

کم است؛ اما نبود بستر رقابتی برای صندوق های بیمه مانع ارتقا کیفیت خدمات شده و منابع بهینه هزینه نمی شود. صف طولانی انتظار برای گرفتن خدمت از معضلات دیگر این سیستم است.

در نقطه مقابل در کشور آلمان نزدیک به صد و پنجاه صندوق بیمه سلامت وجود دارد. رقابت بین این صندوق ها افزایش کیفیت خدمات در مانی و حذف صف انتظار را به همراه داشته است اما افزایش هزینه های پشتیبانی صندوق ها به دلیل تعدد آن ها و همچنین قیمت بالای خدمات از نقاط ضعف این مدل هستند؛ اما مدیریت بهینه منابع و سامان دهی تقاضا در پی رقابت بین صندوق ها موجب شده تا آلمان با هزینه سرانه ای سلامت کمتر نسبت به کانادا، در جایگاه مشابه با این کشور در رده بندی نظام های سلامت دنیا قرار گیرد. برای هر یک از این روش های تأمین مالی نمونه های موفق و ناموفق وجود دارد که نشان می دهد طراحی ساختار مناسب باید مبتنی بر شرایط بومی انجام شود. برخی مدعی هستند که همه نظام های پیشرو در سلامت از مدل صندوق واحد بیمه (مانند کانادا) تبعیت می کنند. در صورتی که این مسئله واقعیت نداشته و در کشور های موفق دیگری مانند آلمان، فرانسه، هلند و سوئیس صندوق های متعدد بیمه با یکدیگر رقابت می کنند.

◆ آیا تجمع بیمه های درمانی یک تکلیف قانونی است؟

بر اساس بند ب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه «به دولت اجازه داده می شود بخش های بیمه های درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده پنج قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده پنج قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید.» همان طور که از ادبیات این قانون بر داشت می شود، دولت هیچ تکلیفی برای تجمع بیمه ها ندارد.

در نقطه مقابل، در سیاست های کلی سلامت، ابلاغیه مقام معظم رهبری، در بند ۹ علاوه بر «توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی و درمانی»، در بند ۹-۵ نیز بر «تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی» تأکید شده است. اگر چه برخی معتقدند که عبارت «بازار رقابتی» صرفاً به بیمه های تکمیلی اشاره دارد و مغایر تجمع بیمه های پایه نیست، اما بند ۲-۹ این سیاست ها به «پوشش کامل نیاز های پایه در مان توسط بیمه ها برای احاد جامعه» اشاره کرده است که نشان می دهد این ادعا با متن سیاست های کلی سلامت هم خوانی ندارد. به بیان دیگر در سیاست های کلی سلامت بر تعدد صندوق های بیمه پایه در مان تأکید شده است.

◆ برخی اصلاحات پیش نیاز تجمع یا تعدد بیمه ها

مقدم بر بحث تجمع یا تعدد بیمه های پایه در مان، نظام تأمین مالی سلامت نیازمند تغییراتی است که بی توجهی به آن ها هر گونه اصلاحی را با شکست مواجه خواهد کرد. مهم ترین این تغییرات عبارتند از: ۱- یکسان سازی نرخ حق بیمه: یکی از مهم ترین گام ها به منظور مشارکت مالی عادلانه در هزینه ها است. در حال حاضر بیمه شدگان تأمین اجتماعی ۹ درصد حقوق خود را به عنوان حق بیمه سلامت به این صندوق می پردازند. در حالی که این عدد برای بیمه شدگان صندوق سلامت ایرانیان ۵ درصد و در برخی موارد صفر است. مادامی که این اختلاف پرداخت وجود داشته باشد امکان تجمع بیمه ها یا ایجاد فضای رقابتی بین آن ها وجود ندارد. البته در مدل رقابتی ممکن است بیمه ها به صورت داوطلبانه حق بیمه دریافتی را کاهش دهند، اما سقف دریافتی باید یکسان باشد. ۲- یکسان سازی بسته خدمات پایه: پوشش خدمات پایه سلامت برای همه افراد، با هر نوع بیمه باید در تمامی مراکز عمومی و دولتی یکسان باشد و نوع بیمه تفاوتی در دسترسی به خدمات پایه ایجاد نخواهد کرد. در این شرایط با ادغام صندوق ها تغییری در پوشش خدمات پایه ایجاد نخواهد شد. به علاوه در صورت رقابتی شدن صندوق های بیمه نیز بسته خدمات پایه باید برای تمامی بیمه ها یکسان باشد و رقابت آن ها مبتنی بر مؤلفه هایی همچون نرخ حق بیمه و افزایش پوشش خدمات، افزون بر بسته پایه، شکل گیرد. ۳- بیمه همگانی: گام مهم دیگر در تحقق دسترسی عمومی به خدمات پایه سلامت، پوشش همگانی بیمه درمان است. اجباری کردن بیمه درمانی برای همه شهروندان یکی از شروط لازم برای پوشش همگانی است. در این حالت حق بیمه افراد ناتوان باید با استفاده از روش های حمایتی تأمین شود. ۴- مدیریت منابع مالی نظام سلامت از طریق نظام بیمه ای: سالانه ده ها هزار میلیارد تومان از محل

بودجه عمومی، هدفمندی یارانه ها، مالیات بر ارزش افزوده، بیمه شخص ثالث و ... به طور پراکنده به نهادهایی غیر از بیمه های درمان از جمله وزارت بهداشت تزریق می شود. با تخصیص مستقیم منابع درمانی به وزارت بهداشت که خود ارائه دهنده خدمت است، طبیعتاً منابع بهینه هزینه نمی شود. ضمن اینکه در این حالت عده کثیری از مردم از منابع عمومی بخش سلامت محروم می شوند. برای رفع این مشکل بهتر است منابع مذکور به شکل مناسب بین صندوق های بیمه تقسیم و از این طریق در نظام سلامت هزینه شود. همان طور که در بند ۲-۷ سیاست های کلی سلامت نیز بر «مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه» تأکید شده است. ۵- تفکیک صندوق های درمان و بازنشستگی: بیمه درمان برخلاف بیمه بازنشستگی بین نسلی نیست و منابع آن صرفاً باید در بخش سلامت هزینه شود. به علاوه از منابع صندوق های درمان برای سرمایه گذاری و افزایش درآمد صندوق های بیمه استفاده شود. لذا جدا شدن صندوق درمان از سایر صندوق های اجتماعی و شفاف شدن درآمدها و هزینه های یکی از مهم ترین پیش نیاز ها برای اصلاح ساختار تأمین مالی و ایجاد پایداری در منابع مالی نظام سلامت است. در صورت تحقق تدریجی پیش نیاز های مذکور همه افراد با پرداخت حق بیمه ای متناسب با درآمد، از حداقل خدمات ضروری به صورت یکسان بهره مند می شوند و مقدمات ادغام یا رقابتی کردن صندوق های بیمه فراهم خواهد شد.

◆ مشکلات نظام سلامت با مدیریت منابع قابل حل است نه تزریق منابع مالی

در گام اول طرح تحول نظام سلامت به منظور کاهش پرداخت از جیب مردم هزاران میلیارد تومان از محل بودجه عمومی و بیمه ها به نظام سلامت تزریق شد. اگر چه این کار در کوتاه مدت هزینه مردم را کاهش داد، در بلندمدت تداوم آن بسیار مشکل است. به علاوه به منظور مقابله با رویکرد القایی و افزایش غیرمنطقی مصرف کالا و خدمات پزشکی، این منابع باید از مسیر بیمه ها در نظام سلامت هزینه می شود. در گام سوم طرح تحول نظام سلامت برای جلوگیری از ورشکستگی بیمارستان های دولتی و حذف زیرمیزی افزایش ۱۵۰ درصدی تعرفه های پزشکی به عنوان راهکار ارائه شد. سیاستی که تنها برای ۵ ماه انتهای سال ۹۳ بیش از ۳ هزار میلیارد تومان بر هزینه های درمانی تأمین اجتماعی افزود. در صورتی که علت ورشکستگی بیمارستان های دولتی مدیریت ناکارآمد آن ها است و ارتباطی به تعرفه های پزشکی ندارد چرا که در برخی موارد با اصلاح ساختار مدیریتی و به کارگیری ظرفیت خالی و غیرفعال بیمارستان با تعرفه های سابق، این بخش کاملاً اقتصادی مدیریت شده است. رویکرد وزارت بهداشت برای حل مسائل نظام سلامت بودجه ای است، به بیان دیگر مسئولین این وزارتخانه معتقدند که مشکلات این حوزه صرفاً با تزریق مستقیم منابع مالی از هر مسیر ممکن از قبیل بودجه عمومی، یارانه و امثال آن قابل حل است. این در حالی که است که بخش اعظم مشکلات ناشی از ناکارآمدی های مدیریتی و ساختاری این نظام است. کاهش پرداخت از جیب در درازمدت جز با ساماندهی تقاضا و حذف نیاز های القایی و مدیریت صحیح منابع با ابزارهایی مثل پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای بالینی و پرونده الکترونیک سلامت امکان پذیر نخواهد بود. به نظر می رسد مهم ترین علت ناکارآمدی بخش دولتی، نه پایین بودن تعرفه ها بلکه فعالیت همزمان پزشکان و مدیران این بخش در بخش خصوصی است. چرا که کارآمدی بخش دولتی از رونق بخش خصوصی خواهد کاست. همچنین راهکار اصلی برای جبران کمبود پزشک مناطق محروم، افزایش ظرفیت پذیرش پزشک در کنار بومی گزینی و پذیرش دانشجوی پزشکی به شرط خدمت طولانی مدت در منطقه از پیش تعیین شده است. اگر چه وزارت بهداشت گام های مثبتی در جهت بومی گزینی دانشجویان دوره تخصص برداشته است، اما کاهش چشمگیر ظرفیت پذیرش دانشجویان پزشکی در شرایطی که سرانه پزشک در کشور وضعیت اسفناکی دارد سؤال برانگیز است.

این بار نیز وزارت بهداشت به جای حل ریشه ای مشکلات طرح تحول نظام سلامت، تزریق بیش از پیش منابع مالی را راه نجات می داند و بر انتقال منابع مالی بیمه ها به وزارت بهداشت اصرار دارد. طرح تحول فارغ از اینکه چقدر توانسته شاخص های سلامتی جامعه را افزایش دهد، به تهدیدی برای نظام اقتصادی و اجتماعی کشور تبدیل شده است.