف شده است.

جدول ۱. مقایسه سیستم بیمه مراقبت بلند مدت در ژاپن، آلمان و هلند

ژاپن	هلند	آلمان	
Long-term care Insurance	Algemene wetBijzonder	Pflegeversicherung	نام سیستم
شهرداری ها	دولت مرکزی	Medizinischer Dienst der kassen	سازمان بیمه گر
حق بیمه + کمک های پرداختی + مالیات	حق بیمه + کمک‌های پرداختی	حق بیمه	تأمین بودجه
شهروندان ۴۰-۶۰ سال (نوع ۲)	کلیه شهروندان	تقریباً کلیه شهروندان	بیمه گذار
واجد شرایط پرداخت نیستند	واجد شرایط پرداخت	واجد شرایط پرداخت	جوانان و معلولین
۶ سطح	سطحی تعریف نشده است.	۳ سطح	سطح مراقبت
خیر	بله	بله	پرداخت نقدی

باید یادآور شویم که برای اولین بار همراه با LTCI، «اصل بازار» در بازار خدمات ارائه شد. سیستم رفاهی قبل از LTCI، عرضه خدمات LTC (مراقبت های بلند مدت) برای سالمندانی که به این خدمات نیاز داشتند، محدود می‌شد به بخش عمومی یا سازمان‌های بهزیستی که به دقت توسط MHW اداره می‌شدند. به علاوه، به خود سالمندان یا خانواده‌های آنها حق انتخاب عرضه کننده این خدمات را نداده بودند. با ارائه LTCI، نه تنها طیف وسیعی از ارائه دهندگان جدید از NPO گرفته تا سازمان های انتقاعی، اجازه یافتند تا خدمات مراقبت در منزل را ارائه کنند، بلکه در تلاش برای

ترغیب ارائه دهندگان جدید و بیشتر در بازار، نرخ بازپرداخت خدمات مراقبت‌های در منزل به نحو قابل ملاحظه‌ای بالاتر از هزینه عرضه خدمات تنظیم شد. مانند سایر بازارها، به جای دولت خریدار مستقیماً عرضه کننده را انتخاب می‌کند.

تغییرات بازار LTC

بعد از ارائه LTCI، بازار LTC گسترش چشمگیری داشت. وقتی که گسترش بازار را از منظر تفاضا بینیم (جدول ۲)، تعداد افراد واجد شرایط سطوح متفاوت مراقبت از ۲/۵۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۰ به ۴/۱۶ میلیون نفر در سال ۲۰۰۴ رسیده است.

تعداد افرادی که واقعاً از خدمات بهره‌مند شدند از ۱/۶۸ میلیون نفر به ۳/۱۶ میلیون نفر افزایش یافته است. بنابراین طی این مدت، تعداد سالمندان که مزایای LTCI را دریافت کردند هر ساله بیش از ۱۰ درصد افزایش یافته است. در مقابل تعداد سالمندان سالانه ۳ درصد اضافه شده است.

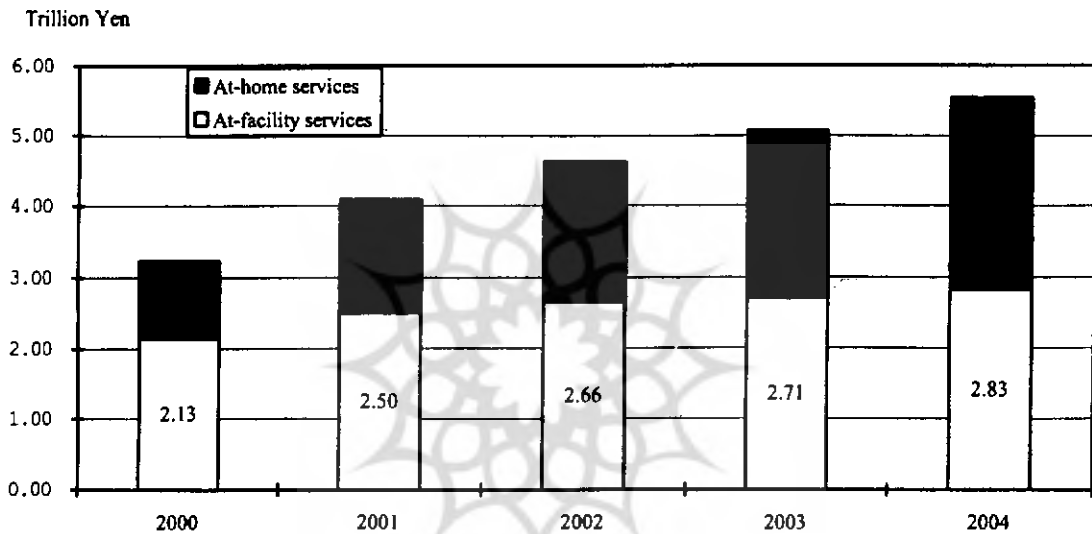
جدول ۲. تعداد سالمندان واجد شرایط و استفاده کنندگان (به ۱۰۰۰ نفر)

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

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

در نتیجه، مزایای LTCI از ۳/۲۴ میلیارد ین در سال مالی ۲۰۰۰ به ۵/۷۳ میلیارد ین در سال مالی ۲۰۰۴ افزایش یافت. همان طور که در شکل ۱ نشان داده شده است، بیشتر رشد هزینه LTC مربوط به بخش مراقبت در منزل است، با وجود اینکه هزینه های مراقبت در مؤسسه های مخصوص نیز با سرعت رشد کرده است.

شکل ۱. هزینه منافع بیمه مراقبت بلند مدت (به تریلیون ین)



با توجه به گسترش بازار از نظر عرضه، می بینیم که نه تنها تعداد عرضه کنندگان افزایش صعودی داشته است، بلکه تعداد کارمندان بخش خدمات LTC نیز از ۷۲۰،۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۰ به تقریباً یک میلیون نفر در سال ۲۰۰۴ رسیده است که افزایش ۳۸ درصدی در این دوره را نشان می دهد. تعجبی ندارد که بیشتر این افزایش مربوط به بخش خدمات مراقبت در منزل است که ۲۰۰،۰۰۰ کارمند به رقم اولیه اضافه شده است، در حالی که بخش مراقبت در مؤسسه های مخصوص فقط ۷۰،۰۰۰ نفر در این مدت افزایش داشته است.

به نظر می رسد دلیل اختلاف نرخ رشد مربوط به همان طراحی LTCI باشد. با وجودی که محدودیت های عرضه کنندگان مراقبت در منزل برای ورود به این بازار برداشته شد، عرضه خدمات

مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص کماکان به سازمان‌های بهزیستی، سازمان‌های پزشکی و کارگزاران دولتی شهرداری‌ها محدود شده است. به دنبال ارائه LTCI و در مقایسه با هجوم تقاضا برای مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص، ظرفیت عرضه این سازمان‌ها تنها اندکی افزایش یافته است که باعث ایجاد مازاد تقاضای زیاده از حد و فهرست انتظار طولانی شده است.

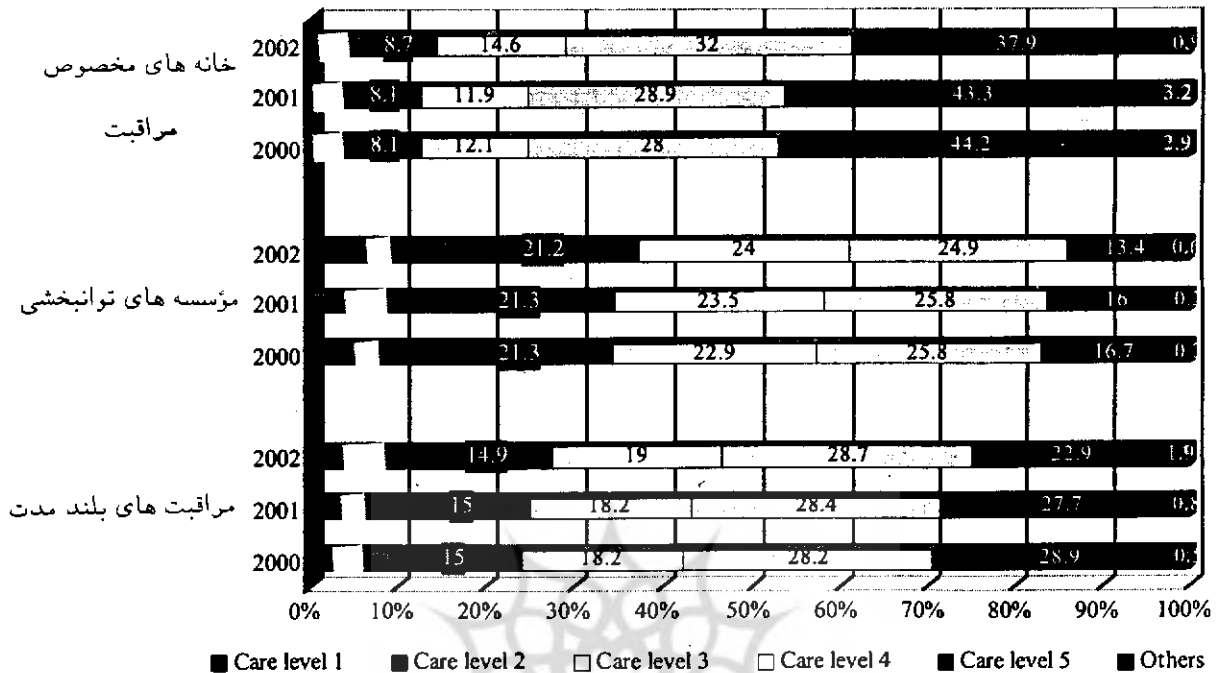
در حال حاضر، تعداد افرادی که در فهرست انتظار هستند بین ۳۰۰،۰۰۰ تا ۴۰۰،۰۰۰ نفر تخمین زده شده است که به عبارتی به طور متوسط باید ۵ تا ۷ سال در انتظار باشند. بازتاب محدودیت جدی عرضه خدمات مراقبت مؤسسه‌های مخصوص و رشد بسیار سریع مزایای LTCI، اخیراً در به وجود آمدن سازمان‌هایی مشابه این سازمان‌ها به صورت گروهی از خانه‌های عموماً نزدیک به هم یا خانه‌های مراقبت مشاهده شده است که جایگزین تقریباً مشابهی برای مراقبت در منزل هستند.

تغییرات در سطوح مراقبت در مؤسسه‌های مخصوص LTC

قبل از LTCI به دلیل کمبود کارکنان سازمان های LTC بخش عمومی، کیفیت خدمات مراقبتی بدنام شده بود و آنها در ارائه خدمات ناخن خشکی می کردند و حداقل مراقبت لازم را از بیمار به عمل می آوردند. بعد از ارائه LTCI به نظر می رسد در این مؤسسه‌ها هم بهبودی حاصل شده است. در شکل ۲ توزیع بیماران سطوح مختلف مراقبت در هر نوع سازمان نشان داده شده است، متوسط سطح مراقبت حداقل در سه سال اخیر ۲ درصد در این سازمان‌ها افزایش یافته است. بخشی از این افزایش ممکن است نشان دهنده بهبود طبیعی سطوح مراقبتی از بیماران مستقر در این سازمان‌ها باشد.

در این شکل می‌بینیم که سهم بیمارانی که مراقبت‌های بیشتری دریافت می‌کنند، به خصوص سطح ۵، افزایش یافته است که هزینه آنرا بیمارانی پرداخته اند که پایین‌ترین سطح مراقبت را لازم دارند. این امر احتمالاً بازتاب تغییرات در سیاست‌های LTCI برای پذیرش بیماران است. در برخی شهرداری‌ها اولویت پذیرش از بین بیمارانی که در فهرست انتظار هستند، در حال حاضر به ترتیب "سطح مراقبتی" که مورد نیاز است تعریف شده است به جای تاریخ تقویمی که نام خود را ثبت کرده اند.

شکل ۲. توزیع سطوح مراقبتی بیماران با وجود امکانات بیمه مراقبت های بلند مدت



انگیزه های اقتصادی و تغییر در سطوح مراقبتی

از نظر فردی که مراقبت می شود، مهم ترین نکته LTCI تغییر در کیفیت زندگی است. متأسفانه درباره این موضوع مطالعات کمی صورت گرفته است. برخی با شواهد اندکی که دارند استدلال می کنند که به خاطر LTCI مراقبتی که از افراد در مؤسسه های مخصوص می شده، بدتر شده است، چون صنعت بیمه در ارائه انگیزه مالی به منظور جلوگیری از بدتر شدن یا دگرگون کردن سطوح مراقبتی شکست خورده است. با این حال خیلی زود است که درباره ارتباط بین تغییراتی که در سطوح مراقبتی مشاهده شده است و LTCI اظهار نظر قطعی کرد.

به این منظور، کاواگو^۱ آمار تمام افرادی را که در یک استان کوچک LTC دریافت کرده اند در جدولی قرار داده و ماتریس تغییرات سطوح مراقبتی را در سال های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲ محاسبه کرده است (جدول ۳).

۱. Kawagoe

تغییرات هر سطح مراقبتی در طول زمان افزایش می‌یابد و این گرایش افزایشی در سطوح ۴ و ۵، به خصوص واضح تر است. ولی برای کسانی که نیاز به مراقب در سطوح پایین تر دارند، سطح خدمات برای بسیاری مثل سابق است ولی بعضی ها هم موفق شده‌اند که تغییراتی ایجاد کنند.

برای کسانی که در سال ۲۰۰۰ نیاز به مراقبت سطح ۲ داشتند یعنی کسانی که در مؤسسه‌های مخصوص مزایای LTC دریافت می‌کردند در مقایسه با آنهایی که در منزل مراقبت می‌شدند، سهم کمتری از بهبودی عایدشان شد و از اوضاع نامناسب سهم بیشتری متوجه حالشان شده است.

یادآوری این نکته جالب است که در مقایسه با کسانی که مراقبت در منزل دریافت کرده‌اند، افرادی که مراقبت شبه سازمانی دریافت می‌کنند، (خانه‌های مخصوص مراقبت و گروه خانه‌های نزدیک به هم) بهبودی بیشتری داشته‌اند.

جدول ۳.

درصد تغییرات در سطوح مراقبت در سال های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲

		Care level in year 2002							Total
		Support required	Care level 1	Care level 2	Care level 3	Care level 4	Care level 5	Dead or discharged	
Care level in year 2000	Support required	4.4	34.8	8.4	2.9	1.7	1.1	18.7	100.0
	Care level 1	5.9	39.2	18.5	8.4	5.5	2.4	19.5	100.0
	Care level 2	0.5	11.6	47.7	17.9	10.2	4.1	23.9	100.0
	Care level 3	0.3	2.6	9.8	22.9	10.3	26.4	100.0	
	Care level 4	0.1	0.7	1.4	7.1	25.0	35.3	100.0	
	Care level 5	0	0.1	0.2	0.8	5.2	43.5	100.0	
	Total	5.6	16.7	12.8	10.9	12.1	14.6	100.0	

نتیجه گیری

LTCI درست ۴ سال بعد از به وجود آمدنش، در چگونگی مراقبت از سالمندان تغییراتی داده است؛ نه تنها برای سالمندانی که در خانه مراقبت می شوند بلکه همچنین سالمندانی که در مؤسسه‌های مخصوص هستند. اولین مرحله بیمه جدید نوعی موفقیت محض بوده است؛ تمام شاخص های بازار تولیدات LTC به معنای واقعی کلمه دو برابر شده اند. لاقبل بخش قابل توجهی از فشاری که بر خانواده ها وارد می شد با مزایای LTC برطرف شده است و مؤسسه‌های LTC سطح مراقبت بالاتری را به افراد می دهند. این موفقیت در اولین مرحله، فوراً مشکلات سخت تری را برای مرحله بعدی به وجود می آورد، از جمله این که چگونه هزینه‌ها را کنترل کنیم و در بلند مدت سیستم را دوام بخشیم؟

در برنامه بیمه ای، هر ۵ سال یکبار بررسی گنجانده شده است و در حال حاضر لایحه اصلاحات اداری LTCI در آخرین مراحل تصویب و تبدیل به قانون شدن است. این لایحه خدمات مراقبتی پیشگیرانه را به فهرست مراقبت در منزل اضافه کرده است و هزینه‌های غذا و مسکن را از افرادی که در مؤسسه‌های LTC نگهداری می شوند مطالبه می کند. خدمات مراقبتی پیشگیرانه برای جلوگیری از بدتر شدن وضعیت از کارافتادگی ارائه شده است و برای کاهش هزینه های هنگفت این خدمات نیز مطالبی، در لایحه قید شده است. تغییرات اضافی در مورد مکانیزم تأمین مالی هم منتظر فرصت سال مالی ۲۰۰۶ است، برای مثال شمول ۲۰-۳۹ ساله ها، که در حال حاضر از این بیمه مستثنا هستند، و تلفیق LTCI با سیستم کوپن نقدی بهزیستی برای معلولان.

واژگان کلیدی:

بیمه مراقبت بلند مدت (LTC)، ژاپن، آلمان، هلند، سالمندان

منبع:

Seiritsu Ogura, Wataru Suzuki and Yanfei Zhou. "Long- term care insurance of Japan: How it has changed the way we take care of the elderly", *The Geneva Association*, Oct ۲۰۰۵, P ۵-۸