

نکته



چالش‌های اقتصادی درمان

کیومرث گودرزی

رئیس اداره نظارت، ارزیابی و تعالی خدمات مدیریت درمان تأمین اجتماعی همدان

تعیین و تعریف یک الگوی واحد برای استخراج قیمت تمام‌شده خدمات درمانی قابل ارائه در مراکز درمان مستقیم، ابزار مناسبی جهت پایش و کنترل صحیح هزینه‌ها به شمار می‌رود. با استفاده از این نظام، کلیه هزینه‌ها به طور دقیق مشخص و ردیابی شده و مدیریت بیمارستان قادر می‌شود تا به ارزیابی و مقایسه عملکرد اقتصادی بخش‌های مختلف بیمارستانی بپردازد و مبنایی علمی برای تصمیم‌گیری در مورد توسعه و گسترش خدمات درمانی یا محدودسازی ارائه این خدمات فراهم کند.

یکی از عمده‌ترین مشکلات موجود جهت محاسبه بهای تمام شده خدمات بیمارستانی، عدم وجود اطلاعات مورد نیاز و نظام‌مند نبودن جریان تأمین اطلاعات است. سیستم فعلی حسابداری واحدهای درمانی به گونه‌ای است که استخراج تمامی اطلاعات مورد نیاز برای محاسبه امکان‌پذیر نیست. طراحی نرم‌افزاری جهت محاسبه بهای تمام‌شده خدمات با استفاده از روش هزینه‌بایی بر مبنای فعالیت برای نظام بیمارستانی، به گونه‌ای که امکان انواع گزارشگیری مورد نیاز از هزینه‌های بیمارستان را جهت محاسبه بهای تمام‌شده خدمات داشته باشد، لازم به نظر می‌رسد.

مدیریت تقاضاهای القایی در واحدهای درمانی

تقاضای القایی به معنای انجام مراقبت یا فروش خدمات تشخیصی درمانی غیر ضروری به مراجعان سیستم سلامت است. عامل اصلی تشدیدکننده این موضوع، عدم تقارن اطلاعات بین بیمار و ارائه‌دهندگان خدمات درمانی است. با توجه به رایگان بودن خدمات در بخش درمان مستقیم و همچنین خرید حجم بالایی از خدمات درمانی در بخش درمان غیرمستقیم، ضرورت تلاش سیستماتیک برای طراحی مجموعه‌ای از سازوکارهای کنترلی برای مدیریت تقاضاهای القایی از سوی سازمان وجود دارد.

تداوم این چالش سبب بروز پدیده‌های زیر می‌شود:
- افزایش میزان پرداخت از جیب بیمار (out of pocket)
- اتلاف منابع مالی سازمان
- بروز مقاومت میکروبی در برابر آنتی‌بیوتیک‌ها در اثر مصرف نابه‌جا

- افزایش تقاضای کاذب برای دریافت خدمات درمانی
- تراکم کار و عدم صرف وقت کافی جهت مراقبت از بیماران توسط کارکنان سلامت
- از دست رفتن فرصت برای نیازمندان واقعی به مراقبت‌های دارای اولویت
- کاهش بهره‌وری نظام سلامت و کاهش کیفیت خدمات
- گسترش بیش از اندازه فناوری‌های جدید و گرانیقیمت
- فشار مضاعف مالی بر سازمان و افزایش بدهی به مؤسسات طرف قرارداد

پیشنهادها:

- ۱- پرداخت ضریب مثبت تعرفه (عددی بزرگتر از یک) از سوی معاونت خرید راهبردی به پزشکانی که با استفاده کمتر از خدمات تشخیصی، هزینه کمتری برای سازمان ایجاد کرده‌اند. ارزیابی این شاخص باید با بررسی اثربخشی کار آن پزشک همراه باشد. منبع اعتبار نیز بخشی از مبلغ صرفه‌جویی شده از محل کاهش هزینه‌های تشخیصی- درمانی است. در این روش پزشکانی که با هزینه کمتر، اثربخشی ایجاد کرده‌اند تشویق می‌شوند.
- ۲- توسعه راهنماهای بالینی و اصرار به خرید خدمت در بخش درمان غیرمستقیم در چارچوب راهنماهای بالینی.
- ۳- یکپارچه‌سازی سیستم‌های الکترونیک سلامت در بخش درمان غیرمستقیم.
- ۴- در سیستم (HIS) مراکز ملکی، وضعیت تعداد مراجعات بیماران به این مراکز، در دوره‌های زمانی مشخص، پایش و نتایج آن آنالیز شود تا از مراجعات غیربیمار جلوگیری به عمل آید.
- ۵- تلاش برای بازنگری موضوع رایگان بودن خدمات در مراکز درمانی ملکی جهت جلوگیری از مراجعات غیرضروری به این مراکز.



در گفت‌وگوی آتیه‌نوبار رییس اداره اقتصاد درمان تأمین اجتماعی مطرح شد

دغدغه کاهش سهم پرداخت از جیب مردم در بخش درمان

هزینه‌های درمان نقش دارد؟

بدهی است دومؤلفه اصلی بر روند هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر (اساساً هر سازمان دیگری) مؤثر است؛ یکی تعداد خدمات تولید یا خریداری شده و دیگری هزینه تمام‌شده یا قیمت این خدمات است. مقدار کالای مصرف‌شده در نظام سلامت به عوامل مختلفی بستگی دارد که از جمله آن می‌توان به مواردی مانند «انگیزه پزشکان در تجویز»، «اعتماد مصرف‌کنندگان به کمیت و کیفیت خدمات و کالاهای مرتبط با سلامت»، «وجود نظام اطلاعاتی جامع، منسجم و قابل اعتماد همچون پرونده الکترونیک سلامت یا سامانه‌های مناسب خرید خدمات درمانی»، «وجود و اجرای راهنماهای بالینی و استانداردهای تجویز و مصرف کالاهای خدمات»، «وجود نظام راجع و پزشکی خانواده»... اشاره کرد. در عین حال باید گفت؛ عوامل مهم دیگری همچون وجود قیمت‌هایی (تعرفه‌هایی) که به درستی تعیین و اجرا شود نیز به طور چشمگیر بر هزینه‌های درمان مؤثر است. به عنوان مثال، سازمان‌های بیمه‌گر، مابه‌التفاوت تعرفه‌های دولتی و خصوصی را پوشش نمی‌دهند؛ اما بیمه‌شدگانی که دارای بیمه تکمیلی هستند، خارج از شبکه مراکز درمانی طرف قرارداد این سازمان‌ها خدمات خود را دریافت می‌کنند و این سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظف به پوشش سهم خود بر اساس تعرفه‌های دولتی هستند.

با توجه به افزایش هزینه‌های درمان، سازمان‌های بیمه‌گر تا چه حد بار این افزایش را تقبل می‌کنند و پرداخت از جیب مردم چه میزان بیشتر می‌شود؟
منابع مالی نظام سلامت کشور از سه منبع اصلی بودجه دولت، بیمه (پایه و تکمیلی) و پرداخت از جیب تأمین می‌شود. همانگونه که قبلاً هم عرض کردم، از یک طرف به سبب مکلیسم معیوب تأمین مالی از قبیل تخصیص سنتی و ناکارایی یارانه‌های دولتی و نقایص نظام قیمت‌گذاری کالاهای خدمات سلامت و از طرف دیگر، استراتژی منفعل سازمان‌های بیمه‌گر پایه در میناقرار دادن تعرفه‌های دولتی برای بازپرداخت خسارت‌های درمانی و محدودیت‌های متعدد در زیرساخت‌های اطلاعاتی برای خرید راهبردی، شاهداین موضوع هستیم که عملاً عمق پوشش هزینه‌های درمانی

چه روش‌هایی می‌توانند منجر به کنترل مصرف کالاهای خدمات و هزینه‌های درمانی شود؟

یکی از مهمترین رویکردهایی که قادر است با ایجاد شفافیت و کارایی در نظام تولید و ارائه خدمات درمانی، در افزایش بهره‌وری و کاهش هزینه تمام‌شده خدمات تشخیصی و درمانی مؤثر باشد، اصلاحات در نظام پرداخت



۲ مؤلفه اصلی بر روند هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر (اساساً هر سازمان دیگری) مؤثر است؛ یکی تعداد خدمات تولید یا خریداری شده و دیگری هزینه تمام‌شده

یا قیمت این خدمات است

خصوصاً در بخش‌های خصوصی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه کم بوده و در نتیجه سهم پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، بیشتر است.

و کلام آخر...

همان‌طور که اشاره شد ذی‌نفعان نظام سلامت باهمراهی تولید این نظام با انجام اصلاحات بنیادی که گفته شد می‌توانند در جهت دستیابی بهتر و سریع‌تر به اهداف نهایی (بهبود وضعیت سلامت مردم، حفاظت مالی در برابر هزینه‌های پیش‌بینی نشده درمانی و پاسخگویی به نیازهای غیردرمانی مردم) و اهداف میانی نظام سلامت (کارایی، کیفیت، دسترسی، امنیت و پوشش خدمات) مؤثر عمل کنند. اتخاذ چنین سیاست‌هایی برای اصلاح با صرف هزینه‌های کم منجر به نتایج چشمگیری خواهد شد.

و نظام تأمین مالی است. در حال حاضر عمده‌ترین عاملی که موجب ناکارآمدی نظام تأمین مالی شده است، نظام قیمت‌گذاری خدمات درمانی است که با شکلاتی که قبلاً ذکر شد، عملاً اختیار و توان اجرای خرید راهبردی را از سازمان‌های بیمه‌گر سلب کرده است. چنانچه اصلاحات مناسب در زمینه تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی انجام شود، می‌توان بر مبنای تئوری رقابت دارای مقیاس (Yardstick competition) انتظار داشت علاوه بر مراکز تشخیصی و درمانی خصوصی، مراکز درمانی بخش دولتی نیز برای دستیابی به وضعیت مطلوب در شاخص‌هایی همچون نسبت درآمد به هزینه، پاسخگویی به مشتریان، رقابت در کیفیت خدمات و حتی توزیع عادلانه‌تر امکانات، واکنش نشان دهند تا نظام سلامت کشور بهره‌برداري بهتری از منابع خود داشته باشد. پیش‌بینی می‌شود با اصلاح نظام

تأثیر گذار است؟

هزینه‌های درمان سازمان‌های بیمه‌گر نیز همچون سایر بخش‌های اقتصادی کشور متأثر از عوامل کلانی همچون نرخ تورم عمومی کشور، نرخ رشد قیمت کالاهای خدمات پزشکی، تغییرات نرخ ارز، تغییرات در بسته خدمات مورد تعهد این سازمان‌ها، میزان تغییرات مراجعات بیمه‌شدگان به مراکز تشخیصی و درمانی، میزان تغییرات جمعیت بیمه‌شدگان، میزان تغییرات دستمزدها و... است. بررسی‌ها نشان می‌دهد هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر تا حدودی متناسب با تورم بخش بهداشت و درمان کشور و با کمی

امسال در بخش خصوصی تعرفه خدمات هتلینگ ۵ برابر، ویزیت سرپایی پزشکان متخصص ۳٫۶ برابر، خدمات مبتنی بر ارزش نسبی (بستری) بابت دستمزد پزشک (جزء حرفه‌ای) حدود ۳٫۹ برابر و هزینه‌های مرکز درمانی (جزء فنی) حدود ۶٫۹ برابر بیش از بخش دولتی تعیین شد

تاخیر، تغییر خواهد کرد. در طول سنوات گذشته نیز تورم در بخش بهداشت و درمان به دلیل مکانیسم تعیین قیمت‌ها و تعرفه‌ها، تغییرات فناوری و... به طور میانگین حدود ۲۵ درصد بیش از نرخ تورم عمومی کشور بوده است.

با توجه به پوشش هزینه‌های درمان از سوی سازمان‌های بیمه‌گر، نقش این نهادها را در تعیین «قیمت درمان» چگونه ارزیابی می‌کنید؟

متأسفانه در طول حدود سه دهه گذشته سازمان‌های بیمه‌گر پایه به عنوان عضو شورای عالی بیمه سلامت و نماینده آگاه بیمه‌شدگان در تأمین خدمات درمانی مورد نیاز آنها با کمیت، کیفیت و قیمت مناسب در جهت ایفای نقش مؤثر در تعیین قیمت (تعرفه) خدمات تشخیصی و درمانی و همچنین قیمت دارو و لوازم مصرفی پزشکی عملکرد مناسبی نداشته‌اند. در حوزه تعیین تعرفه خدمات درمانی، با میناقرار دادن تعرفه دولتی برای جبران خسارت‌های درمان، بخشی از هزینه تمام‌شده خدمات درمانی تولید شده در بخش دولتی به عهده دولت واگذار شده و در بخش خصوصی عمده‌بار مالی به عهده بیمه‌شدگان گذاشته شده است. در تعیین قیمت کالاهای پزشکی نیز عمده نقش را سازمان غذا و دارو به عهده دارد و عملاً سازمان‌های بیمه‌گر در فرایند تعیین قیمت آنها نقشی ندارند. جالب است بدانید مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی با انجام یکسری مطالعات، پیشنهادهای مفصل و قابل‌اجرائی را ارائه داده که در قالب آن با هدفمند کردن یارانه‌های دولتی بابت خدمات درمانی و تعیین قیمت واقعی خدمات درمانی، امکان اصلاح این روند معیوب وجود دارد و در صورت اجرا فواید زیادی برای نظام سلامت کشور در پی خواهد داشت.

این پیشنهادها به طور حتم در موقع خود بررسی خواهد شد. می‌خواهم در تکمیل سؤال قبل خود جویا شوم که در حال حاضر چه عواملی در ایجاد



گزارش
سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان مهمترین ارکان تأمین‌کننده نیازهای رفاهی افراد تحت پوشش، در حوزه درمان نیز نقش برجسته‌ای در فراهم کردن شرایط دسترسی بیمه‌شدگان به درمان بر عهده دارند؛ تا حدی که حدود یک‌سوم بار هزینه‌های نظام سلامت بر دوش این سازمان‌ها قرار گرفته است. این پوشش هزینه‌ها در شرایطی رخ می‌دهد که موج تورم و افزایش سرسام‌آور قیمت‌ها در سال‌های اخیر، حوزه درمان را نیز در نور دیده و به تبع آن مصارف سازمان‌های بیمه‌گر نیز فزونی یافته است. این افزایش که بر اساس تعیین تعرفه‌های درمان ارزیابی می‌شود در طول زمان دستخوش تغییراتی شده و در حال حاضر از تعرفه دولتی تبعیت می‌کند. حال اینکه نقش سازمان‌های بیمه‌گر در نظام قیمت‌گذاری درمان بسیار کم‌رنگ بوده و امکان خریدهای راهبردی برای این سازمان‌ها، محدود شده است. جایگاه بیمه‌ها در تأمین هزینه‌های درمان، عوامل تعیین‌کننده هزینه و راهکارهای کاهش هزینه‌های درمان موضوع گفت‌وگویی است که با فرهاد کوهی، رئیس اداره اقتصاد درمان و محاسبات معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی انجام داده‌ایم که پیش‌رو دارید.

نقش سازمان‌های بیمه‌گر را در تأمین هزینه‌های درمان چگونه ارزیابی می‌کنید و این سازمان‌ها چند درصد از هزینه‌های درمان را پوشش می‌دهند؟
اساساً منابع مالی نظام سلامت از روش‌های مختلفی شامل بیمه‌ها، مردم، خیرین داخلی و خارجی و منابع عمومی در اختیار دولت (که از آن به عنوان یارانه نظام سلامت یاد می‌شود) تأمین می‌شود. یارانه‌های دولتی علاوه بر اینکه برای تولید و مصرف کالاهای خدمات درمانی و آموزش پزشکی کاربرد دارد، برای تأمین حق بیمه درمان اقشار مختلف جامعه نیز مصرف می‌شود. در ابتدا لازم است برای ارزیابی پوشش بیمه‌ای هزینه‌های درمان، روند این پوشش را مرور کنیم. خدمات تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه در درمان شامل خدمات تشخیصی و درمانی و داروها و لوازم مصرفی پزشکی است. تا قبل از سال ۱۳۷۰ که در



کشور با اختلافی میان تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش‌های دولتی و خصوصی وجود نداشت، عمق پوشش هزینه‌ها توسط سازمان‌های بیمه‌گر متفاوت بود و این سازمان‌ها تا ۸۰ درصد هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دادند. در سال ۱۳۷۰ تعرفه خدمات هتلینگ (هزینه اقامت بیمار در بیمارستان‌ها) در بخش خصوصی ۲۵ درصد بیش از بخش دولتی و در سال ۱۳۷۹ تعرفه خدمت ویزیت سرپایی پزشکان نیز ۵۰ درصد بیشتر و در سال ۱۳۸۳ تعرفه خدمات بستری (خدمات مندرج در کتاب ارزش نسبی) نیز هفت برابر بخش دولتی تعیین شد. طی سال‌ها این اختلافات نوسانات زیادی پیدا کرد؛ به طوری که در سال ۱۴۰۱ در بخش خصوصی تعرفه خدمات هتلینگ پنج برابر، ویزیت سرپایی پزشکان متخصص ۳٫۶ برابر، خدمات مبتنی بر ارزش نسبی (بستری) بابت دستمزد پزشک (جزء حرفه‌ای) حدود ۳٫۹ برابر و هزینه‌های مرکز درمانی (جزء فنی) حدود ۶٫۹ برابر بیش از بخش دولتی تعیین شد. با توجه به این نوسانات، سازمان‌های بیمه‌گر پایه موظف شدند هزینه صورتحساب‌های تشخیصی و درمانی را بر مبنای تعرفه‌های دولتی محاسبه و پرداخت کنند. بر این اساس، این سازمان‌ها منطبق با مصوبات هیأت وزیران موظف به پرداخت ۷۰ درصد هزینه خدمات سرپایی و ۹۰ درصد هزینه خدمات بستری بر مبنای تعرفه‌های بخش دولتی هستند. باید اشاره کنم، گزارشات مربوط به حساب‌های ملی سلامت که توسط مرکز آمار ایران تهیه می‌شود، نشان می‌دهد سازمان‌های بیمه‌گر پایه حدود ۳۰ درصد از کل هزینه‌های سلامت کشور را تقبل می‌کنند. اما با توجه به اینکه بیش از ۵۰ درصد مراجع بیمه‌شدگان به مراکز درمانی در بخش خصوصی (عمدتاً سرپایی) اتفاق می‌افتد، شاهدیم که شاخص پرداخت از جیب خانوار ادر طول سال‌های گذشته حتی به ۶۰ درصد هم رسیده است.

هزینه‌های درمان سازمان‌های بیمه‌گر از چه الگویی تبعیت می‌کند و چه عواملی بر تعیین این هزینه‌ها