

معادله ناتراز بیمه‌های پایه سلامت

سال‌هاست که بیمه‌های پایه سلامت در کشور با مشکلات ناترازی منابع و مصارف درگیر هستند؛ در حالی‌که منابع بیمه‌ها مبتنی بر واقعیت تعریف نشده و تخصیص پیدا نمی‌کند، تعهدات آنها نیز افزایش پیدا کرده و ابزاری برای کنترل هزینه‌ها در اختیار بیمه‌ها گذاشته نمی‌شود و مجموع این شرایط منجر به نارضایتی بیماران می‌شود.

زیان‌های انباشته سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت در ایران، ریشه در ناهماهنگی ساختاری بین تعهدات قانونی و منابع مالی پایدار دارد. در طول سال‌های گذشته، دولت‌های مختلف بارها بسته‌های خدمتی جدیدی را بدون برآورد دقیق هزینه و منبع تامین مالی به بیمه‌های پایه سلامت تحمیل کرده‌اند؛ از جمله تعهد به پوشش داروها و خدمات گران‌قیمت، افزایش تعرفه‌ها بدون تخصیص بودجه متناسب، اجرای طرح‌هایی مانند تحول سلامت بدون اصلاح ساختار درآمدی بیمه‌ها، رایگان شدن خدمات درمانی برای کودکان کمتر از ۷ سال. در نتیجه این اقدامات که معمولا برای کسب رضایتمندی جامعه از طرف دولت‌ها انجام می‌شود، ولی منابع آن در نظر گرفته نشده، تراز مالی بیمه‌ها به‌طور مزمن منفی شده و بدهی به بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و بخش خصوصی افزایش یافته است.

زنجیری که مدام از طرفی کشیده شده و از طرفی به دلیل مشکلات اقتصادی جامعه، افزایش تورم و مسائلی از این دست، با انقباض مواجه است. حاصل این ماجرا چیزی جز ضعیف شدن بیمه‌های پایه سلامت و در نتیجه شکل‌گیری نارضایتی در بیمه شدگان نخواهد بود. منابعی که نه تنها پایدار نیستند بلکه به روش‌های گوناگون، دیرتر از زمان مقرر، تخصیص پیدا می‌کنند یا اصلا محقق نمی‌شوند.

در این میان، بیمه‌های پایه سلامت حتی نمی‌توانند از ابزارهایی مانند پزشکی خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، پزشکی از راه دور (تله مدیسین)، خرید راهبردی خدمات سلامت، راهنماهای بالینی و اصلاح نظام پرداخت حوزه سلامت برای مدیریت و کنترل تقاضا و هزینه‌های ایجاد شده، بهره بگیرند چون بیشتر این اقدامات حاکمیتی باید توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت کشور اجرا یا تعریف شود و سال‌هاست نتیجه ملموسی نداشته‌اند.