

نظام بیمه درمانی چین در تحول: ارزیابی اولیه و پیشنهاد سیاستها*

هانس یورگن روسنر
بخش سیاست اجتماعی، دانشگاه کلن، آلمان

ترجمه دکتر هرمز همایون پور

در دهه ۱۹۸۰، زمانی که چین اندک‌اندک به اقتصاد بازار و اصلاحات لازمه آن روی کرد، دولت آن کشور نیز به تغییراتی در حوزه تأمین اجتماعی دست زد و بتدریج از اصل حاکم دخالت و مدیریت دولت فاصله گرفت و نقش بیشتری به اصول بیمه‌ای داد. به دلایل جمعیتی، و نیز به منظور تلاش برای وادار کردن بخش خصوصی به تقبل سهم بیشتری از هزینه‌ها، نیت بر این قرار گرفت که تأمین اجتماعی در آینده باید آمیزه‌ای باشد از نظام فراگیر پرداخت جاری^۱ و ترتیبات فردی اندوخته‌های مکمل. در صورتی که نیمه اول دهه ۱۹۹۰ شاهد برقراری کم و بیش نظامی یکسان برای تأمین مستمری پایه بازنشستگی بود، تلاشی که در سال ۱۹۹۸ برای برقراری نظام کلی و پایه‌ای بیمه درمانی صورت گرفت، به رغم موفقیت طرحهای آزمایشی اولیه، حتی در شهرهای بزرگ با کامیابی کامل قرین نشد.

در مقاله حاضر، که مبتنی بر بررسیهای میدانی گسترده است، تلاش می‌شود پیشرفتهایی را که تا به امروز حاصل شده، از چشم‌اندازی چینی و بین‌المللی، ارزیابی شود. ملاحظات مربوط به ساکنان مناطق شهری و روستایی، هر دو، در این مقاله مد نظر قرار گرفته است.

* "China's health insurance system in transformation: Preliminary assesment, and policy suggestions", by Hans Jürgen Rösner, *International Social Security Review*, Vol.57, No.3, July-September 2004. 1. pay-as-you-go

این مقاله مبتنی است بر بررسیهای میدانی صورت گرفته در سالهای ۱۹۹۸، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۲ در شماری از ایالت‌های چین. نویسنده از گروه پژوهشی چین به ریاست چن جیاگویی^۱، نایب رئیس آکادمی علوم اجتماعی چین، و نیز پروفیسور وانگ یانجونگ (Wang Yanzhong)، که بیشتر اطلاعات و ارقام این مقاله از گزارش تحقیقاتی او گرفته شده، بسیار سپاسگزار است. همچنین، از آقای یورگ وولف (Jörg Wolff)، از بنیاد کنراد آدناوئر در پکن، سپاسگزارم که حمایت مالی از طرح ما کاملاً مدیون اوست. تشکری ویژه نیز از همکاران سابقم آقایان بیورن آلپرمان و پنس ویندل^۲ دارم که زحمت بخش عمده‌ای از ترجمه‌ها بر دوش آنها بود. مسئولیت هرگونه خطا و اشتباه احتمالی در مقاله با من است. از پیشنهادها و پرسشها استقبال می‌شود. با این نشانی تماس بگیرید: roesner@wiso.uni-koeln.de.

سابقه اصلاحات درمانی

نظام تأمین اجتماعی پیشین

قبل از اصلاحات اقتصاد بازار در اوایل دهه ۱۹۸۰، نظام درمانی چین متشکل از اقدامات دولت برای کارمندان دستگاه‌های عمومی^۳ بود و از محل مالیاتها تأمین اعتبار می‌شد؛ طرحی مبتنی بر اشتغال نیز وجود داشت که از طریق مؤسسات شهری تحت مالکیت دولت^۴ اداره و تأمین اعتبار می‌شد و شامل کارمندان^۵، کارگران، و خانواده‌های آنها بود. طرحهای درمانی تعاونی‌های روستایی هم از طرف خود اعضاء تأمین اعتبار می‌شد. ویژگی اصلی نظام در این بود که گردانندگان آن کارفرمایان [دولتی] بودند - دستگاه دولت^۶ و تعاونی‌ها، که "واحد کار"^۸ خوانده می‌شدند. "واحد کار" وظیفه‌ای مداوم بر عهده داشت و آن عبارت بود از مراقبت از کارگران زن یا مردی که به مرحله پایانی اشتغال می‌رسیدند. در مجموع، نظام دان وی تأمین‌کننده فراگیر سطحی پایه‌ای از نیازهای جامعه

۱. Chen Jiagui. برای خواندن و تلفظ اعلام چینی، نگاه کنید به «یادداشت مترجم» در آخر مقاله.

2. Bjorn Alpermann and Jens Windel 3. members of the civil service

4. laodong baoxian yiliao 5. employees 6. nongcun hezuo yiliao

7. civil service

۸. "work unit" (danwei)، "واحد کار" (در این معنا) عبارت از شخصیتی حقوقی است که کارگر استخدام می‌کند و می‌تواند یک واحد بازرگانی، مؤسسه، سازمان، مدرسه، دانشگاه، یا ارتش باشد. «کمون»ها و تعاونی‌های روستایی جزء نظام «دان وی» نیستند، هرچند وظایفی مشابه در این حوزه برعهده دارند.

شهری و روستایی بود و خدماتی درمانی را در بر می‌گرفت که از محل مالیاتها تأمین مالی می‌شد و برای همه مجانی بود. بیماران فقط مبلغی جزئی از جیب خود می‌پرداختند. درست است که فقدان هرگونه مراقبت و نظارت بر بیمارستانها و بیماران باعث می‌شد که زیاده از حد نسخه‌های دارویی نوشته شود و از خدمات درمانی استفاده شود، اما چون دستمزد خدمات خیلی پایین بود، کارکنان درمانی چیز قابلی از این کار به دست نمی‌آوردند، و خطر اخلاقی مربوط تا حدود زیادی اندک بود (گو، ۲۰۰۱، ص ۲۰۲). به طور کلی باید گفت که هرچند در محافل بین‌المللی از موفقیت‌های چین در مراقبت‌های درمانی و کنترل بیماری‌های مسری بسیار سخن گفته می‌شد، نظام دان وی کمبودهایی داشت که بخصوص در جریان انتقال به اقتصاد بازار آزاد بیش از پیش ظاهر شد.

اول، محدود کردن مزایای اجتماعی مبتنی بر اشتغال در واقع به نفع مدیریت واحدهای کار نبود، زیرا هزینه‌های عملیاتی بر عهده این واحدها بود که در نهایت بر دولت تحمیل می‌شد. این امر نه فقط به افزایش مداوم هزینه‌ها منجر شد، بلکه تکالیفی نسبت به مراقبت‌های آینده بر عهده واحد کار می‌گذاشت که در واقع باید از طریق پس‌اندازهای مالی تأمین می‌شد. به این سبب، هرچه عمر واحد کار زیاد می‌شد، بر بار مالی و بدهی‌های آن نیز افزوده می‌شد. این وضع تا زمانی که همه چیز دولتی بود مسئله‌ای ایجاد نمی‌کرد، اما از زمانی که اصلاحات اقتصادی باعث ایجاد تحولی عظیم در منطق درونی نظام اقتصادی کشور شد، مسئله‌زا شد، زیرا در «نظام مسئولیت قراردادی مدیریت مالی»^۱ که از سال ۱۹۹۳ اجرا شد، مؤسسات دولتی مسئول سود و زیان خود شدند و حتی احتمال داشت که ورشکسته اعلام شوند. خصوصی‌سازی، ایجاد واحدهای بازرگانی جدید و ادغام مؤسسات در یکدیگر به برآمدن شکل‌هایی تازه از نهادهای تجارتي انجامید که تابع هیچ یک از مقررات قبلی نبودند یا، دست کم، به صورت گذشته تبعیتی نداشتند و بار تعهدات گذشته نیز بر دوش آنها نبود. این شرایط رقابتی نابرابر باعث شد ادامه تأمین مالی خدمات اجتماعی به شکل گذشته هر دم برای مؤسسات تحت مالکیت دولت دشوارتر شود (گو، ۲۰۰۱، ص ۲۰۳ و بعد).

1. chengbao jingying zerenzhi

دوم، پیوند موجود بین اشتغال و تأمین اجتماعی مانع پویایی و تحرک نیروی کار بود. این پیوند تا زمانی که، دست کم به طور رسمی، اشتغال کامل وجود داشت مشکلی ایجاد نمی کرد و نیروی کار از آزادی حرکت برخوردار بود. اما افزایش عدم اشتغال که سرانجام به طور رسمی هم تأیید شد و مهاجرت لگام گسیخته کارگران از نواحی روستایی، بدین معنا بود که بخشی فزاینده از جمعیت تحت پوشش نظام دان وی قرار ندارد. در همان حال، بسیاری از کارکنان عمومی از پذیرش زائد بودن نیروی کار در دستگاههای دولتی و عمومی سرباز زدند، زیرا تصور می کردند وضعیت تأمین اجتماعی آنها برهم خواهد خورد، یا دست کم تنزل خواهد یافت. این موضوع، به برآمدن پدیده «کارکنان خیالی»^۱ دامن زد (به معنای «کسانی که کناره گرفته اند»)، افرادی که نام آنها هنوز در لیست های حقوق وجود داشت - زیرا نمی شد به طور قانونی اخراجشان کرد - اما عملاً^۲ اخراج شده بودند. واحدهای کار مکلف بودند به این گونه افراد دستمزدی دست کم در سطح معیشت روزانه، همراه با کسور تأمین اجتماعی، بپردازند. فقط ورشکستگی این واحدها را از تکلیف پرداخت دستمزد و کسور اجتماعی کارکنان زائد رها می کرد.

سوم، در دهه ۱۹۸۰، سیر نزولی طرحهای درمانی تعاونی های روستایی، که در دهه های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ به راه افتاده بودند، در جا آغاز شده بود، که نتیجه جریان غیراشرافی کردن^۳ کشاورزی و بازگشت به شکل سنتی و غیرجمعی شیوه تولید بود. علت اصلی این بود که نظام قبلی به طور عمده از طریق تعاونی هایی که بر پایه الگوی لنینیستی در جریان انقلاب فرهنگی تشکیل شده بود، به طور اجباری تأمین اعتبار می شد و بریگادهای تولید به مثابه واحدهای کار فعالیت می کردند، اما وقتی «نظام قراردادی مسئولیت خانوار»^۴ به عنوان بخشی از اصلاحات نهادی ۱۹۸۸ برقرار شد، انعقاد قراردادهای اجاره با کمون های مالک زمین معمول شد که به کشاورزان اجازه می داد به حساب خود کار و تولید کنند. در نتیجه، اکثر بریگادها منحل شد و عضویت در طرحهای خدمات درمانی تعاونی ها بشدت کاهش یافت و از ۹۰ درصد به کمتر از ۱۰ درصد رسید (لو و وانگ، ۲۰۰۲، ص ۲۲۱ و بعد).

1. "phantom employees" (xia gang)

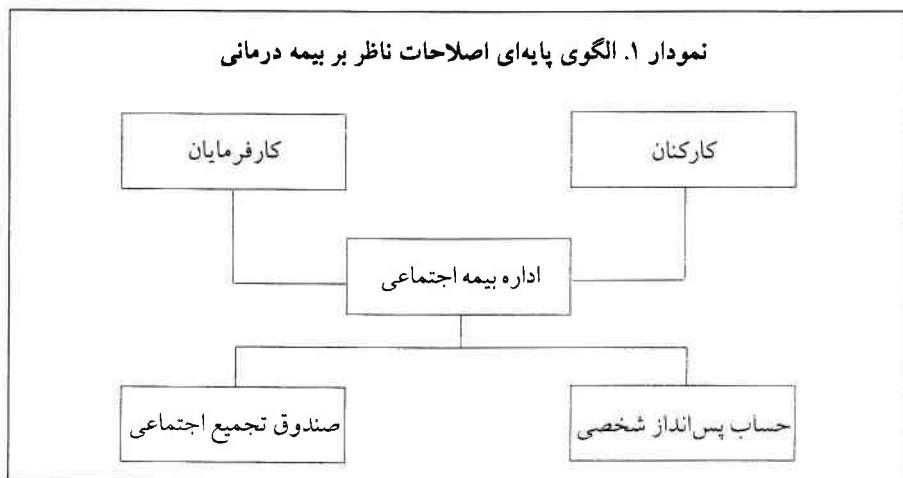
2. de facto

3. decollectivization

4. jiating lianchan chengbaozhi

مرحله آزمایشی اصلاحات درمانی

با اینکه نظام مراقبت درمانی از جمعیت روستایی عملاً فروپاشید، دولت مرکزی همچنان برای نظام درمانی جمعیت شهری اولویت قائل بود، زیرا می‌خواست تغییراتی را که بر اثر روی آوری به اقتصاد بازار آزاد در نظام اشتغال و توزیع ثروت پدید آمده بود، از لحاظ سیاسی برای شهرنشینان پذیرفتنی کند (کوک، ۲۰۰۰، ص ۱۲ و بعد). در ۱۹۹۲، یک گروه تدارکاتی^۱ برای بررسی موضوع بیمه درمان تشکیل شد که به طور مستقیم به «شورای دولتی»^۲ [هیئت وزیران] گزارش می‌داد، و هدف از آن این بود که راههایی برای درهم آمیختن و ترکیب اعتبارات اجتماعی دولتی با حسابهای پس‌انداز شخصی^۳ پیشنهاد کند. در حرکتی که با تقلید از حسابهای پس‌انداز درمانی شخصی در سنگاپور شروع شد (لو، ۲۰۰۰، ص ۴۱۳)، تلاش بر این بود تا تمایل مردم به مشارکت در درمان جلب شود؛ به این معنا که حاضر شوند بخش بزرگتری از هزینه‌های درمانی را از جیب خود بپردازند. هدف از درآمیختن طرحهای پرداخت جاری و پیش‌اندوخته^۴ این بود که همبستگی اجتماعی با مسئولیت فردی ترکیب شود و بار هزینه‌ها به شکلی متساوی بین نسل‌ها تقسیم شود؛ و در همان حال، نظام مراقبت درمانی که ساختاری پراکنده داشت، به صورتی کارآمدتر مدیریت شود (وانگ، ۱۹۹۸، ص ۶).



1. steering group

2. State Council

3. shehui tongchou yu geren zhanghu xiang jiehe

4. pay-as-you-go and funded schemes

تحت این الگوی پایه‌ای، دولت یا کارکنان شهری و واحدهای کار آنها به طور مشترک کسور مربوط را، به نسبت لیست کلی دستمزد کارفرما و دستمزد خالص کارکنان، به عرضه کنندگان منطقه‌ای خدمات اجتماعی می‌پردازند. این مشارکتها سپس به دو بخش تقسیم می‌شود؛ یکی برای تجمیع اجتماعی اعتبارات مربوط به مزایای کلیه اعضا^۱، و دیگری برای حسابهای پس‌انداز شخصی^۲. مقرر بود که این طرح به صورت آزمایشی در مناطق مختلف اجرا شود، تا از تجارب ارزشمند ناشی از مرحله آزمایشی در مرحله نهایی طراحی نظام استفاده شود.

هزینه درمان بیماران سرپایی و بستری (میانگین سرانه شهری)				سال
درمان بستری		درمان سرپایی		
رشد(درصد)	هزینه(به یوان)	رشد(درصد)	هزینه(به یوان)	
—	۳۲۷٫۲	—	۷٫۵	۱۹۸۸
۳۲٫۲	۴۳۲٫۷	۲۹٫۳	۹٫۷	۱۹۸۹
۹٫۴	۴۷۳٫۳	۱۲٫۴	۱۰٫۹	۱۹۹۰
۱۹٫۳	۵۶۴٫۷	۲۵٫۷	۱۳٫۷	۱۹۹۱
۳۰٫۷	۷۳۷٫۹	۲۵٫۵	۱۷٫۲	۱۹۹۲
۳۸٫۴	۱٫۰۲۱٫۰	۳۵٫۵	۲۳٫۳	۱۹۹۳
۲۴٫۷	۱٫۲۷۳٫۰	۲۷٫۰	۲۹٫۶	۱۹۹۴
۳۱٫۰	۱٫۶۶۸٫۰	۳۴٫۸	۳۹٫۹	۱۹۹۵
۳۱٫۲	۲٫۱۸۹٫۰	۳۱٫۶	۵۲٫۵	۱۹۹۶
۸٫۹	۲٫۳۸۴٫۳	۱۷٫۳	۶۱٫۶	۱۹۹۷
۸٫۹	۲٫۵۹۶٫۸	۱۱٫۷	۶۸٫۸	۱۹۹۸
۱۱٫۳	۲٫۸۹۱٫۱	۱۴٫۸	۷۹٫۰	۱۹۹۹
۶٫۷	۳٫۰۸۳٫۷	۰۸٫۶	۸۵٫۸	۲۰۰۰
۵٫۲	۳٫۲۴۵٫۵	۰۹٫۱	۹۳٫۶	۲۰۰۱

منبع: گو، ۲۰۰۱ (برای سالهای منتهی به ۱۹۹۸)، سالنامه درمان عمومی چین، ۲۰۰۰، ص ۷۲ (برای ۱۹۹۹)، سالنامه درمانی عمومی چین، ۲۰۰۲، ص ۱۰۲ (برای ۲۰۰۰ و ۲۰۰۱).

1. shehui tongchou zijin

2. geren zhanghu

از نظر مالی، یک عامل تعیین کننده در اجرای این طرح، مسئله سطح مشارکتها بود و این که کسور دریافتی چگونه باید بین تجمیع اجتماعی اعتبارات و حسابهای پس انداز شخصی تقسیم شود. در اینجا، نه فقط باید تفاوت مناطق از لحاظ توانایی مالی اعضاء در نظر گرفته می شد، بلکه تمایل کارکنان به مشارکت و پرداخت نیز باید مد نظر قرار می گرفت. بخصوص، مؤسسات تحت مالکیت دولت، که در جا گرفتار مشکلات مالی شده بودند، قدرت پرداخت هزینه بیمه درمانی را، علاوه بر آنچه بابت هزینه های سنگین اجتماعی می پرداختند، نداشتند. بنابراین، مسئله مهم دیگری که بروز می کرد این بود که در مورد حسابهای پس انداز شخصی، که عملاً «خالی» بودند، چه کار باید می کرد و وقتی بیمار یا کارمند قدرت پرداخت نداشت تکلیف چه بود.

در وجه عرضه کسور پرداختی، باید در مورد نحوه مدیریت حسابهای پس انداز شخصی تصمیمی اتخاذ می شد تا از سوء استفاده های احتمالی از کسور پرداختی کارکنان پیشگیری شود. از لحاظ اعتباریافتن اصلاحات، و این که مردم به اطاعت از مقررات جدید برانگیخته شوند، همه چیز به این بستگی داشت که از بی بندوباری های گذشته در استفاده از منابع درمانی و سوء استفاده از بیماران بخصوص در نسخه نویسی و فروش دارو اجتناب شود. مقولات مربوط به چگونگی تقسیم مشارکتها بین صندوق تجمیع اجتماعی^۱ و حسابهای شخصی، چگونگی پرداخت بیماران و میزان کسور مسائل مختلفی ایجاد می کرد که فقط در قالب تصمیمگیری های منطقه ای قابل حل و فصل بود.

با آنکه دلایلی بسیار در تأیید این نظریه وجود داشت که مفهوم نیاز پایه ای به شکلهایی متفاوت در مناطق مختلف اعمال شود، مراحل رشد و توسعه مناطق چنان متفاوت بود که راهی بجز برابری^۲ متمرکز خطرها و تخصیص اعتبارات بر آن مبنای باقی نمی گذاشت. اما این الزام نخست نادیده گرفته شد، زیرا دولت مرکزی اشتیاق داشت که، به عنوان بخشی از برنامه اصلاحات خود، به دنبال انتقال مسئولیت تدوین سیاست درمانی و برنامه های مربوط که در ۱۹۸۵ به حکومت های محلی واگذار شده بود، مسئولیتهای مالی نیز به سطوح محلی تفویض شود. ولی با توجه به وضع بی ثبات اعتبارات درمانی در بودجه های محلی و نیز افزایش هزینه های درمانی به سبب پیرشدن جمعیت، محتمل به نظر می رسید که نظام جدید قادر به تأمین مالی خود نباشد و به هر حال نیازمند

1. social pooling fund

2. equalization

تزریق کمکهای مالی از سوی منابع بیرونی گردد. جدول صفحه قبل نشان می‌دهد که هزینه‌های سرانه در مانهای سرپایی و بیمارستانی به چه میزان افزایش یافته است. در نوامبر ۱۹۹۴، شورای دولتی چین تصویب کرد که برنامه اصلاحات درمانی به صورت آزمایشی^۱ در دو شهر بزرگ از ایالت‌های جنجیانگ^۲ و جیوجیانگ^۳ و ناحیه ویژه اقتصادی هاینان^۴ به مرحله اجرا درآید؛^۵ در سال ۱۹۹۶، اجرای برنامه به بیش از ۵۰ شهر دیگر گسترش یافت. ویژگیها و الگوهای اصلی برنامه اصلاحی در بخش بعد به کوتاهی توصیف می‌شود.

مرحله طرحهای آزمایشی، ۱۹۹۴-۱۹۹۷

الگوی «دو جیانگ»

اصلاحاتی که در ۱۹۹۵ آغاز شد، به طور کلی، در هر دو شهر فوق شباهت داشت و، از همین رو، به الگوی «دو جیانگ»^۶ معروف شد. مقرر چنین بود که همه کارگران و کارکنان شهرداریها (اما نه اعضای خانواده آنها) از طرف کارفرماهای خود بیمه شوند. در سطح شهرداری، یک صندوق بیمه درمان^۷ تشکیل شد، تا اعتبارات اجتماعی تجمیع شده و حسابهای پس انداز شخصی را مدیریت کند. مشارکت ماهانه کارفرما معادل ۱۰ درصد کل لیست دستمزد سال گذشته و مشارکت کارکنان معادل ۱ درصد دستمزد ماهانه آنها بود. در جیوجیانگ، در مورد افراد بالای ۶۵ سال، ۶/۵ درصد کل مشارکتها به حسابهای پس انداز شخصی اختصاص یافت؛ این نرخ در مورد جوانها معادل ۵ درصد بود (ارقام مربوط جنجیانگ به ترتیب ۷ و ۵ درصد بود). مابقی کسور دریافتی به صندوق تجمیع اجتماعی واریز می‌شد. از کل مشارکتها، کارمزدی^۸ برابر با ۲ درصد کسر می‌شد تا به مصرف هزینه‌های اداری طرح بیمه درمان برسد.

1. zonghu gaige shidian

2. Zhenjiang

3. Jiujiang

4. Hainan

۵. ناحیه متروپل (مادرشهر) جنجیانگ حدود ۲/۶ میلیون نفر جمعیت دارد و در منطقه اقتصادی یانگنسه در استان جیانگسو واقع است. این متروپل، به سبب آنکه بندری مهم است، توسعه اقتصادی آن سطحی بالاتر از میانگین مملکتی دارد، و به این سبب که شهری در سطح ایالتی است (perfecture-level)، به طور مستقیم از سوی حکومت استانی اداره می‌شود. ناحیه متروپل جیوجیانگ جمعیتی معادل ۴/۵ میلیون نفر دارد و در شمال استان جیانگچی واقع است. این شهر هم موقعیت شهر ایالتی دارد، اما توسعه اقتصادی آن در سطح میانگین مملکتی است. این دو شهر، بخشی از مناطق ویژه اقتصادی هستند.

6. liang jiang moshi

7. health insurance fund (yiliao baoxian jijin)

8. fee

برای مزایای بیمه‌ای وجه تمایزی وجود دارد: بین هزینه‌های پایه‌ای تأمین مراقبت درمانی^۱، که شامل اقلام تفصیلی مربوط به تشخیص بیماری و خدمات و داروهای درمانی است، و خدمات خاص که باید به طور موردی و فردی تصویب شود و هزینه‌های آن پرداخت شود. هزینه‌های مربوط به موارد اضطراری، پیشگیری، دوران نقاهت، حوادث کار و بیماریها به عنوان بخشی از تأمین پایه‌ای مراقبت درمانی محسوب می‌شود. الگو به صورتی طراحی شده که دارای سه شبکه تأمین اعتبار در سطوح متفاوت مشارکت در پرداخت^۲ از سوی بیمار باشد (لهمان، ۱۹۹۸، ص ۴۹): در مرحله اول، تمام هزینه‌ها از محل حساب تراکمی پس انداز شخصی پرداخت می‌شود؛ چنانچه چیزی در حساب باقی نماند، فرد باید تا ۵ درصد از درآمد سالانه خود را پردازد. هزینه‌های درمانی بالاتر از این مقدار از سوی صندوق تجمیع اجتماعی تقبل می‌شود، اما عضو صندوق مکلف است به مشارکت در پرداخت ادامه دهد.

هزینه‌های درمان به صورت الکترونیکی با استفاده از یک کارت هوشمند^۳ که بیمار باید به این منظور ارائه دهد، پرداخت می‌شود. عضو فقط می‌تواند (مگر در موارد اضطراری) از بیمارستانها و داروخانه‌های معینی که مورد تأیید مقامات درمانی قرار گرفته‌اند، و بیمه‌گر با آنها قرارداد منعقد کرده، استفاده کند. از میان این داروخانه‌ها و بیمارستانهای طرف قرارداد بیمه‌گر، که می‌تواند شامل تسهیلات مراقبت در منزل نیز باشد، کارمند آنهایی را انتخاب می‌کند که کارگاه او از آنها استفاده می‌کند.

تحت نظام تجمیع مالی اجتماعی، هزینه‌های خدمات قراردادی بیمارستانی و سرپایی، برپایه یک جدول عملیاتی که نشانگر مخارج این خدمات است، با عرضه‌کننده خدمات تسویه می‌شود. چنانچه هزینه بیمارستان در هر مورد از ارقام مندرج در جدول مزبور کمتر شود، بیمارستان مجاز است مبلغ اضافی را برای خود نگاه دارد. در صورتی که مخارج از ارقام جدول بیشتر بود، مازاد بین بیمه‌گر و عرضه‌کننده خدمت به تساوی تقسیم می‌شود. برای این منظور که از رویه معمول بیمارستانها در گذشته، که دارو را به بهای اضافی می‌فروختند، ممانعت شود، تعداد مراکزی که داروها را از آنها می‌توان تهیه کرد افزایش یافت و نظام حسابداری و حسابرسی جداگانه‌ای مستقر شد. درباره روشهای نسخه‌نویسی و تجویز دارو نیز محدودیتهایی وضع شد. در جنجیانگ،

1. *jiben yiliao feiyong*

2. copayment

3. smart card (*jinrong zhineng ka*)

تسویه حساب هر شش ماه یک بار و در جیوجیانگ ماه به ماه انجام می‌گیرد اما، در هر دو مورد، مبلغی از حساب نگه داشته می‌شود که فقط پس از حسابرسی و کنترل کیفی سالانه قابل پرداخت به طرف طلبکار است. برای حسابرسی و کنترل کیفی نحوه انجام کار در سازمانهای مربوط نیز، هیئت‌هایی فنی تشکیل شده است.

در مقام مقایسه با نظام مراقبت بهداشتی قبلی، الگوی «دو جیانگ» بدین سبب که برداشت از حساب پس‌انداز شخصی و مشارکت در هزینه‌ها باعث شده افراد نسبت به مخارج کارها هشیارتر شوند، موجب پیشرفتهایی شده است. افزایش کسوری نیز که به نسبت سالمندی به حسابهای پس‌انداز شخصی واریز می‌شود، با توجه به بالا رفتن میزان خطرها در سالمندان، منطوق خود را دارد. با این حال، این امید که مشارکت در پرداخت باعث کارآمدی بیشتر استفاده از خدمات شود، فقط به میزانی اندک تحقق یافته است، زیرا افراد بر چگونگی مصرف موجودی حسابهای شخصی خود یا انتخاب تأمین‌کنندگان خدمات درمانی نفوذ و اختیار چندانی ندارند. یک مشکل، فقدان مرزبندی بین حسابهای پس‌انداز شخصی و صندوق تجمیع مالی اجتماعی است، و به همین سبب، الگوی «دو جیانگ» غالباً «الگوی حسابهای مرکب»^۱ خوانده می‌شود. از آنجا که چگونگی برداشت از وجوه صندوق تجمیع اجتماعی بروشنی تعریف نشده، کارفرمایان دارای نیروی کار جوان و سالم، ترس آن داشتند که کسور پرداختی آنها صرف دادن یارانه به مؤسسات دولتی شود تا فشارهای مالی وارد بر این مؤسسات در حوزه مراقبتهای درمانی کاهش یابد. از همین رو، شرکتهای خصوصی و بویژه شرکتهای مشترک^۲ تلاش می‌کردند به صندوق نیبوندند، و با آنکه بیمه درمانی اجباری است، با راههای گریزی که در قانون وجود داشت، دست کم تا سال ۱۹۹۹ بدین معنا بود که راهی برای اجبار آنها به مشارکت وجود ندارد.

با استاندارد کردن روشها و خدمات درمانی، برپایه الگوی ایالات متحده امریکا، و نیز با نظام قراردادی و ایجاد رقابت بین عرضه‌کنندگان خدمات، الگوی «دو جیانگ» می‌تواند راه آینده را هموار کند. اصلاح روشهای نسخه‌نویسی و تجویز دارو و گسترده کردن طیف منابعی که داروها را می‌توان از آنها تهیه کرد، مظهر پیشرفت است زیرا در همین حوزه‌ها بود که بیشترین سوءاستفاده‌های مالی صورت می‌گرفت. تعریف کردن مقررات ناظر بر خدمات و روشهای مراقبت

1. "combined account model"(tongzhang jiehe moshi)

2. joint venture companies

درمانی و تدوین فهرست داروهای مجاز نیز نقطه شروعی است برای طراحی نظام فراگیر و پایه‌ای مراقبت درمانی که تمامی جمعیت را تحت پوشش قرار دهد.

الگوی شِنجِن

در شِنجِن^۱، مقررات اولیه ناظر بر بیمه اجتماعی در اوت ۱۹۹۲ به اجرا درآمد، تا مقرری‌های بازنشستگی و تأمین مسکن و مراقبت درمانی تحت قاعده درآمد و منظم شود (حکومت شهری شِنجِن، ۱۹۹۲). مقرر بود تمام کارگران و کارکنان شرکتهای عمومی و خصوصی، سازمانها، نهادهای اجتماعی، انجمن‌ها و سایر مؤسسات کارفرمایی تحت پوشش بیمه درمانی درآیند. نرخ کسور پیشنهادی عبارت بود از ۸ درصد لیست دستمزد ماهانه برای شرکتهای ۹/۲ درصد برای سازمانها و نهادهای عمومی و ۱۰ درصد مستمری برای بازنشستگان. اما وقتی روشن شد که این مبالغ برای تأمین هزینه‌های فزاینده کافی نیست، در مه ۱۹۹۶ تصمیم گرفته شد که عرضه خدمات بیمه‌ای به سه گروه تقسیم شود: بیمه درمانی مرکب^۲، که درمانهای سرپایی و بیمارستانی کارکنان و بازنشستگانی را که مقیم دائم شهر بودند پوشش می‌داد؛ بیمه‌ای که فقط به درمانهای بیمارستانی کارکنانی که به طور موقت مقیم شهر بودند و کارگران بیکار^۳ مربوط می‌شد؛ و طرح جداگانه بیمه درمانی برای کارکنان بازنشسته ارتش و نظامیانی که به علت ازکارافتادگی از خدمت معاف می‌شوند^۴. در اینجا، نرخ مشارکت برای کارکنان مقیم دائم ۹ درصد (۷ درصد سهم کارفرما و ۲ درصد سهم کارمند)، و ۱۲ درصد برای بازنشستگان بود؛ برای کارکنان مقیم غیردائم و کارگران بیکار این نرخ فقط ۲ درصد بود، اما این گروه باید هزینه درمانهای سرپایی را خود می‌پرداختند؛ ۹۰ درصد از هزینه درمانهای بیمارستانی را بیمه‌گر درمان می‌پرداخت. همین مقررات بر گروه سوم، کارکنان نظامی نیز حاکم بود.

حسابهای پس‌انداز شخصی فقط برای اعضای طرح بیمه درمانی مرکب افتتاح می‌شود، و معادل ۵۰ درصد از کسور ماهانه اعضای که تا ۴۴ سال دارند، و ۶۰ درصد از کسور افراد سالمندتر به این

۱. Shenzhen، شهری در استان گواندوَنگ است که حدود ۱ میلیون نفر جمعیت دارد و از مناطق ویژه اقتصادی به شمار می‌آید.

2. combined health insurance (zonghe yiliao baoxian)

3. zhuyuan yiliao baoxian

4. teshu yilian baoxian

حسابها واریز می‌شود. در این گروه، ۹۰ درصد از هزینه‌های بیمارستانی، ۹۵ درصد برای بازنشستگان، از محل صندوق تجمیع اجتماعی پرداخت می‌شود، اما کل هزینه‌های درمانهای سرپایی باید از محل حسابهای پس‌انداز شخصی تأمین شود. چنانچه پولی در این حسابها باقی نمانده باشد، عضو صاحب حساب باید کل هزینه را، تا جایی که به ۱۰ درصد میانگین سال گذشته دستمزد پرداخت‌شده در شهر^۱ برسد، خود پردازد؛ بعد از آن، بخش باقیمانده از هزینه از محل صندوق تجمیع اجتماعی پرداخت می‌شود.

در مقایسه با الگوی دو جیانگ، الگوی شنجن به سبب پوشش گسترده‌تر و تفاوت‌گذاری بین اعضاء حسب سن، اقامت و وضعیت آنها، و نیز بهره‌گیری از نظامهای بیمه‌ای مختلف، جلوه بیشتری دارد. هرچند این تفاوت‌گذاری‌ها باعث دشوار شدن استاندارد کردن شرایط مراقبت درمانی می‌شود، از نظر محاسبه هزینه‌ها و خطرهای درمانی مختلف امکانات بهتری فراهم می‌کند. همچنین، فرصت تحمیل به صندوق تجمیع اجتماعی کمتر است، زیرا اعضای طرح مکلف به پرداخت سهم مشترک خود هستند؛ از همین رو، این طرح را «الگوی ورودی سنگین»^۲ می‌خوانند. در عین حال، چون جمعیت شنجن به نسبت جوان است و میانگین دستمزدها بالاست، و چون مهاجرت به منطقه نرخی بالا دارد، امکان کاربست این الگو در نظام بیمه درمانی سراسر کشور محدود است.

الگوی منطقه ویژه اقتصادی هاینان

استان هاینان مقررات جدید بیمه درمانی را در ژوئیه ۱۹۹۵ به اجرا درآورد، و کلیه کارکنان شاغل در شهر^۳ را صرف نظر از چگونگی مالکیت مؤسسه کارفرما، همراه با صاحبان فردی کسب و کارها و کارکنان آنها تحت پوشش قرار داد. افرادی که تحت پوشش نیستند عبارتند از کارکنان ارتش، ملیت‌های خارجی و کسانی که از هنگ‌کنگ، ماکائو و تایوان آمده و ساکن این شهر شده‌اند (استان هاینان، ۱۹۹۵). نرخ کسور عبارت است از ۱۰ درصد سهم کارفرما و ۱ درصد دستمزد ماهانه سهم کارکنان. صاحبان فردی کسب و کارها ۱۱ درصد از درآمد ماهانه خود را می‌پردازند و بازنشستگان

1. *shang nindu shi zhigong pingjun gongzi zongze*

2. "high threshold model" (*gao menkan moshi*)

3. *chengzhen congye ren yuan*

معادل ۸ درصد از مستمری خود را علاوه بر کسور کارکنان که کل آن به حسابهای پس انداز شخصی آنان ریخته می شود، درصدی از کسور کارفرمایی نیز به این حسابها واریز می شود (۴ درصد برای کارکنان ۴۰ ساله و کمتر از آن، ۵ درصد برای کارکنان ۴۱ تا ۵۰ ساله ۶ درصد برای کارکنان بالاتر از ۵۰ سال و ۸ درصد برای بازنشسته‌ها)؛ مابقی کسور کارفرمایی به صندوق تجمیع اجتماعی واریز می شود.

از نظر هزینه‌های درمان، بین بیماریهای «فجیع»^۱ و «غیرفجیع» تمایز قائل شده‌اند؛ اولی از محل صندوق تجمیع اجتماعی و دومی از محل حسابهای پس انداز شخصی یا پرداخت مستقیم بیمار تأمین اعتبار می شود. بیمار، به علاوه، باید بخشی از هزینه‌های خدمات درمانی را که تحت پوشش صندوق قرار دارد خود پردازد؛ حداکثر این فرانشیز بر اساس میانگین درآمد یا مستمری^۲ مربوط به استان هاینان در سال قبل محاسبه و تعیین می شود. برای افراد شاغل، این سقف، حداکثر معادل میانگین دستمزد دو ماه آنان است؛ و در مورد بازنشستگان، معادل میانگین مستمری یک ماه آنان. بالاتر از این حداقل‌های مقرر، مشارکت در هزینه‌ها بر مقیاس تدریجی یا تصاعدی^۳ وصول می شود. اگر هزینه‌ها از میانگین دستمزد ده ماه تجاوز کند، ۱۵ درصد (برای کارکنان) یا ۷/۵ درصد (برای بازنشستگان) از حساب پس انداز شخصی و ۸۵ یا ۹۲/۵ درصد بقیه از صندوق تجمیع اجتماعی پرداخت می شود. اگر هزینه‌ها از میانگین دستمزد ۱۰ تا ۲۰ ماه تجاوز کند، سهم مشارکت کارمند معادل ۹ درصد و بازنشسته ۴/۵ درصد است، و چنانچه هزینه‌ها از میانگین دستمزد ۲۰ ماه نیز بالاتر رود، نرخ‌ها به ۵ و ۲/۵ درصد پایین می آید، و مابقی از محل صندوق تجمیع اجتماعی پرداخت می شود. چنانچه در حساب پس انداز شخصی بیمار پولی موجود نباشد، او باید مبلغی را که قرار بوده از صندوق برداشت شود شخصاً از جیب خود پردازد، تا اصل مشارکت عضو محفوظ بماند (جنگ، ۱۹۹۷، ص ۳۴۲).

علاوه بر سطوح ثابت و نسبتاً بالای مشارکت عضو، آنچه الگوی هاینان را بخصوص متمایز می کند، جدایی دقیق عملیاتی بین حسابهای پس انداز شخصی و صندوق تجمیع اجتماعی است. چنانچه هزینه درمان از موجودی حساب پس انداز شخصی تجاوز کند، هیچ یارانه‌ای داده نمی شود، اما مبالغی که در این حسابها باقی بماند به ورثه عضو تعلق می گیرد. حسابهای اعضاء مستقلاً اداره

1. "catastrophic"

2. *shehui pingtun gongzi*

3. graduated scale

می‌شود و نقل و انتقال از آنها به صورت الکترونیکی با استفاده از کارت هوشمند است. مشارکت عضو به طور مستقیم پرداخت می‌شود، اما پرداختهای مربوط به صندوق جمعیت اجتماعی بین اداره تأمین اجتماعی و عرضه‌کننده خدمات محاسبه می‌شود. به دلیل جدا بودن مدیریت حسابهای شخصی و اعتبارات صندوق، این شیوه عمل، «الگوی بدون شبکه‌های پیوندزنده حسابها»^۱ خوانده می‌شود. جدایی حسابها و تفاوت‌گذاری بین سهم مشارکت اعضاء، بسته به شدت و جدی بودن بیماری و هزینه‌های آن، نکاتی است که می‌تواند راهگشای اصلاحات آینده باشد. البته در اینجا به این خطر اخلاقی هم باید توجه داشت که در تشخیص وضعیت بیماری ممکن است اعمال نظر شود.

الگوی شانگهای

اصلاحات بهداشتی و درمانی در شانگهای^۲ در ۱۹۹۴ آغاز شد، و در هماهنگی با اصول «کنترل هزینه کل»^۳ و «تعديل ساختاری»^۴ بود. در نتیجه، افزایش هزینه‌های بیمارستانی کنترل شد و، در همان حال، فروش دارو به مثابه بخشی از درآمد بیمارستانها کاهش یافت، اما درآمد بیمارستانها از محل مشارکت بیماران در هزینه خدمات درمانی زیاد شد. در مه ۱۹۹۶، یک طرح آزمایشی بیمه عمومی، که بر کلیه کارکنان شاغل در شهر و بازنشسته‌ها ناظر بود، و در مجموع حدود نیمی از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌داد، به اجرا درآمد. اعضای خانواده مشمول این طرح نبودند (گروه پژوهشی، ۱۹۹۷، ص ۳۱). هدف از این طرح این بود که هزینه درمان بیمارستانی بالاتر از سطح مشارکت اعضاء از محل جمعیت اجتماعی پرداخت شود. اما مخارج درمان سرپایی اساساً باید از جیب خود بیمار پرداخت می‌شد.

به طور میانگین، طرح بیمه درمانی فوق معادل ۶۰ درصد هزینه‌های دارویی و بیمارستانی را می‌پرداخت؛ سهم مشارکتی بیماران معادل ۸ درصد دستمزد سالانه آنها بود (برای بازنشسته‌ها ۴

1. "model without account-linking channels" (wu zhanghu tongdao moshi)

۲. Shanghai، از شهرهایی است که به طور مستقیم از پایتخت اداره می‌شود و ۸/۳ میلیون نفر جمعیت دارد (جمعیت شانگهای بزرگ به ۱۴ میلیون نفر می‌رسد). به این ترتیب، دومین شهر بزرگ چین است. بزرگترین و مهمترین بندر کشور در شانگهای واقع است و این شهر مرکز اصلی صنعت و بازرگانی چین محسوب می‌شود.

3. "total cost control" (zongliang kongzhi)

4. "structural adjustment (jiegou tiaozheng)

درصد)، و مابقی هزینه‌ها از سوی کارفرما پرداخت می‌شد. در مورد هزینه‌های مازاد بر میزان سهم مشارکت اعضا، ۸۵ درصد از سوی طرح بیمه درمانی و ۱۵ درصد از سوی کارفرما یا شخص بیمار تأمین می‌شد. در آغاز، برای تأمین اندوخته طرح، کارفرماها معادل ۴/۵ درصد از لیست حقوق خود کسر می‌کردند، اما از اوایل ۱۹۹۷ این نرخ به ۶/۵ درصد افزایش یافت. کسور از طرف «مرکز مدیریت تأمین اجتماعی»^۱ شهر شانگهای جمع‌آوری و تمشیت می‌شد. هیچ نوع پیش‌بینی و اقدامی برای افتتاح حسابهای پس‌انداز شخصی منظور نشده بود. از آنجا که این طرح منحصراً بر مبنای نظام پرداخت جاری بود و از آنجا که درمانهای سرپایی را پوشش نمی‌داد، به «الگوی غیرکامل تأمین اجتماعی»^۲ معروف شد.

الگوی تجمیع اجتماعی و بیماریهای فجیع

الگوی تجمیع اجتماعی برای پرداخت هزینه درمان بیماریهای خیلی شدید^۳، از ۱۹۸۷ به صورت آزمایشی در مؤسسات وابسته به شرکتهای دولتی در پکن اجرا شد.^۴ معیارهای مورد عمل عبارت بود از تشخیص بیماری به اضافه سطح معینی از هزینه‌های درمان (در آن زمان، بالغ بر ۲۰۰۰ یوان^۵) (دونگ، ۱۹۹۷، ص ۳ و بعد). چون شرکتهای کوچک و متوسط غالباً قادر به تقبل خطر درمانهای پرهزینه نبودند، این شیوه سرعت گسترش یافت، و در ۱۹۹۶ از سوی وزارت کار به مثابه الگوی مناسب تقلید توصیه شد. در نتیجه، تعداد زیادی صندوق بیمه گروهی^۶ در سطح شهرداری‌ها و بخشها تأسیس شد، و بین ۳ تا ۵ درصد از مجموع لیست دستمزد تعاونی‌های ایالتی و شهری به آنها

1. Social Security Administration Centre

2. "incomplete social security model (bu wanquan de shehui baoxian)"

3. da bing tongchou moshi

۴. به علت مشکلاتی که از نظر تأمین هزینه مراقبتهای درمانی در شرکتهای کوچک و متوسط پدید آمده بود، در بعضی از مناطق دیگر کشور نیز اجرای الگوی تجمیع اجتماعی آغاز شد. در ۱۹۸۷، وزارت استان سیچوان و سایر مقامات آن استان پیشنهادی عرضه کردند تا یک نظام تجمیع اجتماعی برای تأمین هزینه «بیماریهای فجیع» برقرار شود. در این طرح، هزینه این بیماریها از سوی کارکنان دولت و خانواده‌های آنها و کل هزینه‌های درمانی مربوط به بازنشسته‌ها از سوی خود آنها پرداخت می‌شد. هزینه‌ها را کارفرمایان و کارکنان به طور مشترک به نهادهای محلی که مشخصاً برای این موضوع معین شده بود می‌پرداختند. تا ۱۹۹۳، مجموعاً ۲,۶۷۶,۰۰۰ کارمند و ۲۲۵,۰۰۰ بازنشسته در سراسر مملکت مشمول این نظام شدند: وزارت کار، ۱۹۹۷، ص ۱۳۱ و ۱۳۵. ۵. yuan، واحد پول چین. - م.

6. group insurance funds

واریز گردید. این صندوقها هزینه درمان بیماریهایی را که خیلی شدید تشخیص داده می‌شد می‌پرداختند. اما هزینه سایر درمانها مثل گذشته باید از سوی کارفرمای واحد یا بیمار تقبل می‌شد (وانگ شیائوی، ۲۰۰۰، ص ۳۷۳).

از آوریل ۱۹۹۵، این الگو در پکن اجرا شده و کارفرماها و کارکنان، به ترتیب، ۶ و ۱ درصد میانگین دستمزد ماهانه پرداختی در سال قبل را می‌پردازند. هر بخش یا محله^۱ شهر به طور مستقیم مسئول جمع‌آوری و مدیریت کسور و پرداخت مزایا از محل این کسور است. در عین حال، مدیریت مرکزی شهر^۲ نیز ۱۰ درصد از مجموع مشارکتها را می‌گیرد تا صرف برابرسازی خطرها^۳ کند. در شهر چنگدو^۴ این رویه برقرار است که کارکنان ۳ درصد دستمزد خود و بازنشستگان ۵ درصد مستمری خود را مشارکت می‌کنند. کل هزینه درمان بیماریهای خیلی شدید که از ۳۰۰ یوان تجاوز کند، تحت پوشش بیمه است. ۸۰ درصد از هزینه‌های تا ۱۰۰۰ یوان، ۸۵ درصد از هزینه‌های بین ۱۰۰۰ تا ۲۰۰۰ یوان، ۹۰ درصد از هزینه‌های بین ۲۰۰۰ تا ۳۰۰۰ یوان و ۹۵ درصد از هزینه‌های بالاتر از این مبلغ بازپرداخت می‌شود. هزینه درمان بیماریهایی که جدی طبقه‌بندی نشده باشد، معمولاً به تساوی ۵۰-۵۰ بین کارفرما و کارمند تقسیم می‌شود. از ۱۹۹۷، این نظام به کارفرمایی‌های بخش خصوصی، کارگران خویش‌فرما، و ... گسترش یافت (لهمان، ۱۹۹۸، ص ۳۷).

در چین نیز نظیر سایر کشورها موضوع پیرشدن جمعیت مطرح است و باعث افزایش بیماریهای مزمن و تحلیل‌برنده شده که به معنای افزایش هزینه سرانه درمانی است. از همین رو، اقدامات ناظر بر جمعیت و برابرسازی خطرها که تاکنون به بوته فراموشی افتاده بود اهمیت گرفته است. احتمالاً از این گونه اقدامات حمایت سیاسی نیز می‌شود، زیرا مؤسسات و شرکتهای دولتی باری سنگین از نظر تعهدات مربوط به سالمندان و کارکنان پیشین خود بر عهده دارند. با این حال، در مجموع معلوم نیست که عدم توازن‌های موجود از لحاظ گسترش خطر در بین مناطق را چگونه می‌توان اصلاح کرد؛ مثلاً بین استانهای ساحلی که نیروی کار آنها بیشتر جوان است، و مناطق صنعتی قدیم در نواحی داخلی کشور. به علاوه، کارفرمایان فزاینده بخش خصوصی معمولاً مقررات سختی از نظر سن استخدام در نظر می‌گیرند که گاهی سقف آن به حداکثری خیلی پایین مثل ۳۵

1. neighbourhood

2. City's Central Administration

3. risk equalization

4. Chengdu, مرکز استان سیچوان با ۲/۵ میلیون نفر جمعیت (چنگدو بزرگ دارای ۴/۴ میلیون نفر جمعیت است).

سالگی می‌رسد. و روشن است که این استخدام‌شدگان جوان گرایش چندانی به مشارکت و پرداخت کسور ندارند.

مرحله اصلاحی بعد از ۱۹۹۸

در اواخر ۱۹۹۸ و اوایل ۱۹۹۹، مقررات زیادی منتشر شد که بر پایه تجارب حاصل از طرح‌های آزمایشی تدوین شد و هدف از آنها استاندارد کردن نظام تأمین اجتماعی بود (وانگ شیائوی، ۲۰۰۰، ص ۳۷۳ و بعد). از شمار مهمترین اینها، «مقررات آزمایشی درباره پرداخت مقرری‌های تأمین اجتماعی»^۱ در ژانویه ۱۹۹۹ بود که شامل حال بیکاران، بازنشسته‌ها و مضمولان بیمه درمانی می‌شد و اجازه می‌داد عرضه‌کنندگان خدمات در صورتی که در پرداخت کسور تأخیر شود، به اخذ جریمه دیرکرد اقدام کنند. از عوامل تأثیرگذار بر اصلاحات درمانی، مصوبه دسامبر ۱۹۹۸ شورای وزیران درباره «پایه‌گذاری یک الگوی پایه‌ای بیمه درمانی برای کارکنان شهرها و شهرکها»^۲ بود (داریمان، ۲۰۰۳، ص ۱۱۰۳ و بعد).

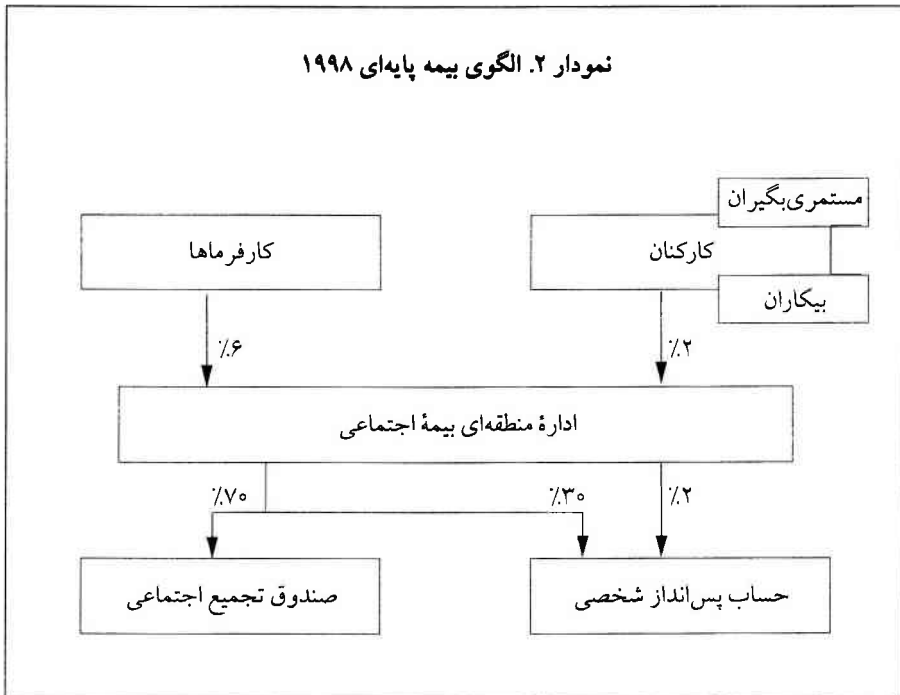
مقررات مربوط به نظام پایه‌ای بیمه درمانی

برخلاف بیمه بازنشستگی و بیکاری، که پوشش آن به کارگاه‌های وابسته به شرکتهای دولتی و دیگر مؤسسات بازرگانی محدود بود، نظام پایه‌ای پیشنهادی برای بیمه درمانی شامل پوشش تمام کارکنان شاغل در شهرها، شهرکها، کمون‌های عمومی، نهادهای اجتماعی، انجمن‌های غیرانتفاعی، و نیز کلیه واحدهای کاری (تعاونی‌های ایالتی و شهری، مؤسساتی که بخشی از آنها در مالکیت خارجی است، و فعالیتهای بازرگانی بخش خصوصی) خواهد بود. در درون مناطق، کلیه واحدهای استخدام‌کننده نیروی کار ملزم به پیوستن به طرح پایه‌ای بیمه درمانی متناسب با وضعیت اداری خود هستند. بنابراین، حوزه‌های برنامه‌ریزی یکسان، با اعتبارات یکسان و نحوه یکسان استفاده از

1. Tentative Rules on the Payment of Social Security Dues (*shehui baoxianfei zhengjiao zanzheng tiaoli*)

2. Establishing a Basic Medical Insurance System for Urban and Township Employees (*guowuyuan guanya jianli chengzhen zhigong jiben yilia baoxian zhida de jue ding*)

اعتبارات ایجاد می‌شود. بخصوص برای شهرداری‌های پکن، تیانجین و شانگهای که به طور مستقیم از مرکز اداره می‌شوند، حوزه‌های برنامه‌ریزی یکسان در نظر گرفته شده است. از لحاظ برنامه‌ریزی، ترکیبی از نظام تجمیع اجتماعی پرداخت جاری و حسابهای پس‌انداز شخصی پیش‌اندوخته حفظ شده است اما، در قیاس با طرحهای آزمایشی، نرخ مشارکت واحدهای کار به ۶ درصد لیست کل دستمزدها کاهش یافته و نرخ مشارکت کارکنان دو برابر شده و به ۲ درصد دستمزد ماهانه افزایش یافته است. با توجه به تفاوت‌های چشمگیر منطقه‌ای و مالی، همچنان اجازه داده شده تا در اجرای مقررات بعضی استثناها منظور شود. در صورتی که مشارکت کارکنان به طور کامل به حسابهای پس‌انداز شخصی واریز می‌شود، کسور کارفرمایان به نحوی تقسیم می‌شود که، به طور کلی، ۳۰ درصد به حسابهای شخصی و ۷۰ درصد به صندوق تجمیع اجتماعی ریخته شود، اما در اینجا نیز بعضی استثناها اجازه داده شده است. نمودار شماره ۲ نشانگر تصویری کلی از جریان امر است.



مسئولیت‌های اداری و درصدهای قابل پرداخت از محل صندوق تجمیع اجتماعی و حسابهای پس‌انداز شخصی باید دقیقاً تعریف شود؛ سطوح حداقل و حداکثر کسور قابل پرداخت از طرف اعضاء نیز باید معین شود. پرداخت‌های صندوق تجمیع اجتماعی نباید بیش از چهار برابر میانگین دستمزد محلی باشد، و هزینه‌های بیشتر از آن باید از طرف بیمه‌های اتکایی خصوصی^۱ پوشش داده شود. بیمه‌گران اجتماعی منطقه‌ای متعددی مسئولیت جمع‌آوری مشارکتها، مدیریت منابع مالی و پرداخت موارد مقرر را بر عهده دارند. به موجودی حسابهای پس‌انداز شخصی بهره‌ای معادل آنچه به سپرده‌های حداقل سه‌ساله پرداخت می‌شود تعلق می‌گیرد، و این موجودی‌ها را می‌توان منتقل کرد و حق استفاده از آن را به ورثه واگذاشت. مقامات ویژه‌ای بر اجرای این موارد نظارت می‌کنند.

در تلاش برای افزایش کارایی، سطح و معیارهای خدمات درمانی، روشهایی برای ارزیابی تشریفات کار و خدمات تحت پوشش در دست تدوین است، و تسهیلات درمانی بخصوص در بیمارستانها و داروخانه‌ها طبقه‌بندی خواهد شد. برای مثال، بیمارستانهای محلی یا شهرداری که دارای تسهیلات اولیه هستند (طبقه I الف، ب و ج)، فقط به تأمین مراقبتهای اولیه و اجرای برنامه‌های بهداشتی و تزریق واکسن مجاز خواهند بود. بیمارستانهای بخش، تجهیزات بیشتری خواهند داشت و مجاز به جراحیهای پیشرفته خواهند بود (طبقه II الف، ب و ج). طبقه III که معمولاً تدریس بیمارستانها را نیز عهده‌دار است، بیشتر در شهرهای بزرگ قرار دارد و از کیفیت بالایی برخوردار است. بیمه‌گران اجتماعی منطقه‌ای با مراکز منتخب در طبقات II و III قراردادهای لازم را برای مراقبتهای درمانی منعقد می‌کنند، تا به این ترتیب باعث تشویق رقابت شوند. اعضاء می‌توانند آزادانه بین این مراکز هر کدام را که می‌خواهند انتخاب کنند و تصمیم بگیرند که چه دارویی را از کجا بخرند. «سازمان مدیریت امور غذایی و دارویی کشور»^۲ بر فروش داروها در داروخانه‌ها نظارت می‌کند و به وضع مقررات لازم در این حوزه اقدام کرده و برای مقابله با سوءاستفاده‌های دارویی تدابیر لازم را اتخاذ می‌کند.

1. supplementary private insurance

2. State Food and Drug Administration

الگوی تجدیدنظر شده شانگهای

شانگهای در سال ۲۰۰۰ تغییر مسیر داد و به طرح مورد نظر دولت مرکزی پیوست.^۱ بدین سبب که نسبت سن نیروی کار به بازنشستگان در شانگهای در قیاس با سطح ملی مطلوب نبود (به ترتیب ۱:۰/۵۳ در مقابل ۱:۰/۳۸)، میزان کسور در سطح منطقه‌ای تعدیل شد. بنابراین، اکنون مشارکت کارفرمایان به میزان ۱۰ درصد لیست سالانه دستمزدها و مشارکت کارکنان معادل ۲ درصد دستمزد خالص ماهانه است. از این ۱۲ درصد، یعنی جمع مشارکتها، ۸/۴ درصد (یا ۷۰ درصد مجموع مشارکتها) به صندوق تجمیع اجتماعی و ۳/۶ درصد (یا ۳۰ درصد مجموع مشارکتها) به حسابهای پس انداز شخصی واریز می‌شود. به این حسابها، پارانه‌های مربوط به سن و سال نیز افزوده می‌شود: کارکنان زیر ۳۴ سال معادل ۰/۵ درصد از میانگین دستمزد سالانه شهری در سال قبل، کارکنان ۳۵ تا ۴۴ سال معادل ۱ درصد و کارکنان بین ۴۵ سال تا سن بازنشستگی معادل ۱/۵ درصد؛ این مبلغ، از صندوق اجتماعی به حسابهای پس انداز شخصی منتقل می‌شود. بازنشستگان تا ۷۴ سال نیز معادل ۴ درصد و بالاتر از ۷۵ سال معادل ۴/۵ درصد می‌گیرند. هدف در اینجا، جبران این واقعیت است که کارکنان سالخورده‌تر زمان کمتری برای پس انداز دارند؛ و در همان حال، از سوی دیگر، برای بازنشستگان موجود، که غالباً درآمدی اندک دارند، الحاق به ترتیب پیشنهادی مشارکت در پرداخت آسانتر است.

در وجه عرضه، صندوق تجمیع اجتماعی هزینه درمان بیمارستانی و نیز بیماریهایی را که درمان آنها پرهزینه است، اما ضرورتی به بستری شدن طولانی در بیمارستان ندارند پرداخت می‌کند. در اینجا، نظامی از پرداخت مشارکتی تدریجی برای بیماران طراحی شده است. در مرحله اول، کارکنان عضو باید معادل ۱۰ درصد میانگین دستمزد شهری خود را در سال قبل پردازند، سپس صندوق اجتماعی معادل ۸۵ درصد از کل هزینه را می‌پردازد. حداکثر پرداخت مشارکتی کارکنان معادل ۴ برابر میانگین دستمزد است. برای بازنشسته‌ها، مشارکت در پرداخت کمتر است و به سنی که دست از کار کشیده‌اند بستگی دارد، و صندوق معادل ۹۲ درصد از کل هزینه را پرداخت می‌کند. هزینه‌های

۱. نک: طرح اجرایی شهرداری شانگهای در پیاده کردن مصوبه شورای وزیران درباره اصلاحات درمانی (که در ۲۲ سپتامبر ۲۰۰۰ در بیست و دومین اجلاس کمیته اجرایی یازدهمین کنگره خلق شهرداری شانگهای به تصویب رسید).

قابل پرداخت از حسابهای پس انداز شخصی عبارت است از درمانهای سرپایی، موارد اضطراری و نیز آن نوع خدمات درمانی که عضو به تمایل خود دریافت کرده است. وجهی ویژه در نظام شانگهای، پیش‌بینی بیمه اتکایی است که کارکنان، خود کسور آن را می‌پردازند. در این طرح، کارکنان، علاوه بر ۱۰ درصد مقرر، معادل ۲ درصد اضافی نیز می‌پردازند (حداکثر تا ۴ درصد) تا در مواردی که حسابهای پس‌انداز شخصی آنها خالی باشد یا برای هزینه‌ها کفایت نکند به مصرف برسد. معادل ۸۰ درصد هزینه درمانهای غیربیمارستانی و موارد اضطراری از محل بیمه اتکایی پرداخت می‌شود.

ارزیابی اولیه اصلاحات درمانی و تأثیر آن بر جمعیت شهری

تجارب به دست آمده از طرحهای آزمایشی و نیز الگوی شانگهای تا همین جا نشان داده که چه مشکلاتی می‌تواند بر سر راه اجرای یک طرح بیمه درمانی پایه‌ای پدید آید. از یک سو، پیرشدن جمعیت بدین معناست که مشارکتها باید خیلی از آنچه تاکنون معمول بوده بیشتر باشد، و از سوی دیگر، بیمه اتکایی باید معمول شود تا در مواردی که افراد قادر به پرداخت کسور کافی نیستند مورد استفاده قرار گیرد. اکنون با آنکه افزایش هزینه‌ها مهار شده، سطح پوشش به سبب انواع مختلف مقاومتهای زیر تا حدود زیادی کاهش یافته است:

اول، کسانی که احساس می‌کنند شرایط آنها با این اصلاحات بدتر خواهد شد در برابر آن مقاومت می‌کنند. کارکنان، به دلایل مختلف، تمایلی به پیوستن به نظام جدید ندارند. بسیاری از شرکتهای دولتی از پیوستن به این نظام استقبال می‌کنند زیرا، در این صورت، شرکتهای دیگر مجبور می‌شوند در پرداخت تعهدات تأمین اجتماعی آنها سهم شوند، اما غالباً از نظر مالی قادر به پرداخت کسور نیستند. آن دسته از شرکتهای دولتی نیز که به طرح می‌پیوندند، به عنوان پرداخت‌کننده مشارکت و کسور مزیتی ندارند زیرا، به سبب ساختارهای نامناسب پوشش خطر خود، غالباً اسباب زحمت و هزینه می‌شوند. مدیریت شرکتهای جدید نیز می‌کوشند از پیوستن احتراز کنند زیرا، علاوه بر دلایل قبل، اعتقاد دارند که بار تکالیف انتقال یافته از نظام سوسیالیستی پیشین باید از سوی دولت تقبل شود نه شرکتهای بازرگانی تازه‌پا. این مدیریت‌ها در این نگرش خود غالباً از حمایت نیروی کار جوان و خلاق خود برخوردارند زیرا این نیروها نیز، نظیر بخشهایی گسترده از سایر گروههای جمعیتی، مایل نیستند متحمل هزینه خدماتی شوند که، به اعتقاد آنها، در گذشته به طور مجانی از

سوی دولت تقبل شده است. مردم که به خدمات مراقبتی رایگان که هزینه آنها از محل مالیاتها بود عادت کرده بودند، اکنون برایشان دشوار است که اصل بیمه را که باید از محل مشارکتهای خود آنان تأمین هزینه شود درک کنند. میزان قابل ملاحظه پرداخت مشارکتی نیز که بیماران خود باید متقبل آن شوند از عوامل دیگر بی‌انگیزه بودن آنان است. در نتیجه، حتی در شهرهای مرفهی چون شانگهای و شنجن نیز، به ترتیب، فقط ۳۸ و ۵ درصد از نیروی کار تحت پوشش قرار دارد، و در سوچو^۱ بناچار از انتقال به نظام بیمه‌ای جدید منصرف شدند زیرا فقط ۷/۰ درصد از جمعیت به عضویت آن درآمد (دوکت، ۲۰۰۱، ص ۲۹۷).

توانایی اندک دولت مرکزی از لحاظ کنترل مراحل اجرایی طرح جدید بیمه درمان پایه‌ای غالباً با استناد به این واقعیت توجیه می‌شود که چون مدیریت شرکت‌های دولتی بزرگ به سطح اداری بالاتری ارتقا یافته و هم‌تراز مقامات محلی شده است، اجبار آنها به اطاعت از مقررات رسمی ناظر بر پرداخت کسور کارفرمایی به لحاظ سیاسی میسر نیست. به علاوه، مقامات محلی واقعاً توانایی ارزیابی قدرت واقعی این شرکتها را ندارند و، از همین رو، همواره می‌توانند با تهدید این شرکتها روبه‌رو شوند که فعالیت خود را از ناحیه آنها بیرون خواهند برد^۲ (دوکت، ۲۰۰۱، ص ۲۸۹ و بعد). و قبل از ۱۹۹۹، هیچ راهی برای اجبار مردم به پیوستن به طرحهای بیمه‌ای و پرداخت کسور مقرر خود وجود نداشت. حتی هم‌اکنون نیز بسیاری از مؤسسات به گونه‌ای رفتار می‌کنند انگار که برخلاف منافع خود تن به اطاعت از مقررات بیمه‌ای داده‌اند. فقط کارمندان دولت هستند که، به عنوان اعضای واحدهای کار غیرانتفاعی، کسور خود را به اجبار می‌پردازند، آن هم برای دریافت خدماتی که در گذشته برای آنها رایگان تمام می‌شد. از همین رو، این تصمیمی بسیار با اهمیت بود که مسئولیت اجرای تأمین اجتماعی از مناطق به دولت مرکزی واگذار شد و برای این منظور در سال ۱۹۹۸ «وزارت کار و تأمین اجتماعی»^۳ تأسیس شد (جو، ۲۰۰۲، ص ۴۰).

کانون دیگر مقاومت، حرفه پزشکی است. از آنجا که دولت مرکزی اعلام کرده که نیت غایی او این است که، از طریق این اصلاحات، تأمین اعتبارات مربوط به مراقبت درمانی به مقامات منطقه‌ای و محلی منتقل شود و نیاز به پرداخت یارانه‌ها کاهش یابد، مسئولان تسهیلات درمانی به شکلی

1. Suzhou

۲. به ظاهر یادآور برخی از دولتهای ملی است که غالباً با تهدیدی همانند از سوی چندملیتی‌ها مواجه می‌شوند. -م-

3. Ministry of Labour and Social Security (MOLSS)

فزاینده درمی یابند که اعتبارات مورد نیاز این تسهیلات را باید خود تأمین کنند. از همین رو، بهای خدمات پزشکی و داروها افزایش یافته، اما این افزایش بها عملاً قابل اعمال نیست زیرا نه مقامات محلی دارای پول کافی برای تقبل قیمت‌های افزایش یافته هستند و نه اعضاء. نقصان مزمن اعتبارات مورد نیاز بخصوص برای صندوق تجمیع اجتماعی تبدیل به مشکلی حاد شده است زیرا اعضاء، که با الزام پرداخت کسور مشارکتی سنگین خود مواجه‌اند، با سرعت هرچه تمامتر و در اولین فرصت علیه صندوق ادعای دریافت خسارت می‌کنند. این مشکل به آسانی رفع شدنی نیست: اگر مقرر شود هزینه درمان‌های غیربیمارستانی از محل حساب‌های پس‌انداز شخصی و هزینه درمان‌های بیمارستانی از محل اعتبارات صندوق اجتماعی پرداخت شود، اعضاء به دنبال راه‌هایی خواهند گشت تا با حداکثر سرعت ممکن در بیمارستانها بستری شوند. اگر مقرر شود پرداخت هزینه بیماری‌های صعب و مهلک و بیماری‌های دیگر تفاوت وضع داشته باشد، اعضاء خواهند کوشید تا وضعیت سلامت خود را تا جای ممکن بحرانی و خطرناک جلوه دهند. و اگر مقرر شود هزینه‌های درمانی در مرحله اول، تا یک سقف حداکثر، کاملاً از محل حساب‌های پس‌انداز شخصی پرداخت شود، آن‌گاه این پرسش مطرح می‌شود که اساساً منطق تشکیل این حسابها چیست، زیرا تدوین نظامی کلی برای پرداخت مشارکتی بیماران بسیار آسانتر است. به علاوه، چون هم حسابها و هم صندوق اکنون از سوی بیمه‌گر اجتماعی مشابهی مدیریت می‌شود، این خطر نهانی نیز وجود دارد که پولها در هم آمیخته شود، از پس‌اندازها به شکلی نادرست بهره‌برداری شود، و حل و فصل دعاوی به نحوی دلخواهی و یکطرفه صورت گیرد.

دوم، پیوند کارکردی بین صندوق تجمیع اجتماعی و حساب‌های پس‌انداز شخصی بیش از آن در مناطق مختلف تنوع دارد که به راه‌حلی یکسان اجازه بروز دهد. اگر قرار بر تضمین مراقبت درمانی فراگیر باشد، در مناطق کم‌درآمد باید اعتبارات مورد نیاز به طور عمده از صندوق اجتماعی تأمین شود فقط در مراحل ثانوی از حساب‌های پس‌انداز شخصی برداشت شود. در عین حال، مناطق ساحلی که رو به گسترش شتابان دارند، به سبب مهاجرت دارای جمعیت نسبتاً جوانند و درآمد عمومی آنها بسرعت رو به افزایش است، و از همین رو، می‌توان از حساب‌های شخصی آنها مبلغ بیشتری بابت پرداخت مشارکتی برداشت. حال این پرسش مطرح می‌شود که حساب پس‌انداز شخصی آیا صرفاً باید یک «حساب هزینه‌ای»^۱ باشد که برای ثبت انتقالهای یولی و تشویق بیماران

1. "expenditur account" (zhichu zhanghu)

به پرداخت مشارکتی به کار آید، یا آنکه باید یک «حساب درآمدی»^۱ باشد که واقعاً بتواند سرمایه‌ای برای عضویت در بیمه‌های خطر خصوصی فراهم کند؟ مثلاً نظیر آنچه در طرح‌های بازنشستگی مبتنی بر پیش‌اندوخته جزئی^۲ عملی شده است.

در «حساب هزینه‌ای» مرز بین حسابهای پس‌انداز شخصی و صندوق تجمیع اجتماعی نباید خیلی محکم باشد، نظیر الگوی جیانگ. در صورتی که در «حساب درآمدی» این خط مرزی باید با منظور داشتن نکاتی چون خودمختاری مدیریت، در اختیار بودن وجوه و امور مربوط به بهره‌ها و حقوق مالکیت در چارچوبی دقیقتر ترسیم شود، نظیر الگوی هایتان (وانگ یانجونگ، ۲۰۰۰، ص ۵۰۵ و بعد).

مشکل بعدی این است که با «حسابهای خالی»^۳، که پدیده‌ای رو به گسترش است، چه کار باید کرد. این مشکل تا حدودی از این امر سرچشمه می‌گیرد که کارفرمایان کسور خود را نمی‌پردازند یا از لحاظ مالی امکان پرداخت این کسور را ندارند. همچنین، از سوی دیگر، هزینه درمان ممکن است از کسور پرداختی اعضا و امکانات پرداخت مشارکتی آنها تجاوز کند. ارزیابی امکانات پرداخت افراد دشوار است و حسابها در هر حال باید با در نظر گرفتن تفاوت عمده در توسعه اقتصادی و درآمد مناطق مختلف فعال شود.

وقتی افراد قادر به پرداخت نباشند، در هر حال بلافاصله این پرسش مطرح می‌شود که کمبود را چه کسی باید جبران کند؟ در حالی که ساختار خطر در بیمه بازنشستگی ماهیتی درازمدت دارد، یعنی کسور پرداخت‌نشده می‌تواند در ایام بعد تأمین شود، در بیمه درمانی این کار را فقط می‌توان از طریق برقراری نظامی اعتباری برای حسابهای پس‌انداز شخصی صورت داد. اما هیچ یک از الگوهایی که بررسی شد، برای حل این مسئله تدبیری نیندیشیده‌اند. چنانچه قرار باشد حمایت بیمه درمانی پایدار بماند، این امر به معنای استفاده از اعتبارات صندوق تجمیع اجتماعی است. در این صورت، این پرسش مطرح می‌شود که جدایی صندوق و حسابهای شخصی با توجه به هزینه نسبتاً سنگینی که تحمیل می‌کند آیا اساساً به صلاح است، و آیا آنچه از آغاز در شانگهای به اجرا درآمد، یعنی برقراری نظام بیمه درمانی عمومی با اختیار خرید بیمه اتکایی خصوصی، عاقلانه‌تر نیست؟

1. "income account" (*shouru zhanghu*)

2. partially funded

3. "empty account" (*kong zhanghu*)

سوم، با عنایت به وجود نابرابریهای ساختاری چشمگیر در مملکت و مؤسسات اقتصادی شهری و خصوصی، و نیز در درون جامعه چین، و بخصوص با توجه به «شیب»^۱ اجتماعی موجود بین مناطق شهری و روستایی، اساساً محل تردید است که بتوان به فکر راه حلی یکسان برای تمام مشکلات بود. بیشتر احتمال می‌رود که هدف استفاده از اصول «اجتماعی سازی»^۲ و «منطقه‌ای کردن»^۳ بتدریج به آن منجر شود که نظام تأمین اجتماعی از شکل پیشین خود، به مثابه بیمه مبتنی بر اشتغال^۴، به نظام فراگیر تأمین اجتماعی^۵ توسعه پذیرد، و این مهم فقط با استفاده از مفاهیم و روشهایی که به تناسب منطقه‌ها و بخشهای اقتصادی تفاوت کند میسر و امکان‌پذیر است.

با این همه، راه حل‌هایی برای تجمیع خطر، دست کم در دو زمینه اساسی و مشکل‌زا، مورد نیاز خواهد بود: چگونگی برخورد با بار مالی سنگینی که از نظام پیشین به ارث برده شده، و چگونگی برابری مالی ساختار خطر در میان بیمه‌گران منطقه‌ای. در هر دو مورد، وظیفه اصلی بر دوش دولت مرکزی است. تعهدات مربوط به مراقبت درمانی در نظام پیشین، به طور ضمنی، بدهی دولت است و واقعاً باید از طریق ذخایر مالی پوشش می‌شد. اما از آنجا که چنین کاری انجام نشده است، اکنون باید از محل بودجه مملکتی تأمین شود. کار درستی نیست که تعهدات ناشی از بیمه‌های بازنشستگی و درمانی جدید با آن تعهدات ترکیب شود. برقراری سازوکاری برای برابری ساختار خطر نیز مستلزم توانایی دولت مرکزی در اعمال کنترل اداری است، زیرا بعید است که حکومت‌های استانی بتوانند در این باب به توافق دست یابند. و در عین حال، بدون سازوکاری برای برابری، استقرار طرحهای تأمین اجتماعی خودبسنده، بخصوص در مناطق فقیر، عملاً غیرممکن است. علاوه بر برابری افقی بین واحدهای اداری ثروتمند و فقیر در یک سطح، برابری عمودی بین شرکتهای، واحدهای محلی و بیمه‌گران شهری نیز ضروری است.

به گونه‌ای که تجارب حاصل از طرحهای آزمایشی تا همین جا درسهای مهمی در باب چگونگی ساختار تشکیلاتی و مدیریت کارآمد نظام مراقبت درمانی آینده به مجریان امور آموخته است، الگوی تجمیع خطر، بخصوص برای بیماریهای سخت، احتمالاً راهگشای مسیر بعدی در چین خواهد بود. این نکته که، جدایی صندوق تجمیع اجتماعی و حسابهای پس‌انداز شخصی باعث

1. "gradient"
2. socialization (*shehuihua*)
3. "regionalization" (*shudihug*)
4. employment-based insurance (*qiye baoxian*)
5. comprehensive system of social security (*shehui baoxian*)

نمایان شدن مشکلاتی شده که درباره آنها بحث کردیم صحت دارد؛ اما این روش اجازه می‌دهد تأمین اعتبارات مورد نیاز تأمین اجتماعی به صورتی نسبتاً انعطاف‌پذیر بین نظامهای پرداخت جاری و پیش‌اندوخته^۱ حرکت کند. در همین مسیر، حسابهای پس‌انداز شخصی می‌تواند، برای مثال، در ایام بعد، به صورتی کلی یا جزئی، به موافقتنامه‌های اتکایی بیمه خصوصی تبدیل شود یا در نظامی از بیمه اتکایی شرکتی یا بخشی ادغام شود.

چهارم، و در آخر، باید گفت که یک الگوی بیمه درمانی که برای جمعیت شهری طراحی شده باشد، واقعاً نمی‌تواند بی‌آنکه تعدیل‌های اساسی در آن صورت گیرد به جمعیت روستایی گسترش یابد. دلایل ضرورت این امر و بحثهایی که تاکنون در باب این وجه از اصلاحات درمانی صورت گرفته در ادامه مطرح می‌شود:

مراقبت درمانی روستایی: مشکلی حل نشده

همان‌طور که بیان شد، انحلال بریگادهای تولید کشاورزی به فروپاشی خدمات درمانی تعاونیهای روستایی انجامید. بریگادها نه فقط عرضه‌کنندگان نهادی، استخدام‌کننده کارکنان درمانی و نگاه‌دارنده پایگاههای مراقبت درمانی و بیمارستانها بودند، بلکه منبع اصلی اعتباری نیز محسوب می‌شدند؛ کسور پرداختی اعضای اهمیتی ثانوی داشت (بلوم و تانگ، ۱۹۹۹، ص ۹۲۵ و بعد). این مشارکتهای اعضای به طور مستقیم پرداخت نمی‌شد: بریگاد، قبل از پرداخت دستمزد کارگران روستایی، ۳ تا ۵ درصد از درآمد خود را برای مراقبت درمانی و سایر هدفهای رفاهی کسر می‌کرد. این امر غالباً به این گمان دامن می‌زد که مراقبت درمانی به مثابه بخشی از نظام مراقبت دولتی عرضه می‌شود. در مواردی که مشارکتهای به‌طور مستقیم پرداخت می‌شد، فقط از چند یوان در سال تجاوز نمی‌کرد (لو و وانگ، ۲۰۰۲، ص ۲۱۵). این میزان اندک از آن رو میسر شده بود که بهای خدمات و تشریفات درمانی و دستمزد کارکنان درمانی به میزان حداقل تعیین شده بود. در عین حال، داروها به نسبت گران بود. هزینه خرید دارو را بیمار می‌پرداخت و فروش داروها از منابع مهم درآمد نهادهای مراقبت درمانی بود. انتقال از مراقبت درمانی به اصول بیمه‌ای، کاری که پس از انحلال بریگادها اساساً ضروری بود، غالباً با شکست مواجه شد زیرا به مشارکتهایی بس بیشتر از گذشته نیاز داشت

1. funded

در صورتی که روستاییان یا مایل به پرداخت کسور بیشتری نبودند یا امکان پرداخت آن را نداشتند (لو و دیگران، ۱۹۹۶، ص ۱۵۶ و بعد).

در مواردی که خدمات درمانی قبلی بر جا ماند (حدود ۱۰ درصد از آنها بجا یافتند)، معمولاً کسور بس بیشتری (حدود ۲۰ تا ۱۰۰ یوان در سال) جدا از یارانه‌ها بناچار پرداخت می‌شد، زیرا بهره‌وری^۱ تعاونی‌های محلی غالباً کاهش یافته بود. با این حال، در شرایط فقر گسترده، حتی همین مشارکتهای غالباً اندک نیز از لحاظ عضویت به نتایجی خلاف می‌انجامید، زیرا بیشتر این خانواده‌های روستایی «بیمار» بودند که از بیمه درمانی استقبال می‌کردند، در صورتی که خانواده‌های روستایی «سالم» معمولاً چنین نگرشی نداشتند. ساختار نامطلوب خطر که از این وضع ناشی می‌شد، هزینه‌ها (و مشارکتهای) را بالا می‌برد، و در نتیجه فقط پوشش فقیرانه‌ای حاصل می‌شد. حال، از آنجا که نظام مراقبت درمانی تعاونی‌ها در دهه ۱۹۷۰ در اوج گسترش خود بود، و حدود ۹۰ درصد از جمعیت روستایی را پوشش می‌داد، اصلاحات باعث شد سطح پوشش ناگهان به پایین‌تر از ۱۰ درصد سقوط کند (لینگ، ۲۰۰۱، ص ۸۳).

از نظام مراقبت درمانی پیشین، که از سه رده درمانگاههای محلی، بیمارستانهای محلی در شهرها و بیمارستانهای دولتی در شهرهای بزرگ تشکیل می‌شد، فقط رده سوم در حالت عملیاتی کامل برجا مانده است. در نواحی روستایی، بسیاری از مؤسسات درمانی تعطیل شد؛ کارکنان آنها اخراج شدند و بسیاری از آنها به شهرها کوچ کردند. اما حتی در مناطقی که تسهیلات درمانی دست نخورده و بر جای مانده است، بیشتر وسایل و تجهیزات فنی آنها کهنه و از کار افتاده است، زیرا کمون‌ها فاقد استطاعت مالی برای نوسازی آنها هستند. بنابراین، وضعیت مردم روستایی به گونه‌ای است که، کم و بیش، باید بهای تمام خدمات درمانی و داروها را از جیب خود بپردازند و، در همان حال، تسهیلات درمانی آنها عموماً استاندارد بمراتب پایین‌تر از شهرها دارد.

کمبودهای مراقبت درمانی در روستاها بتازگی به سبب بحرانی که بر سر بروز علائم حاد بیماری شدید تنفسی (سارس)^۲ پدید آمد، کاملاً آشکار شد. این بیماری، که در چین به آن

1. productivity

۲. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). اکنون تصور بر این است که ناقل این بیماری همه‌گیر آسپز رستورانی در شهر فوشام (Fosham) واقع در استان جنوبی گواندونگ بود. می‌گویند او وقتی مشغول تدارک غذایی به نام "Asian civet cats" (yazhou lingmao) بود، که در چین "palm civets" (guazili) نامیده می‌شود، به ویروس این بیماری آلوده شد و بعد، در جریان درمان آن مرد بیمار در فوریه ۲۰۰۳، افراد بیشتری مبتلا شدند و سپس ویروس به نقاط دیگر چین و سایر کشورها سرایت کرد.

«سینه‌پهلوی غیر عادی»^۱ می‌گویند، ابتدا به‌طور عمدۀ توجه کسی را جلب نکرد و به سبب فقدان اقدامات پیشگیرانه جدی بسرعت گسترش یافت؛ علت شیوع آن‌هم به‌طور کلی این بود که مردم روستایی به سبب هزینه معاینه پزشکی از رفتن به پزشک پرهیز دارند و در مرحله اول می‌کوشند بیماران را در منزل تحت مراقبت قرار دهند. مقامات محلی حزب نیز در جدا و منزوی کردن مبتلایان تأیید شده به بیماری یا افرادی که مشکوک به ابتلا به «سارس» بودند و گزارش امر به مراجع بالاتر، کوتاهی کردند، زیرا می‌ترسیدند که آشکار شدن وضع نابسامان تسهیلات درمانی محلی آنها باعث تویخ و مجازاتشان شود. مشکل بعدی از نظر گردش اطلاعات، عدم کفایت نظام گزارش‌دهی بین عرضه‌کنندگان مراقبتهای درمانی در سطح محلی است، و همین امر موجب شد که سارس به همه جا سرایت کند و فراگیر شود (بلوم و فانگ، ۲۰۰۳، ص ۳۶). در عین حال باید توجه داشت که گواندونگ به هیچ‌رو در شمار استانهای فقیر کشور نیست؛ در واقع، به علت نزدیکی نسبی آن به شهرهای بزرگ، درآمد روستاییان در آنجا سطحی بالنسبه بالا دارد. اما، علاوه بر کمبودهایی که گفته شد، تنزل بریگادها و فروپاشی مراقبت درمانی تعاونی‌ها که همراه با آن تنزل اتفاق افتاد، نیز در گسترش سارس سهم فراوان داشت.

بیمه - وظیفه یا الزام قانونی؟

مثال شیوع بیماری سارس بی‌درنگ این پرسش را مطرح می‌کند که آیا پیوستن به یک طرح بیمه درمانی، که تاکنون از سوی دولت مرکزی برای جمعیت روستایی به شکلی انتخابی مقرر شده است، باید به همین شکل ادامه یابد؟ فرض بر این است که برای توزیع عادی خطرها وجود حداقلی از عضویت ضرورت دارد و نیز با وظیفه شناختن بیمه یا اجباری کردن آن می‌توان مشارکتها را ارزاتر کرد. بیمه‌شدن را به صورت وظیفه شناختن^۲، به سادگی به معنای اجباری کردن بیمه و سپس اختیار دادن به بیمه‌گذاران برای انتخاب بیمه‌گر مطلوب خویش است. اما چون هنوز بیمه‌گران درمانی خصوصی در نواحی روستایی استقرار نیافته‌اند، با چنین کاری، یعنی اجباری کردن بیمه، پوشش همگانی تحقق نخواهد یافت. علاوه بر سطح آموزشی پایین و درک غیرکافی از مفهوم بیمه

1. "atypical pneumonia" (feidian)

2. a duty to be insured

در نواحی روستایی، این مشکل نیز بخصوص در استانهای فقیر پدید خواهد آمد که پرداخت کسوری که جوابگوی بیمه شدن نزد بیمه گران خصوصی باشد عملاً برای مردم میسر نخواهد بود. استقرار بیمه قانونی یا اجباری^۱ عملاً به معنای گسترش اصول تأمین اجتماعی از مناطق شهری به نواحی روستایی است. در حالی که افتتاح حسابهای پس انداز شخصی به معنای هزینه‌های بالا و بی تناسب اداری است. در عین حال، و از سوی دیگر، یک طرح قانونی بیمه درمانی اجباری و دولتی برای تأمین مراقبت درمانی پایه‌ای، به موازات بیمه اتکایی خصوصی یا تعاونی، احتمالاً می‌تواند راه‌حلی مناسب باشد (بانک جهانی، ۱۹۹۷، ص ۵۲). اگر قرار باشد هزینه مراقبت پایه‌ای از صندوق تجمیع اجتماعی پرداخت نشود، مشکلی که در غیاب حسابهای پس انداز شخصی پدید می‌آید این است که قدرت پرداخت هر فرد بیمار را چگونه می‌توان ارزیابی کرد. درست است، ارزیابی درآمد کسب‌شده کارگران روستایی آسان است، اما نکته در این است که غالب مردم در نواحی روستایی برای خود کار می‌کنند و براحتی می‌توانند میزان درآمد و پس انداز واقعی خود را کتمان کنند. درآمدها نیز از منطقه‌ای به منطقه دیگر تفاوت کلی دارد و به آب و هوا و نزدیکی مناطق به شهرها وابسته است.

انگیزه برای کارکنان درمانی

مشکل دیگر، کمبود کارکنان درمانی ماهری است که مایل به کار در نواحی روستایی و استانهای فقیر باشند. بسیاری از کمون‌ها نیز برای حفظ تأسیسات و تسهیلات درمانی خود و کارکنان آنها بضاعت مالی ندارند. قدرت خرید مردمان محلی غالباً برای پرداخت بهایی که پزشکان و جراحان خصوصی طلب می‌کنند^۲، و معمولاً تأمین‌کننده درآمد بالایی برای آنهاست، کافی نیست. بنابراین، کادر درمانی ماهر از این مناطق فرار می‌کند، و مردم روستایی می‌مانند و کارکنانی که آموزش کافی ندارند و پزشکان دهکده^۳. این وضع ممکن بود برای زمانی که کار اصلی، کنترل بیماریهای مسری و اجرای برنامه‌های مصون‌سازی بود کفایت کند اما، با گردش روزگار، الگوی بیماریها و نیازها در نواحی روستایی نیز تغییر کرده است. و از آنجا که نه آموزشهای درمانی در نواحی روستایی با این تغییرات همگام بوده و نه وسایل فنی درمانگاهها، از نظر مردم روستانشین عملاً یک نظام درمانی دوبرمه‌ای شکل گرفته است؛ به این معنا که مراقبت درمانی پیشرفته فقط در شهرها و با بهایی فراهم است که غالباً در استطاعت این مردم نمی‌گنجد.

1. statutory insurance

2. geti xingyi he shehui banyi

3. xiangcun yisheng

تفاوت‌های موجود بین درآمدها و ساختارهای شهر و نواحی روستایی بدین معناست که مراقبت درمانی فراگیر با کیفیت مطلوب دست‌یافتنی نیست. الزام قانونی به اینکه پزشکان جدید برای مدتی معین در مناطق روستایی خدمت کنند آزموده شده، اما بیشتر بدین سبب که راهی برای نظارت بر امر وجود ندارد، غالباً با شکست مواجه شده است. به طور کلی باید گفت که اصلاحات بازار آزاد اقتصادی باعث تغییر نگرش کارکنان درمانی نیز شده، و بخصوص اکنون که پاسخگویی اجتماعی پیشین در مقابل نهادهای عمومی به طور عمده از بین رفته، اشتباهی آنها را برای کسب درآمد هرچه بیشتر تحریک کرده است (بلوم، همان؛ لی، ۲۰۰۰، ص ۶). موارد تجویز زیادی داروهای گران‌قیمت و درمانهای بیش از حد نیاز فراوان به چشم می‌خورد، در همین حال، اکسن زدن و مصون‌سازی و درمان و بستری کردن در تأسیسات درمانی عمومی، که جبران مالی اندکی دارد، به شکلی فزاینده به فراموشی سپرده می‌شود. در نتیجه، بیماریهای واگیر، که زمانی ظاهراً ریشه‌کن شده بود، دوباره رو به شیوع دارد، و شکاف موجود هزینه‌های درمانی عمومی در استانهای فقیر و ثروتمند گسترده‌تر می‌شود (لین، لیو، و فو، ۲۰۰۳، ص ۲۷).

بازگشت خدمات درمانی تعاونی

استقرار دوباره خدمات درمانی تعاونی‌ها، که دولت مرکزی از اوایل دهه ۱۹۹۰ برای اجرایی شدن آن تلاش می‌کند، احتمالاً از راههای مناسبی است که هم سیر زیانبار کالایی شدن^۱ مراقبتهای درمانی را مهار می‌کند و هم در مردم برای خدمت در نواحی روستایی ایجاد انگیزه می‌کند. در عین حال، تجاری‌سازی که تاکنون از طرحهای آزمایشی به دست آمده، چندان دلگرم‌کننده نیست (کارین، ران و یانگ، ۱۹۹۹، ص ۹۶۲ و بعد؛ لینگ، ۲۰۰۲، ص ۲۴)، و همین امر باعث شد که کمیته مرکزی حزب و شورای وزیران در ۲۹ اکتبر ۲۰۰۲ مصوبه‌ای رسمی با عنوان «تصمیم در باب تقویت بیشتر امور بهداشت روستایی»^۲ صادر کنند. ایجاد و تکمیل یک شکل تازه از طرح درمانی تعاونی‌های روستایی^۳ و تدوین برنامه‌ای برای کمک درمانی به خانواده‌های فقیر روستایی باعث بهبود شرایط

1. commodification

2. Decision on Further Strengthening Rural Health Work (zhonggong zhongyang guowuyuan guanyu jinyibu jiaqiang nongcun weisheng gongzuo de jue ding)

3. rural cooperative medical scheme (RCMS)

بهداشتی و درمانی مردم روستانشین خواهد شد. چگونگی تأمین اعتبارات مالی این برنامه و تشکیلات آن هنوز روشن نیست، و به همین سبب احتمالاً اهمیتی ثانوی خواهد یافت، اما معیارهایی مشخص برای طرح درمانی تعاونی‌های روستایی تنظیم شده، که به معیارهای مربوط به استقرار تأمین اجتماعی شباهت دارد؛ از جمله، طرح‌های آزمایشی برای کسب تجارب لازم اجرا خواهد شد، و طرح جدید تا سال ۲۰۱۰ تضمین خواهد کرد که بهداشت و حمایت درمانی اولیه برای تمامی ساکنان نواحی روستایی تأمین شود. ساختار پایه‌ای (با عضویت داوطلبانه) به این صورت است که از ۲۰۰۳ به بعد یک نظام سه‌جانبه اعتباری^۱ برقرار می‌شود، و دولت مرکزی، تعاونی‌های روستایی و کارگران روستایی هر یک سالانه ۱۰ یوان کسور می‌پردازند. بر پایه توانایی مالی مناطق مختلف، برخی استثناها در این طرح اجازه داده شده است. مشارکتها به یک صندوق کمک مشترک^۲ واریز می‌شود و از محل صندوق به اعضاء یارانه‌های درمانی پرداخت خواهد شد. از آنجا که بیشتر طرح‌های آزمایشی در نیمه دوم ۲۰۰۳ به اجرا درآمد، هنوز زود است که بتوان بجز برداشت و بیانی اولیه در باب بخت موفقیت برنامه و طرح‌های آزمایشی سخن گفت.^۳ دشواری‌ها بیشتر از این امر سرچشمه می‌گیرد که دولت مرکزی اعتبار کافی تخصیص ندهد و حکومت‌های محلی از آن هراس دارند که، با توجه به فقر گسترده و مشکلات درمانی، طرح درمانی تعاونی‌های روستایی به باتلاقی بی‌پایان تبدیل شود و منابع مالی آنها را بلعد. ماهیت داوطلبانه عضویت نیز می‌تواند عاملی منفی باشد، زیرا بیشتر بیماران و فقیران به عضویت درمی‌آیند و افراد سالم کناره می‌گیرند. از همین رو، مقامات محلی غالباً ناچار به کاهش عمدهٔ مبالغ پرداختی می‌شوند تا گرفتار کسر بودجه و بدهی نشوند. در عین حال، پرداخت سرانه‌ای معادل ۵-۳ یوان، که بندرت به ۱۵ یوان می‌رسد، معمولاً بیشتر روستاییان را به این فکر می‌اندازد که مبالغ مزبور، در مقام مقایسه، جبرانگر ۱۰ یوان پرداختی ثابت آنها نیست. فقر گسترده و نارضایتی ریشه‌دار کارگران روستایی باعث شده تا طرح درمانی تعاونی‌های روستایی به نتایج مورد انتظار نرسد؛ بنابراین، دولت مرکزی در چند سال آینده چاره‌ای جز این نخواهد داشت که حمایت مالی اساسی به عمل آورد و یک نظام بسامان برابرسازی میان استانها اجرا کند. به علاوه، از تجارب بین‌المللی می‌توان به میزان بیشتری

1. tripartly funding

2. Joint aid fund

۳. یافته‌های من از استانهای گانسو، سیچوان و گوئیجو در سال ۲۰۰۳ حکایت از آن دارد که طرح‌ها با کندی به اجرا درآمده و تاکنون موفقیت چندانی نداشته است.

در ایجاد انجمن‌های بیمه‌ای مشترک^۱، برقراری خدمات غیرانتفاعی درمانی از سوی کمون‌ها و نظام‌های خودیاری مراقبت درمانی خصوصی^۲ سود جست. روی هم رفته، مراقبت بهداشتی و درمانی باید دوباره به شکل خدمت یا کالایی عمومی دیده شود تا الزاماً برای تمام مردم فراهم باشد. اقدامات بهداشتی و درمانی نباید فقط به نیروهای بازار که تابع قدرت خرید هستند واگذار شود.

منابع

1. **Bloom, G.; Tang, Shenglan**, 1999. "Rural health prepayment schemes in China: Towards a more active role for government", in *Social Science & Medicine*, Vol. 48, No. 7.
2. **Bloom, G.; Han, Leiya; Li, Xiang**. 2000. *How health workers earn a living in China* (IDS Working Paper No. 108). Brighton, Institute of Development Studies.
3. **Bloom, G.; Fang, Jing**. 2003. *China's rural health system in a changing institutional context* (IDS Working Paper No. 194). Brighton, Institute of Development Studies.
4. **Carrin, G.; Ron, A.; Yang, Hui, et al**. "The reform of the rural cooperative medical system in the People's Republic of China: Interim experience in 14 pilot counties", in *Social Science & Medicine*, Vol. 48, No. 7.
5. **Cook, S**. 2000. *After the iron rice bowl: Extending the safety net in China* (IDS Discussion Paper No. 377). Brighton, Institute of Development Studies.
6. **Darimont, B**. 2003. "Rechtsgrundlagen der chinesischen Sozialversicherung", in *China aktuell*, No. 9 (September).
7. **Dong, Zhichang**. 1997. *Fundamentals of China's health insurance reforms* (in Chinese), Beijing.
8. **Duckett, J**. 2001. "Political interests and the implementation of China's urban health insurance reform", in *Social Policy & Administration*, Vol. 35, No. 3.
9. **Gu, E**. 2001. "Market transition and the transformation of the health care system in urban China", in *Policy Studies*, Vol. 22, No. 3-4.
10. **Hainan Province**. 1995. *Collected laws and regulation of the Hainan special economic zone concerning municipal health insurance for employees* (in Chinese), Haikou.

1. mutual insurance societies

2. private self-help system of healthcare

11. **Lehmann, C.** 1998. *Die Reform der Krankenversicherung in China seit 1992 am Beispiel von Pilotprojekten in Zhenjiang/Jiangsu und Jiujiang/Jiangxi* (PhD Thesis). Cologne, University of Cologne.
12. **Lin, Ling; Liu, Shiqing; Fu, Shi.** 2003. "An urgent imperative for Sichuan province in the post-SARS period: To speed up the establishment of a state healthcare system", in *jingji tizhi gaige*, Vol. 20, No. 5 (in Chinese).
13. **Ling, Zhu.** 2001. "Rural medical insurance and medical cooperatives", in *Social Sciences in China*, Vol. 22, No. 3.
14. **Ling Zhu.** 2002. "Farmer preferences in choosing health programs with insurance components", in *China & World Economy*, Vol. 10, No. 1.
15. **Liu, Yuanli; Hu, Shanlian; Fu, Wei; Hsiao, W. C.** 1996. "Is community financing necessary and feasible for rural China?", in *Health Policy*, Vol. 38, No. 3.
16. **Lu, Ding.** 2000. "Choice of social security systems: Singapore's experience", in Jason Z. Yin, Shuanglin Lin and David F. Gates (eds.) *Social Security reform: Options for China*, Singapore, World Scientific Publishing.
17. **Lu, Zheng; Wang, Yanzhong.** 2002. "Eine Studie über das System der Krankenversicherung in den ländlichen Gebieten Chinas", in Chen Jiagui and H. J. Rösner et al. (eds.), *Studie zur Reform der Sozialen Sicherung im ländlichen China und der urbanen Sozialhilfe* (KAS-Occasional Paper No. 17). Beijing.
18. **Ministry of Labour (ed.)** 1997. *China Labour Statistical Yearbook* (in Chinese). Beijing.
19. **Research Group.** 1997. "Research report on the reform of health insurance for employees and hospital administration in Shanghai", in *Social Insurance Shenzhen*, Vol. 55, No. 9-10 (in Chinese).
20. **Shenzhen City Government** 1992. *provisional regulations of Shenzhen City on Social insurance* (in Chinese) shenzhen.
21. **Wang, Xiaoye.** 2000. "Die Soziale Krankenversicherung der VR China im Wandel" (German version by Roswitha Ellwanger, Max Planck Institute for International Social Law, Munich), in *Zeitschrift für ausländisches und internationales Arbeits und Sozialrecht (ZIAS)*, Vol. 14, No. 4.

22. Wang, Yanzhong. 1998. "The challenges facing China's health insurance reform", in *Social Insurance in China* (in Chinese), Beijing.
23. Wang, Yanzhong. 2000. "Reform of the medical insurance system in China", in Chen Jiagui and H. J. Rösner et al. (eds.), *Current Social Security reform in urban China* (KAS-Occasional Paper No. 12), Beijing.
24. World Bank. 1997. *Financing health care: Issues and options for China*, Washington, DC.
25. Zheng, Gongcheng. 1997. *The road to Social Security, Chinese-style* (in Chinese), Wuhan.
26. Zhu, Yukun. 2002. "Recent developments in China's social security reforms", in *International Social Security Review*, Vol. 55, No. 4.

یادداشت مترجم

برای آنکه خواندن و تلفظ کم و بیش درست کلمات و اسامی چینی برای خوانندگان میسر شود، توجه به این یادداشت سودمند است.

به گونه‌ای که برخی از خوانندگان آگاهند، آوانویسی^۱ (یا دقیقتر، حرف‌نویسی^۲) واژه‌های چینی به خط‌های اروپایی، تا سال ۱۹۷۹ به روش قدیمی وید - جایلز (Wade-Giles) صورت می‌گرفت. در آن سال، به موازات سایر اصلاحاتی که در نظر بود برای گشوده شدن جامعه انقلابی چین به روی دنیای خارج صورت گیرد، دولت چین روش جدید پین یین (Pin yin) را جایگزین شیوه قدیمی کرد. به همین دلیل است که از آن زمان شاهد تغییر ضبط کلمات و اعلام چینی در کتابها و نشریات غربی بوده‌ایم؛ مثلاً، Beijing (بیجینگ) به جای Pei-ching (پئیچینگ) برای پکن، پایتخت چین.

علاوه بر این دو شیوه، شیوه سوم هم در ضبط کلمات چینی وجود داشته که به شیوه سنتی غربی (Western Conventional) معروف است و تلفظ فارسی ما معمولاً از این شیوه گرفته شده است.

در جدول زیر، چگونگی انطباق شیوه‌های پین یین و وید-جایلز با الفبای فارسی به نظر می‌رسد.

۱. phonetic transcription، ضبط چگونگی تلفظ کلمه‌ای در یک زبان به الفبای دیگر.

۲. transliteration، ضبط حرف به حرف کلمه‌ای در یک زبان به الفبای دیگر.

چگونگی انطباق شیوه‌های ضبط الفبای چینی با الفبای فارسی		
الفبای لاتینی وید-جایلز	الفبای لاتینی پین ین	معادل تقریبی در الفبای فارسی
p	b	ب
p'	p	پ
m	m	م
f	f	ف
t	d	د
t'	t	ت
n	n	ن
l	l	ل
k	g	گ
k'	k	ک
h	h	ه(ح)
ch	j	ج
ch'	q	چ
hs	x	ش
ts, tz	z	ذ
ts'	c	تس
s,ss, sz	s	س
ch	zh	ج
ch'	ch	چ
sh	sh	ش
r	r	ر
y	y	ی
w	w	و
ang	ang	انگ (به فتح اول)
ei	ei	ای - ای - ی
en	en	ان - ن - ن
eng	eng	انگ (به کسر اول)
ou	ou	او - او - و
ia	ia	یا
ieh	ie	یه - ی

ادامه چگونگی انطباق شیوه‌های ضبط الفبای چینی با الفبای فارسی		
الفبای لاتینی وید-جایلز	الفبای لاتینی بین بین	معادل تقریبی در الفبای فارسی
iao	iao	یاو- یائو
iu	iu	یو
ian	ian	ین- یان
in	in	این- ئین
iang	iang	یانگ
ua	ua	اوا- ئوا
o	uo	او- اوئو
uai	uai	اواى- ئواى
ui	ui	وی- ئوی- ئوئی- اوئی
uan	uan	ئوان- اوان
un	un	ئون- اون
uang	uang	ئوانگ- اوانگ
üeh	üe	ئوئه- یوئه
üan	üan	ئوان- یوان
ün	ün	یوئن- یون- ئون
a	a	آ- ا
e	e	ا- ئ
i	i	ای- ئی- ی
ih	i	یه- ی
o	o	او- ئو- و
ü	ü	او- ئو- و
erh	er	ار- ئر
ai	ai	آی- ای
ao	ao	آو- او
an	an	آن- ان

منابع:
 ۱. دایرةالمعارف بریتانیکا
 ۲. دکتر ادیب سلطانى، میرشمس‌الدین؛ راهنمای آماده‌ساختن کتاب. تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی، ۱۳۶۵
 ۳. داربى شهر، یان؛ تحولات سیاسى در چین، پیوست چاپ فارسی، هرمز همایون‌پور، تهران: سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی، ۱۳۷۰