

گزارشی از، سازمان بهداشت جهانی (WHO)

« طرح‌های بیمه خدمات درمانی در بخش غیر رسمی (دولتی) »

* ترجمه: کاوه مهر

پیشگفتار:

این گزارش حاوی اهم پیشنهادات و راه‌کارهایی است که در پی یکی بررسی جامع و کلی توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) در دهه گذشته انجام شده‌است. این بررسی شامل ایجاد یک پایگاه آماری و همچنین گزارشی با بخش‌های مجزا و انجام مشاوره و نظرخواهی با کارشناسان بیمه درمان سازمان‌های بین‌المللی، طرح‌های بیمه‌ای و سیاستگذاران با سابقه درمان کشورهای در حال توسعه برای بخش غیر رسمی (دولتی) می‌باشد. گزارش و اطلاعات آماری ارائه شده بیش از ۸۰ طرح بیمه درمانی را در برمی‌گیرد. طرح‌های مورد بررسی اکثراً مربوط به مشارکت در هزینه توسط خود افراد، خانواده‌ها یا روستاییان هست که به طرح پیوسته‌اند. یک گروه بزرگ از زیر مجموعه طرح‌ها منحصراً بر روی میزان هزینه بستری شدن در بیمارستان تمرکز داشته، گروه دیگر از این زیر مجموعه بر روی هزینه‌های دارویی و مراقبت‌های اولیه معطوف بوده و گروه سوم به مراقبت‌های اولیه با توجه به نوع سیستم ارجاع، بیمار می‌پردازد.

این گزارش بیشتر طرح‌های مشارکت در هزینه را از قبیل «حساب‌های پس‌انداز درمانی» یا «حق بیمه‌ای» که تمام یا بخشی از هزینه‌های درمانی را تنها برای شخص یا خانواده پرداخت می‌نماید، مورد بحث قرار می‌دهد.

* اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل صندوق تأمین اجتماعی

در تمامی طرح‌های بررسی شده، هزینه میان تعداد خانواده‌های بیشتری تقسیم می‌شود، برخی از این طرح‌ها در سطح ملی اجرا شده‌اند، هر چند که عضویت تقریباً در تمامی آنان بطور اختیاری باید صورت پذیرد.

تعداد کمی از کشورهای در حال توسعه متحمل مخارج خدمات درمانی تمامی یا اکثریت جمعیت خود می‌شوند. تحولات گسترده اخیر در سیستم درمان از قبیل بالا رفتن سهم هزینه بیمار، کاهش مخارج دولت و فعالتر شدن بخش خصوصی در ارائه خدمات درمانی اغلب موجب گردیده است که افراد برای استفاده از خدمات درمانی، فشارهای مالی بیشتری را متحمل گردند.

با این وجود بخش‌های بزرگی از جمعیت در کشورهای کم درآمد هیچ‌گونه امکانات مالی یا فیزیکی مؤثر برای دریافت خدمات درمانی محلی با کیفیت بالا را ندارند، بخصوص افرادی که از راه کشاورزی امرار معاش می‌کنند و یا خویش فرمایان و یا کسانی که در روستا و یا شهر در بخش‌های غیر دولتی مشغول بکارند و روز به روز هم بر تعداد آنها افزوده می‌شود. کسانی که در بخش دولتی شاغل هستند به طور معمول در وضعیت مطلوب‌تری بسر می‌برند و راحت‌تر می‌توانند تحت پوشش طرح‌های بیمه قرار گیرند چرا که درآمد آنها مشخص بوده و به آسانی می‌توان از آن مالیات (حق بیمه) کسر نمود.

دولت‌ها، سازمان‌های بین‌المللی و به ویژه سازمان‌های غیردولتی (NGOs) در سال‌های اخیر، در زمینه افزایش حمایت در برابر مخارج درمانی افرادی که در بخش غیردولتی شاغلند، طرح‌های ابتکاری بسیاری را به اجرا درآورده‌اند. این طرح‌ها شامل نوآوری در تأمین مالی با مشارکت مردم، مانند «طرح ابتکاری باماکو» که در بسیاری از کشورها رواج یافت، می‌باشد، ضمناً ایجاد اعتبار اجتماعی یا تنخواه گردان جمعی برای خرید دارو و توسعه چندین سیستم متفاوت بیمه اجباری نیز موجب تقسیم زیان‌های مالی در بین افراد می‌گردد. بسیاری از این طرح‌ها به طور مختص برای

حمایت از جمعیت روستایی و تعداد روبه‌تزايد شهرنشینان شاغل در بخش غیردولتی انجام پذیرفته‌است.

اخيراً تعدادی از این طرح‌های ابتکاری توسط سازمان بهداشت جهانی که تأکید بر توسعه طرح‌های بیمه‌درمانی دارد مورد بررسی قرار گرفته‌است. نتایج بدست آمده از این بررسی بسیار سودمند می‌باشد. هدف از این گزارش انتخاب چکیده‌ای از این طرح‌های ابتکاری و ترغیب دولت‌ها به حمایت از آنها می‌باشد. البته هنوز بسیار زود است که به طور کامل به عوامل تعیین‌کننده موفقیت یا شکست این نوع از بیمه دست یابیم و لازم است که تلاش مستمری برای ارزیابی و دستیابی به آنها صورت گیرد.

غالب دولت‌ها درصدد هستند تا قابلیت دسترسی، کیفیت و کارایی خدمات درمانی را بهبود بخشند. طرح‌های بیمه‌درمان برای کارکنان بخش‌های غیررسمی اگر به صورت مناسب، برنامه‌ریزی و مدیریت گردند وسیله‌ای برای نیل بیشتر به این اهداف می‌باشند؛ با مشارکت جامعه در طرح‌های خدمات درمانی و فراگیر نمودن این مشارکت در میان بیماران و افراد سالم، منابع بیشتری می‌تواند در بخش خدمات درمانی بکار گرفته شود. در این صورت کیفیت درمان نیز بالا می‌رود. همچنین پذیرش مسئولیت بدلیل مشارکت اجتماعی ایجاد شده و می‌تواند کارایی را افزایش داده و کیفیت آن را بالاتر برد.

اما طرح‌های بیمه درمان برای کارکنان بخش‌های غیررسمی تنها یک مکانیسم تأمین مالی نمی‌باشد بلکه در صورت برنامه‌ریزی صحیح تأثیر مثبت بیشتری را بر روی سازماندهی و ارائه خدمات درمانی می‌گذارد. این طرح‌ها می‌توانند به بالا رفتن درآمدهای اضافی در زمینه درمان در درجه‌های مختلف کمک نمایند، اما تنها درجایی موفق هستند که این درآمد اضافه مکمل منابع دولت بوده و جانشین آنها نگردد.

بعید بنظر می‌رسد که تضمین قابلیت دسترسی کم درآمدترین قشر جامعه به خدمات اولیه درمانی از طریق بیمه درمان «خودگردان» امکان‌پذیر باشد. استمرار نیاز به کمک مالی دولت برای تضمین دسترسی افراد کم‌درآمد همچنان وجود خواهد داشت. کمک‌های مالی می‌تواند مستقیماً از طریق ارائه‌دهندگان خدمات درمانی و یا صندوق‌های بیمه جریان یابد. مناسب‌تر بودن این روش‌ها به ساختار کلی و اهداف سیستم درمان بستگی دارد. اگر کمک‌های مالی دولت از طریق صندوق بیمه جریان پیدا نماید، می‌تواند به تقویت نقش خرید صندوق و یا مقامات درمان محلی کمک نماید.

دولت‌ها دارای نقش مهمی در جهت اجرای بهتر برنامه‌ریزی‌های مطلوب و عملکرد طرح‌های بیمه درمان در خصوص کارکنان بخش‌های غیررسمی می‌باشند، همچنین دولت باید تضمین نماید. طرح‌ها دارای اجازه قانونی برای ادای وظیفه به عنوان یک ارگان رسمی باشند. در حال حاضر، در بعضی از کشورها طرح‌ها بصورت غیر رسمی مشغول فعالیت هستند. بنابراین، دولت‌ها باید قوانین موجود را برای تضمین آن‌که طرح‌های مصوب از طرف مقامات قانونی از حمایت، امنیت و مسئولیت‌پذیری برخوردار گردند، مورد بازنگری قرار دهند.

طرح‌های موجود فرصت بهره‌مند از تجارب و به بحث گذاشتن استراژی‌ها را دارند.

امکانات حمایت‌های تکنیکی، مشاوره و آموزش برای گروه‌هایی که تمایل به برقراری چنین طرح‌هایی دارند و یا قبلاً این طرح‌ها را اجرا نموده‌اند در دسترس می‌باشد؛

طرح‌ها به صورت مناسب نظارت و ارزیابی می‌گردند؛

زمینه‌های توسعه و بهبود استراتژی فراهم بوده تا همواره طرح‌ها بتوانند راه تکامل را به پیمایند به طور مثال با استفاده از قدرت خرید خود به صورت فعالانه بتوانند هزینه‌ها را کنترل نموده و موجب بهبود کیفیت و دسترسی بیشتر به خدمات را فراهم آورند.

در کشوری که چند طرح در حال اجرا باشد وجود یک ارگان متشکل از نماینده دولت و نمایندگان از سایر طرح‌ها به عنوان ناظر ضروری می‌نماید.

تعداد بسیار اندکی از کشورها از یک سیاست صریح در مورد راهکارها و نظارت بر قوانین بیمه درمانی برای افرادی که مشمول بخش رسمی نمی‌باشند برخوردارند.

یک چارچوب و خط مشی معین می‌تواند به عنوان یک ابزار ارزشمند، از رشد یک طرح حمایت نموده و موجب تحکیم و تکمیل اهداف و روش‌های درمانی ملی گردد. یک چارچوب سیاست‌ها به این معنی است که شرح کاملی از مسئولیت‌ها و نقش حامیان اصلی طرح را مانند جوامع، سازمان‌های بیمه، دولت و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی ارائه نماید. چنین چارچوبی یک طرح کامل و بی نقص نبوده ولی به عنوان یک طرح انعطاف‌پذیر و نیز مشاوره‌ای می‌تواند زمینه‌های نوآوری و تغییرات را فراهم آورد. این چارچوب باید از طریق به بحث و مشاوره گذاشتن و با بهره‌جویی از دانش سیاستگذاران و افرادی که اجرای این گونه طرح‌ها را تجربه نموده‌اند، توسعه یابد. توسعه چنین طرح‌هایی نشان داده‌است که خود یک پروسه انطباقی تداوم یافته می‌باشد و باید چارچوب آن بر اساس تجارب ملی و بین‌المللی استوار گردد.

خطوط کلی پیش‌نویس مقدماتی شامل موارد زیر می‌باشد:

- بازنگری و ارزیابی وسعت، دامنه و ماهیت طرح‌های بیمه‌ای یا اجباری موجود مرتبط با خدمات درمانی.

- شناسایی گروه‌هایی که در حال حاضر مورد حمایت بیمه نبوده و در زمان نیاز به خدمات درمانی با مشکلات مالی مواجه می‌باشند.

- ارزیابی چگونگی ارتباط طرح‌های موجود و پیشنهادی، در حمایت (یا مخالفت) با اهداف خط‌مشی درمانی موجود.

دولت‌ها از قبل در فکر چاره‌جویی و انجام اقدام‌های برای حل این مشکل بوده‌اند و لزومی ندارد خود را ملزم به انجام تمامی این مراحل بدانند. ولی بهر حال دولت‌ها باید با مشارکت گروه‌های مرتبط اقدام‌ها جدیدی را آغاز نمایند.

- برخی از مشکلاتی که طرح‌های بیمه‌اغل با آنها برخورد می‌نمایند بستگی کمتری به نقطه نظر و یا سیاست دولت دارند. بسیاری از طرح‌ها با معضلاتی مواجه هستند که اگر بطور صحیح برنامه‌ریزی شده و یا دارای ساختار مناسبی باشند می‌توان از آنها اجتناب نمود. این برنامه‌ریزی باید متفاوت و قابلیت انعطاف داشته باشد. ایجاد ساختار اساسی و مناسب بخشی از اهداف اصلاحات بشمار می‌آید اما انتخاب آن به عنوان مراحل تغییر نیز از اهمیت خاصی برخوردار است.

پنج هدف کلیدی در برنامه‌ریزی طرح‌های موفقیت آمیز بیمه‌ای

- بسیاری از طرح‌ها به سرعت قابلیت اجرایی خود را از دست می‌دهند زیرا تنها افراد بیمار به آنها می‌پیوندند. هدف طرح‌ها باید تحت پوشش قراردادن مخاطرات در سطح گسترده باشد. طرح‌هایی که بطور کلی دارای عضویت داوطلبانه می‌باشند باعث جذب افرادی که دارای مشکلات درمانی سابقه‌دار هستند می‌شود و در عین حال از جذابیت خاصی جهت افراد تندرست و گروه‌های پردرآمد جامعه برخوردار نمی‌باشند. یک طرح موفقیت آمیز بیمه‌ای مستلزم تحت پوشش قراردادن مخاطرات گسترده هر دو قشر جامعه یعنی تندرست و یا بیمار و همچنین افراد فقیر و ثروتمند می‌باشد. تنها با تعمیم هزینه جهت مخاطرات (بیماری) جزئی و کلی، خدمات درمانی می‌تواند برای عموم جذابیت داشته باشد. عضویت اجباری کل جمعیت در طرح، بهترین راه گسترش بیمه خدمات درمانی است، اما به طور معمول بکارگیری و اجرای آن جهت کسانی که خارج از اشتغال رسمی (دولتی) می‌باشند، دشوار است. جهت اجتناب از «سیاست نامطلوب» که در

نتیجه عضویت داوطلبانه (آزاد) بوجود می‌آید، گام‌هایی در جهت ایجاد طرح‌های گسترده با پوشش حمایتی وسیع باید برداشته شود. این اقدام از طریق مشخص نمودن سطح عضویت، یعنی ساکنان یک دهکده و یا گروه از مردم آن و یا تمامی خانواده‌ها، میسر خواهد بود. طرح‌هایی که معیارها و ضوابط موجود را در رابطه با خودداری از اتخاذ سیاست‌های نامطلوب رعایت نمی‌نمایند، به سرعت با مشکل مالی مواجه خواهد شد زیرا افراد تندرست بطور فزاینده به این طرح‌ها ملحق نمی‌شوند.

برخی اوقات، در پاسخ به این معضل، طرح‌ها با اصلاح قوانین عضویت خود، گروه‌های محرومی مانند سالمندان را از پوشش بیمه‌ای خود حذف می‌نمایند، اما این اقدام ممکن است از نقطه نظر اجتماعی امری کاملاً نامطلوب جلوه نماید.

- دومین عامل کلیدی در برنامه‌ریزی‌های یک طرح بیمه‌ای، ضرورت ثبت نام و یا احراز سابقه می‌باشد. یعنی مدت زمانی که باید بین ملحق شدن به طرح و واجد شرایط شدن جهت دریافت مزایای مربوطه، سپری گردد. طرح‌هایی که متقاضیان را در هر زمان می‌پذیرند و مزایای مربوطه را سریعاً به آنان ارائه می‌نمایند، به سرعت با مشکل مالی مواجه می‌شوند زیرا افراد فقط در زمان بیماری به این گونه طرح‌ها ملحق می‌شوند. برخی از طرح‌ها دارای مدت زمان ورود محدود می‌باشند مانند زمان برداشت محصولات کشاورزی (زمانی که مردم روستایی اکثراً دارای نقدینگی هستند) به علاوه تعیین مدت زمان انتظار یکماه جهت احراز شرایط دریافت مزایا ضروری است. تعیین احراز سابقه و یا مدت زمان انتظار در طرح‌هایی که پوشش بیمه‌ای را در سطح تأمین هزینه‌های گزاف بیمارستانی و خدمات بستری شدن بیمار ارائه می‌نمایند کاملاً از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

- سومین عامل کلیدی مربوط به سیستم ارجاع می‌باشد. بعضی از طرح‌ها مراقبت‌های بیمارستانی را تحت پوشش قرار می‌دهند، سایر طرح‌ها تمرکز اصلی خود را بر روی مراقبت‌های اولیه درمانی معطوف می‌دارند. نوعی دیگر از طرح‌ها به طور معمول امکانات بیشتری را فراهم می‌آورند. این موضوع بسیار مهم است که تمامی طرح‌ها باید به جای تضعیف سیستم ارجاع به تقویت آن پردازند.

طرح‌هایی که برپایه خدمات بیمارستانی برنامه‌ریزی شده‌اند می‌توانند بیمه‌شدگان را با تشخیص و صلاح‌دید و نیز رعایت سیستم ارجاع به مراکز درمانی ثانویه هدایت نمایند. مجدداً باید تأکید نمود طرح‌هایی که این موانع و یا سیستم ارجاع را حذف می‌نمایند به سرعت به بی‌ثباتی نزدیک می‌گردند، بطوری که برای افراد و ارائه‌کنندگان خدمات درمانی هیچ‌انگیزه‌ای برای به حداقل رسانیدن هزینه‌های خدمات ارائه شده ایجاد نمی‌گردد. اولین امکان برای ارتباط میان بیمه‌شده و سیستم درمان باید در سطوح اولیه باشد. این موضوع با اهمیت است که در صورتی که سطوح اولیه خدمات درمانی به میزان مناسب در دسترس باشد باید ارائه مزایا به بیمه‌شده به طریقی باشد که از مراجعه بیماران سرپایی برای معالجه به بیمارستان جلوگیری به عمل آید.

- چهارمین موضوع کلیدی برنامه‌ریزی در مورد تضمین ارائه خدمات پیشگیری کننده و ارتقای تمامی فعالیت‌های مربوط به بخش ارائه‌کنندگان خدمات درمانی می‌باشد. این دو هدف هر دو با کاهش بیماری و مرگ و کمک به بالابردن ثبات از طریق کاهش دادن هزینه‌های کلی امکان‌پذیر است.

- در نهایت مدیران طرح‌ها باید روش‌هایی را برای سرمایه‌گذاری ذخایر تحت کنترل خود بکار گیرند. به طور معمول تورم، منابع مالی طرح‌های بیمه‌ای را از بین می‌برد، مگر طرح‌هایی که

با فعال نگهداشتن روش‌های سرمایه‌گذاری، در پیشگیری از فشارهای ناشی از تورم موفق‌تر می‌باشند.

- ایجاد یک مکانیزم مشارکت در هزینه برای افرادی که خارج از بخش دولت می‌باشند کاری بس دشوار و عظیم است زیرا برای این گونه طرح‌ها کتابچه مدونی که برای تمامی شرایط راه‌حلی‌هایی ارائه نماید وجود ندارد. این گزارش خلاصه‌ای از مجموعه تجارب مختلف از طرح‌های گوناگون به عنوان یک سری درس‌های مقدماتی گردآوری شده است. برنامه‌ریزان و مدیران طرح‌های دولتی و غیر دولتی می‌توانند مهمترین نقش را در توسعه و بهتر ارائه نمودن مکانیزم‌های حمایت‌های اجتماعی ایفا نمایند. سازمان بهداشت جهانی امیدوار است که این مجموعه و سوابق مربوط به آن کمکی به ادامه بحث، تحقیق و توسعه در این زمینه گردد.

Health Insurance for People

Division of Analysis, Research and Assessment

Health Systems Development Programs

World Health Organization(WHO)

نیاز به ترویج مکانیزم فراگیر حمایتی برای افراد در برابر مخارج خدمات درمانی احساس می‌شود و این آسیب‌پذیری بیش از همه متوجه کسانی است که در بخش غیر دولتی مشغول بکارند.

- بکار بستن طرح‌های نوین مشارکت و تمرکز در برقراری
- ارتباط بهتر میان سیستم‌های درمانی و برنامه‌ریزی
- بر روی طرح‌های بیمه‌ای اهداف کلی درمان را تضمین خواهد نمود.
- دولت‌ها می‌توانند محیطی مناسب برای برنامه‌ریزی مطلوب طرح‌های بیمه‌ای بوجود آورند.
- همواره یک چارچوب و خط‌مشی مشخص برای اشاعه
- تجارب مفید و رهنمودها جهت توسعه آتی ابتکارات بیمه‌ای ضروری است.