

مقدمه

در حال حاضر مشکل بسیاری از کشورهای دنیا در بخش سلامت این است که چگونه نظام مالی سلامت را تنظیم نمایند تا هزینه آن برای مردم قابل تحمل باشد. (1) علاوه بر این تعداد زیادی از کشورهای جهان از دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی اطمینان ندارند، بنابراین سیاستگذاران تلاش دارند، با ایجاد نظامی مناسب، اطمینان حاصل کنند که تمامی مردم کشور به صورت یکسان و با هزینه قابل تحمل به خدمات بهداشتی درمانی دسترسی دارند. (2) به صورت کلی با دو الگوی مختلف می‌توان به این هدف که همان پوشش همگانی خدمات سلامت است دست یافت: الگوی نخست همان تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات عمومی است که به الگوی بوریک معروف است. الگوی دوم، بیمه سلامت اجتماعی است که به الگوی بیسمارک شهرت دارد و در آن عضویت در نظام بیمه‌ای اجباری است. تمام مردم، کارگران، خویش‌فرمایان و شرکت‌ها، حق بیمه خود را به صندوق بیمه سلامت واریز می‌نمایند. مبنای محاسبه حق بیمه در مورد کارگران و شرکت‌ها، معمولاً میزان حقوق افراد است. خویش‌فرمایان سهم حق بیمه ثابتی می‌پردازند یا حق بیمه آن‌ها بر اساس برآورد میزان درآمد آن‌ها محاسبه می‌شود و دولت حق بیمه افرادی را که توانایی پرداخت ندارند (افراد نیازمند یا کم‌درآمد) می‌پردازد. (1;3)

بیان مسأله

در بسیاری  کشورهای در حال توسعه، تنها بخشی از مردم در برابر خطر مالی ناشی از نیاز به خدمات سلامتی محافظت می‌شوند، یعنی سیستم آن‌ها گسیخته است. (4) که مهمترین دلیل آن عدم وجود تعهد در دولتمردان، کمبود منابع مالی برای پوشش تمام جمعیت و نبود توانایی مدیریتی برای مدیریت صندوق‌های بیمه‌ای است. به همین دلایل هم تنها برخی از کشورهای در حال توسعه موفق به ایجاد پوشش همگانی خدمات سلامتی در کشور خود شده‌اند. (5) در گروه کشورهای در حال توسعه با درآمد متوسط، تنها کشورهای تایلند، کره جنوبی، ترکیه و مکزیک توانسته‌اند به طور کامل یا نسبی به این هدف دست یابند. (6)

مروری بر عملکرد عمومی بخش بهداشت و درمان ایران نشان می‌دهد که با وجود تلاش‌های صورت گرفته برای ارتقای سلامت، مشکلات مربوط در این بخش هنوز حل نشده است. بعنوان مثال، آمار نشان می‌دهد که در ایران $26/5 \pm 0/8$ درصد جامعه، یا تحت پوشش هیچ بیمه درمانی نبوده یا خود را تحت پوشش نمی‌دانند. می‌توان گفت در حدود $16/6$ تا $17/6$ میلیون نفر یا تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار نداشته و یا خود را تحت پوشش نمی‌دانند که از این عده در حدود $13/7$ میلیون نفر شهرنشین و $3/9$ میلیون نفر روستایی^۱ هستند. (7) همچنین پژوهشی که در سال 1384 انجام شده نشان داد که در سال 1384 و بعد از پوشش بیمه‌ای روستائیان، این رقم $6/5$ درصد بوده است. (8) این در حالی است که در مجموع، صندوق‌های بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح بیش از 70 میلیون نفر را تحت پوشش دارند که این عدد از جمعیت کشور نیز بیشتر است.^۲

بر اساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت ایران، بیش از نیمی از منابع بخش سلامت، در زمان بیماری به صورت مستقیم توسط خانوارها تأمین می‌شود. به همین لحاظ، در رتبه‌بندی سال 2001 سازمان جهانی بهداشت، کشور ایران از نظر شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی بخش سلامت^۳، در بین 191 کشور جهان، رتبه 112 را به دست آورده است. این شاخص در ایران $0/83$ بوده است. (9)

شاخص دیگری که برای اندازه‌گیری عدالت در نظام سلامت بکار می‌رود درصدی از خانوارها است که برای تأمین هزینه‌های بازیابی سلامت خود، باید هزینه‌های کمرشکن پرداخت کنند.^۴ بر اساس مطالعات

متخصصین آمار، در صورتی که خانوار 40 درصد درآمد خود را برای تأمین سلامتی هزینه کند گرفتار

هزینه‌های کمرشکن شده است. بررسی‌های مرکز آمار ایران نشان می‌دهد که در سال 1379 در حدود $3/3$

1- با تصویب قانون بیمه روستائیان تعداد روستائیان باید کمتر از این عدد برآورد گردد. شایان ذکر است که هنوز برای جمعیت بیمه نشده شهری بخصوص در بخش خدمات سرپایی اقدامی صورت نگرفته است.

2- دلیل این امر این است که معمولاً تعیین تعداد بیمه‌شدگان بر اساس شمارش دفترچه‌های بیمه و حق بیمه پرداخت شده همواره زیدشماری‌هایی مانند افرادی که بیشتر از یک دفترچه دارند و .. را در بر دارد.

1- یکی از شاخص‌های اصلی برای عینیت بخشیدن به مفهوم عدالت است که اندازه آن بین 0-1 متغیر بوده و هر چه این عدد به 1 نزدیکتر باشد نشان‌دهنده ناعادلانه‌تر بودن مشارکت خانواده‌ها در تأمین مالی سلامت است.

2- این هزینه‌ها می‌تواند هزینه‌های مستقیم یا غیرمستقیم، هزینه‌های جاری در طول سال یا هزینه‌های جبران یک بیماری که به صورت ناگهانی پیش آمده است باشد.

درصد خانوارهای ایران وادار به پرداخت این هزینه‌ها شده‌اند. نتایج مطالعه دیگری نشان می‌دهد که در سال 1381 در حدود 1/9 درصد جامعه، به علت بستری شدن در بیمارستان، دچار هزینه‌های کمرشکن شده‌اند. در بیشتر خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن مواجه بوده‌اند 50 درصد هزینه‌های سلامتی مربوط به هزینه‌های بیمارستانی بوده و در این هزینه‌ها، افراد بیمه‌شده و بیمه‌نشده، الگوی مشابهی داشته‌اند. بر اساس مطالعات انجام شده در سال 81، حدود 33/3 درصد از خانوارهای مراجعه کننده به بیمارستان مواجه با پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامتی شده‌اند. به عبارت دیگر، در حدود 2 میلیون نفر با این گونه هزینه‌ها مواجه بوده‌اند. مطالعه دیگری نشان داده که به طور متوسط، تأثیر هر بار بستری شدن در بیمارستان برای خانوارها، در 25 درصد موارد هیچ و یا ناچیز بوده، در 30 درصد موارد بیش از 50 درصد درآمد خانوار را به خود اختصاص داده، در 16 درصد موارد نه تنها همه درآمد ماهانه بلکه پس‌انداز را هم صرف کرده و در 8 درصد موارد خانوار مجبور به صرف درآمد ماهانه و پس‌انداز و قرض کردن و فروش دارایی‌های خود شده است. به صورت کلی این هزینه در 29 درصد از موارد کمرشکن بوده است.(1)

به دلایل زیر امکان رخ دادن مشکلات بالا وجود دارد: یا اینکه تعداد زیادی از جمعیت ایران تحت پوشش بیمه نیستند یا بسته مزایا شامل مداخلات هزینه - اثربخش نیست یا اینکه دسترسی در اثر مقدار زیاد فرانشیز، محدود شده است.(1) این مسأله به این معناست که برنامه پوشش خدمات سلامت ایران با وجود پوشش جمعیتی بالا، خدمات زیادی را تحت پوشش قرار نداده و در حقیقت تعداد قابل توجهی از جمعیت ایران در حال حاضر دارای پوشش بیمه خدمات اساسی سلامتی نیستند.

اهمیت پژوهش

فراهم کردن خدمات بهداشتی درمانی مناسب و تأمین شرایط مطلوب برای زندگی کلیه افراد جامعه از جمله معلولان، از کارافتادگان، افراد کم درآمد، نیازمندان، بیکاران و شهروندانی که تحت پوشش هیچ یک از بیمه‌ها نیستند، در حال حاضر از اصلی‌ترین برنامه‌های دولت‌ها است.(10)

کشورهای مختلف دنیا برای حل این مشکل راه‌حل‌های مختلفی انتخاب کرده و نظام بیمه سلامت خود را به گونه‌ای تغییر داده‌اند که تا حد ممکن فاقد مشکلات ذکر شده باشد. یکی از این رویکردها که کشورهایی مانند

سنگاپور، کره جنوبی، مالزی، استرالیا، تایلند و آلمان آن را با موفقیت اجرا کرده و توانسته‌اند نتایج خوبی نیز بگیرند رویکرد پوشش همگانی بیمه سلامت¹ است.

نقش بیمه خدمات درمانی و رفاه اجتماعی در فراهم نمودن تسهیلات برای دسترسی اقشار مختلف جامعه به دریافت برابر خدمات بهداشتی درمانی نه تنها در کشورهای در حال توسعه، بلکه در جهان آن چنان مهم است که در حال حاضر به عنوان یکی از معیارهای سنجش پیشرفت یا توسعه‌یافتگی کشورها به شمار می‌آید. (11) در این میان، پاسخگویی به نیازهای درمانی به خصوص برای اقشاری که تحت پوشش هیچ نوع بیمه درمانی نیستند یا با وجود پوشش بیمه‌ای به دلایل خاص دچار هزینه‌های کمرشکن می‌شوند- که در کشور ما بخش بزرگی از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند- اهمیت زیادی

دارد. بر اساس اصل 29 قانون اساسی ایران، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبتهای پزشکی به

صورت بیمه و غیره، حق است همگانی و دولت موظف است، طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و

درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی را در این زمینه برای یکا یک افراد کشور

تأمین کند. (12)

علاوه بر این، بر اساس ماده 90 قانون برنامه چهارم توسعه، دولت به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌ها و توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی موظف است به گونه‌ای عمل کند که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (90٪) ارتقا یابد، سهم مردم از هزینه‌های سلامت از حداکثر سی درصد (30٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های کمرشکن سلامت به یک درصد (1٪) کاهش

یابد. (13)

همچنین ماده 96 این قانون اظهار داشته است: "دولت موظف است فعالیت‌های زیر را با هدف اثربخشی نظام سلامت انجام دهد: پوشش کامل (صد درصد) جمعیت، بیمه همگانی پایه خدمات درمانی و هدفمند نمودن فعالیت‌های حمایتی، توانمندسازی افراد تحت پوشش مؤسسات و نهادهای حمایتی در راستای ورود به

1- Universal Health Insurance Coverage

پوشش بیمه‌ای". (13) همچنین رئیس جمهور در مراسم معارفه وزیر رفاه اعلام کرد که اگرچه در کشور بیش از 70 میلیون دفترچه صادر شده ولی همچنان 6 میلیون نفر از مردم در کشور تحت پوشش هیچ بیمه‌ای قرار ندارند. (14) وزیر رفاه و تأمین اجتماعی نیز در تشریح برنامه‌های خود اعلام کرده که تعیین تکلیف بیمه‌های پایه یکسان برای کشور از واجبات است. تعداد دفترچه‌های صادر شده از سوی بیمه‌ها بیش از تعداد جمعیت کشور است اما تعداد زیادی از جمعیت کشور تحت پوشش بیمه نیستند زیرا ما بانک اطلاعاتی نداریم تا این افراد را شناسایی کنیم. (14) این پژوهش در راستای تحقق موارد ذکر شده و با هدف طراحی الگویی برای پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران انجام شده است.

سوالات پژوهش

1. شیوه سیاستگذاری بیمه همگانی سلامت در ایران چیست؟
2. معیارهای عضویت افراد در نظام پوشش بیمه همگانی سلامت ایران چیست؟
3. نوع نظام و سازوکار تأمین منابع مالی بیمه سلامت ایران چیست؟
4. سهم حق بیمه افراد در پوشش بیمه همگانی سلامت ایران چیست؟
5. شمول خدمات در نظام بیمه همگانی سلامت ایران چقدر است؟
6. روش سازماندهی اجزای نظام متولی پوشش بیمه همگانی سلامت ایران چیست؟
7. مبانی قانونی پوشش بیمه همگانی سلامت ایران چیست؟
8. نقش بیمه سلامت همگانی در نظارت بر ارائه خدمات در ایران چیست؟

تعریف واژه‌ها

شمول خدمات¹ (بسته خدماتی)

منظور نوع و گستره خدماتی است که در یک نظام بیمه‌ای، باید برای افراد ارائه شود. طبقه‌بندی خدمات درمانی به مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های ثانویه و مراقبت‌های ثالثه که به ترتیب به تخصص و فناوری پیشرفته‌تری نیاز دارند. (15)

1- Benefit Package or Basic Package

مجموعه‌ای از خدمات و دیگر مزایا به صورت پول یا به شکل‌های دیگر که **این مزایا** به فرد یا افرادی به دلیل داشتن شرایط خاص، تعلق می‌گیرد. این حق گاهی بسته خدمتی یا فهرست خدمتی نامیده می‌شود. در بیمه سلامت و نظام تأمین اجتماعی، بسته خدمتی، تعیین کننده حق استفاده از یک مجموعه جامع از خدمات بهداشتی درمانی است که بر اساس آن مردم یا افراد تحت پوشش، تحت ضوابط معین شده در برنامه، بیمه می‌شوند. (16)

توصیفی از خدماتی که بیمه‌گر یا برنامه بهداشتی به افرادی که پوشش داده‌اند تحت عنوان قرارداد بیمه سلامت ارائه می‌دهند. (17)

بیمه درمان^۱

نوعی از بیمه اشخاص است که به موجب آن، سازمان بیمه‌گر طبق شرایط بیمه‌نامه مصوب، در صورت بیمار شدن شخص بیمه‌شده، هزینه‌های درمانی معینی را پرداخت می‌نماید. (18)

نوعی بیمه خصوصی یا دولتی به منظور حمایت در برابر زیان‌های ناشی از مخارج درمان. میزان حمایت این بیمه بستگی به ریسک و حق بیمه پرداختی دارد. (19)

پوشش همگانی بیمه سلامت^۲

هنگامی که تمام جمعیت پوشش بیمه سلامت داشته باشند. (20)

یک برنامه ملی که بیمه خدمات سلامت را برای تمام شهروندان یا برای تمام ساکنین یک کشور ارائه می‌کند. (21)

دسترسی به عوامل کلیدی ارتقا دهنده، پیشگیرنده، درمان‌کننده و توانبخشی سلامت برای تمام مردم با هزینه قابل تحمل از راه عدالت در دسترسی. (22)

اطمینان از کافی بودن مراقبت‌های سلامت برای تمام مردم در یک قیمت قابل تحمل. به عبارت دیگر پوشش همگانی، دو حیطه مختلف پوششی را با یکدیگر ترکیب می‌کند: پوشش مراقبت‌های سلامتی (مراقبت‌های سلامتی کافی) و پوشش جمعیتی (مراقبت‌های سلامتی برای همه). (1)

1- Health Insurance

2- Universal Health Insurance Coverage

پوشش همگانی بیمه سلامت به معنی این است که همه جمعیت، به هنگام نیاز، به خدمات ارتقا‌دهنده، پیشگیرنده، درمانی و توانبخشی سلامت در یک قیمت مناسب دسترسی داشته باشند. بنابراین پوشش همگانی معنای عدالت در دسترسی و حفاظت در برابر خطر مالی است. همچنین پوشش همگانی مفهوم عدالت در تأمین مالی در خود دارد یعنی مردم در این سیستم بر اساس توانایی مالی خود مشارکت می‌کنند نه بر اساس میزانی که به بیماری مبتلا می‌شوند. این مسأله به این معناست که لازم است بخش اعظم منابع مالی سلامت از طریق پیش پرداخت و یک کاسه کردن مشارکت‌ها تأمین شود نه از طریق پولی که از افراد در

هنگام بیماری یا استفاده از خدمات گرفته می‌شود. (23) **(همه)**

معیار^۱ های عضویت^۲ (پذیرش یا واجد شرایط بودن^۳) در بیمه

معیار عبارتست از استاندارد، قاعده یا بررسی‌ای که بر اساس آن بتوان قضاوت کرد یا تصمیم گرفت. (17)

عضویت: عبارتست از قرارداد بیمه‌ای که بین عضو و صندوق بیمه‌ای بسته می‌شود. (24)

عضو بیمه: شخصی که از نظر سازمان بیمه، شرایط دسترسی به خدمات بیمه را داشته باشد. (20)

مق بیمه^۴

پولی که بوسیله افراد یا برای افراد به بیمه سلامت پرداخت می‌شود تا توسط این بیمه، پوشش خدمتی در

یک سطح معین خریداری گردد. (25)

سازماندهی^۵

راه یا شیوه‌ای است که به وسیله آن فعالیت‌های سازمانی تقسیم و هماهنگ می‌شوند. (26)

1. چیزی که از تعداد اجزا ساخته شده و این اجزا در کنار یکدیگر به روش معینی قرار گرفته یا نگه داشته شده‌اند.

2. روشی که در آن اجزا چیده شده یا در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند تا یک کلیت را بسازند.

1- Criterion/ Standard

2- Membership

3- Eligibility or Enrollee

4- Premium or Contribution

5-Organizational Structure

3. وابستگی متقابل یا نظامی از اجزا در یک نهاد پیچیده. (17)

مبانی قانونی¹

هر نوع مداخلات یا ارزیابی دولت که هدف آن تغییر رفتار افراد یا گروه ها باشد. (27)

تلاش‌های مستمر و متمرکز، با هدف تغییر رفتار دیگران بر اساس استانداردها یا مقاصد تعریف شده به

منظور تولید خروجی یا خروجی‌های مشخص در سطح وسیع است. این کار ممکن است شامل مکانیزم‌های

تعیین استاندارد، گردآوری اطلاعات و اصلاح رفتار باشد. (27)

ادبیات پژوهش

و

مروری بر مطالعات گذشته

1- Legal Principle

مقدمه

بررسی هر موضوعی نیاز به ایجاد یک چارچوب دارد که بر اساس آن، پژوهشگر زاویه دید خود -پارادایم^۱- را به موضوع، مشخص کند. بعد از مشخص شدن این چارچوب، تمام مراحل پژوهش در قالب آن، انجام می‌شود، لذا لازم است طراحی و تعیین حدود آن با دقت کامل صورت گیرد. در زمینه پوشش همگانی بیمه سلامت دیدگاه‌های گوناگونی وجود دارد که کشورهای مختلف دنیا به فراخور حال، از یک یا ترکیبی از آن‌ها استفاده کرده‌اند. طبیعی است که طراحی الگوی بیمه همگانی سلامت، تنها با الگوگیری از نمونه‌ها یا

کشورهای موفق میسر نمی‌شود بلکه نیاز به کار خلاقانه‌ای دارد که با در نظر گرفتن تجربیات و مفاهیم

موجود و انطباق آن با شرایط پیش‌رو انجام‌پذیر است (اما اگر به ریشه فعالیت‌هایی که برای این کار صورت گرفته نگاه کنیم خواهیم دید که ریشه‌های مشترک در تمام آن‌ها مشهود است که این ریشه‌ها در مقالات و کتب متعدد مورد بررسی و موشکافی قرار گرفته است. به صورت کلی برای طراحی نظام بیمه سلامت، باید به چند نکته توجه داشت: نخست تعیین چشم انداز، رسالت‌ها، ساختار تشکیلاتی و نحوه تأمین مالی؛ یعنی محل تأمین منابع مالی مورد نیاز کجا خواهد بود. دوم راهکار گردآوری این منابع. یعنی با چه مکانیزمی منابع مشخص شده در بخش قبل گردآوری خواهد شد. سوم: نحوه یک‌کاسه کردن منابع است. آیا باید یک صندوق وجود داشته باشد یا صندوق‌های متعدد؟ و اگر صندوق‌های متعدد باشند مبنای تعدد آن‌ها چیست؟ و در نهایت موضوع نحوه ارائه خدمات است. آیا نظام بیمه‌ای، خود، به ارائه خدمت خواهد پرداخت یا از ارائه‌کنندگان موجود استفاده خواهد کرد؟ و از چه طریقی بر ارائه خدماتی که خواهد خرید نظارت خواهد

کرد؟ و دسترسی به خدمات را در مناطق مختلف کشور به چه شکلی تضمین خواهد نمود؟ (همه)

مطالب فصلی که پیش‌روی دارید با دیدگاه اشاره شده در بالا گردآوری شده است. سعی شده است در بخش‌های مختلف، از مقالات یا کتبی که بیشتر مورد تأیید بوده و پژوهشگر با بررسی و مقایسه آن با مطالب مشابه، به این نتیجه رسیده که می‌تواند چارچوب مناسبی برای بررسی موضوع ارائه دهد استفاده شود.

مطالب گردآوری شده در این زمینه تا حد ممکن بر اساس اهداف ویژه پژوهش مرتب شده است تا دیدگاه خواننده مطالب را بر اساس اهداف این پژوهش شکل دهد. بدیهی است که به دلیل نیاز به انسجام مطالب، در تدوین بخش‌های مهمی از مطالب هر کدام از قسمت‌های این فصل، از یک یا چند کتاب و مقاله استفاده شده است. پژوهشگر سعی کرده تا حد ممکن با توجه به اهداف متنوع پژوهش، حیطه دید خود را گسترش دهد بنابراین در بخش‌های مختلف این فصل از مطالب کتب و مقالات مختلف مدیریتی، جامعه‌شناسی، بیمه‌ای و حقوقی استفاده شده است.

در بخش مروری بر پژوهش‌های پیشین نیز مقالات متعددی مورد بررسی قرار گرفته و آنهایی که ارتباط بیشتری از نظر موضوعی با پژوهش داشته و از نظر پژوهشگر حاوی تجربیات یا نتایج مناسب، با قابلیت استفاده در این کار بوده‌اند ترجمه، خلاصه و آرایه شده است. بعد از آرایه خلاصه هر مقاله، نظرات پژوهشگر در مورد محتوا و میزان کاربرد آن در این پژوهش آرایه شده است.

روش‌های تأمین منابع مالی نظام بهداشت و درمان

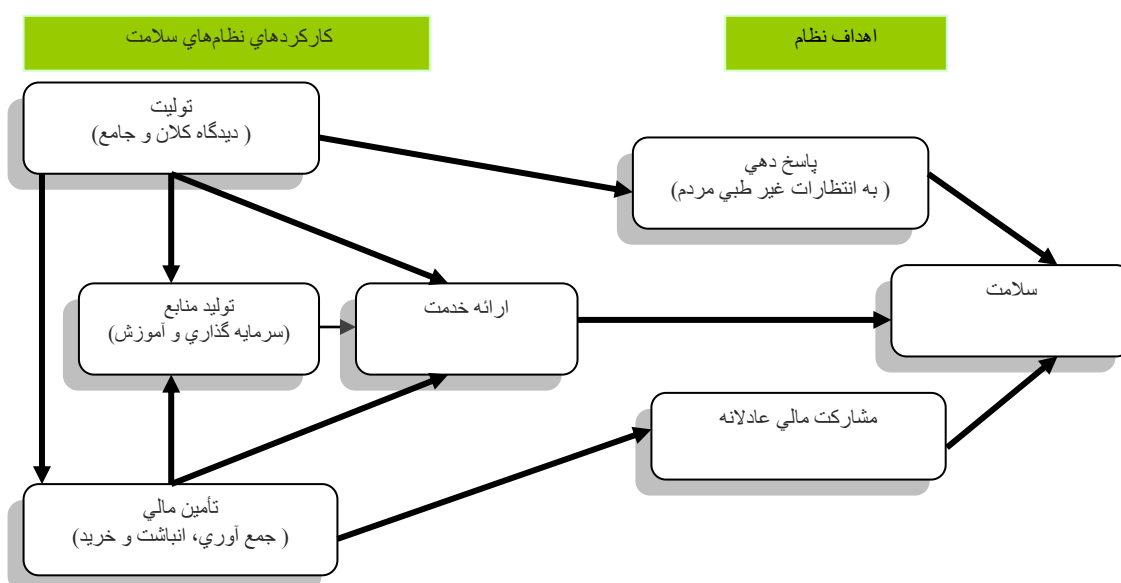
امروزه حفظ، گسترش و ارتقای سلامتی جامعه، در زمره اساسی‌ترین و کلیدی‌ترین سیاست‌ها برای ایجاد و توسعه عدالت اجتماعی در کشورها تلقی می‌گردد. مبحث سلامت، موضوعی چند بعدی است که عوامل و عناصر متعدد و متنوعی در تأمین، گسترش و یا تخریب آن تاثیر دارد. در میان همه این عوامل، آنچه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است لزوم وجود یک نظام سلامت کارآمد و اثربخش در راستای بسط عدالت، فراهم ساختن فرصت‌های جسمی و روانی ضروری برای افراد در جهت توسعه و ارتقای سلامتی است. امروزه نظام سلامت در تمام کشورها -چه غنی و چه فقیر- نقش عمده‌تر و موثرتری در زندگی انسان‌ها نسبت به گذشته ایفا می‌نماید. در واقع فلسفه وجودی و هدف نظام سلامت، حفظ و ارتقای سلامت آحاد جامعه با تاکید بر گروه‌های آسیب‌پذیر و پرخطر است. از زمانی که افراد برای حفظ سلامت خود و درمان بیماری‌ها تلاش کرده‌اند، نظام‌های سلامت به نوعی وجود داشته‌اند و با گذشت زمان و انجام اصلاحات دوره‌ای، تکامل یافته‌اند. سازمان جهانی بهداشت¹، نظام سلامت را تمام فعالیت‌هایی که هدف اصلی آنها ارتقا، بازگرداندن یا حفظ سلامت است، تعریف نموده است. (28) نظام سلامت، از مجموعه سازمان‌ها، مؤسسات و منابع مالی که دارای هدف اولیه ارتقا و بهبود وضعیت سلامتی کشور، می‌باشند تشکیل شده است. این نظام نیازمند پرسنل، منابع مالی، تجهیزات، ارتباطات، دستورالعمل‌ها و هماهنگی و مدیریت صحیح است تا بتواند خدماتی را که متولی آن است به نحو کارآمد به افراد ارائه نماید.

به‌طور کلی کارکردهای نظام سلامت (وظایف آن) عبارتند از:

- تأمین مالی (جمع‌آوری درآمد، انباشت سرمایه و خرید)
- تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی
- تولید منابع
- تولید

1-WHO

شکل 1-2) نشان دهنده آن است که چگونه این کارکردها با یکدیگر و با اهداف نظام سلامت در ارتباط هستند. این چهار کارکرد عبارتند از: ارائه خدمات سلامت فرد و غیرفردی، افزایش، انباشت، مدیریت و تخصیص درآمدها جهت خرید این خدمات، سرمایه‌گذاری در منابع انسانی، ساختمانی و تجهیزات و عمل به‌عنوان متولیان کلی منابع، قدرت و انتظارات ارجاع شده به آنها. (29) نظام سلامت با سایر نظام‌های اجتماعی، مانند آموزش و با بازارهایی که برای اکثر کالاها و خدمات به مشتریان وجود دارد، متفاوت است. این تفاوت‌ها، به‌خصوص اهمیت اهداف پاسخ‌دهی و تأمین مالی عادلانه را برجسته‌تر می‌سازد.



نظام سلامت، اهداف و کارکردهای آن

تأمین منابع مالی

اولین مسأله‌ای که در تأمین منابع مطرح می‌گردد، سازوکارهای انتقال منابع مالی به صندوق‌های مالی و چگونگی تخصیص آن است. منابع مالی نقش برجسته و مهمی را در عملکرد نظام سلامت به‌عهده دارند. به‌عنوان مثال، این مسأله که چه مقدار منابع مالی در دسترس است؟ چه کسی بار مالی را تحمل می‌کند؟ چه مرجعی صندوق‌ها را کنترل می‌نماید؟ چگونه ریسک‌های مالی توزیع می‌گردد؟ و چگونه می‌توان هزینه‌ها را کنترل نمود؟ در قلمرو آن مطرح می‌گردد. این عوامل در تخمین این که چه کسانی به مراقبت‌های سلامت

دسترسی دارند؟ چه کسانی از هزینه‌های کمرشکن سلامتی محافظت می‌کنند؟ و چگونگی وضعیت سلامتی مردم، راهنمایی‌های لازم را ارائه می‌نمایند. (30)

هر کشور باید درباره یک راهبرد تأمین منابع مالی به تصمیم نهایی برسد. یعنی این‌که قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند: درآمد عمومی، حق بیمه‌های بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های خصوصی، پرداخت مستقیم توسط بیماران، مشارکت اجتماع‌محور، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها. اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند. (30)

باید در نظر داشت که تأمین منابع از هر راهی که صورت گیرد (جز وام‌های خارجی)، به نوعی توسط شهروندان پرداخته می‌شود.

اهداف تأمین مالی سلامت عبارتند از: در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان، و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامتی فردی اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن وضعیت عدم توان پرداخت فرد برای دریافت چنین مراقبت‌ها و یا تهیدست شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌ها است. برای اطمینان یافتن از دسترسی افراد به خدمات سلامت، 3 کارکرد مرتبط در تأمین مالی نظام سلامت حیاتی و ضروری است: جمع‌آوری درآمد، انباشت و مدیریت منابع و خرید مداخلات. چالش‌های عمده در این زمینه، تعیین ترتیبات فنی، سازمانی و قواعدی ضروری به گونه‌ای است که این تعاملات، به عادلانه‌ترین وجه ممکن، افراد را در برابر مسائل مالی حفاظت نمایند. همچنین تعیین انگیزش‌هایی برای ارائه‌کنندگان که آنها را جهت افزایش سلامت و ارتقای پاسخ‌دهی نظام سلامت، تشویق نمایند. (28)

تأمین منابع مراقبت‌های سلامت را می‌توان حداقل در 4 دسته طبقه بندی نمود:

1. پرداخت‌های مستقیم مصرف‌کنندگان خدمات سلامت به ارائه دهندگان خدمت
 2. پرداخت از جانب دولت به ارائه دهندگان خدمات سلامت به خاطر خدماتی که افراد جامعه دریافت می‌نمایند.
- غالباً در اکثر کشورهای در حال توسعه، مثل کلمبیا، و در برخی از کشورهای توسعه‌یافته مانند انگلستان و

کانادا، دولت خدمات را به تمامی مردم ارائه می‌نماید و این خدمات ممکن است رایگان هم باشد. پس در این شیوه دولت سهمی از کل درآمد را برای خدمات مراقب سلامت هزینه می‌نماید.

3. پرداخت بوسیله بیمه اجتماعی اجباری که توسط دولت برقرار می‌گردد. در این شیوه، **حق بیمه‌ها به‌طور منظم**،

از درآمد حقوق‌بگیران برای بیمه اجتماعی اجباری برداشت می‌گردد. حق بیمه افرادی که درآمد دولتی یا حقوق‌گیری ندارند، از محل درآمدهای مالیاتی تأمین می‌گردد. مراقبت‌های درمانی در این شیوه رایگان ارائه می‌شود.

4. بیمه سلامت خصوصی: بخش کمتری از مردم در برخی از کشورها بیمه سلامت خصوصی را می‌خرند، و

زمانی که نیاز به مراقبت‌هایی درمانی دارند، پرداخت‌هایی به آنها صورت می‌گیرد. در کشورهای توسعه یافته،

به جزء آمریکا، بیمه خصوصی نقش اندکی دارد. (31) **تعمیم**

برطبق گزارش سازمان جهانی بهداشت، در کشورهای در حال توسعه، در حدود 70 تا 90 درصد مخارج

سلامت، توسط پرداخت مستقیم از جیب مصرف‌کنندگان تأمین می‌گردد. (31)

انتظارات جامعه از یک سیستم تأمین مالی سلامت، را می‌توان تخصیص بودجه کافی برای تأمین نیازهای

بهداشتی جامعه، تکیه بر فرایند توزیع مجدد که در آن ثروتمندان بیشتر از فقرا بپردازند، مشارکت عادلانه و

منصفانه آحاد جامعه، توان کنترل هزینه‌های آن دسته از مراقبت‌های بهداشتی که سهم بیشتری از بودجه

دولت را مصرف می‌کنند، دانست. (32)

بسیاری از کشورها به خاطر افزایش هزینه‌ها و کمبود منابع، فشاردائمی را احساس می‌نمایند، که

سیاستمداران در این خصوص، 3 دیدگاه را در نظر مطرح می‌کنند:

- کنترل هزینه‌ها

- افزایش و تولید منابع جدید به منظور ارائه و تولید خدمات درمانی

- هر دو مورد بالا. (28)

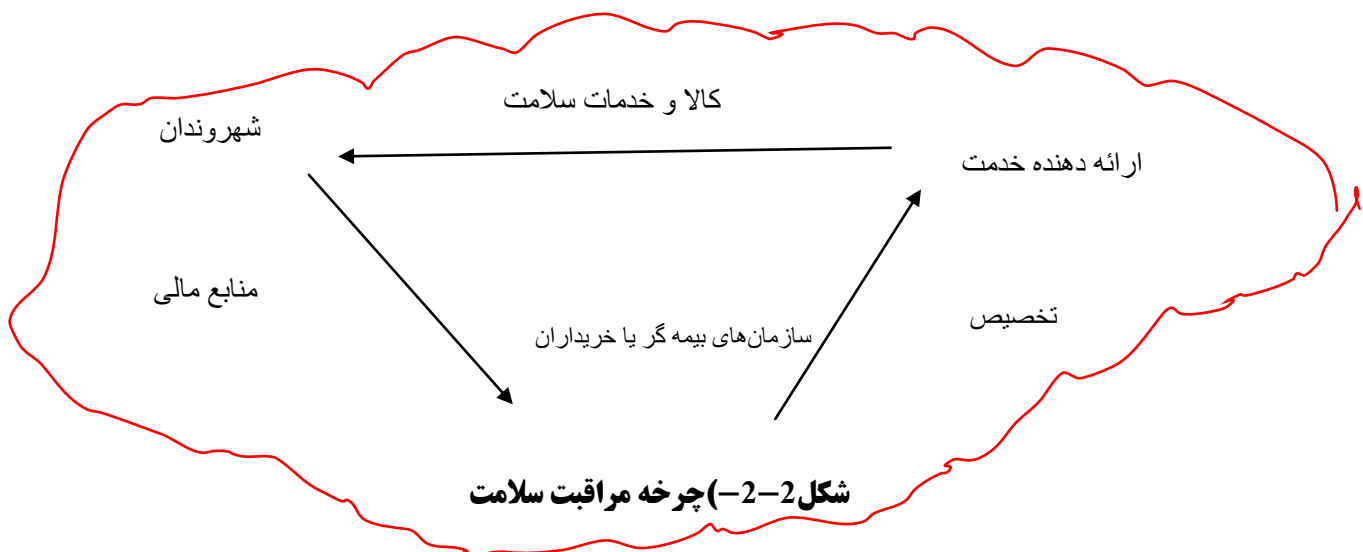
به‌طور خلاصه، نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را برعهده دارند، بلکه مسئولیت

حفاظت از آنها را نیز با توجه به 3 هدف بنیادین ارتقای جمعیت تحت پوشش نظام سلامت، پاسخ دادن به

انتظارات مردم و محافظت مالی در برابر هزینه‌های نامطلوب سلامت برعهده دارند. (28)

چرخه مراقبت‌های درمانی

ارائه و تأمین خدمات سلامت را می‌توان در انتقال منابع، ساده نمود. ارائه دهندگان، خدمات سلامت را برای بیماران فراهم می‌نمایند و بیماران یا سازمان‌های بیمه‌گر منابع مالی را به ارائه‌دهندگان انتقال می‌دهند. شکل 2-2 ساده‌ترین حالت پرداخت مستقیم است که مصرف‌کننده (قسمت اول) به ارائه دهنده خدمت (قسمت دوم)، برای دریافت کالا و خدمات سلامت، پرداخت می‌نماید. قسمت سوم (سازمان‌های بیمه‌گر) نیز مردم را در برابر خطرهای مالی محافظت می‌نمایند. سازمان‌های بیمه‌گر به‌طور مستقیم و یا غیرمستقیم، درآمدها را از افراد تحت پوشش جمع‌آوری می‌نمایند (این پوشش ممکن است همه افراد یا گروه‌های خاص مثلاً شاغلین را دربرگیرد). این درآمدها مجدداً به بیماران و ارائه دهندگان خدمات سلامت پرداخت می‌گردد. (31)



سازوکارهای تأمین منابع مالی خدمات سلامت

روش‌های مختلف جمع‌آوری درآمد در نظام‌های سلامت، شامل مالیات عمومی، مشارکت‌های اجباری در بیمه اجتماعی سلامت (معمولاً مبتنی بر حقوق و تقریباً بدون ارتباط با میزان خطر)، مشارکت‌های اختیاری در بیمه‌های خصوصی سلامت (معمولاً مرتبط با خطر)، پرداخت مستقیم از جیب، و همچنین موقوفات و کمک‌های اهدایی می‌باشد. اکثر کشورهای پردرآمد، اتکای زیادی بر یکی از دو شیوه مالیات عمومی یا مشارکت‌های اجباری بیمه اجتماعی سلامت دارند. برعکس، در کشورهای کم‌درآمد، اتکای بیشتری بر تأمین مالی مستقیم از جیب وجود دارد. در 60٪ از کشورهای با درآمد سرانه کمتر از 1000 دلار، صرف

هزینه مستقیم از جیب حدود 40٪ یا بیشتر از میزان کل هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد درحالی که **اتکا** به این شیوه، **با** این شدت، درکشورهای با درآمد متوسط و بالا تنها در 30٪ از موارد دیده می‌شود. (28)

در اکثر ساختارهای بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های اختیاری خصوصی، جمع‌آوری درآمد و انباشت و مدیریت آن، در یک سازمان و یک فرایند واحد خرید خدمات ادغام شده‌اند. در کشورهای که در آنها وزارت بهداشت عمدتاً متکی بر مالیات عمومی است، جمع‌آوری درآمد، توسط وزارت اقتصاد و دارایی صورت می‌گیرد و تخصیص به وزارت بهداشت از طریق فرایند بودجه‌ریزی دولت انجام می‌شود. (28)

شیوه‌های (ایچ) تأمین منابع مالی خدمات سلامت

1. درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده^۱
2. حق بیمه‌های بیمه اجتماعی^۲
3. حق بیمه‌های بیمه خصوصی^۳
4. تأمین منابع اجتماع محور^۴
5. پرداخت‌های مستقیم مردم^۵
6. کمک‌های خارجی^۶

هر کدام از روش‌های بالا بر توزیع بار مالی و **مزایای** در نظر گرفته شده و دسترسی به خدمات سلامت تاثیرگذار است. اکثر کشورها ترکیبی از این منابع را به کار می‌برند. به عنوان مثال در انگلستان، درآمدهای عمومی دولت نقش برجسته‌ای را در تأمین منابع سلامت عهده‌دار است. در این کشور، 76٪ از منابع مالی نظام سلامت از درآمدهای عمومی، 12٪ از حق بیمه بیمه‌های اجتماعی، 10٪ از بیمه خصوصی و 2٪ از پرداخت مستقیم از جیب توسط مردم^۷، تأمین می‌گردد. درکشور هند 30٪ از مخارج نهایی سلامت از محل درآمدهای عمومی دولت، 60٪ از محل پرداخت‌های مستقیم مردم و 10٪ از سایر منابع^۸، تأمین می‌گردد. (30)

1-General revenue or earmarked taxes



2- Social insurance contributions

3- Private insurance premiums

4- Community financing

5-Direct out of pocket payments

6- External Aid

7- OECD health data 2002

8- Musgrave et al. 2002

درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده



درآمدهای عمومی دولت، غالباً¹ از محل مالیات‌ها، مالیات بر سرمایه² و عوارض³، جمع‌آوری شده و هزینه می‌گردد. به‌طور کلی وقتی که در حساب‌های بودجه دولت، درآمدها طبقه‌بندی می‌شوند، معمولاً⁴ به‌صورت زیر ظاهر خواهند شد:

- مالیات‌ها
- سایر درآمدها
- قرضه (روش جبران کسر بودجه). (33)

در تأمین مالی از محل درآمد عمومی، بسیاری از انواع مالیات‌ها (مالیات‌های عمومی، مالیات‌های تخصیصی)، برای پشتیبانی از کل محدوده فعالیت‌های دولت مورد استفاده قرار می‌گیرند. بنابراین لازم است که نظام سلامت برای کسب اعتبارات خود، با سایر برنامه‌های مبتنی بر تأمین مالی از سوی دولت رقابت کند و منابع خود را از طریق فرایند منظم بودجه‌ریزی دولتی دریافت نماید. انواع مختلفی از مالیات‌ها، از جمله مالیات بر درآمد، در اختیار دولت قرار دارد (در بیشتر کشورهای توسعه یافته، سهم عمده درآمدهای مالیاتی، از طریق مالیات بر درآمد تأمین می‌شود). (30) معمولاً⁵ این مالیات با یک نرخ ثابت یا تصاعدی، مجموع درآمدهای اشخاص را موضوع مالیات قرار داده، و پس از معرفی برخی از معافیت‌ها یا بخشودگی‌ها به درآمد مشمول مالیات می‌رسد. مالیات بر درآمد شامل مالیات بر درآمد املاک، مالیات بر درآمد کشاورزی، مالیات بر حقوق، مالیات بر درآمد مشاغل و مالیات بر درآمد اشخاص حقوقی می‌باشد. مالیات بر درآمد، غالباً⁶ اثرهای

نامناسب تخصیص منابع را ندارد. (33) مالیات سود شرکت سهامی، مالیات بر ارزش افزوده (مالیاتی که

در کلیه مراحل تولید اعمال می‌گردد)، مالیات غیرمستقیم (به مالیات‌هایی گفته می‌شوند که بر کالاها و خدمات وضع می‌گردند)، مالیات مستقیم (مالیات‌هایی که بطور مستقیم، بر کالاها و خدمات وضع می‌گردند). (33) تعرفه‌های واردات، مالیات‌های انتخابی بر مصرف (مالیات‌های انتخابی یا گزیده که بر مصرف برخی از کالاها

1- Levies

2- Fees

واحتمالاً" با نرخ‌های متفاوت برقرار می‌شوند) و مالیات بر منابع طبیعی^۱ مثل معادن و هریک از این مالیات‌ها، بار را بر گروه‌های مختلف شهروندان وارد می‌نمایند. ترکیب مالیات‌هایی که یک کشور از آن استفاده می‌کند، عموماً^۲ وابسته به سطح رشد اقتصادی آن کشور است. کشورهای کم درآمد گرایش دارند که بیشتر از منابع درآمدی که جمع‌آوری آنها راحت است (مثل مالیات‌های صادرات و واردات و مالیات غیرمستقیم) استفاده نمایند. استفاده از سایر منابع (مثل مالیات بر درآمد و مالیات بر ارزش افزوده) نیازمند نظام‌های اطلاعاتی گسترده‌تر و سطوح بالاتری از پذیرش داوطلبانه در شهروندان است. با رشد اقتصادی طی زمان، مالیات‌هایی که پایه و مآخذ گسترده‌ای دارند، به صورت خودکار منابع بیشتری را برای سلامت تولید می‌کنند، برخی از مالیات‌ها مانند مالیات‌های تصاعدی^۱ بر درآمد و مالیات بر منابع، حساسیت بیشتری در مقایسه با انواع دیگر نسبت به دوره‌های کوتاه مدت کسب و کار^۲ و رشد طولانی مدت دارند. رشد اقتصادی، مالیات بر درآمد بالاتر را به دنبال دارد که دریافت‌های نهایی و میانگین را افزایش می‌دهد. برعکس مالیات حقوق و مالیات بر فروش، از نظر درصدی، مختصری کمتر از تولید ناخالص داخلی تغییر می‌کنند. زمانی که نوسان‌های بزرگی در درآمد ملی بوجود می‌آید، دولت‌ها متحمل فشار بسیار سنگینی برای نگهداری و حفظ هزینه‌های مربوط به بخش سلامت می‌شوند (بدون توجه به این‌که چه مجموعه‌ای از مالیات‌ها را به کار گرفته باشند). به خصوص به این دلیل که در جریان رکود بحرانی، تقاضا از دولت برای سایر انواع هزینه نیز افزایش می‌یابد. به طور خلاصه درآمدهای مالیات عمومی، منبع عمده‌ای برای تأمین مالی نظام‌های سلامت در هر دو گروه کشورهای فقیر و ثروتمند محسوب می‌شوند. تجارب بین المللی نشان می‌دهد که زمانی که یک کشور غنی‌تر می‌شود، منبع مالیاتی آن نیز بزرگتر می‌شود. همچنین با افزایش توان دولت در جمع‌آوری مالیات‌ها، غالباً^۱ سهم بیشتری از هزینه‌های صرف شده سلامت، از محل درآمد عمومی تأمین می‌شود. از سوی دیگر، مشکلات کنترل‌پذیری درآمد عمومی در شرایطی که نظام سیاسی ضعیف است و احتمال فساد و پارتی‌بازی در آن وجود دارد ممکن است از جذابیت آن بکاهد. زمانی که دولت کارکرد نامطلوبی دارد، ممکن است مشکلاتی از باب مقبولیت عمومی و بنابراین کنترل‌پذیری درآمد مالیاتی بروز نماید. این اتفاق به خصوص

1- progressive

2- Short-run business cycles

درکشورهایی که ظرفیت اجرا یا ضمانت اجرایی محدودتری دارند یا آنهایی که شهروندانشان فراری از

مالیات هستند، با احتمال بیشتری رخ می‌دهد. (30) **(تعم)**

دراکثرکشورها، فقط مالیات‌های جامع بردرآمد از جمله مالیات بردرآمد سرانه می‌تواند حقیقتاً "تصادفی

باشد. چرا که فقط این نوع مالیات است که درسطوح بالاتر درآمدی افراد می‌تواند درصد بیشتری را به خود

اختصاص دهد. برعکس، مالیات حقوق و دستمزد، اندکی نزولی است چراکه نسبت درآمد کلی که از محل

حقوق حاصل می‌شود، درسطوح درآمدی بالاتر افت می‌کند. درصورتی که حد و مرزی برای سهم مالیات از

حقوق و دستمزد یک فرد درنظر گرفته شود، این برنامه‌های مالیاتی حتی از این هم که هست نزولی‌تر

می‌شوند که بعضاً "این اتفاق می‌افتد. مالیات برمصرف، فروش و مالیات بر ارزش افزوده نیز به میزان

متوسط، نزولی است چرا که درصدی از درآمد که صرف و مشمول مالیات می‌شود، (برخلاف درصدی که

پس‌انداز می‌شود) درسطوح درآمدی بالاتر کمتر است. چنین برنامه‌ای است که باعث می‌شود برخی از

برنامه‌های مالیات برمصرف، کالاها و اجناسی را که درصد بیشتری از درآمد فقرا صرف آنها می‌شود (مثل

غذا)، مشمول مالیات کمتری نماید. به دلایل مشابه، اغلب، میزان مالیات بیشتری برای کالاهای لوکس و تجملی

درنظر گرفته می‌شود چرا که ثروتمندان، بخش بیشتری از درآمد خود را صرف آن می‌کنند. (30)

انباشت خط

تاثیرات درآمد حاصله از مالیات عمومی برانباشت خطر، وابسته به این است که دولت چگونه این درآمد را

بین برنامه‌های مختلف سلامت، توزیع نماید. درکشورهای کم درآمد، بودجه سلامت دولت اکثراً "برای تأمین

مالی بیمارستان‌های عمومی و درمانگاه‌ها صرف می‌شود تا مردم بتوانند در آنجا از مراقبت سلامت رایگان

یا یارانه‌ای بهره‌مند شوند. این رویکرد درحقیقت باعث می‌شود که خطر هزینه‌ها برای بیمارانی که از

بیمارستان‌های عمومی استفاده می‌کنند، انباشت شود. البته، بیمارستان‌های عمومی بهتر، اغلب درشهرهای

بزرگتر واقع شده‌اند و ساکنین شهری مرفه‌تر به میزان زیاده‌تر و گسترده‌تری از خدمات آنها استفاده می‌کنند.

درچنین شرایطی، خطرات برای آنهایی که دسترسی محدودتری دارند (مثل فقرای روستایی)، انباشت

نمی‌شود. (30)

اثرات اقتصادی

اثرات اقتصادی استفاده از درآمدهای مالیات عمومی برای تأمین مالی مراقبت سلامت، وابسته به نوع مالیات‌های خاص مورد استفاده و سطوح به‌کارگیری آن‌ها است. به‌صورت نظری، میزان بالاتری از مالیات بر درآمد، باید تمایل افراد پر درآمد را به فعالیت و کارکردن کاهش دهد، البته درحقیقت مطالعات نشان داده است که برای افراد با درآمد بالاتر، عرضه نیروی کار^۱ نسبت به میزان‌های نهایی مالیات بر درآمد، غیرحساس است. (30)

بار مالیات ممکن است فقط بردوش آنهایی که باید مالیات بپردازند، نباشد. درعوض دولت‌ها ممکن است زمانی که پول بیشتری را به سلامت اختصاص می‌دهند، از سایر خدمات بکاهند. دراین مورد متقاضیان سایر خدمات که درحال حاضر عرضه به آن‌ها صورت نمی‌گیرد، کسانی خواهند بود که بار جبران هزینه‌های بالاتر بخش سلامت را به دوش می‌کشند. مشابه همین موضوع مربوط به زمانی است که دولت، از طریق بخشودگی مالیات، به برخی از فعالیت‌ها، یارانه پرداخت می‌کند. جبران‌کنندگان این کاهش درآمد ممکن است آنهایی باشند که مالیات‌های افزایش یافته دیگر (برای جبران درآمد از دست رفته) را پرداخت می‌کنند یا کسانی که بالقوه متقاضی فعالیت‌هایی بوده‌اند که به خاطر کمبود پولی ناشی از بخشودگی مالیات، درحال حاضر خدمات ارائه شده به آن‌ها محدود و کم شده است.

به‌طور کلی درآمدهای مالیاتی از منابع اصلی تأمین منابع مالی مراقبت‌های سلامت در کشورهای غنی و فقیر محسوب می‌شوند. تجارب بین‌المللی نشان می‌دهند که هرچه یک کشور مرفه‌تر باشد، منبع مالیاتی آن نیز بزرگتر می‌شود. همچنین با افزایش توان دولت درجمع‌آوری مالیات‌ها، اغلب سهم بیشتری از هزینه‌های صرف شده سلامت از محل درآمد عمومی تأمین می‌شود باید توجه نمود که دراکثرکشورها، انواع خاصی از خدمات مانند خدمات بهداشتی عمومی و پیشگیرانه یا ارائه مراقبت به فقرا غالباً تحت حمایت مالیاتی قراردارند، حتی اگر سایر روش‌ها، درنظام تأمین مالی بخش سلامت غالب شده باشد. دلیل این امر آن است که مالیات‌ها را می‌توان مجدداً توزیع نمود و آن‌ها را از مأخذ وسیع‌تری جمع‌آوری کرد. درکشورهایی که

1- Labour supply

عملکرد اقتصادی خوب و توان اجرایی قوی دارند، تأمین مالی مالیاتی می‌تواند اعتبارات عمده‌ای را برای بخش سلامت تأمین نماید. اما چنین شرایطی در تمام کشورها وجود ندارد، به همین علت، علاقه گسترده‌ای به گزینه تأمین مالی "بیمه اجتماعی" ایجاد شده است. (30)

حق بیمه‌های بیمه اجتماعی

تأمین اجتماعی را می‌توان به عنوان یکی از هدف‌های دولت‌ها یا مجموعه‌ای از سیاست‌ها دانست که در جهت کاهش ریسک و یا حمایت از گروه یا قشر خاصی به کار گرفته می‌شوند. به طور معمول سیاست‌های دائمی تأمین اجتماعی در کشورهای توسعه یافته از 3 عنصر متفاوت تشکیل می‌شود:

1. کمک‌های اجتماعی براساس سطح درآمد برای کاهش فقر
 2. بیمه‌های اجتماعی که معمولاً برای ایجاد امنیت در طول عمر افراد، مورد استفاده قرار می‌گیرد.
 3. نوع سوم تأمین اجتماعی، به صورت انتقال، برای گروه یا قشر مشخصی در جامعه انجام می‌پذیرد.
- معمولاً بیمه‌های اجتماعی، مستقیماً به درآمد جاری فرد ارتباط پیدا نمی‌کنند، هرچند که به وضعیت اشتغال اشخاص، بستگی دارند. این نوع تأمین اجتماعی، بیشتر برای جبران زیان‌های ایجاد شده برای بیمه‌شدگان انجام می‌گیرد. نکته دیگری که در بیشتر موارد از مشخصه‌های بیمه‌های اجتماعی محسوب می‌شود، ارتباط بین سهم بیمه پرداختی بیمه‌شدگان و مبلغ کمکی است که زمانی که افراد واجد شرایط شدند، به آنها پرداخت می‌شود. (33) ؟

پرداخت به سازمان‌های بیمه‌گر در اجرای سیاست‌های بیمه‌ای به منظور دریافت خدمات مورد تعهد، که غالباً به طور دوره‌ای صورت می‌گیرد، مثلاً سالیانه، 6 ماهه، فصلی یا ماهیانه، را حق بیمه گویند. (34)

ویژگی‌هایی مختلفی بیمه اجتماعی را از بیمه خصوصی متمایز می‌کند. نخست، این که بیمه اجتماعی، اجباری¹ است. هریک از افراد گروه مشمول، باید مشارکت کند و سهم حق بیمه خاص خود را پرداخت نماید. سهم مشارکت (حق بیمه) غالباً "به صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود. وقتی که فردی، حداقل تعداد حق بیمه‌ها را پرداخت کرد، مشمول مزایای خاص و از پیش تعیین شده می‌شود.

1- Compulsory





دوم، حق بیمه بیمه‌های اجتماعی، یک تعهد اجتماعی^۱، را نشان می‌دهند. طبق قانون، مقدار و میزان مشارکت و مزایای حاصله، به سادگی و صرفاً از طریق اقدامات اجرایی صرف، قابل تغییر نیست. در عوض، این مقادیر در قالب قوانین یا مقرراتی تعیین می‌شوند که تغییر آنها بسیار مشکل است، بنابراین بیمه اجتماعی، مبتنی بر یک قرارداد تلویحی بین نظام بیمه و افرادی است که تحت پوشش قرار می‌گیرند. (30)

عضویت اجباری (بازاریابی اجتماعی)، مشارکت دولت در تأمین منابع مالی، فقدان نگرش سوددهی، میزان مشارکت براساس توانایی پرداخت و عدم تأثیر میزان خطر بر سطح مشارکت را می‌توان از دیگر خصوصیات بیمه‌های اجتماعی دانست. افراد می‌پذیرند که مقدار خاصی را بپردازند و انتظار دارند که اعتبارات حاصله، به صورت عادلانه و اثربخش، در تأمین مالی مراقبت برای آنانی که متعلق به این نظام و تحت پوشش آن هستند، مورد استفاده قرار گیرد. در این شیوه، سازمان‌های تأمین اجتماعی، خدماتی را در محدوده کالاها و خدمات بهداشتی درمانی در قالب برنامه‌های تأمین اجتماعی عرضه می‌نمایند. این برنامه‌ها و برنامه‌های اجباری توسط دولت کنترل می‌گردد. نظام‌های بیمه اجتماعی، لزوماً همه افراد را تحت پوشش قرار می‌دهند، و بسیاری از کشورها، دارای نظام‌های متعددی هستند. اکثر برنامه‌ها فقط کارگران بخش رسمی را تحت پوشش قرار می‌دهند. وقتی کشوری تصمیم به ارائه پوشش همگانی می‌گیرد، دولت مشخصاً باید از درآمدهای مالیات عمومی برای پرداخت یارانه به مستمری بگیران، بیکاران، فقرا، کارگران بخش غیررسمی و حتی برخی از کسب و کارها و کشاورزان کوچک استفاده کند.

متون علمی اقتصادی بیانگر آن است که تأمین مالی بیمه اجتماعی، غیرقابل تمایز از تأمین مالی از محل مالیات دولتی است. اما صاحب نظران امر بیمه اجتماعی، قویاً با این دیدگاه مخالف هستند. اقتصاددانان عمدتاً به این دلیل به بیمه اجتماعی به عنوان برنامه‌ای با تأمین مالی مالیاتی می‌نگرند که مشارکت در آن اجباری است. البته این دیدگاه بسیاری از تفاوت‌های اجتماعی و سازمانی را که بین بیمه با تأمین مالی از محل مالیات عمومی (مثل سوئد) با بیمه اجتماعی وجود دارد (مثل آلمان، ژاپن و تایوان) نادیده می‌گیرد. نخست، حق بیمه‌هایی که برای برنامه‌های بیمه اجتماعی پرداخت می‌شود، برای همان برنامه‌ها تخصیص داده شده است و از مالیات عمومی جداست. صندوق بیمه اجتماعی معمولاً باید وجود داشته باشد تا نظام سلامت

(همه)

بتواند، توانایی پرداخت دیون خود را حفظ کند. وجود این صندوق باعث می‌شود که شفافیت و پاسخگویی بیشتری در مراودات مالی نظام بیمه به وجود آید. به‌طور همزمان بیمه‌اجتماعی، حق همه شهروندان نیست بلکه فقط افراد مشمول را که حداقل الزامات مشارکتی خود را انجام داده باشند، پوشش می‌دهد. مزایایی هم که افراد تحت پوشش دریافت می‌کنند، غالباً مرتبط با مشارکت آنهاست. در نتیجه افراد این گونه استنباط می‌کنند که حق بیمه و مشارکت خود را پرداخته و به ازای آن، حق دریافت مزایای از پیش تعیین شده‌ای را دارند. به عبارت دیگر، منافع آنها، کمک حمایتی نیست که از سوی دولت به آنها اعطا شده باشد. (30)

انباشت خطر

بیمه‌اجتماعی، فقط خطرات سلامت مشترکین خود را انباشت می‌کند. به دلیل این‌که اکثر برنامه‌ها، فقط کارگران بخش رسمی را تحت پوشش قرار می‌دهند و تنها خطرات سلامت آنها را انباشت می‌کند. چنانچه دولت بخواهد خطرات کسانی را که تحت پوشش نیستند، کاهش دهد، باید به دنبال روش‌های تأمین مالی دیگری مانند استفاده از درآمدهای مالیاتی نیز باشد تا پوشش بیمه‌ای را برای فقرا، سالمندان، جمعیت‌های روستایی و... فراهم کند. (30)

2 اثرات اقتصادی

اگر کل هزینه‌های کار به خاطر تغییرات حق بیمه‌ها، تغییر قابل توجهی پیدا نکند، به نظر می‌رسد هزینه‌های بیمه‌اجتماعی تاثیری چندانی بر رشد اقتصادی نداشته باشد. (30)

حق بیمه‌های بیمه خصوصی

در بیمه خصوصی، مشتریان، به‌صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیرانتفاعی) می‌پردازند. این فروشندگان، حق بیمه‌ها و سهم مشارکت را به‌گونه‌ای مطالبه می‌کنند که منعکس‌کننده خطراتی است که خریدار با آن مواجه است. خریدهای بیمه را می‌توان یا به شکل فردی یا به شکل گروهی انجام داد. بیمه خصوصی، منابع بیشتری را جابه‌جا و بسیج خواهد کرد. از آنجا که کسانی که پرداخت نمی‌کنند، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند، مشکلات ناشی از فرار مالیات نیز به حداقل می‌رسد. بیمه



خصوصی، غالباً" با رشد اقتصادی افزایش می‌یابد چرا که با منفعت شخصی^۱ خریداران بیمه، سازگاری دارد. (30)

در سال‌های اخیر، به دو دلیلی که در بالا بحث شد تمایل فزاینده‌ای در سراسر جهان نسبت به اشکال مختلف بیمه خصوصی ایجاد شده است تا جزو سازوکارهای تأمین مالی بخش سلامت قرار گیرد یکی از دو محور آن است که بیمه خصوصی، منابع بیشتری را جابه‌جا و بسیج خواهد کرد. دوم این‌که کسانی که پرداخت نمی‌کنند، تحت پوشش قرار نمی‌گیرند. مشکلات ناشی از فرار مالیات نیز در این روش به حداقل می‌رسد. مدافعان بیمه خصوصی این مسأله را نیز مطرح می‌کنند که زمانی که افراد یک برنامه و یک شغل را انتخاب می‌کنند، احساس توانمندی و قدرت بیشتری پیدا می‌کنند و تمایل افزون‌تری به پرداخت برای مراقبت سلامت از خود نشان می‌دهند.

بحث دوم آن است که افرادی که دیدگاه‌ها و ارزش‌های مختلفی دارند از جمله آنهایی که در سطوح درآمدی متفاوتی قرار دارند، برنامه‌های گوناگونی را هم برای بیمه سلامت طلب کرده و ترویج می‌دهند. این‌گونه مطرح شده است که بازار رقابتی برای بیمه خصوصی، از طریق ارائه محدوده متمایز و وسیع‌تری از خدمات و محصولات، به نیازهای موجود پاسخ خواهد داد. مسأله‌ای که نظام تک قطبی بیمه اجتماعی تحت کنترل دولت، نه انگیزه و نه تمایل به انجام آن را دارد. (30)

بیمه خصوصی غالباً" با رشد اقتصادی افزایش می‌یابد چرا که با منفعت شخصی^۲ خریداران بیمه، سازگاری

دارد. مزایای بیمه خصوصی در قیاس با بیمه اجتماعی، در همان سطح، به دلیل صرفه‌جویی مقیاس^۳ و انباشت

خطر که فقط با سایر کارکنان سالم صورت می‌گیرد، هزینه کمتری دارد. به این دلایل، در برخی از کشورهای با درآمد متوسط، فشار قابل توجهی از سوی کارگرانی که تاکنون بهترین پرداخت را داشته‌اند به وجود آمده است که از برنامه‌های بیمه اجتماعی خارج شوند و به خاطر ارزش رقابت بازار آزاد، حق بیمه‌ها و سهم مشارکت خود را برای خرید بیمه خصوصی صرف کنند. نظام کشور شیلی، در حال حاضر چنین امکانی را فراهم ساخته است. (30)

1- Self-interest

2- Self-interest

3- Economic of scale

خطرناکترین نارسایی بیمه رقابتی خصوصی، مشکل انتخاب خطر^۱ است. حدود 5%-10% از افرادی که بیمارترین اعضای هر صندوق بیمه هستند، غالباً 60% تا 70% از کل هزینه‌ها را به خود اختصاص می‌دهند. این حقایق، انگیزه‌های قابل توجهی برای شرکت‌های رقابتی بیمه ایجاد می‌کند که برنامه‌های خود را صرفاً به افراد سالم بفروشند و یا اگر هم به افراد بیمار می‌فروشند مقادیر کافی از آنها دریافت کنند که برایشان سود داشته و به صرفه باشد. ممکن است شرکت‌های بیمه تلاش کنند افرادی را که اختصاصاً سالم هستند تحت پوشش قرار دهند و درعین حال، بیماران را از پوشش خارج کنند. آنها ممکن است از فروش به بیماران خودداری کنند، پوشش برای بیماری‌های موجود را حذف کنند، از پذیرش سیاست‌های موجود درباره کسانی که سالم هستند و بعداً بیمار می‌شوند سر باز بزنند یا مقادیر حق بیمه و سهم بالایی را طلب کنند. در مجموع این رفتارها تحت عنوان انتخاب خطر یا دست چین کردن شناخته می‌شود. یعنی آنهایی که بیشترین نیاز را به پوشش بیمه دارند، در نهایت در یک نظام بیمه خصوصی بدون پوشش می‌مانند. (30)

انباشت خطر

به این دلیل که صندوق‌های بیمه خصوصی، درمقایسه با بیمه اجتماعی، خطرات را میان گروه‌های کوچکتری، انباشت می‌کنند، این روش انباشت کمتری را نسبت به بیمه اجتماعی صورت می‌دهد. به علاوه، گروه‌های دارای بالاترین میزان خطر و هزینه‌ها (به خصوص بیماران مزمن و بازنشستگان)، از برنامه این نوع بیمه حذف می‌شوند. برای حل این مشکل برخی کشورها به وضع مقررات و تنظیم بازارهای بیمه خصوصی پرداخته‌اند به این شکل که یا میزان‌های دریافتی آنها را از همه یکسان کرده‌اند، (نرخ بندی جامعه‌ای)^۲ و یا محدوده مجاز تفاوت قیمت را کمتر ساخته‌اند.^۳ البته این رویکردها ممکن است از نظرسیاسی نیز فاقد محبوبیت جلوه کنند چرا که قصد دارند بخشی از انباشت خطر را که خریداران بیمه‌های خصوصی قصد اجتناب از آن را دارند، به خصوص در کشورهای با درآمد کم و متوسط مجدداً تحمیل کنند. (30)

1- Risk selection

2- Community rating

3- Rating bands

اثرات اقتصادی

به هنگام دفاع از بیمه خصوصی چنین ادعا می‌شود، که بازارهای رقابتی بیمه، می‌تواند هزینه‌های مراقبت سلامت را کاهش دهد. بیمه‌گرانی که مشتاق مشتری هستند، قیمت‌ها را کاهش می‌دهند و برای پول درآوردن، به ارایه‌کنندگان فشار می‌آورند تا دستمزد خود را پایین بیاورند. **در این صورت** ارایه‌کنندگانی که درآمدشان کم شده، کار خود را به‌گونه‌ای سازماندهی می‌کنند که هزینه‌ها را کاهش دهند.

تنها بازار مراقبت سلامتی که تقریباً چیزی نزدیک به این دیدگاه اخیر ارائه می‌کند، ایالات متحده است. این کشور در 50 سال گذشته به‌صورت عمده متکی بر بیمه خصوصی گروهی رقابتی و با خرید از سوی کارفرما بوده است. (30)

قابلیت اجرا

کشورها برای بنا نهادن یک نظام تأمین مالی بیمه خصوصی، با مجموعه‌ای از مسائل حیاتی در طراحی آن مواجه می‌شوند. نخستین مسأله آن است که آیا قراردادها باید به‌صورت فردی بسته شود یا گروهی. بازار ایالات متحده به شدت مبتنی بر گروه‌های کارفرمایان است. این کار به این دلیل صورت گرفته است که امکان و انگیزه ورود و خروج افراد در صندوق‌های خطر مختلف و در نتیجه، ناپایداری در نظام را کم کند. دومین مسأله در طراحی یک نظام بیمه خصوصی، ماهیت مؤسسات بیمه‌ای و به‌خصوص انتخاب بین انتفاعی یا غیرانتفاعی بودن آنهاست. سومین مسأله، مرتبط با نقش دولت است. اشکال مختلفی از مقررات و مجوزهایی که فروشندگان باید تابع آن باشند وجود دارد. به‌عنوان مثال، آیا دولت‌ها تأکید دارند که ذخیره مالی باید در سطح خاصی وجود داشته باشد؟ حق بیمه‌ها را تنظیم و بر آنها نظارت می‌نمایند؟ یا حدود حداقل پوشش را مشخص می‌سازند؟

آخرین مسأله، ارتباط بین شرکت‌های بیمه و ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت است. به‌عنوان مثال، آیا دولت بر ارتباط بین بیمه‌گران و ارایه‌کنندگان نظارت می‌کند؟ اگر بخواهیم درمقیاس گسترده‌تری بحث کنیم، دولت در شکل‌دهی به ساختار رقابتی این بازارها نقش خواهد داشت. مثلاً این که بازارها چه تعداد از شرکت‌ها را می‌پذیرند و یا از آنها پشتیبانی می‌کنند؟ هر شرکت رقابت‌کننده، به چه مناطق جغرافیایی می‌تواند دسترسی

داشته باشد و در آنجا فعالیت کند؟ بنابراین، گزینه‌ای تحت عنوان بیمه خصوصی، دولت را از فعالیت در نظام تأمین مالی سلامت فارغ نمی‌کند. در نظام بیمه خصوصی، کمیت بیمه‌ای که خریداری می‌شود تصمیم غیرمتمرکزی است که در دست تکتک کسب و کارها و مشتریان قرار دارد. کاهش پوشش میزان بیمه خصوصی در ایالات متحده، بیانگر آن است که با افزایش حق بیمه‌ها، بسیاری از مشتریان از خرید بیمه امتناع می‌کنند. تلاش‌های دولت برای مقابله با چنین اتفاقی هم با محدودیت‌هایی مواجه است. البته دولت می‌تواند برای تشویق و ترویج خریدهای بیمه خصوصی، یارانه پرداخت کند (مشابه شیلی). اما دادن یارانه، به معنی جابجایی از بیمه به سمت تأمین مالی مبتنی بر مالیات است. کنترل نرخ‌های بیمه نیز مشکلات خود را دارد. اگر نرخ‌های بسیار پایینی تصویب شده باشند، شرکت‌ها کسب و کارشان را رها می‌کنند مانند بسیاری از بیمه‌گران ایالات متحده، در حال حاضر دیگر بیمه‌های خاص برای شهروندان بازنشسته ارائه نمی‌کنند. اگر نرخ‌های بسیار بالایی تصویب شوند، آن وقت بسیاری از افراد توان خرید بیمه را نخواهند داشت. (30)

پرداخت‌های مستقیم مردم

پرداخت مستقیم توسط خانوارها، که در زمان برخورداری از خدمات درمانی، دارویی و دریافت سایر خدمات و کالاهای سلامتی ارائه می‌گردد و شامل خرید خدمت از بخش دولتی، مؤسسات خصوصی (انتفاعی)، مؤسسات خصوصی غیرانتفاعی، یا سازمان‌های غیردولتی می‌باشد که به صورت سهمی از هزینه‌های غیرقابل برگشت^۱، فرانشیز^۲ (پرداخت مصرف‌کنندگان، که برای افراد بیمه‌شده به کار می‌رود) و کارانه^۳ است. (30) در این روش تأمین مالی، بیماران مستقیماً و از جیب خودشان به ارائه‌کنندگان کالا و خدمات بهداشتی درمانی، پول می‌پردازند و این هزینه صرف شده از سوی آنها، قابل بازپرداخت از سوی یک نهاد یا شخص ثالث (مثل برنامه‌های بیمه) نیست.

پرداخت مصرف‌کنندگان^۴ زیرمجموعه‌ای از پرداخت‌های مستقیم از جیب است و اشاره به پرداخت‌هایی دارد که برای خدمات ارائه شده توسط بخش دولتی و عمومی صورت می‌گیرد. بحثی که در این میان از سوی

1- Non-reimbursable

2- Co-payment

3- Fee-for service

4- User fee

اقتصاددانان در تایید پرداخت مستقیم از جیب توسط مردم، مطرح می‌شود آن است که ارائه خدمات سلامت به صورت رایگان، مشوق و ترویج دهنده سوء مصرف و استفاده بیش از حد از خدمات است که از لحاظ تخصیص، کارآمد نخواهد بود. تحلیل آنها، مبتنی بر مفروضات سودگرایان غیرذهنی¹ است مبنی بر این که هدف از نظام سلامت به حداکثر رساندن رضایت مشتریان است که از طریق تمایل آنها به پرداخت، سنجیده می‌شود. اقتصاددانان معتقدند زمانی که قیمت خدمات صفر باشد، مشتریان حتی هنگامی که ارزش این خدمات برایشان کمتر از هزینه تولید خدمات است نیز از آنها استفاده خواهند کرد. در نتیجه، چنانچه این خدمات کم ارزش تولید نشوند، رضایتمندی بیشتری در مشتریان ایجاد خواهد شد. آن وقت منابعی را که برای تولید این خدمات کم ارزش به کار می‌رود، می‌توان در جای دیگری در اقتصاد به کار گرفت و چیزی را

که بیشتر برای مشتریان ارزش دارد تولید کرد. (30)

به طور کلی، 2 دیدگاه در این خصوص مطرح می‌شود: نخست دیدگاهی که موافق استفاده از پرداخت‌های مصرف‌کنندگان برای اهداف افزایش درآمد هستند و می‌خواهند که قیمت‌ها را برای خدمات ارزشمندتر تعیین کنند. طرفداران این دیدگاه این طور بیان می‌کنند که مصرف این خدمات درمانی که هزینه‌ای از مشتری بابت آنها دریافت شود، تغییری نخواهد کرد. این مدافعان ممکن است از کمک به افراد کم درآمد جهت پرداخت چنین هزینه‌هایی نیز دفاع کنند، چرا که در غیر این صورت، مصرف این خدمات از سوی افراد کم درآمد، به شدت تحت تأثیر قرار می‌گیرد. برعکس، مدافعان و توصیه‌کنندگان قیمت‌گذاری به منظور کارایی، می‌خواهند قیمت خدماتی را که هم گران هستند و هم ارزش کمی برای مشتریان دارند، افزایش دهند.

مسئله دیگری که مطرح می‌شود. پدیده تقاضای القاء شده از سوی عرضه کننده²، به معنی آن است که برخی از خدمات مراقبت سلامت، ممکن است مصرف شوند که ارزشی برای خریداران ندارند، اگر پزشکان به گونه‌ای بر مردم تاثیر بگذارند که آنها را به استفاده از خدماتی که از نظر طبی مفید نیست وادار کند، ناکارآمدی تخصیصی³، حتی با پرداخت از سوی مصرف‌کنندگان نیز تداوم خواهد داشت. (30) البته باید

1 - subjective utilitarian

2- Supplier -induced demand

3- Allocative inefficiency

در نظر داشت که یکی از چالش‌های معمول برای همه نظام‌های اجتماعی، رسیدن به عدالت در مشارکت مالی و مراقبت از خطر مالی است.

در نظام بهداشت، رسیدن به این اهداف، به علت ماهیت غیرقابل پیش‌بینی و کمرشکن بودن برخی از هزینه‌ها از اهمیت خاصی برخوردار بوده و مشکلات مخصوص به خود را دارد. تأمین عادلانه منابع مالی، در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها شود تا خطر خود بیماری. یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید. نظام سلامتی که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه اکثر کشورهای فقیرتر و برخی از کشورهای با درآمد متوسط یا بالاتر است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان **کافی** در برابر خطرات مالی محافظت نمی‌شوند. (29)

تعیین میزان پولی که در یک کشور از طریق پرداخت‌های مستقیم بیماران گردآوری می‌گردد، اغلب مشکل است. هزینه جمع‌آوری داده‌ها بسیار قابل توجه است چرا که احتمالاً بررسی‌های پیمایشی دقیق هزینه‌های سلامت خانوار، تنها روش دستیابی به چنین داده‌هایی است. یکی دیگر از دلایل سختی کنترل این هزینه‌ها آن است که بخش وسیعی از بازار خصوصی، بدون نظارت و تنظیم است و پرداخت‌های غیررسمی (که به طور تلویحی یا تحقیقی غیرقانونی هستند) گسترش قابل توجهی دارند. (30)

پرداخت‌های غیررسمی اغلب زمانی شکل می‌گیرند که حمایت بودجه‌ای از نظام مراقبت سلامت به دلیل شرایط سخت اقتصادکلان، کاهش یابد و ارایه‌کنندگان در این میان برای حفظ درآمد خود تلاش کنند. سنت‌های محلی نیز حائز اهمیت هستند. در برخی کشورها، پرداخت این پول‌ها به خاطر انتظار دریافت مراقبت بهتر از جانب پزشکان و حتی پرستاران صورت می‌گیرد. این پرداخت‌ها برای ارائه‌دهندگانی که در حوزه‌هایی مانند جراحی یا زنان زایمان فعالیت می‌کنند، بالاتر است. در کشورهای مختلف اصطلاحات متفاوتی برای اینگونه پرداخت‌ها به کار می‌رود: "پول‌های زیرمیزی"، "پول‌های سیاه"، "پول‌های خاکستری" و "انعام

سپاس‌گذاری^۱." از دیدگاه اقتصادی، این پرداخت‌ها نیز شکلی از تأمین مالی مستقیم از جیب محسوب می‌شوند چرا که تاثیرات مشابهی بر روی تقاضا و بار مالی (درمقایسه با پرداخت‌های قانونی مصرف‌کنندگان) می‌گذارند. به‌طور کلی تقاضا برای مراقبت حاد، نسبت به تقاضا برای مراقبت روتین و پیشگیرانه، حساسیت کمتری به تغییر قیمت دارد و تاثیرات قیمت بر میزان استفاده افراد، برای افراد کم درآمد بیشتر است. این بدین معنی است که هزینه‌هایی که برای جلوگیری از مصارف کم ارزش دریافت می‌شود منجر به این نیز خواهد شد که مشتریان، استفاده از خدمات را به شیوه‌ای کاهش دهند که تاثیر منفی بر وضعیت سلامت آن‌ها بگذارد. بنابراین نیاز به یافتن روش‌هایی جهت ترویج مصرف و بهره‌مندی از خدمات بهداشت عمومی و پیشگیرانه به‌وجود می‌آید. (30)

عدالت و محافظت در برابر خطر مالی

از هر دو دیدگاه محافظت در برابر خطر مالی و عدالت، پرداخت مستقیم از جیب، بدترین شکل ممکن تأمین مالی برای سلامت است. آنهایی که هم فقیر و هم بیمار هستند با خطر درمان نشدن بیماری، تنگدستی و یا ترکیبی از هر دوی این‌ها مواجه می‌شوند. از منظر عدالت عمومی، پرداخت‌های مستقیم شدیداً نزولی هستند، به‌خصوص اگر همبستگی میان وضعیت نامطلوب سلامت و درآمد پایین را در نظر بگیریم. پرداخت‌های مستقیم حتی به نظری می‌رسد از بیمه خصوصی هم بدتر باشند زیرا در بیمه خصوصی، چنانچه خرید به‌صورت گروهی انجام شود یا میزان حق‌بیمه آن تنظیم و نظارت شود، حداقل درجاتی از انباشت خطر را به‌دنبال خواهد داشت. در بسیاری از کشورها، پزشکانی که از پرداخت کارانه^۲ استفاده می‌کنند، در ورطه تبعیض قیمت^۳ می‌افتند و از ثروتمندان مبلغ بیشتری نسبت به فقرا دریافت می‌کنند. اگر چه چنین رفتارهایی، عدالت را بهبود می‌بخشند اما به ارایه‌کنندگان هم کمک می‌کند که درآمد خود را به حداکثر برسانند. با دریافت مبالغ بیشتر از ثروتمندان و مقادیر کمتر از فقرا، ارایه‌کنندگان، فقرا را تشویق می‌کنند که خدمات کل بیشتری خریداری کنند و درآمد بیشتری را برای پزشکانی به ارمغان بیاورند که در غیر این صورت برایشان مهیا نبود. این امر، سودخالصی را برای همه فروشندگانی که وقت اضافه‌تری برایشان باقی مانده است و آنهایی

1-Gratuities

2- Fee-for-service

3- Price discrimination

که هزینه نهایی ارائه خدمات اضافه‌تر، برایشان کمتر از مبالغی است که از فقرا دریافت می‌کنند، به همراه دارند. (30)

حساب‌های پس انداز طبی^۱

یکی از شیوه‌های خاص پرداخت مستقیم تحت عنوان حساب‌های پس‌انداز طبی، است که در مباحث اصلاحات سلامت در سطح بین‌المللی، موردتوجه قرار گرفته است. نمونه بارز آن درسنگاپور مشاهده می‌شود. برنامه مذکور دربرگیرنده یک راهبرد آگاهانه و هوشمند به این صورت است که با آینده‌نگری درباب افزایش جمعیت مسن که مصرف مراقبت آنها بالاست، ذخیره‌ای برای آینده حفظ شود. دراین سیاست خاص، پس‌اندازهای اجباری بر مبنای درصدی از حقوق اجرا می‌شود.

در حساب‌های پس‌انداز طبی فردی و اختصاصی هم ذخیره انجام می‌گردد و سپس فرد می‌تواند درآینده برای دریافت خدمات بستری، هزینه‌ها را از این حساب دریافت کند. این نظام در ابتدای امر یک برنامه پس‌انداز است که هدف طراحی آن، وادار ساختن کارگران به ذخیره کردن پول در حال حاضر و در سال‌های بعد، پیش از فرارسیدن هزینه‌های پزشکی بسیار بالاست. در واقع درآمد فعلی افراد به آینده منتقل می‌شود تا زمانی که تراز و موازنه قابل توجهی در حساب‌های فردی ایجاد نشود و در هنگامی که افراد هنوز جوان هستند، مشترکین به شدت از استفاده از حساب‌های خود برای پرداخت جهت مراقبت منع می‌شوند. در عوض تلاش زیادی می‌شود که هزینه‌های طبی آنها به‌طور مستقیم از جیب، پرداخت شود. خدمات مشخص در سطوح مختلفی ارائه می‌شوند و پایین‌ترین سطح، یارانه سنگینی از محل درآمدهای مالیاتی دریافت می‌کند تا امکان دسترسی افراد دارای درآمد متوسط وجود داشته باشد. در این نظام قرار نیست که خدمات طبی ارائه شده به آنها متفاوت باشد بلکه فقط امکانات و تسهیلات متفاوت هستند. البته در کشوری مثل سنگاپور حتی در بخش‌هایی که یارانه دریافت می‌کنند، بسیاری از افراد قادر به پرداخت برای دریافت خدمات بستری نیستند بنابراین در سال 1990، این کشور برنامه پس‌انداز فوق را بازبینی کرد و یک برنامه بیمه هزینه‌های کمرشکن^۲

1- Medical saving accounts

2- Catastrophic insurance plan

را اضافه نمود. در این برنامه‌ها، کارگران حق بیمه‌ها را از برداشت‌هایی که از حساب پس‌انداز طبی خود انجام می‌دادند، پرداخت می‌کردند. (30)

قابلیت اجرا

به‌طور خلاصه پرداخت مستقیم از جیب بیماران از نظر اجرایی آسان است و منبع بالقوه اثربخشی برای کسب درآمد محسوب می‌شود. البته مسائل جدی از دیدگاه عدالت عمودی و انباشت خطر در این شیوه تأمین مالی وجود دارد. پرداخت‌های مستقیم همچنین می‌توانند از طریق تأثیرات انگیزاننده بر پزشکان و سایر ارایه‌کنندگان، مصرف نامتناسب را ترویج دهند اما در عین حال مانع از مصرف بیش از حد خدمات از جانب مصرف‌کنندگان شود. (30)

عدالت در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی آن را از دو بعد کلی مورد بررسی قرار می‌دهند:

1. پیشگیری از مخارج کمرشکن:

سوالاتی که برای این منظور مطرح می‌شود این است که آیا محافظت کافی برای همه اعضای جامعه از مخارج پیش‌بینی نشده ناشی از بیماری وجود دارد.

2. بار مالی سیستم بهداشتی:

سوالاتی که در این ارتباط مطرح می‌شود این است که آیا افراد ثروتمند جامعه سهم بیشتری از مخارج مراقبت بهداشتی را نسبت به فقرا پرداخت می‌کنند؟ که در این مورد نظام‌های تأمین مالی بخش بهداشت به سه دسته تقسیم می‌شوند:

الف) نظام تأمین مالی صعودی (پیشرونده یا پروگرسو)¹: در این نظام نسبت سهمی که افراد برای مراقبت بهداشتی پرداخت می‌کنند با افزایش درآمد بیشتر می‌شود، بنابراین با پرداخت‌های تصاعدی با افزایش سطح درآمد نسبت بیشتری از درآمد جذب سیستم مالی می‌شود.

ب) نظام تأمین مالی نزولی (پسرونده یا رگرسیو)¹: در این نظام نسبت مخارجی که افراد برای مراقبت بهداشتی پرداخت می‌کنند با افزایش درآمد کاهش می‌یابد. لذا با پرداخت‌های نزولی، با افزایش سطح درآمد، سهم کمتری از درآمد جذب نظام مالی می‌شود.

1- Progressive

ج) نظام تأمین مالی تناسبی^۲: نظام تأمین مالی تناسبی به وضعیتی اطلاق می‌شود که افراد در سطوح مختلف سهم نسبتاً^۱ یکسانی از درآمد خود را به پرداخت‌های بهداشتی و درمانی اختصاص دهند. (35)

تأمین منابع اجتماع محور

در شیوه تأمین مالی اجتماع محور، گروه‌های جمعیتی مختلف از طریق برنامه‌های پیش پرداخت محلی خود اقدام به ارائه و کنترل خدمات مراقبت اولیه مربوط به خودشان می‌نمایند. در برنامه‌های تأمین منابع مالی اجتماع محور، تأمین مالی و ارائه مراقبت اولیه به صورت یکپارچه است اما کماکان از خدمات سطوح دوم و سوم مجزا است. ارایه‌کنندگان و یا افراد به خدمت گرفته شده، از طرف جامعه و یا جزو سازمان‌های غیردولتی و غیرانتفاعی هستند. (30) نظریه این شیوه بیان کننده آن است که کنترل محلی باعث ایجاد شفافیت و پاسخگویی می‌شود و به نوبه خود خدمات کارآمد، محترمانه و مقبول از لحاظ فرهنگی را تضمین می‌نماید. یک برنامه نمونه از تأمین مالی جامعه محور، دربرگیرنده ترکیبی از پاسخگویی سیاسی محلی، مراقبت اولیه با اجرا توسط خود جامعه و همچنین پیش پرداخت‌های همگانی است. در واقع مفهوم آن به این صورت است که یک سازمان کوچک حفظ سلامت و مبتنی بر جامعه تشکیل می‌شود که در آن پزشکان حقوق دریافت می‌کنند. مراقبت ثانویه (بیمارستانی) که برخی از این ساختارها با آن قرارداد بسته‌اند، به طور مشخص خارج از محدوده چنین برنامه‌هایی است چرا که این مراقبت‌ها بسیار گرانبه‌تر هستند و منطقه پوشش آنها بسیار وسیع است که این امر در کنترل محلی به صورت اثربخش، و پایداری اقتصادی را با مشکل مواجه می‌نماید. عضویت همگانی (اجباری) با این هدف در نظر گرفته شده است که مشارکت مجانی از سوی افراد سالم و همچنین انتخاب معکوس افراد بیمار را از بین ببرد. (30)

دربسیاری از کشورهای فقیر این مشکل نیز وجود دارد، که درآمد اضافه‌تری را نمی‌توان از محل مالیات عمومی به دست آورد. ثبت سوابق افراد بسیار ضعیف است و گریز از مالیات به وفور به چشم می‌خورد. وجود چنین شرایطی باعث شده که تمایل روزافزونی در سال‌های اخیر به تأمین مالی جامعه محور به وجود آید. ایده اصلی به این صورت است که پول لازم برای مراقبت اولیه، به صورت محلی و در سطح روستا

1- Regressive

2- Proportional

جمع‌آوری و مصرف شود. نظریه این شیوه بیان کننده آن است که کنترل محلی باعث ایجاد شفافیت و پاسخگویی می‌شود و به نوبه خود خدمات کارآمد، محترمانه و مقبول از نظر فرهنگی را تضمین می‌نماید.

(30)

درجایی که تأمین مالی جامعه محور به صورت پیش‌پرداخت و اجباری است، درجاتی از محافظت در برابر خطر مالی را ارائه می‌کند. اما تازمانی که یارانه، از محل درآمدهای عمومی صرف نشود، برنامه‌های تأمین مالی جامعه محور تنها می‌توانند منابع را به میزان متوسط بسیج و جابجا نمایند. چرا که بسیاری از خانوارهای مشارکت کننده از دسته کم درآمد هستند. همچنین پوشش محدود و حذف مراقبت‌های ثانویه به معنای آن است که اگر قرار باشد شهروندان از خطرات مالی بیماری‌های جدی در امان بمانند، روش‌های تأمین مالی جامعه محور را باید با سایر برنامه‌ها (مثلاً "بیمارستان‌های تحت حمایت مالیات) تکمیل نمود.

(30)

به‌طور کلی درشرایطی که هزینه‌های دولتی، دربخش سلامت ناکافی است، در بسیاری از کشورها، سیستم‌های جبران هزینه مانند پرداخت‌های مستقیم از جیب، به‌عنوان شیوه تکمیلی تأمین مالی خدمات مراقبت سلامت راه‌اندازی شده است. طرح‌های تأمین منابع اجتماع‌محور، پدیده تازه و جدیدی محسوب نمی‌شوند. چنین طرح‌هایی سابقه طولانی دارند و در بعضی موارد مانند توانتین¹ درآفریقای غربی با سازوکارهای سنتی انباشت مخاطرات ایجاد شده‌اند. طرح‌های تأمین منابع اجتماع‌محور، در واقع شکلی از بیمه هستند. یعنی آن‌ها این شرایط را برای اعضاء خود فراهم می‌کنند تا به منظور جبران خطر پرداخت هزینه‌های سنگین مراقبت سلامت در زمان بروز بیماری، بر پایه و اساسی منظم، حق بیمه اندکی را پرداخت نمایند.

(36)

1- Tontine

قابلیت اجرا

قابلیت اجرا در این شیوه وابسته به ظرفیت و رهبری در سطح محلی است. این امر بیانگر آن است که نیاز به سرمایه‌گذاری در ظرفیت‌سازی برای سطوح محیطی وجود دارد. از سوی دیگر، زمانی که افراد محلی، به برنامه مبتنی بر جامعه خودشان اطمینان می‌کنند، جمع‌آوری حق‌بیمه‌ها نیز آسان‌تر می‌شود.

ممکن است برخی از مناطق محلی قادر به اتخاذ شیوه تأمین مالی جامعه محور نباشند. به عنوان مثال، در روستاها دلیل این امر ممکن است شکاف‌های مربوط به خانواده، نژاد، مذهب و وضعیت اقتصادی باشد. در چنین شرایطی ممکن است برقراری تلاشی گروهی در سطح جامعه مشکل یا حتی غیرممکن باشد. بنابراین، دولت‌های مرکزی در هنگام طراحی چنین برنامه‌هایی باید محدودیت‌های موجود در ظرفیت سازمانی و فنی محلی را مدنظر قرار دهند. ممکن است بر مبنای یک ارزیابی واقع‌گرایانه از شرایط خاص محلی، نیاز به تأمین تخصص‌های لازم و همچنین ارائه پشتیبانی سازمانی به صورت موقت یا دائمی، ضرورت پیدا کند. (30)

به طور خلاصه، مزایای اصلی تأمین مالی جامعه محور عبارتند از: اعتبار و تداوم برنامه‌ها و همچنین میزان متوسط محافظت در برابر خطر که از طریق آنها ارائه می‌شود. برخی از بزرگ‌ترین مزایای آن ممکن است در حوزه تأمین مالی نباشد، اما به صورت افزایش کارایی و پاسخ‌دهی خدمات در شرایطی که ارایه‌کنندگان تحت کنترل محلی اثربخش قرار دارند، جلوه کند. (30)

کمک‌های خارجی و خیریه‌ها

بسیاری از کشورهای فقیر، اتکای زیادی به کمک‌های خارجی به عنوان منبع تأمین مالی بخش سلامت خود می‌نمایند. در سال‌های اخیر، اهداکنندگان توجه کمتری به پشتیبانی اصلاحات بخش سلامت نشان داده‌اند، و بیشتر بر پیشبرد اهداف برنامه‌ای خاص که پیامدهای آن قابل سنجش است تمرکز کرده‌اند، مثلاً "واکسیناسیون، ریشه‌کنی بیماری و زایمان بی‌خطر. گستره میزان تغییر در سیاست‌های ملی به خاطر ترجیحات اهداکنندگان، به میزان خیلی زیاد وابسته به ظرفیت مالی کشور مربوطه و میزان اتکای آن به اعتبارات اهداکنندگان است (30)

مشارکت توسط اهداکنندگان به عنوان منبعی برای درآمدهای نظام سلامت، اهمیت کلیدی برای برخی از کشورهای درحال توسعه دارد. به عنوان مثال چنین کمک‌هایی طی سال‌های اخیر در آنگولا، بنگلادش، اکوادور، هند، اندونزی، موزامبیک، پاپواگینه نو، جمهوری متحد تانزانیا و چندین کشور اروپای شرقی بسیار بالا بوده است اما در کشورهای بزرگ‌تر، این کمک معمولاً تنها سهم کوچکی را از کل هزینه‌های صرف شده یا حتی هزینه‌های دولت به خود اختصاص می‌داده است. (37)

کمک‌های بلاعوض و کمک هزینه‌های اهدایی از جانب سازمان‌های غیردولتی، از محل بنگاه‌های خیریه و بانک‌های بین المللی، به منظور ایجاد تناسب در درآمد کشور و به طور عمده به کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین، پرداخت می‌شود. اکثر کشورهای با درآمد اندک، تکیه بر کمک‌های خارجی برای تأمین منابع نظام سلامت خود می‌نمایند. برای مثال در آفریقا، سهم کمک‌های خارجی 20٪ از مخارج کل سلامت و در چندین کشور دیگر بیشتر از 50٪ از مخارج کل سلامت را به خود اختصاص داده است.¹ متأسفانه، اطلاعاتی در این زمینه از کشورهای آسیای مرکزی² در دست نیست چون در برخی نواحی، کمک‌های اهدایی محلی بدون گذر از کانال دولت مرکزی به طور مستقیم به گروه‌های هدف مورد نظر تخصیص می‌یابند (به عنوان مثال در قزاقستان) و یا در اختیار سازمان‌های غیردولتی قرار می‌گیرند. به طور خلاصه، لیست منظمی از کمک‌های خیریه و خارجی در این نواحی موجود نیست. مسأله و نگرانی عمده این است که آیا کمک‌های بلاعوض و خیریه باعث افزایش هزینه‌های خالص، در بخش سلامت می‌گردند و یا جایگزینی برای درآمدهای دولتی به حساب می‌آیند؟ در صورتی که درآمدها توسط دولت هدایت نگردد، مشکلاتی به وجود می‌آید. تکیه و وابستگی بیش از اندازه به کمک‌های خارجی و خیریه مشکلاتی را به همراه دارد، چرا که ممکن است الویت‌های اهداکنندگان تغییر کند و بر این اساس نمی‌توان به تضمین ثبات مالی در بلندمدت تکیه کرد. کمک‌های خیریه داخلی هم متحمل هزینه-فرصت³ است و در صورتی که معاف از مالیات قرار گیرند، مشمول هزینه‌های اقتصادی می‌گردند. صرف نظر از این که وام‌ها توسط منابع داخلی و یا خارجی اعطا می‌گردند یا این که توسط دولت و یا مؤسسات خصوصی دریافت می‌گردند، در نهایت منابع و مبالغ، بایستی مجدداً

1- Source: schieber 1997

2- Central Asian republics

3- Opportunity cost

پرداخت شود و بنابراین بار سنگینی بر دوش نسل‌های آینده تحمیل خواهد گردید. مشکل بدهی در کشورهای دارای درآمد پایین کاملاً "مشخص و آشکار گردیده و بسیاری از کشورها، درصدد یافتن جایگزین‌های مناسب به جای وابستگی به صندوق‌ها و منابع مالی قرضی می‌باشند. (38)

طبقه‌بندی بیمه درمان

یک گونه‌شناسی خوب از طرح‌های بیمه درمان باید سه اصل اساسی را دارا باشند: اول آن‌که باید بر ویژگی‌های طرح بیمه درمان که به‌طور عینی قابل مشاهده است، متکی باشد و مستقل از نامی باشد که در کشورهای مختلف به برنامه داده شده است. دوم آنکه، این گونه‌شناسی همواره در کشورهای مختلف به‌کار رود تا این‌که برنامه‌های یا ویژگی‌های مشابه، در گروه یکسان طبقه‌بندی شود. سوم آنکه، گونه‌شناسی باید برای تجزیه و تحلیل خط‌مشی‌ها و جمع‌آوری داده‌ها، مناسب و مرتبط بوده و برای در گرفتن تغییرات سازمان و مدیریت طرح‌های بیمه درمان در طول زمان، به حد کافی وسیع باشد، بدون این‌که نیازی باشد دوباره طبقه‌بندی جدیدی ایجاد شود. (39)

تعریف بیمه و تفاوت آن با دیگر روش‌های جمع‌آوری منابع مالی

نظام‌های مراقبت سلامت، هزینه‌های بالای مراقبت‌ها را از طریق ترکیبی از شیوه‌های تأمین منابع مالی پرداخت می‌کنند. طرح‌های مختلف بیمه در روش توزیع هزینه مراقبت‌های بهداشتی و ریسک متفاوت افراد، در بین افراد و طول زمان متفاوت است.

جدول 1-2 شیوه‌های پرداخت را بر اساس دو معیار زیر طبقه‌بندی می‌کنند:

پیش‌پرداخت: جمع‌آوری و مدیریت سرمایه تا این‌که حق بیمه‌های افراد به نظام مراقبت بهداشتی قبل از این‌که از این خدمات استفاده کنند و نیز مستقل از میزان مصرف آنها منتقل شود.

یک کاسه کردن: جمع‌آوری کردن و مدیریت سرمایه‌ها به روشی که تضمین کند ریسکی که افراد را مجبور می‌کند تا برای مراقبت‌های بهداشتی پرداخت کنند، توسط تمام افراد عضو یک‌کاسه شده است.

سازمان جهانی بهداشت دو نوع عملکرد توزیع مجدد را که در مفهوم یک‌کاسه کردن وجود دارد (از افراد کم خطر به افراد پر خطر و از اقشار مرفه به اقشار آسیب‌پذیر جامعه) با دو سناریوی زیر معرفی می‌کند: اعضای تحت پوشش بیمه، مشارکت مالی برابر دارند اما یک کاسه کردن، انتقال منابع مالی را از افراد کم خطر به افراد پرخطر امکان‌پذیر می‌سازند (یک کاسه کردن ریسک). برنامه تأمین منابع مالی اجتماعی که

اعضای برنامه بر اساس درصد پرداخت ثابت در برنامه مشارکت می‌کنند بر اساس این نوع یک کاسه کردن عمل می‌کند.

افراد عضو برنامه استفاده یکسانی از مراقبت‌های بهداشتی دارند، اما یک‌کاسه کردن به‌طور مؤثری از طریق مشارکت‌های مالی متفاوت، انتقال منابع مالی از اقشار مرفه جامعه به اقشار آسیب‌پذیر را ممکن می‌کند (عملکرد توزیع مجدد درآمدها). این مسأله یکی از اهداف نظام سلامت است که در آن مشارکت مالی بر حسب سطح درآمد افراد باشد.

به این دو سناریو، سناریوی سومی اضافه می‌کنیم:

اعضای برنامه مشارکت مالی همچنین استفاده برابری از مراقبت‌های بهداشتی در سرتاسر عمر خود دارند اما یک کاسه کردن، انتقال، را بسته به مراحل دوره زندگی افراد امکان‌پذیر می‌سازد. این سناریو، توزیع مجدد منابع مالی در طول زندگی، با استفاده از یک‌کاسه کردن ریسک است.

از این رو، بیمه‌های درمان روشی است برای توزیع ریسک مالی ناشی از گوناگونی موجود در هزینه‌های مراقبت بهداشتی افراد به وسیله یک کاسه کردن هزینه‌ها در طول زمان (پیش‌پرداخت) و بین افراد (یک کاسه کردن) به عبارت ساده‌تر، بیمه عقدی است که به موجب آن یک طرف تعهد می‌کند در ازای دریافت وجه یا وجوهی از طرف دیگر، در صورت وقوع یا بروز حادثه، خسارت وارده بر او را جبران کند یا وجه معینی بپردازد. این گونه قراردادهای یک هدف را دنبال می‌کند: در صورت بروز رویدادها یا پیشامدهای زیانبار، کل هزینه یا زیان از سوی بیمه‌گر جبران شود، و او هم که با بیمه‌گذاران (بیمه‌شدگان) بسیاری قرارداد دارد، هزینه مزبور را در میان بیمه‌شدگان دیگر سرشکن می‌کند. به این ترتیب، خطر احتمالی به دیگران انتقال می‌یابد و به‌صورت مشترک پذیرفته می‌شود. با این کار، درجه احتمال وقوع یک حادثه (یا عدم قطعیت) برای گروه بیمه‌شدگان کاهش می‌یابد و آن را به قطعیت در هزینه‌های سالانه کوچک و مشخصی تبدیل می‌کند.

بیمه بهداشتی با پرداخت به صورت مستقیم^۱ نه خطر را یک کاسه می‌کند و نه پیش‌پرداخت دارد. در حالی که حساب‌های پس‌انداز پزشکی^۲ پیش‌پرداخت دارد اما خطر را یک کاسه نمی‌کند، هر چند این طرح‌ها غالباً در کنار یک طرح بیمه دیگر اجرا می‌شود. (جدول 2-1)

جدول 2-1: انواع روش‌های پرداخت از نظر میزان یک کاسه شدن منابع

پیش‌پرداخت		یک کاسه کردن
دارد	ندارد	
حساب‌های پس‌انداز طبی	پرداخت از جیب مصرف‌کننده	ندارد
بیمه‌های درمانی	خیریه‌های خودجوش	دارد

طبقه‌بندی الگوهای بیمه درمان و الگوی ترکیبی

معیارهایی که برای طبقه‌بندی الگوهای بیمه درمان مورد استفاده قرار می‌گیرند

▪ منابع تأمین مالی

▪ میزان اختیار افراد برای مشارکت در برنامه‌ها

روش محاسبه حق بیمه در بیمه‌های درمان (برای نمونه میزانی که حق بیمه بر حسب ریسک سلامتی یا وضعیت سلامتی فرد یا شاخص‌های سلامت مانند سن مقدار متفاوتی به خود می‌گیرد).

معیارهای منابع تأمین مالی

سه منبع عمده برای تأمین منابع مالی بیمه‌های درمان به شرح زیر وجود دارد:

- تأمین منابع مالی از طریق مالیات: شامل مالیات عمومی، مالیات دولت‌های محلی و مالیات‌های نشان‌دار است.
- حق بیمه‌های تأمین اجتماعی شامل حق بیمه‌هایی است که برای تأمین مالی طرح‌های تأمین اجتماعی جمع‌آوری می‌شود که به طور معمول به عنوان مالیات حقوق‌بگیران اخذ می‌شود و توسط کارفرمایان و کارکنان یا توسط هر دو پرداخت می‌شود. سطح پرداخت‌ها نیز از طریق فرد ثالث تعیین می‌شود

1- Out of Pocket Payment (OOP)

2- Medical Saving Account (MSA)

• حق بیمه‌های خصوصی: به حق بیمه‌های خصوصی افراد اشاره دارد که فرد دارنده بیمه موافقت می‌کند در ازای داشتن قرارداد بیمه، بپردازد.

با توجه به معیار منبع تأمین مالی، بیمه‌های درمان به دو دسته دولتی و خصوصی تقسیم می‌شوند.

بیمه درمان دولتی: بیمه‌هایی هستند که از طریق مالیات یا بخشی از درآمد افراد حقوق‌بگیر و برنامه‌های تأمین اجتماعی، تأمین مالی می‌شوند که عبارتند از:

بیمه مبتنی بر مالیات: در این بیمه‌ها منابع مالی از طریق حکومت مرکزی جمع‌آوری می‌شود. دولت‌های مرکزی، منابع مالی جمع‌آوری شده را به‌طور مستقیم به ارایه‌کنندگان خدمات پرداخت می‌کنند یا در اختیار پرداخت‌کننده ثالث [سازمان بیمه] قرار می‌دهند.

طرح‌های تأمین اجتماعی: این برنامه‌ها، برنامه‌های قانونی اجباری هستند که به‌طور عمده از طریق حق بیمه مشارکت‌کنندگان در تأمین اجتماعی، تأمین مالی می‌شوند. پرداخت‌ها معمولاً درصدی از درآمد فرد است. به عبارت دیگر حق بیمه بر اساس درآمد فرد تعیین می‌شود. عضویت در برنامه‌های تأمین اجتماعی برای گروه‌های خاصی از کارگران و کارفرمایان آن‌ها اجباری است. افراد بیمه‌شده و وابستگان آن‌ها در این برنامه در برابر زیان‌های مالی که در اثر بیماری و ناخوشی ایجاد می‌شود، محافظت می‌شوند. دولت تضمین‌کننده نهایی مزایای این برنامه است و معمولاً به‌طور مستقیم در تأمین منابع مالی مشارکت می‌کند.

بیمه درمان خصوصی: بیمه‌هایی هستند که از طریق حق بیمه‌های خصوصی تأمین مالی می‌شود. غالباً (نه همیشه) مشارکت در آن‌ها اختیاری است. با وجود این‌که دولت غالباً این نوع بیمه را نظارت و کنترل می‌کند، خطمشی یک کاسه کردن تأمین منابع مالی معمولاً از طریق دولت مرکزی تعیین نمی‌شود.

لازم است توجه شود که هم در بیمه‌های درمان دولتی و هم خصوصی پرداخت‌های از جیب از سوی افراد صورت می‌گیرد مانند پرداخت‌های مشترک، کسر حقوق، و بیمه‌های مشترک. برای مثال افراد دارای بیمه‌های دولتی، ملزم به پرداخت‌های مشترک هستند. در کشور کره، پرداخت‌های مشترک در بیمه‌های دولتی 50 درصد هزینه خدمات سرپایی و 20 درصد هزینه خدمات بستری را تأمین می‌کند.

ممکن است تأمین مالی بیمه‌های درمان خصوصی از طریق یارانه‌های دولتی یا کمک‌های مالی دولت‌های محلی انجام شود. با این که ممکن است بیمه‌های درمان خصوصی از طریق دولت و بیمه‌های درمان

دولتی از طریق منابع خصوصی تأمین مالی شوند، این مسأله ماهیت بیمه‌های درمان خصوصی و دولتی را تغییر نمی‌دهد. موضوع نحوه تأمین مالی، نشان‌دهنده کاربرد سیاست مهمی است. زیرا ممکن است درجه توزیع مجدد را در برنامه‌های بیمه سلامت تغییر دهد. (39)

معیار میزان اختیار افراد برای مشارکت در برنامه‌ها

برنامه‌های بیمه با توجه به میزان اختیار افراد برای مشارکت در آنها متفاوت است. به‌طور کلی چهار سطح اختیار قابل شناسایی است:

- **مشارکت اجباری در طرح بیمه فردی:** افراد به موجب اجبار قانونی، باید زیر پوشش برنامه‌های بیمه‌ای ویژه قرار گیرند. برای مثال برنامه‌های هزینه‌های کمرشکن پزشکی برای مراقبت‌های بلندمدت و بهداشت روان در هلند.

- **مشارکت اجباری در برنامه‌های بیمه‌های درمانی اما با آزادی عمل برای انتخاب از بین برنامه‌های مختلف:** این مورد مثالی از سیستم پرداخت چندگانه است. برای مثال قانون بیمه‌های بهداشتی سال 1996 سوئیس موردی از نظام‌های پرداخت‌کننده چندگانه است. در این قانون، بیمه‌های بهداشتی برای تمام ساکنان سوئیس الزامی کرده اما به آن‌ها آزادی عمل داده که از بین بیمه‌گرهایی که از نظر میزان حق بیمه‌ها، خدمات مدیریتی، و در برخی موارد در نوع پوششی که ارائه می‌دهند با هم تفاوت دارند انتخاب کنند. از سال 1996 در آلمان و از سال 1992 در هلند، افرادی که مجبور به مشارکت در بیمه هستند، می‌توانند خودشان بیمه خود [صندوق‌های بیماری] را انتخاب کنند. صندوق‌های بیماری به لحاظ میزان حق بیمه پرداختی با هم متفاوتند. هر سه مورد بالا برای جذب اعضای بیشتر با هم در رقابت هستند.

- **مشارکت بر اساس شرایط استخدام:** این برنامه از نظر قانونی اجباری نیست اما بر اساس موافقت کارگر و کارفرما یا بر اساس شرایط ویژه کارفرما ایجاد می‌شود. کارفرما دارای حق انتخاب برای دادن یا ندادن بیمه درمان به کارگر است. افرادی که در یک شرکت استخدام می‌شوند، به‌طور خود به خود بیمه‌شده یا می‌توانند عضویت در طرح بیمه را به دلخواه خود انتخاب کنند (همانند بیمه مبتنی بر کارفرما در ایالات متحد آمریکا).

- **مشارکت کاملاً اختیاری:** در این حالت، اجباری برای مشارکت، در طرح وجود ندارد. حتی اگر با استفاده از تخفیف مالیاتی یا دیگر مشوق‌های مالی، به مشارکت‌کنندگان انگیزه عضویت داده شود، باز هم اختیاری بودن

کامل عضویت حفظ می‌شود. این برنامه‌ها معمولاً¹ از طرف بیمه‌گران خصوصی ارائه می‌شود. هرچند موارد اندکی نیز وجود دارد که مالک بیمه اختیاری، دولت است. مثال این برنامه مدیبانک² است که به صورت خصوصی در استرالیا رایج می‌شود. (39)

طبقه بندی ساده بیمه‌های درمان به دو نوع اجباری و اختیاری

بیمه اجباری: برنامه‌هایی است که مشارکت در آنها بر اساس قانون، اجباری است چه نظام بیمه‌ای واحدی برای عضویت وجود داشته باشد یا این که افراد در انتخاب طرح بیمه/ بیمه‌گر آزاد باشند. بیمه اجباری می‌تواند کل جمعیت یا گروه‌هایی از بین جمعیت (مانند افراد با درآمدی کمتر از سطح مشخص) را تحت پوشش قرار دهد. زمانی که بیمه درمان اجباری، بخش بزرگی از جمعیت یا تمام ساکنان یک کشور را پوشش می‌دهد، با عنوان بیمه درمان ملی² نامگذاری می‌شود.

بیمه اختیاری: برنامه‌هایی است که مشارکت بیمه‌شده در آنها اختیاری است یا این که کارفرما به اختیار خود می‌تواند انتخاب کند که پوشش بیمه را به کارگران خود ارائه کند، البته به اختیار خود یا با توافق جمعی. (39)

برنامه‌های بیمه سلامت فردی یا گروهی

افراد می‌توانند به طور فردی تحت پوشش بیمه قرار گیرند یا این که پوشش بیمه به علت عضویت در یک گروه، برای مثال بیمه‌ای که توسط کارفرما رایج می‌شود، باشد. در آمریکا بیشتر بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه‌های درمان اختیاری مبتنی بر کارفرما هستند. در حالی که افراد خوداشتغال و بیکار و یا افرادی که به لحاظ قانونی نمی‌توانند از بیمه‌های مبتنی بر کارفرما استفاده کنند، می‌توانند بیمه‌های فردی خریداری کنند. تمایز میان بیمه‌های گروهی اهمیت زیادی دارد. به این علت که بیمه‌های گروهی می‌توانند عناصر اجتماعی مهمی را به پوشش خصوصی اضافه کنند. اغلب، حق بیمه‌های گروهی نسبت به حق بیمه‌های فردی کمتر است. به این علت که هزینه‌های مدیریتی پایین‌تر بوده و میزان یک کاسه کردن

1- MediBank

2- National Health Insurance

زیادتر است. طبقه‌بندی ساده‌ای از بیمه‌های درمان بر اساس فردی یا گروهی بودن در زیر ارائه شده است:

■ بیمه‌های درمان گروهی استخدامی برنامه‌ای است که کارکنان یک شرکت را تحت پوشش قرار می‌دهد. اغلب، بیمه‌گران، بیمه‌های گروهی را به‌عنوان مقوله‌ای مجزا، با یک‌کاسه‌کردن و قیمت‌گذاری مخصوص به خود و متفاوت با سایر انواع بیمه‌ها ارائه می‌کنند که عموماً **بسته‌های مختلف** مزایای متفاوتی نیز دارد.

■ بیمه‌های درمان فردی: بیمه‌هایی است که اختصاص به گروه خاصی ندارد. (39)

طبقه‌بندی الگوهای بیمه درمان

با گروه‌بندی معیارهایی که در پیش توصیف شد، گروه‌های اصلی طرح‌های بیمه درمان عبارتند از:

بیمه‌های درمان دولتی

- بیمه مبتنی بر مالیات
- بیمه تأمین اجتماعی

بیمه‌های درمان خصوصی

- بیمه‌های درمان اجباری
- بیمه‌های درمان خصوصی گروه‌های استخدامی
- بیمه‌های درمان خصوصی با نرخ‌بندی گروهی
- بیمه‌های درمان خصوصی با نرخ‌بندی بر اساس ریسک (39)

ترکیب بیمه‌های درمان

کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، دارای ترکیبی ناهمسان از ادغام بیمه‌های درمان خصوصی و دولتی هستند. طبقه‌بندی ارائه شده از الگوهای مختلف بیمه درمان نشان می‌دهد که

روش‌های متنوعی برای ترکیب بیمه درمان، فراتر از ترکیب بیمه دولتی یا خصوصی، بر پایه نوع تأمین منابع مالی آنها وجود دارد.

جدول 2-2: ترکیب انواع بیمه‌های درمانی و مسائل مرتبط با آنها

الگوی بیمه درمانی ترکیب انواع بیمه درمانی		بیمه مبتنی بر مالیات	تأمین اجتماعی	خصوصی اجباری	مبتنی بر کارفرما	نرخ‌بندی اجتماعی	نرخ‌بندی بر حسب ریسک
ترکیب دولتی – خصوصی		بیمه درمان دولتی		بیمه درمان خصوصی			
ترکیب اجباری – اختیاری		بیمه درمان اجباری		بیمه درمان اختیاری			
مسائلی که در ارتباط با ترکیب طرح‌های بیمه وجود دارد		فشار برای تأمین منابع مالی به‌صورت دولتی، مسئله تداوم و استمرار مالی، اثرات برنامه بیمه بر انعطاف‌پذیری بازار کار، میزان یک کاسه‌کردن		تأمین مالی با خود افراد است			
				میزان یک کاسه کردن، میزان پوشش		یک کاسه کردن خطر مطرح نیست	
				میزان تصاعدی‌بودن و یکپارچگی در طرح، میزان کمک‌های متقابل در طرح بیمه			
+Source:+OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Corporation and Development, June, 2004.							

در برخی کشورها بررسی ترکیب بیمه‌ها با یکدیگر از برخی ابعاد، مهمتر از ترکیب ابعاد دولتی-خصوصی است. برای مثال اگر در کشوری بیمه درمان دولتی وجود ندارد و کل جمعیت، تحت پوشش بیمه خصوصی اجباری است، بررسی ترکیب بیمه درمانی خصوصی اجباری و بیمه درمانی خصوصی اختیاری حائز اهمیت است.

وجود ترکیبات متفاوتی از بیمه‌های درمان مسائل سیاسی مهمی را ایجاد کرده است (جدول 2-2). برای مثال اگر فشارهای مالی در سیستم دولتی نگرانی‌هایی ایجاد کرده، توجه به سهم هر یک از بخش‌های خصوصی و دولتی اهمیت بیشتری خواهد داشت. اما در صورتی که نگرانی‌ها در مورد دولتی بودن پوشش

و دسترسی مردم به پوشش بهداشتی حداقل و پایه است، مسئله ترکیب اجباری یا اختیاری حائز اهمیت می‌شود. (39)

مسائل حاشیه‌ای و بخش‌های در دسرساز در طبقه‌بندی

مواردی از برنامه‌های بیمه وجود دارد که طبقه‌بندی آنها بر اساس معیارهایی که در بخش‌های گذشته به آنها اشاره شد، به آسانی امکان‌پذیر نیست. چند مورد از آنها به شرح زیر است:

- **بیمه‌های درمان اجباری که تأمین مالی آنها از طریق افراد و با حق بیمه ثابت انجام می‌شود:** در

حالی که این بیمه‌ها در طبقه‌بندی جزو بیمه‌های درمانی خصوصی است، برای اطمینان از دسترسی و ایجاد یارانه متقاطع، به شدت در مورد آن قانون‌گذاری شده است. (برای مثال نرخ‌بندی اجتماعی، ثبت‌نام آزاد و بسته مزایای محدود). به علاوه نظارت بر این نوع بیمه، به وسیله مقرراتی صورت می‌گیرد که متفاوت از مقرراتی است که برای برنامه بیمه‌های اختیاری به کار می‌رود.

- **بیمه‌های درمان خصوصی که برای خرید آن یارانه زیادی پرداخت می‌شود:** منابع مالی برای خرید

بیمه در این حالت به صورت عمده از منابع دولتی تأمین می‌شود. (به علت تخفیف مالیاتی زیاد و این که حق بیمه‌های برخی افراد کم درآمد به میزان زیادی توسط دولت پرداخت می‌شود). با این وجود، برنامه‌های مذکور با توجه به معیارهای دیگر هنوز هم خصوصی است. این معیارها عبارتند از: مدیریت برنامه (که از طریق بیمه‌های خصوصی است)، نظام‌های نظارتی، ویژگی‌های بازار بیمه و نقش‌های آن در ارتباط با نظام بیمه دولتی و غیره. برای مثال در فرانسه افراد کم درآمد کمک‌های زیادی از دولت می‌گیرند تا بیمه درمان مکمل بخرند.

- **برنامه‌های بیمه‌ای وابسته به دولت برای کارکنان دولت:** طبقه‌بندی این گونه برنامه‌ها ممکن است

مسئله‌ساز باشد. اغلب، دولت به طور مستقیم هزینه مراقبت‌های بهداشتی کارکنان خود را می‌پردازد و یا این که قسمت عمده حق بیمه آنان را جهت پوشش بیمه درمانی پرداخت می‌کند. با این وجود ممکن است این منابع مالی به سازمان‌های تأمین اجتماعی پرداخت نشود (برای مثال ترکیه)، یا این که برای خرید بیمه‌های درمان اصلی برای کارمندان شهری، از بیمه‌های تجاری استفاده کند (مانند آلمان). این

برنامه‌ها ممکن است به‌عنوان بیمه خصوصی که توسط کارفرما ایجاد و حمایت شده (مانند مورد آلمان) و یا به‌عنوان بیمه درمان دولتی برای کارمندان دولت (مانند ترکیه) طبقه‌بندی شود. (39)

ویژگی‌های مهم دیگری از بیمه‌های بهداشتی که در طبقه‌بندی دخیل شده‌اند

یک سری متغیرها وجود دارد که در گونه‌شناسی وارد نشده، اما این متغیرها ویژگی‌های نمادین نظام بیمه‌های درمان‌اند که در تجزیه و تحلیل سیاست‌های بیمه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرند. این متغیرها همچنین عملکرد سیستم ترکیبی بیمه‌های درمانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. این متغیرها عبارتند از:

مدیریت / سرپرستی برنامه‌های بیمه و ماهیت وظایف آنها (دولتی یا خصوصی بودن)

بیمه‌های بهداشتی هم از طریق بخش‌های عمومی و هم از طریق بخش خصوصی قابل سرپرستی است:

- بخش عمومی از قبیل بخش‌های دولتی، مؤسسات بخش عمومی و ادارات تأمین اجتماعی
- بخش خصوصی از قبیل شرکت‌های غیرسهامی¹، بیمه‌های خصوصی انتفاعی، بیمه‌های خصوصی غیرانتفاعی و صندوق بیماری.

بر اساس دو معیار «مدیریت برنامه‌های بیمه» و «منابع تأمین مالی» طبقه‌بندی انواع بیمه‌های دولتی-خصوصی از تنوع بیشتری برخوردار می‌شود (جدول 2-3). در واقع، بیمه‌های درمان دولتی توسط موسسات بخش خصوصی، قابل مدیریت و ارائه است.

شرکت‌های بیمه غیرسهامی در بلژیک بخشی از برنامه تأمین اجتماعی هستند که از طریق حق بیمه‌های حقوق‌بگیران و منابع دولتی تأمین مالی می‌شوند. صندوق‌های بیماری در هلند مؤسسات قانونی مستقلی هستند که دارای هیئت مدیره‌ای است که توسط خود مؤسسات منصوب می‌شود. و بیمه‌گران خصوصی می‌توانند مدیریت برنامه‌های بیمه اجباری را برای بیمه‌شدگان خود انجام دهند. بر عکس حالت‌های بالا نیز امکان‌پذیر است؛ به این معنی که بیمه‌گران دولتی نیز می‌توانند بیمه‌های درمان خصوصی ارائه کنند. برای مثال در ایرلند، سازمان‌هایی تحت حمایت دولت محلی هستند که تا سال‌های 1990 به‌عنوان ارائه‌کنندگان انحصاری بیمه‌های درمان خصوصی فعالیت می‌کردند. در تعیین دولتی یا خصوصی بودن بیمه، کنترل بر

1- Mutual Companies



روش جمع‌آوری منابع (مالیات بر درآمد یا حق بیمه حقوق‌بگیران تأمین اجتماعی) نسبت به ماهیت دولتی یا خصوصی بودن بیمه‌گر از اهمیت بالاتری برخوردار است. عبارت بالا بیانگر این است که ماهیت بیمه‌گر معمولاً با مسائل سرپرستی بیمه ارتباط دارد. (39)

جدول 2-3: مثالهایی از ترکیب تأمین مالی و مدیریت توسط بخش‌های دولتی و خصوصی

مالکیت / مدیریت بیمه		منبع تأمین مالی
خصوصی	دولتی	
صندوق‌های بیماری هلند و بیمه‌های غیرسهامی بلژیک	طب ملی انگلستان	بیمه درمان دولتی (مالیات، حق بیمه‌های تأمین اجتماعی)
بیمه‌های مبتنی بر کارفرما و سازمان‌های حفظ سلامت در امریکا	بیمه درمان اختیاری ایرلند	بیمه‌های درمان خصوصی (حق بیمه‌های خصوصی)

Source: OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Corporation and Development, June, 2004.

روابط بین بیمه‌گران (رقابتی یا غیر رقابتی)

یکی دیگر از ویژگی‌ها، رقابتی یا غیررقابتی بودن روابط بیمه‌گران است. برای مثال برنامه هزینه کمرشکن درمانی برای مراقبت‌های درازمدت و بهداشت روان و برنامه صندوق بیماری برای خدمات درمانی هلند، هر دو، برنامه دولتی و بیمه اجتماعی است. برنامه اول، توسط صندوق‌های بیمه درمانی اجتماعی ناحیه‌ای اداره می‌شود که غیررقابتی است و برنامه دوم، توسط صندوق‌های بیمه درمانی اجتماعی ارائه می‌شود. در بیمه‌های درمانی خصوصی، بیمه‌گران معمولاً "برای جلب مشتری با هم رقابت می‌کنند. هرچند ممکن است در صورتی که چارچوب‌های نظارتی گوناگونی برای بیمه‌گران مختلف به کار رود، ماهیت رقابت تحت تأثیر قرار گیرد. (39)

قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات

برنامه‌های بیمه بر اساس نوع قرارداد بین بیمه‌گر و ارائه‌کننده مراقبت‌های بهداشتی و درمانی با هم متفاوت هستند. این قراردادها بر سه نوع هستند:

- **بیمه خسارت:** در الگوی بیمه زیان کامل، هیچ قراردادی بین بیمه‌گر و ارائه‌کننده خدمات وجود ندارد. بیمه خسارت، زیان وارد شده به افراد را طبق موضوع قرارداد جبران می‌کند که غالباً به دنبال بازگرداندن وضعیت مالی فرد به دوران قبل از زیان است (از طریق سهمیم شدن در هزینه‌ها یا کسر آن). بیمه خسارت، افراد را برای

انتخاب پزشکان (ومتخصصان)، بیمارستان و دیگر ارائه کنندگان مراقبت‌های بهداشتی آزاد می‌گذارد. در این نوع بیمه، بعد از دریافت صورت‌حساب سهم بیمه از هزینه‌ها پرداخت می‌شود. صورت‌حساب نیز معمولاً به صورت کارانه تنظیم می‌شود.

- **قراردادهای انتخابی:** بیمه‌گر با پزشکان، بیمارستان‌ها و ارائه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی مذاکره می‌کند و برای ارائه طیف مشخصی از خدمات به بیمه‌شوندگان خود با کمترین هزینه ممکن، با ارائه‌کنندگان قرارداد می‌بندد. قرارداد انتخابی، بیمار را از پیش‌پرداخت معاف می‌کند. این نوع قرارداد، کنترل هزینه‌ها را برای بیمه‌گر تسهیل می‌کند به این دلیل که به آنها قدرت خرید مستقیم در ارتباط با ارائه‌کننده خدمات می‌دهد. این نوع قرارداد به طور وسیعی در مراقبت‌های مدیریت شده به کار می‌رود و به تازگی جایگزین قراردادهای اجباری تمام ارائه‌کنندگان خدمات درمانی در بیمه‌های درمان اجتماعی هلند شده است.
- **ادغام ارائه‌کننده خدمات با بیمه‌گر:** در این نوع قرارداد، بیمه‌گر ارائه‌کننده خدمات به طور عمودی ادغام می‌شوند. ارائه‌کننده خدمات، مستقل از بیمه‌گر نیست. در واقع کارکنان، حقوق‌بگیر بیمه‌گر هستند یا این که ممکن است به طرق دیگر و تحت ترتیبات قراردادی مشخصی با بیمه‌گر ادغام شوند.

بازارهای اعطا شده به بیمه‌ها از منابع مالیاتی

دیگر ویژگی سیستم بیمه‌های درمان وجود تخفیف‌های مالیاتی برای بیمه است:

- **تخفیف‌های مالیاتی دولتی:** دولت می‌تواند برای افراد تحت پوشش بیمه‌های درمان و بیمه‌های درمان تحت حمایت کارفرما، تخفیف‌های مالیاتی در نظر بگیرد. بازگرداندن 30 درصد از مقدار کل پرداختی از طرف افراد در بیمه درمان اختیاری استرالیا، نمونه‌ای از این تخفیف‌هاست.
- **تخفیف‌های مالیاتی انتخابی:** در این حالت، کمک‌های دولتی به گروه‌های کم درآمد جامعه ارائه می‌شود تا از فشار مالی بر آنها در اثر استفاده از برنامه‌های بیمه کاسته شود. مثال این مورد، کمک‌هایی است که به افراد کم درآمد جامعه سوئیس در بیمه‌های درمان اجباری بعد از بررسی بضاعت افراد اهدا می‌شود.

مواد قانونی مؤثر بر یارانه‌های متقاطع در برنامه‌های بیمه

دولت ممکن است از طریق مواد قانونی و اهرم‌های نظارتی، یارانه‌های متقاطع در پرداخت حق بیمه بین گروه‌های با درآمدهای متفاوت و در مورد مزایای بیمه‌ای، انتقال ریسک بین گروه‌های با ریسک متفاوت را بهبود بخشد. ابزار مهم برای دستیابی به این هدف، اجبار قانونی برای استفاده از شیوه محاسبه حق بیمه بر اساس نرخ‌بندی اجتماعی است. ابزارهای مهم دیگری نیز هست که عبارت است از:

- **ثبت‌نام عمومی و ممانعت از خامه‌گیری و انتخاب ریسک:** در برخی از کشورها، بیمه‌گران مجبورند تمام افراد متقاضی بیمه درمان خصوصی را بپذیرند. این بیمه‌کنندگان نمی‌توانند از بین متقاضیان خود دست به انتخاب بزنند. این مسئله در بیمه استرالیا و هم‌چنین ایرلند برای افراد زیر 65 سال وجود دارد.
- **ارائه حداقلی از مزایا یا بسته مزایای استاندارد:** بیمه‌گر نمی‌تواند سطحی کمتر از سطح حداقل مزایای بیمه‌های درمان را ارائه کند و حتی به ارائه بسته مزایای استاندارد ملزم می‌شود.
- **پوشش مادام‌العمر که در این صورت، بیمه‌گر ملزم به ارائه پوشش بیمه‌ای مادام‌العمر به افراد است.** به این معنی که بیمه‌گر نمی‌تواند افرادی را که سال‌ها تحت پوشش بوده‌اند، از سر خود باز کند یا رد کند تا پوشش را به افراد جدید ارائه دهد. مگر در شرایط استثنایی از قبیل رفتارهای غیرصادقانه یا تقلب.

طبقه‌بندی کارکردهای بیمه‌های درمان خصوصی

نقشی که بیمه‌های درمانی خصوصی در ارتباط با بیمه درمانی دولتی بازی می‌کنند، در کشورهای عضو سازمان همکاری و توسعه اقتصادی تفاوت‌های زیادی دارد. به منظور تحلیل اثرات متقابل بیمه‌های درمانی دولتی و خصوصی بر همدیگر، اثرات ناشی از این قبیل تعامل‌ها بر روی سیستم بهداشت و ویژگی‌های بازار بیمه‌های درمانی دولتی و خصوصی و بیمه‌های خصوصی در بخش بهداشت را می‌توان بر اساس عملکرد آنها در سیستم ترکیبی بیمه‌ها و بر اساس دو متغیر اصلی زیر طبقه‌بندی کرد (جدول 2-4).

- **استحقاق عضویت در بیمه‌های درمان دولتی:** برخی از گروه‌های جمعیتی، واجد شرایط برای عضویت در بیمه‌های دولتی نیستند. افراد، دارای حق انتخاب هستند و می‌توانند خود را به‌طور خصوصی بیمه کنند. در نهایت

در صورتی که هیچ‌گونه پوشش بیمه دولتی وجود نداشته باشد، پوشش بیمه‌ای می‌تواند از طریق بیمه خصوصی صورت گیرد.

- خدمات بهداشتی تحت پوشش: ممکن است بیمه‌های خصوصی، خدماتی را تحت پوشش قرار دهد که جزء بسته خدمات اساسی سیستم بیمه دولتی باشد. یا خدماتی که توسط بیمه دولتی ارائه نمی‌شود.

جدول 2-4: طبقه‌بندی کارکردهای بیمه‌های درمان خصوصی

افراد بدون بیمه دولتی	افراد دارای بیمه دولتی	واجد شرایط بودن برای بیمه‌های درمان دولتی خدمات تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی
بیمه خصوصی اولیه • جایگزین • اصلی	بیمه خصوصی مضاعف	بیمه‌های خصوصی خدمات ضروری را پوشش می‌دهد که تحت پوشش بیمه دولتی نیست.
	بیمه خصوصی مکمل	بیمه خصوصی، سهم بیمار از هزینه‌های سیستم بیمه دولتی را پوشش می‌دهد
	بیمه خصوصی تکمیلی	بیمه خصوصی، خدمات سطح بالایی را تحت پوشش قرار می‌دهد که تحت پوشش سیستم بیمه دولتی و بیمه خصوصی اصلی نیست.

+Source: +OECD Health project. Proposal for taxonomy of health insurance, Organization for Economic Corporation and Development, June, 2004.

تعریف انواع کارکردهای بیمه‌های درمان خصوصی

بر اساس دو معیار فوق بیمه‌های خصوصی را می‌توان به چهار نوع (بیمه اولیه - اصلی / جایگزین، بیمه مضاعف، بیمه مکمل و بیمه تکمیلی) تفکیک کرد:

در مرحله جمع‌آوری داده‌های آماری، تمایز بین عملکردهای مختلف مشکل است و برخی از خدمات بیمه‌ای بیش از یک عملکرد را دارا هستند. تمایز مفهومی برای تسهیل تجزیه و تحلیل سیاست‌ها مفید خواهد بود. (39)

تعریف کارکردهای بیمه سلامت خصوصی

1. بیمه فصولی اولیه. نوعی از بیمه خصوصی است که دسترسی را فقط برای پوشش درمانی پایه ایجاد می‌کند، به این علت که افراد از هیچ‌گونه بیمه دولتی برخوردار نیستند. عدم برخورداری از بیمه‌های دولتی به این علت است که یا هیچ‌گونه

بیمه دولتی در جامعه وجود ندارد یا افراد، واجد شرایط عضویت در بیمه‌های دولتی نیستند یا این که واجد شرایط عضویت هستند، اما به انتخاب خود تحت پوشش بیمه دولتی قرار نمی‌گیرند. این نوع بیمه خصوصی به دو دسته تقسیم می‌شود:

بیمه فصولی جایگزین: این نوع بیمه خصوصی، خدماتی را تحت پوشش قرار می‌دهد که از طرق دیگر

یعنی بیمه اجتماعی، بیمه‌های دولتی و تحت حمایت کارفرما ارائه می‌شود. به عبارت دیگر بیمه خصوصی جایگزین بیمه‌های بالا می‌شود.

بیمه فصولی اصلی: این نوع بیمه خصوصی، دسترسی انحصاری به خدماتی را امکان‌پذیر می‌کند که

اصولاً در برنامه‌های تأمین اجتماعی وجود ندارد. در صورتی که پوشش به‌صورتی خصوصی باشد یا این که افراد، بیمه خویش‌فرما باشند، برنامه‌های بیمه اجباری، کارفرما را نیز شامل می‌شود.

2. بیمه فصولی مضاعف: در این حالت بیمه خصوصی، خدماتی را تحت پوشش قرار می‌دهد که در حال حاضر

تحت پوشش بیمه درمان دولتی هم هست. با این وجود می‌تواند به ارائه‌کنندگان متفاوت و خدمات در سطح متفاوت دسترسی ایجاد کند. از قبیل:

- دسترسی به مراکز بهداشتی خصوصی که از طریق بیمه دولتی قابل دسترسی نیست البته در صورتی که هزینه کامل خدمات توسط بیمه خصوصی پرداخت شود؛
- دسترسی سریع و انحصاری به خدمات بدون ایستادن در صف انتظار سیستم دولتی؛
- دسترسی به خدمات بدون وارد شدن در سیستم ارجاع؛
- اعطای حق انتخاب پزشک، بیمارستان یا دیگر ارائه‌کننده خدمات. تحت پوشش بودن این بیمه، افراد را از پرداخت هزینه‌های بیمه درمان دولتی معاف نمی‌کند.

3. بیمه فصولی مکمل: بیمه‌ای است که پوشش ایجاد شده توسط بیمه‌های دولتی و بیمه‌های خصوصی اصلی/

جایگزین، را تکمیل می‌کند. در بیمه‌های دولتی و بیمه‌های خصوصی اصلی/جایگزین، بیمه‌شده بخشی از هزینه اصلی را می‌پردازد. این هزینه‌ها با عنوان سهم بیمار پرداخت شده و از روش‌های دیگر بازپرداخت نمی‌شود (مانند پرداخت‌های مشارکتی). بیمه خصوصی تکمیلی، این هزینه‌ها را بازپرداخت می‌کند.

4. بیمه فصولی تکمیلی: این نوع بیمه، خدمات بهداشتی اضافی را تحت پوشش قرار می‌دهد که این خدمات تحت

پوشش برنامه دولتی نیست. برحسب کشور، این نوع بیمه، خدماتی را در بر می‌گیرد که تحت پوشش بیمه‌های دولتی

نیست؛ از قبیل مراقبت‌های تجملی، مراقبت‌های درخواستی، مراقبت‌های بلندمدت، خدمات دندانپزشکی، خدمات دارویی و توانبخشی، خدمات پزشکی جایگزین یا مکمل، هتلینگ ممتاز و ارائه امکانات رفاهی در بیمارستان (حتی هنگامی که بخش‌هایی از خدمات مانند (وسایل پزشکی) تحت پوشش سیستم دولتی است). (39)

روش محاسبه حق بیمه در بیمه‌های درمان

قبل از این‌که به بحث در مورد روش‌های محاسبه حق بیمه پرداخته شود، لازم است به رویکردهای تعیین حق بیمه اشاره شود. دو رویکرد در تعیین حق بیمه وجود دارد؛ اولی مبتنی بر یک کاسه کردن ریسک در سطح جامعه است. این رویکرد زمانی مناسب است که سیستم بیمه اجباری باشد و افراد با ریسک پایین نتوانند از آن خارج شوند. ماهیت اجباری سیستم، شکل‌های مختلفی از سیاست‌گذاری را امکان‌پذیر می‌کند:

- **محاسبه حق بیمه بر اساس درآمد:** این روش به‌طور معمول در گونه‌هایی از طرح‌های تأمین اجتماعی مورد محاسبه قرار می‌گیرد که میزان پرداختی هر فرد درصدی از درآمد اوست.

- **نرخ بندی گروهی حق بیمه:** در نرخ بندی گروهی، حق بیمه بر اساس ریسک متوسط یک گروه محاسبه می‌شود، تا این‌که تمام بیمه‌شدگان مشارکت‌کننده در «یک کاسه کردن»، حق بیمه برابری پرداخت کنند. با وجود این‌که بیمه‌گران می‌توانند در استفاده از روش نرخ‌بندی اجتماعی حق بیمه‌ها، به‌عنوان استراتژی ارائه خدمات، انتخابی عمل کنند، مواردی نیز وجود دارد که قوانین دولت، نرخ‌بندی اجتماعی را اجباری می‌کند (برای مثال بیمه‌های درمان اختیاری در استرالیا و ایرلند، همچنین بیمه‌های درمان اجباری در سوئیس).

- **محاسبه حق بیمه بر اساس ریسک:** در این روش حق بیمه افراد، وابسته به ریسک سلامتی آنهاست. و از طریق اصول محاسبه ریسک بر اساس علل بیماری‌زای مورد انتظار، با استفاده از مدارک و گزارش‌های درمانی گذشته افراد یا اظهارات شخصی آنها محاسبه می‌شود. برای این منظور، اطلاعات در مورد ریسک فرد جمع‌آوری می‌شود.

دو شیوه برای جمع آوری اطلاعات وجود دارد. شیوه اول این است که بیمه‌گر برای به دست آوردن اطلاعات در مورد واقعیت‌های خطرساز تلاش می‌کند. بیمه‌گر حداقل اطلاعات مربوط به سن، جنس و شغل فرد، شیوه‌های زندگی و رفتارهای غیربهداشتی مانند مصرف الکل و دخانیات را جمع‌آوری می‌کند. در عمل، به دست آوردن تاریخچه مراقبت‌های درمانی بیمار، مهمترین بخش در ارزیابی ریسک است. مطالعات مختلف نیز نشان داده است که مهم‌ترین عامل تعیین کننده استفاده آتی از مراقبت‌های درمانی، همان استفاده گذشته این مراقبت‌ها بوده است.

شیوه دوم جمع‌آوری اطلاعات، تنظیم و فرموله کردن سیاست‌گذاری‌ها به گونه‌ای است که در آن، مردم وادار به افشای موقعیت‌ها و وضعیت‌های خطرساز خود می‌شوند. به عنوان مثال تصور کنید که ناچارید از بین دو خط مشی یکی را انتخاب کنید. خط مشی اول 50 درصد تخفیف بابت حق بیمه معمولی می‌دهد، اما فقط 60 درصد هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی را پوشش می‌دهد. خط مشی دوم تمام حق بیمه را می‌گیرد و پوشش کامل هزینه را تعهد می‌کند. (39)

بسته خدمات پایه سلامت

منابع گردآوری شده در صندوق بیمه درمان برای خرید مجموعه‌ای از مداخلات بهداشتی درمانی استفاده می‌شود که تمام اعضای صندوق معمولاً واجد شرایط دریافت آن‌ها هستند. این بسته خدمتی باید تا حد ممکن جامع بوده و در ضمن بر اساس محدودیت‌های منابع مالی صندوق بیمه‌ای تنظیم شده باشد. بعلاوه خدماتی که در این بسته گنجانده می‌شود باید با خواست‌های جامعه یعنی کارایی و عدالت سازگار باشد به عبارتی از منابع به بهترین شکل ممکن استفاده شود. موضوع اساسی‌تر این است که لازم است بیماران خدمات مورد نیاز خود را در بسته خدمتی یافته و بتوانند به صورت کارا آن را دریافت نمایند.(1)

طراحی بسته خدمات سلامت

اصلی‌ترین و بنیادی‌ترین مفهوم زمینه‌ساز علم اقتصاد، این حقیقت است که در عین نامحدود بودن نیازها و تمایلات بشر، منابع موجود محدود و فناپذیر است.

حال، تأثیر این‌که منابع ما محدود و تمایلات نامحدود است، چیست؟ نتیجه آن است که ما با گزینه‌ها و انتخاب‌هایی مواجه خواهیم شد. انتخاب یعنی این‌که چه کاری انجام دهیم؟ پول را کجا خرج کنیم؟ و چگونه وقت خود را صرف نماییم؟ چنین امری به این معناست که افراد باید از بین گزینه‌های مختلف، انتخاب انجام دهند. چنین انتخابی بستگی به این دارد که افراد چه ارزشی برای گزینه‌های مختلف قائل می‌شوند. برای جامعه یا کشور انتخاب به این صورت است که چه چیزی انتخاب یا چه چیزی مصرف کند؟ مثال بارز و شایعی از این امر، تلاش دولت و تصمیم‌گیری در مورد نحوه تخصیص بودجه در بین بخش‌های مختلف خود است. مثلاً چنانچه بخش سلامت یک دلار بیشتر دریافت کند، بخش حمل و نقل یک دلار کمتر دریافت خواهد کرد. بنابراین نیاز به انتخاب کردن برای تخصیص منابع محدود، وظیفه خطیر هر دولت است.

به دلیل محدودیت منابع در بخش سلامت ما نمی‌توانیم همه مراقبت سلامتی را که تمایل داریم ارایه کنیم این مسأله به این معنی است که ما قادر نیستیم تمام افراد و بیماری‌ها را درمان کنیم. در نتیجه، مجبور هستیم

انتخاب‌های سختی را برای آنچه انجام خواهیم داد، صورت دهیم و این به معنای اولویت‌بندی در بخش سلامت است.

در محیط سیاسی و اقتصادی فعلی، دلایل متعدد و تأثیرگذاری وجود دارد که باید اولویت‌های آرایه خدمات سلامت را تعیین نمود. نخست، تقاضا برای مراقبت سلامت، در حال رشد است و همین روند نیز ادامه خواهد یافت. این امر تا حدی ناشی از این حقیقت است که درآمد سالانه در حال افزایش است. با وقوع چنین امری، امید به زندگی بالاتر می‌رود و لذا افراد تا سنین بالاتری زنده می‌مانند و خدمات سلامت بیشتر و احتمالاً متنوع‌تری را مصرف می‌کنند. به همین ترتیب با افزایش سطح سواد و آموزش، افراد آگاهی بیشتری نسبت به مسائل سلامت پیدا می‌کنند و برای درخواست خدمات مراقبت سلامت، مایل‌تر می‌شوند. به‌طور مشابه، با افزایش ثروت، افراد منابع بیشتری برای جستجو و دریافت مراقبت و تقاضای فن‌آوری‌های جدیدتر خواهند داشت. بنابراین، منطقی است که باور کنیم همه، بیشتر و بیشتر می‌خواهند.

اما از طرف دیگر، دلیل دوم برای ضرورت تعیین اولویت‌ها، این حقیقت است که اکثر دولت‌ها، با محدودیت‌های بودجه‌ای قابل توجهی دست و پنجه نرم می‌کنند. در عین این‌که هر فرد ممکن است مراقبت سلامت بیشتری مطالبه کند، محدودیت‌های بودجه دولت باعث می‌شود که نوع و میزان خدمات سلامتی که دولت قادر به آرایه آن است محدود باشد؛ به‌خصوص هنگامی که «هزینه واحد» خدمات نیز در حال افزایش باشد. همزمان، هزینه‌های صرف شده دولت، هم از داخل و هم از دید اهدا کنندگان بیرونی زیر ذره‌بین نقد قرار دارد. با در نظر گرفتن همه این مسائل، عوامل بالا اهمیت فزاینده این نکته را مطرح می‌کنند که هزینه‌های صرف شده از جانب دولت در امر سلامت باید منعکس کننده اولویت شفاف و روشن باشد و منابع محدود موجود، به بهترین و اثربخش‌ترین شیوه ممکن برای رفع مشکلات سلامت مورد استفاده قرار گیرد.

دلیل طراحی بسته خدمات بیمه سلامت

زمانی که تصمیم‌گیری در مورد سازوکار مورد استفاده برای این امر صورت گرفت، تصمیم بعدی باید راجع به شکل یا ساختار اولویت‌بندی اتخاذ شود. رویکردی که به وفور مورد استفاده قرار گرفته، تعریف یک بسته

از خدمات سلامت است که منعکس کننده اولویت‌های انتخاب شده باشد. رویکرد دیگر این است که به سادگی، تأمین مالی و ارایه خدماتی را که به‌عنوان اولویت مشخص شده‌اند (مثلاً آنهایی که در یک فهرست گنجانده شده‌اند) انجام دهیم.

طراحی یک بسته خدمات سلامت مزایای گوناگونی به دنبال دارد. با انباشت تعدادی از مداخلات در کنار یکدیگر، ممکن است بتوانیم از مزیت استفاده مشترک از درون‌دادهای خاص و بنابراین کاهش هزینه دریافت خدمات بهره‌مند شویم. گروهی کردن خدمات با یکدیگر در داخل یک بسته منافع زیر را به همراه دارد:

- برقراری ارتباط بین پیشگیری و درمان
- کسب برون‌دادهای متعدد از درون‌دادهای
- امکان تعیین تمام درون‌دادهای مورد نیاز
- امکان هماهنگ‌سازی منابع
- امکان جهت‌دهی تقاضا برای خدمات

یک بسته خدمات می‌تواند بین فعالیت‌های پیشگیری و درمانی ارتباط برقرار کند، به عوض آنکه به آنها به‌صورت مجزای از یکدیگر بنگرد. بنابراین در یک بسته خدمات این نکته لحاظ می‌شود که با بذل توجه کافی به مقوله پیشگیری، می‌توان بسیاری از فعالیت‌های درمانی و هزینه‌ها را حذف نمود.

در شرایطی که درون‌دادهای مورد نیاز برای مداخلات خاص، چنانچه صرفاً به‌صورت ناکامل و ناقص مصرف شود، منجر به هزینه‌های بالا می‌شوند، بسته‌بندی مداخلات در کنار یکدیگر می‌تواند از طریق به اشتراک گذاشتن درون‌دادهای و امکان دستیابی به برون‌دادهای متعدد، از هزینه‌ها بکاهد. به‌عنوان مثال، تهیه یک میکروسکوپ برای بررسی ادرار در یک مرکز درمانی ممکن است از این دیدگاه، هزینه‌بر باشد اما زمانی که همین میکروسکوپ را بتوان برای مداخلات دیگری مانند بررسی خلط در بیماری سل نیز مورد استفاده قرار داد، آن وقت هزینه این درون‌داد، به اشتراک گذاشته می‌شود.

بسته خدمت ما را مجبور می‌کند که تمام درون‌دادهایی را که ممکن است برای ترویج و ارایه یک مداخله خاص به آن احتیاج داشته باشیم، مشخص نماییم. ارایه مداخلات ایمن‌سازی و واکسیناسیون به کودکان اگر همراه با برنامه‌های آموزشی یا ترویجی نباشد اثربخش نخواهد بود.

از بسته‌بندی خدمات می‌توان برای تعیین و هماهنگی منابع فنی و اجرایی و آموزشی مورد نیاز، کمک گرفت. همزمان، از طریق غربالگری بیماران در سطوح مختلف مراقبت، می‌توان از رویکرد بسته‌بندی برای بهبود استفاده از منابع تخصصی‌تر استفاده کرد و اطمینان حاصل نمود که ارجاع به مراکز سطوح بالاتر، صرفاً در موارد لزوم صورت می‌پذیرد.

ساختار یک بسته خدمات را می‌توان طوری طرح‌ریزی کرد که به افراد مرتبط با یکدیگر برسد؛ مثلاً مراقبت مادر و کودک با یکدیگر ادغام شود. به این صورت است که یک بسته خدمات، صرفاً فهرستی از مداخلاتی که کنار یکدیگر جمع شده‌اند نخواهد بود، بلکه از آن می‌توان برای هدایت و جهت‌دهی تقاضا برای خدمات استفاده کرد.

علاوه بر دلایل بالا، برای بسته‌بندی خدمات با یکدیگر که عمدتاً دلایل بالینی هستند، مزایای مهمی نیز از دیدگاه سیاسی قابل تصور است. به دلیل این‌که دولت‌ها از توانایی محدودی برای تعیین اولویت‌ها و برنامه‌ریزی سرمایه‌گذاری‌ها برخوردارند، طراحی یک بسته خدمات در اطمینان یافتن از این قضیه کمک می‌کند که اولویت‌دارترین مداخلات و فعالیت‌ها، فراموش نشده‌اند. فرایند طراحی یک بسته خدمات، مسئولیت برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری در زیر ساختار، تربیت کارکنان و خرید درون‌دادهای مرتبط مانند داروها و تجهیزات را آسان‌تر می‌کند. تعریف این‌که حداقل چه کارهایی لازم است انجام شود، مشخص می‌کند که چه درون‌دادهایی مورد نیاز است. در نهایت، تعریف یک بسته از خدمات سلامت با اولویت بالا، کمک می‌کند بتوانیم تمایز و افتراق شفاف بین آن‌چه توسط دولت انجام می‌شود و آن‌چه قرار است توسط بخش خصوصی انجام شود برقرار کنیم. بدون چنین تمایز و افتراق شفاف و روشنی، بسیاری از دولت‌ها قربانی اتخاذ این رویکرد شده‌اند که «سعی کن همه کارها را خودت انجام دهی»؛ این رویکرد باعث می‌شود که همه چیز به شیوه‌ای بد و نامناسب انجام شود. بسته خدمات می‌تواند به دولت‌ها کمک کند تا توجه خود را بر خدمات اولویت‌دار متمرکز کنند و بقیه را به بخش خصوصی بسپارند.

البته، یک بسته پایه خدمات سلامت، راه‌حلی کامل و بی‌نقص برای مشکلات بخش سلامت نیست. علیرغم بهترین تلاش‌های طراحان برای ارایه اطلاعات و تعیین تقاضاها، ممکن است مشتریان کماکان خدمات دیگری

را تقاضا کنند و در مورد آنهایی که در بسته خدمات موجود است، میان بر بزنند، و ترکیب و ادغام بسته در بین عموم مردم و یا صاحبان حرف پزشکی، فاقد اعتبار یا غیرمرسوم جلوه کند. به علاوه، نیازهای اطلاعاتی برای طراحان یک بسته خدمات، قابل توجه است. البته این نیازها، بدون در نظر گرفتن این که یک نفر در درون بخش تصمیم به ترکیب کردن یک بسته خدمات بر مبنای اولویت‌ها گرفته است، باقی خواهد ماند.

هم‌زمان باید دانست که استفاده از اولویت‌بندی (از طریق یک بسته خدمات پایه)، تنها ابزار سیاست‌گذاری نیست که دولت‌ها برای تأثیرگذاری بر کارایی و عدالت در سلامت در اختیار دارند. سایر ابزارهای سیاست‌گذاری موجود عبارتند از ارایه اطلاعات، قانونگذاری و وضع مقررات، مالیات‌ها و یارانه‌ها، سرمایه‌گذاری‌های مستقیم و همچنین پژوهش. فرایند اولویت‌بندی و تعریف یک بسته خدمات، تعداد زیادی از این ابزارهای سیاست‌گذاری را (هر یک به درجاتی) به کار می‌گیرد. البته دولت‌ها می‌توانند و شاید بتوان گفت لازم است علاوه بر طراحی بسته خدمات، از این ابزارها در کنار بسته خدمات و به عنوان مکمل آن استفاده کنند. (40)

خصوصیات بسته پایه خدمات بیمه سلامت

یک بسته پایه خدمات سلامت، سه خصوصیت اصلی متمایز کننده دارد:

- مشخصاً شامل مجموعه محدودی از تمام مداخلات مراقبت سلامت است که فناوری طبی روز، ارایه آنها را ممکن ساخته است. بسته خدمات سلامت، ماهیتاً محدود خواهد بود. طبق تعریف، این بسته نه می‌تواند شامل همه چیز باشد و نه این‌گونه خواهد بود. فرایند اولویت‌بندی در تعیین خدماتی که از نظر ما مهمترین و بنابراین پایه‌ای‌ترین هستند، کمک خواهد کرد. کاملاً ممکن است خدمات بسیار بیشتری از این بسته حذف شوند تا این که به آن اضافه شوند. البته با استفاده از روش‌های مختلف اولویت‌بندی می‌توانیم اطمینان حاصل کنیم خدماتی که در بسته گنجانده می‌شوند، آنهایی هستند که بیشترین ارزش را دارند.
- مداخلات به صورت تصادفی داخل بسته قرار نگرفته‌اند بلکه از یک فرایند اولویت‌بندی برای انتخاب آنها استفاده شده است تا به اهداف فنی یا اجتماعی خاص دست پیدا کنیم. تصمیم‌گیری در مورد این که چه چیزی وارد بسته می‌شود، مبتنی بر انواع خاصی از معیارها خواهد بود که باید توافق بر سر آنها صورت گیرد. ممکن

است توافق بین سیاست‌گذاران، گروه پزشکی یا جامعه، به‌عنوان کل روی دهد. در اصل امیدواریم که توافق بین تمام این ذینفعان راجع به معیارهایی که قرار است برای انتخاب بسته مورد استفاده قرار گیرد، رخ دهد. برای دستیابی به یک بسته خدمات پایه سلامت، باید راجع به معیارهایی تصمیم‌گیری کنیم که به وسیله آنها بتوانیم منابع را تخصیص دهیم. این معیارها، می‌تواند از بین عوامل متعدد شامل موارد زیر باشد: هزینه، اثربخشی درمان‌ها، بار بیماری و یا ترکیبی از تمام این موارد ذکر شده.

● **مداخلات در داخل بسته خدمات از یکدیگر مستقل نیستند.** در واقع بسیاری از آنها اختصاصاً برای تکمیل یا تقویت یکدیگر انتخاب شده‌اند و هم‌افزایی بین آنها وجود دارد. بسته خدمات سلامت چیزی فراتر از یک فهرست ساده از مداخلات است. در اصل، بسته خدمات باید به‌گونه‌ای ساختار بندی شود که درون‌داده‌های منفرد بتوانند یکدیگر را تکمیل کنند و مجموع حاصل، بزرگتر از جمع تک‌تک اجزا باشد. از نظر عملی، این نکته به معنی آن است که بسته خدمت، صرفاً جمع کردن یک به یک خدمات در کنار یکدیگر نیست. در باره این‌که چه خدماتی باید با همدیگر ارایه شوند و چه درون‌داده‌های دیگری نیز در کنار مداخلات اصلی سلامت نیاز خواهند بود باید بیندیشیم. (40)

تعریف بسته خدمات در بسترهای گوناگون

یک بسته پایه خدمات سلامت را می‌توان در بسترهای گوناگون فراهم نمود به‌گونه‌ای که محدوده گزینه‌های مربوط به تأمین مالی و ارایه خدمات به شیوه عمومی و خصوصی را پوشش دهد. ما بر دو وضعیت و موقعیت خاص متمرکز می‌شویم که حیاتی‌ترین و شایع‌ترین زمینه‌ها در بخش سلامت کشورهای در حال توسعه هستند:

● **ارایه و تأمین مالی خدمات سلامت توسط دولت:** در این مورد نقش واضح و روشنی برای اولویت‌بندی وجود دارد و معیارهای شفاف باید بسته خدمات سلامت را همراهی نماید. مشارکت دولت در بخش سلامت عموماً در راستای ارتقای هر دو هدف کارایی و عدالت است. استفاده از بسته خدمات سلامت می‌تواند مستقیماً بر این هدف تأثیر بگذارد.

● **ارایه و تأمین مالی خدمات سلامت توسط بخش خصوصی:** در این شرایط هم صرف هزینه از جانب بخش عمومی و هم از جانب بخش خصوصی در بخش سلامت به چشم می‌خورد. اگر بخواهیم مستقیم صحبت کنیم به دلیل این که بخش عمومی در تأمین مالی دخیل است. منطقی است که از یک بسته خدمات به همراه اولویت‌بندی استفاده کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که امکان دستیابی به اهداف کارایی و عدالت وجود دارد.

البته دلیل قانع‌کننده دیگری نیز برای استفاده از بسته خدمات در این شرایط وجود دارد. بسته خدمات مشخصاً به عنوان یک محصول فراگیر یا قابل قیاس به کار خواهد رفت. در این شرایط به دلیل این که ممکن است مشتریان مجبور به انتخاب از میان تعدادی از برنامه‌های سلامت یا بیمه‌گران خصوصی یا از میان ارایه‌کنندگان مختلف باشند، فراهم بودن یک بسته خدمات، انتخاب گزینه‌های آنان را ساده‌تر می‌کند. به این ترتیب که آن‌ها می‌توانند به مقایسه محصولات هم‌تراز و معادل یکدیگر بپردازند. بنابراین، برنامه‌های ارزان‌تر، کارایی بیشتری خواهند داشت نه آنهایی که خدمات کمتری ارایه می‌کنند. اینجا نیز بسته خدمات در ایفای نقش مهم اطلاع‌رسانی و تنظیمی، کمک می‌نماید.

همزمان مشتریان خواهند دانست حداقل چیزی که می‌توانند و باید انتظار داشته باشند، چیست. این امر تا حدی تضمین می‌کند که هر فرد، حداقل خدمات ممکن را دریافت خواهند کرد. و به نوبه خود منجر به بهبود عدالت می‌شود. کسانی که تصمیم می‌گیرند خدمات دیگری را خریداری نمایند نیز می‌دانند که چه خدماتی را انتخاب کنند و مسئولیت تأمین آن را بپذیرند.

بنابراین بسته‌های خدمات را می‌توان در شرایط مختلف متعددی طراحی کرد. علیرغم این که ممکن است اهداف خاص آنها بر حسب ماهیت تأمین مالی و ارایه خدمات، متفاوت از یکدیگر باشد، اما در کل، بسته‌های خدمات در بر طرف کردن نیازهای مهمی از جمله اطلاع‌رسانی و ارتقای کارایی و عدالت، کمک شایانی خواهند کرد. (40)

دریافت‌کنندگان خدمات بسته خدمتی بیمه سلامت

مسئله دیگر در بحث تعریف بسته خدمات آن است که این بسته برای چه کسی است و به صورت گسترده‌تر، این بسته ممکن است برای چه کسی نباشد؟ رویکردهای مختلفی را می‌توان در اینجا انتخاب کرد که همه آنها

ممکن است در یک کشور یا دوره زمانی خاص، مناسب باشد. هیچ پاسخ روشنی به این موضوع وجود ندارد، چرا که این پاسخ تا حد زیادی به نحوه ساختار بندی نظام سلامت و سایر سازمان های اجتماعی بزرگتر بستگی دارد. مشخصاً چند رویکرد به شکل زیر را مشاهده خواهیم کرد:

● **بسته منفرد فراگیر:** در این سناریو، بسته خدمات به عنوان سطح حداقل یا کف محسوب می شود که همه افراد باید به آن دسترسی داشته باشند. دو کاربرد مهم برای چنین رویکردی متصور است. نخست آنکه برخی بخش های جمعیت (اگر کلی بگوییم ثروتمندان) حداقل همان بسته ای را که به فقرا اختصاص می یابد، دریافت کنند. این امر، زمانی اهمیت خاص پیدا می کند که ما با منابع عمومی سروکار داریم. چنین سناریویی ممکن است با رویکرد جهت دهی هزینه ها به سمت نیازمندان و فقرزدایی مطابق نباشد. کاربرد دوم آن است که افراد غنی تر قادر خواهند بود که خدمات بیشتری را فراتر از آنچه در بسته خدمات ارایه می شود، تهیه نمایند. بنابراین، چنین رویکردی تا حد نسبتاً زیادی منجر به ایجاد یک نظام دوگانه می شود. البته کسانی که درآمد بیشتری دارند قادر خواهند بود چیزهای بیشتری نیز دریافت کنند (همه چیز از جمله خدمات سلامت) و لذا شکل گیری یک نظام دوگانه، اجتناب ناپذیر خواهد بود. مگر این که ما به دنبال برقراری عدالت در سطح منابعی باشیم که در اختیار هر یک از افراد قرار دارد.

● **بسته هدفمند برای زیرگروه های جمعیت:** رویکرد دیگر آن است که بسته خدمات را برای گروه های خاص هدفمند کنیم. این گروه ها ممکن است شامل بخش هایی از جمعیت مانند فقرا، زنان باردار و کودکان یا آنهایی باشد که در مناطق جغرافیایی خاص زندگی می کنند. در چنین مواردی، هدف از ارایه بسته خدمات به گروه های خاص، به خاطر مزایا و منافع مربوط به کارایی و عدالت و سلامت است که در فراهم آوردن دسترسی به گروه هایی که سابقاً از دریافت خدمات محروم بودند، متصور است.

● **بسته های متعدد:** در برخی موارد ممکن است دولت تعریف بسته های متفاوت برای جمعیت ها یا شرایط مختلف را مطلوب بداند. این حالت زمانی مصداق دارد که گوناگونی های جغرافیایی قابل توجهی از نظر هزینه ها و بهره بیماری ها به چشم می خورد، به صورتی که ارایه یک سری خدمات خاص در سطح کشور، مقدور یا حتی ضروری نیست. روش دیگر این است که تمایز بین بسته های خدمات، بر حسب هزینه هاشان و میزان منابع موجود آنها صورت گیرد. (40)

تنوع خدمات بسته خدمتی بیمه سلامت

یک بسته پایه خدمات سلامت باید شامل ترکیبی از مداخلات بالینی و بهداشت عمومی باشد. به علاوه، تمام مداخلات، فارغ از نوع آنها باید طبق معیارهای مشابهی ارزشیابی شوند.

یک بسته پایه خدمات سلامت باید شامل ترکیبی از مداخلات بالینی و بهداشت عمومی باشد. به علاوه، تمام مداخلات، فارغ از نوع آنها باید طبق معیارهای مشابهی ارزشیابی شوند. پیش فرض شایعی که غالباً وجود دارد آن است که مداخلات بهداشت عمومی، به خصوص خدمات پیشگیرانه، نسبت به مداخلات بالینی یا درمانی ارجح هستند. البته سنجش این موضوع باید به گونه‌ای شفاف صورت گیرد. در مورد فرایند تصمیم‌گیری جهت ترکیب سرهم‌بندی بسته پایه خدمات که توسط بانک جهانی توصیه شده بود، این فرایند شامل ارزیابی بار بیماری و سنجش هزینه‌های مداخلات و درمان‌های خاص بود. به عنوان بخشی از این فرایند، چنین نتیجه‌گیری شد که هر چند پیشگیری اولیه از طریق ایمن‌سازی، نمایانگر مداخلاتی بسیار هزینه‌اتربخش است اما هیچ گرایش قوی خاصی در مداخلات بهداشت عمومی از نوع پیشگیری اولیه به چشم نمی‌خورد که هزینه‌اتربخشی بالاتری داشته باشد.

● **مداخلات بهداشت عمومی:** این مداخلات در سه دسته اصلی قرار می‌گیرند و بسیاری از آنها را می‌توان در

یک بسته پایه خدمات سلامت گنجانند:

1. خدماتی که تغییر رفتارهای فردی را تشویق می‌کنند، کلاس‌های ترک سیگار برای کاهش استفاده از دخانیات، یا برنامه‌های اطلاع‌رسانی، آموزشی و ارتباطی برای افزایش استفاده از کاندوم جهت کاهش بیماری‌های آمیزشی و ایدز.

2. خدماتی که مخاطرات محیطی را کنترل می‌کنند، مثلاً برنامه‌های سم‌پاشی برای از بین بردن حشرات و پیشگیری از مالاریا، یا ارایه و نظارت بر محصولات ایمن مانند کمربندهای ایمنی برای کاهش بار تصادفات و آسیب جاده‌ای

3. خدماتی که مراقبت‌های خاص را به جمعیت ارایه می‌کنند مانند ایمن‌سازی، پروفیلاکسی شیمیایی یا غربالگری، مثلاً واکسیناسیون و ایمن‌سازی کودکان و بالغین، یا ارایه خدمات غذایی مکمل برای کودکان دچار سوء تغذیه و یا مادران باردار

● **مداخلات بالینی:** ممکن است برخی این گونه بیان کنند که مصرف خدمات پیشگیرانه و بهداشت عمومی می‌تواند نیاز به خدمات درمانی و بالینی را از بین ببرد. هر چند ممکن است این امر تا حدی صحیح باشد اما کاربردی بودن آن برای تمام موارد نامحتمل است. بنابراین هم مطلوب و هم ضروری است که مداخلات بالینی در بسته پایه خدمات سلامت گنجانده شود. البته با در نظر گرفتن این‌که این خدمات نیز مشمول معیارهای تأیید شده برای ورود به بسته خدمات هستند. مداخلات بالینی را می‌توان در گروه‌های مختلفی از تسهیلات ارایه کرد، از جمله درمانگاه‌ها یا مراکز بهداشتی درمانی، بیمارستان‌های منطقه‌ای و بیمارستان‌های مرجع، ممکن است سطوح مختلف تسهیلات بر مبنای امکانات تشخیصی و درمانی خود، پاسخ‌های متفاوتی به مشکل مشابه سلامت ارایه کنند. (40)

ارایه بسته خدمات سلامت پایه

پس از آنکه مشخص شد چه خدماتی در بسته خدمات پایه قرار دارد و چه کسی آنها را دریافت خواهد کرد دو مسأله دیگر مطرح می‌شود:

• ارایه بسته خدمات از طریق بخش عمومی یا بخش خصوصی

عامل اصلی برای این تصمیم‌گیری باید این باشد که چگونه می‌توان به کارایی در تولید و ارایه خدمات دست یافت. یک فرض شایع به این صورت بوده است که بخش خصوصی، کارایی بالاتری نسبت به بخش عمومی دارد. با در نظر گرفتن محدودیت‌های سیاسی و فرایندهای اجرایی، غالباً این فرض صحیح است. اما کماکان مواردی نیز هست که دولت می‌تواند به خوبی با ارایه کنندگان خصوصی به رقابت برخیزد و یا ممکن است در جایی که هیچ‌کدام از ارایه کنندگان خصوصی تمایل به ارایه خدمت ندارند این امر را تعدیل کند. اما تحلیل نقادانه باید بر این مسأله متمرکز باشد که چگونه می‌توان بسته خدمات را به **کارآمدترین** شیوه ارایه کرد؟

• گذار به سمت شرایطی که خدمات به عنوان جزئی از یک بسته ارایه شود

احتمالاً مشکل‌ترین سؤال این خواهد بود که چگونه می‌توان به سمت نظام سلامتی حرکت کرد که خدمات آن به عنوان بخشی از یک بسته خدمات ارایه می‌شود، به عوض آنکه مداخلات تصادفی در کنار یکدیگر باشند. هر چند ممکن است مشخص هم کرده باشیم که کدام روش ارایه خدمات بیشترین کارایی را دارد، اما همیشه محدودیت‌های سیاسی و سازمانی خاص وجود دارند که بر سرعت حرکت به سمت شرایط جدید تأثیر می‌گذارند.

به عنوان مثال، چنانچه مشخص شود که مراکز خصوصی قادرند مراقبت مورد نظر را با کارایی بیشتری نسبت به مراکز عمومی ارایه نمایند. نتیجه‌گیری به این صورت خواهد بود که تقاضا را به سمت مراکز خصوصی جهت‌دهی کنیم. مراکز عمومی را تعطیل کنیم و منابع مالی را صرف مقاصد دیگر (مانند پایش، وضع مقررات و نظارت) نماییم. اما این کار را نمی‌توان یک شبه انجام داد و در برخی موارد، به دلیل مخالفت‌های سیاسی و اجتماعی، امکان انجام آن اصلاً وجود ندارد. البته روش‌های میانه‌ای نیز وجود دارد که

می‌توان آنها را اتخاذ نمود. مثلاً این‌که بیمارستان‌های عمومی را خودگردان کنیم تا بتوانند عملیاتی شبیه هم‌تایان خود در بخش خصوصی انجام دهند. نظام ارجاع، مثال دیگری از مشکل بودن فرایند گذار است. بسته خدمات پایه در حالت ایده‌آل افراد را تشویق خواهد کرد (و از آنها خواهد خواست) که به عوض استفاده از بیمارستان‌های سطح دوم و سوم، از مراکز مراقبت سلامت اولیه استفاده نمایند. اما بسیاری از این مراکز در حال حاضر آن‌قدر مجهز و با امکانات نیستند که بتوانند جوابگوی تقاضاهای بالقوه باشند. بخشی از این نارسایی و شکست فعلی نظام ارجاع به همین دلیل است. (40)

تعیین هزینه‌های تأمین بسته خدمات پایه سلامت

گام دیگری که برای تعریف یک بسته خدمات پایه سلامت مورد نیاز است، تحلیل میزان هزینه‌های آن است. سه مسأله اصلی در اینجا وجود دارد:

هزینه و تأمین مالی

تخمین هزینه بسته پایه خدمات سلامت باید یک فرایند متناوب و مکرر باشد. تعیین این‌که چه مواردی گنجانده شوند؟ تخمین هزینه‌ها و منابع موجود و سپس تعدیل و حک و اصلاح آن‌چه قرار است گنجانده شود و همین طور پیش رفتن، تاجایی که تعادل بین آن‌چه قرار است گنجانده شود و سطح منابعی که در اختیار داریم به‌وجود آید.

مداخلات مختلف و جایگزین و هزینه‌های آنها

این احتمال وجود دارد که مداخلات متعددی برای برطرف کردن هر مشکل خاص سلامت وجود داشته باشد و این مداخلات مختلف، هزینه‌ها و پیامدهای گوناگونی نیز به دنبال دارند. ممکن است با در نظر گرفتن هزینه‌های مداخلات و میزان منابع موجود بتوان (یا حتی ضرورت داشته باشد) مداخله‌ای را جایگزین دیگری نماییم.

تعیین هزینه نهایی

هر چند که گرایش و روند کلی ممکن است به سوی استفاده از میانگین هزینه‌های خدمات (به دلیل موجود بودن داده‌ای آن) باشد اما روش مناسب‌تر در هنگام تعریف بسته خدمات، به‌کارگیری هزینه‌های نهایی است.

این شیوه، تغییرات مورد نیاز برای ارایه مداخلات سلامتی را که در بسته خدمات گنجانده شده‌اند، منعکس خواهد کرد. مثلاً کارکنان یا سایر درون داده‌های اضافی مانند داروها یا تجهیزات که بالاتر و فراتر از حد استفاده فعلی، مورد نیاز خواهند بود. (40)

متأسفانه از نظر عملی، جمع‌آوری این اطلاعات غالباً نسبت به داده‌های مربوط به میانگین هزینه‌ها مشکل‌تر است. چرا که داده‌های اخیر را می‌توان به آسانی با محاسبه آنچه در حال حاضر در بخش سلامت انجام می‌گیرد، به دست آورد. اما تکیه بر اطلاعات مربوط به میانگین هزینه‌ها که ممکن است هیچ ارتباطی با هزینه‌های حاشیه‌ای نداشته باشد، می‌تواند هزینه واقعی بسته خدمات را به میزان قابل توجهی کمتر از حد واقعی تخمین بزند. (40)

تأمین مالی بسته خدمات پایه سلامت

در کنار تخمین هزینه بسته خدمات سلامت، لازم است معین کنیم که پرداخت برای این بسته خدمات چگونه صورت می‌گیرد. مسائل اصلی در این باب عبارتند از:

چه میزان از منابع عمومی باید به سمت ارایه بسته خدمات هدایت شود:

همان‌گونه که پیشتر بحث کردیم، دلایل روشنی وجود دارد که چرا بخش عمومی باید در تأمین مالی و یا ارایه خدمات، مشارکت نماید. این دلایل عبارتند از: ترویج مناسب و تشویق به استفاده از خدمات سلامتی که خصوصیات کالاهای عمومی دارند، نقش دولت در ارایه اطلاعات به مشتریان و همچنین هدف مؤکد دولت‌ها برای بهبود عدالت و فقرزدایی. بنابراین دلایل شفاف‌تری در باب عدالت و کارایی وجود دارد که تأمین مالی عمومی را باید جهت پوشش هزینه‌های بسته خدمات، مورد استفاده قرار داد.

اما آنچه کمتر واضح است این است که چونه می‌توان تعیین کرد چه میزان از منابع عمومی باید برای تأمین مالی بسته خدمات، مورد استفاده قرار گیرد. آیا دولت باید تمام منابع موجود خود را برای پوشاندن هزینه بسته خدمات مجدداً به بخش سلامت تخصیص دهد و جابجا نماید، یا این‌که باید صرفاً بخشی از منابع را تخصیص دهد و مابقی را برای ارایه خدمات به شیوه‌های قبلی و سنتی‌تر ذخیره کند و نگهدارد؟ منابع خصوصی به چه میزان برای پرداخت جهت بسته خدمات مورد استفاده نیاز خواهد بود؟

دلایل منطقی به نفع دخیل نمودن تأمین مالی خصوصی برای بسته پایه خدمات سلامت، حداقل به عنوان بخشی از کل تأمین مالی، وجود دارد. مقادیر خاصی برای تسهیم هزینه‌ها یا فرانشیزها می‌توان مطالبه نمود تا برای پوشش دادن بخشی از هزینه‌های بسته خدمات (مثلاً هزینه داروها) کمک نماید. علی‌رغم این‌که این امر می‌تواند در جمع‌آوری منابع اضافه‌تر کمک‌کننده باشد (که ممکن است این سهم با در نظر گرفتن محدودیت‌های بودجه‌ای در برخی کشورها، اهمیت حیاتی داشته باشد)، باید مراقب بود که آنهایی که واقعاً نیازمند این خدمات هستند، از الزامات مالی آن معاف شوند.

درجاتی از تأمین مالی خصوصی را نیز می‌توان از طریق یارانه‌دهی متقاطع از ثروتمندان به فقرا انتظار داشت. به خصوص در جایی که فراهمی بسته پایه برای کل جمعیت تضمین شده است، نه این‌که برای فقرا هدف‌گیری شده باشد. در چنین شرایطی از مشارکت مالی جمعیت مرفه‌تر می‌توان برای پوشش دادن کل (یا تقریباً کل) هزینه بسته خدمات خود آنها و احتمالاً پوشش بخشی از هزینه بسته خدمات افراد نیازمندتر استفاده کرد. این امر در تکمیل و افزودن به اعتبارات عمومی موجود کمک می‌کند و می‌تواند منجر به ارایه بسته خدمات نسبتاً دست و دلبازتری (نسبت به قبل) شود. (40)

رویکردهای مختلف به اولویت‌بندی خدمات پایه

رویکردهای متعدد متفاوتی وجود دارد که برای تعیین اولویت‌های خدمات مراقبت سلامت، مورد انتظار قرار گرفته است:

● **تعریف دستجات مراقبت:** این رویکرد دربرگیرنده ارایه تعریف وسیع از دستجات کلی مراقبت است. پس از آن، تصمیمات جزئی‌تر و اختصاصی‌تر به سیاستمداران و متخصصان امر سلامت واگذار می‌شود. مزایای این رویکرد این است که اجازه انعطاف‌پذیری را می‌دهد و می‌تواند مقاومت سیاسی را در برابر اصلاحات به حداقل برساند چرا که هیچ‌گونه حذف و از رده خارج کردن به شیوه دقیق و جزئی در آن وجود ندارد تا سرمنشأ و کانونی برای مخالفت ایجاد نماید. اما این رویکرد ممکن است قادر به دستیابی به هدف تخصیص منابع به شیوه‌ای کارا نباشد، چرا که هم سیاستمداران و هم

متخصصان سلامت ممکن است در تعیین این‌که چه خدماتی را ارائه کنند، تضاد منافع داشته باشند. انگیزه‌های خود آنان ممکن است با انگیزه‌های جامعه، مطابقت نزدیکی نداشته باشد.

● **استفاده از معیارهای جزئی و دقیق:** رویکرد دیگر عبارتست از مشخص کردن و استفاده نمودن از معیارهای اختصاصی برای تعیین آن دسته از خدمات سلامت که لازم است اولویت دریافت کنند و بنابراین در یک بسته خدمات سلامت پایه گنجانده شوند. مثال‌هایی از این معیار عبارتند از: تعیین نیازها و ترجیحات جامعه برای تعریف یک فهرست اولویت از خدمات در ایالت اورگون آمریکا، معیارهای اثربخشی، کارایی و ضرورت و تعیین این‌که چه خدماتی را می‌توان به مسئولیت افراد واگذار کرد، که در هلند از آن استفاده شده است. و معیارهایی از این قبیل که یک مشکل سلامت، چه تعداد از افراد را درگیر می‌کند، آیا خدمات در دسترس و اثربخش هستند و هدف‌های کمی می‌توان تعیین نمود یا خیر؟ که در انگلستان مطرح گردید.

معایب رویکرد مبتنی بر تعیین معیارها آن است که جمعیت مشکل می‌تواند در مورد معیارهایی که باید مورد استفاده قرار بگیرند، به توافق برسد. حتی اگر توافق در زمینه معیارهایی که قرار است مورد استفاده واقع شوند، وجود داشته باشد، ممکن است مشکلاتی در سنجش معیارها بروز نماید. به‌عنوان مثال حتی اگر جامعه در مورد استفاده از معیار هزینه- اثربخشی به توافق برسد، در صورت نبود داده‌های تجربی، ممکن است عدم توافق چشمگیری در نحوه کمی‌سازی اثربخشی تکنیک درمان‌ها به‌وجود آید. به‌علاوه، اکثر این معیارها بر مبنای جمع‌آوری و کسب اطلاعات درباره ارزش‌های جامعه تعیین می‌شوند. این فرایند در عین این‌که حایز اهمیت است اما بعضاً انتظاراتی را درباره آن‌چه احتمالاً مطرح خواهد شد، به‌وجود می‌آورد. (بدون این‌که تعریف کافی از هزینه‌های مربوط ذکر نماید) و بنابراین بستر را برای ایجاد شرایط سیاسی خطرناک به‌وجود می‌آورد.

● **استفاده از خط‌مشی‌های بالینی یا ارزیابی فناوری:** در این رویکرد، اطلاع‌رسانی و آگاه‌سازی هر دو گروه بیماران و پزشکان به مثابه یکدیگر و درباره اثربخشی درمان‌های خاص (در شرایط و وضعیت‌های خاص) انجام می‌شود. این رویکرد از نتایج کارآزمایی‌های بالینی، پژوهش‌ها و تجارب

حرفه‌ای‌ها استفاده می‌کند. مزیت مجزا و حایز اهمیت این رویکرد آن است که به روشنی مشخص می‌کند چه زمانی ممکن است یک خدمت، از نظر فنی و عملی، سودمند باشد یا نباشد. عیب این رویکرد این است که غالباً دربرگیرنده یک جزء اقتصادی نیست، ارزش‌های جامعه را در ارزیابی دخیل نمی‌کند و یا به دنبال کسب دیدگاه‌های عمومی درباره ترجیحات اجتماعی نیست.

● **استفاده از فرمول‌ها یا الگوها:** رویکرد دیگر، از فرمول‌ها یا الگوها برای کمک به انتخاب بهترین ترکیب از خدمات استفاده می‌کند. چنین الگوهایی برای تعیین بهترین شیوه دستیابی به اهداف سلامت، بر ارزیابی‌های بار بیماری و تحلیل هزینه-اثر بخشی مبتنی است. این الگوها در برگیرنده تعیین هزینه‌ها و منافع مداخلات (مختلف) سلامت و همچنین ارزش‌گذاری پیامدهای مختلف سلامت هستند. مزیت چنین رویکردی آن است که مسأله کارایی را با در نظر گرفتن جزئیات و موشکافانه لحاظ می‌کند و قادر است ترجیحات اجتماعی را از طریق ارزش‌گذاری وضعیت‌ها و پیامدهای مجزای سلامت، در درون خود بگنجانند. بنابراین در این الگوها، رویکرد نسبتاً کمی و تحلیلی با اطلاعات کیفی راجع به ارزش‌های جامعه، با یکدیگر ترکیب می‌شوند. اما مشکل این روش، نیاز به داده‌های جزئی و غالباً نایاب یا کمیاب درباره هر دو نوع حوزه‌های فنی و اجتماعی است. مثالی از این رویکرد، متدولوژی باربیماری هاست که توسط بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت مورد استفاده قرار گرفته است.

همان‌گونه که اشاره شد، هر یک از این رویکردها، مزایا و معایب خاص خود را دارد و به خودی خود، روشی ایده آل به حساب نمی‌آید. اما ممکن است بتوان جنبه‌های خاصی از هر یک را در رویکردی جامع‌تر گنجانند و از آن برای تعریف اولویت‌ها و تدوین یک بسته خدمات پایه سلامت استفاده کرد. به عنوان مثال، می‌توان با اتکا به یک رویکرد، به دنبال کسب دیدگاه‌های عمومی درباره معیارهای کلی بود که قرار است مورد استفاده قرار گیرند و هم‌زمان درون همان چارچوب، متدولوژی تحلیل شفاف با به کارگیری تحلیل هزینه-اثر بخشی بنا نهاد. (40)

مبانی قانونی (وضع مقررات)

تعریف وضع مقررات

ما از عبارت وضع مقررات برای نشان دادن استفاده دولت از قوه قهریه و اجبار خود جهت اعمال محدودیت‌هایی برای سازمان‌ها و افراد استفاده می‌کنیم. بنابراین تعریف، تنها قوانین رسمی و مشروع، نه پاداش‌ها یا تغییر رفتارها، تحت عنوان مقررات قرار می‌گیرند. از این رو، وضع مقررات، طیف کاملی از ابزارهای قانونی (به‌عنوان مثال قوانین، فرمان‌ها، دستورات، نظام‌نامه‌ها، قوانین اجرایی و راهکارها)، را از قوانین اعلام شده توسط دولت یا نهادهای غیردولتی (مثلاً سازمان‌های نظارت بر خود) گرفته تا سایر نهادهایی که دولت قدرت وضع مقررات را به آنها تفویض کرده است، در بر می‌گیرد.

تعریف ما از وضع مقررات، قوانین و پیش‌نیازهای تحمیل شده بر فروشندگان از سوی خریداران بیمه‌های سلامت یا خدمات مراقبت سلامت را در بر نمی‌گیرد. به‌عنوان مثال، برنامه‌های بیمه اجتماعی و خصوصی، اغلب از طریق محدود کردن چگونگی پرداخت برای مراقبت و این‌که این پرداخت به چه کسی تعلق می‌گیرد، ارایه‌کنندگان را با محدودیت مواجه می‌کنند. این قبیل موارد را نمی‌توان مقررات نامید، زیرا قوانین رسمی و مشروع تحمیل شده توسط دولت‌ها نیستند، بلکه بیشتر قراردادهایی به شمار می‌روند که مذاکره میان خریدار و فروشنده را بیان می‌کنند. این مسأله حتی در مواردی که خود دولت به‌عنوان خریدار ایفای نقش می‌کند، صادق است.

دلایل وضع مقررات

پیش از این ذکر شد که اهداف وضع مقررات، به جهات مختلف با تکمیل یا اصلاح نتایج حاصل شده توسط بازارهای اقتصادی مرتبط است. نخست، هر جامعه‌ای که بر سازوکارهای مبادلات بازار اتکا داشته باشد باید اطمینان حاصل کند که مبادلات و معادلات به‌صورتی درستکارانه و آزاد صورت می‌گیرند. در این زمینه به یک مجموعه پایه‌ای از قوانین نیاز است که الزامات قانونی نقش‌آفرینان مختلف در معاملات بازار را تعریف کند و قدرت، پاسخگویی و مسئولیت هر یک از آنها را تعیین نماید. به‌عنوان مثال در بخش سلامت، دولت‌ها از

وضع مقررات به منظور برقراری الزامات و مسئولیت‌هایی هم برای خریداران (بیماران و مصرف‌کنندگان) و هم برای فروشندگان (پزشکان، داروسازان، بیمارستان و بیمه‌گران) استفاده می‌کنند تا اطمینان حاصل کنند که معاملات مورد توافق، درستکارانه و شفاف هستند و به‌صورتی قابل اتکا اجرا می‌شوند.

دومین دلیل برای وضع مقررات حتی در شرایطی که بازارها عملکرد خوبی دارند، از دیدگاه **یک** اقتصاددان نشأت می‌گیرد. به‌طور خاص، بازارها نمی‌توانند به توزیع نابرابر درآمد و نیازهای مختلف سلامت رسیدگی کنند. به‌عنوان مثال شهروندان فقیر خدمات اندکی از بیمارستان‌های سازماندهی شده بر اساس اصول بازار دریافت می‌کنند، به‌ویژه به این دلیل که آنها فقیر هستند و استطاعت پرداخت ندارند. به همین دلیل پزشکان اندکی در نواحی روستایی محروم ساکن می‌شوند، زیرا این نواحی فرصت‌های اقتصادی محدودی در اختیار آنها قرار می‌دهند. بازارهای بیمه نیز نمی‌توانند از منظر عدالت، نتایج قابل اعتراضی ایجاد کنند. به‌عنوان نمونه، بدون وجود مقررات، چنین بازارهایی، اغلب افراد دچار بیماری‌های مزمن را پوشش نمی‌دهند زیرا استطاعت پرداخت حق بیمه را ندارند. تمامی این موقعیت‌ها می‌توانند اقداماتی در جهت استفاده از وضع مقررات را برانگیزاند (و تا کنون نیز به چنین اقداماتی دامن زده‌اند) تا دسترسی برابر به مراقبت سلامت تقویت شود و توزیع وضعیت سلامت ارتقا یابد.

سومین دلیل وضع مقررات این است که بازارهای بخش سلامت اغلب شرایط پیش‌نیاز برای رقابتی منطقیاً اثربخش را دارا نیستند. این نارسایی بازار چندین نوع مختلف دارد. اول آن که مصرف‌کنندگان ممکن است قادر به قضاوت در مورد کیفیت کالاها یا خدماتی که مصرف می‌کنند نباشند. به‌خاطر چنین مشکلاتی آنها ممکن است قربانی پزشکان بدون مجوز و تأیید نشده شوند یا نتوانند داروهای حاوی ناخالصی را تشخیص بدهند. دولت‌ها می‌توانند به روش‌های مختلف نسبت به چنین موقعیت‌هایی واکنش نشان دهند. آنها ممکن است برای ارتقای انتخاب خریداران، اطلاعاتی را مثلاً از طریق الزامات مربوط به برچسب کالاها در اختیار آنها قرار دهند. به‌عنوان یک روش جایگزین آنها ممکن است از طریق اعطای مجوز به پزشکان یا محدود کردن داروهای قابل فروش، به محدود کردن آنچه در بازار عرضه می‌شود بپردازند.

عوامل تعیین کننده موفقیت مقررات

وضع مقررات یک فرایند پیچیده و دشوار است. نخست لازم است یک راهبرد مناسب برای وضع مقررات تدوین شود یعنی تصمیمات مبنی بر این که مقررات برای چه مواردی و چگونه وضع شوند؟ سپس باید فعالیت‌هایی مانند استخدام افراد و جمع‌آوری داده‌ها انجام شود. پس از آن باید به‌صورتی جامع نوشته شوند. سپس باید این قوانین را برای موارد خاص به‌کار برد. لازم است فرایندهایی برای پایش تعیین شوند تا تخطی‌کنندگان شناسایی گردند. این افراد، باید به تغییر رفتار خود متقاعد شده، در غیر این‌صورت جریمه شوند. تمامی این موارد باید با در نظر داشتن این نکته انجام شود که افراد تحت نظارت این مقررات به اعتراض خواهند پرداخت یا در پی تأثیرگذاری بر نهادهای نظارتی (برای رفتاری افتراق‌آمیز با آنها) برخوانند آمد. از این رو، وضع مؤثر مقررات نیازمند ترکیبی پیچیده از مهارت فنی، ظرفیت اجرایی و حمایت سیاسی است که تأمین آن برای کشورها همیشه چندان آسان نیست.

وضع مقررات هم‌چنین نیازمند تعدیل بر اساس شرایط محلی است. به‌عنوان مثال از آن جا که کشورهای پردرآمد و کم‌درآمد عموماً با موقعیت‌های مختلفی در نظام سلامت خود روبرو هستند، اقدامات آن‌ها هم در جهت وضع مقررات، متوجه حل مشکلات متفاوتی است.

علاوه بر مواجهه با مشکلات مختلف، کشورها دارای مجموعه‌های متفاوتی از توانمندی‌ها و نگرش‌ها برای وضع مقررات هستند. تجربه مداخلات مرتبط با وضع مقررات در سراسر جهان نشان می‌دهد که موفقیت اقدامات در این زمینه به سه جنبه کلیدی موقعیت یک کشور یعنی نگرش‌های فرهنگی، ظرفیت دولت و پیش‌تیبانی سیاسی بستگی دارد. به اعتقاد ما، لازم است تمامی این موارد در طراحی نهادهای وضع مقررات در نظر گرفته شود.

نگرش‌های فرهنگی

برای موفقیت کوشش‌ها در جهت وضع مقررات، دو نوع نگرش فرهنگی عمومی و اختصاصی اهمیت زیادی دارند. نگرش‌های عمومی، دیدگاه‌های شهروندان در مورد دولت و الگوی کلی واکنش آنان به اقدامات دولتی را شامل می‌شود. چنین نگرش‌هایی در سراسر جهان تفاوت‌های گسترده‌ای دارند.

ظرفیت دولت

وظایف مربوط به وضع مقررات معمولاً مسائل اجرایی و فنی دشواری را پیش می‌کشند. برای این کار ممکن است طیف وسیعی از متخصصان (از پزشکی، زیست‌شناسی و شیمی گرفته تا حقوق، اقتصاد و حسابداری) مورد نیاز باشند. ممکن است لازم باشد نظام‌های گسترده‌ای برای گردآوری داده‌ها و گزارش‌دهی ایجاد شوند. لازم است بازرسانی برای این کار تربیت و به‌کار گرفته شوند. همچنین باید قوانین کلی برای موارد اختصاصی به‌کار روند. تعیین و اجرای مقررات می‌تواند بار و مسئولیت سنگینی را بر دوش نهادهای مرتبط بگذارد. قوانین و قواعد به این دلیل که می‌کوشند تا مشخص کنند چه کاری مجاز است و چه کاری نیست، تمایل به مجسم کردن واقعیت به‌صورت سیاه و سفید دارند. با این حال، بسیاری از وضعیت‌های زندگی واقعی طیفی از رنگ خاکستری هستند و در نتیجه، به‌کار بردن مقررات در این موارد دشوار خواهد شد. این نکته به این معنی است که مجریان مقررات در آینده، از تمایز قابل توجهی در فرایند اعمال مقررات برخوردار خواهند بود.

موفقیت یک کشور در انجام این فرایندها تا حدود زیادی به ظرفیت سازمانی دولت بستگی دارد. در کشورهایی که از خدمات مدنی با کیفیت، نظام‌های قضایی و پلیسی با عملکرد مناسب، گزارش‌دهی مالیاتی اثربخش و مواردی از این قبیل برخوردار هستند، برقراری یک نهاد کارآمد برای وضع مقررات بسیار آسان‌تر است.

بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط و کم، از مهارت فنی، ظرافت اجرایی و نظام‌های اطلاعاتی لازم برای آگاهی دادن در مورد مقررات برخوردار نیستند. در نتیجه انواع کمتری از مقررات در کشورهای کم‌درآمد وجود دارند و مقررات موجود نیز اغلب بر وضعیت‌های کاملاً بارز و مشخصی که در آنها رفتار نامناسب می‌تواند مستقیماً امنیت عمومی را مختل کند متمرکز هستند. حتی در همین موارد هم اجرای مقررات غالباً حالتی غیریکنواخت داشته و بر اثر فساد مالی و پارتی‌بازی دچار مشکل می‌شود.

پشتیبانی سیاسی

مقررات چه جنبه قانونی داشته باشند و چه مبتنی بر یک بخشنامه اجرایی باشند، از طریق فرایندهای سیاسی تصویب می‌شوند. در تمامی کشورها گروه‌های ذینفع چه به صورت رسمی و چه غیررسمی سازماندهی شده‌اند. خواه کشور حاکمیتی تک حزبی داشته باشد یا توسط دموکراسی پارلمانی اداره شوند، خواه حاکمیتی موروثی داشته باشد یا توسط یک دیکتاتور نظامی اداره شود. این گروه‌ها به هر حال وجود دارند. این گروه‌های ذینفع می‌توانند نقش‌های بسیار قدرتمندی در تصمیم‌گیری در مورد مقررات داشته باشند. از این رو در طراحی مقررات، مهارت‌های سیاسی اهمیت زیادی دارند.

علاوه بر این، پشتیبانی سیاسی، هم برای آغاز فرایند وضع مقررات و هم برای تضمین اجرای اثربخش آن مورد نیاز است. گاهی کسانی که تحت نظارت مقررات قرار دارند در پی آن هستند که تصمیمات مهم مربوط به مرحله اجرا را به تأخیر بیندازند با این امید که بعداً در شرایطی که توجه عمومی و سیاسی کمتری به آن معطوف می‌شود بتوانند بر نهادهای اجرایی تأثیر بگذارند. تداوم پشتیبانی رهبران سیاسی برای پیشگیری از تسخیر نهادهای واضع مقررات و به دنبال آن تضعیف شدن کل تلاش‌ها، بسیار ضروری است.

طراحی نهادها و فرایندهای واضع مقررات

پیامد یک برنامه وضع مقررات، به طراحی جزئی نهادها و فرایندهای واضع مقررات و چگونگی واکنش مجریان اصلاحات به نگرش‌ها، ظرفیت‌ها و خصوصیات سیاسی آن کشور خاص بستگی دارد. برای این منظور، هم به صلاحیت فنی و هم به قضاوت صحیح نیاز است. مفاد مقررات باید به دقت تهیه و بیان شود، جریمه‌ها باید با میزان و شدت زیان‌ها یا خسارات وارد شده توسط خاطیان متناسب باشند و پاداش‌ها یا مجازات‌ها با مهارت با هم ترکیب شوند تا پایبندی به مقررات افزایش یابد. در غیر این صورت، اثربخشی مقررات نامحتمل خواهد شد.

از این رو، پیامدهای وضع مقررات تا حد زیادی به فرایند اجرا و به ویژه به توانایی وضع‌کنندگان مقررات در شناسایی، جریمه و ممانعت از خاطیان بستگی دارد. برای شناسایی موارد تخطی، وضع‌کنندگان مقررات به اطلاعات نیاز دارند که خود این امر، مسأله را پیچیده‌تر می‌کند. هنگامی که خاطیان شناسایی شدند هم، باید

مجازات در موردشان اجرا شود. پاسخ به این سؤال که چه کسی این وظایف را با حداکثر هزینه-اثر بخشی انجام می‌دهد آسان نیست. مسئولیت و قدرت ممکن است به یک نهاد دولتی، یک سازمان موازی دولت یا یک سازمان خصوصی تفویض شود. سازمان‌های موازی دولت اغلب به این دلیل مورد استفاده قرار می‌گیرند که از تأثیرات سیاسی مستقیم به صورت نسبی برکنار هستند، به ویژه زمانی که دولت غیرمؤثر، فاسد یا تابع گروه‌های ذینفع باشد.

جدول 2-5: سازمان‌های مختلف واضع مقررات در ارتباط با سازمان‌هایی که قرار است تحت نظارت قرار گیرند

بخش موازی دولت	بخش خصوصی	تحت نظارت مقررات وضع کننده مقررات	دولت
وضع مقررات دولتی برای شرکت‌های خصوصی	وضع مقررات در مورد برنامه‌های بیمه اجتماعی از قبیل صندوق‌های بیماری	دولت	ندارد
صندوق‌های بیماری که به وضع مقررات برای ارائه کنندگان خصوصی می‌پردازند، کمیسیون مشترک برای اعتباربخشی بیمارستان‌ها که مقررات بیمارستان را وضع می‌کند	ندارد	بخش موازی دولت	ندارد
نظارت بر خود از سوی انجمن‌های پزشکی	ندارد	بخش خصوصی	ندارد

انواع عمده مقررات در بخش بیمه سلامت

بیمه‌های خصوصی سلامت قراردادهایی پیچیده برای آینده هستند که طی آن‌ها فرد بیمه شده یک حق بیمه در ازای نوعی اجرت و پاداش خاص می‌پردازد که اگر اتفاقی غیرقابل پیش‌بینی در آینده رخ دهد آن را دریافت نماید. وضعیت‌ها، الزامات، پیشامدهای غیرمترقبه و موارد استثنای مشخص کننده این قرارداد، در بیمه‌نامه به دقت شرح داده می‌شوند. از آن جا که این قراردادها به زبانی فنی نوشته می‌شوند، فهم آن‌ها دشوار است و مصرف‌کنندگان ممکن است به آسانی مورد بهره‌کشی واقع شوند. در کشورهایی که بیمه خصوصی در آن‌ها فراگیر است، دولت‌ها اغلب برای پیشگیری از چنین بهره‌کشی‌هایی به روش‌های مختلف به وضع مقررات برای صنعت بیمه می‌پردازند.

بیمه سلامت می‌تواند توسط سه نوع سازمان ارایه شود: مؤسسات دولتی، سازمان‌های موازی دولت و شرکت‌های خصوصی. از آن جا که دولت به طور معمول، به وضع مقررات برای خودش نمی‌پردازد، بحث ما در مورد وضع مقررات، دو مورد آخر را شامل می‌شود. اکثر مقررات بیمه به سه هدف وضع مقررات مربوط

می‌شوند: تعیین قواعدی برای مبادلات درست‌کارانه، انجام آن‌چه بازارها قادر به انجام آن نیستند (مثلاً پیشبرد عدالت) و اصلاح موارد نارسایی بازار.

مقررات مربوط به بیمه سلامت بسته به اجباری یا اختیاری بودن آن‌ها متفاوت هستند. در مورد بیمه‌های اجتماعی اجباری، غالباً دولت نگران مسائل مربوط به عدالت، غیرمنصفانه بودن قیمت‌ها و فعالیت‌های تجاری متقلبانه است. در مورد بیمه‌های خصوصی اختیاری، وضع مقررات معمولاً جدی‌تر و گسترده‌تر است. زیرا شانس بیشتری برای تقلب و نیرنگ وجود دارد. با این حال، در اکثر کشورهای در حال توسعه، شرکت‌های خصوصی بیمه اختیاری با مقررات اندکی مواجه هستند، به این دلیل که پیش‌نیازهای مربوط به وضع مؤثر مقررات، وجود ندارد. این عدم وجود پیش‌نیازها به نوبه خود باعث جذابیت بیمه‌های خصوصی به‌عنوان یک راهبرد تأمین مالی در چنین موقعیت‌هایی می‌شود.

در جدول 6-2 انواع مختلف مقررات بیمه‌ای به‌صورت خلاصه ذکر شده‌اند. از آن‌جا که بیمه به ندرت اثرات خارجی و کالاهای ارزشمند را شامل می‌شود این موارد حذف شده‌اند.

جدول 2-6: انواع مختلف مقررات بیمه‌ای در کشورهای پردرآمد و کشورهای که درآمد متوسط دارند

نوع مقررات	کشورهای پردرآمد	کشورهای با درآمد متوسط
1- تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار الف: توانایی پرداخت بدهی طرح‌های بیمه‌ای ب: فعالیت مربوط به فروش و بازاریابی	الف: تعیین استانداردهای مربوط به حداقل سرمایه کافی و سرمایه آزاد ب: محدود کردن گزینه‌های سرمایه‌گذاری ج: تعیین پیش‌نیازهای گزارش‌دهی مالی د: تعیین استانداردهای صحت آماری بیمه‌های خصوصی و اجتماعی در طولانی مدت ذ: تبلیغات ر: مشخص کردن میزان کارمزد، محدود کردن قیمت‌های حداکثر برای فروش و بازاریابی ز: محتوا و شکل بیمه نامه	مقررات اندک در مورد بیمه‌های خصوصی سلامت با اجرای ضعیف، معمولاً شرکت‌هایی که قادر به کسب مجوز فروش شوند، سودهای هنگفتی می‌برند
تکمیل آن چه بازار نمی‌تواند انجام دهد الف: انباشت خطر ب: عدالت در تأمین مالی و منابع	الف: لازم است حق بیمه از سوی شرکت‌های بیمه بر مبنای کل جامعه تعیین شود ب: متقاعد کردن خانوارها برای ثبت‌نام در طرح‌های بیمه اجتماعی ج: حق بیمه مبتنی بر درصد دستمزدها در بیمه اجتماعی	قوانین مشابهی در مورد بیمه‌های اجتماعی وجود دارد، اما به‌صورتی ضعیف اعمال می‌شود
اصلاح موارد نارسایی بازار	الف: نیازمند ثبت‌نام آزاد است، از بیمه کردن مبتنی بر وضعیت پزشکی ممانعت بعمل می‌آید ب: حق بیمه با تعدیل برحسب خطر تعیین می‌شود ج: بیمه مجدد افراد پرخطر با انتقال اعتبارات به‌صورت گذشته‌نگر از بیمه‌گران با خطرات به‌طور میانگین پایین‌تر به کسانی که خطرات بالاتری را پوشش می‌دهند، صورت می‌گیرد د: نیازمند آن است که شرکت‌های بیمه حق بیمه را بر مبنای کل جامعه تعیین کنند ذ: ثبت‌نام کننده سوابق طبی و بیماری‌هایش را فاش می‌کند ر: نیازمند نسبت خسارات حداقل است یعنی حداقل درصدی از حق بیمه‌ها که باید برای منافع خدمات سلامت پرداخت شود.	مقررات بسیار اندکی وجود دارد کشورهای بسیار کمی در این مورد به وضع مقررات می‌پردازند
4- اصلاح نتایج غیرقابل قبول بازار الف: سوء استفاده از خدمات رایگان ب: هزینه-اثربخشی	الف: متقاعد کردن تمام جمعیت واجد شرایط برای ثبت‌نام در بیمه اجتماعی ب: وضع مقررات در مورد بسته مزایای بیمه اجتماعی	یکسان، اما اعمال آن اثربخشی کمتری دارد

تعیین شرایط پایه برای مبادلات بازار

مقررات مربوط به توانایی پرداخت بدهی طرح‌های بیمه‌ای

مشکلات مربوط به توانایی پرداخت بدهی‌ها در بیمه‌های خصوصی فراوان‌تر از نظام‌های بیمه اجتماعی هستند. در بیمه‌های اجتماعی، اعتبارات ناکافی معمولاً از طریق یارانه‌های دولتی، افزایش میزان حق مشارکت

یا کاهش منافع برطرف می‌شوند. در مورد بیمه‌های خصوصی، دولت‌ها برای پیشگیری از عدم توانایی پرداخت بدهی‌ها به وضع مقررات می‌پردازند.

ایالات متحده تنها کشور پردرآمدی است که برای تأمین اعتبار مراقبت‌های سلامت عمدتاً به بیمه‌های خصوصی داوطلبانه متکی است. از این رو، این کشور دارای بیشترین تجربه وضع مقررات در این مورد است. در اکثر موارد عدم توانایی پرداخت بدهی‌های شرکت‌های بیمه خصوصی به خاطر اشتباهات در تعیین قیمت‌ها در مقایسه با مطالبات پرداخت شده، سرمایه‌گذاری‌های نامناسب صندوق‌های ذخیره بیمه‌ای و تقلب مطرح است. پس از تجارب مربوط به چندین مورد ورشکستگی (که طی آن بیمه‌گر نمی‌تواند تعهدات خود را در قرارداد عمل کند)، دولت فدرال بر ایالت‌ها که مسئول وضع مقررات بیمه‌های خصوصی هستند فشار آورد که پیش‌نیازهای مالی خود را جدی‌تر کنند. در نتیجه، در حال حاضر ایالت‌ها معمولاً از بیمه‌گران می‌خواهند که استانداردهای خاصی در مورد حداقل سرمایه و سرمایه مازاد برآورده سازند، گزینه‌های خود را برای سرمایه‌گذاری محدود کنند و از استانداردهای گزارش‌دهی مالی تعیین شده پیروی نمایند. قوانین گوناگونی به کنترل قیمت‌گذاری، بیمه مجدد، ذخایر، تطابق دادن دارایی با تعهد، معاملات با شعب وابسته و مدیریت و گزارش‌دهی در اظهارنامه‌های مالی می‌پردازد. کشورهایی که بیمه‌های خصوصی در آن‌ها مستقر شده‌اند، اما چنین کنترل‌هایی در آن‌ها وجود ندارند، شاهد موارد قابل ملاحظه‌ای از ورشکستگی به خاطر فعالیت‌های تجاری نامناسب بوده‌اند.

دولت‌ها باید استانداردهای حداقلی برای تأیید کسانی که کارهای فنی کلیدی را در صنعت بیمه انجام می‌دهند تعیین نمایند. به عنوان مثال، مأموران احصائیه‌ای که میزان‌های حق بیمه و ذخایر را تعیین می‌کنند، اغلب تحت نظارت مقررات دولت یا جامعه حرفه‌ای خود قرار دارند. ابزار اولیه پایش توانایی پرداخت بدهی‌های یک شرکت و مرور اظهارنامه‌های مالی آن است.

وضع مقررات برای فعالیت‌های فروش و بازاریابی

اکثر بیمه‌های خصوصی از طریق عواملی فروخته می‌شوند که به ازای هر مورد فروش، کارمزد دریافت می‌کنند. به دلیل پیچیدگی قراردادهای بیمه‌ای، طرح‌های بیمه خصوصی و عوامل آن‌ها می‌توانند از اقدامات

فریکارانه برای فروش محصولات خود استفاده کنند. کشورهای پردرآمد با وضع مقررات و نظارت بر شکل و محتوای قراردادهای بیمه‌ای، موارد بالقوه فربکاری را تحت نظارت مقررات درمی‌آورند. طرح‌های بیمه باید فرم بیمه‌نامه‌های خود را برای تأیید نهادهای واضع مقررات تسلیم کنند. در غالب موارد، بروشورها و تبلیغات فروش هم تحت نظارت مقررات قرار دارند. علاوه بر این، کشورهای پردرآمد برای جلوگیری از پرداخت بیش از حد کارمزد توسط طرح‌های بیمه خصوصی، به عوامل فروش یا کارکنان خود به منظور ارتقای فروش، پیش‌نیازهای مربوط به نسبت خسارت را تعیین کرده‌اند که درصد بیمه‌ای را که می‌توان از آن برای اجرا، هزینه‌های فروش و منافع استفاده کرد، محدود نماید.

تقویت عدالت

وضع مقررات در مورد انباشت خطر

در یک بازار بیمه کاملاً رقابتی، قیمت تعادلی منعکس کننده مبلغ پرداختی (یعنی خطر) مورد انتظار برای هر فرد خواهد بود. این امر به این معنی است که افراد سالم باید حق بیمه کمتر و افراد ناسالم باید حق بیمه بیشتری بپردازند. با این حال برای پیشبرد عدالت، بسیاری از کشورها، افراد پرخطر و کم خطر را با هم در یک جامعه انباشت می‌کنند (تعیین حق بیمه جامعه‌ای)، به جای آن که حق بیمه‌های متفاوتی از گروه‌ها یا افراد مختلف دریافت کنند. به عنوان مثال در استرالیا از این رویکرد استفاده می‌شود. بیمه مجدد نیز به عنوان سازوکاری برای انباشت خطرات در یک جمعیت بزرگتر به کار می‌رود. در سال‌های اخیر در آلمان الزامی شده است که میزان پرداختی حقوق‌بگیران برای هر صندوق بیماری باید برای تمامی اعضا یکسان باشد و در کنار آن ترتیبی برای بیمه مجدد در نظر گرفته شود تا میزان خطرات بین صندوق‌های مختلف بیماری به صورت یکنواخت پخش گردد.

پرداخت حق بیمه سلامت بر مبنای توانایی پرداخت

حتی در زمانی که در یک کشور انباشت خطرات از تعیین میزان حق بیمه بر مبنای کل جامعه استفاده می‌شود، میزان ثابت و یکسان حق بیمه مستلزم آن است که یک کارگر با دستمزد کم، سهم بیشتری از

درآمدهای خود را نسبت به افراد با دستمزد بیشتر برای بیمه سلامت بپردازد. بنا به دلایل مربوط به عدالت، بسیاری از کشورهای پردرآمد برنامه‌های بیمه اجتماعی ایجاد کرده‌اند که در آن‌ها حق بیمه به جای این که یک مقدار ثابت باشد، بر یک درصد ثابت از دستمزد افراد مبتنی است. زمانی که چندین صندوق موازی دولتی، غیرانتفاعی و انتفاعی در کار هستند، اغلب از آن‌ها خواسته می‌شود حق بیمه‌های خود را به این طریق تعیین کنند (مثلاً شیلی). کلمبیا گامی از این هم فراتر رفته است. در این کشور در کنار یک حق بیمه مبتنی بر دستمزد، پرداختی اضافه بر سهم کارگران از بیمه اجتماعی در نظر گرفته شده و از عایدات آن برای یارانه دادن به بیمه فقرا استفاده شده است.

اصلاح موارد نارسایی بازار

وضع مقررات در مورد انتخاب بر حسب خطرات

همان‌طور که می‌دانید طرح‌های بیمه برای انتخاب خطر¹ (یعنی بیمه کردن افراد سالم و نپذیرفتن افراد دارای وضعیت سلامت نامناسب) از انگیزه کافی برخوردار هستند. برای مقابله با این اقدامات، دولت‌ها گاهی بیمه‌ها را ملزم می‌سازند تا هر کسی را که در طی یک دوره ثبت‌نام آزاد قصد ثبت‌نام دارد، بپذیرند. علاوه بر این، دولت‌ها می‌توانند با ممنوعیت بیمه کردن بر حسب وضعیت سلامتی، محدودیت محروم کردن افراد دارای بیماری‌های قبلی و ملزم کردن بیمه‌گران به عدم ابطال بیمه‌نامه کسانی که بیمار می‌شوند، انتخاب خطر را کاهش دهند. در ایالات متحده انتخاب بر حسب خطرات همچنان در بسیاری از بازارها، مشکلی جدی به شمار می‌رود، زیرا بیمه‌گران راه‌های مخفیانه بسیاری برای تشویق افراد ناسالم به ترک این طرح و ثبت در یک طرح بیمه دیگر دارند. ایالت نیویورک برای برطرف کردن چنین مشکلاتی، با انتقال اعتبارات به صورت گذشته‌نگر از بیمه‌گران برخوردار از خطرات کم به شرکت‌های مواجه شده با خطرات زیاد، یک سازوکار بیمه مجدد ابداع کرده است.

1- Risk Selection

وضع مقررات در مورد انتخاب معکوس^۱

مصرف‌کنندگان آگاه و مطلعی که می‌دانند، نسبتاً سالم هستند، ممکن است با محاسبه هزینه‌ها و منافع طرح‌های بیمه برای خود، قانع نشوند که بیمه شوند. اگر میزان حق بیمه‌ای که به آن‌ها پیشنهاد می‌شود منعکس‌کننده میزان خطرات باشد، آن‌ها ممکن است نسبت به خرید بیمه اقدام نکنند. در همین حین، آن‌هایی که می‌دانند بیمار هستند برای تحت پوشش قرار گرفتن شدیداً مشتاق خواهند بود. این انتخاب معکوس امکان انباشت هزینه‌های پوشش افراد سالم با افراد ناسالم را از بیمه‌گران می‌گیرد. در این صورت، حق بیمه‌ها - که بر مبنای هزینه‌های پوشش افراد ناسالم تعیین شده‌اند - برای اکثر افراد غیرقابل خرید خواهند بود. اغلب برای ممانعت از انتخاب موارد نامساعد و انباشت خطر میان پیر و جوان و سالم و ناسالم، از بیمه‌های اجباری استفاده می‌شود.

اصلاح انتخاب غیرقابل قبول بازار

وضع مقررات در مورد سوء استفاده از خدمات رایگان

بسیاری از کشورها برای افرادی که بیمه نشده‌اند و استطاعت پرداخت برای خدمات را ندارند، به ارائه خدمات سلامت دولتی یا رانه‌ای می‌پردازند. این ترتیبات ممکن است افرادی را که واجد شرایط پوشش بیمه هستند اما باید حق بیمه را بپردازند، تشویق کند که برای بیمه شدن اقدام نکنند. برای جلوگیری از مشکلات مربوط به سوء استفاده از خدمات رایگان، بسیاری از کشورها از تمامی افراد واجد شرایط پرداخت می‌خواهند که در برنامه‌های بیمه‌ای ثبت‌نام کنند. در این صورت خطرات در یک جمعیت بزرگ انباشت می‌شود که این امر یکی از مزایای عمده بیمه اجتماعی است.

وضع مقررات در مورد هزینه اثربخشی

با وجود اقدامات در جهت آموزش همگانی، خریداران ممکن است درک درستی از منافع بعضی خدمات پیشگیرانه خاص نداشته باشند. در نتیجه آن‌ها ممکن است بیمه‌هایی را که چنین خدماتی را پوشش می‌دهند

1- Adverse Selection

نخرند. از این رو دولت‌ها اغلب از وضع مقررات برای مشخص کردن حداقل خدمات سلامتی که باید در یک بسته منفعت وجود داشته باشد، استفاده می‌کنند.

سازماندهی

در برنامه‌های پوشش همگانی سلامت که مبتنی بر مالیات و بیمه سلامت اجتماعی هستند، مشارکت‌های افراد تجمیع شده و خطر بیماری افراد عضو صندوق هم بین آن‌ها توزیع می‌شود. این کار باعث می‌شود که افراد از نظر مالی دسترسی بیشتری به خدمات داشته و افراد بتوانند هزینه‌های بالای سلامت را بپردازند. گرچه تجمیع خطر یکی از اصول بیمه‌های اجتماعی است اما باید توجه داشت که این تجمیع، در کشورهای مختلف، یکسان اتفاق نمی‌افتد زیرا ممکن است تجمیع ریسک کامل در این کشورها وجود نداشته باشد. میزان دسترسی مالی به علاوه بر میزان پیش‌پرداخت یا حق بیمه پرداختی افراد بستگی به نحوه سازماندهی صندوق‌های بیمه‌ای یا به عبارتی گسیختگی در سازماندهی صندوق‌های بیمه‌ای دارد. گسیختگی در سازماندهی به معنای وجود تعداد زیادی صندوق بیمه‌ای است.

گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها ممکن است باعث شود که بخشی از جامعه به خصوص افرادی که درآمد کمتری دارند، به نسبت سایرین، حفاظت مالی کمتری در برابر هزینه‌های سلامت داشته باشند. صندوقی که افراد کم‌درآمد بیشتری عضو آن هستند به صورت طبیعی منابع کمتری خواهد داشت زیرا افراد عضو آن، حق بیمه کمتری را می‌پردازند و در نتیجه، بسته خدمتی این صندوق‌ها یعنی دسترسی به خدمات هم محدودتر خواهد شد. بنابراین کاهش میزان گسیختگی صندوق‌های بیمه‌ای باعث می‌شود که میزان دسترسی مالی به خدمات بهداشتی درمانی برای همه افزایش یابد.

البته باید توجه داشت که گسیختگی در سازماندهی تنها به معنای وجود صندوق‌های متعدد نیست زیرا می‌توان در آن واحد هم صندوق‌های متعدد داشت و هم سازماندهی گسیخته نباشد. برای این کار باید از سازوکاری تحت عنوان «یکسان کردن خطر»^۱ یا «صندوق‌های منسجم»^۲ استفاده کرد. بر اساس این سازوکار، منابع مالی صندوق‌های مختلف بین این صندوق‌ها توزیع می‌شود یعنی صندوق‌هایی که توانایی مالی بیشتری دارند باید بخشی از هزینه‌های صندوق‌های فقیرتر را جبران کنند یا این صندوق‌ها، بخشی از منابع خود را به صندوق‌های فقیرتر بدهند در این حالت سازماندهی گسیخته نخواهد بود.

1- Risk Equalization

2- Solidarity Funds

شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها

اولین شاخص گسیختگی در سازماندهی، وجود صندوق‌های متعدد بدون وجود سازوکار یکسان کردن خطر بین آن‌هاست. بیمه سلامت اجتماعی می‌تواند یک صندوق یا چندین صندوق داشته باشد. در حالتی که تنها یک صندوق وجود دارد تمام جریان مالی از طریق این صندوق جریان می‌یابد، در جایی که چند صندوق مختلف وجود دارد هر کدام از این صندوق‌ها منابع مالی جداگانه‌ای خواهند داشت. البته در حالتی که یک صندوق هم وجود داشته باشد این صندوق می‌تواند شعبه‌های متعددی در نقاط مختلف کشور داشته باشد. اما صندوق اصلی وظیفه گردآوری منابع مالی را داشته و این منابع هم از طریق همین صندوق جریان یابد. نمونه این وضعیت در کشور چین وجود دارد که در آن دفتر بیمه سلامت ملی، تمام صندوق‌ها را مدیریت می‌کند و مدیریت کامل بر روی منابع مالی دفاتر بیمه‌ای نقاط مختلف کشور دارد. باید توجه داشت که مهمترین مسئولیت این دفاتر این است که اعضا را جذب و ثبت‌نام کنند و نسخ پزشکی را بررسی کنند.(1)

دلایل مختلفی برای ایجاد صندوق‌های متعدد در بیمه سلامت اجتماعی وجود دارد - در این زمینه در زیر توضیح داده خواهد شد- اما برای دسترسی به بیمه همگانی، ایجاد صندوق واحد، گزینه مطلوب‌تری به نظر می‌رسد زیرا تجمع خطر با عضویت همه افراد در یک صندوق و استفاده آن‌ها از یک بسته خدمتی واحد به حداکثر خود می‌رسد.

همانطور که گفته شد، در حالتی که صندوق‌های متعدد وجود دارد، برای اجتناب از متفاوت شدن وضعیت مالی صندوق‌های مختلف، باید سازوکاری ایجاد شود که اطمینان حاصل شود که صندوق‌های مختلف تمام افرادی را به آن‌ها مراجعه می‌کنند، بدون توجه به با خطر سلامتی و سطح درآمد آن‌ها، ثبت‌نام می‌کنند. برای این کار می‌توان به صندوق‌هایی که افراد با خطر بیماری بالا را می‌پذیرند کمک مالی پرداخت کرد تا بتوانند خدمات لازم را برای این گروه فراهم کنند. علاوه بر این، باید انگیزه‌های صندوق‌ها را برای ایجاد سازوکار انتخاب افراد کم خطر و پردرآمد کاهش داد که این کار را می‌توان با ایجاد سیستم یکسان کردن خطر بین صندوق‌ها و ایجاد جریان مالی از صندوق‌های پردرآمد به صندوق‌های کم‌درآمد یا پرخطر ایجاد کرد.(1)

برای یکسان کردن خطر صندوق‌ها دو روش مختلف وجود دارد:

1-تنظیم ریسک: برای این کار باید خصوصیات جمعیت عضو صندوق‌های مختلف را که ممکن است تعیین‌کننده میزان هزینه آن‌ها باشند و همچنین احتمال استفاده آن‌ها از خدمات وجود داشته باشد را مورد بررسی قرار دارد. در حال حاضر شاخص‌های مختلفی برای این کار تعیین شده است از جمله: سن، جنس، ناتوانی، درآمد، وضعیت شغلی، منطقه - مناطق پر خطر و پریماری و روستایی یا شهری بودن - هزینه‌های سال قبل افراد، میزان استفاده از خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی.

به صندوق‌هایی که دارای تعداد غیرمعمولی از اعضا با خصوصیات بالا باشند یعنی احتمال وجود افراد با ریسک بالا در این صندوق‌ها زیاده‌تر باشد، می‌توان از طریق صندوق‌های یکسان‌کننده خطر، منابع مالی را از صندوق‌های کم‌خطر به این صندوق‌ها به صورت یارانه پرداخت کرد. این کار کمک می‌کند که اثر خطر عوامل گفته‌شده در بالا از بین برود، اگر چه این کار هم کاملاً خطر را بین صندوق‌ها یکسان نمی‌کند زیرا عوامل گفته‌شده در بالا، تنها برآوردی از احتمال ایجاد هزینه توسط افراد مختلف را نشان می‌دهد. علاوه بر این، به دست آوردن اطلاعات در مورد برخی از این ویژگی‌ها مانند سن، جنس، وضعیت شغلی و محدوده جغرافیایی زندگی، راحت‌تر از سایر ویژگی‌هاست. بنابراین باید برای یکسان کردن خطر بین صندوق‌های مختلف، ویژگی‌هایی را انتخاب کرد که علاوه بر صرفه اقتصادی برای تعیین آن‌ها، بتوانند هزینه‌های سلامت افراد را در طول یک مدت معین برآورد کنند. به عنوان مثال، گروه‌های مختلف سنی پنج‌گانه به همراه جنس و خصوصیات اپیدمیولوژیک منطقه‌ای که افراد در آن زندگی می‌کنند می‌تواند شاخص‌های خوبی برای این کار باشد.

2- تسهیم ریسک: در این حالت بخشی از هزینه‌ها را - هزینه‌های بالا- که در برخی از صندوق‌ها پرداخت شده است توسط سایر صندوق‌ها یا صندوق یکسان‌کننده خطر پرداخت می‌شود. با این سیستم می‌توان به عنوان مثال هزینه افرادی که از سطح معینی بالاتر باشد را پرداخت کرد.(1)

سازماندهی در بخش بهداشت و درمان

اصطلاح سازمان، هم به ساختار کلی نظام مراقبت سلامت و هم به تکتک مؤسساتی که خدمات مراقبت سلامت را ارائه می‌کنند اطلاق می‌گردد. از منظری دیگر، «سازماندهی» عبارتست از یک مفهوم مجزا که از درون داده‌ها (افراد، ساختمان و تجهیزات) استفاده می‌کند و یک ساختار قدرت تعریف شده دارد تا کالاهای

خدمات مختلف را تولید کند. حدود بسیاری از سازمان‌های خاص، واضح نیستند و تمام آنچه می‌توانیم انجام دهیم این است که همان‌گونه که پیش می‌رویم، معانی و تعاریف را شفاف کنیم. مجری اصلاحات که می‌خواهد اهرم کنترل سازماندهی را تنظیم کند باید به چهار مشخصه اصلی نظام سلامت توجه کند:

مجموعه سازمان‌هایی که خدمات مراقبت سلامت را ارائه می‌دهند

- تقسیم فعالیت‌ها میان این سازمان‌ها

- تعاملات میان این سازمان‌ها و ارتباط آنها با سایر اجزای نظام سیاسی و اقتصادی (بویژه این که چگونه

منابع مورد نیاز برای بقای خود را به دست می‌آورند)

- ساختارهای اجرایی درونی این سازمان‌ها

در برخی موارد دولت می‌تواند مستقیماً عمل کرده این ویژگی‌های نظام سلامت را تغییر دهد. در سایر موارد، دولت‌ها ممکن است از طریق سایر اهرم‌های کنترل و به صورت غیرمستقیم عمل کنند.

درک سازماندهی نظام مراقبت سلامت از این طریق ما را به شناسایی سه نوع مداخله در اهرم کنترل سازماندهی رهنمون می‌کند:

- **راهبرد «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد»:** اولین مجموعه مداخلات، بر دو مشخصه شناسایی شده در قسمت

قبل تمرکز می‌کند. یعنی بر تغییر مجموعه سازمان‌ها یا تقسیم وظایف میان آنها. این مداخلات ممکن است منجر به تغییراتی در ترکیب دولتی-خصوصی در مالکیت یا مقیاس و حوزه سازمان‌های جدید یا از قبل موجود گردند. اما مانند همیشه، علاقه ما به خود مشخصات سازمانی نیست، بلکه به اثرات آنها بر عملکرد نظام است.

- **راهبردهای انگیزه‌ای:** دومین گزینه، کارکردن بر روی سومین مشخصه بالا است، یعنی انگیزه‌های ایجاد شده به وسیله ارتباطات بین سازمان‌های مراقبت سلامت و سایر اجزای نظام.

- **راهبردهای مدیریتی:** این مداخلات چهارمین ویژگی ذکر شده را در بر می‌گیرند، یعنی تغییر آنچه درون

سازمان رخ می‌دهد. اگر دولت گرداننده نظام ارایه خدمات باشد به سادگی می‌تواند چنین تغییراتی را اعمال کند در غیر این صورت، برای ایجاد چنین تغییراتی باید بر سایر اهرم‌های کنترل تکیه کند. راهبردهای تمرکززدایی در این دسته قرار می‌گیرند زیرا دربرگیرنده تغییراتی در نحوه برقراری ارتباط بین بخش‌های مختلف دولت هستند که بسیار شبیه تغییراتی هستند که در سازماندهی درونی یک شرکت چندملیتی بزرگ رخ می‌دهد.

نقش‌های اصلی کارکنان و مدیران، به ما امکان می‌دهد روابط میان سه دسته گسترده از راهبردهایی را که

مطرح کردیم شفاف نماییم. راهبردهای انگیزه‌ای بر این استوار هستند که اگر فشار کافی بر سازمان وارد

گردد، تغییرات مدیریتی لازم برای ارتقای عملکرد را در خود ایجاد خواهد کرد. یک دیدگاه داروینی نیز وجود

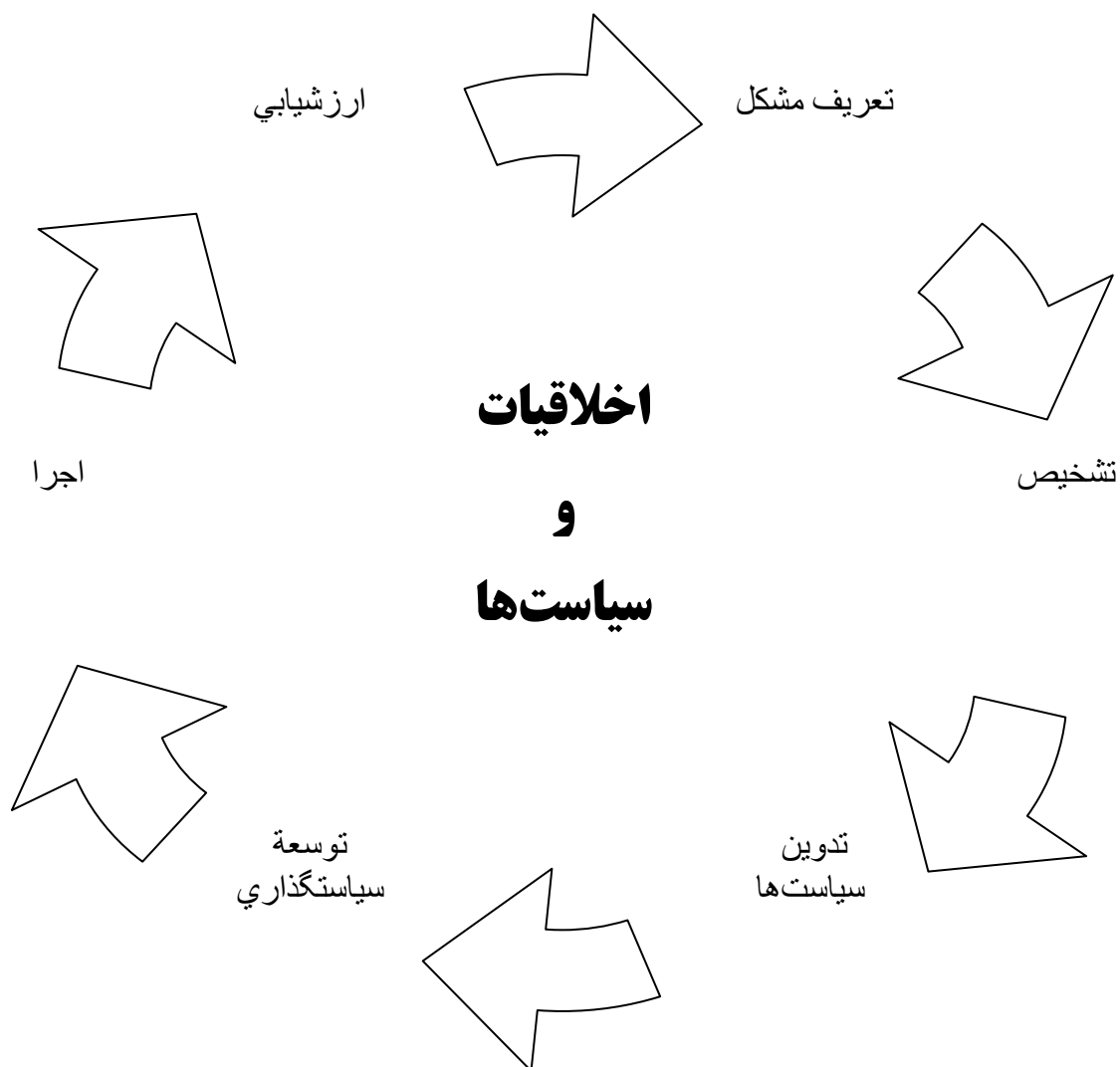
دارد مبنی بر این که سازمان‌هایی که بدون تغییر باقی بمانند کوچک می‌شوند یا از بین می‌روند، اما

سازمان‌هایی که تغییر و تطابق می‌یابند، نجات پیدا می‌کنند و به رشد و تعالی می‌رسند. تلاش‌هایی که با هدف تغییر «چه کسی چه کاری انجام می‌دهد؟» انجام می‌شوند، چنین فرض می‌کنند که سازمان‌هایی که کارکردهای جدیدی بدست می‌آورند، ظرفیت مدیریتی برای ارایه خدمات با کیفیت بالاتر و هزینه کمتر خواهند داشت.

متأسفانه غالب جنبه‌های اصلی مدیریتی اصلاحات پیشنهاد شده در باب سازماندهی، نامعلوم باقی می‌مانند به‌طوری که پیش‌بینی عواقب آنها دشوار می‌شود. آیا تمرکززدایی کنترل و نظارت بر مراکز سلامت و تفویض آن به سطح محلی، کیفیت خدمات را بهبود خواهد بخشید؟ به بیان دیگر آیا تغییرات، مدیرانی لایق‌تر و مسئول‌تر خواهند ساخت؟ آیا این مدیران باعث کاهش عزل و نصب و فساد خواهند شد؟ پاسخ به این پرسش‌ها، به چگونگی انجام اصلاحات بستگی دارد. لذا در کل بر این نکته تأکید باید کرد که در پیش‌بینی اثرات تغییرات سازمانی بر عملکرد نظام سلامت «شیطان در جزئیات است» یعنی نباید وارد جزئیات شد. (30)

سیاست‌گذاری

فرایند تغییر سیاست‌ها در حالت ایده‌آل خود، چرخه‌ای شامل 6 مرحله را طی می‌کند: تعریف مسائل، تشخیص علل پدید آمدن آن‌ها، تدوین طرح‌ها، گرفتن تصمیمی سیاسی در مورد برنامه‌های ابتکاری اصلاحات، سپس اجرای برنامه‌هایی برای اصلاحات و ارزشیابی پیامدهای آن‌ها. با شکل‌گیری مسائل جدید که سیاست‌گذاران باید به آنها بپردازند چرخه مجدداً آغاز می‌شود.



شکل 2-6: چرخه سیاست‌گذاری

البته در دنیای واقعی، اصلاحات به ندرت به چنین سادگی اتفاق می‌افتد. بر عکس تلاش‌ها در جهت اصلاحات ممکن است به جای ترتیبی که ذکر شد، از محل‌های متفاوتی در چرخه شروع شوند، از برخی مرحله‌ها نگذرند یا چند مرحله را به صورت همزمان طی کنند. با این حال، فرایند اصلاحات به هر صورت که پیش برود، چرخه سیاست‌گذاری راهی مفید برای تحلیل تجارب و تذکر دادن به مجریان اصلاحات در مورد وظایفی خواهد بود که لازم است به عنوان بخشی از فرایند اصلاحات به آنها توجه داشته باشند.

شکل بالا به گونه‌ای طراحی شده که برخی از موضوع‌های عمده را مشخص می‌کند. به ویژه، «اخلاق» و «سیاست» به ما یادآوری می‌کنند که تصمیم‌گیران در سرتاسر چرخه اصلاحات با مسائل اخلاقی و سیاسی سروکار دارند. پرسش‌هایی از این دست که «اولویت‌های صحیح کدامند؟» و «چگونه می‌توان فشارهای سیاسی را اداره کرد؟» سؤال‌هایی هستند که بر تلاش در جهت اصلاحات بخش سلامت سایه می‌افکنند. این رویکرد، بررسی صحیح مبانی اخلاقی سیاست‌های سلامت را لازم می‌داند و با این تصور مخالف است که تمامی نظام‌های سلامت ارزش‌های یکسانی دارند (یا باید داشته باشند). از آنجا که اعتقاد بر این است که همه سیاست‌ها دارای ابعاد اخلاقی است، لازم است که ارزش‌ها و اهداف آن صریح و روشن باشد. این مسأله باعث می‌شود که ما فرایند اصلاحات در بخش سلامت را صرفاً فرایندی فنی ندانیم. در عوض باید تمام عوامل سیاسی به صورت مستقیم و جامع در تمامی مراحل فرایند اصلاحات مدنظر قرار گیرد.

در نهایت ماهیت چرخه‌ای سیاست‌گذاری بر این نکته تأکید دارد که مسائل نظام سلامت به ندرت به صورت یکباره و برای همیشه قابل حل است (البته اگر چنین چیزی امکان داشته باشد). با متحول شدن کشورها، نظام‌های سلامت آن‌ها باید به چالش‌های جدید پاسخ دهند. علاوه بر این، اصلاحات موفق اغلب انتظارات عمومی را بالا می‌برد و به این ترتیب باعث افزایش تقاضا برای اصلاحات بیشتر می‌شود. اما فرایند اصلاحات نیز ناکامل است. مجریان اصلاحات اغلب با پیامدهای ناخواسته‌ای مواجه می‌شوند و نقایصی را در طرح‌های خود کشف می‌کنند که در ابتدا مشخص نبوده است. به این دلایل، این چرخه دوباره و دوباره تکرار می‌شود. اکنون به بررسی هر کدام از مراحل و وظایف ضروری مورد نیاز در هر کدام از مراحل سیاست‌گذاری می‌پردازیم:

بیان مسأله در سیاستگذاری

یکی از مهمترین مراحل اصلاحات در بخش سلامت که بیش از همه از آن غفلت می‌شود، بیان مسأله است. نظام‌های مراقبت سلامت صدها نوع آمار درباره عملکرد خود ارایه می‌دهند. اما کدام یک از آنها کانون مناسبی برای توجه عمومی است؟ چه زمانی عملکرد «مسأله‌زا» است و از این رو هدفی مناسب برای اصلاحات به شمار می‌رود؟ اغلب برخی انواع شوک یا بحران، آغازگر فرایند اصلاحات است. اما حتی در این شرایط نیز منافع متضاد معمولاً درباره بیان مسأله و اجزای تشکیل‌دهنده راه‌حل مناسب، نظرهای متفاوت دارند.

در اندیشیدن به بیان مسأله می‌توان دو گونه پرسش مطرح کرد. نوع اول پرسش‌هایی هنجاری یا توصیه‌ای^۱ است: معنای خوب تعریف کردن مسأله چیست؟ چه چیزی باعث می‌شود که عملکرد ضعیف در حیطه‌ای، نسبت به حیطه‌های مشابه، اولویتی مناسب‌تر تلقی شود؟ پاسخ دادن به این پرسش‌ها پای اخلاق و فلسفه را به میان می‌کشد. نوع دوم پرسش‌های تجربی یا توصیفی^۲ است: کدام فرایندهای اجتماعی، دریافت ما را از مسائل شکل می‌دهد؟ عوامل تعیین‌کننده بیان مسأله که مجریان اصلاحات با آن‌ها مواجهند، کدام است؟ رویکرد توصیه‌ای به بیان مسأله بر این دیدگاه استوار است که بخش سلامت را باید به‌عنوان یک وسیله دید نه یک هدف؛ و مسائل را نیز باید به‌صورت پیامد تعریف کرد. یکی از پیامدهای مهم، وضعیت سلامت جامعه است. افراد چقدر عمر می‌کنند؟ چه ناتوانی‌هایی دارند؟ و این ناتوانی‌ها در گروه‌های جمعیتی مختلف چه تفاوت‌هایی دارند؟ دومین مجموعه از پیامدها میزان رضایتمندی است که مراقبت سلامت در میان مردم ایجاد کرده است. سومین مجموعه از پیامدها، محافظت در برابر خطر مالی است. توان نظام سلامت برای حفاظت افراد در برابر فشارهای مالی که ممکن است به سبب بیماری پدید آید.

تجارب جهانی نشان می‌دهد که عادت‌های ذهنی قدیمی به سختی کنار گذاشته می‌شوند. آنچنان که تی.اس.کان^۳، متخصص تاریخ علم توضیح می‌دهد، عموماً این تصورات قالبی و پایه‌ای ما (که او آن‌ها را الگو یا پارادایم می‌نامد) است که تفکرات ما را در مورد مسأله‌ای خاص شکل می‌دهد. تأکید بر پیامدها باعث

1- Normative or Prescriptive

2- Empirical or Descriptive

3- T. S. Kuhn

می‌شود که مجریان اصلاحات مجبور باشند هدف‌های نهایی خود را مشخص کنند و اصلاحات پیشنهادی خود را با آن هدف‌ها پیوند دهند. در نتیجه احتمال بیشتری وجود دارد که مجریان اصلاحات شفاف و صریح عمل کنند و خود به نقد هدف‌های خود بپردازند به‌صورتی که امکان دست‌یافتن به هدف افزایش پیدا کند.

این دیدگاه به مشخص شدن نقش داده‌ها در تعریف مسائل و تعیین اولویت‌ها کمک می‌کند. برخی از برنامه‌ریزان بخش سلامت چنین استدلال می‌کنند که تنها چیزی که شخص برای تبیین مسائل به آن‌ها نیاز دارد، داده‌های خوب و مناسب است.

علاوه بر این، بر مبنای یک دیدگاه توصیه‌ای، داده‌ها به تنهایی نمی‌توانند مسائل و اولویت‌های اصلاحات سلامت را به‌طور کامل مشخص کنند. هر گونه تصمیم‌گیری سیاسی باید به‌صورت آشکار یا ضمنی، هم بر دانش و هم بر اخلاق تکیه داشته باشد. به‌عنوان مثال در بیشتر کشورها، زنان طول عمر بیشتری نسبت به مردان دارند این داده به تنهایی معرف بی‌عدالتی‌هایی که سیاست‌های عمومی باید در پی اصلاح آن‌ها باشند، نیست.

یک کاربرد مهم داده‌ها در فرایند بیان مسأله از طریق فرایندی به نام «الگوبرداری مبنا یا مقایسه با ملاک‌ها»¹ صورت می‌گیرد -اصطلاحی که از ادبیات مدیریت کیفیت گرفته شده است. در بخش سلامت، الگوبرداری مبنا به معنای نگاه کردن به کشورهای است که درآمد و سطوح هزینه‌ای مشابهی با کشور ما دارند اما عملکرد نظام سلامت آن‌ها اثربخش‌تر است.

تشخیص علل مسائل بخش سلامت

درست مانند یک پزشک که از نشانه‌های بیماری به علل آن می‌رسد، برای اصلاحات در بخش سلامت نیز باید یک سفر تشخیصی انجام داد. پس از تعریف مسائل بر مبنای پیامدهای نظام سلامت، اقدام بعدی عبارتست از تلاشی واپس‌نگر برای شناسایی عوامل ایجادکننده نتایج غیررضایت‌بخش. پزشکان در این موارد به آناتومی و فیزیولوژی می‌پردازند و مجریان اصلاحات بخش سلامت نیز باید از طریق جستجو در اهرم‌های کنترل بخش سلامت، به بررسی عوامل بپردازند.

1- Benchmarking

پنج اهرم کنترلی اصلاحات بخش سلامت:

تأمین مالی: همه سازوکارهای افزایش پولی که برای فعالیتهای بخش سلامت پرداخت می‌شود. که عبارتند از مالیات، حق بیمه و پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران. طراحی مؤسسات جمع‌آوری کننده پول (به‌عنوان مثال صندوق‌های بیمه اجتماعی) و تخصیص منابع برای اولویتهای مختلف بخشی از این اهرم کنترل است. (این سازوکارها در بخش تأمین مالی توضیح داده شده است)

پرداخت: یعنی روش‌های انتقال پول به ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت از قبیل دستمزد ثابت، کارانه، پرداخت سرانه و بودجه.

سازماندهی: سازوکارهایی که مجریان اصلاحات برای تأثیرگذاری بر مجموعه‌ای مختلط از ارایه‌کنندگان در بازار مراقبت سلامت، ساختار این بازارها، نقش و کارکردها و چگونگی کارکرد داخلی این ارایه‌کنندگان از آن‌ها استفاده می‌کنند.

وضع مقررات: یعنی استفاده از اقدامات وادارکننده و الزام آور از سوی دولت برای تغییر رفتار مجریان نظام سلامت شامل ارایه‌کنندگان مراقبت سلامت، شرکت‌های بیمه و بیماران.

رفتار: شامل اقداماتی برای تأثیر گذاشتن بر کارهایی است که افراد (هم ارایه‌کنندگان و هم بیماران) در ارتباط با سلامت و مراقبت سلامت انجام می‌دهند. این اهرم موارد مختلفی را از برنامه‌های رسانه‌های گروهی در مورد سیگار، تغییرات رفتارهای جنسی برای پیشگیری از بیماری ایدز و استفاده از انجمن‌های پزشکی برای تأثیرگذاری بر رفتار پزشکان گرفته تا متقاعد ساختن شهروندان برای پذیرش محدودیت در انتخاب ارایه‌کنندگان را شامل می‌شود.

تدوین سیاست

هنگامی که علل پدید آمدن یک مسأله شناسایی شد، سؤال بعدی این است که چه باید کرد؟ درمان صحیح این مسأله چیست؟ چه سیاست مناسبی را می‌توان برای رفع این علل اتخاذ کرد؟ فرایند تدوین سیاست مشکل‌تر از آن چیزی است که در ابتدا به نظر می‌رسد. در این قسمت ابتدا باید به این نکته پرداخت که چرا تدوین سیاست‌های جدید دشوار است و این سیاست‌ها از کجا ناشی می‌شوند. هم‌چنین باید توضیح داد که چرا در هنگام طراحی سیاست‌ها باید به مراحل بعدی چرخه سیاست‌گذاری از جمله مداخلات سیاسی، اجرا و ارزشیابی نیز توجه داشت.

ایده‌های جدید

برای کسب ایده‌های جدید می‌توان از سه منبع استفاده کرد:

یادگیری بین‌المللی روش نخست است. مثلاً اگر کشوری یک سیاست خاص را می‌خواهد انتخاب کند بهتر است به کشورهای که این ایده یا ایده مشابه را اجرا کرده‌اند نگاه کرده و از تجربیات آنان استفاده کند. دومین روش ابتکارات و نوآوری‌ها در خارج از بخش سلامت است. به‌عنوان مثال روش‌هایی که برای تأمین مالی در خارج از بخش سلامت استفاده می‌شود یا استفاده از بازاریابی اجتماعی. روش سوم استفاده از مباحث نظری است. این بحث‌ها منبع مفیدی برای انگیزش و الهام است به شرطی که مباحث مربوط به اجرا به میزان کافی مدنظر قرار گرفته باشد. به‌عنوان مثال مباحث مربوط به شبهه‌بازارها^۱ و تفکیک خریدار از ارایه‌کننده^۲ از نظریه‌های اقتصادی نشأت می‌گیرند.

آینده‌نگری

به منظور ایجاد طرحی مؤثر برای اصلاحات بخش سلامت، مجریان اصلاحات مجبورند از پیش به فکر مرحله‌های تصمیم‌گیری سیاسی و اجرا نیز باشند و سیاست‌ها را با توجه به آن‌ها طراحی کنند. بخشی از تفکر آینده‌نگر به سیاست‌ها مربوط می‌شود. مجریان فهم اصلاحات در مورد مقبولیت سیاسی سیاست‌هایی که تدوین می‌کنند می‌اندیشند. چرا باید به تدوین طرحی ایده‌آل دست زد که احتمال پذیرفته شدن آن اندک است؟ مقوله اجرایی دیگر این است که آیا می‌خواهیم سیاستی را فوراً در تمام کشور با مقیاس کامل اجرا کنیم یا این‌که رویکرد ما انجام یک پروژه آزمایشی (پایلوت) محدودتر است؟ نگاه کردن به نوآوری سیاست‌ها به‌عنوان یک تجربه به سیاست‌گذاران این امکان را می‌دهد تا طرح‌های پیشنهادی متفاوت را ارزشیابی کنند.

فرایند طراحی

وظیفه طراحی طرح‌های اصلاحات به همان اندازه که تحلیلی است، جنبه سیاسی هم دارد. این امر هم محتوای ایده‌های اصلاحات و هم فرایند شکل‌گیری این ایده‌ها را دربر می‌گیرد. فرایند طراحی، مرحله‌ای کلیدی در

1- Quasi Markets

2- Purchaser- Provider Separation

جلب حمایت‌ها برای اصلاحات است. از این رو فرایند تدوین سیاست باید باعث ایجاد طرحی شود که از نظر فنی و سیاسی امکان‌پذیر باشد.

مشارکت‌دادن گروه‌هایی با دیدگاه‌های مختلف در امر تدوین سیاست ممکن است چه از نظر پیامدهای سیاسی و چه از نظر پیامدهای اخلاقی کمک‌کننده باشد. دادن نقشی در این فرایند به حامیان بالقوه می‌تواند به تبدیل آنان به پشتیبان واقعی کمک کند و نگذارد متخصصان تنها در بند شور و شوق خود بمانند. البته مشارکت دادن بیش از حد هم ممکن است به محدود شدن توان مجریان اصلاحات در رساندن فرایند به جایی که می‌خواهند و نیاز است منجر شود.

تصمیم‌گیری سیاسی

همانطور که چرخه سیاست‌گذاری نشان می‌دهد تمام مراحل چرخه تحت تأثیر شرایط سیاسی قرار دارد. با این حال پذیرش یک طرح پیشنهادی برای اصلاحات، اغلب بر تصمیم‌گیری سیاسی توسط شاخه‌های اجرایی و قانونگذار حکومت متمرکز است.

اصلاحات بخش سلامت معمولاً با چالش‌های سیاسی دشوار مواجه است. گروه‌های ذینفع سازمان یافته که منافع زیادی در نظام فعلی دارند (مانند پزشکان، صاحبان بیمارستان‌ها و صنعت داروسازی) امکان دارد با اصلاحات مخالف باشند. از سوی دیگر، کسانی که قرار است از اصلاحات سلامت سود ببرند (اغلب فقرا و محرومان) اغلب از قدرت سازمانی کمتری برخوردارند. برخی افراد درون نظام سلامت که قرار است به‌صورت بالقوه از اصلاحات سود ببرند (مثلاً پزشکان خانواده جدید که باید تربیت شوند) اصلاً ممکن است وجود نداشته باشند و بنابراین نمی‌توانند نقش مؤثری ایفا کنند. همیشه در کشاکش تصمیم‌گیری‌های سیاسی، آینده سهم کمتری نسبت به گذشته داشته است.

وظیفه سیاسی در تمامی وضعیت‌ها، ایجاد ائتلاف حمایتی قوی است. این امر به معنی شناسایی گروه‌ها و افرادی است که روی هم رفته از قدرت سیاسی کافی برای قبولاندن سیاست پیشنهاد شده برخوردار باشند. این راهبردها همچنین باید ساختار سازمانی و سیاسی کشور را در نظر گرفته باشند. علاوه بر این، کار

سیاسی با پذیرش یک طرح پایان نمی‌یابد، بلکه در این‌که آیا اصلاحات به‌صورتی دلسوزانه و درست اجرا می‌شوند یا خیر نقش مهمی دارد.

اجرا

بسیاری از ایده‌های به اصطلاح خوب اصلاحات سلامت شکست خورده‌اند، زیرا در عمل ایده‌های خوبی نبوده‌اند به این دلیل که قابل اجرا نبوده‌اند.

اصلاحات بخش سلامت همیشه نیازمند تغییر رفتار سازمان‌ها و افراد است. بدون چنین تغییراتی، هیچ چیز جدیدی پدید نخواهد آمد. با این حال تقریباً همیشه مقاومت در برابر تغییر وجود دارد. یکی از دلایل این مقاومت، روانشناختی است. اقدامات و ساختارهای جدید غریبه و ناآشنا هستند. صرفاً همین جدید بودن در مورد بسیاری از افراد ایجاد اضطراب و مقاومت می‌کند. مقاومت در برابر تغییر همچنین به این دلیل است که تغییر ممکن است برای گروه‌ها و افراد خاصی توأم با هزینه باشد. یادگیری اقدامات و ترتیبات جدید نیازمند صرف زمان و انرژی است. سلسله مراتب موجود ممکن است به هم بخورند. افرادی که در نظام قدیم منابعی داشته‌اند ممکن است خیلی ضرر کنند. علاوه بر این، کسانی که در نظام قدیمی بیشتر از همه موفق بوده‌اند، بیشتر از همه متضرر می‌شوند؛ از این رو ممکن است کسانی که در حال حاضر بیشترین قدرت را دارند، بیش از همه با اصلاحات مخالفت کنند.

نیروی دیگری که مانع تغییرات می‌شود، دشواری دست کشیدن از راه‌های آشنای تفکر و اندیشیدن است. الگوهای ریشه‌دار تفکر و رفتار که به آهستگی تکامل پیدا کرده‌اند و در گذشته خوب جواب داده‌اند، می‌توانند مانعی قوی در برابر اصلاحات باشند. علاوه بر این، الگوهای جاافتاده تعامل و انتظارات به‌عنوان مثال تحت تأثیر فرهنگ، طبقه، موقعیت و جنسیت قرار دارند.

غلبه بر مقاومت در برابر تغییر، نیازمند رهبری منطقی و معقول است، ولی این توان رهبری اغلب وجود ندارد. مجریان اصلاحات بخش سلامت (و از جمله وزیران بهداشت یا اقتصاد یا رؤسای سازمان‌های مدیریت و برنامه‌ریزی) اغلب پزشک، سیاستمدار یا اقتصاددان هستند. عده کمی از آن‌ها تجربه مدیریت اجرایی یک سازمان بزرگ را دارند و به ندرت اهمیت مهارت‌های مدیریتی را درک می‌کنند.

برای دستیابی به تغییر واقعی، تلاش در جهت اصلاحات بخش سلامت باید به صورت مستمر باشد و از نزدیک پایش شود تا مسائل، شناسایی و اقدامات اصلاحی، اعمال گردند. از این رو برقراری نظام گزارش‌دهی مناسب کلید موفقیت اجرای سیاست‌هاست.

ارزشیابی

ارزشیابان با تجربه می‌دانند که ارزشیابی موفق باید حتی پیش از اجرای هر برنامه جدید شروع شود. تعیین اثرات هر سیاست جدید در تغییر دنیای پیرامون، ذاتاً کاری دشوار است. اغلب این سؤال پیش می‌آید که آیا آنچه پیش می‌آید، نتیجه اصلاحات است یا به هر حال باید پیش می‌آمده است. از آنجا که جمع‌آوری داده‌ها، منابع محدود اجرایی و سازمانی ما را صرف خود می‌کند، باید برای اثربخشی و پایدار بودن فرایند ارزشیابی، مجموعه‌ای از تصمیمات راهبردی گرفته شود.

ساده‌ترین روش ارزشیابی، مقایسه قبل و بعد است. این روش، تغییر پیامدها را که طی زمان و با اجرای اصلاحات اتفاق می‌افتد بررسی می‌کند. اما این رویکرد به ارزشیابان، نقش شناسایی سایر وقایع یا شرایط را نمی‌دهد. عنوان مثال وضعیت سلامت ممکن است بیشتر به دلیل جهش در رشد اقتصادی باشد تا به دلیل ایجاد برنامه جدید تأمین مالی یا پرداخت به پزشکان.

راه حل کلاسیک این مسأله، تعیین گروه شاهد است، یعنی جمعیتی که در معرض برنامه یا سیاست جدید قرار نگرفته‌اند، اما با همان روش گروه تحت مطالعه بررسی می‌شود. زمانی که هیچ گروه شاهدی در اختیار نباشد می‌توان به روش‌های دیگر توسل جست مانند مقایسه مناطق مختلف یک کشور که ممکن است از نظر شدت تأثیر متغیرهای مخدوش کننده بر پیامدها با هم متفاوت باشند. به عنوان روشی جایگزین، کشورهای همسایه می‌توانند تا حدودی وضعیت پایه و شاهد را برای ما تأمین کنند. لازم است در فرایند ارزشیابی، دقیقاً به این مسائل توجه شود. اما حتی ساده‌ترین مقایسه وضعیت قبل و بعد را برای سیاستی جدید نمی‌توان به کار گرفت مگر این که داده‌های خوب مربوط به مرحله قبل از اصلاحات وجود داشته باشد. از این رو لازم است مجریان اصلاحات سلامت پیش از اجرای هر سیاست یا برنامه جدید، داده‌های پایه‌ای مناسبی را جمع‌آوری کنند. (30)

لایه‌بندی جامعه

اصطلاح لایه‌بندی اغلب معادل واژه‌هایی همچون قشر‌بندی¹ و طبقه‌بندی² به‌کار برده می‌شود. اصطلاح طبقه‌بندی سبب شده است که اصطلاح طبقه، به‌صورت غیرعمدی به معنای مجموع افراد (یا خانوارهایی) به‌کار رود که در محدوده یک جامعه یا اجتماع معین از لحاظ میزان قدرت، درآمد، ثروت، حیثیت و یا ترکیب آزادانه‌ای از این عناصر، به نسبت در یک ردیف قرار دارند. به معنای دقیق، «طبقه» به مجموع کسانی اطلاق می‌شود که در پیوستار اقتصادی، دارای موقعیت مشابهی هستند. گرچه مقصود از این پیوستار در مواردی ثروت و درآمد است و در موارد دیگر مشاغل و حرف، اما به معنای مارکسیستی کلمه، مقصود از آن، شکل‌های بنیادی مناسبات افراد و شیوه‌های مادی تولید است. یعنی طبقه به کسانی که وسائل تولید مادی را در اختیار دارند و محروم از آن وسائل‌اند اطلاق می‌شود. مقصود از «طبقه اجتماعی» مجموع کسانی است که از لحاظ هر یک از نمودهای برشمرده در فوق اشتراک دارند. ولی به معنای دقیق‌تر کلمه عبارتست از مجموع خانواده‌ها یا افرادی که در یک جامعه یا اجتماع معین از مقام یا حیثیت برابری برخوردارند. (41)

«طبقه» و «طبقه اجتماعی» از لحاظ معنا متغیرترین اصطلاح جامعه‌شناسی است. برخی پژوهشگران ممکن است یک دسته ساده درآمدی را به‌صورت طبقه یا طبقه اجتماعی و یا شاخصی از هر دو تلقی کنند. در حالی که پژوهشگرانی دیگر ممکن است اصطلاح طبقه را بیان قشری از موقعیت‌ها که دارندگان آن از شانس‌های مشترکی در زندگی و سبک زندگی مشترک و نگرش و آرمان مشترکی نسبت به خود و جامعه و آگاهی نوعی و طرز تلقی بنیادی واحدی از موقعیت تخصم‌آمیز خود با قشرهای دیگر برخوردارند، به‌کار برند و بسیار دیده شده است که انواع مفاهیم مذکور بی هیچ فرق و تمایزی به جای هم به‌کار می‌روند.

در بررسی‌های تجربی، گرایش اصلی بیش از پیش بر این است که روش‌های به‌کار رفته بیشتر بر گروه‌بندی اشخاص و خانواده‌ها از نظر موقعیت طبقاتی تمایز یافته، تأکید کند تا بر فرایند تشکیل و سازمان‌یابی به‌صورت طبقات. در بین نتایج حاصل از موقعیت اجتماعی طبقه که به‌صورت شاخص در بررسی انواع گوناگونی از گروه‌های مردم به‌کار رفته‌اند، می‌توان به شاخص‌های زیر اشاره کرد: چگونگی پرورش

1- Stratification

2- Classification

کودکان، سلامت روحی و نحوه رفتار با بیماران روانی، سلامت جسمی، مرگ و میر کودکان، میزان عمومی باروری، انواع رفتارهای آسیب‌شناختی یا پاتولوژیک مانند اعتیاد به مواد مخدر، الکلیسم و فحشا؛ تسهیلات تربیتی و میزان موفقیت در این زمینه، میزان جرم و جنایت، توقیف و زندانی شدن، رفتار انتخاباتی، ازدواج، طلاق، میزان ترک خدمت نظام، میزان عضویت در سازمان‌ها، اعتقاد به تمایز نژادی و مذهبی، سلیقه و نگرش‌های سیاسی از دیدگاه ملی و بین‌المللی.

قشربندی به معنای عام خود دلالت دارد بر قرار دادن دسته‌ای از اقلام در طول یک پیوستار و گروه‌بندی آن دسته از اقلامی که دارای موقعیت نسبتاً مشترکی هستند بر روی این پیوستار. قشربندی به معنای عام خود دلالت دارد بر ترتیب یافتن اقلام به نحو فوق. در علوم اجتماعی اصطلاح قشربندی معنای محدودتری دارد که عبارتست از فرایندی که از طریق آن یا ساختار حاصل از این فرایند، خانواده‌ها از یکدیگر تفاوت پیدا می‌کنند و بر طبق درجات مختلف، درجه حیثیت یا ثروت و یا قدرت در قشرهایی رتبه‌بندی می‌شوند.

در میان تعاریف رسمی که در آثار جامعه‌شناسی معاصر ارایه شده، تعریف پارسونز¹ بیشتر مورد توجه است: «قشربندی اجتماعی عبارتست از رتبه‌بندی متفاوت افراد انسانی که تشکیل‌دهنده یک نظام اجتماعی هستند و نگرستن به آنان به صورت زیردست و زبردست در ارتباط با جهات معینی که از لحاظ اجتماعی حایز اهمیت است. به این ترتیب قشربندی به صورت رتبه‌بندی در نظر گرفته می‌شود.» (41)

ضرورت اولویت‌بندی

منطق بنیادی برای برنامه‌ریزی، شکاف اجتناب‌ناپذیر بین منابع موجود و مصارف گسترده‌ای است که باید از این منابع صورت گیرد. دو رویکرد اصلی در تصمیم‌گیری در مورد چگونگی تخصیص بهینه منابع محدود وجود دارد: مکانیسم بازار مبتنی بر تقاضا و روش برنامه‌ریزی مبتنی بر نیازها.

اتکا به مکانیسم بازار به منظور تعیین اولویت‌ها به برخی دلایل مرتبط با عدالت و برابری، نامناسب تشخیص داده شده است. از دیگر روش‌های اصلی فرایند برنامه‌ریزی، تعیین نیازهای اصلی، ابداع برنامه‌های مناسب

1- Parsonz

برای برآورده ساختن این نیازها و تخصیص منابع مناسب با آنها است. همواره منابع کافی برای پاسخگویی به نیازهای سلامت وجود ندارد (و حتی می‌توان گفت که هیچ وقت وجود نخواهد داشت).

این تصمیم‌گیری به کشورهایی که با کمبود منابع مواجه هستند محدود نمی‌شود و کشورهای توسعه یافته هم که منابع فراوانی دارند لازم است اولویت‌بندی انجام دهند یعنی توسعه اقتصادی نیاز به تعیین اولویت را از بین نمی‌برد. با این حال، الگوها تغییر بسیاری می‌کنند. به عنوان مثال، حتی در خدمات بهداشتی ملی انگلستان که نسبتاً دارای منابع مناسبی است، فهرست انتظار بیمارانی وجود دارد که به دلیل کمبود منابع هنوز درمان نشده‌اند. (42)

چگونگی اتخاذ چنین تصمیماتی بر روی تخصیص منابع نیز تأثیر می‌گذارد. رویکردها و مکانیسم‌های مختلف تعیین اولویت‌ها به نتایج بسیار مختلفی می‌انجامد. اما باید توجه داشت که هدف نهایی برنامه‌های سلامت، بهبود سطح سلامت است نه ارایه خدمات سلامتی. البته ارایه خدمات سلامتی می‌تواند ابزار بسیار مهمی برای رسیدن به هدف بهبود سلامت باشد.

در نگاه اول، روند تعیین اولویت‌ها بسیار ساده به نظر می‌رسد. برنامه باید منابع را به بخش‌هایی که دارای نیاز بیشتری هستند، اختصاص دهد. اگر این‌گونه باشد، اولویت‌های ما در درجه اول باید به جای تمرکز بر نیاز به ارایه خدمات سلامت، بر نیازهای سلامت متمرکز باشد.

نیاز سلامت یک مفهوم پیچیده است که تا حدی به درک ما از مفهوم «سلامت» و «عدم سلامت»، مربوط می‌شود. کلمه «نیاز» به طور گسترده‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، ولی دارای معانی مختلفی است. به عنوان مثال، می‌توان آن را مترادف با عبارت «باید داشته باشیم»، «ضروری است که داشته باشیم»، «می‌خواهیم داشته باشیم»، «بدون آن می‌میریم»، یا «تقاضا» به کار برد. با این که این عبارات در معنی مشابه یکدیگر نیستند، ولی در دو ویژگی با یکدیگر شریک هستند. اول: نیاز مربوط به کمبود چیزی است. دوم: نیاز (مانند سلامت) یک مفهوم مطلق نیست.

درجه‌هایی از نیاز وجود دارد و بنابراین، اولویت‌هایی بین نیازهای مختلف وجود دارد. آنچه که دیرتر متوجه آن می‌شویم این ایده است که نیاز نه یک مفهوم علمی بلکه یک مفهوم قراردادی است. برداشت از مفهوم نیاز

ممکن است نسبت به شخص، متفاوت باشد. در درون الگوی پزشکی، نیازهای سلامت، به طور سنتی، اغلب از دیدگاه همه گیرشناسی مطرح می شوند. با این حال نقدهای متعددی به چنین دیدگاه محدودی از سلامت وارد شده است.

برخی از این نقدها به مسائل روش شناسی مربوط هستند. به عنوان مثال، اطلاعات مربوط به مرگ و میر و بیماری در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، از سیستم های اطلاعاتی به دست آمده که معمولاً تصویر نادرستی از سلامت جامعه دارند. برای نمونه، از اطلاعات بیمارستانی در رابطه با مرگ و میر به عنوان نمایانگر میزان کل مرگ و میر در یک کشور، که میزان بسیار اندکی از آن در بیمارستان اتفاق می افتد، استفاده می شود. با این که این گونه نقدها بسیار مهم هستند، ولی می توان با بهبود سیستم های اطلاعاتی، آن ها را حل کرد.

مفاهیم پزشکی مربوط به سلامت، بر خلاف باورهای ما، چندان علمی نیستند. آزمایشی اولین بار در سال 1945 انجام شده که در آن تعدادی از کودکان تحت نظارت گروهی از پزشکان قرار گرفتند. هدف از انجام این آزمایش آن بود که درمورد نیاز این کودکان به عمل لوزه (درمان رایج در آن زمان)، تصمیم گیری کنند. تصمیم گرفته شد که 45 درصد این کودکان به عمل احتیاج دارند. کودکانی که تشخیص داده شده بود که به عمل نیاز ندارند، تحت معاینه گروه دیگری از پزشکان قرار گرفتند که از معاینات قبلی اطلاعی نداشتند و اعلام کردند که 46 درصد این کودکان به عمل لوزه نیاز دارند. آزمایش برای سومین بار با کودکانی که عنوان شده بود که به عمل نیاز ندارند، تکرار شد و باز هم همان نتیجه به دست آمد. تفسیرهایی برای این اتفاق وجود دارد، اما شاید قابل قبول ترین آن ها این باشد که پزشکان این پیش فرض را در ذهن دارند که درصدی از کودکان به عمل نیاز خواهند داشت. اگر این آزمایش امروز هم تکرار شود می توان انتظار داشت که همان نتیجه البته با یک تغییر اساسی مشاهده شود یعنی تعداد توصیه به انجام عمل لوزه کمتر خواهد شد که این خود وجه دیگری از طبیعت یا جوهره را نشان می دهد. همانطور که پایگاه اطلاعاتی ما تغییر می کند، به عنوان مثال با درک پزشکی از لوزه ها معانی و برداشت های پزشکی از نیاز نیز تغییر می کند. (42)

با این حال، مسائل بسیار اساسی‌تری در رابطه با مبنای همه‌گیرشناختی سنتی در تعیین اولویت وجود دارد. لذا شک نیست که باید به سوی مفهومی فراگیرتر از سلامت به‌عنوان بهداشت حرکت کرد. آن شناخت فراگیر از سلامت و نفی الگوی ساده‌ای از بهداشت، همراه با اصل مرتبط مشارکت مردم، برای فرایند تعیین اولویت‌ها دارای نکته‌های مهمی است. این موضوع، سنجش را پیچیده‌تر می‌کند. همچنین این سؤال را مطرح می‌کند که چه کسی باید تصمیمات مربوط به تعیین اولویت‌ها را اتخاذ کند. (43)

گروه‌های هدف در اولویت

دیدگاه دیگری در رابطه با گروه‌های هدف در اولویت به چشم می‌خورد. این‌ها گروه‌هایی هستند که در برخی از ویژگی‌ها مانند سن، جنس، مکان اقامت یا بیماری وجه اشتراک‌هایی دارند. شاید رایج‌ترین گروه‌های هدف در اولویت گروه‌های بیمار یا مشکل‌دار قرار گیرند. به‌خصوص، مشکلات یا امراض همه‌گیر اغلب از اولویت بالایی برخوردار هستند که نشانه‌های آن را می‌توان در بسیای از کشورها تا منشأ پیدایش خدمات سلامت بخش عمومی، به‌عنوان روشی برای حفاظت سلامت، دنبال کرد. برنامه‌های دستوری از بالا به پایین در واکنش به این نوع نگرانی‌ها، از جمله شیوع آبله، مالاریا، سل، جذام و به تازگی ایدز مورد توجه قرار می‌گیرند. گروه‌های امراض، به سادگی در یک الگوی پزشکی از سلامت، جای گرفته و همان کاستی‌های موجود در الگوی پزشکی را دارند. رویکرد جدید نسبت به بیماری و استفاده از هزینه سال‌های زندگی همراه با ناتوانی^۱ از سنت دستوری و آمرانه الگوی پزشکی پیروی می‌کند.

گرایش دوم نسبت به گروه‌های هدف را می‌توان در برنامه‌های بخش سلامت که بر برخی گروه‌های جمعیتی تأکید دارند، مشاهده کرد. معمول‌ترین گروه‌های هدف، زنان و کودکان هستند. حداقل سه دلیل برای این موضوع وجود دارد و هر یک دارای نکاتی برای اولویت‌های آینده می‌باشد:

- اول مشاهده می‌شود که بزرگ‌ترین نیاز این گروه با میزان مرگ و میر آنان نمایان می‌شود. میزان مرگ و میر در میان اطفال به‌عنوان نمونه، بسیار بالاتر از گروه‌های دیگر - به جز سالمندان - است. مرگ و میر در میان مادران نیز ممکن است، بسیار زیاد باشد. این نوع سیاست‌گذاری این نکته را می‌رساند که زنان نه به دلیل این‌که زن هستند، بلکه به دلیل امکان بیشتر مرگ و میر مورد تأکید قرار می‌گیرند. در صورتی که میزان مرگ و

1- Disability adjusted life year

میر در میان زنان کاهش یابد، آن گاه اولویت به گروه دیگری که دارای مرگ و میر بالاتری است، منتقل می‌شود.

● دوم، ممکن است نسل جوان به دلیل توجه به سرمایه‌انسانی از اولویت بیشتری برخوردار باشند، چرا که گروه‌های جوان، نسل آینده تولیدکنندگان را تشکیل می‌دهند. این دیدگاه، تمامی مشکلات موجود در رویکرد سرمایه‌گذاری در زمینه سلامت را، که در بالا ذکر شد، به صورت ذاتی به همراه دارد. برای نمونه ممکن است نجات کودکان بزرگ‌تر، به کوچک‌تر ترجیح داده شوند.

● سوم، پیشنهاد می‌شود که کودکان از اولویت بالاتری برخوردار باشند. زیرا نسبت به افراد بالغ، زندگی طولانی‌تری پیش‌رو دارند. موضوع مرتبط دیگر مفهوم «انصاف» است. به این صورت که کودکانی که هنوز تجربه زندگی نداشته‌اند باید نسبت به افراد بالغ، از اولویت بیشتری برخوردار باشند. منطق جایگزین دیگر می‌تواند کارایی در منابع اختصاص داده شده به گروه‌هایی باشد که دارای پتانسیل دستیابی به سال‌های زندگی هستند. البته در عمل تمامی این دیدگاه‌ها در روند کار، با یکدیگر ترکیب می‌شوند.

گروه‌های هدف دیگر در برنامه‌های مراقبت بهداشتی، اغلب از ساکنان مناطق روستایی بوده‌اند و دلیل آن میزان مرگ و میر زیاد در میان آن‌ها و عدم دسترسی به امکانات مراقبت بهداشتی است. هم در گروه‌های شهری و هم در گروه‌های روستایی، تفاوت‌هایی وجود دارد که ممکن است گروهی را بر دیگری اولویت دهد. به عنوان مثال، امروزه، به طور روزافزونی، توجه نسبت به موقعیت ساکنین حاشیه شهرها متمرکز شده است. جالب است بدانیم، گروه‌های کم درآمد، بر خلاف پیوندهای آشکار و شناخته شده بین درآمد و بهداشت صریحاً به عنوان هدف انتخاب نمی‌شوند.

مثال‌های بالا درباره گروه‌های هدف مختلف، حاکی از این است که انتخاب چنین گروه‌هایی ساده نیست و اغلب به معیارهای مشخصی بستگی ندارد، بلکه هزینه، سهولت و کارایی اقدامات در مورد آن‌ها اهمیت دارد. از دیدگاه برنامه‌ریزی، یکی از ملاحظات مهم، سهولت دسترسی و میزان هزینه اقدامات برای حل مشکل است. وقتی که یک برنامه‌ریز با دو مشکل سلامتی مواجه می‌شود که انتظار می‌رود دارای پیامدهای سوء مشابهی باشند و کنترل یکی از آن‌ها ساده‌تر یا ارزانتر باشد و در سایر شاخص‌ها مشابه باشند، احتمال انتخاب اولی برای اختصاص منابع، بیشتر خواهد بود. این در واقع منطق زیربنایی ارزشیابی اقتصادی است و به معنای

آن است که برخی از مشکلات تهدیدکننده زندگی که به سادگی مهار نمی‌شوند، نسبت به مشکلات غیرمهلک که نسبتاً به سادگی مهار می‌شوند، از اولویت کمتری برخوردار هستند. به عنوان مثال، ممکن است درمان رادیوتراپی برخی از سرطان‌ها، در مقایسه با پیشگیری از کرم قلابدار، اولویت محسوب نشود. به منظور انجام چنین مقایسه‌هایی، گروه دوم شاخص‌ها [یعنی هزینه] باید مورد توجه قرار گیرد.

برخی شاخص‌های ساده حاصل از توجه به سلامت، مانند تعداد زندگی‌های نجات یافته را می‌توان به سادگی به کار برد ولی کاربرد این شاخص، نقطه ضعف‌هایی هم دارد. نخست این که به سن یا دیگر ویژگی‌های فردی اهمیت نمی‌دهند. در نتیجه، زندگی یک شخص 3 ساله و فردی 63 ساله یکسان در نظر گرفته می‌شود یا مثلاً به تفاوت بین دو شخص که به ذات‌الریه مبتلا می‌باشند، و یکی از آن‌ها به سرطان علاج‌ناپذیر مبتلاست، توجه نمی‌کنند. برای رفع چنین اشکالاتی، سایر عوامل را با بیماری یا مشکلی که در حال درمان است ترکیب کرده و شاخص‌هایی مانند روزهای سلامت از دست رفته یا سال‌های عمر به دست آمده، ساخته‌اند. دوم هر دو دسته از این شاخص‌ها تنها مشکلات بهداشتی تهدیدکننده زندگی را بررسی می‌کند، ولی برنامه‌های سلامت باید به انواع دیگر مشکلات نیز بپردازند.

با این که شاخص‌های ساده بیماری، مانند تعداد موارد امراض جدید، می‌توانند مورد استفاده قرار گیرند، ولی به تنهایی چندان مفید نیستند. اگر خواستار تصمیم‌گیری در مورد اختصاص منابع بین نیازهای مختلف سلامت بر اساس شاخص‌های آن هستیم، باید سیستم سنجشی داشته باشیم که ما را قادر سازد مقایسه مستقیمی بین انواع مشکلات یا بیماری‌ها انجام دهیم. برای حل این مشکل تلاش‌هایی انجام گرفته تا سیستم‌های سنجش پیشرفته‌تر از بیماری و عدم سلامت به دست آید مانند شاخص کیفیت زندگی¹ در آمریکا و انگلستان و سال‌های زندگی با کیفیت² ابداع شود که انواع مختلف مقیاس‌های سنجش تأثیر یکسری اقدامات بر مشکل سلامت را با هم ترکیب می‌کند و هر دوی این سنجش‌ها را در قالب انتظار از زندگی و کیفیت زندگی، ارایه می‌دهد. شاخصی که توسط بانک جهانی تبلیغ می‌شود، سال‌های زندگی همراه با ناتوانی³ است و سنجش سال‌های زندگی حفظ شده را با ناتوانی پیشگیری شده در هم می‌آمیزد. این گونه

1- PQLI

2- QALY

3- DALY

شاخص‌های ترکیبی، مقایسه‌های ترکیبی بین مشکلات مختلف سلامت را بر حسب تأثیرات آن‌ها امکان‌پذیر ساخته و به نظر می‌رسد که گامی به جلو باشد. (43)

مرجع تشخیص اولویت

این که چه کسی نیاز را تشخیص می‌دهد، به‌طور مسلم مهم است. اصطلاح «نیاز ادراک شده»¹ با این تأکید که نیاز نه یک داوری علمی است و نه اصطلاحی که فقط خاص حرف پزشکی باشد، امروزه کاربرد بیشتری یافته است. فرمول زیر نحوه تعامل دو گروه متخصصین و جامعه را در زمینه تعیین اولویت نشان می‌دهد.

$$A+B+C = \text{داوری نیاز توسط متخصصین}$$

$$B+C+D+E = \text{نیاز ادراک شده توسط اجتماع یا افراد}$$

$$B+D = \text{تقاضای اقتصادی اجتماع یا افراد}$$

با این‌که به نظر می‌رسد تشابه زیادی بین «داوری نیاز» توسط متخصصین و جامعه وجود دارد، ولی تفاوت‌هایی هم وجود دارد. ناحیه A نشانگر نیاز به‌گونه‌ای است که متخصصین درک می‌کنند، که البته شبیه به برداشت جامعه نیست. این ناحیه شامل فعالیت‌های پیشگیرانه است. نواحی D, E نشانگر نیازهایی است که جامعه، و نه متخصصین سلامت آن را درک می‌کنند. طب سنتی در این ناحیه قرار می‌گیرد. این شکل هم‌چنین رابطه بین تقاضای اقتصادی و نیاز را نشان می‌دهد. برای اقتصاددان‌ها کلمه «تقاضا» به معنی درخواست برای کالا یا خدمت (مانند مراقبت‌های بهداشتی) است که توانایی پرداخت هزینه، پشتیبان آن باشد. بر این اساس، تنها بخش کوچکی از نیازهای ادراک شده، توسط جامعه می‌تواند به تقاضا تبدیل شود. دلیل آن هم محدودیت‌های درآمد است. این دقیقاً همان تفاوتی است که بین تقاضای اقتصادی و نیاز وجود دارد و دلیل مخالفت با مکانیسم‌های (تقاضا محور) بازار است. نواحی B, D با هم نشانگر نیازهایی است که ممکن است جامعه برای پرداخت هزینه آن (به قیمت فعلی) خود را آماده سازد. این نواحی می‌تواند شامل نیازهایی باشد که توسط متخصصین سلامت مهم شمرده نشود (D).

1- Perceived Need

فرمول بالا نشان می‌دهد که با این که ممکن است نواحی توافق بسیاری بین متخصصین سلامت و جامعه وجود داشته باشد، با این حال تفاوت‌هایی نیز وجود دارد. البته فرمول بالا، از آن جهت که نیاز را مطلق می‌پندارد - به این صورت که یا تشخیص داده شده یا تشخیص داده نشده - بسیار ساده‌انگارانه است. وضعیت وقتی پیچیده‌تر می‌شود که همان‌طور که بدانیم نیاز نه یک اصطلاح مطلق بلکه یک اصطلاح نسبی است. ممکن است برخی مشکلات سلامت از نظر متخصصین سلامت بسیار مهم‌تر از چیزی باشد که جامعه می‌پندارد و بر عکس در خود جامعه نیز اختلاف نظر قابل توجهی وجود دارد که ناشی از طبیعت ناهمگن جامعه است. متخصصین سلامت نیز ممکن است در نظرات خود در رابطه با نیازهای نسبی با یکدیگر اختلاف داشته باشند. برداشت از نیاز با گذشت زمان نیز تغییر می‌کند. منشأ تفاوت در شدت توجه به نیاز، برداشت‌های متفاوت از سلامت است. در هر تصمیم برای تعیین اولویت‌ها دو فرایند عمده وجود دارد که باید به لحاظ مفهومی توضیح داده شود. (42)

نخستین مورد به تدارک اطلاعات مربوط است. این کارکرد بسیار مهم سیستم برنامه‌ریزی است. با این‌که، همان‌گونه که قبلاً توضیح دادیم، مناطق باید تأمین‌کننده اصلی اطلاعات باشند، ولی متخصصین سلامت و سایر متخصصین نیز نقش آشکاری در تدارک و بررسی اطلاعات دارند.

دوم، باید در رابطه با این‌که سلامت و نیاز به سلامت از چه دیدگاهی مورد توجه قرار می‌گیرند، تصمیمی گرفته شود. ارزیابی نیازهای سلامت و اولویت‌ها تنها یک مسأله ساده تکنیکی نیست. افراد مختلف، متخصصین یا گروه‌های مختلف طرز برخورد‌های گوناگونی دارند و تصمیم کلیدی مربوط به این است که دیدگاه‌ها چگونه باید ارزیابی شوند. فلسفه خدمات اولیه سلامت¹ پیشنهاد می‌کند که چنین تصمیماتی باید در سطح ملی، توسط جامعه با مشارکت کامل مناطق مربوطه، اتخاذ شوند. با این حال، مشکلات و سختی‌ها در دستیابی به این هدف نباید ناچیز پنداشته شود. اجرا در سطح ملی به ساختارها بستگی دارد. این شرایط از کشوری به کشور دیگر، از ساختارهای کاملاً دموکراتیک تا دیکتاتوری‌های نظامی، متفاوت است. در سطح ملی، مناطق به ندرت همگون و یک‌دست هستند و در داخل خود دیدگاه‌های بسیار متنوعی دارند. این دیدگاه‌ها تحت تأثیر عوامل مختلف، شامل طبقه اجتماعی، سن، جنسیت و تحصیلات هستند. استفاده از

1- Primary Health Care

ساختارهای سنتی قدرت، ممکن است جالب به نظر آید ولی می‌تواند بی‌عدالتی‌های موجود را تقویت کند. ایجاد ساختارهای جایگزین، مانند کمیته‌های سلامت محلی، به ملاحظات دقیقی نیاز دارد. استفاده از همیاران سلامت در مناطق به‌عنوان وسیله‌ای غیررسمی برای گردآوری نظرات، ممکن است از جهت ارتباط آنان با دیگر خدمات سلامت به ایجاد گرایش خاص در جمع‌آوری اطلاعات، منجر شود.

همچنین، تردیدهایی در مورد رابطه بین ساختارهای سیاسی در سطح ملی و ساختارها در سطح منطقه‌ای وجود دارد. خدمات سلامت اغلب تحت کنترل ساختارهای مرکزی سیاسی است ولی در برخی از کشورها، سیاست تمرکززدایی به افزایش روزافزون نقش دولت محلی، منجر شده است. با این‌که گفته می‌شود که ساختار سیاسی ملی، در صورتی که دموکراتیک باشد، می‌تواند مشارکت را فراهم کند، ولی احتمال این‌که بتواند پاسخگوی نیازهای واقعی نظام سلامت باشد، بسیار کم است. نقش دولت مرکزی این است که تضمین کند در توزیع منابع مناطق، چارچوب مناسبی برای حفظ استانداردها و تعیین نیازهای محلی، تدارک دیده شده است. این کار باید به‌صورتی انجام شود که امکان مشارکت کامل مردم مناطق در تصمیم‌گیری‌هایی که سلامت آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد، فراهم شود. تنها محدودیت این است که این کار باید بدون هر تأثیر منفی بر تصمیم‌های مناطق دیگر یا تلاقی با دیگر سیاست‌های توسعه ملی انجام گیرد. چنین رویکردی نقش‌هایی را برای مناطق و متخصصین بهداشت پیشنهاد می‌کنند که متفاوت با نقش‌های فعلی آن‌ها در بسیاری از کشورها است.

اغلب، اولویت‌ها بر اساس اطلاعات محدود بیماری و عدم سلامت که تحت کنترل متخصصین بهداشت می‌باشد، تعیین می‌شوند، بدون این‌که اطلاعات چندانی از مناطق دریافت شود. به‌علاوه چنین اولویت‌هایی به ندرت به‌صورت نظام‌دار و دموکراتیک تعیین می‌شوند، تا بتوانند به چالش کشیده شوند. بنابراین یکی از کارکردهای ضروری نظام برنامه‌ریزی، ایجاد چارچوب دموکراتیک تعیین اولویت‌هاست تا ضمن آن‌که به مناطق نقش می‌دهد، جایگاه متخصصین بهداشت را نیز تعیین کند.

موضوع بالا بر دو گروه اصلی مناطق و متخصصین بهداشت که ادعای مشارکت در تعیین اولویت‌ها را دارند، تمرکز دارد. در عمل تعدادی از گروه‌های دیگر وجود دارند که به تأثیرگذاری بر اولویت‌ها، تمایل نشان

می‌دهند و هر یک، کم یا زیاد، دارای مشروعیت می‌باشند. به عنوان مثال می‌توان به سازمان‌های غیردولتی، اتحادیه‌های تجاری، دانشگاه‌ها و شرکت‌های بازرگانی اشاره کرد. طبیعت سیاسی برنامه‌ریزی که ما بر آن تأکید داشتیم، مشارکت این گروه‌ها را اجتناب‌ناپذیر می‌سازد. مهم است که برنامه‌ریزان این موضوع را درک کرده و اطمینان حاصل کنند که این روند تا حد ممکن شفاف و آزاد باشد، و حق دسترسی غیرضروری به هیچ یک از گروه‌ها داده نشود. گروه دیگری که می‌تواند در تعیین اولویت‌ها نقش مهمی ایفا کند (و البته در عمل این کار را می‌کند) سازمان‌های اعطا کننده کمک‌های مالی می‌باشند. از طریق کنترل سرمایه‌های خارجی، چنین سازمان‌هایی اغلب می‌تواند اولویت‌های خود را بر کشورها تحمیل کنند. این احتمال وقتی بیشتر می‌شود که عدم وجود چارچوب ملی شفاف، احساس شود؛ در چنین شرایطی، برای این مؤسسات نه تنها ساده، بلکه وسوسه‌آمیز است که اقدام به پرکردن خلأ سیاست‌گذاری کنند. (42)

رویکردهای تعیین اولویت

فلسفه نظام اولیه مراقبت‌های سلامت پیشنهاد می‌کند که بخش‌های دخیل در تصمیم‌گیری باید تا حد امکان و به‌طور مداوم تشویق شوند. وقتی که امکان تمرکززدایی وجود داشته باشد، تصمیم‌گیری در رابطه با الگوی دقیق مراقبت بهداشتی را می‌توان به تصمیم‌گیرندگان محلی سپرد. در چنین شرایطی، تصمیم‌گیری متمرکز در مورد مسایل کلیدی مانند سطح منابعی که باید در سطح محلی در دسترس قرار گیرد، بسیار ضروری و مهم است. این کار نیازمند یک سیستم تخصیص منابع بر اساس عدالت است که در مورد میزان منابعی که باید یک منطقه یا ناحیه دریافت کند، تصمیم بگیرد. حتی در جایی که سیستم برنامه‌ریزی غیرمتمرکز مناسبی وجود دارد، مناطق مستقل، آزادی کامل برای تخصیص منابع نخواهند داشت. زیرا اولاً، هدایت سیاست‌های کلان از طریق دولت مرکزی تأمین خواهد شد، ثانیاً، این احتمال وجود دارد که برخی از خدمات به‌طور متمرکز ارائه شود که این خدمات می‌تواند شامل آموزش، سیستم‌های تخصصی و پشتیبانی فنی، باشد.

تمرکززدایی از تصمیم‌گیری‌ها، ضرورت تعیین اولویت‌ها را از بین نمی‌برد، در عوض سطوح تعیین اولویت‌ها را تغییر می‌دهد. اکنون ما نگاهی به تکنیک‌های مختلف مورد استفاده، برای تعیین اولویت‌ها خواهیم داشت.

روش ارزشیابی اقتصادی

چنین تکنیک‌هایی (به‌خصوص بررسی‌های هزینه- بهره‌وری و هزینه-درآمد) منابع مورد نیاز برای اقدامات را با نتایج (یا سود) مقایسه می‌کنند. در نگاه اول، ممکن است این تصور ایجاد شود که چنین تکنیک‌هایی پاسخگوی تمامی مسائل مرتبط با تعیین اولویت می‌باشد، چرا که مسائل مربوط به هزینه‌های اقدامات و تأثیرات آن‌ها بر مشکلات بهداشتی را مشخص می‌کند. بانک جهانی عمدتاً از روش بالا استفاده می‌کند.

در عمل برای استفاده از تکنیک‌های ارزشیابی اقتصادی، برخی مشکلات وجود دارد. موانع و مشکلات مقایسه نتایج (که برای هزینه و بهره‌وری ضروری می‌باشد)، جدا از مشکلات معادل‌سازی این نتایج به ارزش‌های پولی (که در بررسی هزینه و سود مورد نیاز می‌باشد) بر این دلالت دارد که در مقایسه روش ارزشیابی اقتصادی با دیگر روش‌ها، این روش بیشتر برای میزان تحقق اهداف کاربرد دارد، نه تعیین اولویت‌ها. این روش‌ها هیچ دلیلی را در این مورد که چرا برخی از مشکلات بهداشتی از دیگر مشکلات مهم‌تر تلقی می‌شوند، عرضه نمی‌کند. همچنین، این خطر وجود دارد که در روش‌های ارزشیابی اقتصادی که در حال حاضر استفاده می‌شود، برخی از تصمیمات بسیار فنی و تکنیکی باشند و به این ترتیب روش اتخاذ چنین تصمیماتی را پیچیده کند. تکنیک‌های ارزشیابی اقتصادی از یک الگوی تقریباً پزشکی پیروی می‌کند و به همین جهت به عوامل دیگری که می‌توانند اولویت‌ها را تحت تأثیر قرار دهند، توجه شایسته‌ای نمی‌کنند. (43)

روش ماتریس‌های چندمتغیری

همان‌طور که قبلاً نیز دیدیم، ممکن است دلایل مختلفی برای اولویت دادن به برخی از مشکلات وجود داشته باشد. در روش ماتریس‌های چندمتغیری، دلایل مختلف اولویت دادن به یک مشکل سلامت، تعیین شده است که شامل موارد زیر است:

- شیوع مشکل
- رنج و ناتوانی متعاقب آن
- تأثیرات مشکل بر اختلال در خانواده
- پیامدهای اقتصادی مشکل

● تقاضای محتمل از عموم برای برخورد با مشکل

● قابلیت اجرای راه حل مشکل به لحاظ فنی

● عواقب اجتماعی مشکل

در این روش از کارشناسان متخصص مربوط به متغیرهای بالا خواسته می شود تا مشکلات سلامت را که از نظر آنان، بر حسب تنها همان متغیر، از اهمیت برخوردار هستند، طبقه بندی و رتبه دهی کنند. به عنوان مثال، اقتصاددانان به پیامدهای اقتصادی مشکلات مختلف، دست اندرکاران فعالیت های اجتماعی به مشکلاتی که بیشترین صدمات را به خانواده وارد می کنند و همه گیرشناسان به عواقب مشکلاتی که بیشترین آثار سوء از جمله بیماری ها و ناخوشی ها را موجب می شوند، توجه می کنند.

مشکلات عمده سلامت را بر اساس این معیارها، به شکل یک ماتریس تنظیم می کنند. در این مرحله، فرایند تغییر کرده و از فرایندی فنی به فرایندی ارزیابی کننده که بین اهمیت فاکتورهای مختلف مقایسه و قضاوت می کند، تبدیل می شود. بر اساس این اطلاعات، فهرستی از مشکلات عمده تهدید کننده سلامت، تهیه می شود. چنین رویکردی، با این که داده های منطقه ای را محدود می سازد، هنوز هم به لحاظ تخصصی، برای گزینش اولویت مشکلات، رویکرد غالب است. با پارامترهای دیگر، به عنوان مثال - تأثیرات جنسیت - می توان این روش را بسط و گسترش داد. با این حال، یکی از مزایای آن این است که به شاخص های کمی وابسته نیست.

البته این امکان وجود دارد که از رتبه بندی عددی نیز استفاده شود. به عنوان مثال، می توان از هر یک مشکلات موجود فهرستی تهیه کرده و با شماره های از صفر تا 10، بر حسب اهمیت، اولویت بندی کرد. هم چنین می توان به هر یک از متغیرها وزن داد. (به عنوان مثال، اگر اهمیت هزینه، دوبرابر اهمیت عواقب اجتماعی باشد به آن ارزش 2 داده شود) سپس می توان فهرست نهایی اولویت ها را با اضافه کردن اعداد ارزش های تعیین شده برای هر یک از مشکلات به دست آورد. با این که این روش در ظاهر، از این جهت که پاسخی روشن و بدون ابهام ارائه می کند، بسیار جالب به نظر می رسد، ولی این خطر آشکار وجود دارد که فرایند آن فنی تر و عینی تر از حد واقعی محسوب شود.

دو رویکرد، ارزشیابی اقتصادی و ماتریس چندمتغیری هر دو روش‌های علمی برای تعیین اولویت‌ها هستند. تعیین اولویت‌ها در نهایت فرایندی است که شامل به‌کارگیری داورهای مختلف می‌باشد. چنین تکنیک‌های شبه علمی ممکن است ارزش داورهای مهم را پوشانده و به این ترتیب منجر به سیستمی شود که بر خلاف انتظار ما شفاف و صریح نباشد. با این‌که پیشرفت‌هایی در زمینه تحقیقات کاربردی صورت گرفته و روش‌های میانه‌ای ایجاد شده، اما این تصور که این روش‌ها به راحتی قابل دستیابی بوده و در کوتاه مدت قابل اجرا باشند، عاقلانه نیست. همچنین اشتباه خواهد بود اگر فرض کنیم که این روش‌ها نیاز به نزدیک کردن نظرات متخصصین مختلف و اعضای مختلف مناطق را منتفی کند.

در غیاب روش‌های ساده علمی، افراد مجبورند به رویکردهای وسیع‌تر تصمیم‌گیری روی آورند. دو نمونه از این رویکردها به نظر قابل توجه‌تر می‌رسند. (43)

نخست، تقویت آشکار نقش رهبری است، شخصی که مسئولیت ریاست کار تصمیم‌گیری را به دلیل مقامی که دارد، به عهده می‌گیرد ممکن است، با استفاده از تکنیک‌هایی که در بالا ذکر شد، با همکاران و مناطق مشورت کند، ولی در نهایت تصمیم نهایی را خود اتخاذ کند. قدرت مقام، میزان قابل قبول اختلاف نظر او را با نظر اکثریت تعیین خواهد کرد.

رویکرد دوم بر اساس میل رسیدن به اتفاق آرا مطرح شده و به فلسفه نظام خدمات اولیه بهداشتی نزدیک‌تر است ولی ممکن است فرایندی پرحمت و دشوار باشد. روش‌های مختلفی می‌تواند برای کمک به این فرایند مورد استفاده قرار گیرد ولی نتیجه نهایی این است که یک تصمیم گروهی اتخاذ می‌شود که ظاهراً به روشی آزاد و عادلانه به دست آمده است. یکی از این روش‌ها، تکنیک دلفی¹ است که در آن از گروهی از افراد خواسته می‌شود تا به پرسش‌ها پاسخ دهند و سپس پاسخ‌ها در اختیار گروه قرار می‌گیرد. همان سؤال‌ها برای بار دوم پرسیده می‌شود. در نتیجه دیدن پاسخ‌ها در مرحله قبل، برخی افراد موضع خود را تغییر می‌دهند. این روند آن قدر ادامه می‌یابد تا اتفاق نظر حاصل شود. (42)

1- Delphi

هدف‌گیری یارانه‌ها در جمعیت

در این زمینه به سه موضوع باید دقت کرد: نخست این‌که هدف‌گیری باید به‌گونه‌ای باشد که تسری اعطای مزایا به افراد غیرفقر (خطای شمول) را به حداقل برساند، ضمن این‌که از حضور و برخورداری افراد فقیر از مزایا اطمینان حاصل شود (خطای طرد)؛ دوم این‌که در معیارهای هدف‌گیری باید به محرک‌های اقتصادی توجه کرد و معیارهای مذکور باید با اهداف سیاست‌های مالی سازگار باشد؛ سوم این‌که در صورت امکان، مکانیزم هدف‌گیری موجب ارتقای پذیرش سیاسی برنامه‌های اقتصادی شود. (44)

با وجود این‌که آزمون وسع یک روش مناسب است، در بسیاری از کشورها ظرفیت اجرای مؤثر این روش به دلیل نبود اطلاعات دقیق در مورد افراد و خانواده‌ها وجود ندارد. در نتیجه، بسیاری از برنامه‌ها باید از مکانیزم‌های غیرمستقیم هدف‌گیری استفاده کنند. روش‌های غیرمستقیم هدف‌گیری متعددی وجود دارد که عبارتند از: آزمون تقریب وسع^۱، هدف‌گیری جغرافیایی یا منطقه‌ای^۲، هدف‌گیری مبتنی بر جامعه^۳ و خودهدف‌گیری^۴. (45)

هدف‌گیری آزمون وسع

این مکانیزم مزایا را به خانواده‌هایی که زیر خط فقر هستند ارایه می‌دهد و مستلزم گردآوری اطلاعات مربوط به درآمد خانوارها بوده و هزینه‌بر است. از سوی دیگر خانوارها تمایل دارند که درآمد خود را کمتر از میزان واقعی بیان کنند یا این‌که درآمد حاصل از خوداشتغالی یا بخش غیررسمی درآمدهای خود را محاسبه نمی‌کنند. از آن‌جا که امکان تعریف معیار مشخص و قابل مشاهده‌ای برای درآمد خانوار وجود ندارد، باید افراد فقیر به‌طور غیرمستقیم هدف‌گیری شوند.

1- Prox means testing

2- Categorical and Geographical Targeting

3- Community Based Targeting

4- Self Targeting

هدف‌گیری جغرافیایی و طبقه‌ای

با استفاده از این مکانیزم، مزایا به گروه‌هایی از جامعه هدایت می‌شود که بر مبنای ویژگی‌های اقتصادی اجتماعی و آماری که با فقر مرتبط است، فقیر محسوب می‌شوند (به عنوان مثال: سن، تعداد فرزندان، وضعیت بیکاری و محل جغرافیایی). مکانیزم هدف‌گیری جغرافیایی و طبقه‌ای دارای هزینه‌های اقتصادی اجتماعی پایینی است اما امکان ورود افراد غیرفقیر نیز به جامعه هدف وجود دارد. کارایی این روش با نسبت اعضای فقیر در طبقه یا منطقه جغرافیایی افزایش می‌یابد و ممکن است با ترکیب این مکانیزم با مکانیزم هدف‌گیری مبتنی بر جامعه، کارایی آن افزایش یابد. به عبارتی هر چه واحد جغرافیایی کوچکتر باشد، هدف‌گیری دقیق‌تر می‌شود.

هدف‌گیری مبتنی بر جامعه

در این روش مزایا از طریق مقامات یا انجمن‌های محلی که برای شناسایی ذینفعان برنامه تشکیل شده‌اند، انتقال می‌یابد. اغلب از ساختار موجود برای تصمیم‌گیری استفاده می‌شود اما در برخی موارد ساختار جدید شکل می‌گیرد مانند کمیته‌های متشکل از والدین کودکان مدرسه‌ای و مقامات رسمی. در اندونزی در خصوص تعیین دانش‌آموزانی که باید از کمک‌هزینه تحصیلی برخوردار شوند استفاده می‌شود. شواهد کمی در مورد چگونگی عملکرد این مکانیزم وجود دارد. در این زمینه فرضیاتی وجود دارد مبنی بر این‌که ساختار محلی احتمالاً منجر به هدف‌گیری دقیق‌تر و انعطاف‌پذیری بیشتری می‌شود، لیکن حضور در این مکانیزم مقامات را از پرداختن به سایر وظایف محلی باز می‌دارد.

هدف‌گیری بر مبنای آزمون تقریب وسع

با استفاده از این مکانیزم، مزایا بر مبنای شاخص‌های متعددی در سطح خانوار که با رفاه وابستگی دارد و به عنوان شاخص درآمدی به کار می‌روند، تخصیص می‌یابد. شاخص مذکور مجموعه‌ای از چند نماگر در سطح خانوار است که با سهولت بیشتری نسبت به درآمد، قابل مشاهده است و در نهایت از شاخص‌های مذکور برای بیان یک رتبه که تعیین‌کننده سطح دریافت حمایت توسط خانوار است، استفاده می‌شود. این

روش نسبت به روش آزمون وسع ارزانتر است، اما اثربخشی مکانیزم، در کل بستگی به ارتباطی قوی بین ویژگی‌های قابل مشاهده افراد و خانوارها، با درآمد دارد.

خودهدف‌گیری

به این معنی است که یک کالا یا خدمت یارانه‌ای در دسترس همگان است. اما به نحوی طراحی می‌شود که فقط افراد آسیب‌پذیر استفاده از آن را انتخاب کنند. به عبارتی امکان بهره‌گیری از مزایایی که از طریق این مکانیزم ارایه می‌شود، برای کلیه افراد موجود است اما بیشتر توسط افراد آسیب‌پذیر استفاده می‌شود. نمونه‌هایی از برنامه‌های خودهدف‌گیری، شامل برنامه‌های کاری عمومی است که در آن نرخ دستمزد پایین‌تر از حداقل دستمزد است و یا شامل یارانه‌های قیمتی برای کالاهای اساسی است که بیشتر توسط افراد فقیر مصرف می‌شود. مکانیزم خودهدف‌گیری نسبت به سایر مکانیزم‌ها نیازمند اطلاعات کمتری است و هزینه‌های اجرایی آن نیز پایین‌تر است. با وجود این، امکان تسری اعطای مزایا به افراد غیرفقیر نیز وجود دارد.

خودهدف‌گیری از این نظر جاذبه دارد که ضابطه خروج تدریجی ایجاد می‌کند. به عبارتی پس از آن‌که افراد، پس از بحران به خود متکی شدند، خودشان انتخاب می‌کنند که در برنامه خودهدف‌گیری شرکت نکنند. (45)

مروری بر پیشینه پژوهش

مقدمه

در این بخش از پژوهش، نتایج بررسی‌های انجام شده در گذشته در زمینه موضوع در ایران و جهان ارایه خواهد شد. پژوهشگر سعی کرده از بین مقالات بسیار زیاد مورد بررسی مرتبط ترین آن‌ها، یعنی مقالاتی که می‌توانسته‌اند به پیشبرد هدف پژوهش کمک کنند را انتخاب نموده و به صورت خلاصه به گونه‌ای که هدف و نتایج پژوهش آن برای خواننده قابل فهم باشد ارایه نماید. علاوه بر این، پژوهشگر در انتهای خلاصه هر کدام از مقالات، از دیدگاه خود مهمترین نکاتی که قابلیت استفاده در این تحقیق را داشته مشخص نموده و همچنین با دیدگاه انتقادی نقاط ضعف آن را نقد کرده است. در این قسمت ابتدا پژوهش‌هایی که در ایران در زمینه موضوع انجام شده و سپس پژوهش‌های خارجی ارایه خواهد شد.

مروری بر پیشینه پژوهش در ایران

● «مبانی طراحی تور ایمنی اجتماعی» مقاله‌ای است که وحیده نگین (1384) در آن ضمن تعریف نقش و ضرورت ایجاد تورهای ایمنی اجتماعی، اصول کلی در طراحی آن‌ها را توضیح داده است. در این مقاله که به صورت مروری تدوین شده است تورهای اجتماعی این‌گونه تعریف شده است: «فعالیت‌های غیررسمی و رسمی که افراد را در مقابل اثرات کاهش فقر محافظت می‌کند». نقش تورهای اجتماعی توزیع مجدد درآمد به افراد نیازمند و مدیریت مخاطرات است. این تورها انواع مختلفی مانند پرداخت‌های نقدی، پرداخت‌های انتقالی مشروط، پرداخت‌های انتقالی غیرنقدی، برنامه کارهای عمومی، برنامه‌های اعتباری (اعتبار خرد و سایر مکانیزم‌های اعتباری) و یارانه‌های قیمتی و سایر یارانه‌ها هستند. هدفگیری تورهای ایمنی اجتماعی بر اساس آزمون وسع، هدفگیری جغرافیایی و طبقه‌ای، هدفگیری مبتنی بر جامعه، هدفگیری بر مبنای آزمون تقریب وسع و خودهدفگیری هستند. به صورت کلی برای طراحی صحیح و افزایش اثربخشی تورها باید موارد زیر را مدنظر داشت: 1) امکان دسترسی به موقع به اطلاعات مربوط به فقرا و گروه‌های آسیب‌پذیر، 2) برنامه‌ریزی قبل از بحران، 3) تعیین ابزارهای تور ایمنی قبل از بحران به گونه‌ای که

ارایه‌دهنده حمایت کافی برای افراد فقیر باشد، 4) ایجاد تورها بر مبنای برنامه‌های عمومی موجود و مکانیزم‌های هدف‌گیری و انتقال، 5) شفافیت و پاسخگویی در طراحی برنامه‌ها و نیز استفاده از منابع برای افزایش اثربخشی برنامه‌های تور، 6) توزیع برنامه‌های تورایمی بین واحدهای مختلف دولتی با هدف جلوگیری از همپوشانی برنامه‌ها، 7) ایجاد ظرفیت اجرایی کافی در سطح محلی قبل از تمرکززدایی، 8) عدم کاهش هزینه‌های اجتماعی و به‌خصوص هزینه‌های تور ایمنی در هنگام بحران، 9) استفاده از سازمان‌های غیردولتی، گروه‌های اجتماعی و سازمان‌های مذهبی برای افزایش کارایی تور. (44)

تورهای ایمنی اجتماعی برنامه‌های بسیار مفیدی هستند که از آن‌ها می‌توان قبل از ایجاد بحران برای جلوگیری از فقیر شدن جامعه استفاده کرد. یکی از کارکردهای بسیار خوب این تورها، دسته‌بندی جامعه برای ارایه یارانه است که می‌تواند در برنامه‌های بیمه‌های درمانی هم مورد استفاده قرار گیرد. از این طبقه‌بندی می‌توان برای دادن یارانه به افراد فقیر در زمینه نحوه پرداخت حق بیمه یا پرداخت هزینه‌های بهداشتی درمانی استفاده کرد. باید دانست که تورهای ایمنی اجتماعی مفهومی پویاست که در هر زمان باید مطابق شرایط روز تعریف شده و وضعیت افراد مدام مورد پایش قرار گیرد تا بتوان تصمیم گرفت که در مورد هر کدام از افراد آیا لازم است نوع حمایت ثابت بماند (تا چه مدت)، یا تغییر کند (به چه نوع حمایتی) یا اصولاً افراد موجود از تور خارج شده و افراد دیگری جایگزین شوند. همچنین استفاده از ظرفیت‌های محلی برای کار اجرایی تور بسیار مفید است به‌خصوص استفاده از سازمان‌های محلی، غیردولتی، صنفی و مذهبی.

- حسن‌زاده (1384) در مقاله‌ای با عنوان «گزینه‌هایی برای پوشش همگانی مراقبت‌های سلامت در ایران» به ارایه راهکارهایی برای پوشش همگانی بیمه سلامت پرداخته است. در این مقاله عنوان شده است که در حال حاضر همپوشانی بین سازمان‌های بیمه‌ای، فقدان آمار صحیح از جمعیت تحت پوشش، اعلام آمار غیرواقعی و عدم شفافیت در داده‌ها با هدف افزایش قدرت چانه‌زنی در تنظیم سرانه خدمات سلامت به‌عنوان مشکلات نظام بیمه‌ای ایران ذکر شده است. بر اساس آمار رسمی در ایران 10 درصد بیمه‌نشده وجود دارد در حالی که بر اساس مطالعه بهره‌مندی انجام شده در سال 1381 در حدود 26 درصد بیمه‌نشده وجود دارد. گزینه‌های مطرح شده برای پوشش همگانی سلامت در این مقاله به‌صورت زیر است که البته قبل از آن لازم است همپوشانی بین بیمه‌های مختلف رفع شود، کد ملی طراحی شده و بر اساس آن برای هر فرد یک شماره بیمه مشخص شده و تفکیک بین خریدار و فروشنده خدمات سلامت انجام شود:

1) حفظ وضع موجود و ارایه دفترچه بیمه به تمام مردم. این گزینه با محاسبه سرانه روستاییان بر اساس محاسبات سال 1383 در حدود 107520 میلیارد ریال (در صورتی که مبنای محاسبه تعداد بیمه‌نشده در این مطالعه، میزان بهره‌مندی از خدمات باشد) و 6989 میلیارد ریال بر اساس آمار رسمی ارائه شده است

2) حفظ وضع موجود و اجبار به پوشش بیمه‌ای کلیه افراد و پرداخت سرانه اقشار آسیب‌پذیر توسط دولت که در این حالت باید این اقشار به نحوی شناسایی شوند و میزان اعتبار مورد نیاز در حدود 3192 میلیارد ریال خواهد بود

3) پوشش همگانی در قالب نظام ارجاع که در این حالت مبلغ مورد نیاز در حدود 5460 میلیارد ریال خواهد بود

4) پوشش همگانی در یک برنامه تدریجی با برداشتن گام‌های زیر:

- ثبت‌نام مردم در طرح پوشش سازمان‌های مختلف و تأمین هزینه پوشش آنان از محل منابع سازمان‌های مذکور

- پوشش بقیه افراد با دریافت حق بیمه سرانه و پرداخت حق بیمه اقشار آسیب‌پذیر و فقرا توسط دولت

- تقسیم جمعیت کشور به بیمارستان‌های عمومی و خصوصی موجود در مناطق مختلف به عنوان عامل اصلی قرارداد و پرداخت سرانه بیمارستان

- محاسبه قیمت واقعی سرانه سرپایی و بستری افراد کشور

- پرداخت دوسوم از سرانه (C) محاسبه شده به صورت پیش‌پرداخت به تعداد اعضای ثبت‌نام شده (N) در شروع هر ماه در اختیار بیمارستان به صورت $C/12 \times N \times 75\%$

- در پایان هر ماه و مشخص شدن تعداد اعضا در انتهای ماه مبلغ واقعی پرداخت تعیین می‌شود

- نرخ سرانه و بستری هر بیمارستان با توجه به هزینه‌ها و تشخیص درمان‌های انجام شده در سال قبل همان بیمارستان تعیین و پرداخت می‌شود

- بیمارستان برای ارائه خدمات تشخیصی و درمانی سرپایی با پزشکان در مطب‌ها و کلینیک‌ها و

درمانگاه‌ها به عنوان «طرف قرارداد جانبی پایین» و مراکز فوق تخصصی به عنوان «طرف قرارداد

جانبی بالا» قرارداد همکاری منعقد کرده، از محل منابع خود هزینه‌ها را پرداخت نماید. (46)

این مقاله گرچه به صورتی ساده موضوع بیمه درمان و بیمه همگانی را در ایران مورد بررسی قرار داده اما نشان‌دهنده میزان ناآگاهی مدیران کشور ما، عدم وجود اطلاعات در خصوص میزان پوشش بیمه‌ای و میزان هزینه‌های لازم برای پوشش بیمه‌ای افراد است. همچنین اختلاف 26 و 10 درصد در مورد پوشش بیمه‌ای خود گواهی است بر نبود آمار بیمه‌شدگان در کشور، مسأله‌ای که ناشی از مشکلات آماری و پراکندگی صندوق‌های بیمه‌ای و نبود سازوکار لازم برای سیاست‌گذاری آن‌هاست. این مسأله باعث شده که سازمان‌های مختلف برای افزایش میزان بودجه خود با اعلام آمار نادرست اقدام به دریافت منابع بیشتر از دولت کنند و به نظر می‌رسد که با سازوکارهای ساده‌ای مانند ایجاد بانک اطلاعاتی بیمه‌شدگان در کشور توسط یک سازمان بالاسری می‌توان تا حدود زیادی به این مشکل پایان داد. همچنین حال که بحث بیمه همگانی موضوع روز کشور است لازم است از سازوکارهای پایدارتری برای بیمه سلامت استفاده شود یا حداقل برنامه‌ای زمان‌بندی شده برای پایدارتر کردن سیستم بیمه‌ای و کم کردن وابستگی زیاد آن به دولت و قانونمند کردن کمک دولت به سازمان‌های بیمه‌ای تدوین شود. در این مقاله به این موضوع اشاره نشده و تنها به رفع مشکل به صورت مقطعی بسنده شده است. بدیهی است که انداختن بار بیمه سلامت بر دوش دولت آن هم با وضعیت ناپایدار سیاست‌های دولت در بخش سلامت، این سیاست در درازمدت موفق نخواهد بود و بهتر است سازوکاری اندیشیده شود که بر پایداری نظام بیمه سلامت (استفاده از بیمه سلامت اجتماعی، بیمه سلامت مبتنی بر جامعه و مشخص کردن سهم سلامت از درآمد افراد یعنی سازوکار بیمه‌ای مبتنی بر مالیات) و وابستگی کمتر آن به دولت تأکید شود.

- مدنی قهفرخی (1384) در مقاله‌ای با عنوان «لایه‌بندی جمعیت: ضرورت اولویت‌گذاری در نظام جامع رفاه

و تأمین اجتماعی» ضمن نقد رویکردهای یک بعدی اقتصادی برای لایه‌بندی جمعیت که عمدتاً با خط فقر تعریف می‌شوند، تلاش کرده تا با استفاده از تجربیات خود و مرور مقالات مشابه، الگویی سه بعدی بر اساس نوع مشکل اجتماعی، شدت مشکل و گروه‌های هدف نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ارائه دهد. سپس پیشنهاد می‌کند بر اساس این سه متغیر، بسته خدمتی مناسب برای گروه‌های مختلف تدوین گردد که شامل مداخلات مختلف بر اساس متغیرهای فوق باشد.

شدت مشکل: این عامل تعیین‌کننده شدت درگیری گروه جمعیتی با مشکل اجتماعی است. روشن است که اگر گروهی دچار فقر مفرط باشند (زیر خط فقر مطلق)، گروهی دچار فقر نسبی باشد (زیر خط فقر نسبی) و گروهی فقط در معرض فقر در آینده‌ای نسبتاً نزدیک باشد، هر یک خدمات متفاوتی را می‌طلبد. این طیف‌بندی را برای تمام مشکلات اجتماعی می‌توان به کار برد.

نوع مشکل: مشکلات اجتماعی را تنها در فقر نمی‌توان خلاصه کرد لذا نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی علاوه بر فقر، دستور کارهای دیگری نیز پیش‌روی خود دارد که فهرست مشکلات اجتماعی را تشکیل می‌دهد. بدیهی است که این مشکلات نیز ممکن است در طول زمان تغییر کنند.

گروه‌ها و افراد تحت پوشش: این عامل شامل گروه‌هایی می‌شود که مطابق تعریف و استانداردسازی مشخص مثلاً خط فقر) در یکی از گروه‌های هدف نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند.

در نهایت نویسنده پیشنهاد می‌کند که با توجه به زیاد بودن مشکلات و افرادی که باید تحت پوشش قرار گیرند دولت برای این کار و بعد از برآورد وضع موجود اقدام به اولویت‌بندی نیازها نماید. برای این کار ماتریسی سه بعدی ارایه شده است که بر اساس نوع مشکل، شدت مشکل و همچنین طبقه اجتماعی می‌توان نیازهای مردم را مشخص و اولویت‌بندی کرده و سپس بسته خدمتی مناسب را برای آن ارایه داد. (43)

مقاله ارایه شده گرچه در مورد رفاه ارایه شده است اما با توجه به این‌که بهداشت و درمان هم جزوی از کمک‌های رفاهی است می‌تواند در بخش بیمه سلامت هم مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این الگوی ارایه شده بر اساس مفاهیم ساده ریاضی و همچنین اصول اولویت‌بندی است که در تمام عرصه‌ها قابل استفاده است. چند نکته برجسته این مقاله نوع معیارهایی است که برای تقسیم‌بندی افراد استفاده کرده است و باعث می‌شود که یک الگوی سه بعدی ایجاد شود و بر اساس آن بتوان به خوبی وضعیت فرد را نسبت به کل جامعه و افرادی که مشکلی مانند وی دارند مشخص کرد و بعد از آن نوع مداخله مورد نیاز را نیز مشخص کرد. این موضوع در بخش بیمه‌های سلامت نیز به خوبی قابل استفاده است. چرا که تمام افرادی که برای پیوستن به نظام تأمین مالی سلامت مشکل دارند یا برای دریافت خدمات مشکل دارند مشکلات مشابهی ندارند به این معنی که برخی نمی‌توانند تنها بخشی از مداخلات بهداشتی درمانی را خریداری کنند و لازم است تنها در آن مورد به آن‌ها کمک شود. به عنوان مثال مطالعات نشان داده که عامل عدم استفاده برخی از گروه‌هایی که در مناطق دوردست زندگی می‌کنند، از خدمات سلامتی، مشکلات هزینه رفت و آمد است. بنابراین لازم است این هزینه نیز جزو بسته خدمتی سلامت آن‌ها گنجانده شود تا اصل برابری در استفاده از خدمات تحقق یابد.

● مظفر کریمی (1383) در طرحی با عنوان «اجرای طرح بیمه اجتماعی شاغلان و بهره‌برداران بخش

کشاورزی» روشی را برای بیمه اجتماعی روستائیان ایران پیشنهاد کرده است. در این تحقیق عنوان شده که روستاییان نزدیک به نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و بخش قابل توجهی از آنها هم شاغل بوده، ساعات بیشتری به کار مولد مشغولند و به شغل‌هایی اشتغال دارند که ذاتاً مزیت نسبی برای کشور به همراه

دارند. مهمترین تنگناهای بیمه اجتماعی از نظر پوشش کمی جمعیت در روستاها (صرف نظر از کیفیت خدمات آن) به شرح زیر است:

- همپوشانی در بخش‌های مختلف جمعیت به‌خصوص بین جمعیت روستایی با کارکنان دولت، نیازمندان و سایر اقشار.
- خلأ جدی در پوشش جمعیتی بیمه اجتماعی به‌خصوص برای روستاییان و خویش‌فرمایان و علاوه بر این، عدم شفافیت آمار در مورد این بخش از جمعیت
- خلأ قانونی برای بیمه اجتماعی شاغلان بخش کشاورزی و صنایع روستایی
- ناکارآمدی روش‌های موجود بیمه اجتماعی برای شاغلان بخش کشاورزی

به‌طور خلاصه این طرح بر پیش‌فرض‌های زیر بنا شده است: (1) تأمین اجتماعی حق روستاییان است (2) اجرای بیمه اجتماعی کشاورزان به روش متعارف کشور ممکن نیست (3) اگر هم بتوان مزدبگیران بخش کشاورزی را بر اساس قانون موجود در کشور تحت پوشش قرار داد، تحت پوشش قرار دادن غیرمزدبگیران این بخش غیرممکن است (4) بر اساس سرشماری انجام شده بیش از نیمی از روستاییان کشور را شاغلین بخش کشاورزی تشکیل می‌دهند که 4 میلیون نفر آنان مزدبگیر و 5/5 میلیون نفر غیرمزدبگیر هستند (5) این کار باید به‌صورت مرحله‌ای انجام شود (6) لازمه شروع و تداوم این طرح استفاده از ظرفیت تشکلهای مردمی است (7) فقدان تشکلهای مردمی واقعی در بخش کشاورزی به‌خصوص انجمن‌های صنفی کشاورزی، مهمترین عامل توسعه نیافتگی بیمه اجتماعی بخش کشاورزی است.

ویژگی‌های طرح پیشنهادی به شرح زیر است:

با توجه به مرحله‌ای بودن طرح، در مرحله اول، تنها افراد تحت پوشش تعاونی‌های کشاورزی تحت پوشش قرار می‌گیرند که پوشش آنها راحت‌تر است. به دلیل این‌که روستاییان از نظر درمانی تحت پوشش هستند تعهدات صندوق تنها شامل بازنشستگی، ازکارافتادگی، فوت و حوادث خواهد بود. با وجود نیاز به کمک دولت سعی بر این است که این صندوق تا حد ممکن متکی به منابع درون‌زا (حق بیمه) باشد. به دلایل زیر این صندوق در مقایسه با بیمه اجتماعی کارگران، هزینه کمتری خواهد داشت: عدم رایه خدمات درمانی و محدود شدن آن به حوادث، هر فرد در این صندوق باید یک دوره انتظار (چند سال) را بعد از پرداخت بیمه به‌عنوان دوره انتظار بگذراند، به دلیل تداوم اشتغال در بخش کشاورزی می‌توان سقف بازنشستگی را (به 65 تا 70 سال) افزایش داد و با وجود برقراری مستمری در این سن، اجازه کار و حتی مشارکت در حق بیمه تا

پایان عمر را داد، در نقاط روستایی سطح هزینه‌ها به دلیل خودکفایی بیشتر، در مقایسه با مناطق شهری پایین‌تر است در نتیجه سطح مستمری‌ها هم کمتر خواهد بود در نتیجه می‌توان میزان حق بیمه افراد - در مناطق شهری 18 درصد دستمزد است اما در این مناطق می‌توان 12 تا 14 درصد در نظر گرفت - و به تبع سهم دولت را هم کمتر در نظر گرفت، بیمه اجتماعی کشاورزان باید دارای یک صندوق مستقل باشد و یک شورای عالی فرابخشی (مركب از نمایندگان دولت و تشکلهای مردمی مرتبط) بر آن نظارت کنند همچنین می‌توان امور اجرایی را به مؤسسات کارگزاری مانند بانک کشاورزی، شرکت پست و ... سپرد. تعاونی‌ها و تشکلهای صنفی می‌توانند نقش شناسایی افراد، احراز هویت و ثبت‌نام آنها را به‌عهده بگیرند و واسطه انتقال حق بیمه باشند. (47)

طرح ارایه شده برای بیمه اجتماعی روستاییان ایران در عین نیاز و ضرورت آن واجد نکات چندی است که در خور توجه است. اول این که این طرح بیشتر از تأکید بر مبانی نظری موجود و تجربه سایر کشورها سعی کرده که با استفاده از تجربیات مجریان طرح روشی را برای پوشش ارایه دهد که البته این مسأله برای سازمانی که به دنبال اجرای سریع و کاربردی بودن طرح است مسأله‌ای قابل‌پذیرش است. این طرح بیشتر بر حل مشکل فعلی فکر کرده و به نظر می‌رسد که برای مشکلات آینده آن که ممکن است به دلیل اجرای طرح یا هر دلیل دیگر ایجاد شود راه‌حلی پیش‌بینی یا ارایه نکرده است. مشخص نیست که برآوردها به‌صورت دقیق بر چه اساسی محاسبه شده است. همچنین میزان مشارکت دولت در طرح و بار مالی آن برای دولت مشخص نیست. علاوه بر این توجیه روستاییان برای فرهنگ‌سازی و آشنایی آنان با موضوع و همچنین توضیح آن بخش از پولی که از طریق کارگزاری‌ها گردآوری خواهد شد داده‌نشده است. به‌علاوه خارج کردن تعهدات بیمه درمان روستاییان از بیمه اجتماعی موضوع پایداری به نظر نمی‌رسد و لازم است مشخص شود که در آینده در صورت تغییر سیستم حمایتی فعلی برای بیمه درمان واکنش طرح چگونه خواهد بود؟ به‌علاوه لازم است در این طرح راهکارهایی برای تقویت درازمدت نهادهای غیردولتی، صنفی و ... ارایه شود تا بتوان در آینده با استفاده از این سازوکارها طرح را پایدارتر کرد.

- علی حیدری (1383) مقاله‌ای را با هدف بررسی نحوه اجرای بیمه روستاییان و عشایر با عنوان «بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر» تدوین کرده است. این مقاله که به‌صورت مروری تدوین شده بیشتر به موضوع از نظر امکان‌پذیری قانونی نگاه کرده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش سه گزینه برای بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر پیش‌روی ایران است: گزینه اول: تشکیل صندوق بیمه روستاییان با استفاده از قانون تأمین اجتماعی مصوب سال 1354. بر این اساس، این امکان وجود دارد که صندوق مستقل (یا مجازی) در کنار سازمان تأمین اجتماعی (مشابه صندوق بیمه بیکاری) به موجب آیین‌نامه‌ی پیشنهادی

وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و به تصویب کمیسیون‌های مرتبط مجلس می‌رسد، تحت عنوان صندوق بیمه اجتماعی روستاییان تکوین یابد. گزینه دوم: تشکیل صندوق بیمه روستاییان بر اساس اساسنامه مصوب هیأت وزیران: با توجه به اختیار تفویض شده به هیأت وزیران طبق قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، صرفاً با تصویب اساسنامه صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر می‌توان نسبت به تکوین و فعالیت صندوق مزبور اقدام کرد و با توجه به احکام مشخص برنامه چهارم توسعه، منابع لازم را از محل بودجه عمومی، وضع حق بیمه و نیز منابع جبرانی حاصل از هدفمندسازی یارانه‌ها و کمک‌های جبرانی موضوع جزء یک بند «الف» ماده 3 قانون برنامه چهارم تأمین کرد. توضیح این‌که در صورتی‌که منابع لازم از محل بودجه عمومی، یارانه‌ها و کمک‌های جبرانی تأمین شود امکان‌سنجی آن مثبت‌تر است. گزینه سوم: تشکیل صندوق بیمه روستاییان به موجب تبصره‌ای از بودجه سال 1384: البته سالانه بودن احکام و احتمال عدم پایداری منابع پیش‌بینی شده برای صندوق که می‌تواند در میانه راه تعادل مصرف و منابع را دچار مخاطره کند و از همه مهم‌تر پدیده کسر بودجه، امکان‌سنجی گزینه مزبور را کمی منفی می‌کند. گزینه چهارم: تشکیل صندوق بیمه روستاییان بر اساس تقدیم لایحه: این گزینه نیز به دلیل طولانی‌شدن مراحل تصویب و احتمال سلب برخی از اختیارات تفویض شده طبق قانون جامع رفاه و تأمین اجتماعی از دولت و نیز احتمال تغییر رویکرد از سیستم بیمه‌ای و حمایتی یا واگذاری آن به مجموعه‌ای غیر از مجموعه‌های زیر نظر وزارت رفاه از جمله مواردی است که باید مدنظر قرارگیرد. (48)

این مقاله نسبت به سایر مقالات با دیدگاهی متفاوت به موضوع بیمه روستاییان نگاه کرده است. زیرا کمتر به مبانی نظری و مبانی مفهومی پرداخته و سعی کرده بیشتر موضوع را از نظر قانونی و استفاده از ظرفیت‌های موجود قوانین کشور مورد بررسی قرار دهد. این مسأله باعث شده که گزینه‌های مطرح شده نیز به نظر بیشتر قابل انجام برسد. در عین این‌که مطالعه از نظر مبانی نظری دچار ضعف آشکاری است اما این نوع نگاه کاربردی‌تر بوده و افق پیش‌رو برای عملی شدن آن را روشن‌تر می‌نماید. موضوعی که در بسیاری از مطالعاتی که در ایران انجام می‌شود کمتر به آن پرداخته شده است. زیرا در این مطالعات بیشتر به نحوه انجام کار و سازوکارهای لازم پرداخته می‌شود تا استفاده از ظرفیت قانونی و حقوقی موجود در کشور.

- مظفر کریمی (1383) در پژوهشی با عنوان «مطالعه تطبیقی بیمه خدمات درمانی روستاییان در چند کشور و آرایه الگوی مناسب برای ایران» که به صورت مطالعه تطبیقی و گذشته‌نگر انجام داده به بررسی ده کشور کره جنوبی، ژاپن، ترکیه، فیلیپین، چین، آلمان، اتریش، فرانسه، روسیه و آمریکا پرداخته است.

مشکلات موجود در سیستم فعلی بیمه روستاییان ایران به شرح زیر توصیف شده است: بیمه خدمات درمانی روستاییان در شرایط موجود از حداقل استانداردهای لازم برخوردار نیست، بیمه‌گیری به مفهوم صحیح آن که مبتنی بر مشارکت افراد در زمان سلامتی و بهره‌گیری آنها در زمان بیماری است وجود ندارد، از افراد سالم حق بیمه وصول نمی‌شود و به جای آن از بیماران در هنگام دریافت خدمات درمانی فرانشیز بیشتری دریافت می‌گردد، تداوم پوشش بیمه به‌طور کامل به خواست مردم بستگی دارد و سازوکار مطمئنی برای آن پیش‌بینی نشده است، تعهدات بیمه از جامعیت لازم برخوردار نیست و محدود به خدمات بستری در بخش دولتی است، بنابراین انگیزه کافی برای پیوستن به نظام بیمه‌ایجاد نمی‌کند و ابهام در محاسبه حق بیمه، شفاف نبودن تعهدات دولت در تأمین منابع مالی و نبود معیاری برای تعیین حق بیمه سهم روستائیان از مهمترین مسائل موجود در نظام بیمه خدمات درمانی است. در این تحقیق عنوان شده که پوشش بیمه روستاییان در کشورهای مختلف وجود داشته است. در کشورهایی که الگوی پوشش بیمه همگانی را به‌کار برده‌اند روستائیان هم به‌عنوان شهروند، مانند سایر شهروندان تحت پوشش نظام بیمه خدمات درمانی هستند مانند انگلیس، کانادا و کوبا. اما در تعدادی از کشورها روستائیان بر مبنای وضع شغلی، بیمه اجتماعی شده‌اند. بنابراین روستائیان به دو بخش کارگران و خویش‌فرمایان تقسیم شده‌اند. و برای کارگرانی که دارای کارفرما هستند و کسانی که برای خود کار می‌کنند تدابیر جداگانه‌ای اندیشیده شده است.

در این تحقیق مبنای اقامت به‌عنوان مبنایی مناسب برای پوشش بیمه درمان در نظر گرفته شده است که سپس این مبنا بر اساس مبنای سنی، صنفی، وضعیت سکونت به گروه‌های فرعی‌تر تقسیم می‌گردد. یعنی از دانش‌آموزان بر اساس تحصیل در مدرسه و با کمک آموزش و پرورش حق بیمه به‌صورت مرحله‌ای وصول خواهد شد که با توجه به نیاز کمتر این گروه به خدمات بهداشتی درمانی توصیه شده است که مبلغ حق بیمه آنان کمتر از سایرین تعیین شود. سالمندان، در مرحله اول به‌صورت کامل از طرف دولت تحت پوشش قرار می‌گیرند و در صورت عدم کفایت 20 درصد حق بیمه سالمندان از آنان دریافت شده و 80 درصد نیز از اعتبارات حمایتی تأمین می‌گردد. در مرحله بعدی خانوارها به‌صورت بیمه اجباری اجتماعی بیمه شوند. در

این تحقیق با توجه به مشکلات وصول حق بیمه از خانوارها توصیه شده که برخی خانوارهایی که تمکن مالی ندارند با استفاده از نظام حمایتی و بقیه با توجه به این که 80 درصد روستاهای کشور مشترک برق هستند از طریق قرارداد با وزارت نیرو 50 درصد حق سرانه بیمه درمانی آنها بر روی قبض برق آنان محاسبه شده و وصول شود اما به گونه ای که هزینه بیمه درمانی آنها از هزینه برق مصرفی بیشتر نشود. همچنین با وضع قانون، 5 تا 7 درصد از نرخ تضمینی خرید محصولات کشاورزی به صندوق بیمه درمان واریز گردد. به این طریق 50 درصد حق بیمه تأمین گردد. با این سیستم 80 درصد جمعیت روستاها تحت پوشش بیمه قرار می گیرند و بقیه کسانی هستند که در روستاهای کم جمعیت زندگی می کنند و شامل افراد خانوار بجز دانش آموزان و سالمندان هستند که می توان این افراد را به صورت اختیاری فردی یا گروهی بیمه کرد. البته در شرایط فعلی پوشش اجباری بیمه برای این افراد ممکن به نظر نمی رسد. بنابراین بهتر است از مبنای بیمه گروهی چند ساله برای این افراد استفاده شود. (49)

در این پژوهش یک الگوی چند مرحله ای برای پوشش بیمه سلامت روستاییان کشور ارائه شده است که مبنای اصلی شناسایی افراد، محل سکونت است و سپس افراد روستایی به گروه های مختلفی تقسیم می شوند تا پوشش آنان امکان پذیر باشد البته در نهایت نیز پوشش کامل افراد روستایی در این الگوی پیشنهادی محقق نمی شود و سازوکار پیشنهادی برای بیمه گروهی نیز با مشکل مواجه است زیرا بیمه گروهی معمولاً در شرایطی امکان پذیر است که افراد آموزش دیده بوده یا آگاهی کامل نسبت به مزایای بیمه داشته باشند یعنی این مسأله جزء سازوکارهای مشارکت مردم بوده که مخصوص جوامع پیشرفته است که فرهنگ بیمه ای افراد در آنها بالاتر است. همچنین دریافت 50 درصد حق بیمه از طریق نرخ خرید تضمینی محصولات و اثرات آن نیز باید مورد بررسی قرار گیرد چرا که ممکن است با این مکانیزم از افرادی که در حال حاضر تحت پوشش بیمه ای هستند هم دوباره حق بیمه دریافت گردد بنابراین این مکانیزم به نارضایتی این افراد از سیستم بیمه دامن خواهد زد لذا باید سازوکار شناسایی این افراد (مثلاً گسترش یک سیستم اطلاعاتی مناسب) از قبل مورد توجه قرار گرفته باشد. همچنین نقش سازوکارهای مشارکت افراد در امور جامعه که در حال حاضر در روستاها موجود است مانند شوراهای اسلامی شهر و روستا و همچنین شرکت تعاونی ها نادیده گرفته شده است. در عین این که ایده دریافت حق بیمه از طریق قبض برق بسیار جالب و در عین حال با توجه به محدودیت قایل شده برای آن یعنی بیشتر نشدن حق بیمه از مبلغ قبض برق اجرایی تر به نظر می رسد.

- مظفر کریمی (1380) با هدف ارائه الگویی برای نظام بیمه خدمات درمانی ایران و جایگاه آن در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی پژوهشی با عنوان « جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تأمین اجتماعی » انجام داده است. در این مطالعه که به صورت مقطعی، توصیفی و گذشته نگر انجام شده، تجربیات سایر

کشورهای جهان در زمینه بیمه درمان مورد بررسی قرار گرفته است. مشکلات وضع موجود ایران به این شکل عنوان شده است: 1) سازمان‌های موجود بیمه در ایران اکثراً دولتی هستند و قانون وضعیت فعالیت آنان را به‌گونه‌ای تنظیم کرده که قدرت مانور کمتری دارند. 2) در قشر بندی جمعیت و تعریف گروه‌ها و اقشار چنددستگی وجود دارد. مثلاً روستاییان و نیازمندان با همدیگر و با سایر گروه‌ها هم‌پوشانی دارند، 3) تعدد سازمان‌های بیمه‌گر دولتی و وابستگی‌های متفاوت آن‌ها، امکان هماهنگ‌سازی و نظارت بر عملکرد آن‌ها را دشوار می‌سازد، 4) بیمه تکمیلی خدمات درمانی در وضع موجود از ضمانت اجرایی لازم برخوردار نیست، 5) حدود وظایف و تکالیف دولت در زمینه بیمه خدمات درمانی مشخص نیست، 6) سیاست‌های حمایتی دولت در جهت کاهش فشار بر مردم، باعث تثبیت قیمت خدمات در یک سطح معین می‌شود، 7) فرایند تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی و حق بیمه‌های سرانه دایره معیوبی را تشکیل می‌دهند، 8) قوانین و مقررات محدود کننده، و نیز فقدان ضمانت کافی در قوانین عام برای دفاع از حقوق بخش خصوصی، از سوی دیگر موجب می‌شود که انگیزه کافی برای فعالیت آزادانه در عرصه بیمه خدمات درمانی به‌وجود نیاید، 9) مجموعه عوامل یاد شده باعث شده است که با گذشت هفت سال از اجرای قانون بیمه همگانی، بخش قابل توجهی از جمعیت خارج از پوشش بیمه درمان باقی بمانند.

در این مقاله دو گزینه برای تغییر وضعیت بیمه‌ای کشور پیشنهاد شده است. پیشنهاد اول بر اساس حفظ وضع موجود است که در آن تغییراتی در حق بیمه کارکنان دولت بر مبنای درصدی از حقوق محاسبه شده و دولت نقش کارفرما را به‌عهده بگیرد، برای کارگران و کارفرمایان روستایی، صندوق بیمه اجتماعی بر مبنای سازوکارهای بیمه‌ای عمل کند، صندوق حمایتی خدمات درمانی به منظور ارایه خدمات درمانی غیربیمه‌ای تشکیل شود و اقشار نیازمند مانند ایثارگران، دانشجویان و طلاب و خویش‌فرمایان شهری را تحت پوشش قرار دهد، ترکیب شورای عالی بیمه خدمات درمانی در جهت افزایش نقش سازمان‌های بیمه‌گر تغییر کرده و قانون جداگانه‌ای برای بیمه‌های تکمیلی تصویب شود.

گزینه دوم اصلاح ساختار موجود است که در آن امور بیمه‌گری خدمات درمانی به 2 بخش تقسیم می‌شود بخشی از فعالیت‌های هر صندوق که با سایر تعهدات آن مشترک است اما ممکن است با سایر صندوق‌ها

متفاوت باشد (نام‌نویسی و ...) توسط خود سازمان‌ها انجام شود اما وظایف تأمین خدمات درمانی که میان همه صندوق‌ها مشترک و تکراری است به صورت متمرکز انجام شود. (47)

این پژوهش در عین این‌که به بسیاری از مشکلات سیستم بیمه سلامت کشور ما اشاره کرده اما در نهایت مشخص نشده است که هر کدام از راهکارهای ارایه شده در نهایت کدام یک از مشکلات مطرح شده را حل خواهد کرد. علاوه بر این مشخص نشده است که اجرای کدام یک از راهکارها در اولویت قرار خواهد گرفت. همچنین برای رفع مشکل همپوشانی بیمه‌ای در کشور نیز راهکاری ارایه نشده است. و مشخص نیست که مشکل مطرح شده تحت عنوان همپوشانی بیمه روستاییان و نیازمندان با سایر بیمه‌ها به چه شکل حل خواهد شد. همچنین در ارتباط با مستقل‌تر شدن سازمان‌های بیمه‌ای برای انعطاف‌پذیرتر شدن آن‌ها راه‌حلی ارایه نشده است. از نکات برجسته این پژوهش مشخص شدن وضعیت خرید خدمت از سازمان‌های ارایه‌کننده خدمات و کاهش هزینه‌های اداری این کار، جدا کردن ارایه خدمات از خرید آن‌ها، همچنین یکسان شدن تعهدات بیمه درمان پایه در کشور و مشخص شدن وضعیت بیمه تکمیلی است.

مروری بر پیشینه پژوهش در خارج

• کمیسیون بهداشت و اقتصاد کلان سازمان جهانی بهداشت¹ (2005) در مقاله‌ای با عنوان «استراتژی‌هایی برای تأمین مالی سلامت در منطقه آسیای جنوب شرقی و غرب اقیانوس آرام» به بررسی راهکارهایی برای پوشش همگانی بیمه سلامت در کشورهای این منطقه پرداخته است. در تعدادی از کشورها و مناطق سهم مخارج دولتی در بهداشت در 10 تا 20 سال اخیر کاهش یافته است نه لزوماً فقط به دلیل کاهش بودجه بلکه به دلیل این‌که میزان پرداخت از جیب با سرعت بیشتری نسبت به آن افزایش یافته است. کمبود منابع مالی برای بهداشت تنها نیمی از مشکل است زیرا بخش مهمی از این منابع ناکافی بهداشت هم اغلب در بخش درمان صرف می‌شود تا بهداشت.

بنابراین سازمان جهانی بهداشت این استراتژی‌ها را برای این کشورها مشخص کرده است: (1) افزایش سرمایه‌گذاری و مخارج دولتی برای بهداشت. (2) دستیابی به پوشش فراگیر و تقویت شبکه تأمین اجتماعی (3) توسعه برنامه‌های پیش‌پرداخت شامل بیمه سلامت اجتماعی (4) پشتیبانی از فرایند ملی و بین‌المللی توسعه و بهداشت (5) تقویت چارچوب قانونگذاری و مداخلات عملی (6) بهبود شواهد برای توسعه سیاست تأمین مالی سلامت و به‌کارگیری آن (7) پایش و ارزشیابی.

1- CMH

در توضیح استراتژی‌های لازم برای دستیابی به پوشش فراگیر بیمه سلامت فعالیت‌هایی که برای کشورهای عضو در نظر گرفته شده عبارتند از: 1) هدف‌گذاری جمعیتی که بیشترین نیازها را برای تأمین مالی از طریق دولت دارند، 2) ارزیابی وضعیت سلامت جمعیت، ارزیابی آرایه خدمات سلامت، ارزیابی اولویت‌های بهداشتی و ارزیابی نیازهای سرمایه‌گذاری، 3) تعیین محتوا و هزینه مداخلات اساسی بهداشتی عمومی، 4) گسترش و اجرای یک بسته پایه خدمات بهداشتی درمانی، 5) ارتقای پوشش همگانی و ایجاد تور ایمنی اجتماعی، 6) آرایه یارانه‌ها و تسهیلات سلامت بیشتر که خدمات سلامت را برای مردم فقیر و آسیب‌پذیر آرایه می‌کنند.

(50)

با توجه به شباهت نسبی کشورهای آسیای جنوب شرقی و غرب اقیانوس آرام با کشور ایران، تجربیات این کشورها می‌تواند، مورد استفاده کشور ما هم باشد. اصول پیشنهاد شده مانند هدف‌گذاری جمعیت بر اساس نیاز و انجام ارزیابی وضعیت سلامت جمعیت و ارزیابی وضعیت آرایه خدمات سلامت موضوعی است که می‌تواند در گسترش عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی بسیار مؤثر باشد. بعد از مشخص شدن نیازهای جمعیت باید بسته خدمات پایه سلامت مورد نیاز را تعیین و از طریق سیستم آرایه خدمات به جمعیت نیازمند آرایه کرد. همچنین دولت باید نقش خود را در زمینه تولید سیستم حفظ کرده و بتواند با گروه‌بندی جمعیت، یارانه‌های خود را برای پوشش جمعیت به افراد نیازمند برساند تا پوشش فراگیر ایجاد گردد.

● در گزارش چهل‌وهشتمین نشست سلامت دنیا، توسط سازمان جهانی بهداشت (2005) با عنوان «تأمین مالی پایدار، پوشش همگانی و بیمه سلامت اجتماعی» آمده است: کشورهای در حال توسعه برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت باید به نکات زیر توجه کنند:

- سیستم تأمین مالی سلامت در بسیاری از کشورها برای تضمین دسترسی به خدمات لازم و حفاظت در برابر خطر مالی نیاز به توسعه بیشتری دارد،
- هر منبعی که برای تأمین مالی سلامت انتخاب شود باید توجه داشت که پیش‌پرداخت و یک کاسه کردن منابع و خطرات احتمالی اصول اساسی در محافظت در برابر خطر مالی هستند.
- انتخاب سیستم تأمین مالی سلامت برای هر کشور باید با توجه به بافت آن کشور صورت گیرد،
- تعدادی از کشورها به دنبال اصلاحات در نظام مالی هستند. این اصلاحات می‌تواند ترکیبی از دیدگاه‌های خصوصی و دولتی، به همراه آشنایی با بیمه سلامت اجتماعی باشد

● نقش مهم قانونگذاران و مقامات اجرایی کشور در اصلاحات آینده سیستم تأمین مالی سلامت با

نگاه به دستیابی به پوشش همگانی باید مورد توجه قرار گیرد.

تشویق کشورهای عضو با هدف:

(1) اطمینان از این که در درون سیستم تأمین مالی سلامت آن ها یک روش پیش پرداخت مشارکت های مالی برای بهداشت و درمان وجود داشته باشد که در آن تسهیم خطر بین مردم ایجاد شده و نگذارد مردم به دلیل نیاز به مراقبت بهداشتی درمانی و هزینه های کمرشکن بهداشت و درمان فقیر شوند.

(2) اطمینان از این که زیرساخت ها و منابع انسانی با کیفیت بخش بهداشت و درمان به صورت عادلانه توزیع شده باشد به گونه ای که بیمه شدگان، خدمات بهداشتی درمانی خوب و با کیفیت را به صورت عادلانه و بر طبق بسته خدمتی دریافت کنند.

(3) اطمینان از این که منابع خارجی برای برنامه ها یا فعالیت های خاص مرتبط با سلامت به روشی مدیریت و سازماندهی شود که در راستای توسعه مکانیزم های پایداری تأمین مالی برای سیستم سلامت به صورت کلی هزینه شود.

(4) برنامه ریزی گذر به پوشش همگانی به گونه ای که بر اساس نیازهای بهداشتی درمانی مردم بوده و کیفیت زندگی مردم را افزایش داده، فقر را کاهش دهد و باعث دستیابی به اهداف مورد توافق بین المللی مانند اهداف «توسعه هزاره» و «سلامت برای همه» شود.

(5) به هنگام گذار به پوشش همگانی باید گزینه های دستیابی به این پوشش مطابق بافت اقتصادی، فرهنگ اجتماعی و بافت سیاسی هر کشور توسعه پیدا کند.

(6) هر جا که ممکن باشد؛ با تولید یک دولت قدرتمند؛ از فرصت های موجود برای همکاری بین ارایه کنندگان بخش دولتی و خصوصی و سازمان های تأمین مالی سلامت استفاده شود

(7) به اشتراک گذاشتن تجربیات در مورد روش های مختلف تأمین مالی سلامت، مانند توسعه برنامه بیمه اجتماعی سلامت و بیمه خصوصی و دولتی و بیمه های ترکیبی. (51)

بر طبق این گزارش، تمام کشورهای در حال توسعه باید سازوکارهای تأمین مالی سلامت خود را توسعه دهند و در عین حال باید توجه داشت که این سازوکارها باید شامل تجميع منابع و یک کاسه کردن خطر باشد. در این زمینه لازم است از تجربیات سایر کشورها در زمینه بیمه سلامت اجتماعی و سایر سازوکارهای بیمه ای دولتی و خصوصی استفاده شود. علاوه بر این، در این گزارش نیز مانند بسیاری از مقالات مرتبط، بر نقش مهم تولید

دولت تأکید شده است. تأکیدی که در این گزارش بر کیفیت آرایه خدمات و همچنین کیفی بودن نیروی انسانی شده است نشان می‌دهد که ایجاد سازوکار تأمین مالی سلامت بدون توجه به نحوه آرایه خدمات و همچنین نحوه توزیع زیرساخت‌ها و منابع انسانی موفق نخواهد بود.

● سازمان توسعه همکاری‌های اقتصادی¹ (2004) مقاله‌ای با عنوان «طبقه‌بندی و کارکردهای بیمه‌های درمان» منتشر کرده است. هدف این مقاله این است که به کشورهای عضو این سازمان چارچوب یکسانی برای طبقه‌بندی و ارزیابی بیمه‌های درمانی ارائه کند. در این مقاله الگوهای مختلف طبقه‌بندی بیمه‌های درمان به این شرح آمده است: (1) منابع تأمین مالی، (2) میزان اختیار افراد برای شرکت در برنامه، (3) برنامه‌های فردی و گروهی، (4) روش محاسبه حق بیمه. با در نظر گرفتن معیار تأمین مالی، بیمه‌های درمان به دو گروه دولتی و خصوصی تقسیم‌بندی شده است. بر اساس میزان اختیار افراد برای شرکت در برنامه، بیمه‌های درمان به صورت زیر طبقه‌بندی شده است: (1) مشارکت اجباری در طرح بیمه فردی، (2) مشارکت اجباری در برنامه‌های بیمه درمانی، (3) مشارکت بر اساس شرایط استخدام، (4) مشارکت کاملاً اختیاری. از نظر فردی یا گروهی بودن، بیمه‌های درمان به دو گروه بیمه‌های درمان گروهی و استخدامی و بیمه‌های درمان فردی طبقه‌بندی شده است. روش‌های محاسبه حق بیمه در این مقاله به صورت زیر گروه‌بندی شده است: (1) بر اساس درآمد، (2) نرخ‌بندی گروهی حق بیمه، (3) محاسبه حق بیمه بر اساس ریسک. در نهایت در این مقاله الگوهای بیمه‌های درمان به صورت زیر گروه‌بندی شده است: (1) بیمه درمان دولتی شامل بیمه درمان مبتنی بر مالیات و طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی، (2) بیمه درمان خصوصی: بیمه درمان اجباری، بیمه درمان خصوصی گروه‌های استخدامی، بیمه درمان خصوصی با نرخ‌بندی گروهی، بیمه درمان خصوصی با نرخ‌بندی بر اساس ریسک. در این مقاله عنوان شده است که به هنگام طبقه‌بندی بیمه‌ها به دولتی و خصوصی، کنترل بر روش جمع‌آوری منابع مالی (مالیات بر درآمد یا حق بیمه حقوق‌بگیران تأمین اجتماعی) نسبت به ماهیت دولتی یا خصوصی بودن آن اهمیت بیشتری دارد. این عبارت بیانگر آن است که ماهیت بیمه‌گر با مسائل سرپرستی، مدیریت برنامه، نظام‌های نظارتی، ویژگی‌های بازار بیمه و نقش آن در ارتباط با نظام همگانی بیمه و غیره ارتباط دارد. (39)

1- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)

طبقه‌بندی بیمه‌های درمان به شکل بالا می‌تواند برای شناخت انواع مختلف بیمه‌های درمان و شکل‌دهی به نحوه تفکر در مورد این نظام‌ها بسیار مؤثر باشد. سازوکارهای بیمه‌ای در کشورهای مختلف به دلایل گوناگون بسیار متنوع بوده و نام‌های متفاوتی نیز به خود گرفته است که این مسأله موضوع الگوگیری و بررسی دقیق آن‌ها را با مشکل مواجه می‌کند اما در صورتی که بتوان با معیارهای مشخص این سازوکارها را گروه‌بندی کرد آن وقت نام یا شکل سازمان بیمه‌ای نخواهد توانست هویت دولتی بودن یا خصوصی بودن و ... را مشخص کند. این گروه‌بندی برای کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه انجام شده و بر اساس نظام‌های بیمه‌ای موجود در آن‌هاست اما می‌تواند به عنوان پایه‌ای برای تقسیم‌بندی بیمه سایر کشورها نیز به کار رود فقط باید توجه داشت که طبیعی است کشورهای دیگر خود را نباید تنها محدود به این طبقه‌بندی کنند بلکه می‌توانند با کاری مشابه، این الگو را برای خود توسعه دهند. آن وقت با مشخص شدن ترکیبات مختلف بیمه‌ای می‌توان هدف‌گیری آینده را در زمینه ترکیب بیمه‌ها در کشور مشخص کرد.

● گای کرین (2004) با هدف بررسی تجربیات کشورهایی که توانسته‌اند از طریق بیمه سلامت اجتماعی به پوشش همگانی بیمه برسند مقاله‌ای را با عنوان «دستیابی به پوشش همگانی از طریق بیمه سلامت اجتماعی: ویژگی‌های کلیدی طراحی در دوران انتقال» منتشر کرده است. کشورهای مورد بررسی از نظر زمانی دوره‌های متفاوتی برای رسیدن به پوشش همگانی طی کرده‌اند: اتریش (79 سال)، بلژیک (18 سال)، کاستاریکا (20 سال)، آلمان (127 سال)، اسرائیل (84 سال)، ژاپن (36 سال)، جمهوری کره (26 سال) و لوکزامبورگ (72 سال). عوامل مؤثر بر انتقال به سمت پوشش همگانی سلامت عبارتند از: 1) ساختارهای اقتصادی کشورها، 2) سطح درآمد عمومی قابل دسترسی کشورها، 3) هزینه‌های اداری، 4) توانایی کشور در مدیریت برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت، 5) سطح یکپارچگی جامعه. بیمه اجتماعی در کشورهای مورد بررسی زمانی آغاز شده که این کشورها دارای سطح درآمد پایین یا متوسط بوده‌اند اما رشد اقتصادی این کشورها در دوره انتقال حداقل دارای ثبات بوده است. همچنین بخش رسمی اقتصاد در این کشورها در این مدت رشد یافته است که این تقویت با رشد بخش شهرنشینی و صرفه‌جویی در هزینه‌های اداری همراه بوده است. همچنین در بیشتر این کشورها حضور مدیران آموزش‌دیده و افزایش انسجام اجتماعی جزو عوامل مؤثر بر توسعه بیمه بوده است. موضوعی که علاوه بر مسائل فوق می‌تواند روند رسیدن به پوشش همگانی را تسهیل کند تولید دولت است. دولت لازم است تا یک استراتژی شفاف برای تدوین ویژگی‌های اصلی طراحی بیمه داشته باشد. این ویژگی‌ها عبارتند از: 1) محدوده زمانی لازم برای رسیدن به پوشش منظم

جامعه یا گروه‌های خاص، 2) تعریف مشارکت‌کنندگان و ذینفعان، 3) منابع تأمین مالی، 4) نحوه تخصیص این وجوه و روش‌های پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات، 5) چارچوب سازمانی و مدیریتی. (1)

بررسی مدت زمان رسیدن به بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای مورد بررسی این مقاله نشان می‌دهد که بیشتر این کشورها مدت زمان زیادی را برای دستیابی به پوشش صرف کرده‌اند که عواملی مانند رشد اقتصادی، افزایش شهرنشینی و کاهش بخش غیررسمی در اقتصاد این مسأله را تسریع کرده است و هزینه‌های اداری را کاهش داده است. در کشور ما نیز از زمان تصویب اولین قانون بیمه بیش از 50 سال و از تصویب قانون بیمه همگانی بیش از 13 سال می‌گذرد. اگر چه کشور ما استراتژی استفاده کامل از بیمه درمان اجتماعی را ندارد اما همین مسأله می‌تواند دست سیاست‌گذاران را باز گذاشته تا بتوانند از ترکیبات مختلف بیمه‌ای برای این کار استفاده کنند. اما موضوع اساسی که در این مقاله نیز به آن اشاره شده این است که دولت باید استراتژی درازمدت مشخص داشته و تولیت خود را در موضوع حفظ نماید.

● هیأت اجرایی سازمان جهانی بهداشت¹ در صدوپانزدهمین جلسه خود در دسامبر سال 2004 به بررسی «بیمه سلامت اجتماعی» پرداخته و گزارش آن را برای راهنمایی کشورهای مختلف ارایه کرده است. در این گزارش اظهار شده اگر چه از نظر سازمانی روش‌های متفاوتی برای ایجاد پوشش فراگیر وجود دارد اما عامل کلیدی موفقیت سیستم این است که بخشی از مشارکت مالی این سیستم، ناشی از پیش‌پرداخت و سرمایه‌گذاری مشترک باشد. تجربه نشان داده که لازم است که یک سیستم اجباری برای تأمین منابع مالی مانند مالیات در شکل‌های مختلف، برداشت از حقوق افراد یا مشارکت اجباری در سیستم بیمه وجود داشته باشد. در برخی از سیستم‌ها، پیش‌پرداخت‌های داوطلبانه نیز می‌تواند نقش داشته باشد اما پوشش فراگیر را نمی‌توان تنها از طریق مشارکت داوطلبانه ایجاد کرد.

سیستم‌های تأمین مالی سلامت که به‌صورت فراگیر خدمات ارایه می‌دهند معمولاً به مرور زمان تکامل پیدا کرده‌اند. پوشش جمعیتی در طول این دوره معمولاً کامل نبوده است. کشورهایی که هنوز سیستم فراگیر بیمه درمان ندارند گروه‌های مختلف جمعیتی با استفاده از سازوکارهای مختلف بیمه‌شده‌اند. به‌عنوان مثال بیمه مبتنی بر مالیات، بیمه اجتماعی یا شرکت‌های غیرسهامی بیمه و بیمه خصوصی. این سیستم به‌صورت همزمان تا رسیدن به پوشش فراگیر وجود دارد اما بخش‌های ناهماهنگ لازم است به‌گونه‌ای در کنار یکدیگر قرار گیرند که اطمینان پیدا کنیم که پوشش فراگیر شده است

1- World Health Organization Executive Board

مرحله گذار به پوشش فراگیر معمولاً سال‌ها و حتی دهه‌های زیادی طول می‌کشد. عوامل مختلفی باعث تسهیل این مرحله می‌شوند. مهمترین این عوامل عبارتند از مقبولیت نسبی انسجام اجتماعی و مفهوم آن در جامعه، تولید تأثیرگذار دولت، اعتماد مردم به دولت و سازمان‌های وابسته به آن است. رشد اقتصادی بالا، توانایی مردم را برای مشارکت در برنامه تأمین مالی سلامت افزایش می‌دهد. سایر عوامل عبارتند از مهارت مدیران برای تسهیل اداره سیستم در سطح ملی به صورت اثربخش.

هیچ سیستم مالی سلامتی وجود ندارد که در همه شرایط بتواند اعمال شده و سیستم بیمه فراگیر را ایجاد کند. در برخی نقاط محدودیت‌ها و امکانات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی ما را ملزم خواهد کرد که انتخاب‌های خاصی را برای گذار از سیستم تأمین مالی به پوشش فراگیر داشته باشیم. یک عامل اساسی بافت سازمانی است یعنی امکان ایجاد سازمان‌های موفق بر روی سازمان‌های موجود. دوم این‌که تولید دولت و به خصوص خواست قوی سیاسی برای تشویق ایجاد تحول در سیستم بهداشتی بسیار مهم است. سوم، وضعیت اقتصادی از نظر رشد کلی و میزان استخدام رسمی، رشد اقتصادی و رشد بخش رسمی، توانایی دولت را برای تغییرات اجباری مالی به پوشش فراگیر تسهیل می‌کند.

نهایتاً تصمیم کشور در مورد چگونگی اصلاح سیستم تأمین مالی سلامت باید توسط تصمیم‌گیری جمعی، یک‌کاسه کردن و تنظیم آرایش سازمان‌های مرتبط که به احتمال زیاد رهبری حرکت به سمت پوشش فراگیر، اصلاح ارزش‌های جامعه و اهداف جمعی را در آن کشور به عهده دارند انجام شود.

به هنگام اصلاحات در سیستم تأمین مالی سلامت دولت‌ها باید نقش با اهمیت تولید خود را حفظ کنند تا اجرایی شدن آن را هدایت کرده علاوه بر این باید هنگامی که جوامع یا اقتصادها حالت پویا داشته و گذار به پوشش فراگیر، سال‌های زیادی به طول می‌انجامد به میزان معینی مصلحت‌گرا باشند. (22)

در این گزارش تجربیات سایر کشورهای موفق گرفته شده و به عنوان دستورالعملی برای سایر کشورها ارائه شده است. نخست این که باید توجه داشت که به هر حال ایجاد سیستم پوشش فراگیر نیاز به نوعی پرداخت اجباری دارد؛ چه از طریق مالیات یا بخشی از حقوق و ...؛ دوم این که این سیستم‌ها به مرور زمان تکامل پیدا کرده و عوامل مؤثر بر تسهیل حرکت به سمت پوشش اجباری عبارتند از: هدایت و تولید دولت، رشد اقتصادی، مقبولیت نسبی ارزش بیمه و انسجام جامعه، اعتماد مردم به دولت و سازمان‌های وابسته به آن و مهارت مدیران برای تسهیل اداره سیستم در سطح ملی به صورت اثربخش. بخش مهمی از مطالب ارائه شده در این گزارش مناسب وضعیت کشور ماست. در کشور ما در حال حاضر بخش اجباری گردآوری منابع وجود دارد. لازم است

هدایت و تولیت دولت در کشور ما حفظ شود اما باید سازوکارهایی ایجاد شود که اولاً باعث انسجام اجتماعی شده و از سایر ظرفیت‌های موجود استفاده شود. به نظر می‌رسد که تجربه مدیریتی برای اداره سیستم در کشور ما وجود دارد زیرا وجود ادارات کل سازمان تأمین اجتماعی و بیمه خدمات درمانی و همچنین سایر سازمان‌های بیمه‌ای با پرورش مدیران آشنا به سیستم بیمه‌ای، پتانسیل خوبی در این زمینه در کشور ایجاد کرده است.

● جو فن، ریچارد لو و ویلیام هیشیائو^۱ (2003) مقاله‌ای با این عنوان نگارش کرده‌اند: «آیا پوشش فراگیر بیمه سلامت، مراقبت‌های بهداشتی درمانی را غیرقابل تحمل کرده است؟ بررسی تجربه تایوان». نویسندگان به دنبال یافتن پاسخ برای 2 سوال اساسی بودند: 1) آیا بیمه سلامت ملی^۲ هزینه سلامت مردم تایوان را به میزان غیرقابل تحملی افزایش داده است؟ 2) مزایای NHI چیست؟

دسترسی و استفاده از خدمات: بسته خدمتی جامع NHI دسترسی مالی مردم را به خدمات بهداشتی درمانی یکسان کرد. بسیاری از خدمات پیشگیری کاملاً رایگان است. البته دسترسی مالی تقریباً یکسان لزوماً به این معنی نیست که ارایه‌کنندگان خدمات نیز از نظر فیزیکی در مناطق مختلف برای همه در دسترس باشند.

کیفیت مراقبت: با توجه به این‌که دفتر NHI تلاش‌های خاصی را برای بهبود و پایش کیفیت خدمات بهداشتی درمانی انجام نداده، کیفیت خدمات کلینیکی نسبت به گذشته تغییری نکرده است. البته، میزان رضایت مردم از 40 به 70 درصد افزایش یافته است.

حفاظت در برابر خط مالی: مردمی که به وسیله NHI پوشش داده شده‌اند به خوبی در برابر هزینه‌های زیاد و غیرمعمول خدمات درمانی و همچنین خدمات پرستاری در منزل محافظت شده‌اند. عدالت در تأمین مالی NHI: تغییر در شاخص FFC نشان می‌دهد که سهم خانوارها در تأمین مالی بهداشت از زمان ایجاد سیستم NHI عادلانه‌تر شده است.

تأثیر NHI بر افزایش مخارج بهداشتی: 1- افرادی که قبلاً بیمه نبوده‌اند در حال حاضر میزان مصرف خدمات بهداشتی درمانی خود را افزایش داده‌اند، 2- رایگان بودن خدمات معاینه مادران و کودکان احتمال

1- Jui-Fen Rachel Lu and William C. Hsiao

2- National Health Insurance

استفاده از خدمات بهداشتی درمانی را افزایش داده، 3- اقدامات انجام شده برای توزیع مجدد ارایه‌کنندگان خدمات در مناطقی که تاکنون پوشش نداشته‌اند باعث استفاده بیشتر ساکنین این مناطق از خدمات بهداشتی درمانی شده‌است.

تأثیر NHI بر کاهش مخارج بهداشتی: 1- افرادی که قبلاً بیمه بوده و هنگام دریافت خدمات مبلغ کمتری می‌پرداخته‌اند اکنون ممکن است به دلیل سهم بیشتر پرداختی که NHI به آنها تحمیل کرده، میزان مصرف خود را کاهش دهند، 2- سیستم پرداخت واحد ابزاری برای مدیریت مؤثر مخارج بهداشتی است. (52)

پژوهش بالا نشان داده است که برخلاف تصور رایج، ایجاد نظام بیمه همگانی نه تنها هزینه‌های بهداشتی درمانی را به دلیل بالا رفتن میزان مصرف، افزایش نمی‌دهد بلکه در مجموع باعث کاهش این هزینه‌ها می‌شود. باید توجه داشت که در این مقاله تنها به بررسی هزینه‌های مستقیم بهداشتی درمانی پرداخته، در صورتی که تأثیر این سیستم در کاهش هزینه‌های غیرمستقیم مانند غیبت از کار، کاهش نیاز به خدمات گران‌قیمت درمانی در اثر مراجعه به موقع مردم به مراکز بهداشتی درمانی قبل از پیشرفت بیماری و ... بسیار بیشتر از برآورد انجام شده در این پژوهش است. به علاوه، این سیستم توانسته میزان رضایت را به میزان زیادی (در حدود 30 درصد) افزایش دهد و در بین خدمات عمومی دولت رتبه خوبی کسب کند. در زمینه عدالت در تأمین مالی، تایوان بعد از پیاده‌سازی این سیستم، جزو کشورهای پیشرفته دنیا قرار گرفته است. البته باید توجه داشت که همزمان با عادلانه کردن نظام تأمین مالی، این کشور توانسته نظام ارایه خدمات و دسترسی به آن را نیز به میزان زیادی عادلانه کند. به صورت کلی تجربه تایوان تجربه بسیار خوبی برای کشورهایی مانند کشور ماست. البته باید توجه داشته باشیم که تایوان به دلیل رشد اقتصادی بسیار خوب، توانسته بخش غیررسمی را به میزان زیادی کوچک کند که در این قسمت تفاوت قابل توجهی با کشور ما دارد زیرا در ایران هنوز هم بخش غیررسمی اقتصاد بخش بسیار بزرگی محسوب می‌گردد. همچنین تجربه تایوان که توانسته 5 سال زودتر از موعد پیش‌بینی شده این نظام را مستقر کند نشان می‌دهد که اگر اراده دولت و همچنین برنامه‌ریزی به شکل مناسبی جمع شود می‌توان مدت رسیدن به پوشش همگانی بیمه را به میزان زیادی کاهش داد.

- «اجماع در مورد روش ایجاد پوشش همگانی» مقاله‌ای است که کارن دیویس و کتی شون¹ (2003) تدوین کرده‌اند. این مقاله نشان می‌دهد که چگونه می‌توان با مرحله‌بندی مراحل توسعه سیستم بیمه در آمریکا، به پوششی نزدیک به همگانی دست یافت. این مقاله چارچوبی را ارایه می‌کند که می‌تواند به کاهش اختلافات کسانی که در این کشور طرفدار افزایش پوشش از طریق بیمه خصوصی و کسانی که بیمه دولتی را ترجیح می‌دهند و همچنین اختلاف کسانی که طرفدار تغییرات تدریجی هستند و کسانی که طرفدار تغییرات پایه‌ای

1- Karen Davis and Cathy Schoen

هستند کمک کند. اصول پیشنهاد شده برای اجماع عبارتند از: انتخاب نوع پوشش؛ قابل تحمل بودن از نظر مالی؛ استفاده از مکانیزم پوشش خودبه‌خود و جلوگیری از انتخاب معکوس.

اجزای چارچوب پیشنهاد شده عبارتند از: (1) برنامه سلامت کنگره: مهمترین بخش این برنامه تنظیم یک برنامه سلامت جدید در کنگره است که شرایط انتخاب هر کدام از برنامه‌های بیمه را در برنامه بسته سلامت برای کارکنان دولت فدرال فراهم می‌کند. اولویت در این برنامه گروه‌های جمعیتی هستند که خطر بیشتری سلامتی آنان را تهدید می‌کند. منابع اضافی مالی مورد نیاز برای این کار باید از طریق بودجه فدرال یا بیمه اتکایی تأمین شود (2) رسیدگی بیمه و معافیت مالیاتی: تمام افراد که سند مربوط به مالیات خود را ارایه می‌کنند باید به هنگام پرداخت مالیات، مدارک بیمه سلامت خود را نشان دهند. هر خانواده یا فردی که بدون بیمه باشند تخفیف مالیاتی مربوط به حق بیمه دریافت کرده و با استفاده از این تخفیف خودبه‌خود نام آن‌ها در سیستم بیمه ثبت خواهد شد. (3) گسترش بیمه‌های دولتی مدیکر: با افزودن یک بخش به برنامه مدیکر سه گروه به افراد تحت پوشش مدیکر اضافه خواهند شد. نخست افراد وابسته به کسانی که از پوشش فعلی مدیکر استفاده می‌کنند، دوم افراد بالاتر از 60 سال که پوشش بیمه‌ای نداشته و دسترسی به پوشش بیمه گروهی ندارند. سوم افراد معلولی که برای بیمه از طریق مدیکر - بر طبق قانون فعلی - باید 2 سال منتظر بمانند. (4) افراد و خانواده‌های کم‌درآمد: این افراد که نمی‌توانند حق بیمه خود را پرداخت نمایند نیز از طریق برنامه بیمه کنگره پوشش داده خواهند شد (5) پوشش افراد دارای کارفرما: بیمه سلامتی که هزینه آن توسط کارفرما تأمین می‌شود سیستم پوشش بیمه سلامت بیشتر آمریکایی‌هایی است که مشغول کارند. در هنگام تحول به بیمه همگانی سلامت، حفظ پوشش از طریق کارفرما به‌عنوان عمده‌ترین بخش سیستم فعلی بیمه سلامت بسیار مهم است تا بتوان عدم انسجام در پوشش و هزینه تأمین تدریجی بودجه پوشش بیمه‌نشده‌ها را به حداقل کاهش داد. بیمه قبلی کارکنان به هنگام تغییر شغل به مدت 2 ماه ادامه خواهد یافت تا از ایجاد شکاف بیمه‌ای جلوگیری شود. دانشجویان نیز با استفاده از همین سیستم پوشش داده خواهند شد.

با این سیستم انتظار می‌رود که 39 میلیون نفر از 40 میلیون بیمه‌نشده آمریکایی بیمه شوند. انتظار می‌رود این میزان پوشش میزان استفاده از خدمات بهداشتی درمان را در حدود 50 میلیارد دلار افزایش دهد. این

مبلغ در حدود 3 درصد افزایش در 1/5 میلیارد دلاری است که اگر تغییری اتفاق نیافتد وجود خواهد داشت. افزایش پوشش، استفاده کم افراد بیمه نشده از خدمات بیماری‌های مزمن و همچنین خدمات مربوط به پیشگیری را تصحیح خواهد کرد. هزینه‌های مستقیم از جیب برای افراد فاقد بیمه و افرادی که پوشش بیمه‌ای کافی ندارند کاهش خواهد یافت. در حدود 20 میلیارد دلار، کاهش بار مالی و خطر ورشکستگی پزشکی که در حال حاضر بسیار شایع است. (53)

یکی از خصوصیات مهم چارچوب پیشنهاد شده این است که اولاً به نسبت تدریجی بوده و دوم این که از ایجاد تغییرات بنیادی در سیستم فعلی که علاوه بر مشکلات اجرایی فراوان، مخالفت زیادی نیز در بین افرادی که در سیستم فعلی دارای منافع هستند ایجاد نمی‌کند، جلوگیری نموده و همچنین از ساختارهای موجود به میزان زیادی استفاده می‌کند. به علاوه، این سیستم از نام‌نویسی الکترونیک استفاده می‌کند که به میزان زیادی هزینه‌های اجرایی کار را کاهش می‌دهد. به علاوه در نظر گرفتن تشویق مالیاتی برای افراد و کارفرمایانی که اقدام به ثبت نام بیمه‌ای می‌کنند از مزیت‌های دیگر سیستم پیشنهاد شده است. از دیگر مزایای این سیستم این است که ترکیب بخش خصوصی و دولتی را برای پوشش بیمه‌ای حفظ کرده و به بیمه‌شدگان قدرت انتخاب بین این دو سیستم را می‌دهد بنابراین افراد، سیستم بیمه‌ای که مناسب بیشتری با شرایطشان داشته باشد انتخاب خواهند کرد که این مسأله علاوه بر ایجاد رقابت بین مؤسسات مختلف باعث افزایش رضایت بیمه‌شوندگان نیز خواهد شد. علاوه بر این، انعطاف سیستم پیشنهادی این قدرت را به مدیران می‌دهد که در هر کدام از مراحل طرح بتوانند - در صورت وجود - گزینه‌های بهتر را برای پوشش هر کدام از گروه‌های جمعیتی جایگزین کنند.

● گای کرین (2003) در یک طرح پژوهشی با عنوان «طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه در کشورهای در حال توسعه: واقعیت‌ها، مشکلات و چشم‌اندازها» به طور مفصل به بررسی طرح‌های اجرا شده بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع در کشورهای مختلف پرداخته است. نتایج مطالعه نشان داده که طرح‌های بیمه‌ای که به خصوص در جنوب شرقی آسیا و کشورهای آفریقایی اجرا شده، اولاً نتوانسته‌اند عضویت نسبت قابل توجهی از جمعیت را به دست آورند به علاوه ترکیب جمعیتی که تحت پوشش قرار داده‌اند بیشتر از افرادی بوده که درآمد بیشتری داشته‌اند و یا سالم‌تر بوده‌اند مگر این که دولت سازوکاری برای حمایت از این افراد داشته است. علاوه بر این، میزان پیش پرداخت‌ها در طرح‌های مختلف نسبتی در حدود 40 درصد هزینه‌ها را پوشش می‌دهد است یعنی افراد به هنگام مراجعه، با میزان بالایی از پرداخت از جیب مواجه بوده‌اند. همچنین در زمینه تجمیع مخاطرات و منابع، یافته‌ها نشان می‌دهد که طرح‌های بیمه‌ای کوچک بوده و جمعیت‌های به نسبت ناهمگنی را تحت پوشش داشته‌اند و این صندوق‌ها با هم ارتباطی برای انتقال ریسک نداشته‌اند. در

زمینه خرید راهبردی، یافته‌ها نشان داده که به صورت کلی تعریف دقیقی از بسته‌های مزایا در این طرح‌ها در دسترس نبوده است. یعنی طرح‌ها همه خدمات ممکن را ارایه می‌کرده‌اند. علاوه بر این، فرایند خرید راهبردی در بسیاری از طرح‌ها هنوز اجرا نشده است. برخی به دلیل در دسترس نبودن مراکز ارایه خدمات به میزان کافی و برخی نیز به دلیل نبود دید مدیریتی در این زمینه. علاوه بر این هزینه‌های مدیریتی طرح‌ها نیز از میانگین کشورهای پیشرفته بیشتر بوده است.

به صورت کلی عوامل مؤثر بر جمع‌آوری منابع و نام نویسی عبارتند از: توان پرداخت افراد، واحد عضویت (فردی یا گروهی)، مسافت، زمان جمع‌آوری منابع، کیفیت مراقبت‌ها و اعتماد مردم به طرح. عوامل مؤثر بر نسبت پیش‌پرداخت: ترکیبات مختلف برای مشارکت توسط خانوارها، مشارکت دولت مرکزی و اهداکنندگان منابع در داخل و خارج از کشور. عوامل مؤثر بر تجمیع: اعتماد و وجود سازوکارهایی برای بهبود تجمیع مخاطرات مانند ارتباط صندوق‌ها با یکدیگر و نام‌نویسی فردی یا گروهی. عوامل مؤثر بر خرید عبارتند از: توانایی عقد قرارداد، سازوکار پرداخت به ارایه‌کننده، وجود سیستم ارجاع و ایجاد دوره انتظار برای بهره‌گیری از مزایا.

شواهد نشان می‌دهد که طرح‌های بیمه‌ای در حال حاضر فاصله زیادی با وضعیت مطلوب دارند. یکی از راهکارهای بهبود وضعیت موجود، استفاده بیشتر از تولید دولت است. نقش دولت در این زمینه می‌تواند مشاوره در طراحی، پایش فعالیت‌های طرح‌های بیمه‌ای، آموزش و مشارکت در تأمین مالی باشد.

در نهایت، اعلام شده که بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع بهترین گزینه ممکن برای پوشش بیمه‌ای جمعیت نیست. روش‌های فراگیرتر دیگری هم برای تأمین مالی سلامت وجود دارد. اما در صورتی که هیچ گزینه تأمین مالی سلامتی در سطح ملی و به صورت فوری عملی نباشد، می‌توان نقش مفیدی را که بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع می‌تواند ایفا کند به دقت مورد بررسی قرار داد. با این حال به احتمال زیاد بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع؛ در بهترین حالت؛ می‌تواند نقش تکمیلی در کنار سایر سازوکارهای بیمه‌ای داشته باشد. (54)

گزارش ارایه شده به صورت نسبتاً جامعی موضوع بیمه سلامت مبتنی بر جامعه را مورد بررسی قرار می‌دهد. آنچه می‌توان از این گزارش استنباط کرد این است که اولاً بیمه سلامت مبتنی بر اجتماع بیمه‌ای پایدار است که بیشتر به شکل خودجوش در مناطق مختلف دنیا رشد یافته است بنابراین نقش دولت در آن کمتر مشاهده می‌شود و به دلیل این‌که فعالیت‌های آنها بخشی از یک طرح جامع برای دستیابی به پوشش همگانی نیست

نتوانسته هدف اصلی؛ که پوشش همگانی است؛ را برآورده کند. بر اساس یافته‌های طرح، می‌توان گفت که از این نوع بیمه بیشتر باید در درازمدت و پایدار کردن نظام بیمه استفاده کرد. بنابراین کشورهایی که توانایی استفاده از سایر انواع بیمه را دارند بهتر است در کوتاه مدت از آن‌ها استفاده نمایند.

• گای کارین¹ (2003) با هدف مشخص کردن عوامل تعیین کننده دسترسی به پوشش همگانی و سپس بررسی بازه زمانی لازم برای گذار از پوشش ناکامل به پوشش کامل، پژوهشی را تحت عنوان «تحلیل تجربی عوامل تعیین کننده دستیابی به پوشش همگانی سلامت» انجام داده است. در این مقاله آمده است: آنچه که سبب کند شدن روند توسعه تأمین مالی سلامت با استفاده از مالیات عمومی و بیمه سلامت اجتماعی در کشورهای با درآمد کم می‌شود، نبود پتانسیل مالیاتی قوی به دلیل کوچک بودن بخش رسمی اقتصادی یا کم بودن ظرفیت مؤسسات در جمع‌آوری مالیات‌ها یا مشارکت‌های بیمه سلامت اجتماعی است. بر اساس تحلیل اقتصادسنجی انجام شده در این تحقیق در دسترس بودن منابع، توان اجرا، یکپارچگی جامعه و اعتماد به دولت عوامل اصلی تعیین کننده توان یا علاقه کشور برای دستیابی به پوشش همگانی است. این نتایج نشان می‌دهد که گذار به پوشش همگانی، تنها در گرو افزودن به منابع موجود نیست، بلکه مدیریت بهتر، کاهش نابرابری در درآمد و افزایش حقوق سیاسی باید گذار از پوشش ناکامل را به پوشش همگانی تسهیل کند. علاوه بر این، این مقاله تأکید می‌کند که چالش عمده بسیاری از کشورهای در حال توسعه، پوشش جمعیت بخش‌های غیررسمی و روستایی در طرح پوشش همگانی است. اگر دولت مصمم باشد و بر پایه جلب اعتماد جمعیت فعالیت کند برای دستیابی به پوشش همگانی نسبت به تجربه تاریخی پیش‌بینی شده زمان کمتری صرف خواهد شد. در نتیجه‌گیری این تحقیق عنوان شده که با وجود این‌که نتایج بررسی اقتصادسنجی این تحقیق نشان می‌دهد که میزان منابع اقتصادی یکی از عوامل تعیین کننده است، نباید به آن به عنوان یک نیاز مطلق نگاه کرد. (55)

نتایج پژوهش بالا، پیچیدگی و چندوجهی بودن موضوع پوشش همگانی سلامت را به وضوح نشان می‌دهد. هنگامی که دستیابی به پوشش همگانی سلامت با موضوع افزایش میزان درآمد گره می‌خورد یعنی این‌که کشوری که بتواند میزان درآمد سرانه خود را افزایش دهد و وضعیت اقتصادی بهتری داشته باشد سریعتر خواهد توانست سازوکار لازم برای دستیابی به پوشش همگانی را فراهم کند مثال‌هایی از این مورد در کشورهای آسیایی مانند کره و سنگاپور و مالزی هستند. همچنین یکپارچگی جامعه بر موضوع مشارکت بیشتر

1- Guy Garrin

افراد در تصمیم‌گیری‌ها تأکید دارد که این کار با ایجاد سازوکارهای مختلف مانند گروه‌های صنفی و سیاسی و همچنین شرکت در تشکلهای مختلف تحقق می‌یابد. مسأله بعدی اعتماد به دولت به عنوان نماینده مردم است. در کشورهایی که نظام حاکم برخواسته از خواست مردم نیست، رسیدن به پوشش همگانی سلامت ممکن است زمان بیشتری طول بکشد یا در صورت ایجاد از پایداری لازم برخوردار نباشد. زیرا در این شرایط، دولت به دلیل نبود ساختارهای نظارتی لازم، پاسخگویی کمتری دارد و مردم نیز نظارت کمتری بر عملکرد دولت داشته و احتمال افشا شدن کلاهبرداری و اختلاس نیز کمتر می‌شود. علاوه بر این تأکیدی که این مقاله بر تعیین کننده بودن نقش افزایش منابع دارد حاکی از این موضوع است که در کشورهای مختلف به انحای مختلف - با پرداخت مستقیم مردم یا پرداخت‌های غیرمستقیم مانند هزینه‌های ناشی از عدم مراجعه به موقع به پزشک، هزینه‌های دوران نقاهت، هزینه‌های عدم حضور در محل کار و ...- هزینه‌های درمانی پرداخت می‌شود و اگر بتوان این منابع را ساماندهی کرد می‌توان با منابع موجود هم به پوشش همگانی سلامت دست یافت. در پایان توجه به عوامل تسهیل کننده دسترسی به پوشش همگانی سلامت که در این تحقیق عنوان شده است می‌تواند کمک زیادی به تسریع روند پوشش همگانی در ایران داشته باشد.

● گای کرین (2002) در مقاله خود با عنوان «بیمه سلامت اجتماعی در کشورهای کم‌درآمد: چالشی مداوم» به موضوع امکان‌پذیری اجرای بیمه سلامت اجتماعی در کشورهای در حال توسعه پرداخته است. این مقاله با استفاده از تجربیات نویسنده و به صورت مروری نگارش شده است. در این مقاله، منابع اقتصادی ناچیز، رشد اقتصادی کند، محدودیت‌های بخش دولتی و ظرفیت‌های پایین سازمانی به عنوان دلایلی ذکر شده‌اند که نشان می‌دهند چرا طراحی سیستم‌های تأمین مالی در کشورهای کم‌درآمد در حال توسعه همچنان مشکلی حل نشده و موضوع بحث‌های روز باقی مانده است.

در حدود نیمی از کشورهای توسعه‌یافته از سیستم بیمه سلامت اجتماعی استفاده می‌کنند در حالی که در بین کشورهای در حال توسعه تنها کشوری که توانسته این سیستم را به طور کامل اجرا کند کاستاریکا بوده است. چهار دلیل عمده برای توضیح این عدم موفقیت وجود دارد: نخست این که ممکن است توافق جمعی برای پذیرش این سیستم بسیار دشوار باشد. این موضوع زمانی بسیار حاد می‌شود که کشورها نابرابری شدیدی در درآمد و منابع داشته باشند. دوم این که طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی باید این اطمینان را به اعضای خود بدهند که آنان مزایای وعده داده شده را دریافت خواهند کرد. یعنی باید بسته خدمات سلامت و زیرساختار، منابع انسانی و سایر اجزای ضروری آن مانند داروها و تست‌های آزمایشگاهی در دسترس اعضا باشد. سوم این که دولت‌ها هنوز ممکن است ظرفیت مدیریتی لازم را برای طراحی و سپس اجرای طرح بیمه سلامت نداشته باشند. هر چند مدیریت بیمه سلامت زمانی بخت موفقیت بیشتری خواهد داشت که از

اصول پایه‌ای بیمه سلامت بهره‌مند باشد اما مدیریت بیمه می‌تواند به نوبه خود، این اصول را برای جمعیت توضیح دهد. در عین حال جامعه نیز ممکن است تقاضاهایی داشته باشد که به نحوی باید به دولت منتقل کرد. به این ترتیب می‌توان درک کرد که کمبود بحث‌های سیاسی ممکن است منجر به تأخیر در توسعه بیمه سلامت اجتماعی شود.

عواملی که می‌توان با استفاده از آن رسیدن به بیمه سلامت اجتماعی و پوشش همگانی را تسهیل کرد عبارتند از: اتخاذ رویکرد خانواده به بیمه سلامت، حمایت دولت از بخش‌های محروم و فقیر جامعه، استفاده از کمک‌های بین‌المللی و تمرکززدایی توسعه طرح بیمه. (56)

بیمه اجتماعی سلامت به دلیل طراحی خاص خود - مشارکت کارگر، کارفرما و دولت - به عنوان یکی از پایدارترین شکل‌های بیمه‌ای است. این مقاله به خوبی روشن کرده که چرا این شکل خاص از بیمه؛ به عنوان پایه‌ای برای رسیدن به پوشش همگانی سلامت؛ نتوانسته در کشورهای در حال توسعه؛ و کشور ما؛ رشد پیدا کند. مهمترین دلیل را می‌توان مسأله اقتصادی و بزرگ بودن بخش غیررسمی اقتصاد در این کشورها دانست. غیررسمی بودن اقتصاد باعث می‌شود که دسترسی به میزان حقوق و درآمد بخش مهمی از افراد در عمل غیرممکن شود بنابراین یکی از پایه‌های اصلی این نوع بیمه را نمی‌توان در این کشورها استوار کرد. علاوه بر این، دولت نقش خود را در این زمینه به خوبی انجام نمی‌دهد از جمله ایجاد زیرساخت‌های لازم برای موضوع و فرهنگ‌سازی. نبود ظرفیت مدیریتی لازم نیز خود دلیل دیگر برای عدم رشد این نوع بیمه است. به همین دلایل کشورهای در حال توسعه باید در کوتاه مدت به سایر سازوکارهای بیمه‌ای برای پوشش بیمه سلامت جامعه روی آورند و سعی کنند که در یک برنامه درازمدت با کاهش دادن میزان عدم شفافیت اقتصادی و درآمدی جامعه به سمت بیمه سلامت اجتماعی حرکت کرده و بیمه سلامت پایدارتری را ایجاد کنند. در این زمینه دولت ضمن حفظ تولیت خود می‌تواند از سایر سازوکارهای محلی و همچنین گروه‌های صنفی و تعاونی‌های مختلف استفاده کند.

- گای کرین (2001) در مقاله‌ای با عنوان « اثر میزان تسهیم خطر در تأمین مالی سلامت بر موفقیت نظام سلامت » تلاش کرده است به این سؤال پاسخ دهد که: آیا سازمان‌های تأمین مالی سلامت، مردم را در برابر خطر مالی به مقدار کافی حفاظت می‌کنند یا خیر؟ در این مقاله اهداف نظام سلامت رسیدن به شاخص‌های زیر در نظر گرفته شده است: سطح و توزیع سلامت (DALE)، سطح و توزیع پاسخگویی، تأمین مالی سلامت، برابری بقای کودک. داده‌های مورد استفاده برای تحلیل، از اطلاعات گزارش سلامت سال 2000 و همچنین سایت سازمان جهانی بهداشت استخراج شده و سپس بین متغیرهای مورد بررسی رگرسیون گرفته شده است. نتایج پژوهش نشان داده که میزان تسهیم خطر در سازمان‌های تأمین سلامت، در دستیابی

به اهداف نظام سلامت اهمیت دارد. به خصوص مشخص شده که متغیرهای وابسته به گروه (گروه‌هایی از کشورها که هدفشان عرضه کامل پوشش است و برای این منظور از نظام مالیات عمومی یا بیمه سلامت اجتماعی استفاده کرده‌اند دارای تسهیم خطر پیشرفته و کشورهایی که دارای نظام مختلط تأمین مالی سلامت هستند با میزان تسهیم خطر متوسط دسته‌بندی شده‌اند) که متغیرهای پژوهش با نظام‌های تأمین مالی سلامتی که تسهیم خطر پیشرفته یا متوسط دارند اثر معنی‌داری دارد. این اثر هنگامی که شاخص GINI در متغیرها وارد شده بیشتر بوده است. (57)

یافته‌های پژوهش بالا نشان می‌دهد که کشورهایی که نظام بیمه‌ای با تسهیم خطر پیشرفته داشته‌اند توانسته‌اند از نظر دستیابی به اهداف نظام سلامت موفقیت بیشتری داشته باشند. این موضوع، اهمیت تأمین مالی نظام سلامت را نشان می‌دهد و نشان می‌دهد که کشورهایی که در این زمینه توانسته‌اند یک نظام غالب را در تمام کشور اعمال کنند موفقیت بیشتری کسب کرده‌اند.

● «توسعه بیمه اجتماعی در کشورهای کم‌درآمد در حال توسعه: نقش‌هایی جدید برای دولت و سازمان‌های بیمه سلامت اجتماعی در آفریقا و آسیا» مقاله‌ای است که در آن گای کرین¹ (2001) به بررسی پیش‌نیازهای ایجاد و نقش دولت در گسترش طرح‌های بیمه اجتماعی غیرانتفاعی پرداخته است. کارین اعتقاد دارد که طرح‌های بیمه اجتماعی در کشورهای با درآمد پایین نتوانسته‌اند تعداد زیادی از افراد را تحت پوشش قرار دهند، به علاوه این طرح‌ها در پوشش قشر آسیب‌پذیر که هدف اصلی این طرح‌هاست موفق نبوده‌اند. به این دلیل که قبل از هرگونه توسعه‌ای در زمینه طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت غیرانتفاعی باید سیاست‌های تأمین مالی، فرموله شده و اجرا شوند و همچنین ارتباط این سیاست‌ها با عرضه مراقبت‌های سلامت مشخص شود. که این نقش را دولت باید در این کشورها به عهده بگیرد. به عبارت دیگر دولت باید در این زمینه فعالیت‌های زیر را انجام دهد:

1. شکل‌دهی به سیاست ایجاد و گسترش بیمه سلامت اجتماعی (تولیت، جهت‌دادن به سیاست تأمین

مالی، توجه به روش‌های گردآوری درآمدها، تجمیع، تعریف بسته مزایا)

2. توجه به سازمان آرایه مراقبت (دسترسی، کیفیت، هزینه‌اثربخشی و ...)

1- G. Garrin

3. ترویج بیمه سلامت، پایش فعالیت ارایه‌کنندگان خدمات بیمه‌ای، آموزش کارکنان برنامه‌ها، مشارکت در تأمین مالی

4. وضع قوانین برای کاهش اثر انتخاب نامطلوب (گذاشتن شرایط برای عضویت مانند عضویت خانوادگی، دوره انتظار برای برخورداری از برخی خدمات، گذاشتن استانداردهای حداقلی از نظر ابعاد (میزان منابع مالی و تعداد عضو و ...) برای ایجاد برنامه‌های بیمه‌ای)

5. پیشنهاد در زمینه تعیین ترکیب بسته مزایا بر اساس نیازهای جمعیت و سیاست‌های کشوری

6. کمک به ارایه‌کنندگان خدمات بیمه در تشکیل نظام اطلاعات

7. پایش پیشرفت هر کدام از طرح‌ها و مقایسه با سایر طرح‌ها

8. کمک به مشارکت افراد فقیر در طرح‌های بیمه‌ای

همچنین باید توجه داشت که دستیابی به پوشش همگانی، فرایندی زمان‌بر است و سرعت رسیدن به آن به عوامل مختلفی از جمله سابقه کشورها در این زمینه و شرایط اقتصادی اجتماعی و ثبات سیاسی بستگی دارد.

علاوه بر نقشی که دولت می‌تواند در زمینه گسترش این طرح‌ها به عهده بگیرد باید توجه داشت که علاوه بر میزان توانایی اعضا برای پرداخت حق بیمه، وجود یک سیاست در سطح ملی که از نظر سیاسی و اجرایی از ارتقای سلامت افراد و به‌خصوص نظام بیمه‌ای حمایت کند، مناسب بودن شرایط اقتصادی اجتماعی مانند شرایط رشد اقتصادی در کشور یا حمایت گروه‌های مختلف مذهبی و اجتماعی از طرح می‌تواند مؤثر باشد. همچنین این گونه طرح‌های بیمه‌ای زمانی که بخشی از یک برنامه بزرگتر توسعه باشند با موفقیت بیشتری همراه هستند. علاوه بر این باید تصمیم‌گیری در این طرح‌ها را بر پایه پژوهش‌های عملی و همچنین استفاده از تجربیات سایر طرح‌ها قرار داد. (58)

این مقاله به صورت کلی تأکید خود را بر گسترش بیمه‌های سلامت اجتماعی غیرانتفاعی گذاشته و اعتقاد دارد که این سیستم می‌تواند به عنوان راه‌کاری برای پرکردن خلأ سایر روش‌های بیمه‌ای که کارکنان بخش رسمی را پوشش می‌دهند به کار رود. همچنین این مقاله به اهمیت وجود پیش‌زمینه‌هایی برای این مسأله اشاره کرده و اعتقاد دارد که دولت باید نقش فعالتری را در ایجاد، حمایت و گسترش و تأمین مالی این طرح‌ها ایفا نماید. اهمیتی که این مقاله برای ایجاد مؤسسات غیرانتفاعی برای گسترش بیمه اجتماعی سلامت قایل شده و همچنین نقشی که

برای دولت در این زمینه قابل شده و همچنین پیشنهادی که برای ایجاد یک تیم کارشناسی برای اعتباربخشی به طرح‌های بیمه‌ای داده است جزو پیش‌نیازهایی است که می‌تواند در صورت گسترش این طرح‌ها در کشور ما، مورد بررسی قرار گیرد.

• آرين تنكورنگ¹ (2001) مقاله‌ای را با عنوان «طراحی ویژگی‌ها، حفاظت در برابر خطر و بسیج منابع در بیمه سلامت بخش غیررسمی آفریقا» تدوین کرده که هدف آن، مفهوم‌سازی در مورد نحوه عملکرد نظام‌های بیمه سلامت در مناطقی که باید در برابر خطر محافظت شوند و تجهیز منابع لازم برای این برنامه‌ها است. از دیدگاه نویسندگان، طراحی برنامه‌های بیمه سلامت که با هدف پوشش مناطق روستایی یا بخش غیررسمی جمعیت در کشورهای در حال توسعه انجام شده، ضعیف بوده و علاوه بر این، بررسی دقیقی در مورد تأثیر این طرح‌ها بر عملکرد انجام نشده است. این مقاله به تبیین این موضوع پرداخته که: «عامل تعیین کننده عملکرد طرح‌های بیمه‌ای -از نظر میزان محافظت در برابر ریسک و بسیج منابع- نحوه تعامل اجزای اصلی طرح با عوامل سازمانی و فنی است. اجزای اصلی به معنی خصوصیات برنامه مانند مشارکت مورد نیاز از طرف مردم در امور، کیفیت انجام فعالیت‌ها به همراه محافظت از ریسک و بسیج منابع است. عوامل سازمانی شامل هماهنگی بین اصول مؤثر بر عملکرد طرح‌ها و عوامل مؤثر بر مشارکت مردم، تجربیات ارایه کنندگان خدمات برای تنظیم قرارداد با طرف سوم و نظام پرداخت است. این عوامل سازمانی تأثیر زیادی بر ماهیت و وسعت مشارکت جامعه و کیفیت ارایه خدمات و پایش آن‌ها دارد. البته در این تحقیق عوامل مرتبط با قانون‌گذاری مانند دستورالعمل‌هایی که باید بوسیله مؤسسات دولتی مسئول و ادارات قانونی بیمه و مراکز ارایه خدمات بهداشتی درمانی تنظیم شود و همچنین عوامل مرتبط با تعیین کیفیت بیمه و خدمات بهداشتی درمانی، مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. عوامل گفته شده، در چندین طرح بیمه‌ای که جمعیت زیادی را در بخش غیررسمی آفریقا تحت پوشش داشتند مورد ارزیابی قرار گرفته است.

در نهایت، نویسندگان پیشنهادات زیر را برای ارتقای طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه مطرح می‌کند:

1. طراحی برنامه بیمه به گونه‌ای که با استفاده از اطلاعات مربوط به میزان تمایل جمعیت هدف برای پرداخت، منابع بهداشتی درمانی را برآورد کند.

2. گنجاندن شروطی برای فعالیت‌ها که مبادلات هزینه‌اثر بخش بین سازمان‌های رسمی را تسهیل کند.

اساس بحث این مقاله این است که در کشورهای فقیر آفریقایی، افرادی که در بخش غیررسمی فعالیت دارند بدون توجه به سطح درآمد، توانایی دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی مناسب، به‌خصوص خدمات درمانی، به هنگام نیاز را ندارند. در این محیط، برنامه‌های بیمه‌ای که برای خانواده‌ها در بخش غیررسمی محافظت مالی ارایه کند به میزان زیادی باعث کاهش فقر خواهد شد. همچنین تلاش برای طبقه‌بندی بخش غیررسمی بر اساس سطح درآمد، و با هدف ارایه محافظت مالی تنها برای گروه‌هایی که در سطح درآمدی پایین‌تری قرار می‌گیرند، تا حدودی در دستیابی به هدف در دسترس قرار دادن خدمات سلامت برای افرادی که درآمد ناکافی دارند مؤثر خواهد بود و باعث خواهد شد که این افراد تقاضای موثری برای خدمات داشته باشند.

در این مقاله عنوان شده که کشورهای فقیر آفریقایی توانایی پوشش بیمه‌ای در سطح ملی برای تمام افراد را به‌صورت سریع و در یک مرحله ندارند. دلیل آن نیز نبود منابع مالی، گوناگونی جمعیت و نبود ساختار مدیریتی مناسب است. بنابراین این کشورها باید استراتژی پوشش تدریجی را برای رسیدن به بیمه همگانی سلامت انتخاب کنند. این استراتژی‌ها شامل شناخت گروه‌های مختلف جمعیت و گسترش بیمه‌هایی است که مبتنی بر مشارکت افراد باشد. (59)

استراتژی پوشش مرحله‌ای جمعیت، استراتژی مناسبی است که مزایای زیادی دارد و بسیاری از کشورها جهان نیز از آن برای رسیدن به پوشش همگانی جمعیت استفاده کرده‌اند. این استراتژی نسبت به زمانی که پوشش جمعیتی یک‌باره توسط دولت و بدون مشارکت مردم ایجاد می‌شود پایدارتر است زیرا از ظرفیت‌های محلی مانند شوراهای مختلف، سازمان‌های غیردولتی و ارایه‌کنندگان خدمات استفاده کرده و فرهنگ‌سازی می‌کند. به‌علاوه تدریجی بودن آن باعث می‌شود تجربیات طرح‌های بیمه‌ای به یکدیگر انتقال یابد. همچنین طرح‌های غیرمتمرکز و تدریجی بیمه‌ای، پتانسیل بیشتری برای شناخت بخش‌های مختلف جمعیت، بررسی توان افراد برای پرداخت و پیش‌بینی منابع مالی در دسترس دارند. به هنگام استفاده از تجربیات ارایه‌شده در این مقاله نباید نقش دولت را در این زمینه به فراموشی سپرد. نقش دولت می‌تواند، برنامه‌ریزی دراز مدت و تعیین مسیر حرکت آینده، ایجاد چتر پوشش برای حمایت از طرح‌های مختلف بیمه‌ای، آموزش افراد فعال در طرح‌های مختلف بیمه‌ای برای افزایش توانایی کارکنان، ایجاد یارانه متقاطع بین صندوق‌های مختلف و همچنین انتقال تجربیات بین صندوق‌ها باشد.

● در مقاله‌ای با عنوان « تجربیات و درس‌های ایجاد جنبش بیمه سلامت مبتنی بر جامعه در کشورهای زیر صحرای آفریقا» دوریس وایزمن و جانز جتینگ¹ (2000) به بررسی عوامل موفقیت طرح‌های بیمه سلامت مبتنی بر جامعه پرداخته‌اند. در این مقاله گفته شده که مهمترین عوامل تعیین کننده دوام و عضویت (به‌عنوان پیش‌نیازهای موفقیت) به سه حیطه زیر مرتبط است:

1. طراحی و مدیریت برنامه بیمه‌ای

2. رفتار ارایه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی

3. خصوصیات جامعه و خانوارها

طراحی: عوامل مؤثر بر پایداری طرح‌های «بیمه مبتنی بر جامعه»، محیط خارجی طرح مانند سیاست کشور و وضعیت قوانین و مقررات کشور، سایر عوامل مانند ویژگی‌های طرح و میزان مشارکت جامعه، و میزان یک‌کاسه‌شدن ریسک است. البته اندازه مطلوب برای یک برنامه بیمه‌ای بستگی به اندازه و طبیعت خطرات احتمالی در بین بیمه‌شدگان دارد. علاوه بر این در این‌گونه طرح‌های بیمه‌ای باید به مسأله خطر اخلاقی نیز توجه کرد که مکانیزم پرداخت یارانه نیز می‌تواند این مشکل را تشدید کند. در این بررسی مشخص شده که در بسیاری از طرح‌های بیمه مبتنی بر جامعه در آفریقا مشکل خطر اخلاقی به شدت وجود داشته است. البته این مسأله در کشورهای در حال توسعه که میزان استفاده کم از خدمات بهداشتی درمانی جزء مشکلات است اثر مثبتی است اما باید توجه داشت که این مسأله ممکن است در نهایت باعث ورشکستگی طرح‌های بیمه‌ای شود. همان‌طور که در بسیاری از طرح‌های بیمه‌ای مبتنی بر جامعه این مسأله اتفاق افتاده است.

خطر اخلاقی دیگر مربوط به انتخاب معکوس است که در آن افرادی که احتمال بیشتری می‌دهند به مراقبت‌های بهداشتی درمانی نیاز داشته باشند - مانند بیماران قلبی - عضو بیمه می‌شوند. برخی از طرح‌ها نیز به همین دلیل با مشکلات مالی مواجه شده‌اند برخی از طرح‌ها هم با استفاده از مکانیزم بیمه‌ای این مشکل را حل کرده‌اند. مشکل دیگر این طرح‌های بیمه‌ای اندازه کوچک آن‌ها بوده که مناطق کوچکی را تحت پوشش قرار می‌داده‌اند این مسأله باعث می‌شود که تمام منابع یک طرح بیمه‌ای به هنگام بروز همه‌گیری در منطقه

1- Doris Wiesmann and Johannes Jtting

تحت پوشش طرح مصرف شود. برخی از طرح‌های بیمه‌ای آفریقا نیز به همین دلیل دچار ورشکستگی شده‌اند. برخی طرح‌ها هم با استفاده از بیمه‌ مجدد یا دریافت تضمین از وزارت بهداشت برای پرداخت خسارت همه‌گیری، توانسته‌اند که دوام خود را حفظ نمایند.

مدیریت: مدیریت طرح نیز مسأله‌ای اساسی برای دوام طرح‌هاست. مدیران معمولاً کنترل مالی طرح‌ها را به‌عهده دارند یعنی باید منابع را برای جلوگیری از تحلیل تدریجی به دلیل تورم سرمایه‌گذاری کنند، با ارایه‌کنندگان خدمات برای نحوه‌ پرداخت و سقف هزینه‌ها مذاکره کنند، سوابق اعضا را نگهداری کنند، حق بیمه‌ها را دریافت کرده و موازنه مالی برنامه بیمه‌ای را بررسی کنند.

مشارکت جامعه در اداره طرح‌های بیمه‌ای نیز جزو عوامل مؤثر بر موفقیت طرح است. در طرح‌هایی که در آن منابع مالی متعلق به اعضا بوده و توسط آنان مدیریت شود، میزان مشارکت افراد افزایش یافته و میزان استفاده غیرضروری از خدمات کاهش خواهد یافت. به‌علاوه، این مسأله حساسیت اعضا را برای ارتقای بهداشت و استفاده از خدمات پیشگیرانه افزایش می‌دهد زیرا به نفع همه افراد است که هزینه صندوق بیمه در حداقل ممکن باشد. شواهد نشان می‌دهد که در بسیاری از طرح‌های بیمه‌ای موفق در آفریقا، اهمیت زیادی به آموزش مردم و اولویت خدمات پیشگیری داده شده است.

ارایه‌کنندگان خدمات: برخی از عوامل مؤثر بر موفقیت طرح‌ها نیز مرتبط با ارایه‌کنندگان خدمات است. به‌عنوان مثال بیمارستانی که خدمات را تنها به بیمه‌شدگان ارایه می‌کند بر بسیج تقاضا برای بیمه و همچنین توازن مالی طرح می‌تواند تأثیر مثبت بگذارد.

● **کیفیت مراقبت:** اگر بیمه‌شدگان احساس کنند که به هنگام بیمه‌شدن خدمات با کیفیتی به آنان ارایه نمی‌شود مانند زمانی که دارو یا مراقبت‌های بهداشتی درمانی مناسبی در مراکز ارایه خدماتی که با بیمه قرارداد دارند وجود نداشته باشد یا کارکنان مراکز ارایه خدمات، برخورد مناسبی با بیمه‌شده‌ها نداشته باشند تمایلی برای پرداخت حق بیمه نخواهند داشت. کیفیت ارایه خدمت نباید به‌عنوان نتیجه طرح بیمه‌ای در نظر گرفته شود بلکه باید به‌عنوان پیش‌شرط آن محسوب گردد. در چندین طرح بیمه‌ای ناموفق در کشورهای مورد بررسی آفریقایی، گزارشاتی مبنی بر نبود امکانات بهداشتی درمانی، کیفیت نامناسب ارایه مراقبت و همچنین برخورد بد ارایه‌کنندگان خدمات با افراد بیمه‌شده گزارش شده است.

• وجود سیستم ارجاع جزو عوامل مؤثر در کاهش هزینه‌های طرح بیمه‌ای است زیرا خدماتی که در سطح دوم مراقبت ارایه می‌شود گران‌قیمت‌تر هستند این مسأله به‌خصوص در بیمه‌هایی که تنها خدمات بیمارستانی و درمانی را پوشش می‌دهند می‌تواند باعث کاهش موفقیت طرح شود. بنابراین علاوه بر این که لازم است طرح بیمه‌ای خدمات سطح اول و دوم را پوشش دهد باید از سیستم ارجاع نیز استفاده شود.

خصوصیات اجتماعی اقتصادی و فرهنگی خانواده‌ها و افراد: نیز جزو عوامل مؤثر بر موفقیت طرح است. شیوع فقر در بین اعضا و جامعه تحت پوشش طرح بیمه‌ای می‌تواند شانس موفقیت طرح را کاهش دهد. در این هنگام لازم است که از سایر سازوکارها برای پوشش افراد فقیر استفاده شود مانند طرح‌های حمایتی. نوع نگاه به بیماری و بیمه نیز می‌تواند بر موفقیت طرح مؤثر باشد به‌عنوان مثال هنگامی که جامعه بیماری را یک احتمال می‌داند؛ تا مجازاتی که برای رفتار ناشایست باید در نظر گرفته شود؛ میزان مشارکت آن‌ها در طرح افزایش خواهد یافت. علاوه بر این هنگامی که انسجام جامعه زیاد باشد، مردم نگران این که منافع حق بیمه بیشتر به بخشی از جامعه می‌رسد نخواهند شد. به‌عنوان مثال در یکی از کشورهای آفریقایی، مردم به بیمه به‌عنوان یک کار خیر و کمک به سایر افراد جامعه نگاه می‌کردند بنابراین میزان مشارکت بیشتری در طرح داشتند. علاوه بر این هنگامی که گسستگی مذهبی، نژادی و فرهنگی در جامعه زیاده‌تر باشد مردم مشارکت کمتری در طرح‌های بیمه‌ای خواهند داشت. مؤسساتی که به‌صورت سنتی در جامعه حضور دارند نیز می‌توانند ایجاد طرح‌های بیمه‌ای را تسهیل کنند. مؤسساتی مانند تعاونی‌ها، سازمان‌های غیردولتی و ... (60)

بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه یکی از پایدارترین انواع بیمه‌هاست و تجربیات ارایه شده در این مقاله می‌تواند در گسترش این طرح‌ها بسیار مؤثر باشد. تجربیات این طرح‌ها نشان می‌دهد که به هنگام طراحی برنامه‌های بیمه‌ای، باید محیط قانونی و سیاسی کشور در نظر گرفته شود. همچنین ویژگی‌های طرح باید به‌گونه‌ای طراحی شود که از ایجاد انتخاب معکوس و همچنین خطر اخلاقی بیمه جلوگیری کند. این مسأله نشان می‌دهد که برای این مشکلات باید قبل از ایجاد طرح بیمه‌ای برنامه‌ریزی شود و سازوکارهای لازم مانند مشارکت مصرف‌کننده در پرداخت به هنگام ارایه خدمات در نظر گرفته شود. البته باید توجه داشت که میزان این پرداخت به‌گونه‌ای نباشد که ماهیت بیمه‌ای بودن طرح از بین رفته و میزان دسترسی افراد نیازمند نیز کم شود. مشکل انتخاب معکوس را نیز برخی طرح‌ها با استفاده از مکانیزم بیمه گروهی و خانوادگی کاهش داده‌اند. علاوه بر این، نظام پرداخت بیمه به ارایه‌کنندگان خدمات باید به‌گونه‌ای باشد که از ایجاد تقاضای القایی توسط ارایه‌کننده جلوگیری کند. البته باید توجه داشت که سازوکار پرداخت باز به‌گونه‌ای طراحی نشود که ارایه‌کنندگان خدمات

نیازهای بهداشتی درمانی ضروری جمعیت را نیز پاسخ ندهند. بنابراین هر کدام از سازوکارهای بیمه‌ای که استفاده شود باید برای آن سازوکارهای کنترل نیز طراحی گردد.

ایجاد سازوکارهای مدیریتی لازم و استفاده از مدیران متخصص نیز نکته دیگری است که باید در طرح‌های بیمه‌ای مورد نظر قرار گیرد. مدیریت درست منابع در دسترس و سرمایه‌گذاری مناسب آن‌ها برای جلوگیری از اثر تورم بر کاهش ارزش منابع باید به دقت مورد توجه قرار گیرد. علاوه بر این لازم است که پرونده افراد به دقت مورد بررسی قرار گرفته و گزارشات مدیریتی مناسب از آن گرفته شود. موضوعی که در این مقاله به آن پرداخته نشده است مربوط به محاسبه حق بیمه و استفاده از سیستم نسبتی و تصاعدی برای محاسبه حق بیمه است. علاوه بر این، مکانیزم‌هایی که این طرح‌ها برای پوشش افراد فقیر مورد استفاده قرار داده‌اند و همچنین منبع تأمین مالی آن‌ها مورد بررسی قرار نگرفته است.

در مورد ارایه‌کنندگان خدمات برخی از موارد است که باید قبل از قرارداد بستن، مورد توجه قرار گیرد. مسائلی مانند کیفیت خدمات، کیفیت زیرساخت‌ها و همچنین وجود نیروی انسانی متخصص و کیفی باید در مراکزی که بیمه با آن‌ها قرارداد می‌بندد وجود داشته باشد این مسأله می‌تواند در تداوم عضویت افراد بسیار کمک کننده باشد. مسأله هزینه زیاد ارایه‌کنندگان خدمات در سطح دوم را هم می‌توان با ایجاد سیستم ارجاع کاهش داد. موضوعی که در کشور ما در حال حاضر تنها در بیمه روستاییان اجرا می‌شود.

خصوصیات اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جامعه نیز جزو عوامل مؤثر بر موفقیت طرح است. باید توجه داشت که هنگامی که بیمه‌ها به صورت منطقه‌ای ایجاد می‌شود طبیعی است که مناطقی که وضعیت اقتصادی بهتری دارند خواهند توانست طرح‌های بیمه‌ای را بهتر تأمین مالی کنند. سازوکارهایی که برای کاهش این اختلافات در مناطق مختلف به کار گرفته می‌شود، ایجاد سازوکارهای بالاسری برای این طرح‌های بیمه‌ای و ایجاد چتر حمایتی برای انتقال ریسک بین صندوق‌های مختلف توسط دولت یا توسط خود این سازمان‌ها مشترک است. این موضوع نیز در این مقاله مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین لازم است که تا حد ممکن برای ایجاد طرح‌های بیمه‌ای از سازوکارهای موجود در منطقه استفاده کرد. این سازوکارها علاوه بر این که می‌توانند به کاهش هزینه‌ها کمک کنند به دلیل آشنایی بیشتر با جامعه راحت‌تر خواهند توانست با مردم ارتباط برقرار کرده و حق بیمه‌ها را دریافت کنند. همچنین لازم است برنامه‌های آموزشی برای فرهنگ‌سازی برگزار شود تا مفهوم بیمه درک شده و حتی با استفاده از مسائل اعتقادی می‌توان جنبه کمک به دیگران را در بیمه برجسته‌تر کرده و تبلیغ بیشتری برای آن انجام داد.

- گای کارین (1999) در مقاله‌ای با عنوان «مقدمه‌ای بر مسائل اقتصادی بیمه سلامت در کشورهای با درآمد پایین و متوسط» به بررسی اجمالی مقالات ارایه شده در همایش «اقتصاد سلامت در کشورهای کم‌درآمد و متوسط» که دانشگاه آنتروپ¹ بلژیک در سال 1997 برگزار کرده پرداخته است. نتایج قابل توجهی که نویسنده از موضوعات مطرح شده در همایش می‌گیرد عبارتند از: هدف بیمه سلامت، سرعت توسعه بیمه سلامت، مدیریت بیمه سلامت و در نهایت رابطه بین بیمه سلامت و توسعه اقتصادی اجتماعی.

1- Antwerp

وی هدف غایی بیمه سلامت را تسهیم مخاطرات در میان تمام اقشار جمعیتی، از ثروتمند و سالم گرفته تا فقیر و بیمار می‌داند. این تسهیم مخاطرات در مواردی که طرح‌های بیمه تنها محدوده جغرافیایی یا جمعیتی کوچکی را تحت پوشش قرار می‌دهد به میزان کافی انجام نشده و طرح‌های بیمه را در برخی مناطق فقیرتر یا بیمارتر با مشکل مواجه می‌کند. نویسندگان اعتقاد دارد که برای ترویج بهتر تسهیم مخاطرات باید منافع فردی ناشی از ارتقای سلامت جامعه را برای افراد توضیح داد. علاوه بر این دولت‌ها باید نقش فعال‌تری در تأمین منابع مالی سلامت، به خصوص در راستای افزایش تعداد اعضای طرح‌های بیمه‌ای و همچنین تسهیل ثبت‌نام فقرا انجام دهند.

نویسندگان، طراحی برنامه‌های بیمه‌ای موفق را زمان‌بر و تدریجی دانسته و اعتقاد دارد که طراحی این نظام باید بخشی از فرایند توسعه اجتماعی در نظر گرفته شود. خطرات شتاب زیاد در توسعه طرح علاوه بر امکان ورشکستگی مالی، این است که دفعات بیشتری طرح باید تغییر کرده و مورد بازبینی قرار گیرد که این مسأله می‌تواند باعث عدم تحقق وعده‌های مسئولین به مردم شده و اعتماد آنها به طرح و در نتیجه میزان مشارکت آنان را کاهش دهد.

در پاسخ به این سؤال که مدیریت طرح‌های بیمه سلامت در چه سطحی باید انجام شود نویسندگان اعتقاد دارد که در بیشتر مقالات، رویکرد پایین به بالا به عنوان رویکرد برتر مطرح شده است. این رویکرد علاوه بر ایجاد اطمینان و اعتماد از طرف بیمه‌شدگان، درک بهتری از طرح ایجاد می‌کند. البته به سادگی قابل فهم است که رویکرد پایین به بالا باعث ایجاد حفاظت اجتماعی نابرابر در مناطق و گروه‌های جمعیتی مختلف می‌شود بنابراین دولت باید در تسهیل تشکیل طرح‌های بیمه سلامت و همچنین ایجاد شبکه‌ای از طرح‌های محلی به منظور نزدیک‌تر کردن آنها به یکدیگر مشارکت کند. البته یک رویکرد بالا به پایین هم می‌تواند موفق باشد به شرطی که دولت به میزان کافی اجازه تصمیم‌گیری و مدیریت منابع مالی را به مدیران منطقه‌ای بدهد.

مسأله بعدی این است که ایجاد طرح‌های بیمه سلامت مشکلاتی را نیز با خود به همراه دارد. مسائلی مانند گزینش نامطلوب، مخاطرات اخلاقی، ایجاد موازنه صحیح بین قیمت و کیفیت مراقبت و همچنین بالا رفتن هزینه‌ها. مدیریت مؤثر منابع گردآوری شده نیز مسأله مهمی است که باید برای تعیین اولویت‌ها، کنترل

هزینه‌ها و برخورد با رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی ارایه‌کنندگان و بیماران به‌کارگرفته شود. روش‌هایی که برای رفع این مشکل پیشنهاد شده عبارتند از: پرداخت مبتنی بر کارانه به ارایه‌کنندگان، نظارت دقیق‌تر بر کیفیت خدمات، ایجاد نظام ارجاع و رسیدن به توافق میان ارایه‌کنندگان و مدیریت بیمه سلامت. در زمینه ارتباط بین بیمه سلامت و توسعه اقتصادی-اجتماعی نویسنده اظهار می‌دارد که کشورهایی که از نتایج رشد اقتصادی برای تأمین مالی بخش اجتماعی و همچنین بهداشت و درمان خود استفاده کرده‌اند توانسته‌اند از منافع بارز سلامت در سطح ملی بهره‌مند شوند. (61)

به نظر می‌رسد نوع نگاهی که نویسنده این مقاله مطرح کرده است متأثر از موضوع مقالات کنفرانس - تأمین مالی در کشورهای کم درآمد و متوسط- بوده است. لذا نتایج بدست آمده نیز تنها قابل تعمیم به این کشورهاست. البته در این مقالات تأکید کمی بر نقش دولت شده است و نقش آن به‌عنوان ناظر بر کیفیت و کمیت خدمات، برنامه‌ریز کلی طرح‌های بیمه‌ای و نقشی که دولت می‌تواند در حمایت از قشرهای خاص جمعیتی یا مناطق خاص داشته باشد نادیده گرفته شده است. علاوه بر این در این مقالات تأکید اصلی بر منابع مالی گردآوری شده از مشارکت مردم بوده است و نقش کمک‌های خارجی، خیریه‌ها و ... به‌عنوان تأمین‌کننده منابع و نیز نحوه مدیریت این منابع نادیده گرفته شده است. از نکات مهم این مقاله می‌توان به اهمیتی که برای سازوکارهای مشارکتی محلی مانند تعاونی‌ها و ... داده شده است، اشاره نمود، که می‌تواند پایه مستحکمی برای گسترش بیمه در بین عموم مردم بوده و اعتماد آنها را به سیستم، افزایش دهد. در نهایت این مقاله هیچ روش ترجیحی را برای گسترش بیمه در کشورهای کم درآمد و متوسط ارایه نمی‌دهد در حالی که به نظر می‌رسد در صورتی که گسترش بیمه با هماهنگی، از بالا به پایین و با ایجاد پوشش چتری دولت برای این سازوکارهای بیمه‌ای انجام شود سرعت گسترش افزایش بیشتری خواهد داشت و همچنین مشکلات ناشی از ورشکستگی مالی، عدم هماهنگی و دوباره کاری کمتر خواهد شد. دولت می‌تواند با انتقال منابع از صندوق‌هایی که ریسک کمتری دارند یا منابع اضافه‌تری دارند ضمن رفع مشکل احتمالی ورشکستگی این صندوق‌ها به افزایش انسجام اجتماعی کمک نمایند. همچنین لازم است دولت سازوکاری ایجاد کند که این صندوق‌ها که بیشتر منطقه‌ای هم هستند به هنگام ایجاد همه‌گیری یا افزایش بار بیماری به خاطر بلایا و ... دچار ورشکستگی نشوند.

- رون آویان^۱ (1999) در پژوهشی با عنوان «سازمان‌های غیردولتی^۲ در طرح‌های بیمه سلامت اجتماعی: نمونه‌هایی از گواتمالا و فیلیپین» به بررسی نقش طرح انجمن سلامت باریلاس^۳ در گواتمالا و طرح OHPS^۴ در فیلیپین پرداخته است. نویسنده اظهار می‌دارد که: به‌صورت معمول طرح‌های بیمه اجتماعی در ابتدای پیدایش، کارکنان بخش رسمی و خصوصی و خانواده‌های آنان را پوشش می‌دهد که در این حالت بخش

1- Ron Avian

2- Non Government Organization (NGO)

3- Association por Salud de Barillas

4- ORT Health Plus

مهمی از خانواده‌ها بدون پوشش باقی می‌مانند. بنابراین برای پوشش این گروه جمعیتی، باید سازوکارهای بیمه‌ای مبتنی بر پیش‌پرداخت‌های داوطلبانه به‌کارگرفته شود که معمولاً توسعه این طرح‌ها نیز روندی پیچیده بوده و به پیش‌نیازهای مختلفی نیاز دارد. اولین پیش‌نیاز این است که باید جامعه منافع ناشی از تقبل مسئولیت مستقیم ایجاد ثبات مالی در خدمات مراقبت سلامت شخصی خود را مشاهده کند. علاوه بر این دولت‌ها نیز به هنگامی که افراد برای پوشش بیمه‌ای خود مشارکت می‌کنند نباید میزان منابع تخصیصی خود را به این بهانه کاهش دهند، بلکه باید منابع خود را جهت ارتقای امکانات ارائه خدمات سلامتی دولتی به‌کارگیرند. اما این پیش‌نیازها معمولاً در جوامع نادیده گرفته شده و توسعه بیمه روستایی را با مشکل مواجه می‌کنند.

علاوه بر موارد بالا برای ایجاد نظام بیمه‌ای مبتنی بر جامعه، تنها به شناخت مفهوم پیش‌پرداخت/بیمه و یکپارچگی جامعه نیاز نیست بلکه به دلیل این‌که جوامعی که ما با آنها سروکار داریم عموماً کم‌درآمد بوده و سطح تحصیلی و امکانات کمتری نیز دارند مشکلاتی از قبیل ایجاد ساختار مناسب برای نام‌نویسی، جمع‌آوری حق بیمه مراقبت سلامت، تجهیز منابع انسانی و نیز کنترل‌های نظام‌های تأمین مالی به‌صورت کارآمد وجود خواهد داشت.

در نهایت این طرح با توجه با بررسی دو برنامه ذکر شده موارد زیر را به‌عنوان تجربه‌ای قابل ذکر در زمینه استفاده از سازمان‌های غیردولتی برای گسترش بیمه سلامت اجتماعی عنوان می‌کند: نخست، این که چنین طرح‌هایی را نمی‌توان بر اساس الگوهای از پیش تعیین شده که دانش روز آنها را تأیید می‌کند ایجاد کرد بلکه باید آن‌ها را به‌صورت طولانی مدت و با تأکید بر پوشش جمعیتی بیشتر ایجاد کرد و به مرور و با بررسی دلایل شکست و موفقیت در گام‌های گذشته پیش برد. دوم، به هنگام توسعه این طرح‌ها باید خصوصیات جامعه‌ای که طرح در آن پیاده‌سازی می‌شود به‌صورت کامل در نظر گرفته شود. مسائلی مانند همبستگی جامعه، گردآوری اطلاعات معتبر درباره قیمت‌ها و هزینه مراقبت سلامت، الگوی مصرف و بیماری در جامعه هدف و وجود ساختارهای مناسب مانند تعاونی‌ها، سازمان‌های غیردولتی معتبر و ... بدون شک در طراحی برنامه بسیار کمک کننده خواهد بود.

جنبه سوم، پاسخ به این سؤال است که آیا لازم است در سطح ملی و در کنار سایر سازوکارهای بیمه‌ای از این نوع پوشش استفاده شود؟ و دولت چگونه باید نقش خود را برای هماهنگ کردن، پشتیبانی، نظارت و اعتباربخشی انجام دهد؟ زیرا توسعه این طرح‌ها متضمن پیش‌نیازهای زیادی است که ایجاد آنها زمان‌بر است. بسیاری از این طرح‌ها ممکن است در ابتدا موفق باشند اما کوچک بودن و نبودن یا کم بودن یارانه متقاطع در داخل طرح‌ها، امکانات محدود آنها و همچنین نحوه پوشش افرادی که درآمد و توانایی مشارکت مالی کمتری دارند، موفقیت طرح‌ها را در دراز مدت با مشکل مواجه می‌کند.

در تکثیر این‌گونه طرح‌ها، مواردی مانند وجود قوانین و دستورالعمل‌هایی در سطح ملی، وجود یک روند رسمی اعتباربخشی و یک سازمان چتری که تمام این سازمان‌های پراکنده را در زمینه طراحی، آموزش و طراحی نظام اطلاعات پوشش دهد می‌تواند بسیار مفید باشد. (62)

این مقاله چند نکته قابل توجه دارد: نخست این‌که این مطالعه از نوع مطالعات موردی است که طبیعت این نوع مطالعات قابلیت تعمیم نتایج آنها را از بین می‌برد. همچنین با توجه به این‌که طرح انجمن سلامت باریلاس گواتمالا به دلیل مخالفت‌های محلی و همچنین طولانی شدن زمان ایجاد آن با موفقیت همراه نبوده استفاده و مقایسه آن با طرح فیلیپین که طرحی با پشتیبانی دولتی و ساختار مخصوص به خود بوده جای سؤال دارد. به هنگام تعیین میزان قابل استفاده بودن نتایج این بررسی در ایران نیز باید توجه داشت که در حال حاضر استفاده از طرح‌هایی که اجرای آنها زیاد زمان‌بر باشد با توجه به نیازی که کشور ما به ایجاد سریع پوشش دارد چندان مورد توجه نیست. اما به نظر می‌رسد نکات قابل استفاده آن برای کشور ما مانند استفاده از تعاونی‌ها و شوراهای محلی می‌تواند در آینده برای پایدار کردن بیشتر طرح‌های بیمه‌ای ایران مورد استفاده قرار گیرد. همچنین روش پرداختی حقوق به ارایه‌کنندگان خدمات اولیه و پرداخت سرانه به ارایه‌کنندگان بیمارستانی که در طرح فیلیپین مورد استفاده قرار گرفته توانسته است برنامه‌ریزی مالی طرح را - نسبت به زمانی که از روش کارانه برای این کار استفاده شود - ساده‌تر نماید. همچنین روش دریافت حق بیمه‌ها که به صورت انعطاف‌پذیر طراحی شده بود و همچنین نحوه نظارت طرح بیمه‌ای بر ارایه خدمات بهداشتی درمانی توسط این طرح می‌تواند تجربه‌ای کاربردی برای سایر طرح‌های مشابه باشد. در نهایت مهمترین مسأله‌ای که باید در زمینه این‌گونه طرح‌ها در نظر داشت این است که سازوکارهای دیگری در کنار این طرح‌ها توسعه داده شود، زیرا معمولاً این طرح‌ها قابلیت اجرای پوشش همگانی در کوتاه مدت و میان‌مدت - به خصوص در کشورهایی که اختلاف درآمدی زیادی بین مردم وجود دارد و همچنین جوامعی که درآمد متوسط و پایین دارند - ندارد.

• یکی از اساتید مرکز اقتصاد بهداشت دانشگاه یورک انگلستان - تیم انسور¹ (1999) - در مقاله‌ای با عنوان

«توسعه بیمه سلامت در آسیای در حال گذار» به بررسی اشکالات موجود در توسعه بیمه سلامت اجتماعی -

1- Tim Ensor

با استفاده از مشخصات ساختاری و مشخصات مشترک دوره گذار - در آسیا پرداخته است. این مقاله که به صورت مروری تدوین شده است در بطن خود وضعیت تغییرات بیمه سلامت در آسیا را با آمریکای لاتین که قدمتی 80 ساله در ایجاد نظام های بیمه سلامت اجتماعی دارد مقایسه کرده است. در این مقاله عنوان شده که 23 کشور از 26 کشور آسیایی که اقتصادی در حال تغییر دارند در حال بررسی مجدد نظام تأمین مالی بخش اجتماعی و به خصوص بحث در مورد نظام بیمه سلامت هستند. دلایل این امر این بوده که لازم است منابع مالی اضافی برای بخش سلامت ایجاد شود به علاوه این مسأله در کشورهایی که بین بخش ارایه کننده خدمات و تأمین کننده مالی تمایز واقعی وجود ندارد یک مسأله کلیدی است. که در این میان مورد اول در کشورهای در حال گذار مهمتر است زیرا کمبود منابع مالی زیر ساخت تسهیلات ارایه کننده مراقبت را - به شکل تأخیر در پرداخت حقوق کارکنان، افت چشمگیر در ایجاد زیر ساخت های جدید و کاهش استفاده از تجهیزات - تحت فشار زیادی قرار داده است. این مسأله همچنین باعث ایجاد خصوصی سازی خزانده شده که به موجب آن اطمینان به سرمایه گذاری خصوصی توجه را از تأمین مالی خدمات با استفاده از منابع عمومی دور کرده و به سمت سرمایه گذاری های سودآورتر مانند استفاده غیرضروری از دستگاه های تصویربرداری تنها برای افزایش دریافتی از بیماران سوق داده است. این مسأله به خصوص در کشورهایی مانند چین و ویتنام که سقوط نظام اشتراکی و کمون ها باعث کاهش منابع دولتی سلامت شده است مشهودتر است.

عوامل مؤثر بر سرعت رسیدن به نظام بیمه اجتماعی به چند دسته تقسیم می شوند: 1) مشخصات دوره گذار اقتصادی: در این وضعیت معمولاً صنایع دولتی کوچک شده و به بخش خصوصی واگذار می شود و شرکت های کوچک و متوسط زیادی تأسیس می شود که باعث سوق داده شدن بخشی از نیروی کار از بخش رسمی به بخش غیررسمی می شود که در نتیجه آن وصول مالیات و حق بیمه با مشکل مواجه خواهد شد. همچنین افزایش رشد اقتصادی باعث می شود که بسیاری از کارکنان آموزش دیده بخش سلامت به کارهای پردرآمدتر بپردازند علاوه بر این بخش بهداشت و درمان نیز تمایل خواهد داشت که بیشتر کسانی را بپذیرد که پول بیشتری پرداخت می کنند تا افرادی که بیمه بوده و معمولاً پرداخت اندکی انجام می دهند. علاوه بر

این، واگذاری شرکت‌های بزرگ که عمدتاً ناکارآمد هستند باعث رکود اقتصادی می‌شود که این مسأله پرداخت حق بیمه و مالیات را با مشکل مواجه می‌کند. (2) مشخصات ساختاری کشور مشخصاتی هستند که یا تغییر نمی‌کنند یا تغییر آنها اندک است مانند ترکیب جمعیت روستایی و شهری، ترکیب کارکنان بخش رسمی و غیررسمی اقتصاد، درآمد کشور و میزان رشد درآمدها، (3) عوامل مستعد کننده منحصر به هر کشور مانند الف: مدیریت اجرایی قوی مثل استفاده از ذخایر مالی در فعالیتهایی که بازده اقتصادی مناسبی دارند، نظام درست گردآوری درآمدهای بیمه که هزینه‌های اجرایی آن کم باشد، ب: مدیریت مالی صحیح مثل استفاده از روش مناسب محاسبه هزینه‌ها و درآمدها، دادن وعده‌های مناسب با توانایی مالی صندوق بیمه، خرید مناسب منابع با استفاده از سیستم مناسب.

با توجه به موارد بالا سه راه برای گسترش طرح‌های بیمه‌ای پیشنهاد شده است: اول این‌که نظام بیمه سلامت به همان صورت مبتنی بر مالیات باقی بماند که در این صورت نظام بیمه کاری بیشتر از همان نظام گردآوری مالیات انجام نخواهد داد بنابراین نیازی به ایجاد بروکراسی جدید برای گردآوری منابع وجود نخواهد داشت. در این نظام مسأله بررسی درمان‌های کارآمد و غیرکارآمد وجود خواهد داشت که باید با استفاده از نظام پرداخت مناسب اصلاح شود، یا باید مانند بسیاری از کشورهای عضو سازمان همکاری‌های اقتصادی¹ با جدا کردن خریدار خدمات از ارایه کننده به اصلاح این نظام پرداخت. دومین روش پیش‌رو، استفاده از نظام بیمه اجتماعی است که در آمریکای لاتین استفاده شده است. در این نظام بیمه سلامت می‌تواند به عنوان بخشی از نظام تأمین اجتماعی باشد که توسط نهادهای مرتبط با اشتغال در کشور اداره شود. اما مشکل این نظام هم این خواهد بود که افرادی که اشتغال ندارند یا با وجود شاغل بودن قادر به پرداخت حق بیمه خود نیستند از پوشش خارج خواهند ماند که در این صورت باید از طرح‌های تکمیلی برای رفع این نقیصه استفاده شود. روش سوم نگاه به منبع بیمه به عنوان یک خریدار مستقل مراقبت‌های سلامت برای یک جمعیت تعریف شده است. در این صورت اگر نام‌نویسی بر اساس منطقه جغرافیایی انجام شده باشد نسبت به زمانی که نام‌نویسی بر مبنای شغلی انجام شود گردآوری و خرید مراقبت‌ها ساده‌تر و مدیریت‌پذیرتر خواهد شد. در این حالت می‌توان منابع صندوق را از منبع مالیات یا از منبع حق بیمه‌های

1- OECD

اجتماعی تأمین کرد. در این حالت نقش صندوق به عنوان خریدار برجسته تر شده و باعث مدیریت بهتر منابع مالی خواهد شد. اما در این حالت نیز باید سازوکارهای تکمیلی پوشش برای کسانی که به کار اشتغال نداشته یا توانایی پرداخت ندارند در نظر گرفته شود. (63)

مسئله قابل توجه در این مقاله دلایلی است که کشورهای در حال گذار اقتصادی برای بازبینی نظام بیمه‌ای خود دارند. به نظر می‌رسد که این مشکلات در کشور ما نیز وجود داشته باشد. مسائلی مانند لزوم ایجاد منابع اضافی برای سلامت و همچنین لزوم جدا کردن نظام تأمین مالی از نظام ارایه خدمات با هدف بهبود مدیریت نظام سلامت و کیفیت خدمات. به نظر می‌رسد که مشکلات سلامت مربوط به دوره گذار اقتصادی هم با توجه به روندی که در گذشته برای خصوصی‌سازی وجود داشته و همچنین روند فعلی بازنگری در اصل 44 قانون اساسی، در کشور ما ایجاد خواهد شد. مسائلی مانند کاهش کارکنان بخش رسمی اقتصاد و در نتیجه افزایش مشکلات مربوط به گردآوری منابع مالیاتی یا حق بیمه‌ها. در بین روش‌های پیشنهاد شده برای گسترش و بازبینی طرح‌های بیمه‌ای در کشورهای در حال گذار، روش سوم یعنی نام‌نویسی بر اساس مناطق جغرافیایی و استفاده از صندوق‌های محلی برای خرید خدمات از ارایه‌کنندگان نکات قابل توجهی است که می‌تواند جهت بهبود وضعیت بیمه‌ای در کشور ما نیز مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این مسئله موازی بودن طرح‌های بیمه‌ای در کشور که هزینه‌های مدیریتی و اداری زیادی را به کشور تحمیل کرده است باید با استفاده از تجربیات این مقاله مورد بازبینی قرار گیرد.

● در مقاله‌ای با عنوان «پتانسیل ایجاد بسیج اجتماعی در بنگلادش: سازماندهی و عملکرد دو طرح بیمه سلامت»، دِسْمِت¹ (1999) دو طرح بزرگ بیمه در بخش غیردولتی و مناطق روستایی بنگلادش را مورد بررسی قرار داده است. در این مقاله ابتدا شاخص‌های فنی کلاسیک طرح‌ها مانند میزان ثبت‌نام، میزان استفاده از خدمات و توانایی آن‌ها در پوشش هزینه‌ها و سپس عملکرد این طرح‌ها در زمینه بسیج اجتماعی ارزیابی شده است. در بخش اول، داده‌ها از شواهد و مدارک موجود مراکز بیمه‌ای استخراج شده است. گردآوری داده‌های بخش دوم با استفاده از مصاحبه با استفاده‌کنندگان از خدمات و همچنین دست‌اندرکاران این دو طرح انجام شده است.

در این تحقیق عنوان شده که طرح‌هایی همچون تعاونی‌ها و یا مؤسسات همیاری که اغلب خصوصیت غیرانتفاعی دارند، با هدف بهبود کیفیت زندگی بین اعضا ایجاد می‌شوند. در این طرح‌ها رابطه‌ای داوطلبانه و باز که شامل شرکت فعال اعضا در مدیریت طرح است ایجاد می‌شود. با وجود جنبه‌های مثبت فراوان،

1- Desme

طرح‌های داوطلبانه بیمه‌ای در آسیا و آفریقا عمدتاً یا شکل نگرفته یا در مقیاس بزرگ اجرا نشده است. دلایل مختلفی نیز برای این امر وجود دارد از یک طرف مقوله‌های مدیریتی و فنی طرح‌هاست - مانند گزینش معکوس، محدودیت میزان استفاده از مزایای طرح، وجود نابرابری در بین طرح‌های روستایی و شهری به دلیل میزان دسترسی و هزینه‌های در حال افزایش سلامت- و از سوی دیگر استنباط جوامع از موضوع است که آن‌را مانند نیازهای اساسی در اولویت کاری خود قرار نمی‌دهند. به همین دلایل، این‌گونه طرح‌ها در مناطق روستایی و فقیر بیشتر توسط ارایه کنندگان خدمات یا سازمان‌های غیرانتفاعی ایجاد شده است. دو طرح بررسی شده در این مقاله نیز از این قاعده مستثنی نبوده و هر دو توسط سازمان‌هایی ایجاد شده‌اند که عرضه‌کننده خدمات نیز هستند.

طرح اول - گونوساستیا کندرا^۱ (GK) در منطقه ساوار^۲ - در سال 1971 بعد از استقلال بنگلادش ایجاد شده و سپس گسترش یافته است. این طرح خدمات پیشگیرانه را به بیماران توسط مراکز اقماری خود ارایه داده و در صورت نیاز آن‌ها را به بیمارستان طرح ارجاع می‌دهد. این طرح در سال 1975 طرح بیمه سلامتی را هم به خدمات خود افزود تا بتواند برای افراد فقیرتر دسترسی ایجاد کرده و هزینه‌های مکرر عرضه مراقبت را کاهش دهد. طرح دوم - برنامه سلامتی بانک گرامین^۳ (GB) - که در ابتدا به افراد وام می‌داد و در سال 1990 وارد مقوله بهداشت و درمان شد، به این دلیل که بررسی‌ها نشان داد در حدود 44 درصد وام گیرندگان، به دلیل بیماری، توانایی بازپرداخت وام خود را نداشتند. علاوه بر این به علت نبود خدمات سلامت با کیفیت، افراد باید مبالغ بیشتری را برای بازگرداندن سلامتی خود هزینه می‌کردند. برنامه سلامتی گرامین از ابتدا به صورت یک طرح پیش‌پرداخت طراحی شد. این طرح مراقبت‌های سلامتی را در دو سطح پیشگیرانه و درمانی - مبتنی بر جامعه - ارایه می‌کند.

یافته‌ها نشان می‌دهد که بعد از اجرای طرح GK میزان مراجعات جدید بیمه‌شدگان به درمانگاه‌ها از 1/74 بار - به ازای هر فرد - در سال به 0/6 بار کاهش یافته است که این مسأله به دلیل افزایش سطح اقتصادی خانوارهای بیمه‌شده بوده است اما افراد بیمه‌نشده به میزان ناچیزی (حدود 1/5 درصد مراجعات) به مراکز

1- Gonosasthya Kendra

2- Savar

3- Grameen Bank

ارایه خدمات مراجعه کرده بودند. اما موارد بستری در بیمارستان در بین خانوارهای بیمه‌نشده نسبت به خانوارهای بیمه‌شده بسیار بیشتر بوده است. در GB هم میزان مراجعه در سال 1995 در حدود 0/17 بار در سال به ازای هر فرد بوده است که این میزان برای خانوارهای بیمه‌نشده در حدود 0/004 بار به ازای هر فرد در سال بوده است. در مورد پوشش خدمات، هر دو طرح خدمات پیشگیرانه را به‌صورت رایگان و خدمات درمانی را هم به‌صورت مبتنی بر جامعه ارایه می‌دهند. بانک گرامین علاوه بر این در بسته خدماتی خود هزینه رفت و آمد بیماران را گنجانده است زیرا بر اساس پژوهش انجام شده مشخص شده که این مسأله بر میزان مراجعات تأثیر منفی داشته است. میزان‌های ثبت‌نام در هر دو طرح بیشتر مربوط به افرادی است که در گروه‌های فقیر و متوسط درآمدی هستند. علاوه بر این میزان ثبت‌نام مردمی که در مناطق دوردست زندگی می‌کنند در هر دو طرح کمتر از میانگین سایر مناطق بوده است.

بررسی در زمینه عملکرد بسیج اجتماعی نشان داده که هیچ‌گونه مشارکت فعالی از طرف مشترکان دو طرح وجود ندارد و تصمیم‌های مربوط توسط مدیران طرح‌ها و بر اساس داده‌های معمول گرفته می‌شود. و هر دو طرح بالا را نمی‌توان به‌عنوان وسائل بسیج اجتماعی در نظر گرفت. (64)

بسیج اجتماعی موضوعی است که می‌تواند با درگیر کردن مردم در فراهم‌سازی خدمات بهداشتی درمانی آنها را نسبت به موضوع حساس‌تر کرده و همچنین همبستگی اجتماعی بین افراد را افزایش داده و نگرش مردم را به خدمات بهداشتی درمانی واقعی‌تر نماید. دو طرح بررسی شده در این زمینه به چند دلیل فعالیت زیادی نداشته‌اند، اول این‌که این طرح‌ها توسط مردم اجرا نشده بلکه توسط ارایه‌کنندگان خدمات ایجاد شده که در هر دو، هدف عمده مسائلی غیر از افزایش انسجام اجتماعی یا بهبود وضعیت زندگی بوده است. اما یافته‌های این طرح‌ها به خوبی اثرات مثبت اقتصادی طرح‌های بیمه سلامت را در بهبود اقتصادی و معیشتی مردم نشان می‌دهد و خاطرنشان می‌کند که حتی بنگاه‌های اقتصادی نیز می‌توانند با هدف بهبود وضعیت خود و بازگشت سرمایه اقدام به بیمه کردن مشتریان خود نمایند. موضوعی که بسیاری از سازمان‌ها به‌خصوص در کشورهای در حال توسعه نادیده می‌گیرند. همانطور که مشخص شد طرح GK در طی چند سال توانست بخش مهمی از جمعیت تحت پوشش خود را در سطح‌بندی اقتصادی خود ارتقا دهد به‌گونه‌ای که علاوه بر بهبود وضعیت سلامتی آنان نیازشان به خدمات بهداشتی درمانی نیز کاهش یافته است. نشان دادن اثرات این طرح‌ها و توضیح آن برای مردم عادی می‌تواند باعث شود تا فعالیت‌های خودجوش نیز در بین مردم تبلیغ شود و بتوان گروه‌هایی از جامعه را ایجاد کرد که با درک مفهوم ارتقای زندگی جمعی بتوانند بیمه‌های سلامت مبتنی بر جامعه ایجاد کنند. البته در این میان نقش دولت‌ها در هماهنگی و اطلاع‌رسانی و همچنین حمایت از افراد نباید نادیده گرفته شود. گنجاندن هزینه رفت و آمد در بسته خدماتی بانک گرامین موضوع جدیدی است که نشان‌دهنده اهمیت است که این طرح بیمه‌ای به ارتقای سلامت افراد تحت پوشش قایل است و تنها به عضویت افراد فکر نمی‌کند. همچنین سازوکار بانک گرامین نشان‌دهنده تأثیری است که مکانیزم‌های خرداعتباری می‌توانند در بهبود وضعیت اقتصادی و

بهداشتی جامعه ایفا کنند. این موضوع علاوه بر افزایش سطح سلامتی جامعه برای خود این تعاونی‌ها یا بانک‌های اعتباری هم مفید است زیرا بازگشت سرمایه آن‌ها را افزایش می‌دهد.

• چارلز نورمن¹ (1999) با هدف بررسی سازوکارهای مختلف جمع‌آوری و مدیریت منابع مالی و پرداخت برای خدمات سلامت مقاله‌ای را تحت عنوان «استفاده از بیمه سلامت اجتماعی برای تحقق اهداف سیاست سلامت» منتشر کرده است. در این مقاله که به صورت مروری نگارش شده چند مسأله به صورت مختصر مورد توجه قرار گرفته است:

اول این که اهداف نظام سلامت از دیدگاه این تحقیق عبارتست از: تدارک خدمات همگانی سلامت و با کیفیت بالا برای پیشگیری از بیماری‌ها و درمان - درمان بیماری‌هایی که تأثیر زیادی بر سلامت مردم دارند. این در حالی است که در برخی از کشورها، پیشینه غیرجذاب خدمات با گزینه‌های محدود انتخاب ارایه‌کننده و فرایند ضعیف درمان سبب شده که اهداف فرایندی مانند بهبود کیفیت تجربه شخصی بیمار، انتخاب ارایه‌کنندگان خدمات سلامت، محل مراقبت توسط بیمار، شفافیت نظام تأمین مالی، به عنوان اهداف اصلی نظام سلامت تعریف شوند. همچنین بحث و منازعات زیادی در مورد ساختارها وجود دارد اما این که این ساختارها باید چگونه عمل کنند، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. دوم این که باید به خطرات بیمه سلامت توجه زیادی کرد. خطراتی مانند پوشش ناقص جمعیت، افزایش هزینه‌ها به دلیل تورم و افزایش حجم خدمات ارایه شده. اگر چه هدف بیمه سلامت بسط پوشش و افزایش منابع در دسترس است اما توجه به جمع‌آوری منابع مالی، بستن قرارداد برای خدمات و ارایه مراقبت اهمیت دارد تا اطمینان حاصل شود که ارایه‌کنندگان از افزایش عمدی هزینه‌ها که برای بیمه غیرقابل قبول است خودداری می‌کنند. سوم برای نیل به دسترسی بهتر باید میزان شمول خدمات محدود شده و توجه شود که تعیین اولویت‌ها معمولاً بهتر است و دسترسی به مراقبت را تضعیف نمی‌کند. چهارم این که، محرک‌هایی برای تضمین ارایه خدمات به صورت کارآمد لازمند و لازم است از افزایش بهای خدمات تخصصی و مراقبت سلامت به طور کلی اجتناب شود. (65)

این مطالعه به صورت خلاصه مواردی که باید به هنگام طراحی نظام بیمه‌ای مورد نظر قرار گیرد را مطرح کرده است. بر این اساس به هنگام طراحی نظام باید هدف اصلی نظام سلامت مدنظر قرار گیرد نه اهداف فرایندی. به علاوه به هنگام طراحی ساختار باید به نحوه عملکرد آن؛ نسبت به خود ساختار؛ توجه بیشتری نشان داد

1- Charles Normand

مسأله‌ای که در کشور ما نیز تا کنون کمتر به آن توجه شده است. همچنین باید نظام پرداخت به گونه‌ای طراحی شود که باعث افزایش مصرف یا تشویق مصرف نشود. به علاوه باید توجه داشت که جایگزینی منابع بیمه‌ای به جای منابع دولتی باید باعث شود که منابع دولتی سلامت به اولویت‌ها اصلی- مانند پیشگیری و ارتقای توانایی جامعه- اختصاص یابد نه این‌که با افزایش میزان مصرف مواردی که اولویت ندارند، دوباره انتظارات از بخش درمان افزایش یابد.

● جرال بلوم^۱ (1999) در تحقیقی که در مرکز مطالعات توسعه‌ای دانشگاه ساسکز^۲ با عنوان «به سوی نقشی فعال‌تر برای دولت در طرح‌های پیش‌پرداخت سلامت روستایی در چین» انجام داده اظهار داشته که در سطح بین‌المللی به نقش بالقوه طرح‌های پیش‌پرداخت سلامت برای تأمین مالی خدمات روستایی توجه زیادی شده است. یکی از دلایل این امر دلسردی بسیاری از مردم از عملکرد بخش عمومی به عنوان منبع عرضه خدمات و تأمین مالی سلامت است. از اواخر سال 1970 در 85-90 درصد روستاهای چین طرح‌هایی (بریگاد^۳) داشتند که تقریباً 20 درصد از کل مخارج سلامت کشور به آن‌ها اختصاص می‌یافت. این طرح‌ها بخش مهمی از یک نظام به هم پیوسته بودند که دسترسی گسترده به خدمات درمانی و پیشگیری را با قیمت قابل پرداخت تأمین می‌کردند. در همین زمان چین یک گذار اقتصادی مبتنی بر بازار را تجربه کرده که رشد اقتصادی آن به طور متوسط 9/5 درصد بوده است. در این سال‌ها به دلیل این‌که سهم دولت در تولید ناخالص داخلی کاهش یافته بود - زیرا مدیریت دولتی به صورت اساسی تمرکززدایی شده و گردآوری مالیات نیز به این مدیریت‌ها سپرده شده بود و سهم درآمد دولت مرکزی و توان آن برای تجدید تخصیص منابع بین مناطق روستایی فقیر و غنی کاهش پیدا کرده بود- بنابراین یک تغییر اساسی در بخش عمومی اتفاق افتاد و بخش بهداشت و درمان نیز از این تغییرات متأثر شد. این تغییرات عبارتند از: تمرکززدایی مدیریت مالی، تغییرات اعمال شده در ارتباط با بخش دولتی و واحدهای ارائه خدمات، پایه‌ریزی ناحیه‌هایی برای به عهده گرفتن ساختارهای مدیریتی کمون‌ها و در هم پاشیده شدن اغلب طرح‌های پیش‌پرداخت قبلی.

1- Gerald Bloom

2- Sussex

3- Brigades

در اوایل دههٔ نود برخی دولت‌های محلی طرح‌های پیش‌پرداخت تحت عنوان نظام‌های تعاونی پزشکی روستایی^۱ ایجاد کردند که در برخی مناطق توانست موفقیت زیادی کسب کند و دولت هم در سال ۱۹۹۷ اعلام کرد سیاست دولت این است که این طرح‌ها را در طی ۴ سال در تمام کشور اجرا نماید. این پژوهش با هدف بررسی نقش دولت در حمایت از این طرح‌ها انجام شده است.

تجربیات نشان داده که پی‌ریزی این طرح‌ها در بسیاری از مناطق به‌خصوص مناطق کم‌درآمد نیاز به درگیر شدن دولت در مسأله دارد. همچنین مراکز خدمات سلامت باید با استفاده از ترکیبی از منابع تأمین مالی شوند تا از امکان دسترسی افراد فقیر به خدمات سلامتی اطمینان حاصل شود. این منابع شامل مشارکت خانوارها، کمک دولت در تأمین مالی و همچنین کمک به مراکز ارائه‌کنندهٔ خدمات، طرح‌های پیش‌پرداخت و منابع مالی دولت و جامعه است که به مراقبت پزشکی فقرا و جلوگیری از مستمند شدن افراد در اثر بیماری می‌پردازد. طبیعی است که شاید دولت‌های مناطق ثروتمند بتوانند تنها با استفاده از مشارکت مردم نظام سلامت خود را مدیریت کنند اما در مناطق فقیرتر نیاز به ترکیبی از منابع خواهد بود. همچنین لازم است که دولت یک چارچوب قانونی برای مدیریت و نظارت بر طرح‌ها و تعیین نحوهٔ تأمین مالی طرح‌ها ایجاد کند که در عین مشخص بودن، دست مدیران منطقه‌ای را برای فعالیت بر اساس نیاز منطقه باز بگذارد.

با توجه به مشکلات نظارت دولتی بر نحوهٔ ارائهٔ خدمات لازم است که نمایندگان مردم در نظارت بر طرح‌ها مشارکت داده شوند. یکی از روش‌ها پاسخگوتر کردن مراکز ارائهٔ خدمات الزام آنها به گردآوری و انتشار اطلاعات دقیق در چارچوبی است که برای تصمیم‌گیرندگان محلی قابل فهم باشد علاوه بر این دولت باید مطمئن شود که مراکز ارائهٔ خدمات، نیازهای اطلاعاتی دولت مرکزی را برای تصمیم‌گیری‌ها در سطح کلان را تأمین خواهد کرد. (۶۶)

دولت چین بعد از موفقیت‌آمیز بودن طرح‌های بیمه در چند استان این کشور سیاست رسمی خود مبنی بر گسترش آن‌ها را اعلام می‌کند یعنی استان‌هایی که قبلاً توانسته بودند در این زمینه موفقیت کسب کنند به عنوان الگوی سایر استان‌ها انتخاب شده و تجربیات آن‌ها در اختیار سایر طرح‌ها قرار می‌گیرد این مسأله مشخص می‌کند که اولاً لازم است الگوهای مربوط به تغییرات اجتماعی ابتدا به صورت پایلوت اجرا شود و سپس به سایر بخش‌ها گسترش یابد. این موضوع ضمن این‌که باعث تدریجی بودن

1- Rural Cooperative Medical System (RCMS)

گسترش طرح‌ها می‌شود از ایجاد انتظارات غیرواقعی در مردم جلوگیری کرده و نیاز به تغییرات در طرح را کاهش می‌دهد که این مسأله خود انتظارات مردم را واقعی کرده و از دلسردی آنان جلوگیری می‌کند. علاوه بر این، دولت، با پوشش چتری خود برای صندوق‌های بیمه‌ای، یارانه متقاطع بین آن‌ها برقرار کرده و حمایت‌های خود را هم بر طرح‌هایی که نیاز بیشتری دارند و بیشتر در مناطق فقیر هستند متمرکز کرده‌است. علاوه بر این دولت دست حکومت‌های محلی را هم برای تغییرات در سیستم باز گذاشته به‌طوری‌که میزان حق بیمه و حتی بسته خدمتی نیز در استان‌های مختلف متفاوت شده است یعنی استان‌ها بر اساس شرایط و نیازهای خود ویژگی‌های برنامه بیمه را طرح‌ریزی می‌کنند و استان‌هایی که وضعیت مالی بهتری دارند می‌توانند بسته مزایای بهتری را ارایه کنند تا انگیزه حضور در طرح بیمه برای آنان هم فراهم شود. علاوه بر این دولت با ایجاد چتر پوششی توانسته ضمن انتقال تجربیات بین صندوق‌ها، آموزش کارکنان، تشویق افراد متخصص برای حضور در مناطق مختلف برای تضمین در دسترس بودن خدمات را تضمین کرده و تولیت سیستم اطلاعاتی را به‌عهده بگیرد تا بتواند با اطلاعات بدست آمده از این طریق در سطح کلان سیاست‌گذاری نماید. به‌صورت کلی تجربه چین در این زمینه می‌تواند الگوی بسیاری از کشورهای آسیایی و در حال توسعه قرار گیرد به‌خصوص این‌که سیستم ایجاد شده از نوع بیمه مبتنی بر اجتماع است که پایداری نسبی خوبی داشته و فرهنگ بیمه‌ای و انسجام اجتماعی را هم افزایش می‌دهد.

● تانگچروینساتین^۱ (1999) در مقاله‌ای با عنوان «درس‌هایی از برنامه تأمین اجتماعی در تایلند» به بررسی عملکرد، تعیین نقاط قوت و ضعف سیستم ثبت‌نام و پرداخت سرانه و بررسی میزان استفاده از خدمات و رفتار ارایه کنندگان پرداخته است.

در تایلند سیستم‌های مختلفی برای بیمه افراد وجود دارد که عبارتند از طرح کمک‌رسانی عمومی^۲ که خانواده‌های با درآمد پایین، سالمندان و کودکان مدارس ابتدایی را با تأمین مالی مبتنی بر مالیات تحت پوشش قرار می‌دهد. طرح دیگر مزایای پزشکی برای کارمندان دولت^۳ است که کارمندان دولتی و خانواده آن‌ها را تحت پوشش قرار داده و برای کارمندانی که درآمد پایینی دارند جزو مزایای غیرنقدی محسوب می‌گردد. طرح سوم طرح بیمه سلامت داوطلبانه با عنوان پروژه کارت سلامتی^۴ است که خانواده‌های فقیر که بیشتر در مناطق روستایی هستند را تحت پوشش دارد. در نهایت، طرح اجباری بیمه سلامت است که تحت

1- Tangcheroensathien

2- Public Assistance Scheme

3- Civil Servant Medical Benefit Scheme

4- Health Project Card

عنوان طرح تأمین اجتماعی¹ شناخته می‌شود. که با مشارکت دولت، کارفرما و کارمند تأمین مالی می‌شود. تمام کارفرمایان موظفند که کارکنان خود را در این طرح ثبت‌نام کنند در غیر این صورت جریمه و حتی زندانی می‌شوند. موضوع مورد بحث در این مقاله، طرح تأمین اجتماعی است.

طرح تأمین اجتماعی در سال 1991 اجرا شده و بیماری‌های غیرمرتبط با شغل، حاملگی، معلولیت و کمک هزینه کفن و دفن را پوشش می‌دهد. این طرح توسط یک هیأت امنای متشکل از نمایندگان دولت، کارگران و کارفرمایان مدیریت می‌شود و سیستم پرداخت به ارایه‌کننده، سرانه است. در ابتدا، هر ساله مراکز ارایه‌کننده خدمت توسط کارفرمایان انتخاب می‌شد. این مقاله به ارزیابی 2 مشکل می‌پردازد. نخست این‌که با توجه به انتخاب مراکز ارایه خدمت توسط کارفرما، افراد برای کسب مراقبت‌های سلامتی با محدودیت انتخاب ارایه‌کننده مواجه بودند دوم این‌که پرداخت سرانه انگیزه‌ای برای ارایه‌کنندگان خدمات بود تا خدمات ارایه شده به افراد را به حداقل ممکن کاهش دهند. و همچنین سعی کنند افرادی را انتخاب کنند که ریسک بیماری کمتری داشته باشند. این تحقیق در بررسی این موارد به دلیل نبود اطلاعات و همچنین رایانه‌ای نبودن نظام اطلاعات با مشکلات زیادی مواجه شده است.

یافته‌ها نشان داده که افراد بیمه‌شده به نسبت کمتر از خدمات (بستری و سرپایی) بیمارستان‌های طرف قرارداد استفاده کرده بودند. برای حل این مشکل اداره تأمین اجتماعی 3 طرح را اجرا کرد: نخست یک بسته اطلاعاتی را با هدف افزایش آگاهی کارکنان در مورد حقوق خود و مزایای طرح منتشر کرد. این روش به دلیل کلی بودن اطلاعات و همچنین عدم پرداختن به مشکلات واقعی کارکنان با موفقیت همراه نبود. دوم، به‌صورت آزمایشی در چند استان انتخاب ارایه‌کننده خدمت را به کارگران واگذار کرد تا زدوبند بیمارستان‌های خصوصی با کارفرمایان را کاهش دهد. اما این روش افزایش چشمگیری در میزان تغییر بیمارستان در بین کارکنان نداشت که شاید دلیل آن طولانی‌بودن فرایند تغییر بیمارستان بوده است. سوم، برای انگیزش بیمارستان‌ها به پذیرش بیشتر، پرداخت سرانه اضافی به بیمارستان‌هایی که تعداد پذیرش بیشتری داشتند پیشنهاد شد که این مسأله افزایش نسبتاً خوبی در میزان پذیرش نشان داد. البته این مسأله ممکن است به دلیل گزارش‌های نادرست ارایه‌کنندگان بوده باشد و ارزیابی آن مشکل است.

1- Social Security Scheme

در مورد تأثیر این سیستم بر کارایی با توجه به این که خدمات سرپایی از خدمات بستری جدا نشده بود و همچنین مراکز آرایه خدمات سرپایی به تعداد کافی وجود نداشت نتوانست میزان توجه به خدمات اولیه و پیشگیری را افزایش دهد و باعث کمک به گسترش بیمارستان‌ها شد و نقش مراکز آرایه کننده خدمات اولیه را کاهش داد و تمام مزایای بیماری صرف خدمات درمانی شد.

یکی از نکات مثبت این طرح استفاده از سیستم سرانه است که به نسبت سیستم کارانه مدیریت مالی سیستم را ساده‌تر می‌کند. اما در کنار آن لازم است یک سیستم اطلاعات مدیریت راه‌اندازی شود تا پایش کیفیت خدمات امکان‌پذیر گردد.

در نهایت این پژوهش موارد زیر را توصیه کرده است. الگوی قرارداد و پرداخت سرانه توانایی خود را در کنترل هزینه‌ها نشان داده است. و لازم است به چند مورد توجه بیشتری شود تا از پیامدهای ناخواسته آن جلوگیری شود. نخست آن که اداره تأمین اجتماعی باید نقش مدیر، پایش‌کننده، انگیزه‌دهنده و مجازات‌کننده را بهتر اجرا کند. همچنین تصمیم‌گیری در امور اجرایی و سیاست‌گذاری باید مبتنی بر پژوهش باشد. سیستم‌های اطلاعاتی برای آسان‌تر شدن تحلیل سیستماتیک داده‌ها باید توسعه یابند. دوم این که برای افزایش حق اظهار نظر و حاکمیت مصرف‌کننده باید به کارکنان اجازه داده شود تا هر ساله خودشان بیمارستان خود را انتخاب کنند. سوم این که هدف سیاست‌گذاری در آینده باید سوگیری مجدد به سمت توسعه مراقبت‌های پزشکی اولیه که فراهم‌کننده خدمات سرپایی، جدا از خدمات بیمارستانی است، باشد. (67)

این طرح خود نشان‌دهنده به‌کارگیری دو سیستم است که می‌تواند پیامدهای آن می‌تواند برای کشورهای دیگر از جمله کشور ما آموزنده باشد. اول این که انتخاب سیستم پرداخت سرانه باید به همراه چند نکته دیگر صورت گیرد. نخست تقویت مراقبت‌های اولیه و دوم تقویت سیستم اطلاعات مدیریت. این سیستم اطلاعات خواهد توانست تصمیم‌گیری مدیران را برای سیاست‌گذاری و امور اجرایی مبتنی بر اطلاعات دقیق کند. علاوه بر این باید توجه داشت که اگر چه دادن حق به کارفرمایان برای انتخاب آرایه کننده خدمات ممکن است بتواند هزینه‌های اجرایی طرح را کمتر کرده و همچنین مدیریت آن را ساده‌تر کند اما با مشکلاتی همچون زدوبند بیمارستان‌های خصوصی با کارفرمایان و نارضایتی کارکنان همراه خواهد بود بنابراین بهتر است که در دراز مدت و بعد از استقرار سیستم، به کارکنان اجازه داده شود که آرایه کننده خدمت خود را انتخاب کنند. این مسأله تأثیر بیشتری بر افزایش کیفیت خدمات خواهد داشت.

• کریس آتیم^۱ (1999) تحقیقی را با عنوان «بیمه سلامت و حرکت‌های اجتماعی: یک ارزیابی انتقادی از طرح‌های بیمه داوطلبانه و غیرانتفاعی بیمه با بررسی موردی طرح‌هایی از غنا و کامرون» با هدف پاسخ به این سؤال که آیا وجود عنصر حرکت اجتماعی در عملکرد یک طرح بیمه غیرانتفاعی و داوطلبانه مؤثر است؟ و اگر هست به چه میزان؟ انجام داده است. حرکت‌های اجتماعی این‌گونه تعریف شده‌اند: «تلاش‌های دسته‌جمعی خودجوش برای پیشبرد منافع با حمایت از اهداف مشترک با استفاده از سازمان‌های معین و روش‌های جمعی که وسائل دستیابی به یک دورنمای کم و بیش مشخص هستند». ارزیابی این طرح‌ها از نظر پویایی حرکت اجتماعی طرح، کارایی ارایه خدمات و تأثیر در کارایی بخش سلامت، تأثیر طرح بر عدالت و دسترسی و شاخص‌های عملکرد مالی طرح‌ها مورد بررسی قرار گرفته است.

به‌طور خلاصه، عنصر حرکت اجتماعی که عناصر اصلی آن مشارکت، پاسخگویی و نظارت اجتماعی هستند می‌تواند سهم بارزی را در طراحی و اجرای یک طرح بیمه داشته باشد البته این مسأله بستگی به این دارد که عناصر دیگر طرح مانند روش پرداخت طرح و داشتن یا نداشتن قرارداد با ارایه‌کنندگان خدمات به‌گونه‌ای طراحی شده باشند که اجازه مشارکت بالقوه چنین حرکتی را بدهند.

به‌صورت کلی تأمین مالی جمعی با مشارکت پایین یا بدون آن می‌توانند از تلفیق عناصر پاسخگویی به جامعه در نظام مدیریتی خود بهره گیرند. در جاهایی هم که برگزاری انتخابات به‌طور مستقیم مشکل است می‌توان از سازمان‌های مورد اعتماد اجتماعی، انجمن‌ها و تعاونی‌ها استفاده کرد. با یا بدون مشارکت افراد ذینفع در مدیریت، طرح‌های تأمین مالی جمعی می‌توانند از دستاوردهای تفکیک واضح مدیریت طرح بیمه و بیمارستان، به‌خصوص در مورد مدیریت مالی، بهره‌مند شوند. نام نویسی مبتنی بر خانواده با گذاشتن انگیزه‌های ملموس برای بیمه‌کننده اصلی و ترغیب او به ثبت‌نام تمام افراد خانواده، کمک مهمی به بهبود کارایی طرح‌ها خواهد بود. تمام طرح‌های داوطلبانه توانایی تضمین آن که تأمین‌کنندگان مراقبت سلامت، خدمات مناسب را به‌صورت کارآمد ارایه کنند دارند. آنها می‌توانند این کار را با کنترل و پایش قیمت‌ها، کیفیت و متناسب بودن مراقبت‌های ارایه شده به اعضا انجام دهند. (68)

1- Chris Atim

این مطالعه با توجه به طبیعت آن که از نوع مطالعات موردی است نتایج قابل تعمیمی ندارد. اما نکات قابل استفاده آن برای نظام فعلی کشور ما این است که حرکات بیمه سلامت اجتماعی به خصوص هنگامی که بعد غیرانتفاعی آن قدرتمند باشد بدون ریشه داشتن در جامعه یعنی مشارکت ذینفعان، موفق نخواهد بود البته این موضوع را باید در متن دید یعنی در عین حال به نحوه پرداخت، نحوه ارتباط با ارایه کننده خدمات و همچنین قدرت طرح در گردآوری منابع بستگی دارد. این مقاله به صورت کلی پیشنهاد می‌کند که بهتر است مدیریت بیمه از مدیریت ارایه خدمات جدا شود این مسأله خواهد توانست در دراز مدت ضمن هزینه‌اتربخش‌تر شدن، کیفیت بالاتری نیز برای خدمات فراهم کند در ضمن مدیریت طرح بیمه نیز به این صورت انعطاف بیشتری خواهد داشت و قدرت سازمان بیمه‌گر را برای نظارت بر نحوه ارایه خدمات افزایش خواهد داد. از تجربیات این طرح می‌توان، به عنوان یک ابزار مکمل، در پایدار کردن طرح‌های بیمه‌ای به خصوص در بخش روستایی و بخش غیررسمی اقتصاد ایران در درازمدت استفاده کرد.

● آویوا رون^۱ (1996) در پژوهشی تحت عنوان «توسعه بیمه سلامت ملی در ویتنام» به بررسی روند بیمه سلامت ملی در کشور ویتنام و چالش‌های پیش‌روی آن در آینده پرداخته است. این پژوهش به صورت مروری انجام شده و در پایان پژوهشگر نظرات خود را در مورد نحوه بهبود سیستم بیمه درمان ملی ویتنام ارایه کرده است. پروژه بیمه سلامت ملی در این کشور از سال 1990 با همکاری مشترک سازمان جهانی بهداشت^۲ و وزارت بهداشت^۳ ویتنام سازماندهی و اجرا شده است. اهداف کلی پروژه، توسعه بیمه سلامت، تقویت همکاری‌های وزارت بهداشت و بیمه سلامت ویتنام^۴ برای تنظیم و تدوین سیاست بیمه سلامت به منظور ارتقای بهداشت و بهبود مراقبت‌های سلامتی برای مردم ویتنام بوده است. این پروژه، ابتدا در 4 استان این کشور اجرا شده و سپس با تجربیات بدست آمده در این مرحله به کل کشور تعمیم یافته است. برای این کار چهار راهبرد اصلی زیر انتخاب شده و منابع مورد نیاز نیز به صورت متناسب به آن اختصاص داده شد: (1) بهبود آگاهی و آموزش همگانی، (2) گسترش بیمه سلامت از طریق پوشش گروه‌های بیشتری از مردم، (3) مطالعه در مورد میزان بهره‌مندی از منابع، (4) بهبود عملکردهای مدیریتی و کنترلی. برنامه عملیاتی پروژه به گونه‌ای طراحی شده بوده که هر چند وقت یکبار مورد بازبینی قرار گیرد تا امکان شناسایی نیازهای آموزشی و اطلاعاتی و پیش‌برد طرح در سراسر کشور و تقویت اجزای اصلی تأمین مالی مراقبت

1- Aviva Ron

2- World Health Organization

3- Ministry of Health

4- Vietnam Health Insurance

سلامت فراهم شود. در مرحله اول طرح، بیشتر از 9/5 میلیون نفر از اقشار مختلف شامل کارکنان دولت، و شرکت‌های وابسته به دولت، کارکنان شرکت‌های سرمایه‌گذار خارجی، کارکنان بخش خصوصی، بازنشستگان و بیمه حمایتی اجتماعی به صورت اجباری و دانش‌آموزان، افرادی خویش‌فرما، افراد تحت تکفل کارگران و همچنین کشاورزان به صورت اختیاری تحت پوشش بیمه درآمدند.

بررسی‌ها نشان داد که به دلیل نبود دستورالعمل مشخص برای استفاده از منابع مالی جدید برای بهبود زیرساخت بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی، وضعیت آنها در برخی از مناطق نسبت به گذشته بدتر شد. کارکنان بیمارستان با کسانی که کارت بیمه ملی داشتند - به این دلیل که هزینه کمتری پرداخت می‌کردند - برخورد مناسبی نداشتند یا از آنها وجه اضافی درخواست می‌کردند که این امر باعث می‌شد مردم انگیزه‌ای برای پیوستن به این نظام نداشته باشند. همچنین با توجه به این که افراد فقیر از برخی پرداخت‌ها معاف بودند این گرایش در بین مردم ایجاد شد که خود را فقیر جلوه دهند تا پرداخت کمتری داشته باشند.

میزان مشارکت برای عضویت در بیمه اجباری 3 درصد دستمزد تعیین شد که 2 درصد آن توسط کارفرما و یک درصد توسط خود کارمند پرداخت می‌شد. این مسأله نیز باعث شد که کارفرمایان حقوق کارکنان خود را کمتر گزارش کنند تا میزان پرداخت کمتری داشته باشند. در مورد بیمه اختیاری مبلغ مشخصی برای حق بیمه وضع نشده بود و حق بیمه برای تمام افراد به یک میزان بود البته این میزان بر اساس استانی که فرد در آن زندگی می‌کرد و همچنین میزان مزایای تحت پوشش متفاوت بود. در مورد دانش‌آموزان نیز این میزان پرداخت بر اساس مقطع تحصیلی متفاوت بود. مزایای بیمه سلامت در حال حاضر شامل خدمات سرپایی و بستری است که معاینه پزشکی و تست‌های تشخیصی و درمانی جزو مزایا قرار دارد. البته در ابتدا این مزایا در استان‌های مختلف با یکدیگر متفاوت بود و برخی از استان‌ها تنها مراقبت‌های بستری را تحت پوشش داشتند و برخی دیگر از استان‌ها هم برای بازپرداخت‌های خود در مورد هزینه‌های مراقبت بستری سقف تعیین کرده بودند.

برای استفاده از درآمدهای بیمه سلامت، دستورالعملی تدوین شد به این صورت که نود درصد از بودجه به مراقبت‌های سلامت، 8 درصد برای مدیریت طرح و 1/5 درصد برای ذخیره و 0/5 درصد به امور مدیریتی

ستادی در مرکز اختصاص یافت. همچنین از بودجهٔ مراقبت سلامت، 45 درصد برای مراقبت‌های سرپایی اختصاص داده شده است. این کشور از ابتدا یک شیوهٔ مدیریتی اتخاذ کرد که بر اساس آن کنترل مرکزی سیاست‌ها، نظام اطلاعاتی و فعالیت‌های آموزشی توسط مرکز ولی ثبت‌نام، جمع‌آوری حق‌بیمه‌ها، تعیین مزایا، تعیین میزان حق بیمه در بیمهٔ اختیاری و بازبینی درخواست‌ها برای پرداخت به‌صورت غیرمتمرکز در سطح استان‌ها انجام می‌شد.

نظام پرداخت به عرضه‌کنندگان مراقبت در این کشور به‌صورت کارانه است که خدمات را به دو بخش سرپایی و بستری تقسیم کرده و هزینهٔ هر کدام از خدمات را نیز مشخص کرده است. اما با توجه به تحمیل هزینهٔ زیاد توسط این سیستم به سیستم بیمهٔ سلامت ملی، این کشور تمایل دارد که نظام پرداخت خود را به سرانه تغییر دهد.

مدیریت نظام بیمهٔ سلامت در این کشور توسط شرکت دولتی بیمهٔ سلامت ویتنام که یک شرکت دولتی و تحت نظر وزارت بهداشت است اداره می‌شود که در بیشتر استان‌ها دارای دفاتر استانی است. مهمترین مشکل مدیریتی این نظام، کمبود کارکنان آموزش دیده برای انجام فعالیت‌های مدیریتی است که باعث شده مردم نیز آگاهی کافی از نظام بیمهٔ سلامت نداشته باشند زیرا روش‌های مناسب بازاریابی و روابط عمومی در این زمینه مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. مهمترین مشخصهٔ بیمه سلامت ویتنام این است که بیشتر توسط بخش‌نامه و دستورالعمل اداره می‌شود تا قانون. این نظام در نظر دارد در آینده بر مسائل زیر تأکید نماید: (1) گسترش پوشش، (2) تقویت درآمد و ذخایر بیمهٔ سلامت، (3) بهبود کیفیت مراقبت، (3) اصلاح نظام پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات، (4) توسعهٔ سازمانی مانند مشخص کردن قوانین و مقررات لازم، استخدام، توسعهٔ روش‌های گزارش‌دهی و (69)

به نظر می‌رسد که ویتنام برای رسیدن به نظام پوشش همگانی سلامت هنوز راه بسیار درازی در پیش دارد. تنظیم یک نظام جامع اطلاعاتی در سطح کشور، طراحی چارچوب بستهٔ خدمتی در سطح کشوری و متناسب کردن آن با نیازها در سطح استان‌ها، آموزش کارکنان مورد نیاز برای مدیریت این سیستم غیرمتمرکز و همچنین ایجاد معیارهای مناسب برای گروه‌بندی افراد از نظر سطح درآمدی مسألهٔ مهمی است که باید به آن پرداخته شود. علاوه بر این تغییر نظام پرداخت به ارایه‌کنندگان مراقبت از حالت کارانه به سایر روش‌ها مانند سرانه و غیره بر اساس نیاز می‌تواند در کاهش هزینه‌های سیستم تأثیر زیادی داشته باشد. همچنین نظارت بر

ارایه‌کنندگان و تدوین دستورالعمل‌های درمانی لازم برای نظارت بر میزان و کیفیت مراقبت باید در این سیستم مورد توجه قرار گیرد.