

عرضه ۶۳۶ هزار خدمت کوتاه مدت در شش ماهه اول سال ۹۶

در شش ماهه اول سال جاری، سازمان تامین اجتماعی، ۶۳۶ هزار و ۲۵۳ خدمت کوتاه مدت به ارزش ۳۹۳ میلیارد تومان به بیمه‌شدگان و مستمری بگیران عرضه کرده است. براساس گزارشی که دفتر آمار و محاسبات اقتصادی و اجتماعی سازمان تامین اجتماعی منتشر کرده، تا شهریورماه امسال، ۵۱ هزار و ۴۴۵ کمک هزینه ازدواج به ارزش ۶۰ میلیارد تومان و ۹۴ هزار و ۸۴۹ کمک هزینه مرخصی، به ارزش ۱۳۱ میلیارد تومان در اختیار بیمه‌شدگان قرار گرفته است. در همین مدت، ۳ میلیارد و ۷۷۷ میلیون تومان برای ۱۳ هزار و ۸۴۲ کمک هزینه سفر و ۱۶ میلیارد و ۶۰۰ میلیون تومان برای ۲۱۶ هزار و ۲۸ کمک هزینه اروتز و پروتز، پرداخت شده است.

یکشنبه ● ۲۴ دی ۱۳۹۶ ● شماره صد و سی و هفت

ا
ت
ی
۷
۶
۵
۴
۳
۲
۱
۰



ویژه طرح تحول نظام سلامت

سلامت، به یک شکل نیستند و ممکن است عده‌ای آگاهانه به دنبال افزایش کیک بازار سلامت، حتی به قیمت تحمل سختی و فشارهای زیاد بر دیگر ارکان آن باشند تا در آینده‌ای نزدیک، از مزایای این بازار بزرگ استفاده کنند. مسئله دیگر مشکلات و تنگناهای مالی بازار سلامت است که به دلایل مختلف رخ داده‌اند. یادمان باشد در حوزه سلامت اگر سفره‌ای پهن کردیم، به راحتی نمی‌توان آن را جمع کرد. اگر فکر کنیم در ادامه ارزش بازار ۱۲۰ هزار میلیاردی کنونی را کم می‌کنیم، باید تاکید کنم این موضوع، عملی نیست، اما می‌توان از راه‌های دیگر، مانع افزایش و چه بسا کنترل هزینه‌های سالانه بازار سلامت شد.

در داستان تعادل مالی نظام سلامت، از یک طرف باید بتوانیم هزینه‌ها را کنترل کنیم و در طرف دیگر هم به دنبال تامین منابع مالی بیشتری باشیم تا مجدداً به نقطه تعادل برسیم. به باور نگارنده، قبل از اینکه به سیاست‌ها و راهکارهای کاهش هزینه‌ها در نظام سلامت بپردازیم، باید به درک درستی از واقعیت ماجرا دست پیدا کنیم. این واقعیت، همان رشد بازار سلامت است. ما نیاز به کاهش هزینه‌های نظام سلامت داریم و در این مسیر نیز دو راهکار پیش روی ماست. یکی افزایش بهره‌وری و مواردی مانند

کاهش هزینه‌های تولید خدمات درمانی است -که در ایران، بسیار گران و فناوری‌زده است- و دیگری، جیره‌بندی (Rationing) در سطوح مختلف ارزیابی فناوری‌های سلامت (HTA)، سطح‌بندی خدمات، تعرفه‌گذاری و

اجرای شدن دستورالعمل‌های مصرف (Clinical Pathway Guideline) است. در کاهش و مدیریت هزینه‌های نظام سلامت، نیازمند توجه بیشتر به جیره‌بندی خدمات هستیم و به‌خصوص باید چهار مکانیسم آن را با جدیت بیشتری اعمال کنیم. علاوه بر همه این‌ها به نظر می‌رسد در طرح تحول نظام سلامت، آن گونه که باید، حق سازمان‌های بیمه‌گر در مراحل مختلف سیاست‌گذاری، اجرا، قدردانی و قضاوت، ادا نشده است. اول از همه در جایی که سیاست‌گذاری طرح تحول صورت می‌گرفت، از نظرات و دیدگاه‌های سازمان‌های بیمه‌گر -به عنوان شریک پرداخت هزینه‌ها- استفاده کافی

نشد؛ به‌خصوص سازمان تامین اجتماعی که دومین تولیدکننده خدمات درمانی در کشور است. در مرحله اجرا نیز وزارت بهداشت، در حوزه تخصصی بیمه‌ها ورود کرد. یعنی یارانه سلامت، به عنوان پرداخت جزئی از هزینه‌های بیماران، علی‌القاعده باید در اختیار بیمه‌ها قرار می‌گرفت. حتی وزارت بهداشت قول این موضوع را هم داده بود، اما این کار را نکرد. سومین مداخله، در اجرای فاز سوم طرح تحول نظام سلامت است.

در این مرحله، قرار بود هزینه‌ها افزایش پیدا کند، اما فضا به گونه‌ای پیش رفت که اجازه کارشناسی به سازمان‌های بیمه‌گر

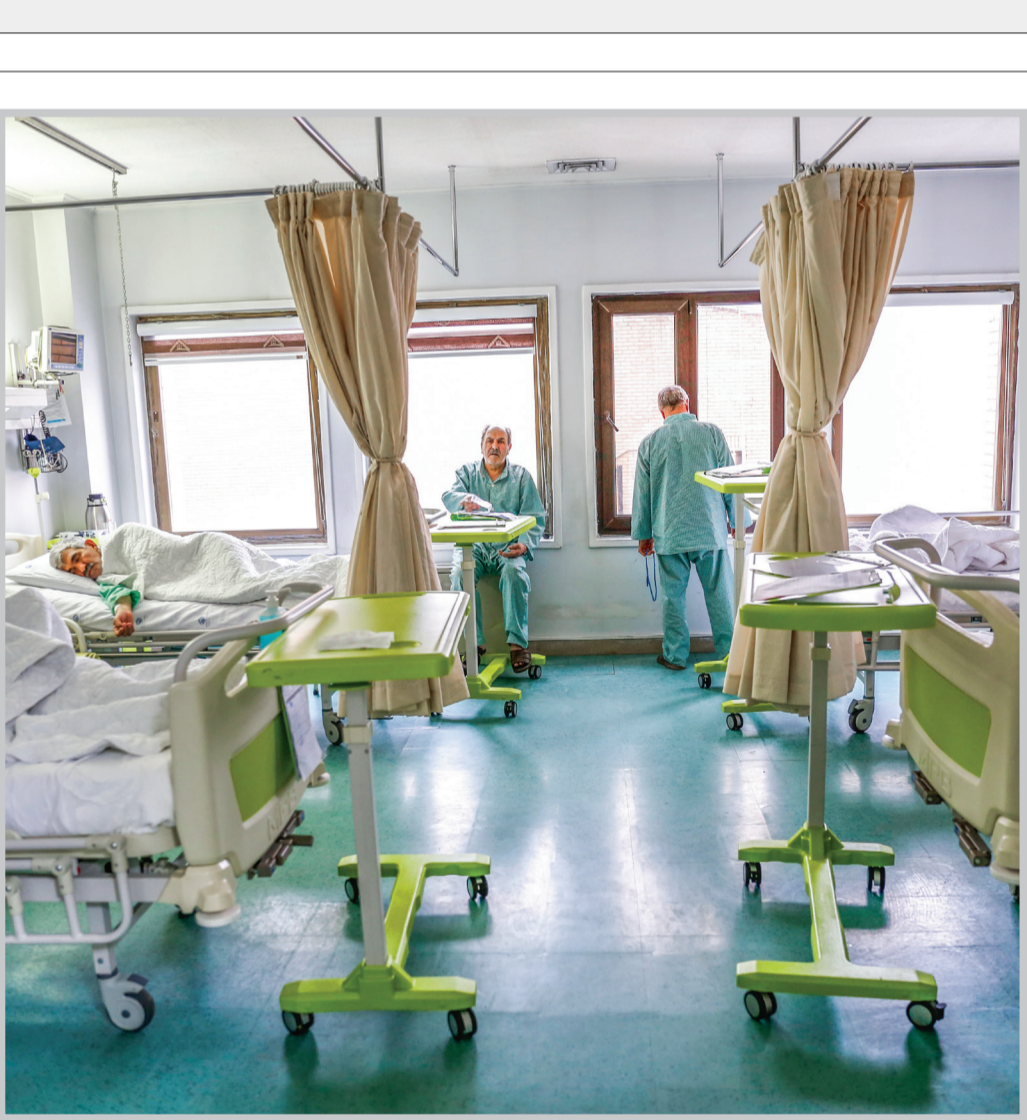
داده نشد و افزایش‌ها بیشتر در روندی سیاسی تصویب شدند. چهارمین نکته این است که چه کسی، چه خدمتی در طرح تحول انجام دهد؟ آمارها نشان می‌دهد سازمان‌های بیمه‌گر، بیش از مقداری که به یارانه سلامت اختصاص داده



کتیو ۰۵

شده محتمل هزینه شده‌اند، اما در هیچ کجا حرفی از آنها به میان نمی‌آید و حتی عده‌ای بر این نظرنند که این سازمان‌ها، کم‌کاری کرده‌اند. علاوه بر اینها، سازمان بیمه سلامت، حدود ۱۱ میلیون نفر از کسانی را که تا یکی دو سال گذشته، فاقد حمایت‌های بیمه‌ای بودند، زیرپوشش برد و یکی از مشکلات مزمن کشور را حل کرد. از همه عجیب‌تر اینکه بعد از ایجاد مشکل مالی برای طرح، هیچ‌کس نگفت که بار مالی زیادی به دوش بیمه‌ها انداخته‌ایم؛ بلکه در عوض گفتند سازمان‌های بیمه‌گر، کم‌کار بوده‌اند! نکته جالب این است که وزارت بهداشت از همان سوراخی گزیده می‌شود که بیمه‌ها آسیب دیدند. سازمان‌های بیمه‌گر، به این دلیل که پرداخت‌کننده پول هستند، عملاً کنترل‌کننده هزینه‌ها هم هستند. در همه‌جای دنیا نیز سازمان‌های بیمه‌گر، بزرگ‌ترین اهرم‌های کنترل‌کننده هزینه‌ها هستند. از چهار جزء راهبرد جیره‌بندی که شرح آن رفت، در دو حوزه تعرفه‌گذاری و گایدلاین‌ها نقش بیمه‌ها، پررنگ است. درست است که مجامع علمی، گایدلاین‌ها را تدوین می‌کنند، اما مجری اصلی آنها، سازمان‌های بیمه‌گر هستند. اگر امروز در نظام سلامت، شاهد هستیم که کنترل هزینه‌ها به حال خود رها شده، به این خاطر است که سازمان‌های بیمه‌گر، در جایگاه خود قرار ندارند. بنابراین، در مقطع کنونی که هدف اصلی متولیان نظام سلامت، کاهش و کنترل هزینه‌ها و استمرار طرح است، اگر سازمان‌های بیمه‌گر جدی‌تر گرفته شوند، برای هر دو طرف، بازی برد- برد خواهد بود. بنابراین، باید از این فرصت استفاده کرد و با عهد دوباره بر سر نقاط اشتراک، وضع موجود نظام سلامت را ارتقا داد تا سند افتخار دولت یازدهم، به‌پاشنه آشیل دولت دوازدهم تبدیل نشود.

عضو هیئت علمی گروه اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی اصفهان



در مجموع در سال ۹۳ از محل طرح تحول سلامت در حدود ۱۱۹۸ میلیارد ریال با مالی به سازمان تامین اجتماعی تحمیل شده است و این رقم، در سال ۹۴ نیز حدود ۴۰ هزار میلیارد ریال است.

است؛ اما عدالتی در پرداختی‌های طرح تحول سلامت دیده نمی‌شود.» به گفته شریفی‌مقدم، بعد از اجرای طرح تحول سلامت، شاهد افزایش پرشتاب درآمد بسیاری از پزشکان متخصص بودیم؛ طوری که گاهی اختلاف دریاقتی بین پزشک و پرستار به ده‌ها برابر می‌رسید؛ در هیچ‌کجای دنیا، چنین اختلاف دریاقتی بین پزشک و پرستار وجود ندارد. به گفته دبیرکل خانه پرستار، با اجرای طرح تحول سلامت، میزان مراجعه بیماران به بیمارستان‌های دولتی افزایش پیدا کرد، اما برنامه‌ای برای جذب بیشتر پرستاران در

می‌شود، افزایش اختلاف پرداختی بین کارکنان نظام سلامت، پس از اجرای این طرح است که

موجب افزایش نارضایتی در بین کادر درمان شده است. محمد شریفی‌مقدم، قائم‌مقام سازمان نظام پرستاری کشور، در گفت‌وگو با آتیه‌نو به همین مسئله اشاره می‌کند و می‌گوید: «اگر پزشک و پرستار و سایر کادر بهداشت و درمان نباشند، طرح تحول سلامت هم معنی نخواهد داشت. درحالی که پرستاران پایه‌ای پزشکان در اجرای این طرح همکاری داشتند و حتی در اغلب موارد، بیشترین بار اجرای طرح در بیمارستان‌های دولتی، بر دوش پرستاران بوده

بهداشت، افزایش داده و مشکلاتی برای هر کدام، ایجاد کرده است. پیش از همه لازم است با ارایه آمار مختصری ببینیم وقتی در باره افزایش هزینه‌ها صحبت می‌کنیم، این افزایش چقدر بوده است. در سال ۹۱ کل هزینه‌های سلامت کشور، ۴۰ هزار میلیارد تومان بود اما با سیاست‌های افزایشی، ارزش این بازار به حدود ۱۲۰ هزار میلیارد تومان رسیده است. درست است که درصدی از این افزایش مربوط به افزایش جمعیت، و بخشی نیز مربوط به تورم کلی است، افزایش سه‌برابری هزینه‌ها در طول تنها چهار سال، باعث بزرگ‌ترشدن بازار سلامت و افزایش ناگهانی هزینه‌های سلامت شده و از آن سو نیز وزارت بهداشت از همه ارکان کشور انتظار دارد در تامین منابع آن، مشارکت جدی‌تری داشته باشند. این سوال مطرح است که خود متولیان وزارت بهداشت آگاهانه دست به افزایش تعرفه‌ها زده‌اند یا خیر؟ یک نظریه این بود که با میزان بودجه‌ای که در حال حاضر به نظام سلامت تخصیص می‌یابد، امکان ارایه خدمات پیشرفته و رو به ازدیاد به همه مردم وجود ندارد و خواسته‌های پزشکان هم تامین نمی‌شود. پس لازم بود کیک نظام سلامت بزرگ شود تا بتوان خدمات سلامت مورد انتظار مردم را به آنها داد. بزرگ شدن بازار سلامت البته فشارها را بر سازمان‌های بیمه‌گر و حتی خود وزارت بهداشت هم افزایش داده و مشکلاتی برای هر کدام ایجاد کرده است. پرسش مهمتر این است که اگر منابع مالی موردنیاز این نظام تامین شود، اتفاق خوبی است یا خیر؟ این یک واقعیت است که ما در نظام سلامت، مشکل جدی تامین منابع داریم، اما اگر فرض خوشبینانه تامین منابع از رهگذرهای مختلف محقق شود، یک معنای آن این است که می‌توان خدمات بهتری به مردم عرضه کرد. منظور این است که همه تحلیل‌ها در باره افزایش هزینه‌های نظام

می‌کند و می‌گوید: «یکی از مهم‌ترین نکاتی که باید در اجرای طرح تحول سلامت رعایت شود، تعادل بین تعرفه‌های تعیین‌شده خدمات پزشکی با سرانه تعیین‌شده برای نظام سلامت است. اگر این تعرفه‌ها افزایش پیدا کند، اما سرانه‌ها به همان نسبت افزایش پیدا نکنند، این مسئله موجب به‌هم‌خوردن تعادل در اقتصاد سلامت و موجب افزایش بار بدهی بیمه‌ها می‌شود؛

اتفاقی که در جریان اجرای

طرح تحول سلامت، شاهد آن بودیم. مصلحی انتقاد می‌کند: «متأسفانه در جریان اجرای طرح تحول سلامت، از ظرفیت پزشکان عمومی هم به خوبی استفاده نشد و با راه‌اندازی کلینیک‌های ویژه سرپایی در نقاط مختلف کشور، عملاً بیماران به سمت دورزدن نظام ارجاع تشویق شدند که همین مسائل نیز به افزایش هزینه‌های درمانی منجر شد. در این کلینیک‌های دولتی، بیمار با ویزیت‌های بسیار ارزان می‌تواند به پزشک متخصص مراجعه کند که این مسئله، کاملاً خلاف فرهنگ‌سازی برای اجرای نظام ارجاع و برنامه‌پزشک خانواده است.

■ **بیش از سهم «نه بیست وهفتم» هزینه شده است**

هم‌اکنون سازمان‌های بیمه‌گر -از جمله سازمان تامین اجتماعی- ۷۸ درصد منابع طرح تحول سلامت را تامین می‌کنند. این سازمان در جریان اجرای طرح تحول سلامت، بسیار بیشتر از سهم قانونی «نه بیست وهفتم حق بیمه‌ها» در بخش در مان هزینه کرد.



یادداشت

● **دکتر علیرضا صفری**

هزینه‌های غیر ضروری در نظام سلامت

طرح تحول سلامت، نکات مثبت و منفی متعددی دارد. در آغاز، کاهش پرداخت‌ها از جیب مردم و افزایش ماندگاری پزشکان در مراکز درمانی دولتی و دانشگاهی، موجب افزایش رضایتمندی مردم شد. اما نکته اینجاست که سیستم نظام ارجاع و برنامه پزشک خانواده، به‌طور کامل اجرا نشد. به دلیل رعایت‌نشدن نظام ارجاع، شاهد هستیم که گاهی یک بیمار با علائم سرماخوردگی، به فوق‌تخصص ربه مراجعه می‌کند. مجموع این اقدامات غیرضروری در حوزه درمان، موجب افزایش هزینه بیمار و بیمه‌ها شده است. حتی گاهی می‌بینیم که بیمار در طول روز، چندبار در چند مرکز در مانی مختلف ویزیت می‌شود. این اقدامات کنترل نشده، موجب شده است که مصارف طرح تحول سلامت بسیار افزایش پیدا کند و تناسبی با منابع آن نداشته باشد. همچنین وزارت بهداشت باید قبل از شروع طرح تحول سلامت، راهنمای بالینی را ابلاغ می‌کرد. اگرچه بیمه‌ها می‌توانستند راهنمای بالینی را ابلاغ کنند، اما متأسفانه وزارت بهداشت اجازه دخالت نداد و خود نیز راهنمای بالینی علمی را ابلاغ نکرد.

به دلیل نبود راهنمای بالینی، برخی هزینه‌های غیرضروری به نظام سلامت تحمیل شد و برخی بیماران، به فرآیندهای تشخیصی و درمانی غیرضروری، سوق داده شدند. از سوی دیگر، در جریان اجرای طرح تحول سلامت، سازمان‌های بیمه‌گر، نقشی در اعتباربخشی بیمارستان‌ها نداشتند؛ طوری که وزارت بهداشت، خود ارزیاب پرورش می‌داد و به بیمارستان‌ها اعزام می‌کرد. نکته قابل تامل اینجاست که در اعتباربخشی بیمارستان‌ها، اغلب بیمارستان‌های دولتی و دانشگاهی، به عنوان مرکز درمانی درجه یک شناخته می‌شدند، درحالی که خیلی از این بیمارستان‌ها درجه یک و بعضاً حتی قابل ارزیابی نبودند. هزینه این اعتباربخشی‌های مخدوش، از سوی سازمان‌های بیمه‌گر تقبل می‌شد که این مسئله نیز هزینه‌های طرح تحول سلامت را افزایش داد. درحالی که اعتباربخشی بیمارستان‌ها باید از سوی بیمه‌ها انجام شود و این یک قاعده علمی است؛ زیرا بیمه‌ها قرار است منابع لازم را تامین کنند، اما رعایت‌نشدن این اصل، موجب افزایش هزینه‌های طرح تحول سلامت شد. همچنین نباید از خاطر برد که در جریان اجرای طرح تحول سلامت، تعادلی نیز بین تعرفه‌های خدمات پزشکی و سرانه نظام سلامت ایجاد نشد. امیدواریم که در سال آینده، مشکلات مالی طرح تحول سلامت حل شود و تعادل در منابع و مصارف این طرح کلان به روال علمی برگردد. زیرا با تداوم شرایط فعلی، اقتصاد سلامت به بن‌بست جدی خواهد رسید.

مدیر در مان تامین اجتماعی استان همدان

اطلاعیه

تامین اجتماعی، کارت طلایی یا کارت سلامت ندارد!

مدیرکل روابط عمومی سازمان تامین اجتماعی، با اشاره به اینکه این سازمان، به هیچ عنوان کارت طلایی یا کارت سلامت تامین اجتماعی صادر نمی‌کند، هشدار داد: «سازمان تامین اجتماعی، هیچ‌گونه تماس تلفنی و یا مراجعه حضوری به منازل بیمه‌شدگان و مستمری بگیران محترم، برای دریافت وجه به‌منظور صادرکردن این گونه کارت‌ها، نداشته و نخواهد داشت.» به گزارش روابطعمومی سازمان تامین اجتماعی، امیرعباس تقی‌پور، افزود: «خدمات درمانی سازمان تامین اجتماعی، تنها با ارائه کارت ملی توسط بیمه‌شدگان و مستمری بگیران در مراکز ملکی و با دفترچه تامین درمان در مراکز غیرملکی ارائه می‌شود.» وی گفت: «متأسفانه در برخی موارد، به مستمری بگیران گفته شده که اگر مبالغی برای دریافت کارت طلایی پرداخت نکنند، حقوق ماهیانه‌شان قطع خواهد شد، که این موضوع نیز به هیچ عنوان صحت ندارد.»