سرمقاله

نقد پیکربندی بیمه سلامت در کشورهای در حال توسعه

طاهر موهبتی [۱،*]

[۱] سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

[*] **نویسنده مسئول:** طاهر موهبتی، رئیس هیأت مدیره و مدیر عامل سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران.
ایمیل: mohebati.t@ihio.gov.ir

واژگان کلیدی: بیمه، سلامت، کشورهای در حال توسعه

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۰۴ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۷/۰۴/۲

Citation:
Mohebati T. Critique of health insurance configuration in developing countries. J Iran Health Insur. 2018;1(1-2):1-2

در دنیای مدرن بیمه‌ها نقش مهمی در عرصه سلامت ایفا می‌کنند. بیش از ۸۰ درصد از هزینه های سلامت و مراقبت های پزشکی در ایالات متحده توسط بیمه‌های عمومی یا خصوصی پرداخت می‌شود در حالیکه در دیگر کشورهای توسعه یافته پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت تا ۹۷ می‌رسد [۱]. بنابراین به بیمه‌ها به عنوان سرمایه برای پشتیبانی از نظام سلامت جوامع نگاه می‌شود. معمولاً بیمه‌ها نقش یک سازمان میانجی در انتقال سرمایه را از مصرف‌کننده خدمات سلامت به ارائه دهنده آن بازی می‌کنند. در بیشتر مدل‌های اقتصادی حق بیمه استخدام‌شدگان به صورت اسمی توسط دولت یا کارفرما پرداخت می‌شود ولی در عمل این مبلغ با افزایش مالیات عمومی یا کسر از دستمزد در واقع از جیب کارمندان پرداخت می‌شود [۲].

در این میان بیمه‌گر باید سیاست‌هایی را برای تأمین هزینه‌ها و یا ارائه خدمات سلامت وضع کند. این سیاست‌ها عموما به نفع بیمه‌گر دولتی در جهت ایجاد ارزش افزوده و به ضرر بیمه‌گذار است. از سوی دیگر یک محاسبه بلند مدت نشان می‌دهد که هزینه مراقبت‌های بهداشتی و خدمات درمانی اکثر استخدام‌شدگان در طول دوران خدمتشان کمتر از میزانی است که بصورت مستقیم و غیرمستقیم به عنوان حق بیمه می‌پردازند. این موضوع نقد اصلی وارد شده بر پیکربندی بیمه‌های پایه در کشورهای در حال توسعه است. تجارب جهانی نشان می‌دهند که این ضعف ساختاری همچنین منجر به ایجاد بی اخلاقی و نابرابری در نظام سلامت می‌شود [۳]. به طوریکه معمولاً مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت مخصوص بیمه‌های پایه از کیفیت کمتری نسبت به سایر مراکز درمانی خصوصی و دولتی برخوردارند. از سوی دیگر در بسیاری از مراکز طرف قرارداد با بیمه پایه، کیفیت خدمات ارائه شده به دارنده بیمه پایه کمتر از فردی است که هزینه درمان خود را مستقیماً از جیب پرداخت می‌کند. از این‌رو پدیده پرداخت‌های غیر متعارف (رشوه یا زیرمیزی) در نظام سلامت دوقطبی شده شکل می‌گیرند [۴].

محققان راهکار برون رفت از این نابسامانی را منوط به تحقق سه تغییر کلان در ساختار بیمه‌ای کشورها می‌دانند. اول ایجاد نظام بیمه‌ای پایه فراگیر برای همه آحاد جامعه که با تجمیع سرمایه بدست آمده از مالیات عمومی و سرمایه‌گذاری در زیرساخت‌های رفاهی کشور به ارزش افزوده دست یابد نه با سعی در عدم پرداخت هزینه‌های سلامت بیمه‌گذاران. دوم ایجاد نظام جامع پایش کیفیت خدمات و یکسان‌سازی تعرفه‌های ارائه دهندگان خدمات سلامت. سوم حمایت از گسترش بیمه‌های خصوصی و مکمل درمان در یک بازار آزاد رقابتی [۲, ۵].

References

1. van de Ven WP, Schut FT. Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? Health Aff (Millwood). 2008;27(3):771-81. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.771 pmid: 18474971
2. Cutler DM, Zeckhauser RJ. The anatomy of health insurance. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. Handbook of health economics: Elsevier; 2000. p. 563-643.
3. Meng Q, Fang H, Liu X, Yuan B, Xu J. Consolidating the social health insurance schemes in China: towards an equitable and efficient health system. Lancet. 2015;386(10002):1484-92. doi: 10.1016/S0140-6736(15)00342-6 pmid: 26466052
4. Lewis M. Governance and corruption in public health care systems: Center for Global Development; 2006.
5. Liao CH, Lu N, Tang CH, Chang HC, Huang KC. Assessing the relationship between healthcare market competition and medical care quality under Taiwan's National Health Insurance programme. Eur J Public Health. 2018. doi: 10.1093/eurpub/cky099 pmid: 29873710