

مراقبت‌های بلندمدت، بیماری‌های شغلی و حوادث ناشی از کار در بیمه‌های اجتماعی سلامت^۱

رضا کاشف قربانپور^۲

چکیده

در ادبیات بیمه‌های اجتماعی به‌طور معمول مراقبت‌های بلندمدت، بیماری‌های شغلی و حوادث ناشی از کار در زمره خدمات حمایتی دسته‌بندی شده و نوع حمایت‌های ارائه شده به فلسفه نظام تأمین اجتماعی و رفاه انتخاب شده توسط کشورها بستگی دارد. نظام‌های تأمین اجتماعی و رفاه نیز در کشورهای مختلف از فلسفه‌های اجتماعی و فرهنگ‌های خاص آن کشور متأثر می‌شوند.

در ادبیات تأمین اجتماعی می‌توان سه نوع فلسفه متفاوت را برای نظام‌های تأمین اجتماعی و رفاه در نظر گرفت که عبارتند از:^۳

۱. رژیم‌های رفاهی لیبرال؛
۲. رژیم‌های رفاهی سوسیال دموکرات؛

۱. طرح پژوهشی فوق در سال ۱۳۸۵ با تأمین مالی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی انجام شده است.

۲. کارشناس ارشد اقتصاد نظری و مدیر طرح و برنامه بیمارستان میلاد

۳. واکر، ۲۰۰۵.

۳. رژیم‌های رفاهی محافظه‌کار^۱ (سنت‌گرا).

در هر یک از این رژیم‌ها نگاه‌های متفاوتی به نحوه مشارکت افراد، میزان استفاده از مزایای تعریف‌شده و اختیاری یا اجباری بودن در استفاده از مزایا وجود دارد. بیماری‌های شغلی و حوادث ناشی از کار به‌طور دقیق از موضوع‌هایی است که از نوع رژیم رفاهی بسیار متأثر است. در این نوع مزایا بحث‌هایی از قبیل نرخ جانشینی درآمد^۲، درآمد از دست رفته^۳ و استانداردهای زندگی^۴ مطرح است. مراقبت‌های بلندمدت نیز از نوع حمایت‌های اجتماعی است که در کشورهای مختلف بر اساس رژیم انتخاب شده از ساختارهای متفاوتی بهره می‌برد. در این نوع مزایا بحث‌هایی از قبیل انواع معلولیت‌ها یا کاهش توانایی افراد نسبت به زمان سلامتی مطرح است که در دنباله به آن می‌پردازیم.

واژه‌های کلیدی: مراقبت‌های بلندمدت، حوادث ناشی از کار، حمایت اجتماعی.

۱. مراقبت‌های بلندمدت

افرادی که دارای نقص دائمی در وضعیت فیزیکی، روانی یا روحی باشند دارای پیچیدگی‌های زیادی در نیازها هستند که از مراقبت‌های درمانی شروع و تا شرایط منطبق با محیط ادامه پیدا می‌کند. یکی از نیازهای اساسی، حمایت دولت در جهت زندگی روزانه عادی و حتی فراتر از آن رفع نیاز است که به ابزارهایی که بستگی بر ظرفیت فرد برای اجرای مستقل امور روزمره تأثیر می‌گذارد، دارد. بنابراین افراد وابسته نیاز به مراقبت‌های بلندمدت دارند تا علاوه بر خدمات عادی، بتوانند کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

مراقبت‌های بلندمدت اشاره به مراقبت‌های شخصی و کمک‌های عملی برای افراد وابسته دارد. مراقبت‌های شخص از فعالیت‌های روزمره مثل شستشو و استحمام، لباس پوشیدن، تغذیه، خوابیدن و بلند شدن، انجام امور شخصی نظافت و دستشویی و... است.

1. conservative welfare regimes
2. income replacement rate
3. income loss
4. living standards

کمک‌های عملی شامل استفاده از ابزارهایی برای زندگی روزمره شامل انجام وظایف داخل منزل مثل آشپزی، نظافت، رختشویی و انجام سایر امور شخصی است.^۱

مراقبت‌های بلندمدت را می‌توان بر اساس مناسبات فرهنگی جامعه شامل نزدیکان، همسایه‌ها و هم‌چنین توسط واحدهای رسمی جامعه انجام داد. بسیاری از کشورهای اروپایی با جمعیت سالمند و مناسبات اجتماعی دارای بودجه‌ای ضعیف هستند که محافل سیاسی را به تکاپو وادار کرده تا ترتیبات مراقبت‌های بلندمدت اجتماعی را به گونه‌ای تنظیم کنند سالمندان وابسته بدون حمایت و پشتیبانی نباشند. البته مراقبت‌های بلندمدت تنها به خدمات‌رسانی به سالمندان محدود نمی‌شود، بلکه خدمات مورد نیاز برای هر فرد که دارای نقص عضو باشد را نیز دربر می‌گیرد. توجه اصلی تحلیل مراقبت‌های بلندمدت به ارتقای کیفیت زندگی این‌گونه افراد می‌پردازد. چشم‌انداز تحلیل کیفیت زندگی این مفهوم بین‌المللی را نشان می‌دهد که دیدگاه مراقبت‌های درمانی یک دیدگاه محدود و کوچک شده‌ای از دیدگاه مراقبت‌های بلندمدت است. دولت‌ها از ترتیبات رسمی حمایت اجتماعی به عنوان یک ابزار استفاده می‌کنند تا ضمن پشتیبانی از شهروندان، موجبات ارتقای کیفیت زندگی آنان را فراهم آورند. مسایل مطرح برای نیازهای مراقبت‌های بلندمدت افراد وابسته، از یک کشور به کشور دیگر براساس اختلافات فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی متفاوت است. بنابراین تفاوت‌های زیادی در خصوص دسترسی، خدمات، سازمان‌دهی عرضه خدمات، منابع تأمین مالی، ساختار اداری و... وجود دارد. اغلب کشورهای اروپایی غربی از تشکیلات حمایت اجتماعی استفاده می‌کنند. در کشورهای اسکانداوی و انگلستان خدمات مراقبت‌های بلندمدت از محل مالیات‌های عمومی ارایه می‌شوند. در این مقاله خدمات بلندمدت اجباری و اختیاری که از روش حق بیمه درصدی از دستمزد استفاده می‌کنند بررسی خواهد شد. این تشکیلات در کشورهای منتخب اتریش، بلژیک، فرانسه، آلمان، لوکزامبورگ، هلند و سوئیس وجود دارد.

بیمه مراقبت‌های بلندمدت مبتنی بر حق بیمه دارای ساختار اداری پیچیده خصوصی - دولتی است. بخش‌های متفاوتی از دولت‌ها درگیر مباحث تأمین مالی و تعریف خدمات و نحوه بهره‌مندی از این خدمات هستند، در حالی که تدارک خدمات بلندمدت در

۱. کمیسیون سلطنتی در مورد مراقبت‌های بلندمدت، ۱۹۹۹.

اختیار ترکیبی از فراهم‌کنندگان دولتی و خصوصی (اجتماعی و انتفاعی) است. ویژگی‌های دولتی - خصوصی بیمه مراقبت‌های بلندمدت را می‌توان از دیدگاه توسعه‌ای مورد بررسی قرار داد، این موضوع پاسخ به این سؤال است که چگونه دولت‌های مدرن موقعیت خود را از ارائه خدمات تکمیلی در تشکیلات خصوصی حمایت‌های اجتماعی به جذب این حمایت‌ها در داخل تشکیلات دولتی تغییر داده‌اند. توجه‌های اخیر به تشکیلات خدمات بلندمدت را می‌توان این‌گونه توضیح داد که چگونه ساختارهای فرهنگ سنتی که نیازهای افراد نیازمند را تعیین می‌کنند؛ در جوامع مدرن فرسوده شده و از بین می‌روند.

بیمه مراقبت‌های بلندمدت مبتنی بر حق‌بیمه از نظر تاریخی، یک پدیده جدید به حساب می‌آید. قدیمی‌ترین شکل آن طرح هزینه‌های استثنایی پزشکی (AWBZ) هلند در سال ۱۹۶۴ است. این تشکیلات در هلند را می‌توانیم به عنوان منطقه مرجع گرفته و بحث و موضوع‌ها و توسعه‌های آتی را با آن مقایسه کنیم.

۱-۱. مراقبت‌های بلندمدت و کیفیت زندگی

در هر کشوری تعداد قابل ملاحظه‌ای از افراد دارای معلولیت‌های دایمی و بیماری‌های مزمن دارد. این‌گونه اختلالات (تکی یا چندگانه) ممکن است دارای ماهیت فیزیولوژیک یا روحی و روانی باشد که به‌طور قطع علت شناسایی اینها نیز متفاوت است. برخی از افراد به دلیل ناهنجاری‌های مادرزادی معلول هستند و برخی ممکن است به دلیل نقص یکی از کارکردهای عادی بدن به علت وجود بیماری‌ها، حوادث یا بیماری‌های مزمن یا سخت مثل سرطان یا اسکیزوفرنی باشد. افراد مسن و سالمند نیز به علت روال کارکردهای طبیعی بدن و ضعف در ارگان‌های عصبی، حسی، ماهیچه‌ای و سیستم تنفس و گردش خون دچار برخی معلولیت‌ها شوند. هم‌چنین این افراد ممکن است به علت بیماری‌های ذهنی نظیر زوال عقل دچار معلولیت شوند. بنابراین معلولیت چه در جسم و چه در ذهن به دلیل کاهش ظرفیت‌های فردی، نیازمند توجه یک فرد مستقل در خصوص کیفیت زندگی این افراد است.

بنابراین افرادی که به علل روانی، روحی یا فیزیکی دچار نواقص باشند هم‌چنین سالمندان رنجور و دارای بیماری‌های مزمن تا حدود زیادی وابسته به سایر افراد هستند و

درجه وابستگی بسته به ماهیت و تأثیر این گونه اختلالات خواهد داشت. این افراد نیاز به یک مرکز ارائه خدمات دارند تا کیفیت زندگی آنها را حفظ یا تداوم دهد. ماهیت ارائه این خدمات را می‌توان با استفاده از تئوری کیفیت زندگی توضیح داد. کیفیت زندگی دارای ابعاد ذهنی عینی است و تئوری کیفیت زندگی این دو بعد را به گونه‌ای ترکیب می‌کند که تجربیات ذهنی زندگی به عنوان تابعی از تعامل بین ویژگی‌های شخصیتی، محیط اجتماعی و ادراک فیزیکی باشد. تحقیقات نشان می‌دهد که هفت عامل ذیل در تعیین کیفیت زندگی بسیار مهم هستند:

- سن، تحصیلات و تقویت هیجان‌ها؛
- درآمد؛
- شرایط فیزیکی و خودساختگی؛
- صاحب‌خانه بودن و رضایت از مسکن؛
- روابط اجتماعی؛
- اوقات فراغت ملال‌آور؛
- سلامت روان.

این ابعاد را می‌توان برای دسته‌بندی خدماتی به کار برد که افراد سالمند، بیماران مزمن و معلولان برای حفظ سطح کیفیت زندگی به آنها نیاز دارند، بسته به نوع و پیچیدگی اختلالات، افراد به یک یا چند مورد از خدمات زیر نیاز خواهند داشت.

- حمایت مالی برای پوشش هزینه‌های اضافی زندگی که مربوط به اختلالات است یا جبران خسارت ناشی از کاهش ظرفیت افراد؛
- انطباق محیط کار و زندگی (به‌ویژه انطباق و تجهیز وسایل نقلیه و محیط داخلی سازمان‌ها)؛
- خدمات درمانی برای حفظ شرایط فیزیکی و روانی؛
- حمایت برای انجام امور روزانه و فعالیت‌های خانوادگی و فردی؛
- حمایت در حفظ روابط اجتماعی و پشتیبانی معنوی؛
- تحصیلات و آموزش‌های تخصصی.

کشورهای توسعه‌یافته از طریق ارایه طیف گسترده‌ای از ترتیبات اجتماعی در قلمروها نظیر درآمد، کار، مسکن، مراقبت‌های درمانی، فعالیت‌های روزانه، تحصیلات و حمایت اجتماعی در کیفیت زندگی شهروندان خود مشارکت می‌کنند. این‌گونه فعالیت‌ها را می‌توان در رقابت تداوم خدمات حمایتی کیفیت زندگی اجتماعی انجام داد. افراد نیازمند به این خدمات باید به آژانس‌های دولتی مراجعه کنند و حمایت‌های مورد نیاز را جهت حفظ کیفیت زندگی درخواست نمایند نمی‌توان کشوری را مثال زد که هر ۶ مورد خدمات حمایتی فوق را برای افراد نیازمند در قالب یک برنامه اجتماعی جامع ارایه دهد. برخی خدمات توسط نهادهایی ارایه می‌شوند که یا برای عموم افراد جامعه است یا این که به گروه‌های خاصی نظیر سالمندان، بیماران روانی یا معلولان جسمی اختصاص دارد. سایر خدمات مثل حمایت‌های مالی نیز از طریق تشکیلات گروهی برای افراد نیازمند در دسترس است.

ترکیب این تشکیلات عام و خاص در ادامه ارایه خدمات در بین کشورها متفاوت است هرچند که یک اجماع بین‌المللی وجود ندارد که مراقبت‌های بلندمدت و سایر خدمات برای افراد نیازمند به گونه‌ای توزیع شود که منجر به بهبود کیفیت زندگی شود. مراقبت‌های بلندمدت در کشورهای اروپای غربی از دو بُعد مورد توجه قرار می‌گیرد: شایستگی^۱ و دامنه خدمات^۲. گروه‌های شایسته شامل سالمندان رنجور و ضعیف و کلیه افراد نیازمند خدمات بدون توجه به سن و علت اختلالات هستند. دامنه خدمات نیز از کمک‌های فردی و عملی گرفته تا انواع مختلف خدمات وابسته نظیر: آموزش‌های تخصصی، تطبیق شرایط زندگی، تسهیلات حمل و نقل، روابط اجتماعی، پشتیبانی‌های معنوی و ... است.

۲-۱. انواع تشکیلات اجرایی در مراقبت‌های بلندمدت اجتماعی

کشورهای مختلف براساس دامنه خدمات حمایتی بیمه‌ای کیفیت زندگی که از طریق تشکیلات اجتماعی ارایه می‌شود رفتارهای متفاوتی دارند. هم‌چنین می‌توان بر اساس نحوه توزیع این خدمات برای عامه افراد یا افراد ویژه در تداوم خدمات کیفیت زندگی نیز کشورها را دسته‌بندی نمود. در فرانسه از سال ۲۰۰۲ ترتیبات اجتماعی ویژه‌ای برای افراد نیازمند بالای ۶۰

1. eligibility
2. entitlement

سال اجرا شده است که مزایای نقدی برای پوشش هزینه‌های فعالیت روزانه در داخل منزل اشاره کرد. برای افراد زیر ۶۰ سال نیز وضعیت مجزایی وجود دارد که خدمات مشخصی^۱ را ارائه می‌دهد.

مراقبت‌های درمانی برای این افراد توسط صندوق‌های بیماری فراهم می‌شود و سایر خدمات کیفیت زندگی به سایر ترتیبات اجتماعی تعلق می‌گیرد که در تعهد صندوق‌های بازنشستگی و دولت‌های محلی قرار دارد.

در سوئیس خدمات مربوط به امور جاری روزانه و امور داخل منزل برای افراد نیازمند به‌صورت خدمات تعریف شده^۲ ارائه می‌دهد که هزینه‌های کمک‌های عملی در سازمان‌ها یا منزل را پوشش می‌دهد. سایر خدمات برای این‌گونه افراد نظیر مسکن و جابجایی نیز توسط سایر حمایت‌های مالی مکمل انجام می‌شود که به عهده کانتون^۳ ها است. کمک‌های داخل منزل نیز توسط مقامات محلی یا از طریق پرداخت‌های خصوصی انجام می‌شود.

با کمی توجه به سوئیس و فرانسه مشاهده می‌شود که چگونه براساس روش توزیع خدمات به‌صورت عام یا خاص و تشکیلات ویژه تفاوت وجود دارد. ممکن است برخی از نیازها که توسط تشکیلات مربوط به مراقبت‌های بلندمدت پوشش داده نمی‌شود در تداوم یک سری امکان مقایسه و نتیجه‌گیری مستقیم در مورد این که چگونه جوامع این نیازها را عملاً مرتفع می‌کنند؛ را به دست نمی‌دهد. بنابراین برای مقایسه مراقبت‌های بلندمدت باید از طریق تحلیل تأثیر آنها بر کیفیت زندگی به‌طور جداگانه بررسی نمود.

همچنین این تفاوت‌ها در ترتیبات اجتماعی مراقبت‌های بلندمدت را باید در بستر فرهنگ کشورها مطالعه نمود، چرا که هر کشور دارای فلسفه اجتماعی جداگانه‌ای برای ارائه این خدمات است. در کشورهای شمال اروپا این ترتیبات بر اساس اصول بیمه اجتماعی طراحی شده است؛ مراقبت‌های بلندمدت به عنوان یک حق اجتماعی همانند مراقبت‌های درمانی در دسترس هر یک از افراد نیازمند است. در کشورهای جنوب اروپا، تشکیلات مربوط به مراقبت‌های بلندمدت از فلسفه حمایت‌های اجتماعی^۴ استفاده می‌کند. در این کشورها افراد نیازمند انتظار دارند که به‌صورت غیررسمی توسط شبکه‌های اجتماعی حمایت شوند. خدمات

1. benefit kind
2. benefit in kind

۳. یک کانتون کوچکترین واحد ارائه خدمات شهری است.

4. social protection

اجتماعی به صورت گزینش شده فقط در مواقعی ارائه می‌شوند که شبکه‌های اجتماعی وجود نداشته باشند یا این که ظرفیت آنها تکمیل شده باشد. با این که افراد دارای توان مالی مناسب برای تشکیلات خصوصی باشند. در کشورهای شمال اروپا، وابستگی به عنوان یک واقعیت زندگی در نظر گرفته شده و پاسخگویی دولت نیز محدود به وضع اقتصادی اجتماعی است. اما با توجه به این که مشارکت توسط افراد در تشکیلات مبتنی بر بیمه ضروری است، بنابراین در عمل تفاوت‌های بین این دو دیدگاه چندان غیرعادی نیست.

این تفاوت در فلسفه اجتماعی مربوط به تفاوت‌های فرهنگی است؛ یعنی نقش ساختارهای خانوادگی در مراقبت از سالمندان بسیار مهم است. در سال ۱۹۹۴ حدود ۵۴ درصد افراد بالای ۸۰ سال اسپانیا در خانه فرزندان خود زندگی می‌کردند. این نسبت برای پرتغال ۴۲ درصد، یونان ۳۵ درصد و ایتالیا ۴۳ درصد است که در تقابل شدید با ۵ درصد هلند و ۲ درصد دانمارک است. در هلند، دانمارک و سایر کشورهای اسکاندیناوی هیچ الزام قانونی برای فرزندان وجود ندارد که هزینه‌های مراقبت‌های بلندمدت والدین خود را پردازند. چنین الزام‌هایی به شکل‌های مختلف در کشورهای جنوب اروپا و هم‌چنین در آلمان، اتریش و بلژیک وجود دارد.

و در نهایت این که، تفاوت در ساختارهای مراقبت‌های بلندمدت باید در بستر مسائل سیاسی نیز مطالعه شود. در انگلستان و کشورهای اسکاندیناوی یک دستگاه دولتی برای سلسله خدمات کیفیت زندگی وجود دارد، ساختار آنها مبتنی بر مالیات است و سازمان‌های دولتی برای اداره و تدارک خدمات وجود دارند. در مقابل در کشورهای آلمانی زبان (بلژیک، فرانسه، لوکزامبورگ، هلند و سوئیس) ترکیبی از ترتیبات مبتنی بر مالیات و حق بیمه‌ها و ترکیبی از سازمان‌های دولتی و خصوصی را برای اداره و تدارک خدمات به کار می‌برند. این ترکیب خصوصی - دولتی یک انتخاب تعمدی و پیش‌بینی شده است که نشان‌دهنده عمق تفکر صنفی‌گرایی این کشورها به نقش دولت در تصمیم‌سازی اجتماعی است. در کشورهایی که ساختار آنها مبتنی بر مالیات است، پارلمان (و نمایندگان سیاسی منطقه‌ای نظیر اعضای شورای شهر در سوئد) دارای یک الزام قانونی هستند که منابع دولتی را برای این گونه خدمات تخصیص دهند. این الزامات نهادی را نمی‌توان برای کشورهایی که ساختار بیمه‌های اجتماعی درمان مبتنی بر حق بیمه دارند را به کار برد.

قدرت تخصیص پول ناشی از حق‌بیمه‌های اجتماعی درمان بین اتحادیه‌های کارگری، سازمان‌های کازفرمایی، سازمان‌های فراهم‌کنندگان و گروه‌های حرفه‌ای براساس الگوهای صنفی پیچیده خاص هر کشور و چگونگی سازماندهی آنها تقسیم می‌شود. این قدرت تقسیم شده به گروه‌های اجتماعی این نقش نهادینه شده را می‌دهد که سیاست اجتماعی را شکل داده و پیاده کنند.

۳-۱. مراقبت‌های بلندمدت و وضع نامناسب آن

برای ساختن یک سلسله خدمات کیفیت زندگی اجتماعی، بسیاری از دولت‌های کشورهای اروپای غربی اولویت را به مراقبت‌های درمانی حمایت‌های درآمدی داده‌اند. موقعیت تاریخی تشکیلات دولتی مراقبت‌های بلندمدت همیشه به عنوان مکمل ساختارهای فرهنگی و خصوصی بوده است که در بسیاری از این کشورها تا به حال ادامه یافته است. تنها در دهه اخیر فکر بازنگری در تشکیلات دولتی مراقبت‌های بلندمدت به عنوان یک سرفصل مهم سیاسی در اروپای غربی رواج یافته است که البته به علت تغییرات جمعیتی ناشی از جمعیت خاکستری (سالمندان) و تغییرات اجتماعی - اقتصادی بوده است که موجب فرسودگی تدریجی ظرفیت ساختارهای فرهنگی در مواجهه با نیازهای افراد نیازمند شده است.

مطالعات جمعیت‌شناسی و همه‌گیری‌شناسی پیش‌بینی می‌کند که در ۱۰ سال آینده رشد نامتناسبی از سالمندان وابسته در بسیاری از کشورها وجود خواهد داشت. تقاضا برای خدمات کیفیت زندگی در این گروه در حال افزایش و بیماری‌های کشنده در حال تبدیل به بیماری‌های مزمن است. این مطالعات نشان می‌دهد که تغییرات تدریجی و برگشت‌ناپذیری در الگوهای سبک زندگی افرادی که به‌طور سنتی مسئولیت اختیاری سالمندان وابسته و نیازمند را به عهده داشتند؛ در حال شکل‌گیری است. مراقبت‌های غیررسمی که توسط ترتیبات فرهنگی فراهم می‌شوند هنوز هم به عنوان یکی از منابع مهم خدمات ارایه شده به سالمندان و افراد نیازمند محسوب می‌شوند اما پتانسیل آن به علت تغییرات اجتماعی مثل نرخ طلاق و پیامدهای تغییر در روابط خانوادگی، کاهش نرخ باروری، مشارکت در حال گسترش زنان در بازار کار و گسترش شهرنشینی در حال نزول است.

این عوامل موجب می‌شود که یک انتقال تدریجی در تقاضای خدمات کیفیت زندگی به سمت ساختارهای دولتی و خصوصی در سال‌های اخیر شکل بگیرد. این انتقال تقاضا به نوبه خود موضوعات سیاسی را در مورد کفایت ساختارهای موجود دولتی و خصوصی برای سالمندان و سایر افراد نیازمند به دنبال دارد. شش کشور اروپایی با دیدگاه صنفی‌گرایی به موضوع‌های سیاست اجتماعی در پاسخ به این مسایل، ماهیت مکمل بودن ساختار دولتی خدمات بلندمدت را به دیدگاه بیمه ملی مبتنی بر حق بیمه‌ها تغییر داده‌اند. اتریش در سال ۱۹۹۳ اقدام و سپس آلمان در سال ۱۹۹۵، لوکزامبورگ در سال ۱۹۹۸ و فرانسه در سال ۲۰۰۲ این کار را انجام دادند. در سوئیس بیمه مراقبت‌های بلندمدت در سال ۱۹۹۶ ایجاد شد نه به عنوان یک ساختار جدید بلکه در جهت گسترش دامنه نظام بیمه اجتماعی درمان بود.

یک موضوع سیاسی مهم در خصوص ایجاد بیمه مراقبت‌های بلندمدت این است که موجب انتقال پرسرعت تقاضا از ساختارهای فرهنگی به سمت بیمه اجتماعی شود. رشد نامناسب جمعیت سالمندان و نیازمند در کنار گسترش چنین ساختارهایی برای سایر گروه‌های نیازمند، موجب رشد مخارج شده است. علاوه بر این، حجم و هزینه خدمات مراقبت در منزل و آسایشگاه‌های پرستاری در آلمان بعد از معرفی بیمه مراقبت‌های بلندمدت به سرعت افزایش پیدا کرد. داده‌های اخیر کشور سوئیس نیز همین الگو را نشان می‌دهد و حتی نشانه‌های قوی‌تری را هم بروز داده است. دولت سوئیس در سال ۱۹۹۶ پوشش بیمه اجتماعی سلامت را به خدمات فعالیت‌های روزانه و فعالیت‌های داخل منزل نیز تسری داد. تعداد مراکز ارایه این خدمات بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۱۹۹۹ حدود سه برابر و مخارج آن بین سال‌های ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۰ حدود ۵۴/۵ درصد افزایش یافته است. البته رشد سالانه ۱۸ درصد در سال‌های ۱۹۹۷ و ۱۹۹۸ به ۱۰ و ۱۲ درصد در سال‌های ۱۹۹۹ و ۲۰۰۰ کاهش یافت. در سال ۱۹۹۶ سهم خدمات مراقبت در منزل از کل مخارج بیمه درمان ۱/۲ درصد بود که به ۱/۴ درصد در سال ۱۹۹۷، ۱/۶ درصد در سال‌های ۱۹۹۸ و ۱۹۹۹، و به ۱/۷ درصد در سال ۲۰۰۰ رسید. سیاستگذاران سوئیس اعتقاد دارند که حداقل بخشی از این افزایش ناشی از جایگزینی کمک‌های غیررسمی خانواده با خدمات رسمی مراقبت در منزل و انتقال از آسایشگاه‌های پرستاری به زندگی مستقل بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که صرفه‌جویی در هزینه‌های آسایشگاه‌های پرستاری را باید با قضاوت در مورد رشد کلی

هزینه‌های مراقبت در منزل مقایسه نمود.

۴-۱. ترکیب دولتی خصوصی در بیمه مراقبت‌های بلندمدت

شش کشور اروپایی که تصمیم گرفته‌اند ساختار مراقبت‌های بلندمدت خصوصی و دولتی را با بیمه اجتماعی مبتنی بر حق بیمه جایگزین کنند، باید تصمیم بگیرند که چطور با ساختار فراهم‌کنندگان فعلی که طی سال‌ها به صورت خصوصی ایجاد شده‌اند؛ مواجه شوند. یک گزینه این است که مالکیت این ساختارهای خصوصی به مالکیت دولتی تغییر پیدا کند. اما روشی را انتخاب کردند که دیدگاه صنفی‌گرایی را بهتر پوشش دهد. آنها یک ترکیب خصوصی - دولتی ایجاد کردند که امکان می‌داد نهادهای خصوصی (اجتماعی و انتفاعی) موجود همانند سایر مؤسسات دولتی به فعالیت‌هایشان تحت ساختار بیمه مراقبت‌های بلندمدت ادامه بدهند.

مالکیت سازمان‌های فراهم‌کننده نشان‌دهنده تفاوت‌ها در نقش کلیسا و سایر سازمان‌های اجتماعی، مقامات دولتی و کارفرمایان انتفاعی است. در اتریش دولت محلی ۴ درصد، کلیسا ۸ درصد، سازمان‌های غیرانتفاعی ۷۴ درصد و بقیه خانه‌های پرستاری به افراد و شرکت‌های خصوصی تعلق دارد. در آلمان کارفرمایان خصوصی با ۳۶ درصد مالکیت که به صورت یک تجارت خصوصی فعالیت می‌کنند نقش حساسی در مؤسسات مراقبت‌های بلندمدت برعهده دارند. ۱۰ درصد این مؤسسات در مالکیت مقامات محلی و ۵۴ درصد در تملک سازمان‌های غیرانتفاعی هستند. در فرانسه آسایشگاه‌های پرستاری هم خصوصی وهم در مالکیت واحدهای عمومی محلی (به‌طور عموم شهرداری‌ها) یا توسط بیمارستان‌ها اداره می‌شوند. اغلب مؤسسات که برای افراد معلول فعالیت می‌کنند به صورت سازمان‌های غیرانتفاعی هستند. در هلند تعداد فراهم‌کنندگان مراقبت‌های بلندمدت که به صورت تجاری فعالیت می‌کنند بسیار محدود است و قوانین نیز آنها را از دسترسی به منابع پولی بیمه مراقبت‌های بلندمدت منع کرده است.

در طراحی بیمه اجتماعی مراقبت‌های بلندمدت، مقامات این شش کشور باید در مورد وضعیت مقامات دولتی سطوح پایین‌تر که به صورت سنتی این ساختارها را اداره و تأمین منابع می‌کرده‌اند؛ تصمیم‌گیری نمایند. در کشورهایی با ساختارهای مبتنی بر مالیات مثل انگلستان و کشورهای اسکاندیناوی، مسئولیت اداره این مؤسسات به عهده مقامات دولتی

است. اما این شش کشور در راستای تفکرات سنتی صنفی‌گرایانه (و دیدگاه غالب مراقبت‌های درمانی در بسیاری از سیاستگذاری‌های مراقبت بلندمدت) این مسئولیت را به صندوق‌های بیماری (یا سازمان‌های مشابه) واگذار کرده‌اند. در اتریش مخارج عمومی مقامات محلی که صرف هزینه‌های عملیاتی مراقبت‌های بلندمدت می‌شود توسط دولت مرکزی به عهده گرفته می‌شود. در سایر کشورها این مخارج از مالیات‌های محلی به حق بیمه صندوق‌ها منتقل شده است.

ایجاد و گسترش بیمه اجتماعی مراقبت‌های بلندمدت، ساختارهای به نسبت پیچیده‌تری را ایجاد کرده است. دولت‌های ملی اختیار تصمیم‌گیری خود را با سطوح دولتی پایین‌تر در قلمروهای برنامه‌ریزی و سرمایه‌گذاری مالی با بیمه‌گران در قلمرو بودجه سازمان‌های فراهم‌کننده تقسیم کرده‌اند. در سطح عملیاتی مدیران سازمان‌های فراهم‌کننده نیز در سطح هیئت‌مدیره یا سایر مقامات دولتی، بسته به ساختار مالکیت، مسئول و پاسخگو خواهند بود. در این شرایط هیچ پاسخگویی سیاسی در سطح ملی وجود ندارد چرا که ساختارهای اداری و صنفی‌گرایانه نه به‌صورت سلسله‌مراتبی بلکه به‌صورت شبکه‌ای است.

ترکیب پیچیده دولتی - خصوصی صنفی‌گرایانه با دولت‌هایی که در سطوح ملی و پایین‌تر نیز وارد می‌شوند دارای ماهیت ایستا نیست. خط فاصلی بین قلمروهای خصوصی و دولتی ترسیم شده و بر اساس نتیجه تغییرات ویژگی‌ها و توزیع قدرت در تصمیم‌گیری‌های سیاسی باز ترسیم می‌شود. در هلند مقامات محلی به‌طور دائم در حال رایزنی کردن برای همگرایی بین ساختارهای بیمه اجتماعی سالمندان هستند. استدلال آنها این است که ساختارهای بیمه اجتماعی باید تحت کنترل دولت‌های دموکراتیک محلی باشد.

۵-۱. کنترل سیاسی بیمه مراقبت‌های بلندمدت مبتنی بر حق بیمه

در اغلب طرح‌های بیمه اجتماعی، جریان پولی نظام از طریق حق بیمه‌ها و نه از طریق مالیات‌هاست. کاربردهای سیاسی این روش این است که پارلمان هیچ حق قانونی برای کنترل مستقیم جریان پولی صندوق‌های بیمه اجتماعی ندارد. اما شیوه تأمین مالی بدون سقف بیمه در بیمه‌های اجتماعی ممکن است موجب به خطر افتادن سیاست‌های دولت در حوزه اقتصاد کلان شود. به طوری که دولت‌ها ابزارهای سیاستی را به‌گونه‌ای گسترش می‌دهند که درجه‌ای از کنترل روی مخارج ایجاد شده

توسط بیمه‌های اجتماعی داشته باشند. در کشورهای فدرال یا غیرمتمرکز، دولت فدرال باید به حق استقلال سیاستگذاری در زمینه حمایت‌های اجتماعی توسط دولت سطح پایین‌تر احترام بگذارد. در کشورهای غیرمتمرکز، دولت‌های محلی می‌توانند حق استقلال خود را تا جایی استفاده کنند که دامنه خدمات یا شایستگی ساختارهای ملی را نیز گسترش دهند. حقوق محلی آنها نیز به منظور مداخله در فعالیت‌های برنامه‌ریزی در ظرفیت ملی به کار می‌رود.

در ایران در عمل هیچ‌گونه بیمه خدمات بلندمدت وجود ندارد و ارایه خدمات کیفیت زندگی هنوز جایگاهی پیدا نکرده است. البته سازمان تأمین اجتماعی با به عهده گرفتن کلیه هزینه‌های بازنشستگان سالمند تأمین اجتماعی ساکن در آسایشگاه کهریزک به نوعی خدمات بلندمدت ارایه می‌دهد اما با توجه به مطالب فوق، دامنه خدمات در عمل بسیار ناچیز بوده و با توجه به نرخ حق بیمه فعلی امکان تعمیم آن وجود ندارد.

۲. بیمه حوادث و بیماری‌های شغلی

بر اساس نظر سازمان بین‌المللی کار^۱ حمایت‌های اجتماعی از چهار پایه اصلی تشکیل می‌شود که عبارتند از نظام‌های تأمین اجتماعی (اجباری و عهده کارفرمایان)، نظام‌های مزایای اجتماعی فراگیر^۲ (مزایا برای کلیه آحاد جامعه)، نظام‌های مساعدت اجتماعی^۳ (کاهش فقر از طریق ارایه مزایای تعریف شده یا پرداخت‌های نقدی برای کلیه افراد دارای نیازهای خاص)، و نظام‌های مزایای خصوصی^۴. بنابر تعاریف فوق بیمه حوادث و بیماری‌های شغلی را می‌توان در زمره مساعدت‌های اجتماعی دسته‌بندی نمود که از طریق حفظ بخشی از درآمدهای از دست رفته فرد به علت حوادث یا بیماری‌های ناشی از کار، سطح زندگی استاندارد را برقرار می‌نماید. در کشورهای مختلف تشکیلات اجرایی متفاوتی برای اجرای این گونه برنامه‌های حمایتی در نظر گرفته شده است.

۲-۱. اتریش

در کشور اتریش از سازوکار بیمه‌ای استفاده شده و برای این منظور بیمه حوادث اجتماعی^۵

1. International Labor Organization (ILO)

2. universal social benefit

3. social assistance systems

5. social accident insurance

۴. سازمان بین‌المللی کار، ۱۹۹۷.

تأسیس شده است که یکی از ارکان سه‌گانه نظام بیمه اجتماعی اتریش است.^۱ صندوق‌های بیمه‌ای کشاورزان، کارگران راه‌آهن و کارکنان شهری^۲ زیرمجموعه این نوع بیمه هستند. همچنین ۸ صندوق بیمه طب کار^۳ نیز زیرمجموعه نظام بیمه درمان این کشور است. منبای محاسبه حق‌بیمه‌ها درآمد افراد و برای کشاورزان بر اساس ارزش درآمدی محصولات (استخراج شده از نظام مالیاتی) است. خدمات ارائه شده توسط این صندوق‌ها به طور خلاصه شامل موارد ذیل است:^۴

- پیشگیری از حوادث در محل کار و بیماری‌های شغلی؛
- مراقبت‌های طب کار؛
- کمک‌های اولیه برای حوادث ناشی از کار؛
- ارائه درمان‌های بعد از حوادث؛
- ارائه خدمات توانبخشی؛
- پرداخت غرامت دستمزد حوادث ناشی از کار و بیماری‌های شغلی.

۲-۲. سوئد

در کشور سوئد مزایای مربوط به بیماری‌ها و حوادث شغلی از صندوق‌های درمان انجام می‌پذیرد. در این کشور یک نظام بیمه اجتماعی ملی به صورت نیمه اجباری^۵ وجود دارد به این صورت که در قانون هیچ اجباری برای تحمیل بیمه از سوی دولت وجود ندارد ولی کارفرمایان بر اساس قراردادهای بین اتحادیه‌های کارگری و کارفرمایان ملزم به ارائه خدمات بیمه‌ای هستند و کلیه کارگران نیز تحت پوشش یکی از بیمه‌های شغلی قرار می‌گیرند. چهار نوع طرح بیمه شغلی موجود در بازار کار سوئد عبارتند از:

- کارگران یقه سفید بخش خصوصی؛
- کارگران یقه آبی^۶ بخش خصوصی؛

۱. دو رکن دیگر شامل بیمه درمان و بیمه بازنشستگی است.

2. civil servants

3. occupational health insurance fund

۴. Sozialversicherung، سایت تأمین اجتماعی اتریش.

5. quasi-mandating

۶. کارگران یقه سفید معمولاً به کارکنان بخش‌های اداری و دفتری و کارگران یقه آبی به کارگران کارهای یدی و بدنی اطلاق می‌شود.

- کارکنان دولت؛
- کارکنان نهادهای محلی و شوراهای شهر.

این طرح‌ها همان قلمروهای بیمه اجتماعی را شامل شده و سطح پرداخت غرامت را افزایش می‌دهند. همچنین این طرح‌ها فاصله بین سطح پرداختی توسط بیمه‌های اجتماعی و سطح درآمد از دست رفته افراد را به دلیل حوادث پر می‌کنند و بسته به نظام بیمه اجتماعی و نرخ جایگزینی^۱ متفاوت هستند. طرح‌های بیمه شغلی معمولاً به عنوان مکمل نظام بیمه اجتماعی عمل کرده و مورد علاقه گروه‌های با درآمد بالا است. به دلیل وجود سقف پرداخت در مزایای بیمه اجتماعی، نرخ جایگزینی در بیمه‌های اجتماعی برای گروه‌های پردرآمد کمتر از گروه‌های کم‌درآمد است. طرح‌های شغلی این موضوع را از طریق تضمین دریافت مزایای بالاتر نسبت به دستمزد افراد پردرآمد جبران می‌نمایند.^۲

در این طرح‌ها کارفرمایان مکلفند در ۱۴ روز اول ترک شغل به علت بیماری یا حادثه (به استثنای مزایای روز اول) با نرخ جایگزینی ۸۰ درصد (برای افراد زیر سقف یا بالای سقف) پرداخت نمایند. از روز پانزدهم، بیمه اجتماعی ۸۰ درصد تا سقف پرداخت بیمه اجتماعی و صندوق بیمه حوادث شغلی نسبت به مابقی پرداخت می‌نماید. این قواعد برای کارگران یقه سفید بخش خصوصی و دولتی یکسان است. صندوق بیمه حوادث شغلی برای دستمزدهای کمتر از سقف بیمه اجتماعی نرخ پایین‌تر و برای دستمزدهای بالاتر از سقف، نرخ بالاتری را در نظر می‌گیرد. این شرایط برای کارگران یقه آبی تنها منحصر به جبران درآمدهای تا سقف بیمه اجتماعی است. طی سه ماه اول، نرخ جایگزینی کل صندوق درمان (شامل بیمه اجتماعی و حوادث شغلی) برای کارگران یقه سفید بخش خصوصی و کارکنان نهادهای محلی و شوراهای شهر یکسان است. لازم به ذکر است که حق بیمه صندوق بیمه اجتماعی از سازوکار بازتوزیع درآمدی بین گروه‌های کم‌درآمد و پردرآمد تبعیت می‌کند در حالی که حق بیمه حوادث برای کلیه افراد دارای شغل و گروه‌های شغلی یکسان برابر است.

1. replacement ratio

2. Jan Selen and Ann-Charlotte Stahlberg, 2001

۳. بیمه حوادث و بیماری‌های شغلی و مراقبت‌های بلندمدت ایران

بیمه حوادث و بیماری‌های شغلی در سازمان تأمین اجتماعی از محل منابع بخش درمان تحت پوشش قرار می‌گیرد. موضوع بیماری‌ها و حوادث، و غرامت دستمزد به صراحت در قانون^۱ ذکر شده و خدمات پیش‌بینی شده در این قانون عبارتند از:

- توان بخشی، ترمیم و تجدید فعالیت بیمه‌شدگان آسیب‌دیده؛
- مراقبت‌های طب کار؛
- کمک‌های اولیه برای حوادث ناشی از کار؛
- ارائه خدمات درمانی بعد از حوادث؛
- پرداخت غرامت دستمزد حوادث ناشی و غیرناشی از کار یا بیماری‌های حرفه‌ای.

در مورد بیماری‌ها یا حوادث؛ غرامت دستمزد بر اساس میانگین آخرین ۹۰ روز مزد یا حقوقی که به مأخذ آن حق‌بیمه دریافت شده است و این مبلغ از غرامت دستمزدی که به حداقل مزد کارگر عادی تعلق می‌گیرد کمتر نخواهد بود. در خصوص ازکارافتادگان کلی^۲ ناشی از کار یا بیماری‌های حرفه‌ای مدت زمان پرداخت حق‌بیمه مهم نیست و بدون در نظر گرفتن مدت پرداخت حق‌بیمه استحقاق دریافت مستمری را خواهند داشت. با توجه به نرخ حق‌بیمه تعریف شده برای بخش درمان به نظر می‌رسد این نرخ کفاف برقراری مستمری‌های ناشی از حوادث و بیماری‌های ناشی از کار را نمی‌دهد. همچنین با توجه به افت قابل ملاحظه دریافتی بیمه‌شدگان در صورت حوادث (به علت وجود سقف پرداخت حق‌بیمه) پیشنهاد می‌شود از الگوی کشور سوئد استفاده شود، بدین‌گونه که بیمه‌های اجتماعی و به‌طور مشخص سازمان تأمین اجتماعی بر اساس مقتضیات محاسبات بیمه‌ای (اکچوئری) نسبت به برقراری مستمری‌های ناشی از حوادث ناشی از کار اقدام نموده و مازاد بر آن از محل بیمه‌های تکمیلی بازرگانی که از طریق کارفرمایان با شرکت‌های بیمه به‌صورت اجباری منعقد می‌شود؛ تأمین شود.

در خصوص مراقبت‌های بلندمدت لازم به ذکر است که درحال حاضر در ایران هیچ نوع خدمات مراقبت‌های بلندمدت تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان وجود ندارد و این نوع

۱. قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴/۴/۳؛ ماده ۳؛ بند الف و ج.

۲. چنانچه درجه ازکارافتادگی بیش از ۶۶ درصد و ناشی از کار باشد ازکارافتاده کلی، همچنین اگر درجه ازکارافتادگی بین ۳۳ تا ۶۶ درصد و به علت حادثه ناشی از کار باشد ازکار افتاده جزئی شناخته خواهد شد.

خدمات در صورت نیاز به صورت سستی توسط خانواده‌ها تأمین شده و اخیراً به صورت نگهداری در سرای سالمندان است که باز هم هزینه آن توسط خانواده‌ها و افراد تأمین می‌شود. لذا می‌توان این نوع از خدمات بیمه‌های اجتماعی را با توجه به فرهنگ عمومی در قالب بیمه‌های مکمل اختیاری توسط سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی ارایه نمود. در ضمن سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۸۱ نسبت به تقبل کلیه هزینه‌های درمانی مستمري‌بگیران و بازنشستگان آسایشگاه سالمندان کهریزک اقدام نموده است که شاید بتوان به عنوان گام‌های ابتدایی در اجرای بیمه‌های مراقبت‌های بلندمدت در نظر گرفت. اما قطعاً با این نرخ حق بیمه درمان و افزایش سطح عمومی دستمزدها کمتر از نرخ تورم که موجب کاهش توان صندوق درمان در پایداری در ارایه خدمات قانونی می‌شود؛ کفاف تحت پوشش قرار دادن این نوع خدمات را نخواهد داشت.

منابع و مأخذ

منابع انگلیسی

1. Beck, K. & S. Spycher, & A. Holly, and L. Gardiol, *Risk Adjustment in Switzerland*, Health Policy, 2003, 65 63 74.
2. Busse R & A. Riesberg, *Health care systems in transition: Germany*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
3. Den Exter, A. & H. Hermans, & M. Dosjlak, and R. Busse, *Health Care Systems in Transition- The Netherlands*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2002.
4. Exter A. & H. Hermans, & M. Dosjlak, & R. Busse, *Health care systems in transition: Netherlands*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
5. International Labor Organization, *Social Security Financing*, Geneva, ILO, 1997.
6. Jan Selen and Ann-Charlotte Stahlberg, *The Importance of Sickness Benefits Rights for a Comparison of Wages*, Swedish Institute for Social Research(SOFI), 2001 pp 1-20
<http://www.sofi.su.se/indexe.htm>
7. Kerr, E., *Health Care Systems in Transition - Luxembourg*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 1999.
8. Kerr, E., *Health Care Systems in Transition - Belgium*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
9. Minder, A. & Schoenholzer, H. and M. Amiet, *Health Care Systems in Transition - Switzerland*, Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems, 2000.
10. Preker, A.S. and J. Langenbrunner, *Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor*, World Bank, Washington D.C, 2005.

11. Rosen, B. & S. Thomson, and E. Mossialos, (ed.), *Health care systems in transition: Israel*, Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 2003.
12. Saltman R.B. & R. Busse, J. Figueras, *Social health insurancesystems in western Europe*, Open University Press, New York, 2004.
13. Sandier, S. & V. Paris, D. Polton, *Health care systems in transition: France*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and PoliciesSchieber,G.1997. Innovations and Health Care Financing. Discussion Paper 365, World Bank, Washington D.C., 2004
14. Sozialversicherung (Social Security of Austria), www.sozialversicherung.at
15. Van de Ven, W.P. M.M., & K. Beck, & F. Buchner, et al., *Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Market in Five European Countries*. Health Policy, 2003, 66(1): 75-98
16. Veraghtert, K. and B. Widdershoven, Twee eeuwen solidariteit: De Nederlandse, Belgische en Duitse ziekenfondsen tijdens de negentiende en twintigste eeuw [*Two centuries of solidarity: the Dutch, Belgian and German sickness funds during the nineteenth and twentieth century*] Amsterdam: Aksant, 2002
17. Walker, A., *Social Security and Welfare: Concepts and Comparisons*, New York: Open University Press, 2005
18. World Health Organization, "World Health Report 2000: Health Systems—Improving Performance", Geneva, 2000.
19. _____, "Report of the Commission on Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development", Geneva, 2001.
20. _____, "World Development Report 2006 Equity and Development", New York, Oxford University Press, 2005.