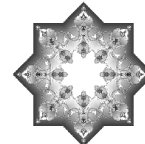


راهبردهای تأمین مالی در طرح بیمه سلامت در ایران



صفحات ۱۳۵ تا ۱۵۳
دریافت: ۹۵/۱/۲۸
پذیرش: ۹۵/۰۸/۹

محسن رسولیان^۱

چکیده

این پژوهش با هدف شناسایی و رتبه‌بندی راهبردهای درآمدی برای اجرای بیمه سلامت در ایران انجام شده است. روش تحقیق توصیفی - پیمایشی است. با توجه به محدودیت خبرگان تأمین مالی در شبکه بیمه سلامت و محدودیت دسترسی به آنها، جامعه آماری تحقیق متشکل از تعداد ۳۰ نفر از خبرگان بیمه‌ای حوزه سلامت در کشور انتخاب گردید. ابزار گردآوری داده‌ها مشتمل بر پرسش‌نامه محقق ساخته ۱۵ سوالی است که در بین خبرگان تأمین مالی شبکه بیمه سلامت توزیع گردید و با فرآیند سلسله مراتب تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که راهبرد تأمین مالی از طریق دریافت حق بیمه با وزن ۰/۲۵۹ در رتبه ۱ اهمیت، بودجه‌های دولتی با وزن ۰/۲۲۹ در رتبه ۲ اهمیت، دریافت‌های مالیاتی با وزن ۰/۱۹۱ در رتبه ۳ اهمیت، سایر منابع متفرقه با وزن ۰/۱۷۱ در رتبه ۴ اهمیت و درآمدهای سازمانی با وزن ۰/۱۵۱ در رتبه ۵ اهمیت قرار دارند. نتایج نشان داد که بار اصلی بیمه سلامت بر دوش بیمه‌شدگان است. دولت و سازمان‌های ذی‌ربط تأمین مالی اصلی طرح را عهده‌دار نخواهند بود. نتایج این تحقیق با آنچه را که سایر محققین و حتی طراحان بیمه سلامت مطرح می‌سازند متفاوت است و از نظر خبرگان، تأمین مالی این طرح بر دریافتی از بیمه‌گذاران تکیه دارد.

واژگان کلیدی: طرح بیمه سلامت، راهبرد تأمین مالی، تحلیل سلسله مراتبی.

مقدمه

هدف اصلی طرح‌های سلامت، حفظ و بهبود وضعیت جمعیت است (Cichon, 1999, 3). سلامت، سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهمترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است؛ لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است. مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. نظام‌های سلامت ایجاد شده‌اند تا با ارائه خدمات بهداشتی، درمانی و پیشگیری، سطح سلامت افراد جامعه را بهبود و ارتقاء بخشند، اما گاهی دسترسی به این خدمات به ویژه در کشورهای با درآمد پایین به بهای فقیر شدن خانواده‌ها می‌انجامد. اجرای طرح بیمه سلامت در ایران، نیازمند تأمین مالی گسترده‌ای است که به طور یقین توسط دولت امکان‌پذیر نیست. در این مقاله به بررسی راهبردهای اصلی تأمین مالی بیمه سلامت پرداخته خواهد شد تا افق و چشم‌انداز طرح مذکور از لحاظ تأمین مالی روشن گردد. سوال اصلی این تحقیق عبارت است از اینکه برای تأمین مالی بیمه سلامت تکیه اصلی بر چه منبعی است؟

بهداشت و درمان به عنوان یک خدمت ضروری دارای حساسیت زیادی است، چراکه توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند علاوه بر زیان‌هایی که بر سطح سلامت جامعه دارد باعث می‌شود که منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. کارایی خدمات سلامت نیز به مدیریت صحیح منابع نظام سلامت بر می‌گردد و عادلانه بودن آن به سیاست تأمین مالی نظام مربوط می‌شود، که نوع تأمین مالی نظام سلامت، شاخص عمده‌ای است که تعیین می‌نماید آیا در جامعه دسترسی عادلانه به مراقبت پایه سلامت برای افراد وجود دارد یا خیر و اینکه سهم مردم و دولت در تأمین مالی نظام به چه میزان است و به چه میزان باید باشد (فتاح زاده و همکاران، ۱۳۸۴، ۸). در سومین هزاره تاریخ مؤسسات خدمات بهداشتی و درمانی در مقابل آینده‌ای قرار دارند که در آن افزایش هزینه‌ها به عنوان خدمات در رده‌های بعدی مطرح خواهد شد. تأمین عادلانه منابع مالی، در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌ی مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، حسب توان پرداخت آنها توزیع شده است تا خطر خود بیماری یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید و نظام سلامتی که افراد یا خانوار گاهی در آن از طریق

خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است. این وضعیت، مشخصه اکثر کشورهای توسعه‌نیافته و برخی از کشورهای با درآمد در حال توسعه یا توسعه‌یافته است که در این کشورها، حداقل بخشی از جمعیت به میزان ناکافی در برابر خطرات مالی محافظت می‌شوند اما در اکثر کشورهای در حال توسعه معمولاً سهم بخش خصوصی بیشتر از سهم دولت می‌باشد برای مثال طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت در کشور ایران سهم کل مخارج بهداشتی و درمانی از تولید ناخالص داخلی در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸، به طور متوسط ۶ درصد بوده است که در آن سهم دولت و بخش خصوصی به ترتیب ۴۳/۶ و ۵۶/۴ درصد می‌باشد. به طور متوسط ۵۳/۵ درصد از مخارج سلامت در فاصله این سال‌ها در کشور (به جز هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت) به طور مستقیم توسط خانوار پرداخت شده است (Klontz, 2016, 13).

نظام سلامت ایران در محیطی با تغییرات سریع اجتماعی، اقتصادی و فنی عمل می‌کند که این امر منجر به ایجاد چالش‌های برخاسته از نیاز به عدالت، کیفیت، مناسب و اثربخشی انجام اصلاحاتی با خصوصیات بنیادین، هدفمند و پایدار در نظام سلامت بسیار ضروری است. زیرا جایگاه و رتبه ۹۳ در سطح سلامت و رتبه ۵۸ در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی ایران در میان نظام‌های سلامت دنیا حاکی از ضعف و ناکارآمدی قابل توجه در دستیابی به اهداف اساسی نظام سلامت می‌باشد (گزارش سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰، ۹). از تمام چالش‌های حوزه بهداشت و درمان آنچه به نظر می‌رسد ذهن سیاست‌مداران و مدیران را به شدت اشغال کرده و مدام بر اندیشه و اقدام آنها تأثیر خواهد گذاشت، هزینه‌ها، بودجه‌های قطع شده و محدود شدن منابع خواهد بود (Zare, 2008, 12). از سوی دیگر با توجه به روند اعتبارات و تنوع فعالیت‌ها در بخش بهداشت و درمان، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت و نیز پایین بودن سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی، بالا بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار از مجموع هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور از عوامل محدودکننده در تأمین مالی بخش سلامت محسوب می‌شود (سازمان بهداشت و آموزش ۱۹۹۹، ۱۱).

با توجه به مطالب فوق پژوهشگر در تحقیق حاضر به دنبال: ۱- شناسایی عوامل تأثیرگذار خارج از عوامل ذکر شده در قالب مدل مفهومی تحقیق ۲- رتبه‌بندی عوامل موثر در تأمین

درآمد بیمه سلامت و ۳- ارائه راه کارها و پیشنهادهایی در این زمینه می‌باشد. هدف از انجام این تحقیق یافتن راهبردها و زیر راهبردهایی است برای تأمین مالی طرح بیمه سلامت به نحوی که با وقایع و روح طرح منطبق و نشان‌دهنده میزان تأکید بر هر یک از راهبردهای تأمین مالی نیز باشد. با توجه به ادبیات و چارچوب تئوریک فوق، محقق با اجرای این تحقیق در پی یافتن پاسخ به سوالات زیر است:

۱. راهبردهای تأمین منابع درآمد بیمه سلامت کدامند؟
۲. اهمیت نسبی هر یک از راهبردها در گروه‌های مختلف با توجه به هدف اصلی تحقیق چقدر است؟
۳. رتبه‌بندی از راهبردها با توجه به اهمیت نسبی آنها چگونه است؟

۱. مبانی نظری

مبنای تئوریک و چارچوب نظری این تحقیق بر اسناد و مطالعات پیشین زیر استوار می‌باشد:

۱-۱. گزارش سلامت جهانی سال ۲۰۰۰

اطلاع از چگونگی تأمین منابع مالی نظام سلامت به منظور تأمین منابع مالی فعالیت‌های بخش سلامت و شناسایی الگوهای تأمین اعتبار با توجه به توسعه سطح اقتصادی-اجتماعی، ظرفیت‌ها و زیرساخت‌های مالی، قابلیت اجراء، مسئولیت و پاسخگویی سیاسی در قبال سیاست‌های اتخاذ شده می‌تواند مبنایی صحیح برای برنامه‌ریزی سیاست‌های بهداشتی و درمانی عدالت محور، قرار گیرد. یکی از اهداف اساسی دولت‌ها این است که مردم به مقدار کافی از خدمات رفاهی منتفع شوند و رفاه اجتماعی به عنوان اولویت اصلی عملکردی دولت‌ها، مجموعه اقداماتی (اعم از سیاست یا خدمات) است که برای رفع نیازهای آحاد جامعه و کاهش مشکلات اجتماعی صورت می‌گیرد. بهبود سلامت افراد، به ویژه افراد فقیر و کاهش نابرابری‌های سلامتی بین افراد فقیر و غنی به یکی از مهمترین دغدغه دولت‌ها در زمینه سیاست‌های داخلی تبدیل گردیده است و سبب شده تا بر اساس شرایط خود جهت بهبود دسترسی به رویکردهای مختلفی از قبیل روش‌های تسهیم خطر، بخشودگی بخشی از پرداخت‌ها یا حتی کل پرداخت‌ها، تبعیض قیمت، تخصیص مناسب منابع عمومی کمیاب، حمایت و قانونمند

ساختن بخش خصوصی در نظام سلامت، تخصیص یارانه‌های دولتی برای درمان گروه‌های کم درآمد، پوشش‌های بلندمدت و جامع بیمه درمان و غیره روی آورند. اولین گام جهت اتخاذ رویکردی مناسب برای رسیدن به وضع مطلوب و تحقق اهداف نظام سلامت: سلامتی، پاسخگویی و تأمین مالی عادلانه و شناخت وضعیت موجود می‌باشد (گزارش سلامت جهانی^۱، ۲۰۰۰، ۱۱). اغلب کارها و نمودارهای عملیاتی که در ایالات متحده آمریکا در مورد سلامت ارائه می‌شود، صرفاً برای ایجاد فضای احساس امنیت است (Green, 2014, 3).

۲-۱. شفافیت در تأمین مالی

نظام‌های سلامت با چهار کارکرد اصلی تأمین منابع مالی (جمع‌آوری منابع مالی، انباشت سرمایه و خرید) تدارک و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی تولید^۲ و تولید منابع، به وجود آمده‌اند، که شرط دستیابی به این اهداف، بهره‌مندی افراد جامعه از خدمات سلامت کارا و عادلانه می‌باشد. کارایی خدمات سلامت نیز به مدیریت صحیح منابع نظام سلامت بر می‌گردد و عادلانه بودن آن به سیاست تأمین مالی نظام مربوط می‌شود، که نوع تأمین مالی نظام سلامت، شاخص عمده‌ای است که تعیین می‌نماید آیا در جامعه دسترسی عادلانه به مراقبت پایه سلامت برای افراد وجود دارد یا خیر و اینکه سهم مردم و دولت در تأمین مالی نظام به چه میزان است و به چه میزان باید باشد (فتاح زاده و همکاران، ۱۳۸۴، ۱۶).

۳-۱. اهداف بیمه سلامت

اهداف تأمین مالی سلامت عبارتند از: در دسترس قرار دادن وجوه، ایجاد انگیزش‌های مالی صحیح برای ارائه‌کنندگان و اطمینان یافتن از دسترسی تمام افراد به خدمات بهداشتی عمومی و مراقبت سلامتی فردی و اثربخش. معنی این امر کاهش و یا از بین بردن وضعیت عدم توان پرداخت فرد برای دریافت مراقبت‌ها و یا جلوگیری از تهی شدن فرد در نتیجه پرداخت هزینه‌ها است. هر کشور باید درباره یک راهبرد تأمین منابع مالی به تصمیم‌نهایی برسد؛ یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی از روش‌های تأمین مالی برای تأمین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند: درآمد عمومی یا مالیات‌های معین شده^۳، حق بیمه‌ها برای بیمه

-
1. The World health report
 2. Stewardship
 3. General revenue or earmarked taxes

اجتماعی^۱، حق بیمه‌ها برای بیمه خصوصی^۲، تأمین مالی جامعه‌ای^۳، پرداخت مستقیم توسط افراد^۴، کمک‌های خارجی و خیریه‌ها^۵ که اکثر کشورها از ترکیبی از این شیوه‌ها استفاده می‌کنند (فتاح زاده و همکاران، ۱۳۸۴، ۱۸). برای تحقق اهداف بیمه نظام ارزیابی عملکرد ضروری است. از آنجایی که با شیوه‌ها و شاخص‌های موجود ارزیابی عملکرد در حوزه مورد مطالعه نمی‌توان همه عوامل تأثیرگذار بر بهبود و توسعه عملکرد سازمانی را بررسی و جایگاه واقعی سازمان را مشخص و نتایج آن را با دیگر سازمان‌ها مقایسه نمود، بکارگیری یکی از مدل‌های تعالی سازمانی پیشنهاد می‌گردد (پورشیرانی و دیگران، ۱۳۹۰، ۵۴).

۴-۱. تأمین منابع مالی

تأمین عادلانه منابع مالی در نظام‌های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌ی مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شده است تا خطر خود بیماری یک نظام با تأمین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می‌نماید و نظام سلامتی که افراد یا خانوارها گاهی در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه، مجبور به عدم خرید مراقبت می‌گردند، ناعادلانه است (Zare, 2006, 15). در بیشتر موارد تلاش‌های اصلاحات به دنبال اصل عمومی «جدا کردن تأمین مالی از تدارک خدمات» بوده، به طوری که جریان پول به دنبال بیمار جاری می‌شود و از نظام‌های پرداخت انگیزشی محور به فراهم کننده استفاده شود. مهمترین توصیه‌ها برای این کشورها عبارتند از: نگاه به جابه‌جایی عادلانه و کارآیی منابع به عنوان بالاترین اولویت سلامت: زیرا پایداری منابع و متناسب با نیازهای بلند مدت، حیاتی است (حسن زاده، ۱۳۹۰، ۱۳۷).

۵-۱. ترکیب منابع مالی در نظام بیمه‌ای ایران

تأمین مالی نظام سلامت در ایران، ترکیبی غیر بهینه از روش‌های فوق است. یعنی بخشی از

1. Social insurance contribution
2. Private insurance premiums
3. Community financing
4. Direct out of pocket payments
5. External Aid

منابع عمومی دولت و بخشی از مشارکت اجباری در پرداخت حق بیمه‌های درمان به سازمان‌ها و مؤسسات بیمه‌ای که عمدتاً ارائه دهنده‌ی بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی پایه هستند تأمین می‌شود.

۱-۶. برون سپاری

یکی از چارچوب‌های مهم تئوریک در این تحقیق است. زیرا طرح بیمه سلامت تأکید بر انجام خدمات به وسیله بخش خصوصی دارد. برون‌سپاری عبارت است از واگذاری تمام یا بخشی از مسئولیت انجام یک وظیفه سازمانی مشخص به یک فرد، گروه یا سازمان تخصصی تا ضمن کاهش هزینه‌ها امکان تحقق کیفیت‌های برتر نیز فراهم گردد (پورمعلم، ۱۳۸۹، ۲۵). گرایش به جهانی شدن برای برخی از جوامع دردسرزا شده است. در این میان روند خصوصی‌سازی هم بدون توجه به پیش‌نیازهایی مانند آزادسازی و استقرار جامعه مدنی، کمابیش به کار خود ادامه می‌دهد و توزیع نابسامان عوامل تولید را بیش از پیش نابسامان‌تر می‌کند (عبیری، ۱۳۸۸، ۱). برون‌سپاری راهی نوین برای حل مشکلات دولت‌ها است که نیازمند تغییرات بنیادین در نگرش مدیران به ماهیت خدمت و نوع ارتباطشان با بخش خصوصی و نیز تغییر در قوانین مرتبط برای تسهیل موضوع دارد.

برون‌سپاری موجب کوچک شدن دولت همراه با کاهش هزینه‌ها، افزایش بهره‌وری و کیفیت خدمات، ایجاد اشتغال موثر در بخش خصوصی، انتقال فن‌آوری، جذب سرمایه‌گذاری خارجی، ایجاد درآمد ارزی، کم کردن فاصله میان بازارهای داخلی با خارجی و کمک به توسعه می‌شود (الوانی، اشرف زاده، ۱۳۸۷، ۱۰). به عنوان مثال می‌توان به نتایج تحقیق از برون‌سپاری یک داروخانه اشاره نمود. با واگذاری داروخانه ماهیانه مبالغ بسیار در هزینه‌های پرسنلی و هزینه‌ی خرید دارو صرفه‌جویی شده است. بیمارستان ماهیانه ۱۰۰ میلیون ریال، بابت اجاره‌ی مکان داروخانه از شرکت تعاونی طرف قرارداد دریافت نموده است. تعداد پرسنل داروخانه از ۹ نفر به ۱۴ نفر و سطح تحصیلات آنان نیز به میزان قابل توجهی افزایش، زمان صرف شده روزانه توسط مدیر کاهش و رضایت مسئولان بخش‌های درمانی بیمارستان افزایش یافته است. از میان ۱۹ فعالیت مورد بررسی در ۱۰ مورد اختلاف معنی‌دار می‌باشد. تعداد نسخه‌های پیچیده شده داروخانه نیز افزایش یافته است (تورانی و دیگران، ۱۳۸۸، ۷۰).

۲. جامعه آماری

جامعه آماری این تحقیق عبارتند از خبرگان حوزه تأمین مالی بیمه سلامت در کشور که به علت محدودیت تخصص فوق تعداد آنها در کشور انگشت شمار است. با بررسی سوابق افراد توانستیم همکاری تعداد ۳۰ نفر از خبرگان مذکور برای مشارکت در اجرای تحقیق از طریق تکمیل ابزار گردآوری داده‌های تحقیق که پرسشنامه می باشد جلب شد. مشخصات مهم جمعیت‌شناختی جامعه مذکور از لحاظ جنسیت، تحصیلات و غیره منطبق با جداول زیر است:

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی جنسیت پاسخگویان

جنسیت	فراوانی	درصد
مرد	۲۸	۹۳/۳
زن	۲	۶/۷
جمع	۳۰	۱۰۰

جدول شماره ۲- توزیع فراوانی سطح تحصیلات پاسخگویان

سطح تحصیلات	فراوانی	درصد
لیسانس	۲۳	۷۶/۷
فوق لیسانس و بالاتر	۷	۲۳/۳
جمع	۳۰	۱۰۰

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی سابقه کار پاسخگویان

سابقه کار (سال)	فراوانی	درصد
کمتر از ۱۰ سال	۵	۱۶/۷
بین ۱۰ تا ۲۰ سال	۱۰	۳۳/۳
بالای ۲۰ سال	۱۵	۵۰
جمع	۳۰	۱۰۰

جدول شماره ۴- توزیع فراوانی سن کارکنان

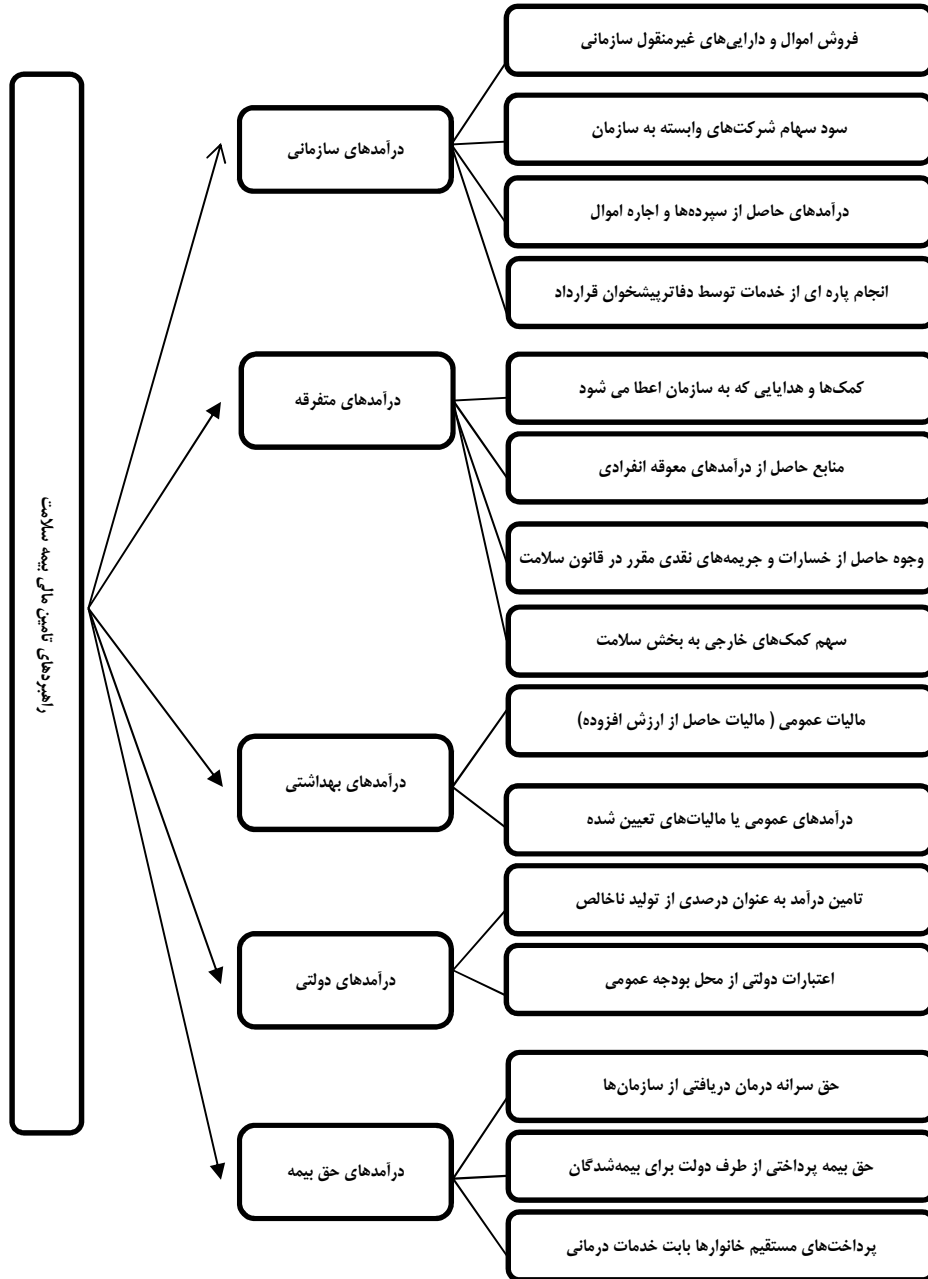
سن	فراوانی	درصد
کمتر از ۴۰	۲	۶/۷
۴۱-۴۹	۱۶	۵۳/۳
۵۰ و بالاتر	۱۲	۴۰
جمع	۳۰	۱۰۰

۳. روش پژوهش

تحقیق حاضر از لحاظ هدف کاربردی، و از لحاظ متغیر کیفی، از لحاظ زمان مقطعی و از لحاظ ابزار گردآوری توصیفی پیمایشی از نوع همبستگی علی می‌باشد. ابتدا مطالعه سوابق طرح و سپس کار روی موضوع اصلی مقاله مورد نظر می‌باشد که جهت شناسایی و اعتبارسنجی راهبردهای تأمین منابع مالی از روش سلسله مراتبی (AHP) استفاده شده است.

۴. یافته‌های تحقیق

با بهره‌مندی از مطالعات کتابخانه‌ای و نتایج تحقیقات پیشین و همچنین بررسی نظرات خبرگان تأمین مالی حوزه تأمین سلامت، انواع راهبردهای تأمین مالی برای اجرای طرح بیمه سلامت از طریق پنج راهبرد اصلی و ۱۹ راهبرد فرعی امکان‌پذیر است. خلاصه راهبردهای اصلی و فرعی به شرح نمودار شماره ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱- انواع راهبردهای اصلی و فرعی تأمین مالی طرح بیمه سلامت در ایران

راهبردهای اصلی و فرعی فوق جهت بررسی‌های بعدی و اولویت‌بندی به نحو اختصاری مذکور در جدول شماره ۶ لحاظ گردیدند:

جدول شماره ۶- معرفی راهبردهای اصلی و فرعی با علامت اختصاری:

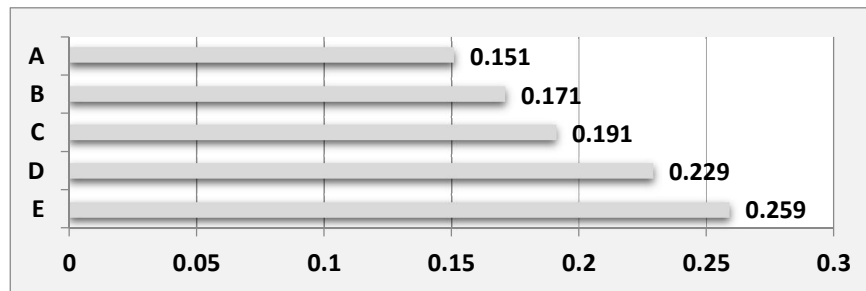
راهبرد اصلی	نشان اختصاری	راهبرد فرعی	نشان اختصاری
درآمدهای سازمانی	A	فروش دارایی‌های غیر منقول سازمانی	A1
		سود سهام شرکت‌های وابسته به سازمان	A2
		درآمدهای حاصله سپرده‌ها و اجاره اموال و دارایی‌های سازمان	A3
		انجام پاره‌ای از خدمات سازمان توسط دفاتر پیشخوان طرف قرارداد	A4
درآمدهای متفرقه	B	کمک‌ها و هدایایی که به سازمان اعطا می‌شود	B1
		منابع حاصل از درآمدهای معوقه انفرادی	B2
		وجوه حاصل از خسارات و جریمه‌های نقدی مقرر در قانون	B3
		سهم کمک‌های خارجی به بخش سلامت	B4
درآمدهای بهداشتی	C	مالیات عمومی (مالیات حاصل از ارزش افزوده)	C1
		درآمدهای عمومی یا مالیات‌های تعیین شده	C2
درآمدهای دولتی	D	تأمین درآمد به عنوان درصدی از تولید ناخالص ملی	D1
		اعتبارات دولتی از محل بودجه عمومی جهت حمایت‌ها	D2
درآمد حق بیمه	E	حق سرانه درمان دریافتی از دستگاه‌ها، سازمان‌ها، وزارتخانه‌ها	E1
		حق بیمه پرداختی از طرف دولت برای بیمه شدگان	E2
		پرداخت‌های مستقیم توسط خانوارها در قبال دریافت خدمات درمانی	E3

با توجه به نظر خبرگان حوزه تحقیق و بررسی محتوایی انجام شده، اوزان هر یک از راهبردهای اصلی پنجگانه تأمین مالی (راهبردهای سطح یک) به شرح جدول مقایسه زوجی شماره ۷ تلخیص گردیده است.

جدول ۷- ماتریس تلفیق شده (هندسی) مقایسات زوجی گروه سطح یکم (راهبردهای تأمین مالی بیمه سلامت)

رتبه	اوزان سطح یکم	A	B	C	D	E	عوامل اصلی
۱	۰/۲۵۹	۱/۳۸۴	۱/۴۱۲	۱/۴۷۵	۱/۳۷	۱	E
۲	۰/۲۲۹	۱/۴۳۶	۱/۴۴۸	۱/۴۱۸	۱	۰/۷۲۹	D
۳	۰/۱۹۱	۱/۳۸۷	۱/۳۱۳	۱	۰/۷۰۵	۰/۶۷۷	C
۴	۰/۱۷۱	۱/۳۵۸	۱	۰/۷۶۱	۰/۶۹	۰/۷۰۲	B
۵	۰/۱۵۱	۱	۰/۷۳۶	۰/۷۲	۰/۴۹۶	۰/۷۲۲	A

IR=0/00902<0/1



شکل ۱- اوزان راهبردهای اصلی تأمین منابع درآمد بیمه سلامت ایران

از آنجائی که میزان شاخص ناسازگاری ماتریس $IR=0/00902$ است و این مقدار کمتر از $0/1$ می‌باشد بنابراین ناسازگاری مقایسات این ماتریس قابل قبول می‌باشد و از میان ۵ راهبرد اصلی در تأمین منابع درآمد سازمان بیمه سلامت که مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، با توجه به ماتریس بالا راهبرد E (درآمد حق بیمه) با وزن $0/۲۵۹$ در رتبه ۱ اهمیت، راهبرد D (درآمدهای دولتی) با وزن $0/۲۲۹$ در رتبه ۲ اهمیت، راهبرد C (درآمدهای مالیاتی) با وزن $0/۱۹۱$ در رتبه ۳ اهمیت، راهبرد B (درآمدهای متفرقه) با وزن $0/۱۷۱$ در رتبه ۴ اهمیت و راهبرد A (درآمدهای سازمانی) با وزن $0/۱۵۱$ در رتبه ۵ اهمیت قرار گرفته‌اند. در ادامه وزن نهایی تمامی راهبردها ارائه شده است.

۴-۱. رتبه‌بندی و اولویت راهبردها

وزن نهایی هر راهبرد برابر است با حاصل ضرب وزن محلی عناصر در وزن سر گروه خود (راهبرد اصلی) و نهایت رتبه هر یک از راهبردهای اصلی مشخص می‌گردد که نتایج این گام در جدول شماره ۸ آمده است.

جدول ۸- رتبه‌بندی راهبردهای تأمین مالی بیمه سلامت ایران

رتبه راهبرد اصلی	وزن راهبردهای اصلی	راهبرد اصلی
۵	۰/۱۵۱	A
۴	۰/۱۷۱	B
۳	۰/۱۹۱	C
۲	۰/۲۲۹	D
۱	۰/۲۵۹	E

منطبق با نتایج حاصل از عملیات تحلیل سلسله مراتبی مذکور، در جداول بالا، می‌توان گفت که تأمین مالی این طرح در اولویت اول از محل راهبرد شماره E که همان تأمین مالی از طریق دریافت حق بیمه می‌باشد، انجام می‌پذیرد. بدین معنا که تأمین مالی از جیب مردم اصلی‌ترین راه تأمین مالی این طرح است. این راهبرد اصلی‌ترین محل تأمین مالی را به دوش مردم نهاده و خدمات گیرندگان باید اصلی‌ترین بخش هزینه‌های این طرح را تقبل نمایند. در نگاه اول شاید به نظر برسد که باز هم در این طرح مردم باید تأمین مالی نمایند، پس چه خدمتی به مردم شده است. پاسخ این سوال را باید در خصوصیت اعداد بزرگ جستجو نمود. وقتی یک جامعه ۵۰ میلیون نفری نسبت به پرداخت حق بیمه اقدام نمایند در منبع تأمین مالی طرح عدد بزرگی ذخیره می‌شود، اما لازم نیست همه یا قسمت اعظم هزینه‌های خدمات توسط هر فرد تأمین شود. زیرا تعداد افراد سالم که نیاز به خدمات بیمه‌ای گسترده و متعددی ندارند زیاد است ولی آنها حق بیمه پرداخت می‌کنند و در عوض تأمین مالی عده قلیلی که بیمار هستند به راحتی تأمین می‌شود و لازم نخواهد بود که سهم پرداختی هزینه خدمات بیمه‌ای از محل جیب بیمه شده عدد بزرگی باشد. در اولویت دوم برای تأمین مالی این طرح راهبرد D که همان تأمین مالی از محل منابع دولت است قرار دارد.

جدول ۹- رتبه‌بندی راهبردهای فرعی تأمین مالی بیمه سلامت ایران

رتبه نهایی (اولویت)	وزن نهایی	وزن در شاخه	راهبردهای فرعی
۱۳	۰/۰۱۵	۰/۲۰۱	A1
۸	۰/۰۳۹	۰/۳۱۱	A2
۱۵	۰/۰۰۶	۰/۰۸۵	A3
۱۱	۰/۰۲۵	۰/۲۹۵	A4
۷	۰/۰۴۵	۰/۳۲۴	B1
۹	۰/۰۳۲	۰/۳۰۶	B2
۱۰	۰/۰۳۰	۰/۳۰۱	B3
۴	۰/۱۰۵	۰/۳۶۹	B4
۳	۰/۱۱۱	۰/۳۷۹	C1
۵	۰/۱۰۱	۰/۳۵۸	C2
۱۲	۰/۰۱۹	۰/۲۲۵	D1
۶	۰/۰۷۷	۰/۳۵۸	D2
۱۴	۰/۰۱۱	۰/۱۵۷	E1
۲	۰/۱۵۷	۰/۷۵۹	E2
۱	۰/۲۴۶	۰/۴۸۸	E3

از محتوای جدول شماره ۸، می‌توان ده راهبرد مهم تأمین مالی به ترتیب اولویت قابل ملاحظه می‌باشد. راهبرد پرداخت‌های مستقیم توسط خانوارها در قبال دریافت خدمات درمانی با وزن نسبی ۰/۲۴۶ در رتبه اول، پس از آن راهبرد حق بیمه پرداختی از طرف دولت برای بیمه شدگان با وزن نسبی ۰/۱۵۷ در رتبه دوم و راهبرد مالیات عمومی (مالیات حاصل از ارزش افزوده مصوب ۱۳۸۷/۲/۱۷) با وزن نسبی ۰/۱۱۱ در رتبه سوم اولویت قرار دارد.

سه راهبرد فرعی از راهبرد اصلی شماره E که معرف تأمین منابع مالی طرح بیمه سلامت از طریق بیمه‌شدگان می‌باشد روی هم تأمین‌کننده حدود ۵۱ درصد منابع مورد نیاز برای اجرای طرح بیمه سلامت در کشور می‌باشند. راهبرد فرعی سهم کمک‌های خارجی به بخش سلامت

با وزن نسبی ۰/۱۰۵ در رتبه چهارم و راهبرد فرعی تأمین مالی به وسیله درآمدهای عمومی یا مالیات‌های تعیین شده با وزن نسبی ۰/۱۰۱ در رتبه پنجم تأمین مالی طرح بیمه سلامت قرار داد. راهبرد تأمین مالی اعتبارات دولتی از محل راهبرد فرعی بودجه عمومی جهت حمایت‌ها با وزن نسبی ۰/۰۷۷ در رتبه ششم قرار گرفته‌اند. راهبرد تأمین مالی از طریق بکارگیری کمک‌ها و هدایایی که به سازمان اعطا می‌شود با وزن نسبی ۰/۰۴۵ در رتبه هفتم و راهبرد تأمین مالی به وسیله سود سهام شرکت‌های وابسته به سازمان با وزن نسبی ۰/۰۳۹ در رتبه هشتم اولویت قرار دارند. راهبرد تأمین مالی از طریق استفاده از درآمدهای معوقه انفرادی با وزن نسبی ۰/۰۳۲ در رتبه نهم و وجوه حاصل از خسارات و جریمه‌های نقدی مقرر در قانون با وزن نسبی ۰/۰۳۰ در رتبه دهم اولویت تأمین منابع مالی قرار دارند.

۵. پیشنهادهای کاربردی

با توجه به نتایج حاصله از تحقیق، پیشنهادهای کاربردی زیر ارائه می‌گردد:

۱- با توجه به نتایج این تحقیق، نخستین محل تأمین مالی طرح بیمه سلامت، حق بیمه دریافتی از بیمه‌شدگان می‌باشد، چنانچه جامعه بیمه سلامت متفرق و به صندوق‌های بیمه سلامت کوچک تبدیل شود، لذا باید سهم بزرگی از منابع مالی طرح، از محل حق بیمه دریافتی از بیمه‌شدگان صورت پذیرد که به دلیل کوچک بودن جامعه تحت پوشش هر صندوق، متولیان صندوق‌ها مجبور به ایجاد فشار مالی به بیمه‌شدگان خواهند شد و سهم زیادی از جیب هر بیمه‌شده برای تأمین هزینه‌های درمان مطالبه خواهد گردید. بدین لحاظ پیشنهاد می‌شود که در طرح بیمه سلامت برای کاهش سهم پرداختی حق بیمه هر فرد نسبت به تشکیل یک صندوق بیمه سلامت مشترک در کل کشور اقدام شود و تلقی «کوچک زیباست» در این موضوع جایگاهی ندارد و یک تله محسوب می‌شود که موجب شکست در تأمین مالی طرح خواهد شد.

۲- با توجه به نتیجه دیگر این تحقیق که بیان می‌دارد تأمین مالی طرح بیمه سلامت از محل درآمدهای دولت در اولویت دوم تأمین مالی می‌باشد، مناسب است که دولت تمام منابع مالی اختصاص یافته به انواع بیمه‌های تکمیلی با نمادهای مختلف را که به شکل‌های گوناگون در قالب کمک‌های بلاعوض به نهادهای بیمه‌ای ارائه می‌دهد را تعطیل و صرفاً منابع خود برای اجرای کامل بیمه سلامت و در چاقوب مقررات آن همه ساله تدوین و

- به تصویب مجلس شورای اسلامی رسانده و در همین راستا توزیع نماید
- ۳- از آنجایی که تأمین مالی بیمه سلامت از طریق مالیات‌ها یکی از راهبردهای اولیت سوم این تحقیق می‌باشد و نشان‌دهنده اهمیت بالایی در این خصوص است، پیشنهاد می‌شود که از هم اکنون سهم مالیات‌ها در تأمین هزینه اجرای طرح بیمه سلامت مورد پیش‌بینی قرار گیرد و همه ساله این سهم به طور مشخص توسط سازمان امور مالیاتی کشور تأمین و به حساب خزانه واریز گردد.
- ۴- سهم تأمین مالی از طریق درآمدهای بهداشتی با اولیت چهارم، مؤسسات و نهادهای ارائه خدمت در طرح بیمه سلامت را به توجه بیشتر به این محل تحریک خواهد کرد. بدین معنا که مسئولان این بنگاه‌های سعی خواهند کرد راه کارهایی را برای کسب درآمد از محل خدمات بهداشتی به بیمه شدگان بیابند. در همین راستا ممکن است طمع کسب درآمد، موجب بی‌نظمی و بی‌قانونی‌هایی شود که نتیجه آن ظلم به مردم باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که سامانه نظارتی بر نحوه ارائه خدمات بهداشتی، اعم از کشف ضرورت ارائه خدمات، کیفیت و کمیت آن و همچنین نظارت بر قیمت‌ها به گونه‌ای نظام‌مند تدوین و به اجرا گذاشته شود.
- ۵- کاهش هزینه‌ها از طریق برون‌سپاری خدمات، یکی از راهکارهای پیش رو در همه سازمان‌هاست، اما تاکنون تجربه مشخص اندازه‌گیری شده‌ای مبنی بر اینکه آیا برون‌سپاری در سازمان‌های دولتی ایران با حفظ ساختار دولتی و با حفظ کیفیت و کمیت خدمات، کاهش یافته است یا نه وجود ندارد. اغلب برون‌سپاری‌ها شکلی است و احساس می‌شود موجب کاهش هزینه نشده است. لذا پیشنهاد می‌شود که چنانچه برای کاهش هزینه‌ها راهکار برون‌سپاری خدمات بیمه‌ای مد نظر باشد باید روش‌های اندازه‌گیری اثربخشی هر برون‌سپاری نیز تدوین و ابزار مناسب برای پایش آن در دسترس قرار داشته باشد. در غیر این صورت نه تنها ممکن است موجب کاهش هزینه نشود بلکه ممکن است افزایش هزینه‌ها را نیز در بر داشته باشد.

۶. نتیجه گیری

طرح بیمه سلامت، یکی از طرح‌های مهم کشورهای توسعه یافته است که اخیراً در برخی از کشورها به اجرا در آمده، ایران نیز از جمله کشورهایی است که طرح فوق را با لحاظ نمودن ویژگی‌های اقتصادی، جمعیتی و فرهنگی ایران منطبق در دولت دهم و یازدهم به اجرا در آورده است. یکی از دغدغه‌های مهم این طرح نحوه تأمین مالی آن است، در این تحقیق راهبردهای تأمین مالی بیمه سلامت مورد بررسی قرار گرفت و با توجه به پیشینه اجرای این طرح در کشورهای مختلف و بررسی تئوری‌ها و نظریات موجود در این حوزه و همچنین بهره‌مندی از نظریات خبرگان ذی فن، راهبردهای تأمین مالی طرح مورد کنکاش و جستجو قرار گرفت و توانستیم به مجموعه‌ای از راهبردها و اولویت هر یک از آنها در تأمین مالی طرح دست یابیم که به تفصیل در متن مقاله به تشریح هر یک از آنها پرداخته شده است.

راهبردهای دهگانه حاصل از این تحقیق تأکید می‌نماید که برای اجرای پایدار این طرح باز هم باید در اولویت اول به منابع حاصل از خدمت‌گیرندگان طرح تکیه نمود و در اولویت آخر می‌توان منابع حاصل از جرایم را برای اجرای این طرح در نظر داشت، درآمدهای ناپایدار حاصل از بودجه‌های دولتی و تغییرات ناشی از درآمدهای دولت نمی‌تواند راهبرد دارای اولویت اول و به عنوان منبع پایداری برای اجرای طرح بیمه سلامت تلقی شود و خواه‌ناخواه در گذر زمان و تغییرات بودجه‌ای و اداری، تأمین مالی طرح از بودجه دولت به یک چالش بزرگ تبدیل خواهد شد، علی‌الخصوص که دستبردهای ناشایست به منابع دولتی در هر طرحی اجتناب‌ناپذیر است، لذا تأکید بر منابع خیریه در تأمین مالی این طرح نیز به عنوان یک راهبرد دارای اولویت بالا نشان داده شده است.

منابع:

۱. احمدوند علیرضا و دیگران، «گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰: نظام‌های سلامت: ارتقای عملکرد» (۱۳۹۳)، مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت، تهران، ایران
۲. الوانی سیدمهدی، اشرف زاده فرزاد (۱۳۸۷)، برون‌سپاری راهی به سوی توسعه، انتشارات مبتکران، تهران، ایران
۳. پورمعلم، ناصر، (۱۳۸۹)، «مهندسی برون‌سپاری در حمل و نقل. وزارت راه و ترابری»، معاونت آموزش، تحقیقات و فناوری، دفتر مطالعات فناوری و ایمنی، تهران، ایران
۴. پورشیروانی نصرالله، ملکی محمدرضا، اسماعیل مطلق محمد، توفیقی شهرام، کبیر محمد جواد (۱۳۹۰)، «ضرورت بازنگری شیوه‌های رایج ارزیابی عملکرد حوزه ستادی معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور با مدل‌های تعالی سازمانی»، فصلنامه حکیم، شماره ۵۳، تهران، ایران
۵. تورانی سوگند، ملکی محمدرضا، قدوسی مقدم، سارا، گوهری، محمدرضا (۱۳۸۸)، «مقایسه‌ی کارایی و اثربخشی داروخانه‌ی مرکز آموزشی درمانی فیروزگر پیش و پس از برون‌سپاری». فصلنامه مدیریت سلامت، شماره ۱۲، تهران، ایران
۶. چشم راه محسن، مرتضوی سیدمحسن (۱۳۸۹)، «مدیریت برون‌سپاری اثربخش»، موسسه کتاب مهربان نشر، تهران، ایران
۷. حسن زاده علی، فخیم‌علیزاده سعیده (۱۳۹۰)، «عدالت بیمه اجتماعی و خرید راهبردی سلامت»، جلد، حسن‌زاده علی، نشر بهرام، تهران، ایران
۸. عبیری، علامحسن (۱۳۸۸)، «آزادسازی خصوصی سازی، رقابت پذیری و ارتباطات». نشر تهران آیدن. تهران، ایران
۹. فتاح زاده، امیرعباس و دیگران (۱۳۸۴)، «اصلاحات نظام سلامت»، چاپ اول، انتشارات موسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، تهران، ایران
10. Cichon Michael, Newbrander William, "A compendium of quantitative techniques for health care financing", International Labor Office, 1999, Geneva
11. Green Michelle A, "Understanding Health Insurance: A Guide to Billing and Reimbursement (with Premium Website, 2 terms (12 months) Printed Access Card for Cengage EncoderPro.com Demo) 12th Edition", 2014, CENGAGE HEALTH Care.
12. Klontz Brad, "Facilitating Financial Health", 2nd edition, 2016, London
13. Zare, Hossein. (2006) Health Care System Around the World: Volume II: designing health benefit package, Medical Service Insurance Organization

(MSIO), Scientific and Cultural Publishing Co, Tehran, Iran, 2006(1385)

14. Zare. Hossein. (2008). Designing Health Benefit Packages for Social Security Organizations, Research Report, Social Security Research Institute, Tehran, Iran (1387) (Farsi)