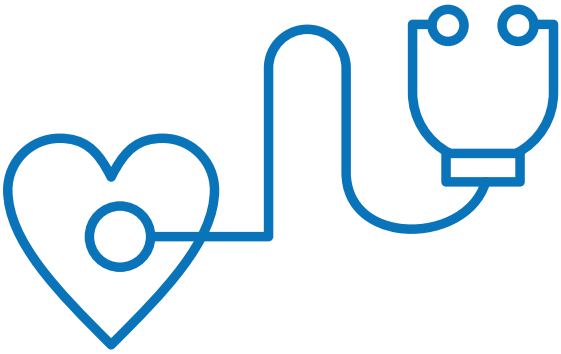
بنویسید که هزینه‌اش به بیمار تحمیل شود.

دکتر غفاری گفت: از طرفی نظام پوشش دارویی ایران، ناکارآمد نیست؛ بلکه سیاست‌های دارویی ناکارآمد است. فهرست دارویی کشور بسیار بخشنده است و پوشش خوبی دارد اما مردم رضایت ندارند. زیرا به طور مثال پزشک، آموکسی سیلین نوشته و داروخانه یک برند از این دارو را به بیمار می‌دهد و می‌گوید باید مابه‌التفاوت را پرداخت کند؛ در نتیجه بیمار هیچ بهره‌ای از پوشش بیمه‌ای خود نمی‌برد زیرا پرداختی از جیب او افزایش پیدا کرده است.



سهم سلامت از تولید ناخالص ملی کافی نیست

دکتر نجفی هم درباره سهم سلامت از تولید ناخالص ملی گفت: سهم سلامت از تولید ناخالص ملی اهمیت دارد؛ هرچند هدف گذاری سهم ۸ درصدی سلامت از تولید ناخالص ملی گذاشته شده، اما در حال حاضر این میزان حدود ۸۳. درصد است. در زمینه کفایت منابع، همین موضوع نشان دهنده وضعیت منابع حوزه سلامت است.

دکترای اقتصاد سلامت و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز ادامه داد: در زمینه کنترل مصرف و هزینه‌ها، هیچ سیاست گذاری خاصی در حوزه سلامت وجود ندارد زیرا ابزار خاصی برای کنترل هزینه‌ها وجود ندارد؛ به طور مثال بیمه‌ها چقدر قدرت دارند که ارائه دهندگان خدمات سلامت را مدیریت کنند؟ این میزان شاید حدود ۱۰ تا ۲۰ درصد از اختیار بیمه‌ها باشد. وقتی بخواهیم ارائه دهندگان خدمات سلامت را به دلیل ارائه خدمات بر خلاف راهنماهای بالینی، جریمه کنیم، آسیبی به آنها وارد نمی‌شود و در واقع منابع دیگری برای جذب منابع پیدا می‌کنند.

اصلاحات هزینه دارد

نکته دیگر این‌که بخشی از بسته‌های خدمتی مبتنی بر شواهد و وضعیت بیماری‌ها تعریف می‌شود و بخشی دیگر بر اساس سیاست‌های دولتی و فشارها تعریف شده و محل هزینه جدیدی برای بیمه‌های پایه سلامت شکل می‌گیرد. هزینه‌های جدیدی که نه منابعی برای آن تعریف می‌شود و نه مدیریتی بر تقاضاهای القایی و سوء استفاده‌ها وجود دارد.

باید بپذیریم که اگر شرایط اقتصادی کشور مناسب باشد، درآمد کارفرماها نیز مناسب شده و حق بیمه‌ها به سازمان‌هایی مانند تامین اجتماعی به موقع پرداخت می‌شود و در نتیجه زنجیر بدهی‌های این سازمان به مراکز ارائه خدمت مثل بیمارستان‌ها و داروخانه‌ها نیز کوتاه‌تر خواهد شد ولی وقتی ثبات اقتصادی وجود ندارد، منابع پایدار نیست، تورم در حال افزایش است، نباید انتظار داشت که بیمه‌ها بتوانند رضایت مردم را کسب کنند.