راه‌اندازی مطب‌های تخصصی دیابت

رئیس بنیاد امور بیماری‌های خاص اعلام کرد: «با اعلام فراخوان این بنیاد و استقبال پزشکان متخصص، مطب‌های تخصصی دیابت در تهران و شهرستان‌ها دایر می‌شوند.» به گزارش ایرنا، فاطمه هاشمی افزود: «از نه ماه قبل با اعلام فراخوان بنیاد، ۶۰ پزشک متخصص برای ایجاد مطب‌های دیابت اعلام آمادگی کردند و فراخوان دوم نیز برای شهرستان‌ها داده شد که مورد استقبال قرار گرفت.» هاشمی اظهار امیدواری کرد: «با همکاری مراکز تحقیقاتی و آموزشی، تا پنج سال آینده چندین مطب تخصصی در سراسر کشور به دیابت اختصاص می‌یابد.» هاشمی بر خودمراقبتی برای جلوگیری از بروز دیابت تاکید کرد و اظهار داشت: «خود ما می‌توانیم با تغییر در سبک زندگی مانند تغذیه صحیح و ورزش از بروز دیابت پیشگیری کنیم.»

علیرضا محجوب: تجمیع بیمه‌ها به زیان کارگران و اقتصاد

رئیس فراکسیون کارگری مجلس با بیان اینکه تجمیع بخش درمان سازمان تامین اجتماعی در طرح تحول سلامت به زیان کارگران، دولت و اقتصاد کشور است، از مدافعان این ادغام خواست تا با ارائه دلایل کارشناسی مفید بودن این ادغام را ثابت کنند. به گزارش آتیه‌نو، علی‌رضا محجوب در واکنش به برخی اظهارات مبنی بر اینکه اطمینان داریم طرح ادغام به نفع کارگران است، عنوان کرد: «محاسبات سرانگشتی نشان می‌دهد که این ادغام به زیان همه خواهد بود. بنابراین خواسته ما از کسانی که از این ادغام دفاع می‌کنند این است که به جای بازی با کلمات و ادبیات انشاگونه از ابزار حساب و کتاب برای اثبات این ادعای خود استفاده کنند.»

دبیر کل خانه کارگر با بیان این مطلب که آنچه در این چند سال شاهد اجرای آن بوده‌ایم، کاهش بنیه مالی کارگران و افزایش همزمان هزینه‌های درمان بوده است، تاکید کرد: «در سال جاری دستمزد کارگران ۱۷ درصد افزایش یافته، در حالی که هزینه‌های درمان به دلیل افزایش تصاعدی نرخ تعرفه‌ها تا ۳۰۰ درصد افزایش یافته است.» وی در توضیح دلیل منطقی نبودن ادغام بخش درمان سازمان تامین اجتماعی با سایر بیمه‌های درمان، اظهار داشت: «حال با این توان مالی کارگران، که به‌شدت پایین نگه داشته شده، چگونه ادعا می‌شود که ادغام به نفع کارگران است.» رئیس فراکسیون کارگری مجلس یادآور شد: «آن‌هایی که امروز در مصدر کار هستند بهتر است پاسخگو باشند که چرا سرانه درمان ما کارگران از سال ۶۸ پرداخت نشده است. درواقع سوال ما این است که پس از اجرای قانون بیمه سلامت، سرانه درمان ما کارگران خرج چه کسانی شده است؟»

محجوب با اعلام این مطلب که ما کارگران در فاصله سال‌های ۵۴ تا ۶۹ تمامی زیان‌های ناشی از اداره شدن منابع درمانی سازمان تامین اجتماعی به دست وزارت بهداشت را تجربه کردیم، یادآور شد: «این طرح سرتاپا ضرر و زیان بود و برای همین در سال ۶۹ مجلس شورای اسلامی با تصویب قانون الزام به حضور مدیران وزارت بهداشت در بخش درمان سازمان تامین اجتماعی خاتمه داد.»
وی خاطرنشان کرد: «هیچ چیز به اندازه آمار و ارقام، تجربه تلخ سال‌های پیش از تصویب قانون الزام را تشریح نمی‌کند و برای همین کارگران نمی‌توانند به انشای خوش‌لحن مدافعان ادغام تامین اجتماعی در طرح تحول سلامت دل خوش کنند.»

نوشتاری تحلیلی - آماری از دکتر اسماعیل گرجی‌پور و دکتر مهدی تدین
کارشناسان حوزه رفاه و تامین اجتماعی

آسیب‌شناسی توزیع هزینه‌های نظام سلامت

•گزارش•

در چند وقت اخیر یکی از بحث‌های مهم بین نظام رفاه و تامین اجتماعی و نظام سلامت بحث کارکرد نظام بیمه‌ای در این دو نظام بوده است. فارغ از بحث کارشناسان دو طرف از زوایای مختلف موضوع، چه از جنبه حقوقی و تفاسیر مختلفی که از متون قانونی مربوطه می‌شود تا بحث منفک بودن بازار عرضه و تقاضا در این بازار و...، می‌خواهیم ضمن ارائه تصویری از وضعیت کنونی تامین مالی نظام سلامت از منظر کارکردی موجود و آمار به مزایای ارائه نظام چندلایه تامین اجتماعی برای بهبود و ساماندهی این وضعیت بپردازیم. از مهم‌ترین اهدافی که طی برنامه چهارم و پنجم توسعه در این حوزه بر آن تاکید شده است می‌توان به این موارد اشاره کرد:
۱- شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به ۹۰ درصد ارتقا یابد؛
۲- سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد بیشتر نشود؛
۳- سهم خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد کاهش یابد.
اما در عمل در تمام سال‌های اجرای قانون برنامه پنجم توسعه تا کنون، همچنان شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم کمتر از ۹۰ درصدبوده و سهم مردم از هزینه‌های سلامت بیش از ۳۰ درصد (بالاتر از ۵۵ درصد) و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت همواره بیش از یک درصد (براساس مطالعات مختلف بین ۳/۵ تا ۷ درصد) بوده است.
از طرف دیگر نیز مخارج عمومی دولت برای بیمه سلامت (کمک دولت و سهم کارفرمایی دولت از حق‌بیمه پایه سلامت) به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های دولت، در ۳ سال ابتدایی برنامه پنجم توسعه از میانگین کشورهای حوزه EMRO (براساس تقسیم‌بندی سازمان بهداشت جهانی شامل قریب به ۲۴ کشور از جمله کشورهای مدیترانه شرقی که عمدتا شامل کشورهای خاورمیانه و برخی از کشورهای شمال آفریقاست) و کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا Upper middle income (براساس تقسیم‌بندی بانک جهانی که شامل کشورهایی چون ترکیه، ایران و...) کمتر بوده است.
سرانه کل هزینه سلامت براساس نرخ مبادله میانگین پول ملی هر کشور با دلار آمریکا در ایران (۴۸۵ دلار در سال ۲۰۱۲) بیش از میانگین کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و نزدیک به دوبرابر کشورهای حوزه EMRO است. از سوی دیگر سرانه کل هزینه بخش سلامت در ایران براساس نرخ برابری قدرت خرید دلار آمریکا ((ppp Purchasing Power Parity)) در سال ۲۰۱۲ معادل هزار و ۲۸۱ دلار و سرانه هزینه دولت برای بخش سلامت در جمهوری اسلامی ایران براساس نرخ برابری قدرت خرید دلار آمریکا (ppp) در سال ۲۰۱۲ معادل ۴۹۲ دلار بوده، که این ارقام در پایان سال ۲۰۱۳ میلادی (مقارن با زمان تنظیم بودجه سال ۱۳۹۴ بخش سلامت کشور و مصادف با آغاز طرح تحول نظام سلامت) به ترتیب به ۱۴۱۴ و ۵۱۷ دلار آمریکا افزایش یافته است. به عبارتی، نظام سلامت ایران در مقایسه با میانگین کشورهای همرده (EMRO & UPPER MIDDLE INCOME) نظام سلامت گران‌قیمتی است، اما به سبب عدم استفاده مطلوب از ظرفیت‌های موجود (نظیر بیمه‌های اجتماعی پایه و بیمه‌های تکمیلی) بهره‌وری مناسبی ندارد.

بدین ترتیب براساس گزارش این دو نهاد بین‌المللی می‌توان نتیجه گرفت که اولا سهم برنامه‌های پیش‌پرداخت از هزینه‌های سلامت در ایران ۴۰ درصد کمتر از کشورهای حوزه EMRO و یک چهارم کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا است. ثانیا سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت (OOP) در ایران ۱۰ درصد بیش از کشورهای حوزه EMRO و ۱۶ درصد بیش از کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا است. ثالثا نیز از نظر شاخص «سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت» (OOP)، در سال ۲۰۱۲ میلادی ایران در رتبه ۱۶ کشورهای حوزه EMRO قرار داشت.
با وجود بالا بودن شاخص‌های فوق، و به رغم استقرار نظام بیمه اجتماعی سلامت در ایران برای بیش از دو دهه، کماکان سهم برنامه‌های پیش‌پرداخت از کل هزینه‌های سلامت در ایران ۷۵ درصد کمتر از کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا و ۴۰ درصد کمتر از کشورهای حوزه EMRO است.
براساس آخرین آمار سازمان جهانی بهداشت، هزینه کل مخارج سلامت (سهم هزینه سلامت) از تولید ناخالص ملی (GDP) ایران از میانگین کشورهای منطقه EMRO و نیز کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا بیشتر است.
درصد منابع ذیل بیمه سلامت، که از کل منابع نظام سلامت اختصاص یافته است، در طول سال‌های اجرای قانون برنامه پنجم توسعه همواره کمتر از ۲۰ درصد بوده و این در حالی است که سرانه کل هزینه برای سلامت براساس نرخ مبادله میانگین پول ملی کشور با دلار آمریکا در تمامی سال‌های اجرای قانون برنامه پنجم توسعه از میانگین کشورهای منطقه و حتی کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا بالاتر بوده است. نتیجه اینکه نقش بیمه پایه سلامت در طول سال‌های اجرای قانون برنامه پنجم توسعه، نه‌تنها به هدف کلان تعریف‌شده در اسناد پشتیبان برنامه پنجم توسعه (افزایش سهم بیمه پایه سلامت از پرداخت‌های سلامت به میزان ۵۰ درصد از گردش مالی سلامت تا پایان برنامه پنجم) نزدیک نشده بلکه تضعیف نیز شده است.
مابه‌التفاوت سرانه مخارج دولت برای سلامت تا سرانه کل هزینه برای سلامت در سال ۲۰۰۰ معادل ۱۳۵ دلار بوده که در سال ۲۰۱۲ به ۲۸۹ دلار و در سال ۲۰۱۴ به بیش از ۵۰۰ دلار افزایش یافته است. بخش اعظم این مابه‌التفاوت ناشی از گسترش لجام‌گسیخته تعرفه‌گذاری بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت و فقدان نظارت موثر بر این بخش بوده است. تقارن زمانی شروع این گسست مصیبت‌بار بین تعرفه‌های بخش خصوصی و دولتی را، که با هیچ معیار علمی و منطقی سازگار نیست، می‌توان در سال‌های میانی دهه هشتاد و همزمان با احاله تعرفه‌گذاری بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت به یک نهاد صنفی (سازمان نظام پزشکی) جستجو کرد. به سبب فقدان هرگونه تدبیر مشخص در پوشش گسست فزاینده تعرفه بخش خصوصی و دولتی، بخش عمده‌ای از این مابه‌التفاوت به سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم تحمیل می‌شود که می‌تواند در افزایش خانوارهای مواجه با هزینه‌های کاتاستروفیک و فقرزای سلامت موثر باشد.
در ایران آمارها نشان می‌دهد که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می‌شود، برحسب توان پرداخت آن‌ها توزیع نشده است و نظام سلامت به گونه‌ای است که افراد یا خانوارها بعضا در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه‌های زیاد مجبور به عدم خرید مراقبت می‌شوند.

توزیع مخاطرات سلامت بسیار نامتوازن است. معمولا ۶۰ درصد کل مخارج سلامت صرف ۱۰ درصد جمعیت می‌شود و ۳۰ درصد از جمعیت هیچ‌گونه مصرفی از مخارج سلامت ندارند

مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی در گزارشی با استفاده از داده‌ها و اطلاعات برگرفته از مرکز آمار ایران و بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران هزینه‌های صرف‌شده برای خدمات سلامتی و وضعیت نابرابری در مخارج صرف‌شده برای خدمات سلامتی دهک‌های مختلف درآمدی خانوارهای روستایی و شهری کشور با سنجه‌های نسبت هزینه‌های صرف‌شده غنی به فقیر، شاخص تمرکز، کاکوانی و ضریب جینی را بررسی کرده و متذکر شده که این محاسبات برای دوره ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۸ انجام شده است. براساس نتایج به دست‌آمده، سهم مالی هزینه‌های خوراکی دهک‌های پایین درآمدی سهم عمده‌ای از مخارج را تشکیل داده و سهم مخارج سلامت در این دهک‌ها اندک است. در ادامه این گزارش آمده است: الگوی جاری تامین مالی خدمات سلامتی در ایران با وجود نقش انتقالی کم‌اثر هزینه‌ها، دهک‌های بالا به پایین، چندان مطلوب نبوده و نیازمند اتخاذ سازوکارهای موثرتر جهت انتقال بیشتر یارانه‌های بخش سلامت از خانوارهای ثروتمند به طبقات متوسط و پایین است. از طرف دیگر بخش عمده هزینه‌های مصرفی خانوارهای دهک‌های پایین درآمدی صرف غذا و خدمات مربوط به آن می‌شود که این امر خود مانعی جدی برای پرداختن خانوارها به سایر کالاها و خدمات موثر بر سلامتشان - مانند آموزش، تفریح و سرگرمی - است و در بلندمدت آثار نامطلوبی بر وضعیت سلامتی این خانوارها بر جای خواهد گذاشت. به جز سازمان تامین اجتماعی که در آن نرخ حق‌بیمه تا حدودی تناسبی (Proportional) و بر مبنای درصدی از حقوق و دستمزد محاسبه می‌شود، نظام تامین مالی در سایر صندوق‌های بیمه‌ای کشورمان به صورت نزولی یا کاملا نزولی (Regressive) است. به عبارت دیگر با افزایش توان پرداخت، میزان سهم مشارکت افراد کاهش می‌یابد. از آنجایی که دهک‌های پایین‌تر جامعه معمولا دسترسی کمتری به خدمات سلامت دارند (براساس قانون مراقبت‌های معکوس)، می‌توان نتیجه گرفت که افراد با توان مالی کمتر، بار مالی ناشی از هزینه‌های سلامت را به دوش می‌کشند.
در مطالعه‌ای که توسط رضاپور و همکاران در خصوص شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت صورت گرفته، نشان داده شده که تنها ۵۳/۷% درصد از خانوارهای پنجک اول درآمدی (فقیرترین) از خدمات سرپایی و بستری سلامت استفاده کرده‌اند، در حالی که این عدد در پنجک‌های چهارم و پنجم (ثروتمندترین اقشار) به ۹۸/۸% و ۷۵% می‌رسد. توزیع مخاطرات سلامت بسیار نامتوازن است. معمولا ۶۰ درصد کل مخارج سلامت صرف ۱۰ درصد جمعیت می‌شود و ۳۰ درصد از جمعیت هیچ‌گونه مصرفی از مخارج سلامت ندارند. این در حالی است که سرانه مصرف دهک‌های بالای جامعه ۱۷ برابر دهک‌های پایین است و درآمد دهک‌های بالای جامعه ۳۰ تا ۷۰ برابر دهک‌های پایین است و اختلاف ثروت دهک‌های بالا حدود ۲۰۰ برابر دهک‌های پایین جامعه گزارش شده است.
در کنار همه این‌ها باید بین دو مفهوم «ایجاد دسترسی به خدمات سلامت» و تامین «برخورداری و بهره‌مندی از خدمات سلامت» تفکیک قائل شد. الزاما هر گونه بهبود در دسترسی به خدمات سلامت، آنگاه که توام با رفع موانع بهره‌مندی (موانع اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی) نشود، به بهبود برخورداری و بهره‌مندی منتهی نخواهد شد و حتی گاه به سبب ایجاد پدیده تقاضای القایی جهت خدماتی که دسترسی به آن‌ها فراهم آمده، برخورداری و بهره‌مندی از خدمات اساسی و ضروری سلامتی را به سبب ایجاد موانع مالی مختل خواهد ساخت. در کشور ما سازوکاری جهت بهره‌مندی اقشار روستایی، عشایر و شاغلان مشاغل غیررسمی از مزایای بیمه‌های پایه، مازاد و مکمل سلامت موجود نیست. فقدان پوشش بیمه‌های اجتماعی از کارافتادگی و بازنشستگی پایه جهت قریب به یک سوم جمعیت مولد کشور (حدود ۶ میلیون شاغل) به سبب فقدان انسجام و یکپارچگی ساختاری و عملکردی بین سازمان‌ها و صندوق‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی پایه (درمان پایه، مستمری و بازنشستگی پایه) متولی برقراری پوشش بیمه‌های

نمای نزدیک

به جز سازمان تامین اجتماعی که در آن نرخ حق‌بیمه تناسبی و بر مبنای درصدی از حقوق و دستمزد محاسبه می‌شود، نظام تامین مالی در سایر صندوق‌های بیمه‌ای کشورمان به صورت نزولی یا کاملا نزولی است. به عبارت دیگر با افزایش توان پرداخت، میزان سهم مشارکت افراد کاهش می‌یابد. از آنجایی که دهک‌های پایین‌تر جامعه معمولا دسترسی کمتری به خدمات سلامت دارند، می‌توان نتیجه گرفت که افراد با توان مالی کمتر، بار مالی ناشی از هزینه‌های سلامت را به دوش می‌کشند.

•یادداشت•

•غلامرضا عباسی•

این اندوخته‌های کارگران است

ما کارگران بارها اعلام کرده‌ایم که با هر حرکتی مثل بحث تجمیع بیمه‌های درمانی که بخواهد استقلال و پایداری صندوق تامین اجتماعی را به خطر بیندازد، به‌شدت مخالفیم. نه کارگران، نه بازنشستگان و نه حتی کارفرمایان با بحث تجمیع بیمه‌ها موافق نیستند. هرگونه ادغام در حوزه اقتصادی یا درمانی که بخواهد با منابع سازمان تامین اجتماعی ادغام شود، از دید ما کارگران مردود است و به ضرر کارگران خواهد بود.
در مخالفت با این بحث‌ها، بیانیه صادر کردیم و در همایشی هم که اخیرا برگزار شد، به‌صراحت مخالفت خود را با هرگونه ادغام بیمه‌های درمانی اعلام کردیم. متاسفانه، طرح این بحث‌ها تازگی ندارد. شاهد هستیم که هرساله به شکل‌های مختلفی، این‌گونه هجمه‌ها به سازمان تامین اجتماعی وارد می‌شود، در حالی که مطرح شدن این بحث‌ها به جامعه آسیب می‌زند و نیمی از جمعیت کشور را که به نوعی تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی هستند، نگران می‌کند. ما انتظار داریم وقتی سازمان تامین اجتماعی دچار مشکل شد، دولت بدهی‌اش را به این سازمان پرداخت کند، بنگاه‌های اقتصادی را تقویت و از آن‌ها حمایت کند تا این بنگاه‌ها بتوانند با فراغ بال حق‌بیمه کارگران را بپردازند، نه اینکه از سازمان تامین اجتماعی هیچ حمایتی نشود و حتی به منابع کارگران و اندوخته‌های سازمان چشم دوخته شود.
ما شرایط پیش‌آمده فعلی را مساعد نمی‌بینیم، زیرا با تجمیع بیمه‌های درمانی استقلال و توان مالی سازمان تامین اجتماعی تحلیل می‌رود و درنهایت، سرمایه کارگران که طی سال‌ها زحمت آن را به دست آورده‌اند، به بخش دولتی واگذار می‌شود. سوال ما این است که وقتی کارگران ۹ درصد از حقوق خود را به صورت حق‌بیمه بابت درمان پرداخت می‌کنند، چرا باید افراد و صندوق‌های دیگر که مساوی با ما سهم درمان نمی‌پردازند، در منابع صندوق ما مشارکت داشته باشند.
نباید همه مردم را سر سفره کارگران بنشانیم و از جیب آن‌ها هزینه‌های درمانی دیگران را پرداخت کنیم. این کار اجحاف در حق کارگران است و حقوق آن‌ها را پایمال می‌کند. از ادغام بیمه‌های درمانی، کارگران هیچ منفعتی نخواهند داشت و صرفا اموال بین‌النسلی آن‌ها در اختیار دیگران قرار می‌گیرد.
در شرایطی که دولت سرانه درمان کارگران تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی را بپردازد، چرا می‌خواهند اوضاع را بدتر کنند؟ ما یک نهاد عمومی غیردولتی هستیم که مثل هر نهاد خصوصی دیگر تمایل نداریم سرمایه یک عمر زحمتمان را با دیگران شریک شویم. حتی اگر فرض هم کنیم که ادغام در بخش درمان خوب است، آیا پزشکان فعال در بخش خصوصی حاضرند سرمایه و درآمد خود را با ما کارگران شریک شوند؟ آیا پزشکانی که سهام‌دار بیمارستان‌های خصوصی هستند، حاضرند منابع خود را با منابع سازمان تامین اجتماعی ادغام کنند؟ به همین دلایل است که می‌گوییم دست بردن به منابع کارگران بی‌انصافی است، زیرا منابع جمع‌آوری‌شده از سوی آنان هم فرقی با منابع بخش خصوصی ندارد.
یعنی همانطور که ادغام درآمد مطب‌های بخش خصوصی با بخش دولتی غیرمنطقی و غیرقابل تصور است، ادغام بیمه درمان تامین اجتماعی با بخش دولتی نیز به همین اندازه غیرمنطقی است و معایب زیادی را به دنبال خواهد داشت.
در صورت ادغام شدن بیمه‌های درمانی، به جای آنکه ما کارگران از نهاد دولت بخواهیم حق درمان ما را پرداخت کند و به دنبال احقاق حقوق خود باشیم، مجبور می‌شویم «دربه‌در» به دنبال دریافت خدمات درمانی در مراکزی باشیم که با سرمایه خودشان شکل گرفته است و البته در آن وضعیت، دیگران نیز بدون پرداخت هیچ سهمی با کارگران شریک شده‌اند.
باید در نظر داشت که کارگران محور اصلی توسعه کشور هستند و ایجاد آرامش خاطر و رفاه برای آن‌ها، کارایی کارگران را بالاتر خواهد برد و درنهایت به نفع اقتصاد ملی تمام خواهد شد، اما اینکه هربار با طرح و برنامه‌ای جدید، اضطراب و شوکی تازه به کارگران وارد کنیم و به اندوخته‌های بین‌النسلی آن‌ها چشم بدوزیم، نه به نفع جامعه کارگری، نه به نفع نظام سلامت و نه در راستای منافع ملی خواهد بود.

رئیس کانون عالی
انجمن‌های صنفی کارگران ایران