فرهیختگان

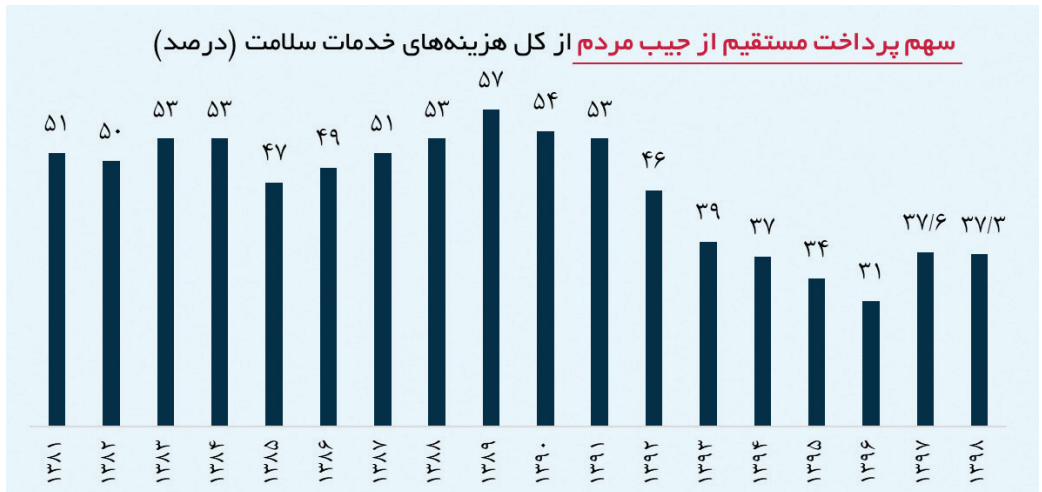
اقتصاد

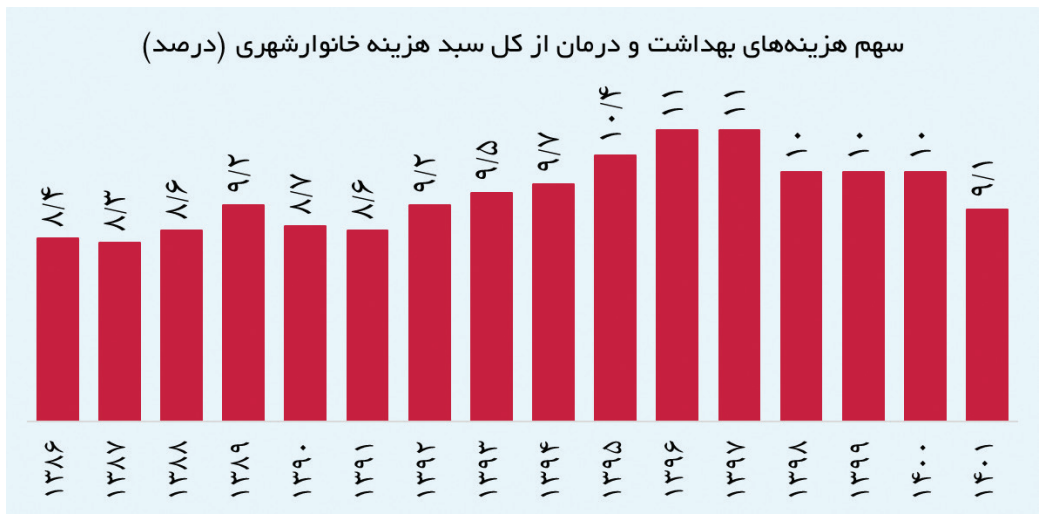
سهم هزینه‌های درمانی از جیب مردم دوباره صعودی شد و به ۳۷ درصد رسید

کم‌کاری بیمه‌ها هزینه سلامت ایرانی‌ها را بالا برد

فرهیختگان

داده‌های مرکز آمار از حساب اقماری بخش سلامت نشان می‌دهد هزینه سلامت پرداخت مستقیم از جیب خانوار در اوایل دهه ۱۳۸۰ تا ۵۷ درصد نیز رسیده بود که این مقدار با اجرای طرح تحول سلامت به ۳۷ درصد تا سال‌های اخیر رسیده است. در سال جاری نیز دولت سیزدهم با اختصاص اعتبار ۶ هزار میلیارد تومان برای بیمه فراگیر و همگانی، هزینه پرداختی سه دهک درآمدی پایین که شامل ۵ میلیون و ۴۰۰ هزار نفر از اقشار دهک‌های پایین و کم‌برخوردار جامعه می‌شود را رایگان کرده است. این ۴٫۵ میلیون نفر از اقشار کم‌درآمد که از طریق آزمون وسع وزارت تعاون شناسایی شده‌اند، پس از معرفی به دولت بدون مراجعه به مراکز بیمه‌ای، تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند. از انصاف نگذریم، تلاش‌های ارزشمندی در حوزه سلامت کشور برای کاهش سهم خانوار از هزینه‌های سلامت شده است. با این حال، آمارها نشان می‌دهد خلأهایی در سیاستگذاری بخش سلامت کشور وجود دارد که موجب شده به‌رغم تلاش‌های ارزشمند و صرف هزینه‌های قابل‌توجه، همچنان سهم پرداختی خانوار از هزینه‌های سلامت در ایران نسبت به میانگین کشورهای توسعه‌یافته و حتی برخی کشورهای منطقه بالا باشد. طبق آمارهای جهانی، پرداختی خانوارهای ایرانی از جیب با سهم ۳۷ درصدی، رتبه ۵۰ در جهان به‌لحاظ بالا بودن سهم خانوار را دارد. بی‌توجهی به آزمون وسع در تعیین هزینه حق بیمه و عدم بهره‌مندی گروه‌های کم‌درآمد از یارانه‌های آشکار و پنهان، سیاستگذاری اشتباه در حوزه بیمه‌های تکمیلی، هزینه‌های بالای مراکز خصوصی و عدم تمکین بخش خصوصی از تعرفه‌های سلامت، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت بر مبنای چانه‌زنی به جای روش‌شناسی علمی، وجود تعارض منافع در ارائه خدمات درمانی و بازار کنترل‌نشده بخش خصوصی و فقدان یک الگوی علمی برای مشارکت بخش عمومی و خصوصی سلامت، ازجمله دلایل بالا بودن سهم خانوار از هزینه‌های سلامت است.





افزایش سهم هزینه‌های درمان در سبد خانوار

هزینه بهداشت و درمان پس از هزینه مسکن و هزینه‌های خوراکی با سهم بیش از ۹ درصدی در سال ۱۴۰۱ و سهم ۱۰ درصدی در سال‌های کرونایی، ازجمله هزینه‌های بزرگ در سبد هزینه خانوار است. طبق گزارش مرکز آمار ایران، طی سال گذشته خانوارهای شهری کشور به طور میانگین نزدیک به ۱۲٫۵ میلیون تومان هزینه بهداشتی و درمانی داشته‌اند. نکته قابل تامل اینکه به‌رغم اجرای طرح تحول سلامت و طرح‌های کاهش هزینه‌های پرداختی خانوار، سهم بخش بهداشت و درمان از کل هزینه‌های سبد خانوار بین سال‌های ۱۳۸۶ تا ۱۴۰۱ از ۸٫۴ درصد به ۱۱ درصد تا سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ و به ۹٫۱ درصد در سال ۱۴۰۱ رسیده است. به عبارتی، درحالی که از ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ در دولت یازدهم اجرای طرح تحول نظام سلامت برای بهبود سیستم‌های سلامت کشور و از بیمارستان‌های وزارت بهداشت آغاز به کار کرد، اما این طرح که با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا می‌شود، نتوانسته اثر قابل توجهی بر کاهش هزینه‌های بهداشتی و درمانی ایرانیان بگذارد. با توجه به هزینه‌های چشمگیر دولت در بخش درمان، به نظر می‌رسد دلیل بالا بودن هزینه‌های بهداشتی و درمانی به‌ویژه در سال‌های اخیر، جهش‌های ارزی باشد که باعث شده هزینه خانوار به‌ویژه در بخش دندان، تجهیزات پزشکی و اقلام وارداتی به‌شدت افزایش یابد. البته این صرفا بخشی از مشکل است و آن‌طور که در ادامه گفته می‌شود، چالش‌های اساسی نیز در این حوزه وجود دارد که تلاش‌های دولت برای کاهش هزینه‌های پرداختی از جیب مردم را تحت تاثیر قرار می‌دهد.

۳۷ درصد هزینه سلامت از جیب مردم

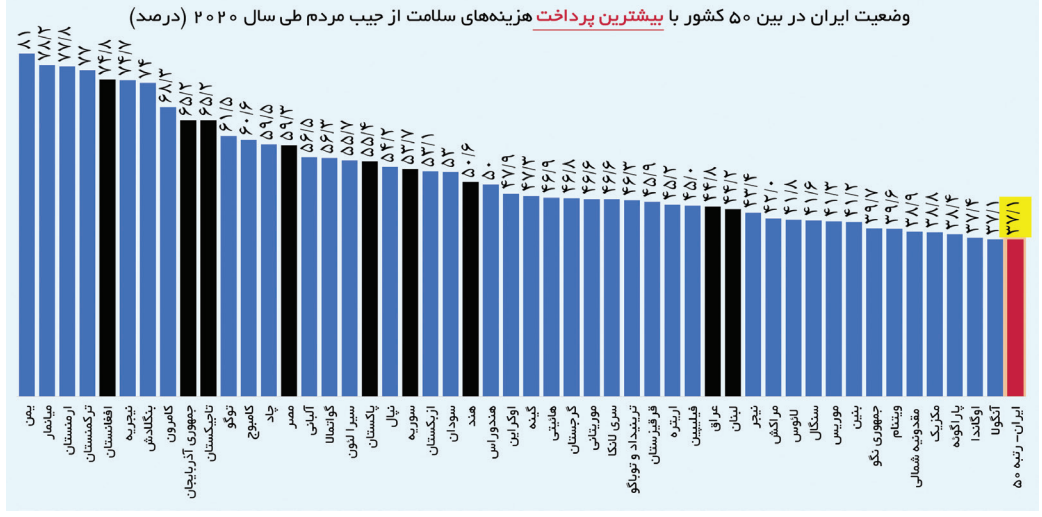
یکی از اهداف اصلی سیاستگذاران و برنامه‌ریزان سلامت در هر کشوری، تامین امنیت مالی افراد در برابر بیماری‌هایی است که منجر به سهم بالایی پرداخت‌های مستقیم از جیب و در نتیجه آن مواجهه با هزینه‌های کمرشکن، فقرزا و پیامدهای آن می‌شوند. بخش زیادی از هزینه‌های خدمات سلامت در ایران توسط خانوار به صورت پرداخت مستقیم از جیب در هنگام دریافت خدمات درمانی است. طبق داده‌های مرکز آمار از حساب اقماری بخش سلامت، در سال ۹۸ بیش از ۳۷ درصد از هزینه‌های سلامت در کشور، به صورت پرداخت مستقیم از جیب خانوار بوده است. البته این مقدار در سال ۱۳۸۱ حدود ۵۱ درصد بوده و تا سال ۱۳۸۹ به ۵۷ درصد رسیده. در سال‌های پیش از اجرای طرح تحول سلامت سهم پرداختی از جیب خانوار برای سال‌های ۱۳۹۰، ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ به ترتیب ۵۴، ۵۳ و ۴۶ درصد بوده است. پس از اجرای طرح تحول سلامت سهم پرداختی از جیب خانوار در سال اول اجرای طرح یعنی سال ۱۳۹۳ به ۳۹ درصد، در سال دوم به ۳۷، در سال سوم به ۳۴ و تا سال ۱۳۹۶ به ۳۱ درصد رسیده است. سهم پرداخت مستقیم از جیب خانوار از هزینه‌های سلامت، پس از روند کاهشی سال‌های ۹۱ تا ۹۶ و پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت که منابع مالی نسبتا زیادی ازسوی دولت به نظام سلامت تزریق گردید، به دلایلی ازجمله کاهش سهم دولت از هزینه‌های جاری سلامت در سال‌های بعد و نیز فقدان مبنای علمی برای تعیین تعرفه‌های سلامت به‌ویژه در بخش خصوصی و افزایش مجدد فاصله سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت از سهم هزینه‌های دولت برای سلامت، مجددا سیر فزاینده یافته و درسال ۹۷ و ۹۸ به ۳۷ درصد افزایش یافته که در تعارض با هدفگذاری قانون برنامه ششم توسعه است.

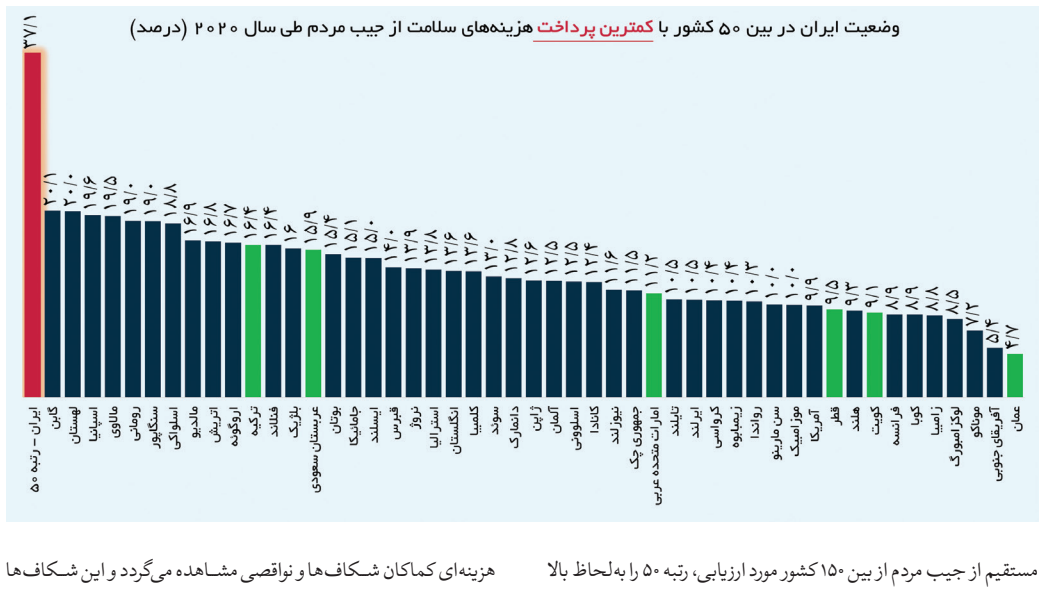
سهم بیمه‌های تکمیلی ۸ درصد

گزارش رسمی مرکز آمار ایران از حساب اقماری بخش سلامت نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۸ از مجموع هزینه‌های حوزه سلامت، خانوارها با پرداخت ۳۷٫۳ درصدی، در رتبه اول قرار دارند. دولت مرکزی (دولت+ نهادهای انقلابی و نظامی) با پرداخت ۲۶ درصد، تامین اجتماعی و بیمه سلامت با ۲۲ درصد، بیمه‌های تکمیلی با ۸ درصد، بانک‌ها با یک و شهرداری‌ها با کمتر از نیم درصد و درنهایت سایر شرکت‌های بخش خصوصی با ۶ درصد از کل، بالاترین سهم‌ها را در پرداخت هزینه‌های سلامت در کشور بر دوش دارند.

پرداختی ایرانی‌ها بیش از ۱۰۰ کشور

براساس داده‌های مرکز آمار ایران، کشورمان با درصد ۳۷٫۳ پرداخت مستقیم از جیب مردم از بین ۱۵۰ کشور مورد ارزیابی، رتبه ۵۰ را به‌لحاظ بالا بودن سهم خانوار از هزینه پرداختی کسب کرده است. این در حالی است که در بین همسایگان، روسیه با سهم ۲۷٫۸ درصدی در رتبه ۷۹، بحرین با ۲۶٫۶ درصد در رتبه ۸۴، ترکیه با سهم ۱۶٫۴ در رتبه ۱۱۲، عربستان سعودی با سهم ۱۵٫۹ در رتبه ۱۱۵، امارات با ۱۱٫۲ درصد در رتبه ۱۳۲، قطر با ۹٫۵ درصد در رتبه ۱۴۱، کویت با ۹٫۱ درصد در رتبه ۱۴۳ و عمان با ۴٫۷ درصد از جیب خانوار در رتبه ۱۵۰ جهان قرار دارد. در بین کشورهای جهان نیز، انگلستان با سهم ۱۳٫۶ در رتبه ۱۲۲، آمریکا با سهم ۹٫۹ در رتبه ۱۴۰، ژاپن با ۱۲٫۶ درصد در رتبه ۱۲۶ و آلمان با رتبه ۱۲۷ در جایگاه بهتری نسبت به ایران قرار دارند. و اما لبنان با سهم ۴۴٫۲ در رتبه ۳۶ و عراق با سهم ۴۴٫۸ در رتبه ۳۵ قرار دارد. هند با ۵۱ درصد در رتبه ۲۳، ازبکستان با ۵۳ درصد و سوریه با ۵۴ درصد در رتبه‌های ۲۰ و ۲۱، مصر با ۵۹ درصد در رتبه ۱۴، جمهوری آذربایجان با ۶۵ درصد در رتبه ۹ و بنگلادش با ۷۴ درصد، در رتبه‌های بسیار بدتری نسبت به کشورمان قرار دارند.





هزینه‌ای کماکان شکاف‌ها و نواقصی مشاهده می‌گردد و این شکاف‌ها ریشه در رویه‌هایی دارد که جهت رسیدن به نقطه مطلوب باید مورد توجه قرار گیرند. برخی از مهم‌ترین این رویه‌ها عبارتند از:

۱. تعداد زیاد صندوق‌های بیمه‌ای که به صورت جزیره‌ای عمل کرده و بعضا از فرآیندهای متفاوتی تبعیت می‌کنند

۲. تعرفه‌گذاری خدمات سلامت غالبا بر مبنای چانه‌زنی به جای روش‌شناسی علمی و مبتنی بر شواهد

۳. جانمایی نامناسب بیمه‌های تکمیلی و حرکت آنها در عرض بیمه‌های پایه سلامت به‌عنوان بیمه مازاد هزینه بیمه پایه سلامت و نه در طول آنها به‌عنوان پوشش خدمات مازاد بر بسته پایه

۴- عدم پیش‌بینی جایگاهی برای نظام بیمه‌ای در تعیین قیمت داروها و تجهیزات پزشکی بسته بیمه پایه سلامت

۵- عدم استفاده کافی از معیارهای شفاف و علمی برای ورود- خروج خدمات به- از بسته بیمه پایه سلامت

۶- عدم استقرار کامل سطح‌بندی خدمات نظام ارجاع و پزشکی خانواده در کشور

۷- استمرار نظام‌های پرداخت اغلب گذشته‌نگر غیروابسته به کیفیت عملکرد نظیر نظام پرداخت به ازای خدمت (Fee For Service) در نظام تامین مالی و بیمه سلامت کشور

۸- عدم استفاده کافی از راهنماهای بالینی و سیاست‌های شفاف خرید راهبردی خدمات سلامت درخصوص خدمات موجود در بسته بیمه پایه سلامت و استمرار پدیده تقاضای القایی

۹- عدم رعایت مفاد ماده (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در تعیین فرانشیز خدمات بیمه پایه سلامت مبتنی بر گروه‌های درآمدی و وضعیت اقتصادی اجتماعی کشور برای دهک‌های درآمدی. صرفا سه دهک اول درآمدی مشمول حذف فرانشیز شده‌اند (حکمرانی نامناسب بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت)

۱۰. حکمرانی نامناسب بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت

۱۱. بازار کنترل نشده بخش خصوصی و فقدان یک الگوی علمی برای مشارکت بخش عمومی و خصوصی سلامت

۱۲. تداوم اشتغال هم‌زمان ارائه‌دهندگان در بخش دولتی و خصوصی به‌رغم وجود قوانین مربوطه

۱۳. فقدان یک راهبرد مشخص در تدوین برنامه‌های توسعه منجر به تصویب احکام قانونی شد که عموما کمتر از ۳۰ درصد احکام آنها به مرحله اجرا درآمده یا زیرساخت‌های مناسب برای اجرای آنها وجود ندارد.

در این گزارش بازوی پژوهشی مجلس تاکید کرده است: «بی‌توجهی به سیاست‌های کلی برنامه‌های توسعه و گاهی حتی تصویب احکامی در تعارض با سیاست‌های کلی برنامه بر این آشفتگی افزود. به‌عنوان مثال در بند «۴۲» سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه ارتقای کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تامین اجتماعی پایه شامل بیمه درمان بازنشستگی، از کار افتادگی و... برای آحاد مردم مورد حکم واقع گردیده بود، حال آنکه در زمان تدوین احکام، برنامه و در ماده (۸۱) قانون این‌گونه ذکر گردید دولت مکلف است در اجرای بند «۴۰» سیاست‌های کلی برنامه ششم، نسبت به تدوین برنامه برقراری، استقرار و روز آماده‌سازی نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی چندلایه مشتمل بر حوزه، امدادی حمایتی و بیمه‌های اجتماعی به جز سلامت... و برخلاف سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه حوزه سلامت و درمان از نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی چندلایه مستثنی گردید» یا در مثالی دیگر در بند ۲-۴۳ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه اصلاح ساختار نظام سلامت براساس بند «۷» سیاست‌های کلی «سلامت» ذکر شده بود اما در متن قانون برنامه ششم توسعه، هیچ حکمی برای اجرایی ساختن این بند از سیاست‌های کلی پیش‌بینی نگردید.

۷ راهکار

بازوی پژوهشی مجلس با نقد بخش‌هایی از برنامه هفتم که مرتبط با هزینه‌های سلامت است، چندین پیشنهاد برای اصلاح وضعیت فعلی ارائه می‌دهد. یکی از پیشنهادها این است که کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مراکز ارائه‌دهنده خدمت دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظف شوند تعرفه‌های مصوب دولت را رعایت کنند و دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت مشمول مجازات قانونی شود.

دومین پیشنهاد این است که از سال اول برنامه کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اسناد به صورت الکترونیکی شوند. بیمه‌های پایه و تکمیلی موظف شوند تا با اتصال به سامانه پرونده الکترونیک سلامت نسبت به دریافت اسناد درمانی بیمه‌شدگان اقدام و از ابتدای سال دوم برنامه سهم خود در هزینه‌های درمانی را به صورت برخط و آنی برمبنای اسناد بیمه پایه پرداخت کنند.

پیشنهاد سوم اینکه براساس ماده ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، به صورت سالیانه و براساس وضعیت درآمد خانوارها و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور، سهم حق بیمه از درآمد خانوار تعیین و پس از تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور، در قوانین بودجه سنواتی لحاظ شود. از طرفی به منظور بهبود شاخص‌های عدالت در تامین مالی سلامت، سهم حق بیمه از درآمد خانوار، متناسب با افزایش درآمد به صورت تصاعدی پیش‌رونده باشد.

پیشنهاد چهارم این است که در راستای کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی، وزارت بهداشت مکلف شود حداکثر ظرف مدت سه ماه پس از ابلاغ قانون و با همکاری وزارت اقتصادی، بانک مرکزی و سازمان برنامه و بودجه، سازوکار الزام جهت ارائه تسهیلات سلامت بلندمدت با نرخ مصوب شورای پول و اعتبار و با امکان تضمین پرداخت تسهیلات در قالب کسر از حقوق یا کسر از حساب‌های بیمه شده نزد بانک‌های عامل ازجمله حساب دریافت یارانه نقدی را به‌منظور کمک به تامین خودپرداخت (فرانشیز) هزینه خدمات، دارو و کالاهای سلامت اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی تحت پوشش بیمه پایه سلامت، در قالب یک آیین‌نامه اجرایی تدوین و آن را پس از تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور به تصویب هیات‌وزیران برسانند.

پیشنهاد پنجم اینکه حرکت به‌سوی پوشش همگانی سلامت نیازمند یک نظام سلامت مستحکم و تاب‌آور، توأم با تامین مالی پایدار آن است و همه کشورها تلاش می‌کنند از طریق رویکردهای مختلف متناسب با زمینه‌های موجود در کشورشان به این هدف دست یابند. در دهه‌های اخیر، تلاش‌های بزرگی در حوزه تامین مالی سلامت، از طریق بسیج منابع مالی، بهبود ادغام ریسک و تجمیع منابع، تخصیص منابع و خرید راهبردی انجام شده است. پیشنهاد ششم این است که سهم حق بیمه پایه سلامت از درآمد خانوار و ترکیب مشارکت بیمه شده، بیمه‌گذار و دولت در پرداخت حق بیمه پایه سلامت به‌صورت درصد پیش‌رونده تصاعدی متناسب با افزایش درآمد بیمه‌شدگان برمبنای نتایج ارزیابی وسع مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و بار مالی بسته بیمه پایه سلامت و شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور و به‌صورت یکسان برای کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه سلامت با پیشنهاد مشترک وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعاون کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تایید شورای عالی بیمه سلامت کشور در قوانین بودجه سنواتی کل کشور لحاظ شود.

پیشنهاد هفتم اینکه به‌منظور تکمیل زنجیره تامین خدمات درمان دولتی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه سلامت در مناطقی که امکان ارائه خدمات درمانی دولتی موجود نبوده و یا کافی نباشد، مکلف شوند نسبت به خرید خدمت از بیمارستان‌های غیردولتی در سقف تعرفه‌های مصوب هیات‌وزیران و با احتساب سهم پرداخت بیمه پایه سلامت و صرفه و صلاح و نیاز بیمه‌شدگان، براساس راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و مبتنی بر شیوه پرداخت مصوب شورای عالی بیمه سلامت کشور با رعایت سقف اعتبارات مصوب در قوانین بودجه سنواتی اقدام کنند.

سه‌شنبه ۲۵ مهر ۱۴۰۲
شماره ۳۹۸۳
WWW.FDN.IR
FARHIKHTEGANDAILY

مدیرمسئول:
محمدامین ایمانجانی
سردبیر:
مسعود فروغی
تلفن وفکس:
۶۲۹۹۹۴۹۵ (۰۲۱)
کدپستی:
۱۱۳۵۶۳۳۸۱۶
چاپ:
چاپخانه دانشگاه آزاد اسلامی
نشانی:
خیابان حافظ، پایین‌تر از جمهوری
روبه‌روی ساختمان بورس
ساختمان فرهیختگان، طبقه سوم