

الگوی تأمین مالی نظام سلامت در ایران

نات

نشریه
آینده
بهتر

گازنامه علمی آموزشی

مهر ماه ۱۳۹۴



وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
مرکز بودجه و پایش عملکرد



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی کرمان



پژوهشگاه
آینده پژوهی در سلامت

Institute for Futures Studies in Health

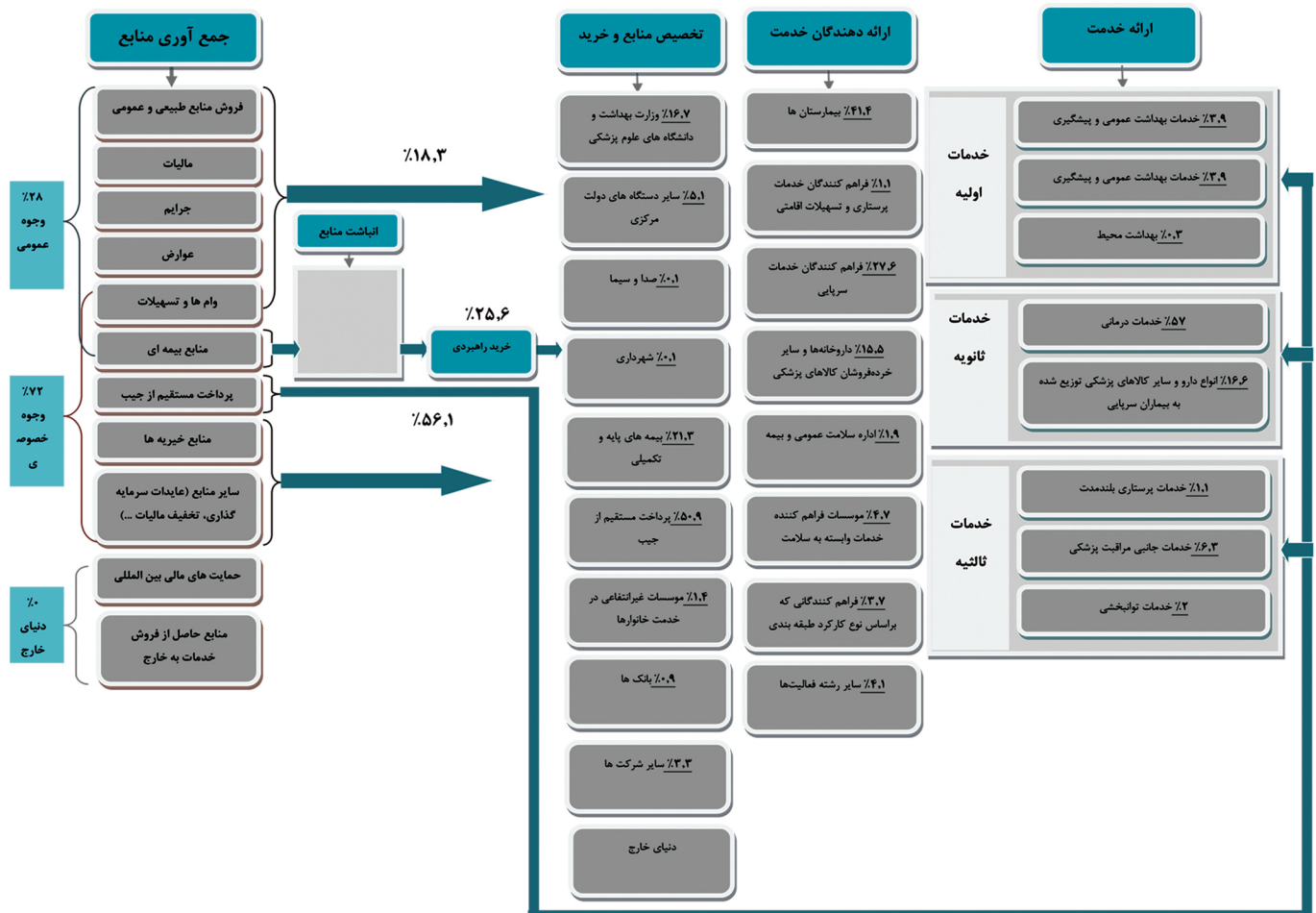
حضرت رسول اکرم (صلی الله علیه و آله و سلم) فرموده‌اند: عدل در کشاکش‌های اجتماعی همانند سپر نگهبانی است که افراد در پناه آن از تعدی دیگران محفوظ اند و مانند بهشت پایداری است که همواره مردم از نعمت‌های آن برخوردارند.

اهمیت و ضرورت موضوع

ارتقاء و حمایت از سلامت، برای رشد و تعالی انسان و پیشرفت پایدار جوامع، ضروری است، به نحوی که سلامت در بهبود کیفیت زندگی، صلح و امنیت جهانی نقش اساسی دارد. تأمین منابع بخصوص منابع مالی به منظور ارائه خدمات سلامت و بهبود پیامدهای آن در جهت دستیابی به اهداف توسعه، نقشی اساسی را ایفا می‌نماید. در این مطالعه به تعیین وضعیت نظام تأمین مالی در بخش سلامت ایران پرداخته شده است.

مدل مفهومی

به طور کلی، وضعیت کار کردهای نظام تأمین مالی سلامت در ایران در نمودار شماره ۱ خلاصه گردیده است:



مهم ترین چالش ها

از طرف دیگر، به دلیل ساختار مختلف و روش های مختلف پرداخت و تأمین مالی، پیچیدگی بیشتر شده است. این مسئله در ایران و کشورهای چون ایالات متحده آمریکا و مالزی بیشتر مشهود است. البته مشاهده می شود که حضور پررنگ بخش خصوصی در آمریکا در قالب بیمه های خصوصی موجب شده است که در مقایسه با ایران، ضریب پرداخت مستقیم از جیب، پایین تر باشد.

در این راستا، ضمن مقایسه بندهای قانونی و سیاسی نظام تأمین مالی سلامت در ایران با پیشنهادهای سازمان جهانی بهداشت، به نظر می رسد که تمامی پیشنهادهای مدنظر قانون گذاران و سیاست گذاران ایرانی بوده است. با احتمالی قوی می توان به این نتیجه رسید که اگرچه در متن قوانین و مقررات بر اساس تجربیات سایر کشورها و توصیه های سازمان جهانی بهداشت در زمینه ی تأمین مالی، تکلیف مشخص و هدف گذاری شده است، اما مشکلات زیرساختی اعم از تناسب ساختارهای سازمانی، برنامه ریزی به ویژه برنامه های عملیاتی، نیروی انسانی، عدم شفافیت سیستم های اطلاعاتی، منابع مالی و اعمال هزینه های مازاد عملیاتی و اداری، حاکمیت و رهبری و ارتباطات برون سازمانی از موانع اصلی اجرایی شدن و کارآمدی در این زمینه محسوب می شوند.

مهم ترین راهکارها:

- تأکید بر منابع پایدار و پیش پرداختها (افزایش حق سرانه بیمه ها، مالیات و عوارض)
- افزایش کمی و کیفی نقش بیمه ها و سعی در یکپارچه سازی صندوق های بیمه ای
- اصلاح نظام پرداخت به جهت افزایش کیفیت و اثربخشی
- تأکید بر خدمات پیشگیری
- افزایش نقش بیمه ها به ویژه با تأکید بر نقش پیشگیری
- تقویت بازار رقابتی بین بخش دولتی و خصوصی

مراجع

- Ramezani M, Abolhalaj M, Bastani P, Fazl Hashemi S.E, Hamidi H. Islamic Republic of Iran Health System Financing: Weak and Strength Points with a Qualitative Attitude. World Journal of Medical Sciences ۲۰۱۳; ۸(۳):۲۳۱-۲۳۷
- Jadidfard M.P, Yazdani Sh, Khoshnevisan M.H. Social Insurance for Dental Care in Iran: A Developing Scheme for a Developing Country. OHDM ۲۰۱۲; ۱۱(۴): ۱۸۹-۱۹۸
- Shahraz S, Javanbakht M. Healthcare provider payment system reform in Iran, a brief snapshot. Saphir; ۲۰۱۴

هر کشوری بر اساس بنیه اقتصادی، تجربیات قبلی، دیدگاه های سیاسی، انتظارات عمومی و مقررات علمی متصدیان، سعی در پیاده سازی و اصلاح موفق تر نظام تأمین مالی خود دارد. طبق بررسی های به عمل آمده در ۱۰ کشور چون بریتانیا، کانادا، سوئد، ایالات متحده آمریکا، آلمان، مالزی، شیلی، تایلند، ترکیه و ایران، در کشورهایی که نظام تأمین مالی آن ها به صورت طب ملی است، بخش دولتی بیشترین مشارکت را در پرداخت هزینه های مراقبت سلامت بر عهده دارد. در کشورهایی چون سوئد، بریتانیا و کانادا، بخش دولتی، سهم بیشتری از هزینه ها را از طریق مالیات پرداخت می نماید و مردم به میزان ناچیزی در پرداخت هزینه ها مشارکت می نمایند که البته این میزان در کانادا بیشتر است.

کشورهایی مثل آلمان، شیلی، تایلند و ترکیه که سیستم تأمین مالی آن ها ترکیبی است، نیز همانند کشورهای طب ملی، حضور بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی پررنگ تر است و این مشارکت در آلمان و شیلی بیشتر از طریق پرداخت حق بیمه های اجباری و طرح های اجتماعی، در ترکیه از مالیات و در تایلند تنوعی از طرح های دولتی صورت می پذیرد.

در دولت آمریکا که فردگرایی از بارزترین مشخصات آن محسوب می شود، سیستم تأمین مالی نظام سلامت خصوصی است و دولت کمترین میزان مشارکت را در پرداخت هزینه های سلامت بر عهده دارد؛ و به جز ۲۶٪ باقیمانده که دولت برای طبقات خاصی از اجتماع چون سالمندان، فقرا و ... دخالت نموده است، بیشترین میزان مشارکت (۶۴٪) از طریق بیمه های خصوصی امکان پذیر است.

ایران در مقایسه با کشورهایی همانند شیلی، آلمان، ترکیه، تایلند و مالزی، دارای یک سیستم تأمین مالی مختلط با مشارکت بخش دولتی و خصوصی است. به عنوان مثال، در مالزی، نقش بخش دولتی به نسبت خصوصی پررنگ تر است اما همانند ایران، پرداخت مستقیم از جیب، سهم قابل ملاحظه ای از تأمین مالی بخش سلامت را به خود اختصاص داده است. در ایران سهم عظیمی از منابع مالی خارج از کنترل دولت و در ارتباط مستقیم خریداران و ارائه کنندگان خدمات سلامت است و دولت و سازمان های بیمه ای نقش کم رنگی داشته و سلامت جامعه به بخش خصوصی واگذار شده است. به عبارت دیگر، دولت و سایر بخش های دولتی، حدود ۲۵٪ در پرداخت هزینه ها مشارکت داشته که سهم زیادی از این میزان از طریق درآمدهای حاصل از فروش منابع طبیعی و نفت بوده و میزان مشارکت از طریق مالیات و یا حق سرانه بیمه در ایران بسیار پایین و ساختار بیمه ای بسیار کوچک بوده و ضعیف عمل نموده است؛ بنابراین پرداخت به صورت ناعادلانه در ارتباط مستقیم از مصرف کنندگان صورت پذیرفته است که این موضوع با کارکردها و معیارهای تأمین مالی در تناقض است.

