

گزارش جلسات برگزار شده توسط گروه‌های علمی

فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران

گروه علمی: بالینی تاریخ برگزاری جلسه ۳۲۲: ۱۴۰۴/۱۰/۲۴

موضوع/ موضوعات جلسه: بررسی نظام پرداخت در نظام سلامت براساس سیاست‌های کلی سلامت

اعضای حاضر در جلسه (حضور، مجازی): آقای دکتر امیدوار رضایی میرقائد، آقای دکتر سید محمد رضا کلانتر معتمدی، آقای دکتر فریدون عزیزی، آقای دکتر غلامرضا پورمند، آقای دکتر یحیی دولتی، آقای دکتر محمد رضا رزاقی، آقای دکتر یدالله زاهدپاشا، آقای دکتر حمید سهراب پور، آقای دکتر خلیل انصارین، آقای دکتر محمدعلی جوادی، آقای دکتر ناصر ابراهیمی دریانی، آقای دکتر علی محمد ملتی، آقای دکتر امیرعباس مؤمنان، آقای دکتر محسن نوروزی‌نیا، دکتر علیرضا کریمی یزدی، آقای دکتر شهرام صمدی، خانم دکتر عطیه آموزگار، آقای دکتر محمد آیتی فیروزآبادی، آقای دکتر سید فرزاد جلالی، آقای دکتر موسی طباطبایی

خلاصه موضوع/ موضوعات مطرح شده در جلسه: جلسه با تلاوت آیاتی از کلام‌الله مجید وارد دستور شد. نظام پرداخت یکی از نظام‌های هجده‌گانه سیاست‌های کلی سلامت است و بحث و بررسی ابعاد این موضوع می‌تواند شرایط ارائه خدمات نظام سلامت را بهبود ببخشد. قوانین حقوقی مرتبط با نظام پرداخت و قوانین بالادستی دارای اهمیت ویژه‌ای است. در سیاست‌های کلی سلامت بند ۷-۹ به صراحت به اصلاح نظام پرداخت اشاره شده است؛ "اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب‌کننده‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم". در سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه ذیل بند ۱۲ به ارتقا نظام سلامت براساس سیاست‌های کلی سلامت تاکید شده است. در قانون برنامه هفتم برای خرید راهبردی در ماده ۶۹ بند ب؛ "به منظور اجرای حکم تمام‌وقتی پزشکان از طریق اعمال تعرفه مربوطه و اصلاح نظام پرداخت کارانه بر مبنای مابه‌التفاوت تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در بخش‌های دولتی و خصوصی بند الف ماده ۹ احکام دائمی جبران شود. آیین‌نامه توسط وزارت بهداشت تهیه و به تصویب هیئت وزیران برسد". در قانون برنامه هفتم توسعه در ماده ۷ بند ت اشاره شده است؛ "تعرفه خدمات به شیوه موردی (گلوبال) و پرداخت هزینه خدمات به تصویب وزیران برسد (حداقل ۴۰۰ خدمت)" این پیشنهاد از طریق وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارائه و در هیئت وزیران پس از تایید برای تصویب در مجلس ارائه شود. در واقع این

هزینه‌های گلوبال براساس قیمت تمام شده هر سال تغییر کند و متناسب با آن بیمه‌ها پرداخت‌های مناسب داشته باشند و این هزینه‌ها و افزایش سالیانه آن‌ها در شورای عالی بیمه سلامت تایید شود.

قانون برنامه هفتم ماده ۱۸، درمورد حقوق اعضای هیئت علمی به صراحت اشاره شده؛ "حقوق و مزایا و دریافتی اعضا هیئت علمی و قضات مشمول قوانین استخدامی خاص خود است" و دانشگاه‌ها براساس قانون یک احکام دائمی می‌توانند به مصوبات هیئت امنا استناد کنند. در ماده ۳۸ قانون الحاق دوم یک حکم پرداختی درنظام وجود دارد که "صورتحساب‌های بیمارستان‌ها پس از ارجاع به بیمه می‌بایست ۶۰ درصد مبلغ در طی دو هفته پرداخت شود و ۴۰ درصد باقی‌مانده حداکثر سه ماه پرداخت شود و در صورت تاخیر، ضرر و زیان باید براساس نرخ اوراق مشارکت پرداخت شود." همچنین در ماده ۴۶ قانون الحاقی مانند ماده ۳۴ قانون پنجم در قوانین نظام پرداخت اشاره شده است می‌بایست ۱۰ درصد یارانه کل کشور برای پایداری نیروی انسانی متخصص، به بخش سلامت پرداخت شود.

ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور همانند بند ۵ ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه مربوط به موضوع تعرفه‌ها بوده است. در این قانون قبل از پیشنهاد لایحه بودجه توسط دولت باید تعرفه‌ها مشخص شود. وضعیت تمام شده مشخص شود و مبالغ دقیق وارد لایحه بودجه شود و سپس توسط دولت برای تصویب به مجلس ارسال شود. در بخش دیگری از جلسه در رابطه با کارکرد نظام پرداخت و تولیت تامین پرداخت بحث شد، اشاره شد که؛ کارکرد امور مالی نظام سلامت سه جزء دارد الف- تولید و خلق منابع ب- کارکرد گردآوری منابع ج- خرید: در بحث خرید یکی از اجزا به نظام پرداخت مربوط می‌شود. درمورد نظام پرداخت در دنیا روش‌های گوناگونی وجود دارد. در ایران قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۳ تصویب شده است و همچنان باقی است و تاکنون هیچگونه تغییر و اصلاحی در آن صورت نگرفته است و بنظر می‌رسد این قوانین می‌بایست مورد بازنگری قرار گیرد. در سطح یک که بهداشت اولیه در روستاها است نظام پرداخت براساس سرانه است، در سطح دوم و سوم نظام پرداخت براساس سرویس ارائه شده، انجام می‌شود و در طی سالیان گذشته به تدریج نظام موردی یا گلوبال اضافه شده است. و تعداد حدود ۹۰ خدمت را در حال حاضر پوشش می‌دهد.

از آنجایی که تغییرات به روز در ارائه خدمات گلوبال انجام نمی‌شود اغلب مراکز درمانی سطح دوم و سوم در این مورد ضرر و زیان می‌دهند. در حال حاضر در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ۴۰۰ کد در حال تعریف است که برای ۱۵۰ بیماری یا خدمت انجام می‌شود. در کشورهای مختلف رویکرد نظام پرداخت بصورت ترکیبی از روش‌ها و یا سرویس‌ها انجام می‌شود. در نظام سلامت فعلی زیرساخت لازم برای یکپارچه‌سازی وجود ندارد و احتیاج به نرم‌افزار و سخت‌افزار می‌باشد که در این موارد نقص در کشور وجود دارد. تولیت چندگانه نیز در کشور مانع از یکپارچه‌سازی ارائه نظام خدمات سلامت شده است. در حال حاضر

شورای عالی بیمه مکلف است درمورد تعرفه دخالت کند. درمورد حاکمیت تامین در برنامه‌های راهبردی فقط تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی لازم و ضروری است که در شرایط فعلی در نظر گرفته نمی‌شود.

در شورای عالی بیمه که بالاترین مرجع هدایت بین بخشی در امور مالی است، از ۹ عضو اصلی، بیشترین تعداد اعضاء خریداران خدمت هستند فقط دو عضو تولیتی حضور دارند. روند تغییر و اصلاح ترکیب شورای عالی بیمه از طریق پیشنهاد لایحه جهت تصویب به سرانجام نرسیده است. با توجه به سیاست‌های کلی سلامت، بند ۷-۴ و قوانین توسعه پنجم و ششم و هفتم تولیت بطور کامل به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعلق دارد و همچنین شورای عالی بیمه در ذیل فعالیت تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد، که لازم است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق لایحه‌های اصلاحی نسبت به ارائه قانون جامع سلامت اقدام و برای تصویب پیگیری کند.

رئوس نتایج مذاکرات در جلسه:

۱- براساس ماده ۶۹ قانون برنامه هفتم بند ب، لازم است دولت براساس تعرفه‌های دولتی و خصوصی مبالغ را محاسبه و مابه‌التفاوت را برای اعضای هیئت علمی تمام وقت در نظر گیرد.

۲- براساس بند الف- ماده ۹ احکام دائمی ضروری است وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آیین نامه مورد نظر را جهت ارائه تعرفه‌های خاص برای پزشکان تمام وقت تدوین کند و لایحه مورد نظر به تصویب هیئت وزیران برسد.

۳- در قانون برنامه هفتم برای ۴۰۰ خدمت می‌بایست به صورت گلوبال توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هزینه‌ها پیشنهاد شود و این برآورد براساس هزینه‌های تمام شده هر سال تغییر کند.

۴- براساس ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه، تعرفه‌ها قبل از ارائه لایحه بودجه می‌بایست مورد بررسی و ارزیابی و کارشناسی قرار گیرد و در شورای عالی بیمه مصوب شود تا دولت در لایحه بودجه مد نظر قرار دهد.

۵- در بند ۷ - ۹ سیاست‌های کلی سلامت به اجزایی اشاره شده است؛ کیفیت عملکرد مهم است و همچنین کارایی مورد اشاره قرار گرفته است. کارایی تخصصی، کارایی فنی و همچنین در بخش دیگر به عدالت اشاره شده است. افزایش انگیزه نیز از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. ارتقای سلامت باید مورد توجه قرار گیرد و هدفمند کردن پرداخت‌ها مد نظر باشد.

۶- ارائه لایحه اصلاح ترکیب شورای عالی بیمه به منظور تقویت نقش تولیتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ضروری است.

۷- تقویت زیرساخت‌های نرم‌افزاری و سخت‌افزاری جهت ارتباط ارکان نظام ارائه خدمات سلامت در تمام بخش‌های کشور به منظور یکپارچه‌سازی ارائه خدمات

توصیه‌های مطرح شده برای پیگیری:

سایر موارد مهم:

۱- ارائه مصوبه تعرفه‌های پزشکی توسط شورای عالی بیمه سلامت توسط وزیر بهداشت به دولت قبل از تصویب لایحه بودجه در دولت

۲- اصلاح نظام پرداخت بر اساس بند ۹ سیاست‌های کلی سلامت و احکام قانون برنامه هفتم و دریافت گزارش عملکرد وزارت بهداشت در این مورد توسط فرهنگستان

نکته: گزارش جلسات علمی باید کوتاه (حداکثر یک صفحه)، شفاف، کامل و جالب باشد.

لطفا توضیحات بیشتر در پشت صفحه درج شود.