

نشست درمان و سلامت

تهیه‌کننده «گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص پژوهشکده بیمه»

در اقتصاد سلامت به انسان به‌عنوان نیروی انسانی و به حوزه سلامت به‌عنوان یک حوزه اقتصادی توجه می‌شود.

- اولین نشست از سلسله نشست‌های هم‌اندیشی شناسایی معضلات بیمه‌های درمان در کشور و ارائه راهکارهای مناسب با عنوان «شناخت وضعیت موجود درمان و سلامت کشور و نقش بازیگران» در تاریخ ۱۳۹۲/۶/۵ در محل پژوهشکده بیمه و با مشارکت کارشناسان و متخصصین درمان و سلامت برگزار شد. در این نشست ۵ نفر به‌عنوان عضو پانل شرکت کردند که به ترتیب مطالب خود را ارائه نمودند. در ترکیب پانل، سه نفر از شرکت‌های بیمه بازرگانی و دو نفر از بخش دولتی حضور داشتند.
- ابتدا **آقای ثنایی**، مشاور مدیر عامل شرکت بیمه دانا، مطالب خود را با محوریت **اقتصاد سلامت** ارائه نمودند. در اقتصاد سلامت به انسان به‌عنوان نیروی انسانی و به حوزه سلامت به‌عنوان یک حوزه اقتصادی توجه می‌شود. اگر به انسان به‌عنوان ابزار تولید توجه شود، نتیجه آن توجه کمتر به حوزه سلامت خواهد بود. تفاوت‌های اساسی میان مبانی اقتصاد سلامت و اقتصاد صنعتی وجود دارد، زیرا سلامتی انسان قابل قیمت‌گذاری نیست. باید توجه داشت که درمان مرحله آخر سلامت است. نقش بیمه‌های بازرگانی در اقتصاد سلامت عبارت‌اند از:
- پوشش خلاء موجود از ناحیه بیمه‌های پایه؛
 - ارائه خدمات تشخیصی؛
 - ایجاد تحرک و پویایی از ناحیه رقابت؛
 - توسعه فرهنگی - اقتصادی.
- در موضوع قرارداد بیمه‌های تکمیلی، هر دو سمت متقاضیان بیمه درمان تکمیلی و عرضه‌کنندگان آن باید مورد توجه قرار گیرند. برای تعیین قیمت بیمه‌های درمان تکمیلی نکات زیر باید مورد توجه قرار گیرد:
- میزان تعهد درخواستی؛
 - تعرفه خدمات تشخیصی ارائه‌شده؛
 - نرخ تورم؛
 - رقابت.
- اهم چالش‌های موجود در ارتباط با بیمه درمان تکمیلی عبارت‌اند از:
- تورم؛
 - رقابت ناسالم؛
 - استفاده بی‌رویه از خدمات مدرن پزشکی؛
 - فقدان سیستم نظارتی کارآمد؛
 - عدم هماهنگی بین شرکت‌های بیمه بازرگانی در تعیین حق بیمه و انعقاد قراردادهای بیمارستانی.
- سخنران بعدی **آقای بنی اسدی** از بیمه آسیا بود که **مقدمه‌ای بر روند موجود** عرضه داشتند. سلامت، یکی از وظایف حاکمیتی است. دو وظیفه مهم صنعت بیمه، قدم برداشتن در مسیر



Health Insurance

- سوددهی و تضمین آرامش و امنیت خاطر است. در مورد توزیع هزینه‌ها در بخش سلامت باید گفت که حداقل ۵۰ درصد هزینه‌های درمان به دوش مردم است، بنابراین، سیستم سلامت و درمان، پاسخ‌گوی نیازها نبوده است. عدم وجود استراتژی مشخص، عدم جامع‌نگری، وجود تفکر درمان‌نگری و ناهماهنگی میان سازمان‌های دخیل در امر درمان، دلیل وجود مشکلات در حوزه سلامت و درمان کشور است. تنها راه حلی که در این زمینه می‌توان ارائه کرد، آن است که سلامت به‌عنوان یک اولویت ملی مورد توجه قرار گیرد. از مقایسه آمارهای حق‌بیمه و خسارت می‌توان به این نتیجه رسید که باید بیمه‌های درمان را فراگیر کنیم تا تعرفه‌ها کاهش یابد و از سوی دیگر برای کاهش ضریب خسارت اهتمام شود. در این راستا راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:
- توسعه بهداشت عمومی و فردی؛
 - توسعه امکانات خدمات بهداشتی؛
 - توسعه آموزش؛
 - گسترش پوشش متناسب با نیاز؛
 - ایفای تعهدات بیمه‌گران پایه؛
- کنترل تعرفه‌های ابلاغی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با مشارکت بیمه مرکزی ج.ا.ا؛
- یکپارچگی صنعت بیمه برای انعقاد قراردادها؛
- به‌کارگیری اصول محاسبات فنی؛
- اصلاح و کاهش زمان عرضه خدمات؛
- تعامل شرکت‌های بیمه با مراکز درمانی دولتی؛
- مکانیزه کردن بیمه‌گری.
- سخنران سوم **آقای دکتر رنج‌پور** از شرکت بیمه پارسیان بود که عمدتاً به **مباحث درمان از دیدگاه جمعیت‌شناسی** پرداختند. ایشان تغییرات هرم جمعیتی طی دهه‌های گذشته و آتی را بررسی کرده و تغییرات آیین‌نامه‌ها از ۴۳ به ۶۴ و ۷۴ را متناسب با تغییرات جمعیتی توجیه کردند. موضوع بعدی، کنترل بیماری‌های عفونی در دهه اخیر و به‌جای آن، شیوع بیماری‌های مزمن و نیز پدیده کهنسالی بود. همچنین باید به راهکارهای ازدیاد جمعیت توجه داشته و متناسب با آن در فرایند ارائه خدمات درمانی تغییر ایجاد کرد. نکته بعدی، ارزیابی ضرورت دریافت درمان و به‌ویژه



- نظارت بر مؤسسات درمانی به‌عنوان وظیفه اصلی وزارت بهداشت و سازمان‌های بیمه‌گر:

برای کاهش هزینه‌های پرداختی مردم سیاست‌های هم‌سویی توسط صندوق‌ها و بیمه‌گران پایه باید اجرا شود. قانون وزارت بهداشت حتی مترقی‌تر از برنامه پنجم توسعه است که در آن ابلاغ تعرفه‌گذاری براساس عرضه و تقاضا صورت می‌گیرد؛

- تقویت بیمارستان‌های دانشگاهی؛

- جلب رضایتمندی پرسنل درمان با پرداخت به موقع زمانی و مکانی.

کلیه چالش‌های حوزه درمان جزو تکالیف وزارت بهداشت است و باید بازتعریف شود. برای حل این چالش‌ها راهکارهای زیر پیشنهاد می‌گردد:

- استقرار نظام جامع ارزیابی فناوری سلامت در خصوص دارو و تجهیزات پزشکی (در حقیقت، بدون مطالعه، هیچ‌گونه فناوری نباید وارد کشور شود)؛

- تدوین راهنمای بالینی سلامت در قالب رعایت سلسله مراتب در تجویز درمان؛

- تدوین شناسنامه هر خدمت درمانی؛

- بازنگری در بسته بیمه پایه.

خدمات جدید درمان است که باید نتایج ارزیابی در آیین‌نامه‌ها وارد شود. نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که ۴۹ درصد از روزهای بستری یک بیمار در بخش طبی غیر ضروری است، به عبارت دیگر نیمی از هزینه‌های درمان بابت خدمات غیر ضروری پرداخت شده است. همچنین ۲۴ درصد از روزهای بستری در بخش جراحی نیز غیر ضروری است.

سخنران بعدی آقای دکتر زندی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود که نکات کلیدی از وظایف وزارتخانه در حوزه درمان را برشمردند:

- اسناد بالادستی و قانون برنامه پنجم:

توجه به امر پیشگیری، سند جامع الکترونیک سلامت برای هر فرد ایرانی، تأمین نیروی انسانی متخصص و تجهیزات برای کلیه مناطق کشور؛

- تأمین منابع مالی: اختصاص ۱۰ درصد از

درآمدهای هدفمندی یارانه‌ها به حوزه سلامت، استفاده از تعرفه‌ها برای ارتقاء سطح کیفی خدمات (در اینجا مشکل تقاضای القایی نیز وجود دارد)، اصلاح نظام پرداخت (باید توجه داشت که میان منابع تأمین مالی وزارت بهداشت و سیاست‌گذاری شرکت‌های بیمه تجاری رابطه وجود دارد)؛

نتایج یک تحقیق نشان می‌دهد که ۴۹ درصد از روزهای بستری یک بیمار در بخش طبی غیر ضروری است.

خدمات درمان باشند؟)

• رعایت نکردن چهارچوب منابع و مصارف: سرانه و تعرفه درمان به‌عنوان شاخص‌های ورودی و خروجی نظام سلامت چگونه تعیین می‌شوند؟ سرانه درمان در ساختار بودجه تعیین می‌شود، بنابراین، اعتباری است و نه بیمه‌ای. درحالی‌که تعیین سرانه نیازمند یک مدل مستقل است. تعرفه درمان نیز توسط شورای عالی بیمه تعیین می‌شود که نتیجه آن ورشکستگی بیمه‌گر است، زیرا بیمه‌گر بر آن نظارتی ندارد.

راه‌حلی که برای این مسئله می‌توان ارائه کرد، این است که دولت سرانه درمان را به‌جای وزارت بهداشت به بیمه‌گر داده و در مقابل بر بیمه‌گر نظارت داشته باشد؛

• نداشتن اختیار قانونی بیمه‌ها در اعمال دیدگاه و نظارت و به‌عبارت دیگر، فقدان چرخه حرفه‌ای‌ها در نظام بیمه‌ای.

در واقع باید به این نکته توجه داشت که اصل بیمه‌شده است و نه فراهم‌کننده خدمات. سازمان بیمه سلامت، وزارت بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی و کلیه بیمه‌گران در واقع نماینده بیمه‌شده هستند و باید از حقوق بیمه‌شده دفاع کنند.

در پایان کارشناسان شرکت‌های بیمه و سازمان‌های دولتی و پژوهشگران پژوهشکده حاضر در نشست با اعضای پانل به بحث و گفت‌وگو پرداختند. با توجه به گسترده بودن بحث و ضرورت پرداختن به مسائل جزئی‌تر، مدیر گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص با اشاره به اینکه این نشست‌ها تا رسیدن به نتایجی مشخص ادامه خواهد یافت از کارشناسان حاضر دعوت نمود تا در نشست‌های بعدی که در همین رابطه برگزار می‌گردد، شرکت نمایند.

جمع‌بندی مطلب آنکه، تعرفه‌ها باید واقعی شده و تعرفه‌های خصوصی و دولتی یکسان شوند. آخرین سخنران آقای مهندس بزرگر از سازمان بیمه سلامت ایرانیان پیرامون بحران در نظام سلامت صحبت کردند. نظام سلامت یک چرخه ساده با قوانین پیچیده است. چند نکته حائز اهمیت عبارت‌اند از:

- نگرانی از بابت بیماری؛

- فقر به‌عنوان علت بیماری؛

- هزینه درمان از جیب مردم بالای ۷۰ درصد.

دلیل این مسائل چیست؟

• فقدان منابع نظری در حوزه درمان: اقتصاد سلامت از بخش اجتماعی است، اما کاملاً سیاسی شده که ابتدا کمونیستی بوده و حالا لیبرالی شده است؛ حتی اگر پزشکان سالم باشند (سلامت اخلاقی و حرفه‌ای)، ساختار ناسالم است؛ برای حوزه درمان شاخص و مدل تعریف نشده است؛ حد و حدود دولت در نظام سلامت مشخص نیست؛

• سیطره حاکمیت فراهم‌کننده خدمات^۱ یا حاکمیت نظام بالینی در نظام سلامت؛

• تأمین منابع مالی؛

• تولید سایر منابع نظیر آموزش، نیروی انسانی و غیره که مجدداً سیطره در این امور نیز با فراهم‌کننده خدمات است: در سایر بخش‌ها، سطوح حق تعارض به یکدیگر را ندارند ولی در درمان این‌گونه نیست.

(چهار مورد ذکر شده، واقعی نبوده و مجازی هستند که باید از طریق مدل خط‌کشی شوند. در وزارت بهداشت حداکثر دخالت حرفه‌ای مشاهده می‌شود).

• عدم حاکمیت تفکر در چهارچوب‌های پایه‌ای در ایران (چرا در ایران دانشگاه‌ها باید ارائه‌دهنده

1. Service Provider