

:

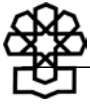
:



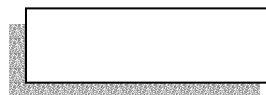
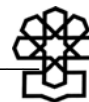
:

:

- ۳..... خلاصه اجرایی
- ۴..... مقدمه
- ۶..... ۱. مروری بر کلیات بیمه‌های درمانی اجتماعی
- ۶..... ۱-۱ نقش دولت در بیمه‌های درمانی اجتماعی
- ۶..... ۱-۲ اهمیت بیمه اجتماعی درمان به عنوان شیوه اصلی تأمین مالی
- ۷..... ۱-۳ منابع مالی
- ۷..... ۱-۴ صندوق‌های انباشت خطر تأمین اجتماعی
- ۹..... ۱-۵ طبقه‌بندی حمایت‌های بیمه سلامت
- ۹..... ۱-۶ روش‌های ارائه حمایت‌های پزشکی
- ۱۰..... ۱-۷ روش‌های پرداخت در بیمه‌های سلامت
- ۲۱..... ۱-۸ سازماندهی و اجرای بیمه‌های درمانی
- ۲۲..... ۱-۹ روش‌های محاسبه حق بیمه‌ها
- ۲۳..... ۲. تجارب کشورها
- ۲۳..... ۲-۱ آلمان
- ۲۸..... ۲-۲ ژاپن
- ۳۳..... ۲-۳ چین
- ۳۵..... ۲-۴ هند
- ۳۸..... ۲-۵ کره جنوبی
- ۴۰..... ۲-۶ فیلیپین
- ۴۳..... ۲-۷ تایلند
- ۴۵..... ۲-۸ پاکستان
- ۴۸..... ۲-۹ اندونزی
- ۴۹..... ۲-۱۰ اردن
- ۵۰..... ۲-۱۱ کویت



۵۰.....	۲-۱۲ مالزی
۵۲.....	۲-۱۳ میانمار.....
۵۳.....	۲-۱۴ نپال
۵۴.....	۲-۱۵ گینه نو
۵۴.....	۲-۱۶ سریلانکا
۵۵.....	۲-۱۷ کاستاریکا
۵۷.....	۲-۱۸ مصر
۵۸.....	۲-۱۹ بنگلادش
۵۸.....	۲-۲۰ فیجی
۶۰.....	۳. درس‌هایی از تجارب کشورها
۶۵.....	منابع و مآخذ

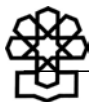


• قبل از آن که برنامه بیمه اجتماعی خدمات درمانی در جزئیات، توسعه یابد، اهداف سیاست درمان می‌باید به روشنی بیان شده باشد. برنامه‌های بیمه می‌باید با اهداف سیاست درمان قابل انطباق باشد و برای توسعه سیاست بهتر است چگونگی دستیابی به اهداف آن به طور تفصیلی مورد بررسی قرار گیرد.

• اگر دستیابی به اهداف خط‌مشی بهداشتی - درمانی مستلزم سرمایه‌گذاری اضافی باشد و به آسانی از منابع دیگر به دست نیاید، بیمه اجتماعی می‌تواند برای استفاده بهتر از منابع موجود به یاری گرفته شود.

• ساختار و سازمان صندوق درمان موضوع دیگری است که باید در مورد آن تصمیم‌گیری شود: می‌توان یک صندوق واحد ایجاد نمود یا تعدادی صندوق که با یکدیگر رقابت کنند. در صندوق واحد هزینه‌های اداری کاهش می‌یابد، حسابرسی آسان‌تر است و انحصار پزشکان و سایر ارائه‌کنندگان خدمات کاهش می‌یابد؛ همچنین انگیزه‌های دست‌چین کردن و انتخاب اشخاص با ریسک بیماری کم با وجود تنها یک صندوق از بین می‌رود و دسترسی مساوی به خدمات برای همه امکان‌پذیر می‌شود. داشتن فقط یک صندوق درمان این ایراد را دارد که اعضا هیچ شانس برای انتخاب بیمه کننده ندارند و بدین ترتیب امکان رقابت از بین می‌رود. یک صندوق درمان منفرد می‌تواند غیرسودآور و بورکراتیک باشد. صندوق‌های متعدد ایجاد رقابت می‌کنند ولی مدیریت و نظارت بر آن مشکل است.

• صندوق‌های درمان می‌توانند در مالکیت موسسات خصوصی، غیر انتفاعی، نیمه دولتی یا دولتی باشند. در عمل این تمایزها ممکن است چندان مهم نباشد، چون صندوق‌های درمان همواره باید در چارچوب یک خط‌مشی معین عمل کنند. این چارچوب باید بتواند با حفظ استقلال موسسات موجبات کنترل و نظارت قوی دولت بر آنها را فراهم آورد.



در طول زندگی هر فرد امکان وقوع بیماری وجود دارد و پرداخت هزینه‌های آن ممکن است در حدود امکانات فرد بیمار و خانواده‌اش نباشد. برای حل این مشکل نظام‌های بیمه‌ای شکل گرفتند.

نخستین بار در اروپای عهد صنعتگران جوامعی تحت عنوان «صنوف» تشکیل شد که در مواقع بیماری به کمک اعضا می‌آمد و اعضا این گروه‌ها به طور مرتب حق عضویت خود را پرداخت می‌کردند. طی قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ این مجامع توسعه پیدا کردند و کارگران یک صنعت خاص یا کشاورزان را نیز دربرگرفت و همین موضوع زمینه‌ای برای ایجاد تأمین اجتماعی شد.

اولین و قابل توجه‌ترین گام سیاسی در جهت ایجاد بیمه در سال ۱۸۸۳ در آلمان اتفاق افتاد و سپس این پدیده در نیمه اول قرن بیستم در سایر کشورهای اروپایی نیز به وقوع پیوست. در آنسال حکومت آلمان قانونی را تصویب کرد که به موجب آن کلیه کارگران کارخانجاتی که دستمزدی کم‌تر از میزان تعیین شده دریافت می‌کردند باید به طور اجباری عضو «صندوق بیماری» شوند و منابع صندوق اجباراً از مشارکت کارگران و کارفرمایان تأمین شود. بعد از آلمان کشورهای استرالیا (۱۸۸۷)، نروژ (۱۹۰۲)، انگلستان (۱۹۱۰)، فرانسه (۱۹۲۱) نیز گام‌هایی را در جهت بیمه بهداشتی - درمانی برداشتند به طوری که تا سال ۱۹۳۰ میلادی در اکثریت کشورهای صنعتی اروپا این صندوق تحت عنوان «بیمه بارداری و بیماری» تشکیل شد.

از سال ۱۹۳۰ به بعد تحول بزرگی در تکوین سیاست اجتماعی ایجاد شد به طوری که تفکر «تأمین اجتماعی» پدیدار و با تکامل تدریجی آن از طریق انجام اصلاحات و گسترش قانونی جایگزین بیمه بهداشتی شد و در مدت زمان کوتاهی «تأمین اجتماعی» به عنوان هدف غائی جوامع در «رهایی از نیاز» به عنوان حق اساسی بشر مطرح شد و به تدریج در کلیه کشورهای جهان به اجرا درآمد.

این روش‌ها طی زمان دگرگونی یافته و کوشش کرده‌اند با رعایت موارد زیر گسترش یابند:

(الف) بهبود وضعیت (درمانی جمعیت) از طریق تضمین دسترسی مردم به خدمات درمانی.

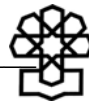
(ب) ارائه خدمات مناسب با کیفیت خوب.

(ج) حفظ تداوم و قابل تحمل بودن هزینه‌های خدمات از طریق صرفه‌جویی در هزینه‌ها.

نگاهی نزدیک به نظام‌های مختلف ارائه خدمات درمانی، نشان می‌دهد که هر یک از این روش‌ها، محاسن و معایب خاص خود را دارند، با این حال برخی از روش‌ها بسته به شرایط خاص کشورها ممکن است مناسب‌تر باشند.

در عمل هر کشوری نظام «تأمین اجتماعی» را متناسب با ارزش‌های سنتی، شرایط ملی و اولویت‌های ایدئولوژیکی خود پایه‌ریزی می‌کند؛ ولی به طور عام هدف پوشش منطقی جامعه صرف نظر از درآمد آحاد جامعه وابسته به همبستگی اجتماعی است.

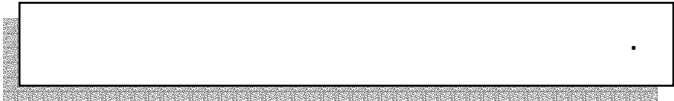
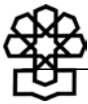
در این گزارش به بررسی تطبیقی بیمه‌های درمانی اجتماعی در کشورهای گوناگون پرداخته شده است. به این منظور در قسمت اول مرور مختصری بر مفاهیم کلیدی بیمه درمانی اجتماعی



خواهیم داشت سپس در قسمت دوم به بررسی مختصر نظام سلامت و شیوه‌های ارائه بیمه‌های درمانی در کشورهای منتخب خواهیم پرداخت. قسمت سوم نیز به جمع‌بندی و نتیجه‌گیری از این تجارب اختصاص داده شده است.

با توجه به این که در گزارش «بهبود نظام تصمیم‌گیری در سازمان تأمین اجتماعی»^۱ به طور کامل به بحث نظام تأمین اجتماعی و ارائه خدمات درمانی توسط این نظام در ایران پرداخته شده است. در این گزارش از پرداختن به موضوع بیمه‌های اجتماعی درمان در ایران خودداری شده است.

1. این گزارش با شماره مسلسل ۶۹۴۰ در فروردین ماه ۱۳۸۳ از سوی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی _ دفتر بررسی‌های اقتصادی منتشر گردیده است.

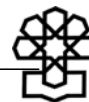


تجربه ثابت کرده است که رابطه بین وزارت بهداشت و مدیران مؤسسات تأمین اجتماعی نقش تعیین کننده‌ای در پذیرش سیاسی مقوله بهداشت برای کل کشور دارد. اگرچه در بدو پیدایش سازمان‌های تأمین اجتماعی در اکثر کشورها، وزارت بهداشت به علت به وجود آمدن مؤسسات هم عرض مخالف آن بود؛ ولی در نهایت به این نتیجه رسیدند که سازمان‌های بیمه‌ای می‌توانند به عنوان مراکز خودگردان در جهت منافع اعضا مسئولیت خدمات‌رسانی به بخشی از جامعه را در مقابل کل جامعه به عهده بگیرند و این موضوع موجب کاهش بار مسئولیت وزارت بهداشت می‌شود. این طرز تلقی موجب بهبود رابطه بین مراکز بیمه‌ای و وزارت بهداشت شد.

وزارت بهداشت به علت وابسته بودن به بودجه عمومی کشور دچار محدودیت‌های شدیدی است در صورتی که بیمه تأمین اجتماعی به علت داشتن امکانات بیش‌تر مالی قابلیت انعطاف بیش‌تری دارد و می‌تواند با برداشتن بار مالی بخشی از جامعه، به وزارت بهداشت کمک کند. تجارب به دست آمده در کلیه کشورها نشان داده که مسائل بخش سلامت بدون دخالت دولت قابل حل نیست. نظام بیمه‌های اجتماعی نیز از این قاعده مستثنی نمی‌باشند. حضور نمایندگان دولت در نظام اجرایی بیمه اجباری بهداشت موجب این اطمینان می‌شود که سازمان وظیفه خود را به خوبی و به صورت خودگردان انجام می‌دهد؛ زیرا بعضاً نظام‌های بیمه‌ای با پیشنهاد حقوق بالاتر و مزایای بیش‌تر موجب تراکم نیروی تخصصی در زیرمجموعه خود شده و سایر بخش‌ها را با مشکلات نیروی انسانی متخصص مواجه می‌سازد در این موارد وجود نماینده دولت در نظام موجب می‌شود سازمان به عنوان رقیب دولت تلقی نشود. از طرف دیگر خودگردان بودن نظام به این معنی است که نظام اجباری بیمه بهداشتی به عنوان یک همکار با بودجه قابل انعطاف و با ظرفیت‌های بیش‌تر ارائه خدمات را عهده‌دار بوده و فقط به عنوان تأمین کننده منابع مالی برای وزارت بهداشت عمل نمی‌کند.

در اکثر کشورها بیمه اجتماعی خدمات درمانی یکی از اصلی‌ترین فرآیندهای تأمین مالی خدمات درمانی است. این بیمه‌ها می‌تواند دستیابی به اهداف نظام سلامت در کشورها را تسهیل نمایند. دلایل اصلی انتخاب تأمین مالی بیمه درمانی اجتماعی در کشورهای مختلف به شرح ذیل است.

- می‌تواند یک منبع پایدار درآمد برای خدمات فراهم سازد.
- می‌تواند به استقرار حقوق بیماران به عنوان مشتریان خدمات بهداشتی درمانی کمک کند.
- با کمک متقابل از طریق تخصیص خدمات مورد نیاز و تسهیم بار مالی بر حسب توانایی پرداخت خطر را ترکیب می‌کند.



- می‌تواند در جهت پیشبرد اهداف خط مشی بهداشتی - درمانی دولت عمل کند و در عین حال به طور نسبی مستقل از دولت باشد.
- می‌تواند با تأمین کارآمد خدمات بهداشتی - درمانی همراه باشد.
- به برقراری برابری و عدالت در تأمین خدمات درمانی کمک می‌کند.
- معایب تأمین مالی از طریق بیمه اجتماعی عبارتند از:
 - هزینه‌های بالای اداری.
 - مشکلات مربوط به صرفه‌جویی در هزینه‌ها.
 - مسائل تأمین پوشش کارگران کشاورزی و بخش مشاغل آزاد.

-

عمده‌ترین روش تأمین منابع نظام تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه سازوکارهای خودگردان اجباری است و با توجه به اصل همبستگی که شراکت در عوامل خطر را به دنبال دارد منابع مالی بیمه‌های بهداشتی از راه‌های زیر تأمین می‌گردد:

۱. مشارکت بیمه شده و کارفرما که وابسته به دستمزد است و براساس سقف معینی از دستمزد حق بیمه دریافت شده و مشارکت کارفرما بیش‌تر از کارگر است.
۲. یارانه دولت.

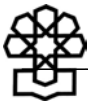
۳. سایر منابع که از شراکت این‌گونه سازمان‌ها در سرمایه‌گذاری حاصل می‌شود. صرف‌نظر از میزان مشارکت، کلیه افراد تحت پوشش از حقوق مساوی در استفاده از خدمات برخوردارند اگرچه ممکن است سقفی برای آن تعیین کرد. در هر صورت پایائی اقتصادی نظام از «یارانه درون جامعه‌ای» حاصل می‌شود یعنی افراد دارای عوامل خطر کم‌تر، اعضا دارای عوامل خطر بیش‌تر را پوشش می‌دهند.

یارانه دولت به نظام تأمین اجتماعی در سه غالب صورت می‌گیرد که عبارتند از:

۱. قبول هزینه زیرمجموعه‌های بهداشتی از طرف دولت در صورتی که میزان مشارکت کارگر و کارفرما برای پوشش هزینه‌های جاری، حمایت‌ها و هزینه‌های اداری کافی نباشد.
۲. قبول هزینه‌های اداری و پرسنلی یا پرداخت قسمتی از هزینه افرادی که قادر به پرداخت کل وجه مشارکت نیستند یا تضمین مالی نظام در صورتی که منابع آن جوابگوی پرداخت مستمری‌ها نباشد.
۳. حمایت دولت از یک بخش خاص از جمعیت و نه تمامی آن.

-

هدف نظام‌های تأمین اجتماعی برابرسازی خطر و درآمد بین اعضا است. برای این منظور صندوق‌های انباشت ایجاد گردید. معمولاً دو شیوه برای ایجاد صندوق‌ها وجود دارد. روش اول ایجاد صندوق منفرد و روش دوم صندوق‌های متعدد است.

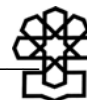


در کشورهای که از نظام چند صندوقی استفاده می‌کنند (مانند آرژانتین، کلمبیا و هلند)، وجود صندوق‌های متعدد به اعضا امکان می‌دهد که وضعیت (نمای) خطر و درآمد مختلفی داشته باشند. اما چنین ترتیبی، بدون سازوکارهای جبرانی، انگیزش‌هایی را برای سازمان‌های بیمه‌گر و صندوق‌ها ایجاد می‌کند تا افراد کم‌خطر را انتخاب کنند و افراد فقیر و بیمار را از فهرست اعضای خود حذف کنند.

در سازمان‌های تک صندوقی، تمرکززدایی می‌تواند منجر به بروز تفاوت‌های قابل توجه خطر و درآمد در بین نواحی تمرکززدایی شده شود، مگر آن‌که از سازوکارهای برابری برای تخصیص منابع استفاده گردد.

صندوق‌های بزرگ‌تر، بهتر از صندوق‌های کوچک‌تر هستند زیرا دسترسی به منابع برای خدمات سلامت در آن‌ها بیشتر است. هر چه صندوق بزرگ‌تر باشد، سهم مشارکتی که می‌تواند صرفاً به خدمات سلامتی اختصاص یابد، بیشتر می‌شود. مزایای یک صندوق بزرگ عبارت است از:

- صرفه‌جویی در هزینه‌های اجرایی،
 - اطمینان از وجود وجوه کافی برای پرداخت بهای خدمات،
 - کاهش میزان مشارکت مالی مورد نیاز برای محافظت در برابر نیازهای غیرقطعی.
- اما وجود صندوق‌های متعدد کوچک به عملکرد صندوق‌های انباشت آن‌ها آسیب می‌رساند. در بحث صندوق‌ها توصیه سازمان‌های جهانی این است که سعی شود صندوق منفرد یا صندوق‌های بزرگ تشکیل شود. اگر این ظرفیت سازمانی در کشوری وجود ندارد؛ سیاستگذاران باید تشکیل صندوق‌های کوچک برای گروه‌های خاصی از جمعیت را در دستور کار قرار دهند تا پس از مرحله گذار شرایط تجمیع صندوق‌ها و ایجاد صندوق یکپارچه در آینده فراهم شود.
- باید توجه داشت که مطرح کردن لزوم ایجاد صندوق‌های بزرگ به معنی نفی صندوق‌های کوچک به‌طور کامل نیست. صندوق‌های متعدد در صورت حفظ یکپارچگی ایجاد توان تسهیم خطر به میزان کافی و پرداخت یارانه به فقرا می‌توانند مفید باشند. رقابت در بین صندوق‌ها می‌تواند موجب بهبود پاسخگویی سازمان و ایجاد انگیزش برای نوآوری و کاهش هزینه‌ها شود. مزایا و معایب صندوق‌های منفرد و متعدد در جدول شماره ۱ نشان داده شده است. علی‌رغم مزایای بالقوه، رقابت در انباشت، مشکلات قابل توجهی را برای نظام‌های سلامت به همراه خواهد داشت؛ به خصوص در زمینه رفتار انتخابی سازمان‌های انباشت‌گر و مشتریان. رفتار انتخابی سازمان‌های انباشت‌گر بدین معناست که این سازمان‌ها تلاش خواهند کرد تا کم‌خطرترین مشتریان را برای خود بردارند (انتخاب خطر)، یعنی مشتریانی که مشارکت مالی می‌کنند اما هزینه‌های اضافی به وجود نمی‌آورند. رفتار انتخابی مشتریان بدین صورت است که پرخطرترین مشتریان به دنبال پوشش فعال‌تر نسبت به بقیه جمعیت می‌گردند.



صندوق‌های منفرد	- صرفه‌جویی در هزینه‌های اجرایی - اطمینان از وجود وجوه کافی جهت پرداخت برای خدمات - کاهش میزان مشارکت مالی مورد نیاز برای محافظت در برابر نیازهای غیرقطعی	- فقدان رقابت که موجب می‌شود انگیزه‌ای برای کاهش هزینه‌های اجرایی و بهبود مزایا برای اعضا ایجاد نشود. - مشارکت اجباری و عدم امکان انتخاب
صندوق‌های متعدد	- وجود رقابت بین صندوق‌ها که موجب بهبود پاسخگویی، نوآوری و کاهش هزینه‌ها می‌شود - امکان انتخاب بین صندوق‌ها	- افزایش هزینه‌های اجرایی - خطر رفتار انتخابی و انتخاب معکوس

در نظام‌های بیمه اجباری درمانی، خدمات به عنوان «حق» ارائه می‌شود که به دو گروه تقسیم می‌شود. گروه اول شامل پرداخت نقدی و گروه دوم خدمات درمانی است. گروه اول مستقیماً به بیمه شده پرداخت می‌شود و شامل کمک‌های زیر است:

۱. «غرامت بیماری»: پرداخت درصد ثابتی از دستمزد روزانه بیمه شده برای مدت محدود بعد از یک مدت زمان انتظار در جهت جبران دستمزد از دست رفته ناشی از بیماری است.
۲. «کمک هزینه ایام بارداری»: پرداخت درصدی از دستمزد بیمه شده در زمان بارداری و شیردهی.

۳. «کمک هزینه کفن و دفن»: مبلغ مشخصی که برای مراسم تشییع به بازماندگان بیمه شده پرداخت می‌شود.

در بعضی نظام‌ها پرداخت نقدی جزء خدمات بهداشتی نبوده و توسط بخش بیمه‌ای پرداخت می‌شود؛ این مبالغ فقط به بیمه شده پرداخت می‌شود و نه وابستگان آن‌ها. گروه دوم خدمات یعنی خدمات درمانی نیز به طور سنتی شامل ارائه خدمات پزشکی (از قبیل خدمات سرپایی، بستری، رادیولوژی، آزمایشگاه و ...) و دندانپزشکی است.

ارائه حمایت‌های پزشکی به دو شکل عمده ارائه مستقیم و ارائه غیرمستقیم انجام می‌گیرد. روش مستقیم بیشتر در کشورهای جهان سوم در جهت خدمت رسانی بیشتر به بیمه‌شدگان با توجه به محدودیت مراکز خدمت‌رسانی صورت می‌گیرد. در این روش خدمات بهداشتی اولیه به طور مؤثر به قیمت کم‌تری در اختیار بیمه‌شدگان قرار گرفته و از طرف دیگر کنترل کیفیت و هزینه خدمات آسان‌تر است.



روش غیرمستقیم که مشتمل بر خرید خدمات از فراهم‌کنندگان یا بازپرداخت بخشی از هزینه‌های درمان به بیمه شده است. این شیوه در کشورهای صنعتی رواج بیشتری دارد و راحت‌تر به نظر می‌رسد اما دارای مشکلاتی در زمینه پرداخت صورت‌حساب‌ها و تعرفه‌ها دارد. تجارب به دست آمده در سرتاسر دنیا نشان داده است که روش مستقیم معمولاً مشکلات کیفیت را به همراه دارد و مشکل روش دوم نیز کنترل هزینه‌ها است. بیش‌تر طرح‌های بیمه اجتماعی خدمات درمانی از روش مستقیم استفاده می‌کنند اما روش غیرمستقیم به ویژه از زمان به کار گرفتن راهبردهای ماهرانه کنترل هزینه، منافع زیادی ایجاد کرده است.

-

- -

روش پرداخت در بیمه‌های بهداشتی بر دو شیوه اصلی استوار است در مدل اول بیمار هزینه می‌کند و بیمه تا سقف معینی را بازپرداخت می‌کند؛ مشکل این روش این است که موجب پرداخت‌های غیرضروری به علت نیاز کاذب مبتنی بر تمایل پزشکان می‌شود ضمن این که هزینه‌ها قابل پیش‌بینی نمی‌باشند.

مدل دوم شامل پرداخت فرانشیز توسط بیمار، پرداخت سقف معینی از هزینه توسط بیمه‌گر، وادار کردن بیمار به استفاده از امکانات درمانی سازمان بیمه‌گر (روش مستقیم) یا عقد قرارداد با فراهم‌کنندگان (روش غیرمستقیم) است. این شیوه‌ها موجب منظم شدن خدمات می‌گردند.

- -

- - -

روش‌های عمده پرداخت به پزشکان عبارت از پرداخت سرانه، کارانه و پرداخت حقوق است که ذیلاً به بررسی آن‌ها می‌پردازیم.

- - - -

از این روش در امریکا، کانادا، استرالیا، نیوزلند، کره، بلژیک، فرانسه، آلمان، نروژ و به عنوان یکی از روش‌ها در سوئد استفاده می‌شود. مزایای آن برای پزشکان عبارت است از: انعطاف‌پذیری برای افزایش درآمد با انجام خدمات و اعمال جراحی اضافی؛ و مزایای آن برای بیمار عبارت است از این که پزشک تلاش می‌کند، خدمات فراهم شده برای بیمار قابل قبول باشد که این عمل با ارائه خدمات به طور کامل و سریع همراه با وعده‌های جذاب تحقق می‌پذیرد. در این روش اگر پزشک حتی در موارد پیش پا افتاده طبی هم مورد مشاوره قرار گیرد شکایتی نمی‌کند. مزیت دیگر آن این است که بیمار در انتخاب پزشک خود کاملاً آزاد است و در زمان بیماری به هر پزشکی می‌تواند مراجعه کند و اگر پزشک با بیمارستان نیز قرارداد داشته باشد بیمار توسط همان پزشک در بیمارستان مورد عمل جراحی قرار می‌گیرد. معایب این روش برای پزشکان تأخیر در وصول مطالبات است زیرا

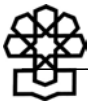


پزشک کلیه خدمات انجام شده را باید ثبت و طی صورتحسابی به سازمان بیمه‌گر ارائه و سپس منتظر رسیدگی و وصول مطالبات می‌شود که این امر زمان زیادی را صرف می‌کند. از دیدگاه بیماران عیب بزرگ آن این است که پزشکان زمان کافی را صرف بررسی و تشخیص بیماری نمی‌کنند؛ زیرا زمان مساوی با پول است. از طرف دیگر با توجه به عدم وجود جذابیت در مناطق دور افتاده و کم بودن تعداد پزشکان در این مناطق مطب‌ها شلوغ و لذا بیماران در روزی که می‌خواهد معاینه شود نوبت پیدا نمی‌کنند.

از دیدگاه سازمان بیمه‌گر مزیت بزرگ این روش رضایت‌مندی بیمه‌شدگان تحت پوشش است زیرا در این روش پزشک از انجام درمان ناقص پرهیز می‌کند و حتی دانش خود را در جهت انجام شیوه‌های درمانی جدیدی که می‌تواند برای آن‌ها هزینه کند افزایش داده و تمایل به تخصص‌گرایی زیاد می‌شود زیرا بیمار دوست دارد مستقیماً به متخصص مراجعه کند. از معایب این روش برای سازمان‌های بیمه‌گر بالا رفتن هزینه‌های اداری به علت رسیدگی به صورتحساب‌ها، بالا رفتن و غیرقابل پیش‌بینی بودن هزینه‌های درمان و حتی بعضی مواقع ابهام در کیفیت ارائه خدمات است به عنوان مثال در کشور چین علت کاهش همکاری پزشکان پابرهنه^۱ و جایگزینی روش کارانه به جای حقوق موجب شد خدمات پیشگیرانه کاهش یافته در نتیجه افزایش نسخه‌نویسی و استفاده بیش از حد مجاز خدمات پیشرفته را به دنبال داشت.

البته سازمان بیمه‌گر نمی‌تواند به طور ساده هزینه خدمات پزشکی را طبق صورتجلسات محاسبه و پرداخت کند و بنابراین صورتحساب‌های دریافتی باید مورد رسیدگی قرار گیرد که آیا صورتحساب مطابقت با تشخیص و یا درمان انجام شده دارد؟ آیا رادیوگرافی بیش از حد مورد نیاز درخواست شده است؟ آیا صورتحساب‌های غلط وجود دارد؟ (مانند ارسال صورتحساب برای خدمات انجام نشده، انجام خدمات برای غیربیمه شده و با نام بیمه شده). آیا قرارداد تقسیم منافع به طور پنهانی بین پزشک، آزمایشگاه، رادیولوژی وجود دارد؟ باید در نظر داشت که حتی پرداخت ساده ویزیت‌ها و مشاوره‌ها نیز موجب استفاده بیش از حد از خدمات می‌شود زیرا پزشک بیمار را ترغیب می‌کند که در طول بیماری چندین بار برای پیگیری و معاینه به پزشک مراجعه کند به طور مثال اجرای چنین روشی در ایرلند برای افراد فقیر موجب مراجعه سالانه ۱۱ بار به ازای یکصد نفر در مقایسه با انگلیس که مراجعه سالانه ۴/۵ بار به ازای یکصد نفر دارد، گردید.

اجرای نظام تعرفه‌های پیچیده مانند کشور آلمان و کره که بیش از ۲۰۰۰ نوع تعرفه دارد موجب بالا رفتن هزینه برای سازمان بیمه‌گر می‌شود زیرا با توجه به این که بعضی تعرفه‌ها درآمد بیشتری را برای پزشک به همراه خواهد داشت. بنابراین تمایل به استفاده مکرر از آن تعرفه توسط پزشکان غیرقابل اجتناب خواهد بود و یا پزشکی که دستگاه جدیدی را خریداری می‌کند تمایل به استفاده مکرر خدمت ارائه شده توسط دستگاه مربوطه را دارد زیرا پزشک باید سرمایه به کار رفته را استهلاک کند و بنابراین موجب تحمیل هزینه‌های اضافی به سازمان‌های بیمه‌گر خواهد شد به طوری که این مشکل در مورد اول یعنی استفاده مکرر از تعرفه‌های پرهزینه در بلژیک موجب بالا



رفتن هزینه‌های آزمایشگاهی و در مورد دوم یعنی استهلاک سرمایه در آلمان اتفاق افتاد. باید توجه داشت که بالا رفتن هزینه اختصاص به ویزیت پزشکان ندارد بلکه با افزایش تعداد نسخ دارویی هزینه مضاعفی به نظام تحمیل می‌شود مثلاً در آلمان دو سوم ویزیت‌ها، اضافی و تحمیلی از سوی پزشک بوده است در مقایسه با انگلیس که یک سوم ویزیت‌ها به این شکل بوده است و لذا دور از منطق نخواهد بود که اگر فرض کنیم به جای روش پرداخت سرانه، از روش کارانه استفاده شود هزینه‌ها دو برابر خواهد شد و لذا موارد بستری اضافی و جراحی‌های غیر ضروری افزایش خواهد یافت علاوه بر موارد ذکر شده فوق بحث در مورد کیفیت نیز پیش خواهد آمد بررسی انجام شده در امریکا نشان می‌دهد که درصد جراحی‌های انجام شده در مناطق مختلف جغرافیایی متفاوت بوده است و از طرفی آزاد بودن بیمار در انتخاب پزشک علاوه بر زیان مالی، خطرات دیگری نیز دارد که عبارت خواهد بود از این که بیمار می‌تواند در مورد بیماری خود با چند پزشک مشورت و از هر کدام نسخه دارویی دریافت دارد و چه بسا داروهای تجویز شده توسط یک پزشک با داروهای تجویزی همکار دیگر تداخل داشته و بسیار خطرناک باشد و از طرف دیگر هر پزشکی تلاش در جهت «به روز بودن» علم خود خواهد داشت و بنابراین رقابت بین پزشکان موجب خواهد شد اولاً مشاوره‌های رسمی و غیررسمی حذف و هر پزشکی در جهت جلوگیری از مراجعه بیمار به دیگران به تنهایی تصمیم به درمان بگیرد و روش خود را به دیگران یاد نهد و ثانیاً پزشک ممکن است جراحی‌ها و اعمالی را انجام دهد که در آن‌ها تبحر کافی ندارد و در نهایت هیچ پزشکی تمایل به انجام کار پیشگیرانه نخواهد داشت مگر این که مبالغی را برای انجام این گونه خدمات دریافت دارد. در جهت برخورد با مسائل فوق بیمه‌گر لازم است از راه‌حل‌های زیر استفاده کند:

الف) صورتحساب‌ها را دقیقاً کنترل و مشخص کند کدام پزشک و در چه مواردی هزینه بالا داشته است و لذا ممکن است تصمیم بگیرد در پرداخت برای پزشکان، هزینه را مطابق میانگین سایر پزشکان انجام یا برای آنان سقف تعیین نموده یا پزشک ناظر برای کنترل کار آنان به کار بگمارد یا به نظام پزشکی شکایت و در نهایت لغو قرارداد کند.

ب) بیمه‌گر تعرفه‌ها را طوری تغییر دهد که بعضی اعمال و خدمات جذابیت مالی کم‌تری داشته باشند.

ج) بیمه‌گر قبل از بستری شدن بیمار لزوم بستری شدن آنان را تأیید کند.

د) اجرای طرح دریافت فرانشیز مطابق روشی که در کشور کره انجام می‌شود به طوری که بیمار ۳۰ درصد هزینه خدمات سرپایی، ۲۰ درصد خدمات بستری را پرداخت می‌کند که این میزان در سال ۱۹۸۰ به ۵۰ درصد هزینه خدمات سرپایی بیمارستانی و ۶۵ درصد هزینه خدمات بستری بیمارستانی افزایش یافت و لذا موجب کاهش مراجعات سرپایی گردید.



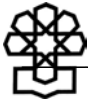
- - - -

این روش متداولترین روش پرداخت در بیماران بستری است ولی به پزشکان با سابقه اجازه داده می‌شود از روش کارانه بر مبنای تخت خصوصی و ارائه خدمات بهتر نیز استفاده نمایند که موجب نگرانی‌هایی نیز می‌شود به این معنی که پزشک وقت بیشتری را به بیماران خصوصی خود اختصاص داده و بیماران عادی بیمه شده از کیفیت مطلوب خدمات برخوردار نخواهند بود و بنابراین در بعضی نظام‌ها روش «تمام وقتی»^۲ را پیشنهاد نمودند، این روش در نظام بیمه‌ای هند اجرا می‌شود و پزشک حق کار کردن در بخش خصوصی را ندارد. از روش پرداخت حقوق برای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کلینیک‌ها و مراکز بهداشتی کشورهایمانند فنلاند، سوئد، روسیه، اسپانیا، پرتغال، یونان، ترکیه، هند، اندونزی، اسرائیل و امریکای لاتین استفاده می‌شود که پزشکان به صورت تمام وقت یا نیمه‌وقت ساعتی اشتغال به کار دارند.

از مزایای این روش برای بیمه‌شدگان این است که بیمار می‌تواند در روز مراجعه موفق به ویزیت توسط پزشک شده و کلیه خدمات لازم آزمایشگاهی، رادیولوژی و دارویی در همان مرکز انجام می‌شود؛ کارکنان شاغل سعی در ارائه خدمات پیشگیرانه دارند، لذا جمعیتی که تحت پوشش است ترغیب به خدمات پیشگیری مانند بهداشت مادر و کودک، تنظیم خانواده، ایمن‌سازی، و آموزش بهداشت می‌شوند. در این نظام تعداد پزشکان به ازای جمعیت تحت پوشش هر منطقه تعیین می‌شود. معایبی که این روش برای بیماران دارد عبارت است از این که بیمار ممکن است قادر نباشد در مراجعه بعدی به پزشکی مراجعه کند که بار اول مراجعه کرده است. البته اگر بیمار پرونده پزشکی داشته باشد رابطه بین بیمار، پزشک و بیماری برقرار خواهد شد. در این روش بدترین وضعیت به این شکل خواهد شد که انجام خدمات محدود به مشاوره‌های کوتاه البته بعد از نوبت‌های طولانی خواهد بود زیرا پزشکان تأخیر در ورود و تعجیل در خروج دارند به طور مثال تجربه چین به لحاظ پرداخت ثابت این بوده است که کارکنان بهداشتی تنبل هستند، دیر می‌آیند و زود می‌روند، غیبت‌ها زیاد است، به بیماران بی‌احترامی می‌شود کیفیت خدمات ارائه شده نامطلوب است. بیمار بعد از ویزیت و طی نوبت طولانی برای معاینه باید در صف طولانی دارو نیز بایستد زیرا در مدت زمان کوتاهی نسخ زیادی به داروخانه ارجاع می‌شود. لذا بیماران در پاسخ به خدمات ضعیف در نظام بیمه‌ای با انعام دادن^۳ به پزشک سعی در گرفتن خدمات بهتر دارند و ممکن است این تصور در بیماران پدید آید که با مراجعه به مطب خصوصی پزشک از امکانات درمانی بهتری بهره‌مند می‌شوند و در واقع پزشکان، کار در بیمه را محلی برای ارجاع بیماران به بخش خصوصی خود تلقی می‌کنند.

مزیت این روش برای پزشکان، تضمین درآمد، ساعات مشخص انجام وظیفه و استراحت، تلاش در جهت ارتقای به درجات علمی بالاتر سازمان بیمه‌ای است. در یک کلینیک خوب تلاش برای کار تیمی و ارائه مطلوب خدمات بیشتر می‌شود و با محدود کردن تعداد ویزیت مثلاً ۳-۴ نفر در

1 - Salary
2. Full time.
3. Tipping.



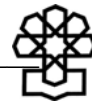
هر ساعت به ازای ۴ ساعت کار درمانگاهی، تعداد ۱۶-۱۲ بیمار ویزیت، فشار کاری کم‌تر و کیفیت علمی خدمت افزایش خواهد یافت. عیب این روش برای پزشکی که در مرکز بزرگی کار می‌کند عدم استمرار خدمات برای یک بیمار خاص است و بنابراین پزشک از نتیجه درمان خود اطلاعی نداشته و گام بعدی درمان را بر اساس پرونده پزشکی وی تعیین خواهد کرد و به علت نداشتن ارتباط نزدیک با بیمار موجب عدم رضایت از شغل و افت اخلاق پزشکی می‌شود.

از مزایای این روش برای بیمه‌گر کنترل هزینه‌ها و عملکرد بر اساس بودجه تعیین شده است در این روش بیمه‌گر بر مبنای بودجه خود می‌تواند داروها را محدود و یا داروی ژنریک خریداری کند، دسترسی به متخصصین و بیمارستان‌ها را فقط بر اساس ارجاع پزشکان عمومی قرار دهد و با توجه به تشویق خدمات وسیع پیشگیرانه موجب کاهش هزینه‌های درمانی، بهبود سطح بهداشتی بیمه شده، استمرار آموزش پزشکان و در نهایت تشویق کار تیمی می‌شود. معایب این روش برای بیمه‌گر عبارت است از گماردن افرادی برای نظارت و فشار آوردن به کارکنان برای انجام کار که استمرار این وضع می‌تواند موجب کاهش وجدان کاری و اخلاقیات پزشکان شود به طوری که پزشکی که قرار است در هر ساعت ۲ تا ۴ بیمار و در روزکاری درمانگاه ۱۲ تا ۱۶ بیمار را ویزیت کند دیر بیاید و زود برود. چه بسا همان پزشک برای چهار ساعت کاری چندین قرارداد بیمه را همزمان منعقد کند و در صبح‌های زود و عصرها نیز در بخش خصوصی فعال باشد و در نتیجه به علت فشار کاری، بیمه‌شدگان از خدمات بسیار ضعیفی برخوردار خواهند بود. بنابراین اگرچه روش «حقوق ماهیانه» ممکن است از نظر اقتصادی به صرفه و صلاح بیمه‌گر باشد ولی در سایر موارد خصوصاً رضایت‌مندی بیمه‌شدگان موفق نیست و اگر اصرار در حضور در درمانگاه در ساعات تعیین شده مورد نظر باشد پزشک ممکن است در وضعیت کاملاً انتزاعی قرار گیرد و لذا نسخ زیادی بنویسد، آزمایش‌های بیش‌تری درخواست کند و ارجاعات بیش‌تری را به متخصصین داشته باشد و با توجه به این که اکثر این خدمات در یک ساختمان انجام می‌شود زحمتی هم برای بیمار ندارد. این وضعیت در امریکای لاتین پیش آمد به طوری که از هر سه مراجعه به درمانگاه یک نفر به پزشک متخصص ارجاع داده شد که او هم به نوبه خود تست‌های گران قیمت و پرهزینه را برای بیمار درخواست می‌نمود.

- - - -

این روش از مدت‌ها قبل در دانمارک، هلند و انگلستان به کار گرفته می‌شد و از سال ۱۹۸۰ تنها روش پرداخت در ایتالیا گردید. این روش در کاستاریکا، اندونزی و بیمه بهداشتی امریکا مورد استفاده است. در این روش فراهم‌کنندگان خدمت مبلغ مشخصی را در مقاطع منظم (ربع سال یا یک سال) به ازای افراد حمایت شده در مدت زمان معین از بابت درمان دریافت می‌دارند.

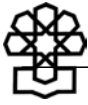
مزیت اصلی این روش برای بیماران عبارت است از انتخاب آزاد پزشک توسط بیمار تا سقف لیست پزشک مورد نظر و استمرار خدمات. بیمار می‌تواند فقط یک پزشک را انتخاب کند و ارجاع به



متخصص توسط همان پزشک صورت می‌گیرد و بیمار بعد از ویزیت توسط پزشک متخصص با ذکر تشخیص بیماری و درمان‌های انجام شده مجدداً به پزشک اولیه که پزشک عمومی است عودت داده می‌شود. پزشک بیمه‌ای در تمام روزهای هفته‌ها و ایام سال مسئول بیمار خود خواهد بود. ممکن است با سایر پزشکان در خصوص ویزیت بیماران در طول شب، یا روزهای تعطیل همکاری کند و یا مراکزی وجود دارد که با توافق پزشک، بیمار در روزهای تعطیل به آن جا ارجاع می‌شود هیچ پزشکی حق ندارد بیمار موجود در لیست خود را در بخش خصوصی درمان کند و همچنین اجازه ندارد بیمار را به بخش خصوصی جهت ویزیت پزشک دیگر ارجاع دهد مگر این که بیمار از لیست وی خارج شده باشد. پزشک، همچنین در موارد بسیار حاد باید بیمار را در منزل ویزیت کند البته به شرطی که در قرارداد ذکر شده باشد. این روش هم اکنون در انگلستان اعمال می‌شود از معایب این روش برای بیمار این است که ممکن است نوبت‌های پزشک طولانی باشد، مطب پزشک تجهیزات و مبلمان مناسب نداشته باشد (زیرا در روش سرانه پزشک مجبور است هزینه نگهداری مطب را از دستمزد خود بپردازد) یا این که درآمد قابل توجهی از بخش خصوصی داشته باشد؛ مطب‌ها در مناطق شهری و پر ازدحام هزینه بالا داشته و بالعکس در مناطق فقیرنشین پزشک کم است، پزشک ممکن است در جهت نگه داشتن بیماران خود با آنان مؤدبانه رفتار کند ولی در مقابل بیمارانی که با مشکلات جزئی مکرراً به مطب مراجعه و وقت‌گیر هستند صبور نباشد، از طرفی بیمار هم ممکن است دوست نداشته باشد بین پزشکان دست به دست بچرخد و یا هنگام بستری در بیمارستان تحت نظر پزشک دیگری باشد.

از مزایای این روش برای پزشکان این است که با توجه به این که پزشک علاقه‌مند است رئیس خود باشد و نه مرئوس دیگری با اجرای این روش وی درمان مورد نظر خود را انجام داده و سوابق را در پرونده بایگانی می‌کند و فقط لیست خدمات انجام شده را به بیمه‌گر ارائه می‌کند و لذا در این سیستم حداقل تداخل با آزادی پزشک صورت می‌گیرد اگرچه ممکن است نسخ تجویز شده توسط سازمان بیمه‌گر کنترل و بازبینی شود. در این سیستم پزشک آزاد است با انتخاب خود عضوی از همکاری با سایر پزشکان باشد، افراد و موارد مشارکت و هزینه پرداخت پرسنلی را نیز خود انتخاب خواهد کرد و از معایب آن برای پزشکان این است که حداکثر درآمد پزشک با پر شدن لیست وی ثابت است که این وضعیت بسته به منطقه‌ای که پزشک در آن جا طبابت می‌کند ممکن است در سن سی سالگی اتفاق بیافتد و لذا بر خلاف سایر حرفه‌ها، درآمد پزشک با سابقه کار وی رابطه‌ای نخواهد داشت. از آن جایی که هزینه منشی خارج از سیستم پرداخت سرانه است ممکن است پزشک بخواهد کار منشی را نیز خود انجام دهد که موجب فشار بیش‌تر کاری برای پزشک خواهد بود و اگر پزشکی بخواهد خدمات بیمارستانی مانند جراحی را نیز ارائه دهد وضعیت مشکل‌تر خواهد شد زیرا در روش سرانه بین کار بیمارستانی و خدمات سرپایی عمومی تفاوت‌های فاحش وجود دارد و ندرتاً این دو بخش با این روش پرداخت با هم ترکیب می‌شوند.

مزایای این روش برای بیمه‌گر عبارت است از این که هزینه‌های خدمات پزشکان عمومی فقط با تعداد اعضا تفاوت خواهد کرد اگر چه هزینه نسخ در این رابطه غیرقابل پیش‌بینی خواهد بود ولی



می‌توان با ارائه لیست‌های مثبت و منفی دارویی و تعیین این که تجویزکنندگان هزینه بالا چه کسانی هستند هزینه‌ها را کنترل کرد و پایین نگه داشت. این روش موجب می‌شود پزشکان جوان برای پر کردن لیست خود اقدام به ایجاد مطب در مناطق کم پزشک بکنند و همچنین در جهت کاهش بار کاری خود در آینده اقدام به خدمات طب پیشگیری نمایند. در این روش پزشک و بیمار ارتباطی منطقی با هم دارند و در صورت عدم رضایت‌مندی بیمار می‌تواند به راحتی پزشک خود را عوض کند اگر چه این اقدام در مناطق روستایی و دور از شهر مقداری مشکل‌تر می‌شود. در این نظام نظارت آنچنانی و کار منشیگری اداری زیاد مورد نیاز نیست و فقط پرونده‌های پزشکان در خصوص این که چه پزشکی چه کسانی را پوشش می‌دهد نگهداری می‌شود و فقط در مواردی که شکایات جدی وجود دارد مانند این که پزشک، بیمار موجود در لیست خود را به صورت خصوصی درمان کند و یا در موارد حاد و جدی بیمار را در منزل ویزیت کند نیاز به پیگیری و رسیدگی دارد. بیمه‌گر ممکن است علی‌رغم رضایت بیماران از پزشک، علاقه‌مند به بازرسی و بررسی کیفیت خدمات ارائه شده باشد مواردی که بیش‌تر مورد نظر هستند عبارت خواهند بود از: مطب‌های با کیفیت پایین؛ پزشکانی که درخواست آزمایش زیادی می‌کنند؛ پزشکانی که غیرقابل دسترس هستند و یا با پیغام‌گیر با بیمار در تماس هستند و لذا دسترسی بیماران را برای اخذ نوبت از تلفن‌های عمومی مشکل می‌سازد. از دیگر معایب این روش برای بیمه‌گر این است که در این روش پزشکان کم‌تر علاقه به «به روز» نمودن خود از نظر علمی دارند، بعضی پزشکان بیماران وقت‌گیر را به متخصصین ارجاع می‌دهند. در انگلستان برای غلبه بر این مشکلات تدابیری اتخاذ شده است. در انگلیس سازمان‌های بیمه‌گر مقداری از اجاره مطب را پرداخت می‌کنند. بنابراین در بازدیدها اگر مطب از کیفیت مناسبی برخوردار نباشد این مبلغ پرداخت نمی‌شود؛ یا این که ۷۰ درصد از دستمزد دو نفر منشی در مطب توسط بیمه‌گر پرداخت و محدودیت‌هایی در مورد خدمات واگذار شده به غیر به نمایندگی از طرف پزشک طرف قرارداد اعمال می‌شود به حضور در بازآموزی‌ها یارانه پرداخت می‌شود. به پزشکانی که مسن می‌شوند و درآمد ثابت بر اساس لیست ماگزیم خود دارند پاداش پرداخت می‌شود. کنترل‌های بیش‌تری بر روی پزشکان جدیدی که در مناطق با ازدحام پزشک اقدام به تأسیس مطب می‌کنند اعمال می‌شود تا آنان به مناطق دور دست‌تر بروند.

تاکنون سیستم پرداخت سرانه فقط در پرداخت حوالزحمه پزشکان مدنظر قرار گرفته است؛ ولی هم اکنون در بعضی انواع سازمان‌های حفظ بهداشت (HMO)^۱ در امریکا بیمه‌گر مبالغ معین به یک گروه از پزشکان برای ارائه کلیه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی به ازای بیمه‌شدگان پرداخت می‌کند و لذا ارائه خدمات توسط گروه تقبل می‌شود این روش هم اکنون در نیجریه با مقداری تغییرات انجام می‌شود.

روش دیگر عقد قرارداد واسطه‌ای بوده است؛ به این شکل که تعدادی از پزشکان قراردادهایی با سایر پزشکان در زمینه ارائه خدمات منعقد می‌کردند که آنان بعضی خدمات خاص را برای بیمه

1. Heath Maintaining Organization.



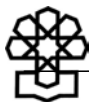
شده فراهم نمایند خطر عمده این روش تمایل به تأمین حداقل خدمات یعنی کمتر از حد مورد نیاز، خصوصاً در موارد بستری شدگان است.

- - - -

همان گونه که ملاحظه شد یک روش کامل و بدون عیب و نقص پرداخت وجود ندارد و هر روش دارای معایب و مزایایی است. به طور مثال روش پرداخت به روش حقوق ماهیانه علی‌رغم گسترش بخش خصوصی در ده سال گذشته در اسرائیل عملکرد خوبی داشته است. سیستم پرداخت به روش سرانه در هلند و انگلیس عملکرد خوبی داشته و بنابراین پزشک عمومی شاغل در بخش خصوصی بسیار اندک بوده و فقط متخصصین در بخش خصوصی فعال هستند. اگرچه پرداخت به روش «کارانه» برای بیمه‌گر گران تمام می‌شود ولی این روش در کانادا، آلمان و فرانسه عملکرد خوبی داشته است تجارب نظام‌های مختلف در کشورهای جهان کاملاً متفاوت بوده است مثلاً با توجه به این که پزشکان معمولاً به روش پرداخت خود عادت می‌کنند و معمولاً دوست ندارند روش پرداختی آنان تغییر کند پزشکان اسرائیلی مایلند ساعات مشخصی را در بخش دولتی کار کرده و سپس در بخش خصوصی فعال باشند. در انگلستان پزشکان عمومی بعد از جنگ و گریزها و مباحثات طولانی در خصوص حقوق ثابت و روش کارانه به دلیل ایجاد رقابت بین پزشکان و کاغذبازی روش سرانه را برگزیدند ولی پزشکان در آلمان، فرانسه، استرالیا، نیوزیلند مخالف سیستم سرانه بوده و روش کارانه را ترجیح می‌دهند.

با در نظر گرفتن موارد فوق و با توجه به این که در کشورهای در حال توسعه «سهم مشارکت» بیمه‌شدگان یکی از متغیرهای مهم است و لزوم پوشش همگانی توسط طرح وجود دارد باید جدا از روش‌های پرداخت «کارانه» پرهیز کرد. در انتخاب بین روش پرداخت سرانه و حقوق ماهیانه سؤال اساسی این است که آیا از پزشکانی که حقوق ثابت دریافت می‌دارند این انتظار می‌رود که خدمات خوبی را بدون وجود رقابت مالی ارائه دهند یا خیر؟ و این مسأله را نیز باید مدنظر قرار داد که سطح دریافتی در بخش بیمه‌های درمانی نباید از سطح دریافتی در بخش دولتی بالاتر باشد؛ زیرا موجب صدمه به بخش دولتی می‌شود. می‌توان مخلوطی از سیستم‌های پرداخت را به کار برد. مثلاً برای پزشکان یک حقوق ثابت پایه و یا مبلغ ثابت سرانه را در نظر گرفت و سپس مبلغی را به ازای هر ویزیت پرداخت نمود؛ یا مانند کشور کاستاریکا مبلغی را به عنوان حقوق ثابت برای مراقبت‌های بهداشتی پیشگیرانه همراه با روش سرانه برای خدمات درمانی، به پزشکان پرداخت نمود. در نهایت پیشنهاد می‌شود هر روش پرداخت را ابتدا در طرح‌های کوچک به صورت پیلوت انجام و پس از بررسی نتایج، آن را در کل نظام بیمه درمانی اجرا کرد ولی اشکال اساسی در کشورهای در حال توسعه این است که معمولاً اصلاحات حکومتی با عجله و بدون تفکر و بررسی انجام می‌شود.

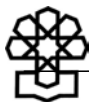
جداول ۲،۳ و ۴ مزایا و معایب هر یک از این سه روش را به اختصار نشان می‌دهند.



۱. عدم علاقه پزشکان به «به روز کردن» اطلاعات خود	۱. امکان طولانی بودن نوبت پزشک	۱. ثابت بودن درآمد بعد از پرسیدن لیست	۱. کنترل بهتر هزینه‌ها زیرا هزینه با تعداد اعضا تغییر می‌کند.	۱. انتخاب آزاد پزشک	کمترین تداخل با آزادی پزشک در ابعاد:
۲. ارجاع بیماران وقت‌گیر به متخصصین.	۲. غیرصبورانه پزشک با بیمار در موارد جزئی، مراجعات مکرر و وقت‌گیر	۲. برخلاف سایر مشاغل افت شدید درآمد در صورت کم کردن تعداد بیماران	۲. انگیزه ایجاد مطب توسط پزشکان جوان در مناطق کم پزشک و پرجمعیت	۲. استمرار خدمات	- درمان
	۳. عدم استمرار خدمات در بخش بیمارستانی	۳. عدم دریافت مبالغی برای خدمات اداری مطب شامل منشی‌گری بایگانی - تشکیل پرونده	۳. سهولت کار نظارت	۳. برخورد مؤدبانانه پزشک با بیمار	- گردش کار
		۴. عدم تلفیق خدمات سرپایی و بیمارستانی			- همکاری با سایر پزشکان
: ارائه خدمات پزشکی توسط فراهم‌کنندگان خدمات در ازای مبلغی معین به ازای افراد حمایت شده در مدت زمان معین					
: دانمارک، هلند، انگلستان، آمریکا، اندونزی، ایتالیا و کاستاریکا					



انعطاف‌پذیری برای افزایش درآمد	۱. تلاش پزشک در جهت قابل قبول بودن خدمات برای بیمار ۲. عدم شکایت پزشک در موارد مشاوره‌های غیر ضروری ۳. آزاد بودن در انتخاب پزشک ۴. استمرار خدمات توسط پزشک معین در هر دو بخش سرپایی و بستری	۱. رضایت مندی بیمه‌شدگان ۲. پرهیز از درمان ناقص ۳. ایجاد رقبت در پزشکان در جهت علمی‌تر شدن	۱. تأخیر در وصول مطالبات ۲. در صورت شلوغ بودن مطب طولانی بودن نوبت‌ها	۱. عدم صرف زمان کافی برای بررسی و تشخیص بیماری توسط پزشک ۲. در صورت شلوغ بودن مطب طولانی بودن نوبت‌ها ۵. حذف مشاوره‌های غیررسمی و رسمی و عدم انتقال تجارب پزشک به سایرین ۶. عدم انجام اقدامات پیشگیرانه	۱. بالا رفتن هزینه درمان ۲. غیرقابل پیش‌بینی بودن هزینه‌ها ۳. ابهام در کیفیت ارائه خدمات ۴. دو برابر شدن هزینه‌ها در مقایسه با روش سرانه
: دریافت حق‌الزحمه در ازای خدمات ارائه شده					
: امریکا، کانادا، استرالیا، نیوزلند، کره، بلژیک، فرانسه، جمهوری فدرال آلمان، نروژ و سوئد					

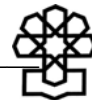


تعیین درآمد ساعت مشخص انجام وظیفه و استراحت	ویزیت در روز مورد تقاضا	۱. سعی در خدمات پیشگیری ۲. تلاش در کار تیمی ۳. کنترل هزینه‌ها ۴. عملکرد بر اساس بودجه تعیین شده	۱. عدم استمرار خدمات برای یک بیمار خاص ۲. عدم رضایت شغلی و کاهش اخلاقیات پزشکی ۳. تأخیر ورود و تعجیل خروج پزشک ۴. بی‌احترامی به بیماران ۵. نامطلوب بودن کیفیت خدمات پرداخت‌های زیر میزی ۶. عدم استمرار خدمات	۱. ویزیت شدن تعداد زیادی بیمار در ساعات محدود ۲. تأخیر ورود و تعجیل خروج پزشک ۳. بی‌احترامی به بیماران ۴. نامطلوب بودن کیفیت خدمات پرداخت‌های زیر میزی ۶. عدم استمرار خدمات	۱. گماردن افرادی برای نظارت و کنترل حضور و غیاب ۲. انتزاعی شدن پزشکان نوشتن نسخ بیشتر تست‌های آزمایشگاهی و رادیوگرافی بیشتر، ارجاعات غیرضرور به متخصصین ۳. ایجاد تفکر کم‌تر بودن فعالیت در بخش خصوصی در ذهن بیماران
<p>پرداخت حقوق ثابت به پزشک در ازای انجام کار موظف:</p> <p>هند، چین، فنلاند، روسیه، اسپانیا، پرتغال، یونان، ترکیه، اندونزی، اسرائیل و امریکای لاتین</p>					

- - -

درخصوص بیمارستان‌ها با توجه به علایق سازمان‌های بیمه‌گر در فراهم آوردن خدمات با کیفیت بالا و هزینه‌های پایین از روش‌های مختلفی استفاده شده است:

۱. صورت حساب تفکیکی: همانند هتل کلیه خدمات (دارو، غذا، تلفن، اعمال جراحی، خدمات پرستاری و...) جزء به جزء دریافت می‌شود. با توجه به این که در این روش تصمیم‌گیرنده پزشک است، سازمان بیمه‌گر در موقعیت ضعیفی قرار دارد. درمان غیرضروری افزایش یافته، استفاده غیرضروری از فناوری پرهزینه می‌شود و زمان بستری طولانی می‌شود بنابراین هزینه‌ها روندی فزاینده دارند. از این روش در تایلند و کره استفاده می‌شود.
۲. روز بستری: در این روش بیمه‌گر با ذهنیت سقف پرداخت روزانه، فکر می‌کند بیمارستان هزینه‌ها را کاهش خواهد داد در صورتی که در این روش با طولانی شدن زمان بستری هزینه‌ها افزایش پیدا می‌کند ولی سازمان بیمه‌گر می‌تواند با به کار بردن پزشک ناظر از افزایش هزینه‌ها پیشگیری کند. از این روش در کشورهای اروپای غربی استفاده می‌شود.
۳. تشخیص بیماری: در این روش پرداخت‌ها گلوبال و بر مبنای تشخیص بیماری است ولی بیمارستان با ابتکاری کردن و استفاده از «تشخیص گام به گام» و ترخیص زودرس و بستری



مجدد موجب افزایش هزینه می‌شود. از این روش در امریکا استفاده می‌شود که به علت پیچیدگی و مشکل بودن سیاستگذاری قابل تسری به کشورهای جهان سوم نیست ولی می‌توان از آن الهام گرفت مثلاً هزینه اعمال جراحی را بر مبنای گلوبال و سایر موارد بر مبنای روز بستری باشد.

۴. اختصاص بودجه: بیش‌تر در نظام مستقیم استفاده می‌شود در صورت مازاد بودجه، بیمارستان آن را به سازمان بیمه‌ای برمی‌گرداند. در این روش هزینه‌ها ثابت بوده، بیمارستان مجبور است منابع محدود را با برنامه‌ریزی مورد استفاده قرار دهد ولی عیب عمده آن فقدان انگیزه برای کاراتر کردن بیمارستان است که می‌توان با پرداخت اضافی یا وعده افزایش بودجه در سال بعدی با آن مقابله کرد.

در کشورهای در حال توسعه با توجه به ترجیح روش‌های ساده بر سایر روش‌ها می‌توان پرداخت‌های بیمارستانی را به شکل هتلینگ به اضافه هزینه‌های جراحی انجام و کنترل‌های لازم را در آن اعمال کرد.

-

برای اجرای برنامه‌های درمانی بیمه‌های اجتماعی نیاز به تشکیلاتی با قابلیت‌های فنی و انعطاف مالی است این تشکیلات می‌تواند به صورت یکی از شکل‌های زیر تحقق پذیرد.

۱. تشکیلات مجزا تحت پوشش یکی از وزارتخانه‌های دولتی.

۲. جزئی از نظام تأمین اجتماعی.

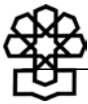
۳. سازمان غیردولتی مربوط به اتحادیه‌های صنفی.

۴. سازمان غیردولتی با اعضا اختیاری.

۵. تشکیلات خودگردان مجزا.

اداره اجرای بیمه بهداشتی در دو وظیفه عمده خلاصه می‌شود. اول وظایف مربوط به ثبت و شناسایی اعضا و دوم وظایف مربوط به صورت حساب‌های پزشکی ناشی از ارائه خدمات که در بخش نخست برای کنترل مشمول بیمه از روش‌های مختلفی مانند تحویل «جعبه تمبر شناسایی» که هر تمبر بیانگر مدت زمان محدود پرداخت حق بیمه است، «صدور کارت شناسایی» و استفاده از «کارت هوشمند» - که توسط رایانه قابل خواندن است - استفاده می‌شود. روش آخری در صورت عدم وجود امکانات فنی مناسب به جز هزینه‌بری کاربرد عملی نخواهد داشت. در خصوص بخش دوم با توجه به اهمیت اطلاعات در برنامه‌ریزی اعمال کنترل‌های لازم ضروری است ولی باید مشخص کرد که کدام مؤسسات و چه صورت حساب‌هایی لزوم غربالگری دارند و هدف نهایی را بر دو جنبه استوار کرد اول جلوگیری از ضرر و زیان به نظام و دوم ایجاد انگیزه لازم در فراهم آوردن خدمات در این راستا. این امر فقط با تشکیل گروه‌های بازرسی که از نظر حرفه‌ای دارای استانداردهای بالایی کلینیکی باشند و آموزش کافی دیده باشند میسر می‌گردد.

در نهایت این که پیچیدگی فعالیت‌ها در خدمات پزشکی این سؤال را پیش می‌آورد که آیا نظام درمانی باید هر دو وظیفه دریافت حق بیمه و ارائه خدمات را عهده‌دار باشد یا خیر؟ مزایای نظام



واحد این است که علاوه بر تأمین بازخورد لازم برای هر دو بخش در جهت تجهیز امکانات موجود در مقابله با نیازها مانند تغییرات جمعیتی، موجب کاهش هزینه‌ها به لحاظ جلوگیری از دوبرابر شدن خدمات اداری پرسنلی شده و موجب خواهد شد از منابع موجود استفاده بهینه در اجرای برنامه‌های کوتاه مدت و بلندمدت کرد. از معایب آن مشخص نبودن بیلان واقعی است، به گونه‌ای که بهای لازم به هزینه واقعی خدمات داده نمی‌شود. بنابراین در این راستا لازم است نظام بیمه درمانی مدیریت بودجه‌ای و عملیات تحلیل هزینه را توأمان داشته باشد تا بتواند ارزش و قیمت خدمات اساسی درمانی را با موارد مشابه در بیرون از نظام مقایسه کند و در نهایت ضروری است به سه اصل اساسی «محدود کردن هزینه‌ها در جهت جلوگیری از ضربه اقتصادی به نظام» رابطه بین هزینه کرد و منافع که از آن حاصل می‌شود و «رابطه بین بهره‌وری و هزینه» توجه کافی بشود.

-

راه‌های گوناگونی برای محاسبه حق بیمه‌ها وجود دارد. باید توجه داشت که هر روش تأثیر متفاوتی بر توزیع بار حق بیمه بر اعضای بیمه اجتماعی می‌گذارد.

حق بیمه‌ها ممکن است به ترتیب پیچیدگی به صورت‌های زیر باشند:

- نرخ ثابت و مساوی.

- مرتبط با دستمزد (درصدی از دستمزد).

- مرتبط با مناطق (مثلاً حق بیمه‌های متفاوت برحسب برخورداری از زیربنا).

هر یک از روش‌های پرداخت حق بیمه که در بالا ذکر شد ممکن است شامل بستگان که می‌باید

حق بیمه‌های خود را پرداخت نمایند نیز بشود روش‌های زیر بستگی ویژه‌ای به حق بیمه‌های فرد دارند:

- پذیرش خطر نسبی (مثلاً مرتبط با سن اعضا بهنگام ورود به طرح بیمه درمانی).

- پذیرش خطر آماری (مثلاً پذیرش خطر کامل که در آن جنس، سن و تاریخ زندگی بیمار به

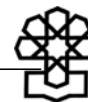
حساب می‌آید).

کمک‌ها ممکن است منحصرأً به وسیله بیمه‌شدگان پرداخت شود یا بخشی از آن به وسیله

کارفرما پرداخت شود در حالت اخیر معمولاً کمک به صورت پنجاه، پنجاه است ولی در برخی از

کشورها کارفرما و مستخدم ممکن است سهم متفاوتی پرداخت نمایند.

مزایا و محدودیت‌ها هر یک از روش‌های ذکر شده در جدول ۵ آمده است.



		-	
عضویت اجباری ضروری است.	اجرا و محاسبه آسان ممکن است مشکلات اولیه ناشی از عدم توانای پرداخت بعضی از گروه‌ها وجود داشته باشد.	از سالم به بیمار از جوان به مسن، از مناطق دارای زیربنای ضعیف به مناطق دارای زیربنای قوی	حق بیمه نرخ ثابت
عضویت اجباری ضروری است.	اجرا و محاسبه آسان، ارزیابی دستمزدها ممکن است مشکل باشد.	از سالم به بیمار، از مناطق دارای زیربنای ضعیف به مناطق دارای زیربنای قوی.	حق بیمه مرتبط با دستمزد
عضویت اجباری ضروری است.	به قسمت بالا مراجعه کنید. ارزیابی درآمد به ویژه برای خویش کارفرماها ممکن است مشکل باشد.	مراجعه کنید به قسمت مرتبط با دستمزد	حق بیمه مرتبط با درآمد
عضویت اجباری ضروری است.	تعیین سطوح مختلف زیر بنا و تاثیر آن‌ها بر هزینه‌های درمان ممکن است مشکل باشد.	از سالم به بیمار از جوان به مسن	ارتباط به منطقه ممکن است در یکی از موارد بالا گنجانده شده باشد.
عضویت اجباری ضروری نیست.	اجرا چندان ساده نیست حق بیمه ممکن است به طور جداگانه نتواند جداول ریسک را به عنوان مبنای محاسبه اولیه به وجود آورد.	از سالم به بیمار از جوان به مسن از مناطق دارای زیربنای ضعیف به مناطق زیربنای قوی	مشمول شدن بستگان ممکن است در یکی از موارد بالا گنجانده شود.

عدم توانایی پرداخت گروه‌های درآمد و افراد مسن مبتلا به بیماری‌های مزمن ممکن است مشکل‌ساز باشد.



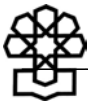
-

- -

آلمان جمعیتی در حدود ۸۲ میلیون نفر دارد که حدود ۸۷ درصد آن‌ها در شهرها ساکن هستند؛ امید به زندگی در این کشور ۷۸/۲ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۴ در هر هزار تولد زنده می‌باشد.

- -

نظام خدمات درمانی آلمان نظامی مختلط از تسهیلات دولتی و غیردولتی است و بیماران در انتخاب بین این و آن مخیرند.



حدود ۶۷,۰۰۰ یا ۴۵ درصد از ۱۵۰,۰۰۰ پزشک فعال آلمان (حدود ۲/۵ پزشک برای هر ۱,۰۰۰ نفر)، در مطب‌های خصوصی به درمان سرپایی بیماران مشغولند. بیمار آزاد است که به هریک از آن‌ها مراجعه کند. حق ویزیت پزشکان بر اساس کارانه (شمار بیمارانی که مراجعه کرده‌اند) بر مبنای نرخ تعیین شده پرداخت می‌شود. نرخ‌ها بر اساس مذاکره بین انجمن محلی پزشکان و سازمان‌های بیمه تعیین می‌شود.

قوانین آلمان حساب خدمات درمانی سرپایی و خدمات درمانی بیمارستانی را از یکدیگر جدا کرده است. پزشکانی که مطب دارند و به درمان سرپایی بیماران مشغولند نمی‌توانند بیماری را که به بیمارستان فرستاده‌اند خود در آن جا درمان کنند. درمان بیماران در بیمارستان‌ها توسط ۸۰,۰۰۰ پزشکی انجام می‌شود که کارمند حقوق‌بگیر بیمارستان‌های خود هستند. از میان پزشکان مستقر در بیمارستان‌ها، فقط رئیس‌ان بیمارستان‌ها حق دارند که بیماران خصوصی را هم در مطب و هم در بیمارستان ببینند.

آلمان برای هر هزار نفر یازده تخت بیمارستانی دارد. نزدیک به نیمی از تخت‌های بیمارستانی آلمان در بیمارستان‌های عمومی قرار دارند. بیش‌تر بیمارستان‌های عمومی وابسته به شهرداری هستند. ۳۵ درصد تخت‌های بیمارستانی در بیمارستان‌های خصوصی غیرانتفاعی آلمان هستند، و نزدیک به سیزده درصد تخت‌ها به بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی تعلق دارند.

خدمات بهداشتی و درمانی در آلمان از طریق پرداخت‌های اجباری به صندوق‌های بهداشتی و درمانی (معمولاً صندوق‌های بیماری نامیده می‌شوند) تأمین مالی می‌شوند. این‌ها سازمان‌های غیرانتفاعی هستند که یا در یک ناحیه جغرافیایی معین یا برای گروه‌های شغلی خاص کار می‌کنند. این نظام اگرچه اسماً مستقل است ولی بشدت تحت نظارت دولت ایالتی قرار دارد (و نه دولت فدرال). پول بین صندوق‌ها برحسب تفاوت درآمد و ریسک اعضایشان تسهیم می‌شود. خدمات به وسیله پزشکان خویش‌فرما و ترکیبی از بیمارستان‌های دولتی و خصوصی ارائه می‌شود. تقریباً همه جمعیت تحت پوشش قرار دارد، اگرچه تعداد زیادی صندوق وجود دارد، ولی برای مذاکره با ارائه‌کنندگان خدمات آن‌ها بصورت خریدار متحد خدمات وارد گفتگو می‌شوند.

- -

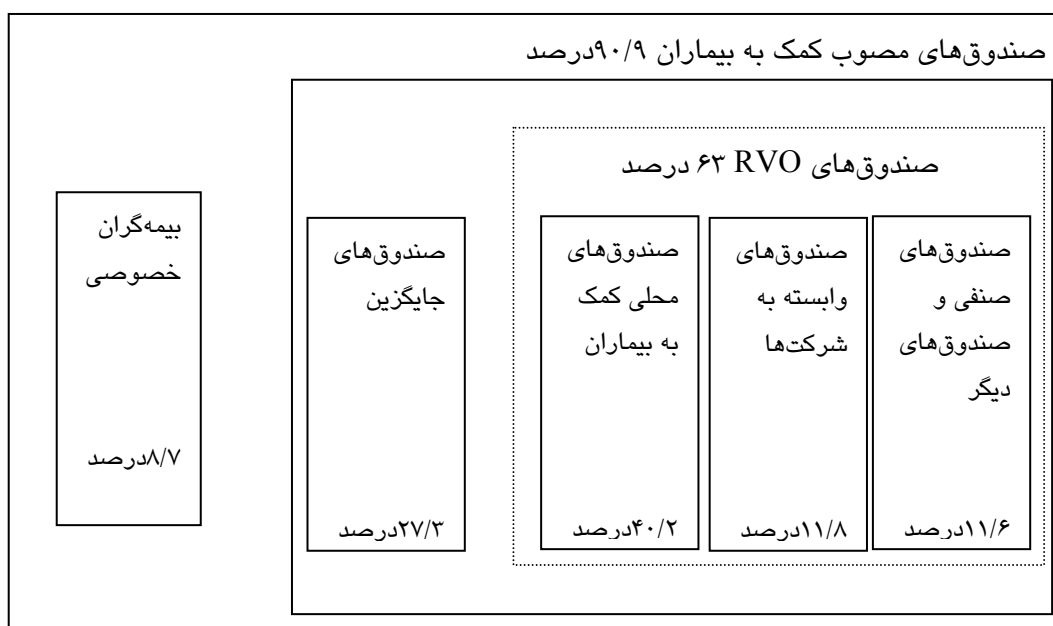
در عمل همه مردم آلمان زیر پوشش کامل بیمه خدمات درمانی هستند و از مزایای گوناگونی بهره‌مند هستند که هزینه‌های درمان سرپایی، همه هزینه‌های بیمارستانی، داروهای تجویزی، هزینه‌های دندانپزشکی و ابزارهای پزشکی را در بر می‌گیرد. حتی هزینه‌های تفریحات دوره نقاهت یا خستگی از کار را بیمه می‌پردازد.

با کمی استثنا، خدمات درمانی موجود به طور رایگان در محل درمان در اختیار بیماران قرار می‌گیرد. پیش از قانون اصلاح نظام خدمات درمانی در ۱۹۸۸ حتی پول تاکسی سالمندان را برای مراجعه به پزشک، صندوق‌های کمک به بیماران می‌پرداختند.

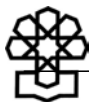


به طور کلی همه آلمانی‌ها در انتخاب دکتر، بیمارستان، داروخانه و مانند آن آزاد هستند. بیماران می‌توانند خدمات هریک از ارائه‌کنندگان را انتخاب کنند و مزیت آن اینست که بیماران خود را بصورت مشتریانی می‌بینند که اگر بخواهند می‌توانند خدمات مورد نظر خود را استفاده کنند و خویش فرما هستند.

پوشش بیمه‌ای جامع که همه مردم آلمان را در بر می‌گیرد محصول نظام بیمه‌ای بسیار سازمان‌یافته‌ای است که در همه موارد تابع قانون و مقررات است و نمی‌توان برچسب خصوصی یا عمومی به آن زد. حدود ۹۰ درصد جمعیت کشور زیر پوشش نظام بیمه‌ای درمان به اصطلاح سرپایی قرار دارد. این نظام بیش از صد سال است که ستون اصلی نظام بیمه درمانی آلمان را تشکیل داده است. نزدیک به ۹ درصد جمعیت زیر پوشش بیمه‌های درمانی خصوصی و تجاری قرار دارند. بقیه زیر پوشش برنامه‌های مختلف دولتی هستند که موارد عمده آن بیمه درمانی ارتش و پلیس است. شمار کسانی که بیمه نیستند همیشه زیر ۰/۳ درصد بوده است.



نظام درمانی مبتنی بر مقررات مصوب، مرکب از ۱,۲۰۰ صندوق کمک به بیماران است. این صندوق‌ها خودگردان، غیرانتفاعی و از نظر مالی مستقل هستند و هریک از آنها ناحیه جغرافیایی خاصی را زیر پوشش خدمات خود دارند. جمع این صندوق‌ها را Reichs Versicherungs Ordnung یا به اختصار RVO می‌نامند. این صندوق‌ها سنگ بنای نظام تأمین اجتماعی آلمان که از دهه ۱۸۰۰ آغاز شده بوده‌اند. این صندوق‌ها در بدو امر برای این تأسیس شدند که کارمندان را پوشش دهند.



فعالیت‌ها و عملیات این صندوق‌ها از طریق قانون فدرال بیمه‌های درمانی دقیقاً در چارچوب مقررات قرار گرفته است. قانون و مقررات حاکم بر این صندوق‌ها بارها اصلاح شده است تا بر شرایط جمعیتی و اقتصادی در حال تغییر کشور تطبیق داده شود.

متعاقباً صندوق‌های جایگزین برای کمک به نیازهای درمانی کارگران به RVO اضافه شدند. اکنون ۱۵ صندوق از این نوع وجود دارند که همه آن‌ها در سراسر کشور فعالیت می‌کنند. صندوق‌های جایگزین نیز تابع قانون بیمه فدرال هستند و بخشی از نظام بیمه درمانی ناشی از قانون را تشکیل می‌دهند. تا همین اواخر، کارمندان زیر چتر بیمه مبتنی بر قانون، به صندوق‌های جایگزین دسترسی نداشتند زیرا این صندوق‌ها خدمات خود را منحصرأً به کارگران ارائه می‌نمودند. می‌توان انتظار داشت که در آینده‌ای نزدیک، تمایز قدیمی موجود بین کارگران و کارمندان از قانون زدوده شود.

هرکسی حق دارد که به نظام بیمه درمانی مبتنی بر قانون آلمان بپیوندد. «عضویت» شخص در صندوق کمک به بیماران اعضای خانواده او را نیز دربرمی‌گیرد. عضویت در این نظام قانونی برای کارگران و کارمندی که درآمدشان از حد خاصی بیشتر باشد اجباری است (۵۵,۰۰۰ مارک آلمان یا ۳۰,۰۰۰ دلار آمریکا در سال). بازنشستگی که در طول دوران خدمت خود عضو صندوق بوده‌اند باید الزماً در عضویت صندوق بمانند. در حال حاضر، حدود سه چهارم از ۹۰ درصد جمعیت آلمان که زیر پوشش بیمه قانونی هستند، اعضای اجباری هستند. بقیه به دلخواه خویش به این نظام پیوسته‌اند.

وقتی کسی به صندوق بیمه درمانی خاصی می‌پیوندد، تا پایان عمر در آن صندوق می‌ماند، مگر این که درآمد او از مرزی که زیر آن مرز بیمه درمانی اجباری می‌شود فراتر رود؛ در این صورت مخیر می‌شود که زیر چتر صندوق باقی بماند یا از آن خارج شود و خود را نزد یک شرکت بیمه خصوصی بیمه کند.

کارمندان شاغل در این صندوق‌ها حق بیمه خود و اعضای خانواده خود را می‌پردازند اما از تخفیفی برخوردار می‌شوند که بر مبنای درصدی از کل دریافتی آن‌ها (حقوق و مزایای جنبی قبل از کسر مالیات) تعیین می‌شود. این تخفیف با اندازه خانواده یا وضعیت تندرستی آن‌ها ارتباطی ندارد. حق بیمه بازنشستگان را صندوق‌های بازنشستگی آن‌ها می‌پردازند و میزان بر پایه درصدی از حقوق بازنشستگی محاسبه می‌شود (اکنون متوسط رقم ملی ۱۲/۹ درصد است). متوسط حق بیمه کارگران و کارمندان شاغل به صندوق نیز همین ۱۲/۹ درصد است.

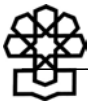
پیدا است که حق بیمه‌ای که سالمندان می‌پردازند خیلی کم‌تر از هزینه دارو و درمان آن‌ها است. مثلاً در ۱۹۸۹ حق بیمه‌ای که این گروه پرداخت کرد ۴۰ درصد پرداخت‌های صندوق‌های کمک به بیماران بابت دارو و درمان گروه سالمندان بود (این رقم در سال ۱۹۷۷، ۶۵ درصد بود). این تفاوت حاصل پرداخت یارانه‌های اعضای شاغل در صندوق است؛ این انتقال بین نسل‌ها بحث و جدل برمی‌انگیزد. صندوق‌هایی که بارشان به سبب داشتن اعضای بازنشسته بسیار، از یک صندوق ذخیره ملی کمک مالی می‌گیرند. هدف این شیوه این است که بار مالی سالمندان بر اعضای شاغل



بین صندوق‌های مختلف کمک به بیماران تقسیم شود. از آن جا که حق بیمه در نظام مصوب بر مبنای توانایی اشخاص تعیین می‌شود و اعضای خانواده تحت تکفل او را نیز در بر می‌گیرد (و حال آن که شرکت‌های بیمه انتفاعی حق بیمه را بر پایه هزینه‌های واقعی تعیین می‌کنند)، بیش‌تر اشخاص که می‌توانند خود را زیر پوشش بیمه خصوصی قرار دهند چنین نمی‌کنند و زیر پوشش نظام بیمه مصوب باقی می‌مانند (هر چند که روی آوردن به بیمه‌های خصوصی، در سال‌های اخیر سرعتی بیش‌تر پیدا کرده است. علاوه بر این، طبق اصلاحیه قانون بیمه درمانی مصوب ۱۹۸۹ کسانی که به میل خود از زیر چتر بیمه درمانی مصوب خارج شده و خود را زیر پوشش بیمه درمانی خصوصی قرار می‌دهند دیگر نمی‌توانند به نظام بیمه درمانی قبلی بازگردند (امری که تاکنون ممکن بوده است). جوانان مجرد که امروز نظام بیمه درمانی مبتنی بر قانون را رها می‌کنند ممکن است در آینده که خانواده‌ای تشکیل دهند از کرده خود پشیمان شوند. از این روی در این مورد بی‌گدار به آب نمی‌زنند.

: پرداخت به صندوق‌های بهداشتی و درمانی بوسیله کارفرمایان و کارکنان که هر دو در هیئت مدیره صندوق‌ها نماینده دارند، انجام می‌شود. میانگین نرخ پرداخت حدود ۱۳ درصد حقوق است. اعضاء مجموعه کاملی از خدمات را دریافت می‌کنند، اگرچه تفاوت‌هایی (بسیار محدود) در خدمات ارائه شده وجود دارد. پرداخت‌های فرانشیز عمومیت ندارند (بجز برای خدمات دندان‌پزشکی) و معمولاً بسیار کم است (حدود ۱۶ درصد هزینه بهداشت و درمان). تقریباً تمامی جمعیت فعال اقتصادی توانایی انتخاب صندوق خدمات بهداشتی و درمانی را دارند. نظام آلمان در آزاد گذاشتن افراد جهت انتخاب و تضمین خدمات با کیفیت بالا و محدود کردن افزایش درآمد پزشکان، موفق بوده است. ولی در کنترل هزینه‌های کلی موفق نبوده و وابسته به یک نظام پیچیده نظارت و سنت‌های اداری است. این نظام راه درازی را از ۱۰۰ سال پیش تاکنون پیموده است.

: به پزشکان بابت بهای واحدهای خدمات ارائه شده براساس نظام درجه‌بندی کارهای انجام شده پرداخت می‌شود. تعداد کمی از آن‌ها حقوق بگیر هستند. تأمین مالی کلی بابت خدمات پزشکی مورد موافقت قرار گرفته سپس برحسب تعداد عمل‌های انجام شده بوسیله پزشکان بین آن‌ها تقسیم می‌شود. اگر برخی از آن‌ها سخت‌تر کار کنند بخرج همکاران خود پول بیشتر دریافت می‌کنند این راه مؤثری برای کنترل هزینه خدمات پزشکی است، اما علائم نشان می‌دهند که نظام تحت فشار است و به وسیله پزشکان به مبارزه فراخوانده شده است تنها پزشکانی که وابسته به اتحادیه‌های مربوط هستند طرف قرارداد واقع می‌شوند و بابت خدمات بهداشتی و درمانی، به آن‌ها پرداخت صورت می‌گیرد. این نظام صرفه‌جویی خاص خود را به همراه دارد. به بیمارستان‌ها جهت هزینه‌های قابل قبول روز مره‌ای که انجام می‌دهند پرداخت می‌شود. آن‌ها باید اطلاعاتی را ارائه کنند که نشان دهنده منطقی بودن هزینه‌هایشان است. قراردادهای ارائه خدمات بیشتر با اتحادیه‌ها منعقد می‌گردد تا با افراد حقیقی.



- -

مهم‌ترین درسی که می‌توان از تجربه نظام درمانی آلمان گرفت این است که می‌توان پوشش بیمه درمانی همگانی ایجاد کرد بی‌آن که هزینه‌های آن از بودجه دولت تأمین شود. در عین حال، تجربه آلمان نشان می‌دهد که فوق‌العاده مشکل و شاید محال باشد که نظام بیمه درمانی خارج از چارچوب مقررات، متکثر و رقابتی را که از ریسک حساب نشده اجتناب کند، سرپا نگه داشت و ضمن آن، به عدالت افقی در تأمین اعتبار و توزیع خدمات درمانی دست یافت. تجربه آلمان نشان داد که نظام‌های خدمات درمانی چندگانه با مشکلاتی رو به رو می‌شوند که در نظام یگانه یعنی نظام‌هایی که امور بیمه در یکجا، معمولاً در دست دولت، متمرکز است دیده نمی‌شوند.

در نظام چندگانه، بیمه‌گران می‌توانند بین آن‌ها اختلاف بیندازند و مقاصد خود را پیش ببرند. همچنین اگر بیمه شوندگان بین چند گزینه حق انتخاب داشته باشند، بیمه‌کنندگان برای کاهش ریسک، ممکن است خانواده‌های کم‌درآمد را زیر پوشش قرار ندهند. به این دو مسأله در نظام درمانی آلمان پرداخته شده، هر چند که توفیق کامل حاصل نشده است. در حقیقت، نظام موجود دچار تنش است و عده زیادی خواستار انجام اصلاحات بنیادی در نظام بیمه درمان آلمان هستند.

سرانجام این که هر چه به مردم آزادی انتخاب بیشتر داده شود تا از بین بیمه‌گران رقیب متعدد، یکی را انتخاب کنند، هم مردم و هم بیمه‌گران امکان بیشتری خواهند داشت که مشتریان خود را از نظر ریسک به طبقاتی مشخص تقسیم کنند، و البته توزیع خدمات درمانی و تأمین اعتبار آن نیز غیرعادلانه‌تر خواهد شد، مگر این که جامعه بخواهد که بیمه‌های پرخطر و اشخاص کم درآمد را از محل درآمدهای مالیاتی زیر پوشش یارانه قرار دهد.

-

- -

ژاپن جمعیتی بالغ بر ۱۲۷ میلیون نفر دارد که ۶۵/۳ درصد آن ساکن شهرها هستند. امید به زندگی در این کشور ۸۱/۶ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۳ در هزار تولد زنده است.

- -

سابقه تاریخی: در ژاپن، نخستین «قانون بیمه درمانی کارکنان» در سال ۱۹۲۲ وضع شد تا افراد شاغل در کارگاه‌های خصوصی دارای بیش از ده کارمند تحت پوشش بیمه درمانی قرار گیرند. در ۱۹۳۴، دامنه پوشش بیمه درمانی به کارگاه‌های دارای بیش از پنج کارمند گسترش یافت. در مرحله بعد، بنا به «قانون بیمه درمانی ملی» مصوب ۱۹۳۸، خویش‌فرماها مجاز شدند تا به طور داوطلبانه تحت پوشش بیمه درمانی قرار گیرند. به علاوه، طرح‌های عمومی گوناگونی برای بیمه درمانی گروه‌های حرفه‌ای به مرحله اجرا درآمد: بیمه ملاحان، چندین انجمن کمک متقابل برای کارمندان



دولت، و غیره. قانون بیمه درمانی ملی در ۱۹۶۱ مورد تجدید نظر قرار گرفت تا راه برای بیمه اجباری افراد هموار شود. از زمان این اصلاح در ۱۹۶۱ تاکنون، همه افرادی که در ژاپن زندگی می‌کنند تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته‌اند.

در حال حاضر، دولت ژاپن از طریق مؤسسات و طرح‌های زیر، پوشش همگانی بیمه درمانی را تأمین می‌کند:

• «بیمه درمانی ملی» برای آن گروه از افرادی که تحت پوشش طرح‌های بیمه‌ای دیگری نیستند، نظیر خویش‌فرماها

• طرح‌های بیمه‌ای گوناگون دیگر برای کارمندان دولت و ملاحان

• بیمه بهداشتی کارکنان برای افراد شاغل در بخش خصوصی

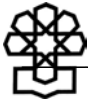
مدیریت: بیمه بهداشتی کارکنان، یا توسط انجمن‌های بیمه بهداشتی یا از طریق «مؤسسه بیمه اجتماعی» وابسته به دولت اداره می‌شود. هر کارفرمایی که به طور منظم بیش از هفتصد نفر در استخدام خود داشته باشد، می‌تواند یک «انجمن بیمه بهداشتی» تأسیس کند. از سوی دیگر، اداره امور بیمه درمانی افرادی که در مؤسسات به نسبت کوچک کار می‌کنند برعهده دولت است.

در مارس ۱۹۸۵، تعداد ۱۸۱۵ انجمن بیمه بهداشتی وجود داشت که بالغ بر ۱۵ میلیون نفر بیمه شده و بیش از ۱۷ میلیون نفر از وابستگان آن‌ها را تحت پوشش قرار می‌داد و در همان حال، بیش از ۱۹ میلیون بیمه شده و بالغ بر ۱۸ میلیون نفر از وابستگان آن‌ها تحت پوشش سازمان دولتی «بیمه بهداشتی کارکنان» قرار داشتند.

بیمه درمانی ملی را شهرداری‌ها یا اتحادیه‌های درمانی ملی اداره می‌کنند. این اتحادیه‌ها می‌توانند به شرطی که بیش از سیصد نفر را از یک حرفه - مثلاً، پزشکان، دندانپزشکان، یا حقوقدان‌ها - تحت پوشش خود داشته باشند تشکیل شوند. تا مارس ۱۹۹۵، بالغ بر ۲۸ میلیون نفر از طریق مؤسسات بیمه بهداشتی وابسته به شهرداری‌ها، و بیش از ۶/۴ میلیون نفر از طریق انجمن‌های درمانی ملی تحت پوشش بیمه درمانی قرار گرفته بودند.

امور مالی: اعتبارات مورد نیاز بیمه بهداشتی کارکنان از راه مشارکت کارگران و کارکنان و یارانه‌های دولتی تأمین می‌شود. در گذشته، نرخ کسور پرداختی افراد معادل ۸/۲ درصد میانگین درآمد ماهانه آنان بود. این نرخ، در اصلاحات سال ۱۹۹۷، به ۸/۵ درصد افزایش یافت. کسور پرداختی، به تساوی بین فرد و کارفرمای او تقسیم می‌شود. هر یک از انجمن‌های بیمه بهداشتی مجاز است، به شرط تصویب وزیر بهداشت و رفاه، نرخ مورد عمل خود را از ۳ تا ۹/۵ درصد معین کند. تا مارس ۱۹۹۵، میانگین نرخ مورد عمل این انجمن‌ها معادل ۸/۳ درصد بود. دولت، معادل ۱۳ درصد از هزینه مراقبت‌های درمانی انجمن‌های بهداشتی کارکنان وابسته به دولت را می‌پردازد، و نیز به انجمن‌های بیمه بهداشتی که دچار گرفتاری‌های مالی شوند کمک می‌کند.

اعتبارات مورد نیاز بیمه درمانی ملی از طریق مالیات، کسور پرداختی بیمه‌شدگان و یارانه‌های دولتی تأمین می‌شود. نرخ مالیاتی و کسور را شهرداری‌ها، بر مبنای معیارهایی چون درآمد، دارایی و دیگر عوامل مشخص‌کننده توانایی افراد - حداکثر تا ۵۳۰۰۰۰۰ ین در سال - تعیین می‌کنند. در

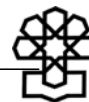


۱۹۹۵، میانگین مشارکت سالانه افراد معادل ۷۴۲۰۲ ین و خانواده‌ها معادل ۱۵۸,۵۸۰ ین بود. نیمی از هزینه‌های درمانی را دولت می‌پردازد. (در ۱۹۹۹، هر ۱۱۶ ین معادل ۱ دلار امریکا بود).
مزایا: همه افراد بیمه شده و اعضای خانواده آن‌ها محق به استفاده از مزایای بیمه درمانی هستند. آن‌ها می‌توانند از بین بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تعیین شده هر کدام را که می‌خواهند انتخاب کنند. خدمات درمانی عرضه شده از سوی بیمه‌های درمانی و بهداشتی شامل درمان‌های پزشکی، تأمین دارو، بستری شدن در بیمارستان، و مراقبت‌های درمانی در خانه است.
بیمارانی که از این مزایا استفاده می‌کنند، بخشی از هزینه‌ها را باید خود بپردازند.
میزان این پرداخت، بسته به طرح بیمه‌ای مربوط و نیز چگونگی شرایط پوشش آن‌ها، به قرار زیر است:

- افرادی که تحت پوشش بیمه بهداشتی کارکنان قرار دارند، معادل ۲۰ درصد؛
 - افرادی که تحت پوشش بیمه درمانی ملی قرار دارند، معادل ۳۰ درصد؛
 - بیماران سرپایی و غیربیمارستانی، معادل ۲۰ درصد و اعضای از خانواده بیمه شدگان که در بیمارستان بستری شوند، معادل ۳۰ درصد؛
 - بازنشستگانی که تحت پوشش بیمه درمانی ملی قرار دارند، معادل ۲۰ درصد.
- در عین حال، چنانچه هزینه درمان یک بیماری واحد از ماهانه ۶۳,۶۰۰ ین تجاوز کند، بیمه‌گر مربوط مازاد هزینه را خواهد پرداخت.

مزایای نقدی برای شاغلان، شامل مقرری‌های دوران بیماری، بارداری، زایمان و فوت است. به علاوه، بخشی از هزینه غذا در دوران بستری شدن در بیمارستان، پرستاری در منزل و رفت و آمد نیز پرداخت می‌شود. بیمه درمانی ملی، در مورد اشخاصی که داوطلبانه بیمه شده‌اند نیز مقرری‌های دوران بیماری و بارداری را می‌پردازد.
نظام پرداخت حق‌الزحمه‌های درمانی: پرداخت به موسسات درمانی مبتنی بر نرخ خدمات درمانی است. نرخ هر خدمت درمانی از جمله دارو، بر اساس اعداد و مراتبی است که در جدول مصوب وزیر بهداشت و رفاه تعیین شده است.

هزینه‌های درمانی مستقیماً از سوی سازمان‌های اداری پرداخت نمی‌شود، بلکه این کار از طریق سازمانی ثالث، که «صندوق پرداخت حق‌الزحمه‌های درمانی بیمه اجتماعی» نام دارد، صورت می‌گیرد. صورتحساب‌ها همه ماهه به این صندوق ارسال می‌شود، مسئولان صندوق آن‌ها را رسیدگی می‌کنند و سپس مبلغ تأیید شده به موسسات درمانی پرداخت می‌شود.
در مورد پرداخت هزینه‌های درمانی مربوط به بیمه درمانی ملی نیز شیوه مشابهی وجود دارد. در این مورد، «فدراسیون بیمه درمانی ملی» که در هر استان تشکیل شده است، کار رسیدگی به صورتحساب‌ها و تأیید پرداخت‌ها را برعهده دارد.



- -

افزایش جمعیت سالخورده در ژاپن و کاهش نیروی کار موجب افزایش بار مالی نظام بیمه‌ای ژاپن گردیده است. به همین علت در سال ۱۹۹۶ شورای بیمه درمانی ژاپن به بررسی وضعیت بیمه‌های درمانی در این کشور پرداخت.

بر اساس پیشنهاد این شورا، آینده نظام بیمه درمانی باید بر سه اصل استوار باشد:

- بهبود کیفی بیش‌تر در مراقبت‌های درمانی؛
- حفظ پوشش همگانی؛
- تدارک مؤثر و کارآمد مراقبت‌های درمانی.

نکات زیر، به عنوان مبانی بهبود کمی و کیفی مراقبت‌های درمانی پیشنهاد شده است:

- برای تأمین مراقبت‌های کافی درمانی برای هر بیمار، ضروری است که بیماران به موسسات درمانی متناسب هدایت شوند. بنابراین، کارکرد هر مؤسسه درمانی باید بر مبنای چنین طبقه‌بندی‌هایی مشخص شود: بیمارستان عمومی، بیمارستان مراقبت‌های ویژه، درمانگاه و غیره. همچنین لازم است، از لحاظ پرداخت حق‌الزحمه این موسسات، روش و ترتیباتی مناسب بر مبنای کارکرد هر مؤسسه اتخاذ شود.

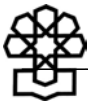
- وقتی نظام مراقبت‌های درازمدت درمانی مستقر شود، خدمات پرستاری که اکنون از طرف طرح‌های بیمه درمانی به عنوان یکی از مزایا تأمین می‌شود، از طریق مراقبت‌های درازمدت تأمین خواهد شد. بنابراین، ضروری است که تحت نظام بیمه درمانی، کیفیت مراقبت‌های درمانی بهبود یابد و بر مداوای بیماری‌های سخت متمرکز شود و به علاوه، نسبت به بررسی شرایط و فضای درمانی اقدام شود تا بتوان از لحاظ تناسب آن با مداوای این گونه بیماری‌ها اطمینان حاصل کرد. همچنین، بیماران باید تشویق شوند تا بعد از چنین مداوایی نسبت به پیگیری خدمات درمانی در خانه همکاری کنند.

- : آمارها نشان می‌دهند که در سال ۱۹۹۵، هزینه فرآورده‌های دارویی معادل ۲۹/۱ درصد کل هزینه‌های درمانی بوده است. این رقم از نسبت‌های مشابه در ایالات متحده آمریکا و بریتانیا (به ترتیب ۱۱/۳ و ۱۶/۴ درصد) تجاوز می‌کند.

هر چند که فهرست مصوب داروها، شامل بهای هریک از اقلام، وجود دارد، غالباً داروهای گران‌تری تجویز می‌شود که، موجب افزایش درآمد موسسات دارویی می‌شود. این نظام باید اصلاح شود تا بتوان نسبت به تأمین داروهای مناسب با قیمت‌های مصوب اطمینان حاصل کرد.

- : برای این‌که که بیماران بتوانند بر مبنای اطلاعات کافی اقدام و انتخاب کنند، ضروری است که اطلاعات کافی در اختیارشان قرار گیرد و یک نظام اطلاع‌رسانی جامع ایجاد شود.

- : از نقاط ضعف نظام مراقبت‌های درمانی، هزینه‌های بالای آن است. موسسات درمانی غالباً به عرضه خدمات بیش از اندازه لازم به بیماران گرایش دارند. بدین ترتیب، به منظور کنترل افزایش بی‌رویه هزینه‌های درمانی، ضرورت دارد که نظامی جدید برای پرداخت حق‌الزحمه‌های درمانی ایجاد شود. این نظام می‌تواند ترکیبی از نظام کارانه و



نظام حق الزحمه ثابت باشد. همچنین، لازم است نسبت تعداد تخت‌ها و تعداد پزشکان و دندانپزشکان، معقول و منطقی شود زیرا این امر بر هزینه‌های درمانی تأثیر مستقیم دارد. وزارت بهداشت و رفاه ژاپن به عنوان مراحل بعدی اصلاحات، راه‌هایی را پیشنهاد کرده است. نکات اصلی پیشنهاد‌های این وزارتخانه به شرح زیر است:

- بر اساس ترکیب دو نظام کارانه و حق الزحمه ثابت، باید نظام پرداخت تازه‌ای مستقر کرد که نرخ آن به کارکرد بیمارستان‌ها و مختصات بیماری‌ها وابسته باشد. برای مثال، هزینه درمان بیماری‌های مزمن، بر مبنای نظام حق الزحمه ثابت پرداخت خواهد شد. نظام کارانه، برای پرداخت حق الزحمه درمان بیماری‌های حاد محفوظ خواهد ماند.
- در مقررات کنونی، بهای داروها بر مبنای یک فهرست مصوب تعیین می‌شود. در نظام تازه پیشنهادی، حداکثر بهای داروها، بر مبنای قیمت‌های بازار، تحت پوشش نظام بیمه درمانی قرار خواهد داشت.
- به منظور روشن ساختن چگونگی کارکرد و مسئولیت‌های هر مؤسسه درمانی، پیشنهاد شده است که بیمارستان‌های بزرگ، بر مبنای مداوای بیمارستانی، به عرضه خدمات درمانی اقدام کنند.
- بنابراین، برای خدمات سرپایی و غیربیمارستانی بیمارستان‌های بزرگ، نرخ‌های مشارکتی بالاتری وضع خواهد شد. از سوی دیگر، برای خدمات پزشکی خانگی، باید نظامی خاص طراحی شود. همچنین، توصیه شده است که تعداد تخت‌ها، پزشکان و دندان‌پزشکان بر مبنای نیازها و تقاضا کنترل شود.
- از آن جایی که طرح‌های کنونی بیمه بهداشتی بر مبنای ملاحظات حرفه‌ای و محلی تنظیم شده است، نرخ‌های مشارکت و مزایای طرح‌ها با یکدیگر تفاوت دارد. این نظام باید مورد تجدیدنظر قرار گیرد تا امکان برقراری برابری بیشتری بین طرح‌ها فراهم شود. برای نیل به این هدف، دو روش پیشنهاد شده است: یکپارچه کردن همه طرح‌های بیمه بهداشتی و استقرار یک طرح واحد و یکپارچه کردن نرخ مزایا در همه طرح‌های بیمه بهداشتی.
- پیشنهاد شده است که بیمه درمانی سالمندان از بیمه درمانی افراد شاغل مجزا شود. براساس این پیشنهاد، سالمندان در پرداخت هزینه‌ها سهم بیشتری بر عهده خواهند گرفت. در تعیین نرخ این مشارکت بیشتر، وضع سالمندان با درآمد پایین باید در نظر گرفته شود. این طرح، از یارانه‌های دولتی و کمک دیگر طرح‌های بیمه بهداشتی نیز برخوردار خواهد بود.



-
- -
چین با جمعیتی بالغ بر ۱۳۰۰ میلیون نفر پر جمعیت‌ترین کشور جهان است. ۳۶/۷ درصد از این جمعیت ساکن شهرها هستند. امید به زندگی در چین ۷۰/۹ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۳۱ در هر هزار تولد زنده است.

- -
در این کشور مراکز ارائه خدمات بهداشتی توسط سازمان‌های دولتی اداره می‌شود. حدود ۱/۵ درصد تولید ناخالص ملی صرف هزینه‌های بهداشتی می‌شود که سهم بخش دولتی ۴۰ درصد و سهم بخش خصوصی ۲۳ درصد آن است.

- -
روش‌های مختلف بیمه تأمین اجتماعی در ۲۰ سال گذشته در استان‌های مختلف کشور طراحی و اجرا شده است که بین مناطق شهری و روستایی تفاوت‌هایی وجود دارد.

- - -
بر طبق قانون کلیه شهروندان چین در هنگام پیروی، بیماری و از کارافتادگی حق استفاده از کمک‌های دولت‌های ایالتی را دارند. هر ایالت مستقلاً اجرای بیمه تأمین اجتماعی را عهده‌دار بوده و همراه آن خدمات رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی را در جهت اجرای این قانون تأمین می‌کند. این خدمات به کلیه کارگران شاغل در بخش دولتی و کارگاه‌ها تعلق می‌گیرد. در حوادث ناشی از کار پوشش درمانی با استاندارد بالاتر از طریق بیمارستان‌های غیرانتفاعی و در سایر موارد با استاندارد پایین و پرداخت فرانشیز توسط بیمار صورت می‌گیرد.

پوشش خدمات درمانی - بهداشتی برای کارگران کارگاه‌های وابسته به دولت «بیمه درمانی کار» نامیده می‌شود. نظام دیگری نیز برای کارگران و بازنشستگان مؤسسات دولتی، گروه‌های سیاسی و جماعات وابسته به مؤسسات خیریه، دانشجویان دانشگاه‌ها و سربازان ترخیص شده با درجات ۲ و ۳ از کارافتادگی وجود دارد که از خدمات رایگان درمانی استفاده می‌کنند. در صورت مراجعه کارگران دولتی و کارگران کارگاه‌ها برای درمان بیماری، حوادث غیرناشی از کار و زایمان به مؤسسات پزشکی از دارو، جراحی، معاینه و ... به طور رایگان استفاده می‌کنند و فقط مبلغی را به عنوان حق ثبت‌نام پرداخت می‌کند. هزینه اعزام به سایر مراکز براساس قوانین «بیمه درمانی کار» به عهده خود کارگر ولی هزینه درمان رایگان است. در مورد حوادث و بیماری‌های شغلی ناشی از کار هزینه اعزام، اندام مصنوعی - کمربند طبی، ژاکت طبی، دندان مصنوعی، عصا و صندلی چرخدار پرداخت می‌شود ولی $\frac{1}{3}$ هزینه اداری اولیه بستری توسط بیمار پرداخت می‌شود.

این نظام بیمه‌ای در طول ۲۰ سال گذشته موجب ارتقا سلامت میلیون‌ها کارگر چینی شده است ولی مشکلات عمده‌ای به شرح ذیل دارد:



۱. تأمین هزینه توسط دولت ایالتی بدون هیچ‌گونه پرداختی از سوی بهره‌گیرندگان خدمات درمانی موجب کنترل ناکافی هزینه‌ها می‌شود زیرا بیماران اطلاع کافی از هزینه‌های درمانی ندارند و نمی‌توان لزوم مصرف منطق دارو را در آنان ایجاد کرد.

۲. مکانیسم موجود برای افزایش بودجه و اعتبارات خدمات پزشکی متناسب با نیاز نیست.

۳. مدیریت منطقی در مؤسسات وجود ندارد؛ در حال حاضر مدیریت «بیمه درمانی» توسط اداره کار و سازمان‌های مربوط به اتحادیه‌های صنفی انجام و خدمات بهداشتی و رایگان توسط بخش‌های بهداشتی بدون هیچ‌گونه رابطه‌ای بین این دو نظام انجام می‌شود و با توجه به این‌که مبنای «بیمه بهداشتی - درمانی کار» براساس فردیت پایه‌گذاری شده روح همبستگی تقویت نمی‌شود و بنابراین کارگاه‌های کوچک و متوسط فقط توان پرداخت هزینه‌های بیماری‌های عمومی را دارند و قادر به پرداخت هزینه بیماری‌های سخت و مزمن نیستند.

- - -

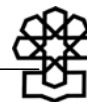
قانون اساسی چین برخورداری از کمک مالی دولت و منابع عمومی را برای کلیه شهروندان چینی در هنگام پیری، بیماری و ناتوانی، حق آنان دانسته و دولت موظف است رفاه اجتماعی و خدمات بهداشتی - درمانی مورد نیاز را فراهم سازد. بر طبق قانون وزارت بهداشت موظف شده است خدمات بهداشتی - درمانی را برای روستاییان براساس امکانات منطقه‌ای، شرایط اقتصادی و فرهنگ بومی برنامه‌ریزی کند.

بر این اساس در سال ۱۹۷۰ نظام تعاونی خدمات بهداشتی در مناطق روستایی پایه‌گذاری شد. با تغییر نظام اقتصادی روستا در سال ۱۹۷۹ تغییراتی در ساختار این نظام ایجاد گردید و با توجه به تفاوت‌های اقتصادی در مناطق مختلف نظام‌های مختلفی براساس نیازهای منطقه‌ای و فرهنگ بومی و شرایط اقتصادی پایه‌ریزی شد. در مجموع می‌توان گفت که این تعاونی‌ها با دریافت حق عضویت اندکی، روستاییان را در مقابل بیماری‌ها بیمه می‌کنند.

- - -

● **نیاز به گسترش بیمه‌های بهداشتی در مناطق روستایی چین:** با توجه به این‌که تولید به‌دنبال اصلاحات اقتصادی در چین رشد فزاینده داشته و درآمد عمومی روستاییان در ۸ سال گذشته ۱/۷ برابر شده است نیاز به گسترش خدمات بهداشتی بیشتر شده است ولی با توجه به این‌که هنوز چین یک کشور در حال توسعه است زمان زیادی برای گسترش خدمات به اقصی نقاط کشور لازم خواهد بود و بنابراین علی‌رغم سهولت ارائه خدمات بهداشتی در چین می‌باید با سیاست گام به گام پیش رفت.

● **نیاز به نظام‌های بیمه بهداشتی مختلف:** با توجه به جغرافیای پراکنده در چین و نیازهای متفاوت روستاییان چینی پیشنهاد بیمه اختیاری و مدل‌های مختلف بیمه‌ای به مردم سهل‌الوصول‌ترین آنان یکی از راه‌حل‌ها است.



• *لزوم استفاده از منابع مختلف مالی:* عمده منابع برای اجرای بیمه‌های بهداشتی توسط افراد، انجمن‌ها و دولت تأمین می‌شود و حکومت در ساخت واحدهای درمانی کمک می‌کند و لذا منابع برای تأمین بهداشت، دارو و درمان می‌باید با روش‌های علمی سنجیده شود و درصد فرانشیزی که بیمار باید پرداخت کند می‌باید در حد توان مردم باشد.

• *بیمه بهداشتی به عنوان بخشی از تأمین اجتماعی:* بهتر است بیمه بهداشتی توسط دولت هماهنگی، برنامه‌ریزی و اجرا شود به طور مثال در بعضی مناطق کشور رهبران و سیاستگذاران این برنامه از افراد کلیدی تشکیل شده که آثار خوبی داشته است این اعضا شامل: معاونت دادگاه منطقه، مدیر اداره بهداشت، مدیر شرکت بیمه، مدیر ایستگاه‌های پیشگیری از اپیدمی و بهداشت است.

• *لزوم ایجاد سازمان اداری متشکل از افراد ماهر و کار آزموده برای مدیریت بیمه بهداشتی:* می‌توان این سازمان را به طور مستقل و وابسته به بخش بهداشت یا نظام تأمین اجتماعی طراحی کرد. بیمه بهداشتی می‌باید مؤسسه‌ای غیرانتفاعی و معاف از مالیات باشد و منابع آن به گونه‌ای باشد که اجازه سرمایه‌گذاری را بدهد.

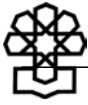
-

- -

هند جمعیتی بالغ بر ۱۰۴۹ میلیون نفر دارد که ۲۸ درصد از آن را جمعیت شهری تشکیل می‌دهد. امید به زندگی در این کشور ۶۳/۷ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۶۷ در هر هزار تولد زنده است.

- -

در این کشور خدمات به طور عمده توسط حکومت ایالتی و زیر نظر وزارت بهداشت انجام می‌شود. کوچکترین مرکز ارائه خدمات بهداشتی اولیه به ازای هر ۲۰ تا ۳۰ هزار نفر جمعیت در مناطق حاشیه‌ای در نظر گرفته شده است. روستاهای کوچک دارای کم‌تر از هزار نفر جمعیت فقط توسط راهنمایان بهداشت به طور داوطلبانه و طی گذراندن دوره آموزش دولتی، پوشش داده می‌شوند. در شهرها و مناطق شهری بزرگ خدمات توسط مراکز متعدد انجام می‌شود که بخشی از آن خصوصی است و شبکه‌ای نیز که شامل مؤسسات ملی و بیمارستان‌های خیریه می‌شود افراد بی‌بضاعت را تحت پوشش دارد. مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی برای کارکنان دولت زیرنظر وزارت بهداشت است.



- -

از سال ۱۹۲۳ اولین اقدام برای طراحی بیمه بهداشتی در هند شروع و در سال ۱۹۸۴ تحت عنوان طرح بیمه ایالتی کارگران یا ESI^۱ پایه‌گذاری شد. طرح در ابتدا ۱۲۰۰۰۰ نفر را تحت پوشش داشت ولی هم اکنون ۶/۹ میلیون نفر را تحت پوشش دارد طرح اجباری و حمایت‌های ایام بیماری، بارداری، حوادث ناشی از کار و مرگ را از طریق مراکز بهداشتی - درمانی شامل خدمات سرپایی و بستری ارائه می‌دهد.

در سطح ملی این پروژه توسط مجموعه قانونی «شرکت بیمه ایالت کارگران» یا ESIC^۲ اعمال می‌شد که نمایندگانی از کارگران، کارفرمایان، دولت مرکزی، دولت ایالتی، حرف پزشکی و پارلمان در آن عضویت دارند. ارکان اجرایی آن «کمیته اجرایی»^۳ که از افراد عضو شرکت بیمه ایالت کارگران تشکیل شده است و شورای عالی هیأت‌های پزشکی به‌عنوان شورای مشورتی در امر نظارت بر امور پزشکی فعالیت دارد و در سطح منطقه‌ای «گروه محلی» به‌عنوان بازوی مشورتی اعمال نظر می‌کند.

در جهت خدمات‌رسانی روزمره، شرکت بیمه ایالت کارگران ممکن است این مسئولیت را با دریافت یارانه‌ای معادل $\frac{1}{8}$ هزینه خدمات پزشکی از دولت محلی بپذیرد. خدمات بستری از طریق بیمارستان‌های ملکی شرکت بیمه ایالت کارگران و تخت‌های رزرو بیمارستان‌های دولتی داده می‌شود. خدمات سرپایی توسط مراکز تمام وقت، نیمه وقت و سیار و همچنین درمانگاه‌های کوچک کارفرمایان و کلینیک‌های بیمه‌ای کارکنان پزشکی ارائه می‌شود.

طرح بیمه ایالتی کارگران خدمات درمانی را به شکل معاینه - درمان، دارو - تزیقات، معاینه توسط متخصصان و بستری، را به بیمه‌شدگان و خانواده تبعی آنان در سه سطح خدمات ارائه می‌کند.

الف) خدمات طبی محدود،

ب) خدمات طبی گسترش یافته،

ج) خدمات طبی کامل.

(عبارت است از خدمات سرپایی در کلینیک‌ها شامل ویزیت، دارو، مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان، واکسیناسیون، بهداشت مادر و کودک، رفاه خانواده. همچنین بیمه‌شدگان می‌توانند از پزشک برای ویزیت در منزل در مورد بیماران بد حال استفاده نمایند.

(شامل مشاوره با پزشکان متخصص، تأمین داروهای تجویز شده توسط متخصصین، تست‌های آزمایشگاهی، رادیوگرافی‌ها و کلیه خدمات سرپایی.

1. Employee,s State Insurance Act.
2. Employee,s state insurance Corporation.
3. standing committee.
4. Restricted medical care.
5. Expanded Medical Care.



(شامل امکانات بستری، خدمات تخصصی، دارو و غذا برای بیماران بستری. این خدمات در سه بخش خدمات سرپایی، خدمات تخصصی و خدمات بیمارستانی به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌شود.

- -

• نظام بیمه ایالتی کارگران از سه روش موجود تأمین منابع (توسعه و پوشش منطقه‌ای، پوشش صنعتی و پوشش دستمزدی) روش پوشش منطقه‌ای را با سقف دستمزدی انتخاب کرده و لذا نظام ارائه خدمات بستگی کامل به قدرت هر ایالت در تأمین خدمات و مراکز پزشکی مورد نیاز دارد. بنابراین با توجه به عدم امکان مالی و فیزیکی برای گسترش این مراکز، پوشش طرح در طول سال‌ها ثابت مانده است و با توجه به عدم تناسب افزایش پوشش کارگران با میزان ارائه خدمات، گسترش طرح بیمه ایالتی کارگران به مناطق جدید منوط به وجود حداقل امکانات پزشکی در آن مناطق است.

• با بالا رفتن کیفیت خدمات پزشکی هزینه نیز بالاتر رفته و گاهی هزینه از درآمد بیشتر می‌شود.

• با پیشرفت فناوری و ایجاد رشته‌های فوق تخصصی عملاً به‌کارگیری نیروی تخصصی برای اشتغال در طرح مشکل‌تر شده و هزینه نگهداری تجهیزات پزشکی نیز بالاتر رفته است.

• با توجه به افزایش هزینه‌ها شرکت بیمه ایالت کارگران مجبور شده است در جهت ایجاد تراز مالی سقف سرانه حداکثری را برای ارائه خدمات دارویی و درمانی تعیین کند و داروها را به صورت یکجا با انجام مناقصه از کارخانه‌های داروسازی داخلی فراهم کند.

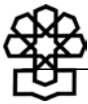
• با توجه به افزایش هزینه‌ها و آثار منفی تورم و کاهش منابع مالی حداقل دستمزد تحت پوشش ۳۰۰۰ روپیه در ماه به ۶۰۰۰ روپیه و حق‌السهم از ۵/۵ درصد به ۶/۵ درصد افزایش یافته است.

• جهت جلوگیری از ازدحام نیروی انسانی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی نیروی لازم بر اساس تعداد مراجعین به‌کار گرفته می‌شود.

• با توجه به وجود نظام‌های دوگانه ایالتی و شرکت بیمه ایالت کارگران و تغییرات فاحش از هر ایالت به ایالت دیگر در جهت یکسان‌سازی تصمیم‌گرفته شد که شرکت بیمه ایالت کارگران خود رأساً ارائه خدمات درمانی را در کل کشور بر عهده داشته باشد و ارائه خدمات و حمایت‌های نقدی می‌باید همزمان باشند.

• با توجه به افزایش هزینه خدمات پزشکی در زمینه دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی شرکت بیمه ایالت کارگران تمهیداتی را برای مفید بودن هزینه‌ها انجام داده است که عبارتند از:

الف) برای هر نوع خدمت تورم‌هایی پیشنهاد شده است.



ب) قرارداد کلی با رعایت تمرکزگرایی در خصوص دارو و اعلام مناقصه، با شرکت‌های دارویی داخلی منعقد شده است.

ج) شرکت بیمه ایالت کارگران سعی در پیشرفته‌تر کردن مراکز درمانی خود می‌کند در صورت عدم احراز چنین شرایطی خدمات فوق تخصصی و تخصصی خاص را با انعقاد قرارداد از طریق مناقصه از مراکز پزشکی خارج از نظام خریداری می‌کند.

-

- -

جمعیت کره بالغ بر ۷۷ میلیون نفر است که ۷۸ درصد آن را جمعیت شهری تشکیل می‌دهد امید به زندگی در این کشور ۷۰/۹ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۲۷ در هر هزار تولد زنده است.

- -

با افزایش تأکید بر برابری و رفاه اجتماعی تغییرات عمده در تأمین بهداشت و درمان در کره در نیمه دوم دهه ۷۰ ایجاد و بهداشت چهارمین نیاز اساسی زندگی در کره اعلام شد. بر این اساس، راهبردهایی برای نیازهای حیاتی پایه‌گذاری شد. در این راستا قراردادی با امریکا منعقد شد که هدف اصلی آن افزایش توان حکومت برای برنامه‌ریزی با ایجاد و ارزیابی یک نظام ارزان بهداشتی برای جوامع فقیر بود و بر اساس این راهبرد مجموعه‌ای سه عضوی از «شورای بهداشت ملی» «دبیر کل بهداشت ملی» و «انستیتو توسعه بهداشت» تشکیل شد که هدف نهایی آن فراهم کردن دسترسی کافی به خدمات پزشکی برای کل جمعیت صرف‌نظر از سن، دستمزد و محل اقامت بود. در سال ۱۹۷۶ کره برنامه «خدمات بهداشتی اولیه» را پذیرفت و این نظام توسط انستیتو توسعه بهداشت مورد آزمون قرار گرفت و سپس در کل کشور اجرا شد.

در حال حاضر دو نوع بیمه درمانی اجتماعی در کره وجود دارد.

۱. برنامه‌ای که کارفرمایان با بیش از ۵۰۰ کارگر را پوشش می‌دهد و باید خدمات بهداشتی را برای کارگران و وابستگان آنان تأمین کند.

۲. بیمه بهداشتی اختیاری که مخصوص کارگران خویش‌فرماست.

خدمات بهداشتی برای گروه اول توسط وزارت بهداشت در کارگاه‌ها و کارخانه‌ها و خدمات برای گروه دوم در استان‌ها و مناطق ارائه می‌شود.

- -

نظام ارائه خدمات بهداشتی به خصوص در مناطق شهری عمدتاً خصوصی بوده و ۸۵ درصد تخت‌های بستری در بیمارستان‌های خصوصی قرار دارد. خدمات در بخش دولتی از طریق مراکز بهداشتی، کلینیک‌ها و بیمارستان‌های عمومی و تخصصی ارائه می‌شود. همچنین در مناطق



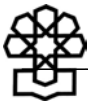
روستایی شبکه‌ای از پست‌های بهداشتی، مراکز بهداشتی و زیرمجموعه آن‌ها مانند بهداشت مادر و کودک وجود دارد.

در حدود ۳۳۹۱۷ مؤسسه پزشکی شامل ۱۸۶۰۸ کلینیک؛ ۵۷۳۶ کلینیک گیاه درمانی؛ ۸۶۵۲ کلینیک دندانپزشکی ۷۴۷ بیمارستان و ۷۴ بیمارستان گیاه درمانی در جمهوری کره فعال است که از این تعداد ۴۲ مرکز برای بیماری‌های خاص مانند سل، جذام، بیماری‌های روانی و بیماری‌های قلبی اختصاص داشته و ۲۶۲۸ مرکز بهداشت عمومی برای ارائه خدمات بهداشتی اولیه توسط دولت اداره می‌شود. در حال حاضر هیچ مرکز درمانی تحت مالکیت بیمه‌های بهداشت در کره وجود ندارد. کلیه خدمات به روش غیرمستقیم ارائه می‌شود. با توجه به قراردادهای منعقد شده با مؤسسات پزشکی کلیه بیمه‌شدگان می‌توانند به کلیه مراکز درمانی مراجعه کنند و هیچ مرکزی حق نپذیرفتن بیمار را ندارد. بنابراین کلیه بیمه‌شدگان دسترسی کافی به کلیه مراکز درمانی دارند. روش پرداخت حق‌الزحمه به پزشکان و مؤسسات پزشکی براساس روش «کارانه» است برنامه پرداخت شامل ۱۷۰۰ نوع درمان، ۲۵۴۶ نوع دارو و تجهیزات و ۱۰۰ نوع ملزومات پزشکی است که پرداخت برای آنان براساس هر جزء، تعداد درمان‌ها و مقادیر دارو و تجهیزات پزشکی است.

کل فراهم‌کنندگان خدمات پزشکی برای جامعه تحت پوشش به ۱۳۸ ناحیه خدمات پزشکی کوچک به نام «نواحی خدمات اولیه» و ۸ منطقه خدمات پزشکی بزرگ به نام «نواحی خدمات ثانویه» تقسیم شده است؛ هر بیمه‌شده‌ای که بخواهد به متخصص یا مرکز دیگری مراجعه کند می‌باید نامه ارجاع از پزشک خدمات اولیه مربوط به خود را داشته باشد. در موارد اورژانس، زایمان، مسافرت به خارج از مناطق، بیمار می‌تواند به هر مرکزی بدون محدودیت مراجعه کند.

برای کنترل هزینه‌ها، هر بیمار موظف است ۳۰ درصد هزینه را در ازای دریافت خدمت چه بستری و چه سرپایی پرداخت کند. این روش باعث شده است از افزایش ناگهانی هزینه خدمات درمانی به علت تقاضای زیاد (قانون عرضه و تقاضا) پیشگیری شده و استفاده غیرضروری از مراکز درمانی کاهش یابد. از آنجایی که مشارکت در هزینه‌های بیمارستان بار مالی زیادی برای خانواده‌ها تحمیل می‌کند سهم مشارکت در خدمات بستری در سال ۱۹۷۹ از ۳۰ درصد به ۲۰ درصد کاهش یافته است.

تمامی صورتحساب‌های پزشکی توسط کمیته رسیدگی به صورتحساب‌ها که توسط «سازمان ملی بیمه پزشکی» طراحی شده است در جهت کنترل هزینه‌ها و جلوگیری از استفاده‌های غیرضروری خدمات که معمولاً در روش‌های کارانه اتفاق می‌افتد رسیدگی می‌شود. این کمیته ۱۰ نفر متخصص گروه پزشکی تمام وقت به عنوان گروه اصلی و ۵۰۰ متخصص پزشکی نیمه وقت دارد. علاوه بر کمیته اصلی ۲۵ کمیته حرفه‌ای زیرمجموعه‌ای نیز وجود دارد که به بررسی جزئیات هزینه‌ها می‌پردازد. در جهت کنترل بهتر نظام و هزینه‌ها، سازمان بیمه‌گر در مواردی که صورتحساب‌ها بالاتر از مبلغ معینی باشند، زمان درمان، فراهم‌کننده خدمت، مبالغ پرداخت شده و فرانشیز مربوطه را به بیمه‌شده گزارش می‌کند و در صورت وجود هرگونه اختلاف، بیمه‌شده موارد را به بیمه‌گر اعلام و سازمان در خصوص موضوع تحقیق و بررسی می‌کند.



- -

۱. استفاده نامناسب: از آنجایی که بیمه‌شدگان دوست دارند حتی کارهای کوچک درمانی در بیمارستان‌های بزرگ و مجهز انجام شود؛ این امر موجب تمرکز بیمار و ازدحام در بیمارستان‌های شهری و ظرفیت بلااستفاده در مراکز خدمات بهداشتی اولیه و همچنین باعث طولانی شدن لیست انتظار در بیمارستان‌های دانشگاهی می‌شود. این طرز نگرش در بیمه‌شدگان به علت عدم تقسیم وظایف بین خدمات سطوح مختلف و نامطلوب بودن کیفیت خدمات بهداشتی اولیه است.

۲. عدم وجود برنامه‌ریزی پویا برای نیازهای جدید: نظام موجود خدمات بهداشتی در مقایسه با افزایش سریع تقاضا برای خدمات، پاسخگو نیست.

۳. کاهش منابع مالی: با توجه به رشد جمعیت سالمندان و افزایش بار مالی در مراقبت‌های درازمدت و همچنین افزایش هزینه‌های جراحی و هزینه بیماران روانی نیاز به گسترش و تأمین منابع مالی بیش از پیش احساس می‌شود.

۴. عدم توجه به طب پیشگیری: با توجه به این‌که انجام معاینات دوره‌ای منظم در افراد بالای ۴۰ سال موجب تشخیص زودرس شده و از ایجاد بیماری‌های مزمن پیشگیری می‌کند لذا ترغیب بیمه‌شدگان به انجام این‌گونه معاینات موجب کاهش هزینه‌ها و بالا رفتن استاندارد زندگی در جمعیت هدف خواهد شد.

-

- -

این کشور جمعیتی معادل ۷۸ میلیون نفر دارد که ۵۹ درصد آن ساکن شهرها می‌باشند امید به زندگی در این کشور ۶۴ سال می‌باشد و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۲۹۶ در هر هزار تولد زنده است.

- -

ارائه‌کنندگان خدمات مجموعه‌ای از بخش خصوصی و دولتی است. دولت در بخش بهداشت و درمان و بیمارستان‌ها، خدمات را برای اقشار کم درآمد جامعه انجام می‌دهد و بخش خصوصی با در اختیار داشتن نیمی از امکانات کشور خدمات را به طبقات متوسط و ثروتمند جامعه ارائه می‌دهد. امکانات دولتی در روستاها، پست‌های بهداشتی و مراکز بهداشت روستایی است که در صورت نیاز بیمار را به بیمارستان‌های شهری ارجاع می‌دهند.



- -

برنامه مراقبت‌های بهداشتی مدیکیر^۱ در فیلیپین از سال ۱۹۷۲ شروع گردید و کارگران بخش‌های دولتی و خصوصی را تحت پوشش قانونی قرار داد. در ابتدا، نظام بیمه‌ای فقط فرد بیمه شده را در بر می‌گرفت و سپس سایر اعضای خانواده و والدین بیش از ۶۰ سال سن را نیز در بر گرفت. مشاغل آزاد از سال ۱۹۸۰ و وابستگان‌شان از سال ۱۹۹۱ و کارگران فیلیپینی خارج از کشور از سال ۱۹۹۴ تحت پوشش طرح قرار گرفتند. خدمات در این طرح فقط در بخش بستری با سقف متغیر که همه ساله تغییر می‌کند ارائه می‌شود. منابع مالی از طریق پرداخت ماهانه ۲/۵ درصد دستمزد به شرطی که در روز از سه دلار بیشتر نشود، نصف توسط کارگر و نصف توسط کارفرما پرداخت می‌شود. خویش فرمایان و شاغلین خارج از کشور تمام این مبلغ را پرداخت می‌کنند. از درآمدهای حاصل ۱۲ درصد صرف هزینه‌های اداری و ۶۹/۷ درصد صرف پرداخت صورتحساب‌ها می‌شود. از سال ۱۹۹۵ بخش جدیدی تحت عنوان شرکت بیمه بهداشتی فیلیپین (PHIC)^۲ تشکیل که توسط شورایی متشکل از وزیر بهداشت به عنوان رئیس، مدیر کل PHIC به عنوان نایب رئیس و سایر اعضا شامل وزیر کار، وزیر کشور، وزیر رفاه و توسعه اجتماعی، مسئول نظام تأمین اجتماعی، رئیس و مدیر عامل نظام بیمه مرکزی کشور، نمایندگان از کارگران و کارفرمایان، خویش فرمایان و مؤسسات پزشکی خصوصی اداره می‌شود.

هم اکنون مدیکیر توسط نظام تأمین اجتماعی برای کارگران بخش خصوصی، نظام بیمه اجتماعی دولتی برای کارگران بخش عمومی و "OWWA"^۳ برای کارگران شاغل در ماوراء بحار خدمات را فراهم می‌کنند.

بیمه مدیکیر به صورت غیرمستقیم ارائه خدمت می‌کند. خدمات در بخش بستری اعمال می‌شود و روش پرداخت آن «روش کارانه» است. بیماران خود به طور مستقیم به مراکز سه گانه خدمات اولیه، ثانویه و ثالثیه مراجعه می‌کنند که این خدمات به ترتیب عبارتند از: اولیه شامل جراحی‌های کوچک و آزمایشات معمول؛ ثانویه شامل بیمارستان‌های جراحی عمومی و ثالثیه شامل مراکز تخصصی و فوق تخصصی است. علت انتخاب نظام غیرمستقیم جلوگیری از استفاده غیرضروری بیمه شدگان از خدمات درمانی است. علی‌رغم فشارهای وارده از جانب کارگران برای راه‌اندازی نظام مستقیم به علت پایین بودن کیفیت خدمات در بخش دولتی نظام تأمین اجتماعی فیلیپین با این روش مخالفت می‌ورزد.

- -

۱. پوشش کم: هم اکنون از ۱۷/۵ میلیون نفر بیمه شده در نظام‌های تأمین اجتماعی، ۶/۵ میلیون نفر به طور فعال حق بیمه را پرداخت و خدمات دریافت می‌کنند و تلاش در جهت پوشش بقیه جمعیت به دلایل بیکاری و عدم پرداخت حق بیمه به جایی نرسیده است.

1 - Medicare.

2- Philippine Health Insurance Corporation

3- Overseas Workers Welfare Administration



۲. کمبود امکانات
۳. نابرابری ارائه خدمات در شهرها و روستاها
۴. افت کیفیت خدمات
۵. کندی گردش کار پرداخت اسناد
۶. عدم وجود یارانه متقاطع
۷. افزایش قیمت‌ها

- -

۱. برای بهبود پوشش، نظام تأمین اجتماعی از دو طریق عمل نموده، اول آموزش و اطلاع‌رسانی و دوم اعمال فشار از طریق بازرسی،
۲. از آنجایی که نظام تأمین اجتماعی سازمانی بیمه‌ای است؛ سعی نموده قیمت تخت‌های بیمارستانی را کمتر از قیمت های بازار آزاد افزایش داده و امکانات موجود را بیشتر نماید و بنابراین در ۹ سال گذشته ۳۶ میلیون دلار در ۶۳ بیمارستان برای ۲۶۰۰ تخت اضافی سرمایه‌گذاری کرده و اولویت را به مناطقی خارج از پایتخت داده است.
۳. در جهت جلوگیری از کلاهبرداری؛ سازمان، برنامه کنترل کیفیت را در بیمارستان‌ها به اجرا گذارده به طوری که ۲۴۱ پرسنل مقیم در بیمارستان‌ها دارد که اسناد بیمارستان‌های درجه ۱ و ۲ خصوصی را کنترل می‌کنند. از زمان به کارگیری این افراد کاهش هزینه‌ای معادل ۲۵ درصد داشته است. روش دیگر استفاده از کارت شناسایی مخصوص نظام تأمین اجتماعی است که با ثبت مشخصات افراد بیمه شده که قابل خواندن با نظام رایانه‌ای می‌باشد، استفاده‌های غیر بیمه‌شدگان را از بین برده است.
۴. برنامه‌هایی در دست اجراست که در جهت ایجاد همبستگی، سقف حقوق و دستمزد مشمول بیمه را تا سقف حقوق بازنشستگان بالا برد و با اجرای پایانه‌های کامپیوتری در بیمارستان‌ها پرداخت‌ها را تسریع و از ۱۵ روز به ۸ روز کاهش دهد.
۵. بدون شک افزایش قیمت‌ها به علت ورود فناوری پیشرفته و افزایش حق‌العمل‌های جراحی لزوم خصوصی‌سازی بیمارستان‌های دولتی را ایجاب می‌کند و لذا قوانینی در این خصوص در حال تدوین است.
۶. طرح‌هایی در دست اجرا است که بتوان کارگران غیررسمی و حتی فقرا را نیز تحت پوشش قرار دهد؛ زیرا پوشش بیمه‌ای فقط شامل ۲۵ درصد جمعیت می‌شود و حدود ۴۵ درصد مردم زیر خط فقر قرار دارند.
۷. سعی در ادغام کلیه سازمان‌های بیمه‌ای موازی در عرض ۵ سال و تبدیل آن به PHIC شده است.



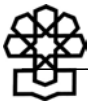
-
-
این کشور جمعیتی معادل ۶۲ میلیون نفر را داراست که ۲۰ درصد آن جمعیت شهری می‌باشند امید به زندگی در این کشور ۶۹/۱ سال می‌باشد و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۲۴ در هر هزار تولد زنده می‌باشد.

- -
وزارت بهداشت عمده‌ترین مسئول ارائه خدمات بهداشتی است. ۷۰ درصد تخت‌های بیمارستانی در اختیار دولت و ۳۰ درصد در اختیار بخش خصوصی است که عمدتاً در شهرهای بزرگ قرار دارند. پایین‌ترین سطح خدمات پست‌های بهداشتی و تعاونی‌های دارویی است که در ۵۸۶۱۲ روستا دایر شده است. در مناطق شهری خدمات سرپایی تخصصی افزایش یافته و بخش خصوصی به طور عمده خدمات آمبولانس و سرپایی را در داروخانه و کلینیک‌ها انجام می‌دهد.

- -
در تایلد بیمه مدون یکپارچه‌ای وجود ندارد و نظام‌های مختلفی در کشور موجود است به طوری که ممکن است یک نفر در چند سازمان عضو بوده و از مزایای آن برخوردار باشد در صورتی که گروه کثیری از مردم از این‌گونه مزایا برخوردار نیستند. بعضی طرح‌ها اجباری و برخی اختیاری هستند. از جمعیت کشور ۲۴ میلیون نفر نیروی فعال کار است که نسبت‌های آن عبارت است از: خویش فرمایان ۳۱ درصد، کارفرمایان ۱/۵ درصد، کارکنان خدماتی خانوار ۲۹/۲ درصد، کارکنان دولتی ۸/۵ درصد و کارکنان بخش خصوصی ۲۲/۸ درصد. اگر کلیه فعالیت‌های بیمه‌ای که خدمات بهداشتی - درمانی را نیز انجام می‌دهند مدنظر قرار دهیم حدود ۳۹ درصد کل جمعیت یعنی ۲۱ میلیون نفر تحت پوشش هستند. کلیه طرح‌ها از نظر خدمات‌رسانی؛ حمایت‌های بیماری و شرایط استفاده از این خدمات با هم تفاوت دارند و دخالت دولت در آنها از نظرات بودجه‌ای تا پرداخت یارانه و مشارکت در طرح متغیر است. طرح‌های مهم بیمه‌ای این کشور عبارتند از:

(
این طرح در جهت حمایت از فقرا اجرا می‌شود و اهداف آن عبارت از: ایجاد فرصت مساوی دریافت خدمات دولتی بهداشتی، افزایش دسترسی به مراکز بهداشتی و بهبود شرایط بهداشتی جامعه به‌خصوص فقرا در مناطق روستایی و ایجاد زمینه بیمه ملی بهداشت برای فقرا است.

در ابتدا پروژه سه جزء شامل خدمات رایگان طبی، واحدهای خدمات بهداشتی سیار و خدمات بهداشتی از طریق ارتباطات رادیویی داشت. در بدو کار کارت‌هایی برای افراد واجد شرایط که براساس درآمد ماهانه فقیر تشخیص داده شده بودند صادر شد. با توجه به این‌که این روش غیرواقعی و غیرقابل حصول بود وظیفه ارائه خدمات رایگان به عهده مسئولان بیمارستان‌ها گذاشته



شد که براساس یک مجموعه از ویژگی‌ها، این خدمات به فقرا ارائه و سپس سیاست صدور کارت در سطح ایالتی با مسئولیت وزارت کشور و به عنوان وظیفه مستقیم کدخدایان محل در جهت شناسایی افراد فقیر به مرحله اجرا درآمد ولی مشکلات و مسائلی باعث شد تا افراد واقعاً فقیر نتوانند از این خدمات استفاده نمایند و لذا تلاش برای یافتن راه‌حل‌های عملی شناسایی فقرا هنوز هم در حال انجام است ولی علی‌رغم این ضعف خدمات رایگان به ۷/۷ میلیون نفر از جمعیت ارائه می‌شود.

(« »)

در این طرح پرسنل نظامی، پلیس، کارکنان دولتی، بازنشستگان رسمی، کارکنان کارگاه‌های عمومی دولتی مجموعه‌ای از خدمات را دریافت می‌دارند که یک بخش از آن، خدمات پزشکی است. این خدمات علاوه بر خود فرد، خانواده وی شامل پدر، مادر، همسر و فرزندان (تا ۲۰ سالگی) را در بر می‌گیرد به شرطی که وابستگان از سه نفر تجاوز نکنند. این طرح افراد دیگری مانند دامداران و خانواده آنان، معلمین شاغل در بخش خصوصی، کدخدایان، داوطلبین بهداشتی روستا، رابطین بهداشت روستا را نیز شامل می‌شود.

(

این صندوق به موجب قانون تأمین اجتماعی سال ۱۹۹۰ تأسیس شد که به موجب آن کارفرمایان باید کارگران خود را در مقابل بیماری‌ها و حوادث بیمه نمایند، ایجاد شد و با سیاست گام به گام پیش رفت. در ابتدا کارگاه‌های با ۲۰ نفر کارگر را در مناطق خاص و سپس کارگاه‌های با ۵ نفر کارگر و در حال حاضر کل کارگران شاغل در بخش خصوصی تحت پوشش قرار دارند. البته اختلافاتی بین کارگر و کارفرما در خصوص بیماری‌ها و حوادث وجود دارد که آیا بیماری و حادثه ناشی از کار است یا خیر ولی صندوق همچنان با این مشکلات به کار خود ادامه می‌دهد.

(

این پروژه در سال ۱۹۸۳ شروع و شامل موارد زیر است:

- تشویق و تحکیم سازماندهی جامعه در جهت مدیریت صندوق بهداشت مادر و کودک و فعالیت‌های انگیزشی پیشگیرانه با اهداف درمانی.
- افزایش استفاده از مراکز بهداشتی مستقر در روستا، زیرا افراد روستایی به علت تمایل به بیمارستان‌های استانی معمولاً آن را نادیده می‌گیرند.
- کاهش ازدحام و کوتاه کردن لیست انتظار برای ارجاع به بیمارستان‌ها.
- تضمین قابلیت دسترسی به خدمات از طریق خرید اختیاری خدمات بهداشتی.
- افزایش سرمایه، اعطای وام و یا فعالیت‌های درآمدزا در جهت سازماندهی مالی خدمات بهداشتی و سایر اقدامات توسعه‌ای جامعه.



در حال حاضر ۲/۵ میلیون نفر در ۱۹۰۰۰ روستا در ۴۵۰۰ پست بهداشتی و ۶۸۰ ناحیه بجز پایتخت عضو این پروژه هستند. اگرچه پروژه کشوری است؛ ولی فقط ۵ درصد جمعیت تحت پوشش آن هستند عضویت و لغو آن در نظام اختیاری است خرید کارت بهداشت براساس قدرت خرید افراد و ریسک بیماری آنهاست.

بیشترین خریداران کارت بهداشتی افراد متوسط جامعه هستند اگرچه هرگونه افزایش قیمت کارت و هرگونه تغییر در مزایای متعلقه و روش ارائه خدمات، در افزایش یا کاهش تقاضا بطور بحرانی در فروش کارت‌های بهداشتی مؤثر است. مزیت قابل توجه این روش، مشارکت اجتماعی افراد در مدیریت صندوق است و علاوه بر آن موجب می‌شود دسترسی روستائیان به خدمات بهداشتی درمانی بیشتر شود که در حقیقت گامی بسوی عدالت اجتماعی است. علیرغم قابل توجه نبودن افزایش کیفیت در مراکز بهداشتی روستایی همیشه تمایل برای مراجعه به این مراکز در زیر لوای کارت بهداشتی وجود دارد. بنابراین امکان کسب درآمد از کوچکترین سطح خدمات که در حالت عادی رایگان ارائه می‌شود نیز وجود دارد.

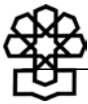
(:

در بازار خصوصی چهار نوع بیمه وجود دارد: شرکت‌های بیمه عمر؛ شرکت‌های بیمه‌های عمومی؛ شرکت‌های بیمه درمانی و شرکت‌های بیمه مضاعف^۱ بجز شرکت‌های بیمه عمر، سایر گروه‌ها خدمات بهداشتی را ارائه می‌کند ولی شرکت بیمه عمر اینگونه خدمات را طی قرارداد مکمل انجام می‌دهد. دو نوع قرارداد بیمه بهداشتی خصوصی وجود دارد. نوع اول بیمه فردی است که هزینه درمانی بیمه شده، همسر و فرزندانش پرداخت می‌شود و نوع دوم بیمه گروهی است که توسط کارفرمایان انجام می‌گردد و فرزندان و همسر کارگران را نیز شامل می‌شود. خدمات در گروه دوم شامل خدمات کلینیکی و بستری در بیمارستان‌های عمومی در موارد غیر ناشی از کار است. به لحاظ صرفه‌جویی در هزینه‌ها این شرکت‌ها هزینه خدمات را فقط در کلینیک‌های خاصی قبول دارند که شرایط بیماری و نحوه خدمات ارائه شده در متن قرارداد ذکر شده است. حق بیمه قابل انعطاف و بر اساس بند بند قرارداد می‌باشد و اساس آن مشارکت در ریسک است. باتوجه به آمار موجود این نوع بیمه هنوز جایگاه خاصی را در جامعه تایلند پیدا نکرده و رشد و توسعه آن بسیار پائین و آینده آن‌ها نیز امیدوار کننده نمی‌باشد.

-

- -

پاکستان جمعیتی معادل ۱۴۹ میلیون نفر دارد که ۳۳/۴ درصد آن ساکن شهرها می‌باشند. امید به زندگی در این کشور ۶۰/۸ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۸۴ در هر هزار تولد زنده می‌باشد.



- -

بیشترین خدمات توسط دولت ارائه می‌شود که دارای واحدهای بهداشتی در زیر مجموعه‌های مراکز مادر و کودک، درمانگاه، مراکز روستایی و بیمارستان‌ها است. در بخش خصوصی خدمات توسط ۱۲۳۰۰ نفر مامای محلی و کلینیک‌های خصوصی ارائه و ۱۵ درصد تخت‌های بستری در مالکیت بخش خصوصی است.

- -

بیمه بهداشتی از سال ۱۹۶۵ تحت عنوان «قانون تأمین اجتماعی» تشکیل شد. در این نظام کلیه کارگران با سقف دستمزدی کمتر از ۱۵۰۰ روپیه در ماه (۱ دلار = ۱۸/۶ روپیه) و یا کمتر از ۶۰ روپیه در روز درآمد داشته و حداقل ۲۴ ساعت در طول هفته به کار اشتغال دارند، صرف نظر از نوع اشتغال به اشکال دائمی، روزمزد، فصلی، نیمه وقت و ... تحت پوشش قرار می‌گیرند. افراد زیر از شمول خدمات خارج بودند:

۱. کارمندان دولت شامل نیروهای مسلح، پلیس، کارکنان راه آهن و افراد شاغل در زیر مجموعه‌های وزارت دفاع و راه آهن با هر عنوانی.

۲. کارکنان خدماتی شاغل در انجمن‌های محلی شامل شهرداری و یا هر گروه از مسئولین محلی.

۳. هر فردی که برای پدر، مادر، زن، فرزند، دختر و یا شوهر خود کار می‌کند.

۴. کلیه افرادی که دستمزد ماهانه بیش از ۱۵۰۰ روپیه داشته و یا روزانه بیش از ۶۰ روپیه درآمد دارند.

بعدها طرح گسترش یافته کلیه کارگاه‌های دارای بیش از ۲۰ کارگر و بیش از ۱۰ کارگر را نیز تحت پوشش قرار داد.

- -

یکی از وظایف مهم مؤسسات تأمین اجتماعی در پاکستان تأمین خدمات درمانی برای بیمه‌شدگان است که عمدتاً از طریق نظام مستقیم انجام می‌شود. هر مؤسسه شبکه‌ای از بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها و مراکز اورژانس را تحت پوشش دارد. در حد بسیار محدودی خدمات از طریق غیرمستقیم نیز ارائه می‌شود. خدمات ارائه شده عبارتند از:

معاینه توسط پزشک عمومی، معاینات تخصصی سرپایی و بستری، آزمایشات و رادیوگرافی، تأمین لوازم پزشکی، مراقبت‌های قبل و بعد از زایمان، تأمین اندام‌های مصنوعی، بازتوانی، اعزام به مراکز مجهزتر و خدمات آمبولانس که برای بیمه‌شدگان اصلی ارائه می‌شود. خدمات موجود برای وابستگان تبعی عبارت است از: معاینه و دارو، انجام آزمایشات، بستری برای جراحی‌ها و زایمان همسران بیمه‌شدگان و خدمات آمبولانس در موارد حادثه و اورژانس. خدمات محدود به درمان



نیست بلکه خدمات طب پیشگیری شامل واکسیناسیون بر علیه شش بیماری، بهداشت مادر و کودک و خدمات بهداشتی اولیه نیز ارائه می‌شود.

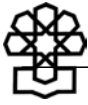
در بخش درمان مستقیم، بیمه شده با کارتی که در اختیار دارد به مرکز درمانی مراجعه و معاینه می‌شود بیمار در مرکز خاص پرونده داشته و در صورت لزوم به بیمارستان ارجاع می‌شود. داروها کلاً رایگان و در صورت موجود نبودن در مرکز هزینه آن بازپرداخت می‌شود بیماران با تعیین وقت قبلی به پزشک مراجعه و درمان می‌شوند و حقوق پرسنل بر طبق تعرفه‌های دولتی است. مزایای نظام مستقیم در پاکستان عبارت است از:

۱. رابطه‌های منطقی بین پزشک و بیمار و رضایت‌مندی برای بیمه‌شدگان وجود دارد.
۲. کارگران صنایع تمایل به ابراز علائم بیماری‌های ناشی از صنعت خود را داشته و لذا معاینه و درمان و اقدامات پیشگیرانه تسهیل می‌شود.
۳. با کمک نظام تأمین اجتماعی مؤسسات زیر مجموعه‌ای مانند درمانگاه‌ها بیمارستان‌ها و اورژانس برای بیمه‌شدگان ساخته شده است.
۴. راه‌اندازی مؤسسات درمانی توسط نظام یکی از منابع ایجاد اشتغال برای پزشکان و گروه پزشکی شده است.

۵. از طریق ایجاد آزمایشگاه، رادیولوژی و درمانگاه موجب صرفه‌جویی در هزینه‌ها و بالا رفتن کیفیت خدمات بهتر به کارگران و وابستگان تبعی آنها شده است.
۶. نسبت مناسب بین تعداد بیمه‌شدگان به ازای یک پزشک رعایت می‌شود.
۷. بیشتر کارفرمایان به خصوص کارفرمایان دارای ۱۰۰-۱۰ کارگر با توجه به عدم توان در ایجاد مراکز درمانی برای کارگانشان تمایل به ارجاع بیماران خود به این مراکز دارند. معایب این نظام در پاکستان عبارت است از:

۱. با توجه به وضعیت اشتغال در پاکستان اکثر کارگران مجبورند برای کارمایی به مناطق دیگر مهاجرت کنند و خانواده خود را در زادگاه‌شان باقی گذارند و با توجه به ارائه خدمات به صورت استانی خانواده آنان از بهره‌گیری از خدمات محروم می‌مانند.
۲. در بسیاری موارد درمانگاه‌ها در مناطق دور از دسترس بیمه‌شدگان و خانواده تبعی آنان قرار دارد و بنابراین باید هزینه‌های سنگین ایاب و ذهاب را بپردازند.
۳. شکایت پزشکان از این‌که بعضی بیماران درخواست داروهای گران قیمت را داشته و راضی به استفاده از داروهای مشابه ارزان نیستند و همچنین درخواست گواهی استراحت غیرضروری دارند.

۴. کارگران درخواست انجام معاینات تخصصی غیرضروری را دارند.
۵. شرایط کار و استاندارد خدمات پزشکی ارائه شده در استان‌ها یکسان نیست.



-
-
این کشور با جمعیتی بالغ بر ۲۱۷ میلیون نفر در جنوب شرقی آسیا واقع شده است ۴۲ درصد از جمعیت این کشور ساکن شهرها هستند. امید به زندگی در این کشور ۶۶/۶ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۳۳ در هر هزار تولد زنده است.

- -
نظام بهداشتی عمدتاً توسط دولت اداره می‌شود و به ازای هر ۳۰۰۰۰ نفر یک مرکز وجود دارد و هر مرکز دارای چند زیر مجموعه است که توسط بهورز اداره شده و خدمات بهداشتی اولیه را ارائه می‌دهد. تیم‌های سیار متشکل از ۲ یا چند پزشک مناطق دور دست را پوشش می‌دهند. بخش خصوصی نیز فعال بوده و زیر نظر وزارت بهداشت عمل می‌کند بیش از نیمی از بیمارستان‌ها توسط بخش خصوصی و عمدتاً سازمان‌های مذهبی اداره می‌شود. ۱/۹ درصد بودجه صرف بهداشت و درمان می‌شود مراکز درمانی رایگان نیستند و پرداخت هزینه توسط بیمار مهم‌ترین منبع درآمد است. خدمات برای عده معدودی رایگان است. ۶۵ درصد هزینه‌های بهداشت توسط بخش خصوصی انجام می‌گردد که ۵۰ درصد این هزینه‌ها مربوط به خرید داروها است.

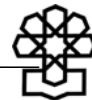
- -
اولین خط خدمات درمانی، مرکز بهداشت است که توسط پرسنل پزشکی، پیراپزشکی و دندانپزشک اداره می‌شود. این مراکز بر اساس پزشکی اجتماعی و تنظیم خانواده طراحی شده و زیر نظر بیمارستان‌های استانی با تخصص‌های مختلف هستند. ۳۵ درصد هزینه‌ها توسط دولت و ۶۵ درصد توسط بخش خصوصی انجام می‌شود.

- -
دو نظام در اندونزی چشم‌گیر است ASKES^۱ و PKTK^۲ که اولی اصطلاحاً به بیمه اجباری اطلاق می‌شود و کارکنان خدمات شهری شاغل و بازنشسته، پرسنل بازنشسته ارتش و وابستگان آن‌ها را پوشش می‌دهد. بودجه این نظام را وزارت بهداشت و دارایی تأمین می‌کنند و با توجه به ملی بودنش از نظر مدیریتی قابل انعطاف‌تر است و دارای حدود ۲/۹ میلیون عضو اصلی و ۱۵/۵ میلیون عضو اصلی و تبعی است. حق مشارکت دو درصد از درآمد ماهانه بوده و ارائه خدمات همراه با داروهای اساسی به صورت رایگان در بخش‌های دولتی انجام می‌شود.
با توجه به تجربه ASKES این نظام به بخش خصوصی نیز توسعه یافته به طوری که در بخش خصوصی ابتدا نظام DUKM^۳ را بر اساس روش پیش پرداخت هزینه خدمات بهداشتی

1- Pabrid Kertas Tjiwi Kimia

2- Asuransi Kesehatan Indonesia.

3- Dana Upaya Kesehatan Masyarakat.



پایه‌ریزی و سپس PKTK براساس آن بنیان‌گذاری شد که دقیقاً نظام ASKES در بخش خصوصی است.

هر دو نظام ASKES, PKTK از روش ارائه غیرمستقیم استفاده می‌کنند قبلاً از روش پرداخت نقدی استفاده می‌شد ولی هم اکنون با تعیین وقت از پزشکان مراکز درمانی برای تعداد معینی از بیمه‌شدگان ارائه خدمت داده شده و حق‌الزحمه به فرم پرداخت سرانه است. پزشکان عمومی به عنوان دروازه‌بان نظام عمل می‌کنند و مراقبت از بیماران را به‌عهده داشته و در صورت نیاز بیماران را به بیمارستان ارجاع می‌دهند ولی در صورت نیاز به بستری، بیمار باید از سازمان بیمه‌ای معرفی نامه دریافت کند.

بیمه درمانی دیگری در سال ۱۹۶۸ در اندونزی شکل گرفت بر اساس این بیمه کلیه کارگران شهری و وابستگان آن‌ها با پرداخت ۲ درصد حقوق پایه تحت پوشش بیمه بهداشتی قرار می‌گیرند. اعضا آزاد هستند به هر بیمارستان خصوصی یا دولتی یا هر پزشک متخصص و غیرمتخصص مراجعه کنند. طرح هم اکنون ۱۶/۷ میلیون نفر را در ۲۷ استان تحت پوشش دارد. سازمان دیگری نیز زیر نظر وزارت نیروی انسانی بیمه درمانی را عهده‌دار است که در این مجموعه حق‌السهم درمان ۶درصد حقوق به ازای هر خانوار و ۳درصد حقوق به ازای کارگران مجرد است. این طرح هم اکنون یک میلیون نفر را تحت پوشش دارد. با توجه به عدم توان اندونزی‌هایی‌ها در پرداخت حق بیمه هم اکنون فقط ۱۲ درصد جمعیت کشور تحت پوشش قرار دارند.

- -

• بیمه‌شدگان نمی‌توانند به متخصصان مورد نظر خود مراجعه کنند؛ و ساعات انتظار برای دریافت خدمات معاینه و دارو طولانی است.

• مشکل عمده بین بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر پایین بودن تعرفه خدمات بیمه‌ای نسبت به خدمات عمومی است.

• مشکل دیگر تعیین لیست دارویی شامل داروهای ژنریک و داروهای تجارتي خاص از سوی سازمان بود. که سقف قیمتی برای آن‌ها تعیین شده و داروهای بیماران بیمه‌ای می‌باید از آن لیست تهیه شود ولی متخصصان ترجیح می‌دهند داروی انتخابی خود را تجویز کنند.

• محدودیت‌هایی در انجام آزمایشات تشخیصی اعمال می‌شود به‌طوری‌که MRI فقط در تشخیص‌های سرگردن و آن هم بعد از تأیید پزشک معتمد پرداخت می‌شود و دارو فقط می‌باید برای سه روز تجویز شود که باعث بروز نارضایتی در بین بیمه‌شدگان شده است.

-

- -

اردن جمعیتی بالغ بر ۵ میلیون نفر دارد که ۷۸ درصد آن ساکن شهرها هستند امید به زندگی در این کشور ۷۰/۹ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۲۷ در هر هزار تولد زنده است.



- -

وزارت بهداشت مسئول ارائه خدمات بهداشتی است؛ و خدمات از طریق کلینیک‌های روستایی، مراکز بهداشت مادر و کودک و مراکز بهداشت شهری ارائه می‌شود. $\frac{2}{3}$ تخت‌های بیمارستانی به وزارت بهداشت و بقیه به بخش خصوصی وابسته است. مشکل عمده توزیع نامناسب خدمات درمانی از یک سو و موازی بودن خدمات بخش دولتی و خصوصی در شهرها از سوی دیگر است.

- -

بیمه در این کشور محدود است. بیمه خاصی برای کارمندان دولت با حق مشارکت بسیار پایین وجود دارد که کافی به نظر نمی‌رسد.

-

- -

کویت جمعیتی در حدود ۲ میلیون نفر دارد. ۹۵ درصد مردمان این کشور در شهرها سکونت دارند امید به زندگی در این کشور ۷۶/۵ سال بود و میزان مرگ و میر کودکان زیریکسال ۹ در هر هزار تولد زنده است.

- -

در کویت شبکه‌ای از خدمات بهداشتی براساس درمانگاه‌ها به ازای هر ۴۰۰۰۰ نفر، پلی‌کلینیک به ازای هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر و بیمارستان منطقه‌ای برای هر ۵۰۰,۰۰۰ نفر در نظر گرفته شده است. یک بیمارستان سطح سوم به‌عنوان مرکز ارجاع ملی در نظر گرفته شده که موارد لازم به آن‌جا ارجاع می‌شوند، خدمات در بخش دولتی به کلیه شهروندان به‌طور رایگان ارائه می‌شود. ۶/۱ درصد هزینه‌های دولت در بخش بهداشت انجام می‌شود.

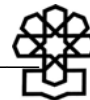
- -

دولت در صدد برنامه‌ریزی برای بیمه خدمات بهداشتی در جهت ایجاد منابع ثابت برای این‌گونه خدمات است ولی تاکنون اقدام عملی صورت نگرفته است.

-

- -

جمعیت مالزی بالغ بر ۲۳ میلیون نفر است که ۵۸ درصد آن را جمعیت شهری تشکیل می‌دهد. امید به زندگی در این کشور ۷۳ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۸ در هر هزار تولد زنده است.



- -

دولت بیشترین خدمات را توسط وزارت بهداشت و بخشی دیگر را از طریق شبکه‌های درمانی وزارت دفاع، ارائه می‌کند. در روش ارائه خدمات، نظام ارجاع حاکم است که از مراکز روستایی به شهری، منطقه‌ای، ناحیه‌ای و در نهایت مرکز ارجاع ملی بیمارستان عمومی در کوالامپور ختم می‌شود. تمام خدمات در سطح روستا رایگان و هزینه ناچیزی در بیمارستان‌ها دریافت می‌شود و کلیه افراد فقیر رایگان درمان می‌شوند. بخش خصوصی نیز در سال‌های اخیر رشد یافته که در شهرها به‌طور عمده خدمات آمبولانس و خدمات بستری عمومی (شامل زایمان) را ارائه می‌کنند. کارفرمایان خصوصی نیز خارج از نظام دولتی خدماتی را برای کارگران خود فراهم کرده‌اند. «شفادهندگان سنتی و دکتر علفی‌ها» هنوز نقش عمده‌ای در درمان دارند.

- -

بیمه بهداشت ملی در مالزی است. این برنامه با دریافت حق بیمه از مردم و پرداخت فرانشیز در محل دریافت خدمات طراحی شده است که بار مالی دولت را به حداقل کاهش می‌دهد. منابع درآمدی برای طرح عبارتند از: کمک‌های دولت، کارفرمایان بخش خصوصی، کارگران صاحبان مشاغل آزاد که می‌توانند حق بیمه پرداخت کنند. نقش دولت در این طرح‌ها حمایت از طرح، پرداخت سهم افراد فقیر، پرداخت هزینه توسعه خدمات بهداشتی در سطح ملی و پرداخت هزینه آموزش پزشکی و طب پیشگیری است.

بیمه بهداشت ملی مالزی دارای خصوصیات ذیل می‌باشد:

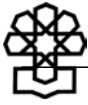
(الف) پوشش اجباری و فراگیر است و حق بیمه مطابق قانون توسط بیمه شده و یا از طرف وی جهت برقراری امکانات پرداخت می‌شود.

(ب) حمایت‌ها برای کلیه بیمه‌شدگان بدون استثنا به موجب قانون برقرار می‌شود.

(ج) تأمین اعتبار برنامه به طور انحصاری از طریق حق بیمه‌ها و بهره متعلقه به آن صورت می‌گیرد.

(د) معاملات مالی برنامه از طریق صندوقی جداگانه و صرفاً با هدف جمع‌آوری حق مشارکت‌ها و ارائه حمایت‌ها و پرداخت هزینه‌های اداری صورت می‌گیرد.

در اجرای طرح بیمه بهداشت ملی بیشترین تلاش در جهت حذف اقدامات موازی و جلوگیری از اسراف منابع پزشکی شد. در راستای این طرح، فراهم‌کنندگان خدمات در بخش خصوصی نیز ناچار شدند تعرفه‌هایی مطابق بخش دولتی با سود مناسب و کیفیت یکسان داشته و هر دو بخش با همکاری و استفاده از نیروی انسانی و امکانات در جهت بالا بردن کیفیت و کاهش هزینه‌ها اقدام نمودند.



-
-
میانمار جمعیتی بالغ بر ۴۸ میلیون نفر دارد که ۲۸ درصد آن در شهرها ساکن می‌باشند امید به زندگی در این کشور ۵۷/۲ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۷۷ در هر هزار تولد زنده می‌باشد.

- -
خدمات عمدتاً توسط دولت ارائه می‌شود و نظام ارجاع حاکم است. خدمات بهداشتی اولیه از طریق مراکز بهداشت شهری، بهداشت مادر و کودک رایگان است. سایر وزارتخانه‌های فعال در خدمات بهداشتی عبارتند از: وزارت کار که از طریق نظام تأمین اجتماعی برای کارگران تحت پوشش ارائه می‌شود. وزارتخانه‌های حمل و نقل، معادن و صنایع برای کارگران و وابستگان تبعی آنان ارائه خدمت می‌دهد. خدمات درمانی از طریق وزارت تعاون به کارکنان خود و با دریافت پول به سایر مردم نیز خدمات ارائه می‌دهد. در بخش خصوصی ۵۵۰۰ کلینیک عمومی وجود دارد که مالکیت $\frac{1}{2}$ این مراکز در اختیار پزشکان است و هیچ بیمارستانی در مالکیت بخش خصوصی نیست، ۴۰ درصد هزینه‌ها توسط بخش دولتی و ۶۰ درصد هزینه‌ها توسط بخش خصوصی انجام می‌شود.

- -
در سال ۱۹۶۰ بیمه بهداشتی زیر نظر گروه تأمین اجتماعی وزارت کار اجرا شد. کارگران بخش عمومی و دولتی در کارگاه‌های بیش از ۵ کارگر تحت پوشش قرار گرفتند ۸۳ درصد بیمه‌شدگان، کارگران بخش عمومی و بقیه مربوط به بخش خصوصی است. وابستگان و افراد تحت تکفل پوشش داده نمی‌شوند. طرح پرداخت نقدی برای بیمه‌شدگان به قرار زیر است:

۱. حمایت‌های ایام بیماری: ۵۰ درصد دستمزد کارگر را، تا ۲۶ هفته پرداخت می‌کند به شرطی که کارگر حداقل ۱۷ هفته حق بیمه خود را در ۲۶ هفته گذشته پرداخت نموده باشد.

۲. حمایت‌های ایام بارداری: $\frac{2}{3}$ دستمزد کارگر را حداقل برای شش هفته قبل و بعد از زایمان برقرار می‌کند به شرطی که کارگر حداقل ۲۶ هفته حق بیمه خود را در ۵۲ هفته گذشته پرداخته باشد.

۳. حمایت‌های کفن و دفن: که مبلغ ثابتی را بدون در نظر گرفتن ایام مشارکت به بازماندگان بیمه شده پرداخت می‌کند.

خدمات بهداشتی فراهم شده برای کارگران تحت پوشش عبارت است از: خدمات پزشکان عمومی و متخصص تا زمانی که از نظر پزشکی لازم باشد، خدمات بیمارستانی، خدمات دارویی و آزمایشگاهی بدون محدودیت، در موارد حوادث ناشی از کار خدمات فیزیوتراپی و پروتز نیز ارائه می‌شود.



خدمات طب پیشگیری شامل ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی و خدمات دندانپزشکی ارائه نمی‌شود. خدمات به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم ارائه داده می‌شود و فرانشیزی نیز دریافت نمی‌گردد.

در نظام مستقیم ۸۵ کلینیک و ۵ واحد سیار وجود دارد و خدمات بیمارستانی در یک بیمارستان تأمین اجتماعی ارائه می‌شود. منابع مالی تأمین‌کننده نظام از حق مشارکت کارگران بر مبنای ۱ درصد دستمزد توسط کارگر و ۲ درصد دستمزد توسط کارفرما براساس ۶ هفته دستمزد و با یک سقف معین حاصل و دولت نیز ۱ درصد کمک یارانه‌ای براساس مبلغ کل دستمزدها می‌کند. نظام اجرایی طرح، یک نهاد سه عضوی تأمین اجتماعی مستقر در وزارت کار است که رئیس این نهاد مدیر عامل اجرایی است. علاوه بر پرسنل اداری، نظام دارای ۱۳۲ پزشک و ۴۲۴ کارمند بهداشتی است. نظارت بر امور پزشکی توسط وزارت بهداشت انجام و اهداف کلی برنامه توسعه توسط حزب سوسیالیست سیاستگذاری می‌شود.

-

- -

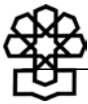
نیپال جمعیتی بالغ بر ۲۴ میلیون نفر دارد که ۱۲/۲ درصد آن جمعیت شهری می‌باشد امید به زندگی در این کشور ۵۹/۶ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۶۶ در هر هزار تولد زنده می‌باشد.

- -

کلیه خدمات توسط دولت در ۸۲۰ خانه بهداشت و مستقر در ۷۵ ناحیه، ۲۰ مرکز بهداشتی، ۵۲ بیمارستان ۲۵-۱۵ تختخوابی ناحیه‌ای، ۱۸ بیمارستان ۱۰۰-۵۰ تختخوابی قطبی با یک بیمارستان منطقه‌ای ۱۵۰ تختخوابی و ۵ بیمارستان بیش از ۳۰۰ تختخوابی ارائه می‌شود. علاوه بر آنها ۲۴ بیمارستان مذهبی ارائه خدمت می‌دهند ولی هنوز ۱۸ استان کشور فاقد هرگونه تخت بستری است. خط اول خدمات، پست‌های بهداشتی است که به عنوان زیر مجموعه بهداشتی «خدمات حداقل» شامل بهداشت مادر و کودک را ارائه می‌دهد. نیپال دارای تعداد زیادی «حکیم محلی» است که حدود ۴۰۰,۰۰۰ نفر می‌باشد. یعنی به ازای هر ۲۰ نفر یک نفر حکیم محلی وجود دارد. ۵ درصد بودجه کشور صرف بهداشت می‌شود و کمک‌های خارجی بیش از $\frac{1}{2}$ منابع مورد نیاز برای گسترش خدمات را تأمین می‌کند. خدمات تقریباً رایگان است و فرانشیزی محدود در تعدادی از بیمارستان‌ها آن هم فقط از هتلینگ دریافت می‌شود.

- -

نیپال بیمه تأمین اجتماعی یا درمانی ندارد. در دهه گذشته اتحادیه میسیون اقدام به اجرای طرح اختیاری بیمه کرد که در ۵ پست بهداشت در یک ایالت به مرحله اجرا درآمد. اعضا با پرداخت حق



بیمه به رایگان از خدمات درمانی و دارویی استفاده کرده و در بیمارستان تخفیف زیادی از هزینه می‌گرفتند. بی‌نظمی در پرداخت حق بیمه‌ها موجب شکست این طرح گردید.

-

- -

گینه نو دارای جمعیتی معادل ۸ میلیون نفر می‌باشد که ۲۷/۹ درصد آن ساکن شهرها هستند امید به زندگی در این کشور ۴۸/۹ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۱۰۹ در هزار تولد زنده است.

- -

ارائه خدمات از مسئولیت‌های دولت است که به روش غیر متمرکز در سطح استانی انجام می‌شود. بخش بهداشت در سطح ملی مسئول سیاستگذاری، برنامه‌ریزی، قانونگذاری و آموزش پزشکی است. بخش‌های بهداشت استانی طیف وسیعی از خدمات را در پست‌های بهداشتی، مراکز زیر مجموعه‌ای بهداشت شامل: خدمات مادر و کودک، خدمات آمبولانس و برنامه کنترل بیماری‌های عفونی، فراهم می‌کنند. خدمات بهداشتی در روستا توسط کلیساها نیز ارائه می‌شود که ۳۰ درصد خدمات بهداشتی کشور را تشکیل می‌دهد. ۲ معدن بزرگ در کشور خدمات بهداشتی را برای کارگران خود به رایگان تأمین می‌کند. در کشور فقط یک بیمارستان خصوصی با ۱۵ تخت وجود دارد که خدمات سرپایی را نیز ارائه می‌دهد.

این کشور کمک‌های زیادی از منابع خارجی دریافت می‌دارد. میزان فرانشیز پرداختی توسط مردم فقط در خدمات بیمارستانی و به میزان ۲/۵ درصد کل هزینه می‌باشد.

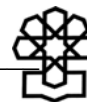
- -

طرح موجود فقط ۱۰۰۰۰ نفر را پوشش داده و مشکل عمده آن گسترش به مناطق روستایی است.

-

- -

سریلانکا جمعیتی برابر ۱۸ میلیون دارد که ۲۳/۱ درصد آن ساکن شهرها می‌باشند. امید به زندگی در این کشور ۷۲/۵ سال می‌باشد و میزان مرگ و میر کودکان زیر یک سال ۱۷ در هر هزار تولد زندگی می‌باشد.



- -

در این کشور کشور شبکه توسعه بهداشت ملی "NHDN" به عنوان یک مجموعه هماهنگ‌کننده برای وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مختلف مسئول بهداشت طراحی شده است که در آن «شورای بهداشت ملی» وظیفه سیاستگذاری را عهده‌دار است. هم طب غربی و هم طب سنتی رایگان ارائه می‌شود. خدمات طب غربی توسط «وزارت بهداشت»، «وزارت امور زنان» و بیمارستان‌های آموزشی انجام و خدمات طب پیشگیری از طریق ۱۰۸ پزشک به همراه برنامه کنترل بیماری‌های عفونی به رایگان ارائه می‌شود. در بیمارستان‌های بزرگ دولتی خدماتی مانند انتخاب پزشک و استفاده از امکانات دولتی به شکل خصوصی با پرداخت هزینه از طرف بیمار انجام می‌شود. این نوع خدمت فقط در شهرهای بزرگ رواج داشته و فقط ۰/۶ درصد از خدمات را تشکیل می‌دهد. تعدادی از کارفرمایان طرح‌های محدود پزشکی را برای کارکنان خود اجرا می‌کنند. رشد بخش خصوصی با شیفیت خدمات سرپایی از بخش دولتی به خصوصی بیشتر شده است که این موضوع توسط دولت در جهت کاهش تعهدات حکومت و افزایش استفاده از نیروی انسانی تشویق می‌شود. خدمات بخش خصوصی در حال حاضر محدود به خدمات آمبولانس و مراکز نگهداری است. دولت ۵/۷ درصد کل هزینه خود را صرف بهداشت می‌کند که این مقدار ۵۸ درصد هزینه‌های بهداشتی است.

- -

برنامه‌های تأمین اجتماعی در سال ۱۹۳۰ آغاز و از سال ۱۹۴۸ و استقلال سریلانکا حمایت‌ها برای سالمندان، ناتوانان، بازماندگان، حوادث ناشی از کار و زایمان به طور وسیع وجود دارد. علی‌رغم این برنامه‌ها حمایت‌های بیمه بهداشتی و خدمات درمانی از طریق نظام تأمین اجتماعی صورت نگرفته، زیرا سیاست ملی فراهم نمودن خدمات رایگان درمانی برای کلیه شهروندان است.

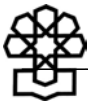
-

- -

کاستاریکا جمعیتی در حدود ۴ میلیون نفر دارد که ۶۰ درصد آن‌ها ساکن شهرها می‌باشند امید به زندگی در این کشور ۷۸ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۹ در هر هزار تولد زنده می‌باشد.

- -

بخش بهداشت و درمان کاستاریکا عمدتاً به وسیله بیمه اجتماعی و خدمات پیشگیری بوسیله وزارت بهداشت و درمان تأمین می‌شود. از اوایل دهه ۱۹۴۰ برای اداره نظام بیمه تأمین اجتماعی ایجاد شد. این نظام در بهبود وضعیت بهداشتی و درمانی جمعیت بسیار موفق بوده است.



شاخص‌های بهداشتی و درمانی کاستاریکا به کشورهای اروپائی، ایالات متحده آمریکا و کانادا نزدیکتر است تا به کشورهای که دارای درآمد سرانه پایین‌تر از ۱۷۵۰ دلار آمریکا باشند، پوشش جمعیتی گسترش یافته است و دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی اکنون کمابیش برای همه امکان پذیر می‌باشد.

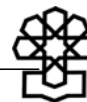
در کاستاریکا وزارت بهداشت و درمان مسئول ارتقای بهداشت و درمان، پیشگیری از بیماری‌ها و بهداشت محیط است. صندوق اجتماعی (که ۸۰ درصد کل هزینه صرف آن می‌شود) خدمات درمان و توانبخشی، خدمات بهداشت فردی (ایمن سازی) و برخی از خدمات آموزشی را برعهده داشته و انستیتوی بیمه ملی اعمال جراحی، توانبخشی و جبران بیمارها خدمات مربوط به اتومبیل را به عهده دارد.

صندوق تأمین اجتماعی مالک و گرداننده تمام ۲۹ بیمارستان کشور است و ۹۵ درصد خدمات بیمارستانی و حدود ۷۰ درصد خدمات مشاوره‌ای را انجام می‌دهد. بجز سه کلینیک خصوصی تقریباً تمام تسهیلات بهداشتی و درمانی بوسیله صندوق تأمین اجتماعی، بهداشت و درمان یا انستیتوی بیمه ملی که بخشی از نظام بهداشت و درمان کشوری را تشکیل می‌دهند، اداره می‌شوند. بیماران غیر فوری از طریق کلینیک محلی یا بیمارستان ناحیه خود وارد نظام می‌شوند. بیماران می‌بایست مدت زیادی برای معاینه شدن صبر کنند و گاه هم بر گرداننده می‌شوند. آن‌ها نمی‌توانند پزشک خود را انتخاب کنند و غالباً شکایت دارند که، وقتی را که پزشک صرف آن‌ها کرده است کم بوده است. غیرکافی بودن لوازم و تجهیزات در برخی از کلینیکها منجر به ارجاع نادرست بیماران به سطوح بالاتر می‌شود. عملاً، بیماران اغلب در جستجوی راه‌های جایگزینی در داخل نظام هستند، مثل حضور در بخش‌های فوریت پزشکی یا مشاوره با پزشک بعنوان بیمار خصوصی. در حالی که کیفیت مراقبت برای خدمات بیمارستانی بسیار بالا نکر شده است، نارضایتی در مورد کیفیت خدمات سرپایی در حال افزایش است. ارائه کنندگان خدمات بهداشتی - درمانی در وزارت بهداشت و درمان و CCSS^۱ عمدتاً حقوق دریافت می‌کنند، اگرچه CCSS حالت‌های دیگر را نیز تجربه کرده است.

عمده‌ترین منابع تأمین مالی عبارتند از:

- پرداخت‌های اجباری به CCSS بوسیله کارکنان، کارفرمایان و دولت بابت حق بیمه مالیات‌ها
- در معرض انتخاب قرار گرفتن بیمارستان
- درآمد ناشی از اجاره و سود

تنها ۱ درصد درآمدها از حق عضویت‌ها تأمین می‌شود (خویش فرمایان می‌توانند از پرداخت به CCSS خودداری کنند، اما وجهی بابت استفاده از خدمات CCSS که بوسیله ایالات تأمین می‌شود پرداخت نمایند.) و جوهی که بوسیله کارفرمایان، کارکنان و خویش‌فرمایان پرداخت می‌شود در ردیف بالاترین پرداختها در سطوح جهان است.



تأمین مالی و کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی احتمالاً بصورت موضوعات مهم مورد بحث باقی خواهند ماند. نرخ بالای پرداخت حق بیمه کارفرمایان و کارکنان در حد قابل توجهی، هزینه دستمزد را در کاستاریکا بالا برده است. افزایش‌های بیشتر، توانایی رقابت تولیدات کاستاریکا را جدّاً به خطر می‌اندازد.

-

- -

مصر جمعیتی در حدود ۷۰ میلیون نفر دارد که ۴۲ درصد آن‌ها ساکن شهرها می‌باشند امید به زندگی در این کشور ۶۸/۶ سال بوده و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۳۵ در هر هزار تولد زنده می‌باشد.

- -

نظام تأمین خدمات درمانی مصر، عمدتاً از طریق مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌شود و دارای بخش بیمه درمانی است که از گذشته دور ایجاد شده است. برخی تأمین کنندگان خصوصی بیمه در کل کشور وجود دارند. در کل نوعی پوشش بهداشتی و درمانی برای تمام جمعیت از طریق نظام عمومی بوجود آمده است.

بیمه اجتماعی خدمات، سطح بالاتری را برای تقریباً ۸/۴ درصد از جمعیت تأمین می‌کند (که از منطقه با پوشش‌های پائین ۳/۴ درصد تا منطقه دارای پوشش بالا ۱۲/۷ درصد را شامل می‌شود).

- -

بیمه اجتماعی تأمین خدمات درمانی از طریق کمک ۴ درصد از درآمدها تأمین می‌شود که ۷۵ درصد از این مبلغ بوسیله کارفرمایان و ۲۵ درصد آن بوسیله کارکنان پرداخت می‌شود. بازنشستگان ۱ درصد و زنان بدون شوهر ۲ درصد از درآمد خود را پرداخت می‌کنند. برای کارکنان سهم دولت، ۰/۵ درصد و سهم کارکنان دولت ۰۵ درصد است. برای تعیین حد درآمد سقفی وجود دارد که برای محاسبه کمک‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد و بابت استفاده از خدمات فرانشیز اندکی پرداخت می‌شود. سازمان بیمه خدمات درمانی از یارانه حوادث ناشی از کار کارکنان استفاده می‌کند.

مزایای ارائه شده در بیمه اجتماعی شش تا هفت برابر مزایای ارائه شده به وسیله خدمات بهداشتی ایالتی است. نیمی از پرداخت‌های سازمان بیمه خدمات درمانی بابت دارو و حدود یک سوم آن بابت تجهیزات مصرفی است.

خدمات بیمه شامل مراقبت‌های اولیه، خدمات بیرون بیمارستان، خدمات سرپایی، خدمات دندانپزشکی، دارو، تجهیزات پزشکی، مراقبت در بیمارستان و حتی آماده سازی برای جراحی تخصصی می‌شود ولی خانواده را پوشش نمی‌دهد.



خدمات بوسیله ترکیبی از ارائه کنندگان دولتی و خصوصی عرضه می‌شود. بیشتر خدمات سرپایی به وسیله پزشکان خصوصی انجام می‌شود که در مطب‌های شخصی یا کلینیک‌های دولتی یا خصوصی طرف قرارداد با بیمه اجتماعی کار می‌کنند. خدمات بیمارستانی عموماً بوسیله بیمارستان‌های تحت مالکیت سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه می‌شود. نظام‌های پرداخت بیمارستان‌های تحت مالکیت سازمان بیمه خدمات درمانی عمدتاً به صورت کارانه است.

-

- -

بنگلادش جمعیتی در حدود ۱۴۳ میلیون نفر دارد که ۲۵ درصد آن جمعیت شهری هستند امید به زندگی در این کشور ۶۱/۱ سال بوده و میزان مرگ و میر نوزادان زیر یک سال ۵۱ در هر هزار تولد زنده است.

- -

مسئولیت ارائه خدمات با وزارت بهداشت است. خدمات بهداشتی در مراکز بهداشتی که به ازای هر ۲۵۰۰۰ نفر یک درمانگاه در نظر گرفته شده و رایگان است. داروها توسط شرکت‌های دولتی ساخته شده و به رایگان در بیمارستان‌ها توزیع می‌شود. دولت ۵/۶ درصد بودجه خود را صرف بهداشت کرده و بخش خصوصی در جهت ارائه خدمات تشویق می‌شود.

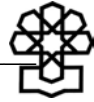
- -

در بنگلادش بیمه بهداشتی وجود ندارد. کارگران بعضی شرکت‌های سهامی و خصوصی کل هزینه‌ای را که بابت هزینه‌های پزشکی پرداخت کرده‌اند از شرکت خود دریافت می‌دارند. کارکنان دولت مبلغ ثابتی را به عنوان کمک هزینه درمان دریافت می‌کنند که معمولاً کفاف هزینه درمان را نمی‌دهد. دولت از اجرای بیمه اجباری بهداشت به علت گران بودن خدمات طفره می‌رود. مشکل عمده این کشور این است که اکثریت جمعیت (۸۶ درصد افراد) زیر خط فقر بوده و توان پرداخت حق مشارکت بیمه‌ای را ندارند.

-

- -

این کشور جمعیتی در حدود ۸۰۰ هزار نفر دارد که حدود ۳۶/۷ درصد از آن در شهرها ساکن هستند امید به زندگی در این کشور ۶۹/۶ سال و میزان مرگ و میر کودکان زیر یکسال ۱۸ در هر هزار تولد زنده است.

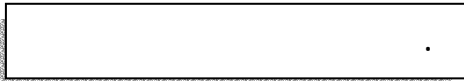
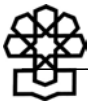


- -

وزارت بهداشت مسئول ارائه خدمات است که متشکل از ایستگاه‌های پرستاری مسئول ارائه خدمات بهداشتی در روستاها تا بیمارستان‌ها در مناطق شهری می‌باشد. خدمات توسط دو بیمارستان دولتی و همچنین پزشکان، دندانپزشکان و شیمیدانان شاغل در بخش خصوصی ارائه می‌دهد. تمامی خدمات رایگان نبوده و بیمار مبلغ ثابتی را به ازای هر روز بستری پرداخت می‌کند.

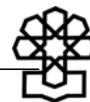
- -

علی‌رغم انجام مطالعاتی در خصوص واگذاری درمان به بخش خصوصی و مطالعه در مورد بیمه اجباری بهداشتی هنوز اقدام مؤثری صورت نگرفته است.



در جدول ۶ مروری اجمالی بر شاخص‌های بهداشتی و نحوه ارائه خدمات و بیمه‌های درمانی در کشورهای مورد بررسی شده است. این کشورها هر یک دارای نظام درمانی و بیمه‌ای خاص خود هستند که دارای مزایا و معایبی است و شاید در کشورهای دیگر چندان کاربردی نداشته باشد اما برخی رهنمودهای کلی از تجارب کشورهای مذکور می‌توان به دست آورد که معدودی از آن‌ها در ذیل آورده شده‌اند:

- ارائه خدمات می‌تواند به شیوه مستقیم، غیرمستقیم یا ترکیبی از هر دو صورت گیرد. روش مستقیم بیش‌تر در کشورهای جهان سوم مورد استفاده قرار می‌گیرد و معمولاً مشکل کیفیت را به همراه دارد روش غیرمستقیم در کشورهای صنعتی رواج بیش‌تری دارد و مشکل آن کنترل هزینه‌ها است.
- روش‌های مختلفی برای پرداخت به فراهم‌کنندگان خدمات وجود دارد. معمولاً یک روش به تنهایی نمی‌تواند بازده مطلوبی به همراه داشته باشد. کشورها معمولاً با توجه به شرایط نظام درمانی، فرهنگی، تأمین مالی و ... ترکیبی از شیوه‌های مختلف را به کار می‌برند.
- بیمه‌های درمانی اجتماعی با توجه به انعطاف پذیری مالی خود به عنوان یکی از اصلی‌ترین فرایندهای تأمین مالی خدمات درمانی در اکثر کشورها در نظر گرفته می‌شود.
- تجارب کشورها نشان می‌دهد برای برقراری پوشش کامل بیمه اجتماعی نیاز به برنامه‌های قدم به قدم و مرحله‌ای است. این کار می‌تواند با واکنش‌های موافق و مخالف زیادی همراه باشد.
- در برخی نظام‌های تأمین اجتماعی یک صندوق واحد وجود دارد و در برخی تعدد صندوق‌ها دیده می‌شود. هر یک از این نظام‌ها دارای مزایا و معایبی است ولی در کل تجربه جهانی نشان می‌دهد که صندوق واحد عملکرد بهتری نسبت به صندوق‌های متعدد دارد.
- اگر چه بین میزان هزینه صرف شده در امر سلامت و شاخص‌های سلامتی رابطه مستقیمی وجود دارد ولی تجارب برخی کشورهای در حال توسعه نشان می‌دهد که با صرف هزینه‌های کم نیز می‌توان به نتایج بسیار خوبی دست یافت.
- پرداخت فرانشیز به عنوان اهرم کنترل‌کننده میزان تقاضا در اکثر کشورها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش مؤثر است فقط باید توجه داشت که باعث بی‌عدالتی نگردد.
- تجارب نشان می‌دهد که مسائل بخش سلامت بدون دخالت دولت قابل حل نیست نظام بیمه‌های درمانی اجتماعی نیز از این قاعده مستثنی نیست.



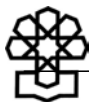
		()	()		()	
بنگلادش	۱۴۳	۵۱	۶۱/۱	۲۵	خدمات رایگان یک درمانگاه به ازای هر ۲۵۰۰ نفر ندارد.	
چین	۱۳۰۰	۳۱	۷۰/۹	۲۶/۷	خدمات توسط بخش دولتی - استفاده از روش‌های مختلف بهداشتی، بیمه بهداشتی، بیمه درمانی کار، خدمات درمانی تعاونی، بیمه درمانی پرمخاطره و ...	
فiji	۰/۸۲۱	۱۸	۶۹/۶	۵۰	خدمات دولتی و خصوصی - رایگان تا ۱۵ سالگی و بقیه با پرداخت فرانشیز - منابع مالی عمدتاً از مالیات است. ندارد.	
هندوستان	۱۰۴۹	۶۷	۶۳/۷	۲۸	خدمات دولتی است بیمه خدمات درمانی با منابع از مشارکت دستمزدی (کارگر ۱/۵ درصد کارفرما ۴ درصد دولت ۱۲/۵ درصد) - ارائه به صورت مستقیم و غیرمستقیم است. روش پرداخت در مستقیم حقوق و در غیرمستقیم سرانه است.	
اندونزی	۲۱۷	۳۳	۶۶/۶	۴۲	۶۵ درصد خدمات خصوصی - ۱۳ درصد جمعیت تحت پوشش قرار دارند یک مرکز به ازای هر ۳۰۰۰۰ نفر حق‌السهم درمان ۶ درصد دستمزد برای متأهلین و ۳ درصد برای مجردین است. پرداخت به پزشکان بر اساس سرانه و برای بیمارستان‌ها به صورت کارانه است.	
اردن	۵	۲۷	۷۰/۹	۷۸	عمدتاً دولتی است و دو سوم بیمارستان‌ها در اختیار دولت است. در حد بسیار محدود برای کارکنان دولت وجود دارد.	
کره جنوبی	۴۷	۵	۷۵/۴	۸۲/۴	۸۵ درصد تخت‌ها خصوصی است، یک سوم هزینه‌ها دولتی است، بهداشت به عنوان نیاز چهارم اساسی زندگی است. بیمه بهداشتی کلاً به صورت غیرمستقیم است، فرانشیز به میزان ۳ درصد در خدمات سرپایی و ۲۰ درصد در خدمات بستری است. شیوه پرداخت به روش کارانه است.	
کویت	۲	۹	۷۶/۵	۹۶	دولتی و رایگان است به ازای هر ۴۰۰۰۰ نفر یک درمانگاه وجود دارد.	
مالزی	۲۳	۸	۷۳	۵۸	عمدتاً دولتی و با روش ارجاع، ۷۶ درصد هزینه‌ها دولتی و بقیه خصوصی است بیمه بهداشت ملی از طریق مشارکت دستمزدی	
میانمار	۴۸	۷۷	۵۷/۲	۲۸	عمدتاً دولتی با روش ارجاع ۴۰ درصد خصوصی بیمه بهداشتی زیر نظر گروه تأمین اجتماعی - روش ارائه مستقیم و غیرمستقیم است، منابع مشارکت دستمزدی (۱ درصد کارگر، ۲ درصد کارفرما، ۱ درصد دولت).	
نیپال	۲۴	۶۶	۵۹/۶	۱۲/۲	کاملاً دولتی با کمک موسسات خیریه مذهبی - خدمات رایگان است. ندارد.	



		()	()		()	
پاکستان	عمدتاً دولتی از طریق واحدهای بهداشتی	۲۳/۴	۶۰/۸	۸۴	۱۴۹	
کینه نو	دولتی و رایگان است فقط در خدمات بیمارستانی ۲/۵ درصد فرانشیز گرفته می شود.	۲۷/۹	۴۸/۹	۱۰۹	۸	
فیلیپین	به صورت دولتی و خصوصی است. دولت ۲۵ درصد هزینه ها را تأمین می کند.	۵۹	۶۹/۸	۲۹	۷۸	
سريلانكا	خدمات تقریباً دولتی است تنها ۰/۶ درصد خدمات خصوصی است.	۲۳/۱	۷۲/۵	۱۷	۱۸	
تایلند	۷۰ درصد خدمات دولتی و ۳۰ درصد آن خصوصی است.	۲۰	۶۹/۱	۲۴	۶۲	
انگلیس	خدمات دولتی است. درصد کمی توسط بخش خصوصی ارائه می شود.	۸۹	۷۸/۱	۶	۵۹	
آلمان	شامل خدمات دولتی و بخش خصوصی است.	۸۷	۷۸/۲	۴	۸۲	
مصر	به صورت خدمات دولتی و خصوصی عرضه می شود خدمات سرپایی بیش تر توسط پزشکان خصوصی صورت می گیرد.	۴۲	۶۸/۶	۲۵	۷۰	
کاستاریکا	عمدتاً توسط نظام تأمین اجتماعی صورت می گیرد و این سازمان مالک تمامی بیمارستان های این کشور است.	۶۰	۷۸	۹	۴	
ژاپن	بیماران می توانند از بین مراکز تعیین شده هر کدام را که می خواهند انتخاب کنند - بخشی از هزینه ها را خود می پردازند.	۶۵/۳	۸۱/۶	۳	۱۲۷	



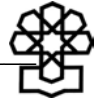
- برای سازماندهی و اجرای بیمه‌های درمانی، تشکیلات متفاوتی وجود داشته باشد. تجارب نشان می‌دهد نظام واحدی که هر دو وظیفه دریافت حق بیمه و ارائه خدمات را عهده‌دار باشد بهتر می‌تواند از منابع موجود بهره‌برداری کند.
- ایجاد بیمه‌های اجتماعی نیاز به زیرساخت‌های لازم و مناسب دارد. اگر شرایط مساعد نباشد، کاربرد بیمه اجتماعی درمانی ممکن است به هزینه‌های بیش‌تر برای مراقبت، تخصیص غیرکارآمد منابع خدمات درمانی، خدمات نابرابر و نارضایتی بیماران منجر شود. همچنین امکان دارد در آینده به مشکلات بیش‌تری برای تحقق مزایای بالقوه بیمه اجتماعی خدمات درمانی بیانجامد.
- بیمه اجتماعی خدمات درمانی در کلیه کشورها با حمایت گروه‌هایی از جامعه مثل کارکنان موسسات بزرگ شروع شده و با گذشت زمان به سایر گروه‌های اجتماعی تسری می‌یابد. مثلاً در کره، پوشش بیمه از شرکت‌های بزرگ آغاز و سپس شرکت‌های کوچک را هم در بر گرفت و گروه‌های جمعیتی دیگر مانند خویش‌فرمایان نیز از آن پیروی کردند. حمایت کامل کل جمعیت، در بهترین حالت، یک هدف بلندمدت در فرایند ایجاد بیمه اجتماعی خدمات درمانی است.
- گذشته از حالتی که نظام بیمه اجتماعی خدمات درمانی در دسترس همه قرار می‌گیرد؛ ممکن است دلایل تاریخی، فنی یا سیاسی برای عدم پوشش کل جمعیت وجود داشته باشد. نمونه‌های زیادی از نظام‌های بیمه اجتماعی خدمات درمانی استقرار یافته وجود دارد که گروه‌های معینی را در بر نمی‌گیرد. مثلاً در آلمان خویش‌فرمایان، کارکنان غیرنظامی، کارکنان نظامی و کشیش‌ها تحت پوشش بیمه اجتماعی خدمات درمانی نیستند. در هلند کارکنانی که بیش از مبلغ معینی حقوق دریافت کنند از پوشش بیمه خارج می‌شوند.
- تعیین جمعیتی که طبق قانون باید تحت پوشش قرار گیرد اهمیت و پیچیدگی بسیاری دارد. عوامل مختلف سیاسی، فنی و اداری در این رابطه دخالت دارند. در جدول ۷ گروه‌های مختلفی می‌توانند تحت پوشش قرار گیرند و مشکلات فنی و اداری هر گروه به اختصار آمده است.



هیچ مشکل فنی یا اداری ندارند.	کارگران صنعتی	
مشکل پذیرش در گروه‌های دارای درآمد بالا	کارمندان	
ثبت نام، برآورد درآمد، پرداخت	کارگران کشاورزی	
مشکل اداری و فنی ندارند ولی ریسک شغلی آن‌ها زیاد است.	دریانوردان	
مشکل اداری و فنی ندارند ولی ریسک شغلی آن‌ها زیاد است.	معدنچیان	
ثبت نام، برآورد درآمد	کارگران موقت	
ثبت نام، برآورد درآمد	پیشه‌وران	
ثبت نام، برآورد درآمد	دهقانان	
ثبت نام، برآورد درآمد	صاحبان مؤسسات کوچک	
ثبت نام، برآورد درآمد	سایر کارگران مستقل	
مشکل فنی یا اداری ندارند	کارکنان غیرنظامی	
مشکل فنی یا اداری ندارند	کارکنان نظامی	
توانایی پرداخت	بازنشستگان	
ثبت نام، توانایی پرداخت	بیکاران	
ثبت نام، توانایی پرداخت	از کارافتادگان	
توانایی پرداخت	مستمری‌بگیران	
توانایی پرداخت	دانش‌آموزان	
توانایی پرداخت	افراد تحت آموزش	

- عضویت اعضا در بیمه می‌تواند به صورت اختیاری یا اجباری باشد. هریک از این دو حالت دارای معایب و مزایایی است که در جدول ۸ آن را ملاحظه می‌کنید.

<ul style="list-style-type: none"> - ترکیب ریسک ناسازگار - امکان تقلب - مشکل برآورد دقیق درآمد 	<ul style="list-style-type: none"> - امکان ترغیب گروه‌های کم‌ریسک به عضویت - امکان استفاده از عضویت اختیاری به عنوان راهی برای توسعه پوشش
<ul style="list-style-type: none"> - ممکن است ابتدا عملی نباشد - وابسته بودن به ترتیبات دریافت حق بیمه ممکن است مشکلاتی در برابری پدید آورد 	<ul style="list-style-type: none"> - تضمین ترکیب ریسک خوب - تأمین همبستگی و کمک متقابل



- بیمه بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه، حسن زاده علی، سازمان تأمین اجتماعی بهار ۱۳۷۷
 - بیمه اجتماعی خدمات درمانی، مترجم اسفندیار معینی
 - نظام خدمات و بیمه درمانی آلمان، راینهارست، فصلنامه تأمین اجتماعی سال دوم شماره سوم
 - اصلاح نظام بیمه درمانی ژاپن، ترجمه هرمزهایون پور، فصلنامه تأمین اجتماعی سال دوم شماره سوم
 - بیمه خدمات درمانی و پرداخت مستمری بازنشستگی در چین، ایرج کریمی مجله بیمه همگانی خدمات درمانی
 - مجموعه مقالات ارائه شده در بیست و هفتمین نشست بین‌المللی تأمین اجتماعی، حسن زاده علی، سازمان تأمین اجتماعی ۱۳۸۱
- Health Development Indicators, World Bank 2004.



:

: بررسی تطبیقی بیمه‌های درمانی اجتماعی

: کمیته بهداشت و درمان

: بررسی‌های اقتصادی

: علی‌اکبر بهبهانی

:

بیمه اجتماعی (Social Insurance)

سلامت (Health)

:

در انتهای گزارش موجود است.