

واکاوی یک سیاست اقتصاد سلامت

مرضیه زنگنه^۱، شهرام توفیقی^{۲*}

^۱ گروه برنامه‌ریزی اقتصاد و بیمه سلامت، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران
^۲ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران
^۳ گروه آینده‌نگری، نظریه پردازی و رصد کلان سلامت فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: شهرام توفیقی، دانشیار، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران پست الکترونیک: shr_tofighi@yahoo.com

Citation: Zangeneh M, Tofighi S. Exploring a health economics policy. Iran J Health Insur. 2020;2(4):172-175.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱ تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۱۲/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۲/۰۵ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

مابه‌التفاوت ایجادشده به سقف ماه بعد اضافه خواهد شد. همچنین مقرر شد سازمان بیمه/خریدار توزیع اعتبارات در سقف یک‌دوازدهم اعتبارات در ازای اخذ اسناد پذیرفته شده به صورت علی‌الحساب تا بیستم ماه بعد در وجه دانشگاه ساماندهی کند. معادل ۷۰ درصد اعتبار تخصیص داده شده به صورت علی‌الحساب در ۳ ماهه اول سال ۱۳۹۷ (به دلیل تأخیر در ارسال تفاهم نامه یا عقد قرارداد با دانشگاه‌ها) پرداخت شود. بخشی از بدهی‌های سال ۱۳۹۶ نیز با هماهنگی با معاونت توسعه وزارت متبوع تسویه شود.

برخی از نقص‌های تفاهم نامه سال ۱۳۹۷

الف- برخی از عوامل موثر بر هزینه‌های بیمارستان‌ها در نظر گرفته نشده بودند؛ مانند افزایش تعداد بیمارستان‌ها و تخت‌های بیمارستانی، افزایش تجهیزات تشخیصی، افزایش جمعیت، افزایش قیمت دارو و خدمات پاراکلینیک، افزایش تورم عمومی و تورم بخش سلامت، افزایش تعرفه‌های خدمات سلامت.

ب- شرایط خاص مناطق، در نظر گرفته نشده بودند؛ مثلاً به دلیل مسیر سفر بودن برخی مناطق، مسافران و زائران به صورت مداوم بر جمعیت منطقه اضافه می‌شوند و به تبع آن، مشکلات اورژانسی و غیره محیط افزایش می‌یابد و همچنین، وضعیت معیشت و نوع پوشش بیمه‌ای منطقه.

پ- افزایش هزینه بیمه‌شدگان بیمه سلامت ناشی از تغییر فرایندها و قوانین؛ مانند پیامد بخشنامه بیمه سلامت مبنی بر پرداخت نشدن اسناد هزینه‌ای مراجعات بیماران بیمه همگانی به بخش خصوصی (لغو قرارداد بیمه سلامت با بخش خصوصی) که در پی آن، بیماران ناچار به مراجعه به بخش دولتی شدند. لغو قرارداد مراکز تأمین اجتماعی با بیمه سلامت که باعث ارجاع بیماران سازمان تأمین اجتماعی به مراکز دولتی به دلیل کمبود نقدینگی در بیمارستان‌های وابسته به سازمان تأمین اجتماعی شد و پذیرش نشدن بیماران ارجاع شده از سایر مراکز، به‌ویژه در مراکز ریفرال

در همایش مورخ ۱۳۹۷/۲/۸ رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی در حضور وزیر محترم بهداشت و درمان، پس از جمع‌بندی نظرها راجع به پیشنهاد تعیین سقف پرداخت هزینه‌ها توسط سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۳۹۷ و نهایی شدن آن، متن تفاهم‌نامه شماره ۲۰۵/۱۱ مورخ ۱۳۹۷/۰۲/۱۷ میان وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بیمه سلامت ایران تدوین شد. موضوع اصلی این تفاهم‌نامه، رعایت سقف اعتبارات مصوب و انجام خرید راهبردی مبتنی بر اجرای راهنمای بالینی بود.

این تفاهم‌نامه ۱۲ ماده (۳ ماده مربوط به وظایف سازمان و ۱۱ ماده مربوط به دانشگاه/وزارت) دارد و در آن، سقف اعتباری انعقاد بیمه سلامت با وزارت بهداشت (جمع کل سقف خرید سازمان از دانشگاه‌ها) ۸۰ هزار و ۵۰۰ میلیارد ریال تعیین شد. هدف اعلام‌شده عبارت بود از:

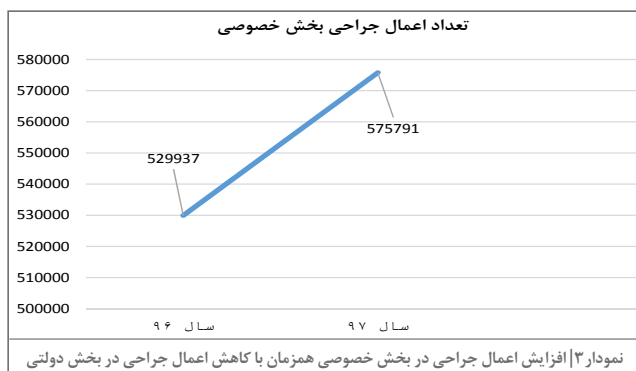
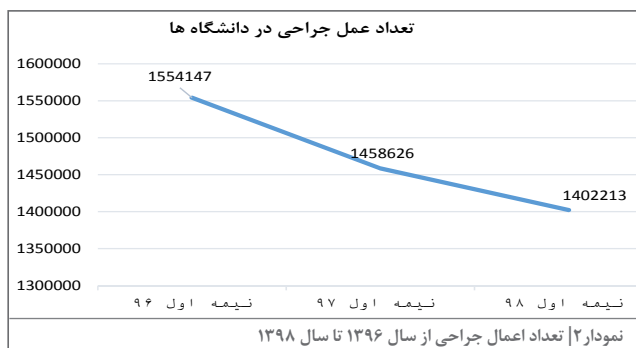
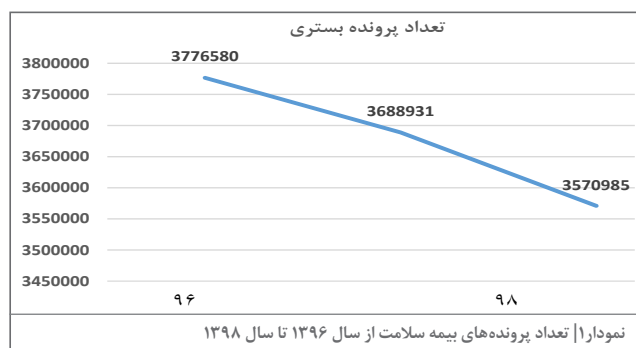
- ۱- مدیریت منابع و مصارف در سال ۱۳۹۷ در بخش سلامت؛
- ۲- ارائه خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مطلوب به بیمه‌شدگان؛
- ۳- تأمین مالی به موقع مراکز بهداشتی و درمانی ارائه‌دهنده خدمت؛
- ۴- پرداخت ۷۰ درصد از صورتحساب‌های ارائه‌دهنده خدمت به صورت علی‌الحساب به بیمارستان‌ها تا بیستم هرماه.

برای دانشگاه‌ها هم تکالیفی مشخص شد؛ بدین صورت که دانشگاه به نمایندگی از مراکز با اداره کل بیمه سلامت استان مربوطه در خصوص تعیین سقف ابلاغ شده مذاکره و موافقت‌نامه میان سازمان و وزارت (اشاره شده در بالا) را منعقد می‌کنند. دانشگاه مکلف است اعتبار تعیین شده را به تفکیک مراکز تحت پوشش و براساس شاخص‌هایی همچون «سیاست‌های ابلاغی معاونت درمان»، «سیاست‌گذاری‌های هر قطب-بار مراجعه» و «نوع خدمتی که در هر مرکز ارائه می‌شود»، توزیع کند. بیمارستان مکلف است اسناد سرپایی را در مدت ۳۰ روز و اسناد بستری را در ۴۵ روز، با رعایت یک‌دوازدهم سقف تعیین و توافق شده به اداره کل بیمه استان ارسال کند. یک تبصره هم بدین شرح وجود داشت: به هر دلیلی مبلغ اسناد از سقف تعیین شده کمتر باشد،

کمتری داشته باشند، مگر اینکه ارائه خدمت انجام نشده باشد، بیماران از ارائه خدمت محروم یا به بخش خصوصی ارجاع داده شده‌اند؛ واقعیت‌هایی که براساس داده‌های بخش خصوصی و افزایش هزینه درمان در سبد هزینه‌ای خانوار (به استناد گزارش مرکز آمار ایران)، تأیید می‌شود. با توجه به گزارش تهیه‌شده، هزینه سایر بیمه‌های پایه نیز از سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸، کاهش داشته که این روند، تأکید بر این موضوع دارد که کاهش هزینه‌های مراکز درمانی، به دلیل تعیین سقف نبوده و عوامل دیگری بر کاهش هزینه‌ها تأثیر داشته است.

آثار و پیامدهای تعیین سقف در سال ۱۳۹۷

تغییر تعداد مراجعات بستری و اعمال جراحی در بخش دولتی و خصوصی در جدول ۲ و نمودارهای ۱ و ۲ و ۳ مشاهده می‌شوند. انتظار می‌رود با افزایش مراجعه مردم به بخش خصوصی، پرداخت از جیب افزایش یابد. جدول ۳ نشان می‌دهد در سه سال مورد بررسی،



دانشگاهی.

تحلیل تعیین سقف

مبنای تعیین سقف اعتباری، ۹۰ درصد فروش مراکز درمانی به بیمه سلامت در سال قبل بود. جدول ۱ نشان‌دهنده نحوه محاسبه است (مبالغ به میلیارد تومان). همان‌طور که مشاهده می‌شود، با لحاظ نرخ تورم بخش بهداشت و درمان در سال ۱۳۹۷ سقف تعیین‌شده سازمان بیمه سلامت فقط ۷۹ درصد از کل هزینه‌های قابل پیش‌بینی را پوشش می‌داد و ۲۱ درصد هزینه، کسر شده و در صورت محاسبه با افزایش نرخ تعرفه ۸۵ درصد، هزینه پیش‌بینی‌شده سقف تعیین‌شده را پوشش داده است. شایان ذکر است، در صورت در نظر گرفتن افزایش رشد جمعیت، افزایش قیمت دارو و لوازم و اضافه‌شدن بخش‌های توسعه‌ای در بیمارستان‌های دانشگاهی، برآورد می‌شود بیش از ۳۵ درصد هزینه‌های قابل پیش‌بینی، کسر شده است؛ این موضوع از لحاظ علمی امکان ندارد که با اجرای چنین سیاستی، مراکز درمانی بتوانند ۳۵ درصد در مقایسه با سال قبل، هزینه

جدول ۱ | محاسبات مربوط به هزینه‌های سازمان بیمه سلامت

سند	مبلغ (میلیون ریال)
مبلغ اسناد ارسالی به سازمان بیمه سلامت	۹۲۰۰
مبلغ واریزی توسط بیمه سلامت (۳۰۰ میلیارد تومان بدهی از سال ۹۶ وجود دارد)	۸۸۰۰
در صورت محاسبه ۹۰ درصد از اسناد ارسالی	۸۲۸۰
در صورت محاسبه ۹۰ درصد از اسناد واریزی	۷۹۲۰
سقف اولیه تعیین شده	۸۰۵۰
سقف اصلاح شده	۸۲۱۰
مازاد سقف	۲۵۰۰
محاسبه هزینه بیمه سلامت (واریزی بیمه سلامت در سال ۱۳۹۶) با لحاظ نرخ تورم در سال ۱۳۹۷	۱۰.۳۳۱
۹۰ درصد هزینه بیمه سلامت با لحاظ نرخ تورم در سال ۱۳۹۷	۹.۲۹۸
محاسبه هزینه بیمه سلامت (واریزی بیمه سلامت در سال ۱۳۹۶) با لحاظ میزان افزایش تعرفه سال ۱۳۹۷	۹.۶۸۰
۹۰ درصد هزینه بیمه سلامت با لحاظ نرخ تورم در سال ۱۳۹۷	۸.۷۱۲
سقف تعیین‌شده بیمه سلامت با لحاظ نرم تورم بهداشت و درمان	۷۹ درصد
سقف تعیین‌شده بیمه سلامت با لحاظ افزایش نرخ تعرفه	۸۵ درصد

جدول ۲ | تغییر تعداد پذیرش بیمار و عمل جراحی از سال ۱۳۹۶ تا سال ۱۳۹۸

تعداد بیماران در ۶ ماهه اول سال	نسبت ۹۷ به ۹۶	نسبت ۹۸ به ۹۷	تعداد پرونده بستری		
			۱۳۹۸	۱۳۹۷	۱۳۹۶
۳,۵۷۰,۹۸۵	۲.۳۲٪	۳.۲۰٪	۳,۵۷۰,۹۸۵	۳,۶۸۸,۹۳۱	۳,۷۷۶,۵۸۰
۱,۴۵۸,۶۲۶	۶.۲۵٪	۳.۸۷٪	۱,۴۵۸,۶۲۶	۱,۴۰۲,۲۱۳	۱,۵۵۴,۱۴۷
۵۷۵,۷۹۱	۸.۶۵٪	---	۵۷۵,۷۹۱	۵۲۹,۹۳۷	۵۲۹,۹۳۷

بیشتر است. همچنین باید توجه داشت که رشد مشاهده شده در حجم ریالی پرونده‌ها، به دلیل رشد تعرفه و افزایش قیمت دارو و لوازم است. آمار ماه‌های مرداد و شهریور ۱۳۹۸ که بدون سقف مراکز اقدام به ارائه خدمت کرده‌اند، به نظر می‌رسد ناشی از مدیریت هزینه‌ها توسط دانشگاه‌هاست (افزایش هزینه به دلیل افزایش تعرفه، هزینه دارو و لوازم اتفاق افتاده است). اگر بنا بود سقف هزینه‌ای بیمه اعمال شود، احتمالاً باید ارائه خدمت (همچون ۴ ماه اول سال در مقایسه با سال قبل) ۱۵ درصد کمتر می‌شد. شاید بتوان اینگونه استنباط کرد که برخلاف انتظار، پس

مجموع درآمد بیمه سلامت و درآمد نقدی بیمارستان، کاهش مستمر دارد و این کاهش با کاهش درآمد بیمه و افزایش درآمد نقدی بیمارستان همراه است که به نحوی، بیانگر افزایش پرداخت از جیب بیماران محسوب می‌شود. پس از برداشته شدن سقف بیمه‌ای، تغییر در تعداد پرونده‌های بیمارستانی در مرداد و شهریور ۱۳۹۸، در جدول ۴ و نمودار ۵ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در مجموع کاهش ارائه خدمت (فروش خدمت) همچنان ادامه دارد و تغییر در آمار بیماران بستری نیز

جدول ۳ | تغییرات درآمد نقدی مراکز بیمارستانی، بیمه سلامت، کل در شش ماهه اول سال ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸

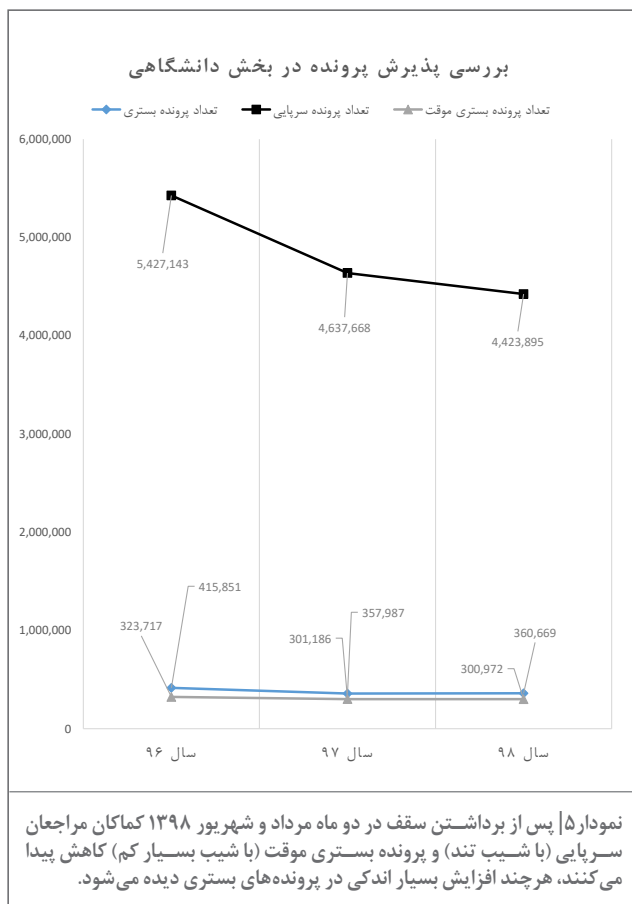
درآمد نقدی مراکز درمانی	تغییرات درآمد نقدی مراکز	درآمد بیمه ای	تغییرات درآمد بیمه ای	جمع کل	سال
۱۲,۶۲۷,۲۴۹,۸۹۳,۳۳۶	—	۹۳,۹۵۰,۱۰۱,۱۴۸,۰۳۳	—	۱۰۶,۵۷۷,۳۵۱,۰۴۱,۳۶۹	۱۳۹۶
۱۵,۲۲۰,۷۶۷,۱۸۹,۹۷۹	٪۲۰.۵۴	۹۰,۵۹۹,۲۴۷,۱۵۲,۸۲۵	٪۳.۵۷	۱۰۵,۸۲۰,۰۱۴,۳۴۲,۸۰۴	۱۳۹۷
۱۵,۶۰۸,۲۴۲,۸۳۴,۸۰۵	٪۳	۸۵,۷۲۷,۳۳۰,۶۳۲,۰۵۷	٪۵.۳۸	۹۶,۶۸۹,۷۱۳,۶۸۰,۹۱۹	۱۳۹۸

جدول ۴ | وضعیت تعداد پرونده‌ها به تفکیک نوع پرونده و سال پذیرش، در مرداد و شهریور سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸

تعداد پرونده	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	تغییر ۹۷ به ۹۶	سال ۱۳۹۸	تغییر ۹۸ به ۹۷
تعداد پرونده بستری	۴۱۵,۸۵۱	۳۵۷,۹۸۷		۳۶۰,۶۶۹	٪۰.۷۵+
تعداد پرونده سرپایی	۵,۴۲۷,۱۴۳	۴,۶۳۷,۶۶۸	٪۱۴.۵۵-	۴,۴۲۳,۸۹۵	٪۴.۶۱-
تعداد پرونده بستری موقت	۳۲۳,۷۱۷	۳۰۱,۱۸۶	٪۶.۹۶-	۳۰۰,۹۷۲	٪۰.۰۷-

جدول ۵ | حجم ریالی پرونده‌ها به تفکیک نوع پرونده و سال پذیرش، در مرداد و شهریور سال‌های ۱۳۹۶ تا ۱۳۹۸

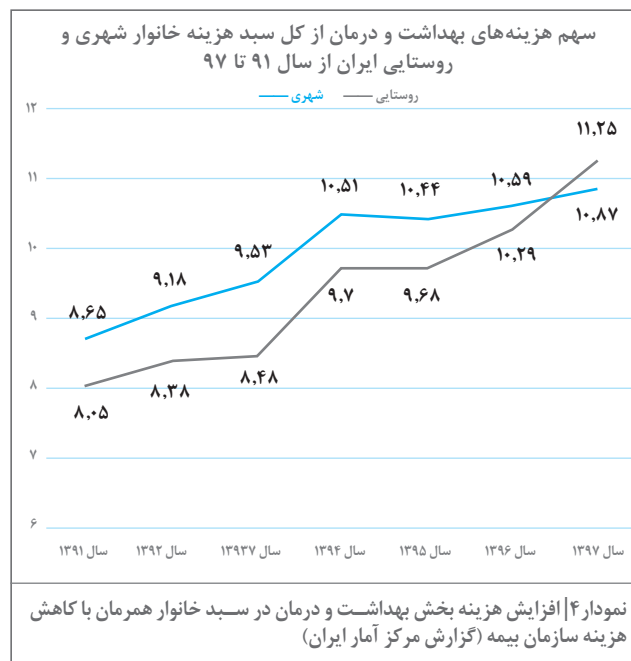
حجم ریالی	سال ۱۳۹۶	سال ۱۳۹۷	تغییر ۹۷ به ۹۶	سال ۱۳۹۸	تغییر ۹۸ به ۹۷
پرونده بستری	۹,۰۲۲,۲۵۹,۹۱۱,۲۱۲	۷,۷۶۱,۷۲۴,۴۶۵,۲۵۷	٪۱۳.۸۸-	۸,۹۷۰,۲۱۴,۸۹۰,۳۸۱	٪۱۵.۵۸+
پرونده سرپایی	۱,۸۸۱,۰۷۰,۶۱۳,۵۳۵	۱,۵۷۴,۷۰۵,۶۱۲,۷۴۸	٪۱۶.۲۹-	۱,۷۵۹,۳۴۷,۰۰۸,۹۱۸	٪۱۱.۷۳+
پرونده بستری موقت	۱,۹۲۴,۹۳۴,۸۲۵,۹۵۷	۱,۶۲۰,۹۳۱,۶۲۷,۸۱۰	٪۱۵.۷۹-	۱,۸۳۴,۶۵۷,۲۸۹,۶۸۷	٪۱۳.۱۸+



عرضه و تقاضا، تا انتخاب سیاست و نیز فرایند حمایت‌طلبی، شناسایی و تأمین الزامات و پیش‌نیازها، الگوی اجرایی‌سازی و بالاخره ارزیابی، مورد بررسی و تحلیل و نقد قرار گیرد. البته این تنها سیاستی محسوب نمی‌شود که نیازمند مذاقه و نگاه نقادانه است؛ اما از آن دست سیاست‌های کاملاً اقتصادی و بسیار جدید است و دست‌اندرکاران به‌خوبی می‌توانند فرایند سیاست‌گذاری را توضیح دهند و اسناد نیز هنوز موجود هستند؛ البته سیاستی که خیلی زود اثر گذاشت و آثار آن نیز تا حدود مناسبی قابل اندازه‌گیری است. فصلنامه بیمه سلامت ایران از متخصصان و صاحب‌منصبان اقتصاد، سیاست‌گذاری، مدیریت خدمات سلامت و همه اندیشمندان تقاضا می‌کند در واکوی سیاست‌ها و برنامه‌های نظام سلامت به‌صورتی نقادانه و آگاه از شواهد مشارکت کنند و مجموعه نظام علمی و اجرایی سلامت را در انتخاب بهترین گزینه‌ها یاری دهند.

منبع

تمام جداول و نمودارها از گزارش معاونت درمان به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استخراج شده‌اند.



از برقراری سقف هزینه هیچ‌گونه مدیریت هزینه‌ای اتفاق نیفتاده و عملاً هزینه‌هایی که سازمان بیمه پرداخت نکرده، به بیماران منتقل شده است. شاید هم مراکز درمانی به‌دلیل کمبود لوازم و تجهیزات و فعالیت نکردن اعضای هیئت علمی (آمار نشان داده نشده است) خدمت مراقبت از سلامت را در بخش دولتی ارائه نکرده‌اند. از طرف دیگر، مقایسه هزینه سایر سازمان‌های دیگر نیز نشان‌دهنده کاهش هزینه‌ها در مقایسه با سال قبل است (آمار ارائه نشده است) که این امر، می‌تواند نشان‌دهنده تأثیر نداشتن برنامه بیمه سلامت بر کاهش هزینه‌ها باشد.

اما درس‌هایی که از این سیاست و پیامدهای آن می‌توان گرفت، چیست؟

در شرایطی مشخص، سیاستی به‌عنوان تعیین سقف ریالی از طرف سازمان بیمه سلامت برای بیمارستان‌های طرف قرارداد مطرح و تصویب شد. این سیاست در برخی کشورها که ساختار مالی، مکانیسم‌های حمایتی و مدل ارائه خدمت، استانداردها و راهنماهای بالینی متفاوت دارند اجرا شده و در نظام سلامت ما نیز به‌کار گرفته شد، اما به نظر می‌رسد پیامدهای این سیاست به‌گونه‌ای محقق شدند که برخلاف اهداف اعلام‌شده در کاهش پرداخت از جیب و مدیریت بی‌درد هزینه‌ها در مراکز ارائه خدمات تشخیصی و درمانی، افزایش دسترسی مردم به خدمات و محافظت مالی از بیمه شدگان بود.

از منظر سیاست‌گذاری لازم است فرایند تدوین سیاست «تعیین سقف ریالی برای خدمات بیمارستان‌ها معادل ۹۰ درصد هزینه‌های سال پیش» از تعریف مسئله، شناسایی و تحلیل گزینه‌های بدیل، تحلیل ریسک سیاست‌های بدیل و تأثیر آنها روی الگوهای رفتاری