

آتی‌ه نو نظام تأمین اجتماعی قرقیزستان را بررسی می‌کند

رفاه حداقلی با وجود ۴ رکن بیمه‌ای

گزارش

قرقیزستان کشوری کوهستانی و محصور در خشکی در آسیای مرکزی است که جمعیتی نزدیک به ۶ میلیون نفر را در خود جای داده است. این کشور با در آمد متوسط رو به پایین یک اقتصاد کوچک تحت سلطه استخراج مواد معدنی، کشاورزی به حساب می آید که بسیاری شهروندان آن در خارج از کشور کار می‌کنند و همین امر این کشور را بسیار آسیب پذیر کرده است. نظام تأمین اجتماعی در این کشور از طریق چهار رکن بیمه اجتماعی، سهم تعریف شده ملی، بیمه اجباری فردی و سیستم کمک اجتماعی دولتی عمل می‌کند. مشخصه دیگر تأمین اجتماعی قرقیزستان گروه‌بندی طبقات اجتماعی برای بهره‌مندی از مزایای مختلف اجتماعی است.

منابع انسانی، برنامه‌ریزی و استراتژی مناسبی وجود ندارد و به نظر می‌رسد که دوران کرونا این عدم تعادل را افزایش داده است. این در حالی است که قرقیزستان اولین کشور در آسیای مرکزی بود که سیستم پزشکی خانواده را در اواخر دهه ۱۹۹۰ راه‌اندازی کرد، اما از آنجایی که این سیستم در این سال‌ها مورد بازنگری قرار نگرفته نظام بهداشت و درمان قرقیزستان با کمبود پزشکان خانواده روبه‌رو است.

تمرکز مداوم بر مراقبت‌های تخصصی

همان‌طور که اشاره شد خدمات بهداشتی عمومی در کشور عمدتاً دولتی هستند و توسط وزارت بهداشت انجام می‌شود. مراکز مراقبت‌های اولیه آسان‌ترین ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی هستند که معمولاً مسئول معاینه اولیه بیمار، چکاپ و در صورت لزوم معاینه و درمان آنها هستند. در صورت نیاز به مشورت با متخصصان، پزشک خانواده بیمار را به بیمارستان مراکز پزشکی معرفی می‌کند. با وجود تلاش‌های دولت برای تقویت مراقبت‌های اولیه، چالش‌های مداومی از جمله اعتماد عمومی پایین به این مراکز و ترجیح بیماران برای استفاده از خدمات بیمارستانی و متخصصان همچنان وجود دارد.

افزایش پرداخت هزینه از جیب مردم

از زمان استقلال قرقیزستان این کشور متعهد شده تا پوشش همگانی سلامت را برای تحقق توسعه پایدار برای همگان ایجاد کند. این امر منجر به بهبود دسترسی مردم به مراقبت‌های بهداشتی شده است. همچنین باعث شده تاین کشور به عنوان رهبر منطقه‌ای تحول نظام سلامت شناخته شود. اما بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۴ پرداخت هزینه بیمه سلامت توسط مردم به ۵۰ درصد افزایش یافته است. به‌رغم این افزایش، حمایت‌های مالی در قرقیزستان بهتر از کشورهای دیگر با درآمدهای مشابه است. این حمایت‌های مالی تا سال ۲۰۰۶ خصوصاً در بین خانه‌دارهای بسیار فقیر با هدف بهبود مستمر استانداردهای زندگی افزایش یافته است. در عین حال، به عنوان یک نظام بهداشت و درمان دولتی، قرقیزستان باید ابعاد مختلفی از حمایت به‌ویژه حمایت مالی را در برنامه خود داشته باشد. عواملی که در حمایت مالی دولت از بخش سلامت نقش دارند عبارتند از: افزایش هزینه‌های عمومی برای سلامت بعد از سال ۲۰۰۶. پیش‌بینی‌ها نشان می‌دهند برای ارائه خدمات باکیفیت و همگانی، باید ۱۳ درصد از بودجه دولت به سلامت اختصاص یافته تا فضای مالی را گسترش دهند. همچنین ایجاد یک مجموعه یکپارچه مالیاتی از مالیات‌های عمومی و حقوق و دستمزد برای تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان این کشور توصیه شده است. در نهایت به دلیل محرومیت بخش‌های نسبتاً زیادی از جمعیت این کشور از مراقبت‌های بهداشتی باکیفیت، پوشش خدماتی نسبتاً جامعی با تأکید بر دسترسی رایگان به مراقبت‌های اولیه برای شهروندان این کشور ایجاد شود.

مهمترین چالش‌های بهداشت و درمان

در عین حال مطالعات متعددی که بر روی نظام بهداشت و درمان قرقیزستان انجام شده نشان می‌دهد عواملی متعددی وجود دارند که حمایت‌های مالی از سیستم بهداشتی این کشور را تضعیف کرده‌اند از جمله: ● اهداف مالی حوزه سلامت از سال ۲۰۰۶ مورد بازنگری قرار نگرفته‌اند. همچنین این اهداف قدیمی نیز به درستی تأمین نشده‌اند. ● اجرای ناکافی کمک‌های بیمه سلامت اجباری منجر به کمبود بودجه شده و باعث آسیب‌پذیری اجتماعی ۲۶ درصد از افراد جامعه شده است که نمی‌توانند از خدمات مراقبت‌های بیمارستانی استفاده کنند. ● قیمت‌های دارو در این کشور عمدتاً بالاست، بسیاری از داروها به شکل قاچاق توزیع شده و مردم مجبورند برای تهیه دارو، قیمت‌های بیشتری بپردازند. ● افزایش تعداد خانوارهایی که باید هزینه بیمه را خود پرداخت کنند و همچنین افزایش خانوارهایی که در پرداخت هزینه بیمه با مشکل روبه‌رو هستند، اعتماد به سیستم بهداشت و درمان را در این کشور از بین برده است.



سازمان‌های مراقبت‌های بهداشتی در قرقیزستان دولتی هستند و کارکنان آن از پزشکان، پرستاران و... همگی حقوق‌گیر بخش دولتی به حساب می‌آیند. البته شرکای توسعه‌یافته این کشور نقش بسیار مهمی در برنامه‌اصلاحات قرقیزستان داشته‌اند و در همه‌گیری کرونا نیز به این کشور بسیار کمک کرده‌اند. از طرف دیگر، دولت بسیار تلاش می‌کند تا نظام سلامت را دیجیتالی کند؛ هرچند که نقشه‌راه این دیجیتالی‌شدن و استراتژی بخش سلامت هنوز شفاف نیست. این کشور تلاش کرده برای نهادینه کردن تحولات دیجیتالی در بخش سلامت، مرکز سلامت الکترونیک را جایگزین مرکز اطلاعات پزشکی کند.

تأمین مالی پوشش بیمه‌ای

سرنانه هزینه‌های بهداشتی در قرقیزستان به دلیل سرنانه کم تولید ناخالص داخلی کشور، یکی از کمترین هزینه‌های بهداشتی در سازمان بهداشت جهانی است. در سال ۲۰۱۹ سرنانه هزینه بهداشتی در کشور قرقیزستان ۶۱۶ دلار به ازای هر نفر نبود که فقط از کشور تاجیکستان بیشتر بوده است. از نظر سهم تولید ناخالص داخلی هزینه‌های بهداشتی بالغ بر ۴٫۵ درصد از کل تولید ناخالص داخلی و هزینه‌های عمومی برای سلامت تنها ۲٫۳ درصد از کل تولید ناخالص داخلی را در شامل می‌شود و بیمه درمانی داوطلبانه عملاً در این کشور وجود ندارد. سیستم بیمه درمانی اجباری در این کشور در سال ۱۹۹۶ ایجاد شد و صندوق بیمه اجباری سلامت زیر نظر وزارت سلامت به عنوان یک پرداخت‌کننده عمومی برای تقریباً همه بیمارستان‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات عمل می‌کند. با این حال در سال ۲۰۱۹ تنها ۶۹ درصد از جمعیت تحت پوشش بیمه درمانی اجباری بوده‌اند که در مقایسه با سال ۲۰۱۶ که این عدد ۷۶ درصد بود یک کاهش به حساب می‌آید. از جمله دلایل این کاهش، می‌توان به امکان حذف سوابق تکراری افراد با کمک فناوری‌های دیجیتال و همچنین مهاجرت افراد در سن اشتغال به خارج از کشور اشاره کرد.

کمبود پزشک

بین سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۲۱ تعداد بیمارستان‌های این کشور باهدف کاهش هزینه‌ها و تقویت مراقبت‌های اولیه از ۴۵۰ بیمارستان ۱۲۶ عدد کاهش یافته است. همچنین از سال ۱۹۹۰ تعداد تخت‌های بیمارستانی به ازای هر صد هزار نفر بشدت کاهش یافته است. با وجود این شرایط، امکانات بهداشتی از نظر جغرافیای به‌خوبی توزیع شده اما همچنان مناطق دورافتاده با دسترسی محدود به خدمات بهداشتی در این کشور وجود دارد. همچنین در حوزه نیروی کار خدمات بهداشتی و

تحت پوشش بیمه داشته باشد. در صورت از کارافتادگی فرد، علاوه بر مستمری مقرر شده توسط قانون، برخی مکمل‌های دیگر نیز دریافت می‌کند از جمله مکمل حضور و غیاب مستمر که: در صورت نیاز بیمه شده به حضور مستمر دیگران برای انجام امور روزانه و مکمل مستمری از کارافتادگی که به افراد دارای معلولیت گروه یک، افراد مجرد دارای معلولیت گروه دوم و کارگران بلایای چرنوبیل پرداخت می‌شود.

مستمری بازماندگان

مستمری بازماندگان نیز بخشی از بیمه اجتماعی کشور قرقیزستان است. در این بخش از نظام تأمین اجتماعی این کشور نیز نحوه برخورداری از مستمری برای بازماندگان طبق گروه‌بندی سه‌گانه صورت می‌گیرد. برای مثال مستمری از کارافتادگی گروه دوم برای یک بازمانده واجد شرایط، ۹۰ درصد برای دو نفر، ۱۲۰ درصد و برای سه نفر و بیشتر ۱۵۰ درصد حقوق فرد تعلق می‌گیرد. بخشی از این مستمری بازماندگان که به مستمری کامل یتیم معروف است، عبارت است از مجموع تمام مستمری‌هایی که هر دو والدین در یافت کرده یا حق دریافت آن را داشته‌اند که به فرد یتیمی تعلق می‌گیرد که پدر و مادر خود را از دست داده باشد.

وضعیت عمومی بهداشت

قرقیزستان با میزان بالایی از بیماری‌های واگیر و غیرواگیر و همچنین میزان بالایی از آسیب‌ها و علل بیرونی مرگ‌ومیر روبه‌رو است. تا پیش از همه‌گیری کرونا میزان مرگ‌ومیر نوزادان و کودکان و مادران به طور چشمگیری در حال کاهش بود، عددی در حدود ۶۰ مورد در هر صد هزار تولد در سال ۲۰۱۹ که البته نسبت به بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته و حتی در حال توسعه عدد بالایی به حساب می‌آید. در کنار این عوامل، مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های عفونی و سرطان، تغذیه، مصرف دخانیات و همچنین آلودگی هوا از عوامل اصلی مرگ‌ومیر در قرقیزستان است.

نظام سلامت

نظام سلامت این کشور عمدتاً به وسیله وزارت بهداشت اداره می‌شود که سیاست‌های بهداشتی را توسعه می‌دهد و پیش‌نویس قوانین بهداشتی را تهیه و بر مقررات نظام سلامت نظارت می‌کند. صندوق بیمه سلامت اجباری وزارت بهداشت، خود یک سازمان اجرایی است که بودجه عمومی را در این سازمان جمع‌آوری و در سطح ملی بسته‌های استاندارد خدمات سازمان بهداشت و درمان را تهیه می‌کند. این اقدامات در سطح منطقه‌ای نیز توسط هماهنگ‌کننده‌های استانی منصوب وزیر بهداشت انجام می‌شود. اکثر

نخستین قانون تأمین اجتماعی در قرقیزستان در سال ۱۹۲۲ و در زمانی تصویب شد که این کشور یکی از جمهوری‌های اتحاد جماهیر شوروی سابق بود. بخش‌های مختلف این قانون بعدها و طی چند مرحله در سال‌های ۱۹۹۷، ۲۰۰۴، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۷ مورد بازبینی قرار گرفت.

قانون بازنشستگی

مستمری سالمندی بخشی از نظام تأمین اجتماعی در قرقیزستان است که سن بازنشستگی در آن ۶۳ سال با حداقل ۲۵ سال اشتغال تحت پوشش برای مردان و سن ۵۸ سال با حداقل ۲۰ سال اشتغال تحت پوشش برای زنان تعریف شده است. در عین حال مستمری جزئی بازنشستگی نیز در این قانون برای شهروندان تعریف شده که طی آن به مردانی که کمتر از ۲۵ سال و زنانی که کمتر از ۲۰ سال سابقه بیمه‌پردازی داشته باشند تعلق می‌گیرد. همچنین برای شهروندانی که خواستار بازنشستگی پیش‌از‌معد هستند سن ۶۰ سال با حداقل ۴۰ سال اشتغال تحت پوشش برای مردان و سن ۵۵ سال با حداقل ۳۵ سال اشتغال تحت پوشش برای زنان تعیین شده است. قانون تأمین اجتماعی قرقیزستان برای گروه‌های خاص مکمل مستمری سالمندی در نظر گرفته که به افراد ۸۰ ساله یا بیشتر، جانبازان جنگ جهانی دوم، کارگران بلایای چرنوبیل، افراد دارای معلولیت گروه اول (نیاز به حضور مداوم پرستار)، مراقبان افراد با گروه دوم (از کارافتادگی کلی)، معلولان و افراد مجرد با ناتوانی گروه دوم پرداخت می‌شود.

مستمری از کارافتادگی

به منظور پرداخت مستمری از کارافتادگی برای شهروندان قرقیزستان، سه گروه از افراد مشمول از کارافتادگی از هم تفکیک شده‌اند: گروه اول که شامل از کارافتادگی کلی است و شامل افرادی است که نیازمند حضور مداوم پرستار یا مراقب هستند. گروه دوم شامل از کارافتادگی کلی است که شامل افرادی است که ۸۰ درصد از توان حرکتی خود را از دست داده باشند و گروه سوم که شامل از کارافتادگی جزئی است که با مقدار از دست دادن کار ارزیابی شود. قرارگیری فرد در یکی از این گروه‌های سه‌گانه توسط کمیسیون کارشناسی وزارت کار و توسعه اجتماعی قرقیزستان تعیین می‌شود. برای بهره‌مندی از این مزایا شرایط سنی و سابقه اشتغال منظور شده که در آن افراد زیر ۲۳ سال حداقل یک سال اشتغال تحت پوشش، افراد ۲۳ تا ۲۵ ساله حداقل دو سال اشتغال تحت پوشش، افراد در سن ۲۶ تا ۳۰ سال حداقل سه سال اشتغال تحت پوشش و اگر فرد هنگام بروز حادثه یا معلولیت بالاتر از ۳۰ سال سن داشته باشد باید حداقل پنج سال سابقه اشتغال

الهام اظهري

روزنامه‌نگار

سرنانه هزینه‌های بهداشتی در قرقیزستان به دلیل سرنانه کم تولید ناخالص داخلی کشور، یکی از کمترین هزینه‌های بهداشتی در سازمان بهداشت جهانی است. گزارش (OECD) نشان می‌دهد افزایش قیمت‌ها، فشار را بر خانواده‌های کم‌درآمد در بسیاری از کشورهای عضو این سازمان افزایش داده و خانوارهای آسیب‌پذیر که در حال حاضر در بهبود وضعیت اقتصادی خود دچار مشکل شده‌اند با بزرگ‌ترین فرسایش در درآمد واقعی خود مواجه هستند. داده‌های مربوط به شش کشور بزرگ اروپایی نشان می‌دهد دو دهک پایین درآمدی مجبور شده‌اند در پاسخ به شوک‌های عرضه در انرژی و غذا، هزینه‌های ۵۰ درصدی بیشتری را متحمل شوند. در نتیجه افزایش تورم به‌ویژه در سه بخش غذا، انرژی و مسکن، دستمزدهای واقعی، به‌خصوص در دهک‌های پایین درآمدی در حال کاهش است. صنایع کم‌دستمزد قبلاً از همه‌گیری کرونا بشدت آسیب دیده بودند. این مشاغل قبل از فوریه سال ۲۰۲۲ به‌سبب کندتر از سایر بخش‌ها در حال بهبود بودند. برای مثال در سه ماهه اول سال ۲۰۲۲، اشتغال در خدمات اقامتی و غذایی در کشورهای عضو این سازمان، به‌طور متوسط ۹ درصد کمتر از دوران قبل از همه‌گیری کرونا گزارش شده است.