

# دستیابی به پوشش فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت؛

## ویژگیهای کلیدی طراحی در دوران انتقال\*

گای کارین و چریس جیمز

ترجمه حسن حق پرست\*\*، علی اصغر احمدکیادلیری\*\*\*

### ۱. مقدمه

بیمه اجتماعی سلامت<sup>۱</sup> یکی از روشهای اصلی تأمین مالی سلامت است. هدف نهایی بیمه اجتماعی سلامت، پوشش فراگیر است که به معنای دسترسی فیزیکی و مالی همه افراد به مراقبتهای سلامت پایه است. بیست و هفت کشور جهان اصل پوشش فراگیر را از طریق این روش اجرا کرده‌اند. به تازگی برخی کشورهای در حال توسعه نیز تمایل پیدا کرده‌اند تا پوشش بیمه سلامت خود را از این طریق برای گروههای خاص گسترش دهند و در نهایت کل جمعیت خود را تحت پوشش قرار دهند. برای آن دسته از کشورهایی که تمایل دارند تا به پوشش فراگیر دست یابند، مهم است تا بدانند که ویژگیهای برنامه بیمه اجتماعی سلامت کارآمد چیست و چه مدت می‌توان انتظار داشت این انتقال از پوشش ناقص به سمت پوشش فراگیر طول بکشد.

\* ترجمه گزارش سال ۲۰۰۴ سازمان جهانی بهداشت با عنوان

"Reaching universal coverage via social health insurance:" Key design features in transition period تألیف Chris James و Guy Carrin. بخش اول این مقاله در سمینار بیمه و اقتصاد سلامت که در آذرماه ۱۳۸۴ با مشارکت سازمان بیمه خدمات درمانی و دانشگاه تربیت مدرس برگزار شد، ارائه شده است. در بخش تک‌نگاری همین شماره مطالعه مشابهی راجع به ایران آمده است.

\*\* دانشجوی دکترای اقتصاد بهداشت و درمان      \*\*\* کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت و درمان

#### 1. Social Health Insurance (SHI)

مقاله حاضر شامل چهار بخش است. در بخش اول اصل پوشش فراگیر و مسیرهای اصلی رسیدن به این هدف و همچنین مفهوم بیمه اجتماعی سلامت ذکر می‌شود. در بخش دوم تحلیلی در خصوص انتقال به سمت پوشش فراگیر، بر پایه تجارب تاریخی چند کشور منتخب که بیمه اجتماعی سلامت را اجرا کرده‌اند، صورت می‌گیرد. بویژه این بخش در خصوص فاکتورهای اساسی که ممکن است دوره انتقال را سرعت بخشد بحث می‌کند. سپس در بخش سوم چارچوب ساده‌ای برای تجزیه و تحلیل عملکرد برنامه بیمه اجتماعی سلامت بر پایه اجزای پوشش فراگیر و اهداف نهایی نظام سلامت ارائه می‌شود. همچنین در این بخش مجموعه‌ای از شاخص‌های ارزیابی عملکرد ارائه می‌شود که می‌تواند برای پایش و ارزیابی پیشرفت استقرار برنامه بیمه اجتماعی سلامت استفاده شود. در بخش پایانی بر نقش استراتژیک دولت در استقرار بیمه اجتماعی سلامت تأکید می‌شود.

## ۲. گزینه‌های مختلف برای دستیابی به پوشش فراگیر

سؤالی که در بیشتر کشورهای جهان از اهمیت بسزایی برخوردار است این است که چگونه نظامهای تأمین مالی سلامت در آن کشورها می‌تواند حمایت خطر مالی کافی در برابر هزینه‌های مراقبت سلامت را برای تمامی جمعیت فراهم کند. هدف اخیر به مثابه پوشش فراگیر است که به معنای تأمین دسترسی به مراقبت سلامت کافی برای همه در یک قیمت قابل پرداخت است. یعنی پوشش فراگیر دو بعد مختلف پوشش را یکپارچه می‌کند: پوشش مراقبت سلامت (مراقبت سلامت کافی) و پوشش جمعیت (مراقبت سلامت برای همه).

یک مفهوم حیاتی در جهت‌گیری سیاست تأمین مالی سلامت به سوی پوشش فراگیر، مفهوم انباشت خطر جمعی است که به موجب آن تمامی افراد و خانوارها در تأمین مالی کلی هزینه‌های مراقبت سلامت مشارکت می‌کنند. هرچه انباشت خطر در نظام مالی سلامت بیشتر باشد، مردم بیشتری قادر خواهند شد پیامدهای مالی خطرات سلامت خود را تحمل کنند و احتمالاً دسترسی بیشتری به مراقبت‌های مورد نیاز خود خواهند داشت. دو گزینه عمده برای دستیابی به پوشش فراگیر وجود دارد. یکی از آنها نظام مالی سلامت است که به موجب آن درآمد مالیات عمومی منبع اصلی مالی خدمات سلامت است. این خدمات سلامت معمولاً به وسیله شبکه‌ای از ارائه‌کنندگان عمومی و خصوصی طرف قرارداد ارائه می‌شود که اغلب به

عنوان خدمات سلامت ملی<sup>۱</sup> مد نظر قرار می‌گیرد. گزینه دوم وجود بیمه اجتماعی سلامت است که در واقع متضمن عضویت اجباری همه جمعیت است. کارگران، خویش فرمایان، مؤسسات و دولت حق بیمه‌های خود را به صندوق بیمه اجتماعی سلامت پرداخت می‌کنند. پایه مشارکت کارکنان و مؤسسات معمولاً حقوق و دستمزد کارکنان است. حق بیمه خویش فرمایان یا شناور است یا بر پایه درآمد تخمینی تعیین می‌شود. دولت ممکن است حق بیمه را برای افرادی که توانایی پرداخت ندارند، همانند کارکنان کم‌درآمد یا بیکار شده بخش غیر رسمی بپردازد. بیمه اجتماعی سلامت یا شبکه ارائه‌کنندگان مخصوص به خود را مالکیت می‌کند یا با ارائه‌کنندگان مراقبت سلامت خصوصی و عمومی معتبر کار می‌کند یا اینکه از ترکیبی از هر دو استفاده می‌کند. در بیمه اجتماعی سلامت تعدادی از وظایف (برای مثال ثبت نام، جمع‌آوری حق بیمه‌ها، بستن قرارداد و پرداخت به ارائه‌کنندگان) ممکن است به وسیله مؤسسات غیردولتی یا نیمه‌دولتی اجرا شود که اغلب در صندوقهای بیمه درمان<sup>۲</sup> اتفاق می‌افتد.

از میان کشورهای جهان، کشورهایی را مد نظر قرار می‌دهیم که از ترکیبی از هر دو گزینه اصلی استفاده می‌کنند. بنابراین، نظامهای ترکیبی تأمین مالی سلامت وجود دارند که قسمتی از جمعیت را از طریق درآمد مالیات عمومی تحت پوشش قرار می‌دهند و آشکارا گروههای خاصی از جمعیت را تنها با بیمه سلامت پوشش می‌دهند.

این بیمه می‌تواند توسط یک یا چند برنامه بیمه سلامت نیمه‌دولتی که طبق اصول و موازین بیمه اجتماعی سلامت عمل می‌کند، ارائه شود. البته ممکن است نظامی از بیمه‌گران خصوصی هم برای بخش سلامت وجود داشته باشد، اما باید تابع دستورات و مقررات دولت، بویژه برای تأمین یک بسته مزایای مشخص از مراقبت باشد.

در نهایت باید خاطر نشان کرد در هر یک از گزینه‌های اشاره شده بالا، بیمه خصوصی سلامت نیز می‌تواند نقش تکمیلی را ایفا می‌کند. برای مثال می‌تواند خدمات مراقبت سلامت اضافی را که تحت پوشش بسته پایه مراقبت نیست پوشش دهد، برای کاهش زمان انتظار کمک کند، یا برخی از هزینه‌های فرانشیز بیماران را پوشش دهد.

1. National Health Service (NHS)

2. sickness fund، این اصطلاح در مقابل اصطلاح health insurance fund به معنای صندوق بیمه سلامت (پیشگیری درمان و توانبخشی) قرار دارد.

در حقیقت با توجه به اینکه هیچ نظام تأمین مالی سلامت به طور کامل به وسیله مالیات عمومی، بیمه اجتماعی سلامت یا نظام ترکیبی تأمین مالی سلامت (توصیف شده در بالا) تأمین مالی نمی‌شود، این گزینه‌ها برای توصیف آنچه مسیر اصلی هدایت نظام تأمین مالی سلامت به سوی پوشش فراگیر است، مفید خواهد بود.

در این مقاله بر توسعه نوعی بیمه اجتماعی سلامت متمرکز خواهیم شد (بویژه در کشورهای کم‌درآمد یا دارای درآمد متوسط) که امکان انتخاب این خط‌مشی ویژه را فراهم می‌آورد. فرض می‌شود که کشوری که دست به چنین انتخابی زده است، از قبل مسائل اساسی مربوط به امکان اجرای این برنامه را به درستی حل کرده باشد. این به این معناست که کشور به دقت نقاط قوت و ضعف مالیات عمومی، بیمه اجتماعی سلامت و ترکیبی از هر دو گزینه را برای دستیابی به پوشش فراگیر مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است.

هر کشوری پیش از استقرار بیمه اجتماعی سلامت باید شرایطی را مهیا کند و به برخی مسائل اساسی پاسخ دهد. این مسائل در وهله اول به بازار کار مربوط می‌شود. اگر خویش‌فرمایان و کارکنان بخش غیررسمی به بازار کار تسلط دارند، چگونه ثبت‌نام و جمع‌آوری حق‌بیمه‌ها از آنها عملی می‌شود. به علاوه، اگر برنامه‌ریزی شده است که حق‌بیمه‌های پرداختی سهم عمده حق‌بیمه‌های بیمه اجتماعی سلامت را شامل شوند، آیا آنها هزینه‌های نیروی کار را افزایش خواهند داد و در نتیجه اثر منفی بر استخدام نیروی کار خواهند داشت؟ ثانیاً، آیا به اندازه کافی کارمند اداری ماهر برای تشکیل و اداره مؤسسات بیمه اجتماعی سلامت وجود دارد؟ ثالثاً، آیا چارچوب قانونی وجود دارد - که اهداف برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت، وظایف و حقوق اعضای بیمه‌شده و نقشها و وظایف سازمانهایی که در زمینه بیمه اجتماعی سلامت در کشور وجود دارد - که بتواند خدمات سلامت را که بخشی از بسته مزایای بیمه اجتماعی سلامت است، فراهم کند؟ در نهایت، آیا توافق نظر گسترده‌ای در میان ذینفعان جامعه (بویژه افراد بیمه‌شده و بیماران، ارائه‌دهندگان مراقبتهای سلامت و کارفرمایان، مجلس و دولت) پیرامون تبعیت از قوانین و مقررات پایه برنامه بیمه اجتماعی سلامت وجود دارد؟

در تمامی این موارد، کشورهایی که روش تأمین مالی بیمه اجتماعی سلامت را بر می‌گزینند احتمالاً باید یک دوره انتقال را پشت سر بگذرانند.

### ۳. به سوی پوششی فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت؛ عوامل کلی که سرعت انتقال را تحت تأثیر قرار می دهد

#### ۱ - ۳. مقدمه

مشخص است که دستیابی به پوشش فراگیر فرایند ساده‌ای نیست. بسیاری از کشورهایی که در حال حاضر از نظام پوشش فراگیر برخوردارند، برای رسیدن به آن دهه‌ها وقت صرف کرده‌اند. اما چندین عامل وجود دارد که زمان دستیابی به پوشش فراگیر را کاهش می دهد. به منظور ارزیابی تجربیات گذشته در خصوص انتقال به پوشش فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت، داده‌هایی مربوط به تکامل قانون بیمه سلامت در ۸ کشور دارای بیمه اجتماعی سلامت (که از اطلاعات کافی در این خصوص بهره‌مند بودند) به کار گرفته شده است. این کشورها عبارتند از: اتریش، بلژیک، کاستاریکا، آلمان، اسرائیل، ژاپن، جمهوری کره و لوکزامبورگ. از این طریق می توان به تنوع اشکال سازمانی که در طول دوره انتقال در آن کشورها مورد استفاده قرار گرفت، توجه کرد. بویژه، نقش حالت داوطلبانه صندوقهای بیمه درمان در مراحل ابتدایی اجرای بیمه اجتماعی سلامت مورد توجه قرار خواهد گرفت.

دوره انتقال به عنوان تعداد سالهای بین پذیرش اولین قانون مربوط به بیمه سلامت تا قانون نهایی مربوط برای اجرای پوشش فراگیر، تعریف می شود. تعداد سالهای انتقال در کشورهای مذکور عبارت است از: اتریش (۷۹ سال)، بلژیک (۱۱۸ سال)، کاستاریکا (۲۰ سال)، آلمان (۱۲۷ سال)، اسرائیل (۸۴ سال)، ژاپن (۳۶ سال)، جمهوری کره (۲۶ سال) و لوکزامبورگ (۷۲ سال). قانون نهایی مصوب کشور کاستاریکا اصل پوشش فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت را معرفی کرد بدون اینکه به طور مؤثر پوشش بیمه فراگیر را متعاقب این قانون ارائه کند. در ژاپن نیز قانون بیمه سلامت اجباری در ۱۹۵۸ تصویب شد اما ۳ سال پس از آن اجرا شد. از این رو، میانگین سالهای انتقال تا اندازه‌ای کمتر از واقعیت برآورد می شود.

ما باید به گسترش تدریجی درصد جمعیت تحت پوشش در دوره انتقال توجه کنیم. بعلاوه، باید در نظر داشت که گسترش پوشش برای گروههای جمعیتی معین مشکل‌تر از گسترش برای سایر گروههاست (همچنان که در مورد کارگران فصلی و خویش‌فرمایان صادق است). به عبارت دیگر، افزایش پوشش لزوماً از یک مدل خطی ساده پیروی نمی کند. برای مثال، حرکت از پوشش ۲۵ درصدی به ۵۰ درصدی ممکن است زمان کمتری نسبت به حرکت از پوشش ۵۰ درصدی به ۷۵ درصدی لازم داشته باشد.

از داده‌های سری زمانی در مورد پوشش جمعیت، دریافت شد که در اتریش حرکت از پوشش ۷ درصدی به ۶۰ درصد، ۴۰ سال زمان برد (از ۱۸۹۰ تا ۱۹۳۰)، اما ۳۵-۳۷ سال دیگر (از ۱۹۳۰ تا ۶۷-۱۹۶۵) نیاز بود تا پوشش بیمه برای کشاورزان و کارمندان دولت به ۹۶ درصد برسد. در آلمان ۴۷ سال طول کشید تا پوشش بیمه از ۱۰ درصد به ۵۰ درصد برسد. اما ۵۸ سال دیگر لازم بود تا پوشش بیمه به ۸۸ درصد برسد. در کاستاریکا ۲۰ سال طول کشید تا سطح پوشش جمعیت به ۱۷ درصد برسد (۱۹۶۱). اما پس از آن فقط ظرف مدت ۵ سال پوشش بیمه ۲ برابر و به ۳۴ درصد رسید (۱۹۶۶). افزایش اخیر نتیجه معرفی اصل فراگیری بوده است. اما برای رسیدن پوشش جمعیت به ۷۴ درصد بیش از ۱۰ سال زمان صرف شد (۱۹۷۸). در ۱۹۹۱ سطح پوشش جمعیت به ۸۳/۴ درصد رسید (یعنی ۱۳ سال طول کشید تا پوشش جمعیت حدود ۱۰ درصد افزایش یابد). ضمناً در مورد کاستاریکا تلاشهای خاصی برای گسترش پوشش به خویش‌فرمایان و افراد فقیر و کم‌درآمد لازم بود.

## ۲-۳. تجربه دوره انتقال: تجزیه و تحلیل نتایج کشورهای منتخب دارای بیمه اجتماعی سلامت توسعه یافته

تمامی ۸ کشوری که در بالا از آنها نام بردیم از نگرشی افزایشی پیروی کردند. برخی از این کشورها زمان طولانی‌تری را نسبت به سایر کشورها برای توسعه نظامهای خود طی کردند. کشورهای با دوره انتقال نسبتاً بالا (بالای ۴۰ سال) عبارتند از: آلمان، اتریش، بلژیک، کاستاریکا، اسرائیل و لوکزامبورگ. تنها ژاپن و جمهوری کره دوره انتقال کمتر از ۴۰ سال داشته‌اند. در ادامه، خلاصه‌ای از مراحل مختلفی که این کشورها در انتقال به پوشش فراگیر تجربه کرده‌اند، ارائه می‌شود. در اینجا بر اهمیت توسعه بین اولین قانون مربوط به بیمه سلامت و قانونی نهایی تصویب شده برای اجرای پوشش فراگیر تأکید می‌شود (همان طور که قبلاً گفته شد این قوانین مشخص‌کننده آغاز و پایان دوره انتقال هستند). البته مراحل مرتبط قبل از اولین قانون بیمه سلامت نیز در جایی که اطلاعات موجود بود، توصیف شده‌اند.

### آلمان

۳ مرحله توسعه رو به رشد قبل از معرفی بیمه اجتماعی سلامت بیسمارک به عنوان نظام جامع

و ملی در سال ۱۸۸۳ صورت گرفت. یعنی در اواخر قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹، قوانینی تصویب شد که جزئیات نحوه سازماندهی صندوقهای داوطلبانه بیمه درمان را تعیین می‌کرد. این قوانین نحوه ارائه حق بیمه‌های مربوط، بسته مزایا، شرایط ورود و مدیریت صندوق را شامل می‌شد. در مرحله دوم (۱۸۴۳) قانون عضویت اجباری معرفی شد. دولتهای محلی حق داشتند از صندوقهای داوطلبانه موجود مطلع باشند و حتی عضویت اجباری در آن صندوقها را ایجاد کنند.

در سال ۱۸۴۹، عضویت اجباری برای گروههای شاغل خاص امکان‌پذیر شد. در مرحله سوم، برخی از قوانین در سطح ملی قابل اجرا شد. اولین قانون بیمه سلامت اجباری، قانونی بود که در ۱۸۵۴ پوشش بیمه سلامت برای تمامی معدن‌کاران را اجباری می‌کرد. این قانون نقطه عطفی بود که به موجب آن تمامی شاغلان یک گروه شغلی (معدن‌کارانی که ملزم بودند عضوی از صندوقهای منطقه‌ای بیمه سلامت معدن‌کاران شوند) در کشور آلمان تحت پوشش قرار گرفتند. سپس رویداد بزرگی در ۱۸۸۳ به وقوع پیوست؛ زمانی که بیسمارک بیمه اجتماعی سلامت را برای تعداد بیشتری از گروههای شغلی معرفی کرد. ابتدا، قانون بیمه سلامت سال ۱۸۸۳ ابتدا کارگران را در صنایع منتخب تحت پوشش قرار داد. چنین استنباط می‌شود که این قانون پوشش بیمه سلامت را از ۵ درصد کل جمعیت به ۱۰ درصد افزایش داده است.

پس از سال ۱۸۸۳، نگرش رو به رشد برای توسعه پوشش به گروههای مختلف حرفه‌ای - اجتماعی دنبال شد. در سالهای ۱۹۱۰ و ۱۹۳۰ جمعیت تحت پوشش به ترتیب به ۳۰ و ۵۰ درصد رسید. در ۱۹۵۰، ۷۰ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه بودند. در ۱۹۸۱ قانون ثبت نام از هنرمندان و ناشران در نظام بیمه اجتماعی سلامت تصویب شد تا سال ۲۰۰۰، ۸۸ درصد از جمعیت آلمان، در نظام بیمه اجتماعی سلامت ثبت نام کرده بودند. پوشش جمعیت توسط بیمه اجتماعی سلامت ۱۰۰ درصد نیست زیرا با افزایش سطح درآمد فرد می‌تواند از نظام بیمه اجتماعی سلامت خارج شود و به بیمه خصوصی بپیوندد.

### اتریش

در این کشور رویکردی تدریجی مانند آنچه در آلمان است، اتخاذ شد. اولین برنامه بیمه سلامت و سوانح صنعتی برای کارگران این گونه مؤسسات در سال ۱۸۸۸ - ۱۸۸۷ ایجاد شد. این برنامه راه را برای مکلف کردن ابتدایی کارفرمایان به پرداخت مراقبت بیمارستانی و مراقبت کارکنان

بیمار در اوایل قرن ۱۹ مهیا کرد. در سال ۱۸۵۹، کد صنعتی برای نظارت بر ایجاد صندوقهای خیریه و صندوقهای تعاونی بیمه سلامت ایجاد شد. اما، تا آن زمان مقررات عمدتاً نادیده گرفته می‌شد. پس از آن قانون انجمن‌ها در سال ۱۸۶۷ ایجاد شد که اجازه ایجاد صندوقهای انجمن محور را صادر کرد. در نتیجه، انجمن‌های سلامت کارگران بخش عمومی و صندوقهای امداد معلولیت به ترتیب در سالهای ۱۸۶۸ و ۱۸۷۳ شکل گرفت.

طرح اولیه ۱۸۸۸ - ۱۸۸۷ در اوایل قرن ۲۰، به وسیله ثبت نام نظام مند تمام کارکنان اداری، کارگران بدی و کارگران کشاورزی، به طور گسترده‌ای توسعه داده شد. آخرین اقدام برای گسترش پوشش در سال ۱۹۶۵ و سال ۱۹۶۷ با قانون بیمه سلامت کشاورزان و قانون بیمه سلامت کارمندان دولت صورت پذیرفت. تا سال ۱۹۸۰، ۹۶ درصد از جمعیت تحت پوشش قرار گرفتند. بدین ترتیب ۷۹ سال بین اولین قانون در سال ۱۸۸۸ و آخرین قانون مهم (قانون بیمه سلامت کارمندان دولت در سال ۱۹۶۷) طول کشید.

### بلژیک

در سال ۱۸۵۱، طی یک قانون خاص، صندوقهای بیمه درمان تصویب شد و اغلب صندوق تعاونی سلامت<sup>۱</sup> نام داشتند. این صندوقها مبتنی بر گروههای حرفه‌ای متفاوت بودند و بیشتر در مقیاس محدود فعالیت می‌کردند. بعدها در سال ۱۸۹۴، شالوده قانونی طیف گسترده‌تری از فعالیتها شناسایی شد که می‌توانست از این پس از یارانه‌های دولتی بهره‌مند شود. در نتیجه، صندوقهای تعاونی سلامت که بر اساس برخی زمینه‌های ایدئولوژیکی یا سیاسی خاص تشکیل شده بود با اتحادیه‌ها یا اصناف ملی ترکیب شد.

تا پیش از دهه ۱۹۴۰ عضویت در این صندوقهای تعاونی سلامت اختیاری بوده است. بعد از جنگ جهانی دوم، در ۲۸ دسامبر سال ۱۹۴۴، طی حکمی اجباری شدن بیمه سلامت برای همه کارکنان حقوق‌بگیر آغاز شد. یک صندوق ملی برای بیماری و معلولیت (که در سازمان تأمین اجتماعی ملی قرار داده شد) حق بیمه‌ها را جمع‌آوری می‌کرد و بین صندوقهای تعاونی سلامت که مسئول اجرای بیمه اجباری سلامت بود، توزیع می‌کرد. گامهای مهم بعدی قوانین ۱۹۶۴، ۱۹۶۵، ۱۹۶۹ بود که بیمه اجباری سلامت را به خویش فرمایان (اما تنها برای ریسکهای اصلی



سلامت)، کارکنان دولت، افراد دارای معلولیت جسمانی، معلولین ذهنی و افراد بیمه‌نشده بسط داد. پس می‌توان گفت که تا زمان رسیدن به پوشش فراگیر، ۱۱۸ سال از تصویب قانون سال ۱۸۵۱ سپری شده است.

### لوکزامبورگ

در ۱۹۰۱، بیمه سلامت اجباری برای کارکنان صنایع بزرگ برقرار شد. این قانون از قانون ۱۸۸۳ آلمان الهام گرفته بود. بیمه سلامت توسعه یافت و تا ۱۹۰۳ تعداد ۷۳ صندوق بیمه درمان شروع به کار کرد. سپس در سال ۱۹۲۵، قانونی برای تنظیم بیمه سلامت که به طور فزاینده‌ای پیچیده شده بود، ارائه شد. همانند سایر کشورهای اروپایی بیمه اجتماعی سلامت پس از جنگ جهانی دوم ایجاد شد. بازنشستگان اولین گروه جدیدی بودند که تحت پوشش قرار گرفتند. سپس در ۱۹۵۲، بیمه سلامت برای کارمندان دولت و سایر کارکنان بخش عمومی اجباری شد. در سالهای ۱۹۵۸، ۱۹۶۴ و ۱۹۹۳ قانون بیمه اجباری برای شاغلان مستقل (تجار، صنعتگران و...) کشاورزان و شاغلان آموزش دیده مستقل (پزشکان، وکلا، مهندسان و...) ایجاد شد. تا سال ۱۹۷۳ تمامی جمعیت به وسیله بیمه اجباری سلامت تحت پوشش قرار گرفتند. بنابراین دوره انتقال ۷۲ سال، از زمانی که اولین قانون در ۱۹۰۱ تصویب شد، به طول انجامید.

### اسرائیل

اولین صندوق بیمه سلامت (صندوق بیمه درمان عام)<sup>۱</sup> در ۱۹۱۱ به وسیله گروه کوچکی از کارگران بخش کشاورزی تأسیس شد. سپس در ۱۹۲۰ این صندوق تحت کنترل اتحادیه عمومی کارگران قرار گرفت و به یکی از پایه‌های قدرت سیاسی این اتحادیه تبدیل شد. سه صندوق بیمه سلامت دیگر نیز تأسیس شد. در پایان ۱۹۴۸، ۵۳ درصد از جمعیت تحت پوشش قرار گرفته بود که ۸۰ درصد آنها توسط صندوق بیمه درمان عام بیمه شده بودند. بیمه سلامت پس از این زمان گسترش زیادی یافت (اگرچه این بیمه اجباری نبود). تا ۱۹۹۵، ۹۶ درصد از جمعیت بیمه شده بود. در همان سال قانون بیمه ملی سلامت تصویب شد که این قانون بیمه اجباری را تأیید کرد و هر یک از افراد مقیم کشور را موظف کرد تا در یکی از صندوقهای موجود به عنوان عضو ثبت‌نام کند. بنابراین از زمان تصویب اولین صندوق بیمه سلامت در ۱۹۱۱ مدت ۸۴ سال سپری شد.

1. General Sickneess Fund

## کاستاریکا

این کشور نظام بیمه اجتماعی سلامت خود را از طریق تأسیس صندوق تأمین اجتماعی کاستاریکا<sup>۱</sup> در نوامبر ۱۹۴۱ آغاز کرد. ابتدا جمعیت شهری مد نظر قرار گرفت. در آغاز تنها کارکنان بیمه شده در بیمه اجتماعی سلامت منتفع می شدند. اما در ۱۹۴۴ زمانی که بیمه اجتماعی سلامت توسعه یافت، بر پوشش تمامی افراد خانواده تأکید شد. در ۱۹۵۶ پوشش خانواده اجباری شد و همچنین پوشش همسر، کودکان زیر ۱۲ سال و والدین (در صورت وابستگی به خانواده فرد بیمه شده) را شامل می شد.

رویداد مهم دیگری نیز در ۱۹۶۰ رخ داد یعنی زمانی که قانون ۲ برابر شدن حداکثر درآمدهای مالیاتی اجرا شد. تا ۱۹۶۰ موجب افزایش منابع و توسعه مزایای بیمه اجتماعی سلامت شد. به علاوه در ۱۹۶۱ قانونی تصویب شد که توسعه بیمه به همه جمعیت را مدنظر داشت. بنابراین، بین برقراری صندوق تأمین اجتماعی کاستاریکا در ۱۹۴۱ و قانون ۱۹۶۱، ۲۰ سال فاصله بود. قانون ۱۹۶۱ به این معنا بود که کارکنان خویش فرما و تهیدست نیز در برنامه بیمه اجتماعی سلامت مشارکت داشتند. در حقیقت مجلس کاستاریکا یک دوره ده ساله را برای دستیابی به پوشش در تمام سطح کشور مد نظر قرار داد. تا اوایل ۱۹۹۰، ۸۵ درصد از جمعیت به طور مؤثر تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت قرار گرفت.

## ژاپن

ریشه بیمه اجتماعی سلامت در توسعه ابتدایی الگوهای بیمه سلامت جمعی داوطلبانه در اوایل قرن ۱۹ است. در ۱۸۳۵، یک الگوی بیمه سلامت جمعی در شهر فوکوکا<sup>۲</sup> (در این بیمه دادن برنج به عنوان پیش پرداخت حق بیمه و دریافت مراقبتهای پایه به عنوان مزایای اصلی بود) برقرار شد. در دهه های بعد این نوع انجمن تعاونی سلامت اهمیت زیادی پیدا کرد. در سال ۱۹۳۰، دولت نوعی از بیمه سلامت جمعی را در مقیاس ملی تشویق کرد. در سالهای ۱۹۳۴ و ۱۹۳۵، دوازده مدل از بیمه سلامت جمعی را در ۳ حوزه ایجاد کرد. اما در سال ۱۹۳۸ قانون «بیمه ملی سلامت شهروندان»<sup>۳</sup> مبتنی بر اصول تأمین جمعی و مشارکتهای نقدی معرفی و اجرا شد. این

1. Costa Rica Social Security Fund (CCSF)

2. Fukuoka

3. National Citizens Health Insurance

قانون برای برآوردن نیازهای فقرا در دهکده‌های روستایی، کشاورزان و خویش‌فرمایان در جوامع روستایی و شرکتهای کوچک طراحی شده بود.

این قانون ابتدا به صورت داوطلبانه بود. هنوز هم از این قانون خاص به طور چشمگیری برای پوشش بیمه بهره گرفته می‌شود، به عبارت دیگر برای افزایش پوشش از ۲ درصد به ۵۱/۲ درصد کل جمعیت از این روش استفاده شده است. در سال ۱۹۲۲ قانون مهمی مبنی بر بیمه اجباری گروههای خاصی از کارکنان تصویب شد. این اولین قانون مصوب مرتبط با بیمه سلامت بود. تا سال ۱۹۴۵ بیمه سلامت کارکنان به همراه بیمه سلامت ملی شهروندان ۶۰ درصد از کل کشور را تحت پوشش داشت. در دوره پس از جنگ جهانی دوم، این دو نوع بیمه برای پوشش ۹۰ درصد از جمعیت گسترش یافتند. قانون برقراری بیمه اجباری برای همه سرانجام در ۱۹۵۸ پذیرفته و تا سال ۱۹۶۱ به طور کامل اجرا شد.

### جمهوری کره

در ۱۹۶۳، یک قانون بیمه سلامت تصویب شد که به عاملی برای حرکت به سوی پوشش فراگیر بیمه سلامت تبدیل شد. بیمه سلامت تا ۱۹۷۷ داوطلبانه بود، اما چندین انجمن بیمه سلامت به صورت پایلوت سازماندهی شد که بیش از ۲ درصد از جمعیت را تحت پوشش قرار داد. از ۱۹۷۷ بیمه سلامت به طور زنجیروار برای گروههای شغلی مختلف در کشور ایجاد شد. در همین سال بیمه سلامت کارگران برای کارگران (فعال در شرکتهایی که ۵۰۰ و بیش از آن کارگر داشتند) و وابستگان آنها، اجباری شد. بعدها پوشش به طور منظم گسترش یافت. در ۱۹۷۹، پوشش برای کارگران (و وابستگان آنها) فعال در مؤسساتی که حداقل ۳۰۰ کارگر داشت، نیز اجباری شد.

مقامات دولتی و معلمان مدارس خصوصی نیز در این سال به طور اجباری بیمه شدند. بعد، در ۱۹۸۱ و ۱۹۸۳ به ترتیب پوشش به کارگران بنگاههای دارای حداقل ۱۰۰ و ۱۶ کارگر گسترش یافت. مرحله نهایی در ۱۹۸۱ با ایجاد برنامه‌هایی برای بیمه سلامت خویش‌فرمایان در مناطق شهری و روستایی منتخب دنبال شد. سرانجام در ۱۹۸۸ و ۱۹۸۹ به ترتیب، بیمه سلامت برای خویش‌فرمایان روستایی و شهری در سطح ملی اجباری شد. بنابراین دوره انتقال از تصویب اولین قانون بیمه سلامت در ۱۹۶۳ به مدت ۲۶ سال طول کشید.

جدول شماره ۱. دوران انتقال در کشورهای منتخب

ردیف	کشور	سورت انتقال	مراحل مهم در گسترش بیمه اجتماعی سلامت
۱	آلمان	۱۸۸۸ - ۱۸۵۴ (سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. صندوق‌های امداد اجباری در (نیمه اول قرن ۱۹) تأسیس شد.</li> <li>۲. عضویت اجباری در صندوق‌های بیمه سلامت (۱۸۸۴)، برای گروه‌های شاغل خاص (۱۸۸۹).</li> <li>۳. اولین قانون در سطح ملی، که عضویت در بیمه سلامت را برای معدن‌کاران اجباری کرد، تصویب شد (۱۸۵۴).</li> <li>۴. بیمه اجتماعی سلامت به صورت سیستم ملی و جامع درآمد (۱۸۸۳)، ثبت نام سیستماتیک گروه‌های مختلف اجتماعی - حرفه‌ای (تا سال ۱۹۸۸).</li> </ol>
۲	انریش	۱۹۶۷ - ۱۸۸۸ (سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. وجود مراقبت‌های کارفرما - محور (نیمه اول قرن ۱۹).</li> <li>۲. ایجاد صندوق‌های انجمن - محور (۱۸۶۷).</li> <li>۳. طرح بیمه سلامت و حوادث صنعتی (۸ - ۱۸۸۷)، ثبت نام سیستماتیک گروه‌های مختلف اجتماعی - حرفه‌ای (تا سال ۱۹۶۷).</li> </ol>
۳	بلژیک	۱۹۶۹ - ۱۸۵۱ (سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. صندوق‌های سلامت تعدادی برای گروه‌های حرفه‌ای مختلف به صورت رسمی ایجاد شد (۱۸۵۱).</li> <li>۲. صندوق‌ها از طرف دولت بازانه دریافت کردند (۱۸۹۴) و صندوق‌ها با انجمن‌ها یا اصناف ملی ترکیب شدند.</li> <li>۳. بیمه سلامت برای تمام کارگران حقوق‌بگیر اجباری شد (۱۹۴۴)، همراه با گسترش به سایر گروه‌های بدون پوشش (۹ - ۱۹۶۴).</li> </ol>
۴	لوکزامبورگ	۱۹۷۳ - ۱۹۰۱ (سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. بیمه سلامت اجباری برای کارگران صنعتی و تولیدی (۱۹۰۱).</li> <li>۲. گسترش پوشش به بازنشستگان (بعد از جنگ جهانی دوم)، کارمندان دولت / سایر پهنش‌های عمومی (۱۹۵۲)، گروه‌های اجتماعی - حرفه‌ای بیشتر (۶۴ - ۱۹۵۸).</li> </ol>
۵	اسرائیل	۱۹۹۵ - ۱۹۱۱ (سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. صندوق بیمه سلامت - کاپات هرلم چالیت - برای برخی کارگران کشاورز (۱۹۱۱).</li> <li>۲. در این دوره سه صندوق دیگر بیمه سلامت تأسیس شد.</li> </ol>

### ادامه جدول شماره ۱.

ردیف	کشور	سورت انتقال	مراحل مهم در گسترش بیمه اجتماعی سلامت
۶	کاستاریکا	۱۹۶۱ - ۱۹۴۱ (۲۰ سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. صندوق تأمین اجتماعی کاستاریکا عمدتاً برای جمعیت شهری و برخی مناطق دارای کارخانه‌های قهوه‌سازی ایجاد شد (۱۹۴۱).</li> <li>۲. پوشش اجباری خانواده بیمه‌شده (۱۹۵۶).</li> <li>۳. افزایش سهم مشارکت (حق بیمه) و مزایا (۱۹۶۵).</li> <li>۴. گسترش پوشش به جمعیت باقی‌مانده پذیرفته‌شده (۱۹۶۱)، با هدف ثبت نام سیستماتیک گروه‌های بدون پوشش طی یک دوره ده‌ساله.</li> <li>۵. پوشش مؤثر ۸۳/۴ درصد تا سال ۱۹۹۱.</li> </ol>
۷	ژاپن <sup>۲</sup>	۱۹۵۸ - ۱۹۲۲ (۳۶ سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. طرح‌های بیمه سلامت جمعی داوطلبانه<sup>۳</sup> ایجاد شد (اوایل قرن ۱۹).</li> <li>۲. بیمه اجباری (کارگری) برای گروه‌های خاصی از کارگران (۱۹۲۲).</li> <li>۳. بیمه‌های سلامت جمعی داوطلبانه در سطح ملی، اساساً برای افراد فقیر مناطق روستایی، کشاورزان، افراد خویش‌فرما و کمپانی‌های کوچک، اجرا شد (دهه ۱۹۳۰). این روند با تصویب قانون بیمه سلامت ملی شهروندان (۱۹۳۸) به حد کمال خود رسید.</li> <li>۴. گسترش همزمان دو طرح بیمه‌ای (۱۹۵۸ - ۱۹۴۴).</li> </ol>
۸	جمهوری کره	۱۹۸۹ - ۱۹۶۳ (۲۶ سال)	<ol style="list-style-type: none"> <li>۱. اولین قانون بیمه سلامت تصویب شد (۱۹۶۳)، همراه با اجرای پایلوت چندین طرح بیمه سلامت اجباری (۷۷ - ۱۹۶۳).</li> <li>۲. اجباری شدن بیمه سلامت برای کارگران و وابستگان آنها برای شرکت‌های دارای ۵۰۰ کارگر و بیشتر (۱۹۷۷): شرکت‌های دارای ۱۰۰ کارگر و بیشتر (۱۹۸۱): شرکت‌های دارای ۱۶ کارگر و بیشتر (۱۹۸۳).</li> <li>۳. گسترش بیمه به سایر گروه‌های باقی‌مانده از قبیل خویش‌فرمایان (تا سال ۱۹۸۹).</li> </ol>

۱. در مورد کشور کاستاریکا این نکته قابل ذکر است که پوشش فراگیر متعاقب قانون سال ۱۹۶۱ به طور مؤثر اجرا نشد.

۲. در ژاپن اجرای مؤثر پوشش فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت در سال ۱۹۶۱ اتفاق افتاد.

### 3. Voluntary community health insurance schemes (CHIS)

## خلاصه

در تمامی کشورهای مورد مطالعه، حرکت به سمت پوشش بیمه اجتماعی سلامت کامل روندی صعودی را طی کرده است که در آن پوشش جمعیت طی دوره انتقال به طور منظم گسترش یافته است. لیکن ترتیبات (مقدمات) سازمانی معرفی شده برای دستیابی به این گسترش متفاوت است. آنها در طیفی قرار دارند که از گسترش تدریجی عضویت در صندوقهای بیمه درمان متعدد (که در ابتدا به صورت اختیاری است) تا گسترش عضویت هدایت شده توسط سازمان بیمه سلامت دولتی را دربر می گیرد. در ضمن سرعت انتقال از کشوری به کشور دیگر متفاوت است.

## ۳-۳. فاکتورهای تسهیل کننده انتقال به سمت پوشش فراگیر را سرعت می بخشد

۱-۳-۳. یک سری از عوامل مؤثر در افزایش سرعت رسیدن به پوشش فراگیر از طریق نظام بیمه اجتماعی سلامت

یکم، سطح درآمد عمومی قابل دسترس کشورها: درآمد سرانه بیشتر به معنای افزایش ظرفیت (توان) پرداخت مؤسسات و شهروندان برای مشارکت در پیش پرداخت بیمه اجتماعی سلامت است. به علاوه، درآمد مالیاتی با افزایش درآمد افزایش می یابد و چالش های متعاقب و ناشی از یارانه های دولتی برای بیمه اجتماعی سلامت کاهش می یابد. بنابراین رشد اقتصادی باثبات احتمالاً منجر به افزایش توان و ظرفیت پیش پرداخت مردم می شود.

دوم، ساختار اقتصادی کشورها: آنچه در اینجا بیشتر مورد نظر است، اندازه نسبی بخشهای رسمی و غیررسمی است. در اغلب کشورهای در حال توسعه در بخشهای خدماتی، صنعتی و کشاورزی بیشتر استخدامها به صورت غیررسمی صورت می گیرد. چنین کشورهایی احتمالاً برای ارزیابی درآمد و جمع آوری حق مشارکتها با مشکلات مدیریتی مواجه می شوند زیرا بسیاری از کارگران حقوق رسمی دریافت نمی کنند. این امر ممکن است پیش بینی مراقبتهای سلامت برای بخشهای غیررسمی را مختل کند، خصوصاً وقتی برنامه بیمه اجتماعی سلامت به طور چشمگیری بر حق مشارکت خانوارها متکی باشد.

سوم، هزینه های اداری: این هزینه ها تحت تأثیر توزیع (پراکندگی) جمعیتی است که قرار است تحت پوشش قرار گیرد. خدمت رسانی از طریق بیمه اجتماعی سلامت در نواحی شهری، که احتمال می رود حداقل دارای زیر ساختها و وسایل ارتباطی با حداقل کیفیت باشد و تراکم جمعیت بالاست، ممکن است راحت تر از خدمت رسانی به جمعیت پراکنده روستایی باشد.

**چهارم، توانایی کشور در مدیریت برنامه بیمه اجتماعی سلامت:** ایجاد برنامه بیمه اجتماعی سلامت به نیروی انسانی ماهر نیاز دارد که دارای مهارتهایی در زمینه دفترداری، بانکداری و فراوری اطلاعات باشد. آموزشهای سطوح ثانویه و ثالثیه بایستی اساساً پاسخگوی چنین نیازهای آموزشی باشد. بازارهای مرتبط نظیر بازارهای خدمات مالی، سایر بیمه‌های تجاری و حتی برنامه‌های بیمه جمعی سلامت که به طور صحیح طراحی و مستقر شده باشد، می‌توانند پرسنل آموزش دیده و ماهر پرورش دهند. به علاوه، این کارمندان می‌توانند برای آموزش و افزایش توانایی‌های عمومی کارمندان بیمه اجتماعی سلامت فراخوانده شوند.

**پنجم، سطح یکپارچگی جامعه:** جامعه با یکپارچگی بالا به جامعه‌ای اطلاق می‌شود که در آن تمامی افراد علاقه و آفری به حمایت سایر افراد جامعه دارند. یک نظام با حمایت مالی کامل نیازمند مقدار هنگفتی یارانه‌های بین‌بخشی (عمودی)<sup>۱</sup> هم از سمت افراد غنی به سمت افراد فقیر و هم از طرف افراد کم‌ریسک به طرف افراد پر ریسک است. هر کشوری باید تعریف کند که چه سطحی از یکپارچگی برای توانمند کردن این یارانه‌های بین‌بخشی مناسب است. سیاستگذاران می‌توانند در هر زمان یکپارچگی را اجباری کنند ولی میزان کافی از یکپارچگی ذاتی در جامعه به منظور اجرا و حفظ این یارانه‌ها در درون بیمه اجتماعی سلامت لازم است.

پنج عامل تسهیل‌کننده مورد بحث می‌توانند در درجات کمتر یا بیشتر مطرح شوند. با وجود این، تصدی‌گری دولت هنوز برای استقرار و هدایت فرایندی که منجر به بیمه اجباری سلامت برای همه می‌شود لازم است. یکی از عناصر مهم تصدی‌گری دولت این است که ذینفعان مختلف و جامعه به طور وسیعی در فرایند سیاستگذاری سهیم شوند. مباحث سیاسی آزاد و دسترسی به اطلاعات مالی به مردم کمک می‌کند که به دولت و سایر سازمانهای درگیر در اجرای بیمه اجتماعی سلامت اعتماد کنند. بنابراین، از این طریق به مشارکت‌کنندگان در بیمه اجتماعی سلامت، یعنی ارائه‌کنندگان و جامعه (مثلاً از طریق انجمن‌های اجتماعی و حرفه‌ای) اطمینان می‌دهد تا با سیاستگذاران در طراحی بیمه اجتماعی سلامت تعامل داشته باشند. در ادامه به اهمیت نسبی این فاکتورها برای ۸ کشور دارای بیمه اجتماعی سلامت توسعه‌یافته اشاره می‌شود.

## 1. Cross-Subsidization

## ۲-۳-۳. به کارگیری تجارب کشورهای منتخب دارای برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت

توسعه یافته:

### • سطح درآمد

جالب است بدانیم بیمه سلامت در این ۸ کشور زمانی آغاز شده است که آنها کشورهایی با درآمد پایین یا متوسط بوده‌اند. در آلمان، سرانه تولید ناخالص داخلی در زمان قانون ۱۸۸۳ بیسمارک ۲۲۳۷ دلار آمریکا بود. سرانه تولید ناخالص داخلی اتریش زمانی که برنامه بیمه سلامت و سوانح صنعتی ۸۸-۱۸۷۸ برای کارگران ایجاد شد، برابر با ۲۴۲۰ دلار آمریکا بود. در بلژیک، در زمان شناخت صندوق‌های تعاونی سلامت در ۱۸۵۱، سرانه تولید ناخالص داخلی ۱۸۰۸ دلار آمریکا بود. حتی در ژاپن و جمهوری کره، که دوره انتقال به طور قابل ملاحظه‌ای کوتاهتر بود، سرانه تولید ناخالص داخلی در سطح مشابهی قرار داشت. در ژاپن، در حدود سال ۱۹۲۲ که قانون بیمه سلامت برای کارگران تصویب شد، سرانه تولید ناخالص داخلی برابر با ۲۱۴۰ دلار آمریکا بود. در جمهوری کره، در حالی که سطح سرانه درآمد در زمان تصویب اولین قانون بیمه سلامت کاملاً پایین بود (سرانه ۲۰۹ دلار آمریکا) در ۱۹۷۷ زمانی که دوره اجباری آغاز شد، سرانه تولید ناخالص داخلی ۱۰۱۲ دلار بود.

به علاوه، رشد اقتصادی هر یک از این کشورها طی دوره انتقال بالا یا حداقل دارای ثبات بود. در بلژیک و آلمان سرانه تولید ناخالص داخلی تا ۱۹۷۰ بیش از ۵ برابر شد، در حالی که سرانه تولید ناخالص داخلی اتریش چهار برابر شد. بنابراین این کشورها ظرفیت اقتصادی پایدار را از میانه قرن ۱۹ توسعه دادند و از این طریق تشکیلات مالی بیمه اجتماعی سلامت را تسهیل کردند. در کاستاریکا، رشد اقتصادی در سالهای دهه ۵۰، کاملاً بالا بود و نرخ رشد تولید ناخالص داخلی به ۷ درصد رسید. این رشد توسعه اولیه در مورد ژاپن، رشد درآمد پایدار بود اگرچه چشمگیر نبود (۲/۹ درصد بین سالهای ۱۹۲۰ تا ۱۹۴۰). بین سالهای ۱۹۴۰ و ۱۹۶۱، رشد تولید ناخالص داخلی با میانگین نرخ رشد ۱/۷۵ درصد در هر سال ادامه یافت. با این حال، تا ۱۹۶۱، سرانه تولید ناخالص داخلی تا ۵۱۵۰ دلار آمریکا (یا بیش از دو برابر مقدار سرانه تولید ناخالص داخلی در ابتدای سالهای دهه ۴۰) ترقی یافت. نرخ رشد سالانه در جمهوری کره بسیار بالا بود (۱۳/۳ درصد). تا سال ۱۹۸۹ زمانی که پوشش فراگیر ایجاد شد، سرانه تولید ناخالص داخلی طی ۱۲ سال بیش از چهار برابر شد و به ۴,۹۹۴ دلار آمریکا رسید.



### • ساختار اقتصادی

در تمامی کشورهای اروپای غربی و آسیایی که مورد تحلیل قرار گرفتند، بخشهای رسمی در طول دوره انتقال افزایش یافت. این مسئله موجب شد تا این کشورها بتوانند ثبت نام کارگران را به طور مستقیم افزایش دهند (شامل کارگران بخش صنعت و معدن و بخش کشاورزی). برای مثال، در آلمان، کارگران کشاورزی و جنگلداری تقریباً در سال ۱۹۱۱ تحت پوشش قرار گرفتند. و در جمهوری کره مشخص شده است که پدیده رشد بالا بسرعت ساختار اقتصادی را تغییر داده و اینکه رشد بخش رسمی اقتصاد ابزاری برای توسعه بیمه اجتماعی سلامت بوده است.

### • توزیع جمعیت

تقویت بخش رسمی در کشورهای مورد مطالعه با رشد شهرنشینی و افزایش تراکم جمعیت همبستگی دارد. صرفه جویی در هزینه های اداری را می توان نتیجه این تکامل تدریجی خاص دانست، بویژه به عنوان نتیجه کارایی بیشتر در شناسایی و ثبت نام اعضای بیمه اجتماعی سلامت و در نتیجه جمع آوری حق عضویت ها. برای مثال در جمهوری کره جمعیت شهری ۳۶/۶ درصد از کل جمعیت را در ۱۹۶۶ تشکیل می داد (۳ سال پس از معرفی بیمه اختیاری سلامت). این درصد در سال ۱۹۷۵ به ۴۸/۴ درصد رسید (۲ سال قبل از اجباری شدن بیمه اجتماعی سلامت) و در سال ۱۹۸۰، جمعیت شهری تقریباً ۵۷/۳ درصد کل جمعیت را در برمی گرفت. چنین تکاملی به سرعت زیاد انتقال به پوشش فراگیر در جمهوری کره کمک کرده است.

### • توانایی مدیریت

درباره تجربه آلمان، این اعتقاد وجود دارد که صندوقهای امداد اختیاری که پیش از اولین قانون بیمه سلامت اجباری وجود داشتند، به عنوان مرحله آزمایشی و آموزشی برای توسعه مهارتها در مدیریت بیمه و علم محاسبات در سطح صندوق و برای تنظیم قوانین بیمه ای در سطح دولت به کار گرفته شده اند. احتمالاً تعبیری مشابه را برای سایر کشورهایی که صندوقهای اختیاری در آنها قبل از اولین قانون رسمی عمل می کرده است می توان به کار برد. در جمهوری کره وجود مدیران آموزش دیده یکی از ابزارهای توسعه بیمه اجتماعی سلامت بوده است.

### • یکپارچگی

در مورد این عامل نیز می‌توان تعبیری مشابه توانایی مدیریت به کار برد. نخستین برنامه‌های اختیاری در آلمان را می‌توان به عنوان مدل‌های آموزشی برای یکپارچگی تعبیر کرد که برقراری یا مشارکت در برنامه‌های بزرگتر را تسهیل، یا به ایجاد ترتیبات اجباری کمک می‌کردند. همچنین لازم است ذکر شود که دستیابی به یکپارچگی از جانب تراست (کارتل) تشکیل شده میان اعضای بیمه شده در مدیریت برنامه‌های اختیاری حمایت می‌شد. در مواردی، رابطه ایدئولوژیکی یا سیاسی به دستیابی به برنامه‌های بزرگتر کمک می‌رساند. برای مثال، در بلژیک در آغاز قرن بیستم صندوق تعاونی سلامت با شرایط سیاسی و ایدئولوژیکی یکسان در ۵ واحد ملی تلفیق شد.

### • تصدی‌گری

اعتقاد بر این است که توانایی دولتها برای ایجاد بیمه سلامت اجباری برای رسیدن به نظام بیمه اجتماعی سلامت دارای بلوغ (رشد یافته) ضروری باشد. بنابراین تصدی‌گری قوی بخشی از دولت، مورد نیاز است. در آلمان، بیسمارک اولین حرکت را به سوی پوشش فراگیر از طریق قانون بیمه سلامت سال ۱۸۸۳ انجام داد و در این راه از تجربه برنامه‌های اختیاری دهه‌های نخست قرن هجده استفاده کرد.

در بلژیک، دولت هدف حمایت اجتماعی فراگیر را از طریق تأیید رسمی صندوق تعاونی سلامت در سال ۱۸۵۱ دنبال کرد. در سال ۱۸۹۴، محدوده فعالیت‌های صندوق‌های تعاونی سلامت از نظر قانونی از طریق دادن اجازه رسمی به آنها برای استفاده از یارانه‌های دولتی گسترش یافت.

اما این اقدامات مثبت دولت همواره تنها در جهت رفاه حال جامعه نیست. سیاست اغلب نقش مهمی بازی می‌کند. برای مثال، مشخص شده است که بیسمارک از این قانون برای تقویت دولت آلمان و جلب حمایت کارگران و واحدهای تجاری استفاده کرده است.

امروزه نیز این مسئله مورد پذیرش است که پس از جنگ جهانی دوم، اصلاحات مهم در بیمه حمایت توسط دولتهایی که دارای علایق عمومی بوده‌اند، ایجاد شده است. مشخصه تاریخی بیمه اجتماعی سلامت در بلژیک، آغاز آن بوسیله ایجاد توافق میان کارفرمایان و کارگران است. برای مثال، در سال ۱۹۴۳ پیش‌نویس موافقت‌نامه‌ای در مورد یکپارچگی

اجتماعی توسط کارفرمایان و اتحادیه‌های تجاری تهیه شد. بعدها این پیش‌نویس مقدمه حکم ۲۸ دسامبر ۱۹۴۶ شد که تأمین اجتماعی را برای کارگران ایجاد کرد. سازمانهای کارفرمایی، اتحادیه‌های تجاری و صندوق‌های بیمه سلامت به ایجاد اصلاحات در مدیریت خود ادامه دادند. آنها در هیئت مدیره آژانس بیمه اجتماعی سلامت بلژیک نماینده دارند. در مورد آلمان، باید به یاد داشت که صندوق‌های بیمه سلامت قانونی و سازمانهای ارائه‌کننده به لحاظ تاریخی ابزاری برای توسعه بیمه اجتماعی سلامت بوده‌اند. آنها خودمختار هستند و تحت نظارت کلی دولت فعالیت می‌کنند. در طول دهه‌های گذشته، این نهادها با توجه به اساس منطقه‌ای بودنشان از طریق جلسات مذاکره و کمیته‌های فدرالی به تدریج به سمت فرایند تصمیم‌گیری متمرکزتر حرکت کرده‌اند.

دولت مرکزی آلمان به نوبه خود نقش خود را در سیاستگذاری سلامت افزایش داده است. برای مثال وزارت سلامت فدرال آلمان اثر مهمی روی استقرار نظام برابرسازی خطر در سال ۱۹۹۳ داشته است.

اتریش تجربه‌ای مشابه آلمان دارد که در آن صندوق‌های بیمه سلامت به صورت خودمختار شروع به کار کردند. اما دولت مرکزی مسئولیت‌های قانونگذاری و اجرایی خود را حفظ کرده است. در ژاپن، حمایت اجتماعی صریحاً قسمتی از سیاست دولت بوده است. در حقیقت، قانون اساسی پس از جنگ در ژاپن تعیین کرد که دولت از توان خود برای ارتقا و توسعه رفاه و تأمین اجتماعی و سلامت عمومی استفاده کند. بنابراین، این قانون اساسی پایه‌ای را برای برقراری تأمین اجتماعی در ژاپن پس از جنگ جهانی دوم فراهم کرد. البته این مورد اخیر به این معنا نیست که در دولتها یک‌جانبه‌گرایی در زمینه سلامت را به تأخیر انداخته‌اند. در واقع، مشخصه سیاست سلامت در این کشور آن است که به طور عملی به عنوان بخشی از دولت در نظر گرفته می‌شود. این مسئله به «هنر توازن در سیاستگذاری سلامت» اشاره دارد که به موجب آن توازن بین گروههای ذینفع بویژه وزارت رفاه و سلامت ژاپن (با حفظ وظیفه‌اش در مدیریت مراقبت‌های سلامت) و انجمن پزشکی ژاپن (با حفظ تمایزش در استقلال حرفه‌ای) ایجاد شده است.

در اسرائیل، تصدی‌گری از طریق اجرای اصلاح عمده در تأمین مالی سلامت در سال ۱۹۹۵ حاصل شده است. اگرچه ۹۶ درصد از جمعیت تا سال ۱۹۹۰ تحت پوشش قرار داشت، و این امر علی‌رغم عضویت داوطلبانه حاصل شد، از دهه ۸۰ نارضایتی عمومی از نظام، هم از جانب

مردم و هم ارائه کنندگان (به طور عمده به دلیل صف‌های طولانی انتظار و پرداخت‌های زیر میزی) آشکار شد.

به علاوه بزرگترین صندوق بیمه سلامت، به دلیل بروز معضل دستچین کردن بیماران در صندوق‌های کوچکتر، با مشکل مالی شدید مواجه شد. بعد دولت از دادگاه عالی تقاضا کرد تا یک کمیسیون بازرسی دولتی را با ۵ عضو در نظام مراقبت سلامت اسرائیل در ۱۹۸۸ تعیین کند. یکی از مهمترین توصیه‌ها در گزارش کمیسیون (که در آگوست ۱۹۹۰ ارائه شد) ایجاد قانون بیمه سلامت ملی بود که هر شهروندی را ثبت‌نام و چارچوبی قانونی را برای تأمین مالی و تدارک مراقبت‌های سلامت تعیین کند. یک نهاد ملی بیمه سلامت حق مشارکتها را جمع‌آوری و سپس آنها را از طریق پرداختهای سرانه به صندوق‌های مختلف بیمه سلامت توزیع می‌کرد. این قانون بعدها در ۱۹۹۵ تصویب شد و برای چندین هدف اساسی به کار گرفته شد. اولین هدف مسئول شمردن دولت برای ارائه خدمات سلامت برای همه جمعیت بود. دومین هدف روشن کردن میزان برخورداری مردم از مراقبت بود، هدف سوم ایجاد تعهد برای پذیرش تمام بیمه‌شدگان بدون توجه به ریسک بیماری آنها و از این طریق کاهش معضل دستچین کردن بود.

#### ۴. خصوصیات برنامه بیمه اجتماعی سلامت کارآمد: ویژگیهای کلیدی برای طراحی

##### ۱-۴. چارچوبی برای تجزیه و تحلیل: یک ارزیابی دومرحله‌ای

۱-۱-۴. مقدمه

اجرای بیمه اجتماعی سلامت نیازمند تدارک اساسی و توجه ویژه است. در این بخش روی مباحث کلیدی طراحی و استفاده از یک چارچوب برای پایش عملکرد برنامه بیمه اجتماعی سلامت، از زمان شروع فرایند اجرای آن برنامه، تمرکز می‌شود.

عملکرد برنامه بیمه اجتماعی سلامت - یا در واقع هر نوع سیستم تأمین مالی - می‌تواند با استفاده از یک روش دو مرحله‌ای ارزیابی شود. در مرحله اول، می‌توان عملکرد بیمه اجتماعی سلامت را برحسب اجزای «تأمین مالی» شامل جمع‌آوری منابع تأمین مالی، تخصیص این منابع و تضمین یک بسته مزایای خاص ارزیابی کرد. این اجزا به طور قابل ملاحظه‌ای با اهداف روشن و واضح «پوشش فراگیر» وابسته هستند.

اما، در حالی که پوشش فراگیر هدف اصلی مکانیسم‌های تأمین مالی است، اجزای آنها

نیازمند بررسی بیشتری هستند. برای مثال، برنامه بیمه اجتماعی سلامت که ۸۰ درصد جمعیت را پوشش داده است ولی تأثیر مثبت اندکی روی وضعیت کلی تندرستی جامعه دارد به نظر نمی‌رسد برنامه کارامدی باشد. این امر، برای مثال ممکن است به این دلیل باشد که بسته مزایا شامل مداخلات هزینه- اثربخشی نیست یا ممکن است به این دلیل باشد که دسترسی به وسیله میزان بالای فرانشیز محدود شده باشد. این بدین معناست که چنین برنامه‌ای دارای پوشش جمعیتی بالایی است ولی مراقبتهای سلامت زیادی را تحت پوشش ندارد.

در مرحله دوم، عملکرد برنامه بیمه اجتماعی سلامت برحسب اجزای تأمین مالی را با تأثیر بیمه اجتماعی سلامت روی اهداف نهایی نظام سلامت (یعنی سلامت، تساوی در دسترسی به سلامت، پاسخگویی، تساوی در پاسخگویی و عدالت در تأمین مالی) ارتباط می‌دهند.

#### ۲-۱-۴. اهداف برنامه بیمه اجتماعی سلامت و اثر آن در اهداف نهایی نظام سلامت

سازمان جهانی بهداشت به تازگی هدف مکانیسم‌های تأمین مالی را به صورت ذیل تعریف کرده است: «هدف تأمین مالی این است که اعتبارات لازم را فراهم سازد، همچنین مشوق‌های مالی مناسبی برای ارائه‌کنندگان خدمات مشخص و تضمین کند که تمام افراد به مراقبتهای عمومی و انفرادی کارا دسترسی پیدا کنند». این بدان معنی است که یک نظام تأمین اجتماعی مالی کارآمد، به عبارت دیگر بیمه اجتماعی سلامت کارآمد، باید اهداف ذیل را دنبال کند:

۱. منابع کافی و پایدار برای ارتقای سلامت تولید کند.
  ۲. این منابع را به صورت بهینه به کار گیرد (به وسیله اصلاح مشوق‌ها و از طریق استفاده مناسب از این منابع).
  ۳. دسترسی مالی تمام افراد به خدمات سلامت را تضمین کند.
- اولین مرحله ارزیابی این سه هدف، به همراه مباحث کلیدی در طراحی بیمه اجتماعی سلامت که از طریق آنها عملکرد بیمه اجتماعی سلامت تجزیه و تحلیل می‌شود، مربوط است. درباره این مباحث کلیدی در ادامه به صورت مفصل مورد بحث قرار می‌شود.
- در مرحله دوم ارزیابی، عملکرد نظام بیمه اجتماعی سلامت باید با توجه به اهداف نهایی نظام سلامت ارزیابی شود. در ابتدا، سلامت (یعنی هدف اولیه نظام سلامت) و وضعیت کلی تندرستی جامعه و توزیع سلامت بین جامعه اهمیت دارد. به هر حال، پیامدهای غیر سلامت نیز

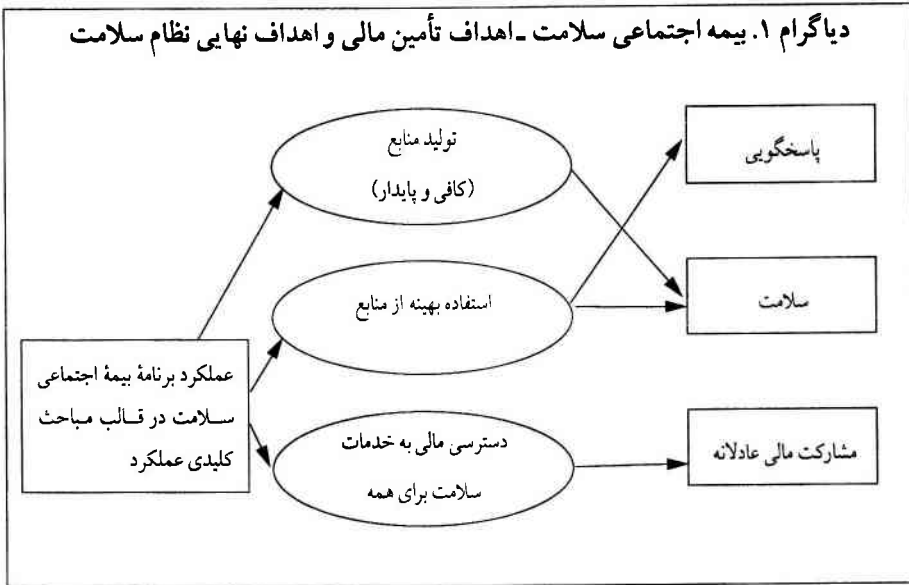
مهم است. پاسخگویی به انتظارات (غیر پزشکی) مردم و عدالت در مشارکت مالی نیز به عنوان اهداف نهایی نظام سلامت شناخته شده است. این سه هدف نظام سلامت به عنوان مبنایی برای چارچوب تحلیل استفاده می‌شود.

نظام سلامت پاسخگو تضمین می‌کند که با افراد با احترام رفتار شود و اینکه نظام نظامی مشتری‌مدار باشد و بین گروه‌های مختلف جامعه تفاوتی قائل نشود. مشارکت مالی زمانی عادلانه است که مخارج سلامت طبق توانایی پرداخت افراد (به جای ریسک بیماری) توزیع شود و اینکه تضمین شود هر فرد از نظر مالی در برابر این ریسک محافظت می‌شود. اهداف نهایی پاسخگویی و عدالت در مشارکت مالی علاوه بر اینکه به خودی خود از اهمیت خاصی برخوردارند، روی هدف اولیه سلامت نیز تأثیر گذارند.

بنابراین در دومین مرحله ارزیابی، برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت باید به صورت کامل از لحاظ این اهداف نهایی نظام سلامت ارزیابی شود. در حقیقت، روشهایی طراحی شده است تا نتایج نظام سلامت را با توجه به این اهداف، در سطوح ملی به صورت کمی در آورد. اساساً، به صورت شفاف، یک برنامه بیمه اجتماعی سلامت که به طور مناسب طراحی شده باشد، باید روشی مؤثر و کارا برای رسیدن به هدف عدالت در مشارکت مالی باشد، و در صورتی تحقق می‌یابد که بیمه اجتماعی سلامت ریسک مالی خود را تقسیم کند و اعتباراتش را بر اساس توانایی پرداخت افراد کسب کند.

همچنین بیمه اجتماعی سلامت، همانند هر مکانیسم تأمین مالی دیگری، به وسیله فراهم کردن منابع برای سلامت و مدیریت چگونگی مصرف این منابع، روی وضعیت تندرستی کلی و نیز توزیع آن در سطح جامعه تأثیر می‌گذارد. سرانجام، مکانیسم بیمه اجتماعی سلامت مناسب می‌تواند به وسیله اصلاح مشوق‌های مربوط به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت روی هدف پاسخگویی تأثیر مثبت داشته باشد.

عملکرد برنامه بیمه اجتماعی سلامت در مستطیل سمت چپ دیاگرام به تصویر کشیده شده است. اما اینکه چگونه این برنامه در قالب مباحث کلیدی لازم برای طراحی به طور مناسب عمل می‌کند، در ادامه، - همراه با پیشنهاد تعدادی شاخص سنجش عملکرد، - مورد بحث قرار خواهد گرفت. این شاخص‌های عملکرد نشان خواهد داد که چگونه اهداف تأمین مالی (اولین مرحله ارزیابی) برآورده می‌شود. سپس ارتباط بین این اهداف (تأمین مالی) و اهداف نهایی نظام سلامت (مرحله دوم ارزیابی) اثبات می‌شود.



فلش‌ها نشان می‌دهد که چگونه عملکرد برنامه بیمه اجتماعی سلامت روی اهداف نهایی نظام سلامت تأثیر می‌گذارند (فلش غیرممتد نشان‌دهنده رابطه ضعیف‌تر است) و همچنین ارتباط بین مرحله اول و دوم ارزیابی را نشان می‌دهد. اولین مرحله ارزیابی، با جنبه‌های مالی و اجرایی بیمه اجتماعی سلامت ارتباط نزدیکی دارد و احتمالاً برای افرادی که مسئولیت اجرایی در توسعه بیمه اجتماعی سلامت دارند، اهمیت خاصی خواهد داشت. این بدان معنی نیست که مرحله دوم ارزیابی اهمیت کمتری دارد. اما به هر حال به دلیل پیچیدگی آن این مرحله نیازمند بررسی جداگانه و تکمیل‌تری است. برای مثال، سلامت و تساوی در دسترسی به سلامت به عواملی نظیر سطح توسعه اقتصادی و شماری از خصوصیات اقتصادی - اجتماعی و اپیدمیولوژیکی، که خارج از حیطه تأمین مالی نظام سلامت هستند وابسته است. همچنین پاسخگویی نیز ممکن است این‌گونه باشد. بنابراین لازم است از روش‌های کاربردی استفاده شود، به طوری که هرگونه اثر «خالص» بیمه اجتماعی سلامت روی اهداف نظام سلامت قابل شناسایی باشد.

## ۲-۴. تمرکز روی اولین مرحله ارزیابی عملکرد

### ۱-۲-۴. بیمه اجتماعی سلامت و وظایف فرعی نظام تأمین مالی سلامت

در ابتدا توجه شود که جنبه‌های مختلف یک نظام سلامت می‌تواند به چهار وظیفه گسترده و

مرتبط به هم تقسیم‌بندی شود. این وظایف عبارت است از: تدارک خدمات سلامت، ایجاد منابع (از طریق سرمایه‌گذاری و آموزش) برای ارائه این خدمات، تأمین مالی این خدمات و تصدی‌گری یا سرپرستی نظام سلامت.

به خاطر سپردن این وظایف، بویژه جنبه تصدی‌گری، هنگام بررسی عملکرد برنامه‌های بیمه اجتماعی سلامت حائز اهمیت است. در هر حال، در اینجا تمرکز روی وظیفه تأمین مالی بیمه اجتماعی سلامت است. تحلیل ما به کمک سه وظیفه فرعی و مرتبط به هم تأمین مالی نظام سلامت، یعنی جمع‌آوری عایدات، یک کاسه کردن ریسک (انباشت خطر) و خرید، صورت می‌گیرد. شاخص‌های سنجش عملکرد نیز طبق این وظایف فرعی طبقه‌بندی می‌شود.

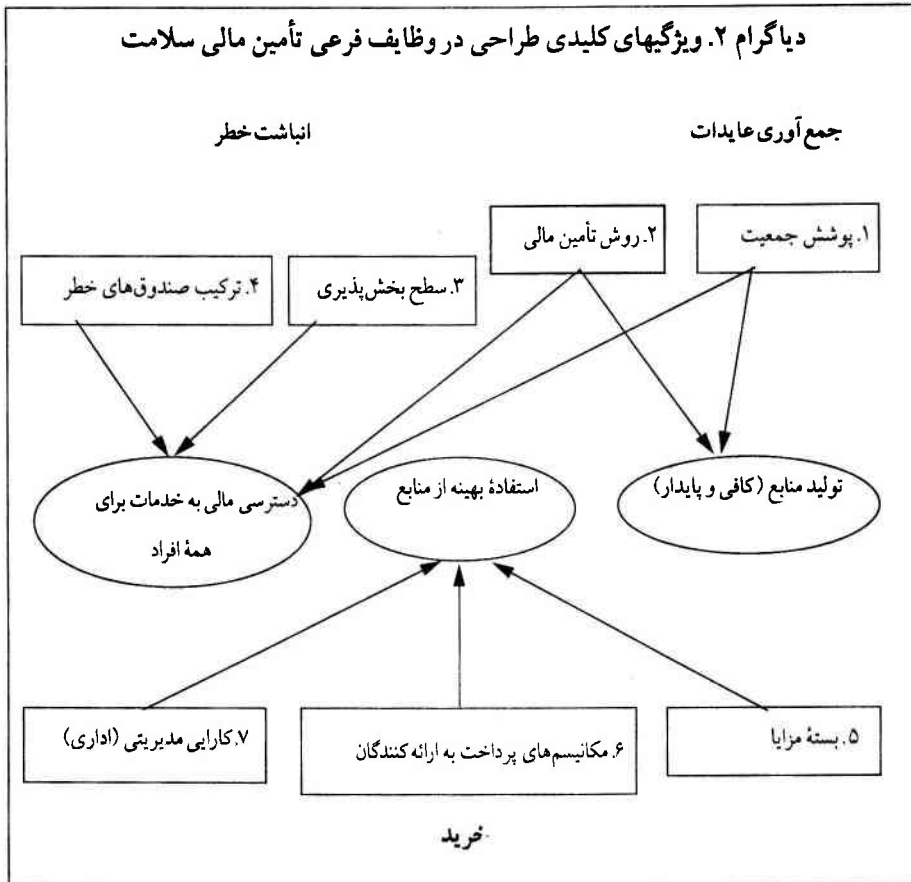
**جمع‌آوری عایدات** را می‌توان به عنوان فرایندی که به وسیله آن نظام سلامت از خانواده‌ها، شرکتها، دولت و دیگر سازمانها (شامل سازمانهای اهداکننده «خیریه») پول دریافت می‌کند، تعریف کرد. یک کاسه کردن، جمع‌آوری و مدیریت این عایدات به منظور توزیع ریسک پرداخت برای مراقبتهای سلامت میان تمام اعضای صندوق است و بنابراین افراد، ریسک (بیماری) خودشان را به مدت طولانی بر پایه فردی تحمل نمی‌کنند.

خرید فرایندی است که به وسیله آن، این مشارکتهای (حق‌بیمه‌های) انباشت‌شده برای پرداخت به ارائه‌کنندگان به منظور ارائه یک مجموعه مشخص یا نامشخص از مداخلات سلامت استفاده می‌شود. خرید می‌تواند یا به صورت منفعل صورت گیرد یا به صورت استراتژیک. خرید منفعل به آسانی طبق بودجه‌های از قبل تعیین شده یا پرداخت صورت‌حسابها هنگام ارائه آنها صورت گیرد. عموماً خرید استراتژیک ترجیح داده می‌شود، زیرا در این نوع خرید برای خرید بهترین خدمات سلامت، چگونگی خرید و نوع ارائه‌کنندگان جستجوی دائمی صورت می‌گیرد.

## ۲-۲-۴. ارزیابی عملکرد برحسب مباحث کلیدی عملکرد

هفت مبحث کلیدی طراحی برای ارزیابی بیمه اجتماعی سلامت برحسب وظایف فرعی تأمین مالی شامل جمع‌آوری عایدات، یک کاسه کردن (انباشت) و خرید، در این بخش مطرح می‌شود. دیاگرام زیر این مباحث و روابط آنها با سه هدف تعریف‌شده در بخش قبل را نشان می‌دهد.





برای ارزیابی عملکرد در هر یک از این هفت مبحث کلیدی طراحی تا آنجا که امکان دارد شاخص های ارزیابی عملکرد قابل سنجش تعریف می شود. به علاوه، درباره جنبه های عملکرد در ارتباط با این مباحث طراحی بیشتر بحث می شود. خلاصه ای از ارزیابی عملکرد در این مباحث کلیدی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

### ۳-۴. نقش دولت در زمینه سازی برای استقرار نظام بیمه اجتماعی سلامت

این بخش از مقاله در مورد عوامل مهمی که می تواند انتقال به سمت پوشش فراگیر را تسهیل کرده و از تجربه استقرار بیمه اجتماعی سلامت در کشورهای منتخب کسب شده است، بحث

جدول شماره ۲. صلاکد بیمه اجتماعی سلامت در قالب هفت مبحث کلیدی طراحی

جمع آوری عایدات		
۱. پوشش جمعیت		
- کلی / در سطح کلان	درصد جمعیت تحت پوشش بیمه اجتماعی سلامت	پارانه‌های مستقیم دولت چه میزان است؟
- به وسیله گروه‌های جمعیتی خاص	پوشش به وسیله گروه‌های اقتصادی - اجتماعی	
۲. روش تأمین مالی		
- کلی	نسبت مشارکت‌های پیش‌پرداخت به کل هزینه مراقبت‌های سلامت	منابع مختلف تأمین مالی صندوق‌ها - مالیات حقوق در مقابل ترکیبی از دیگر منابع درآمدی
ب) حفاظت در برابر مخارج کمرشکن		
- کلی	درصد خانوارهای مواجه با مخارج کمرشکن	آیا هزینه‌ها ثابت است یا بر پایه درآمد تعیین می‌شود؟
- به وسیله گروه‌های جمعیتی خاص	مخارج کمرشکن صورت‌گرفته توسط گروه‌های اقتصادی - اجتماعی	
ابنابثت خطر		
۳. سطح بخش‌پذیری		
	آیا صندوق‌های خطر متنوع است؟ اگر چنین است، آیا ابزارهای برابرسازی خطر وجود دارد؟	صندوق‌های انفرادی در مقابل صندوق‌های گوناگون (مرکب):

ادامه جدول شماره ۲.

<p>- صندوق های انفرادی: سطح تمرکززدایی - صندوق های گوناگون: ویژگی های اعضای صندوق های مختلف، با حق مشارکتها و مزایای متفاوت؟ - رقابت بین صندوق ها؟</p>		
<p>واحد حق انتراک چیست؟</p>	<p>آیا عضویت اجباری است؟</p>	<p>۴. ترکیب صندوق های خطر</p>
<p>خرید</p>		
<p>طبیعت قرارداد بین ارائه کننده و صندوق بیمه اجتماعی سلامت چگونگی شاخص های کارایی و عدالت در بسته مزایا منعکس شده است؟</p>	<p>آیا مکانیسم های پایش - از جمله مکانیسم رسیدگی به درخواست بیماران، اطلاعات مربوط به حقوق مدعیان، کمیته ارزشیابی کارکنان و رسیدگی به شکایات و... وجود دارد؟</p>	<p>۵. بسته مزایا</p>
<p>آیا مشوق های سرود استفاده برای ارائه کنندگان سرچوب کنترل هزینه ها و ارائه مزایای با کیفیت به وسیله آنها شده است؟</p>	<p>موضوعات طراحی بیشتری را مد نظر قرار دهید</p>	<p>۶. مکانیسم های پرداخت به ارائه کنندگان</p>
<p>سروش های بروجه؛ خروج مداخلات کم هزینه از بسته مزایا</p>	<p>درصد هزینه های اداری از کل هزینه ها</p>	<p>۷. کارایی مدیریتی (اداری)</p>

می‌کند. عامل تسهیل‌کننده ضروری، بر اساس تجارب این کشورها، تصدی‌گری است و وظایف اصلی تصدی‌گری برای اجرای بیمه اجتماعی سلامت به شرح زیر است.

اولین وظیفه تصدی‌گری تعریف یک استراتژی شفاف و منطبق برای تدوین ویژگیهای اصلی طراحی یک مکانیسم بیمه اجتماعی سلامت است. این ویژگیها عبارت است از:

(۱) محدوده زمانی برای پوشش منظم جامعه یا گروههای خاصی از جامعه، (۲) تعریف مشارکت‌کنندگان و ذینفعان، (۳) منابع تأمین مالی برای مشارکت در بیمه اجتماعی سلامت، (۴) نحوه تخصیص این وجوه و روشهای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمت و (۵) چارچوب سازمانی و مدیریتی.

پس لازم است این استراتژی به پیش‌نویس قانون بیمه اجتماعی سلامت منجر شود. این پیش‌نویس شامل اصول کلی پوشش فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت، و ویژگیهای اصلی طراحی و آیین‌نامه‌های اجرایی است که جزئیات این ویژگیهای طراحی را بیان می‌کند. همچنین باید یک جدول زمانی برای استقرار بیمه اجتماعی سلامت ترسیم شود، بویژه زمان تصویب قانون بیمه اجتماعی سلامت و نقطه شروع اجرای بیمه اجتماعی سلامت باید در آن مشخص شود.

اجرا به خودی خود نیازمند تصدی‌گری پیوسته دولت خواهد بود. برای شروع استقرار برنامه انجام وظایفی لازم است، از جمله اینکه اطمینان داشته باشیم ظرفیت مدیریتی لازم برای اجرای برنامه وجود دارد؛ اینکه خدمات سلامت موجود در بسته مزایا قابل ارائه است و اینکه استقرار برنامه بیمه اجتماعی سلامت قابل پایش و ارزیابی است. در بخش قبل خلاصه‌ای از شاخص‌های سنجش عملکرد برای تسهیل این پایش و ارزیابی ارائه شد.

## ۵. نتیجه‌گیری

در بخش آخر در خصوص نقش دولت در استقرار نظام بیمه اجتماعی سلامت، بر نقش تصدی‌گری دولت در استقرار و هدایت انتقال به سمت پوشش فراگیر بیمه اجتماعی سلامت تأکید شد. عواملی که در تسهیل این انتقال ضرور شناخته شد عبارت است از: سطح درآمد، ساختار اقتصادی، توزیع و پراکندگی جمعیت، توانایی کشور برای مدیریت بیمه اجتماعی سلامت و سطح یکپارچگی جامعه. همچنین ضرور است که سیاستگذاران این عوامل را در نظر بگیرند و سعی کنند از این عوامل به عنوان اهرم‌های سیاسی استفاده کنند. ارتقای ظرفیت

مدیریتی (اداری) و ایجاد سطوح کارآمدی از یکپارچگی به فاکتورهایی وابسته‌اند که مستقیم تأثیرپذیر از تصدی‌گری دولت هستند.

بنابراین روشن است که ایجاد بیمه اجتماعی سلامت در کشوری خاص تا حد زیادی به محیط سیاسی و اقتصادی - اجتماعی آن کشور بستگی دارد. از همه مهمتر این که تمام سیاستهای بیمه اجتماعی سلامت که طراحی و تصویب می‌شود باید کارآمد و واقعی باشد. بویژه سیاستهایی که در ۷ مبحث کلیدی طراحی (پوشش جمعیت، روش تأمین مالی، سطح بخش‌پذیری، ترکیب صندوق‌های بیمه درمان، بسته مزایا، مکانیسم‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات و کفایت مدیریتی) تدوین می‌شوند، در تضمین اینکه اهداف پوشش فراگیر تحقق پیدا کنند، حیاتی هستند. البته رسیدن به پوشش فراگیر زمان‌بر است. در این دوره انتقال، مجموعه‌ای از شاخص‌های سنجش عملکرد پوشش فراگیر، برای سنجش پیشرفت مؤثر خواهد بود. پوشش فراگیر که به معنای دسترسی مطمئن به مراقبتهای سلامت پایه با قیمت قابل پرداخت برای همه افراد است، هدف نهایی بیمه اجتماعی سلامت است. این مقاله نشان داد که برای دستیابی به این هدفها با استفاده از تحلیل فرایند انتقال و بیان ویژگیهای برنامه بیمه اجتماعی سلامت کارآمد چه باید انجام داد. بیمه اجتماعی سلامت نه تنها می‌تواند به عدالت بیشتر در تأمین مالی و پاسخگویی مناسب منجر شود، بلکه همچنین می‌تواند در رسیدن به هدف نهایی سلامت بهتر برای همه افراد جامعه کمک کند.