

ادغام با طرح تحول نظام سلامت همخوانی ندارد

فریبرز رئیس‌دانا، اقتصاددان و پژوهشگر اجتماعی بر جسته کشور، با تأکید بر اینکه مالکیت اموال و منابع سازمان تامین اجتماعی متعلق به بیمه‌شدگان آن است و قابل ادغام نیست، تلاش‌ها برای ادغام را بی‌ارتباط با طرح تحول نظام سلامت دانست و گفت: «برداشت یکجانبه از احکام بر نامه پنجم توسعه به‌بورو گرانیزه کردن و افزایش نظارت وزارت بهداشت و درمان می‌انجامد بدون اینکه تأثیری بر کیفیت و هزینه درمان داشته باشدو این امر با طرح تحول نظام سلامت هم‌خوانی ندارد.» وی با بیان اینکه مدیریت سازمان‌های بیمه‌ای نیازمند داشتن سیاست و تخصص ویژه است، تجمعیم بیمه‌ها را موجب ایجاد ناکارآمدی مضاعف در این حوزه دانست و گفت: «در صورت تحقق ادغام، فشار مضاعفی به اقشار آسیب‌پذیر و کم‌درآمد وارد می‌شود.»

یکشنبه ● ۱ آذر ۱۳۹۴ ● شماره سی و یک

ا ت ی ۷ ۶ ۵ ۴ ۳ ۲ ۱



تجمع بیمه‌های درمانی اگر هم ضروری باشد، که به نظر م ضروری نیست، در حال حاضر در اولویت نظام سلامت قرار ندارد. در نظام سلامت، اولویت‌های زیادی وجود دارد که به آن‌ها نپرداخته‌ایم و آن‌ها را رها کرده‌ایم. همچنین اینکه عنوان می‌شود بدون تجمعیم بیمه‌ها طرح تحول سلامت شکست می‌خورد، این حرف نیز وجهت کارشناسی ندارد. برعقود نقش

بیمه‌ها در طرح تحول سلامت باید بازنگری شود؛ نقش بیمه‌ها باید در طرح تحول سلامت قوی‌تر دیده می‌شد، که این اتفاق هم در مقام عمل رخ نداد.

تجمع بیمه‌های درمانی، به شکلی که بیمه‌ها نیز در اختیار وزارت بهداشت قرار بگیرند، با سیاست‌های ابلاغی رهبری در حوزه سلامت منافات دارد، زیرا



بهداشت قطعا به نفع مردم و نظام سلامت تمام نخواهد شد.

بر خلاف سیاست‌های ابلاغی سلامت حرکت نکنیم

در این حالت نقش تولیت، نظارت، تأمین‌کننده منابع و ارائه‌دهنده خدمات درمانی یکسان خواهد شد، در حالی که براساس سیاست‌های ابلاغی نظام سلامت، باید نقش تولیت، تأمین منابع و تدارک خدمات درمانی متمایز از یکدیگر باشد. تجمعیم همه نقش‌ها در وزارت بهداشت قطعا به نفع مردم و نظام سلامت تمام نخواهد شد.

چرا بحث تجمعیم بیمه‌ها مطرح می‌شود؟

ضرورت تفکیک بیمه درمان از درمان

(کارمند و دولت) و سازمان‌های دولتی می‌تواند تقسیم کار کند و بین وظایف بیمه‌ای، درمانی و سرمایه‌گذاری تفکیک قائل شود، ولی در ارتباط با سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی سه‌جانبه و عمومی غیردولتی نمی‌توان یکپارچگی و انسجام آن‌ها را برهم زد و بایستی بخش‌های بیمه‌ای، درمانی و سرمایه‌گذاری آن‌ها توانمند و یکپارچه‌اداره و مدیریت شوند. مهم‌تر آنکه مقوله «درمان» و «بیمه درمان» دو موضوع مجزا و متفک از هم باید باشند. نباید فراموش کنیم که جدایی بیمه‌های درمانی از وزارت بهداشت در سال ۶۹ اتفاق افتاد، زیرا به دلیل تجربه ناکارآمد این ادغام در سال‌های قبل از انقلاب، درنهایت بیمه‌های درمانی از وزارت بهداشت جدا شدند. حال سؤال اینجاست که آیا تغییری در شرایط و مختصات حوزه‌های درمانی یا بیمه‌ای رخ داده که عده‌ای به‌فکر بازگشت به سیاست‌های درمانی پیش از انقلاب هستند که یکبار هم آزموده شده است؟ همچنین مأموریت تأمین اجتماعی با یک مفهوم «فراگیری در پوشش‌های بیمه‌ای شامل درمان، بیکاری، از کارافتادی، بازنئستگی و…» هویت گرفته است. جدایی بخش درمان به‌نوعی ناقص کردن این مفهوم هویتی است که بر روی مأموریت‌های سایر بخش‌های آن نیز تأثیر گذار خواهد بود. جالب است که متولیان نظام سلامت اجرای بند «الف» ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه را چندان پیگیری نمی‌کنند، آنجا که بر بیمه پایه درمان برای تمام مردم تأکید دارد، اما به بند «ب» این ماده که بحث متمرکز کردن بیمه‌های درمانی است تمرکز کرده‌اند؛ آن‌هم در حالی که تبصره ۲ همان ماده قانونی، درمان مستقیم و غیرمستقیم تأمین اجتماعی را از بحث ادغام مستثنا کرده است. حتی در انتهای این تبصره گفته شده است که س‌سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند به سازمان بیمه سلامت خدمات درمانی بفروشد، که این حکم نافی ادغام است، چراکه اگر تأمین اجتماعی مشمول ادغام بود دیگر خودش نمی‌توانست چیزی را به خودش بفروشد! کارشناسان تأمین اجتماعی اعتقاد دارند از طرفی شرایط، امکانات و مقتضیات برای تجمعیم بیمه‌ها در وضعیت کنونی فراهم نیست، وقتی سرفصل‌های این ادغام معلوم نیست، تجمعیم بیمه‌ها نمی‌تواند در وضعیت‌فعلی به نفع مردم و نظام سلامت باشد.

■ تجمعیم و آینده سوال برانگیز

کارشناسان اقتصاد سلامت تجمعیم بیمه‌ها را راه‌حل مناسبی برای حل مشکلات نظام سلامت نمی‌دانند، چراکه به دلیل نبود راهنماهای بالینی و نظارت کم‌رنگ بر بخش خصوصی، هزینه‌های نظام سلامت افزایش پیدا کرده است. حالا در شرایط کمبود منابع می‌خواهند با تجمعیم بیمه‌ها، به زعم خودشان منابع جدید ایجاد کنند، در حالی که با تجمعیم بیمه‌ها، منابع جدیدی برای نظام سلامت خلق نخواهد شد. تلاش وزارت بهداشت برای هم شکل کردن همه بیمه‌های درمانی موضوعی است که از منظر آسیب‌شناسی وضعیت فعلی نظام سلامت تنه‌ای نتواند باعث به تأخیر افتادن چاره‌یابی این مشکلات شود. بسیاری از فعالان نظام سلامت تفاوت درمان و بیمه درمان را در بحث‌هایشان مشخص نمی‌کنند و با چنین پیش فرض و پایه نادرستی نتایج و تصمیم‌گیری‌هایی توان‌د قابل اتکا نباشد. بیمه درمانی یک خدمت از نگاه صاحب‌نظران نظام سلامت، نیاز به یک صندوق درمان ۸۰ میلیون نیاز امروز بهداشت و درمان نیست و تجربه دیگر کشورها هم بر چنین ادعایی صحه می‌گذارد. در صورت تجمعیم بیمه‌ها، دولت‌های آینده نیز به زعم این کارشناس سلامت، دچار مشکل خواهند شد، زیرا وقتی درمان از تأمین اجتماعی جدا باشد، آن وقت رغبت به پوشش بیمه تأمین اجتماعی کمتر خواهد شد، زیرا مردم منافع کوتاه‌مدت را به منافع بلندمدت ترجیح می‌دهند و در نتیجه، دولت‌های آینده درگیر دوبحران «درمان» و «بازنئستگی» به صورت توانام خواهند شد.



بیمه‌های درمانی



عکس: فرهاد اکبرنژاد

اجتماعی پایه‌ای گروه از بیمه‌شدگان (سازمان بیمه سلامت؛ درمان پایه-صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر؛ مستمری‌ها و بازنئستگی پایه) که موجب فقدان حفاظت‌های مالی درازمدت از این بخش از جامعه شده است.

به عبارت دیگر به جز در سازمان تأمین اجتماعی، گره زدن مزایای بلندمدت (بازنئستگی، از کارافتادی و فوت) با مزایای کوتاه‌مدت (شامل بیمه درمانی و مراقبت‌های بارداری) در سایر صندوق‌های بیمه‌ای علاوه بر توزیع نامناسب منابع مالی دولتی، باعث نوعی عدم توزیع عادلانه منابع عمومی و عدم توازن پوشش کامل و موثر و ناکارآمدی سیستم شده است. برآورده شدن نیاز کوتاه‌مدت حوزه خدمات تأمین اجتماعی بسیاری از اقشار (نظیر روستاییان و عشایر) در قالب طرح‌های بیمه درمانی رایگان (که البته در جای خود محاسن بسیاری نیز دارد) به سبب عدم تعریف کلان از خدمات تأمین اجتماعی (حتی با همان تعریف اصل ۲۹ قانون اساسی) و عدم رعایت یکپارچگی در ارائه این خدمات، موجب غفلت بخش اعظم این اقشار از احساس نیاز به مزایای بلندمدت خدمات تأمین اجتماعی و محرومیت آنان از این خدمات شده است. برای حل این این مشکل بایستی در چارچوب نظام چندپایه تأمین اجتماعی ضمن استقرار چهار صندوق بیمه پایه اجتماعی، شامل صندوق بازنئستگی کشور (کارکنان دولت و بخش عمومی)، سازمان تأمین اجتماعی (کارکنان بخش خصوصی)، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح (کارکنان نظامی و اطلاعاتی) و صندوق بیمه اجتماعی فراگیر (غیر مزد و حقوق بگیران)، که همزمان تعهدات بازنئستگی و درمان را ارائه خواهند داد، باید کل منابع عمومی دولت بابت درمان در یک صندوق واحد (نظیر سازمان بیمه سلامت) تجمعیم شود و براساس سیاست‌های کلی سلامت و بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، از طریق صندوق‌های بیمه گر پایه اجتماعی به صورت درصدی از دستمزد به صورت سرانه برابر بین همه بیمه‌شدگان توزیع شود. بدین ترتیب افراد با دستمزد بالاتر مشارکت بیشتر و سهم کمتری از منابع عمومی خواهند داشت و

● گزارش ●

دکتر مسعود پزشکیان:

قانون صراحت دارد

وزیر پیشین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌گوید: «مطابق قانون الزام مدیران وزارت بهداشت به نمایندگی از دولت تنها وظیفه سیاست‌گذاری امور درمانی را برعهده دارند و در مقابل، مسئولیت اداره صندوق بیمه درمانی سازمان تأمین اجتماعی برعهده بخش دیگری از مدیران دولتی در وزارت رفاه است.» مسعود پزشکیان که هم‌اکنون در مجلس شورای اسلامی نیز حضور دارد در گفت‌وگو با ایلنا گفته است: «در قانون برنامه پنجم توسعه نیز آمده است که در بحث ادغام صندوق‌های درمانی بیمه‌های اجتماعی، استقلال مالی و اداری صندوق درمانی سازمان تأمین اجتماعی همچنان محفوظ باقی می‌ماند و تنها اداره صندوق‌های درمانی که اعتبارات مالی آن برعهده دولت است به وزارت بهداشت سپرده خواهد شد.» وی با بیان اینکه سال گذشته نیز این موضوع بار دیگر در دستور کار مجلس قرار گرفته است، گفت: «آن زمان هم به تشخیص مجلس، استقلال منابع و امکانات صندوق درمانی سازمان تأمین اجتماعی محفوظ باقی ماند و در نهایت مدیران این صندوق موظف شدند در راستای اجرای طرح تحول سلامت با سازمان بیمه سلامت در زمینه تأمین خدمات پزشکی مورد نیاز همکاری کنند.» نماینده تریز اعتقاد دارد «بنابر این در مورد مناقشه و اختلاف نظری که هنوز میان وزارت بهداشت و وزارت رفاه وجود دارد، قانون موضوع را به‌صراحت روشن کرده است.» براساس اظهارات پزشکیان، حتی در مورد امکان پذیر ی یکسان‌سازی بیمه‌های درمانی این موضوع مطرح می‌شود که جدا از ادعای وزارت بهداشت مبنی بر دستیابی به منابع درمانی سازمان تأمین اجتماعی، می‌ب‌شد ادغام صندوق‌های ارائه‌دهنده بیمه‌های اجتماعی بحث‌فنی و تخصصی بیمه است که دست‌کم به استناد مقررات کنونی، مسئولان وزارت رفاه در مقام کارشناسان بیمه‌های اجتماعی دولت صلاحیت بررسی آن را دارند. موضوعی که این نماینده مجلس آن را این‌گونه توضیح داده است: «البته صحبت کردن در این مورد زمانی امکان‌پذیر است که مکانیزم‌های ساختار محاسبه بیمه‌های درمانی یکسان شده باشد، نه اینکه مانند امروز صندوق‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی برای ارائه خدمات درمانی معیارهای خاص خود را داشته باشند.» پزشکیان بر میزان حق بیمه بیمه‌دهندگان تأمین اجتماعی تأکید می‌کند و می‌گوید: «به‌صورت مشخص بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی ۷ درصد سرانه بیمه پرداخت می‌کنند و بر همین اساس، خدمات درمانی دریافت می‌کنند. این نرخ پرداخت در مورد بیمه‌شدگان سایر صندوق‌های درمانی بیمه‌های اجتماعی صادق نیست، بنابر این حتی اگر قرار باشد که صندوق درمان تأمین اجتماعی با شرایط کنونی زیر نظر مدیران وزارت رفاه در سایر صندوق‌های درمانی ادغام شوند، این کارگران هستند که زیان خواهند کرد. صرف نظر از همه این حرف‌ها، واقعیت این است که قانون بر حفظ استقلال مالی صندوق درمانی سازمان تأمین اجتماعی تأکید کرده و جدا از این اتفاق، مدیران وزارت بهداشت نیز باید به‌عنوان متولی سازمان بیمه سلامت در سیاست‌گذاری‌های مربوط به تعرفه‌های خدماتی به‌گونه‌ای تجدید نظر کنند که ارائه خدمات به بیمه‌شدگان با محدودیت مواجه نشود.»

مساعدت بانک رفاه برای خرید تجهیزات پزشکی و آمبولانس

بانک رفاه کارگران با هدف حمایت از نظام سلامت کشور، بخشی از هزینه‌های خرید تجهیزات پزشکی بیمارستان لابیافی نژاد را متقبل شد و یک دستگاه آمبولانس به بیمارستان امام حسین (ع) اهدا کرد. به گزارش روابط عمومی بانک رفاه کارگران، دکتر محقق‌نیا، عضو هیئت‌مدیره بانک، در مراسم جداگانه‌ای که به همین منظور برگزار شد با قدردانی از تلاش پزشکان و کارکنان بیمارستانی، نقش آن‌ها را در احیای سلامت جامعه بی‌بدیل خواند. عضو هیئت‌مدیره اظهار داشت: «بانک رفاه به‌عنوان حامی نظام سلامت کشور در کنار سازمان تأمین اجتماعی است و در راستای ایفای مسئولیت‌های اجتماعی از هیچ تلاشی فروگذار نیست.» وی افزود: «بانک رفاه در راستای خدمات روزآمد به جامعه پزشکی و نظام سلامت، محصولات و خدمات مطلوبی طراحی و ارائه کرده است. در آینده هم روند ارائه خدمات مطلوب به این بخش از جامعه ادامه می‌یابد.» دکتر نورعلیزاده، رئیس بیمارستان لابیافی نژاد، نیز با قدردانی از این اقدام بانک اظهار داشت: «مجموعه بیمارستان هموار رفاه را بانک عامل خود دانسته و تاکنون هیچ فاصله و حذومیزی را با بانک رفاه احساس نکرده است.» دکتر کریمان، رئیس بیمارستان امام حسین (ع)، نیز ضمن قدردانی از این اقدام بانک گفت: «بیمارستان امام حسین (ع) نیازمند حمایت‌های مالی بانک است. همچنین به افزایش تعامل و همکاری با این بانک معتقد هستیم.»