

چالش‌های ارائه مراقبتهای بهداشتی- درمانی

نقش برنامه‌های ملی بیمه بهداشتی- درمانی*

هرناندو پرز مونتاس **

ترجمه دکتر علی حسن‌زاده

مقدمه

امروزه، بسیاری از کشورها، در جریان استقرار اصلاحات در بخش بهداشت و درمان هستند و آن را اجرا کرده‌اند. علی‌رغم رشد درآمد سرانه در اکثر کشورها، اثربخشی و کیفیت خدمات طب ملی دچار عقب‌ماندگی بوده و رشد سهم منابع بهداشتی- درمانی هدایت‌شده به سمت بخش خصوصی ثابت مانده است. در کشورهای امریکای لاتین در ابتدای پیدایش طرح‌های تأمین اجتماعی که از حیث تأمین منابع مالی متکی بر کسر درصدی از حقوق و دستمزد بود، منابع مربوط به معالجات پزشکی در محاسبات منظور می‌شد در این کشورها یک مرجع قانونی به عنوان مسئول اداره امور طرح‌های بازنشستگی و بهداشتی- درمانی (به‌هم پیوستگی سازمانی) به عنوان زیرمجموعه وزارت بهداشت، برای کل جمعیت تعیین شد که هیچگونه هماهنگی مؤثر با طرح‌های موازی نداشت. این مدل تأمین اجتماعی به دلیل فقدان منابع، کیفیت نازل خدمات در سیستم عمومی، ناکارآمدی و بهره‌وری پایین از پایداری لازم برخوردار نبود، اگرچه این طرح با استفاده از اعتبارات طرح بازنشستگی تا حدودی به موجودیت خود ادامه داد، ولی در بدتر شدن وضعیت مالی طرح

* International Social Security Association Meeting of Directors of Social Security Organization in Asia and the Pacific Istanbul, Turkey, 25-27 September 2002.

** رئیس بخش مشاوران محاسبات بیمه‌ای جمهوری دومینیک

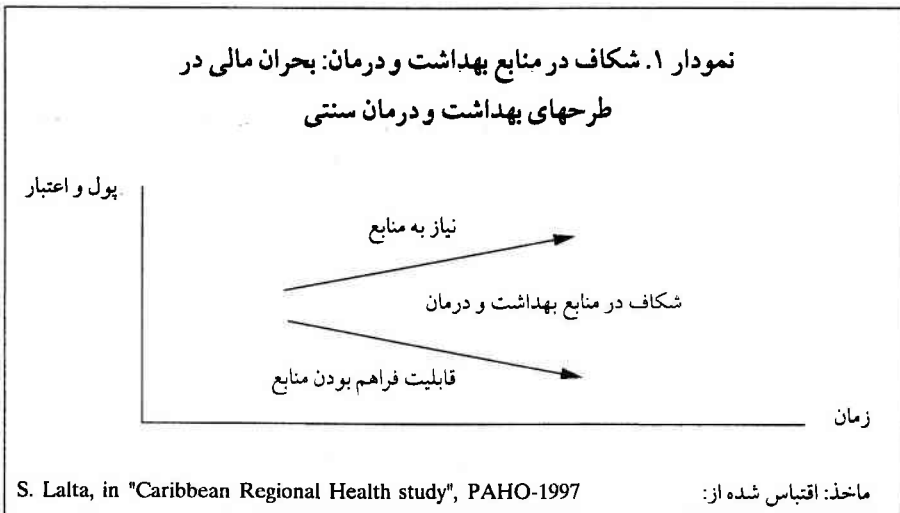
بازنشستگی نیز سهمیم بوده است. از طرف دیگر، در بسیاری از کشورهای آسیایی و افریقایی نظام خدمات طب ملی سنتی وجود دارد که منابع مالی آن توسط دولت تأمین شده و وزارت بهداشت اجرای آن را عهده‌دار است که در راستای توسعه فراگیر خدمات بهداشتی-درمانی برای کل جمعیت، تلاش می‌کند. محدودیت‌های مالی بخش عمومی نیز کیفیت، اثربخشی و پایداری برنامه‌ها را تحت تأثیر قرار داده است.

در این گزارش بر الگوهای اصلاحات در بخش بهداشت و درمان و نقش بیمه اجتماعی در تکاپوی جهانی در خصوص مشکلات ارائه مراقبت‌های بهداشت و درمان در جهت دستیابی به راه‌حلهای جایگزین تأکید می‌کند. مشکلاتی که اگرچه (بنابر نظر آیشمن، ۱۹۹۸) به‌طور ذاتی با یکدیگر متفاوت‌اند، دارای مواردی متشابه بوده و با چالشهایی مشترک روبه‌رویند.

کمبود منابع مالی بهداشت و درمان

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه آسیا، افریقا و امریکای لاتین، شکاف فزاینده‌ای بین منابع مالی و نیازهای بهداشتی-درمانی وجود دارد. کاهش اندوخته‌های پولی خارجی و تنزل شدید قیمت تولیدات پایه موجب افت توسعه اقتصادی و رشد سرانه تولید ناخالص ملی شده است. آثار این‌گونه موارد، همانند وضعیت کشور آرژانتین، می‌تواند مصیبت‌بار باشد؛ وضعیتی که ضمن آن سطوح فقر در مدت کوتاهی دو برابر شد و مصارف بهداشتی-درمانی به‌طور نسبی و واقعی کاهش یافت، نبودن ارز خارجی موجب کمبود دارو و تجهیزات پزشکی شد، و کاهش شدید قدرت خرید حقوق و دستمزد موجب مهاجرت پزشکان حاذق و کارکنان متخصص واجد صلاحیت بهداشت و درمان گردید.

از آنجا که تقاضا برای مراقبت‌های بهداشت و درمان در طرح‌هایی که منابع آن از بودجه دولت تأمین می‌شود به‌طور مداوم افزایش می‌یابد، کشورهای در حال توسعه - به‌دلیل محدودیت‌های بودجه‌ای و نیازهای سایر بخشهای اجتماعی - قادر به تخصیص منابع مالی مورد نیاز برای تأمین سطح قابل قبولی از خدمات بهداشت و درمان نبوده‌اند. نتیجه این وضعیت کسری مزمن منابع مالی عمومی برای تخصیص به بخش بهداشت و درمان بوده است - کمبودی که به‌طور مداوم در اکثر کشورهای در حال توسعه روبه‌افزایش است. فقدان اثربخشی عملیاتی، هم در خدمات ملی بهداشت و درمان و هم در طرحهای بیمه‌ای، موجب بروز «شکاف در منابع مالی بهداشت و درمان» شده و منتهی به ارزیابی ملی مجدد سیستم عرضه خدمات بهداشت و درمان به شرح نمودار شماره ۱ در اکثر کشورها شده است.



علل افزایش نیاز به منابع:

- افزایش جمعیت
 - افزایش امید به زندگی و پیرشدن جمعیت که منجر به افزایش بیماری‌های مزمن می‌شود.
 - ناکارآمدی مدیریتی
 - استفاده از فناوری پزشکی پیچیده
 - افزایش انتظارات مشتریان و تقاضای انعطاف‌پذیر
 - علل کاهش منابع در دسترس:
 - رکود اقتصادی
 - تقاضای سایر بخشها (مسکن، آموزش و غذا) که موجب محدودیت‌های بودجه‌ای در تخصیص اعتبار به خدمات بهداشت و درمان عمومی می‌شود.
- در حالی‌که کشورهای ثروتمند حدود ۸ تا ۱۰ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف هزینه‌های بهداشت و درمان می‌کنند، اکثر کشورهای در حال توسعه فقط ۳ تا ۶ درصد آن را به این بخش اختصاص می‌دهند، که در اکثر موارد برای تأمین نیازهای اساسی بهداشت و درمان جمعیت تحت پوشش ناکافی است. علاوه بر این، علی‌رغم توصیه کارشناسان بین‌المللی سیستم‌های بهداشت و درمان، اصلاحات سیستماتیک: (۱) بدون توصیف اهداف و خط‌مشی‌ها و (۲) بدون توجه کافی به تاریخ، ارزشهای اجتماعی و فرهنگی صورت گرفته‌اند. در چنین زمینه‌ای، بیمه بهداشتی-

درمانی باید به‌عنوان عاملی مهم در جهت بهبود وضعیت بهداشت- درمان جمعیت‌ها و تضمین پایداری مالی برنامه‌های آن تلقی شود.

خصوصیات اصلاحات در سیستم‌های بهداشت و درمان

- افزایش کارایی اقتصادی و عملیاتی
- دستیابی به پایداری مالی
- ارتقای رقابت
- تأمین برابری، و حمایت متقابل و اثربخشی
- بهبود کیفیت خدمات

این اهداف بر هماهنگی و یکپارچگی خدمات بهداشتی- درمانی، عدم تمرکز در مدیریت، بسیج منابع بیشتر، بازسازی مکانیسم مالی، و انتقال الگوی استفاده به سمت مراقبت‌های اولیه بهداشتی- درمانی تأکید دارد. به‌طور کلی، هدف اساسی اصلاحات بهبود وضعیت بهداشت و درمان جمعیت است. بسیاری از کشورها، در جهت دستیابی به این اهداف پیچیده و متعدد، بر اساس وضعیت، روشها و اولویت‌های ویژه خود، به اجرای اصلاحات در نظام بهداشتی- درمانی پرداخته‌اند.

بعضی کشورهای در حال توسعه (و بیشتر اقتصادهای بازار) مهندسی مجدد نظام عرضه خدمات بهداشتی- درمانی را تا سرحد امکان با توجه و در ارتباط با مدل فعلی بهداشت و درمان مورد عمل در منطقه مربوط به خود برگزیده‌اند. برخی دیگر به اصلاحات ساختاری یا اصلاح سیستمیک یعنی، بازبینی و اصلاح اساسی مدل جاری (مستقر) عرضه خدمات بهداشتی- درمانی، پرداخته‌اند. اصلاحات دیگر در موضعی بین این دو نهایت قرار می‌گیرند. اگرچه طبقه‌بندی دقیق مدل اصلاحات بهداشت و درمان در یک کشور خاص مشکل است، به‌خاطر تسهیل در نشان دادن موارد فوق این طبقه‌بندیها در این گزارش به کار برده شده‌اند.

بعد از توصیف اهداف کلیدی و گزینه‌های خط مشی، یک برنامه عملیاتی مناسب- همان‌طور که در مطالعات جامع سازمانهای بین‌المللی به صورتی برجسته مشخص شده است- می‌تواند تعیین و تنظیم شود.

«برابری» نیازمند پوشش همگانی و تأمین دسترسی به خدمات بهداشت و درمان پایه‌ای شامل بسته‌ای حاوی مراقبت‌های بهداشتی اولیه^۱ و مراقبت‌های ثانویه و ثالثیه (همراه با یاران) برای

1. Primary Health Care (PHC)

نیازمندان است. "اثربخشی و کیفیت" مستلزم مهندسی مجدد سیستم بهداشت و درمان، تلاش برای از بین بردن ضعف‌های موجود در تأمین خدمات اساسی و تخصیص بهینه مناسب نیروی انسانی، تسهیلات و منابع، بر پایه اثربخشی هزینه^۱ است. قابلیت دوام از جهت "پایداری مالی" نیازمند جهت‌گیری مصارف عمومی به سمت فقرا، به‌وجود آوردن حالتی که ضمن آن تدابیر مالی بخش‌های خصوصی و عمومی (مالیه عمومی و خصوصی) مکمل یکدیگر باشند، برقراری نظام مشارکت در هزینه برای خدمات ویژه، جداسازی تدارک خدمات از وظایف مربوط به تأمین مالی و نگهداری یا برگزیدن اصول بیمه اجتماعی به‌عنوان مدل غالب در زمینه تأمین منابع مالی است. مشارکت‌های نهادی و جمعیتی مستلزم دخالت طرف‌های ذی‌نفع در فرایندهای طراحی، برنامه‌ریزی و اجرائی و هماهنگی مناسب میان نهادهای مختلف است. اما زمانی که اولویت‌هایی در همه این قلمروهای کلیدی وجود دارد، پیچیدگیهای دخیل در اصلاحات سیستمیک بخش بهداشت و درمان آشکار می‌شود. همچنین بایستی تأکید کرد که نقش طرح‌های اجتماعی بیمه بهداشت و درمان محدود به حصول پایداری مالی نیست؛ طرح‌هایی از این دست نقش مهمی را در دستیابی به کارایی و اثربخشی بخش بهداشت و درمان نیز ایفا می‌کنند.

نیروهای مؤثر در جریان کار

اگرچه دغدغه‌های اقتصادی، اجتماعی و پزشکی عوامل اولیه‌ای هستند که بایستی در اصلاحات بخش بهداشت و درمان مورد توجه قرار گیرند، فوریت اصلاحات نباید موجب غفلت از توجه به عوامل ویژه‌ای شود که لازم است در «معادله اصلاحات» به حساب آورده شوند. آبل اسمیت^۲ اعتقاد دارد که به‌طور معمول، عوامل کلیدی در جریان طراحی اصلاحات در بسیاری از کشورهای در حال توسعه مورد توجه واقع نمی‌شوند. ارزیابی‌های مقدماتی خط‌مشی ظرف چندماه تبدیل به پیشنهاد‌های خاص می‌شود بدون اینکه ملاحظات مانده‌ظرفیت اجرائی کشور برای مدیریت، کاربرد و نظارت بر طرح پیشنهادی، احتمال تضاد آنها با فرهنگ ملی کشور یا احتمال منتهی شدن به ناکارآمدی، نابرابری و سوء استفاده، مدنظر قرار گیرد. براین اساس، تجزیه و تحلیل دقیق "نیروهای مؤثر در جریان کار"، به لحاظ تضمین موفقیت اصلاحات ضروری است. از وسوسه تقلید صرف و نسخه‌برداری از مدل اصلاحات سایر کشورها بایستی جداً پرهیز شود. به جدول شماره ۱، اقتباس شده از مک‌گیلوری^۳ مراجعه شود.

1. cost-effective basis

2. Abel-Smith (1996)

3. Mc Gillivray

جدول شماره ۱. نیروهای مؤثر در جریان کار

حرفه پزشکی که گرایش دارندگان آن بر این است که:

درآمدشان را به حداکثر برسانند (آنها می توانند افزایش تقاضا را تشویق کرده و مخاطره اخلاقی ایجاد کنند)؛

- از تکنولوژی پیچیده استفاده کنند؛
- اقتصاد بهداشت را به فراموشی بسپارند و بر علم و اخلاق تأکید کنند؛
- برای مدیریت و اثربخشی نقشی ثانوی قایل شوند.

بیماران

- در هنگام بیماری، خدمات درمانی را رایگان می پندارند؛
- اعتماد کامل و احترام بالایی برای پزشکان قایلند؛
- شرکت کنندگان نابرابر در بازار خدمات مراقبتی هستند؛ و
- می توانند به شرط وجود قابلیت انعطاف تقاضا را افزایش دهند.

دولت ها

- بهداشت و درمان را به عنوان یک اولویت اجتماعی قبول دارند و لکن با تقاضاهای رقابت آمیزی مواجهند؛
- بار مالی زیاد بر منابع عمومی موجب اعمال محدودیت در تخصیص منابع لازم برای مراقبت های بهداشت و درمان می شود؛
- بیش از حد به توصیه های سازمانهای بین المللی و کارشناسان خارجی برای ایجاد تسهیلات مالی جانبی اتکا می کنند؛
- این نکته را تشخیص می دهند که سیاست های آنها بر کارایی اصلاحات بخش بهداشت و درمان صرفاً تأثیری محدود دارد.

کارفرمایان

- به اثربخشی بهداشت و درمان بر هزینه ها و بهره وری شان پی برده اند؛
 - به مشارکت در فرایند اصلاحات و افزایش بار مالیات پایه به منظور پرهیز از دو برابر شدن هزینه ها تمایل دارند؛ و
 - اثربخشی بیشتر، بدون توجه به پیچیدگیهای سیستم انتظار دارند.
- کارشناسان (مؤسسات بین المللی و مشاوران)
- حد بالایی از خود باوری و ظرفیت طراحی مدل "صحیح" برای خود قایل اند؛ و
 - معمولاً عقاید پیش داورانه ای در خصوص مدل اصلاحات دارند.

طرح بیمه بهداشت و درمان

چنانکه از گزارش سازمان بین‌المللی کار درباره مراقبت‌های بهداشتی - درمانی در آفریقا برمی‌آید «تأمین منابع مالی بهداشت و درمان از طریق تأمین اجتماعی داروی همه دردها نیست؛ راه‌حلی است منطقی و قابل اجرا در محیطی ناکامل؛ یک طرح کارآمد بیمه ملی بهداشت و درمان دارای منابع مالی کافی با انگیزه‌هایی جالب توجه برای فراهم‌کنندگان خدمت، راه‌حلی ایده‌آل برای مشکل منابع مالی مراقبت‌های بهداشت و درمان به شمار می‌رود. این حقیقت که راه‌حل فوق راه‌حلی غیرواقع‌گرایانه است الهام‌بخش ایجاد بیمه اجتماعی به عنوان گزینه‌ای منطقی و شدنی است». به نظر می‌رسد تجارب ده سال گذشته تأکیدی بر این ارزیابی است.

بیشتر کشورها ایجاد بیمه ملی بهداشت و درمان^۱ را به عنوان عنصر کلیدی اصلاحات در بخش سلامت تلقی می‌کنند و آن را راه‌حل مشکل مزمن کمبود منابع مالی و مدلی جایگزین به منظور افزایش اثربخشی سیستم می‌دانند. حتی در صورتی که انتقال تدریجی به سمت طرح‌های بیمه بهداشت و درمان ملی، در مرحله اول، منابع اضافی عمده برای سیستم را فراهم نکند، انتقال از یک الگوی تکه‌ای و نامنظم^۲ پرداخت نهایی توسط بیماران در نقطه ارائه خدمت^۳، که هزینه‌های قابل توجه مشارکت از جیب^۳ را برای بیمار در بردارد، ایجاد طرح‌های بیمه ملی بهداشت و درمان را توجیه می‌کند.

مزایای مورد انتظار و ملاحظات اساسی در اصلاحات نظام‌مند عبارتند از:

اهداف و خط‌مشی‌ها:

- بهبود وضعیت بهداشت و درمان جمعیت
- بهبود کارایی و برابری در سیستم مراقبت‌های بهداشت و درمان
- تضمین یک مبنای بخشی پایدار برای تأمین منابع بخش بهداشت و درمان
- افزایش ظرفیت‌های سازمانی در جهت مدیریت طرح
- افزایش مشارکت بخش خصوصی در مدیریت و ارائه خدمات در سطوح نهادی از طریق تفکیک فعالیت‌های مالی و اجرایی و در سطوح عملی از طریق مدل‌های جایگزین

1. National Health Insurance (NHI)

2. fee-for-service

3. out-of-pocket - سهم بیمه شده از هزینه خدمات درمانی، دارو، وسایل و... به هنگام استفاده از خدمات مذکور.

تأمین مالی:

● منابع عمومی و انتقال بودجه ای بایستی به سمت گروههای دارای بیشترین نیاز بهداشت و درمان هدایت شود.

● هزینه‌های کلی مشارکت از جیب بایستی با طرحهای پیش پرداخت جایگزین شود (طرحهای مشارکتی مانند درصدی از حقوق، پرداختهای ثابت به تناسب وضعیت گروهها و ...) که از طریق پرداخت مشترک انتخابی و انتقال برای خدمات ویژه تکمیل می‌شود.

مزایای اقتصادی مورد انتظار:

- بهبود قابلیت تحرک منابع، کاهش موارد فرار از پرداخت و کوشش در افزایش توافق
- افزایش کارایی و استفاده از منابع
- انگیزه و تمایل بهتر در جهت پرهیز از افزایش سریع هزینه در کلیه سطوح ارائه مراقبت

گزینه‌های تأمین منابع برای یک طرح بهداشت و درمان ملی

به هنگام استقرار طرح ملی بیمه بهداشت و درمان منابع اعتبار مالی اولیه توسط مشارکتهای دو جانبه کارفرما و کارگران فراهم می‌شود. در برخی از موارد، تعیین نرخ مشارکت در سطحی که برای محاسبه هزینه اکچوئری^۱ مورد انتظار کافی باشد میسر نیست. بنابراین، برای فراهم آوردن بسته مزایای اساسی منابع مالی مکمل مورد نیاز خواهد بود. مشارکت کارفرما معمولاً در هزینه‌های تولید محصول منظور شده و توسط مصرف‌کننده پرداخت می‌شود، بنابراین، در صورتی که طرح بیمه ملی بهداشت و درمان پوشش محدودی داشته باشد، نوعی مالیات نزولی^۲ تلقی می‌شود. افزایش اساسی بار مالی مستقیم بر کارفرمایان ممکن است مطلوب نباشد چرا که موجب افزایش هزینه نیروی انسانی شده، مانع ایجاد اشتغال و ایجاد فشارهای تورمی می‌شود. افزایش قابل توجه نرخ مشارکت کارکنان نیز موجب افزایش فشار برای افزایش عمومی حقوق و دستمزد شده و همان اثرات منفی را بر کار، اشتغال و تورم دارد. براین اساس، لازم است منابع مالی بیشتری جمع‌آوری شود تا طرح را از نظر مالی برای عرضه خدمات بهداشتی- درمانی با کیفیت مطلوب زنده و پایدار نگهدارد.

بنابراین، تأمین منابع مکمل از طریق انتقال منابع و سرمایه‌های عمومی توسط دولت (تا حدی که طرح بیمه ملی بهداشت و درمان، تقاضا برای خدمات درمانی در بیمارستانهای عمومی را کاهش خواهد داد) و دریافت هزینه خدمات عرضه‌شده به افراد غیربیمه شده‌ای- که قادر به پرداخت آن

1. actuarial cost

2. regressive tax

هستند، و مشارکت در پرداخت نهایی توسط بیمه‌شدگان برای خدمات ویژه - که بایستی در مدنظر قرار گیرند- صورت می‌پذیرد. ملاحظات برابری ملزم می‌کند که افراد غیر بیمه شده در بخش رسمی اقتصاد بتوانند هزینه واقعی خدمات را پردازند؛ آنها نباید از خدمات ترجیحی و قیمت‌های یارانه‌ای برخوردار باشند - رویه نادرستی که هنوز در برخی از طرحها به صورتی غالب مورد عمل قرار می‌گیرد - "ورودیة" ^۱ یا سهم پرداختی بیمه شده از مخارج درمانی خود، متداول در طرحهای بیمه‌ای خصوصی، برای طرحهای بیمه ملی بهداشتی- درمانی توصیه نمی‌شود؛ به‌جای آن، یک سیستم بیمه مکمل که خوب طراحی شده است، ابزار مفیدی برای تولید منابع مالی اضافی و کنترل افزایش هزینه‌ها در خدمات بهداشت و درمان است.



1. deductible

قلمرو و حدود استفاده از مدل تأمین منابع مالی بهداشت و درمان

در جدول شماره ۲، حدود و حیطه عمل مدل تأمین منابع مالی بهداشت و درمان نشان داده شده است. اثر بالقوه هر گزینه ممکن است از کشوری به کشور دیگر متفاوت باشد. در هر حال، دولت همواره مسئولیت ارائه خدمات پایه (واکسیناسیون، ترویج اصول بهداشتی و سالم سازی، کنترل بیماریهای واگیر، آموزش و ارتقای سطح بهداشت) را بر عهده دارد. مراقبت های بهداشت و درمان برای اقشار فقیر می تواند به طور جداگانه توسط وزارت بهداشت فراهم شود. با وجود این، یک سیستم جامع و یکپارچه عرضه خدمات که در چارچوب آن تدارک خدمات به عهده عرضه کنندگان تأمین اجتماعی گذارده شده باشد، مطلوبتر است. ولی انجام این گونه اصلاحات سالیان دراز طول می کشد.

لازم است هر کشوری بر مبنای چهارچوب و خط مشی مورد قبول، هزینه های کلی طرح، از جمله مصارف سرمایه ای و منابع جلب کمک های مردمی را بر اساس محاسبات بیمه ای به صورت کمی، در جهت برآورد تقاضای پیش بینی شده، تعیین کند.

جدول ۲. حوزه عمل مدل تأمین منابع بهداشت و درمان

معیارها	مالیات های عمومی	مالیات های دستمزدی	پرداختی مصرف کننده	پرداخت های غیربیمه شدگان	انتقال های دولتی	سایر موارد
قابلیت تحرک و جابه جایی منابع	°	+	+	+	+	+
بهبود کارایی	°	+	+	+	°	°
ملاحظات برابری	۱/ + -	۲/ ° -	۲/ + -	۲/ + -	۱/ + -	°
الزامات اجرایی	کم	زیاد	زیاد	زیاد	کم	کم
°: فاقد اثر محسوس	۱/ تا حد سیستم مالیاتی تصاعدی و پوشش جمعیتی					
-: اثر منفی	۲/ در صورت طراحی و استفاده مناسب از منابع					
+: اثر مثبت						

چالش‌های موجود در جریان اجرا و استقرار سیستم

در تدوین برنامه اصلاحات نظام‌مند مانند اجرای یک طرح بیمه ملی بهداشت و درمان بایستی چالش‌های متعدد و مخاطراتی که می‌تواند بر پایداری سیستم اثرگذار باشد، در نظر گرفته شود. همین حکم درخصوص مهندسی مجدد طرح‌های موجود بیمه ملی بهداشت و درمان نیز صحیح است. این چالش‌ها که بایستی در مقایسه با مزایای موردانتظار سنجیده شوند عبارتند از:

- مخالفت گروه‌های مجاز ذی‌نفع (کارکنان خدمات شهری و پزشکان)
- فشارهای سیاسی و اجتماعی برای منطقی کردن خدمات، یکپارچه کردن تسهیلات و ایجاد سیستم ارجاع (به پزشکان متخصص، و محدود کردن دسترسی مستقیم به آنان)
- مقاومت در مقابل پرداخت حق مشارکت در طرح‌های بیمه ملی بهداشت و درمان به لحاظ این تصور که خدمات بهداشت و درمان عمومی از کیفیت پائین برخوردار است (فرار از پرداخت)
- مخالفت فراهم‌کنندگان خصوصی خدمات که سیستم کارانه را به سیستم سرانه ترجیح می‌دهند.

عدم کفایت ظرفیت منابع رسمی

اثر فرار از پرداخت در یک طرح بهداشت و درمان، همانند یک طرح مستمری، می‌تواند در کوتاه مدت عواقبی منفی برای طرح دربر داشته باشد. شرایط سهل "احراز صلاحیت دسترسی به خدمات" و شمول غیربیمه‌شدگان در طرح بهداشت و درمان می‌تواند موجب تشویق فرار از پرداخت توسط جمعیت شاغل شود. علاوه بر آن، مقرراتی که برای برخورداری وابستگان بیمه‌شده وضع می‌شود می‌تواند این وضعیت را تشدید کند.

همچنین، اگر منابع سیستم از طریق نظام پرداخت "توازن هزینه با درآمد"¹ تأمین شود، سطح بالای عدم توافق کارکنان و کارفرمایان اثراتی جدی و فوری بر فعالیت‌های مالی سیستم خواهد گذارد. به همین دلیل، سیستم بایستی، در ارتباط با مقررات ناظر بر استحقاق عضویت و تن دردادن به مقررات به گونه‌ای طراحی شود که فرار از پرداخت را غیرممکن کرده، یا آن را به حداقل برساند.

1. pay as you go (PAYG)

موانع موجود در مسیر اصلاحات بهداشت و درمان

افزون شماری ظرفیت اجرائی کشور، مدل‌های اصلاح ساختاری که در تضاد با فرهنگ ملی کشور بوده، یا توجهی به آن ندارند، و کم شماری «نیروهای دخیل در بازی» بخشی از علل و موانع اصلاحات اثربخش بهداشت و درمان در بسیاری کشورها به‌شمار می‌روند. در عین حال، عدم کفایت‌های بخش عمومی - ناشی از فقدان منابع مالی - در کشورهای در حال توسعه روزبه‌روز عمیق‌تر می‌شود. سایر علل مربوط عبارتند از: کمبود کارکنان واجد شرایط، تجهیزات ناکافی و تجهیزاتی که به‌خوبی نگهداری نشده‌اند، زیرساخت‌های در حال اضمحلال و تغییر موارد مرجح و تقاضا برای خدمات بهداشت و درمان خصوصی. با این سناریو، تمایل به ایجاد اصلاحات ساختاری به‌جای مهندسی مجدد مدل موجود به‌صورت تدریجی و فزاینده، می‌تواند مشکلاتی در انجام اصلاحات (به‌صورت اثربخش) به دنبال داشته باشد.

در کشور کاستاریکا، سه دهه بعد از این‌که بیمارستانهای عمومی تحت پوشش صندوق بیمه اجتماعی قرار گرفتند، اصلاحات تدریجی به سوی برنامه بیمه ملی بهداشت و درمان - از طریق مهندسی مجدد سیستم سستی - صورت گرفت. از طرف دیگر، جمهوری دومینیکن قانون جامعی برای تأسیس یک نهاد قانونی متمرکز جهت جمع‌آوری کسور حقوق و دستمزد و پرداخت به تعداد زیادی از فراهم‌کنندگان خدمات خصوصی ناهمگن بر مبنای سیستم سرانه در هر ماه، تصویب کرده است. بیش از نیمی از فراهم‌کنندگان در این جمهوری به بخش خصوصی تعلق دارند که شبکه وسیعی از «سازمانهای حفظ بهداشت»^۱ و سبدهای بیمه خصوصی را بر مبنای پیش پرداخت اداره می‌کنند. هرچند، مصر و بعضی کشورهای آسیایی مانند کره، ترکیه و فیلیپین نیز طرحهای تدریجی بیمه بهداشت و درمان را به مرحله اجرا گذارده‌اند.

مخاطره در اجرای طرح

در بعضی کشورها مدل اصلاحات بخش بهداشت و درمان، به‌صورت «از پیش تعیین شده» توسط مراجع خارج از کشور ارائه می‌شود - که مبتنی بر تجارب ملی سایر کشورها است با تغییراتی جزئی و بدون در نظر گرفتن الگویی استقرار یافته در زمینه مراقبت‌های بهداشتی - درمانی است که بنیادکردن و راه‌اندازی آن چندین دهه طول کشیده است. بنابراین، تمامی کشورها با درجات

1. Health Maintenance Organizations (HMOs)

متفاوتی از «مخاطرات اجرا» روبه‌رو می‌شوند. مخاطرات در اجرا به مواردی مانند عدم موفقیت پروژه اصلاحات و حصول قابلیت اجرایی آن در تاریخ تعیین شده، یا نیل به کارایی در بدو امر، به سبب طراحی غلط اشاره می‌کند. تجربه نشان می‌دهد که موفقیت واقعی در اجرای اصلاحات ساختاری یا مهندسی مجدد چارچوب مناسب برای عرضه خدمات حداقل یک دهه به طول می‌انجامد.

یکی از مطالعات بانک جهانی این نکته را تأیید می‌کند که اجرای اصلاحات بهداشت و درمان در کشورهای در حال توسعه به مدت زمان قابل ملاحظه‌ای نیاز دارد. تغییر در سیستم‌های اجرایی پشتیبانی، سازوکارهای جداکننده فقرا از آنانی که خیلی فقیر نیستند، سیر تدریجی تمرکززدایی، تصمیم‌گیری محلی و توانایی نگهداری سوابق (مالی و پزشکی) بیانگر مشکلات موجود در اصلاحات سیستم بهداشت و درمان است. با وجود این، بسیاری از کشورهایی که هنوز از سیستم خدمات ملی بهداشت و درمان سنتی متکی بر منابع درآمدی عمومی استفاده می‌کنند (آن‌طور که توسط نورمن و وبر [۱۹۹۴] اعلام شد) از پیش شرط‌های لازم برای بیمه اجتماعی بهداشت و درمان- مبتنی بر نظام متکی به کسور حقوق و دستمزد- برخوردارند. این روش، علی‌رغم مشکل افزایش هزینه^۱ که برخی از طرحها با آن مواجه‌اند، توسط طرحهای در حال اجرا در آسیا، مورد تأیید قرار دارد.

مخاطرات اخلاقی، دستاوردهای بهداشت و درمان و شکست بازار

این موضوع که افزایش پوشش در طرحهای بهداشت و درمان «اصلاح شده» می‌تواند موجب افزایش تقاضا برای خدمات شود (مخاطره اخلاقی)، باید در طراحی سیستم بهداشتی-درمانی در منطقه مدنظر قرار گیرد. مخاطره اخلاقی در «طرف تقاضا»^۲ (بیماران) و ایجاد انگیزه استفاده مفرط از خدمات بهداشت و درمان، به علت هزینه پائین این‌گونه خدمات، است. بعضی خدمات ممکن است «حساسیت قیمت» و یا قابلیت انعطاف در مقابل تقاضا داشته باشند که محدود به خدمات انتخابی می‌شود. با وجود این، تقاضا برای خدمات مزمن غیرانتخابی در بیشتر موارد غیرقابل انعطاف است چرا که مستقل از هزینه یا حجم عرضه این‌گونه خدمات‌اند. کنترل تقاضا از طریق ایجاد ساختار جدید سبب مزایا در جهت «مخاطرات کاملاً تعریف شده» که دارای تواتر کم هستند

1. Normand & Weber

2. demand side

قابل دستیابی است، ولی این کار با اصول خدمات یکپارچه و جامع منظور شده در بیشتر طرح‌های تأمین اجتماعی در تعارض است. گزینه دیگر طراحی یک نظام اثربخش متکی بر مشارکت در پرداخت - به هنگام دریافت خدمت - است. این انتخاب توسط دولت جمهوری کره در زمانی صورت گرفت که یک طرح بیمه بهداشتی - درمانی با (میزان) مشارکت بسیار پائین وجود داشت.

در «طرف عرضه»^۱، فراهم‌کننده خدمات پزشکی، اعم از خصوصی یا دولتی و عمومی، به منظور افزایش مخارج بیمه‌شده، می‌تواند تقاضای غیر ضروری را به او القا کند. به همین دلیل است که سازوکار پرداخت به فراهم‌کننده خدمات بایستی با دقت مورد ارزیابی قرار گیرد. چرا که این حقیقت وجود دارد که صاحبان جزف پزشکی معمولاً مداخله غیر را در قضاوت خود بر نمی‌تابند. مخاطرات اخلاقی می‌تواند مقوله‌ای مرتبط با اصلاحات در طرح‌های کشورهای در حال توسعه‌ای باشد که تعداد زیادی فراهم‌کننده خصوصی در آن کشور وجود دارد، یا اینکه سازوکار پرداخت کارانه را برگزیده باشند. اگرچه، بیمارستانهای عمومی نیز، که به ظاهر از لحاظ مالی استقلال دارند (خودگردانی)، می‌توانند تقاضای القاشده^۲ را همراه با سازوکار پرداخت بر مبنای تعرفه‌های مشخص افزایش دهند، ولی به‌طور معمول مخاطره اخلاقی توسط بیمه‌گرانی، که با به حداقل رساندن جبران خسارات، می‌توانند افزایش حق بیمه‌ها یا پرداختهای مکمل (مشارکت در پرداخت‌ها) را خواستار شوند - تجربه می‌شود.

یکی از نکات مورد علاقه در اصلاحات، مقوله «عامل ذاتی اثربخشی هزینه اصلاحات»، یعنی، دستیابی به «بیشترین میزان بهره‌مندی» از منابع مالی اختصاص داده شده، به فعالیت‌های بهداشتی - درمانی - یا آن‌طور که نورمن (۱۹۹۳) می‌گوید - تلفیق زندگی طولانی‌تر با استانداردهای بهتر بهداشتی - درمانی است. با وجود این، به‌طور یقین پیچیدگی‌هایی در کمی کردن^۳ اشکال گوناگون مزایای بهداشت و درمان وجود دارد، و در مورد بیشتر کشورهای در حال توسعه، یک استراتژی تغییر در ترکیب مخارج بهداشت و درمان ممکن است در تعیین نتایج بهداشت و درمان (با استفاده از شاخص امید به زندگی به عنوان مقیاس اولیه دستاوردهای بهداشت و درمان) مهمتر از افزایش سطح منابع مالی باشد.

«شکست بازار» موقعی به وقوع می‌پیوندد که شرایط و اوضاع و احوال مانع اجرای آرام اقدامات بازار می‌شود و در مورد خدمات بهداشت و درمان، ناشی از انحصار تدارک‌کنندگان و عدم تناسب

1. supply side

2. induced demand

3. quantify

دانش بهداشت و درمان بین بیمار و پزشک (هم به عنوان عامل عرضه خدمات و هم به عنوان مشاور) است. بنابراین دلایل، تدوین مقررات و پایش (نظارت) بازار بیمه ملی بهداشت و درمان با اهداف کاملاً مشخص، یکی از ضروریات مهندسی مجدد، یا ایجاد یک طرح بهداشت و درمان است.

سرعت اصلاحات

پس از ایجاد تعهد سیاسی، چنین انتظار می‌رود که اجرای اصلاحات چندین سال به طول انجامد. تمرکززدایی در یک طرح بیمه ملی بهداشت و درمان (که ساختار دولتی متمرکزی را به ارث برده است)، وظیفه پیچیده‌ای است. تفویض اختیار مالی، برنامه‌ریزی و اختیار اداره امور به مسئولان دولتهای محلی معمولاً، بیشتر به عنوان از دست دادن کنترل «زنجیره فرمان» در یک سیستم دیوانسالار مرکزی تلقی می‌شود تا کوششی منطقی برای افزایش کارایی. در بسیاری از کشورها، تغییر در خط مشی مستلزم تغییر در سیستم‌های پشتیبانی اجرائی و قانونگذاری است. در صورت وجود کارکنان کارآزموده و همچنین توان مدیریتی پیشرفته، اجرای فرایند آسانتر خواهد بود.

پرهیز از افزایش هزینه‌ها

مشارکت در هزینه‌ها چه از طریق افزایش سهم استفاده‌کننده (فرانشیز)، و چه از طریق مشارکت (توسط افراد یا بیمه‌های دیگر) در پرداخت هزینه‌ها، رقابت میان فراهم‌کنندگان و وجود یک سیستم ارجاع مؤثر برای خدمات، از ابزارهای مفید در کنترل هزینه‌هاست. مشارکت در پرداخت هزینه خدمات^۱ به هنگام استفاده از آنها نه تنها به عنوان مکمل سیستم اساسی تأمین مالی نقشی مؤثر دارد، بلکه در کنترل تقاضای مفرط یا بی‌مورد برای دریافت خدمات نیز مفید است. این تدبیر، به ویژه، هنگامی مفیدتر می‌نماید که توسعه تسهیلات درمانی و ورود فراهم‌کنندگان خصوصی در بازار همراه با «آزادی انتخاب»، سطح رضایتمندی مشتریان را بهبود می‌بخشد. در چنین حالتی، رقابت می‌تواند موجب کاهش هزینه‌های اجرائی شود. همچنین، دخالت دادن فراهم‌کنندگان خصوصی می‌تواند موجب پرهیز از صرف هزینه‌های عمومی در ایجاد زیرساخت‌ها و تجهیزات درمانی شود. این نگاه در حوزه عملیات تأمین، حفظ و نگهداشت آنها در بخش بهداشت و درمان بسیاری از کشورهای در حال توسعه از شفافیت کافی برخوردار نیست.

1. copayment

پیری جمعیت

انتظار می‌رود به سبب افزایش پیش‌بینی شده تعداد افراد بالاتر از ۶۰ سال و سهم آن در کل جمعیت کشورهای در حال توسعه (به دلیل کاهش باروری و افزایش امید به زندگی)، هزینه واحد مراقبت‌های بهداشت عمومی نیز افزایش یابد. شیوع و طول دوره بیماری‌های مزمن به موازات افزایش سن موجب می‌شود که ۸۰ درصد هزینه‌های بهداشت و درمان در سنین بعد از ۶۰ سال رخ دهد. بنابراین، مسن شدن جمعیت نه تنها مستلزم سرمایه‌گذاری اساسی در تسهیلات سالمندی است بلکه ضرورت کنترل هزینه‌های واحد بهداشت و درمان را نیز نشان می‌دهد.

هزینه‌های اداری

این هزینه‌ها تأثیر قابل توجهی بر تأمین منابع مالی طرح دارد و به تناسب افزایش تعداد بیمه‌شدگان هزینه‌های اداری کمتر می‌شود. لذا، انتظار می‌رود به تناسب افزایش پوشش نسبی و اندازه جمعیت شاغل در یک کشور "صرفه‌های به مقیاس"^۱ تحقق می‌یابد. به طور مثال، اطلاعات مربوط به اعتبارات بهداشتی-درمانی در آلمان نشان می‌دهد که کارکنان به ازای بیمه‌شدگان در یک صندوق ۵۰۰۰ نفری ۴۰ درصد بیشتر از یک صندوق بزرگتر ۱۰۰،۰۰۰ نفری خواهد بود.

طرحهای بیمه خرد^۲

طرح بیمه خرد-سازوکاری (مکانیسمی) مناسب برای ارائه خدمات بهداشتی-درمانی و تسهیل دسترسی به بخشهایی از جمعیت است که تاکنون از جرگه استفاده‌کنندگان از خدمات بهداشتی-درمانی عمومی حذف شده بودند. در بعضی مناطق مانند کشورهای انگلیسی زبان کارائیب شایع نبوده، یا به صورت بالقوه وجود نداشته است. این موضوع در برخی از موارد به این دلیل است که این‌گونه کشورها کوچک بوده و جمعیت کم آنها که هدف بیمه خرد است به ندرت از مراقبت‌های اولیه بهداشتی-درمانی استفاده می‌کنند. علاوه بر این، بیمه خرد ابعادی متفاوت با خدمات طراحی شده برای اجتماعی بزرگ دارد، هرچند، ارتباط نزدیکی بین آن دو وجود دارد. مفهوم بیمه خرد به عنوان طرحهای خود یاری داوطلبانه برای بیمه بهداشتی-درمانی اجتماعی بر مبنای نیازهای اجتماعی، در مقیاس محدود در برخی دیگر از کشورهای شبه منطقه کارائیب-به عنوان بخشی از پروژه دفتر بین‌المللی کار، یعنی، «استراتژی‌ها و فنون مقابله با انزوا و محرومیت اجتماعی و فقر»^۳

1. economies of scale

2. Micro insurance

3. Strategies et techniques contre L'exclusion social et La pauvreté (STEP)

اجرا شده است، اگرچه به نظر می‌رسد توان بالقوه آن برای آسیا و آفریقا مناسب‌تر است. تجارب محدود در امریکای لاتین نشان می‌دهد که، به استثنای تعداد کمی از موارد، سطح زیرپوشش، در ارتباط با جمعیت هدف، نسبتاً پایین بوده است. علاوه بر این، موانعی بسیار جدی در تضمین پایداری مالی و نهادی این‌گونه طرحها، از جمله طبیعت داوطلبانه مفهوم بیمه خرد، انتخاب نامناسب، عدم وابستگی به یارانه‌ها، ظرفیت خودگردانی طرح، و توانایی جمعیت هدف به تأمین منابع مالی و پرداخت سهم خود از هزینه‌های اجرایی وجود دارد.

ذخیره احتیاطی برای بدهیهای ناشی از محاسبات بیمه‌ای

با فرض مدت نامعلوم برای طرح، لازم است بدهی‌های درازمدت برای پرداخت هزینه‌های بهداشت و درمان آینده سالمندان جمع‌شود. به همین دلیل، اگرچه بعضی بیمه‌گران خصوصی در سالهای فعال زندگی بیمه‌شدگان حق بیمه‌های بالاتری در مقایسه با هزینه‌های مرتبط با سن دریافت می‌کنند، این کار، به علت محدودیت‌های مالی و طبیعت اجتماعی طرح، در طرحهای بیمه ملی بهداشت و درمان اجزاشدنی نیست. به همین دلیل، در طرحهای مبتنی بر پرداختهای "توازن هزینه با درآمد"، ذخیره احتیاطی اندکی را می‌توان اندوخته کرد (به‌طور مثال، برابر با ۳-۶ ماه مخارج). بنابراین افزایش آینده در هزینه‌ها مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای، مستلزم تأمین منابع مالی اضافی از طریق تعدیل میزان مشارکت‌ها، گسترش سازوکارهای مشارکت در هزینه یا انتقال‌های دولتی است. از دیدگاه مالی این اقدامات صرفاً موقعی توصیه می‌شود، که پوشش جمعیتی، به منظور پرهیز از عواقب مالیات نزولی، به قدر کافی بزرگ باشد.

تأثیر اصلاحات بهداشت و درمان بر HIV¹ و ایدز

تکه‌تکه بودن بخش بهداشت و درمان در بسیاری از کشورها، مانع پیشگیری مؤثر و کنترل همه‌گیری HIV و ایدز است. یک طرح بیمه ملی بهداشت و درمان که دارای سیستم اطلاعات متمرکز است می‌تواند در طراحی مؤثرتر و اجرای خط‌مشی‌های ناظر بر پیشگیری از ایدز، از اقدامات انفرادی نهادهایی چون وزارت بهداشت (یک اداره تأمین اجتماعی، یا سازمانهای حفظ بهداشت)، به‌شيوه‌ای کارآمدتر عمل کند. تأکید بیشتر بر برابری از حیث دسترسی و طب جامعه‌نگر در کشورهای مختلف منطقه مهمترین سناریو برای پیشگیری و درمان HIV و ایدز است. اگرچه بیماری ایدز عامل اصلی مرگ در چندین منطقه است ولی کشورهایمانند کوبا، علی‌رغم

1. human immune deficiency virus

محدودیت‌های مالی توانسته است از طریق پیشگیری و آموزش مؤثر بهداشت و درمان، پائین‌ترین نرخ موارد ایدز و HIV را در نیمکره غربی داشته باشند. تشخیص صحیح، منابع مالی، آموزش جامعه، و اطمینان از کیفیت در سطوح آزمایشگاهی از مقوله‌های کلیدی کنترل انتقال بیماری ایدز بوده و این‌گونه اقدامات بایستی بخشی ادغام‌یافته از اصلاحات بهداشت و درمان در نگاه ملی می‌باشد.

سیستم عرضه خدمات

اینکه سیستم جدید طب ملی مراکز متعلق به خود داشته یا آن را از سایر مؤسسات خریداری کند به زیرساخت‌های پزشکی موجود در کشور وابستگی دارد. تسهیلات درمانی در سطوح دوم و سوم (بیمارستانها و درمانگاههای جامع) اعم از اینکه متعلق به وزارت بهداشت یا بخش خصوصی باشد، ممکن است بتواند نیازهای درمانی بالقوه را تأمین کند. ارتقاء سطح تسهیلات موجود سطح کیفیت مورد انتظار جمعیت بیمه شده را، بهبود می‌بخشد، در چنین شرایطی طرح بیمه ملی بهداشت و درمان نایستی دست به اجرای پروژه‌های بزرگ و هزینه‌بر سرمایه‌گذاری بزند، که می‌تواند حجم تقاضا را دو برابر کند و سطح مشارکت و هزینه‌های مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای را افزایش دهد؛ تغییر روش پرداخت از مبنای قراردادی، سرانه و یا روش‌هایی که بهره‌وری فراهم‌کننده را بالا می‌برد به روش حقوق ماهانه نیز چنین اثری را دارد.

در صورتی که طرح بیمه ملی بهداشت و درمان «متکی بر» تسهیلات دولتی باشد، می‌توان بازبینی کامل وظایف ارائه خدمات را به منظور ارتقاء کارایی عملیاتی تا سطح مورد انتظار توصیه کرد. در سطح سوم مراقبت‌ها، می‌توان از طریق غیر متمرکز کردن وظایف مدیریتی و انتصاب هیئتی دارای اختیار کافی همانند تجربه خدمات جامعه‌نگر در سطح اولیه، به جستجوی «خودمختاری عملیاتی پرداخت» به هر صورت، عقد قرارداد با فراهم‌کنندگان واجد شرایط نه تنها موجب تقویت رقابت می‌شود بلکه نیاز به هزینه‌های سرمایه‌را کاهش می‌دهد. در نتیجه، توصیه می‌شود از ترکیبی از تدارک‌کنندگان خدمات در هر دو بخش عمومی و خصوصی استفاده شود. لکن در صورتی که پزشکان در هر دو بخش دولتی و خصوصی فعالند، بایستی مراقب بود که زیر سیستم عمومی عرضه خدمات تحت تأثیر زیر سیستم بیشتر انتفاعی بخش خصوصی قرار نگیرد. بنابراین بایستی یک سازوکار شفاف پرداخت برای عرضه‌کنندگان به‌طور شایسته طراحی شده و مورد استفاده قرار گیرد. سیستم دوگانه پرداخت به فراهم‌کنندگان می‌تواند منجر به اختلالات جدی شود چرا که سیستم‌های

ارائه مستقیم خدمات معمولاً مبتنی بر روش حقوق ثابت (استخدام رسمی) هستند. اگر در سیستم مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمان این‌گونه پرداخت‌ها اجتناب‌ناپذیر باشد (به‌طور مثال، در جوامع کوچک)، تحلیل هزینه مبتنی بر عملکرد^۱ همراه با انگیزه‌های احتمالی آن بایستی کاهش بهره‌وری پزشکان شاغل در سیستم سلامت عمومی را هدف قرار دهد.

تحت هیچ شرایطی صندوق بازنشستگی ملی نباید منابع زیربنایی طرح‌های بهداشتی و درمان را تأمین کند. کاهش سرمایه^۲ چندین طرح بازنشستگی در امریکای لاتین مثال‌های فراوانی در غیر قابل توصیه بودن این‌گونه رویکردها به دست می‌دهد.

پوشش جمعیت

بیشتر طرح‌های تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه فقط توانسته‌اند پوشش مؤثر افراد شاغل در بخش رسمی اقتصاد در مناطق شهری را تأمین کنند. استثناهایی بر این قاعده وجود دارد، به‌طور مثال، در کشور کاستاریکا دسترسی همگانی به خدمات بهداشتی و درمان، بدون هیچ‌گونه انتقال جبرانی منابع از سوی دولت وجود دارد که این امر موجب افزایش هزینه شده و آن را به ۱۵ درصد مزد کارگر و سهم کارفرما رسانده است. در صورتی که همکاری پایدار دولت در تأمین منابع مالی قابل حصول یا واقع‌بینانه نباشد، اقدام برای پوشش اقشار آسیب‌پذیر از طریق توافق درباره مبانی مالی طرح مشارکتی توصیه نمی‌شود. به همین دلیل، بهتر است یک طرح محدود بیمه اجتماعی بهداشتی و درمان در مراحل اولیه طراحی و اجرا شود و سپس به تدریج توسعه پیدا کند - سازوکاری که هم اکنون در چند کشور آسیایی در حال اجراست. در صورتی که «بخش عرضه» خدمات در بازار بهداشتی و درمان کافی باشد، سیاست روشن مشارکت در پرداخت یا پرداخت بهای خدمات ارائه‌شده توسط اشخاص غیربیمه شده، می‌تواند منجر به افزایش پوشش خصوصاً در گروه خویش‌فرمایان شود.

استانداردهای بین‌المللی کار

تا آنجا که ممکن است هدف طرح‌های بیمه ملی بهداشتی و درمان باید در راستای مقاله‌نامه شماره ۱۳۰ دفتر بین‌المللی کار باشد که بر حداقل استانداردهای پوشش (۷۵ درصد جمعیت فعال و کلیه

1. performance - based cost analysis

2. decapitalization

وابستگان واجد شرایط آنان)، بسته مزایا (مراقبت‌های بهداشت و درمان جامع) و فهرستی حاوی داروهای تحت پوشش تأکید دارد. استانداردهای دفتر بین‌المللی کار همچنین بر آزادی انتخاب پزشک و بیمارستان برای مراقبت‌های بارداری، قبل و بعد از زایمان تأکید می‌کند (مقاله‌نامه شماره ۱۰۳). هر دو مقاله‌نامه مشارکت در هزینه را به استثناء حوادث ناشی از کار مجاز می‌شمارد.

نتیجه

بسیاری از کشورهای در حال توسعه طرحهای اصلاحی در بخش بهداشت و درمان را اجرا کرده، یا در حال اجرای اصلاحات مزبور - با تأکید بر برقراری یا ارتقای سطح سیستم موجود بیمه ملی بهداشت و درمان خود- هستند. روندهای اخیر نشان می‌دهد که تعداد زیادی از طرحهای بیمه اجتماعی به منظور بهبود شیوه دسترسی گروههای حاشیهای جمعیت (به خدمات بهداشتی- درمانی) و افزایش کارایی، در حال اجرای مهندسی مجدد کل سیستم ارائه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هستند. سایر کشورهای در حال توسعه که هنوز از سیستم طب ملی بهره‌می‌برند و از طریق منابع عمومی تأمین مالی می‌شوند، با محدودیت‌های شدید مالی روبه‌رو بوده، لذا سعی در ایجاد اصلاحات نظام‌مند (سیستمیک) با تأکید بر پایداری مالی، اثربخشی، کیفیت، همکاری بین بخشی و مشارکت جامعه دارند. هر دو مدل اصلاحات بر اهمیت عامل بیمه درمانی تأکید دارند اگرچه ممکن است نقش غالب را بر آن قایل نباشند تلاش می‌کنند، سطح رقابت در میان فراهم‌کنندگان بخش خصوصی و عمومی را افزایش داده و مصمم به حفظ یا ایجاد یک ساختار مالی متکی بر مشارکت‌های دستمزدی هستند. قابلیت دوام چنین اصلاحات پیچیده‌ای بستگی به ارزیابی مناسب از «نیروهای دخیل در کار»، ظرفیت مدیریتی کشور و مخاطرات مربوط به آن دارد. به نظر می‌رسد مخاطرات اجرایی، تحت یک برنامه اصلاحات نظام‌مند یا ساختاری به‌ویژه در مواردی که موضوع‌های مرتبط با خط مشی به روشنی تعریف نشده باشند- بزرگتر و جدی‌تر است تا زمانی که فرایند طرح عرضه خدمات مورد مهندسی مجدد قرار می‌گیرد. در عین حال، انتظار می‌رود تأکید بیشتر بر مراقبت‌های اولیه بهداشت و درمان و طب پیشگیری، اثربخشی مبارزه با ایدز و HIV را بهبود بخشد.