

## یادداشت

### دکتر پیمان سلامتی

متخصص پزشکی اجتماعی و دانشیار دانشگاه علوم پزشکی تهران

### وبا و مارکسیسم

دولت زیمبابوه اخیراً وضعیت اضطراری بهداشت ملی را در کشور اعلام کرد. از اواسط تابستان سال جاری، اپیدمی گسترده وبا تمامی ۱۰ استان کشور را فراگرفته و طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت تا بیست‌وهشتم ژانویه ۵۷ هزار نفر به بیماری مبتلا و بیش از ۳ هزار نفر جان خود را از دست داده‌اند. طی روزهای اخیر اپیدمی شتاب چشمگیری یافته، به گونه‌ای که موارد ابتلا و مرگ به شدت رو به افزایش است. علل اصلی بروز همه‌گیری وبا در این کشور، در دسترس نبودن آب سالم و پایین بودن سطح بهداشت اعلام شده است. علاوه بر این کمبود دارو، تجهیزات پزشکی و اعصاب کادر بهداشتی-درمانی به علت حقوق ناچیز و شرایط نامساعد کار این بحران را پیچیده‌تر ساخته است. رابرت موگابه، رهبر سابق چریک‌های سیاه‌پوست مارکسیست رودزای جنوبی (زیمبابوه فعلی) استاد دانشگاهی بود که بعد از سال‌ها مبارزه مسلحانه علیه سفیدپوست‌های حاکم در کشورش توانست در ۱۹۸۰ قدرت را در دست بگیرد. زیمبابوه از آن سال تا ۱۹۸۷ با جهش در صنعت کشاورزی، گردشگری، صنایع و معادن به رشد اقتصادی ۳۰ درصدی رسیده و لقب سید نان جنوب آفریقا را کسب کرد. در سال‌های بعد با فروکش کردن احساسات انقلابی سیاهان، فروپاشی بلوک شرق و مواجهه با معادلات نوین اقتصادی و با توجه به آنکه اصالتاً مبانی تفکرات کمونیستی فاقد توان لازم جهت غلبه بر چنین چالش‌هایی است، زمان افول موگابه و زیمبابوه فرا می‌رسد. تدایوم این سیر فقیرانه‌ی به گونه‌ای شده که در حال حاضر زیمبابوه با ۲۳۰ میلیون درصد تورم به «کشور ابرتورم» مشهور شده است. هم‌اکنون ۷۵ درصد مردم این کشور بیکار بوده و ۸۰ درصد آنها در زیر خط فقر زندگی می‌کنند. زیمبابوه به سبب تورم بیش از حد با کمبود پول نقد مواجه است. بانک‌ها تنها هفته‌ای یکبار به مردم اجازه برداشت از حساب خود را می‌دهند و آنها هر بار تنها اجازه دریافت یک اسکناس واحد دارند. بانک مرکزی زیمبابوه اسکناس‌های جدید ۲۰۰ میلیون دلاری منتشر کرده است. این کشور با امید به زندگی ۳۵/۵ سال، یکی از مدعیان اصلی جهت کسب رکورد دیگری در خصوص پایین‌ترین امید به زندگی در دنیا در سال‌های آتی است. این مهم موید این واقعیت علمی است که در بین عوامل مؤثر در ایجاد سلامت، عوامل اجتماعی با ۵۰ درصد سهم مهم‌ترین نقش را دارا هستند. چند هفته قبل، دبکتاتور ۴۲ساله آفریقای پس از ۲۹ سال حکومت گفت: «زیمبابوه از آن من است و هرگز آن را رها نخواهم کرد». به هر حال، موگابه دیر یا زود، با زور و یا به‌صورت دموکراتیک از قدرت کنار خواهد رفت، اما مدل حکومتی وی به‌عنوان نمونه‌ای بی‌بدیل

کد این مقاله: ۱۴۸۳۱

۲۰۰۵۲۸ SMS

## آیا تعرفه‌گذاری خدمات سلامت ضروری است؟

دکتر رضا حسین پور  
کارشناس امور بیمه‌های درمانی

برخی از کارشناسان حوزه‌های مرتبط با سلامت، جسته و گریخته اشاراتی داشته‌اند مبنی بر اینکه تعرفه‌گذاری برای بخش خصوصی اساساً معنا ندارد و آیا تعرفه‌های بخش خصوصی را عرضه و تقاضا مشخص می‌نماید. برخی نیز با فراتر گذاشته و خدمات سلامت را با هنر (Art) مقایسه می‌کنند و معتقدند همان‌طور که برای هنر نباید قیمت تعیین کرد، خدمات سلامت نیز هنر دست طبییان است و هم‌کذا قیمت‌ناپذیر، بنابراین دخالت دولت یا هر نهاد دیگر در تعرفه‌گذاری این خدمات محلی از اعراب ندارد.

همه ما که خود طبیب هستیم، مرارت‌ها و مشقت‌های این گروه را چه در دوران تحصیل و چه در طول خدمت درک می‌کنیم و بر ارزش معنوی خدمات پزشکان واقفیم. با این همه بر خلاف بازارهای آزاد (Free Markets) که بر اساس عرضه و تقاضا تنظیم شده و قیمت در حد نهایی عرضه و تقاضا تعیین می‌گردد، بازار سلامت (Health Market) ویژگی‌هایی دارد که به شکست بازار (Market failure) و دخالت حاکمیت در آن منجر شده و تعیین حدود و صفور آن را توسط حکومت امری اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. برخی از این ویژگی‌ها بر اساس مستندات علمی به شرح زیر می‌باشد:

- **Positive Rights** یا حقوق مثبت، آن بخش از حقوق اساسی مردم است که دولت‌ها موظف به تأمین آن می‌باشند (در مقابل **Negative rights** که دولت وظیفه‌ای در قبال تأمین آن ندارد، مانند آموزش زبان‌های محلی، آموزش هنر و...).
- در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تأمین آموزش، امنیت و سلامت بر عهده حاکمیت است. به همین علت حکم در صورت کاهش تحصیلات‌گرمی دولت در بخش سلامت، با توجه به اینکه تأمین سلامت وظیفه دولت است، مداخله دولت در اجزای مختلف آن امری اجتناب‌ناپذیر می‌نماید.
- **Asymmetric information** یا نابرابری شدید اطلاعات بین ارایه کننده و دریافت کننده خدمت که باعث می‌شود منحنی تقاضا (**Demand curve**) تحت تأثیر ارایه کننده قرار گیرد که به آن «تقاضای القایی عرضه کننده» (**Supplier induced demand**) می‌گویند. دولت‌ها موظف‌اند این نافرینگی اطلاعات را با راهنمایی بیمار، هدایت و نظارت بر خدمات ارایه شده پوشش دهند.
- **Externalities** یا اثرات بیرونی (تأثیرات ناشی از یک فرآیند بر افرادی که در آن مشارکت ندارند)، در حوزه خدمات سلامت بسیار شدید است و دخالت دولت‌ها در این حوزه را برای تشویق اثرات بیرونی مثبت (مانند واکسیناسیون) و کاهش اثرات بیرونی منفی (مانند استعمال دخانیات و آلودگی هوا) اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. به این مجموعه ویژگی‌های دیگری چون انتخاب معکوس، مخارج کم‌رشدن، مخاطرات اخلاقی، مونوپولیسیم و... را نیز می‌توان اضافه کرد که همه با مبانی علمی مستحکم، دخالت دولت‌ها را در همه اجزای حوزه سلامت ضروری می‌نمایند.

چه خوب خواهد بود تا جامعه پزشکی از طریق نهادهای صنفی همچون نظام پزشکی ضمن طرح مطالبات خود به شیوه‌های رایج مناسب با جایگاه این گروه و همچنین با تسلط علمی بر موضوعاتی چون مدیریت و سیاستگذاری و شناخت ساختار موجود و شرایط حاکم بر نظام سلامت، وظایف خطیر دولت را در قبال سلامت مردم با صدایی رسا گوشزد و انجام آن را پیگیری نمایند. ■

♦ علی‌اصغر احمد کیا دلبری  
دانشجو دکتری اقتصاد سلامت  
مشاور اقتصاد سلامت دفتر برنامه‌ریزی  
بیمه‌های درمان وزارت رفاه و تأمین اجتماعی

همان‌گونه که مستحضرید بحث حق‌بیمه سرانه درمان سال ۱۳۸۸ چند هفته‌ای است که به بحث داغ محافل بهداشت و درمان تبدیل شده و افراد مختلف با اهداف و نیت‌های متفاوت در این باب به اظهارنظر پرداخته‌اند. در این نوشته قصد دارم تا در خصوص اظهارات انجام شده، نکاتی را یادآور شوم.

۱ بحث اول به تفاوت میان مفهوم حق‌بیمه سرانه درمان و سرانه مخارج سلامت مربوط می‌شود. بر اساس ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، حق‌بیمه سرانه درمان، مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه خدمات درمانی، برای هر فرد در یک ماه تعیین می‌گردد. از سوی دیگر، سرانه مخارج سلامت عبارت است از مجموع مخارج عمومی (دولت و مؤسسات تأمین اجتماعی) و خصوصی (بیمه‌های خصوصی، موسسات غیرانتفاعی و خانوارها) بر روی سلامت به ازای هر فرد در یک کشور. علی‌رغم این تعاریف، به نظر می‌رسد که برخی دوستان سعی دارند تا حق‌بیمه سرانه درمان (که در حال حاضر برای افراد عضو صندوق‌های کارکنان دولت، سایر افسار، خویش فرما و نیروهای مسلح اعمال می‌شود) را به جای سرانه مخارج سلامت به کار بگیرند، لذا بر همین اساس معتقدند که سرانه ۶۵۰۰۰ تومانی مشکلات سلامت کشور را افزایش داده و سرانه ۱۳ یا ۱۵ هزار تومانی تمامی مشکلات سلامت را حل می‌کند و با همین دیدگاه، سرانه درمان ایران را با سرانه مخارج سلامت افغانستان مورد مقایسه قرار داده و مدعی هستند که سرانه درمان در ایران پایین‌تر از افغانستان است. این در حالی است که سرانه مخارج سلامت در کشور ما بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۰۸) در سال ۲۰۰۵ حدود ۶۷۷ دلار (بر اساس برابری قدرت خرید با دلار آمریکا) بوده است که ۳۷۸ دلار آن مخارج دولتی است. بر اساس همین گزارش، این رقم برای افغانستان تنها ۲۶ دلار بوده که تنها ۵ دلار آن توسط دولت تأمین گردیده است (گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۸). بنابراین به نظر می‌رسد در پس چنین اظهارنظری اهدافی نهفته است که به ارتقای سلامت مردم ارتباط چندانی پیدا نمی‌کند و این‌گونه بحث‌ها به غیر از ایجاد تشویش و نگرانی در حوزه سلامت کشور آثار دیگری به دنبال نخواهد داشت. علی‌الخصوص هنگامی که از جانب برخی از نمایندگان محترم مجلس و کارشناسان وزارت بهداشت نقل می‌شود.

۲ بر اساس ماده ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، حق‌بیمه سرانه درمان باید با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور تعیین شود. به نظر می‌رسد هدف قانونگذار از این ماده قانونی، در نظر گرفتن شرایط اقتصادی خانوارها و کاهش فشار مالی ناشی از پرداخت حق‌بیمه سرانه از دوش خانوارها است. حال سوال این است که آیا افزایش حق‌بیمه سرانه درمان به ۱۳ تا ۱۵ هزار تومان به چنین هدفی کمک خواهد کرد؟ آیا اصولاً چنین دخذه‌ای در دوستانی که مدعی افزایش حق‌بیمه سرانه درمان به مبالغ مذکور هستند، وجود دارد؟!

۳ بحث دیگری که در روزهای اخیر پیرامون حق‌بیمه سرانه درمان مطرح گردیده، ادعای افزایش برابری و عدالت به واسطه افزایش حق‌بیمه سرانه درمان است. این در حالی است که تعیین حق‌بیمه به صورت مبلغ ثابت (یعنی همان اتفاقی که به‌واسطه تعیین سرانه در صندوق‌های کارکنان دولت، سایر افسار، خویش فرما و نیروهای مسلح در کشور اتفاق می‌افتد) در ادبیات اقتصاد سلامت، به عنوان یک روش تأمین مالی نزلوی که به شدت ناعادلانه است، مدنظر قرار می‌گیرد. باید به یاد داشته باشیم که بر اساس ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، یک سوم

از عریضات دولت، سایر افسار، خویش فرما و نیروهای مسلح در کشور اتفاق می‌افتد) در ادبیات اقتصاد سلامت، به عنوان یک روش تأمین مالی نزلوی که به شدت ناعادلانه است، مدنظر قرار می‌گیرد. باید به یاد داشته باشیم که بر اساس ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، یک سوم



از سرانه درمان تعیین شده باید توسط کارکنان صندوق‌های مذکور پرداخت شود و لذا افزایش آن به این معنا است که مبلغ اضافه شده سهم بیشتری از درآمد افراد دارای درآمدهای پایین را در برمی‌گیرد و از این منظر بر نابرابری عمودی موجود در این صندوق‌ها می‌افزاید.

۴ عده‌ای از عزیزان مدعی شده‌اند که افزایش سرانه درمان می‌تواند از مخارج کم‌رشدن سلامت جلوگیری نماید! مخارج کم‌رشدن سلامت برابر است با مخارج سلامت خانوار تقسیم بر ظرفیت پرداخت خانوار که اگر مقدار این نسبت از ۰/۴ بالاتر باشد آنگاه خانوار دچار هزینه‌های کم‌رشدن سلامت می‌شود (ظرفیت پرداخت خانوار برابر است با کل مخارج خانوار منهای مخارج معیشتی خانوار مانند غذا، پوشاک، سرپناه و غیره). همان‌گونه که مشاهده می‌کنید این شاخص علاوه بر صورت کسر، دارای مخرجی نیز می‌باشد، لذا هر چند که افزایش مخارج عمومی در سلامت، با فرض ثابت ماندن کل مخارج سلامت در طول دوره مورد نظر می‌تواند از طریق کاهش پرداخت مستقیم از جیب خانوارها موجب کاهش این شاخص شود، اما تغییرات مربوط به مخرج کسر نیز در تغییرات آن مؤثر است. اگر خانواری مجبور باشد قسمت عمده مخارج خود را به مخارج معیشتی اختصاص دهد، آنگاه با کوچکترین مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کم‌رشدن سلامت می‌شود، لذا افزایش منابع سلامت به تنهایی بدون بهبود وضعیت اقتصادی خانوار، ارتقای سطح تحصیلات افراد جامعه، بهبود زیرساخت‌های خارج از بخش سلامت، تغییر رفتار افراد و ... نمی‌تواند از مخارج کم‌رشدن سلامت جلوگیری کند و به همین خاطر است که بحث عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت (SDH) از سوی کمیسیون

۵ بحث دیگری که وجود دارد این است که آیا با افزایش حق‌بیمه سرانه درمان، میزان تعرفه‌ها ثابت مانده و تغییری نمی‌کند یا حداقل رشد کمتری از آن خواهد داشت؟ چون تنها در این صورت است که افزایش حق‌بیمه سرانه می‌تواند پرداخت مستقیم از جیب مردم را کاهش داده و به ارتقای برابری در تأمین مالی مراقبت سلامت و همین‌طور کاهش خانوارهای دچار مخارج کم‌رشدن سلامت کمک کند، اما واقعیت است که متأسفانه بر اساس ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس سرانه‌ها تعیین می‌شود! (مکانیسمی که فاقد هر گونه مبنای علمی است، زیرا منطقی آن است که حق بیمه بر اساس مزایای انتظاری تعیین شود که تعرفه نیز از عوامل مؤثر بر مزایای انتظاری است، لذا سرانه باید بر اساس تعرفه تعیین شود و نه تعرفه بر اساس سرانه).

روندهای رخ داده در سال‌های گذشته نیز نشان داده که معمولاً تعرفه‌ها همگام با رشد حق‌بیمه سرانه افزایش یافته و در برخی سال‌ها این رشد بیشتر از رشد حق‌بیمه سرانه بوده است، لذا اگر قرار باشد با افزایش ۱۰۰ درصدی حق بیمه سرانه، تعرفه‌ها نیز به همین نسبت رشد یابند، آنگاه باید به فوایدی که برخی دوستان برای افزایش حق‌بیمه سرانه ذکر کرده‌اند با دیده شک و تردید نگریست.

۶ در سال‌های اخیر بحث «منافع حاصل از کارایی» (Efficiency Gain) به عنوان یک منبع تأمین مالی در ادبیات اقتصاد سلامت مورد تأکید جدی قرار گرفته است. در حقیقت اعتقاد بر آن است که به هنگام محاسبه مقدار مخارجی که باید روی سلامت اتفاق بیفتد، موضوع کارایی نظام سلامت باید مورد توجه ویژه قرار بگیرد. مقدار منابع مورد نیاز برای



بسیارند، اما به نظر می‌رسد تا بخشی‌نگری و تأمین منافع گروه‌های حرفه‌ای و خاص از تصمیم‌گیری‌های سیاستگذاران حوزه سلامت کنار گذاشته نشود، چنین بهبودی حتی با ده برابر کردن مخارج عمومی سلامت نیز اتفاق نخواهد افتاد. نهایتاً، به نظر می‌رسد حتی بدون افزایش کل مخارج عمومی روی سلامت نیز فضای چشمگیری برای ارتقای پیامدهای سلامت از طریق بازتخصیص منابع موجود در نظام سلامت با تمرکز بر هزینه اثربخشی برنامه‌ها و مداخلات و همین‌طور ارتقای کارایی در استفاده از منابع تخصیص یافته در کشورمان وجود داشته باشد.

۷ و موضوع آخر، در تعیین مخارج مورد نیاز بر روی سلامت، چهار رویکرد اساسی وجود دارد: فشار همتا (Peer Pressure)، اقتصاد سیاسی (Political Economy)، تابع تولید (Political Production Function) و رویکرد بودجه‌بندی (budgeting). حال سؤال این است که ارقام متفاوت مطرح شده برای مخارج سلامت کشور از جانب افراد مختلف، بر اساس کدامیک از این رویکردها به دست آمده است؟ و مقایسه مخارج سلامت کشور ایران با کشورهایی که درآمد، وضعیت اپیدمیولوژیکی، اثربخشی و قیمت نهادهای سلامت، رفتار مردم، نیازهای اجتماعی و غیره در آنها متفاوت با کشور ما است، از کدام اصول علمی پیروی می‌کنند؟

در نهایت به نظر می‌رسد علی‌رغم نیاز به افزایش سهم بخش عمومی در مدیریت منابع بخش سلامت در جهت ارتقای سلامت مردم و کاستن از بار مالی ناشی از هزینه‌های سلامت از روی دوش خانوارها، دستیابی به رشد اقتصادی پایدار، بهبود قابلیت اخذ مالیات و حق‌بیمه، بهبود توانایی‌های اجرایی و مدیریتی در بخش سلامت، انباشت کارا و عادلانه منابع فعلی، تغییر روش‌های تعیین حق‌بیمه در جهت ارتقای برابری و عدالت در صندوق‌های بیمه‌ای موجود، تعیین بسته مزایا بر اساس معیارهایی همچون اثربخشی، هزینه اثربخشی و اصلاح شیوه‌های پرداخت در راستای اهداف محدودسازی هزینه‌های کل و هزینه اثربخشی، اصلاح وضعیت دولتی وضعیت چندان مساعدی ندارد؟ آیا فراوانی دستگاه‌های تشخیصی درمانی همچون MRI منطبق با استانداردهای جهانی است؟ وضعیت مصرف داروهای بتافرون در درمان بیماری MS از کدام استاندارد بین‌المللی پیروی می‌کند؟. آیا افزایش مخارج سلامت در شرایطی که بسیاری از سیاستگذاران معتقدند تخصیص و استفاده از منابع موجود سلامت با کارایی همراه نیست، حقیقتاً موجب بهبود برابری و ارتقای سلامت بهبود برای و ارتقای سلامت و کاهش مشکلات این حوزه می‌شود؟ سؤالات از این دست

بهرین مقاله را انتخاب کنید

کد این مقاله: ۱۴۸۳۱

۲۰۰۵۲۸ SMS

لازم را مبدول دارند. ■