

گزینه‌هایی برای پوشش همگانی مراقبت‌های سلامت در ایران

دکتر علی حسن‌زاده* و سعیده فخیم‌علیزاد**

چکیده

در ماه می سال ۲۰۰۵ میلادی، مجمع جهانی سلامت، در تعقیب استراتژی «مراقبت‌های اولیه بهداشتی»^۱، راهبرد «پوشش همگانی مراقبت‌های سلامت»^۲، را در راستای دستیابی به هدف «سلامت برای همگان» از طریق راهکار «بیمه‌های اجتماعی» در هزاره سوم میلادی به تصویب رساند. جمهوری اسلامی ایران نیز یکی از امضاکنندگان این پیمان بود. در بررسی حاضر، در ابتدا، ضمن معرفی مدل‌های بیمه‌ای از جمله مدل بیسمارک، مدل بوریح، مدل بازار آزاد و مدل مستقیم قرن نوزده، مدل‌های اقتصاد سیاسی و مدل‌های اولویت‌بندی نیز بررسی و سپس شرایط ایران تحلیل می‌گردد. در انتهای مقاله، گزینه‌های مختلف چگونگی دستیابی به پوشش همگانی ارائه خواهد شد. نتیجه این‌که پیش‌نیاز رسیدن به پوشش همگانی، در گام اول، رفع همپوشانی بیمه‌ای و در گام بعدی، یکسان‌سازی مبنای تأمین مالی بیمه سلامت است.

از آن‌جایی که سیستم‌های سلامت و رفاه، در چگونگی شادابی و احساس رضایت‌بخش اعظم جمعیت جهان، از تولد تا مرگ اثر دارد. جهان در قرن بیستم، شاهد اصلاحات در

* جراح و متخصص بیماری‌های چشم ** کارشناس آزمایشگاه بیمارستان حضرت رسول اکرم
1. primary health care strategy (PHC) 2. universal coverage

سیستم‌های رفاه و سلامت بود که با طب ملی (مراقبت‌های سلامتی ملی) شروع و منجر به طرح‌های بیمه اجتماعی شد و سپس رهیافت‌های مراقبت‌های سلامتی مورد توجه قرار گرفت. در ده سال اخیر، جهت‌گیری تدریجی ولی مشخص به سمت ارائه مراقبت‌های اساسی با پوشش فراگیر، کیفیت بالا و تأکید بر اثربخشی، برابری، کارایی و احترام به اصول نژادی و ملیتی صورت گرفته است. در این راستا یک سیستم سلامت ایدئال، سیستمی است که مردم را تشویق می‌کند به سلامت خود توجه کرده، اقدامات پیشگیرانه را در خصوص بیماری و معلولیت انجام دهند و همراه با آن بار اقتصادی و انسانی را بر افراد و سیستم سلامت کاهش دهد.

سلامت فردی و اجتماعی به مقدار زیاد بستگی به دسترسی به مراقبت‌های سلامت و کیفیت آن دارد. توسعه دسترسی به مراقبت‌های کیفی در جهت رفع تبعیض بهداشتی و افزایش کیفیت و طول سال‌های عمر مردم از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است و اولین پنجره ورود به این بحث، توسعه پوشش همگانی است.

بیان مسئله

هم اکنون در کشور ما چهار سازمان بیمه گر پایه وجود دارد که بنا بر آمار رسمی بیش از ۹۰ درصد جمعیت را پوشش می‌دهد. مطالعه بهره‌مندی از خدمات که در سال ۱۳۸۱ توسط دبیرخانه تحقیقات کاربردی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شده جمعیت فاقد پوشش بیمه‌ای کشور را ۲۶ درصد اعلام می‌کند. از مهم‌ترین دلایل این اختلاف می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. همپوشانی بین سازمان‌های بیمه‌ای موجود در کشور، به گونه‌ای که بررسی انجام شده در طرح همپوشانی بیمه‌ای که توسط ستاد کشوری اصلاح نظام سلامت کشور در استان آذربایجان شرقی در سال ۸۲ انجام شد، نشان داد در مجموع ۴ درصد همپوشانی بین چهار سازمان بیمه گر پایه وجود دارد.
۲. فقدان آمار صحیح از جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه گر پایه به گونه‌ای که این جمعیت از جمعیت کل کشور بیش تر است.
۳. اعلام آمار غیر واقعی و عدم شفافیت در داده‌ها با هدف افزایش قدرت چانه‌زنی در تنظیم سرانه خدمات سلامت. مشکلات موجود در نظام سلامت کشور را می‌توان به شرح زیر خلاصه کرد:

- فقدان پیوستگی بین مراقبت‌های پیشگیرانه و درمانی
- بالا بودن میزان پرداخت از جیب^۱ مردم
- تعریف ناکافی از بسته‌های خدمات سلامت در کشور و عدم تعیین اولویت‌ها با توجه به منابع در اختیار
- استفاده از روش‌های پرداخت تورم‌زا، مانند نظام کارانه^۲ در خرید خدمات درمانی
- تجویز و مصرف غیرمنطقی دارو، و خدمات پاراکلینیک به گونه‌ای که حدود ۲۷ درصد از منابع صرف دارو و به ترتیب حدود ۱۳ و ۷ درصد از منابع صرف خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری پزشکی می‌شود، در صورتی که این ارقام در کشورهای پیشرفته علی‌رغم بالا بودن سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی^۳ به ترتیب ۱۵، ۸، و ۴ درصد است.
- بالا بودن تعداد خانوارهایی که به هنگام بروز بیماری مواجه با هزینه‌های کمرشکن^۴ می‌شوند. برابر مطالعه انجام شده در دبیرخانه تحقیقات کاربردی و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی ۳ درصد از خانوارها به هنگام بیماری با چنین هزینه‌هایی مواجه می‌شوند.
- ورود و استفاده غیر مؤثر از تکنولوژی‌های پیشرفته^۵ بدون توجه به اولویت‌های سلامت کشور
- وجود ظرفیت مازاد بر نیروی انسانی، امکانات و تخت‌های بیمارستانی در کشور، در عین کمبود این‌گونه تسهیلات در مناطق محروم
- تصویب قانون «ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی» و تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موجب شده تا نقش حاکمیتی دولت در امر تولید نظام سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز شود و وظیفه حفاظت مردم در مقابل هزینه‌های بیماری در وزارت جدید شکل بگیرد.

تجربه‌های جهانی

آنچه موجب بهبود تأمین دسترسی و حفاظت مردم در مقابل خطرهای مالی ناشی از بروز

1. out of pocket 2. Fee for Service 3. gross domestic product (GDP)
4. catastrophic cost 5. high & sophisticated technology

بیماری می‌شود، عامل تأمین تجمعی منابع^۱ برای سلامت است و این امر از طریق تخصیص منابع و سازوکارهای خرید^۲ شرایط را برای اقشار عادی و فقرا بهبود می‌بخشد. در این باره تجربه‌های جهانی، چهار مدل پایه را برای نوع ترتیبات مالی، سازمان، و مالکیت فراهم کنندگان ارائه می‌دهد که عبارتند از:

۱. مدل مستقیم^۳ که در آن، انتقال مستقیم پول بین پزشک و فراهم کننده خدمت صورت می‌گیرد. این مدل عمدتاً در قرن نوزدهم معمول بود.

۲. مدل انگلیسی یا مدل بورجیج^۴ که به صورت سیستم طب ملی است و در آن منابع از مالیات‌های عمومی تأمین می‌گردد و از طریق دولت به شبکه پیوسته فراهم کنندگان عمومی تخصیص داده می‌شود.

۳. مدل آلمانی یا مدل بیمه اجتماعی بیسمارکی^۵ که در آن مالیات‌های دستمزدی از طریق صندوق‌های بیمه سلامت خودگردان برای خرید خدمات، هم از بخش عمومی و هم از بخش خصوصی تخصیص داده می‌شود.

۴. مدل امریکایی یا بازار آزاد^۶ که عبارت است از بیمه‌های خصوصی که در آن، حق بیمه‌ها، براساس قراردادهای بیمه سلامت برای خرید خدمات از بخش خصوصی تخصیص می‌یابد. در سطح جهان ۸۴ درصد از فقرا ۹۲ درصد از بار جهانی بیماری‌ها را به دوش می‌کشند، در صورتی که فقط ۱۱ درصد (معادل ۲۸۰ میلیارد دلار) از مصارف جهانی سلامت (برابر ۲۵۰۰ میلیارد دلار) نصیب کشورهای کم درآمد و دارای درآمد متوسط می‌شود. مطالعات اخیر نشان می‌دهد که کشورهای در حال توسعه سالانه ۳۰ تا ۶۰ میلیارد دلار کسری در دستیابی به اهداف توسعه هزاره^۷ دارند. در گزارش سال ۲۰۰۱ سازمان جهانی بهداشت، در مقوله «سلامت و اقتصاد کلان» ذکر شده که سرمایه‌گذاری در سلامت، علاوه بر حفظ جان انسان‌ها موجب کاهش فقر، توسعه اقتصادی و امنیت جهانی می‌شود. هر ۱۰ درصد افزایش امید به زندگی در بدو تولد، موجب افزایش حداقل ۳/۰ تا ۴/۰ درصد رشد اقتصادی در سال می‌شود که از طریق افزایش بهره‌وری کارگران و بهبود سطح سواد و کاهش نااطمینانی ناشی از بروز بیماری عمل می‌کند.

1. collective financing
2. resource allocation & purchasing mechanism (RAP)
3. laissez-fair
4. Beveridge
5. Bismarck
6. free market
7. millennium development goals

اولویت‌ها و رهیافت‌های پوشش همگانی بیمه‌های سلامت

مطالعه نشان می‌دهد نگاه سیاستمداران بیش‌تر جلب رضایتمندی است تا کمال‌گرایی^۱ و لذا هدف آن‌ها ارائه سطحی از مزایاست، که رضایت‌مندی ایجاد کند. برای طراحی پوشش همگانی باید توجه داشت که دولت‌ها از یک طرف تمایل دارند در بستر اجرایی، کارآیی و برابری را در دراز مدت حفظ کنند و از طرف دیگر بر اولویت‌هایی تأکید می‌کنند که استقرار آن‌ها، دولت را در قدرت نگه می‌دارد. بنابراین از مدل‌های مختلف اقتصاد سیاسی استفاده می‌کنند، ولی در عمل، سناریوی واقعی، در بین این دو طیف قرار می‌گیرد. اهم این مدل‌ها شامل رأی اکثریت، گروه‌های ذینفوذ، تصمیم‌گیری بوروکراتیک (دیوانسالارانه)، و رفتارهای رانت‌گرایانه است که در مورد هر یک توضیح مختصری ارائه می‌شود:

مدل رأی اکثریت^۲

حکومت‌ها برای بقای خود نیازمند حمایت اقلیت^۳ هستند. در جوامع دموکراتیک، حکم نهایی^۴ را رأی‌دهندگان^۵ تعیین می‌کنند. در بین تئوری‌های رأی اکثریت، تفکر رأی میانه^۶ قابل توجه است که در آن، سیاستمدار به عنوان کسی که می‌خواهد رأی خود را به حداکثر برساند، سیاست‌هایی را به کار می‌گیرد که نظر رأی‌دهندگان میانه را جلب کند. در این مدل، برنامه‌هایی که می‌تواند بیماری‌های فقرا را پوشش دهد با توجه به پشتیبانی میانه رأی‌دهندگان، آرای بیش‌تری را برای سیاستمداران تأمین کرده، موجب پیروزی آن‌ها می‌شود؛ ولی این امر کل داستان نیست؛ زیرا افراد برخوردار، مالیات بیش‌تری می‌دهند و فشار بیش‌تری وارد می‌کنند تا موجب شوند وزن آرای میانه به سمت افراد ثروتمند گرایش یابد و منافع آن‌ها مبنای تصمیم‌گیری قرار گیرد.

مدل گروه‌های ذینفوذ

گروه‌هایی هستند که بر تصمیمات دولت اثر گذارند. مثلاً اگر دولت برای بقای خود وابسته به اقلیت شهری باشد، معمولاً برنامه‌های شهری را پیش می‌برد، اگر چه ممکن است هزینه -

1. satisfying versus optimizing 2. majority voting 3. interest groups
4. ultimate arbiter 5. electorate 6. median voter

اثر بخشی کم‌تری داشته باشند. در حاکمیت‌هایی که به دولت‌های محلی تفویض اختیار شده خودگردانی وسیع‌تری وجود دارد و معمولاً گروه‌هایی که با کم‌ترین هزینه دوره‌هم جمع می‌آیند خود را به راحتی بر حکومت تحمیل می‌کنند.

مدل دیوانسالارانه^۱

در این مدل بوروکرات‌ها در تلاش برای به حداکثر رساندن علایق خود و فشار بر حکومت برای دستیابی به آن هستند لذا در چنین حالتی نهادهای دولتی سیاست‌هایی را در اولویت‌بندی سلامت به کار می‌گیرند که موجب گسترش تشکیلات آنها می‌شود و سیاست‌هایی که کنترل آنها را کمتر می‌کند به فراموشی می‌سپارند. نکته مهم در این مدل، بالا بودن دانش نسبی آنها نسبت به همکاران سیاسی‌شان است.

مدل رانت‌گرایانه^۲

سیستم‌های سلامت در اکثر کشورها، ترکیب پیچیده‌ای از نهادها، مقررات، مقاله‌نامه‌ها و حوادث تاریخی است که ویژگی رانت جویانه دارد و در آن، احزاب و گروه‌های مختلف در راستای بهره‌برداری بیش‌تر در یک ساختار بازار غیر رقابتی و ناقص حضور دارند و در تلاش برای بهره‌برداری از پروژه‌های سلامت به نفع خود هستند. این روش در اولویت‌بندی موجب می‌شود بهبود رفاه اجتماعی با شکست مواجه گردد. با چنین رهیافتی، در کشورهای کم درآمد گروه‌های اجتماعی شهری با توجه به نزدیک بودن به قطب‌های قدرت، نسبت به اقشار اجتماعی، بهره‌گیری بالاتری خواهند داشت.

یکی از وجوه مهم هرگونه روش اولویت‌بندی، بار مدیریتی آن بر حکومت است. الزامات اطلاعاتی برای اولویت‌بندی بسیار متعدد است و معمولاً قضاوت‌ها در فقدان چنین اطلاعاتی صورت می‌پذیرد. بنابراین نبود منابع اطلاعاتی و محدودیت در ظرفیت مدیریتی موجب ناپایداری و عدم توافق در فرایند اولویت‌بندی می‌شود. به همین دلیل، روش‌های مختلف اولویت‌بندی در پرداختن به موضوعات سلامت وجود دارد که خلاصه‌ای از آنها به منظور روشن‌تر شدن بحث بیان می‌شود.

1. bureaucratic model

2. Rental seeking behavior

۱. رضایتمندی^۱: رضایتمندی در فعالیت‌های دولت به طور سنتی یک فرایند افزایشی است که در آن، مشکلات بر مبنای اهمیت، و اورژانس بودنشان مورد حل و فصل قرار می‌گیرند. این نگاه با مدل منطقی جامع^۲ که هزینه - اثربخشی بر آن استوار است در تناقض قرار می‌گیرد. مفهوم مدل رضایتمندی این است که برنامه‌های غیر اثربخشی، جایگزین فعالیت‌های اثربخش می‌شود، در صورتی که در آن، ملاحظات معمول هزینه - اثربخشی، مانند امکان سنجی و هزینه تغییرات فراموش می‌گردد.

۲. استفاده از بودجه برنامه‌ای و آنالیز حاشیه‌ای^۳: این روش، رهیافتی عملی در اولویت‌بندی است و برای منطقی کردن رهیافت بودجه‌بندی تلاش می‌کند. روش مزبور در مواقعی که اولویت‌بندی شفاف وجود ندارد و منابع براساس روندهای تاریخی تخصیص می‌یابند قابل استفاده است.

۳. آنالیز نیرومندی^۴: از این روش به عنوان وسیله و ابزاری برای مقابله با عدم اطمینان و هزینه‌هایی انتقالی توسط تصمیم‌گیران استفاده می‌شود. از آن‌جا که هزینه تصمیمات غلط در چنین شرایطی بسیار بالا است، سیاست‌گذاران به جای تصمیم‌گیری‌های کمال‌گرایانه، از تصمیماتی که اثر قوی دارد استفاده می‌کنند. این گونه تصمیمات بر دو گونه‌اند: یا این که با ملاحظه شرایط و طیف وسیعی از سناریوهای آینده، تصمیم به خوبی اخذ شده است یا به محض این‌که داده‌ها نشان دهد ضرورت تغییر در استراتژی وجود دارد، این اقدام انجام می‌شود.

۴. تئوری قیمت گزینه‌ها^۵: این روش زمانی مؤثر است که هزینه برنامه‌های آینده و مزایای متصور بر آن از عدم قطعیت برخوردار است یا این‌که توقف برنامه اجرا شده بسیار هزینه‌بر است؛ یا این‌که ضرورت دارد تصمیم‌گیری به تعویق بیفتد. در این روش، قیمت‌گذاری گزینه‌ها براساس مطالعات هزینه - اثربخشی و با توجه به درجه عدم اطمینان و هزینه تغییر صورت می‌گیرد.

در مدل اولویت‌بندی سنتی و در انتخاب تکنولوژی‌های مختلف، کم‌تر به مقوله سیستم تأمین مالی توجه می‌شود، اگر چه در عمل، سیستم‌های سلامت و سیستم‌های مالی ارتباط مهم و جدی دارند؛ چرا که ساز و کارهای مالی بر رفتار فراهم‌کننده و مصرف‌کننده خدمت اثرگذار

1. satisfying model
2. rational comprehensive
3. program budgeting & marginal analysis
4. robustness analysis
5. option pricing theory

است. در عمل، بسیاری از سیستم‌های سلامت، ترکیبی از ساز و کارهای تأمین مالی را به کار می‌برند و در اکثر کشورهای فقیر هزینه‌ها مستقیماً از جیب مردم پرداخت می‌شود.

گزینه‌هایی برای پوشش همگانی مراقبت‌های سلامت

به منظور دستیابی به پوشش همگانی بیمه‌های سلامت در گام اول ضروری است اقدامات زیر انجام شود:

۱. رفع همپوشانی بیمه‌ای،
 ۲. طراحی کد ملی سلامت مبتنی بر کد ملی اختصاصی افراد به منظور شناسایی و ردیابی بیمه‌شدگان،
 ۳. ایجاد اصلاح در نظام سلامت و تفکیک بین خریدار و فراهم‌کننده در نظام ارائه خدمات سلامت کشور؛^۱ البته با نگاه به نحوه تأمین منابع مالی، نظام پرداخت، سازماندهی، قوانین و مقررات، و رفتار فراهم‌کننده و مصرف‌کننده خدمات سلامت.
- گزینه نخست: حفظ وضع موجود در نظام سلامت و ارائه دفترچه درمان به کلیه آحاد کشور. با توجه به فقدان پوشش برخی از آحاد جمعیت، محاسبه تعداد افراد فاقد پوشش بیمه‌ای به شرح زیر خواهد بود:

جمعیت کشور \times درصد فاقد پوشش = کل جمعیت فاقد پوشش

70 میلیون نفر $\times 26$ درصد = $18/2$ میلیون نفر (براساس مطالعه بهره‌مندی)

70 میلیون نفر $\times 10$ درصد = 7 میلیون نفر (براساس آمار رسمی)

چنانچه دولت بخواهد منابع لازم برای پوشش کلیه آحاد کشور را تأمین کند، در این صورت، منابع مالی مورد نیاز براساس سرانه تصویب سال 1383 به شرح زیر خواهد بود:

(برابر مطالعه بهره‌مندی) میلیارد ریال $6115 = 12 \times 28000 \times 18/2$

(براساس آمار رسمی) میلیارد ریال $2352 = 12 \times 28000 \times 7$

اگر جمعیت روستاییان را نیز که با 40 درصد سرانه توسط دولت، تحت پوشش قرار می‌گیرند به ارقام فوق اضافه کنیم، به 4637 میلیارد ریال نیاز خواهیم داشت.

اعتبار مورد نیاز برای پوشش کامل روستاییان $= 12 \times 60\% \times 4637$ سرانه \times جمعیت روستایی

میلیارد ریال $4637 = 12 \times 60\% \times 23 \times 28000$

لذا با لحاظ پارامترهای فوق، کل اعتبار مورد نیاز برابر خواهد بود با:

$$۶۱۱۵ + ۴۶۳۷ = ۱۰,۷۵۲ \text{ (برابر مطالعه بهره‌مندی) میلیارد ریال}$$

$$۲۳۵۲ + ۴۶۳۷ = ۶,۹۸۹ \text{ (براساس آمار رسمی) میلیارد ریال}$$

برای سال ۸۴ باید میزان افزایش سرانه خدمات درمانی کشور را به مبلغ فوق اضافه کرد. اگر فرض بر این باشد که سرانه ۳۸,۰۰۰ ریال برای سال ۸۴ در نظر گرفته شود ۳۵/۷ درصد به ارقام افزوده خواهد شد و به ترتیب به ۱۴,۵۹۰ و ۹,۴۸۴ میلیارد ریال خواهد رسید.

گزینه دوم: حفظ وضع موجود در نظام سلامت کشور و اجبار به پوشش بیمه‌ای کلیه افراد و پرداخت سرانه اقشار آسیب‌پذیر (زیر خط فقر) توسط دولت. در این سناریو؛ اگر جمعیت زیر خط فقر و اقشار آسیب‌پذیر را ده درصد جمعیت فرض کنیم، مبلغ مورد نیاز عبارت خواهد بود از:

$$۷۰\% \times ۱۰ \times ۲۸۰۰۰ \times ۱۲ = ۲۳۵۲ \text{ میلیارد ریال}$$

که با توجه به پیش‌بینی ۳۵/۷ درصد رشد در سرانه سال ۱۳۸۴ مبلغ ۳۱۹۲ میلیارد ریال مورد نیاز خواهد بود، ولی به هر حال این امر نیازمند شناسایی این گروه است.

گزینه سوم: پوشش همگانی در قالب نظام ارجاع و پزشک خانواده که از طریق واحد کشوری اصلاح نظام سلامت طراحی گردیده و قرار است در چهار استان کشور اجرا شود. با توجه به این‌که پیش‌بینی می‌شود، سرانه هزینه برآوردی برای اجرای مرحله اول طرح (فقط سطح اول و پزشک عمومی) مبلغ ۶۵۰۰ ریال مازاد بر منابع موجود باشد، هزینه اجرای آن در آذربایجان شرقی با جمعیت ۲/۲ میلیون نفر، مبلغ ۱۷۲ میلیارد ریال و برای کل کشور رقم ۵۴۶۰ میلیارد ریال خواهد بود:

$$۲/۲ \times ۶۵۰۰ \times ۱۲ = ۱۷۲ \text{ میلیارد ریال (آذربایجان شرقی)}$$

$$۷۰ \times ۶۵۰۰ \times ۱۲ = ۵۴۶۰ \text{ (کل کشور) میلیارد ریال}$$

گزینه چهارم: پیش‌بینی پوشش همگانی آحاد کشور در یک برنامه تدریجی، با برداشتن گام‌های زیر:

– ثبت نام آحاد کشور در طرح پوشش سازمان‌های مختلف و تأمین هزینه پوشش آنان از محل منابع سازمان‌های متبوع.

- پوشش بقیه افراد با دریافت حق بیمه سرانه و پرداخت حق بیمه اقشار آسیب پذیر و فقرا توسط دولت.
- تقسیم جمعیت کشور به بیمارستان‌های عمومی و خصوصی موجود در مناطق مختلف به عنوان عامل اصلی قرارداد و پرداخت سرانه بیمارستان.
- محاسبه قیمت واقعی سرانه سرپایی و بستری برای آحاد کشور.
- پرداخت دو سوم از سرانه (C) محاسبه شده به صورت پیش پرداخت به تعداد اعضای ثبت نام شده در شروع هر ماه (N_۱) در اختیار بیمارستان به صورت: $C/۱۲ \times N_1 \times ۷۵\%$
- در پایان هر ماه و مشخص شدن تعداد اعضا در انتهای ماه (N_۲) مبلغ واقعی پرداخت تعیین می شود:

$$\text{مابقی پرداخت} = \text{مبلغ اولیه پیش پرداخت} - C/۱۲ \times N_1 - N_2/۲$$

- نرخ سرانه بستری هر بیمارستان با توجه به هزینه‌ها و تشخیص و درمان‌های انجام شده^۲ در سال قبل همان بیمارستان تعیین و پرداخت می شود.
- بیمارستان برای ارائه خدمات تشخیصی درمانی سرپایی با پزشکان در مطب‌ها، کلینیک‌ها، و درمانگاه‌ها به عنوان «طرف قرارداد جانبی پایین»^۳ و مراکز فوق تخصصی به عنوان «طرف قرارداد جانبی بالا»^۴ قرارداد همکاری منعقد کرده، از محل منابع خود هزینه‌ها را پرداخت کند.

جمع بندی

وجود ۲۶ درصد بیمه نشده به تعبیری، و حدود ۱۰ درصد به تعبیر دیگر، و فقدان نظام هدایت بیمار، همراه با باز بودن بخش عرضه و تقاضا، به این مفهوم که بیمه شده مختار است به هر مرکز درمانی که تمایل دارد (طرف قرارداد و یا غیر طرف قرارداد) مراجعه کند و هیچگونه محدودیتی برای این تصمیم‌گیری ندارد و از طرف دیگر فراهم کننده خدمت می تواند بیمار را به هر مؤسسه تشخیصی، آزمایشگاهی، تصویربرداری و حتی بیمارستانی ارجاع دهد، ضرورت انجام اصلاحات را اجتناب ناپذیر می سازد. نکته دیگر قابل توجه این است که به علت فقدان نظام

1. capitatic

2. case-mix

3. sub-contractor

4. supra-contractor

هدایت بیمار، امراض مزمن تشخیص داده نمی‌شوند و پی‌گیری معقول این بیماری‌ها وجود ندارد و فقط بیماری‌های حاد درمان می‌شوند که سازمان جهانی بهداشت از آن به عنوان «سندرم رادار» نام می‌برد. در موضوع عدم قطعیت در بازار بهداشت و درمان، پرداختن به ریسک و چگونگی تجمع آن اهمیت دارد که در این خصوص مطالعات بیانگر چهار نوع رهیافت برای تجمع ریسک هستند که عبارتند از:

۱. فقدان هرگونه تجمع ریسک^۱

در چنین شرایطی، هر فرد مسئول تأمین هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های سلامتی خود است و هیچ‌گونه یارانه‌ای برای فقرا در نظر گرفته نمی‌شود. در این شرایط یکی از راه‌های از بین بردن عدم قطعیت در قبال هزینه، بازار بیمه‌های خصوصی است که در آن، بیمه‌گران حق بیمه فردی‌ای را دریافت می‌کنند که بر تجارب گذشته^۲ مبتنی است. در این سیستم، اگر کسی از پوشش استفاده کند، حق بیمه وی در آینده افزایش پیدا می‌کند و بنابراین، مقوله انتخاب معکوس^۳ پیش می‌آید که در این صورت، افراد پر مخاطره طالب خرید طرح بیمه‌ای و افراد سالم، فاقد انگیزه برای خرید آن هستند و بیمه‌گران نیز سعی در خامه‌گیری^۴ خواهند کرد؛ بدین نحو که مجموعه‌ای از ریسک‌های خوب را تجمع خواهند کرد که جبران خسارتی در پی ندارد. نتیجه این‌که در چنین وضعیتی، افراد باید هزینه‌های مالی سلامت را خود تأمین کنند و بنابراین بسیاری از مقوله‌های سلامت و بهداشت عمومی و مواردی که جامعه از آن‌ها نفع می‌برد^۵ در کانون توجه قرار نمی‌گیرد.

۲. تجمع ریسک واحد^۶

در این وضعیت، کل منابع در یک صندوق مرکزی ریخته می‌شود و بسته انتخابی از سلامت را پوشش می‌دهد. در این شرایط، تجمع ریسک «اجباری» بوده، هیچ‌کس حق خروج از آن را ندارد. این روش از راه‌های برخورد با ناکارآمدی، و نابرابری در مقابله با انتخاب معکوس، خامه‌گیری و

1. no risk pooling

2. experience rating

3. adverse selection

4. cream skimming

5. externalities

6. unitary risk pool

هزینه‌های ارتباطی^۱ است. از معایب این سیستم، بالا بودن هزینه‌های مدیریتی، انگیزه بالا برای تقاضای القایی ناشی از فراهم کننده،^۲ و احتمال بروز مخاطره اخلاقی از سوی بیمه شده است. این سیستم از دو طریق موجب ناکارامدی می‌شود: (۱) رقابتی در بازار بیمه سلامت وجود ندارد، (۲) حق انتخاب را در افرادی که تمایل به پرداخت برای برخی از مسائل سلامت دارند، از بین می‌برد.

۳. تجمیع ریسک پراکنده^۳

اگرچه به لحاظ نظری، مشارکت ملی کامل در ریسک، بروز تفاوت در مصارف قابل پیش‌بینی برای گروه‌های مختلف را از بین می‌برد، ولی جریان اطلاعات و هماهنگی، با توجه به مسائل مدیریتی، گاه مشکل‌ساز است. به همین علت در برخی کشورها، خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های کوچک‌تری انجام می‌گیرد که اصطلاحاً «تجمیع ریسک پراکنده» خوانده می‌شود. در این گونه سیستم‌ها، افراد براساس موقعیت جغرافیایی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی مانند سن و وضعیت سلامت، یا انتخاب خود وارد هر کدام از واحدهای تجمیع ریسک می‌شوند. در چنین شرایطی اگر تعداد زیادی از افراد سالمند و بیمار در یک گروه جمع شوند، هزینه سرانه بالاتری خواهند داشت و تفاوت در هزینه و سرانه حق بیمه است که منجر به ناکارامدی و اضمحلال سیستم می‌شود.

۴. تجمیع ریسک ادغام یافته^۴

در راستای توجه به مسائل برابری، گرایش به پیوستگی ریسک وجود دارد. در چنین شرایطی باید یک بسته استاندارد از مراقبت‌ها به کلیه شهروندان ارائه شود. بنابراین، اولین گام برای پیوستگی، یکسان کردن مبنا و پرداخت سرانه است که در این نظام تعدیلاتی برای ریسک انجام می‌شود. هرچه به سمت پیوستگی بیش‌تری می‌رویم عدم قطعیت مصارف سلامت کاهش می‌یابد که از آن به عنوان «هرم پیوستگی»^۵ نام برده می‌شود.

1. transaction 2. induced demand 3. fragmented risk pool
4. integrated risk pool 5. integration pyramid



در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، نقش دولت، «تولیت سلامت» تعریف شده است که این امر از طریق ایجاد یک روش تجمیع ریسک مؤثر، به عنوان محوریت تولید خوب و ترتیب یک خرید توسعه یافته استراتژیک محقق می‌شود. در جهت پوشش فقرا و برخورد با ساز و کارهای ضعیف انتقال ثروت نیاز به بزرگ‌تر کردن تجمیع ریسک وجود دارد و این امر از طریق نظام اجباری و پوشش همگانی امکان‌پذیر است که در آن، مشارکت‌های درآمد محور، و یا جامعه محور از موضوعات عمده و محوری هستند.

در خاتمه نمایندگانی از وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت کشور در کنار نمایندگانی از وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان متولی حافظت مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بروز بیماری می‌توانند نسبت به طراحی و چگونگی اجرای پوشش همگانی اقدام کنند. ولی آنچه باید مورد توجه قرار گیرد لحاظ کردن هرم پیوستگی در این تصمیمات است. براساس این هرم، هم اکنون ایران در شرایط تجمیع ریسک پراکنده قرار دارد و ضروری است در راستای دستیابی به پوشش همگانی در ابتدا از مرحله ریسک ادغام یافته بگذرد.

منابع فارسی

۱. حسن‌زاده، علی، «مردم سالم ۲۰۱۰»، برنامه بهداشت و درمان آمریکا در هزاره سوم، چاپ اول، تهران: انتشارات علمی فرهنگی، ۱۳۸۳.

۲. حسن زاده، علی، مجموعه مقالات ارائه شده در بیست و هفتمین نشست مجمع عمومی انجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی در سوئد، چاپ اول، تهران: انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۱.
۳. حسن زاده، علی، گزارش مأموریت به تایلند، تهران: سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.
۴. وزارت بهداشت، درمان، و آموزش پزشکی، دبیرخانه تحقیقات کاربردی، گزارش مطالعه مهندسی از خدمات سلامت، تهران: ۱۳۸۱.
۵. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه شورای عالی بیمه، گزارش سالانه، عملکرد سازمانهای بیمه گر، تهران: ۱۳۸۲.
۶. رضوی، سید معاون، مطالعه «فقر و شاخص‌های توزیع درآمد در ایران» تهران: مؤسسه عالی پژوهش در مدیریت و برنامه‌ریزی، ۱۳۸۲.
۷. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، آئین‌نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده، چاپ دوم، تهران: اندیشمند، ۱۳۸۴.
۸. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، دبیرخانه توسعه و فن‌آوری اطلاعات بهداشت، گزارش همپوشانی بیمه‌ای در آذربایجان شرقی، تهران: ۱۳۸۲.

لاتین

1. Health and welfare systems development in the 21th century. kobe Japan 1-3 Nov.2000, WHOK OBE CENTRE.
2. Text book of spending wisely buying health services for poor, advance confidence edition, Edited by: Alexander preker, John Clangen Brunner.