



برآیند سفرهای استانی نشان می‌دهد که اعتماد مردمی بیشتر و سرمایه‌سازی اجتماعی دولت افزایش یافته‌است

## نشانه‌های مردمی بودن

**و مردمی ماندن مسئولان**

۱۰



با دانش‌بنیان شدن از حمایت‌های لازم برای توسعه کارتان -برخوردار شوید

## راهنمای مسیر

**دانش بنیان شدن**

۱۱

یکشنبه ۲۸ فروردین ۱۴۰۱ | ۱۵ رمضان ۱۴۴۳ | سال سیام | شماره ۸۴۷۷۷

# هلمشهری یک جامعه



عکس همشهری/انما عاقل

# هزینه سلامت؛ جیب مردم ۷۰ درصد، بیمه ۳۰ درصد

براساس استانداردهای جهانی ۷۰ تا ۸۰ درصد هزینه‌ها باید از سوی دولت و تنها ۱۵ تا ۲۰ درصد از جیب مردم پرداخت شود، در ایران اما شرایط معکوس است

### گزارش مریم سرخوش روزنامه‌نگار

بیمه‌ها، مهم‌ترین نقطه اتکای بیماران در بحث درمان به‌شمار می‌روند، اما چند سالی است که با وجود پوشش ۹۰ درصدی جمعیت کشور از سوی بیمه‌ها، اما وضعیت ارائه خدمات از جانب آنها چندان مطلوب نیست؛ نه در خدمات درمانی و آزمایشگاهی و نه در پوشش دارویی، رضایت بیماران فراهم نشده و پرداخت از جیب مردم چندین برابر است. براساس استانداردهای جهانی ۷۰ تا ۸۰ درصد پوشش بیمه باید از سوی دولت‌ها و شرکت‌های بیمه تامین شود و حدود ۲۰ درصد هم از نسوی مردم، اما با اینکه قرار بود در پایان برنامه توسعه ششم سال ۱۴۰۰، هزینه‌های پرداخت از جیب مردم به ۲۵ درصد برسد، ولی حالا بیماران بیش از ۶۰ تا ۷۰ درصد هزینه‌های درمانی و گاهی ۱۰۰ درصد هزینه‌های خرید دارو را از جیب پرداخت می‌کنند.
مطلوب نبودن بسته‌های خدماتی بیمه راهمادی رضایی، معاون بیمه و خدمات سلامت سازمان بیمه سلامت تأیید می‌کند، اما این را اضافه می‌کند که منابع فعال در مناطق کم‌برخوردار و حاشیه‌ای او، بیمه باید ۱۰۰درصد هزینه‌های درمانی را پرداخت کند، اما حالا مردم ۷۰درصد هزینه‌ها را از جیب‌شان پرداخت می‌کنند. رضایی خبری هم برای بیماران صعب‌العلاج داد: افزایش سطح خدمات بیمه‌ای برای این گروه که در ۳ دهک کم‌درآمد جامعه قرار دارند. او در گفت‌وگو با همشهری توضیح بیشتری دربار این مشکلات بیمه‌ها برای افزایش پوشش بیمه‌ای دارویی و درمانی می‌دهد.

**در قانون بودجه ۱۴۰۱، یکی از موارد مهم تحت پوشش قرار گرفتن افراد بدون بیمه از سوی بیمه سلامت است. سازوکار اجرایی این طرح چیست؟**

امسال در قانون بودجه ۱۴۰۱، ۵۳۳ کم‌درآمد جامعه (یک تا ۳) به‌صورت کاملاً رایگان بیمه خواهند شد و حق بیمه این افراد از سوی دولت پرداخت می‌شود. افرادی هم که در دهک‌های بالاتر قرار دارند براساس آیین‌نامه اجرایی، می‌توانند از پوشش بیمه‌ای سلامت برخوردار شوند، اما باید در پرداخت حق بیمه مشارکت داشته باشند. براساس آخرین آیین‌نامه مصوبه ۱۳۹۸ هیأت دولت، دهک چهارم باید ۵۰درصد و دهک‌های بعدی ۱۰۰ درصد در پرداخت حق بیمه مشارکت داشته باشند؛ هر چند که ما معتقدیم این آیین‌نامه باید به نفع مردم و با پوشش حداکتری اصلاح شود. این اصلاحیه را تقدیم دولت کردیم و اگر تجدیدنظر در «آیین‌نامه ارزیابی وسع» انجام شود، جمعیت بیشتری تحت پوشش بیمه قرار خواهند گرفت.

**آمار افراد بدون بیمه در کشور عدد ثابتی ندارد و بین ۹ تا ۹ میلیون نفر متغیر است. مشخص شده که در این طرح چه تعداد به‌صورت رایگان بیمه می‌شوند؟**
آخرین آمار رسمی که در اختیار داریم مربوط به

سال ۹۵ است. مرکز آمار ایران آن زمان جمعیت فاقد بیمه را ۱۰ درصد جمعیت کشور اعلام کرد. البته براساس فراخوان‌ها و پیگیری تحت پوشش قرار دادن افراد کمتر برخوردار در مناطق محروم متوجه شدیم که این عدد اکنون کمتر است. طی سال‌های اخیر در سازمان بیمه سلامت حدود ۶ میلیون بیمه‌شده داشتیم که اکنون نامعتبر هستند؛ یعنی در یک مقطع تحت پوشش بیمه بودند، اما اکنون به هر دلیلی بیمه ندارند. آمار عمیليون نفری افراد فاقد بیمه هم براساس همین اطلاعاتی است که در بانک اطلاعاتی ما ثبت شده است. این افراد جزئی از این ۱۰ درصد جمعیت اعلام‌شده در سال ۹۵ هستند. درباره اینکه امسال چه تعداد از این افراد تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند هم براساس قانون باید وزارت تعاون و رفاه آنها را شناسایی و به ما معرفی کند. هنوز زمان شناسایی این افراد تمام نشده، اما اطلاعات اولیه از سوی این وزارتخانه درباره افراد فاقد بیمه در کشور حدود ۶ میلیون نفر است و جمعیت ۳دهک اول برخوردار از حمایت کامل دولت هم ۲ تا ۵ میلیون نفر عنوان می‌شود. البته به جز شناسایی این افراد از سوی وزارت رفاه، ما اقدامات دیگری هم به همراه سایر نهادهای اجتماعی، هلال احمر و سیبیه به‌صورت فعال در مناطق کم‌برخوردار و حاشیه شهرها انجام می‌دهیم. بر این اساس و طی ۴ ماه اخیر بیش از ۲۰۰ هزار نفر بیمه شده‌اند.

**اما با وجود گسترده‌تری جمعیت تحت پوشش، به نظر نمی‌رسد که خدمات ارائه‌شده منجر به رضایت مردم شده باشد.**

در بحث پوشش همگانی ۳موضوع اساسی مطرح است؛ گستره پوشش حداکتری بیمه بدون محدودیت، کیفیت قابل قبول خدمات برای افرادی که بیمه می‌شوند و تأمین منابع پایدار برای بقا و تداوم خدمات‌دهی بیمه‌ای. در بخش اول کشور ما جزو کشورهای موفق است؛ یعنی بالای ۹۰ درصد جامعه ما به نوعی تحت پوشش بیمه‌های پایه قرار دارند، اما رضایت از بیمه ۹۰درصد نیست و حاکم از آن است که عمق یا کیفیت بسته‌های خدمتی ما در سطوح بالا قرار ندارد. بیمه در تقبل هزینه‌های سلامت بار اصلی را بر دوش دارد و براساس‌قادهای جهانی در سید هزینه‌های سلامت ۷۰ تا ۸۰ درصد هزینه‌ها باید از سوی دولت و بیمه تامین شود و ۱۵ تا ۲۰ درصد هم از جیب مردم، اما در کشور ما شرایط اینگونه نیست و سهم پرداختی از جیب مردم معکوس شده است. هم‌اکنون سهم بیمه‌ها در پرداخت هزینه‌های سلامت حدود ۲۰ تا ۲۵درصد است و باقی آن را مردم باید پرداخت کنند.

**یعنی مردم هم اکنون ۶۵درصد از هزینه‌ها را از جیب خودشان پرداخت می‌کنند؟**
ملاک ما آمارهای رسمی در حساب ملی سلامت است که به‌سال ۹۷ مربوط می‌شود. آن آمارها نشان می‌دهد که ۴ تا ۲۵درصد هزینه‌ها از سوی مردم و تنها ۵۵درصد از سوی بیمه‌ها پرداخت می‌شود. فکر می‌کنم در این ۳سال اخیر شرایط کمی نامناسب‌تر شده است. آمارهای غیررسمی به ما نشان می‌دهد که سهم مردم در این‌باره افزایش پیدا کرده و به‌عبارتی به حدود ۶۰درصد رسیده



توافقات لازم برای تامین منابع مالی تکمیل پروژه متروی تهران - پزند صورت گرفت

## زمستان ۱۴۰۱؛ مترو در پزند

۱۲

### نکته‌ها

**امسال در قانون بودجه ۱۴۰۱، ۵۳۳ کم‌درآمد جامعه (یک تا ۳) به‌صورت کاملاً رایگان بیمه خواهند شد و حق بیمه این افراد از سوی دولت پرداخت می‌شود. افرادی هم که در دهک‌های بالاتر قرار دارند براساس آیین‌نامه اجرایی می‌توانند از پوشش بیمه‌ای سلامت برخوردار شوند، اما باید در پرداخت حق بیمه مشارکت داشته باشند. براساس آیین‌نامه اجرایی، می‌توانند از پوشش بیمه‌ای سلامت برخوردار شوند، اما باید در پرداخت حق بیمه مشارکت داشته باشند.**

۱۳

**اطلاعات اولیه نشان می‌دهد که ۶ میلیون بیمه‌نشده در کشور وجود دارند و چهارم از آن‌ها در دهک اول برخوردار از حمایت کامل دولت هم ۲ تا ۲،۵ میلیون نفر عنوان می‌شود. البته به جز شناسایی این افراد از سوی وزارت رفاه، بیمه سلامت، اقدامات فعال دیگری هم همراه سایر نهادهای اجتماعی، هلال احمر و سیبیه به‌صورت فعال در مناطق کم‌برخوردار و حاشیه شهرها انجام می‌دهد. این افراد گروه‌های آسیب‌پذیرند و با وجود نیاز به بهره‌مندی از خدمات سلامت و درمانی اصلاً برای تکمیل پوشش بیمه‌ای مراجعه نمی‌کنند**

۱۴

**سال گذشته با افزایش قیمت دارو، بیش از ۵۶۰قلم دارو گران شد. از این میزان ۴۶۰قلم دارو تحت پوشش بیمه قرار گرفت؛ درحالی‌که طبق قانون، باید تنها ۱۵درصد تحت پوشش قرار می‌گرفت، اما این عدد به ۴۰درصد رسید. البته با توجه به طرح‌های در دست اجرا از جمله اختصاص بودجه خاص به صندوق حمایت از بیماران صعب‌العلاج و هم‌چنین تحت پوشش قرار دادن افراد فاقد بیمه، مشکلات در سال جاری کمتر می‌شود**

۱۵

**این نگرانی وجود دارد که به‌اندازه هزینه‌ای که حذف ارز ترجیحی دارد، منابع آن تأمین نشود. در محاسبات اولیه هزینه پیش‌بینی شده برای اجرای این طرح حدود ۸۶هزار میلیارد تومان است، اما در همین شرایط، دولت موظف به پرداخت حق بیمه آنهاست؛ از جمله ۱۲ میلیون روستایی و ۱۳ میلیون همگانی که بیمه رایگان دارند. در ملاحظات قانونی باید اعتبارات ما حدود ۵۳هزار میلیارد تومان افزایش پیدا می‌کند، اما اکنون ۳۲هزار میلیارد تومان است. این عدد، نصف بودجه‌ای است که ما برای ارائه خدمات سلامت نیاز داریم؛ بنابراین منابع ما ظرفیت اضافه کردن تعهدات را ندارد و در این شرایط انتظار مردم از افزایش خدمات محقق نمی‌شود.**

کالاهای اساسی هم مطرح است. امیدواریم این مسئله در بالاترین سطح دولت برطرف شود و منابع مالی به بیمه‌ها اختصاص پیدا کند. منابع مورد نیاز برای اجرای این طرح ۲ تا ۲۲ برابر کل منابع موجود است و اگر خیلی در این پرداخت وجود داشته باشد، عملاتی‌توانیم آن را پوشش دهیم و زنجیره تامین دارو مختل خواهد شد. این طرح باید با تأمینان و ضربت تحقق ۱۰۰درصدی منابع مالی اجرایی شود؛ در غیر این صورت آسیب‌زاست.

**یکی دیگر از مهم‌ترین الزامات اجرای این طرح، بحث بدهی سازمان‌های بیمه‌گر به مراکز درمانی و داروخانه‌هاست. آیا بیش از اجرای این طرح، شما خواهید بود این مطالبات را کاهش دهید؟**

برای شروع طرح ضروری است مطالبات معوق مراکز ارائه خدمت و داروخانه‌ها منقطع‌مطلوب برسد. وضعیت سازمان بیمه سلامت نسبت به تأمین اجتماعی مطلوب‌تر است و با ۲ هزار میلیارد تومان به این نقطه مطلوب خواهیم رسید. مشکل اینجاست که اگر اختصاص سال گذشته ما به‌صورت کامل محقق می‌شد، می‌توانستیم بدهی‌هایمان را صفر کنیم. بیش از ۹۰درصد منابع ما از طریق دولت تأمین می‌شود، در سال گذشته بیش از ۱۵۰۰ میلیارد تومان اعتبار مصوب ما منقطع‌مطلوب به نقطه مطلوبی می‌رسید و برای اجرای طرح حذف ارز ترجیحی دیگر بدهی به داروخانه‌ها داشتیم. همین دلیل ما تأکید داریم که مطالبات معوق قبل از اجرای طرح پرداخت شود و خواسته بیمه سلامت این است که همان مبلغ ۲ هزار میلیارد تومان به ما برای پرداخت این مطالبات تعلق بگیرد.

**در صورت محقق شدن تمام این شرایط می‌توان انتظار افزایش خدمات سلامت از سوی این سازمان را داشت؟**

طی سال‌های اخیر برخی داروها از لیست بیمه خارج شدند و مردم هزینه‌آن را به‌طور کامل از جیب پرداخت می‌کنند. درباره داروهای خارجی هم که مشابه ایرانی دارند ما قیمت کالای داخلی را پوشش می‌دهیم- و مابه‌التفاوت آن را باید بیمار خودش پرداخت کند. در آزمایشگاه‌ها ما پوشش تعرفه دولتی داریم، اما تعرفه خصوصی باعث افزایش هزینه‌های بیمار می‌شود. اگر منابع مالی داشته باشیم می‌توانیم تعهدات بیمه‌ای را افزایش دهیم. این در حالی است که بودجه بیمه سازمان سلامت امسال تنها ۱۷درصد رشد کرد که در مقایسه با تورم جابجایی‌ها بسیار کم است.

۲ میلیون نفر تحت پوشش بیمه سلامتند و ۸۵درصد از بیمه‌شده‌ها افرادی هستند که دولت موظف به پرداخت حق بیمه آنهاست؛ از جمله ۱۰ میلیون روستایی و ۱۲ میلیون همگانی که بیمه رایگان دارند. در ملاحظات قانونی باید اعتبارات ما حدود ۵۳هزار میلیارد تومان افزایش پیدا می‌کند، اما اکنون ۳۲هزار میلیارد تومان است. این عدد، نصف بودجه‌ای است که ما برای ارائه خدمات سلامت نیاز داریم؛ بنابراین منابع ما ظرفیت اضافه کردن تعهدات را ندارد و در این شرایط انتظار مردم از افزایش خدمات محقق نمی‌شود.

### کب

## کاهش خدمات درمانی به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی

تأمین اجتماعی بیش از ۴۰۰ هزار میلیارد تومان از دولت مطالبه دارد و این مسئله منجر به پرداخت نشدن بدهی مراکز درمانی و داروخانه‌ها شده است و این مراکز از پذیرش بیماران تحت پوشش سازمان سرباز می‌زنند

مصوبه بودجه ۱۴۰۱، حذف ارز ترجیحی و بازگشت قیمت دارو به شهرپروبر ۱۴۰۰ است که محقق شدن آن مشروط به انتقال منابع ارزی دارو به سازمان‌های بیمه‌گر خواهد بود. اما اجرای این طرح منوط به کاهش بدهی‌های سازمان‌های بیمه‌گر است که تنها با محقق شدن مطالبات آنها از سوی دولت فراهم خواهد بود. هر چند که پرداخت نشدن این بدهی‌ها آسیب دیگری هم به همراه داشته است. کاهش خدمات بیمه‌ای از نسوی مراکز درمانی و داروخانه‌های دولتی و خصوصی به بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی. این سازمان حدود ۴۰۰ هزار میلیارد تومان از دولت طلب دارد و پرداخت نشدن این مطالبات منجر به بدهی کلان آنها به مراکز درمانی و داروخانه‌های دولتی و خصوصی شده است. حالا مشکل جدی برای بیمه‌شدگان این سازمان وجود دارد که از ارائه خدمات در این مراکز محروم می‌شوند یا مجبور به پرداخت هزینه‌ها با قیمت‌های چندین برابر هستند.

علیرضا امیرپور، کارشناس سازمان تأمین اجتماعی در این‌باره به همشهری می‌گوید: «سازمان بیمه سلامت مجموعه کاملاً دولتی است و تمام منابع آنها از دولت تأمین می‌شود اما سازمان تأمین اجتماعی مجموعه عمومی غیر دولتی است که ۹۰درصد بودجه‌های آن از سوی شرکای اجتماعی یعنی بیمه‌شدگان، کارفرمایان و بازنشستگان تأمین می‌شود.» به گفته امیرپور بدهی‌های انبوه به جامانده از مطالبات سازمان از دولت است که امسال طبق نظر کارشناسان به بیش از ۴۰۰ هزار میلیارد تومان رسیده است: «این بدهی شامل ۳۳درصد حق بیمه دولت به سازمان است که در سال‌های متوالی انباشته شده و منجر به کاهش خدمات به بیمه‌شدگان است. تأمین اجتماعی در حوزه درمان خدمات مستقیم و غیرمستقیم ارائه می‌کند. خدمات مستقیم در بیمارستان‌ها، پلی‌کلینیک و در مانگاه‌های تأمین اجتماعی برای بیماران بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای انجام می‌شود که بالاترین اعمال جراحی با هزینه‌های قابل توجه را هم پوشش می‌دهد، اما در درمان غیرمستقیم بحث فرانشیز مطرح است که خرید درمان از بخش دولتی یا خصوصی است. ما اینجا

به‌دلیل همین مطالبات از دولت با مشکلاتی مواجه هستیم و کمبود منابع تأمین اجتماعی و کسری باعث کاهش خدمات از نسوی مراکز دولتی و خصوصی می‌شود.» او به کسری ماهانه بیش از ۴۵۰۰ میلیارد کسری منابع تأمین اجتماعی اشاره می‌کند و اما می‌دهد: «اسب این مسئله در جایی دیده می‌شود که تأمین اجتماعی نمی‌تواند مطالبات بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها، مراکز درمانی، تشخیصی و مطب‌های خصوصی را در فواصل کوتاه‌مدت پرداخت کند. مطالبات مراکز خصوصی و دولتی بخش درمان معوق می‌شود و آنها هم به‌دلیل اینکه نتوانسته‌اند مطالبات خودشان را به موقع از سازمان دریافت کنند. خدمات خود را کاهش می‌دهند یا از پذیرش بیماران تحت پوشش تأمین اجتماعی سرباز می‌زنند. اگر کسری منابع نداشته‌سیم و سازمان توانمندی این را داشت که هزینه‌های این بیمارستان‌ها و مراکز خصوصی را به موقع پرداخت کند، قطعاً بهترین منفعت برای بیمه‌شده‌ها بازنشستگان فراهم می‌شد که در مراجعه به مراکز خصوصی و دولتی با مشکل مواجه نشوند.»

**حوزه سلامت جای آزمون و خطا نیست**

امیرپور درباره میزان بدهی‌های تأمین اجتماعی به مراکز درمانی و داروخانه‌ها که باید پیش از اجرای حذف ارز ترجیحی به نقطه مطلوب برسد هم بیان می‌کند: «آمار دقیقی در این‌باره ندارم اما براساس اعلام روسای اتحادیه داروخانه‌داران و بیمارستان‌های کشور، پرداخت مطالبات سازمان به مراکز خصوصی حدود ۶ تا ۷ ماه عقب افتاده است. اما درباره حذف ارز ترجیحی آسیبی که وجود دارد، این است که با این روند برای تأمین دارو و تجهیزات پزشکی فشار مضاعفی به سازمان تأمین اجتماعی وارد خواهد شد و شاید بیم آن را داشته باشیم که درباره تمدداعتمادی اقدام درونی که تاکنون با استفاده از ارز ترجیحی خریداری می‌شد، تأمین اجتماعی نتواند در آینده همه هزینه‌ها را پرداخت کند. آسیب جدی این مسئله برای بیمه‌شده‌ها و بازنشست‌هاست و باعث افزایش پرداخت فرانشیز پو-ویژه در پرداخت غیرمستقیم خواهد بود.»

او معتقد است دولت و تصمیم‌گیرندگان حوزه اقتصادی در این حوزه باید دقت بیشتر داشته باشند چرا که حوزه سلامت بسیار حساس و تأثیرگذار است: «شاید مردم از نان شب بزنند و سفره خود را کوچک کنند اما از سلامت افراد نمی‌توان گذشت. حذف ارز از مردم و خطا نیست چرا که جان افراد را به خطر می‌اندازد. قشر آسیب‌پذیر در این‌باره بیشترن مشکل را خواهند شد چرا که سقف افزایش حقوق این افراد در سال جاری حدود ۵ میلیون تومان است و افزایش هزینه‌های درمانی آسیب جدی به آنها وارد خواهد کرد. البته اگر مطالبات تأمین اجتماعی به شکل مطلوب از سوی دولت پرداخت شود، اجرای این طرح میسر خواهد بود. هم مطالبات مراکز درمانی و داروخانه‌ها پرداخت می‌شود و هم با اختصاص مابه‌التفاوت بودجه ارزی دولتی و نیمایی به بیمه‌ها می‌توان بودجه افزایش قیمت، حوزه درمانی و دارویی بیماران را پوشش داد.»