

نظام پایدار مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای آلمان، فرانسه، هلند و ژاپن

تدوین و ترجمه: دکتر حسین زارع^۱، دکتر مزگان آزادی^۲
ویرایش: سهیلا رفیعی

چکیده

هزینه‌های بخش سلامت در اکثر کشورهای جهان در سال‌های اخیر افزایش یافته است. افزایش امید به زندگی همراه با نرخ پایین تولد موجب به وجود آمدن جمعیت سالمند بویژه در کشورهای صنعتی گردیده است. بدین منظور اکثر کشورهای دنیا به دنبال تبیین استراتژی‌هایی جهت مقابله با این رخداد افتاده‌اند.

در این بررسی کشورهای ژاپن به عنوان نماینده کشورهای آسیای جنوب شرقی با نظام بیمه سلامت، آلمان به عنوان کشوری با نظام بیمه‌های اجتماعی و دارای سابقه‌ای طولانی در ارائه خدمات بیمه اجتماعی و سلامت، فرانسه به عنوان الگوی کشورهایی با نظام بورج و دارای سوابق درخشان در ارائه خدمات سلامتی و هلند به عنوان کشوری با نظام لایه‌ای در ارائه خدمات بیمه‌ای و درمانی و دارای الگوی ترکیبی با محوریت بخش خصوصی انتخاب شده‌اند.

-
۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، معاون پژوهشی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی
 ۲. دکترای بخش مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، عضو هیأت علمی دانشگاه شهید بهشتی، مدیر گروه بررسی‌های اقتصاد سلامت مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

نتیجه بررسی‌ها نشان می‌دهد که در هر چهار کشور به منظور مقابله با هزینه‌های رو به افزایش بخش سلامت نظام بیمه اجتماعی سلامت مینا قرار گرفته است. در هر ۴ کشور

کشورها متفاوت است. در تمامی کشورها سعی در کاهش هزینه‌های پرداختی از سوی مصرف‌کنندگان در قالب پرداخت از جیب می‌شود به همین دلیل نظام پرداخت بیمارستانی و سرپایی مورد اصلاح قرار گرفته است.

در هر چهار نظام مورد بررسی صندوق‌های بیمه‌ای تعدیل شده است ولی تجمیع صندوق‌ها در قالب یک صندوق اتفاق نیفتاده است و این نظام بر اصل رقابت‌پذیری بین صندوق‌ها تأکید دارند. حرکت بیمه‌های مکمل و خصوصی به عنوان ابعاد تکمیل‌کننده پوشش بیمه‌ای در لایه‌های مختلف در هر چهار کشور کم و بیش مورد توجه است.

واژه‌های کلیدی: بیمه اجتماعی سلامت، بیمه مکمل، بیمه خصوصی، استراتژی، صندوق‌های بیمه‌ای، پرداخت از جیب.

مقدمه

۱. روندهای مرگ‌ومیر در بزرگسالان (۵۹-۱۵ساله)

در ۵ دهه گذشته پیشرفت‌های چشمگیری در وضعیت سلامت بزرگسالان در سراسر جهان به وقوع پیوسته است. خطر مرگ بین ۱۵ سالگی تا ۶۰ سالگی به صورت قابل ملاحظه‌ای از متوسط جهانی ۳۵۴ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سال ۱۹۵۵ به ۲۰۷ مورد به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سال ۲۰۰۲ کاهش یافته است. کند شدن اخیر در سرعت نزول میزان‌های مرگ هشدار آشکاری است مبنی بر آنکه دستیابی به کاهش مداوم در مرگ‌ومیر بزرگسالان (به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه) به سادگی مقدور نخواهد شد.

تنوع قابل ملاحظه‌ای در سرعت و بزرگی روندهای مربوط به کاهش مرگ‌ومیر بزرگسالان در بین هر دو جنس و مناطق جهانی مختلف به چشم می‌خورد. کندشدن جهانی روند کاهش مرگ‌ومیر بزرگسالان به صورت اولیه ناشی از جابجایی در روندهای مربوط به مرگ‌ومیر بزرگسالان در چند منطقه محدود است.

۱-۱. مرگ‌ومیر و بیماری در میان سالمندان

در کشورهای درحال توسعه ۴۲ درصد از موارد مرگ بزرگسالان پس از ۶۰ سالگی روی می‌دهد که این رقم در مورد کشورهای توسعه یافته ۷۸ درصد است. در سطح جهانی شانس افراد ۶۰ ساله برای فوت کردن قبل از ۸۰ سالگی ۵۵ درصد است. تنوع منطقه‌ای در خطر مرگ در سنین بالا کمتر است به طوری که از حدود ۴۰ درصد در مورد کشورهای توسعه یافته اروپای غربی تا ۶۰ درصد در مورد اکثر مناطق در حال توسعه و ۷۰ درصد در مورد افریقا متغیر می‌باشد. داده‌های تاریخی به دست آمده از استرالیا و سوئد نشان می‌دهد که امید به زندگی در ۶۰ سالگی طی ۶-۷ دهه نخست قرن بیستم به آرامی تغییر کرده است اما از حدود سال ۱۹۷۰ افزایش چشمگیر آن آغاز شده است. در حال حاضر در ژاپن امید به زندگی در ۶۰ سالگی به ۲۵ سال رسیده است. از سال ۱۹۹۰ به این طرف در برخی از کشورهای اروپای شرقی همچون مجارستان و لهستان پیشرفت‌های مشابهی در مرگ‌ومیر سالمندان آغاز شده است. اما در مورد سایر کشورهای منطقه همانند روسیه روندهای رو به وخامتی حاکم شده است. علل اصلی مرگ‌ومیر و بیماری در سالمندان طی دهه گذشته تغییر محسوسی نداشته است.

جدول شماره ۱. علل اصلی مرگ‌ومیر و بار بیماری (سال‌های تعدیل شده از نظر ناتوانی) در

میان بزرگسالان در سراسر جهان (سال ۲۰۰۲).

مرگ‌ومیر (بزرگسالان بالای ۶۰ سال)			مرگ‌ومیر (بزرگسالان ۵۹-۱۵ ساله)		
موارد (x۱۰۰۰)	علت	رتبه	موارد (x۱۰۰۰)	علت	رتبه
۵۸۲۵	بیماری ایسکمیک قلب	۱	۲۲۷۹	ویروس نقص ایمنی انسانی / ایدز	۱
۴۶۸۹	بیماری عروقی مغز	۲	۱۳۳۲	بیماری ایسکمیک قلب	۲
۲۳۹۹	بیماری انسدادی مزمن ریه	۳	۱۰۳۶	سل	۳
۱۳۹۶	عفونتهای مجاری تنفسی تحتانی	۴	۸۱۴	آسیب‌های ناشی از ترافیک جاده ای	۴
۹۲۸	سرطان‌های نای برونش و ریه	۵	۷۸۳	بیماری عروقی مغز	۵
۷۵۴	دیابت شیرین	۶	۶۷۲	آسیب به خود	۶
۷۳۵	بیماری‌های قلب ناشی از پرفشاری	۷	۴۷۳	خشونت	۷
۶۰۵	سرطان معده	۸	۳۸۲	سیروز کبدی	۸
۴۹۵	سل	۹	۳۵۲	عفونتهای مجاری تنفسی تحتانی	۹

۴۷۷	۱۰	کولون و سرطان رکتوم	۳۴۳	۱۰	بیماری انسدادی مزمن ریه
-----	----	---------------------	-----	----	-------------------------

منبع: "گزارش سازمان بهداشت جهانی"، ۲۰۰۳.

جدول شماره ۲. بار بیماری ها در کشورهای دنیا

مرگ و میر (بزرگسالان بالای ۶۰ سال)			مرگ و میر (بزرگسالان ۵۹-۱۵ ساله)		
موارد (x۱۰۰۰)	علت	رتبه	موارد (x۱۰۰۰)	علت	رتبه
۳۱۴۸۱	بیماری ایسکمیک قلب	۱	۶۸۶۶۱	ویروس نقص ایمنی انسانی /ایدز	۱
۲۹۵۹۵	بیماری عروقی مغز	۲	۵۷۸۴۳	اختلالات افسردگی تک قطبی	۲
۱۴۳۸۰	بیماری انسدادی مزمن ریه	۳	۲۸۳۸۰	سل	۳
۸۵۶۹	الزایمر و سایر انواع زوال عقل	۴	۲۷۲۶۴	آسیب های ناشی از ترافیک جاده ای	۴
۷۳۸۴	کاتاراکت	۵	۲۶۱۵۵	بیماری ایسکمیک قلب	۵
۶۵۹۷	عفونتهای مجاری تنفسی تحتانی	۶	۱۹۵۶۷	اختلالات ناشی از مصرف الکل	۶
۶۵۴۸	کاهش شنوایی با شروع در بزرگسالی	۷	۱۹۴۸۶	کاهش شنوایی با شروع در بزرگسالی	۷
۵۹۵۲	سرطان های نای برونش و ریه	۸	۱۸۹۶۲	خشونت	۸
۵۸۸۲	دیابت شیرین	۹	۱۹۷۴۹	بیماری عروقی مغز	۹
۴۷۶۶	اختلالات بینایی (مرتبط با سن و...)	۱۰	۱۸۵۲۲	آسیب به خود	۱۰

منبع: "گزارش سازمان بهداشت جهانی"، ۲۰۰۳.

۲-۱. سالمند شدن جمعیت

یک تحول همه گیر شناختی در سراسر جهان در حال وقوع است. امروزه نزدیک به ۶۰۰ میلیون نفر در جهان بیش از ۶۰ سال و بالاتر هستند. این رقم کلی تا سال ۲۰۲۵ دو برابر خواهد شد و تا سال ۲۰۵۰ به ۲ میلیارد نفر خواهد رسید که اکثریت آنها در کشورهای در حال توسعه ساکن خواهند بود. روند شتابان سالمند شدن جهانی جمعیت بر نیازهای اجتماعی و اقتصادی تحمیل شده بر تمام کشورها خواهد افزود.

در شرایطی که پیامدهای سالمند شدن جمعیت در حوزه های سلامت و امنیت درآمدی پیش از این نیز در مرکز بحث های سیاستگذاران و برنامه ریزان در کشورهای توسعه یافته قرار داشت، سرعت و تأثیر روند سالمند شدن جمعیت در مناطق کمتر توسعه یافته هنوز هم به طور کامل درک نشده است. تا سال ۲۰۲۵ در کشورهایی چون برزیل، چین و تایلند نسبت سالمندان به بالای ۱۵

درصد از کل جمعیت خواهد رسید، درحالی که در کلمبیا، اندونزی و کنیا ارقام مطلق طی ۲۵ سال آینده به اندازه ۴۰ درصد افزایش خواهد یافت (حدوداً ۸ برابر بیشتر از افزایش‌های حاصل در جوامع اروپای غربی که از قبل دچار روند سالمندی شده بودند و سالمند شدن جمعیت در آنها طی دوره بسیار طولانی‌تری شکل گرفت).

سالمند شدن جمعیت حاصل ۲ عامل است: کاهش در نسبت کودکان که منعکس‌کننده کاهش در میزان‌های باروری کل جمعیت است و افزایش در نسبت بزرگسالان ۶۰ ساله و بالاتر در نتیجه کاهش میزان‌های مرگ‌ومیر. این گذار همه‌گیر شناختی همراه با خود چالش‌های عمده‌ای را برای سیاست‌گذاران اجتماعی و سلامت به ارمغان می‌آورد. با سالمند شدن جمعیت‌ها بار بیماری‌های غیرواگیر افزایش می‌یابد. با این حال شواهد به دست آمده از کشورهای توسعه یافته نشان می‌دهد که شیوع بیماری‌های مزمن و سطوح ناتوانی در سالمندان را می‌توان با ارتقای مناسب سلامت و اتخاذ راهبردهایی برای پیشگیری از بیماری‌های غیرواگیر کاهش داد. روند رو به افزایش شیوع عوامل خطرزای بیماری‌های مزمن در کشورهای در حال توسعه نگرانی زیادی ایجاد کرده است. فرصت از دست رفته توسط نظام‌های سلامت برای برخورد با بیماری‌های غیرواگیر مرتبط با سن و اداره آنها منجر به افزایش در بروز، شیوع و عوارض این بیماری‌ها خواهد شد و ممکن است سبب انحراف منابع از اولویت‌های دیگر (مانند سلامت مادر و کودک) به این سمت گردد.

ارتقای نظام‌های سلامت و پاسخ‌های آنها به روند سالمند شدن جمعیت از نظر اقتصادی منطقی به نظر می‌رسد. با افزایش نسبت‌های سربراری سنین بالا عملاً در تمام کشورهای جهان مشارکت اقتصادی و نقش مولد سالمندان از اهمیت بیشتری برخوردار خواهد شد. حمایت از افراد برای حفظ سلامتی و تضمین یک کیفیت زندگی مناسب در سال‌های بعدی حیاتشان یکی از بزرگترین چالش‌های سنجش سلامت چه در کشورهای توسعه‌یافته و چه در کشورهای در حال توسعه است.^۱ در این مقاله با محوریت مزایای مربوط به مراقبت‌های بلندمدت تجربیات کشورهای فرانسه، آلمان، ژاپن و هلند ارائه خواهد شد.

۱-۳. هزینه‌های بخش سلامت در کشورهای منتخب

۱. برگرفته از "گزارش سازمان بهداشت جهانی"، ۲۰۰۳، صص ۴۳-۳۹.

در کشورهای فرانسه، آلمان، ژاپن و هلند، هزینه‌های خدمات درمانی رو به افزایش است، این در حالی است که میزان درآمد ثابت یا حتی در حال کاهش است. پیشرفت‌های علوم پزشکی، سالمندی و سایر عوامل نیز در گذر زمان این فاصله را بیشتر کرده است.

سیستم‌های بیسمارک یا افزایش مالیات در سیستم‌های بوریک دیگر نمی‌تواند از کارایی لازم برخوردار باشد. با توجه به آنکه هیچ یک از این سیستم‌ها نمی‌توانند به طور خودکار پاسخگو باشند، همواره مداخلات سیاسی مورد نیاز است و ضرورت اصلاح ناهماهنگی‌ها در همه کشورها مشهود است. هر چند که اجرای اصلاحات بنیادی امری بسیار مشکل یا از نظر سیاسی در حوزه بسیار حساس و پیچیده خدمات درمانی، غیرقابل مدیریت هستند. با این وجود توصیه‌ها و روش‌های زیر برای کشورهایهایی که با چالش مالی مواجه هستند، توصیه شده است:

- کاهش هزینه‌ها از طریق تنظیم بودجه، محدودسازی ارائه مزایا، خدمات یا هر دو؛
- افزایش درآمد از طریق تعیین نرخ حق بیمه بالاتر، مشارکت بیشتر در پرداخت و افزایش هزینه‌های مربوط به پرداخت‌های نقدی یا ترکیبی از این مکانیسم‌ها؛
- ایجاد اصلاحات ساختاری اساسی به منظور رفع چالش‌های مالی، این اصلاحات می‌تواند براساس اصل توانایی در پرداخت یا بر مبنای اصل مزایا و بیمه صورت پذیرد.

کشورهای فرانسه، آلمان، ژاپن و هلند روش‌های مذکور را به طور همزمان یا در زمان‌های متفاوت اجرا می‌نمایند، اما در روش کاربردی آنها اختلافاتی وجود دارد. لذا مقایسه روش‌های آنها در هنگام رویارویی با چالش‌هایی که به طور مستمر با آنها مواجه می‌شوند به منظور رفع چالش‌های مالی میان درآمد و هزینه‌های خدمات درمانی سودمند خواهد بود.

۲. مقایسه نظام بیمه اجتماعی سلامت فرانسه، آلمان، ژاپن و هلند

۲-۱. تأثیرات حاکم بر سیستم‌های خدمات درمانی

هزینه‌های خدمات درمانی در طی ده سال گذشته در چهار کشور مورد بررسی به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش داشته است. بین سال‌های ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۱، افزایش سالیانه کل هزینه‌های درمان به طور میانگین ۳/۴۸ درصد در کشور ژاپن، ۳/۷۵ درصد در آلمان و ۳/۹۸ درصد در

فرانسه بوده است، اما هزینه‌های خدمات درمانی کشور هلند در طی این مدت به طور میانگین، سالیانه $6/18$ درصد افزایش را نشان می‌دهد هر چند که درصد تولید ناخالص داخلی^۱ جهت ارائه خدمات درمانی نیز در طول دهه گذشته در این چهار کشور افزایش یافته است. به طور مثال ژاپن در این مورد با بیشترین نرخ افزایش روبرو بود (از $6/2$ درصد در سال ۱۹۹۲ به $7/6$ درصد در سال ۲۰۰۰ افزایش یافت).

۲-۲. الگوهای تغییرپذیر بیماری‌ها

الگوهای در حال تغییر بیماری‌ها تا حدودی به تغییرات جمعیتی مربوط هستند. تغییرات فوق تأثیر مستقیمی بر نحوه ارائه خدمات درمانی و در نتیجه بر هزینه‌های درمانی می‌گذارند. در ابتدا، بیماری‌های مزمن ترویج‌یافته و آلرژی، آسم و دیابت در سراسر جهان شیوع پیدا نموده‌اند. و در نتیجه ارتقای سطح زندگی، موجب بروز مشکل اضافه وزن گردیده است. برای مثال تعداد افرادی که در کشور فرانسه طبق شاخص ساینز بدن با اضافه وزن مواجه هستند، از $5/8$ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۹ درصد در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است. کشورهای هلند و ژاپن نیز با این مشکلات مواجه هستند. این افزایش زنگ خطری است در مورد افزایش بیماری‌های مرتبط با اسکلت بدن، ماهیچه‌ها و سیستم گردش خون که می‌تواند با افزایش وزن، بیشتر شود. با این وجود، در طول ۴۰ سال گذشته، در این چهار کشور امید به زندگی و امید به زندگی همراه با سلامتی افزایش یافته است. در سال ۲۰۰۰، کشور ژاپن بالاترین امید به زندگی در بدو تولد را با $81/3$ سال تجربه کرده است، این موضوع در فرانسه ۷۹ سال و در هلند ۷۸ سال گزارش شده است. کشور آلمان پایین‌ترین میانگین امید به زندگی در بدو تولد را به مدت بیش از ۳۰ سال در بین این چهار کشور دارد.

عامل دومی که با تحولات دموگرافیکی ترکیب شده است (همان‌طوری که در جدول شماره ۳ ارائه شده است)، کاهش جمعیت آلمان و ژاپن تا سال ۲۰۵۰ و افزایش آرام جمعیت فرانسه و هلند است. کاهش جمعیت به اقدامات زیربنایی در سیستم بهداشت و درمان ارتباط دارد برای مثال در ژاپن، کاهش بیمارستان‌ها یک ضرورت است و اگر این توسعه متعادل نشد منجر به افزایش تقاضا در خدمات بهداشتی و درمانی برای جمعیت مسن خواهد گردید. این موضوع در عین کوچک‌سازی جمعیت منجر به کاهش تراکم جمعیت و کاهش ریسک

2. Gross Domestic Production (GDP)

رسیدگی‌ها در کشورهایی مانند ژاپن می‌شود که می‌تواند کاهش مصرف خدمات را به دنبال داشته باشد. پیش‌بینی برخورد با این مشکل در بخش سلامت آسان نیست. روند افزایش هزینه‌ها به خصوص در مورد افراد مسن قابل پیش‌بینی نیست. از طرفی دیگر داده‌ها نشان می‌دهد، ارتباط مستقیمی بین هزینه‌های سلامت و افزایش سن جمعیت وجود دارد. هزینه‌های مربوط به جمعیت بالای ۶۰ سال تقریباً ۳ برابر بیش از هزینه افراد در سنین ۶۰-۲۰ سال است، در آلمان این وضعیت آشکارا دیده می‌شود. با افزایش امید به زندگی حرکت رو به بالای هزینه‌ها ادامه خواهد یافت.

جدول شماره ۳. جمعیت و تراکم جمعیت^۱

موارد	ژاپن	آلمان	فرانسه	هلند
جمعیت به ۱۰۰۰ نفر (۲۰۰۸)	۱۲۷,۲۸۸	۸۲,۶۳۹	۶۳,۷۱۳	۱۶,۶۴۵
جمعیت به ۱۰۰۰ نفر (۲۰۰۱)	۱۲۷,۱۳۰	۸۲,۳۵۰	۵۹,۱۸۸	۱۶,۰۴۶
تخمین جمعیت در ۱۰۰۰ در ۲۰۵۰	۱۰۰,۴۹۸	۶۴,۹۷۳	۶۴,۰۳۲	۱۸,۰۰۰
تراکم جمعیت در کیلومتر مربع	۳۳۶	۲۳۰	۱۰۹	۳۸۶
پیش‌بینی تراکم جمعیت در کیلومتر مربع در ۲۰۵۰	۲۶۵	۱۸۲	۱۱۸	۴۳۳
وسعت به کیلومتر مربع	۳۷۷,۸۳۵	۳۵۷,۰۲۶	۵۴۳,۹۶۵	۴۱,۵۲۶

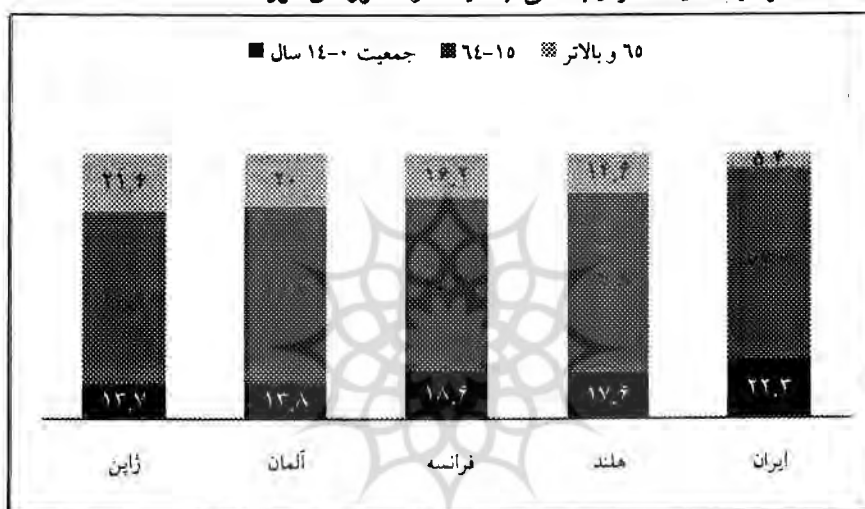
۲-۳. ویژگی‌های جمعیتی

تغییر در ویژگی‌های جمعیتی دلیل اصلی رشد هزینه‌های اخیر در چهار کشور است. افزایش امید به زندگی همراه با نرخ پایین تولد موجب ایجاد جمعیت سالمند در اغلب کشورهای

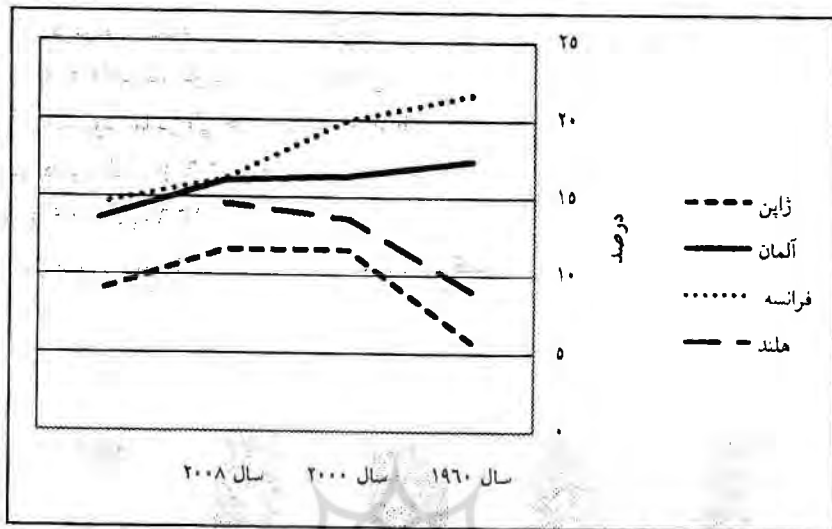
1. OECD Health Data, 2003; Federal Statistical Office of Germany, 2000; National Institute of Population and Social Security Research; Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, France.

صنعتی گردیده است. در ژاپن، تعداد افراد بالای ۶۵ سال از ۵/۷ درصد کل جمعیت در سال ۱۹۶۰ به ۱۷/۴ درصد در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است. تغییر در سه کشور اروپایی آن چنان قابل توجه نبود، اما در طی همین دوره، تعداد افراد بالای ۶۵ سال افزایش یافته است به طوری که در کشور آلمان از ۱۱/۶ درصد به ۱۶/۴ درصد، در فرانسه از ۱۱/۶ درصد به ۱۶/۱ و در هلند از ۹ درصد به ۱۳/۶ درصد رسید.

نمودار شماره ۱: ترکیب سنی جمعیت در کشورهای مورد مطالعه (۲۰۰۸)



نمودار شماره ۲. روند تغییرات جمعیتی در افراد بالای ۶۵ سال کشورهای منتخب



این موضوع می‌تواند منجر به محدود کردن بخشی از مزایای سالمندی باشد. در بعضی از کشورها از جمله آلمان محدودیت‌هایی برای استفاده از خدمات تشخیصی - درمانی به وجود آمده است. با افزایش سلامت افراد مسن که منجر به افزایش هزینه‌های می‌شود، در منحنی هزینه - سن در طول زمان تغییراتی به وجود می‌آید به آن سرازیر شدن منحنی^۱ گویند. سرانجام، این احتمال وجود دارد که در سیستم «توازن سالیانه» با تغییرات دموگرافیکی به واسطه افزایش تعداد واجدین شرایط، دریافت مزایا، همزمان با کاهش تعداد پرداخت‌کنندگان، مشکلات افزایش یابد.

۴-۲. پیشرفت تکنولوژی

تکنولوژی‌های جدید به طور قابل توجهی باعث افزایش میزان اثربخشی خدمات درمانی و کاهش طول دوره درمان و معالجات گردیده است که نتایج مثبتی را به همراه داشته است از جمله درمان بیماری‌هایی که سابقاً غیرقابل علاج بودند و کاهش مراقبت‌های بستری. در بین سالهای ۱۹۹۰ و ۲۰۰۰، در کشورهای فرانسه و آلمان میانگین طول اقامت در بیمارستان ۲۶ درصد از ۲/۴ روز برای هر فرد در سال به ۱/۹ روز تنزل نموده است. علاوه بر این، پیشرفت تکنولوژیکی بر طول

1. steepening

مدت عمر نیز تأثیر داشته است به طوری که در بین سال‌های ۱۹۷۵ و ۱۹۹۵، تعداد سال‌های زندگی از دست رفته به دلیل بیماری به میزان ۴۰/۵ درصد در کشور ژاپن، ۴۵/۳ درصد در آلمان، ۳۴/۸ درصد در فرانسه و ۳۱/۳ درصد در هلند کاهش یافته است.

۲-۵. وضعیت اقتصادی

در ژاپن، افزایش هزینه‌های خدمات درمانی به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی تا حدودی به دلیل کاهش رشد اقتصادی است. ژاپن کاهشی را در میانگین نرخ رشد تولید ناخالص داخلی سالیانه از ۴/۵ درصد بین سال‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۹۰ تا ۲/۲ درصد در سال ۲۰۰۰ و ۰/۸- درصد در سال ۲۰۰۱ تجربه نمود. کشور آلمان نیز در حاشیه یک بحران اقتصادی با کاهشی در نرخ رشد تولید ناخالص داخلی از ۲/۹ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۰/۸ درصد در سال ۲۰۰۱ و ۰/۲ درصد در سال ۲۰۰۲ روبرو بوده است. در سال ۲۰۰۲ در فرانسه نرخ رشد تولید ناخالص داخلی ۱/۲ درصد بود که تنها به میزان ۰/۲ درصد در کشور هلند افزایش داشت. از آنجا که اغلب سیستم‌های خدمات درمانی مبتنی بر روش بیسمارک، همچون چهار کشور مورد بررسی، به دستمزد و حقوق به عنوان مبنای کسر حق بیمه وابسته‌اند، بالا بودن نرخ بیکاری موجب بروز محدودیت‌هایی برای صندوق‌های بیمه بیماری آنها گردیده است. نرخ بیکاری به سرعت بین سال‌های ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲ در کشور ژاپن (۴/۷ درصد تا ۵/۴ درصد) و در آلمان (۷/۸ درصد تا ۸/۶ درصد) افزایش داشته و در کشور فرانسه به میزان اندک از ۹/۳ درصد به ۸/۸ درصد کاهش یافته و در هلند این نرخ در سطح پایین حفظ گردیده است.

۲-۶. تغییر نوع نیازها و تقاضاها

تغییر نوع نیازهای خدمات درمانی و ارائه تقاضاهای جدید در کل می‌تواند به عنوان پیشرفت‌های مثبت تلقی گردد، زیرا باعث عرضه جدید و در نتیجه رشد اقتصادی می‌شود. با این وجود، از آنجایی که در این چهار کشور بسیاری از خدمات جدید از طریق صندوق‌های بیماری بازپرداخت می‌شود، این تقاضاهای رو به افزایش موجب هزینه‌های درمانی بیشتر و نرخ‌های حق بیمه بالاتر برای سیستم‌های بیمه درمان اجتماعی می‌گردد.

۳. ساختار سازمانی و تشکیلاتی

ساختار سازمانی بیمه اجتماعی سلامت در این چهار کشور با توجه به نیازهای فرهنگی و ملی توسعه یافته و در بعضی موارد کاملاً از ایده‌های اولیه که در آغاز کار سیستم‌های تأمین اجتماعی در طرح بیسمارک وجود داشت دور گشته‌اند طبقه‌بندی‌های زیر مقایسه میان چهار کشور را با فرض پیچیدگی وضعیت‌های مختلف سازمانی تسهیل می‌نماید.

۳-۱. عضویت، نام‌نویسی و دامنه پوشش

کشورهای مورد مقایسه دارای سیستم بیمه اجتماعی سلامت مبتنی بر طرح‌های مختلف صندوق بیمه بیماری هستند که اکثریت افراد جامعه را تحت پوشش بیمه سلامت قرار می‌دهند. عضویت در طرح‌های صندوق بیمه بیماری اجباری است. تنها در کشور آلمان و هلند، گروه‌هایی از افراد جامعه از این عضویت اجباری مستثنی هستند.

۳-۲. مزایا

حدود خدمات ارائه شده در میان کشورها، متفاوت است. اگرچه طرح‌های صندوق بیمه بیماری در کشورهای ژاپن و فرانسه تقریباً کل افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهند، اما خدمات ارائه شده در کشور ژاپن جامع‌تر هستند. قریب ۹۰ درصد از افراد در کشور فرانسه تحت پوشش بیمه مکمل خصوصی می‌باشند، در حالی که ژاپنی‌ها نیازی به پوشش بیمه خصوصی ندارند و در نتیجه سهم بازار بیمه درمان خصوصی در کشور ژاپن پایین است. بیمه اجتماعی سلامت در کشور آلمان مانند ژاپن همگانی است، اما تنها ۸۹ درصد از افراد جامعه را در برمی‌گیرد.

مزایای ارائه شده از طریق صندوق‌های بیمه بیماری در کشور هلند کاملاً با سه کشور دیگر متفاوت است، زیرا هلند تنها یک طرح جهت ارائه خدمات بلندمدت و معالجات پرهزینه با نام «طرح مخارج پزشکی استثنایی»^۱ دارد و این طرح کل افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهد. طرح دیگری جهت خدمات درمانی معمولی با نام طرح «بیمه اجباری سلامت»^۲ وجود دارد که ۶۳ درصد از افراد جامعه را در برمی‌گیرد حدود ۳۰/۲ درصد از افراد جامعه به جای طرح «بیمه اجباری سلامت» از بیمه درمان خصوصی جامع استفاده می‌نمایند. در جدول شماره ۴ اصلاحات سال ۲۰۰۶ نظام بیمه سلامت هلند ارائه شده است.

1. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), Exceptional Medical Expenditure Act

2. Ziekenfondswet (ZFW), Health Insurance Act

جدول شماره ۴. تغییرات کلیدی قبل و بعد از اصلاحات در هلند

موارد	۲۰۰۴ (قبل از اصلاحات)	۲۰۰۶ (بعد از اصلاحات)
کل مشارکت به عنوان درصدی از درآمد بیمه‌شده	۸ درصد در ۲۰۰۴	۶/۵ درصد
سهم بیمه‌شده در حق بیمه	۶/۷۵	۳/۲۵
سهم کارفرما در حق بیمه	۱/۲۵	۳/۲۵
سهم پرداختی خویش فرمایان	۸	۴/۴
چه کسی نرخ ثابت حق بیمه را می‌پردازد؟	اعضا (از ۱۹۹۱) و زوجین (از ۱۹۹۵) کودکان تحت پوشش بیمه‌شده اصلی رایگان	همه اعضا، کودکان تحت پوشش بیمه‌شدگان اصلی رایگان
نرخ ثابت حق بیمه	۱۹۹۸: ۹۸ یورو ۲۰۰۰: ۱۸۸ یورو ۲۰۰۳: ۳۵۶ یورو	۱۰۵۰ یورو

ادامه جدول شماره ۴.

موارد	۲۰۰۴ (قبل از اصلاحات)	۲۰۰۶ (بعد از اصلاحات)
اعتبار مالیاتی		ماکزیمم حق بیمه اسمی ۳/۵ تا ۵ درصد حداقل دستمزد است (درصدی از حداقل دستمزد) باضافه ۵ درصد وسع پرداخت درآمدی به ترتیب برای افراد و خانوارهای ۲ نفره (زوجها)
پایه درآمد برای طرح بیمه اجتماعی	مشارکتها، کمکهای مالی دولتی (تا ۲۴ درصد بر مبنای قانون صندوقهای بیماری) و پرداختهای انتقالی ویژه برای افراد مسن	بسته به درآمد و مشارکتهای اسمی، گرانت‌های دولتی برای پوشش مشارکتهای زیر ۱۸ درصد

<p>معمولاً به کار نمی‌رود. بیمه‌گران اجازه دارند تا بسته‌های متنوع پیشنهاد کنند که مبتنی بر ریسک بیمه شده است اما با مشارکت کمتری همراه است مشارکت در هزینه معمولاً برای افرادی است که جهت استفاده از مراقبت‌ها به ارایه- دهندگان غیرطرف مراجعه می‌کنند.</p>	<p>از سال ۱۹۹۹ منسوخ شده است. فقط کسورات مشخص برای بستان مصنوعی، کفشهای ارتوبدی وسایر کمک شنوایی و کلاه گیس</p>	<p>مشارکت در هزینه</p>
--	---	------------------------

۳-۳. ساختار سازمانی بیمه اجتماعی سلامت در کشورها

ساختار مؤسسات و سازمان‌های بیمه اجتماعی سلامت در این چهار کشور بسیار متفاوت است، این موضوع مقایسه بین آنها را مشکل می‌سازد. نظام‌های موجود در این کشورها برحسب نیازهای ملی و فرهنگی در طول زمان توسعه یافته است؛ به طوری که برخی از اوقات از اصول اصلی حاکم بر نظام تأمین اجتماعی به روش بیسمارک نیز عدول نموده‌اند. حتی در هر کشور ترکیبات گوناگون طرح‌های بیمه منطقه‌ای و شغلی در یک زمان در کنار هم وجود دارند. برخی شرکت‌های بیمه‌ای مؤسسات عمومی هستند، در حالی که دیگران مؤسساتی با مالکیت خصوصی می‌باشند. در بعضی از کشورها برای تدارک مراقبت‌های سلامت امکان رقابت در بین صندوق‌های بیماری وجود دارد در حالی که در بعضی از کشورها این موضوع امکان ندارد. در برخی از کشورها پزشکی که مطب دارند به عنوان خویش‌فرما تلقی می‌شوند، در حالی که در کشورهای دیگر پزشکان استخدام می‌شوند.

به دلیل وجود پیچیدگی موجود در انواع الگوهای مؤسساتی، لازم است معیارهای معینی را انتخاب نمود تا مقایسات امکان‌پذیر باشند. مؤسسات مختلف (مانند، سازمان همکاری‌های اقتصادی و توسعه، بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت) برای تشریح‌ها و تحلیل وظایف و اجزای سیستم‌های سلامتی روش‌ها و شاخص‌های مختلفی را انتخاب می‌کنند.

۳-۳-۱. عضویت، ثبت نام، پوشش^۲

کلیه کشورهای بیمه اجتماعی سلامت دارند که مبتنی بر چندین طرح صندوق پزشکی است که اکثر جمعیت را تحت پوشش بیمه قرار می‌دهد. عضویت در طرح‌های صندوق‌های بیماری در هر

1. Dunlop/Martins 1995; Staines 1999; Leidl 1998; Sinn 2003; World Health Organisation 2000; European Observatory on Health Care Systems 2002; European Observatory on Health Care Systems, Health in Transition Profiles; OECD Health Data 2003.

2. coverage

کشور برای کلیه جمعیت اجباری نیست. بخش‌هایی از جمعیت که سطح درآمدی بالاتری دارند به ویژه در آلمان و هلند مجاز به پیوستن به یک صندوق بیمه سلامت خصوصی هستند. در آلمان، اشخاصی که در استخدام هستند چنانچه درآمدها از ۴۱۰,۸۵۰ (یورو) برای هر شخص (۲۰۰۳) بیشتر باشد از بیمه معافند و بیمه اجتماعی سلامت برای کارکنان دولت و خویش‌فرمایان اجباری نیست. در هلند بر خلاف آلمان بیمه اجتماعی سلامت برای خویش‌فرمایان چنانچه درآمدها از ۲۰,۲۵۰ یورو تجاوز ننماید و برای آنان که در استخدام هستند چنانچه درآمدها از (۲۰۰۳) ۳۱,۷۵۰ یورو تجاوز نکند، اجباری است. در ژاپن و فرانسه عضویت در یکی از طرح‌های صندوق بیماری برای کلیه جمعیت اجباری است. به دلیل همین اختلافات سطح پوشش طرح‌های صندوق‌های بیماری در آلمان و هلند از فرانسه و ژاپن پایین‌تر است.

۲-۳-۳. مزایا و پوشش

در مقایسه با پوشش جمعیت، در بین صندوق‌های بیماری در چهار کشور، اختلافات زیادی در مورد خدمات تحت پوشش وجود دارد. اگرچه در فرانسه و ژاپن تقریباً تمامی جمعیت تحت پوشش طرح‌های ارائه شده صندوق‌های بیماری قرار دارند، در ژاپن خدمات تحت پوشش جامع‌تر است. به همین دلیل تقریباً ۹۰ درصد جمعیت فرانسه نزد بیمه‌های خصوصی بیمه مکمل دارند که البته اجباری نیست و از لحاظ قیمت و خدمات پوششی متفاوت است. برای بی‌بضاعت‌ترین افرادی که در حدود ۱۰ درصد از جمعیت را در برمی‌گیرند بیمه سلامت خصوصی با بسته‌ای از حداقل خدمات به طور رایگان وجود دارد که هزینه آن از طریق دولت فدرال پرداخت می‌شود، برعکس جمعیت ژاپن نیازی به بیمه خصوصی ندارند. بنابراین در ژاپن سهم بازار بیمه سلامت خصوصی بسیار پایین است.

نظام بیمه اجتماعی سلامت آلمان و ژاپن هر دو همگانی‌اند، ولی در آلمان در مقایسه با ژاپن فقط ۸۹ درصد جمعیت تحت پوشش قرار دارند. در آلمان گروه‌های معینی تابع بیمه اجتماعی سلامت نیستند و بنابراین ۹ درصد توسط بیمه درمانی خصوصی تحت پوشش بیمه قرار دارند. هلند کاملاً با سه کشور دیگر از لحاظ مزایای تحت پوشش صندوق‌های بیماری تفاوت دارد زیرا یک طرح برای مراقبت‌های طولانی‌مدت و درمان‌های پرهزینه^۲ به عنوان پوشش بیمه مخارج استثنایی پزشکی وجود دارد. دامنه پوشش این طرح به عنوان اولین بخش (بخش درجه یک) تعریف شده است. طرح

3. public servants
1. high cost expenditure

هزینه‌های پزشکی و استثنایی مراقبت‌های پرستاری و مراقبت در منزل را به مدت طولانی برای اشخاص مسن و ناتوان (از روز بروز بیماری) و همچنین پوشش هزینه‌های بیمارستان را برای مدت یکسال به عهده دارد. طرح دیگری که برای مراقبت پزشکی عادی تعریف شده است طرح بیمه اجباری سلامت است که ۶۳ درصد جمعیت را پوشش می‌دهد. بیمه سلامت خصوصی جامع جانشین بیمه اجباری سلامت شده است که ۳۰/۲ درصد جمعیت را تحت پوشش قرار داده است. طرح بیمه اجباری سلامت و بیمه خصوصی سلامت هر دو باهم به عنوان بخش دوم پوشش بیمه‌ای محسوب می‌شوند. علاوه بر این اکثر مردم بیمه مکمل خصوصی دارند که شامل دندانپزشکی، فیزیوتراپی و دیگر مراقبت‌هایی است که در قالب طرح‌های هزینه‌های پزشکی استثنایی و بیمه اجباری سلامت تعریف نشده است و به عنوان بخش سوم پوشش بیمه‌ای نامیده می‌شود فقط عده بسیار کمی بیمه خصوصی مکمل دارند که در مدت بیمارستانی شدن هزینه هتلینگ درجه یک را می‌پردازند.

۳-۳-۳. مالکیت، تعداد صندوق‌های بیماری و آزادی انتخاب

مالکیت صندوق‌های بیماری در چهار کشور مذکور از دولتی به تقریباً خصوصی تغییر می‌کند. در حالی که در فرانسه ریسک‌های مالی صندوق‌های بیماری منحصراً توسط دولت انجام می‌گیرد زاین فقط لویه بارانه به بعضی از طرح‌ها مانند بیمه‌های درمان مدیریت دولتی و صندوق‌های شهرداری را به منظور نگهداشت تعادل بین صندوق‌ها به عهده دارد. این در حالی است که زاین این فرصت را به وجود می‌آورد که یک صندوق خصوصی بیماری به نام صندوق مدیریت بیماری جامعه برقرار شود، این در صورتی است که یک کارآفرین حداقل ۷۰۰ شخص بیمه شده را در طرح تجمیع ریسک دخیل کند.

جدول شماره ۵. درصد عضویت در صندوقهای مختلف از کل جمعیت

کشور	شرح	۱۹۹۵	۱۹۹۸	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲
ژاپن	بیمه درمان کارکنان (دولتی) ^۱	۳۰/۱	۳۰/۲	۲۹/۹	۲۹/۵	۲۹/۱	۲۸/۷
	بیمه درمان کارکنان (مدیریت اجتماعی)	۲۶	۲۶/۳	۲۵/۸	۲۵/۶	۲۵/۱	۲۴/۵
	بیمه درمان ملی (شهرداری)	۳۴/۲	۳۵/۲	۳۶/۱	۳۶/۸	۳۷/۷	۳۸/۷
	طرح‌های دیگر	۹/۷	۸/۳	۸/۲	۸/۱	۸/۱	۸/۱
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

2. Society Managed Sickness Fund
1. employer health insurance

کشور	شرح	۱۹۹۵	۱۹۹۸	۱۹۹۹	۲۰۰۰	۲۰۰۱	۲۰۰۲
آلمان	صندوق های شرکی	۹/۸	۱۱	۱۱/۹	۱۳/۷	۱۵/۲	
	صندوق های صنفی	۴/۸	۵/۲	۵/۲	۵/۲	۵/۱	
	صندوق های یارانه ای	۳۳/۴	۳۴	۳۳/۲	۳۲/۱	۳۰/۹	
	دیگر صندوق ها	۲/۶	۳/۲	۳/۳	۳	۳	
	بیمه خصوصی	۸/۵	۸/۸	۹	۹/۱	۹/۴	
	دیگر بیمه شدگان	۳/۹	۴/۳	۴/۲	۴/۳	۴/۵	
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	
فرانسه	عمومی	۸۱/۶			۸۰		
	کشاورزان	۹			۹		
	خویش فرمایان	۴/۲			۶		
	دیگران	۵/۲			۵		
	کل	۱۰۰			۱۰۰		
هلند	بیمه اجباری سلامت	۶۳	۶۳	۶۳	۶۴/۵	۶۴/۱	۶۳
	بیمه های خصوصی	۳۰/۴	۳۰/۳			۲۹/۱	۳۰/۲
	بیمه عمومی کارکنان دولت	۵/۶	۵/۱	۵/۱	۴/۹	۴/۹	۴/۸
	دیگران (بیمه شدگان)	۱	۱/۶			۱/۹	۲
	کل	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰			۱۰۰

Source: Based on ISSA Country Reports.

اگرچه دولت بخشی از هزینه های اجرایی را پوشش می دهد و در صورت بروز مشکلات مالی پرداخت های جبرانی را در نظر می گیرد، اما زیستگاهها به طور خصوصی انجام می شود. از این رو صندوق های بیماری مبتنی بر جامعه می تواند نرخ مشارکت را بین ۳-۹/۵ درصد به صورت مستقل تعیین کند، این صندوقها ممکن است ورشکست نیز بشوند. در آلمان تمام صندوق های بیماری به طور غیرانتفاعی^۱ توسط هیئت مدیره و هیئت مشاور کار می کنند. آنها می توانند به طور خودمختار میزان مشارکت را تعیین نمایند و این تا وقتی است که وزارت بهداشت و هیئت نظارت^۱ در آن دخالت نمایند.

1. non for profit

جدول شماره ۶. تعداد صندوقهای بیماری در طرحهای مختلف در کشورهای مورد بررسی

کشور	شرح	سال					
		۱۹۹۲	۱۹۹۴	۱۹۹۶	۱۹۹۸	۲۰۰۰	۲۰۰۲
ژاپن	مدیریت دولتی	۱	۱	۱	۱	۱	۱
	مبنی بر جامعه	۱/۸۲۳	۱/۸۱۷	۱/۸۱۹	۱/۸۱۳	۱/۸۸۰	۱/۷۲۲
	بیمه ملی سلامت مدیریت با شهرداریها	۳/۴۲۰	۳/۴۱۸	۳/۴۱۵	۳/۴۱۵	۳/۴۱۱	۳/۴۰۱
	کل	۵/۲۴۴	۵/۲۳۶	۵/۲۳۵	۵/۲۴۹	۵/۱۹۲	۵/۱۲۴
	صندوقهای دولتی منطقه‌ای ^۲	۲۷۱	۲۳۵	۲۰	۱۸	۱۷	۱۷
آلمان	صندوقهای شرکتی ^۳	۷۴۱	۷۱۹	۵۳۲	۳۸۶	۳۳۷	۴۸۷
	صندوقهای صنفی ^۴	۱۷۳	۱۶۰	۵۳	۴۳	۳۲	۲۴
	صندوقهای بازارانه ای	۱۵	۱۵	۱۵	۱۳	۱۲	۱۲
	دیگر صندوقها	۲۱	۲۱	۲۰	۲۰	۲۰	۱۳
	کل	۱/۲۰۹	۱/۱۵۲	۶۴۲	۴۸۲	۴۲۰	۳۵۵
	صندوقهای بیماری						
فرانسه	اصلی	۳	۳	۳	۳	۳	۳
	تخصصی	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱	۱۱
هلند	صندوقهای بیماری	۳۰	۳۴	۲۹	۳۰	۲۷	۲۵

Source: Based on ISSA Country Reports

طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی توسط یک صندوق بیماری (صندوقهای بیمه اجباری سلامت^۵ در هریک از ۳۱ منطقه اداره می‌شود. امتیازاتی برای مدیریت طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی به مدت ۵ سال در هر ناحیه به مناقصه گذارده می‌شود. در بسیاری از موارد صندوق بیماری که بالاترین تعداد بیمه‌شده در هر منطقه را دارند امتیاز لازم را دریافت می‌دارند. صندوقهای بیماری برای مدیریت طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی مشارکتهای مالی دریافت می‌کنند. برخلاف آلمان، صندوقهای بیماری بیمه اجباری سلامت (مراقبت پزشکی عادی) ریسکهای مالی بیشتری را با خود دارند. تا سال ۱۹۹۵ صندوقهای بیماری فقط ۲/۵ درصد

2. supervisory board
3. Allgemeine Ortskrankenkassen (AOK)
4. Betriebskrankenkassen (BKK)
5. Innungskrankenkassen (IKK)
1. French National Health Insurance Fund (CNAMTS)

اختلاف بین هزینه‌های پیش‌بینی شده در برنامه و هزینه‌های واقعی را می‌پردازند ولی در سال ۱۹۹۷ این سهم به ۲۷ درصد افزایش یافت و در نظر است که در آینده به ۶۵ درصد بالغ گردد. در عین حال، مقادیر کمک برای هر صندوق یکسان است و نمی‌تواند به طور مستقل افزایش یابد. موضوع مالکیت در چهار کشور مورد بررسی، بستگی نزدیک به تعداد صندوق‌ها، آزادی انتخاب بین صندوق‌های مختلف و بالاخره رقابت بین صندوق‌ها دارد. تعداد صندوق‌های بیماری و تعداد افراد عضو هر صندوق در هر کشور به صورت درصد جمعیت در جدول شماره ۶ نمایش داده شده است.

در فرانسه در یکی از سه طرح بزرگ صندوق بیماری پوشش را ایجاد کرده است، (طرح عمومی) صندوق بیمه سلامت، کارکنان حقوق‌بگیر در تجارت و صنعت و خانواده‌های آنها را پوشش می‌دهد، طرح کشاورزی و طرح خویش‌فرمایان گروه‌های مرتبط را پوشش می‌دهد. چندین طرح کوچک برای حرف مشخص (مثلاً دریانوردی، کارکنان دولت) به شدت متأثر از نوع استخدام است. بنابراین، در فرانسه انتخابی برای بیمه‌گزاران یا رقابت بین صندوق‌های بیماری وجود ندارد. این سازمان مؤسسه‌ای کاملاً شبیه آن است که در ژاپن یافت می‌شود. جایی که شهروندان به جز مستخدمینی که اجباراً تحت پوشش طرح بیمه‌های شهرداری هستند، تحت پوشش طرح ملی قرار می‌گیرند و عضویت در صندوق‌های بیماری ویژه ابتدا از روی وضعیت شغلی تعیین می‌گردد. شهروندانی که در شرکت‌های بزرگتر با بزرگی معین استخدام می‌شوند معمولاً توسط صندوق‌های بیماری مبتنی بر جامعه تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند. این صندوق‌ها معمولاً توسط صندوق‌های بیماری که توسط جامعه اداره می‌شوند بیمه می‌گردند. این صندوق‌ها معمولاً مربوط به خود شرکت است. مستخدمین شرکت‌های کوچکتر که فاقد صندوق‌های بیماری هستند یا به وسیله یکی از طرح‌های صندوق بیماری مخصوص مشاغل یا در غیر این صورت به وسیله یک طرح که تحت مدیریت دولت است بیمه می‌شوند.

کلیه شهروندان دیگر که بر حسب شغل بیمه نمی‌شوند، از قبیل بیکاران، بازنشستگان و دیگران اجباراً به وسیله طرح بیمه شهری جامعه محلی خود (که بیمه ملی سلامت نامیده می‌شود)، بیمه می‌گردند. روی هم رفته ۵۱۹۲ (۲۰۰۰) صندوق بیماری در ژاپن وجود دارد که برخلاف کشورهای دیگر مانند آلمان، در دهه‌های اخیر افزایش و در سال‌های قبل کاهش یافته‌اند و مانند فرانسه تاکنون هیچ‌گونه انتخابی بین صندوق‌ها یا هیچ امکان رقابتی بین آنها وجود ندارد. در چند سال اخیر در آلمان روش گماردن گروه‌های شغلی به صندوق‌های بیماری معین بسیار شبیه به سیستم موجود در ژاپن است، ولی از سال ۱۹۹۷ انتخاب صندوق‌های بیماری برای کلیه شهروندان مقدر شده است، آنها اکنون می‌توانند بین انواع صندوق‌های بیماری یکی را انتخاب

کنند. این صندوق‌ها براساس منطقه و در سطح ملی سازمان یافته‌اند و به صندوق‌های همگانی منطقه‌ای، صندوق‌های جایگزینی، صندوق‌های متکی به یک شرکت، صندوق‌های مشترک و برخی صندوق‌های کوچکتر تقسیم می‌شوند. روی هم رفته ۳۱۹ صندوق در سال ۲۰۰۳ در آلمان وجود داشت ولی تمام آنها تاکنون برای همه قابل انتخاب نیست. صندوق‌های بیماری براساس نرخ مشارکت با یکدیگر رقابت می‌کنند. زیرا میزان خدمات اجباری که باید به وسیله هر صندوق عرضه شود تغییرات کمی با دیگر صندوق‌ها دارد. در نتیجه رقابت تعداد صندوق‌های بیماری کاهش چشمگیری را از ۱۲۰۰ صندوق در دهه‌های آخر قرن نوزدهم به ۳۱۹ در سال ۲۰۰۳ نشان می‌دهد و انتظار می‌رود از این هم کمتر شود. تعداد شرکت‌های بیمه خصوصی ظرف ۲۰ سال گذشته افزایش یافته است ولی در حال حاضر ثابت مانده است و تعداد آنها به ۵۰ واحد می‌رسد.^۱

رقابت در هلند با آلمان متفاوت است چون طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی که مراقبت‌های بلندمدت و «هزینه‌های سنگین درمانی» را ارایه می‌کند فقط به وسیله یک صندوق بیماری در هر منطقه اجرا می‌شود، در این صورت شهروندان هلندی در این بخش انتخابی ندارند. در بین طرح‌های بیمه اجباری سلامت برای مراقبت پزشکی عادی، شهروندان در حال حاضر می‌توانند از بین ۲۵ صندوق مختلف یکی را انتخاب نمایند.

در اوایل دهه نهم قرن نوزدهم (۱۹۹۴) پس از آنکه مقررات اجازه انتخاب صندوق‌ها تعدیل گردید، تعداد صندوق‌های بیماری به ۳۴ صندوق افزایش یافت، ولی از آن پس به علت تلفیق شرکت‌ها، صندوق‌های بیماری کاهش یافت. برعکس در آلمان، رقابت بین صندوق‌های بیماری براساس نرخ مشارکت که ثابت هستند، عمل نمی‌کند، بلکه براساس خدمات و حق بیمه یکنواخت (علاوه بر نرخ‌های ثابت کمک) که می‌تواند توسط صندوق بیماری منفرد برقرار گردد عمل می‌نمایند. پاسخگویی مالی فقط در مورد هزینه سازمانی مانند داروها، مراقبت‌های ارایه شده از طرف ارایه‌دهندگان غیره به کار می‌رود که می‌توانند مستقیماً تحت نفوذ مدیریت هر صندوق قرار گیرند، بنابراین هزینه‌های ثابت مانند هزینه‌های سرمایه‌ای بیمارستان مستثنی هستند.

۳-۳-۴. رقابت و ساختار جبران ریسک

برای توزیع ریسک‌های مالی بین صندوق‌های مختلف و تضمین رقابت صحیح بین صندوق‌های بیماری، سه کشور از چهار کشور مذکور انواع مختلفی از طرح‌های جبران ریسک را به وجود آورده‌اند. با عنایت به افزایش سن و سالمندی در اروپا این موضوع بسیار حائز

1. According to Information from the German Association of Private Health Insurance Companies, 2004.

اهمیت است. ژاپن هیچ نوع طرح ساختار جبران ریسک را تعریف نکرده است، دولت به صندوق‌های بیماری شهرداری‌ها یارانه پرداخت می‌کند. زیرا این صندوق‌ها به علت لزوم پیوستن اشخاص بازنشسته به آنها در معرض ریسک‌های بیشتری قرار دارند. سه کشور دیگر طرح‌های معینی را در این زمینه دارند که معیارهای تنظیم ریسک در آنها منعکس است.^۱

در آلمان طرح جبران ریسک در سال‌های ۱۹۹۴ و ۱۹۹۵ ارائه گردیده است. پس از آن در هر سال تقویمی هزینه‌های استاندارد شده بر اساس معیارهای سن، جنس و ازکارافتادگی محاسبه می‌گردد. به علاوه مشارکت‌های^۲ استاندارد شده بر مبنای درآمد محاسبه می‌شوند. بنابراین شاخص‌های مشارکت و هزینه‌های استاندارد شده نشان می‌دهند که صندوق‌های بیماری در پایین یا بالای خط پاسخگویی از نظر مشارکت‌ها و هزینه‌ها قرار دارند. برحسب این نتایج تصمیم گرفته می‌شود که آیا به صندوق کمک شود یا از آنها هزینه دریافت شود. اگرچه این طرح امتیازبندی گسترده‌ای را در نرخ مشارکت‌ها در بین صندوق‌های مختلف بیماری اعمال می‌کند با این حال نتوانسته است کاملاً ساختار ریسک را در صندوق‌های بیماری مختلف یکسان سازد. به همین دلیل دولت در سال ۲۰۰۱ لایحه‌ای گذراند و شاخص ناخوشی^۳ را در ساختار جبران ریسک تا سال ۲۰۰۷ منظور نمود. تا آن موقع طرح موجود باید از طریق تجمیع ریسک اضافی^۴ تکمیل گردد به طوری که صندوق‌های بیماری می‌توانند به میزان ۴۰ درصد کلیه هزینه‌های یک شخص با اعمال سقف محدودیت مشخص شده، هزینه را جبران نمایند، این امر برنامه مدیریت بیماری^۵ نامیده می‌شود.

طرح جبران ساختار ریسک هلند فقط برای صندوق‌های جبرانی^۱ مانند صندوق بیمه اجباری سلامت به کار می‌رود. این طرح تا حدودی با طرح آلمان اختلاف دارد زیرا تمام مشارکت‌ها ابتدا به یک صندوق مرکزی واریز می‌شوند که براساس آن منابع به انواع صندوق‌های مختلف بیماری برحسب معیارهای معین اختصاص داده می‌شوند. مکانیسم ساختاری ریسک شامل محاسبات آینده‌نگر و گذشته‌نگر است. محاسبه آینده‌نگر پرداخت به صورت سرانه با توجه به معیارهای سن، جنس، استخدام، وضعیت استخدام و تأمین اجتماعی و منطقه به صندوق‌های بیماری پرداخت می‌شود.

1. For More Details See for Example: Buchner/Wasem, 2003, pp 21 & 36; Busse, 2001, pp 174 & 177.

2. contribution

3. morbidity

4. high risk pool

5. disease management programmes

1. compensating funds

محاسبه گذشته‌نگر شامل دو مکانیسم مختلف است. در اولی هر نوع اختلاف بین بودجه اختصاصی و هزینه‌های واقعی هر صندوق بیماری بین صندوق‌های بیماری تا درصد معینی تسهیم می‌گردد که به تساوی درصد موسوم است. بنابراین، منابعی از صندوق‌های کم هزینه به صندوق‌های پرهزینه منتقل می‌گردند. در دومی هزینه صندوق‌های بیماری جبران غرامت می‌شود به این صورت که درصد معینی از اختلاف بین بودجه‌های تخصیص یافته به کل صندوق و مخارج واقعی که به وسیله صندوق قابل جبران نیست، از محل صندوق همبستگی در اختیار صندوق قرار می‌گیرد.

جدول شماره ۷. مقایسه شاخص‌های بیمه‌ای در کشورهای مورد بررسی

کشور				موارد
هلند	فرانسه	آلمان	ژاپن	
طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی: بله بیمه اجباری سلامت: برای مستخدمین با درآمد کمتر از ۳۱,۷۵۰ یورو در سال و برای خویشفرمایان با درآمد کمتر از ۲۰,۲۵۰ یور در سال	بله	برای افراد با درآمد کمتر از ۴۱,۸۵۰ یورو در سال و برای خویش‌فرمایان و کارکنان دولت اجباری نیست.	بله	عضویت اجباری

ادامه جدول شماره ۷.

کشور				موارد
هلند	فرانسه	آلمان	ژاپن	
طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی (برای همه) بیمه اجباری سلامت	۹۹ درصد جمعیت	۸۹ درصد جمعیت	همه افراد	واجدین شرایط

کشور				موارد
هلند	فرانسه	آلمان	ژاپن	
(به ۶۳ درصد افراد)				
طرح هزینه‌های پزشکی لستناپی: خدمات بلند مدت و درمان‌های گران قیمت (هزینه‌های بیمارستانی بعد از ۱ سال) بیمه اجباری سلامت: همه خدمات پزشکی (هزینه‌های بیمارستانی تا ۱ سال)	همه خدمات، اما فرانشیزهای بالا از طرف بیمار برای خدمات مربوط به استثنایاتی و مراقبت‌های بلند مدت	همه خدمات به جز مراقبت‌های بلندمدت	همه خدمات به جز مراقبت‌های بلندمدت	خدمات تحت پوشش
مکمل خدماتی، یارانه بیمه اجباری سلامت (۳۰/۲ درصد) و مکمل هزینه ای (خیلی کم)	مکمل، بویژه برای مشارکت‌های بسیار بالا (۹۰ درصد، برای ۱۰ درصد فقیرترین افراد بدون هزینه و پوشش بیمه سلامت برای فقرا یا CMU ^۱ نامیده می‌شود)	مکمل خدمتی (۹ درصد)	مکمل (خیلی کم) به صورت مکمل هزینه ای	بیمه‌های مکمل درمان خصوصی خدمتی یا هزینه‌ای
دولتی، نیمه خصوصی	دولتی	نیمه خصوصی	نیمه خصوصی، دولتی	مالکیت (ریسک)
۱ صندوق در هر منطقه برای طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی، ۲۴ صندوق بیمه اجباری سلامت در سال ۲۰۰۳	۳ صندوق بزرگ، چندین صندوق کوچک در سال ۲۰۰۳	۳۱۹ در سال ۲۰۰۳	۵۱۹۲ در سال ۲۰۰۰	تعداد صندوق‌های بیماری

ادامه جدول شماره ۷.

کشور				موارد
هلند	فرانسه	آلمان	ژاپن	

1. Health Insurance Coverage for the Poor(CMU)

موارد	کشور		
	ژاپن	آلمان	فرانسه
انتخاب آزاد صندوق بیمه‌ای	ندارد	دارد	ندارد (بر مبنای شغل تنظیم شده است)
صندوق	دولت صندوق‌ها را مدیریت می‌کند ۲۹/۱ درصد در سال (۲۰۰۱)	صندوق‌های منطقه‌ای ۳۱/۹ درصد در سال (۲۰۰۱)	صندوق بیمه سلامت (۸۰ درصد جمعیت در سال ۲۰۰۰)
بیماری اصلی در هر کشور (پوشش جمعیت)	صندوق‌های مبتنی بر جامعه (۲۵/۱ درصد در سال ۲۰۰۰)	صندوق بیمه اجتماعی سلامت سفیدپوستان (۳۰/۹ درصد در سال ۲۰۰۱)	طرح کشاورزان (۹۰ درصد در سال ۲۰۰۰)
	صندوق‌های شهرداری (بیمه سلامت ملی، ۳۷/۷ درصد در سال ۲۰۰۰)	صندوق‌های شرکتی (۱۵/۲ درصد در سال ۲۰۰۱)	طرح خویش‌فرمایان (۶ درصد در سال ۲۰۰۰)
رقابت بین صندوق‌های بیمه‌ای	وجود ندارد	وجود دارد	وجود دارد
			بیمه اجباری سلامت وجود دارد.

ادامه جدول شماره ۷.

کشور				موارد
هلند	فرانسه	آلمان	ژاپن	
وجود دارد (سن)، جنس، استخدام، وضعیت اجتماعی و منطقه)	بین صندوق‌های بزرگ و کوچک (سن و درآمد بین صندوق‌های بزرگ سن)	وجود دارد (درآمد، سن، جنس، معلولیت، بیماری تا سال ۲۰۰۷)	حیبر	طرح‌های جبران ریسک و معیارهای مورد استفاده
۴/۳ درصد در سال ۲۰۰۱	۱/۹ درصد در سال ۲۰۰۱	۵/۴ درصد در سال ۲۰۰۱	۲/۲ درصد در سال ۲۰۰۰	هزینه‌های اجرائی به صورت درصدی از مخارج بیمه‌های اجتماعی سلامت

Sources: ISSA country reports; Sandier, Polton, Paris and Thomson, 2002; Busse, 2002a; OECD Health Data 2004.

مکانیسم ساختاری جبران ریسک در فرانسه کاملاً متفاوت است، آن شامل دو طرح مختلف جبران ریسک است. در یک طرح اختلافات بین طرح کلی و طرح‌های کوچک بر حسب معیارهای سن و درآمد جبران می‌شود. بنابراین، مشارکت‌ها و هزینه‌های طرح‌های کوچک مانند خدماتی و سطح آنها مشابه طرح بزرگ است محاسبه می‌گردند. انتقال از طرح کلی به طرح‌های کوچک و بالعکس تلفات معینی را جبران می‌کند. در دیگر طرح جبران ریسک اختلافات بین سه طرح اصلی بر مبنای معیارهای سنی تنظیم می‌شود. نتیجه آن است که طرح کلی به خویش‌فرمایان و کشاورزان که جمعیت‌شان بسیار مسن‌تر است، می‌پردازد.

اگرچه هدف رقابت در آلمان و هلند کاهش هزینه‌های اداری صندوق‌های بیمه بود، هزینه‌ها حتی بالاتر از همین هزینه‌ها در فرانسه و ژاپن هستند که هیچ رقابتی بین صندوق‌های بیماری ندارند. در حالی که فرانسه تاکنون پایین‌ترین هزینه‌ها را داشته است (۱/۹ درصد به عنوان درصد هزینه‌های اداری صندوق‌های بیماری)، ژاپن دارای دومین و پایین‌ترین هزینه به میزان ۲/۲ درصد است. هلند با هزینه اداری به میزان ۴/۳ درصد و در آلمان هزینه اداره صندوق‌های بیماری به میزان ۵/۴ درصد گرانترین هزینه‌های اجرائی را در این صندوق‌ها به خود اختصاص می‌دهند.

در تفسیر این اختلافات، این نکته ضروری است که در برخی کشورها (مانند فرانسه) در اداره صندوق‌های بیماری — در مقایسه با آلمان که صندوق‌های بیماری خود مدیریتی‌اند — فعالیت بیشتری در سطح ایالت‌ها صورت می‌گیرد. بنابراین تفسیر این اختلافات به مقدار زیاد بستگی به چگونگی تعریف هزینه‌های اداری دارد. در آلمان جمع‌آوری مشارکت‌ها به طور رایگان توسط کارفرما صورت می‌گیرد و در مورد سیستم‌هایی که جزیی از آنها توسط مالیات تأمین می‌گردد باید هزینه‌های جمع‌آوری مشارکت‌ها به نحو دیگر بررسی شوند. جدول شماره ۷ الگوهای مؤسسه‌ای در چهار کشور را برحسب معیارهای انتخاب شده خلاصه نموده است.

۴. تأمین مالی

در مقایسه با تغییرات در دامنه و اهداف سازمانی مؤسسات، تأمین مالی سیستم‌های بیمه اجتماعی در گذشته متحمل تغییرات جزیی گردیده‌اند. هنگامی که بیسمارک در ابتدا طرح‌های بیمه اجتماعی را ارائه داد منظور از آنها در نظر گرفتن پرداخت و مراقبت اولیه برای کسانی بود که خود نمی‌توانستند این دو را تأمین نمایند. در طول سالها پیش‌بینی مراقبت اولیه^۱ توسعه یافت و بیشترین گروه‌های جمعیتی را تحت پوشش قرار داد.

هرچند که سیستم‌ها تحت فشار فزاینده قرار دارند، اصل پرداخت بر مبنای نظام توزین سالیانه به عنوان خصوصیت اصلی بیمه اجتماعی سلامت در تمام کشورها دست نخورده باقی مانده است. در عوض، کشورها مزایای تحت پوشش خود را گسترش داده و مبنای ارزیابی مشارکت‌ها را تغییر داده و ساختار سیستم تأمین مالی را در طی چندین سال گذشته اصلاح نموده‌اند.

۱-۴. میزان مشارکت‌ها، سقف درآمد و مبنای ارزیابی مشارکت‌ها

مبنای ارزیابی مشارکت‌ها با در نظر گرفتن سقف درآمد مشمول پرداخت حق بیمه (سقف درآمد) و میزان مشارکت‌ها که توسط چهار کشور برقرار شده، دیده شود. میزان مشارکت‌ها در کشورها و نیز در طرح‌های صندوق بیماری در هر کشور متغیر است. در هلند میزان کمک برای طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی^۲ به میزان ۱۲/۳ درصد برقرار شده و کاملاً توسط مستخدمین در قالب کسری از دستمزد و حقوق آنان با سقف درآمد سالانه ۲۷,۰۰۹ یورو پرداخت می‌گردد. نرخ مشارکت ۸/۴ درصدی بیمه اجباری سلامت از طرف کارفرمایان (۶/۷۵ درصد) و کارکنان (۱/۷ درصد) صورت می‌گردد. سقف درآمد تعیین شده برای بیمه اجباری

1. primary care

2. algemene wet bijzonwere ziektenkosten

سلامت در حال حاضر ۲۸,۱۸۸ یورو در سال است.

همان‌طور که قبلاً ذکر شد کلیه مشارکت‌های مربوط به بیمه اجباری سلامت ابتدا توسط صندوق مرکزی دریافت و سپس به صندوق‌های مختلف بیماری اختصاص می‌یابند. تنها کشور دیگر با سقف حقوق آلمان است، اما با در نظر گرفتن سقف درآمدی ۴۱,۸۵۰ یورو (۲۰۰۳) که از سقف درآمد در هلند بسیار بالاتر است. از طرف دیگر میزان متوسط مشارکت به مقدار ۱۴/۳ درصد (۲۰۰۳) در آلمان نسبت به هلند پایین‌تر است هرچند که باید در نظر داشت در آلمان نرخ مشارکت بین ۱۱/۸ و ۱۵/۵ درصد برای صندوق‌های بیماری تغییر می‌کند. مشارکت‌ها در آلمان به طور مساوی بین کارفرمایان و کارکنان تقسیم می‌شود و هر دو ۷/۱۵ درصدی ۲۰۰۳ بر مبنای درآمد کارکنان پرداخت می‌نماید.^۱

در ژاپن نیز سقف درآمدی تعیین شده است که معادل ۹۲,۰۷۶ یورو در بخش دولتی و صندوق‌های مبتنی بر جامعه است و نسبت به دیگر کشورها بالاست. سقف درآمدی در صندوق‌های شهرداری‌ها کمتر از ۴۹,۸۰۰ یورو است. در ژاپن حتی پرداخت‌های تشویقی که نقش مهمی در انگیزش کارکنان دارد در تعیین حق بیمه‌ها (میزان مشارکت) در نظر گرفته می‌شود. این میزان ۱۵,۶۶۰ یورو برای هر حقوق و ۴۶,۹۸۰ یورو در طول سال است. در حالی که میزان مشارکت‌ها در ژاپن تقریباً مانند صندوق‌های بیماری مبتنی بر جامعه است (به میزان متوسط ۸/۶ درصد) و صندوق‌های بیماری که توسط دولت اداره می‌شوند (به میزان ۸/۵ درصد) (۲۰۰۳). میزان تغییرات در صندوق‌های شهرداری به اندازه‌ای زیاد است که محاسبه میزان متوسط آنها مفهومی ندارد. میزان مشارکت در صندوق‌های شهرداری شامل دو جزء است: یکی مربوط به درآمد و دیگری پرداخت ثابتی است که به وسیله هر فرد باید صورت پذیرد. در ژاپن مانند آلمان، کارفرمایان و کارکنان هر یک به طور مساوی به میزان ۴/۲۵ درصد به صندوق‌های بیماری پرداخت می‌کنند. در مورد صندوق‌های بیماری مبتنی بر جامعه کارفرمایان ۴/۸ درصد و کارکنان فقط ۳/۴ درصد کمک می‌نمایند.^۲

بر خلاف آلمان، هلند و ژاپن در فرانسه سقف درآمدی تعیین نشده است. در فرانسه نرخ مشارکت در طرح عمومی کارکنان که تقریباً ۸۰ درصد جمعیت را پوشش می‌دهد، هم اکنون ۱۳/۵۵ درصد دستمزدها و حقوق می‌باشد و بنابراین از ژاپن بالاتر است. کارفرما ۱۲/۸ درصد می‌پردازد این در حالی است که فقط ۰/۷۵ درصد به وسیله کارکنان پرداخت می‌شود.

1. Based on ISSA Country Reports; Federal Statistical Office of Germany, 2003; European Observatory on Health Care Systems, 2002.

2. Based on ISSA Country Reports; National Federation of Health Insurance Societies, Kemptoren 2003.

علاوه بر این از سال ۱۹۹۸ هریک از کارکنان به میزان ۵/۲۵ درصد مالیات به صندوق مشارکت اجتماعی عمومی^۱ که یک صندوق دولتی است و به طرح‌های صندوق بیماری راه یافته است، پرداخت می‌کنند. مهم است توجه داشته باشیم که مبنای ارزیابی میزان مشارکت به عنوان مشارکت اجتماعی عمومی با طرح‌های صندوق‌های بیماری متفاوت است، زیرا شامل درآمد کسب نشده^۲ (حصول سرمایه و سود مثلاً از سرمایه‌گذاری‌ها) نیز می‌باشد در حالی که برای طرح‌های دیگر فقط درآمد حاصله^۳ (مزدها و حقوق‌ها) در نظر گرفته می‌شود. نهایتاً میزان کمک کارکنان مجموعاً بدون سقف درآمد به ۶۰ درصد (بر پایه‌های ارزیابی کمک‌ها) بالغ می‌گردد.^۴

۴-۲. میزان مشارکت مستمری‌بگیران

هر کشور برای کنترل تعداد فزاینده مستمری‌بگیران و درخواست‌های مربوط به مراقبت‌های بلندمدت استراتژی‌های خاص خود را دارد. در ژاپن مستمری‌بگیران باید به صندوق‌های شهرداری که یارانه‌هایی را برای جبران هزینه‌های ناشی از تغییر ساختار جمعیتی و افزایش تعداد افراد مسن دریافت می‌کنند، پرداخت داشته باشند. مستمری‌بگیرانی که توسط صندوق‌های شهرداری تحت پوشش بیمه هستند، همان میزان مشارکت پرداخت می‌کنند که سایر بیمه‌شدگان دارند. در کشورهای دیگر مستمری‌بگیران در کنار طرح‌های صندوق‌های بیماری قبلی خود باقی می‌مانند، ولی گاهی اوقات تحت شرایط تغییر یافته این کار را انجام می‌دهند.

در فرانسه، میزان مشارکت مستمری‌بگیران تا ۳/۹۵ درصد به صندوق مشارکت عمومی اجتماعی کاهش یافته است در حالی که در هلند معیار درآمد پایین‌تر یعنی ۱۹,۵۵۰ یورو برای عضویت در صندوق‌های بیماری بیمه اجباری سلامت منظور گردیده است.

در آلمان، مستمری‌بگیران نیمی از میزان مشارکت به صندوق‌های بیماری را پرداخت می‌کنند و نیم دیگر از محل طرح مستمری پرداخت می‌گردد. در اکثر کشورهای هزینه‌های سلامتی مربوط به افراد ۶۰ سال، به طور متوسط بیش از دو برابر هزینه‌های اشخاص بیمه شده.

1. Contribution Sociale Généralisée (CSG)

2. unearned income

3. earned income

4. Based on ISSA Country Reports; National Federation of Health Insurance Societies, Kemporen 2003.

در سنین بین ۲۰ تا ۶۰ سال است. علاوه بر این جمعیت بازنشسته به طور متوسط کمتر از جمعیت شاغل پرداخت می‌نمایند، زیرا مبنای ارزیابی مشارکت‌ها درآمد است.

۳-۴. جدایی مراقبت‌های سلامتی و مراقبت‌های بلندمدت

به عنوان یک استراتژی آلمان و ژاپن، جهت مقابله با درخواست فزاینده مراقبت بلندمدت - در قالب مؤسساتی برای مراقبت بهداشتی و مراقبت بلندمدت - بودجه جداگانه‌ای را تخصیص داده‌اند. در هر دوی این کشورها ریسک‌هایی که برای مراقبت‌های بلندمدت تحت پوشش بیمه مراقبت‌های بلندمدت قرار می‌گیرد، از طریق پرداخت مالیات از لیست حقوق کسر می‌گردد. اگرچه در ژاپن ۵٪ از طریق مالیات بر درآمد تأمین می‌شود. در هلند مراقبت بلندمدت تحت پوشش طرح هزینه‌های پزشکی است در حالی که در فرانسه تحت پوشش نظام بیمه اجتماعی است. به هر حال خدمات مراقبت‌های بلندمدت معینی از محل طرح جدید مزایای حاصله از مالیات بر درآمد در قالب پرداخت فوق‌العاده به افراد نسبتاً مسن صورت می‌گیرد.

۴-۴. بار مشارکتها در سطوح مختلف درآمدی

سکنه فرانسوی با حق بیمه‌های ۱۸/۸ درصدی و بدون در نظر گرفتن سقف درآمدی مشمول حق بیمه بالاترین مشارکت (حق بیمه) را در میان چهار کشور، بویژه در سطوح درآمد بالاتر، دارند، علاوه بر این باید در نظر داشت که ۹۰ درصد جمعیت فرانسه مبلغی اضافی را برای خرید پوشش‌های بیمه‌ای مکمل می‌پردازند. در عین حال طرح بیمه اجتماعی سلامت فرانسه نسبت به کشورهای مانند ژاپن و آلمان که مشارکت پایین‌تری وجود دارد، سهم بیشتری از مجموع هزینه‌های بهداشت را تأمین می‌کنند.

در حالی که بیمه اجتماعی سلامت ۷۶ درصد مجموع هزینه‌های سلامتی را در فرانسه پرداخت می‌نماید، بیمه اجتماعی سلامت به ترتیب در آلمان و ژاپن ۵۷ درصد و ۵۳ درصد (شامل مراقبت‌های پزشکی که در قالب بیمه درمان مراقبت‌های بلندمدت پرداخت می‌شود) است. بنابراین در این کشورها بخش عمده‌ای از هزینه‌های سلامت توسط منابع دیگر به جز بیمه مراقبت بلندمدت تأمین می‌گردد. در هلند تأمین بودجه مشابه با تأمین بودجه در فرانسه است. بیمه درمان اجتماعی سهم مشابهی (۷۹ درصد) از مجموع هزینه‌های سلامت را پرداخت می‌کند. در حالی که



پښتونستان ښار، پښتونستان
پښتونستان ښار، پښتونستان



پښتونستان ښار، پښتونستان
پښتونستان ښار، پښتونستان

۳۷/۷	۳۸/۲	۳۸/۸	۳۸/۲	۳۰/۶		بیمه اجباری سلامت
۱۵/۲	۱۴/۶	۱۴/۶	۱۵	۱۳/۴		خصوصی
۶	۷	۷	۸	۸/۵		پرداخت از جیب

Sources: National Federation of Health Insurance Societies, Kemporen, 2003; Federal Statistical Office of Germany; ISSA Country Reports.

* موارد آمار سال ۱۹۹۲ است.

آلمان برخلاف ژاپن هیچ‌گونه کمبود مالی صندوق‌های بیماری را پوشش نمی‌دهد. هرچند که این صندوق‌ها در سال ۲۰۰۲ با کمبودهایی معادل ۲/۳ میلیارد یورو مواجه بودند، ولی این کشور صندوق‌ها را در هزینه‌هایی که پیش‌بینی نشده کمک می‌کند. این صندوق‌ها به منظور پرداخت سهم مشارکت بیمه در ارایه خدمات بلندمدت به بیکاران تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت ۲/۸ میلیارد یورو دریافت داشتند و ۱/۲۶ میلیارد یورو برای بخشی از مشارکت کشاورزان در قالب قانون اپیدمی به منظور پوشش هزینه‌هایی که افراد باید برای واکسیناسیون اجباری پرداخت می‌کردند، دریافت داشتند. فرانسه و هلند نیز، صندوق‌های بیماری یارانه‌هایی را تا ۶۲ بلیون یورو و ۶۷۹ بلیون یورو درمان‌های سالهای ۲۰۰۲، ۲۰۰۰ پرداخت کرده‌اند. صندوق‌های بیماری هیچ کمبود مالی در هریک از این کشورها نشان نمی‌دهند.

چنانچه در جدول شماره ۷ نشان داده شده درصد هزینه‌های پرداختی از جیب در میان چهار کشور متغیر است، چنانچه در هلند کمترین و در ژاپن بالاترین میزان را به خود اختصاص می‌دهد. مقایسه این ارقام مشکل است چرا که تعریف پرداخت‌های از جیب می‌تواند به مقدار وسیع متغیر باشند. مثلاً قابل سؤال است که آیا درمان‌های معین در پناه‌گاه‌های بهداشتی با سایر خدمات بهداشتی بعنوان خدمات بهداشتی تلقی می‌شوند یا نه؟ مقایسه جغرافیایی (عرض جغرافیایی) سهم پرداخت‌های از جیب طی سال‌های گذشته در آلمان و ژاپن افزایش یافته است درحالی که در هلند کاهش را نشان می‌دهد.

۵. مراقبت بلند مدت

۵-۱. برنامه‌ریزی

برنامه‌ریزی ظرفیت‌های مراقبت بلندمدت در سطوح محلی، استانی و مرکزی در چهار کشور انجام می‌گیرد. به خصوص، برنامه‌ریزی منابع با توجه به مراقبت بنیادی صورت می‌گیرد. در ژاپن شهرداری‌ها (جوامع محلی) برنامه مراقبت را تحت نظارت رؤسا (استانها) که تعداد مؤسسات و بسترها را برای مراقبت بلندمدت تعیین می‌نمایند، تعیین می‌کنند.

جدول شماره ۹. خصوصیات ساختاری مراقبت‌های بلندمدت

کشور	مراقبت‌های پرستاری: تخت به ۱۰۰۰ نفر جمعیت					
	۲۰۰۱	۲۰۰۰	۱۹۹۰	۱۹۹۵	۱۹۹۸	۱۹۹۹
ژاپن	۱/۹	۱/۸	۱/۷	۱/۵	۰/۸	۰/۲
آلمان	—	—	—	—	۳/۷	۳/۵
فرانسه	۱/۴	۱/۴	۱/۴	۱/۴	۱/۴	۱/۲
هلند	۳/۷	۳/۷	۳/۶	۳/۷	۳/۶	۳/۵

Source: OECD Health Data, 2004.

جدول شماره ۱۰. مراقبت‌های بلندمدت: برنامه‌ریزی، پوشش، دسترسی و

پرداخت‌های مصرف‌کننده

موارد	ژاپن	آلمان	فرانسه	هلند
برنامه ریزی	برنامه‌های مراقبت‌های بلندمدت از طرف شهرداری‌ها با حمایت استاندارد صورت می‌گیرد.	لندره‌های دولتی برنامه‌های مربوط به ظرفیت موجود را بررسی می‌کنند اما اجازه ندارند که مراقبت‌های سرپایی را محدود کنند.	برنامه‌ریزی به وسیله مقامات محلی صورت می‌گیرد.	برنامه‌ریزی به وسیله دولت مرکزی صورت می‌گیرد.
مزایا	به همه افراد ۴۰ ساله و بالاتر ارایه می‌شود به این صورت که برای افراد ۶۵ سال و بالاتر که مراقبت‌های بلندمدت دارند مزایا ارایه می‌شود. به افراد ۴۰ سال و بالاتر تا ۶۴ سال از طرف برنامه بیماری سالمندی مزایا ارایه می‌شود.	مراقبت‌های سرپایی از طریق بیمه مراقبت‌های بلند مدت اختیاری برای هر فرد که مراقبت‌های حداکثر ۶ ماه باشد ارایه می‌شود.	فقط مؤسسات مراقبتی خدمات را از طریق صندوق‌های بیماری برای افراد معلول بزرگسال یا وابستگان افراد مسن، برای افراد که مراقبت‌های پرستاری در منزل دریافت می‌کنند و درآمد پائینی را از طریق بازنشستگی دریافت می‌کنند. طرح مزایای حاصل از مالیات بر درآمد مقرری اضافی پرداخت می‌کنند. مدت زمان کوتاهی که بیمه مراقبت‌های طولانی مدت جامع آغاز به کار کرده است.	طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی را پوشش کاملی را برای هر فرد ارایه می‌کند.
دسترسی	درخواست بیماران به شهرداری برای استفاده، مدیریت مراقبت‌ها	درخواست‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد، از طریق هیأت تجدید نظر پزشک منطقه در ۳ گروه دسته‌بندی می‌شود	بستگی به تصمیمات محلی دارد	بیماران از طریق دسترسی منطقه‌ای مراقبت‌ها دسته‌بندی می‌شود.

هولند	فرانسه	آلمان	ژاپن	موارد
برای افراد با درآمد پایین به وضعیت اصلی	برای مراقبت‌های قابل ارایه در منزل ^۱ بسته به میزان درآمد	تفاوت بین هزینه‌های واقعی و پرداخت‌های انجام شده (جبران تعرفه)	۱۰ درصد همه خدمات	پرداخت‌های مصرف‌کننده

Sources: ISSA country reports; Sandier, Polton, Paris and Thomson, 2002; Matsumoto, 2003; Weber and Leienbach, 2000; den Exter, Hermans, Dosljak and Busse, 2004.

در فرانسه برنامه‌ریزی برای ظرفیت‌های مراقبت‌های بلندمدت از طریق مقامات محلی صورت می‌گیرد در حالی که در آلمان حکومت‌های محلی^۲ (استانی) ظرفیت‌ها را برنامه‌ریزی می‌نمایند. حکومت‌های محلی مجاز نیستند که تعداد ارایه‌دهندگان مراقبت‌های منزل در یک ناحیه را به خاطر افزایش رقابت محدود سازند.

در هلند حکومت مرکزی صرف‌نظر از برنامه‌ریزی ظرفیت‌های بیمارستانی، مراقبت بنیادی (اساسی) را نیز طرح‌ریزی می‌نماید.

۲-۵. مزایا

در آلمان و ژاپن بیمه مراقبت‌های قانونی بلندمدت هزینه مراقبت‌های بیمارستانی و مراقبت در منزل را پرداخت می‌نماید ولی مزایا به طرق مختلف ارایه می‌گردد. در حالی که بیمه مراقبت‌های بلندمدت آلمان خدمات را در قالب تعرفه‌های جبران غرامت (کمک‌های نقدی ثابت یا جنسی) مطابق با طبقه‌ای که هر شخص در آن قرار داد، تدارک می‌بیند. در بیمه مراقبت‌های بلندمدت ژاپن، واژه «بیمه شده» به همه افرادی که ۴۰ سال و بالاتر دارند اطلاق می‌شود مزایای خدمتی به افراد ۶۵ سال و بالاتر که مراقبت‌های طولانی‌مدت نیاز دارند ارایه می‌شود، علاوه بر این افراد ۶۴-۴۰ ساله که مراقبت‌های طولانی‌مدت نیاز دارند از طرف موسسه سالمندان^۳ دریافت می‌دارند.

در هلند خدمات بنیادی و مراقبت‌های منزل توسط طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی به طور کامل پوشش داده می‌شود، ولی همان‌طور که در بخش ۴ ذکر گردید وظیفه طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی با بیمه مراقبت‌های بلندمدت آلمان و ژاپن متفاوت است زیرا

1. home care
1. Larnder
2. Agency Accompanying Aging

معالجات پرهزینه و هزینه‌های بستری شدن در بیمارستان را در صورتی که طول زمان درمان بیش از یک سال ادامه یابد، پوشش می‌دهد.

بدین ترتیب، مراقبت‌های بلندمدت در هلند در مقایسه با آلمان و ژاپن بیشتر در مراقبت‌های کلی بخش سلامت ادغام شده است. فرانسه برعکس کشورهای دیگر بیمه مراقبت‌های بلندمدت جداگانه‌ای ندارد هرچند که به صورت مختصر این خدمات را ارائه می‌نماید. هم‌اکنون صندوق‌های بیماری هزینه مراقبت‌های بلندمدت را پرداخت می‌نمایند ولی فقط مراقبت بنیادی برای بزرگسالان ناتوان و اشخاص مسن را پوشش می‌دهند. برخی منابع دیگر مانند طرح‌های بازنشستگی وجود دارند که به اشخاص کم درآمد برای مراقبت‌های منزل مزایایی را ارائه می‌نمایند و طرح تأمین مالی با مالیات که اخیراً شروع به کار کرده است، مقرری‌های اضافی را به افراد مسن پرداخت می‌نماید تا آنها را قادر به تأمین هزینه مراقبت‌های منزل سازد.

۳-۵. دسترسی

برای دسترسی به مراقبت‌های بلندمدت در آلمان، متقاضیان بررسی شده و توسط هیئت‌های تجدیدنظر پزشکی منطقه‌ای که مشترکاً با صندوق‌های بیماری قانونی کار می‌کنند گروه‌بندی می‌شوند. پیش شرط عضویت پوشش بیمه‌ای این است که، مراقبت حداقل برای شش ماه لازم است. در ژاپن، اشخاص باید از شهرداری‌ها درخواست نمایند. آن‌گاه یک مدیر مراقبت یک طرح مراقبت برای متقاضی تهیه می‌نماید، و او را در یکی از هفت طبقه تعریف شده جای می‌دهد. در حالی که در فرانسه اشخاص از مقامات محلی درخواست می‌نمایند. در هلند بیماران بررسی می‌شوند و در دفاتر مراقبت بهداشتی منطقه‌ای^۱ گروه‌بندی می‌گردند.

۴-۵. هزینه‌های مصرف‌کننده

در ژاپن مشارکت هزینه‌ای در قالب پرداخت مشترک^۲ برای خدمات بیمارستانی تعریف شده است. به این صورت که برای افراد زیر ۳ سال ۲۰ درصد، افراد ۳-۶۹ سال ۳۰ درصد و افراد ۷۰ سال و بالاتر ۱ درصد و ۲ درصد برای آنهایی که ۷۰ سال و بالاتر با درآمد مشخص شده دارند. از آنجایی که در آلمان مشارکت‌ها اکثراً به صورت پرداخت‌های ثابت (تعرفه‌های جبران زیان) هستند، بیماران معمولاً اختلاف بین قیمت واقعی و پرداخت‌های بیمه بلندمدت قانونی را

1. regional health care office
2. copayment

می‌پردازند. در حالی که در هلند بیماران باید فقط مبلغ ناچیزی را به عنوان مشارکت مصرف‌کننده برحسب شرایط فردی بپردازند، ساکنین فرانسه هزینه خدمات مراقبت‌های منزل را عمدتاً از جیب می‌پردازند، مگر اینکه کم‌درآمد بوده و از منابع پشتیبانی دیگری دریافت دارند.

۶. تضمین ثبات نظام بیمه اجتماعی سلامت

بر اساس یک مقایسه «بهترین عملکرد» بین چهار کشور، راه‌حل‌های معینی برای تضمین ثبات سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی سلامتی در آینده وجود دارند. البته هیچ نوشدارویی و هیچ سیستم ایده‌آلی وجود ندارد که فرانسه، آلمان، ژاپن و هلند یا کشورهای دیگر سعی در برقراری آن نمایند. ولی می‌توان نتایج معینی درباره توسعه آتی در زمینه تأمین مالی، تدارک و خرید خدمات سلامتی، بدست آورد.

علاوه بر درس‌های آموخته‌شده از مقایسه چهار کشور، درس‌های بیشتری را می‌توان درباره توسعه‌های سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی آموخت که در مباحث آینده مرور می‌شود.

۶-۱. رقابت در مقابل مقررات صندوقهای بیماری

در طی چندین سال اخیر فعالیت‌هایی در جهت بهبود رقابت بین صندوق‌های بیماری در کشورهای مختلف وجود داشته است. در حالی که فرانسه و ژاپن هیچ سیاستی را برای بهبود رقابت برقرار نکرده‌اند، هلند و آلمان به طور فزاینده در این جهت حرکت می‌کنند. صندوق‌های بیماری در هر دوی این کشورها به وجود آمده است و طرح‌های جبران ریسک آنها توسعه یافته تا یک رقابت منصفانه را بین صندوق‌های بیماری تضمین نمایند. ارزیابی تأثیر بروز رقابت در این کشورها به طور تجربی کاری مشکل است. هر دو کشور گزارش می‌دهند که تا این درجه صندوق‌های بیماری به اندازه کافی قادر نیستند بر پارامترهای قاطع رقابت مانند نرخ مشارکت، خدمات ارائه‌شده و کیفیت خدمات ارائه‌شده فائق آیند. اگرچه چارچوب رقابت در هر دو کشور هنوز کاملاً توسعه نیافته است، بدون شک این کشورها گام‌های اولیه را در جهت رقابت بیشتر برداشته‌اند. در حالی که هلند و آلمان رقابت را وسیله‌ای در جهت کارایی بیشتر در سیستم‌های مراقبت‌های سلامتی می‌پندارند، فرانسه و ژاپن بر چارچوب مقررات مربوط به صندوق‌های بیماری متمرکز شده‌اند. شهروندان این کشورها هیچ‌گونه قدرت انتخابی بین صندوق‌های بیماری ندارند و

بنابراین رقابتی بین آنها وجود ندارد. چهار کشور به طور وضوح در دو جهت مختلف حرکت می‌کنند و هنوز نمی‌توان مشخص کرد که کدام یک از آنها موفقیت بیشتری را کسب کرده‌است.

۲-۶. جدایی مراقبت‌های بلندمدت و مراقبت‌های پرهنیه

نسبت بالای سالمندی جمعیت در چهار کشور، تقاضای فزاینده برای مراقبت‌های بلندمدت و مشکلات وارده به نظام بیمه اجتماعی سلامت منجر به توسعه استراتژی‌هایی برای تأمین مالی مراقبت‌های بلندمدت گردیده است. به غیر از فرانسه، سه کشور دیگر بیمه درمان اجتماعی خود را از بیمه درمان مراقبت‌های بلندمدت از طریق برقراری بیمه درمان مراقبت‌های طولانی‌مدت جدا ساخته‌اند. فرانسه به زودی بیمه جامع مراقبت‌های بلندمدت را ارائه خواهد داد، در حالی که آلمان و ژاپن هر دو دارای بیمه درمان مراقبت‌های بلندمدت برای افراد مسن هستند، هلند رویکرد جامعتری را انتخاب نموده است. در هلند طرح هزینه‌های پزشکی استثنایی هزینه اقامت در بیمارستان را در موارد بیش از یک سال نیز پوشش می‌دهد. این بیمه جامع مراقبت پزشکی بلندمدت نه تنها یک انتقال سهل را از مراقبت بیمارستانی به مراقبت بلندمدت میسر می‌سازد، و مدت اقامت در بیمارستان را کاهش می‌دهد، بلکه یک روند جدید را در جهت جدایی مراقبت پزشکی پرهنیه، مراقبت‌های بلندمدت و مراقبت پزشکی عادی مشخص می‌سازد. با بالا رفتن هزینه‌های درمانی، کشورهای بیشتری در حال حذف برخی از خدمات و تمرکز بر فعالیت‌هایی هستند که بالقوه شهروندان را در معرض مخاطرات مالی قرار می‌دهد. در این زمینه، جدایی طرح‌های هزینه‌های پزشکی استثنایی و بیمه اجباری سلامت برای مراقبت پزشکی عادی می‌تواند به عنوان یک نوآوری در سازمان آینده بیمه درمان اجتماعی سلامت، در نظر گرفته شود.

۳-۶. بیمه سلامت خصوصی

علاوه بر ژاپن کشورهای دیگر نیز به طور فزاینده‌ای متکی به تلفیق^۱ بیمه سلامت خصوصی در نظام بیمه اجتماعی سلامت هستند. بیمه خصوصی سلامت یا به منظور «تکمیل پوشش

خدماتی^۱ که در نظام بیمه اجتماعی سلامت وجود ندارد یا به منظور «تکمیل پوشش هزینه‌ای»^۲ خدمات در بیمه اجتماعی سلامت به وجود آمده است. جانشین کردن بیمه سلامت خصوصی مکمل هزینه‌ای به جای صندوق‌های بیماری، گزینه‌ای است که منجر به بهبود رویکرد خدمتی به وسیله صندوق‌های بیماری شود. به هر حال، باید توجه داشت که هزینه‌های مدیریتی بیمه سلامت خصوصی مکمل تقریباً سه برابر هزینه‌های صندوق‌های بیماری هستند (آلمان نمونه بارز این سیستم است). درباره تکافوی بیمه سلامت خصوصی سؤالات مهمی هم وجود دارند. ولی این بیمه می‌تواند به افزایش کارایی در بیمه سلامت مکمل هزینه‌ای خصوصی منجر می‌شود، اما این می‌تواند به مشارکت قابلیت انعطاف بیشتر و نامنظم ساختن مقررات صندوق‌های بیماری نماید، مثلاً چنانچه صندوق‌های بیماری طرح‌هایی همراه با کسورات ارائه دهند (مانند آلمان) تا نگذارند بیمه‌گذاران به سمت بیمه سلامت خصوصی روی آورند.

بیمه سلامت مکمل^۳ حتی می‌تواند در پرورش مدرن‌سازی بیمه سلامت اجتماعی از اهمیت بیشتری برخوردار باشد، زیرا خدمات حذف شده از صندوق‌های بیماری می‌توانند بلافاصله توسط بیمه سلامت خصوصی جایگزین گردند. بنابراین این بیمه به بیمه سلامت اجتماعی کمک می‌کند که روی مأموریت اصلی خود که تجمع ریسک برای شهروندان است متمرکز گردد تا مانع شود که آنها در معرض مخاطرات مالی قرار گیرند. در عین حال، بیمه مکمل نشانگر یک عقب‌گردی برای ادارات سلامتی به هنگام طراحی تجدید بیمه اجتماعی سلامت (مثلاً حذف خدمات وابسته به مخاطرات اخلاقی) است. بنابراین، بیمه سلامت خصوصی مسلماً عنصر مهمی در بیشتر قابل تحمل ساختن سیستم‌های بیمه سلامت اجتماعی است.

۴-۶. پرداخت مصرف‌کننده

مقایسه پرداخت‌های مصرف‌کننده نشان می‌دهد که اختلاف بارزی در این مورد در بین چهار کشور وجود دارند. در حالی که ژاپن بیشتر متکی به پرداخت‌های مصرف‌کننده برای مراقبت‌های بیمارستانی و سرپایی است، در هلند برای هیچ یک از این خدمات، پرداختی را برای مصرف‌کننده در نظر نمی‌گیرند. مقایسه کلی پرداخت هزینه از جیب به صورت درصدی از کل هزینه‌های سلامت

2. supplementary

3. complementary

1. supplementary health insurance

نیز اختلافات موجود در این موارد را فاش می‌سازد. ژاپن بالاترین درصد هزینه‌های پرداخت از جیب را دارد، در حالی که هلند کمترین این هزینه را به خود اختصاص می‌دهد. می‌توان گفت که میزان پرداخت‌های مصرف‌کننده به مقدار زیاد بستگی به ساختار سیستم و سیاست‌های متعاقب آن دارد. مثلاً در ژاپن مشارکت هزینه‌ای پایین برای کارکنان دلیلی برای افزایش پرداخت‌های مصرف‌کنندگان است، در حالی که میزان مشارکت هزینه‌ای کارکنان (در پرداخت حق بیمه‌ها) در هلند نسبتاً بالاتر است. چون سقف پرداخت‌های مصرف‌کننده برای هر شهروند ژاپنی براساس درآمد او متغیر است، این موضوع تأثیر پیش‌رونده مانند تأثیر مشارکت‌ها دارد. ولی یک اختلاف مهم در این حقیقت نهفته است که اگر هزینه‌های پرداخت‌کننده به صورت انگیزشی مطرح شود (مثلاً برای هر مراجعه بیمار)، می‌تواند به صورت یک انگیزه اقتصادی عمل نمایند و بنابراین از استفاده بیش از حد خدمات جلوگیری کنند. به همین دلیل، هزینه‌های مصرف‌کننده مانند آنهایی که در ژاپن موجودند احتمالاً بهترین راه‌حل برای تولید درآمد و در عین حال تأکید بر انگیزه‌های اقتصادی است.

5-7. بازپرداخت هزینه‌های مراقبت بیمارستانی از طریق گروه‌های تشخیصی مرتبط
 هر چهار کشور جهت ارائه مکانیسمی شبیه گروه‌های تشخیصی مرتبط^۱ جهت بازپرداخت مراقبت‌های بیمارستانی مشغول فعالیت هستند. در حالی که به نظر می‌رسد ژاپن پیشرفته‌ترین کشور در مورد ارائه این نوع خدمات است، هلند سرگرم طراحی جامع‌ترین مکانیسم گروه‌های تشخیصی مرتبط شامل مراقبت‌های سرپایی و بستری است. علاوه بر تأثیرات عادی مکانیسم پرداخت گروه‌های تشخیصی مرتبط (مثلاً کاهش مدت اقامت در بیمارستان برحسب مورد و مدیریت بهتر)، این سیستم یک مکانیسم جامع برای بازپرداخت هزینه مراقبت‌های سرپایی و بستری را نه تنها به طور بیادای بلکه از نقطه‌نظر مالی، ادغام می‌نماید. معمولاً با چنین مکانیسمی که مسلماً تا اندازه معینی با کاهش هزینه همراه است، عبور از بیمارستان بستری به بیمارستان سرپایی تسهیل می‌گردد. از این رو این سیستم ارائه مراقبت ادغام شده و بویژه ارائه برنامه‌های مدیریت بیماری با توجه به رشد سریع سن جمعیت از اهمیت بیشتری برخوردار است.

1. Diagnosis Related Groups (DRG)

۷. برنامه‌های آینده

صرف‌نظر از درس‌هایی که از مقایسه چهار کشور به دست آمده است برنامه‌های معینی وجود دارند که در آینده برای نظام بیمه اجتماعی سلامت پیشنهاد می‌شود. کشورهای بسیاری مایلند نظام سلامت تلفیقی^۱ بوجود آورند. در هر حال اولویت بندی^۲ مراقبت‌های سلامتی موضوعی دائمی است که براساس آن روز به روز اصلاحاتی در هر چهار کشور صورت می‌گیرد.

علی‌رغم این اصلاحات دائمی و دیدگاه‌های جامع‌تری که در شبکه مراقبت‌های بهداشتی درمانی وجود دارد، تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی نسبت به گذشته مسیر متفاوتی را طی خواهد کرد، و برای این اقدامات جدید انگیزه‌های مالی موجود هستند. این اصلاحات می‌توانستند توسط هر یک از چهار کشور براساس ویژگی‌های فردی، عادات و تجارب تاریخی به وجود آیند. نهایتاً آینده وضعیت رفاهی اروپا در داخل بازار مشترک لازم است براساس اهمیت روبه رشد آن در جهت سیاست‌های ملی، اقتصادی و اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. برای ژاپن و حتی برای آسیا به طور کلی این توسعه سودمند است.

۷-۱. رویکرد عملیاتی و ارابه مراقبت‌های جامع

در هر چهار کشور هدف اصلی آن است که مجزا بودن سیستم ارابه مراقبت سلامتی مغلوب شناخته شود و در یک شبکه یکپارچه مراقبت‌های سلامتی که کیفیت آنها تضمین شده باشد ارابه شود. برای رسیدن به این هدف یک حرکت و وظیفه‌ای برای اصلاحات بنیادی نظام سلامت اجتناب‌ناپذیر است. برای اشکال جدیدی از قراردادها لازم است. تدارک درمان‌های پزشکی و مراقبت پرستاری، شامل مراقبت‌های بازتوانی، به طور سیستماتیک به یکدیگر مربوط‌اند و باید از راه پرداخت پاداش و تأمین بودجه شبکه و انواع جدید پوشش گردند. مراقبت‌های جامع و «سراسری»^۳ موضوع جدید تأمین مالی است.

۷-۲. اولویت بندی در مراقبت‌های سلامتی

2. integrated health care system
3. priority setting
1. all around care

در هر چهار کشور دولت‌ها و ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی نیاز به اولویت‌بندی مراقبت‌های سلامتی با توجه به تعبیر روزانه بازار در مراقبت سلامتی به دنیایی از منابع کمیاب، دارند. اصول راهنماهای پزشکی با روش‌های مبتنی بر شواهد در دستور کار سیاستگذاران قرار دارد. در هر (کشور) اولویت‌بندی مراقبت‌های سلامتی به معنای واقعی در سطح مکان، سطح منطقه و سطح خرد، اتفاق می‌افتد. تضمین کیفیت یک هدف اصلی در هر کشوری است و حتی بدون تغییرات یا اصلاحات نیز جای پیگیری و فعالیت بسیار دارد.

علاوه بر راهنماهای پزشکی، استقرار اولویت‌ها در مراقبت‌های سلامتی از طریق فشارهای مالی نیز می‌توان صورت پذیرد. بودجه‌های^۲ کلی، منطقه‌ای، ناحیه‌ای، گروهی، ویژه یا انفرادی عواملی خواهند بود که هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی را تقلیل می‌دهند. برای ایجاد ثبات در میزان مشارکت‌ها نیز می‌توان سیاست هزینه مبتنی بر درآمد را به صورت یک قانون تلقی کرد. این رویکرد در سال ۱۹۷۷ در آلمان با قانون نرخ تثبیت‌شده مشارکت اولین بار در قانون تأمین اجتماعی مطرح شد. از آن وقت، نرخ مالیات تثبیت شده خود به صورت راهنمایی عمده به وجود آمد و امروزه می‌تواند به صورت یک نوع قیمت‌گذاری سیاسی برای خدمات مراقبت بهداشتی تلقی گردد.

منابع و مأخذ

منابع انگلیسی

1. Assous, Laurence, "Long-term health and social care for the elderly: an international perspective", *The Geneva papers on Risk and Insurance*, Vol. 26, No. 4, pp 667-683.
2. Bloom, D. & D. Canning, "Health as Human Capital and Its Impact on Economic Performance", *The Geneva Papers of Risk and Insurance*, Vol. 28, No. 2, 2003, pp 304-315.
3. Böcken, J. & M. Butzlaff & Esche, A., *Reformen im Gesundheitswesen*, Gütersloh, 2000.
4. Buchner, F. & J. Wasem, "Needs for Further Improvement: Risk Adjustment in the German Health Insurance System", *Health Policy*, 65 (1), 2003, pp 21-36.
5. Busse, R., "Risk Structure Compensation in Germany's Statutory Health Insurance", *European Journal of Public Health*, 11(2), 2001, pp 174-177.
6. _____, "Germany", European Observatory on Health Care Systems (ed.), *Health care systems in eight countries - trends and challenges*, London, London School of Economics, 2002, pp 47-60.

2. medical guidelines

3. budgets

7. _____, "The Netherlands", European Observatory on Health Care Systems (ed.), *Health care systems in eight countries – trends and challenges*, London, London School of Economics, 2002a, pp 61-73.
8. Busse, R. & A. Riesberg, *Health care systems in transition profile: Germany*, European Observatory on Health Care Systems, 2003.
9. Busse, R. & S. Weinbrenner & A. Riesberg & S. Burger, Country Report: Germany, "Towards Sustainable Health Care Systems: Current strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands – a comparative study", *International Social Security Association*, Geneva, 2004.
10. Cutler, D. & M. McClellan & J. Newhouse, "How Does Managed Care Do It?", *Rand Journal of Economics*, 31(3), 2000, PP 526-548.
11. Dunlop, D.W. & J. M. Martins, *An International Assessment of Health Carefinancing – Lessons for Developing Countries*, The World Bank, Washington, DC, 1995.
12. European Observatory on Health Care Systems, *Health Care Systems in Eight Countries – Trends and challenges*. London, London School of Economics, 2002.
13. Exter, den A & H Hermans & M. Dosljak & R. Busse, *Health Care Systems in Transition Profile: Netherlands*, European Observatory on Health Care Systems, 2004.
14. Federal Statistical Office of Germany, *Population Development Until 2050*, Wiesbaden, 2000.
15. Federal Statistical Office of Germany, *Gesundheit, Ausgaben und Personal 2001*, Wiesbaden, 2003.
16. Gethmann, C. F. & W. Gerok & H. Helmchen & K.-D. Henke & J. Mittelstraß, & G. Stock & J. Taupitz & F. Thiele, *Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems*, Manuskript, Berlin, 2004.
17. Greß, S. & P. Groenewegen & J. Kerssens & B. Braun & J. Wasem, "Free Choice of Sickness Funds in Regulated Competition: Evidence from Germany and the Netherlands", *Health Policy* 60(3), 2001, pp 235-254.
18. Grignon, M. & M.-E. oel, & P. Levy, "Country Report: France", *Towards Sustainable Health Care Systems: Current Strategies in Health Insurance Schemes in France*, Germany, Japan and the Netherlands – a Comparative Study, International Social Security Association, Geneva, 2004.
19. Hamilton, G. J., "Competition and Solidarity in European Health Care Systems", *European Journal of Health Law*, Vol. 3, 1996, pp 323-329.
20. _____, "Country Report: Netherlands, Towards Sustainable Health Care Systems: Current Strategies in Health Insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands – a Comparative Study", *International Social Security Association*, Geneva, 2004.
21. Henke, K.-D., "Cost-containment in Health Care — Justification and consequences", *Zweifel*, P.; Frech III, H. E. (ed.), *Health Economics World wide*, Dordrecht, 1992, pp 245-265.

22. _____, *Quo Vadis, Health Care?*, Diskussionspapier 1997/13, Wirtschafts wissenschaftliche Dokumentation der TU-Berlin, 1997.
23. _____, "Socially Bounded Competition in the German Health Care System", *Health Affairs*, Vol. 18, 1999, pp 203-205.
24. _____, "Allocation of National Resources in Health Care: Between Competition and Solidarity", Henke, K.-D.; Dräger, C.; (ed.). *Gesundheitssysteme am Scheideweg: Zwischen Wettbewerb und Solidarität*, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2001, pp 47-57.
27. _____, "Der parafiskalische Finanzausgleich, dargestellt am Beispiel der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)", Henke, K.-D.; Schmähl, W. (eds.), *Finanzierungsverflechtungen in der Sozialen Sicherung. Analyse der Finanzierungsströme und -Strukturen*, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2001, pp 77-93.
28. _____, "Soft Coordination Versus Hard Rules in European Economic Policy", Diskussionspapiere zu Staat und Wirtschaft 34/2002, Europäisches Zentrum für Staatswissenschaften und Staatspraxis, Berlin, 2002.
29. _____, "The Permanent Crisis in German Health Care", *Eurohealth*, Vol. 8, No. 2, 2002, pp 26-28.
30. _____, "The Health Care system: A Future Growth Sector, a Current Cost Factor", Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2003.
31. _____, "Financing and Purchasing Structures in Health Services – A Book with Seven Seals", Henke, K.-D.; Rich, R. F.; Stolte, H. (eds.), "Integrierte Versorgung und neue Vergütungsformen in Deutschland, Lessons Learned Through Comparison of other Health Systems", Nomos Verlag, Baden-Baden, 2004.
32. Henke, K.-D. & K. Borchardt, "Capital Funding Versus pay-as-you-go in Health Care Financing Reconsidered", in CESifo DICE Report, *Journal for Institutional Comparisons*, No. 3, 2003, pp 3-8.
33. Henke, K.-D. & B. Mackenthun, & J. Schreyögg, "The Health Care Sector as Economic Driver – an Economic Analysis of the Health Care Market in the City of Berlin", *Journal of Public Health*, Vol. 12, No. 5, 2004, pp 339-345.
34. Henke, K.-D. & W. Friesdorf & I. Marslolek, (ed.), *Genossenschaften als Chance für die Entwicklung der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen*, Neuwied, 2005.
35. Marjo-Riitta, "Mental health in the Work Place: Introduction. Gabriel, Phyllis and Liimatainen", International Labour Office, Geneva, 2000.
36. Jacobzone, S., "Ageing and the Challenge of New Technologies: can OECD Social and Health Care Systems Provide for the Future?", *The Geneva Papers on Risk and Insurance*, Vol. 28, No. 2, 2003, pp 254-274.
37. Kalisch, D.W. & T. Aman & A. Buchele, "Social and Health Policies OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments, OECD", *Labour Market and Social Policy – Occasional Papers*, No. 33, 1998, Paris.

38. Lamers, L. & R. van Vliet & W. van de Ven, "Risk Adjusted Premium Subsidies and Risk Sharing: Key Elements of the Competitive Sickness Fund Market in the Netherlands", *Health Policy*, 65 (1), 2003, pp 49-62.
39. Leidl, R. (ed.), *Health Care and its Financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam, 1998.
40. Leidl, R., "Medical Progress and Supplementary private Health Insurance", *The Geneva Papers of Risk and Insurance*, Vol. 28, No. 2, 2003, pp 222-237.
41. Maarse, H. & A. Paulus, *Health-Insurance Reforms in the Netherlands, Belgium and Germany, A Comparative Analysis*, in Leidl, R. (ed.), *Health Care and its Financing in the Single European Market*, IOS Press, Amsterdam, 1998.
42. Matsumoto, K., *Erfahrungen mit der japanischen Pflegeversicherung*, Informationsdienst der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und Gestaltung e.V., No. 294, Cologne, 2003.
43. Maslow, A. H., *Motivation and Personality*, Longman, New York, 1970.
44. McClellan, M., *Are the Returns to Technological Change in Health Care Declining?*, Proceedings of the National Academy of Science, 93, 12701-12708, 1996.
45. McKee, M. & J. Healy, *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham, 2002.
46. Mossialos, E. & A. Dixon & J. Figueras & J. Kutzin (eds.), *Funding Health Care: Options for Europe*, Buckingham, 2002.
48. Mossialos, E. & P. Kanavos, "The Methodology of International Comparisons of Health Care Expenditures - Any Lessons for Health Policy?", LSE Health, The London School of Economics and Political Science, *Discussion Paper*, No. 3, London, 1996.
49. "National Federation of Health Insurance Societies" (Kemporen), *Health Insurance, Long Term Care Insurance and Health Insurance Societies in Japan*, Tokyo, 2003.
53. Nolte, E. & R. Scholz & V. Shkolnikov & M. McKee. "The contribution of Medical Care to Changing Life Expectancy in Germany and Poland", *Social Science & Medicine*, 55, 2002, pp 1905-1921.
54. "What is Best and at What cost? Lessons from a Disease-Based Approach for Comparing Health Systems", Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris, 2003.
55. *Health Data 2004*, Organization for Economic Cooperation and Development, Paris.
56. *Health Insurance in OECD Countries*, Organization for Economic Cooperation and Development, Paris, 2004.
57. Ogata, H. & K. Tanaka, "Country Report: Japan; Towards Sustainable Health Care Systems: Current Strategies in Health Insurance Schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands - a Comparative study", International Social Security Association, Geneva, 2004.
58. Phelps, C. E., "Good Technologies Gone bad: How and Why the Cost Effectiveness of Medical Interventions Changes for Different Populations", *Medical Decision Making*, 17(1), 1997, pp. 107-117.