

چالش‌های اقتصادی نظام سلامت ایران

مجید داوری^۱

نوع مقاله: نامه به سردبیر

دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۲۵

اصلاح نهایی: ۹۰/۱۱/۲۵

پذیرش مقاله: ۹۰/۱۱/۲۵

ارجاع: مجید داوری. چالش‌های اقتصادی نظام سلامت ایران. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۰؛ ۸ (۷): ۹۱۷-۹۱۵.

گرفته است (۹)؛ برخی، از دیگر بخش‌های نظام سلامت به آن‌ها تحمیل شده است (۵) و برخی از مدیریت و سیاست‌های کلان سلامت منشأ گرفته‌اند (۱۰).

در ناخدا I، عدم سطح‌بندی خدمات سلامت و نظام کامل ارجاع، به مصرف بیش از نیاز خدمات منجر شده است و با صرف ناصحیح منابع مالی و انسانی، باعث ناکارآمدی اقتصادی گشته است. فقدان راهنماهای بالینی، به ویژه با عنایت به ساختار ناخدا I، این ناکارآمدی را تشدید نموده است (۹). پایین نگه داشتن تعرفه‌های بیمارستانی، به طور عمده برای حفظ توان سازمان‌های بیمه‌گر و در پاسخ به همین مشکل انجام شده است. اما این سیاست، در بیمارستان‌های دولتی منجر به کاهش درآمد و فشار اقتصادی به بیمارستان‌ها شده است و در بخش خصوصی، دریافت‌های خارج از تعرفه و در نهایت فشار به بیماران را موجب گشته است. طرح «خودگردانی بیمارستان‌ها» برای کنترل و کاهش فشار اقتصادی بیمارستان‌های دولتی نیز نتوانست مشکلات بیمارستان‌های آموزشی (دولتی) را کم کند و از فشار اقتصادی وارد بر آن‌ها بکاهد.

در ناخدا II، پس از حدود دو دهه اجرای طرح ژنریک، اجرای سیاست‌های مبتنی بر بازار، ضمن بهبود دسترسی بیماران به فرآورده‌های دارویی جدید و گران‌قیمت خارجی، باعث افزایش قابل توجه هزینه‌های دارویی کشور شد (۱۱)؛ به طوری که هزینه‌های دارویی کشور از ۳/۳ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۰ به ۳۵۲ هزار میلیارد ریال در سال ۱۳۸۹ (حدود

رشد روزافزون هزینه‌های نظام‌های سلامت در سراسر دنیا به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت تبدیل شده است. گسترش مداوم فن‌آوری‌های جدید و گران‌قیمت سلامت، افزایش انتظارات جوامع از نظام‌های سلامت و رشد بیماری‌های مزمن و سخت درمان در میان مردم، از دلایل مهم این رشد شدید بوده است (۱). نظام سلامت ایران نیز همچون سایر نظام‌های سلامت، با چالش افزایش شدید هزینه‌ها روبه‌رو است. در حالی که شاخص کلی هزینه‌ها در کشور در ۲۰ سال گذشته ۳۰ برابر شده است؛ این رشد در هزینه‌های بخش سلامت ۷۱ برابر شده است (۲). این موضوع باعث شده است که نظام سلامت در بخش‌های مختلف با مشکلات زیادی مواجه گردد.

نظام ارایه‌ی خدمات درمانی ایران (ناخدا I) در حال حاضر با چالش تداوم خدمات مواجه است (۳). سهم بیماران از پرداخت هزینه‌های بهداشت و درمان به قدری زیاد است که سالانه ۳/۵ میلیون نفر از مردم، تنها به دلیل هزینه‌های بهداشت و درمان زیر خط فقر می‌روند (۴). عدالت در بهره‌مندی از خدمات درمانی و عدالت مالی در پرداخت هزینه‌های سلامت به صورت جدی زیر سؤال رفته است (۵) و سازمان‌های بیمه‌گر از ایفای نقش اصلی خود در حفاظت از بیماران در برابر هزینه‌های غیر قابل پیش‌بینی (۶) عقب مانده‌اند (۸، ۷) و نظام ارایه‌ی خدمات دارویی ایران (ناخدا II) را با چالش‌های جدی مواجه کرده‌اند.

روشن است که همه‌ی بخش‌های نظام سلامت کشور به نحوی تحت تأثیر مشکلات اقتصادی قرار دارند. برخی از این مشکلات، از مشکلات ساختاری و درونی هر بخش ریشه

۱. دکترای تخصصی، اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان. اصفهان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل)
Email: davari@pharm.mui.ac.ir

۱۰۷ برابر) رسیده است (۱۲). با توجه به مشکلات ساختاری در ناخدا I، بخش قابل توجهی از این هزینه‌ها مبتنی بر نیاز نیست و می‌تواند به صورت کارآمدتری هزینه شود. با این وجود، به دلیل عدم توان سازمان‌های بیمه‌گر برای پوشش مناسب داروهای موجود، سهم بیماران از پرداخت هزینه‌های دارویی نیز به طور قابل ملاحظه‌ای افزایش یافته است (۸، ۷). سازمان‌های بیمه‌گر نیز علاوه بر چالش‌های ناشی از تحمل بار مشکلات ناخدا I و II، خود نیز از مشکلات ساختاری فراوانی رنج می‌برند (۵). تعدد سازمان‌های بیمه‌گر، هم‌پوشانی بیمه شدگان و عدم استفاده از ارزیابی‌های اقتصادی برای تحت پوشش قرار دادن خدمات، از جمله مشکلات ساختاری هستند که چالش‌های اقتصادی زیادی را به آن‌ها تحمیل کرده‌اند.

تا کنون تلاش‌های زیادی برای رفع این مشکلات صورت گرفته است و در بخش‌های خدمات درمانی، دارویی و پوشش بیمه‌ای، گسترش قابل توجهی رخ داده است؛ اما هنوز دستاوردهای قابل انتظار برآورده نشده است. به عنوان مثال، قانون بیمه‌ی همگانی مصوب در سال ۱۳۷۳ (۱۳)، هنوز به طور کامل اجرا نشده است. بخش بهداشت و درمان قانون برنامه‌ی چهارم توسعه (۱۴)، به ویژه بخش مربوط به اجرای طرح پزشک خانواده و کاهش میزان پرداخت مستقیم بیماران از ۶۰ به ۳۰ درصد، اجرا نشده است و به همین دلیل، در برنامه‌ی پنجم توسعه دوباره مطرح گردیده است (۱۵). با این حال، پس از اتمام حدود یک سال از اجرایی شدن این برنامه، هیچ شاهد مثبتی مبنی بر کاهش سهم پرداخت مستقیم مردم از هزینه‌های بهداشت و درمان دیده نمی‌شود. هر چند انتظار می‌رود با اجرای صحیح و سریع طرح پزشک خانواده، ناکارآمدی‌های ساختاری ناخدا I بهبود یابد، اما این امر تأثیر قابل توجهی بر میزان پرداخت مستقیم بیماران نخواهد داشت. همچنین به نظر نمی‌رسد موضوع هیأت امنایی کردن بیمارستان‌های آموزشی نیز بتواند ناخدا I را برای رسیدن به اهداف برنامه‌ی پنجم توسعه، به ویژه در کاهش میزان پرداخت مستقیم مردم، به صورت مثبتی کمک نماید. زیرا هنوز مشخص نیست افزایش ۳/۶ برابری تعرفه‌های این بیمارستان‌ها را چه کسی باید بپردازد.

با توجه به مشکلات پیش‌گفت، روشن است که سازمان‌های بیمه‌گر توان تحمل این افزایش را ندارند و همانطور که تا کنون از پذیرش آن خودداری کرده‌اند، در آینده نیز آن را نخواهند پذیرفت. عدم پذیرش بیمه‌ها، بار مالی ناشی از این طرح را بر دوش بیماران می‌اندازد و سهم آن‌ها در پرداخت مستقیم هزینه‌های بهداشت و درمان را افزایش خواهد داد، اتفاقی که آشکارا مخالف اهداف برنامه‌ی پنجم توسعه (۱۵) می‌باشد. به عبارت روشن‌تر، این طرح نه تنها اهداف پیش‌بینی شده در برنامه را حمایت نمی‌کند، بلکه دستیابی به آن‌ها را نیز مشکل‌تر می‌نماید.

همچنین با وجود اقدامات بسیار زیاد و قابل تحسینی که برای تدوین نقشه‌ی جامع سلامت کشور (۱۶) انجام شده است، نکات قابل توجهی نیز در آن وجود دارد که عدم توجه کافی به آن‌ها می‌تواند موفقیت آن را در دستیابی به اهداف مورد نظر با تردید مواجه نماید. از جمله‌ی این نکات آن است که در تدوین این نقشه، به وجوه اقتصادی مشکلات پرداخته نشده است. همچنین به نکات اقتصادی راهکارها نیز به خوبی توجه نشده است، مهم‌تر از همه در تدوین این نقشه به ریشه‌ی بروز نقصان‌ها و مشکلات موجود به روشنی اشاره و پرداخته نشده است.

واقعیت این است که بدون توجه کافی به علت بروز مشکلات، تلاش‌های انجام شده برای بر طرف کردن آن‌ها با ناکامی مواجه خواهد شد. همچنین ندادن بهای کافی به همه‌ی عوامل مؤثر در پیشبرد اهداف، دستیابی به آن‌ها را زیر سؤال خواهد برد.

ساختار جوان جمعیت کشور در حال حاضر، بیانگر این واقعیت است که ایرانیان نسبت به جوامع پیرتر، به خدمات درمانی کمتری نیاز دارند. این موضوع فرصت بسیار مغتنمی را برای سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیران نظام سلامت فراهم می‌آورد که دست مدیران را برای انجام اصلاحات راهبردی در نظام سلامت تا حدودی باز می‌گذارد. اما برای اطمینان از موفقیت این اصلاحات، لازم است ضمن توجه به همه‌ی عوامل مؤثر در پیشبرد برنامه‌ها، سیاست‌ها را بر شواهد مبتنی (Evidence based policy) نمود.

References

1. Walley T, Haycox A, Boland A. *Pharmacoeconomics*. Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2004. p. 11-2.
2. Central Bank of Islamic Republic of Iran. The main economic indicators [Online]. 2012 [cited 2012 May 5]; Available from: URL: www.cbi.ir/
3. Vahid Dastjerdi M. Family physician [Online]. 2011; Available from: URL: www.farsnews.com/
4. Mohseni A. 5 percent of Iranian population go under poverty line each year because of health expenditures [Online]. 2011; Available from: URL: www.farsnews.com/
5. Davari M, Walley T, Haycox A. Health Insurance system in Iran; past experiences, present challenges and future strategies. *Journal of Public Health* 2011. [In Press].
6. Folland S, Goodman AC, Stano M. *The economics of health and health care*. New York: Pearson Prentice Hall; 2007. p. 215-40.
7. Davari M, Maraci MR, Amini MS, Aslani A. Evaluation of equity in pharmaceutical services in selected cities of Kurdistan (Iran) province [Doctoral Thesis]. Isfahan: School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences; 2011.
8. Davari M, Maraci MR, Bakhshizade Z, Aslani A. Evaluation of equity in pharmaceutical services in selected cities of Isfahan (Iran) province [Doctoral Thesis]. Isfahan: School of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, Isfahan University of Medical Sciences; 2009.
9. Davari M, Haycox A, Walley T. Issues related to health care delivery system in Iran; past experiences, current challenges and future strategies. *Journal of Public Health* 2011. [In Press].
10. Davari M, Haycox A, Walley T. Issues related to health care financing in Iran; is privatization a good solution? *Journal of Public Health* 2011. [In Press].
11. Davari M, Walley T, Haycox A. Pharmaceutical Policy and Market in Iran: past experiences and future challenges. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research* 2011; 2(1): 47-52.
12. FDD. Iranian Drugs Statistics Letter [Online]. 2009; Available from: URL: www.congress60.org/News/
13. Parliament Iran. National Health Insurance Act *Journal of Medical Services Insurance Organisation* [Online]. 1994; Available from: URL: <http://www.parliran.ir/>
14. Parliament Iran. The Regulations of Fourth Development Plan [Online]. 2004; Available from: URL: <http://www.parliran.ir/>
15. Parliament I. The Regulations of Fifth Development Plan [Online]. 2011; Available from: URL: <http://www.parliran.ir/>
16. Bagheri Lankarani K, Larijani B, Delavari A, Vaseai M, Einollahi A, Dinarvand R, et al. *The Scientific and comprehensive map of Health*. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2010.