

روش‌ها و چالش‌ها

شماره سوم: فرانسه

ترجمه: حسین اقبال طالقانی

۱- مقدمه

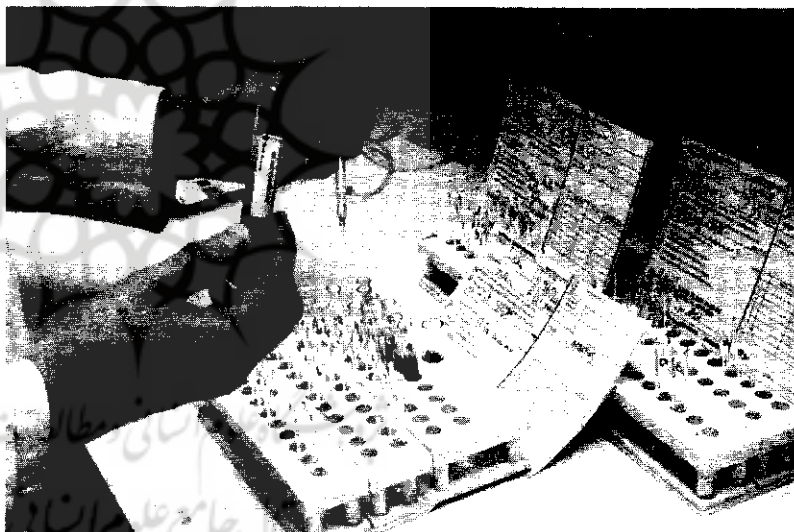
بودجه نظام خدمات درمانی فرانسه از محل درآمدهای مالیاتی و حق بیمه‌های درمانی که کارکنان و کارفرمایان می‌پردازند تأمین می‌شود. خدمات درمانی را پروژه‌های بزرگ بیمه درمانی و دولت خریداری می‌کنند و بابت آن پول می‌پردازند، پزشکانی که مطب شخصی دارند (خود-کارفرما) و بیمارستان‌های عمومی و خصوصی (انتفاعی و غیرانتفاعی) این نوع خدمات را ارائه می‌کنند.

بیشتر پزشکان عمومی و متخصصین بخش بیماران حضوری براساس دستمزد در ازای ارائه خدمت، طبق جدول‌های مورد توافق، حق طبابت می‌گیرند. در حالیکه به کارکنان بیمارستان‌ها حقوق ماهیانه پرداخت می‌شود. بیماران فرانسوی نیز در انتخاب پزشک و بیمارستان آزاد هستند.

این افراد بیمه‌گر خود را انتخاب نمی‌کنند. کلیه ساکنان فرانسه براساس جایگاه حرفه‌ای و مکان اقامت شان، به طور غیر ارادی، تحت پوشش برنامه بیمه درمانی قرار می‌گیرند. در سال ۲۰۰۰، ۸۶٪ از پوشش اضافی (تکمیلی) بیمه درمانی اختیاری برخوردار بودند. از زمان معرفی CMU در سال ۲۰۰۰، که پوشش تکمیلی VHI مجانی را برای افراد کم درآمد ارائه می‌دهد، ۷۷٪ دیگر از پوشش VHI برخوردار شده‌اند و تعداد افرادی که دارای پوشش تکمیلی VHI هستند بیش از ۹۲٪ می‌باشد.

کیفیت VHI بسیار متنوع است. به عنوان مثال در بیشتر قراردادهای مقدار بازپرداخت برای دندان مصنوعی اصلی ۱۵٪ نرخ رسمی است. یک چهارم قراردادهای کمتر از ۵۵٪ پرداخت می‌کنند. حال آنکه ۱۰٪ بازپرداخت هایش از ۲۸٪ است. افراد با درآمد بالا مایلند که قراردادهای بهتری داشته باشند.

تفاوت عمده‌ای در سطح پوشش مردان (۸۳/۵٪) و زنان (۸۶/۱٪) وجود ندارد، اگر چه میزان پوشش برای افراد کم سن و سال‌تر



۲۰۰۱، بخش کوچکی از افراد که تحت پوشش بیمه درمان همگانی قرار نداشتند^(۱)، براساس اقامت قانونی‌شان در فرانسه از حق برخورداری از پوشش عمومی برخوردارند. سه نوع برنامه عمده‌ی درمان همگانی، ۹۶٪ اهالی فرانسه را تحت پوشش قرار می‌دهد (نگاه کنید به بخش ۱-۴) و در کنار آن صندوق ملی بیمه کارگران شاغل (CNAMTS) حدود ۸۳٪ جمعیت را پوشش می‌دهد.

۲- چه کسی بهره‌میرد و چه مزایایی وجود

دارد؟

۱- پوشش

کلیه‌ی ساکنان قانونی فرانسه تحت پوشش بیمه درمانی عمومی قرار دارند. آنها گزینه دیگری ندارند که ارائه کنند. تا همین اواخر اساس حق برخورداری از این پوشش جایگاه شغلی بود، از زمان به اجرا درآمدن قانون بیمه درمان همگانی در ژانویه

(۸۱٪ افراد ۲۰ تا ۳۰ سال) کم‌تر است.

۲-۲ مزایا^(۳)

برای آنکه خدمات درمانی جزو پوشش بیمه درمان همگانی باشد، باید به وسیله یک پزشک، دندانپزشک یا قابله انجام یا تجویز شود و متخصصین درمان یا مؤسسات به ثبت رسیده در نظام بیمه درمانی توزیع گردد و یا در یکی از فهرست‌های حرفه ای آمده باشد.

روش‌های مصوب: این فهرست را طرح‌های بیمه درمان و افراد حرفه ای که در کمیته دائمی، جدول‌های رسمی روش‌های حرفه ای حضور داشتند به طور مشترک تدوین کردند، و این طرح باید به تصویب وزارت بهداشت رسیده باشد.

داروها و لوازم پزشکی: کمیته اقتصادی محصولات پزشکی این فهرست را تدوین کرده و به روز می‌سازد (فقط اخیراً در مورد تجهیزات پزشکی)؛ در این مورد نیز فهرست مزبور باید به تصویب وزارت بهداشت برسد.

این قوانین فقط برای ارائه خدمت در ازای پول به کار می‌رود (یعنی درمان در مطب خصوصی و بیمارستان‌های خصوصی) کلیه روش‌های تشخیص و درمان که در بیمارستان‌های عمومی انجام می‌شود، از طریق یک بودجه عمومی (حتی اگر چنین هزینه‌هایی در بخش خصوصی بازپرداخت نشود)، مثل استیوونسیتومتری تأمین می‌شود. اما بیمارستان‌های عمومی ملزم نیستند که فعالیت‌های معینی از قبیل جراحی پلاستیک انجام دهند.

روش‌ها، داروها و وسایل پزشکی براساس اثربخشی بالینی‌شان در فهرست «مفید» قرار می‌گیرند. اثربخشی داروها (و وسایل پزشکی از سال ۲۰۰۰) را کمیسیون مربوط به شفافیت که به کمیته اقتصادی محصولات داروئی مشاوره می‌داد ارزیابی نموده است. روش‌هایی که دکترها و سایر متخصصین به کار می‌برند به وسیله آژانس ملی صدور مجوز و ارزیابی مراقبت‌های بهداشتی ارزیابی می‌شود که در

سال ۱۹۹۷ ایجاد شد. اخیراً در یک بررسی همه جانبه ۸۰۰۰ قلم دارو به ۸۳۵ مورد برخوردند که از میزان اثربخشی کافی برخوردار نیستند، این داروها در حال حاضر به تدریج از فهرست داروهای قابل پرداخت حذف می‌شوند، بررسی مشابه‌ای نیز در مورد روش‌های درمانی در دست اقدام است.

۳- چه کسی پول را می‌پردازد و چقدر؟

۱-۳ مالیات

به موارد زیر مالیات تعلق می‌گیرد:

سهم عمومی اجتماعی (CSG): از سال ۱۹۹۸ این نوع مالیات که براساس درآمد کل قرار دارد، اجزای تشکیل دهنده حق بیمه‌های درمانی بیشتر کارکنان را

تغییر داده است، نرخ CSG (۲۵٪/۳۳/۹۵٪) مربوط به مستمری، مزایای بیکاری، و مزایای بیماری)، در سال ۱۹۹۷ CSG ۶/۲٪ خدمات درمانی را به لحاظ مالی تأمین می‌کرد، این نوع مالیات امروزه یک سوم درآمد صندوق‌های بیمه درمان را به خود اختصاص می‌دهد.

مالیاتی که شرکت‌های داروئی می‌پردازند (بر مبنای فروش و هزینه‌های تبلیغاتی).

مالیات‌های خاص بر تنباکو، مشروبات الکلی (و اتومبیل‌ها تا سال ۲۰۰۱)، این مالیات‌ها به صندوق اصلی بیمه درمان اختصاص داده می‌شوند (طرح همگانی ۸۴٪ افراد را تحت پوشش قرار می‌دهد) و ۳/۴٪ درآمد حاصل از آن را به خود اختصاص می‌دهد.

CSG نسبتی از درآمد است، ولی نرخ پائین تری که برای استفاده کنندگان به کار می‌رود آن را مناسب‌تر می‌سازد.

۲-۳ سهم حق بیمه درمانی اجتماعی

سهم حق بیمه‌های درمانی اجتماعی برای

افراد خود - کارفرما و کشاورزان مبلغ قابل توجهی نیست ولی سهم کارگران مزدبگیر مناسب است (اگر چه آنها را می‌توان قابل توجه ندانست برای اینکه این حق بیمه فقط بر درآمد دریافتی اعمال شود، که بخش بیشتری از درآمد فقرا را در مقایسه با ثروتمندان در بر می‌گیرد).

نرخ سهم حق بیمه‌های درمان

همگانی را پارلمان از

طریق قانون بودجه‌ی

سالانه تأمین اجتماعی

تنظیم می‌کند.

بودجه هزینه‌ی

افراد که در آن سهم

نیستند از محل

صندوق عمومی

درآمدهای بیمه درمان

اجتماعی تأمین می‌شود.

۳-۳ حق بیمه درمانی اختیاری برای

محاسبه حق بیمه‌ها قانون عمومی وجود ندارد.

نرخ‌ها به نوع بیمه گر (بیمه گران تجاری، انجمن‌های متقابل غیر انتفاعی یا مؤسسه‌های غیرانتفاعی آینده‌نگر) و نوع بیمه نامه‌ها (گروهی و فردی) بستگی دارد.

کارگران مزدبگیر یا از طریق کارفرمایان خود (۵۰٪) بیمه نامه‌ها، که نیمی از آن اجباری و نیمی اختیاری است) خریداری می‌کنند یا به طور فردی.

حق بیمه‌های بیمه نامه‌های فردی که از طریق بیمه‌گران تجاری فروخته می‌شود معمولاً برحسب سن و (گاهی اوقات) گزارش شخصی از وضعیت مزاجی فرق می‌کند. شرکت‌های تعاونی معمولاً با نرخ گروهی حق بیمه می‌پردازند. تا همین اواخر مؤسسات آینده‌اندیش عمدتاً بیمه‌های گروهی می‌فروختند.

حق بیمه‌های بیمه نامه‌های گروهی مورد

مذاکره قرار می‌گیرند و براساس چند نوع نرخ

گذاری تجربی قرار دارند؛ آنها را تا حد زیادی

مثبت بازپرداخت‌ها قرار ندارند (مثل اطاق جداگانه).

– کالاهای خدمات دارویی که در فهرست مثبت بازپرداخت‌ها قرار ندارند (مثل انواع آزمایشات خون، Osteodensitome try و غیره) یا اینکه بدون نسخه خریداری یا استفاده می‌شوند.

به طور خلاصه دو نوع پرداخت یکجا وجود دارد:

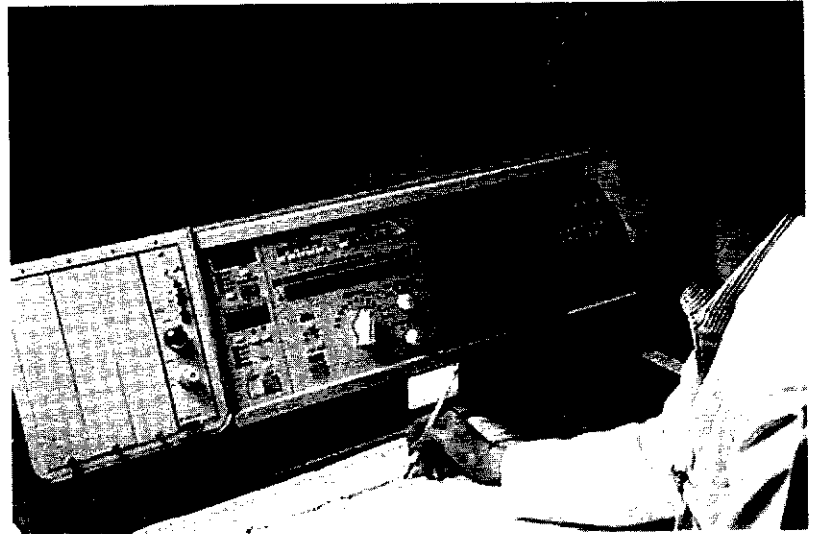
– پرداخت مشترک قانونی که ناشی از این تصمیم دقیق است که پرداخت بخشی از هزینه مراقبت را مستقیماً به عهده خود بیمار قرار دهد.

– سایر هزینه‌های مشترک که در نتیجه ابزارهای صریح بیمه نامه‌ها به وجود می‌آید (مثل تصمیم در مورد اضافه نکردن رؤیا جدید به فهرست مفید پرداخت یا اجاره به این موضوع که شکاف بین تعرفه رسمی بازپرداخت و قیمت مطالبه شده واقعی رشد کند).

عواملان خصوصی (خانواده‌ها و بیمه‌گران درمان تکمیلی اختیاری) تقریباً یک چهارم هزینه کل مربوط به کالاها و خدمات دارویی را تأمین مالی می‌کند، اما سطح پرداخت یکجا طبق نوع درمانی که اراده می‌شود متفاوت می‌باشد. هزینه خانگی متوسط در مورد مراقبت مربوط به درمان، سالانه به طور متوسط ۲۵۳ یورو در سال ۲۰۰۰ بود، که هزینه میانگین برای پرداخت ویزیت پزشکان ۱۰ یورو می‌باشد.

کلیه این هزینه‌ها از طریق بیمه نامه‌های تکمیلی VHI قابل جبران می‌باشند. برای پرداخت‌های جزئی سالانه یا معافیت مالیاتی پرداخت‌های جزئی، هیچ محدودیتی وجود ندارد، اما دو نوع سازوکار وجود داده که می‌توان برای جلوگیری از مطالبات بسیار زیاد مورد استفاده قرار داد:

– معافیت‌های پرداخت به افرادی که بیماری‌های حادی دارند و هزینه‌های



دارو: ۳۰٪ (۱۸/۵۰ یورو) برای معاینه به وسیله GP ها، ۲۰٪ (۲۲/۸۷ یورو) برای معاینه به وسیله یک متخصص اگر چه این مبالغ غالباً از طریق پوشش تکمیلی VHI قابل پرداخت است، معمولاً ۳۵٪ برای داروها (۵٪ برای برخی از داروها و ۶۵٪ برای داروهایی که دارای ارزش دارویی قابل بحث هستند) اما این گروه‌ها فقط برای بخش کوچکی از کل در نظر گرفته می‌شود و ۴۰٪ برای آزمایشگاه - به استثناء بیماری‌هایی که بیماری‌های حادی دارند (۳۱ نوع بیماری از جمله دیابت، سرطان، شیزوفرنی، فشار خون شدید و غیره).

– پرداخت یکجا بابت مراقبت‌های غیر زایشگاهی: ۲۰٪ هزینه‌های بیمارستان تا سقف ۲۰۰ یورو.

– هزینه روزانه تجهیزات بیمارستان: ۱۰/۶۷ یورو.

– هزینه اضافی بابت متخصصان خصوصی در «بخش ۲» (۳۰٪ متخصصین و ۱۵٪ متخصصین بخش عمومی).

– تفاوت بین قیمت‌های واقعی مطالبه شده و تعرفه‌های رسمی بازپرداخت، به ویژه در مورد دندان‌های مصنوعی و عینک.

– خدمات بیمارستان‌ها با هدف بهتر کردن اسباب آرامش بیماران (مثل اطاق جداگانه).

– کالاها و خدمات دارویی که در فهرست

بیمه‌گران تجاری و مؤسسات آینده‌نگر سفارش می‌دهند و برای بیمه نامه‌های شرکت‌های تعاونی استاندارد شده‌تر هستند. داده‌های مربوط به حق بیمه‌ها در دسترس همگان قرار ندارد. میانگین حق بیمه را می‌توان براساس حساب‌های ملی درمانی محاسبه کرد: مبلغ میانگین سرانه سالانه راکه به وسیله VHI بازپرداخت می‌شود به میزان ۲۹۰ یورو برآورد می‌کنند. برای برآورد میانگین حق بیمه باید هزینه‌های اداری و درآمدها را اضافه نمود، اما این اطلاعات فقط در مورد هزینه‌های اداری بیمه‌های تعاونی ارزان‌تر از بیمه نامه‌های فردی هستند.

برای حق بیمه‌های VHI هیچ نوع بخشودگی وجود ندارد اگر چه برنامه‌های غیر مستقیم دولتی برای تعاونی‌های بیمه‌ای وجود دارد به علت آنکه مالیات نرخ حق بیمه آنها پائین‌تر از نرخ اعمال شده برای بیمه‌گران تجاری است.

CMU به افراد کم درآمد پوشش تکمیلی VHI را به طور مجانی ارائه می‌کند.

۳-۴ هزینه‌های کاربری

چند نوع هزینه‌های کاربری وجود دارد که برای بازپرداخت از طریق نظام بیمه درمان همگانی مناسب نیستند:

– پرداخت یک جای هزینه‌های درمان و

MEHR POLCO

شرکت بازرگانی

مشاوران
شماره ثبت: ۲۰۳۶۰۲

مشاوران امور کشاورزی

- واردات

- صادرات

- ترانزیت

Custom
Consulting

- IMPORT

- EXPORT

- TRANZET

تهران - خیابان نجات اللهی - خیابان فلاح پور
شماره ۴۰ - طبقه چهارم - واحد A
کد پستی ۱۵۹۹۹
تلفن: ۹-۶۲۸-۸۸۸ فاکس: ۸۸۸-۸۶۱۵
همراه: ۰۹۱۲-۱۱۰-۴۱۸
WWW.MPTMOGHADAM.YAHOO.COM

طریق سازمان ویژه‌ای از طریق ادارات محلی آن سازمان جمع آوری می‌شود (نمایندگانی مرکزی سازمان‌های تأمین اجتماعی، ACOSS).

برای یکی کردن دو جانبه خطرات بین جبران خسارت نظام عمومی و نظام‌های کوچک بابت تفاوت‌های مربوط به ساختار جمعیت و درآمدهای اعضایشان؛ درآمدها و هزینه‌های علی‌الاصول برای هر صندوق کوچک محاسبه می‌شوند، به گونه‌ای که انگار میزان حق بیمه‌ها و میزان منافع متعلقه همانند نظام عمومی است، اگر این موضوع خسارتی را نشان می‌دهد، از نظام عمومی به نظام‌های کوچک و برعکس انتقال صورت می‌گیرد.

در نظام بیمه‌های مربوط به افراد خویش فرما و نظام بیمه‌ای کشاورزی، حق بیمه‌ها جمع‌آوری و از طریق شبکه‌های بیمه محلی به بیمه‌گذاران پرداخت می‌شود.

جدول ۳/۳ سهم بازار سه نوع بیمه‌گری که در فرانسه به ارائه بیمه تکمیلی VHI می‌پردازد (به استثناء CMU).

منبع: بررسی داخلی تأمین اجتماعی و حساب ملی درمان
برخی تعاونی‌های بزرگ و بیشتر تعاونی‌های کوچک محلی ۵۱ بیمه‌گر بازرگانی معادل ۹۵٪ سهم بازار بیمه‌های تجاری را دارند.

یکی کردن خطرات عمومی بین سه طرح اصلی نظام جبران غرامت بابت تفاوت‌های جمعیتی استفاده‌کنندگان، نظام عمومی و نظام خودکارآفرین، خسارت‌های مربوط به نظام بیمه ای کشاورزی را که استفاده‌کنندگان

بیمارستان بالغ بر ۲۰۰ یورو.

- پوشش تکمیلی مجانی VHI برای افراد با درآمد پائین (CMU).

۴- حق بیمه‌ها را چه کسی جمع می‌کند و کجا خرج می‌شود؟

۱-۴ تنظیم اندوخته مالیات‌ها

مالیات‌هایی که برای بودجه خدمات درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد در سطح ملی جمع‌آوری می‌شود بودجه خدمات درمانی از محل مالیات‌های محلی تأمین نمی‌گردد. (اما مقامات محلی بودجه خدمات غیر درمانی را برای افراد مسن و معمول تأمین می‌کنند). نرخ‌های مالیات را مجلس به طور سالیانه در لایحه بودجه تأمین اجتماعی تنظیم می‌کند. مالیات‌ها را تخصیص می‌دهند (نگاه کنید به بخش ۳/۱).

حق بیمه‌های بیمه تأمین اجتماعی ۹۶٪ فرانسویان تحت پوشش سه نوع نظام بیمه درمانی قرار دارند:

نظام عمومی کارکنان حقوق بگیر در بخش تجاری و صنعت را به همراه خانواده‌هایشان (۸۴٪ فرانسویان) و ذینفع‌های CMU را پوشش می‌دهند.

نظام کشاورزی؛ کارگران کشاورزی و کارکنان را پوشش می‌دهد (۷٪).

طرح‌های کوچک بابت طبقات (گروه‌های) معین (به عنوان مثال معدنچیان، دریانوردان).

این افراد حق انتخاب بیمه‌گر را ندارند کلیه افراد ساکن فرانسه به طور غیر اختیاری بنا به موقعیت شغلی و محل سکونت خود تحت پوشش یکی از این سه نظام به طور جداگانه پرداخت می‌شود:

- در نظام بیمه‌های مربوط به افراد خود-کار فرما و نظام بیمه‌ای کشاورزی، حق بیمه‌ها جمع‌آوری و از طریق شبکه‌های محلی خود به بیمه‌گذاران پرداخت می‌کنند.

- حق بیمه‌های مربوط به نظام عمومی از

مسئول ترند پرداخت می‌کند.

پوشش تکمیلی VHI را بیمه‌گران تجاری و بیمه‌های تعاونی غیر انتفاعی و مؤسسات آینده‌نگر ارائه می‌کنند (جدول ۳/۳). برخی از بیمه‌های تعاونی امکانات خدمات درمانی خود را دارند (مراکز چشم پزشکی، دندانپزشکی مراکز مراقبت فوری و در برخی از مناطق حتی صاحب بیمارستان‌های کوچک هستند) اما بیمه‌گذاران الزامی به استفاده از این شبکه‌ها ندارند.

۴/۲ تنظیم خرید/ قرارداد

دولت و نظام‌های بیمه درمانی با هم مسئول خرید بیمه هستند؛ پرداخت کنندگان و خریداران یکی هستند.

به عنوان یک قاعده کلی بیماران باید برای مداوای سرپائی اول مبلغی را بابت هزینه خدمات بپردازد و بعد مقدار کمی از این هزینه به آنها باز پرداخت می‌گردد (نگاه کنید به بخش ۳/۴)، اما استثنائات این قانون دائماً زیاد می‌شوند:

– نظام بیمه درمانی مستقیماً دوسوم هزینه‌ی این داروها را به داروخانه‌ها می‌پردازند؛

– ذینفعان CMU بابت درمان نباید

پیش پرداخت کنند.

– درمان سرپائی و غیر سرپائی در بیمارستان را نظام بیمه درمانی به طور مستقیم پرداخت می‌کند.

در حال حاضر ارسال صورتحساب بابت بازپرداختی‌هایی که نظام بیمه درمانی مستقیماً به بیمه‌گر بیمه تکمیلی اختیاری می‌پردازد امری متداول است، بیمار باید فقط فرم خسارت را پر کند، بیماران باید برای دریافت خسارت به طور متوسط ۱۲ روز صبر کنند (در صورت داشتن کارت هوشمند ۷ روز).

پرداخت‌های عرضه‌کنندگان بیمه

درمان سرپائی

درمان سرپائی را متخصصین حرفه‌ای که به طور خصوصی کار می‌کنند ارائه می‌نمایند؛

این متخصصین براساس خدمات ارائه شده مزد می‌گیرند و این مزد طبق جدول مقدار دستمزد که وزارت بهداشت بر مبنای طرح‌های کمیته‌ی مجلس برای جداول روش‌های حرفه‌ای ارائه کرده است پرداخت می‌شود. پزشکان بخش ۲ که صاحب مطب خصوصی هستند (۳۸٪ متخصصین و ۱۵٪ پزشکان عمومی) مجاز هستند بیش از تعرفه‌های رسمی حق طبابت بگیرند.

یک نوع مالیات سرانه برای GP‌هایی که موافقت «GP‌های مرجع» باشند (یعنی



مراقب) ارائه شده است؛ این نوع مالیات فقط به ۱۰٪ GP‌ها و ۱٪ بیماران تعلق می‌گیرد.

به داروخانه‌ها طبق یک نظام مختلط که مجموعه اجزاء و مابه‌التفاوت مقیاس تعدیل پذیر را ترکیب می‌کند پرداخت می‌گردد. ارسال ۱۹۹۹ آنها برای عرضه‌ی داروهای ژنریک از انگیزه‌های مالی برخوردار شده‌اند.

بیمارستان‌های عمومی (و بیشتر بیمارستان‌های غیرانتفاعی خصوصی)

بودجه عمومی قابل ملاحظه‌ای را دریافت می‌کنند که نمایندگان بیمارستان محلی (۴) براساس زیر تعیین کرده است:

– بودجه‌های تاریخی

– هزینه مرتبط به ازای DRG

– اهداف برنامه استراتژیک محلی
– کارکنانی (از جمله پزشکان) که در بیمارستان‌های عمومی شاغل هستند حقوق ماهیانه دارند. به برخی از پزشکان بیمارستان اجازه داده می‌شود که بیماران شخصی را در بیمارستان مداوا کنند. این فعالیت خصوصی به دو روز و نیم مشاوری با دو الی چهار روز بستری کردن بیماران در بیمارستان یا ترکیبی از معاینه و بستری شدن در بیمارستان محدود می‌شود. پزشکان هزینه مربوطه را تعیین می‌کنند و درصدی از آن را به بیمارستان می‌پردازند. (مثلاً ۱۵٪ بابت معاینه در یک بیمارستان غیر دانشگاهی، ۶۵٪ بابت اشعه ایکس).

– بیمارستان‌های خصوصی انتفاعی دارای یک نظام صورتحساب گروه بندی شده هستند (که از دستمزد پرداختی به پزشکان که با تجهیزات و امکانات آنجا کار می‌کنند جدا است).

– نرخ استفاده از امکانات و مدوائی که کارکنان بیمارستان (به غیر از پزشکان) انجام می‌دهند.

– نرخ بابت داروها

– پرداخت جداگانه بابت استفاده از

اتاق‌های جراحی، دندانپزشکی و غیره

قیمت‌ها بین بیمارستان‌های خصوصی و بین مناطق فرق می‌کند، کارکنان به غیر از پزشکان حقوق ماهیانه دریافت می‌کنند. اما پزشکان براساس خدمات ارائه شده پول دریافت می‌کنند.

۵. نمایندگانی بیمارستان محلی (ARHS) با اصلاحات سال ۱۹۹۶ ایجاد شد (برنامه ژوپه) این نمایندگی سرمایه‌گذاری مشترک بین خدمات دولتی و خدمات نظام‌های بیمه درمانی می‌باشد که در سطح محلی فعالیت می‌کنند اما نفوذ دولت وجود دارد (شورای وزیران مدیران را انتخاب می‌کند و مستقیماً زیر نظر وزارت بهداشت است).

می‌یابند؟

۶-۱ دسترسی

بیماران در انتخاب عرضه‌کنندگان خدمات درمانی آزاداند. بیماران می‌توانند بدون هرگونه محدودیتی از حیث دفاعات مراجعه یا مشاوره با هر GP یا پزشکی که به طور خصوصی فعالیت می‌کنند یا در بخش‌های بیماران سرپائی بیمارستان‌ها کار می‌کنند ملاقات کنند. بیماران می‌توانند به انتخاب خود در بیمارستان خصوصی یا عمومی بستری شوند. در عمل برای این اصول که به طور حقوقی و قانونی تعریف شده است به دلایل مشکلات مالی (پرداخت‌ها) یا مشکلات مربوط به دسترسی به لحاظ جغرافیائی در مناطق شهری یا حومه محدودیت هائی وجود دارد.

اگر درمانی که از نظر پزشکی قابل توجیه است در فرانسه میسر نباشد، می‌توان به بیماران مجرای مداوای در خارج مجوز قبلی داد. در مورد موارد فوری این موضوع کاربردی ندارد. بیماران سابقه‌ی درمانی جداگانه‌ای ندارند (به استثنای بیمارانی که باشبکه‌های محلی کار می‌کنند). در حال حاضر کارت‌های هوشمند بیماران حاوی اطلاعات اداری (عضویت در صندوق بیمه درمان و پرداخت همزمان بخشودگی و غیره است. برنامه‌های مربوط به کارت‌های هوشمند که سابقه درمانی بیمار را نگه می‌دارد و در موقع مبرم مورد استفاده قرار می‌گیرد تدوین شده است ولی کامل شدن آن ممکن است به دلیل نگرانی در مورد خصوصی بودن و قابلیت اعتماد شدن طول بکشد).

۶-۲ درمان بیماران حضوری

بیشتر بیماران حضوری را پزشکان، دندان‌پزشکان، امدادگران که براساس روش‌های خودکار می‌کنند انجام می‌دهند. درمان بیماران حضوری تا حدی کمتر، بیمارستان‌ها و عمدتاً در مراکز پزشکی ارائه می‌شود (که مقامات محلی یا تعاونی‌های بیمه آن را اداره می‌کنند). تعدا قراردادهای سرانه سالانه با پزشکانی

چقدر هزینه می‌شود و صرف چه کاری

می‌گردد؟

۵-۱

در سال ۲۰۰۰ کل هزینه‌ی خدمات درمانی را در فرانسه ۱۴۰/۶ میلیون یورو یا ۱۰٪ تولید ناخالص داخلی (GOP) برآورد کردند. مصرف درمانی (جدول ۳۱۵)، ۱۲۲/۲ میلیون یورو یا ۸۶/۹٪ کل هزینه‌ی درمان را به خود اختصاص می‌دهد (میانگین سرانه ۲۰۱۷ یورو). هزینه‌ی عمومی ۷/۷٪ GDP را و هزینه‌ی خصوصی ۲/۳٪ GDP را شامل می‌شود. از سال ۱۹۹۶، حداکثر نرخ افزایش هزینه‌های نظام بیمه درمانی هر سال (به طور احتمالی) تعیین کرده‌اند. در نتیجه این هدف (هدف ملی هزینه‌ی بیمه درمان ONDAM) به چهار گروه بودجه‌ی فرعی (بیمارستان‌های عمومی، بیمارستان‌های انتفاعی خصوصی، مؤسسات / خدمات برای افراد مسن و معلول) تقسیم می‌شود. ONDAM به جای اینکه بودجه نقدی محدود باشد یک هدف است. هزینه‌ی واقعی ممکن است بیشتر از میزان تعیین مقرر که تنظیم شده است باشد و هر سال به استثنای اولین سال تنظیم ONDAM (۱۹۹۷) بیش از حد هزینه شده است.

۶- چگونه بیماران به خدمات دسترسی

نمایندگی‌های منطقه ای بیمارستان امروزه مسئولیت تحقیق بودجه و برنامه ریزی را برای بخش بیمارستان اعم از عمومی و خصوصی به عهده دارد.

عقد قرارداد

طبابت شخصی پزشکان متخصص برای طبابت پزشکان متخصص در مطب شخصی یک مذاکره جمعی در سطح ملی به وسیله صندوق قرضه‌ی ملی نظام و بیمه درمان باکلیه اتحادیه‌های یک حرفه‌ی معین صورت گرفت و نتیجه‌ی آن را به طور خودبه‌خودی در مورد کلیه‌ی پزشکان به طور انفرادی به کار بستند. هیچ نوع آزادی برای مذاکره در سطح منطقه‌ای یا محلی به استثنای تجربیات تجهیزات فردی شبکه ای ارائه دهنده وجود ندارد.

بیمارستان‌های عمومی و خصوصی

جریان عقد قرارداد بین بیمارستان‌های خصوصی و نمایندگی بیمارستان‌های منطقه‌ای چندسال پیش شروع شد. این قرارداد التزام بیمارستان (که به توسعه فعالیت‌های مشخص شده کیفیت درمان، کارآئی اقتصادی و غیره مربوط می‌شود) و راهی که به وسیله نمایندگی بیمارستان منطقه‌ای ارائه خواهد شد را مشخص می‌سازد.



که به طور خصوصی مداوا می‌کنند: در مورد گروه‌های مرجع از ۴/۷ تا ۴/۹ و در مورد متخصصین از ۲ (ارقام تخمینی است). تعداد قراردادهای پزشکان در بخش‌های سرپائی بیمارستان (GP) و متخصصین) ۱۵٪ درصد کل است و تعداد کل قراردادهای سالیانه سرانه ۷/۶ الی ۱۱/۵ می‌باشد.

یک درصد بیماران موافقت کرده‌اند با یک «GP مرجع» قرارداد امضاء کنند، مکانیسم حراست در سال ۱۹۷۸ ارائه شد. «GP مرجع» بیماران را به یک متخصص ارجاع می‌دهد (اما این نظام ارجاعی الزامی اجباری ندارد). اما انگیزه‌ی بیماران این است آنها مجبور نیستند پیشاپیش بابت مشاوره مبلغی بپردازند. در سال ۲۰۰۵ تعداد کل پزشکان فرانسه ۱۹۴۰۰۰ نفر بود؛ ۵۱٪ متخصص هستند و ۴۹٪ پزشکان عمومی، همانطور که در جدول ۳/۶ مشخص شده است.

تعداد پزشکانی که به درمان بیماران حضوری می‌پردازند ۱۱۰۰۰ نفر هستند (۱۸۶ نفر به ازای هر ۱۰۰۰۰ نفر)؛ ۶۰٪ آنها GPها هستند (۵۰٪ بدون کار تخصصی) و ۴۰٪ متخصصین (۵۰٪ اگر GPهای تخصصی را نیز حساب کنیم).

۱۱۴ GP به ازای هر ۱۰۰۰۰۰ نفر وجود دارد. ۶۲۰۰۰ پرستار در بخش بیماران حضوری کار می‌کنند.

کلیه GPها در یک منطقه معین جغرافیایی برای ارائه خدمات خارج از نوبت در فهرست قرار می‌گیرند (این در مورد نواحی غیر شهری بیش از پیش دشوار می‌شود). مراکز تخصصی تلفنی نیز وجود دارد اما افراد بیش از پیش به بخش‌های اورژانس بیمارستان روی می‌آورند. همیشه ملاقات با پزشک برای درمان اولیه در همان روز ممکن است. در تحقیق مربوط به مشتری مردم عموماً سطح بالای رضایت خود را از GP خود ابزار می‌کنند.

۳-۶ درمان ثانوی

بیماران حق انتخاب و دسترسی دارند:

زمان انتظار برای ملاقات بسیار متغیر است. (به مثال‌ها زیر نگاه کنید).

در اینجا GPها به عنوان پزشکان بدون مدرک تعریف شده‌اند، اما برخی از آنها ممکن است در زمینه هائی مانند پزشکی ورزشی آموزش خاص دیده‌اند، از آنزبولوژی، همیوپاتی، مراقبت ضروری، و غیره .. این ۲۲۰۰۰ پزشک را شامل می‌شود که ۷۲۰۰۰ پزشک واقعاً به عنوان پزشکان عمومی کار می‌کنند.

تخت بیماران

— به ازای هر ۱۰۰۰ نفر، ۴/۲ تخت اضطراری وجود دارد (که ۲۹٪ این تخت‌ها در بیمارستان‌های انتفاعی خصوصی قرار دارند).



کلیه GPها در یک منطقه معین جغرافیایی برای ارائه خدمات خارج از نوبت در فهرست قرار می‌گیرند.



— از نظر تعداد تخت‌ها بین بخش‌ها تفاوت فاحشی وجود دارد، از ۲/۶ تخت الی ۶ تخت، به استثنای بیمارستان‌های پاریس — برنامه‌های فعلی، ادغام بیمارستان‌ها و تعطیلی تخت‌ها را تشویق کرده است.

کارکنان

— ۱۴۰۰۰ پزشک (۵۴۰۰۰ استخدام تمام وقت)

— ۲۳۴۰۰۰ معادل پرستار تمام وقت (یعنی ۳۹۷ FTE پرستار برای هر ۱۰۰۰۰ نفر)؛ کمبود پرسنل پرستار معضل اصلی بیمارستان‌ها است که با اعمال قانون ۳۵ ساعت کار در هفته تشدید شده است.

فعالیت

— ۲۰/۴ پذیرش گر به ازای ۱۰۰ نفر در خدمات درمانی فوری (۱۹۹۹)

— میانگین متوسط بستری شدن ۵/۵ روز است.

— نرخ مدت اقامت ۸۰/۹٪ می‌باشد.

در بررسی‌های مربوط به مصرف، مردم به صراحت سطح رضایت بالای خود را از درمان ثانویه ابراز می‌کنند. پزشکان و بیمارستان‌ها در مورد فقدان تجهیزات تخصصی گلایه دارند.

۴-۶ خدمات مربوط به تشخیص بیماری

تشخیص سرپائی و خدمات آزمایشگاهی

را متخصصین در مطب‌های شخصی و بخش‌های سرپائی بیمارستان ارائه می‌دهند.

۴۰۰۰ آزمایشگاه داروئی خصوصی و ۵۰۰۰

رادیولوژی ست خصوصی وجود دارند ۹/۸

سی تی دسکانه و ۲/۶ CMRJ اسکانر به ازای

هر میلیون جمعیت وجود دارد.

۵-۶ مراقبت داروئی

داروسازان در مورد توزیع دارو حق

انحصاری دارند (حتی در مورد داروهای

OTC. داروسازان نمی‌توانند بیش از یک

داروخانه داشته باشند در سال ۲۰۰۰ تقریباً

۲۲۷۰۰ داروساز خرده فروش در فرانسه وجود

داشت. ایجاد داروسازی را به لحاظ نظری به

وسیله سهمیه ای تنظیم کردند که هم اندازه

جمعیت را که خدمت ارائه می‌داد و مسافتی

که برای رسیدن به نزدیکترین داروخانه لازم بود

را مدنظر قرار می‌داد. هر بیمارستانی داروخانه

خود را داشت.

۶-۶ مراقبت توانگیری / واسطه ای

بیمارستان خصوصی و عمومی مراقبت

توانگیری و واسطه‌ای را ارائه می‌کنند.

بیمارستان‌های انتفاعی حدود یک چهارم

ظرفیت و بستری کردن روزانه را در این حوزه

در بر می‌گیرند. تعداد میانگین تخت‌ها به ازای

هر ۱۰۰۰ نفر ۱/۵ است. مراقبت بلند مدت را

بیمارستان‌ها نیز ارائه می‌کنند (بیمارستان‌های

عمومی بیش از ۹۰٪ موارد بلندمدت را در بر

می‌گیرند) و در سال ۱۹۹۹ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر

MPT
MEHR POLICO

شرکت بازرگانی

مشاوران
شماره ثبت: ۲۰۲۶۰۲

مشاور امور گمرکی

- واردات

- صادرات

- ترانزیت

Custom
Consulting

- IMPORT

- EXPORT

- TRANZET

تهران - خیابان محلات الهی - خیابان فلاح پور
شماره ۴۰ - طبقه چهارم - واحد A
کد پستی ۱۵۹۹۹
تلفن: ۹-۲۸۰۲۸۰۲۸۰ فاکس: ۸۸۸۰۸۶۱۵
همراه: ۰۹۱۲-۱۱۱۰۴۱۰
WWW.MPTMOGHADIM.COM

مراقبت شبانه روزی، برای معلولین بزرگسال با وضعیت وخیم و ۳/۳۶ اماکن در مراکز کار برای افراد معلولی که قادر به کارکردن هستند.

۱۲۹/۷ - تخت‌ها (که تعداد ۵۴/۲ آنها تخت‌های درمانی هستند) به ازای هر ۱۰۰۰ شهروند بالغ (۷۵ و بیشتر) برای مراقبت شبانه روزی و ۱۴/۲ اماکن برای خدمات خانگی.

۷- جستجوی بیمار

الف دختر ۷ ساله ای است که در پاریس زندگی می‌کند. او از بیماری التهاب گوش میانی رنج می‌برد. مادر او تصمیم می‌گیرد از مشاوره درمانی استفاده کند. او می‌توانست ابتدا معاینه به وسیله‌ی یک متخصص را انتخاب کند ولی به جای کار به GP منتخب خود مراجعه کرد (که کلیه‌ی افراد خانواده را در مان می‌کرد). او به سرعت وقتی را برای ملاقات تعیین کرد و GP مورد اشاره دخترک را معاینه نمود و توصیه کرد به یک متخصص گوش و حلق و بینی مراجعه کنند. و بیمار را به یکی از همکاران خود به نام دکتر پ معرفی کرد. طبق معمول مادر این دخترک مبلغی را (18/50 ELIR) بابت حق مشاوره پرداخت کرد و سپس ادعای خساراتی را برای نظام بیمه درمانی اش فرستاد تا ۷۰٪ به او پرداخت نماید و الباقی مبلغ از محل بیمه تکمیلی VHI پرداخت می‌شد.

مطب دکتر پ در بیمارستان خصوصی انتفاعی قرار دارد که در آن وی بیمارانی را که به عمل جراحی نیاز دارند بستری می‌کند. به مادر این دخترک قرار ملاقاتی را با این دکتر در بین هفته دادند. دکتر پ برای مداوای پاره‌گی حاد پرده‌ی صماخ گوش آنتی بیوتیک تجویز کرد، توصیه‌هایی ارائه داد (شنا نکردن در استخر و غیره) و بیان کرد که مجبور خواهد بود زمانی که عفونت پرده‌ی صماخ از بین برود پرده‌ی گوش را بخیه بزند (یک روش تخصصی که او به شخصه انجام نمی‌دهد). از آنجا که او پزشک «درجه ۲» است ۴۶ یورو (به جای ۲۲/۸۷ یورو) بابت معاینه می‌گیرد. مادر

۱/۴ عدد تخت وجود داشت.

مراقبت روانی را عمدتاً بخش عمومی ارائه می‌کند.

۶-۷ مراقبت اجتماعی

مراقبت شبانه روزی و خدمات خانگی برای افراد مسن مستقل و سالمندان معلول تحت مسئولیت مقامات محلی در سطح بخش قرار می‌گیرند آنها را خود افراد در کنار مزایای اجتماعی سالمندان معلول، مستمری افراد بزرگسال تحت تکفل و مددکاری اجتماعی برای فقرا و بزرگسالان به لحاظ مالی تأمین می‌کنند.



مراقبت شبانه‌روزی و خدمات خانگی برای افراد مسن و سالمندان معلول تحت مسئولیت مقامات محلی در سطح بخش قرار دارد.



اگر چه هزینه خدمات درمانی افراد در مراقبت شبانه روزی (می‌تواند به وسیله‌ی متخصصین خبره درمان، معاینه‌ی پزشکان، مراقبت پرستاری، داروها، تجهیزات پزشکی) را نظام بیمه درمان، معمولاً براساس روزانه پرداخت می‌کند. نظام بیمه درمانی همچنین کلیه‌ی هزینه‌های مراقبت شبانه روزی و مداوای در مؤسسات مخصوص را برای کودکان معلول پوشش می‌دهد.

مراقبت‌های اجتماعی را عمدتاً سازمان‌های غیر انتفاعی خصوصی ارائه می‌کنند. در سال ۲۰۰۰ ظرفیت مراقبت اجتماعی به شرح زیر بود:

۸/۶ - تخت‌ها و امکانات به ازای هر ۱۰۰۰ نفر ۱۰ تا ۱۹ سال برای مراقبت شبانه روزی و خدمات خانگی برای کودکان معلول.
۱/۷ - تخت به ازای هر ۱۰۰۰ سالمند در

دخترک کل مبلغ را پرداخت نمود. از آنجا که پزشک یک کامپیوتر و یک کارت هوشمند دارد، ادعای الکترونیکی برای نظام بیمه درمانی که آن را برای بیمه گر تکمیلی اختیاری ارسال می کند می فرستد. با توجه به کیفیت بالای این بیمه تکمیلی VHI (که کارفرمای مادر دخترک آن را خریده بود)، کلیه هزینه ها در نتیجه باز پرداخت شدند. داروهای تجویزی در داروخانه خریداری شدند و مادر دخترک کل قیمت را پرداخت می کند که بعد باز پرداخت می شود (در عوض می توانست همزمان بپردازد).

دومین قرارداد ملاقات برای انجام رادیوگرام است. در نتیجه یک ادعای الکترونیکی مستقیماً برای بیمه گردان عمومی و تکمیلی درمانی به وسیله بیمارستان ها ارسال گردید به طوری که والدین این دخترک از مبلغ صورت حساب خبر نداشتند. دخترک همچنان از عفونت پرده صماخ با پاره گی های منظم رنج می برد و به طور دوره ای طی دو سال معاینه می شد. والدین این دخترک به دنبال جستجوی خود جهت مشاوره ی بیشتر نکاتی را در مورد استاد مشهوری در بیمارستان پاریس شنیدند. با توجه به آوازه و تجربه این استاد، پرفسور G که در استخدام دانشگاه بود می توانست بیماران را به طور خصوصی نیز معاینه کند. مادر دخترک این گزینه را انتخاب می کند و به سرعت وقت ملاقات می گیرد (دو ماه بعد). هزینه مشاوره ۹۳ یورو (به جای ۴۶ یورو) می شود در این مکان زمان مبلغ اندکی به عهده مادر دخترک می باشد.

بعد از دومین معاینه، پرفسور G تصمیم می گیرد، عمل جراحی انجام دهد. این عمل را اساساً برای ۱۹ ژانویه در نظر می گیرد (دو ماه بعد از دومین معاینه)، اما چند روز جلوتر، بیمارستان عمل جراحی را لغو می کند برای آنکه پرستاران بیماران را برای مذاکره جهت بهتر شدن کار و دستمزد در حال اعتصاب هستند، نهایتاً در سوم مارس این عمل جای

دیگری انجام می شود. الف به مدت ۴ روز در بیمارستان اقامت می کند و با دختر دیگری هم اتاق است. در موقع ترک بیمارستان مادر او پول استفاده از تلفن و غذای خود را پرداخت می کند، (مبلغ ۱۰/۶۷ یورو که تحت پوشش بیمه عمومی قرار ندارد؛ به وسیله بیمه نامه تکمیلی VHI اش پوشش داده می شود).

مسائل اصلی که نظام درمان با آن روبرو است کدام است؟

ارائه خدمات درمانی
نارضایتی پزشکان و سایر دست اندرکاران
و افزایش مشکلات مربوط به توافق با



روابط با پزشکان از سال ۱۹۹۶ یعنی از زمان تصویب اصلاحات عمده ای که در آن برای دستمزد پزشکان سقفی تعیین شد رو به وخامت است.



متخصصین خدمات درمانی

روابط با پزشکان از سال ۱۹۹۶ یعنی از زمان تصویب اصلاحات عمده ای که در آن برای دستمزد پزشکان سقفی تعیین شد رو به وخامت است. از آن زمان اتحادیه ی پزشکان هرگز با نظام بیمه درمان موافقتنامه ای امضاء نکرد، و در حال حاضر هیچ موافقتنامه ای چه برای GP ها یا متخصصین وجود ندارد. در حال حاضر GP ها برای درمان خارج از ساعات در حال اعتصاب هستند. آنها برای افزایش قابل ملاحظه ای در دستمزد خود فشار وارد می آورند و در برخی از بخش ها تعرفه های خود را بدون مجوز بالا برده اند.

آمار حرفه ی درمانی و سایر حرفه های سلامتی

تعداد پزشکان در نتیجه ی تصمیم قبلی مبنی بر سهمیه بندی در دانشگاه های پزشکی کاهش خواهد یافت و این ترس ناشی از مشکلات مربوط به توزیع جغرافیایی را افزایش می دهد. بسیاری از کمبود پزشکان می ترسند و پیشاپیش یافتن پزشکی که در برخی از مناطق روستایی یا ناحیه شهری به طبابت بپردازند مشکل شده است. آزادی انتخاب پزشکان (به لحاظ جغرافیایی) در تنظیم محل کار و ترکیب مهارت بالای لازم از جمله مسائل مورد بحث است.

افزایش نیازها و مقتضیات
حقوق بیماران و استفاده از «رأی» بیماران
در نظام

لایحه ی حقوق بیماران و کیفیت نظام درمانی اخیراً در مجلس مورد بحث قرار گرفت، این لایحه ابزارهایی را برای افزایش و تقویت حقوق بیماران و از آن عمومی تر افزایش توانایی مشتریان مراقبت برای استفاده از نظرشان در نظام، به منظور بهبود مسئولیت پذیری و پاسخگویی در بر می گیرد. این امر شکل اصلی نظام درمان فرانسه را نشان می دهد.

مسئله شدن افراد و اثر آن بر نیازهای مراقبت های درمانی و هزینه ها نیز مایه ی نگرانی است.

تنظیم هزینه ها و جلوگیری از آن
اصلاحات سال ۱۹۹۶، تعادل نهادی نظام خدمات درمانی را در فرانسه تغییر داده است و قدرت را از طرح بیمه درمانی به حکومت (دولت و مجلس) و از سطح ملی به سطح محلی انتقال داده است. «سازمان مختلط» فعلی منبع بحث فراوان است و با خروج اتحادیه اصلی کارفرمایان در هیأت مدیره نظام بیمه درمان در سپتامبر سال ۲۰۰۱ (۷) دچار بحران می شود، آیا باید فرآیند منطقه ای کردن ادامه یابد، در این صورت با کدام نهادها؟

هزینه ها و تداوم پذیری بودجه های عمومی
این موضوع بدون تردید به عنوان معضل اصلی گرایش های احتمالی آینده جهت تقاضا و

MPT
MEHR POLCO

شرکت بازرگانی

مشاوران
(انگلیسی)

شماره ثبت: ۷۰۳۶۰۲

مشاوران امور گمرک

- واردات

- صادرات

- ترانزیت

Custom
Consulting

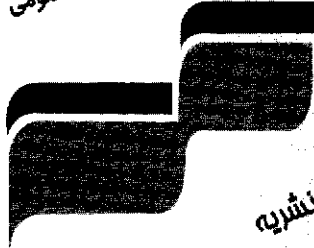
- IMPORT

- EXPORT

- TRANZET

تهران - خیابان بعثت الهی - خیابان فلاح پور
شماره ۴۰ - طبقه چهارم - واحد A
کد پستی ۱۵۹۹۹
تلفن: ۹۰-۴۲۸-۸۸۸۰۸۶۱۵ فاکس: ۸۸۸۰۸۶۱۵
شماره: ۹۱۲-۱۱۰۴۱۸
WWW.MPTMOGHAD@YAHOO.com

فصلنامه
اقتصادی، اجتماعی، معلومات عمومی



نشریه

بیمه و توسعه

MAGAZINE

INSURANCE

&

DEVELOPMENT

Seasonal
Economic, Society, General Knowledge

آگهی می پذیرد

تلفن: ۰۲۱-۶۶۹۷۱۵۰۷
فکس: ۰۲۱-۶۶۹۷۱۵۰۸

دسترسی به فن آوری‌های نوین باقی می ماند و منجر به بحث در مورد آنچه که باید به طور عمومی پرداخت می شود می نگرد.

تأکید بر موضوعات بهداشت عمومی

رویکردهای بهداشت عمومی عنوان مدرکی دال بر اینکه عملکرد نظام درمانی فرانسه مختلط است، توسعه می یابد، این امر نتایج بسیار خوبی در برخی از مناطق به همراه دارد، اما برخی از ضعف‌ها مثل مرگ زود هنگام و مرگ قابل جلوگیری مورد توجه است. به طور فزاینده‌ای تعداد بیشتری از برنامه‌های درمانی وجود دارد که در سطوح ملی و منطقه ای سازمان داده می شود. همچنین تقاضای فزاینده‌ای برای امنیت در حوزه‌ی خدمات درمانی وجود دارد که تعداد بیشتر از سه نماینده برای حل مسائل مربوط به سلامتی (داروها، غذا و محیط) به وجود آورده است.

۷. این اتحادی در حال حاضر از رقابت بین نظام‌های بیمه درمانی و بیمه گران درمانی خصوصی برای اداره‌ی نظام خدمات درمانی طرفداری می کند.