

اظهار نظر کارشناسی درباره:
مصوبات کمیسیون تلفیق برنامه پنجم
بند «ه» ماده (۴۲)

مقدمه

با وجود آنکه در علم اقتصاد بر تعیین قیمت کالاها و خدمات به وسیله سازوکار بازار تأکید می‌شود، اما این قاعده کلی استثناهایی دارد که بازار خدمات پزشکی از جمله این استثناهاست. بازار خدمات پزشکی به دلایل مختلف با قاعده‌های بازار آزاد سازگار نیست. در این بازار مصرف‌کننده خدمات (بیمار) حق انتخاب ندارد، چراکه از نوع نیاز خود و میزان آن آگاه نیست. در واقع عرضه‌کننده خدمات (پزشک) است که برای بیمار تعیین می‌کند چه نوع خدماتی را به چه مقدار برای چه مدت مصرف کند. علاوه بر این، خدمات تشخیصی و درمانی جان‌نشین ندارند، مصرف آنها را نباید به تعویق انداخت و حتی در اغلب اوقات نباید پزشک را - در فرآیند درمان - تغییر داد. این ویژگی‌ها، بازار خدمات تشخیصی و درمانی را از بازار سایر کالاها و خدمات متمایز می‌سازد و از آنجا که در این بازار احتمال بروز انواع مخاطرات از قبیل تقاضاهای القایی، شکل‌گیری انواع انحصار، تبانی برای افزایش قیمت‌ها و ... وجود دارد، مداخله دولت برای هدایت رفتارها و تعیین قواعد این بازار از طریق تعرفه‌گذاری، برقراری نظام ارجاع و نظارت و بازرسی، در اغلب کشورهای دنیا پذیرفته شده است.

پیشینه موضوع

با تصویب قانون «تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت» در سال ۱۳۵۱، اختیار تعیین تعرفه خدمات درمانی به شورای فنی موضوع این قانون محول شد. این شورا که ترکیب آن متشکل از نمایندگان وزیر بهداشت، سازمان نظام پزشکی، بیمه مرکزی، جمعیت شیر و خورشید و سازمان خدمات اجتماعی بود، پس از تعیین تعرفه‌ها آن را برای تصویب به مجمع عمومی سازمان تأمین خدمات درمانی پیشنهاد می‌کرد.

با وجود انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی در سال‌های بعد و تشکیل وزارت بهداشت و بهزیستی (که در سال ۱۳۶۴ به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تغییر نام داد) این وظیفه همچنان به عهده شورای یاد شده بود تا آنکه در سال ۱۳۷۳ با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، فرآیند تعیین و تصویب خدمات تشخیصی و درمانی اصلاح شد به نحوی که با پیشنهاد سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و تأیید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیئت وزیران برسد. در ترکیب شورای یاد شده، نمایندگان همه طرف‌های ذینفع از جمله دولت، وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی، سازمان‌های بیمه‌گر و دو نماینده مجلس (به عنوان ناظر) حضور دارند.

در سال ۱۳۸۳ با تصویب قانون سازمان نظام پزشکی (بند «ک» ماده (۳)) تعیین تعرفه‌های بخش دولتی جزء وظایف و اختیارات سازمان نظام پزشکی بر شمرده شد و در واقع سازمان نظام پزشکی (به جای هیئت وزیران) رأساً مسئولیت تعیین، تصویب و ابلاغ تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی در بخش غیردولتی را بر عهده گرفت.

با توجه به مشکلاتی که در سال‌های اخیر از ناحیه افزایش بی‌رویه تعرفه‌های پزشکی بخش خصوصی برای جامعه به وجود آمد، دولت در بند «د» ماده (۴۲) لایحه برنامه چهارم توسعه پیشنهاد کرده که تعرفه‌های بخش غیردولتی و خصوصی نیز همانند تعرفه‌های دولتی با تصویب هیئت وزیران تعیین شود. این بند با اصلاحاتی در کمیسیون تلفیق به تصویب رسید که به موجب آن تعرفه‌های یاد شده از سوی شورای عالی بیمه سلامت تعیین و جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه می‌شود.

ارزیابی وضع موجود

۱. با انتقال وظیفه تعرفه‌گذاری بخش غیردولتی از هیئت وزیران به سازمان نظام پزشکی، دولت اختیار مداخله در تعیین و کنترل تعرفه‌های خدمات پزشکی در بخش غیردولتی را از دست داده است. این وضعیت با قواعد رایج جهانی درباره بازار خدمات پزشکی سازگار نیست، چراکه به دلیل شرایط خاص این بازار، ضمن مشارکت همه طرف‌های ذینفع در تعیین تعرفه این خدمات، دولت باید بتواند نقش حاکمیتی خود را به‌طور مؤثر برای تنظیم قیمت‌ها در این بازار ایفا کند.

۲. تعهد بیمه‌های پایه در حد تعرفه‌های دولتی است. هرچه تعرفه‌های بخش خصوصی نسبت به تعرفه‌های دولتی بیشتر شود، مابه‌التفاوت آن برعهده بیمار گذاشته می‌شود. طی سال‌های اخیر، میانگین رشد سالیانه تعرفه‌های خصوصی چند برابر رشد تعرفه‌های دولتی بوده و مابه‌التفاوت آن منجر به افزایش سهم بیماران در هزینه‌های پزشکی شده است. برای مثال، میانگین رشد سالیانه تعرفه‌های دولتی و خصوصی طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۹ در جدول زیر نشان داده شده است:

رشد تعرفه دولتی (درصد)	رشد تعرفه خصوصی (درصد)	
۳۰	۶۳	ویزیت متخصص
۴۵	۲۷۸	ضریب (k) داخلی
۲۵	۲۲۲	ضریب (k) جراحی

این وضعیت موجب شد که سهم «پرداخت از جیب مردم» در هزینه‌های پزشکی به نحو چشمگیری افزایش یابد. این درحالی است که به موجب ماده (۹۵) قانون برنامه چهارم توسعه، سهم مردم در هزینه‌های سلامت باید به زیر ۳۰ درصد کاهش می‌یافت، اما این هدف تحقق نیافت.

۳. براساس سیاست‌های کلی ابلاغ شده ازسوی مقام معظم رهبری بند «۵-۱۹»، سهم مردم از هزینه‌های سلامت در پایان برنامه باید به ۳۰ درصد کاهش یابد. ادامه روند کنونی (تعیین تعرفه‌های خصوصی ازسوی سازمان نظام پزشکی) دستیابی به این هدف را غیرممکن خواهد ساخت.

۴. عرف رایج جهانی در مورد تعیین تعرفه‌ها این است که همه طرف‌های ذینفع (خدمت‌دهنده، خدمت‌گیرنده، بیمه‌گر و دولت) در تعیین آن مشارکت داشته باشند. بر مبنای چنین قاعده‌ای، شورای عالی بیمه خدمات درمانی که در آن همه طرف‌های ذینفع مشارکت دارند، طبق ماده (۸) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مسئول تعیین تعرفه‌ها و پیشنهاد آن به هیئت وزیران شده است. انتقال این وظیفه به سازمان نظام پزشکی (که یک نهاد صنفی است) مشارکت سایر طرف‌های ذینفع در تعیین تعرفه‌ها منتفی ساخته و زمینه ایفای نقش حاکمیتی دولت را نیز از بین برده است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

بازار خدمات پزشکی ویژگی‌های خاصی دارد که نمی‌توان قواعد آن را به شرایط رقابتی سپرد و ایفای نقش حاکمیتی دولت - به‌خصوص در قیمتگذاری خدمات و کنترل آن - برای حفظ سلامت مردم ضروری است. انتقال وظیفه تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی بخش خصوصی به سازمان نظام پزشکی از سال ۱۳۸۳، موجب عدم مشارکت سایر طرف‌های ذینفع در تعیین تعرفه‌ها و منتفی شدن نقش حاکمیتی دولت در این زمینه شده و در نهایت به رشد بی‌رویه هزینه‌های پزشکی و افزایش شدید سهم مردم در هزینه‌های پزشکی منجر شده است. این افزایش هزینه‌ها، در کنار هزینه‌هایی که به‌صورت زیرمیزی و غیرقانونی به بیماران تحمیل می‌شود و همچنین محدودیت منابع مالی بیمه‌های پایه، بازار خدمات پزشکی را به شدت نابسامان و کنترل‌ناپذیر ساخته است.

به‌منظور رفع این مشکلات، در بند «د» ماده (۴۲) لایحه برنامه پنجم، دولت پیشنهاد انتقال وظیفه تصویب تعرفه‌های بخش غیردولتی و خصوصی به هیئت وزیران را ارائه کرده است. با وجود این، مصوبه کمیسیون تلفیق در این زمینه که دربرگیرنده نظرات نمایندگان کمیسیون بهداشت درمان نیز هست، رویکرد مناسب‌تری است، زیرا با پرهیز از یکجانبه‌نگری، از طریق شورای عالی بیمه سلامت مشارکت همه طرف‌های ذینفع (دولت، سازمان نظام پزشکی، سازمان بیمه‌گر و ...) را در تعیین تعرفه‌ها تضمین می‌کند.

به‌نظر می‌رسد با تصویب نهایی مصوبه کمیسیون تلفیق، بتوان آشفتگی‌های موجود در بازار خدمات پزشکی را تا حدودی سروسامان داد و امکان نظارت دقیق‌تر را برای دستگاه‌های اجرایی مسئول فراهم ساخت.