از سوی دیگر، مسکوت ماندن یا واگذاری اختیارات کلیدی مدیریت هزینه و خرید راهبردی به بیمه‌ها، دست نهادهای بیمه‌گر را در به‌کارگیری ابزارهای اصلاحی بسته نگه داشته است. برای بررسی آخرین وضعیت تسویه مطالبات مراکز درمانی، چرایی کسری منابع پایدار و همچنین جایگاه بیمه‌ها در اجرای برنامه‌های تحولی از جمله برنامه ملی پزشکی خانواده و نظام ارجاع، با دکتر مهدی رضایی، معاون توسعه مدیریت و منابع سازمان بیمه سلامت ایران به گفت‌وگو نشسته‌ایم:

آخرین وضعیت پرداختی به مراکز و موسسات درمانی طرف قرارداد به چه صورتی است؟

سازمان بیمه سلامت ایران، پرداخت‌ها به موسسات طرف قرارداد را به دو روش «پرداخت بخشی از مطالبات سال ۱۴۰۴» و «پرداخت علی‌الحساب عملکرد سال ۱۴۰۵» پیش می‌برد که در مجموع این پرداخت‌ها می‌توانیم بگوییم تعویق ۶ ماهه در پرداخت خدمات سرپایی و ۷ ماهه در خدمات بستری وجود دارد.

امیدوار هستیم با نهایی شدن فرآیند تامین منابع و اجرای قانون بودجه ۱۴۰۵ مبنی بر اختصاص ۸۵ هزار میلیارد تومان بابت مطالبات معوق در طی ماه‌های آینده، میزان عمق بدهی یا معوقه سازمان بیمه سلامت ایران به موسسات طرف قرارداد به کمتر از ۳ ماه برسد.

چرا میزان بدهی‌های سازمان بیمه سلامت ایران به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در دو سال اخیر افزایش یافته است؟ مشکل کجاست؟ راه حل چیست؟

مشکل اصلی بدهی سازمان بیمه سلامت ایران به موضوع مهم ناترازی منابع و مصارف بر می‌گردد. ورودی منابع سازمان عمدتا از ۲ مسیر حق بیمه دریافتی و یارانه‌هایی است که دولت به بخش سلامت اختصاص می‌دهد؛ به طور مثال، در قالب مابه‌التفاوت نرخ ارز دارو و تجهیزات پزشکی، از آن‌جایی که حدود ۸۰ درصد بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران، طبق تعهدات دولت باید از منابع عمومی داده شود، در ۲ سال اخیر تحقق نیافته است و میزان آن کمتر از ۵۰ درصد منابع لازم بوده است. مسیر دوم که یارانه‌های دولتی است هم به طور مستقیم به تاخیر پرداخت سازمان هدفمندی یارانه‌ها مربوط می‌شود.

البته در ۲ سال اخیر تلاش سازمان بیمه سلامت ایران بر این بوده که علاوه بر رایزنی با دولت و مجلس شورای اسلامی، برنامه‌های مدیریت هزینه‌ها را هم در دستور کار قرار دهد که موفقیت‌های نسبی در این زمینه داشته‌ایم.

آیا بیمه‌های پایه سلامت، ابزاری برای مدیریت هزینه‌ها و تقاضا در اختیار دارند؟ چرا راهکارهایی مانند خرید راهبردی خدمات سلامت در بیمه‌ها اجرایی نمی‌شود؟

به موضوع مهمی اشاره کردید؛ در کشورهای توسعه یافته که از سیستم بیمه‌های اجتماعی یا ملی استفاده می‌کنند عموما قواعد و نظام کنترل هزینه در اختیار بیمه‌های این کشورها قرار دارد، اما در کشور ما، این اختیارات به تولیت سلامت یا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی واگذار شده است و بیمه‌ها در این زمینه قدرت مانور اندکی دارند.

به عنوان مثال اگر بیمه‌ها بخواهند نظام پرداخت بهای خدمات را به روش‌های نوین مرسوم تغییر دهند، صاحب اختیار نیستند. در مورد خرید راهبردی خدمات سلامت که از روش‌های موثر کاهش هزینه‌هاست نیز تولیت سلامت مسئولیت دارد و نه بیمه‌های پایه سلامت؛ در نتیجه امکان محدودی برای بیمه‌ها وجود دارد و با وجود این محدودیت‌ها۷ سازمان بیمه سلامت به روش مدل‌سازی، اقدامات خوبی انجام داده است.