

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سیمه‌های اجتماعی سلامت در جهان و ایران

(الگوی پیشهادی)

دکتر حسین زارع

دکتر ایروان مسودی اصل و دکتر علی اخوان بهبانی

همکاران:

دکتر محمد حسن طریقت و دکتر علی حسن زاده

دفتر مطالعات اجتماعی

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

زارع، حسین

بیمه‌های اجتماعی سلامت در جهان و ایران: (الگوی پیشنهادی) / تألیف حسین زارع، ایروان مسعودی اصل، علی اخوان بهبهانی؛ همکاران محمدحسن طریقت، علی حسن‌زاده. -- تهران: مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌ها، ۱۳۸۹.
۵۹۸ ص. جدول، نمودار. - (مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛ ۱۳۸۹/۹۱)
ISBN: 978-964-8427-90-5: ۱۳۰۰۰۰ ریال

فهرست‌نویسی براساس اطلاعات فیپا.

کتابنامه: ص. [۵۸۹-۵۹۸]؛ همچنین به‌صورت زیرنویس.

۱. بیمه درمانی -- ایران. ۲. تأمین اجتماعی -- ایران. الف. مسعودی اصل، ایروان، نویسنده
همکار. ب. اخوان بهبهانی، علی، نویسنده همکار. ج. طریقت، محمدحسن. د. حسن‌زاده،
علی. هـ. مجلس شورای اسلامی. مرکز پژوهش‌ها. دفتر مطالعات اجتماعی. و. عنوان.

ز۹۲/الف/۹۳۹۹HG

۱۳۸۹

عنوان: بیمه‌های اجتماعی سلامت در جهان و ایران (الگوی پیشنهادی)

مؤلفان: دکتر حسین زارع، دکتر ایروان مسعودی اصل و دکتر علی اخوان بهبهانی

همکاران: دکتر محمدحسن طریقت و دکتر علی حسن‌زاده

ناشر: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

نوبت چاپ: اول، زمستان ۱۳۸۹

تیراژ: ۱۰۰۰ نسخه

قیمت: ۱۳۰۰۰۰ ریال

مسئولیت صحت مطالب کتاب با مؤلفان است.

کلیه حقوق برای مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی محفوظ است.

فهرست اجمالی

سخن ناشر	۱
مقدمه	۳
بخش اول کلیات	۷
فصل اول نظام تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی	۹
فصل دوم بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای در حال توسعه	۲۹
فصل سوم مبنای تاریخی و اجتماعی نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت	۴۵
بخش دوم مطالعه تطبیقی	۷۵
فصل چهارم نگاهی به بیمه‌های اجتماعی سلامت	۷۷
فصل پنجم نظام سلامت در استرالیا	۸۷
فصل ششم نظام سلامت در چین	۹۵
فصل هفتم نظام سلامت در هندوستان	۱۰۳
فصل هشتم نظام سلامت در اندونزی	۱۱۳
فصل نهم نظام سلامت در ژاپن	۱۲۵
فصل دهم نظام سلامت در جمهوری کره	۱۳۹
فصل یازدهم نظام سلامت در فیلیپین	۱۴۹
فصل دوازدهم نظام سلامت در تایلند	۱۵۹
فصل سیزدهم نظام سلامت در سنگاپور	۱۶۹

بخش سوم رویکرد موجود در بیمه‌های سلامتی مبتنی بر جامعه	۱۷۷.....
فصل چهاردهم نگاهی بر بیمه‌های سلامتی مبتنی بر جامعه	۱۷۹.....
فصل پانزدهم مطالعه کامل نظام اجتماعی سلامت در یک کشور در حال توسعه (نیپال)	۲۰۳.....
بخش چهارم پوشش همگانی از طریق بیمه‌های اجتماعی سلامت (گسترش و ارتقای پوشش بیمه سلامت)	۲۵۹.....
فصل شانزدهم دستیابی به پوشش همگانی از طریق بیمه‌های اجتماعی سلامت	۲۶۱.....
فصل هفدهم ملاحظات در خصوص بیمه‌های اجتماعی سلامت	۳۲۱.....
فصل هجدهم نظام سلامت و بیمه‌های سلامت‌نگر (تأمین منابع مالی)	۳۳۵.....
بخش پنجم نگاهی بر وضعیت بیمه‌های سلامت در ایران	۳۵۱.....
فصل نوزدهم بررسی منابع هزینه‌ای و مصارف در بخش بهداشت و درمان ایران	۳۵۳.....
فصل بیستم وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌ای	۳۷۳.....
فصل بیست‌ویکم مروری بر پوشش بیمه خدمات درمانی و برخورداری از خدمات آنها	۳۸۱.....
فصل بیست‌ودوم سازمان‌هایی با ماهیت حرفه‌ای ویژه گروه‌های خاص	۴۳۱.....
فصل بیست‌وسوم سازمان‌هایی با ماهیت حمایتی حرفه‌ای ویژه گروه‌های خاص	۴۴۱.....
فصل بیست‌وچهارم اعتبارات رفاه و تأمین اجتماعی	۴۸۵.....
بخش ششم سناریوهایی برای پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران	۴۹۷.....
فصل بیست‌وپنجم پیش‌نیازهای پوشش مراقبت‌های سلامت در ایران	۴۹۹.....
فصل بیست‌وششم عوامل کلیدی تأثیرگذار بر گسترش پوشش مقایسه بین نظام‌های بیمه اجتماعی کشور	۵۱۵.....
فصل بیست‌وهفتم سناریوهای پیشنهادی برای پوشش همگانی بیمه‌های سلامت	۵۳۱.....

فهرست مطالب

سخن ناشر	۱
مقدمه	۳
بخش اول کلیات	۷
فصل اول نظام تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی	۹
۱-۱ تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی	۹
۱-۱-۱ جمع‌آوری منابع	۹
۱-۲ تجمیع منابع	۱۶
۱-۳ خرید	۱۷
۱-۴ طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت	۲۰
۱-۴-۱ مفهوم اصلی	۲۰
۱-۵ روش‌های دیگر ارائه بیمه سلامت و طرح‌های پیش‌پرداخت	۲۳
۱-۵-۱ نقش پس‌انداز در پوشش هزینه‌های پزشکی	۲۳
۱-۵-۲ نقش بیمه خصوصی سلامت	۲۷
فصل دوم بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای در حال توسعه	۲۹
مقدمه	۲۹
۲-۱ بیمه اجتماعی سلامت: از نظریه تا عمل	۳۱
۲-۲ مشکلات اجرایی	۳۲
۲-۲-۱ عدم دستیابی به پذیرش قانون	۳۳
۲-۲-۲ بسته‌های مزایا	۳۴
۲-۲-۳ ظرفیت‌های مدیریتی	۳۵
۲-۲-۴ آزادی سیاسی	۳۶
۲-۳ عبور از دوران گذار	۳۷
۲-۴ زمان و توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت	۳۸

۲-۴-۱	شکست تاریخ	۳۹
۲-۵	نتیجه‌گیری	۴۲
فصل سوم مبنای تاریخی و اجتماعی نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت		
۴۵	مقدمه	۴۵
۳-۱	تاریخ مختصری از بیمه اجتماعی سلامت در اروپای غربی	۴۶
۳-۲	حرکت از بیمه اجتماعی سلامت به نظام کاملاً مالیاتی	۵۰
۳-۳	انعطاف‌پذیری هم‌بستگی	۵۷
۳-۴	اشاره‌های ضمنی مربوط به آینده	۵۷
بخش دوم مطالعه تطبیقی		
۷۷	فصل چهارم نگاهی به بیمه‌های اجتماعی سلامت	۷۷
۷۷	مقدمه	۷۷
۴-۱	بیمه اجتماعی سلامت	۷۸
۴-۲	تغییر در مالکیت تسهیلات سلامتی	۸۰
۴-۳	پژوهش‌های موردی	۸۴
فصل پنجم نظام سلامت در استرالیا		
۸۷	مقدمه	۸۷
۵-۱	خدمات پزشکی مدیکر	۸۷
۵-۲	بیمه سلامت و دولت مرکزی	۸۷
۵-۲-۱	مزایای بیمه سلامت	۸۸
۵-۲-۲	نظام سلامت	۸۹
۵-۲-۳	سطح سلامت عمومی	۸۹
۵-۲-۴	نظام منابع مالی	۸۹
۵-۲-۵	نظام مدیکر	۹۰
۵-۳	بیمه سلامت	۹۰
۵-۴	نظام بیمه اجتماعی سلامت	۹۲

فصل ششم نظام سلامت در چین ۹۵

مقدمه ۹۵

۶-۱ بیمه سلامت کارکنان دولت ۹۵

۶-۲ بیمه سلامت کارگران ۹۶

۶-۳ گسترش پوشش بیمه سلامت ۹۷

۶-۴ مشارکت روستایی ۹۷

۶-۵ معاونت کار در مناطق شهری ۱۰۰

۶-۶ آسیب‌شناسی گسترش پوشش جمعیت در مناطق شهری و روستایی ۱۰۰

۶-۷ نتیجه‌گیری ۱۰۱

فصل هفتم نظام سلامت در هندوستان ۱۰۳

مقدمه ۱۰۳

۷-۱ بیمه سلامت ۱۰۴

۷-۲ اصول بیمه اجتماعی سلامت ۱۰۶

۷-۳ گسترش پوشش بیمه سلامت ۱۰۷

۷-۳-۱ طرح بیمه سلامت کارکنان دولت ۱۰۷

۷-۳-۲ منابع مالی بیمه سلامت کارکنان ۱۰۸

۷-۳-۳ طرح سلامت دولت مرکزی ۱۰۹

۷-۳-۴ پوشش بیمه سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر ۱۰۹

۷-۴ بیمه ملی سلامت ۱۱۰

۷-۵ نتیجه‌گیری ۱۱۱

۷-۵-۱ عوامل مؤثر در گسترش پوشش بیمه سلامت ۱۱۱

فصل هشتم نظام سلامت در اندونزی ۱۱۳

مقدمه ۱۱۳

۸-۱ گسترش پوشش بیمه سلامت ۱۱۵

۸-۱-۱ پوشش بیمه‌ای کارکنان دولت ۱۱۵

۸-۱-۲ روش پرداخت ۱۱۶

۸-۲ طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش خصوصی ۱۱۷

۱۱۹.....	۸-۳ طرح ملی مراقبت‌های مدیریت شده
۱۲۰.....	۸-۴ طرح بیمه سلامت مبتنی بر جامعه
۱۲۰.....	۸-۵ طرح تور ایمنی اجتماعی
۱۲۱.....	۸-۶ آسیب‌شناسی طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت

فصل نهم نظام سلامت در ژاپن ۱۲۵

۱۲۵.....	مقدمه
۱۲۵.....	۹-۱ ساختار نظام سیاسی
۱۲۶.....	۹-۲ ساختار نظام سلامت
۱۳۰.....	۹-۲-۱ ساختار نظام سلامت و بیمه‌های درمانی
۱۳۰.....	۹-۲-۲ نظام بیمه درمان مستخدمین
۱۳۱.....	۹-۲-۳ نظام بیمه سلامت
۱۳۲.....	۹-۲-۴ تأمین اجتماعی
۱۳۲.....	۹-۲-۵ تعهدات بیمه سلامت
۱۳۳.....	۹-۲-۶ نظام مستمری
۱۳۵.....	۹-۲-۷ نظام منابع مالی
۱۳۷.....	۹-۲-۸ مزایا

فصل دهم نظام سلامت در جمهوری کره ۱۳۹

۱۳۹.....	مقدمه
۱۴۲.....	۱۰-۱ ساختار سازمانی بیمه سلامت
۱۴۴.....	۱۰-۲ پوشش جمعیتی
۱۴۴.....	۱۰-۳ پوشش خدمات
۱۴۵.....	۱۰-۴ روش ارائه خدمات
۱۴۵.....	۱۰-۵ تأمین منابع مالی بیمه سلامت
۱۴۵.....	۱۰-۶ شیوه پرداخت
۱۴۶.....	۱۰-۷ نظام بیمه اجتماعی سلامت

فصل یازدهم نظام سلامت در فیلیپین ۱۴۹

۱۴۹.....	مقدمه
----------	-------

۱۱-۱	هزینه‌های محدود به چهار یورو در ماه	۱۴۹
۱۱-۲	نظام سلامت	۱۵۱
۱۱-۳	جزئیات بیشتر طرح‌های بیمه سلامت	۱۵۲
۱۱-۴	ساختار سازمانی	۱۵۳
۱۱-۵	تأمین مالی	۱۵۴
۱۱-۵-۱	حق بیمه	۱۵۴
۱۱-۵-۲	جمع‌آوری حق بیمه	۱۵۵
۱۱-۵-۳	پذیرش و تقویت	۱۵۵
۱۱-۶	بیمه اجتماعی سلامت	۱۵۶
فصل دوازدهم نظام سلامت در تایلند		
۱۵۹	مقدمه	۱۵۹
۱۲-۱	گسترش پوشش بیمه‌ای	۱۵۹
۱۲-۱-۱	طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت	۱۵۹
۱۲-۱-۲	طرح بیمه سلامت اجباری کارکنان بخش خصوصی	۱۶۱
۱۲-۱-۳	طرح کارت سلامت اختیاری	۱۶۱
۱۲-۱-۳-۱	روند تاریخی گسترش پوشش بیمه‌ای	۱۶۲
۱۲-۱-۴	طرح همگانی بیمه سلامت	۱۶۳
۱۲-۲	بیمه اجتماعی سلامت	۱۶۴
۱۲-۲-۱	طرح رفاه اجتماعی	۱۶۴
۱۲-۲-۲	طرح مزایای پزشکی برای کارکنان دولت	۱۶۵
۱۲-۲-۳	طرح بیمه درمان مبتنی بر جامعه (جامعه‌محور)	۱۶۵
۱۲-۲-۴	بیمه سلامت اجباری کارگران بخش حقوقی	۱۶۶
۱۲-۲-۵	طرح پوشش همگانی	۱۶۷
فصل سیزدهم نظام سلامت در سنگاپور		
۱۶۹	مقدمه	۱۶۹
۱۳-۱	نظام پس‌انداز پزشکی	۱۶۹
۱۳-۲	ساختار سازمانی بیمه سلامت	۱۷۴

۱۷۴.....	جایگاه بیمه سلامت در نظام مراقبت‌های سلامتی
۱۷۴.....	۱۳-۳-۱ پوشش خدماتی
۱۷۴.....	۱۳-۳-۲ روش ارائه خدمات
۱۷۴.....	۱۳-۳-۳ نحوه اداره
۱۷۵.....	۱۳-۳-۴ تأمین منابع مالی بیمه سلامت
۱۷۵.....	۱۳-۳-۵ شیوه پرداخت

بخش سوم رویکرد موجود در بیمه‌های سلامتی مبتنی بر جامعه ۱۷۷.....

فصل چهاردهم نگاهی بر بیمه‌های سلامتی مبتنی بر جامعه ۱۷۹.....

۱۷۹.....	مقدمه
۱۸۲.....	۱۴-۱ هند
۱۸۴.....	۱۴-۲ بنگلادش
۱۸۸.....	۱۴-۳ نپال
۱۹۱.....	۱۴-۴ لائوس
۱۹۵.....	۱۴-۵ جدول‌های تطبیقی

فصل پانزدهم مطالعه کامل نظام اجتماعی سلامت در یک کشور در حال توسعه (نپال) ۲۰۳.....

۲۰۴.....	۱۵-۱ منابع تأمین بودجه مراقبت‌های بهداشتی درمانی
۲۰۶.....	۱۵-۲ هزینه‌های مصرف‌کننده
۲۰۹.....	۱۵-۳ بیمه‌های اجتماعی سلامت
۲۱۱.....	۱۵-۴ بیمه خصوصی سلامت برای استفاده از مزایا
۲۱۱.....	۱۵-۵ منابع جدید برای سرمایه‌گذاری در سلامت
۲۱۲.....	۱۵-۶ خلاصه وضعیت تأمین بودجه مراقبت‌های بهداشتی درمانی
۲۱۴.....	۱۵-۷ ابتکارهای اخیر
۲۱۶.....	۱۵-۸ عوامل مؤثر بیمه اجتماعی سلامت
۲۱۶.....	۱۵-۸-۱ جمعیت‌شناسی و اقتصاد
۲۱۷.....	۱۵-۸-۲ نیروی کار و اشتغال
۲۱۸.....	۱۵-۸-۳ دامنه رایج تأمین اجتماعی
۲۲۱.....	۱۵-۸-۴ محورهای اصلی مورد بحث در بخش سلامت

۲۲۲.....	۱۵-۹ محورهاى كلىدى نظام سلامت
۲۲۲.....	۱۵-۹-۱ نظام ارائه مراقبت‌هاى سلامتى
۲۲۳.....	۱۵-۹-۲ منابع انسانى
۲۲۴.....	۱۵-۹-۳ عوامل فرهنگى
۲۲۴.....	۱۵-۹-۴ حوادث مربوط به وسايل نقلیه موتورى
۲۲۵.....	۱۵-۹-۵ حمل‌ونقل
۲۲۶.....	۱۵-۱۰ اهداف بیمه اجتماعى سلامت
۲۲۷.....	۱۵-۱۱ هدف پوشش بیمه اجتماعى سلامت
۲۲۹.....	۱۵-۱۱-۱ تفاوت‌هاى عمده بين برنامه‌هاى اجبارى و اختيارى
۲۳۱.....	۱۵-۱۲ پیشنهادهاى درباره بهترين طرح
۲۳۱.....	۱۵-۱۲-۱ مزایا
۲۳۴.....	۱۵-۱۲-۲ سهمیه حق بیمه‌ها
۲۳۴.....	۱۵-۱۲-۲-۱ درصد حقوق طرح اجبارى براى بخش كار رسمى
۲۳۵.....	۱۵-۱۲-۲-۲ میزان حق بیمه ثابت براى طرح‌هاى اختيارى مبتنى بر جامعه
۲۳۶.....	۱۵-۱۲-۳ روش‌هاى ثبت‌نام و جمع‌آورى حق بیمه‌ها
۲۳۶.....	۱۵-۱۲-۴ پرداخت‌هاى مشاركتى
۲۳۷.....	۱۵-۱۳ پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت
۲۳۹.....	۱۵-۱۴ تخصیص درآمدهاى بیمه سلامت
۲۴۲.....	۱۵-۱۵ ساختارهاى اجرايى
۲۴۲.....	۱۵-۱۵-۱ طرح اجبارى بخش كار رسمى
۲۴۳.....	۱۵-۱۵-۲ طرح‌هاى اختيارى بیمه اجتماعى سلامت مبتنى بر جامعه
۲۴۵.....	۱۵-۱۶ استفاده از بودجه‌هاى مشاركت اجتماعى
۲۴۷.....	۱۵-۱۷ يکنواختى طرح بیمه اجتماعى سلامت مبتنى بر جامعه
۲۴۸.....	۱۵-۱۸ نیازهاى نظام اطلاعاتى
۲۴۸.....	۱۵-۱۸-۱ مدیریت اطلاعات برپایه عضویت
۲۴۹.....	۱۵-۱۸-۲ کارکردهاى مالی و مدیریتی
۲۴۹.....	۱۵-۱۸-۳ مدیریت استفاده از اطلاعات
۲۵۰.....	۱۵-۱۹ توصیه‌هاى درباره مشکلات خاص

۱۵-۱۹-۱	نظام تدارک ارائه مراقبت‌های سلامتی	۲۵۰
۱۵-۱۹-۲	کارکنان سلامت	۲۵۱
۱۵-۱۹-۳	ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت خصوصی	۲۵۲
۱۵-۱۹-۴	بیمه سلامت خصوصی	۲۵۲
۱۵-۱۹-۵	مراقبت‌های مربوط به بارداری	۲۵۲
۱۵-۱۹-۶	حوادث وسایل نقلیه موتوری	۲۵۳
۱۵-۲۰	اقدامات بعدی	۲۵۵
۱۵-۲۰-۱	بحث‌هایی درباره وزارت بهداشت و شرکای توسعه	۲۵۵
۱۵-۲۰-۲	ایجاد سیاست‌های بیمه سلامت و واحد اجرایی در وزارت سلامت	۲۵۶

بخش چهارم پوشش همگانی از طریق بیمه‌های اجتماعی سلامت (گسترش و

ارتقای پوشش بیمه سلامت) ۲۵۹

فصل شانزدهم دستیابی به پوشش همگانی از طریق بیمه‌های اجتماعی سلامت ۲۶۱

۲۶۱	مقدمه
۱۶-۱	امکانات مختلف برای رسیدن به پوشش همگانی
۱۶-۲	پوشش همگانی از طریق بیمه اجتماعی سلامت، عوامل کلی که بر سرعت انتقال تأثیر دارند
۱۶-۲-۱	تجارب دوره انتقال
۱۶-۲-۱-۱	تحلیل کشورهای منتخب درباره طرح‌های توسعه بیمه اجتماعی سلامت
۱۶-۲-۲	عواملی که سرعت انتقال به پوشش همگانی را افزایش می‌دهند
۱۶-۲-۲-۱	نمای کلی
۱۶-۲-۲-۲	به‌کارگیری تجربه‌های کشورهای منتخب در ارتباط با برنامه‌های توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت
۱۶-۳	ویژگی‌های اجرای خوب برنامه بیمه اجتماعی سلامت؛ مشخصه‌های اصلی طرح
۱۶-۳-۱	چارچوب تحلیل: ارزیابی دومرحله‌ای
۱۶-۳-۱-۱	اهداف برنامه بیمه اجتماعی سلامت و تأثیر آنها بر کارکردهای نهایی نظام سلامت
۱۶-۳-۲	توجه به مرحله اول ارزیابی عملکردها
۱۶-۳-۲-۱	بیمه اجتماعی سلامت و عملکردهای فرعی تأمین مالی بخش سلامت

۲۸۷.....	۱۶-۳-۲-۲ شرح مختصر عملکرد موضوع‌های اساسی طرح
۲۹۰.....	۱۶-۳-۲-۳ تحلیل هفت موضوع اساسی طرح
۳۱۲.....	۱۶-۴ نظام پرداخت کارانه
۳۱۲.....	۱۶-۴-۱ تشریح
۳۱۳.....	۱۶-۴-۲ روش‌های اصلاحی
۳۱۳.....	۱۶-۵ نظام پرداخت روزانه
۳۱۳.....	۱۶-۵-۱ تشریح
۳۱۴.....	۱۶-۵-۲ روش‌های اصلاحی
۳۱۴.....	۱۶-۶ روش پرداخت موردی
۳۱۴.....	۱۶-۶-۱ تشریح
۳۱۴.....	۱۶-۶-۲ روش‌های اصلاحی
۳۱۵.....	۱۶-۷ روش پرداخت سرانه
۳۱۵.....	۱۶-۷-۱ تشریح
۳۱۵.....	۱۶-۷-۲ روش‌های اصلاحی
۳۱۵.....	۱۶-۸ روش پرداخت بودجه‌ای
۳۱۵.....	۱۶-۸-۱ تشریح
۳۱۶.....	۱۶-۸-۲ روش‌های اصلاحی
۳۱۶.....	۱۶-۹ روش پرداخت حقوق‌بگیری
۳۱۶.....	۱۶-۹-۱ تشریح
۳۱۶.....	۱۶-۹-۲ روش‌های اصلاحی
۳۱۷.....	۱۶-۹-۳ کارایی اجرایی
۳۱۸.....	۱۶-۹-۳-۱ شاخص‌های عملکرد
۳۲۱.....	فصل هفدهم ملاحظات در خصوص بیمه‌های اجتماعی سلامت
۳۲۱.....	۱۷-۱ بحث
۳۲۱.....	۱۷-۱-۱ موضوع‌های کلیدی برای گسترش
۳۲۲.....	۱۷-۱-۲ شرایط لازم برای ارائه یا گسترش پوشش بیمه اجتماعی سلامت
۳۲۷.....	۱۷-۱-۳ گسترش طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت

۱۷-۱-۴ عوامل گسترش موفقیت آمیز بیمه اجتماعی سلامت ۳۳۰

فصل هجدهم نظام سلامت و بیمه های سلامت نگر (تأمین منابع مالی) ۳۳۵

مقدمه ۳۳۵

۱۸-۱ مبانی نظری و تئوری ۳۳۸

۱۸-۲ معیارهای انتخاب روش مناسب تأمین مالی مراقبت سلامت ۳۴۱

۱۸-۲-۱ ظرفیت جمع آوری درآمد ۳۴۱

۱۸-۲-۲ عدالت ۳۴۱

۱۸-۲-۳ توزیع ریسک ۳۴۳

۱۸-۲-۴ کارایی ۳۴۳

۱۸-۲-۵ کیفیت ۳۴۳

۱۸-۲-۶ پایداری ۳۴۳

۱۸-۳ مروری بر وضعیت موجود در کشورهای منتخب ۳۴۵

۱۸-۳-۱ کشورهایی با نظام بیمه سنتی ۳۴۵

۱۸-۳-۲ کشورهایی با نظام بیمه سلامت ملی (شامل نظام بیمه درمان در سطح ملی) ۳۴۶

۱۸-۳-۳ نظام سلامت ملی (ارائه خدمات به صورت ایالتی) ۳۴۵

۱۸-۳-۴ نظام بیمه ای تلفیقی (متشکل از نظام بیمه بیماری سنتی و بیمه سلامت ملی) ۳۴۶

۱۸-۳-۵ نظام حساب های پس انداز انفرادی ۳۴۶

بخش پنجم نگاهی بر وضعیت بیمه های سلامت در ایران ۳۵۱

فصل نوزدهم بررسی منابع هزینه ای و مصارف در بخش بهداشت و درمان ایران ۳۵۳

مقدمه ۳۵۴

۱۹-۱ چالش های بیمه های سلامت در کشور ۳۵۴

۱۹-۱-۱ سیاست گذاری ۳۵۵

۱۹-۱-۱-۱ عدم شفافیت رویکرد بیمه ای موجود در بخش بیمه درمان ۳۵۵

۱۹-۱-۱-۲ عدم شفافیت رویکرد بیمه ای موجود در داخل سازمان های بیمه ای ۳۵۵

۱۹-۱-۱-۳ موضوعات اصلی در بخش قوانین و مقررات ۳۵۹

۱۹-۱-۱-۴ تدارک خدمات سلامتی ۳۶۱

۱۹-۲ عدم سیاست گذاری مناسب ۳۶۵

۱۹-۲-۱	مدیریت ناکارآمد	۳۶۷
۱۹-۲-۲	جهت‌گیری نامناسب وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در برخورد با موضوع تعرفه‌های	
بخش سلامت		۳۶۷
۱۹-۲-۳	نوسانی بودن اعتبارات بخش سلامت	۳۶۸
۱۹-۳	توزیع منابع	۳۷۰
فصل بیستم وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان‌های بیمه‌ای		
۲۰-۱	دوره‌های تاریخی نظام تأمین اجتماعی در ایران	۳۷۳
۲۰-۲	ویژگی‌های نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	۳۷۴
۲۰-۳	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی	۳۷۵
۲۰-۳-۱	سازمان و مدیریت	۳۷۵
۲۰-۳-۱-۱	شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی	۳۷۶
۲۰-۳-۱-۲	وظایف شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی	۳۷۷
۲۰-۳-۲	بیمه‌های اجتماعی و درمانی	۳۷۷
۲۰-۳-۲-۱	هدف‌ها و وظایف حوزه بیمه‌ای	۳۷۸
۲۰-۳-۳	حوزه حمایتی و توان‌بخشی	۳۷۸
۲۰-۳-۳-۱	هدف‌ها و وظایف حوزه حمایتی و توان‌بخشی	۳۷۹
۲۰-۳-۴	حوزه امدادی	۳۷۹
۲۰-۳-۴-۱	هدف‌ها و وظایف حوزه امدادی	۳۷۹
فصل بیست‌ویکم مروری بر پوشش بیمه خدمات درمانی و برخورداری از خدمات آنها		
۳۸۱	مقدمه	۳۸۱
۲۱-۱	سازمان بیمه خدمات درمانی از منظر قوانین و مقررات	۳۸۲
۲۱-۱-۱	مأموریت اصلی سازمان	۳۸۲
۲۱-۱-۲	خدمات و تعهدات	۳۸۳
۲۱-۱-۳	روش‌های تأمین منابع مالی	۳۸۴
۲۱-۱-۴	جنبه‌های سازمانی	۳۸۵
۲۱-۱-۵	پوشش جمعیتی	۳۸۵
۲۱-۱-۵-۱	مبنای پوشش	۳۸۷

۳۸۷.....	۲۱-۱-۵-۲ سازوکارهای پوشش جمعیت
۳۸۷.....	۲۱-۱-۵-۳ صندوق بیمه درمان کارکنان دولت
۳۸۸.....	۲۱-۱-۵-۴ صندوق بیمه درمان روستائیان
۳۹۷.....	۲۱-۱-۵-۵ صندوق خویش‌فرمایان
۳۹۷.....	۲۱-۱-۵-۶ صندوق سایر اقشار
۳۹۷.....	۲۱-۱-۵-۷ پوشش جمعیت بیمه نشده شهری
۳۹۸.....	۲۱-۲ برخورداری از خدمات در سازمان بیمه خدمات درمانی
۴۰۴.....	۲۱-۳ توزیع هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه خانوار
۴۰۷.....	۲۱-۴ سازمان تأمین اجتماعی
۴۰۷.....	۲۱-۴-۱ مقدمه
۴۰۸.....	۲۱-۴-۲ وظایف، اختیارات و مأموریت اصلی سازمان
۴۰۸.....	۲۱-۴-۳ خدمات و تعهدات
۴۰۸.....	۲۱-۴-۳-۱ نحوه اجرای تعهدات
۴۰۹.....	۲۱-۴-۳-۲ گستره خدمات تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی
۴۰۹.....	۲۱-۴-۳-۳ نحوه اجرای تعهدات درمانی سازمان تأمین اجتماعی
۴۱۰.....	۲۱-۴-۴ روش‌های تأمین منابع مالی
۴۱۱.....	۲۱-۴-۵ پوشش جمعیتی
۴۱۲.....	۲۱-۴-۵-۱ سازوکارهای پوشش جمعیت
۴۱۲.....	۲۱-۴-۵-۲ حق بیمه
۴۱۳.....	۲۱-۴-۵-۳ منابع و مصارف درمان
۴۱۳.....	۲۱-۵ سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح
۴۱۳.....	۲۱-۵-۱ مقدمه
۴۱۴.....	۲۱-۵-۲ مأموریت و جمعیت هدف
۴۱۵.....	۲۱-۵-۳ خدمات و تعهدات
۴۱۵.....	۲۱-۵-۳-۱ روش ارائه خدمت
۴۱۶.....	۲۱-۵-۴ ماهیت سازمان
۴۱۶.....	۲۱-۵-۴-۱ ارکان سازمان
۴۱۷.....	۲۱-۵-۴-۲ وظایف و اختیارات شورای عالی

۴۱۷.....	۲۱-۵-۵	روش‌های تأمین منابع مالی
۴۱۸.....	۲۱-۵-۶	کمک‌ها و تعهدات سازمان
۴۱۸.....	۲۱-۵-۶-۱	خدمات درمانی ارائه شده در داخل کشور
۴۱۸.....	۲۱-۵-۶-۲	خدمات درمانی ارائه شده در خارج از کشور
۴۱۹.....	۲۱-۶	کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)
۴۱۹.....	۲۱-۶-۱	مقدمه
۴۲۰.....	۲۱-۶-۲	مأموریت و هدف‌های کمیته امداد امام خمینی (ره)
۴۲۰.....	۲۱-۶-۲-۱	مأموریت اصلی کمیته امداد امام خمینی (ره)
۴۲۱.....	۲۱-۶-۳	جمعیت تحت پوشش
۴۲۱.....	۲۱-۶-۴	خدمات و تعهدات درمانی
۴۲۲.....	۲۱-۶-۵	نحوه ارائه خدمات
۴۲۳.....	۲۱-۶-۶	حق بیمه
۴۲۳.....	۲۱-۶-۷	قوانین و مقررات
۴۲۳.....	۲۱-۶-۷-۱	مبنای حمایتی بودن کمیته امداد امام خمینی (ره)
۴۲۳.....	۲۱-۶-۷-۲	قوانین تسهیل‌کننده فعالیت کمیته امداد امام خمینی (ره)
۴۲۴.....	۲۱-۶-۷-۳	مبنای قانونی چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند
۴۲۵.....	۲۱-۶-۷-۴	قوانین مربوط به روش‌های پوشش جمعیت
۴۲۶.....	۲۱-۶-۸	روش‌های تأمین منابع مالی

فصل بیست و دوم سازمان‌هایی با ماهیت حرفه‌ای ویژه گروه‌های خاص ۴۳۱

۴۳۱.....	۲۲-۱	سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
۴۳۱.....	۲۲-۱-۱	مقدمه
۴۳۱.....	۲۲-۱-۲	خدمات و تعهدات
۴۳۱.....	۲۲-۱-۲-۱	خدمات بستری
۴۳۲.....	۲۲-۱-۲-۲	خدمات سرپایی
۴۳۲.....	۲۲-۱-۳	مکانیسم استفاده از خدمات
۴۳۳.....	۲۲-۱-۳-۱	دفترچه‌های درمان مستقیم
۴۳۳.....	۲۲-۱-۴	دفترچه خدمات درمانی آزاد
۴۳۴.....	۲۲-۱-۴-۱	نظام‌های کنترلی

۴۳۵.....	۲۲-۱-۵ طرح پوشش خدمات خارج از تعهدات
۴۳۵.....	۲۲-۱-۵-۱ مرجع تأیید
۴۳۵.....	۲۲-۱-۵-۲ نحوه استفاده بیماران
۴۳۶.....	۲۲-۱-۵-۳ تعرفه اعمال جراحی و حق‌العلاج
۴۳۶.....	۲۲-۲ بیمه شهرداری تهران
۴۳۶.....	۲۲-۲-۱ مقدمه
۴۳۷.....	۲۲-۲-۲ جمعیت تحت پوشش
۴۳۷.....	۲۲-۲-۳ روش‌های تأمین منابع مالی
۴۳۷.....	۲۲-۲-۳-۱ حق بیمه
۴۳۷.....	۲۲-۲-۳-۲ مشارکت دولت
۴۳۸.....	۲۲-۲-۴ خدمات و تعهدات
۴۳۹.....	۲۲-۲-۵ جنبه‌های سازمان و مدیریت
۴۳۹.....	۲۲-۲-۶ قوانین و مقررات پایه
۴۴۱.....	فصل بیست‌وسوم سازمان‌هایی با ماهیت حمایتی حرفه‌ای ویژه گروه‌های خاص
۴۴۱.....	۲۳-۱ بنیاد شهید و امور ایثارگران
۴۴۱.....	۲۳-۱-۱ مقدمه
۴۴۱.....	۲۳-۱-۲ ساختار تشکیلاتی
۴۴۲.....	۲۳-۱-۲-۱ ساختار تشکیلاتی بنیاد قبل از سال ۱۳۷۹
۴۴۲.....	۲۳-۱-۲-۲ ساختار تشکیلاتی بنیاد بعد از سال ۱۳۷۹
۴۴۳.....	۲۳-۱-۲-۳ هدف‌های معاونت بهداشتی بنیاد
۴۴۳.....	۲۳-۱-۳ ماهیت سازمان
۴۴۳.....	۲۳-۱-۴ پوشش جمعیتی
۴۴۳.....	۲۳-۱-۴-۱ جمعیت تحت پوشش بیمه همگانی (برمبنای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی)
۴۴۴.....	۲۳-۱-۴-۲ جمعیت تحت پوشش بیمه تکمیلی جانبازان
۴۴۴.....	۲۳-۱-۵ تأمین منابع مالی
۴۴۵.....	۲۳-۱-۶ خدمات و تعهدات
۴۴۵.....	۲۳-۱-۶-۱ پوشش بیمه‌ای همگانی

۴۴۵.....	۲۳-۱-۶-۲ پوشش بیمه‌ای تکمیلی
۴۴۵.....	۲۳-۱-۶-۳ پوشش بیمه‌ای جامع
۴۴۵.....	۲۳-۱-۷ نحوه استفاده از خدمات
۴۴۶.....	۲۳-۱-۷-۱ قوانین و مقررات پایه
۴۴۶.....	۲۳-۱-۸ مشارکت بیمه شده
۴۴۶.....	۲۳-۱-۹ جنبه‌های سازمان و مدیریت
۴۴۶.....	۲۳-۱-۹-۱ بیمه عمومی جانبازان
۴۴۷.....	۲۳-۱-۹-۲ بیمه تکمیلی جانبازان
۴۴۹.....	۲۳-۱-۹-۳ معاونت بهداشت و درمان جانبازان
۴۴۹.....	۲۳-۲ سازمان بهزیستی کشور
۴۴۹.....	۲۳-۲-۱ تشکیلات و وظایف
۴۵۱.....	۲۳-۲-۲ منابع مالی
۴۵۲.....	۲۳-۳ تحلیل وضعیت موجود
۴۵۲.....	۲۳-۳-۱ بررسی وضعیت موجود در زمینه راهبرد و راهکارهای اجرایی
۴۵۲.....	۲۳-۳-۱-۱ موضوع‌های راهبردی
۴۵۲.....	۲۳-۴ ضریب نفوذ بیمه درمان و ارائه خدمت
۴۵۲.....	۲۳-۴-۱ توصیف وضعیت
۴۵۴.....	۲۳-۴-۲ تحلیل وضعیت موجود
۴۵۴.....	۲۳-۴-۲-۱ نقاط قوت
۴۵۴.....	۲۳-۴-۲-۲ نقاط ضعف
۴۵۵.....	۲۳-۴-۲-۳ فرصت‌ها
۴۵۵.....	۲۳-۴-۲-۴ تهدیدها
۴۵۷.....	۲۳-۴-۲-۵ راهبردهای تحقق هدف‌های بیمه درمان در حوزه ضریب نفوذ و ارائه خدمت
۴۵۸.....	۲۳-۴-۲-۶ برنامه‌های عملیاتی بیمه درمان در حوزه ضریب نفوذ و ارائه خدمت
۴۵۹.....	۲۳-۵ تأمین مالی
۴۶۱.....	۲۳-۵-۱ توصیف وضعیت موجود
۴۶۲.....	۲۳-۵-۲ تحلیل وضعیت موجود
۴۶۲.....	۲۳-۵-۲-۱ نقاط قوت

۴۶۳	 نقاط ضعف ۲۳-۵-۲-۲
۴۶۳	 فرصت‌ها ۲۳-۵-۲-۳
۴۶۴	 تهدیدها ۲۳-۵-۲-۴
۴۶۵	 راهبردهای تحقق هدف‌های بیمه درمان در حوزه تأمین مالی ۲۳-۵-۲-۵
۴۶۵	 برنامه عملیاتی بیمه درمان در حوزه تأمین مالی ۲۳-۵-۲-۶
۴۶۶	 تولید ۲۳-۶
۴۶۶	 توصیف وضعیت موجود ۲۳-۶-۱
۴۶۶	 تحلیل وضعیت موجود ۲۳-۶-۲
۴۶۶	 نقاط قوت ۲۳-۶-۲-۱
۴۶۶	 نقاط ضعف ۲۳-۶-۲-۲
۴۶۷	 فرصت‌ها ۲۳-۶-۲-۳
۴۶۷	 تهدیدها ۲۳-۶-۲-۴
۴۶۸	 هدف‌های حوزه تولید بیمه درمان ۲۳-۶-۲-۵
۴۶۸	 راهبردهای تحقق هدف‌های حوزه تولید بیمه درمان ۲۳-۶-۲-۶
۴۶۹	 پوشش حمایتی ۲۳-۷
۴۶۹	 توصیف وضعیت موجود ۲۳-۷-۱
۴۶۹	 تعداد خانوارهای تحت حمایت ۲۳-۷-۱-۱
۴۶۹	 تعداد افراد تحت حمایت ۲۳-۷-۱-۲
۴۷۰	 تحلیل وضعیت موجود ۲۳-۷-۱-۳
۴۷۲	 راهبردهای تحقق هدف‌ها در حوزه پوشش حمایتی ۲۳-۷-۲
۴۷۳	 برنامه‌های عملیاتی حوزه پوشش حمایتی ۲۳-۷-۳
۴۸۵	 فصل بیست و چهارم اعتبارات رفاه و تأمین اجتماعی
۴۸۵	 سهم اعتبارات رفاه و تأمین اجتماعی در بودجه عمومی کشور ۲۴-۱
۴۸۵	 امور بیمه‌های درمانی ۲۴-۱-۱
۴۸۵	 امور بازنشستگی و بیمه‌های اجتماعی ۲۴-۱-۲
۴۸۶	 امور حمایت از خانواده ۲۴-۱-۳
۴۸۶	 امور آسیب‌دیدگان از حوادث غیرمترقبه و جنگ تحمیلی ۲۴-۱-۴
۴۸۶	 امور متفرقه ۲۴-۱-۵

۴۸۶..... ۲۴-۱-۶ امور یارانه‌های کالاهای اساسی

۴۸۷..... ۲۴-۱-۷ درآمدهای اختصاصی

بخش ششم سناریوهایی برای پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران..... ۴۹۷

فصل بیست‌وپنجم پیش‌نیازهای پوشش مراقبت‌های سلامت در ایران..... ۴۹۹

۴۹۹..... ۲۵-۱ اصول بیمه‌های اجتماعی سلامت (درمان)

۴۹۹..... ۲۵-۱-۱ هم‌بستگی اجتماعی

۵۰۰..... ۲۵-۱-۲ یارانه متقاطع

۵۰۰..... ۲۵-۱-۳ اجبار قانونی

۵۰۰..... ۲۵-۲ طراحی بیمه اجتماعی سلامت

۵۰۱..... ۲۵-۳ انباشت ریسک

۵۰۱..... ۲۵-۳-۱ فقدان هرگونه انباشت ریسک

۵۰۲..... ۲۵-۳-۲ انباشت ریسک واحد

۵۰۲..... ۲۵-۳-۳ انباشت ریسک پراکنده

۵۰۲..... ۲۵-۳-۴ انباشت ریسک ادغام‌یافته (یکپارچگی ریسک)

۵۰۴..... ۲۵-۴ طبقه‌بندی نظام‌های بیمه سلامت براساس انباشت ریسک بیمه

۵۰۴..... ۲۵-۴-۱ نظام‌های پرداخت‌کننده واحد

۵۰۴..... ۲۵-۴-۲ نظام‌های پرداخت‌کننده متعدد

۵۰۵..... ۲۵-۴-۲-۱ تفاوت میان نظام‌های واحد و متعدد

۵۱۱..... ۲۵-۵ ملاحظات خاص کشورهای کم‌درآمد و دارای درآمد متوسط

۵۱۲..... ۲۵-۵-۱ تأمین منابع

۵۰۵..... ۲۵-۵-۱-۱ توانایی برای بالا بردن منافع عمومی

۵۱۲..... ۲۵-۵-۱-۲ مالیات

۵۱۲..... ۲۵-۵-۲ انباشت ریسک

۵۱۲..... ۲۵-۵-۲-۱ عضویت اجباری بیمه‌ای

۵۱۳..... ۲۵-۵-۲-۲ انتخاب نامطلوب

۵۱۳..... ۲۵-۵-۲-۳ خرید

۵۱۳..... ۲۵-۵-۲-۴ هم‌بستگی اجتماعی

فصل بیست‌وششم عوامل کلیدی تأثیرگذار بر گسترش پوشش مقایسه بین نظام‌های بیمه

اجتماعی کشور ۵۱۵

۲۶-۱ مقایسه بین نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت ۵۱۵

۲۶-۱-۱ چارچوب سازمانی ۵۱۵

۲۶-۱-۲ عضویت، ثبت‌نام و پوشش ۵۱۶

۲۶-۱-۳ مزایا و پوشش ۵۱۶

۲۶-۱-۴ مالکیت، تعداد صندوق‌های بیماری و آزادی انتخاب ۵۱۶

۲۶-۱-۵ رقابت و ساختار جبران ریسک ۵۱۷

۲۶-۱-۶ اعمال سازوکارهای لایه‌ای برای برخورداری گروه‌های پرریسک ۵۱۸

۲۶-۱-۷ میزان کمک‌ها، سقف درآمد و مبانی ارزیابی مشارکت‌ها ۵۱۸

۲۶-۱-۸ انعقاد قرارداد ۵۱۹

۲۶-۱-۹ تضمین ثبات نظام بیمه درمان اجتماعی نظام‌های قابل تحمل بیمه سلامت

اجتماعی و توسعه‌های آتی آن ۵۱۹

۲۶-۲ بهره‌گیری از پوشش‌های بیمه‌ای درمان خصوصی ۵۱۹

۲۶-۲-۱ پرداخت مصرف‌کننده ۵۲۰

۲۶-۲-۲ اولویت‌بندی در مراقبت‌های سلامتی ۵۲۰

۲۶-۲-۳ مضرات توسعه سریع پوشش بیمه‌ای سلامت ۵۲۰

۲۶-۲-۴ شرایط لازم برای ارائه یا گسترش پوشش بیمه اجتماعی سلامت ۵۲۱

۲۶-۲-۵ چرا بیمه‌های اجتماعی سلامت توصیه می‌شود؟ ۵۲۲

۲۶-۲-۶ امکانات مورد نیاز برای بیمه اجتماعی سلامت ۵۲۳

۲۶-۲-۷ گسترش طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت ۵۲۵

۲۶-۲-۸ نقص در تفهیم چارچوب مهندسی بیمه اجتماعی سلامت و نبودن توافق عمومی

بین شرکا ۵۲۷

۲۶-۲-۹ عوامل گسترش موفقیت‌آمیز بیمه اجتماعی سلامت ۵۲۸

۲۶-۲-۹-۱ ثبات سیاسی ۵۲۸

۲۶-۲-۹-۲ رشد اقتصادی ۵۲۸

۲۶-۲-۹-۳ سطح درآمد ۵۲۸

۲۶-۲-۹-۴ گسترش توزیع در ریسک (از طریق ارائه پوشش همگانی) ۵۲۸

۵۲۹.....	۲۶-۲-۹-۵ هم‌بستگی اجتماعی
۵۲۹.....	۲۶-۲-۹-۶ تعداد نسبی بخش‌های رسمی و غیررسمی
۵۲۹.....	۲۶-۲-۹-۷ ظرفیت اجرایی
۵۲۹.....	۲۶-۲-۹-۸ شفافیت‌های ایجاد شده
۵۳۰.....	۲۶-۲-۹-۹ تمرکززدایی
۵۳۰.....	۲۶-۲-۹-۱۰ سازمان‌دهی مؤسسات
۵۳۰.....	۲۶-۲-۹-۱۱ توجه به زمان

فصل بیست‌وهفتم سناریوهای پیشنهادی برای پوشش همگانی بیمه‌های سلامت۵۳۱

۵۳۱.....	۲۷-۱ سناریوی اول: پوشش همگانی از طریق بیمه سلامت ملی
۵۳۱.....	۲۷-۱-۱ پوشش جمعیت
۵۳۱.....	۲۷-۱-۱-۱ درصد پوشش جمعیت
۵۳۲.....	۲۷-۱-۱-۲ پوشش گروه‌های هدف
۵۳۲.....	۲۷-۱-۲ روش تأمین مالی
۵۳۲.....	۲۷-۱-۲-۱ سهم دولت
۵۳۲.....	۲۷-۱-۲-۲ سهم بیمه شده
۵۳۲.....	۲۷-۱-۲-۳ نسبت حق بیمه سرانه به کل هزینه‌های بسته‌های مزایا
۵۳۳.....	۲۷-۱-۲-۴ حمایت در برابر هزینه‌های کمرشکن
۵۳۳.....	۲۷-۱-۲-۵ عدالت در تأمین منابع مالی
۵۳۳.....	۲۷-۱-۳ سطح پراکندگی جمعیت
۵۳۳.....	۲۷-۱-۳-۱ پاسخ‌گویی مالی
۵۳۳.....	۲۷-۱-۴ ترکیب ریسک‌ها
۵۳۳.....	۲۷-۱-۴-۱ عضویت فرد یا خانوار
۵۳۴.....	۲۷-۱-۴-۲ ترکیب ریسک
۵۳۴.....	۲۷-۱-۵ بسته مزایا
۵۳۴.....	۲۷-۱-۵-۱ تعریف بسته پایه خدمات سلامت
۵۳۶.....	۲۷-۱-۶ سازوکار پرداخت
۵۳۶.....	۲۷-۱-۷ کارایی اجرایی
۵۳۸.....	۲۷-۱-۸ نقاط قوت سناریو

۵۳۸.....	۲۷-۱-۸-۱	سادگی اجرا
۵۳۸.....	۲۷-۱-۸-۲	حفظ نسبی ساختار موجود در کشور
۵۳۸.....	۲۷-۱-۹	نقاط ضعف سناریو
۵۳۸.....	۲۷-۱-۹-۱	وابستگی بیش از حد به دولت
۵۳۹.....	۲۷-۱-۹-۲	حذف عدالت عمودی
۵۳۹.....	۲۷-۱-۹-۳	در نظر نگرفتن اصل همبستگی
۵۳۹.....	۲۷-۱-۹-۴	حذف رقابت بین صندوق‌های بیمه‌ای
۵۳۹.....	۲۷-۱-۹-۵	برخورداری نامناسب گروه‌ها
۵۴۰.....	۲۷-۱-۹-۶	عدم توزیع ریسک
۵۴۱.....	۲۷-۲	سناریوی دوم: حفظ وضع موجود و هدف‌گیری افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند
۵۴۱.....	۲۷-۲-۱	پوشش جمعیت
۵۴۲.....	۲۷-۲-۲	روش تأمین مالی
۵۴۳.....	۲۷-۲-۲-۱	حمایت در برابر هزینه‌های کمرشکن
۵۴۳.....	۲۷-۲-۳	سطح پراکندگی جمعیت
۵۴۳.....	۲۷-۲-۳-۱	پاسخ‌گویی مالی
۵۴۴.....	۲۷-۲-۴	ترکیب ریسک‌ها
۵۴۴.....	۲۷-۲-۵	بسته مزایا
۵۴۴.....	۲۷-۲-۵-۱	بسته جامع بهداشتی - غذایی
۵۴۵.....	۲۷-۲-۶	سازوکار پرداخت
۵۴۵.....	۲۷-۲-۷	کارایی اجرایی
۵۴۵.....	۲۷-۳	سناریوی سوم: اجرای بیمه‌های اجتماعی سلامت
۵۴۶.....	۲۷-۳-۱	پوشش جمعیت
۵۴۶.....	۲۷-۳-۱-۱	درصد پوشش جمعیت
۵۴۶.....	۲۷-۳-۱-۲	پوشش گروه‌های هدف
۵۴۹.....	۲۷-۳-۲	روش تأمین مالی
۵۴۹.....	۲۷-۳-۲-۱	سهم بیمه شده
۵۴۹.....	۲۷-۳-۲-۲	نسبت حق بیمه به کل هزینه‌های بسته‌های مزایا
۵۴۹.....	۲۷-۳-۲-۳	حمایت در برابر هزینه‌های کمرشکن

۵۵۰.....	۲۷-۳-۲-۴ عدالت در تأمین منابع مالی
۵۵۰.....	۲۷-۳-۳ سطح پراکندگی جمعیت
۵۵۰.....	۲۷-۳-۳-۱ پاسخ‌گویی مالی
۵۵۱.....	۲۷-۳-۳-۲ ترکیب ریسک
۵۵۱.....	۲۷-۳-۳-۳ عضویت
۵۵۱.....	۲۷-۳-۴ ترکیب ریسک‌ها
۵۵۱.....	۲۷-۳-۵ بسته مزایا
۵۵۱.....	۲۷-۳-۵-۱ دسته‌بندی خدمات برای تمامی گروه‌ها
۵۵۲.....	۲۷-۳-۵-۲ دخالت عامل درآمد
۵۵۳.....	۲۷-۳-۵-۳ دخالت عامل اشتغال در میزان مشارکت
۵۵۴.....	۲۷-۳-۵-۴ مشارکت کارفرمایان یا به‌کارگیری عوامل مربوط به آثار خارجی در بخش سلامت
۵۵۵.....	۲۷-۳-۵-۵ ضریب محرومیت
۵۵۵.....	۲۷-۳-۵-۶ دخالت ضرایب مربوط به توزیع بیماری‌ها، وضعیت بیماری‌ها، توزیع سنی و سایر متغیرها
۵۵۷.....	۲۷-۳-۶ سازوکار پرداخت
۵۵۸.....	۲۷-۳-۷ کارایی اجرایی
۵۵۸.....	۲۷-۴ سناریوی چهارم: پوشش بیمه سلامت روستائیان
۵۵۸.....	۲۷-۴-۱ ویژگی‌های جمعیت روستایی در ایران
۵۶۰.....	۲۷-۴-۲ شرایط لازم برای بیمه خدمات درمانی روستائیان
۵۶۳.....	۲۷-۴-۳ ساختار عرضه خدمات درمانی
۵۶۴.....	۲۷-۴-۴ سطح تعهدات بیمه
۵۶۴.....	۲۷-۴-۵ ساختار وصول درآمدها
۵۶۵.....	۲۷-۴-۶ روش پوشش جمعیت
۵۶۷.....	۲۷-۴-۷ الگوی پیشنهادی بیمه خدمات درمانی روستائیان
۵۶۸.....	۲۷-۴-۷-۱ پوشش دانش‌آموزان روستایی
۵۶۹.....	۲۷-۴-۷-۲ پوشش سالمندان روستایی
۵۷۰.....	۲۷-۴-۷-۳ پوشش خانوادگی در روستاهای پرجمعیت

- ۲۷-۴-۷-۴ پوشش اختیاری سایر افراد ۵۷۱
- ۲۷-۵ دیدگاه صاحب‌نظران در تکنیک دلفی ۵۷۳
- ۲۷-۵-۱ فراوانی مطلق پاسخ‌های ارائه شده به پرسش‌نامه تکنیک دلفی ۵۷۳

فهرست جدول‌ها

جدول ۳-۱	تأمین مالی نظام مراقبت‌های سلامتی	۵۲
جدول ۳-۲	عملکرد رقابتی صندوق‌های بیمه اجتماعی سلامت در هر کشور	۵۹
جدول ۳-۳	سهام صندوق‌های بیماری برای افراد بیکار و بازنشسته و افراد کم‌درآمد، ۲۰۰۳-۲۰۰۲	۶۰
جدول ۳-۴	اصلاحات اصلی بیمه درمانی بین سال‌های ۱۹۹۰-۲۰۰۲	۶۳
جدول ۳-۵	ویژگی‌های مهم بیمه اجتماعی سلامت مرتبط با سازمان‌دهی و تأمین مالی (به جز موارد ذکر شده همه اطلاعات ذکر شده مربوط به ۲۰۰۳-۲۰۰۲ است)	۶۸
جدول ۳-۶	تنظیم ریسک در فرمول‌های سرمایه‌گذاری برای توزیع مجدد بین صندوق‌های بیماری	۷۱
جدول ۳-۷	تعداد صندوق‌های بیماری در کشورهای منتخب، ۱۹۹۰-۲۰۰۲	۷۲
جدول ۳-۸	انتخاب ارائه‌دهنده خدمت و بیمه شده در هشت کشور در سال ۲۰۰۳	۷۳
جدول ۵-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در استرالیا، ۲۰۰۴	۸۸
جدول ۶-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در چین، ۲۰۰۴	۹۶
جدول ۷-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در هندوستان، ۲۰۰۴	۱۰۴
جدول ۷-۲	شاخص‌های اجتماعی - اقتصادی هندوستان	۱۰۵
جدول ۷-۳	پوشش بیمه سلامت در طرح‌های مختلف بیمه‌ای هندوستان	۱۰۸
جدول ۸-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در اندونزی، ۲۰۰۴	۱۱۴
جدول ۸-۲	پوشش بیمه درمان در اندونزی	۱۱۵
جدول ۸-۳	رشد ترکیب اعضای بیمه اجتماعی سلامت در طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش حقوقی اندونزی	۱۱۶
جدول ۹-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در ژاپن، ۲۰۰۴	۱۲۷
جدول ۹-۲	درصد عضویت در صندوق‌های مختلف ژاپن	۱۳۰
جدول ۹-۳	تعداد صندوق‌های بیماری در طرح‌های مختلف	۱۳۱
جدول ۹-۴	برنامه‌ریزی، عقد قرارداد، جبران غرامت و پرداخت‌های مصرف‌کنندگان در بخش مراقبت‌های بیمارستانی در ژاپن	۱۳۱

جدول ۹-۵	مقایسه شاخص‌های بیمه‌ای در ژاپن	۱۳۳
جدول ۹-۶	تأمین مالی بیمه درمان در ژاپن	۱۳۴
جدول ۹-۷	تغییرات منابع مالی صندوق‌ها در قالب درصد از کل مخارج بهداشتی ژاپن	۱۳۵
جدول ۹-۸	درصد هزینه‌های خدمات بهداشتی از کل مخارج بخش سلامت ژاپن	۱۳۵
جدول ۹-۹	گستره تاریخی پوشش بیمه ملی درمان ژاپن	۱۳۶
جدول ۱۰-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، در جمهوری کره، ۲۰۰۴	۱۴۰
جدول ۱۱-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در فیلیپین، ۲۰۰۴	۱۵۰
جدول ۱۲-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در تایلند، ۲۰۰۴	۱۶۰
جدول ۱۳-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در سنگاپور، ۲۰۰۴	۱۷۰
جدول ۱۴-۱	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در بنگلادش، ۲۰۰۴	۱۸۵
جدول ۱۴-۲	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در نپال، ۲۰۰۴	۱۸۹
جدول ۱۴-۳	شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت در لائوس، ۲۰۰۴	۱۹۲
جدول ۱۴-۴	وضعیت پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه	۱۹۵
جدول ۱۴-۵	دامنه پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه	۱۹۷
جدول ۱۴-۶	روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت در طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه	۲۰۰
جدول ۱۵-۱	عملکردها و محدوده زمانی برای پوشش گروه‌های جامعه در نپال	۲۳۰
جدول ۱۵-۲	مزایای بیمه اجتماعی سلامت در نپال	۲۳۳
جدول ۱۵-۳	تخصیص درآمدهای بیمه خدمات درمانی در نپال	۲۳۹
جدول ۱۵-۴	سهم یارانه از طریق بودجه‌های مشارکت اجتماعی در نپال	۲۴۶
جدول ۱۵-۵	خلاصه‌ای از پیشنهادهای مربوط به ریسک‌ها و مشکلات خاص نپال	۲۵۴
جدول ۱۶-۱	خلاصه دوره انتقال بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای منتخب	۲۷۳
جدول ۱۶-۲	نمایی کلی از عملکرد محورهای اساسی طرح	۲۸۹
جدول ۱۶-۳	خلاصه‌ای از روش‌های پرداخت ارائه‌دهندگان و سطح قابل پیش‌بینی تولید	۳۱۷
جدول ۱۸-۱	نظام‌های تأمین مالی بخش سلامت	۳۴۸
جدول ۱۸-۲	بررسی وضعیت موجود در کشورهای منطقه	۳۴۸
جدول ۱۸-۳	وضعیت حساب‌های ملی بخش سلامت با استناد به اطلاعات سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۶	۳۵۰

جدول ۱۹-۱	تغییرات ضریب جینی در مناطق روستایی و شهری، ۱۳۸۴-۱۳۷۵	۳۶۶
جدول ۱۹-۲	جمعیت تحت پوشش بیمه‌های درمانی کشور	۳۶۹
جدول ۱۹-۳	اعتبارات بخش سلامت در سال ۱۳۸۷	۳۷۱
جدول ۲۱-۱	جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵-۱۳۸۱	۳۸۶
جدول ۲۱-۲	جمعیت بیمه شده روستایی کشور از سال ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۳	۳۸۹
جدول ۲۱-۳	فعالیت‌های تعریف شده برای پزشک خانواده در روستاها	۳۹۳
جدول ۲۱-۴	توزیع هزینه‌های درمانی به تفکیک صندوق‌های بیمه‌ای، ۱۳۸۵-۱۳۸۱	۳۹۹
جدول ۲۱-۵	توزیع سهم (درصد) هزینه‌های درمانی به تفکیک صندوق‌های بیمه‌ای، ۱۳۸۵-۱۳۸۱	۴۰۰
جدول ۲۱-۶	برخورداری از خدمات در صندوق‌های مختلف سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵	۴۰۱
جدول ۲۱-۷	میانگین هزینه خدمات در صندوق‌های مختلف سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵	۴۰۲
جدول ۲۱-۸	میانگین بار مراجعه خدمات در صندوق‌های مختلف سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵-۱۳۸۴	۴۰۳
جدول ۲۱-۹	تغییرات ضریب جینی در مناطق روستایی و شهری، ۱۳۸۵-۱۳۷۵	۴۰۵
جدول ۲۱-۱۰	توصیف وضعیت شاخص‌های بیمه‌ای در سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح	۴۱۹
جدول ۲۳-۱	وضعیت پوشش بیمه‌های درمانی کشور	۴۵۲
جدول ۲۳-۲	جمعیت بیمه شده در سازمان‌های بیمه درمانی اصلی کشور	۴۵۳
جدول ۲۳-۳	جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی به تفکیک صندوق بیمه‌ای، ۱۳۸۶-۱۳۸۱	۴۵۳
جدول ۲۳-۴	توزیع جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی به تفکیک صندوق بیمه‌ای، ۱۳۸۶-۱۳۸۱	۴۵۴
جدول ۲۳-۵	هدف‌های کمی بیمه درمان در حوزه ضریب نفوذ و ارائه خدمت	۴۵۶
جدول ۲۳-۶	عملکرد مالی بیمه‌های درمانی، ۱۳۸۵	۴۶۲
جدول ۲۳-۷	هدف‌های کمی بیمه درمان در حوزه تأمین مالی	۴۶۴
جدول ۲۳-۸	خانوارهای تحت پوشش سازمان‌های حمایتی کشور، ۱۳۸۶-۱۳۸۳	۴۶۹

جدول ۹-۲۳ افراد تحت پوشش نظام حمایتی کشور، ۱۳۸۶-۱۳۸۴	۴۷۰
جدول ۱۰-۲۳ سازمان‌ها و نهادهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی کشور، ۱۳۸۷	۴۷۵
جدول ۱۱-۲۳ تصویری از ساختار پراکنده دستگاه‌های مسئول در حوزه تأمین اجتماعی کشور، ۱۳۸۰	۴۸۰
جدول ۱-۲۴ اعتبارات مصوب فصل رفاه و تأمین اجتماعی در بودجه عمومی دولت، ۱۳۸۴-۱۳۷۸	۴۸۸
جدول ۲-۲۴ درصد توزیع اعتبارات مصوب فصل رفاه و تأمین اجتماعی در بودجه عمومی دولت، ۱۳۸۴-۱۳۷۸	۴۸۹
جدول ۳-۲۴ درصد اعتبارات مصوب فصل رفاه و تأمین اجتماعی در بودجه عمومی دولت، ۱۳۸۴-۱۳۷۸	۴۹۰
جدول ۴-۲۴ سهم اعتبارات مصوب امور ردیف بودجه فصل رفاه و تأمین اجتماعی از بودجه عمومی دولت، ۱۳۸۴-۱۳۷۸	۴۹۳
جدول ۵-۲۴ سهم اعتبارات مصوب امور ردیف بودجه فصل رفاه و تأمین اجتماعی از کل اعتبارات عمومی نظام تأمین اجتماعی، ۱۳۸۴-۱۳۷۸	۴۹۴
جدول ۱-۲۵ ویژگی‌های نظام‌های بیمه سلامت	۵۰۸
جدول ۱-۲۶ تعداد صندوق‌های بیماری در طرح‌های مختلف در کشورهای منتخب	۵۱۷
جدول ۱-۲۷ برآورد جمعیت زیر پوشش بیمه‌های درمانی، ۱۳۸۵	۵۴۲
جدول ۲-۲۷ جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی به تفکیک صندوق، ۱۳۸۵-۱۳۸۳	۵۴۷
جدول ۳-۲۷ ویژگی‌های الگوی پیشنهادی برای بیمه خدمات درمانی روستائیان به تفکیک افشار مختلف روستایی	۵۷۲

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۱۸ ارتباط بین عملکردها و هدف‌های نظام سلامت ۳۳۶
- شکل ۱-۱۹ مقایسه سهم دولت و مردم در تأمین هزینه‌های بخش سلامت در سال‌های
۱۳۷۸-۱۳۵۸ ۳۵۴
- شکل ۱-۲۷ مدل‌های یارانه‌های متقاطع برای توزیع ریسک و افزایش عدالت در مشارکت
خانواده‌ها در دریافت خدمات سلامتی ۵۴۰
- شکل ۲-۲۷ پیشنهاد لایه‌بندی نظام تأمین اجتماعی ۵۵۷

فهرست نمودارها

- نمودار ۳-۱ افزایش اساسی پوشش همگانی، ۱۹۶۰-۲۰۰۲ ۵۱
- نمودار ۱۰-۱ ساختار اصلی نظام تأمین اجتماعی در جمهوری کره ۱۴۳
- نمودار ۱۶-۱ بیمه اجتماعی سلامت، هدف‌های تأمین مالی و هدف‌های نهایی نظام سلامت ۲۸۶
- نمودار ۱۶-۲ موضوعات اساسی طرح در عملکردهای فرعی تأمین مالی بخش سلامت ۲۸۸
- نمودار ۲۵-۱ هرم پیوستگی ۵۰۳

سخن ناشر

آشفته بازار بیمه درمان کشور و به قولی بیمه سلامت هرازگاهی در معرض طوفان بلا تکلیفی‌های نظری، که سایه بر ارکان و تاروپود نظام سلامت و نظام تأمین اجتماعی کشور انداخته است، قرار می‌گیرد.

روزگاری بحث بر سر بیمه درمان همگانی بود و تصمیم‌گیری‌های شتاب‌زده در باب آن و قانونی که هنوز هم اهل حقوق در تفسیر آن درمانده‌اند. از بیمه شهرنشینان که فارغ شدیم بحث بیمه اجتماعی روستائیان مطرح شد و بی‌توجه به قانون بیمه همگانی خدمات درمانی که از نظر ماهیت برای پوشش اقشار آسیب‌پذیر و روستائیان نگاشته شده بود و به یگانه چیزی که نرسید پوشش بیمه‌ای این دو گروه بود.

آنچه سلامت و به تبع آن بیمه سلامت را از دیگر بخش‌ها متمایز می‌سازد، وجود مخاطرات و حوادث طبیعی است که همواره انسان‌ها را تهدید می‌کند و اطمینان از چتری حمایتی را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. خصوصاً اینکه تکالیف مندرج در قانون اساسی برخورداری از بیمه، تأمین اجتماعی، بهداشت و درمان را حقی همگانی می‌داند.

در این شرایط لازم است نهادهای سیاستگذار سلامت در کشور نقش خود را به‌وسیله تدوین یک راهبرد با حضور همه ذی‌نفعان که زوایای مختلف موضوع را روشن می‌سازند، ایفا کنند و یک بار برای همیشه بازار بیمه‌های درمانی را سامان‌دهی نمایند.

در این کتاب سعی شده تا از زوایای مختلف بیمه‌های اجتماعی سلامت، یکپارچه‌سازی و وضعیت آن در ایران و جهان تبیین شود. همچنین سعی بر آن بوده تا کشورهایی با جمعیت مشابه کشورمان و کوچک‌تر یا بزرگ‌تر از آن انتخاب شوند که همه نوع پوشش همگانی از طرح‌های تأمین اجتماعی تا بیمه سلامت، بیمه سلامت مبتنی بر جامعه و ... را در دستور کار خود قرار داده‌اند.

امید است این مختصر بتواند سرآغازی برای نگاهی دوباره به مقوله بیمه سلامت باشد تا فارغ از حب و بغض‌ها و پیش‌داوری‌ها این موضوع مهم مورد نقد و داوری صاحب‌نظران قرار گیرد. تلاش اصحاب اندیشه که زحمت تألیف و تدوین این مجموعه را بر خود هموار داشته‌اند را صمیمانه پاس می‌داریم و امیدواریم اهل علم و دانش، مؤلفان را لایق راهنمایی‌های ارزنده خود بدانند.

دکتر بهزاد پورسید
معاون پژوهشی مرکز

مقدمه

کتاب حاضر برگرفته از طرح پژوهشی «چالش‌های موجود در یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در کشور» است که در سال ۱۳۸۶ با توجه به شرایط موجود آن زمان توسط دکتر حسین زارع به‌عنوان مجری طرح و با همکاری دکتر ایروان مسعودی اصل، دکتر علی حسن‌زاده و با نظارت‌های علمی و دقیق دکتر محمدحسن طریقت و دکتر علی اخوان بهبهانی انجام شده است.

در بررسی وضعیت موجود بیمه درمانی در کشور تمامی سازمان‌های بیمه‌ای از جمله، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)، بیمه شهرداری تهران، بانک‌ها، صدا و سیمای جمهوری اسلامی ایران و بیمه دانا به‌عنوان نمونه‌ای از بیمه‌های بازرگانی، مورد توجه قرار می‌گیرند و مبانی نظری و متن‌های موجود بیمه در دنیا به‌صورت نظام‌مند با محوریت دو دهه اخیر بررسی و مطالعه شده است. در بخش مطالعات تطبیقی، کشورهایی انتخاب شده‌اند که نظام بیمه همگانی را با رویکرد بیمه‌های اجتماعی سلامت اجرا کرده‌اند. در این خصوص از مدل گاردن، که کشورها را برحسب نوع مزایای قابل ارائه در چهار گروه به‌شرح زیر تقسیم‌بندی کرده، استفاده شده است: ۱. کشورهایی با نظام بیمه ملی سلامت،^۱ ۲. کشورهایی با نظام سلامت ملی،^۲ ۳. کشورهایی با نظام بیمه‌های اجتماعی سلامت^۳ یا صندوق‌های بیماری و^۴ ۴. کشورهایی با نظام‌های تلفیقی.^۵ در این بررسی تأکید بر

-
1. National Health Insurance (NHI)
 2. National Health Service (NHS)
 3. Social Health Insurance (SHI)
 4. Traditional Sickness Fund
 5. Mixed System

کشورهایی است که موفق به اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت^۱ شده‌اند و همچنین بر بیمه‌های اجتماعی سلامت تأکید خواهد شد.

به‌منظور بررسی وضعیت موجود بیمه درمانی در کشورهای دنیا، کشورهای منطقه جنوب شرق آسیا مانند، استرالیا، چین، هندوستان، اندونزی، ژاپن، کره جنوبی، فیلیپین، تایلند و سنگاپور، انتخاب شده‌اند.

تعدادی از این کشورها عمدتاً از طریق بیمه اجتماعی یا سازوکارهای پیش‌پرداخت به پوشش همگانی دست یافته‌اند که هم‌اکنون با مسائل و مشکلات مربوط به سالمندی جمعیت، تغییر الگوی بیماری‌ها و افزایش هزینه‌های بخش سلامت درگیرند. از بررسی مقدماتی این کشورها استنباط می‌شود که جنبه‌های عمومی ذیل در این کشورها در دستور کار دولت‌ها قرار دارد:

۱. آغاز نظام بیمه‌های اجتماعی در این کشورها در دوره‌هایی از تلاش‌های همگانی برای تسریع رشد اقتصادی بوده و در آن زمان ثابت شده بود که حمایت اجتماعی^۲ برای سلامتی و بهره‌وری کارگران به‌منظور تقویت بیشتر رشد اقتصادی سالم بسیار ضروری است. این موضوع به‌ویژه برای افرادی که می‌توانستند در تأمین مالی خدمات سلامتی از طریق طرح‌های پیش‌پرداخت به‌صورت قانونمند مشارکت کنند، یا از طریق مزایای استخدامی یا حمایت‌های اجتماعی ایالت‌ها (برای گروه‌های جمعیتی غیرفعال اقتصادی) تحت پوشش قرار می‌گرفتند بسیار ضروری بود.

۲. در این کشورها فرایند توسعه با پوشش کارگران مزدور و حقوق‌بگیر، مشاغل آزاد و وابستگان آنها در بخش‌های دولتی و خصوصی گسترش یافت.

۳. در کشورهایی نظیر ژاپن و کره جنوبی، توسعه اقتصادی نقش مهم‌تری را نسبت به توسعه نظام سلامت ایفا کرده است. در این کشورها اصلاحات در نظام تأمین منابع مالی پایدار با هدف دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامتی صورت گرفته است، به‌طوری‌که گسترش پوشش بیمه به‌صورت موازی با رسمی کردن کل نیروی فعال رخ داده و در همان زمان پوشش همگانی بیمه اجتماعی سلامت ایجاد شده است.

۴. نظام بیمه اجتماعی سلامت در این کشورها با اصلاحات مهمی، به‌ویژه در دهه اخیر،

1. Universal Coverage

2. Social Protection

مواجهه بوده است. این تغییرات به دلیل دگرگونی‌های دموگرافیکی و توسعه اقتصادی صورت پذیرفته، علاوه بر این، بیماران و ارائه‌کنندگان را هم مورد توجه قرار داده است.

۵. ساختارهای اجرایی به‌خوبی پایه‌ریزی شده و تبعیت از ملزومات قانونگذاری برای تغییر، انجام اصلاحات را بدون ایجاد شکاف جدید در پوشش بیمه همگانی به‌منظور دسترسی به خدمات سلامتی پایه تسهیل کرده است.

وضعیت موجود بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای توسعه‌یافته‌ای چون اتریش، بلژیک، کاستاریکا، آلمان، ژاپن، و لوکزامبورگ نیز به همراه نمونه‌هایی بررسی شده است.

در این پژوهش علاوه بر ارائه اطلاعات پایه‌ای درخصوص کشور و عوامل اجتماعی - اقتصادی آن، برای اعمال تغییرات در تأمین مالی خدمات سلامتی و بیمه اجتماعی سلامت، محورهای ذیل مورد نظر بوده است.

۱. توسعه سازوکارهای طرح‌های پیش‌پرداخت یا طرح‌های بیمه سلامت: در این بخش وجود ابتکار در توسعه سازوکار طرح‌های پیش‌پرداخت اجباری و اختیاری، برنامه‌ها و راهکارهای توسعه، از جمله وجوه قانونگذاری، مشارکت دولت و همکاری در پوشش همگانی مورد توجه قرار گرفته است.

۲. سازوکار بیمه اجتماعی سلامت و پیش‌پرداخت اجباری: توافقات سازمانی و مؤسسه‌ای، جمعیت بیمه شده، سطح مشارکت و پرداخت، انواع مزایا و توافقات در مورد پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت در این بخش بررسی شده است.

۳. نظام‌های بیمه سلامت با طرح پیش‌پرداخت اختیاری: مستندسازی سازوکار طرح‌های پیش‌پرداخت اختیاری موجود، از جمله بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه^۱ و سایر فعالیت‌های مربوط به هم‌بستگی اجتماعی^۲ در این بخش مورد توجه قرار گرفته است.

۴. تحلیل اصلی تأمین منابع مالی بخش سلامت از طریق طرح‌های پیش‌پرداخت: پوشش فعلی جمعیت به‌صورت اجباری و اختیاری، تغییرات موجود در رفتارهای فردی، عوامل کلیدی مرتبط با موفقیت و شکست و چالش‌های عمده در سال‌های اخیر در این بخش بررسی شده است.

1. Community Base Health Insurance (CBHI)

2. Social Solidarity

در این کتاب مطالعات کتابخانه‌ای و تطبیقی در کشورهای منتخب و جمهوری اسلامی ایران از طریق فیش‌برداری صورت گرفته و در بررسی وضعیت موجود در کشورها از جدول‌های تطبیقی استفاده شده است. بدیهی است نتایج و پیشنهادهای مذکور در این کتاب با توجه به وضعیت سال ۱۳۸۶ کشور استنتاج و ارائه شده و گویای وضعیت آن زمان می‌باشد و برای استفاده بهینه نیاز به تطبیق شرایط با وضع موجود است.

بخش اول

کلیات

فصل اول نظام تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی*

۱-۱ تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی

۱-۱-۱ جمع‌آوری منابع

مطالعات مربوط به دفتر منطقه‌ای آسیای جنوب شرقی سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که پنج روش گسترده برای جمع‌آوری منابع مالی مراقبت‌های سلامتی وجود دارد که عبارت‌اند از: مالیات عمومی، بیمه اجتماعی سلامت، بیمه سلامت خصوصی یا اختیاری، پرداخت از جیب و کمک‌های داخلی و خارجی (وام‌های بین‌المللی). هر کشوری در منطقه روش‌های متفاوتی را برای جمع‌آوری منابع به‌کار گرفته است. در سال ۱۹۹۸ کل هزینه‌های سلامتی (پس از برابری قدرت ارز) حدود ۳/۱ میلیارد دلار تخمین زده شده که معادل ۷/۹ درصد کل درآمدها با هزینه سرانه معادل ۵۰۳ دلار آمریکاست. هزینه سرانه سلامتی از ۸۲ دلار آمریکا در آفریقا تا بیش از ۲۰۰۰ دلار آمریکا در کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه^۱ تغییر می‌کند. در حالی که، تقریباً ۳۰ درصد کل هزینه‌های جهانی از طریق مالیات، حدود ۲۵-۲۰ درصد از طریق پرداخت از جیب^۲ و به همان اندازه از طریق مشارکت بیمه اجتماعی سلامت و ۱۵ درصد دیگر از طریق بیمه‌های خصوصی تأمین می‌شود.

تنوع وسیعی در توزیع منابع مالی متفاوت وجود دارد. هزینه‌های بخش سلامت در کشورهای آسیایی و آفریقایی به‌جای تأمین از طریق درآمدهای عمومی دولت یا بیمه اجتماعی سلامت بیشتر از جیب بیمار تأمین می‌شود.

با توجه به گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی، کشورهای فقیر تقریباً با یک‌سوم بار بیماری‌ها، در سال ۱۹۹۰، برای هر شخص فقط دوازده دلار آمریکا هزینه

* Health Care Financing System

1. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

2. Out-Of-Pocket (OOP)

شده است. به‌علاوه کشورهایی که زیر ۱۰ دلار برای هر شخص در سال هزینه کرده‌اند، به‌ندرت به ۷۵ درصد امید به زندگی قابل تصور دست یافته‌اند. بنا به گزارش کمیسیون اقتصاد کلان و بهداشت سازمان بهداشت جهانی، کشورها باید ضرورتاً ۳۰-۴۰ دلار آمریکا را برای هر فرد در نظر بگیرند. شواهد موجود نشان می‌دهد در نظام‌های سلامتی که کمتر از شصت دلار آمریکا برای هر فرد هزینه می‌شود، ارائه حداقل خدمات ضروری برای افراد با مشکل جدی روبه‌رو است.

منابع مالی مراقبت‌های سلامتی کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، به‌طور عمده از درآمدهای عمومی، درآمدهای مالیاتی، مشارکت‌های مربوط به بیمه‌های سلامت اجتماعی و دیگر منابع است. اگرچه سیاستگذاران بخش سلامت می‌دانند که افزایش سطح منابع برای بخش سلامت به‌طور عمده به نرخ رشد اقتصادی و کارایی مالیات‌ها، که خارج از کنترل آنهاست، بستگی دارد، آنها اغلب درصدد یافتن مطلوب‌ترین سطح سرمایه‌گذاری در امور مربوط به سلامت با منابع خصوصی و عمومی‌اند. سیاستگذاران بخش سلامت سؤالاتی را بدین شرح زیر طرح می‌کنند: میزان واقعی مخارج هر کشور چقدر باید باشد؟ و چه مقدار از تولید ناخالص داخلی باید به مراقبت‌های سلامتی اختصاص داده شود؟

در سال ۱۹۸۱ شاخصی تحت عنوان تعداد کشورها با حداقل ۵ درصد تولید ناخالص ملی برای هزینه‌های بخش سلامت به قصد کنترل و ارزیابی راهبرد جهانی بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰ پیشنهاد شد.^۱ درحالی‌که، سازمان جهانی بهداشت و کشورهای عضو آن نتوانسته‌اند به‌طور رسمی این شاخص را بپذیرند، اما سطح عددی وضع شده، یعنی ۵ درصد تولید ناخالص ملی صرف شده در بخش سلامت به‌طور مکرر در بسیاری از بحث‌ها استفاده شد و حتی در برخی موارد مثل هدف پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت ذکر شده است.

با توجه به گزارش بهداشت جهانی ۲۰۰۱، به‌طور متوسط هزینه کلی بخش سلامت کشورهای منطقه حدود ۸-۲ درصد تولید ناخالص داخلی بود. درواقع، به‌جز چهار کشور بوتان، هندوستان، مالدیو و تایلند بقیه کشورها بیش از ۵ درصد تولید ناخالص داخلی خود را در بخش سلامت هزینه نکردند.

هرچند که بسیاری از کشورهای جهان هرگز به این هدف غیرواقعی^۲ دست نیافتند.

1. WHO, 2000.

2. Fichious Target

بنابر بررسی‌های اخیر صندوق بین‌المللی پول، در کشورهای کم‌درآمد برای ایجاد پوشش مؤثر سلامت نیاز به حداقل ۱۲ درصد تولید ناخالص ملی است، در غیر این صورت، هدف‌های توسعه بین‌المللی در این بخش برآورده نمی‌شود.

تعیین یک هدف یا بنچ مارک^۱ مناسب برای هزینه‌های بخش سلامت، مثل هدف دست‌نیافتنی فوق، بسیار مشکل است. تحقیقاتی برای تعیین بهتر حداقل میزان مناسب، که کشورها باید به‌منظور توسعه مطلوب نظام‌های سلامت سرمایه‌گذاری انجام دهند، در حال انجام است. در گزارش سال ۲۰۰۱، کمیسیون اقتصاد کلان و بهداشت سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد داد که کشورهای کم‌درآمد باید هزینه‌های داخلی خود را برای هزینه‌های بخش سلامت با افزایش ۱ درصدی تولید ناخالص ملی تا ۲۰۰۷ و افزایش ۲ درصدی تا ۲۰۱۵ افزایش دهند و روندهای آتی رشد اقتصادی را در نظر داشته باشند.

مالکیت خوب، رهبری سیاسی قوی و خواست سیاسی همه شرکا و مسئولان درگیر^۲ برای افزایش سرمایه‌گذاری در بخش سلامت لازم است.

درحالی‌که بسیاری از کشورها برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی بر مالیات‌های عمومی وابسته‌اند، کشورهای بسیاری هم به مشارکت‌های بیمه‌های اجتماعی اجباری، که عموماً با عنوان بیمه اجتماعی سلامت به آن اشاره می‌شود، امید بسته‌اند. این مشارکت‌ها در قالب درصدی از حقوق با حمایت‌های اضافی دولت به شکل مالیات بر درآمد کل خود را نشان می‌دهد.

سهم مشارکت دولت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های بخش سلامت در کشورهای منطقه از ۲۰ تا ۶۰ درصد بسته به اقتصاد عمومی کشورها، رشد طرح‌های بیمه سلامت و نیز نقش فزاینده مراقبت‌های خصوصی تغییر می‌کند. اما این وضعیت طی چند دهه گذشته تغییر زیادی نکرده است. از آنجاکه برنامه‌های دولتی و محلی بیمه اجتماعی سلامت کل جمعیت را پوشش نمی‌دهد، برای تعیین بودجه تخصیص داده شده از محل درآمدهای عمومی به بخش سلامت باید در بخش‌های مختلف تعدیل ایجاد کرد، موضوعی که تقریباً در بسیاری از کشورها وجود دارد.

1. Benchmarking

2. Parhapant

بانک جهانی در سال ۱۹۹۷ تخمین زد هنگامی که مالیات کشوری پایین است (۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی یا کمتر) لازم است تقریباً ۳۰ درصد از درآمدهای دولت برای تحقق تخصیص ۳ درصد تولید ناخالص داخلی به بخش سلامت، از طریق روش‌های تأمین مالی، اختصاص داده شود. معمولاً کشورهای فقیرتر نسبت به کشورهای متوسط و ثروتمندتر، در بخش‌های غیررسمی، فرار مالیاتی گسترده‌تری دارند. بنابراین، مالیات کمتری جمع‌آوری می‌کنند. آنها همچنین به‌شدت بر مالیات تجارت بین‌المللی تکیه کرده (واردات و صادرات) و محدودیت‌های اضافی در مورد مالیات‌های گسترده، مثل مالیات بر درآمد یا مالیات بر ارزش افزوده، دارند.

تعداد کمی از کشورها تلاش کرده‌اند تا از طریق تخصیص نسبت مشخصی از درآمد جمع‌آوری شده از مالیات غیرمستقیم برای ارتقای سلامت و جلوگیری از بیماری‌ها منابع فوق‌العاده‌ای را هزینه کنند. برخی کشورها خدمات بخت‌آزمایی دولتی یا برنامه‌های دیگری از جمع‌آوری درآمد خاص را به‌کار انداخته و نسبت مشخصی از مبالغ جمع‌آوری شده را برای خدمات اجتماعی، از جمله سلامت و آموزش، در نظر می‌گیرند. تايلند اخیراً قانونی برای بودجه سلامت وضع کرده که درصد خاصی از درآمد کل به‌دست آمده از مالیات‌های دریافت شده از فروش توتون و الکل را برای فعالیت‌های ارتقای سلامت اختصاص می‌دهد. با انتخاب چارچوب قرارداد سازمان جهانی بهداشت درباره کنترل توتون^۱ انتظار می‌رود که تعداد زیادی از کشورها برای به‌دست آوردن بخشی از درآمد خود از طریق مالیات بر موارد مشابه توتون استفاده کنند.

برای مقایسه‌های درون کشوری سطح هزینه‌های سلامت (مثل هزینه کل سلامت یا هزینه سلامت سرانه به‌عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی) مفید است. اما تجربه موجود در برخی کشورهای با درآمد متوسط و بالا نشان داده که این اطلاعات همیشه مفید یا در دسترس نیست. هرچند که برخی از کشورهای در حال توسعه با سرمایه‌گذاری کم در امور سلامتی نتایج قابل ملاحظه‌ای به نسبت آنهایی که سرمایه‌گذاری بالایی دارند به‌دست می‌آورند. موضوع قابل توجه این است که چگونه کشورها به‌طور مؤثر و کارآمد منابع سلامتی خود را با توجه به نیازهای سلامتی تخصیص می‌دهند؟

1. Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

اگرچه کشورها تلاش می‌کنند تا حساب‌های ملی سلامت^۱ را تا حد امکان روزآمد کنند، تخمین نسبت هزینه‌های دولتی بخش سلامت به واسطه هدایا، کمک‌های بلاعوض و وام‌های خارجی از مؤسسه‌های دوجانبه و چندجانبه، مؤسسات مالی و از مجموعه منابع داخلی از طریق هدایا و کمک‌های بلاعوض شخصی توجیه می‌شود. بسیاری از دولت‌ها این کمک‌های بلاعوض و وام‌ها را به‌طور واضح در ارزیابی کل بودجه یا صورت‌حساب هزینه‌ها نشان نمی‌دهند. درحالی‌که مقدار کم‌ارزش وام‌ها و کمک‌های بلاعوض خارجی مورد انتظار را در اسناد مالی نشان می‌دهند و در برخی فقط میزان واقعی به‌دست آمده در سال‌های قبلی را گزارش می‌دهند.

مطالعه گسترده‌ای در اوایل دهه ۱۹۹۰ در مورد کمک‌های خارجی به بخش سلامت بین سال‌های ۱۹۷۲ تا ۱۹۹۰ انجام شده که نشان می‌دهد کشورهای کمتر توسعه‌یافته منابع مالی بیشتری را از طریق کمک‌های خارجی در قالب وام و یا کمک‌های بلاعوض دریافت کرده‌اند که پاسخ‌گوی ۲۰ تا ۳۰ درصد کل هزینه‌های بخش سلامت آنها بوده است. گزارش کمیسیون اقتصاد کلان و سلامت سازمان جهانی بهداشت نشان داد که کشورهای کمتر توسعه‌یافته از سال ۱۹۹۷-۱۹۹۹ به‌طور متوسط سالیانه ۲/۳ دلار آمریکا به‌ازای هر نفر (سرانه) در قالب کمک برای بخش سلامت دریافت کردند. درحالی‌که کل کمک‌های ارائه شده برای سلامت در این کشورها حدود ۱/۴ میلیارد دلار بود.

درحالی‌که هندوستان بیشترین میزان وام‌ها و کمک‌های بلاعوض را برای بخش سلامت دریافت کرده، باز هم نسبت وام دریافتی به هزینه‌های عمومی سلامت در این کشور کم است، درحالی‌که بوتان، بنگلادش، اندونزی و نپال نسبت بیشتری از منابع خارجی را در مقایسه با هزینه‌های عمومی سلامتشان دریافت کردند. هرچند کشورهای کمتر توسعه‌یافته ممکن است به منابع بیشتری از طریق کمک‌های خارجی در بخش بهداشت از طریق کمک‌های بلاعوض یا وام‌های بدون بهره نیاز داشته باشند؛ اما تجربه نشان می‌دهد که بسیاری از برنامه‌های تأمین مالی خارجی شرایط خاصی را، مثل استفاده از کمک‌های فنی، مهارت‌ها و خرید وسایل از کشورهای اهداکننده، تحمیل و برخی اوقات فقط بر توسعه فیزیکی زیربنای اقتصادی توجه می‌کنند. در برخی موارد منابع مربوط به

1. National Health Account (NHA)

کمک‌های بلاعوض برای هزینه‌های محلی که کشورهای دریافت‌کننده بیشترین نیاز را به آنها دارند، استفاده نمی‌شود. تأمین مزایا برای بخش سلامت نیاز به توانایی قوی گروه‌های ملی دارد تا ضعف‌های فوق از بین برود و بر تقویت توانایی محلی و فنی تکیه کند.

جوامع بین‌المللی، از جمله مؤسسات و انجمن‌ها، نقش مهمی در تأمین مالی بخش سلامت، به‌خصوص، در زمینه‌های ارتقا و پیشگیری ایفا می‌کنند. مؤسسه راکفلر،^۱ مؤسسه نیپون،^۲ روتاری بین‌المللی،^۳ کمک بین‌المللی^۴ و مؤسسات دیگری در زمینه پیشگیری و کنترل بیماری‌هایی چون فلج‌اطفال، جذام، سل، ایدز، مالاریا و دیگر بیماری‌ها به کشورها کمک‌های زیادی می‌کنند. به‌علاوه، مؤسسات چندملیتی دارویی مثل نووآرتین،^۵ اسمیت لین^۶ و مرک^۷ و ... محصولاتشان را اهدا کرده و برای کمک به نابودی جهانی بیماری‌های واگیردار مهم، مثل جذام، بیماری کرم رودخانه، بیماری کرم نخ‌شکل، عفونت‌های مربوط به کرم پهن که از خاک انتقال می‌یابد و بیماری‌های دیگری، هزینه‌های مربوط را به عهده گرفته‌اند.

با ورود اعضای روتاری کلوب^۸ و کارفرمایان بین‌المللی و ملی با عنوان بشردوستان شخصی در بخش سلامت و دیگر بخش‌های اجتماعی مثل تراست سلامت ساساکوا،^۹ مؤسسه اچ. پی، مؤسسه تد ترنر سازمان ملل متحد،^{۱۰} مؤسسه بیل و ملیندا گیتس^{۱۱} با کمک‌های چند میلیارد دلاری برای برنامه‌ها و بودجه‌های خاص توسعه جهانی سلامت، سرمایه‌گذاری مهمی برای توسعه در این بخش انجام می‌شود. در حال حاضر، کمک‌های آنها برای توسعه بخش سلامت به کار گرفته می‌شود و یا در مناطق جغرافیایی خاصی هزینه می‌شود.

به‌طور مشابه سازمان‌های غیردولتی ملی و شبه‌ملی و دیگر جوامع داخلی نقش

-
1. Rockefeller
 2. Nipoon
 3. Rotary International
 4. HELP International
 5. Novartiw
 6. Smithkline
 7. Merk
 8. Rotary Club
 9. Sasakawa Health Trust
 10. Ted Turner UN
 11. Bill and Melinda Gates

عمده‌ای را در بسیج افراد و منابع مالی برای امور سلامتی داشته‌اند. در اغلب کشورها مؤسسات و صندوق‌های پس‌انداز در هر دو سطح محلی و ملی ایجاد شده‌اند تا از ریسک‌های مالی مراقبت‌های سلامتی، به‌خصوص، برای بیماران فقیر محافظت کنند.

تعداد کمی از گروه‌های تأمین‌کننده مالی مانند بنیاد ملی سرطان، بنیاد ملی دیابت، بنیاد ملی کلیه و بنیاد ملی ایدز، از طریق کمک‌های داوطلبانه عمومی ایجاد شدند و حمایت‌های مالی را برای جلوگیری و کنترل بیماری‌های خاص، به‌خصوص بیماری‌های غیرواگیر، مثل سرطان، دیابت و بیماری‌های کلیوی، ارائه می‌کنند. میزان کمک‌های این منابع تأمین مالی، که می‌توانند مراقبت‌های سلامتی ضروری را برای این گروه‌های نیازمند خاص فراهم کنند، هنوز به‌درستی توضیح داده نشده است. اگرچه، تلاش‌هایی برای این امر در چارچوب حساب‌های ملی سلامت تحت بررسی می‌باشد. همچنین احتمال حساب‌های مضاعف وجود دارد، چرا که دولت‌ها تأمین بودجه سازمان‌های غیرانتفاعی^۱ ملی و بین‌المللی را نیز انجام می‌دهند.

کشورهای اندکی صندوق‌های دارویی یا صندوق‌های پس‌انداز عمومی برای خرید داروها و دیگر وسایل ضروری برای فقرا (اغلب در سطح محلی) ایجاد کرده‌اند.

دولت سلطنتی بوتان صندوق پس‌انداز سلامت بوتان را در سال ۱۹۹۸ با هدف محافظت از مراقبت‌های بهداشتی اولیه از طریق ذخیره مداوم داروهای ضروری و واکسن‌ها تأسیس کرد. تا ژوئن ۲۰۰۳ صندوق پس‌انداز از مجموع کمک‌ها، حمایت‌های مالی در حدود هجده میلیون دلار دریافت کرده است.

می‌توان تصور کرد زمانی که سطح بودجه‌ها به ۲۴ میلیون دلار می‌رسد، سود به‌دست آمده نسبت عمده‌ای از هزینه‌های سالیانه سلامت را برای داروها و واکسن‌های ضروری پوشش می‌دهد.

در بسیاری از کشورهای پرداخت از جیب بخش اصلی کل هزینه‌های بخش سلامت^۲ را تشکیل می‌دهد. تحلیل جدول‌های حساب‌های ملی سلامت در سال ۲۰۰۲ نشان داد که در ۶۰ درصد کشورها با درآمد پایین با سرانه هزار دلار، پرداخت از جیب حداقل ۴۰ درصد کل هزینه‌های بخش سلامت را به‌خود اختصاص می‌دهد، درحالی‌که،

1. Non Governmental Organization (NGO)

2. Total Health Expenditure (THE)

هزینه‌هاست. بیمه سلامت به بیمه اجتماعی سلامت و تجاری تقسیم می‌شود.

بیمه اجتماعی سلامت سه ویژگی اصلی دارد: عضویت اجباری، حق بیمه براساس میزان ریسک جامعه و به‌جای آنکه هدف برآورده ساختن تقاضای شخصی برای مراقبت‌های سلامتی باشد، بر برآوردن نیازهای سلامتی کل جامعه تأکید دارد. در مقابل بیمه سلامت تجاری خصوصی اختیاری است. حق بیمه در حداکثر موارد براساس ریسک‌های فردی می‌باشد و هدف برآورده ساختن نیازهای فردی است.

کشورهای معدودی تلاش کرده‌اند تا انواع متفاوت برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت را با هدف دستیابی به پوشش همگانی^۱ گسترش دهند. شواهد نشان می‌دهد که مردم با پوشش بیمه سلامت چه اجتماعی و چه تجاری نسبت به کسانی که بیمه کمتری دارند یا اصلاً بیمه‌ای ندارند، تمایل بیشتری به بهره‌مندی از خدمات سلامتی دارند.

اخیراً سازوکارهای مختلف و طرح‌های خصوصی و اختیاری متفاوتی برای تجمیع ریسک‌های چندگانه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به‌وجود آمده است. برنامه‌های توزیع ریسک برای پوشش بخش‌های غیررسمی، به‌خصوص در نواحی روستایی شروع شده و اهمیت وجود این طرح‌ها به‌همت دولت‌های ملی یا شبه‌ملی، تعهد آنها را به تقسیم ریسک مالی برجسته ساخته و باعث گسترش جمعیت روستایی شده است.

۳-۱ خرید

به‌منظور داشتن بیمه سلامت مؤثر و کارآمد بسته‌های مراقبت‌های سلامتی ضروری^۲ به‌جای اینکه تحت نظام کارانه ارائه شود باید بدون هزینه در اختیار مصرف‌کنندگان

۱. واژه پوشش همگانی به معنای حمایت مؤثر در مقابل ریسک‌های مالی و سلامتی برای همه شهروندان می‌باشد. این بدان معنی است که بسته‌های مزایای مراقبت‌های ضروری و مطلوب سلامتی برای هر فرد بدون توجه به درآمد، وضعیت اجتماعی یا اقامت پوشش مراقبت‌های ضروری برای همه (همه مراقبت‌های ممکن برای همه) پاسخ‌گوی نیازها و توجیهات ضروری باشد (WHR, 2000, p.15). کارزین می‌گوید: حمایت مؤثر از ریسک‌های سلامتی با حداقل هزینه‌های ممکن و پوشش عمیق، بسته‌های مراقبت‌های بهداشتی به‌صورت مطلوب و گسترده بخشی از جمعیت که به‌طور مؤثر از ریسک‌های سلامتی مراقبت می‌شوند (Sanguan N. and A.Mills, 2010, p.10). (Achieving Universal Coverage of Health Care, 1998, p.10)

2. Essential Health Care Packages

باشند. علاوه بر این، میزان مشارکت بیمار در قالب پرداخت مشترک^۱ باید تعدیل شود. آژانس‌های بیمه‌ای یا آژانس‌های مدیریت صندوق‌های بیمه‌ای باید با عنوان نماینده مصرف‌کنندگان برنامه‌های متفاوتی را، برای خرید خدمات از ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی، وضع کنند. ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی بخش خصوصی یا دولتی باید تضمین کنند که بسته‌های مراقبت‌های سلامتی ارائه شده پاسخ‌گو و رضایت‌بخش باشند، این امر از طریق خرید راهبردی قابل دستیابی است.

موفقیت‌های خرید راهبردی فقط به اینکه چه انواعی و یا چه ترکیباتی از مداخله‌های مراقبت‌های بهداشتی را بخریم بستگی ندارد. بلکه به اینکه از چه کسی بخریم؟ و چگونه بخریم؟ نیز مربوط است. خرید خوب به سیاستگذاران بخش سلامت اطمینان می‌دهد که بودجه‌ها به‌طور مؤثری اختصاص داده شده و استفاده می‌شوند.

خرید راهبردی مجموعه مناسبی از مداخلات است که نیاز به بررسی مداوم برای اعمال بهترین مداخلات در خرید، انتخاب بهترین ارائه‌دهندگان و نیز ایجاد بهترین روش پرداخت و به‌کارگیری بهترین برنامه‌های قراردادی دارد.

رقابت تبلیغی بین ارائه‌دهندگان یا به‌ندرت بین سرمایه‌گذاران مراقبت‌های سلامتی راهبردی می‌باشد که در برنامه‌های اصلاح تأمین مالی [بخش سلامت] در کشورهای صنعتی استفاده شده است.

راهبرد استفاده از منابع دولتی برای خرید خدمات کیلینیکی و غیرکیلینیکی، همچون مراقبت‌های پیشگیری و ارتقای سلامتی از ارائه‌دهندگان بخش خصوصی، منجر به بهبود بهره‌وری از منابع دولتی از طریق خرید مؤثر خدماتی است که در بخش خصوصی وجود دارد. نظام‌های پرداخت (مالیات سرانه، بودجه‌های کلی، گروه‌های تشخیصی مرتبط و غیره) اغلب برای افزایش کارایی و یا افزایش کمیت خدماتی می‌باشد که میزان مشخصی از هزینه‌های در دسترس مقدور شود. یک نظام پرداخت مناسب نیز کیفیت بهتری از مراقبت‌های سلامتی را برمی‌انگیزد. این نوع دیدگاه رقابتی نیز در برخی از کشورهای منطقه معرفی شده است.

مدارک قابل توجهی در کشورهای در حال توسعه از جمله کشورهای منطقه در

مورد تأثیر نتایج هزینه‌های مصرف‌کننده برای مراقبت‌های سلامتی در جلب رضایت مصرف‌کننده، کارایی و عدالت ثبت شده است. این مدارک به‌وضوح نشان می‌دهد که هزینه‌های پرداختی برای تأمین سلامتی صرفاً برای سنجش نابرابری‌ها و تأثیرات نظام‌های پرداخت مختلف کافی نیست. بار مالی پرداخت هزینه‌های مصرف‌کننده برای خانواده‌های کم‌درآمد نسبت به خانواده‌های پردرآمد بیشتر است. کنترل کیفیت مراقبت و هزینه اثربخشی خدمات نیاز به مطالعات بیشتری دارد.

به‌علاوه، عامل‌های سازمانی و مدیریتی از عوامل تعیین‌کننده و اصلی مؤثر در اصلاح این سیاست است. تبیین هزینه‌های پرداختی از‌طرف مصرف‌کننده در زمان تأمین خدمات در برخی اوقات مانع از مصرف خدمات سلامتی می‌شود و در برخی موارد از آن حمایت می‌کند.

پیامد نهایی بستگی به آن دارد که بدانیم آیا تأثیر عواملی که به‌طور مستقیم منجر به کاهش تقاضا می‌شود به‌علت تأثیرات مثبت تأمین و کیفیت خدمات - به‌طور مثال، از طریق انگیزاننده‌های مالی مراقبت‌های سلامتی، یارانه‌ها و در دسترس بودن داروها یا دیگر مداخله‌های سلامتی - جبران می‌شوند؟

همچنین مدارک موجود حاکی از آن است که استفاده از مشارکت مستقیم مصرف‌کنندگان در هنگام دریافت خدمات دارویی، ممکن است منجر به کاهش تخصیص بودجه سلامت عمومی شود. به‌دلیل افزایش استفاده از میزان بالای فناوری‌های سلامتی با هزینه کم، تمایل به استفاده هرچه بیشتر از پرداخت‌های مصرف‌کننده وجود دارد. سازوکار پرداخت کارانه منجر به پرداخت گران‌تر و نابرابر می‌شود و نیاز به توزیع ریسک هزینه‌های تخمین بیماری‌ها (به‌خصوص بیماری‌های جدی) نیز بیشتر می‌شود.

بسیاری از کشورها که به این نتیجه رسیده‌اند یا در حال تلاش برای واگذاری (بخشی از خدمات) بخش سلامت به بخش خصوصی با و یا بدون مشارکت فعال وزارت بهداشت هستند. برخی کشورها برای کاهش درگیری‌های عمومی در مدیریت و ارائه خدمات سلامتی فعالیت‌هایی را، از جمله استقلال مراکز بهداشتی یا بیمارستان‌ها، به‌عنوان بخشی از راهبرد واگذاری این مراکز به بخش خصوصی دنبال می‌کنند. واگذاری

سریع به بخش خصوصی بدون عملکرد قانونی مؤثر منجر به هزینه‌های هرچه بالاتر مصرف‌کننده و افزایش هزینه‌های پرداختی از جیب برای برآورده ساختن نیازهای سلامتی می‌شوند. در صورتی که تلاش برای واگذاری خدمات به بخش خصوصی متعادل نشود، بی‌عدالتی افزایش می‌یابد و موجب پرداخت‌های هزینه‌ای نابرابر می‌شود و در مدت طولانی ممکن است، به‌طور قابل ملاحظه‌ای، منجر به پایین آوردن وضعیت سلامت افراد شود.

۴-۱ طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت

۱-۴-۱ مفهوم اصلی

بیمه اجتماعی سلامت سازوکاری برای تأمین مالی و مدیریت مراقبت‌های سلامتی از طریق توزیع ریسک‌های سلامتی اعضا از یک سو و مشارکت مالی مؤسسه‌ها، خانواده‌ها و دولت از سوی دیگر است. به عبارتی، می‌توان این بیمه را سازوکار حمایت مالی برای مراقبت‌های سلامتی از طریق توزیع ریسک و تجمیع منابع برای بخش بزرگی از جمعیت نامید.

این بیمه بخشی از چارچوب ملی نظام تأمین اجتماعی است که به‌منظور تحت پوشش قرار دادن رویدادهایی که نیازمند حمایت مالی و یا مشارکت در ریسک می‌باشد به‌وجود آمده است. آن فقط یک روش جدید برای تجمیع پول نیست، بلکه روشی است که منابع مالی باثباتی را برای ارائه بسته‌های مزایای بیمه سلامتی تأمین می‌کند و هم‌زمان دسترسی بیشتر به مراقبت‌های سلامتی را برای جمعیت موجب می‌شود.

برای تبدیل پوشش بیمه‌ای به پوشش اجتماعی و بیمه‌ای، بیمه اجتماعی سلامت باید ویژگی‌های خاصی داشته باشد. کشورهایی که برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت را با مقیاس ملی اجرا می‌کنند به‌طور معمول سیاست‌های تأمین اجتماعی و قوانین گسترده‌ای را در محدوده سیاست‌های اجتماعی پذیرفته شده بر مبنای قانون اساسی می‌پذیرند. در برخی موارد، نوع و حدود آن با نظر اکثریت جامعه تعیین می‌شود. در هر حال، ویژگی اصلی این برنامه‌ها عبارت‌اند از:

۱. عضویت اجباری یا قانونی افراد یا گروهی از افراد، خانواده‌ها و وابستگان. بیمه

اجتماعی در آغاز ارائه پوشش بیمه‌ای کارگزاران داخلی و افرادی که به‌طور رسمی در مؤسسات دولتی و خصوصی، تجاری، نیمه‌تجاری، صنعتی و کشاورزی استخدام شده‌اند را مورد توجه قرار می‌دهد و سپس این پوشش برای افرادی که به‌طور غیررسمی استخدام شده‌اند، از جمله، افراد بیکار، بازنشستگان و حتی دانش‌آموزان گسترش می‌یابد. وارد کردن جمعیت مورد نظر به پوشش بیمه‌ای به اجبار به ساختار اقتصادی وابسته نیست.

۲. مسئولیت اعضا برای پرداخت سهم مشارکت (حق بیمه) منظم و مرتبط با درآمد یا با قیمت ثابت، به‌اضافه حق بیمه پرداختی ازسوی کارفرماها و دولت. مشارکت‌ها با عنوان حق بیمه یا به اسم پیش‌پرداخت از حقوق ثابت کسر می‌شود و مبالغ یا عوارض تنظیم شده‌ای در دوره‌های زمانی منظم از افراد یا گروه‌ها وصول می‌شود.

۳. مشارکت با توجه به توانایی پرداخت (براساس وضعیت اقتصادی) و غیرمرتبط با نوع بیمه سلامت افراد، خانواده‌ها یا گروه‌های استخدامی صورت می‌گیرد.

۴. ایجاد روش‌های جمع‌آوری مناسب برای وصول منظم حق بیمه نیز از ضروریات است.

۵. انتخاب مراقبت‌های سلامتی، با توجه به نیازهای بهداشتی افراد، در این نوع پوشش بیمه‌ای بسته‌های مزایای اساسی به‌طور معمول تعریف شده و برنامه‌ها به اعضا اجازه می‌دهند تا در هزینه‌ها مشارکت داشته باشند. علاوه‌بر این، سایر مراقبت‌های سلامتی تحت پوشش برنامه نیست و از طریق بیمه‌های مکمل قابل خریداری است.

۶. در این پوشش بیمه‌ای هم‌پستگی اجتماعی، توزیع ریسک و یارانه‌های متقاطع در نظر گرفته می‌شود.

۷. برنامه‌هایی برای حمایت‌های اجتماعی به‌منظور پوشش جمعیت آسیب‌پذیر، مانند جوانان، افراد مسن، معلولان و زنان باردار. دولت ممکن است بخشی یا کل حق بیمه این گروه را از طریق درآمدهای عمومی در قالب یارانه پرداخت کند.

۸. پوشش بخش بسیار وسیعی از جمعیت.

۹. منابع به‌دست آمده ناشی از مشارکت‌ها در صندوق‌های مستقل یا چندگانه

تجمع می‌شود و در قالب یک ساختار دولتی نیمه‌مستقل مدیریت می‌شود.

با توجه به مقاوله‌نامه سازمان بین‌المللی کار (شماره ۱۳۰)، کشورهای عضو، مختار

به انتخاب برنامه‌های تأمین اجتماعی همراه با بیمه‌های اجتماعی یا برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت به صورت جداگانه‌اند.

کشوری در قالب افراد با بیمه اجتماعی سلامت قرار می‌گیرد که بخش عمده‌ای از جمعیت به طور قانونی بر مبنای طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت از طریق مشارکت‌های بیمه‌ای بدون توجه به ریسک و فارغ از مالیات‌های عمومی یا پرداخت‌های قانونی و اجباری دیگر پوشش داده شوند.

طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت تضمین می‌کنند تا تمام افرادی که در پرداخت حق بیمه مشارکت دارند، بدون توجه به وضعیت درآمدی یا اجتماعی می‌توانند مراقبت‌های سلامتی از پیش تعیین شده‌ای را دریافت کنند. برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت به طور معمول حداقل ریسک‌های مالی و سلامتی را در برابر بسته‌های مزایای پایه مراقبت‌های سلامتی پوشش می‌دهند. اگر پوشش بیمه‌ای وجود نداشت فشارهای مالی سنگینی در هنگام دریافت مراقبت‌ها به خانواده‌ها تحمیل می‌شد.

بیمه اجتماعی سلامت و نظام تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی بر پایه درآمدهای عمومی ویژگی‌های مشابهی از نظر توزیع ریسک و جمع‌آوری مشارکت‌ها دارند. در بیمه اجتماعی سلامت مردم به عنوان اعضای برنامه‌های بیمه‌ای به طور مستقیم از حق بیمه خود آگاه هستند. مشارکت‌ها از حقوق روزانه، هفتگی یا ماهیانه افراد کسر می‌شود و سهم مشارکت کارفرمایان، بیمه‌شدگان و دولت در این برنامه از قبل تعیین شده است.

در نظام‌های مبتنی بر درآمد عمومی یا صندوق‌های مالیاتی، منابع مراقبت‌های سلامتی به طور مستقیم از درآمد عمومی و در برخی موارد از مالیات یا درآمدهای ویژه و اختصاص یافته به دست می‌آید. در این روش تأمین مالی افراد یا مؤسسات برای مراقبت‌های سلامتی به روش غیرمستقیم از طریق مالیات عمومی مشارکت تأمین می‌شد، بنابراین، افراد از میزانی که فقط برای مراقبت‌های سلامتی هزینه می‌کنند، آگاه نیستند.

بیمه اجتماعی سلامت اغلب با عضویت اجباری یا قانونی و برای همه افراد ارائه می‌شود. این نوع بیمه در اختیار گروه‌های خاصی، مثل فقیرترین افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر، که بیشتر از برنامه‌های بیمه سلامت شخصی اجباری دور هستند، قرار می‌گیرد. این برنامه اجباری پوشش مناسبی را برای ریسک‌های سلامتی خوب و بد تضمین می‌کند.

هدف برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت رسیدن به پوشش همگانی بیمه است. زمانی که برنامه به این هدف می‌رسد و یا در مرحله دستیابی است، شرایط مناسبی برای کارایی نظام‌های سلامتی از طریق استفاده از اهرم خریدارهای انحصاری و راهبردی وجود دارد. این موضوع کیفیت مراقبت‌ها و مصرف منابع کارآمد را تضمین می‌کند. بسیاری از کشورهایی که برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت را اجرا کرده‌اند و بر روش‌های پرداخت کارانه تکیه دارند، در حال حاضر، روش‌های پرداخت دقیق‌تر و منظم‌تری مثل سرانه، بودجه و گروه‌های تشخیص مرتبط را در پیش گرفته‌اند. در این میان سرانه یک روش باثبات تأمین مالی برای ارائه مراقبت‌های سلامتی است مشروط به آنکه به‌خوبی مدیریت شود.

۵-۱ روش‌های دیگر ارائه بیمه سلامت و طرح‌های پیش‌پرداخت

۱-۵-۱ نقش پس‌انداز در پوشش هزینه‌های پزشکی

طرح پس‌انداز برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی از جمله طرح‌هایی است که در سالیان اخیر ارائه شده است و بر این مفهوم تأکید دارد که پس‌انداز افراد یا خانواده‌ها تمام یا بخشی از هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی را در مواقع مورد نیاز پوشش می‌دهد. اگرچه، نیاز به مراقبت‌های سلامتی به‌طور معمول پیش‌بینی نشده، اتفاق می‌افتد و به‌طور کامل هم اتفاقی نیست. یک جوان سالم می‌تواند در زمان، مکان و نوع مراقبت‌های سلامتی مورد نیاز خود در آینده شرکت کند، برای مثال، او از مشکلات مربوط به بهداشت دستگاه تناسلی یا بهداشت شغلی و یا دیگر بیماری‌های مزمن غیرواگیر با بیشتر شدن سن رنج می‌برد. نیازهای متغیر به مراقبت‌های سلامتی با افزایش عمر بیان می‌کند که حداقل بخشی از هزینه مراقبت‌های سلامتی با پس‌انداز تأمین می‌شود.

فرهنگ آسیایی بر این باور است که افراد در میان خانواده‌ها و دوستان مشارکت بیمه‌ای دارند و هزینه مراقبت‌های سلامتی را با پس‌انداز خود می‌پردازند. به‌طور طبیعی، پس‌انداز شخصی فقط برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی اکثر مردم کافی نیست، چرا که فقط تعداد کمی از مردم می‌توانند در زمان افزایش هزینه‌های درمان بیماری‌های پرهزینه (بیماری‌های فاجعه‌آمیز) به‌قدر کافی پس‌انداز داشته باشند، علاوه‌بر این، افراد

کم‌درآمد پس‌انداز اندکی طی سال‌های کاری خود، از جمله، برای مراقبت‌های سلامتی فراهم کرده‌اند [که با نظام پس‌اندازهای انفرادی پزشکی مشخص می‌شوند]. برای افزایش میزان پس‌انداز شخصی مداخله دولت برای مدیریت مالی و اجرایی ضروری است. این امر موجب می‌شود طرح پس‌انداز کامل، که روشی است برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی، در اکثر موارد برای سیاستگذاران جذابیت کمتری داشته باشد.

استفاده از پس‌انداز برای پوشش هزینه‌های پزشکی بخشی از طرح ملی بیمه اجتماعی سلامت است که با نام تأمین بودجه سلامت سه میم^۱ یعنی مدیسو، مدیشیلد و مدیفاند در سنگاپور خوانده می‌شود.^۲

طرح مدیسو یک طرح پس‌انداز شخصی است که در آن از پس‌انداز انباشته شده برای هزینه مراقبت‌های پزشکی استفاده می‌شود. این طرح به‌طور معمول هزینه‌های مربوط به خدمات بیماران سرپایی را نادیده می‌گیرد تا بتواند هزینه‌های غیرمعمول، اما بسیار گران مراقبت‌های بیماران بستری را بپردازد. از آنجاکه این طرح به جمع‌آوری موقتی در چرخه زندگی فرد وابسته است، به لحاظ کارشناسی مدیسو امکان متعادل نگه داشتن نظام بیمه‌ای در مقابل هزینه‌های کمرشکن را ندارد. برای حل این مشکل سنگاپور طرح مدیشیلد را معرفی کرد که براساس یارانه‌های متقاطع و توزیع ریسک فعالیت می‌کند تا قادر به تأمین مالی هزینه‌های کمرشکن باشد. به‌علاوه، دولت سنگاپور مدیفاند را نیز، که نوعی صندوق اعانه^۳ تلقی می‌شود، برای افرادی که هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی آنها بیشتر از سقف تعیین شده مدیسو و مدیشیلد و بیش از توان مالی و درآمدشان است، تحت پوشش دارد.

طرح‌های تأمین مالی سلامت تری ام یا سه میم اغلب به مسئولیت‌پذیری فردی^۴ در هزینه مراقبت‌های سلامتی وابسته است. این طرح با نرخ مشارکت ناچیز فرانشیز با ریسک‌های هزینه‌ای سنگین تلفیق می‌شود. حتی در حدود ۶۰ درصد هزینه‌های بستری در بیمارستان‌های عمومی از طریق یارانه‌های دولتی تحت پوشش قرار می‌گیرد

1. 3M

2. Phua Kai Hong, *Social Health Insurance and Medical Savings*, Presentation at 3rd Forum of Asia Pacific Health Economic Network, Manila, February 2003.

3. Endowment Fund

4. Individual Responsibility

و ۴۰ درصد باقی مانده از طریق پرداخت‌های مدیسو و پرداخت از جیب به حساب بیماران گذاشته می‌شود. بنابراین، مصرف‌کننده (بیمار) مسئولیت فردی مضاعفی، نه فقط در قالب ۲۰ درصد پرداخت بیمه مشارکتی از حساب مدیسو دارد، بلکه در ۲۰ درصد دیگر که به‌طور مستقیم به شکل پرداخت از جیب صورت می‌گیرد نیز مشارکت دارد. پوشش کمکی مدیشیلد برای هزینه‌های کمرشکن مشروط به تأمین ۲۰ درصد مشارکت بیمه‌ای با سقف سالیانه و حداکثر پرداخت سالیانه است.

در کشورهایی که کیفیت زندگی بالاتر است، نیاز به تأمین اجتماعی برای دوران سالمندی بسیار ضروری است. توسعه شهرنشینی و تحرک فزاینده نیروی کار جوان نیز شبکه خانواده‌های ایلی و ابزار سنتی حمایت از افراد مسن را کاهش می‌دهد. کشورهای تازه صنعتی شده که در حال توسعه نظام‌های تأمین اجتماعی سالمندان^۱ هستند، احتمالاً، اشتباهات پرهزینه نظام‌های اقتصادی صنعتی را تکرار می‌کنند. طرح‌های تأمین اجتماعی برای سالمندان باید هدف‌های اساسی نظام تأمین اجتماعی را دنبال کند به‌گونه‌ای که توزیع، پس‌انداز و بیمه را دربرگیرد. اولی نظام تأمین مالی مراقبت‌های سلامت عمومی اجباری بر مبنای درآمدهای عمومی است که در آن بار مالی تقسیم می‌شود. دومی نظام پس‌انداز شخصی اجباری است و به‌طور خصوصی اداره می‌شود که در آن هر فرد مجبور است بخشی از درآمدش را به‌صورت پس‌انداز برای استفاده آتی در پوشش بخشی یا تمام هزینه‌های پزشکی کنار گذارد. هر دو مورد با نظام سومی که نظامی اختیاری از طرح‌های پس‌انداز شخصی یا شغلی است تکمیل می‌شود.

این سه محور باهم فرد را در برابر ریسک‌های سنین پیری به‌طور مشترک بیمه می‌کنند؛ درحالی‌که، هم‌زمان از رشد جوامع قدیمی جلوگیری نمی‌شود. کشورهایی مثل سریلانکا، اندونزی و تایلند، که در حال حاضر تعداد افراد مسن آنها رو به افزایش است، این روش متفاوت تأمین مالی را می‌توانند به‌کار گیرند.

نظام تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی سنگاپور از نظام خدمات سلامتی مبتنی بر مالیات^۲ به‌سمت نظامی ترکیبی، که تأمین مالی دولتی در آن نمود یافته است، شیفت (حرکت) پیدا کرده است. در جایی که تأمین مالی دولتی نقش اساسی در ارائه پوشش

1. Old-age Social Security Systems

2. Tax Base

همگانی ایفا می‌کند ترکیبی از مالیات عمومی و پس‌انداز همراه با بیمه اجتماعی سلامت فقط پوشش هزینه‌ای بیماری‌های کمرشکن و مراقبت‌های طولانی را به عهده دارد، این نظام بیشتر برای تغییر الگوی بیمه‌ای بسیار سخاوتمندانه و جامع که احتمالاً باثبات هم نیست، طراحی می‌شود. دولت تکیه‌گاه عمده‌ای است برای حمایت از نیازمندان واقعی، درحالی‌که انتظار می‌رود، افراد و خانواده‌های متوسط سهم بیشتری از هزینه مراقبت‌های سلامتی پرهزینه را پرداخت کنند تا قابلیت دوام بیشتری به‌دست آورند. این موضوع، برای نظام فعلی تأمین اجتماعی - در دوران پیری - و بیمه اجتماعی سلامت در کشورهایی مثل سنگاپور مشکلاتی را ایجاد کرده است. برای حل این مشکلات طرح‌های اندوخته‌گذاری کامل^۱ پیشنهاد شده که مانع مشکلات انتقال بین‌نسلی نظام‌های توازن سالیانه^۲ است و از طریق مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود. جذابیت نظام تأمین مالی ترکیبی با پس‌اندازهای پزشکی ناشی از موارد زیر است:

۱. مدیریت پس‌انداز پزشکی به اراده سیاسی قوی و اداره سنگین و توان مدیریتی و توانایی در سطوح مختلف برای جمع‌آوری منظم پول، فرایند تقاضا، کنترل حساب‌ها و سرمایه‌گذاری بودجه نیازمند است. این مسئله برای کشورهای اغلب با جمعیت روستایی یا کشورهایی با نسبت بالایی از بخش‌های استخدام غیررسمی مشکلات زیادی ایجاد می‌کند.

۲. جوامع فقیر یا افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن یا معلول از آغاز پس‌انداز کافی ندارند. ارائه پس‌انداز پزشکی و سهم بالای هزینه‌ها بدون وجود تورهای ایمنی اجتماعی^۳ موجب دسترسی نداشتن مالی یا افزایش تعداد خانوارهای در معرض هزینه‌های فاجعه‌آمیز و (یا شبکه‌های ایمنی اجتماعی) افزایش درآمدهای نابرابر می‌شود.

در پایان تأکید بر نقش تولیتی دولت، به‌رغم مفهوم مسئولیت فزاینده فرد، در نظام ترکیبی بسیار حیاتی است. در سنگاپور دولت بسیاری از نقش‌های تولیتی مثل کنترل ارائه‌دهندگان خدمت، آموزش گسترده و جامع و ارائه تورهای ایمنی اجتماعی را خود برعهده دارد.

1. Full-funded

2. Pay As You Go

3. Social Softy Net

۲-۵-۱ نقش بیمه خصوصی سلامت

به دلیل ناتوانی بسیاری از نظام‌های سلامت در مواجهه با افزایش هزینه‌ها، به‌ویژه، فرانشیز و افزایش تقاضا برای خدمات، نقش بخش خصوصی در عرضه خدمات بهداشتی درمانی در منطقه به سرعت در حال گسترش است. گزارش سال ۲۰۰۰ بانک جهانی نشان می‌دهد که کشورهای کم‌درآمد می‌توانند شکل‌های مختلف طرح‌های پیش‌پرداخت مبتنی بر شغل، جامعه و ارائه‌کننده را به صورت بخشی از یک فرایند، برای انسجام و آماده‌سازی سرمایه‌گذاری‌های خرد به کلان در دستور کار خود قرار دهند. توسعه و گسترش بیمه‌های اجتماعی سلامت ملی و طرح‌های بیمه سلامت خصوصی باید در محتوای جهانی شدن و آزادسازی سریع تجارت بین‌المللی (از جمله گشودن بازارها برای بخش خصوصی) دیده شود.

بیمه سلامت خصوصی را می‌توان به سه دسته اصلی زیر تقسیم کرد:^۱

۱. بیمه انتفاعی خصوصی یا بیمه سلامت تجاری؛^۲

۲. بیمه سلامت غیرانتفاعی خصوصی (بیمه سلامت اختیاری)؛^۳

۳. بیمه سلامت مبتنی بر جامعه.^۴

تجربه نشان می‌دهد که طیفی از توافقات بین بیمه خصوصی و بیمه اجتماعی سلامت وجود دارد. بیمه خصوصی سلامت را می‌توان به صورت یکی از منابع پوشش یا منابع قانونی مضاعف برای تأمین فرانشیزهای مربوط به پرداخت بیمه سلامت دولتی یا اجتماعی در نظر گرفت.

از طرفی، ممکن است بیمه سلامت خصوصی هزینه‌های پرداخت شده از جیب بیماران را کاهش دهد و در طولانی مدت به سوی نظام بیمه سلامت اجتماعی جامع‌تری تکامل یابد. به‌غیر از اکثریت جمعیتی که تحت پوشش بیمه سلامت اجتماعی یا نظام‌های سلامتی، که از طریق مالیات عمومی تأمین مالی می‌شوند، قرار می‌گیرند، داشتن قوانین و مقررات مناسب در نظام‌های بیمه سلامت خصوصی به‌منظور حصول

1. Regional Overview of Social Health Insurance in South-East Asia and World Health Organization Regional Office for South-East Asia, New Dehli, July 2004.

2. Private for-profit or Commercial Health Insurance.

3. Private Not-for-profit Health Insurance (Voluntary Health Insurance)

4. Community Health Insurance

اطمینان از اصول پایه یکپارچگی، ملزومات پرداختی، یارانه‌های متقابل و کنترل استثنائات بسیار ضروری است.

اگر پوشش اصلی در بخش بزرگ‌تری از جمعیت با بسته‌های سلامتی جامع هدفمند شود، بیمه خصوصی سلامت را می‌توان به‌عنوان منبع جایگزین برای تأمین مالی به خدمت گرفت. کشورهایی که بازارهای بیمه سلامت خصوصی یا اجتماعی را راه‌اندازی یا به‌سوی معرفی آنها حرکت کرده‌اند، باید از عوارض جانبی آنها آگاه باشند و چارچوب مقرراتی مناسبی را تضمین کنند. بسیاری از شرکت‌های مالی و بیمه‌ای خصوصی، نظام‌های بیمه سلامتی را برای گروه‌های جوان، فعال و پردرآمدی معرفی کرده‌اند که حق بیمه‌های بالا با بسته‌های خدمتی سودآور و محدودی (یک یا دو بحران سلامتی عمده) تنظیم می‌کنند. علاوه‌بر انتخاب معکوس و انتخاب ریسک از طریق فرایند خامه‌گیری^۱ مسائلی نظیر حق بیمه مبتنی بر ریسک، بسته‌های خدمتی طراحی شده مختلف ازسوی بیمه‌گذاران، مخاطرات اخلاقی، افزایش شدید هزینه‌ها و هزینه‌های بالای اجرایی نیز متحمل است. این طرح‌ها به‌طور معمول جمعیت‌های محدودی را تحت پوشش قرار می‌دهد، اما تقاضا برای گسترش آنها به‌دلیل تبلیغات زیاد و جانب‌داری ازسوی مؤسسات مالی و بیمه‌ای و در نهایت فشارهای ناشی از رشد تعداد گروه‌های پردرآمد رو به رشد است.

فصل دوم بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای در حال توسعه*

مقدمه

هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی شدیداً افزایش یافته است (از ۳ درصد درآمد ناخالص داخلی^۱ در سال ۱۹۴۸ تا ۷/۹ درصد در سال ۱۹۹۷).^۲ اگرچه این امر اغلب با بهبود همه‌جانبه پوشش همگانی نیز توأم نبوده است.^۳ کمیاب بودن منابع اقتصادی، رشد اقتصادی متوسط، محدودیت‌های بخش دولتی و ظرفیت کم سازمانی توضیح می‌دهد که چرا طراحی نظام‌های تأمین اعتبار مالی سلامت کافی در کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد دردسرافرین است و موضوع اصلی مباحثات را تشکیل می‌دهد.

نظام‌های کنترل هزینه‌های مصرف‌کننده اغلب برای ارائه پاسخ اولیه به فقدان تأمین اعتبار مالی دولت پایه‌ریزی می‌شوند. اگرچه بسیاری از مطالعات به تصمیم‌گیرندگان اخطار داده‌اند که هزینه‌های مصرف‌کننده می‌تواند بر استفاده از خدمات، به‌خصوص بر قشر مستمندتر، تأثیر منفی داشته باشد. اگر ارتقای عدالت به‌عنوان هدف کلیدی سیاسی بخش سلامت تلقی شود، همکاری بیشتر دولت در تأمین مالی و سازمان‌دهی خدمات سلامتی مورد انتظار است. یک گام مهم رو به جلو توسعه نظام‌های سلامتی است که از طریق درآمدهای مالیات عمومی، یا مشارکت‌های بیمه سلامتی (حق بیمه) و یا سرمایه‌گذاری مشترک تأمین اعتبار مالی می‌شوند. سازوکارهای تأمین اعتبار مالی بخش سلامت مصرف را از پرداخت مستقیم تفکیک کرده است.^۴ بنابراین، دسترسی به

* Gay, Carrin, Social Health Insurance in Developing Countries A Continuing Challenge, Vol. 55, No. 2, pp. 57-70, 2002.

1. Gross Domestic Product (GDP)

2. WHO, 2000: World Health Report 2000-Health Systems: Improving Performance. Geneva, World Health Organization.

۳. کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد کشورهایی هستند که درآمد ناخالص ملی آنها در سال ۷۶۰ دلار آمریکا یا کمتر است.

4. World Bank, "Pour une Meilleure Santé en Afrique", in Findings, Région Afrique, Washington DC., No. 25, 1994.

خدمات سلامتی را حتی برای آسیب‌پذیرترین گروه‌ها تضمین می‌کنند.^۱

تأمین مالی بخش سلامت از طریق مالیات عمومی، به‌ویژه، در کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد آسان نیست، چرا که این کشورها پایه مالیاتی محدود و ظرفیت سازمانی اندکی برای تقویت پذیرش مالیات یا اجتناب از عدم پرداخت مالیات دارند. اینکه آیا بیمه سلامت باید در سطح ملی به‌صورت داوطلبانه یا در سطح جامعه سازمان‌دهی شود، تصمیم آسانی نیست. در حال حاضر، تمایل شدیدی نسبت به نظام‌های بیمه سلامتی وجود دارد. یک جنبه مهم آن این است که بیمه‌های سلامت مسئولیت کلی تأمین مالی را به دولت تحمیل نمی‌کنند، اما در عوض، هزینه کلی خدمات سلامتی بیمه شده را در بین سهام‌داران مختلف افزایش می‌دهد. این مسئله ممکن است تا حدودی توضیح دهد که چرا امروزه سیاست‌گذاران دولتی تمایل بیشتری به بیمه سلامتی نشان می‌دهند. مؤسسات بین‌المللی و خیریه تأمین‌کننده مالی نیز به‌طور چشمگیری ورود بیمه سلامتی را به سازوکارهای کاربردی تأمین اعتبار مالی بخش سلامت پذیرفته‌اند و این روش را نسبت به روش‌های تأمین منابع مالی دهه قبل صریح‌تر می‌دانند.

در این بخش، ما اختصاصی به بحث میسر بودن بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای در حال توسعه، با هدف ارائه پوشش به همه گروه‌های جمعیتی، می‌پردازیم. در قسمت بعدی، ما ابتدا به مفهوم بیمه اجتماعی سلامت می‌پردازیم و سپس، با بهره‌گیری از تجربیات اصلی درباره مسائل اجرایی بحث خواهیم کرد. همچنین چندین عامل که مانع عملکرد نامناسب بیمه اجتماعی سلامت می‌شوند، مورد بحث قرار خواهند گرفت. در بخش سوم، به این می‌پردازیم که آیا پیگیری سریع، یا حداقل سریع‌تر از آنچه انتظار می‌رود، برای پوشش همگانی به‌عمل خواهیم آورد. این سؤال به‌خصوص به کشورهای کم‌درآمدی مربوط است که در آنها دوره زمانی برای انتقال بیمه اجتماعی سلامت به پوشش همگانی پیش‌بینی شده است. نتایج به‌دست آمده در بخش پایانی ارائه می‌شوند.

۲-۱ بیمه اجتماعی سلامت: از نظریه تا عمل

بیمه اجتماعی سلامت از یک‌سو، توزیع ریسک‌های سلامتی را برای اعضا و از سوی دیگر

1. B. McPake, "User Charges for Health Services in Developing Countries", in *Social Science and Medicine*, Vol. 36, No. 11, 1993.

تجمع منابع را برای سهام‌داران، مؤسسات، سرپرستان خانوار و دولت دنبال می‌کند. سرمایه‌گذاری‌های سرپرستان خانوار و مؤسسات اغلب بر مبنای درآمد است، در حالی که سرمایه‌گذاری‌های دولت اغلب از طریق مالیات عمومی تأمین می‌شود. بیمه اجتماعی سلامت به هدف پوشش همگانی پاسخ می‌دهد، که به موجب آن بسته خدمات سلامتی پایه، بدون توجه به سطح درآمد یا وضعیت اجتماعی، در دسترس همگان قرار می‌گیرد. بنابراین، بیمه اجتماعی سلامت به طور شفاف از هزینه مصرف‌کننده یا پرداخت‌های مستقیم، که در آن فقط مصرف‌کننده خدمت نسبت به پرداخت هزینه‌های درمان خود مسئولیت دارد، منفک است. بیمه اجتماعی سلامت ویژگی‌های مربوط به توزیع ریسک و مشارکت در تأمین منابع مالی را از طریق مالیات عمومی تلفیق کرده است.^۱ اگرچه تفاوت مهم آن است که در روش مالیات عمومی افراد فقط به طور غیرمستقیم در مالیات عمومی مشارکت می‌کنند (سهیم‌اند). در مقایسه با مالیات عمومی دلیل آسان بیمه شدن در بیمه اجتماعی سلامت این است که افراد مستقیماً از طریق پرداخت حق بیمه آماده می‌شوند که تحت پوشش بیمه قرار گیرند، در حالی که در روش مالیات عمومی، پوشش بیمه به صورت غیرصریح وجود دارد [از منظر فرد].

این یک اصل است که بیمه اجتماعی سلامت عضویت اجباری را می‌طلبد. با این روش ریسک‌های پنهانی بیمه سلامت انفرادی یا داوطلبانه آشکار می‌شود. چرا که این پوشش، اولاً، از گروه‌های جمعیتی خاص نظیر مستمندان و گروه‌های آسیب‌پذیر اجتناب و آنها را حذف می‌کند. حذف کردن ممکن است در نظام‌های داوطلبانه به دلیل فقدان تمایل سیاسی به مشمول کردن گروه‌های آسیب‌پذیر یا به دلیل نداشتن ظرفیت یا نداشتن تمایل به پرداخت حق بیمه پیشنهادی برای مستمندان رخ دهد.

ثانیاً، بیمه اجباری به علت ماهیت بسیار مادی آن انتخاب معکوس را مهار می‌کند. مورد دوم در چارچوب اختیاری زمانی رخ می‌دهد که مردم در یک وضعیت سلامت مناسب حق بیمه را بسیار بالا ارزیابی می‌کنند و ترجیح می‌دهند بیمه نشوند. بیمه اختیاری ممکن است به عنوان یک نتیجه توسط بیمه‌شدگان با خطرات سلامت متوسط تا بالا تحت تأثیر قرار گیرد. انتخاب معکوس و تأثیرات آن بر هزینه‌ها و سهام بیمه

سلامتی حتی ممکن است به متوقف شدن بیمه اختیاری منجر شود. به دلیل ریسک‌های بد، سطوح مشارکت ممکن است تا حدی افزایش یابد و بسته مزایای بیمه سلامت پیشنهادی در نهایت مانع جذب و حفظ اعضای بالقوه شود.

۲-۲ مشکلات اجرایی

بیمه اجتماعی سلامت روشی بسیار کارا برای تأمین دسترسی جمعیت به خدمات سلامتی به صورت عادلانه است. در حدود نیمی از کشورهای صنعتی بیمه اجتماعی سلامت را به‌منظور نظام تأمین اعتبار مالی بخش سلامت خود انتخاب کرده‌اند. در مقابل تا سال ۱۹۹۸، هیچ‌یک از کشورهای در حال توسعه با سرانه درآمد ناخالص ملی زیر ۷۶۱ دلار آمریکا نظام بیمه اجتماعی سلامت نداشتند. کاستاریکا در بین کشورهای با درآمد کمتر از متوسط (با سرانه درآمد ناخالص ملی بین ۷۶۱ تا ۳۰۳۰ دلار آمریکا) تنها کشور دارای نظام بیمه اجتماعی سلامت به‌طور کامل بود.

برخی از کشورهای در حال توسعه، بیشتر، در حال برنامه‌ریزی برای معرفی بیمه سلامت یا نظام جامع‌تری نسبت به قبل هستند. در این بخش ما به دو تجربه منتخب در آسیا اشاره خواهیم داشت. اول ویتنام که، در سال ۱۹۹۲، برای شروع یک نظام بیمه اجتماعی سلامت گام جسورانه‌ای برداشت. این نظام بیمه‌ای برای کارگران و کارمندان اجباری و برای جمعیت‌های بخش کشاورزی و غیررسمی اختیاری بود.^۱ دومین کشور چین است که از سال ۱۹۹۴ سعی بر این داشت تا نظام بیمه سلامت روستایی را به‌صورت غیرمتمرکز پایه‌ریزی کند. ایده بیمه سلامت روستایی، در نتیجه ازهم‌گسیختگی نظام درمانی نابسامان قبلی، پاسخی به مشکل همیشگی دسترسی به خدمات سلامتی در چین بود. در ذیل برخی از موانع اصلی بر سر راه توسعه بیمه سلامتی با توجه به تجربه‌های نظام موجود در ویتنام و چین مورد بحث قرار می‌گیرد.^۲

1. For an Overview of Vietnamese Health Insurance, See A. Ron, G. Carrin and Tran Van Tien, 1998: "Viet Nam: The Development of National Health Insurance", in *International Social Security Review*, Vol. 51, No. 3.

2. In China, These are Known as the Rural Cooperative Medical Schemes and are Run at Country or Township Level. See G. Carrin, A. Ron and Yang Hui et. al., 1999: "The Reform of the Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China: Interim Experience in 14 Pilot Countries", in *Social Science and Medicine*, Vol. 48, No. 7.

این اطلاعات بینش بهتری نسبت به عواملی ایجاد می‌کند که باید بر آن اساس اجرای بیمه اجتماعی در سایر کشورهای در حال توسعه بهبود داده شوند. چهار مشکل اصلی که در مدیریت اجرایی ممکن است ایجاد شوند به قرار زیر است:

۲-۲-۱ عدم دستیابی به پذیرش قانون

ممکن است دستیابی به پذیرش قانون بیمه اجتماعی سلامت به‌وسیله گروه‌های جمعیتی بسیار دشوار باشد، به عبارتی بیمه اجتماعی مقاومت را نپذیرد. درواقع، تضمین مزایای سلامتی مشابه با نیازهای سلامتی مشابه، بدون توجه به سطح حق بیمه‌ها همیشه موضوعی قابل پذیرش ازسوی گروه‌های مختلف جمعیتی است. این مشکل زمانی حادث می‌شود که در کشورها، نابرابری‌های درآمدی بسیار بالا باشد. در این کشورها نظام بیمه اجتماعی سلامت باید در جست‌وجوی حق بیمه به شکل درصدی از درآمد باشد و حق بیمه‌ها به‌طور کاملاً چشمگیری بین سرپرستان خانوار متفاوت باشد. برای مثال، در چین درآمدهای بالا و متوسط سرپرستان خانوارها در سطح روستایی ممکن است به ترتیب ۱۰ و ۵ برابر افراد کم‌درآمد باشد. که پس از توجه نظری، به ترتیب باید ۱۰ و ۵ برابر بیشتر بپردازند. این ثابت می‌کند که پرسش از سرپرستان خانوار با درآمد متوسط و بالاتر بسیار دشوار می‌باشد. بنابراین، سیاستگذاران ممکن است به‌منظور اعمال برخی محدودیت‌ها در درجه یکپارچگی میان گروه‌های جمعیتی اجتماعی - اقتصادی تحت فشار قرار بگیرند.

اگر دستیابی به یکپارچگی مالی در یک روستا بسیار دشوار باشد، اجرای آن بین روستاها اغلب زمانی دشوارتر است که بیمه سلامت اختیاری باشد. نقشهٔ جغرافیایی روستاها در نواحی کوهستانی یکی از شهرستان‌های کم‌درآمد چین نظیر جیانزی^۱ به تفکیک مشخص شده است. جمعیت‌های این روستاها ممکن است به‌ندرت یکدیگر را بشناسند. علاوه بر این، برخی از روستاها ممکن است تا حدودی نسبت به بقیه روستاها از نظر اقتصادی پردرآمدتر باشند. این مسئله ازسوی جمعیت روستاهایی که بخشی از مشارکشان ممکن است صرف یارانه‌های متقابل مستمندان و شاید جمعیت بیمار سایر روستاها

شود، به سرعت درک می‌شود. باید این واقعیت را افزود که دست‌کم برخی بخش‌های جمعیتی در روستاهای پردرآمدتر که با فقر دست‌وپنجه نرم می‌کنند تمایل به کار کردن ندارند و بنابراین فقر خود را سرزنش می‌کنند. پرواضح است که در چنین مواقعی، بیمه سلامت اختیاری و دستیابی به یکپارچگی دشوار است. هنوز ممکن است کسی امیدوار باشد که یکپارچگی با توسعه اقتصادی به نسبت برابر نواحی و روستاها بهبود یابد. در چنین مواردی، ممکن است مردم تمایل بیشتری برای به مشارکت گذاشتن منابع داشته باشند.

۲-۲-۲ بسته‌های مزایا

نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت باید به اعضای خود این اطمینان را بدهند که مزایای وعده داده شده را دریافت خواهند کرد. این امر مستلزم آن است که خدمات سلامتی که بخشی از بسته مزایای سلامتی را تشکیل می‌دهند توسط صندوق‌های بیمه‌ای تعریف شود. فرض بر این است که زیرساخت‌های ارائه خدمات سلامتی، از جمله منابع انسانی و سایر اجزای ضروری مانند داروها و خدمات آزمایشگاهی، باید به گونه‌ای موجود باشد که خدمات سلامت کافی در دسترس بیمه‌شدگان قرار گیرد. اگر نتوان خدمات سلامتی مناسبی را ارائه کرد، شروع نظام بیمه اجتماعی سلامت توصیه نمی‌شود. زیرا، اگر دولتی برای دستیابی به چنین نظامی پیشگام شود، به‌زودی اعتماد مردم را از دست داده و این امر به رفتارهایی نظیر عدم تمایل به پرداخت حق بیمه‌های برنامه‌ریزی شده منجر خواهد شد.

وضعیت دیگر هنگامی رخ می‌دهد که خدمات در دسترس‌اند، اما ارائه‌دهندگان (خدمات) از نظام بیمه اجتماعی سلامت جدید تبعیت نمی‌کنند. یک دلیل عمده عدم پذیرش ممکن است عدم اطمینان ارائه‌دهندگان خدمات به تأثیر بیمه بر درآمدهای آنان باشد. این همکاری نکردن ابتدا در ویتنام مشاهده شد. برخی از پزشکان حتی نمی‌پذیرفتند که خدمات را به بیماران بیمه شده ارائه دهند و دلیل اصلی آن امیدواری پزشکان به ادامه دریافت پرداخت‌های زیرمیزی (به‌عنوان جبران ناکافی بودن سطح حقوق رسمی آنان) بود. اگرچه اعضای تحت پوشش بیمه سلامتی می‌پنداشتند که وقتی آنان حق بیمه را می‌پردازند، در درازمدت نیاز به چنین پرداخت‌هایی به پزشکان ندارند. زمانی که پزشکان این نگرش جدید را پیش‌بینی می‌کردند، برخی از آنان تمایل به درمان بیماران بیمه شده نداشتند.

۲-۲-۳ ظرفیت‌های مدیریتی

ممکن است هنوز دولت‌ها ظرفیت مدیریتی یا اجرایی مورد نیاز را برای طراحی یک نظام بیمه سلامتی و سپس اجرای آن نداشته باشند. مدیریت بیمه سلامت هنگامی شانس موفقیت بیشتری دارد که درک خوبی از اصول پایه بیمه سلامتی داشته باشد.^۱ در نتیجه مدیریت بیمه سلامت می‌تواند به اعضای خود توضیح دهد که افراد سالم مزایای بیمه‌ای را دریافت نکنند، این امر بسیار ساده است چرا که آنها نیازی به آن خدمات ندارند. حتی این افراد باید متقاعد شوند که ممکن است در زمان بروز بیماری یا حادثه بسیار خطرناک از مزایای این نظام برخوردار می‌شوند. برای مثال، نظام بیمه سلامتی در زیمبابوئه^۲ چین با شهروندان خود درخصوص عدم پذیرش این چشم‌انداز درازمدت بیمه مشکل داشتند. مدیریت نظام می‌پنداشت که با کاهش هرچه بیشتر حق بیمه پرداختی، اعضا باید بیشتر جذب این نظام شوند، اما در عمل در دام دیگری افتاد و کاهش حق بیمه پرداختی به افت شدید سطح حفاظت بیمه‌ای منجر شد (بخش بیمه شده هزینه خدمات بهداشتی تقریباً ۸-۱۰ درصد برآورد شد که مستلزم پرداخت کمکی ۹۰-۹۲ درصدی بود) و در مقابل این نتیجه حاصل گردید که در درازمدت بیمه مقرون به صرفه نیست.

در بسیاری از موارد، دولت‌ها نمی‌توانند سریعاً برای همه گروه‌های جمعیتی عضویت اجباری را ایجاد کنند، اما می‌توانند با بیمه کردن کارگران حقوق‌بگیر بخش‌های دولتی و خصوصی آغاز کنند. به‌طور معمول حق بیمه براساس میزان دستمزد تنظیم می‌شود. در اصل اطلاعات مربوط به دستمزدها باید جمع‌آوری این حق بیمه‌ها را تسهیل نماید. اگرچه، در آغاز برقراری نظام بیمه سلامتی، همواره خطر پذیرش اندک قوانین و سایر توافقات مربوط به حق بیمه‌های پذیرفته شده باقی می‌ماند، این دلیلی است بر آنکه چرا پایش دستمزدها و حق بیمه‌های پرداختی اعضا توسط خود نظام ضروری است. شعبه بانکی در ویتنام اعلام کرد که همه کارمندان (از مدیر ارشد تا خدمتکار) حداقل دستمزد ملی تعیین شده را دریافت می‌کنند. این امر موجب شد که

1. The Need for Administrative Capacity is Stressed by Aviva Ron in "New Strategies for the Formal Sector: Focus on Vietnam and Zimbabwe", in A. Ron and X. Scheil-Adlung (eds.), 2001: *Recent Health Policy Innovations in Social Security* (Chap. 2). New Brunswick, NJ, Transaction Publishers; Geneva, ISSA.

2. Zhejiang

حق بیمه‌های قابل پرداخت بسیار کمتر از آنچه می‌باید، برآورد شود. نتیجه این رفتار آن است که یکپارچگی مورد نیاز سطح حق بیمه‌های پرداختی از آنچه افراد باید می‌پذیرفتند فراتر رفت، که هم کارفرمایان و هم کارمندان را در برخورد با واقعیت با اشتباه مواجه ساخت. به نظر می‌رسد که حتی ثبت‌نام افراد در بخش‌های کشاورزی و غیررسمی مشکل‌تر باشد. درآمد این گروه جمعیتی در نوسان است و تمایل ذاتی آنها برای اعلان درآمد واقعی و پرداخت مرتب حق بیمه اندک است. پس اغلب بیمه سلامتی برای این گروه اختیاری باقی می‌ماند. این بدان معناست که به‌منظور تأمین یا افزایش ثبت‌نام تلاش‌های بازاریابانه مضاعفی مورد نیاز است. در بسیاری از بخش‌های چین، این نیاز به بازاریابی مؤثر هنوز به‌خوبی درک نشده است. در بسیاری از نظام‌های پزشکی مشارکتی روستایی، مدیریت برای نام‌نویسی اعضا کوشش به‌عمل می‌آورد، اما فقط سالی یک بار در روزی خاص و افرادی که می‌خواستند بعدها نام‌نویسی کنند پذیرفته نمی‌شدند. این سخت‌گیری باعث شد که آنها بسیاری از اعضای بالقوه را از دست بدهند.

۲-۲-۴ آزادی سیاسی

امکان دارد درباره بسیاری از مشکلات اجتماعی به‌طور باز بحث نشود، این مشکل در کشورهای دارای درجه آزادی سیاسی پایین دیده می‌شود. در چین یا ویتنام مکان‌هایی برای مباحثه و تبادل نظر وجود دارد و اغلب گفتمان‌های سنگین در سطوح پایین‌تر دولت و روستاها رخ می‌دهد. هرچند که به‌منظور بررسی بهتر فرصت‌ها و تهدیدها، گفتمان باز سیاسی و علمی در بالاترین سطح مورد نیاز است. در هر دو کشور، افراد ممکن است برای حفاظت اجتماعی تقاضاهای به‌خصوصی داشته باشند، اما در انتقال دادن آنها به دولت با مشکلاتی مواجه‌اند. بنابراین، فرد باید درک کند که فقدان گفتمان سیاسی ممکن است توسعه بیمه اجتماعی سلامت را به تأخیر بیندازد.

۲-۳ عبور از دوران گذار

چه عواملی باعث تسهیل عبور از دوران گذار برای بیمه‌های اجتماعی سلامت شد؟ به‌علاوه، یادگیری از طریق انجام دادن نیز روش مهمی است که در توسعه بیمه

اجتماعی سلامت مؤثر می‌باشد. همان‌گونه که کنفوسیوس گفت: «یادگیری بدون تفکر باعث هدر رفتن کار است؛ تفکر بدون یادگیری خطرناک است». پس اولین عامل سطح کلی درآمد است. درآمد بیشتر به معنای ظرفیت پرداختی بهتر حق بیمه‌هاست.

دوم آنکه ضروری است ظرفیت اجرایی کافی برای هدایت بیمه سلامتی وجود داشته باشد. با وجود آنکه این امر در نوع خود یک الزام است، اما قویاً به ساختار اقتصادی مرتبط است. همچنین اندازه نسبی بخش‌های رسمی و غیررسمی مهم است. به‌طوری‌که در بخش غیررسمی بزرگ‌تر مشکلات اجرایی بیشتری برای بررسی درآمدها، تنظیم حق بیمه سلامت کارگران بخش غیررسمی و جمع‌آوری حق بیمه‌ها وجود دارد. سومین مشخصه ضروری، سطح یکپارچگی در جامعه است. وقتی که جامعه تقریباً از آغاز نابرابری داشته باشد جذب منابع بسیار دشوار است. در نهایت، عامل تعیین‌کننده دیگر در دستیابی به پوشش همگانی فضایی است که در آن افراد در سیاستگذاری اجتماعی حق اظهارنظر دارند. گفتمان باز سیاسی برای پیشرفت به جلو ضروری است، و برای جلب اطمینان افراد به دولت باید آنها به‌طور مؤثر در فرایند توسعه بیمه سلامت به‌کار گرفته شوند. بنابراین، ضروری است که هر اتحادیه صنفی موجود برای شفاف‌سازی تقاضاهای خود به دولت درخصوص پوشش خدمات سلامت فرصت دهد. هرچند این موضوع در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به سبب آنکه جمعیت کثیر بخش غیررسمی آن معمولاً در مورد نیازهایشان با دولت سازمان نیافته‌اند بسیار نگران‌کننده است. حتی در دموکراسی‌ها، نظر این گروه جمعیتی خاص معمولاً ضعیف است، زیرا جلب رأی سیاستگذاران مهارت و هواخواهی زیادی می‌طلبد.

مبحث مرتبط دیگر سطح درآمد مشمول پرداخت حق بیمه در بیمه اجتماعی سلامت است. درواقع، تعریف آستانه حداقل درآمد قطعی که باید ارتقا یابد بسیار مشکل است. برای روشن کردن این مسئله چندین کشور با سطح درآمد کمتر از متوسط نیز نظامی را ایجاد کرده‌اند (کاستاریکا) یا در حال ایجادند (کلمبیا) یا در حال مطالعه طرحی مناسب‌اند (جامائیکا). کشور کم‌درآمد دیگر (مانند مغولستان) نیز در حال پایه‌ریزی نظام بیمه اجتماعی سلامت است. بنابراین به‌طور قطع به‌منظور ایجاد بیمه اجتماعی سلامت، کوشش بااهمیتی باید انجام شود (به‌خصوص از طریق کشورهای

کم‌درآمد)، اما عوامل تسهیل‌کننده هم وجود دارند. رشد درآمد توسعه بیمه اجتماعی سلامت را تسهیل خواهد کرد. به علاوه، ما فرض را بر این می‌گذاریم که چندین عامل، به خصوص یکپارچگی و حق اظهارنظر، ممکن است حداقل تا حدودی سطح اندک منابع اقتصادی را جبران کنند. به عبارتی، فعالیت سیاسی مستمری که احساسات اجتماعی حاصل از یکپارچگی و پاسخ‌گویی به تقاضاهای افراد برای حفاظت بهتر را تقویت می‌کند، ممکن است به رغم سطح درآمد متوسط، پیشرفت‌های خوبی را در بیمه اجتماعی سلامت موجب شود. به طور مشابه یکپارچگی و حق اظهارنظر نیز ممکن است وسیله‌ای در فائق آمدن بر موانع اجرایی آغاز بیمه اجتماعی سلامت برای تصمیم‌گیرندگان باشد.

۲-۴ زمان و توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت

با توجه به وضعیت‌های گفته شده، برای دستیابی به پوشش همگانی زمان مورد نیاز است. در مقاله‌ای دیگر، پیش‌بینی شده بود که ویتنام برای دستیابی به پوشش همگانی به ۵۰-۳۵ سال زمان نیاز دارد.^۱ برای چین پیش‌بینی متفاوتی صورت نگرفته بود. برای کشورهای کم‌درآمد آفریقایی با سرانه کمتر از هزار دلار آمریکا (نظیر زامبیا) این زمان ۵۰-۴۵ سال پیش‌بینی شده بود.^۲ اگرچه این پیش‌بینی‌ها مبتنی بر تاریخچه تجربه جهانی بوده، بنابراین، باید تحت عنوان سنتی‌گری نام‌گذاری شود.

اگرچه، از چشم‌انداز کاملاً تاریخی، پیش‌بینی‌های مذکور ممکن است باورپذیر و حتی در مقایسه با تجربه کشورهای نظیر آلمان که توسعه بیمه اجتماعی سلامت در آن یک قرن به طول انجامید خوش‌بینانه باشد. اولین قانون بیمه بیماری آلمان در سال ۱۸۸۳ تصویب شد، که ابتدا در حدود ۱۰ درصد از جمعیت را پوشش می‌داد. میزان پوشش در سال ۱۹۱۴ به ۳۵ درصد و تا این اواخر به ۸۸ درصد رسید.^۳

مرجع تاریخی دیگر تجربه جمهوری کره است که در آن برنامه بیمه اجباری در

1. G. Carrin and C. James, "The Determinants of Universal Coverage: An Empirical Analysis". Forthcoming in CERDI, *Financement des Systèmes de Santé dans les Pays à Faible Revenu d'Afrique et d'Asie*. Paris, Khartala, 2002.

2. 11 In 1997, Zambia had a GDP Per Capita of US\$ 857.

3. H. Zöllner, "Germany", in P. A. Köhler and H. F. Zacher (eds.), *The Evolution of Social Insurance 1981-1991*. New York, St. Martin's Press, 1982.

سال ۱۹۷۷ معرفی و در سال ۱۹۸۹ پس از گذشت حدود دوازده سال دستیابی به پوشش همگانی حاصل شد.^۱ سال‌های ۱۹۷۷-۱۹۸۹ با یک برنامه اختیاری همراه بود. سال ۱۹۶۳ آغاز شد، از این‌رو، ممکن است ذکر شود که در جمهوری کره دستیابی به پوشش همگانی از شروع قانون ۱۹۶۳، ۲۶ سال به طول انجامیده است. باید تأکید شود که توضیح اصلی برای این انتقال به نسبت سریع، طی سال‌های ۱۹۷۷-۱۹۸۹، این است که جمهوری کره به طور متوسط از میزان رشد سالیانه ۱۳/۳ درصدی درآمد ناخالص ملی سرانه بهره می‌برد.^۲ چنین رشد سریعی به اشتغال و افزایش درآمدهای سرپرستان خانوار، عواید حاصل از کار و سرمایه و عواید دولت منجر شد، که در نتیجه ظرفیت مشارکت در بیمه سلامتی را افزایش می‌داد. در این مورد خاص، رشد سریع درآمد، با آنکه جمهوری کره در این دوره دارای حکومت دیکتاتوری بوده و به دلیل نداشتن حق اظهارنظر، با موارد دیگری جبران شده است.

پیش‌بینی‌های به عمل آمده برای ویتنام و چین دلالت بر آن دارد که پوشش همگانی نسبت به جمهوری کره در دوره طولانی‌تری به وقوع بپیوندد. اگرچه، خوشبختانه ویتنام و چین از نقطه صفر شروع نکردند. تا سال ۱۹۹۷، ۱۳ درصد از جمعیت ویتنام تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت قرار گرفتند؛ در چین، حدود ۱۰ درصد جمعیت روستایی در سال ۱۹۹۳ بیمه شدند.^۳ چالش اصلی در این کشورها - همانند بسیاری از کشورهای دیگر - این است که چگونه می‌توان جمعیت بیشتری در بخش‌های روستایی و غیررسمی را از طریق بیمه اجتماعی سلامت در برنامه پوشش‌دهی همگانی لحاظ کرد.

۱-۴-۲ شکست تاریخ

اگرچه برای اکثر کشورها بهبود ارتقای عوامل تسهیل‌کننده ممکن است به یکباره مقدور

1. Moon, Ok Ruyen. "The Korean Health Insurance Programme", in S. Nityarumpong and A. Mills (eds.), *Achieving Universal Coverage of Healthcare*. Nontaburi, Office of Healthcare Reform, Ministry of Public Health, 1998.

2. A. Ron, G. Carrin and Tran Van Tien, 1998, op. cit

3. WHO, 1999: World Health Report 1999-making a Difference. Geneva, World Health Organization.

نباشد، اما سرعت پیشرفت پوشش همگانی از طریق بیمه اجتماعی سلامت مطمئناً سریع‌تر است. واقعیت آن است که بسیاری از کشورها مجبورند برای دست یافتن به این بسته طلایی متشکل از رشد درآمدی سریع‌تر، ظرفیت اجرایی مکفی، اقتصاد رسمی‌تر، نابرابری کمتر و حق اظهارنظر بیشتر برای افراد منتظر بمانند. سؤال این است که آیا واقعاً هیچ راهی برای غلبه بر تاریخ وجود ندارد؟ یکی از راه‌ها برای نام‌نویسی سریع‌تر جانب‌داری و اعمال رویکرد خانواده در بیمه سلامت است. به جای بیمه انحصاری کارگران و کشاورزان (همانند ویتنام و چین) چرا نمی‌توان خانواده آنان را هم بیمه کرد؟ ممکن است اجرای آن آسان‌تر از آنچه تصور می‌رود باشد، مشروط بر اینکه حق بیمه خانوارها جذاب‌تر شده و خدمات سلامتی وعده داده شده به آنها ارائه شوند. در این صورت در هنگام نیاز خدمات بهداشتی مادر و نوزاد ارائه می‌شود و خانواده‌ها از بیمه سلامت راضی خواهند بود. اگرچه، انتقاد وارده بسیار گران تمام شدن آن برای خانواده‌هاست. علاوه بر آن، در حق بیمه‌های خانواده باید هزینه‌های مراقبتی خانواده را در نظر داشت. اکثریت خانواده‌ها تقریباً بخش قابل توجهی از درآمدشان را برای خدمات سلامتی صرف می‌کنند. برای خانواده‌ها باید توضیح داده شود که حق بیمه‌های سلامتی باید اساساً پرداخت از جیب را جایگزین کند، در عین اینکه، در برابر هزینه‌های گزاف خدمات، حفاظت بیشتری را موجب شود.

هرچند که ما واقفیم که خانواده‌ها در تأمین مالی بیمه اجتماعی سلامت تنها نیستند و نقش دولت در تأمین مالی کمکی، به‌خصوص برای حمایت از گروه‌های ضعیف‌تر و کمک به تأمین مالی حق بیمه‌ها، در جای خود باقی است. کلمبیا نمونه‌ای از کشورهایی است که در آنها این رویکرد نسبت به خانواده‌ها در همان زمان اعمال شده و دولت به تأمین مالی حق بیمه سلامتی جمعیت آسیب‌پذیر ادامه می‌دهد. این کشور بر افزایش پوشش خود از ۱۳/۴ درصد در سال ۱۹۹۳ تا ۵۲/۶ درصد در سال ۲۰۰۰ اصرار کرد.^۱ پیشنهاد جدیدی نیز برای خیرین بین‌المللی به‌منظور حمایت از توسعه بیمه سلامتی وجود دارد. آنها می‌توانستند در تأمین مالی حق بیمه سلامتی فقرا نیز مشارکت کنند. اما تقبل چنین مسئولیتی باید یک برنامه انصرافی هم داشته باشد.

فرصتی دیگر برای حرکت سریع‌تر، تمرکززدایی توسعه بیمه اجتماعی سلامت

1. J. L. Londoño, *Managing competition in the Tropics*, 2000, (IDB Workshop on Comparative Study on Health) (Draft).

است. به علاوه، مدیریت اجرایی برای اجرا و پایش زمان زیادی نیاز دارد تا بیمه اجتماعی سلامت را در سطح ناحیه‌ای یا منطقه‌ای هدایت کند. این امر به‌ویژه برای کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد مشکل‌آفرین است.^۱ بنابراین، ممکن است فراخوانی اجتماعات به آغاز بیمه اجتماعی سلامت مفید باشد. از این گذشته، اجتماعات ممکن است به مدیریت محلی اعتماد بیشتری داشته باشند، آنان کنترل بیشتری نیز بر چنین نظام‌هایی دارند.

تجربیات بین‌المللی گزارش شده حاکی از آن است که تعداد کمی از این نظام‌ها، جمعیت‌های بزرگ یا حتی نسبت‌های بزرگی از جمعیت واجد شرایط را پوشش می‌دهند.^۲ همچنین تعداد کمی از نظام‌ها به گروه‌های جمعیتی آسیب‌پذیری دسترسی دارند که در اصل باید از بیمه سلامتی به‌طور کامل منتفع شوند. بنابراین، پیش گرفتن یک سیاست مناسب در چنین نظام‌هایی برای دولت‌ها وظیفه‌ای مهم بود (عموماً در سطح مرکزی) است، تا تسهیل‌کننده ابتکارات و پاسخ متقابل آنان باشد و آنان را به‌سوی طرح بیمه سلامتی مناسب هدایت کند. به علاوه، دولت باید به ادغام تدریجی اقدامات اولیه بیمه محلی در نظام بیمه اجتماعی سلامت کشور توجه داشته باشد، زیرا که این امر توزیع ریسک را در بین جمعیت برقرار می‌کند. به همین دلیل، دولت باید شبکه‌ها یا اتحادیه‌های طرح‌های بیمه ناحیه‌ای را به تکاپو وادارد. [برای این کار] دستورالعمل‌های ملی و تعریف شده‌ای برای دستیابی به حداقل مزایا و قابلیت انتقال بیمه‌ها مورد نیاز است علاوه‌بر این، برخی از اطلاعات موجود نیز ممکن است به اشتراک گذاشته شود.^۳

مقررات دولت مرکزی درخصوص تمرکززدایی از نظام‌هایی که دولت آغازگر آن بوده نیز مورد نیاز است. یک مورد مرتبط، نظام پزشکی مشارکتی روستایی^۴ در چین است، که به‌صورت غیرمتمرکز هدایت می‌شود، اما شدیداً به دستورالعمل دولت مرکزی،

1. D. M. Dror and C. Jacquier, "Micro-insurance: Extending Health Insurance to the Excluded", in *International Social Security Review*, Vol. 52, No. 1, 1999. The Authors Introduce the Concept of "Micro-insurance" in the Context of Extension of Health Insurance to the Hitherto Excluded.

2. S. Bennett, A. Creese and R. Monasch, *Health Insurance Schemes for People Outside Formal Sector Employment* (WHO/ARA/CC/98.1). Geneva, World Health Organization, 1998; and W. Van Ginneken (ed.), *Social Security for the Excluded Majority: Case Studies of Developing Countries*. Geneva, International Labour Office, 1999.

3. W. van Ginneken. "Health Protection for Informal Sector Workers: New Approaches to a Long-standing Problem", in A. Ron and X. Scheil-Adlung (eds.), op. cit. Chap. 3, 2001.

4. Rural Cooperative Medical System (RCMS)

درخصوص درجه حفاظت (پوشش) و منظور کردن جمعیت کم‌درآمد، نیاز دارد. تجربه به‌دست آمده این است که بسیاری از کشورها هدف‌های روشنی برای نظام پزشکی مشارکتی روستایی خود ندارند در نتیجه با وقفه مواجه می‌شوند.

بنابراین، تا به اینجا که ترکیب بیمه سلامتی خانواده، تأمین مالی کمکی دولت و خیرین مبنای استدلال قرار گرفت، به‌نظر می‌رسد که تمرکززدایی قانونمند شده در مقابل رویکرد سنتی دوران انتقال به پوشش همگانی را چندین سال کاهش داده است.

در این مرحله، وضعیت اقتصاد کلان در سطح بین‌المللی مهم است، زیرا ممکن است راه رسیدن به بیمه اجتماعی سلامت را برای کشورها تعیین کند. به‌علاوه، مسئله مهم دیگر این است که توافق بین‌المللی در مورد تجارت خدمات در سازمان تجارت جهانی^۱، نباید در مسیر توسعه بیمه اجتماعی سلامت قرار گیرد. برای مثال، سؤال این است که آیا وجود شرکت‌های بیمه خصوصی بین‌المللی در بازارهای داخلی اهمیت هدف سرمایه‌گذاری بر بیمه اجتماعی سلامت را فقط با بیمه کردن گروه‌های شغلی منتخب به خطر نمی‌اندازد؟ اگرچه به‌نظر می‌رسد در کشورهایی که شرکت‌های بیمه خصوصی شدیداً قانونمند شده‌اند، توافقات مربوط به گات در محیط امنی بنا شود. یکی از تبصره‌های گات تصریح می‌کند ازمنظر کشوری که ضرورت حفاظت از سلامتی انسان را حس می‌کند، قوانین بیمه اجتماعی سلامت ممکن است در تجارت آزاد خدمات بیمه‌ای از ملزومات گات تحت شمول معاف شوند.^۲ به‌هرحال در سال‌های آتی نیاز به مشاهده تنگاتنگ این مسئله وجود دارد که آیا گات به‌طور مناسب مورد توجه کشوری برای خریداری بیمه اجتماعی سلامت قرار می‌گیرد؟

۲-۵ نتیجه‌گیری

پوشش همگانی با هدف توزیع ریسک در بین تمامی گروه‌های جمعیتی در یک جامعه یا کشور از هدف‌های قابل ستایش است و برای گسترش پوشش اراده سیاسی، به‌ویژه برای

1. International General Agreement on Trade in Services (GATS) of the World Trade Organization.

2. For a Detailed Discussion on GATS and Health Insurance, See Especially D. Lipson, 2001: GATS and Trade in Health Insurance Services. Background Note for the WHO Commission on Macroeconomics and Health (Working Group No. 4). Geneva, WHO/HSD.

پوشش فقیرترین گروه‌های جمعیتی، بسیار ضروری است. حق اظهارنظر افراد، علاوه بر احساس هم‌بستگی، پشتوانه‌ای برای هدایت به‌سوی پوشش همگانی است. بیمه اجتماعی سلامت در حال حاضر با تأمین مالی کمکی از طریق چندین شریک گزینه مهمی است که چندین دولت از کشورهای در حال توسعه در حال اجرایی کردن آن هستند. در مقایسه با روش تأمین مالی سلامت از عواید مالیاتی عمومی، بیمه اجتماعی سلامت مسئولیت مستقیم تأمین مالی در بین شرکای مختلف را گسترش می‌دهد. این گروه‌ها اغلب شامل کارمندان، کارگران مشاغل آزاد و مؤسسات تولیدی هستند. آنان نسبت به تأمین مالی سلامتی خود مسئول‌اند. به‌علاوه، گسترش پوشش از طریق مشارکت مالی مستمر دولت و خیرین تسهیل می‌شود. اجتماعات نیز ممکن است از طریق پایه‌ریزی نظام‌های بیمه محلی، شرکایی در توسعه بیمه اجتماعی سلامت مؤثر باشند.

اگر رشد اقتصادی به‌طور همسان در کشورها صورت گیرد، در توسعه بیمه اجتماعی سلامت مؤثر است. به عبارتی دیگر، از طریق اتخاذ سیاست‌های کاهش فقر، اکثر افراد می‌توانند از فقر دور شوند تا حدی که بتوان تمایل و ظرفیت برای مشارکت در بیمه اجتماعی سلامت را افزایش داد. درواقع باید نیروزایی^۱ فراوانی بین بیمه اجتماعی سلامت از یک‌سو و سیاست‌های کاهش فقر و توسعه ازسوی دیگر وجود داشته باشد. به‌علاوه، بیمه اجتماعی سلامت به دسترسی بهتر به خدمات سلامتی اساسی منجر می‌شود که در بهبود وضعیت سلامتی مؤثر است.

موضوع بعدی تقویت رشد اقتصادی و سیاست‌های کاهش فقر است. باید توجه داشت که یکی از هدف‌های بانک جهانی در بخش سلامت حفاظت از تأمین مالی مستمر بخش سلامت از طریق پایه‌ریزی سازوکارهای توزیع ریسک است. به عبارتی، این چالش تسهیل ایجاد بیمه اجتماعی در آن دسته از کشورهایی است که تصمیم به صرف‌نظر کردن از این روش تأمین مالی در بخش سلامت دارند. تأثیر مباحثات مربوط به گات به کشورها اجازه می‌دهد خودمختاری را در سیاست‌های تجمیع منابع مالی بیازمایند.^۲

1. Synergy

2. 23 World Bank, "Sector Strategy: Health, Nutrition and Population", in *The Human Development Network* (Summary), Washington. DC, 1997. See also <http://www.worldbank.org/whatwedo/strategies.htm>

اگرچه، قبل از دستیابی به پوشش همگانی جمعیت از طریق بیمه اجتماعی سلامت به زمان و مباحثات کسل‌کننده‌ای نیاز است، تأسیس مؤسسات مناسب نیز به زمان نیاز خواهد داشت. کشورهایی که تصمیم به آغاز بیمه اجتماعی سلامت دارند نباید این دلیل را دستاویزی برای توجیه وقفه قرار دهند، اما این دلیل موجب برداشتن گام‌های مناسب برنامه‌ریزی به‌سوی ساختار بیمه اجتماعی سلامت شود. به‌خصوص، ممکن است کشورهای در حال توسعه کم‌درآمد بخواهند سناریویی را با نقش هدایت‌کنندگی نظام‌های بیمه سلامت محلی بپذیرند. همگام با همه این مراحل همواره اشتباه‌ها اجتناب‌ناپذیر است. اما باید از آنها برای سرعت بخشیدن به اجرای بیمه اجتماعی سلامت درس گرفت. توصیه کنفوسیوس این است: «بزرگ‌ترین افتخار ما هرگز در گذشته نیست، بلکه همواره در آینده است».

فصل سوم مبنای تاریخی و اجتماعی نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت

مقدمه

اصل فرهنگی بیمه اجتماعی سلامت به‌طور عمیق ریشه در جوامعی دارد که برای اولین بار آن را ارائه دادند. اغلب آلمان را منبع دیدگاه بیمه سلامت و اولین کشور در اروپای غربی می‌دانند که ساختارهای اختیاری موجود را به قانون اجباری تحت سرپرستی ایالت در سال ۱۸۸۳ تنظیم کرد. اما تاریخچه بیمه اجتماعی سلامت در اروپا و نیز اصل هم‌بستگی اجتماعی بسیار زودتر از سال ۱۸۸۳ و در محدوده گسترده‌تری از آلمان گسترش پیدا کرده بود. به دلایل زیادی، تاریخ بیمه اجتماعی سلامت و مفهوم خاص هم‌بستگی تاریخی افزایش توسعه اجتماعی اروپای غربی است. این جریان از اواخر قرون‌وسطی آغاز شد و با ایجاد دولت رفاه اجتماعی در اروپای مدرن به دنبال جنگ جهانی دوم ادامه یافت. اگر بخواهیم دقیق‌تر بگوییم، شکل کنونی مؤسسات و ارزش‌های اجتماعی نتیجه فرایند تاریخی طولانی مدتی است که میزان ثبات مؤسسات موجود بیمه اجتماعی سلامت و نیز مشکلی را که سیاستگذاران برای یافتن تغییرات مربوط به مؤسسات با آن مواجه هستند، شرح می‌دهد. همان‌طور که تاریخ‌نویسان و جامعه‌شناسان تشخیص می‌دهند، چندین نسل طول می‌کشد تا روش زندگی جدیدی ایجاد شود و سیاست‌مداران عاقل به‌ندرت به دنبال برهم زدن الگوهای قدیمی هستند.

در این فصل اولاً، به‌طور خلاصه، تاریخچه بیمه اجتماعی سلامت در اروپای غربی مرور می‌شود و طرح‌های ساختاری و مرکزی، که منجر به توافقاتی حاضر در هشت کشور مورد نظر شده است، تشریح می‌شود. سپس، در پایان این فصل درباره آنچه بسیاری از مفسران آن را ارزش فرهنگی در نظر می‌گیرند، به‌دقت بررسی می‌شود. این ارزش فرهنگی بیمه اجتماعی سلامت با عنوان هم‌بستگی اجتماعی ایجاد می‌گردد. در این بررسی، به ریشه‌های مختلف فرهنگی و تاریخی هشت کشور توجه شده و در نهایت

با بررسی مختصری درباره مفاهیم مربوط به مبنای اجتماعی و تاریخی بیمه‌های اجتماعی و سیاستگذاران به پایان می‌رسد.

۳-۱ تاریخ مختصری از بیمه اجتماعی سلامت در اروپای غربی

نظام کنونی بیمه اجتماعی سلامت همگانی، در اروپای غربی، نتیجه نهایی فرایند تاریخی هفتصدساله است. تا پایان این دوره، تعداد افراد تحت پوشش از کارکنان کم‌تعداد مشاغل خاص به تمام ساکنان یا حداقل تمام ساکنانی که درآمدشان از حداقل درآمد مشمول حق بیمه بالاتر است، افزایش یافت. مفهوم اصلی و شکل بیمه اجتماعی نیز از جایگزینی حقوق‌ها و مزایای مربوط به مرگ به پرداخت و یا ایجاد خدمات پزشکی برای بیماران سرپایی، مراقبت‌های بیمارستانی برای بیماران بستری و فراورده‌های دارویی توسعه و تغییر یافته است. ویژگی‌های اجرایی بیمه اجتماعی سلامت نیز در طول زمان دستخوش تغییر شده است. این سازمان تحت عنوان شرکت‌های تعاونی کارکنان داوطلب از سال ۱۸۸۳ در آلمان شروع به فعالیت کرد و سپس، طی قرن بیستم (از سال ۱۹۴۱ در هلند تا سال ۱۹۹۶ در سوئیس) ویژگی‌های قانونی تحت فرمان دولت را پذیرفته است. هر سه نوع تغییر بیانگر آن است که ترکیب کنونی، افزایش توسعه فرایند و ریشه عمیق ساختار سازمانی فعلی در بافت اجتماعی این کشورها وجود داشته است.

مرحله اول این فرایند تاریخی، گروه‌های کوچک کارکنان در دوره آخر قرون وسطی را دربرمی‌گیرد که انجمن‌های همکاری متقابل را، به سرپرستی صنف صنعتگران، ایجاد کردند. اولین تاریخ صندوق‌های ثبت شده این سازمان به سال‌های ۱۳۰۰ برمی‌گردد.^۱ این صندوق‌ها عموماً اعضای سازمان را پوشش می‌داد و به کمتر از ۵ درصد کل جمعیت محدود می‌شد. بقیه افراد وابسته به سازمان‌های مذهبی و یا خیریه بودند. در جریان تغییرات درصد پوشش سلامت بر مبنای شغل، اصلی اساسی برای بیمه‌های اجتماعی در کشورهای آلمانی زبان و سوئدی شد.^۲

اواخر قرن هجدهم دولت نقش فعالی را در تأمین خدمات سلامت ایفا می‌کرد. دو

1. Veraghtert and Widdershoven, 2002.

2. Abel-Smith, 1988.

گرایش مهم به تشکیل آینده بخش سلامت اروپا کمک کرد: یکی در منطقه نوردیک^۱ بود، جایی که به پزشکان منطقه‌ای در سوئد مأموریت داده شد تا منوط به خواست آنها بیماران فقیر را بدون پرداخت وجه ویزیت کنند.^۲ پس از آن، سیاست‌های مشابهی در مستعمره سوئدی فنلاند و نیز در نروژ دنبال شد.^۳ این اولین تلاش آشکار دولت برای ارائه خدمات سلامت به افراد فقیر و تلاش مداومی از سوی دولت‌های مختلف تازه تثبیت شده بود تا قدرت اقتصادی سازمان‌ها را از بین ببرد.^۴ وقتی که در چهارم آگوست سال ۱۷۸۹ سازمان‌ها با هدف ایجاد بازار کاری لیبرال‌تر و نیز افزایش مساوات اجتماعی متوقف شدند، منجر به یکی از اولین عملکردهای انقلاب فرانسه شد.^۵ فعالیت سازمان‌های هلند در سال ۱۷۹۸^۶ و دانمارک در سال ۱۸۶۱^۷ نیز ممنوع شدند. با تحریم سازمان‌ها کارکرد بیمه درمانی آنها به صورت جوامع مستقل (و به لحاظ سیاسی حمایت نشده) با همکاری متقابل ادامه یافت. بنابراین، مراحل برای فرایند تثبیت کنترل قانونی دولت تعیین و از سال ۱۸۸۳ آغاز شد.

از زمانی که سازمان‌ها حذف شدند، زمان طولانی سپری شد تا تلاش‌های انتفاعی خصوصی و غیرانتفاعی مشترکی برای سازمان‌دهی تأمین بیمه سلامت صورت گیرد. فشارهای داخلی کارکنان دولت نتایج گوناگونی داشت که با وضعیت فرهنگی و تاریخی کشور تغییر می‌کرد. برای مثال، در هلند بیمه‌گران تجاری خصوصی سعی می‌کردند بازاری برای بیمه سلامت ایجاد کنند که نتایج بدی داشت.^۸ در اواخر دهه ۱۸۰۰ انجمن بیمه درمانی اختیاری به وجود آمد که به وسیله خود افراد بیمه شده یا در بعضی از موارد از طریق شرکت‌های صنعتی و یا مؤسسه‌های خیریه اداره می‌شد.^۹ همچنین بیمه درمانی اختیاری طی این دوره در کشورهای حوزه نوردیک^{۱۰} و برای افراد طبقه متوسط

1. Nordic
2. Ghotnekar, 2001; Hjortsberg, 1980, Semer
3. Jarvelin, 2002; Furuholmen and Magnussen, 2000.
4. Abel-Smith, 1998.
5. Veraghtert and Widdershoren, 2002.
6. Ibid.
7. Abel-Smith, 1988.
8. Hogarth, 1963.
9. Abel-Smith, 1988.
10. Hogarth, 1963.

در فرانسه^۱ ایجاد شد. در سوئیس بیمه اختیاری در واکنش به بدنامی^۲ ظاهر شد که بیمه‌کننده‌های خصوصی تجاری کسب کردند و بخشی از آن مربوط به فشار زیاد فروشنده‌های دوره‌گرد بود.^۳ در فلسطین اشغالی اولین صندوق اختیاری بیمه بیماری به‌وسیله گروه کوچکی از کارکنان کشاورزی در سال ۱۹۱۱ تثبیت شد. بعداً در سال ۱۹۲۰ اتحادیه ملی کار اداره این صندوق‌ها را به عهده گرفت.^۴ تنوع شکل‌بندی سازمانی، اعضای تحت پوشش و خدمات ارائه شده بین نظام‌های بیمه درمانی اختیاری در بریتانیا به اوایل قرن بیستم مربوط می‌شود.

بزرگ‌ترین صنف بیمه‌کننده‌های سلامت شامل انجمن‌های تعاون می‌شد که مزایایی چون پرداخت نقدی و درمان به‌وسیله پزشکان عمومی طرف قرارداد و ارائه برخی از اقلام دارویی را عرضه می‌کرد. بعدها مزایای مربوط به دندان و چشم به‌وسیله بعضی از انجمن‌ها بدان افزوده شد. سایر بیمه‌کننده‌ها شامل انجمن‌های واحدهای تجاری خاص،^۵ انجمن‌های کار (براساس کارخانه) و درمانگاه‌های آینده‌نگر بودند که با یارانه صندوق‌های خیریه اداره می‌شوند. همچنین جوامعی با کمک‌های پزشکی وجود داشت که برنامه‌هایی را مشابه شرکت‌های بیمه تجاری ادامه می‌داد.^۶ اما آنها در اقلیت بودند. عضویت نه فقط شامل گروهی از نان‌آوران خانوار (افرادی با درآمد مشخص) می‌شد، بلکه مغازه‌داران کوچک و درصد زیادی از افراد طبقه متوسط را نیز دربرمی‌گرفت.^۷ البته برای الگوی جدید، استثنائاتی نیز وجود داشت. برای مثال، در آلمان سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه درمانی اغلب حفظ می‌شدند.^۸ به‌علاوه نقش آشکار نظارتی دولت در اتریش در قانون صنعتی ۱۸۵۹^۹ و با جایگزینی انسان‌دوستانه دولت در بخش‌های بسیار زیادی از هلند و بلژیک^{۱۰} مشخص شد.

1. Sain-Jours, 1983.

2. Bad Reputation

3. Mourer, 1983.

4. James and Carrin, 2004.

۵. Tontine: شرکت‌های مدنی که مازاد سالیانه و منافع حق‌السهم را بین اعضا توزیع می‌کردند و در صورت مرگ یکی از شرکا سهمش میان اعضای بازمانده تقسیم می‌شد.

6. Green, 1985.

7. Abel-Smith, 1988.

8. Veraghtert and Widdershoren, 2002.

9. Hofmarcher and Rack, 2001.

10. Veraghtert and Widdershoren, 2002.

دوران مدرن بیمه اجتماعی سلامت را، در سال ۱۸۸۳، بیسمارک^۱ آغاز کرد. با افزایش نگرانی‌ها و فشار سیاسی که از سوی اتحادیه‌های کارگری تحت نفوذ مارکسیسم به وجود آمد و از طرفی از بین رفتن تمایل برای ایجاد دولت قدرتمند آلمان، بیسمارک از طرح حفظ صندوق‌های مستقل بیمه بیماری بر مبنای شغل استقبال کرد، اما عملکرد آن را تحت سرپرستی دولت قرار داد. نتیجه قانونگذاری‌ها، مبنای قانونی و اجتماعی برای صندوق بیماری در آلمان و نیز بسیاری از بخش‌های اروپای غربی را موجب شد. در واقع اتریش در سال‌های ۱۸۸۸-۱۸۸۷^۲ و در سال ۱۸۹۲ همان کار را انجام داد و دولت دانمارک برنامه متفاوتی را پذیرفت که یارانه‌هایی به صندوق‌های اختیاری موجود می‌داد و بیماران پذیرفته می‌شدند.^۳ بلژیک قانون مشابهی را تصویب کرد و در سال ۱۸۹۴ برای صندوق‌های بیماری یارانه‌های دولتی را مبنای قرار داد.^۴ در سوئیس با وجود پذیرفتن رفراندوم ۱۸۹۹، الگویی با سبک آلمان رد شد، قانون ۱۹۱۱ نیاز به صندوق‌های اختیاری داشت که یارانه‌های فدرال را برای عضویت و وفادار ماندن به قوانین دولتی می‌پذیرفت.^۵ در بریتانیا Lloyd George به‌طور موفقیت‌آمیزی قانون بیمه درمانی را در همان سال تصویب کرد.

این فرایند، بعد از نتیجه جنگ جهانی اول، وقتی که فرانسه - با بیمه درمانی در منطقه آلساس - لورن مواجه شد - با تصویب قانون بیمه اجباری درمانی در سال ۱۹۲۰ ادامه یافت؛ هرچند که تا ده سال بعد اجرا نشد. هلند یکی از آخرین کشورهای اروپای شمالی بود که قانون بیمه اجباری درمانی را تصویب کرد و در سال ۱۹۴۱ با تصرف آلمان^۶ قانونی را تصویب کرد که تا پایان جنگ جهانی دوم حفظ شد.

دوره افزایش عملکرد دولت با افزایش میزان پوشش جمعیت مشخص شد. قانونی که در این دوره تصویب شد نه فقط اصل نظارت دولت و قانون صندوق‌های بیماری را تثبیت کرد، بلکه بخش‌های خاصی از جمعیت (عموماً گروه‌های مختلف کارکنان) را مجبور به کسب پوشش بیمه - و به کار گرفتن اصطلاح اجباری - کرد. اما میزان پوشش بیمه بسیار

1. Bismark

2. Hofmarcher and Rack, 2001.

3. Abel-Smith, 1988; Vallgarda, 2001.

4. Veraghtert and Widdershoren, 2002.

5. Saint-Jours, 1983; Sanduer, 2004.

6. Den Exter and et. al, 2002.

کمتر از حد پوشش همگانی بود. بسته به نوع کشور، مراحل بعد از سال ۱۹۴۵ برای تکمیل فرایند پوشش تمام کارکنان با درآمد کمتر از حداقل درآمد ثابت، افراد تحت تکفل آنها و همچنین افراد بیکار و بازنشسته لازم شد. این فرایند تا پایان سال ۱۹۹۶ در سوئیس ادامه یافت. در کشورهای جنوب اروپا که کار عمده آنها کشاورزی بود و انقلاب صنعتی در آن دیرتر از اروپای شمالی آغاز شد، اولین صندوق‌های اصلی بیماری به‌وسیله مؤسساتی در بخش جدید صنعتی ایجاد شدند. سطوح پوشش در کشورهای جنوب اروپا مثل اسپانیا و پرتغال در دوره دیکتاتوری کند پیش می‌رفت هرچند بخشی از آن به‌دلیل رشد کند اقتصادی بود، اما در اواخر قرن بیستم میزان پوشش معادل با بقیه اروپا بود (نمودار ۱-۳). برای مثال، در پرتغال در نیمه اول قرن بیستم، پوشش بیمه محدود به کارکنان صنعتی می‌شد و بخش‌های دیگر نیروهای کار از طریق توسعه پوشش در سال‌های ۱۹۵۹، ۱۹۶۵، ۱۹۷۱ و ۱۹۷۸ اضافه شدند.^۱ در اسپانیا پوشش به‌نحو چشمگیری با قانون تأمین اجتماعی سال ۱۹۶۷ گسترش یافت.^۲

۲-۳ حرکت از بیمه اجتماعی سلامت به نظام کاملاً مالیاتی

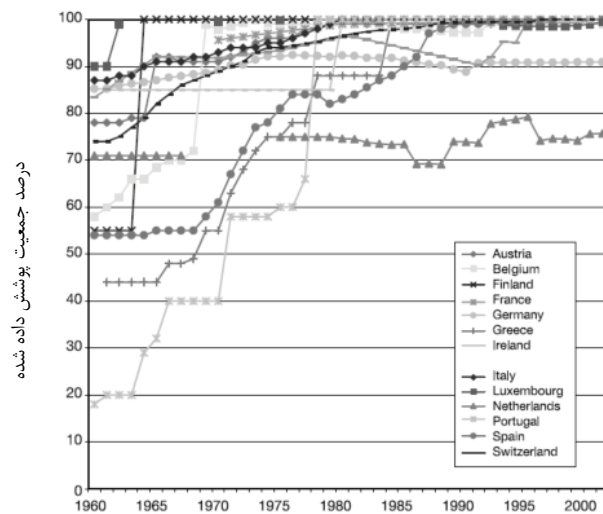
کشورهای بسیار زیادی در اروپای غربی در دوره پس از جنگ جهانی دوم، از نظام بیمه اجتماعی سلامت به نظام به‌طور کامل مالیاتی حرکت کردند. اولین حرکت از سال ۱۹۴۸ تا ۱۹۷۳ شامل کشورهای بریتانیا، دانمارک و فنلاند می‌شد و دومین حرکت از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۶ مربوط به دوره بعد از دیکتاتوری بود (به‌جز ایتالیا)، حرکت در اروپای جنوبی از سال ۱۹۷۸ تا ۱۹۸۶ در ایتالیا، پرتغال، یونان و اسپانیا دنبال شد (جدول ۱-۳). به‌علاوه، در نیمه آخر دوره پس از جنگ جهانی دوم، نظام فرانسه نسبت بودجه‌های مالیاتی را افزایش داد، دولت لوکزامبورگ در سال ۱۹۹۲ حذف صندوق‌های بیماری را پیشنهاد کرد (بدون نتیجه)^۳ و در فلسطین اشغالی قانون ۱۹۹۵ جایگزین حق بیمه‌های مستقیماً پرداخت شده به صندوق بیماری با مالیات تصاعدی سلامت ملی شد.^۴

1. Benges and Dias, 2003.

2. Rico, 2000.

3. Kerr, 1999.

4. Rosen, 2003.



توضیح: کشورهایی که از سال ۱۹۶۰ بیش از ۹۰ درصد پوشش دارند، کنار گذاشته شدند (دانمارک، نروژ، سوئد و بریتانیا). در هلند نسبت پوشش جمعیت و میانگین سهم جمعیت تحت پوشش با صندوق‌های بیمه درمانی (عمومی) و تمام جمعیت تحت پوشش طرح هزینه‌های پزشکی تنظیم می‌شوند. وزن بودجه عمومی (دولت، پرداخت‌های تأمین اجتماعی و طرح هزینه‌های پزشکی) بسته به نرخ حمایت اجتماعی در هزینه‌های کل ارائه می‌شود.

Source: OECD, 2003; Ben Num, 1999.

نمودار ۳-۱ افزایش اساسی پوشش همگانی در سال‌های، ۱۹۶۰-۲۰۰۲

اما فرایند افزایش قدرت دولت بر بیمه درمانی در بیمه اجتماعی سلامت سنتی اروپای غربی کمتر آشکار است. در اتریش، بلژیک، آلمان و هلند، هنوز دسترسی کامل به مدل بیمه اجتماعی سلامت وجود دارد و قدرت دولت عموماً با احتیاط قابل توجهی به کار گرفته می‌شود. ملاحظات عمیقی برای ایجاد اصلاحات در بیمه اجتماعی سلامت وجود دارد. یکی از نکات مورد توجه و درخور تاریخ طولانی بیمه اجتماعی سلامت آن است که تغییرات ایجاد شده دولتی نقش درست و روشن جامعه داخلی را از بین می‌برد و چندگانگی و شرکت در سازمان اداری خشک دولتی را جایگزین آن می‌کند، که زمان

رسیدن به دیگر خدمات نظام رفاه اجتماعی، به اصلاحات نیاز دارد. نکته مورد توجه دیگر، تلاش‌های دولت در دهه ۱۹۹۰ در کشورهایی مثل آلمان و هلند است تا ظاهراً برنامه‌های متفاوت و متعادل‌تری را برای ایجاد ارتباط بیشتر بازار درون نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت، به‌خصوص بین صندوق‌های بیماری ارائه دهد. توجه به افزایش نقش بازار و یا دولت، نگرانی‌هایی را نشان می‌دهد که این تغییرات ممکن است، ظاهر فعلی هم‌بستگی اجتماعی ایجاد شده در بخش داخلی جامعه را از بین ببرد.

جدول ۳-۱ تأمین مالی نظام مراقبت‌های سلامتی

ردیف	کشور	عمدتاً بر پایه بیمه اجتماعی سلامت	عمدتاً بر پایه مالیات	سال تغییرات قانونی اصلی از نقش بیمه اجتماعی سلامت به نظام عمدتاً بر پایه مالیات
۱	اتریش	*		
۲	بلژیک	*		
۳	دانمارک		*	۱۹۷۳
۴	فنلاند		*	۱۹۷۲ ^{×*}
۵	فرانسه	*		
۶	آلمان (جمهوری فدرال تا ۱۹۹۰)	*		
۷	یونان		*	۱۹۸۳
۸	ایرلند		*	۱۹۷۰ [*]
۹	فلسطین اشغالی	*		
۱۰	ایتالیا		*	۱۹۷۸
۱۱	لوکزامبورگ	*		
۱۲	هلند	*		
۱۳	نروژ		*	۱۹۶۷
۱۴	پرتغال		*	۱۹۷۹
۱۵	اسپانیا		*	۱۹۸۶
۱۶	سوئد		*	۱۹۷۰ [×]

جدول ۳-۱ تأمین مالی نظام مراقبت‌های سلامتی

ردیف	کشور	عمدتاً بر پایه بیمه اجتماعی سلامت	عمدتاً بر پایه مالیات	سال تغییرات قانونی اصلی از نقش بیمه اجتماعی سلامت به نظام عمدتاً بر پایه مالیات
۱۷	سوئیس	*		
۱۸	بریتانیا		*	۱۹۴۶

* بیمه اجتماعی سلامت هرگز نقش مهمی ایفا نکرده است. تاریخ نشان داده شده بیانگر نکته‌ای نقض شده می‌باشد که دولت مرکزی مسئولیت مالی را برای ارائه پوشش بیشتر برعهده گرفت و نقش نظام بر پایه مالیات بسیار افزایش یافت.

هم‌بستگی همکاری محاسبه نشده براساس تشخیص علت مشترک تعریف شده است.^۱ افراد به‌جای اینکه یک واسطه مستقل باشند، به‌عنوان یک فرد ثابت در بافت‌های اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند. بنابراین، هم‌بستگی ویژگی این افراد خاص نیست، بلکه نوع خاصی از ارتباط بین مردم را نشان می‌دهد. این استنباط به‌طور عمده با برداشت فیلسوفانه ایدئالیستی آلمانی از ارتباط بین افراد و جامعه موافق است. افرادی که آزادیشان را از طریق گروه‌های اجتماعی به‌دست می‌آورند، ارتباطات دوجانبه، پیش‌شرطی برای پیشرفت و آزادی افراد ایجاد می‌کند. به‌طور مشابه همان‌طور که کنز^۲ و دیگران اشاره می‌کنند میزان هم‌بستگی که بین جمعیت خاصی ایجاد می‌شود، به‌عنوان عامل مهم جامعه داخلی و منابع مشترک تلقی می‌شود که به‌عنوان ساختار واسط بین دولت و بازار خدمت می‌کند و هم‌بستگی اجتماعی ایجاد می‌کند. به‌طور واضح‌تر هم‌بستگی در بخش سلامت برخی اوقات به‌عنوان عملی کردن عدالت اجتماعی تفسیر می‌شود؛ یعنی طبق اعتقاد فیلسوفانه عام باید با تمام افراد به‌طور یکسان رفتار شود. در این دیدگاه هم‌بستگی خارج از نیازهای طبیعی و رفتارهای جامعه رشد می‌کند - یعنی، هم‌بستگی ساختاری مصنوعی نیست که ظاهراً با هر حکمی بر فرد یا جامعه تحمیل شود. هم‌بستگی در کنه روش زندگی قرار دارد. مفهوم اجتماعی نظام‌های بیمه

1. Houepen and Ter Meulen, 2000a, p. 344.

2. Chinitz

اجتماعی سلامت در این مقال نمی‌گنجد و نیاز به بررسی بیشتری است.^۱ در جوامعی با تشخیص مشترک،^۲ که اصل هم‌بستگی وجود دارد، اغلب طرحی را دنبال می‌کنند که با محیط اطراف فرد آغاز شده و سپس به کندی به طرف بیرون توسعه پیدا می‌کند و ویژگی‌های آن از شخصی به همگانی و شغلی و در نهایت در سطح ملی حرکت می‌کند. در آغاز، هم‌بستگی از خانواده‌ها به گروه‌های محلی کوچک، که ارتباطات رودررو و نزدیکی داشتند، توسعه یافت؛ مثل سازمان‌ها، کلیساها و سپس انجمن‌های محلی و نهضت‌های سیاسی.

تا اواخر قرن نوزدهم نیاز به بودجه‌های قابل دوام و تحت نظر دولت موجب تغییر اساسی از مشارکت‌های اختیاری و محلی به اجباری و ملی شد. این امر تغییری اساسی در سازمان‌دهی عامل را نشان می‌داد، اما بیشتر شهروندان آن را شیوه‌ای برای رسیدن به هدف‌های یکسان اما به روش‌های مختلف می‌دانستند.^۳ با توجه به بیمه درمانی، نظام رفاه اجتماعی جدید، مؤسسات و شیوه فعالیت طرح اختیاری قبلی را حفظ کرد، اما در عمل شامل تغییرات اساسی در چگونگی نیاز به مراقبت‌ها در کشورهای اروپای غربی بود. این نیاز از بافت تشخیص مشترک میان گروه‌های محلی خارج شد و به‌عنوان حق عمومی دوباره جایگزین گردید تا به‌وسیله قدرت اجباری دولت تضمین و تأمین بودجه شود.^۴ این تحول تغییر ساختاری اساسی را شرح می‌دهد که چگونه به‌وسیله آن هم‌بستگی جذب شده و در مؤسسات نظام رفاه اجتماعی ارائه شد.

هم‌بستگی به شکل نظام رفاه اجتماعی در کشورهایی وجود دارد که مراقبت‌های سلامت به‌طور مستقیم از مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود (مانند کشورهای اسکاندیناوی و بریتانیا). درواقع بسیاری از خصوصیات که رسیدن به هم‌بستگی کامل در کشورهایی با نظام بیمه اجتماعی سلامت را محدود می‌کند در نظام‌های مالی تأمین از طریق مالیات‌ها وجود ندارد، زمانی که انسجام به‌طور گسترده در نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت بررسی می‌شوند، در عمل کامل‌تر می‌توان به نظام‌های همگانی

1. For More Information: Richard B. Saltman, & et.al, Social Health Insurance System in Western Europe, Open University Press, 2004, pp. 3-21.

2. Houepen and Ter Meulen, 2000b.

3. Ibid., 2000a.

4. Ibid., 2000b.

مبتنی بر مالیات - حداقل در مفهوم به ظاهر مالی - دست یافت.

بایرترز^۱ مجموعه‌ای از چهار گروه (تا حدی) متضاد را تعیین کرد تا در زمان‌های مختلف بتوان ویژگی همبستگی اجتماعی را برای آنها تعریف کرد:

۱. رابطه متقابل (برادری) و نیز عدم تقارن (کمک به فقرا)؛
۲. افراد (کمک به ضعفا) و جامعه (همبستگی اجتماعی)؛
۳. ارتباط‌های افراد (ایثار، دوستی) و نیز ارتباط‌های سازمانی (وظایف شهروندی)؛
۴. غریبه‌ها، برادری همگانی و نیز گروه‌های فرعی سیاسی یا قومی خاصی (دور هم جمع شدن).

بنابراین، همبستگی انواع تبدیل‌های مختلف در جامعه را می‌پذیرد. در این خصوص، داشتن محدوده بسیار وسیع‌تر از فرایند گسترده مرکزی نه فقط برای بیمه سلامت، بلکه برای سازمان اجتماعی در این کشورها تصور می‌شود.

وقتی کسی درباره چگونگی به کارگیری مفهوم همبستگی به خصوص در بخش‌های سلامت مربوط به هشت کشور مورد نظر تحقیق می‌کند، تغییرات چشمگیری در منابع سیاسی، فلسفی، فرهنگی غالب و نیز در قدرتمندترین گروه‌ها می‌یابد. در شرایط گسترده، همبستگی در هلند از آمادگی فرهنگی برای معقول بودن عملی ناشی می‌شود که متشکل از سه عنصر مرتبط است: منافع شخصی، ارتباطات سیاسی و گذشت واقعی.^۲ منابع ارزش‌های همبستگی در فرانسه، به طور کاملاً متفاوتی، مفاهیم فلسفی *fraternité* و *égalité* هستند که به انقلاب فرانسه نسبت داده می‌شود و به وسیله تمام جمهوری‌های بعدی فرانسه برگزیده شد. مفهوم انسجام یا همبستگی در بلژیک اصول تعهد مذهب کاتولیک را به طور کامل منعکس می‌کند، در حالی که، مفهوم همبستگی در سوئیس ارتباطات بین فردی محدودی را نشان می‌دهد و به وضعیت محلی مربوط می‌شد (کانتون).

تعجبی ندارد که عامل مرکزی که همبستگی را به بخش سلامت منتقل و آن را ادامه می‌دهد در کشورها متفاوت است، در آلمان، فرانسه و لوکزامبورگ صندوق‌های بیماری اغلب با ویژگی‌های شغلی تعیین می‌شوند. در بلژیک صندوق‌های بیماری با وابستگی‌های مذهبی و ایدئولوژیکی مشخص می‌شوند و در هلند صندوق‌های بیماری وابستگی‌های ایدئولوژیکی و مذهبی پیشین خود را از دست داده‌اند تا گروه‌های محلی

1. Bayertz, 1999.

2. Dubois, 2002.

غیرمتعصبانه‌ای (در حال حاضر ملی) را به وجود آورند. در اتریش آنها با گروه‌های شغلی و یا منطقه‌ای سازمان‌دهی می‌شوند. در سوئیس صندوق‌های بیماری بر پایه ترکیب گسترده مذهبی و جغرافیایی (محلی و ملی) سازمان داده می‌شوند. به تازگی در فلسطین اشغالی چهار صندوق بیماری ترکیبی از ایدئولوژی غیرجانبدارانه منعکس می‌کند.

می‌توان تأثیر متغیر اعتقادات مذهبی و ایدئولوژیکی را بر اجرای داخلی صندوق‌های بیماری بیشتر در نظر گرفت. در برخی کشورها، صندوق‌ها، اعتقادات شدیداً مذهبی (برای مثال، کاتولیک در بلژیک) یا ایدئولوژیکی را (برای مثال سوسیالیست در آلمان)، حفظ می‌کنند. اینها از سیاست صندوق‌ها و حتی دیدگاه متواضعانه و منفعت‌جویانه مدیر صندوق‌ها حمایت می‌کنند.^۱

با توجه به تنوع موجود بین کشورها، تعجب‌آور نیست که سازمان‌های عملی و چارچوب‌های ساختاری پذیرفته شده هم بسیار متفاوت باشد. در آلمان، محدوده خودتنظیم صندوق‌های بیماری و ارائه‌دهندگان، شدیداً با کتاب منتشر شده^۲ مجموعه قوانین فدرال محدود می‌شد. در هلند به طور کاملاً متفاوت، به جای اینکه کتاب مجموعه قوانین اجتماعی منتشر شود تعداد زیادی دانشکده وجود دارد که مهم‌ترین افراد را در بخش‌های فرعی خاص مرتبط به سلامت می‌پذیرد و - با محدودیت‌های به اختصار تعیین شده - تصمیمات زیادی را بخش سلامت می‌گیرد.^۴ در فرانسه اجرا و تصمیم‌گیری برای صندوق‌های بیماری (و نیز برای بزرگ‌ترین بیمارستان‌ها) به وسیله مؤسسات دولتی (برخی اوقات از طریق ادارات محلی مربوط به بودجه‌های بیمار عمل می‌کند) اداره می‌شود.

پیچیدگی هم‌بستگی ویژگی طبیعی‌اش را مورد تأکید قرار می‌دهد. ریشه‌های هم‌بستگی در ساختار اجتماعی حداقل شش کشور مورد مطالعه بسیار محکم است. (فلسطین اشغالی و سوئیس اعضای جدید برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت هستند). اصل هم‌بستگی بیان می‌کند که شهروندان سلامت و مزایای تأمین اجتماعی را چگونه می‌بینند و چگونه این اصل در تفکر ملی سیاستگذاران و قضاوت‌های آنها قرار دارد. اگر هم‌بستگی را موتوری در نظر بگیریم که ساختار اجرایی چندگرایانه نظام‌های بیمه

1. Glaser, 1991.

۲. کتاب پنجم از مجموعه قوانین اجتماعی.

3. Busse, 2000.

4. Den Exter and et. al., 2002.

اجتماعی سلامت را ترغیب می‌کند، بی‌ربط نخواهد بود. هم‌بستگی ایجاد شده بین بلژیک، فرانسه، آلمان، لوکزامبورگ و هلند تنها مجموعه‌ای از یارانه‌های فرعی مالی نیست، بلکه عاملی مرکزی در تغییر اجرای تخصصی نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت از بیمه درمانی به روش زندگی است. عادلانه به‌نظر می‌رسد اگر نتیجه بگیریم که انعطاف‌پذیری هم‌بستگی عامل توصیفی اصلی در ثبات طولانی‌مدت کلی است که نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت به آن رسیده‌اند.

۳-۳ انعطاف‌پذیری هم‌بستگی^۱

اصل فعال در نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت مفهوم هم‌بستگی اجتماعی است. انقلاب صنعتی در اروپا هم‌زمان با بیمه اجتماعی است. این روند از اواخر قرون وسطی با همکاری مشترک انجمن‌ها در قرن نوزدهم تا اواخر قرن بیستم به‌وسیله نظام رفاه اجتماعی ادامه داشت. به‌رغم آشوب‌های سیاسی در غرب اروپا در نیمه اول قرن بیستم - به اعتقاد بعضی افراد به‌علت آشوب‌ها و به‌طور اخص جنگ جهانی دوم - هم‌بستگی اصل سیاسی برجسته‌ای را حفظ می‌کند که عوامل اساسی سیاست‌های اجتماعی ملی و جدید بازار مشترک اروپا را تعیین می‌کند.^۲ نتیجه طرح در میان نظام‌های دولتی بعدی ثابت بود و به‌طور جدی شبیه برنامه‌هایی بود که از طریق نظام‌های دیگر بیمه اجتماعی سلامت اروپای غربی به‌وجود آمد. به‌عنوان یک ارزش تجویزی، اصل هم‌بستگی، به‌عنوان اصل مذهب مسلط مسیحیت (کاتولیک و پروتستان)، سوسیالیسم مارکسیستی، حرکت اتحادیه صنفی مدرن و گرایش ناسیونالیست قدیمی، احیا شد و باقی ماند. به عقیده منتقدان و سیاستگذاران اروپای غربی بحث درباره مفهوم بیمه اجتماعی سلامت بدون حمایت اجتماعی وسیع از مفهوم هم‌بستگی، دور از ذهن و نامفهوم است.

۳-۴ اشاره‌های ضمنی مربوط به آینده

با نگاهی به آینده درمی‌یابیم، بعد انتقادی آینده بیمه اجتماعی سلامت به‌اندازه‌ای است که

1. Solidarity

2. Stone, 1995; Altenstetter, 1999; Bayertz, 1999; Gevers, 2000; Gilbert, 2000; Houtepen, Ter Meulen, 2000b; Hinrichs, 1995.

مفاهیم قدیمی هم‌بستگی به‌عنوان نبض^۱ رویکرد بیمه اجتماعی سلامت - در دوره افزایش بی‌ثباتی اقتصادی - حفظ شود. فشارهای فرهنگی در جامعه مصرف‌کننده همراه با تمایز اقتصادی، همان‌طور که به‌وسیله تضعیف‌کننده هم‌بستگی حقوق‌ها، حقوق‌های بازنبستگی گروهی (دولتی) و قدرت اتحادیه‌های کار برجسته شد، درباره بقای اصل هم‌بستگی - و بنابراین بیمه اجتماعی سلامت - نیز مورد توجه است. فشارهای وارد شده برای تأکید بر افراد مجزا به‌جای بعد اجتماعی مشترک بین شهروندان احتمال از بین رفتن ارزش‌های اساسی را می‌دهد که زیربنای هم‌بستگی اجتماعی در تمام شکل‌ها و به‌خصوص تمرکز اصلی بیمه اجتماعی سلامت بر یارانه‌های فرعی اجتماعی و عدالت اجتماعی را تشکیل می‌دهد.

تأثیر اجتماعی ناخوشایند رکود اقتصادی میزان وسیعی از ریسک‌های احتمالی مربوط به کاهش تعداد مؤسسات گروهی را متذکر می‌شود تا مطمئن شویم هم‌بستگی، مثل نظام بیمه اجتماعی سلامت، عملیاتی می‌شود. به‌علاوه، به پیشنهاد بعضی از مفسران، مفهوم قدیمی هم‌بستگی را می‌توان برای حفظ موقعیتش در دنیای بعد از تمایز،^۲ دوباره شکل داد.^۳ این تلاش فلسفی به دنبال پاسخی برای این انتقاد است که انسجام و در نهایت نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت برای کشورهایی در مرحله گذشته تاریخ و مرحله قبلی توسعه اقتصادی طراحی شده بود. مفاهیمی چون ایجاد دموکراسی دیالوژیک^۴ و انسجام غیرارادی^۵ تلاش می‌کنند تا بر تبادل اجتماعی^۶ و ویژگی‌های ارتباطی هم‌بستگی اجتماعی تمرکز کنند و برای ایجاد سازمان‌دهی مرکزی در آینده و نیز برنامه‌های سازمانی گذشته به آن نیروی دوباره ببخشند.^۷ یکی از بزرگ‌ترین چالش‌هایی که سیاستگذاران در کشورهای با بیمه اجتماعی سلامت با آن مواجه‌اند این است که آیا می‌توان تعادل سابق بین فشارهای اجتماعی و اقتصادی در دوره منطقه‌ای شدن و جهانی شدن را حفظ کرد.

1. Beating Heart

2. Post-rawlsian

3. Houtepen and Ter Meulen, 2000b.

4. Dialogic Democratization Giddens, 1994.

5. Haermas, 1992; Dean, 1995.

6. Social Interchange

7. Houtepen and Ter Meulen, 2000b.

جدول ۳-۲ عملکرد رقابتی صندوق های بیمه اجتماعی سلامت در هر کشور

موضوع	بلیژیک	آلمان	فلسطین اشغالی	هلند	سویس
تعمین نرخ مشارکت ها (بیمه اجباری)	وجود ندارد، نرخ یکپارچگی است به وسیله قانون تنظیم شده است	وجود دارد، افزایش آن محدود به بالا رفتن هزینه های پیش بینی شده است	وجود ندارد، مالیات سلامت به اضافه تخصیص بودجه ها از درآمدهای کل روش تعیین شده است	وجود دارد، برای حق بیمه های وابسته به درآمد، اما می توان حق بیمه با نرخ ثابت و جزئی مشخص کرد	وجود دارد، حق بیمه سرانه وابسته به جامعه تعریف شده است
عضویت همگانی (بیمه اجباری)	وجود دارد	وجود دارد، تمام صندوق های همگانی شامل تمام صندوق های محلی عمومی و صندوق های جایگزین، صندوق های سازمان و غالب شرکت ها می شود بدون صندوق های کشاورزی، کارگران معدن یا دریانوردان که عضویت شخصی را حفظ می کنند	وجود دارد، وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد
قراردادهای منتخب، ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی	وجود ندارد	وجود ندارد، به جز پروژهای آزمایشی	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد
مزایای ممتاز	وجود دارد، ارائه خدمات تکمیلی مثل مراقبت های خانواده، بیمه بیمارستانی، طب پیشگیری مراقبت های سلامت در خارج از کشور	وجود دارد، ارائه مزایای انقاعی (مثل طب هومیوپاتیک یا برای سفرهای خارج)	وجود ندارد، شامل پزشکان، خدمات اجتماعی، بیمه مراقبت های طولانی مدت و غیره تعریف شده است.	حق بیمه ناچیز و متفاوت و بیمه تکمیلی وجود دارد	برداشته های مشارکتی مختلف و بیمه تکمیلی وجود دارد
تنظیم مراقبت های تلفیقی	وجود ندارد	وجود ندارد	وجود دارد	وجود ندارد	وجود دارد

منبع: استخراج از متن.

جدول ۳-۳ سهم صندوق‌های بیماری برای افراد بیکار و بازنشسته و افراد کم‌درآمد، ۲۰۲۰-۲۰۳۰

ردیف	کشور	بیکاران	بازنشسته‌ها	افراد کم‌درآمد
۱	اتریش	۶/۸ درصد مزایای بیکاری برای افراد بیکار بدون مزایای اجتماعی (از جمله افراد خواهند پناهندگی که به‌وسیله دولت قدرت تشخیص داده می‌شوند) دولت پرداخت می‌کند	میزان مشارکت ۳۲/۵ درصد بقیه به‌وسیله صندوق بیمه تأمین اجتماعی که حقوق بازنشستگی را پرداخت می‌کند	زیر ۳۰۹۳۸ یورو در ماه؛ بدون میزان مشارکت اجباری (فقط بیمه حوادث اجباری است) بیمه داوطلبانه با چهارده یورو در ماه برای بیمه بیماری امکان‌پذیر است
۲	بلژیک	افراد بیکار دارای مزایا و یا بدون مزایا؛ پرداخت نمی‌کنند، اما با صندوق بیماری پوشش داده می‌شوند. صندوق بیماری پرداخت می‌کند	اگر فرد بیش از پانزده سال کار کرده باشد، حق بیمه ندارد؛ اگر کمتر از پانزده سال کار کرده باشد حق بیمه ثابت ۱۷/۰۲ یورو (با افراد تحت تکفل آنها: ۲۵/۵۷ یورو سه ماه و با پارانهای دولتی تکمیل می‌شود)	حداقل بیمه براساس درآمد ۴۶۵۲۳۸ یورویی در سال برای کارکنان ۲۱ ساله ^۱ و بیشتر ^۲ است
۳	فرانسه	طرح بیمه همگانی ۳۹/۵ درصد مزایاست، برای کسانی که مزایا ندارند؛ هزینه‌ها جمع‌آوری شده و بین صندوق‌ها تقسیم می‌شود	حق بیمه همگانی ۳/۹۵ درصد مزایاست ^۳	اگر درآمدهای مشمول جالیات کمتر از ۶۶۰۰ یورو در سال باشد، هیچ حق بیمه‌ای ندارند. میزان حق بیمه کمتر برای افراد کم‌درآمد (افراد خویش‌فرما: ۰/۶ درصد تا محدودیت تأمین اجتماعی ۳۹۱۸۴ یورو در سال و پس از آن ۵/۹ درصد)

جدول ۳-۳ سهم صندوق‌های بیماری برای افراد بیکار و بازنشسته و افراد کم‌درآمد، ۲۰۰۳-۲۰۰۲

ردیف	کشور	بیکاران	بازنشسته‌ها	افراد کم‌درآمد
۴	آلمان	صندوق‌های بیکاری به‌طور کامل پرداخت می‌کنند، حق بیمه‌ها براساس ۸۰ درصد حقوق بیکارهای گذشته است	صندوق‌های بازنشستگی به‌جای کارفرما پرداخت می‌کند، یعنی بازنشسته‌ها نیمی از حقوق بازنشستگی را پرداخت می‌کنند	حقوق‌های کمتر از چهارصد یورو در ماه ^۲ کارفرماها ۱۱ درصد آن را پرداخت می‌کنند و کارکنان برای درآمد صفر تا ۴۰۰ یورو در ماه صفر درصد پرداخت می‌کنند ^۵ (بدون ارائه بیمه خدمات درمانی) برای ۴۰۰/۰۱ یورو تا ۸۰۰ یورو در ماه دستمزدها کاهش می‌یابد
۵	فلسطین اشغالی	بیکاران با بیمه‌های اجتماعی ۳/۱ درصد تا نیمی از میانگین حقوق ملی را پرداخت می‌کنند و برای درآمدهای کمتر از این سطح، ۴/۸ درصد پرداخت می‌کنند. افراد بیکار بدون بیمه اجتماعی، حداقل مالیات سلامت NIS84 را در ماه می‌پردازند	بازنشسته‌های دارای بیمه اجتماعی حداقل مالیات سلامت NIS84 را در ماه می‌پردازند؛ بازنشسته‌های بدون بیمه اجتماعی NIS157 را در ماه می‌پردازند (برای زوج‌های بازنشسته‌هاست)	افراد کم‌درآمد ۲/۱ درصد حقوق‌های تا نیمی از میانگین حقوق ملی و ۴/۸ درصد برای درآمدهای کمتر از این سطح را پرداخت می‌کنند
۶	لوکزامبورگ	بدون مزایای دولت؛ بدون پوشش بیمه اجباری، بیمه اختیاری در سطح حق بیمه‌های مشابه با حداقل درآمدهای تضمین شده (۱۳۶۹ یورو در ماه)	همان نرخ افراد بیکار، اما حداقل ۳ درصد بیشتر از حقوق حداقل جامعه است (۱۳۷۹ یورو در ماه)	کمتر از حداقل درآمدهای تضمینی (۹۳۶۹ یورو در ماه)؛ بدون حق بیمه‌های اجباری، بیمه اختیاری در سطح حق بیمه‌های مشابه با حداقل درآمد تضمین شده امکان‌پذیر است

جدول ۳-۲ سهم صندوق‌های بیماری برای افراد بیکار و بازنشسته و افراد کم‌درآمد، ۲۰۰۲-۲۰۰۳

ردیف	کشور	بیکاران	بازنشسته‌ها	افراد کم‌درآمد
۷	هلند	حق بیمه‌های جزئی مستقل از درآمد، مزایای اجتماعی به‌عنوان حقوق مطرح می‌شود (۱۷) درصد برای کارکنان و ۶/۷۵ درصد برای کارفرما). بدون تخفیف حق بیمه برای افراد بیکار و آنها بدون هیچ مزایایی باید بیمه خصوصی بخرند	۸/۴۵ درصد (مانند مجموع حق بیمه‌های عادی کارفرما و کارکنان) حقوق بازنشستگی کلی افراد مسن (برای افراد پیرتر از ۶۵ سال صندوق‌های اضافی: ۶/۴۵ درصد)	حق بیمه‌های جزئی مستقل از درآمد و بدون تخفیف حق بیمه برای حقوق‌های پایین
۸	سوئیس	پرداخت حق بیمه مستقل از درآمد، اما در صورت ناتوانی در پرداخت یارانه‌ها در دسترس هستند	پرداخت‌های حق بیمه مستقل از درآمد، اما در صورت ناتوانی در پرداخت یارانه‌ها در دسترس هستند ^۶	پرداخت‌های حق بیمه مستقل از درآمد، اما در صورت ناتوانی در پرداخت یارانه‌ها در دسترس هستند ^۶

۱. ۳۴۸۹/۰۶ یورو در سال برای افراد زیر ۲۱ سال.

۲. سهم زنان نبوه، برخی افراد بازنشسته، تعدادی از دانش‌آموزان و افرادی که ثبت‌نام دولتی کرده‌اند:

۵۴۲/۸۸ در سه ماهه وقتی درآمد بیشتر از ۲۶۸۳۲/۵۹ یورو در سال است، ۲۷۱/۴۴ یورو در سه ماهه وقتی درآمد بین ۲۶۸۳۲/۵۹ و ۱۳۴۸۲/۹۲ در سال است، ۴۶/۰۲ یورو در سه ماهه وقتی درآمد بین ۱۲۴۸۲/۹۲ یورو و ۹۳۳۸/۵۲ یورو در سال است و بدون هیچ سهمی اگر درآمد کمتر از ۹۳۳۸/۵۲ یورو در سال باشد.

۳. در صورتی که ۵/۲۵ درصد درآمدهای کسب شده باشند، به‌دست آوردن سرمایه از ریسک کردن است.

۴. از آوریل ۲۰۰۳،

۵. غالباً بیمه بیماری را از طریق شغل دوم یا از طریق خانواده‌هایشان دارند. در غیر این صورت همانند افراد بیکار اجرا می‌شود.

۶. شخصی که نمی‌توان حق بیمه‌اش را پرداخت کند، مجبور است از اداره اجتماعی کمک مالی و حق کمک به افراد از یک ایالت به ایالت دیگر متفاوت است (در حال حاضر، میزان آن در دسترس نیست، اما در کل همیشه هم معتبر نیست، هدف یارانه‌های قانونی محدود کردن سهم صندوق‌های بیماری برای هر خانواده تا ۶ درصد درآمد است). نیمی از صندوق‌ها از دولت و نیمی دیگر از ایالت به‌دست می‌آید.

جدول ۳-۴ اصلاحات اصلی بیمه درمانی که بین سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۰ اجرا شده است

ردیف	کشور	سال	قانون/حکم/طرح	محتوا
۱	اتریش	۱۹۹۰	پرداخت مشترک برای بستری در بیمارستان	۲۸ روز اول - حدود ۴۰۰۰ یورو هر روز
		۱۹۹۲	قانون قیمت‌گذاری	وزارت فدرال تأمین اجتماعی و تولیدات مجاز به تنظیم حداکثر قیمت‌ها به لحاظ اقتصادی موجه برای امور پزشکی بوده است
		۱۹۹۳	سازمان‌دهی مجدد صندوق‌ها برای مراقبت‌های طولانی‌مدت	سیستم جدید و جامع‌مرازی مراقبت‌های سلامت (هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستان بستری مشابه میزان درآمدهای بیمه خدمات درمانی افزایش می‌یابد)
		۱۹۹۷	تأمین بودجه کلی در سطح دولت‌ها	ارائه بودجه‌های پویا برای هزینه‌های مراقبت‌های سلامت (هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستان بستری مشابه میزان درآمدهای بیمه خدمات درمانی افزایش می‌یابد)
		۱۹۹۷	پرداخت مشترک برای ویزیت پزشکان	۳/۶ یورو برای هر رست پرداخت
		۱۹۹۷	ارائه‌دهنده مراقبت‌های اولیه	توسعه برنامه‌های بیمارستانی در جهت برنامه سلامت از جمله مراقبت‌ها با فناوری پیشرفت و نهایتاً بیماران سرپایی
		۱۹۹۸	افزایش تعداد افراد بیمه شده	کارکنان نیمه‌وقت (با درآمد ماهیانه ۳۷۸/۴۰ حق بیمه‌ای اجتماعی اختیاری را به‌منظور دریافت خدمات درمانی و مرازیای بازنشستگی به‌دست می‌آورند به‌علاوه پوشش بیمای برای مشاغل افراد خویش‌فرا که مجوز آن به‌وسیله یک گروه حرفه‌ای صادر نشده باشد (به نام Gowerbeschlein) و افرادی که درآمد سالیانه آنها کمتر از حد تعریف شده است، ارائه می‌شود
		۱۹۹۸	قانون تبلیغ سلامت	۷ میلیون یورو در سال برای تبلیغ سلامت اختصاصی داده می‌شود
		۲۰۰۱	پرداخت‌های مشارکتی ثابت برای درمان بیماران سرپایی در بیمارستان‌ها	پرداخت مشارکتی ثابت ۱۸۸/۱۷ یورو برای هر ویزیت در بخش بیماران سرپایی به میزان ۱۰۰/۱۰ یورو درخواست می‌شود، در صورتی که به پزشکان عمومی یا متخصصان با محدودیت بالاتر از ۲۲۶/۶۷ برای هر شخص در سال مراجعه شود

جدول ۳-۴ اصلاحات اصلی بیمه درمانی که بین سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۰ اجرا شده است

ردیف	کشور	سال	قانون/نوع طرح	محتوا
۲	بلژیک	۱۹۹۰	قانون شرایط اجتماعی	بودجه ثابت در سیستم بیمه درمانی برای هر بخش فرعی مراقبت‌های سلامت و نیز بودجه کلی برای بیمه درمانی، ساواک‌های اصلاح را فعال می‌کند و در صورتی که از محدودیت صندوق‌ها جلوتر بودند، قدرت نظارت دولت مرکزی برای زیر نظر گرفتن سیستم جدید افزایش می‌یافت
		۱۹۹۲	کاهش بازپرداخت	سطح بازپرداخت چندین قلم دارو کاهش داده شد
		۱۹۹۳-۱۹۹۴	تأمین بودجه سلامت	افزایش سیستم کارانه، حداکثر محدودیت جدید ۱/۵ درصدی برای افزایش واقعی مخارج مراقبت‌های سلامت به‌صورت سالیانه، کاهش پوشش خدمات مراقبت‌های سلامت با بیمه قانونی افزایش حق بیمه‌ها و فرانشیزها
		۱۹۹۲-۱۹۹۳	افزایش پرداخت سنارکتی	شانزده مورد افزایش در منابع پرداخت از جیب
		۱۹۹۴	طرح بارکد	بارکد نسخه‌هایی که خودبه‌خود رفتار تجویزی هر پزشک را مشخص می‌کند، مصرف بیش از حد مواد دارویی را تعیین و کنترل می‌کند
		۱۹۹۴	سیستم تحقیقات مالی و اجتماعی	معافیت‌های پرداخت باعث ایجاد محدودیت فوق شد (با توجه به درآمد بیمار تغییر می‌کند)، خدمات مراقبت‌های سلامت به‌طور آمل برای اصلاح آن‌ها ناعادلانه کاهش بازپرداخت خدمات مراقبت‌های سلامت در سال‌های ۱۹۹۴-۱۹۹۳ بازپرداخت شدند
		۱۹۹۵	مسئولیت مالی صندوق‌های بیماری با فرمول سرانه برپایه ریسک	صندوق‌های دوجانبه بودجه آینده‌نگری را برای تأمین مالی هزینه‌های مراقبت‌های سلامت افزایش در یافت می‌کنند و آنها مسئول افزایش نسبت اختلاف بین این بودجه و هزینه‌های واقعی‌شان خواهند بود
		۱۹۹۷	سازمان‌دهی مجدد تبلیغ سلامت	تمرکززایی و تعیین هدف
		۱۹۹۸	افزایش پوشش بیمه	سکونت در بلژیک معیار کافی برای داشتن حق بازپرداخت مراقبت‌های سلامت در سیستم بیمه است
		۱۹۹۳	ارجاعات اجباری پزشکی	پزشکان صندوق‌های سلامت در مورد فهرست توصیه‌های عملی و اجباری، که پزشکان باید در طبابت عادی خود اجرا کنند، توافق کردند. آنها به‌طور منظم به‌وسیله صندوق‌های بیماری کنترل نمی‌شوند، با وجود این آنها تأثیر زیادی داشتند چرا که اولین باری بود که پزشکان و صندوق‌های سلامت درباره عملکرد پزشکی و کیفیت مراقبت‌ها و نیز درباره قیمت‌ها بحث داشتند
۳	فرانسه	۱۹۹۴	طرح Juppé	وقتی که بیمه درمانی کمبود مالی وسیعی را تجربه می‌کند، تلاش زیادی برای بعددست آوردن تمام ابعاد مراقبت‌های سلامت مراقبت‌های سرپایی، مراقبت‌های بیمارستانی و سازمان بوجه‌های بیماری صورت می‌گیرد.
				• بودجه کلی مراقبت‌های سلامت بازپرداخت شده که پارلمان سالیانه آن را اختصاص می‌دهد و دولت آن را در بودجه‌های

جدول ۳-۴ اصلاحات اصلی بیمه درمانی که بین سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۰ اجرا شده است

ردیف	کشور	سال	قانون/ حکم/ طرح	محتوا
۴	آلمان	۱۹۹۳	قانون ساختار مراقبت‌های سلامت	مجرا بری گروه‌های مختلف تقسیم می‌کند • آژانس‌های منطقه‌ای بستری شدن تر بیمارستان به‌منظور سازمان‌دهی بهتر تهیه تخت‌های بیمارستانی در سطح محلی ایجاد می‌شوند • مجوز بیمارستان‌ها به کمک (مؤسسه کیفیت ملی مراقبت‌ها) ایجاد می‌شود • برخی تجربه‌های پزشکان ارائه می‌شود (ساختار همکاری بین پزشکان عمومی و متخصصان به‌منظور هماهنگ کردن مراقبت‌های سلامت در برخی پاتولوژی‌های مزمن)
				برنامه بیمه همگانی سلامت با مدیریت هزینه‌های مراقبت‌های سرپایی واگذار می‌شود. مندرجه ذکره درباره قیمت‌گذاری فهرست‌های نظام کارانه برای پزشکان عمومی، متخصصان، دندان‌پزشکان، فیزیوتراپیست‌ها و غیره از دیگر وظایف این وزارتخانه نیست. برای برآورده ساختن هدف‌های مربوط به کنترل هزینه‌ها، و در صورت لزوم قیمت‌گذاری خدمات مراقبت‌های سلامت، برنامه بیمه همگانی سلامت حق پابین آوردن قیمت‌ها را دارد. کارکنان پزشکی بیمه درمانی ممکن است بیمارانی را که خصوصاً میزان مصرف امور پزشکی آنها بالاست را مورد خطاب قرار دهد و برنامه سلامت مناسب‌تری برای بیمارانش و پزشکان پیشنهاد دهد.
				سیستم بیمه اجتماعی سلامت آلمان (غربی) با سیستم صندوق‌های بیماری، سازمان‌های مربوط به شرکت‌های ارائه‌دهنده، امتیاز انحصاری مراقبت‌های سرپایی برای اجمن‌های پزشکی، قراردادهای گروهی و غیره به آلمان شرقی گسترش یافت.

جدول ۳-۴ اصلاحات اصلی بیمه درمانی که بین سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۰ اجرا شده است

محتوا	قانون/حکم/طرح	سال	کشور	ردیف
بیمه مراقبت‌های قانونی بلندمدت که ستون پنجم بیمه اجتماعی است مستقل از بیمه اجتماعی سلامت ایجاد و با صندوق‌های بیماری کنترل شد. موازلی جدید مراقبت‌های آسایشگاه سالانه ۱۰/۱۲۳ یورو برای هر فرد بیمه شده (سهیمه کارفرماها نیست) برای استرداد و تعمیر بیمارستان‌ها برای درمان عملی دندان یا دندان‌های مصنوعی، خصوصی‌سازی ارتباط بین بیمار و دندان‌پزشک، یعنی بیماران باید درباره خدمات و قیمت نهایی با دندان‌پزشک مذاکره کنند و فقط نرخ ثابتی از صندوق‌های بیماری آنها دریافت می‌کنند (از ۱۹۹۸) حذف صندوق‌ها در مراقبت‌های سرپایی و محدودیت مجاز مواد دارویی (از ۱۹۹۸)	بیمه مراقبت‌های قانونی بلندمدت	۱۹۹۶		
اصلاحات نوع اول و دوم بیمه قانونی سلامت با قانون تحدید سازمان که دولت جدید بر سر قدرت آن را تغییر داده است. نرخ پرداخت‌های مشارکتی برای مواد دارویی و دندان‌های مصنوعی پایین آورده شد	قانون تقویت هم‌بستگی در بیمه قانونی سلامت	۱۹۹۹		
محدودیت مخارج برای بخش‌های مربوط به مراقبت‌های سلامت در مورد مراقبت‌های دندان، جدی‌تر از قبل دوباره برقرار شد	مشارکت بیمه خدمات درمانی در مورد درآمدهای پایین	۱۹۹۹		
از آنجایی که بیمه ۱۰ درصدی کارفرماها برای درآمدهای پایین ۳۲۲ یورو در ماه (کارکنان معاف شدند)	قانون Vin Oterloo	۱۹۹۴		
تغییر مایا (برای مثال مواد دارویی) ز قانون صندوق‌های بیماری به قانون هزینه‌های استثنایی پزشکی	قانون قیمت‌گذاری داروها	۱۹۹۶		
افزایش بستنی به برنامه قانون صندوق‌های بیماری برای افراد مسن کم‌آمد		۱۹۹۶		
دولت از سیستم بازپرداخت مورد دارویی استفاده می‌کند که در بسته بیمه عمومی صندوق‌های بیماری آورده می‌شود و حداکثر قیمت‌ها را مشخص می‌کند	دستورالعمل تأمین بیمه صندوق‌های بیماری	۱۹۹۶		
تغییر مایا (برای مثال مواد دارویی) کم‌کس‌های پزشکی و توان‌بخشی از قانون هزینه پزشکی استثنایی به قانون صندوق‌های بیماری	قانون هزینه‌های پزشکی استثنایی	۱۹۹۷		
سرمایه‌گذاری مراکز بازنگشتی به وسیله قانون هزینه پزشکی استثنایی	برنامه بیمه مشارکتی همگانی	۱۹۹۷		
فرد بیمه شده صندوق‌های بیماری باید ۲۰ درصد هزینه‌های خدمت درمانی را بپردازد، (به‌جز هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های پزشکان عمومی، دندان‌پزشکی و زایمان). برای هر روز اقامت در بیمارستان باید ۴ یورو پرداخت می‌شد، اما حداکثر پرداخت‌های خارج از درآمد برای سهیم بودن در هزینه‌های جدید تعیین شد (پس از ۱۰ سال لغو شد)	قانون اصلاح بیمه قانونی سلامت	۲۰۰۰		
انتقال کنفرانسی‌های غیرمؤثر با موزیچس و مواد دارویی از کانال‌های بودجه‌های بیماری، پیشرفت همکاری پزشکان عمومی، متخصصان بیماری‌های سرپایی و بیمارستان‌ها				

جدول ۴-۳ اصلاحات اصلی بیمه درمانی که بین سال‌های ۲۰۰۲-۱۹۹۰ اجرا شده است

ردیف	کشور	سال	قانون/حکم/طرح	محتوا
۵	هلند			ساختارهای مشترک جدید برای تصمیم‌گیری درباره مزایای بیمارستانی، یسپهاها و غیره ایجاد شد
		۱۹۹۱	مرحله اول اصلاحیه قانون سیستم بیمه خدمات درمانی (سال ۱۹۸۹ تصویب شد)	پرداخت از طریق گروه‌های تشخیص مرتبط در بیمارستان‌ها (از سال ۲۰۰۳ برای افراد مسن و معلولان ذهنی و جسمی صندوق‌های بیماری در تعیین حق بیمه آزادند)
		۱۹۹۱	سیستم قیمت‌گذاری	سیستم ارجاع قیمت‌های مواد دارویی
		۱۹۹۲	مرحله اول اصلاحیه قانون سیستم بیمه خدمات درمانی	انتخاب آزاد صندوق بیماری برای افراد بیمه شده، پایان قرارداد اجباری متخصصان سلامت خویش‌فرما با صندوق‌های بیماری
		۱۹۹۸	قانون سازمان‌دهی مجدد صندوق‌های بیماری	پس از رسیدن به سن پنج سالگی افرادی که بیمه خصوصی شده بودند، می‌توانستند صندوق‌های بیماری را انتخاب کنند

۶۸ بیمه‌های اجتماعی سلامت در جهان و ایران (الگوی پیشنهادی)

جدول ۳-۵ ویژگی‌های مهم بیمه اجتماعی سلامت مرتبط با سازمان‌دهی و تأمین مالی (به‌جز موارد ذکر شده همه اطلاعات مربوط به سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۳ است)

ردیف	موضوع	تریش	بلژیک	فایسه	آلمان	فلسطین اشغالی	لوزامبورگ	هلند	سوئیس
۱	تعداد صندوق‌های بیمه‌ای	۲۴	۹۴ (سازمان‌دهی شده در هفت مؤسسه)	۱۷	۳۵۵	۴	۹	۱۳۲	۹۳
۲	بزرگ‌ترین صندوق (درصد بیمه‌شدگان از کل بیمه‌شدگان)	۱۸	۵	۸۴	۱۲	۵۵	۳۸	۱۵	۱۵
۳	پوشش بیمه اجتماعی سلامت (درصد جمعیت)	۹۸	۹۹-۱۰۰	۱۰۰	۸۸	۱۰۰	۹۹-۹۷	طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی: ۱۰۰ درصد، بیمه اجباری ملایم: ۶۲ درصد	۱۰۰
۴	درصد بیمه‌شدگان با حق انتخاب صندوق، دوره زمانی لازم برای تغییر	صفر	تقریباً ۹۹٪	صفر	۹۶٪	۱۰۰٪	صفر	۱۰۰٪	۱۰۰٪
			۳ ماه	صفر	۱۸ ماه	۱۲ ماه		۱۲ ماه	۶ ماه

جدول ۳-۵ ویژگی های مهم بیمه اجتماعی سلامت مرتبط با سازمان دهی و تأمین مالی (به جز موارد ذکر شده همه اطلاعات مربوط به سال های ۲۰۰۳-۲۰۰۲ است)

ردیف	موضوع	اتریش	بلژیک	فرانسه	آلمان	فلسطین اشغالی	لوزامبورگ	هلند	سوئیس
۵	نرخ غالب حق بیمه، یکسان با متغیر، درصد دستمزد	پسته به شغل متفاوت، ۹/۱-۲۶/۴	یکسان، ۷/۲	یکسان، ۱۳/۶	پسته به صندوق متفاوت، میانگین: ۱۴/۱	یکسان: ۲/۱ درآمد حداقل دستمزد و ۴/۸ درصد بالای آن سطح	یکسان: ۵/۱ (+۲۰ تا ۵ درصد پرداخت به صندوق بیماری)	یکسان: طرح هزینه های پزشکی استثنایی ۱۰/۲۵ بیمه اجباری سلامت: ۸/۴۵ و ۴/۶ درصد برای ملوانان	ندارد
۶	سهام حق بیمه کارفرما، مستخدم	متغیر	۵۲-۴۸	۹۴-۶	۵۰-۵۰	۰۰-۱۰۰	۵۰-۵۰	طرح هزینه های پزشکی استثنایی: (ک)، ۱۰۰ (م) بیمه اجباری سلامت: ۵۰-۵۰ ملوانان ۵۰-۵۰	۰۰-۱۰۰
۷	سقف درآمد مشمول حق بیمه (۱۰۰۰) یورو در سال	وجود دارد (۴۶)	معمولاً وجود ندارد (برای خویش فرمایان ۷۳)	معمولاً وجود ندارد (برای خویش فرمایان ۱۴۶)	وجود دارد (معمولاً ۴۱) بالاتر برای صندوق های معنیتان)	وجود دارد (۵ برابر متوسط درآمد)	وجود دارد (۸۲)	وجود دارد (طرح هزینه های پزشکی استثنایی: ۲۹ بیمه اجباری سلامت: ۲۹، خویش فرمایان ۲۰)	کاربرد ندارد

جدول ۳-۵ ویژگی‌های مهم بیمه اجتماعی سلامت مرتبط با سازمان‌دهی و تأمین مالی (به‌جز موارد ذکر شده

همه اطلاعات مربوط به سال‌های ۲۰۰۳-۲۰۰۲ است)

ردیف	موضوع	اتریش	بلژیک	فرانسه	آلمان	فلسطین اشغالی	لوکزامبورگ	هلند	سوئیس
۸	دیگر مشارکت‌های مالی فرد به صندوق، از جمله پرداخت مشترک	نه	+ حق بیمه اسمی به‌صورت سرانه (در صندوق‌ها متفاوت است) ^۲	مالیات تأمین اجتماعی ۷/۵ درصد+ مالیات بدهی اجتماعی ۰/۵ درصد	نه	نه	نه	+ حق بیمه سرانه (در صندوق‌های مختلف متفاوت)، به‌طور میانگین سالانه ۳۴۵ یورو ^۲	فقط سرانه حق بیمه
۹	مشارکت برای درآمدهای غیر از دستمزد	بازنشستگان ۱۱ درصد (۷/۲۵ درصد چتری که صندوق بازنشستگی می‌پردازد)	بازنشستگان ۳/۵۵ درصد	بازنشستگان ۲/۹۵ درصد	بازنشستگان مشابه مستخدمین	بازنشستگان/ بیکاران: حق بیمه ثابت ماهانه معادل ۳۲ یورو؛ اگر برای رفاقت ماهانه ۱۷ یورو است	بازنشستگان: معادل مستخدمین اما آستانه نهایی پایین‌تر است.	بیمه اجباری سلامت: بازنشستگان ۸/۴۵ درصد بازنشستگی و ۶/۴۵ درصد دیگر درآمدها	ممکن است برای بازآمدهای مالیاتی تعدیل صورت گیرد

۱. اطلاعات مربوط به ژانویه ۲۰۰۳ است.

۲. کارگران پنی ۷/۹ درصد (۵۰/۵۰) + ۲/۱ درصد پرداخت به صندوق (۴۹/۵۱)، کارگران سفیدپوست ۶/۹ درصد (۳۹/۵۱)، کارکنان دولت ۷/۱ درصد (۵۶/۴۴)، خویش‌فرمایان ۹/۱ درصد، کشاورزان ۶/۴ درصد.

۳. مشارکت محدود سالانه برای ذخیره، مشارکت برای عقوبت در صندوق بیماری، حق بیمه ثابت ماهانه برای خویش‌فرمایان، که پوشش یکسان دریافت می‌کنند، بسته به میزان درآمد.

۴. دامنهای بین ۲۹۳/۴ یورو و ۳۹۰ یورو که تقریباً در سال ۲۰۰۳ دو برابر سال ۲۰۰۲ شده است.

جدول ۳-۶ تنظیم ریسک در فرمول‌های سرمایه‌گذاری برای توزیع مجدد بین صندوق‌های بیماری

ردیف	کشور	سال اجرا	معیارهای تنظیم ریسک ^۱
۱	اتریش	ندارد	
۲	بلژیک	۱۹۹۵	سن، جنس، وضعیت بیمه اجتماعی، وضعیت استخدامی، مرگومیر، درآمد
۳	فرانسه	ندارد	
۴	آلمان	۱۹۹۴-۱۹۹۵ ^۲	سن، جنس، وضعیت مقرری بازنشستگی
۵	فلسطین اشغالی	۲۰۰۲	سن، جنس، وضعیت مقرری بازنشستگی، دریافت تشویقی ازسوی برنامه مدیریت بیماری‌ها
۶	لوکزامبورگ	۱۹۹۵	سن ^۳
۷		ندارد	
۸		۱۹۹۳	سن، جنس، مذهب، وضعیت ناتوانی
۹	هلند ^۴	۱۹۹۶	سن، جنس، وضعیت استخدام دولتی یا تأمین اجتماعی، منطقه اقامت
۱۰		۱۹۹۹	سن، جنس، استخدام دولتی یا تأمین اجتماعی، منطقه اقامت
۱۱	سوئیس	۲۰۰۲	سن، جنس، استخدام دولتی یا تأمین اجتماعی، منطقه اقامت، هزینه گروه‌های هزینه‌ای داروها
		۱۹۹۴	سن، جنس، وضعیت بیمه اجتماعی، وضعیت استخدامی، مرگومیر، درآمد

۱. پیش‌فرض‌های طراحی فرمول در بین پنج کشور بسیار متفاوت است.

۲. تنظیم ریسک در سال ۱۹۹۴ برای اعضای غیربازنشسته صندوق و در ۱۹۹۵ برای بازنشستگان هم به کار گرفته شد. در پنج سال اول نظام تنظیم ریسک در آلمان شرقی و غربی جدا بود.

۳. پوشش بیمه مکمل اگر فرد پنج بیماری اصلی داشته باشد.

۴. ۹۰ درصد هزینه‌های سرپایی و توليدات مربوط به یک بیمارستان بیمه شده ماگزیم تا ۷۵۰۰ یورو (در صورتی که عفویت در سال ۲۰۰۳ باشد و در صورتی که فرد از ۱۹۹۷ عضو باشد ۲۰۲۴ یورو).

Sources: Hermes and Beeckmans, 1998; Schut and Van Doorslaer, 1999; Busse, 2001; Buchner and Wasem, 2003; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003c.

جدول ۳-۷ تعداد صندوق‌های بیماری در کشورهای منتخب، ۲۰۰۲-۱۹۹۰

ردیف	کشور	۱۹۹۰	۱۹۹۱	۱۹۹۲	۱۹۹۳	۱۹۹۴	۱۹۹۵	۱۹۹۶	۱۹۹۷	۱۹۹۸	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲	درصد تغییرات از ۱۹۹۰-۲۰۰۲
۱	اتریش	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۶	۲۵	۲۴	-۷/۷
۲	بلژیک	۱۱۹	۱۲۷	۱۲۷	۱۲۱	۱۱۶	۱۱۹	۱۱۶	۱۱۱	۱۰۹	۱۰۷	۱۰۳	۹۵	۹۴	-۲۱
۳	فرانسه	۱۸	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	۱۷	-۵/۶
۴	آلمان	-	۱۲۰۹	۱۲۲۳	۱۲۲۱	۱۱۵۲	۹۶۰	۶۴۲	۵۵۴	۴۸۲	۴۵۵	۴۲۰	۳۹۶	۳۵۵	-۷۰/۶
۵	فلسطین اشغالی	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۴	۰
۶	لوکزامبورگ	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۹	۰
۷	هند	۳۷	۳۱	۲۷	۲۶	۲۷	۲۹	۲۹	۳۰	۲۸	۲۸	۲۷	۲۵	۲۴	-۳۵/۱
۸	سوئیس	۲۲۰	۲۰۳	۱۹۱	۲۰۷	۱۷۸	۱۶۶	۱۴۵	۱۲۹	۱۱۸	۱۰۹	۱۰۱	۹۹	۹۳	-۵۷/۷

Source: Saltman, Richard B., Reinhard Busse and Josep Figueras, Social Health Insurance Systems in Western Europe, European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2004.

جدول ۸-۳ انتخاب ارائه‌دهنده خدمت و بیمه شده در هشت کشور، ۲۰۰۳

ردیف	موضوع	اتریش	بلژیک	فرانسه	آلمان	فلسطین اشغالی	لوکزامبورگ	هند	سوئیس
۱	پزشک عمومی	وجود دارد ^۱	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	به‌طور ناقص وجود دارد ^۲	وجود دارد	به‌طور ناقص وجود دارد ^۳	به‌طور ناقص وجود دارد ^۳
۲	مراقبت‌های تخصصی سرپایی	وجود دارد ^۱	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	به‌طور ناقص وجود دارد ^{۲۵}	وجود دارد	به‌طور ناقص وجود دارد ^۳	به‌طور ناقص وجود دارد ^۳
۳	مراقبت‌های بیمارستان	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	به‌طور ناقص وجود دارد ^۶	به‌طور ناقص وجود دارد ^۶
۴	مراقبت‌های پرستاری در خانه	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	وجود دارد	به‌طور ناقص وجود دارد	به‌طور ناقص وجود دارد
۵	صندوق‌های بیماری	وجود ندارد (جغرافیایی)	وجود دارد (یک بار در سه ماه)	وجود ندارد (شغلی)	وجود دارد (تر) دوره‌های زمانی هجده ماه)	وجود دارد (یک بار در دوره ماه)	وجود ندارد (شغلی)	وجود دارد (دوره زمانی یک‌ساله)	وجود دارد (یک بار در ۴ ماه)

۱. در صورت انتخاب پزشک عمومی که با صندوق قرارداد ندارد، ۸۰ درصد حق‌الرحمه یک پزشک طرف قرارداد بازپرداخت می‌شود.
 ۲. اگر پزشکان با بیمارستان‌ها با صندوق بیماری قرارداد داشته باشند.

۳. مردم دسترسی آزاد به پزشکان خارج از ایالت محل سکونت خود ندارند (به‌جز در مورد کارگرانی که در ایالت‌های دیگر فعالیت می‌کنند و در موارد اورژانسی نیز به همه پزشکان می‌توانند مراجعه کنند).

۴. بزرگ‌ترین صندوق بیمه‌ای محدودیت دسترسی به متخصصان تا پنج متخصص را دارد، در سایر صندوق‌ها دسترسی آزاد است.
 ۵. نظام ارجاع در موارد غیر اورژانسی ضروری است.

۶. فقط درون ایالت، فهرست محدودیت‌های هزینه‌ای بیمارستانی و پرستاری ایالتی در مورد بازپرداخت هزینه‌ها وجود دارد، فقط در موارد اورژانسی و هنگامی که قبل از درمان مجوز دارند می‌توانند به خارج از فهرست مراجعه کنند.

۷. به‌جز برای کارکنان راه‌آهن.

۸. به‌جز برای کشاورزان، معدنچیان و ملوانان.

بخش دوم

مطالعه تطبیقی

فصل چهارم نگاهی به بیمه‌های اجتماعی سلامت

مقدمه

کشورهای جهان، همواره نگران توسعه نظام‌های تأمین مالی بخش سلامت و تبیین سازوکارهایی به‌منظور تضمین دسترسی به مراقبت‌های سلامتی برای تمامی شهروندان بودند. آنها درصددند از طریق راه‌حل‌های مناسب، منابع مالی کافی را تأمین کنند تا بر مشکلات مالی مربوط به‌منظور دسترسی به خدمات، به‌ویژه، در زمان بیماری فائق آیند. به‌گونه‌ای که افراد با توجه به استطاعت مالی خود در هزینه‌ها مشارکت نمایند. سازوکارهایی که بر این نظام‌ها پایه‌ریزی می‌شوند به ساختارهای مدیریتی و اجرایی کامل و شفاف نیاز دارند تا علاوه بر تطابق با تغییرات دموگرافیکی و الگوهای بیماری، قادر به کنترل هزینه و کیفیت خدمات نیز باشند. دولت‌ها نیز در جست‌وجوی نظام‌های ترکیبی مناسبی‌اند تا احترام همه افراد جامعه را به‌گونه‌ای حفظ کنند که افراد مراقبت را به‌عنوان یک حق نه یک صدقه دریافت کنند.

نظام‌های تأمین مالی برای پوشش کل جمعیت، بیشتر، دو سازوکار اصلی را دنبال می‌کنند: تأمین منابع مالی از طریق درآمدهای مالیاتی عمومی و تأمین مالی از طریق بیمه اجتماعی سلامت. در بیشتر کشورها، قبل از دستیابی به پوشش همگانی، طرح‌های داوطلبانه بیمه اجتماعی سلامت نقش مهمی را در توسعه پوشش ایفا کرده است. از دو سازوکار ذکر شده، بیمه اجتماعی سلامت به‌عنوان منبع اصلی تأمین مالی بخش سلامت در کشورهای در حال توسعه مورد توجه بیشتری قرار گرفته است. به‌دلیل فراهم نبودن بستر مالیاتی مناسب در کشورهای در حال توسعه این روش به‌کار گرفته نشده است. نقایص سیستمی در افزایش منابع دولتی، به‌ویژه، برای رفع نیازهای گروهی و فردی را نیز باید به این مشکل افزود. در کشورهای مورد بررسی تجربیات درخور توجهی درخصوص اصلاحات تأمین مالی که با هدف ارتقای وضعیت سلامت صورت پذیرفته

است وجود دارد به‌طوری‌که برخی از کشورها، قبل از وضع قوانین سخت‌گیرانه توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت اجباری؛ اصلاحات تأمین منابع مالی را به‌منظور دستیابی به تعادل بهینه بین منابع صندوق‌های مبتنی بر مالیات و بیمه‌های اجتماعی سلامت تجربه کرده‌اند.

۴-۱ بیمه اجتماعی سلامت

همان‌طور که ذکر شد، بسیاری از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه به‌منظور دستیابی به وضعیت‌های اشاره شده، فعالانه راه‌حلی را برای اصلاح تأمین منابع مالی بخش سلامت جست‌وجو می‌کنند. این کتاب با استفاده از تجربیات کشورهای منطقه و اجرای مطالعه تطبیقی در نظام‌های موجود (در نواحی جنوب شرقی آسیا و اقیانوسیه غربی سازمان بهداشت جهانی) تدوین شده است. این دو ناحیه سازمان بهداشت جهانی، بزرگ‌ترین و کوچک‌ترین کشورهای دنیا را در خود جای داده است. برخی از کشورهای منطقه تجربه مستعمره بودن را ندارند، درحالی‌که، برخی دیگر از مستعمره بودن به کشور مستقل تبدیل شده و در چندین دهه اخیر تغییرات سیاسی و اقتصادی عمده‌ای را تجربه کرده‌اند. علاوه بر این، از میان کشورهای توسعه‌یافته و دارای تجربه مؤثر بیمه‌ای نیز نمونه‌های مولد معرفی شده‌اند.

تعدادی از این کشورها، بیشتر از طریق بیمه اجتماعی یا سازوکارهای پیش‌پرداخت به پوشش همگانی دست یافته‌اند و هم‌اکنون با چالش‌های مربوط به سالمندی جمعیت، تغییر الگوی بیماری‌ها و افزایش هزینه‌های بخش سلامت در تقابل هستند. جنبه عمومی که در توسعه نظام بیمه اجتماعی سلامت در این کشورها مشهود است، آنکه شروع این نظام در دوره‌هایی از تلاش‌های همگانی برای تسریع رشد اقتصادی بوده و ثابت شده است که حمایت اجتماعی برای سلامتی و بهره‌وری کارگران به‌منظور تقویت بیشتر رشد اقتصادی سالم بسیار ضروری است. به‌ویژه برای افرادی که می‌توانند در تأمین مالی خدمات سلامتی از طریق طرح‌های پیش‌پرداخت به‌صورت قانونمند مشارکت کنند، یا از طریق مزایای استخدامی یا حمایت‌های اجتماعی ایالت‌ها برای گروه‌های جمعیتی غیرفعال اقتصادی تحت پوشش قرار می‌گیرند. فرایند توسعه با

پوشش کارگران مزد و حقوق‌بگیر، مشاغل آزاد و وابستگان آنها در بخش‌های دولتی و خصوصی گسترش یافت.

در کشورهای نظیر ژاپن و جمهوری کره توسعه اقتصادی نقش مهم‌تری را نسبت به توسعه نظام سلامت ایفا کرده است. در این کشورها اصلاحات در نظام تأمین منابع مالی پایدار با هدف دسترسی عادلانه به مراقبت‌های سلامتی صورت گرفته است، چنانچه، گسترش پوشش به‌طور موازی با رسمی کردن کل نیروی فعال رخ داده و در همان زمان پوشش همگانی بیمه اجتماعی سلامت ایجاد شده است.

نظام بیمه اجتماعی سلامت در این کشورها با اصلاحات مهمی، در دهه اخیر مواجه بوده است، این تغییرات به‌دلیل دگرگونی‌های دموگرافیکی و توسعه اقتصادی صورت پذیرفته است. علاوه بر این، بیماران و ارائه‌کنندگان را هم مورد توجه قرار داده است. ساختارهای اجرایی به‌خوبی پایه‌ریزی شده و تبعیت از ملزومات قانونگذاری برای تغییر، اجرای تغییر را بدون ایجاد شکافی جدید در پوشش در دسترسی به خدمات سلامتی پایه تسهیل کرده است.

علاوه بر کشورهایی که به پوشش همگانی نائل آمده‌اند، بسیاری از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه هنوز در مراحل اولیه توسعه و اجرای سیاست‌ها و اصلاحات تأمین منابع مالی بخش سلامت قرار دارند. اکثریت کشورها، نظام بیمه‌های اجتماعی اجباری را به‌عنوان بخشی از نظام جامع تأمین اجتماعی یا به‌عنوان طرح‌های بیمه سلامت مستقل اجرا کرده‌اند. هرچند پوشش چنین طرح‌هایی هنوز هم به‌طور معمول به بخش استخدامی رسمی محدود می‌شود. با وجود اشتغال اکثریت جمعیت به فعالیت‌های آزاد (غیرحقوق‌گیری) و غیررسمی در بیشتر کشورها، به‌ویژه کشورهای کمتر توسعه‌یافته، نسبت افرادی که از بیمه اجتماعی سلامت حذف می‌شوند به افرادی که تحت پوشش‌اند بیشتر است، برای رفع این مشکل برخی کشورها نظام‌های بیمه سلامت جامعه‌محور یا مبتنی بر جامعه را با نتایج ترکیبی آغاز کرده‌اند. افزایش تمایل دولت برای گسترش چنین برنامه‌هایی برای جمعیت‌های حذف شده، عضویت کلی در این برنامه‌ها را به‌طور چشمگیری - نسبت کل جمعیت بیمه شده در همان کشور - تغییر نداده است. تأمین منابع مالی به‌عنوان بخش مهمی از اصلاحات بخش سلامت هم‌اکنون در

بسیاری از کشورهای آسیا و اقیانوسیه محسوب می‌شود، در این کشورها نگرانی‌هایی در توسعه سازوکارهای تأمین منابع مالی به‌گونه‌ای که پاسخ‌گوی ثبات منابع و نیاز خدمات سلامتی پایه باشد، همچنان به قوت خود باقی است. علاوه بر بحث عدالت در دسترسی، برای توسعه نظام نگرانی‌های زیر وجود دارد:

- مشارکت با توجه به استطاعت مالی و از طریق سرپرستان خانوار و سایر شرکا صورت پذیرد،
- توزیع و کاهش ریسک و ایجاد هم‌بستگی در بین جمعیت‌های مختلف انجام شود،
- کارایی در خرید مراقبت‌های سلامتی در نظر باشد،
- بین طرح‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و افرادی که از مخاطرات اخلاقی جلوگیری می‌کنند تعامل ایجاد شود،
- ارتقای کیفیت خدمات سلامتی ارائه شده را به دنبال داشته باشد،
- علاوه بر استفاده منطقی از ترکیب مناسب خدمات، موجب ارتقای سلامت از طریق افزایش منابع مالی و تخصیص مناسب منابع شود،
- تدارک خدمات سلامتی را با توجه بیشتر به اولویت‌های بیماران و افزایش رضایتمندی متخصصان در نظر داشته باشد و در مورد روش‌های تأمین منابع مالی خدمات سلامتی، به‌گونه‌ای اقدام شود که تغییرات موجود در نقش وزارتخانه‌های سلامت در کشورهای مختلف را در نظر داشته باشد.

۲-۴ تغییر در مالکیت تسهیلات سلامتی

بدون شک تغییر در مالکیت تسهیلات سلامتی به ارائه خدمات خصوصی‌تر منجر شده است. در حال حاضر، این یک نیاز ضروری است تا ترکیب تغییریافته‌ای از ارائه‌دهندگان بخش خصوصی و دولتی به‌گونه‌ای به‌وجود آید، که تسهیلات غیرانتفاعی نیز شبیه بخش خصوصی گسترش پیدا کند.

در برخی از کشورها، این ترکیب به نفع ارائه‌دهندگان انتفاعی خصوصی تغییر یافته است، به‌طوری‌که، قبل از وضع مقررات مناسب و سازوکارهای تعیین اعتبار، بخش خصوصی گسترش یافته است. در سایر کشورها، گسترش تنظیم نشده بیمه سلامت

خصوصی انتفاعی قبل از گسترش بیمه‌های اجتماعی سلامت نگران‌کننده است. با این وضعیت سرمایه‌گذاری‌های وسیع و گسترده‌ای برای ارتقای نظام سلامت برای بخش بزرگی از جمعیت ضروری است.

در جایی که دولت‌ها بخش مهمی از خدمات سلامت فردی را ارائه می‌کنند، علاوه بر تمرکززدایی در فعالیتهای مدیریتی، در بعضی از مواقع استقلال مالی مراکز ارائه‌کنندگان خدمات سلامت دولتی نیز مورد توجه قرار گرفته است. به‌منظور افزایش درآمدها برای این مؤسسات، به‌ویژه، بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خودگردان بسیاری از کشورها، از جمله چین، فیلیپین و ویتنام، به‌طور رسمی اقداماتی را برای تعیین سقف خدمات پیگیری می‌کنند.

ارائه‌دهندگان خدمات بخش دولتی برای بالا بردن درآمد به‌منظور جایگزینی با اعتبارات دولتی با فشارهای زیادی مواجه هستند و به این تبحر رسیده یا خواهند رسید که ساده‌ترین و سریع‌ترین روش انجام چنین کاری، ایجاد تقاضا برای خدمات در جمعیتی با سطوح پایین دانش، به‌ویژه، در مورد خدمات سلامتی است، سازوکاری که تقاضای القایی از طرف مصرف‌کننده خدمت نامیده می‌شود.

جمعیت‌های کم‌درآمد که انتظارات کمتری را از خدمات دارند، در درک این مسئله دچار مشکل‌اند که چرا خدمات سلامتی در درازمدت رایگان نیستند. این افراد در هنگام دریافت خدمات از بخش‌های دولتی علاوه بر پرداخت هزینه‌های درمانی برای دریافت خدمات با کیفیت پایین با مواردی از جمله دوره‌های انتظار طولانی‌مدت، کمبود پرسنل، کمبود دارو و تجهیزات منسوخ شده مواجه هستند، بدیهی است که در این شرایط تمایل به استفاده از خدمات بخش خصوصی افزایش می‌یابد.

اغلب اوقات، علت جست‌وجوی خدمات از ارائه‌دهندگان بخش خصوصی کیفیت بالا یا انسجام در دریافت خدمات مرتبط نیست، بلکه به‌دلیل آن است که برخی از ارائه‌دهندگان خصوصی انعطاف‌پذیری بیشتری برای دریافت هزینه‌های این خدمات از خود نشان می‌دهند. آنها ممکن است پرداخت را به‌صورت غیرنقدی بپذیرند یا به‌منظور تثبیت موقعیت خود قیمت‌ها، را تغییر یا کاهش دهند.

آنچه ذکر شد نشان می‌دهد که، تغییر در نظام تأمین مالی بخش سلامت که -

بدون توجه به وجود تورهای ایمنی هزینه‌هایی را به مصرف‌کننده تحمیل می‌کنند - میزان استفاده از خدمات قانونمند نشده و با کیفیت پایین ارائه‌دهندگان خصوصی را افزایش می‌دهد.

ممکن است کسی بر این عقیده باشد که تحمیل هزینه‌های مصرف‌کننده در مؤسسات دولتی، به‌طور معمول، راهبردی زیربنایی برای استثنا کردن فقر است. واقعیت آن است که حتی وقتی استثنائات به‌طور منطقی در تعیین خانواده‌های فقیر یا بسیار فقیر مؤثر باشند، در جایی که نقش بیمار در انتخاب نوع و حجم خدمات مورد نیاز بسیار پایین است بخش بزرگی از جمعیت بر اثر پرداخت هزینه‌های سلامت در هنگام بیماری به‌شدت دچار مشکل می‌شوند و یا در معرض پرداخت‌های کمرشکن قرار می‌گیرند.

در حال حاضر، توسعه باثبات و توزیع عادلانه منابع مالی بخش سلامت یکی از ضرورت‌های مورد توجه تمامی کشورهاست. زیرا دلیل عمده تنگدستی خانواده‌ها، پرداخت‌های بخش سلامت است. این وضعیت به‌ویژه در برخی از کشورها که لزوم پرداخت هزینه‌ها از طرف مصرف‌کننده بدون توجه به وجود تورهای ایمنی آغاز شده است، بسیار قابل توجه است. از آنجاکه در مقالاتی که با هدف ارائه راهبردهای کاهش فقر منتشر شده این مشکل با چالش مواجه شده است؛ در اکثر کشورهای در حال توسعه بیمه‌های اجتماعی سلامت به‌عنوان راهبرد جدیدی در مقابله با کاهش فقر^۱ پیشنهاد می‌شود. این نکته ثابت شده که صدقات یا اعانات ممکن نیست جایگزین ارائه خدمات سلامتی عادلانه به مستمندترین خانواده‌ها و افراد فقیر باشد. علاوه بر این، حمایت از فقرا از طریق سازوکارهایی چون استثنا کردن آنها از پرداخت هزینه‌ها بسیار پیچیده، گران‌قیمت و ناکارآمد است. شواهد نیز نشان می‌دهند که سازوکارهای معاف‌سازی اغلب در دستیابی به جامعه هدف پاسخ‌گو نیست و بسیاری از کشورها تلاش می‌کنند تا از طریق یارانه‌های دولتی بیمه‌های اجتماعی دولتی را فعال کنند، یعنی همان اتفاقی که در ویتنام افتاده است.

ارتباط تنگاتنگ فقر و سلامت دسترسی به خدمات سلامتی را برای تمامی سرپرستان خانوار از طریق نظام تأمین منابع مالی بخش سلامت ضروری می‌سازد،

به‌ویژه، در زمان‌های بحران یا مهندسی مجدد اقتصاد، در همه سطوح درآمدی، این موضوع ثابت شده است. جمعیت‌هایی که از پوشش طرح‌های بیمه اجتماعی اجباری استثنا شده‌اند افرادی هستند که از دریافت سایر مزایای تأمین اجتماعی نظیر جایگزینی درآمد در زمان سالمندی، مرخصی زایمان و یا بیماری کنار گذاشته می‌شوند.^۱ بنابراین، لازم است نظام تأمین منابع مالی بخش سلامت ضمن حمایت از فقرا با فقر ناشی از بیماری نیز مقابله کنند. علاوه بر این، لازم است تا در هنگام توسعه اقتصادی، سطوح مشارکت‌ها و هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی را کنترل کنند.

در کشورهایی که توسعه نظام حمایت‌های اجتماعی بسیار ضروری و حیاتی است، هدف غایی اجباری شدن پوشش همگانی است به عبارتی، پوشش کل جمعیت از جمله آنهایی است که باید از برنامه‌های سنتی حذف شوند. پوشش وابستگان بیمه‌شدگان بیمه‌های اجتماعی سلامت، به‌ویژه، در جایی مهم است که نظام بیمه اجتماعی سلامت اجباری از کارگران استخدام شده یا حقوق‌بگیر آغاز می‌شود.

بسیاری از زنان به سنین سالمندی خواهند رسید بدون اینکه حتی استخدام شوند یا مزایای بازنشستگی دریافت کنند و تنها فرصت موجود برای تحت پوشش آنها زمانی است که همسر یک کارگر حقوق‌بگیر فعال یا بازنشسته باشند. کودکان نمی‌توانند از نظر اقتصادی فعال باشند و مستثنا کردن کودکان از هزینه مصرف‌کننده بدان معناست که آنها تحت پوشش صندوق‌های دولتی‌اند، اتفاقی که در ویتنام و چین افتاده است.

از آنجاکه ارزش حمایت‌های اجتماعی سلامت در توسعه اقتصادی و کاهش فقر شناخته شده است، نیاز به طراحی درست چنین نظام‌هایی بسیار ضروری است. هر شکلی از حمایت اجتماعی مانند حفاظت یا جایگزینی درآمد در هنگام بیماری، سالمندی، معلولیت و در زمان بارداری نیازمند الزامات و مقررات است. بدیهی است که این قوانین و مقررات به راحتی تغییر داده نمی‌شوند تا بتوان نقایص ایجاد شده بر اثر کنترل مالی ضعیف، فشارهای ایجاد شده از طرف ارائه‌کنندگان یا استفاده غیرمنطقی از مزایا از سوی جمعیت‌های بیمه شده را برطرف کنند.

به دلیل نیاز به اصول قانونی مناسب، پوشش همگانی از طریق گسترش خاص

1. International Labour Organization, Health Micro-insurance, The Abidjan Platform. STEP, ILO, Geneva, ISBN 92-2-111788-X, 1999.

پروژه‌های آزمایشی امکان‌پذیر نیست و حتی فرصت‌های یادگیری از برنامه‌های آزمایشی ممکن است با فشارهای سیاسی برای توسعه پوشش (همانند چین، لائوس و ویتنام) محدود شود. طرح‌های جدید بیمه اجتماعی سلامت ممکن است با گذشت زمان تجربه و تکامل حرفه‌ای کسب کنند، اما طرح اولیه آنها باید تصحیح شود.^۱ طراحی مناسب فرصت‌ها را به گونه‌ای افزایش خواهد داد که بیمه اجتماعی سلامت بر برنامه‌ریزی مالی و مدیریت بهتر منابع دلالت دارد. در حال حاضر اصول نظری و مطالعات جامعی درباره شکل‌های مختلف بیمه سلامتی وجود دارد که ارائه پوشش و مراحل تکاملی و پیشرفت‌های بعدی آن را ذکر کرده است.^۲ دستیابی به تحلیل‌های درست درخصوص مشکلات تعریف شده بسیار مشکل است، چنین تحلیل‌هایی را در بایگانی‌های مؤسسات بیمه اجتماعی سلامت می‌توان یافت که به جای اطلاع‌رسانی بین‌المللی یا حتی ملی با مسائل روزمره دست‌وپنجه نرم می‌کنند.

در آسیا و اقیانوسیه، تعداد انگشت‌شماری از پروژه‌های ملی و مطالعات و بررسی‌های موردی روزآمد وجود دارند که اطلاعات جامعی را درخصوص تکامل بیمه اجتماعی سلامت فراهم می‌آورند که باید مشکلات جاری و برنامه‌های توسعه‌ای را برای گسترش پوشش و مزایا تعریف کند. به‌رغم تفاوت‌های موجود میان کشورها در آسیا و اقیانوسیه، تجربیات ارزشمندی را می‌توان یافت.

۳-۴ پژوهش‌های موردی

اولین هدف این پژوهش که با جمع‌آوری، تکمیل و تحلیل اطلاعات موجود در کشورهای منتخب آسیا و اقیانوسیه صورت پذیرفت، کمک به گسترش متون علمی با توجه به آخرین تغییرات و تجربیات موجود در آنها بود. هدف دوم، تسهیل توسعه بیمه اجتماعی سلامت از طریق ایجاد تعاملات فنی بین کشورها و شرکای بین‌المللی آنها بود. ضرورت توجه به تفاوت‌های دموگرافیکی، توسعه اقتصادی و تفاوت‌های اقتصادی و

1. A., Ron, B., Abel-Smith and G., Tamburi, Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach, ILO Publication, 1990.

2. G., Carrin, Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing Challenge. International Social Security Review, Vol. 55, 2002.

فرهنگی در کنار توجه به الگوهای ابتلا به بیماری، فراهم بودن و پراکندگی منابع نظام سلامت، پیگیری الگوهای استاندارد را متفاوت می‌سازد.

اصول اساسی بیمه اجتماعی سلامت از طریق قطعنامه ۱۰۲ سازمان بین‌المللی کار در سال ۱۹۵۷ منتشر شد،^۱ این اصول پایه‌ای هنوز هم معتبرند. در پاسخ به تغییرات در فناوری و دانش علمی، به جای تغییر در اصول عدالت اجتماعی و برابری اجتماعی، اصلاحات بعدی انجام شدند. سازمان بهداشت جهانی و سازمان بین‌المللی کار دستورالعمل‌ها و راهنماهای کاربردی مختلفی را درخصوص توسعه بیمه اجتماعی سلامت منتشر کردند.^{۲،۳} تاکنون، توسعه بیمه اجتماعی سلامت در بسیاری از کشورها دنبال نشده (حتی برخی تفکرات پایه‌ای از قبل ذکر شده قطعنامه سازمان بین‌المللی) اگرچه همان کشورها ممکن است قطعنامه را به تصویب رسانده باشند. فعالیت‌های جهانی و منطقه‌ای انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی^۴ فرصت‌های یادگیری را براساس انتشارات و گفتمان باز درخصوص تجارب واقعی نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت برای کشورهای عضو فراهم می‌آورد.^۵ اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی سازمانی متشکل از اعضای وابسته به سازمان جهانی کار است و بسیاری از کشورها هنوز هم از مزایای عضویت مطلع نیستند.

از آنجاکه بسته سیاستگذاری استاندارد ثابتی برای بیمه اجتماعی سلامت باشد ندارد، پیشرفت‌های متفاوتی در اصول اساسی و دستورالعمل‌ها به وجود آمده است، این امر به خصوص زمانی که نظام‌ها به جای نظر بر تجربیات عملی بنا می‌شود بیشتر است. گاهی اوقات به نظر می‌رسد که به اصول پایه توجه بسیار کمی شده و توسعه‌های اخیر بیمه اجتماعی سلامت موضوعی دیکته شده است که با تشویق‌های مالی نامناسب، بدون هیچ‌گونه اهمیت برای تمامی افراد و بدون سازوکارهای قانونی و مقرراتی کافی صورت می‌گیرد.

1. International Labour Organization, Convention 102 Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952, See www.ilo.org, ILOLEX, Database of International Standards
2. A., Ron, Planning and Implementing Health Insurance in Developing Countries: Guidelines and Case Studies, No. 7, Macroeconomics, Health and Development Series, WHO, 1993.
3. C., Normand and A., Weber, Social Health Insurance: A guide for Planning, WHO and ILO, Geneva, 1994.
4. International Social Security Association (ISSA)
5. <http://www.issa.int>

در کشورهایی که بیمه اجتماعی سلامت در آنها حداقل توسعه را داشته یا هیچ‌گونه توسعه‌ای ندارد، همانند اکثر کشورهای جزیره اقیانوسیه، درک سازوکار تأمین مالی خدمات سلامتی تحت تأثیر فعالیت‌ها (و محدودیت‌های) بیمه‌های درمانی تجاری انتفاعی قرار گرفته است. همچنین، تقویت دانش و تجربه کسب شده برای توسعه بسیار ضروری است. به‌گونه‌ای که، علاوه بر ارائه دیدگاه‌ها، دانش فنی برای توسعه بیمه اجتماعی سلامت را نیز در نظر داشته باشد، این اطلاع‌رسانی تلاشی برای پر کردن فاصله‌هاست.

تأمین مالی خدمات سلامتی از طریق منابع دولتی در بسیاری از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه پایین است، علاوه بر این، حقوق‌های بسیار پایین برای متخصصان سلامتی در بخش دولتی نیز دارای اهمیت است.^۱ هنگامی که سطح کلی منابع پایین است، نظام‌های بهینه تأمین مالی خدمات سلامتی با مشارکت‌های مطلوب مردم در قالب طرح‌های پیش‌پرداخت توسط خانوارها نباید جایگزین منابع دولتی شود.

در این صورت، مشاوران فنی توسعه بیمه اجتماعی سلامت ممکن است مجبور شوند ترکیبی از منابع مالی مختلف را پیش‌بینی کنند. این کار ممکن است از طریق تغییر جهت دادن منابع مربوط به خدمات درمانی حاد به فعالیت‌های بهداشت جامع صورت پذیرد، علاوه بر این، ممکن است از طریق حمایت‌های مالی از جمعیت‌هایی که قادر به پرداخت مشارکت‌های بیشتری هستند صورت پذیرد. حیطة دیگر به حمایت فنی مربوط به ارتباط بین پذیرش بیمه اجتماعی سلامت از سوی متخصصان سلامتی و بهبود درآمدهای قانونی آنها مربوط باشد، این کار از طریق سازوکارهای مالی جدید مورد انتظار است.

درک مباحث در این کشورها باید به طراحی یک نظام بیمه اجتماعی سلامت یا ترکیبی از نظام‌های تأمین مالی در چارچوب سیاسی و قانونی مناسب و با یک برنامه عملی به‌گونه‌ای صورت پذیرد که دستیابی به پوشش همگانی را در هریک از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه ممکن سازد.

1. Commission on Macroeconomics and Health, 2001. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. (Geneva:WHO)

فصل پنجم نظام سلامت در استرالیا*

مقدمه

نظام اصلی ارائه خدمات سلامتی در استرالیا مدیکر است. نظام بیمه همگانی سلامت در استرالیا از سال ۱۹۸۴ شروع به فعالیت کرد. بر مبنای این نظام برای تمام استرالیایی‌ها دسترسی به مراقبت‌های سلامتی، داروهای تجویزی با قیمت‌های مصوب و مراقبت‌های بیمارستانی در نظر گرفته شده است، در حدود ۷۰ درصد منابع مراقبت‌های سلامتی استرالیا از طرف دولت تأمین مالی می‌شود.^۱

۱-۵ خدمات پزشکی مدیکر^۲

مدیریت خدمات پزشکی مدیکر را کمیسیون بیمه سلامت انجام می‌دهد. این کمیسیون پرداخت مخارج را برعهده دارد. خدمات سلامت استرالیا، بر دو پایه استوار است:

۱. پزشکان بخش خصوصی؛

۲. نظام فراگیر خدمات بیمارستانی.^۳

۲-۵ بیمه سلامت و دولت مرکزی

در استرالیا ارائه خدمات بیمه‌ای در قانون ملی سلامت^۴ تشریح شده است. بر مبنای این قانون بیمه خصوصی ممنوع می‌باشد و به‌صورت بیمه مکمل زیر نظر دولت، ولی با نام

* برای مطالب این بخش از منبع زیر استفاده شده است:

WHO, Social Health Insurance, Selected Case Story From Asia and Pacific, 2005, pp 12-13.

1. www.who.int/countries

2. Medicare

۳. فورد، ۱۹۹۹، منابع مالی بیمه درمان در استرالیا؛ ۲۰۰۱، ص ۱۹.

4. National Health Act

بیمه خصوصی، اداره می‌شود. فقط سازمان‌هایی مجاز به ارائه این خدمات بیمه‌ای هستند که در وزارت بهداشت و درمان عضو باشند.

جدول ۵-۱ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۹/۶
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۶۷/۵
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۳۲/۵
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۱۸/۵
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۰
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۰
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۶۱/۶
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۲۰/۴
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۳۱۲۳
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۳۱۲۳
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۲۱۰۷
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۲۱۰۷

Source: www.who.int, 2007.

استثنائاتی در قانون وجود دارد که به شرکت‌های خصوصی (و نیمه خصوصی) اجازه فعالیت می‌دهد، این استثنائات شامل پوشش بیمه درمان به بیماران خاص و ارائه خدمات سلامتی به افرادی که تحت پوشش مدیر نیستند می‌شود. درواقع این خدمات با عنوان خدمات مکمل ارائه می‌شود.^۱

۵-۲-۱ مزایای بیمه سلامت

مزایای بیمه سلامت استرالیا شامل مزایای اولیه و خدمات مکمل است. بر مبنای قانون سلامت

1. Forde, 2001, pp. 20-22.

ملی، وزیر بهداشت مجری تشریح و تصمیم در مورد ماهیت و مزایای خدمات سطح اول می‌باشد. این فصل شامل مواردی از قبیل درمان در بیمارستان عمومی به‌وسیله پزشک منتخب است. نرخ هزینه در بیمارستان خصوصی بالاتر از بیمارستان دولتی است و اگر بیمه شده‌ای از بخش خصوصی استفاده کند، لازم است در سطح دوم مشارکت مالی داشته باشد.^۱

۵-۲-۲ نظام سلامت

این نظام شامل سه سطح دولتی است:

۱. سلامت عمومی؛
۲. مدیریت ایالتی و منطقه‌ای؛
۳. مدیریت‌های استانی.^۲

۵-۲-۳ سطح سلامت عمومی

طرح بیمه عمومی مدیکر پوشش مزایای دارویی و کمک‌های بلاعوض به اجزای غیردولتی را در تمام کشور به عهده دارد. دولت‌های محلی در تأمین بودجه و اداره بیمارستان‌ها استقلال رأی دارند؛ هر دولت ایالتی مسئول اداره و تأمین بودجه هر کدام از بیمارستان‌های عمومی در آن ایالت هستند. در هر کدام از ایالت‌ها مدیریت بیمارستان‌ها از طریق اداره منطقه‌ای انجام می‌شود و مسئولیت هر بیمارستان هم به شورای مدیریت واگذار شده است.^۳

۵-۲-۴ نظام منابع مالی

در کشور استرالیا ارائه درمان از طریق طرح‌های تأمین اجتماعی، سلامت عمومی دولتی و نیمه‌خصوصی انجام می‌شود و منابع مالی هر بخش با تغییرات ساختاری متفاوتی در سال‌های مختلف همراه بوده است.

1. Ibid., p. 24.
2. Ibid., pp. 25-27.
3. Ibid., p. 29.

با معرفی مدیر در سال ۱۹۸۴ تغییر عمده‌ای در تعادل منابع مالی مراقبت‌های سلامتی به وجود آمد. این نظام بیشتر به صورت دولتی و از طریق درآمدهای مالیاتی با استفاده از مدل توزیع درآمد تأمین مالی می‌شود. در دولت مرکزی اداره امور مربوط به خدمات سلامتی به وزارت بهداشت واگذار شده است.^۱

۵-۲-۵ نظام مدیر

نظام مدیر یک طرح دولتی است و تمامی افراد جامعه تحت پوشش این بیمه‌اند. منابع مالی مدیر از طریق حق سرانه پرداخت شده از سوی افراد شاغل و مالیات‌ها تأمین می‌شود. افرادی که تحت پوشش بیمه مدیر هستند در صورتی می‌توانند از مزایای آن استفاده نمایند که به واحدهای درمان دولتی مراجعه کنند و یا از طریق پزشک خانواده و نظام ارجاع به پزشک متخصص ارجاع داده شوند. حق سرانه بیمه مدیر ۱/۵ درصد حقوق و مزایای مستمر تمامی افرادی است که در بخش دولتی و خصوصی مشغول به کارند. افراد مجردی که کمتر از ۱۳۵۶۰ دلار استرالیا در سال درآمد دارند و یا خانواده‌هایی که ۲۳،۵۰۰ دلار استرالیا و کمتر در سال درآمد دارند، از پرداخت این ۱/۵ درصد برای مدیر معافند.

کل پرداخت‌های شاغلان (۱/۵ درصد حقوق و مزایا) برای مدیر فقط پاسخ‌گوی ۳۵ تا ۴۰ درصد هزینه‌های آن است و سایر هزینه‌های مورد تعهد مدیر به وسیله دولت و از طریق مالیات‌ها صورت می‌گیرد. تأمین اجتماعی در استرالیا مسئولیت حمایت از فقرا و افراد بیکار را برعهده دارد و ساختار سازمانی امور بیمه سلامت از نظام تأمین اجتماعی جداست. از ۱۰۰ درصد مردمی که تحت پوشش بیمه درمان مدیر هستند در حدود ۳۲ درصد، علاوه بر بیمه دولتی، تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار دارند.^۲

۵-۳ بیمه سلامت

در استرالیا بیمه‌های سلامت دولتی و خصوصی با دسترسی همگان وجود دارد که تحت پوشش یک نظام خدمات سلامتی دوجانبه قرار دارند. بیمه دولتی تقریباً ۷۵ درصد از جمعیت و بیمه خصوصی ۲۵ درصد باقی‌مانده را تحت پوشش قرار می‌دهند. در دهه

1. Ibid., pp. 30-32.

2. Forde, 1999, pp. 10-11.

اخیر نظام سلامت استرالیا به گونه‌ای مدیریت شده که کل هزینه‌های سلامت را در سطح ملی هم‌زمان با حفظ هزینه‌های اجرایی در کمترین حد^۱ در حداقل سطح رشد نگه داشته است. در نتیجه هزینه‌های سرانه خدمات سلامت آن در کمترین سطح یعنی ۸/۵ درصد درآمد ناخالص داخلی در سال ۲۰۰۲ باقی مانده است.^۲

بیمه دولتی متشکل از دو برنامه است: بیمه‌های پزشکی سالمندان و کمیسیون بیمه سلامتی.^۳ بیمه‌های پزشکی سالمندان خدمات بهداشتی اولیه و مراقبت‌های قابل ارائه در بیمارستان‌های آموزشی را با حداقل هزینه یا به صورت رایگان در اختیار همه افراد قرار می‌دهند. کمیسیون بیمه سلامت مؤسسه‌ای دولتی است که ارائه خدمات پزشکی سرپایی را به عهده دارد. در برنامه اول مراقبت‌ها از طریق بیمارستان‌های دولتی، که ارائه‌دهندگان آنها را کارمندان ایالتی یا دولت تشکیل می‌دهند، ارائه می‌شود و درمان در آنها رایگان است و از طریق مالیات‌های دولت‌های ایالتی یا ائتلافی تأمین اعتبار مالی می‌شوند. اگر بیماران از این بیمارستان‌ها صرف نظر کنند، می‌توانند بیمارستان‌های خصوصی یا پزشکان غیروابسته به بیمارستان‌های دولتی را انتخاب نمایند. هرچند که درصد استرالیایی‌هایی که از خدمات بخش دولتی انصراف می‌دهند بسیار کم‌اند. در نتیجه، دولت موفق به خرید بیمه‌های خصوصی، به منظور کاهش مصرف و افزایش هزینه‌های بخش دولتی، شده است. بیمه‌گران خصوصی در استرالیا با سخت‌ترین مقررات در امور بیمه‌ها، الگوهای عضویت، طبقه‌بندی اجتماعی و استانداردهای کیفیت بالینی مواجه هستند که به‌طور مؤثری فعالیت بیمه‌های سلامتی را محدود می‌کنند.^۴

اصلاحات اخیر نظام سلامت استرالیا بر اداره بیمارستان‌ها، ارائه‌دهندگان خدمات و نظام‌های بیمه‌ای متمرکز شده‌اند. توسعه بیمارستان‌ها و بیمه‌گران خصوصی منجر به افزایش تقاضا برای طرح‌های غیرمتمرکز در بیمارستان‌های دولتی و صندوق‌های منطقه‌ای شده است. بیمارستان‌های استرالیا در جست‌وجوی راهی برای کاهش هزینه‌ها و افزایش ضریب اشغال تخت‌اند.^۵

۱. ۳/۶ درصد به‌ازای هر دلار صرف شده در بخش خصوصی.

2. Ibid., p. 13.

3. Health Insurance Commission (HIC)

4. Ibid., p. 14.

5. Ibid., p. 15.

۴-۵ نظام بیمه اجتماعی سلامت

طرح‌های بیمه خصوصی در استرالیا از طریق انجمن‌های دوستانه^۱ معرفی شد که در دهه ۱۸۵۰ با هدف حفاظت از هزینه‌های سلامتی ازطرف کارگران استخدام شده با درآمد متوسط و بالا تشکیل شد. اینها صندوق‌های غیرانتفاعی الگوبرداری شده‌ای از صندوق‌های بیماری دوجانبه اروپایی^۲ بودند. بسیاری از این صندوق‌ها پزشکی را با نظام پرداخت سرانه استخدام کردند. اولین فعالیت استرالیا در این زمینه براساس قانون بهداشت مصوب ۱۹۵۳ بود که به دولت اجازه می‌داد یارانه‌های دولتی را به بیمه سلامت خصوصی اختیاری ارائه دهد و دولت موظف بود طرح مزایای دارویی را ایجاد کند.

انجمن‌های دوستانه در حدود ۷۰ درصد جمعیت را، زمانی که اولین نظام بیمه اجتماعی سلامت اجباری تحت عنوان مدیبانک^۳ بر مبنای قانون تشکیل شد، تا سال ۱۹۷۲ تحت پوشش قرار داده بودند. مدیبانک در سال ۱۹۷۵ از طریق تأمین مالی با درآمدهای ناشی از مالیات‌های عمومی برای پوشش خدمات سلامتی در بیمارستان‌های دولتی و بیمارستان‌های تحت نظارت کمیسیون بیمه سلامتی شروع به کار کرد. جمعیت هدف، همه شهروندان و سایر ساکنان قانونی استرالیا بودند. یک سال پس از اجرا، این برنامه به مدیگر تغییر نام داد. در این برنامه تأمین مالی از درآمدهای مالیاتی براساس استطاعت مالی به میزان ۲-۱/۵ درصد از درآمد مشمول مالیات صورت می‌گرفت. سپس به کمیسیون بیمه سلامت اجازه داده شد تا یک صندوق بیمه سلامت خصوصی را، برای پوشش خدمات سلامتی از طریق مؤسسات سلامت خصوصی، تأسیس کند.

استرالیا از سال ۱۹۷۵ تاکنون سازوکارهای موازی را برای تحت پوشش قرار دادن جمعیت‌های مختلف و مزایای مختلف پوشش همگانی به کار گرفته است. به رغم تغییرات مربوط به فشارهای سیاسی، نیروهای بازار و متخصصان پزشکی، ترکیبی از نظام‌های بیمه سلامت دولتی و خصوصی دسترسی همگانی به خدمات پزشکی و بیمارستانی را تضمین می‌کنند. در همان حال که طرح مزایای دارویی داروها و وسایل پزشکی را

1. Friendly Societies
2. European Mutual Sickness Funds
3. Medibank

پوشش می‌دهد، خدمات درازمدت به‌صورت جداگانه توسط برنامه اجباری پرستاری در منزل تحت پوشش قرار دارد.

ترکیب اخیر طرح‌های بیمه سلامت دولتی و خصوصی با ترکیبی از ارائه‌دهندگان دولتی و خصوصی در استرالیا فعالیت می‌کند. دولت استرالیا تأمین مالی هر سه برنامه دولتی را از طریق وصول مالیات عمومی و سلامتی، به عهده دارد. درحالی‌که به بیمه سلامت خصوصی نیز یارانه ارائه می‌شود. با آنکه خدمات سلامتی در مالکیت دولت قرار دارد، پزشکان استرالیا، به‌طور معمول، تحت عنوان پزشکان خصوصی مستقل فعالیت می‌کنند.

مراکز درمانی تحت مالکیت دولت در سراسر کشور تأسیس نمی‌شوند و دسترسی به خدمات بهداشتی اولیه با در دسترس نبودن پزشکان در نواحی روستانشین و مناطق هم‌جوار شهری با درآمد پایین مختل می‌شوند، یعنی جایی که جمعیت در پرداخت کارانه مشکل دارند. رشد بیمارستان‌ها و شرکت‌های بیمه انتفاعی خصوصی مشکلات را دوچندان کرده است. از آنجاکه این روند منابع را از بخش دولتی به خصوصی سوق می‌دهد، مشکلات دسترسی جمعیت کم‌درآمد به خدمات بیمارستان‌محور بیشتر می‌شود، جمعیتی که گرایش به بیمه خصوصی ندارند می‌توانند زمان انتظار کوتاه‌تری را تصور کنند. گفتمان سیاسی مستمری درخصوص وسعت درگیری دولت در سازمان، تأمین منابع مالی و تدارک خدمات سلامتی وجود دارد که به نگرانی‌هایی در مورد عدالت و فشارهای بازار در خدمات سلامتی مرتبط می‌شوند.

فصل ششم نظام سلامت در چین*

مقدمه

چین در حدود ۴/۴۷۶ میلیارد یوآن^۱ را در سال ۲۰۰۰ به بخش سلامت اختصاص داده که به طور متوسط سرانه‌ای معادل ۴۷ دلار آمریکاست به عبارتی ۵/۳ درصد از تولید ناخالص داخلی این کشور به بخش سلامت اختصاص یافته است. بر مبنای حساب‌های ملی سلامت چین، در سال ۲۰۰۰، پرداخت از جیب بیماران به ۶۰ درصد نیز رسیده که فقط ۶ درصد آن را پوشش بیمه‌های درمان خصوصی و بقیه در قالب پرداخت از جیب ازسوی مصرف‌کنندگان انجام گرفته است. ۴۷ درصد از پرداخت‌های بخش عمومی مربوط به بیمه اجتماعی سلامت است.

۱-۶ بیمه سلامت کارکنان دولت

در سال ۱۹۵۲ بیمه سلامت کارکنان دولت،^۲ که از طریق درآمدهای عمومی تأمین مالی می‌شد، آغاز به کار کرد. این طرح کارکنان دولت، اساتید دانشگاه و دانشجویان را پوشش می‌دهد. واجدان شرایط خدمات پزشکی را به صورت رایگان در بخش سرپایی و بستری دریافت می‌کردند و در حدود ۳۰ میلیون نفر (۳ درصد جمعیت) تحت پوشش این طرح قرار گرفتند.

* برای مطالب این بخش از منبع زیر استفاده شده است:

WHO, Social Health Insurance, Selected Case Story From Asia and Pacific, 2005, pp 13-16.

۱. هر یوآن ۱۲/۰ دلار است (۱۸ اوت ۲۰۰۷).

2. Governmental Health Insurance (GHI)

جدول ۱-۶ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۴/۷
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۳۸
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۶۲
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۱۰/۱
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۰/۱
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۵۵/۲
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۸۶/۵۰
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۵/۵
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۷۰
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۲۷۷
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۲۷
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۰۵

Source: www.who.int, 2007.

۲-۶ بیمه سلامت کارگران

بیمه سلامت کارگران^۱ در سال ۱۹۵۱ آغاز به کار کرد. شرکت‌های کارگری با حداقل صد مستخدم موظف شدند تا این پوشش را فراهم کنند. شرکت‌های کوچک‌تر هم به صورت اختیاری می‌توانستند به آن ملحق شوند. بیمه درمان کارگران ۵۰ درصد هزینه‌های وابستگان بیمه شده را به صورت بازپرداخت تقبل می‌کردند. مجموع اعضای این طرح در سال ۱۹۹۰ حدود ۱۲۷ میلیون نفر بود که ۱۱ درصد جمعیت چین را دربرمی‌گرفت. مزایای پزشکی شبیه طرح بیمه‌ای کارکنان بود. بیمه درمان کارگران به وسیله شرکت‌ها تأمین مالی و مدیریت می‌شد. شرکت‌های با بیش از هزار کارگر، از مراکز درمانی ملکی برخوردار بودند، درحالی‌که شرکت‌های متوسط (بین هزار تا دوهزار کارگر) فقط دارای بخش پاراکلینیک بودند و با بیمارستان‌های عمومی و خصوصی برای ارائه خدمات بستری قرارداد همکاری داشتند.

1. Labour Health Insurance (LHI)

۳-۶ گسترش پوشش بیمه سلامت

به دلیل جریان تجارت آزاد در بازار باز اقتصادی در دهه ۱۹۸۰ هزینه‌ها و مراقبت‌های سلامتی و درمانی به طور چشمگیری افزایش یافت. از این رو دومین سیاست ملی درباره گسترش بیمه در این کشور به سمت ارائه پوشش همگانی پیش رفت. در اولین اقدام در سال ۱۹۹۳، کمتر از ۱۰ میلیون نفر به وسیله طرح‌های بیمه‌ای کارکنان دولت و کارگران تحت پوشش قرار گرفتند. در سال ۲۰۰۲، این تعداد به هشتاد میلیون نفر افزایش یافت. این طرح بیمه‌ای کارگران رسمی و بازنشستگان را نیز پوشش می‌داد. از سال ۲۰۰۳ پوشش بیمه‌ای گسترش پیدا کرد و کارگران بخش غیررسمی و وابستگان آنها را هم دربرگرفت. دولت همچنین برنامه‌ریزی جدیدی را برای استقرار نظام جدید تعاونی‌های پزشک روستایی و کمک‌پزشک از طریق یارانه‌های دولتی برای بهره‌مندی روستائیان اجرا کرد که انتظار می‌رود تا سال ۲۰۱۰ به پوشش همگانی نائل شود.

توسعه بیمه اجتماعی سلامت در چین دو راه مجزا و موازی را دنبال کرده است:

۱. توسعه نظام‌های پزشکی مشارکتی روستایی^۱ برای کارگران روستایی،
۲. توسعه نظام‌های بیمه اجتماعی برای کارمندان حقوق‌بگیری است که در هر دو نظام به جای خانواده افراد هدف برنامه هستند.

۴-۶ مشارکت روستایی

با آنکه نظام پزشکی مشارکتی روستایی همه اعضای خانوار را پوشش می‌دهد، نظام‌های شهری هیچ خدمتی را برای وابستگان یا سایر افراد غیرشاغل ارائه نمی‌دهند. به طور سنتی وزارت بهداشت نسبت به خدمات سلامت جمعیت شهرنشین مسئول است، در حالی که، حمایت‌های اجتماعی برای جمعیت شهرنشین از وظایف وزارت کار می‌باشد که به وزارت کار و تأمین اجتماعی تغییر نام داده است.

توصیف فرایند گسترش پوشش بیمه اجتماعی سلامت در چین بسیار مشکل است. در نواحی روستانشین، حیطه حفاظت نسبت به زمانی که تغییر اقتصادی حاصل نشده بود، کمتر است. بیمه‌های پزشکی مشارکتی روستایی در نیمه اول دهه ۱۹۷۰ و در یک

1. Rural Cooperative Medical Systems (RCMS)

دهه تأسیس شد که در حدود ۹۰ درصد روستاها را پوشش می‌داد. بخش‌های روستایی نظام‌های پزشکی مشارکتی روستایی را تأمین مالی می‌کردند، درحالی‌که رهبری بخش مستقیماً رفتار ارائه‌دهندگان را تحت تأثیر قرار می‌داد. دولت‌های محلی در سطوح استانی و بخشی ضرورتاً خدمات ارزان‌قیمت را برنامه‌ریزی و نظارت می‌کردند.

زمانی که چین نظام خود را از تولید کشاورزی انبوه به تولید خانگی خصوصی تغییر داد، اکثریت نظام‌های پزشک مشارکتی روستایی سراسر کشور در اواخر دهه ۱۹۸۰ و نیمه دهه ۱۹۹۰ منحل شدند. بسیاری از جمعیت‌های روستانشین، به‌خصوص در نواحی دورافتاده‌ای که سرپرستان خانواده‌ها از اشتغال در شهرستان جدید و تشکیلات اقتصادی روستا درآمد منظمی نداشتند، با مشکلات عمده‌ای در پرداخت هزینه‌های عمدتاً قانونمند نشده برای مصرف‌کننده در ازای خدمات سلامتی (از خدمات اولیه پایه در مراکز بهداشتی روستای خودشان تا خدمات در بیمارستان‌های شهرستان و بخش) مواجه شدند.

در سال ۲۰۰۰ در نواحی روستایی ۸۷/۳ درصد از بیماران هزینه‌های پزشکی را از جیب پرداخت می‌کردند، علاوه‌بر این ۲۵ درصد افراد مجبور بودند برای پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی از دیگران پول قرض بگیرند. پرداخت از جیب برای خدمات سلامتی دلیل عمده‌ای برای فقر خانواده‌های روستایی محسوب می‌شد.^۱ بیش از ۶۰ درصد بیماران در نواحی روستایی، به‌علت ناتوانی مالی برای پرداخت هزینه‌های سهم مصرف‌کننده، قبل از کامل شدن دوره درمان بستری بیمارستان‌ها را ترک کردند.^۲ در نیمه اول دهه ۱۹۹۰، وزارت بهداشت برآورد کرد که کمتر از ۱۰ درصد جمعیت روستایی هیچ شکلی از حفاظت را در برابر هزینه‌های بالای پرداخت مراقبت‌ها را ندارند. وزارت بهداشت برای پایه‌ریزی مجدد نظام‌های پزشک مشارکتی روستایی اجرای مجموعه‌ای از طرح‌های آزمایشی را آغاز کرد.

1. G., Carrin, A., Ron, Yang Hui, Wang Hong Zhang Tuohong, Zhang Licheng, Zhang Shuo, Ye Yide, Chen Jiaying, Jiang Qicheng, Zhang Zhaoyang, Yu Jun and Li Xuesheng. The Reform of Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China: Interim Experience in 14 Pilot Countries. Social Science and Medicine. Vol. 48, 1999, pp. 961-972.

2. Killingsworth, J., Yang, Hongwie, Best Practices for Rural Cooperative Medical System Development in China SPPD Document-CPR/01/408/A/08/14, WHO-UNDP, 2002.

اکثریت این طرح‌ها با همکاری شرکای بین‌المللی تأمین مالی و انجام شد، از جمله، بررسی و مطالعه استان سیشوان را شرکت RAND، پروژه‌های نظام‌های پزشک مشارکتی روستایی مربوط به چهارده بخش را سازمان بهداشت جهانی، پروژه مطالعه پیمایشی فقر در یک بخش و آزمایش مداخله‌ای در ۱۰ بخش را یونیسف (حقوق کودکان سازمان ملل متحد)،^۱ پروژه برنامه سیاست‌های بین‌المللی بهداشت در سه بخش فقیرنشین، پروژه بهداشتی برنامه توسعه سازمان ملل متحد^۲ در بخش روستایی، در زمره طرح‌های کاهش فقر، طرح بهداشت VIII بانک جهانی و پروژه بخش توسعه بین‌المللی انگلستان^۳ در چندین بخش نمونه‌هایی از این طرح‌ها هستند.

با آنکه امکان موفقیت مالی، جاذبه و قابلیت ادامه آنها پایین بود، تفاوت در طراحی و مدیریت این پروژه‌ها چشمگیر است. در سال ۲۰۰۱، برنامه توسعه سازمان ملل متحد مروری بر طرح نظام‌های پزشک مشارکتی روستایی را برای تعیین بهترین عملکردها انجام دادند.^۴ تحقیق و مطالعه بسیاری از کارشناسان ملی مؤسسات دولتی مختلف و سازمان‌دهی آکادمیک را که تلاش‌های عدیده‌ای را برای پایه‌ریزی مجدد نظام‌های پزشک مشارکتی روستایی به عمل آورده بودند، درگیر می‌کرد. این تحقیق یافته‌هایی را مورد تأکید قرار می‌داد که اداره اصلاحات نظام شورای استان، کمیسیون برنامه‌ریزی توسعه استان و وزارتخانه‌های دارایی، کشاورزی و بهداشت آنها را مورد توجه جدی‌تر قرار می‌دادند.

در سال ۲۰۰۳، دولت چین دستورالعمل‌های ملی درخصوص اجرای امداد پزشکی روستایی را منتشر ساخت تا به مشکلات موجود، اعم از بیماری و هزینه‌های خدمات سلامتی که به فقر منجر می‌شد، رسیدگی کند. طرح جدید به یارانه‌های دولتی در تمامی سطوح اجرایی شهرستان، بخش، استان و پایتخت تأکید داشت. تا اواخر سال ۲۰۰۳، شصت میلیون نفر در شکل جدید نظام‌های پزشکی مشارکتی روستایی ثبت‌نام شده بودند. برنامه درازمدت برای توسعه نظام‌های پزشکی مشارکتی روستایی پوشش تمامی کشاورزان روستایی تا سال ۲۰۱۰ است.

1. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF)

2. United Nations Development Programme (UNDP)

3. Department of International Development (United Kingdom)

4. Killing Sworth, J., 2002.

۵-۶ معاونت کار در مناطق شهری

اصلاحات بیمه اجتماعی سلامت در نواحی شهری را در چارچوب اصلاحات تأمین اجتماعی برای افراد شاغل، ابتدا، کمیسیون استانی اصلاح نظام اقتصادی و در مرحله دوم، وزارت جدید کار و تأمین اجتماعی در دهه ۱۹۹۰ اجرا کردند. نظام‌های قدیمی‌تر تأمین اجتماعی، بسته‌های بیمه‌ای برای کارگران (فعال و بازنشسته) در مشاغل مختلف را ارائه می‌کردند. مزایای سلامتی به وابستگان کارگران تعلق نمی‌گرفت. در برخی موارد، اعضای خانواده کارکنان که شاغل نبودند با ۵۰ درصد کسر از هزینه‌های جاری مصرف‌کننده مشمول طرح می‌شدند.

اولین اقدام اصلاحی اجباری از سوی شورای استان، در سال ۱۹۹۸، تغییر سطح سرمایه‌گذاری از سطح تک‌فعالیتی به سطح شهرکی و در برخی موارد به کل بخش بود. دومین اقدام اصلاحی ایجاد حساب‌های انفرادی و صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک بود. حساب‌های شخصی برای بیماری‌های جزئی و صندوق‌های سرمایه‌گذاری مشترک برای بیماری‌های جدی که به خدمات بیمارستانی نیاز دارند صورت می‌پذیرفت. فرایند اصلاحات کندتر از آن بود که در گسترش پوشش به شهرها و نواحی جدید انتظار می‌رفت. نظام‌های پیچیده، دسترسی به صندوق‌های مختلف و فقدان قانونگذاری شفاف در مورد سازوکارهای ضروری برای افزایش پذیرش این موضوع را موجب شده بود. مشارکت کارکنان در بخش خصوصی هنوز هم پایین است، چرا که چین هنوز هیچ قانون استاندردی درباره بیمه اجتماعی [خصوصی] ندارد.

۶-۶ آسیب‌شناسی گسترش پوشش جمعیت در مناطق شهری و روستایی

از نیمه اول دهه ۱۹۹۰ اصلاح پوشش جمعیت‌های روستایی و شهری شکاف‌های زیادی را در پوشش جمعیت و مزایا ایجاد کرده است. در نواحی روستایی، دامنه شمول ساکنان روستایی شاغل در شهرستان و مراکز اشتغال روستایی در طراحی و مدیریت این پروژه‌ها چشمگیر بود، هرچند که ممکن است این طرح در مورد نظام روستائیان محلی یا کارگران تحت تجدید نظر قرار داشته و رویکرد پوشش به‌جای خانواده‌ها هنوز بر افراد متمرکز است.

در نواحی شهری، هنوز هیچ تمهیداتی برای مشاغل آزاد، کارگران مهاجر و جمعیت غیرفعال از نظر اقتصادی وجود ندارد. صندوق‌های حمایت اجتماعی دولت‌های محلی برای پوشش نیازهای خدمات سلامتی نواحی فقیر شهری کافی نیستند. مزایا در نظام‌های تأمین اجتماعی کارگران روستایی و شهری، هنوز محدود می‌شوند. این امر وابستگی شدیدی به شرکت‌های تأمین مالی تجاری برای بیمه تکمیلی ایجاد کرده است. نظام‌های بیمه انتفاعی سلامت خصوصی در چین موفق بوده و با استفاده از ناکفایتی‌های نظام‌های دولتی و افزایش درآمد کارمندان حقوق‌بگیر در بخش خصوصی تشویق شده‌اند. متأسفانه، خریداری بیمه خصوصی از طریق کارمندان حقوق‌بگیر با درآمد بالا پذیرش مشارکت در نظام‌های دولتی را تحت تأثیر قرار داده است. نسبت کارگران بازنشسته در بین جمعیت بیمه شده افزایش می‌یابد، نظام‌های دولتی با مشکلات مالی فزاینده‌ای مواجه‌اند.

تلاش‌های اخیر در اصلاحات بیمه اجتماعی سلامت چین بر گسترش پوشش در هر دو گروه جمعیتی، شامل کشاورزان روستایی و کارگران شهری متمرکز می‌شود. مشکلات این تفکیک شناخته شده و مؤسسات مسئول اصلاحات در حال حاضر به برنامه‌ریزی و اجرای پروژه‌های آزمایشی همراه با نظام بیمه سلامت همگانی یکپارچه در نواحی شهری و روستایی را با هدف دستیابی به پوشش همگانی تعقیب می‌کنند.

۶-۷ نتیجه‌گیری

همان‌طور که ذکر شد، نظام دویخشی خدمات سلامتی چین، ارائه خدمات در مناطق شهری و روستایی را از یکدیگر تفکیک می‌کند. پوشش مناطق روستایی توسط نظام پزشکی مشارکتی از ۹۰ درصد به چیزی در حدود ۱۰ درصد کاهش یافته است. در نظام خدمات سلامت شهری، دولت نظام کارانه و نظام بازپرداخت هزینه‌های پزشکی را ایجاد کرده است که منجر به بالا رفتن ۱۱ درصدی هزینه‌های خدمات سلامتی در سال‌های اخیر ۱۹۷۸-۱۹۹۳ شده است. صرف بودجه دولت در بخش سلامت از ۳۲ درصد در سال ۱۹۸۶ به ۱۴ درصد در سال ۱۹۹۳ رسیده و کسری بودجه باعث شده تا ایالات، استانداری‌ها، بخش‌های خدمات سرپایی و بیمارستانی تحت فشار قرار بگیرند. پوشش

دارویی و بهداشتی در این مناطق یک مسئله نگران‌کننده است. در مقایسه با ۱۴ درصد کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه، ۵۲ درصد هزینه‌های صرف شده خدمات سلامتی چین در سال ۱۹۹۳ مربوط به تهیه داروها بود. این بدین دلیل است که بیمارستان‌ها برای جبران سطح پایین بازپرداخت ویزیت پزشکان به مصارف دارویی مفرط روی آورده بودند.

در پاسخ به وارد آمدن فشار مالی مضاعف بر برنامه‌های بیمه دولتی (برنامه بیمه دولتی^۱ و برنامه بیمه کارگری) اصلاحات با هدف کنترل هزینه‌ها در دو مرحله (اولین دوره بین سال‌های ۱۹۹۱-۱۹۸۱ و دومین دوره در سال ۱۹۹۲) آغاز شدند. دیدگاه چین بر اصلاحات به‌تازگی به نفع درگیری دولت‌های شهری در تجربه کردن نوآوری‌هایی تغییر کرده است که تقریباً در سطح ملی به کار گرفته می‌شوند. شواهد نشان می‌دهند که این اصلاحات در کاهش هزینه‌های سرانه سلامتی موفقیت‌آمیز بوده است.^۲

1. Government Insurance Scheme (GIS)

2. R., Bitran, WC., Yip, A Review of Health Care Provider Payment Reform in Selected Countries in Asia and Latin America, 1998.

فصل هفتم نظام سلامت در هندوستان*

مقدمه

بالغ بر ۸۰ درصد نظام سلامت در هندوستان^۱ از طریق بخش خصوصی تأمین مالی می‌شود. در بین کشورهای جهان، این کشور کمترین میزان درآمد ناخالص خود را (حدود ۶ درصد) به بخش سلامت اختصاص داده است. دولت مرکزی نقش محدودی را در تأمین اعتبار و ارائه خدمات سلامتی ایفا می‌کند و از طریق برنامه بیمه ایالتی کارمندان خدمات سلامتی را برای اتحادیه‌های کارگری ارائه می‌دهد. تأمین مالی این برنامه از طریق حمایت‌های مالی اجباری کارفرمایان و مشارکت‌های کارمندان صورت می‌پذیرد. این برنامه بیمه‌ای در حدود ۲۸ میلیون کارگر و بازنشسته را تحت پوشش قرار می‌دهد. این هزینه‌ها در یک شبکه بیمارستانی سرمایه‌گذاری می‌شوند و به‌ازای خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های غیردولتی در مناطقی که فاقد ارائه‌دهندگان خدمات دولتی هستند، پرداخت نقدی صورت می‌گیرد. دولت مرکزی هدایت اکثر بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های مناطق روستایی را به عهده دارد که خدمات سرپایی و بهداشتی مادر و نوزاد را ارائه می‌دهند. این بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات آخرین مرجع برای افراد بی‌بضاعت است.

با این وضعیت اقتصادی نابسامان، هندوستان با موضوع مهم بیماری‌ها در دوران گذار دست‌به‌گریبان است. بیماری‌هایی نظیر مشکلات قلبی - عروقی، سرطان‌ها و

* برای مطالب این بخش از منابع زیر استفاده شده است:

WHO, Social Health Insurance, Selected Case Story From Asia and Pacific, 2005, pp 13-16.
1. Sekhri N.2001"India". Global Health Care Markets.Walter Weiners.San Francisco: Jossey-Bass, 247-270. Additional Material Provided by: Anderson G etal."Multinational Comparison of Health System Data, 2002" October 2002. The Commonwealth Fund; Blanchette, Claude, "Public and Private Sector Involvement in Health Care System: An International Comparison", Bulletin 438E, Library of Parliament, United Kingdom, 1997 and the World Development Report 2002, The World Bank Group

صدمات ناشی از محیط کار ضرورت حرکتی جدی از مراقبت‌های سرپایی به‌سوی نظام‌های درمانی بیماری را ایجاب می‌کند. این امر به تخصص‌های فنی پیشرفته، پایش بیماری‌ها و مداخله و تجهیزات جراحی و دارویی پیشرفته - که در پیشگیری و درمان بیماری‌های پیچیده‌تر مؤثر باشند - نیاز دارد.

جدول ۷-۱ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۵
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۱۷/۳
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۸۲/۷
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۲/۹
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۰/۵
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۵/۶
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۹۳/۸
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۰/۸
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۳۱
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۹۱
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۵
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۶

Source: www.who.int, 2007.

۷-۱ بیمه سلامت

از سال ۱۹۹۹، یعنی زمانی که مجلس به شرکت‌های خصوصی خارجی اجازه داد تا به بازار بیمه سلامتی هند وارد شوند، شرکت بیمه جنرال وضعیت را فقط بدتر کرده است. استفاده از این نظام با دو میلیون جمعیت بیمه شده منسوخ شده است. از مجموعه چند بیمارستان بزرگ و متخصصان انتظار می‌رود که در آینده نقش پررنگ‌تری در این زمینه ایفا کنند. رشد این‌گونه زنجیره‌های مشارکتی، گروه‌ها و متخصصان برای جمعیت هفتصد میلیونی فقط با حمایت بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های خارجی مقدور است.

جدول ۷-۲ شاخص‌های اجتماعی - اقتصادی

ردیف	شاخص	مقادیر
۱	وسعت	۲ درصد کل جهان
۲	بار بیماری‌ها	۲۱ درصد کل بار بیماری‌ها در دنیا
۳	جمعیت	۱۶ درصد کل جمعیت جهان
۴	ترکیب جمعیت روستایی و شهری	۷۲ درصد روستایی، ۲۸ درصد شهری
۵	نرخ سواد	۶۵/۳۸ درصد
۶	فاضلاب	۹ درصد روستایی، ۴۹/۳ درصد شهری
۷	آب آشامیدنی سالم	۹۸ درصد روستایی، ۹۰/۲ درصد شهری
۸	فقر	زیر خط فقر: ۲۶ درصد ۲۷/۰۹ درصد روستایی، ۲۳/۶۲ درصد شهری
۹	خط فقر	۳۲۷/۵۶ درصد روستایی، ۴۵۴/۱۱ درصد شهری

منبع: سازمان بهداشت جهانی.

در این کشور با جمعیت بالغ بر یک میلیارد نفر و تفاوت‌های داخل استانی، تعمیم‌پذیری طرح‌ها در هر بخش دشوار است. رشد اقتصادی و پیشرفت زیادی در کاهش بیکاری و توسعه سریع اطلاعات و فناوری در سالیان اخیر مشهود بوده است. به‌رغم این موضوع، هزینه‌های اخیر دولت در بخش سلامت به تأخیر افتاده است. جمعیت کم‌درآمد، به خدمات با کیفیت پایین در بخش خصوصی (قانونمند نشده)، با پرداخت از جیب مضاعف مواجه هستند.

پوشش جمعیت با هر شکلی از بیمه سلامتی در هندوستان بسیار پایین است. قانون تأمین اجتماعی در سال ۱۹۴۸ تصویب و یک سال پس از استقلال، برای تأمین خدمات سلامتی برای جمعیت شاغل هدفمند شد به‌طوری‌که، کارمندان بسیار کم‌درآمد استان و وابستگان آنها را تحت پوشش قرار داد. تا سال ۱۹۵۴، دولت نظام بیمه سلامت اجباری را برای کارکنان دولت مرکزی ایجاد کرد. در سال‌های اخیر، مشارکت فزاینده‌ای میان استان‌ها و سازمان‌های غیردولتی برای گسترش حمایت‌های اجتماعی، از جمله حفاظت سلامت، با ضمانت استان، نظام‌های جامعه‌محور یا بیمه‌های میکرو^۱ وجود داشته است. از

1. Microinsurance

طریق نظام‌های بیمه سلامت اجباری یا اختیاری، در حدود ۸۵ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفته‌اند. از آن پس، بسته‌های مزایا و سطوح مختلف دسترسی به ارائه‌کنندگان، به تفاوت در کیفیت و دسترسی به خدمات سلامتی منجر شده است.

هندوستان هنوز برای تأمین هدف‌های اساسی، یعنی اجرای عدالت در دسترسی به خدمات و تأمین مالی باثبات و مکفی به‌منظور رفع نیازهای سلامتی، نظام تعریف شده‌ای را اجرا نکرده است. در سالیان متمادی حمایت اجتماعی سلامت به‌عنوان یک دیدگاه سیاسی مورد توجه قرار نگرفته است.

از آنجاکه کارمندان حقوق‌بگیر اکثریت کارگران را دربرنمی‌گیرد و پایه مالیاتی هنوز به‌نسبت کم است، فرصت‌های گسترش پوشش بیمه اجتماعی سلامت از طریق نظام‌های اجباری همچنان محدود مانده است.

بهترین موردی که در کوتاه‌مدت می‌توان در نظر گرفت ادغام نظام بیمه استانی کارکنان^۱ و نظام سلامت دولت مرکزی^۲ با توسعه تأمین مزایا تحت پوشش یک نظام ادغام شده است، در این صورت، باز هم چالش‌های جمعیت عظیم بخش غیررسمی همچنان باقی می‌ماند.^۳ هندوستان پاسخ‌گوی مداخله بیشتر سازمان‌های غیردولتی است. در حال حاضر بخش‌های مختلف در جست‌وجوی پتانسیل‌های بالقوه سازمان‌های غیردولتی برای گسترش پوشش از طریق ارتقای مراقبت‌های سلامتی به‌عنوان بخشی از طرح‌های حمایت اجتماعی برای گروه‌های جمعیتی مختلف و تأمین و گسترش طرح‌های بیمه سلامت جامعه‌محورند.

۷-۲ اصول بیمه اجتماعی سلامت^۴

هندوستان با سرانه درآمد ۱۸۰۰۰ دلار آمریکا در حدود ۶ درصد تولید ناخالص داخلی‌اش را در بخش سلامت هزینه می‌کند که کمتر از ۱۷ درصد آن برای تسهیلات

1. Employees State Insurances Schemes (ESIS)

2. Central Governemental Health Schem (CGHE)

3. WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South Asia, 2004, pp. 16-20.

4. India Country Paper on SHI, Presented at the Technical Discussions Session of 40th CCPDM, September 2003; Sujatha Rao. Social Health Insurance in India, Presentation Made at the Regional Meeting on SHI, 13-15 March 2003; and Indrani Gupta, et. al., Health Insurance in India: Prognosis and Prospectus, Economic and Political Weekly, January 2000, pp. 207-217.

سلامت در بخش عمومی و نیروی انسانی (بیمارستان‌ها، کلینیک‌ها و مؤسسه‌های پیشگیری) هزینه می‌شود. بیمه اجتماعی سلامت به‌طور عمده کارمندان داخلی و نسبت مشخصی از کارمندان در بخش رسمی را پوشش می‌دهد. بیمه سلامت انفرادی بسیار محدود و جزئی است، اما به‌سرعت در حال رشد است. پرداخت از جیب در درمانگاه‌های خصوصی، بیمارستان‌ها و داروسازها از جمله متخصصان طب سنتی، در حدود ۸۳ درصد از هزینه‌های سلامتی را شامل می‌شود.

بار مالی وارد شده بر نظام سلامت ملی در ده سال اخیر به‌دلیل فشار زیاد بیماری‌های جدید و همچنین افزایش تقاضا برای مراقبت‌های سلامتی با روندی رو به افزایش همراه بوده که است. بستری بیمارستانی برای بیماری‌های عمده مانند قلبی - عروقی، دیابت و کلیوی دلیلی، برای بدهکاری گروه‌های کم‌درآمد و با درآمد متوسط است. بخش وسیعی از جمعیت، به‌ویژه، گروه‌های کم‌درآمد دسترسی آسانی به مراقبت‌های سلامتی خوب و با کیفیت ندارد. به‌دلیل وجود منابعی که در سال‌های اخیر (از سوی بخش‌های دیگر) به دولت تحمیل شده است دولت فدرال در موقعیتی نیست که بتواند منابع مالی بخش سلامت را افزایش دهد. دولت‌های ایالتی نیز با بحران مالی مواجه‌اند و نمی‌توانند هزینه‌های مستمر بخش سلامت را تأمین کنند. در این سناریو بیمه سلامت سازوکاری متفاوت برای تأمین مالی خدمات سلامتی است.

۷-۳ گسترش پوشش بیمه سلامت

۷-۳-۱ طرح بیمه سلامت کارکنان دولت

دولت، برنامه بیمه سلامتی را با عنوان طرح بیمه کارکنان دولت تحت پوشش قانون بیمه سلامت در سال ۱۹۴۸ راه‌اندازی کرد تا مزایای پزشکی و نقدی را به‌عنوان بخشی از مزایای طرح تأمین اجتماعی اجباری برای کارگران استخدام شده رسمی در بخش‌های صنعتی فراهم کند. طرح بیمه‌ای کارکنان دولت حمایت‌های مالی و اجتماعی را از کارکنان در هنگام بیماری، زایمان، ناتوانی و مرگ ایجاد کرده است و به‌دلیل آسیب‌های شغلی مشخص ارائه می‌کند. طرح بیمه کارکنان دولت تسهیلات مراقبت‌های سلامتی خود را برای افراد و خانواده‌هایشان به‌صورت رایگان ارائه می‌کند. ابتدا، طرح

بیمه کارکنان دولت تمام کارخانه‌ها یا صنایع غیرفصلی قدرتمند را، که ۱۰ نفر یا بیشتر را در استخدام داشتند، پوشش می‌داد. درحالی‌که افرادی که در معادن و کشتزارها کار می‌کنند یا سازمانی که مزایای سلامتی مناسب‌تر یا بهتر از طرح بیمه کارکنان دولت ارائه می‌دهد را نادیده می‌گیرد. هرچند که برخی از مؤسسات خدماتی مثل فروشگاه‌ها، هتل‌ها، رستوران‌ها، سینماها، شبکه حمل‌ونقل و روزنامه‌ها تحت پوشش قرار می‌گیرند.

۷-۳-۲ منابع مالی بیمه سلامت کارکنان

۶۵۰۰ روپیه به‌عنوان دستمزد ماهیانه برای پوشش طرح بیمه کارکنان دولت در نظر گرفته شده است که به‌صورت مشارکت تعریف شده در قالب مالیات بر درآمد ۱/۷۵ درصد به‌وسیله کارگر، ۴/۷۵ درصد دستمزد پرداخت شده ازطرف کارفرماها و ۱۲/۵ درصد کل هزینه‌ها برعهده دولت‌های ایالتی است. تعداد افراد تحت پوشش بیش از ۳۳ میلیون نفر است که در بیش از ۶۲۰ مرکز در ایالت‌های مختلف پراکنده شده‌اند.

جدول ۷-۳ پوشش بیمه سلامت در طرح‌های مختلف بیمه‌ای

(میلیون نفر)

ردیف	طرح	واجدین شرایط
۱	طرح بیمه‌ای کارکنان ایالتی	۲۵/۳
۲	طرح بیمه‌ای دولت مرکزی	۴/۳
۳	طرح سلامت کارکنان راه‌آهن	۸
۴	مستخدمان صنایع دفاع	۷/۵
۵	Exserviceman	۴
۶	معادن و فلزات (بخش عمومی)	۱۰
۷	بیمه سلامت (بخش دولتی غیر از بیمه عمر)	۰/۸
۸	بیمه سلامت شرکت‌های بیمه عمر (بخش دولتی و خصوصی)	۰/۲۳
۹	طرح‌های بیمه‌ای تحت حمایت ایالت‌ها	کمتر از ۰/۵
۱۰	کارفرمایانی که تسهیلات را از طریق بخش خصوصی خریداری می‌کنند	۶
۱۱	کارفرمایانی که تسهیلات را از طریق بخش دولتی خریداری می‌کنند	کمتر از ۸
۱۲	طرح‌های سلامت جامعه‌محور	۳

Source: WHO, Social Health Insurance, 2005.

در حدود ۱۲۵ بیمارستان، ۴۲ مرکز درمانی و ۱۴۵۰ درمانگاه با بیش از ۲۳۰۰۰ تخت تحت پوشش طرح^۱ پوشش اجباری بیمه درمانی دولتی اند که با اختصار ESIS و CGHS نامیده می‌شوند. این طرح را مؤسسه بیمه کارمندان دولت از طریق دولت‌های ایالتی با هزینه کل ۳۳۰۰ میلیون روپیه یا سرانه ۴۰۰ روپیه تأمین مالی می‌کند.

۷-۳-۳ طرح سلامت دولت مرکزی

هندوستان از سال ۱۹۵۴ در حال اجرای طرح سلامت دولت مرکزی است. هدف این طرح ارائه مراقبت‌های پزشکی گسترده‌ای به کارمندان (کنونی و بازنشستگان) دولت مرکزی، کارکنان مؤسسات نیمه‌دولتی و مستقل، اعضای پارلمان‌ها، قاضی‌ها، چریک‌های آزادی‌بخش^۲ و روزنامه‌نگاران است. مزایای آن شامل تسهیلات جراحی، مراقبت‌های پیشگیری و نگهدارنده در درمانگاه‌ها، مراقبت‌های بستری در بیمارستان‌های عمومی و خصوصی تأیید شده است. حق بیمه به‌صورت تصاعدی با حقوق افزایش می‌یابد (از ۱۵۰-۱۵ روپیه در ماه). افراد واجد شرایط از طرح سلامت دولت مرکزی حدود ۴/۵ میلیون نفر هستند. طرح سلامت دولت مرکزی به‌دلیل کیفیت مراقبت و قابلیت دسترسی مورد انتقاد واقع شده است. افراد واجد شرایط از تأخیر در پرداخت و میزان بالای پرداخت از جیب نیز شکایت می‌کنند. مؤسسه بیمه عمومی^۳ و چهار شرکت وابسته آن و همچنین کارگزاران بخش عمومی، از سال ۱۹۸۶ طرح بیمه سلامت اختیاری را پیشنهاد داده‌اند (طرح Mediclaim). این طرح‌ها عمدتاً مراقبت‌های بیمارستانی و مزایای بستری در بیمارستان را (ارائه مراقبت‌های خاص بیماران سرپایی به‌جای درمان بیمار بستری) تحت پوشش قرار می‌دهند. به‌علاوه، مؤسسه‌های خاص بیمه خصوصی نیز بیمه سلامت را ارائه می‌کنند.

۷-۳-۴ پوشش بیمه سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر

به تازگی مؤسسه بیمه عمومی سلامت جدیدی را برای گسترش پوشش نیازهای سلامتی به گروه‌هایی با درآمد متوسط و پایین معرفی کرده است. این مؤسسه، پوشش

1. Social Insurance or Mandatory Health Insurance Schemes or Government Run Schemes (Namely the ESIS, CGHS)

2. Freedom Fighters

3. General Insurance Corporation (GIC)

بیمه‌ای Jan Arogyo Bima را ارائه کرده است. بیمه‌نامه‌ای که گروه‌های فقیر را هدف قرار داده است. این بیمه بازپرداخت هزینه‌های بستری بیمارستانی را تا پنج هزار روپیه تعهد می‌کند. حق بیمه سالیانه برای یک نفر صد روپیه است. در سال ۲۰۰۲ برنامه‌های مؤسسه بیمه عمومی حدود ۷/۲ میلیون نفر را دربرگرفته‌اند.

شرکت‌های بیمه خصوصی و دولتی از طریق ارائه مراقبت‌های سلامتی رایگان در مراکز ملکی متعلق به کارفرمایان (Tata و Reliance)، پرداخت‌های پاداش ماهیانه و سالیانه به صورت یکجا، بازپرداخت یا بخش هزینه‌های کامل یا بخش هزینه‌های سلامتی از طرف کارفرما و توافق در مورد ارائه پوشش‌های گروهی در ریسک مشارکت می‌کنند.^۱ جمعیت تحت پوشش این طرح‌ها کم است و حداکثر ۴۰-۳۰ میلیون نفر تخمین زده می‌شود.

۷-۴ بیمه ملی سلامت

بیمه ملی سلامت^۲ در سال ۲۰۰۲ اعلام کرد که دسترسی به نظام مراقبت‌های سلامتی دولتی در بین کسانی که هزینه را بهتر پرداخت کرده‌اند و در بخش‌های ضعیف‌تر جامعه قرار داشتند ناعادلانه بوده است. بنابراین، هدف بیمه جدید ایجاد نظامی است که بی‌عدالتی‌ها را کم کند تا بخش‌های محروم جامعه بتوانند دستیابی عادلانه‌تری به مراقبت‌های سلامتی ضروری داشته باشند. هدف بیمه سلامت ملی افزایش سرمایه‌گذاری کلی بخش سلامت از منابع عمومی از طریق افزایش نرخ مشارکت‌ها از طرف دولت‌های مرکزی و ایالتی است. این امر به تشویق بیمه خصوصی برای افزایش حوزه‌های پوشش بیمه‌ای در خدمات سطح دوم (ثانویه) و سوم کمک می‌کند. دولت فدرال هندوستان برای سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۳ طرح بیمه‌ای به نام Janraksha را معرفی کرد، که حمایت‌های مالی را برای فقرا و نیازمندان ارائه می‌کند. حق بیمه در نظر گرفته شده برای این پوشش بیمه‌ای فقط یک روپیه در روز است و مزایای زیر را ارائه می‌کند:

۱. شرکت‌هایی چون Chola mandalam یا Royal sundaram، ICIC Lombards Bajaj Allians این گونه رفتار می‌کنند.

2. National Health Plan (NHP)

۱. درمان بستری تا سی هزار روپیه در سال در بیمارستان‌های منتخب و مشخص،
۲. درمان سرپایی تا دو هزار روپیه در سال در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های مشخص با امکانات شهری، دانشکده‌های پزشکی، بیمارستان‌های خصوصی و دیگر مؤسسات تحت حمایت سازمان غیردولتی در سال بودجه‌ای،
۳. در سال ۲۰۰۳ ابتکار عمل دیگری به نام طرح بیمه همگانی سلامت مبتنی بر جامعه معرفی شد. هدف این طرح دستیابی آسان به مراقبت‌های سلامتی با کیفیت مناسب برای شهروندان محروم با حق بیمه معادل یک روپیه در هر روز برای هر نفر، ۱/۵ روپیه هر روز برای خانواده پنج‌نفره و دو روپیه در روز برای خانواده هفت‌نفره است. بسته مزایای ارائه شده به بیمه‌شدگان شامل موارد زیر است:
 ۱. بازپرداخت هزینه‌های پزشکی تا سی هزار روپیه برای بستری در بیمارستان،
 ۲. پرداخت ۲۵,۰۰۰ روپیه در صورت حوادث منجر به مرگ،
 ۳. جبران غرامت ضررهای درآمدی تا پنجاه روپیه در روز تا حداکثر پانزده روز.
 دولت برای تضمین در اختیار گذاشتن این طرح برای خانواده‌های زیر خط فقر، صد روپیه در هر سال به‌عنوان حق بیمه سالیانه کمک می‌کند.

۷-۵ نتیجه‌گیری

۷-۵-۱ عوامل مؤثر در گسترش پوشش بیمه سلامت

موارد ذیل عواملی است که در اجرا یا گسترش طرح بیمه اجتماعی سلامت در هندوستان مؤثرند:

- هندوستان کشوری با درآمد کمتر از متوسط است، با جمعیتی بالغ بر یک میلیارد نفر که ۲۶ درصد آنها زیر خط فقر زندگی می‌کنند و حدود ۳۵ درصد به‌دلیل ریسک‌های سلامتی فقیر شده‌اند.
- در این پوشش بیمه اجتماعی سلامت کافی نیست و فقط به حجم کوچکی از مردم، که در بخش رسمی سازمان‌یافته کار می‌کنند محدود می‌شود، درحالی‌که، این افراد کمتر از ۱۰ درصد کل جمعیت را تشکیل می‌دهند.
- اگرچه پیشرفت سریعی در امور بانکی و زیرساخت‌های مالی وجود دارد، اما ارائه و

گسترش بیمه اجتماعی سلامت پایین و ضعیف است. درحالی‌که برخی سازمان‌های غیردولتی، داوطلبانه روش‌های متفاوتی را برای تأمین مالی (حق بیمه) ارائه داده‌اند؛ اما این طرح‌ها به‌طور وسیع هنوز در سطح ملی به‌کار گرفته نمی‌شود.

- اکثر برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت درگیر موضوع‌هایی چون استثنائات، انتخاب معکوس^۱، مخاطرات اخلاقی^۲ و فرایند خامه‌گیری^۳ شده‌اند. عمده توجه برنامه‌های موجود بر هزینه‌های مراقبت‌های بیمارستانی است.

این طرح‌ها به‌طور مؤثری به کیفیت مراقبت‌ها نپرداخته‌اند، هرچند که، اطلاعات کافی در مورد طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت وجود ندارد. روش‌های تأمین مالی متفاوتی باید برای گروه‌های متفاوت به‌کار گرفته شود. هندوستان کشوری شناخته شده و ناهمگن می‌باشد که برای عمل به تعهدات خود لازم است چندین طرح بیمه درمانی و سایر سازوکارهای توزیع ریسک را برای گستره وسیع جمعیت به‌صورت آزمایشی اجرا کند. مؤسسات تحقیقاتی درباره نظام‌های سلامتی و بیمه سلامت با همکاری مؤسسات مطالعات بیمه اقتصاد باید اطلاعاتی را در مورد بیماری‌های رایج در مناطق جغرافیایی متفاوت جمع‌آوری کند، دستورالعمل‌های درمانی استاندارد را فراهم کند، و هزینه خدمات سلامتی را برعهده گیرد تا هرکسی بتواند بسته‌های مزایا را انتخاب کند تا با تعیین حق بیمه‌های تعیین شده، یارانه‌های ارائه شده، نقشه امکانات مراقبت‌های سلامتی موجود و روش‌های سازمانی که برای اجرای طرح‌های بیمه سلامت وجود دارد، تحت پوشش بیمه قرار گیرد.

1. Adverse Selection
2. Moral Hazard
3. Cream Skimming

فصل هشتم نظام سلامت در اندونزی*

مقدمه

وضعیت سلامت مردم اندونزی در چند دهه اخیر به‌ویژه در سال‌های گذشته با پیشرفت اندکی رو به بهبود است.^۱ بحران اقتصادی آسیا در دهه ۱۹۹۰ تأثیر فوق‌العاده‌ای بر وضعیت سلامتی در این کشور داشته و باعث دستیابی کمتر مردم به مراقبت‌های سلامتی شده است.

اطلاعات به‌دست آمده از بررسی‌های ملی در دهه گذشته نشان می‌دهد که دسترسی به مراقبت‌های بیمارستانی برای حدود ۶۰ درصد جمعیت بسیار نامناسب است؛ چرا که هر خانواده باید مبلغی بیشتر از درآمدش - چه در بخش عمومی و چه در بخش خصوصی - را در این زمینه هزینه کند. یکی از دلایل اصلی بهبود نیافتن وضعیت سلامت وجود نقایصی در مدیریت اصلاحات تأمین مالی مراقبت‌هاست. درحالی‌که شکل‌هایی از بیمه اجتماعی سلامت - حتی قبل از استقلال - اجرا شده بود، فعالیت‌های بسیار زیادی برای رسیدن به پوشش همگانی باید انجام شود.

دولت مستعمراتی هلند طرح بازپرداختی را برای کارمندان دولت اجرا کرد که در آغاز فقط کارمندان اروپایی و بعدها کارمندان دولت را شامل می‌شد. بعد از استقلال سال ۱۹۴۸، دولت این طرح را با بازپرداخت برای مراقبت‌های سلامتی ادامه داد. این طرح با چندین چالش عمده، از جمله مخاطرات اخلاقی و فرایند خامه‌گیری بین طبقه بالا و پایین دولت، مواجه بود. در سال ۱۹۶۰، دولت طرح آزمایشی بیمه اجتماعی سلامت را علاوه بر هزینه‌های پزشکی برای پوشش هزینه مراقبت‌های بیماران بستری نیز

* Hasbullah Thabrany & Ascobat Gani, et. al. Social Health Insurance in Indonesia: Current Status and the Proposed National Health Insurance, Updated Working Paper Submitted Originally at the Regional Meeting on SHI, March, 2003 and Later Presented as Country Paper at the Technical Discussions on SHI at 40th CCPDM Meeting, September 2003.

1. WHO, Regional Overview in South-East Asia, 2004, pp. 20-26.

آغاز کرد. این طرح با کسری منابع زیادی مواجه و بعدها متوقف شد. که از آن پس چندین طرح ابتکاری آزمایش شده است. در سال ۱۹۶۵، وزیر بهداشت بخش گسترده‌ای از امکانات اساسی مراقبت‌های سلامتی را با عنوان دستور جدید^۱ دولت به اجرا درآورد. وزارت بهداشت پس از یک سال صندوق مشارکت بیماری را برای کارمندان دولت ایجاد کرد که پس از چند سال با شکست روبه‌رو شد. در سال ۱۹۶۸ وزارت کار یک گروه رفاه کارمندان دولتی و یک گروه طلایه‌دار مدیریت طرح بیمه سلامت کنونی را برای ارائه خدمات به کارمندان دولتی فعلی ایجاد کرد. بازپرداخت براساس نظام پرداخت کارانه خصوصی انجام می‌شد و حق بیمه‌ای معادل ۵ درصد حقوق در نظر گرفته شده بود.

جدول ۸-۱ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۲/۸
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۳۴/۲
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۶۵/۸
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۵
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۱/۳
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۱۰/۸
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۷۴/۷
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۵/۹
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۳۳
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۱۸
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۱۱
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۴۱

Source: www.who.in, 2007.

جدول ۸-۲ پوشش بیمه درمان

ردیف	نوع بیمه درمان	درصد جمعیت تحت پوشش
۱	طرح بیمه اجتماعی درمان کارکنان دولت	۷/۱۲
۲	جامالتوک	۱/۵
۳	کارت سلامت، شامل طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت	۶/۵
۴	سایر	۵/۴
۵	بیمه نشده	۷۹/۴

منبع: سازمان بهداشت جهانی.

۸-۱ گسترش پوشش بیمه سلامت

۸-۱-۱ پوشش بیمه‌ای کارکنان دولت

در سال ۱۹۸۴، مؤسسه عمومی‌ای به نام Perum Husada Bhakti (PHB) با هدف تحت پوشش قرار دادن کارکنان دولت با مبنای ۲ درصد حقوق پایه به‌عنوان حق بیمه، تشکیل و پس از چهار سال یک طرح آزمایشی برای پوشش بیمه سلامت کارمندان اجرا شد. مؤسسه ملی PHB، تا سال ۱۹۹۲، به یک شرکت انتفاعی دولت ایالتی به نام بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت^۱، در چارچوب قوانین ملی و بیمه منتقل شد.

طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت پوشش بیمه‌ای اجباری سلامت را برای همه کارمندان دولت، مستمری‌بگیران و پرسنل نظامی همه مؤسسات دولتی و نیمه‌دولتی فراهم می‌کند. همه باید ۲ درصد حقوق پایه ماهیانه^۲ را به‌عنوان مشارکت در پرداخت حق بیمه بدون توجه به وضعیت خانوادگی یا تأهل بپردازند، در این طرح سقف پرداخت حق بیمه وجود ندارد. از اوایل سال ۲۰۰۳ دولت مرکزی ۵ درصد حقوق ماهیانه بیمه شده اصلی را به‌عنوان حق بیمه در نظر گرفته است. این طرح که بسته مزایای جامعی را بدون استثنائات خاصی در اختیار می‌گذارد شامل همسر و دو فرزند کمتر از ۲۱ سال - که کار نمی‌کنند و متأهل هم نیستند - است. بسته‌های مراقبت‌های سلامتی از طریق شبکه‌های

1. PT ASKES Asuransi Kasehetanindonesia

2. Basic Salary

تأمین‌کننده ارائه می‌شود که شامل بیش از هفت هزار مرکز بهداشتی دولتی، حدود چهارصد بیمارستان دولتی و ۱۵۰ بیمارستان خصوصی می‌شود. فهرست هزینه‌های خاص را دولت معرفی کرده است که ۷۰-۴۰ درصد کل هزینه‌های کل را دربرمی‌گیرد.

جدول ۳-۸ رشد ترکیب اعضای بیمه اجتماعی سلامت در طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش حقوقی

ردیف	سال	شرکت	کارفرمایان	بیمه‌شدگان	حق بیمه (هزار روپیه)	نرخ مطالبه
۱	۱۹۹۱	۷۲۳	۸۵۹۲۶	۱۹۹۶۹۵	۴۵۵۳۰۰۰	۶۳/۹
۲	۱۹۹۲	۹۵۸	۱۱۱۰۳۴۵	۲۳۸۰۲۲	۸۲۸۰۰۰۰	۶۲/۲
۳	۱۹۹۳	۳۴۱۹	۲۵۶۴۰۲	۵۳۷۱۷۳	۱۳۶۵۷۰۰۰	۵۹/۱
۴	۱۹۹۴	۵۶۲۴	۴۵۸۲۵۷	۹۶۳۶۱۹	۲۸۲۶۳۰۰۰	۶۷/۵
۵	۱۹۹۵	۸۰۳۴	۶۹۸۰۵۲	۱۴۱۴۱۷۵	۴۴۳۶۵۰۰۰	۸۰/۷
۶	۱۹۹۶	۹۴۵۲	۹۶۱۵۹۴	۱۷۲۵۶۱۸	۶۴۳۱۴۵۶۳	۷۹/۷
۷	۱۹۹۷	۱۰۸۹۲	۹۸۹۰۹۴	۱۹۴۹۰۱۱	۸۶۲۳۳۰۶۰	۷۶/۱
۸	۱۹۹۸	۱۴۲۲۵	۱۱۱۰۴۷۸	۲۳۳۸۰۷۵	۱۰۰۲۲۰۴۳۵	۸۸/۵
۹	۱۹۹۹	۱۵۶۲۸	۱۲۳۵۸۱۸	۲۵۶۷۵۷۶	۱۳۶۱۰۳۸۵۸	۷۴/۶
۱۰	۲۰۰۰	۱۶۷۰۷	۱۳۲۱۸۴۴	۲۶۶۹۹۷۷	۱۵۵۳۶۰۷۷۰	۶۵/۴
۱۱	متوسط رشد سالیانه	۵۳	۴۰	۳۸	۵۱	متوسط ۷۱/۷۷

Source: PT Jamsostek, Account Division, 2001.

۲-۱-۸ روش پرداخت

شرکت بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت در پرداخت به ارائه‌دهندگان نظام پرداخت آینده‌نگر را مبتنی بر روش پرکیس و روزانه به‌کار می‌گیرد داروها نیز اگر براساس فارماکوپه ملی تجویز شده باشند تحت پوشش هستند. شرکت بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت تقریباً پانزده میلیون کارمند دولت را پوشش می‌دهد. حق بیمه حدود چهار هزار روپیه به‌ازای هر نفر است. این رقم از سال ۱۹۹۳ اصلاح نشده است و به‌علت

تورم تقریباً بی‌مقدار به‌نظر می‌آید، به‌طوری‌که، در حال حاضر در مقایسه با مقدار سال ۱۹۹۳ حدوداً معادل هزار روپیه است. این طرح محصولاتش را در قالب سازمان‌های حفظ سلامت با بیش از ۲۵۰۰ شرکت و برای حدود ۱/۵ میلیون عضو گسترش داده است. اگرچه، شرکت بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت از بین مؤسسه‌های دولتی به‌دلیل بازده‌های کارآمدش بهترین مؤسسه به‌حساب می‌آید، اما هنوز چالش‌ها و محدودیت‌های ذیل را می‌توان برای آن برشمرد:

- تأخیر در جمع‌آوری حق بیمه‌ها، به‌رغم اینکه پرداخت‌کنندگان اصلی کارمندان دولت هستند؛

- تعریف مزایای بسیار بلندپروازانه در مقایسه با حق بیمه‌های اندک؛

- به لحاظ تاریخی سهم بالای هزینه‌ها به‌دلیل ارائه قیمت‌های پایین و تنظیم شده ازطرف وزارت بهداشت؛

- سطح بازپرداخت به‌نسبت پایین به ارائه‌دهندگان (انتقال بیمارستان‌های دولتی به مدیریتی مشارکتی که منجر به افزایش هزینه‌های مصرف‌کننده شده و مردم را بیشتر به پرداخت از جیب وادار می‌کند)؛

- افراد به‌نسبت ثروتمند (افراد با حقوق بالا) با حق بیمه خیلی پایین پوشش داده شده‌اند که موجب وارد آمدن خسارت به صندوق می‌شود؛

- انتخاب معکوس در پرسنل نظامی بازنشسته به‌وجود آمده است؛

- تقاضا برای تمرکززدایی مدیریت منابع مالی شرکت بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت را مسئولان محلی مطرح کرده‌اند، و عملکرد انتفاعی^۱ ارائه‌دهندگان چالش‌های زیادی را ایجاد کرده است.

۲-۸ طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش خصوصی

از انواع دیگر بیمه اجتماعی سلامت که از سال ۱۹۹۳ در اندونزی ارائه شده است، طرح بیمه اجتماعی سلامت برای کارکنان بخش‌های خصوصی و رسمی بود که PT Jamsostek نام داشت و تحت تأثیر قانون تأمین اجتماعی در سال ۱۹۹۲ ایجاد شد. این

طرح را شرکت‌های انتفاعی دولتی اداره می‌کنند. این طرح از آغاز، معافیت مالیاتی را برای پوشش افراد استخدام شده‌ای در نظر می‌گیرد که توان دسترسی به مزایای سلامتی را به هر وسیله‌ای، از جمله خود بیمه‌گزار، دارند یا می‌توانند بسته‌های بیشتری از بیمه سلامت را خریداری کنند. بدین‌علت اکثر کارفرماها طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش خصوصی برنامه‌های دیگری را برای پوشش بیمه‌ای خود، از طریق شرکت‌های خصوصی یا عمومی دیگر انتخاب کردند. این طرح شامل بیمه اجباری برای همه کارفرمایان خصوصی با ۱۰ کارمند یا بیشتر یا با حقوق ماهیانه بیشتر از یک میلیون روپیه است، و غیرمشارکتی است. چرا که، لازم نیست کارمندان مشارکتی در پرداخت داشته باشند. کارفرمایان باید ۱۰۰ درصد حق بیمه، ۳ درصد حقوق کارمندان مجرد و ۶ درصد حقوق کارمندان متأهل را پرداخت کنند. در این طرح سقف مشارکت به یک میلیون روپیه در ماه محدود شده است.

بسته‌های مزایا به‌استثنای هزینه‌های درمان بیماری‌های سرطان، جراحی قلب، دیالیز خون و بیماری‌های مادرزادی بقیه بیماری‌ها را به‌طور گسترده‌ای دربرمی‌گیرد. داروهایی پوشش داده می‌شوند که براساس فارماکوپه دارویی ملی تجویز شده باشند. افراد ذی‌نفع شامل همسر و فرزندان مجرد زیر ۲۱ سال تا فرزند سوم را شامل می‌شود که شاغل هم نباشند. خدمات مراقبت‌های سلامتی از طریق تأمین ارائه‌دهندگانی صورت می‌گیرد که به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم با طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش خصوصی قرارداد داشته باشند. همچنین این طرح از ارائه‌دهندگان اصلی به‌عنوان پیمان‌کار مدیریت استفاده می‌کند تا بتواند سازوکار پرداخت سرانه و کارانه را کنترل کنند. فقط هزینه مراقبت‌های اورژانسی در صورت استفاده از خارج از شبکه ارائه‌دهندگان طرف قرارداد بازپرداخت می‌شود و سایر مراقبت‌های سلامتی به‌طور کامل باید از طریق اعضای شبکه ارائه‌دهندگان دریافت شود. این طرح در حال حاضر تقریباً سه میلیون کارمند رسمی را با حق بیمه‌ای معادل پنج هزار روپیه به‌ازای هر نفر پوشش می‌دهد. این طرح با چالش‌های زیر مواجه است:

- انتخاب معکوس به‌دلیل آمادگی برای انتخاب (اگر طرح بیمه به‌طور جدی دنبال شود و امکان انصراف از برنامه وجود نداشته باشد، ممکن است حدود صد میلیون فرد

- استخدام شده را، که تقریباً ۵۰ درصد جمعیت کشور است، پوشش دهد).
- کارمندان با درآمد پایین در این برنامه ثبت نام کرده اند، در حالی که، کارمندان با درآمد بالاتر کناره گیری کردند.
 - احتمال ثبت نام کارفرمایان اصلی کمتر است و کارمندان بازنشسته تحت پوشش قرار نمی گیرند.
 - خدمات پرهزینه پوشش داده نمی شود.
 - هزینه های بالای اجرایی باعث ایجاد انگیزه های کمتر می شود.
 - فعالیت انتفاعی سوء مدیریت می شود.

۳-۸ طرح ملی مراقبت های مدیریت شده

وزارت بهداشت از طریق قانون بهداشت سال ۱۹۹۲ طرح دیگری به نام طرح ملی مراقبت های مدیریت شده^۱ را معرفی کرد که شبیه سازمان حفظ سلامت آمریکا عمل می کرد. این طرح در آغاز قصد حمایت از ریسک های مالی برای فقرا را داشت و به طور گسترده ای در میان دولت های محلی، مشاغل خصوصی و شرکت های بیمه خصوصی توسعه پیدا کرد، به طوری که به عنوان یک برنامه ملی، در سال ۱۹۹۵، پیشرفت طرح ملی مراقبت های مدیریت شده منجر به توسعه Bapels (مدل اندونزیایی سازمان حفظ سلامت) شد. تا پایان سال ۲۰۰۲، سازمان حفظ سلامت اندونزی ۲۴ مجوز داشت و اساساً شرکت های غیربیمه ای بودند که محصولات بیمه سلامت را به عنوان نمایندگی می فروختند. این سازمان های حفظ سلامت برای تأمین مزایای گسترده سلامت از طریق شبکه ارائه دهندگان مراقبت های سلامتی در قالب سازوکارهای پرداخت سرانه فعالیت می کنند. سازمان های حفظ سلامت اندونزی، به ظاهر، میزان بهره مندی از خدمات، اعتراض به روش های اجرای فعالیت ها و ارزیابی کنترل کیفیت را نیز به عهده دارند. اغلب سازمان های حفظ سلامت اندونزی ترکیبی از مراقبت های مدیریت شده و محصولات بیمه سنتی را می فروشند. این طرح کمتر از نیم میلیون نفر را پوشش می دهد. مغایرت منافع تجاری و هدف های اجتماعی و ناکافی بودن قدرت مدیریتی

1. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM)

وزارت بهداشت برای نظم بخشیدن و نظارت منجر به پیشرفت اندکی در ایجاد پوشش از طریق این طرح شده است.

۴-۸ طرح بیمه سلامت مبتنی بر جامعه

صندوق سلامت مبتنی بر جامعه^۱ یا طرح تأمین مالی خدمات سلامتی کوچک^۲ در اواسط دهه ۱۹۷۰ در بخش‌های مختلفی از اندونزی با میزان کم ارائه شد. این طرح بعدها با مقیاس ملی گسترش یافت و طرح‌های محلی به‌طور عمده در نواحی که بیشتر جمعیت آنجا را افراد فقیر تشکیل می‌دادند، معرفی شد. این طرح براساس مشارکت اکثریت افراد در میان خانواده‌های واجد شرایط رشد یافت. مطالعات اخیر نشان داده که نسبت کمی از جمعیت (در حدود ۲ درصد) کارت سلامت دارند یا عضو صندوق سلامت مبتنی بر جامعه هستند. این طرح‌های محلی به دلایل متفاوتی نمی‌توانند پوشش جغرافیایی را گسترش دهند. بسیاری از طرح‌های محلی مبتنی بر جامعه پس از ارائه گسترده برنامه تور ایمنی اجتماعی بخش سلامت در اواخر دهه ۱۹۹۰ فعالیت خود را متوقف کردند.

۵-۸ طرح تور ایمنی اجتماعی

طرح تور ایمنی اجتماعی به‌عنوان بخشی از تلاش‌های ملی برای آرام کردن بحران اقتصادی در سال‌های آخر دهه ۱۹۹۰ و بعدها به‌عنوان بسته‌های مزایا برای فقرا در دهه ۲۰۰۰ ارائه شد. این برنامه از طریق روش‌های مختلف کمک‌های مالی اجرا شد تا بهره‌مندی از مراقبت‌های سلامتی ضروری را تضمین کند. اولین طرح زنان باردار با ریسک‌های بالا را هدف قرار می‌داد و کمک کلی معادل ۱۰,۰۰۰ روپیه برای هر خانوار را ارائه می‌داد، در این طرح بودجه‌ها به‌طور مستقیم به مامای روستا داده می‌شد. در عوض، ماما می‌تواند برای ارجاع مادران باردار با ریسک بالا (افراد ذی‌نفع) به نزدیک‌ترین مرکز بهداشت یا بیمارستان برای درمان کامل‌تر، پرداخت داروها، ارائه مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های حمل‌ونقل از این بودجه استفاده کند. این برنامه برای

1. Dana Schat

2. Micro-health

مادران باردار مفید است، چرا که دسترسی آنها را به مراقبت‌های بیمارستانی، به‌خصوص برای موارد پیچیده مربوط به مامایی، راحت‌تر می‌کند.

دومین طرح تور ایمنی اجتماعی طرح ملی مراقبت‌های مدیریت شده است که وزارت بهداشت آن را ارتقا داد. بر مبنای این طرح بودجه‌ای برای فعالیت‌های ابتدایی سازمان‌های حفظ سلامت با عنوان Pre - bapels در قالب شرکت‌های تعاونی و یا مؤسسات اختصاص یافت تا به‌عنوان سازمان حفظ سلامت^۱ با ۱۰،۰۰۰ روپیه برای هر خانواده فقیر در هر منطقه ایجاد شود. این Pre - bapels حدود ۸ درصد بودجه‌های دریافتی را برای هزینه‌های اجرایی حفظ کردند. بقیه بودجه‌ها برای محصولات سازمان حفظ سلامت به خانواده‌های غیرفقیر ارائه شدند. اما بعد از گذشت یک سال، این برنامه به‌دلیل عدم کارایی متوقف شد.

سومین هدف طرح تور ایمنی اجتماعی ایجاد تسهیلات بهداشت عمومی بود. تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی (مراکز بهداشت) با بودجه ۱۰،۰۰۰ روپیه برای هر خانواده فقیر فراهم شد که از بودجه‌ها برای خرید داروهای ضروری و دیگر وسایل پزشکی ضروری استفاده می‌شد تا لوازمی را که تاکنون وزارت بهداشت فراهم می‌کرد، تکمیل کند. براساس چهارمین طرح، بیمارستان‌های عمومی منابع مالی را (در قالب بودجه تثبیت شده) برای برآورده ساختن هزینه‌های عملی به‌منظور مراقبت از فقرا دریافت کردند. گزارش‌ها نشان می‌دهند که تعداد کمی از افراد فقیر (که تحت پوشش نظام حمایتی تور ایمنی نیستند) از جمله افراد خویش‌فرما، کارگران نیمه‌وقت، کارگران فصلی و کشاورزان بی‌زمین واجد شرایط نیستند و نیز آنهایی که قادر به پرداخت مراقبت‌های پزشکی پرهزینه نیستند با مشکلات مالی زیادی در تأمین نیازهای پزشکی‌شان مواجه می‌شوند.

۸-۶ آسیب‌شناسی طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت

برای پیشرفت طرح‌های کنونی بیمه اجتماعی سلامت در اندونزی سیاست‌ها و عملکردهای مدیریتی ذیل پیشنهاد شد:

- افزایش نرخ حق بیمه، برای کارفرمایان و کارمندان از طریق دولت برای افرادی که استطاعت مالی ندارند؛

- گسترش خدمات تحت پوشش بسته‌های مزایای مراقبت‌های سلامتی به‌طوری‌که معقول‌تر و قابل قبول‌تر باشد؛

- افزایش سطح پرداخت تعیین شده از طرف دولت در مؤسسه‌های سلامت دولتی به‌منظور ارتقای کیفیت و افزایش دسترسی به خدمات سلامتی؛

- حذف مرحله‌ای یا امکان معافیت از مالیات از طریق طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش خصوصی؛

- تغییر وضعیت شرکت حمل‌کننده طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت و طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش خصوصی از شرکت‌های انتفاعی به مؤسسات غیرانتفاعی منطبق با سیاست اجتماعی ملی؛

- مدیریت شفاف در همه مؤسسات؛

- گسترش بیمه برای کارمندان بازنشسته خصوصی، کارفرمایان کوچک، فقرا و خویش‌فرمایان؛

- مزایا باید برای همه بدون توجه به مشارکت بیمه‌ای و یکسان در نظر گرفته شود. در سال ۲۰۰۲، رئیس‌جمهور اندونزی گروه کاری ریاست جمهوری را با هدف پرداختن به موضوع‌های مربوط به تأمین اجتماعی ایجاد کرد تا تجدید ساختار طرح‌های موجود بیمه اجتماعی سلامت را بررسی کند. وزارت بهداشت نیز به‌طور مشابه سیاست‌هایش را درباره تأمین مالی مراقبت‌های سلامتی با هدف ارائه مزایای یکسان برای همه را پیگیری، بررسی و برای اصلاح آن پیشنهادهایی ارائه کرد. هم‌زمان مجلس ملی نیز بررسی در مورد بیمه اجتماعی سلامت را به‌عنوان بخشی از تأمین اجتماعی ملی با مزایای یکسان برای همه پیگیری کرد. هدف این ابتکار عمل عبارت است از:

۱. تلفیق طرح‌های کارمندان دولتی و خصوصی به یک طرح و ایجاد مدیریت تخصصی بیمه اجتماعی سلامت مطابق با نظام ملی تأمین اجتماعی همراه با مزایای یکسان برای همه؛

۲. بررسی امکان ادغام طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان دولت و طرح بیمه اجتماعی سلامت کارکنان بخش خصوصی به یک مؤسسه مستقل بیمه اجتماعی سلامت در سطح ملی مثل بیمه سلامت ملی؛

۳. ایجاد یک نمایندگی جدید مستقل، غیرانتفاعی که یک گروه سه‌جانبه متشکل از کارمندان، کارفرمایان و دولت است.

در حال حاضر سه امکان مشابه با نقاط قوت و ضعف متفاوت وجود دارد. مباحث ملی و ساختاری بیشتری نیاز است تا هریک از الگوهای پیشنهادی را ارزیابی کند. اولین طرح، طرح بیمه سلامت ملی است که گروه کاری ریاست جمهوری آن را پیشنهاد کرد. اندونزی که با نسبت بالایی از نیروی کار غیررسمی، درآمد پایین خانواده و بودجه‌های کم دولتی روبه‌رو است باید بیمه سلامت اجتماعی را به‌گونه‌ای اجرا کند که دارای ویژگی‌های زیر باشد:

۱. مشارکت بر مبنای درآمدهای عمومی؛
۲. سهولت، یکنواختی، قابلیت جابه‌جایی و کارایی؛
۳. توافقات بین منطقه‌ای و مورد حمایت گروه‌های موجود؛
۴. برنامه جامع با اجرای مرحله‌ای؛
۵. توزیع غیریکنواخت و وابسته به کیفیت ارائه‌دهندگان؛
۶. امکان تقابل ازسوی شرکت‌های موجود بیمه، سازمان‌های حفظ سلامت و نیز ازسوی دولت‌های محلی.

دومین پیشنهادی که ازطرف وزارت بهداشت مطرح شد، طرح بیمه‌ای Oligo بود. طرح بیمه سلامت ملی اجباری با سازمان حفظ سلامت چندگانه‌ای بود که: منافع بیمه‌گراها، مناطق و بخش‌ها را در نظر می‌گیرد، موجب توزیع نابرابر ارائه‌دهندگان و توجه به کیفیت خدمات قابل ارائه می‌شود و کارایی و قابلیت انتقال کمتری دارد. سومین پیشنهاد پیش‌نویس لایحه تهیه شده ازطرف نمایندگان مجلس است، مضمون آن مشابه پیشنهاد گروه کاری مربوط به ریاست جمهوری است منتها این طرح پیشنهاد داشتن یک مؤسسه جداگانه را برای کنترل کل بودجه بیمه سلامت ارائه می‌دهد. اگرچه در مقیاس اندونزی تجربه قابل توجهی در اجرای بیمه اجتماعی سلامت دارد، اما رشد آن به‌دلیل اجرای ناهماهنگ اصول و سیاست بسیار آهسته بوده است. اجرای فعلی آن نیاز به پیشرفت در گسترش راهبردهایی، از جمله، تعیین بسته‌های مزایا، حق بیمه، مدیریت و پرداخت به ارائه‌دهندگان است.

فصل نهم نظام سلامت در ژاپن*

مقدمه

توسعه بیمه اجتماعی سلامت در ژاپن تاریخچه‌ای طولانی دارد. اولین سازوکار منسجم، برای پوشش هزینه مراقبت‌های سلامتی، بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه یا جیوری^۱ بود که در سال ۱۸۳۵ در سطح روستایی و در قالب مشارکت براساس سهام برنج تنظیم شد. مطالعه پیمایشی انجام شده توسط وزارت داخلی ژاپن در حوزه کشاورزی - روستایی در سال ۱۹۳۳ نشان داد که اکثر خانواده‌ها وام‌های سنگینی را به‌خصوص برای تأمین هزینه‌های پزشکی اخذ کرده‌اند. از این رو به‌منظور ارتقای وضعیت سلامت در حوزه‌های روستایی، دولت معرفی نظام‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه (جامعه‌محور) را در دستورکار قرار داد. برنامه‌ریزی این نظام از طرح جیوری اقتباس شده بود.

ژاپن قانون بیمه سلامت جامعه‌محور را در سال ۱۹۳۵ تصویب و در سال ۱۹۳۸ اجرا کرد. این قانون برای رفع نیازهای خانواده‌های کم‌درآمد در روستاهای تحت پوشش طراحی شد، اما تصریح می‌کرد که عضویت در آن برای تمامی گروه‌های جمعیتی آزاد است. به دنبال این تصمیم، عضویت به‌طور فوق‌العاده‌ای افزایش یافت.

۹-۱ ساختار نظام سیاسی^۲

تمام ساکنان ژاپن، اعم از ژاپنی و غیرژاپنی و یا کسانی که برای یک سال در ژاپن اقامت

* Yoshikawa A., 2001. "Japan". Global Health Care Markets. Walter Weiners. San Francisco: Jossey-bass, 352-367. Additional Material Provided by: Anderson G. et al, "Multinational Comparison of Health System Data, 2002" October 2002. The Commonwealth Fund and Blanchette, Claude, "Public and Private Sector Involvement in Health Care System: An International Comparison", Bulletin 438E, Library of Parliament, United Kingdom, 1997.

1. Jyorei

۲. برای مطالب این بخش از منبع زیر استفاده شده است:

Henke, Klaus-Dirk, Jones Schreyögg, Towards Sustainable Health care Systems, Strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and Netherlands A Comparative Study Second Edition, ILO, 2004.

کرده‌اند، به‌اجبار توسط طرح‌های بیمه عمومی تحت پوشش قرار می‌گیرند. طرح‌های بیمه عمومی به دو بخش تقسیم می‌شود: بیمه محل کار و بیمه جامعه. تمام خدمات مراقبت پزشکی مورد نیاز، توسط طرح‌های عمومی فراهم می‌شود. بیمه‌گرها شامل دولت، انجمن‌های بیمه سلامت، شهرداری‌ها و دیگر مراکز هستند. اجازه فعالیت به شرکت‌های خصوصی به‌عنوان بیمه‌گران نظام‌های بیمه عمومی داده نشده است. سهم پرداختی بیماران ۲۰ تا ۳۰ درصد هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی (به‌استثنای آنهایی که توسط نظام خدمات بهداشتی سالمندان تحت پوشش قرار گرفته‌اند) است. علاوه بر این، میزان معینی از هزینه‌های دارویی درباره درمان‌های بیماران سرپایی نیز برعهده بیماران است.

۹-۲ ساختار نظام سلامت

به‌منظور کاهش سهم پرداختی بیماران، در صورتی که میزان سهم پرداختی یک بیمار در مؤسسات پزشکی متجاوز از ۶۳۶۰۰ ین (بیماری با درآمد پایین، ۳۵۴۰۰ ین) در ماه باشد، هزینه‌های مازاد به‌عنوان مزایای مراقبت‌های سلامتی گران‌قیمت به آنها پرداخت می‌شود. سهم پرداختی افرادی که توسط نظام خدمات سلامتی سالمندان (افراد دارای سن هفتاد سال به بالا و نیز افراد ۶۵ سال به بالا که قادر به حرکت نیستند) تحت پوشش قرار گرفته‌اند، ۵۳۰ ین برای هر ویزیت سرپایی (با محدودیت چهار بار در ماه) و ۱۲۰۰ ین (به‌صورت روزانه) برای بیماران بستری است.

زمانی که بیماران، درمان پزشکی پیشرفته‌ای را مانند پیوند کبد (که در ژاپن رایج نیست) دریافت کنند و یا از اتاق اختصاصی استفاده کنند، سهم پایه هزینه‌های درمان پزشکی توسط بیمه پرداخت می‌شود و باقی‌مانده مبلغ باید ازطرف بیماران پرداخت شود. آزمایش‌های مربوط به معاینات دوره‌ای توسط بیمه پوشش داده نمی‌شوند، ولی ممکن است به‌عنوان خدمات افتخاری ازطرف شرکت‌های بیمه‌ای پرداخت شود.

بیماران در مورد انتخاب مؤسسات پزشکی آزادند، بنابراین هر بیمارستانی نه تنها برای بستری کردن قابل دسترسی است، بلکه خدمات سرپایی را نیز ارائه می‌دهد. اکثر مؤسسات پزشکی توسط منابع خصوصی اداره می‌شوند. بیمارستان‌های خصوصی ۷۱ درصد

از کل بیمارستان‌ها و ۵۴ درصد از کل تخت‌های بیمارستانی (در مورد سال ۱۹۹۷) را به خود اختصاص می‌دهند. بیمه‌گران هزینه‌های پزشکی را براساس نظام پرداخت کارانه می‌پردازند. هزینه‌های پزشکی توسط جدول هزینه‌های پزشکی که در سراسر کشور ژاپن رایج است، برآورد می‌شود. طرح‌های بیمه سلامت عمومی از طریق حق بیمه‌ها (۵۴ درصد)، یارانه‌های ملی (۳۲/۲ درصد) و سهم پرداختی بیماران (۱۳/۸ درصد) تأمین مالی می‌شوند. اکثر یارانه‌های ملی به نظام‌های بیمه عمومی منطقه‌ای که توسط شهرداری‌ها اداره می‌شوند، پرداخت می‌گردد.

جدول ۹-۱ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۷/۸
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۸۱/۳
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۱۸/۷
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۱۷/۲
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۰
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۸۰
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۹۴/۹
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۱/۹
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۲۸۲۳
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۲۲۹۳
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۲۲۹۵
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۸۶۴

Source: www.who.in, 2007.

اولین نظام پیش‌پرداخت اجباری بخش رسمی برای خدمات سلامتی براساس آزمایش یک الگوی آلمانی معرفی شده در سال ۱۹۰۵ صورت گرفت و برای کارکنان منتخب دولت نظیر کارگران راه‌آهن و فولاد اجرا شد. با تصویب قانون بیمه کارگران این

نظام به همه کارکنان حقوق‌بگیر از سال ۱۹۲۲ گسترش یافت. این قانون در زمانی اصلاح شد که تغییرات کاری ژاپن در اوایل دهه ۱۹۲۰ در حال افزایش بود. اگرچه، به‌علت ورشکستگی مالی مدت کوتاهی پس از اجرا، یعنی در سال ۱۹۲۹، این نظام با بحران مالی مواجه شد، اما به‌تدریج با رشد اقتصاد ملی توسعه یافت.

در سال ۱۹۲۷ دو نظام مجزا تحت پوشش قانون به‌وجود آمد. اولین و اصلی‌ترین آنها برای شرکت‌هایی با پنج کارمند یا بیشتر بود. دومین نظام با مدیریت انجمنی اداره می‌شد و انجمنی به‌عنوان یک بیمه‌گر مستقل از طریق شرکت‌هایی با بیش از سیصد کارمند تأسیس شد. این قانون تعداد زیادی انجمن‌های بیمه سلامتی را دربرمی‌گرفت که در ژاپن مشغول به کار بودند، اصلاحات اخیر به شرکت‌های دارای بیش از سیصد کارمند اجازه می‌داد که انجمن‌های بیمه‌ای خودشان را با سایر شرکت‌ها یکپارچه کنند تا هزینه‌های اجرایی کاهش یابد.

۷۴/۶ درصد از کل جمعیت ژاپن تا سال ۱۹۴۳ تحت پوشش انواع مختلف نظام‌های بیمه سلامتی قرار داشتند. پس از بی‌نظمی به‌وجود آمده در طول جنگ و چندین سال پس از جنگ جهانی دوم، همه نظام‌های بیمه سلامتی به‌عنوان عضوی از نظام در توسعه اقتصادی - در همان دوره زمانی - رشد یافتند. تا اواخر دهه ۱۹۵۰ دو شکل از بیمه سلامتی (پوشش بیمه کارگران و پوشش بیمه جامعه‌محور) تقریباً ۹۰ درصد جمعیت را پوشش دادند. پوشش همگانی هنگامی به‌وجود آمد که قانون جدید در سال ۱۹۶۱، مشارکت در هرگونه نظام بیمه‌ای را برای تمامی شهروندان الزامی کرد.

جنبه جالب توجه در پوشش همگانی ژاپن رویکرد همه‌جانبه‌نگری در بیمه‌های اجتماعی سلامت است. این رویکرد به فرایند طولانی استانداردسازی مزایا و سایر وضعیت‌ها نیاز دارد، علاوه بر این، به نظام‌های اطلاعاتی احتیاج دارد که پایش عضویت و داده‌های مالی را برای پیشبرد به حساب‌های ملی سلامت متصل کند. تلاش‌هایی برای تثبیت بیشتر طرح‌های بیمه‌ای در حال انجام هستند، چرا که ژاپن هنوز بالغ بر پنجاه هزار طرح بیمه سلامت اجباری را برای جمعیت ۱۲۷ میلیون نفری خود در دست اجرا دارد.

پیشرفت‌های بعدی، تصویب قانون نظام بیمه سالمندی^۱ در سال ۱۹۸۳ و بیمه

خدمات بلندمدت در سال ۲۰۰۰ بود. قانون رفاه سالمندی^۱ در سال ۱۹۶۳ خدمات سلامتی را به صورت رایگان به شهروندان سالمند (بالای ۶۵ سال) ارائه می کرد. افزایش مصرف خدمات به دلیل تعریف وجود خدمات غیر ضروری و بالا رفتن امید به زندگی موجب تحمیل فشارهای مالی سنگینی بر نظام شد و در نتیجه استمرار رویکرد خدمات رایگان را با مشکل روبه رو کرده است.

قانون بیمه سالمندی صندوق جدیدی را از طریق مشارکتهای بیمه گران تعریف شده قبلی (جامعه محور یا طرح کارگران) و درآمدهای ناشی از مالیات عمومی تشکیل داد. با اینکه تعداد سالمندان در ژاپن همچنان رو به افزایش است، بسیاری از نظامها در پوشش اعضای قبلی با مشکلاتی مواجه اند. با توجه به قانون خدمات بلندمدت^۲ سال ۲۰۰۰ سرمایه گذاری جداگانه ای از سوی صندوق بیمه سالمندان برای کاهش حجم خدمات بلندمدت، تحت پوشش قرار دادن خدمات قابل ارائه در منزل، گسترش خدمات بلندمدت سازمانی برای افراد بالای چهل سال صورت پذیرفت.

هم نظام بیمه سالمندی و هم قوانین بیمه خدمات بلندمدت، به طور چشمگیر، مشکلات مالی خدمات سلامتی را برای سالمندان تغییر نداده اند؛ افرادی که انتظار می رود یک چهارم جمعیت ژاپن را تا سال ۲۰۱۵ تشکیل دهند. به همین منظور ایجاد نظام بیمه سلامت مستقل برای سالمندان تحت بررسی است.

جنبه جالب توجه دیگری از توسعه بیمه سلامت در ژاپن، روشی است که از طریق آن بخش انتفاعی خصوصی توسعه یافته است. بیمه خصوصی برای پوشش هزینه های خدمات در مؤسسات خصوصی مورد توجه قرار گرفته و هزینه های مصرف کننده را تحت پوشش قرار می دهد. اگرچه، بیمه خصوصی همانند بیمه تکمیلی یا Top-up عمل نمی کند، در صورت دریافت خدمات از مؤسسات خصوصی هزینه های بیماران را بیمه اجتماعی تحت پوشش قرار نمی دهد. در واقع، بیماران مجبور به انتخاب هستند تا یا از خدمات (و مؤسسات) تحت پوشش بیمه اجتماعی و یا از مؤسسات خصوصی استفاده کنند و کل مبلغ را خود بپردازند و یا اینکه از بیمه سلامت خصوصی استفاده کنند.

1. Elderly Welfare Law

2. Longterm Care Law

۹-۲-۱ ساختار نظام سلامت و بیمه‌های درمانی

در ابتدای سال ۱۹۲۷ نظام بیمه مراقبت پزشکی عمومی به‌وجود آمد و تا سال ۱۹۶۱ همه شهروندان و شاغلان تحت پوشش قرار گرفتند. نظام بیمه‌ای ژاپن از طرح‌های گوناگونی تشکیل شده که به دو گروه اصلی تقسیم می‌شود:

۹-۲-۲ نظام بیمه درمان مستخدمین

نظام بیمه درمان مستخدمین^۱ متشکل از ۱۹۰۰ صندوق بیمه‌ای است که درواقع آژانس بیمه اجتماعی^۲ و بزرگ‌ترین بیمه‌کننده در ژاپن را تشکیل می‌دهد. تعداد این صندوق‌ها در سال ۲۰۰۴ بسیار کاهش یافته است.

طرح‌های بیمه سلامت مستخدمین و آژانس بیمه سلامت اجتماعی مبتنی بر بیمه سلامت دولتی اساساً مستخدمین صنایع متوسط و کوچک را پوشش می‌دهد و پوشش‌های بیمه‌ای مبتنی بر جامعه مستخدمین صنایع بزرگ را تحت پوشش قرار می‌دهد. بیمه درمان دریانوردان و انجمن کمک‌های دوجانبه^۳ برای مستخدمین دولتی و شهرداری نیز به طرح‌های بیمه سلامت مستخدمین وابسته‌اند.

جدول ۹-۲ درصد عضویت در صندوق‌های مختلف

سال	شرح	۱۹۹۵	۱۹۹۸	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲
	بیمه سلامت مستخدمین (با مدیریت دولت)	۳۰/۱	۳۰/۲	۲۹/۹	۲۹/۵	۲۹/۱	۲۸/۷
	بیمه سلامت مستخدمین (با مدیریت انجمن‌ها)	۲۶/۰	۲۶/۳	۲۵/۸	۲۵/۶	۲۵/۱	۲۴/۵
	بیمه سلامت ملی (با مدیریت شهرداری‌ها)	۳۴/۲	۳۵/۲	۳۶/۱	۳۶/۸	۳۷/۷	۳۸/۷
	طرح‌های دیگر	۹/۷	۸/۳	۸/۲	۸/۱	۸/۱	۸/۱
	کل	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

Source: Based on ISSA Country Reports.

1. Employer's Health Insurance System
2. Social Health Agency
3. Mutual Aid Association

جدول ۹-۳ تعداد صندوق‌های بیماری در طرح‌های مختلف

سال	موضوع	۱۹۹۲	۱۹۹۴	۱۹۹۶	۱۹۹۸	۲۰۰۰	۲۰۰۲
بیمه سلامت مستخدمین (با مدیریت دولت)	۱	۱	۱	۱	۱	۱	۱
بیمه سلامت مستخدمین (با مدیریت انجمن‌ها)	۱/۸۲۳	۱/۸۱۷	۱/۸۱۹	۱/۸۱۳	۱/۷۸۰	۱/۷۲۲	
بیمه سلامت ملی (با مدیریت شهرداری‌ها)	۳/۴۲۰	۳/۴۱۸	۳/۴۱۵	۳/۴۱۵	۳/۴۱۱	۳/۴۰۱	
کل	۵/۲۴۴	۵/۲۳۶	۵/۲۳۵	۵/۲۲۹	۵/۱۹۲	۵/۱۲۴	

Source: Ibid.

جدول ۹-۴ برنامه‌ریزی، عقد قرارداد، جبران غرامت و پرداخت‌های مصرف‌کنندگان در بخش مراقبت‌های بیمارستانی

موضوع	شرح
برنامه‌ریزی	دولت‌ها به‌طور فعال برنامه‌ریزی می‌کنند و به بیمارستان‌ها مجوز می‌دهند.
عقد قرارداد	طراحی قراردادها در مؤسسات بیمه مراقبت‌های پزشکی به‌وسیله ایالت‌ها انجام می‌شود.
روش جبران غرامت	کارانه (بیمارستان‌ها واحدهای توصیف شده با ارزش ثابت برای هر واحد دریافت می‌کنند). از سال ۲۰۰۳ نظام گروه‌های مرتبط تشخیصی DRG (براساس یونیت‌های جامع برای هر بیمار به‌وسیله پروسیجر تشخیص) صورت می‌گیرد.
پرداخت‌های مصرف‌کنندگان	مصرف‌کننده ۲۰ درصد به‌عنوان مبلغ ثابت تحت عنوان پرداخت مشترک برای افراد زیر سه سال، ۳۰ درصد برای شهروندان ۳-۶۹ سال و ۱۰ درصد برای افراد هفتاد سال و بالاتر (۲۰ درصد برای افرادی که هفتاد سال داشته و درآمد بالای متوسط دارند). پرداخت‌های بالاتر برای افرادی که درآمدهای بالا و مشخص دارند توصیف شده است.

منبع: استخراج از متن.

۹-۲-۳ نظام بیمه سلامت^۱

این نظام بیمه‌ای شاغلان و مستخدمین بازنشسته و سایر افراد را تحت پوشش قرار

می‌دهد و بیش از ۳۴۰۰ صندوق بیمه‌ای دارد که می‌توان به بیمه‌های درمان شهرداری و انجمن‌ها تقسیم کرد. این طرح بیمه‌ای انجمن‌ها، وکلا، پزشکان، هنرمندان و غیره را تحت پوشش قرار می‌دهد.

۹-۲-۴ تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی ژاپن شامل پنج بخش نظام بیمه‌های اجتماعی، نظام خدمات رفاهی، نظام تعاون عمومی، نظام سلامت عمومی، نظام مستمری (بازنشستگی مستخدمین دولت) و کمک به مصدومان جنگ است، در این میان نظام بیمه اجتماعی به دلیل تعداد افراد تحت پوشش و میزان مزایای پرداختی مناسب از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

نظام بیمه‌های اجتماعی به سه طرح تقسیم می‌شود:

۱. طرح بیمه‌های اجتماعی شامل صندوق‌های مراقبت‌های درمانی، مستمری، کمک عائله‌مندی، بیمه اشتغال، غرامت و حوادث شغلی است؛
۲. طرح‌های مستمری؛

۳. طرح بیمه مستخدمین و بیمه حوادث کارگران.

در بخش مراقبت‌های درمانی تأمین اجتماعی دو نوع نظام ارائه خدمات وجود دارد: نظام خدمات درمانی همگانی و نظام بیمه مستمری همگانی. هر شهروند ژاپنی تحت پوشش این دو نظام قرار دارد. این نظام‌ها چندین بار متحول شده‌اند و سرانجام تا حد شاغلان گسترش یافته که تمامی کارکنان را تحت پوشش قرار داده است. طرح بیمه اجتماعی یک نظام کمکی دوجانبه برای شاغلان و غیرشاغلان است، بیمه شاغلان اولین بار در کارگاه‌ها شروع شد و به دنبال آن غیرشاغلان را که تحت اشتغال نبودند به این طرح ملحق شدند.

۹-۲-۵ تعهدات بیمه سلامت

معاینات پزشکی، دارو، تمامی خدمات درمانی و تشخیصی، درمان‌های اضطراری، تمام اعمال جراحی، خدمات بستری و سرپایی بیمارستانی، مراقبت‌های ویژه، حمل‌ونقل و غیره تحت پوشش این طرح است.

۹-۲-۶ نظام مستمری

نظام مستمری عمومی، همان بیمه‌های اجتماعی است که مزایایی را درباره سالمندی، از کارافتادگی و فوت فراهم می‌کند. مستمری عمومی در قالب مستمری در دسترس همگان است.

نظام مستمری به دو صورت در ژاپن ارائه می‌شود:

۱. مستمری شاغلان،

۲. مستمری فعلی.

جدول ۹-۵ مقایسه شاخص‌های بیمه‌ای

موضوع	ملاحظات
عضویت اجباری	بله
واجدین شرایط	همه افراد
خدمات تحت پوشش	همه خدمات به‌جز مراقبت‌های بلندمدت
بیمه‌های درمان خصوصی حذفی یا هزینه‌ای (پوشش جمعیت)	مکمل (خیلی کم) هزینه‌ای
مالکیت (ریسک)	بیمه خصوصی، دولتی
تعداد صندوق‌های بیماری	۵۱۹۲ در سال ۲۰۰۰
انتخاب آزاد صندوق بیمه‌ای	ندارد
انتخاب بیماری اصلی (پوشش جمعیت)	دولت صندوق‌ها را مدیریت می‌کند (۲۹/۱ درصد در سال ۲۰۰۱)
	صندوق‌های مبتنی بر جامعه (۲۵/۱ درصد در سال ۲۰۰۰)
	صندوق‌های شهرداری (بیمه درمان ملی، ۳۷/۷ درصد در سال ۲۰۰۰)
رقابت بین صندوق‌های بیماری	وجود ندارد
طرح‌های جبران ریسک و معیارهای مورد استفاده	خیر
هزینه‌های اجرایی به‌صورت درصدی از مخارج بیمه‌ای اجتماعی سلامت	۲/۲ درصد در سال ۲۰۰۰

منبع: استخراج از متن.

جدول ۹-۶ تأمین مالی بیمه درمان

افراد تحت پوشش	کل مشارکت در مخارج سلامت	درآمد		مشارکت در پرداخت	سقف پرداخت مشارکت برای افرادی که به مراقبت‌هایی با هزینه‌های سنگین نیاز دارند
		حق بیمه	مالیات یارانه‌ها		
کارگران	جامعه‌محور	۸ درصد (کارگر و کارفرما ۵۰ درصد)	احتمالاً صفر درصد	۳۰ درصد (۲۰ درصد برای کودکان زیر سه سال)	خارج پزشکی - ۴۶۶۰۰۰ (۱) درصد (۷۲۳۰۰) معمولاً ۳۵۴۰۰ ی، برای افراد با درآمد پایین هنگامی که مشارکت محدود به سقف تعیین شده می‌شود بیماران باید تمام آن را پرداخت کنند، اما بعداً به صورت جبران غرامت از شرکت بیمه‌ای دریافت می‌کنند. م
	با مدیریت دولتی	۸/۲ درصد	۱۳ درصد		
	Mutual	۸-۹ درصد	احتمالاً صفر درصد		
جامعه‌محور	شهرداری و حمایت‌ها	۱۴/۳	۵۰		
	بازنشستگان	۵/۱	متوسط ۱۵۰,۰۰۰ ی، بسته به درآمد خانوار		
افراد مسن	جمع صندوق‌ها	۳۴/۴	۶۷ درصد یارانه	۱۰ درصد	۴۰۲۰۰ ی (۲۴۶۰) ی برای افراد با درآمد پایین
رفاه		۵/۴ درصد		پوشش کامل به وسیله مالیات بر درآمد	
کارگران		۰/۸ درصد		پوشش کامل با حق بیمه	

Source: Journal of Health and Welfare Statistics, 2003.

جدول ۷-۹ تغییرات منابع مالی صندوق‌ها در قالب درصد از کل مخارج بهداشتی

سال شرح	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲
مالیات فدرال	۲۳/۸	۲۴/۲	۲۴/۹	۲۴/۵	۲۴/۷	*
مالیات شهرداری	۶/۶	۷/۵	۸/۰	۷/۶	۷/۷	*
(بیمه) کارفرمایان	۲۵/۱	۲۴/۵	۲۲/۵	۲۲/۵	۲۲/۳	*
(بیمه) کارکنان	۳۲/۵	۳۱/۹	۳۰/۰	۳۰/۵	۳۰/۳	*
پرداخت از جیب	۱۲/۰	۱۱/۹	۱۴/۷	۱۴/۸	۱۵/۰	*
دیگر منابع	۰	۰	۰	۰/۱	۰	*

* اطلاعات در دسترس نیست.

Source: Henke, 2004.

جدول ۸-۹ درصد هزینه‌های خدمات بهداشتی از کل مخارج بخش سلامت

سال شرح	۱۹۹۲	۱۹۹۵	۱۹۹۸	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱
سرپایی	۴۳/۵	۲۹/۵	۳۳/۴	۳۴/۰	۳۴/۱	۳۱/۴
مراقبت‌های دندان پزشکی	۷/۷	۷/۰	۶/۸	۶/۶	۶/۵	۶/۳
پرستاری در منزل	*	۰/۱	۰/۲	۰/۳	۰/۴	۰/۳
بستری	۳۲/۸	۳۶/۴	۳۷/۸	۳۸/۰	۳۷/۹	۳۷/۳
مراقبت‌های بلندمدت	۰/۵	۳/۷	۶/۴	۷/۷	۸/۷	۸/۶
دارو	۲۲/۰	۲۱/۶	۱۷/۰	۱۶/۴	۱۵/۹	۱۸/۷
هزینه‌های اجرایی	ان	۲/۱	۱/۹	۱/۹	۲/۲	۲/۱
دیگر منابع	۱/۷	۱۰/۴	۹/۹	۹/۷	۹/۹	۱۰/۵
کل	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰

* اطلاعات در دسترس نیست.

Source: Ibid.

۹-۲-۷ نظام منابع مالی

تأمین مالی صندوق‌های بیمه در نظام بیمه اجتماعی از طریق دو طرح صورت می‌گیرد:

۱. طرح بیمه سلامت کارکنان (نظام مستمری، بازنشستگی)،

۲. بیمه سلامت ملی.

درآمد صندوق‌ها علاوه بر مالیات‌ها از طریق این دو طرح نیز صورت می‌گیرد. نظام بیمه اجتماعی دارای چهار صندوق بیمه خدمات درمانی، صندوق بیمه مستمری، صندوق بیمه اشتغال، صندوق بیمه غرامت و حوادث ناشی از کار. این صندوق‌ها دو طرح زیر را پوشش می‌دهند.

۱. طرح پوشش دوجانبه (بیمه کارکنان شاغل و غیرشاغل)،

۲. طرح بیمه ملی.

جدول ۹-۹ گستره تاریخی پوشش بیمه ملی درمان

تعداد صندوق‌ها			پوشش (جمعیت و مزایا)	پوشش جمعیت		سال
کارگران دولتی	کارگران خویش فرما	کارگران بخش خصوصی		برنامه کمک پزشکی	بیمه ملی درمان	
					بیمه شده و وابستگان	
-	-	۵۱۳	شامل شرکت‌هایی با بیش از پانصد کارگر	۵/۷	۸/۶	۱۹۷۷
۱	-	۶۰۲	شامل شرکت‌هایی با بیش از سیصد کارگر، مستخدمین دولت و معلمان (از ۱۹۷۹)	۵/۶	۲۴/۲	۱۹۸۰
۱	-	۱۵۴	شامل شرکت‌هایی با بیش از شانزده کارگر (از ۱۹۸۲)	۸	۴۴/۱	۱۹۸۵
۱	۲۲۷	۱۵۴	پوشش همگانی در سال ۱۹۸۹، شامل شرکت‌هایی با پنج کارگر، خویش فرمایان شهری و روستایی	۹/۲	۹۳/۹	۱۹۹۰
۱	۲۲۷	۱۴۵	مزایای بستری به	۳/۱	۹۷/۶	۱۹۹۵

جدول ۹-۹ گستره تاریخی پوشش بیمه ملی درمان

تعداد صندوق‌ها			پوشش (جمعیت و مزایا)	پوشش جمعیت		سال
کارگران دولتی	کارگران خویش فرما	کارگران بخش خصوصی		برنامه کمک پزشکی	بیمه ملی درمان بیمه شده و وابستگان	
			۱۸۰ روز بستری در طول عمر بیمه یا فرد بالغ شد. آزمایش‌های پزشکی و هزینه فناوری‌های پیچیده در پوشش قرار گرفت.			
	۱		مزایای بستری به ۳۶۵ روز بستری در طول عمر بیمه یا فرد بالغ شد. (از ۱۹۹۹) تلفیق همه صندوق‌ها			۲۰۰۰

۸-۲-۹ مزایا

تقریباً تمام مزایای مربوط به مراقبت‌های بستری، مراقبت‌های سرپایی، مراقبت‌های دندان پزشکی و داروها تحت پوشش طرح بیمه سلامت قرار دارد. بنابراین، بیمه‌شدگان می‌توانند این خدمات را با ۳۰ درصد فرانشیز (افراد بالای ۷۵ سال ۱۰ درصد و افراد زیر سه سال ۲۰ درصد) دریافت کنند. به‌رحال استثنائاتی نیز در این زمینه وجود دارد. خدمت مربوط به ارتقای وضعیت سلامتی، پیشگیری از بیماری‌ها و MCH^۱ معمولاً تحت پوشش نیست.

1. Melanin-concentrating Hormone (MCH) is a Cyclic Amino Acid Neuropeptide Localized in the Lateral Hypothalamus.

فصل دهم نظام سلامت در جمهوری کره*

مقدمه

کره جنوبی در طول سه دهه گذشته تغییرات سریع و متنوعی را در مسائل اقتصادی - اجتماعی تجربه کرده است. با اجرای اولین برنامه توسعه پنج‌ساله، وضع اقتصادی کشور به سرعت بهبود یافت و کیفیت زندگی مردم ارتقا یافت. با توجه به سرعت توسعه شهرنشینی و صنعتی شدن، مسائل مربوط به خدمات اجتماعی نمود بیشتری پیدا کرده و انتظارات مردم نیز در این زمینه افزایش یافته است.

به این منظور دولت تلاش خود را در توسعه خدمات سلامتی و رفاه اجتماعی افزایش داده است. وزارت سلامت و رفاه اجتماعی تلاش‌های مستمری را در زمینه ارتقای سلامت عمومی و رفاه اجتماعی انجام داده و برای بهبود بخشیدن به سطح مراقبت‌های سلامت ملی دولت سیاست‌های زیر را به مرحله اجرا درآورده است:

۱. افزایش برنامه‌های حفظ و ارتقای سلامت؛
 ۲. کنترل بیماری‌های عفونی و بیماری‌های مزمن؛
 ۳. گسترش برنامه‌های بهداشت روان و بهداشت دهان و دندان؛
 ۴. ارتقای مدیریت منابع مالی بخش سلامت؛
 ۵. ارتقای مشارکت مالی در بخش سلامت.
- به علاوه، برای بهبود بخشیدن به خدمات رفاه اجتماعی وزارت سلامت و رفاه سیاست‌های زیر را دنبال می‌کند:
۱. برنامه حمایت عمومی؛^۱
 ۲. خدمات رفاه اجتماعی برای افراد نیازمند از قبیل سالمندان، فقرا، زنان و کودکان و معلولان؛

* www.mohw.go.kr.

1. Public Assistance Program

۳. طرح مستمری ملی؛^۱

۴. نظام بیمه سلامت ملی و امداد پزشکی.^۲

جدول ۱-۱۰ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۵/۵
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۵۲/۶
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۴۷/۴
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۱۰/۳
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۰
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۷۹/۲
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۸۰/۴
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۷/۱
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۷۷۷
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۱۳۵
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۴۰۹
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۵۹۷

Source: www.who.int, 2007.

به‌رغم اینکه رشد قابل توجهی در شاخص‌های سلامتی در طول چهل سال گذشته به‌وجود آمده، تلاش برای رسیدن به سطح کشورهای توسعه‌یافته بی‌وقفه ادامه دارد و هنوز برای رسیدن به رضایتمندی عمومی نظام ارائه خدمات سلامتی نیازمند پیشرفت زیادی است. با عنایت به تعریف سازمان بهداشت جهانی برای رسیدن به هدف‌های رضایتمندی جسمی، روانی و اجتماعی که امروز، جزء انتظارات مردم است، نیاز به اصلاح اساسی در نظام سلامت کره وجود دارد. چرا که نظام دولتی، در حال حاضر، توجه مقبولی به درمان بیماری‌ها دارد و طب پیشگیری در رأس خدمات نیست. از

1. National Pension Scheme (NPS)

2. National Health Insurance System and Medical Aid (NHIS)

طرفی جمعیت سالمندان رو به رشد است و بیماری‌های دژنراتیو ناشی از پیری افزایش یافته است. بنابراین سیاست‌های مبتنی و متمرکز بر درمان جای خود را به سیاست‌های مبتنی بر پیشگیری و ارتقای سلامت می‌دهند.

با دسترسی به فناوری‌های جدید سلامتی مبتنی بر علوم زیستی در قرن ۲۱، انتظار می‌رود که صنعت سلامتی^۱ زمینه‌ساز رشد کلان اقتصادی در حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد باشد. بنابراین، طرح فراسازمانی و فرابخشی پیشرفته به‌منظور تأمین سلامتی مردم باید تدوین شود. با اجماع نظر ملی، دولت نظام کاملی را برای تأمین و حفظ سلامتی طراحی کرده است. به همین دلیل وزارت سلامت و رفاه اجتماعی تمام برنامه‌های خود را برای هدایت و توسعه برنامه‌های خدمات سلامت عمومی به کار گرفته است و برای دستیابی به هدف‌های خود به نظام بازار آزاد تأمین خدمات سلامتی و اجرای نظام بیمه ملی سلامت روی آورده‌اند. با مطالعه بیشتر می‌توان متوجه شد که سیاست‌مداران کره جنوبی و سیاست‌گذاران بخش سلامت به‌صورت ریشه‌ای به تغییر بینش و نگرش و حتی نگاه فلسفی خود به زیستن انسان‌ها با تغییری بنیادین در نظام سلامت خود پرداخته و آن را مورد بررسی و اصلاحات قرار داده‌اند. به‌رغم اینکه بودجه بخش سلامت در طول سال‌های گذشته به‌ویژه پنج‌ساله آخر قرن بیستم افزایش قابل توجهی یافته، ولی تا رسیدن به سطح انتظارات و نیز ملل صنعتی پیشرفته فاصله زیاد است.

کره تغییرات اجتماعی سریعی را پشت سر گذاشته است که این تغییرات ناشی از سرعت صنعتی شدن، مدرنیته و توسعه شهری است. این توسعه که از سال ۱۹۶۰ شروع شده باعث بروز مسائل اجتماعی و نیاز به طرح تأمین اجتماعی شده است. این نیاز باعث شد از سال ۱۹۶۰ این کشور به فکر تأسیس نظام تأمین اجتماعی مؤثر باشد.

اولین قانون تأمین اجتماعی، قانون مستمری کارکنان دولت بود که در سال ۱۹۶۰ تصویب شد. در سال ۱۹۶۳ با تصویب قانون تأمین اجتماعی برای پرسنل نظامی، قانون بیمه خسارت حوادث صنعتی و قانون بیمه سلامت پیگیری شد. این قوانین به‌طور جدی از سال ۱۹۷۰ به مرحله اجرا درآمدند.

در کره جنوبی نظام تأمین اجتماعی از سه جزء اصلی تشکیل شده است:

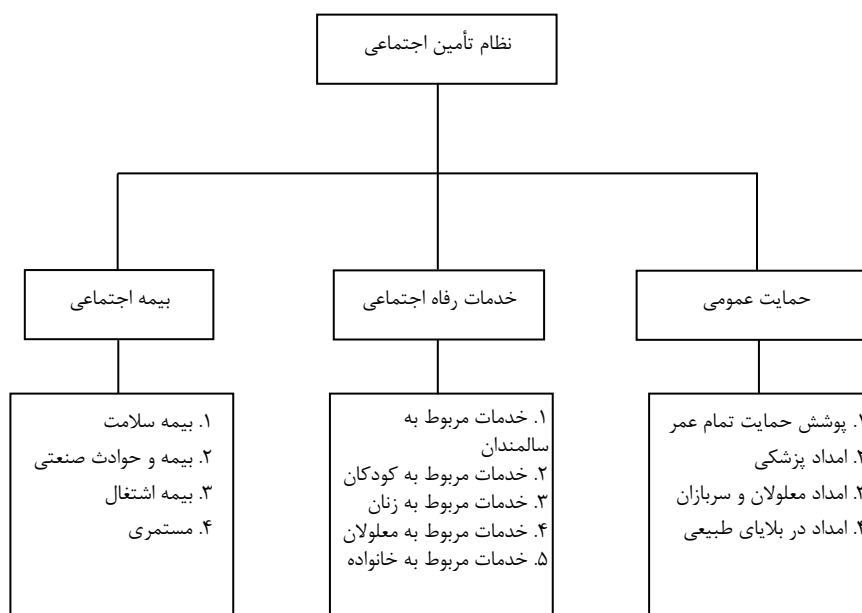
۱. بیمه اجتماعی مشتمل بر بیمه سلامت، بیمه مستمری، بیمه اشتغال، بیمه خسارت حوادث صنعتی؛
 ۲. نظام حمایت عمومی مشتمل بر پوشش و حمایت تمام عمر، امداد پزشکی، کمک به معلولان، کمک به سربازان و کمک به صدمه‌دیدگان از بلایا؛
 ۳. خدمات رفاه اجتماعی شامل خدمات سالمندان، کودکان، زنان، معلولان و خانواده.
- از سال ۱۹۷۶ قانون بیمه سلامتی برای کارکنان مؤسسات بزرگ اجباری شد و به‌مرور دامنه آن به کارگاه‌های تا پنج نفر نیز ادامه یافت. از سال ۱۹۷۹ کارکنان دولت را هم پوشش داد، علاوه بر این، برنامه آزمایشی به‌منظور گسترش بیمه خویش‌فرمایان در شهرها و روستاها در سال ۱۹۸۲ اجرا شد. برپایه نتایج حاصل از این مطالعه میدانی بیمه خویش‌فرمایان در سال ۱۹۸۸ شروع شد و دوازده سال از شروع برنامه دولت تا اجرای پوشش کامل شهروندان طول کشید.
- در سال ۱۹۹۷ با تصویب قانون بیمه ملی سلامت، تمامی انجمن‌های بیمه‌ای مربوط به سلامت و بیمه کارکنان دولت و بیمه کارکنان بخش خصوصی در هم ادغام شدند و شرکت بیمه سلامت ملی^۱ به‌وجود آمد. به‌مرور تا سال ۲۰۰۰ تمامی صندوق‌های بیمه خویش‌فرمایان، کارکنان و غیره در این شرکت ادغام و نظام واحد بیمه سلامت در کل کشور به‌وجود آمد.

۱-۱۰ ساختار سازمانی بیمه سلامت

در کشور کره جنوبی همه امور مربوط به سلامت، تأمین و رفاه اجتماعی در قالب وزارت سلامت و رفاه اجتماعی و تحت امر وزیر مربوطه به انجام وظیفه مشغول‌اند. این وزارتخانه مسئول حفظ و ارتقای سلامت ملی است و همچنین، مسئولیت رفاه اجتماعی را به عهده دارد. بنابراین به دو بخش اصلی تقسیم شده است که هر قسمت تحت امر معاون وزیر فعالیت می‌کند.

یک معاون وزیر مسئول اجرای سیاست‌های رفاه اجتماعی است و دیگری مسئول طراحی، مدیریت و مراقبت‌های سلامت عمومی است. ساختار اصلی نظام تأمین اجتماعی در کره به‌شرح نمودار ذیل در سه بخش شکل گرفته است.

1. National Health Insurance Corporation (NHIC)



نمودار ۱-۱۰ ساختار اصلی نظام تأمین اجتماعی

در زمینه سلامت، فعالیت‌های سلامتی در سه سطح پیشگیری اول، دوم و سوم با نظام ارجاع ارائه می‌شود. شرکت بیمه ملی سلامت هم تنها مؤسسه بیمه‌ای است که مدیریت بیمه سلامت را به عهده دارد. آژانس بازبینی بیمه سلامت^۱ مسئول بررسی و بازبینی تعرفه‌های خدمات سلامتی و ارزیابی نحوه ارائه مراقبت‌های سلامتی است. شرکت بیمه سلامت مسئول اجرای نظام بیمه ملی سلامت شامل نگهداری اطلاعات بیمه‌شدگان و وابستگان آنها، جمع‌آوری گزارش‌های مربوط به خدمات سلامت و اقدامات مربوط به طرح‌های مرتبط است.

بیش از ۹۰ درصد خدمات مربوط به مراقبت‌های سلامتی را بخش خصوصی عرضه می‌کند. تمام مؤسسات خصوصی، که به‌طور قانونی فعالیت می‌کنند، می‌توانند نظام بیمه ملی سلامت را پوشش دهند و در خدمت بیمه‌شدگان این نظام باشند.

1. Health Insurance Review Agency (HIRA)

بیمه شده می‌تواند شخصاً مؤسسه یا پزشک مورد نظر خود را انتخاب کند، ولی برای رجوع به بیمارستان و سطح دوم و سوم خدمات بیمار نیاز به معرفی‌نامه از سوی پزشک اولیه در سطح اول دارد. در این زمینه استثناهایی هم وجود دارد اما درخصوص اورژانس‌ها و خدمات دندان‌پزشکی، زایمان و توان‌بخشی و بیماران خاص محدودیتی وجود ندارد. درواقع جایگاه بیمه سلامت در نظام مراقبت‌های سلامت، فقط تأمین منابع مالی است.

۲-۱۰ پوشش جمعیتی

تمامی ساکنان کره جنوبی براساس شغل طبقه‌بندی شده‌اند و از طریق دو صندوق اصلی تحت پوشش قرار می‌گیرند. صندوق بیمه سلامت کارکنان و صندوق بیمه سلامت خویش‌فرمایان که صندوق اولی تمامی کارکنان دولتی یا خصوصی در مؤسسات بیش از پنج نفر کارمند را پوشش می‌دهند و افراد دو ماه پس از عضویت می‌توانند از مزایای بیمه استفاده کنند. در هر دو صندوق بیمه شده اصلی و خانواده او به‌عنوان بستگان یا بیمه شده تبعی پوشش داده می‌شوند. بنابراین، مبنای پوشش ملیت و اشتغال و پرداخت حق بیمه است که در مورد نیازمندان و اقشار آسیب‌پذیر از منابع مالی دولتی یارانه تخصیص می‌یابد.

۳-۱۰ پوشش خدمات

نظام بیمه ملی سلامت برنامه‌ای است که موجب ارتقای سطح ملی سلامت در بین افراد جمعیت کشور می‌شود. این برنامه به‌منظور تأمین تمامی خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان در زمان ابتلا به بیماری و توان‌بخشی در سطح قابل پرداخت بیمه شده و وابستگان او اجرا می‌شود، بنابراین، هر سه سطح سلامت را شامل می‌شود. استفاده از مزایای بیمه به روش پرداخت مستقیم به بیمه شده یا استفاده از خدمات مهیاست. تحویل داروهای تجویز شده هم تحت پوشش بیمه است.

برای پیشگیری از سوءاستفاده و استفاده بیش از حد از مزایای بیمه سلامت، بیمه‌شدگان در زمان استفاده از مزایا باید در هزینه‌ها مشارکت کنند. این مشارکت به‌طور متوسط حدود ۳۰ درصد هزینه‌ها را شامل می‌شود. البته، خدمات زیبایی، حتی

در حد درمان آکنه و برخی بیماری‌های تناسلی، از شمول پوشش بیمه خارج است.

۴-۱۰ روش ارائه خدمات

به صورت غیرمستقیم از طریق خرید خدمات و اغلب از بخش خصوصی است. بیمه شده می‌تواند به صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد از خدمات بهره‌مند شود یا هزینه‌ها را شخصاً بپردازد و سپس برای دریافت نقدی به شرکت بیمه سلامت مراجعه کند.

۵-۱۰ تأمین منابع مالی بیمه سلامت

منابع مالی صندوق بیمه از طریق جمع‌آوری حق بیمه‌های بیمه‌شدگان تأمین می‌شود. حق بیمه در حدود ۸ درصد حقوق و درآمد ماهیانه است که ۵۰ درصد آن را بیمه شده و ۵۰ درصد آن را کارفرما (اعم از دولتی یا خصوصی) پرداخت می‌کند. دولت در مورد خویش‌فرمایان ۲۰ درصد یارانه می‌دهد. برای کسانی که خانواده‌شان در کره هستند ولی خودشان در کشورهای خارجی کار می‌کنند و نیز در جزایر ساکن هستند ۵۰ درصد تخفیف در نظر گرفته شده است. هرچند که پرداخت فرانشیز در زمان دریافت خدمات هم بخشی از منابع مالی است.

۶-۱۰ شیوه پرداخت

وزارت سلامت و رفاه اجتماعی قیمت واحد خدمات را براساس محاسبات دقیق در اجرای تصمیمات متخذه از طریق کمیته بحث و هماهنگی بیمه ملی متشکل از نمایندگان بیمه شده‌ها، بیمه‌گزاران، کارفرمایان و ارائه‌دهندگان خدمات ابلاغ می‌کند. در هر حال، مدیرکل شرکت بیمه سلامت ملی و رئیس اداره تعرفه‌های پزشکی در تعیین قیمت واحد خدمات به طور سالیانه توافق می‌کنند. وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، سقف خسارات (هزینه‌های) دارو و تجهیزات پزشکی را معین می‌کند. به هر حال تلاش دولت کنترل تورم قیمت‌های پزشکی است. نحوه پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی هم به روش کارانه است.

۷-۱۰ نظام بیمه اجتماعی سلامت^۱

جمهوری کره نظام بیمه اجتماعی سلامت خود را با تصویب قانون بیمه سلامت در سال ۱۹۶۳ آغاز کرد. ابتدا بیمه اجباری سلامت، کارکنان مؤسسات بخش رسمی را (با بیش از پانصد کارگر) تحت پوشش قرار داد. در دهه ۱۹۸۰، نظام برای پوشش همه کارکنان دولت، معلمان و شرکت‌هایی با کمتر از سیصد کارمند گسترش یافت.

این امر به شرکت‌های کوچک با کمتر از شانزده کارمند و سپس، به مشاغل آزاد در تمامی نواحی شهرنشین و روستانشین گسترش یافت. تا سال ۱۹۸۹ پوشش همگانی گسترش یافته بود، در این سال تقریباً ۹۶ درصد از ۴۷ میلیون نفر جمعیت کشور تحت نظام بیمه اجتماعی سلامت اجباری پوشش داده شدند. برنامه حمایت‌های اجتماعی برای فقرا ۴ درصد مابقی جمعیت را پوشش داده بودند، که از طریق درآمدهای ناشی از مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شد.

گسترش سریع بیمه اجتماعی سلامت اجباری به همه گروه‌های جمعیتی، از جمله کشاورزان و مشاغل آزاد در شهرها و روستاها، نیازمند رشد سریع و بالای درآمد ناخالص ملی بود که میانگین آن در دوره ۱۹۷۷-۱۹۸۹ به ۱۳/۳ درصد می‌رسید.^۲ از این نظر نظام‌های بیمه‌های اجتماعی سلامت در جمهوری کره نمونه بارزی از موازنه بین حمایت‌های اجتماعی برای همه و گسترش مزایای مراقبت‌های سلامتی است و به‌منظور پایین نگه‌داشتن هزینه‌های بازار کار، میزان مشارکت برای کارگران حقوق‌بگیر در حدود ۳/۵ درصد حقوق تنظیم شده است که در سال ۲۰۰۳ به ۳/۹ درصد افزایش یافت. این میزان مشارکت پایین ممکن نیست همه خدمات را در قالب کارانه تأمین مالی کند. به‌ویژه در مواردی که نرخ بهره‌مندی بالاتر باشد این موضوع بیشتر نمایان است.

تعداد مالی از طریق وضع فرانشیزهای مناسب برای اکثر خدمات امکان‌پذیر است، به عبارتی، افراد مجبور هستند ۵۰ درصد از هزینه‌ها را در زمان بیماری از جیب پرداخت کنند. به همین دلیل، بسیاری از انواع خدمات تشخیصی پرهزینه نظیر ام.آر.ای

1. Ron Aviva, *Social Health Insurance*, ILO, 2005.

۲. مجید رجب‌پور، «مطالعه تطبیقی بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران»، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، ۱۳۸۲.

در بسته‌های مزایای بیمه‌ای قرار نگرفته‌اند. فرانشیز فقط برای افراد تحت پوشش نظام حمایت‌های اجتماعی دریافت نمی‌شود.

یک نظام ارائه خدمات سلامت خصوصی انتفاعی همواره ارائه بیشتر خدمات را در نظر دارد، درحالی‌که، صندوق‌های بیمه سلامت اجتماعی به دنبال آن هستند، تا از طریق کنترل هزینه‌ها سازوکارهای منحصربه‌فردی را برای پوشش جمعیت ارائه کنند. وظیفه اصلی شرکت بیمه سلامتی کره به‌عنوان سازمان هماهنگ‌کننده، علاوه‌بر جمع‌آوری حق بیمه‌ها، وظیفه کنترل خدمات نیز هست. علاوه‌بر این، سازمان چانه‌زنی در مورد دستمزدهای ارائه‌دهندگان خدمت را نیز انجام می‌دهد. به‌تازگی بانک‌های اطلاعاتی گسترده، معرفی برخی از نوآوری‌هایی را برای ارتقای سلامت در قالب مزایای بیمه سلامت را میسر ساخته‌اند. اطلاعات در مورد نحوه بهره‌مندی از خدمات سلامتی امکان ایجاد برنامه پیشگیری و ارتقای سلامت را فراهم ساخته است. بانک‌های اطلاعاتی منطقه‌ای ضمن معرفی جمعیت‌های آسیب‌پذیر هشدارهای لازم را برای ارائه و تدوین برنامه کنترل بیماری‌ها ارائه می‌دهند. این اطلاعات به بیمه‌شدگان کمک می‌کند تا درباره دستورالعمل‌های اقتصادی درست عمل کنند. گام دیگری که بیمه اجتماعی سلامت در جمهوری کره آغاز کرده ارتقای خدمات اورژانسی است. با آنکه ممکن است این امر به‌طور تنگاتنگی به‌عنوان ارتقای سلامت در نظر گرفته نشود، نقش ارتقای سلامت در کاهش عوارض و معلولیت‌های باقی‌مانده ناشی از نیاز به خدمات حاد، آسیب‌ها و در نهایت، کاستن از هزینه‌های خدماتی تولید شده از طریق صندوق‌های بیمه سلامت چشمگیر بوده است.

هزینه‌های خدمات سلامتی ازطرف صندوق‌های بیمه‌ای و پرداخت از جیب بیماران در سال‌های اخیر افزایش یافته است. بالغ بر ۳۵۰ مؤسسه بیمه سلامت تا سال ۲۰۰۰ سازوکارهای مختلف بودجه‌بندی را به‌کار می‌بردند و مزایا در یک صندوق جداگانه ادغام می‌شد. به‌منظور ارتقای کیفیت خدمات سلامتی و همچنین دربرگرفتن هزینه‌های زیاد و رو به افزایش، مجلس کره قانون بیمه سلامت ملی را تصویب کرد، که ادغام تمامی صندوق‌های بیمه سلامتی را در یک صندوق مجزا اجباری و سطح سرمایه‌گذاری را به حداکثر مقدار رساند، این امر موفقیت عظیمی در نظام بیمه سلامت کره ایجاد کرد.^۱

1. Ibid., 2005.

فصل یازدهم نظام سلامت در فیلیپین*

مقدمه

فیلیپین سرزمینی با بیش از هفت هزار جزیره است که حدود هشتاد میلیون نفر در آن زندگی می‌کنند و تولید ناخالص ملی با سرانه ۸۴۰ یورو دارند. از هفت هزار جزیره‌ای که از جنوب دریای چین تا اقیانوس آرام کشیده شده، مردم در کمتر از هزار جزیره زندگی می‌کنند. وقتی چگونگی رسیدن به پوشش بیمه همگانی مردم فیلیپین را به وسیله برنامه بیمه خدمات درمانی ملی در نظر بگیریم، این شرایط جغرافیایی خاص به هیچ وجه بی‌اهمیت نخواهد بود.

مؤسسه بیمه سلامت فیلیپین^۱ توسط دولت در سال ۱۹۹۵ تأسیس شد. هدف این مؤسسه امکان دستیابی تمام بخش‌های جمعیت به مراقبت‌های سلامت مناسب در پانزده سال بود. مؤسسه بیمه سلامت فیلیپین جایگزین کمیته مراقبت‌های پزشکی فیلیپین^۲ شد. که عموماً به عنوان بیمه سالمندان معرفی می‌شود و تا اواسط دهه ۱۹۹۰ فقط برای کسانی که شغل ثابت داشتند، آزاد بود. تحت نظر بیمه سالمندان کارکنان بخش دولتی و خصوصی به وسیله بیمه اجباری خدمات درمانی پوشش داده شدند. برنامه بیمه فقط هزینه‌های درمان بیماران بستری را پوشش می‌داد.

۱-۱ هزینه‌های محدود به چهار یورو در ماه

دفتر بیمه سلامت فیلیپین در شانزده منطقه و بیش از هشتاد استان قرار دارد. کارکنان

* Schramm, Ernadersl, Social Health Insurance Systems of Solidarity Experiences From German Development Cooperation, Federal Ministry for Economic Cooperation and Development, 2002, pp. 36-37.

1. Phil Health

2. Philipial Medical Care Committee (PMCC)

و کارفرماها سهم عضویت ماهیانه را می‌پردازند که ۲/۵ درصد درآمد است. حداکثر هزینه‌های ماهیانه ۲۶۰ پزو^۱ (چهار یورو) است. مؤسسه بیمه سلامت فیلیپین هزینه‌های بیمارستانی و نیز هزینه‌های خدمات بیماران سرپایی را به روشی محدود پوشش می‌دهد. همچنین هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های پیشگیرانه و آموزش سلامت را هم می‌پردازد.

جدول ۱-۱۱ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۳/۴
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۳۹/۸
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۶۰/۲
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۶/۳
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۳/۶
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۲۳/۸
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۷۷/۹
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۱۲/۱
۹	سرايه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۳۶
۱۰	سرايه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۲۰۳
۱۱	سرايه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۱۴
۱۲	سرايه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۸۱

Source: www.who.int, 2007.

از هر دو نفری که در فیلیپین کار می‌کنند فقط یک نفر قرارداد رسمی کار دارد که مبنایی برای طبقه‌بندی بخش رسمی است. نیم دیگر یا به‌صورت غیرقراردادی در بخش غیررسمی فعالیت می‌کنند و یا دارای شغل آزادند، مانند کاسب‌ها یا راننده‌های تاکسی. این موضوع‌ها چالش‌هایی جدی در این پوشش همگانی هستند. یک‌سوم جمعیت این

کشور به عنوان فقیر طبقه‌بندی می‌شوند. بیماری‌های سخت به عنوان فاجعهٔ اسفبار^۱ از نظر مالی برای خانواده‌ها محسوب می‌شود. به تازگی از بیماران انتظار می‌رود بیش از ۴۰ درصد هزینه‌های مربوط به دارو و درمان پزشکی خود را بپردازند.

۱۱-۲ نظام سلامت

کل مخارج سلامتی فیلیپین حدود ۲/۲ میلیارد دلار آمریکاست که در حدود ۳ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور را به خود اختصاص می‌دهد. با اینکه هزینه سرانه هر شهروند حدود سی دلار آمریکاست به نظر نمی‌رسد در دهه اخیر افزایش پیدا کرده باشد، با وجود این، حدود نیمی از این هزینه به صورت پرداخت از جیب است. در سال ۱۹۶۹ کمیسیون مراقبت‌های پزشکی فیلیپین تشکیل شد و نظام تأمین اجتماعی^۲ برای کارگران بخش خصوصی و طرح بیمه اجتماعی دولتی^۳ برای بخش دولتی به وجود آمد. مزایای پزشکی تحت پوشش نظام تأمین اجتماعی شامل جبران غرامت مراقبت‌های سرپایی و بستری است که در مراکز دولتی و خصوصی ارائه می‌شود. حق بیمه به صورت اجباری است و ۲/۵ درصد دستمزد ماهیانه تا سقف سه هزار پزو با مشارکت یکسان کارگر و کارفرما پرداخت می‌شود. طرح بیمه اجتماعی دولتی مزایای پزشک را برای کارکنان دولت ارائه می‌کند. هر دو طرح به وسیله کمیسیون پزشکی فیلیپین^۴ اجرا شده که تقریباً از نظر مالی مستقل می‌باشد و یارانه محدودی از طرف دولت می‌گیرد. در دهه ۱۹۹۰ کمیسیون پزشکی فیلیپین در حدود ۴۰ درصد جمعیت را پوشش داده است.

با تصویب قانون بیمه سلامت ملی در سال ۱۹۹۵ انجمن بیمه سلامت فیلیپین تشکیل شد که انجمنی دوجانبه و وابسته به وزارت بهداشت است، یعنی فعالیتی شبه قضای و نظارتی بر طرح بیمه سلامت اجتماعی دارد. این انجمن حدود ۷۵ درصد از جمعیت که شامل مستخدمین بخش رسمی و غیررسمی می‌شود، را تحت پوشش خود دارد. علاوه بر این فقرا و اعضای که حق بیمه نمی‌پردازند (مانند بازنشستگان و مستمری‌بگیران که در طول

1. Catastrophic

2. Social Security System

3. Social Government Insurance System

4. Philipian Medical Committee (PMC)

عمر خود حداقل ۱۲۰ ماه حق بیمه پرداخت کرده‌اند) را تحت پوشش خود دارد. اعضای اختیاری مؤسسه بیمه سلامت فیلیپین از ۱۶۵,۰۰۰ نفر در سال ۱۹۹۵ به هفت میلیون نفر در سال ۲۰۰۲ افزایش یافته است. ممکن است این کشور موفق به ارائه پوشش همگانی شود. بسته مزایا، شامل یارانه‌های مربوط به اقامت، هزینه‌های حمل‌ونقل، آزمایش‌های تشخیصی (تصویربرداری اشعه X و آزمایشگاه)، پرداخت حق‌الزحمه متخصصان، هزینه‌های جراح و مشاور برای بخش بستری و بازپرداخت هزینه‌های بخش سرپایی، شامل شیمی درمانی، رادیوتراپی و جراحی‌های محدود می‌شود. دولت تأمین مالی بیمه اجتماعی سلامت را از طریق کسر مالیات (۱/۲۵ درصد از حقوق مستخدم و کارفرما، با سقف درآمد ۱۸۹ دلار در ماه)، همراه با مالیات‌های عمومی انجام می‌دهد. علاوه بر این، دولت‌های محلی نیز یارانه مربوط به فقرا را پرداخت می‌کنند. تعداد اعضای فقیر از پانزده هزار نفر در سال ۱۹۹۷ به هفت میلیون نفر افزایش یافته که این افزایش توانایی حمایتی مربوط به افزایش حامیان مالی است که از طریق دولت محلی، نمایندگان مجلس، شهروندان ثروتمند، مراکز خیریه و دیگر آژانس‌های دولتی صورت پذیرفته است.

یکی از مهم‌ترین درس‌هایی که از مؤسسه بیمه سلامت فیلیپین می‌گیریم روش پرداخت به ارائه‌دهندگان برای بخش سرپایی و بستری می‌باشد که به‌صورت تلفیقی از روش کارانه و پرداخت موردی از طریق جبران غرامت است که موجب افزایش هزینه، شارژهای اضافی، پرداخت‌های اضافی و استفاده غیرمعمول از خدمات دارویی شده است. بسته مزایا برای مراقبت‌های بستری کاهش یافته است. مشارکت افراد در هزینه‌های درمانی بسیار بالاست، به‌ویژه، برای ارائه‌دهندگان بخش خصوصی که در حدود ۷۰-۳۰ درصد صورت‌حساب‌ها را شامل می‌شود. سطح آگاهی و نرخ بهره‌مندی پایین می‌باشد که نتیجه آن افزایش هزینه‌های مصرف‌کننده است.

۱۱-۳ جزئیات بیشتر طرح‌های بیمه سلامت

در سال ۱۹۹۶ تحت قانون ۶۱۱۱ نظام جمهوری^۱ (قانون ۱۹۶۹ بیمه سلامت سالمندان)^۲

1. Republic Act 6111.

2. Philippine Medicare Act of 1969.

برنامه اولیه خدمات پزشکی اجتماعی تحت نظر کمیسیون خدمات پزشکی سالمندی فیلیپین^۱ پایه‌ریزی شد. مرحله اول این برنامه فقط بخش استخدام رسمی را دربرمی‌گرفت که درواقع، بخش تحت پوشش جمعیت بود. بنابراین، عضویت همه کارکنان دولتی در خدمات سلامتی سالمندی اجباری شد، درحالی‌که، پیگیری بخش خصوصی نیاز به زمان بیشتری داشت. مرحله دوم برنامه به‌منظور پوشش بخش وسیع‌تری از جمعیت سالمند تحقق نیافت. در ۱۴ فوریه سال ۱۹۹۵، قانون ۷۸۷۵ نظام جمهوری (قانون بیمه سلامت ملی)^۲ تصویب شد (برنامه بیمه سلامت ملی^۳ با اجباری‌سازی پوشش بخش‌های استخدامی رسمی). کمیسیون خدمات سلامت سالمندی کنونی جای خود را به یک سازمان خودکفا با مالکیت و کنترل دولت تحت عنوان سازمان بیمه سلامتی فیلیپین^۴ داد. بعدها در سال ۱۹۹۹، برنامه نیازمندان^۵ و در سال ۲۰۰۰ برنامه پرداخت فردی^۶ پایه‌ریزی شد تا کل جمعیت تا سال ۲۰۱۰ تحت پوشش بیمه همگانی قرار گیرند. فعالیت‌های بسیار زیادی در ژوئیه سال ۱۹۹۹ با ادغام بودجه‌های مختلف در یک برنامه مجزا، تحت نظر مؤسسه بیمه سلامت فیلیپین، آغاز شد. در دسامبر ۱۹۹۹ برنامه انتفاعی یکپارچه شده اجرا و در ژانویه ۲۰۰۰ ازطرف پرداخت‌های بیمه‌ای یکپارچه شده پیگیری شد.^۷

۴-۱۱ ساختار سازمانی

سازمان مزبور را یازده عضو، که دولت و بخش خصوصی آنها را انتخاب کرده‌اند اداره می‌کنند. وزیر بهداشت ریاست آن سازمان را به عهده دارد و رئیس کل/مدیر عامل به‌طور هم‌زمان مدیریت گروه و قائم‌مقام ریاست را به عهده دارد. انجمن از وزرای بهداشت، کار و اشتغال، دولت درون‌مرزی و محلی، رفاه و توسعه اجتماعی، رئیس کل و مدیرعامل سازمان بیمه سلامت فیلیپین، نماینده‌ای از بخش کارگری، نماینده‌ای از کارفرمایان، نماینده‌ای از بخش مشاغل آزاد، نماینده‌ای از ارائه‌دهندگان خدمات

1. Philippine Medicare Commission
2. The National Health Insurance Act
3. National Health Insurance Program (Medicare)
4. Philippine Health Insurance Corporation (PHIC)
5. Indigency Program (IP)
6. Individually Paying Program (IPP)
7. Lee, 2003, p. 130.

سلامتی، نماینده‌ای از نیازمندان و مدیرعامل تشکیل شده است.^۱ در حال حاضر، پانزده اداره ناحیه‌ای،^۲ یک اداره هماهنگ و حمایت‌کننده^۳ و هفتاد و پنج اداره خدماتی^۴ متمرکز در ایالت‌ها، شهرها و شهرک‌های مختلف وجود دارد. اگرچه، بیشتر خدمات آنها هنوز کاملاً به‌طور الکترونیکی به یکدیگر مرتبط نشده‌اند. این اداره‌های نیمه‌متمرکز ۱۷۹ ایالت، شهر، ۱۴۹۶ شهرک و بیش از ۴۰,۰۰۰ روستای سراسر کشور را پوشش می‌دهند.^۵

۵-۱۱ تأمین مالی

سازمان مزبور سازمان دولتی خودکفایی است که هیچ‌گونه بودجه عملیاتی فراتر از آنچه دولت ملی تعیین کرده، برای آن در نظر گرفته نشده است. طبق قانون^۶ دولت مجاز به مصرف ۱۲ درصد از کل حق بیمه از محل مشارکت اعضا به‌اضافه ۳ درصد درآمد سرانه ناشی از سرمایه‌گذاری است که باید به‌صورت بودجه تلفیقی سال آینده به مصرف برسد.^۷

۱-۵-۱۱ حق بیمه

حق بیمه‌ها در قالب پرداخت‌های سه‌ماهه، شش‌ماهه یا سالیانه صورت می‌گیرد. یک عضو ممکن است از مزایای خدمات سالمندی پس از طی سه ماه دوره انتظار متعاقب اولین پرداخت برخوردار شود. از آن پس، می‌تواند در طول سه ماه از شش ماه از همان مزایا با پرداخت کمتری برخوردار شود. البته استثنای موجود مزایای بارداری تحت پوشش برنامه پرداخت فردی است که پیش‌نیاز آن پرداخت حق بیمه به مدت ۹ ماه، البته ۱۲ ماه پیش از شروع بارداری است. این (تبصره) برای کنترل سوءاستفاده اعضا در نظر گرفته شده است.

مشارکت ماهیانه برای برنامه پرداخت فردی صد پزو (ماهیانه) برای هر عضو است،

1. Ibid., p. 132.

2. Regional Offices

3. Coordinating and Advocacy Office

4. Ibid.

5. Ibid., p. 133.

6. Republic Act 7579.

7. Ibid., p. 135.

درحالی‌که، در برنامه نیازمندان پرداخت هر فرد نیازمند مجموعاً ۱۱۸۰ روپیه در سال است. دولت براساس یک مقیاس طبقه‌بندی شده وابسته به منطقه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند در حق بیمه مشارکت می‌کند. بخش خصوصی ممکن است پرداخت را در یک برنامه اجتماعی تلفیقی یا اعضای شورا از طریق بودجه‌های خاص خارجی تضمین کنند.^۱

۱۱-۵-۲ جمع‌آوری حق بیمه

به‌استثنای متصدیان دریافت و پرداخت در اداره‌های بیمه سلامت ملی فیلیپین (اداره مرکزی، اداره‌های ناحیه‌ای و اداره‌های خدماتی)، مشارکت‌هایی برای فراهم‌سازی عضویت کشوری با بانک‌های جمع‌آوری‌کننده معتبر^۲ وجود دارد. در ایالت‌ها، عوامل جمع‌آوری‌کننده معتبر دیگری^۳ برای سرویس‌دهی به جمعیت در حال رشد مراجعان فراهم شده است مانند پست‌بانک‌ها و بانک‌های روستایی.

۱۱-۵-۳ پذیرش و تقویت

فرم جدید پذیرش مشارکت، پس از بررسی و مطالعه دقیق بر ورودی بانک‌ها تعیین می‌شود. بخش مدیریت حساب‌های مشارکت‌ها^۴ و گروه خدمات قانونی^۵ فعالانه در جست‌وجوی موارد قانون‌شکنی و سایر موارد مشابه ازسوی کارفرمایان یا اعضا هستند. برنامه‌ای برای پرداخت‌های معوقه وجود دارد که برای کارفرمایان فرصت‌هایی را برای تسویه کامل بدهی‌های پیشین فراهم می‌کند.

با عنایت به بررسی‌های انجام شده این‌گونه استنباط می‌شود که با توجه به متغیر بودن وضعیت مالی کارفرمایان و پایه حقوق کارگران، میزان و مشارکت افراد و کارفرمایان به‌طور سالیانه افزایش داده شود. برای مثال، پایه حقوق افراد در سال ۲۰۰۲ به‌طور تقریبی بین ۱۰۰۰۰-۳۰۰۰۰ پزو تخمین زده شده بود و برای سال ۲۰۰۴ پیشنهاد شد که محدوده ذکر شده باید تجدید نظر شود و به ۱۵۰۰۰-۴۰۰۰ پزو

1. Ibid, p. 136.

2. Accredited Collecting Banks (ACBs)

3. Accredited Collecting Agents (ACAs)

4. Contributions Accounts Management Department (CAMD)

5. Legal Services Group

افزایش داده شود. در سایر موارد نظیر مشارکت ماهیانه، مشارکت فردی و مشارکت کارفرما، نیز باید تجدیدنظر به عمل آید و مبالغ افزایش داده شوند. به عبارت دیگر، این تجدیدنظر باید هر سال انجام شود و مطابق با روند تورم اصلاحات لازم صورت پذیرد.^۱

۱۱-۶ بیمه اجتماعی سلامت

در حال حاضر، از برنامه‌های مهم اصلاحات بخش سلامت توسعه بیمه سلامت در فیلیپین است که به تلاش‌های اولیه برای تأمین حمایت‌های اجتماعی در کشور با هدف افزایش دسترسی به خدمات سلامتی پایه مربوط می‌شود. فیلیپین از دهه ۱۹۶۰، قبل از چند کشور منطقه که قبلاً به پوشش همگانی نائل آمده بودند، تصمیم به تشکیل بیمه اجتماعی سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی گرفت.

برنامه مدیکر اصلی در سال ۱۹۶۹ آغاز شد، یعنی از هنگامی که بیمه سلامتی برای کارگران بخش‌های خصوصی و دولتی از طریق نظام‌های تأمین اجتماعی مجزا برای هر بخش اجباری شد و کمیسیون مدیکر فیلیپین^۲ آن را قانونمند کرد. برنامه چندین مشخصه داشت که با آن پوشش همگانی را تسریع می‌کرد، چرا که، وابستگان کارگران تحت پوشش برنامه بودند. مشمولیت تا بازنشستگی ادامه می‌یافت و قانون تمهیداتی را برای عضویت اختیاری مشاغل آزاد و جمعیت بخش غیررسمی در مرحله دوم منظور کرده بود. در نتیجه توسعه اقتصادی آهسته و بی‌ثبات، مشکلات مربوط به اعتباربخشی و مطالبات متقلبان در برنامه مدیکر و پذیرش ضعیف قانون توسعه حائز اهمیتی در سه دهه بعدی انتظار نمی‌رفت. میزان مشارکت‌ها پایین بودند (۲/۵ درصد از حقوق با سقف پایین که به‌طور برابر بین کارفرما و کارمند تسهیم می‌شد)؛ اما مزایا به خدمات بستری بیمارستانی محدود می‌شدند و کل مقدار بازپرداخت به‌ازای پذیرش زیر ۵۰ درصد هزینه‌های بیمارستانی بود. مرحله دوم به پروژه‌های آزمایشی کوچک محدود می‌شد و مزایا را برای خدمات سرپایی محدود می‌کرد. تا جایی که، بازپرداخت برای خدمات بیمارستانی در قالب پرداخت‌های کارانه متوقف می‌شد.

1. Gangulay, S. and Solon G. Health Care Insurance in Philipin. Department of Health Manil, 2002, pp. 60-64.

2. Philippines Medicare Commission

تا اواخر دهه ۱۹۸۰، بر اثر مطالبات متقلبانه و اعتباربخشی نامناسب ارائه‌دهندگان کمیسیون مدیر بی‌اعتبار شده بود. به‌طور کلی، فقدان پذیرش قانونگذاری تأمین اجتماعی بسیاری از کارگران حقوق‌بگیر را از نظام خارج کرده بود. در این میان سرمایه‌گذاران خصوصی سازمان‌های حفظ سلامت تشکیل دادند که برنامه‌های پیش‌پرداختی را برای استفاده از ارائه‌دهندگان ویژه پیشنهاد دادند.

اگرچه، حق بیمه‌ها بسیار بالاتر از مشارکت‌های بیمه اجتماعی سلامت بودند و سازمان‌های حفظ سلامت فقط در شهرهای بزرگ تأسیس می‌شدند، اما این شکل از پیش‌پرداخت برای کارمندان با حقوق بالا و مشاغل آزاد جذاب بود. علاقه‌مندی سازمان‌های حفظ سلامت در بهبود بخشیدن به دانش و آگاهی از پیش‌پرداخت خدمات سلامتی نقش مهمی داشت، و مؤسسات غیرانتفاعی نظام‌های بیمه سلامتی جامعه‌محور را به‌صورت غیرانتفاعی آغاز کردند. تأمین مالی خدمات سلامتی از طریق بیمه اجتماعی سلامت برای بخش‌های رسمی و غیررسمی از اولویت‌های اول هم‌زمان با گسترش کمک‌های بین‌المللی بود که ادامه یافت.

فعالیت انجام شده از طریق پروژه بزرگ USAID پایه‌ای برای تغییر و تصویب قانون بیمه ملی سلامت در سال ۱۹۹۵ را فراهم کرد. این قانون برنامه بیمه ملی سلامت را ایجاد و شرکت بیمه ملی سلامت فیلیپین برنامه جدید را اجرا کرد. در قانون تصریح شده که پس از پانزده سال از اجرا باید پوشش همگانی حاصل شود و نقش نظام‌های جامعه‌محور را در دستیابی به کل جمعیت شناسایی کند. هنگامی که شرکت بیمه‌های سلامت فیلیپین ثبت و جمع‌آوری مشارکت‌های خویش را آغاز کرد، نظام جدید به‌طور مؤثر مدیر را به پایان رسانید و ارتباطات با نظام‌های تأمین اجتماعی برای بخش‌های خصوصی و دولتی منفصل می‌شدند.

برنامه جدید بعدها نسبت به پوشش بیمه سلامت اختیاری کارگران خارجی و وابستگان آنها، که چندین میلیون نفر را در برمی‌گرفت، متعهد شد. برای شرکت بیمه‌های سلامت فیلیپین پوشش جمعیت فقیر از طریق یارانه‌های دولتی برای فقیرترین خانواده‌ها از جمله مراحل اولویت‌دار بوده است. با شروع دریافت سهم مصرف‌کننده از هزینه در بیمارستان‌های دولتی و تغییر بودجه‌بندی بیمارستان‌های دولتی با اجرای نظام خودگردانی بیمارستان ضرورت پوشش فقیرترین افراد ملموس بود.

از آنجاکه سازوکارهای مربوط به تعیین فقیرترین خانواده‌ها، توسعه دستورالعمل‌ها برای انتقال از صندوق‌های ملی به استان‌هایی با درآمدهای مالیاتی پایین و نسبت بالای فقرا زمان زیادی را به خود اختصاص داد، بخش بالایی از جمعیتی که در این کشور زیر خط فقر زندگی می‌کنند با تأخیرهای طولانی در دریافت یارانه مواجه شدند.

مشکل عمده بی‌کفایتی صندوق‌ها در حمایت از کل جمعیت تنگدست، هزینه‌های اجرایی بالاست، اگرچه، اجرای قانون تأثیرات مثبتی را دربرداشته است. شناخت نیازهای جمعیتی، برای خدمات بهداشتی اولیه، لزوم اجرای طرح‌های آزمایشی و محور قرار دادن خدمات سرپایی و اعتباربخشی تسهیلات بهداشتی با هدف تثبیت استانداردها و مقررات به‌منظور ارتقای کیفیت خدماتی برای پوشش تمامی بخش‌های جمعیتی را ضروری می‌ساخت. هم‌اکنون تلاش‌هایی برای نهایی کردن معیارهای اعتباربخشی نظام‌های جامعه‌محور و یکپارچه‌سازی آنها با هدف پوشش همگانی متمرکز شده است. به‌رغم تمامی تلاش‌ها، پوشش کلی کمتر از نصف جمعیت است و سرپرستان خانوار هنوز متحمل حدود نیمی از هزینه‌های خدمات سلامتی، حتی، تحت پوشش برنامه جدید بیمه ملی سلامت هستند. همانند برنامه مدیکر قبلی، بخشی از این امر ناشی از پذیرش پایین کارفرمایان در ثبت‌نام کارمندان‌شان و بخشی ناشی از محدودیت بازپرداخت است. هر دو این موارد نیاز به رسیدگی قبل از گسترش پوشش مورد انتظار دارد.

فصل دوازدهم نظام سلامت در تایلند*

مقدمه

تایلند طرح ملی رفاه اجتماعی را در سال ۱۹۷۵ برای خانواده‌های فقیر و کم‌درآمد ارائه و اجرا کرد. طرح رفاه پزشکی افراد کم‌درآمد^۱ در آغاز برای فراهم کردن مراقبت‌های پزشکی رایگان برای خانوارهای کارگران فقیر ارائه شد. اما بعدها برای پوشش افراد بالای شصت سال، کودکان زیر دوازده سال، دانش‌آموزان دبیرستانی، معلولان، سربازان و راهبان گسترش پیدا کرد. بسته مزایای مراقبت‌های پزشکی رایگان با امکانات عمومی مراقبت‌های بیماران بستری و سرپایی را دربرمی‌گرفت. تا سال ۲۰۰۰ در حدود بیست میلیون نفر تحت پوشش این طرح قرار داشتند. تأمین مالی این طرح از درآمدهای عمومی برپایه سرانه مشخص تأمین می‌شد، اما، کافی نبود. بررسی‌های انجام شده در این طرح تضمین پاسخ‌گویی مالی یا کیفیت مراقبت‌ها به‌طور ضعیف طرح‌ریزی شده بود و اغلب خانواده‌های فقیر را نادیده می‌گرفت، چرا که، روش‌های مؤثری برای بررسی توانایی مالی وجود نداشت.

۱۲-۱ گسترش پوشش بیمه‌ای

۱۲-۱-۱ طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت

در سال ۱۹۸۰، طبق حکم سلطنتی^۲ تایلند طرح مزایای پزشکی کارمندان دولت^۳ معرفی شد تا پوشش بیمه اجتماعی سلامت را برای همه کارمندان دولت (از جمله کارکنان

* Viroj Tangcharoensathien, Overview of Health Insurance Systems, Chapter 2, Health Insurance System in Thailand, HSRI, Thailand, 2002; and Presentations Made the Regional Meetings on SHI in WHO-SEARO and Bangkok and Ponpisut Jongudomsuk, Achieving Universal Coverage of health care in Thailand Through 30 Bhat Scheme, Paper Presented at SEAMIC Conference in January 2002.

1. Low-income Medical Welfare Scheme

2. Royal Decree

3. Civil Servants Medical Benefit Scheme (CSMBS)

مؤسسات دولتی)، مستمری‌بگیران و وابستگان آنها (والدین، همسر و بچه‌ها) گسترش دهد. در حال حاضر این طرح حدود هفت میلیون کارمند دولت و وابستگان آنها را تحت پوشش قرار می‌دهد. این طرح یک طرح بازپرداخت با استفاده از نظام کارانه است و منابع مالی آن از درآمدهای عمومی با مزایای جانبی غیرمشارکتی است. پیامد به‌کارگیری نظام کارانه؛ مدت اقامت بیشتر در بیمارستان، استفاده جزئی^۱ از داروها و رسیدگی‌های بالینی است. امکانات این طرح برای کنترل تخلفات و هزینه‌های اضافی کافی است. به دنبال بررسی‌ها و مطالعات متفاوت و به‌دلیل بحران اقتصادی دهه ۱۹۹۰، دولت طرح مزایای پزشکی کارمندان دولت را به‌صورت سرانه برای مراقبت‌های بیماران سرپایی، بودجه کلی و گروه‌های تشخیصی مرتبط در مراقبت‌های بستری تغییر داد و نظام پرداخت الکترونیکی برای بیماران بستری با استفاده از گروه‌های تشخیصی مرتبط ارائه شد.

جدول ۱-۱۲ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۳/۵
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۶۴/۷
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۳۵/۳
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۱۱/۲
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۰/۳
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۱۰/۲
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۷۴/۷
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۱۶/۵
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۸۸
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۲۹۳
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۵۷
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۹۰

Source: www.who.int, 2007.

۱۲-۱-۲ طرح بیمه سلامت اجباری کارکنان بخش خصوصی

به دنبال تصویب قانون تأمین اجتماعی سال ۱۹۹۰ دولت طرح بیمه ملی سلامت دیگری را برای پوشش اجباری کارکنان همه شرکت‌های خصوصی با بیش از بیست مستخدم با استفاده از سرانه و مدل قراردادهای کم‌هزینه معرفی کرد. در سال ۱۹۹۴ پوشش بیمه‌ای به شرکت‌ها یا مؤسسات تجاری با بیش از ۱۰ کارمند نیز گسترش یافت و تا سال ۲۰۰۲ مؤسسات کوچک یا بیشتر از یک کارمند را نیز دربرگرفت.

بیمه اجباری سلامت برای کارمندان رسمی ویژگی‌های مثبتی دارد، از جمله اینکه براساس مدل‌های قراردادی تنظیم شده بود. کارمندان حق انتخاب هر نوع پیمان‌کار ثبت‌نام شده خصوصی و عمومی را برای دریافت تسهیلات سرپایی و بستری داشتند.

این طرح تاکنون حدود ۶ میلیون کارمند را پوشش داده و هزینه‌های اجرایی با وجود حفظ کیفیت مناسب مراقبت‌ها پایین است. مشارکت مالی پیش‌رونده بیمه شده با اختلاف پنج‌برابری^۱ بین مشارکت بیمه‌ای بالاترین و پایین‌ترین گروه درآمدی صورت می‌گیرد. اما هنوز اشکالاتی وجود دارد، چرا که این طرح فقط کارمندان ذی‌نفع را پوشش می‌دهد و بقیه اعضای خانواده تحت پوشش قرار نمی‌گیرد.

۱۲-۱-۳ طرح کارت سلامت اختیاری

طرح کارت سلامت اختیاری^۲ با احتمال گسترش پوشش بیمه سلامت در سال ۱۹۸۳ آغاز شد که در ابتدا مراقبت‌های پزشکی را پوشش می‌داد. در سال ۱۹۹۴ این طرح برای پوشش داوطلبان بهداشت روستا و رهبران محلی با صددرصد یارانه‌های دولتی گسترش یافت. کارت سلامت اختیاری حدود یازده میلیون نفر را پوشش می‌دهد. این یک برنامه اختیاری بیمه سلامت با حق بیمه قابل پرداخت (با لحاظ کردن استطاعت مالی افراد) برای خانواده‌های روستایی بود که با طرح رفاه اجتماعی ملی پوشش داده نمی‌شدند. کارت‌های سلامت متفاوتی براساس نوع مزایای مراقبت‌های سلامتی، مراقبت‌های دوران بارداری، واکسیناسیون، مراقبت‌های درمانی یا در کل مراقبت‌های بهداشتی رایگان ارائه شدند. کارت‌های سلامت استفاده شده قابل تجدید نبودند. تا

1. Five-fold

2. Voluntary Health Card (VHC)

اواسط دهه ۱۹۹۰ طرح کارت سلامت اختیاری جایگزین کارت جداگانه‌ای برای هر فرد یا هر خانواده شد که بسته مزایای سلامت گسترده‌ای را ارائه می‌داد. از سال ۱۹۹۴ دولت به‌ازای پرداخت هر پانصد بت^۱ از طرف هر خانواده برای هر کارت خانوادگی پانصد بت را به خانواده یارانه ارائه می‌دهد.

این طرح چندین مشکل جدی دارد، از جمله آنکه امکان انتخاب معکوس را افزایش می‌دهد و سهم مشارکت در ریسک را محدود می‌کند. به‌طور معمول افراد بیمار در طرح شرکت داده می‌شوند، درحالی‌که افراد سالم کنار گذاشته می‌شوند. کارایی مالی موضوع مهمی بود و نیز دسترسی ناعادلانه‌ای بین اعضای روستایی و شهری وجود داشت. نظام ارجاع با نادیده گرفتن مکرر مراقبت‌های اولیه فاقد کارایی بود. تعداد کمی از مردم که توانایی پرداخت حق بیمه را داشتند تحت پوشش طرح‌های اختیاری بیمه سلامت خصوصی قرار گرفتند.

۱-۳-۱۲ روند تاریخی گسترش پوشش بیمه‌ای

فاصله زمانی برای گسترش طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت در تایلند به‌شرح زیر است:
۱۹۷۵: مراقبت‌های پزشکی رایگان برای فقرا (طرح رفاه پزشکی)،^۲ ارائه طرح گسترش تدریجی و رفع مشکلات موجود؛

۱۹۸۰: حکم سلطنتی برای طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت؛

۱۹۸۳: طرح بیمه سلامت اختیاری (کارت سلامت اختیاری)، ارزیابی موقت، افزایش سرمایه اجتماعی و امکانات سازمانی برای مدیریت صندوق بیمه‌ای؛

۱۹۹۰: قانون تأمین اجتماعی: ارائه بیمه اجتماعی سلامت برای مستخدمین، [تخصیص] سرانه و گامی برای پوشش همگانی؛

۱۹۹۲: اصلاح طرح مزایای پزشکی کارمندان دولت که خیلی موفقیت‌آمیز نبود؛

۱۹۹۶: اصلاحات نظام سلامت، از جمله، اصلاح نظام تأمین مالی (طرح قانون ملی بیمه سلامت)؛

۱. Bath واحد پول تایلند است که هر چهل بت معادل یک دلار است (ژانویه، ۲۰۰۹).

۲۰۰۱: خواست سیاسی برای ارائه پوشش همگانی مراقبت‌های سلامتی از طریق درآمدهای عمومی.

۴-۱-۱۲ طرح همگانی بیمه سلامت

طرح پوشش همگانی، به‌ویژه، طرح سی بت، که در اکتبر ۲۰۰۱ به‌صورت ملی مطرح شد و تمام افراد را با هدف جایگزین کردن طرح رفاه اجتماعی موجود با طرح کارت رایگان دربرمی‌گرفت، با هدف گسترش پوشش بیمه به ۳۰ درصد جمعیت غیربیمه ارائه گردید. طرح پوشش همگانی ایجاد پوشش مراقبت‌های سلامتی - تقریباً بدون پرداخت هزینه مشارکت مصرف‌کنندگان و جدا از هزینه‌های ناچیز سی بت - برای هر ویزیت یا پذیرش بیمارستان است. این طرح از طریق درآمد عمومی و یارانه‌های دولتی تأمین مالی می‌شود. پوشش طرح سی بت تا پایان سال ۲۰۰۲ حدود ۷۶ درصد کل جمعیت کشور را شامل می‌شد. جمعیت باقی‌مانده هنوز با طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت (۱۱ درصد) و بیمه اجتماعی سلامت مطابق با قانون تأمین اجتماعی کارکنان (۱۳ درصد) پوشش داده می‌شود. از آنجاکه مشارکت بیمه شده به‌صورت پیش‌پرداخت نبوده و براساس پرداخت در هنگام بیماری (هنگام مصرف خدمات) است، برخی افراد هنوز طرح سی بت را به‌طور جدی نپذیرفته‌اند.

انتظار می‌رود اصلاحات مربوط به طرح پوشش همگانی این مزایا را به همراه داشته باشد: داشتن هزینه‌های مقبول با استطاعت مالی افراد (حدود ۱۴۰۰ بت به‌ازای هر نفر)، استفاده از روش سقف پرداخت محدود شده،^۱ تضمین کارایی کلی نظام‌ها با ارائه ارزیابی‌های کیفی و تلفیق صندوق‌های بیمه‌ای سلامت موجود، تمرکززدایی مدیریتی صندوق‌ها و مشارکت نداشتن مالی خانواده‌ها در مقابله با هزینه‌های کمرشکن.^۲ طرح پیش‌پرداخت کل هزینه‌های سلامتی را، به‌احتمال، تا ۹۰ درصد افزایش می‌دهد و کمتر از ۱۰ درصد آن با پرداخت از جیب جبران می‌شود.

نقطه تلاقی بین بسته‌های مزایا و هزینه‌ها در این سه طرح عمومی وجود دارد. دولت سلطنتی چارچوب قانونی برای پوشش بیمه همگانی را با اعلان قانون بیمه ملی

1. Close-end Provider Payment Method

2. Catastrophic

سلامت در نوامبر ۲۰۰۲ مطرح کرده است. سازمان تأمین سلامت ملی^۱ نیز در حال حاضر به‌طور کامل قابل استفاده است تا پوشش همگانی کاملی را در آینده نزدیک ارائه دهد. سازمان تأمین سلامت ملی وظایف بسیار مهمی پیش رو دارد؛ مثل نیاز به استاندارد کردن بسته‌های مزایا، روش‌های پرداخت و سطح یارانه قابل پرداخت به صندوق‌ها. از طریق این سه طرح عمومی اصلاح بسته مزایا و جست‌وجوی منابعی به‌جز درآمد عمومی صورت می‌پذیرد. در نهایت پاسخ به این سؤال مشخص می‌شود که چگونه به بهترین نحو با دو طرح مداوم بیمه اجتماعی سلامت (طرح مزایای پزشکی خصوصی دولت و تأمین اجتماعی) و دیگر مؤسسه‌های بیمه خصوصی سلامت و نیز وزارت بهداشت - که کنترل عمده‌ای بر امکانات و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی در بخش دولتی دارد - می‌توان برای رسیدن به پوشش همگانی فعالیت کرد.

۱۲-۲ بیمه اجتماعی سلامت

در اکتبر سال ۲۰۰۱، تایلند به دسترسی همگانی برای خدمات سلامتی از طریق ترکیبی از بیمه اجتماعی سلامت و صندوق‌های بیمه دولتی - با پشتوانه تجربی بیش از ۲/۵ دهه رویکرد هدفمند به همت دولت‌های موفق پیشین - نائل آمد.

۱۲-۲-۱ طرح رفاه اجتماعی

اولین شکل از حمایت اجتماعی، به‌عنوان بخشی از طرح رفاه اجتماعی برای فقرا و سرپرستان خانوارهای کم‌درآمد، در قالب طرح ملی رفاه اجتماعی در سال ۱۹۷۵ آغاز شده بود. این نظام رفاهی برای جمعیت مستمند توسعه داده شد و دسترسی به خدمات رایگان را در مؤسسات دولتی برای اقدامات سرپایی و بستری مقدور ساخت. تا سال ۲۰۰۰، در حدود بیست میلیون با این نظام تحت پوشش قرار گرفتند. منابع مالی از طریق مالیات‌های عمومی تأمین می‌شد. انتقاد اصلی این نظام، مشکلات موجود در تعیین استطاعت مالی نیازمندان بود، چرا که، با نظام موجود، در عمل بسیاری از نیازمندان سرپرست خانوار در نظر گرفته نمی‌شدند.

1. National Health Security Organization (NHSO)

۱۲-۲-۲ طرح مزایای پزشکی برای کارکنان دولت

در سال ۱۹۷۸، تایلند طرح مزایای پزشکی برای کارکنان دولت^۱ را برای پوشش خدمات سلامتی به همه کارکنان دولت (از جمله کارکنان مراکز ایالتی)، مستمری‌بگیران و وابستگان آنها (والدین، همسران و حداکثر تا سه فرزند زیر هجده سال) معرفی کرد. تعداد کل کارکنان بازنشسته، کارکنان موجود و وابستگان آنها در سال ۲۰۰۳ بیش از ۶ میلیون نفر بودند. این نظام با الگوی پرداخت کارانه آغاز به کار کرد، که به اقامت طولانی در بیمارستان، استفاده بی‌رویه از داروهای تجویز شده و آزمایش‌های تشخیصی منجر شد. منبع تأمین مالی، درآمدهای مالیاتی دولتی بود و این نظام را دپارتمان عمومی کنترل‌کننده^۲ در وزارت دارایی مدیریت می‌کرد. به دنبال تحقیقات مختلف و متعاقب تأثیرات بحران اقتصادی، در اواخر دهه ۱۹۹۰، دولت ابتدا پیشنهاد مؤسسه تحقیقات نظام سلامت تایلند^۳ درخصوص اصلاح نظام پرداختی طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت از کارانه به سرانه در خدمات سرپایی و بودجه کلی و گروه‌های مرتبط تشخیص برای خدمات بستری را پذیرفت، هرچند که این امر به‌طور واقعی اجرا نمی‌شد. در عوض، دپارتمان عمومی کنترل‌کننده سیاست پرداخت کمکی (فرانشیز) توسط مصرف‌کنندگان را متعاقب بحران اقتصادی در سال ۱۹۹۷ با هدف صرفه‌جویی در هزینه‌ها اجرا کرد. از این طریق، مصرف‌کنندگان به پرداخت هزینه داروهای خارج از فهرست فارماکوپه دارویی ضروری ملی مجبور بودند. این طرح به ذی‌نفعان اجازه استفاده از خدمات بخش خصوصی، به‌جز در مورد خدمات اورژانسی را نمی‌دهد.

۱۲-۲-۳ طرح بیمه درمان مبتنی بر جامعه (جامعه‌محور)

اولین طرح بیمه درمان جامعه‌محور در تایلند در سال ۱۹۸۳ با توسعه کارت سلامت اختیاری آغاز شد، این برنامه را وزارت بهداشت عمومی اجرا کرد. این طرح ابتدا خدمات مادر و نوزاد را در مناطق روستایی پوشش می‌داد. گسترش پوشش در سال ۱۹۹۴ از طریق درگیر ساختن رهبران محلی و گسترش مزایا از خدمات بهداشتی اولیه به خدمات بستری

1. Civil Servants Medical Benefit (CSMB)

2. Comptrollers General Department (CGD)

3. Health Systems Research Institute of Thailand

در بیمارستان‌ها انجام شد. تا نیمه اول دهه ۱۹۹۰، طرح کارت سلامت اختیاری در حدود یازده میلیون نفر را تحت پوشش قرار داد. وزارت بهداشت عمومی پیشنهاد اصلاحات نظام بیمه درمان جامعه‌محور را به بیمه سلامت اختیاری دولتی یارانه‌های دولتی مطرح کرد، که به‌موجب آن خانواده‌ها مجبور به پرداخت پانصد بت در سال برای کارت عضویت خانواده خود بودند و دولت بدون توجه به سطح درآمد سرپرستان خانوارهای روستایی (که نظام رفاه اجتماعی آنها را پوشش نمی‌داد) این مورد را تطبیق می‌داد.

۱۲-۲-۴ بیمه سلامت اجباری کارگران بخش حقوقی

اولین نظام بیمه اجتماعی سلامت اجباری از طریق ادغام خدمات سلامتی نظام تأمین اجتماعی برای کارگران حقوق‌بگیر بخش خصوصی به‌طور عملی وارد عرصه اجرایی شد. براساس قانون تأمین اجتماعی سال ۱۹۹۰، دولت بیمه اجتماعی سلامت اجباری ملی را برای تمامی مراکز کاری خصوصی که بیش از بیست کارگر داشتند، از طریق الگوی قراردادهای کم‌هزینه آغاز کرد. سازمان تأمین اجتماعی، تحت نظارت سازمان کار، این نظام را اداره می‌کند. در سال ۱۹۹۴، پوشش تأمین اجتماعی به مؤسسات خصوصی یا تجاری با بیش از ۱۰ کارمند توسعه یافت تا اینکه سال ۲۰۰۲، مراکز اشتغال کوچک با بیش از یک کارمند را نیز دربرگرفت. هم‌اکنون این نظام بالغ بر هفت میلیون کارمند را پوشش می‌دهد و مزایای محدودی را نیز برای همسران کارگران بیمه شده فراهم می‌کند.

مشارکت مالی تصاعدی با شکاف پنج‌برابری بین میزان مشارکت پردرآمدترین و کم‌درآمدترین کارکنان صورت می‌گیرد و براساس آن ۴/۵ درصد از حقوق به‌طور مساوی بین کارفرما و کارگر، کارمندان و دولت برای بیماری، زایمان، معلولیت و کمک‌هزینه کفن و دفن تسهیم می‌شود. بسته‌های مزایای دولتی خدمات جامعی را در بخش سرپایی و بستری دربرمی‌گیرد، و با ارائه‌دهندگان به‌صورت سرانه قرارداد منعقد می‌شود. بخش قابل توجه در نظام موجود در تایلند مشارکت بیمارستان‌های انتفاعی خصوصی است. در حال حاضر در حدود نیمی از بیمارستان‌های طرف قرارداد در بخش خصوصی قرار دارند و همان پرداخت سرانه را همانند بیمارستان‌های دولتی دریافت می‌کنند. شکست

خوردن در گسترش پوشش به وابستگان کارگران (نه همسران شاغل و کودکان وابسته) دلیل عمده‌ای برای رشد محدود پوشش جمعیت از طریق تأمین اجتماعی بوده است.

۵-۲-۱۲ طرح پوشش همگانی

طرح پوشش همگانی تایلند با عنوان نظام سی بت شناخته می‌شود. این طرح که در اکتبر سال ۲۰۰۱ به‌عنوان یک برنامه ملی شروع به‌کار کرد به دنبال جایگزین کردن نظام رفاه اجتماعی با نظام کارت سلامت اختیاری بود. در حال حاضر، تقریباً همه شهروندان به‌جز کارکنان دولت و وابستگانشان و افراد تحت پوشش طرح بیمه اجتماعی سلامت را پوشش می‌دهد. طرح پوشش همگانی، خدمات سلامتی جامعی را کمابیش بدون پرداخت فرانشیز ازسوی مصرف‌کننده - جدا از دستمزد اسمی سی بت به‌ازای هر ویزیت یا هر پذیرش بیمارستانی - ارائه می‌کند. نظام به‌طور عمده با درآمدهای مالیاتی عمومی تأمین مالی می‌شود، و سرانه هر فرد در سال در این طرح ۱۴۰۰ بت (معادل ۳۵ دلار آمریکا) است که به‌طور مستقیم در قالب نظام پرداخت سرانه به ارائه‌دهندگان مشخص و براساس تجربه مثبت الگوی سرانه تأمین اجتماعی پرداخت می‌شود.

به‌علت هزینه پایین طرح پوشش همگانی باثبات و مقبولی از نظر مالی برای دولت در بلندمدت فراهم شده است که این رویکرد، بدون توجه به درآمد، برای همه ذی‌نفعان اعمال می‌شود. این طرح، برای مقابله با شوک‌های اقتصادی و توسعه خود، نیاز به مشارکت مالی دارد. یافته‌های مربوط به بررسی و مطالعه EQUITAP شاخص متمرکز از مالیات مستقیم ۰/۹۰۵۷ و مالیات غیرمستقیم ۰/۵۷۷۶ را نشان می‌دهد. بنابراین، شاخص متمرکز حاصل از ترکیب مالیات مستقیم و غیرمستقیم ۰/۶۹۹۶ بود که حاکی از ارتقای طرح بیمه سلامت است و از طریق درآمدهای ناشی از مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود. اگرچه، شواهد به‌دست آمده از تحقیقات ماهیت رو به پیشرفت طرح پوشش همگانی را که نه فقط به‌علت تأمین اعتبار مالی آن از درآمدهای ناشی از مالیات عمومی نشان می‌دهد، بلکه گسترشی را در افراد تحت پوشش در تحت پوشش گرفتن تمامی افراد استخدام شده در بخش غیررسمی نشان می‌دهد. پوشش نظام سی بتی تا پایان سال ۲۰۰۲ در حدود ۷۶ درصد از کل جمعیت را دربرمی‌گرفت. حدود ۱۱

درصد جمعیت را طرح مزایای پزشکی کارکنان دولت و ۱۳ درصد را تأمین اجتماعی پوشش داده‌اند. بنابراین، تايلند از طريق ترکیبی از تأمین مالی و ارائه‌دهندگان دولتی و خصوصی به پوشش همگانی دست یافته است. پاسخ به این سؤال که آیا تأمین اجتماعی می‌تواند پوشش وابستگان افراد بیمه شده را به‌طور چشمگیری گسترش دهد و موجب کاهش حجم مسئولیت دولت هم بشود نیز مثبت است.

فصل سیزدهم نظام سلامت در سنگاپور*

مقدمه

در سال ۱۹۸۲، دولت برنامه تغییر ساختار نظام سلامت سنگاپور را آغاز کرد که از طریق روش نوین تأمین مالی براساس مفهوم صندوق‌های احتیاط برای پس‌انداز اجباری بنا شده بود. اندیشه استفاده از صندوق احتیاط برای مراقبت‌های پزشکی در دهه ۷۰ مطرح شد که دولت روش‌های تأمین مالی را برای هزینه‌های فزاینده خدمات عمومی بررسی می‌کرد. برنامه ملی سلامت، که در فوریه ۱۹۸۳ تصویب شد، طرح پس‌انداز اجباری برای پوشش خدمات پزشکی (مدیسو) را برقرار کرد. هدف برنامه ملی سلامت تغییر جهت نظام سنگاپور و اجتناب از مشکلات و دشواری‌های نظام جامع مراقبت‌های سلامتی در سایر کشورها بود.^۱

۱-۱۳ نظام پس‌انداز پزشکی^۲

سازوکارهای بیمه اجتماعی سلامت در سنگاپور متشکل از طرح‌های تری‌ام یا سه‌ام است که مخفف مدیسو، مدیشیلد و مدیفاند^۳ است. این سه طرح در یک دهه گسترش یافته بودند که دنبال‌کننده سیاست مسئولیت فردی با مشارکت دولتی‌اند. این طرح‌ها تغییر حساب‌ها را با توجه به نیازهای مراقبت‌های سلامتی و تقاضاهای مرتبط با سالمندی جمعیت و توسعه فناوری پزشکی مورد توجه قرار داده‌اند. اولین جزء برنامه مدیسو است که در سال ۱۹۸۴ آغاز شد، این برنامه شکلی از

* Virjo Tangcharoen Sathien, Overview of Health Insurance System, Paper Presented at SEAMIC Conference in January 2002.

۱. کامبیز منظم، «سیاست سلامت در جهان (۲)، اصلاحات بیمارستانی در سنگاپور»، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، ۱۳۸۶.

2. WHO, Social Health Insurance, 2005, pp. 41-43.

3. Medisave, Medishield and Medifund

پس‌انداز اجباری در حساب‌های فردی است و تا حدودی به حقوق فرد مرتبط می‌باشد و هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی اعضای خانواده را پوشش می‌دهد. بنابراین، سرمایه‌گذاری در نظام مدیسو فقط در سطح خانواده است. حساب‌های پس‌انداز فردی به‌منظور تشویق افراد به حفظ سلامتی و کاهش استفاده از خدمات پزشکی غیرضروری طراحی شد. ایدئولوژی که منجر به طراحی نظام پس‌اندازهای فردی (یا خانوادگی) شده به‌طور عمده مبتنی بر دیدگاه فرهنگی پس‌انداز برای ضروریات پیش‌بینی نشده می‌باشد که بر اتکا به خود و بر حفظ وابستگی‌های قوی خانوادگی استوار است. همچنین، برای جلوگیری از مصرف خدمات سلامتی غیرضروری در یک نظام سلامت برنامه مدیسو به‌خوبی تأمین مالی شده است. علاوه بر این، به‌منظور جلوگیری از مصرف بیش از حد از جانب تقاضاکننده، پرداخت کمکی ازسوی بیمار در قالب فرانشیز در زمان مصرف خدمات اعمال می‌شود.

جدول ۱-۱۳ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۳/۷
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۳۴
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۶۶
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۶/۲
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۰
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۲۵/۹
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۹۶/۹
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۹۴۳
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۱۱۱۸
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۳۲۱
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۳۸۱
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۳/۷

Source: www.who.int, 2007.

از آنجاکه حساب‌های فردی مدیسو برای پوشش خدمات سلامتی پرهزینه کافی

نیستند، دولت نیاز و تقاضا برای سرمایه‌گذاری گسترده‌تری را از طریق سازوکار بیمه اجتماعی تشخیص داد. در سال ۱۹۹۰، برای پوشش هزینه‌های^۱ فاجعه‌آمیز برنامه‌ای به نام مدیشیلد معرفی شد که با حق بیمه‌های کسر شده از مدیسو تأمین مالی می‌شد، مگر اینکه صاحبان حساب جایگزین دیگری را درخواست می‌کردند. آستانه پرداخت هزینه برای مشمولیت بازپرداخت از طریق مدیشیلد به نسبت بالا تعریف شده است. برنامه‌های مکمل مدیشیلد پلاس پیشنهاد شدند تا سطوح مختلف پوشش را، از طریق فرانشیز یا مقادیر اضافی، در یک سال بیمه‌ای به گونه‌ای تعریف کنند که محدوده مطالبات در یک سال، و در زمان حیات فرد محدود شود.

نظام سوم مدیفاند بود که از طریق صندوق‌های وقفی دولت، در سال ۱۹۹۳، تأسیس شد تا خدمات سلامتی را برای فقرا تأمین کند. این برنامه افراد فقیر یا تنگدست^۲ را پوشش نمی‌دهد، اما تقاضاها برای امداد مالی را به صورت موردی با در اولویت گذاشتن سهام‌داران کم‌درآمد مدیسو/مدیشیلد و افراد سالمندی که حساب‌هایشان برای پوشش دادن هزینه‌ها مکفی نیست را در نظر می‌گیرد. بنابراین، مدیفاند حیطه توافقات به‌منظور تأمین پوشش همگانی را تکمیل می‌کند.

در هر سه برنامه گاهی خدمات بیمارستان‌محور در نظر گرفته نمی‌شود که محدودیت بزرگ این برنامه‌هاست. نظام تأمین اعتبار مالی سهام هزینه‌های گزاف بستری شدن و اقدامات سرپایی محدودی را پوشش می‌دهد. که شامل خدمات غیرحاد در بیمارستان‌های اجتماعی و خدمات بازتوانی و نقاهتگاهی است. نظام سلامت سنگاپور همچنان یک نظام خدمات سلامتی دولتی اولیه را با مجموعه گسترده‌ای از پزشکان عمومی در خود جای داده و خدمات سلامتی دولتی در مراکز بهداشتی اجتماعی ارائه می‌شود.

نظام تأمین اعتبار مالی خدمات سلامتی سنگاپور تجربه‌ای از توسعه پس‌اندازهای پزشکی فردی ارائه می‌کند که بعدها با بیمه اجتماعی تکمیل شد. کشورهایی سعی کرده‌اند تا از جزء پس‌اندازهای پزشکی تقلید کنند، اما از نظر عدالت در دسترسی به خدمات سلامتی به همان نتایج دست نیافته‌اند، که احتمالاً برخی از شرایط را در نظر نگرفته‌اند.

خدمات سلامتی دولتی، با تأکید بسیار بر پیشگیری و فعالیت‌های ارتقای سلامت،

1. Medishied Was Intrduced as a Catastram

2. Indiyent

محدوده وسیعی از خدمات بهداشتی اولیه را پوشش می‌دهد. حساب‌های فردی در نظام مدیسیوی سنگاپور اعضای خانواده را تحت پوشش قرار می‌دهد. در زمان آغاز این طرح، تفاوت در کسب درآمدها در بین جمعیت زیاد نبود. تفاوت در تعداد واقعی وابستگی که می‌توانستند به همان حساب دسترسی داشته باشند تا حدی با موفقیت دولت در کاهش اندازه خانواده کاسته شد و هم‌اکنون از حساب می‌توان برای پوشش هزینه‌های خدمات سلامتی اعضای خانواده‌های بزرگ نیز استفاده کرد.

تا سال ۱۹۹۲، که مدیسیو به خویش‌فرمایان گسترش یافت، به‌طور کامل اجباری بود. به عبارتی، خویش‌فرمایان همگام با کارمندان حقوق‌بگیر در برنامه ثبت‌نام می‌شدند و اطاعت از قانون و مقررات در سطح بالایی از برنامه مشاهده می‌شد.

به‌رغم ارزش فرهنگی بالای پس‌اندازها، دولت پس‌اندازهای پزشکی فردی را راه‌حل همه مشکلات خدمات سلامتی در نظر نمی‌گیرد و مسئولیت توسعه نظام مکمل را از طریق بیمه اجتماعی با محدودیت صندوق‌های مالیاتی برای پوشش گروهی از افراد (جمعیت) پذیرفته است. این افراد نه‌قادر به پس‌انداز کردن هستند و نه توانایی مشارکت در هزینه خدمات سلامتی را دارند. همان‌ایدئولوژی، یعنی توزیع مجدد درآمدها، پس‌اندازها و بیمه، در برنامه جدید اعمال شده است تا نیازهای جمعیت سالمند در حال افزایش سنگاپور را پوشش دهد. هیچ نظام جامعی برای تأمین اعتبار مالی خدمات بلندمدت وجود ندارد، به‌تازگی تأمین مالی بر پرداخت از جیب افراد مسن‌تر و خانواده‌هایشان متمرکز شده است. حمایت‌های مبتنی بر جامعه برای سازمان‌های رفاه اختیاری (که تا سقف ۵۰ درصد یا بیشتر هزینه‌های صندوق‌ها را تأمین می‌کند) و بودجه‌بندی دولت از خلال کمک مالی دولت فدرال به سازمان‌های رفاه اختیاری صورت می‌پذیرد.

نظام سهام همواره در حال بازبینی مستمر است. به‌رغم وجود اجزای متفاوت برای پوشش سطوح هزینه‌ها، باز هم شکاف‌هایی در نظام تأمین مالی وجود دارد، که ممکن است با تغییرات دموگرافیکی (سالمندی) و میزان ابتلا (بیشتر بیماری‌های مزمن) افزایش یابند. برخی از این شکاف‌ها مربوط به افزایش تعداد افرادی است که از مدیشیلد صرف‌نظر می‌کنند، جزئی که کاملاً اجباری نیست. زمره‌هایی در مورد به‌کارگیری سیاست‌های جدید پوشش اجباری از طریق سازوکارهای بیمه‌ای با هدف تأمین مالی سهام وجود دارد.

همان‌طور که ذکر شد، در این کشور وزارت سلامت مسئول پیشگیری، درمان و توان‌بخشی است و تدوین سیاست‌های سلامتی را به عهده دارد. برنامه‌ریزی بخش‌های خصوصی و دولتی و تنظیم استانداردها نیز به عهده این وزارت است. وظیفه بهداشت حرفه‌ای و صنعتی به عهده وزارت نیروی انسانی است. وظیفه بهداشت محیط و حفاظت محیط زیست به عهده وزارت محیط است. ارائه خدمات سلامت در سنگاپور با نظام دوگانه عمومی و خصوصی صورت می‌گیرد. بخش عمومی را دولت مدیریت می‌کند و بخش خصوصی را پزشکان عمومی و بیمارستان‌های خصوصی اداره می‌کنند. ۸۰ درصد خدمات بهداشتی اولیه را بخش خصوصی و ۲۰ درصد را بخش دولتی انجام می‌دهند. اما در خصوص خدمات پرهزینه بیمارستانی ۸۰ درصد را دولت و ۲۰ درصد را بخش خصوصی به عهده دارد. مردم، برای انتخاب متخصص و کیلینیک، مجاز به استفاده از بخش دولتی یا خصوصی هستند. افراد در مواقع اورژانسی می‌توانند به مرکز اورژانس ۲۴ ساعته - برای حوادث و فوریت در بیمارستان‌های دولتی - مراجعه کنند. نیروهای دفاع شهری سرویس آمبولانس اورژانس را برای انتقال حادثه‌دیدگان و اورژانس‌های پزشکی در اختیار دارند. فلسفه مراقبت‌های سلامتی سنگاپور بر طب پیشگیری و آموزش‌های بهداشتی، برای یک زندگی سالم و شاداب، استوار شده و براساس مسئولیت حفظ سلامتی و مراقبت از خود بنا نهاده شده است. ایمن‌سازی در مقابل بیماری‌های عفونی را پلی‌کیلینیک‌های دولتی انجام می‌دهند و بیماریابی برای موارد بیماری‌های مزمن را پلی‌کیلینیک‌های دولتی برعهده دارند. دولت یارانه زیادی را برای حفظ و ارتقای سلامت می‌پردازد و مردم در زمان اشتغال موظف به پرداخت بخشی از هزینه خدمات هستند و چون مسئولیت سلامت شخصی به عهده اشخاص است، در صورت مراقب نبودن و یا استفاده از خدمات گران‌تر موظف به پرداخت بیشتر هستند. هر فرد شاغل ۸-۶ درصد درآمد خود را برای برنامه پس‌انداز پزشکی^۱ پرداخت می‌کند.

۱۳-۲ ساختار سازمانی بیمه سلامت

برنامه‌ریزی، نظارت، کنترل و هرگونه تصمیم‌گیری با وزارت سلامت است. ولی سازمان‌دهی بیمه سلامت را خود مردم انجام می‌دهند. به این معنی که هرکس با پس‌انداز ۸-۶ درصد از درآمد خود در حساب شخصی، به اسم پس‌انداز پزشکی، در زمان نیاز از آن برداشت می‌کند. البته، به‌غیراز مسائل پزشکی، فرد حق برداشت از این حساب را ندارد و به‌این ترتیب، بانک‌ها نیز در موضوع اداره صندوق‌های بیمه دخیل هستند. یا به‌عبارت واضح‌تر، در این کشور صندوق‌های بیمه به‌صورت پس‌انداز فردی عمل می‌کنند.

۱۳-۳ جایگاه بیمه سلامت در نظام مراقبت‌های سلامتی

بیمه سلامت تأمین‌کننده منابع مالی معرفی شده و صددرصد ساکنان را تحت پوشش قرار می‌دهد.

۱۳-۳-۱ پوشش خدماتی

به‌جز اعمال زیبایی سایر خدمات به‌صورت کامل در فهرست خدمات تحت پوشش بیمه است. در بیمارستان‌های دولتی با درجه‌بندی عادی کل هزینه‌ها را دولت تقبل می‌کند. در بخش خصوصی با استفاده از امکانات لوکس در بیمارستان‌های دولتی کل هزینه به عهده مصرف‌کننده خدمت است. درواقع دولت تقبل تمام هزینه‌های خدمات سلامتی را در شرایط یکسان برای ساکنان تضمین کرده است، ولی در موارد برخورداری از امکانات جانبی بهتر خود فرد مسئول پرداخت است.

۱۳-۳-۲ روش ارائه خدمات

خدمات مستقیم را مؤسسات دولتی ارائه می‌دهند و غیرمستقیم با خرید خدمت از مؤسسات خصوصی صورت می‌پذیرد.

۱۳-۳-۳ نحوه اداره

نظام مراقبت‌های سلامتی به‌صورت ترکیب دولتی و خصوصی است، ولی صندوق بیمه به‌صورت مردمی است.

۱۳-۳-۴ تأمین منابع مالی بیمه سلامت

ترکیبی از مالیات و درصدی از حقوق کارکنان، منابع مالی بیمه همگانی سلامت را تأمین می‌کنند.

۱۳-۳-۵ شیوه پرداخت

در بیمارستان‌های دولتی به‌صورت بودجه‌ای و حقوق‌بگیری و برای بخش خصوصی در قالب نظام پرداخت کارانه است.

بخش سوم

رویکرد موجود در
بیمه‌های سلامتی
مبتنی بر جامعه

فصل چهاردهم نگاهی بر بیمه‌های سلامتی مبتنی بر جامعه

مقدمه

طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه، به طرح‌هایی اطلاق می‌شوند که با اتکا به سازمان‌های مبتنی بر جامعه (مشارکت افراد جامعه) اداره می‌شوند و موجب توزیع ریسک برای پوشش هزینه‌های مراقبت سلامت می‌شوند.

درواقع شروع اولیه برای درگیر کردن جامعه در تأمین مالی سلامت، را اعلامیه آلماتا در سال ۱۹۷۸ براساس استفاده از حداکثر مشارکت مردمی در سازمان‌دهی مراقبت‌های اولیه سلامت موجب شد. مراقبت مالی سلامت جامعه به سازوکاری اطلاق می‌شود که افراد معمولی در یک جامعه (اعم از افراد یک روستا، ناحیه یا هر منطقه جغرافیایی و یا یک گروه اقتصادی - اجتماعی) هزینه‌های جاری یا ذخیره مربوط به دریافت خدمات سلامتی را پرداخت کنند. بنابراین، هم در روند طرح تأمین مالی جامعه و هم در سازمان‌دهی خدمات سلامتی درگیر می‌شوند.

تأمین مالی سلامت از طریق مالیات عمومی یا بیمه سلامت اجتماعی عموماً روشی کارا و قاطع برای رسیدن به پوشش همگانی با حمایت مالی مطمئن برای همه، در برابر هزینه‌های مراقبت سلامت است. همچنین، این نظام‌ها در پی تحقق هدف عدالت در تأمین مالی برای آن دسته از ذی‌نفعانی است که خواهان پرداخت براساس توان مالی خود و درعین‌حال، به دنبال تضمین حق برخورداری از خدمات سلامت براساس نیازهایشان‌اند. در نظام‌های تأمین مالی براساس مالیات افراد به‌طور غیرمستقیم از طریق مالیات مشارکت دارند. درحالی‌که، در روش‌های بیمه اجتماعی سلامت، کارکنان و مؤسسات بر مبنای حقوق در پرداخت مشارکت می‌کنند.

پس چرا در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، به‌خصوص در مورد اقشار کم‌درآمد مشکلاتی در رسیدن به حمایت مالی همگانی وجود دارد. دلایل عمده آن موارد زیر است:

۱. نظام‌های سلامتی که به سهمی از مالیات بردرآمد دولتی وابسته‌اند، عموماً

به علت ناکافی بودن سطح درآمد دولتی، در تنگنا هستند. مسئله اخیر نشان می‌دهد که فقط بخشی از افراد جامعه می‌توانند به حمایت مالی دست یابند و در صورت دسترسی هم معمولاً میزان بهره‌ای که از مزایای خدمات سلامت می‌برند ناکافی می‌باشد. در اکثر کشورها گسترش و افزایش ظرفیت‌های مالیاتی دشوار است. درحقیقت، ممکن است رشد اقتصادی کمتر از حدی باشد که بتوان به یک روش نظام‌مند پایه مالیاتی را افزایش داد. به علاوه مالیات‌ها هنوز به شدت به تجارت جهانی و مصرف داخلی وابسته‌اند، درحالی‌که، سطح درآمد و دارایی‌های مالیاتی بسیار ضعیف است. پایه مالیاتی ممکن است بالقوه افزایش یابد، اما این امر زمانی امکان‌پذیر می‌شود که اصل مالیات، براساس توانایی پرداخت، از طرف صاحبان درآمد و سرمایه‌داران مورد پذیرش قرار گیرد.

۲. حرکت سریع به سوی بیمه اجتماعی سلامت نیز مشکل می‌باشد. به خصوص وقتی که رسیدن به اتفاق نظر ملی میان گروه‌های مختلف درگیر درباره پذیرش قواعد پایه بیمه اجتماعی سلامت، که خدمات سلامت مشابه برای افراد با نیازهای مشابه را بدون در نظر گرفتن سطح مشارکت آنان تضمین می‌کند، مشکل باشد. این مشکل ممکن است هنگامی که کشورها وضعیتی ناعادلانه در کسب درآمد و ثروت‌ها دارند و طبقه ثروتمند و متوسط جامعه حاضر به مشارکت بیش از افراد فقیر نیستند بسیار حاد باشد.

علاوه بر این امکان دارد هنوز دولت‌ها تشکیلات مدیریتی لازم برای سازمان‌دهی یک نظام بیمه سلامت اجتماعی ملی را نداشته باشند. به طور معمول این مشکل با معضلات ارتباطاتی از قبیل کمبود راه‌های ارتباطی، ارتباطات از راه دور (مخابراتی) و نظام بانکی که در جای خود ممکن است مانعی در جمع‌آوری مشارکت‌ها و سامان‌دهی بازپرداخت‌ها به منظور اداره درآمدها و ثروت‌ها و پایش اطلاعات مالی و سلامتی ضروری، برای طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه روبه‌رو شود.

ضعف ثبات سیاسی عاملی است که تأمین مالی را از طریق بیمه اجتماعی سلامت و یا مالیات تحت تأثیر قرار می‌دهد و اغلب با نبود امنیت اقتصادی، توسعه بخش سلامت را با رکود مواجه می‌کند. درواقع، تحقق افزایش مالیات‌ها برای توسعه اجتماعی یا سیاست بیمه اجتماعی سلامت، در صورتی که حمایت قوی و باثبات سیاسی در کار نباشد، محکوم به شکست یا تأخیر جدی است.

انواع مختلفی از تأمین مالی در جامعه وجود دارد:

۱. برنامه ممکن است شامل پرداخت مستقیم برای خدمات سلامت و یا ملزومات مانند دارو باشد.

۲. پرداخت افراد به منظور خدمات ممکن است در چارچوب یک طرح یا بیمه سلامت مبتنی بر جامعه سازمان‌دهی شود. بیمه سلامت مبتنی بر جامعه دارای وجه مشترک با برنامه‌های بیمه سلامت داوطلبانه است که با عناوینی چون طرح بیمه سلامت متقابل و انجمن‌های حمایت پزشکی و یا طرح‌های حمایت پزشکی مطرح می‌شود. وجه مشترک همه آنها در این است که به صورت غیرانتفاعی و براساس اصل بیمه اجتماعی سلامت تحقق می‌یابند. حال این پرسش مطرح می‌شود که بیمه سلامت مبتنی بر جامعه تا چه اندازه ممکن است جزئی از راهبرد افزایش حمایت مالی همگانی در نظر گرفته شود؟

سازمان بهداشت جهانی هدف‌های غایی نظام سلامت را عدالت در برخورداری از خدمات سلامتی، پاسخ‌گویی به انتظارات غیرپزشکی مردم و مشارکت مالی عادلانه تعریف می‌کند. هنگامی مشارکت در تأمین مالی سلامت را عادلانه تلقی می‌کنیم که هزینه‌هایی را که افراد عادی جامعه پرداخت می‌کنند براساس قدرت پرداخت آنان، و نه بر مبنای هزینه‌های واقعی ناشی از بیماری باشد. تاکنون روش‌هایی برای کمی کردن دستاوردهای نظام سلامت، در سطح ملی و با در نظر داشتن هدف‌های آن، طراحی شده است. به صورت اصولی، چنین روشی باید برای جمعیت هدف در بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه در نظر گرفته شود. اما تاکنون چنین امری برای نمونه‌ای جامع در نظر گرفته نشده است. لذا، نمی‌توان در مورد قابلیت‌های اجرایی بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه در جهت هدف‌های نظام سلامت به سادگی قضاوت کرد. با این حال، می‌توان هدف‌های حد واسطی را بر مبنای اطلاعات موجود و قابل دسترس در نظر گرفت، مواردی چون عدالت در برخورداری از خدمات و ثبات مالی صندوق از جمله هدف‌های مورد نظرند.

به منظور کسب اطلاعات بیشتر در خصوص بیمه‌های اجتماعی سلامت خوانندگان می‌توانند به منبع زیر^۱ و سایر منابع موجود مراجعه کنند. با عنایت به هدف کتاب حاضر که معرفی این نظام در کشورهای منطقه آسیای جنوب شرقی و اقیانوسیه سازمان بهداشت جهانی است در این فصل تجربیات کشورهای هند، بنگلادش، لائوس و نپال ارائه می‌شود.

1. G., Carrin, *Community Based Health Insurance Schemes in Developing Countries: Facts, Problems and Perspectives*, World Health Organization, Geneva, 2003.

۱-۱۴ هند

در چند دهه اخیر، سرمایه‌گذاری داوطلبانه در منابع بخش سلامت در سطح جامعه به یکی از سازوکارهای تأمین مالی بخش سلامت در کشورهایی با درآمد کم تا متوسط تبدیل شده است. طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه، براساس ریسک‌پذیری اختیاری (در بخش‌های رسمی و غیررسمی) اهمیت دولت‌های مرکزی را بیش از پیش شفاف می‌کنند، زیرا، آنان تضمین‌کننده ریسک‌پذیری مالی‌اند و جمعیت بزرگی را پوشش می‌دهند. در حال حاضر، این طرح‌های ریسک‌پذیر پوشش هم از نظر جمعیتی و هم دامنه خدمات قابل ارائه محدودند.

کلیات مربوط به نظام سلامت و بیمه‌های سلامت در هندوستان قبلاً تشریح شده است، در این قسمت تجربیات این کشور در بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه مرور می‌شود. در این کشور، استان‌های مختلف نظام‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه زیادی را با برخی از شکل‌های سرمایه‌گذاری پرریسک راه‌اندازی کرده است. این نظام‌ها بیشتر شامل افرادی می‌شوند که با تخمین پوشش ۵۰-۳۰ میلیون نفری در همان مکان‌ها یا جوامع زندگی می‌کنند و از مزایای اصلی در بخش خدمات پیشگیرانه برخوردارند. در برخی از موارد، خدمات بستری و سرپایی نیز پوشش داده می‌شوند. حق بیمه‌ها در زمان عرضه خدمات از طریق توافقات دستمزد در ازای خدمت و از طریق یارانه‌های دولتی و اعانات اجتماعی تأمین مالی می‌شوند. در برخی از طرح‌ها حق بیمه‌ها بر مبنای سطح درآمد و در برخی براساس پرداخت ثابت فعالیت می‌کنند و نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان بیشتر کارانه است. مثال‌های زیر بعضی از این پوشش‌های بیمه‌ای را معرفی می‌کنند:

۱. **گجرات:** انجمن زنان با مشاغل آزاد،^۱ به زنان شاغل غیررسمی و خانواده‌های آنان بیمه سلامتی، عمر و اموال ارائه می‌کند؛ تعداد افراد عضو در سال ۲۰۰۲ حدود ۹۳،۰۰۰ نفر بود. این طرح در سال ۲۰۰۲ تأسیس شد که با همکاری شرکت بیمه ملی^۲ فعالیت می‌کند. برای هر زن حق بیمه ۸۵ روپیه‌ای برای بیمه سلامت، عمر و اموال پرداخت می‌شود. در یک حق بیمه ۵۵ روپیه‌ای دیگر، شوهر نیز می‌تواند تحت

1. Self Employed Women Association (SEWA)

2. Nationla Insurance Company (NIC)

پوشش قرار بگیرد. آنگاه بیست روپیه به شرکت بیمه ملی پرداخت می‌شود که پوشش را حداکثر تا سقف دو هزار نفر در سال برای بستری شدن تأمین می‌کند. پس از بستری شدن در بیمارستان (دولتی یا خصوصی)، به انتخاب فرد، مطالبات بیمه‌ای به انجمن زنان با مشاغل آزاد ارائه و پرداخت می‌شود. مسئولیت ثبت نام اعضا، پردازش و ثبت مطالبات به عهده انجمن زنان با مشاغل آزاد است. در عوض شرکت بیمه ملی حق بیمه‌ها را سالیانه از انجمن زنان با مشاغل آزاد دریافت و به آنها یکجا به صورت ماهیانه برای همه مطالبات بازپرداخت می‌کند.

۲. **گجرات:** بنیاد تریپوونداس، در سال ۲۰۰۱ تأسیس شد و با وجود بالغ بر ۱۰۰،۰۰۰ سرپرست خانوار عضویت در آن به اعضای شرکت‌های سهامی لبنیات آمول محدود می‌شود که بیمه‌گر شخص ثالث است.

۳. **کارناتاکا:** شرکت سهامی شیر مالور، که در سال ۱۹۷۳ تأسیس شد، پوشش دهنده هفت هزار نفر در سه روستا بود. خدمات سلامت سرپایی و بستری را به طور مستقیم مؤسسات سلامت مشارکتی ارائه می‌کنند.

۴. **ماهاراشترا:** سواگرام^۱، ورتا^۲، سازمان غیردولتی است که در سال ۱۹۷۲ تأسیس شد، و طرحی را آغاز کرد که پوششی در حدود ۱۴۳۹۰ نفر در روستاها را به عهده گرفت و از طریق مؤسسات خود خدمات سرپایی و بستری را به طور مستقیم به اعضا ارائه می‌کند.

۵. **تامیل نادو:** با هدف فعالیت برای سازمان اجتماعی، بازتوانی و توسعه، نیلیگریس^۳، در سال ۱۹۹۱، تأسیس شد. تحت برنامه گروهی پوشش در حدود سیزده هزار نفر را از شرکت جدید بیمه عمر هندوستان^۴ خریداری کرد.

۶. **تامیل نادو:** کادامالی کالانجی واتارا سنگام، مدورای^۵ طرح بیمه سلامت اختیاری است که در سال ۲۰۰۰ با عضویت در حدود ۵۷۱۰ خانواده در سال ۲۰۰۲ تأسیس شد. این طرح اعضای انجمن زنان خودیار و خانواده‌هایشان را تحت پوشش قرار داد و بیمه‌گر شخص ثالث است.

1. Seweagram

2. Vardha

3. Action for Community Organization, Rehabilitation and Development (ACORD), Nilgiris

4. New India Assurance

5. Kadamalai Kalanjia Vattara Sangam (KKVS), Madurai

۷. **تامیل نادو:** خدمات سلامت اختیاری چنای:^۱ این طرح در سال ۱۹۶۳ تأسیس شد و تا سال ۱۹۹۵ اعضای آن به ۱۲۴۷۱۵ نفر رسید. در این طرح، حق بیمه با توجه به درآمد افراد دریافت می‌شود، و خدمات رایگان به فقرا ارائه می‌شود. مزایا، میزان‌های محاسبه نشده‌ای را برای خدمات سرپایی و بستری دربرمی‌گیرند. خدمات اختیاری سلامت هم بیمه‌گر و هم ارائه‌دهنده خدمات سلامتی است.

۸. **شاتیسگار:** انجمن سلامت رایگار آمبی کاپور،^۲ در سال ۱۹۷۶، با عضویت در حدود ۱۰۰،۰۰۰ نفر تأسیس شد.

۲-۱۴ بنگلادش

بنگلادش نیز تعداد زیادی نظام تأمین مالی بهداشتی مبتنی بر جامعه دارد. پایه و اساس گروهی از آنها بر اصول بیمه سلامت اجتماعی قرار می‌گیرد. تعدادی از طرح‌هایی که بیمه سلامت مبتنی بر جامعه یا نظام‌های ریسک‌پذیر را انتخاب کرده‌اند به شرح زیرند:^۳

۱. **برنامه سلامت BRAC:** در حدود دوازده هزار خانواده را با حق مشارکت سهم پیش‌پرداختی دسته‌بندی شده از TK 100-350 مطابق با میانگین اقتصادی، به همراه بسته‌های خدمتی اعم از مشاوره رایگان، خدمات درمانی محدود، زایمان، پرداخت کمکی برای ارجاع، دارودرمانی و تشخیص پوشش می‌دهد. شبکه‌های مؤسسات خدمات سلامت BRAC خدمات سلامت رایگانی را نیز ارائه می‌دهد.

۲. **گونوساتیا کندرا، ساوار:**^۴ نظام خدمات سلامت GSK بالغ بر ده هزار سرپرست خانوار را پوشش می‌دهد (۳۰ درصد از خانواده‌هایی که در ناحیه گونوساتیا کندرا با مقیاس پرداخت حق بیمه منطبق با درآمد زندگی می‌کنند). بسته مزایا، خدمات درمانی و پیشگیری را به صورت رایگان با شرایط ثابت برای پرداخت فرانشیز ارائه می‌کند.

۳. **بنیاد توسعه یکپارچه:**^۵ در حدود سی هزار عضو را با حق بیمه ماهیانه TK150 تحت

1. Voluntary Health Services (VHS), Chennai

2. Chhatisgarh: Raigarh Ambikapur Health Association (RAHA)

3. WHO, Regional Overview of Social Health Insurance in South-east Asian, New Delhi, 2006.

4. Gonosasthya Kendra (GK)

5. Ministry of Health & Family Welfare, Bangladesh, Social Health Insurance in Bangladesh, Bankok SHI Meeting, 2003.

بخش سوم رویکرد موجود در بیمه‌های سلامتی مبتنی بر جامعه ۱۸۵

پوشش قرار می‌دهد و از طریق مؤسسات وابسته به خود، خدمات را ارائه می‌کنند. فرانشیز نیز برای دارو، مشاوره‌ها و تشخیص‌های متخصصان به صورت ثابت از طرف مصرف‌کنندگان ارائه می‌شود.

جدول ۱-۱۴ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۳/۱
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۲۸/۱
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۷۱/۹
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۵/۹
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۱۵/۱
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	.
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۸۸/۳
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۰/۱
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۱۴
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۶۴
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۴
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۸

Source: www.who.int, 2007.

۴. انجمن خدمات اجتماعی: حدود ۵۴,۰۰۰ عضو ثبت‌نام شده را از طریق نظام کارت سلامت پوشش می‌دهد و خدمات سلامتی رایگان را از طریق بیمارستان‌های خدمات اجتماعی با فرانشیز ارائه می‌کند.

۵. بیمارستان اجتماعی تاکا: این بیمارستان نیز بیمه سلامت مبتنی بر خدمات بیمارستانی را پایه‌ریزی کرده است و در حدود دویست هزار نفر را تحت پوشش خود دارد. محدوده مزایا از خدمات پزشکی رایگان به خدمات با فرانشیز متغیر است، برخی از پرداخت‌ها در کارت ثبت می‌شود.

۶. برنامه سلامت بانک گرامین^۱: در حدود ۱۴۳,۰۰۰ عضو را پوشش می‌دهد. محدوده حق بیمه‌ها از TK120 برای اعضای بانک گرامین، TK150 برای اعضای غیربانکی و TK10 برای دانش‌آموزان متغیر است. مؤسسات خدمات سلامت بانک گرامین، خدمات سلامتی رایگانی را برای بیماران سرپایی ارائه می‌دهد و بازپرداخت در حدود ۱۰ درصد از خدمات بستری را نیز به عهده دارد.

به‌طور مشابه، چندین کشور دیگر شکل‌های مختلفی از نظام‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه را برای پوشش گروه‌های هدف اصلی نظیر زنان نیازمند، کارگران کم‌درآمد و شاغلان کاذب (شبه‌شاغل) را در مناطق روستایی و شهری توسعه داده‌اند. چالش سیاسی عمده چگونگی سرعت بخشیدن به توسعه مؤسسات سلامت اجتماعی مبتنی بر ریسک و تسهیل پوشش جامع‌تر افراد است. حمایت و تشویق‌های مستمر و مداوم دولت‌های ملی و منطقه‌ای برای بهبود مهارت‌های مدیریتی و تأمین فرصت‌هایی برای سرمایه‌گذاری در صندوق‌ها برای موفقیت و تداوم مالی مورد نیازند.

سرمایه‌گذاری‌های مالی کلان بهتر از خرد هستند، زیرا برای ریسک‌پذیری بهداشتی برتر به کار گرفته می‌شوند و در همان زمان عواید مالیاتی را بیشتر افزایش می‌دهند. سرمایه‌گذاری کلان‌تر ممکن است مزایای اقتصادی نیز، در اجرا و کاستن از سطح سهام‌های مورد نیاز برای حفاظت در برابر نیازهای غیرمسلّم، دربرداشته باشد و در عین تضمین، صندوق‌های مناسبی برای پرداخت خدمات در دسترس باشند. تجربه نشان داده که ریسک سرمایه‌گذاری برای پوشش مشکلات بهداشتی و مسئولیت مالی، کارایی نظام‌های سلامت را افزایش داده و پیامدهای سلامتی بهتری را ایجاد کرده است. سازمان بهداشت جهانی پیشنهاد کرد که هزینه‌های پرداختی از جیب در جوامع مستمند باید به‌طور فزاینده‌ای به‌سوی نظام‌های تأمین اعتبار مالی اجتماعی هدایت شود ... [از طریق] یک نظام پرداخت تشویقی که در آن هریک دلار که جامعه برای پوشش سلامت پیش‌پرداخت شده می‌کند، باید در همان میزان تأمین اعتبار مالی کمکی دولت ملی افزایش داده شود (که با کمک‌های خیریه پشتیبانی شود). این روش باید درجه‌ای از ریسک‌پذیری را عرضه کند، تا سرپرستان خانوار در صورت بروز شوک سلامتی، با بحران

مالی (هزینه‌های کمرشکن) مواجه نشوند.^۱ بانک جهانی در گزارش توسعه جهانی خود در سال ۲۰۰۲ بر ارتباط نظام‌های تأمین مالی سلامتی مبتنی بر جامعه تأکید کرده است.^۲ نظام‌های بیمه سلامتی مبتنی بر جامعه با استفاده از اصل سرمایه‌گذاری بر ریسک و منابع سلامتی دارای عضویت خصوصی اختیاری‌اند و به‌طور معمول تحت عنوان بیمه سلامت روستایی، سازمان‌ها یا مؤسسات سلامتی دوجانبه، انجمن‌های امداد پزشکی و نظام‌های امداد پزشکی معروف هستند. آنها متفاوت از سایر شکل‌های تأمین مالی طرح‌های سلامت مبتنی بر جامعه، نظیر مشارکت هزینه اجتماعی، صندوق‌های دارو و ... هستند که حتی ریسک‌پذیری در آن وجود ندارد. این مؤسسات بیمه‌ای جامعه‌محور غیررسمی معمولاً به‌صورت غیرانتفاعی برای پوشش گروه‌های هدف به‌کار گرفته می‌شوند. مطالعات متعدد نشان داده‌اند که تعداد کمی از چنین نظام‌هایی نسبت بزرگی از گروه‌ها را پوشش می‌دهند، درحالی‌که، تعداد بیشتر آنها بر جمعیت واجد شرایط پوشش کمتری دارند. اکثریت افراد به این نظام‌ها فقط در زمان بیماری ملحق می‌شوند. مطالعات سازمان بهداشت جهانی و سازمان جهانی کار نشان داد که عضویت بسیار کم بوده و بیش از ۹۰ درصد نظام‌ها متحمل بخش عمده‌ای از ریسک مالی نبودند.^۳ طرح‌های مبتنی بر جامعه در اکثریت کشورها بسته‌های مزایای محدودی را پوشش می‌دهند و گاهی اوقات خدمات بهداشتی پیشگیرانه با حداقل خدمات پزشکی و تشخیصی را دربرمی‌گیرد. این احتمال وجود دارد که اگر یک بسته (خدمتی جامع) معرفی شود، این نظام‌ها از بین خواهد رفت. طرح‌های مبتنی بر جامعه با حجم کمی از اعضا از نظر مالی در درازمدت دوام نمی‌آورند. تجربه نشان می‌دهد که نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه با کمتر از ۱۰۰۰۰۰ عضو تداوم نمی‌یابند. بسیاری از نظام‌ها معمولاً از عرضه‌کننده نشئت می‌گیرند. افراد متمول آن

1. WHO-CMH Report Opvit, pp. 60-61.

2. World Bank, World Development Report, 2002, p. 179.

3. Bennett S, Creese A, and Monasch R, 1998. Health Insurance Schemes People Outside Formal Sector Employment, WHO Geneva (Document WHO/ARA/CC/98.1)

• Carrin. G. and et. al. (Ed.) The Economics Health Insurance in Low and Middle-income Countries, Social Science and Medicine (Special Issue), Vol. 48, 1999.

• ILO and PAHO, Synthesis of Case Studies of Micro-insurance and Other Forms of Extending Social Protection in Health in Latin America and the Caribbean (<http://oitopsmexico99.org.pe>).

• Baeza C. et. al. Extending Social Protection in Health Through Community Based Health Organizations: Evidence and Challenges, ILO, Geneva, 2002.

امانت را به خدمت می‌گیرند که برنامه‌های کاهش فقر ملی یا تحت ملی، از جمله نظام‌های تأمین مالی خرد مرتبط‌اند. نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه اغلب در کنار بسته‌های خدمتی به کار گرفته می‌شوند. این امر استمرار آنها را متزلزل می‌کند. بسیاری از نظام‌های مبتنی بر جامعه دامنه فعالیت را محدود کرده‌اند، زیرا، آنها اغلب گران بوده و هزینه‌های پنهان عمده‌ای را برآورد می‌کنند که خیرین و دولت‌ها آنها را پوشش می‌دهند. با پایان یافتن تأمین بودجه خیرین، فقط ۱۰ درصد از چنین نظام‌هایی باقی می‌مانند. به‌منظور مقابله با این امر، بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه باید به‌عنوان تجارت محوری اجرا شود و به فقر رسیدگی کند، همان‌طور که از نظر تاریخی در آلمان و هلند نشان داده شده چنین نظام‌هایی از آغاز به‌عنوان صندوق‌های بیماری تأسیس می‌شدند.

سرمایه اجتماعی پیش‌نیازی برای اجرای نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه است. از آنجاکه سرمایه اجتماعی بین استان‌ها و حتی محلات متغیر است، طرح نظام از جمله مدیریت برنامه‌ها باید خاص مناطق باشد. این امر به مشکلاتی در تکرار نظام‌ها در سایر نواحی منجر شده است. بنابراین باید غیر از دولت در افزایش‌دهی بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه، و در صورت امکان، تأمین بودجه بیشتر مشاوران قدرتمندی وجود داشته باشد. به دلایل مختلف، درگیری مؤسسات غیردولتی در توسعه به‌نسبت حاشیه‌ای است، این مسئله نیاز به رسیدگی دارد. تجربه قبلی کسب شده از اجرای الگوهای مختلف نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه، به‌خصوص، حصول اطمینان از اکثریت قریب به اتفاق آرا درخصوص یکپارچگی و مشارکت و مدیریت اجتماعی جمع‌آوری و تخصیص منابع، باید نقش مفیدی در گسترش‌دهی نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت ایفا کنند.

۳-۱۴ نیال^۱

در این کشور روش‌های متفاوتی برای تأمین مالی بخش سلامت ارائه شده است، مانند پرداخت‌های مصرف‌کننده در هنگام دریافت خدمات در مراکز ارائه‌دهنده خدمات بخش دولتی، بودجه‌های گردشی دارو و دیگر روش‌های تأمین مالی دارو با طرح‌های مبتنی بر

۱. توضیح کامل بیمه اجتماعی سلامت در نیال در ادامه خواهد آمد، در اینجا رویکرد سلامت مبتنی بر جامعه در آن بررسی می‌شود.

جامعه و طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت. بخش زیادی از این برنامه به‌شدت به منابع مربوط به پرداخت از جیب مصرف‌کنندگان در زمان بیماری وابسته است. به‌تازگی، دولت بیمه اجتماعی سلامت را با اجرای آزمایشی ارتقا داده است. فقط تعداد کمی از مؤسسات خصوصی بسته‌های مزایای پزشکی را برای کارمندان، از جمله عضویت در طرح‌های بیمه خصوصی، ارائه می‌دهند.

طرح‌های زیر برای پوشش محدود بیمه سلامت تحت بررسی است: طرح بیمه سلامت بیمارستانی جوامع کوچک^۱ در سال ۲۰۰۰ در مؤسسه علوم بهداشتی آغاز شد که خدمات مربوط به مراقبت‌های سلامتی را به اعضای خانواده‌های شهری و روستایی از طریق ارتباط با کمیسیون‌های توسعه روستاها،^۲ مؤسسات محلی، انجمن‌های تجاری و مؤسسات آموزشی و غیره پیشنهاد می‌دهد.

حق بیمه نواحی شهری چهار برابر بیشتر از نواحی روستایی است و این طرح ۲۴۰۰ عضو از ۵۶۵ خانواده را پوشش می‌دهد. بسته خدمت شامل مشاوره‌ها و مراقبت‌های رایگان، تخت‌های بیمارستانی، داروها و حق‌العمل‌های جراحی مشخص شده است. حق بیمه کامل و مشارکت‌های بیمه‌ای کمیسیون توسعه روستاها و مانند آن در اختیار بیمارستان‌ها قرار می‌گیرد. هرچند درآمد بیمارستان‌ها ارزش‌افزوده‌ای را نشان می‌دهد اما مخارج، پرداخت‌های نیروی انسانی و هزینه تجهیزات و غیره را دربر نمی‌گیرد.

جدول ۲-۱۴ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۵/۶
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۲۶/۳
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۷۳/۷
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۸/۱
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۱۷/۶

1. Hospital Based Micro Social Health Insurance Scheme

2. Village Development Committees (VDC)

جدول ۲-۱۴ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	.
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۸۸/۱
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۰
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۱۴
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۷۱
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۴
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۹

Source: www.who.int, 2007.

۱. بیمه سلامت منطقه‌ای جامعه‌محور: ^۱ در سال ۱۹۷۶، به‌عنوان طرح بیمه پزشکی ^۲ با پوشش ۱۹ تا ۵۲ درصد جمعیت روستایی در شش منطقه بهداشتی نزدیک کاتماندو ^۳ آغاز شد. نرخ حق بیمه‌ها متفاوت بود و طرح را کمیته محلی اداره می‌کرد. علاوه بر این، دولت برای داروها نیز یارانه اختصاص می‌دهد. هزینه‌های ثبت‌نام برای استفاده از خدمات کیلینیکی در درمانگاه‌ها رایگان است و در موارد ارجاع خدمات به بیمارستان پاتن ^۴ بخشی از آن باید از طرف مصرف‌کننده پرداخت شود. بنابراین، درآمد اضافی بیش از هزینه‌ها وجود نداشت. ثبات طرح ممکن است با حق بیمه‌های موجود مشکل باشد.

۲. الگوی سلامت جمعی: ^۵ این را شرکت معتمد بهداشت عمومی نیپال که یک شرکت غیرانتفاعی است آغاز کرد و از طریق مشارکت جامعه - با اعضای که با صرفه‌جویی روزانه به میزان ناچیزی در قالب حق بیمه در نواحی شهری و روستایی و اطراف شهر کاتماندو شرکت می‌کنند - تشکیل و خدمات سلامتی را ارائه داد. درمانگاه‌های منطقه خدمات مراقبت‌های اولیه‌ای را همچون ارجاع به بیمارستان مدل کاتماندو ارائه دادند. یارانه‌ها یا

1. The Community Health Post-based Insurance
2. Lalitpur
3. Kathmandu
4. Patan
5. The Health Cooperative Model

معافیت از مالیات برای فقرا در موارد ارجاعی فراهم شدند، این طرح ۲۰۳۸ نفر از ۴۳۸ خانواده را پوشش می‌داد.

۳. **فدراسیون عمومی اتحادیه‌های کارگری نپال:**^۱ از طرح سلامت تعاونی دیگری برای کارگران صنعتی و حمل‌ونقل حمایت کرد. حق بیمه ماهیانه از کارگران جمع‌آوری شد تا صندوق تعاونی سلامت را تأسیس کنند. درمانگاهی را برای مراقبت‌های اولیه اداره می‌کردند و از موارد ارجاع داده شده به بیمارستان مدل کاتماندو^۲ حمایت می‌کردند. شرکت معتمد بهداشت عمومی نپال با هدف ایجاد هم‌بستگی اجتماعی حمایت‌های مالی برای فقرا را ارائه می‌کند. صندوق حدود پانصد خانواده (دو عضو از هر خانواده) از سیصد هزار عضو فدراسیون عمومی اتحادیه‌های کارگری نپال را پوشش می‌داد.

برنامه ملی در نپال مطابق با راهبردهای سازمان جهانی کار و ابزارهای مقابله با فقر و محرومیت اجتماعی در برنامه جهانی و به‌منظور بررسی و امکان‌سنجی مدیریت بیمه‌های کوچک بر محوریت اصول هم‌بستگی اجتماعی کمک‌های فنی ارائه می‌کند. هدف از گسترش میزان حمایت اجتماعی از طریق طرح‌های خرد بیمه سلامت به‌گونه‌ای است که ضمن توجه به حقیقت، قابل دسترسی و قابل پرداخت برای فقرا باشد و کارگران محروم و آسیب‌پذیر بخش غیررسمی اقتصاد را تحت پوشش قرار دهد. حمایت از تعاونی‌های اعتباری و پس‌انداز، فدراسیون عمومی اتحادیه‌های کارگری نپال و حمایت اجتماعی از مستخدمین و خانواده‌هایشان در منطقه سولوخومبو^۳ و غیره فراهم شده است. نپال فرصت گسترش و تلفیق طرح‌های تأمین مالی سلامت مبتنی بر جامعه را، به‌گونه‌ای که پوشش بیشتری را در سطحی گسترده‌تر ایجاد کند، در اختیار دارد؛ خواست سیاسی و فعالیت‌های راهبردی در جهت تلفیق دیدگاه‌های فنی و سیاسی در حال انجام است.

۴-۱۴ لائوس^۴

جمهوری دموکراتیک مردمی لائوس یکی از کم‌توسعه‌یافته‌ترین کشورهایی است که

1. The General Federation Of Nepal Trade Unions (GEFONT)

2. Kathmandu Model Hospital (KMH)

3. Solokhumbu

4. WHO, Social Health Insurance, 2004, pp: 35-36

به‌تازگی بیمه اجتماعی سلامت را به‌عنوان یک رویکرد موازی برای پوشش بخش‌های مختلف جمعیت معرفی کرده است. بسته‌های مزایای سلامتی پایه به‌صورت مشارکتی در طرح تأمین اجتماعی کارکنان دولت منظور شده که از سال ۱۹۸۹ آغاز به‌کار کرده است. مشارکت جداگانه‌ای توسط کارکنان دولت در همه شاخه‌های تأمین اجتماعی انجام شد و هیچ تفکیکی بین صندوق‌ها صورت نگرفت تا مشارکت شفاف مربوط به تخصیص برای خدمات سلامتی را مجاز کند، درحالی‌که اولویت بر پرداخت مقرری سالمندی است. بازپرداخت واقعی برای خدمات سلامتی متعاقب مطالبات و مطابق با ظرفیت پرداخت صورت می‌گیرد. در نتیجه، پرداخت دیرهنگام و ناکافی که از نتایج تشریفات اداری است، منجر شد بسیاری از کارمندان مطالباتشان را زودتر تقاضا کنند. اصلاحات نظام تأمین اجتماعی در اواخر دهه ۱۹۹۰، با محوریت این تمایزات آغاز شد. بخشنامه تأمین اجتماعی^۱ در سال ۱۹۹۹ (که در سال ۲۰۰۱ اجرا شد) نظام تأمین اجتماعی اجباری وسیعی را برای کارمندان بخش خصوصی در مراکز کاری با بیش از ۱۰ کارگر پوشش داد.

جدول ۳-۱۴ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱	کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۳/۹
۲	هزینه‌های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۲۰/۵
۳	هزینه‌های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه‌ها)	۷۹/۵
۴	درصد هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه‌های دولت	۵
۵	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه‌ها	۱۰/۲
۶	درصد هزینه‌های تأمین اجتماعی در سلامت به کل هزینه‌های عمومی دولت در بخش سلامت	۱۲/۱
۷	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۹۰/۳
۸	برنامه‌های پیش‌پرداخت در قالب مخارج بخش خصوصی	۰/۵
۹	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۱۷

1. Social Security Decree at 1999.

جدول ۳-۱۴ شاخص‌های کلیدی اقتصاد سلامت، ۲۰۰۴

ردیف	شاخص‌ها	مقادیر
۱۰	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۷۴
۱۱	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۳
۱۲	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت برحسب نرخ برابری ارز	۱۵

Source: www.who.int, 2007.

مدیریت اجرایی اداره تأمین اجتماعی^۱ صندوق مجزایی را برای خدمات سلامتی تأسیس کرد، که آن را شاخه پزشکی جداگانه‌ای مدیریت و نیز انجمن پزشکی مجزایی سرپرستی می‌کرد. بیمه سلامتی برای کارگران و وابستگان در بخشنامه منظور شده بود و اولین مرحله عملیات، پایتخت لائوس را پوشش می‌دهد. در اولین مرحله همسران و فرزندان تا حداکثر ۶ سال را پوشش می‌داد و هم‌اکنون در حال گسترش دادن به تمامی اعضای خانواده است.

از آنجاکه ظرفیت اجرایی هرچند با کندی در حال توسعه است، هم‌اکنون نظام در حال گسترش به سایر استان‌هاست. تأمین اجتماعی برای کنترل هزینه‌ها و تسهیل در اجرای نظام جدید با سه بیمارستان در وین - تیان (پایتخت) به‌صورت سرانه قرارداد منعقد می‌کند. نظام پرداخت سرانه به ارائه‌دهندگان خدمات همراه با توسعه به‌موقع نظام اطلاعات بیمه‌شدگان، میزان بهره‌مندی بیمه‌شدگان و غیربیمه‌شدگان را از خدمات ارائه شده در بیمارستان‌های طرف قرارداد نشان می‌دهد.

وزارت کار و رفاه اجتماعی پاسخ‌گوی سازمان تأمین اجتماعی در جمهوری دموکراتیک مردمی لائوس است که، از ابتدا، هماهنگی آن با وزارت بهداشت مورد تأکید بود؛ چرا که این موضوع برای تعیین مزایا، به‌خصوص برای پذیرش مثبت روش پرداخت سرانه در بیمارستان‌های وزارت بهداشت، حیاتی بود. نتیجه غیرمستقیم اما بسیار مهم این هماهنگی، افزایش تمایل وزارت بهداشت نسبت به توانایی‌های بیمه اجتماعی سلامت در بهبود دسترسی به خدمات سلامتی برای جمعیت خارج از پوشش تأمین اجتماعی بود.

1. Social Security Office (SSO)

اولین گام تأسیس واحد سیاستگذاری بیمه سلامتی^۱ در وزارتخانه و آموزش کارکنان کلیدی در این زمینه است. این واحد همانند موارد مشابه ملی در پروژه بیمه سلامت جامعه‌محور (مبتنی بر جامعه) به کار گرفته شد و تحت کمک‌های فنی سازمان بهداشت جهانی فعالیت می‌کرد. پروژه طرح بیمه سلامتی جامعه‌محور اختیاری^۲ این طرح را در سه مکان، با حداقل تغییر در هر مکان و مطابق با مقررات و دستورالعمل‌هایی که وزارت بهداشت آماده کرده بود، اجرا کرد.

همانند سازمان تأمین اجتماعی، طرح بیمه سلامتی جامعه‌محور مزایای خدمات بهداشتی سربایی و بیمارستانی را دربرمی‌گیرد و در انعقاد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات دولتی برای پرداخت به آنها از روش سرانه استفاده می‌کند. نظام اطلاعاتی نیز شکل تغییر یافته‌ای از نظام تأمین اجتماعی است. نظام بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه قبلاً به کیفیت خدمات ارائه شده توسط ارائه‌دهندگان بهبود بخشیده است. هم‌اکنون وزارت بهداشت در حال برنامه‌ریزی به منظور توسعه تعداد مراکز و افزایش پوشش است، تاحدی که نظام بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه شبکه‌ای از نظام بیمه اجتماعی سلامت را در سراسر کشور تشکیل خواهد داد. بنابراین، جمهوری دمکراتیک مردمی لائوس نمونه‌ای از توسعه بیمه سلامت اجتماعی با مسئولیت دولتی است که منفک اما موازی با بخش‌های رسمی و غیررسمی به کار گرفته می‌شود. جمهوری دمکراتیک مردمی لائوس، از طریق نظام‌های اجباری و اختیاری باید در نهایت به سطحی از پوشش برسند که مبنایی برای پوشش همگانی اجباری باشد.

1. Health Insurance Policy Unit

2. Voluntary Community-Based Health Insurance (CBHI)

۱۴-۵ جدول‌های تطبیقی

جدول ۱۴-۴ وضعیت پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	اولین قانون	سال آغاز	وضعیت فعالی پوشش	دیدگاه‌ها
۱	استرالیا مدیکر (اجباری)	۱۹۷۲	۱۹۷۵	همگانی	همه شهروندان و ساکنان قانونی تحت پوشش‌اند. واحد پوشش: خانوار
۲	چین بیمه پایه کارگران (اجباری) طرح جدید نظام‌های پزشکی مشارکتی روستایی (اختیاری)	۱۹۹۸ ۲۰۰۳	۲۰۰۰ ۲۰۰۳	۱۰ درصد کل جمعیت	اصول ^۱ تعریف شده است، ولی هنوز به صورت قانون در نیامده است. پوشش محدود به کارگران شهری و عمدتاً بخش‌های دولتی است. پوشش‌های فردی در روستاها و شهرها وجود دارد.
۳	هند طرح بیمه کارکنان دولت (اجباری) طرح بیمه درمان دولتی (فردی) طرح‌های جامعه‌محور (اختیاری)	۱۹۴۸ ۱۹۵۴ از دهه ۱۹۵۰		۲۰ درصد کل جمعیت (همه طرح‌ها)	هر چند اعضای خانواده تحت پوشش‌اند اما کارگران با درآمد بالا و کارآفرینان کوچک از پوشش خارج شده‌اند. در مشاغل مختلف مزایا بسیار متفاوت ارائه می‌شود.
۴	اندونزی طرح‌های بیمه اجباری سلامت کارکنان دولت و کارگران شرکت‌های حقوقی بیمه درمان مبتنی بر جامعه (اختیاری)	۱۹۶۸ ۱۹۹۱	۱۹۶۸ ۱۹۹۲	۲۰ درصد از کل جمعیت	خانوارها تحت پوشش‌اند. صنایع کوچک استثنا شده‌اند. افراد تبعی خانوارها به دو نفر محدود شده است. طرح‌ها بسیار متفاوت است.

جدول ۴-۱۴ وضعیت پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	اولین قانون	سال آغاز	وضعیت فعلی پوشش	دیدگاه‌ها
۵	ژاپن کارگران جامعه‌محور سال‌خوردگان	۱۹۲۲ ۱۹۳۸ ۱۹۹۹	۱۹۲۷ ۱۹۵۷ ۲۰۰۰	پوشش همگانی	واحد پوشش خانوار است.
۶	جمهوری کره طرح ملی ادغام شده با طرح فعلی (اجباری)	۱۹۷۶	۱۹۷۷	پوشش همگانی	گسترش خوبی برای مشاغل مختلف وجود دارد. واحد پوشش خانوار است.
۷	فیلیپین طرح ملی بیمه سلامت فیلیپین (اجباری) (دولتی) بیمه درمانی مبتنی بر جامعه بیمه اجباری سلامت کارکنان دولت (اختیاری)	۱۹۹۴	۱۹۹۵	۵۵ درصد کل جمعیت	طرح بیمه ملی سلامت فیلیپین با برنامه قبلی تلفیق شده است.
۸	سنگاپور مدیسو (اجباری) مدیشیلد (انفرادی) مدیفاند (دولتی)	۱۹۸۳ ۱۹۸۹ ۱۹۹۲	۱۹۸۴ ۱۹۹۰ ۱۹۹۳	پوشش همگانی	پوشش همگانی سه‌لایه‌ای که برای کل جمعیت خدمات بیمارستانی و مراقبت‌های بهداشتی دولتی فراهم است.
۹	تایلند تأمین اجتماعی (اجباری) بیمه اجباری سلامت کارکنان دولت پوشش همگانی	۱۹۹۰ ۱۹۷۸ ۲۰۰۱	۱۹۹۱ ۱۹۷۸ ۲۰۰۱	۱۳ درصد ۱۱ درصد ۷۶ درصد ۱۰۰ درصد	وابستگان تحت پوشش نیستند آنها تحت پوشش طرح‌های غیرمشارکتی‌اند.

1. Guideline

2. Central Govt Health Scheme (CGHS)

جدول ۵-۱۴ دامنه پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	سهم کارفرما از دستمزد	کارگر (درصد از دستمزد)	دولت	کل	ملاحظات (در مورد مشارکت هزینه‌ای بیمار و محدودیت مزایا)
۱	استرالیا مدیکر (اجباری)	۰ درصد	۱/۵-۲/۵ درصد درآمد	بسته به بودجه	اطلاعات وجود ندارد	۱۵ درصد هزینه، مراقبت‌های اولیه؛ جدا از طرح پوشش دارویی
۲	چین بیمه پایه کارگران (اجباری) طرح جدید نظام‌های پزشکی مشارکتی روستایی (اختیاری)	۶ درصد اطلاعات موجود نبود	۲ درصد نرخ ثابت، کمتر از ۱ درصد درآمد	۰/۵ درصد در همان شهر ممکن است به سقف قیمتی محدود شود	۸ درصد	۲۰ درصد برای تمام خدمات. به‌طور بخشی در حساب‌های فردی، مشارکت بسیار بالاست
۳	هند طرح بیمه کارکنان دولت (اجباری) طرح بیمه سلامت دولتی (فردی) طرح‌های جامعه محور (اختیاری)	۴/۷۵ درصد	۱/۷۵ درصد نرخ ثابت سطح متغیر	مانند کارفرمایان	۰/۵ درصد	هیچ مشارکتی نیست مراقبت‌های تعریف شده در طرح‌ها وجود دارد در اکثر خدمات سقف بازپرداخت تعریف شده است
۴	اندونزی طرح بیمه اجباری سلامت اجتماعی کارکنان دولت و شرکت‌های	۰/۵ درصد ۳/۶ درصد	۲ درصد ۰ درصد	مانند کارفرما سوبسیدها	اطلاعات وجود ندارد	مشارکتی وجود ندارد سقف بازپرداخت

جدول ۵-۱۴ دامنه پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	سهم کارفرما از دستمزد (درصد از دستمزد)	کارگر (درصد از دستمزد)	دولت	کل	ملاحظات (در مورد مشارکت هزینه‌ای بیمار و محدودیت مزایا)
	خصوصی طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه (اختیاری)		سطح متغیر			
۵	ژاپن کارگران جامعه‌محور خدمات رفاهی سالمندان	۴ درصد - انتقالی -	۴ درصد متغیر بسته به درآمد انتقالی -	مدیریت ۵۰ درصد پرداخت به وسیله دولت محلی ۳۳ درصد هزینه‌ها همه هزینه‌ها		۳۰ درصد مشارکت ۳۰ درصد مشارکت ۶۶ درصد انتقال ۱۰ درصد مشارکت
۶	جمهوری کره طرح ملی خویش‌فرمایان کمک‌های پزشکی	۱/۹۵ درصد - -	۱/۹۵ درصد بسته به توان -	۲۰-۴۵ درصد پرداخت برای خویش‌فرمایان کامل است		مشارکت بالا بسته به خدمات که تا ۵۰ درصد هم می‌رسد. مزایا شبیه دیگر طرح‌هاست
۷	فیلیپین طرح بیمه ملی سلامت فیلیپین (دولتی)	۱/۲۵ درصد -	۱/۲۵ درصد -	سطوح محلی و مرکزی	اطلاعات وجود ندارد	سقف برای اکثر مراقبت‌هایی که حمایتی نامیده می‌شود

جدول ۵-۱۴ دامنه پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	سهام کارفرما از دستمزد	کارگر (درصد از دستمزد)	دولت	کل	ملاحظات (در مورد مشارکت هزینه‌ای بیمار و محدودیت مزایا)
	بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه (اختیاری) طرح بیمه سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر	-	-			
۸	سنگاپور مدیسو (اجباری) مدیشیلد (انفرادی) مدیفاند (دولتی)	۳-۴ درصد - -	۳-۴ درصد ۵ درصد درآمد خالص	همه صندوق‌ها	اطلاعات وجود ندارد	مشارکت درصدی بسته به گروه‌های سنی. ۲۰ درصد مشارکت
۹	تایلند تأمین اجتماعی (اجباری) مراقبت‌های سلامتی، زایمان، ناتوانی، فوت، مقرری‌های نقدی	۱/۵ درصد	۱/۵ درصد	۱/۵ درصد	۴/۵ درصد	مشارکتی وجود ندارد. مزایای دولتی برای کارکنان دولت. دولت دیگران را از طریق پوشش همگانی تحت پوشش دارد

1. Copayment

جدول ۶-۱۴ روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت در طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	روش پرداخت اصلی برای مراقبت‌های سرپایی	روش پرداخت اصلی برای مراقبت‌های بیمارستانی	ملاحظات
۱	استرالیا مدیکر	کارانه	روزبستری در بیمارستان‌های خصوصی	جدول دستمزدها بیشتر مزایای بیمارستانی در بیمارستان‌های عمومی که کارکنان حقوق‌بگیرند و نظام گروه‌های تخصصی مرتبط به کار گرفته می‌شود
۲	چین بیمه پایه کارگران (اجباری) طرح جدید بیمه پزشکی مشارکتی روستایی (اختیاری)	کارانه کارانه	روش‌های مختلف کارانه	بیشتر کارانه، اما در بعضی از مراکز پرداخت‌های موردی برحسب روزبستری و سرانه هم استفاده می‌شود به‌ندرت از سرانه استفاده می‌شود
۳	هند (اجباری) طرح بیمه اجباری سلامت کارکنان دولت طرح بیمه سلامت دولتی (انفرادی) طرح‌های جامعه‌محور (اختیاری)	حقوق‌گیری (کارکنان) حقوق‌گیری (کارکنان) کارانه سرانه	حقوق‌گیری (کارکنان) حقوق‌گیری (کارکنان) کارانه سرانه	بیشتر خدمات در قالب طرح بیمه سلامت دولتی در طرح بیمه اجباری سلامت کارکنان دولت ارائه می‌شود. کارانه برای خدمات خارج از سرویس استفاده می‌شود بعضی از طرح‌ها خدمات سلامتی را نیز ارائه می‌کنند

جدول ۶-۱۴ روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت در طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	روش پرداخت اصلی برای مراقبت‌های سرپایی	روش پرداخت اصلی برای مراقبت‌های بیمارستانی	ملاحظات
۴	اندونزی طرح بیمه سلامت اجتماعی اجباری کارکنان دولت و شرکت‌های خصوصی بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه (اختیاری)	حقوق‌گیری (کارکنان) کارانه کارانه	حقوق‌گیری (کارکنان) کارانه کارانه	طرح بیمه سلامت اجباری برای شرکت‌های حقوقی تسهیلات سلامتی ارائه می‌کند بعضی از طرح‌ها به صورت سرانه است
۵	ژاپن کارگران جامعه‌محور خدمات رفاهی سال‌خوردگان	کارانه کارانه کارانه	کارانه کارانه کارانه	پرداخت‌های موردی در بیمارستان‌های دانشگاهی، بعضی از آنها از گروه‌های تخصصی مرتبط نیز استفاده می‌کنند بودجه‌های دولتی برای خدمات خاص (از جمله عفونت‌های جدید و نوپدید ارائه می‌شود)
۶	جمهوری کره همه جمعیت	کارانه	کارانه	کارانه یگانه روش با جدول‌های ثابت قیمت‌هاست
۷	فیلیپین طرح بیمه سلامت ملی فیلیپین	کارانه کارانه سرانه	کارانه کارانه سرانه	اصول راهنما برای تعیین هزینه‌ها (تعرفه‌ها) در بیمارستان‌های دولتی تبیین

جدول ۶-۱۴ روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت در طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه

ردیف	کشور	روش پرداخت اصلی برای مراقبت‌های سرپایی	روش پرداخت اصلی برای مراقبت‌های بیمارستانی	ملاحظات
	بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه طرح بیمه سلامت گروه‌های آسیب‌پذیر ^۱			شده است، بیمارستان‌های خصوصی هزینه‌ها (تعرفه‌ها) را خود تعیین می‌کنند به‌کارگیری سرانه در حال بررسی است بعضی از طرح‌های بیمه‌ای تسهیلات بهداشتی ارائه می‌کنند
۸	سنگاپور همه جمعیت	کارانه	برمبنای روزبستری پرداخت موردی	جدول صورت‌حساب‌ها اما در بخش خصوصی مشارکت‌های بیشتری شارژ می‌شود
۹	تایلند تأمین اجتماعی (اجباری)	سرانه	سرانه	سرانه روش اصلی پرداخت به بیمارستان‌هاست کارانه در سازمان تأمین اجتماعی برای خدمات خارج از تعهدات طرح در نظر گرفته می‌شود

۱. افرادی که با توجه به معیارهای برنامه سلامت ملی افراد فقیر مشمول دریافت یارانه‌ای برای حق بیمه می‌شوند (Ron, 2002).

فصل پانزدهم مطالعه کامل نظام اجتماعی سلامت در یک کشور در حال توسعه (نپال)

نپال درس‌های بسیاری از تجربیات کشورهای دیگر منطقه گرفته است که اکثر آنها دارای شرایط مشابه زیراند:

- الگوهای بیماری با تسلط بیماری‌های واگیردار حاد؛
- کارکنان ناکافی و آموزش متخصصان مراقبت‌های سلامت در نواحی روستایی؛
- حقوق پایین در بخش سلامت همگانی؛
- جویندگان سلامت که بازتاب کاربرد و انتظارات سطح پایین است؛
- کمبود بودجه در رابطه با نظام‌های سلامت.

درس اول آنکه درواقع می‌توان برنامه‌هایی را که برای بخش‌های رسمی و غیررسمی از طریق روشی ملی، مانند ویتنام یا از طریق روشی مشابه با هدف ارتقای برنامه‌های اجباری تأمین اجتماعی برای جمعیت حقوق‌بگیر و افراد در طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه انجام شده است برای بقیه افراد توسعه داد. درس دوم اینکه، این برنامه‌ها که به‌خوبی توسعه داده شده، بخش‌های مربوط به جمعیت تعیین شده را طی مراحل پوشش داده‌اند و به سطح قابل توجه و یا حتی همگانی می‌رسند؛ یعنی زمانی که افراد تحت تکفل پوشش داده شده و میزان مزایای تحت پوشش متضمن مراقبت‌های بهداشتی درمانی سرپایی و نیز مراقبت‌های بیمارستانی مربوط به بیماران بستری بوده است. در مورد طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه، برنامه‌ریزی‌ها به لحاظ مالی ادامه‌پذیر شده‌اند و زمانی که کمک‌ها در دسترس اکثریت جمعیت قرار بگیرد، دامنه پوشش آن افزایش یافته و کارایی مالی به‌وسیله سازوکار پرداخت سرانه ارائه‌دهندگان حمایت شده است.

۱-۱۵ منابع تأمین بودجه مراقبت‌های بهداشتی درمانی

بازنگری هزینه‌های دولتی بخش سلامت از طریق واحد تأمین مالی و اقتصاد سلامت در ژوئیه سال ۲۰۰۳ انجام و منتشر شد.^۱ این گزارش نشان می‌دهد که بودجه دولتی مراقبت‌های بهداشتی درمانی از حدود ۳/۵ دلار آمریکا به ۵/۱ دلار در سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۹ تا ۲۰۰۱-۲۰۰۲ افزایش یافت. طی همین زمان، سهم شرکای توسعه خارجی^۲ ثابت باقی ماند، اما این بودجه‌ها صرف تأمین بودجه مستقیم پروژه‌ها می‌شود. حدود ۸۵ درصد بودجه دولت از وزارت بهداشت تأمین می‌شود و وزارتخانه‌های دیگر بقیه بودجه را تأمین می‌کنند. در سال‌های ۲۰۰۲ - ۲۰۰۱ صندوق دولت نپال، ۵۰ درصد هزینه‌های دولتی را به خود اختصاص می‌داد، درحالی‌که بودجه‌های شرکای توسعه خارجی ۳۹/۷ درصد هزینه‌ها را دربرداشت و شرکت‌های دولتی ۷ درصد هزینه‌های دولتی کل سلامت و گروه‌های محلی ۲/۵ درصد این هزینه‌ها را ارائه کردند.

میزان رو به رشد از طرف گروه‌های محلی ناشی از قانون مستقل محلی ۱۹۹۸ بود که مسئولیت مراقبت‌های بهداشتی منطقه را برعهده داشت و سطوح پایین را به گروه‌های محلی واگذار می‌کرد. علاوه بر بخش‌هایی از دولت مرکزی، کمیته توسعه روستا^۳ کمیته توسعه منطقه^۴ و شهرستان‌ها خواستار سرمایه‌گذاری در خدمات بهداشتی درمانی از طریق صندوق‌های محلی شدند. صندوق ایجاد شده عمدتاً برای ایجاد پست‌های فرعی سلامت استفاده شد.

افزایش تخصیص منابع مالی، برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی، بخشی از راهبرد کاهش فقر دولت است، اما فاصله‌ای بین مقادیر اختصاص داده شده و مقادیر مربوط به هزینه‌های پایین خرج شده در سطح محلی وجود دارد. از محدودیت‌های استفاده از بودجه‌های اختصاص یافته، کمبود تفویض اختیار و نیز کمبود پرسنل مجرب در امور مالی است. همچنین باید ارزش خالص هزینه‌های سلامت همگانی را در نظر گرفت، همان‌طور که اطلاعات به‌دست آمده از گزارش کمیته توسعه منطقه نشان می‌دهد، مقدار بودجه

1. Public Expenditure Review of the Health Sector, Health Economics and Financing Unit, Ministry of Health, HMG Nepal, July 2003.

2. Electronic Data Processing (EDP)

3. Village Development Committees (VDCS)

4. District Development Committees (DDCS)

اختصاص یافته به مراقبت‌های بهداشتی - درمانی زنان در زمان بارداری، به‌ویژه با توجه به میزان مرگ‌ومیر بالای مادران در نپال، ناکافی است.

اطلاعات به‌دست آمده از تمام بیمارستان‌ها نیز به‌کارگیری خدمات بیمارستانی بیشتری را در پسران زیر سن چهارده سال در مقایسه با گروه دختران در همین سن نشان می‌دهد. اختصاص کارایی با توسعه حساب‌های سلامت ملی، با تلاش‌های واحد تأمین مالی و اقتصاد سلامت در وزارت بهداشت افزایش می‌یابد. تلاش کنونی این واحد بر افزایش تخصیص بودجه در سطح منطقه متمرکز است تا نیازها را برآورده کند و شرایط مربوط به جنسیت، سن و گروه‌های درآمدی را در نظر بگیرد. بنابراین، افزایش واقعی هزینه‌های دولت ضرورتاً مشکلات اساسی بودجه‌ای را حل نکرده است. اکثر افزایش بودجه‌های دولت برای پوشش افزایش هزینه‌های مربوط به پرسنل مراقبت‌های بهداشتی درمانی استفاده شده و درصد هزینه‌های این بخش از ۴۸ درصد کل به ۵۵ درصد افزایش یافته است. اما این افزایش دستمزدها، دستیابی به پزشکان را با امکانات دولت بیرون از شهرهای بزرگ به دلیل تفاوت بین درآمد بخش‌های دولتی و خصوصی بهتر نکرد. درحالی‌که متوسط دستمزد ماهیانه پزشکان در مراکز سلامت عمومی و بیمارستان‌ها حدود پانزده هزار روپیه است (هزار روپیه برای حقوق و پنج هزار روپیه برای هزینه عمل)، درآمد بخش خصوصی به سی تا چهل هزار روپیه می‌رسد (باید ذکر شود که تفاوت بین حقوق کارکنان عرصه سلامت در بخش دولتی و خصوصی در دیگر کشورهای منطقه بسیار کمتر است) اما تفاوت درآمدهای بالقوه، بی‌تعادلی در موجودی پزشکان و دیگر متخصصین سلامت بین شهرهای بزرگ و نواحی دیگر و تعداد اندک کارکنان در مناطق روستایی دوردست ایجاد می‌کند.

در حال حاضر حدود ۶۶ درصد بودجه وزارت بهداشت خرج نظام سطح اولیه سلامت می‌شود و هزینه‌های واقعی کمتر از مقادیر اختصاص داده شده است. به‌علاوه این بودجه‌ها با عملکرد کنونی و برنامه‌ریزی شده برای تمرکززدایی و تقویت نظام‌های سلامت منطقه افزایش می‌یابد. هزینه‌های کلی سلامت ملی در ۲۰۰۱-۲۰۰۲ در قالب سهم تولید ناخالص داخلی، ۵/۴ درصد بود و سهم هزینه‌های دولتی ۶/۲ درصد از هزینه‌های کلی دولت را نشان می‌داد.^۱ این مقدار که شامل بودجه‌های دولتی و

1. Public Expenditure Review of the Health Sector, Health Economics and Financing Unit, Ministry of Health, HMG Nepal, July 2003.

غیردولتی (تأمین‌کنندگان خارجی) است، ۲۳/۵ درصد هزینه‌های کلی سلامت را تشکیل می‌دهد، درحالی‌که حدود ۷۵ درصد، نتیجه پرداخت‌های از جیب در زمان استفاده خانوارها بود. بقیه مقادیر از شرکت‌های خصوصی به‌دست می‌آید. به‌طور متوسط هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی سالیانه هر خانوار در نپال ۵۰۵ روپیه گزارش شد، یا به‌طور متوسط ۵ درصد هزینه‌های خانواده می‌باشد. با نسبت آنکه یک دلار آمریکا در پایان سال ۲۰۰۳ برابر با ۷۳ روپیه است؛ این مقدار حدوداً هفت دلار آمریکاست. این درصد از ۳/۲ تا ۷/۸ درصد متفاوت است. این درصدها پایین‌تر از حد انتظار است و درواقع باید برای هر گروه ۳-۲ درصد بیشتر باشد. احتمالاً میزان استفاده کم، خصوصاً در بین فقرا، علت هزینه‌های پایین را توضیح می‌دهد. هزینه‌های ساکنان شهری به‌طور متوسط بیش از روستایی‌هاست، اما بنابر گزارش‌های رسیده؛ خانوارهای فقیر روستایی ۱۰۶ روپیه خرج می‌کنند که سه برابر بیشتر از ۳۵ روپیه سرانه مصرف افراد فقیر شهری است. در کل مصرف پرداخت از جیب خانواده‌ها حدود ۶۰ درصد برای امکانات سلامت عمومی است. درحالی‌که ۴۰ درصد برای مراقبت‌های شخصی است و بیشتر این مقدار صرف خرید داروهای بدون نسخه می‌شود. علاوه‌بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی، هزینه‌های انتقال و نیز وام برای پرداخت، موانع مالی بیشتری برای مراقبت‌های یافت شده ایجاد می‌کند.

۲-۱۵ هزینه‌های مصرف‌کننده

خدمات سلامت عمومی برای مردم نپال تا اوایل دهه سال‌های ۱۹۹۰ رایگان ارائه می‌شد، در آن زمان هزینه‌های مصرف‌کننده در زمره معیارهای بهبود هزینه‌ها مطرح می‌شدند. این تغییر برای اجرای قانون با هدف ایجاد بودجه مستقل در سطح محلی و ارائه‌دهندگان انجام شد. از طریق بیمه همگانی سلامت، در سال ۱۹۹۱، نظام اعانه غیرمستمر برای بیمارستان‌های مرکزی و مرجع به‌منظور حفظ عملکرد این بیمارستان‌ها ارائه شد. سپس، کمیته توسعه بیمارستان‌ها منابع مالی خود را باید برای جبران بخشی از هزینه‌های جاری، از طریق مشارکت در مخارج مصرف‌کننده هزینه کند. به بیمارستان‌ها و دیگر بخش‌های دولتی سلامت برنامه‌ای برای تعیین میزان حق‌الزحمه پرداختی داده

نشده است، اما انتظار می‌رود که خودشان حق‌الزحمه‌ها را تعیین کنند.

از طرف دیگر وزارت بهداشت برای معافیت از پرداخت هزینه‌های مصرف‌کننده، دستورالعمل‌هایی صادر کرد و ۵ درصد اعانه غیرمستمر را برای پوشش هزینه‌های بیماران معاف شده اختصاص داده است. در مناطقی که بیش از ۵۰ درصد جمعیت زیر خط فقر زندگی می‌کنند این سهم کم نمی‌تواند مراقبت‌های بیماران معاف از پرداخت حق بیمه را جبران نماید. این سیاست‌ها و عملکردها در بیشتر نواحی اجرا می‌شود، اما مناطق کمی هنوز به ارائه مراقبت‌های اصلی رایگان ادامه می‌دهند. برای اکثریت جمعیت، مراقبت‌های بهداشتی درمانی دیگر رایگان نیست، به‌استثنای خدمات پیشگیرانه مانند ایجاد مصونیت و درمان بیماری‌های خاص، مثل سل، که با برنامه‌های تأمین مالی شده تحت پوشش قرار می‌گیرد. صندوق‌های دارویی به‌صورت بخشی از بیمه همگانی سلامت، به‌منزله روشی برای در دسترس قرار دادن داروهای ضروری با هزینه کم، تدارک دیده شده است.

تحقیقات مربوط به تأمین بودجه متناوب مراقبت‌های سلامت از طریق پروژه تقویت سلامت منطقه انجام شد و در ژانویه سال ۲۰۰۳ انتشار یافت^۱ و طبق تحقیقات بازده به‌دست آمده از هزینه‌ها در گروه‌هایی با درآمدهای مختلف بسیار متفاوت است. هزینه‌های کلی، برای مشاوره در بخش سلامت همگانی، ۷۹۸ روپیه برای ثروتمندان و ۱۳۸ روپیه برای فقیران است. رقم اول ممکن است با در نظر گرفتن خدمات واقعی موجود در مراکز سلامت بالا در نظر گرفته شود، اگرچه این امر ممکن است انعکاس هزینه‌های بالای دارویی باشد. احتمال نمی‌رود که این تفاوت، با توجه به درآمد، ناشی از هزینه‌های متفاوت باشد. احتمالاً این تفاوت نتیجه توانایی افراد برای پرداخت خدمات ایجاد شده به‌وسیله ارائه‌دهندگان است. یعنی، فقیرترین فرد در جست‌وجوی مراقبت‌هاست. اما با بررسی کارکنان سلامت، ممکن است آنها آزمایش‌های تشخیصی لازم را انجام ندهند، میزان کامل داروهای تجویز شده را نخرند یا تحت درمان‌های توصیه شده دیگری قرار گیرند.

بازده هزینه‌های مصرف‌کننده کافی و ثابت نیست. در سال مالی ۲۰۰۱-۲۰۰۲ میزان بهبود هزینه‌ها برای ۱۰ بیمارستان منطقه به‌طور متوسط حدود ۳۳ درصد بود، کمترین

1. Alternale Health Care Financing: Synthesis of Experience in Nepal, DFID/ District Health Strengthening Project, Consultancy Report by Lokendra Prasad Poudyal and Babu Ram Shtestha, Kathmandu, Nepal, February 2003.

میزان ۱۷/۳ و بیشترین ۶۰ درصد بوده است. در دو سال اخیر در سه بیمارستان مرکزی ارجاع، میزان درآمد کل از بابت اخذ سهم هزینه‌های مصرف‌کننده کاهش یافته است. طبق گزارش‌ها بهبود درآمد از طریق مخارج مصرف‌کننده ممکن است درآمدهای اضافی لازم برای بیمارستان ایجاد کند و ممکن است به ناکارایی و بی‌عدالتی منجر شود، همان‌طور که بیماران با درآمد پایین از کسب مراقبت‌های مؤثر سلامت منصرف می‌شوند.

الگوهای به‌کار گرفته شده حاضر، تا حدودی که اطلاعات در دسترس است، دو هدف اصلی را نشان می‌دهد. بسیاری از افراد با درآمد پایین به‌آسانی در جست‌وجوی مراقبت‌ها نیستند؛ بنابر گزارش به‌دست آمده از پژوهش‌های تأمین مالی متناوب مراقبت‌های سلامت^۱، تنها ۵۳ درصد افرادی که مشکلات سلامت دارند و جزء افراد فقیرند به‌طور واقعی از خدمات استفاده می‌کنند، درحالی‌که ۷۵ درصد افرادی که مشکلات سلامت دارند و در خانواده‌های ثروتمند هستند از خدمات استفاده می‌کنند. از طرف دیگر افرادی که در جست‌وجوی مراقبت هستند؛ خدمات غیرضروری دریافت می‌کنند. بیشترین خدمات دریافتی نابجا تجویز نامعقول دارو، یا تجویز داروهای متعدد است. درواقع درآمدهای هزینه‌های مصرف‌کننده به میزان و نوع خدمات ارائه شده بستگی دارد و تعجیبی ندارد که کارمندان سلامت برای ایجاد تقاضا راغب‌اند آسان‌ترین روش را برای افزایش درآمد دنبال کنند. این کار از طریق هزینه مصرف‌کننده در حین دریافت خدمات سلامت یا تجویز داروهایی که در مرکز سلامت در دسترس است و نیازی به نظام ارجاع ندارد عنوان مراقبت خوب صورت می‌گیرد و مردم نپال آن را دریافت می‌کنند. در بیمارستان‌ها درآمدهای اضافی از طریق هزینه‌های مصرف‌کننده، که فناوری‌های پیشرفته‌ای مثل بررسی‌های آزمایشگاهی و اشعه ایکس فراهم می‌کنند؛ تأمین می‌شود.

در حال حاضر، پرداخت مراقبت‌های سلامت علت اصلی فقر در میان فقیرترین بخش‌های جامعه نپال است. هزینه‌های بالای مصرف‌کننده در بیمارستان‌های ارجاعی اغلب موجب شده فقرا دارایی‌های ارزشمند خود را بفروشند (مثل زمین و دام) یا برای پرداخت هزینه‌های درمان زیر بار قرض بروند که این امر آسیب‌پذیری آنها را افزایش می‌دهد.

1. Ibid.

۳-۱۵ بیمه‌های اجتماعی سلامت

تاکنون بیمه اجتماعی سلامت، که بخشی از نظام تأمین اجتماعی اجباری است، برای هیچ‌یک از گروه‌های جمعیت توسعه داده نشده است. برای بخش کارکنان رسمی حقوق‌بگیر، هزینه‌های سلامت ممکن است با مقدمات متفاوت، مثل مزایای اشتغال، پوشش داده شود، اما نظامی که به جمع‌آوری هزینه‌ها و مشارکت در ریسک قادر باشد وجود ندارد.

در حال حاضر، یگانه تجارب بیمه اجتماعی سلامت در نپال برنامه‌های بیمه سلامت خود مبتنی بر جامعه است که تعدادی از مؤسسات غیردولتی ملی و بین‌المللی آن را آغاز کرده‌اند. با توجه به خلاصه برنامه‌های بیمه‌ای که اخیراً سازمان جهانی کار و منابع دیگر به پایان رسانده‌اند، در حال حاضر، ۱۰ سازمان وجود دارد که بیمه سلامت مبتنی بر جامعه را به عنوان برنامه‌های بیمه سلامت خود معرفی کردند و برخی از آنها در جاهای مختلف در بسیاری از مناطق کشور فعالیت می‌کنند. اولین آنها را هیئت متحد نپال^۱ در سال ۱۹۷۶ به عنوان تداوم فعالیت در بخش سلامت اجرا کرد. عمده این فعالیت‌ها شامل ساخت و عملکرد مراکز سلامت در مناطق روستایی و ساخت بیمارستانی بزرگ در کاتماندو بود. برنامه‌ای مشابه، تراست شرکت سلامت همگانی^۲ است که به ساکنان منطقه خدماتی ۶ مرکز سلامت، که فعالیت دسته‌جمعی دارند، پیشنهاد عضویت می‌دهد و سپس ارجاع به بیمارستان‌های تراست شرکت سلامت همگانی در مرکز را آسان می‌سازد. هر دو بیمارستان هیئت متحد نپال و کاتماندو، غیردولتی‌اند. طرح بیمارستان دلیکل، که پوشش بیمه‌ای برای کارکنان و دانشجویان دانشگاه دلیکل و نیز پوشش محدود برای خانواده‌ها در منطقه ارائه می‌دهد، نمونه سوم چنین مدلی است. اتحادیه همگانی واحد تجارت نپالی^۳ با تراست شرکت سلامت همگانی و دیگر مراکز سلامت جمعی کار می‌کند تا بیمه سلامت را به برخی از اعضایش در بخش‌های رسمی و غیررسمی کاری ارائه دهد. یکی از ۱۰ برنامه راه رفتن طولانی باربرها را پوشش داده، درحالی‌که دیگری حوادثی در بین اعضای انجمن مستقل کارگران حمل‌ونقل را پوشش می‌دهد.

1. United Missions of Nepal (UMN)

2. Public Health Concern Trust (PHECT)

3. General Federation of Nepalese Trade Union (GEFOT)

جمع‌بندی برنامه‌های حاضر مشکل است. درکل حق بیمه پایین است و مزایا محدود. درحالی‌که بیشتر برنامه‌ها با مشارکت‌های بالایی همراه‌اند یا زمانی که بیماران به خدمات سطح بالاتری ارجاع داده می‌شوند، به آنها مبالغ کسر شده پیشنهاد می‌شود. خصوصاً بیمارانی که به مراقبت‌های بیمارستانی ارجاع می‌شوند، بار مالی آنها کم شده، گرچه هنوز بسیار زیاد است. برای مثال، بیماری که با برنامه‌های بزرگ‌تر حمایت از ارائه‌دهندگان تراست شرکت سلامت همگانی و واحد تجارت نپال به بیمارستانی ارجاع داده می‌شود با هزینه‌هایی معادل ۱۰ هزار روپیه برای جراحی (سزارین یا آپاندیسیت) مواجه می‌شود. این مبلغ حدوداً معادل درآمد چهار ماه افراد بیمه شده واقعی است. با وجود اینکه در حال حاضر تلاش‌هایی برای ارائه پرداخت مالیات سرانه انجام می‌شود، اکثر برنامه‌ها به ارائه‌دهندگان با توجه به نظام کارانه و با حساب پرداخت می‌کند. حتی زمانی که برنامه‌ها از خدمات ارائه مراقبت‌های سلامت خود استفاده می‌کنند، غالباً جمعیت پوشش داده شده آسیب‌پذیرترین گروه نیست، بلکه گروه‌های با درآمد پایین اما نسبتاً ثابت، آسیب‌پذیرترین گروه‌اند. آنها ترجیح می‌دهند، به‌جای خانواده‌ها، افراد را تحت پوشش قرار دهند. با محدودیت تعداد افراد خانواده که ممکن است ثبت‌نام کرده باشند، کارایی مالی به‌صورت یک مشکل جدی وجود دارد و شاید دلیل اصلی کمبود تلاش‌های جدی برای گسترش پوشش بیمه‌ای باشد.

با تشخیص میزان بالای مرگ‌ومیر مادران در نپال، سازمان جهانی کار برای تلفیق حمایت از مادران و اصول حفظ و امنیت مادران از طریق برخی برنامه‌های موجود مؤثر بوده است؛^۱ ازطرف‌دیگر، این برنامه‌ها تأثیر مثبتی بر ایجاد آگاهی از پیش‌پرداخت‌ها، جمع‌آوری ریسک‌ها و اتفاق‌نظر در به‌دست آوردن مراقبت‌های بهداشتی درمانی در محیط نپال داشته است؛ یعنی هزینه‌های مصرف‌کننده برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی در جمعیت با درآمد پایین و نظام عمومی ارائه‌دهندگان که قادر به برآورده ساختن تمام نیازها نیست، این برنامه‌های اولیه که فراتر از پروژه‌های آزمایشی‌اند، توجه وزارت بهداشت و دیگر مؤسسات ذی‌ربط را به‌خود جلب کرده است.

1. ILO/STEP, Extending Maternity Protection to Women in the Informal Economy: The case of Nepal, Working Paper, Social Security Policy and Development Branch, Conditions of Work Branch, ILO, Geneva, 2002.

بنابراین تلاش‌های حاضر برای توسعه بیمه اجتماعی سلامت در بخش غیررسمی می‌تواند موجب موفقیت این برنامه‌ها شود. در پنج سال گذشته سازمان جهانی کار در ارائه کمک‌های فنی و آموزش تمام جنبه‌های این برنامه‌ها نقش فعالی داشته است.^۱

۴-۱۵ بیمه خصوصی سلامت برای استفاده از مزایا

در حال حاضر بیمه سلامت خصوصی یا تجاری برای استفاده از مزایا به‌ندرت در نپال وجود دارد و اساساً به تعداد کمی از سازمان‌های غیرانتفاعی بین‌المللی و چندملیتی محدود می‌شود. این در مقایسه با کشورهای منطقه است که شرکت‌های بیمه کاملاً جسورانه در پی بازار بیمه خصوصی هستند. حدود ۲۰ درصد شرکت‌های بخش خصوصی بیمه سلامت را از هجده شرکت بیمه در نپال خریداری کرده‌اند؛ اما فقط مراقبت‌های پزشکی و جبران غرامت برای آسیب‌های حرفه‌ای کارمندان را پوشش می‌دهند.

۵-۱۵ منابع جدید برای سرمایه‌گذاری در سلامت

میزان هزینه موجود برای مراقبت‌های سلامت و خدمات اجتماعی مرتبط، در صورتی که کمک‌هزینه دریافت شده از بودجه جهانی ایدز دریافت شود، به‌طور چشمگیری تغییر می‌کند، سل و مالاریا^۲ با منابع مالی موجود در نظر گرفته می‌شوند. این بودجه‌ها به فعالیت‌های مربوط به پروژه‌های خاص که با جنبه‌های مختلف پیشگیری، تشخیص و درمان سروکار دارند اختصاص داده می‌شوند اما ممکن است دسترسی مستقیم به مراقبت‌های اولیه سلامت از جمله بررسی‌های مقدماتی اساسی برای تشخیص قطعی سه بیماری آسان نباشد. همچون اکثر شرایط سلامت؛ دستیابی به مراقبت‌های اولیه سلامت عاملی اساسی در مداخله مؤثر به‌شمار می‌آید.

با توجه به شیوع بالای این سه بیماری در نپال، فرصتی به‌منظور به‌کارگیری بودجه‌ها برای سازوکارهای پیش‌پرداخت وجود دارد تا امکان دسترسی به مراقبت‌های

1. ILO/STEP, Programme in Nepal on Social Protection: Extension of Social Protection Through Health Micro-insurance Schemes of the Excluded and Workers in the Informal Economy, ILO Nepal, 2002.

2. Global Fund for AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)

اولیه سلامت را فراهم کند، بدون محدودیت برای بیمارانی که یک یا چند بیماری برای آنها تشخیص داده شده است. دسترسی به مراقبت‌های اولیه سلامت بدون موانع مالی تأثیر مهمی بر رفتار سلامت دارد. تشخیص اولیه نه فقط درمان فوری و کم‌هزینه‌تری را موجب می‌شود، بلکه از شیوع بیماری‌های واگیردار جلوگیری می‌کند.

۶-۱۵ خلاصه وضعیت تأمین بودجه مراقبت‌های بهداشتی درمانی

بهبود پوشش بیمه سلامت در سال‌های اخیر مورد توجه بوده است. با ایجاد بیمه سلامت ملی در سال ۱۹۹۱، تعداد مؤسسات سلامت از جمله پست‌های فرعی سلامت و مراکز سلامت در سال ۱۹۹۱ از ۱۰۹۸ به ۴۴۳۹ در سال ۲۰۰۲ به میزان چهار برابر افزایش یافت. پیشرفتی در افزایش ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی درخصوص مراقبت‌های سلامت مادر و کودک، کارکنان سلامت روستا و سلامت جامعه زنان در سطح منطقه وجود داشته است.

علی‌رغم افزایش هزینه‌های عمومی، منابع کافی برای بودجه‌های عمومی وجود ندارد تا هزینه‌های تغییر فناوری مراقبت‌های سلامت و نیازهای جمعیتی، خصوصاً در مناطق روستایی را به‌منظور توسعه و بهبود لازم در کیفیت مراقبت‌ها برآورده سازد. در چارچوب وضعیت سلامت دامنه شمول مصون‌سازی افزایش قابل توجهی یافته است (۷۱ درصد برای DPT و ۹۰ درصد برای فلج اطفال). احتمال وقوع مالاریا کاهش یافت درحالی‌که میزان تشخیص بیماری سل افزایش یافت و میزان معالجه در برنامه DOTS سل در سال ۲۰۰۱ به ۹۵ درصد رسید. استفاده از داروهای ضدبارداری از ۲/۴ به ۳۸/۹ درصد در سال ۲۰۰۱ افزایش یافت و برنامه‌های عمومی سلامت با بودجه مشخص و غالباً از شرکای توسعه خارجی، بیشتر خدمات مرتبط در این زمینه را پوشش می‌دهد.

ازطرف دیگر هنوز سوءتغذیه بسیار رواج دارد و در دهه اخیر ۴۸ درصد کودکان زیر پنج سال با وزن کمتر از حد متعارف‌اند. میزان مرگ‌ومیر مادران هنوز بسیار بالاست؛ برای هر ۱۰۰۰۰۰ تولد، ۵۳۷ نفر فوت می‌کنند. کمک‌های فنی و بودجه‌های بسیاری از شرکای توسعه خارجی به برنامه‌های مختلف تأمین مادران اختصاص داده شد، اما به موفقیت محدودی دست یافتند و از دلایل آن احتمالاً محدودیت‌های جدی در دستیابی

به مراقبت‌های اولیه سلامت است. این محدودیت‌ها شامل بودجه‌های ناکافی ارائه‌دهندگان برای خدمات لازم با کیفیت قابل تأیید و حجم مالی برای افرادی است که وقتی در جست‌وجوی مراقبت هستند، با آن مواجه می‌شوند.

تدارک خدمات سلامتی پایین و کیفیت مراقبت‌ها با امکانات عمومی در سطح پایینی است^۱ این موارد و نیز توسعه نسبتاً کند اقتصادی و فقر رو به افزایش تا حدودی علت عمده پیشرفت نداشتن در وضعیت سلامت جامعه را تشریح می‌کند. تأثیر فشار بیش از حد هزینه‌های مراقبت‌های سلامت بر دوش خانواده‌ها در بخش‌های خصوصی و عمومی بسیار مشاهده می‌شود. تأمین بودجه مراقبت‌های سلامت یک مشکل عمده در توسعه نظام سلامت است تا نیازهای متعدد سلامت را برآورده سازد، دستمزد منطقی برای کارکنان سلامت فراهم کند و برنامه‌ریزی و عملکرد مؤثر را تسهیل سازد. هزینه‌های عمومی که تقریباً ۴۰ درصد بودجه‌های آن از شرکای توسعه خارجی به‌دست می‌آید و فقط ۲۳/۵ درصد هزینه‌های کنونی سلامت را پوشش می‌دهد، ۴/۵ درصد آن از شرکت‌های خصوصی به‌دست آمده، درحالی‌که بقیه آن، حدود ۷۲ درصد با پرداخت‌های خارج از درآمد خانوارها برای مراقبت‌ها در هنگام استفاده به‌دست می‌آید.

نسبت جمعیتی که زیرخط فقر زندگی می‌کنند از جنبه اجتماعی - اقتصادی در سال‌های اخیر افزایش یافته است و تقریباً در حال حاضر به ۴۰ درصد می‌رسد. در تدوین راهبردهای کاهش فقر در نپال، هزینه‌های بالای مراقبت‌های سلامت در خانواده‌هایی با درآمد پایین دلیل اصلی بودن خانواده‌ها زیرخط فقر به‌شمار می‌آید.

با توجه به رشد اقتصادی پایین در حال حاضر، تقاضای تأمین بودجه و میزان پایین بودجه دولت برای مراقبت‌های سلامت، بعید به‌نظر می‌رسد که بودجه دولت برای سلامت افزایش یابد. جمع‌آوری مؤثر هزینه‌های مصرف‌کننده نیز بعید است که بتواند راه‌حلی برای حدود و روش تأمین بودجه ارائه دهد و فقط فشار اضافی بر جمعیت با درآمد پایین وارد می‌سازد.

1. Alternate Health Care Financing: Synthesis of Experience in Nepal, DFID/ District Health Strengthening Project, Consultancy Report by Lockendra Prasad Poudyal and Babu Ram Shrestha, Kathmandu, Nepal, February 2003.

۷-۱۵ ابتکارهای اخیر

پروژه‌ای که در ارتباط با تقویت نظام‌های سلامت منطقه نیپال است عمدتاً به‌وسیله دپارتمان توسعه بین‌المللی بریتانیای کبیر^۱ تأمین مالی می‌شود و تلاش‌های چشمگیری برای بهبود نظام‌های سلامت و تأمین بودجه مراقبت‌های سلامت از طریق افزایش سطح هزینه‌های دولت براساس اطلاعات پیشرفته درباره هزینه‌ها، توسعه تخصیص منابع به مناطق اولیه و تلاش برای افزایش درآمدهای رسمی ارائه‌دهندگان انجام داده است. فشار کنونی برای رسیدن به نظامی کافی، ثابت و کارآمدتر مراقبت سلامتی است که به پیشرفت کیفیت در ارائه میزان مناسب و ترکیب خدمات سلامت کمک می‌کند و موانع مالی را برای یافتن مراقبت‌های سلامت از بین می‌برد.

از طریق دپارتمان توسعه بین‌المللی بریتانیای کبیر و یا پروژه تقویت سلامت منطقه، گزارشی درباره تأمین بودجه مراقبت سلامت در ژانویه سال ۲۰۰۲ تنظیم شد. نتیجه اصلی گزارش این بود که اولویت فعلی باید توسعه برنامه‌های بیمه سلامت مبتنی‌بر جامعه باشد. در همان زمان پیشنهاد شد که سازمان جهانی کار باید به بحث‌های فنی با کارکنان حقوق‌بگیر بخش خصوصی و عمومی مؤسسات و وزارتخانه‌های اصلی مرتبط ادامه دهد. به دنبال پیشنهادهای ذکر شده، برنامه عملکردی^۲ به‌وسیله واحد تأمین مالی و اقتصاد سلامت با کمک تیم کارشناس سازمان جهانی کار تنظیم شد. این برنامه عملکردی چشم‌انداز کوتاه‌مدتی را اتخاذ کرد؛ به‌خصوص آنکه کمبود اطلاعات موجود درباره هزینه‌ها و دسترسی نامنظم خدمات سلامت، که محدودیت در برنامه‌ریزی بلندمدت جامع‌تر است، مشاهده می‌شد. براساس مطالعات انجام شده و اطلاعات به‌دست آمده^۳ و با توجه به امکان توسعه بیمه اجتماعی سلامت در نیپال به نتایج مثبتی می‌توان دست یافت. بنابراین، برنامه عملکردی بر توسعه بیمه‌های سلامت مبتنی‌بر جامعه از طریق برنامه‌های بیمه سلامت خرد در مناطق منتخب تمرکز داشت.

1. Department for International Development, United Kingdom (DFID)

2. An Action Plan for the Development of Social Health Insurance and Community Health Insurance, ILO Team with Prof. Andrew Greene, Consultant to DFID, Nepal March 2003.

3. Alternate Health Care Financing: Synthesis of Existing Experience in Nepal, DFID/District Health Strengthening Project, Consultancy Report by Lokendra Prasad Poudyal and Babu Ram Shrestha, Kathmandu, Nepal, February 2003.

این عملکردها برای حمایت و ایجاد توسعه فوری، شامل مرحله ارزیابی و امکان تحقق، تجهیزات اجتماعی، بازاریابی و عضویت، توسعه نظام‌های مدیریتی و عملکردی آموزش و تجهیزات، ایجاد کنترل و ابزارهای ارزیابی و عملی کردن برنامه‌های جامعه (یا برنامه‌های بیمه سلامت فرد)، در مناطق مشخص است. کمیته سازمان‌دهی از جمله نمایندگان مربوط به برنامه‌های کنونی جامعه در کشور برای کمک به این فرایند تشکیل شد. واحد تأمین مالی و اقتصاد سلامت در حال تکمیل رهنمودهایی برای توسعه یا گسترش بیمه‌های سلامت خرد است که در هشت منطقه پیگیری می‌شود.

به‌طور هم‌زمان مقاله‌هایی در ارتباط با این وضعیت را اتحادیه‌های تجاری نوشته‌اند و گفت‌وگوی قابل توجهی با انجمن‌های کارفرمایی، با در نظر گرفتن نیاز به نظام تأمین اجتماعی اجباری برای کارکنان حقوق‌بگیر در بخش‌های خصوصی و عمومی انجام گرفته است. اتحادیه‌ها و انجمن‌های مربوط به کارفرمایان حمایت از افراد مسن و بیماران را در اولویت برنامه‌های خود قرار داده است. برای ارزیابی کوتاه‌مدت بخش کارکنان حقوق‌بگیر واحد تأمین مالی و اقتصاد سلامت اخیراً آزمایشی را مورد توجه قرار داده که کارکنان مؤسسات منتخب (عمدتاً کارخانه‌های کنف) در شهر براتناگار، مراقبت‌های سلامت را از طریق توافق با بیمارستان بی‌کوریلا^۱ دریافت می‌کنند. این توافق باید برای مؤسسات داوطلبانه باشد؛ چرا که ابزار قانونی برای این‌گونه مزایای کارکنان وجود ندارد. دلیل خیلی مهم توجه دولت نپال وارد کردن بیمه تأمین اجتماعی و خصوصاً سلامت اجتماعی در برنامه ملی در سال‌های ۲۰۰۲ تا ۲۰۰۷ راهبردی برای کاهش فقر است.^۲

بحث استفاده از صندوق فقرزدایی برای حمایت از دسترسی مستقیم به مراقبت‌های سلامت در جمعیتی که زیر خط فقر زندگی می‌کنند تاکنون مورد توجه قرار گرفته است. دیدگاه استفاده از بودجه‌های مربوط به کاهش فقر برای خرید کارت‌های بیمه اجتماعی سلامت برای خانواده‌های بسیار فقیر و آسیب‌پذیر به‌نظر قابل قبول می‌رسد و معقولانه‌تر و مؤثرتر از نظام جبران غرامت مراقبت‌های سلامت تشخیص داده شده به این جمعیت در نظر گرفته می‌شود. به‌موازات و در ارتباط با استراتژی کاهش فقر در نپال مطالعاتی درباره

1. Bp Koirala Memorial Hospital.

2. ILO/STEP, Programme in Nepal on Social Protection: Extension of Social Protection Through Health Micro-insurance Schemes for the Excluded and Workers in the Informal Economy, ILO Nepal, 2002.

حمایت اجتماعی به‌وسیله بانک توسعه آسیایی در حال اجراست. این مطالعات بر سه راهبرد تمرکز می‌کند که ابزار حمایت اجتماعی باعث کاهش فقر و افزایش توسعه اقتصادی می‌شود: کاهش ریسک، تخفیف ریسک و از عهده ریسک برآمدن. بیمه اجتماعی از جمله مراقبت‌های سلامت در راهبرد دوم یعنی تخفیف ریسک قرار می‌گیرد.

تمام موارد فوق به تعهد دولت نپال اشاره می‌کند تا سازوکارهای متفاوت تأمین بودجه مراقبت‌های سلامت را در زمینه بیمه اجتماعی سلامت و با شبکه‌های مناسب امنیتی از طریق مشارکت‌های اجتماعی بیابد. دامنه این تعهد به توجه در توسعه بیمه اجتماعی سلامت در بخش رسمی کار از طریق نظام تأمین اجتماعی اجباری و در بخش غیررسمی یا همه افرادی که از نظام تأمین اجتماعی به‌واسطه بیمه اجتماعی سلامت محروم شده‌اند، گسترش می‌یابد. در ژوئیه سال ۲۰۰۳، وزارت بهداشت از طریق سازمان جهانی کار درخواست کرد تا برای بررسی امکان بیمه سلامت اجتماعی در نپال مشارکت فنی داشته باشد و فرایند توسعه را مطرح کند.

۸-۱۵ عوامل مؤثر بیمه اجتماعی سلامت

برای توسعه برنامه اصلی، این بخش موقعیت اساسی و گرایش مناطقی که با عوامل توسعه بیمه اجتماعی سلامت نامیده می‌شود را پوشش می‌دهد. مناطقی وجود دارد که توسعه عناصر برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت را به حساب می‌آورد و نیز مناطقی که ریسک‌ها یا تهدیدهایی را برای اجرای موفقیت‌آمیز و قابل دوام و افزایش موارد بیمه ایجاد می‌کند.

۱-۸-۱۵ جمعیت‌شناسی و اقتصاد

جمعیت کل نپال با توجه به سرشماری ملی انجام شده در نیمه سال ۲۰۰۱، ۲۳/۱ میلیون تخمین زده شد. میزان رشد سالیانه جمعیت ۲/۲۷ درصد بود و میزان موالید کلی در سال ۲۰۰۲، ۴/۱ بود. درصد جمعیت زیر پانزده سال ۳۹/۴ بود و با توجه به سرشماری ۶/۵ درصد، شصت سال و بالاتر بودند. میانگین تعداد افراد خانواده در زمان سرشماری ۵/۴ نفر تخمین زده شد.^۱ جمعیت شهری ۱۴/۲ درصد کل را در سال ۲۰۰۱

1. WHO Office in Nepal, Country Health Profile, South East Asia Regional Office (SERO), 2003.

تشکیل می‌داد، اما گرایش رو به افزایشی در مهاجرت روستائیان به شهر به دلیل آشوب کنونی و مهاجرت فصلی از نپال به هندوستان به قصد اشتغال وجود دارد. واقعیت جغرافیایی کشور؛ مشکلاتی را در تأمین مراقبت‌های سلامت نشان می‌دهد. بیشتر مناطق، کوهستانی است و شرایط آب و هوایی از قطبی تا نیمه‌استوایی با فاصله پنجاه کیلومتر تغییر می‌کند. زمان سفر از نواحی دوردست به بیمارستان‌های ارجاعی طولانی است و برای اکثر جمعیت هزینه حمل‌ونقل بالاست. نپال با سرانه درآمد سالیانه ۲۲۰ دلار در سال ۲۰۰۱، فقیرترین کشور در آسیاست.^۱ اخیراً نزدیک به ۴۰ درصد جمعیت با کمتر از یک دلار در روز زندگی می‌کنند. به دنبال رشد اقتصادی مثبت دو دهه اخیر، نپال رشد منفی را در تولید ناخالص ملی (۰/۶۱- درصد) در بین سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۰۲ تجربه کرده است و این موضوع عمدتاً به دلیل میزان رشد منفی در بخش غیرکشاورزی است که از آشوب‌های سیاسی حساس‌تر است.

۲-۸-۱۵ نیروی کار و اشتغال

با توجه به سرشماری ملی سال ۲۰۰۱، زندگی ۸۵ درصد جمعیت به کشاورزی وابسته است. درصد کار در بخش‌های خصوصی و عمومی که به آن حقوق تعلق می‌گیرد (کار سازمان‌یافته در نپال) حدود ۲۰ درصد است و شامل ۱,۵۰۰,۰۰۰ مستخدم می‌شود که نیمی از آنها در مؤسسات با کمتر از ۱۰ مستخدم مشغول به کارند. نزدیک سیصد هزار کارمند حقوق‌بگیر در بخش خصوصی وجود دارد که شامل کارکنان دولت، معلمان و کارمندان سلامت می‌شوند. کارکنان دولت صاحب مؤسسات هستند. بخش رسمی کار اخیراً به چهار دسته شغلی تقسیم شده است: کارگران غیرماهر، کارگران نیمه‌ماهر، کارگران ماهر و کارگران بسیار ماهر. تخمین زده می‌شود که ۹۰ درصد کارمندان بخش رسمی جزء اولین دسته یعنی کارگران غیرماهر با حداقل حقوق ۲۵۶۰ روپیه‌اند. هزینه زندگی ۸۶۰ روپیه است. حقوق متوسط حدود سه هزار روپیه برآورد می‌شود. حقوق روزانه کارمندان معمولی در حدود نود روپیه است.

1. Alternat Health Care Financing: Synthesis of Existing Experience in Nepal, DFID/ District Health Strengthening Project, Consultancy Report by Lokendra Prasad Poudyal and Babu Ram Shtestha, Kafhmandu, Nepal, February 2003.

۳-۸-۱۵ دامنه رایج تأمین اجتماعی

در حال حاضر، نظام تأمین اجتماعی در نپال بسیار محدود است. یگانه نظام رسمی اجباری صندوق آینده‌نگر برای کارکنان حقوق‌بگیر در بخش‌های خصوصی و عمومی است. قانون کار سال ۱۹۹۱ در سال ۱۹۹۸ اصلاح شده است و شرایط تأمین اجتماعی مؤسساتی را شامل می‌شود که بیش از ۱۰ نفر استخدام می‌کنند. این قانون به شرح ذیل خلاصه می‌شود:

- افراد مسن، کارگران و کارفرمایان بخش خصوصی و عمومی هریک ۱۰ درصد حقوق خود را به صندوق آینده‌نگر می‌دهند تا مبلغی برای بازنشستگی داشته باشند. در بخش‌های عمومی کارگران حقوق بازنشستگی (غیر تعاونی) دریافت می‌کنند که بین ۵۰ و ۱۰۰ درصد حقوق است در صورت وقوع مرگ قبل از بازنشستگی، مبلغی بین ۴۰۰۰۰ تا ۷۵۰۰۰ به بازماندگان پرداخت می‌شود. این مقدار به سهمی که کارمندان متوفی پرداخت کرده‌اند، مربوط نمی‌شود.

- بیماری، در بخش عمومی کارمندان دوازده روز مرخصی سالیانه با حقوق دارند و تا بیست ماه حقوقشان به رسته شغلی آنها بستگی دارد.

کارگران بخش خصوصی بعد از پانزده روز نیمی از حقوق خود را دریافت می‌کنند. موارد مربوط به بیمه هزینه‌های پزشکی از صندوق رفاه به دست می‌آید که از طریق قانون پرداخت اضافی سال ۱۹۷۴ تشکیل شد. برخی از مؤسسات بزرگ مبلغ سالیانه‌ای معادل یک ماه حقوق را به جای هرگونه بازپرداخت فهرست شده هزینه‌های پزشکی، می‌پردازند. اما این یک عملکرد اختیاری است و از شرایط قانون کار نیست.

- آسیب یا حوادث شغلی، بیمه هزینه‌های پزشکی برای کارمندان بخش عمومی را کمیته‌ای تحت نظر مقررات خدمات شهری مشخص می‌کند و آنها مرخصی با حقوق دارند. به کارکنان بخش خصوصی ۱۰۰ درصد هزینه‌های بیمارستانی بازپرداخت می‌شود و ۵۰ درصد هزینه‌ها را زمانی که بستری شدن در بیمارستان برای آنها ضرورتی ندارد دریافت می‌کنند. مزایای نقدی برای ناتوانی‌ها تا حداکثر حقوق پنج سال ارائه می‌شود. در بخش دولتی در صورت وقوع مرگ به دلیل حوادث شغلی ۵۰ درصد حقوق بازنشستگی به بازماندگان پرداخت می‌شود. و در بخش خصوصی سه سال حقوق به

بازماندگان پرداخت می‌شود. مواد قانونی در قانون کار حوادث را پوشش داده اما بیماری‌های شغلی را پوشش نمی‌دهد.

- بارداری، زنان در بخش خدمات دولتی، دو ماه مرخصی با حقوق تا دو فرزند را دارند؛ اما زنانی که در بخش خصوصی و رسمی استخدام‌اند؛ ۵۲ روز مرخصی با حقوق دارند.
- بازنشستگی اختیاری، کارمندان هر دو بخش خصوصی و عمومی، بسته به سال‌های خدمت، حقوق بازنشستگی دریافت می‌کنند. این حقوق بازنشستگی در سن طبیعی بازنشستگی نیز پرداخت می‌شود.

بیشترین مشارکت را صندوق آینده‌نگر دارد که از طریق صندوق آینده‌نگر مستخدمین^۱ به‌طور قانونی مدیریت می‌شود. اما قانون، تمام مؤسسات را ملزم به انتقال منابع به صندوق آینده‌نگر نمی‌کند و اخیراً بیشتر شرکت‌ها مشارکت‌هایی را حفظ کرده و صندوق‌های آینده‌نگر خود را اداره می‌کنند. همچنین تعدادی از بیمه شده‌ها، در حال حاضر، تحت پوشش صندوق آینده‌نگر مستخدمین قرار گرفته‌اند. برای مثال ۳۶۰۰۰۰ نفر در پایان سال ۲۰۰۳ تحت پوشش قرار گرفتند، و فقط ۲۲ درصد کارمندان بخش خصوصی و ۸۸ درصد کارمندان خدمات دولتی در بخش‌های مختلف (کارمندان دولت، نظامی، پلیس و معلمان) هستند. در همان زمان صندوق‌های بازنشستگی برای کارمندان دولت را سازمان سرمایه‌گذاری برای شهروندان کنترل می‌کند که به صندوق آینده‌نگر مستخدمین مربوط نمی‌شود. کمک‌هزینه‌های احتمالات دیگر، مثل حوادث شغلی و بارداری، تحت مدیریت مؤسسات است.

برنامه بیمه پزشکی کارمندان دولت، در صورت عرضه بیمه اجتماعی سلامت اختیاری، نیازی به تجدیدنظر ندارد. برنامه‌ریزی رایج براساس قانون و مقررات خدمات دستگاه اداری است. بخش دوازدهم مقررات بیان می‌کند که کارمندان دولت برای هزینه‌های پزشکی خود مبلغی معادل حقوق دوازده و هجده ماه برای خود یا خانواده‌شان بسته به رتبه شغلی (رتبه در دستگاه اداری، با هجده ماه برای کارمندان دولت با رتبه پایین) دریافت می‌دارند. به نظر می‌رسد این مبلغ معادل حداکثر مقدار کل دوره کاری آنها باشد؛ همچنین مستخدمینی که تمام یا بخشی از مبلغ را مطالبه

1. Employees Provident Fund (EPF)

نمی‌کنند، ممکن است آن را در دوران بازنشستگی دریافت کنند. شرایط مشابه برای مستخدمین بخش سلامت و معلمان وجود دارد. این مقررات ۱۰۵۰۰۰ کارمند دولت و حدود ۱۳۰۰۰۰ معلم و ۳۰۰۰۰ کارمند را در مؤسسات دولتی تحت پوشش قرار می‌دهد که مجموعاً به بیش از ۲۶۵۰۰۰ نفر بالغ می‌شود.

میزان کلی مبالغ هزینه شده از طریق این شرایط در حال افزایش است، اما اطلاعات تمایز بین هزینه‌های پرداخت شده برای کارمندان دولت به‌منظور مراقبت‌های سلامت یا مبلغ درخواستی برای بازنشستگی را جایز نمی‌داند. طبق برآوردها، بیشتر از ۱۰ درصد برای مراقبت‌های سلامت داده نمی‌شود. وقتی برای مراقبت‌های سلامت درخواست هزینه می‌شود مرحله بازپرداخت طولانی است. این نظام عادلانه نیست و امکان جمع‌آوری ریسک را نمی‌دهد. در عمل، طرح مزایای پزشکی شامل پرداخت مزایای نقدی برای کارمندان با پرداختی پایین و با حقوق بازنشستگی پایین است. برای ۲۶۵۰۰۰ کارمند بخش عمومی، داشتن بیمه اجتماعی سلامت با کمک‌های دولت (در حکم کارفرما) و کارمندان، قطعاً مقرون‌به‌صرفه خواهد بود. علی‌رغم حقوق پایین و بازنشستگی ناکافی، دستگاه اداری هنوز به‌دلیل برنامه مربوط حقوق بازنشستگی برای انتخاب شغل ارجح داده می‌شود. نپال اصلاحات دستگاه اداری را آغاز کرده که پیش‌بینی می‌شود منجر به افزایش تدریجی سطح حقوق و کارآمدتر کردن نیروی کاری بخش عمومی خواهد شد. از این به بعد با این اصلاحات، تأمین حقوق بازنشستگی برای کارمندان تازه استخدام شده براساس سرمایه‌گذاری مشارکت‌های شخصی و خاص خواهد بود. ارائه بیمه اجتماعی سلامت، برای کارمندان حقوق‌بگیر، فرصتی برای تصحیح کسری‌های رایج در تأمین اجتماعی نپال فراهم می‌آورد.

- مدیریت همه مشارکت صندوق آینده‌نگر به‌وسیله مؤسسه‌ای اجرایی برای به حداکثر رساندن جمع‌آوری منابع،

- وارد کردن بیماری‌ها و حوادث شغلی در برنامه آسیب‌های شغلی یا مشارکت‌های جمع‌آوری شده مستخدمین،

- اصلاح کمک‌هزینه‌های زایمان برای رسیدن به استانداردهای سازمان جهانی کار،

- تقویت ساختار تأمین اجتماعی برای وارد کردن مستخدمین در مؤسسه‌ها با

کمتر از ۱۰ نفر.

۴-۸-۱۵ محوره‌های اصلی مورد بحث در بخش سلامت

همان‌طور که ذکر شد، وضعیت سلامت مردم نپال در منطقه در پایین‌ترین سطح است. متوسط عمر در سال ۲۰۰۱ بنا به گزارش سازمان ملل ۵۹/۴ سال برای مردان و ۵۸/۹ سال برای زنان بود. میزان مرگ‌ومیر بالای مادران و الگوهای بیماری و مرگ‌ومیر کودکان بسیار قابل توجه بود. مرگ‌ومیر نوزادان در سال ۲۰۰۲-۲۰۰۱، ۶۶ نفر از هر صد نفر تولد زنده بود درحالی‌که از هر صد هزار مادر، ۵۴۰ نفر می‌میرند. این ارقام کمی بیشتر از اعداد اعلام شده از طریق سازمان بهداشت جهانی و اطلاعات بانک جهانی است اما ثبت حوادث حیاتی خصوصاً در نواحی دوردست ناقص است. متوسط عمر در نپال عمدتاً به دلیل کاهش مرگ‌ومیر نوزادان افزایش یافته اما در سال ۲۰۰۱ میزان مرگ‌ومیر نوزادان هنوز بالا بود. و از هر هزار نوزاد متولد شده ۶۴/۲ می‌مردند. میزان مرگ‌ومیر کودکان زیر پنج سال ۹۱ نفر به ازای هر هزار کودک بود. و از هر صد هزار زایمان، ۵۳۷ مادر فوت می‌کردند. در سال ۲۰۰۰، فقط پرستاری ۱۳/۵ درصد از زایمان‌ها برعهده کارمندان آموزش‌دیده سلامت بود.

براساس اطلاعات به دست آمده از بیمارستان‌ها در سال ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹ پنج علت اصلی مرگ‌ومیر عبارت بود از: ذات‌الریه، بیماری‌های ریوی - قلبی، آنسفالیت/مننژیت، عفونت خون^۱ و اسهال. علت‌های اصلی بیماری در آن سال بیماری‌های پوستی و اسهالی، عفونت‌های حاد تنفسی، کرم‌های روده‌ای، التهاب معده، تب با علت ناشناخته، عفونت گوش، برونشیت مزمن و دردهای شکمی گزارش شد. با توجه به اطلاعات موجود در سال ۱۹۹۶، فقط ۵۹ درصد جمعیت به آب آشامیدنی سالم دسترسی داشتند؛ درحالی‌که ۲۳ درصد جمعیت روستایی و ۷۴ درصد جمعیت شهری امکانات کافی برای از بین بردن فضولات داشتند.

طرح بیمه اجتماعی سلامت باید به مشکلات جدی در سلامت مادر و کودک خصوصاً بارداری‌ها و زایمان‌های مطمئن، تغذیه نوزاد و کودک؛ عفونت‌های تنفسی حاد و اسهال و ایجاد مصونیت، پردازد. بیمه اجتماعی سلامت اساساً باید امکان دستیابی به مراقبت‌های سلامت را بدون موانع مالی فراهم آورد. اما تخصیص برنامه‌ریزی شده درآمدهای بیمه

1. Sopllicemia

سلامت، باید برای تمرکز بر مشکلات خاص سلامت از جمله سرمایه‌گذاری در سطح جامعه در نظر گرفته شود. برای مثال، تخصیص درصد کمی از مشارکت‌ها برای آب سالم و بهداشت عمومی، که معیار جلوگیری از بیماری است، مقرون به صرفه خواهد بود. ابتکار عمل برنامه‌ریزی جامعه برای میسر ساختن چنین سهمی به مطابقت بودجه‌ها با بودجه‌های دولتی محلی کمک می‌کند.

۹-۱۵ محورهای کلیدی نظام سلامت

۹-۱۵-۱ نظام ارائه مراقبت‌های سلامتی

سیاست سلامت ملی که در سال ۱۹۹۱ تنظیم شد، به ایجاد امکانات مراقبت‌های سلامت در سطح اولیه، ثانویه و ثالثیه منجر می‌شد که ارتباط آن از طریق نظام ارجح بود. در پایان سال ۲۰۰۳، ۳۱۷۰ شغل فرعی سلامت، ۷۰۰ شغل سلامت، ۱۰ مرکز سلامت، ۱۸۰ مرکز مراقبت‌های اولیه سلامت و ۱۸۳ بیمارستان در نیپال وجود داشت. در سال‌های اخیر نظام ارائه مراقبت‌های سلامت خصوصی از ۲۶ بیمارستان و آسایشگاه در سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۷ به ۱۰۴ عدد در سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۰ توسعه یافت. وزارت سلامت طرفدار توسعه امکانات سلامت خصوصی است. سیاست حاضر رسیدن به ترکیبی از مراقبت‌های خصوصی و عمومی است که کلینیک‌ها و بیمارستان‌های خصوصی خدمات متداول سلامت عمومی رایگان را مثل واکسیناسیون و تنظیم خانواده، ارائه می‌دهند. امکانات سلامت خصوصی برای فعالیت ضروری است امتیاز لازم را کسب کنند. اما بخش سلامت وزارت سلامت نیپال در حال حاضر در مرحله توسعه استانداردها برای مجوز است. پزشکانی که در بخش سلامت عمومی کار می‌کنند در بسیاری از بیمارستان‌های خصوصی نیز مشغول به کارند.

کمیبود همیشگی کارمند و ضروریات منجر به نارضایتی کلی نسبت به نظام سلامت عمومی شده است. در بسیاری از بخش‌های کشور نیز اعتماد اولیه به شفا دهنده‌های سنتی به عنوان اولین مرحله مراقبت‌ها وجود دارد. در مناطق شهری که حق انتخاب بین ارائه‌دهندگان خصوصی و عمومی وجود دارد؛ مردم با درآمد پایین نظام سلامت عمومی، که ارائه‌دهنده مراقبت با کیفیت پایین با زمان انتظار طولانی است، دریافت می‌کنند.

با توجه به کمبود کلی امکانات مراقبت‌های سلامت در این کشور؛ تلفیق آنها با نظام بیمه اجتماعی توصیه می‌شود. کمبود پول در جمعیت نپال، برای حمایت از بخش بزرگ خصوصی، احتمالاً به تأیید برنامه‌ریزی مربوط به شرایط پرداخت ارائه‌دهندگان کمک می‌کند؛ خصوصاً اگر عوامل ضروری غیرپزشکی (مثل اتاق‌های خصوصی بیمارستان) ممکن باشد هزینه‌های مجاز بیماری از طریق بیمه تکمیلی در مرحله بعدی تحت پوشش قرار داده می‌شود.

۲-۹-۱۵ منابع انسانی

در سال ۲۰۰۰ برای هر ۱۸۴۳۹ نفر، یک پزشک موجود بود که بیش از ۱۲۶۰ پزشک در پایتخت متمرکز بودند. پزشکان در بیمارستان‌ها جمع می‌شوند؛ درحالی‌که کارمندان سلامت در روستاها؛ پرستاران و دستیاران پزشکی در مشاغل فرعی بخش سلامت، پست‌های بهداشتی و مراکز سلامت فعالیت می‌کنند. کارمندان زن داوطلب آموزش‌دیده خدمات اداری مربوط به امور بهداشتی درمانی را ارائه می‌کنند.

با وجود اینکه پیشرفت چشمگیری در نظام ارائه مراقبت‌های عمومی سلامت ایجاد شده است؛ اما چند عامل مرتبط با امکانات کاری کارمندان سلامت، ریسک‌های عمده در توسعه بیمه اجتماعی سلامت تلقی می‌شود. این عوامل عبارت‌اند از:

- حقوق پایین که منجر به ترجیح دادن فعالیت در مناطقی می‌شود که فرصت‌های افزایش درآمد از دیگر منابع بیشتر است،

- استقرار غیرمتعادل همراه با کمبود شدید نیروی انسانی در مناطق روستایی دوردست،

- مهارت‌های ناکافی در سطوح مربوط به امکانات مراقبت‌های اولیه سلامت،

- کمبود فرصت‌های آموزش مداوم،

- کمبود امدادرسانی به مراکز سلامت جامعه با افراد متخصص سطح بالاتر،

- جداسازی و کمبود نظارت متخصصان سطح بالاتر برای کارمندان سلامت در

مراکز بهداشتی درمانی،

- مدیریت ضعیف.

این عوامل باهم ادغام شده و کاملاً به کیفیت مراقبت‌های ارائه شده مرتبط‌اند. اگر

توانایی تولید درآمد اضافی از بیماران از بین برده شود؛ انگیزه کارمندان بیشتر کاهش می‌یابد. برای بیماران بیمه شده؛ پیش‌پرداخت مرتبط با بیمه اجتماعی اساساً نیاز به پرداخت مستقیم به ارائه‌دهندگان خدمت را حذف می‌کند. گرچه، هریک از کارمندان سلامت دیگر مزایای مالی بلاواسطه سازوکار تأمین بودجه را مشاهده می‌کنند، اما بعید به نظر می‌رسد که در جهت موفقیت یا حتی تأیید کمکی کنند. ممکن است به بیماران در شرایط غیردوستانه مراقبت‌های کمی داده شود. بیمه اجتماعی سلامت؛ محدودیت مزایا را نیز لازم می‌داند، برای مثال، محدود کردن داروها در فهرست داروهای ضروری و مناسب لازم است. مخالفت کارمندان سلامت با طرح بیمه سلامت موجب نپذیرفتن کیفیت مزایا شده و تلاش می‌کنند تا بیماران را برای خرید خدمات خارج از مزایا وادار سازند. طرح بیمه اجتماعی سلامت با این عوامل سروکار دارد. شرایط دشوار خواهد بود، اما احتمالاً برای اجرای بیمه اجتماعی سلامت اجباری و اختیاری با هر نوع معیار مهم و قابل دوامی ضروری خواهد بود.

۳-۹-۱۵ عوامل فرهنگی

همان‌طور که انتظار می‌رفت دانش کمی درباره تأمین اجتماعی؛ بیمه سلامت یا هر نوع بیمه دیگری در نپال وجود دارد. در جامعه سازوکارهای هم‌بستگی اجتماعی غیررسمی مثل کمک به پرداخت برای مراسم تدفین، وجود دارد. اما این موارد محدود به جوامع خیلی کوچک و قومی است. واقعیت اینکه بیش از شصت گروه نژادی در نپال با رفتارهای متفاوت مربوط به سلامت، دانش و انتظارات مختلف درباره مراقبت‌های سلامت وجود دارد. موارد دشوارتر؛ عدم اطمینان کنونی به خدمات عمومی و نگرانی درباره عملکرد دولت است. احتمالاً، در بخش رسمی مالکان و مدیران شرکت‌های خصوصی و مؤسسات تجاری بیشتر از کمک‌های منظم برای مزایای آتی بودجه‌ای، که خارج از چارچوب دولت است، حمایت می‌کنند. این امر درگیری‌هایی برای سازمان‌های اجرایی و مؤسسات تأمین مالی در توسعه بیمه اجتماعی سلامت اختیاری و اجباری ایجاد می‌کند.

۴-۹-۱۵ حوادث مربوط به وسایل نقلیه موتوری

درمان و توان‌بخشی آسیب‌های ناشی از حوادث وسایل نقلیه موتوری عموماً با بیمه

اجتماعی سلامت پوشش داده نمی‌شود. در بیشتر کشورها؛ هزینه‌های چنین مراقبت‌هایی با بیمه وسایل نقلیه موتوری پوشش داده می‌شود. آسیب‌های حوادث وسایل نقلیه موتوری ممکن است دلیل اصلی برای به‌کارگیری مراقبت‌های سلامت باشد. با نبود چنین بیمه‌ای و برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت؛ افرادی که اخیراً تحت پوشش بیمه قرار می‌گرفتند انتظار دارند در صورت بروز حوادث پوشش داده شوند؛ درحالی‌که هزینه‌ها ممکن است فشار بسیاری بر برنامه جدید ایجاد کند. با وجودی که از حمل‌ونقل موتوری در بسیاری از مناطق کشور ممانعت به‌عمل می‌آید اما تعداد حوادث جاده‌ای و آسیب‌های مربوطه در نپال رو به افزایش است. در حال حاضر بیمه اجباری وسایل نقلیه موتوری در نپال وجود ندارد. علی‌رغم رشد صنعت بیمه تجاری در نپال؛ بعید است که بیمه اجباری از جمله مراقبت‌های پزشکی برای قربانیان انواع وسایل نقلیه در چند سال آتی اجرا شود. به‌نظر می‌رسد استقبال خوبی از استفاده اجباری کلاه ایمنی به‌وسیله موتورسواران در نپال شده باشد. در صورت وقوع حادثه و آسیب شخصی، عملکرد رایج برای راننده وسیله نقلیه است که به‌منظور جبران خسارت برای مراقبت‌های پزشکی به قربانی مزایای نقدی بپردازد یا در صورت مرگ آن مزایا را به خانواده قربانی پرداخت کند. این عملکرد احتمال حوادث بزن و دررو^۱ و حتی آسیب‌های افزوده که منجر به مرگ قربانی می‌شود را افزایش می‌دهد.

از مشکلاتی که برای بیمه اجتماعی سلامت در نپال وجود دارد آن است که این برنامه‌ها باید آسیب‌های مربوط به حوادث ترافیک را پوشش دهند؛ حداقل تا جانشین‌ها بتوانند از طریق بیمه بخش تجاری ارائه شوند. تأمین بودجه نباید فقط وابسته به کمک‌های بیمه اجتماعی سلامت باشد بلکه باید از بودجه‌های خاصی که ممکن است برای این هدف‌ها ایجاد شود نیز تأمین شود.

۵-۹-۱۵ حمل‌ونقل

هزینه حمل‌ونقل و هزینه‌های غیرمستقیم بستری شدن در بیمارستان موانعی برای پذیرش بیماران بستری ایجاد می‌کند. هزینه‌های حمل‌ونقل مانع افزوده مالی خصوصاً

برای روستائینی که به بیمارستان‌های شهر و استان انتقال داده می‌شوند محسوب می‌شود. مشکل بیمه اجتماعی سلامت آن است که حمل‌ونقل باید به مزایای برنامه‌های جدید بیمه سلامت در مناطق منتخب افزوده شود. برای وارد کردن چنین بیمه‌ای باید از روش‌هایی، که نیاز به بازپرداخت بیماران دارد؛ جلوگیری شود اما باید به‌منظور یافتن روش‌هایی برای قرارداد با ارائه‌دهندگان حمل‌ونقل تلاش کرد.

۱۰-۱۵ اهداف بیمه اجتماعی سلامت

تشخیص اهداف چندگانه ایجاد بیمه اجتماعی سلامت در نپال امری ضروری است. این روش می‌تواند به تأمین بودجه اضافی برای نظام مراقبت‌های سلامت از طریق کمک‌های قابل توجه و در دسترس به خانواده‌ها صورت پذیرد. بنابراین، ممکن است حمایت اجتماعی ایجاد کند و ریسک فقر را، به دلیل هزینه‌های بالا و غیرقابل پیش‌بینی مراقبت‌های سلامت، کاهش دهد. در همان زمان طرح بیمه قابل اعتماد سلامت اجتماعی ممکن است درآمدهای اضافی را به سستی هدایت کند و جمعیت بیمه شده را به یافتن مراقبت‌ها در مرحله اولیه تشویق کند. علاوه بر استفاده از خدمات و تدارکات غیرضروری سلامت ممکن است کیفیت مراقبت‌های سلامت را بهبود بخشد و امکان ارائه مراقبت‌های مناسب را برای برآورده ساختن نیازهای در حال تغییر فراهم آورد. به‌علاوه، وارد کردن مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت در مزایای بیمه اجتماعی سلامت، از جمله آنهایی که به مردم و افراد کمک کرده‌اند، ممکن است کمک قابل توجهی به پیشگیری از بیماری و ناتوانی و تبلیغ سلامت کند.

بنابراین هدف‌های بیمه اجتماعی سلامت در نپال به شرح ذیل خلاصه می‌شود:

- سازوکار تأمین مالی پایدار،

- ارتقای عدالت و کاهش فقر،

عدالت در دستیابی به مراقبت‌های سلامت برای همه افراد جامعه از طریق گسترش بیمه سلامت و با سازوکارهای کمک‌کننده که در آنها پرداخت براساس امکانات مالی و استفاده براساس نیاز افراد است، موجب افزایش حمایت‌های اجتماعی به افرادی می‌شود که قادر به پاسخ مالی پوشش‌های بیمه‌ای نیستند.

- هزینه‌های منطقی هر خانواده،

پیش‌پرداخت منظم قابل پرداخت به جای پرداخت‌های پیش‌بینی نشدنی در هنگام بیماری با پوشش تمام اعضای خانواده و با توجه به حقوق بیمه شده و بدون در نظر گرفتن جنسیت و سن هریک از اعضای خانواده که منجر به جلوگیری از فقر ناشی از پرداخت مراقبت‌های سلامت می‌شود.

- تغییر در رفتارهای سلامتی از طریق تشویق مشاوره اولیه و بررسی و افزایش کاربرد خدمات پیشگیری سلامت،

- توسعه نظام سلامت،

اداره کارآمد با در نظر گرفتن تشخیص تمام افراد بیمه شده؛ جمع‌آوری مشارکت‌ها و به‌کارگیری مزایا. به‌کارگیری ارائه نظام‌های پرداخت مناسب که امکان برنامه‌ریزی مؤثر خدمات را فراهم می‌کند تا نیازهای فعلی و متغیر افراد بیمه شده را برآورده سازد.

- بهبود کیفیت مراقبت‌ها از طریق برنامه‌های بیمه کیفیت،

- ایجاد اطمینان به نظام ارائه رسمی مراقبت‌های بهداشتی درمانی،

- افزایش رضایت بیماران و ارائه‌دهندگان خدمات.

۱۱-۱۵ هدف پوشش بیمه اجتماعی سلامت

هدف بیمه اجتماعی سلامت رسیدن به پوشش همگانی در مدت زمانی قابل قبول است. این دوره زمانی بین ده تا دوازده سال بسته به رشد اقتصاد و مشاغل رسمی و نیز توسعه مؤسسات ملی - محلی برای موفقیت در بیمه اجتماعی سلامت است. دیدگاه توسعه باید از طریق ایجاد انواع برنامه‌ریزی‌های مختلف برای بخش‌های متفاوت جمعیت باشد. این دیدگاه چندجانبه نیال شامل موارد زیر است:

- بیمه اجتماعی سلامت اجباری از طریق چارچوب تأمین اجتماعی برای کارمندان حقوق‌بگیر بخش خصوصی، عمومی و وابستگان آنها. بیمه سلامت کارمندان باید دربرگیرنده آسیب‌ها و بیماری‌های شغلی و نیز غیرشغلی باشد. در آینده، بیمه اجتماعی سلامت برای این بخش اجرا می‌شود؛ اما جایگزین بیمه تجاری سلامت (استفاده از مزایا) برای مؤسسات یا افراد خواستار خرید بیمه تکمیلی برای استفاده از مزایای ضروری غیرپزشکی نمی‌شود.

- بیمه اختیاری از طریق توسعه برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت جامعه‌محور (مبتنی بر جامعه) پیشنهاد شده از سوی شرکای مختلف، سازمان‌های غیردولتی ملی در مرحله آغازین و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت برای خانواده‌های کارمندان غیرحقوق‌بگیر که می‌توانند حق بیمه خود را به‌طور منظم پرداخت کنند. بیمه اجتماعی سلامت برای این افراد باید شامل تمام اعضای خانواده باشد.

- مساعدت اجتماعی با به‌کارگیری بودجه‌های دولتی برای خرید بیمه سلامت برای افراد فقیر و به لحاظ غیراقتصادی فعال.

همه برنامه‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه باید صرف‌نظر از حمایت‌های مالی ازطرف قانونگذار تأیید شود تا امکان ایجاد شبکه‌ای از برنامه‌ها را در پی اصول اصلی فراهم سازد و ادغام برنامه‌های نهایی را در نظر داشته باشد تا جمع‌آوری ریسک را افزایش دهد و قابلیت انتقال بین برنامه‌ها را فراهم سازد. برنامه‌های اجباری و اختیاری باید به‌طور موازی با حداکثر شباهت در طرح، خصوصاً با در نظر گرفتن مزایا و نظام‌های پرداخت ارائه‌دهنده توسعه داده شود.

بیمه سلامت برای بخش رسمی یا سازمان‌یافته باید بخشی از نظام تأمین اجتماعی گسترده باشد که در مرحله اول فقط افراد مسن را تحت پوشش قرار می‌دهد (بودجه آینده‌نگر). نظام تأمین اجتماعی اجباری باید در افراد مسن مراقبت‌های سلامتی از جمله مراقبت‌های حوادث، بیماری‌های شغلی و غیرشغلی؛ کارمندان و وابستگان آنها؛ مزایای بارداری؛ معلولیت و کمک‌هزینه فوت را پوشش دهد. باید تلاش‌هایی برای پوشش کارمندان حقوق‌بگیر مؤسسات با کمتر از ۱۰ کارمند بین دو تا سه سال انجام شود.

کارمندان حقوق‌بگیر بخش خصوصی و عمومی در مرحله موقتی برای پیوستن به طرح‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه به‌طور داوطلبانه تشویق می‌شوند، درحالی‌که نظام بخش رسمی توسعه داده می‌شود. این موضوع به مناطق روستایی نیز مرتبط و پیشنهاد می‌شود؛ و در میان کارمندان سلامت عمومی و نیز کارمندان دولت و معلمان تشویق می‌شود.

مقدمات موقتی بخش خصوصی شامل قراردادهایی بین مؤسسات بزرگ و بیمارستان‌های خاص است. همان‌طور که به‌وسیله واحد تأمین مالی و اقتصاد سلامت برای کارخانه‌های کف در براتناکار پیشنهاد شده بود. وقتی چنین توافقی‌هایی اختیاری باشد و براساس

قانونگذاری نباشد، کارفرمایان تشویق به ثبت‌نام همه کارمندان و پوشش وابستگان آنها می‌شوند. گرچه حقوق‌های کنونی کارمندان پایین است، این قراردادها باید شامل سهم مشخص کارمندان و سهم قابل تأیید کارفرما باشد. اگر قرار است این توافق آزمایشی برای بیمه اجتماعی سلامت در چارچوب تأمین اجتماعی باشد، ماهیت حق بیمه و مشارکت‌ها ضروری است. این قراردادها باید خدمات سلامت تحت پوشش را مشخص سازد که شامل مراقبت‌های اولیه ارائه شده از طریق قرارداد بیمارستان‌ها و نیز مراقبت‌های بیماران بستری و سرپایی بیمارستانی است.

۱-۱۱-۱۵ تفاوت‌های عمده بین برنامه‌های اجباری و اختیاری

نوع و سطح مشارکت‌ها، مدیریت برنامه‌ها و اولویت با توجه به گسترش پوشش خواهد بود. شباهت‌ها باید ادغام احتمالی برنامه‌ها را در جهت جمع‌آوری وسیع‌تر در بین بخش‌ها در چارچوب جامعه و تأمین اجتماعی، تسهیل سازد، تا کل جمعیت را ابتدا در سطح منطقه و نهایتاً در سطح ملی پوشش دهد. طی دوره گسترش پوشش، امید است که بخش رسمی افراد حقوق‌بگیر رشد کند؛ درحالی‌که بخش قابل توجهی از بخش غیررسمی باید به بخش رسمی خویش‌فرما با شرکت‌های ثبت شده تغییر داده شود. پس بیمه اجتماعی سلامت اجباری برای تمام گروه‌های جامعه در نظر گرفته می‌شود.

این دیدگاه از اصل ۱۰۲ سازمان جهانی کار گرفته شده است که در آن انواع خدمات مراقبت‌های پزشکی، ویژگی‌ها و هدف‌های ضروری، افراد تحت پوشش، ماهیت و میزان مراقبت‌های پزشکی، شرایط حق و حقوق، تأمین مالی مراقبت‌های پزشکی، سهم مشارکت افراد بیمه شده، سازمان تنظیم خدمات مراقبت‌های پزشکی، استانداردهای مهارت و دانش تخصصی و اداره خدمات مراقبت‌های پزشکی را پوشش می‌دهد.

به‌علاوه، دیدگاه پیشنهاد شده در این برنامه همه‌جانبه نیز از قطعنامه اخیر دفتر منطقه آسیای جنوب شرقی سازمان بهداشت جهانی^۱ مصوب سپتامبر ۲۰۰۳ حمایت می‌کند. اصل دوم، اعضای ایالتی را وادار می‌کند که بیمه اجتماعی سلامت را به‌عنوان یک انتخاب برای تأمین مالی مراقبت‌های سلامت کشورهایی که هنوز آن را به‌عنوان

معیار ملی نپذیرفته‌اند پیش‌بینی کند. ارزیابی‌های پیشنهادی برای پوشش تمام گروه‌های جامعه بحث‌ها و پیشنهاد‌های فنی مطرح می‌سازد که منجر به انتخاب قطعنامه از سوی تمام اعضای منطقه از جمله نیال شد.

جدول ۱-۱۵ عملکردها و محدوده زمانی برای پوشش گروه‌های جامعه

گروه‌های جامعه	سازوکار/عملکرد	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶-۲۰۰۸	۲۰۰۹-۲۰۱۲
برنامه اجباری برای بخش کار رسمی	توسعه قانونگذاری؛ اصلاح قوانین موجود و ایجاد ساختار اجرایی	کمیسیون برنامه ملی برای تنظیم، کمیسیون حق وزارتی نصب، تنظیم پیش‌نویس قانون، جست‌وجوی کابینه، تصویب و قانونگذاری	توسعه اجرا، ساختار و رهبری، فعالیت‌های آموزش و آگاهی	ارائه مزایا به مناطق انتخاب شده با توجه به نیروی کار	گسترش به همه شرکت‌ها در کشور
برنامه اختیاری بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه	گسترش برنامه‌های موجود، طرح‌های جدید از طریق اعتباربخشی، پذیرش محدود و اختیاری کارمندان رسمی در بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه	گسترش برنامه‌های بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه	توسعه برنامه‌های بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه؛ مانند مناطق شهری	رسیدن پوشش ۸۰ درصدی در ۵ تا ۱۰ منطقه و رسیدن به پوشش ۵۰ درصدی در یک تا دو ناحیه	ادغام برنامه‌ها در سطح منطقه و سپس در سطح ناحیه
افراد فقیر و جمعیت فعال غیراقتصادی	شناسایی صندوق‌های حمایت‌های	شروع یک تا دو طرح با استفاده از	توسعه استفاده از صندوق عدالت برای	ایجاد تغییر از صندوق مساعدت	گذاردن قانون تأمین مالی دولتی از

جدول ۱-۱۵ عملکردها و محدوده زمانی برای پوشش گروه‌های جامعه

گروه‌های جامعه	سازوکار/عملکرد	۲۰۰۴	۲۰۰۵	۲۰۰۶-۲۰۰۸	۲۰۰۹-۲۰۱۲
	اجتماعی	صندوق مساعدت اجتماعی برای یارانه دادن به تمام خانواده‌های کشور، خرید کارت برای خانواده‌های آسیب‌پذیر	بیمه اجتماعی سلامت با توجه به تجربیات	اجتماعی به بودجه دولت برای بیمه سلامت افراد فقیر	طریق قانون تأمین بودجه سلامت برای افراد فقیر
پوشش همگانی (به عنوان هدف)	تضمین طرح هماهنگ از طریق شبکه، طرحی برای ادغام نهایی برنامه‌ها	کنترل؛ سازگار کردن و ایجاد قوانین شبکه	کنترل و توسعه شبکه	تنظیم قانون برای پوشش همگانی اجباری	قانونگذاری

۱۲-۱۵ پیشنهادهایی درباره بهترین طرح

۱۲-۱۵-۱ مزایا

برنامه بیمه اجتماعی سلامت طیف وسیعی از مزایای مراقبت‌های سلامت از جمله مراقبت‌های اولیه سلامت جامعه و مراقبت‌های بیماران بستری و سرپایی بیمارستانی را پیشنهاد می‌کند. این دیدگاه پیشنهاد می‌شود تا مزایای محدود و اساسی یا حداقل بسته مزایا را مشخص سازد. مراقبت‌ها به خدمات قابل دسترس در منطقه و ناحیه محدود می‌شود؛ یعنی، ارجاع به خدمات در سطح ملی یا مرکزی در مرحله نخستین نادیده گرفته می‌شود و در مرحله بعدی وارد می‌شود. مزایای مراقبت‌های سلامت باید برای بخش حقوق‌بگیر کاری و وابستگان یکسان باشد و با مؤسسه اجرایی مناسبی مثل صندوق ملی تأمین اجتماعی و افراد تحت پوشش برنامه‌های طرح‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه پوشش داده شود. مزایای مراقبت‌های سلامت باید خدمات پیشگیری، درمانی و توان‌بخشی را پوشش

دهد. با اینکه خدمات پیشگیری تحت پوشش بیمه سلامت به جای آنکه عمومی باشد غالباً خصوصی است، اما درآمدهای بیمه سلامت باید به منظور فعالیت‌های کنترل و تشخیص به موقع بیماری و نیز تبلیغ سلامت از طریق آموزش یا وسایل دیگر برای مزایای افراد بیمه شده و بیمه نشده در جمعیت هدف در دسترس باشد.

داروهای تجویز شده باید محدود به لیست فارماکوپه ملی باشد و در مرکز بهداشت و در بیمارستان‌ها موجود باشد. سازوکار وارد کردن داروهای جدید و خدمات تشخیصی، که از مزایای بیمه سلامت است، باید با تمدید سالیانه بیمه سلامت و واحد اجرایی در وزارت بهداشت تنظیم شود.

مراقبت‌های خانواده باید برای جلوگیری از مراقبت‌های بیمارستانی بلندمدت برای بیمارانی که عمدتاً خدمات پرستاری نیاز دارند به حساب آورده شوند. نباید شامل مراقبت‌های توان بخشی طولانی مدت باشد که ممکن است از طریق حق بیمه‌های اضافی در مرحله بعدی نیاز به تأمین بودجه داشته باشد.

پیشنهاد می‌شود مواردی که عموماً نادیده گرفته می‌شود، مثل تشخیص و درمان شرایط سلامت ذهنی و عفونت‌هایی که به صورت جنسی منتقل می‌شود؛ به وسیله بیمه سلامت اجتماعی در نیال پوشش داده شود. پیشگیری، تشخیص و درمان ایدز و سل در حال حاضر از طریق وزارت بهداشت پوشش داده می‌شود. برای جلوگیری از تکرار و نیز خلأ خدمات، تأمین مالی مالاریا، سل و ایدز و دیگر برنامه‌های مربوط به بیماری‌های تأمین مالی شده از جمله بازیابی سلامت، در جهت ارائه دهندگان هدایت می‌شود تا شرایط جامع مراقبت‌های لازم را تکمیل کند. برای مثال اگر صندوق‌های مراقبت‌های خانواده در دسترس بیماران ایدز باشد؛ این صندوق‌ها باید به سوی بیماران بیمه شده تحت پوشش و نیز بیمه نشده هدایت شود. این مورد شامل خدمات واکسیناسیون برای کودکانی می‌شود که اخیراً به وسیله وزارت بهداشت و شرکای توسعه تأمین مالی شده‌اند. همکاری بین بیمه اجتماعی سلامت و برنامه‌های بیماری‌های تأمین مالی شده به وسیله دیگر منابع برای حصول اطمینان از اینکه بیمه اجتماعی سلامت جایگزین منابع مالی دولتی نمی‌شود، اما آن را کامل می‌کند؛ ضروری است.

در این مرحله پیشنهاد می‌شود که درمان آسیب‌های ایجاد شده در تمام حوادث

بخش سوم رویکرد موجود در بیمه‌های سلامتی مبتنی بر جامعه ۲۳۳

پوشش داده شود. در مرحله بعد وقتی بیمه وسایل نقلیه موتوری مناسب توسعه داده شود، در پوشش حوادث ترافیک یا وسایل نقلیه موتوری ممکن است تجدیدنظر صورت پذیرد. برای تحت پوشش قرار دادن مراقبت‌های دندان‌پزشکی باید پس از آنکه اطلاعات بیشتری درباره تأمین دندانپزشک‌های با صلاحیت و تجهیزات دندان‌پزشکی به‌دست آمد به تعویق افتد.

علاوه بر مزایای مراقبت‌های سلامت، مزایای نقدی باید با توجه به شرایط محلی منظور شود، از جمله:

- پرداخت برای حمل‌ونقل به بیمارستان ارجاعی ترجیحاً به‌طور مستقیم طبق تعرفه‌هایی که در قرارداد تعیین شده به ارائه‌دهنده حمل‌ونقل پرداخت شود.

- مزایای نقدی مربوط به زایمان که به‌منظور تکمیل پروتکل امنیت مادران صورت می‌گیرد.

- کمک‌هزینه نقدی کفن‌و‌دفن در طرح‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه در صورت مرگ شخص بیمه شده.

مزایای فوق نباید با توجه به میزان یا هزینه‌های مراقبت‌های سلامت مورد نیاز یا مورد استفاده فرد یا خانواده بیمه شده محدود شود. ممکن است محدودیت‌های زمانی مثل حداکثر ۴۵ روز مراقبت بیمارستانی بیماران بستری در یک سال در نظر گرفته شود. این مزایا در جدول زیر خلاصه می‌شود.

جدول ۲-۱۵ مزایای بیمه اجتماعی سلامت

۱	خدمات پزشکی: مشاوره، معاینه، تأثیر درمان
۲	خدمات پیشگیری، درمان، توان‌بخشی
۳	خدمات تشخیصی درمانی
۴	خدمات اولیه، ثانویه و ثالثیه
۵	سطوح محلی، منطقه‌ای و ناحیه‌ای، سطح ملی پس از دو تا سه سال
۶	مراقبت‌های بیمارستانی بیماران بستری و سرپایی و مراقبت‌های خانواده
۷	داروها و ذخایر دارویی: داروهای تجویز شده در فهرست فارماکوپه ملی متناسب با داروهای قدیمی تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت

جدول ۲-۱۵ مزایای بیمه اجتماعی سلامت

۸	خون و فراورده‌های خونی
۹	پزشکی: مانند سرنگ و فیلم اشعه ایکس
۱۰	وسایل مرتبط با جراحی مثل لنزهای پس از جراحی آب مروارید (با توجه به فهرست مشخصی که به‌طور منظم روزآمد شده باشد)
۱۱	مراقبت‌های دندان‌پزشکی: مراقبت‌های پیشگیری؛ پر کردن و کشیدن؛ دندان مصنوعی (در مرحله بعد)
۱۲	مزایای نقدی برای کمک‌هزینه کفن‌و‌دفن؛ زایمان؛ حوادث خاص به‌عنوان مزایا برای خدمات حمل‌ونقل به بیمارستان ارجاعی در جایی که مناسب است.

۲-۱۲-۱۵ سهمیه حق بیمه‌ها

۱-۲-۱۵ درصد حقوق طرح اجباری برای بخش کار رسمی

برای مستخدمین رسمی تحت پوشش نظام ملی تأمین اجتماعی، حق بیمه‌های ماهیانه باید در قالب درصدی از حقوق آنها باشد تا بین کارفرما و کارگر حقوق‌بگیر (با حداقل ۵۰ درصد سهم کارفرما) تقسیم شود. میزان حق بیمه باید با توجه به تغییرات وسیع‌تر تأمین اجتماعی و تغییرات شرایط خدمات شهری و اصلاحات مستمری در نظر گرفته شود. میزان واقعی، مبنای سهمیه و سقف آن باید با توجه به شرایط رایج دستمزد تعیین شود. همان‌طور که سهم بین کارفرما و کارمند باید در قانون مشخص شود. نرخ واقعی حق بیمه نیز باید در مقررات آورده شود. سهم کارفرمایان باید به‌وسیله قانون (قانون پرداخت اضافی) و با عملکرد (حق بیمه یک ماه حقوق اضافی برای پوشش چنین هزینه‌هایی)؛ جایگزین روش‌های کنونی پوشش هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی کارمندان شود. قانون همچنین باید فرایند تغییرات میزان حق بیمه‌ها را مشخص و از تغییرات متعدد جلوگیری کند.

افزایش حقوق کارمندان دولت به‌منظور جبران هر نوع کسری بیمه اجتماعی سلامت از دستمزدهای پایین ضروری است.

همان‌طور که ارائه عناصر کمکی به بودجه مراقبت‌های سلامت برای کارمندان دولت مهم است. تأمین بودجه کردن فقط با کارفرما (دولت) ارجح است؛ این احتمال وجود دارد که مستخدمین هر دو بخش عمومی و خصوصی با بیمه اجتماعی سلامت

به دلیل از دست رفتن مزایای نقدی مخالفت کنند. این حق بیمه‌ها باید با دیگر سهم‌های شعبه‌های مختلف تأمین اجتماعی به منظور کسب کارایی اجرایی و درآمدهای یکسان کارمندان تحت پوشش جمع‌آوری شود.

مزایای کوتاه‌مدت (مراقبت‌های سلامت برای کارمندان و وابستگان) احتمالاً برای کارمندان جوان‌تر جالب خواهد بود، چرا که علاقه چندانی به پرداخت بیمه طولانی‌مدت بازنشستگی ندارند. مزایای زایمان به مراقبت‌های سلامت افزوده می‌شود، به شرط اینکه حق بیمه نقدی (به عنوان جایگزین درآمد) برای کارمندان زن اضافه شود.

۲-۱۲-۱۵ میزان حق بیمه ثابت برای طرح‌های اختیاری مبتنی بر جامعه

برای افرادی که از طریق طرح‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه یا برای سلامت خود تحت پوشش بیمه اختیاری قرار می‌گیرند، حق بیمه‌های ثابت توصیه می‌شود. مناسب‌ترین میزان حق بیمه‌ها باید معادل حدوداً ۴ درصد درآمد خانوار با مقدار یکسان برای تمام خانواده‌ها با برنامه یکسان باشد؛ یعنی ارزیابی درآمد افراد خانواده یا دارایی بخش کاری غیرحقوق‌بگیر نباید به منظور تعیین سطح حق بیمه برنامه بیمه اجتماعی سلامت در نظر گرفته شود.

مقدار این مبلغ با توجه به تعداد خانواده‌ها تعیین می‌شود با این اطمینان که خانواده‌های بزرگ از عضویت ناامید نشوند.

در فقیرترین بخش نیال، تعیین حق بیمه با ۴ درصد درآمد خانواده بسیار مشکل است. هزینه کنونی سالیانه پرداخت از جیب کمتر از ۴ درصد به نظر می‌رسد. خصوصاً برای افراد فقیر شهری لازم است توضیح داده شود که مبلغ درخواستی به عنوان پیش‌پرداخت بیش از آنچه قبلاً خرج شده نیست، اما امکان مراقبت‌های با کیفیت بالا را بدون وجود فشار و ریسک پرداخت مبالغ بالا و پیش‌بینی نشدنی در هنگام استفاده فراهم می‌آورد. پیشنهادهای زیر در حق بیمه طرح‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه ارائه می‌شود.

- مبلغ تعیین شده باید برای اکثریت جمعیت قابل پرداخت باشد.

- حق بیمه‌ها باید برای خانواده‌ها از جمله همه اعضای خانواده در نظر گرفته شود.

- باید به خانواده‌های پرجمعیت (بالای هفت نفر) تخفیف داده شود. کسری درآمدهای

ناشی از این تخفیف‌ها با پرداخت مستمر جبران شود.

- به‌عنوان راه‌حلی دیگر؛ نرخ ثابتی برای خانوارهای مجرد، خانواده‌های استاندارد تا شش نفر؛ خانواده‌های پرجمعیت شش نفره و خانواده‌های خیلی پرجمعیت با بیش از هشت نفر در نظر گرفته شود.

- پرداخت حق بیمه‌های پیش‌پرداختی با پوشش سه‌ماهه باید برای دو سال اول اجرا شود یا حداقل تا زمانی که سازوکار جمع‌آوری کافی ماهیانه توسعه داده شود ادامه پیدا کند. - افزایش سطح حق بیمه‌ها باید به حداکثر یک تغییر در دو تا سه سال محدود شود، مگر اینکه مزایایی برای توجیه تغییرات اضافه شود.

- پرداخت حق بیمه باید در سال اول به ۸۵ درصد و تا پایان سال دوم به ۹۵ درصد برسد؛ قوانین محکمی در ارتباط با بازپرداخت‌های سنگین برای افرادی که حق بیمه را نپرداخته‌اند باید در نظر گرفته شود.

۳-۱۲-۱۵ روش‌های ثبت‌نام و جمع‌آوری حق بیمه‌ها

توصیه می‌شود که ثبت‌نام در طرح‌های بیمه‌های اجتماعی سلامت جامعه در تمام مدت سال امکان‌پذیر باشد. امکان ثبت‌نام ماهیانه یا مداوم در مراکز سلامت طرف قرارداد یا در مراکز دیگر ممکن است در نظر گرفته شود. درآمدهای ناشی از حق بیمه نقدی به اداره باید سریع (یک روزه) به دفتر بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه منتقل شود. در مراکزی که امکانات برای ثبت‌نام و انجام دادن فعالیت‌های مربوط به جمع‌آوری حق بیمه‌ها وجود دارد می‌توان با صندوق‌های بیمه قرارداد منعقد کرد.

هر طرح بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه نیاز به بررسی فرصت‌های جمع‌آوری حق بیمه‌ها دارد. خدمات تجاری یا عمومی فعلی (مثل خدمات پستی) که حق بیمه سلامت را به شیوه منظمی جمع‌آوری می‌کنند باید در هر منطقه مشخص شوند.

۴-۱۲-۱۵ پرداخت‌های مشارکتی^۱

توصیه می‌شود طرح‌های اجباری و اختیاری در زمان استفاده، پرداخت‌های مشارکتی را به‌کار نگیرند. باید هر تلاشی انجام شود تا بتوان شرح داد که پیش‌پرداخت درواقع

1. Copayment

هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های زمان استفاده را پوشش نمی‌دهد. مهم است که سطوح خیلی پایین بهره‌برداری کنونی مشخص شود. پرداخت خدمات یا شرایط خارج از فهرست مزایا و طبقه‌بندی شده‌ای که به لحاظ پزشکی ضروری نیست ممکن است مورد درخواست ارائه‌دهندگان باشد. نوعاً چنین خدماتی در بیمارستان‌های مرکزی در دسترس هستند و شامل موارد مرتبط با اتاق خصوصی است. این شرایط و فهرست خدماتی که پرداخت آنها مورد درخواست است باید به‌وسیله افراد بیمه شده تأیید شود.

۱۳-۱۵ پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت

پیشنهاد می‌شود که به‌عنوان سازوکار پرداخت ارائه‌دهنده تاحدامکان از سازوکار پرداخت سرانه برای تمام خدمات از جمله مزایای بیمه سلامت در سطح مراقبت‌های اولیه و ثانویه استفاده شود. بیمارستان‌های ارجاعی ممکن است با بیمارستان ناحیه یا مرکزی به‌منظور نیازهای مراقبت‌های درجه سه قرارداد ببندند. در این روش امتیازاتی برای تمام شرکت‌کنندگان در بیمه اجتماعی سلامت وجود دارد:

- برای خود برنامه، سرانه مبنایی برای پیش‌بینی مزایاست. ازسویی، اداره امور آسان است؛ چرا که، پرداخت به ارائه‌دهندگان در فواصل منظم براساس تعداد افراد ثبت‌نام شده در برنامه و بر مبنای مدت زمان پرداخت بیمه انجام می‌شود. این موضوع خصوصاً زمانی مهم است که قابلیت اجرایی برای کنترل هزینه‌ها محدود است. درحالی‌که تقاضای بررسی حمایت از پرداخت وجود ندارد، نیاز به بررسی حمایت از مذاکرات با در نظر گرفتن تغییرات میزان مالیات سرانه وجود دارد.

- سرانه برای ارائه‌دهنده به معنای درآمد قابل پیش‌بینی است که برنامه‌ریزی بودجه‌ها و تخصیص منابع بهتر را تسهیل می‌سازد. اداره امور با انتقال منظم بین بودجه و ارائه‌دهنده ساده است. بیماران باید دلیل استحقاق مزایای بیمه سلامت را به‌جای قابل دسترس بودن مزایای نقدی برای پرداخت مراقبت‌ها نشان دهند. وقتی نرخ تملک بیمارستان ارائه‌دهنده پایین است، امتیازات روشنی برای درآمد تضمین شده به‌منظور تهیه خدمات با هزینه‌های فزاینده فرعی وجود دارد.

- برای جمعیت بیمه شده؛ سرانه به معنای آن است که نیازی به سرمایه‌گذاری اولیه

بودجه‌ها وجود ندارد در برنامه‌ها اگرچه فرصت واقعی برای انتخاب ارائه‌دهنده مراقبت‌های سلامت (مرکز سلامت و بیمارستان ارجاعی) وجود ندارد، اما سرانه اطمینانی برای رضایت بیمار ایجاد می‌کند. همه برنامه‌ها باید به افراد بیمه شده بفهمانند که برای آنها بیان رضایت و گزارش نارضایتی مهم است. ارائه‌دهندگان می‌خواهند بدانند که رضایت از خدمات آنها با توجه به شاخص‌های قابل قبول کنترل می‌شود. نقاط ضعف روش پرداخت سرانه نیز قابل تأیید است، از جمله آنکه پس از مدت زمان نسبتاً طولانی هزینه‌های مصرف‌کننده افزایش می‌یابد، چرا که، ارائه‌دهندگان در پی حفظ درآمدهای سرانه بیماران تحت حمایت هستند، یعنی آنها تلاش می‌کنند تا خدمات به بیماران بیمه شده را محدود سازند. به‌عنوان ریسک نه‌چندان مهم، برخی هزینه‌های مصرف‌کنندگان در نپال در حال حاضر پایین‌تر از هزینه‌های رایج است، اما ارزش مقادیر قابل پیش‌بینی از طریق سرانه، خصوصاً با توجه به نرخ اندک رایج سکونت در بیمارستان‌ها، باید در نظر گرفته شود.

اگر ارائه‌دهندگان احساس کنند که به لحاظ مالی برای ارائه خدمات بیشتر پاداشی به آنها داده نمی‌شود؛ احتمال استفاده کمتر وجود دارد. بنابراین، کاربرد واقعی فرایندهای اصلی و خدمات باید به‌وسیله نظام ساده کیفیت براساس اطلاعات موجود و فرایندهای مورد بررسی کنترل شود. هزینه پردازش اطلاعات ممکن است در مقایسه با ریسک بالقوه هزینه‌های کنترل نشده در نظام کارانه یا حتی نظام پرداخت موردی در نظر گرفته شود که در آن ارائه‌دهندگان تقاضای خدمات غیرضروری می‌کنند. هزینه‌های برنامه کیفیت برای کنترل استفاده قطعاً کمتر از بررسی ادعاهای خسارت مربوط به انواع مختلف خدمات است.

در صورت نبود اطلاعات کافی درباره کاربردهای گذشته، پیشنهاد می‌شود که میزان سرانه از طریق بیمارستان منطقه یا اداره سلامت منطقه^۱ مشخص شود. پس اداره سلامت منطقه باید مبلغ مناسبی برای مراکز بهداشتی و بیمارستان‌ها اختصاص دهد. این موضوع باید به ارتقای برنامه‌ریزی بهتر و استفاده از درآمدهای موارد مختلف مثل ذخایر کافی دارویی و تجهیزات پزشکی کمک کند که البته ممکن است مبلغ بسیار زیادی نیاز باشد و همچنین از فشار حساب‌های مراکز بهداشتی درمانی یا پست سلامت جلوگیری کند.

۱۴-۱۵ تخصیص درآمدهای بیمه سلامت

تخصیص درآمدهای بیمه سلامت باید تأمین مزایای مراقبت‌های سلامت با کیفیت بالا، انگیزه‌های قابل تشخیص برای کارمندان، و سطح منطقی قیمت‌های پایه را آسان‌تر سازد. هزینه‌های اجرایی باید به حداقل برسد اما هزینه‌های نظام‌های اطلاعاتی و آموزشی باید در نظر گرفته شود. در مرحله تنظیم اولیه، بخشی از هزینه‌های اجرایی از جمله سرمایه‌گذاری در نظام‌های اطلاعاتی و آموزش از منابع دیگر تأمین مالی می‌شود.

جدول ۳-۱۵ تخصیص درآمدهای بیمه خدمات درمانی

مقادیر	شاخص‌ها
۷۷ درصد	مزایای بیمه خدمات درمانی
۴۵ درصد	مراقبت‌های اولیه سلامت (از جمله مرکز بهداشت و مراقبت‌های داخلی)
۱۷ درصد	مراقبت‌های ثانویه بیمارستانی (از جمله امداد رسانی به مراکز بهداشتی)
۱۰ درصد	مراقبت‌های بیمارستانی درجه سه
۲/۵ درصد	حمل و نقل
۲/۵ درصد	مزایای نقدی (کمک هزینه کفن و دفن و زایمان)
۲۳ درصد	عملکردهای مدیریتی
۸ درصد	اجرا (از جمله نظام‌های اطلاعاتی)
۲ درصد	آموزش
۱/۵ درصد	تبلیغ برای طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه
۲/۵ درصد	وجه مزایای عمومی
۴ درصد	وجه احتیاطی
۵ درصد	وجه بدون رضایت
۱۰۰ درصد	جمع کل

جدول ۳-۱۵ مثالی از روش تخصیص منابع بیمه سلامت در برنامه‌های مبتنی بر جامعه است. در این برنامه هیچ سهمی برای خرید، اجاره و حفظ اموال به منظور موفق شدن در طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه وجود ندارد. حق بیمه واقعی به شرایط محلی مثل نیاز به وارد کردن حمل و نقل و مراقبت‌های داخلی از مزایای مراقبت سلامت

بستگی دارد. در مرحله بعد و منوط به پیشرفت یکنواخت برنامه‌ها؛ سهم ۱ درصدی از درآمدها برای حمایت از فعالیتهای مربوط به شبکه بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه در نظر گرفته می‌شود. زمانی که نیاز به هزینه مزایای عمومی و تبلیغ کاهش می‌یابد؛ این سهم ممکن است اختصاص داده شود.

حق بیمه‌های مطرح شده فوق شامل چندین مورد است که جزئیات آن تشریح شده است:

اجرا: باید شامل همه فرایندهای ثبت‌نام؛ جمع‌آوری حق بیمه‌ها؛ عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان؛ وظایف نظام اطلاعاتی؛ سازمان‌دهی عملکردهای تبلیغاتی و پیگیری کاربردها و پاداش به کارمندان طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه در تمام سطوح باشد. هزینه‌ها شامل چاپ تمام مطالب (کارت‌ها و فرم‌ها)؛ نظام حمل‌ونقل و ارتباطات کارمندان می‌شود. **آموزش:** تمام کارمندان بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه در تمام جنبه‌های فعالیت (حدود ۵ درصد) از جمله آمار و مدیریت اطلاعات، آموزش رؤسا و نمایندگان منطقه، آموزش کارمندان بخش سلامت در نواحی منتخب از جمله استفاده از پروتکل برای تشخیص و درمان، اطلاعات درباره فناوری‌های جدید، مشکلات جدید سلامت و آموزش در ارتباط با تهیه و حفظ امکانات مراقبت‌های سلامت (حدود ۱ درصد).

تبلیغ: توسعه و روزآمد کردن جزئیات بروشورهای مربوط به حق بیمه‌ها؛ مزایا؛ فرایند ثبت‌نام و اجازه پخش شدن مزایا میان جمعیت هدف؛ توسعه پوسترها؛ ارائه دستورالعمل‌هایی برای ثبت‌نام؛ توسعه مطالب سمعی، بصری برای نمایش در سایت‌های مربوطه؛ پیامد بیمه سلامت در روستاها از جمله گفت‌وگو درباره موضوع‌های بهداشتی درمانی مرتبط؛ اخباری درباره افراد بیمه شده که از عضویت و شرایط ثبت‌نام در برنامه بیمه خدمات درمانی بهره می‌برند.

- توسعه مطالب در ارتباط با جست‌وجوی رفتار منطقی سلامت؛ اهمیت تبعیت از پروتکل‌های تشخیص و درمان به وسیله کارمندان درمانگاه‌ها و تجویز داروهای منطقی خصوصاً با توجه به استفاده آنتی‌بیوتیک‌ها؛ آمپول‌ها و مایع‌های وریدی،
- گذاشتن آرم قابل مشاهده طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه در درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های طرف قرارداد با اشاره به عضویت وابسته.

مزایای عمومی: امکانات ذخیره داروهای فله‌ای خریداری شده؛ امکانات و تجهیزات برای راحتی بیماران؛ امکانات برای راحتی کارمندان بخش سلامت؛ پیامدهای سلامت برای جامعه و خدمات سلامت برای مدارس با پوشش قابل توجه.

تصمیمات مربوط به ارائه مزایای سلامت باید با توجه به داده‌های نمایندگان منطقه و ارائه‌دهندگان در هر مکانی در نظر گرفته شود. این مزایا باید دامنه وسیعی را دربرداشته باشند همان‌طور که با طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه ارائه شدند. این موضوع شامل عناصری است که تنها در دسترس افراد بیمه شده و آنهایی است که برای کل جامعه سودمند می‌باشند. اولویت باید بر استفاده از بودجه‌های مربوط به پیشگیری از بیماری‌ها و تبلیغ سلامت باشد. در کشورهای دیگر استفاده از حق بیمه خدمات درمانی به این روش برای تهیه کالاهای عمومی، در ثبت‌نام تحریک‌کننده و موفقیت‌آمیز خواهد بود. برای مثال اینها شامل مکان‌های پیشرفته انتظار در بخش‌های مربوط به بیماران سرپایی در بیمارستان‌های طرف قرارداد و هواکش و دستشویی در بخش‌های بیماران است. بودجه‌ها همچنین باید برای بهتر شدن ذخیره آب و بهداشت عمومی استفاده شود که بخش عمده‌ای از میزان بیماری‌ها به دلیل کمبود چنین امکاناتی است. در تمام موارد مزایای عمومی باید به‌عنوان حق بیمه‌های صندوق بیمه اجتماعی سلامت به‌وضوح مشخص شود.

استفاده از بودجه‌های بیمه سلامت درمانی برای مزایای عمومی در به‌دست آوردن بودجه‌های هماهنگ از دولت، سازمان‌های مردم‌نهاد^۱ محلی و شرکا کمک می‌کند. برای مثال اگر اکثریت منطقه استفاده از پول مزایای عمومی برای آب سالم و توالت صحرائی در جامعه هدف باشد، باید با شریک مناسب توسعه وارد گفت‌وگو شد. اگر تصمیم استفاده از بودجه‌ها برای مکان انتظار خانواده‌های بیماران بستری در بیمارستان همراه با امکانات کافی آشپزی و دستشویی است دولت محلی درخواست بودجه اضافی می‌کند. نوع فعالیت‌ها وابسته به انگیزه‌های محلی و توانایی تعیین اولویت‌ها و رسیدن به‌نظر اکثریت است. مزایای عمومی باید سرافرازی جامعه را از طریق حق بیمه‌های مشارکتی ایجاد کند تا وضعیت سلامت ارتقا یابد.

۱۵-۱۵ ساختارهای اجرایی

۱۵-۱۵-۱ طرح اجباری بخش کار رسمی

صندوق سه‌جانبه ملی تأمین اجتماعی^۱، احتمالاً از طریق اصلاحات عمده بودجه آینده‌نگر موجود، به‌عنوان ساختار اجرایی مسئول در بخش رسمی خدمت می‌کند. چنین ساختار اجرایی صرف‌نظر از سرعت اصلاحات شاخه‌های دیگر نظام تأمین اجتماعی، در نپال استفاده می‌شود. ساختار اجرایی در پذیرش کارفرماها، کارمندان و مدیریت بودجه تجربه دارد.

شاخه بیمه سلامت نیاز به تقسیم‌بندی فنی جداگانه در سطح مرکزی و منطقه دارد؛ همان‌طور که صندوق ملی تأمین اجتماعی برای پوشش تمام کارمندان فعال، بازنشسته و وابستگان آنها توسعه پیدا می‌کند. درحالی‌که صندوق ملی تأمین اجتماعی باید تحت حمایت گروه سه‌جانبه و گزارش وزارتخانه مشخص با مسئولیت قانونی تأمین اجتماعی (وزارت رفاه اجتماعی و زنان) باشد، بخش مراقبت‌های سلامت به‌وسیله هیئت پزشکی در سطح شورای فنی کمیته صندوق ملی تأمین اجتماعی اداره می‌شود. هیئت پزشکی به نمایندگان وزارت بهداشت؛ ارائه‌دهندگان بهداشت؛ ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت و اشخاص بیمه شده نیاز دارد.

وزارت سلامت به‌عنوان گروه دولتی مسئول بیمه سلامت باید کل مسئولیت بیمه سلامت را حفظ کند. این موضوع شامل تعیین اولویت‌ها با توجه به گسترش پوشش بیمه، قرارداد با ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت بخش خصوصی و توسعه یا معرفی مزایای جدید می‌باشد. شرایط اساسی و مشخصی وجود دارد که باید هماهنگی و ارتباط مؤثر بین صندوق ملی تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت و دیگر مؤسسات دولتی درگیر در بیمه‌نامه ایجاد و کنترل بیمه اجتماعی سلامت را فراهم کند. این موارد عبارت‌اند از:

- جدایی مالی بیمه اجتماعی سلامت از بودجه‌های دولتی برای اطمینان از اینکه حق بیمه‌ها فقط برای مزایای مراقبت‌های سلامت و اجرای برنامه استفاده می‌شوند نه برای حمایت مستقیم از کارکردهای وزارت بهداشت؛

- ایجاد گروه قوی سیاستگذاری در وزارت سلامت یا مؤسسه دولتی مرتبط برای

1. Nafonal Sociat Secunily Fund (NSSF)

ایجاد تبعیت از هدف‌های مداوم طرح بیمه اجتماعی، ایجاد تغییرات در ارتباط با نیازهای جدید و مصونیت در برابر موارد سیاسی حاضر برای کسب هدف‌های مراقبت‌های سلامت؛

- کنترل قوی در هر دو سازمان؛

- مهارت در سطح عملیاتی و دوری از انتصابات سیاسی در طرح‌های مهم بیمه سلامت. از نقطه نظر شرکای کمک‌کننده، کارفرمایان و کارمندان مهم است که طبیعت مستقل و روشن صندوق ملی تأمین اجتماعی در تمام سطوح حفظ شود و مؤسسه دولتی قدیمی در نظر گرفته نشود و باید به وسیله اجزا سازنده سه‌جانبه کمیته صندوق ملی تأمین اجتماعی تضمین شود. مقررات قانون تأمین اجتماعی نیاز به تضمین جدایی کامل سهم درآمدها از مزایا در تمام سطوح دارد. با توجه به نداشتن اطمینان کلی و شایع در بودجه‌های عمومی به طور اخص تضمین آنکه حق بیمه‌های مراقبت‌های سلامت برای حوادث دیگر استفاده نمی‌شود، امری مهم است. ادغام سهم مراقبت‌های سلامت وابسته و غیروابسته به کار نیز، به دوری از استفاده نهایی از بودجه‌ها کمک می‌کند.

اما موضوع‌های اصلی که باید به افراد بیمه شده منتقل شود عبارت‌اند از:

- صندوق ملی تأمین اجتماعی از جمله بخش مراقبت‌های سلامت، بودجه بیش از حد برای اجرا ندارد.

- سهم بیمه سلامت درمانی در واقع فقط برای مزایای مراقبت‌های سلامت با پیشرفت قابل رؤیت در کیفیت مراقبت‌ها و حدود مزایا استفاده می‌شود.

- ذخایر مراقبت‌های سلامت به وسیله مؤسسات خارجی از جمله مؤسسات دولتی قرض داده نمی‌شود.

- تمام افراد بیمه شده قادرند رضایت و نارضایتی خود را از نظام بیمه خدمات درمانی با در نظر گرفتن تمام جنبه‌های عملکردی، ثبت‌نام کارفرمایان، کسر حق بیمه‌ها از حقوق و تأمین مزایا، اظهار دارند.

۲-۱۵-۱۵ طرح‌های اختیاری بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه

در صورت وجود طرح‌های اختیاری بیمه خدمات درمانی، ساختار اجرایی به وسیله منطقه یا جامعه تغییر می‌کند. طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه با سازمان مشخص،

سازمان‌های مردم‌نهاد بین‌المللی یا ملی، اتحادیه‌هایی مثل فدراسیون عمومی، شرکت یا انجمن‌های با پذیرش عمومی تنظیم و مدیریت می‌شود. مثالی از چنین انجمنی مجمع فروشندگان بازار در شهر است. مؤسسه عمومی ارائه‌دهندگان به‌عنوان مدیر و صاحب بودجه‌ها در این مرحله پیشنهاد نمی‌شود. همچنین، انتخاب‌های دیگری در ارتباط با آغازگر یا حامی برنامه‌ها وجود دارد. هرگونه ساختار مدیریتی، که انتخاب می‌شود، باید عوامل زیر را داشته باشد:

- ثبت هر برنامه به‌عنوان ماهیت قانونی با توجه به نیازهای قانونی ملی (سازمان‌های مردم‌نهاد، مؤسسه تعاونی یا غیرانتفاعی) هماهنگ با مقررات وزارت دارایی یا مقررات محلی دولتی؛

- نظارت به‌وسیله کمیته مدیریت طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه، با نمایندگان اعضای بیمه شده و ارائه‌دهندگان قرارداد؛

- مجوز پذیرش شبکه برنامه‌های طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه؛

- تأیید تمام خانواده‌های جمعیت هدف که تقاضای عضویت بدون مخالفت خانواده‌ها یا افراد را به‌دلیل شرایط موجود سلامت گروه قومی یا شغلی می‌کنند.

امور مربوط به تنظیم و حفظ برنامه بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه پیچیده است و به کمک فنی نیاز دارد. موارد اصلی عبارت‌اند از:

- وظایفی برای تبلیغ مفاهیم و گرفتن رضایت جمعیت هدف از طریق بحث‌های گروهی متمرکز با اعضای منطقه و کارمندان سلامت در ارتباط با امکانات منطقه؛

- فعالیت مالی برای ایجاد امور اجرایی (فرایند ثبت‌نام، جمع‌آوری حق بیمه، توسعه نظام‌های اطلاعاتی، ساختار و تعداد کارمندان اداره بیمه خدمات درمانی)؛

- وظایفی برای ایجاد امور مالی و کنترل، از جمله ارسال حق بیمه‌ها و انباشت بودجه‌ها؛

- کارهایی برای فراهم کردن مزایای مراقبت‌های سلامت (از جمله مذاکرات با ارائه‌دهندگان و قطعیت بخشیدن به توافقات قرارداد).

در این بخش پیشنهاد می‌شود که طرح‌های جدید به‌صورت طرح آزمایشی ایجاد شود، اگر حداقل صد خانوار علاقه و رغبت خود را به ثبت‌نام نشان دهند. تعیین اندازه

حداقل سطوح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه خیلی زود است؛ چرا که کارایی مالی و مدیریتی برنامه بیشتر به اجرای درست و حمایت ثابت شریک توسعه ملی یا خارجی در طی سه تا پنج سال اول بستگی دارد تا به تعداد خانواده‌های ثبت‌نام شده. در طی آن زمان، استقلال مالی و مدیریتی باید به‌دست آید. برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه نیز ممکن است برای ادغام مورد حمایت و تشویق قرار گیرند تا امکان جمع‌آوری در ریسک وسیع‌تری را فراهم آورند.

۱۶-۱۵ استفاده از بودجه‌های مشارکت اجتماعی

هدف اصلی بیمه اجتماعی سلامت در نپال، کاهش فقر به‌دلیل پرداخت مربوط به مراقبت‌های سلامت و جلوگیری از افتادن بیشتر خانواده‌های آسیب‌پذیر روستایی با مسئله فقر در هنگامی است که با مشکلات سلامت مواجه می‌شوند. تحت شرایط کنونی، جمعیت با درآمد خیلی پایین و غیراقتصادی نمی‌توانند عضویت در طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه را حفظ کنند.

منبع بودجه‌ها صندوق کاهش فقر است که از دولت محلی، دولت مرکزی و شرکای توسعه خارجی به‌دست می‌آید. پیشنهاد می‌شود که همکاری بین وزارت بهداشت و شرکای توسعه امکان استفاده از بودجه‌های تجهیز شده را فراهم آورند، بدین‌ترتیب که بودجه‌های مشارکت اجتماعی برای خرید کارت‌های بیمه خدمات درمانی برای افراد آسیب‌پذیر، که نمی‌توانند تمام یا بخشی از سهم عادی درآمد خانواده را بپردازند، صرف شود.

استفاده از بودجه‌های مشارکت اجتماعی، فقیرترین افراد را از طریق سازوکار پیش‌پرداخت یکسان به‌صورت کمک به خانواده‌ها پوشش می‌دهد و بنابراین ایجاد عدالت در دستیابی به مراقبت‌های سلامت را تسهیل می‌سازد. کارت‌های عضویت سهمیه‌ای و غیرسهمیه‌ای بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه یکسان خواهد بود تا ننگ اجتماعی فقر دور شود. از طریق عضویت در بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه، پرداخت ارائه‌دهندگان برای فقرا همانند افراد بیمه شده، یعنی، از طریق مالیات سرانه خواهد بود. چنین مشارکتی، هزینه اثربخشی بودجه مشارکت اجتماعی را با کاهش هزینه‌های مراقبت‌های مربوط به فقیرترین افراد از طریق صورت‌حساب نظام کارانه تقویت می‌کند.

به‌علاوه، صندوق بودجه مشارکت اجتماعی هزینه‌های عملیاتی را کاهش می‌دهد؛ همان‌طور که به بررسی ادعاها و پرداخت ارائه‌دهندگان نیازی ندارد. از صندوق مشارکت اجتماعی در ارتباط با بیمه اجتماعی سلامت به دو روش استفاده می‌شود:

۱. در جوامعی که ۲۵ درصد افراد درآمدهایی کمتر از خط فقر دارند:

از صندوق مشارکت اجتماعی برای خرید کارت‌های بیمه خدمات درمانی برای خانواده‌های فقیر مشخص شده استفاده می‌شود. حق بیمه آنها همانند دیگر خانواده‌های ثبت‌نام شده در برنامه بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه است.

۲. در جوامعی که بیش از ۵۰ درصد افراد آن درآمدهای زیرخط فقر دارند:

از صندوق مشارکت اجتماعی برای یارانه دادن به همه خانواده‌ها و بدون تعیین فقیرترین خانواده‌ها از طریق یارانه یکنواخت استفاده می‌شود که از حق بیمه خانواده‌ها در طی دوره پنج‌ساله کم و جایگزین می‌شود. یعنی فشار حق بیمه‌ها با سهم رو به افزایش خانواده‌ها در طول زمان و با افزایش درآمد خانواده‌ها تقسیم می‌شود.

برای یارانه دادن به تعداد کم خانواده‌های ثروتمند جامعه، روش دوم پیشنهادی ترجیح داده می‌شود.

میزان قابل توجهی با حداقل هزینه‌های اجرایی برای بودجه مشارکت اجتماعی در برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه شرکت می‌کنند. از رقابت بین خانواده‌ها برای تعیین فقیرترین خانواده‌ها جلوگیری می‌کند و طرح مشارکت منطقی در هزینه‌ها را حتی با خانواده‌هایی با کمترین درآمد، امکان‌پذیر می‌سازد. طرح مشارکت در جدول ۴-۱۵ آورده شده است. این روش عملی‌تر نیز خواهد بود چرا که بودجه‌های مشارکت اجتماعی، احتمالاً ابتدا در جوامعی با درصد چشمگیری از خانواده‌های خیلی فقیر به کار برده می‌شود.

جدول ۴-۱۵ سهم یارانه از طریق بودجه‌های مشارکت اجتماعی

شرح	سال اول	سال دوم	سال سوم	سال چهارم	سال پنجم	سال ششم
خانواده	۲۰	۳۰	۴۰	۶۰	۸۰	۱۰۰
مشارکت اجتماعی	۸۰	۷۰	۶۰	۴۰	۲۰	۰

توضیح: درصد سهمیه‌ها به وسیله هر شریکی پوشش داده می‌شود.

۱۷-۱۵ یکنواختی طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه

طرح بیمه اجتماعی سلامت باید تاحدامکان برای تمام بخش‌های جامعه یکنواخت باشد. خصوصاً در مورد برنامه‌های اختیاری جامعه مهم است که باید بخشی از شبکه برنامه‌های جامعه باشد. برای اطمینان و هماهنگ کردن یکنواختی طرح‌های اجتماعی و اساسی بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه، خط‌مشی بیمه خدمات درمانی و بخش اجرایی باید در وزارت بهداشت و ترجیحاً در واحد تأمین مالی و اقتصاد سلامت ایجاد شود. مسئولیت اولیه این بخش باید نظارت و اصلاح نهایی اصول یکنواخت طرح باشد.

با وجود آنکه از تغییرات بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه در ارتباط با موارد خاص در برخی مکان‌ها حمایت می‌شود، اما اصول اساسی که باید کاملاً تابع آن بود؛ عبارت‌اند از:

- ثبت‌نام با توجه به مقررات سازمان‌های مردم‌نهاد، انجمن‌های غیرانتفاعی؛ شرکت‌ها و مؤسسات؛

- شرکت در آموزش هماهنگ با سیاست بیمه خدمات درمانی و بخش اجرایی وزارت بهداشت؛

- سطح حق بیمه‌ها که برای اکثریت جمعیت قابل پرداخت‌اند؛

- پوشش تمام اعضای خانواده؛

- مزایای مراقبت‌های بیماران بستری در بیمارستان و بیماران سرپایی؛

- مزایای مساوی به تمام افراد بیمه شده بدون توجه به بیماری‌ها یا شرایط از قبل موجود یا مزمن جدید؛

- مقرراتی در مورد دوره‌های آموزشی برای تعیین حق استفاده از مزایا با توجه به دوره پرداخت سهمیه‌ها و مقرراتی درباره قطع حق برخورداری زمانی که پرداخت حق بیمه‌ها متوقف می‌شود؛

- مشارکت‌های اختصاص داده شده برای استفاده از بخشی از درآمدها برای ارتقای

- کیفیت مراقبت‌ها و کنترل بیماری در افراد بیمه شده؛

- شراکت از طریق قرارداد با امکانات مراقبت‌های سلامت عمومی و محلی از جمله

- مراکز بهداشت و بیمارستان‌های ارجاعی از طریق مقامات سلامت محلی و سازمان‌های مردم‌نهاد مربوط؛

- امدادرسانی منظم بیمارستان ارجاعی طرف قرارداد به مراکز بهداشت؛
 - پرداخت پیشاپیش منظم ارائه‌دهندگان از طریق سرانه به‌جز برای خدمات مشخص که از فهرست خارج شدند؛
 - کمیته مدیریت با ترکیب متناسب با امکانات محلی؛
 - دخالت تمام سهام‌دارها در توسعه، عملکرد و تنظیم؛
 - نظام اطلاعاتی یکپارچه با پوشش ثبت‌نام و عضویت، پرداخت حق بیمه، به‌کارگیری مراقبت‌های سلامت و مزایای نقدی و انتخاب شاخص‌های سلامت.
- یکنواختی برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه با طرح دقیق، بدین معناست که بیمه اتکالی مؤسسات خارجی نباید ضروری باشد. در مرحله بعد زمانی که هریک از برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه به ثبات مالی و پوشش جمعیت هدف می‌رسد، توافقی‌هایی در مورد قابلیت انتقال بین برنامه‌ها تنظیم می‌شود. سازمان جامع ممکن است خود با تخصیص‌های اندک درآمدهای هریک از طرح‌ها، به لحاظ مالی حمایت شود. تمام این معیارها نهایتاً به کسب پوشش بیمه همگانی با روشی منسجم کمک می‌کند.

۱۵-۱۸ نیازهای نظام اطلاعاتی

نظام اطلاعاتی عامل سرنوشت‌سازی در توسعه بیمه اجتماعی سلامت است. موارد زیر برنامه‌ریزی جامعی را نشان نمی‌دهد اما حداقل کاربردهای مورد نیاز برای اطلاعات منظم مدیریت و تضمین کیفیت براساس اجرای بررسی در برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت را مشخص می‌کند.

۱۵-۱۸-۱ مدیریت اطلاعات برپایه عضویت

- ثبت‌نام و پرداخت حق بیمه؛
- پیگیری عضویت دائم؛
- کارت عضویت خانواده‌ها با تشخیص مکان برنامه بیمه اجتماعی سلامت که ممکن است به مراکز بهداشت، منطقه و استان باشد؛
- در نظر گرفتن تجدیدنظر در حق بیمه‌ها.

۲-۱۸-۱۵ کارکردهای مالی و مدیریتی

- درآمدهای به‌دست آمده از حق بیمه‌ها؛
- درآمدهای به‌دست آمده از منابع دیگر؛
- هزینه‌های اجرایی برای عملکردهای مدیریتی (چاپ، کارت‌ها، خدمات رفاهی، حمل‌ونقل، ارتباطات و غیره)؛
- پرداخت به ارائه‌دهندگان؛
- پرداخت برای فعالیت‌هایی مانند تبلیغات؛
- پرداخت مزایای نقد به افراد بیمه شده؛
- پرداخت به کارکنان طرح بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه.

۳-۱۸-۱۵ مدیریت استفاده از اطلاعات

- فایل الکترونیکی سلامت خانواده که امکان ثبت مزایای مراقبت‌های سلامت در سطح مراکز بهداشت را فراهم می‌آورد؛
- ثبت دقیق ارجاع‌ها، پذیرش‌ها، انتقال‌ها و ترخیص‌ها از جمله دلایل ارجاع یا پذیرش؛
- ثبت روند اصلی بیماران بستری و سرپایی؛
- ثبت مدت زمان پذیرش بیماران بستری و وضعیت ترخیص؛
- ثبت گزارش‌های ارجاع و ترخیص از امکانات ثانویه و درجه سوم؛
- تشخیص ترخیص با توجه به طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD 10) در مرحله بعد؛
- مدیریت افراد بیمه شده با ریسک بالا؛
- ثبت دائم پیش از زایمان و مراقبت‌های پس از زایمان؛
- کارت برای افراد بیمه شده با رژیم دارویی مزمن یا همیشگی؛ توجه به داروها و تاریخ پیچیدن دارو به‌علاوه سنجش وضعیت اولیه سلامت افراد بیمه شده بسیار مفید خواهد بود. احتمال استفاده از شاخص‌ها و ارزیابی‌ها که ثبت اولیه آنها ساده است و سپس متناوباً پذیرش سالیانه در نظر گرفته می‌شود. انتخابی که نیاز به آزمایش دارد، ثبت قد و وزن برای رسیدن به شاخص توده بدن و چین‌های پوستی است. برای ارزیابی تأثیر بیمه خدمات درمانی، شاخص‌های اصلی در سطح ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت

توسعه داده می‌شود. برای مثال، درصد موارد جراحی پذیرش شده اورژانس و پذیرش‌های برنامه‌ریزی شده از نمونه‌های قابل ذکر است.

برای تسهیل اجرای امور فوق، رایانه‌ای کردن بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه در سطح محلی باید در نظر گرفته شود. در اولین مرحله توصیه می‌شود که رایانه در سطح منطقه و بیمارستان‌های طرف قرارداد عرضه و شناخته شوند تا اطلاعات مربوط به پذیرش، انتقال و ترخیص را همان‌طور که در بالا گفته شد، تضمین کند. وقتی تعداد افراد بیمه شده وابسته به مرکز بهداشتی به دوهزار عضو می‌رسد و شرایط محلی مساعد است (تأمین منظم برق منطقه، مکانی امن برای نصب و عملکرد تجهیزات)، رایانه‌ای کردن در سطح مراکز بهداشتی باید در نظر گرفته شود.

۱۵-۱۹ توصیه‌هایی درباره مشکلات خاص

بخش دوم این برنامه همه‌جانبه، عوامل تعیین‌کننده بیمه اجتماعی سلامت را پوشش می‌دهد و به موارد مختلف ریسک؛ سلامت و مشکلات نظام سلامت که نیاز به توجه خاصی دارد، می‌پردازد برخی از این موارد درباره طرح دقیق بیمه خدمات درمانی و تخصیص تعیین شده درآمدهای بیمه خدمات درمانی است. اما بخش‌های دیگر ممکن است به عملکردهای بیشتر، همکاری با دیگر بخش‌های سلامت یا همکاری با مؤسسات خارج از بخش سلامت، نیاز داشته باشد. چنین مواردی در بخش بعدی پوشش ارائه می‌شود.

۱۵-۱۹-۱ نظام تدارک ارائه مراقبت‌های سلامتی

در تمام مناطق از جمله مناطق شهری و روستایی، بیمارستان‌های ارجاعی باید برنامه‌های امدادی، با پوشش پزشکی مراکز بهداشتی درمانی را حداقل هفته‌ای یکبار، دارا باشند. پزشکان علاوه بر مشاوره با بیماران باید به آموزش نیز بپردازند و با بررسی دانش و استفاده از پروتکل‌های درمانی، به درمان بیماری‌های مشترک و تعیین نقاط ضعف آنها بپردازند.

ارائه‌دهندگان باید در کمیته مدیریت معرفی شوند و برای اجرای نقششان در تبلیغ بیمه خدمات درمانی از طریق وسایل مختلف حمایت شوند.

وقتی نظام معتبری به کار برده می‌شود؛ دفتر سلامت محلی مسئول بررسی استانداردها در مراکز بهداشتی است تا ارزیابی کند که آیا امکانات منطقه معیارهای تعیین شده را برآورده می‌کند؟ همچنین، دفتر سلامت محلی باید درگیر احتمال ایجاد گسترش و تلفیق برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه برای رسیدن به وسیع‌ترین پوشش ممکن در منطقه باشد. به علت تمام این مسائل سرپرست و کارمند ارشد دفتر سلامت محلی و نیز تمام کارمندان بیمارستان و مراکز بهداشت باید آموزش لازم را در مورد بیمه اجتماعی سلامت و تأسیس بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه در منطقه‌شان ببینند.

۲-۱۹-۱۵ کارکنان سلامت

عامل اصلی در ارتباط با مشکلات مختلف کارکنان سلامت و رضایت شغلی آنها آن است که بیمه خدمات درمانی درآمد را به روشی قابل پیش‌بینی و قابل توجه افزایش می‌دهد. همچنین، باید مشخص شود که میزان درآمد اضافی، که ممکن است از درآمدهای بیمه خدمات درمانی به دست آید، مستقیماً به تعداد افراد بیمه شده ارتباط دارد و عوامل اصلی در جذب عضویت‌های جدید کیفیت پیشرفته مراقبت‌ها و نگرش کارکنان سلامت است.

جنبه‌های بدون منفعت برنامه‌های طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه نیز باید مورد توجه قرار گیرد. کارکنان سلامت باید نسبت به این حقیقت که بیماران احتمالاً به مراحل اولیه بیماری رسیده‌اند و رژیم‌های دارویی را بهتر می‌پذیرند؛ سپاسگزار باشند. به علاوه، آنها باید فرایند پاسخ‌گویی مالی کمتر و بحث‌های کمتری با بیماران با توجه به پرداخت وجوه یا صلاحیت معافیت داشته باشند.

برنامه امداد رسانی باید تأثیر مثبتی داشته باشد و احساس تنهایی را کاهش دهد. در مرحله بعد، زمانی که تعداد خانواده‌های بیمه شده حدوداً به بیست خانواده می‌رسد، حداقل یک بیمار بستری در بیمارستان در زمان مقرر وجود خواهد داشت. کارکنان مرکز سلامت باید به دنبال بیماران باشد و تشویق شوند تا درگیر اجرای موارد پیچیده‌تر شوند. وقتی جمعیت بیمه شده به حدود ۲۵۰ خانواده می‌رسد، سهمی برای آموزش مداوم برای کارکنان مرکز سلامت در نظر گرفته می‌شود و وقتی عضویت به هزار خانواده افزایش می‌یابد این سهم برای کارکنان بیمارستان در نظر گرفته می‌شود.

۱۵-۱۹-۳ ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت خصوصی

وزارت بهداشت با بیمه تضمین کیفیت و معیارهای لازم تأیید امکانات مربوط به سلامت عمومی را به عهده دارد. با امید در دسترس بودن چنین معیارهایی و اینکه نظام اعتباربخش در جایگاهش قرار داده شود، ارائه‌دهندگان مراقبت‌های خصوصی سلامت باید برای قرارداد با بیمه اجتماعی سلامت اجباری و برنامه‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه حمایت شوند. پرداخت سرانه و مزایا باید همانند بخش عمومی باشد. بخش خصوصی احتمالاً درآمد بیشتری از هزینه‌های خدمات ضروری غیرپزشکی، خصوصاً در نواحی شهری به‌دست می‌آورد.

طرح‌های صندوق‌های تأمین اجتماعی و بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه باید از قرارداد با بیمارستان‌های خصوصی خیلی کوچک، که خدمات خیلی محدودی ارائه می‌دهند، جلوگیری کنند حتی اگر آن بیمارستان‌ها پنجاه مورد تأیید وزارت بهداشت باشند. تعیین این معیارها هنوز زود است. اما در کل قراردادهای نباید با بیمارستان‌هایی که کمتر از پنجاه تخت دارند و خدمات جداگانه برای چهار مورد اصلی بالینی، یعنی پزشکی داخلی، جراحی، پزشکی اطفال و پزشکی زنان - زایمان ندارند، بسته شود.

۱۵-۱۹-۴ بیمه سلامت خصوصی

مقررات بیمه اجتماعی سلامت بخش کار رسمی برای تمام کارفرمایان و کارکنان حقوق‌بگیر به‌کار می‌رود و هیچ مؤسسه خارجی یا نیالی را، که بیمه خصوصی سلامت انتفاعی برای تمام یا تعدادی از کارکنان خود خریداری کرده است معاف نمی‌کند. شرکت‌هایی که اکنون بیمه سلامت خصوصی را می‌فروشند احتمالاً بازار موجود را برای بیمه خدمات درمانی خارجیانی که در نیال سکونت دارند حفظ می‌کنند. در آینده آنها بیمه تکمیلی خدمات درمانی را برای شهروندان نیالی در شرکت‌ها، سازمان‌ها و افرادی که به دنبال راحتی بیشتر بیمار هستند نیز فراهم می‌کنند و علاوه بر این، آنها تبلیغ می‌کنند که معمولاً این خدمات در بیمارستان‌های عمومی قابل استفاده است.

۱۵-۱۹-۵ مراقبت‌های مربوط به بارداری

عموماً بیمه اجتماعی سلامت دوره کیفی‌ای برای مزایای بارداری دارد تا زنان فقط از

خدمات پیش‌بینی شده استفاده نکنند. زمان لازم برای برخورداری از این مزایا پرداخت حق بیمه حداقل در شش ماهه آخر این ۱۰ ماه تحت پوشش یا دوازده ماه مشارکت که برای بیمه اختیاری ترجیح داده می‌شود.

با توجه به میزان مرگ‌ومیر خیلی بالای مادران در نپال و هدف افزایش مراقبت از زایمان‌ها پیشنهاد می‌شود که این دوره نادیده گرفته نشود. یعنی، بخش زایمان بیمارستان باید پس از سه ماه پرداخت حق بیمه پوشش بیمه‌ای را در این خصوص ارائه کند.

علاوه بر این، توصیه می‌شود که بیمه سلامت مبتنی بر جامعه برنامه مادری ایمن را با همکاری برنامه‌های سلامت مربوط به تولیدمثل از شرکای توسعه از جمله سازمان جهانی بهداشت، یونیسف، ... و وزارت بهداشت ایجاد کند. حمایت مالی ابعاد مختلف این برنامه‌ها از شرکای توسعه درخواست می‌شود. برنامه مادری ایمن شامل موارد ذیل است:

- پروتکلی که به زنان اجازه استفاده از تمام خدمات بارداری را می‌دهد؛ در صورتی که آنها از پروتکل پیروی کنند (از جمله حداقل سه ویزیت پیش از زایمان و آزمایش‌های پس از زایمان؛ یک ماه پس از زایمان؛ ثبت کارت مربوط به هر زن باردار بیمه شده و ارجاع بارداری‌های با ریسک بالا)؛

- بهبود امکانات رایج در بیمارستان برای جذب مشاوره‌های بیشتر و زایمان در بیمارستان با شرایط مناسب زایمان به منظور برآورده کردن اولویت‌های فرهنگی؛

- آموزش ماماها و تعیین جای آنها در مراکز بهداشت؛

- تهیه داروهای ضروری؛ ماده ریزمغذی‌ها و دیگر فراورده‌های مرتبط با حاملگی سالم؛

- تهیه کمک‌هزینه زایمان که انگیزه‌ای برای شرکت کامل در پروتکل برنامه مادری ایمن خانواده‌های بیمه شده است.

۶-۱۹-۱۵ حوادث وسایل نقلیه موتوری

در مرحله اولیه بیمه خدمات درمانی در نپال و تا زمانی که مراقبت‌های پزشکی در بیمه وسایل نقلیه موتوری وارد شود چنین آسیب‌هایی نباید از برنامه‌های بیمه خدمات درمانی خارج شود. توصیه می‌شود که هزینه‌ها برای پوشش هزینه‌های مربوط به پرداخت مستقیم به بیمارستان‌ها براساس بیمه بدون کروکی با بودجه‌های خاصی پوشش داده شود. یعنی

بیمارستان درخواست هزینه از صندوق بودجه حوادث خاص ترافیکی می‌کند و با توجه به تعرفه توافق شده خدمات معین پرداخت را دریافت می‌کند.

این بودجه با افزایش ۵ تا ۱۰ درصدی مالیات جاده ایجاد می‌شود. هزینه‌های اندک اضافی برای جمع‌آوری مبلغ اضافه لازم می‌شود. اما دریافت وزارت، درصد متناسب مبالغ وصول شده را، برای مدیریت، حفظ می‌کند.

تصمیمات مربوط به استفاده از بودجه‌ها و تعرفه‌ها برعهده شورایی متشکل از نمایندگان وزارت بهداشت، صندوق ملی تأمین اجتماعی از زمان تشکیل، بخش بیمه وزارت اقتصاد و دارایی و ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت است. میزان کم و ثابتی از بودجه‌ها برای امنیت جاده اختصاص داده می‌شود؛ درحالی‌که، بخش اصلی بودجه‌ها برای پوشش هزینه‌های مراقبت سلامت قربانیان حوادث خرج می‌شود. شورا می‌تواند در مورد قبول و رد کردن خدمات خاص مثل توان‌بخشی تصمیم بگیرد.

اطلاعات موجود درباره حوادث وسایل نقلیه موتوری استفاده نکردن از مراقبت‌های بیمارستانی را نشان می‌دهد. چرا که دستمزدهای کنونی ممکن است افراد آسیب‌دیده را از درخواست مراقبت‌ها منصرف کند. پیشنهاد می‌شود که تحقیقاتی از طریق سرشماری سریع بیماران انجام شود تا تعداد و ویژگی‌های بیمارانی که از امکانات اتاق اورژانس و خدمات بیماران بستری استفاده می‌کنند و علت پذیرش آنها حوادث وسایل نقلیه موتوری بوده است را تعیین کند. یافته‌های چنین تحقیقاتی به تعیین درصد مطلوب اضافه شده به مالیات جاده‌ها کمک می‌کند.

جدول ۵-۱۵ خلاصه‌ای از پیشنهادهای مربوط به ریسک‌ها و مشکلات خاص

ردیف	ریسک / مشکل	مداخله یا توافق یا شرایط پیشنهادی
۱	مشکلات عمده سلامت	استفاده از پروتکل‌های موجود و دستورالعمل‌های درمان در سطح امکانات سلامت، استفاده از تضمین مزایای عمومی صندوق ملی تأمین اجتماعی برای آموزش مشکلات منتخب سلامت و آموزش سلامت به عموم. وارد کردن امدادسانی در قراردادهای ارائه‌دهندگان برای تضمین سطوح بالاتر آموزش کارکنان سلامت به‌منظور ارائه مشاوره و آموزش در مراکز بهداشت.
۲	عوامل فرهنگی	انجام اقدامات تکراری برای اطلاع به رهبران جامعه و تمام اعضای

جدول ۵-۱۵ خلاصه‌ای از پیشنهادهای مربوط به ریسک‌ها و مشکلات خاص

ردیف	ریسک / مشکل	مداخله یا توافق یا شرایط پیشنهادی
		بالقوه و پیروی از حق بیمه مبتنی بر سهم پرداخت. شرح امنیت پول اعضا با مدیریت شفاف پول. در مرحله اولیه استفاده از هزینه‌های پول کمکی برای بیمه ذخایر دارویی، موارد دیگر و شرح در دسترس بودن خدمات برای بیمارانی که پیش پرداخت کرده‌اند.
۳	کارکنان سلامت عمومی	تخصیص عایدات به درآمدهای کارکنان سلامت و تأکید بر نظام اضافه حقوق، وارد کردن برنامه‌های امداد رسانی برای آوردن پزشکان بیمارستان به مراکز بهداشت و پیگیری حمایت از بیماران بستری در بیمارستان با کارکنان مرکز بهداشت. اجرای کامل آموزش در مرکز بهداشت. آموزش برنامه‌ریزی مداوم در مرحله بعد. وارد کردن کارکنان سلامت در کمیته مدیریت.
۴	مراقبت‌های زایمان	ایجاد انگیزه برای برنامه‌های مادر از طریق ارتباط با برنامه مادری ایمن.
۵	ارائه‌دهندگان سلامت خصوصی	بهبود عملکرد وزارت بهداشت برای ثبت نام و تأیید تمام ارائه‌دهندگان مراقبت‌های سلامت خصوصی و رسمی.
۶	حوادث وسایل نقلیه موتوری	در نظر گرفتن بودجه خاص برای درمان قربانیان حوادث براساس بیمه بدون کروکی. بهبود فعالیت‌های بیمه اجباری وسایل نقلیه موتوری از جمله درمان تمام قربانیان براساس بیمه بدون کروکی.
۷	یکنواختی در برنامه‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه	هماهنگی طرح‌های بیمه اجتماعی مبتنی بر جامعه از طریق شبکه توسعه یافته به وسیله بخش وزارت بهداشت. این یکنواختی باید مقایسه بین برنامه‌ها و رقابت سازنده برای رسیدن به هدف‌های پوششی را تسهیل سازد.

۲۰-۱۵ اقدامات بعدی

۲۰-۱۵-۱ بحث‌هایی درباره وزارت بهداشت و شرکای توسعه

به دنبال ارائه برنامه همه‌جانبه مربوط به بیمه اجتماعی سلامت نپال، توصیه می‌شود که مطالبی درباره وزارت بهداشت و سپس شرکای توسعه، که به اصلاح بخش سلامت کمک می‌کنند، مطرح شود. وقتی رضایت فنی به دست می‌آید، کمیسیون برنامه‌ریزی

ملی باید خواستار هدایت این فرایند شود. یک نیروی کاری میان وزارتی، متشکل از وزارت بهداشت، وزارت امور اجتماعی و زنان، وزارت کار، وزارت توسعه محلی؛ وزارت دارایی و دیگر مسئولان مرتبط با کمک فنی مناسب، توسعه نیازهای قانونی را متعهد می‌شود. سپس، این وزارت مناسب و مهم پیش‌نویس قوانین را به وزارت دادگستری به‌منظور بررسی می‌فرستد و تأیید بعدی با توجه به محیط سیاسی وقت است. در صورتی که در آن زمان به‌جای قانون دستورات تأیید شود، کمیسیون برنامه‌ریزی ملی فرایند اجرا را برای به‌دست آوردن پیروی لازم از قوانین اجباری، دنبال می‌کند. براساس تصمیمات و تعهدات دولت، برنامه جامع عملکردی توسعه داده می‌شود که نقش هر شریکی را براساس رضایت به‌دست آمده تعیین می‌کند تا حمایت فنی و یا مالی ایجاد کند.

در این قسمت بیان می‌شود که تحقیقات اضافی در دو مورد پذیرفته می‌شود:
- بررسی تمام قوانین، مقررات و عملکردهای موجود که ممکن است برای تسهیل قوانین بیمه اجتماعی سلامت مناسب نیاز به تغییر داشته باشند و توسعه نهایی پوشش همگانی را آسان سازد.

- اطلاعات جامع در مورد هزینه‌های مراقبت سلامت خانواده با در نظر گرفتن مکان جغرافیایی و سطوح مختلف امکانات مراقبت‌های سلامت.
سازمان جهانی کار می‌تواند به تهیه برنامه عملکرد در مرحله اولیه و همکاری با ارائه‌دهندگان دوجانبه برای تجهیز حمایت مالی کمک کند. در مرحله‌ای مناسب، سازمان جهانی کار می‌تواند به توسعه قوانین مربوط به بیمه اجتماعی سلامت در نظام جامع تأمین اجتماعی یا به مرحله اول که فقط مزایای مراقبت‌های سلامت را پوشش می‌دهد، کمک کند.

۲-۲۰-۱۵ ایجاد سیاست‌های بیمه سلامت و واحد اجرایی در وزارت سلامت

وزارت سلامت واحد تأمین بودجه اقتصاد سلامت را ایجاد کرده است که کمیته سازمان‌دهی میان‌اداره‌ای را با ارائه نسبتاً وسیعی دنبال می‌کند. علاوه بر این، برای سرعت بخشیدن به عملکرد برنامه پیشنهاد می‌شود که وزارت بهداشت سیاست‌های بیمه سلامت

و واحد اجرایی آن را ایجاد کند. این واحد باید کارمند تمام‌وقت دائم بگیرد، از جمله افرادی که دانش کافی در ارتباط با رشته‌های اجرای مراقبت سلامت و تأمین مالی آمار، اپیدمیولوژی، جامعه‌شناسی، رفتارشناسی، و سلامت بازاریابی اجتماعی داشته باشند. اگر پروژه توسعه برای کمک به ارائه بیمه اجتماعی سلامت راه‌اندازی شود، این واحد مؤسسه اصلی مشابهی در توسعه خواهد بود. طی پروژه، آموزش به افراد درباره وظایف مربوط و نیز قابلیت کافی به آنها داده می‌شود. توصیه می‌شود که بودجه پنج‌ساله اول (بدون در نظر گرفتن حقوق کارمندان وزارت بهداشت) از یک منبع خارجی تأمین شود.

وظایف انجام شده این واحد هماهنگ عبارت‌اند از:

- ارتباط با کمیسیون برنامه‌ریزی ملی و وزارتخانه‌های دیگر و اداره خدمات داخلی به‌علت بیمه اجتماعی سلامت اجباری برای بخش کار رسمی؛
- کمک به معیارها و انتخاب جمعیت جدید هدف برای برنامه‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه؛
- توسعه برنامه‌های آموزش با کمک سازمان جهانی کار به برنامه‌های جدید بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه؛
- ارائه مدرک مربوط به همه ابتکارهای جدید بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه، راه‌اندازی و گزارش‌های سالیانه استاندارد؛
- مشاوره درباره تنظیم برنامه‌های اصلی با در نظر گرفتن شرایط محلی در برنامه‌های جدید بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه؛
- مشاوره درباره تخصیص حق بیمه‌های کمکی برای ایجاد برنامه‌های جدید بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر جامعه؛
- توسعه ابزارهای اجرایی استاندارد، مثل نظام‌های اطلاعاتی، قراردادهای ارائه‌دهندگان و برنامه‌های تضمین کیفیت؛
- هماهنگی با فرصت‌های استفاده از بودجه‌های مشارکت اجتماعی و روش‌های دیگر برای توسعه بیمه خدمات درمانی به جمعیت فقیر و به لحاظ غیراقتصادی فعال؛
- هماهنگی با برنامه‌های بیماری برای استفاده از منابع صندوق‌های دیگر به‌منظور ارتقای خدمات پیشگیری و تبلیغ برای ایجاد دسترسی به مراقبت‌های اساسی؛

- ایجاد قابلیت وزارت بهداشت از طریق تورهای تحقیقاتی و آموزش با استفاده از تجربه‌های منطقه‌ای و بین‌المللی؛
- ایجاد قابلیت در سطح ناحیه و منطقه‌ای وزارت بهداشت از طریق آموزش سطوح مرتبط با استفاده از تجربیات کشورهای دیگر؛
- توسعه تبلیغات مناسب و روش‌های کمیسیون بین‌المللی علوم الکترونیک؛^۱
- کنترل تمام طرح‌ها از طریق جمع‌آوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل، تهیه گزارش و تنظیم سیاست‌های گفت‌وگو برای توسعه طرح و اجرا؛
- ارزیابی تأثیر بیمه اجتماعی سلامت بر کیفیت مراقبت‌های سلامت و وضعیت سلامت؛
- ارائه مدرک و انتشار گزارش درباره توسعه بیمه اجتماعی سلامت در نپال.