

عدالت در نظام سلامت:

مروری بر نظام دریافت و پرداخت در خدمات سلامت در ایران

حنان حاجی محمودی^۱، فرزانه زاهدی^{۲*}

مقاله‌ی مروری

چکیده

عدالت از مبانی اساسی اخلاق در نظام سلامت محسوب می‌شود و برقراری آن در سطح کلان جامعه در گرو اتخاذ سیاست‌های مناسب از سوی سیاست‌گذاران و متولیان سلامت است. در این میان، سیاست‌های سلامت و نظام‌های دریافت و پرداخت تأثیر بسیار مهمی بر کارایی نظام سلامت و کنترل مطلوب هزینه‌ها دارند. آنچه در این مقاله خواهد آمد مروری است بر نظام‌های تأمین مالی و بازپرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات که اثرات هر یک بر افزایش یا کاهش هزینه‌ها ذکر شده است. همچنین، سیاست‌های مالی در نظام سلامت کشور و چالش‌های مرتبط با آن نیز به اختصار بیان خواهد شد.

واضح است که هیچ‌یک از نظام‌های دریافت و پرداخت هزینه‌های سلامت کامل و بدون نقص نیست و هر یک به نحوی خطر مالی را به سوی گیرندگان یا ارائه‌کنندگان خدمت سوق خواهد داد. لذا از متولیان سلامت انتظار می‌رود با توجه به شرایط اجتماعی - اقتصادی، ترکیبی از بهترین گزینه‌ها را در راستای پوشش هرچه بیشتر خدمات و برقراری عدالت در نظام سلامت انتخاب کنند. بدیهی است نظام‌های دریافت و پرداخت کارآ و مثمرتر در جامعه باید به‌طور معقول و عادلانه حقوق همه‌ی طرف‌ها را لحاظ کنند. آنچه نظام فعلی کشور نشان می‌دهد درصد بالای سهم مردم در تأمین هزینه‌های سلامت است که باید با اتخاذ سیاست‌های مناسب، در راستای کاهش آن تلاش شود. با توجه به روند پرشتاب اجرایی‌شدن طرح پزشک خانواده در شهرهای بزرگ، این مقاله برای بسیاری از مدیران نظام سلامت، پزشکان و سایر همکاران مفید خواهد بود.

واژگان کلیدی: نظام سلامت، عدالت، اقتصاد سلامت، پزشک خانواده، اخلاق پزشکی

^۱ پزشک و کارشناس مسؤول، سازمان بیمه‌ی سلامت ایران

^۲ پزشک و محقق، پژوهشکده‌ی غدد درون‌ریز و متابولیسم، دانشگاه علوم پزشکی تهران

* نشانی: تهران، خیابان کارگر شمالی، خیابان جلال آل احمد، بیمارستان شریعتی، طبقه‌ی پنجم، تلفن: ۸۸۲۲۰۰۳۷

مقدمه

عدالت در نظام سلامت از مباحث مهم اخلاق پزشکی محسوب می‌شود. سازمان جهانی سلامت «مطلوبیت» خدمات و «عادلان بودن» آن را دو هدف اصلی نظام سلامت دانسته است (۱). در این راستا سیاست‌های مالی نقش پراهمیتی در حصول عدالت و ایفای رسالت نظام سلامت دارند. لذا انتخاب شیوه‌های مختلف تأمین منابع و بازپرداخت هزینه‌ها، و پوشش بیمه‌ای جامعه یک چالش مهم در بسیاری از کشورهاست.

مردم، پزشکان، بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر از ارکان عمده‌ی درگیر در بحث سیاست‌های مالی سلامت هستند که گاه منافع آن‌ها در تعارض با یکدیگر قرار می‌گیرد. به‌عنوان مثال، برخی شیوه‌ها علیرغم این‌که منافع مردم و بیماران را در حد مطلوبی تأمین می‌کند، به‌علت افزایش بار مالی برای پزشک یا سازمان‌های بیمه‌گر مدنظر قرار نمی‌گیرد. بدیهی است نظام‌های دریافت و پرداخت کارآ و مثرتر در جامعه باید به‌طور معقول و عادلانه حقوق و منابع همه طرف‌ها را لحاظ کنند.

این امر که خدمات سلامت «نیاز پایه‌ی» تمام انسان‌هاست و تمام دولت‌ها در قبال آن مسئولند مورد قبول همگان است؛ هر چند در این‌که مراقبت‌های سلامت یک «حق» برای تمام انسان‌ها محسوب می‌شود همه توافق نظر ندارند. آنچه در عصر حاضر در جهان با آن روبه‌رو هستیم پارادوکسی از «فزون‌ی» و «محرومیت» است؛ در حالی که برخی حتی به خدمات اولیه‌ی بهداشتی دسترسی ندارند، عده‌ای دیگر از پیشرفته‌ترین امکانات تشخیصی درمانی و مراقبتی با بهترین حمایت‌های مالی برخوردارند. توزیع بهینه و عادلانه‌ی منابع نظام سلامت یک معضل جدی برای بسیاری از دولت‌هاست. برای مثال، در کشوری مانند آمریکا که نظام سلامتش مورد بحث‌های فراوانی قرار گرفته است (۲-۴)، دهها میلیون نفر از پوشش

بیمه‌ای برخوردار نیستند و در سال ۲۰۰۵ حدود ۲۶ درصد بالغین زیر ۶۵ سال در پرداخت هزینه‌های پزشکی دچار مشکل جدی بوده‌اند. این در حالی است که براساس گزارشی در سال ۱۹۹۸ بین ۳۰-۲۰ درصد بیماران از مراقبت‌هایی برخوردارند که هیچ لزومی ندارد (۵).

اصلاحات نظام سلامت، خصوصاً در حوزه‌ی مراقبت‌های اولیه‌ی سلامت^۱ (PHC)، از دغدغه‌هایی است که سازمان جهانی سلامت در گزارش سال ۲۰۰۸ خود بدان پرداخت (۶). بر اساس این گزارش، یکی از گام‌های اساسی در برقراری عدالت، حرکت به سوی پوشش همگانی خدمات با توجه کافی به سه وجه «وسعت»، «عمق» و «بلندی» پوشش است. به‌عبارت دیگر، «چه جمعیتی تحت پوشش باشند»، «چه خدماتی ارائه شود»، و «چه سهمی از هزینه‌ها پوشش داده شود». به‌طور مسلم، پوشش عمومی خدمات، هزینه‌های زیادی را به نظام سلامت تحمیل خواهد کرد.

سازمان جهانی سلامت که گزارش سال ۲۰۰۰ خود را نیز به موضوع «ارتقاء عملکرد نظام‌های سلامت» اختصاص داده بود، معتقد است بسیاری از دولت‌ها اطلاعات کمی در مورد فرایندهای مالی در حوزه‌ی سلامت دارند و لذا شاهد عدم تعادل در منابع مالی و انسانی هستیم (۱). کنترل هزینه‌ها در همه‌ی جوامع، اعم از ثروتمند یا فقیر و توسعه‌یافته یا توسعه‌نیافته، امری الزامی محسوب می‌شود و مدیریت منابع محدود سلامت، کنترل هزینه‌ها را ضروری می‌سازد. کنترل هزینه‌ها به روش‌های غیرمحسوس یا محسوس می‌تواند صورت گیرد. موارد ذیل مثال‌هایی از شیوه‌های غیرمحسوس کنترل هزینه‌ها هستند:

- ۱) کنترل درآمد و هزینه‌های دریافتی ارائه‌کنندگان خدمت
- ۲) کاهش هزینه‌ی داروها و سایر مواد مصرفی در درمان
- ۳) جایگزینی فناوری‌های تشخیصی - درمانی با

¹ Primary Health Care (PHC)

(۴) تأمین بیمه توسط دولت: بسیاری از دولت‌ها، گروه‌های خاصی را تحت پوشش بیمه قرار می‌دهند (۵).

در مدل سوم، کارفرمایان کارمندان خود را بیمه می‌کنند که معمولاً از یارانه و کمک دولتی هم استفاده می‌شود. این نوع بیمه می‌تواند مبتنی بر نرخ‌گذاری تجربی باشد که متناسب با نیاز افراد و هزینه‌های مورد انتظار بوده و لذا افراد مبالغ متفاوت را پرداخت خواهند کرد. در این مدل، افراد دارای مشاغل پرخطرتر، بیمار یا در معرض ابتلا به بیماری نیز ملزم به پرداخت هزینه‌ی بیش‌تری جهت شمول بیمه هستند. اما در نوع دیگر یا نرخ‌گذاری مبتنی بر جامعه هم‌ی افراد حق بیمه‌ی یکسانی می‌پردازند (۵).

در تمام انواع بیمه، مسأله‌ی تعامل بیمار، بیمه‌گر، ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و دولت و نیز نحوه‌ی بازپرداخت هزینه‌ها به تأمین‌کنندگان این خدمات بحث‌های اساسی هستند که بر کارایی و عدالت در نظام سلامت تأثیر می‌گذارند.

بازپرداخت هزینه‌های سلامت به ارائه‌کنندگان خدمات

پزشکان یک رکن مهم نظام سلامت محسوب می‌شوند که بازپرداخت آن‌ها از طریق انواع پیمان‌های مالی صورت می‌گیرد، شامل:

(۱) پرداخت در مقابل هر خدمت^۱ (FFS): این شیوه، روش معمول سنتی در بسیاری از کشورها بوده و هست.

(۲) پرداخت به ازای هر دوره‌ی بیماری^۲: در این شیوه، مثلاً برای یک جراح در قبال یک عمل جراحی و تمام ویژگی‌های مربوط، یک پرداخت صورت می‌گیرد.

(۳) پرداخت سرانه^۳ (برحسب تعداد افراد تحت پوشش): معمولاً در این روش به‌صورت ماهانه به ازای هر فرد تحت پوشش مبلغی پرداخت می‌شود. روش‌های متفاوتی برای پرداخت سرانه وجود دارد اما در این روش‌ها، «خطر مالی» از سوی بیمه‌گر به سمت ارائه‌کننده‌ی خدمت تغییر می‌کند.

فناوری‌های ارزان‌تری که به میزان سایر فناوری‌ها مؤثر هستند (۴) افزایش خدمات پیشگیری که هزینه‌های آتی درمان بیماری‌ها را کاهش می‌دهد.

متولیان و سیاست‌گذاران سلامت هر چند باید به‌دنبال شیوه‌های غیرمحسوس مدیریت هزینه‌ها باشند، گاه ناچارند کنترل هزینه‌ها را به روش‌های محسوس انجام دهند. محدودیت‌های تهیه‌ی دارو برای بیماری‌های خاص پرهزینه یا عدم پوشش بیمه‌ای آن‌ها از موارد کنترل هزینه‌ها به‌صورت محسوس است.

اهداف اصلی نگارش این مقاله، مرور کلی نظام‌های دریافت و پرداخت معمول در جهان (با رجوع به چند منبع معتبر)، بررسی تأثیرات آن‌ها بر کنترل هزینه‌های سلامت در جامعه، و تعارض منافع گروه‌های مختلف، ضمن تأکید بر لزوم حفظ منافع بیماران و مردم در اتخاذ سیاست‌های مالی در نظام سلامت است. در این راستا به سیاست‌های کشور و چالش‌های روبه‌رو نیز اشاره‌ای خواهیم کرد. جهت تدوین مقاله، منابع فارسی در پایگاه‌های SID و IranMedex با کلیدواژه‌هایی چون نظام سلامت و بیمه مورد جست‌وجو قرار گرفتند و برخی مقالات نیز با جست‌وجوی دستی کتابخانه‌ای یافت شدند. اما در منابع خارجی، بیش‌تر به کتب و منابع منتشرشده توسط سازمان‌های بین‌المللی همچون سازمان جهانی سلامت، و مقالاتی محدود بسنده شده است.

مشارکت مردم در هزینه‌های نظام سلامت

بحث مهمی که هم در سیاست‌گذاری‌های مالی سلامت و هم در ارتباطات بیمار و پزشک و کادر سلامت نقش پررنگی دارد، موضوع مدل پرداخت هزینه‌های سلامت است. عمده‌ترین مدل‌های پرداخت هزینه‌ها در خدمات سلامت عبارتند از:

(۱) پرداخت هزینه‌ها به‌طور مستقیم توسط بیماران یا فرد گیرنده‌ی خدمات سلامت

(۲) استفاده از بیمه‌های خصوصی به‌طور فردی

(۳) بیمه‌گروهی مبتنی بر استخدام

^۱ Payment per procedure: fee-for-service (FFS)

^۲ Payment per episode of illness

^۳ Payment per patient: capitation

شیوه بیمارستان به ازای هر روز بستری مبلغی را به صورت یکجا دریافت می‌کند. تعداد و تنوع خدماتی که بیمار طی روز می‌گیرد در پرداخت محاسبه نمی‌شود.

(۳) پرداخت براساس تشخیص در هر دوره بستری^۴ (سیستم DRGs): در این روش، هر «بیماری» کد ویژه‌ای دارد که هزینه‌ها براساس آن، بدون توجه به مدت بستری و خدمات دریافتی، به بیمارستان پرداخت می‌شود.

(۴) پرداخت سرانه: این شیوه به دلیل این که اکثر خطر مالی را به سوی بیمارستان متوجه می‌کند در حال حاضر مورد استقبال نیست.

(۵) بودجه‌ی ثابت^۵: در این شیوه، بیمارستان از یک بودجه‌ی سالیانه، بدون توجه به تعداد و تنوع بیماران و خدمات مورد ارائه برخوردار می‌شود. در این مدل هم بیمارستان پذیرای بیشترین خطر مالی خواهد بود (۵).

تأثیر نظام‌های مختلف دریافت و پرداخت بر هزینه‌ها

در نظام‌های مختلف دریافت و پرداخت، انگیزه‌های مختلفی برای مصرف بیش‌تر خدمات یا کاستن از هزینه‌ها وجود خواهد داشت که به‌نحوی در جداول زیر انعکاس یافته‌اند. در نظام‌های سنتی که کارفرما افراد را بیمه می‌کند و حق بیمه به ازای میزان استفاده از خدمات تغییر نمی‌کند و نیز عمده‌ی نظام پرداخت به مؤسسات به روش FFS است، محرک‌های بیماران، پزشکان و کارفرما یا بیمه‌گر در جدول شماره‌ی ۱ آورده شده است^۶. در این سیستم پزشک به ازای ویزیت هر بیمار مبلغ مشخصی دریافت می‌دارد.

همان‌طور که با بررسی جدول فوق واضح است، در نظام سنتی، تنها انگیزه‌ی بیماران برای کاهش هزینه‌های سلامت، مبالغ فرانشیز و هزینه‌های لازم قبل از شروع پوشش بیمه‌ای

(۴) پرداخت در مقابل زمان^۱ (حقوق ماهیانه): پرداخت بر مبنای حقوق، برای واحد زمان صورت می‌گیرد و قرارداد توافقی برای پرداخت به پزشک جهت ارائه‌ی خدمات طبق ساعات کاری تعیین شده، منعقد می‌شود.

(۵) نظام پرداخت پاداش^۲: به منظور ایجاد انگیزه جهت نیل به اهداف خاص، می‌توان از نظام پرداخت پاداش استفاده کرد. این اهداف می‌تواند ماهیت اقتصادی داشته باشد یا با اهداف سیاست‌های درمانی کشور مرتبط باشد (۵).

به‌عنوان مثال، می‌توان با ایجاد انگیزه‌هایی برای نوشتن داروی کم‌تر توسط پزشکان مصرف دارو را در کشور کاهش داد. همچنین، یکی از راه‌های دستیابی به نرخ بالاتر ایمن‌سازی، پرداخت پاداش به پزشکانی است که به نرخ معین ایمن‌سازی برای جمعیت تحت پوشش خود رسیده باشند.

(۶) نظام‌های پرداخت مرکب: پرداخت‌های هدف، مرتبط با زیرساختار و عملکرد: تعدادی از کشورها بر حسب وضعیت بیمه‌ی بیمار، از انواع مختلف روش‌های پرداخت استفاده می‌کنند. در جاهایی که از شیوه‌های مختلف پرداخت استفاده می‌شود، این امر معمولاً شامل یک پرداخت پایه (به‌صورت معمول، حقوق یا مبتنی بر سرانه) همراه با پرداخت «تشویقی» مانند پرداخت‌های هدف یا پرداخت‌های عملکرد و سایر مقرری‌ها و مزایاست.

اما بیمه‌گرها برای بازپرداخت به بیمارستان‌ها هم مدل‌های متفاوتی از پرداخت را اجرا می‌کنند؛ از جمله:

(۱) پرداخت در مقابل هر خدمت: در بسیاری از کشورها سازمان‌های بیمه‌گر از این شیوه و هزینه‌ای که بر آن‌ها تحمیل می‌کند راضی نبوده و به‌سمت شیوه‌های دیگری که خطر مالی را به سمت بیمارستان‌ها سوق دهد، تمایل دارند.

(۲) پرداخت بر مبنای روزهای بستری^۳: در حقیقت، در این

^۴ Payment per episode of hospitalization: DRGs

^۵ Payment per institution: Global Budget

^۶ (این جدول و جداول ۲ و ۳ و ۴ هرچند از منابع دیگر (از جمله ۵ و ۶ و ۷) الگو گرفته‌اند اما به‌طور عمده تألیف هستند).

^۱ Payment per time: salary

^۲ Bonus payment

^۳ Payment per day: per Diem

است که با توجه به عدم افزایش حق بیمه به ازای هر بار استفاده از خدمات، تأثیر عمده‌ای بر کاهش استفاده از خدمات سلامت ندارد. هم‌چنین، پرداخت مالی به پزشکان به ازای هر خدمت، انگیزه‌ای قوی برای افزایش موارد خدمت را برای پزشک در پی خواهد داشت. تعداد بیش‌تر ویزیت، آزمون‌های تشخیصی و درمانی و مانند آن‌ها، درآمد پزشک را بیش‌تر می‌نماید. از سوی دیگر، عدم درخواست آزمون‌های لازم یا عدم تجویز اقدامات درمانی می‌تواند شکایت بیمار و محکومیت پزشک را در پی داشته باشد (۵).

جدول شماره ۱- محرک‌های بیماران، پزشکان، کارفرما، بیمه‌گر در نظام‌های سستی

گروه	انگیزه برای مصرف بیش‌تر یا عدم کاستن از هزینه‌ها	انگیزه برای کاهش هزینه‌ها
بیماران	۱. از آنجا که بیمه‌گروهی است، حق بیمه به ازای استفاده از خدمات سلامت افزایش نمی‌یابد. ۲. بیماران خدمات پزشکی مورد نظر خودشان را انتخاب نمی‌کنند بلکه بر تجربه و دانش پزشک اعتماد می‌نمایند.	۱. پرداخت فرانشیز و مبلغی که در برخی انواع بیمه باید قبل از شروع خدمات بیمه پرداخت شود.
پزشکان	۱. ساختار FFS (پرداخت به ازای هر خدمت انجام شده) ۲. پرداخت هزینه خدمات توسط کارفرما یا بیمه‌گر نه شخص بیمار ۳. اجازه کارفرمای دولتی یا خصوصی به پزشک برای تعیین خدمات مناسب و معقول ۴. مسؤولیت پزشک در قبال بیمار و در نظر گرفتن حداکثر مصالح بیمار (تعهد حرفه‌ای پزشک) ۵. نگرانی از مضمولیت malpractice در صورت عدم درخواست آزمایش یا عدم تجویز سایر خدمات	۱. وجود برخی استانداردهای مراقبت و درمان جهت جلوگیری از تجویزهای غیرلازم
کارفرما / بیمه‌گر	۱. دشوار بودن کاهش هزینه‌ها به دلیل درخواست بیماران برای انتخاب آزادانه‌ی پزشک ۲. عدم امکان تعیین روش قابل قبول برای تعریف خدمات غیرلازم، و لزوم اعتماد به پزشک برای تصمیم‌گیری خدمات لازم	۱. هزینه‌های کم‌تر، سود بیش‌تر را به همراه دارد

سلامت خارج از کنترل خواهد بود. در دهه‌ی ۱۹۸۰ در آمریکا نظام دیگری با عنوان (Diagnosis-Related Groups (DRGs)) پیشنهاد و مورد استفاده قرار گرفت که بر اساس آن بیماران بستری در بیمارستان‌ها به گروه‌های مختلف تقسیم شده و به ازای هر بیمار بستری مبلغی به صورت یکجا برحسب تشخیص اولیه‌ی بیماری پرداخت می‌شود. این مبلغ به میزان مدت بستری و خدمات مورد استفاده بستگی ندارد، لذا مورد استقبال سازمان‌های بیمه‌گر می‌باشد. به‌طور مسلم، این نظام بیمارستان‌ها را به کاهش هزینه‌ها تشویق می‌کند. در حقیقت، در این مدل پرداخت، بیمارستان‌ها ترجیح می‌دهند بیماران بیش‌تری را بپذیرند، اما از طول مدت بستری

لذا پزشکان انگیزه‌ای برای محدود کردن خدمات و هزینه‌های سلامت ندارند. اما کارفرما یا بیمه‌گر، به‌طور مسلم در صورت خدمات کم‌تر مبالغ کم‌تری را به پزشک و کادر پزشکی و مؤسسات ارائه‌کننده‌ی خدمات پرداخت کرده و سود بیش‌تری به‌دست خواهد آورد. بنابراین، کارفرمایان یا سازمان‌های بیمه‌گر انگیزه‌ای قوی برای کاهش هزینه‌های سلامت دارند. البته در نظام سستی، رقابت بین سازمان‌های بیمه‌گر، آن‌ها را از کاهش خدمات باز می‌دارد و محدودیت پزشک یا بیمارستان ارائه‌کننده‌ی خدمات مشمول بیمه یا محدود کردن خدمات توسط سازمان بیمه‌گر، امری مشکل یا غیرممکن است. لذا در این نظام، هزینه‌های مراقبت‌های

و خدمات ارائه شده بکاهند (جدول شماره ۲). اما نظام DRG تغییری در انگیزه‌های بیماران و پزشکان ایجاد نمی‌کند.

جدول شماره ۲- انگیزه‌های بیمارستان‌ها برای افزایش یا کاهش هزینه‌های سلامت در نظام DRGs و پیامدها

انگیزه‌ی مصرف و پیامدها	انگیزه‌ی کاهش و پیامدها	بیمارستان‌ها
<p>(۱) افزایش درآمد با پذیرش بیماران بیش‌تر</p> <p>پیامدها:</p> <ul style="list-style-type: none"> - افزایش موارد بستری غیرضروری - احتمال طبقه‌بندی بیماران در گروه تشخیصی دیگر (DRG Creep) برای افزایش بازپرداخت به بیمارستان - جدا کردن خدمات مختلف و تقسیم خدمات مورد ارائه در مراکز وابسته به بیمارستان 	<p>(۱) افزایش درآمد با کاهش خدمات مورد ارائه در هر بیمار و کاهش تعداد روزهای بستری</p> <p>پیامدها:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ترجیح در عدم بستری بیماران پرعارضه و پیچیده - ترخیص زودرس بیمار - محدودیت در خدمات مورد ارائه - انجام برخی خدمات غیرضروری تشخیصی قبل از بستری در بیمارستان به‌صورت سرپایی 	

پرهزینه مثل بخش سوختگی و اورژانس را که بیماران پرهزینه و عارضه‌دار را جذب می‌کنند، ایجاد نکنند.

نظام DRG باعث پیچیدگی بیش‌تر در نظام سلامت و هزینه‌های اجرایی بالاتر می‌شود. عدم وجود پرداخت مالی برای خدمات پیشگیرانه، از دیگر معایب نظام DRG است (۵).

مراقبت‌های مدیریت شده

در دهه‌های اخیر روش‌های مدیریتی متعددی برای کاهش هزینه‌های سلامت در جوامع مختلف مورد استفاده قرار گرفته است. اصطلاح «نظام مراقبت مدیریت شده» برای بیان این روش‌ها به‌کار می‌رود. در حقیقت، در این نظام هدف ایجاد یک نظام سلامت مقرون به صرفه است.

در نظام مراقبت مدیریت شده، «سازمان‌های پایه‌ی سلامت»^۱ (HMOs) خدمات غیراورژانس را ارائه می‌کنند و بیماران باید خدمات مورد نیاز خود را از این طریق دریافت دارند. شکل جدیدتری از HMOs «انجمن‌های غیروابسته در عمل»^۲ (IPAs) (مستقل کار) هستند که همانند شبکه‌ای از گروه‌های ارائه‌کننده‌ی خدمت بوده و به‌عنوان واسطه‌ای بین

در حقیقت، نظام DRG، خطر مالی را از بیمه‌گر به سمت ارائه‌کنندگان خدمت متمایل می‌کند. لذا در این نظام، گاه پزشکان بیمارستان‌ها به طبقه‌بندی بیمار در DRG بالاتر که با پرداخت هزینه‌ی بیش‌تر از سوی بیمه‌گر همراه است و اصطلاحاً DRG creep نامیده می‌شود اقدام می‌کنند (۵). هم‌چنین، گاه بیمارستان برخی خدمات به بیماران را در مراکز مختلف انجام می‌دهد تا به‌نحوی از طول دوره‌ی بستری بیمار بکاهد. به‌عنوان مثال، در برخی کشورها که خدمات مراقبتی توسط مراکز خدمات پرستاری وابسته به بیمارستان ارائه می‌شود، بیماری که نیاز به طی یک دوره‌ی نقاهت چندروزه دارد از بیمارستان مرخص و به یکی از این مراکز معرفی می‌شود. مدیران بیمارستان‌ها هم‌چنین، بیش‌تر مایل خواهند بود در مناطق دارای جمعیت مرفه‌تر و دارای سطح اجتماعی اقتصادی بالاتر به ارائه‌ی خدمات پردازند، چرا که در این مناطق بیماران اغلب دارای بیماری‌های خفیف‌تر و کم‌تر پیچیده بوده و در مراحل زودرس بیماری مراجعه می‌کنند لذا علیرغم افزایش موارد بستری، طول مدت بستری و خدمات مورد ارائه در طی بستری کم‌تر خواهد بود. علاوه بر آن، بیمارستان‌ها ترجیح خواهند داد تا بخش‌های تخصصی

¹ Health Maintenance Organizations (HMOs)

² Independent Practice Associations (IPAs)

که قبول می‌کنند برای پرداخت به ازای خدمت تخفیف قائل شوند. لذا بیماران میلند از بین پزشکان PPO انتخاب کنند تا هزینه‌ی کم‌تری بپردازند اما در عین حال میزان بالاتر فرانشیز و مبالغی که بیمار باید به HMOs مشخصاً بپردازد باعث تشویق بیمار به کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود. انگیزه‌های کاهش هزینه‌های سلامت در نظام سلامت مدیریت‌شده در جدول شماره‌ی ۳ آورده شده‌اند.

جدول شماره‌ی ۳- انگیزه‌های کاهش هزینه‌های سلامت در

نظام مراقبت مدیریت شده (Managed-care)

انگیزه‌های مشوق کاهش هزینه‌های سلامت	
(۱) هزینه‌های بالای فرانشیز و سایر مبالغ سهم بیمار (۲) ضرورت رعایت قوانین برای بهره‌مندی از خدمات مثلاً انتظار در نظام ارجاع (۳) امکان انتخاب ارائه‌کنندگان خدمت با پوشش مناسب و کم‌ترین هزینه	بیماران
(۱) رقابت با سایر ارائه‌کنندگان خدمت (۲) کاهش خدمات درخواستی به ازای هر بیمار باعث افزایش درآمد پزشک می‌شود.	پزشکان
(۱) ارزیابی نسبت سود به زیان، بیمارستان‌ها را ترغیب می‌کند که به ازای هر بیمار خدمات و زمان کم‌تری اختصاص دهند.	بیمارستان‌ها
(۱) امکان تأثیرگذاری بر پزشکان مثلاً با اعطای مشوق مالی به ازای کاهش هزینه‌ها، وجود دارد. (۲) امکان شرکت در رقابت بین ارائه‌کنندگان خدمت برای جلب مشتری با ارائه پوشش بیمه‌ای ارزانتر	کارفرما/ بیمه‌گر

در نظام مراقبت مدیریت‌شده، بازپرداخت به پزشکان هنوز هم به صورت FFS می‌باشد و تنها محرک آن‌ها جهت کاهش هزینه‌ها مشوق‌های مالی است که از سوی بیمه‌گر به ازای کاهش هزینه‌ها دریافت می‌کند (۵). از آنجایی که پزشکان تصمیم‌گیرنده اصلی در تجویز و ارائه‌ی خدمت تشخیصی و درمانی مختلف هستند، کارفرما و بیمه‌گر نیز دخالتی در تعداد و هزینه‌ی خدمات نمی‌تواند داشته باشد مگر با پیشنهاد مشوق‌های مالی و عدم برقراری قرارداد با برخی پزشکان. اما بیماران، بیمارستان‌ها و سایر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، هر

پزشکان و HMOs عمل می‌کنند. این انجمن‌ها علاوه بر ایفای نقش واسطه، می‌توانند در ارزیابی کیفیت خدمات و تصمیم‌گیری در مورد پزشکان همکار دخالت داشته باشند. یکی دیگر از ارائه‌کنندگان خدمت در نظام مراقبت مدیریت شده «سازمان‌های ارائه‌کننده‌ی ترجیحی»^۱ (PPOs) هستند که شامل گروهی از پزشکان هستند که خدمات را با تخفیف‌های خاصی ارائه می‌کنند و هدف آن‌ها افزایش تعداد بیمارانشان است (۵).

در نظام مراقبت مدیریت‌شده بیمه‌گر همه‌ی هزینه‌های خدمات بیمار را می‌پردازد. بیمار می‌تواند از بین شرکت‌های بیمه یا HMOs بهترین پوشش بیمه‌ای مورد نظر را با کم‌ترین قیمت انتخاب کند. ارائه‌ی خدمت به بیمار لازم است توسط پزشکان و بیمارستان‌های مشخص صورت گیرد و در موارد لازم سیستم ارجاع رعایت شود که این امر به کاهش هزینه‌ها منجر می‌شود. رقابت با سایر ارائه‌کنندگان خدمت، پزشکان و بیمارستان‌ها را تشویق می‌کند از هزینه‌ها بکاهند. خدمات کم‌تر و صرف هزینه و وقت کم‌تر در بیمارستان‌ها، سود بیش‌تری را عاید بیمارستان‌ها خواهد کرد. اما بیمه‌گرها برای جلب مشتری رقابت خواهند کرد، لذا خدمات بیمه‌ای با پوشش بهتر و هزینه‌های کم‌تر برای مردم فراهم می‌شود. کارفرمایان نیز می‌توانند در این رقابت بین HMOs و سایر فراهم‌کننده‌های خدمات سلامت مدیریت شده شرکت کنند. بیمه‌گرها می‌توانند با ارائه‌ی پاداش و تشویق‌های مالی به ازای کاهش هزینه‌ها بر پزشکان تأثیر بگذارند یا پزشکان مورد نظر خود را انتخاب کنند.

در این نظام، بسیاری از بیماران ناراضی شده و به سمت PPOs می‌روند. در آمریکا، در حالی که در سال ۱۹۹۶ حدود ۲۸ درصد از افراد دارای بیمه کارفرما مشمول PPOs بودند، این رقم در سال ۲۰۰۶ به ۶۰ درصد رسید (۵). در حقیقت PPOs مدلی بین نظام سنتی و نظام مراقبت مدیریت‌شده است. در این نظام شبکه‌ای از ارائه‌کنندگان خدمت وجود دارد

^۱ Preferred Provider Organizations (PPOs)

دو مایل به کاهش هزینه‌ها خواهند بود.

در مدل PPOs، پزشک FFS کم‌تری دریافت می‌کند و در عوض شرکت بیمه مبالغ پرداختی فرانشیز برای بیمار را کاهش می‌دهد (یا از آن چشم‌پوشی می‌نماید) تا بیمار برای مراجعه به آن پزشک ترغیب شود. به‌عبارتی، در این حالت شرکت بیمه‌گر بیمار را مختار می‌سازد به PPOs مراجعه کند و هزینه‌ی کم‌تری بپردازد یا به سایر HMOs مراجعه کند و خدمات را با هزینه بالاتری دریافت کند (۵). جدول شماره ۴ محرک‌های کاهش هزینه‌ها را در مدل PPOs نشان می‌دهد.

گروه‌های مختلف در مدل PPOs

گروه	محرک کاهش هزینه‌های
بیماران	• ترغیب در انتخاب پزشکان فهرست PPOs جهت کاهش هزینه
پزشکان	• انگیزه پزشک برای کاهش هزینه‌ها برای عضویت در PPOs
کارفرما/ بیمه‌گر	۱) بیمه‌گر پزشکان را جهت تخفیف حق ویزیت به‌طور غیرمستقیم تحت فشار قرار می‌دهد. ۲) هزینه‌های کم‌تر باعث سود بیش‌تر می‌شود.

به‌عنوان مثال، «اگر سطح پرداخت بسیار پایین تعیین شود، ارائه‌کنندگان از برنامه‌های بیمه تحت حمایت مالی دولت صرف‌نظر خواهند کرد یا هزینه‌ی اضافی از بیماران مطالبه خواهند کرد یا هزینه‌های زیرمیزی به آن‌ها تحمیل می‌کنند. (۷)». از سوی دیگر، رایگان بودن خدمات یا داروها یا هزینه‌ی بسیار اندک آن‌ها می‌تواند به افزایش مصرف و به‌عبارتی، به اتلاف خدمات منجر شود (۷).

در بحث هزینه‌های سلامت باید توجه داشت که گاه صرف هزینه‌ی کمی به بهبود قابل توجه در شاخص‌های سلامت منجر می‌شود اما گاه صرف هزینه‌های بالا تغییر چندانی در شاخص‌های سلامت ایجاد نمی‌کند (۵). به‌عنوان مثال، پرداخت هزینه‌ای نه چندان زیاد برای تأمین آب بهداشتی در یک منطقه می‌تواند از هزینه‌های سلامت به‌نحو

قابل توجهی بکاهد؛ در حالی که فراهم آوردن یک شیوه‌ی گران‌قیمت برای تشخیص بیماری (مثلاً دستگاه سنجش تراکم استخوان برای تشخیص پوکی استخوان) تأثیر چندانی بر بهبود شاخص‌های سلامت یا کاهش هزینه‌ها نخواهد داشت. لذا در انتخاب موارد حذف هزینه‌ها باید این امر را مورد توجه قرار داد.

سیاست‌های کشور و چالش‌های روبه‌رو

عدالت در سلامت که با دو عامل: «پرداخت بر اساس توان» و «بهره‌مندی از خدمات براساس نیاز» تعریف شده است (۸)، شاید هدفی دست نیافتنی در بسیاری از جوامع باشد. اما تلاش در این راستا از مسؤلیت‌های متولیان و سیاست‌گذاران سلامت است. بر اساس قانون برنامه‌ی پنجم توسعه (۹)، دولت موظف به استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده در کل کشور است و دستورالعمل تدوین شده در این نظام ارائه‌ی خدمت، عمدتاً مبتنی بر پرداخت سرانه و تشویق بابت ارائه‌ی برخی خدمات پیشگیرانه است که در حال عملیاتی شدن در اکثر شهرهای کشور است (۱۰). به‌طور مسلم، اجرای کامل برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع، و گسترش پوشش بیمه‌ها می‌تواند به ارتقای عدالت در سلامت و کاهش هزینه‌ها از جیب مردم منجر شود.

نظام‌های پرداخت در سطوح مختلف نظام سلامت

کشور

در حال حاضر، بررسی نظام‌های پرداخت در سطوح مختلف نظام سلامت کشور نشانگر وضعیتی است که در ادامه اشاره می‌شود.

۱. خدمات سطح یک

این سطح شامل خدمات پیشگیری و خدمات تشخیصی درمانی ارائه‌شده از سوی پزشکان عمومی می‌شود. الف) خدمات پیشگیری: این خدمات عمدتاً توسط مراکز دولتی تحت پوشش شبکه‌های بهداشتی درمانی و به‌صورت رایگان به مردم ارائه می‌شود و منابع مالی آن از طریق

اجتماعی، کارکنان دولت، نیروهای مسلح و ... نظام پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به روش FFS تعریف شده است.

ب-۲) ساکنان شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر: تا سال ۱۳۹۰، به‌جز برای بیمه‌شدگان تحت پوشش کمیته‌ی امداد، نظام ارجاع و پزشک خانواده برای هیچ‌یک از صندوق‌های بیمه‌ای اجرا نشده بود اما از این سال اجرای این نظام در کل کشور در دستور کار وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر قرار گرفته است.

لازم به‌ذکر است نظام پرداخت تمامی سازمان‌های بیمه‌گر بابت خدمات ارائه‌شده در مطب و درمانگاه‌ها به‌صورت FFS است لیکن بر اساس نوع مالکیت مؤسسات، ارائه دهنندگان خدمت می‌توانند علاوه بر حقوق، کارانه‌ی خدمات ارائه‌شده را نیز دریافت کنند.

۲. خدمات سطح دو

در حال حاضر، این خدمات شامل خدمات تشخیصی درمانی ارائه‌شده از سوی پزشکان متخصص می‌شود. نظام پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به این گروه از پزشکان FFS است، لیکن در صورتی‌که این پزشکان در درمانگاه‌های وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی، تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح، فرهنگیان و ... به‌صورت رسمی اشتغال داشته باشند علاوه بر کارانه، حقوق و دستمزد نیز دریافت می‌کنند.

در خصوص روستاییانی که نظام ارجاع را رعایت کرده باشند و پزشک متخصص بازخوراند ارجاع را به سطح یک انجام دهد مبلغی به‌عنوان پاداش (۲۰ درصد تعرفه‌ی ویزیت) بابت هر بازخوراند از سوی سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی پرداخت می‌شود.

۳. خدمات سطح سه

این خدمات شامل خدمات سرپایی فوق تخصصی و خدمات بستری می‌شود. نظام پرداخت خدمات سرپایی سازمان‌های بیمه‌گر مشابه سطح دو است، لیکن در خصوص خدمات بستری، سهم سازمان‌های بیمه‌گر از هزینه‌ها به دو روش پرداخت می‌شود:

ردیف‌های بودجه‌ای مندرج در قانون بودجه در هر سال در اختیار وزارت بهداشت قرار می‌گیرد. اکثر پزشکان، بهداشت‌کاران، ماماها و سایر ارائه‌دهندگان خدمات شاغل در این مراکز، در استخدام دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند، لذا نظام پرداخت غالب به‌صورت حقوق و دستمزد است.

ب) خدمات قابل ارائه از سوی پزشکان عمومی: منظور از این خدمات، خدمات تشخیصی درمانی قابل ارائه از سوی پزشکان عمومی در مطب‌ها و مراکز بهداشتی - درمانی است. نظام پرداخت این خدمات، بسته به نوع مالکیت مراکز و نوع بیمه متفاوت است.

ب-۱) روستاییان و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که فاقد پوشش بیمه درمانی هستند به موجب قانون، تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی^۱ قرار دارند و در اکثر موارد خدمات سطح یک را از طریق شبکه‌های بهداشتی درمانی مستقر در روستا و شهر و با رعایت نظام ارجاع دریافت می‌کنند. سازمان بیمه خدمات درمانی طی تفاهم‌نامه‌ای با وزات بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۸۰ درصد هزینه‌ی کلیه‌ی این خدمات را (شامل ویزیت پزشکان، ماما، دارو و پاراکلینیک سطح یک) به روش سرانه و به‌صورت علی‌الحساب در اختیار دانشگاه‌های علوم پزشکی قرار می‌دهد و ۲۰ درصد مابقی نیز به همین روش پس از پایش عملکرد به دانشگاه‌های علوم پزشکی پرداخت می‌شود (۱۱).

از آنجا که همکاری پزشکان و ماماها با دانشگاه‌ها به دو روش استخدام رسمی و نیز قراردادهای همکاری یک‌ساله است پرداخت دانشگاه‌های علوم پزشکی به آنان متفاوت است و شامل نظام پرداخت حقوق و دستمزد و کارانه می‌شود. حدود ۷۰ درصد هزینه‌های خدمات دارویی و پاراکلینیک توسط دانشگاه‌ها تأمین و ۳۰ درصد آن‌ها نیز به‌صورت مستقیم بابت فرانشیز از بیمه‌شدگان اخذ می‌شود. در صورتی که این روستاییان به‌واسطه‌ی نوع اشتغال خود تحت پوشش سایر صندوق‌های بیمه‌ای قرارداده شده باشند (اعم از تأمین

^۱ این سازمان، به «سازمان بیمه سلامت» تغییر نام یافته است.

الف) پرداخت FFS: در این روش هزینه‌ی هر خدمت از مجموع خدمات بستری مطابق تعرفه‌های اعلام شده از سوی دولت محاسبه و ۹۰ درصد آن به بیمارستان پرداخت می‌شود. این روش پرداخت به‌علت تنوع خدمات ارائه شده و محاسبات آن پیچیدگی خاص خود را دارد. در صورتی که خدمتی توسط اعضای هیأت علمی ارائه شود پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر دو برابر می‌باشد. هم‌چنین، حق‌الزحمه‌ی نیروی انسانی در مناطق محروم نیز بسته به ضرایب محرومیت اعلام شده بیش‌تر از تعرفه‌های دولتی است.

ب) پرداخت گلوبال: در خصوص ۹۰ مورد از اعمال جراحی شایع به منظور کاهش پیچیدگی رسیدگی به اسناد پزشکی محاسبات به‌صورت کلی و بر اساس جدولی که شورای عالی بیمه در اختیار سازمان‌های بیمه‌گر گذاشته است انجام می‌شود. تنها عامل مؤثر در تفاوت هزینه‌های اعمال گلوبال، درجه‌ی ارزشیابی بیمارستان و انجام خدمات توسط اعضای هیأت علمی تمام‌وقت است. در این سطح نیز بسته به نوع مالکیت بیمارستان‌ها و نوع استخدام پزشکان، نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمت شامل حقوق و دستمزد و کارانه می‌شود.

سهم بیمه‌شده از خدمات شامل فرانشیز هزینه‌های خدمات مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌گر، هزینه‌ی خدمات خارج از تعهد بیمه (مانند هتلینگ دو تخته یا کم‌تر، همراه و ...) و مابه‌التفاوت تعرفه‌های خصوصی و دولتی (در صورتی که ارائه دهنده خدمت بخش خصوصی باشد) به روش FFS محاسبه و در هنگام ترخیص از وی اخذ می‌شود.

در بخش بستری به‌علت تفاوت تعرفه‌های مراکز خصوصی، سازمان‌های بیمه‌گر تجاری نیز یکی از منابع اصلی تأمین‌کننده‌ی هزینه‌ها هستند که نظام پرداخت آن‌ها به بیمارستان‌ها نیز همان روش FFS است. بر اساس نوع قرارداد تکمیلی، هزینه‌های بستری پس از کسر سهم بیمه‌گر اول تا سقف تعریف‌شده به ازای هر بیمه‌شده به بیمارستان پرداخت

می‌شود.

در صورت اجرا شدن برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع در کشور، خدمات سطح یک رایگان خواهد بود و تمام ایرانیان تحت پوشش بیمه قرار گرفته و از خدمات پیشگیری و درمانی لازم برخوردار می‌شوند. اما در سطح دوم و سوم درمان، بیمه‌ها ۹۰ درصد هزینه‌های سرپایی و ۹۵ درصد هزینه خدمات بستری را خواهند پرداخت. در موارد اورژانس، بیمار می‌تواند به‌طور مستقیم به مراکز بیمارستانی یا واحدهای اورژانس مراجعه کند (۱۰).

حق‌الزحمه‌ی پزشک خانواده به‌صورت سرانه پرداخت می‌شود (۱۰). از آنجا که دریافتی پزشک خانواده و خطر مالی موجود، تابع تعداد افراد تحت پوشش خواهد بود، دغدغه‌ی حفظ جمعیت تحت پوشش می‌تواند مشوقی برای تجویز بی‌رویه‌ی دارو یا بررسی‌های تشخیصی اضافی یا ارجاعات بی‌مورد باشد. البته وجود استانداردهای لازم، و نظام پایش و ارزیابی عملکرد پزشک، تا حد زیادی از این امر جلوگیری خواهد کرد (۱۲).

مشارکت مردم در هزینه‌های درمانی

در وضعیت موجود مشارکت مردم در ایران در هزینه‌های درمانی به سه دسته‌ی عمده تقسیم می‌شود:

۱. پرداخت حق بیمه‌های پایه که سه گروه عمده را تشکیل می‌دهند:

الف- مبتنی بر استخدام و قوانین کار، شامل کارکنان دولت و بیمه شدگان تأمین اجتماعی

ب- گروهی شامل اقشار خاص، بنیاد شهید، جانبازان، بهزیستی، دانشجویان، طلاب و ...

ج- فردی به‌عنوان خویش فرمایان

۲. پرداخت حق بیمه‌های تکمیلی

۳. پرداخت مستقیم از جیب

مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه هر یک از صندوق‌های فوق متفاوت است. در حال حاضر، دولت با

مشارکت می‌کند. جدول شماره ۵ میزان پرداخت مردم به عواملان سلامت را در سال‌های ۸۱ تا ۸۷ بر اساس گزارش حساب‌های ملی سلامت منتشره توسط مرکز آمار ایران نشان می‌دهد (۱۳).

پرداخت حق بیمه سهم کارفرمایی در کارکنان دولت به میزان دو سوم حق بیمه، پرداخت ۱۰۰ درصد حق بیمه‌ی اقشار خاص و روستاییان و نیز اختصاص اعتبارات به دانشگاه‌های علوم پزشکی و وزارت بهداشت در هزینه‌های سلامت

جدول شماره ۵- میزان پرداخت مردم به عاملین سلامت. (ارقام به میلیون ریال می‌باشد)

سال ۸۷	سال ۸۵	سال ۸۳	سال ۸۱	
۱۳۰، ۳۶۶، ۳۳۳	۷۶، ۴۴۸، ۶۹۸	۵۳، ۴۰۴، ۹۲۲	۲۹، ۹۰۸، ۳۸۲	کل هزینه‌های خانوار
۱۰، ۸۲۵، ۴۱۸	۶، ۴۴۰، ۳۵۹	۴، ۵۵۱، ۲۵۳	۲، ۴۶۷، ۷۶۰	پرداختی بیمه شده به سازمان‌های بیمه‌گر پایه
%۸	%۸	%۹	%۸	سهم حق بیمه پایه از کل هزینه‌های خانوار
۲، ۹۸۷، ۴۵۷	۱، ۵۴۸، ۶۳۸	۶۰۷، ۲۱۵	۲۵۶، ۵۹۵	پرداختی بیمه شده به سازمان‌های بیمه‌گر تکمیلی
%۲	%۲	%۱	%۱	سهم حق بیمه تکمیلی از کل هزینه‌های خانوار
۹۷۸، ۲۳۳	۶۲۵، ۵۰۷	۳۰۰، ۷۵۲	۲۰۹، ۹۴۵	پرداختی به مؤسسات غیر انتفاعی
%۱	%۱	%۱	%۱	سهم پرداختی به مؤسسات غیر انتفاعی
۱۱۴، ۲۹۱، ۷۹۴	۶۶، ۹۹۸، ۸۵۶	۴۷، ۹۴۵، ۷۰۲	۲۶، ۷۴، ۰۸۲	پرداخت مستقیم
%۸۸	%۸۸	%۹۰	%۹۰	سهم پرداخت مستقیم از کل هزینه‌های خانوار

موجود، ۹۲ درصد از جمعیت کشور به‌نحوی تحت پوشش بیمه قرار دارند (۱۶)، متأسفانه مشارکت صندوق‌های اصلی بیمه در تأمین مالی سلامت در کشور حدود ۲۰ درصد برآورد شده است (۱۷). بر اساس آمار ارائه‌شده توسط وزیر وقت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، «متوسط هزینه‌های درمان از جیب مردم در دنیا ۱۸ درصد ولی هم اکنون در کشور ما این رقم ۵۴ درصد است که طبق قانون برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور باید به ۳۰ درصد برسد» (۱۸). بر اساس آخرین گزارش حساب‌های ملی سلامت نیز که در سایت مرکز آمار ایران منتشر شده است، میزان پرداخت از جیب بیماران در سال‌های ۸۱ تا ۸۷ بین ۴۷ تا ۵۳ درصد متغیر بوده است (۱۳).

نظام‌های پرداخت هزینه‌های سلامت در ایران به‌علت تنوع سازمان‌های تأمین‌کننده‌ی منابع مالی بسیار متعدد و متنوع است. عمده‌ترین این سازمان‌ها، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان‌های بیمه‌گر پایه هستند که بنابر

همان‌طور که ملاحظه می‌کنید در حدود ۸ درصد پرداخت‌های مردم مربوط به حق بیمه‌های پایه و ۱ تا ۲ درصد مربوط به بیمه‌های تکمیلی و ۸۸ تا ۹۰ درصد به‌صورت پرداخت مستقیم به ارائه‌دهندگان خدمت است. با عنایت به این‌که پرداخت مستقیم مردم یکی از ناعادلانه‌ترین روش‌های پرداخت هزینه‌ها است، می‌باید سیاست‌های لازم برای تغییر این نوع پرداخت به سمت پیش پرداخت و توزیع ریسک بیماری صورت پذیرد.

در حال حاضر، نظام پرداخت در کشور ما دارای نارسایی‌ها و پیچیدگی‌های بسیاری است. حقوق و مزایای ماهیانه، پرداخت به ازای هر خدمت، پرداخت به ازای هر بیماری، کارانه، و پاداش شیوه‌های مختلفی هستند که در مراکز بهداشتی- درمانی، بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها اعمال می‌شوند (۱۴). پوشش بیمه‌ای فاقد کارایی لازم (۱۵، ۱۴) از دیگر معضلاتی است که منجر به افزایش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در کشور می‌شود. هرچند بنا به آمار

جدول شماره ۶، در حدود ۴۰ درصد گردش مالی نظام سلامت توسط آن‌ها انجام می‌شود. این تنوع در تأمین منابع مالی باعث شده است که ارائه‌دهندگان خدمت بسته به نوع

جدول شماره ۶- نسبت پرداخت هزینه‌های سلامت توسط هریک از تأمین کنندگان منابع مالی در ایران

سال ۸۷	سال ۸۵	سال ۸۳	سال ۸۱	
۱۶/۷%	۲۲/۱%	۱۷/۸%	۲۰/۲%	سهم وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی
۲۱/۱%	۲۰/۳%	۱۹/۶%	۲۰/۳%	سهم بیمه‌های پایه و صندوق‌ها
۱/۳%	۱/۱%	۱/۳%	۱/۰%	سهم بیمه‌های تکمیلی
۵۰/۹%	۴۷/۳%	۵۳/۰%	۵۰/۶%	سهم خانوار
۴/۷%	۴/۳%	۴/۴%	۴/۱%	سهم سایر شرکت‌ها و مؤسسات

مصیبت‌بار^۲ در ۲۹ درصد از افراد بستری در بیمارستان رخ می‌دهد؛ یعنی بیمار (با خانواده) تمام پس‌انداز خود را خرج کرده و مجبور به قرض کردن یا فروش دارایی‌های خود می‌شود (۱۷).

باید توجه داشت که بیمه‌های تکمیلی که بخش یا تمامی سهم فرانشیز را پوشش می‌دهند خود سبب تشدید احتمال تقاضاهای القایی می‌شوند؛ چرا که پرداخت فرانشیز توسط دریافت‌کننده خدمات سلامت یک عامل بازدارنده از فزونی تقاضای خدمت است. عارضه‌ی این تقاضای القایی اضافی به‌طور مستقیم به بیمه‌گر پایه تحمیل می‌شود. لذا سیاست‌های بیمه‌ای باید این موضوع را نیز در طراحی و اصلاح نظام موجود لحاظ کنند (۲۲).

نگاهی به ساختار ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی - درمانی در کشور می‌تواند برخی از زوایای پرداخت‌های مستقیم بیماران را روشن نماید. با توجه به این‌که حق بیمه‌ی بیمه‌شدگان در هر سال مبتنی بر تعرفه‌های دولتی تنظیم می‌شود، در عمل پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر به بخش خصوصی و دولتی یکسان است. از سوی دیگر، طی سال‌های ۸۴ تا ۸۹ فرایند تعرفه‌گذاری بخش خصوصی از دولتی

تأمین هزینه‌های سلامت خانوار یک چالش مهم در نظام سلامت است. هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور در سال‌های اخیر رو به افزایش بوده‌اند که قسمتی ناشی از گسترش خدمات ضروری و بخشی ناشی از ورود بی‌رویه‌ی فناوری‌های گران‌قیمت به کشور و تقاضاهای القایی است (۱۹). در چنین شرایطی که بخش اعظمی از این هزینه‌ها مستقیماً از جیب مردم پرداخت می‌شود، توصیه به احتیاط در افزایش هزینه‌های بهداشت و درمان و تلاش در بهینه‌سازی مصرف منابع (محدود کردن رشد سرانه) توصیه‌ی آگاهانه‌ای است (۱۹). بر اساس مطالعه‌ی مهرآرا و همکاران (۲۰)، براساس داده‌های بودجه‌ی خانوار در سال ۱۳۸۶، حدود دوونیم درصد از جمعیت کشور در این سال در معرض هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت^۱ قرار گرفته‌اند؛ یعنی با مشکل جدی در تأمین سایر مایحتاج لازم برای یک زندگی مناسب روبه‌رو شده‌اند که طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (۲۱)، اگر خانوار بیش از چهل درصد توان پرداخت خود را صرف هزینه‌های سلامت کند، به این وضعیت دچار خواهد شد. هم‌چنین، آمار موجود نشان می‌دهد، فشار هزینه‌ها به‌صورت

² Catastrophic expenses

¹ Catastrophic health expenditures

دستمزد است (بند د ماده ی ۳۸). بر این اساس، نظام تأمین منابع از حق بیمه ی ثابت که برای کلیه ی بیمه شدگان با سطوح مختلف درآمدی یکسان تعریف می‌شد، بر اساس گروه‌های مختلف بیمه شدگان از ۵ درصد حداقل حقوق و دستمزد تا دو برابر آن متفاوت تعریف شده است. اگرچه تا تأمین عادلانه ی منابع نظام سلامت راهی طولانی باقی است، لیکن این حکم قانونی می‌تواند آغازی برای تحقق این شاخص مهم باشد.

نتیجه گیری

شیوه‌های مختلف پرداخت در نظام سلامت، میزان خطر متوجه مردم، پزشکان، بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر را تغییر می‌دهد، به طوری که برخی شیوه‌ها منافع بیش‌تری برای مردم دارد ولی مشکلات افزون‌تری را متوجه پزشک یا سازمان بیمه‌گر می‌سازد. تعارض منافع یک موضوع مهم اخلاقی در این حیظه است. به‌طور مسلم، شیفت خطر به یک سوی این سیستم (مثلاً پزشک، یا سازمان بیمه‌گر) در نهایت باعث عدم کارآیی کافی آن شده و در نهایت منافع سایر گروه‌ها از جمله مردم را نیز تحت‌الشعاع قرار خواهد داد. لذا چند نکته‌ی اساسی در تصمیم‌گیری سیاست‌های بهداشتی - درمانی باید مدنظر قرار گیرد:

۱) حقوق و منافع همه‌ی طرف‌ها باید به‌طور معقول و عادلانه در تصمیم‌گیری‌ها لحاظ شود. خرید خدمات به‌صورت گذشته‌نگر و منفعل از جمله نظام پرداخت FFS مولد ناکارایی هستند و لازم است از رویکردهای آینده‌نگر و خرید راهبردی خدمات بجای نظام‌های سنتی استفاده شود. باید درنظر گرفت با توجه به منابع موجود چه مداخله‌ها و خدماتی بهترین پاسخ را به نیازها و انتظارات می‌دهد؟ ترکیب مطلوب خدمات پیشگیری، درمانی و بازتوانی کدام است؟ این مداخلات چگونه و از چه کسی خریداری شود؟

۲) تصمیم‌گیری‌های تأثیرگذار بر نظام دریافت و پرداخت خدمات سلامت می‌تواند با اثراتی نامحسوس و غیرمستقیم در ایجاد بی‌عدالتی در جامعه نقش داشته باشد. به‌طور مثال، اگر یک نظام پرداخت به‌نحوی طرح‌ریزی شده باشد که

متفاوت دیده شده و لذا به‌نظر می‌رسد فاصله‌ی بین تعرفه‌های دولتی و خصوصی و در نتیجه پرداخت از جیب بیماران افزایش یافته است. الزام مؤسسات به رعایت تعرفه‌ی خصوصی مصوب دولت و عدم پوشش این هزینه‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر دوگانگی است که باید حل شود.

هم‌چنین، وجود دستگاه‌های دولتی متعدد متولی سلامت در کشور (وزارت بهداشت، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر دولتی) با فعالیت‌های موازی که گاه موجب تداخل وظایف و نارسایی‌هایی می‌شود (۲۳)، از موارد قابل بحث در نظام سلامت کشور ماست که در راستای ارتقای سلامت باید راهکاری برای آن اندیشیده شود.

راهکارهای ارائه‌شده در برنامه‌ی پنجم توسعه در

راستای گسترش عدالت در سلامت

فصل سوم قانون پنجساله‌ی پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، به موضوع سلامت پرداخته است (۹). مهم‌ترین بند قانونی این برنامه تشکیل سازمان بیمه‌ی سلامت با تجمیع تمامی صندوق‌های بیمه‌ای است (بند ب ماده ۳۸). مطالعات ارائه‌شده توسط سازمان جهانی بهداشت نشان‌دهنده‌ی آن است که کشورهایی که صندوق‌های بیمه‌ای آن‌ها متعدد نبوده و جمعیت بیش‌تری تحت پوشش هر صندوق قرار گرفته‌اند از کارایی بالاتری برخوردار هستند و ریسک بیماری و هزینه‌ها بیش‌تر توزیع شده است. با توجه به تعدد صندوق‌های بیمه‌ای در کشور در صورت تشکیل سازمان بیمه‌ی سلامت، امکان شیفت منابع از دارا به ندار و بهره‌مندی یکسان از مزایای بیمه‌ی پایه‌ی سلامت فراهم می‌شود.

بند دیگر این برنامه یکسان‌سازی فرایند تعرفه‌گذاری بخش دولتی و خصوصی توسط دولت و مبتنی بر قیمت تمام شده خدمات است (بند ه ماده ۳۸) که به این ترتیب انتظار می‌رود فاصله بین تعرفه‌های دولتی و خصوصی منطقی شود. هم‌چنین، کلیه‌ی سازمان‌های بیمه‌گر تجاری نیز موظف به رعایت این تعرفه‌ها هستند.

بند دیگر تأمین منابع مبتنی بر درصدی از حقوق و

منابع

- 1- Anonymous. The World Health Organization (WHO). The world health report 2000 - Health systems: improving performance. Geneva: The World Health Organization (WHO). <http://www.who.int/whr/2000/en/> (accessed in 2011)
- 2- Orszag PR, Emanuel EJ. Health Care Reform and Cost Control. *New Eng J Med* 2010; 363: 601-603.
- 3- Adashi EY, Geiger HJ, Fine MD. Health care reform and primary care — The growing importance of the community health center. *New Eng J Med* 2010; 362 (22): 2047-50.
- 4- Iglehart JK. Defining medical expenses — an early skirmish over insurance reforms. *New Eng J Med* 2010; 363:999-1001
- 5- Boonenheimer TS, Grumbach K. Understanding Health Policy: A Clinical Approach, 5th edition. New York: The Mc Graw – Hill companies; 2009, 39-40.
- 6- Anonymous. The World Health Organization (WHO). The World Health Report 2008 - primary Health Care (Now More Than Ever). Geneva: The World Health Organization (WHO). <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html> (accessed in 2012)
- ۷- رابرتز م، شیائو و، برمن پ. اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی. ترجمه احمدوند ع، اکبری م، باسمنجی ک، و همکاران. تهران: موسسه فرهنگی ابن سینا بزرگ، ۱۳۸۴، ص ۳۶۷-۳۶۸.
- ۸- جمشیدی ح ر. اثر سلامت بر رشد اقتصادی. «هم اندیشی تدوین الگوی ایرانی- اسلامی نظام سلامت». تالار امام - بیمارستان امام خمینی (ره). تهران- شنبه سوم اسفند ماه ۱۳۸۷.
- <http://hamahangi.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=126&pageid=4500> (accessed in 2013)
- ۹- بی نام. معاونت حقوقی ریاست جمهوری. مجموعه قانون برنامه پنجساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۰-۱۳۹۴). تهران: معاونت تدوین و تنقیح قوانین و مقررات

بیمارستان‌ها را به سمت نواحی مرفه‌نشین جابه‌جا کند، خواسته یا ناخواسته، عوارض و محرومیت‌هایی را برای مناطق فقیرنشین به‌همراه خواهد داشت.

۳) در هیچ جامعه‌ای بودجه‌ی سلامت نامحدود نیست و لذا کنترل هزینه‌ها امری الزامی است. معمولاً توصیه می‌شود سیاست‌گذاران مالی سلامت، در کاهش هزینه‌ها، از شیوه‌های غیرمحسوس (مانند کاستن از هزینه‌های اداری، و محدود کردن شیوه‌های نوین تشخیصی-درمانی گران‌قیمت) استفاده کنند و بعد به سراغ شیوه‌های محسوس کنترل هزینه‌ها (مانند محروم کردن بیماران خاص از درمان‌های پیشرفته گران‌قیمت) بروند.

زمانی که پرداخت‌های مستقیم هزینه‌های درمانی به ۱۵ تا ۲۰ درصد کل هزینه‌های درمانی کاهش یافته باشد، می‌توان امیدوار بود که میزان بروز هزینه‌های غیرقابل تحمل درمانی و هم‌چنین، فقیر شدن به‌خاطر بار مالی هزینه‌های درمانی در جامعه در سطحی پایین و قابل اغماض است. اما آنچه از مرور کلی دریافت و پرداخت در نظام سلامت کشور حاصل می‌شود این است که متولیان و سیاست‌گذاران باید تلاش بیش‌تری را در جهت انتقال خطر مالی از سوی بیماران و مردم به‌سوی دولت و سازمان‌های بیمه‌گر انجام دهند؛ چراکه به‌طور مسلم پرداخت بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های سلامت توسط دریافت‌کنندگان خدمات، نشانگر عدم کارایی نظام موجود در اجرای عدالت اجتماعی و تخصیص بهینه‌ی بودجه‌ی سلامت است. به‌طور مسلم، توجه دقیق به قانون برنامه‌ی پنجم توسعه و نیز اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع در تحقق عدالت در نظام سلامت کشور بسیار تأثیرگذار خواهند بود.

کشور، زمستان ۱۳۸۹.
 دانشگاه های علوم پزشکی کشور. تهران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تیرماه ۱۳۹۱. منبع: وب دا: پنجشنبه ۱۵ تیر ۱۳۹۱، شماره خبر: ۶۶۹۴۴.

<http://webda.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=326&pageid=32628&newsview=66944> (accessed in 2012)

۱۹- رشیدیان آ. آیا سرانه هزینه بهداشت و درمان کشور در حد کفایت است؟ روزنامه شرق ۱۳۹۰؛ سال نهم، سه شنبه ۱۶ اسفند، شماره پیاپی ۱۴۸۲: ص ۱۳.

۲۰- مهرآرام، فضائلی ع، فضائلی اع. بررسی برابری در تأمین مالی هزینه های سلامت خانوارهای ایرانی. مجله مدیریت سلامت ۱۳۸۹؛ دوره ی سیزدهم (شماره ی ۴۰): ۶۲-۵۱.

21- Anonymous. World Health Organization. The World Health Report - Health systems financing: the path to universal coverage. Switzerland: WHO, 2010, p. 5.
<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html> (accessed in 2013)

۲۲- رشیدیان آ. تشخیص های پر هزینه و چالش های نظام سلامت. هفته نامه سپید ۱۳۸۷، سال سوم (شماره ۱۰۵): ۴۱.
http://91.98.30.46/pdf/sepid/105_1.pdf (accessed in 2012)

۲۳- مسعودی اصل ا، نصرتی نژاد ف، اخوان بهبهانی ع، موسوی خطاط س م. الگوی پیشنهادی برای ساختار ادغام یافته نظام سلامت و رفاه اجتماعی در ایران بر اساس مطالعات تطبیقی. فصلنامه پایش ۱۳۸۹؛ دوره ی دهم (شماره ی ۱) ۱۱۵-۱۲۵.

<http://dotic.ir/5yearDevelopmentProgramActTheIslamicRepublicOfIran.pdf> (accessed in 2012)

۱۰- بی نام. ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع. دستورالعمل برنامه «پزشک خانواده و نظام ارجاع» در مناطق شهری، نسخه ۰۲. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بهار ۱۳۹۱، ص ۱۱-۳۵، ۷۰-۹۲.
 ۱۱- بی نام. سازمان بیمه سلامت ایران. تفاهم نامه خدمات سطح یک روستائیان و عشایر سال ۹۰. موضوع مکاتبه با اداره کل بیمه خدمات درمانی استانها، مورخ ۱۳۹۰/۱۱/۱۹، شماره ۹۰/۱۹۹۲۰.

۱۲- بی نام. راهنمای اجرایی برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در دانشگاه علوم پزشکی تهران. تهران: دانشگاه علوم پزشکی تهران، تیرماه ۱۳۹۱، صفحات ۱۱۷-۱۱۸.

۱۳- بی نام. مرکز آمار ایران. حساب های ملی سلامت: سالهای ۱۳۸۱ تا ۸۷. تهران: مرکز ملی آمار ایران، بهار ۱۳۹۰.
<http://amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/showattachment.pdf> (accessed in 2013)

۱۴- شادپور ک. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مجله پژوهشی حکیم ۱۳۸۵؛ دوره نهم (شماره ی ۳): ۱-۱۸.

۱۵- وفایی نجار ع، کریمی ا، صدقیانی ا. فرآیند نظام اطلاعات بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارایه الگو برای ایران. مجله مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۵؛ دوره ی ۳ سوم (شماره ی ۱): ۶۲-۵۱.

16- Anonymous. World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean. Country Cooperation Strategy for WHO and the Islamic Republic of Iran 2005-2009. Cairo: WHO, 2006, EM/ARD/012/E/R.
http://www.who.int/countryfocus/cooperation_strategy/ccs_irn_en.pdf (accessed in 2012)

۱۷- شادپور ک. اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین ۱۳۸۵؛ سال دهم (شماره ی ۳): ۲۰-۷.

۱۸- وحید دستگردی م. هفتادویکمین اجلاس روسای

Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran

Hannan Hajimahmoodi¹, Farzaneh Zahedi^{*2}

¹MD, Health Insurance Organization, Tehran, Iran;

²MD, Researcher, Endocrinology and Metabolism Research Institute, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Abstract

Justice is one of the main principles of ethics in the healthcare system, and its establishment at macro level depends on formulation of appropriate policies by policy-makers and healthcare providers. Health care policies and payment and reimbursement systems have a significant impact on health systems' efficiency and cost control. In this paper, payment and reimbursement policies and their impact on financial incentives will be reviewed; moreover, financial policies in the national health care in Iran and related challenges will be mentioned in brief.

There is no doubt that none of the payment and reimbursement policies is perfect and each of them has the potential to put caregivers or health care providers financially at risk. Therefore, policy-makers should select a combination of the best approaches, considering socioeconomic factors, in order to provide a maximum coverage of health services and ensure fairness in the health system. Efficient payment and reimbursement approaches should undoubtedly preserve the rights of all parties in a fair and logical manner. Current national policy shows that a high percent of health care expenditures are financed through out-of-pocket payments, and therefore appropriate policies should be adopted to lighten this burden. Considering the accelerated trend toward the Family Doctor Plan in big cities in Iran, the present paper would be helpful for many health care providers, physicians and other health care professionals.

Keywords: healthcare system, justice, health economics, family physician, medical ethics

*Email: fzahedi@tums.ac.ir