

پایداری و اثر بخشی خدمات درمانی

نویسنده: آیوارون*

* مترجم: محبوبه افسری

مقدمه:

در حال حاضر، تنها شمار معدودی از کشورهای منطقه آسیا و اقیانوسیه توانسته‌اند بر چالش‌ها به پوشش همگانی خدمات درمانی از طریق بیمه اجتماعی سلامت دستیابی و غلبه کنند. این فرایند بالحاظ نمودن تمامی بخش‌های کارگری به عنوان کارگران نام‌نویسی شده و افراد تحت تکفل آنها که همگی از طریق یک واحد عضویت تحت پوشش قرار گرفته بودند، به سهولت انجام شد.

کشورهای صنعتی این منطقه همچون استرالیا، ژاپن، جمهوری کره و سنگاپور، پوشش بیمه اجتماعی سلامت را ضمن در نظر گرفتن تغییرات دوره‌ای با هدف رسیدگی به مسائل جمعیت سالمند و بهبود وضعیت خطرهای احتمالی حفظ نمودند. بقای مستمر پوشش همگانی الزاماً فرایندی ثابت و یکنواخت جهت پاسخگویی به نیازهای متغیر محسوب نمی‌گردد. با توجه به این که سیستم‌های تامین اجتماعی ملزم به رعایت قوانین و مقررات هستند، بیشتر اصلاحات پس از عبور از مراحل طولانی سیاستگذاری و حصول توافق بین شرکای حرفه‌ای واحدهای مالی و درمانی به مورد اجرا گذاشته می‌شوند.

تجربه حاصل از عملکرد این کشورها مبین این مطلب است که کشورهای مذکور با گرایش به رویکرد نظام جامع تامین اجتماعی، بیمه اجتماعی سلامت را به عنوان راهکار اصلی تامین مالی خدمات درمانی برگزیده‌اند. این کشورها با افزودن برنامه ارائه کمک‌های اجتماعی به آن گروه از

* *ISSA/Social Security Documentation, No ۳۰/۲۰۰۷.*

افراد جامعه که قادر به پرداخت حق بیمه نمی‌باشند، دسترسی عادلانه به خدمات درمانی را برای همه اقشار جامعه امکان پذیر ساخته و از افزایش فقر ناشی از هزینه‌های گزاف خدمات درمانی ممانعت به عمل آورده‌اند.

افزایش فقر ناشی از هزینه‌های بالای خدمات درمانی موجب می‌شود که بیمه‌اجتماعی سلامت به عنوان راهکاری منطقی و مستدل جهت تامین مالی این هزینه‌ها تلقی گردد. اهمیت این موضوع ناشی از این واقعیت است که بخش عمده‌ای از افراد جامعه هرگز از خدمات درمانی استفاده نمی‌کنند یا صرفاً در مراحل حاد بیماری در جست و جوی چاره اندیشی و معالجه هستند و به دلیل کمبود حمایت‌های اجتماعی از ادامه درمان باز می‌مانند. در حال حاضر اقدام‌های سریع پزشکی و درمانی به یکی از عوامل مهم کنترل شیوع بیماری‌های عفونی و اگیردار جدید نظیر سارس و انفلوآنزای مرغی تبدیل شده است. هر چند، کنترل این بیماری‌ها در سطح محلی، ملی و جهانی، مستلزم رفع موانع تامین هزینه خدمات درمانی در موعد مقرر می‌باشد.

ملت‌های منطقه آسیا و اقیانوسیه از طیف گسترده جمعیتی و درآمد سرانه بالایی برخوردار هستند. کم درآمدترین کشورها و برخی از دولت‌های جزایر کوچک که سیستم‌های تامین اجتماعی را برای کارگران حقوق بگیر خود تاسیس نموده‌اند، در حال تلاش برای یافتن مکانیسم‌های حمایت اجتماعی جهت پیش‌پرداخت هزینه استفاده کنندگان از خدمات درمانی در مراکز دولتی هستند. برخی از کشورهایی با درآمد متوسط و کشورهای کم درآمد نظیر مالزی و سریلانکا برای توانمندسازی تمامی اقشار جامعه در زمینه دسترسی به خدمات درمانی، سیستم تامین مالی مبتنی بر مالیات را اجرا نموده‌اند. هر چند، همین کشورها در حال حاضر نگران مکفی نبودن عواید حاصل از دریافت مالیات در آینده و میزان یارانه لازم جهت پوشش بخش‌های بزرگ غیررسمی هستند که به طور معمول مالیات پرداخت نمی‌کنند. این کشورها همچنین با مسئله حفظ دسترسی عادلانه به خدمات نیز مواجه می‌باشند؛ چرا که اقشار مرفه جامعه از مراکز درمانی

خصوصی استفاده می‌کنند، در حالی که هزینه استفاده از برخی خدمات به بخش دولتی تحمیل می‌شود.

در بسیاری از کشورهای پردرآمد نظیر کشورهای ثروتمند نفت خیز، خدمات درمانی از محل ذخایر دولتی به صورت رایگان در اختیار شهروندان قرار می‌گیرد. برخی از این کشورها، هم اکنون در حال بررسی سیستم بیمه اجتماعی سلامت به عنوان یکی از روش‌های منطقی مشارکت در هزینه شهروندان می‌باشند که اکثر آنها نیز مالیات بر درآمد خود را پرداخت نمی‌کنند. همچنین سیستم بیمه اجتماعی سلامت یکی از راهکارهای منصفانه واگذاری هزینه خدمات درمانی کارگران مهاجر به کارفرما محسوب می‌شود. شایان ذکر است که کارگران مهاجر، درصد قابل توجهی از کل جمعیت این کشورها را تشکیل می‌دهند.

بنابراین، بررسی چالش پایداری و اثربخشی ارائه خدمات درمانی در سیستم‌های تامین اجتماعی در زمان مناسبی به مورد اجرا گذاشته شده است. در این مقاله، ضمن پاسخگویی به دو پرسش مشروحه زیر، با ذکر نمونه‌هایی از کشورها و سازمان‌های عضو در منطقه به بررسی چالش مذکور می‌پردازیم:

- آیا بیمه اجتماعی سلامت، بهترین راهکار تامین مالی خدمات درمانی است؟
- چه عواملی موجب ارتقا یا تهدید پایداری و اثربخشی خدمات درمانی می‌شوند؟

آیا بیمه اجتماعی سلامت، بهترین راهکار تامین مالی خدمات درمانی است؟

در این مقاله، مبحث "پایداری و اثربخشی" صرفاً به طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت محدود نمی‌شود؛ بلکه مکانیسم ارائه حمایت‌های اجتماعی با وجود هزینه‌های سنگین خدمات درمانی مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. بنابراین، ابتدا باید بر این نکته تاکید کنیم که سیستم بیمه اجتماعی سلامت با پیش پرداخت‌های منظم شرکا برای مزایای معین خدمات درمانی، بهترین راهکار تامین مالی خدمات درمانی است. به طوری که تمامی سازمان‌های عضو اتحادیه بین‌المللی

تامین اجتماعی "ISSA" ملزم هستند این راهکار را به عنوان یکی از اصول اجتناب‌ناپذیر خدمات گسترده تامین اجتماعی برای افراد جامعه به مورد اجرا بگذارند.

در بین شرکت کنندگان در کنفرانس منطقه‌ای، سازمان‌هایی حضور دارند که تمامی جمعیت کشور متبوع آنها نظیر ژاپن، کره جنوبی و استرالیا از طریق یک طرح ملی واحد یا طرح‌های متنوع تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت می‌باشند. برخی از سازمان‌های عضو نیز متعلق به کشورهای چین، هند، اندونزی، ویتنام و فیلیپین هستند که بخش کثیری از جمعیت خود را تحت پوشش قرار داده‌اند، در حالی که دولت‌ها و سازمان‌های تامین اجتماعی همچنان به دنبال یافتن راهی برای پوشش همگانی هستند. سازمان‌هایی نیز در این کنفرانس حضور دارند که هنوز خدمات درمانی را در طرح‌های حمایتی لحاظ ننموده‌اند، نظیر طرح‌های تامین اجتماعی در بسیاری از دولت‌های جزایر اقیانوسیه. تعدادی از این طرح‌ها هنوز در مرحله انجام اصلاحات و تغییر سیستم صندوق‌های احتیاط به سیستم طرح‌های مستمری هستند و اخیراً مسائلی از قبیل دسترسی اعضا به خدمات درمانی را در دستور کار خود قرار داده‌اند. هر چند، یافتن بهترین روش تامین مالی هزینه خدمات درمانی مسئله مهمی به شمار می‌رود؛ چرا که سیستم‌های خدمات درمانی این کشورها در حال تغییر سیستم ارائه خدمات رایگان در مراکز دولتی به سیستم پرداخت هزینه توسط استفاده کنندگان از خدمات درمانی است که مطمئناً بر میزان دسترسی به خدمات درمانی تاثیرگذار خواهد بود. مگر این که تدابیر حمایتی مناسبی برای پیشگیری از هرگونه بی‌عدالتی در نظر گرفته شوند.

اگر بپذیریم که بیمه اجتماعی سلامت منشعب از طرح‌های تامین اجتماعی، بهترین روش ارائه خدمات حمایتی و همچنین متضمن راهکاری با ثبات برای تامین مالی خدمات درمانی تمامی اقشار جامعه می‌باشد، ابتدا باید دلایل توجیهی این امر را بررسی کنیم. لذا در این قسمت آن دسته از ویژگی‌های سیستم بیمه اجتماعی سلامت را که به پایداری و اثربخشی ارائه خدمات درمانی منتهی می‌شوند، مورد بحث و بررسی قرار می‌دهیم.

تعهد پیش پرداخت:

پیش پرداخت معین و منظم به یک صندوق دولتی توسط تمامی شرکای بیمه پرداز موجب ایجاد تعهد برای ارائه خدمات درمانی معین و با کیفیت در یک دوره زمانی معقول به تمامی بیمه شدگان می شود. به طوری که در قوانین و مقررات مربوط به صندوق های وصول حق بیمه نیز شفاف قید شده است که این ذخایر باید فقط برای ارائه مزایای معین به بیمه شدگان مورد استفاده قرار بگیرند.

خدمات درمانی به عنوان یکی از مزایای بیمه در مقایسه با سایر تعهدات و خدمات از ماهیتی کاملاً متفاوت برخوردار است. به طوری که انتظار می رود اکثر بیمه شدگان حداقل یک بار در سال به محض احساس نیاز یا تجویز پزشک بدون هیچ تأخیری از این مزایا استفاده کنند. بیمه شدگان و شرکای بیمه پرداز، به هیچ وجه عدم کفایت و ناتوانی، کیفیت نامطلوب و تأخیر طولانی در ارائه و دریافت خدمات درمانی را نمی پذیرند. این امر با مقوله استفاده مکرر و قابل پیش بینی از مزایای طرح های مستمری یا مزایای غیر متوالی و ناخوشایند از کارافتادگی کاملاً متفاوت است.

به دلیل ماهیت خدمات درمانی، طرح های بیمه اجتماعی سلامت ملزم به رعایت تعهدات و تضمین ارائه خدمات درمانی با کیفیت به اعضا هستند. بنابراین، اجرای طرح ها مستلزم عقد قراردادهای مناسب با مراکز درمانی معتبر جهت ارائه خدمات معین می باشد. این طرح ها همچنین باید تمامی تغییر و تحول ها را در زمینه های گوناگون از قبیل دلایل نیاز به خدمات درمانی، تکنولوژی و تجهیزات ضروری جهت پاسخگویی به نیازهای درمانی و اولویت های بیماران را همواره در نظر داشته باشند. بهره مندی از این اطلاعات به برنامه ریزی بهتر، به کارگیری منابع، کنترل هزینه و مدیریت مطلوب منتهی می شود.

به دست آوردن و روزآمد نمودن این اطلاعات به عهده خود سیستم است و باید از طریق تخصیص مناسب منابع انجام شود. جمع آوری اطلاعات و تجزیه و تحلیل تغییرات جمعیتی بیمه شدگان از جمله مسائل داخلی به شمار می‌روند؛ اما سازمانی نظیر ISSA اطلاعات را به منظور مقایسه دستاوردهای جوامع مختلف و کسب تجربه از بهترین عملکردها جهت دستیابی به اهداف خدمات درمانی در نشست‌ها و گردهمایی‌ها ارائه می‌نماید.

قابلیت پیش بینی درآمدها:

هنگامی که اجرای قوانین پرداخت حق بیمه در سطح مطلوبی قرار می‌گیرد، پیش پرداخت حق بیمه موجب می‌شود که شرایط مناسب برای مدیریت درآمدهای ثابت و قابل پیش بینی ایجاد گردد. آگاهی از تعداد، سن و جنسیت تمامی اعضای یک طرح و همچنین مطلع بودن از میزان درآمد مورد نظر از محل وصول حق بیمه امکان تسهیل برنامه ریزی خدمات درمانی برای پاسخگویی به نیازهای بیمه شدگان را فراهم می‌آورد. قابلیت پیش بینی درآمدها همچنین به تخصیص بهتر منابع و ذخایر، فراهم سازی امکانات برای تحقق فعالیت‌هایی از قبیل ارتقای سطح سلامت، فعالیت‌های پیشگیرانه، آموزش کارکنان و روزآمد نمودن سیستم‌های اطلاعاتی منتهی می‌شود.

اثر بخشی خرید خدمات و ارائه مزایای خدمات درمانی:

صندوق‌ها می‌توانند با استناد به درآمدهای قابل پیش بینی با مراکز درمانی معتبر مذاکره نموده و در خصوص تسهیل ارائه مزایای مناسب و با کیفیت به توافق برسند. لازم به ذکر است که در صورت برخورداری از یک مکانیسم راهبردی پرداخت به مراکز درمانی، قابلیت پیش بینی درآمدها از اهمیت بسزایی برخوردار خواهد شد. این روند همچنین صرف نظر از افزایش اندک حقوق و دستمزد کارکنان دولت موجب افزایش درآمد کارکنان واحدهای درمانی خواهد شد. حقوق و دستمزد کارکنان واحدهای درمانی از جمله متخصصان شاغل در مراکز درمانی دولتی بسیار پایین است. هر چند، حداقل حقوق و دستمزد مصوب کارگران ماهر کارخانه‌ها در

کشورهایی نظیر ویتنام، کامبوج و جمهوری دموکراتیک خلق لائوس در سطح بالاتری قرار دارد. بنابراین، فرصت افزایش درآمد ناشی از سیستم جدید و ثابت تامین مالی طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت و قابلیت افزایش میزان درآمد مراکز درمانی توأم با گسترش دامنه پوشش، انگیزه لازم را برای پاسخگویی بیشتر و بهتر در مراکز درمانی - دولتی ایجاد می‌کند. شایان ذکر است که این امر به مراکز درمانی خصوصی نیز قابل تعمیم می‌باشد، اما در بیشتر کشورها پوشش همگانی به مفهوم دسترسی به خدمات درمانی در سراسر کشور است و دسترسی به مراکز خدمات درمانی خصوصی معتبر به طور معمول به شهرهای بزرگ محدود می‌شود؛ شهرهای کوچک، مناطق روستایی و به طور کلی مناطق کم درآمد به مراکز دولتی وابسته هستند.

در نشریه "برنامه‌های تامین اجتماعی در سراسر جهان: منطقه آسیا و اقیانوسیه، ۲۰۰۴" فهرست اسامی ۴۸ کشور برخوردار از طرح‌های تامین اجتماعی ارائه شده است. از این تعداد، در ۱۵ کشور که اکثر آنها از کشورهای جزایر اقیانوسیه می‌باشند، هنوز هیچ یک از اقشار جامعه تحت پوشش خدمات درمانی قرار نگرفته‌اند. حدود ۱۰ کشور نیز مزایای خدمات درمانی را به کارکنان دولت یا کارگران حقوق بگیر شاغل در کارگاه‌های بزرگ ارائه می‌کنند. اطلاعات موجود بیانگر این مطلب است که بیش از نیمی از کشورهای این منطقه، سیستم بیمه اجتماعی سلامت یا گسترش دامنه پوشش سیستم‌های تامین اجتماعی را در برنامه‌های خود لحاظ نموده‌اند.

گزینه‌های تامین مالی بیمه اجتماعی سلامت عبارتند از: سیستم‌های مبتنی بر دریافت مالیات، دریافت هزینه‌های سنگین از بیماران به هنگام استفاده از خدمات و همچنین وابستگی شدید به ذخایر خارج از سیستم. در کشورهایی که از بخش‌های توسعه یافته اقتصاد غیررسمی برخوردار هستند، فرصت کسب درآمد از منابع مالیاتی بسیار محدود است. اما چنانچه منابع دولتی بتوانند از سایر ذخایر نظیر اعتبارات نفت و معدن استفاده کنند، شرایط بسیار متفاوت خواهد بود. این کشورها برای تصمیم‌گیری در خصوص استمرار ارائه خدمات درمانی رایگان به کل جمعیت

کشور یا صرفاً شهروندان مقیم بدون دریافت حق بیمه، نیازمند ارزیابی و بررسی شرایط می‌باشند. هر چند، کاملاً بدیهی است که مکانیسم بیمه اجتماعی سلامت قادر به فراهم نمودن تمامی امتیازات فوق‌الذکر از قبیل پذیرش تعهد ناشی از پیش پرداخت به صندوق، بیمه شده و مراکز درمانی، پیش بینی درآمد و اثربخشی در امر خرید و ارائه خدمات درمانی خواهد بود.

پوشش افراد تحت تکفل:

با پوشش افراد تحت تکفل کارگران از طریق یک حق بیمه واحد، سیستم بیمه اجتماعی سلامت می‌تواند افرادی را که فاقد فعالیت اقتصادی می‌باشند، به صورت مجزا و انفرادی تحت پوشش قرار دهد. استفاده از این روش، موجب از بین رفتن تبعیض سنی و جنسیتی ناشی از اجبار به پرداخت حق بیمه برای تمامی اعضای خانواده در یک زمان و همچنین ممانعت از استفاده از ذخایر و منابع اندک یک خانوار می‌شود.

برخی از طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای چین، ویتنام و مغولستان، صرفاً کارگران را تحت پوشش قرار می‌دهند و حق بیمه فرزندان یا توسط دولت پرداخت می‌شود یا این که فرزندان از پرداخت هزینه‌های درمانی معاف می‌شوند. در چنین مواردی، میزان حق بیمه پرداختی توسط دولت به طور معمول در سطح حداقل تعیین می‌شود، در نتیجه عواید به دست آمده از محل پرداخت سهم حق بیمه دولت برای تامین نیازهای درمانی کافی نیست. گاهی اوقات، دولت حق بیمه افراد مشمول یارانه را با تأخیر پرداخت می‌کند که موجب بی‌ثباتی روند تامین مالی طرح می‌گردد.

در برخی از کشورها، دولت در واقع منبع تامین هزینه خدمات درمانی کودکان است. هرچند، مراکز خدمات درمانی دولتی در کشورهایی نظیر ویتنام و چین با کمبود بودجه مواجه هستند و کودکان صرفاً می‌توانند از امکاناتی استفاده کنند که دولت برایشان فراهم نموده است. با توجه به این که فرزندان تحت تکفل نباید فعالیت اقتصادی داشته باشند و مسئولیت آنها نیز به عهده

والدین می‌باشد، بنابراین تحت پوشش گرفتن آنها از طریق سهم حق بیمه والدین، کاملاً منطقی است. علاوه بر تامین بودجه کافی برای خدمات درمانی کودکان، میزان جذابیت و کارایی بیمه درمان نیز باید مد نظر قرار گیرد. بخش عمده نیروی کار از افراد سالمی تشکیل شده که اکثراً دارای فرزندان خردسال هستند. فرزندان خردسال به طور معمول بیشتر از والدینشان از خدمات درمانی استفاده می‌کنند؛ در نتیجه، با پوشش افراد تحت تکفل، گرایش به استفاده از مزایای خدمات درمانی در طرح‌های تامین اجتماعی افزایش می‌یابد.

هر چند، مسئله اصلی، سطح نرخ حق بیمه یا تامین بودجه توسط دولت نیست؛ بلکه مسئله اصلی این واقعیت است که پوشش همگانی از طریق پوشش افراد تحت تکفل تمامی کارگران شاغل و بازنشسته با سرعت بیشتری تحقق می‌یابد. قانون جدید بیمه اجتماعی سلامت در کشور اندونزی، پوشش بیمه را به ۲ فرزند محدود نموده است. چنانچه هدف از وضع این قانون، کوچک نمودن خانواده در سطح کل جامعه باشد، استفاده از پوشش بیمه اجتماعی سلامت به عنوان عامل محدود کننده، روند پوشش همگانی را به تأخیر می‌اندازد.

عوامل ارتقا دهنده و موانع تهدید کننده پایداری و اثربخشی خدمات درمانی:

عوامل متنوع و متعددی بر پایداری و اثربخشی طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت تاثیرگذار هستند. برخی از این عوامل به الگوهای پایه مربوط می‌شوند که بدون دخالت متغیرهای بیرونی توسط خود طرح تغییر می‌کنند و احتمالاً مبتنی بر دانش و اطلاعات خاصی در مورد بهترین عملکرد یا منابع روزآمد نمودن تکنولوژی می‌باشند. برخی دیگر از این عوامل، متغیرهای خارجی هستند که گاهی اوقات غیرقابل پیش‌بینی و نیازمند مشارکت‌های جدید می‌باشند که قبلاً در طرح‌های تامین اجتماعی لحاظ نشده بودند. در بخش بعدی، این عوامل و نمونه‌هایی از طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت با عناوین "مزایای خدمات درمانی" و "عوامل اجرایی و مالی" مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

نتایج مورد نظر این مقیاس‌ها عبارتند از:

- کنترل هزینه از طریق ایجاد توازن بین درآمد و هزینه، صرف نظر از افزایش مکرر نرخ حق بیمه و سایر پرداختی‌های اعضا ضمن لحاظ نمودن منابع و ذخایر غیر مازاد معقول و منطقی؛
- بهبود کیفیت خدمات درمانی ارائه شده به اعضا؛
 - افزایش رضایت مندی اعضا و اجرای طرح در تمامی سطوح مراکز درمانی.

مزایای خدمات درمانی:

ارتقای سطح سلامتی و پیشگیری:

اولین عامل، گستره طیف خدمات درمانی طرح بیمه اجتماعی سلامت می‌باشد. در گذشته، مزایای خدمات درمانی صرفاً به مراقبت‌های درمانی در قلمرو اجتماعی و امکانات بیمارستانی محدود شده بود. هر چند، خطرها و نوع بیماری‌ها به سرعت در حال تغییر هستند. در کشورهایی که هنوز با بیماری‌های واگیردار دست به گریبان هستند، تغییر روش زندگی و پراکندگی جمعیت موجب افزایش بیماری‌های مزمن و در نهایت هزینه‌های مضاعف بیماری شده است. کشورهای که به تأثیر مثبت پیشگیری از بیماری‌های واگیردار پی برده‌اند، علاقه وافری به تغییر مزایای قانونی و گنجاندن مقوله ارتقای سطح سلامتی و پیشگیری در جهت دستیابی به دستاوردهای پیشگیری از بیماری‌های مزمن جدید دارند. هزینه و امتیازات میزان بهره‌وری کارگران که ناشی از رعایت مسئله پیشگیری از بیماری‌ها و حوادث شغلی می‌باشند، برای آن دسته از طرح‌های تامین اجتماعی که دارای برنامه‌های حوادث و آسیب‌های شغلی هستند، موضوع جدیدی به شمار نمی‌رود.

توسعه مزایا در سطح ملی مورد حمایت واقع می‌شود و دولت‌ها نیز می‌دانند که رشد اقتصادی با سطح سلامتی به ویژه سلامت سالمندان ارتباط مستقیم دارد؛ چرا که در این صورت شاهد سال‌هایی پربار توأم با سلامتی و وابستگی کمتر در مدت عمر هر فردی خواهیم بود. در نتیجه، بیمه اجتماعی سلامت به عنوان یکی از راهکارهای حفظ سلامت افراد تلقی می‌گردد، نه صرفاً راهکاری جهت حمایت از بیماران.

در سال ۲۰۰۴، اتحادیه بین المللی تامین اجتماعی (ISSA) با مشارکت سازمان بهداشت جهانی (WHO) اقدام‌های مبتکرانه جهت بررسی روش‌های ارتقای سطح سلامت در سیستم بیمه اجتماعی و همچنین ارائه حمایت‌های کاربردی از دولت‌ها و موسسات عضو را آغاز نمودند. این فعالیت‌ها شامل جلسه‌های مشاوره‌ای ISSA و WHO در خصوص بیمه اجتماعی، ارتقای سطح سلامت و پروژه‌های تحقیقات تطبیقی می‌باشد که به تجزیه و تحلیل عملکرد سیستم ارتقای سلامت توسط طرح‌های بیمه اجتماعی در پنج کشور از جمله جمهوری کره و تایلند می‌پردازند.

تلاش‌های انجام شده در فعالیت‌های ابتکاری ISSA و WHO همچنین شامل تغییر انواع مزایای طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت و ایجاد مشارکت و تعاملات جدید به منظور فائق آمدن بر خطر بیماری‌ها می‌شود. به منظور تلفیق و یکپارچه‌سازی مزایای پیشگیری و ارتقای سطح سلامت، مبلغ ویژه‌ای به بودجه بیمه‌اجتماعی سلامت اختصاص داده شده است. امروزه، مدیران بیمه‌اجتماعی سلامت به تدریج در حال پذیرفتن این واقعیت هستند که بازدهی و سودآوری سرمایه‌گذاری در زمینه ارتقای سطح سلامت، مستلزم اتخاذ یک رویکرد بلندمدت است و آنها باید مقوله اندوخته‌گذاری برای موارد از کارافتادگی و همچنین تاثیر مثبت ارتقای سطح سلامت بر بهبود روند تولید و رشد اقتصادی را همواره مد نظر قرار دهند.

در بخش بعدی، نمونه‌هایی از چگونگی هماهنگی و تلفیق خدمات ارتقای سطح سلامت و پیشگیری با طرح‌های بیمه اجتماعی سلامت در منطقه آسیا و اقیانوسیه به اختصار مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند:

کمیسیون بیمه سلامت (HIC)^۱ استرالیا که ۲۰/۵ میلیون نفر را تحت پوشش دارد، دو مقوله ارتقای سطح سلامت و پیشگیری را با استفاده از راهکار "بهبود سطح سلامت استرالیا از طریق پرداخت هزینه و اطلاع‌رسانی" آغاز نمود. این کمیسیون در زمینه "خدمات اطلاعات درمانی"

سرمایه گذاری نموده است؛ به این ترتیب که اطلاعات آماری تدوین شده توسط برنامه‌های HIC (با رهنمودهایی محرمانه) به منظور توسعه اطلاع رسانی بهداشتی - درمانی برای جامعه استرالیا و بخش درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. این اطلاعات موجب توانمندی پزشکان در انجام اموری از قبیل ارزیابی و بهبود معالجه‌های بالینی، پیشرفت رویکردهای مبتنی بر مدارک بالینی، ایجاد هماهنگی بین پرسنل بخش‌های درمانی و بیماران با ارائه اطلاعات مناسب جهت تصمیم‌گیری آگاهانه و بهبود دسترسی به خدمات می‌شود.

در سال ۲۰۰۱، کمیسیون بیمه سلامت استرالیا فصلنامه ای را با عنوان "اهمیت سلامتی شما" در خصوص شیوه زندگی از طریق مراکز درمانی، مهدهای کودک و مراکز توزیع غذای سالم به صورت رایگان در اختیار شهروندان قرار داد. این کمیسیون سپس بخش برنامه "سلامت مطلوب" را از شبکه‌های تلویزیونی آغاز نمود. این برنامه که در کلینیک پزشکان سراسر استرالیا تهیه می‌شود، به عنوان یکی دیگر از ابزار اطلاع رسانی درمانی به شمار می‌رود.

در کشور هند، موسسه دولتی بیمه کارکنان (ESIC)^۱ که در حال حاضر بیش از ۳۳ میلیون نفر مزایا بگیر را تحت پوشش دارد، از یک شبکه درمانگاهی و بیمارستان‌های ملکی برخوردار است.

در نتیجه، این موسسه از موقعیت ممتازی برای تغییر رویکرد مراقبت‌های درمانی به رویکرد مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سطح سلامتی بهره‌مند می‌باشد. بیماری‌های عفونی واگیردار همچنان علت اصلی ابتلا به بیماری محسوب می‌شوند و اولویت بندی فعالیت‌های ارتقای سطح سلامتی و پیشگیری براساس الگوی بیماری صورت می‌گیرد. از سال ۲۰۰۱، موسسه دولتی بیمه کارکنان، معاینه‌های کنترلی پزشکی را برای تشخیص زود هنگام بیماری‌های حاد و مزمن در بین مزایا بگیران آغاز نمود و فعالیت‌هایی را نیز برای پیشگیری و کنترل بیماری‌های ایدز و همچنین

۱. Employees' State Insurance Corporation

واکسیناسیون کودکان علیه هپاتیت "ب" به عنوان یکی از مزایای بیمه سلامت در دستور کار خود قرار داد. علاوه بر این، ESIC اخیراً در چهار منطقه اجرایی با تاسیس مراکز بیماری‌های حرفه‌ای، تسهیلات تشخیص زود هنگام بیماری‌های شغلی را فراهم نموده است.

موسسه بیمه سلامت ملی (NHIC)^۱ در جمهوری کره، ۴۸ میلیون نفر را تحت پوشش دارد. در سال ۲۰۰۰، ادغام و تلفیق تمامی طرح‌ها در یک طرح واحد موجب تسهیل اجرای سیاست‌ها و راهکارهای مشترک پیشگیری و ارتقای سطح سلامت شد. از جمله اقدام‌های اولیه این طرح، ایجاد برنامه "حفظ سوابق پیشگیری و ارتقا" با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی مورد نیاز برای مدیریت اعضا و بررسی درخواست‌ها می‌باشد. مقام‌های محلی به دلیل احساس نگرانی برای اقشار ضعیف و آسیب پذیر، برنامه‌های کنترل بیماری را در اولویت قرار داده‌اند. به این ترتیب که هر یک از افراد بیمه شده می‌تواند با مراجعه به پایگاه داده‌ها، اطلاعات مورد نیاز در خصوص وضعیت سلامتی خود را به دست آورده و با ارائه علائم رفتاری و بالینی خود به سیستم، میزان خطرهای سلامتی خود را ارزیابی کند. هدف از این رویکرد عبارت است از: "روزآمد نمودن اطلاعات" برای بیمه شدگان با لحاظ نمودن اصول مربوطه به این شرح: "شناخت وضعیت سلامت فردی به رفتار سالم منتهی می‌شود" و "شناخت پزشک معالج به بهره‌وری اقتصادی منتهی می‌شود."

موسسه بیمه سلامت ملی با ترویج فعالیت‌هایی از قبیل تشخیص زود هنگام بیماری‌ها و تلاش برای زندگی سالم، اعطای پاداش به خانواده‌هایی که از الگو و شیوه زندگی سالم تبعیت می‌کنند، برگزاری سمینار در خصوص ارتقای سطح سلامتی، رویدادهای ورزشی - تفریحی، تهیه و توزیع بروشور، دفترچه‌های راهنما و فیلم ویدیویی در خصوص زندگی سالم اقدام به توسعه برنامه "کنترل سلامتی" نموده است. فعالیت‌هایی نیز با هماهنگی "کمیته عالی مشاوره ریاست

جمهوری" در خصوص سالمندی و جامعه آتی کره انجام می‌شود. گام دیگر سیستم بیمه اجتماعی کره، بهبود خدمات اورژانسی است. هر چند، شاید این اقدام به عنوان مؤلفه‌ای برای ارتقای سطح سلامتی به شمار نرود، اما در کاهش عوارض از کارافتادگی‌های ناشی از عدم مراقبت و معالجه نامناسب به هنگام بروز آسیب‌ها و حوادث بحرانی بسیار مهم تلقی می‌گردد.

مراقبت در منزل به عنوان یکی از مزایای خدمات درمانی:

ارائه خدمات درمانی در منزل اعضا بنا به دلایل مختلفی مورد نیاز می‌باشد؛ بسیاری از وسایل و تجهیزات تکنولوژیکی درمانی در منزل قابل استفاده هستند؛ در نتیجه نیاز به مراقبت‌های درمانی گرانقیمت در بیمارستان‌ها کاهش می‌یابد و اعضا به مدت طولانی‌تری از نعمت زندگی بهره‌مند می‌شوند، همچنان که هم‌اکنون نیز سالمندان زیادی به تنهایی زندگی می‌کنند. در برخی از کشورهای منطقه، مزایا و خدمات بلندمدت جدیدی به اعضا معرفی شده است که اغلب مزایای ارائه شده سازمان‌ها را تحت پوشش قرار می‌دهد. افراد از کارافتاده و سالمند که می‌خواهند در منزل خود بمانند و برای دسترسی به امکانات خدمات درمانی با محدودیت مواجه هستند، می‌توانند با استفاده از خدمات مراقبت‌های درمانی در منزل با صرف هزینه‌ای اندک مورد معالجه اثر بخش قرار بگیرند. همچنین مراقبت در منزل، مکانیسمی مقرون به صرفه است که موجب ترخیص پیش‌از‌موعده بیماران از بیمارستان می‌شود. علاوه بر این، مراقبت در منزل برای بیمارانی که از بیماری لاعلاج رنج می‌برند، یکی از شیوه‌های قابل قبول و مقرون به صرفه جهت ارائه مراقبت‌های اثربخش به شمار می‌رود. ارائه خدمات و مراقبت‌های درمانی در منزل به عنوان یکی از مزایای بیمه درمانی هنوز با محدودیت‌هایی مواجه می‌باشد، اما فرصت لازم برای کنترل هزینه و افزایش آرامش و رفاه بیماران را فراهم می‌کند.

معرفی تجهیزات و فناوری نوین درمانی:

افزایش فزاینده تجهیزات تکنولوژیکی درمانی جدید اعم از داروهای تجویزی و خدماتی که مستلزم استفاده از تجهیزات و فناوری مدرن می‌باشد، یکی از چالش‌های مستمر طرح‌های تامین

اجتماعی به شمار می‌رود. امروزه دسترسی جهانی و همگانی به هر داروی جدید یا هر نوع آزمایش تشخیصی امکان پذیر نیست؛ چرا که طرح‌ها به‌طور معمول براساس قوانین وزارت بهداشت و با توجه به نیازهای خاص هر کشور تدوین می‌گردند. بنابراین، تصمیم‌گیری در خصوص صرفه اقتصادی در استفاده از فناوری جدید یا قابلیت جایگزینی آن با تجهیزات ارزان‌تر به نوع طرح بستگی دارد. با توجه به این که بین نیاز اعضا و انتظارات آنها با مبحث بازاریابی متخصصان درمانی و نحوه استفاده صحیح از تجهیزات تفاوت‌هایی وجود دارد، بنابراین مسئله بعدی، چگونگی بهره‌برداری قانونمند از تجهیزات و تکنولوژی جدید می‌باشد.

جمهوری کره در اولین اقدام از ورود تجهیزات و فناوری جدید و گرانقیمت به سیستم جلوگیری نمود. این امر به پرداخت هزینه‌های سنگین توسط بیماران در بخش خصوصی منجر شد و توزیع ناعادلانه خدمات را به دنبال داشت. در حال حاضر، تلاش بیشتری برای به کارگیری خدمات توأم با تجهیزات و فناوری مدرن به عنوان مزایای جدید و روزآمد نمودن فهرست داروهای تحت پوشش صورت می‌گیرد. در سازمان تامین اجتماعی تایلند، روزآمد نمودن مستمر مجموع مزایا و گنجانیدن خدمات نوین مقرون به صرفه به عهده کمیته درمان است. این کشور همچنین به منظور عدم ایجاد تأخیر در ارائه خدمات تکنولوژیکی مدرن بر طبق توافقنامه سیستم پرداخت سرانه به ازای اعضا از مکانیسم سیستم ارجاع استفاده می‌کند.

عوامل اجرایی و مالی موثر بر ارتقا یا تهدید بایداری و اثربخشی

نرخ رشد عضویت:

در حال حاضر، میزان پوشش جهانی بیمه اجتماعی سلامت حدود ۲۰ درصد کل جمعیت جهان تخمین زده می‌شود. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه نظیر جمهوری دموکراتیک خلق لائوس، میزان پوشش در سطح بسیار پایین و کمتر از ۳ درصد است. در برخی از کشورها

نظیر مغولستان که دوره گذار و انتقال به اقتصاد بازاری را تجربه می‌کند، میزان پوشش تامین اجتماعی در اثر کاهش تعداد کارکنان دولت در نتیجه خصوصی سازی کارگاه های دولتی و عدم هماهنگی روند نام نویسی از کارگران شاغل در بخش اقتصاد غیررسمی به طور قابل توجهی کاهش یافته است.

عدم توفیق در افزایش تعداد اعضا و حتی کاهش تعداد اعضا از جمله عوامل تهدید کننده طرح های بیمه اجتماعی سلامت به شمار می روند. رکود تعداد اعضا موجب محدودیت توانایی مقابله با خطرها در جوامع بزرگتر به هنگام افزایش سن امید به زندگی و خطر شیوع بیماری های مزمن در بین اعضای اصلی می شود. با وجود این شرایط چنین به نظر می رسد که طرح های کوچک، مزایای صرفه جویی در هزینه های اجرایی و فرصت مذاکره با مراکز خدماتی را از دست بدهند. همچنین احتمال این که طرح های کوچک اقدام به گسترش مکانیسم های جدید مقرون به صرفه نظیر سیستم های اطلاعاتی رایانه ای، فعالیت های پیشگیرانه، ارتقای سطح سلامتی و استفاده از تجهیزات و فناوری مدرن را بنمایند، بسیار ضعیف است.

در راستای رشد اقتصادی شاید از دست دادن حق بیمه اعضا به ویژه کارگران پردرآمد، بزرگترین تهدید برای سیستم به شمار می رود؛ در حالی که بخش خصوصی نیز توجه کافی به پیروی از قوانین اجرایی ندارد. پذیرش و تبعیت از قوانین در وهله اول به ابزار قانونی و قابلیت های بازرسی طرح های بیمه اجتماعی بستگی دارد. همچنین در کشورهایی که از نظر اقتصادی در مرحله گذار به سر می برند، میزان پیروی از قوانین، به توافقنامه غیر مکتوب در خصوص عدم وضع مالیات بر کارگاه های خصوصی جدید که اغلب از سرمایه های خارجی برخوردار می باشند نیز ارتباط دارد. شایان ذکر است که این امر در عمل مطمئناً به نفع ثبات مالی طرح های بیمه اجتماعی نمی باشد. نام نویسی از خویش فرمایان شاغل در بخش اقتصاد غیررسمی چندان آسان نیست. هر چند، چنانچه جمعیت افراد غیر بیمه افزایش یابد، بی عدالتی در توزیع حمایت های اجتماعی نیز

افزایش خواهد یافت و طرح‌های رایج تامین اجتماعی قادر به بهره برداری از حق بیمه جهت حفظ انسجام و همبستگی اجتماعی نخواهند بود.

همه افراد خویش فرما و کارگران شاغل در بخش اقتصاد غیررسمی در زمره افراد کم درآمد به شمار نمی‌روند؛ بنابراین عدم تسهیل عضویت داوطلبانه و اختیاری در طرح موجب می‌شود که این قبیل افراد در جست و جوی عقد قرارداد با شرکت‌های خصوصی و بازرگانی باشند. اگر تعداد اعضای شرکت‌های خصوصی بیمه بازرگانی افزایش یابد، این خطر وجود دارد که طرح‌های بیمه اجتماعی به عنوان طرح‌های ویژه کارگران کم درآمد و سالمندان تلقی گردند.

در تعدادی از کشورهای منطقه، تلاش وافر جهت افزایش تعداد اعضا و دستیابی به مشارکت بیشتر و حفظ توزیع عادلانه خدمات و مزایا صورت گرفته است. در کشور چین، اصلاحاتی که برای کارگران شهری انجام شد، نوع مشارکت را از سطح کارگاه‌های تک واحدی به سطح شهری و در برخی موارد به سطح کشوری تغییر داد. دومین اقدام در خصوص ایجاد حساب‌های اندوخته گذاری فردی و صندوق ذخایر مشترک صورت گرفت؛ بدین ترتیب که حساب‌های اندوخته گذاری فردی برای بیماری‌های خفیف و صندوق ذخایر مشترک برای بیماری‌های حاد نیازمند به مراقبت‌های بیمارستانی لحاظ گردید. همچنین در حال حاضر، توسعه سیستم درمانی انجمن‌های روستایی بیشتر به سوی طرح‌هایی در سطح استانی سوق داده می‌شود. صندوق‌های استانی، سهم حق بیمه کشاورزان را با تخصیص یارانه پرداخت می‌کنند و بدین وسیله امکان مشارکت گسترده همگان فراهم می‌شود.

در کشور ژاپن، دولت تصمیم گرفته است که تمامی طرح‌های بیمه اجتماعی را با یکدیگر ترکیب و یکپارچه نماید. اولین قانونی که در سال ۱۹۲۷ به تصویب رسید، شامل دو ساختار جداگانه بود؛ یک سیستم با مدیریت متمرکز برای شرکت‌هایی که تعداد کارکنان آنها ۵ نفر یا بیشتر است و سیستم دیگری که مدیریت آن به عهده یک انجمن است. این انجمن به عنوان یک

بیمه گزار مستقل توسط شرکت‌هایی تاسیس شد که تعداد کارکنان آنها بیش از ۳۰۰ نفر بود. این امر مبین تعداد زیاد انجمن‌های بیمه درمانی است که تا قبل از تصویب قانون جدید مبنی بر مجاز شمردن اقدام‌هایی از قبیل ادغام شرکت‌ها، اندوخته‌گذاری مشترک و کاهش هزینه‌های اجرایی در ژاپن فعالیت می‌کردند. طبق اصلاحات جدید، شرکت‌هایی که بیش از ۳۰۰ نفر کارکنان حقوق‌بگیر دارند، مجاز به ادغام و یکپارچه‌سازی انجمن‌های بیمه‌ای خود با سایر شرکت‌ها می‌باشند.

در جمهوری کره بیش از ۳۵۰ انجمن بیمه درمانی، انواع مختلف سیستم‌های اندوخته‌گذاری و طرح‌های مزایا را تا سال ۱۹۹۹ به مرحله اجرا گذاشتند. به منظور بهبود کیفیت مراقبت‌های درمانی و پوشش هزینه‌های روز افزون خدمات درمانی، پارلمان کره در سال ۲۰۰۰، قانونی را با عنوان "قانون بیمه ملی سلامت" مبنی بر ادغام تمامی صندوق‌های بیمه درمان در یک صندوق واحد جهت به حداکثر رساندن سطح مشارکت در اندوخته‌گذاری به تصویب رساند. در جمهوری قرقیزستان، مرحله اول اصلاحات روش تامین مالی خدمات درمانی تا سال ۲۰۰۱ به اندوخته‌گذاری مشترک در سطح استانی و در مرحله دوم تا سال ۲۰۰۶ به اندوخته‌گذاری مشترک در سطح ملی منتهی شد.

در کشور فیلیپین، به موجب قانون بیمه ملی مصوب سال ۱۹۹۵، تحقق پوشش بیمه همگانی طی مدت ۱۵ سال امری الزامی برشمرده شد. هم‌اکنون سازمان خدمات درمانی فیلیپین که نهاد مسئول و مجری تحقق این قانون می‌باشد، تلاش خود را جهت سرعت بخشیدن به نام نویسی از خویش فرمایان و کارگران بخش اقتصاد غیررسمی آغاز نموده است. به طوری که بیشترین توجه و تمرکز بر اعضای انجمن‌ها و اتحادیه‌های بخش غیررسمی معطوف گردیده که همواره در جست‌وجوی راهی جهت گسترش راهکارهای هماهنگ سازی با سازمان خدمات درمانی هستند. همچنین طبق همین قانون، تعمیم طرح‌های گروهی موجود به سطح ملی مجاز می‌باشد.

جمهوری دموکراتیک خلق لائوس در حال اجرای راهکار توسعه همزمان بیمه اجتماعی و اجباری سلامت کارگران بخش خصوصی از طریق سازمان تأمین اجتماعی و همچنین اصلاح سیستم رفاهی کارکنان دولت و بیمه گروهی و اختیاری درمان برای بخش غیررسمی می‌باشد. از سال ۲۰۰۱ تاکنون، تلاش وافر جهت گسترش دامنه پوشش به دو بخش رسمی و غیررسمی از سوی سازمان تأمین اجتماعی و مؤسسه بیمه گروهی درمان در مناطق روستایی و نیمه شهری صورت گرفته است. علاوه بر این، راهکار توسعه همزمان موجب افزایش آگاهی‌های درمانی و گرایش به این امر و همچنین افزایش تقاضا جهت گسترش دامنه پوشش از سوی گروه‌های مختلف شده است. شایان ذکر است که یک طرح ادغام احتمالی نیز برای سال ۲۰۱۰ در مرحله تدوین و برنامه‌ریزی می‌باشد که به ظرفیت توسعه دامنه پوشش سازمان تأمین اجتماعی جهت نام‌نویسی از اعضا و همچنین وصول حق بیمه از خانواده‌ها بستگی دارد. بدیهی است که هر دو طرح مذکور علاوه بر هماهنگی نزدیک با یکدیگر از شباهت ساختاری بسیاری برخوردار هستند.

در کشور تایلند با تصویب قانونی در خصوص تحت پوشش گرفتن تمامی کارگاه‌ها با کارکنان کمتر از ۱۰ نفر یا حتی کارگاهی با یک نفر کارگر حقوق‌بگیر، میزان رشد عضویت در طرح با افزایش چشمگیری مواجه شد. پیش از این رویداد، یکی دیگر از تغییرات قانونی نیز موجب ادامه عضویت کارگران بازنشسته مشمول دریافت مستمری در طرح شد. سرانجام، پوشش بیمه همگانی از طریق اقدام ابتکاری دولت با عنوان "طرح ۳۰-بات" مبنی بر پوشش تمامی افراد محروم از سیستم تأمین اجتماعی شامل افراد تحت تکفل کارگران با استفاده از صندوق ذخایر دولتی محقق شد.

البته در مواردی نظیر کشورهای فیلیپین و اندونزی، پذیرش و تبعیت از قوانین در مراحل نام‌نویسی و وصول حق بیمه از افراد شاغل در بخش اقتصاد غیر رسمی حتی پس از تصویب قوانین مربوطه چندان آسان به نظر نمی‌رسد. انعطاف‌پذیری در فرایندهای اجرایی نام‌نویسی و وصول

حق بیمه از جمله عوامل ضروری است که تنها در صورت درک صحیح سیستم تأمین اجتماعی از اهمیت پذیرش اعضای جدید تحقق خواهد یافت.

تمایل و گرایش افراد جامعه به عضویت در طرح، صرفاً به کفایت درآمد حاصل از وصول حق بیمه جهت پوشش افراد فاقد درآمد محدود نمی‌شود. چنانچه عضویت در طرح با مسائلی همچون خدمات درمانی بدون کیفیت، رویکرد منفی مراکز درمانی، بوروکراسی و دیوان سالاری بیش از حد معمول توأم باشد، میزان گسترش دامنه پوشش بیمه همچنان در سطح پایین باقی خواهد ماند. در اکثر کشورهای در حال توسعه منطقه که دولت مهمترین ارائه کننده خدمات درمانی است، سیستم توزیع و ارائه خدمات نیز باید به گونه‌ای طراحی شود که درآمد حاصل از بیمه اجتماعی سلامت بتواند تأمین کننده تسهیلات درمانی فاقد بودجه کافی باشد. در حال حاضر، طرح‌های بیمه درمانی نیازمند اقدام‌های ابتکاری و خلاقانه‌ای هستند تا بتوانند حلقه‌های ارتباطی بین مراکز درمانی دولتی را تقویت نموده و افکار عمومی رایج مبنی بر کیفیت ضعیف خدمات دولتی یا دوره انتظار طولانی برای دریافت خدمات از مراکز دولتی را تغییر دهند. شایان ذکر است که در سیستم بیمه اجتماعی ویتنام، استفاده از ذخایر و منابع مالی جهت بهبود شرایط بیماران در یک بیمارستان استانی به افزایش چشمگیر نام نویسی از اعضای جدید منتهی شد.

در هر کشوری، برخی از اقشار جامعه در برابر موانع و مخاطرات دسترسی به خدمات درمانی بسیار آسیب پذیر هستند و به تنهایی قادر به پرداخت حق بیمه خود نمی‌باشند. در چنین مواردی انجمن‌های خیریه و اهداکنندگان کمک‌های مالی، منابع با ثبات و پایداری محسوب نمی‌شوند و دولت باید وجوهاتی را از محل صندوق ذخایر برای ارائه کمک‌های اجتماعی تخصیص دهد. چنانچه ذخایر صندوق کمک‌های اجتماعی برای پرداخت حق بیمه اقشار نیازمند و آسیب پذیر جامعه مورد استفاده قرار گیرد، دسترسی عادلانه به خدمات درمانی برای همگان میسر خواهد شد؛

به طوری که صندوق خدمات درمانی ویتنام نیز با صدور ۴ میلیون کارت بیمه درمانی از طریق سیستم بیمه اجتماعی ویتنام، این افراد را تحت پوشش قرار داده است.

عوامل قانونی:

در منطقه آسیا و اقیانوسیه دو مشکل اساسی در زمینه قانونگذاری وجود دارد که از پیشرفت و ارتقای پایداری و اثربخشی ممانعت به عمل می‌آورد. اولین مشکل قانونی این است که در برخی از کشورهای منطقه مباحثی از قبیل نرخ واقعی حق بیمه، سقف پرداخت حق بیمه و فهرست قطعی مزایای خدمات درمانی با گذشت زمان مستلزم تغییر می‌باشند که این مورد در قوانین اجباری و مصوب بیمه اجتماعی سلامت پیش‌بینی شده‌اند، اما در ضوابط لحاظ نمی‌شوند. گنجاندن این مفاد در قانون به‌طور معمول به معنی گذراندن مراحل طولانی قانونگذاری در مجلس می‌باشد؛ در حالی که لحاظ نمودن چنین مواردی در ضوابط به معنی تحقق سریع تغییرات با کسب مجوز از وزارتخانه مربوطه است. به عنوان مثال در کشور فیلیپین، تغییر نرخ سقف پرداخت حق بیمه که حتی کمتر از میزان حداقل حقوق و دستمزد بود، سال‌های متمادی به طول انجامید. در کشور تایلند نیز برای اصلاح قانون شمول کارگران شاغل در کارگاه‌هایی با کمتر از ۱۰ نفر کارگر سال‌ها وقت صرف شد. همچنین لحاظ نمودن فهرست قطعی مزایای خدمات درمانی در متن قانون، معرفی و ارائه خدمات جدید و مقرون به صرفه نظیر خدمات پیشگیرانه فردی را با محدودیت و تأخیر مواجه نموده است.

دومین مشکل قانونی به نوع ابزار اجرایی مربوط می‌شود؛ به طوری که در کشورهای ویتنام و چین، ماهیت ابزار قانونی مهمترین علت عدم تبعیت از قانون در کارگاه‌های بخش خصوصی است. در این کشورها، مدیریت سیستم تأمین اجتماعی از طریق صدور بخشنامه صورت می‌گیرد نه تصویب قانون. هر چند بخشنامه‌ها سریع‌تر به مورد اجرا گذاشته می‌شوند، اما فاقد اهرم‌های مجازات کیفری لازم برای طرح‌های اجباری مستلزم دریافت حق بیمه از کارفرما و کارگر

می‌باشند. ویتنام پس از ۱۵ سال فعالیت، سرانجام "قانون تأمین اجتماعی" را در سال ۲۰۰۶ به تصویب رساند و متن پیش نویس لایحه بیمه اجتماعی سلامت را نیز در مجمع ملی سال ۲۰۰۷ ارائه خواهد نمود.

در کشور مولداوی چنین به نظر می‌رسید که بهره‌مندی از یک چارچوب قانونی مناسب، مهمترین مؤلفه پیشرفت بیمه اجتماعی سلامت می‌باشد. در قانون بیمه اجباری درمان مصوب سال ۱۹۹۸ بر تأسیس مؤسسه ملی بیمه درمان در سال ۲۰۰۱ تأکید شده است؛ به این ترتیب که عملیات مقدماتی باید در سال ۲۰۰۳ در یک منطقه به صورت آزمایشی آغاز گردد و سرانجام در سال ۲۰۰۴ به سراسر کشور تعمیم داده شود. همچنین سیستمی جهت اخذ جریمه در صورت تاخیر در پرداخت حق بیمه نیز در قانون مذکور پیش بینی شده است.

روش‌های پرداخت به مراکز درمانی :

در سال‌های اخیر، گرایش به تغییر روش‌های پرداخت در مراکز درمانی کاملاً مشهود است. به عنوان مثال؛ تغییر رویکرد از سیستم قراردادی تنظیم صورتحساب پرداخت در ازای خدمات به مکانیسم‌های مبتنی بر تعیین قیمت ثابت از قبیل پرداخت سرانه به ازای هر فرد بیمه‌شده، پرداخت به ازای تخت - روز بیمارستان، پرداخت به ازای تعداد مراجعه کنندگان به پذیرش، بودجه عمومی گروه‌های تشخیصی وابسته و همچنین خدماتی که توسط خود طرح ارائه می‌شوند. در حال حاضر، بیشترین تلاش کارشناسان به تغییر روش پرداخت به ازای خدمات معطوف شده است؛ زیرا این روش، مراکز درمانی را به ارائه خدمات غیرضروری جهت افزایش درآمد ترغیب می‌کند. در شرایطی که بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های دولتی بر طبق قوانین حکومتی، مجاز به حفظ کسب درآمد از محل دریافت هزینه از بیماران و منابع بیمه ای هستند و همچنین ضرورتی برای واریز وجوه دریافتی به صندوق دولت وجود ندارد، در نتیجه احتمال ارائه خدمات غیرضروری نیز افزایش می‌یابد.

در بین روش‌های پرداخت مبلغ ثابت، روش پرداخت به ازای مراجعه کنندگان به پذیرش همچنان قابلیت تولید درآمد در راستای افزایش تعداد پرونده‌های مراکز درمانی را دارد. طرح‌های بیمه درمانی به طور معمول از جانب مراکز درمانی به دلیل درخواست بودجه، از سوی بیماران به دلیل درخواست غرامت و با لحاظ نمودن ظرفیت خود طرح برای انجام تعهدات همواره تحت فشار هستند. همچنین با وجود تصمیم‌های بالینی متخصصان درمانی و ضعف اجرایی واحد بازرسی، اثبات ادعاهایی مبنی بر استفاده نادرست و سوء استفاده از امکانات موجود بسیار مشکل است. چنانچه درآمد مراکز درمانی منوط به میزان ارائه خدمات باشد، تضاد بین طرح، مراکز درمانی و بیمه شده گسترش می‌یابد؛ چنانکه این امر در کشورهای مغولستان، ویتنام و فیلیپین نیز رخ داده است. به این ترتیب که مراکز درمانی به ارائه خدمات بیشتر تمایل دارند، بیماران از پرداخت‌های تکمیلی ناراضی هستند و این در حالی است که دارایی و ذخایر طرح‌ها نیز پایان یافته‌اند.

در کشورهای استرالیا، ژاپن و جمهوری کره که از روش پرداخت به ازای خدمات استفاده می‌کنند، راهکارهایی به منظور محدود نمودن پرداخت به برخی از مراکز درمانی خاص جهت جلوگیری از سوء استفاده لحاظ شده است. به طوری که تمامی مراکز درمانی ملزم به تبعیت از جدول‌های هزینه ثابت می‌باشند که براساس توافق بین طرح‌های بیمه درمان و مراکز درمانی تنظیم شده و همواره بر طبق قوانین و مقررات بازنگری می‌شود. برخی از طرح‌ها نیز برای آن دسته از مراکز درمانی که سطح کسب درآمد آنها از منابع وصول حق بیمه بیش از حد معینی باشد، محدودیت‌های مالی تعیین نموده‌اند. این طرح‌ها از سیستم‌های کامپیوتری پیشرفته و گرانقیمتی برای بررسی شکایت‌ها برخوردار هستند که قادر به شناسایی الگوهای ارائه خدمات نامناسب توسط برخی از مراکز درمانی خاص می‌باشد.

برای استقرار سیستم‌های کارآمد بیمه درمان و اجرای چنین فرایندهایی سال‌ها وقت صرف شده است. هر چند تمامی کشورهای فوق‌الذکر هم اکنون در حال تجربه سیستم پرداخت

گروه‌های تشخیصی وابسته به ازای خدمات و مراقبت‌های بیمارستانی هستند، (به ویژه در بیمارستان‌های آموزش دانشگاهی) که انتظار می‌رود این روش به حصول نتایج بهتری در زمینه مدیریت بیماران منتهی گردد و در مدت اقامت بیماران در بیمارستان نیز کاهش یابد.

امروزه طرح‌های جدید بیمه اجتماعی سلامت بیشتر به سوی مکانیسم‌های دیگری از جمله پرداخت سرانه به ازای اعضا معطوف شده اند؛ به طوری که روش پیش پرداخت ضابطه‌مند به مراکز درمانی به نسبت فهرست مشخصی از اعضای طرح و به ازای خدمات درمانی معین در یک دوره زمانی ثابت در تعدادی از کشورهای منطقه کاربرد موفقیت آمیزی داشته است. اداره تامین اجتماعی تایلند، اجرای این روش را از سال ۱۹۹۱ آغاز نمود و تجربه موفقیت آمیز این روش موجب شد که دولت تایلند نیز روش پرداخت سرانه به ازای اعضا را برای پوشش سایر افراد جامعه در طرح "۳۰- بات" به مرحله اجرا بگذارد. در جمهوری دموکراتیک خلق لائوس نیز سازمان تامین اجتماعی که شامل خدمات درمانی و سیستم دولتی بیمه گروهی درمانی می‌شود، از بدو شروع فعالیت همین روش را به کار گرفته است.

برخلاف انتظارهای اولیه، هم اکنون مراکز درمانی اجرای روش پرداخت سرانه به ازای اعضا را به سایر روش‌ها ترجیح می‌دهند. زیرا با استفاده از این روش، مراکز درمانی صرف نظر از ارائه خدمات واقعی به بیمه شدگان، بودجه لازم را قبل از ارائه خدمات دریافت می‌کنند. مدیران بیمارستان‌های دولتی و خصوصی نیز دریافت ضابطه‌مند وجوه نقد از یک منبع خاص را به دریافت پول از بیماران ترجیح می‌دهند. قابلیت پیش بینی میزان وجوه دریافتی و بی نیازی از ارائه خدمات مازاد به بیماران برای کسب درآمد بیشتر از جمله عوامل گرایش مسئولان اجرایی و متخصصان خدمات درمانی به این روش محسوب می‌گردند.

در کشورهایی که از طرح‌های جدید بیمه اجتماعی سلامت بهره مند هستند، به کارگیری هر یک از روش‌های پرداخت، مشکلات خاصی را به دنبال دارد. چنانچه بیمارستان‌های دولتی برای

آغاز فعالیت با کمبود بودجه مواجه باشند، مطمئناً کارکنان کم درآمد که حقوق خود را نیز به صورت نامنظم دریافت می‌کنند، از بیمارانی که هزینه درمان خود را پیشاپیش پرداخت نموده‌اند به خوبی استقبال نخواهند کرد. در چنین طرح‌هایی فرصت دریافت رشوه و زیر میزی به حداقل می‌رسد.

با توجه به این که در روش پرداخت سرانه به ازای اعضا، صرف نظر از احتمال استفاده اعضا از خدمات درمانی، مبلغ معینی برای یک دوره زمانی خاص به مراکز درمانی پرداخت می‌گردد، براساس مذاکره‌ها توافقی در خصوص طرح تخصیص درآمدهای قابل پیش بینی از محل وصول حق بیمه درمان بین کارکنان و مدیران این مراکز، درآمد حاصله موجب افزایش درآمد کارکنان مراکز درمانی خواهد شد. هر چند اجرای این امر در روش پرداخت به ازای خدمات به مراتب مشکل‌تر می‌باشد.

یکی از مهمترین معایب روش پرداخت سرانه به ازای اعضا، احتمال ارائه خدمات غیر مکفی به بیماران است که مستلزم کنترل و نظارت دقیق توسط یک سیستم ارزیابی کیفیت و بهره‌وری می‌باشد. با توجه به این که تضمین کیفیت یکی از ارکان اجتناب‌ناپذیر طرح‌های بیمه درمان به شمار می‌رود، تحقق این امر به فشار مالی بیشتری منجر نخواهد شد. از دیدگاه طرح‌های بیمه درمان، مهمترین محسنات و فوائد این روش عبارتند از: کاهش ضرورت بررسی درخواست‌ها و شکایت‌های پیچیده و مبهم، تفویض کنترل و برآورد هزینه واقعی به مراکز درمانی، استفاده از درآمد حاصله در راستای پاسخگویی به نیازهای واقعی از جمله افزایش سطح درآمد کارکنان مراکز درمانی.

نتیجه گیری:

در این مقاله، ابتدا ویژگی‌ها و مزایای سیستم بیمه اجتماعی سلامت به عنوان راهکار اصلی تامین مالی خدمات درمانی مورد بحث و بررسی قرار گرفتند. این مزایا عبارتند از: ایجاد تعهد از طریق پیش پرداخت، قابلیت پیش بینی درآمد، اثربخشی خرید و ارائه خدمات درمانی و امکان دستیابی به پوشش همگانی از طریق تحت پوشش قرار دادن افراد تحت تکفل بیمه شدگان اصلی. این امر به مثابه کمک به سازمان‌هایی است که هنوز خدمات درمانی را در زمره مزایای تامین اجتماعی لحاظ ننموده‌اند و پاسخ مناسبی برای این دو پرسش ندارند: ۱- آیا طرح‌های خدمات درمانی به عنوان مزایای جدید تامین اجتماعی به افراد تحت پوشش ارائه خواهد شد یا خیر؟ ۲- آیا وزیران بهداشت و درمان باید از طریق تلفیق و ادغام صندوق‌های دولتی مبتنی بر دریافت مالیات با سیستم پرداخت هزینه توسط بیماران و بیمه‌های خصوصی تجاری، مسئولیت تامین مالی خدمات درمانی را به عهده بگیرند؟ پرسش اول باید به اجرای طرح‌هایی منتهی شود که در عمل موجب دستیابی به پوشش همگانی حمایت‌های اجتماعی خواهد شد. گزینه دوم نیز به مفهوم از دست دادن فرصت ایجاد سیستم حمایت‌های اجتماعی وسیع‌تر، مشارکت و همکاری بیشتر با مراکز درمانی جهت ارائه خدمات مطلوب‌تر و کاهش فقر ناشی از هزینه‌های گزاف خدمات درمانی است.

این مقاله همچنین عوامل موثر بر پایداری و کارایی طرح‌های بیمه اجتماعی را نیز مورد بررسی قرار داد. هرچند دامنه این عوامل محدود می‌باشد، اما همین عوامل در شرایط کنونی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. این بخش عمدتاً برافزایش انواع مزایا جهت پاسخگویی به نیازهای جدید ناشی از تغییرات جمعیتی و توسعه فناوری و تجهیزات پزشکی معطوف شده است. مبحث افزایش میزان عضویت در طرح بر راهکارهای بهبود مشارکت از طریق ادغام طرح‌های کوچک با یکدیگر و تحت پوشش قرار دادن افراد محروم از بیمه، متمرکز شده است.

مشارکت با سایر نهادها از جمله عوامل بسیار موثر بر گسترش دامنه پوشش به شمار می‌رود. لازم به ذکر است که تحقق این امر منوط به گرایش طرح‌های بیمه اجتماعی به مشارکت با هدف گسترش دامنه پوشش و دستیابی به پوشش همگانی است. هر چند، طرح‌های موجود در مرحله اجرا با این پرسش مواجه خواهند شد: آیا با لحاظ نمودن خدمات درمانی به عنوان یکی از مزایای تامین اجتماعی برای تمامی اقشار جامعه، افراد خویش فرما و شاغلان در بخش اقتصاد غیررسمی باید صرفاً از مزایای کوتاه مدت خدمات درمانی استفاده کنند یا می‌توانند از تمامی مزایای تامین اجتماعی بهره‌مند گردند؟ این پرسش به ویژه در کشورهایی مطرح می‌شود که اکثریت قریب به اتفاق نیروی کار در بخش اقتصاد غیررسمی شاغل هستند و اهمیت دستیابی به خدمات درمانی به منزله پیشگیری از فقر و سرعت بخشیدن به رشد اقتصادی محسوب می‌شود.

در این مقاله، همچنین مؤلفه‌های ضروری نهادینه نمودن پذیرش و اجرای قوانین به عنوان محور اصلی ثبات مالی طرح‌های تامین اجتماعی مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. تدوین مطلوب قوانین و مقررات تامین اجتماعی مستلزم انعکاس دغدغه و نگرانی‌ها در خصوص توسعه طرح‌های بیمه درمان با لحاظ نمودن دامنه وسیعی از اهداف مختلف می‌باشد و صرفاً ایجاد راهکارهای تامین مالی ثمربخش نخواهد بود. بنابراین، اهداف مورد نظر عبارتند از: دسترسی عادلانه مزایاگیران به خدمات درمانی، ارتقای سطح کارایی مراکز درمانی و بهبود کیفیت خدمات درمانی.

در بررسی روش‌های پرداخت به مراکز درمانی، روش پرداخت سرانه به ازای اعضا به دلیل قابلیت پیش بینی درآمد مراکز درمانی دولتی و امکان افزایش درآمد کارکنان این مراکز به عنوان گزینه منتخب شناخته شد.

آگاهی و قابلیت تغییر از جمله عناصر مشترک در تمامی موارد فوق الذکر می‌باشند. دستیابی به پایداری و اثربخشی، فرایندی پویا و متحول است که مستلزم تغییرات مستمر می‌باشد. سیستم‌های

بیمه اجتماعی، در وهله اول نیازمند تمایل به تغییر و سپس نیازمند کسب اطلاعات از سیستم‌های متفاوت بیمه اجتماعی، توسعه ملی و تجربه‌های بین‌المللی هستند که این اطلاعات در مجموع به تصمیم‌گیری‌های اثر بخش منتهی خواهد شد.

