

بخشودگی جرائم بیمه‌ای بهتر از شکایت‌های قضایی است

سختگوی کمیسیون حقوقی و قضایی مجلس شورای اسلامی، بخشودگی جرائم کارفرمایان را اقدام مناسبی توصیف کرد و گفت: «پرداخت‌نشدن حق بیمه‌ها باعث شکل گیری حجم بالایی از شکایت‌های قضایی می‌شد، اما اکنون که جرائم بخشوده می‌شوند، کارفرمایان به پرداخت معوقات خود ترغیب می‌شوند.» به گزارش «تأمین۲۴»، حسن نوروزی با اشاره به مشکلات اقتصادی بنگاه‌ها، تأکید کرد: «اگر فشارها را بر کارفرمایان بیشتر کنیم، نسبت به تولید بدبین می‌شوند که تعطیلی بنگاه و بیکاری کارگران را به‌دنبال خواهد داشت.» به گفته نماینده رباط کریم در مجلس، سازمان تأمین اجتماعی در موضوع بدهی‌های بیمه‌ای بهترین راهکار را در پیش گرفته است.

یکشنبه ● ۳ تیر ۱۳۹۷ ● شماره صد و پنجاه‌هفت

ویس‌شده

طرح تحول سلامت و بیمه‌ها

ا ت ی چ ع ه ن و

پیشنهادهای جایگزین چیست؟

شروع شد، به نظر نمی‌رسد با ادامه کاستی های کنونی به اهداف ترسیم شده اصلی اش برسد. گزارش‌ها و پژوهش‌های منتشرنشده نشان می‌دهد طرح تحول سلامت به تدریج وبرخلاف آنچه تصور می‌شد به دلایل کارشناسی و فنی متعدد از برخی اهداف خود دور شده و حتی برخی معتقدند شاخص‌های ارزیابی کنونی این طرح از زمان شروع آن نیز پایین‌تر باشد.

به‌طورمثال یکی از پیامدهای این طرح، افزایش هزینه‌ها در نظام سلامت بوده، به‌گونه‌ای که بیمه‌های پایه در تأمین مالی هزینه‌های آن دچار مشکلاتی جدی شده‌اند و صدای اعتراض بیمه‌ها و بیمه‌شدگان هم بلند شده است. از طرفی بسیاری از مراکز درمانی مطالبات بلندمدت از بیمه‌ها دارند یا تمایلی به ادامه همکاری با بیمه‌ها را ندارند.

دراین شرایط سهم تهدات بیمه‌ای هم از هزینه‌های درمانی به‌تدریج کمتر شده و اعتبار دفترچه‌های بیمه درمان کاهش یافته است. از این‌روست که باید این

مانی متولیان نظام سلامت در قبال سازمان‌های بیمه‌گرا در اجرای طرح تحول نظام سلامت بررسی می‌کند

رچه بیمه درمان، چک سفیدامضانیت!

جدید نیز نمایان شدند. به‌طور مشخص‌تر از سال ۹۶ به این‌سو و هم‌زمان با کوشش‌هایی که این وزارتخانه برای دستیابی به منابع بخش درمان تأمین اجتماعی انجام می‌داد، باید برای بدهی‌های ۹هزار میلیارد تومانی سازمان بیمه سلامت و کمبود منابع مالی آن فکری می‌کرد. کمبودی که باعث شد دولت از مجلس مجوز انتشار ۵۵۰۰ میلیارد تومان اوراق اسناد برای تسویه بخشی از بدهی‌های انباشته این سازمان را بگیرد. در عمل نیز همین کلاف در هم‌پیچیده بدهی‌ها، به صورتی محسوس انتقادهای آشکار وزارت بهداشت از عملکرد بیمه‌ها را به گلایه از پوشش بیمه‌ای بیش از اندازه و همپوشانی‌های بیمه‌ای سوق داد. درست از همین نقطه است که چرخش وزارت بهداشت از مواضع پیشین خود آغاز می‌شود و اوج آن نیز اظهارات اخیر سکандار آن است.

■ **ممنوعیت تعیین سقف برای دفترچه‌ها** مطابق آمارها با اجرای طرح تحول نظام سلامت، سطح پوشش بیمه درمان در کشور از ۸۱/۵ درصد به حدود ۹۳ درصد رسیده و در این میان سازمان بیمه سلامت ۱۱ میلیون نفر را زیر پوشش خود برده است. از طرف دیگر، برآوردها حاکی از آن است که بیش از ۸۱ میلیون دفترچه در دست مردم باشد که ۳۹ میلیون دفترچه سهم سازمان بیمه سلامت است، ۳۶ میلیون دفترچه به سازمان تأمین اجتماعی تعلق دارد و الباقی را دیگر سازمان‌ها و نهادهای صادر کرده‌اند. در همین حال، تعداد دو دفترچه‌ای‌ها حدود هفت میلیون نفر تخمین زده می‌شود و از سویی نیز گمان می‌رود حدود هفت میلیون نفر هنوز بیمه نیستند. گرچه در قانون برنامه ششم توسعه، حکم شده که همپوشانی‌های بیمه‌ای رفع شوند، وزارت بهداشت برای مدیریت اوضاع تابسانمان سازمان بیمه سلامت دو اقدام را در دستورکار خود قرار داده است. یکی تعیین سقف برای استفاده از دفترچه‌ها که ناظران آن را نشانه‌ای دال بر آگاهی یافتن مسئولان وزارت بهداشت از عمق رنج‌هایی که سازمان‌های بیمه‌گر می‌کشند،

کاهش پرداخت از جیب می‌رسد. براساس جهت‌گیری‌های برنامه توسعه کشور، هزینه‌های سلامت و درمان باید به زیر یک‌درصد برسد و نیازهای مردم باید با کمترین میزان پرداخت از جیب پاسخ داده شود. با همین هدف، دولت در سال ۹۳ با همکاری سازمان‌های بیمه‌گر طرح ملی تحول نظام سلامت را به اجرا درآورد و در گام اول گستره پوشش بیمه‌ای را بالا برد و دسترسی‌ها را راحت‌تر کرد. آنچه در مراحل بعد رخ نشان داد، افزایش روزافزون هزینه‌های طرح و نیاز آن به تزریق منابع بود که به گمان ناظران ریشه‌اش در کم‌توجهی به الزامات و پیش‌نیازهایی مانند سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع، الکترونیکی‌کردن خدمات، افزایش تعرفه‌ها و ... بود. حلقه‌های مفقوده‌ای که از نظر سازمان‌های بیمه‌گر باید با صرفه‌جویی در هزینه‌ها و کنترل کانون‌های هدررفت منابع پاسخ داده می‌شد. این موضوع حتی در برهه‌هایی به چالشی میان وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه انجامید. وزارت رفاه مدعی بود سازمان‌های بیمه‌گر با سهمی ۷۵درصدی در تأمین منابع، بار اصلی اجرای طرح را به دوش می‌کشند که منصفانه نیست و باید برای آن چاره‌ای اندیشیده شود. از آن طرف نیز وزارت بهداشت مصرانه می‌گفت بدهی سازمان‌های بیمه‌گر به بیمارستان‌ها و داروخانه‌های دولتی و دانشگاهی مانع اجرای درست طرح است و اگر بیمه‌ها مشارکت بیشتری نکنند، ممکن است طرح به شکست انجامد. تنش‌ها و اختلاف‌های کارشناسی بر سر تجمیع بیمه‌ها روزه‌به‌روز شدیدتر می‌شد تا اینکه در اواخر سال ۹۵، مجلس شورای اسلامی در مصوبه‌ای پرحرف و حدیث به انتقال سازمان بیمه سلامت به وزارت بهداشت رای داد. در آن برهه وزارت بهداشت از این انتقال حمایت می‌کرد، اما در عوض منتقدان با ارجاع به سوابق وزارت بهداشت در مدیریت منابع سازمان تأمین اجتماعی می‌گفتند هدف، دستیابی آسان‌تر به منابع سازمان‌های بیمه‌گر است تا بدین طریق کسری منابع مالی طرح جبران شود. گرچه کارشناسان حوزه رفاه و تأمین اجتماعی شدیداً با جدایی سازمان بیمه سلامت از مجموعه وزارت رفاه مخالف بودند، بعدها و زمانی که معلوم شد سازمان بیمه سلامت در انجام ماموریت‌ها مشکل دارد، نمتنها از حجم انتقادهایی که وزارت بهداشت نثار بیمه‌ها می‌کرد، کم نشد، بلکه چالش‌های



کتینو | ۰۵



اقتصاد سلامت از مدار تعادل خارج شده است!

در جریان اجرای طرح تحول سلامت شاهد بودیم که غربالگری و تفکیک، به‌درستی اعمال نشد و همه اقشار جامعه، فارغ از توان مالی خود به درمان ارزان در سیستم دولتی دسترسی پیدا کردند. اینکه بخواهیم هزینه‌های درمان برای مردم غنی و فقیر به شکل رایگان باشد، سیاست عادلانه‌ای نیست و نیاز است در این مسیر، افرادی که تمکن مالی دارند، بخش عمده‌ای از هزینه‌های درمان خود را پرداخت کنند تا منابع کافی برای حمایت مالی از بیماران نیازمند وجود داشته باشد. از سوی دیگر، افزایش یک‌باره تعرفه‌های پزشکی که تناسبی با سرانه درمان نداشت نیز دلیل مضاعفی شد که بیمه‌ها زیر بار بدهی‌های سنگین بروند. نبود تعادل در منابع و مصارف نظام سلامت، افزایش روزافزون هزینه‌های غیرضروری نظام سلامت، رعایت‌نشدن نظام ارجاع و برنامه پزشکی خانواده، همچنین ابلاغ‌نشدن راهنماهای بالینی نیز دلایل دیگری بود که موجب افزایش هزینه‌های تحمیلی به بیمه‌های درمانی، نظام سلامت و بیماران شد. مجموعه این اتفاقات، «اقتصاد سلامت» را از مدار تعادل خارج کرد و بیمه‌های درمانی را برای پوشش هزینه‌های درمانی به زحمت انداخت.

در این بین، دفترچه‌های بیمه درمانی نیز به دلیل رعایت‌نشدن نظام ارجاع و راهنماهای بالینی، تبدیل به چک سفیدامضایی شد که با توسل به آن، گاهی برخی بیماران، حتی در یک روز چندین مراجعه تکراری به پزشکان مختلف داشتند و به این ترتیب هزینه‌های درمان، روبه‌فزونی گذاشت. کارشناسان بارها نسبت به اهمیت صرفه‌جویی در منابع نظام سلامت هشدار داده‌اند و امید می‌رود در ادامه اجرای طرح تحول سلامت، شاهد مدیریت بهتر و علمی‌تری روی دخل و خرج نظام سلامت باشیم تا علاوه بر اینکه پزشکان و مراکز درمانی به‌حق و حقوق قانونی خود برسند و بدهی‌های آن‌ها پرداخت شود، شرایطی هم پیش بیاید که فرایند حفظ منابع نظام سلامت با جدیت بیشتری پیگیری شود.

دبیر شورای عالی نظام پزشکی کشور

خبر

تعیین تکلیف پرونده پزشکی کیارستمی تا دو هفته آینده

معاون انتظامی سازمان نظام پزشکی گفت: «وضعیت نهایی پرونده پزشکی عباس کیارستمی تا دو هفته آینده تعیین تکلیف می‌شود.» به گزارش روابطعمومی سازمان نظام پزشکی، دکتر علی فتاحی با اشاره به کیفرخواست‌های صادرشده در این پرونده، اظهار کرد: «پس از اعتراض به رای هیئت بدوی و تجدیدنظر، پرونده به هیئت عالی انتظامی سازمان نظام پزشکی ارجاع داده شده که با اتمام بررسی‌ها، رای قطعی تا یکی، دو هفته آینده اعلام خواهد شد.» اما در همین رابطه، بهمن کیارستمی، فرزند عباس کیارستمی، این خبر را جدید نمی‌داند و می‌گوید: «این خبر جدید نیست و قرار هم نیست حکم جدیدی صادر شود، چراکه این حکم اسفندماه سال گذشته ابلاغ شد و الان احتمالاً فقط اعلام رسمی می‌شود.» به گفته وی، در رای هیئت عالی نظام پزشکی آمده است: «نتیجه اعتراض و تقاضای رسیدگی فوق‌العاده به حکم تقلیل یافته و اصلاح‌شده دکتر احمد میر که از «سه ماه محرومیت از مطب در شهر تهران» به «توبیخ کتبی با درج در پرونده نظام پزشکی و نشریه نظام پزشکی محل (شهر تهران)» کاهش یافته‌بود، رده‌شده و رای تقلیل یافته صحیح صادر شده است.» عباس کیارستمی، کارگردان سرشناس ایرانی که از اسفند سال ۹۴ تا اوایل اردیبهشت ۹۵ به دلیل انجام چند عمل جراحی در ناحیه روده در بیمارستان بستری شده بود، به دلیل قصور پزشکی رخ داده در ایران، هشتم تیر سال ۹۵ برای تکمیل مراحل درمان به پاریس رفت، اما در ۷۶ سالگی و هم‌زمان با ماه تولدش در تیر ماه درگذشت.



یکی از مهم‌ترین تحلیل‌ها در ریشه‌یابی اظهارات وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی درباره بیمه‌ها، هزینه‌های بالای سازمان بیمه سلامت است که دو سال پیش به این وزارتخانه منتقل شد / عکس: غلامرضا حافظ‌القرآن

مصارف سازمان بیمه سلامت، نوعی تن‌دادن به اسلوب و سبک و سیاقی است که سازمان‌های بیمه‌گری مانند تأمین اجتماعی و فعالان حوزه رفاه و تأمین اجتماعی برای بهینه‌کردن ارائه بسته‌های خدمات درمانی در چهار سال گذشته پیشنهاد داده و این وزارتخانه را دعوت به عملیاتی کردن آن‌ها کرده‌اند. مسئله‌ای که در حالت خوش‌بینانه ممکن است به‌نوعی همدان‌پنداری متولی اصلی درمان کشور با تأمین‌کنندگان منابع تعبیر شود و اینکه رفع موانع جدی مالی طرح تحول نظام سلامت و برقراری تعادل میان دریافتی‌ها و هزینه‌کردهای بیمه‌ها آن‌طور که مسئولان نهاد متولی تصور می‌کرده‌اند، آسان نیست. این نکته را هم نباید از نظر دور داشت که چنین برداشت‌هایی گرچه این امیدواری را باقی می‌گذارد که از بار حجمه‌های پرشمار به سازمان‌های بیمه‌گر کم کند و این احتمال را قوت ببخشد که کیفیت مشارکت در اجرای طرح تحول سلامت وارد دوران تازه‌ای شود، کماکان در صورت مسئله کمبود منابع سازمان‌های بیمه‌گر و همین‌طور انتقادهای ریز و درشتی که کارشناسان به نحوه اجرای طرح تحول سلامت وارد می‌دانند، تغییری ایجاد نمی‌کند.

سقف پرداخت برای دفترچه‌های بیمه را ممنوع کرده است.

■ **نشانه‌ای از تجدیدنظر در برداشت‌ها** هم‌زمان با این تحولات، متولی نظام بهداشت و درمان به راهکارهای دیگری مانند راه‌اندازی سامانه‌های الکترونیکی «سیاب»، «سنا» و «سما» برای نظام ارجاع الکترونیک متوسل شده و از ایده حذف دفترچه‌های کاغذی استقبال کرده تا از این طریق هدررفت غیرضروری خود را کاهش دهد جلو هدر رفت منابع را بگیرد. براساس آماری که مدیرعامل سازمان بیمه سلامت داده تا آخر فروردین ماه، در ۱۲۸ بیمارستان دولتی دفترچه‌های بیمه‌ای حذف شده‌اند و تا پایان شهر یور ماه نیز در تمامی بیمارستان‌ها دیگر خبری از دفترچه‌ها نخواهد بود. حال اگر این اقدامات را با اظهارات غیرمنتظره اخیر وزیر بهداشت درباره ماهیت دفترچه‌های بیمه مقایسه کنیم، موضوع قدری روشن‌تر می‌شود. به نظر می‌رسد چنین اظهاراتی بیش از همه نشانه‌ای است از احتمال تجدیدنظر در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت نظام سلامت و اینکه تغییرات در ساختار اجرایی وزارت بهداشت و الزام آن به مدیریت منابع و

دانستند و دیگری الکترونیک‌سازی و احیاناً حذف دفترچه‌ها به سان همان کاری که تأمین اجتماعی پیش‌تر انجام داده و ظاهراً در آن موفق هم بوده است. موضوع تعیین سقف برای استفاده از دفترچه‌ها و ایجاد محدودیت ارائه خدمات در مراکز درمانی، طرحی بود که وزارت بهداشت از ابتدای سال گذشته برای خلاص‌شدن از معضل کمبود منابع مالی سازمان بیمه سلامت در پی انجام آن بود و نمایندگان عضو کمیسیون بهداشت مجلس نیز از آن حمایت حداکثری کرده بودند. در مقابل عده‌ای نیز می‌گفتند طرح تعیین سقف موجب تقابل میان پزشکان و بیماران می‌شود و بهتر است برای کاهش هزینه‌های غیرضرور، سازوکار دقیق‌تری طراحی شود. عاقبت نیز نظر گروه دوم پذیرفته شد و آن‌طور که در خبرها آمده سازمان نظام پزشکی تعیین

اظهارات اخیر وزیر بهداشت بیش از همه احتمالاً نشانه‌ای از تجدیدنظر در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت نظام سلامت و تن‌دادن به اسلوب و سبک و سیاقی است که سازمان‌های بیمه‌گری مانند تأمین اجتماعی و فعالان حوزه رفاه و تأمین اجتماعی برای بهینه‌کردن ارائه بسته‌های خدمات درمانی پیشنهاد داده‌اند.