

بوریجی یا بیسمارکی؟ مسئله این است!

سهیلا رجایی (کارشناس رادیوترابی دانشگاه شهید بهشتی)

۱۵ مهر ۱۳۹۶

شماره مسلسل: ۵۵۰۰۳۸۹

شماره شاپا: ۵۳۸۵-۲۴۲۳

مقدمه

نظام سلامت مجموعه‌ای از سازمان‌ها، ارگان‌ها، نهادها، اشخاص و گروه‌هایی است که در جهت حفظ و ارتقای سطح سلامت فرد جامعه اقداماتی را انجام می‌دهند و از این اقدامات می‌توان به‌عنوان اقدام سلامت (Health Action) نام برد. سازمان بهداشت جهانی (WHO) مجموعه اقداماتی را که هدف اصلی آن حفظ، ارتقا و بازگرداندن سلامت به جامعه باشد را به‌عنوان نظام سلامت معرفی می‌کند. نظام سلامت به‌طور عمده شامل خدمات دهندگان منابع مالی، تأمین‌کنندگان تجهیزات و نیروی انسانی هستند که بایستی خدماتی چون مراکز بهداشتی و درمانی در سراسر کشور، بسترهای بیمه‌ای مناسب و کارآزموده، مراکز تحقیقاتی و پژوهشی و مراکز آموزشی پیرامون حوزه سلامت را فراهم آورند. در عصر حاضر نظام‌های سلامت در تمامی کشورهای دنیا اعم از توسعه یافته و درحال توسعه نقش بسیار پررنگ و مؤثری در زندگی بهداشتی و روانی انسان‌ها در مقایسه با اعصار گذشته ایفا می‌کنند.

بیان مسئله

روش‌های متفاوتی برای تأمین مالی نظام سلامت در دنیا موجود است که دو مورد از آن‌ها عبارت‌اند از: (۱) تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات‌های عمومی که به الگوی بوریج شهرت یافته است: این مدل تأمین مالی از نام ویلیام بوریج وزیر بهداشت انگلستان پس از جنگ جهانی دوم، برگرفته شده است. همچنین از مدل بوریجی با نام طب ملی نیز یاد می‌شود. در طب ملی هزینه‌های جاری سلامت از محل دریافت مالیات‌های عمومی تأمین شده و بدین جهت ارائه خدمات عموماً توسط دولت و مراکز وابسته به دولت صورت می‌گیرد. در نظام‌های سلامتی که براساس مدل بوریجی

پایه‌گذاری می‌شوند، تأمین اعتبارات لازم برای ارائه خدمات به صورت سازمانی و منفرد توسط یک نهاد آن هم دولت و مراکز دولتی صورت می‌پذیرد در واقع تنها راه تأمین اعتبارات لازم در این مدل، پرداخت مالیات توسط مردم است و دولت متولی ارائه خدمات لازم با بهره‌گیری از سیستم مالیاتی است. بدین منظور بسیاری از بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحت مالکیت و سرپرستی دولت هستند و پزشکان، کارمندان دولت محسوب می‌شوند و در واقع تمامی دستمزد خود را از جانب دولت دریافت می‌کنند.

پزشکان خصوصی نیز امکان فعالیت در این مدل را خواهند داشت که در آن‌ها نیز متولی اصلی پرداخت حق‌الزحمه‌ها، دولت و نهادهای وابسته به آن است. این مدل در کشورهایی چون انگلیس، نروژ، کانادا و... در حال اجرا است. خدمات در انگلستان کاملاً رایگان است و فقط هزینه ناچیزی جهت دریافت برخی داروها توسط مردم پرداخت می‌شود. یکی از شاخص‌های ارزش‌گذاری هر نظام سلامتی در دنیا، سرانه سلامت است. سرانه سلامت بیانگر میانگین هزینه بهداشت و درمان به ازای هر فرد در یک کشور است. میزان سرانه سلامت معمولاً به صورت درصدی از درآمد ناخالص داخلی (GDP) بیان می‌شود. اکثر کشورهای اروپایی بیشترین میزان اختصاص درآمد ناخالص داخلی به حوزه بهداشت و درمان را دارند.

در نظام‌های بوریجی از آنجایی که دولت به‌تنهایی متولی پرداخت هزینه به پزشکان است به راحتی می‌تواند میزان دستمزد و هزینه‌های جاری در این حوزه را کنترل نماید به همین منظور مدل طب ملی معمولاً سرانه سلامت کمتری ایجاد می‌کند. در ابتدا چون تمامی خرید و ارائه خدمات در حوزه سلامت توسط سیستم دولتی صورت می‌گرفت، این امر باعث کاهش کیفیت ارائه خدمات و همچنین عدم مدیریت صحیح بر هزینه‌های وارد شده بر بدنه اقتصاد می‌شد. به همین جهت مارگارت تاچر در دوران نخست‌وزیری خود در انگلستان، تغییراتی را در نظام ملی سلامت انگلیس ایجاد کرد که از مهم‌ترین اصلاحات وارد شده می‌توان به خصوصی‌سازی متولیان خرید خدمات سلامت تحت عنوان تراست‌ها اشاره کرد. در واقع با این تغییر مسئولیت خرید خدمات از دوش دولت و نهادهای دولتی برداشته شده و به نهادهای غیردولتی واگذار شده است.

تراست‌ها در واقع بنگاه‌های مالی خصوصی محسوب می‌شوند که با کسب مجوز از جانب دولت مسئولیت خرید خدمات بهداشتی و درمانی را بر عهده می‌گیرند. این کار به منظور تفکیک خرید خدمات از ارائه آن با هدف افزایش

دولت پرداخت می‌گردد. این الگوی نظام مالی در کشورهایی چون آلمان، فرانسه، هلند، سوئیس و... در حال اجرا است. نکته‌ی قابل توجه در الگوی بیسمارکی یا بیمه اجباری سلامت آن است که افراد پرداخت‌کننده‌ی حق بیمه، پول داده شده را به‌عنوان سرمایه‌گذاری تلقی نمی‌کنند بلکه آن را به‌عنوان صدقه‌ای برای درمان نیازمندان می‌پردازند تا دیگران نیز همین روند را نسبت به آن‌ها اجرا کنند.

تفاوت اصلی الگوی بیسمارک با سایر الگوها از جمله الگوی بورجی در اجباری بودن پرداخت حق بیمه برای کلیه‌ی شهروندان است. در واقع خدمات هم به صورت دولتی و هم به صورت خصوصی ارائه می‌شود حال آنکه در الگوی بورجی دولت تنها ارائه‌کننده خدمات است. الگوی بیسمارک بر پایه‌ی نظام تأمین اجتماعی و وجود صندوق‌های بیمه، پایه‌گذاری شده است در حالی که در الگوی بورجی برای تأمین اجتماعی تدابیری در نظر گرفته نشده است و دولت به صورت مستقیم با استفاده از محل مالیات‌های عمومی افراد را تحت پوشش خدمات خود قرار می‌دهد.

براساس گزارش‌های ارائه شده توسط سازمان بهداشت جهانی (WHO) سوئیس به دلیل بهره‌مندی از الگوی بیسمارک دارای بهترین نظام سلامت در دنیا است. نقاط ضعف موجود در الگوی بیسمارک نیز همانند الگوی بورجی زمان‌انتظاری است که بیماران بایستی برای دریافت خدمات بگذرانند. البته در این مدل به دلیل مداخله‌ی بخش‌های خصوصی این زمان کمتر از الگوی بورجی است. آلمان به عنوان مؤسس الگوی بیسمارکی در حال حاضر بیش از ۲۰۰ صندوق بیمه برای تأمین هزینه‌های جاری بخش سلامت در اختیار دارد و بیشتر پزشکان و بیمارستان‌ها به صورت خصوصی فعالیت می‌نمایند و می‌توانند با یک یا چند صندوق بیمه برای تأمین خدمات سلامتی قرارداد داشته باشند. لذا می‌توان گفت در این مدل به دلیل مداخله بخش‌های غیردولتی به میزان چشمگیری از بروکراسی‌های رایج سیستم‌های دولتی کاسته شده است.

نتیجه‌گیری

در زمان کنونی، دولت‌ها برای ارتقای بهره‌وری سیستم بیمه در حوزه بهداشت و درمان و ارائه بهترین خدمات تلاش زیادی می‌کنند. حضور مؤثر بیمه‌های درمانی ارتباط مستقیمی با افزایش کیفیت بهداشت و سلامت در یک جامعه دارد و یکی از کلیدهای راهبردی برای داشتن اقتصاد سلامت موفق و پربازده به شمار می‌رود. در بسیاری از کشورهای دنیا خدمات بهداشتی از

بهره‌وری و کیفیت خدمات ارائه شده و به دنبال آن کسب رضایتمندی بیشتر توسط جامعه صورت گرفته است. سازمان‌های خصوصی به دلیل عدم وجود نظام بروکراسی رایج در مجاری دولتی، سیکل کاری آسان‌تری دارند و رضایتمندی بیشتری را به خود جلب می‌کنند. در واقع سازمان‌های غیردولتی با توجه به بیشتری مصالح عمومی را در نظر گرفته و بار سنگینی را از دوش دولت برمی‌دارند. می‌توان تراست‌های موجود در نظام سلامت انگلستان را نقطه‌قوتی در موفقیت موجود در این نظام برشمرد. آنچه در این سیاست نهفته است ایجاد فضای رقابتی میان تراست‌ها است و تراست‌ها برای کسب رضایتمندی هرچه بیشتر جمعیت تحت پوشش خود با هم رقابت کرده و از منابع موجود به صورتی بهینه استفاده می‌کنند.

استقرار نظام مالیاتی قوی و ارائه تضمین‌های لازم از جانب دولت به منظور ارائه منابعی پایدار به حوزه سلامت و هم‌چنین اجرای صحیح نظام ارجاع و پزشک خانواده از مهم‌ترین دلایل ایجاد نظام سلامت موفق و کارا در انگلیس است. سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشور انگلستان حدود ۱۰ درصد است. البته لازم به ذکر است که نظام‌های بورجی نقاط ضعف مربوط به خود را نیز دارند که یکی از مهم‌ترین نقاط ضعف موجود در طب ملی، زمان انتظار طولانی مراجعه‌کنندگان برای دسترسی به خدمات تخصصی است که آن هم به دلیل وجود دولتی بودن ارائه خدمات و یک‌سویه بودن مدیریت این حوزه است. نکته‌ی قابل توجه دیگر در نظام‌های وابسته به مالیات‌های عمومی، آن است که چنانچه دولت مدیریت و برنامه‌ریزی صحیحی بر بودجه‌های تخصیص داده شده در نظام سلامت نداشته باشد، هزینه‌های سنگینی بر دولت وارد آمده که به دنبال آن تحمیل مالیات‌های سنگین بر مردم به جهت تأمین مالی حوزه سلامت رخ خواهد داد.

۲) تأمین مالی نظام سلامت از طریق دولت و بیمه‌های اجباری تحت عنوان بیمه‌های سلامت اجتماعی (الگوی بیسمارک): الگوی بیسمارک با هدف حمایت از حقوق بگیران جامعه در ابتدای دهه ۱۸۸۰ توسط بیسمارک در آلمان طراحی شد و عنوان بیمه اجتماعی را به خود گرفت. در این الگو پرداخت هزینه‌های موجود در بخش سلامت از طریق نظام‌های تأمین اجتماعی انجام می‌شود که در آن عضویت در نظام‌های بیمه‌ای، اجباری است. تمام مردم و نهادهای گوناگون شغلی همچون کارگران، شرکت‌ها، کارخانه‌ها و... درصدی از حقوق ماهیانه خود را به عنوان حق بیمه به صندوق بیمه سلامت واریز می‌کنند. همچنین حق بیمه افرادی که توانایی پرداخت ندارند، توسط

انواع بیمه‌های پایه، دولتی، تکمیلی و ملی وجود دارد که خدمات و امکانات مربوط به بهداشت و درمان را پوشش می‌دهند و همان‌طور که در بالا گفته شد در بسیاری از کشورهای دنیا الگوهای نظام مالی موفق در حال اجرا است که توانسته‌اند خدمات را نزدیک به رایگان به جامعه ارائه دهند.

کلید طلایی موفقیت در نظام سلامت در بعضی کشورهای اروپایی، ادغام نظام‌های مالی موفق و توسعه سیستم بیمه‌ای پویا و پاسخگو در نظام سلامت است. باید خدمات سلامت برای همه‌ی مردم به‌صورت رایگان در تمام جوامع وجود داشته باشد همان‌طور که در قانون اساسی ما در نظر گرفته شده است ولی متأسفانه به دلیل سیاست‌های نادرست و یا فقدان سیاست‌های کارا با چالش‌هایی جدی مواجه است. از جمله این چالش‌ها می‌توان به فقدان الگوی مالی سازمان‌یافته اشاره کرد. اجرای هر کدام از الگوهای بالا نیازمند بسترسازی مناسب برای اجرا است.

چنانچه دولت سعی بر اجرای الگوی بورج داشته باشد، نیازمند سیستم مالیاتی محکم و سازمان‌یافته در کشور است، اما متأسفانه شاهد ضعف در سیستم‌های مالیاتی موجود هستیم. همچنین اگر سعی بر اجرای الگوی بیسمارک داشته باشد نیازمند همکاری بیمه‌های متقن و سازمان‌یافته است که متأسفانه ضعف در بدنه‌ی بیمه‌ای کشور و عدم سیاست‌های موازنه‌کننده مانع از اجرای الگوهای موفق شده است. معضل بعدی موجود در نظام کنونی سلامت که عمری بالغ بر چندین دهه دارد سهم اندک نظام سلامت در تولید ناخالص داخلی است. همچنین میزان سرانه سلامت در ایران بسیار بالا است و از نظر سرانه سلامت، ایران در رتبه ۴۵ قرار دارد. اما چنانچه الگوهای فوق به دلیل عدم وجود سیاست‌های بسترساز در کشور قابل اجرا نیست، آیا نباید به فکر طراحی الگوی بومی و نظام مند متناسب با امکانات موجود بود؟

برخی از مسیرهای توسعه در نظام سلامت به‌طور خلاصه عبارت‌اند از:

- استقرار نظام مالیاتی قوی با رویکرد عدالت‌محورانه به‌منظور اجرای الگوهای موفق نظام مالی
- تحول بنیادین در سیستم بیمه‌ای کشور و سیاست‌های همکاری دوجانبه و صادقانه میان بخش دولتی و خصوصی
- اجرای سیاست‌های اقتصاد مقاومتی در حوزه سلامت
- استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده منطبق بر سیاست‌های بیمه‌ای و کارآمد.

طریق مالیات تأمین می‌شود و سیستم درمانی به‌صورتی طراحی و برنامه ریزی شده است که برای تمامی جامعه تحت پوشش سهل الوصول باشد. گاهی با دولایه سازی سیستم درمانی، خدمات توسط دو ارگان یعنی دولت و شهرداری‌ها به مردم ارائه می‌شود که خود باعث کاهش زمان انتظار بیماران و در دسترس بودن خدمات می‌گردد. این سیستم در کشوری چون نروژ در حال اجرا است. در واقع مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی پایه و اولیه را شهرداری‌ها بر عهده می‌گیرند و در سطوح بالاتر، خدمات تخصصی توسط دولت تأمین می‌شود. ایران نیز همانند سایر کشورهای دنیا با شناسایی مسائل و مشکلات موجود در نظام سلامت از سال‌های قبل انقلاب و پس‌از آن به ارائه خدمات لازم پیرامون این حوزه تا زمان حال پرداخته است. یکی از چالش‌های اساسی در نظام سلامت ایران، مسئله بیمه است. با توجه به مطرح شدن طرح تحول سلامت در دولت یازدهم، حضور بیمه‌ها در این طرح برجسته شده است. اما آنچه مشاهده می‌شود عدم همکاری صحیح نهادهای بیمه‌گذار با صحنه‌گردانان نظام سلامت است. باید گفت که الگوی مالی منسجم و پویایی در سیستم سلامت کشور وجود ندارد تنها بخشی از الگوی بیسمارکی در ایران تحت عنوان بیمه تأمین اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است.

اصل ۲۹ قانون اساسی عبارت است از:

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی، دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

مروری کوتاه بر اصل ۲۹ قانون اساسی نشان می‌دهد که توجه به بهداشت و سلامت مردم از حقوق حقه شهروندی آنان به‌شمار می‌رود که قانون‌گذار به آن توجه ویژه نموده و بندی را برای سلامت مردم در نظر گرفته است. حق سلامتی از مهم‌ترین حقوق شهروندی افراد یک جامعه محسوب می‌شود و دولت مکلف است در بخش سلامت امکانات موجود را به‌صورتی عادلانه در اختیار فرد ایرانیان در سراسر کشور قرار دهد. کارآمدی در نظام سلامت نیازمند همکاری چندجانبه‌ی نهادهای بیمه‌گذار با بخش دولتی است.

در واقع تجلی همکاری بخش دولتی و خصوصی را می‌توان در رونق بیمه‌های سلامت مشاهده کرد. در کشورهای دیگر

-به‌روزرسانی طرح تحول سلامت در جهت گسترش
بهداشت و درمان عادلانه در سراسر کشور
-افزایش سهم حوزه سلامت در تولید ناخالص داخلی
-طراحی سازوکار نظام مالی ایرانیزه و عبور از چالش‌های
موجود

استفاده از مطالب با ذکر منبع آزاد است.
متون سیاستی منتشرشده در شمس، بیانگر دیدگاه نویسندگان
بوده و لزوماً نظر این شبکه نیست.