



درآمد:

مطالعه بیمه های اجتماعی درمان از پیچیدگی خاصی برخوردار است. چرا که ارتباط بسیار محکمی با نظام بیمه های اجتماعی از یک سو و نظام سلامتی از سوی دیگر دارد. هر گونه مطالعه درخصوص شناخت کارکرد و ویژگی های بیمه های درمان بدون توجه به نظامهای اشاره شده ممکن است نتایج به دست آمده را دچار اخلال و انحراف نماید. هرچند که نخستین نشانه های وجود بیمه های اجتماعی درمانی به دوران بیسمارک در آلمان بر می گردد ولی سابقه حمایت های اجتماعی از افرادی که دچار بیماری یا حادثه ای شده بودند که توانایی کار کردن آنها را تحت تاثیر قرار داده بود، به هزاران سال پیش بر می گردد. طبابت های سنتی مبتنی بر درمانهای گیاهی، مراکز مذهبی خیریه یا عمومی که مشاوره های روحی و روانی به بیماران ارائه می نمودند و در برخی مناطق نیز تکیه بر خرافات جهت کاهش دردها و تسکین آلام، از مدتها پیش وجود داشته و می توان نشانه های آنرا در داستانها، اساطیر و افسانه ها جستجو کرد. هنوز هم طبابت های سنتی مبتنی بر درمان گیاهی در هند، چین، بخشهایی از آفریقا و حتی کشور خودمان وجود دارد. بیمه های درمان در ایجاد، گسترش، شیوه های تامین مالی و مدیریت امور، وابستگی ها و شباهتهای زیادی با بیمه های اجتماعی دارند. در اروپا و در عهد رنسانس برای کمک مالی به بیماران نهادهایی تحت عنوان صنوف توسط صنعتگران تشکیل شد که مبتنی بر پرداخت حق عضویت بود که بعد هم توسعه یافت و کشاورزان را نیز در بر گرفت.

تا قرن نوزدهم حتی در کشورهای پیشرفته صنعتی نیز نظام بیمه اجتماعی وجود نداشت و علاوه بر آن نظامهای سلامت به معنی پیشرفته آن که با هدف فایده رساندن به کل جمعیت شکل گرفته باشد نیز به ندرت وجود داشت. در آن زمان عمده بیمارستانها توسط سازمانهای خیریه و موسسات مذهبی اداره می شدند که غالباً چیزی بیش از پناهگاهی برای یتیمان، معلولان، تهیدستان یا دیوانگان نبودند. به طور کلی می توان چنین نتیجه گیری کرد که حفاظت در برابر خطر مالی و پوشش ریسک جز آنچه توسط

سازمانهای خیریه یا صندوقهای کوچک انباشت منابع که با مشارکت گروههای کارگری در صنایع شکل گرفته بودند وجود نداشت.

صنعتی شدن پیامدهای خاص خود را به دنبال داشت. در کنار آشنا شدن جوامع با عوارض و تلفات ناشی از مرگ، ناخوشی و ناتوانی که در میان کارگران روی می داد، مطالبات اجتماعی مردم نیز رو به گسترش نهاد و آنها خواستار دخالت دولت در جهت سامان دهی به کاستی های اجتماعی شدند. هنگامی که اهمیت برخورداری از زندگی سالم مشخص گردید، بسیاری از صاحبان صنایع شروع به ارائه خدمات طبیبی به کارگران خود کردند. آنها همچنین شرایط پایه زندگی کارگران خود را ارتقاء دادند. ولی این اقدامات نیازهای کارگران و جوامع را به طور کامل پاسخ نمی داد و در پاره ای موارد منجر به اعتراضات و اعتصابات نیز می گردید.

“وظیفه دولت ارتقای عینی رفاه کلیه مردم از جمله فقرا و نیازمندان از طریق نهادهای خاص و به کارگیری کلیه وسایل موجود است” شرایط خاص بوجود آمده در اواخر قرن نوزدهم، بیسمارک صدراعظم آهین، محکم، قوی و با صلابت آلمان را وادار نمود با بیان جمله فوق و در پیامی به مجلس آن زمان آلمان نخستین سنگ بنای بیمه های اجتماعی را بنیان نهد. وی معتقد بود که اگر دولت در شرایط رشد روزافزون جنبش کارگران سوسیالیست، صندوقهای بیمه اتحادیه های کارگری را در اختیار خود بگیرد اتحادیه ها، یکی از اهرمهای خود برای جنبش کارگری را از دست خواهند داد و امنیت اقتصادی کارگران نیز افزایش خواهد یافت. بنابراین در سال ۱۸۸۳ دولت آلمان قانونی را تصویب و به مرحله اجرا گذاشت که طبق آن بیمه بیماری برای کارگران کم درآمد در بعضی از مشاغل اجباری شد. براساس آن قانون، دو سوم حق بیمه توسط کارگران و یک سوم نیز توسط کارفرمایان پرداخت می شد. در سالهای بعد سایر مشاغل به مجموعه قبلی اضافه شدند و البته ارائه بیمه های اجتماعی نیز در دستور کار قرار گرفت و این کار نخستین نمونه از یک الگوی بیمه اجتماعی اجباری از سوی دولتها بود.

استقبال عمومی از این قانون در میان کارگران منجر به این شد که قوانین مشابهی در سال ۱۸۹۴ در بلژیک و در سال ۱۹۰۹ در نروژ اقتباس شود. همچنین انگلستان این رویه را از سال ۱۹۱۱ در پیش گرفت. این تمایل در حقوق بگیران انگلیسی وجود داشت که با پرداخت حق عضویت در اتحادیه های تجاری یا انجمن های دوستانه عضو شوند و این اتحادیه ها به نوبه خود پرداختشان به ارائه کنندگان خدمات سلامتی را بر عهده گیرند. اما فقط کارگر مربوطه تحت پوشش قرار می گرفت نه خانواده وی. در بخش دیگری از اروپا و در اواخر قرن هجدهم، روسیه شروع به ایجاد شبکه وسیع از ایستگاههای پزشکی و بیمارستانهای استانی کرده بود که درمان در آنها رایگان و با پشتوانه درآمدهای مالیاتی انجام می گرفت. پس از انقلاب بلشویکی در سال ۱۹۱۷، تصویب شد که مراقبت پزشکی رایگان باید برای کل جمعیت ارایه شود و نظام تشکیل شده تا حد زیادی به مدت تقریباً ۸ دهه حفظ گردید. این نخستین نمونه از یک الگوی کاملاً مرکز گرا و تحت کنترل دولت مرکزی بود.

پی از جنگ جهانی اول، تاثیر الگوی آلمانی به فراتر از مرزهای اروپا گسترش یافت. در سال ۱۹۲۲، ژاپن بر مبنای سنت پدرسالاری مدیریتی، مزایای بهداشتی را نیز بر سایر مزایایی که کارگران از آن بهره مند بودند اضافه نمود. در سال ۱۹۲۴، شیلی تمام کارگران را زیر چتر برنامه وزارت کار قرار داد. تا سال ۱۹۳۵ تقریباً ۹۰ درصد از جمعیت دانمارک تحت پوشش بیمه های سلامتی مبتنی بر کار قرار گرفتند بیمه های اجتماعی در کشور هلند نیز طی دوران اشتغال این کشور در جنگ دوم برقرار شد.

جنگ جهانی دوم، به زیر ساختار های اجتماعی در بسیاری از کشور ها آسیب رساند یا آنها را تخریب نمود و برنامه های نظام سلامت و بیمه های اجتماعی را مختل نمود. علی رغم آسیب های ناشی از جنگ نهادهایی که در طی دوران جنگ در برخی از کشورها شکل گرفته بود پایه ای برای اقدامات بعدی قرار گرفت. به عنوان مثال خدمات ملی اورژانس انگلستان در زمان جنگ برای پذیرش و مراقبت از مصدومین، در ساختن آنچه در سال ۱۹۴۸ سازمان ملی خدمات سلامت انگلستان نام گرفت نقش بسیار مهمی داشت، نظامی که می توان آنرا الگویی از یک نظام سلامت و بیمه با گسترده ترین تاثیرگذاری نامید، بر پایه گزارش سال ۱۹۴۲، بورویچ ایجاد گردید. دولت در سال ۱۹۴۴

این سیاست را تصویب کرد که همه افراد صرفنظر از درآمد، سن، جنس، شغل باید فرصت و امکان برابر و مساوی برای استفاده از بهترین و روزآمدترین خدمات پزشکی و جانی موجود را داشته باشند. نیوزیلند در سال ۱۹۳۸ اولین کشوری بود که نظام ملی خدمات سلامت را ارائه و معرفی نمود. تقریباً در همان زمان، کاستاریکا مبانی بیمه فراگیر سلامت را تا سال ۱۹۴۱ بنا نهاد. در کشور مکزیک موسسه تامین اجتماعی و وزارت بهداشت هر دو در سال ۱۹۴۳ تاسیس شدند. بلافاصله پس از جنگ دوم جهانی نیز کشورهای نظیر ژاپن، اتحاد جماهیر شوروی سابق، نروژ، سوئد، مجارستان، سایر کشورهای کمونیستی اروپایی شرقی و شیلی نیز نظامهای ملی محدود خود را توسعه دادند تا اکثر افراد کشور یا کل آنها را پوشش دهند. البته این روند در کشورهایی که پیش تر مستمره بودند و پس از تحولات جنگ استقلال یافته بودند نیز صورت پذیرفت.

در مجموع، می توان گفت که تا اواخر قرن نوزدهم در هیچ یک از نظامهای بیمه اجتماعی، نظام سلامت و نظام بیمه درمان به شکل امروزی آن وجود نداشت. گسترش شهرنشینی، پیشرفت تکنولوژی، بهبود سطح زندگی، افزایش مطالبات مردم، افزایش ریسک حوادث و بیماریها و عواملی از این دست به تدریج باعث بوجود آمدن نظامهای فوق الذکر گردید. در بسیاری از کشورها شکل گیری این نظامها به صورت هم زمان بود و تفکیک آنها از یکدیگر مشکل می نمود. با گسترش دامنه شمول نظامها و تخصصی شدن هر یک از آنها، به خصوص پس از جنگ جهانی دوم مرزبندی میان آنها شکل دیگری به خود گرفت و در این میان نظام سلامت، توسعه و پیشرفت فوق تصویری را از خود نشان داد. در حال حاضر گرچه هر یک از این نظامهای سه گانه کارکرد خاص خود را دارند ولی عملکرد هر یک از آنها در موفقیت یا عدم موفقیت سایرین نقش بسیار مهمی دارد. در این بین تاثیر نظامهای سلامت در کشورهای گوناگون بر نظام بیمه درمان بسیار زیاد می باشد و در واقع می توان گفت نظام بیمه درمان در بستر نظام سلامت می تواند رشد کند.

نظام سلامت

ممکن است تعاریف مختلفی از نظام سلامت ارائه شود که به نوبه خود دارای اجزا و ارکان متفاوتی باشند ولی تعریفی که مورد قبول سازمان جهانی بهداشت قرار دارد و در کتاب گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰ نیز به آن اشاره شده است، نظام سلامت را به صورت زیر تعریف می‌کند: «تمام فعالیتهایی که هدف اصلی آنها، ارتقاء، بازگرداندن یا حفظ سلامت است». خدمات رسمی سلامت از جمله رایج حرفه ای مراقبت پزشکی فردی، مشخصاً در این محدوده قرار می‌گیرد. تمام فعالیتهایی که توسط شفا دهندگان سنتی انجام می‌شود و همه داروهای که مصرف می‌شود، خواه توسط رایج کننده تجویز شده باشند یا خیر و همچنین مراقبت از بیمار در منزل نیز در این تعریف می‌گنجد چراکه بین ۹۰٪ - ۷۰٪ از تمام ناخوشی‌ها در منزل تحت درمان قرار می‌گیرند. فعالیت سنتی بهداشت عمومی به صورت ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری و سایر اقدامات بهبود دهنده سلامت مانند بهسازی و ایمنی راهها و محیط زیست نیز بخشی از این نظام محسوب می‌شوند. در این مفهوم، هر کشوری یک نظام سلامت دارد. هر چند ممکن است این نظام در میان سازمانهای مختلف تکه تکه باشد یا اینکه فعالیت آنها به نظر غیر نظام‌مند برسد. ادغام، یکپارچگی و آینده نگری تعیین کننده نظام نیستند اما می‌توانند تاثیر عظیمی بر نحوه عملکرد آن بگذارند. پیدایش نظامهای سلامت پیشرفته، فراتر از یک رشد ساده، شامل افزایش تمایز و تخصصی شدن مهارتها و فعالیتها بوده است. همچنین این فرآیند، محصول افزایش توجه به هزینه اقتصادی سلامت نامطلوب و بیماری نیز بوده است. زیرا نتیجه بیماری و مرگ در دوران جوانی به از دست رفتن زندگی مولد و بهره‌وری می‌انجامد.

به طور کلی می‌توان گفت نیازهای سلامت، هم برای فقرا و هم اغنیا، تفاوت فاحشی با ۱۰۰ سال پیش پیدا کرده است. انتظارات فزاینده ای از دسترسی به مراقبت سلامت به هر شکل ممکن و تقاضای روزافزون برای روشهایی جهت محافظت از بیماران و خانواده های آنها در برابر هزینه‌های مالی بیماری وجود دارد. حوزه ای که نظامهای سلامت باید در آن به ایفای نقش بپردازند با افزایش آگاهی از تاثیر مسائل جدید توسعه بر سلامت مانند صنعتی شدن، نقل و انتقال جاده‌ای، آسیب محیطی و جهانی شدن تجارب،

وسیعتر نیز شده است. همچنین افراد جامعه، اکنون با مسائل و مشکلات بسیار متنوع تری به نظام های سلامت روی می آورند. نه فقط برای برطرف کردن درد و درمان محدودیتهای فیزیکی و اختلالات عاطفی بلکه دریافت توصیه درباره رژیم غذایی، تربیت کودک و رفتار جنسی که سابقاً از منابع دیگری آن را کسب می کردند.

علاوه بر افزایش تقاضا و گسترش حوزه های تحت پوشش نظامهای سلامت این نظامها با چالش منابع نیز روبرو هستند. توزیع منابع با توزیع مشکلات سلامتی در نظامهای سلامت هیچ تناسبی ندارد. کشورهای با درآمد کم و متوسط تنها عامل تولید ۱۸٪ از درآمد جهان و ۱۱٪ از هزینه صرف شده جهانی در امر سلامت هستند. اما همین کشورها ۸۴٪ از جمعیت جهان را در خود جای داده اند و متحمل ۹۳٪ از بار جهانی بیماریها می شوند. این کشورها با چالش های عمده و مشکل در بر طرف ساختن نیازهای سلامتی جمعیت خود، جابجایی منابع مالی کافی به شیوه های عادلانه و قابل خرید و همچنین حفظ ارزش منابع اندک خود مواجه هستند.

به طور خلاصه، نظامهای سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد، بلکه مسئولیت حفاظت از آنها را در برابر هزینه های مالی بیماری نیز به دوش می کشند و سه هدف بنیادین دارند:

۱- ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش آنها

۲- پاسخ دادن به انتظارات مردم

۳- محافظت مالی در برابر هزینه های بیماری و سلامت نامطلوب. به دلیل آنکه این اهداف همیشه محقق نمی شوند: نارضایتی عمومی گسترده ای را درباره نحوه ارائه خدمات سلامت یا تامین مالی آنها بر می انگیزند. اشتباهات، تاخیرها، ناملايمات، دشمنی ها و بی تفاوتی ها از سوی کارکنان بخش سلامت و ممانعت از مراقبت و مواجهه با خطرات مالی فاجعه آمیز از سوی بیمه گران و دولتها در مقیاس کلان برخی از عوامل ایجاد نارضایتی می باشند.

امروزه در بسیاری از کشورهای توسعه یافته و نیز بسیاری از کشورهای با درآمد متوسط دولتها نقش مرکزی تری در سیاستگذاری اجتماعی و مراقبت سلامت پیدا کرده‌اند. مشارکت و دخالت آنها در هر دو زمینه عدالت و کارایی معقول و منطقی است. اما در کشور های کم درآمد یعنی جایی که درآمدهای عمومی کل برای تمام مصارف محدود و ظرفیت سازمانی در بخش دولتی ضعیف است، تامین مالی و ارائه خدمات سلامت تا حد زیادی در دست بخش خصوصی است. در بسیاری از این کشورها، گروه بزرگی از تهیدستان هنوز هیچ دسترسی به مراقبتهای پایه و اثر بخش ندارند.

اصلاحات در نظام سلامت

در قرن بیستم سه نسل از اصلاحات با درجات همپوشانی مختلف روی داد. علت شکل گیری آنها، نه تنها رفع نارسایی های خاص مورد نظر سلامت بود بلکه دستیابی به کارایی بیشتر، عدالت و پاسخ دهی به انتظارات افرادی که این نظامها با آنها سرو کار داشتند نیز از دلایل اصلی آن بود. نسل اول این اصلاحات، منجر به پدید آمدن نظامهای ملی مراقبت سلامت و گسترش نظامهای بیمه اجتماعی و بیمه درمان در کشورهای با درآمد متوسط گردید که در کشورهای پردرآمد، بین سالهای دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ و در کشورهای فقیر اندکی دیرتر روی داد. در اواخر دهه ۱۹۶۰ بسیاری از نظامهایی که یک یا دو دهه پیش از آن شکل گرفته بودند، تحت فشار زیادی قرار گرفتند. هزینه ها در حال افزایش بود خصوصاً هنگامی که حجم و شدت مراقبت بیمارستانی در کشور های توسعه یافته و در حال توسعه گسترش یافت. در بین نظامهایی که پوشش فراگیر داشتند خدمات سلامت کماکان بیشتر از سوی اقشار مرفه مورد استفاده قرار می گرفت و تلاشهای صورت گرفته جهت پوشش افراد فقیر غالباً ناکام می ماند. بسیاری از افراد برای پرداخت قیمت خدمات کماکان به منابع شخصی خود متکی بودند و غالباً مراقبتی غیر اثر بخش با کیفیت پایین دریافت می کردند.

وضعیت توزیع خدمات و میزان بهره مندی افراد یک کشور از خدمات ارائه شده توسط نظام سلامت در کشورهای فقیر و کشورهایی که گرفتار استعمار بودند بسیار بدتر بود. نظامهای سلامت که توسط استعمارگران در کشورهای مختلف بنا شده بود

فقط اتباع خود را تحت پوشش قرار می دادند و بیشتر مردم از خدمات مورد نیاز محروم بودند. روستا نشینان نیز با وضعیتی به مراتب بدتر حتی به ابتدایی ترین خدمات نیز دسترسی نداشتند. در پاره ای موارد تسهیلات سلامت ارائه و درمانگاههایی نیز ساخته می شد اما عمدتاً در مناطق شهری، در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، بیمارستانهای بزرگ شهری حدود ۲/۳ از کل بودجه سلامت دولت را بخود اختصاص می دادند در حالی که تنها ۱۰ تا ۲۰ درصد جمعیت از خدمات ارائه شده در آنها استفاده می کردند. مطالعه بر روی کارکرد واقعی بیمارستانها نشان دهنده آن بود که بیش از نیمی از هزینه های بستری به مواردی اختصاص می یافت که غالباً امکان آریه آنها به شکل سرپایی وجود داشت (مانند اسهال، مالاریا، سل و عفونتهای حاد تنفسی).

در چنین شرایطی، به اصلاحاتی نیاز بود که بتواند توزیع خدمات را عادلانه تر کند، سطح دسترسی به خدمات را افزایش دهد و نظام سلامت را به سوی کارایی، بهره وری و اثربخشی بر هزینه ها سوق دهد. بنابراین نسل دوم اصلاحات با هدف ارتقای مراقبت اولیه سلامت به عنوان راهی برای دستیابی به پوشش همگانی خدمات قابل خرید از سوی افراد شکل گرفت. این رویکرد نتیجه تجارب به دست آمده در برنامه های کنترل بیماری طی دهه ۱۹۴۰ در کشورهایمانند آفریقای جنوبی، ایران و یوگسلاوی سابق بود. همچنین این دوره از اصلاحات بر پایه موفقیت و تجارب چین، کوبا، گواتمالا، اندونزی، نیجریه و ایالت ماهاارا شترای هند به حرکت خود ادامه داد.

گردهمایی مشترک سازمان جهانی بهداشت و یونسف که در سال ۱۹۷۸ در آلماتای شوروی سابق برگزار گردید هدف خود را بهداشت برای همه عنوان کرد و مراقبت اولیه سلامت را به عنوان راهبردی برای دستیابی به هدف فوق معرفی نمود. یکی از مشکلات بر سر راه اجرایی این سیاست برداشت های مختلفی بود که چه به لحاظ سیاسی و چه از نظر علمی از مراقبتهای اولیه وجود داشت و همین امر باعث گردید که یک الگوی مشخص و تعریف شده برای مراقبتهای اولیه سلامت به وجود نیاید.

بسیاری از برنامه ها در کشورهای کمتر توسعه یافته با موفقیت همراه نشد و علت اصلی آن کافی نبودن منابع بود. منابع مالی، نیروی انسانی، تجهیزات و منابع فیزیکی،

سرمایه انسانی و زمان به میزان مورد نیاز در دسترس نبود به طوری که کیفیت مراقبت خصوصاً زمانی که مراقبت اولیه محدود به افراد فقیر و تنها شامل ساده ترین خدمات می باشد، غالباً آنقدر پایین بود که بعضاً باید آن را "بدوی" نامید تا "اولیه".

نظامهای ارجاع که مختص ارتباط میان سطوح مختلف خدمات در نظام سلامت مبتنی بر خدمات اولیه است نیز به خوبی اجرایی شد و بیمارانی که استطاعت لازم را داشتند غالباً سطوح پایین تر نظام سلامت را دور می زدند تا مستقیماً به بیمارستان بروند.

در کشورهای توسعه یافته، مراقبتهای اولیه به گونه ای بهتر در کل نظام، نمود یافت و دلیل آن ارتباط بیشتر با پزشکان عمومی و پزشکان خانواده و همچنین ارائه کنندگان سطوح پایین تر مثل پرستاران درمانگر و پزشکیاران بود. تاکید بیشتر بر ارائه کنندگان این چینی خدمات درمانی، هسته برنامه فعلی اصلاحات بسیاری از کشورهای در حال توسعه را تشکیل می دهد. به عنوان مثال مراقبت مدیریت شده تا حد زیادی حول محور تقویت مراقبت اولیه و اجتناب از درمانهای غیر ضروری (خصوصاً موارد بستری) دور می زند. با این وجود یکی از انتقادات وارد بر مراقبتهای اولیه سلامت توجه بسیار اندک به تقاضای مردم برای مراقبتهای سلامت و درعوض تاکید بر نیازهای فرضی آنها می باشد. باید توجه داشت کمبودها و نارسایی ها در نظام سلامت زمانی بروز می کند که تقاضا و نیاز با یکدیگر تطابق نداشته باشد. چرا که در این صورت خدمات ارائه شده نمی تواند هم راستا با هر دو مفهوم باشد.

به طور کلی اصلاحات نسل اول و نسل دوم عمدتاً مبتنی بر محدود کردن عرضه خدمات بوده اند. نگرانی درباره تقاضا، خصوصیت بارزتری در نسل سوم اصلاحات است که در حال حاضر در بسیاری از کشورها جریان دارد.

نسل سوم شامل اصلاحاتی است مانند تلاش در جهت ایجاد شرایطی که به جای اعطای بودجه به ارائه کنندگان خدمت که غالباً براساس نیازهای فرضی تعیین می شود، "پول به دنبال بیمار" باشد. بسیاری از جنبه های فنی و پزشکی مراقبتهای اولیه کماکان مفهوم و منطقی هستند و دائماً نیز اصلاح می شوند. نکته ای که بسیار مهم است و باید به آن توجه داشت این است که در حال حاضر نظامهای سلامت به جای ارائه همه

مراقبت‌های ممکن به کل جامعه یا ارائه ساده ترین و ابتدایی ترین مراقبت‌ها به افراد فقیر به دنبال ارائه مراقبت‌های ضروری با کیفیت برای هر فرد می‌باشند که به طور عمده مبتنی بر معیارهای هزینه اثر بخش است.

نظام بیمه های اجتماعی

پیشینه و دلایل ظهور نظام‌های بیمه اجتماعی همانند نظام‌های بیمه درمان است. عبور از مرز صنعتی شدن گسترش شهرنشینی و ایجاد تحولات اساسی در الگوهای سنتی کار و زندگی با افزایش نیازهای اجتماعی همراه بود. چراکه خانواده های پرجمعیت هسته ای که در آنها به طور معمول سه نسل یا چهارنسل در کنار یکدیگر زندگی می کردند. و با مشارکت در کارها، نیازهای یکدیگر را بر طرف می کردند دیگر وجود نداشت.

لیبرالیسم قرن نوزدهم که با افزایش رقابت و آزادی در کار همراه بود به چالش‌های موجود در اجتماع صنعتی شده آن زمان که دود و دودکش نماد آن بود شدت و عمق بیشتری بخشید. در چنین شرایطی بار حمایت از خانواده در مقابل خطرات و آسیب‌های احتمالی عوارض بیکاری و ناتوانی های دوران پیری برعهده سرپرست خانواده بود. هر یک از این عوامل می توانست موجب اتحاد بیشتر کارگران و قدرت گرفتن نهادهای کارگری باشد و در مواردی با افزایش اعتراضات و اعتصابات نیز همراه بود. تنها عاملی که می توانست تنش‌های موجود را کاهش دهد وجود یک نظام تامین اجتماعی بود که با قانونی که بیسمارک در مجلس آلمان به تصویب رساند مقدمات شکل گیری آن فراهم شد. در اعطای حقوق اجتماعی به شهروندان سه مرحله را می توان برشمرد. نمود عینی این مراحل در اروپا می باشد که البته در کشورهای دیگر با یک تاخیر زمانی و شاید سرعت بیشتر همراه بوده است.

- مرحله نخست: آزمایش (۱۸۸۰ تا ۱۹۱۴)

مشخصه این دوره قطع کامل ارتباط با لیبرالیسم قرن هجدهم است، هر کشوری متوجه از میان رفتن همبستگی، مهاجرت روستاییان، تغییرات درونی تولید سرمایه داری و ظهور خطرات تازه ای شد که حمایت و تامین کارگران، ما به ازای شروع آن

بود. این دوره ای از آزمایشی بود که در آن خطرات مختلف یکی پس از دیگری آشکار شد و هزینه ها نیز معلوم گردید، بی آنکه تفاهمی در مورد اهداف و روشهای اجرایی صورت گیرد. حوادث ناشی از کار قبل از همه تحت پوشش قرار گرفت، چرا که مسئولیت کارفرما مطرح بود. بعد نوبت به بیمه پیری و ازکارافتادگی رسید که کمک به خانواده ها نتیجه آن بود و بالاخره بیمه بیکاری و اضافه پرداختی بابت خانواده به اجرا درآمد اما هنوز از بیمه بیماری خبری نبود.

در طول این مدت، خارج از مجامع انسان دوستانه یا مذهبی، تنها کارگران و خانواده شان تحت پوشش بیمه های اجتماعی درآمدند و آن هم اکثراً به صورت اختیاری، تامین براساس اصول بیمه یا همبستگی حرفه ای صورت می گرفت و کمتر ناشی از همبستگی ملی بود.

- مرحله دوم: جافتادگی (۱۹۲۰ تا ۱۹۴۰)

امتیازاتی که اقلیتی از کارگران به دست آوردند به طبقات متوسط و گاه به تمام مردم گسترش یافت و وضع به صورت غیر قابل برگشت درآمد و تردیدها و مباحثات ابتدای قرن از میان رفت. با بحران اقتصادی خطر تازه ای نمودار شد و آن چیزی نبود جز خطر بیکاری. نظریه های کنیزی دخالت دولت و باز توزیع درآمدهای انتقالی را توجیه می کرد. در این دوره تمام بیمه های اجتماعی اجباری شد.

- مرحله سوم: اشاعه و تعمیم (۱۹۴۵ تا ۱۹۸۰)

دولت رفاه جدید که مردم را در مقابل خطرات اجتماعی حمایت می کرد در تمام اروپا و قسمتی از آمریکای شمالی اشاعه یافت. برای نخستین بار تقریباً همه مردم از آن برخوردار شدند. از سال ۱۹۵۰ تمام خطرات بزرگ تحت پوشش قرار گرفت. در طول سالهای ۱۹۵۰ - ۱۹۷۰ کارگران مستقل و افراد غیرشاغل، در قالب سازمانهای خاص خود یا به صورت انفرادی به عنوان یک شهروند، بیمه شدند.

در طی این سالها تامین اجتماعی به رشد و تکامل خود ادامه داد و تبع آن، همراه با گسترش نظامهای سلامت، نظام بیمه درمان نیز رشد نمود و گسترش یافت. یکی از

مهمترین ارکان شکل‌گیری و ادامه حیات هر یک از این نظامها، سیستم تامین مالی آنها بوده است که در ادامه به آن اشاره خواهیم نمود.

انواع نظامهای بیمه‌ای

به تناسب شکل‌گیری و تکامل نظامهای بیمه و براساس شرایط اجتماعی اقتصادی هر یک از جوامع، انواع مختلفی از سیستمهای بیمه‌ای پایه‌گذاری گردید. این نظامها عبارتند از: ۱- نظام بیسمارکی ۲- نظام بورجی ۳- نظام آمریکایی. لازم به ذکر است که همه نظامهای تامین اجتماعی از دو اصل سرچشمه می‌گیرد. همبستگی موجود میان گروههای حرفه‌ای و همبستگی بین تمام شهروندان منشاء همه این نظامها می‌باشد هر یک از این موارد نیز براساس نهادها و فرهنگ موجود در هر کشور شکل می‌گیرد. بدیهی است حقوق و نهادهای اجتماعی و اقتصادی هر کشور نیز برگرفته از تاریخ آن کشور است. در بسیاری از موارد کارکرد نهادهای مشابه در کشورهای مختلف مانند یکدیگر نمی‌باشد دلیل این امر چیزی نیست جز جدا بودن تاریخ کشورها، ساختار و تشکیلات تامین اجتماعی در هر کشور نیز بر اساس نهادهای موجود در آن کشور بنا شده است.

تفکرات اقتصادی حاکم بر قرن نوزدهم مبتنی بر لیبرالیسم و عدم دخالت دولت در امور اقتصادی بود. همچنین عمده نظامهای سیاسی آن زمان نیز غیر مردم‌سالار بودند. این موارد در کشور آلمان نیز به طور کل وجود داشت و در چنین شرایطی تفکرات بیسمارک درخصوص تامین اجتماعی و وظایف دولت شکل گرفت.

در نظام بیسمارکی، دولت مسئول توسعه اجتماعی شناخته می‌شود، همانطور که قبل از آن مسئولیت حفظ امنیت ملی را بر عهده داشت. در این نظام اصل آزادی پرداخت حق بیمه منقضی و پیوستن داوطلبانه افراد به اجبار برای پرداخت حق بیمه بدل شد. حق بیمه نیز به تناسب دستمزد هر فرد تعیین گردید. این نظام بیمه اجتماعی نیز نامیده می‌شود و نوعی بیمه حرفه‌ای اجباری است. اشتغال به یک حرفه یا وابستگی خانوادگی با کارگری که مشمول برقراری بیمه می‌باشد توجیه‌کننده حقوق اجتماعی بود. در این

نظام تامین مالی براساس درصدی از دستمزد محاسبه می شود و با نسبتی مشخص میان کارگر و کارفرما تقسیم می شود. لازم به ذکر است که دولت نیز جهت تکمیل یا کمک به صندوق بیمه اجتماعی ، درصد بسیار کمی از تامین مالی را بر عهده دارد.

ایرادات و انتقاداتی بر نظام بیسمارکی وارد است که چند مورد از آنها به شرح زیر است:

- ۱- شهروندانی که کار نمی کنند از تأمینهای خاص و سبب تامین برخوردارند.
- ۲- در بین گروههای مختلف نابرابری در پرداخت حق بیمه وجود دارد که ممکن است یکپارچگی ملی را به خطر اندازد.
- ۳- تحول نامناسب مشاغل و جمعیت ممکن است ورشکستگی صندوقها را باعث شود.
- ۴- نظام بیسمارکی یک دولت قوی (و شاید مستبد) نیاز دارد تا قادر باشد هماهنگی و اقدامات احتیاطی را اعمال کند.
- ۵- مدیریت نظام، محتاج افرادی حرفه ای، صالح و علاقمند به امور عمومی است که باید از وسوسه های صنفی برکنار بمانند.

با این همه کشورهای نظیر دانمارک، سوئد، ایتالیا، اتریش و مجارستان در ابتدای راه از این الگو الهام گرفتند. هلند و ژاپن هم متأثر از این جریان بوده اند. در انگلستان نیز در سالهای ۱۹۰۶ تا ۱۹۱۱ انقلابی در زمینه مسائل تامین اجتماعی صورت گرفت و الگوی بیسمارکی با اندکی تغییرات و اصلاحات اجرا شد. انگلستان پس از آزمودن نظام بیسمارکی الگوی خاص خود را به وجود آورد. لردبورویج در گزارشی به سال ۱۹۴۲ به این نکته تاکید داشت که یک جامعه صنعتی برای اینکه در آرامش زندگی کند و از تمام عوامل تولید از جمله نیروی کار استفاده نماید دیگر نباید از پنج آفت تاریخی یعنی بیماری، جهل، وابستگی، فقر و بی خانمانی هراسی داشته باشد. نظامی که توسط بورویج بنیان نهاده شد، تامین اجتماعی و نظام ملی نامگذاری شده است. این نظام بر مبنای همبستگی ملی بنا شد که هزینه های آن از محل مالیاتها تامین می شود.

نظام بورویجی، درحقیقت توسعه و تکمیل نظام بیسمارکی و مبتنی بر اصول جدیدی

بود که به شرح زیر می باشند:

- ۱- همگانی بودن: بر این اساس همه مردم صرف نظر از وضع حرفه ای در مقابل خطرات اجتماعی باید تامین باشند.
- ۲- وحدت: براساس این اصل یک سازمان واحد در کشور مجموع درآمد و هزینه را اداره و مدیریت می نماید.
- ۳- یکنواختی: مطابق با این اصل هر کس برحسب نیازهایش و مستقل از درآمدش کمک دریافت می کند.
- ۴- برخورداری از کار: هر شهروندی در کشور حق اشتغال به کار را دارد و دولت باید امکان آن را فراهم سازد.
- ۵- همکاری: اطمینان از مسئولیتهای اجتماعی متقابل و اجرای اصول تامین اجتماعی مستلزم همکاری بین دولت و شهروندان است. بر همین اساس طرفین در راستای اجرای هر چه بهتر نظام بیمه اجتماعی موظف به همکاری بودند.

نظام بورجی براساس تفکرات کینز که دخالت دولت را برای حفظ تعادل در اقتصاد جامعه ضروری می دانست شکل گرفت . به لحاظ سیاسی نیز جامعه انگلستان در آن زمان (۱۹۴۲) نسبت به آلمان در زمان بیسمارک (۱۸۸۳) بسیار مردم سالارانه تر بود علاوه بر آن حزب حاکم نیز حزب کارگر بود.

در آمریکا از دولت رفاه کامل خبری نیست تا سال ۱۹۳۰ دولت فدرال امریکا از هر دخالت اجتماعی منظمی خودداری می کرد و کمک به نیازمندان بر دوش دولتهای عضو، شهرداریها یا سازمانهای خیریه قرار داشت.

امنیت شهروند امریکایی ناشی از درآمد های ناشی از کار که به طور عمده رقم های بالایی دارند و انعقاد قراردادهای بیمه یا بازنشستگی خصوصی فراهم می شود. تامین اجتماعی در آمریکا فقط شامل بیمه و کمک است و حمایت های اجتماعی را در بر نمی گیرد. بیمه ایام پیری که حق بیمه آن را کارگران و کارفرمایان پرداخت می نمایند و یک بیمه بیکاری و علاوه بر آن بیمه بیماری بازنشستگان و فقرا کل نظام بیمه آمریکا را تشکیل می دهد.

سطح بالای دموکراسی در آمریکا توجه خاص به لیبرالیسم، شکل گیری نهادهای لازم برای فعالیت بخش خصوصی و عدم دخالت جدی دولت در اقتصاد همگی باعث گردید. بیمه های خصوصی بار اصلی ارائه بیمه های اجتماعی و بیمه های درمان را بر دوش بکشند. فضای رقابتی موجود میان شرکتهای بیمه خصوصی نیز باعث گردیده است که کارایی و اثر بخشی هزینه ها و فعالیتها در بهترین سطح خود باشد. البته بسیاری از مردم نیز تحت پوشش هیچگونه بیمه ای نیستند، با این وجود در آمریکا بیش از ۱۲ درصد از تولید ناخالص ملی به هزینه های سلامتی اختصاص دارد و از این مقدار حدود ۴۵ درصد را دولت می پردازد.

براساس آنچه تاکنون اشاره شد می توان گفت:

- ۱- نظام بیمه درمان ارتباط بسیار محکمی با نظام بیمه اجتماعی و نظام سلامت دارد بنابراین موفقیت یا عدم موفقیت نظام بیمه درمان در ارائه خدمات درمانی به افراد تحت پوشش خود به چگونگی عملکرد دو نظام دیگر بستگی دارد.
- ۲- بکارگیری نظامهای بیمه ای با شرایط اقتصادی و سیاسی کشورها بسیار هماهنگ است، به خصوص چگونگی تامین مالی و ساماندهی امور از تفکر اقتصادی حاکم تاثیرپذیری بسیاری دارد.
- ۳- نقطه شروع و شکل گیری نظامهای سه گانه تقریباً اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم می باشد ولی تخصصی تر شدن امور، پیشرفتهای تکنولوژیک، گسترش نهادهای اجتماعی، آشنایی بیشتر مردم با حقوق اجتماعی و افزایش سطح توقعات و انتظارات آنها باعث شد حوزه فعالیت و چگونگی عملکرد هر یک از نظامها علاوه بر اینکه گسترش یابد مرز مشخصی نیز با سایر نظامها پیدا کند. در ادامه بحث و جهت روشن شدن چگونگی عملکرد نظامها به بررسی تجارب برخی از کشورها می پردازیم.

نظام بیمه درمان در آلمان

عوامل مختلفی باعث شده اند که کشور آلمان از جایگاه ویژه ای در مطالعات تطبیقی بهداشت و درمان برخوردار گردد. برخی از این عوامل عبارتند از :

- آلمان گسترده ترین نظام درمانی را در سطح اروپا داراست ، بطوریکه بیش از ۸۰ میلیون نفر تحت پوشش این نظام قرار دارند.
- آلمان نخستین کشوری است که قانونمندی را در بخش بهداشت و درمان آغاز نمود و به عبارت دیگر پیش قراول طب ملی می باشد.
- آلمان چه در دوره رونق یافتن دولتهای رفاه و چه بعد از آن همواره به عنوان یک مدل یا الگو برای سایر کشورها مطرح بوده است.

لازم به ذکر است که برای ۴۵ سال ، آلمان دو نظام مراقبتهای سلامتی داشت . در ده استان غربی که جمهوری فدرال آلمان را تشکیل می دادند، نظام بهداشت و درمان تفاوت ساختاری با آنچه که در ابتدا توسط بیسمارک در سال ۱۸۸۳ راه اندازی شده بود نداشت. البته ، با توجه به الزامات ناشی از گذر زمان و به جهت تسهیل امور، در چند مورد اصلاحاتی در اواخر دهه ۱۹۷۰ و دهه ۱۹۸۰ در آن اعمال گردید. در نقطه مقابل در جمهوری دموکراتیک آلمان یا همان آلمان شرقی بدنبال جنگ جهانی دوم نظام ارائه خدمت با بهره گیری از روش تامین مالی توسط بخش عمومی و عرضه کامل خدمات درمانی از سوی دولت شکل گرفت که اصلاً شباهتی با آنچه در استانهای غربی اجرا می شد نداشت. البته پس از اتحاد دو آلمان و تشکیل کشور واحد در اکتبر ۱۹۹۰ ، تامین مالی خدمات درمانی و ترتیبات ارائه خدمت در استانهای شرقی دچار اصلاحات شدیدی گردید و نظام درمانی در سراسر کشور به شکل واحد یعنی بیسمارکی درآمد .

نظام خدمات درمانی آلمان با هدف فراهم ساختن امکان دسترسی عادلانه به خدمات درمانی برای همه مردم و کنترل و نظارت بر کل مخارج درمانی ، بدون آنکه نظام بیمه ای کاملاً دولتی باشد، طراحی شده است. ابزار اصلی تحقق این هدف عبارتند از:

الف - مقررات قانونی منسجمی که بر شبکه ای از صندوق های خودگردان بیماری حاکم بوده و این صندوق ها با استفاده از روشهای یکسان، اقدام به پرداخت و جبران خدمات عرضه کنندگان می نمایند.

ب - استفاده از حق بیمه خدمات درمانی بجای مالیات یا پرداخت انتقالی به منظور توزیع مناسب درآمد از افراد ثروتمند به افراد فقیر و از افراد سالم به افراد مریض.

نظام درمانی در سیطره قراردادهای عمومی (public contract model) می باشد که توسط مدل‌های قرارداد اختیاری و میزان خدمات پشتیبانی می شوند. در سال ۱۹۹۵، بیش از ۸۸ درصد از جمعیت آلمان تحت پوشش بیمه اختیاری درمان قرار داشتند و حدود ۹ درصد نیز تحت پوشش بیمه خصوصی درمان بودند. بیمه خصوصی درمان توسط کارفرمایان خصوصی یا افرادی که درآمد، ماهانه آنها بیش از ۲۷۴۰ دلار است می تواند انتخاب شود. افراد پلیس و آتش نشانان نیز از طریق برنامه های رفاه اجتماعی تحت پوشش قرار می گیرند. در مجموع تنها ۱٪ در صد از افراد کشور تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای قرار ندارند.

حدود ۶۷۰۰۰ نفر یا ۴۵ درصد از ۱۵۰۰۰۰ نفر پزشک فعال در مطب‌های خصوصی به درمان سرپایی بیماران می پردازند. افراد در انتخاب یا تغییر پزشک خود آزاد هستند، اما آنها باید در تمام دوره حسابداری (که سه ماه می باشد) تنها به یک پزشک متخصص مراجعه کند و سپس بعد از گذشت این دوره می توانند مجدداً پزشک خود را انتخاب کنند.

برخلاف خدمات درمانی سرپایی، افراد در استفاده از خدمات بستری، آزادی عمل ندارند و تنها می توانند در صورت ارجاع از سوی پزشک ارائه دهنده خدمات درمانی سرپایی، به بیمارستان مراجعه نماید. در آلمان به ازای هر هزار نفر، یازده تخت بیمارستانی وجود دارد که نزدیک به نیمی آنها متعلق به بخش عمومی می باشد. حدود ۳۵ درصد از تخت‌های بیمارستانی مربوط به بخش خصوصی غیرانتفاعی و نزدیک به ۱۳ درصد هم تحت مالکیت بخش خصوصی انتفاعی می باشد. درمان بیماران در بیمارستانها توسط ۸۰ هزار پزشکی که کارمند بیمارستان می باشند انجام می شود. درمان بستری و سرپایی در آلمان کاملاً از یکدیگر جدا می باشد و پزشکی که در بخش خدمات سرپایی

و مطب خصوصی فعالیت می کند اجازه کار در بخش درمان بستری درمان را ندارد. بیمارستانها هم تقریباً هیچگونه خدمات سرپایی را عرضه نمی کنند.

نظام بیمه ای نقش مهمی در بازار خدمات درمانی آلمان بر عهده دارد. نظام بیمه درمان رسمی (statutory sickness fund) مشتمل بر دو جزء است: صندوق بیمه درمان قانونی دولتی (state insurance regulation) که طبق قانون بیمه اجتماعی بصورت اجباری می باشد و صندوق های جانشین (substitute fund).

صندوق بیمه درمان دولتی ، شامل صندوق های بیماری دولتی یا منطقه ای، صندوق های مربوط به شرکتها و کارخانجات و سایر صندوق های شغلی از قبیل کشاورزان، معدنچیان و دریانوردان می باشد. این صندوق ۶۰ درصد جمعیت را که شامل کارمندان و کارگران می شوند، تحت پوشش دارد. صندوق های جانشین نیز که در ابتدا به عنوان یک طرح همیاری دو جانبه مطرح شده بود، به تدریج گسترش یافته و بیش از ۲۸ درصد جمعیت را که عمدتاً کارمندان می باشند تحت پوشش قرار داده اند. در مجموع تقریباً ۱۳۰۰ صندوق در سال ۱۹۹۴ مشغول ارائه خدمات بیمه درمان به افراد تحت پوشش خود بوده اند. حق بیمه یا مشارکت در پرداخت بصورت سهم مساوی از سوی کارگر و کارفرما پرداخت می شود. نرخ حق بیمه بگونه ای تعیین می شود که بتواند هزینه های درمانی همه اعضا را پوشش دهد. در سال ۱۹۹۸ ، این نرخ معادل ۵/۱۳ درصد از درآمد ناخالص افراد بود.

هزینه های عملیاتی بیمارستانها توسط صندوقهای بیماری و هزینه های سرمایه ای آنها توسط دولت محلی یا منطقه ای تامین می شود. پرداخت به بیمارستانها بر مبنای تخت روز اشغالی صورت می پذیرد که این می تواند مشوقی برای عرضه خدمات باشد.

دریافتی پزشکان از یک سیستم پرداخت به ازای خدمت (کارانه) تبعیت می کند که در نهایت بوسیله بودجه کلی (گلوبال) محدود می شود. به هر کدام از فرایندهای درمانی، بصورت توافقی در سطح ملی، امتیازی اختصاص داده شده است. ارزش پولی متناظر با هر امتیاز بصورت منطقه ای و در پی مذاکرات تعیین می شود که ممکن است در بین مناطق مختلف متفاوت باشد. اگر مجموع پولی که پزشکان با توجه به مجموع امتیازاتی که جمع کرده اند در یک منطقه باید دریافت کنند، از سطح بودجه گلوبال تجاوز کند،

اتحادیه پزشکان اقدام به کاهش ارزش پولی هر امتیاز خواهد کرد. به این ترتیب، سطح تولید و نحوه توزیع مراقبتهای پزشکی در آلمان نه توسط قیمتتها، بلکه بوسیله مذاکرات تعیین می شود.

وضعیت مالی بهداشت و درمان آلمان

هزینه های بهداشت و درمان در سال ۱۹۹۰ حدود ۲/۸ درصد از GDP کشور را بخود اختصاص داد درحالی که شاخص مذکور در سال ۱۹۷۰ حدود ۵/۵ درصد بود.

سهم عمده ای از منابع بخش سلامت آلمان توسط بیمه های اجباری تامین می شود و حدود ۷۰ درصد هزینه های بخش بهداشت و درمان توسط صندوق های بیماری و جانشین پرداخت می گردد. بر خلاف کشور آمریکا که بیش از ۴۰ درصد مخارج درمان از بودجه دولت تامین می شود، در آلمان فقط ۱۲ درصد مخارج درمانی مستقیماً از محل بودجه دولت حاصل می شود. بیمه های خصوصی نیز علیرغم آنکه در خرید خدمات از عرضه کنندگان، نرخ های بالاتری می پردازند، اما به دلیل تعداد و کیفیت جمعیت تحت پوشش تنها ۴/۷ درصد هزینه های بخش را تامین می کنند.

خانواده های آلمانی حدود ۷ درصد مخارج درمان را از جیب خود می پردازند که سهم عمده آن نیز صرف خرید داروهای بدون نسخه و برخی تجهیزات درمانی می شود (به عنوان مثال، بهای عینک طبی را بیمه می پردازد اما اگر کسی بخواهد عینکی با کیفیت بالاتر داشته باشد، مجبور است که ما به التفاوت آنرا نیز بپردازد.) از سوی دیگر، بیش از ۳۷ درصد مصارف، مربوط به خدمات بیمارستانی می باشد و خدمات ویزیت سرپایی پزشکان در مکان بعدی قرار دارد. جدول زیر سهم عوامل مختلف را در منابع و مصارف بخش درمان آلمان نشان می دهد.

منابع و مصارف بخش سلامت آلمان در سال ۱۹۸۵

منابع	مصارف
بودجه دولتی	داروهای نسخه ای و آزاد
بیمه خصوصی	خدمات دندانپزشکی
خانوارها (خصوصی)	خدمات پزشکی سرپایی
بیمه رسمی (اجباری)	خدمات بیمارستانی
سایر	سایر

در سال ۱۹۹۴، هزینه های بهداشتی و درمانی سرانه آلمان بر حسب برابری قدرت خرید با قیمت های ثابت سال ۱۹۸۷ بالغ بر ۱۰۹۳ دلار گردید که همسطح هزینه مشابه در فرانسه و هلند حدود ۵۰۰ درصد بیش از سرانه هزینه ها در انگلیس می باشد.

مشکلات نظام بیمه درمان آلمان

نظام درمانی آلمان از مسائل مختلفی رنج می برد. یک مشکل که مبتلا به همه نظامهای بیمه بیسماکی است عدم شفافیت و عدم آگاهی نسبت به هزینه ها از سوی بیمه شدگان می باشد. در این شرایط، افراد انگیزه کمی برای محدود نمودن سطح تقاضا دارند و ارائه دهندگان خدمات نیز انگیزه کمی برای لحاظ نمودن اثربخشی روشهای انتخاب شده برای درمان دارند. این عامل در کنار وجود ظرفیتهای مازاد در طرف عرضه خدمات، ممکن است باعث بروز تورم های شدید در هزینه های درمان گردد. تحت چنین شرایط، ساز و کار تعیین سطح هزینه ها به سمت مذاکرات مابین بیمه گران و ارائه دهندگان خدمت سوق یافته و چنین مذاکراتی می تواند تداعی کننده بروز انحصارات دوجانبه باشد.

دومین مشکل این است که در چنین بازارهایی، قدرت چانه زنی خریداران، همواره با قدرت چانه زنی فروشندگان خدمت هماهنگ نمی باشد و زمانهایی بوده است - همانند دوره انفجار قیمتها در اوایل ۱۹۷۰ - که عرضه کنندگان قدرت تعیین قیمت را داشته اند. مشکل بعدی به تخصیص غیرکارای منابع موجود مربوط می شود. برخی صاحبان نظران

ادعا می کنند که ترکیب انعطاف ناپذیر تعیین شده از سوی دولت مرکزی و انگیزه هایی که در چارچوب جداول پرداخت برای ترکیبات خدمات، محدود شده اند، انحرافی را در زمینه میزان مطلوب آزمایشات تشخیصی و تجهیزات درمانی معرفی شده ایجاد نموده و باعث بی توجهی به خدمات پیش گیرانه و مراقبتهای فردی و بلند مدت می شود.

اصلاحات در نظام درمانی آلمان :

با توجه به شرایط حاکم بر نظام درمانی ، اصلاحات گسترده ای طی دهه ۱۹۸۰ و پس از اتحاد مجدد دو آلمان و اصلاحات دیگری در اوایل دهه ۱۹۹۰ با رعایت اصول زیر انجام شد:

- وادار ساختن ارائه دهندگان خدمات درمانی به رعایت ملاحظات اقتصادی .
- بهبود قوانین مربوط به کیفیت ، فعالیت و تعداد پزشکان و شرایط درمان .
- تغییر در میزان مشارکت در پرداخت (حق بیمه ها).
- تجدید نظر و اصلاح سطح مشارکت در ریسک
- بستر سازی جهت اجرای سیاستهای زیربنایی تر در آینده.

در ادامه رئوس بهترین اصلاحات انجام شده در دو مقطع دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ ارائه می شوند.

۱۹۷۷ : قانون کنترل هزینه بیمه درمان

- سیاست تاکید بر هزینه بر مبنای درآمد را اعمال نمود.
- مجمعی را برای انجام هماهنگی میان گروههای ذینفع در بخش بهداشت و درمان معرفی نمود.
- معرفی مجدد بودجه بندی آینده نگر کلی (prospective lump-sum) برای پرداخت از صندوق های بیماری به اتحادیه های پزشکی .
- تدوین لیست داروهای خارج از پوشش بیمه ای و افزایش سطح مشارکت در پرداخت هزینه های دارویی
- الزام مراقبتهای پرستاری در منزل بجای بیمارستان، در شرایط ضروری .

- ملزم نمودن خانوارهای پر درآمد به پرداخت حق بیمه جداگانه.
- برقراری طرح توزیع ریسک در بین صندوق ها با توجه به جمعیت بازنشسته تحت پوشش آنها.

۱۹۸۰: قانون برنامه ریزی بر مبنای نیاز

- محدود نمودن ورود پزشکان جدید در برخی مناطق ویژه ای که مازاد عرضه در آنها بیش از ۵۰ درصد است.

۱۹۸۱-۸۲: قانون حمایت از کنترل هزینه :

- برقراری مشارکت بیماران در پرداخت هزینه های خدمات کمکی پزشکی از قبیل هزینه انتقال به بیمارستان و توسعه آن به خرید عینک ، دارو و فیزیوتراپی

۱۹۸۲: قانون کنترل هزینه بیمارستانی :

- توسعه دامنه هماهنگی فعالیتها تا مراقبتهای بیمارستانی
- الزام تعیین نرخ تخت روز بستری براساس توافق بین صندوقهای بیماری و بیمارستان

۱۹۸۳/۸۴: قانون اصلاح بودجه بندی

- برقراری حق شارژ برای مراقبتهای بیمارستانی
- توسعه مشارکت در پرداخت به ازای اقلام دارویی
- الزام بیمه های بیکاری و سالمندی به پرداخت به صندوق بیماری به ازای دریافت مزایای آن

۱۹۸۵: قانون تامین مالی بیمارستانها

- تبدیل نظام تامین مالی بیمارستانها از حالت مختلط بین دو بخش محلی و فدرال به حالت متمرکز و تامین از سوی دولت منطقه ای .

۱۹۸۶ : تنظیم پرداخت بیمارستان فدرال

- اعمال بودجه بندی آینده نگر کلی (prospective global budget) برای هزینه های عملیاتی بیمارستان با توافقی که میان بیمارستان و صندوق بیماری صورت می گیرد ضمن استثنا بودن برخی از مواردی که هزینه های بالا دارند.

۱۹۸۸ : قانون اصلاحات مراقبتهای پزشکی (GRG)

- هزینه های صندوق های بیماری نباید سریعتر از سطح دستمزدها رشد کند.
- اعلام قیمتتهای مرجع برای داروهای غیر نسخه ای و سایر کالاهای بهداشتی و درمانی .
- نظارت دقیق بر نحوه تجویز دارو توسط پزشکان و توسعه فعالیتهای تضمین کیفیت در خدمات سرپایی و بستری .
- الزام پزشکان به لحاظ نمودن اثر بخشی هزینه ها بر مبنای لیست قیمتتهای خدمات بیمارستانی در زمان ارجاع بیمار.
- مجاز بودن صندوق های بیماری به لغو قرارداد با بیمارستانهایی که ناکارای عمل می کنند.
- افزایش سطح مشارکت در پرداخت بیماران به ویژه در هزینه های حمل و نقل و هزینه اقامت در بیمارستان
- ارائه حمایتتهای مالی در مورد مراقبتهای درمانی بلند مدت .
- امکان انجام اصلاحات اساسی در ساختار سازمان صندوقهای بیماری در آینده.

اصلاحات ساختاری در مراقبتهای درمانی ۱۹۹۲ : GSG

خدمات پزشکی :

- میزان پرداخت به ازای خدمت در سطح سال ۱۹۹۱ تثبیت شود و تا ۱۹۹۵ بر مبنای حداقل دستمزد افزایش یابد.
- جایگزین نمودن پرداخت به ازای خدمت (کارانه) با ترکیبی از سرانه و پرداخت بر مبنای میزان پیچیدگی خدمت .

- بیمارستانها اجازه یافتند تا خدمات سرپایی ارائه کنند و پزشکان در خارج از بیمارستان نیز بتوانند فعالیت کنند.
- افزایش نسبت پزشکان در مراقبتهای اولیه بهداشتی، از طرق افزایش پرداخت به آنها و محدود نمودن تعداد پزشک در محل از طریق برقراری شاخص نسبت پزشک به بیمار.

تامین مالی بیمارستان :

- جانشین ساختن پرداخت بر مبنای تشخیص بجای پرداخت به ازای تخت روز اشغالی.
- تامین هزینه های سرمایه ای بیمارستان همانند هزینه های جاری آن توسط صندوق بیماری.

دارو

- بودجه دارویی منطقه ثابت است. نخستین افزایش هزینه فراتر از ۲۸۰ میلیون مارک را اتحادیه پزشکی و دومین افزایش ۲۸۰ میلیون مارک فراتر از سقف مذکور را صنایع دارویی تامین مالی خواهند کرد.
- لیست داروهایی که تحت پوشش قرار دارند در ژانویه ۱۹۹۶ منتشر خواهد شد.
- با کاهش یافتن قیمت داروهای خارج از لیست تعهدات دارویی، اسم آنها هم در لیست وارد خواهد شد.

صندوق بیماری :

یارانه متعادل کننده ریسک در بین صندوق ها از ۱۹۹۴ آغاز می شود.

مصرف کنندگان خدمات درمانی:

- آزادی تحرک در بین صندوق ها برای اعضای بیمه شده^۱
- افزایش مشارکت بیمه شدگان در پرداخت هزینه ها^۲

اکثریت آلمانیها تحت پوشش بیمه درمان خصوصی یا رسمی قرار داشته و به این وسیله امکان دسترسی به سطح بالایی از مراقبتهای بهداشتی و درمانی برای آنها فراهم آمده است. عرضه کنندگان خدمات نیز از خودکفایی قابل ملاحظه ای برخوردار می باشند و با آنکه تمایل به افزایش حجم مراقبتهای و خدمات خود دارند، اما مجبورند تا در چارچوب ملاحظات اقتصادی و بودجه ثابت مشخص خدمات درمانی را ارائه نمایند.

ارزیابی نتایج اصلاحات در آلمان

- آزادی عمل صندوق های بیماری برای لغو قرارداد با بیمارستانهایی که ناکارا بودند باعث تعطیلی چهار بیمارستان و تجدید نظر در مورد فعالیت ۲۰ بیمارستان دیگر گردید.

- اعمال سیاست پرداخت ثابت برای دارو، موفقیت ویژه ای را در پی داشت. در سال اول اجرای آن، درحالیکه قیمت داروهای خارج از لیست ۲ درصد رشد نموده بود، قیمت داروهایی که در لیست قرار داشتند ۲۱ درصد کاهش داشت.

- به نظر می رسد که اقداماتی نظیر ایجاد محیط رقابتی برای صندوق ها، برقراری پرداخت حق شارژ و همچنین آنچه در بالا به آن اشاره شده، باعث کنترل سطح هزینه های بخش گردید. بطوریکه سهم بهداشت و درمان از GDP که در سال ۱۹۸۸ بالغ بر ۹/۸ درصد می گردید در سال ۱۹۹۰ به ۸/۱ درصد کاهش یافت. همچنین طبق نظر

^۱- نقطه کلیدی در GSG بسط نوع خاصی از رقابت در تامین مالی خدمات درمانی می باشد. بدنبال اصلاحات درمانی در ۱۹۸۸ بیماران مجبور به پرداخت مابه التفاوت اختلاف میان قیمت های ثابت تعیین شده و قیمت های واقعی شدند که این باعث ایجاد رقابت بین تولیدکنندگان برای کاهش قیمت محصولاتشان گردید.

^۲- هوفر وزیر بهداشت آلمان در این مورد گفت: تعدیل ریسک و آزادی انتخاب مصرف کننده یک رقابت جدید را بوجود آورده که علاوه بر بهبود شرایط و افزایش کارایی اقتصادی باعث فشار برای کاهش حق مشارکت نیز می گردد.

سنجی های انجام شده ، سطح رضایتمندی مردم از وضعیت نظام بهداشتی و درمانی آلمان در سال ۱۹۹۰ در وضعیت مناسبی بوده است.

نظام بهداشت و درمان آلمان از مشکلاتی نیز رنج می برد که به نظر می رسد برخی از آنها با اصلاحات انجام شده در این بخش مرتبط باشند.

سرانه تخت بیمارستانی به ازای هر هزار نفر و همچنین متوسط اقامت بیماران بستری در بیمارستانها و نسبت پزشکان به جمعیت در آلمان بیش از متوسط سایر کشورها می باشد.

نتایج حاصل از اصلاحات در ایالت باواریا در سال ۱۹۷۹ که با هدف تشویق خدمات سرپایی به منظور کاهش هزینه های بستری صورت گرفت ، موفقیت آمیز نبود. به نظر می رسد تدوین جداول مالی بصورت تعیین سطح هزینه ها بصورت سرجمع و انجام پرداخت کلی باعث می شود که پزشکان بصورت انفرادی ، انگیزه ای برای کنترل هزینه ها نداشته باشند. در مورد خدمات بیمارستانی نیز استفاده از نظام پرداخت گذشته نگر اگرچه باعث کاهش بیماران بستری گردید اما متوسط اقامت بیماران را افزایش داد.

از سوی دیگر ، قانونمند نمودن همه فرایندهای موجود در نظام درمان و اعمال یک چارچوب مشخص و یکسان برای فعالیت صندوق های بیمه گر و ارائه دهندگان خدمت باعث حذف رقابت گردیده است.

در مجموع به نظر می رسد که اعمال سیاستهای رقابتی در بازاری که شدیداً در چارچوب ضوابط قانونی شکل گرفته است، ممکن است کارایی را کاهش دهد. یعنی در اینجا ، رقابت باعث تشدید عدم کارایی می گردد. به عنوان مثال تورم مصنوعی و غیر لازم در حجم بودجه نظام بیمه درمان بوجود می آید. به این ترتیب ، در مورد بحث اثربخشی هزینه ها در نظام مراقبتهای درمانی، به تدریج نگرانیهای مطرح می شود. برخی صاحب نظران معتقدند که در زمینه مراقبتهای پیشرفته، مازاد عرضه وجود دارد، درحالیکه در مورد خدمات پیش گیرانه، مراقبتهای بلند مدت و روانپزشکی ، کمبود عرضه احساس می شود. به نظر می رسد که این نتیجه ترکیب انعطاف ناپذیر خدماتی

است که در جداول پرداخت تعریف شده اند و همچنین ناشی از ماهیت نظام پرداخت به ازای خدمت (کارانه) می باشد.

برابری هنوز هم یک مشکل اصلی است، چراکه همیشه، برای نیازهای یکسان، مراقبتهای یکسانی در دسترس نمی باشد. عموماً، کارمندان، بخصوص اگر درآمد آنها بیش از سقف تعیین شده برای بیمه اجباری باشد نسبت به کارگران، از حق انتخاب بیشتری برخوردار می باشند. در همین حال، افراد تحت پوشش بیمه اجباری با سطح یکسانی از درآمد و ریسک ممکن است دریابند که سطوح مختلفی در میزان مشارکت (حق بیمه) دارند، چرا که آنها قانوناً مجبور شده اند در صندوق بیماری عضویت یابند که افرادی با مخاطرات مختلف در آن عضو می باشند.

در نهایت برخی معتقدند که محدودیت قانونی شدیدی که بر صندوق های بیماری حاکم است، باعث شده است تا آنها، انگیزه کافی برای ایفای نقش یک خریدار فعال در جهت حفظ منافع اعضای خود را نداشته باشند.

نظام بیمه درمان در هلند

کشور هلند با جمعیتی بالغ بر ۱۵/۵ میلیون نفر، چیزی حدود ۸/۵ درصد از کل GDP خود را صرف خدمات درمانی می کند. ۱۳/۳ درصد از کل جمعیت این کشور در سن بازنشستگی (۶۵ سال و بیشتر) قرار دارند.

همانند کشور آلمان، کشور هلند نیز بر پایه سیستم بیمه های درمان اجتماعی یا همان نظام بیسمارکی عمل می کند. عضویت در صندوق های تندرستی برای کارگران غیر دولتی و افراد عضو سازمان تامین اجتماعی بصورت اجباری است. این افراد حدود ۶۰ درصد از کل جمعیت کشور هلند را شامل می شوند. حدود یک سوم دیگر از جمعیت که عمدتاً افراد با درآمد بالای این کشور را شامل می شوند، بصورت اختیاری تحت پوشش بیمه های خصوصی درآمدی اند. چیزی کمتر از یک درصد جمعیت هلند تحت هیچ پوشش بیمه ای قرار ندارند.

بیمه درمان در هلند از طریق صندوقهای تندرستی، صندوقهای بیمه خصوصی و دولت تامین مالی می گردد حدود ده درصد از کل مخارج درمان از طریق مالیاتها تامین می گردد. منابع صندوقهای تندرستی از پرداخت حق بیمه توسط کارگران و کارفرمایان جمع آوری می گردد. حق بیمه قابل پرداخت به این صندوقها درصدی از حقوق افراد است که مقدار آن توسط دولت تعیین می گردد. لازم به ذکر است پرداخت حق بیمه به نسبت مساوی میان کارگران و کارفرمایان تقسیم می شود به عبارت دیگر هر یک ۵۰٪ از آن را می پردازند.

صندوق های بیمه درمان خصوصی این اختیار را دارند که نرخ حق بیمه را خودشان تعیین کنند. فقط افراد با ریسک بیماری بالا در این میان وضعیت، استثنایی دارند این افراد در گروه خاصی قرار می گیرند و دولت یارانه ای را بابت آنها به شرکت های بیمه خصوصی می پردازند.

مخارج درمانی فوق العاده مطابق قانون خدمات درمانی تا سال ۱۹۶۷ پوشش داده می شوند. این مخارج از طریق مشارکت افراد و یارانه دولت تامین مالی می شوند. اخیراً سطح پوشش این دسته از مخارج بطور چشمگیری افزایش یافته است. مخارج مذکور حدود ۴۱ درصد از کل هزینه های درمان را شامل می شوند (آمار سال ۱۹۹۶).

ساز و کار ارائه خدمات درمانی در کشور هلند براساس فعالیت پزشکان عمومی صورت می گیرد. چنانچه فرد بیمه شده بدون ارجاع از سوی پزشکان عمومی به پزشکان متخصص، مراکز ارائه خدمات پاراکلینیکی و خدمات سرپائی مواجهه کند، بیمه کنندگان درمان ملزم به پرداخت هزینه آن نخواهند بود. بسیاری از پزشکان عمومی بصورت انفرادی فعالیت می کنند. هرچند که در مناطقی از هلند کار گروهی پزشکان عمومی رو به رشد می باشد. فرض بر آن است که افراد و خانوارها در ابتدا به نزدیکترین پزشک عمومی محل زندگی خود مراجعه می کنند. پزشک عمومی برای هر مراجعه یک مبلغ کارانه دریافت می کند. پرداخت کارانه توسط صندوق تندرستی و مرکز ملی پزشکان عمومی صورت میگیرد. در مقابل بیمه گران خصوصی درمان، خدمات پزشکان را براساس هزینه خدمات خریداری می نمایند که درخصوص قیمت و چگونگی پرداخت آن

از پیش با پزشکان توافق نموده اند. پزشکان متخصص در کشور هلند معمولاً بصورت یکی از اعضاء در بیمارستان ها فعالیت می کنند. هرچند پزشکان متخصص برای ارائه خدمات خود در بیمارستان ها به بسیاری از عوامل تولید دیگری از قبیل تخت بیمارستانی، اتاق عمل و یا خدمات پرستاری وابسته می باشند اما عموماً بصورت یک کارمند بیمارستان محسوب نمی شوند. تنها برخی از پزشکان متخصص و آنهم در بیمارستان های آموزشی بعنوان کارمند فعال می باشند. در سایر موارد پرداختی به پزشکان متخصص براساس هزینه خدمات صورت می گیرد که این مبلغ هم توسط بیمه گران خصوصی و هم صندوق بیمه تندرستی پرداخت می گردد. البته میزان پرداختی در مورد سطح بندی بیمه گران خصوصی تقریباً چیزی حدود ۲ برابر صندوق بیمه تندرستی می باشد. خدمات بیمارستانی در کشور هلند بوسیله موسسات خصوصی غیرانتفاعی ارائه می گردد. موسسات خصوصی انتفاعی ارائه کننده خدمات بیمارستانی در کشور هلند بسیار محدود می باشند. بیمارستانهای غیرانتفاعی در کشور هلند عموماً به سه دسته تقسیم می شوند. دسته اول بیمارستان های عمومی می باشند که بخش وسیعی از خدمات را ارائه می دهند. دسته دوم بیمارستان های آموزشی بوده که به صورت نسبی تعداد کمی را تشکیل می دهند و دسته سوم بیمارستان های تخصصی است که خدمات تخصصی را به تعداد نسبتاً محدودی از بیماران ارائه می دهند.

تا سال ۱۹۸۳ بودجه اختصاص یافته به بیمارستان های هلند معمولاً معادل هزینه ای بود که انجام می دادند و این مقدار آن تقریباً نامحدود بود. با توجه به رشد فزاینده هزینه های بیمارستانی (بطور واقعی در طول دوره ۸۲-۱۹۷۳ حدود ۴/۵ درصد رشد نموده است) باعث شد که در سال ۱۹۸۳ بودجه ثابت به بیمارستانها اختصاص یابد. بودجه هر بیمارستان براساس میزان خدمات ارائه شده، تعداد تخت های بیمارستانی، تعداد واحدهای تخصصی، تعداد قراردادهای میان بیمارستان و سازمانهای بیمه گر درمان تعیین می شود. این تغییر باعث افزایش بهره وری بیمارستان های هلند و بهبود در کارایی خدمات کلینیکی و غیر کلینیکی بمنظور کنترل هزینه ها در سطح بودجه تعیین شده گردید. بطور مثال بودجه ثابت بیمارستانی انگیزه ای برای افزایش تعداد اعمال جراحی سرپائی و کاهش مدت اقامت بیماران شد.

کنترل هزینه های درمانی در هلند:

هزینه های درمانی هر کدام از اعضاء صندوق تندرستی از منابعی که در اختیار صندوق قرار می گیرد بطور کامل پرداخت می شود. در حال حاضر صندوق تندرستی مبلغی را برای تعدیل ریسک احتمالی آینده از هر کدام از اعضاء خود دریافت می کند. این موضوع باعث می شود که افراد هنگام انعقاد قرارداد با ارائه کنندگان خدمات درمانی، توجه بیشتری به قیمت ها داشته باشند.

دولت بمنظور کنترل هزینه ها در طول دهه گذشته از روش مشارکت در پرداخت استفاده کرده است. در ابتدای ۱۹۹۹ روش مشارکت در صندوق های تندرستی تنها برای خدمات دارو و حمل و نقل آمبولانس اعمال گردید.

روش دیگری جهت کنترل هزینه ها تغییر لیست مربوط به خدماتی است که باید ارائه شود. خدمات مربوط به عینک های طبی و داروهای بدون نسخه پزشک از لیست خدمات حذف گردیدند.

هلند دارای سیستم ارزیابی استفاده از فن آوری و برنامه های کنترلی دارویی می باشد. وظیفه هیات مدیره ارزیابی داروها، ارزیابی و سفارش داروها قبل از بازاریابی آنها می باشد.

در اوائل دهه ۹۰ هیات ارزیابی صندوق های تندرستی هلند بیش از ۱۲۰ روش پزشکی را برای تعیین اعمال جراحی غیر مورد نیاز تشخیص و سندی را برای تغییر لیست فعالیت هایی همچون اعمال جراحی زیبایی طراحی نمودند.

در سال ۱۹۸۸ نیز یک صندوق تحقیقات درمانی برای کمک به منابع مالی تحقیقات در رابطه با فن آوری های موجود و پیشرفته تشکیل گردید. انتظار می رفت که این اقدام اطلاعات مهمی را در رابطه با کارایی و اثربخشی و موثر کردن هزینه های مربوط به تکنولوژی های نوین ارائه دهد.

اصلاحات در بخش درمان هلند :

از دهه ۱۹۸۰ تا کنون تلاش های زیادی جهت اصلاح سیستم درمان هلند با تاکید بر رقابتی کردن شرایط بازار بیمه درمان صورت گرفت. از مهمترین اقدامات در این زمینه می توان به تقویت تغییر در تصمیم گیری متمرکز دولتی، تقویت نمودن نقش صندوق های تندرستی بعنوان جزء سوم بیمه و بالا بردن نقش مصرف کنندگان در تهیه و تدارک خدمات اشاره کرد. رقابت نیز از طریق جایگزین کردن سقف تعرفه بجای تعریف ثابت، دادن حق انتخاب به بیمه گر برای انتخاب طرف قرارداد و اعمال قوانین در خصوص سطح قیمت و کیفیت خدمات صورت گرفت.

این اصلاحات بسیار بحث برانگیز بود و در سال ۱۹۹۴ دولت جدید توقف و تعدیل این برنامه را اعلام نمود. بهر حال پیشنهادات و اصلاحاتی در این زمینه صورت گرفت. مصرف کنندگان می توانستند صندوق های خود را انتخاب کنند، این کار از طریق مذاکره با ارائه کنندگان خدمت در مورد میزان خدمت و تعرفه ها صورت می پذیرفت. صندوق تندرستی ملی بطور موثری توسعه یافت و اکنون تقریباً تمامی فعالیت ها در سطح ملی صورت می گیرد.

علی رغم تغییر در انگیزه ها که از تغییر در منابع صندوق بیمارستانی ناشی شده بود، رشد هزینه های بیمارستانی در دوره ۹۲-۱۹۸۳ بیشتر از دهه گذشته بودند (تقریباً این رشد ۶/۵ درصد است). این مسئله منعکس کننده هزینه های قابل توجه در دهه ۱۹۹۰ بود. در حال حاضر اصلاح تامین مالی بیمارستان ها از اساسی ترین اصلاحات بخش درمان هلند می باشد. برای این کار بودجه های ثابت جایگزین سیستم کارانه شده اند. در همین راستا از ابتدای سال ۱۹۹۷ برخی از بیمارستان ها بعنوان پایلوت انتخاب گردیدند.

نظام بیمه درمان در انگلیس

خدمات بهداشتی فراگیر در سطح کشور انگلستان در سال ۱۹۴۲ با هدف دسترسی برابر همگان، توسط بوریج طراحی شد. سازماندهی ساختار آن به دنبال تصویب قانون

بهداشت ملی در انگلستان، اسکاتلند و ایرلند شمالی در سال ۱۹۴۶ آغاز شد که دارای سه سطح عمده بود:

- ۱- خدمات پزشکی خانواده شامل: پزشکان خانواده، دندان پزشکان، بینایی سنجی، تحویل دارو و ملزومات پزشکی.
- ۲- خدمات ادارات بهداشت محلی شامل: خدمات بهداشت محیط و ...
- ۳- خدمات بیمارستانی و خدمات مربوط به درمان جامعه نگر.

خدمات بهداشتی ملی NHS از سال ۱۹۴۸ با هدف تامین خدمات در جهت بهبود سلامت جسمی و روانی مردم به اجرا درآمد این اهداف از طریق پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع بیماریها باید به تحقق می پیوست.

اغلب خدمات غیر بیمارستانی (خدمات بهداشتی و درمانی خانواده) از طریق ارائه دهندگان مستقل و در قالب مدل قرارداد (the contract model) عرضه می شود. خدمات بهداشت و درمان جامعه (community) و بستری، از طریق بیمارستانهای عمومی و بوسیله افراد حقوق بگیر، براساس مدل یکپارچه (integrated model) ارائه می شوند. یک بخش کوچک تر اما در حال رشد مراقبتهای بهداشتی و درمانی نیز وجود دارد که تامین مالی آن، بخشی توسط پرداخت مستقیم و بخشی نیز از طریق بیمه خصوصی در چارچوب مدل میزان خدمات (reimbursement model) صورت می پذیرد.

خدماتی که توسط عرضه کنندگان خدمت ارائه می شود شامل، موارد زیر می باشد: خدمات داروسازان، خدمات دارو فروشان خرده فروش (که پیشه وران مستقلی می باشند)، خدمات پزشکان عمومی، (که اینها نیز مستقل می باشند)، خدمات بهداشتی و درمانی عمومی، خدمات بهداشتی و درمانی جامعه (از قبیل پرستاری در منزل، آمبولانس و معاینات درمانی)، خدمات بیمارستانهای عمومی (خدمات سرپایی برای بیماریهایی مزمن یا حاد)، خدمات بستری خصوصی که در بیمارستانهای دولتی ارائه می شوند و بیمارستانهای خصوصی و خدمات پرستاری در منزل که توسط ارائه دهندگان مستقل عرضه می شوند.

پرداخت کننده گان ثالث، به وزارت بهداشت، مقامات درمانی منطقه ای (خدمات درمانی بیمارستانی و جامعه نگر) و کمیته های پزشکان خانواده برای خدمات پزشکان مستقل، تفکیک می شود. پرداخت کنندگان ثالث، همچنین شامل بیمه گران خصوصی اصولاً غیرانتفاعی که با همدیگر رقابت می کنند و عمدتاً بر مبنای اصل جبران هزینه های بیماران عمل می کنند نیز می شود.

تا سال ۱۹۹۱، خدمات بهداشت و درمان جامعه در چارچوب یک الگوی یک پارچه (integrated fashion)، بوسیله مقامات درمانی منطقه ای مدیریت تامین مالی می شدند. مقامات درمانی منطقه ای در قالب تامین مالی بیمارستانها از یک سو و مدیریت آنها از سوی دیگر، فعالیت می کنند و در واقع، تلفیق نقش پرداخت کننده ثالث و مدیریت ارائه خدمات از خصوصیات مدل یکپارچه (integrated model) می باشد.

در سال ۱۹۹۱ حدود ۹۵۴۰۰۰ نفر بطور مستقیم و ۵۰۰۰۰ نفر بصورت غیر مستقیم در بخش درمان شاغل بوده اند که ۳۸ درصد آنها را پزشکان عمومی تشکیل می دادند و بیش از ۹۰ درصد مراجعات بیماران برای استفاده از خدمات مراقبتهای بهداشتی، به پزشکان صورت گرفته بود.

اصلاحات در نظام بیمه درمان انگلیسی

طی سالهای ۸۴-۱۹۸۳ کمیسر دولتی، گریفیت (sirroyGriffiths) در طی یک مطالعه جداگانه، نشان داد که NHA در حالت رکورد ساختاری و تسلط عرضه کنندگان و عدم پاسخگویی آنها می باشد. در نتیجه، انواع مختلف شبه بازار، مورد بحث و نقد دانشگاهی قرار گرفتند که در نهایت به تدوین کتاب سفید (Whitepaper) که طرحی برای تقویت NHS و حذف نقاط ضعف آن منجر گردید. نکات مهم نظام جدید را در مقایسه با مدل قبلی می توان بصورت زیر برشمرد:

- منابع تامین مالی بدون تغییر ماند.
- ارائه دهندگان خدمات عبارت از "صندوق ها"، پزشکان عمومی و صندوق های خودگردان بیمارستانی می باشند.

- پزشکان عمومی و بیمارستانهای عمومی به عنوان دو گروه محسوب می شوند.
- مقامات محلی ، در زمره پرداخت کننده ثالث قرار گرفته اند.
- پزشکان عمومی که برای اداره مرکز درمانی انتخاب می شوند، مستقیماً منابع مالی را از مقالات منطقه ای دریافت می کنند. در واقع هدف اصلی این اصلاحات ، تغییر در مدیریت خدمات بهداشت ملی بگونه ای است که در آن ، نقش بازار تامین اعتبار مالی مراقبتهای بهداشتی به لحاظ تشویق بهره وری ، مدیریت خوب، دادن حق انتخاب بیشتر به مدیران ، پزشکان و بیماران بوده است. هدف اصلی تغییرات ، تقسیم خدمات بهداشت ملی به دو گروه عمده بود. یک گروه که خدمات بهداشتی را تقاضا می کند و گروهی که آنرا فراهم می کنند.

تامین مالی :

انگلیس دارای یک سیستم درمان جامع ملی می باشد که از طریق درآمدهای مالیاتی ، تامین مالی شده و به وسیله یک بخش خصوصی کوچک و مستقل همراهی می شود. سطح هزینه ها از سوی دولت تعیین شده و قسمت عمده ای از هزینه ها بصورت تعیین سقف تخصیصی limited-cash داده شده و بقیه توسط دولت نظارت می شود.

سهم بهداشت و درمان در GDP از ۴/۵ درصد سال ۱۹۷۰ به ۵/۸ درصد در حدود ۱۹۸۰ و ۶/۲ درصد در سال ۱۹۹۰ افزایش یافته است. براساس برابری قدرت خرید پول، هزینه سرانه بهداشت و درمان در سال ۱۹۸۷ معادل ۷۵۸ دلار بود. که ۴۵ درصد بیشتر از اسپانیا و ۴۴ درصد کمتر از آلمان است.

خدمات ملی سلامت، حدود ۸۸ درصد هزینه های بهداشتی انگلیس را در سال ۱۹۸۹ به خود اختصاص داده بود. هزینه های NHS ، ترکیبی از مالیات عمومی (۷۹ درصد کل مخارج) ، مشارکت در پرداخت بیمه ملی (۱۶ درصد) و پرداخت مستقیم بیماران و سایر منابع (۵) درصد بود. مخارج داوطلبانه ۱۲ درصد کل هزینه ها را در ۱۹۸۹ شامل می شد که برای خریداری داروهای غیر نسخه ای و حدود ۳۰ درصد نیز به منظور برخورداری از پوشش بیمه خصوصی که عموماً برای جراحی ها می باشد، صرف می شوند.

هزینه‌های NHS توسط هیئت دولت در قالب هزینه های سالانه تعیین می شوند. بودجه که بصورت جداگانه برحسب خدمات بهداشت خانواده، خدمات بیمارستانی و جامعه محاسبه شده است. به وزارت بهداشت ابلاغ می شود. بقیه موارد که شامل دو سوم کل هزینه ها می شود، بصورت کلی محاسبه و ابلاغ می گردد.

اعتبار مالی خدمات بهداشت ملی بعد از تصویب هیات وزیران از طریق بخش بهداشت و خدمات اجتماعی بین چهارده اداره بهداشتی منطقه (Reginal Health Authorities) توزیع می شود که این توزیع براساس ارزیابی اولیه مبتنی بر نیازهای منطقه، جمعیت، سایر ویژگیها و منابع منطقه ای انجام می گیرد. این ادارات، مسئول تخصیص منابع مطابق همان فرمول به ادارات بهداشتی محدوده (District Health Authorities) می باشند. محدوده های بهداشتی از نظر اندازه متفاوت بوده و بین ۱۰۰ هزار تا ۴۰۰ هزار نفر را تحت پوشش دارند. هیچ گونه منابع اضافی برای خدمات احتمالی در داخل یا خارج محدوده وجود ندارد. بیمارستانها و سایر واحدها هیچ گونه منبع مستقیمی را دریافت نخواهند داشت ولی با توجه به عقد قرارداد برای خدمات واقعی انجام شده، هزینه دریافت خواهند کرد که ویژگی آن "دریافت هزینه بعد از ارائه خدمت" است.

مسئولین بهداشتی، هیچ اجباری به خرید انحصاری خدمات از بیمارستانها و واحدهای درون محدوده ندارند بلکه می توانند با بیمارستانها و سایر فراهم کنندگان در محدوده های مجاور یا حتی دورتر برای ارائه خدمات قرارداد ببندند.

از نظر فراهم کنندگان خدمات، دیگر منبع تضمین شده درآمد از ادارات محدوده وجود ندارد، بلکه تامین منابع منوط است به یکسری قرارداد با DHA محلی یا سایر DHA های هم جوار، قراردادها می توانند به صورت کلی، در ازای مبلغی ثابت برای ارائه یک سری از خدمات در طول یکسال و یا مبتنی بر حجم مشخصی از خدمات باشد که به ازای این خدمات مبلغ مشخصی پرداخت شود.

ارزیابی نتایج اصلاحات :

- کارایی و اثربخشی:

شواهدی که در این زمینه در دست می باشند، چندان واضح نیستند. مراجعات بیماران طی دوره ۹۱-۱۹۹۰ تا ۹۴-۱۹۹۳ معادل ۱۸ درصد رشد نموده است. با آنکه تخت های بیمارستانی از ۷/۱ تخت به ازای هزار نفر در سال ۱۹۸۳ به ۴/۳ تخت به ازای هزار نفر در سال ۹۴-۱۹۹۳ کاهش یافته، تعداد مراجعات دو برابر شده است.

این افزایش ها ، با رشد غیر معمول ۶/۱ درصد بودجه به قیمت واقعی در سال های ۹۲-۱۹۹۱ و ۵/۵ درصد در دوره ۹۳-۱۹۹۲ همراه بوده است . طی سالهای ۹۲-۱۹۸۸ با آنکه تعداد پرستاران ۴ درصد کاهش یافته است، کارایی آنها ۲۰ درصد رشد نموده است.

- قرارداد :

تا سال ۹۵-۱۹۹۴ ، اکثر قراردادها از یک الگوی ملی تبعیت می کردند، اما در ۶۹ درصد از آنها، نمودهایی از مدیریت ریسک را می توان مشاهده کرد (Robinson 1996). به نظر می رسد که قیمت گذاری ، هنوز بر مبنای هزینه صورت می گیرد. به نظر می رسد که هزینه های مبادله، بسیار بالا می باشند، البته اطلاعات موثقی در زمینه هزینه های مستقیم و غیر مستقیم مبادله در دست نمی باشد. در قسمت نیروی کار ، تعداد مدیران NHS به شدت افزایش یافته و طی سه سال ۹۳-۱۹۹۰ به بیش از ۱۰ هزار نفر رسیده است که این نیز یک علت دیگر برای رشد هزینه های مبادله می تواند باشد.

- رقابت

رقابت واقعی براساس مطالعات انجام شده، بسیار محدود است. ممنوعیت انتقال مازاد به سال بعد و ایجاد ذخیره ، انگیزه اجرایی طرحهای بلند مدت اما با کارایی بالا را کاهش داده و باعث کمرنگ شدن بحث رقابت می شوند.

- تاثیر بر بیماران :

مدت زمان انتظار پس از گذشت پنج سال ، کاهش یافته است. بیماری که بیش از دو سال در لیست انتظار باشد، وجود ندارد و افراد ثبت نام شده ای که بیش از یکسال از ثبت نام آنها می‌گذرد، از ۲۰۰۰۰۰ نفر به ۵۰۰۰ نفر یعنی ۲ درصد کل ثبت شدگان در مارس ۱۹۹۶ کاهش یافته اند. در تائید افزایش حق انتخاب بیماران در زمینه خدمات بستری یا پزشکان عمومی، شواهد کلی به دست آمده است.

نظام بیمه درمان در کانادا:

کشور کانادا با جمعیتی بالغ بر ۳۰/۲ میلیون نفر حدود ۹/۳ درصد از کل تولید ناخالص داخلی را صرف مخارج درمان می کند. سطح استاندارد زندگی در کانادا در حد بسیار بالائی بوده و درآمد سرانه در این کشور حدود ۲۳۷۶۱ دلار می باشد. افراد بالای ۶۵ سال نزدیک به ۱۲ درصد از کل جمعیت را در این کشور به خود اختصاص می دهند.

- تامین مالی بخش درمان در کانادا توسط دولت صورت می گیرد و خدمات مورد نیاز از بخش خصوصی خریداری می شوند. تامین مالی مخارج درمان در این کشور عموماً از طریق مالیات بر درآمد افراد و شرکت ها صورت می گیرد. بیمه های درمان ، پوشش کاملی از خدمات بیمارستانی ، سرپائی، بستری و خدمات پزشکی را برای تمامی افراد جامعه در بردارند. حدود ۷۰ درصد از کل مخارج درمان در این کشور توسط بخش عمومی پرداخت می شود. ۳۰ درصد باقیمانده نیز توسط بیمه های اختیاری و یا مخارج مستقیم خانوار تامین می گردد.

- ایالت ها نیز منابع مالی را به شکل پرداخت های نقدی یارانه از دولت فدرال دریافت می کنند.

قانون درمان کانادا در سال ۱۹۸۴ اصول زیر را بعنوان پایه های اصلی بیمه های درمان مطرح نمود و هر کدام از سازمان های بیمه ای ایالتی موظف گردیدند. در جهت رسیدن به این اصول تسهیلات لازم را پیش بینی نمایند. این اصول عبارتند از:

۱- مدیریت عمومی : تمامی سازمان های بیمه ای باید بصورت یک ارگان غیرانتفاعی با مدیریت عمومی رهبری شوند.

۲- جامعیت خدمات : سازمان های بیمه ای موظف به ارائه تمامی خدمات درمانی آزمایش ها و داروهای مورد نیاز برای افراد تحت پوشش خود هستند بسیاری از خدمات سرپائی و خدمات درمانی بیماریهای مزمن نیز باید تحت پوشش قرار گیرند.

۳- فراگیری: سازمان های بیمه ای باید تمامی افراد یک ایالت را بشکل واحد و شرایط مساوی تحت پوشش قرار دهند.

۴- بهبود دسترسی : دسترسی معقول و مناسب به خدمات درمانی بشکل واحد و شرایط مساوی برای تمامی افراد جامعه باید توسط سازمانهای بیمه ای فراهم گردد. لازم به ذکر است که خدمات ارائه شده فقط به نیازهای درمانی افراد وابسته بوده و هیچ ارتباطی به سطح درآمد، سن و یا وضعیت سلامتی آنها ندارد.

۵- قابلیت انتقال : هر کدام از افراد مقیم یک ایالت زمانی که از ایالت خود به ایالت دیگری نقل مکان می کنند، تمامی خدمات در ایالت جدید به آنها ارائه خواهد شد. البته در انتقال به خارج از کانادا محدودیت هائی وجود دارد.

در این میان مسئولیت دولت فدرال، برنامه ریزی، نظارت و سازمان دهی چارچوب ملی (بطور خلاصه قواعد درمانی کشور) تامین مالی بیمه های درمان ایالتی از طریق انتقال وجوه و مالیات ها و ارائه خدمات درمانی بصورت مستقیم به نظامیان بازنشسته، پرسنل نظامی، زندانیان و پلیس سواره می باشد. دولت فدرال همچنین مسئول ارائه مراقبت های پیشگیری درمانی، پیش گیری از بیماری و ارتقاء سلامتی است.

بمنظور دسترسی به خدمات بیمارستانی پزشکی افراد مقیم کانادا به پزشک معالج (پزشک خانواه) که خود انتخاب می کنند مراجعه کرده و کارت بیمه ای خود را ارائه می دهند. این کارت برای تمامی افراد مقیم یک ایالت صادر می گردد.

خدمات بیمارستانی تحت پوشش بیمه شامل خدمات بستری در هر سطح، دارو، پزشکان بیولوژیک، آزمایش، و طیف گسترده ای از خدمات سرپائی مورد نیاز می باشد. خدمات پزشکی تحت پوشش بیمه شامل خدمات مورد نیاز پزشکی عرضه شده بوسیله متخصصان بیمارستانی کلینیک ها و مطب پزشکان می باشد. اعمال جراحی و دندان پزشکی نیز تحت پوشش بیمه می باشند. افراد، هرگز مبلغی را بصورت مستقیم برای خدمات دریافت شده پرداخت نخواهند کرد و تنها در ایالات آلبرتا و بریتیش کلمبیا افراد موظف به پرداخت مبلغ مشخصی می باشند که عمدتاً به درآمد افراد بستگی داشته و این پرداخت از ۱۰ درصد کل هزینه های درمانی تجاوز نمی کند.

علاوه بر خدمات پزشکی و بیمارستانی که در تعهد بیمه درمان می باشد. ایالات پوشش های عمومی را برای سایر خدمات درمانی که تحت پوشش بیمه های اجتماعی نیستند نیز ارائه می کنند. این خدمات برای گروه خاصی از جمعیت همچون فقرا، کودکان و افراد پیر ارائه می شود. چنین خدمات درمانی تکمیلی اغلب شامل داروهای تجویز شده، خدمات دندانپزشکی، خدمات چشم پزشکی، تجهیزات کمکی و کمک به افرادی که بصورت مستقل زندگی می کنند خواهد بود.

دولت فدرال کانادا در برنامه های درمانی ایالات علاوه بر مالیات ها، مبلغی را بصورت پرداختی های انتقالی تحت عنوان پرداختی های اجتماعی و درمانی کانادا می پردازد. بر این اساس بیمه های درمانی در ایالت ها باید از اصول و قوانین درمانی کشور تبعیت کنند.

کنترل هزینه ها:

صندوق درمان کانادا در کنترل هزینه های درمانی موفقیت چشم گیری داشته است. در سال ۱۹۹۲، مخارج درمان حدود ۱۰/۲ درصد تولید خالص داخلی بوده اما در حال حاضر ۹/۳ درصد می باشد. ایده کنترل مخارج درمان کانادا از طریق عرضه بسیار مهم است. چراکه این باعث می شود که دولت بعنوان تنها خریدار درمان قدرت خرید بالایی داشته باشد. علاوه بر آن همان گونه که مطالعات نشان می دهند (میملستین و لماندر

۱۹۸۶)، کشورهای با نظام واحد پرداخت همچون کانادا در مقایسه با ایالات متحده و کشورهای مشابه با آن دارای هزینه های اداری پائین تری می باشند.

کنترل ایالت بر عرضه خدمات درمانی توسط پزشکان از طریق شاخص هایی همچون محدود کردن تعداد پزشکان در نواحی، تغییر در پرداختی به پزشکان جدید در ایالات، کاهش پرداختی به پزشکان مناطقی که تعداد پزشک در آن مناطق بیش از ظرفیت بوده و افزایش پرداختی به پزشکان مناطقی که تعداد پزشک کمتر از ظرفیت می باشد، صورت گرفت. چنین شیوه هایی بوسیله سازمان های درمانی نیز دنبال می گردد.

تغییرات ساختاری قابل توجهی در بخش بیمارستان ایجاد شده است. بیمارستان ها بتدریج در یکدیگر ادغام شده، تعداد تخت ها کاهش یافته و بسیاری از امکانات درمانی خدمات جراحی به خدمات درمانی جامعه نگر (community-based) تبدیل شده اند. تعدادی از ایالات صندوق های انگیزشی جدیدی را برای حمایت از تغییرات انگیزشی در تکنیک های مدیریت بیمارستانی و روش های ارائه خدمات طراحی نمودند. تمامی اقدامات انجام شده باعث گردید که سهم هزینه های بیمارستانی در کل هزینه های درمانی از ۳۸/۲ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۳۴/۹ در سال ۱۹۹۹ کاهش یابد.

تغییر ساختاری از روش سهمیه بندی هزینه ای به صندوق های منطقه ای در ایالت ها در سال ۱۹۷۷ توسط دولت فدرال انعطاف پذیری بیشتری را برای هزینه کردن مخارج درمانی مناطق ایجاد نمود. در پایان دهه ۱۹۸۰، نرخ مشارکت برای خدماتی که به لحاظ درمانی مورد نیاز نمی باشند معرفی و افزایش نیافت و در جهت حذف پوشش برخی از این خدمات نیز اقداماتی صورت گرفت. ایالات نیز ارائه خدمات در خارج از کشور را بدلیل هزینه های بالای خدمات درمانی در کشورهای دیگر و بخصوص آمریکا قطع نمودند.

اصلاحات درمانی کانادا:

سیستم درمانی کانادا تقریباً در طول سه دهه گذشته وضعیت پایداری را تجربه نموده است. البته همانند استرالیا، کشمکش بین سطوح مختلف دولت سرعت اصلاحات

را کند نموده است. در سطوح سازمانی، اصلاحات بصورت خزنده است که مهمترین آنها بیشتر در شکل صندوقها و ساختار بخش بیمارستان می باشد.

اخیراً دولت های فدرال و ایالتی تلاش زیادی را جهت مدرنیزه کردن سیستم درمانی از طریق تعیین چارچوب خدمات درمانی مورد نیاز جامعه انجام داده اند. دولت بدنبال تغییر سیستم خدمات درمانی تلاش فزاینده ای را برای بهبود سلامتی و خدمات پیشگیری انجام داده است. بخصوص در بهبود خدمات در منزل موفقیت قابل توجهی کسب شده، بگونه ای که مخارج درمان در این بخش بطور سالانه در طول دو دهه گذشته ۲۱ درصد رشد داشته است.

نظام بیمه و درمان در آمریکا:

نظام سلامت ایالات متحده، تاریخ و فرهنگ یک ملت را در کلیت منعکس می سازد و اصلی ترین ویژگی آن اتکا به بخش خصوصی در تامین خدمات و منابع بهداشتی و درمانی است. به این ترتیب، دولت در این نظام نقش کمی داشته و به علت آنکه قسمت عمده ای از هزینه ها خارج از چارچوب دولت فدرال تحقق می یابد، سیاستگذاران دولتی نمی توانند کنترل دقیقی بر سطح هزینه های بهداشتی اعمال کنند.

اگر چه تحلیل گران پیوسته از سیاستهای بهداشت و درمان ملی آمریکا نام می برند، اما در سطح ایالات متحده آمریکا، نمی توان سیاستهای فراگیر و هماهنگی که در سایر کشورها تحت عنوان "سیاستهای بهداشت و درمان ملی" نامیده می شوند را مشاهده نمود.

شاغلین بخش سلامت آمریکا در سال ۱۹۹۸ به ۱۱۵۰۴ هزار نفر بالغ شدند که بسیاری از آنها عضو اتحادیه های صنفی در سطح ایالت یا منطقه می باشند. هدف اصلی این اتحادیه ها حفظ منافع اقتصادی اعضای خود می باشد، اگرچه چنین هدفی در اساسنامه هیچیک از آنها بطور صریح ذکر نگردیده است. به علت نفوذ و قدرت این اتحادیه ها، سیاستهای حاکم بر بخش سلامت، بیش از آنکه بر مبنای نیازهای پزشکی جمعیت تدوین شوند، در راستای منافع اقتصادی عرضه کنندگان شکل می گیرند. در

مجموع می توان گفت پزشکان ، در راس هرم نظام مراقبتهای آمریکا قرار دارند. در مجموع حدود دو سوم شاغلین بخش درمان، جزء شاغلین بخش خصوصی محسوب می شوند.

بخش درمان بستری که ترکیبی از مالکیت عمومی و خصوصی می باشد، در سال ۱۹۹۶ حدود ۶۲۰ هزار تخت را شامل می شد که کمی بیش از ۱۰ درصد آنها متعلق به بخش خصوصی بوده است. بیمارستانهای بزرگ و عمده در آمریکا دولتی هستند و یا متعلق به موسسات غیرانتفاعی می باشند.

روابط اقتصادی و محدودیتهای ناشی از آن به شدت در بخش سلامت آمریکا به چشم می خورد. بسیاری از بیمارستانهای آمریکا، اقدام به تعطیل نمودن بخشهای درمانی غیر سود ده نموده آنها را با فعالیتهای با سوددهی بالاتر جانشین ساخته اند. علاوه بر این ، از پذیرش بسیاری از افرادی که تحت پوشش هیچ بیمه ای قرار ندارند هم خودداری می کنند. به همین دلیل ، اتحاد نه چندان منسجم طرحهای بیمه ای خصوصی غیرانتفاعی صلیب آبی و سپر آبی ، نه تنها توسط دولت برای پوشش دادن مخاطرات مالی بیماران ایجاد نشده است، بلکه توسط بیمارستانهای آمریکایی و برای تضمین پایداری منابع مالی شکل گرفته است. البته، علت دیگر آن بازداشتن دولت از ارائه یک طرح بیمه درمان ملی بود که ممکن است باعث افزایش قدرت چانه زنی در طرف تقاضا شود.

در مجموع ۸۲/۶ درصد از جمعیت کشور در سال ۱۹۹۵ تحت پوشش بیمه های درمانی قرار داشتند که ۷۰/۷ درصد از آنها مربوط به بیمه شدگان تحت پوشش بیمه های خصوصی درمان بوده است. حدود ۴۰ میلیون نفر یعنی ۱۷/۴ درصد از جمعیت کشور نیز تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای قرار نداشتند. بیمه های خصوصی که برنامه های صلیب آبی و سپر آبی نیز جزء آنها محسوب می شوند، به تنهایی بیش از یک سوم هزینه های بخش سلامت را در سال ۱۹۹۷ تامین کرده اند. بیش از ۶۰ درصد هزینه های بهداشت و درمان از سوی خود بیماران و یا بیمه های غیر دولتی پرداخت می شود و تنها حدود ۴۰ درصد هزینه ها از طریق ساز و کارهای دولتی، تحقق می یابند. از

دهه ۱۹۶۰، سهم پرداختهای مستقیم بیماران در کل هزینه های درمانی به تدریج کاهش یافته و از حدود ۶۰ درصد در این سال به حدود ۱۹ درصد در سال ۱۹۷۷ رسیده است که این به علت افزایش نقش بیمه ها در بازار خدمات درمانی می باشد. چشم گیرترین تغییر در برهه زمانی ۶۷-۱۹۶۵ یعنی همزمان با اجرای طرح مدی کر اتفاق افتاد.

مدی کر (Medicare):

اداره تامین مالی خدمات سلامت (HCFA) متولی برنامه مدی کر که یک برنامه بیمه ملی برای آمریکاییان سالمند و یا ازکارافتادگان است، می باشد. این برنامه بزرگترین برنامه بخش سلامت در آمریکاست که ۱۳ درصد افراد را تحت پوشش دارد و ۱۷ درصد هزینه های بهداشتی و درمانی را به خود اختصاص داده است.

طبق قانون تامین اجتماعی مصوب ۱۹۶۵، برنامه در دو بخش طراحی گردیده است تا هزینه های عمده مربوط به مراقبتهای حاد بیماریهای مزمن را پوشش دهد. بخش "الف" بیمه بیمارستانی است که خدمات بستری، تسهیلات پرستاری تخصصی، مراقبتهای آسایشگاهی پرستاری و خدمات بیمارستانی را پوشش می داد که بعداً این بخش، با بخش "ب" یعنی بیمه پزشکی مکمل تکمیل می گردد که مربوط به هزینه پزشکان و سایر خدمات بیمارستانی سرپایی می باشد.

مدی کید (Medicaid):

اداره تامین مالی خدمات سلامت (HCFA) همراه با دولتهای ایالتی مسئولیت این برنامه را بر عهده دارد. این برنامه، فقرا و افراد نیازمند به درمان را که توان مالی ندارند، پوشش می دهد. طراحی برنامه به دنبال قانون تامین اجتماعی در سال ۱۹۶۵ و به صورت مزایای مساعدتی عمومی دولتهای ایالتی و فدرال برای فقرا شروع شد، سپس صندوقهای ایالتی - فدرال طراحی شدند تا هزینه خدمات بهداشتی برای زنان کم درآمد، کودکان و نابینایان، ازکارافتادگان و افراد مسن کم درآمد، که نیاز به مراقبتهای بلند مدت دارند را تامین نماید. سهم دولت فدرال تامین حدود ۵۵ درصد هزینه های این برنامه بود. برنامه مدی کید ۵/۹ درصد جمعیت با ۱۰ درصد هزینه های بخش سلامت را

پوشش می دهد. برآوردها بیانگر آن است که این برنامه حدود ۵۰ درصد از خانوارها و افراد کم درآمد را در آمریکا تحت پوشش دارد. دولت فدرال حداقل خدماتی که بایستی برای واجدین شرایط برنامه فراهم شود را تعریف نموده است.

این خدمات عبارتند از: خدمات سرپائی، رادیولوژی، تنظیم خانواده، مراقبتهای قبل از زایمان، مامایی، پرستاری، خدمات مشخص و درمانی افراد کمتر از ۲۱ سال. فراتر از خدمات حداقل، هر ایالت ممکن است مزایای دیگری را برقرار نموده و از کمکههای دولت فدرال در صورت تصویب برنامه توسط آن نیز برخوردار گردد.

علاوه بر دو طرح مدی کر و مدی کید، برنامه های دیگری نیز برای تامین مزایای خدمات سلامت در آمریکا وجود دارند که در اینجا به اختصار به آنها اشاره می شود.

صلیب آبی و سپر آبی:

"آبی ها" به طور سنتی و به صورت منطقه ای به شکل شرکتهای غیر بیمه ای برای کمک به افراد و گروهها، منابع لازم را برای تامین هزینه های بهداشتی افراد نیازمند تامین می کنند. آنها، خدمت بهداشتی را برای اعضای تحت پوشش خود طی عقد قرارداد با بیمارستانها (صلیب آبی) و پزشکان (سپر آبی) فراهم می کنند. هر دو طرح بطور سنتی بر مبنای ارائه خدمات کار می کنند، اگر چه در بعضی مواقع، به صورت بازپرداخت هزینه ها نیز فعالیت می کنند. فعالیتهای صلیب آبی و سپر آبی از طریق اتحادیه صلیب و سپر آبی در سطح ملی هماهنگ شده و منطقه جغرافیایی تحت پوشش آنها متفاوت است که از بخشی از یک ایالت گرفته تا چند ایالت را تحت پوشش دارد. اگر چه آبی ها از سال ۱۹۹۲ در زمینه خدمات بستری در تگزاس شروع به فعالیت کرده بودند، اما فعالیت آنها از سال ۱۹۹۳ در سطح کشور قانونی گردید.

سازمانهای حفظ سلامت HMO:

افراد تحت پوشش یک طرح HMO هزینه های ثابت دوره ای را برای دریافت خدمات بهداشتی جامع پرداخت می کنند و فراهم کنندگان شرکت کننده در طرح، برخورداری از

این خدمات را برای افراد تضمین می کنند. انواع خدمات ارائه شده ، شامل موارد زیر می باشد:

-معاینات پزشکی، خدمات بیمارستانی، اورژانس، خدمات سرپایی، خدمات آزمایشگاهی و تشخیصی، خدمات مراقبت در منزل، خدمات بهداشتی پیشگیرانه .

هدف اصلی این سازمانها، کاهش هزینه های درمانی از طریق گسترش استفاده از خدمات بهداشتی و طب پیشگیری است. شرکتهای بیمه خصوصی و آبی ها عموماً تاکید زیادی بر اینگونه خدمات پیشگیرانه ندارند و در واقع به گونه ای طراحی شده اند که خدمات را در صورت بروز حادثه یا بیماری ارائه می دهند.

اگرچه HMO از سالها قبل وجود داشته است، اما قانون سال ۱۹۷۳ به این حرکت رسمیت بخشید .

سه نوع ساختار اساسی برای سازمانهای حفظ بهداشت وجود دارد:

۱- سازمان حفظ بهداشت دارای کارکنان ثابت : کلیه پزشکانی که در طرح شاغل هستند در یک مکان استقرار داشته و به عنوان کارکنان حقوق بگیر سازمان حفظ بهداشت عمل می کنند.

۲- سازمان حفظ بهداشت گروهی : همانند نوع قبلی می باشد و تنها تفاوت این است که پزشکان مالک سیستم هم می باشند.

۳- اتحادیه های متشکل از پزشکان انفرادی : در این سیستم، پزشکان در خارج از مطب خود فعالیت کرده و با سازمان ، به عنوان شریک در طرح برای ارائه خدمات قرارداد می بندند. در این روش به پزشک مبلغ ثابت مشخصی به صورت سرانه به ازای هر عضو گروه پرداخت می شود.

سازمان فراهم کننده مرجح PPO :

این سازمانها در دو شکل وجود دارند که عبارتند از :

۱- در یک طرح PPO ، فراهم کنندگان خدمات ، کارفرمایان و بیمه گران درخصوص هزینه های کارکنان و وابستگان آنها برای دریافت خدمات درمانی با هم مذاکره می کنند و بنابراین بیمه گر و کارفرما ، فراهم کننده مورد ترجیح خود را بر می گزینند. توافق بین گروهی از پزشکان و کارفرمای عمده آن شهر، بگونه ای انجام می شود که برای کارکنان و وابستگان آنها در قبال مراجعه به مطب و یک معاینه معمولی ، مبلغ مشخصی هزینه منظور می شود. به طور مثال در صورت مراجعه به این پزشکان ، ۹۰ درصد هزینه به بیمه شده بازپرداخت می شود و در غیر اینصورت اگر به پزشک دیگری مراجعه کند، فقط ۷۵ درصد هزینه بازپرداخت می شود. PPO در صورتی قابل اجرا می باشد که طرح مورد نظر توسط یک شرکت بیمه ای یا آبی ها اجرا شود.

۲- در نوع دیگری از این طرح که "نقطه ارائه خدمت" (point of service) نامیده می شود، تفاوتی که وجود دارد این است که افراد تحت پوشش، مراقبتهای پزشکی مورد نیاز را از طریق پزشکانی که مراقبتهای اولیه را ارائه می دهند و به عنوان دروازه بانان سیستم عمل می کنند، دریافت کرده و لذا خدمات کانالیز می شود. این پزشکان در صورت نیاز بیماران را به سایر متخصصین ارجاع می دهند.

وضعیت مالی بخش:

هزینه های بخش سلامت آمریکا با یک رشد سریع از ۲۷/۱ میلیارد دلار در سال ۱۹۶۰ بیش از ۱۰۸۸ میلیارد دلار در سال ۱۹۹۷ افزایش یافت . به این ترتیب سهم هزینه های این بخش در کل تولید ناخالص داخلی از ۵/۳ درصد به ۱۳/۴ درصد در طی این دوره رسیده از ۹۵۷ میلیارد دلار هزینه پرداخت شده به ارائه دهندگان خدمت، سهم دارو ۱۰ درصد، پزشکان ۲۱ درصد، دندانپزشکان ۶ درصد، خدمات بیمارستانی ۴۳ درصد، بیمه ها ۶ درصد و سایر ۱۴ درصد بوده است.

تقریباً ۲۴ درصد هزینه ها مستقیماً توسط بیماران پرداخت شده است که نشان می دهد مشارکت در هزینه ها، در آمریکا بالاتر از سایر کشورهای صنعتی می باشد. تقریباً پرداخت سه چهارم هزینه ها از کانال پرداخت کننده ثالث انجام گرفته است که به ترتیب از کل هزینه های پرداخت شده توسط طرف سوم، سهم دولت بیمه های خصوصی و سایر منابع (عموماً نوع دوستانه) ۴۱ درصد، ۳۲ درصد و ۲۶ درصد بوده است.

منابع و مآخذ:

- کنترل هزینه‌ها در ازای مراقبت‌های کیفی، چالش تامین منابع مالی سیستم بهداشتی، علی حسن زاده، معاونت درمان سازمان تامین اجتماعی، اداره کل درمان غیر مستقیم.
- Germany s Health care and Health insurance system. Uwe E- Reihardt. Internet. 2002
- Health care financing And Delivery in developing countries. George Schieber and Akiko Maeda. Health Affairs. Volume 18. number 3. 193. 205
- Organization and financing of British primary care groups and Arusts: Observations through the prism of us managed care . Jonathan Weiner. Steve Gillam. Richard lewis. Johns Hopkins School of Hygienc and Public Health. Baltimore. USA primare care programme. King s fund. London. Ok. Journal of Health Services Research & Policy Vol7. No1.2002.43.50
- Ten Steps to German E conomic Recovery. Reform of Germanys Health care market. Stefan Felder. July 4. 2002. Genter for the New Europe.