



آیا ارزان سازی خدمات سلامت یک آرزوی غیر قابل دستیابی است؟

علی اکبر حق دوست¹ MD, PhD

¹ مرکز تحقیقات مراقبت HIV و عفونت‌های آمیزشی، پژوهشکده آینده‌پژوهی در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران

* نویسنده مسئول: علی اکبر حق دوست، پست الکترونیک: ahaghdooost@gmail.com

Citation: Haghdoost A. Is the cheapening of health services an unattainable wish? Iran J Health Insur. 2024;7(1):1-3.

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۳/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۲/۲۵

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۳/۰۲/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۲/۰۲

است که منشأ اصلی این در آمد خدمات درمانی ارائه شده و به خصوص خدمات بستری است و دانشگاه‌ها تلاش وافر می‌کنند که دریافتی خود را از بیمه‌ها افزایش دهند. اما به چه قیمتی؟ قطعاً بیمارستان و دانشگاه از نگاه یک بنگاه اقتصادی علاقه‌ای به کاهش هزینه‌های ثبت شده در پرونده بیماران نخواهد داشت زیرا هزینه‌ها یعنی درآمد اختصاصی آنها. بنابراین نباید توقع داشت که ارائه‌دهندگان خدمات دولتی در این ساختار، به سمت کاهش هزینه‌ها و صرفه جویی بروند و اگر هم صحبت و حرفی آن باشد در عمل خروجی حاصل نخواهد شد. بیمه‌ها هم که تأمین کننده هزینه‌ها هستند توانایی چانه‌زنی ندارند. اگرچه صحبت از کسورات و نظارت برای کاهش هزینه‌ها می‌شود اما ابزار آن جود ندارد. صدا، قدرت، نیروی متخصص و کافی و داشبوردهای دقیق اطلاعاتی همراه با سامانه‌های تحلیل هوشمند در اختیار بیمه‌ها نیست. نتیجه این وضعیت آن شده که حتی به سادگی نمی‌توانند بررسی کنند که قیمت تمام شده یک جراحی آپاندیسیت در دانشگاه‌ها و بیمارستان‌های مختلف چقدر متفاوت است و چه جاهایی و چرا خدمات گران‌تری ارائه می‌دهند. مثال دیگر عفونت بیمارستانی است که یک معضل پایدار در سطح کشور است. بدون شک عفونت بیمارستان به سادگی کل هزینه‌های خدمات ارائه شده را بالا می‌برد، اما آیا حتی اطلاعات آن در قالب داشبوردهای دقیق در سطح کشور قابل رصد است؟ آیا بیمه می‌داند و می‌تواند به دلیل رعایت نشدن اصول بدیهی کنترل

به‌عنوان یک اصل تقریباً غیر قابل تردید، توصیه می‌شود که منابع بهداشت و درمان به صورت متمرکز و عمدتاً از طریق صندوق‌های بیمه‌ای تأمین شود تا قدرت مدیریت منابع، خرید راهبردی، سیاست‌گذاری متمرکز در روال‌ها و مدل‌های پرداخت و تنظیم نقشه راه رو به آینده، قابل پیاده‌سازی باشد [۱-۳]. اما این مهم تا چه میزان در کشور ما مد نظر بوده و عملیاتی شده و آیا بیمه جایگاه مناسبی را برای هدایت صحیح منابع سلامت دارد؟

احتمالاً جواب عموم کسانی که با این مهم آشنا هستند، چندان مثبت نیست زیرا ساختار کلان مدیریت سلامت کشور دارای آسیب‌های جدی است که نهادینه شدن، رشد و تبلور یک بیمه قوی در این سیستم به آسانی میسر نیست. این ایراد زیربنایی به نظر می‌رسد منشأ اشکالات جدی است که در تعدد صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای با اختیارات محدود و دامنه اثرگذاری کم، نمود می‌یابد [۳، ۴]. شاید برای شما این سوال پیش آمده باشد که مستند این ادعا در کجاست؟ بگذارید با تظاهرات این آسیب بحث باز شود و بدین شکل مبنای فکری ادعای طرح شده روشن شود.

در حال حاضر دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به شدت وابسته به درآمد اختصاصی هستند و حتی دولت و سازمان برنامه و بودجه علاقه‌مند هستند که سهم بودجه عمومی از کل دریافتی دانشگاه‌ها کاهش و با درآمد اختصاصی جایگزین شود. اما این درآمد اختصاصی از کجا تأمین می‌شود؟ پرواضح

پزشکی می‌آیند و سال‌های سخت و طولانی را برای گرفتن مدرک پزشکی عمومی سپری می‌کنند، اما در انتهای این مسیر دشوار، افق روشنی دیده نمی‌شود. پزشکی عمومی که حتی سیستم بیمه‌ای آنها را دست دومی نگاه می‌کند، حق تجویز بسیاری از خدمات را از آنها سلب کرده و نسخه آنها را برای تجویز خیلی از داروها معتبر نمی‌شناسد. نتیجه چنین نگاهی گرایش بیشتر مردم به سمت متخصصان و فوق تخصص‌ها است. مطب‌ها و کلینیک‌های تخصصی روز به روز شلوغ‌تر و جایگاه سطوح ارائه خدمات پایه روز به روز متزلزل‌تر می‌شود. بیمه با نگاه کاهش هزینه‌ها تصمیم گرفته اختیارات پزشکان عمومی را محدود کند، این در حالی است که مشکل در جای دیگر است و باید تجویز خدمات توسط پزشکان عمومی و متخصص بر اساس راهنماهای بالینی و دستورالعمل‌های مدون باشد نه اینکه صورت مسئله پاک شود و اجازه تجویز بسیاری از داروها و آزمایشات از پزشکان عمومی سلب شود. زمانی که مسیر کوتاه انتخاب شود که چنین شده، پزشکان عمومی و ماماها حتی از طرف نظام بیمه‌ای هم به خوبی به رسمیت شناخته نمی‌شوند و نتیجه آن هجوم عموم بیماران به سمت متخصصان و فوق تخصص‌هاست که علاوه بر تحمیل هزینه‌های سنگین بر نظام سلامت، فشار کاری گروهی بیش از حد تحمل و جایگاه شغلی بسیاری متزلزل می‌شود و البته داستان غم‌آلود نظام ارجاع که باوجود قوانین محکم بالادستی به دلیل آسیب‌های زیرساختی و مخالفت‌های پنهان و نداشتن نقشه راه رو به آینده دهه‌هاست که خاموش مانده است.

تا اینجا بیشتر صحبت از دردها و آسیب‌ها بود. اما احتمالاً سوال شما هم این است که چه باید کرد و از کجا باید شروع کرد؟ این سوالی سخت است که ده‌ها پایان‌نامه دکتر و صدها مقاله علمی در این رابطه نوشته شده اما پرواضح است مؤثر واقع نشده و جواب‌های داده شده غیرقابل اجرا بوده‌اند؛ یعنی ساختار شکل گرفته و مستحکم شده فعلی به سادگی قابل تغییر نیست و بیش از ارائه راهکار باید در خصوص مدل پیاده‌سازی آن فکر و اندیشه شود.

اما قبل از بیان پیشنهاد عملی و اصلاحی، ذکر این نکته ضروری است که دردها و آسیب‌های بیان شده مختص کشور ما نیست و بسیاری از این ایرادات در ساختارهای نظام سلامت اکثر کشورها دیده می‌شود. بنابراین نباید به فکر اختراع چرخ بود، بلکه باید با درایت راهکارهای دیگران را محک زد و

عفونت بیمارستان با دانشگاه‌ها و بیمارستان‌ها چانه‌زنی کند؟ وجه دیگری از این آسیب، نرخ بستری بالای بیماران بسیار بدحال و کم بودن درصد مرگ‌های این بیماران سخت در خارج از بیمارستان‌های کشور است [۵، ۶]. در بسیاری از موارد، بیماران دارای سرطان‌های پیشرفته در روزها و هفته‌های آخر عمر به شکلی نامطلوب در بیمارستان‌ها بستری شده و هزینه‌های بسیار سنگینی بر دوش نظام سلامت می‌گذارند. این در حالی است که پزشکان معالج و حتی خانواده‌ها می‌دانند که دانش امروز بشری کمک‌چندانی به بهبود ایشان نمی‌کند. حتی بستری در بیمارستان و بخش‌های مراقبت‌های ویژه باعث می‌شود که ایام انتهایی این بیماران چندان خوشایند نباشد و در حالی روزهای آخر عمر خود را سپری کنند که از خانواده و بستگان دور و مداخلات غیرضروری و بی‌اثر باعث تغییرات چهره و شرایط بدنی آنها می‌شود. دیدن زخم‌ها، خونریزی‌ها، شکستگی قفسه سینه به دلیل احیای قلبی و ریوی و ادم شدید اندام‌ها در زمان وداع خانواده با بدن متوفی، احساس تلخی را در ذهن بازماندگان به وجود می‌آورد. اما چرا در کشور ما گرایش زیادی به سمت مرگ سخت در بیمارستان‌هاست؟ آیا مشکل فرهنگ جامعه و درخواست خانواده‌هاست که بیمارانشان تا آخرین لحظات عمر در بیمارستان به سر ببرند؟ اگر حتی چنین فرهنگی حاکم باشد، چه کسی این فرهنگ را تقویت می‌کند؟ چرا پزشکان معالج و سیستم بیمارستانی برای فرهنگ‌سازی و توجیه خانواده‌ها برای قبول واقعیت اثربخش نبودن درمان‌ها و ترغیب ایشان به پرستاری از بیمارانشان در منزل آن گونه که باید اقدام نمی‌کنند؟ جواب این سوال اصلاً سخت نیست و به سادگی می‌توان دریافت که چون دانشگاه، بیمارستان و حتی گروه پزشکی از شلوغ بودن بیمارستان و هزینه‌های سنگین درمانی آسیب نمی‌بینند، گرایش چندانی هم برای کاهش درآمدهای اختصاصی و کم کردن هزینه بیمه‌ها نداشته باشند.

وجه دیگر آسیب را در بالا بردن سطح ارائه‌دهندگان خدمات می‌توان دید. در حالی که در بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته با منابع چندین برابری سلامت، پایه و اساس نظام ارائه خدمات پزشکی را پزشک عمومی تشکیل می‌دهند و نقش یک ماما در مدیریت بارداری‌ها و زایمان‌ها بسیار بیشتر از متخصصان زنان و زایمان است [۷-۱۰]، اما در کشور ما، پزشکان عمومی، ماماها و حتی پرستاران فراموش شده و زیر فشار سنگین خدمات تخصصی کمرنگ شده‌اند و هیچ برنامه حمایتی هم دیده نمی‌شود. متأسفانه باهوش و پرتلاش‌ترین جوانان ایران به سمت

سنگین ندارد و به همین دلیل باید آگاهانه، علمی و دقیق نقشه راهی هدفمند تنظیم کرده و برای نیل به اهداف آن حداکثر مشارکت را جلب کند.

تأییدیه اخلاقی: موردی برای گزارش وجود ندارد.
تضاد منافع: نویسنده اظهار می دارد تضاد منافی وجود ندارد.
حمایت مالی: این مطالعه مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

References

1. Bazyar M, Yazdi-Feyzabadi V, Rahimi N, Rashidian A. What are the potential advantages and disadvantages of merging health insurance funds? A qualitative policy analysis from Iran. *BMC Public Health*. 2020;20(1):1315. doi: [10.1186/s12889-020-09417-7](https://doi.org/10.1186/s12889-020-09417-7).
2. Doshmangir L, Bazyar M, Rashidian A, Gordeev VS. Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):37. doi: [10.1186/s12939-020-01372-4](https://doi.org/10.1186/s12939-020-01372-4).
3. Yousefi N, Polroudi Moghaddam M, Afsharmanesh G, Peiravian F. Evaluation of efficiency enhancement in Iran Health Insurance Organization: a policy brief for pharmaceutical cost containment. *Int J Health Plann Manage*. 2020;35(6):1503-11. doi: [10.1002/hpm.3028](https://doi.org/10.1002/hpm.3028).
4. Heydari M, Seyedin H, Jafari M, Dehnavieh R. Stakeholder analysis of Iran's health insurance system. *J Educ Health Promot*. 2018;7:135. doi: [10.4103/jehp.jehp_69_18](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_69_18).
5. Pirooz B, Amerzadeh M, Safari H, Mohamadi-Bolbanabad A, Afkhamzadeh A, Zarezadeh Y, et al. The burden of preventable hospitalizations before and after implementation of the health transformation plan in a hospital in west of Iran. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e87. doi: [10.1017/S1463423618000841](https://doi.org/10.1017/S1463423618000841).
6. Siabani S, Soroush A, Babakhani M, Siabani S, Naghibifarm Z, Karami H, Ghahremani M. Causes and Predictors of Hospital-Death among Elderly Patients in Western Iran; a Hospital-Based Cross-Sectional Study. *Adv J Emerg Med*. 2020;4(1):e3. doi: [10.18502/acta.v58i11.5148](https://doi.org/10.18502/acta.v58i11.5148).
7. Attanasio LB, Alarid-Escudero F, Kozhimannil KB. Midwife-led care and obstetrician-led care for low-risk pregnancies: A cost comparison. *Birth*. 2020;47(1):57-66. doi: [10.1111/birt.12464](https://doi.org/10.1111/birt.12464).
8. Isaline G, Marie-Christine C, Rudy VT, Caroline D, Yvon E. An exploratory cost-effectiveness analysis: Comparison between a midwife-led birth unit and a standard obstetric unit within the same hospital in Belgium. *Midwifery*. 2019;75:117-26. doi: [10.1016/j.midw.2019.05.004](https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.004).
9. Kenny C, Devane D, Normand C, Clarke M, Howard A, Begley C. A cost-comparison of midwife-led compared with consultant-led maternity care in Ireland (the MidU study). *Midwifery*. 2015;31(11):1032-8. doi: [10.1016/j.midw.2015.06.012](https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.06.012).
10. Ryan P, Revill P, Devane D, Normand C. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery*. 2013;29(4):368-76. doi: [10.1016/j.midw.2012.02.005](https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.02.005).

متناسب با شرایط کشور، بهترین مدل را تدوین و ارائه داد. هر مسیر و راهکاری که اتخاذ شود بدون شک از مسیر شفاف سازی و پاسخگویی خواهد گذشت. تا زمانی که این دو اصل در نظام سلامت نهادینه نشود، هیچ مسیری و هیچ راه کاری قابل پیاده سازی نیست. بنابراین به عنوان یک اصل، پیشنهاد عملی آن است که بیمه و کل نظام سلامت به معنای واقعی به سمت تولید شواهد بر پایه آمار و اطلاعات حرکت کنند، ساختار آماری ارتقا یابد تا به سادگی مشخص کند چه کسی، در کدام بیمارستان و دانشگاه و در چه تخصصی هزینه هایی بیش از گروه های متناظر ایجاد می کند و دلایل شکل گیری این هزینه ها چیست. در حال حاضر انباشتی از اطلاعات و آمار با کیفیت های نه چندان مطلوب در سامانه های متعدد انباشت می شود اما هیچ ردی از یک پرونده الکترونیک سلامت در سیستم دیده نمی شود. آیا هنوز وقت آن نرسیده که هر شهروند ایرانی بتواند از طریق تلفن همراه خود پرونده سلامت خود را ببیند و بداند که چه اطلاعات درست و نادرستی در آن درج شده و خود آگاهانه برای به روز ساختن اطلاعاتش مشارکت کند؟ زمانی که این ابزار و زیرساخت اساسی ساخته و اجرایی شود، به صورت جدی شفاف سازی و پاسخگویی حاصل خواهد شد.

اما راهبرد پیشنهادی دوم، اصلاح ساختارهایی است که ایجاد آسیب می کند و تقویت کننده اثرات نامطلوبی از جمله تداخل منافع است. جابه جایی متواتر بیمه سلامت بین دو وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نتوانسته مشکل را رفع نماید، زیرا اتصال بیمه سلامت به وزارت بهداشت صرفاً در سطوح بالا و انشایی بوده و هنوز دانشگاه های علوم پزشکی و بیمه احساس یکی بودن ندارند و این نکته متبلور نشده که مدیریت منابع بیمه و بیمارستان ها یک خواسته مشترک و یک نیاز همگانی است. این احساس زمانی حادث خواهد شد که بیمارستان و دانشگاه برای حفظ بقای خود به دنبال جذب منابع بیمه به هر دلیل و به هر شکلی نباشند. نظام پرداختی که در حال حاضر بین بیمه و دانشگاه ها شکل گرفته و همچنین نظام پرداخت کارانه به پرسنل بر اساس مدل فعلی، یکی از بزرگ ترین آسیب های موجود نظام سلامت است و اصلاح آن قطعاً کاری سخت و پرحاشیه خواهد بود و به سادگی و به سرعت میسر نمی شود. اما در نگاهی واقع بینانه، نظام سلامت راهی جز تن در دادن به یک جراحی