

چشم‌انداز رفاه اجتماعی در جهان امروز

گردآوری و ترجمه دکتر ناصر موفقیان



در این شماره:

- تندرستی و بیماری، چند تعریف و پیامدهای اقتصادی، حقوقی و سیاسی آنها
- کارت اروپایی بیمه درمانی
- چین: مراقبت‌های درمانی برای فردا
- امکانات بالقوه و خطرهای احتمالی بیمه‌های درمانی خصوصی
- ایمنی و بهداشت کار
- پیام‌هایی برای تمام کشورهای فقیر و ثروتمند
- سلامت بیمه‌های درمانی خصوصی
- اقتصاد بهداشت و درمان
- تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان

تندرستی و بیماری

چند تعریف و پیامدهای اقتصادی، حقوقی و سیاسی آنها

سلامت اصیل تنها به معنای «بیمار نبودن» نیست...

کندوکاوی هر چند سطحی در تحول مفهوم‌هایی همچون تندرستی و بیماری نشان‌دهنده آن است که دست کم تا آخرین دهه قرن گذشته میلادی، اصطلاح «تندرستی» یا «سلامت» هنوز نقش حساس و اندیشه‌سازی در عرصه سیاسی و همچنین در ذهنیات انفرادی مردم جهان به خود نگرفته بود. ولی در نخستین دهه پس از جنگ جهانی دوم مفهوم تندرستی و سلامت به دلایل گوناگون اجتماعی و اقتصادی - به ویژه در جامعه‌هایی که به چرخه بی‌امان رشد اقتصادی پای نهاده بودند - به صورت یکی از هدف‌های بسیار مهم توسعه اجتماعی درآمد. فعالیت‌های مرتبط با پزشکی و مبارزه با بیماری‌ها در خط مقدم ضرورت‌های فوری جامعه‌های پیشرو قرار گرفتند.

در چنین شرایطی بود که حال و هوای کلی بسیاری از جامعه‌های اروپایی کیفیتی «پزشکی» و «درمانی» به خود گرفت، به نحوی که مشروع‌ترین و بحث‌ناپذیرترین کلام‌ها همانا کلام پزشکان و دیگر مسئولان امور درمانی بود.

ولی در جریان دهه بعد - دهه پنجاه میلادی - با آنکه این فضای حاکم و رقابت‌ناپذیر همچنان بر اولویت و تقدم بی‌چون و چرای مفهوم پزشک و درمان حکم می‌کرد - رفته رفته نگرش‌های دیگری هم پدیدار گشت که به موجب آنها مسائل تندرستی و بیماری را می‌شد، صرف‌نظر از گفتمان پزشکی رایج در آن زمان، در قالب نوعی اندیشه جمعی پربار و منسجم هم مطرح کرد.

از سوی دیگر، نخستین کشمکش‌هایی که به ویژه در کشورهای اروپایی و فضای سیاست‌زده و پرتعارض آنها بین مدافعان نظریه‌های مختلف تأمین اجتماعی و ساختارهای درمانی و دارویی موجود پیش‌آمده بود، برخی از پزشکان صاحب‌نظر و فراخ‌اندیشه را بر آن داشت که پا را از موضع انحصاری آرا و افکار خود فراتر نهند و پرسش‌های بی‌پاسخی را که

در مورد روابط اجتماعی و اقتصادی آنها با بیمارانشان پیش‌آمده بود، مورد توجه و بررسی قرار دهند.

در چنین شرایطی بود که رفته‌رفته نخستین پژوهش‌ها و بررسی‌های جامعه‌شناسان به صحنه برخورد آرا و اندیشه‌های اجتماعی راه یافتند و به نوبه خود توانستند نگرش‌ها و استنباط‌های خاص بیماران و مراجعان به درمانگاه‌ها و بیمارستان را هم بازتاب دهند. بدین ترتیب، در طی دهه‌های بعدی، گفتمان مستقل بیماران نیز از طریق گروه‌های دیگری از پژوهشگران و نظریه‌پردازان پدید آمد و در ارتباط با گفتمان پزشکان شالوده‌های تحولات بعدی را در حقوق و تکالیف متقابل پزشکان و بیماران استوار ساخت.

در متن چنین تحولاتی بود که تعریف و توصیف‌های تازه‌ای در مورد مفاهیم تندرستی، بیماری، سلامت جسمانی، سلامت روانی، رفاه اجتماعی و دیگر مباحث مربوط به زندگی اجتماعی و زیست طبیعی افراد شکل گرفت و به مناسبت‌های مختلف از سوی مراجع صلاحیت‌دار بین‌المللی در عرصه جهان مطرح شد.

چند تعریف برای چند مفهوم

آنچه در زیر خواهد آمد، مرور مختصری است بر پاره‌ای از مفاهیم امروزی حوزه بهداشت و درمان، آن‌گونه که از سوی «سازمان جهانی بهداشت» وابسته به سازمان ملل متحد یا دیگر مراجع بین‌المللی صلاحیت‌دار مورد پذیرش و کاربرد قرار گرفته است:

• تندرستی^۱

تندرستی یا سلامت به معنای حالتی از خوبی و خوشی جسمانی و ذهنی و اجتماعی است و تنها به معنای بیمار نبودن و فقدان معلولیت نیست.

این تعریف همان است که در پیشگفتار اساسنامه سال ۱۹۴۶ «سازمان جهانی بهداشت»^۲ آمده است. این تعریف که از سال ۱۹۴۶ تاکنون تغییر نیافته بدان معنا است که تمام نیازهای اساسی شخص باید برآورد شود، صرف‌نظر از آنکه این نیازها عاطفی باشند یا بهداشتی،

1. Health

2. Health World Organisation (HWO)

غذایی، اجتماعی یا فرهنگی و از مرحله جنین، یا حتی از مرحله شکل‌گیری نطفه تا مرحله انسان سالمند.

مضمون این تعریف را باید نوعی «هدف» دانست که ممکن است از سوی بعضی‌ها به خیال‌پردازی تعبیر شود، زیرا که بر حسب چنین تعریفی، حتی در کشورهای پیشرفته هم ۷۰ تا ۹۰٪ از مردم را باید به عنوان ناسالم یا بیمار طبقه‌بندی کرد. پاره‌ای از صاحب‌نظران در این زمینه معتقدند که برای مقاصد عملی شاید بهتر باشد که تعریف ارائه شده از سوی رنه دوبو، جامعه‌شناس فرانسوی را بپذیریم: «حالت جسمانی و روانی نسبتاً عاری از ناراحتی و درد و رنج که به شخص امکان دهد به مدتی هر چه طولانی‌تر در محیطی که به طور ارادی یا تصادفی انتخاب کرده است به کار و زندگی پردازد». در این تعریف، تندرستی به عنوان همگرایی دو مفهوم خودمختاری و رفاه کلی در نظر گرفته شده است.

به طور کلی می‌توان گفت که تندرستی و سلامت یعنی اینکه همه چیز درست و مرتب کار کند، چه جسم، چه جان و روان، در این زمینه به سلامت ذهنی و سلامت تولیدمثل نیز اشاره کرده‌اند.

• بیماری‌ها، زخم‌ها و معلولیت‌های پیدا و ناپیدا

واقعیت آن است که تندرستی را نمی‌توان الزاماً نتیجه مستقیم «بیمار نبودن» دانست، زیرا نمونه‌های زیادی وجود دارد از اشخاصی که حامل یا قبلاً به آسیب‌ها و نقص‌های جسمانی هستند ولی در حالت سلامت به سر می‌برند زیرا بیماری آنها به وسیله نوعی درمان مؤثر تحت کنترل درآمده است. به عنوان مثال، می‌توان یادآور شد که از میانه قرن نوزدهم میلادی، متخصصان بیماری دیابت (مرض قند) از اصطلاح «سلامت انسولین» استفاده می‌کردند (که اشاره‌ای است به بازگشت بیمار مبتلا به مرض قند به حالت عادی در اثر استعمال مداوم دارویی به نام انسولین که در واقع جانشین هورمونی به همین نام می‌شود که از غده لوزالمعده ترشح می‌شود و میزان قند خون را تنظیم می‌کند).

امروزه، این حالت در کشورهای پیشرفته حتی اکثریت یافته است، زیرا از سنین معینی به بعد کمتر می‌توان افرادی را یافت که به مثلاً فشار خون یا بعضی اختلال‌های بینایی (مانند پیرچشمی، نزدیک‌بینی یا دوربینی) مبتلا نباشند. از سوی دیگر، بعضی از بیماری‌ها هستند که ممکن است تا مدت‌های طولانی نشانه‌ای از آنها دیده نشود. به همین دلیل که افراد مبتلا به

چنین بیماری‌هایی تا مدت‌های دراز خود را سالم و تندرست احساس می‌کنند، حال آنکه در واقع چنین نیست.

• تندرستی عمومی

اصطلاح تندرستی یا سلامت عمومی در برگیرنده مجموع وسایل و امکانات همگانی است که می‌توانند و باید سلامت همگانی را تضمین کنند و شرایط زندگی را بهبود بخشند. سازماندهی این گونه امکانات و شرایط تا قرن نوزدهم به طور کلی وابسته به ابتکارها و خدمات بخش خصوصی بود و در این زمینه نقش نهادهای مذهبی بسیار برجسته و چشمگیر بود، زیرا کمک به بیماران یکی از مهم‌ترین انواع امور خیریه محسوب می‌شد. از سوی دیگر پس از دوران مشهور به عصر روشنگری، بیماری و ناخوشی به تدریج کیفیت تقدیرگونه خود را از دست داد و پیکر آدمی به صورت موضوعی قابل بحث و بررسی درآمد این حرکت در آغاز در محافل نخبگان جامعه پدید آمد و بعد به تدریج به کل جامعه تسری یافت. سرانجام از اوایل قرن بیستم مسئله تندرستی و سلامت عمومی مبدل به حق مشخص شد که دولت می‌بایست آن را تضمین کند.

توسعه صنعتی دومین عاملی بود که در گسترش سلامت همگانی مؤثر واقع شد: از یک سو به این دلیل ساده که بهره‌وری نیروی انسانی شاغل در صنایع اهمیتی حیاتی یافته بود و از سوی دیگر، به دلیل ترس صاحبان صنایع از شورش‌ها و اعتصاب‌های کارگری و سرانجام، جنگ‌های جهانی اول (۱۸-۱۹۱۴) و دوم (۴۵-۱۹۳۹) پیامدهایی به بار آوردند که دولت‌ها را وادار ساخت که سیاست‌های مشخصی برای سازماندهی کمک‌های اجتماعی در پیش گیرند و برنامه‌های گوناگونی برای تأمین هزینه‌های بهداشتی و درمانی کل جامعه تدوین کنند. مجموعه این گونه تعهدات مالی و عملیاتی دولت‌ها بود که مفهوم «دولت مآل‌اندیش» یا «دولت سبب‌ساز» را به وجود آورد- به معنای دولتی که باید حلال تمام مسائل و مشکلات اجتماعی مردم خود باشد.

مفهوم «تندرستی همگانی» یا «سلامت عمومی» چند زمینه مختلف را در برمی‌گیرد:

- مدیریت حرکت‌های سازمان داده شده برای پیشگیری از بیماری‌ها؛
- سازماندهی شبکه‌های درمانی: کمک‌های اولیه، بیمارستان‌ها، پزشکان آزاد و...؛

- تأثیرگذاری بر بخش‌های دیگر جامعه برای ارتقای سطح تندرستی (اقتصاد، مدارس، وسایل نقلیه، مسکن، محیط زیست، شیوه زندگی و غیره...)
- آموزش کارکنان امور پزشکی و پیراپزشکی؛
- تأمین اجتماعی و بیمه‌های بیماری؛
- تحقیقات علمی و فنی در زمینه‌های پزشکی و داروسازی.

• بهداشت

بهداشت به معنای مجموع رفتارها و کردارهای مؤثر در حفظ تندرستی افراد. در زمینه تندرستی و بهداشت اعتقادات و باورهای نادرستی وجود دارد (که مورد سوءاستفاده بعضی از سازندگان لوازم بهداشتی قرار می‌گیرد). در حقیقت، سلامت و تندرستی اصیل به معنای حالتی است که با رعایت بعضی رفتارها و عملکردهای بهداشتی حاصل می‌گردد. ساده‌لوحانه خواهد بود اگر بپذیریم که ریشه‌کن کردن تمام موجودات ذره‌بینی محیط زیست مان به بهانه ناپیدا بودن یا «بسیار زشت بودن» برای حفظ سلامت مان مفید خواهد بود. بعضی از همین موجودات ذره‌بینی یا ناپیدا برای گوارش غذا لازم‌اند. برهم زدن تعادل طبیعی موجود بین انواع گوناگون عناصر زیست محیطی پیامدهای ناگوار به بار می‌آورد، از جمله بعضی آلرژی‌ها یا حتی خطر مرگ در اثر تغییر محیط زیست، مثلاً در اثر یک مسافرت ساده به خارج. بنابراین، بهداشت واقعی به معنای مبارزه با آن گروه از عوامل محیطی است که ممکن است برای حفظ تندرستی زیانمند باشند، مانند آلودگی‌های صنعتی و شیمیایی. باید خاطرنشان ساخت که بهبود شرایط بهداشتی به طرز شگفت‌انگیز موجبات ظهور بیماری‌هایی مانند فلج اطفال^۱ شده است.

• شیوه زندگی

امروزه به درجه‌ای از آگاهی رسیده‌ایم که می‌دانیم بسیاری از عوامل خطر آفرین ارتباط انکارناپذیری با شیوه زندگی افراد دارند. بعضی از انواع بدن‌سازی‌ها، رژیم‌های لاغری، فعالیت‌های جسمانی، تغذیه، اعتیاد به مواد مخدر و .. بر تندرستی افراد تأثیر می‌نهند:

- تغذیه: خوراکی‌ها، عناصر چرب.

- محصولات بهداشتی: کرم‌های آفتابی، خمیردندان‌ها، صابون‌های مایع.
- اعتیادها: الکل، توتون، کوکائین، تریاک، آرام‌بخش‌ها و مسکن‌ها، «بهداشت‌گرایی اخلاقی» (که نباید آن را با درمان‌های سنتی اشتباه گرفت).

مکتبی است که در قرن نوزدهم به وسیله هربرت شلتون پایه‌گذاری شد، آئینی است که به موجب آن «مبارزه یا بی‌مبالاتی‌های اخلاقی و رفتاری» بهترین راه برای تضمین تندرستی است. همین جریان فکری بود که، به عنوان مثال، در قرن نوزدهم مبارزه بر ضد بیماری‌های مقاربتی و الکلیسم را به عنوان اولویت ملی اعلام کرد. باز هم همین مکتب بود که اعلام داشت چاقی زیاد از حد افراد فربه به دلیل پرخوری و کم‌تحرکی آنها است، یا آنکه شخص معتاد به دخانیت اراده خود را تعطیل کرده است. جالب توجه است که امروزه شاهد بازگشت پیروزمندانانه همین مکتب هستیم: به نام حفظ تندرستی همگانی، بسیاری از کشورها سیاست‌های اطلاعاتی و آموزشی گسترده‌ای را برای بهبود بهداشت و تندرستی شهروندان خود برگزیده‌اند و با استفاده از رسانه‌های جمعی حداکثر تلاش را برای ایجاد حساسیت‌های مؤثر در برابر مواد و رفتارهای آسیب‌زا به عمل می‌آورند.



الزام‌های سیاسی، حقوقی و اقتصادی

مبالغی که در سراسر دنیا برای حفظ تندرستی مردم سرمایه‌گذاری می‌شود به میزان قابل توجهی رسیده است. به عنوان مثال، در سال ۲۰۰۲ بازار جهانی داروهای چینی در حدود ۳۳۰/۳ میلیارد دلار بوده است (در برابر ۲۲۰ میلیارد در سال ۱۹۹۲) و مصرف مواد دارویی با رشدی سریع تر از تولید ناخالص داخلی کشورهای توسعه یافته افزایش می‌یابد.

بحران‌های بهداشتی، مانند بعضی آلودگی‌های واگیردار، هزینه‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی بسیار سنگینی به بار می‌آورند. و در اینجا بد نیست یادآور شویم که «سازمان جهانی بهداشت» (وابسته به سازمان ملل متحد) برای آن پایه‌گذاری شده است که بیماری‌های واگیرداری مانند «گریپ اسپانیایی» با آن عوارض هولناک دیگر پدید نیابد. (۳۰ تا ۱۰۰ میلیون مرگ و میر برحسب منافع مختلف).

چنین است که تندرستی همگانی در عمل به پوششی حقوقی دست یافته است و مقررات و آئین‌نامه‌های آن از سوی «سازمان جهانی بهداشت» یا «سازمان جهانی خواروبار و کشاورزی» که هر دو از کارگزاران سازمان ملل متحد هستند تدوین می‌شود و به اجرا در می‌آید. اتحادیه اروپا نیز به نوبه خود دستورالعمل‌ها، آئین‌نامه‌ها و تصمیم‌گیری‌هایی برای حفاظت از تندرستی مصرف‌کنندگان یا حیوانات ذبح شده برای مصرف به عمل آورده و به اجرا گذاشته است.

علاوه بر همه اینها، بسیاری از کشورهای پیشرفته در چارچوب مرزهای ملی خود نیز قوانین و مقررات ویژه‌ای برای تأمین بهداشت و تندرستی همگانی تدوین کرده‌اند و به اجرا گذاشته‌اند. به عنوان نمونه، می‌توان به «قانون تندرستی و بهداشت همگانی» کشور فرانسه اشاره کرد که از ماه مه ۲۰۰۳ به اجرا درآمده است. در ماده ۱-۱۰ این قانون آمده است که، «تمام امکانات موجود و مورد نیاز هر شهروند کشور باید برای حمایت از تندرستی او به وسیله متخصصان رسمی، نهادها و شبکه‌های پزشکی و درمانی و همچنین به وسیله سازمان‌هایی بیمه درمانی یا هرنوع سازمان دیگری که در پیشگیری و درمان بیماری‌ها نقش داشته باشد به کار گرفته شود. مقامات مسئول امور بهداشتی باید با مشارکت کاربران حداکثر دقت را به عمل بیاورند. تا تمام مراقبت‌های لازم برای شخص بیمار، با تأمین برابری کامل دستیابی به تجهیزات و امکانات مورد نیاز، صورت پذیرد.» □

کارت اروپایی بیمه درمانی

آیا سفری کوتاه مدت به اروپا در پیش دارید؟ فراموش نکنید که پیش از حرکت «کارت اروپایی بیمه درمانی» را دریافت دارید. این کارت به شما امکان خواهد داد که از تمام مراقبت‌های پزشکی و درمانی احتمالی در مدت سفر به هزینه کشور میزبان بهره‌مند شوید.

«کارت اروپایی بیمه درمانی» چیست؟

«کارت اروپایی بیمه درمانی»^۱ مدرکی است که به شما امکان می‌دهد که در سفرهای کوتاه مدت به کشورهای عضو اتحادیه اروپا از بیمه درمانی استفاده کنید و در مدت سفر یا

1. Carte Européenne D'assurance maladie /European Card of health insurance.

اقامت غیردائمی خود در اروپا به هر دلیل که باشد (گذراندن تعطیلات، سفرهای تفریحی، گذراندن دوره‌های آموزشی یا دوره‌های کار آموزشی، مأموریت‌های اداری و حرفه‌ای، امور بازرگانی و ...) هزینه‌های پزشکی و دارویی خود را از طریق بیمه‌های درمانی خاص مستهلک سازید، البته در صورت رعایت کامل تشریفات اداری و قانونی رایج در کشور مورد نظر. کارت اروپایی بیمه درمانی نوعی پروانه انفرادی و نامدار است. از این نظر، هر یک از افراد خانواده باید کارت ویژه خود را در دست داشته باشد، حتی فرزندان زیر ۱۶ سال. کارت اروپایی بیمه درمانی دارای اعتبار یک سال است، و رایگان. نکته قابل توجه:

- «کارت اروپایی بیمه درمانی» به طور قطعی جانشین فرم E111 و دیگر فرم‌های رایج است (E128, E119, E110) که تاکنون در طول سفرهای کوتاه‌مدت در اروپا مورد استفاده قرار می‌گرفت.
- «کارت اروپایی بیمه درمانی» جایگزین دیگر کارت‌های اجتماعی رایج در کشورهای اروپایی نمی‌شود و یک وسیله پرداخت هم نیست.
- «کارت اروپایی بیمه درمانی» خود به خود به افراد تعلق نمی‌گیرد و برای دریافت آن باید تقاضا نامه لازم را به صندوق بیمه درمانی خاص خودتان ارسال دارید.



«کارت اروپایی بیمه درمانی» چه اطلاعاتی در بردارد؟

اطلاعاتی که روی کارت اروپایی بیمه درمانی نوشته شده به قرار زیر است:

- نام و نام‌خانوادگی، تاریخ تولد و شماره تأمین اجتماعی دارنده کارت
- شماره و تاریخ انقضای کارت
- «کد» کشور صادرکننده کارت
- شماره شناسایی نهاد بیمه‌گر

قابل توجه

- کارت اروپایی بیمه درمانی فقط حاوی همان اطلاعاتی است که روی آن نوشته شده و شما می‌توانید آن را بخوانید.

○ کارت اروپایی بیمه درمانی هیچ گونه اطلاع پزشکی در بر ندارد.



کارت اروپایی بیمه درمانی را چگونه به دست بیاوریم؟

کارت اروپایی بیمه درمانی خود به خود به شما تعلق نمی گیرد: برای دریافت آن، شما باید دست کم دو هفته پیش از سفر خود به صندوق بیمه درمانی خود مراجعه کنید، و در هر صورت زمان لازم برای صدور کارت و ارسال آن به وسیله پست را در نظر بگیرید.

برای درخواست کارت اروپایی بیمه درمانی می توانید از طریق تلفن یا از طریق مراجعه مستقیم به صندوق بیمه درمانی خود، یا از طریق اینترنت اقدام کنید.

به طور معمول، کارت اروپایی بیمه درمانی را از طریق پست در محل اقامت خود دریافت خواهید داشت.

قابل توجه

- کارت اروپایی بیمه درمانی کاملاً انفرادی است: فراموش نفرمائید که برای هر یک از اعضای خانواده خودتان (حتی فرزندان زیر ۱۶ سال) باید کارت جداگانه دریافت دارید.
- برای تقاضای کارت هیچ گونه سند خاصی لازم نیست: صندوق بیمه درمانی شما تمام اطلاعات لازم برای صدور کارت را در اختیار دارد.
- در صورتی که نتوانید کارت اروپایی بیمه درمانی را در فرصت لازم دریافت دارید، صندوق بیمه درمانی شما به جای آن گواهینامه موقت سه ماهه ای به شما خواهد داد که در صورت لزوم خواهید توانست آن را در همان شرایطی که برای کارت اروپایی بیمه درمانی ذکر شده است مورد بهره برداری قرار دهید.



«کارت اروپایی و بیمه درمانی» را در چه کشورهایی می توانید مورد استفاده

قرار دهید؟

شما می توانید کارت اروپایی بیمه درمانی خود یا گواهینامه موقت جانشین آن را در کشورهای زیر مورد استفاده قرار دهید:

- در تمام کشورهای عضو اتحادیه اروپا: آلمان، اتریش، بلژیک، قبرس، دانمارک، اسپانیا، استونی، فنلاند، یونان، مجارستان، ایرلند، ایتالیا، لتونی، لیتوانی، لوگزامبورگ، مالت، هلند، لهستان، پرتغال، جمهوری چک، بریتانیا، اسلواکی، اسلونی، سوئد، فرانسه و همچنین در ایسلند، لیتختین شاین، نروژ و سوئیس.



«کارت اروپایی بیمه درمانی» را چگونه باید به کار گرفت؟

«کارت اروپایی بیمه درمانی» یا گواهینامه موقت جانشین آن نشان‌دهنده حقوق قانونی شما برای استفاده از بیمه‌های درمانی در مدت سفرهای کوتاه‌مدت در اروپا است. این کارت به شما امکان خواهد داد که در صورت بیماری یا بستری شدن در طول سفر کوتاه‌مدت خود در اروپا از حقوقی که به شما تعلق می‌گیرد استفاده کنید. بدین ترتیب، در صورت لزوم خواهید توانست، ضمن سفرهای کوتاه‌مدت، از مراقبت‌های پزشکی و درمانی لازم بهره‌مند شوید و تمام هزینه‌های پزشکی و داروی شما طبق مقررات اجتماعی و تشریفات قانونی رایج در کشور میزبان پرداخت خواهد شد.



یادآوری نهایی

«کارت اروپایی بیمه درمانی» یک وسیله پرداخت نیست.

در صورت فراموش کردن کارت اروپایی بیمه درمانی چه باید کرد؟

چنانچه در مدت سفر کوتاه‌مدت خود نیاز به مراقبت‌های پزشکی و درمانی پیدا کنید، باید خودتان تمام هزینه‌های مربوط را در محل بپردازید.

با این حال، تمام رسیده‌ها، صورتحساب‌ها و گواهی‌های پرداخت، مربوط به هزینه‌های درمانی خود را حفظ کنید و پس از بازگشت به کشور خود، آنها را به صندوق بیمه‌های درمانی خود تسلیم دارید. □

چین:

مراقبت‌های درمانی برای فردا

آیا خصوصی‌سازی بیمه‌های درمانی آخرین راه حل است؟

جمهوری خلق چین در ماه آوریل ۲۰۰۵ نخستین شرکت بیمه‌های درمانی خود را با عنوان «شرکت بیمه درمانی خلق چین با مسئولیت محدود» در پایتخت کشور، بیجینگ، افتتاح کرد. این شرکت بیمه‌های درمانی که سازمان مرکزی خود را در پایتخت مستقر کرده‌است، نوعی نهاد مشترک است که با سرمایه ثبت شده یک میلیارد یوآن (واحد پول چین) به فعالیت می‌پردازد.

۵۱ درصد از سهام این شرکت متعلق است به «شرکت بیمه عمر چین با مسئولیت محدود» که بزرگترین شرکت بیمه عمر در کشور است. ۱۹ درصد از سهام نیز متعلق به بزرگترین شرکت اروپایی بیمه‌های درمانی چرمن دکاو - است و بقیه سهام را هم در اختیار سه شرکت داخلی قرار داده‌اند.

مراقبت‌های درمانی نابرابر و پرهزینه

شرکت جدید سه نوع بیمه درمانی را می‌پذیرد که به ترتیب در زمینه‌هایی چون درمان‌های پزشکی، بیماری‌های وخیم و آسیب‌های ناشی از حوادث فعالیت دارند.

«کمیسیون تنظیم امور بیمه» در چین که نظارت بر سازمان‌های بیمه را بر عهده دارد، تاکنون این پنج شرکت نیمه‌خصوصی را به تصویب رسانده است که پس از «شرکت بیمه‌های درمانی چین» به تدبیر وارد عمل خواهند شد.

چنان که از منابع اطلاعاتی موجود بر می‌آید، شرکت‌های بیمه عمر و بیمه دارایی‌ها در چین همگی بیمه‌های درمانی را هم در ردیف فعالیت‌های جاری خود قرار داده‌اند. در سال گذشته درآمد خالص بیمه‌های درمانی در چین بالغ بر ۲۵/۹۹ میلیارد یوآن بوده است، که یعنی ۷/۴۲ درصد بیشتر از سال قبل (یک دلار آمریکا = ۸/۲۷ یوآن).

بخش بیمه‌های درمانی چین با تمام تلاش‌هایی که به ویژه از پنج سال پیش برای دگرگون سازی کامل بیمه‌ها صورت گرفته‌است، هنوز هم دوران کودکی خود را می‌گذراند. در ظرف این مدت دولت چین سازمان‌های بیمه‌گر را تشویق کرده است که بخش بیمه‌های درمانی را هرچه بیشتر توسعه دهند و در ضمن، کوشش به عمل می‌آید که نظام رفاهی بازمانده از گذشته را به سرعت متحول سازند، به نحوی که خانوارها عادت کنند رفته رفته چشم از دولت بردارند و بیمه‌های مورد نیاز خود را به طور مستقیم از شرکت‌های بیمه تجارتي خریداری نمایند.

به گفته وی بینگ نینگ، معاون رئیس کمیسیون تنظیم امور بیمه‌ها، «با آنکه از دهه ۱۹۸۰ به این طرف، تحول بزرگی در بخش بیمه‌های درمانی پدید آمده است، در قیاس با بازارهای توسعه یافته هنوز هم بازار بیمه در چین مراحل ابتدایی خود را می‌پیماید».

براساس آمار ارائه شده از سوی کمیسیون تنظیم امور بیمه‌ها، حق بیمه‌های حاصل از فروش بیمه‌های درمانی در خاک اصلی چین در سال گذشته به ۳۲/۱ میلیارد یوآن می‌رسید (=۳/۸۷ میلیارد دلار) حال آنکه در سال قبل این رقم از ۲۲/۲۷ میلیارد یوآن تجاوز نمی‌کرد. با این همه، از مجموع ۱/۳ میلیارد جمعیت سرزمین اصلی چین فقط ۳ درصد آنها از مزایای بیمه نامه‌های خریدار شده بهره‌مند می‌شوند، حال آنکه در ایالات متحد آمریکا، به طول مثال، این گروه اخیر ۶۳ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند.

استقبال مردم از خرید بیمه؟

از آنجا که خدمات ناشی از بیمه‌های درمانی و بیمه عمر از نظر تجارتي ماهیتی متفاوت دارند، شرکت‌های بیمه در چین سعی دارند که با برنامه‌ریزی‌های جداگانه شرکت‌های بیمه درمانی را مستقل از دیگر انواع بیمه‌ها سازمان دهند.

به عنوان نمونه شرکت جدید بیمه عمر در واقع نخستین شرکت معتبر بیمه عمر است که تصمیم دارد پس از کسب موافقت «کمیسیون تنظیم» شرکت تازه‌ای به وجود بیاورد که منحصراً به بیمه‌های درمانی بپردازند.

ولی، در حال حاضر، ۲۹ شرکت بیمه عمر و ۸ شرکت بیمه اموال و دارایی‌ها در چین به فروش بیمه‌های درمانی نیز می‌پردازند.

به گفته وانگ گولیانگ، رئیس شرکت چینی بیمه حوضه اقیانوس آرام (گروه)، «تجارت بیمه‌های درمانی نقش مهمی در نظام تأمین اجتماعی چین امروز ایفا می‌نماید، ویژه آنکه به

موازات رشد اقتصادی مداوم چین، استقبال مردم از بیمه‌های درمانی هم روزبه‌روز بیشتر می‌شود، به نحوی که در سال گذشته شرکت ما ۲/۰۲ میلیارد یوان تنها از بابت فروش بیمه‌های درمانی به دست آورد که در حدود ۷/۲۶ درصد کل فروش بیمه عمر شرکت را تشکیل می‌دهد. با این حال، ما مشغول طراحی مقررات ناظر بر تجارت بیمه‌های درمانی هستیم تا هر چه زودتر به طور اختصاصی به عرصه بیمه‌های درمانی وارد شویم.

در زمینه تحولات و اصلاحات به ظاهر تدریجی ولی کاملاً دگرگون ساز نظام بیمه‌های درمانی در چین، شاید سخنرانی اخیر (۸ سپتامبر ۲۰۰۲) آقای ژیفووانگ، معاون وزارت بهداشت و درمان جمهوری خلق چین، در دانشکده پزشکی دانشگاه هاروارد آمریکا گویاتر از اخبار و اطلاعات پراکنده‌ای باشد که از گوشه و کنار به گوش می‌رسد. نکات برجسته این سخنرانی را که با عنوان «مراقبت‌های درمانی برای فردا» ایراد شده است در زیر به نظر علاقه‌مندان می‌رسانیم:

«مراقبت‌های درمانی در جمهوری خلق چین نابرابر و زیاده از حد پرهزینه است و کافی هم نیست، ولی دولت چین به تمام این مسائل آگاه است و حرکتی اساسی برای رویارویی با آنها را در پیش گرفته است. در ظرف دو دهه گذشته اصلاحات گوناگونی در این عرصه به عمل آمده است ولی صادقانه باید گفت که تاثیر این رفع و رجوع‌ها چندان چشمگیر نبوده است.»

«ترکیب اصلاحات به عمل آمده در زمینه بازار، از یک سو، و سیل مهاجرت‌های روستایی به مناطق شهری چین به دلیل صنعتی شدن اقتصاد کشور، موجب پدید آمدن نظام خاصی شده است که بیشتر به نظام پرداخت حق‌الزحمه در برابر دریافت خدمات پزشکی و درمانی است، بدین معنا که مراجعان و بیماران هزینه‌های درمان را از جیب خود می‌پردازند - البته با تفاوت‌های کیفی و کمی در میان گروه‌های کم درآمد و پردرآمد، از یک سو و میان جمعیت‌های روستایی شهری، از سوی دیگر.»

«هم‌اکنون، ما در میانه‌گذار از مرحله‌ای به مرحله دیگر نظام اجتماعی خود هستیم که تاثیراتی منفی بر مراقبت‌های درمانی برجای می‌گذارند. نظام مراقبت‌های درمانی ما هنوز راه‌درازی در پیش دارد تا سرانجام هم برای همگان قابل دسترسی باشد و هم قابل تحمل. ما هنوز هم در زمینه دستیابی به خدمات درمانی و همچنین در زمینه مسائل مالی ناشی از این خدمات با سد و بندهای گوناگونی روبرو هستیم.»

«صدای اعتراض و ناخرسندی مردم از نظام کنونی بیمه‌های درمانی روز به روز رساتر می‌شود، و این ناخرسندی همچون اهرمی است که دولت را وادار می‌سازد در زمینه اصلاحات بنیادین نظام بیمه‌های درمانی شتاب بیشتری به خرج دهد.»

«چین در طول ۵۰ سال گذشته پیشرفت‌هایی در زمینه مراقبت‌های درمانی داشته است، ولی می‌پذیرد که تحولات دیگری هم ضرورت دارد.»

غیرمنصفانه‌ترین نظام بیمه‌های درمانی

«در سال ۲۰۰۳ میلادی، آمار و ارقام سازمان ملل متحد کشور چین را از نظر خدمات بهداشتی و درمانی در ردیف شصت و یکم از ۱۹۲ کشور عضو قرار داده بود و «سازمان جهانی بهداشت» وابسته به ملل متحد نیز می‌گفت که کشور چین دارای یکی از غیرمنصفانه‌ترین نظام‌های بهداشت و درمان در دنیاست.»

«یکی از دلایل این اظهارنظرها، نظام مشهور «حق‌الزحمه در برابر خدمت»^۱ است که به موجب آن در کشور چین ۵۶ درصد از هزینه‌های درمانی به طور مستقیم از جیب بیماران پرداخته می‌شود، و بیمه‌های درمانی دولتی یا خصوصی نقشی در این زمینه بر عهده ندارند. ولی اکنون یکی از قانون‌های تازه‌ای که در زمینه مراقبت‌های درمانی در دست تدوین است بنا را بر آن نهاده است که این وضع را تا حدی از طریق تشویق بیمه‌های درمانی خصوصی بهبود بخشد.»

«با این حال، جا برای اصلاحات گسترده‌تر و عمیق‌تر در نظام مراقبت‌های درمانی چین باز است، زیرا این نظام هم‌اکنون هم مجموعه عظیمی است با ۱۷،۰۰۰ بیمارستان بزرگ و ۴۸،۰۰۰ بیمارستان «شهری» کوچک‌تر که در مجموع ۳/۶ میلیون تخت را در سراسر کشور در اختیار بیماران قرار می‌دهد.»

«نظام بهداشت و درمان کشور ۱۷۰ دانشکده پزشکی و نهاد آموزشی تخصصی، ۱۲۰ پژوهشکده زیستی- پزشکی و سازمان‌های ملی دیگری را که نماینده پزشکان و بیمارستان‌ها هستند در بر می‌گیرد.»

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست هفتم

«با وجود تمام این امکانات، هزینه سرانه بهداشت و درمان چین در سال ۲۰۰۳ رقم ناچیزی در حد ۳۳ دلار بوده است، حال آنکه در سال ۲۰۰۲، براساس ارقام ارائه شده از سوی سازمان جهانی بهداشت، هزینه سرانه بهداشت و درمان دولتی در ایالات متحد آمریکا چیزی در حد ۲،۳۶۸ دلار بوده است.»

«تردیدی نیست که منابع و امکانات پزشکی - درمانی در چین کنونی نامناسب است. ملت چین با چالش‌های گوناگون مواجه است، از جمله بیماری واگیردار ایدز، مالاریا، سل و بعضی بیماری‌های نوظهور مانند انفلوآنزای مرغی. گذشته از اینها، مسائل بیماری‌های مزمن فشارخون بالا در حال افزایش‌اند. به همه اینها باید افزود مسائل ناشی از رواج سریع شیوه‌های زندگی غربی، مانند بیماری‌های قلب و عروقی، تغییرات جمعیتی سریع، همراه با هجوم شدید مردم به شهرهایی که به سرعت گسترش می‌یابند، و رشد سریع سالمندان که براساس پیش‌بینی‌های کنونی تا سال ۲۰۲۰ دو برابر خواهند شد. تردیدی نیست که همه این مسائل و رویدادها بر نظام مراقبت‌های درمانی و بیمه‌های اجتماعی تأثیر خواهند گذاشت.»

«در سال ۲۰۰۰، نظام تعاونی جدیدی در کشور چین پایه‌گذاری شد تا از بار هزینه‌های درمانی روستاییان بکاهد. به موجب این طرح، یک سوم از هزینه‌های درمانی بر عهده خود روستائیان خواهد بود و دو سوم باقیمانده به نسبت مساوی از سوی دولت مرکزی و حکومت‌های محلی تأمین خواهد شد.»

«افزون بر همه اینها، چین در نظر دارد که مقررات جدی و فشرده‌ای را برای بهبود کیفیت مراقبت‌های درمانی و بهبود همکاری با دیگر کشورها برای مبارزه برضد بیماری‌هایی که مرز نمی‌شناسند به اجرا در آورد.»

و سرانجام، این کشور به گفته آقای هوانگ، «مراقبت‌های درمانی خوب و مؤثر باید به صورت هدف مشترک همه آدمیزادگان درآید.»

راه بی‌بازگشت به بازار خرید و فروش بیمه درمانی

از مجموع اطلاعات و اخباری که در زمینه بیمه‌های درمانی از سرزمین پهناور و پرجمعیت چین به دست می‌رسد، چنین برمی‌آید که ترکیب امواج عظیم جمعیتی و رشد سریع اقتصادی در سطح ۹ درصد در سال، حرکت‌های خواسته و ناخواسته‌ای را در جهت تأمین پوشش کافی این جمعیت مواج از لحاظ مراقبت‌های درمانی به وجود آورده است که خواه و ناخواه سر از «خصوصی‌سازی» نظام بیمه‌های درمانی درآورده است.

در ظرف دهه‌های گذشته دولتمردان چین نشان داده‌اند که می‌توانند یک نظام اقتصادی متمرکز و کاملاً دولتی را با نرمش کم‌نظیری به سوی نوعی نظام اقتصادی مبتنی بر بازار سوق دهند و هوشمندانه از مزایای اقتصادی و مالی آن بهره‌مند گردند. اکنون ظاهراً هنگام آن فرارسیده است که پیامدهای اجتماعی این حرکت تدریجی ولی پیگیر را مورد توجه قرار دهند. از سخنان صریح و بی‌پرده‌پوشی مقام صلاحیت‌داری همچون معاون وزارت بهداشت و درمان چین آقای هونگ، چنین برمی‌آید که مسئولان دولتی و محافل تصمیم‌گیری کشور به این نتیجه رسیده‌اند که برای حل مسائل کیفی و کمی، نظام مراقبت‌های درمانی کشور، راهی جز توسل به ایجاد و گسترش فزاینده شرکت‌های بیمه درمانی خصوصی و غیردولتی در پیش ندارند.

و در این راه نه چندان بی‌دردسر که زیرسازی‌های سراسری آن به صورت ایجاد شرکت‌های خصوصی بیمه‌های درمانی، چه به صورت ملی، کشوری، چه به صورت سرمایه‌گذاری‌های مشترک با بیمه‌گذاران و بیمه‌فروشان بین‌المللی، به سرعت در دست انجام است، از همین اوایل کار مسائل پیچیده دیگری وارد میدان شده‌اند که راه حل آنها را نه از طریق شرکت‌ها و مؤسسه‌های تجاری بخش خصوصی می‌توان یافت و نه از طریق حواله دادن آن مسائل به سرمایه‌گذاران خارجی و دیگر نهادهای بین‌المللی.

دو مسئله پیچیده و درعین حال رشد‌یابنده از نوعی که در بالا گفته شد عبارتند از:

۱. افزایش مداوم شمار سالمندان در کشور که در محاسبه‌ها و برنامه‌ریزی‌های پیشین توجه کسی را جلب نمی‌کرد، و اکنون به صورت بار سنگینی بر نظام‌های تأمین اجتماعی، به ویژه در زمینه بازنشستگی و بیمه‌های درمانی در آمده است.

در چین، براساس ارقام موجود، «نسبت بین شاغلان فعال و بازنشستگان در سال ۲۰۲۰ به ۲/۵ در برابر یک خواهد رسید، حال آنکه در سال ۱۹۹۰ این نسبت چیزی در حد ۱۰ به یک بوده است. در سال ۲۰۰۳ این نسبت به ۳ درصد در برابر یک کاهش یافت، و این کاهش همچنان ادامه دارد تا چنان که گفته شد تا ۱۳ سال دیگر به ۲/۵ در برابر یک سقوط کند. (آژانس خبری شین‌هوآ، ۱۲ دسامبر ۲۰۰۶).

هم اکنون، شمار افراد بالای ۶۰ سال در چین بیش از ۱۴۴ میلیون نفر است که یعنی ۱۱ درصد کل جمعیت کشور و این رقم به میزان ۳ درصد در سال افزایش می‌یابد تا در سال ۲۰۵۱ به ۴۳۷ میلیون نفر برسد.

روشن است که این جهش جمعیتی سالمندان جامعه فشار سهمگینی بر هزینه‌های مراقبت‌های درمانی کشور وارد خواهد ساخت - فشاری که خصوصی و دولتی نمی‌شناسد و بیمه‌های درمانی را به هر صورت که باشند در تنگنا قرار خواهد داد.

۲. دومین مسئله غامض و در عین حال اجتناب‌ناپذیر، در زمینه مشکلات بیمارهای درمانی ارتباط می‌یابد با مهاجرت‌های گسترده و بی‌امان روستائیان به سوی شهرهایی که در اثر رشد اقتصادی سریع خواه و ناخواه جاذبه‌ای مقاومت‌ناپذیر بر روستائیان پیر و جوان اعمال خواهد کرد. روستائینی که در سرزمین‌های دورافتاده و پراکنده شاید چندان خبری از ضرورت مراقبت‌های درمانی جدی و به موقع نداشته باشند، ولی پس از ورود به مناطق شهری و روبه‌رو شدن با امکانات دنیای نوین، به صورت متقاضیان مراقبت‌ها و بیمه‌های درمانی نجات‌بخش درخواست خواهند آمد. □

امکانات بالقوه و خطرهای احتمالی بیمه‌های درمانی خصوصی^۱

بیمه‌های درمانی غیردولتی خود به خود هدف نیست،

بلکه وسیله‌ای است برای دستیابی به پوشش واقعاً همگانی

در این بررسی تحلیلی متمرکز بر سیاست‌های اجرایی، توان‌های بالقوه و خطرهای احتمالی بازارهای بیمه درمانی خصوصی در کشورهای فقیر مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در آغاز مروری بر ورود بیمه درمانی، ثمربخشی و عدالت در دسترسی به مراقبت‌های درمانی مورد تحلیل قرار می‌گیرد و سرانجام به این موضوع خواهیم پرداخت که تنظیم و مدیریت این بازار رشد‌یابنده را چگونه می‌توان در جهت حداکثر بهره‌وری ممکن بهبود بخشید؟

در کشورهای کم درآمد: تازه چه خبر؟

تأمین منابع مالی لازم برای مراقبت‌های درمانی در کشورهای توسعه‌یابنده دنیا همچنان بزرگ‌ترین چالش اصلی را تشکیل می‌دهد. به رغم تمام کوشش‌هایی که برای بهبود عرصه

۱. برگرفته از "انتشارات سازمان اروپایی همکاری برای توسعه"

خدمات درمانی به عمل آمده و می‌آید، بسیاری از کشورهای کم درآمد یا حتی با درآمد متوسط هنوز هم نتوانسته‌اند پوشش همگانی خدمات درمانی را برای مردم خود فراهم سازند. در جهان امروز، در حدود ۱/۳ میلیارد نفر هنوز هم از دستیابی به مراقبت‌های درمانی مؤثر. از جمله داروهای لازم، جراحی‌های ضروری و دیگر امکانات پزشکی محروم‌اند. براساس آمار و مدارک، «سازمان جهانی بهداشت» کشورها در حال توسعه بار سنگین ۹۳ درصد از بیماری‌های دنیا را بردوش می‌کشند، در حالی که تنها ۱۸ درصد از کل درآمد جهانی و ۱۱ درصد از هزینه‌های درمانی سرتاسر دنیا را به خود اختصاص داده‌اند.

بنابراین، مسئله اساسی این است که چگونه باید دستیابی مردم فقیر کشورهای کم درآمد به مراقبت‌های درمانی را از لحاظ مالی تأمین کرد. در تمام کشورهایی که برنامه دولتی بیمه‌های درمانی همگانی با شکست مواجه شده است، طرح‌هایی انتفاعی و غیرانتفاعی بیمه‌های درمانی از سوی بخش خصوصی به میدان آمده‌اند و کم و بیش در زمینه بیمه‌های درمانی مؤثر واقع شده‌اند.



یک واقعیت پا برجا آن است که کشورهای در حال رشد به ندرت از منابع مالی کافی و لازم برای اجرای طرح‌های دولتی بیمه‌های درمانی برخوردار بوده‌اند و هستند. بنابراین، بخش عمده‌ای از هزینه‌های درمانی به دوش بیماران می‌افتد. این به اصطلاح «پرداخت از جیب» در بیش از دو سوم کشورهای کم‌درآمد رواج دارد. این وضع و حال، پس از رواج یافتن رسم تقسیم هزینه‌ها (مانند بالارفتن سهم کاربران در هزینه‌ها، پرداخت‌های مشترک یا کسورات گوناگون) حتی بدتر هم شده است.

خانواده‌های کم‌درآمد، به ویژه، از این گونه شرایط جدید آسیب می‌بینند، زیرا پرداخت‌های مستقیم خطر افزایش یا تعمیق فقر را گسترش می‌دهد. بسیاری از خانواده‌ها در اثر هزینه‌های درمانی مصیبت‌بار، به ویژه هنگامی که این گونه هزینه‌ها با بیماری‌های مزمن همزمان می‌شوند، بیش از پیش در گرداب فقر فرومی‌روند (مثلاً در اثر از دست دادن یک سرمایه مولد).

با توجه به این گونه خطرهای مصیبت‌بار، بحث و گفتگوهای مربوط به اصلاح وضعیت بیمه‌های درمانی آشکارا بر این نکته تأکید می‌ورزند که تنها راه باقیمانده عبارت است از دور

شدن از تکیه زیاده از حد بر «پرداخت فوری هزینه‌های درمانی» و نزدیک شدن به «پیش‌پرداخت و مشارکت در خطرهای احتمالی».

بیمه درمانی خصوصی در واقع می‌تواند بدیل بالقوه‌ای باشد برای تأمین در برابر هزینه بیماری و در سال‌های اخیر هم این راه حل مورد توجه بیشتر سیاست‌گذاران کشورهای مختلف جهان قرار گرفته است. این روند در اثر عوامل زیر سرعت بیشتری هم به خود گرفته است:

- گنجاندن نوعی بیمه در نهادهای مالی - اعتباری خرد؛
- اصلاحات و عدم تمرکز در بخش بهداشت و درمان؛
- پذیرش فزاینده اهمیت بیمه‌های درمانی و در رشد اقتصادی معطوف به فقیران.

بیمه درمانی خصوصی در کشورهای رشد یابنده: وضع موجود

نقش بیمه درمانی خصوصی در تأمین پوشش همگانی مراقبت‌های پزشکی تاکنون بسیار محدود مانده است. از ۱۵۴ کشور کم درآمدیایه حال، تنها ۱۱ کشور (۷ درصد) حداقل ۱۰ درصد از کل هزینه‌های درمانی را از طریق بیمه‌های خصوصی تأمین می‌کنند. با این وصف، بازار بیمه‌های درمانی در حال پیشرفت است. چنانچه از زاویه حجم حق بیمه‌های دریافتی به قضیه بنگریم، متوجه خواهیم شد که در کشورهای توسعه یابنده، سرعت رشد صنعت بیمه بیش از دو برابر کشورهای پیشرفته بوده است (به ویژه در طول ده ساله منتهی به سال ۲۰۰۴). در عرضه بهداشت و درمان، توسعه راه و روش‌های تازه و ابتکاری برای دستیابی خانوارهای فقیر به بیمه‌های خصوصی نیز از هر لحاظ قابل توجه بوده است.

با این حال قابل توجه است که کشورهای کم درآمد و میانه حال در واقع گروه کاملاً نامتجانسی را تشکیل می‌دهند. تفاوت هزینه برای بیمه‌های درمانی میان کشورهای مختلف از سرانه ۱/۰۶۴ دلار در باربادوس به ۳ دلار در بنگلادش می‌رسد. به همین طریق نفوذ بیمه درمانی [حق بیمه‌های دریافتی نسبت به تولید ناخالص داخلی] از ۰/۵ درصد در عربستان سعودی به ۱۵/۹ درصد در آفریقای جنوبی می‌رسد. بدین ترتیب کشور آفریقای جنوبی بیشترین میزان نفوذ درآمد بیمه در تولید ناخالص داخلی را در جهان به ثبت رسانده است.

چشم‌انداز منطقه‌ای

چنانچه حکم مالی بازارهای بیمه (سویا بیمه عمر) را در نظر بگیریم، متوجه خواهیم شد که اهمیت بیمه خصوصی به میزان زیادی در کشورهای رشد یابنده تفاوت می‌یابد. صنعت بیمه به‌طور نسبی در آمریکای لاتین و اروپای شرقی جای خود را باز کرده‌است، حال آنکه درآمد حاصل از حق بیمه در کشورهای زیر صحرای افریقا و همچنین در آسیای جنوب شرقی به طرزی استثنایی ناچیز است.

نظیر همین تفاوت را می‌توان در پوشش بیمه‌های درمانی خصوصی مشاهده کرد. در حالی که برنامه‌های بیمه درمانی انتفاعی به‌طور معمول در سطح اقلیت‌های ثروتمند محدود می‌مانند، در بعضی از کشورها از لحاظ میزان پوشش به بیش از ۵۰ درصد کل جمعیت می‌رسند. (مثل: اروگوئه، کلمبیا). سطوح پوشش ۲۵ درصد و بالاتر را می‌توان در برزیل، شیلی و تایلند مشاهده کرد، گو اینکه در مورد این کشور آخری می‌توان این پوشش گسترده را تا حد زیادی به یارانه‌های پرداخت شده به برنامه «کارت بهداشت و درمان» در آن کشور نسبت داد. و سرانجام، باید از پوشش‌های قابل توجه ۱۸ درصد در آفریقای جنوبی و ۵-۸ درصد در اردن، لبنان و زیمبابوه یاد کرد که به طرز آشکاری از میزان‌های رایج در منطقه‌شان فراتر می‌رود.

به‌طور کلی، بازارهای بیمه (غیر از بیمه عمر) در کشورهای توسعه‌یافته را می‌توان در جدول زیر مشخص ساخت:

منطقه	درصد
• آمریکای لاتین و کارائیب	۳۰/۴
• خاورمیانه (غیر از عربستان)	۳۳/۲
• آسیای شرقی و حوزه اقیانوس آرام	۱/۸
• زیر صحرای افریقا	۶
• آسیای جنوبی	۷/۳
• اروپای شرقی و آسیای مرکزی	۲۱/۲

جنبه‌های مثبت و منفی بیمه‌های درمانی خصوصی

برحسب طراحی ویژه برنامه‌ها، بیمه‌های درمانی خصوصی نسبت به دیگر اشکال تأمین هزینه‌های درمانی از مزایای انکارناپذیری برخوردارند. به‌طور کلی، بیمه‌های درمانی خصوصی

بسته‌بندی‌های بیمه‌های شخصی و همچنین حق‌بیمه‌های رقابتی و را به ویژه به افراد عادی پیشنهاد می‌دهند. از سوی دیگر، بیمه‌های خصوصی به دلیل ابعاد کوچک شرکت‌ها و کاغذبازی کمتر، در قیاس با سازمان‌های دولتی بیمه‌های همگانی، از دستگاه‌های بزرگ دولتی کارآمدتر هستند. با این وصف، شرکت‌های بیمه خصوصی اغلب هزینه‌های سنگینی را برای تهیه مواد و مصالح کار و همچنین برای تبلیغات و بازاریابی تحمل می‌کنند. از طرف دیگر روش‌های غیرمتعارف دریافت حق بیمه‌ها توسط بیمه‌های خصوصی اغلب موجب گسترش آسان‌تر پوشش‌ها به شاغلان بخش‌های غیررسمی اقتصاد کشور می‌شود. سازمان‌های غیرانتفاعی بیمه‌های درمانی، به ویژه، فرصت‌های زیادی برای نوآوری در جذب افراد پدید می‌آورند، از جمله افرادی که در غیر این صورت خارج از حوزه عمل بیمه‌های دولتی قرار می‌گیرند.

ورشکستگی و اخراج از بازار

ماهیت داوطلبان قرارداد بیمه بدان معنا است که خطرهای احتمالی موضوع بیمه به طور نسبی اندک است، و این امر پیامدهایی منفی برای ثبات مالی برنامه‌ها در بردارد. به دلیل نامتقارن بودن اطلاعات بین بیمه‌گذاران و بیمه‌شوندگان، شرکت‌های بیمه‌های درمانی خصوصی در معرض خطر ورشکستگی و اخراج از بازار هم قرار دارند.

حق‌بیمه‌ها در طرح‌های مبتنی بر نرخ‌گذاری خطرهای احتمالی در وهله نخست بیشتر تابع نرخ خطرهای احتمالی فرد بیمه‌شونده است تا میزان درآمد او. از سوی دیگر، در حوزه خطرهای نسبتاً اندک و ناچیز، این امکان وجود دارد که پرداخت یارانه‌های متقابل بین گروه‌های مختلف خطرهای احتمالی مشکل‌تر از برنامه‌های بیمه اجتماعی باشد.

گذشته از اینها، بیمه‌گذاران بخش خصوصی به طور کلی می‌کوشند که در مورد پذیرش متقاضیان انتخاب‌گر باشند. بیمه‌گذاران بخش خصوصی، گذشته از بالا بردن حق‌بیمه‌ها برای افراد «پرخطر» این حق را دارند که از بیمه افراد «پرخطر» یا بیماران مستلزم درمان‌های پرهزینه خودداری ورزند. (تبعیض قائل شدن) ولی تشخیص چنین بیمارانی بسیار پیچیده و غیرقابل پیش‌بینی است. گاه پیش می‌آید که حتی مقررات عمومی هم دستاوردهای بازار را از بین می‌برد. به عنوان مثال، در مورد بیمه‌های درمانی مبتنی بر مختصات قومی یا گروهی (به عنوان مثال، طرح‌های مبتنی بر مختصات یک گروه اجتماعی معین و نه مختصات جداگانه فرد فرد آن

گروه). در چنین مواردی مقررات و تعهدات بیمه‌گذاران موجب خواهد شد که بیشتر افراد «پرخطر» را جذب کنند. در چنین شرایطی حق بیمه‌ها افزایش خواهند یافت. و بنابراین، مانع از پیوستن بیماران کم‌خطر به طرح خواهد شد (گزینش معکوس). و سرانجام، از آنجا که خطرهای احتمالی بیمه‌های درمانی، نه در میان مجموعه بزرگی از خطرهای احتمالی خرد و کلان، بلکه در میان تعداد اندکی از افراد یا در طول زمان پخش خواهد شد، این امکان وجود خواهد داشت که سوءمدیریت موجب ورشکستگی طرح‌ها بشود. بنابراین، با توجه به این خطرها و ماهیت خاص تندرستی به عنوان یک کالای نیمه عمومی، بیمه درمانی خصوصی مستلزم یک قالب قانونی و سازمانی کارآمد است تا از هرگونه نارسایی و شکست بازار اجتناب به عمل آید.

گزینه‌های سیاست‌گذاری

ابزارهای قانونی و مقرراتی بیمه‌های درمانی خصوصی به میزان زیادی بر حسب مناطق یا کشورهای مختلف تفاوت می‌یابد. بر حسب (۱) سطح توسعه هر کشور، (۲) رواج صنعت بیمه‌های درمانی، و (۳) ظرفیت سازماندهی هر دولت، گزینه‌ها باید معطوف باشند به استقرار، تحکیم، یا تنظیم بخش بیمه‌ها. این موضوع را می‌توان با بحث و گفتگو درباره گزینه‌های سیاست‌گذاری برای یک بازار بیمه به نسبت توسعه یافته (آمریکای لاتین)، یک بازار در حال تحول توسعه (شرق آسیا) و یک بازار هنوز ناپیچ (افریقای زیرصحرای) بهتر درک کرد.

آمریکای لاتین

در آمریکای لاتین، صنعت بیمه در سال‌های اخیر با سرعت زیادی رشد یافته است. اکنون وقت آن رسیده است که مقررات قانونی بیشتر در جهت بهبود عملکرد بازار بیمه‌های درمانی و همچنین در جهت گسترش بیشتر پوشش مراقبت‌های درمانی وارد عمل شوند.

پس از اصلاحات ریشه‌ای در طی دهه ۱۹۹۰ (شیلی، ۱۹۸۱)، بخش‌های وسیعی از بخش بهداشت و درمان به بخش خصوص واگذار شد. با این وصف، رواج یافتن بیمه‌های درمانی خصوصی، و حضور فزاینده بیمه‌گران خارجی هنوز هم منجر به عملکردهای بهتر و حق بیمه‌های کمتر نشده است. و هنوز هم نابرابری‌های جدی در پوشش بیمه‌های درمانی در آرژانتین، برزیل، کلمبیا و پرو گزارش می‌شود.

در این منطقه مقررات قانونی کارآمدتری لازم به نظر می‌رسد تا مانع از آن شود که رجوع به برنامه‌های خصوصی بیمه‌های درمانی به صورت آخرین راه چاره درآید. در غیر این صورت نابرابری‌های کنونی در پوشش بیمه‌های درمانی از بین نخواهد رفت و منابع مالی عمومی زیر فشار فزاینده افرادی قرار خواهد گرفت که برحسب اصلاح رایج بیمه‌گران "پرخطر" محسوب می‌شوند. به ویژه، باید راه‌حلهایی پیدا کرد برای تأمین بیمه‌های درمانی افراد فقیر و سالمندانی که اغلب از حوزه بیمه‌های درمانی خصوصی انحراف می‌شوند. (راه‌حل‌هایی مانند عضویت اجباری، راه‌کارهای جبرانی بین بیمه‌های درمانی خصوصی و عمومی).

آسیای شرقی

در آسیای شرقی بیمه‌های درمانی به طور سنتی از سوی دولت ارائه شده‌است. در عمل، تمام کشورهای این منطقه، جز هنگ‌کنگ، دارای بیمه‌های درمانی دولتی هستند. با این حال تقاضای فزاینده مصرف‌کنندگان و بالا رفتن هزینه‌های درمانی به احتمال قوی موجب پیشبرد بیمه‌های خصوصی خواهد شد. هم‌اکنون، خانوارها درصد بالایی از هزینه‌های درمانی را اغلب به صورت پرداخت‌های مستقیم تأمین می‌کنند. به طور آرمانی، این پرداخت‌ها می‌توانند به سوی برنامه‌های بیمه‌ای مبتنی بر پیش‌پرداخت هدایت شوند. افزون بر این، سطوح بالای پس‌اندازهای خانوار ممکن است موجبات رشد بیشتر بازار بیمه را فراهم سازد. چنانچه کشورها تصمیم بگیرند که منابع مالی را به سمت بیمه‌های درمانی خصوصی سوق دهند، یارانه‌های عمومی خواهند توانست عرضه و تقاضای بیمه‌های درمانی خصوصی را افزایش دهند. برنامه «کارت بهداشت و درمان» تایلند نمونه روشنی است از آنکه چگونه یک برنامه دولتی می‌تواند موجبات رشد مشارکت بخش خصوصی در تسهیم خطرهای احتمالی را فراهم بیاورد. به واقع، پس از ابتکار دولت به صورت یک طرح آزمایشی در ۱۹۹۱، همین طرح در حدود ۲۸/۲ درصد از جمعیت تایلند را به خود جذب کرد. در زمان حاضر، این برنامه متکی است به یارانه‌های عمومی - وضعی که قرار نیست تا مدت زیادی ادامه یابد. بنابراین، مقررات قانونی جدید باید تضمین نمایند که طرح‌های بیمه درمانی در آینده از لحاظ مالی قابل دوام خواهند بود و در سطح استانداردهای معینی عمل خواهند کرد.

آفریقای زیر صحرا

گذشته از بعضی استثناهای نادر (به ویژه آفریقای جنوبی، نامیبیا، زیمبابوه) بیمه درمانی خصوصی در مناطق زیر صحرای آفریقا با پوشش و مشارکت ناچیزی عمل می‌کنند. ظهور فزاینده بیمه درمانی مبتنی بر جامعه‌های محلی و قومی در طول دو سال گذشته در این منطقه قابل توجه بوده است. این گونه طرح‌های خرد مقیاس برای عرضه بیمه‌های درمانی به تازگی در بنین، بورکینافاسو، کارمون، ساحل عاج، غانا، گینه، مالی، نیجریه، سنگال، تانزانیا، توگو و اوگاندا به مرحله اجرا درآمده است. با توجه به غیرانتفاعی بودن یا کم بهره‌بودن اینگونه طرح‌ها، حق بیمه‌های دریافتی آنها به نسبت معتدل بوده است - چیزی که نشان می‌دهد چرا هزینه‌های بیمه درمانی در جنوب صحرای آفریقا پایین است.

با آنکه در اینجا پوشش طرح‌ها محدود به شمار اندکی از افراد است (به طور معمول زیر یک درصد از جمعیت) و خدمات عرضه شده هم ناچیز است (پوشش بسیار کم و فقط برای بعضی درمان‌های ساده) همین طرح‌ها ممکن است شالوده‌ساز بیمه‌های درمانی فراگیرتری در آینده باشند. به ویژه، از آن نظر که، به دلیل محدودیت‌های مالی و ساختاری، بیمه‌های درمانی مبتنی بر جامعه‌های محلی و قومی در بیشتر موارد تنها مشکل موجود برای تجمیع خطرهای احتمالی و مشارکت در برطرف کردن آنها محسوب می‌شود. با این حال، همین برنامه‌های مبتنی بر جامعه‌های کوچک محلی می‌توانند در صورتی که پوشش خود را به جمعیت‌ها و خدمات بیشتری گسترش دهند، به عنوان بدیل خصوصی بیمه‌های دولتی ابراز وجود کنند. از این رهگذر، قوانین و مقررات عمومی باید، علاوه بر تشویق استقرار برنامه‌های بیمه‌ای جدی، موجبات حرفه‌ای و رسمی شدن برنامه‌های موجود را هم فراهم بیاورند. این گونه عملیات ممکن است مقتضیات استانداردهای مالی لازم، راه‌کارهای عملیاتی، و همچنین سیاست‌گذاری‌های معطوف به اعتلای همیاری‌های لازم میان طرح‌های مختلف را نیز در بر داشته باشند.

چکیده مطلب

در بسیاری از کشورهای توسعه یافته، بیمه‌های درمانی خصوصی در حال گسترش است؛ نارضایی فزاینده از مراقبت‌های درمانی دولتی یا عمومی، گسترش بازارهای آزاد و افزایش

دادوستدهای بین‌المللی در صنعت بیمه، و همچنین رشد اقتصادی کلی در جهان که در مجموعه پدید آورنده تقاضاهای بیشتر و متنوع‌تر از سوی مصرف‌کنندگان است. به ویژه، این رویداد آخری آستان فشارهای تازه‌ای است در جهت عرضه نظام‌های بیمه‌گر برای افزایش گزینه‌ها و بهبود کیفیت و پوشش مراقبت‌های درمانی.

این روند در عین حال هم فرصت‌ها و هم تهدیدهایی برای نظام مراقبت‌های درمانی کشورهای توسعه یافته در برخواهد داشت. چنانچه بیمه‌های درمانی خصوصی به دقت مدیریت شود و با نیازها، رجحان‌های محلی سازگار گردد، آنگاه خواهد توانست به صورت ابزار ارزشمندی درآمد برای تکمیل گزینه‌های کنونی نظام مالی بیمه‌های درمانی، به ویژه برای افراد رانده شده به حاشیه‌ها و محروم از دسترسی به بیمه‌های درمانی رسمی.

استفاده از بیمه‌های درمانی خصوصی خود به خود هدف معینی نیست، بلکه وسیله‌ای آرمانی است برای دستیابی به پوشش همگانی. بیمه‌های درمانی خصوصی تنها جانشینی یا تنها راه‌حل برای مسئله پیچیده مراقبت‌های درمانی در کشورهای توسعه یافته هم نیست. بلکه گزینه‌ای است که شایسته توجه بیشتر از جانب سیاستگذاران و تصمیم‌گیران سرتاسر دنیا است. بنابراین، موضوع آن نیست که آیا این ابزار در آینده مورد استفاده قرار خواهد گرفت یا نه. سخن بر سر این است که این ابزار آیا با تمام توان‌های بالقوه‌اش در خدمت نظام مراقبت‌های درمانی گماشته شده است یا نه. این از مسئولیت‌های سیاستگذاران کشورهای توسعه یافته و مجامع کمک‌دهنده بین‌المللی است که به این فرایند یاری دهند و به کشورهای نیازمند کمک کنند تا پوشش مراقبت‌های درمانی خود را بهبود بخشند. □

ایمنی و بهداشت کار

عامل کاهش فشار بر بیمه‌های درمانی

درباره نقش بالقوه «ایمنی و بهداشت کار» در کارایی و ثمربخشی بیمه‌های درمانی پژوهش‌های زیادی به عمل نیامده است. بیشترین طرح‌ها و بررسی‌هایی که در زمینه برنامه‌های تأمین اجتماعی (از جمله بیمه‌های درمانی) به مرحله اجرا در می‌آیند یا مورد ارزیابی‌های گوناگون قرار می‌گیرند، کانون توجه خود را متمرکز می‌سازند بر نقش مستقیم تدابیری که به وسیله سازمان‌های ملی یا محلی به عمل می‌آید.

با این وصف، باید بر این نکته تأکید ورزید که بیمه‌های اجتماعی به طور کلی (صرف‌نظر از آنکه به وسیله سازمان‌های دولتی اداره شوند یا به وسیله نهادهای مشارکتی یا حتی به وسیله بخش خصوصی) می‌توانند نقش بسیار مهمی در بهبود ایمنی و بهداشت کار ایفا نمایند، به ویژه از آن روی که چنین بیمه‌هایی منافع شان ایجاب می‌نماید که شمار بیماری‌ها و حوادث ناشی از محیط و مختصات مشاغل آسیب‌زا را هر چه بیشتر کاهش دهند.

بهبود شرایط محیط کار و بیمه‌های درمانی

در این زمینه، اروپای متحد از طریق یکی از کارگزاری‌ها خود - آژانس اروپایی حفاظت و بهداشت کار¹ بررسی‌های را در کشورهای عضو به عمل می‌آورد که هدف نهایی آنها عبارت است از ارزیابی پیامدهای مالی بیماری‌ها و حوادث ضمن انجام کار برای کارکنان مشاغل در بخش‌های مختلف. فعالیت‌های تولیدی و خدماتی، در بیشتر موارد، بیمه‌های اجتماعی برای بیماری‌ها و حوادث کار اجباری است. البته، این بدان معنا نیست که بیمه حوادث و بیماری‌های شغلی بخشی از نظام ملی تأمین اجتماعی را تشکیل می‌دهد. در بعضی از کشورهای عضو، شرکت‌های بیمه خصوصی زیر نظارت نهادهای عمومی (یا، به عبارتی دیگر، شرکت‌های بیمه نیمه عمومی) وظیفه بر عهده گرفتن این نوع بیمه‌ها را برعهده دارند. بعضی دیگر از کشورهای عضو هم دارای نظام‌های بیمه جداگانه برای حوادث ضمن انجام کار و بیماری‌های شغلی هستند.

در بعضی از کشورهای عضو اتحادیه اروپا (بریتانیا) کارگران یا کارکنانی که دچار آسیب‌های شغلی بشوند می‌توانند از طریق دادگاه‌ها درخواست غرامت کنند. البته و مشروط بر آنکه بتوانند با مدارک و شواهد قابل قبول به اثبات برسانند که کارفرمای مربوط از لحاظ تأمین اجتماعی شرایط ایمنی و بهداشتی لازم برای کارکنان خود کوتاهی کردند.

در مجموع، از بررسی‌ها و ارزیابی‌هایی که تاکنون به عمل آمده چنین استنباط می‌شود که هر چه شرایط محیط کار، به ویژه در صنایع و معادن و دیگر بخش‌های تولیدی و البته به آنها، از نظر بهداشتی سالم‌تر و از لحاظ حوادث و رویدادهای خطرناک امن‌تر باشد، فشار مالی ناشی از این‌گونه بیماری‌ها و معلولیت‌ها بر صندوق بیمه‌های درمانی کمتر خواهد بود، و

برعکس. این کاهش فشار مالی درخدی است که پیش از نتایج حاصل از بررسی‌ها و ارزیابی‌های به عمل آمده در کشورهای مختلف اتحادیه اروپا، قابل تصور هم به نظر نمی‌رسید.

پیام‌هایی برای تمام کشورهای فقیر و ثروتمند

بدون نیروی انسانی آزموده و همکاری‌های جهانی

پوشش همگانی بیمه‌های درمانی ناکام خواهد ماند

تأکید و تمرکز شدید بر نقش ویژه نیروی انسانی کاردان و صلاحیت دار در عرصه بهداشت و درمان، و همچنین مطرح ساختن ضرورت اجتناب ناپذیر اقدامات و همیاری‌های گروهی در سطوح ملی و جهانی چکیده مجموعه‌ای از ابزارها و هشدارهایی را تشکیل می‌دهد که به مناسبت «روز جهانی بهداشت» سال ۲۰۰۶ (۱۳۸۵) خطاب به همه کشورها و سازمان‌های بین‌المللی مرتبط با مسائل ملی و جهانی بهداشت و درمان اعلام شده است.

عنوان‌ها و موضوع این پیام‌ها را فهرست‌وار در اینجا یادآور خواهیم شد: اهمیت این پیام‌ها و هشدارها، به ویژه برای سیاستگذاران و مسئولان تصمیم‌گیری در سطوح کلان برنامه‌ریزی‌های اقتصادی و اجتماعی، بیشتر از آن روی است که همه آنها در حقیقت حاصل تجربه‌ها و تلاش‌های تلخ و شیرینی است که در جریان دو دهه گذشته برای کارشناسان و سازمان‌های ملی و بین‌المللی درگیر با مسائل بهداشت و درمان فراهم آمده است، تجربه‌های گران‌بهایی که امید می‌رود در فرصت مناسب انعکاس جزئیات و تحلیل‌های مرتبط با آنها میسر گردد:

- نیروی انسانی پابرجا و مصمم در امور بهداشتی و درمانی شالوده‌ساز موفقیت در فعالیت‌هایی است که در کشورها و همچنین سازمان‌ها و کل جامعه جهانی در جهت تأمین مقاصد و اهداف بهداشتی و درمانی خود به عمل می‌آورند. بدون نیروی انسانی کاردان و آزموده، کنترل و ریشه‌کنی بیماری‌های مصیبت‌زا و همه گیر به جایی نخواهد رسید.
- تمام کشورهای جهان، ثروتمند یا فقیر، باید با تمام توش و توان خود با مسائل پیچیده‌ای همچون کمبودهای مزمن، عدم توازن در مهارت‌های موجود و نابرابری‌های گسترده دست

به گریبان شوند. پاره‌ای از این مسائل نیازمند راه حل‌های آنی هستند؛ بعضی دیگر ممکن است نیاز به زمان بیشتری داشته باشند. واکنش ما باید متناسب با این ضرورت‌های حاد باشد. نگرش کاسب کارانه به این‌گونه چالش‌ها طبق معمول به جایی نخواهد رسید و، بنابراین، گزینه معتبری نخواهد بود. در شرایط حاضر، اقدامات و تدابیر جسورانه ضرورت مطلق دارند.

- دولت‌ها باید سررشته امور را در زمینه تدوین و کار بست سیاست‌ها و برنامه‌های مناسب و هماهنگ با، سازمان‌های غیردولتی، کارگزاری‌های ملی و بین‌المللی باید نقش‌های مهمی مانند تهیه‌کننده، عرضه‌کننده، توزیع‌کننده و نظارت‌کننده برعهده داشته باشند.
- شفافیت و پاسخگو بودن در زمینه‌هایی همچون تنظیم و اداره امور حرفه‌ای و کارشناسی و همچنین در زمینه تأمین عالی‌ترین ضابطه‌ها و استانداردهای اخلاقی، ضرورتی چون و چرا خواهد داشت.
- پیشبرد مشارکت و همیاری در تمام سطوح ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است. بدون همیاری، همکاری و همسویی، وجوه فنی و سیاسی توسعه و تکامل نیروی انسانی شاغل در عرصه بهداشت و درمان هرگز تحقق نخواهد یافت و بهره‌وری نیروی کار به سطح مطلوب نخواهد رسید. مهارت‌ها و تخصص‌های کمیاب و دیگر منابع مورد نیاز باید نه به‌طور پراکنده بلکه از طریق تجمیع و سهم‌بندی منطقی آنها مورد حداکثر استفاده ممکن قرار گیرند. در این زمینه، همبستگی و اتحاد دست‌اندرکاران داخل کشورها، با پشتیبانی نیروهای کمکی جهانی و منطقه‌ای، تنها ضامن موفقیت و تحکیم و پیشبرد بی‌وقفه برنامه‌های خواهد بود که در زمینه پوشش همگانی بهداشت و مراقبت‌های درمانی به اجرا گذاشته شود.

تصورش آسان است که همکاری و هماهنگی سازمان‌ها و نهادهای بین‌المللی مرتبط با مسائل بهداشتی - درمانی و همچنین دیگر سازمان‌های ملی و منطقه‌ای مسئول در امور بهداشتی چه نیروی پشتیبانی عظیمی خواهد بود برای بسیج و نگاهداری ۱۰۰/۰۰۰ نیروی انسانی مجهز و تعلیم دیده در خط مقدم مبارزه با بیماری‌ها و کانون‌های آفت‌زا در افریقا!

- اعتمادسازی میان تمام دست‌اندرکاران امور بهداشتی و درمانی یا، به عبارت دیگر بین دولت‌ها، کارفرمایان، متخصصان حرفه‌ای امور بهداشتی و درمانی، از یک سو، و جامعه‌هایی که محل خدمت آنها است از سوی دیگر، بدون اعتماد متقابل، نظام‌های درمانی

و بهداشتی ناتوان خواهند ماند و در نهایت امر، فرو خواهند ریخت. واقعیت آن است که مردم خواهان کارشناسان بهداشتی و درمانگران صلاحیت‌دار، پاسخگو و قابل اعتماد هستند. کارکنان امور بهداشتی و درمانی نیز به نوبت خود خواستار احترام و کارانه‌های متناسب با مهارت‌ها و تخصص‌های هستند که آنها در خدمت توسعه جامعه قرار می‌دهند.

• اهداف خاص دهه آینده را می‌توان بر اساس اصولی که در بالا گفته شده تنظیم کرد:

○ هرکشور، فقیر یا ثروتمند، باید دارای برنامه ملی استراتژیک برای آماده‌سازی نیروی انسانی آزموده و قابل اعتماد باشد. پاره‌ای از کشورها در سال آینده و تمام کشورها باید در پنج سال آینده چنین برنامه‌ای را به اجرا در بیاورند.

○ سرمایه‌گذاری‌های لازم برای آماده‌سازی نیروی انسانی کار آزموده از طریق آموزش‌های عمومی و تعلیمات فنی و حرفه‌ای تخصص باید به میزان زیادی افزایش یابد.

○ نوآوری‌های محلی و ملی باید از طریق گسترش و کار بست استراتژی‌های نیروی کار، از جمله مدیریت بهتر اطلاعات و دانش‌ها، مورد تشویق و پذیرش قرار گیرد.

• برنامه عملیاتی ده ساله برای تحکیم و تقویت نیروی کار شاغل در امور بهداشتی و درمانی.

این برنامه که در "گزارش ۲۰۰۶ (۱۳۵۸) سازمان جهانی بهداشت" بدان اشاره شده مشتمل است بر:

○ آنچه افراد و سازمان‌ها می‌توانند انجام دهند. هریک از اولویت‌های عملیاتی یاد شده در این زمینه دارای «نقطه‌های ورود» بالقوه برای افراد یا سازمان‌هایی است که مایل باشند در بخش‌های معینی از این برنامه مشارکت جویند. از جمله، کارگزاری‌های ملی یا بین‌المللی، موسسه‌های آموزشی، روزنامه نگاران و دیگر نمایندگان رسانه‌های جمعی، سازمان‌های غیردولتی و اتحادیه‌های صنفی و حرفه‌ای. نمونه‌های از بعضی فعالیت‌های ویژه مورد نیاز در زمان حاضر عبارت است از:

■ توضیح و تشریح مسائل بهداشتی و ضرورت جدی گرفتن اصول اساسی تأمین بهداشت و درمان از سوی دستگاه‌های مسئول در سطح ملی و محلی.

■ اعتلای آگاهی‌های عمومی در مورد پیامدهای بحران‌های بهداشتی و راه‌حل‌های ممکن برای برطرف ساختن آنها.

- سازماندهی حرکت‌های حمایتی. به عنوان مثال، در زمینه تعلیمات فنی و حرفه‌ای کاربردی، پشتیبانی از کارکنان امور بهداشتی و اتخاذ تدابیر لازم برای حفظ آنها، به ویژه در شرایط دشوار و طاقت فرسا.
- پژوهش و گردآوری اطلاعات. به عنوان مثال، برای شناسایی بهتر شمار کنونی کارکنان امور بهداشتی و توزیع آنها، و برنامه‌ریزی دقیق‌تر برای جا به جایی‌ها و دیگر تغییرات و اصلاحات لازم
- شبکه‌سازی. به منظور قانع ساختن بخش‌ها و کارگزاری‌های مختلف برای مشارکت در برنامه‌ریزی و اجرای سیاست‌های لازم.
- نظارت بر عملیات اجرایی. به منظور تشویق عملیات لازم و سنجش تأثیر نسبی آنها. □

سلامت بیمه‌های درمانی خصوصی

در کشور سوئیس ده‌ها شرکت و سازمان خصوصی نظام بیمه‌های درمانی را براساس اصل رقابت وزیر نظارت دقیق دولت تشکیل می‌دهند.

کشور سوئیس در قلب اروپا، علاوه بر بسیاری از ویژگی‌های اقتصادی، اجتماعی و سیاسی، دارای ویژگی دیگری هم هست که کمتر مورد توجه قرار گرفته است: کشور سوئیس که زودتر از دیگر کشورهای پیشرفته به بیمه‌های درمانی روی آورده است، اکنون تنها کشوری است که فاقد هرگونه سازمان یا نهاد دولتی در زمینه تأمین اجتماعی است.

تاریخچه مختصر تأمین اجتماعی در این کشور را می‌توان فهرست‌وار برشمرد:

- ۲۶ اکتبر ۱۸۹۵، مردم و کانتون‌های سوئیس ماده ۳۴ مکرر قانون اساسی فدرال را پذیرفتند که به موجب آن دولت کنتفدراسیون مأموریت می‌یافت که نظارت قانونی بر بیمه‌های اجتماعی ناظر بر بیماری‌ها و حوادث شغلی را بر عهده بگیرد.
- ۵ اکتبر ۱۸۹۹، «قانون فدرال بیمه‌های بیماری و حوادث کار، شامل بیمه‌های ارتشیان» در پارلمان به تصویب رسید.
- ۲۰ مه ۱۹۰۰، قانون ۱۸۹۹، از سوی مردم مردود شناخته شد.

- ۱۳ ژوئن ۱۹۱۱، پارلمان قانون فدرال بیمه درمانی (لاما) را به تصویب رساند، و در ۴ فوریه ۱۹۱۲، این قانون پس از گذراندن دوره آزمایش از طرف مردم نیز به تأیید رسید.
- این قانون از سال ۱۹۱۴ بدون هرگونه تغییری، جز یک تجدید نظر مختصر ولی مهم در سال ۱۹۶۴ پابرجا ماند (هرچند کمیسیون‌های از کارشناسان در سال‌های ۱۹۲۱، ۱۹۴۷، ۱۹۵۲ بررسی‌هایی را برای تجدید نظر در آن به عمل آوردند).
- از اواخر سال‌های دهه ۱۹۶۰ تلاش‌های گوناگونی برای تجدید نظر در این قانون به عمل آمد، ولی همه آنها با شکست مواجه شدند. آخرین این تلاش‌ها که با شکست مواجه شد «قانون بیمه درمانی و زایمان» (لام) بود که از سوی پارلمان در تاریخ ۲۰ مارس ۱۹۸۷ پیشنهاد شد و در تاریخ ۶ دسامبر ۱۹۸۷ از سوی مردم پذیرفته نشد.
- کمبودها و نارسایی‌های قانون «لاما» بیش از پیش آشکار می‌شد و با نگرش به گذشته، مشاهده می‌شود که تقریباً تمام امکانات اصلاح قانون مورد بحث در نظر گرفته شده بود، و بعضی از این اصلاحات حتی به وسیله پارلمان هم مورد تصویب قرار گرفته بود. ولی از سوی دیگر، حیرت‌انگیز به نظر می‌رسد که آرای عمومی مردم در رفتارندم‌های مربوط به این تجدیدنظرها چنان بود که کوچک‌ترین اصلاح یا تغییری در قانون موجود ناممکن می‌شد و هیچ دستگاهی قادر نبود اصلاحاتی را که از هر لحاظ ضرور به نظر می‌رسد به مرحله اجرا درآورد. پس از شکست آخرین اصلاحیه تصویب شده توسط پارلمان در برابر آرای مردم در ۲۰ مارس ۱۹۸۷، دولت فدرال به ۴ کارشناس برجسته مأموریت داد که پیشنهادهای اصلاحی جامعی را تهیه کنند و ارائه دهند. و سرانجام، در کوششی دیگر هیئت دولت سونیس چند "اصل راهنما" را برگزید و کمیسیونی مرکب از کارشناسان ترتیب داد که حاصل کارشان به صورت پایه طرح قانونی خاص شد که دولت در ۶ نوامبر ۱۹۹۱ آن را به پارلمان عرضه کرد. پارلمان، پس از بعضی اصلاحات و تغییر و تبدیل‌ها، در تاریخ ۱۸ مارس ۱۹۹۴ طرح جدید بیمه‌های درمانی کشور (لامال) را مورد تصویب قرار داد.
- قانون جدید (لامال) قانون موجود (لاما) را ملغی ساخت و به جای آن نشست. این قانون در ژانویه ۱۹۹۶، پس از آن که دولت در تاریخ ۴ دسامبر ۱۹۹۴ آن را برای همه پرسى به رأی مردم گذاشت، قوت اجرایی یافت.

سازماندهی

در کشور سوئیس ده‌ها صندوق بیمه درمانی وجود دارد که همه آنها شرکت‌هایی خصوصی هستند. در سوئیس هیچ گونه صندوق یا سازمان یا شرکت دولتی برای بیمه‌های درمانی وجود ندارد.

منابع مالی

1. منبع اصلی موجودی‌های مالی صندوق‌ها یا سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه درمانی در سوئیس حق‌بیمه‌هایی است که "خریداران بیمه" می‌پردازند. پرداخت حق‌بیمه درمانی در این کشور در چارچوب مختصات زیر صورت می‌گیرد:
 - میزان حق‌بیمه درمانی مستقل از سطح درآمد شخص بیمه شده است.
 - دو گروه سنی دارای مقررات ویژه هستند: خردسالان ۱۸ - ۵ ساله، و بزرگسالان.
 - بیمه‌شدگان کم درآمد تحت شرایطی مشمول دریافت یارانه می‌شوند.
 - بیمه‌شدگان ممکن است مشمول تخفیف حق‌بیمه شوند در صورتی که انتخاب آنها از نوع بیمه‌هایی (باشد که انتخاب) عرضه‌کنندگان، خدمات درمانی را محدود می‌سازد (به عنوان مثال، پزشک خانواده).
 - از آنجا که اصل اساسی نظام بیمه‌های درمانی در سوئیس بر رقابت استوار است، بیمه‌شدگان می‌توانند در پایان هر سال، بدون متحمل شدن نوعی کسر یا افت خدمات درمانی، صندوق بیمه خود را تغییر دهند.
2. بیمه‌شدگان در حدود ۲۰ درصد (۱۰ درصد برای خردسالان) هزینه‌های خدمات درمانی دریافت شده را، در صورتی که بالای فرانشیز باشد (می‌پردازند -) با سقف ۷۰۰ فرانک سوئیس در سال.
3. پرداخت‌های جاری بین صندوق‌های مختلف به منظور جبران "خطرهای احتمالی و خیم" که دو ضابطه کنونی آنها عبارت است از جنسیت و سن.

اقتصاد بهداشت و درمان

پیوندهای ناشناخته ولی بسیار مهم بین بهداشت، درمان، فقر و رشد اقتصادی

را باید تشخیص داد و نتیجه گیری کرد.

شاید شگفت‌انگیز به نظر برسد اگر تندرستی و مراقبت‌های درمانی را یکی از موضوع‌های عمده اقتصاد و سیاست بشماریم. ولی واقعیت ناشناخته و نا آشنا این است که اقتصاد بهداشت و درمان یکی از بخش‌های مهم اقتصاد را تشکیل می‌دهد، و موضوع اصلی آن هم این است که منابع مالی و امکانات انسانی موجود در هر کشور چگونه و با چه نوع ضابطه‌هایی باید در نظام‌های درمانی مختلف توزیع گردد.

مدیریت علمی و عادلانه منابع

واقعیت انکارناپذیر این است که تأمین منابع مالی لازم در نظام‌های درمانی یکی از بخش‌های کلیدی اقتصاد هر کشور را تشکیل می‌دهد (یا باید تشکیل دهد)، و به ویژه نقش مهمی بر عهده خواهد داشت در طرحی و تحلیل سیاست‌های ملی یا منطقه‌ای بهداشت و درمان، در انتخاب منابع مالی و تخصیص آنها، و همچنین در ارزیابی کارایی و ثمربخش خدمات بهداشتی و درمانی گوناگونی که در سطوح و زمینه‌های گوناگون به مردم عرضه می‌شود.

هدف اساسی سیاست‌های مالی ناظر بر بخش بهداشت و درمان عبارت است از تضمین هزینه‌های مورد نیاز در امور بهداشتی و درمانی، متناسب با درآمدها در سطوح ملی، محلی و خانوار، از یک سو، و تخصیص حساب‌شده و ضابطه‌مند منابع مالی میان انواع گوناگون خدمات درمانی عمومی و شخص، از سوی دیگر.

«سازمان جهانی بهداشت»، وابسته به سازمان ملل متحد به موجب وظایف و تعهداتی که در سطح جهانی برعهده دارد، در طی دهه گذشته تلاش‌های پیگیری را، به ویژه در حوزه غربی اقیانوس آرام برای ایجاد و پیشبرد اصلاحات ساختاری و عملیاتی نظام‌های بهداشت و درمان کشورهای منطقه به عمل آورده است. در چارچوب همین برنامه‌هاست که تمام کشورهای عضو سازمان در منطقه در جریان دهه گذشته کوشیده‌اند تا امکانات مؤثر و پایدار و

عادلانه‌ای را برای تأمین منابع مالی لازم برای نظام‌های درمانی خود، متناسب با شرایط اقتصادی - اجتماعی خاص هر کشور فراهم سازند. در گزارش سال ۲۰۰۰ میلادی سازمان جهانی بهداشت (سال شروع برنامه یادشده) تأکیدهای فراوانی به عمل آورده بود بر اهمیت بی‌چون و چرای مدیریت هوشمندانه و علمی منابع مالی موجود، به ویژه از طریق «تجمیع خطرهای احتمالی»^۱ و توزیع عادلانه و قانونمند حمایت‌های مالی در میان مردم هر کشور، به ویژه گروه‌های فقیر یا کم درآمد.

تور ایمنی در سطح جامعه یا «پرداخت از جیب»؟

با این حال، راه و روش‌های تنظیم منابع مالی در منطقه هنوز آنقدر کارآیی نیافته از که بتوانند خدمات بهداشتی - درمانی جامع و منصفانه با کیفیت مناسب به مردم عرضه دارند. در بسیاری از این کشورها، هنوز هم بخش مهمی از هزینه‌های درمانی، بنا اصطلاح معروف، «از جیب» پرداخته می‌شود. در غیاب تورهای ایمنی کارآمد برای بهداشت و درمان در سطح جامعه، این‌گونه هزینه‌ها اغلب خانواده‌های کم درآمد را به ورطه فقر می‌کشاند. تجربه‌های موجود نشان می‌دهد که مالیات‌های عمومی، در صورتی که تصاعدی باشد، و همچنین بیمه‌های درمانی مبتنی بر اصل همبستگی‌های اجتماعی عادلانه‌ترین و مؤثرترین گزینه‌های ممکن خواهند بود، به ویژه از لحاظ کاهش فقر.

با این وصف، آشنایی مردم با بیمه‌های درمانی و طرز کار و مزایای آن بسیار ابتدایی است. به تقریب، می‌توان گفت که تمام کشورهای منطقه با فشار سنگین تقاضاها در برابر نظام‌های موجود مراقبت‌های درمانی روبه رو هستند، و برای پاسخگویی به این فشارها از منابع مالی بسیار محدودی برخوردارند. مهارت‌های فنی و ظرفیت‌ها اغلب بسیار نارسا است، به ویژه برای خصوصی‌سازی احتمالی خدمات درمانی، انتخاب راه‌حل‌های درمانی مؤثر و بهینه‌سازی مقررات مالی در جهت کسب حداکثر امتیازهای درمانی و بهداشتی از منابع مالی موجود.

پیوندهای ناشناخته

کمبود بزرگ دیگر آن است که پیوندهای مهمی که بین بهداشت، درمان، فقر و رشد اقتصادی

وجود دارد، در بسیاری از کشورهای منطقه آن گونه که باید مورد شناسایی، مطالعه، تحلیل و نتیجه‌گیری قرار نگرفته است. در نتیجه، سرمایه‌گذاری در زمینه‌های بهداشتی، به ویژه هزینه‌های دولتی در این عرصه بسیار ناچیز است. به همین دلیل است که فقدان اطلاعات و آمار مناسب در زمینه اقتصاد بهداشت و درمان و در زمینه تأمین مالی خدمات درمانی و بهداشتی در تمام کشورهای این منطقه یکی از بزرگترین عوامل ترمز کننده به شمار می‌رود. سازمان جهانی بهداشت، از طریق و امور ویژه «اصطلاحات و سرمایه‌گذاری» در تلاش است تا با همیاری یکایک کشورهای منطقه منابع مالی لازم برای تأمین یک نظام درمانی همگانی را در سرتاسر منطقه را فراهم سازد. □

تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان

از طریق «پرداخت از جیب» یا «پیش پرداخت منطقی» ؟

توسعه بهداشت و درمان در کشورهای آسیا و حوزه اقیانوس آرام با چالش‌هایی مداوم درگیر است. در همان حال که به ریشه‌کنی بیماری‌های خطرناکی هم چون فلج اطفال نزدیک می‌شویم، بیماری‌های عفونی جدیدی پدید آمده است که تلاش‌هایی عمیقی را در جهت پیشگیری و کنترل می‌طلبند. در چنین شرایطی است که با کمال تأسف مشاهده می‌شود محدودیت‌های مالی بسیاری از مردم را وادار می‌سازد که از مراقبت‌های درمانی به موقع چشم‌پوشی کنند یا رژیم‌های درمانی خود را تا حد کمال ادامه دهند. روشن است که این گونه مشکلات حتی بهترین طرح‌ها و برنامه‌های پیشگیری و کنترل بیماری‌ها را با شکست مواجه می‌سازد.

بسیاری از کشورهای آسیایی و حوزه اقیانوس آرام برای تأمین هزینه‌های روزافزونی بهداشت و درمان به راهکارهایی مانند دریافت پول برای خدمات درمانی عرضه شده از سوی دستگاه‌های دولتی عمومی روی آورده‌اند. در نتیجه، سهم پرداخت‌های خصوصی در کل نظام‌های درمانی در طول دو دهه گذشته به میزان قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است. ولی، نکته مهم آن است که «اصطلاحات»ی از این دست بدون اتخاذ تدابیر مناسبی به عمل آمده

است که ضرورت آنها برای ایجاد یا تقویت نظام‌های حمایتی یا مالی مخصوص قشرهای کم درآمد اجتناب‌ناپذیر به نظر می‌رسد، به ویژه قشرهایی از جمعیت که قادر به پرداخت هزینه‌های درمانی و کارانه‌های پزشکی سنگین نیستند. شواهد موجود حاکی از آن است که تأمین هزینه‌های خدمات درمانی از طریق «پرداخت از جیب» به طور کلی راه‌حلی غیر عادلانه و ناکارآمد است. با این وصف، امکان بالقوه‌ای برای تبدیل روش «پرداخت از جیب» به نوعی «پیش پرداخت» منطقی وجود دارد. بیمه‌های درمانی یکی از این نوع طرح‌ها است. به تازگی، تمایل فزاینده‌ای به بیمه‌های درمانی، نه فقط به عنوان یک راهکار مالی، بلکه به عنوان نوعی تور ایمنی هم مشاهده می‌شود. نوعی تور ایمنی که حمایت‌های بیشتری برای گروه‌های کم درآمد در برابر هزینه‌های درمانی در بر خواهد داشت.

«سازمان جهانی بهداشت» اکنون تلاش‌های گسترده‌ای را آغاز کرده است تا از طریق همکاری نزدیک با کشورهای عضو گزینه‌های دیگری را در زمینه تأمین هزینه‌های درمانی فراهم سازد. در این زمینه، دفتر منطقه‌ای سازمان در غرب اقیانوس آرام پایه‌گذار یک رشته «میزگرد»‌های با مشارکت وزیران بهداشت و درمان کشورهای منطقه بوده است که از سال ۱۹۹۹ کار خود را شروع کرده‌اند. موضوع‌های که در این میزگردها مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد عبارت است از: تورهای ایمنی اجتماعی، تندرستی و فقر، وظایف اصلی دستگاه‌های دولتی بهداشت و درمان، استراتژی‌های منطقه‌ای برای بهبود دستیابی به داروهای اصلی و اساسی. همه این مباحث و گزینه‌ها بر محور تأمین هزینه مراقبت‌های درمانی جریان داشته است.

در ۵۶مین نشست کمیته منطقه‌ای (سپتامبر ۲۰۰۳ = شهریور ۱۳۸۲)، قطعنامه‌ای به تصویب رسید که کشورهای عضو را ملزم می‌ساخت که بیمه‌های درمانی همگانی را به عنوان یکی از راه‌حل‌های بدیلی برای تأمین هزینه مراقبت‌های درمانی مورد بررسی جدی قرار دهند. در ۱۱۴مین نشست هیئت عامل «سازمان جهانی بهداشت» در ماه مه ۲۰۰۴ و همچنین در ۱۱۵مین نشست این هیئت در ژانویه ۲۰۰۵ (= دی ۱۳۸۴) نیز مسئله بیمه‌های درمانی همگانی مورد بحث و بررسی قرار گرفت.

کل این بحث‌ها و بررسی‌ها متمرکز بوده است بر هدف‌ها و فرایندهای توسعه بیمه‌های درمانی همگانی، به ویژه در کشورهای کم درآمد. در این بحث‌ها تأکید به عمل آمده است که برای ایجاد و توسعه طرح‌های مخصوص بیمه‌های درمانی همگانی باید اسناد و مدارک

راهنما، به ویژه در مورد طرح‌های اساسی، فراهم گردد و از پراکنده‌کاری‌های پرهزینه اجتناب به عمل آید.

علاوه بر این، تاکید به عمل آمد که «قصد اساسی از تأمین مالی مراقبت‌های درمانی آن است که منابع مالی معینی در نظر گرفته شود و، در ضمن، انگیزه‌های مالی موجهی نیز برای ارائه‌دهندگان خدمات درمانی در نظر گرفته شود تا اطمینان حاصل شود که تمام افراد جامعه به امکانات بهداشتی مؤثر و همچنین به مراقبت‌های شخصی دسترسی خواهند داشت. هم اکنون در آسیای جنوب غربی مجموعه متنوعی از بیمه‌های درمانی شکل گرفته است. برخی از کشورهای پردرآمد منطقه، مانند استرالیا، ژاپن، جمهوری کره جنوبی و نیوزیلند نظام‌های گسترده‌ای برای تأمین مراقبت‌های درمانی براساس پیش پرداخت، از جمله بیمه خدمات درمانی همگانی، به وجود آورده‌اند. بعضی دیگر از کشورهای منطقه، مانند چین، هند، اندونزی، لائوس، مغولستان، فیلیپین، تایلند و ویتنام در طی دهه‌های اخیر بیمه‌های درمانی را برقرار ساخته‌اند و تلاش عمده آنها در زمان حاضر چیزی نیست جز تأمین پوشش همگانی این خدمات در آینده نزدیک.

منبع: برگرفته از گزارش میز گرد‌های سازمان جهانی بهداشت در آسیای جنوب شرقی و غرب اقیانوس آرام (۲۰۰۵).