

# فرانسه: الگوی موفق بیمه مراقبتهای بهداشتی

مهدی مهدوی و رامین روانگرد

## مقدمه

تمام کسانی که به طور قانونی در فرانسه سکونت دارند، به وسیله بیمه بهداشتی عمومی<sup>۱</sup> که یکی از برنامه‌های سیستم تأمین اجتماعی است، پوشش داده می‌شوند. بیمه بهداشتی عمومی در سال ۱۹۴۵ در این کشور بنیانگذاری شد و بتدریج تمام ساکنان قانونی فرانسه را تحت پوشش خود قرار داد. در دسامبر سال ۱۹۹۹ گروه کوچکی از جمعیت فرانسه که از داشتن بیمه بهداشتی عمومی محروم بودند، نیز صاحب بیمه عمومی شدند.

سیستم بیمه بهداشتی عمومی فرانسه از نظر تأمین مالی و مزایا بسیار شبیه به بیمه بهداشتی عمومی آلمان و اساساً بر پایه فعالیت‌های شغلی بنا نهاده شده است. صندوق اصلی بیمه بیماری<sup>۲</sup> ۸۰ درصد جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهد و دو صندوق دیگر افراد خوداشتغال و کارگران را تحت پوشش می‌گیرد.

بیمه بهداشتی خصوصی نیز در فرانسه وجود دارد که نقش بیمه تکمیلی<sup>۳</sup> را در سیستم

1. Public health insurance
2. Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs (CNAMTS)
3. Complementary insurance

بهداشتی فرانسه بر عهده دارد و پولی را که بیماران به طور مستقیم بابت دریافت مراقبت‌های بهداشتی می‌پردازند، بازپرداخت می‌کند. به علاوه نوع دیگری از بیمه تکمیلی در فرانسه وجود دارد که دولتی است و هدف آن ارائه بیمه تکمیلی به فقیرترین اقشار جامعه است که به بیمه تکمیلی خصوصی دسترسی ندارد.

## ۱. مروری مختصر بر سیستم مراقبت‌های بهداشتی فرانسه ۱-۱. توسعه تاریخی

فرانسه برای دستیابی واقعی به پوشش همگانی بیمه، بیمه مبتنی بر اشتغال<sup>۱</sup> را به عنوان یک پایه و اساس حفظ کرده و پوشش را به افرادی که شاغل نیستند، گسترش داده است.

برخلاف ایالات متحده و سایر کشورهای اروپایی، سیستم مراقبت‌های بهداشتی فرانسه اصول واضح و مشخصی دارد که عبارت‌اند از:

- اصل نخست: ادراک مشترک در مورد اینکه دولت مسئولیت اصلی در جلوگیری از پرداخت هزینه مستقیم<sup>۲</sup> زیاد توسط شهروندان در مراقبت‌های بهداشتی را بر عهده دارد؛
- اصل دوم: انسجام و همبستگی بین‌نسلی در فرانسه است. این اصل اذعان می‌دارد که نسل جوان دارای اشتغال با پرداخت بخشی از هزینه‌ها، به بخش بهداشت کمک کرده و نیازهای اساسی گروه سالمندان را برآورده می‌کند؛
- اصل سوم: کمک‌های متقابل بین‌گروهی<sup>۳</sup> است. برای مثال در حالی که شمار کارگران کشاورز شاغل کاهش یافته و بر شمار کشاورزان بازنشسته افزوده شده است، صندوق بیمه بهداشتی کشاورزان به طور فزاینده‌ای از طرف صندوق بیمه عمومی<sup>۴</sup> که اغلب شهروندان در آن مشارکت دارند، کمک مالی می‌شود؛
- اصل چهارم: اظهار می‌دارد که تمام شهروندان باید در یکی از «صندوق‌های بیمه بیماری»<sup>۵</sup> عضو باشند؛
- در مجموع با اصول هدایتگری از قبیل مسئولیت دولت مرکزی، همبستگی بین‌نسلی، پرداخت هزینه‌ها به طور متقابل، پوشش همگانی و اجباری، آزادی بیماران در انتخاب

1. Work place based insurance

2. out of pocket

3. Intergroup cross subsidization

4. General insurance fund

5. Sickness Insurance Funds (SIFs)

پزشک و آزادی پزشکان در مسائل زمان و چگونگی طبابت، سیستم مراقبت‌های بهداشتی فرانسه، فرصت بسیاری برای دسترسی شهروندان به مراقبت‌های اولیه و اساسی بهداشتی بدون محدودیت زیاد فراهم می‌کند. اگرچه اصول سیستم مراقبت‌های بهداشتی واضح و مشخص بیان نشده است، شاید، مهمترین عاملی است که هنگام بررسی سیستم بهداشت فرانسه باید بررسی شود.

فرانسه قانونی وضع کرده که به موارد زیر نیاز دارد:

۱. بیمه مبتنی بر محیط کار، اغلب کارمندان و کارکنان و وابستگان نزدیک آنها را پوشش می‌دهد. یک یا چند پرداخت‌کننده عمومی یا خصوصی غیرانتفاعی، نیز غالب افرادی را که باقی مانده‌اند پوشش می‌دهد؛

۲. حداقلی از مزایا که حیطة وسیعی از خدمات را پوشش می‌دهد؛

۳. بیمه بهداشتی که به طور عمده از طریق مشارکت‌های افراد که تحت پوشش هستند، تأمین مالی می‌شود.

در نتیجه رویکرد اجباری نسبت به بیمه بهداشتی در فرانسه، اغلب افراد حق انتخاب اندکی در مورد بیمه‌کننده خود دارند. شغل آنها از قبل، تعلق آنها به یک صندوق بیمه بیماری خاص را تعیین کرده است (زمانی که یک کارگر در یک صنعت خاص شغلی را پذیرفت، به طور اتوماتیک تحت پوشش صندوق بیمه همان صنعت قرار می‌گیرد).

بنابراین به طور یکسان، اغلب بیمه‌کنندگان، فرصت جست‌وجو و انتخاب افراد با کمترین خطر بیماری را نخواهند داشت و نمی‌توانند مشتریان بیشتری را، از طریق حق بیمه پایین تر یا بسته خدماتی بهتر جذب کنند. همچنین کارفرمایان به لحاظ قانونی، دارای حق انتخاب صندوق بیمه بیماری برای پوشش کارگران خود نیستند.

منابع مالی صندوق‌ها از کمک‌های مالی کارفرما و کارکنان و نیز از طریق مالیات بر درآمد تأمین می‌شود. سهم پرداختها بابت بیمه به طور دائم به منظورهای زیر افزایش یافته است:

- جبران خسارات ناشی از کاهش نسبی در دستمزدهای افراد؛
  - محدود کردن تغییر قیمت‌ها در بازار کار؛
  - و توزیع عادلانه‌تر تأمین منابع مالی بین شهروندان.
- اغلب صندوق‌های بیمه بهداشتی صندوق‌های خصوصی هستند که به طور یکپارچه از طریق

فدراسیون کارفرمایان و فدراسیون اتحادیه‌های کارگری و تحت نظارت حکومت مرکزی اداره می‌شوند. مشاغل پزشکی در طول جنگ جهانی و طی مجموعه‌ای از اصلاحات<sup>۱</sup> مراقبت‌های بهداشتی ملی، چهار اصل اساسی را تقویت کرده‌اند:

۱. آزادی بیماران در انتخاب پزشک؛
۲. آزادی پزشک در نسخه‌نویسی؛
۳. توافق مشترک بیمار و پزشک بر سر قیمت خدمات؛
۴. پرداخت به صورت «پرداخت به ازای خدمت»<sup>۲</sup>.

## ۲ - ۱. تأمین مالی مراقبت‌ها از نگاه کلی

به طور کلی، تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی در سال ۲۰۰۳ در فرانسه توسط بخش‌های مختلف به صورت زیر بود:

۱. بیمه‌های اجتماعی که ۷۴ درصد کل منابع مالی را از طرق زیر تأمین می‌کنند:
  - الف. کمک‌های کارفرما ۵۱ درصد
  - ب. کمک‌های کارکنان و کارگران ۵/۳ درصد
  - ج. مالیات ۳۹ درصد
  - د. کمک‌های دولت به بیمه‌های اجتماعی و منابع دیگر ۵/۶ درصد
۲. خانواده‌ها ۱۴ درصد منابع مالی را تأمین می‌کنند
۳. بیمه‌های مشترک و خصوصی ۱۱ درصد
۴. و دولت مرکزی ۱ درصد (۴)

## ۳ - ۱. نقش دولت

۱. حکومت در مورد اینکه کدام نوع از خدمات شامل بازپرداخت بیمه شوند و به چه میزان بازپرداخت در مورد آنها صورت گیرد، تصمیم می‌گیرد. همچنین مسئولیت بخش‌های مختلف سیستم را تعیین کرده و دسترسی کل جمعیت به مراقبت‌ها را تضمین می‌کند.
۲. حکومت از حقوق شهروندان دفاع می‌کند. سیاست‌های مناسب برای این منظور اتخاذ کرده و اجرا می‌کند.

1. Reform

2. free for service

۳. حکومت همچنین مسئول برنامه‌ریزی است. مراجع بهداشتی<sup>۱</sup> در مورد اندازه و تعداد بیمارستانها و مقدار و تخصیص تجهیزات با قابلیت تکنیکی بالا (ام. ار. آی، سی تی اسکن و ...) تصمیم می‌گیرند. این مؤسسات همچنین ندارک بخشهای تخصصی (جراحی پیوند، جراحی اعصاب و ...) را سازماندهی کرده و فراهم آوردن خدماتی مانند بخش اورژانس را در شبانه‌روز تضمین می‌کنند. از دهه ۹۰ به طور فزاینده‌ای برنامه‌ریزی در سطح محلی سازماندهی می‌شود.

#### ۴-۱. تدارک خدمات

##### ۴-۱-۱. بیمارستانها

بیمارستانها هسته اصلی مراقبتهای بهداشتی فرانسه است. علت اهمیت بیمارستانها در این کشور ماهیت فوق‌العاده تخصصی، فنی و درمانی مراقبتهای بهداشتی و کمبود برنامه‌های پیشگیری و خدمات اجتماعی است.

در طول سالها تعداد تختهای بیمارستانی در این کشور کاهش یافته است. در سال ۲۰۰۱ به ازای هر هزار نفر جمعیت ۴/۸ تخت وجود داشت که بسیار نزدیک به متوسط تعداد تخت در اتحادیه اروپا بود. بیمارستانها در این کشور به دو دسته تقسیم می‌شوند:

۱. بیمارستانهای دولتی: ۶۵ درصد تختها در اختیار این بخش است که ملزم به ارائه مراقبتهای اجتماعی و دوره‌های آموزشی و تحصیلی هستند. بودجه این بیمارستانها بر اساس بودجه‌های قبل تنظیم می‌شود.

۲. بیمارستانهای خصوصی انتفاعی: بر رویه‌های جراحی متمرکزند و جبران خدمت آنها به صورت پرداخت به ازای خدمت است.

سیستم یکپارچه اطلاعات بیمارستانی برای پایش فعالیت تشکیلات مختلف اجرا شده است. بتدریج تمام تشکیلات دولتی و خصوصی به سمت استفاده از سیستم پرداخت «گروههای تشخیصی وابسته»<sup>۲</sup> حرکت کرده‌اند.

##### ۴-۲-۱. مشاغل بهداشتی

تحلیل‌های این مقاله بیشتر بر پزشکان متمرکز است که دارای نقش سیاسی کلیدی در سیستم

1. Health authorities

2. diagnostic related group (DRG)

مراقبت‌های بهداشتی هستند. در سال ۲۰۰۱ تعداد ۲۰۰,۸۰۰ پزشک در فرانسه فعالیت داشتند. در ۳۰ سال اخیر تعداد پزشکان ۳ برابر شده است اما نرخ افزایش تعداد پزشکان هم‌اکنون در سطح بسیار اندکی قرار دارد. از سال ۱۹۷۱ وزارت بهداشت شمار دانشجویان پزشکی را تقلیل داده است که در کنار آن، با بازنشسته کردن پزشکان شاغل، تعداد پزشکان در آینده نزدیک کاهش خواهد یافت.

در فرانسه پزشکان (و دیگر متخصصان) به طور کلی در دو نوع محیط کار می‌کنند: بیمارستان‌های بخش دولتی و طبابت خصوصی. ۲۵ درصد پزشکان در بیمارستان‌های دولتی کار می‌کنند (۱۱ درصد دیگر نیز در سایر مؤسسات دولتی به فعالیت مشغولند). دو گروه فوق در اصل شاغلان بخش دولتی هستند که پرداخت به آنها از طرف دولت و با مقدار ثابت صورت می‌گیرد. ۵۶ درصد پزشکان به طبابت خصوصی مشغولند و پرداخت به آنها بر اساس پرداخت به ازای خدمت است. قیمت خدمات از طریق مذاکره اتحادیه پزشکان و صندوق‌های بیمه بهداشتی عمومی تعیین می‌شود. رعایت جدول قیمت‌های خدمات<sup>۱</sup> که به صورت سالانه مورد توافق قرار می‌گیرد، برای پزشکان فرانسوی اجباری است.

در سال ۱۹۸۰ تحت فشار اتحادیه پزشکان، دولت قدم‌های دیگری برداشت و اجازه داد پزشکان در یک برنامه با عنوان «ردیف دوم»<sup>۲</sup> ثبت‌نام کنند. برای پزشکان عضو ردیف دوم، صندوق‌های بیمه بیماری بر پایه قیمت ملی، بازپرداخت می‌کنند، اما پزشکان و بیماران می‌توانند در مورد قیمت کلی خدمات به توافق برسند. البته با توجه به عامل بازدارنده‌ای تحت عنوان اخلاق پزشکی.

توانایی پزشکان فرانسوی در صورت حساب متعادل آنها را قادر کرده است که میزان بازپرداختی که ۱/۵ برابر بیشتر از برنامه قیمت‌های ملی موجود است را در روش‌های درمانی مشابه دریافت دارند.

در حالی که بیمه بهداشتی کل جمعیت را در حیطه وسیعی از کالاهای پزشکی و خدمات تحت پوشش قرار می‌دهد، فقط سه چهارم کل هزینه‌های مصارف پزشکی را تأمین مالی می‌کند. صندوق اصلی بیمه بیماری از طریق پرداخت‌های حقوق‌بگیران (کارکنان) و کارفرمایان، یک

1. fee schedule

2. second tier

سازمان خودگردان<sup>۱</sup> است. و به عنوان یک بخش نیمه‌دولتی و به وسیله هیئت‌مدیره‌ای که متشکل از نمایندگان دولت، اتحادیه‌ها و گروه‌های کارفرما و کارگری است، اداره می‌شود. دیگر صندوق‌های بیمه بیماری نیز در فرانسه به همین روش اداره می‌شوند. وزارت بهداشت نیز با فراهم کردن روش‌های مختلف برای تداوم تأمین منابع مالی صندوق‌ها و تأمین حق بیمه‌ها برای افراد فقیر، نقش نظارت‌کننده را بازی می‌کند.

سطح مشارکت مالی کارفرمایان و کارکنان بر حسب صندوق بیمه متفاوت است. کارفرمایان باید ۱۲/۸ درصد حقوق ناخالص خود را به صندوق عمومی بپردازند و کارکنان نیز ۶/۸ درصد (در سال ۱۹۹۳). افراد خوداشتغال نیز باید برای تحت پوشش قرار گرفتن ثبت‌نام کنند و میزان حق بیمه‌ای برابر با میزانی که کارفرما می‌پردازد - که مقدار آن ۱۲/۸ درصد است - پرداخت کنند.

## ۲. توصیف مشارکت در پرداختها

با وجود اینکه بیمه بهداشتی کل جمعیت را در حیطه وسیعی از خدمات و کالاها تحت پوشش قرار می‌دهد تنها ۷۵ درصد کل هزینه‌های مصارف پزشکی را تأمین می‌کند.

### ۱ - ۲. ساختار نهادی

دولت در مورد اینکه کدام یک از کالاها و خدمات تحت پوشش بیمه بهداشتی دولتی قرار گیرند و میزان پوشش بیمه برای آنها چقدر باشد تصمیم می‌گیرد. بنابراین دولت سطح پرداختهای مستقیم از سوی بیمه‌شده را تعیین می‌کند. پرداختهای مشارکتی نسبت معکوس با میزان بازپرداختهای تأمین اجتماعی دارند. بنابراین درک مقررات تأمین منابع مالی از طریق تأمین اجتماعی ضروری است.

#### ۱ - ۱ - ۲. اصول کلی بازپرداخت هزینه مراقبت‌های بهداشتی توسط تأمین اجتماعی

مقررات بازپرداخت هزینه‌ها بر اساس چند اصل کلی بنا نهاده شده است که عبارت است از:  
۱. بیمه بهداشتی به بیماران اجازه می‌دهد دسترسی آزادانه‌ای به متخصصان پزشکی به انتخاب خودشان داشته باشند. به طور کلی هیچ محدودیتی در حجم مصرف کالاها و خدمات قابل

1. self supporting

بازپرداخت وجود ندارد. پزشکان نیز در تجویز نسخه دارای آزادی عمل هستند، اما از آنها انتظار می‌رود که از مجموعه دستورالعمل‌های اداری - پزشکی طبابت پیروی کنند.

۲. برای اینکه خدمات تشخیصی و درمانی، داروها و پروتزها توسط بیمه پوشش داده شود باید:

- توسط پزشک، دندانپزشک یا ماما ارائه یا تجویز شده و توسط متخصصان بهداشتی یا مؤسساتی که مورد تأیید سیستم بیمه بهداشتی است، توزیع شود.
- در میان یکی از فهرستهای رسمی و تأییدشده روشهای درمانی، داروها یا ابزارهای پزشکی و پروتزها قرار گیرد. جمع بازپرداخت به وسیله سیستم بیمه بهداشتی دولتی برای هر محصول یا خدمت توسط به کار بردن نرخ پوشش (درصد) برای یک تعرفه توافقی محاسبه می‌شود.

در ادامه به طور تفصیلی در مورد اینکه که کدام یک از خدمات حائز شرایط بازپرداخت توسط بیمه بهداشتی دولتی است، همچنین درباره پوشش مالی برای انواع مختلف کالا و خدمات پزشکی توضیح داده خواهد شد.

## ۲ - ۱ - ۲. چه مراقبتهایی بازپرداخت می‌شود؟

کالاها و خدمات پزشکی که حائز شرایط بازپرداخت توسط بیمه بهداشتی دولتی هستند، عبارت‌اند از:

- مراقبتهای پزشکی سرپایی ارائه‌شده توسط پزشکان عمومی، متخصصان پزشکی و جراحی، دندان‌پزشکان و ماماها؛
  - خدمات تشخیصی و درمانی تجویز شده توسط پزشکان و انجام‌گرفته از طریق آزمایشهای پزشکی یا متخصصان پیراپزشک مانند پرستار، فیزیوتراپیست، گفتاردرمان، ارتوپد فنی؛
  - محصولات دارویی، لوازم پزشکی و پروتزهای تجویز شده و نامبرده شده در فهرست محصولات پذیرفته شده برای بازپرداخت؛
  - نقل و انتقالات بیماران که مرتبط با مراقبتهای بهداشتی تجویز شده است.
- به طور کلی پیشگیری فردی، سطح بازپرداختها را افزایش نمی‌دهد. بیمه‌های بهداشتی پایش حاملگی و پایش رشد کودک، غربالگری منظم برای برخی امراض را تحت پوشش قرار می‌دهند. همچنین برای ایمن‌سازی به وسیله واکسیناسیون بازپرداخت صورت می‌گیرد. در سالهای اخیر



هزینه واکسن ضد آنفولانزا برای افراد بالای ۶۵ سال و افرادی که از بیماریهای مزمن رنج می‌برند، بازپرداخت شده است.

حیطه پوشش درمان به وسیله بیمه بهداشتی شامل جراحی زیبایی یا انواع درمانهای پوستی به وسیله آب معدنی نمی‌شود. همچنین برخی خدمات با اثربخشی غیرقطعی را نیز شامل نمی‌شود. به علاوه به منظور کم کردن هزینه‌ها، فهرست تأییدشده بازپرداخت، شامل برخی روشهای درمانی و تست‌ها نمی‌شود (مانند آزمایش تعیین چگالی استخوان) یا اینکه تکرار آنها را محدود کرده است (آزمایش سینه با هدف غربالگری).

برای برخی انواع درمان مانند ماساژهای فیزیوتراپی و درمانهای پوستی به وسیله آب معدنی، تنها بیان اینکه روش درمانی را پزشک تجویز کرده است، برای دریافت بازپرداخت تضمین ایجاد نمی‌کند. بلکه پوشش به وسیله بیمه بهداشتی منوط به توافق قبلی پزشک تجویزکننده و صندوق بیمه و بعد از بررسی تاریخچه بیماری و مصاحبه با بیمار است.

مراقبتهای مادر و کودک شامل دوران بارداری، زایمان و خدمات مراقبت صحیح از کودک تحت پوشش بیمه است. همچنین مزایای نقدی برای مادران باردار وجود دارد (در حدود ۱۵۰ دلار آمریکا برای هر ماه) که به مدت ۹ ماه پرداخت می‌شود و علاوه بر این، ۱۶ هفته‌ای که مادران دوران پس از زایمان را طی می‌کنند، حقوق می‌گیرند که میزان آن برابر درآمد قبل از بارداری آنهاست و سقف نهایی پرداختی برای یک روز ۵۰ دلار است.

مراقبتهای پیشگیری نیز تحت پوشش برنامه مزایای پایه<sup>۱</sup> است. خدمات تحت پوشش در این حیطه شامل یک آزمایش پیشگیری به طور رایگان هر ۵ سال یک بار و معاینه سینه به طور سالانه برای زنان بالای ۴۵ سال است. همچنین ایمن‌سازی و خدمات دندان‌پزشکی و بینایی نیز تحت پوشش است.

در نهایت، فرانسه برنامه حمایت مالی به کارگرانی که بیمار می‌شوند، ارائه می‌کند. به طور کلی کارگران حق دارند میزانی برابر ۵۰ درصد حقوقشان تا حدود ۳۳ دلار در روز برای ۳۶۰ روز، در هر دوره سه‌ساله، در زمان بیماری دریافت دارند. برای برخی بیماریها از قبیل سرطان این مزایا ممکن است برای تعداد روزهای نامحدودی، تا سقف نهایی ۳ سال پرداخت شود.

### ۳-۱-۲. سطح بازپرداختها و انواع مختلف مشارکت در پرداختها

برای هر نوع کالا یا خدمت بازپرداخت شده توسط بیمه بهداشتی دولتی یک تعرفه توافقی مناسب وجود دارد که به عنوان مبنایی برای محاسبه مجموع بازپرداخت به بیماران به کار می‌رود. قیمت اغلب محصولات دارویی که قابل بازپرداخت از طریق بسته مزایای ملی است، با مذاکره و توافق بین شرکتهای سازنده دارو و چندین وزارتخانه که درگیر این مسئله هستند، تعیین می‌شود. درصد بازپرداخت بر حسب دارو متفاوت است. برای مثال در برخی از صندوقهای بیمه بیماری، داروهایی که برای درمان سرطان استفاده می‌شود، با عنوان «بدون جایگزین»<sup>۱</sup> است و ۱۰۰ درصد بازپرداخت می‌شود. بازپرداخت برای داروهایی از قبیل آنتی بیوتیک که برای بیماریهای خطرناک (اما نه تهدیدکننده زندگی) استفاده می‌شود، ۷۰ درصد است. این داروها ۷۵ درصد کل بازار داروها را تشکیل می‌دهند. برای داروهایی که جهت بیماریهایی که تهدیدکننده جدی سلامت نیست (مانند اسپرین) به کار می‌رود، میزان بازپرداخت ۴۰ درصد است. این داروها ۲۵ درصد کل بازار دارو در فرانسه را تشکیل می‌دهند.

به طور کلی تأمین اجتماعی درصد ثابتی از این تعرفه‌ها را می‌پردازد که بر اساس انواع درمان فرق می‌کند و درصد آن برای داروها و درمانهای سرپایی نسبت به درمان بیمارستانی پایین‌تر است. در حالی که در آغاز، نرخ بازپرداخت از یک صندوق به صندوق دیگر متفاوت بود اما اکنون این نرخ در تمام صندوقها یکسان است:

- میزان بازپرداخت به وسیله بیمه بهداشتی عمومی از ۷۰ درصد بابت طبابت پزشکان و دندان پزشکان تا ۶۰ درصد برای کادر کمکی پزشکی و تجزیه و تحلیل‌های پزشکی تغییر می‌کند؛
- در اصل، میزان بازپرداخت برای درمانهای بیمارستانی ۸۰ درصد است اما این میزان در مواردی به ۱۰۰ درصد می‌رسد، بویژه بعد از سی و یکمین روز اقامت در بیمارستان و درمانهای جدی از قبیل جراحی‌ها (برای مثال عمل آپاندیس). و همچنین برای موارد زایمان این میزان به ۱۰۰ درصد می‌رسد؛
- برای اغلب داروها میزان بازپرداخت ۶۵ درصد است اما این میزان از ۱۰۰ درصد برای داروهای بدون جایگزین یا داروهای گران‌قیمت، تا ۳۵ درصد برای داروهای با عنوان «داروهای رفاهی»<sup>۲</sup> متغیر است.

1. non substituable

2. convenience medication

نوع اول مشارکت مستقیم بیماران در پرداختها است که مقدار باقیمانده از تعرفه است. و با اضافه کردن این مقدار، میزان ۱۰۰ درصد تعرفه برای هر نوع خدمت کامل می شود. به علاوه گاهی اوقات بیماران میزان بالاتر از تعرفه تأمین اجتماعی را می پردازند که عبارت است از:

- خدمات برخی پزشکان خصوصی (۳۸ درصد پزشکان متخصص و ۱۵ درصد پزشکان عمومی) که مجاز به دریافت مقدار بیشتری از تعرفه استاندارد توافقی هستند (به طور مثال صورت حساب متعادل<sup>۱</sup>).
  - برخی کالاهای پزشکی از قبیل پروتزها (دندانی یا انواع دیگر) و عینک که قیمت واقعی آنها در بازار بسیار بالاتر از تعرفه های رسمی است و بنابراین سطح بازپرداخت بیمه در مورد آنها پایین است، مابه التفاوت بین قیمت رسمی و قیمت واقعی، حائز شرایط بازپرداخت به وسیله سیستم بیمه بهداشتی دولتی نیست.
- نوع دوم مشارکت بیماران، مقدار پرداخت به ازای روز خدمت است که به وسیله بیماران در طول اقامت در بیمارستان پرداخت می شود.<sup>۲</sup>
- این مقدار به ۷۰ فرانک (۱۱ یورو) می رسد و برای تأمین مالی اقامت در بیمارستان به کار می رود. هزینه خدماتی که در بیمارستان با هدف بهبود رفاه بیمار ارائه می شود (اتاق مجزا برای بیمار) به طور مستقیم متوجه بیمار است و توسط تأمین اجتماعی بازپرداخت نمی شود. در نهایت بیماران برای کالاهای و خدمات پزشکی که در فهرست تأیید شده بازپرداخت نیستند (برخی آزمایشهای خون، آزمایش تعیین تراکم استخوان و ...) و یا بدون تجویز نسخه خریداری شده اند، به صورت مستقیم می پردازند؛ مانند خدمات فیزیوتراپیست ها، و برخی داروها.
- برای خلاصه کردن انواع مختلف مشارکت در پرداخت، تشخیص دو نوع دسته بندی مفید است:
- مشارکت در پرداخت قانونی<sup>۳</sup> که آگاهانه از طرف دولت، برای پرداخت مستقیم به وسیله بیمار (فرانشیز)<sup>۴</sup> انتخاب شده است؛
  - دیگر نوع مشارکت در پرداختها که نتیجه ضمنی معیارهای سیاسی است، تصمیم مبنی بر اضافه نکردن روشهای درمانی جدید به فهرست یا تصمیم به ایجاد فاصله بین تعرفه و قیمت واقعی است که خارج از سیستم بهداشتی تنظیم می شود.

1. balance bill

2. forfait hospitalier

3. statutory co-patientment

4. ticket modérateur

#### ۴ - ۱ - ۲. معافیت از مشارکت در پرداختهای قانونی

تجزیه و تحلیل فوق نشان می‌دهد که بازپرداخت به وسیله بیمه بهداشت عمومی به نوع مراقبت وابسته است، هرچند در شرایط ویژه‌ای بیماران می‌توانند از پرداختهای مشارکتی قانونی (که به‌طور مستقیم به وسیله سیستم عمومی کنترل می‌شود) معاف شوند. معیارهای معافیت به موارد زیر وابسته است:

- آسیب‌شناسی: بویژه زمانی که افراد بیمه‌شده از یکی از ۳۰ نوع بیماری که به عنوان «بیماریهای صعب‌العلاج» شناسایی شده است رنج می‌برند (مانند دیابت، ایدز، سرطان، بیماریهای روان). یا اگر بیمار به یک یا چند بیماری ناتوان‌کننده مبتلا باشد؛
  - ماهیت درمان: بویژه در برخی مراقبتهای بیمارستانی و درمان در شرایط سترون؛
  - افراد متأثر از مواردی ویژه مانند حوادث شغلی، زنانی که از مدت حاملگی آنها ۵ ماه می‌گذرد، کودکان و بزرگسالان ناتوان و معلول، نظامیان بازنشسته و...
- اغلب این معافیت‌ها به معنی کاهش دادن موارد پرداخت مستقیم، برای افرادی است که نیازهای بالایی دارند. بنابراین افراد فوق تنها نگران پرداختهای مشارکتی قانونی هستند که رسماً توسط تأمین اجتماعی اعلام می‌شود.

جدول شماره ۱. معافیت از پرداختهای مشارکتی قانونی بر حسب سن (درصد جمعیت)

کل (درصد)	ملاکهای دیگر (درصد)	بیماریهای سخت صعب‌العلاج (درصد)	سن
۱/۶	۰/۴	۱۲	زیر ۱۲ سال
۳/۳	۱/۳	۲	۱۶ - ۳۹ سال
۱۰/۱	۲/۵	۷/۶	۴۰ - ۶۴ سال
۲۹/۸	۳/۳	۲۶/۵	بالای ۶۵ سال
۸/۵	۱/۷	۶/۸	کل

مأخذ: Health and Insurance Survey [in France] (ESPS) 2000

## ۲-۲. هزینه‌های خصوصی در بهداشت

کارگزاران بیمه خصوصی تقریباً یک‌چهارم کل هزینه‌های کالاها و خدمات پزشکی (۲۴ درصد در سال ۲۰۰۰) را می‌پردازند. اما سطح مشارکت در پرداختها بر حسب نوع مراقبت فرق می‌کند.

### ۱-۲-۲. مشارکت در پرداختها بر حسب نوع مراقبت

جدول زیر نشان می‌دهد که مقدار و ماهیت مشارکت در پرداختها به نوع مراقبت وابسته است.

جدول شماره ۲. مشارکت خصوصی در تأمین مالی مراقبتها (۱۹۹۹ - ۲۰۰۰)			
شرح	میزان پیش‌بینی شده پرداختهای مشارکتی (درصد)	میزان واقعی پرداختهای مشارکتی قانونی (درصد)	سهم هزینه‌های پرداخت شده به‌طور خصوصی
درمان به‌وسیله پزشکان	۳۰	۱۹	۲۴
خدمات دندانپزشکی	۳۰	۲۷	۶۵
خدمات ارائه‌شده توسط کارکنان کمکی پزشکی	۴۰	۸	۲۰
آزمایشگاه‌ها	۴۰	۲۳	۲۶
دارو	۶۵ و ۳۵ و ۰	۲۷	۳۷
مراقبت در بیمارستان	۲۰	نامشخص	۹

مأخذ: Sandier S Polton D Paris V (2002, forthcoming) Health care system in transition: France WHO European Observation on Health Systems.

ستون اول نرخ‌های رسمی را که در تعرفه‌های تأمین اجتماعی به منظور محاسبه فرانشیز به کار می‌رود، نشان می‌دهد. برای مثال در حالی که میزان بازپرداخت تأمین اجتماعی در تعرفه‌های رسمی برای درمانهای ارائه‌شده توسط پزشکان ۷۰ درصد است، مقدار باقی‌مانده (۳۰ درصد) میزان مشارکت در پرداختهای قانونی را نشان می‌دهد (۳۰ درصد به‌طور مستقیم از سوی بیمارستان پرداخت می‌شود).

از آنجا که برخی از بیماران از این گونه مشارکت در پرداختها معاف شده‌اند، میزان واقعی مشارکت در پرداختهای قانونی همیشه کمتر از مقدار فرانشیز است.

ستون دوم به سهمی از پرداخت هزینه‌ها برحسب تعرفه رسمی توسط بیمارانی که عضو صندوق‌های بیمه اصلی هستند، اشاره دارد.

روش دیگر برآورد میزان مشارکت خصوصی در تأمین مالی مراقبتهای بهداشتی، محاسبه تفاوت بین هزینه‌های کل و تأمین مالی به طور عمومی است (ستون سوم). با محاسبه تولیدات دارویی خریداری شده بدون نسخه، هزینه‌های دارویی که به طور خصوصی تأمین می‌شود، ۳۷ درصد کل هزینه‌های دارویی است. برای درمانهای ارائه شده توسط پزشکان میزانی که قابل بازپرداخت نیست (ستون سوم)، به علت صورت حساب متعادل و خدمات غیر قابل بازپرداخت مانند جراحی پلاستیک، مقدار بالاتری را به خود اختصاص می‌دهد.

در درمانهای دندانپزشکی، تفاوت بین قیمت واقعی و تعرفه وضع شده برای پروتزهای دندانی، سهم زیادی از هزینه‌های خصوصی را تشکیل می‌دهد. برای تمام این موارد ممکن است افرادی که از خدمات تحت پوشش تأمین اجتماعی استفاده می‌کنند، دنبال دریافت بازپرداخت هزینه‌ها از طرف بیمه نباشند.

## ۲-۲-۲. توزیع مشارکت در پرداختها در بین جمعیت

گریگنون<sup>۱</sup> و آلیگون<sup>۲</sup> (۱۹۹۹) نشان داده‌اند که ۱۱ درصد افراد فقیر (با درآمد کمتر از ۳۰۰۰ فرانک ماهانه به ازای هر واحد مصرف ۴۵۸ یورو) بیش از ۱۳ درصد درآمد ماهیانه خود را صرف پرداختهای مشارکتی می‌کنند، هرچند متوسط پرداخت به صورت مستقیم در بین افراد فقیر اندکی کمتر از متوسط پرداخت مستقیم در کل جمعیت است.

جدول شماره ۳ کل جمعیت را با افراد فقیر مقایسه می‌کند. در درجه اول این جدول نشان می‌دهد که افراد فقیر ۸ درصد کمتر از کل جمعیت در مراقبتهای بهداشتی هزینه می‌کنند که اولین دلیل پایین بودن میزان پرداختها به صورت مستقیم است.

با توجه به ساختار مشارکت در پرداختها، بیان این نکته جالب است که مشارکت در پرداختهای قانونی سهم بالایی از میزان پرداخت مستقیم را در افراد فقیر تشکیل می‌دهد. این افراد

1. Grignon

2. Aligon

به طور طبیعی مراقبت‌هایی را که حائز شرایط بازپرداخت هستند، جست‌وجو می‌کنند و مصرف آنها با مصرف کل جمعیت متفاوت است (برای مثال آنها در مقایسه با کل جمعیت، کمتر در مراقبت‌های دندانپزشکی و بیشتر در مراقبت‌های بیمارستانی هزینه می‌کنند).

توضیح دیگر در مورد پایین بودن پرداخت مستقیم در بین افراد فقیر به طور مستقیم مربوط به اثر مشارکت در پرداختها در زمانی است که افراد بدون ارجاع قبلی در مراقبت‌های بیمارستانی پذیرفته می‌شوند و میزان مشارکت در پرداختها در مورد خدمات بیمارستان کمتر از مراقبت‌های سرپایی است. این مسئله همچنین به دلیل نتیجه مستقیم بالاتر بودن نسبی هزینه‌های دسترسی به مراقبت‌های سرپایی است و مانعی که افراد را ترغیب می‌کند تا منتظر شوند تا شرایط وخیم تر شود (و بنابراین مراقبت‌ها عمیق تر و گرانتر خواهد بود).

جدول شماره ۳. پرداخت مستقیم و درآمد در سال ۱۹۹۹		
شرح	کل جمعیت	افراد فقیر
متوسط سالانه پرداخت‌های مستقیم (یورو)	۲۱۵	۱۵۰
سهم مشارکت در پرداخت‌های به صورت مستقیم (درصد)	۷۶	۸۲
هزینه کل (یورو)	۱۰۱۸	۹۳۶
سهم پرداخت‌های مستقیم در کل هزینه‌ها (درصد)	۲۱	۱۶
سهم هزینه‌های بیمارستان در کل هزینه‌ها (درصد)	۸	۱۱
سهم مراقبت‌های دندانپزشکی در کل هزینه‌ها (درصد)	۱۲	۹
نسبت جمعیت بدون هیچ‌گونه هزینه بهداشتی (درصد)	۱۴	۱۹

مأخذ: Aligon A, Grignon M. (1999) "Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins: des plus démunis, Les cahiers du GRATICE, n 15.01/09, pp. 213-242.

بیمه بهداشتی خصوصی نقش تکمیلی را در سیستم بهداشتی فرانسه بر عهده دارد و پولی را که بیماران به عنوان سهمشان از هزینه‌ها می‌پردازند، بازپرداخت می‌کند. همچنین برای کالاهای

خدمات پزشکی که سطح بازپرداخت توسط سیستم عمومی برای آنها پایین تر از قیمت بازار است، بازپرداخت را انجام می دهد. در فرانسه بر خلاف برخی کشورهای دیگر، بیمه خصوصی به این منظور خریداری نمی شود که از ایستادن در صف انتظار بخش عمومی جلوگیری شود و یا به خدمات با کیفیت یا نوع دیگری، نسبت به آنچه توسط سیستم پوشش عمومی برای بیماران موجود است، دسترسی ایجاد شود.

ابتدایی ترین قراردادهای بیمه خصوصی هزینه های ناشی از مشارکت در پرداختها به صورت مستقیم (فرانشیز) را پوشش می دهد - که منبع اصلی هزینه های مستقیم است که بیماران به پزشکان می پردازند - اما قراردادها به لحاظ محتوای پوشش برای صورتحساب متعادل، متفاوت است.

### ۳. اثرات مشارکت در پرداختها

#### ۱-۳. بیمه تکمیلی: یک پرداخت کننده عمده

در فرانسه بیمه های خصوصی ۱۲/۳ درصد از کل هزینه های کالاها و خدمات پزشکی یعنی کمی بیش از نصف هزینه های خصوصی را تأمین می کنند. ابتدا، در مورد سازمان این بخش توضیح داده خواهد شد و سپس به بررسی توزیع پوشش در میان جمعیت پرداخته می شود.

#### ۱-۱-۳. قلمرو مداخله بیمه های خصوصی

همان طور که پیشتر اشاره شد، بیمه های خصوصی چهار خدمت اصلی را فراهم می سازد:

۱. پرداختهای مصرف کننده<sup>۱</sup> را پوشش می دهد که توسط سیستم بیمه های بهداشتی دولتی ایجاد می شود؛
۲. کالاها و خدمات فاقد پوشش بیمه بهداشتی دولتی را تحت پوشش خود قرار می دهد؛
۳. در برخی موارد دسترسی به خدمات با کیفیت بهتر را ممکن می سازد، البته به وسیله پوشش هزینه خدماتی که به وسیله بخش خصوصی ارائه می شود و دارای کیفیت بالاتری نسبت به خدمات ارائه شده توسط سیستم مراقبتهای بهداشتی دولتی است؛
۴. یا اینکه دسترسی سریعتر به خدمات را ممکن می کند و حق انتخاب مصرف کننده ها را افزایش می دهد.

1. User charge



در فرانسه عملاً تمام قراردادهای بیمه خصوصی، مشارکت در پرداختهای قانونی را پوشش می‌دهد. به‌علاوه برای خدمات پزشکان و کالاهای پزشکی، قراردادها ممکن است بخشی از تفاوت بین تعرفه رسمی و قیمت‌های واقعی را که توسط بیماران پرداخت می‌شود، بپردازند.

به‌طور کلی پوشش بیمه‌های خصوصی تنها برای خدمات و کالاهایی که در فهرست خدمات و کالاهای قابل بازپرداخت توسط تأمین اجتماعی هستند، انجام می‌گیرد. به عبارت دیگر آنها به عنوان پرداخت‌کننده ثانویه عمل می‌کنند اما به ندرت کالاهای و خدمات فاقد پوشش توسط تأمین اجتماعی را پوشش می‌دهند. استثنای قابل توجه (در برخی موارد) لنزهای تماسی است که به ندرت توسط تأمین اجتماعی پوشش داده می‌شود اما در بیمه‌های خصوصی به عنوان جایگزین عینک به حساب می‌آید و پوشش داده می‌شود، هرچند که عینک به‌طور ناکافی توسط تأمین اجتماعی پوشش داده می‌شود.

به‌طور کلی عملکرد اصلی بیمه‌های خصوصی در فرانسه پوشش پرداختهای مصرف‌کننده (سطر اول جدول ۴) است و به عنوان بیمه تکمیلی شناخته می‌شود.

## ۲-۱-۳. ساختار کلی بازار

در فرانسه پوشش تکمیلی توسط سه نوع مؤسسه فراهم می‌شود که عبارت است از شرکت‌های بیمه مشترک<sup>۱</sup>، شرکت‌های بیمه خصوصی<sup>۲</sup> و مؤسسات تأمین آتیه<sup>۳</sup>.

شرکت‌های بیمه مشترک تشکیلات غیرانتفاعی هستند که بالغ بر ۶۰ درصد بازار بیمه تکمیلی را در اختیار دارند. این شرکت‌ها خود را به عنوان شرکت‌های اجتماع‌نگر تصویر کرده‌اند (طرفدار سوبسید متقابل در برابر تفاوت‌گذاری بر اساس ریسک بیماری هستند).

شرکت‌های بیمه خصوصی در دهه هشتاد به بازار بیمه بهداشت وارد شدند و کمی بیش از ۲۰ درصد بازار را در اختیار دارند. این شرکت‌ها به دنبال به دست آوردن سود هستند و خود را به عنوان مدیران ریسک به حساب می‌آورند و به نظر می‌رسد حق بیمه‌های آنان بیش از شرکت‌های بیمه مشترک بر اساس خطر (ریسک) باشد.

مؤسسات تأمین آتیه در همین اواخر وارد صحنه شده‌اند اما بسرعت در حال افزایش سهم

1. mutual insurance companies

2. private insurance

3. provident institutions

خود در بازار هستند. هم اکنون سهم آنها در بازار بین ۱۵ تا ۲۰ درصد است. این مؤسسات به طور مشترک توسط اتحادیه‌های کارکنان و کارفرمایان اداره می‌شود و اغلب بیمه‌های گروهی برای کارکنان سازمانها فراهم می‌کند.

جدول شماره ۴. سهم بازار برای سه نوع شرکت‌های ارائه‌کننده بیمه خصوصی			
شرح	۱۹۸۹	۱۹۹۴	۱۹۹۸
شرکت‌های بیمه مشترک	۶/۲	۶/۸	۷/۱
شرکت‌های بیمه (خصوصی)	۲/۵	۳/۲	۳
سازمانهای تأمین آتیه	نامشخص	۱/۵	۱/۸

مأخذ: GAP Directory, 1999

سیاستهای بیمه بهداشتی می‌تواند بر اساس گروهها یا افراد باشد. ۳۴ درصد افراد جامعه بیمه تکمیلی فردی خریداری می‌کنند. در اغلب موارد سیاستهای بیمه‌ای در قالب استخدام اجرا می‌شود که برای نمونه کارفرمایان برای کارکنان، بیمه‌های گروهی خریداری می‌کنند.

سه سازمان فوق در اهداف و روش تنظیم امور با هم متفاوتند. در سال ۲۰۰۲ تعداد ۱۲۷۵ سازمان بیمه مشترک وجود داشت که هر کدام ۳۵۰۰ نفر را تحت پوشش داشتند. بسیاری از سازمانهای بیمه مشترک در مسیر شغلی سازماندهی شده‌اند. برای مثال بزرگترین سازمان بیمه مشترک، کارکنان بخش عمومی از قبیل معلمان و کارگران پست را پوشش می‌دهد. این سازمانها به طور تاریخی بر مفاهیم اتحاد و کمک مشترک تأکید می‌کنند. این به معنی آن است که آنها به صورت بسیار محدودی از استراتژی نرخ‌بندی بر اساس ریسک بهره می‌برند. به طور سنتی بسیاری از این سازمانها حق بیمه را به عنوان درصدی از درآمد تعیین می‌کنند. به طور کلی تأمین مالی سازمانهای بیمه مشترک از طریق پرداختهای بیمه‌شدگان صورت می‌گیرد. مؤسسات تأمین آتیه به طور تاریخی به منظور ارائه مزایای بازنشستگی و دیگر انواع بیمه‌های

اجتماعی به وجود آمده‌اند. این مؤسسات به طور مشترک از طریق نمایندگان کارگران و کارفرمایان مدیریت می‌شود. امروزه تعداد ۵۱ مؤسسه تأمین آتیه، بیمه تکمیلی بهداشت را ارائه می‌کنند. سازمانهای فوق تحت کدهای تنظیمی مختلفی نظارت و کنترل می‌شوند. سازمانهای بیمه مشترک تحت کد متقابل<sup>۱</sup> مؤسسات تأمین آتیه تحت کد تأمین اجتماعی و بیمه خصوصی تحت کد بیمه نظارت می‌شوند. چندین مشابهت در میان این رژیم‌های تنظیمی وجود دارد؛ به طور مثال نه مزایایی وجود دارد که نسبت به ارائه آن از طرف این سازمانها الزامی باشد و نه مزایایی که در ارائه آن منعی باشد و در هر صورت الزامی نسبت به اینکه مزایا استاندارد شوند وجود ندارد. قراردادهای گروهی از عدم پوشش شرایط پزشکی منع شده‌اند. قراردادهای فردی می‌توانند از تحت پوشش قرار دادن برخی شرایط مستثنی شوند، به این شرط که شرایط به وضوح تعریف شود و بیمه‌کننده بتواند ثابت کند مصرف‌کننده قبل از ثبت نام از محدودیت‌ها آگاه شده است. وقتی فردی به مدت دو سال بیمه بوده، بیمه‌کننده نمی‌تواند به قرارداد خاتمه دهد یا سطح پوشش را کاهش دهد. اختلاف‌های اساسی در رژیم‌های نظارتی مربوط به مالیات بر درمان است. به طور تاریخی مؤسسات مشترک و تأمین آتیه از ۷ درصد مالیات حق بیمه در قراردادها معاف شده‌اند. این تبعیض‌های مالیاتی با هدف آگاهی دادن به جامعه در مورد اینکه این سازمانها به منافع عمومی کمک می‌کنند و به بخش اقتصاد اجتماعی تعلق دارند، ایجاد شده است.

### ۳- ۱- ۳. گسترش سطح پوشش بیمه

ارائه پوشش بیمه تکمیلی در طول سالهای گذشته در پاسخ به کاهش دائمی و تدریجی درصد هزینه‌های بهداشتی قابل بازپرداخت توسط بیمه بهداشتی دولتی، شکوفا شده است، در حالی که یک سوم جمعیت در سال ۱۹۶۰ دارای بیمه خصوصی بودند و نصف جمعیت در سال ۱۹۷۰ اما این میزان در سال ۲۰۰۰ به رقم ۸۶ درصد رسیده است.

همان‌طور که جداول ۵ و ۶ نشان می‌دهند، نسبت افراد تحت پوشش بیمه خصوصی برحسب عوامل مرتبط با استخدام متفاوت است. اغلب افراد شاغل و بازنشستگان حقوق‌بگیر در مقایسه با افراد استخدام‌نشده یا دیگر افراد بیکار، دارای بیمه خصوصی هستند و افراد غیرماهر نسبت به کارکنان مدیریتی و کارکنان اداری دارای پوشش بیمه خصوصی کمتری هستند.

1. code de la mutualite

جدول شماره ۵. پوشش بیمه خصوصی بر حسب وضعیت کاری (درصد جمعیت)

درصد افراد	وضعیت کاری
۸۹/۹	مشغول به کار
۶۰/۱	بیکار
۸۸/۷	بازنشسته، مردانی که زنشان فوت شده
۸۰/۱	زنان خانه‌دار
۶۶/۱	دیگر افراد غیرفعال
۸۴/۶	دانش‌آموزان و کودکان

مأخذ: Health and Health Insurance Survey [in France] (ESPS) 2000

جدول شماره ۶. پوشش بیمه خصوصی بر حسب شغل (درصد جمعیت)

درصد	شغل
۸۹/۳	کشاورز
۸۲	پیشه‌ور و خرده‌فروش
۹۳/۵	مدیر - مشاغل فکری
۹۴/۴	مشاغل واسطه
۸۵/۲	منشی اداری
۶۹/۲	منشی خدمات مشتری
۸۴	کارگران ماهر
۷۱/۸	کارگران غیرماهر
۸۵/۷	کل

مأخذ: Health and Health Insurance Survey [in France] (ESPS) 2000

۲-۳. مشارکت در پرداختهایی که توسط خانواده‌ها تأمین مالی شده است در سال ۲۰۰۰ مشتریان مراقبت‌های بهداشتی به‌طور مستقیم ۱۱/۱ درصد کل هزینه خدمات و کالاهای پزشکی را متقبل شده‌اند، تأمین مالی توسط خود بیماران در مورد تدارک عینک و سایر کالاهای پزشکی ۳۶ درصد، درمان‌های دندانپزشکی ۲۹ درصد، دارو ۱۹ درصد و درمان بیمارستانی ۵ درصد بوده است.

#### ۴. ابعاد سیاسی

##### ۱-۴. منشأ مشارکت در پرداختها و توسعه آن

در بخش مربوط به «سطح بازپرداختها و انواع مختلف مشارکت در پرداختها» ما در بین پرداختهای مشارکتی قانونی که نتیجه یک تصمیم صریح مبنی بر سهم نمودن افراد برخوردار از بیمه دولتی در تأمین منابع مالی است و دیگر انواع پرداختهای مشارکتی تمایز قائل شدیم.

مشارکت در پرداخت به صورت مستقیم (فرانشیز) در سال ۱۹۳۰ برای تحت پوشش قرار دادن افرادی که تحت پوشش صندوق‌های بیمه بهداشتی بودند معرفی شده که این صندوق‌ها قبل از اینکه تأمین اجتماعی ایجاد شود، وجود داشتند. بیماران می‌بایست درصدی از تعرفه‌ای را که به عنوان مبنایی برای محاسبه بازپرداختها به کار می‌رفت، بپردازند. در طول زمان اصلاحاتی صورت گرفت که سطح مشارکت در پرداختها را تغییر داد.

میزان مشارکت در پرداختها که تا سال ۱۹۷۰ رفته رفته کاهش می‌یافت بعد از آن ۵ بار افزایش یافت (که آخرین آن مربوط به سال ۱۹۹۳ بود) نرخ روزانه ۳ یورو برای روز خدمت بیمارستانی در سال ۱۹۸۲ ایجاد شد و ۴ بار افزایش یافت تا اینکه به سطح فعلی ۱۱ یورو رسیده است.

##### ۲-۴. بیمه تکمیلی دولتی جدید

افزایش میزان پرداختهای مشارکتی در طول زمان فقیرترین اقشار جامعه را (که تعداد کمی از آنان به بیمه تکمیلی خصوصی دسترسی داشتند) از جست‌وجوی درمان بازداشته بود و نگرانیها در مورد برابری در سیستم را افزایش داده بود. تا سال ۲۰۰۰ برنامه‌هایی برای پوشش دادن

پرداختهای مشارکتی (و گاهی اوقات نوع دیگر پرداختها) برای افراد بسیار فقیر جامعه وجود داشت. این برنامه‌ها «کمک پزشکی»<sup>۱</sup> نام داشتند و به وسیله دولتهای محلی اداره می‌شدند و اگر افراد بی‌خانمان بودند، توسط دولت مرکزی اداره می‌شد. میزان پوشش و درآمد آستانه‌ای که افراد می‌توانستند حائز شرایط پوشش توسط آن باشند، از یک بخش جغرافیایی به بخش دیگر متفاوت بود. در سال ۱۹۹۸ تقریباً ۲ درصد کل جمعیت به وسیله این برنامه پوشش داده شده بودند.

برنامه‌های کمک پزشکی در ژانویه سال ۲۰۰۰ با برنامه بیمه تکمیلی با عنوان «بیمه تکمیلی عمومی مبتنی بر استطاعت مالی»<sup>۲</sup> جایگزین شد. این برنامه نسبت به برنامه کمک پزشکی، پیشرفت محسوب می‌شود که در آن پزشکان از صورت‌حساب متعادل منع نشده بودند. قانون بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی در سال ۱۹۹۹ به تصویب رسید و در سال ۲۰۰۰ اجرا شد. این قانون پوشش اجباری را برای تقریباً یک درصد باقیمانده از ساکنان قانونی فرانسه که هنوز تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی قرار نگرفته بودند، گسترش داد. هدف بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی کاهش موانع مالی بود که دسترسی به مراقبتها را محدود کرده بود و برای افرادی بود که درآمد آنها از حد آستانه مشخصی پایین تر بود (تقریباً ۱۰ درصد کل جمعیت حائز شرایط پوشش توسط این برنامه هستند). افراد حائز شرایط پوشش توسط بیمه تکمیلی عمومی مبتنی بر استطاعت مالی از کلیه پرداختهای مشارکتی معاف بودند، علاوه بر این پزشکان عمومی که دارای مجوز برای صورت‌حساب متعادل بودند، نمی‌توانستند از افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی عمومی مبتنی بر استطاعت مالی مبلغ بالاتر از تعرفه‌های رسمی بگیرند. به علاوه این افراد می‌توانستند بابت عینک، پروتز دندان و دیگر کالاها که قیمت واقعی آنها از تعرفه‌های رسمی بالاتر بود، بازپرداخت کلی<sup>۳</sup> دریافت دارند. متخصصان بهداشتی مجاز نبودند از افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی عمومی مبتنی بر استطاعت مالی مبلغ بالاتر از این حد آستانه دریافت دارند. به عبارت دیگر دسترسی به خدمات برای افراد تحت پوشش کاملاً رایگان در نظر گرفته شده بود.

1. medical assistance of AMG

2. uniform means-tested public supplementary insurance

3. lumpsum reimbursement

داده‌های جدول شماره ۷ طبق تحقیقی که در سال ۲۰۰۰ انجام شده نشان می‌دهد که افراد آسیب‌پذیر جامعه همان طور که انتظار می‌رفت ذی‌نفعان اصلی برنامه بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی بودند.

جدول شماره ۷. پوشش توسط برنامه بیمه تکمیلی دولتی جدید برحسب وضعیت کاری و ساختار خانوادگی			
ردیف	وضعیت کاری / ساختار خانوادگی	شرح	درصد
۱	وضعیت کاری	مشغول به کار	۲/۲
۲		بیکار	۲۰/۳
۳		بازنشسته/مردانی که زنشان فوت شده	۱/۵
۴		زنان خانه‌دار	۹/۱
۵		دیگر افراد غیرفعال	۱۲/۸
۶		دانش‌آموزان - کودکان	۶/۹
۱	ساختار خانوادگی	مجرد	۸/۴
۲		والدین مجرد	۱۷/۱
۳		زوج‌های بدون فرزند	۱/۶
۴		زوج‌های فرزنددار	۴/۶
		کل	۵
مأخذ: Health and Health Insurance Survey [in France] (ESPS) 2000			

در پایان ژوئن سال ۲۰۰۱، ۵/۴ میلیون نفر از افراد جامعه از مزایای برنامه بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی برخوردار شدند. اگرچه به نظر می‌رسد برخی از متخصصان به الزامی که نسبت به ذی‌نفعان بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی داشتند، پایبند نبودند (برای

معالجه آنها طبق قیمت‌های مورد انتظار). احتمال زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی کاهش چشمگیری در اثرات بازدارنده پرداخت‌های مشارکتی بر دسترسی به خدمات، ایجاد خواهد کرد. البته دیگر موانع اجتماعی - فرهنگی نیز باید بررسی شود. از دیدگاه بیماران، بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی، تضمینی قابل مقایسه با قراردادهای بیمه خصوصی که در آنها به طور کامل صورتحساب‌های متعادل بازپرداخت می‌شود، ایجاد می‌کند.

پوشش تکمیلی بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی افراد با درآمد ماهانه کمتر از ۵۶۲ یورو را تحت پوشش قرار می‌دهد. در ابتدا حدود ۵ میلیون نفر (۸ درصد جمعیت) حائز شرایط عضویت بودند که از این تعداد ۳/۸ میلیون نفر افرادی بودند که قبلاً به وسیله برنامه‌های معمولی سنجش استطاعت مالی تحت پوشش بودند و این افراد به طور خودکار وارد برنامه بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی شد. در دسامبر سال ۲۰۰۲ نیز ۴/۵ میلیون نفر (در حدود ۷ درصد جمعیت) از طریق برنامه بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی دارای پوشش تکمیلی بودند. مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۰ انجام شد، نشان داد افراد ذینفع عضو بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی نسبت به کل جمعیت، جوانتر و غالباً زن و اعضای خانواده‌های تک‌والدی بودند. در مقایسه با جمعیت هدف، دارندگان CMU، در غالب موارد غیرشاغل بوده یا جزء نیروی کار نبودند.

در سال ۲۰۰۲ سیاست‌هایی به منظور کمک به دارندگان بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی که درآمد آنها از حد آستانه برای حفظ شرایط عضویت بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی فراتر رفته بود وضع شد. اگر درآمد فردی تا حد ۱۱۰ درصد آستانه شرایط عضویت افزایش یافته باشد، وی حائز شرایط کمک‌های کلی برای قراردادهای تکمیلی بیمه خصوصی (۱۱۵ یورو برای افراد مجرد) خواهد بود. نخستین دارندگان بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی یک سال از مقرراتی که طی آن می‌بایست در لحظه دریافت مراقبت، هزینه آن را بپردازند و سپس آن را برای بازپرداخت به تأمین اجتماعی ارسال دارند، معاف شدند.

بعد از اجرای قانون بیمه تکمیلی عمومی مبنی بر استطاعت مالی حدود ۶ درصد جمعیت فرانسه بدون بیمه تکمیلی ماندند. به نظر می‌رسد حجم زیادی از این جمعیت کسانی هستند که



درآمد آنها از مقدار آستانه بالاتر است، در حالی که آنها هنوز برای خرید بیمه تکمیلی خصوصی توانایی مالی نداشتند.

بیمه تکمیلی در کشور فرانسه داوطلبانه است، هرچند بسیاری از کارفرمایان کارکنان خود را ملزم می‌کنند تا نرخ‌های رقابتی از صندوق‌های بیمه مشترک برای بیمه تکمیلی خود بگیرند. پرداختهایی که به صندوق بیمه مشترک (ارائه‌کنندگان برنامه بیمه تکمیلی) صورت می‌گیرد، درصد ثابتی از حقوق را تشکیل می‌دهد که در آن کارکنان با میزان پرداخت بالا، کارکنان با میزان پرداخت پایین را به لحاظ مالی کمک می‌کنند.

### نتیجه‌گیری

سیستم مراقبتهای بهداشتی فرانسه نقاط قوت زیادی دارد مانند پوشش تقریباً همگانی، ارائه بسته بیمه‌ای جامع و هزینه سرانه متوسط برای خدمات بهداشتی (بودجه بهداشتی فرانسه با میزانی برابر ۸/۹ درصد تولید ناخالص ملی<sup>۱</sup>، رتبه سوم را در جهان داراست). تمام اینها در بستری است که در آن تأمین منابع مالی و ارائه خدمات توسط بخش خصوصی با قابلیت، صورت می‌گیرد. کسانی که علاقه‌مند به تلاشهایی هستند که در جهت اصلاحات مراقبتهای بهداشتی صورت گرفته است به بسته مزایای بیمه‌ای منسجم فرانسه، برنامه تأمین مالی و پرداختهای یکپارچه آن نگاه می‌کنند. این ترکیبات، سیستم بیمه همگانی جامع را با حفاظت مالی مناسب فراهم ساخته است.

به طور کلی، بیماران فرانسوی از سیستم مراقبتهای بهداشتی فرانسه رضایت دارند. مطالعه مقایسه‌ای بین‌المللی نشان داد که ۴۱ درصد جمعیت فکر می‌کردند که سیستم مراقبتهای بهداشتی فرانسه نسبتاً خوب کار می‌کند و برای اینکه بهتر شود به تغییرات اندکی نیاز دارد. با وجود این، پیشنهاد اصلی گزارش چادلات<sup>۲</sup> که در اوایل سال ۲۰۰۳ مطرح شد، ایجاد برنامه «بیمه بهداشتی جامع»<sup>۳</sup> بود که تمام خدماتی را که شهروندان می‌بایست به آن دسترسی داشته باشند در بر می‌گرفت. این برنامه می‌بایست دو دسته مجزا را در بر گیرد:

● بیمه بهداشتی اجباری

1. Gross national product

2. Chadelat

3. General health insurance

- بیمه بهداشتی تکمیلی پایه<sup>۱</sup> که اجباری نیست اما برای هر فردی قابل دسترسی است. البته با یک یارانه رو به افزایش برای فقیرترین بخش جمعیت.
- در فرانسه سیستم بیمه‌ای که تشکیل شده بود تا افراد را در برابر پرداخت هزینه‌های شخصی بالا محافظت کند، به سیستمی تکامل یافته است که کل هزینه‌ها را تأمین مالی می‌کند. علی‌رغم حفاظت مالی مناسبی که از طرف صندوق‌های بیمه بیماری فراهم می‌شود، بیمه تکمیلی به وجود آمده است که نقش جایگزین<sup>۲</sup> را به عنوان بازپرداخت‌کننده بخشی از پرداختهای مشارکتی بیمه عمومی یا حتی کل آن داراست که بیمه‌شده به‌طور مستقیم می‌پردازد.

## منابع

1. Buchmueller Thomasa C, Couffinhal Agnes, Private health insurance in France, France, DELSA/ELSA/WD/HEA (2004) 3. Available. at: [www.oecd.org/els/health/workingpapers](http://www.oecd.org/els/health/workingpapers) (No 12).
2. Le Quellec Martine, Nathan Sous, Preventive health care system in France: organization, financement, VHPB Veyrier du lac 18-19 /XI/2004.
3. *National coalition on health care*, Washington, D.C. 2005.
4. Thai Khi V., Edward T Wimberley, Sharon M McManun, *Handbook of International Health Care System*, New York, Marcel Dekker Inc. 2002.
5. Workshop organized for the commission on the future of health care in Canada, Utilization fees imposed to public health care system users in France, November 29, 2001.