

بیمه سلامت و جمعیت سالمندی

ابوالقاسم پوررضا^۱، مسلم صوفی^۲، محمد بازیار^۳، محمد رنجبر عزت آبادی^۴، فرانک بهزادی^۵

چکیده

زمینه و هدف: در این مقاله بعد از اشاره ای کوتاه به روند تغییرات جمعیتی در ایران و جهان، بیماریها و هزینه های آن در دوره ی سالمندی و ضرورت پوشش بیمه ای برای سالمندان، به تفصیل به بررسی تجربیات کشورهای آمریکا، سنگاپور، استرالیا و ژاپن در زمینه بیمه سلامت برای سالمندان می پردازیم.

روش بررسی: این مقاله یک مطالعه مروری است و مقالات مرتبط با موضوع از متون منتشر شده و سایت های معتبر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت. پایگاه داده های Science، Web of Science، Direct، Google Scholar، Springer و google با استفاده از کلید واژه های جمعیت سالمندی، بیمه ی سلامت برای سالمندان، مدیکیر، الدرشیلد، بیمه ی مراقبت های بلند مدت، مراقبت های تسکینی مورد جستجو قرار گرفت.

یافته ها: جمعیت در حال پیر شدن، کشورهای مختلفی را به طراحی و اجرای برنامه های بیمه ای در رابطه با سالمندان وادار کرده است. در این باره میتوان به پوشش بیمه ای مدیکیر در ایالت متحده، برنامه پوشش بیمه ای الدرشیلد در سنگاپور، بیمه مراقبت های تسکینی در استرالیا، و بیمه مراقبت های بلند مدت در ژاپن اشاره کرد.

نتیجه گیری: سالمند شدن جمعیت، رشد بیماری های مزمن را در پی دارد و میتواند هزینه های مالی سنگینی بر آنها تحمیل کند. استفاده از برنامه های بیمه ای برای پوشش هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی سالمندان یکی از روشهایی است که می توان به آن اتکا کرد، به طوری که برنامه های بیمه ای مشخص می تواند رفاه فیزیکی، عاطفی به خصوص اقتصادی سالمندان را افزایش دهد. کلید واژه ها: سالمندان، بیمه در سالمندان، چالش های بیمه ای، مدیکیر، الدرشیلد، بیمه مراقبت های بلند مدت، مراقبت های تسکینی

۱- دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد سلامت- دانشکده بهداشت- دانشگاه علوم پزشکی تهران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد اقتصاد سلامت- دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت - دانشگاه علوم پزشکی تهران (نویسنده مسئول) bazyar.mohamad@gmail.com

۴- دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت - دانشگاه علوم پزشکی تهران
۵- دانشجوی دکتری تخصصی سیاستگذاری سلامت - دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

ما در جهانی در حال پیر شدن زندگی می کنیم. تغییر جمعیتی به سوی جمعیت سالمندی در سراسر جهان در قرن ۲۱ ادامه خواهد یافت. اگر چه درصد جمعیت پیر در کشورهای در حال توسعه ممکن است نسبتاً پایین باشد ولی در کشورهای توسعه یافته نسبت زیادی از جمعیت را تشکیل می دهد. جمعیت در حال پیر شدن، موسسات اجتماعی را به تعریف مجدد ارائه خدمات، برنامه های بازنشستگی، پوشش مراقبتهای بهداشتی و سیستم های حمایت اجتماعی، وادار می کند [۱].

این گذار جمعیتی (سالخوردگی جمعیتی) در کشورهای توسعه یافته در طی ۱۰۰ سال اتفاق افتاده است لیکن به دلایل مختلف این تغییرات در کشورهای در حال توسعه در عرض ۲۵ سال اتفاق خواهد افتاد، جایی که پیشرفت تکنولوژی پزشکی و موجودیت روش های جلوگیری از بارداری و افزایش سطح آموزشی و وضعیت اقتصادی زنان به این انتقال جمعیت کمک کرده است. بر این اساس جوامع فقیرتر زمان کمتری برای پیری جمعیت از نظر برنامه ریزی دارند [۲، ۳، ۴].

در طول نیم قرن گذشته شمار افراد ۶۰ سال یا پیرتر به طور متوسط ۸ میلیون نفر در سال، در سطح جهان افزایش پیدا کرده است. ۶۶ درصد این افزایش در کشورهای کمتر توسعه یافته و ۳۴ درصد بقیه در کشورهای بیشتر توسعه یافته اتفاق افتاده است. در نتیجه نسبت جمعیت بالای ۶۰ سال جهان که در مناطق کمتر توسعه یافته زندگی می کنند از ۵۴ درصد در سال ۱۹۵۰ به ۶۲ درصد در سال ۲۰۰۰ افزایش یافته است [۲].

کشور ما ایران، نیز از این تغییر جمعیتی بی نصیب نبوده است. شاخص های آماری نشان می دهد که روند پیر شدن جمعیت در کشور ما نیز آغاز شده است و پیش بینی می شود که در فاصله ی ۲۰ ساله ۱۳۸۵ تا ۱۴۰۵ به میانه سنی جمعیت ۱۰ سال افزوده شود. بر اساس سرشماری های ایران، امید به زندگی در بدو تولد در کشورمان از ۳۷/۵ سال در سال ۱۳۳۵ به ۴۷/۵ سال در سال ۱۳۴۵ و ۵۷/۵ سال در سال ۱۳۵۵ و حدود ۶۹ سال در سال ۱۳۸۰ افزایش

یافته است. بر اساس سرشماری مرکز آمار ایران و مطالعات انجام شده، جمعیت بالای ۶۰ سال در ایران در سال ۱۴۰۰ بیش از ۱۰ درصد برآورد می شود که به نظر می رسد تا سال ۱۴۳۰ از مرز ۲۰ درصد فراتر برود [۵].

سالمند شدن جمعیت با بیماری های مزمن همراه است که بار مسئولیت خانواده فرد سالمند را زیاد کرده و از نظر مالی هزینه بر هستند. این بیماری ها تا حد بسیار زیادی بر روی کیفیت زندگی سالمندان تاثیر می گذارند و تاثیر مستقیمی بر روی از کار افتادگی و کاهش توانایی آنها برای زندگی کردن به طور مستقل دارد. سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند که عمدتاً به دلیل مسن شدن جمعیت، سهم بیماری های روانپزشکی و نرولوژیک از بار کل بیماری ها بین سالهای ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ از ۱۰ درصد به ۱۵ درصد خواهد رسید [۴، ۶].

روش بررسی

این مقاله یک مطالعه مروری است و مقالات مرتبط با موضوع از متون منتشر شده و سایت های معتبر انتخاب و مورد مطالعه قرار گرفت. پایگاه داده های Web of Science، google، Science Direct، Google Scholar، Springer با استفاده از کلید واژه های جمعیت سالمندی، بیمه ی سلامت برای سالمندان، مدیکیر، الدرشیلد، بیمه ی مراقبت های بلند مدت، مراقبت های تسکینی مورد جستجو قرار گرفت.

اهمیت موضوع

آنچه به عنوان روند افزایش جمعیت سالمندان در جهان و ایران و ماهیت بیماری ها در دوران سالمندی عنوان گردید، فی النفسه مهم نیست، بلکه تبعاتی که این افزایش بر ابعاد مختلف اجتماعی و اقتصادی (از جمله بر منابع بخش بهداشت و درمان) به خصوص مشکلاتی که برای خود سالمندان بر جای خواهد گذاشت، دارای اهمیت و نیازمند مطالعه جدی است. مطالعات گوناگونی بر این واقعیت تاکید دارند که با ورود به مرحله سالمندی، هزینه های درمانی در بخش ها و شکل های مختلف روند تصاعدی خواهد داشت

[۷، ۸].

با توجه به اینکه جمعیت سالمندی و هزینه های درمانی آنها به سرعت در حال افزایش است، باید بدانیم که سالمندان غالباً از لحاظ اقتصادی وابسته هستند و آنها به افراد شاغل برای تامین مسائل اقتصادیشان نیازمندند [۶]. سالمندان به طور وسیعی با خطر فقر روبه رو هستند. هزینه های پرداخت از جیب سالمندان به طور قابل توجهی در حال افزایش است و می تواند اثرات مخربی روی رفاه و سلامت سالمندان داشته باشد. اگرچه بیشتر افراد تحت تاثیر هزینه های بالای مراقبت بهداشتی هستند، اما کاهش توانایی برای تولید درآمد و افزایش ریسک بیماری و سطح مراقبت های مورد نیاز، آسیب پذیری سالمندان را برای فقیر شدن در کشورهای در حال توسعه و صنعتی، بدون توجه به وضعیت اقتصادی آنها، افزایش می دهد. فقر همچنین توانایی سالمندان را برای سالم ماندن و جستجو مراقبت های مناسب در هنگام بیماری کاهش می دهد [۲، ۹]. استفاده از برنامه های بیمه ای برای پوشش هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی سالمندان یکی از روشهایی است که می توان به آن اتکا کرد، به طوری که برنامه های بیمه ای معین می تواند رفاه فیزیکی، عاطفی به خصوص اقتصادی سالمندان را افزایش دهد [۱۰]. با توجه به این که در ایران مطالعه ای در این خصوص صورت نگرفته است بنابراین در این مطالعه بر آن شدیم تا تجربه ی کشورهایی را که اقدام به فراهم سازی برنامه های پوشش بیمه ای برای سالمندان کرده اند، بررسی کنیم. سیاستهای جمعیتی این کشورها در خصوص شرایط اقتصادی آنها، می تواند برای کشورهای در حال توسعه که در آینده تحولاتی را تجربه خواهند کرد، مفید باشد، زیرا توجه به سالخوردگان و حمایت از آنان به عنوان یک سنت اجتماعی، وجه مشترکی بین آنها است.

چالش های پوشش بیمه ای در رابطه با سالمندان

بعضی از کشورها که هم اکنون درگیر مسائل سالمندی هستند، از برنامه های بیمه ای مشخصی برای پوشش هزینه های سالمندان استفاده کرده اند، اما تامین پوشش بیمه ای برای آنها با چالش هایی همراه است، به طوری که افزایش

شیوع بیماری های مزمن، کارکرد بازارهای بیمه را نیز مخدوش می کند. افراد مسن مساله دار می باشند، زیرا بسیاری از هزینه های درمانی آنها برای بیماریهای مزمنی است که به خوبی برای آنها شناخته شده است و تصادفی نمی باشد. از طرف دیگر بیمه برای پوشش دادن خطرات غیر قابل پیش بینی به وجود آمده است. آنهایی که در آینده مریض خواهند بود، غالباً همان افرادی هستند که امروز بیمار هستند. در دنیایی که کلمه ناخوشی در آن، به شکل روزافزونی به معنی بیماری های مزمن به کار می رود، هزینه های مراقبت سلامت، قابلیت پیش بینی بیشتری بر مبنای سال به سال پیدا کرده اند. آنهایی که امسال بیمار هستند، احتمالاً سال بعد نیز بیمار خواهند بود. حدود ۱۰-۵ درصد از افرادی که ناخوش ترین اعضای هر صندوق بیمه هستند، ۷۰-۶۰ درصد از کل هزینه ها را به خود اختصاص می دهند. این موضوع باعث ایجاد انگیزه های ناخوشایند در هر دو سمت بازار بیمه سلامت (بیمه گر و بیمه شونده) می شود [۴].

روشی که بیمه به کار می گیرد روشی منطقی است چرا که بیمه گران بدنال کاهش انتخاب معکوس می باشند، بدین منظور اصرار بر این است که تمامی افراد یک شرکت باید در یک طرح گروهی قرار گیرند و به این دلیل برای افراد سالمند بیمه در دسترس نمی باشد، زیرا اکثر آنها بازنشسته هستند. راه حل منطقی و شاید نهایی برای انتخات معکوس، تحت پوشش قرار دادن تمامی افراد در یک نظام بیمه اجتماعی می باشد، نظیر آن چه که ایالات متحده با ایجاد مدیکیر برای افراد مسن انجام داده است [۱۱، ۱۲].

مدیکیر (ایالات متحده):

مدیکیر یک برنامه بیمه اجتماعی است که توسط دولت ایالت متحده اداره می شود و برای کسانی که در سن ۶۵ سال یا بیشتر هستند یا کسانی که دیگر معیارهای خاص را دارند پوشش بیمه ای فراهم می کند [۱۳، ۱۴، ۱۵].

مدیکیر به ویژه از طریق مالیات های حقوق بگیران که توسط قانون کمک های بیمه فدرال (Federal Insurance Contributions Act) و قانون کمک های خویش فرمایان

۱۹۵۴ اعمال می شود، تامین مالی می شود. در مورد کارکنان مالیات برابر ۲/۹ درصد (۱/۴۵) توسط کارمند و ۱/۴۵ درصد توسط کارفرما پرداخت می شود) دستمزد، حقوق و دیگر پاداش ها در ارتباط با استخدام است. در مورد افراد خویش فرما (self-employment) کل ۲/۹ درصد مالیات خالص درآمد باید توسط خود افراد پرداخت شود، اگر چه نیمی از مالیات می تواند از درآمدی که برای اهداف مالیات درآمدی جمع آوری شده است کسر گردد. سهم باقیمانده نیز از محل درآمد های عمومی مالیات و حق بیمه ها به دست می آید [۱۳،۱۶،۱۷].

کسانی که واجد شرایط هستند:

افراد زیر می توانند از برنامه مدیکر استفاده کنند: کسانی که شهروند خود ایالات متحده هستند، مقیمان قانونی و دائمی که ۵ سال به صورت مداوم مقیم بوده اند و در سن ۶۵ سال یا بالاتر هستند، آنهایی که در زیر ۶۵ سال و ناتوان هستند و حداقل ۲۴ ماه از تاریخ نام نویسی (اولین پرداخت ناتوانی) مزایای تامین اجتماعی یا مزایای ناتوانی هیئت بازنشستگی ریلرود (Railroad) را دریافت کرده اند، کسانی که برای بیماری کلیویشان از دیالیز استفاده می کنند یا به پیوند کلیه نیاز دارند، یا کسانی که واجد شرایط بیمه ناتوانی تامین اجتماعی هستند و به بیماری آمیوتروفی لترال اسکلروسیس (این بیماری منجر به نقص نورو ن های حرکتی فوقانی و تحتانی می شود و معمولاً ظرف ۲ تا ۳ سال به مرگ بیمار می انجامد) مبتلا هستند [۱۳،۱۵،۱۸].

مزایای مدیکر:

برنامه اصلی مدیکر از دو بخش تشکیل شده است: قسمت A (بیمه بیمارستانی) و قسمت B (بیمه پزشکی). موارد ویژه بسیار کمی وجود دارد که تجویز داروها توسط مدیکر اصلی (قسمت A و B) پوشش داده می شود، اما از ژانویه ۲۰۰۶ قسمت D پوشش دارویی با گسترده بیشتری فراهم کرده است. برنامه های مدیکر ادوانتج (قسمت C) راه دیگری است تا از طریق آن اعضا مزایای A، B و D را دریافت کنند.

مزایای قسمت A: بیمه بیمارستانی

قسمت A مدیکر اقامت های بیمارستانی (شامل اقامت در خانه سالمندی) را تحت معیارهای معین پوشش می دهد: ۱- اقامت در بیمارستان باید بدون احتساب تاریخ ترخیص ۳ روز و ۳ شب طول بکشد. ۲- اقامت در خانه سالمندی باید به خاطر چیزی باشد که در بیمارستان تشخیص داده شده است یا به خاطر علتی باشد که منجر به اقامت در بیمارستان شده است. ۳- اگر بیمار خدمات بازتوانی دریافت نمی کند اما مشکلات دیگری دارد که نیاز به نظارت پرستاری ماهرانه دارد در این حالت اقامت در خانه سالمندی پوشش داده می شود [۱۳،۱۴،۱۸].

مزایای قسمت B مدیکر: بیمه پزشکی

قسمت B مدیکر بعضی از خدمات و تولیداتی که توسط قسمت A پوشش داده نمی شوند و عموماً سرپایی هستند را پوشش می دهد. قسمت B انتخابی است و ممکن است عضو یا همسرش که هنوز به طور فعال کار می کند، عضویت در آن را به تاخیر بیندازد.

پوشش قسمت B مدیکر شامل موارد زیر است: خدمات پزشکی و پرستاری، استفاده از اشعه X، تست های تشخیصی و آزمایشگاهی، واکسیناسیون آنفلوآنزا و پنومونیا، تزریق خون، دیالیز کلیه، پروسیجرهای سرپایی بیمارستانی، داروهای سرکوب کننده ایمنی برای کسانی که گیرنده پیوند هستند، شیمی درمانی، درمانهای هورمونی مثل لپرون، و دیگر درمانهای پزشکی سرپایی که در مطب پزشک ارائه می شوند.

قسمت B مدیکر وسایل پزشکی با دوام را برای کسانی که دچار مشکلات حرکتی هستند مثل عصا، ویلچر و ... فراهم می کند. وسایل پزشکی مصنوعی و پروتز سینه بعد از برداشتن سینه (ماستکتومی) و عینک بعد از عمل کاتاراکت، و اکسیژن برای استفاده در منزل نیز پوشش داده می شوند [۱۳،۱۴،۱۸].

مزایای قسمت C: برنامه های مدیکر ادوانتج

(Medicare Advantage plans)

با تصویب قانون بودجه تعادلی (Balanced Budget Act) در سال ۱۹۹۷ به اعضای مدیکیر این انتخاب داده شد تا مزایای مدیکیر را به جای برنامه های اصلی مدیکیر (قسمت A و B) از طریق برنامه های بیمه سلامت خصوصی دریافت کنند. این برنامه ها قبلاً به "مدیکیر+چویس" (Medicare+Choice) یا برنامه های قسمت C معروف بودند. در سال ۲۰۰۳ با قانون داروهای تجویزی مدیکیر، بهبود و بهسازی، برنامه های مدیکیر + چویس با الحاق پوشش داروهای تجویزی، برای اعضای مدیکیر جذاب تر شدند و به برنامه های میکیال ادواتج معروف شدند.

اعضا معمولاً یک حق بیمه ماهانه را علاوه بر حق بیمه قسمت B مدیکیر پرداخت می کنند تا خدماتی که توسط مدیکیر سنتی (قسمت های A و B) پوشش داده نمی شوند، مثل داروهای تجویزی، مراقبتهای دندانپزشکی، مراقبت چشم و عضویت در باشگاههای سلامت و ژیمناستیک، پوشش دهند. در عوض این خدمات اضافی، ثبت نام شوندگان ممکن است که به ارائه کنندگان معینی محدود و معرفی شوند که می توانند خدمات را بدون پرداخت اضافی از آنها دریافت کنند. معمولاً برنامه ها شبکه ای از ارائه کنندگان را دارند که شما می توانید از آنها خدمات را دریافت کنید. گرفتن خدمات خارج از این شبکه ممکن است به اجازه یا پرداخت های اضافی نیاز داشته باشد [۱۳، ۱۸، ۱۹].

قسمت D: برنامه داروهای تجویزی

قسمت D مدیکیر در یکم ژانویه ۲۰۰۶ به اجرا گذاشته شد. کسانی که دارای قسمت A یا B هستند می توانند در قسمت D شرکت کنند. قسمت D با تصویب قانون داروهای تجویز مدیکیر، بهبود و نوسازی امکان پذیر شد. کسانی که می خواهند از مزایای این قسمت استفاده کنند باید در برنامه داروهای تجویزی استندالون (STAND ALONE) یا برنامه های ادونتج مدیکیر با پوشش داروهای تجویزی ثبت نام کنند. این برنامه ها توسط مدیکیر تصویب و تنظیم می شوند اما در واقع توسط شرکتهای بیمه ای سلامت خصوصی طراحی و اداره می شوند. برخلاف قسمتهای A و B مدیکیر،

پوشش در قسمت D استاندارد شده نیست. آنها خود انتخاب می کنند که چه داروهایی را پوشش دهند، تا چه سطحی پوشش دهند، همچنین آنها مختارند که بعضی داروها را اصلاً پوشش ندهند. داروهایی که مخصوصاً از پوشش مدیکیر خارج هستند مثل بنزودیازپین ها، داروهای آرام بخش، ضد سرفه (البته فقط به اینها محدود نمی شود) از این قاعده مستثنی هستند.

حق بیمه ها: افراد معمولاً برای قسمت A، حق بیمه ای پرداخت نمی کنند. حق بیمه های قسمت B مدیکیر معمولاً به طور ماهانه و خودکار از چک های تامین اجتماعی (Social Security) کسر می گردد.

قسمتهای C و D ممکن است بر اساس صلاح دید خود حق بیمه مطالبه کنند یا نکنند. قسمت C ممکن است صلاح بداند که قسمتی از حق بیمه قسمت B را برای عضو پرداخت کند.

بعضی از افراد تصمیم می گیرند که یک نوع از پوشش تکمیلی را که برنامه مدی گپ (medigap) نامیده می شود را خریداری کنند تا کاستی های قسمت های A و B را برطرف کنند. بعضی از بیمه نامه های مدی گپ که قبل از سال ۲۰۰۶ فروخته می شدند ممکن بود بعضی از داروهای تجویزی را پوشش دهند ولی با راه اندازی قسمت D مدیکیر در سال ۲۰۰۶ مدی گپ از پوشش داروها منع شد [۱۳، ۲۰، ۲۱].

الدرشیلد (Eldershield) (بیمه ناتوانی در سنگاپور)

با توجه به امید زندگی بالا در سنگاپور و روند رو به سالمندی، این کشور دست به ابتکاراتی در سیستم تامین مالی خدمات بهداشتی درمانی خود زده است. یکی از این روش ها، حساب های پس انداز سلامت (Medical Savings Accounts) است که یکی از شیوه های خاص پرداخت مستقیم است و برای اولین بار در سنگاپور به وجود آمد. برنامه مذکور دربرگیرنده یک راهبرد آگاهانه و هوشمند به این صورت بود که با آینده نگری در باب افزایش جمعیت مسن که مصرف مراقبت آنها بالاست، ذخیره ای برای آینده حفظ شود [۵]. سنگاپور علاوه بر حساب های پس انداز

سلامت، اخیراً برای پوشش بیشتر هزینه های سالمندی، به برنامه ی پوشش بیمه ای جدیدی تحت عنوان درشیلد روی آورده است. درشیلد یک برنامه بیمه ای برای افراد با ناتوانی بسیار شدید است و برای کسانی که به مراقبت های بلند مدت نیاز دارند، به خصوص در دوران سالمندی، کمک های مالی اساسی فراهم می کند. برآورد می شود که از هر دوازده فرد سال خورده یک نفر به دلیل پیری و بیماری از ناتوانی یا ضعف جسمانی رنج می برد که آنها را از انجام فعالیت های ساده روزمره ناتوان می سازد. درشیلد ابتدا در سال ۲۰۰۲ راه اندازی شد. در سال ۲۰۰۷ وزارت بهداشت به منظور تضمین پوشش نیازهای در حال تغییر سنگاپوری ها ۲ تغییر اساسی در طرح درشیلد اعمال کرد:

۱- مستمری های (payout) درشیلد به افراد با ناتوانی شدید افزایش پیدا کرد و حداکثر دوره پرداخت مستمری درشیلد به افراد ناتوان از ۶۰ ماه به ۷۲ ماه توسعه یافت.

۲- طرح های بیمه تکمیلی درشیلد به وجود آمد تا بیمه شده ها (اعضا) ی درشیلد که خواهان پوشش بیمه ناتوانی شدید بیشتری هستند با خرید این بیمه نامه های تکمیلی درشیلد، طرح درشیلد خود را کامل کنند. این بیمه های تکمیلی، مزایای اضافی در قیمت های مختلف فراهم می کند.

شهروندان سنگاپوری و مقیمان با اقامت دائمی که دارای حساب های پس انداز درمانی (Medisave) می باشند به صورت اتوماتیک در سن چهل سالگی تحت پوشش درشیلد قرار می گیرند.

هرچه افراد زودتر وارد طرح درشیلد شوند حق بیمه ای که باید پرداخت کنند، کمتر خواهد بود، یعنی فرد توانایی بیشتری برای پرداخت حق بیمه خواهد داشت و در ضمن جمع کل حق بیمه هایی که فرد پرداخت می کند مبلغ کمتری خواهد شد. حق بیمه ها سالیانه پرداخت می شود. مقدار حق بیمه ای که فرد باید پرداخت کند در سن ورود (سنی که فرد تحت پوشش درشیلد قرار می گیرد) تعیین می شود و با افزایش سن، افزایش نخواهد یافت.

درشیلد با ارائه حمایت اضافی و سودهای بلند مدت طرح مدیشیلد (MediShield) و دیگر بیمه های درمانی را

کامل می کند. هم درشیلد و هم مدیشیلد انواع گوناگون پوشش را فراهم می کنند. اگر بیمار در بیمارستان پذیرش شود مدیشیلد در پرداخت هزینه های بستری بیمار را کمک می کند. در صورتی که پس از بستری شدن بیمار دچار ناتوانی شدید شود، جهت پرداخت هزینه های مراقبتی بلند مدت، کمک نقدی برای بیمار در نظر گرفته نشده است. اعضا می توانند جهت پرداخت حق بیمه های درشیلد یا مکمل های درشیلد از پس انداز درمانی خود استفاده کنند. اگر میزان پس انداز درمانی افراد کافی نباشد، افراد می توانند از حسابهای درمانی همسر، والدین، فرزندان، یا نوه هایشان استفاده کنند. علاوه اعضا می توانند حق بیمه ها را به صورت نقدی پرداخت کنند [۲۲، ۲۳، ۲۴].

اگر یکی از اعضای درشیلد ناتوان شود، مستمری های درشیلد (payout) به فرد ناتوان آغاز خواهد شد و حق بیمه های بعدی فرد از لحاظ قانونی مستثنی خواهد شد. در صورتی که فرد از ناتوانی شدید بهبود یابد، پرداخت های درشیلد به او متوقف خواهد شد و برای اینکه بتواند دوباره از پرداخت های باقیمانده (تا سقف ۷۲ ماه) درشیلد استفاده کند باید تا انتهای مدت پرداخت حق بیمه (۶۵ سالگی)، حق بیمه ها را پرداخت کند. در صورتی که فرد طبق برنامه حداکثر مستمری های درشیلد را دریافت کرده باشد، بیمه نامه فرد لغو خواهد شد، البته در این حالت دیگر فرد ملزم به پرداخت حق بیمه نخواهد بود [۲۲، ۲۳، ۲۴].

افراد می توانند با پرداخت حق بیمه های اضافی، مکمل های اختیاری درشیلد را خریداری نمایند. حق بیمه ای که افراد برای خرید مکمل های درشیلد باید پرداخت کنند حداکثر ۶۰۰ دلار در سال است که افراد می توانند برای پرداخت آن از پس اندازهای درمانی خود استفاده کنند. البته محدودیت هایی در مورد برداشت پول از حساب های پس انداز درمانی جهت پرداخت حق بیمه مکمل های درشیلد وجود دارد. علت این محدودیت جلوگیری از تمام شدن زودرس وجوه پس انداز درمانی به منظور حفظ پول کافی در حساب های درمانی جهت پرداخت هزینه های درمانی دوران سالمندی است. برای حصول اطمینان از اینکه افراد حداقل از یک پوشش بیمه ناتوانی برخوردارند، افرادی

مراقبت تسکینی، و یا مراکز مراقبت در منزل ارائه داد. افرادی که در خانه مراقبت می شوند نیاز به حمایت دارند تا پذیرش مجدد بیمارستان به حداقل برسد. تقاضا برای مراقبت تسکینی در منزل به خاطر کاهش موجودیت تخت های بیمارستانی و آسایشگاه افزایش پیدا کرده است.

در حال حاضر، موارد معدودی وجود دارد که در آن شرکت های بیمه خصوصی خدمات مراقبت تسکینی در منزل را تحت پوشش قرار می دهند. مراقبت تسکینی استرالیا (palliative care Australia) از این فرصت برای ارائه یک لایحه بیمه سلامت خصوصی (۲۰۰۶) و لایحه های مرتبط به کمیته امور اجتماعی سنا استقبال می کند. هدف این لایحه توسعه پوشش بیمه سلامت خصوصی برای پوشش خدماتی است که نیاز به پذیرش بیمارستانی ندارند اما ممکن است جزئی از مراقبت بیمارستانی باشند (جایی که بیمار به خاطر یک حادثه حاد در بیمارستان پذیرش می شود و سپس با حمایت مراقبت تسکینی در منزل حمایت می شود). از آنجایی که این خدمات می توانند جایگزینی برای مراقبت های بیمارستانی باشند یا از بستری شدن در بیمارستان جلوگیری کنند، مراقبت های تسکینی استرالیا هدف این لایحه حمایت می کند. مراقبت تسکینی استرالیا (PCA) به دنبال این است که خدمات مراقبت تسکینی در منزل به عنوان بخشی از سیاست های بیمه سلامت خصوصی جامع و استاندارد ارائه شوند.

جمعیت به سرعت در حال پیر شدن استرالیا و کمبود زیرساخت های ارائه مراقبت های مناسب که از منابع عمومی تامین مالی می شوند، باعث شده که بیمه های سلامت خصوصی ارائه خدمات مراقبتی تسکینی مناسب در منزل را در سیاست های بیمه سلامت خود لحاظ کنند. خدماتی که توسط بیمه سلامت خصوصی تامین مالی می شوند، نقش مهمی در کاهش فشار بر سیستم عمومی و ارتقا ارزش و جذابیت سیاست های سلامت خصوصی بازی می کنند [۲۷]. این برنامه ها دلالت می کنند که شرکت های بیمه سلامت خصوصی به این نتیجه رسیده اند که تامین مالی خدمات مراقبت تسکینی در منزل وضعیت بیماران را بهبود می دهند و متعاقباً از پذیرش مجدد پر هزینه بیمارستانی و

که قصد خرید مکمل های الدرشیلد را دارند باید قبل از آن تحت بیمه الدرشیلد قرار گیرند. چون الدرشیلد و مکمل های الدرشیلد، برنامه های مجزایی هستند فرد در صورت داشتن معیارهای لازم می تواند از هر دو بیمه نامه طلب کمک کند [۲۲، ۲۳، ۲۴].

بیمه سلامت خصوصی و مراقبت های تسکینی در منزل در استرالیا

استرالیا در سال ۲۰۰۸، ۲۱،۵۴۲،۴۹۰ نفر جمعیت داشت. میانگین سنی جمعیت ۳۶،۹ سال، و امید به زندگی در بدو تولد برای مردان ۷۹ و برای زنان ۸۳،۷ سال بود. جمعیت این کشور در حال پیر شدن است و پیش بینی می شود که جمعیت افراد ۶۵ سال و بالاتر از ۲،۸ میلیون در سال ۲۰۰۸ به ۷،۶ میلیون در سال ۲۰۵۱ برسد، یعنی تقریباً ۳ برابر خواهد شد [۲۵].

مراقبت های تسکینی برای افراد با بیماری های فعال، پیشرونده و پیشرفته که برای آنها امید کمی برای درمان وجود دارد یا اصلاً وجود ندارد فراهم می شود. مراقبت تسکینی، مراقبت جامعی است که روی کیفیت زندگی و کمک به افراد برای زندگی بهتر تمرکز دارد. به عنوان یک نگرش کلی، مراقبت تسکینی نیازهای عاطفی، اجتماعی، فرهنگی و روحی بیمار و خانواده اش و کسانی که مراقبت را ارائه می دهند را مورد توجه قرار می دهد. اصول فوق الذکر معمولاً برای مراقبت سالمندان استفاده می شود [۲۶، ۲۷]. اگر چه تحقیق نسبتاً کمی در ارتباط با نیاز سالمندان به مراقبت های تسکینی انجام شده است، بدیهی است که افراد سالمند نیاز ویژه ای به مراقبت های تسکینی دارند و به دلایل زیر مشکلات آنها نسبت به افراد جوان تر متفاوت و پیچیده تر است: سالمندان به طور معمول بیشتر در معرض مشکلات متعدد سلامتی قرار می گیرند، اثرات تجمعی این مشکلات برای افراد پیر بیشتر است و به طور معمول به آسیب های شدیدتر و نیاز به مراقبت منجر می شود، سالمندان بیشتر در معرض عوارض جانبی داروها و عوارض ناشی از درمان هستند [۲۶].

مراقبت تسکینی را می توان در بیمارستان، مراکز

جمعیتی و تقاضای مفرط خدمات درمانی توسط سالمندان به سرعت سیستم بهداشت و درمان ژاپن را تغییر داده است، به طوری که در اول آوریل سال ۲۰۰۰ ژاپن بزرگترین و اساسی ترین برنامه بیمه مراقبت های بلند مدت اجباری (long-term care insurance) را در جهان شروع کرد [۲۹].

برنامه جدید LTCI از چندین جهت اساسی با برنامه های گذشته ژاپن فرق می کند: هدف این برنامه این است که (۱) مسئولیت اصلی ارائه خدمات را از خانواده به دولت تغییر دهد، (۲) از طریق تامین مالی یکپارچه، مراقبت های پزشکی و خدمات اجتماعی را تلفیق کند، (۳) حق انتخاب مصرف کننده و رقابت را از طریق انتخاب آزادانه ارائه کنندگان مشتمل بر شرکت های انتفاعی افزایش دهد، (۴) از طریق حق بیمه ها و مشارکت در پرداخت (Copayment) سالمندان را به مشارکت در هزینه ها ملزم می کند، و (۵) استقلال دولت محلی و ظرفیت مدیریت در سیاست اجتماعی را توسعه می دهد [۲۹].

هر چند برنامه جدید LTCI بر اساس اصول بیمه اجتماعی کار می کند، نیمی از منابع مالی از درآمد عمومی تامین می شود - ۲۵٪ آن از حوزه های اداری و ۲۵٪ از شهرداری ها تامین می شود. نصف کل مخارج LTCI از دو حق بیمه جدید تامین می شود. اولی، افراد بین ۴۰ تا ۶۴ سال یک مقدار اضافی برای حق بیمه سلامتی شان پرداخت می کنند که در ابتدا تخمین زده شد که ۹٪ درصد درآمد کارکنان تا سقف خاصی باشد که با کارفرما تقسیم می شود. دوم، افراد در سن ۶۵ سال و بالاتر مشمول حق بیمه می شوند که از بازنشستگی عمومی آنها کسر خواهد شد. این مقدار به درآمد آنها بستگی دارد که در ۵٪ سطح تقسیم بندی می شود [۱۷، ۲۹].

افراد واجد شرایط:

همه افراد ۶۵ سال و بالاتر و همچنین افراد ۴۰ تا ۶۴ سال با ناتوانایی های مرتبط با پیری (مثل بیماری آلزایمر یا ضربه مغزی) می توانند از مزایای LTCI استفاده کنند. واجد شرایط بودن کاملاً به شرایط سنی و شرایط فیزیکی و روانی بستگی دارد و با درآمد و موقعیت خانوادگی بستگی

افزایش دوره اقامت جلوگیری خواهد کرد.

پس اندازهای بالقوه که از کاهش میزان پذیرش مجدد و کاهش طول اقامت در بیمارستان ناشی می شود به عنوان انگیزه و مشوقی است که صندوق های بیمه سلامت، خدمات تسکینی را تحت پوشش خود قرار دهند. به عبارت دیگر، بیمه های خصوصی با تحت پوشش قرار دادن مراقبت های تسکینی در منزل، خود را از بار هزینه های ناشی از پذیرش مجدد بیمارستانی و افزایش اقامت های طولانی مدت بیمارستانی، محفوظ می کنند [۲۷].

مزیت اصلی برنامه بیمه خصوصی برای خدمات مراقبت تسکینی در منزل این است که باعث کاهش اتکا بیماران با بیمه خصوصی بر خدمات پر مصرف تامین شده از منابع مالی عمومی می شود که در واقع بیشتر به این خاطر اتفاق می افتد که خدماتی که به صورت خصوصی تامین مالی می شوند در محل سکونت بیمار وجود ندارد. به طور بالقوه ارائه کنندگان عمومی می توانند برای توسعه خدمات جاری شان برای مراقبت از بیماران با بیمه خصوصی با شرکت های بیمه خصوصی قرار داد ببندند. این امر باعث آزاد شدن خدمات موجود برای بیماران عمومی می شود. بیمارانی که در منزل حمایت های مراقبتی دریافت می کنند کمتر احتمال دارد که مجدداً در بیمارستان پذیرش شوند. زمان انتظار برای دسترسی به خدمات مراقبتی تسکینی در منزل که از منابع عمومی تامین مالی می شوند می تواند به پدیده های نامطلوب و پذیرش های بیمارستانی طولانی منجر شود. آگاهی از این موضوع که بیمه سلامت خصوصی مردم را در منزل حمایت می کند، اعضای فعلی بیمه را به حفظ پوشش بیمه ای شان و دیگران را به اختیار کردن این پوشش تشویق می کند [۲۷].

بیمه مراقبت های بلند مدت در ژاپن

سیستم بهداشت و درمان ژاپن مشکلات و مسائل پیچیده ای را در پاسخگویی به جامعه سالمندان و حفظ کیفیت متعادل مراقبت تجربه کرده است. با پیشرفت و ارتقای مستمر شاخص های بهداشتی ژاپن، افزایش جمعیت سالمند رشد چشمگیری داشته است [۲۸]. این تغییرات

در کشور های در حال توسعه) و این واقعیت که سالمند شدن بار مسئولیت خانواده فرد سالمند را افزایش داده و از نظر مالی هزینه بر هستند، برنامه ریزی جدی جهت طراحی برنامه های بیمه ای سالمندان و همچنین تخصیص منابع برای اجرای آن ضرورت پیدا می کند.

با پیر شدن مردم سراسر جهان، شیوع بیماری های مزمن افزایش یافته و باعث استفاده بیش از حد و فشار آوردن بر نظام خدمات اجتماعی و ارائه حقوق بازنشستگی می شود، چرا که با بالا رفتن سهم افراد بازنشسته، بر تعداد مستمری بگیران افزوده شده و از تعداد کارگرانی که باید حق بیمه بپردازند، کاسته خواهد شد. بدین ترتیب، انتقال منابع از جمعیت فعال به جمعیت بازنشسته، تأمین کننده نیازهای بازنشستگان نخواهد بود. به همین دلیل، کشورهایی که بیشترین تأثیر را از این تغییر گرفته اند، مانند اروپا و ایالات متحد، سیاست های مختلفی چون افزایش سن بازنشستگی، افزایش نرخ حق بیمه، گسترش پوشش تأمین اجتماعی و بالا بردن سطوح مالیاتی مزایای تأمین اجتماعی را به کار بسته اند.

تمامی این مسائل حکایت از آن دارند که اگرچه پیری جمعیت یک مسئله جمعیت شناختی و اپیدمیولوژیک است، اما به راه حل های اجتماعی، اقتصادی و مدیریت خدمات بهداشتی مربوط به آن، نیاز فراوان دارد. با توجه به نیاز فزاینده به مراقبت های سالمندی، سیستم بهداشت و درمان ناچار از جلب حمایت شبکه های اجتماعی برای برآورده نمودن این نیازها می باشد. روش های تأمین مالی مختلفی برای هزینه های بخش بهداشت و درمان وجود دارد، استفاده از برنامه های بیمه ای برای پوشش هزینه های مراقبت های بهداشتی و درمانی سالمندان یکی از روشهایی است که می توان به آن اتکا کرد، به طوری که برنامه های بیمه ای معین می تواند رفاه فیزیکی، عاطفی به خصوص اقتصادی سالمندان را افزایش دهد. بنابراین، فراگیر شدن برنامه های پوشش بیمه ای برای سالمندان، به عنوان نمونه ای از شبکه های حمایتی، می تواند یکی از بسترهای مناسب برای مقابله با مشکلات سالمندی را فراهم نماید.

ندارد. بعد از اینکه فرد یا خانواده اش درخواست خود را به شهرداری عرضه کردند، وضعیت فیزیکی و روانی متقاضی بر اساس فرم مخصوص مورد ارزیابی قرار می گیرد. داده ها توسط برنامه کامپیوتری دولتی بررسی می شود و هر متقاضی را در یک طبقه بندی ۶ سطحی قرار می دهند. پایین ترین سطح «نیازمند کمک» نامیده می شود و برای خدمات پیشگیری در نظر گرفته شده است و ۵ سطح دیگر «نیازمند به مراقبت» نامیده می شود [۲۹].

برای هر سطحی از سطوح ۶ گانه واجد شرایط بودن، دستمزد در نظر گرفته شده است. دریافت کننده باید ۱۰ درصد این مقدار را به عنوان مشارکت در پرداخت (copayment) بپردازد و اگر مایل باشد می تواند با پرداخت مستقیم از جیب خدمات اضافی خریداری کند [۲۹].

خدمات: خدماتی که توسط LTCI پوشش داده می شوند به خدمات مراقبتی بیمارستانی و جامعه محور تقسیم می شوند.

مراقبت بیمارستانی: افراد در سه مرکز زیر توسط برنامه LTCI پوشش داده می شوند: ۱- خانه سالمندان (قبلاً تحت خدمات اجتماعی بود)، مراکز بهداشتی برای سالمندان و تخت های بیمارستانی که برای مراقبت های بلند مدت تعیین شده بودند (این خدمات قبلاً تحت پوشش بیمه بهداشتی بودند).

مراقبت های جامعه محور: خدمات جامعه محوری که توسط LTCI پوشش داده می شوند شامل موارد زیر هستند: بعضی از خدمات اجتماعی قبلی مثل کمک خانگی برای ارائه خدمت یا خانه داری، خدمات مربوط حمام، قرض مربوط به وسایل مثل ویلچر و بازسازی منزل، بعضی از مزایای قبلی بیمه سلامت مثل ویزیت پرستار، بازتوانی، نظارت برنامه مراقبت توسط پزشکان، و بعضی از خدمات دیگر مثل مراقبت از سالمندان در غیاب اعضای خانواده و اقامت موقتی در منزل [۲۹، ۳۰، ۳۱].

نتیجه گیری:

با توجه به روند تغییرات جمعیتی و اینکه طی چند دهه ی آینده با جمعیتی سالمند مواجه خواهیم بود (مخصوصاً

فهرست منابع:

- 13- Medicare (United States). From Wikipedia, the free encyclopedia
- 14- Department of health and human services. USA. centers for medicare and Medicaid services. your medicare benefits.
- 15- Gibson M, Donald LJ. Comparing long-term care in Germany and the United States, what can we learn from Each other? Redfoot, AARP Public policy Institute, October 2007
- ۱۶- مهرآرا محسن، اقتصاد سلامت، چاپ اول، تهران، موسسه انتشارات و چاپ دانشگاه تهران، (۱۳۸۷)
- 17- Karlsson M et al. An International Comparison of Long-Term Care Arrangements. An Investigation into the Equity, Efficiency and Sustainability of the Long-Term Care Systems in Germany, Japan, Sweden, the United Kingdom and the United States, 26 April 2004
- 18- Medicare: what caregiver Need to Know. Del Mar Caregiver Resource Center. A program of health Project Center.
- 19- www.medicare.gov
- 20- America's Health Insurance Plans. Trends and Innovations in Chronic Disease Prevention and Treatment, April 2008. Retrieved on 30 September 2008.
- 21- "Medicare's Financial Condition: Beyond Actuarial Balance," American Academy of Actuaries, March 2008
- 22- Aviva: <http://www.aviva-singapore.com.sg/ElderShield>
- 23- Great Eastern: <http://www.Lifeisgreat.com.sg/ElderShield>
- 24- Great Eastern Life (GE Life): <http://www.eldershield.com/eshield/jsp/index.jsp>
- 25- world health organization. Wstern Pacific Region-Major Information Sources and databases. Australian Department of Health and Ageing
- 26- WHO. EUROPE. Better Palliative Care for
- 1- Matchad A. Professor of Sociology. AN INTERNATIONAL PERSPECTIVE ON AGING: HEALTH AND ECONOMIC NEEDS. Siena College 515 Loudon Road, Loudonville, New York 12211-146
- 2- World Health Organization. Integrating Poverty and Gender into Health Programmes, A Sourcebook for Health Professionals, 2006.
- ۳- خوشبین سپیلا، عشرتی بابک، عزیز آبادی فراهانی عالی، غوثی آوات، مطلق محمد اسماعیل. گزارش بررسی وضعیت سالمندان کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. معاونت سلامت دفتر سلامت خانواده و جمعیت، ۱۳۸۶
- ۴- احمدوند علیرضا و همکاران، اصلاحات نظام سلامت راهنمای عدالت و کارایی، چاپ اول، تهران، انتشارات موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۴
- ۵- میرزایی محمد، شمی قهفرخی. جمعیت شناسی سالمندان در ایران بر اساس سرشماری های ۱۳۸۵-۱۳۳۵. مجله سالمندی ایران (فصلنامه مرکز تحقیقات سالمندی ایران)، پاییز ۱۳۸۶، سال دوم، شماره ۵
- 6- "The Consequences of an Aging Population." 123HelpMe.com. 01 Feb 2009
- ۷- راسل مهدی، اردلان علی. آینده سالمندی و هزینه های خدمات سلامت: هشدار برای نظام سلامت کشور، مجله سالمند، تابستان ۱۳۸۶، سال دوم، شماره چهارم
- 8- Jenson J. Health Care spending and the aging of the population, CRS report for Congress, order code: RS22619-2007
- 9- Fuller S. Factors influencing the out-of-pocket health expenditures of the elderly. University of Texas. Doctor of Philosophy: 2005
- 10- Burrill D. Money matters. Insurance and other financial problems of the elderly
- ۱۱- نکویی مقدم محمود، امیراسماعیلی محمدرضا، بهرامی محمدامین. اقتصاد سلامت اصول و جریان منابع. چاپ اول، تهران، چاپ نگین، ۱۳۸۷
- 12- Nyman JA, "The value of health insurance: The access motive" Journal of Health Economics (1999)18:141-152



Older People. Edited by Elizabeth Davies and Irene J Higginson

27- DANIELL D. Palliative Care Australia. PO BOX 24.DEAKIN WEST.ACT 2006

۲۸- پور رضا ابولقاسم. سیستم مراقبت های ژاپن. فصلنامه تامین اجتماعی. سال چهارم. شماره یازدهم. ص ۱۰۰-۱۰۳.

29- Campbell JC. Ikegami N. Long-Term Care Insurance Comes To Japan. HEALTH AFFAIRS. 2000; 1 9(3).

30- Murashima S.The Implementation of Long-Term Care Insurance in Japan: Focused on the Trend of Home Care. Home Health Care Management & Practice, (2003); 15(5): 407-415

31- SIMIZUTANI S, INAKURA N.Japan's Public Long-term Care Insurance and the Financial Condition of Insurers: Evidence from Municipality-Level Data. Government Auditing Review. (MARCH 2007); VOLUME14

Health Insurance and Aged Population

Abolghasem Pourreza¹, Moslem Soofi², Mohamad Bazyar^{3*}, Mohamad ranjbar ezzatabadi⁴, Farnak Behzadi⁵

Abstract:

Background and objective: In this paper, after a brief mention to the demographic changes in Iran and the world, Diseases and their costs in aged population, and necessity of insurance coverage for elderly, we will review in detail the experiences of America, Singapore, Australia and Japan about health insurance coverage for elderly.

Methods: This is a review article. Relevant materials selected from published works and sites and analyzed. The databases of Web of Science, Science Direct, Google Scholar, Springer and Google were explored using the key words aged population, health insurance for elderly, Medicare, Elder shield, long-term care insurance and palliative care.

Results: Ageing population has forced several countries to design and implement variety of health insurance programs for elderly. Medicare in USA, Elder shield in Singapore, palliative care in Australia, and long-term care in Japan are major health insurance programs among part of the developed world.

Conclusion: The aging of population has increased chronic diseases and can impose high financial burden on elderly. Using insurance programs for covering health care costs of elderly is a reliable method and certain insurance programs can increase physical, emotional and economic welfare of elderly.

Key word: Elderly, insurance for the Elderly, insurance challenges, Medicare, Elder shield, long-term care insurance, palliative care.

-
- 1- School of public health & institute of public health research, department of health care management and economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 - 2- MSc student of health economics, school of public health & institute of public health research, department of health care management and economics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 - 3- PhD student in health policy, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (* Correspondence: bazyar.mohamad@gmail.com)
 - 4 - PhD student in health policy, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
 - 5 - PhD student in health policy, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran