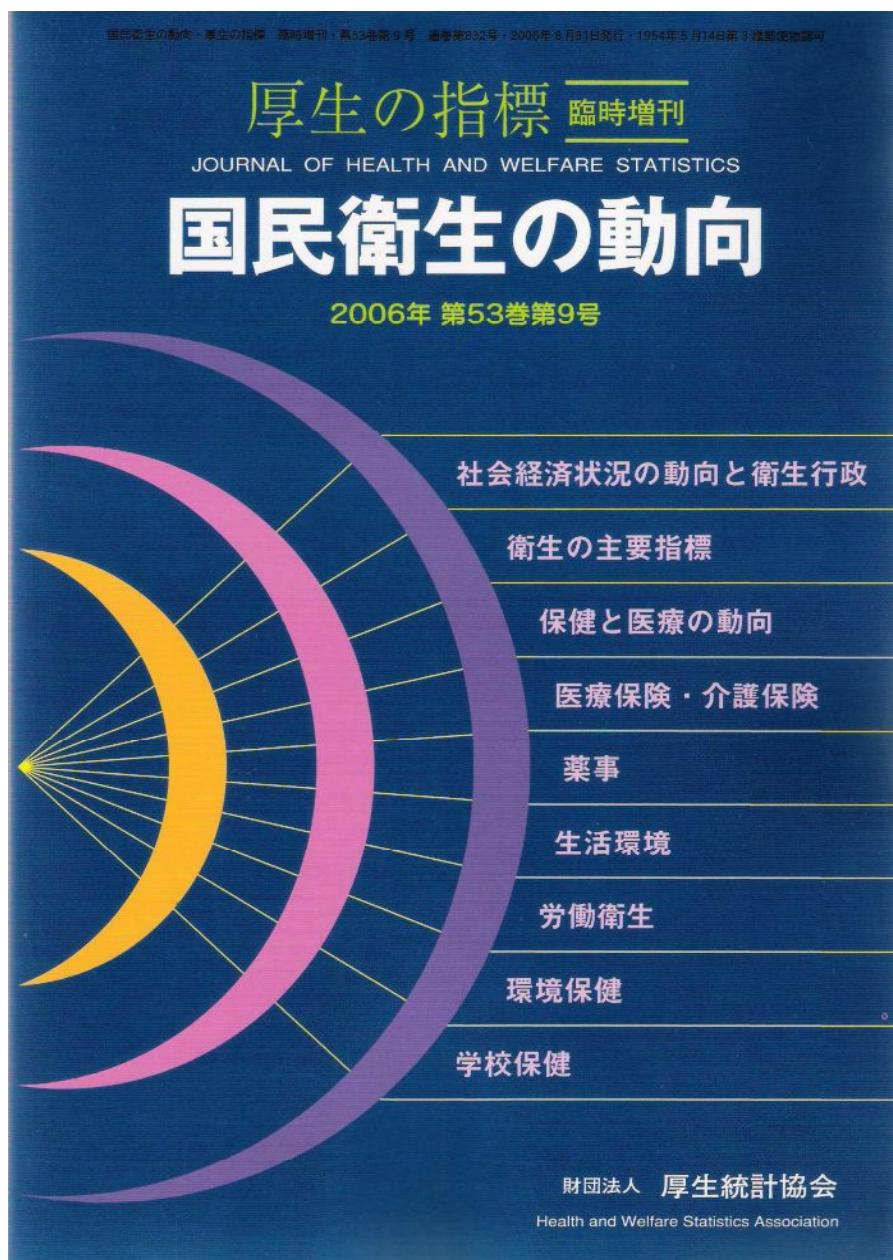


# نظام خدمات درمانی و بهداشتی در ژاپن

نگارش دکتر جمشید جمشیدی



# فهرست

## صفحه

4.....	پیش گفتار.....
7.....	نمونه یک بیمارستان ژاپنی .....

## فصل یکم- بیمارستان ها و پرسنل نظام درمانی

11.....	ترکیب بیمارستان ها.....
14.....	نیروی انسانی.....
17.....	آموزش پزشکی و پزشک بیمه.....
20.....	تلاش در بالابردن کیفیت بیمارستان ها.....

## فصل دوم- بیمه خدمات درمانی و نحوه پرداخت ها

21.....	نظام بیمه ملی درمان.....
23.....	بیمه درمان سالمندان.....
24.....	بیمه خدمات پرستاری.....
25.....	چرخه خدمات درمانی و پرداخت هزینه ها.....
26.....	نمونه هزینه خدمات درمانی در بیمارستان ها.....
27.....	هزینه خدمات درمانی در سطح کشور.....

## فصل سوم- چالش بیماری های رایج

32.....	وضع سلامتی مردم و تمایل مراجعه آن ها به مراکز درمانی.....
35 .....	علل مرگ و میر و بیماری های رایج.....

## فصل چهارم- سیاست های بهداشتی و مشی پیشگیری از بیماری ها

39.....	شرایط الزام آور برای اجرای سیاست های بهداشتی.....
40.....	برنامه های بهداشتی و پیشگیری از امراض.....
48.....	مرکز بهداشت و وظایف آن.....

## فصل پنجم- نظام خدمات درمانی اورژانس

51.....	معرفی کلی خدمات اورژانس.....
52.....	اورژانس کودکان.....

## فصل ششم- وضع دارو و سیاست های نظارتی بر آن

53.....	<b>مقدمه</b>
56.....	پروسه اخذ مجوز فروش و پخش دارو، نظام نظارت بر عوارض دارو

## **فصل هفتم- ارزیابی نظام خدمات درمانی**

57.....	ارزیابی از موضع دریافت کنندگان خدمات درمانی 1: کمبود پزشک و توزیع ناعادلانه آن
59.....	ارزیابی از موضع دریافت کنندگان خدمات درمانی 2: افزایش هزینه درمان
61.....	ارزیابی از موضع دریافت کنندگان خدمات درمانی 3: نارضایتی از کیفیت خدمات درمانی
63.....	ارزیابی از موضع تولید کنندگان خدمات درمانی 1: تلاش در بالابردن کیفیت درمان
67.....	ارزیابی از موضع تولید کنندگان خدمات درمانی 2: تنگناهای اقتصادی
69.....	ارزیابی از موضع کارگردان(دولت) و یا صاحب کار

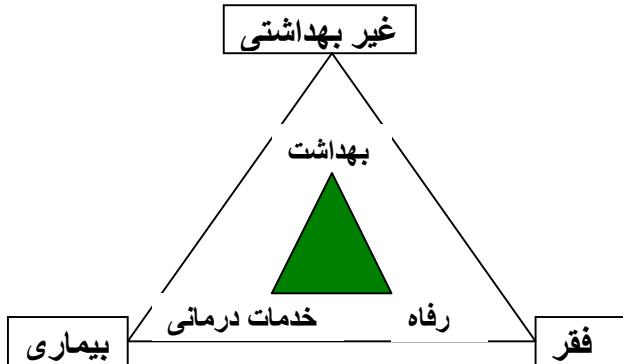
## **فصل هشتم- مقایسه جهانی شاخص های نظام خدمات درمانی**

74.....	<b>مقدمه</b>
75.....	مقایسه شاخص های تندرستی و کارآمدی نظام خدمات درمانی

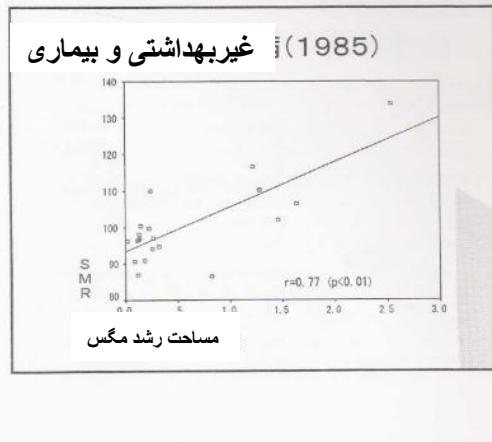
80.....	<b>ضمیمه</b>
---------	--------------

## پیش گفتار

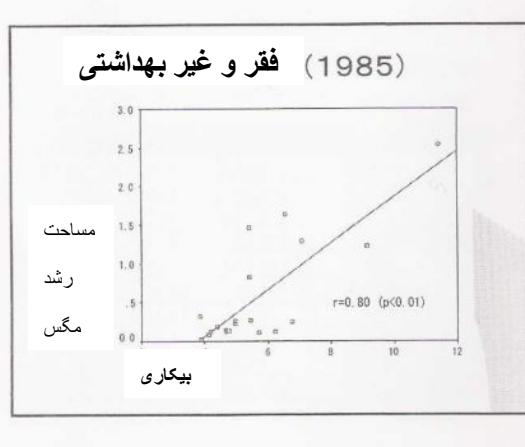
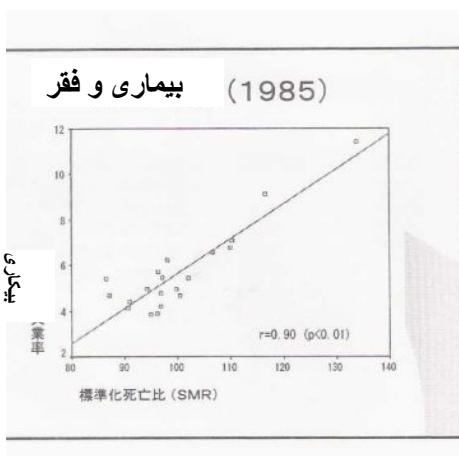
پژوهش ها نشان میدهد که فقر، نبود بهداشت و شیوع بیماری ها در یک رابطه تنگاتنگ با هم قرار دارند(شکل 1). آن جا که از بهداشت خبری نیست بیماری رایج است(شکل 2<sup>1</sup>). آن جا که بیماری شیوع دارد فقر مشاهده میشود(شکل 3)، وجائی که فقر است از بهداشت مناسب محروم است(شکل 4).



شکل 1- مثلث سه عامل غیربهداشتی/بیماری و فقر، مثلث بهداشت، خدمات درمانی و رفاه



شکل 2- رابطه بین غیر بهداشتی بودن و نرخ مرگ و میر



شکل 4- رابطه بین بیکاری(فقر) و غیربهداشتی      شکل 3- رابطه بین نرخ مرگ و میر و فقر(بیکاری)

البته رابطه انکار ناپذیرسیبی عدم بهداشت و فقر با شیوع بیماری ها هرگز عوامل دیگری از جمله تنش های روانی در مناسبات انسانی، پُرخوری و زندگی های تجملی و بی تحرکی را که

1 اشکال 2، 3 و 4 در یکی از سخنرانی های آقای کوزو تاتارا(Kozo Tatara) استاد پیشین دانشکده بهداشت عمومی دانشگاه اوزاکا ارائه شد.

2 SMR: Standardized Mortality Rate - نرخ استاندارد شده مرگ و میر -

از مشخصات جوامع مدرن شمارده میشوند، و در بروز امراض گوناگون موثرند را نباید از نظر دور داشت.

اصلاح وضع غیربهداشتی به فعالیت ها در حوزه بهداشت عمومی، مقابله با بیماری ها به خدمات درمانی و مبارزه با فقر به پیاده کردن طرحهای رفاه عمومی نیاز دارد(شکل 1). بهداشت<sup>3</sup> خدمات درمانی<sup>4</sup> و رفاه<sup>5</sup> سه رأس مثلث فعالیت هائی را تشکیل میدهد که دولت ها تحت عنوان نظام تامین اجتماعی<sup>6</sup> به حمایت و صیانت از جان و زندگی مردم کشور خود می پردازند. با وجود اینکه اهداف برنامه های تامین اجتماعی مشترک است ولی کشورها به سبب شرایط اقتصادی، سیاسی و اجتماعی خود در محتوى و غلظت حمایت ها و خدمات لزوماً یکسان عمل نمی کرده، در انتخاب ارجحیت ها اتفاق نظرندارند.

در قانون اساسی ژاپن پس از جنگ جهانی دوم مساله تامین اجتماعی برای نخستین بار مطرح میشود ولی جزئیات و مضمون دقیق آن مشخص نمی شود. در ماده 25<sup>7</sup> این قانون می آید:

1. تمام ملت از حقوق حداقل یک زندگی سالم و فرهنگی برخوردارند.

2. کشور باید در راستای ارتقاء و توسعه رفاه اجتماعی، تامین اجتماعی و بهداشت عمومی در تمام وجوده زندگانی تلاش کند.

در سال های بعد سیاست های منجسمی در جهت عملی کردن و تعمیق هر چه بیشتر مضمون نظام تامین اجتماعی تحت مدیریت "آژانس تامین اجتماعی"<sup>8</sup> اتخاذ میگردد. در زیر به رئوس فعالیت های نظام اشاره میکنیم:

**بهداشت:** بهداشت محیط کار، بهداشت موادخوراکی، بهداشت آب، دفع زباله، مقابله با بیماری های مسری (از جمله تزریق واکسن ها)، پیشگیری از بیماری های شایع از جمله بیماری های عروق قلبی و مغزی، آزمایشات و معاینات رایگان پیشگیرانه برای نوآموزان مدارس و خانه داران، ایجاد سالن های ورزشی و تفریحات سالم و غیره،

**خدمات درمانی:** تحت پوشش قرار دادن مردم با تاسیس انواع بیمه های درمانی، رفاه: بیمه حقوق بازنیستگی، بیمه سوانح حین کار، بیمه بیکاری، بیمه استراحت حین بیماری، بیمه خدمات پرستاری، حمایت از خانواده های ناتوان و بی بضاعت، رفاه سالم‌دان، رفاه معلولین، رفاه کودکان، رفاه مادر و کودک و غیره.

بیمه خدمات درمانی، بیمه حقوق بازنیستگی، بیمه بیکاری، بیمه سوانح حین کار، بیمه خدمات پرستاری را جمعاً بیمه های اجتماعی<sup>9</sup> می نامند تا خصلت همگانی آن لحاظ گردد. تشریح تمام ساختار نظام تامین اجتماعی از حوصله این نوشتار خارج است ولی این نوشتار

<sup>3</sup> Health

<sup>4</sup> Medical Care Services

<sup>5</sup> Welfare

<sup>6</sup> Social Security(Protection) System

<sup>7</sup> این مواد بی شک بر گرفته از ماده 25 اعلامیه حقوق بشر سازمان ملل متحد است: هر شخصی حق دارد که از سطح زندگی مناسب برای تامین سلامتی و رفاه خود و خانواده اش، به ویژه از حیث خوارک، پوشانک، مراقبت های پزشکی و خدمات اجتماعی ضروری برخوردار شود. همچنین حق دارد که در موقع بیکاری، بیماری، نقص عضو، بیوگی، پیری یا در تمام موارد دیگری که به علیه مستقل از اراده خوبیش وسائل امداد معاشی را از دست داده باشد، از تامین اجتماعی بهره مند گردد.

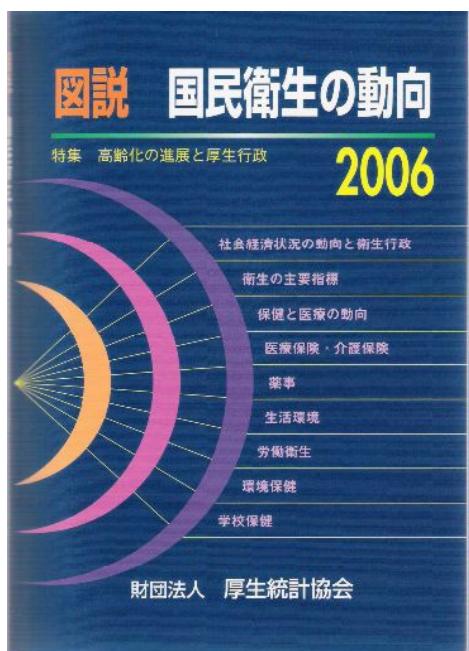
<sup>8</sup> Social Security Agent

<sup>9</sup> Social Insurances

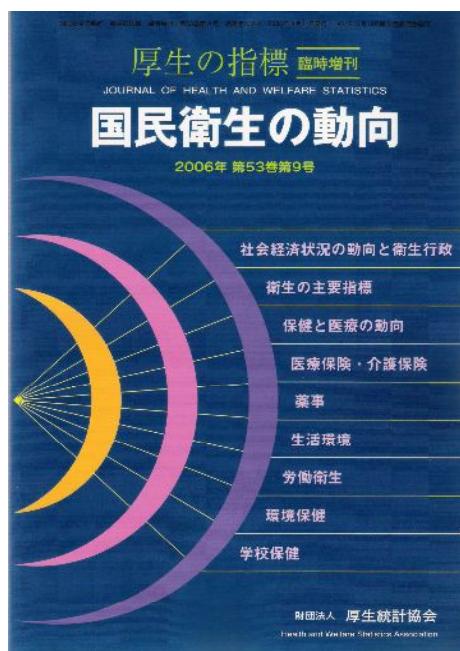
تلاش میکند در زمینه خدمات درمانی یک تصویر جامع و مبسوطی از ساختار اداری و برنامه ها و نحوه اجرای خدمات درمانی ژاپن، و همچنین برتری ها و کمبودهای آن ارائه بدهد، در عین این که بطور مختصر به فعالیت های بهداشتی نیز اشاره ای داشته باشد.

خدمات درمانی در ژاپن در راستای تحقق اهداف "قانون خدمات درمانی" که در سال 1948 وضع گردید به اجرا در آمد. در قانون مذبور هدف خدمات درمانی این چنین یاد شده است: "با هدف صیانت از جان و ارجمند دانستن آن، لازمست تحت لوای اعتماد متقابل عرضه کنندگان و دریافت کنندگان خدمات درمانی و عمکرد مراکز درمانی، خدمات درمانی موثر با کیفیت مناسب عرضه گردد." حال باید ببنیم ژاپن تا چه اندازه در تحقق این اهداف موفق بوده است.

آمار ارائه شده در این مطالعه از منبع بسیار رایج و معتبر که هر ساله توسط خود وزارت بهداشت، کار و رفاه<sup>10</sup> ژاپن (در این نوشتار به خلاصه آن "وزارت بهداشت" یاد میشود) منتشر میگردد استخراج شده است. کتاب "موقعیت بهزیستی مردم ژاپن" چاپ 2006 (تصویر 1) که در 495 صفحه منتشر شده است نتیجه پژوهش هائیست از وضعیت مردم ژاپن در زمینه های اجتماعی- اقتصادی، بهداشت و درمان، بیمه های درمانی و مراقبتی، دارو، شرایط محیط زندگی، بهداشت محیط کار، بهداشت محیط زیست و بهداشت مدارس. تصویر 2 نسخه گرافیک بسیاری از آماریست که در کتاب فوق آورده شده است.



تصویر 2



تصویر 1

<sup>10</sup> Ministry of Health, Labour and Welfare: <http://www.mhlw.go.jp/index.html>

## نمونه یک بیمارستان ژاپنی

اجازه بدھید قبل از ورود به موضوعات اصلی بهداشت، درمان، بیمه و غیره به معرفی زنده یک بیمارستان و سیستم کاری آن به پردازیم، زیرا که وضع یک بیمارستان در ژاپن تصویر کوچک شده ایست از تابلوی بزرگ سیستم بهداشت و درمان این کشور. به گمان نویسنده چه بسا آگاهی برواقعیت های یک بیمارستان پیش روی کمکی باشد به ایجاد حضور یک پیشینه ذهنی در مورد نظام بهداشت، درمان و بیمه های درمانی و اجتماعی ژاپن. در عین حال لازم میدانم توجه خواننده را به این حقیقت جلب نمایم که ناخواسته تصور نشود بیمارستان معرفی شده نماینده اکثر و یا الگوی بیمارستان های ژاپن است.

بیمارستان<sup>11</sup> مورد بحث یک بیمارستان خصوصی(شخص حقیقی) با 294 تخت و حدود 220 کارمند میباشد. این بیمارستان عمومی<sup>12</sup> است و بیست و چهار ساعت آماده پذیرش بیماران عادی و اورژانس می باشد. ساختمان این بیمارستان از دو بلوک به هم متصل تشکیل شده است که بلوک جنوبی آن دارای هفت طبقه و بلوک شمالی آن پنج طبقه میباشد. سه طبقه در بلوک جنوبی با 161 تخت مختص بیماران حاد(تخت های عادی) بوده و سه طبقه بلوک شمالی و یک طبقه بلوک جنوبی با مجموع 133 تخت به بیماران مزمن و یا بیمارانی که تنها از خدمات پرستاری<sup>13</sup> (تخت های پرستاری) برخوردارند اختصاص داده شده است. بقیه طبقات به درمانگاه بیماران سرپائی، آزمایشگاه، اطاق عمل، سالن فیزیوتراپی(توان بخشی؟) و اسپیچ تراپی(گفتاردرمانی)، مدیریت و اطاق های پزشکان و پرسنل بیمارستان اختصاص دارد. دقیقترا بیان کنیم این بیمارستان، یک بیمارستان مختلط با تخت های عادی و پرستاری است. مالک بیمارستان سمت ریاست بیمارستان را نیز دارد. تمام پرسنل و کارمندان بیمارستان منجمله پزشکان در استخدام ریاست بیمارستانند. ساعت کار بیمارستان هشت ساعت در روز است ولی پزشکان بیست و چهار ساعت در روز آن کال اند، و در صورت احتیاج هر زمان باید در بیمارستان حضور بیابند. از ساعت 6 و نیم عصر به بعد شیفت کشیش شب برقرار است که یک پزشک متخصص داخلی و یک پزشک متخصص جراح عهده دار ویزیت و درمان بیماران اورژانس هستند. پزشک کشیک ممکنست از پزشکان رسمی بیمارستان یا از خارج بیمارستان بصورت نیمه وقت استخدام شوند.

هیچ پزشک تمام وقت رسمی بیمارستان در شرایطی نیست که بتواند مطب خصوصی دایر کند. اکثر بیمارستان ها منجمله بیمارستان مورد بحث در رابطه با بیمارستان های دانشگاهی پرسنل پزشک خود را تامین میکنند. به عبارتی هر دانشگاهی دارای بیمارستان های وابسته است که فارغ التحصیلان خود را به این بیمارستان ها معرفی میکند. البته هیچ اجباری نیست که بیمارستان حتمن پزشک ارسالی دانشگاه را استخدام نماید. بی شک از بازار آزاد امکان استخدام

<sup>11</sup> بیمارستان به مرکز درمانی میگویند که بیش از بیست تخت داشته باشد. کلینیک در ژاپن مجاز است تا 19 تخت درمانی داشته باشد.

<sup>12</sup> بیمارستان عمومی(General Hospital) به بیمارستانی میگویند که دارای پنج بخش کلینیکی داخلی، جراحی، زنان، کودکان و چشم پزشکی(یا گوش و حلق و بینی) باشد.

<sup>13</sup> منظور خدمات غیر درمانی رایج است که برای بیماران از پا افتاده و ناتوان ارائه میشود. تخت هائی که برای این دسته از بیماران اختصاص میباید به تخت های پرستاری، و بیمارستان های مختص این نوع بیماران را بیمارستان های پرستاری می نامند که خارج از گروه بیمارستان های عادی طبقه بندی میشوند.

پزشک نیز هست.

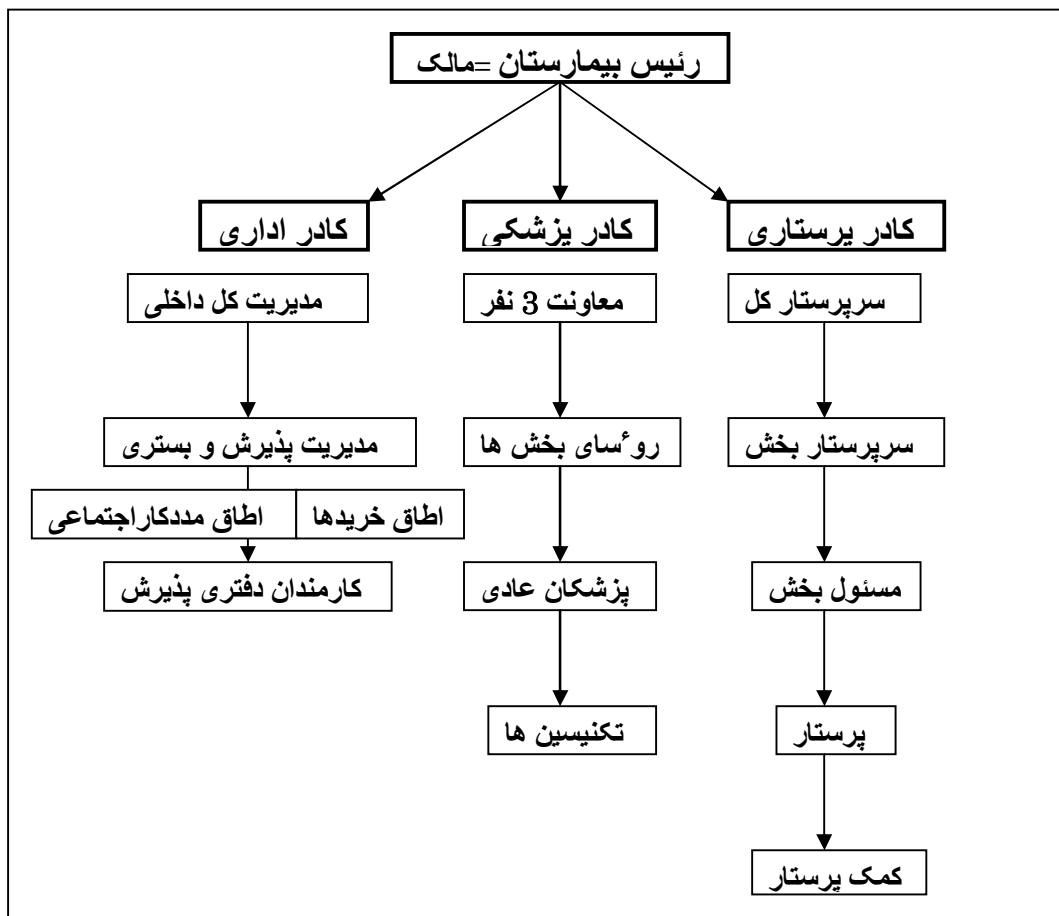
جدول 1 بخش های تخصصی، تعداد پزشکان در هر بخش و تعداد بیماران رجوع کننده و بستری در یک سال را نشان میدهد. قابل توجه است که در ژاپن پزشک عمومی و یا خانواده نداریم، تمام پزشکان در رشته خاصی بکار مشغول میشوند که به تخصص آن ها می انجامد. علاوه بر بخش های تخصصی ذکر شده بخش دیالیز کلیه با 18 تخت به فعالیت مشغول است. تمام بیماران در ژاپن تحت پوشش خدمات بیمه عمومی(ملی) اند. پزشکان همگی به پزشکان بیمه ای معروف بوده و مجاز به جواب کردن بیماران بیمه نیستند، مگر از دلایل قانون کننده ای برخوردار باشند، که در آنصورت بیمار را به بیمارستان یا مرکز درمانی دیگری رجوع میدهند. بیمارستان هم مجاز نیست غیر از هزینه ای که اداره بیمه تعیین کرده است از بیمار طلب کند. تنها دندان پزشکی مجاز است در صورت توافق خود بیمار به ارائه خدمات تخصصی که در لیست بیمه نیست مبادرت نموده و هزینه لازم را از بیمار اخذ کند. به عبارتی خدمات آزاد پزشکی(از جمله تجویز دارو، آزمایش یا عمل جراحی)، یا مختلط بیمه ای و آزاد در ژاپن مجاز نیست. تمام خدمات درمانی باید در چهار چوب دستورالعمل و لیست تعیین شده اداره بیمه انجام گیرد.(نمونه هایی از نرخ خدمات درمانی در ضمیمه ارائه شده است).

جدول 1- بخش های تخصصی، تعداد پزشکان، بیماران سر پائی و بستری در سال 2006

بخش های تخصصی	تعداد پزشک	تعداد غیر رسمی (نوسان دارد)	تعداد بیماران بستری (جمع کل روزهای بستری)	تعداد بیماران درمانگاه
داخلی	5 نفر	5 نفر	24207	30119
جراحی	2 نفر	ندارد	7502	4523
ارتودپی	3 نفر	2 نفر	9579	13190
جراحی مغز و اعصاب	1 نفر	2 نفر	2387	2965
زنان و زایمان	1 نفر	1 نفر	13	1499
مجاری ادرار	1 نفر	2 نفر	1771	3166
چشم پزشکی	2 نفر	1 نفر	763	6700
گوش و حلق و بینی	1 نفر	1 نفر	460	6150
کودکان	ندارد	6 نفر	0	2687
پوست	ندارد	2 نفر	77	3226
کلینیک درد	ندارد	1 نفر		
فیزیوتراپی/گفتاردرمانی	5 نفر (PT+ST)	ندارد		5146
دندان پزشکی	4 نفر			
جمع کل	20 نفر	23 نفر	47071	86635

تعداد بیماران در درمانگاه و بخش بستری بیمارستان محدود به بیماران عادی است.

نسخه بیماران سرپائی در داروخانه های بیرون از بیمارستان و نسخه بیماران بستری در داروخانه داخل بیمارستان پیچیده میشوند.(نمونه نسخه ها در ضمیمه قابل مشاهده است). آزمایشگاه روتین خون، ادرار و مدفوع در بیمارستان انجام میگیرند ولی آزمایشات تخصصی، موارد پاتولژی و غیره به لابراتوار های خصوصی خارج از بیمارستان سفارش داده میشوند. امکانات آزمایش با دستگاه های ECG, EEC, EMG در داخل بیمارستان وجود دارد. بخش رادیولژی بیمارستان مجهز به دستگاه سی تی اسکن، دو دستگاه MRI و آنژیو سی تی(مستقر در کلینیک وابسته نزدیک بیمارستان)، پرتونگاری عمومی دزیتال، آنژیوگرافی، اندوسکوپی، سونوگرافی، دستگاه شوک ویو سنگ کلیه میباشد. در بیمارستان سه اطاق عمل جراحی مجهز برای عمل های جراحی شکم، قفسه سینه، ارتوپدی، مغز و اعصاب، گوش و حلق و بینی، چشم، مجاری ادرار و زنان آماده استفاده است. یک دستگاه لیزر نیز برای عمل های تخصصی چشم تجهیز شده است.



این نمودار ساده، کادر های عمدۀ بیمارستان و روابط بین آن ها را معرفی میکند. البته باید توجه داشت که روابط بین کادرها، بخش ها، تیم ها و افراد شاغل و مسئول در بیمارستان بشکل شبکه پیچیده تری برقرار است که توصیف آن فعلن از حوصله این نوشتار کوتاه خارج است. بیمارستان علاوه بر فعالیت های کلینیکی و درمانی روزانه بر حسب قوانین، به جهت بالابردن

سطح کمیتی و کیفیتی خدمات درمانی ناگزیر به استقرار کمیته های مجزائی می باشد. در بیمارستان مورد بحث کمیته های زیر به فعالیت مشغولند:

کمیته پیش گیری عفونت های بیمارستانی: بررسی آماری عفونت های مسری بیمارستانی و صدور دستور العمل های لازم جهت کنترل، پیشگیری و مداوای آن ها،

کمیته پیشگیری از اتفاقات و سهل انگاری های پزشکی: بررسی پیش آمد های غیرمنتظره پزشکی از جمله تزریق و تجویز های اشتباه، پرتاب و زمین خورده های بیماران بر اثر سهل انگاری و عدم مرافقیت های لازم، رسیدگی به شکایت ها در این موارد وغیره،

کمیته پی گیری دخانیات: فعالیت در جهت منع استعمال دخانیات در داخل بیمارستان،

کمیته پیشگیری از رخم های فشاری: بررسی راه های پیشگیری و درمان این نوع رخم ها مخصوصا در بیماران با امراض مزمن و بی حرکت،

کمیته کاهش آسیب های رفتاری بیماران ناتوان: بررسی راه های مقابله با آسیب پذیری بیماران مزمن از پا افتاده که همراه با اختلالات روانی و دماسن اند،

کمیته دستگاه های طبی: بررسی و نظارت ممتد و دوره ای بر دستگاه های طبی داخل بیمارستان،

کمیته اورژانس: بررسی مرتب مسایل مربوط به موارد اورژانس داخل بیمارستان.

تمام مسئولین راس کادرها و بخش های یکبار در ماه همايش برقرار میکنند و مسئولین کمیته ها گزارش فعالیت خود را ارائه میدهند.

در زمینه وضع مالی و در آمدهای بیمارستان ما اطلاعات دقیقی نداریم زیرا جزئیات مالی بطور شفاف در اختیار عموم کارمندان قرار نمی گیرد. ولی بر بنای قرائن میتوان حدس زد که دخل و خرج بیمارستان متضرر نیست ولی در عین حال دارای بنیه لازم اقتصادی که قادر باشد به تعمیر کلی و یا بازسازی بیمارستان و استخدام کارمندان بیشتری به پردازد نیست. علاوه بر فرسودگی ساختمان بیمارستان کمبود پرستار در وضع مزمنی همچنان ادامه دارد.

(در ضمیمه این نوشتار تصویر نمونه پرونده و تعدادی از برگه های گواهی و مدارک بیمارستانی معرفی شده است، توجه علاقمندان را به روئیت آن ها جلب میکنم.)

## فصل یکم- بیمارستان ها و پرسنل نظام درمانی

### ترکیب بیمارستان ها

جدول 1-1 مراکز درمانی و جدول 1-2 انواع بیمارستان های را معرفی میکند. بیمارستان ها از نقطه نظر درمان نوع بیماری ها تفکیک شده اند. همان گونه که از جداول بر می آید جمع کل مراکز درمانی اندکی افزایش داشته است. این افزایش مربوط به تعداد کلینیک هاست؛ تعداد بیمارستان های (عادی) هر سال رو به کاهش است. در ژاپن هم بیمارستان های دولتی (سراسری و محلی) وجود دارد و هم بیمارستان های خصوصی. بیمارستان های دولتی شامل بیمارستان های دانشگاهی، بیمارستان های وزارت بهداشت میشود که در سراسر ژاپن بر حسب احتیاج دایر گردیده است. در سطح استان و شهرها نیز با مدیریت ادارات محلی بیمارستان های وجود دارند. بیمارستان های خصوصی شخص حقوقی<sup>14</sup> 62.2 درصد کل بیمارستان ها (2004) را تشکیل میدهد. کاهش بیمارستان ها در بخش دولتی و خصوصی شخص حقوقی چشمگیرست. تاسیس بیمارستان در ژاپن آزاد نیست، احتیاج به مجوز از دولت دارد. سیاست دولت در جهت کاهش کل بیمارستان ها و توزیع عادلانه آن هاست. تاسیس کلینیک احتیاج به مجوز دولتی ندارد ولی انجمن پزشکان ژاپن<sup>15</sup>(مستقل) در راستای برقراری تعادل محلی به کنترل کلینیک ها می پردازد.

جدول 1-1- مراکز درمانی

2004	2003	2002	
172685	171000	169079	کل تعداد
9077	9122	9187	بیمارستان ها
7999	8047	8116	بیمارستان های عادی
97051	96050	94819	کلینیک ها
14765	15371	16178	تعداد با تخت

تعريف بیمارستان عادی: غیر از بیمارستان های مختص بیماری های روانی، سل، بیماریهای واگیر و بیمارستان های خدمات پرستاری، و مجهر به یک پزشک برای 16 بیمار، یک پرستار برای سه بیمار و یک دارو شناس برای 70 بیمار.

شخص حقوقی به جمیعتی اطلاق میشود که در لوای قانون به یک فعالیت انتفاعی یا <sup>14</sup> Juridical person- غیر انتفاعی می پردازند. این جمیعت به مانند یک شرکت یا کمپانی در برابر قانون نیز مسئولیت هایی دارد که شخص حقیقی ندارد. از امتیاز های مالیاتی برخوردار بوده ولی در مقابل کارمندان خود و دولت نیز مسئولیت های قانونی دارد که مجبور به رعایت آن هستند. بیمارستان ها تشکیلات غیر انتفاعی محسوب میشوند.

<sup>15</sup> Japan Medical Association:<http://www.med.or.jp>

جدول 2-1- بیمارستان ها بر حسب نوع مدیریت آن

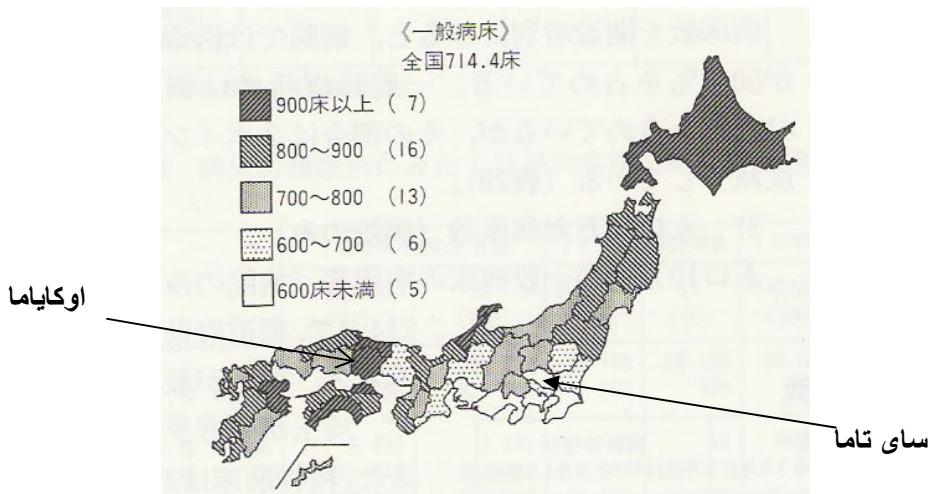
تعداد بیمارستان(تعداد تخت)		نوع بیمارستان
2004	2003	
(1631553) 9077	‘(1632141)9122	کل بیمارستان ها
(127083)304	‘(130754) 323	دولتی (سراسری)
(355196)1377	‘(355917)1382	دولتی (محلی)
(830289)5644	‘(819697)5588	خصوصی(شخص حقوقی)
(69477)760	‘(74845)838	خصوصی(شخص حقیقی)
(37353)129	‘(37856)197	متعلق به بیمه های اجتماعی
(212155)863	‘(213072)862	غیره

جدول 3-1- سهم درصدی بیمارستان ها را نسبت به تعداد تخت هایشان نشان میدهد. سیر کاهش بیمارستان های کمتر از 50 تخت در این جدول قابل توجه است.

جدول 3-1- درصد بیمارستان ها بر حسب تعداد تخت

سال 2004	سال 2003	کل تعداد تخت		
			درصد 100	درصد 100
13.8	14.3	20-49		
26.0	25.9	50-99		
16.1	16.1	100-149		
13.7	13.5	150-199		
12.7	12.7	200-299		
8.5	8.3	300-399		
3.9	3.9	400-499		
2.2	2.1	500-599		
1.4	1.4	600-699		
0.6	0.6	700-799		
0.4	0.4	800-899		
0.8	0.8	بیش از 900 تخت		

به همراه کاهش تعداد بیمارستان‌ها تعداد تخت هم کاهش یافته است (جدول 1-3). تعداد کل تخت بیمارستان‌ها در سال 2004 برابر با 1631553 تخت بوده است. اگر تعداد تخت‌های کلینیک‌ها را به این رقم بیافزاییم 1812722 تخت درمانی در سال 2004 داشته‌ایم. به احتساب هر 100000 نفر جمعیت 1419.7 تخت قابل استفاده بوده است (کل جمعیت 127687000). در مقابل به احتساب هر 100000 نفر جمعیت تعداد تخت‌های بیمارستان‌ها عادی در همان سال 714.4 تخت بوده است. البته توزیع بیمارستان‌ها و تخت‌ها در سراسر ژاپن یکسان نیست. شکل 1-1 توزیع ناهمگون تعداد تخت بیمارستان‌ها را در نقاط مختلف ژاپن نشان میدهد. استان اکایاما (Okayama) بیشترین و استان سای تاما (Saitama) کمترین تعداد تخت را نسبت به جمعیت دارند.



شکل 1-1- توزیع تخت بیمارستان‌ها در ازای هر 100000 نفر جمعیت

سخن از تعداد بیمارستان و تخت محدود به شرایط سخت افزاری و یا کمیتی نظام درمانی میگردد که بی‌شک از اهمیت انکار ناپذیری برخوردارست، ولی نظر به کیفیت یا عملکرد بیمارستان‌ها در جای خود دارای اهمیتی است که بدون مد نظرقرار دادن آن، ارزش یابی نظام بهداشت و درمان ناممکن میشود. در فصول آینده ما به مبحث مهم کیفیت بیمارستان‌ها هم خواهیم پرداخت، ولی اجالتا در اینجا به حداقل استانداردهای سخت افزاری بیمارستان‌های گوناگون که دولت ژاپن وضع کرده و بر رعایت آن‌ها نیز نظارت دقیق دارد اشاره ای میکنیم. در جدول 1-4 اهم این استانداردها جمعبندی شده‌اند. لازم‌ست توجه شود آنچه که در این جدول به "تخت" اطلاق میشود عبارت است از خود تخت و مساحت کف اطاق در اطراف آن.

جدول 4-1- استانداردهای سخت افزاری بیمارستان ها(سال 2006)

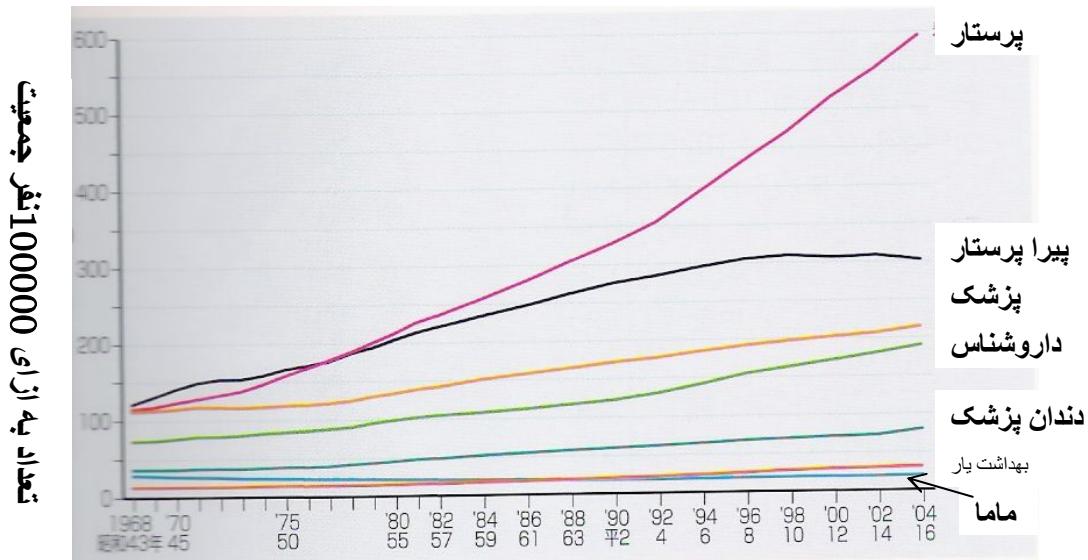
تخت سل	تخت بیمارهای عفونی	تخت روانی	تخت پرستاری	تخت عادی	
مختص بستری بیماران سلی	مختص بیماران عفونی مقرر در آئین نامه ها	مختص بیماران روانی: 1- بیش از 100 تخت، 2- دیگر بیمارستان ها	تخت های مختص بیماران مزمن و از پای افتاده که تنها به پرستاری احتیاج دارند.	بغیر از نوع تخت های دیگر	تعريف
1:16 1:4 1:70	1:16 1:3 1:70	-2 1:48 1:16 1:4 1:3 1:150 1:70	-1 1:48 1:4 1:4 1:150 1:70	کمک پرستار 4:1 1:16 1:3 1:70	نیروی انسانی نسبت به بیمار: تعداد پزشک تعداد پرستار تعداد داروشناس
مانند بیماری های عفونی	تجهیزات تهویه ای، جلوگیری از شیوع و لوازمات ضد عفونی کننده مطمئن	تجهیزات و اقدامات پرستاری لازم بر حسب نوع بیماری	اطاق توان بخشی، اطاق همنشینی، نهاخوری، حمام	☺ ☺	تجهیزات (بغیر از تجهیزاتی که مختص تخت های عادی است)
مانند تخت عادی	مانند تخت عادی	مانند تخت عادی	مانند تخت عادی	6.4m <sup>2</sup> برای هر تخت	مساحت تخت
مانند راهروی عادی	مانند راهروی عادی	مانند راهروی عادی	مانند راهروی عادی	بیش از 1.8 متر	پهنای راهرو

توجه ☺: بیمارستان هائی که دارای بخش های داخلی، جراحی، زنان و زایمان، چشم پزشکی و گوش و حلق و بینی هستند.

☺: تجهیزات لازم در بیمارستان های عادی: اطاق های لازم ویزیت، اطاق عمل، اطاق پانسمان، آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه، آشیز خانه، تجهیزات مخصوص استرلیزاسیون، رختشور خانه- تجهیزاتی که با زیر خط نشان داده شده است ممکنست به بنگاه های خارج از بیمارستان سفارش داده شوند.

### نیروی انسانی

شكل 1-2 منحنی تغییرات سالانه شمار نیروی انسانی در بخش خدمات پزشکی درمانی را به نمایش میگذارد. سیر سالانه تعداد پرستار از 1968 تا 2004 بطور پیوسته افزایش داشته و این افزایش نسبت به تغییرات شمارش نیروهای انسانی دیگر چشمگیر است.



شکل 2-1- منحنی تغییرات سالانه شمار نیروی های انسانی در بخش خدمات درمانی پزشکی

جدول 5-1- تعداد نیروی انسانی شاغل در بخش خدمات درمانی و نسبت آن ها به 100000 نفر جمعیت در سال 2004 نشان میدهد. تعداد پزشکان این سال نسبت به سال 2002 برابر 684 نفر(%) ۲.۹ افزایش داشته است. ۹۴.۹٪ از پزشکان در مراکز درمانی و ۳.۲٪ آن ها در مراکز غیر درمانی اشتغال به کار دارند. رشته های تخصصی پزشکان در جدول 1-6 نشان داده شده است.

جدول 5-1- تعداد نیروی انسانی در حوزه خدمات درمانی، نسبت آن ها به 100000 نفر

جمعیت(2004)

تعداد به نسبت هر 100000 نفر جمعیت	تعداد	
211.7	270371	پزشک
74.6	95197	دندان پزشک
189.0	241369	داروشناس
19.8	25257	ماما
897.6	1146181	پرستار
62.4	79695	پرستار دندان پزشکی
27.9	35668	دندان ساز
30.7	39195	بهداشت پار

جدول 6-1- تعداد و نسبت در صدی و میانگین سن پزشکان در رشته های تخصصی بالینی(2004)

رشته تخصصی	تعداد	درصد	میانگین سن(سال)
داخلی	73670	28.7	52.4
جراحی	23240	9.1	47.9
ارتوپدی	18771	7.3	47
جراحی مغز و اعصاب	6287	2.4	44.4
جراحی قلب و عروق	2632	1.0	41.5
زنان و زایمان	10163	4.0	50.4
چشم پزشکی	12452	4.9	47.4
گوش و حلق و بینی	9076	3.5	49.8
کودکان(داخلی)	14677	5.7	48.2
مجاری ادرار	6032	2.4	44.9
پوست	7780	3.0	47.7
بی هوشی	6397	2.5	44
فیزیوتراپی	1696	0.7	48.5

در این جدول آمار برخی از رشته ها حذف شده، و به رشته های فوق تخصصی نیز اشاره نشده است . در ژاپن پزشک عمومی و یا خانواده وجود ندارد. هر پزشک و تمام پزشکان در یک رشته تخصصی به کار اشتغال دارند. از وضع اشتغال حدود 1471 پزشک آماری در دست نیست ولی در ژاپن پزشک بیکار وجود ندارد.

همانطور که از جدول 6-1 نیز آشکار است در جامعه پزشکان سهم پزشکان رشته داخلی 28.7% بیشترین و پزشکان رشته فیزیوتراپی 0.7% کمترین تعداد را داراست. از تعداد کل پزشکان 42040 نفر پزشک زن میباشد.

تعداد دندان پزشک در ژاپن (95197 سال 2004) میباشد که 97.4% از آن ها به کار در مراکز درمانی اشتغال دارند. از تعداد کل دندان پزشکان 17144 (18.5%) پزشک زن میباشد. طبق آمار سال 2006 تعداد 12454 دانشجو در 67 دانشکده دندان پزشکی در سراسر ژاپن به تحصیل اشتغال داشته اند.

دوره تحصیلی در رشته داروسازی از سال 2007 از چهارسال به شش سال افزایش می یابد ولی به داروسازان مدرک پزشک دارو ساز تعلق نمی گیرد. دارو شناسان دارای مدرک کارشناسی و یا کارشناسی ارشد در رشته داروسازی هستند که یا در داروخانه های خصوصی، بیمارستانی و یا در لابراتورهای شرکت های داروسازی بکار مشغولند. در آمار سال 2004، 39.9% دارو شناسان در داروخانه های بیرون بیمارستان و 18.9% آن ها در داروخانه های بیمارستانی و کلینیک ها بکار اشتغال داشته اند.

پرستار و پیرا پرستار (بهیار) جمعاً 1146181 (2004) نفر که 70% آن ها در بیمارستان و 20% دیگر در کلینیک ها بکار اشتغال دارند. دوره پرستاری با مدرک دیپلم، سه سال آموزش در کالج پرستاری، دوره پیرا پرستاری با مدرک دیپلم، دو سال آموزش در کالج پرستاری و یا پنج سال آموزش در مدارس حرفه ای پرستاری میباشد. پیرا پرستار در صورتی که بیش از سه سال

تجربه کاری داشته باشد با گذراندن یک دوره دو ساله پرستاری به گواهی پرستاری نایل می‌آید. تمام فارغ التحصیلان رشته پرستاری باید در صورت قبولی در امتحانات تخصصی وزارت بهداشت اجازه کار کسب می‌کنند. اصولاً تمام نیروهای انسانی در بخش خدمات درمانی و بهداشتی از جمله پزشک، دندان پزشک، پرستار، ماما، داروساز، تکنیسین و غیره علاوه بر کسب گواهی فارغ التحصیلی از مراکز آموزشی لازمست تا در آزمون سراسری وزارت بهداشت قبول شوند تا اجازه کار رسمی به آن‌ها داده شود. ما در دنباله بطور مفصل در زمینه آموزش پزشکی و اخذ مجوز کار کلینیکی در ژاپن توضیح خواهیم داد.

### اموزش پزشکی و پزشک بیمه

از سال 1946 بعد از جنگ جهانی دوم احتیاج مبرمی به پرورش پزشک در ژاپن احساس شد که در راستای عملی کردن این مهم دانشکده‌ای پزشکی زیادی تاسیس شده، و قوانین لازم آموزش و پزشکی تجربی تدوین شد. تاسال 1984 شمار مراکز آموزش پزشکی و فارغ التحصیلان پزشک یک سیر صعودی داشته است (شکل 1-2). از این سال به بعد بجهت جلوگیری از افزایش بیش از حد پزشک سیاست‌های خاصی اتخاذ گردید تا حجم داوطلبان رشته پزشکی کاهش بیابد. از سال 1985 با وجود ثابت بودن تعداد مراکز آموزش پزشکی، شمار دانشجویان این رشته کاهش می‌باید. جدول 1-7 مراکز آموزش پزشکی و تعداد دانشجویان را در این مراکز نشان میدهد.

جدول 1-7- مراکز آموزش رشته پزشکی و تعداد دانشجوی حین تحصیل

دانشگاه(تعداد)	تعداد دانشجو(1985)	تعداد دانشجو(2006)
دولتی سراسری(43)	4660	4165
دولتی محلی (8)	660	655
خصوصی (29)	3040	2880
جمع کل(80)	8360	7700

امر آموزش عموماً و آموزش پزشکی خصوصاً در مراکز آموزشی تحت نظارت وزارت آموزش، فرهنگ، ورزش، علم و فن آوری<sup>16</sup> ژاپن است. دوره آموزش پزشکی شش سال پس از اخذ دیپلم دبیرستان است، ولی فارغ التحصیلان رشته پزشکی لازمست یکبار در آزمون سراسری پزشکان که بواسیله وزارت بهداشت انجام می‌شود موفق شوند تا بتوانند بکار بالینی در مراکز درمانی اشتغال بیابند. این آزمون سراسری پزشکان قبل از احتیاج مبرم به پزشک وجود داشت سالی دوبار انجام می‌شد ولی با اشباء شدن بازار پزشک اکنون سالی یکبار انجام می‌شود. با قبولی در این آزمون، پزشک مجاز خواهد بود که به ویزیت و درمان بیماران بیمه (تمام بیماران در ژاپن بیمه هستند) به پردازد. این پزشک واحد اشرایط را پزشک بیمه می‌نامند. طبق قوانین جدید که از سال 2004 وضع و به اجراء در آمده است لازمست پزشکان جوان یک دوره دو ساله رزیدنتی را در یکی از مراکز آموزشی - درمانی که به تائید وزارت بهداشت

<sup>16</sup> Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology:  
<http://www.mext.go.jp/>

رسیده است بگذرانند. بعد از گذراندن این دوره، پزشک محل اشتغال خود را آزادانه انتخاب میکند. مراکز درمانی که وزارت بهداشت جهت آموزش فارغ التحصیلان تعیین کرده است اصولاً محدود به بیمارستان های دانشگاهی، دولتی و بیمارستان های خصوصی مجدهاست. در سال 2005 تعداد 14890 فارغ التحصیل در 2291 مرکز به گذراندن دوره رزیدننسی مشغول بوده اند.

در ژاپن دوره های تدریس رشته های تخصصی در دانشگاه ها که ضمناً دولت آنرا اجباری کرده باشد وجود ندارد. پزشکان بیمه آزادند تا در زمینه یا زمینه های تخصصی مورد علاقه خود بکار بپردازنند. معمولاً رسم بر این است که پزشکان جوان زمان لازم برای کسب معلومات و تجربیات بالینی تخصصی را در مراکز آموزشی از جمله بیمارستان های دانشگاهی میگذرانند.

از طرفی چون در حیطه بخش خصوصی انجمن و جوامع پزشکان رشته های تخصصی(جدول 8-1) تاسیس شده است، پزشکان جوان با عضویت در این جوامع تلاش میکنند تا با تکمیل دوره آموزشی و کسب تجربیات تخصصی لازم به اخذ گواهی تخصصی این جوامع نایل آیند.

از نظر دولت ژاپن عضویت در این جوامع هیچگونه امتیاز حقوقی و علمی محسوب نمی شود؛ گوینده وجود آن ها از نقطه نظر علمی حائز اهمیت است. ولی پزشکان از طرف وزارت بهداشت اجازه دارند تا درجه تخصصی خود را بر روی تابلوهای کلینیکی تبلیغ کنند.

مهارت یک پزشک بر پایه عضویت و یا داشتن گواهی از این یا آن جامعه تخصصی مورد سنجش قرار نمیگیرد، بلکه تجربه و کیفیت عرف علمی کاری اوست که معیار قضاوت میباشد. در جدول 8-1 تعدادی از جوامع رشته های تخصصی عمدۀ همراه با شرایط لازم برای اخذ گواهی

تخصصی در این رشته ها بطور اختصار معرفی شده است. شرط مشترک لازم جهت شرکت در امتحانات این جوامع علاوه بر گواهی فارغ التحصیلی پزشکی دارا بودن مجوز پزشک بیمه ژاپن بوده، و تجربیات بالینی بایست در مراکزی انجام گیرند که مورد تائید جامعه‌ی مربوطه باشند. لازم به یادآوریست در هر رشته تخصصی رشته های فوق تخصصی<sup>17</sup> نیز وجود دارد که اخذ گواهی صلاحیت در آن ها منوط به کسب تجربیات لازم در آن رشته هاست. تمام پزشکان متخصص، برای تداوم درجه تخصصی خود لازمست علاوه بر ادامه عضویت خود در جامعه، در همایش های علمی پزشکی سالانه آن نیز مشارکت حداقلی داشته باشند.

<sup>17</sup> در سایت اطلاع رسانی University hospital Medical Information Network(UMIN) لیست آدرس 1087 تارنمای انجمن ها و گروه های تحقیقاتی طبی معرفی شده است.

**جدول 8-1- جوامع تخصصی عمدہ و شرایط اخذ گواہی تخصصی<sup>18</sup> (2006)**

جامعه تخصصی	تاریخ تاسیس	تعداد عضو	تعداد عضو متخصص	شرایط اخذ تخصص
داخلی	1903	93000	13685	سه سال عضویت، سه سال تجربه اولیه و دو سال تجربه مضاعف، امتحان کتبی
جراحی	1900	37891	27959: چهار ساله 15335: پنج ساله	چهار سال تجربه، امتحان کتبی و سال پنجم - امتحان شفاهی
ارتودپدی	1926	21813	16197	سه سال تجربه، چهار سال عضویت، گذشت شش سال از فارغ التحصیلی، امتحان کتبی و شفاهی
زنان و زایمان	1915	15438		پنج سال تجربه، پنج سال عضویت، امتحان کتبی و شفاهی
کودکان	1896			پنج سال تجربه، سه سال عضویت، امتحان کتبی و شفاهی
جراحی مغز و اعصاب	1948	8200	6300	چهار سال تجربه و عضویت، گذشت شش سال از فارغ التحصیلی امتحان کتبی و شفاهی
چشم پزشکی	1898	13515	9604	پنج سال تجربه، گذشت شش سال از فارغ التحصیلی، امتحان کتبی
گوش و حلق و بینی	1971			پنج سال تجربه، سه سال عضویت، امتحان کتبی و شفاهی
مجاری ادرار			5380	چهار سال تجربه، گذشت شش سال از فارغ التحصیلی، امتحان کتبی
پوست	1900		5243	پنج سال تجربه

<sup>18</sup> اطلاعات ارائه شده در این جدول بسیار مختصر است. علاقه مندان میتوانند با رجوع به سایت (UMIN) از اطلاعات مبسوط تری آگاه شوند.: <http://jns.umin.ac.jp/>

## تلاش در بالابردن کیفیت بیمارستان ها

طبق قوانین جدید خدمات درمانی، بیمارستان ها موظفند به جهت بالابردن کیفیت درمان و امنیت محیط زندگی بیماران در بیمارستان ها اقدام به استقرار کمیته های کارشناسانه کنند. در صورت استقرار کمیته های زیر بیمارستان مشمول اخذ مبلغی اضافه بر هزینه درمانی خواهد گردید:

کمیته پیشگیری از عفونت های بیمارستانی،  
کمیته پیشگیری از زخم های فشاری،  
کمیته مدیریت عملکرد امن خدمات درمانی،  
کمیته ناظرت بر تزریق خون،  
کمیته مدیریت امور آزمایشات.

کمیته های زیر با توصیه مراکز بهداشت لازم الاجراست:

کمیته ناظرت بر غذای بیماران،  
کمیته پیشگیری از استعمال دخانیات،  
کمیته مدیریت بر استفاده از گاز های طبی،  
کمیته کاهش محدودیت های جسمانی بیماران ناآرام.

کمیته های زیر اجباری نیست ولی قابل اجراست:

کمیته مدیریت بیمارستان،  
کمیته اخلاق پزشکی،  
کمیته امور دارو،  
کمیته افزایش کیفیت خدمات بیماران،  
کمیته ناظرت بر مواد رادیواکتیویته درمانی،  
کمیته مدیریت بر شبکه اطلاع رسانی بیمارستان،  
کمیته تبلیغات بیمارستانی.

کمیته ها بر حسب اهمیت، لازم است در دوره های منظم جلسه بر پا نموده، گزارش فعالیت های خود را ارائه دهند. تقسیل گزارش ها باید در دفتر های تعیین شده درج گرددند تا در صورت بازدیدهای وزارت بهداشت ارائه گرددند.

بازدیدهای منظمی از سوی مراکز بهداشت منطقه، شعبه های وزارت بهداشت صورت میگیرد که طی آن راهنمائی، اخطار و بعضن توبیخ صورت میگیرد. توبیخ تا سطح لغو پروانه بیمه مرکز بهداشتی و یا پزشک مسئول شدت میگیرد.

## فصل دوم- بیمه خدمات درمانی و نحوه پرداخت ها

### نظام بیمه ملی درمان<sup>19</sup>

تاریخ تاسیس قوانین بیمه درمانی در ژاپن از سال 1922 میلادی که اساساً کارگران را تحت پوشش قرار میداد شروع شد. اما قدم های اولیه در جهت پی ریزی قوانین مدرن بیمه درمان "ملی" ژاپن در سال 1961 برداشته شد. سر اندیشه این قوانین در آن زمان بر اساس اهمیت سزاوری بود که به مقوله جان و زندگی مردم این کشور داده شد. در راستای حفاظت از جان مردم نه فقط دولت بلکه نقش مشارکتی خود مردم، اتحادیه ها، بنیادهای محلی در ایجاد نظامی منجسم و فراگیر مورد تأکید قرار گرفت.

در سال های اولیه بر مبنای قوانین جدید، خدمات درمانی برای **شخص شاغل** بیمه شده رایگان ولی برای خانواده و وابستگان او هزینه پنجاه درصدی تعیین شده بود. قوانین بیمه ملی ژاپن به موازات دگرگونی های شرایط اجتماعی- اقتصادی و فرهنگی در طول تاریخ دستخوش تغییرات بسیاری میشود. مرور جزئیات تاریخ نظام بیمه درمانی ژاپن از حوصله این نوشتار خارج است ولی لازمست اجالتاً تأکید کنیم که در فاصله زمانی بین تاسیس اولیه قوانین بیمه درمان ملی تا به امروز از یک طرف درصد پرداختی هزینه خدمات درمانی توسط بیماران بارها نوسان کرده ولی از طرف دیگر قوانین جدیدی که پوشش دهنده حداقل آحاد مردم از جمله قشر پیشه وران آزاد ، بیکاران، نوزادان، سالمندان، مادران باردار و بیمه های سوانح، از کارافتادگی، بیکاری و غیره باشد وضع گردیده است. نظام آبدیده و تراشیده ای که اکنون در ژاپن در چارچوب آن خدمات درمانی و بهزیستی به اجراء در میآید پوشش دهنده تمام اقشار مردم ژاپن است. هر فردی از مردم این کشور تحت پوشش نوعی از بیمه درمانی قرار دارد.

انواع بیمه های اساسی که جمعیت ژاپن را تحت پوشش خدمات درمانی و بهداشتی قرار میدهد عبارتند از:

1- **بیمه تحت مدیریت دولت:** کارکنان موسسات حرفه ای که بیش از پنج عضو داشته باشند تحت پوشش این نوع بیمه قرار میگیرند. 27.7% از جمعیت ژاپن تحت پوشش این نهادست.

2- **بیمه تحت مدیریت اتحادیه های خصوصی:** شرکت هائی که بیش از 700 کارمند دارند تحت پوشش این بیمه قرار دارند. 23.3% جمعیت ژاپن مشمول این نوع بیمه میشوند.

3- **بیمه اتحادیه های کارمندان:** کارمندان دولتی اعم از سراسری و محلی، و کارمندان مراکز آموزشی خصوصی تحت پوشش این بیمه قرار میگیرند که 7.6% جمعیت ژاپن را تشکیل میدهند.

4- **بیمه شاغلین روی کشتی:** 0.2% جمعیت ژاپن، اعضای اتحادیه های شاغلین روی کشتی تحت پوشش این بیمه قرار دارند.

5- **بیمه اتحادیه های قشر پیشه وران آزاد:** 3.1% جمعیت ژاپن، اعضای اتحادیه های مربوطه تحت پوشش این نوع بیمه قرار دارند.

6- **بیمه تحت مدیریت دولت محلی:** جمعیتی که به حرف آزاد اشتغال داشته و عضویتی در اتحادیه های پیشه وران آزاد ندارند تحت پوشش این نوع بیمه فرادارند، و شامل 37% جمعیت

<sup>19</sup> Japan National Medical Insurance

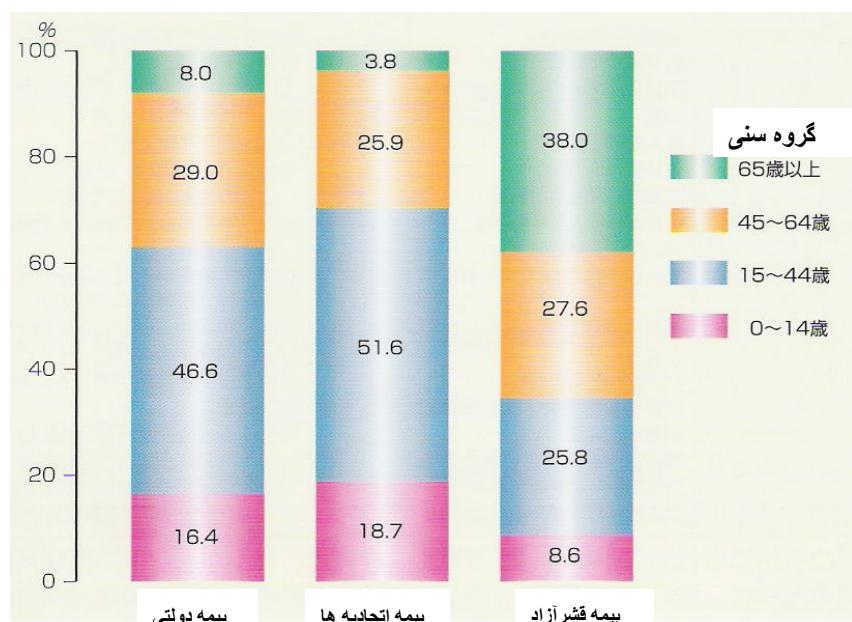
کشور میشوند.

**7- بیمه حمایتی دولت:** این بیمه در لوای قانون حمایت از جمعیت آسیب پذیر و بی بضاعت که بدلایلی قادر به کارکردن و تامین زندگی روزانه خود نیستند اجرا میگردد. دولت علاوه بر تقبل کل هزینه درمانی و بهداشتی این اشخاص، در هفت زمینه دیگر از جمله معیشت، آموختش، مسکن، زایمان، پرورش و پرستاری و خاکسپاری، هزینه های لازم را برای این طبقه تقبل میکند.

%60 جمعیت تحت پوشش بیمه های 1، 2، 3، 4 که به بیمه شدگان گروه در استخدام(A) و %40 جمعیت تحت پوشش بیمه های 5 و 6 به گروه بیمه شدگان آزاد(B) نامیده میشوند. ترکیب سنی بیمه شدگان در سال 2004 حاکی از آنست که در گروه A فشر جوان(44-15 سال) و در گروه B فشر سالمند(بالاتر از 65 سال) اکثریت دارد(شکل 2-1).

جدول 2-1 درصد گروه های سنی در تقسیم بندی انواع بیمه های ژاپن خلاصه شده است. بیمه درمانی معمولاً شامل بیماری ها و جراحات میگردد. هر فردی که قاعدتاً تحت پوشش یکی از انواع بیمه ها، یکی از دو گروه بیمه A و یا B، شامل است در صورت مراجعت به مرکز و یا مراکز درمانی پس از دریافت خدمات درمانی(درمانگاهی یا بستری) درصدی از هزینه های خدمات را پرداخت میکند.

شخص بیمه شده و اعضای خانواده یا وابستگان او 30 درصد از هزینه ها را پرداخت میکند؛ کودکان کمتر از سه سال 20 درصد. هزینه خدمات درمانی سالمندان بیش از 70 سال بر حسب درآمد سالانه آن ها بین 0، 10 تا 20 درصد نوسان دارد.



شکل 1-2- ترکیب سنی بیمه شدگان در سه گروه بیمه(سپتامبر 2004).

گروه سنی 65 سال به بالا در بیمه فشر آزاد(B) چشمگیرست.

سقف ماهانه و یا سالانه ای برای هزینه درمانی بیماران تعیین گردیده است. در صورت که هزینه درمانی در ماه و یا در سال بالاتر از سقف تعیین شده باشد، با اعلام آن به ادارات مربوطه باز پرداخت مازاد هزینه ها ممکن میگردد. سقف حداقلی هزینه درمانی هر بیمه شده بر حسب درآمد سالانه شخص وضع گردیده است.

افرادی که در گروه تحت حمایت دولت (بیمه 7) قرار دارند از پرداخت هزینه درمانی معافند. بیماران معلول و فلچ در صورت اخذ تائیدیه مراکز صلاحیت دارپزشکی بر حسب و خامت نارسائی هایشان مضاف بر معافیت از پرداخت هزینه ها در صورت لزوم کمک های نقدی نیز دریافت میکنند.

تشکیلات بیمه درمانی علاوه بر تقبل هزینه های درمانی، پرداخت کمک های نقدی (حقوق) بیمار را در حین بیماری خارج از محیط کار به عهده دارد. در گروه بیمه A به احتساب 60 درصد حقوق روزانه بمدت یکسال و شش ماه به بیمار حقوق پرداخت میشود.

پرداخت حقوق کارگران در صورت بیماری و سوانح حین کاربه عهده بیمه سوانح کار است. جمعیتی که به بیماری های علاج ناپذیر مبتلا هستند با بهمراه داشتن گواهی از مراکز صلاحیتدار پزشکی میتوانند علاوه بر معافیت از پرداخت هزینه درمانی از کمک های تعیین شده رفاهی نیز بهره ببرند. (در ضمیمه 8 لیست کامل 45 بیماری در این گروه معرفی شده است). ما در فصل مربوط به بیماری های شایع بین مردم ژاپن بیشتر به این مبحث می پردازیم.

**جدول 1-2- اقسام بیمه ها و جمعیت تحت پوشش آن ها (کل جمعیت 128550000 در مارس 2005)**

نوع بیمه	تعداد	جمعیت تحت پوشش (درصد)
1- تحت مدیریت دولت (مرکزی)	1	(27.7) 35620000
2- تحت مدیریت اتحادیه های خصوصی	1584	(23.3) 29990000
3- اتحادیه های کارمندان دولت و بخش خصوصی	76	(7.6) 9710000
4- شاغلین روی کشتی		(0.2) 200000
5- اتحادیه های قشر آزاد		(3.1) 3370000
6- تحت مدیریت دولت (محلى: شهر، بخش و ده)	2697	(37) 47610000
7- جمعیت آسیب پذیر تحت حمایت (دولت)		(1.1) 1460000

### بیمه درمان سالمندان

خارج از چارچوب بیمه ملی برای گروه سنی سالمند نظام بیمه خاصی در نظر گرفته شده است. اولین قدم ها در اجرای این مهم در سال 1973 گذاشته شد. بر پایه قانون بیمه سالمندان در این سال تمام هزینه درمان سالمندان 65 سال به بالا به عهده دولت واگذار شد. ولی به موازات افزایش جمعیت سالمندان هزینه درمان آن ها نیز سیر صعودی طی میکند. در سال 1983 در قانون اصلاح شده بیمه سالمندان مقرر گردید که مبلغ ثابتی از کل هزینه درمان از خود بیمار اخذ گردد. ولی افزایش بی وقهه جمعیت سالمند و فشار متند افزایش هزینه درمان این قشر باعث شد که مجدد دولت در قانون بیمه سالمندان تجدید نظر کند. طبق قانون جدید در سال 2002 مقرر گردید که تمام بیماران بالای 75 سال و بیماران بین 65 تا 75 سال که مواجه با یک نارسائی

جسمانی هستند ده درصد از کل هزینه درمان خود را به پردازند. ضمنن در این قانون تصریح شده است که سالمدانی که دارای بنیه اقتصادی کافی باشند مکلفند بیست درصد هزینه درمان را به پردازند. و بالاخره آخرین قانون بیمه سالمدان در سال 2006 مقرر میدارد سالمدان بالای 70 سال در صورتی که از درآمد کافی برخوردار باشند به مانند فشر جوان سی درصد از کل هزینه درمان را پرداخت کنند. البته برای سالمدان نیز یک سقف پرداخت هزینه ها تعیین شده است که دولت(مرکزی و محلی) موظف به تامین مابه القاوت آن هاست.

#### بیمه خدمات پرستاری<sup>20</sup>

تأسیس این نوع بیمه نیز در امتداد سیاست های کنترل هزینه درمان قشر سالمند انجام گرفته است. با بالا رفتن هزینه درمان سالمدان که ناشی از افزایش طبیعی سالانه جمعیت این گروه سنی است دولت تصمیم به تأسیس این نوع بیمه میگیرد. پیشنهادات و بحث در باره طرح و اجرای بیمه خدمات پرستاری از سال 1994 آغاز میشود ولی بالاخره در سال 2000 به عنوان یک نظام بیمه جدید وارد مرحله عملی میگردد. چون بیمه خدمات پرستاری نیز یک پروژه ملی قلمداد میشود.

تمام مردم بالاجبار با پرداخت مبلغی یه عنوان حق بیمه در تحقق و بهره برداری از آن مشارکت میکنند. با تأسیس این نوع بیمه قسمتی از بار سنگین هزینه های خدمات درمانی سالمدان از دوش دولت به شانه مردم منتقل شد. دو گروه سنی، گروه سنی 65 سال به بالا و گروه سنی 40 تا 65 سال که به بیماری های مشخصی(شانزده نوع بیماری مزمن مثل روماتیسم مفاصل، دماسن و یا امراض بدخیم از جمله سرطان ها) مبتلا هستند

میتوانند تحت پوشش خدمات پرستاری قرار گیرند. خدمات پرستاری در خانه بیمار، خانه های رفاه و پرستاری(خدمات روزانه یا طولانی مدت موقتی) و بیمارستان های پرستاری(بستری طولانی) ارائه میگردد. خدمات پرستاری بر حسب احتیاج داوطلب(درجه ناتوانی) که طبقه بندی شده است صورت میگیرد. درجه ناتوانی داوطلب از یک طبقه محتاج به "دست یاری" که خفیف ترین درجه است تا به پنج طبقه "نیازپرستاری" برحسب شدت تقسیم بندی میشود. دولت برای هر طبقه از خدمات پرستاری مبلغ معینی در اختیار موسسات سرویس دهنده قرار میدهد تا برنامه خدمات را تنظیم و اجرا کنند. گیرنده خدمات پرستاری موظف به پرداخت ده درصد از کل هزینه هاست. بیمارانی که در بیمارستان های پرستاری بستری هستند علاوه بر این مبلغ هزینه سه و عدد غذای روزانه را نیز پرداخت میکنند.

تعداد داوطلبان خدمات پرستاری و هزینه این خدمات از زمان آغاز کار این بیمه هر ساله روبه افزایش است. هزینه خدمات پرستاری در سال 2005 دو برابر هزینه آن در سال 1994 گزارش شده است.

جمعیت تحت پوشش خدمات پرستاری در سال 2005 به قرار زیراست:

<sup>20</sup> Long-termCare Inssurrence

محتاج دست یاری.....	674000.....
محتاج خدمات پرستاری درجه یک.....	1332000.....
" دو.....	641000.....
" سه.....	527000.....
" چهار.....	497000.....
" پنج.....	465000.....
جمع کل.....	4108000.....

### چرخه خدمات درمانی و پرداخت هزینه ها

نمودار 2-1 ترسیم اجمالی از نظام تشکیلاتی ارائه خدمات درمانی و پرداخت هزینه های مربوطه را بدست می دهد.

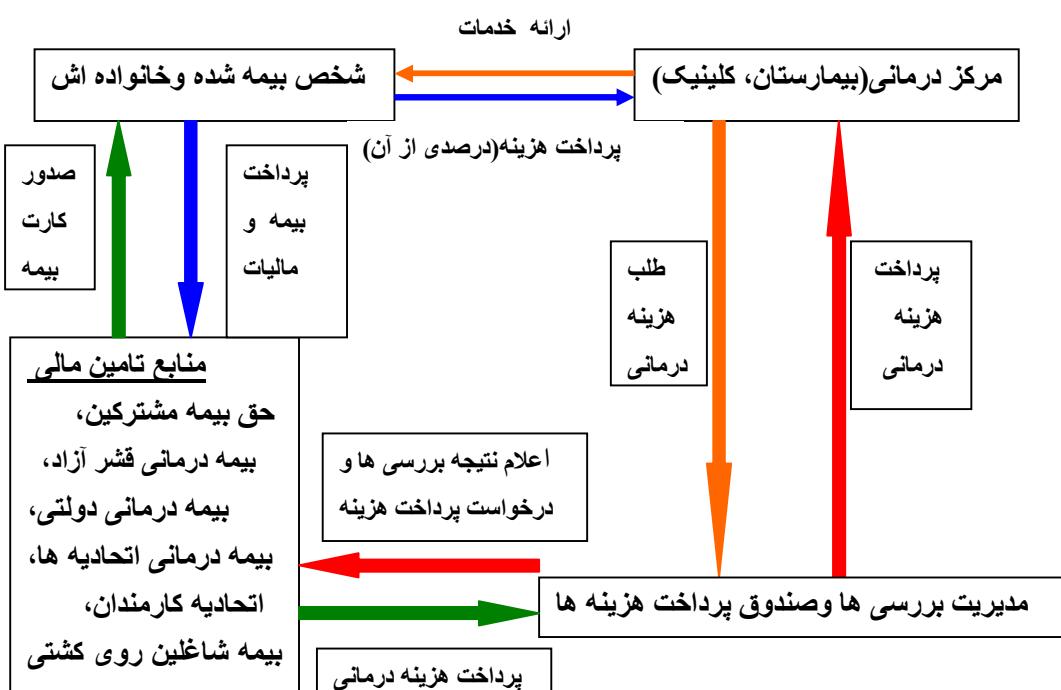
هر بیمار ژاپنی با ارائه کارت بیمه خود میتواند در هر زمان، در هر مکان به بیمارستان، کلینیک و یا هر مرکز درمانی یا تشخیصی دلخواه خود رجوع نموده و از خدمات لازم درمانی عمومی و تخصصی و غیره بهره گیرد. بیمارستان با بت تشکیل پرونده و ارائه خدمات درمانی در صد معینی(صفر، ده، بیست یا سی درصد) از کل هزینه درمانی را از بیمار اخذ میکند. پرداخت هزینه توسط بیمار پس از دریافت خدمات درمانی صورت میگیرد. بیمارستان در آخر هر ماه ریز خدمات درمانی و هزینه ها را در تعرفه ها که به "رسید"<sup>21</sup>(نمونه آن را در انتهای نوشتار، در ضمیمه نگاه کنید). نام گذاری شده اند تنظیم کرده، به اداره "مدیریت بررسی ها و صندوق پرداخت هزینه ها" که معمولا در هر شهر و استان شعبه دارند ارسال میکند. این اداره با بررسی و مطابقت هزینه ها با قیمت های تعیین شده بیمه(تمام خدمات درمانی از جمله نرخ ویزیت، قیمت داروها، هزینه آزمایش ها و قیمت عمل های جراحی و غیره) نظر خود را به نهادهای مالی(بیمه کنندگان) مربوطه اعلام نموده، پرداخت هزینه درمانی را خواستار میشود. نظر این اداره در مورد خدمات ارائه شده مرکز درمانی همیشه صد درصد موافق نیست. این اداره میتواند در صورت تشخیص به ناصواب بودن خدمات درمانی هزینه درخواستی را باطل اعلام کند، که در آن صورت مرکز درمانی از حق اعتراض و دفاع برخوردارست. در سال حدود یک میلیارد و چهارصد میلیون "رسید" مورد بررسی قرار میگیرد و حدود دو درصد کل مطالبات، بالغ بر مبلغ دویست میلیارد پن مطالبات فاقد صلاحیت پرداخت تشخیص داده می شود. منتقدین این مبلغ را ضرر مراکز درمانی ارزش یابی میکنند.

هزینه در خواستی بیمارستان باقسله یک ماه از اعلام "رسید" ها حواله میشوند. همانطور که اشاره شد تمام خدمات درمانی اعم از ویزیت، دارو، آزمایشات، عمل های جراحی دارای نرخ ثابتی هستند که بوسیله وزارت بهداشت به مراکز درمانی اعلام میشوند. لازم به یادآوری است که اصولا دولت ژاپن به جهت جلوگیری از تمایلات تجارت و سودبری در حوزه خدمات درمانی صریحا از بکاربرد واژه نرخ پرهیز میکند. برای هر قلم از خدمات درمانی "امتیاز" معین کرده است و به ازای هر امتیاز مبلغی (معمولًا 10 ین) بعنوان پاداش یا دست مزد تخصیص

<sup>21</sup> recept

میدهد.

دولت با تعیین امتیاز(نرخ) خدمات درمانی هزینه های این حوزه را کاملاً در کنترل خود دارد. شورائی تحت عنوان "شورای مرکزی بیمه های اجتماعی درمان"<sup>22</sup> در وزارت بهداشت مسقراست تا به خواست سیاست های درمانی وزارت خانه جامه عمل به پوشاند. این شورا متشکل از 20 عضو، با شرکت پزشکان و دندان پزشکان ارائه دهنده خدمات، پرداخت کنندگان هزینه ها(صاحب کاران و دولت) و گروه بی طرف می باشد. دولت هر دو سال یک بار در نرخ خدمات تجدید نظر میکند. شورا در راستای تحقق سیاست های دولت که معمولاً کاهش هزینه هاست به تنظیم نرخ اقلام خدمات درمانی می پردازد. شاهرگ هستی تمام مراکز درمانی دست این شوراست.



نمودار 1-2- رابطه بین بیمار- مرکزدرمانی- مدیریت بررسی استناد خدمات درمانی و منابع مالی نشان داده شده است.

### نمونه هزینه خدمات درمانی در بیمارستان ها

در ضمیمه در انتهای این نوشتار لیست مختصراً از نرخ خدمات درمانی ارائه شده است. در عین حال ما در ذنباله به جهت روشن کردن ذهن خواننده از هزینه ها، به نمونه های زنده ای از هزینه درمان 25 نوع بیماری های عمدی در بیمارستان ها اشاره میکنیم(جدول 2-2). آمار ارائه شده از سایت "انجمن بیمارستان های سراسر ژاپن"<sup>23</sup> که 25 درصد بیمارستان های

<sup>22</sup> chuoshakaihokeniryoukyouugikai

<sup>23</sup> All Japan Hospital Association: <http://ajha.or.jp>

خصوصی در عضویت آن قرار دارند گرفته شده است.

جدول 2-2 هزینه بیماری ها در وضع بستری - ژانویه تا مارس 2006

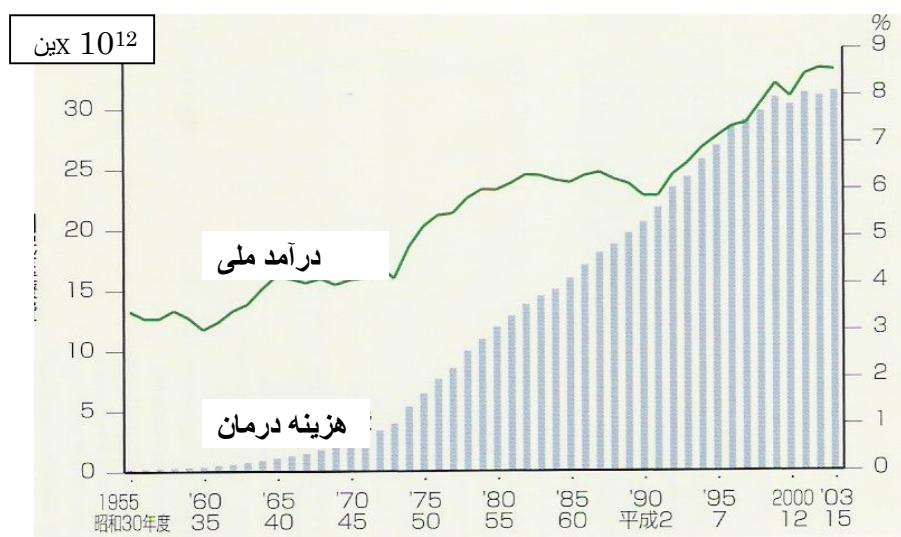
بیماری	تعداد بیمار	میانگین سن	مدت بستری(روز)	هزینه درمان(امتیاز) <sup>24</sup>
سرطان معده	157	70.0	31.6	113981
سرطان روده بزرگ	111	68.2	20.6	105116
سرطان سیگموید روده بزرگ	68	65.7	26.0	128353
سرطان ریه و برونش ها	131	72.6	26.2	90692
انفارکتوس حاد قلب	127	69.0	21.9	239380
ذات الریه	957	62.2	17.5	53903
آسم	215	34.6	9.7	26624
انفارکتوس مغز	353	74.7	26.5	107948
خون ریزی مغز	149	67.1	38.0	159883
دیابت	243	62.2	20.8	54381
شکستگی گردن استخوان ران	267	79.0	38.7	169751
زخم معده	76	64.3	15.2	57064
عفونت حاد روده	382	31.3	6.0	19313
وضع حمل عادی	213	30.3	6.7	29888
آپاندیس	124	34.5	8.1	41695
سنگ کیسه صفرا	220	62.2	17.4	71728
تورم پروستات	55	71.2	12.1	48393
درد های حاد قلب(انجینا)	769	68.5	6.9	94285
سنگ کلیه و میزناه(اورتر)	270	54.4	6.6	34500
سرطان سینه	96	56.6	13.3	62308
آرتروز مفصل زانو	31	75.7	38.4	164155
هموروید	43	58.6	4.0	18690
تومور رحم	59	42.4	10.6	57033
آب مروارید	339	73.6	3.8	29520
فتق کشاله ران	172	55.4	5.6	27859
میانگین کل 25 بیماری	5629	60.5	15.5	73274

<sup>24</sup> در ژاپن واحد هزینه خدمات درمانی را به "امتیاز" بیان میکنند. معمولاً هر "امتیاز" برابر با 10 ين است.

## هزینه خدمات درمانی در سطح کشور

چگونگی تامین هزینه خدمات درمانی از موضوعات بسیار مهم و حیاتی در حوزه اقتصاد بیمه خدمات درمانی بشمار می‌آید. دسترسی به منابع مالی پایدار و کافی، ارزانی هزینه درمان برای بیماران در پناه مدیریت سالم و شایسته پشتوانه یک نظام بیمه خدمات درمانی کارآمدست.

تامین مالی خدمات درمانی در نوسانات شرایط اقتصادی کشورها گاهی دستخوش تغییراتی میشود که به نارسائی‌ها و معضلات حیاتی در این حوزه می‌انجامد. اینکه دولت‌ها در شرایط گوناگون اقتصادی چگونه، چه مقدار و با چه هدفی به تامین بودجه لازم در زمینه خدمات درمانی و بهزیستی مردم مبادرت می‌ورزند موضوعی قابل تأمل است. هزینه خدمات درمانی در ژاپن هرساله یک روند صعودی داشته است. شکل 2-2 سیر صعودی هزینه درمان و نسبت آن را با درآمد سالانه مردم ژاپن از سال 1955 تا 2003 نشان میدهد.



شکل 2-2- روند صعودی هزینه درمان مردم ژاپن در رابطه با درآمد سالانه

کل هزینه درمان در ژاپن از سال 1965 به بعد به مقیاس سالی یک تریلیون ( $10^{12}$ ) بین افزایش داشته است. در سال 2003 این هزینه بالغ بر  $10^{12} \times 31.0540$  ین برابر با 8.55 درصد درآمد سالانه مردم شده است. هزینه خدمات درمانی برای هر فرد ژاپنی در سال مشابه برابر با 247100 ین بوده است.

در این میان هزینه خدمات درمانی برای گروه‌های سنی کمتر از 65 سال برابر با 111400 ین، حال آنکه برای گروه سنی بالاتر از 65 سال برابر با 517500 ین بوده است. هزینه درمانی برای سالمندان چهار تا پنج برابر گروه سنی جوان ترست.

هزینه خدمات درمانی سال 2003 در مقایسه با سال قبل آن 1.9% افزایش داشته است. تخمین زده میشود هزینه درمانی سالانه در همین حدود افزایش داشته باشد.

سهم منابع مختلف در تامین هزینه خدمات درمانی سال 2003 به قرار زیر است:

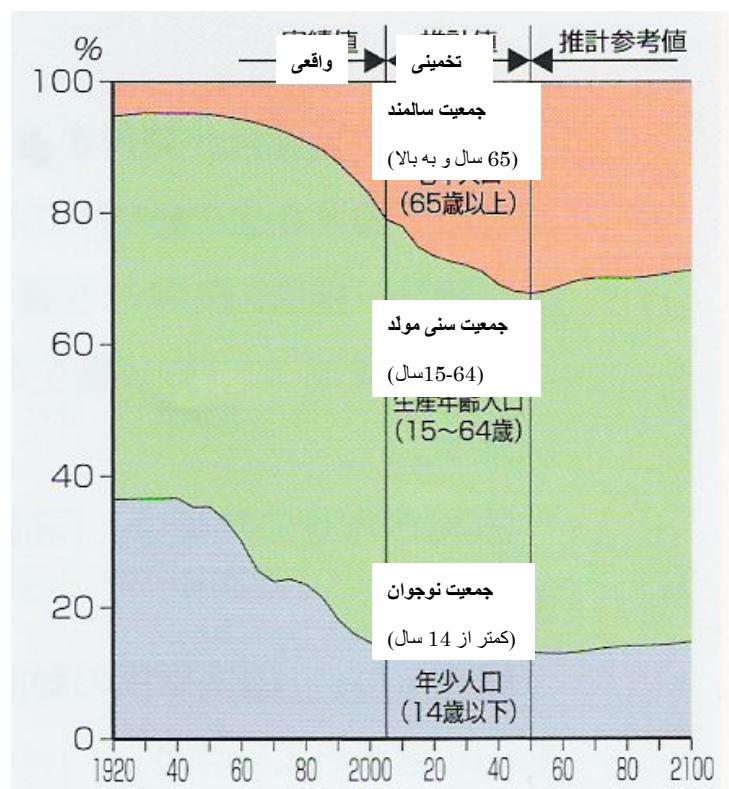
34.1%	جمع کل کمک های دولتی
25.6%	دولت مرکزی
8.5%	دولت محلی
50.2%	مبلغ کل درآمد بیمه ها
20.9%	پرداخت صاحب کار
29.2%	حق بیمه بیمه شدگان
<u>15.7%</u>	پرداخت هزینه درمان بوسیله بیماران
100%	جمع کل

اجازه بدھید بینیم سهم های گوناگون خدمات پزشکی در کل هزینه خدمات درمانی در سال 2003 چه مبلغ بوده است.

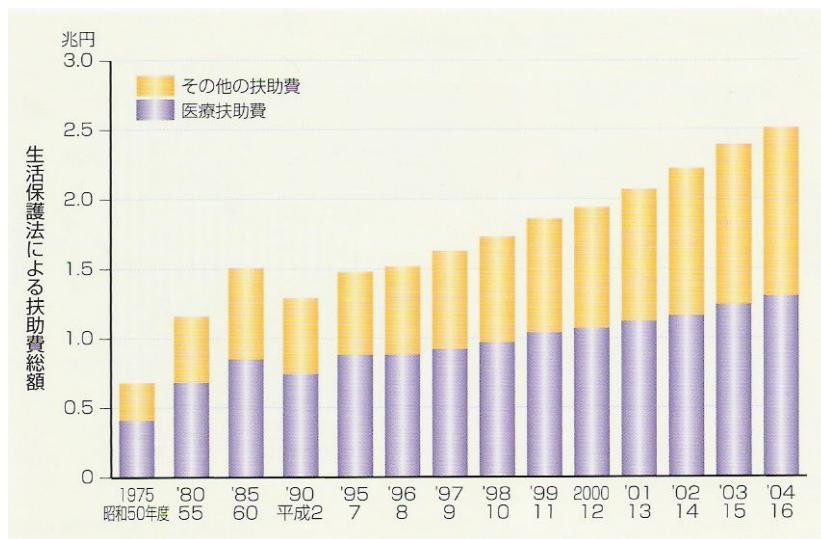
همانطور که از جدول زیر روشن است هزینه خدمات پزشکی عادی غیر از هزینه دارو بیش از سه چهارم کل هزینه خدمات درمانی را به خود اختصاص میدهد.

هزینه خدمات بالینی	
76.4%	
52.0%	در بیمارستان ها
24.4%	در کلینیک ها
12.3%	هزینه دارو
8.0%	هزینه خدمات دندان پزشکی
3.3%	بقیه

%22 هزینه خدمات بالینی به درمان بیماری های دستگاه گردش خون(قلبی و مغزی) و %12.3 به مداوای بیماری های سرطانی و %8.6 به مصرف درمان بیماری های دستگاه تنفسی رسیده است. 31.1% هزینه مصرفی در بخش بیماری های دستگاه گردش خون از آن گروه سنی 65 سال به بالا بوده است.



شکل 3-2- تخمین سیر تغییرات جمعیت سالمدان، جمعیت سنین مولد و نوجوانان.  
افزایش بی وقه سالانه جمعیت سالمدان و کاهش جمعیت نوجوان چشمگیرست.



شکل 4-2- سیر صعودی کمک های دولتی به قشر آسیب پذیر و بی بضاعت

هزینه درمانی جمعیت سالمدان در سال 2004 پنج برابر هزینه درمانی جمعیت جوان بوده است و

از آن جایی که پیش بینی میشود جمعیت قشر سالمند منبع نیز هر ساله روبه فزونی گذارد(شکل 3-2)، بر پایه تخمین ها برآورد میشود که هزینه درمانی این طبقه در سال 2010 به 15 درصد و در سال 2025 به 34 درصد کل هزینه خدمات درمانی افزایش بیابد. دولت کل هزینه خدمات درمانی در سال 2025 را به  $69 \times 10^{12}$  ین تخمین زده است. دولت ژاپن در راستای جلوگیری از سیر تصاعدی هزینه خدمات درمانی و افزایش بار کمک های مالی دولت میکوشد تا با اتخاذ سیاست های بازدارنده به این اهداف دست بیابد.

یکی از اهرم های پیش بینی شده تلاش برای کاهش درصد کمک های دولتی به قشر سالمنشست. ۴۰٪ کمک هزینه دولت به بیمه خدمات درمانی مصروف گروه سنی سالمندان میشود. پیشبرد برنامه های پیش گیری از بیماری های رایج در سالمندان، بالابردن سقف سن طبقه سالمند، تحمل سهم بیشتر پرداخت هزینه های درمانی به خود سالمندان با بضاعت و غیره از برنامه های موازنات مالی بیمه خدمات درمانی در آینده بشمار می آیند.

بعلت افزایش شمار قشر آسیب پذیر و بی بضاعت کمک هزینه های حمایتی دولت در قبال این قشر هر ساله روبه افزایش گذاشته است(شکل 4-2).

حدود یک میلیون خانوار و یا یک میلیون و چهارصد هزار نفر در این طبقه تحت پوشش کمک ها هستند. دولت در سال 2003 حدود ۴٪ کمک هزینه خدمات درمانی خود را به این قشر اختصاص داده است. کمک هزینه درمانی حدود نیمی از کل کمک های مالی و جنسی به این قشر را تشکیل میدهد. ظاهراً دولت ژاپن در نظر دارد در مورد این کمک ها نیز تجدید نظرهای جدی انجام دهد.

در رابطه با هزینه درمان، جایگاه ژاپن در مقایسه با کشورهای OECD<sup>25</sup> در جدول 3-2 نشان داده شده است. از نظر مصرف هزینه درمان سالانه برای یک شهروند، ژاپن در ردیف چهاردهم و کل هزینه درمانی نسبت به GDP<sup>26</sup> در ردیف هژدهم قرار دارد.

ژاپن از این نظر که با تنها ۸ درصد درآمد ناخالص خود توانسته است تا یک نظام منجسم خدمات درمان ملی را عملی کند از طرف صاحب نظران و سازمان بهداشت جهانی موفق ارزیابی میشود.

**جدول 3-2<sup>27</sup>- هزینه درمان سالانه یک شهروند و کل هزینه درمان سالانه نسبت به GDP در کشورهای OECD (2003)**

نام کشور	(ین) (رتبه)	هزینه درمان یک نفر در سال (ین) (%)	کل هزینه درمان (ین) نسبت به GDP کشور (%)
آمریکا	(1)	662076	15.0
سوئیس	(2)	583708	11.5
آلمان	(7)	371556	10.9

<sup>25</sup> متشکل از سی کشور است که در Organization for Economic Co-operation and Development جارچوب قراردادهای مشترک در زمینه مناسبات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با هم همکاری نزدیک دارند.

<sup>26</sup> تولید ناخالص داخلی یا درآمد سرانه-Gross Domestic Product

<sup>27</sup> استخراج از OECD[HEALTH DATA 2006]

نام کشور	هزینه درمان یک نفر در سال (بن)	هزینه درمان یک نفر در سال (رتبه)	کل هزینه درمان(بن) نسبت به GDP کشور(%) (رتبه)
آیسلند	444012	(5)	10.5 (4)
یونان	190357	(20)	10.5 (4)
فرانسه	358919	(9)	10.4 (6)
نروژ	572462	(4)	10.1 (7)
بلژیک	348833	(12)	10.1 (7)
کانادا	308838	(15)	9.9 (9)
پرتغال	158708	(23)	9.8 (10)
اتریش	349877	(10)	9.6 (11)
سوئد	365759	(8)	9.3 (12)
هلند	349877	(10)	9.2 (13)
استرالیا	292028	(16)	9.2 (13)
دانمارک	409117	(6)	8.9 (15)
مجارستان	79296	(25)	8.3 (16)
ایتالیا	248438	(19)	8.2 (17)
<b>ژاپن</b>	<b>312315</b>	<b>(14)</b>	<b>8.0 (18)</b>
نیوزیلند	187575	(22)	8.0 (18)
انگلیس	279739	(17)	7.9 (20)
اسپانیا	190357	(21)	7.9 (20)
لوکزامبورگ	575361	(3)	7.7 (22)
ترکیه	29794	(30)	7.6 (23)
چک	77209	(26)	7.5 (24)
فنلاند	266755	(18)	7.4 (25)
ایرلند	326111	(13)	7.1 (26)
لهستان	41039	(29)	6.5 (27)
مکزیک	45792	(27)	6.3 (28)
سلوواکی	41735	(28)	5.9 (29)
کره جنوبی	81499	(24)	5.5 (30)

## فصل سوم- چالش بیماری های رایج

وضع سلامتی مردم و تمایل مراجعه آن ها به مراکز درمانی شاخص هایی که وضع سلامتی یک جمعیت را مشخص میکند بطور اختصار عبارتند از آن علائم و شکایت های طبی(جسمانی و روانی) که وسیله خود شخص اظهار میشوند، و نتیجه تشخیص های پزشکی که بوسیله متخصصین پزشکی با کمک معاینات، آزمایشات و بررسی های لابراتوری صورت میگیرند.

آمار سال 2004 که وزارت بهداشت ژاپن که از وضع سلامتی 2 میلیون و 600 هزار خانوار بالاتر از 6 سال ارائه داد نتیجه جواب جمعیت مورد نظر در باره سه گزینه زیر بود:

الف: علام پزشکی،

ب: مراجعه مکرر به مراکز درمانی،

پ: تاثیر وضع سلامتی خود در زندگی روزانه

در این بررسی نتیجه زیر مورد تأیید قرار گرفت:

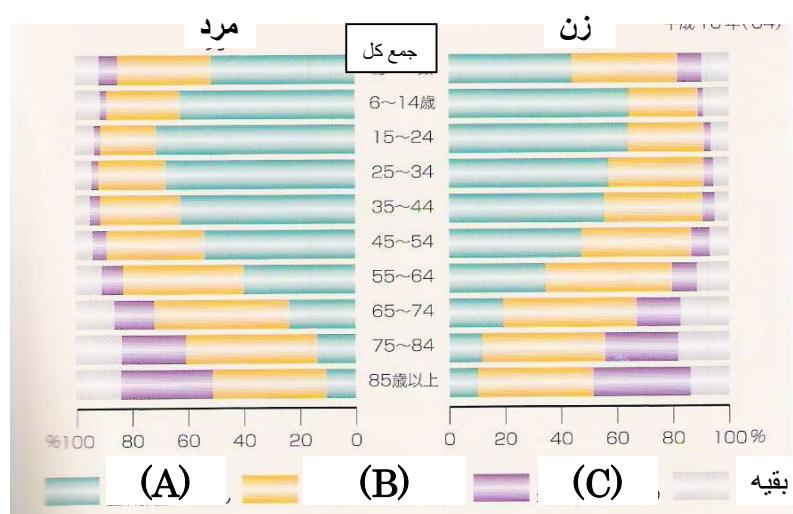
47.5% جمعیت مورد مطالعه جواب منفی به هر سه گزینه دادند(A).

35.7% جمعیت مورد مطالعه به یکی از سه گزینه جواب مثبت دادند(B).

7.7% جمعیت مورد مطالعه به هر سه گزینه جواب مثبت دادند(C).

9.1% بقیه جمعیت جواب مشخصی ندادند.

شكل 3-1 رابطه گروه های سنی را با سه گزینه ذکر شده نشان میدهد. شکایت های طبی اشخاص با بالارفتن سن افزایش داشت. حدود نیمی از گروه سنی 65 سال به بالا از وضع سلامتی خود شکایت داشته اند.



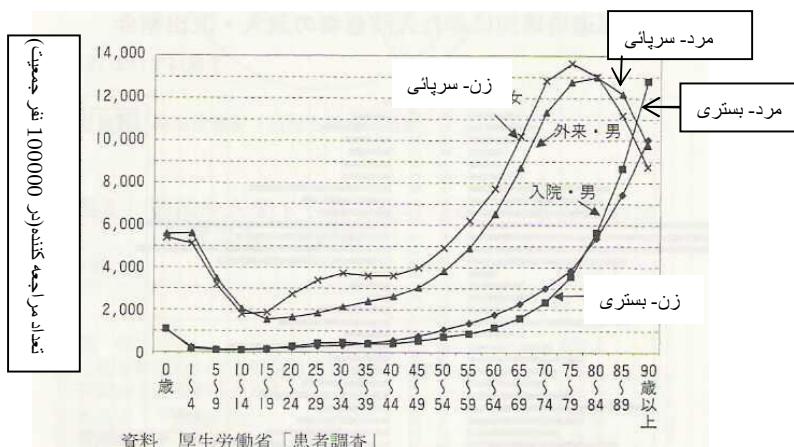
شكل 3-3- پاسخ بیماران گروه های سنی مختلف به سه مولفه سلامتی.  
در مورد مضمون مولفه ها و طبقه بندی پاسخ ها(A,B,C) به متن نگاه کنید.

در بررسی دیگری در همان سال، سطح درک مردم را نسبت به امر سلامتی جویا شده است:

41.3% از جمعیت وضع سلامتی خود را خوب و یا تقریباً خوب ذکر کردند، 40.4% از جمعیت وضع سلامتی خود را معمولی توصیف کردند، 11.9% از جمعیت وضع سلامتی خود را بد یا تقریباً بد توصیف کردند. اجازه بدھید بینیم شکایت های طبی افراد با مراجعه آن ها به مراکز درمانی خوانائی دارد یا نه. به عبارتی کسی که از وضع سلامتی خود ناراضی است آیا به پزشک مراجعه میکند و یا دسترسی کافی به پزشک دارد؟.

در سال 2004 از هر 1000 نفر جمعیت بطور میانگین 325.4 نفر به پزشک مراجعه کرده است. عملاً مراجعه به پزشک نیز در گروه های سنی متفاوت است. 60 درصد سالمندان از 65 سال به بالا به مراکز درمانی مراجعه کرده اند. در زمینه علل مراجعه بیشترین رقم مربوط به بیماری های "فشارخون"، "کمردرد"، "کرم خورده" و "بیماری قند" بوده است. رقم مراجعه کنندگان (بیش از سی درصد جمعیت) به مراکز درمانی نزدیک به اکثر درصد جمعیتی است که از وضع سلامتی خود شکایت دارند (طبقه B+C=43.4%). آمار مربوط به تعداد بیماران سرپائی و بستری از بین مراجعه کنندگان به مراکز درمانی در این سال در دسترس نبود.

چون آمار سال 2002 بصورت دقیقتری قابل دسترسی است به معرفی آن می پردازم. شکل 3-2 تعداد بیماران سرپائی و بستری را نسبت به 100000 نفر جمعیت در سال 2002 نشان میدهد. با افزایش سن، هم در صد مراجعه کنندگان به بخش سرپائی و هم تعداد بیماران بستری افزایش نشان میدهد.

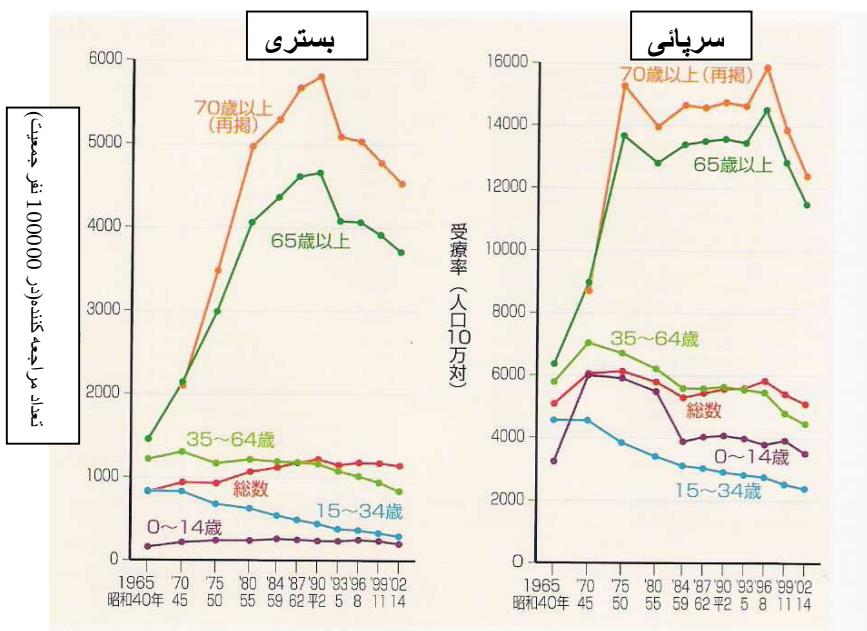


شکل 3-2- منحنی شمار بیماران گروه های سنی مرد و زن در بخش سرپائی و بستری (2002)

شکل 3-3 منحنی سیر نوسانات شمار بیماران را از سال 1965 تا 2002 در بخش سرپائی و بستری نشان میدهد. با وجود سیر کاهش و یا افزایش کند شمار بیماران تمام گروه های سنی در دو بخش سرپائی و بستری، شمار بیماران بیش از 65 سال در بخش سرپائی تا سال 1996 و در بخش بستری تا سال 1990 نسبت به گروه های سنی دیگر دارای یک سیر صعودی قابل

چشمگیری بوده است.

در سال 2002 تعداد بیماران سرپائی 6 میلیون و 460 هزار نفر(5083 نفر در 100000 نفر جمعیت) و تعداد بیماران بستری یک میلیون و 450 هزار نفر(1139 نفر در 100000 نفر جمعیت) بوده است. مراجعه بیماران در بخش سرپائی و بستری به علل بیماری ها برحسب بیشترین رقم در جدول 1-3 خلاصه شده است.



شکل 3-3- سیرسالانه شمار بیماران گروه های سنی در بخش سرپائی و بستری.

جدول 1-3- تعداد بیماران بخش سرپائی و بستری به نسبت 100000 نفر جمعیت- سال 2002

بستری- 1139 نفر	بخش سرپائی- 5083 نفر
بیماری های روانی- 258 نفر	دستگاه گوارشی- 951 نفر
دستگاه گردش خون- 246 نفر	دستگاه گردش خون- 704 نفر
سرطان ها- 131 نفر	بیماری های استخوان، عضلات- 693 نفر
بیماری های اعصاب- 66 نفر	دستگاه تنفسی- 563 نفر
دستگاه گوارش- 55 نفر	غدد داخلي- 282 نفر

مدت بستری بیماران در بیمارستان و یا کلینیک های حامل تخت بر حسب نوع بیماری و سن بیماران متفاوت است. مدت بستری بیماران روانی در بیمارستان های تخصصی طولانی تر از بیماران عادی است. در سال مشابه 42.4 درصد بیماران روانی بین 6 ماه تا 5 سال بستری شده اند، در حالی که 45.4 درصد بیماران عادی بین 0 تا 30 روز و 17.0 درصد بین یک تا شش ماه، 21.4 درصد بین شش ماه تا سه سال در بستری بوده اند.

## علل مرگ و میر و بیماری های رایج

علل مرگ و میر از اولین تا دهمین مرتبه در جدول 3-2 ارائه شده است. نام و تشخیص امراض در گواهی فوت بر مبنای طبقه بندی امراض سازمان بهداشت جهانی<sup>28</sup>، که در دهمین تجدید نظر(2003) ICD<sup>29</sup> اصلاح شد تنظیم گردیده اند. (فرم گواهی فوت در ضمیمه 7 نشان داده شده است). علل مرگ و میر در سال 2005 نسبت به سال قبل آن 55410 مورد افزایش داشته است. این افزایش مخصوصا در ردیف علت اول تا چهارم قابل ملاحظه است. سه علت مرتبه یکم تا سوم نزدیک به 60 درصد کل مرگ و میر ژاپن را تشکیل میدهد. این سه بیماری به امراض ملی ژاپن لقب گرفته اند و به همین علت است که سیاست های گسترشده ای در زمینه پیشگیری و درمان آن ها در سطح همگانی و ملی طرح ریزی شده است. ما در دنباله به این مهم خواهیم پرداخت. سوانح که پنجمین علت مرگ و میر را تشکیل میدهد شامل تمام سوانح از جمله سوانح حین کار، سقوط، سوانح طبیعی و تصادفات رانندگی میشود.

جدول 3-3 علل مرگ و میر در سال های 2004 و 2005

مرتبه	علت مرگ و میر	تعداد فوت شدگان				شماره فوت شدگان نسبت به 100000 نفر جمعیت	درصد نسبت به کل تعداد فوت شدگان
		2005	2004	2005	2004		
1	سرطان	30.1	31.1	258.2	253.9	325885	320358
2	امراض قلبی	16.0	15.5	137.1	126.5	173026	159625
3	امراض عروق مغزی	12.3	12.5	105.2	102.3	132799	129055
4	ذات الریه	9.9	9.3	84.9	75.7	107210	95534
5	سوانح	3.7	3.7	31.5	30.3	39787	38193
6	خدوکشی	2.8	2.9	24.2	24.0	30539	30247
7	کھولت	2.4	2.3	20.9	19.1	26336	24126
8	نارسائی کلیه	1.9	1.9	16.3	15.2	20510	19117
9	امراض کبد	1.5	1.5	13.0	12.6	16409	15885
10	بیماری های انسداد مزمن (COPD <sup>30</sup> )	1.3	1.3	11.4	10.7	14415	13444

<sup>28</sup> World Health Organization: <http://www.who.int/en/>

<sup>29</sup> International Classification of Diseases(ICD):

<http://www.who.int/classifications/icd/en/>

<sup>30</sup> Chronic Obstructive Pulmonary Disease(COPD)

تعداد فوت شدگان بر اثر تصادفات رانندگی در سال 2004 برابر با 7358 کل مرگ و میر) و در سال 2005 برابر با 6871 کل مرگ و میر) بوده است. شکل 3-4<sup>31</sup> سیر کاهشی تعداد مرگ میر بر اثر تصادفات رانندگی در ده سال گذشته از سال 1997 تا 2006 را نشان میدهد.



شکل 4-3 سیر کاهشی مرگ و میر بر اثر تصادفات رانندگی در ده سال اخیر

خودکشی به عنوان ششمین علت مرگ متأسفانه یک سیر صعودی را طی کرده است. سالی بیش از سی هزار نفر (0.6% تا 0.7 درصد کل مرگ و میر) در ژاپن دست به خودکشی میزنند که این خود یک معدل بزرگ اجتماعی تعبیر میشود. آمار خودکشی در سال 1978 برابر با 20788 نفر که با افزایش تدریجی سالانه این رقم در سال 2006 به 32155 نفر رسیده است. این رقم در مقایسه با سال قبل آن 397 نفر (1.2 درصد) کاهش داشته است. 70.9 درصد از خودکشی کنندگان مرد بوده اند. آمار خودکشی در تقسیم بندی گروه سنی نشان میدهد که گروه سنی 60 سال به بالا بیشترین رقم، 11120 نفر برابر با 34.6 درصد و در مرتبه دوم گروه سنی 50 سال به بالا 7246 نفر برابر با 22.5 درصد از کل تعداد خودکشی قرار دارند. سن بالای خودکشی کنندگان حائز اهمیت است. قابل توجه است که آمار نشان میدهد معضلات تدرستی 41.5 درصد عامل اصلی خودکشی از بین تمام عوامل ذکر گردیده است. عوامل دیگر به ترتیب مسایل اقتصادی و زندگی روزانه 28.8 درصد، مسایل خانوادگی 10.0 درصد و مسایل مربوط به شغل 6.8 درصد در مرتبه دوم تا چهارم قرار دارند. رابطه خودکشی با مسایل بهداشت و تدرستی قابل پیگیری است.

اجازه بدھید مطالعه جامعتی در زمینه امراض مشهور به امراض ملی که حدود 60 درصد کل مرگ و میر ژاپن را تشکیل میدهد انجام بدھیم.

شکل 3-5 منحنی تغییرات علت مرگ و میر را از سال 1950 تا 2004 نشان میدهد.

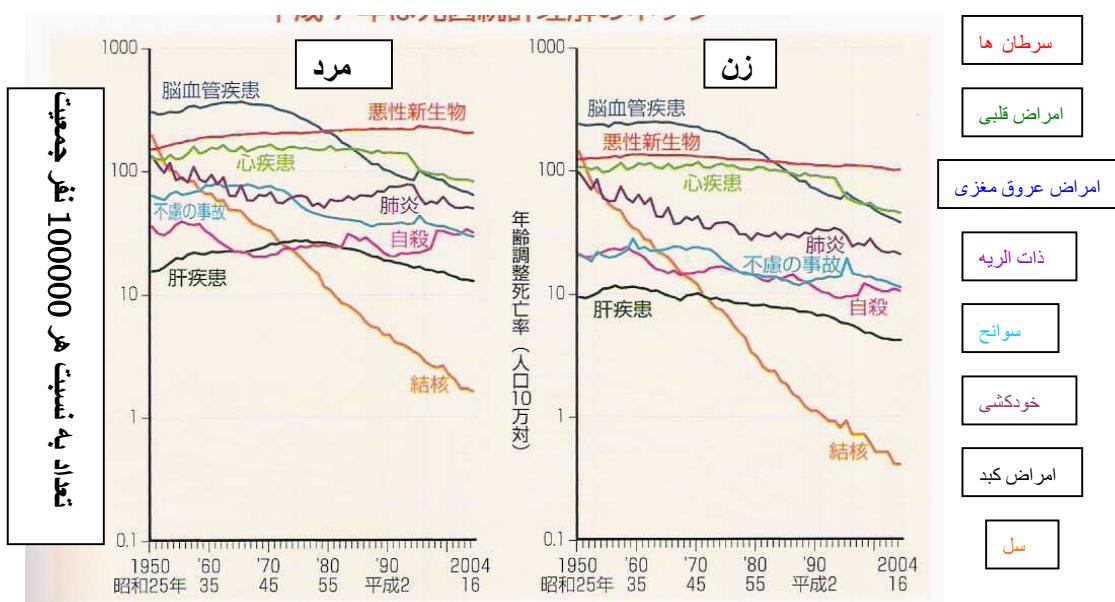
بیماری های مربوط به عروق مغزی (خونریزی ها، انفارکتوس) تا سال 1970 در مرتبه اول از علت مرگ قرار داشته، که بعد از آن به تدریج کاهش می یابد. ولی هم اکنون نیز به عنوان سومین علت مرگ از اهمیت انکار ناپذیری برخوردار است. بقیه علت مرگ و میر با نوسانات

<sup>31</sup> این شکل از تارنمای اداره پلیس ژاپن گرفته شده است.  
<http://www.npa.go.jp/toukei/koutuu1/shisha.htm>

جزئی در مرتبه ثابتی قرار دارند. بیماری سل در سال 1950 بعد از امراض عروق مغزی در مرتبه دوم از علل قرار داشت که بعد از آن با سرعت بسیار روبه کاهش گذاشت به ترتیبی که هم اکنون حتا در بین ده علت مرگ و میر هم دیده نمی شود.

سرطان ها رتبه اول (پک سوم کل) علل مرگ و میر را به خود اختصاص میدهند. طبق آمار سال 2004 سرطان های ریه، معده، کبد و روده بزرگ به ترتیب در مردان، و سرطان های روده بزرگ، معده، کبد، و پستان به ترتیب در زنان بیشتر مشاهده شده است. سرطان ریه در هردو جنس زن و مرد نسبت به سال های قبل سیر صعودی، ولی سرطان معده در هردو جنس سیر نزولی داشته است.

در حالیکه سرطان زهدان(رحم) در زنان کاهش یافته، سرطان پستان با افزایش رویرو بوده است. 12 درصد موارد بستری در سال 2002 متعلق به بیماران سرطانی بوده است.



شکل 3-5 منحنی سیر تغییرات هشت علت مرگ و میر در جمعیت جداگانه زن و مرد

این رقم در ردیف سوم بعد از بیماران عصبی و روانی(23 درصد) و بیماران مبتلا به امراض دستگاه گردش خون(22 درصد) بوده است. میانگین مدت بستری بیماران سرطانی در همین سال 35.7 روز اعلام شده است.

انفارکتوس یا سکته(انسداد عروق) قلبی و انجینی یا دردهای حاد قفسه سینه(تنگی عروق) که جمун حدود 50 درصد مرگ و میر امراض قلبی را باعث میشوند در رتبه دوم علل مرگ و میر در ژاپن قرار میگیرد. میانگین مدت بستری بیماران قلبی 29.3 روز گزارش شده است.

امراض عروق مغزی که شامل خونریزی های مغزی، خونریزی زیر پرده عنکبوتیه<sup>32</sup> و انفارکتوس میشود در رتبه سوم از علل مرگ و میر قرار دارد.

امراض عروق قلبی و مغزی در طبقه امراض گردش خون طبقه بندی میشوند که جمун 22

<sup>32</sup> Subarachnoid Hemorrhage(SAH)

درصد موارد بستری را در سال 2002 به خود اختصاص دادند. موارد بستری امراض عروق مغز بیشتر، حدود 50 درصد کل موارد بستری در طبقه امراض گردنی خون بوده است. در جمع، امراض عروق مغزی رتبه دوم را در کل موارد بستری به خود اختصاص داده است که این روند هم اکنون نیز ادامه دارد. میانگین مدت بستری بیماران امراض عروق مغز 102.1 روز گزارش شده است که بعد از بیماران روانی که بطور متوسط 580.0 روز است طولانی ترین مدت بستری در بیمارستان است.

شکل 6-3 و جدول 1-4 شمار بیماران و هزینه درمان امراض عده را نشان میدهد.



شکل 6-3 شمار بیماران و هزینه درمان امراض عده عل مرج و میر

آن طور که از شکل 16 نیز مشهود است رابطه معکوس بین شمار بیماران و هزینه درمان در امراض سرطانی و عروق مغزی چشمگیرست. هزینه درمان بیماران این گونه امراض به نسبت شمار بیماران بسیار بالاست. مخصوصاً بیماران عروق مغزی که حتا در صورت رهائی از خطر مرگ در دوره نقاوت دچار عوارض گوناگونی از جمله ناتوانی های حرکتی، گفتاری، عصبی و روانی میشوند که محتاج درمان و مراقبت های طولانی ویژه ای اند. ما در دنباله به تشریح طرح های بهداشتی دولت ژاپن برای تعالی سطح سلامتی مردم و همچنین برنامه های پیشگیری از بروز امراض عده عل مرج و میر بخصوص امراض عروق مغزی می پردازیم.

## فصل چهارم- سیاست های بهداشتی و مشی پیشگیری از بیماری ها

### شرایط الزام آور برای اجرای سیاست های بهداشتی

جای شک نیست که تمرکز و بسیج تمام قوا برای کنترل بیماری ها و سالم سازی مردم از راه تنها درمان بیماری ها با شکست روپرتو شده و خواهد شد. دولت ژاپن از سال 1964 یعنی زمان کوتاهی بعد از تصویب قانون بیمه عمومی(1961) به اهمیت برنامه های بهداشت به موازات ارائه خدمات درمانی واقف بوده و فعالیت هائی نیز در این حوزه داشته است. ولی همچنان وزنه سیاست های درمانی نسبت به طرح های اصلاح وضع بهداشت و پیشگیری از بیماری ها سنگین تر بوده است. در سال 2000 با یک جهش بی سابقه طرح "سالم سازی ژاپن در قرن 21" را شروع میکند و در امتداد این طرح در اگوست سال 2002 قانون "ارتقای وضع بهداشت عمومی" را صادر میکند. بی گمان تجربیات تاریخ فعالیت های درمانی و شرایط عینی اقتصادی و اجتماعی مسبب اصلی در صدور این طرح و قانون بود. ویژگی شرایط اجتماعی ژاپن را در این دوره میتوان در چهار واقعیت زیر توصیف کرد:

1- سیر صعودی کاهش کودکان و افزایش سالمندان در ترکیب جمعیت(شکل 3-2 را نگاه کنید): طبق سرشماری سال 2005 جمعیت ژاپن 127760000 نفر، جمعیت سالمند 65 سال و به بالا 26820000 نفر برابر با 21 درصد کل جمعیت بوده است. از سال 2004 نرخ تولد (8.4) تولد در 1000 نفر(نسبت به نرخ مرگ و میر(8.6 مرگ در 1000 نفر) شروع به کاهش کرده است. تخمین زده میشود که در سال 2050 از هر سه نفر ژاپنی یکی سالمند بالای 65 سال باشد. طبیعتن بیماری ها و هزینه خدمات درمانی با افزایش قشر سالمند افزایش می یابد(به شکل های 3-2 و 3-3 نگاه کنید)، و از طرف دیگر کاهش جمعیت کودکان، جامعه را با کمبود جمعیت مولد و کاهش در آمد ملی مواجه میکند.

2- افزایش "بیماری های منتبه به نحوه زندگی روزانه"<sup>33</sup>(سرطان ها، امراض عروقی قلب و مغز، دیابت، فشار خون): بیماری هائی که بر اثر نوع تغذیه و عادات صرف غذا، استعمال دخانیات، نوشیدن مشروبات الکلی، ورزش نکردن و عدم تحرکات بدنی، پرکاری و محرومیت از تعطیلی و استراحت کافی، تنفس های روحی و غیره حاصل میشوند. نامیدن این نوع بیماری ها به "بیماری های منتبه به نحوه زندگی روزانه" با هدف جلب توجه و همکاری بیش از پیش خود مردم در پیشبرد طرح های بهداشتی و پیشگیری این بیماری ها صورت گرفت. آمار بروز این بیماری ها و هزینه درمان آن ها در شکل 6-3 و جدول 1-4 خلاصه شده است.

3- افزایش بیمارانی که در دوره نقاوت بیماری بعلت از پا افتادگی و رنجوری ناشی از عوارض بجا مانده به خدمات پرستاری و مراقبتی<sup>34</sup> نیاز دارند: این نوع بیماران در بیمارستان های

<sup>33</sup> Life-style diseases

<sup>34</sup> در سال 2000 یک نظام مجزای بیمه خارج از چارچوب بیمه ملی برای این نوع از بیماران تدوین شد که

به "بیمه خدمات پرستار" موسوم است. هزینه نگهداری از این نوع بیماران که تنها از خدمات مراقبتی استفاده

میکند بر حسب درجه احتیاج آن ها بوسیله دولت تعیین شده است که به موسسه نگهداری کننده پرداخت میشود.

مراقبتی و یا پرستاری که مجزا از بیمارستان های عادی مختص بیماران حاد طبقه بندی میشوند بستری میگردند. در صورت عود بیماری و یا مبتلا شدن به بیماری تازه ای مشمول

**جدول 1-4** شمار بیماران مناسب به نحوه زندگی روزانه و هزینه سالانه خدمات درمانی آن ها(2003)

بیماری های نحوه زندگی	شمار بیماران	هزینه درمان(ین)
امراض فشار خونی	6990000	$1.9114 \times 10^{12}$
دیابت	2280000	$1.1465 \times 10^{12}$
عروق قلبی	910000	$6954 \times 10^8$
عروق مغزی	1370000	$1.7182 \times 10^{12}$
سرطان ها	1280000	$2.4813 \times 10^{12}$
جمع کل	130000000	7.9528x10 <sup>12</sup> (تقربان)

انتقال و تحت درمان در بیمارستان های عادی میگردند. بیماری های عروق مغزی 25.7 درصد کل بیماران محتاج مراقبت های طولانی را تشکیل میدهد. بیماران از پا افتاده بر اثر کهولت 16.3 درصد در مرتبه دوم و بیماران مبتلا به امراض مفصلی 10.6 درصد، زمین خوردگی و شکستگی استخوان 10.8 درصد، بیماران دماس<sup>35</sup> 10.7 درصد به ترتیب در مرتبه سوم، چهارم و پنجم قرار دارند. 25.9 درصد بقیه شامل بیماران گوناگون دیگر میشود. تعداد کل این گروه از بیماران را در سال 2006 برابر با 350000 نفر برآورد کرده اند که 230000 نفر از آن ها در بیمارستان های پرستاری و 120000 نفر بقیه در خانه های مراقبتی (یا پرستاری) تحت پوشش خدمات لازم قرار گرفته اند. میانگین سن این بیماران 85.3 سال، 40.3 درصد آن ها از 80 سال به بالا بوده اند. میانگین مدت بستری آن ها 172.8 روز بوده، در حالی که بیماران عادی 19.8 روز گزارش شده است. آمار بیماران محتاج خدمات مراقبتی از سال 2006 به بعد کاهش نسان میدهد. ار آن جائی که افزایش این نوع بیماران، هم سبب پائین آمدن طول عمر مفید و یا سالم میشود و هم عاملی برای افزایش هزینه خدمات درمانی است وزارت بهداشت در صدد کاهش شمار بستری این نوع بیماران در بیمارستان های مراقبتی و انتقال آن ها به خانه های سالم‌مندان است..

**4- افزایش روزافزون هزینه درمان:** میتوانید به توضیحات در صفحات قبل و شکل 2-2 را نگاه کنید.

#### برنامه های بهداشتی و پیشگیری از امراض

اهداف طرح های بهداشتی و پیشگیری از بیماری از بیماری ها با توجه به مسایل یادشده در راستای حل آن آن ها تنظیم شده اند. هدف کلی از اجرای "سالم سازی ژاپن قرن 21" و صدور "قانون ارتقاء

---

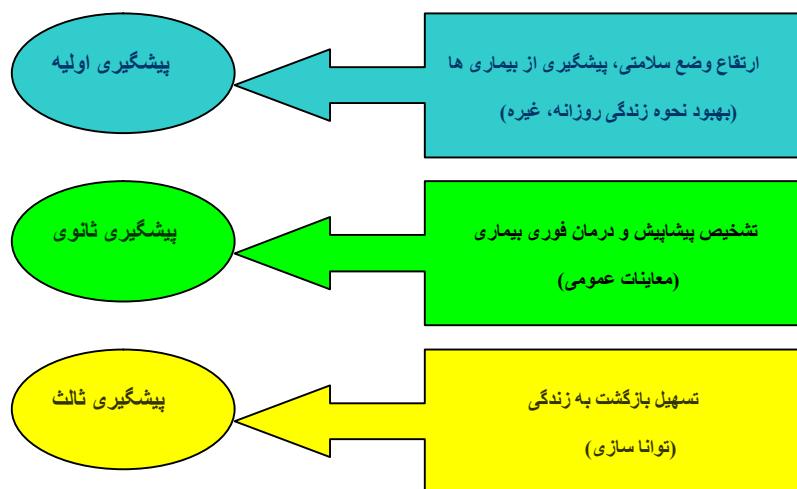
در صورتیکه احتیاج به خدمات درمانی باشد هزینه درمان در چهارچوب نظام بیمه درمان ملی طلب میگردد.

<sup>35</sup> dementia

وضع بهداشت عمومی "جلوگیری از مرگ های زودرس و بالا بردن "طول عمر سالم"<sup>36</sup> آhad مردم اعلام شد. "طول عمر سالم" عبارت از طول سنی است که شخص در سلامتی کامل قادر به گذراندن یک زندگی مستقل باشد. بالابردن "طول عمر سالم" طبیعتن کاهش بیماری ها، تضعیف و یا درمان فوری و موثران ها و توان سازی بیماران را طلب میکند. در راستای تحقق این مهم، دولت ژاپن برنامه های بهداشتی را در چهار چوب سه بُعد پیشگیری اولیه، ثانوی و ثالث(شکل 1-4) تنظیم و به حل و یا تخفیف مسایل مربوط به معضلات بهداشتی پرداخت.

طرح های بهداشتی در بعد پیشگیری اولیه شامل اصلاح ظرف مغذی میگردد:

1- تقویت و تغذیه: رابطه بین نوع تغذیه و نحوه صرف غذا با بیماری های منتبه به نحوه زندگی روزانه از جمله امراض عروق قلبی و مغزی، دیابت و امراض ناشی از فشار خون به اثبات رسیده است. آموزش و تجهیز محیط زندگی و کمک افراد به پرهیز از پرخوری، یکنواخت خوری و نامنظم خوری در دستورکار این برنامه قرار میگیرد. در مقایسه با 20 سال پیش در صد قشر جوان که دچار چاقی شده اند افزایش نشان میدهد. طبق آمار 2004 برابر با 28.4 درصد جوانان مرد و 20.6 درصد زنان بالای 20 سال مبتلا به چاقی<sup>37</sup> (BMI=25%) به بالا گرفتار بوده اند. مردها در تمام سنین و زنان در گروه سنی 65 سال به بالا به چاقی دچار هستند. در بررسی دیگری که در راستای جلوگیری از چاقی انجام گرفت روشن شد که در دهه سنی سی سال مردان 20 درصد، زنان 3 درصد، در دهه سنی چهل سال مردان 40 درصد و زنان 10



شکل 1-4 پیشگیری در سه بُعد

درصد مشکوک به سندروم متابولیک<sup>38</sup> هستند. در فاصله سنی 40 تا 74 سال 50 درصد مردان و

<sup>36</sup> Disease Free Life Expectancy

<sup>37</sup> BMI= Body Mass Index= Weight(Kg)/ Height(m)<sup>2</sup>. 25 به بالا را چاقی ارزیابی می کنند. بالا بودن چربی خون، افزایش فشار خون، بالا بودن قند خون و بزرگی اندازه-

<sup>38</sup> دور شکم(زنان 90 سانتی متر و مردان 85 سانتی متر و به بالا) چهار علامتی است که به سندروم متابولیک

20 درصد زنان بطور جدی مشکوک به سندروم متابولیک بوده اند. جمع کل جمعیت مشکوک و افراد مستعد به سندروم متابولیک را حدود 20 میلیون تخمین میزنند.

وزارت بهداشت در جهت پیشبرد سالم سازی وضع تغذیه مردم با اصلاحاتی که در "قانون تکنیسین تغذیه" انجام داد به تجهیز و انجام بخشی دوره های آموزش تخصصی تکنیسین ها پرداخت. تعداد مراکز تربیت تکنیسین تغذیه در سال 2006 برابر با 312 مرکز با گنجایش 23 هزار دانشجو در دوره دوساله افزایش نشان داد.

افزون بر این میتوان از صدور لیست تعادل غذائی برای اقسام مختلف مردم و تشویق و آموزش رستوران ها و کسبه مواد خوراکی فروش به عرضه متنوع غذا های سالم و درج مقدار کالری هر پرس غذا در لیست غذائی و غیره توسط وزارت بهداشت یاد کرد.

2- فعالیت های بدنی و ورزش: عدم تحرک بدنی و ورزش نکردن باعث چاقی و در نتیجه بروز "بیماری های منسوب به نحوه زندگی روزانه" میشود. طبق آمار 2004(شکل 4-2) وزارت بهداشت جمعاً 30.9 درصد مردم ورزش میکند<sup>39</sup>. سنین 20 تا 49 سال بطور میانگین تنها حدود 17 درصد ولی سنین 60 تا 70 سال و به بالا بیش از 43 درصد ورزش میکنند. وزارت بهداشت در جهت پیشبرد برنامه های عمومیت بخشی به عادت ورزش و تحرکات بدنی مردم به فعالیت گوناگونی دست زده است. برای نمونه میتوان از تربیت بیش از 10857 "مربي



شکل 4-2 آمار جمعیتی که عادت به ورزش دارند(2004)

ورزش سالم سازی" و "مربي عملی ورزش سالم سازی" تا سال 2006 نام برد. بنای بیش از 399 "مرکز ارتقای سلامتی" از نوع ورزشگاه و 29 مرکز از نوع حمام های چشمراه آب گرم و تجهیز بیش از 15 مرکز مطالعات علم سلامتی(تا سال 2005) نیز در شمار فعالیت ها قرار دارند. در صورتی که استفاده از مراکز مزبور بوسیله پزشک معالج تجویز شده باشد بیمار میتواند

تعریف میشود. برای تشخیص سندروم متابولیک وجود یکی از این چهار علامت کافی شناخته شده است.  
افرادی که حداقل دو بار در هفته و هر بار بیش از 30 دقیقه ورزش که بیش از یکسال ادامه داشته باشد در <sup>39</sup> این مطالعه منظور شده اند.

بطور رایگان(با پارانه های دولت) از مراکز خصوصی نیز استفاده نماید.

**3- استراحت و برخورداری از سلامتی روحی:** بی شک استراحت کافی، خواب آرام و کافی، تسکین اعصاب و روان از مولفه هایی هستند که به جلوگیری از بیماری ها کمک میکنند. در این راستا وزارت بهداشت ژاپن اهداف " کاهش در صد افرادی که در طول یکماه چار تنش های عصبی و روحی میشوند" ، "کاهش درصد افرادی که بر اثر کمبود خواب از استراحت کافی محروم هستند" ، "کاهش خودکشی ها" را در برنامه های "سالم سازی ژاپن قرن 21" گنجانید. در سال 2003 دستورالعمل یا خط مشی ای شامل هفت ماده برای راحت خوابیدن صادر گردید:

1. خواب همراه با آرامش و زندگی شاد
2. خوابیدن جنبه شخصی دارد ولی زندگی شادمان روزانه علامت خواب راحت است،
3. خواب راحت توسط خود شخص تحقق می یابد
4. اعمال روش تسکین(ریلاکس) قبل از خواب زیرا که عجولی برای خوابیدن عامل بازدارنده است،
5. به محض بیدار شدن پرده ها را کنار بزنید تا نور وارد اطاق شود و ساعت درون بدن بکار افتد،
6. در صورت خواب آلودگی، خواب عصر لذت بخش است،
7. در صورت بی خوابی مزمن به متخصص رجوع کنید.

**4- دخانیات:** بر پایه پژوهش ها آشکار شده است که بیش از 4000 نوع ماده شیمیائی در سیگار است که حدود شصت نوع آن سرطان زا است. استعمال سیگار علاوه بر این که علت سرطان ریه میشود سبب بروز بیماری های عروق قلبی، برونشیت مزمن و امراض COPD و بیماری های دستگاه گوارش از جمله زخم های معده و روده دوازده(اثنی عشر) نیز میگردد. ضمنن خطرات ناشی از سیگار کشیدن در زنان آبستن از جمله سقط جنین، حمل زود رس و نارسائی های رشد جنین گزارش شده است.



شكل 4-3 نوسان جمعیت استعمال کننده سیگار در ژاپن و مقایسه در صد استعمال کنندگان سیگار در کشور های مختلف

ژاپن در بین کشور های پیشرفت‌هه در صد جمعیت سیگار کش بسیار بالائی را داراست(شکل 3-4). آمار سال 2005 نشان میدهد که 45.8 درصد مردان و 13.8 درصد زنان سیگار میکشند. آمار مردان در بین کشور های پیشرفت‌هه در صدر قرار دارد. اخیرا گزارش های تکان دهنده ای از استعمال سیگار در بین دانش آموزان مدارس داده شده است. 21.7 درصد دانش آموزان پسر و 9.7 درصد دانش آموزان دختر سال سوم دبیرستان(سال 2000) سیگار میکشند.

فعالیت ها و دستورالعمل های وزارت بهداشت ژاپن را در جلوگیری از مضرات سیگار که مخصوصا بعد از ارائه برنامه "سالم سازی ژاپن قرن 21" صادر شدند را شرح میدهیم.

الف: تنویر افکارو آگاه سازی عمومی در مورد نقش مخرب سیگار بر سلامتی انسان،

ب: جلوگیری از استعمال سیگار در افراد نوجوان و نابالغ،

پ: مجزا نمودن و یا تعییه محل مخصوص سیگارکشی در اماکن عمومی و محل کار، تبلیغ و اشاعه مناسب ترین روش های مجزا سازی مکان سیگارکشی،

ج: یاری رساندن به افرادی که در صدد ترک سیگار هستند.

لازم است یادآوری کنیم که در بسیاری از بیمارستان ها کانیک ترک سیگار دایر بوده تا به آموزش داوطلبان ترک سیگار پرداخته و روش های عملی لازم را در اختیار آن ها قرار دهند.

5- الکل: رابطه مشروبات الکلی با بیماری های روانی، کبدی، عروق مغزی، فشار خون، سرطان و اعتیاد گزارش شده است. افزون بر آن نوشیدن الکل در رابطه با سوانح حین کار، تصادفات رانندگی، جرایم و اختلافات خانوادگی نیز قابل ذکرند. آمار سال 2004 نشان میدهد که 53.4 درصد مردان و 15.4 درصد زنان(20 سال به بالا) حداقل سه بار در هفته از مشروبات الکلی استفاده میکنند. مقدار کل مصرف مشروبات الکل در سال همانند 9041697 کیلومتر گزارش شده است که ساکه<sup>40</sup> ژاپنی از دیگر انواع مشروبات الکلی بیشترین مقدار 745734 کیلومتر مصرف شده است. در طرح "سالم سازی ژاپن قرن 21" مقرر شد که: الف- کشف فوری موارد مشروب خواری های بیش از اندازه، ب- منع کردن مشروب خواری افراد کمتر از 20 سال، پ- تبلیغ و آموزش عموم در مورد رابطه الکل با بیماری ها.

6- سلامتی دندان: در چهارچوب برنامه های "سالم سازی ژاپن 21" دستورالعمل هائی در مورد مواظبت از کرم خورデگی دندان کودکان و جلوگیری از پیوره لثه دندان نوجوانان صادر گردیده است. فعالیت های سراسری در جهت تحقق شعار 8020 (20 دندان برای 80 ساله ها) که در راستای هدف بالا بردن "طول عمر سالم" صورت گرفت نیز قابل ذکر است. بهداشت دندان مردم ژاپن در تمام گروه های سنی نسبت به سال های قبل روبه بهبودی گذاشته است. طبق آمار سال 2004 ، در صد جمعیتی که بیش از 20 دندان خود را حفظ کرده در گروه سنی 75 تا 79 سال 27.1 درصد و در گروه سنی 80 تا 84 سال 21.1 درصد گزارش شده است. شعار 8020 تا اندازه ای تحقق یافته است.

<sup>40</sup> ساکه معمولی از برنج ساخته میشود و به مانند شراب در حدود 14 درصد الکل دارد.

7- دیابت<sup>41</sup>: در برنامه های "سالم سازی ژاپن قرن 21" طرح های [اجتناب از عوامل بیماری زای دیابت]، معاینات پیش گیرانه و آموزش بیماران دیابت]، [کاهش بیماران دیابتی]، [کاهش عوارض دیابت]. و گنجاندن طرح کاهش 20 درصدی بیماران دیابتی در طول 10 سال استراتژی سلامتی که از سال 2005 آغاز گردید قابل توجه است.

8- امراض عروق: به موازات اجرای طرح های مربوط به تغذیه، ورزش، دخانیات و مشروبات الكلی که رابطه تنگاتنگ با بیماری های عروق قلبی و مغزی دارند برنامه کاهش این نوع بیماری ها در فاصله زمانی مشخص تاکید شد. در طرح ده ساله استراتژی پیشروی سلامتی که از سال 2005 شروع شد مقرر گردید نرخ مرگ و میر بیماران عروق مغزی را 25 درصد و نرخ مرگ و میر بیماران عروق قلبی را 20 درصد کاهش دهد،

9- سرطان: افزون بر اجرای طرح های مربوط به تغذیه، ورزش، دخانیات و مشروبات الكلی که بی شک با افزایش انواع سرطان ها رابطه دارد مقرر گردید که در چارچوب استراتژی ده ساله سلامتی در صد طول "بقای عمر پنج ساله"<sup>42</sup> بیماران سرطانی را 20 درصد افزایش دهد.

در دنباله به تشریح مختصر فعالیت های بهداشتی در بعد پیشگیری ثانوی می پردازم. در برنامه های "سالم سازی ژاپن قرن 21" معاینات عمومی در جهت کشف پیش‌اپیش بیماری ها مخصوصن "بیماری های منتبه به نحوه زندگی روزانه" از اهمیت چشمگیری برخوردار است. معاینات و آزمایشات روتین منظم در سه مقطع ساکنین مناطق، محل های کار و مراکز آزاد اختیاری انجام میگیرد. ساکنین مناطق، اشاره به جمعیت مردمی است که یا خانه دارند و یا کاسب کار آزادند. در محل های شغلی رسمی از جمله شرکت ها و بنگاه ها و موسسات خصوصی، ادارات دولتی معاینات و آزمایشات روتین دوره ای از کارمندان اجباری است. مراکز آزاد نیز وجود دارد که با عرضه لیست های متنوع به آزمایشات، معاینات و راهنمائی های درمانی می پردازند. البته در مدارس و موسسات آموزشی نیز معاینات و آزمایشات معین شده ای بطور منظم انجام میگیرد.

تأثیر این فعالیت های پیشگیرانه در آمار مراجعات بیماران به مراکز درمانی ارزیابی گردیده است. یک مطالعه در سال 2002 بر روی بیماران دیابتی نشان داد که تعداد مراجعه بیماران به مراکز درمانی پس از آزمایشات روتین، از بیماران دیگری که آزمایشات روتین را انجام نداده بودند بیشتر است. 54.9 درصد بیماران پس از آزمایشات روتین به مراکز درمانی رجوع کردند، در حالی که تنها 10.6 درصد از بیماران دیابتی که تن به آزمایشات روتین نداده بودند برای درمان به مراکز تخصصی رجوع کرده بودند. بررسی های پیشگیرانه سال مشابه نشان داد که جمع بیماران شدیداً مشکوک<sup>43</sup> و ممکن<sup>44</sup> به بیماری دیابت به 16200000 نفر میرسد. معاینات و آزمایشات روتین برای کشف پیش‌اپیش فشارخون، چاقی و امراض عروق قلبی و

<sup>41</sup> دیابت مرتبط با تغذیه را "دیابت نوع ثانوی" می نامند که قابل پیشگیری است.

<sup>42</sup> 5-year survival

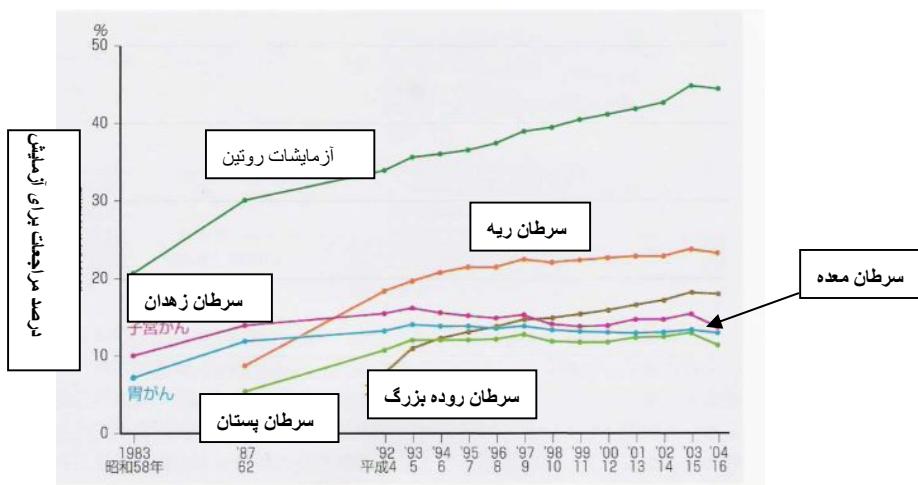
<sup>43</sup> A1c=6.1 and higher

<sup>44</sup> A1c=5.6~6.1

سرطان ها نیز انجام میگیرد.

شکل 4-4 سیر آمار آزمایشات روتین و آزمایشات تخصصی برای تشخیص سرطان ها در بعد پیشگیری ثانوی را به نمایش میگذارد.

در برنامه های پیشگیری ثانوی، از طرف خود مسئولین، مسایل و دشواری هائی از جمله مسایل مدیریت آمارها، نحوه اجراء و نقص در پی گیری نتایج آزمایشات با ابتلای واقعی بیماری ها وغیره تاکید شده است که مطالعات عمیق تر و با انجسام بیشتر در این برنامه ها را طلب میکند.



شکل 4-4 منحنی نوسان آمار آزمایشات روتین و آزمایشات تخصصی سرطان ها

و اما فعالیت های بهداشتی در بعد پیشگیری ثالث چگونه است.

جلوگیری از تشدید ناتوانی<sup>45</sup> و زمین گیر شدن<sup>46</sup> بیماران در دوران نفاخت بیماری از اهم اهداف در بعد ثالث از سیاست های بهداشتی و پیشگیری است. به عبارتی پیشگیری ثالث یاری رساندن به بیماران در کسب توانائی لازم برای گذراندن یک زندگی مستقل و شاداب و پرهیز از بستری در بیمارستان های مراقبتی است.

آمار سال 2001 نشان میدهد که 3250000 ناتوان در خانه وجود داشته است. این رقم نسبت به سال های قبل افزایش داشته و این افزایش عمدتن متعلق به گروه سنی 65 سال و به بالا بوده است . از این رقم 1749000(53.9%) ناتوانی های جسمانی و بقیه مربوط به اعضای داخلی(قلب، کلیه)، گفتاری، سمعی و بصری بوده است. گروه سنی 65 سال و به بالا 62 درصد افراد ناتوان را تشکیل میدهد. 26.2 درصد ناتوانی ها به سبب امراض و 17 درصد موارد به علت سوانح و تصادفات رانندگی گزارش شده است. در بین امراض، امراض قلبی 11.1 درصد و امراض عروق مغزی 10.5 درصد، علت اول و دوم ناتوانی ها بوده است. شمار افراد ناتوان ذهنی در سال 2000 برابر با 360000 (330000) نفر در خانه، 130000 در آسایشگاه) مورد

<sup>45</sup> disability

<sup>46</sup> bed-ridden or unambulatory

گزارش شده است. معلومین از چهل سال به بالا تحت پوشش "قانون بهداشت سالمندان<sup>47</sup>" از خدمات بهداشتی و رفاهی برخوردار میگردند. پس از تاسیس "بیمه سالمندان" در سال 1980 که خارج از چارچوب بیمه ملی سالمندان را تحت پوشش قرار میداد، "قانون بهداشت سالمندان" در سال 1982 به تصویب رسید که عمدتن مسئولیت پیشگیری از بیماری ها، خدمات درمانی و کمک های توان سازی<sup>48</sup> سالمندان 75 سال و به بالا را بعده دارد. افزون بر این در تبصره این قانون پوشش خدمات درمانی و بهداشتی برای بیماران زمین گیر 65 تا 75 سال و خدمات بهداشتی و توان سازی برای گروه سنی 40 سال و به بالا در نظر گرفته شده است.

همانطور که در صفحات پیش نیز به آن اشاره کردیم سهم کمک های دولتی به نظام "بیمه سالمندان" بطور خاص از سهم دولت در بیمه ملی بیشتر است.

مهمترین هدف در "قانون بهداشت سالمندان" ایجاد توانائی و استقلال در بیماران میان سال و سالمند، تجهیز وسائل رفاهی برای آن ها میباشد تا قادر به زندگی در خانه خود باشند. در جهت تحقق این اهداف میتوان از تلاش هایی از جمله خدمات بازدید در خانه(کمک های خانگی، پرستاری در خانه)، پذیرش در خانه های پرستاری(مراقبت ها و توان سازی روزانه، پذیرش های طولانی موقتی) و خدمات حمایتی در خانه سالمندان برای بیماران با نارسائی های ذهنی نام برد.

در پایان پنج سال اول برنامه "سالم سازی ژاپن 21" یعنی سال 2005 ارزیابی مسئولین وزارت بهداشت به قرار زیر است:

﴿ شاخص های گوناگون سلامتی مردم بطور منظم تحت نظارت(مانیتورینگ) قرار گرفت،  
﴿ برنامه های بهداشتی در تمام استان ها و نیمی از شهرهای منطقه و روستا تنظیم گردید،  
﴿ نتایج فعالیت ها در نیمه اول نشان میدهد که نرخ مرگ و میر امراض عروق مغزی و امراض عروق قلبی روبه کاهش گذاشته است، اما درصد مردان مبتلا به چاقی و کمبود ورزش افزایش داشته است. افزایش سطح آگاهی مردم به مفهوم سندروم متابولیک و کاهش استعمال دخانیات از دست آوردهای دیگر این برنامه قلمداد شده است.

تشدید فعالیت های پیشگیری از سندروم متابولیک در نیمه باقی مانده برنامه "سالم سازی ژاپن 21" مورد تأکید قرار گرفته است.

بسیاری از پژوهه های بهداشتی و رفاهی با وساطت مراکز بهداشت انجام میگیرند. در دنباله به معرفی ساختار و عملکرد مراکز بهداشت می پردازیم.

## مرکز بهداشت<sup>49</sup> و وظایف آن

یکسال بعد از تدوین قانون اساسی ژاپن، در سال 1947 قانون مرکز بهداشت وضع میگردد.

<sup>47</sup> هفت برنامه بهداشتی و درمانی محتوای "قانون بهداشت سالمندان" را تشکیل میدهد. برای بیماران گروه سنی 75 سال و به بالا: 1- صدور دفترچه بهداشتی، 2- آموزش بهداشتی، 3- مشورت های بهداشتی، 4- آزمایشات روتین پزشکی، 5- توان سازی، 6- راهنمایی در خانه و 7- خدمات درمانی. بیماران زمین گیر گروه سنی 65 سال تا 75 سال نیز تحت پوشش این هفت برنامه قرار می گیرند. بیماران زمین گیر گروه سنی 40 سال تا 65 سال تحت پوشش شش برنامه اول قرار میگیرند ولی مشمول خدمات درمانی نمی شوند.

<sup>48</sup> rehabilitation

<sup>49</sup> Health Center

مراکز بهداشت کار خدمات درمانی انجام نمیدهند بلکه این مراکز وظایف انجام برنامه های بهداشتی و رفاهی، نقش هم آنگ کنندگی بین درمان، بهداشت و رفاه را بعده دارند. پیشگیری از بیماری ها، ارتقاء وضع سلامتی ساکنین و بهداشت محیط از اهم وظایف این مراکز است. با چنین اهدافی در بدو تشکیل به ازای هر 100000 هزار نفر جمعیت یک مرکز دایر شد ولی بعدا شمار مراکز به ازای هر 400000 هزار نفر جمعیت کاهش چشمگیری کرد. تا آوریل سال 2006 تعداد 535 مرکز در سراسر ژاپن به فعالیت مشغول بوده اند. رئیس مرکز یک پزشک، و در کادر کارمندان مراکز بهداشت پزشک، دندان پزشک، دارو شناس، دام پزشک، تکنیسین رادیولژی و آزمایشگاه، کارشناس تغذیه و بهداشت کار وجود دارند. کارمندان رسمی مراکز بهداشت در سال 2005 بالغ بر 28719 نفر گزارش شده است.

در ذیل بطور فهرست وار به فعالیت های مراکز بهداشت اشاره میکنیم:

بهداشت محیط: نظارت، بررسی ، راهنمائی در زمینه مسکن، آب نوشیدنی، فاضلاب، پساب ها، جمع ذباله و نظافت،  
جمع و نگهداری حیوانات ولگرد،  
ویزیت نوزادان و راهنمائی،  
ویزیت نوزادن نارس و راهنمائی آن ها،  
راهنمائی های بهداشتی زنان قبل و بعد از زایمان،  
معاینه و راهنمائی کودکان، جلوگیری از موارد ضرب و جرح کودکان،  
مشاورت های بهداشتی و رفاهی برای بیماران روانی،  
راهنمائی های توان بخشی معلولین،  
معاینات و راهنمائی های بهداشتی دندان،  
راهنمائی های اصلاح تغذیه،  
راهنمائی و نظارت بر تهیه مواد خوراکی و خوراک ها،  
برپائی همایش های آموزش بهداشت،  
مشاورت هادر زمینه ایدز،  
آزمایش اچ آی وی،  
مشاورات، ویزیت در خانه و ترتیب دادن برنامه های توان بخشی برای بیماران بیماری های کمیاب و سخت علاج(در ضمیمه لیست این نوع بیماری ها معرفی شده است)،  
همکاری در جمع آوری آمار جمعیت و سرشماری ها، موارد بهداشتی، شیوع بیماری های عفونی و سل، درمان و رفاه و غیره،

## فصل پنجم- نظام خدمات درمانی اورژانس

### معرفی کلی خدمات اورژانس

نظام خدمات درمانی اورژانس در ژاپن بسیار روش و عملکردی بسیار موفق داشته است. نظام خدمات اورژانس مشکل از یک سیستم اداری منجسم، آمادگی آمبولانس‌ها با تجهیزات مکفی و وجود مراکز درمانی برای پذیرش بیماران اورژانس در 24 ساعت شبانه روز است. اطلاع به اداره اورژانس توسط خود بیمار یا خانواده و یا حتا اطرافیان او کافیست تا آمبولانس در اسرع وقت حضور یافته و بیمار را به مرکز درمانی مناسبی انتقال دهد. هیچ بیماری حتا در صورت خفیف بودن مربوطی رها نمی‌شود، و تمام خدمات حمل و انتقال نیز بطور رایگان انجام می‌گیرند. مدیریت خدمات انتقال بیماران اورژانس تحت مسئولیت اداره آتش‌نشانی صورت می‌گیرد. در سال 1963 پس از اصلاح قانون آتش‌نشانی خدمات اورژانس محدود به بیماران سوانح و تصادفات رانندگی بود ولی از سال 1986(جدول ۱-۵) خدمات انتقال بیماران به تمام بیماران اورژانس گسترش پیدا کرد.

### جدول ۱-۵ سالنامه قوانین و مقررات خدمات اورژانس

1963	- اصلاح قانون آتش‌نشانی- گزینش بیمارستان‌ها و کلینیک‌های اورژانس برای تصادفات و سوانح
1972	- برقراری کشیک دوره‌ای پزشکان در مناطق مسکونی
1974	- برقراری کشیک کلینیک‌ها در شب و روزهای تعطیل
1976	- آمادگی 24 ساعته مراکز اورژانس برای پذیرش تمام بیماران اورژانسی
1986	- اصلاح قانون آتش‌نشانی- صدور دستور حمل و نقل تمام بیماران اورژانس
1987	- اصلاح قانون بیمارستان‌های اورژانس- گسترش پذیرش بیماران از بیماران تصادفی و سوانح به امراض عادی
1991	- تدوین قانون پرورش تکنیسین اورژانس
2004	- اجازه استفاده افراد عادی و کارمندان اورژانس از "دستگاه شوک اتوماتیک" (AED <sup>50</sup> )

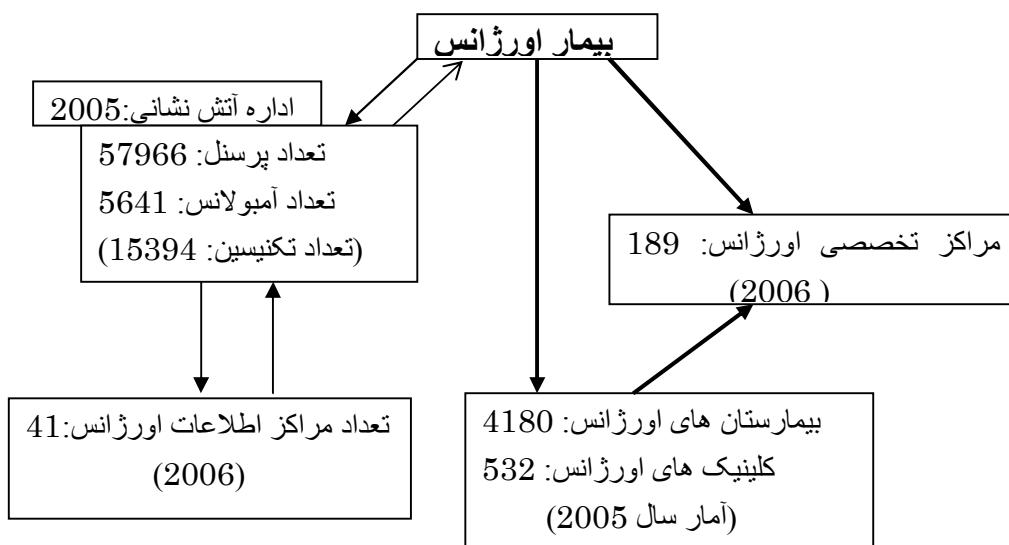
بیماران اورژانس به سه گروه تقسیم می‌شوند. گروه اول بیماران خفیف هستند که تنها به خدمات سرپائی نیاز دارند و پس از ویزیت و یا خدمات دیگر قادر به مرخصی هستند. انتقال این گروه از بیماران به بیمارستان‌های عادی صورت می‌گیرد. حدود 50 درصد از موارد اورژانس را بیماران این گروه تشکیل میدهند. در گروه دوم بیمارانی که از علایم نسبتاً وخیم رنج می‌برند و احتمالاً محتاج خدمات درمانی در سطح بستری هستند قرار دارند. این گروه از بیماران حدود 40 درصد از کل بیماران اورژانس که بیشتر سالم‌دانند را تشکیل میدهند. گروه سوم بیماران در حالت اغماء و بسیار وخیم هستند که به خدمات درمانی تخصصی اورژانس نیاز دارند و حدود 10 درصد کل بیماران را تشکیل میدهند. این نوع بیماران به مراکز ویژه اورژانس منتقل می‌شوند. انتقال بیماران بسیار وخیم ممکن است بوسیله هلیکوپتر(بالگرد) انجام شود. تا سال 2006 تعداد 9 استان در ژاپن به خدمات اورژانس با هلیکوپتر مبادرت ورزیده اند. حمل و انتقال بیماران با آمبولانس به غیر از موارد استثنائی که یک پزشک نیز همراهی می‌کند بقیه موارد

<sup>50</sup> Automated External Defibrillator

بوسیله پرسنل یا نکنیسین اورژانس صورت میگیرد. خدمات اورژانس با هلیکوپتر همیشه با همراهی یک پزشک انجام میگیرد.

با تصویب قانون تربیت و تعلیم تکنیسین اورژانس در سال 1991 تعداد تکنیسین های اورژانس هر سال افزایش داشته است. 29903 تکنیسین اورژانس تا ماه مه سال 2006 فارغ التحصیل شده اند که 17164 نفر در بخش اورژانس اداره آتش نشانی شاغل هستند. پرورش تکنیسین اورژانس برای کارآمد تر شدن کمک های اورژانس بخصوص در موارد وخیم بیماری ها، ایست های قلبی و تنفسی صورت گرفت. تکنیسین اورژانس مجاز است تحت دستور پزشک به گذاشتن لوله تراشه، سرم زنی و تزریق وریدی آدرنالین مبادرت کند. استفاده از دستگاه AED بوسیله پرسنل اورژانس در سال 2004 مجاز شمارده شد. اطلاعات مربوط به موارد اورژانس در 41 مرکز در سراسر کشور بررسی و نگهداری میشود.

نمودار زیر نظام خدمات اورژانس و آمار مربوطه را خلاصه کرده است.



### اورژانس کودکان

مراکز درمانی که موارد اورژانس بیماران خرد سال را به پذیرند کم است. بیماران در گروه اول یا به مراکز اورژانس روز های تعطیل (بیمارستان و کلینیک) رجعت داده میشوند و یا بوسیله پزشکان کشیک در منازل مورد معاینه و درمان قرار میگیرند. بیماران در گروه دوم به "بیمارستان های پایگاه اورژانس کودکان" انتقال داده میشوند. تعداد 27 بیمارستان تا سپتامبر سال 2005 قابل استفاده بوده است. بیماران وخیم در گروه سوم به مراکز اورژانسی که مجهز به ICU مخصوص کودکان هستند انتقال داده میشوند.

## فصل ششم- وضع دارو و سیاست های نظارتی بر آن

### مقدمه

در سال 1956 قانون مربوط به دارو، همزمان با قانون پزشکان(و دندان پزشکان) وضع شد. همراه با اصلاح این قانون در سال 1960 قانون مربوط به داروشناسان نیز وضع میگردد. امور کارشناسی مربوط به دارو تحت پوشش وزارت بهداشت به عهده "شورای رسیدگی به دارو و مواد خوراکی" گذاشته شده است. سابق طبق این قانون جواز فروش محصولات داروئی و دستگاه های طبی به موسساتی تعلق میگرفت که خود تولید کننده باشد. اما با اصلاح این قانون و عملی کردن آن در سال 2005 تمام موسسات منجمله آن هائی که حتا خود تولید کننده نیستند میتوانند مجوز فروش محصولات داروئی و دستگاه های طبی را اخذ کنند.

داروها به چند دسته تقسیم میشوند که اهم آن ها به قرار زیر است:

﴿ داروهای تخصصی مصرف درمان،

﴿ داروهای عمومی از جمله داروهای ضد سرماخوردگی وغیره که جمعا به هیجده نوع میرسند. (به پا نوشت 43 نگاه کنید)

﴿ داروهای مصرف غیر درمانی: داروهای حاجب در رادیولژی و یا رادیوایزوتوپ چهت تشخیص طبی، محلول های مصرف آزمایشگاه، داروهای ضد عفونی کننده، سموم وغیره،

﴿ داروهای بهداشت ونظافت تن،

﴿ محلول ها، پودرها و دیگر وسائل آرایش.

ما در این نوشتار عمدتا به وضع داروهای تخصصی که به مصرف درمان میرسند می پردازیم. داروهائی که با نسخه های تحت پوشش نظام بیمه تجویز میشوند یا در داروخانه درون بیمارستان ها و یا در داروخانه های خارج از بیمارستان که مستقل از بیمارستان تأسیس شده و کار میکنند پیچیده میشوند. نرخ دارو همانند دیگر اقلام خدمات درمانی بوسیله وزارت بهداشت تعیین میگردد و کاملا ثابت و تحت نظارت دقیق این وزارتخانه قرار دارد. بجرات میتوان گفت که استقلال داروخانه از بیمارستان در ژاپن یک پدیده نو است. در سال 1965 تنها یک درصد نسخه ها در داروخانه های مستقل خارج از بیمارستان پیچیده میشد، حال آن که این رقم در سال 2004 به 53.8 درصد(جدول 1-6) نسخه ها افزایش پیدا کرده است. با وجود اینکه سیاست دولت در جهت افزایش هر چه بیشتر درصد نسخه در داروخانه های مستقل طرح ریزی شده است ولی روند استقلال داروخانه و بیمارستان در ژاپن نسبت به کشورهای پیشرفته غربی و آمریکا بسیار کند است. البته استقلال داروخانه و بیمارستان در ژاپن اجباری نیست، بیمارستان ها مجازند تا خود در مورد گزینش داروخانه خارج یا داخل بیمارستان تصمیم بگیرند. علت اینکه استقلال داروخانه و بیمارستان در ژاپن به کندی پیشرفت کرده و اصولا پدیده نوظهوری است، منفعت سرشاری بوده است که تا به حال بیمارستان ها از مابه التفاوت قیمت خرید دارو با نرخ تعیین شده آن بوسیله بیمه کسب می کرده اند. اما به موازات کنترل هزینه خدمات درمانی بوسیله دولت، در سال های اخیر قیمت دارو افت قابل ملاحظه ای کرده است به ترتیبی که دیگر به مانند گذشته منفعت حاصل از مابه التفاوت نرخ دارو برای بیمارستان ها درآمد قابل توجهی به بار نمی آورد. بنابراین انگیزه بیمارستان ها در تجهیز داروخانه ها و پیچیدن تمام نسخه ها در درون

بیمارستان تضعیف شده است. سهم دارو در سال 1997 برابر با 31 درصد کل هزینه خدمات درمانی بوده است، که در بین کشورهای پیشرفته نمونه قابل ملاحظه ای شمارده میشده است. علاوه بر منفعتی که بیمارستان‌ها از قبل مصرف بیش از حد دارو برند صنایع داروسازی نیز در بهره بری از این خانگسترده بسیار سهیم بودند. ولی با کاهش تدیری نرخ دارو سهم دارو در کل هزینه خدمات درمانی در سال 2003 برابر با 12.3 درصد، سقوط کرد..

دولت در راستای کاهش سهم هزینه دارو در کل هزینه درمان، مراکز درمانی را به تجویز داروهای ژنریک<sup>51</sup> و داروهای جدیدی که از زمان امتیاز داری(رووالیتی) آن‌ها گذشته است تشویق میکند. نرخ داروهای ژنریک ارزان تعیین شده است و دولت به ازای تجویز هر قلم از این نوع داروها دو "امتیاز" (یا 20 ی恩) به عنوان تشویق علاوه بر نرخ دارو به مرکز درمانی پرداخت میکند. کاهش تمایل بیمارستان‌ها در امر تجهیز داروخانه داخل بیمارستان و کوشش دولت برای تسريع روند استقلال داروخانه و بیمارستان باعث افزایش مراجعته تعداد نسخه‌ها به داروخانه‌های خارج از بیمارستان گردیده است. داروخانه‌های مستقل دو نوعند، آن‌هایی که مجاز به پیجیدن نسخه‌های بیمه هستند و داروخانه‌هایی که داروهای عمومی و غیر بیمه و لوازم آرایش را عرضه میکنند. در جدول 1-6 سیر تغییرات در تعداد داروخانه‌ها و شمار برگه نسخه‌ها جمعبندی شده است. با وجود اینکه میانگین درصد استقلال داروخانه و بیمارستان افزایش چشمگیر داشته است تفاوت منطقه‌ای بزرگی گزارش شده است. درصد استقلال داروخانه و بیمارستان در سراسر ژاپن در سال 2004 بین 18.7 درصد تا 72.9 درصد در نقاط مختلف نوسان میکند.

جدول 1-6 سیر افزایش استقلال داروخانه و بیمارستان در ژاپن

سال	تعداد کل داروخانه	تعداد داروخانه‌های بیمه	تعداد نسخه‌ها در داروخانه‌های مستقل(ضریب 10000)	درصد استقلال داروخانه از بیمارستان
1995	39433	34968	26587	20.3
1996	40310	36191	29643	22.5
1997	42412	37593	33782	26.0
1998	44085	39823	40207	30.5
1999	45171	41656	45537	34.8
2000	46763	42873	50620	39.5
2001	48252	44674	55960	44.5
2002	49332	46366	58462	48.8
2003	49956	47008	59812	51.6
2004	50600	47655	61889	53.8

به نوع داروهایی اطلاق میشود که دارای ترکیبات اولیه و ساده شیمیائی هستند. آسپیرین =<sup>51</sup> Generic drugs = یا استامینوفن از نمونه‌های رایج آنست.

در مناطقی هنوز روش سنتی پیچیدن نسخه دردارو خانه داخل بیمارستان به سبب کمبود دارو شناس و تسهیلات محلي پابرجاست. البته لازم به یادآوري است که پیچیدن نسخه در دارو خانه خارج از بیمارستان برای بیمار اندکی هزینه بردارت است. دارو خانه های مستقل خارج از بیمارستان در مقابل امتیاز های مالی و کمک های فنی دولت و اخذ مبلغ بیشتری از بیمار ملزم هستند به موازات پیچیدن نسخه، به ارائه توضیحات و راهنمائی های شفاهی لازم و پخش بروشور های مربوطه و همچنین صدور دفترچه دارو و بایگانی سابقه داروئی بیمار بکوشند.

در سال 2004 جمع مبلغ تولیدات داروئی  $7.4191 \times 10^{12}$  یمن بوده است که تولیدات داخلی بالغ بر  $6.5253 \times 10^{12}$  درصد (88) میان و مبلغ  $0.8938 \times 10^{12}$  درصد (12) مربوط به واردات دارو بوده است. 1.9 درصد از مبلغ تولیدات داخلی که برابر با  $0.1270 \times 10^{12}$  یمن میشود مربوط به صادرات به کشور های خارج بوده است. تا سال 2005 به 12628 موسسه تولید داروئی (اعم از درمانی و آرایشی) و دستگاه های طبی مجوز داده شده است. از میان این تعداد 2923 موسسه تولید کننده داروهای درمانی (بغیر از داروهای حاجب آزمایشی و داروهای معمولی<sup>52</sup>) بوده است. تا سال 2005 تعداد 1075 قلم دارو گواهی فروش گرفته است که تولید 826 قلم از آن در داخل تولید و 249 قلم از آن محصولات وارداتی بوده است. نمونه اقلام داروئی که تولید بیشتر و بنابراین مصرف بیشتر را داشته اند از نظر تاثیر داروئی در دستگاه های بدن به قرار زیر است:

دارو های دستگاه گردش خون	142 قلم
داروهای آنتی بیوتیک	84 قلم
داروهای دستگاه گوارش	84 قلم
داروهای سلسله اعصاب	74 قلم
داروهای استعمال پوستی	73 قلم
داروهای مجاری ادرار و مقعد	66 قلم

داروهای مصرفی از نقطه نظر تاثیرات درمانی در امراض به نسبت مبلغ تولیدات به قرار زیر است:

ضد فشار خون.....	7.4.....	درصد
داروهای مصرفی در دیگر امراض متابولیکی....	5.8.....	درصد
انبساط عروق.....	5.2.....	درصد
ضد زخم مجاری گوارشی.....	5.1.....	درصد
ضد چربی خون.....	3.9.....	درصد
آنٹی بیوتیک ها.....	3.7.....	درصد
ضد درد، ضد التهاب و خارش.....	3.5.....	درصد
ضد آلرژی.....	3.3.....	درصد

<sup>52</sup> هیژده نوع دارو در لیست داروهای عمومی رده بندی شده است که دارو خانه های معمولی، آن هایی که مجوز پیچیدن نسخه بیمه را ندارند میتوانند عرضه کنند. این گروه از داروهای عبارتند از: ضد سرفه و خلط آور، ضد درد و تب بر، سرماخوردگی، تنقیه، حشره کش، آرام بخش، ضد سرگیجه، مسهل و هفت نوع داروی معده و روده، قطره های چشم، ویتامین ها و ضد آلرژی بینی.

.....  
داروهای مصرفی در روان پزشکی..... 2.6 درصد

داروهای وارداتی ژاپن عمدتاً از انگلستان 23.9 درصد، آمریکا 13.8 درصد، آلمان 13.1 سوئیس 11.8 درصد، و صادرات داروی ژاپن عمدتاً به آمریکا (53.7 درصد) صورت میگیرد. داروهای وارداتی ژاپن عمدتاً شامل داروهای ضد سرطان (20.4 درصد)، هورمون و ضد هورمون ها (14.4 درصد) و داروهای حاجب برای آزمایشات تشخیصی (10.8 درصد) میگردد. داروهای صادراتی ژاپن شامل اقلام مصرفی در کنترل ضایعات متابولیسمی (به غیر از فشار خون) (36.8 درصد) و داروهای حاجب برای آزمایشات تشخیصی (29.0 درصد) میگردد.

**پرسه اخذ مجوز فروش و پخش دارو، نظام نظارت بر عوارض دارو**  
در قانون مربوط به دارو که در سال 2005 به مرحله عمل در آمد به جهت بالابردن کیفیت، اثربخشی و امنیت دارو، شرایط اخذ مجوز ساخت و فروش دارو تصریح شده است. برای اخذ مجوز فروش و پخش داروهای تخصصی درمان، ارائه مدارک و شواهد زیر اجباریست:

مدارک مربوط به پرسه کشف و ریشه یابی دارو، یا وضعیت مصرف دارو در خارج،  
مدارک مربوط به روش ساخت و فرمول های مورد تائید در آزمایشات،  
مدارک مربوط به وضع ثابت و متعادل بودن دارو،  
مدارک مربوط به تاثیرات شیمیائی،  
مدارک مربوط به جذب، گردش، متابولیسم و دفع دارو،  
مدارک مربوط به خاصیت سمی دارو (حداد، نیمه حداد، مزمن، ژنی و نقص اعضا)،  
مدارک مربوط به تراپیال های بالینی،

به داروهایی که از اثربخشی، کیفیت و قابلیت مصرف استاندارد محرومند، یا مضرات و عوارض آن ها از تاثیربخشی ایشان زیادترست مجوز فروش داده نمیشود.  
وزارت بهداشت به جهت قضاوت در تائید یا رد محصولات داروئی با اصلاحاتی به استانداردهای بین المللی استناد میکند، از جمله استاندارهای:

استانداردهای مربوط به ساخت دارو (GMP<sup>53</sup>),  
استانداردهای مربوط به کیفیت دارو (GQP<sup>54</sup>),  
استانداردهای لازم برای تریال های بالینی (GCP<sup>55</sup>),

استاندارد های مربوط به بررسی و آزمایشات بعد از ساخت و فروش دارو (GPS<sup>56</sup>),  
(توضیح در زمینه مضمون یکایک این استانداردها از حوصله این نوشتار خارج است، مشتاقان میتوانند در تارنمای های سازمان بهداشت جهانی و وزارت بهداشت ژاپن به مطالعه آن ها به پردازنند).

حتا پس از صدور مجوز فروش و پخش دارو یک سنجش مجدد در زمینه ساخت، ترکیبات،

<sup>53</sup> Good Manufacturing Practice

<sup>54</sup> Good Quality Practice

<sup>55</sup> Good Clinical Practice

<sup>56</sup> Good Post Marketing-Study Practice

تاثیرات، طرز مصرف و عوارض و مطلوبیت داروها انجام میگیرد. در مورد داروهای جدید با ترکیبات جدید و یا طرز مصرف جدید شش سال پس از صدور مجوز فروش، و برای داروهائی با تاثیرات و مقدار مصرف جدید چهار سال پس از صدور مجوز، یک باز نگری همه جانبه انجام میگیرد.

افزون بر این کادرهای نظارت وزارت بهداشت در هر استانی مستقرند تا بر کیفیت داروها، محصولات بدون مجوز و یا تبلیغات کذب و یا واردات قاچاق و احتکاردارو نظارت کرده موارد را در اصرع وقت کشف کنند. در سال 2004 تعداد 7675 مورد خلاف کشف شد و در این رابطه 10 شرکت مشمول حکم تعطیل شرکت و توقيف شدند.

با وجود اینکه در مراحل صدور جواز فروش، عوارض حاصل از مصرف دارو بطور دقیق زیر نظر قرار میگیرد ولی پس از فروش و مصرف در مراکز درمانی امکان بروز عوارض پیش بینی نشده ای وجود دارد. به جهت گردش سریع اطلاعات مربوط با این نوع عوارض و پیشگیری از رخدادهای اسفناک در اقدامات درمانی برنامه هائی پیش بینی شده است. از جمله یک شبکه وسیع اطلاع رسانی با مشارکت مراکز درمانی، شرکت های ساخت و یا واردکننده داروئی، انجمن پزشکان ژاپن و وزارت بهداشت است که بی وقه به امر اطلاع رسانی مشغول هستند. بین این شبکه داخلی با بانک اطلاعات و مانیتورینگ داروئی سازمان بهداشت جهانی که 79 کشور در عضویت آنست، و بانک اطلاعات داروئی کشورهای آمریکا و اروپا نیز تبدلات اطلاعات برقرار است. وزارت بهداشت با قرار دادن اطلاعات بدست آمده بر روی تارنمای اینترنتی خود دسترسی عموم را به اطلاعات مربوط به عوارض داروها را ممکن نموده است: [www.info.pmda.go.jp](http://www.info.pmda.go.jp)

ضمن دانشگاه توکیو به نمایندگی از طرف وزارت بهداشت، اقدام به اسقرار پایگاه هائی در سراسر ژاپن با عنوان "مرکز یاری رسانی به امنیت خدمات درمانی" کرده است تا بطور رایگان به نگرانی ها و سوالات عموم بیماران که مربوط به موارد گوناگون خدمات درمانی منجمله دارو و عوارض آن است پاسخ بدهند:

<http://anzen-sien.tms-hsp.net/zenkoku.html>

با وجود دقت و احتیاط های لازم در ساخت، تجویز و مصرف، عوارض پیش بینی نشده از مصرف دارو ممکنست بیماران را گریبانیگیر معضلات طبی و اجتماعی عدیده ای بکند. در مواردی که پیش بینی میشود طرح آن ها در دادگاه ها به کشف عامل و یا مسئول مشخصی نمی انجامد و بنابراین نتیجه رضایت بخشی برای بیماران ندارد، وزارت بهداشت با استقرار سازمانی به این گروه از بیماران یاری میرساند. "سازمان کل داروهای درمانی و دستگاه های طبی" نام سازمانی است که از ترکیب شرکت های داروئی و دیگر شرکت های مرتبط و دولت تشکیل شده است. این سازمان با سرمایه ای که این شرکت ها و دولت در اختیارش میگذارند به دست گیری از بیماران شاکی از طریق پرداخت کمک هزینه های درمانی و رفاهی و دییه و غیره می پردازد. در طول 25 سال، از سال 1980 تا سال 2005، 7728 مورد شاکی عوارض دارو وجود داشته است که به 5826 مورد آن بوسیله سازمان فوق الذکر پاسخ داده شده است.

## **فصل هفتم- ارزیابی نظام خدمات درمانی**

در ارزیابی نظام خدمات درمانی مولفه های بی شماری را باید محک زد که البته هر کدام در جای خودش از اهمیت ویژه ای برخوردارست. ما سعی میکنیم در ارزیابی نظام خدمات درمانی تا امکان دارد به اهم این مولفه ها که میتوان به سه دسته بزرگ بر حسب مواضع موجود، مواضع دریافت کنندگان خدمات درمانی(خانواده ها)، مواضع تولید کنندگان خدمات درمانی (مراکز درمانی) و مواضع مدیریت یا کارگردان این خدمات(ستگاه دولت و اتحادیه های بیمه کننده) به پردازیم.

ارزیابی از مواضع دریافت کنندگان خدمات درمانی 1: کمبود پزشک و توزیع ناعادلانه آن  
در دنباله به معرفی نتیجه یک نظر سنجی که روزنامه یومی یوری<sup>57</sup> در دوروزشانزده و هفدهم ماه ژوئن 2007 انجام داده است می پردازیم.

س: آیا در مورد خدمات درمانی در محل زندگی خود رضایت دارید؟

ج: خیلی زیاد و یا تا اندازه ای رضایت داریم: 65 درصد، .....narاضی هستیم: 32 درصد  
نارضایتی در شهرهای کوچک با جمعیت کمتر از 100000 نفر.....39 درصد،  
در شهرهای بزرگتر با جمعیت بیش از 100000 نفر.....27 درصد

س: آیا خدمات اورژانس در محل سکونت شما رضایت بخش هست؟

ج: رضایت بخش بوده و نسبتن مجهز است: 67 درصد، .....رضایت بخش نیست: 27 درصد  
در شهرهای بزرگ 76 درصد و شهرهای کوچک 60 درصد رضایت بوده است،  
س: خدمات درمانی در روزهای تعطیل کافی است؟

ج: کافی است: 57 درصد، .....کافی نیست: 35 درصد

در شهرهای بزرگ 64 درصد و شهرهای کوچک 51 درصد رضایت بوده است.

س: در محل زندگی خود کمبود پزشک را احساس می کنید؟

ج: کمبود پزشک احساس میشود: 31 درصد  
در شهرهای بزرگ 25 درصد و شهرهای کوچک 41 درصد کمبود پزشک احساس شده است.

س: در مورد علت کمبود پزشک، ساکنین علل گوناگونی را متذکر شده اند:  
پزشکان بیشتر علاقمندند که در شهرهای مرکزی زندگی کنند: 40.2 درصد،

بیش از حد سرشان شلوغ است.....38.9 درصد،

دولت و مسئولین ادارات محلی در جذب پزشکان فعال نیستند: 37.7 درصد،  
پزشکان از شکایات بیماران و اهمه دارند: 24.8 درصد،

پزشکان حقوق کافی معادل کار خود دریافت نمی کنند: 22.8 درصد،  
بیمارستان ها استخدام نیروی انسانی را کاهش میدهند: 20 درصد،

س: در چه رشتہ ای کمبود پزشک را احساس کرده اید؟

ج: پزشک متخصص زنان و زایمان 43 درصد، کودکان 37 درصد، چشم پزشک، گوش و حلق و بینی 33 درصد، داخلی 26 درصد، جراحی 18.8 درصد، ارتوپدی 12.8 درصد، روان پزشکی 10.9 درصد و دندان پزشک 4.7 درصد.

57 درج در روزنامه صبح، تاریخ دوم ژوئنیه 2007 Yomiyurishinbun

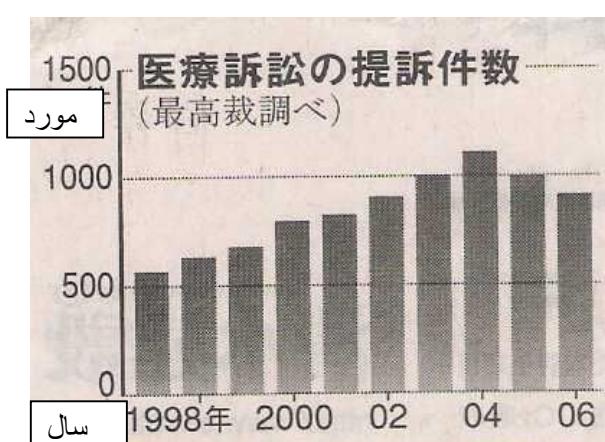
آمار نشان میدهد که یکی از علل مهم در نارضایتی ساکنین و بیماران کمبود پزشک است که به خصوص در رشته زنان و زایمان و کودکان چشمگیرست. این کمبود پزشک در شهرهای کوچک و دورافتاده هرچه بیشتر محسوس است. به عبارتی علاوه بر کمبود مطلق پزشک، توزیع نابرابر پزشکان قابل ذکرست.

دلیل دیگر احساس کمبود پزشک هجوم بی شمار بیماران به بیمارستان های بزرگ و مجده است. انتظار طولانی برای معاینات در این بیمارستان ها به ایجاد احساس کمبود پزشک حتا در شهرهای بزرگ دامن زده است. وجود پزشکان زن نیز که معدورات حاملگی و زایمان و پرورش فرزند و خانه داری و غیره برای آن ها محدودیت های کاری ایجاد میکند از دیگر علل کمبود پزشک شمارده میگردد.

"انجمن بیمارستان های سراسر ژاپن"<sup>58</sup> در نظر سنجی که از تعداد 576 بیمارستان انجام داد آشکار نمود که 90.5 درصد بیمارستان ها با کمبود پزشک مواجه هستند.<sup>59</sup> از سه سال قبل تعداد پزشکان در 194 بیمارستان (34 درصد از 576 بیمارستان) کاهش یافته است.

کمبود پزشک خود عاملی برای تشدید کاهش پزشک میگردد. در نظر سنجی "انجمن بیمارستان های سراسر ژاپن" ثابت شد که 70 درصد پزشکان بیش از 48 ساعت و 44 درصد بیش از 56 ساعت در هفته کار میکنند. در بیمارستان های با تعداد تخت کمتر کار پزشکان شاق تر پیش بینی میگردد. همین نظر سنجی خاطر نشان میسازد که 40.8 درصد پزشکان بین سه الی چهار بار در ماه کشیک شبانه دارند. مشغله زیاد و خستگی از کار روزانه چه بسا سبب افت کیفیت کار پزشکی و اشتباهات تشخیصی و درمانی میگردد که عامل افزایش درگیری های حقوقی است. در این نظر سنجی، از هر چهار پزشک یک نفر تجربه درگیری های حقوقی داشته است.

شکل 1-7 سیر نوسان موارد شکایات طبی را در سراسر ژاپن نشان میدهد.



شکل 1-7 روند موارد شکایات طبی- درمانی- این روند تا سال 2004 سیر صعودی داشته ولی از این سال به بعد سیر نزولی طی کرده است.(yomiuri Newspaper,'07.8.14)

<sup>58</sup> All Japan Hospital Association

<sup>59</sup> Medical Tribune, July 5, 2007

نظر سنجی از پزشکان نشان داده است که 40.2 درصد آن ها رغبتی به کار در بیمارستان های مناطق دورافتاده نشان نمی دهند و تنها 2.2 درصد از پزشکان مترغب کار در این مناطق هستند. در عین حال 30.3 درصد پزشکان مدعی هستند چنانچه شرایط کاری در این مناطق به وفق آن ها اصلاح پذیرد تن به کار در مناطق دور دست میدهد. شرایط آن ها استفاده از تعطیلی و امکان شرکت منظم در کنفرانس های آکادمیک، تسهیلات زندگی و غیره ذکر شده است.

در آماری<sup>60</sup> که اخیراً "انجمان جراحان ژاپن" منتشر کرده است میانگین ساعت کار هر جراح در هفته 59.5 ساعت اعلام شده است. همین آمار نشان میدهد در صد جراحانی که همیشه یا اغلب مجبورند حتا در روز بعد از کشیک شبانه خود در عمل های جراحی شرک کنند به 59 درصد میرسد. در این نظر سنجی ضمنن آشکار شده است که حدود 20 درصد از جراحان در گیر شکایات حقوقی شده اند. کار شاق و انتظارات بالای اجتماع دست در دست هم سبب تضعیف اشتیاق پزشکان فارغ التحصیل به انتخاب این رشته نیز شده است.

سالانه در ژاپن حدود 4000 پزشک به جمع پزشکان بیمه می پیوندد، و تعداد پزشک به ازای هر 100000 نفر جمعیت 211.7(2004) نفرست که از نقطه نظر استانداردهای سازمان بهداشت جهانی در وضع بسیار مناسبی قرار دارد. در میان صاحب نظران اتخاذ روش جدید انتربینی وزارت بهداشت که از سال 2004 برقرار گردید بعنوان یکی از علل توزیع ناعادلانه پزشک بخصوص در رشته های اصلی در سال های اخیر بشمار می آید. پزشکان بعد از فارغ التحصیلی و گذراندن امتحان پزشک بیمه موظفند تا به مدت دو سال در بیمارستان های مجهر و دانشگاهی بنا بر انتخاب خودشان به کار آموزی(انتربینی) در رشته های مختلف به پردازنند. کار آموزی در این بیمارستان های منتخب باعث میشود تا پزشکان بیمارستان های مجهر در شهرهای بزرگ را با تسهیلات آکادمیک و زندگی مرفع تر به بیمارستان های شهرهای کوچکتر ترجیح بدهند. ضمنن پزشکان در طول کارآموزی به مسائل و مشکلات فنی و اجتماعی کار در رشته های گوناگون پزشکی پی می برند. تمایل کلی پزشکان به انتخاب رشته های سهل تر و کم رسمی با درگیری های حقوقی کمتر است. چشمگیر بودن کمبود پزشکان زنان و زایمان و کودکان به جهت این است که کار در این رشته ها باعث مصروف بودن پزشک در 24 ساعت روز میشود و پزشکان بخصوص کمتر تمایل به کار در این رشته ها نشان میدهند.

تا به حال دولت معتقد بود که ژاپن کمبود پزشک ندارد و اگر کمبود پزشک احساس میشود به جهت توزیع نا عادلانه آنست. بر پایه چنین برداشتی بود که دولت از سال 1986 به بعد در جهت کاهش پزشک اقدام کرده است.

بالاخره دولت با توافق سه وزارت خانه های آموزش، بهداشت و برنامه ریزی در تاریخ 18 ژوئن 2007 پروژه "سیاست کلی نوین برای افزایش پزشک" خود را معرفی کرد. روئوس این پروژه گو این که هنوز جزئیات آن اعلام نشده است از این قرارند:

افزایش موقت سهمیه پزشک دانشگاه ها و بخصوص دانشگاههای محلی،  
افزایش بودجه لازم برای تربیت پزشک و تخصیص کمک های مالی دیگر به دانشگاه های محلی،

راهنمایی مدیریت محلی در ایجاد تسهیلات مالی از جمله ارائه بورس های تحصیلی به پزشکان

<sup>60</sup> Asahishinbun(Asahi Newspaper), July 7, 2007

در قبال کار مدت دار مشخص در مناطق دور افتاده،  
تخصیص سهمیه دانشگاهی برای داوطلبان محلی در رشته پزشکی،  
گسیل پزشک به مناطق دور و تامین احتیاجات تخصصی پزشکی و تهیه مایحتاج زندگی روزانه  
برای آن ها،  
ایجاد شرایط و تسهیلات مناسب تر کاری برای پزشکان زن.

### ارزیابی از موضع دریافت کنندگان خدمات درمانی 2: افزایش هزینه درمان

دولت زمانی که خود را در برابر روند ممتد سعودی هزینه درمان دید سیاست های جلوگیری از این روند و تقلیل بار سنگین آن از دوش خود و تحمیل بیش از پیش هزینه ها به دریافت کنندگان خدمات درمانی را طرح ریزی کرد. طرح های افزایش پرداخت هزینه خدمات درمانی توسط دریافت کنندگان این خدمات در سال 1981 در دستور کار قرار گرفت.

پس از تدوین قانون خدمات درمانی در سال 1927 که تمام خدمات درمانی را بطور رایگان تضمین کرده بود در سال 1984 با اصلاح آن مقرر گردید که 10 درصد و از سال 1997 به 20 درصد هزینه خدمات درمانی توسط خود دریافت کنندگان تقبل گردد. درصد پرداختی توسط دریافت کنندگان خدمات درمانی در سال 2003 به 30 درصد افزایش داده شد که این نحوه پرداخت اکنون نیز ادامه دارد. هزینه درمان سالمندان 70 سال و به بالا نیز که در ابتداء رایگان بود از سال 2001 به تقبل 10 درصد از کل هزینه درمان و سال بعد به 20 تا 30 درصد برای خانواده های پر درآمد افزایش پیدا کرد. در صفحات قبل هم اشاره کردیم اگر چه بیماران در زمان پرداخت هزینه درمان باید درصد مقرر را به پردازنده یک سقفی برای هزینه ماهانه و سالانه آن ها درنظر گرفته شده است که مبلغ مازاد بر آن را دولت پرداخت میکند. در راستای افزایش سهم پرداختی بیماران مبلغ سقف مذبور نیز بالا کشیده شد. در برابر افزایش سهم پرداختی بیماران سهم کمک های دولت به نظام خدمات درمانی کاهش پیدا کرد. از سال 1980 تا 2001 از سهم کمک های دولت مرکزی 5.3 درصد کم و سهم پرداختی خانواده ها 5.3 درصد افزایش داشته است(جدول 7-1).

جدول 7-1 تغییرات در سهم پرداخت هزینه خدمات درمانی

سال	دولت(مرکزی)	دولت(محلي)	صاحب کار	خانواده
1965	22.1	3.8	27.4	48.0
1975	33.5	4.6	25.1	41.4
1980	30.0	5.0	24.0	40.0
1985	26.6	6.8	23.4	42.3
2001	24.7	8.0	22.3	45.3

کاهش کمک های دولت مرکزی به بیمه ها به قرار زیر است:

کمک خزانه دولتی به بیمه سالمندان از 44.9 درصد(1983) به 34.3 درصد(1998)،

کمک خزانه دولتی به صندوق بیمه قشر آزاد از 45 درصد به 38.5 درصد(1984)،

کمک خزانه دولتی به بیمه کارکنان تحت پوشش دولت از 16.4 درصد به 13 درصد(1992) رسید.

بررسی ها نشان میدهد با افزایش هزینه درمان دفعات مراجعه بیماران به مراکز درمانی کاهش پیدا کرده است. از زمانی که درصد پرداخت هزینه درمان از 10 درصد(1984) به 20 درصد (1997) افزایش پیداکرد مراجعه بیماران 14 درصد کاهش پیدا کرده است<sup>61</sup>. حتاً درصورت مراجعه به مراکز درمانی، ضریب انجام آزمایشات و تجویز داروی لازم کاهش پیدا کرده است. ما اخیراً عملاً با بیمارانی که قبل از انجام آزمایش نرخ هزینه آن را سوال میکنند برخورد میکنیم؛ پدیده ای که کاملاً نوظهور است.

از آن جائی که تحمل ناراحتی و مراجعه نکردن بیماران به خاطر افزایش هزینه درمان، پیشگیری و تشخیص فوری بیماری ها را به عقب می اندازد، مراجعه دیر وقت آن ها پس از وحامت بیماری عملاً افزایش هزینه را به دنبال خواهد داشت. گو این که در مراحل اولیه پس از افزایش سهم بیماران هزینه های دولت اندکی افت دارد ولی به سبب وحامت بیماری ها در صورت مراجعه به مراکز درمانی مجدداً هزینه ها افزایش می یابد. از این خاطر است که دولت حتاً با افزایش سهم پرداختی بیماران در جلوگیری از منحنی صعودی هزینه خدمات درمانی موفق نبوده است.

بیماران پس از دریافت خدمات درمانی ملزم به پرداخت سهم هزینه تعیین شده بیمه هستند. صورت حسابی که آن ها دریافت میکنند بسیار خلاصه و خالی از اطلاعات دقیق در مورد ریز یکایک اقلام خدمات درمانی است. (یک نمونه صورت حساب هزینه بیمارستانی در ضمیمه 13 معرفی شده است). بیماران از جزئیات هزینه درمان که معمولاً بیمارستان ها طی تعریفه ها یا "رسید" تنظیم میکنند و در آخر هر ماه به صندوق پرداخت ها ارسال میکنند بی خبرند. در نظام فعلی این حق آگاهی از جزئیات هزینه درمان از بیماران صلب شده است. آگاهی از جزئیات پرونده در صورت درخواست بیمار و توافق مسئولین بیمارستان امکان پذیر شده است.

**ارزیابی از موضع دریافت کنندگان خدمات درمانی 3: نارضایتی از کیفیت خدمات درمانی**

سه ساعت انتظار برای سه دقیقه معاینه. این طنز بر سر زبان بیماران، مخصوصاً بیمارانی که به بیمارستان های دانشگاهی و دیگر بیمارستان های دولتی و یا خصوصی بسیار مجهز مراجعت میکنند جاری است. از آن جائی که مراجعه به این نوع بیمارستان ها قبل از مراجعه به کلینیک ها و یا دیگر بیمارستان های درجه دو و سه به فرهنگ اکثریت بیماران تبدیل شده است سبب ازدحام در این بیمارستان ها میگردد. از طرفی کوتاه شدن مدت معاینه به معنای تخفیف در ارائه توضیحات و بی پاسخ گذاشتن سوالات بیماران دل نگران و پریشان نیز هست<sup>62</sup>. شکایت از توضیحات و راهنمایی های ناکافی پزشکان در ژاپن به کرات اظهار شده است. یکی از دلایل

<sup>61</sup> 市場化の中の「医療改革」、日野秀逸一編著 p88

واعیت بخشیدن اصطلاح "توضیح و کسب موافقت"- Informed consent-

هجوم بیماران به بیمارستان های بزرگ نبود پزشک عمومی یا خانواده در ژاپن است. اخیرا دولت ژاپن به جهت تخفیف این معرض اجازه تاسیس "بخش عمومی" را به بیمارستان ها داده است. ابتداء بیمار در بخش عمومی معاینه شده و سپس در صورت لزوم به بخش تخصصی معرفی میگردد. حتا با وجود چنین تدبیرهایی ازدحام بیماران در بیمارستان های بزرگ ادامه دارد.

مراجعه اولیه به کلینیک ها نیز توصیه شده است. بیمار با درست داشتن معرفی نامه از کلینیک یا بیمارستان دیگری در بیمارستان های بزرگ از تخفیف هزینه ویزیت اولیه بهره مند می گردد. اصولاً ژاپنی ها نسبت به مردم آمریکا و یا کشورهای اروپائی بیشتر به مراکز درمانی مراجعه میکنند. حتا یک سرما خوردگی ساده آن ها را به بیمارستان میکشاند. آمار نشان میدهد که در سال 2000 میانگین مراجعه بیماران به مراکز درمانی در ژاپن 21 بار و در آمریکا سه تا شش بار بوده است. با یک حساب ساده میتوان حدس زد که تعداد بیماران سرپائی در مراکز درمانی در ژاپن بالغ بر چهار برابر آمریکاست، در حالی که تعداد پزشکان آمریکا به نسبت تعداد تخت 1.5 برابر ژاپن است. کمبود پزشک با ازدحام بیمار بیش از حد معرض کمبود پزشک را تشدید کرده است.

ما در صفحات قبل بارها اشاره کردیم که نظام خدمات درمانی در ژاپن تحت نظارت کامل دولت و محدود به چهارچوب اقلام مشخص خدمات درمانی و نرخ های تعیین شده برای هر قلم است. اصولاً در ژاپن خدمات درمانی آزاد مجاز نیست. دارو، آزمایش، نوع عمل جراحی و یا حتا نوع دستگاه های طبی مورد استفاده در فرایند درمان نیز محدود به اقلامی میشوند که توسط دولت تائید شده باشند. هر گونه خدمات درمانی خارج از چهارچوب تعیین شده از حق مطالبه هزینه درمان از صندوق بیمه ها محروم میشود. لازم به یادآوریست که دولت اخذ هزینه سیزده قلم خدمات از جمله اطاق مجرد بستری در بیمارستان ها را از بیماران مجاز دانسته است. اغلب بیمارستان های دانشگاهی که دولت با لقب "بیمارستان های با عملکرد فوق تخصصی" آن ها موافقت کرده است میتوانند با روش های درمانی منحصر بفرد و استفاده از دستگاه های طبی فرا مدرن و نوظهور به فعالیت به پردازند و در صورت لزوم هزینه مربوطه را از خود بیمار طلب کنند.

روش های درمانی و یا دستگاه های طبی که در خارج بازدهی واثربخشی آن ها مورد تائید واقع شده اند فوراً اجازه کاربرد در داخل ژاپن را نمی یابند. میتوان به عنوان نمونه به داروهای موثر ضد سرطان اشاره کرد. بیمارانی که خواستار درمان با این داروها هستند یا باید پرداخت هزینه هنگفت آن ها را تقبل نکنند و یا از مصرف آن ها چشم به پوشند. همیشه یک فاصله زمانی طولانی بین ظهور این داروها در بازارهای خارجی تا مجاز شماردن آن ها توسط دولت ژاپن و مصرف در داخل کشور وجود دارد که سبب نارضایتی بیماران نیازمند می گردد.

دولت در سال 2002 در راستای کاهش هزینه درمان مقرر ای وضع کرد تا از بستری های طولانی جلوگیری نماید. بنابر این مقرر ای در صورتی که مدت بستری بیماران در بیمارستان از 180 روز طولانی تر شود "بستری اجتماعی" و غیر لازم تعبیر شده، و در آن صورت هزینه پرداخت دولت برای یک روز بستری بعد از 180 روز به مقدار 15 درصد کاهش می یابد. در مقابل بیمارستان ها مجاز میشوند که این مابه التفاوت 15 درصدی را از خود بیمار اخذ کنند. این

افزایش هزینه برای بیماران که اکثراً از گروه سنی سالم‌مند هستند طاقت فرسا است. در صورت ضعف اقتصادی بیماران یا باید به خانه‌های پرستاری و یا سالم‌مندی منتقل شوند و یا در خانه خود با بیماری و ضعف جسمانی دست و پنجه نرم کنند. اصولاً برای بیمارستان‌ها هم مقرون به صرفه نیست که این نوع بیماران را برای مدت طولانی تحت پوشش خدمات درمانی قرار دهند. از طرفی چون هنوز در ژاپن خانه‌های سالم‌مندان و یا مراکز پرستاری به اندازه کافی وجود ندارد انتقال این نوع بیماران به محل مناسبی با مشکلات عدیده رویکرد مدیریت خانه‌های سالم‌مندان و یا مراکز پرستاری در حوزه رفاه مطرح است که باید گفت این حوزه از گنجایش کمی و کیفی لازم برای استقبال از تمام این نوع بیماران محروم است. یک پارگی بین نظام خدمات درمانی و رفاه مشاهده میگردد که مورد انتقاد بیماران و صاحب نظران امور مربوطه است.

**ارزیابی از موضع تولید کنندگان خدمات درمانی<sup>1</sup>:** تلاش در بالابردن کیفیت درمان در بند ۵ از ماده ۱ قانون درمان در تعریف بیمارسان می‌آید: "بیمارستان جانیست با هدف فراهم کردن تسهیلات لازم برای مداوای بیماران و یا مجروهین بر پایه دانش علمی و خدمات مناسب. بیمارستان باید در راستای تحقق این اهداف به سازمان دهی و مدیریت لازم مبادرت ورزد".

باز در یک بند از بندهای پنجمین اصلاحیه قانون درمان در سال ۲۰۰۶ می‌آید: "اقدام در تاسیس نظامی که منفعت مقاضیان خدمات درمانی را حفظ کرده و به ارائه خدمات مطلوب(با کیفیت عالی) و مناسب با بازدهی بالا به پردازد".

آنطور که از تعریف بیمارستان و اصلاحیه قانون خدمات درمانی بر می‌آید دولت روی خدمات درمانی بی طرفانه، بدون تبعض، علمی و با کیفیت و باز دهی بالا تاکید می‌کند. جای تردید نیست که مراکز درمانی دارای رسالتی انسانی فارغ از منفعت طلبی و متفاوت با موسسات پولی، صنعتی و سود طلب می‌باشد. حال باید بینیم مراکز درمانی و مخصوصاً بیمارستان‌ها تلاش‌های خود را در تحقق این اهداف چگونه ارزیابی میکنند و عدم موفقیت خود را در تحقق این اهداف به کدامین عوامل مناسب می‌نمایند.

"انجمن بیمارستان‌های سراسر ژاپن" که با عضویت ۲۵ درصد کل بیمارستان‌های خصوصی (بیش از ۲۰۰۰ بیمارستان) تشکیل شده است در راستای ارزیابی کیفیت درمان بیمارستان‌ها و ارائه راهنمای دستورالعمل‌ها در اصلاح و ارتقای کیفیت برنامه‌های درمانی بیمارستان‌های تحت پوشش خود اقدامات عملی و نظری شایان توجهی کرده است. این انجمن علاوه بر گزارش اخبار منظم مربوط به نظام خدمات درمانی، به جمع‌بندی سالانه نظریه‌های مربوط به مدیریت بیمارستان‌ها نیز اقدام می‌کند. ارتقای کیفیت خدمات درمانی تحت "مدیریت کیفیت فراگیر"<sup>63</sup> از شعارهای مستمر این انجمن است.

<sup>63</sup> اشاره به نوع مدیریتی است که کیفیت را محور فعالیت‌ها قرار میدهد. Total Quality Management- معمولاً این مفهوم ابداع موسسات صنعتی و مالی بوده است. مدیریت کیفیت فراگیر در مرکز درمانی رضایت بیماران و کارمندان خود را در نهایت ارجحیت قرار داده، نتایج و دست آوردهای پیش‌بینی شده را پایه توسعه‌ی کیفیتی پایدار تشکیلات قرار دهد.

یکی از فعالیت های این انجمان در راستای ارزیابی کیفیت خدمات درمانی اقدام به جمع آوری و جمعبندی شاخص های کیفی خدمات درمانی است. در زمینه بیست و پنج بیماری، شاخص های کیفیتی زیر در دوره زمانی مشخص جمعبندی میشود:

1- میانگین مدت زمان بستری،

2- درصد مرگ و میر در بین مرخص شدگان،

3- در صد بستری مجدد پیش بینی نشده در بین مرخص شدگان،

4- درصد شیوع عفونی ها در بین بیماران بستری،

5- درصد بیمارانی که محتاج کنترل های امنیتی بدنی شدند،

6- درصد زمین خورده و پرتاب بیماران در حین بستری،

جدول 2-7 یک نمونه از نتیجه جمعبندی داده های درمانی در مقطع زمانی سه ماهی اول سال 2006 را معرفی میکند.

جدول 2-7 چند شاخص کیفیت خدمات درمانی 25 نوع بیماری- سه ماهی اول سال 2006<sup>64</sup>

درصد مرگ	درصد عوارض	مدت بستری(روز)	میانگین سن	تعداد بیمار	بیماری
14.6	26.8	31.6	70.0	157	سرطان معده
12.6	11.7	20.6	68.2	111	سرطان روده بزرگ
4.4	22.1	26.0	65.7	68	سرطان سیگموید روده بزرگ
32.1	16.0	26.2	72.6	131	سرطان ریه و برونش ها
17.3	18.1	21.9	69.0	127	انفارکتوس حاد قلب
11.0	15.7	17.5	62.2	957	ذات الریه
0.5	10.7	9.7	34.6	215	آسم
7.1	27.2	26.5	74.7	353	انفارکتوس مغز
18.1	30.2	38.0	67.1	149	خون ریزی مغز
0.8	19.3	20.8	62.2	243	دیابت
1.1	13.1	38.7	79.0	267	شکستگی گردن استخوان ران
0.0	14.5	15.2	64.3	76	زخم معده
0.3	3.4	6.0	31.3	382	عفونت حاد روده
0.0	42.7	6.7	30.3	213	وضع حمل عادی
0.0	3.2	8.1	34.5	124	آپاندیس
1.4	9.5	17.4	62.2	220	سنگ کیسه صفرا
0.0	12.7	12.1	71.2	55	توم پروستات
0.9	7.4	6.9	68.5	769	درد های حاد قلب(انجینا)
0.0	2.6	6.6	54.4	270	سنگ کلیه و میزناه(اورتر)

<sup>64</sup> [http://www.ajha.or.jp/outcome/bunseki\\_7\\_2006\\_01\\_03.html](http://www.ajha.or.jp/outcome/bunseki_7_2006_01_03.html)

10.4	9.4	13.3	56.6	96	سرطان سینه
0.0	4.7	4.0	58.6	43	هموروید
0.0	8.5	10.6	42.4	59	تومور رحم
0.0	3.2	38.4	75.7	31	آرتروز مفصل زانو
0.0	9.7	3.8	73.6	339	آب مروارید
0.0	2.3	5.6	55.4	172	فتق کشاله ران
5.1	13.8	15.5	60.5	5629	میانگین کل 25 بیماری

علاوه بر نتایجی که در جدول 7-2 نشان داده شد، شیوع امراض عفونی 1.29 درصد ( 401 مورد ) از بین 311610 روز بستری بوده است. میانگین بستری مجدد پیش بینی نشده برای تمام 25 نوع بیماری 0.91 درصد(51 نفر) از بین 5629 نفر بیمار بوده است.

گو این که تلاش جمع آوری و جمع‌بندی داده های فوق در راستای ارزیابی کیفیت عملکرد بیمارستان قلمداد میشود ولی متاسفانه تنها 41 بیمارستان در این مطالعه داوطلبانه شرکت کرده اند و نتایج بدست آمده حتما نماینده وضع کیفیتی خدمات درمانی در مقیاس سراسر ژاپن نیست ولی میتواند به عنوان یک مراجعته مورد ملاحظه قرار گیرد. در عین حال از این مطالعه آشکار است که اکثر بیمارستان ها تمایلی به همکاری در این زمینه نبوده اند. پی گیری علی این اجتناب در همکاری حائز اهمیت است.

یکی دیگر از فعالیت های این انجمن ترغیب اعضا به ارزیابی عملکرد بیمارستان های خود توسط موسسه بی طرف است. "موسسه مشاوره ژاپنی برای ارزیابی عملکرد خدمات درمانی<sup>65</sup>" با پیشنهاد و تشویق وزارت بهداشت و پیش قدمی "انجمان پزشکان ژاپن" در سال 1995 تأسیس و به ارزیابی بیمارستان های داوطلب پرداخته است. این موسسه کاملا مستقل و با کادر آموزش دیده خود تحت یک برنامه زمان بندی شده به ارزیابی دقیق بیمارستان ها می پردازد. تا آوریل 2007 تعداد 2350 (26 درصد از کل 9014 بیمارستان) بیمارستان از صافی ارزیابی این موسسه موفق بیرون آمده و به اخذ گواهی نایل آمده اند. گواهی این موسسه دارای اعتبار پنج ساله است و بیمارستان ها با نسب آرم موسسه در محل بیمارستان میتوانند به تبلیغ آن به پردازند. ما در این نوشتار از پرداختن به جزئیات موضوعات مورد بررسی و تشریفات و روش مفصل ارزیابی بوسیله این موسسه پرهیز میکنیم و تنها به ذکر رئوس حوزه های مورد سنجدش بسنده میکنیم.

جدیدترین نسخه پنجم دستورالعمل این موسسه به ارزیابی عملکرد بیمارستان در هشت حوزه می پردازد. قبل از پرسشنامه محتوی این هشت حوزه که بالغ بر بیش از صد صفحه میشود به بیمارستان داوطلب تسلیم میشود تا بصورت آزادانه ابتداء خود به ارزیابی به پردازد. پس از اخذ ارزیابی خود بیمارستان کادر موسسه طی چند روز بیمارستان را از نزدیک بازدید کرده و ارزیابی خود بیمارستان را ارزیابی مجدد میکنند. در زیر به هشت حوزه ارزیابی اشاره میکنیم:

- مدیریت تشکیلات بیمارستان و نقش آن در ناحیه ،

<sup>65</sup> Japan Council for Quality Health Care: <http://jcqhc.or.jp/>

- 2- تدرکات لازم برای احراق حقوق و امنیت بیماران،
- 3- محیط آسایش و خدمات برای بیماران،
- 4- سازماندهی و مدیریت ارائه خدمات درمانی،
- 5- پروسه پرستاری و مراقبت ها برای کیفیت و امنیت خدمات درمانی،
- 6- معقولیت کنترل مدیریت بیمارستان،
- 7- عملکرد خاص بیمارستان های روانی،
- 8- عملکرد خاص بیمارستان (یا بخش) های پرستاری (برای بیماران مزمن و از پا افتاده).

در هر حوزه موضوعات بسیاری مورد بررسی قرار میگیرد. برای نمونه در حوزه 1 تعداد 20 موضوع اصلی و در حوزه 2 تعداد 15 موضوع اصلی مورد ارزیابی قرار میگیرد. ارزیابی هر موضوع در پنج درجه طبقه بندی میگردد: "الف- بسیار مناسب"، "ب- مناسب"، "پ- متوسط"، "ج- کمی نامناسب"، "چ- نامناسب" و مراکزی که قابل ارزیابی نیستند. بیمارستان های در طبقه "الف"، "ب" و "پ" به اخذ گواهی نایل می آیند و بیمارستان های در طبقه "ج" و "چ" به انتظار اخذ گواهی پس از اصلاح موضوعات توصیه شده تشویق میشوند.

با وجود این که هنوز تنها 26 درصد بیمارستان ها موفق به اخذ گواهی شده اند درخواست ارزیابی بوسیله این موسسه هر سال روبه افزایش است. تمایل بسیاری از بیمارستان ها به اخذ چنین گواهی نشان از گرایش شدید آن ها به اصلاح و مجهز کردن مراکز درمانی خوداست. لازم به یادآوری است بیمارستان هایی که اقدام به درخواست ارزیابی و یا اخذ گواهی نکرده اند هرگز به این معنا نیست که این بیمارستان ها از تجهیزات و کیفیت مناسب بی بهره اند. از نقطه نظر تجهیزات، بیمارستان های ژاپن در سطح بسیار بالائی قرار دارند. به عنوان نمونه تعداد دستگاه های گران قیمت سی تی و ام آر آی در ژاپن بیش از کل تعداد آن ها در تمام کشورهای پیشرفته اروپائی است (جدول 7-3). طبق آمار سال 2002 "سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه" ژاپن با داشتن 92.6 دستگاه سی تی و 35.3 دستگاه ام آر ای برای هر یک میلیون نفر جمعیت در صدر لیست کشورهای عضو قرار گرفته است.

**جدول 7-3 مقایسه جهانی تعداد دستگاه های سی تی و ام آر آی (OECD-1998)**

MRI	CTS	کشور	MRI <sup>67</sup>	CTS <sup>66</sup>	کشور
150	402	اسپانیا	3938	10693	ژاپن
94	136	سویس	2045	3564	آمریکا
68	208	اتریش	365	1025	ایتالیا
43	63	فنلاند	270	346	انگلیس
15	51	محارستان	188	1068	کره

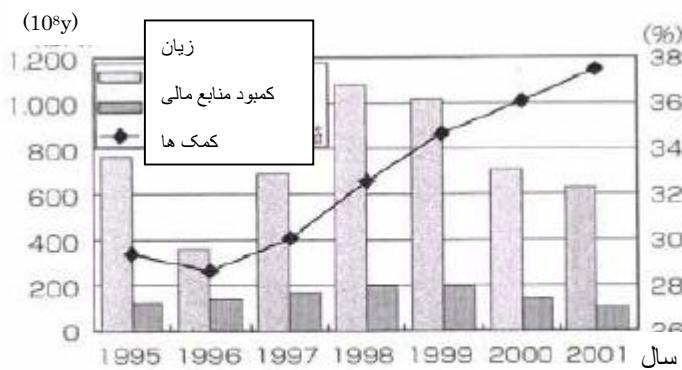
<sup>66</sup> CTS=Computed Tomography Scanner

<sup>67</sup> MRI=Magnetic Resonance Image

در عین این که تجهیز دستگاه های طبی در بیمارستان ها میتواند ابزاری برای افزایش درآمد مالی و به تعبیری تجارت باشد بی شک در روند ارائه خدمات درمانی به تشخیص زودهنگام بیماری ها کمک کرده، باعث رضایت بیماران نیز می گردد. بهر حال بسیاری از مراکز درمانی بسبب مشکلات عدیده مخصوصاً تنگدستی مالی در اقدام به درخواست ارزیابی مردند.

### ارزیابی از موضع تولید کنندگان خدمات درمانی<sup>2</sup>: تنگناهای اقتصادی

اکثر بیمارستان ها خود را در تحقق اهدافی که توسط وزارت بهداشت در تعریف بیمارستان و یا اصلاحیه قانون خدمات درمانی گنجانیده شده است ناتوان احساس میکنند. برای تحقق اهداف مذبور نیاز به تشکیلات بیمارستانی مجهر به وسائل کافی و مدرن، کادر فنی، مجرب و کافی با خط مشی " مدیریت کیفیت فرآگیر" می باشد. بیمارستان ها و مراکز درمانی علت اصلی در ناتوانی خود را در تحقق اهداف خدمات درمانی تنگدستی اقتصادی برآورد میکنند. دولت از طرفی با تبلیغات برانتظار بیماران از خدمات درمانی با کیفیت بالا می افزاید، از طرفی با تشدید سیاست های کاهش هزینه درمانی به کنترل در آمد بیمارستان ها می پردازد. منتقدین معتقدند که در شرایط فعلی اکثر بیمارستان ها با زیان به فعالیت مشغولند. دولت هنوز بر این واقعیت صحه نمی گذارد و ناکارآمدی مدیریت مراکز درمانی را علت متضرر بودن آن ها میداند. اما طبق آمار، تقریباً کل بیمارستان های دولتی با وجود کمک های بی دریغ دولت متضررند. شکل 7-2 (برگرفته از سایت انجمن بیمارستان های سراسر ژاپن<sup>68</sup>) وضع مالی بیمارستان های دولتی(محلی) را نشان میدهد. کمک های دولت برای جبران کاهش مستمر درآمدهای بیمارستان ها سیر صعودی دارد.

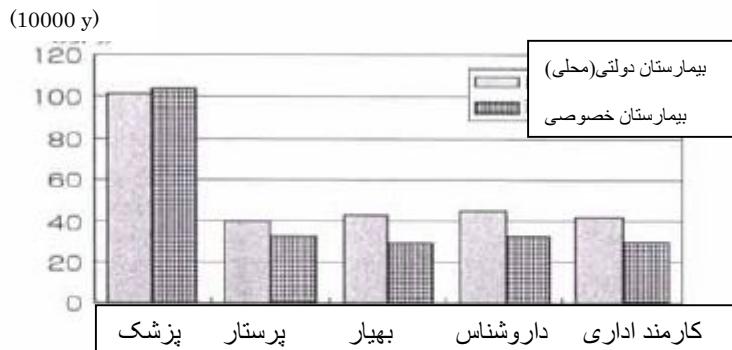


شکل 7-2 سیر صعودی کمک های به بیمارستان های دولتی(محلی) برای جبران افت مستمر درآمدها

این بیمارستان ها با وجود کاهش درآمدها و سیر صعودی کمک های دولتی به استخدام کارمندان با حقوق های کلان و بنای مجلل ساختمان های بیمارستانی ادامه میدهند. مقایسه حقوق کارمندان در دو نوع بیمارستان های دولتی و خصوصی در شکل 7-3 (برگرفته از سایت انجمن بیمارستان

<sup>68</sup> <http://www.ajha.or.jp/>

های سراسر ژاپن- همانجا) نشان داده شده است.



شکل ۳-۷ مقایسه حقوق پزشک، پرستار و دیگر کادر پیراپزشکی و کارمندان در دونوع بیمارستان های دولتی و خصوصی

بیمارستان های خصوصی در استخدام کارمندان در بازار کار توانائی رقابت با بیمارستان های دولتی را ندارند. و این عاملی بر کمبود مزمن پرستار و کادر پیراپزشکی در بیمارستان های خصوصی بشمار می آید. کمبود پرستار در بیمارستان های خصوصی نه تنها مسبب تقلیل درآمد آن ها(هزینه بستری تعیین شده به نسبت تعداد پرستار نوسان دارد) است باعث افت کیفیت خدمات درمانی و در نتیجه اجتناب بیماران از مراجعه به بیمارستان و یا نارضایتی آن ها از کیفیت خدمات در حین بستری را بدنبال می آورد. نارسائی وضعیت کیفیتی بیمارستان ها در اثر کمبود پزشک که در صفحات قبل به آن نیز پرداختیم تشدید شده است. این تنها بیماران نیستند که کمبود پزشک در مراکز درمانی موجب نگرانی آن ها میشود بلکه خود بیمارستان ها نیز از جهات گوناگون از معرض کمبود پزشک ضربه می خورند.

افزون بر این دولت هر دو سال یک بار با کاهش چند درصدی "امتیاز" اقلام خدمات درمانی به کنترل هزینه درمان می پردازد. این تنها نحوه کاهش هزینه های خدمات درمانی نیست. همانطور که در صفحات قبل نیز اشاره شد بیمارستان ها در آخر هر ماه با تنظیم صورت حساب "رسید" ها خواستار پرداخت هزینه خدمات درمانی بیماران از "صندوق بررسی و پرداخت ها" میشوند. تعداد این "رسید" ها را در حدود یک میلیارد و چهارصد میلیون برآورد میکنند. صندوق با بررسی تعریفه های درمانی در صورت موافقت با نحوه درمان و مطالبه بجای هزینه ها اقدام به پرداخت ها میکند. ولی معمولاً صندوق با ایرادات و اشکالات بی مورد که به مضمون و نحوه خدمات درمانی وارد میکند مبالغی از مطالبات را توجیه ناپذیر تشخیص داده، از پرداخت آن ها سرباز میزند. هر ساله مبلغی حدود صد میلیارد دین از این طریق به مراکز درمانی زیان وارد میگردد. برای نمونه پرتونگاری از جمجمه برای بیماران غیر از ضربه مغزی توجیه پذیر نیست. و تجویز آنتی بیوتیک برای بیماران سرماخوردگی با واکنش صندوق روپرتو میگردد. واکنش صندوق در برابر مطالبات مراکز درمانی تابع مکان و زمان از نوسانات برخوردار است.

اصولاً جو اجتماعی در بین مردم و بخصوص بیماران بر ضد مراکز درمانی و پزشکان هدایت شده است. هم مسئولان دولتی و هم مردم بر این باورند که مراکز درمانی تجارت میکنند و از طریق صندوق نظام بیمه ملی به ثروت اندوزی مشغولند.

### ارزیابی از موضع کارگردان(دولت) و یا صاحب کار

اتحادیه های شرکت های صنعتی، موسسات مالی و دولت که بیمه کنندگان اصلی هستند و مسئولیت پرداخت هزینه های خدمات درمانی را به عهده دارند گردانندگان نظام خدمات درمانی بشمار می آیند. این گردانندگان در موضع بین بیماران و مردم(یا دریافت کنندگان خدمات درمانی) و مراکز درمانی(یا تولید کنندگان خدمات درمانی) قرار دارند. از طرفی باید پاسخگوی نیازهای دریافت کنندگان و از طرفی کنترل کننده هزینه خدمات درمانی و یا ناظر بر عملکرد تولید کنندگان این خدمات باشند. طرف دولت منشکل از وزارت بهداشت و خزانه داری(دارائی) هستند که با وجود تفاوت مختصه در موضع خود در کل از خط فکری یکسانی پیروی میکنند. در کل گردانندگان نظام خدمات درمانی به مراکز درمانی مشکوک هستند و آن ها را به تجارت و سودجوئی متهم میکنند. افزون بر این دولت با همدستان اتحادیه ها بر این باورند که با رشد بی وقه جمعیت سالمند و کاهش جمعیت مولد هزینه خدمات درمانی هر ساله روبه افزایش است و این افزایش عامل فشار بر درآمدهای دولت و شرکت های صنعتی و موسسات مالی کشورست که رکود اقتصادی پیامد آن خواهد بود. منتقدین نظام خدمات درمانی معتقدند که گردانندگان این نظام نهایت هم خود را بر محور کنترل و یا کاهش هزینه خدمات درمانی متمرکز کرده اند و به اهمیت سرمایه گذاری در حوزه خدمات درمانی و ارتقای کیفیت آن که سلامت جامعه را به همراه خواهد داشت واقف نیستند.

دولت ژاپن دولت مقروضی، به مردم خود مقروض است و این وابستگی هم هر ساله شدت می یابد. ترکیب در آمد دولت در سال 2000 غیر از وصول انواع مالیات ها 40 درصد از راه فروش اوراق بهادرار به مردم تأمین شده است<sup>69</sup>. این دولت مقروض صلاح نمیداند که یک سوم از کمبود منابع مالی بیمه خدمات درمانی(10 تریلیون ی恩) را جبران کند. و از این جهت است که تا به حال دولت به انحصار گوناگون اقدام به اتخاذ سیاست هائی به منظور کاهش هزینه خدمات درمانی کرده است. ما در صفحات قبل در باره این سیاست ها مفصلًا شرح دادیم، در اینجا فهرست وار به آن ها اشاره می کنیم:

افزایش سهم پرداخت هزینه درمانی توسط خود بیماران در مراکز درمانی،

افزایش سهم پرداختی سالمندان با اصلاحات در بیمه سالمندان،

تاسیس بیمه خدمات پرستاری و تحمیل پرداخت هزینه ها به جمعیت واجد شرایط(که زمانی تحت پوشش بیمه سالمندان بودند)،

کنترل فارغ التحصیلان دانشکده پزشکی، کاهش شمار پزشکان،

کاهش "امتیاز" اقلام خدمات درمانی هر دو سال یکبار،

کاهش نرخ دارو و تشویق به تجویز داروهای ژنریک، پیشبرد سیاست استقلال داروخانه از بیمارستان در راستای جلوگیری از تجارت داروئی مراکز درمانی،

<sup>69</sup> 日本の医療に未来はあるか 鈴木 厚、ちくま新書 408

کاهش هزینه خدمات بستری طولانی بیماران مزمن(بستری بیش از شش ماه)،  
بررسی و کنترل شدید تعرفه "رسید" های مراکز درمانی،

با وجود موقیت نسبی دولت در سیاست ها سیر کلی افزایش هزینه خدمات درمانی هرگز متوقف نشده، و افزون بر این از کیفیت این خدمات کاسته شده است. دولت به جهت کنترل بیش از پیش هزینه خدمات درمانی طرح های گوناگون کارآمدتری را که در کشورهای خارج تجربه شده اند بطور امتحانی به مورد اجرا درآورده است.

گشتresh پرداخت هزینه درمان به روش<sup>70</sup> DPC نیز مد نظر دولت است. با شروع این روش پرداخت در سال 1998 تا ژوئیه 2006 هم اکنون حدود 360 بیمارستان دانشگاهی، دولتی و خصوصی جمعاً با 180000 تخت در قرارداد با صندوق پرداخت ها تحت پوشش این روش پرداخت قراردادشته اند. روش پرداخت مبلغ ثابت معینی برای بیماری معین به همراه پرداخت کامل هزینه آزمایشات فوق تخصصی، رادیوتراپی و جراحی ها اتخاذ شده است؛ روش پرداخت مخلط ثابت و نوسانی. ارزیابی نرخ خدمات بوسیله این روش کپی برداری از روش DRG/PPS<sup>71</sup> است که در آمریکا رایج است. ولی هنوز دولت در عمومی کردن این روش پرداخت مصمم نشده است. افزون بر این چون پرداخت هزینه درمان ثابت برای بیماری معین بر اساس نیازهای درمانی مجازی بیماران نیست و نشان از یک ارزیابی "کلیوئی" یا "سرانگشتی" دارد مورد انتقاد صاحب نظران نیز هست.

با جا افتادن روش پرداخت DPC دولت در نظر دارد استانداردهای خدمات درمانی یا خدمات درمانی استاندارد را تثبیت کند و از این طریق هم به سنجش و طبقه بندی سطح کیفی مراکز درمانی به پردازد و هم به رواج خدمات آزاد خارج از چارچوب استانداردها. یکی از استانداردهایی که دولت در نظر دارد، کوتاه کردن مدت زمان بستری و بنابراین تقلیل تعداد تخت های بیمارستانی است. برآوردهای دولت نشان از آن دارد که طول مدت بستری بیماران در ژاپن(3.8 روز) نسبت به کشورهای آمریکا و اروپائی (2 تا 5 برابر) طولانی ترست، و این طولانی بودن زمان بستری سهم هزینه خدمات درمانی بستری افزایش داده است. افزون براین تعداد تخت در ژاپن(12.8 تخت برای 1000 نفر جمعیت) نسبت به تعداد تخت در دیگر کشورها بسیار زیاد(2 تا 4 برابر) است. دولت در نظام پرداختی DPC تعیین کرده است 15 درصد اضافه پرداخت میکند اگر طول مدت بستری 25 درصد کوتاه تر از میانگین مدت بستری باشد. در مقابل 15 درصد از هزینه تعیین شده میکاهد چنانچه مدت بستری 25 درصد از مدت میانگین طولانی تر باشد. با چنین امتیاز هائی آمار تا حدودی نشان از کوتاه شدن طول مدت بستری دارد ولی در عوض تعداد بیماران سرپائی و دفعات مراجعات به مراکز درمانی افزایش یافته است. تأکید روی طول مدت بستری سبب ترخیص زودرس و مداوای نیمه کاره بیماران نیز گردیده است. باور دولت درکل بر این است که تعداد مراجعات بیماران سرپائی نسبت به مورد مشابه در دیگر کشورها بالا است. طبق آمار، میانگین مراجعات سالانه بیماران در بخش سرپائی 14.5

<sup>70</sup> DPC= Diagnosis Procedure Combination

با استناد به بیماری های طبقه بندی<sup>71</sup> Diagnosis Related Groups/Prospective Payment System- شده سازمان بهداشت جهانی آمار مربوط به هر بیماری را در حوزه مخارج پرسنل، هزینه دارو، هزینه مواد و ابزار مصرفی، مدت بستری و هزینه های جنبی مورد تجزیه و تحلیل قرار میدهد و از نتیجه معنادار آماری نرخ خدمات درمان بیماری مشخصی را تعیین میکند.

بار گزارش شده است که ۲ تا ۵ برابر مورد خارجی آن تخمین زده میشود. برای جلوگیری از مراجعات مکرر بیماران به مرکز درمانی، عناصری در دولت کنترل این روند را با افزایش سهم پرداختی بیماران سربائی پیشنهاد کرده اند.

دولت معتقد است برای پیشگیری از افت سطح کیفی خدمات درمانی و تقلیل هزینه های درمانی یا باید سهم پرداخت بیماران را و یا مالیات بر مصرف(فعلاً ۵ درصد است) را افزایش داد. افزایش سهم بیماران شامل رویه افزایش حق بیمه و یا تقبل مبلغ بیشتری در هنگام دریافت خدمات درمانی است، که در هر صورت با مقولات شدید منتقدین روپرورست. دولت به بهانه کاهش آن چه که به افراط در زمینه ارائه خدمات درمانی اعلام شده است میکوشد تا از مدت بسترنی بیماران کاسته و در نهایت تعداد تخت ها را کاهش دهد، و از این راه تعداد بیمارستان ها را نیز کاهش بخشد.

قسمتی از افزایش روز افزون هزینه خدمات درمانی به دلیل افزایش طبیعی جمعیت سالم‌مند(که نسبت به قشر جوان تراز ضریب بالاتر ابتلای به بیمارها برخوردارست) و پیشرفت و مرسوم شدن روش های نوین درمان و علم پزشکی است. جای بحث نیست که پاسداری از کیفیت درمان به هزینه بیشتر نیاز دارد.

دولت ژاپن برای حفظ و ارتقای سطح کیفی درمان در عین حال فراراز تقبل افزایش هزینه ها از طرفی چاره را در دست به دامان شدن بازار آزاد میداند. طرح آزاد سازی "خدمات مخلوط دولتی و آزاد" که اشاعه شرکت بازار آزاد در فعالیت های درمانی را تلویحاً تائید میکند در دستور کار هیئت دولت کوایزو‌می(نخست وزیر سابق ژاپن در سال 2003) زیر پوشش پروژه "آزادسازی محدودیت ها" قرار گرفت. در این طرح با وجود این که وظیفه دولت را در ارائه خدمات درمانی "پایه" و یا خدمات "استاندارد" برای آحاد ملت تضمین میکند شرکت بخش خصوصی(شرکت های سهامی) را در ورود به حوزه خدمات درمانی، که تا به حال ممنوع اعلام شده بودند، برای تکمیل خدمات عالی تری تائید میکند. بیمارانی که با خدمات "پایه" راضی نمی شوند، خواستار خدماتی با کیفیت عالی تری هستند میتوانند در بازار آزاد از این خدمات بهره ببرند. بیمارستان های مجلل هتل گونه، مجهز به دستگاه های آزمایشگاهی آخرين مدل، برخوردار از متخصصين مجرب و مشهور، ارائه خدمات داروئی، جراحی و خدمات دیگری که حتا در لیست خدمات "پایه" بیمه ملی وجود ندارند در بخش خصوصی بازار آزاد ممکن میگردد. آشکارا شکاف بین قشر ثروتمند و فقیر در نحوه استفاده از خدمات درمانی آشکار و عمیق میگردد. دولت معتقد است که با فعالیت بخش خصوصی در حوزه خدمات درمانی، هم رضایت بیماران طالب خدمات عالی تر کسب میگردد و هم بر اثر رقابت در مراکز درمانی انگیزه بهبود کیفیت خدمات درمانی بوجود خواهد داد.

از سوئی با رخنه بخش خصوصی و شرکت های سهامی به حوزه خدمات درمانی به رقابت بین خدمات درمانی ملی و خصوصی دامن خواهد زد که این خود باعث تحریک و تشدید تمایل اکثر مراکز درمانی به سرمایه گذاری و تب تجارت در این حوزه خواهد گردید که بی گمان به قیمت محرومیت اکثریت مردم نیازمند از بهره وری "خدمات لازم و کافی در هر زمان و در هر مکان" که هدف نظام بیمه ملی است تمام خواهد شد.

منتقدین طرح های دولت، دولت را به تقليد و یا تلاش در وارد کردن تدریجی نظام خدمات

درمانی آمریکا متهم میکنند که در آنصورت باید در آینده منظر پی آمدهای خانمانسوزی در ژاپن بود که هم اکنون گریبانگیر جامعه آمریکا است.

ما بیش از این از پرداختن به جزئیات بحث تامین هزینه درمان احتراز میکنیم ولی نتیجه پژوهش هائی نشان میدهد که در صورت صرفه جوئی و توقف پروژه های بیهوده عمرانی که تنها به فربه شدن سرمایه داران بزرگ و متنفذ منتهی میشوند میتوان سالانه به بیش از 14 تریلیون ين دست یافت و آن را در راه بیهود کمی و کیفی خدمات درمانی سرمایه گذاری کرده و تنگناهای مالی خدمات درمانی را ترمیم کرد.

جدول 4-7 موضع دولت و انعکاس موضع طیف مقابله آن را در زمینه هزینه خدمات درمانی خلاصه کرده است.

جدول یادشده خلاصه سخنرانی های صاحب نظران در زمینه هزینه درمان و راهیافت های جلوگیری از افزایش آن می باشد، که در سمپوزیوم "توان مالی دولت و آینده سیاست های خدمات درمانی"<sup>72</sup> در آگوست 2005 در توکیو برگزار شد.

در این سمپوزیوم پنج صاحب نظر از مواضع گوناگون شرکت نموده و سخنرانی کردند:

- یک استاد دانشگاه از موضع بی طرف،
- یک نماینده از طرف وزارت خزانه داری(دارائی)،
- یک نماینده از طرف وزارت بهداشت،
- یک نماینده از طرف "انجمن پزشکان ژاپن"،
- یک نماینده از طرف انجمن بیمارستان ها،

طبیعتن ادعاهای نماینده وزارت بهداشت و خزانه داری با اندک تفاوت هائی مشابه بود، و موضع بیمارستان و "انجمن پزشکان ژاپن" و استاد دانشگاه متعارض با ادعاهای دولتی بود.

---

<sup>72</sup> 日本病院会雑誌 2006年7月号 p12~80

جدول 4-7 خلاصه بحث در زمینه هزینه خدمات درمانی (سمپوزیوم توکیو 2005)

ادعاهاي دولت	سياست های اصلاحی دولت	مواضع منتقدین
افزایش سالانه هزینه خدمات درمانی بالغ بر یک تریلیون تخمین زده میشود که این رشد از رشد سالانه GDP یا درآمد سرانه ملت افزون ترست.	باید تلاش شود تا رشد افزایش هزینه خدمات درمانی در محدوده رشد درآمد سرانه ملت مهار شود.	سهم هزینه خدمات درمانی ژاپن در GDP تنها 8.0 درصد، در مرتبه هیجدهم در بین کشورهای OECD بوده، که نشان از پائین بودن هزینه خدمات درمانی دارد
هزینه خدمات درمانی سالمدان 5 برابر قشر جوان ترست (این نسبت در دیگر کشورها 2 تا 4 برابر است).	افزایش سهم پرداخت سالمدان، یا کوتاه کردن مدت زمان بستری بیماران لازمست.	هزینه روزانه خدمات درمانی سالمدان با قشر جوان تفاوت فاحش ندارد، کلا هزینه بستری در ژاپن در مقایسه با دیگر کشورها ارزان است.
تفاوت هزینه خدمات درمانی سالمدان در استان های مختلف تا 1.5 برابر و تفاوت هزینه خدمات بستری آن ها به 1.8 برابر میرسد.	اصلاح تفاوت های منطقه ای خدمات درمانی (خصوصاً برای بیماران سالمند) استقلال مدیریت منطقه ای قابل بررسی است.	مدیریت منطقه ای باعث تبعیض در ارائه خدمات درمانی میشود، و راه را برای نفوذ خدمات درمانی بازار آزاد میگشاید.
برای هر 1000 نفر 12.8 تخت وجود دارد که 2 تا 4 برابر مورد خارجی آن است.	تشویق به کوتاه کردن مدت بستری و ایجاد شرایطی برای کاهش تعداد تخت ها لازم است.	کوتاه کردن مدت بستری چه بسا سبب نیمه کاره ماندن درمان و نتیجه عودت زود رس بیماری میگردد. از طرفی بستری مجدد بر اثر عودت بیماری هزینه ها را افزایش میدهد.
میانگین زمان بستری 28.3 روز 2 تا 4 برابر از مورد خارجی طولانی ترست.	تعیین زمان بستری استاندارد برای بیماری مشخص.	کنترل دفعات مراجعه باعث حد شدن بیماری، و از طرفی سیاست دولت راه را برای درمان آزاد آسفالت کردن است.
صرف داروهای ژنریک در ژاپن 16 درصد، حال این که در آمریکا 53 درصد، در انگلیس 55 درصد و در آلمان 41 درصد است.	تشویق به افزایش مصرف داروهای ژنریک که ارزان ترست.	؟
بالا بودن درآمد کلینیک ها،	دلیلی برای کاهش نرخ خدمات درمانی است.	آمار دولتی سفسطه آمیز است، درآمدها بالا نیست. بیمارستان ها هم با ضرر کار میکنند.

در فصل آینده موقعیت نظام خدمات درمانی ژاپن را در بین کشورهای OECD مرورخواهیم کرد.

## فصل هشتم- مقایسه جهانی شاخص های نظام خدمات درمانی

### مقدمه

ژاپن یکی از کشورهای توسعه یافته اقتصادی و عضو "سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه" (OECD) میباشد. سی کشور ترکیب این سازمان را تشکیل میدهند که دارای درجات توسعه اقتصادی متفاوت هستند. این سی کشور را از منظر توسعه اقتصادی به دسه دسته تقسیم میکنند. دسته اول کشورهای با "بازار اقتصادی توسعه یافته"<sup>73</sup> که شامل 23 کشور از جمله آمریکا، اتریش، استرالیا، بلژیک، کانادا، دانمارک، فینلاند، فرانسه، آلمان، یونان، ایرلند، ایتالیا، آیسلند، ژاپن، لوکزامبورگ، هلند، زلاندنو، نروژ، پرتغال، اسپانیا، سوئد، سویس، انگلیس، و دسته دوم کشورهای با "اقتصاد در حال گذار"<sup>74</sup> که شامل 4 کشور از جمله جمهوری چک، مجارستان، لهستان، سلوواکی، و دسته سوم کشورهای "در حال توسعه"<sup>75</sup> که شامل سه کشور کره جنوبی، مکزیک و ترکیه میگردد.

قبل از مقایسه شاخص های بهداشتی لازم است از نظام خدمات درمانی این کشورها که نقش تعیین کننده ای در عملکرد این خدمات دارد آگاه شویم.

جدول 1-8 نظام خدمات درمانی را در کشورهای گوناگون به اختصار در آورده است.

جدول 1-8 نظام خدمات درمانی در کشورهای پیشرفته<sup>76</sup>

از نوع بیمه خصوصی	از نوع بیمه اجتماعی	خدمات بهداشتی و درمانی ملی	
مشترکین در شرکت های بیمه 1. قشرآسیب پذیر و سالمند تحت پوشش کمک های جدایگانه است، 2. جمعیت بدون پوشش بیمه	عموم مردم (به استثنای قشرآسیب پذیر که تحت پوشش کمک های جدایگانه اند)	عموم مردم	مشترکین
خدمات بیمه ای 1. درصدی رایگان 2. درصدی نقدي	خدمات بیمه ای 1. در صدی رایگان 2. درصدی نقدي	خدمات عمومی (روش پیمانی)	روش ارائه خدمات
حق بیمه	حق بیمه (و کمک های دولتی)	مالیات ها	منابع مالی
شرکت های بیمه خصوصی	بیمه گران (دولت مرکزی و محلی)	دولت مرکزی و محلی، (پیمان های منطقه ای)	مدیریت
خصوصی و قسمتی دولتی	دولتی، خصوصی	دولتی، خصوصی	تولید کنندگان خدمات
آمریکا	آلمان، فرانسه، ژاپن	انگلیس، سوئد، زولند نو	کشور

<sup>73</sup> Developed market economies

<sup>74</sup> Economies in transition

<sup>75</sup> Developing countries

<sup>76</sup> 野村 拓(他 15 名) 21 世紀の医療政策づくり、国民医療研究所 編 2003

## مقایسه شاخص های تدرستی و کارآمدی نظام خدمات درمانی

اغلب آمار و ارقام مربوط به وضعیت تدرستی مردم این کشورها در سازمان جمع آوری، مورد تجزیه و تحلیل و ارزشیابی قرار میگیرند. از نظر این سازمان و همینطور از دید "سازمان بهداشت جهانی" شاخص منحصر بفردی که وضعیت تدرستی ملل را به طور آشکار و قاطع نشان دهد در دست نیست و مقایسه آماری وضعیت تدرستی مردم کشورها باید با نظر گرفتن مولفه های گوناگون مختص هر کشور محتاطانه انجام گیرد.

ما در دنباله با مراجعته به گزارش بهداشتی سازمان OECD<sup>77</sup> در سال 2005 به معرفی آمار مقایسه ای کشورهای عضو پرداخته، موقعیت ژاپن را در میان این کشورها محک میزنیم. در ابتدای این گزارش با موضوع "وضعیت تدرستی در کشورهای عضو OECD" بطور هیجان آوری بهبود یافته است" از پنج شاخص، میانگین طول عمر، میانگین طول عمر سنین 65 سال و به بالا، نرخ مرگ و میر، نرخ مرگ و میر کودکان (زیر یکسال) و رشد هزینه خدمات درمان و بهداشت بعنوان شاخص های مستند که به مقدار بسیار بالائی بازتاب دهنده وضعیت تدرستی است یادآوری میکند. شایسته یادآوری است که آمار 41 شاخص مختلف در حوزه درمان و بهداشت در بانک اطلاعات OECD جمع آوری و نگهداری میشود. این سازمان تسهیل دسترسی بیشتر به خدمات درمانی، تاثیر پذیری داروها، افزایش سطح استاندارد زندگی، ارتقای سطح آموزش را عوامل موثر در بهبود وضعیت تدرستی بر میشمارد. ما در زیر این شاخص ها را مرور میکنیم.

در جدول 8-2 مقایسه چند شاخص تدرستی از جمله میانگین طول عمر، میانگین طول عمر سالمندان 65 سال و به بالا، نرخ مرگ و میر، نرخ مرگ و میر کودکان زیر یکسال و نسبت کل هزینه درمان در GDP را در میان کشورهای عضو "سازمان همکاری های اقتصادی و توسعه" جمعبندی گردیده است. لیست نام کشورها به ترتیب بالا بودن در صد هزینه خدمات درمانی در GDP این کشورها تنظیم شده است.

میانگین طول عمر زنان 85.3 سال (در سال 2006، 86 سال گزارش شده است) و مردان 78 در رتبه اول قرار دارند. یکی از دلایل طولانی بودن میانگین طول عمر، پائین بودن نرخ مرگ و میر و بخصوص نرخ مرگ و میر کودکان زیر یکسال است، که باز ژاپن از این جهت نیز در صدر لیست کشورها قرار دارد. البته همانطور که قبلاً هم ذکر شد این شاخص ها تنها شاخص های کیفیت و یا اثر بخشی نظام خدمات درمانی کشورها نیست ولی آن ها، هم در سازمان بهداشت جهانی و هم در OECD از اهمیت کارشناسانه ای برخوردار بوده، و مکرر ن مورد مراجعة قرار میگیرند.

ژاپن از نقطه نظر تقلیل هزینه درمان در رتبه 18 و آمریکا در رتبه نخست قرار دارند. همانطور که از جدول نیز بر میآید ژاپن دارای رکورد میانگین طول عمر 81.8 سال است. میانگین طول عمر، طول عمر در سن صفر سال است.

<sup>77</sup> Health at a Glance- OECD Indicatots 2005

جدول ۲-۸ مقایسه آماری شاخص های کیفیت تدرستی در میان کشورهای عضو OECD (2003)

نام کشور	میانکین طول عمر (سال)	میانگین طول ۶۵ سال و به بالا (سال)	نرخ مرگ و میر (2002)	نرخ مرگ و میر کودکان (زیر یکسال) در ۱۰۰ هزار جمعیت	هزینه خدمات درمانی نسبت به GDP (درصد)	هزینه خدمات در ۱۰۰۰ تولد
آمریکا	77.2	18	19.5	674	6.9	15.0
سوئیس	80.4	21	(2001) 529	4.3	11.5	10.5
آلمان	78.4	16.0	19.6	621	4.2	10.9
ایسلند	80.7	17.8	20.4	534	2.4	10.5
یونان	78.1	16.7	18.8	636	4.8	10.5
فرانسه	79.4	21.3	(2001) 569	3.9	10.4	10.1
نروژ	79.5	16.2	19.7	609	3.4	10.1
بلژیک	78.1	15.8	19.7		4.3	10.1
کانادا	79.7	17.2	20.6	(2001) 567	5.4	9.9
پرتغال	77.3	16.7	19.1	691	4.1	9.8
اتریش	78.6	16.2	19.7	611	4.5	9.6
سوئد	80.2	20.3	17.0	(2001) 567	3.1	9.3
هلند	78.6	15.8	19.5	645	4.8	9.2
استرالیا	80.3	21	17.6	526	4.8	9.2
دانمارک	77.2	15.4	18.3	(2000) 716	4.4	8.9
مجارستان	72.4	16.7	16.7	969	7.3	8.3
ایتالیا	79.9	16.7	20.7	546	4.3	8.2
ژاپن	81.8	18	23	449	3.0	8.0
نیوزیلند	78.7	16.7	20.0	(2000) 599	5.6	8.0
انگلیس	78.5	16.1	19.1	645	5.3	7.9
اسپانیا	80.5	16.5	20.4	560	4.1	7.9
لوکزامبورگ	78.2	15.9	19.9	629	4.9	7.7
ترکیه	68.7	12.7	14.3		29.0	7.6
چک	75.3	14.0	17.4	834	3.9	7.5
فلاند	77.8	15.8	19.6	638	3.1	7.4
ایرلند	77.8	15.3	18.6	719	5.1	7.1
لهستان	74.7	14.0	18.1	840	7.0	6.5
مکزیک	74.9	17.1	18.6		20.1	6.3
سلوواکی	73.9	13.3	17.0	916	7.9	5.9
کره جنوبی	76.9	14.9	18.7	712	6.2	5.5

در حاشیه لازم به یادآوری است که طبق آمار گزارش شده توسط وزارت بهداشت<sup>78</sup>، تا تاریخ اول سپتامبر 2007 جمعیت گروه سنی 100 سال ژاپن از مرز 30 هزار نفر عبورکرده به 32295 نفر رسیده است. از میان این جمعیت زنان 100 ساله 27682 نفر(%) و مردان 4613 نفر گزارش شده است، و این ارقام برای هر دو جنس از سال 1971 مرتب افزایش داشته است. استان اوکیناوا از نظر جمعیت گروه سنی 100 ساله گان در رتبه اول و استان سایاما(استانی با کمترین نیروی انسانی در زمینه خدمات درمانی) در رتبه چهل و هفتم قرار دارند. اوکیناوا از 35 سال قبل رتبه اول خود را حفظ کرده است.

با توجه به آمار فوق میتوان با جرات گفت، ژاپن با هزینه ای کم(8 درصد GDP) توانسته است به نحو شایسته ای سطح تندرستی مردم را به صدر لیست کشورهای OECD ارتقاء دهد. در آمار سال 2003، ژاپن با هزینه سالانه درمان 2139 دلار برای هر فرد در ردیف هیجدهم، 2 پزشک برای 1000 نفر جمعیت، در ردیف بیست و هفتم و 7.8 پرستار برای 1000 نفر جمعیت در ردیف هیجدهم لیست کشورهای OECD قرار گرفته است.

ما در فصل قبل به مشکلات داخلی نظام خدمات درمانی ژاپن از جمله کمبود پزشک و غیره اشاره کردیم با این حال در جمع موقعیت این نظام با مقایسه دیگر کشورها تحسین برانگیز است. میتوان در جمع به سه مولفه(3E) تعیین کننده در چگونگی نظام خدمات درمانی ژاپن تاکید کرد:

کارآمدی یا راندمان.....Efficiency.....

هزینه کم با راندمان بالا در ارائه خدمات درمانی استاندارد،

اثر بخشی.....Effectiveness.....

کیفیت خدمات درمانی- ممتاز بودن شاخص های تندرستی در سطح جهانی،

عمومیت یا عدالت.....Equity.....

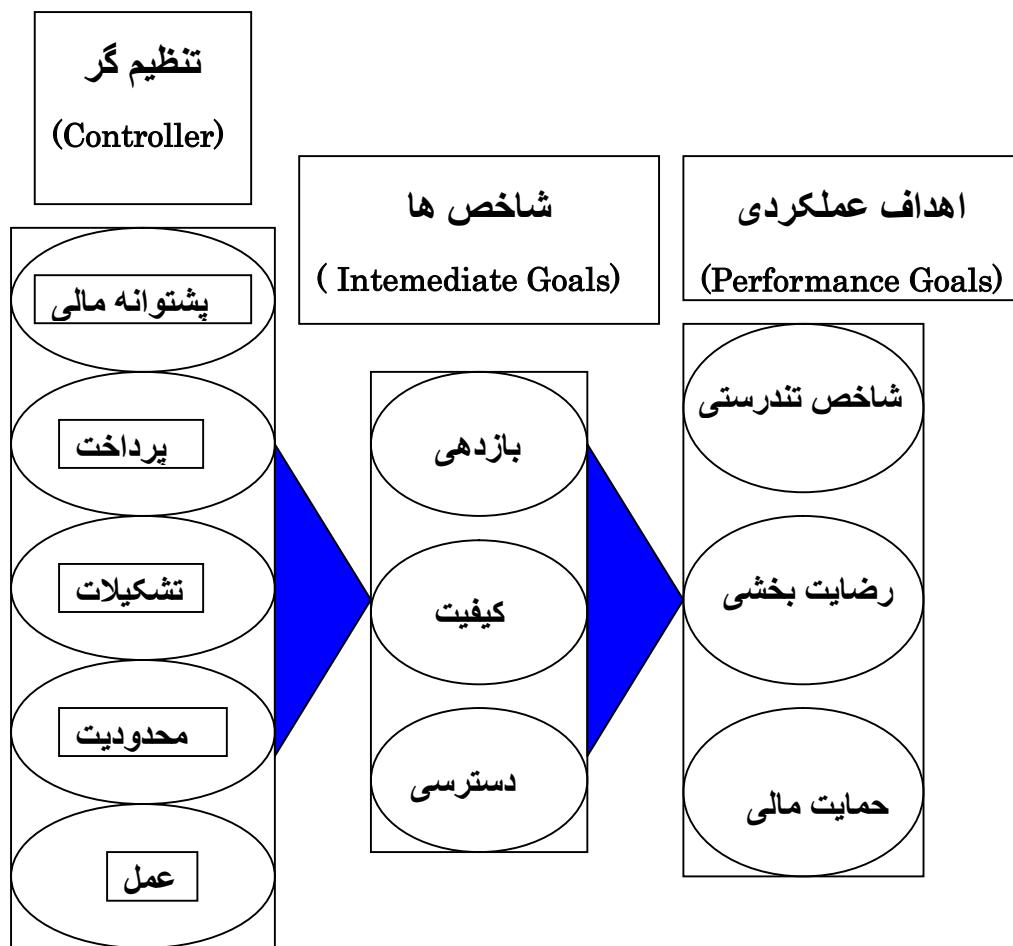
دسترسی عمومی به خدمات درمانی استاندارد، وجود نظام بیمه ملی،

دسترسی هر کس در هر کجا، در هر زمان به خدمات درمانی تخصصی.

در سمیناری که "انجمن پزشکان ژاپن" در تاریخ 13 آوریل 2007 ترتیب داده بود راهنمای دانشگاه هاروارد که به عنوان معیاری جهانشمول برای تعیین عملکرد نظام خدمات درمانی قلمداد میگردد توسط پروفسور مایکل رایش(Michael R. Reich) معرفی گردید. در این سمینار با حضور اظهارنظرهای رئیس "انجمن پزشکان ژاپن"، معاون وزیر بهداشت نیز از موضع وزارتاخانه مطبوع خود سخنرانی کرد. مسائل نظام خدمات درمانی ژاپن در یک جو بین المللی به بحث کشیده شد.

در این مقال ما بطور مختصر به تابلوی معیارهای دانشگاه هاروارد اشاره میکنیم. همانطور که از شکل 1-8 نیز استبطاط میگردد این معیار به هر سه مولفه "تنظیم گر"، "شاخص ها" و "اهداف عملکرد" اهمیت اساسی میدهد. تنها دسترسی به "شاخص" ها کافی نیست "اهداف عملکردی" نظام خدمات درمانی در زمینه شاخص های تندرستی، درجه رضایت دریافت کنندکان خدمات و حمایت مالی باید محک زده شوند. پروفسور رایش "اهداف عملکردی" ژاپن را در زمینه شاخص های تندرستی تحسین آمیز قلمداد کرده، و حمایت مالی این کشور را بسیار

<sup>78</sup> Yomiuri Newspaper, Sept.14.2007



شکل 1-8 راهنمای ارزیابی نظام خدمات درمانی و سیاست های اصلاحی آن در دانشگاه هاروارد

رضایت بخش توصیف میکند. حمایت های مالی دولتی نظام بیمه ملی، دسترسی عمومی به خدمات درمانی را ممکن نموده است. پروفسور رایش "اهداف عملکردی" نظام خدمات درمانی ژاپن را در زمینه تحقق رضایت دریافت کنندگان خدمات موفقیت آمیز ندانسته، و رتبه این کشور را در میان کشورهای پیشرفت لزوم شایان توجه نمی داند (جدول 3-8).

علت نارضایتی دریافت کنندگان خدمات درمانی را شفاف نبودن نظام، عدم توضیح و انتقال آگاهی های لازم به دریافت کنندگان و عدم دسترسی آن ها به دست آوردهای فوق مدرن درمانی بر میشمارد.

پروفسور رایش به جهت فائق آمدن بر این معضل و دسترسی به یک درصد بالای رضایت دریافت کنندگان خدمات درمانی تنظیم "تنظیم گر" پشتوانه مالی را پیشنهاد میکند. تاکید او بر استفاده از منابع مالی بخش خصوصی یا به بیان دیگری آزادسازی محدود خدمات درمانی است، بطوريکه عدالت موجود در ارائه خدمات درمانی خدشه بر ندارد. او ضمنن به فاكتور ارزش های انسانی و سیاست های مناسب در اقدام به این مهم تاکید میکند.

جدول 3-8 گزارش سازمان بهداشت جهانی(WHO) در زمینه موقعیت بهداشت کشورها- 2000

اهداف		تحقق		
Responsiveness Level (احترام به حقوق بشر)	Health Distribution (تفاوت منطقه ای)	Health Level (DALE) (استاندارد بهداشت)	Overall goal attainment تحقیق (ارزیابی اهداف)	کشور
6	3	1	1	ژاپن
17-16	12	3	6	فرانسه
8-7	18	12	7	کانادا
27-26	2	14	9	انگلیس
23-22	14	6	11	ایتالیا
13-12	17	2	12	استرالیا
5	20	22	14	آلمان
1	32	24	15	آمریکا

جدول 3-8 دنباله

عملکرد		اهداف		تحقق	
Overall health system performance (عملکرد نظام خدمات درمانی)	On level of health تحقق (راندمان استاندارد بهداشت)	Fairness in financial contribution (رعایت عدالت در حمایت های مالی)	Responsiveness Distribution (سطح عدم تبعیض)	کشور	
10	9	8-11	3-38	ژاپن	
1	4	26-29	3-38	فرانسه	
30	35	17 -19	3-38	کانادا	
18	24	8 -11	3-38	انگلیس	
18	24	8 -11	3-38	ایتالیا	
32	39	26 -29	3-38	استرالیا	
25	41	6 -7	3-38	آلمان	
37	72	54 -55	3-38	آمریکا	

لازمست در مقایسه با ژاپن ارقام آمریکا مخصوصن مورد ملاحظه قرار گیرند.

ضمیمه

**نحوه دار** لیست نرخ خدمات درمانی

# 診療点数早見表

[医科] 2006年4月診療報酬改定準拠

2006  
4月版

**1 医科診療報酬点数表**

A 基本診療料	B 医学管理等
特掲診療料	
C 在宅医疗	
D 検査	
E 画像診断	
F 投薬	
G 注射	
H リハビリテーション	
I 精神科専門療法	
J 処置	
K 手術	
L 麻酔	
M 放射線治療	

**2 厚生労働大臣が定める基準等**

- 材料価格基準
- 入院時食事療養費
- 基本診療料の施設基準等
- 特掲診療料の施設基準等
- 関連する告示・通知等
- 保険医療機関及び保険医療養担当規則
- 特定療養費関連告示

◎ 診療報酬請求書・明細書の記載要領

医学通信社

- کتاب لیست نرخ خدمات درمانی، در بیش از 1000 صفحه. بیش از هشت هزار قلم خدمات فهرست شده

2- لیست نرخ برخی از اقلام خدمات درمانی(هر امتیاز برابر با 10 می باشد)

ویزیت ها(در بیمارستان های بیش از 200 تخت)
ویزیت نخستین 270.....(کودکان کمتر از شش سال.....(342.....
ویزیت تکراری 57.....
نرخ ویزیت نسبت به تعداد تخت بیمارستان و یا در کلینیک ها متفاوت است
نرخ بستری پایه در بیمارستان(روزانه)
یک پرستار در برابر 7 بیمار.....(1555.....(یک پرستار در برابر 10 بیمار.....(1269.....
به نسبت تعداد پرستار، سن بیمار، نوع بیماری و مدت بستری نرخ بستری در روز متفاوت است.
تجویز دارو
صدور نسخه با هفت نوع دارو.....42.....(بیش از هفت نوع دارو.....(29.....
پیچیدن دارو.....سرپائی برای هر قلم.....9 (بستری ....(7.....
آزمایشات روتین
ادرار .....28.....
خون .....23.....
کشت میکروب.....120.....، و تعیین حساسیت میکروب به آنتی بیوتیک.....(پک گونه) 110.....
نرخ تشخیص آزمایشات روتین تنها یکبار در ماه....630.....
پاتولوژی(یک عضو).....880.....
سیتولوژی.....190.....(زنان...150.....)
آزمایشات تخصصی
کاتتریزاسیون قلب.....3600.....(قلب راست)،...4000.....(قلب چپ)
نوار قلب(12 الکترود).....150.....
نوار مغز.....400.....(به اضافه 140 امتیاز برای تشخیص)
اویومتری.....400.....
آزمایش میدان دید دقیق.....38.....برای هر چشم
فسار چشم.....85.....
اندوسکوپی مفصل.....600.....
اندوسکوپی معده و دوازده.....1140.....
اسپیره مایع نخاع از کمر.....140.....
بیوپسی غده پروستات.....1200.....
آزمایشات پرتونگاری
پرتونگاری ساده از جمجمه، سینه و غیره.....65.....(به اضافه 85 امتیاز برای تشخیص، یکبار در ماه)
سی تی اسکن .....850.....(با ماده حاجب 500 امتیاز اضافه میشود)
ام آر آی .....1230.....(با ماده حاجب 450 امتیاز اضافه میشود)
برای تشخیص سی تی اسکن و یا ام آر آی 450 امتیاز تنها یکبار در ماه اضافه میشود.
درمان جراحی های سر پائی
ضد عفونی زخم با وسعت کمتر از 100 سانتی متر مربع.....45.....(با وسعت بیشتر.....49.....)

کشیدن ناخن بدون بی حسی.....45	
بخیه کوچکتر از 5 سانتی متر، عمیق.....1250	(بزرگتر از 5 سانتی متر، کوچکتر از 10 سانتی متر..1680)
شستشوی معدہ.....250	
شستشوی مثانه.....60	
درمان شکستگی استخوان بدون عمل جراحی.....1600	(استخوان ران یا بازو)
<b>عمل های جراحی</b>	
تومور استخوان ران.....10300	
قطع استخوان بازو(یا دست).....14400	
برداشتن دیسک کمر.....17200	
درناز ونتریکل مغز.....1940	
تخلیه لخته خون مغز.....33200	
شستشوی خون زیر پرده منظر در خونریزی مزمن(C-SDH).....10900	
تومور مغز.....82000	
عمل هیدروسفال.....18700	
پیوند قرنیه چشم.....30600	
عمل کاتاراکت با تعبیه عدسی.....12100	
جراحی پلاستیک پرده تیمپانی(گوش).....17200	
جراحی سرطان معدہ.....42600	
برداشتن کیسه صفرا با روش اندوسکپی.....20300	
هموروید ساده.....3750	(پیچیده.....7400)
سرطان غده پروستات.....31600	
آپاندیس.....6210	
قطع طحال.....18500	
برداشتن کلیه.....16300	
ختنه کامل.....2040	
سزارین اورژانس.....17800	
بایپس رگ قلب.....51100	

17 902 NO.1 NO.2 療・録 473 گردنه بیماری (本)

1	1	0	9	8	1							
内 科 国 保												
受 氏名						被 保 险 記 号		2 7 0 2 1 5				
生年月日		昭和 8 年 4 月 7 日 72 才				被 保 险 記 号		箕国		1 列		
診 住 所		562-0012 箕面市白島 3-16-1				被 保 险 記 号		145623				
者 所		TEL 072-722-3438				有 效 期 限		17 / 10 / 31		資 格 取 得 年 月 日		17 / 5 / 13
世帯主		続柄		本人		事 業 所				事 业 所		
紹 介						保 險 者				保 險 者		
者 所		TEL				負 担 者				負 担 者		
備						受 給 者				受 給 者		
						有 效 期 限				有 效 期 限		
						公				公		
						費				費		
						開始年月日		終了年月日		転 帰		期間満了予定
傷 病 名						上 外		17 5 13				
誤嚥性肺炎						上 外		17 5 13				
アルツハイマー病						上 外		17 5 13				
脳梗塞						上 外		17 5 13				
乳癌術後						上 外		17 5 13				
仙骨部褥瘡						上 外		17 6 1				
便秘症						上 外		17 6 2				
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外		17 6 27				
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						
仙骨部褥瘡						上 外						
便秘症						上 外						
誤嚥性肺炎						上 外						
脳梗塞						上 外						
乳癌術後						上 外						

کارنده بیماران بستری

入院診療録

カルテ No.	48	紹介者	殿	生保	0割					
受氏名		性別 男	保険者番号							
生年月日	昭和 17年 7月 21日 (64才)	被保険者番号								
診者	567 0726-41-2920	記号								
住所	大阪府茨木市宿川原町16-1-103 松本	保険者番号								
者	世帯主	手帳	保険期限 / / ~ / /							
統柄		保険者(事業所)								
禁忌	特記事項	負担者番号	1	2	2	7	2	8	1	1
		公費	受給者番号	4	5	9	2	0	1	0
			乳・障・母・傷							
			公費期限	16	/	4	/	5	~	/
入院期間		平成 16年 3月 // 日 ~ 平成 年 月 日								
		傷病名	診療開始日	転帰	期間満了予定日			備考		
1	脳内出血後遺症		16年4月5日	治沙止	年 月 日					
2	便秘症		16年4月5日	治沙止	年 月 日					
3	言語障害		16年4月5日	治沙止	年 月 日					
4	不整脈		16年4月5日	治沙止	年 月 日					
5	高血圧症		16年4月5日	治沙止	年 月 日					
6	右片麻痺		16年4月5日	治沙止	年 月 日					
7	脂漏性湿疹(顔)		18年5月22日	治沙止	年 月 日					
8			年 月 日	治沙止	年 月 日					
9			年 月 日	治沙止	年 月 日					
10			年 月 日	治沙止	年 月 日					
11			年 月 日	治沙止	年 月 日					
12			年 月 日	治沙止	年 月 日					
13			年 月 日	治沙止	年 月 日					
14			年 月 日	治沙止	年 月 日					
15			年 月 日	治沙止	年 月 日					
16			年 月 日	治沙止	年 月 日					
17			年 月 日	治沙止	年 月 日					
18			年 月 日	治沙止	年 月 日					

- صفحه اول پرونده بیماران بستری. مشخصات بیمار، نوع بیمه، نوع بیماری و تاریخ تشخیص درج شده

است.

入院診療計画書

(患者氏名)

(主治医氏名)

殿

印

平成 年 月 日

病棟(病室)	
主治医以外の担当者名	
病名 (他に考え得る病名)	شیخ
症状	علائم
治療計画	مسی درمان
検査内容及び日程	نوع آزمایش
手術内容及び日程	تئکنیک و نوع عمل
推定される入院期間	مدت بستری؟
その他の (看護、リハビリテーション等の計画)	موضعيات دستگر

注1) 病名等は、現時点での考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間においては、現時点で予想されるものである。

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 印

(患者ご家族氏名) \_\_\_\_\_ 印

5- بیمار در هنگام بستری از نوع بیماری، درمان، آزمایشات لازم و مدت بستری و غیره آگاه میگردد.

## 退院療養計画書

(患者氏名)

殿

تَصْمِيمَة

بعداز مرخصی از بیمارستان

平成 年 月 日

病棟(病室)	
主治医以外の担当者名	
予想される退院日	مايو مرخصى
退院後の治療計画	برنامه بعداز مرخصى
退院後の療養上の留意点	کوه زندگی بعده از مرخصى
退院後必要となる保健医療サービス又は福祉サービス	خدمات لازم در
その他の	توقفیت در

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名)

印

6- بیمارانی که بیش از یک ماه بستری بوده اند در زمان مرخصی از برنامه پی گیری در بخش سرپائی و ملاحظات لازم در دوره نقاوت مطلع میگردند.

退院証明書

گواصی مرخصی  
از بیمارستان

保険医療機関名称

住所

電話番号

主治医氏名

患者氏名

性別 (男・女)

患者住所

電話番号

生年月日 (明・大・昭・平) 年 月 日 (歳)

1. 当該保険医療機関における入院年月日及び退院年月日

- (1) 入院年月日 平成 年 月 日  
 (2) 退院年月日 平成 年 月 日

2. 当保険医療機関における入院基本料等 (特定入院料を含む。) の種別及び算定期間  
 (複数ある場合はそれぞれ記載のこと)

- (1) 入院基本料等の種別 :  
 (2) 算定期間 : 日 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)

3. 当該保険医療機関退院日における選定療養の入院期間

- (1) 日 (平成 年 月 日現在)

4. 当該保険医療機関の入院に係る傷病名

- (1) 傷病名 :

5. 転帰 (該当するものに○をつける)

- (1) 治癒  
 (2) 治癒に近い状態 (寛解状態を含む)  
 (3) その他

6. その他の特記事項

ملاحظات

7 - تمام بیماران در هنگام مرخصی برگه گواهی بسته مختصری دریافت میکنند. این برگه در بسته های

بعدی، در مرکز درمانی دیگر مورد استفاده دارد.

# گواهی فوت

## 死亡診断書（死体検案書）

この死亡診断書（死体検案書）は、我が国の死因統計作成の資料としても用いられます。かい書で、できるだけ詳しく書いてください。

氏名	بیان	1男 2女	生年月日	明治 昭和 年月日 (生まれから30日以内に死んだと きは生まれた時も書きなさい)	午前・午後 時 分	記入の注意 ←生年月日が不詳の場合は、 推定年齢をカッコを付して 書いてください。
死亡したとき	平成 年 月 日			午前・午後	分	夜の12時は「午前0時」、昼の 12時は「午後0時」と書いて ください。
(12) 死亡したころ 及びその種別	死亡したところの種別	1病院 2診療所 3老人保健施設 4助産所 5老人ホーム 6自宅 7その他				←「老人ホーム」は、養護老人 ホーム、特別養護老人ホーム、 経費老人ホーム及び 有料老人ホームをいいます。
(13) 施設の名称	死亡したところ			番地 番号		
死亡の原因	(ア)直接死因	عمر مرضی مرد				傷病名等は、日本語で書いてください 欄では、各傷病について 発病の型(例:急性)、病因 (例:病原体名)、部位 (例:胃噴門部がん)、性状 (例:病理組織型)等もできるだけ書いてください。
	(イ)(ア)の原因	عمر مرضی مرد				
	(ウ)(イ)の原因	عمر مرضی مرد				
	(エ)(ウ)の原因	عمر مرضی مرد				
(14) 死因の種類	手術	1無 2有	発病(発症) 又は受傷か ら死亡まで の期間	手術年月日	平成 年 月 日	妊娠中の死亡の場合は「妊娠 満何週」、また、分娩中の死 亡の場合は「妊娠満何週の 分娩中」と書いてください。
	解剖	1無 2有	◆年、月、日等の 単位で書いてく ださい。 ただし、欄が不 足する場合は(エ) 欄に残りを医学的 因果関係の順番で 書いてください	主要所見		
(15) 死因の種類	1 病死及び自然死 外因死 不慮の外因死 2交通事故 3転倒・転落 4溺水 5煙、火災及び火炎による傷害 その他及び不詳の外因死 6窒息 7中毒 8その他 12不詳の死					産後42日未満の死亡の場 合は「妊娠満何週後満何 日」と書いてください。
(16) 外因死の追加事項	傷害が発生 したとき	平成、昭和 年 月 日 午前・午後 時 分	傷害が発生 したところ		都道 府県	←「I欄及びII欄に関係した手 術について、術式又はその 診断名と関連のある所見等 を書いてください。紹介状 や伝聞等による情報につ てもカッコを付して書いて ください。
	傷害が発生 したところの種別	1住居 2工場及び 建築現場 3道路 4その他 ( )			市 郡 区 町村	
(17) 生後1年未満で 病死した場合の 追加事項	出生時体重 グラム	単胎・多胎の別 1単胎 2多胎 ( 子中第 子 )	妊娠週数 満 週			「2交通事故」は、事故発生 からの期間にかかわらず、 その事故による死亡が該当 します。 「5煙、火災及び火炎によ る傷害」は、火災による一 酸化炭素中毒、窒息等も含 まれます。
	妊娠・分娩時における母体の病態又は異常	母の生年月日	前回までの妊娠の結果 出生児 人 死産後 胎 (妊娠満22週以後に限る)			
(18) その他特に付言すべきことがら						←「1住居」とは、住宅、庭 等をいい、老人ホーム等の 居住施設は含まれません。
(19) 上記のとおり診断(検案)する	診断(検案)年月日 平成 年 月 日					傷害がどういう状況で起 ったかを具体的に書いて ください。
病院、診療所若しくは老人 保健施設等の名称及び所在 地又は医師の住所	本診断書(検案書)発行年月日 平成 年 月 日					妊娠週数は、最終月经、基 礎体温、超音波計測等によ り推定し、できるだけ正確 に書いてください。 母子健康手帳等を参考に書 いてください。
(氏名) 医師	番地 番号					印

8 - گواهی فوت که در سراسر ژاپن مشترک است.

タリード・ムバード・リハビリテーション

(1) 重症精神病患者入院施設確保事業 (平成10年度から)

入院治療が必要となつた重症精神病患者に対する

表4 特定疾患治療研究の対象疾患

疾患番号	疾患名	実施年月日	平成10月末 登録患者数
1	総 数		541 704
1	ペーチェット病	昭和47年4月	16 417
2	多発性硬化症	昭和48年4月	10 756
3	重症筋無力症	昭和47年4月	13 762
4	全身性エリテマトーデス	"	52 195
5	スモン	"	2 040
6	再生不良性貧血	昭和48年4月	9 245
7	サルコイドーシス	昭和49年10月	18 089
8	筋萎縮性側索硬化症	"	7 007
9	強皮症、皮膚筋炎及び多発性筋炎	"	33 014
10	特発性血小板減少性紫斑病	"	25 793
11	結節性動脈周囲炎	昭和50年10月	4 228
12	潰瘍性大腸炎	"	80 311
13	大動脈炎症候群	"	5 203
14	ピュルガー病	"	8 642
15	天疱瘡	"	3 504
16	脊髄小脳変性症	昭和51年10月	17 947
17	クローン病	"	23 188
18	難治性肝炎のうち劇症肝炎	"	277
19	悪性閉鎖リウマチ	昭和52年10月	5 172
20	バーキンソン病関連疾患		75 026
①	進行性核上性麻痺	平成15年10月	
②	大脳皮質基底核変性症	平成15年10月	
③	バーキンソン病	昭和53年10月	
21	アミロイドーシス	昭和54年10月	1 013
22	後縫韧帶骨化症	昭和55年12月	22 500
23	ハンチントン病	昭和56年10月	672
24	モヤモヤ病 (ウィルス動脈輪閉塞症)	昭和57年10月	10 767
25	ウェグナー肉芽腫症	昭和59年1月	1 107
26	特発性拡張型 (うっ血型) 心筋症	昭和60年1月	16 337
27	多系統萎縮症		8 885
①	線条体黒質変性症	平成15年10月	
②	オリー・ブレーガー症候群 (脊髄小脳変性症から移行)	昭和51年10月	
③	シャイ・ドレーガー症候群 (表皮水瘤型及び柴葉障害型)	昭和61年1月	
28	表皮水瘤 (混合型及び柴葉障害型)	昭和62年1月	322
29	膜胞性乾癥	昭和63年1月	1 426
30	広範脊柱管狭窄症	昭和64年1月	2 525
31	原発性胆汁性肝硬変	平成2年1月	13 146
32	重症急性膀胱炎	平成3年1月	1 185
33	特発性大腿骨頭壊死症	平成4年1月	11 076
34	混合性結合組織病	平成5年1月	7 058
35	原発性免疫不全症候群	平成6年1月	1 081
36	特発性間質性肺炎	平成7年1月	3 712
37	網膜色素変性症	平成8年1月	22 542
38	ブリオン病	平成14年6月統合	314
①	クロイツフェルト・ヤコブ病	平成9年1月	
②	ゲルストマン・ストロイマー・シャインカー病	平成14年6月	
③	致死性家族性不眠症	"	
39	原発性肺高血圧症	平成10年1月	758
40	神経線維腫症	平成10年5月	1 993
41	亜急性硬化性全脳炎	平成10年12月	104
42	バッド・キアリ (Budd-Chiari) 症候群	"	214
43	特発性浸透性血管栓塞性 (肺高血圧型) ライソゾーム病 (ファブリー・ファブリー病)	"	611
44	① ファブリー病	平成14年6月統合	408
②	ライソゾーム病	平成11年4月	
45	副腎白質ジストロフィー	平成13年5月	
		平成12年4月	132

9- لیست 45 نوع بیماری کمیابی که یا به درمان جواب نمی دهد و یا مقاوم هستند، هزینه خدمات درمانی این نوع بیماران رایگان است. اسامی انگلیسی بیماری ها در صفحه بعد ارائه شده است.

**9- لیست 45 بیماری که مبتلایان به آن ها از پرداخت هزینه درمان معاف اند.**

1. Behcet Syndrome	35. Primary Immune Deficiency Syndrome
2. Multiple Sclerosis	36. Idiopathic Interstitial Pneumonia
3. Myasthenia Gravis	37. Retinitis Pigmentosa
4. Systemic Lupus Erythematosus	38. Creutsfeld-Jacob disease
5. Subacute Myelo-Optico Neuropathy(SMON)	
6. Pernicious Anemia	39. Primary Pulmonary Hypertension
7. Sarcoidosis	40. Neurofibromatosis
8. Amyotrophic Lateral Sclerosis	41. Subacute Sclerotic Pan-Encephalitis
9. Scleroderma, Polymyositis	42. Budd-Chiari Syndrome
10. Idiopathic Thrombocytopenia	43. Idiopathic Chronic Pulmonary Embolization
11. Polyarteritis Nodosa	44. Fabry Disease
12. Ulcerative Colitis	45. Adrenoleukodystrophy
13. Aortitis Syndrome	
14. Buerger's disease	
15. Pemphigus	
16. Spino-cerebellar degeneration	
17. Crohn's disease	
18. Fulminant Hepatitis	
19. Malignant Rheumatic Arthritis	
20. Parkinson Disease	
21. Amyloidosis	
22. Ossification of the Posterior Longitudinal Ligament(OPLL)	
23. Huntington Chorea	
24. Vascular Occlusion of the Circle of Willis(Moya-Moya disease)	
25. Wegener's Granulomatosis	
26. Idiopathic Dilated Cardiomyopathy	
27. Shy-Drager Syndrome	
28. Epidermolysis bullosa	
29. Pustulous Psoriasis	
30. Spinal Canal Stenosis	
31. Primary Billiary Cirrhosis	
32. Acute Pancreatitis	
33. Idiopathic Osteonecrosis of the Femoral Head	
34. Mixed Connective Tissue Disease	

123057 07-0002-01 00012 7 80 障害		07-0070		
診療報酬明細書( 入院) 2国 平成19年 5月分 県番27医コ42, 0272, 4		1 医科 1 国 22併 5家入		
市町村		老人受		
公負① 8 0 2 7 0 1 2 7		公受① 1 1 8 1 8 0 9		
公負②		公受②		
		保険 2 7 0 1 2 4 累計 7		
		記号・番号 茨国 0318555		
区分 氏名		特記事項		
職務上の事由				
傷病名		(1) 脳腫瘍(主) (2) 急性肺炎 (3) 糖尿病 (4) C型肝炎の疑い		
		以下、摘要欄		
11 初診	(外)	1回	358	
13 医学			طب معنوي و ملحوظ	
14 在宅				
21 内服	14 単	21	جيز	
20 22 床	服	單	دارو	
投 23 外用	用	1 単	7 日	49
24 調剤				
薬 26 麻毒	毒	7 日	7	
27 調基	基		42	
30 31 皮下筋肉内		回		
注 32 静脈内		回		
射 33 の他		13回	5373	
40 处置	置	20回	3665	
處 薬	剤		2310	
50 手術・麻酔		回		
手 薬	剤	87回	4875	
60 検査	検	88		
70 画像診断	診断	22回	5434	
80 その他の薬	剤			
入院年月日 19年 5月 6日				
病院		90 入院基本料・加算		
90 一般 15	2113 × 7 日	14791		
補 1	1513 × 6 日	9078		
栄管	× 日			
入院	× 日			
	× 日			
92 特定入院料・その他				
保険請求の① 給付②		請求書類決定期点 46, 097		
		負担金額 円 1000		
		高額療養費		
		97 基準 I 640 円 × 3 回		
		食事特別		
		・食堂		
		生活		
		標準負担額 円 780		
		請求書類決定期点 1920		

10- نمونه یک "رسید"، این لیست کلی خدمات درمانی را نشان میدهد. تمام جزئیات خدمات درمانی بطور

کامل در صفحات دیگر گزارش میگردد.



## 11- بخش خدمات پرستاری - تمام بیماران نیازمند

خدمات مراقبتی در 24 ساعت هستند. تعدادی از بیماران قادر هستند تا در برنامه های فیزیوتراپی جمیع شرکت کنند ولی تعدادی در وضع انسان گیاهی قادر به فعالیت های هوشیارانه نیستند.

ID No		入院処方箋		
氏名		性別		才 月
生年月日		依頼日		
科名 (病棟名)				
品 名	用 量	(用 法)	日 数	医 師
Rp.	ドロウ			アラビック
				薬剤師
				アラビック
				ドロウ
				調 剂 済
				調 剂 日
				・ ·
				調剤日記入は、 処方日と異なる。 場合に記入。

処方せん				(この処方せんは、どの保険薬局でも有効です。)			
公費負担者番号				保険者番号			
公費負担医療の受給者番号				被保険者登録・被保険者手帳の記号・番号			
患者氏名	<i>16.2.wes</i>			保険医療機関の所在地及び名称	<i>كفرالشيخ</i>		
生年月日	<i>١٩٧٨</i>			電話番号	<i>٠٥٣٢٤٣٦٣٦٣</i>		
区分	被保険者・被扶養者	割	保険医師名	<i>دكتور محمد عباس</i> 印			
交付年月日	平成 年 月 日	平成 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処方せんの使用期限	<i>جواز رادار</i>						
↓							
處							
方							
備考							
調剤済年月日	平成 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の所在地および名稱				公費負担医療の受給者番号			
保険薬剤師氏名				印			

## 12- نمونه نسخه ها در یک بیمارستان

附属病院収入		大阪大学医学部附属病院 吹田市山田丘2番15号 06(6879)5111(代表)	
<b>諸料金領収書(外来・入院)</b>			
		2007年4月17日発行	
診察券番号	063-5777-5	氏名	
		整理番号 027798	
診療科	ドクターサービス	セイ	メイ
保険一併用	ドクターサービス	セイ	メイ
領収金額		1,130 円	
診療日(外来)		2007年4月17日	
診療期間(入院)		年	月
		年	月
		日から	日まで
○保険負担		○請求額	
保険点数(点)		区 分	
70		金額(円)	ヘビネ ビマ(イン)
紹介状なし初診時負担金		3,780	1,130
文書料		食事療養費	
分娩料等		公費自己負担金	
高度先進医療		保険外負担	
退定療養費・評価療養費		歯科料金	
室料差額		ヘビネ ヒュド ビマ(イン)	1,130
病衣代			
ドナーフ			
セカンドオピニオン			
その他			
小計(消費税込)			
<p>本領収書は、高額療養費の請求、確定申告等の各種証明に必要ですか。大切に保管してください。</p> <p>保険一併用欄の私費課税・保険外負担の料金(分娩料等・高度先進医療に係るものは除く)には、消費税が加算されています。総医療費に歯科料金は含まれておりません。(歯科料金内訳は歯科請求書を参照)</p>			
 <p>19.4.17 大阪大学 医学部附属病院 領収印</p>			
<p>上記の金額を領収しました。大阪大学医学部附属病院</p> <p>領収書の再発行は致しませんのでご了承ください</p>			

13 - نمونه یک صورت حساب هزینه درمان برای بیمار سرپائی (هر امتیاز 10 بین است)

تاریخ	تدوین قوانین
1927	قانون بیمه سلامتی
1938	تأسیس وزارت بهداشت
1946	قانون اساسی ژاپن
1947	قانون بهداشت عمومی
1948	قانون خدمات درمانی
1958	تعیین "امتیاز" به عنوان نرخ خدمات درمانی- هر "امتیاز" برابر با 10 بین تعیین شد.
1961	قانون خدمات درمان ملی
1962	تأسیس آژانس بیمه های اجتماعی(بیمه درمان، بیمه باز نشستگی، بیمه بیکاری، بیمه سوانح)
1968	تعیین 30 درصد پرداخت توسط بیمار در نوع بیمه جمیعت فشر آزاد
1973	اصلاح قانون رفاه سالمندان- رایگان نمودن خدمات درمانی سالمندان
1981	اصلاح قانون بیمه خدمات درمانی- تعیین پرداخت 20 درصد هزینه درمان توسط بیماران
1983	اصلاح بیمه خدمات درمانی سالمندان- تعیین پرداخت 10 درصد هزینه درمان توسط سالمندان
1984	اصلاح قانون بیمه درمان، تعیین پرداخت 10 درصد از کل هزینه درمان توسط بیمار
1997	اصلاح قانون بیمه درمان- افزایش سهم پرداختی بیماران از 10 درصد به 20 درصد، صدور قانون بیمه خدمات پرستاری، اجرا در سال 2000
2002	طرح اصلاح قانون بیمه- تقلیل نرخ افلام خدمات درمانی، افزایش پرداخت هزینه درمان توسط سالمندان از 10 درصد به 20 تا 30 درصد بر حسب بنیه اقتصادی آن ها
2003	افزایش سهم پرداختی بیماران به 30 درصد، افزایش سقف تقبل هزینه درمانی

#### 14- مرور تاریخچه روند قوانین نظام خدمات درمانی و بهداشتی