

نکته



عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران؛

۴۰ درصد هزینه درمان از جیب مردم است

یک عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران با بیان اینکه هزینه‌های سلامت در کشور، اعم از پرداختی‌های دولت، بیمه‌ها و مردم از ۴ هزار میلیارد تومان در سال ۱۳۸۰ به ۱۴۶ هزار میلیارد تومان در سال ۱۳۹۷ افزایش یافته است، تصریح کرد: «در این مدت پرداخت از جیب مردم برای هزینه‌های درمان بیش از ۴۰ درصد بوده است.»

علی‌اکبر فضائلی در وبینار «نقش سازمان تأمین اجتماعی در تأمین مالی نظام سلامت کشور» که از سوی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی برگزار شد، افزود: «بحث هزینه‌های سلامت و تأمین مالی نظام سلامت از دغدغه‌های سیاست‌گذاران حوزه سلامت کشور ما است. در بند «۷» سیاست‌های کلی سلامت به عنوان یک سیاست بالادستی، به صراحت عنوان شده که تویلت نظام سلامت با وزارت بهداشت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه انجام می‌شود.»

وی اظهار کرد: «بر اساس مفاد این بند و آیین‌نامه‌های موجود در برنامه‌های توسعه و نیز آیین‌نامه‌های حوزه سلامت، می‌توان گفت، نظام سلامت در کشور ما یک نظام تلفیقی است که هزینه‌های آن از طریق دولت، هزینه‌های بیمه و بخشی نیز توسط مردم تأمین شده و به رسمیت شناخته شده است.»



سلاسه صدراپی

روزنامه‌نگار

سهام سازمان تأمین اجتماعی در تأمین منابع نظام سلامت ۱۵ درصد و سهم سازمان بیمه سلامت ۱۳ درصد است و در مجموع می‌توان گفت، سازمان‌های بیمه‌گر ۳۰ درصد منابع نظام سلامت را مدیریت می‌کنند

فضائلی تصریح کرد: «از سوی دیگر آمار سال ۱۳۹۷ نشان می‌دهد که حدود ۵۵ درصد نظام سلامت را مردم اختیار دولت و بیمه‌ها و ۴۵ درصد نیز در اختیار بیمه‌های خصوصی و مردم قرار دارد. همچنین سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در مدت این دو دهه روند افزایشی پیدا کرده و از حدود پنج درصد در سال ۱۳۸۰ به هفت درصد در سال ۱۳۹۷ رسیده است.»

وی افزود: «بر اساس این اطلاعات، پرداخت از جیب مردم متأسفانه بالای ۴۰ درصد است که نشان می‌دهد هدف نهایی که افزایش نقش بیمه‌ها و دولت در پرداخت هزینه‌های درمان است، محقق نشده است.»

عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران اظهار کرد: «سازمان تأمین اجتماعی به عنوان بزرگ‌ترین خریدار و دومین ارائه‌دهنده خدمات درمانی در کشور، در این مدت حدود ۲۰ سال، بین ۱۵ تا ۲۰ درصد از هزینه‌های سلامت را به خود اختصاص داده و نقش اصلی و تأثیرگذاری در حوزه تأمین مالی نظام سلامت بر عهده داشته است.»

تأمین اجتماعی، یکی دیگر از ابزارهای مدیریت هزینه را مسأله توان شناسایی، پی‌گیری و برخورد با تخلفات ارائه‌کنندگان و بیمه‌شدگان بیان کرد که مغفول مانده است و گفت: «برای مثال اگر ارائه‌کننده درمان، مبالغی را خارج از تعرفه دریافت کرد و اساساً خدمت غیر ضروری پیشنهاد کرد یا انجام خدمت را به خود یا به همتایان خود ارجاع داد و نیز در صورت بروز قصور و خطا، سازمان‌های بیمه‌گر هیچ نقش و ابزار کنترلی برای برخورد و مدیریت این امور ندارند و تنها می‌توانند با بخش خصوصی لغو قرارداد کنند اما در بخش دولتی به دلیل محدودیت‌های قانونی امکان لغو قرارداد وجود ندارد.»

سهام بیمه‌شدگان در جراحی

رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی، تصریح کرد: «این اختلاف تعرفه برای جراحی نیز وجود دارد و برای مثال اگر جراحی کاتاراکت در بخش دولتی (32K) باشد، بیمه‌شده باید ۱۰ درصد این تعرفه را پرداخت کند؛ اما تعرفه (K) در بخش خصوصی سه چهار برابر تعرفه دولتی است و مازاد آن را بیمه‌شده باید از جیب پرداخت کند و به این ترتیب باید ۸۰ درصد تعرفه خصوصی را خود بپردازد. این وضعیت برای هتلینگ بیمارستان‌ها نیز به همین ترتیب است و نتیجه این می‌شود که بیمه‌های مکمل برای پوشش این مابه‌التفاوت‌ها ظهور پیدا کنند.»

افزایش تعهدات تأمین اجتماعی

کوهی با اشاره به عدم جایگاه نظارتی سازمان‌های بیمه‌گر بر تعرفه درمان، افزود: «این در حالی است که تعهدات دیگری نیز بر عهده این سازمان‌ها قرار داده شده است؛ برای مثال در دوره‌ای بابت تخت‌های نمونه کشوری هزینه هتلینگ بیشتری پرداخت می‌کنند و به اعضای هیأت علمی تمام وقت در مراکز دانشگاهی دو برابر تعرفه پرداخت می‌شود. همچنین پرداخت تعرفه ترجیحی مناطق محروم انجام می‌شود و سال‌هاست که ۵۰ درصد به تعرفه جراحی با عنوان هزینه‌اتفاق عمل افزوده شده و شش درصد نیز به تعرفه هتلینگ با عنوان خدمات پرستاری اضافه شده است. افزایش ارزش نسبی خدمات ۰.۲ تا دو درصد پذیرفته شده و علت این افزایش‌ها مشخص نیست.»

سهام تأمین اجتماعی در پوشش درمان

وی با بیان اینکه سازمان‌های بیمه‌گر در تأمین منابع سلامت نقش حیاتی دارند، اظهار کرد: «سهم سازمان تأمین اجتماعی در تأمین منابع نظام سلامت ۱۵ درصد و سهم سازمان بیمه سلامت ۱۳ درصد است و در مجموع می‌توان گفت، سازمان‌های بیمه‌گر ۳۰ درصد منابع نظام سلامت را مدیریت می‌کنند.» رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی، با بیان اینکه برای مدیریت منابع نظام سلامت لازم است تا سازمان‌های بیمه‌گر به طور جدی در بحث تعرفه‌های درمانی، دارویی و مصرف‌رود کنند، تا بتوانند هزینه‌های درمان را به درستی مدیریت کنند، افزود: «هزینه‌های درمانی توسط نهادهای قیمت‌گذار انجام می‌شود و سازمان‌های بیمه‌گر در برابر این قیمت‌گذاری نقش انفعالی دارد و قیمتی را که به صورت برون‌داد تعیین شده است، پرداخت می‌کند؛ در حالی که می‌توانست با انجام مدیریت، حداقل ۳۰ تا ۴۰ درصد هزینه‌ها را تعدیل کند.»

خدمتی به فراخور و شرایط و مقتضیات هر مرکز درمانی و نوع مدیریت آن رقم‌های متفاوتی دارد و از این رو این سوال مطرح می‌شود که سازمان‌های بیمه‌گر چه مبلغی را باید بپردازند تا به عنوان قیمت واقعی خدمات محسوب شود و درآمد تا هزینه مراکز درمانی فعال بماند و دچار گسیختگی نشود. در چرخه تأمین مالی، پولی از مردم دریافت می‌شود و سازمان‌های بیمه‌گر این پول را در قالب تعرفه خدمات خریداری کرده و در اختیار ارائه‌کننده‌ها قرار می‌دهند و ارائه‌دهندگان هم هزینه منابع تولید خود را با این پول پرداخت می‌کنند و این مسیر دوباره تکرار می‌شود.»

ابزارهای مدیریت تعهدات مالی

وی سازمان‌های بیمه‌گر را دارای ابزارهایی برای مدیریت تعهدات درمانی خود بر شمرد و گفت: «برای مثال ابزارهایی مانند پرونده الکترونیک سلامت و راهنماهای بالینی را به کار می‌گیرند تا کیفیت تعهدات درمانی و نیز هزینه‌ها را بر اساس خدمات در تعهدات بیمه مدیریت کنند. همچنین نسخه الکترونیک، قدمی در راستای انجام این وظیفه و استفاده از این ابزار است.»

رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی تصریح کرد: «قانونگذار ایجاد این ابزارها را در تولید وزارت بهداشت قرار داده است. همچنین بسته خدمات بیمه پایه نیز بر عهده وزارت بهداشت قرار داده و این نهاد موظف است که تعیین کند بیمه‌ها چه خدماتی را باید خریداری کنند؛ بنابراین ابزار مدیریت خدمات سازمان‌های بیمه‌گر در اختیار تولید نظام سلامت قرار دارد و تا تهیه آن فراهم نشود، سازمان‌های بیمه‌گر بدون ابزار می‌مانند. از این رو برای رهایی از این تأخیر، سازمان‌های بیمه‌گر خود تقلا کرده و سعی کرده‌اند نسخه الکترونیک را راه‌اندازی کنند و با ضاعت خود و منابع صندوق این اقدامات را انجام داده‌اند تا بتوانند نظارت حداقلی ایجاد بر خدماتی که خریداری می‌کنند و نیز کیفیت خدماتی که تولید می‌کنند، ایجاد کنند و حتی خود وارد بحث تولید راهنماهای بالینی شده‌اند.»

رفتار انفعالی سازمان‌های بیمه‌گر

کوهی ادامه داد: «البته سازمان‌های بیمه‌گر در برخی زمینه‌ها منفع عمل کرده‌اند و به‌ویژه در سامانه‌های محاسبه بهای تمامی شده و نیز سامانه‌های عقد قرارداد اینگونه است. همچنین نتوانسته‌اند سامانه‌های سنجش کیفیت خدمات را راه بیندازند تا مراکز درمانی طرف قرارداد را بر حسب کیفیت خدمات رتبه‌بندی کنند. از سوی دیگر، توان اثرگذاری بر قیمت کالا و خدمات ندارند و تعرفه توسط شورای عالی بیمه و قیمت دارو و لوازم مصرفی توسط سازمان غذا و دارو تعیین می‌شود. سازمان‌های بیمه‌گر عضوی از شورای عالی بیمه هستند که قدرت عمل زیادی ندارند و به دلیل کم‌رنگ بودن تأثیر و به جای اینکه خواهان ساماندهی نظام قیمت‌گذاری کشور و نیز یکسان‌سازی قیمت‌ها باشند، به تعرفه دولتی پناه برده‌اند و تنها تعرفه دولتی را پوشش می‌دهند.»

وی افزود: «در بخش دولتی، بار هزینه تمام شده مراکز درمانی بر دوش دولت قرار دارد و مراکز دولتی دانشگاهی حدود ۴۰ درصد هزینه‌های تمام شده خود را از دولت دریافت می‌کند. در بخش خصوصی نیز بار هزینه‌های درمان بر دوش مردم قرار قرار گرفته و بیمه‌شده‌ها مابه‌التفاوت‌های سنگینی را بابت تفاوت تعرفه‌های دولتی و خصوصی پرداخت می‌کنند.» رئیس اداره اقتصاد درمان

رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی عنوان کرد

۳۰ درصد هزینه سلامت بر دوش سازمان‌های بیمه‌گر

گزارش

سازمان‌های بیمه‌گر پایه سهم عمده‌ای در تأمین هزینه‌های درمانی نظام سلامت دارند؛ نحوه پوشش بیمه خدمات درمانی در طول زمان، دستخوش تغییراتی شده و از شیوه‌ها و قوانین متعددی پیروی کرده است. آنچه که روند این تغییرات را اجتناب‌ناپذیر کرده، تأمین بار مالی هزینه‌های درمان است که در سال‌های گذشته از افزایش افسار گسیخته‌ای برخوردار بوده است. تعیین تعرفه دولتی برای پوشش هزینه‌های درمان آخرین راهکاری است که سازمان‌های بیمه‌گر از آن تبعیت می‌کنند؛ اما سازمان تأمین اجتماعی در بخش درمان مستقیم از طریق ۲۸۰ مرکز درمانی در سراسر کشور، خدمات صفر تا ۱۰۰ رایگان را برای بیمه‌شدگان فراهم کرده است.

حوزه‌هایی را که سازمان‌های بیمه‌گر برای ایفای تعهدات خود الزام مشارکت دارند، کنترل کالاهای خدمات جدید بر شمرد و ادامه داد: «بسیاری از گروه‌های حرفه‌ای متقاضی تحت پوشش قرار گرفتن بیمه تأمین اجتماعی هستند؛ اما تصمیم‌گیری در این حوزه با مشارکت حداقلی سازمان‌های بیمه‌گر رخ می‌دهد.» کوهی افزود: «موضوع بعدی، کنترل کیفیت است؛ می‌توان گفت، این مسأله نیز کاملاً از نگاه بیمه‌ها مغفول مانده است و خدماتی را که سازمان‌های بیمه‌گر برای بیمه‌شده‌ها فراهم می‌کنند، امکان بررسی کیفیت آن خدمات وجود ندارد و تنها صورت حساب‌ها را پرداخت می‌کنند.»

نظام تأمین مالی

وی با اشاره به ضرورت تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای اظهار کرد: «این سازمان‌ها به نیابت از مردم در تأمین خدمات درمانی فعالیت می‌کنند؛ زیرا در نظام سلامت احتمال شکست بازار وجود دارد و فعالیت در این بازار نیازمند آگاهی از اطلاعات و بسیاری مسائل دیگر است که در بازارهای دیگر مشاهده نمی‌شود. برای همین دولت‌ها در این بازار دخالت می‌کنند و سازمان‌های بیمه‌گر با برخورداری از اطلاعات کافی نسبت به کیفیت، قیمت و ویژگی‌های درمان این خدمات را خریداری کرده و در اختیار مردم قرار می‌دهند.»

هزینه‌های درمان

رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی گفت: «رأه‌کننده‌های درمان در نظام سلامت، هزینه‌هایی را برای خود قائل می‌شوند؛ یک مرکز درمانی نیازمند صرف هزینه‌های نیروی انسانی است که حدود ۷۰ درصد هزینه‌ها را شامل می‌شود. همچنین دارو و لوازم مصرفی خریداری شده و تحویل بیمار داده می‌شود. همچنین سایر هزینه‌ها مانند مواد مصرفی عمومی، مواد غذایی، لوازم اداری، انرژی، استهلاک و... وجود دارد.»

هزینه‌ها، حاصل مراجع تصمیم‌گیر

کوهی با بیان اینکه این هزینه‌ها حاصل مراجع تصمیم‌گیر است، تصریح کرد: «یک مرکز درمانی مانند بیمارستان هر چند بر تعداد خدمات مدیریت دارد، اما قیمت خدماتی را که ارائه می‌دهد، از مرجع دیگری شکل می‌گیرد؛ برای مثال قیمت نیروی انسانی در شورای عالی بیمه سلامت یا شورای عالی کار که حداقل دستمزدها را تعیین می‌کند و نیز سازمان اداری و استخدامی تعیین می‌شود. به عبارت دیگر، یک مرکز درمانی ممکن است مدیریت نیروی انسانی خود را در تولید خدمات به کار ببرد، اما یک متغیر برون‌زایه نام قیمت وجود دارد که توسط این نهادها تعیین می‌شود.» وی ادامه داد: «برای تأمین دارو و لوازم مصرفی نیز اینگونه است و ارائه‌کنندگان درمان؛ هر چند این اقلام را می‌توانند مدیریت کنند، اما قیمت آن در سازمان غذا و دارو تعیین می‌شود و تعیین قیمت باقی کالاهای عهده سازمان حمایت از تولیدکننده و مصرف‌کننده قرار دارد.»

رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی افزود: «مجموع حاصل ضرب قیمت در مقدار نهاده‌ای که این مراکز درمانی به کار می‌برند، هزینه آن‌ها را تشکیل می‌دهد. ارائه‌کنندگان درمان باید بتوانند این هزینه‌ها را پرداخت کنند. همچنین در قانون بیمه همگانی نیز آمده است که قیمت تمام شده خدمات باید پرداخت شود.» کوهی اظهار کرد: «این در حالی است که قیمت تمام شده هر

رئیس اداره اقتصاد درمان و محاسبات معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، سازمان‌های بیمه‌گر را در تأمین منابع سلامت دارای نقش حیاتی عنوان کرد که حدود ۳۰ درصد هزینه‌های درمان را پوشش می‌دهند؛ از این رو معتقد است این سازمان‌ها باید به طور جدی در تعیین تعرفه‌های درمانی، دارویی و تجهیزات مصرفی نقش داشته باشند تا بتوانند هزینه‌های درمان را به درستی مدیریت و بیمه‌شدگان را در مقابل هزینه‌های خانمانسوز درمانی، حمایت کنند؛ اما در حال حاضر این سازمان‌ها در تعیین این هزینه‌ها نقش انفعالی داشته و با توجه به رشد روزافزون هزینه‌های بخش خصوصی و پوشش بیمه خدمات درمانی تنها بر اساس تعرفه دولتی، پرداخت از جیب مردم افزایش یافته است. فرهاد کوهی در وبینار «نقش سازمان تأمین اجتماعی در تأمین مالی نظام سلامت کشور» که از سوی مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی برگزار شد، افزود: «هر کشوری به فراخور شرایط و مقتضیات نظام سلامت خود ناگزیر است با منابعی که در اختیار دارد، مسائل مالی نظام سلامت را مدیریت کند. به این ترتیب که خدماتی را تولید کند که از کیفیت مناسب برخوردار باشد و نیز پرداخت از جیب مردم کاهش یابد تا خطر هزینه‌های کمرشکن ایجاد نشود.» وی با بیان اینکه سازمان تأمین اجتماعی در زمره قدیمی‌ترین سازمان‌های بیمه‌گر قرار دارد، اظهار کرد: «این سازمان با هدف پوشش بیمه‌آحاد مردم به وجود آمد و در گذر زمان چهار سازمان بیمه‌گر پایه از جمله صندوق نیروهای مسلح، کارکنان دولت، روستاییان و عشایر و در ادامه سازمان‌های بیمه مکمل و سایر صندوق‌ها ایجاد شد.» رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی گفت: «یکی از تعهدات سازمان‌های بیمه‌گر پوشش هزینه‌های درمان و تعهدات درمانی است و مدیریت این حوزه در سازمان‌ها با «قیمت درمان» ارتباط دارد و در نتیجه لازم است این نهادها در تعیین قیمت خدمات خریداری و تولید شده و نیز یکسان‌سازی تعرفه خدمات درمانی، دارویی و لوازم مصرفی نظارت و مشارکت مؤثر داشته باشند.»

کنترل مقدار مصرف کالاهای خدمات

کوهی با بیان اینکه سازمان‌های بیمه‌گر همچنین نیازمند کنترل مقدار مصرف کالاهای خدمات هستند، تصریح کرد: «برای این منظور سازمان‌ها از ابزارها و روش‌های مختلفی استفاده می‌کنند؛ مانند ایجاد سقف پذیرش نسخ از مراکز طرف قرارداد؛ تأیید اینترنتی نسخ و تشکیل پرونده برای بیماران خاص و مزمن. همچنین روش‌های دیگری مانند استقرار نسخه الکترونیک و پرونده الکترونیک سلامت، اجرای راهنماهای بالینی و استقرار پزشک خانواده و نظام ارجاع نیز از سایر روش‌های کنترل هزینه‌ها به شمار می‌رود.» وی استقرار نظام سطح‌بندی خدمات و تجهیزات، نظارت پزشکان معتمد در درمان مستقیم و ناظران و مقومین در مراکز درمانی طرف قرارداد را از دیگر روش‌های کنترل مقدار مصرف کالاهای خدمات عنوان کرد تا خدمات با کیفیت مناسب ارائه شود و از سوی دیگر اقدامات پیشگیرانه همچون غربالگری بیماری‌ها و نیز مدیریت بیماری‌های شایع و پر هزینه نیز در این راستا انجام می‌شود.

کنترل خدمات جدید و کیفیت

رئیس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی، یکی دیگر از