

مردم در منگنه بیمه‌ها و بیمارستان‌ها

این روزها نبض اقتصاد سلامت را که بگیرید، کند و بی‌رمق می‌زند.



این روزها نبض اقتصاد سلامت را که بگیرید، کند و بی‌رمق می‌زند. آن طور که محمد آقاجانی، معاون درمان وزیر بهداشت خبر داده، حالا بدهی بیمه‌های درمانی به بیمارستان‌ها و کادر درمان به بیش از 12 هزار میلیارد تومان رسیده است. عمده این بدهی‌ها هم به دو سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت برمی‌گردد که بزرگ‌ترین بیمه‌های پایه درمانی را به مردم ارائه می‌کنند. اوضاع به قدری حاد شده که هر هفته شاهد اعتصاب و اعتراض گروهی از کادر درمان هستیم که شاکی پرداخت نشدن حقوق و مزایایشان هستند. ته این ماجرا را که بگیرید، می‌بینید که اول و آخر، دود این شرایط به چشم بیماران خواهد رفت که از خدمات باکیفیت درمانی محروم خواهند شد.

تاخیر در پرداخت کارانه بسیاری از نیروهای درمانی به بیش از 12 ماه رسیده است و این وسط، پزشکان مناطق محروم، دستیاران، پزشکان عمومی و آنها که سهم کمتری از درآمدهای حوزه سلامت دارند، بیش از دیگر پزشکان در مضیقه هستند.

منابع پایدار به نظام سلامت تزریق نمی‌شود

وقتی بیمارستان نتواند حتی حقوق کارکنانش را پرداخت کند، مجبور می‌شود از خرید برخی تجهیزات ضروری در حوزه درمان چشم‌پوشی کند و در نتیجه، کیفیت درمان هم افت پیدا می‌کند؛ زیرا انگیزه کارکنان هم برای ارائه خدمات باکیفیت، پایین می‌آید.

بشیر خالقی، عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس در گفت‌وگو با جام‌جم، تاکید دارد که یکی از عمده راه‌حل‌های این مساله، تخصیص منابع پایدار در حوزه سلامت است؛ طوری که بر اساس قوانین فعلی، مالیات سیگار، یک درصد مالیات بر ارزش افزوده کالاها و 10 درصد هدفمندی یارانه‌ها باید به حوزه سلامت اختصاص یابد، اما طی چند سال اخیر، بسیاری از این منابع قانونی تامین نشده است و در نتیجه، معلوم است که در این شرایط، وضعیت اقتصادی بیمارستان‌ها نابسامان باشد.

حیدر علی عابدی، دیگر عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس هم در گفت‌وگو با جام‌جم عنوان می‌کند: اگر امروز هم بدهی بیمارستان‌ها پرداخت شود، باز هم چند ماه دیگر، این بدهی‌ها تلنبار می‌شود؛ زیرا ساختار مشکل دارد. به همین دلیل، بهترین راه حل این مشکل این است که شورای عالی بیمه به وزارت بهداشت منتقل شود تا فقط این وزارتخانه، متولی دخل و خرج نظام سلامت باشد.

به گفته عابدی، وقتی متولی نظام سلامت، فقط یک وزارتخانه باشد، آن وقت باید فقط آن وزارتخانه، پاسخگوی بدهی‌ها و نارسایی‌های نظام سلامت باشد، اما با مدیریت چندگانه فعلی، نمی‌شود کاری را از پیش برد و هر کسی مشکل بدهی‌ها را به گردن دیگری می‌اندازد.

از تجمیع بیمه‌ها تا افزایش متناسب دستمزدها

عمده دستگاهی که بیشترین زیان را از بدهی بیمه‌های درمانی متحمل شده، وزارت بهداشت است. چندی قبل، حسن هاشمی، وزیر بهداشت گلایه کرد که ضرورت دارد دولت همت جدی داشته باشد و بیمه‌ها را موظف به پرداخت تعهدات خود کند.

به قول هاشمی، در قانون تاکید شده 60 درصد پرداخت‌ها به مراکز درمانی با ارائه اسناد، طی دو هفته پرداخته شود و 40 درصد بقیه نیز باید طی سه ماه پرداخت شود، این در حالی است که به این قانون عمل نمی‌شود.

دکتر علی‌اکبر سیدمهدی، عضو شورای عالی نظام پزشکی ایران در گفت‌وگو با جام‌جم به شکل دیگری این مشکل را مطرح و عنوان می‌کند: مشکل بدهی بیمه‌ها تا زمانی که قانون تجمیع بیمه‌ها اجرایی نشود، تداوم خواهد داشت، اما باید همتی صورت گیرد تا منابع صندوق‌های درمانی متمرکز شوند تا بتوانند از پس تعهدات خود بریبایند.

البته سیدمهدی بر این باور است که علاوه بر اجرای تجمیع بیمه‌ها، باید جلوی سرکوب حقوق و دستمزدها هم گرفته شود و

دستمزد آحاد جامعه با تورم واقعی، تناسب داشته باشد. به اعتقاد او، اگر این اتفاق بیفتد، آن وقت حق بیمه‌ها هم جهش قابل قبولی خواهد داشت که می‌تواند پاسخگوی هزینه‌های نظام سلامت باشد، در آن صورت، توان مالی بیمه‌ها نیز افزایش خواهد یافت.

منابع و مصارف نظام سلامت به هم نمی‌خورد

اگر پای استدلال بیمه‌ای‌ها بنشینید، آنها قبول ندارند که مشکل بدهی بیمه‌ها به سیاستگذاری‌های آنها ارتباط دارد.

بهمن برزگر، معاون مطالعات و توسعه بیمه سازمان بیمه سلامت در گفت‌وگو با جام‌جم اظهار می‌کند: راه حل مشکل بدهی‌های بیمه‌ای این است که هزینه‌های نظام سلامت را کنترل کنیم و طبق قانون، نظام ارجاع، نظام سطح‌بندی خدمات درمانی، راهنمای بالینی و برنامه پزشک خانواده اجرا شود تا هزینه‌های اضافی به بیمه‌های درمانی تحمیل نشود.

به گفته برزگر، هم‌اکنون منابع بیمه‌های درمانی با مصارف نظام سلامت، همخوانی ندارد و همین مساله ایجاد مشکل کرده است. او معتقد است افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی در گام سوم طرح تحول سلامت هم تناسبی با منابع بیمه‌ها نداشت و همین مساله هم به افزایش بدهی بیمه‌های درمانی منجر شد.

وزارت بهداشت، بخشی از مشکل بدهی بیمه‌ها را به ارائه دفترچه بیمه‌های رایگان به 11 میلیون ایرانی نسبت می‌دهد، در حالی که بنا به استدلال این وزارتخانه، قرار بوده فقط حدود نیمی از این افراد، تحت پوشش بیمه همگانی رایگان قرار بگیرند و همین مساله به افزایش هزینه‌ها و بدهی‌ها دامن زده است. اما این مقام مسئول بیمه‌ای بشدت این استدلال را رد می‌کند و می‌گوید: اولاً اصلاً قرار نبوده پنج میلیون ایرانی تحت پوشش بیمه قرار بگیرند، بلکه طبق قانون باید همه افراد محروم از دفترچه، تحت پوشش بیمه همگانی قرار می‌گرفتند. دوم این که حتی اگر فقط پنج میلیون نفر هم تحت پوشش بیمه رایگان قرار می‌گرفتند، باز هم به دلیل افزایش چند برابری تعرفه‌های درمانی در گام سوم طرح تحول سلامت، عمده مشکل بدهی بیمه‌ها سر جایش بود.

در شرایطی که چند روز قبل، رئیس‌جمهور دستور جداسازی سهم بیمه درمان کارگران یا همان 9 بیست‌وهفتم بیمه‌ها را ابلاغ کرد، انتظار می‌رود این بار هم دولت به عنوان نهاد بالادستی بیمه‌ها و وزارت بهداشت به میدان بیاید و یک بار برای همیشه، مشکل بدهی بیمه‌ها را حل کند؛ زیرا در صورت تداوم وضعیت فعلی، طرح تحول سلامت به عنوان بزرگ‌ترین طرح اجتماعی دولت هم آسیب جدی خواهد دید.

امین جلالوند

جامعه