



## بیمه خدمات درمانی؛ بیم‌ها و امیدها

شهرت گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
■ طرح پیشنهادی برای

یک نظام بیمه درمانی فراگیر

- شاخص‌های تعیین‌کننده سرانه درمان در ایران
- آیا لایحه بیمه درمانی راه حل مطلوب است؟

(سبیری در آراه)

### مدخل:

لایحه بیمه خدمات درمانی به عنوان یکی از مهمترین لوایح دوره چهارم در مجلس شورای اسلامی تحت بررسی است. در شماره گذشته «مجلس و پژوهش» درباره ویژگیها و اهداف این لایحه گفتگویی مفصلي با آقای دکتر ملک زاده وزیر بهداشت درمان و آموزش پزشکی داشتیم که بخاطر تحلیلهای جامع و فراگیر ارائه شده در آن، بازتاب وسیعی در محافل تصمیم گیرنده در امور بیمه و درمان کشور داشت.

این لایحه که در اواخر سال ۱۳۷۱ از سوی دولت تقدیم مجلس شورا شده، ارائه دهنده تفاوتی اساسی با وضعیت کنونی نظام بیمه همگانی در کشور است. از جمله این ویژگیها می توان به ایجاد مرکزیت در تصمیم گیری مسائل کلیدی خدمات درمانی، افزایش ۲۰ میلیون نفر به تعداد کل افراد تحت پوشش بیمه، برقراری پوشش بیمه برای ۳ تا ۴ میلیون نفر اقشار آسیب پذیر و واگذاری بیمارستانهای دولتی به بخش خصوصی و سازمان بیمه خدمات درمانی - که تأسیس خواهد شد - اشاره کرد.

اما منتقدان این لایحه پیش بینی می کنند که با تصویب این لایحه، گرانی نرخ دارو و درمان قطعی است و از بابت بهبود کیفیت درمان نیز اطمینان لازم ارائه نشده است. گذشته از آن بین اقشار روستایی و شهری در این لایحه از نظر ارائه خدمات بیمه درمانی تفاوت قائل شده و درباره چگونگی شناسایی اقشار آسیب پذیر نیز راه و روشی ارائه نشده است. نرخ غیروالتی هزینه سرانه درمان (۳۰۰۰ ریال هر نفر)، عدم ارائه راه حل برای اصلاح ساختاری سازمان تأمین اجتماعی و عدم آمادگی بخش خصوصی برای خرید بیمارستانهای دولتی از دیگر انتقاداتی است که به این لایحه وارد شده است.

خاستگاهها و اهداف لایحه از یکسو و عمق آن از سوی دیگر، «مجلس و پژوهش» را بر آن داشت تا در این شماره علاوه بر انتشار «طرح پیشنهادی سازمان برنامه و بودجه برای نظام بیمه خدمات درمانی همگانی» و «شاخص های تعیین کننده سرانه درمان در ایران» در نشستهایی با نمایندگان پزشک در مجلس شورای اسلامی و پزشکان و کارشناسان امور بهداشت و درمان، نقاط قوت و ضعف لایحه نظام خدمات درمانی را به نقد بگذارد.

آنچه از مجموعه مباحث مطرح شده می توان نتیجه گرفت، ضرورت انجام پژوهشهایی در باب نظام جامع تأمین اجتماعی، قبل از تصمیم گیری درباره بخش بیمه درمانی است تا پس از تدوین و تصویب کلیات نظام تأمین، برای برنامه های زیربخشی آن نظیر بیمه درمانی تصمیم گیری و برنامه ریزی شود.

از طرف دیگر کمیسیون مشترک بهداری و بهزیستی - برنامه و بودجه نیز در جمع بندی خود از مباحثات، بر روی ۲۸ نقطه مشخص انگشت گذارده و خواستار روشن شدن آنها گردیده است. نقاط مورد نظر کمیسیون مشترک از این قرار است:

- ۱ - محاسبه سرانه درمان برای طبقات مختلف اجتماعی با توجه به سناریوهای مختلف (وضع موجود، تعدیل اقتصادی، قیمت ارز، قیمت دارو و سطح خدمات و...)
- ۲ - بار مالی که با اجرای نظام بیمه همگانی بردوش دولت خواهد بود (در سناریوی مختلف)
- ۳ - خدماتی که برای تمام اقشار (شهری، روستایی، اقشار آسیب پذیر...) ارائه خواهد شد یکسان خواهد بود یا متغیر؟
- ۴ - اقشار آسیب پذیر در لایحه چگونه تعریف شده است؟ مسئولیت تشریحی اقشار آسیب پذیر با چه ارگان یا سازمانی می باشد؟
- ۵ - روستایی در لایحه چگونه تعریف شده است؟ ارگان یا سازمانی که متولی روستائیان خواهد بود، کیست و یا چیست؟
- ۶ - نحوه وصول حق سرانه از روستائیان چگونه خواهد بود؟ حق سرانه روستائیان بر چه مبنایی تنظیم خواهد شد (بر مبنای تولید یا خدمت؟) ضمانت اجرایی وصول حق سرانه از روستائیان چیست؟ جایگاه عشایر در کجاست؟
- ۷ - جمعیتی که بطور مهاجر گاهی در شهرها و گاهی در روستاها هستند و به مشاغل متغیر مشغول اند، چگونه تحت پوشش قرار خواهند گرفت و جزو کدام طبقه می باشند؟
- ۸ - جایگاه سیستم گسترش شبکه و سیستم ارجاع در لایحه مشخص شود.
- ۹ - جایگاه آموزش و مسائل مربوط به آن (آیا بیمارستانهای آموزشی نیز به نظام بیمه مرتبط خواهند شد؟ و اگر مرتبط خواهند شد و درآمدها از این طریق تأمین خواهد گردید، چه تضمینی برای آموزش خواهد بود؟ مخصوصاً در مورد کسب های نادر و آموزش که با نظام بیمه خدمات درمانی نمی شود تطابق داد)
- ۱۰ - واگذاری بیمارستان به بخش خصوصی چه محاسن و با چه تبعاتی دارد؟
- ۱۱ - آیا با واگذاری بیمارستان به بخش خصوصی به آموزش لطمه ای وارد نمی شود؟
- ۱۲ - جایگاه وضعیت اورژانس در لایحه چگونه است؟
- ۱۳ - وضعیت کارکنان و کارمندان که در استخدام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می باشند، چگونه خواهد بود.
- ۱۴ - نظام بیمه درمانی نیروهای انتظامی و نظامی چگونه خواهد بود؟
- ۱۵ - زمان بندی اجرای لایحه با توجه به سناریوهای مختلف (تبدیل و قیمت های دارو، تربیت نیروی انسانی و...) مشخص شود.
- ۱۶ - جایگاه قانون پیام آوران بهداشت؟
- ۱۷ - در مورد درمان های فوق تخصصی و گران قیمت و آزمایشات گران در سوریکه در درون خدمات تعهدات بیمه نباشد، مخصوصاً در مورد افراد کم درآمد، چگونه خواهد بود؟
- ۱۸ - الگوی درمان در نظام بیمه چه خواهد بود؟
- ۱۹ - سیستم نظارتی در اجرای بیمه همگانی چگونه است؟

۲۱- براساس دهکهای جینی طی جدولی درصد هر یک از خدمات پزشکی و پیراپزشکی که به هر دهکی طی برنامه پنجساله داده شده و طی پنجسال آینده براساس لایحه جدید داده خواهد شد، نشان داده شود.

۲۱- براساس گستره خانواده با ابعاد مختلف به تکنیک گروههای شغلی طی جدولی درصد هر یک از خدمات پزشکی و پیراپزشکی که به هر یک طی برنامه پنجساله به آنها داده شده و طی پنج سال آینده، براساس لایحه جدید داده خواهد شد نشان داده شود.

۲۲- طی سه جدول خدمات قابل ارائه با هزینه تمام شده آن در پنج سال برنامه اول و پنج سال آینده اساس لایحه جدید و نحوه محاسبه این هزینه‌ها نشان داده شود.

۲۳- وضعیت دریافتی هر یک از رده‌های نیروی انسانی بهداشت و درمان دو حالت تشریح شود.

۲۴- چگونگی استفاده بهینه از امکانات فیزیکی موجود (عملیاتی و مالی)

۲۵- آیا سازماندهی و مدیریت موجود بهترین است؟ اگر نیست، چگونگی اصلاح آن توضیح داده شود. از طرفی دیگر آیا لایحه جدید سازماندهی و مدیریتی جدید می‌طلبد؟ اگر جواب مثبت است. سازماندهی و مدیریت آنی تشریح شود و هزینه سرانه از بابت سازماندهی و مدیریت در دو حالت محاسبه و بیان شود.

۲۶- روند بار مالی برای دولت و درصد رضایت عمومی طی برنامه پنجساله اول و پنجسال آنی براساس لایحه جدید کیفی و کمی ارائه شود.

۲۷- روشها و بار مالی ایجاد جاذبه برای خدمت دهندگان و رضایت بیمه شدگان با همین تعداد افراد تحت پوشش و اصلاح وضع موجود خدمت رسانی به مشمولین تأمین اجتماعی و اشکالات احتمالی توضیح داده شود.

همانگونه که گذشت مباحث و ابهامات مورد اشاره مجموعاً ضرورت انجام یک طرح پژوهشی جامع را مطرح نموده و به همین لحاظ در شماره‌های آینده گزارشات پژوهشی همکاران ما در محورهای:

- ۱- دلایل عمده نارسایی در نظام بیمه درمانی کشور در وضعیت موجود.
- ۲- مطالعه تطبیقی در خصوص نظامهای بیمه درمانی کشورهای مختلف.
- ۳- الگوهای موفق در نظامهای تأمین و بیمه درمانی
- ۴- انتخاب الگوی بهینه برای نظام درمانی کشور
- ۵- اهداف سیاست‌های بخش تأمین بیمه خدمات درمانی در افق بلند مدت و در یک برنامه ۵

ساله

از نظر گرامی‌تان خواهد گذشت. در گزارش حاضر، ابتدا طرح پیشنهادی سازمان برنامه و بودجه برای یک نظام بیمه درمانی مطلوب ارائه گردیده و سازمان تأمین اجتماعی نیز یک ارزیابی کمی از عوامل دخیل در سرانه درمان کشور (که پارامتر مهمی در ارزیابی لایحه محسوب می‌گردد) عرضه نموده و در پایان نظریات شماری از نمایندگان مجلس شورای اسلامی، متخصصین و دست‌اندرکاران طبابت و بیمه درمانی، حول این لایحه ارائه گردیده است.

پیشنهاد‌های سازمان برنامه و بودجه  
در مورد نظام خدمات درمانی همگانی

## ■ طرح پیشنهادی برای نظام بیمه درمانی فراگیر

- عمده مسائل و نارساییهای ساختاری و مدیریتی امور درمان کشور را می‌توان در زمینه‌های ذیل جستجو نمود:
- ۱- فقدان نظام جامعه تأمین اجتماعی در کشور؛
  - ۲- فقدان نظام خدمات پزشکی در کشور؛
  - ۳- ناهماهنگی و چندگانگی در اداره امور خدمات درمانی؛
  - ۴- فقدان نظام نظارت و ارزشیابی خدمات پزشکی و مراکز ارائه‌کننده خدمات و عدم اعتقاد به نظارت در مدیریت خدمات درمانی در شرایط موجود؛
  - ۵- فقدان قیمت‌های واقعی و اقتصادی برای خدمات درمانی (تعرفه‌های خدمات پزشکی) و عدم کاربرد آن در مراکز و مراجع؛
  - ۶- عدم تعادل در توزیع امکانات درمان بستری و به تبع آن عدم تعادل در توزیع و استقرار نیروی انسانی پزشکی؛
  - ۷- عدم مشارکت و تمایل بخش خصوصی به سرمایه‌گذاری در تأسیسات درمانی واحداث و اداره بیمارستانها؛
  - ۸- فقدان سیاستهای اجرایی و اقتصادی مشخص و هدفمند برای ایجاد انگیزه و فراهم‌سازی زمینه و شرایط مناسب سرمایه‌گذاری در بخش غیر دولتی؛
  - ۹- فقدان قوانین موازین مشخص برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و تأمین موجبات پذیرش و درمان آنان در بیمارستانها؛
  - ۱۰- برخورداری و استفاده مضاعف و بیشتر طبقات و افراد توانمند از امکانات و

مراجع؛

صاحب نظران بعمل آمده مورد تأیید قرار گرفته است.

لذا با بهره‌گیری از رهنمودها و استفاده از تجارب سایر کشور نظام بیمه همگانی خدمات درمانی به منظور سامان‌دهی و اصلاح ساختار اجرائی و مدیریتی امر درمان با تکیه بر ضرورت حمایت گسترده و نظام یافته از اقشار آسیب‌پذیر، روستائیان و کارمندان و مشمولین قانون کار در قبال اثرات اقتصادی و اجتماعی سیاست تعادل اقتصادی، طرح حاضر تدوین و پیشنهاد گردیده است.

۱. نگاهی به سابقه تأمین اجتماعی در ایران

- نیاز به امنیت و اطمینان از تأمین آئینه از جمله غرایز فطری انسان است که پویایی و تعالی انسان را در جریان رشد و تکامل زندگی با حفظ آزادی و اصالت او موجب می‌شود و استقرار قسط و عدالت را در جامعه ممکن می‌سازد و تأمین اجتماعی با مفهوم ایجاد موجبات امنیت، رفاه اجتماعی و تعادل اقتصادی با تکیه بر مشارکت جامعه در حد نیازهای اساسی انسان، عبارت است از مجموعه‌ای نظام یافته و هدفمند از خدمات و حمایت‌های اقتصادی و اجتماعی که در کلیه کشورها و جوامع به صورت بیمه‌ای و یا غیرآن سازمان یافته و به مردم عرضه می‌شود.

- تأمین امکانات و موجبات خدمات

تسهیلات درمان بستری ارزان از بخش عمومی و عدم دستیابی و دسترسی آسان گروه‌های نیازمند و اقشار آسیب‌پذیر به امکانات مذکور؛

۱۱- کم اعتباری دفترچه‌های بیمه و بیمه‌شدگان در پذیرش و استفاده از امکانات درمان بستری در بخش عمومی و خصوصی و نارسائیه‌ها و مشکلات کارمندان دولت در استفاده از بیمه خدمات درمانی؛

۱۲- عدم استفاده از حق بیمه پرداختی سهم کارمندان در تأمین و توسعه امکانات خدمات رسانی به لحاظ واریز درآمدهای حاصله به حساب درآمد عمومی دولت و ثابت ماندن حق سرانه سهم کارمندان در فاصله ۱۸ سال گذشته؛

۱۳- عدم مشارکت جدی شرکتهای بیمه‌گر در بیمه خدمات درمانی و فقدان زمینه و شرایط مشارکت و رقابت بین شرکتهای مذکور و مؤسسات بیمه‌ای دولتی و بخش عمومی؛

۱۴- عدم کارائی مناسب مدیریت و نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در بیمارستانهای بخش عمومی و فقدان نظام ارزیابی مصارف و هزینه‌های اداره بیمارستانها در قبال حجم خدمات و ظرفیتهای و منابع بالقوه تولید خدمات؛

مسلماً شرایط و وضعیت موجود قابل دوام و دفاع نیست و این مهم در مجموعه، تبادل نظرها، مذاکرات و نظرخواهی‌هایی که با مسئولین و مدیران اجرائی و

بهداشتی و درمانی جامعه با عنوان (بیمه بیماری و بارداری) در سه پنجم از کشورهای دنیا که نظام تأمین اجتماعی در آنها مستقر شده است، جایگاهی ویژه دارد و از جمله تعهدات دولت و کارفرمایان محسوب می‌شود.

- تفکرات تأمین اجتماعی در ایران سابقه‌ای ۸۵ ساله دارد که برای اولین بار با تصویب قانون وظایف در سال ۱۲۸۶ شمسی به منظور حمایت از خانواده و وراثت مأمورین دولتی شاغل در خدمات عمومی (از طریق برقراری مقرری معادل نصف مقرری مرسوم مأمورین در دوره حیات) شکل اجرایی یافت و در سال ۱۳۰۱، به صورت جامع و کامل‌تر در قالب قانون استخدام کشوری منظور شد و منجر به ایجاد صندوق بازنشستگی و وظیفه کارکنان رسمی دولت در همین سال گردید، اقداماتی چون:

- تصویب‌نامه سال ۱۳۰۹ هیئت دولت مسببی بر تشکیل صندوق احتیاج برای حمایت از کارگران وزارت طرق و شوارع، در قبال بیماری و یا مصدومیت حین کار و اجرای آن و نیز مفاد ماده ۲۰ قانون بودجه سال ۱۳۱۱ در خصوص الزام دولت به پرداخت غرامت به کارگرانی که در نتیجه صدمات وارده قوت و یا از کار افتاده شده‌اند.

- تنفیذ مقررات صندوق احتیاط وزارت طرق و شوارع به کلیه کارگران و مستخدمات کنتراتی و روزمزد دولتی در سال ۱۳۱۲ براساس مصوبه هیئت دولت.

تهیه و تدوین نظامنامه کارخانجات و مؤسسات صنعتی توسط اداره کل معادن در سال ۱۳۱۵ و تصویب آن در هیئت دولت. موارد فوق، از جمله سیاستها و کوششهای مؤثر و سازمان یافته در جهت تثبیت تأمین اجتماعی و تعمیم خدمات و حمایتهای آن تا قبل از تصویب قانون بیمه اجباری کارگران در سال ۱۳۲۲ توسط دولت تلقی می‌شود. با تصویب قانون بیمه اجباری کارگران در سال ۱۳۲۲، امر بیمه کارگران به شرکت سهامی بیمه ایران واگذار شد (این شرکت که در سال ۱۳۱۴ تأسیس یافته بود، از سال ۱۳۱۸، از طریق قراردادهای خاص با مؤسسات دولتی و خصوصی، کارکنان آنان را در مقابل خطرات ناشی از کنار بیمه می‌نمود). به موجب قانون، حق بیمه مقرر و پرداختی به شرکت معادل یک‌سوم توسط کارگران و دوسوم توسط کارفرمایان تقبل و پرداخت می‌گردید که معادل ۱/۵ تا ۳ درصد دستمزد بود. لایحه قانونی کار نیز در اردیبهشت ۱۳۲۵ به تصویب هیئت وزیران رسید. (مفاد ۳۵ تا ۴۲) حمایتهای زیر: (بیکاری، ازکارافتادگی، بازنشستگی، ازدواج و عائله‌مندی و... نیز کمک و حمایت در مقابل حوادث غیرناشی از کار) تشکیل ۲ صندوق حمایتی تحت عنوان:

۱. صندوق تعاون،

۲. صندوق بهداشت.

در هر یک از مراکز کارگری پیش‌بینی شده بود. در ماده ۳۷ قانون، ایجاد یک صندوق مرکزی با عنوان (بنگاه رفاه اجتماعی)

دستمزد با حفظ نسبت یک‌سوم پرداختی کارگر و دوسوم توسط کارفرما از نکات قابل توجه می‌باشد.

قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران با انجام اصلاحاتی در مقطع سالهای ۱۳۴۲ و ۱۳۴۷ تا سال ۱۳۵۴ نافذ بود که در این سال با تصویب قانون تأمین اجتماعی و تشکیل سازمان تأمین اجتماعی، فسخ شد. به موجب اصلاحات سالهای ۴۲ و ۴۷ به دولت اجازه داده شده بود که علاوه بر کارگران، امور بیمه کارمندان دولت و یا اشخاص را که در چارچوب قوانین استخدامی به ترتیب خاصی بیمه شده‌اند، باموافقت سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به این سازمان واگذار نماید.

سازمان مذکور علاوه بر انجام فعالیت مذکور مجاز شده بود که پیشه‌وران و صاحبان آزاد را هم با توجه به امکانات خود در مقابل تمام و یا بعضی از خطرات و موارد پیش‌بینی شده در قانون بیمه نماید.

- در سال ۱۳۴۸، بیمه‌های اجتماعی روستاییان به تصویب رسید که به لحاظ مشکلات اجرایی و فقدان سازماندهی و سیاستهای اجرایی عملی، هیچگاه به صورت جدی مورد اقدام قرار نگرفت.

- تصویب قانون تأمین اجتماعی و شمول خدمات و حمایت‌های بیمه‌ای آن در سال ۱۳۵۴ و تصویب قانون تأمین درمان مستخدمین دولت در اواخر سال ۱۳۵۱ را که در الزام به اجرای آنها به ترتیب سازمان

جهت هماهنگی و نظارت بر کار صندوقهای تعاون و بهداشت پیش‌بینی شده بود که این بنگاه در سال ۱۳۲۶ آغاز به کار کرد. با تصویب قانون کار در سال ۱۳۲۸، در مجلس، و براساس ماده ۱۶ این قانون، صندوق تعاون و بیمه کارگران تشکیل گردید و از سال ۱۳۲۹ عملاً آغاز به کار کرد. به موجب این قانون میزان حق بیمه از ۳٪ به ۶٪ افزایش یافت. شمول حمایتها و پوشش صندوق ناظر بود بر:

۱. حوادث و امراض ناشی از کار؛
۲. حوادث و امراض غیرناشی از کار؛
۳. پیری و از کار افتادگی کارگری؛
۴. عائله‌مندی، ازدواج، حاملگی، کمک به بازماندگان و...؛

۵. پرداخت ۷ روز حقوق به ازای هر سال سابقه کار در صورت اخراج.

- در سال ۱۳۳۱، لایحه قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران به تصویب نخست وزیر وقت رسید و اجرای قانون برعهده سازمان بیمه‌های اجتماعی محول گردید. براساس این قانون حق بیم از ۶٪ به ۱۲٪ دستمزدها افزایش یافت. پوشش حمایتی لایحه مذکور، علاوه بر موارد مورد اشاره در صندوق تعاون و بیمه کارگران، بیمه بیکاری را نیز شامل می‌شد. این لایحه در سال ۱۳۳۴ با اصلاحاتی به تصویب مجلسین رسید که از جمله این اصلاحات:

۱. حذف بیمه بیکاری از شمول قانون؛
۲. افزایش حق بیمه از ۱۲٪ به ۱۸٪



تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی تشکیل گردید می توان اوج سیاستگذاری و حمایت‌های تأمین اجتماعی تا قبل از پیروزی انقلاب اسلامی دانست:

بسه موجب قانون تأمین درمان مستخدمین دولت، امر درمان کلیه کارکنان وزارتخانه‌ها، مؤسسات دولتی و وابسته به دولت و شرکتهای دولتی اعم از شاغل، بازنشسته و موظف و نیز همسر و فرزندان وراث و افراد تحت تکفل آنان و همچنین امر تأمین درمان افراد بی‌بضاعت و دیگر طبقاتی که هنوز بیمه نشده‌اند، به سازمان خدمات درمانی واگذار گردید و امر تأمین درمان کارگران و روستاییان به موجب قانون تأمین اجتماعی به عهده سازمان تأمین اجتماعی محول شد که براساس امکانات و مقدرات سازمان بتدریج انجام گیرد.

- اصولی‌ترین و بارزترین تکلیف و وظیفه دولت در امر تأمین اجتماعی و تعمیم اصول و اجزای حمایتها و اقدامات تأمینی از دیدگاه ارزشی، اجتماعی و اقتصادی در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران (اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم)، تجلی یافته است.

به موجب اصل ۲۹ قانون اساسی: (برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر: بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه‌ای و غیره حقی است همگانی.

دولت مکلف است طبق قوانین از محل

درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند).

در اجرای وظیفه فوق و به منظور داشتن هدفها، استراتژی و سیاستهای برنامه‌های توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی کشور و نقش و ابعاد توسعه منابع انسانی در تحقق هدفهای توسعه اقتصادی و تأمین رفاه اجتماعی طرح تأمین بیمه همگانی درمانی به عنوان بخشی از نظام مطلوب تأمین اجتماعی کشور تدوین و ارائه می‌شود.

۲. تصویری از وضع موجود، منابع، دشواریها و مسایل نظام درمانی کشور

- بررسی‌های مقدماتی نشان می‌دهد که در پایان سال ۱۳۷۱ حدود ۳۹٪ از جمعیت ۵۸/۷ میلیون نفری کشور به نوعی تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دارند.

- ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به بیمه شدگان به صورت مستقیم و غیرمستقیم «خرید خدمات و قراردادهای خاص» توسط بیمه‌گران اصلی شامل:

- سازمان تأمین اجتماعی با پوشش حدود ۱۴/۵ میلیون نفر

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با پوشش حدود ۵/۵ میلیون نفر

- سازمان خدمات درمانی نیروهای انتظامی و نظامی با پوشش حدود ۳ میلیون نفر صورت می‌گیرد و فاقد نظام یکسان و هماهنگ است.

- ظرفیت درمان بستری کشور بدون

محاسبه تختهای بیمارستانهای وابسته به نیروهای انتظامی و دفاعی حدود ۸۹۱۰۰ تخت را شامل می‌شود که وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با در اختیار داشتن نزدیک به ۷۴/۲٪ از ظرفیت درمان بستری کشور (حدود ۶۶۱۰۰ تخت) از امکانات قابل توجهی برخوردار است. سازمان تأمین اجتماعی با ۵/۳٪ (حدود ۴۷۰۰ تخت) بخش خصوصی و سایر مؤسسات و سازمانها با ۱۹/۴٪ (حدود ۱۷۳۰۰ تخت) از جمله دیگر مالکین امکانات درمان بستری کشور می‌باشند.

- اندیکس تخت به جمعیت کشور معادل ۱/۵۲ تخت برای هر هزار نفر است که در مقام مقایسه با نرم مورد نظر سازمان بهداشت جهانی برای منطقه مدیترانه شرقی و خاورمیانه (۴ تخت برای هر ۱۰۰۰ نفر) در نگاه اول بسیار محدود به نظر می‌رسد و از جمله تنگناهای اساسی در امر تعمیم بیمه همگانی درمان تصور می‌شود. (استفاده و تناسب نرم ۴ تخت برای هر ۱۰۰۰ نفر در ایران جای بررسی دارد و خصوصیات بیماری‌ها، رفتار و روند مراجعه چنین نیازی را تأیید و توجیه نمی‌کند.)

- میزان بهره‌وری و استفاده از ظرفیتهای مذکور در قالب شاخص ضریب اشغال تخت با توجه به تحلیل‌ها و بررسی‌های آماری، کمتر از ۷۰٪ است که در مقایسه با نسبتهای مطلوب (حدود ۹۰٪) فاصله

بسیار دارد.

- توزیع نامتعادل امکانات درمان، بستری و بیمارستانها در سطح کشور، ضمن تشدید مشکلات و کمبودها، موجب عدم تعادل در توزیع و اشتغال پزشکان شده است.

- ظرفیت ارائه خدمات تشخیصی و درمان سرپایی و مراقبتهای اولیه بهداشتی در نتیجه استقرار و فعالیت ۳۸۰۰ مرکز بهداشتی و درمانی کشور از وضعیت نسبتاً مطلوب برخوردار است و بیش از ۷۰٪ جمعیت روستایی و روستاهای کشور را به صورت پویا و کارا، از لحاظ دستیابی و دسترسی، تحت پوشش دارد و برای ۱۰۰ درصد جمعیت شهری و روستایی امکانات دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی به طور نسبی فراهم آمده است.

علاوه بر امکانات و ظرفیتهای مذکور با وجود حدود ۲۲۰۰۰ مطب خصوصی پزشکی و دندانپزشکی، نزدیک به ۲۸۰۰ مرکز تشخیص پزشکی (آزمایشگاه، رادیولوژی)، امکانات تأمین درمان سرپایی به تناسب گسترده‌تر و بیشتر از درمان بستری تدارک شده است.

- تعداد پزشکان کشور (شاغل در ایران)، اهم از پزشکان عمومی و متخصص دندانپزشک، حدود ۲۸۰۰ نفر برآورد می‌شود که بیش از ۳۰۰۰ نفر از آنان را پزشکان خارجی تشکیل می‌دهند، ظرفیت

۱- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی این رقم را حدود ۳۱۵۰۰ نفر برآورد می‌کند.

استان تهران و دیگر استانها از سویی و مناطق شهری و روستایی با توجه به نسبتها و تراکم جمعیت از سویی دیگر دامنه عدم تعادل را بیشتر نموده است.

- سازماندهی و موازین ارائه خدمات و استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی به گونه‌ای است که اقشار بیمه نشده، اعم از گروههای آسیب پذیر و گروههای متمکن و توانمند به صورت یکسان و مساوی (از لحاظ پرداخت و تحمل بخشی جزئی از هزینه‌ها) حق برخوردار می‌یابند و این شیوه باعث شده که توان منابع مصرفی برای حمایت بیشتر از اقشار آسیب‌پذیر محدودتر شود.

- اعمال و کاربرد روشهای متنوع در امر اداره و مدیریت بیمارستانها و خدمات درمان بستری (طرح کارانه، خودکفایی، طرح پرکیس، تعرفه‌های خاص، دریافت وجه، علاوه بر تعرفه‌ها و...)

- وجود نوبتهای انتظار طولانی و غیرمطمئن برای اعمال جراحی و بستری و دریافت خدمات پزشکی تخصصی.

- عدم تناسب بین هزینه‌های خدمات پزشکی و میزان سرانه حق بیمه پرداختی توسط بیمه‌شدگان در خدمات درمانی.

- عدم تناسب تعرفه‌های خدمات پزشکی و درمانی با قیمتهای واقعی و اداره اقتصادی بیمارستانها و مراکز تشخیصی.

- نارسایی در تدارک و توزیع داروها و فقدان مدیریت و نظارت در امر تجویز و مصرف دارو.

- نارضایتی بیمه شدگان و مراجعین از

پذیرش و توان پاسخگویی پزشکان مستقر در مطبهای خصوصی در سال ۸۰، محاسبه متوسط ۳۰ بار مراجعه در هر روز و ۲۵۰ روز کار در سال، حدود ۱۶۵ میلیون بار مراجعه در سال است که این رقم و توان به تنهایی متناسب با ۳ بار مراجعه برای هر نفر از جمعیت کشور است.

در مقابل توان مذکور، براساس بررسیها آماری، حجم مراجعه جمعیت به مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی در سال ۷۱ حدود ۱۱۰ میلیون بار برآورد می‌شود که ظرفیتی حدود دوسوم توان بخشی غیردولتی را شامل می‌شود.

- بیش از ۹۳٪ از پزشکان و دندانپزشکان مذکور در مناطق شهری اشتغال دارند و کمتر از ۷٪ آنان در مناطق روستایی مستقر هستند و بیش از ۸۰٪ پزشکان شاغل در مناطق روستایی را پزشکان خارجی تشکیل می‌دهند.

- ظرفیت تولید و ارائه خدمت در مقابل حجم نیاز محدود بوده و با کمبودهای محسوس مواجه است.

- کیفیت خدمات و نظارت بر مراعات اصول و موازین پزشکی در انجام خدمات ضعیف است.

- توزیع امکانات در سطح کشور نامتعادل است و عدم تعادل از یکسو بین استانهای کشور، از سویی بین مراکز استانها و شهرستانهای هر استان بشدت مطرح است.

- توزیع و استقرار نیروی انسانی پزشکی در بین استانهای کشور از یکسو،

۳. سازماندهی متمرکز امور بیمه همگانی خدمات درمانی (برنامه‌ریزی، سیاست‌گذاری، نظارت، هماهنگی) و عدم تمرکز در اجرا.

۴. اصلاح ساختار مدیریت و نحوه اداره بیمارستانهای دولتی مبتنی بر اصول خودگردانی و اقتصادی.

۵. تأمین موجبات مشارکت فعال بخش غیردولتی در سرمایه‌گذاری، توسعه ظرفیتها و تولید و ارائه خدمات پزشکی و مدیریت خدمات پزشکی.

۶. بهینه‌سازی تعرفه‌های خدمات پزشکی، حق سرانه بیمه درمان، سهم مشارکت بیمه شده در انطباق با نوع بیمه جهت استفاده مطلوب از ظرفیتها و منابع تولید و ارائه خدمات پزشکی کشور.

- نظارت و کنترل بر کیفیت خدمات و اعمال پزشکی و روابط پزشک و بیمار در چارچوب موازین نظام پزشکی و تعرفه‌های خدمات درمانی.

کیفیت و نحوه ارائه خدمات در مراکز بخش عمومی و کم‌اعتباری دفترچه‌های بیمه برای بیمه‌شدگان.

- عدم رضایت پزشکان و مراکز طرف قرارداد بیمه خدمات درمانی کارمندان از ضوابط حاکم بر اجرا، تعرفه‌ها و شرایط دریافت بهای خدمات از سازمانهای بیمه‌گر و فقدان کارآیی مدیریت و سازماندهی اجرایی.

- گرانی قابل توجه و تحمل ناپذیر هزینه خدمات درمان بستری و اعمال جراحی در بیمارستانهای بخش غیردولتی و خودگردان، علی‌الخصوص برای اقشار بیمه نشده کم‌درآمد، آسیب‌پذیر و بیمه‌شدگان (کارمندان دولت و کارگران).

از جمله مسائل و مشکلاتی هستند که ضرورت بازنگری و اصلاح ساختار و نظامات اجرایی را در امر تأمین موجبات درمان اجتناب‌ناپذیر می‌نمایانند.

### ۳. اهداف کلی

۱. ایجاد سیستم بیمه همگانی خدمات درمانی به عنوان بخشی از نظام جامع تأمین اجتماعی کشور و گامی نخستین برای طراحی و استقرار آن در ایران.

۲. تعمیم بیمه همگانی خدمات درمانی به کل جمعیت در سال اول برنامه دوم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور با مراعات اولویت شاغلین، اقشار آسیب‌پذیر، روستاییان و سایر گروههای بیمه نشده.

### ۴. سیاستهای اجرایی

۱. ایجاد سازمان بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت و سازمانهای وابسته به دولت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲. الزام به ساماندهی و اداره امور اجرایی بیمه خدمات درمانی و روستاییان و مشمولین قانون کار در سازمان تأمین اجتماعی و ایجاد مدیریت و سازماندهی



حمایت دولت از اقشار آسیب پذیر و روستاییان در زمینه تقلیل و تعهد پرداخت حق بیمه آنان به بیمه گر

۸. اداره بیمارستانهای دولتی توسط هیئت مدیره و یا هیئت عامل در چارچوب اصول تعادل درآمد و هزینه و خودگردانی بیمارستانها با دریافت هزینه خدمات مراجعین از بیمه گر و بیمه شده «فرانشیز»، براساس تعرفه های خدمات درمانی مصوب ۹. واگذاری قانونی تعدادی از بیمارستانهای وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به سازمان تأمین اجتماعی در جهت رد دیون و مطالبات تأمین اجتماعی تا پایان سال ۱۳۷۱ و شرکتهای بیمه خصوصی به تناسب حجم فعالیت و مشارکت آنان در امر بیمه خدمات درمانی همگانی کشور

۱۰. تجدید نظر سالانه در تعرفه های خدمات درمانی و حق سرانه بیمه درمان در ارتباط با روند و تغییرات قیمتها و شاخص دستمزدها

۱۱. پیش بینی و تأمین منابع اعتباری لازم توسط دولت برای اجرای طرح از محل بودجه عمومی کشور و انتقال تدریجی اعتبارات برنامه خدمات درمانی به برنامه بیمه درمانی در قالب قوانین بودجه سنواتی و حذف بیمارستانهای عمومی از شمول دستگاههای مشمول بودجه و مقررات عمومی اداری و مالی دولت

۱۲. مشارکت جمعیت هلال احمر در تأمین خدمات درمانی و بیمه درمان همگانی با واگذاری بیمارستانهای وقف

مناسب با وظایف و مسئولین محوله در ساختار تشکیلاتی سازمان تأمین اجتماعی با تأکید بر به کارگیری و استقرار نظام شبکه ای اطلاع رسانی و نگهداری و بازیافت اطلاعات و بهبود مدیریت اجرایی.

۳. تأمین موجبات مشارکت فعال شرکتهای بیمه خصوصی در امر بیمه درمان در سطح کشور و ایجاد تسهیلات در تأسیس و شکل یابی شرکتهای بیمه ای در نظام خصوصی از طریق تدوین قوانین و یا اصلاح قوانین موجود.

۴. اصلاح تعرفه خدمات درمانی، تشخیصی و پزشکی و تعیین ارزش خدمات براساس قیمتهای واقعی و اقتصادی.

۵. تعیین حق سرانه بیمه خدمات درمانی به تفکیک نوع و شمول خدمات مورد درخواست و قابل تعهد بیمه گر با مراعات توانمندی و امکانات پزشکی کشور.

۶. تعیین سهم مشارکت بیمه شدگان و میزان مشارکت کارفرمایان به تفکیک:

الف: کارمندان دولت و مؤسسات و سازمانهای وابسته به دولت  
ب: کارگران مراکز تولیدی و خدماتی و کارگاههای مشمول قانون کار  
ج: اقشار آسیب پذیر تحت پوشش نهادها و مؤسسات حمایتی و امدادی  
د: روستاییان و عشایر

ه: صاحبان حرف و مشاغل آزاد  
و: سایر گروهها و اقشار بیمه نشده  
۷. تشخیص و تعیین موازین و نحوه

سازمانهای بیمه گر و رسانه های گروهی

۵. تشکیلات و سازماندهی اجرایی

۱. تشکیل شورای عالی برنامه ریزی و نظارت بر امر بیمه همگانی خدمات درمانی با ترکیب:

- ۱- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲. سازمان تأمین اجتماعی
۳. وزارت کار و امور اجتماعی
۴. نظام پزشکی کشور
۵. سازمان برنامه و بودجه
۶. جمعیت هلال احمر
۷. بیمه مرکزی ایران
۸. کمیته امداد امام خمینی.

۲. سازماندهی مدیریت اجرایی مناسب در ساختار سازمان تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کمیته امداد و جمعیت هلال احمر ایران.

۳. ایجاد صندوقهای حمایتی با هویت درآمدی و هزینه ای مستقل برای هر یک از اقشار بیمه شده در سازمان تأمین اجتماعی به تفکیک:

۱. کارگران
۲. روستاییان
۳. سایر گروههای بیمه شده.
۴. انتقال مراکز و پایگاههای اورژانس و خدمات فوریتهای پزشکی کشوریا امکانات و تجهیزات آن به جمعیت هلال احمر و احاله وظایف قانونی آن به این جمعیت.

شده و یا بیمارستانهای احداث از محل منابع غیردولتی هلال احمر به این جمعیت و الزام جمعیت به ایجاد سازماندهی مدیریت اجرایی متناسب در این خصوص

۱۳. ایجاد ضوابط و موازین قانونی جامعه و نافذ برای نظارت و کنترل بر نحوه اداره بیمارستانها و مراکز خدمات درمانی و تشخیصی و داروخانه ها و کمیت و کیفیت خدمات با هماهنگی و همکاری سازمان نظام پزشکی و قوه قضائیه

۱۴. اقدام به تحصیل مجوزها و اختیارات قانونی مناسب از طریق تهیه، تدوین و تصویب لوایح، اساسنامه ها و آئین نامه های اجرایی تا قبل از پایان سال ۱۳۷۲

۱۵. ایجاد تسهیلات، شرایط و جاذبه های قانونی مناسب برای بخش غیردولتی در زمینه سرمایه گذاری برای ایجاد و توسعه بیمارستانها و پلی کلینیکهای تخصصی

۱۶. فراهم سازی موجبات مشارکت و ایفای نقش شرکتهای بیمه بازرگانی در امر بیمه درمان همگانی و خدمات بیمه درمان اختصاصی مازاد بر تعهدات سازمان تأمین اجتماعی در قالب قراردادهای خاص فردی و گروهی با اجرای سیستم بیمه ای مضاعف.

۱۷. اقدام به تهیه و اجرای برنامه های آموزشی و توجیهی عمومی و اختصاصی با همکاری وزارتین بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، آموزش و پرورش، تعاون

۱۱. اصلاح نظام و تجدید نظر در ساختار سازمان خدمات درمانی نیروهای نظامی و انتظامی با هدف:

۱. پوشش کلیه نیروهای نظامی و انتظامی و خانواده آنها.

۲. جمعیت از نظام واحد بیمه خدمات درمانی در پرداخت سرانه، رعایت تعرفه‌ها و اداره خودگردان بیمارستانها.

۱۲. اداره کلیه بیمارستانهای وابسته به سازمانها، مؤسسات و شرکتهای دولتی (وزارت نفت، شرکت فولاد، بانکها و...) به صورت خودگردان در چارچوب نظام بیمه خدمات درمانی و با الزام به رعایت تعرفه‌های خدمات پزشکی.

۱۳. تلاش در تدوین فارماکوپه ملی و تنظیم فهرست داروهای اساسی.

۶. اصول و الزامات اساسی در تدوین لایحه قانونی بیمه خدمات درمانی همگانی

۱. تأکید بر تعهد دولت مبنی بر تأمین منابع اعتباری مورد نیاز برای پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی گروهها و اقشار اجتماعی با اولویت:

- مستخدمین دولت

- اقشار آسیب‌پذیر

- روستاییان و عشایر

از ابتدای سال ۱۳۷۳ و الزام به تهیه، تدوین و تصویب مقررات و آئین‌نامه‌های اجرایی در طول سال ۷۲

۲. الزام وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی به:

۵. سازماندهی مدیریت ارزشیابی خدمات درمانی در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی برای اجرای سیاست آزاد سازی و خودگردانی بیمارستانها و اجرای وظایف انتقال و واگذاری بیمارستانها به سازمانهای بیمه‌گر، گروههای پزشکی و بخش غیردولتی در چارچوب نظام اجرایی و تعرفه واحد.

۶. بررسی و تدوین آئین‌نامه اجرایی، نحوه واگذاری و خودگردانی بیمارستانها و مدیریت آنها.

۷. تجدید نظر در روش بررسی و تنظیم بودجه برنامه خدمات درمانی در سطح ملی و استانی و پیش‌بینی منابع (نقدینگی) مناسب برای حمایت از بیمارستانهای خودگردان در سال اول اجرا.

۸. تدارک و آماده‌سازی ابزار قانونی مناسب برای اعمال وظایف درمانی در سازمانهای بیمه‌گر.

۹. ایجاد و سازماندهی نظام قدرتمند و پویا در نظارت و ارزشیابی کمی و کیفی خدمات ارائه شده به مراجعین بیمه شده در کلیه مراکز با اجازه اعمال موازین قانونی و برخورد جدی و مسئولانه با موارد تخلف و متخلفین.

۱۰. تلاش در ایجاد و استقرار سیستمهای اطلاع‌رسانی پیشرفته پزشکی، بهداشتی و درمانی به منظور: تسهیل در اعمال وظایف نظارتی، ارزیابی و ارتقاء سطح ارتباطات علمی و تحقیقی خدمات بهداشتی و درمانی و آموزش پزشکی کشور و اصلاح نظام آمار و اطلاعات پزشکی.

- انجسام و ارائه رایگان خدمات بهداشتی در قالب اصول و اجزای مراقبتهای اولیه بهداشتی در سطح کشور

- تسریع در اجرای طرح توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمان و استقرار کامل آن در سطح کشور

- دریافت ۳۰٪ بهای داروها و نسخ دارویی از کلیه مراجعین به منظور کنترل مصرف بی‌رویه دارو و جلوگیری از مراجعه غیرضروری

- ادامه سرمایه‌گذاری و اجرای عملیات مربوط به ایجاد و تکمیل بیمارستانهای عمومی در مناطق محروم و بیمارستانهای آموزشی نیمه تمام

- تهیه و تصویب آئین‌نامه نحوه واگذاری، بیمارستانهای غیرآموزشی به دیگر نهادها و سازمانها، انتخاب هیئتهای مدیره یا عامل و تعیین اختیارات و وظایف این هیئتها در چارچوب اصول خودگردانی و مدیریت اقتصادی بیمارستانها

- ایجاد تسهیلات برای بخش غیردولتی در خصوص سرمایه‌گذاری برای ایجاد بیمارستانهای جدید و یا خرید سهام بیمارستانهای دولتی فعال و تیمه فعال از طریق اعطای وامهای ارزان بهره با همکاری سیستم بانکی کشور

- همکاری کلیه کارگزاران و مراکز ارائه خدمت در شبکه بهداشتی و درمانی کشور در امر تعمیم بیمه روستاییان با سازمان تأمین اجتماعی و بیمه اقسار آسیب‌پذیر با

کمیته امداد امام خمینی

- تأمین و تربیت نیروی انسانی پزشکی و پیراپزشکی در چارچوب برنامه‌های مصوب اجتماعی و بیمه اقسار آسیب‌پذیر با کمیته امداد امام خمینی

- لغو کلیه ضوابط و مقررات موجود و مورد عمل مربوط به اداره امور بیمارستانها ۳. تهیه و تدوین تعرفه‌های خدمات پزشکی توسط شورایی عالی امور بیمه خدمات درمانی همگانی و تصویب آن در شورای اقتصاد به پیشنهاد وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با اجازه افزایش سالانه تعرفه‌ها در ارتباط با نرخ تورم.

۴. اعلام حق سرانه بیمه درمان در سال شروع و نسبت مشارکت بیمه شدگان در هر یک از اقسار و گروههای تحت پوشش دولت و سازمان تأمین اجتماعی و دیگر سازمانها و نهادهای بیمه‌گر موظف.

۵. تأکید بر تعیین حق سرانه بیمه‌شدگان روستایی معادل یک دوم حق سرانه تعیین شده با توجه به محدودیت امکانات درمان بستری و شرایط دسترسی آنان به این مراکز. ۶. الزام وزارت بهداشت و درمان و شورایی عالی امور بیمه خدمات درمانی همگانی به طبقه‌بندی خدمات پزشکی مورد احتیاج جامعه به ۲ سطح:

الف: حد مناسب «که مشمول تعهدات بیمه‌گر در طرح بیمه خدمات درمانی همگانی» می‌باشد.

ب: حد مطلوب (خدماتی که از



امداد برای تهیه و تدوین دستورالعمل نحوه تشخیص و معرفی افسار آسیب‌پذیر و سازمان تأمین اجتماعی و مشارکت آنان در انجام بررسی و اقدامات اجرایی.

۱۲. تدوین فارماکوپه ملی دارویی و تنظیم و انتشار فهرست داروهای اساسی مشمول تعرفه‌های خدمات درمانی.

۷. موقعیت جمعیتی کشور به تفکیک شهری و روستایی و تصویر جامعه تحت پوشش - جمعیت کشور در سال ۱۳۶۵، بیش از ۴۹/۵ میلیون نفر اعلام شده که روستائیشان با تعداد ۲۳/۶ میلیون نفر حدود ۴۵/۷٪ از کل جمعیت را شامل می‌شدند.

- مرکز آمار ایران جمعیت کشور را در سال ۱۳۷۰، بیش از ۵۵/۸ میلیون نفر اعلام کرده است که مبین ضریب رشد حدود ۲/۵ درصد در فاصله سالهای ۶۵ تا ۷۰ می‌باشد. براساس بررسیهای انجام شده بر روی سرشماری سالهای ۶۵ و ۷۰ جمعیت کشور در پایان سال ۷۲ حدود ۶۱ میلیون نفر برآورد می‌شود و ضریب رشد جمعیت حدود ۲/۶ درصد خواهد بود.

لذا با توجه به روند کاهش ضریب رشد جمعیت در کشور و احتمال تشدید این روند از سال ۷۳ به بعد، در نتیجه اقدامات مربوط به کنترل جمعیت و برنامه‌های تنظیم خانواده، انتظار می‌رود ضریب رشد جمعیت تا سال ۷۷ به حدود ۲/۴٪ کاهش یابد. لذا با منظور داشتن جابجایی جمعیت از روستائینی به شهرنشینی در فاصله

شمول طرح و تعهدات بیمه‌گر خارج است) اما هر فرد می‌تواند در قالب قراردادهای خاص با شرکتهای بیمه‌ای به صورت فردی و یا گروهی و با تقبل پرداخت ۱۰۰٪ حق سرانه مشمول آن شده و استفاده نماید.

۷. تأکید بر معافیت مراجعین از پرداخت بهای داروهای مصرفی در خصوص برنامه‌ها و فعالیتهای استراتژیک بهداشتی، به تشخیص وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی مانند:

- برنامه تنظیم خانواده
- بهداشت مادر و کودک
- ایمن سازی و خدمات پیشگیری

و...

۸. تدوین ضوابط و تأمین موجبات مشارکت و فعالیت شرکتهای بیمه‌ای در امر تأمین و پوشش بیمه خدمات درمانی در سطح مطلوب و گسترش بیمه‌های مضاعف در امر درمان و هماهنگی شورایی امور بیمه خدمات درمانی همگانی و بیمه مرکزی ایران.

۹. الزام هلال احمر به تحویل بیمارستانهای وقفی خود از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و اداره آنها در چارچوب خودگردانی و هیئت امنایی.

۱۰. تدوین و تصویب موازین و مقررات نظارتی برای مقابله با موارد تخلف و متخلفین در خدمات و اعمال پزشکی موضوع این قانون.

۱۱. الزام سازمان بهزیستی و کمیته

ب: حدود ۶/۶ میلیون نفر از اقشار آسیب‌پذیر مناطق شهری و روستایی (معادل ۳ میلیون نفر از جمعیت روستایی در قالب اقشار آسیب‌پذیر منظور شده و حدود ۰/۶ میلیون نفر بیمه شده محسوب گردیده‌اند) از جمله تکالیف و تعهدات سازمان تأمین اجتماعی و دولت تلقی می‌گردد. صاحبان حرف و مشاغل آزاد و دیگر گروه‌ها و اقشار اجتماعی بیمه نشده که مشمول طبقه‌بندی فوق نمی‌باشند، با برآورد جمعیتی حدود ۸/۱ میلیون نفر از مشمول تعهدات دولت خارج بوده و در نظام بیمه خدمات درمانی همگانی مجاز به انتخاب بیمه‌گر و انعقاد قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی و یا دیگر شرکتهای بیمه‌ای براساس تعرفه‌ها و سرانه‌های اعلام شده می‌باشند.

#### ۸. اقشار آسیب‌پذیر

با وجودی که تعاریف و مشخصه روشن و مستندی از مفاهیم و کمیت اقشار آسیب‌پذیر و تفکیک آنها از دیگر گروههای اجتماعی در دست نیست، استناد به اطلاعات برنامه اول و استفاده از داده‌های آماری آن برای برآورد تقریبی جمعیتی که به لحاظ شرایط اقتصادی و اجتماعی و وضعیت جسمی و روانی قادر به اداره امور زندگی و تأمین معاش عادی خود (در حد تأمین نیازهای اساسی و روزمره در قبال شاخص هزینه) نیستند و به گونه‌ای محتاج

سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۷۰، وضعیت و موقعیت کشور از نظر جمعیت و اسکان جمعیت و اسکان جمعیت در مناطق شهری و روستایی در طی سالهای ۷۲ تا ۷۷ به شرح جدول شماره ۱ قابل برآورد و محاسبه است.

براین اساس، جمعیت هدف در پایان سال ۷۳ بالغ بر ۶۱/۷ میلیون نفر خواهد بود (۲۶/۱ میلیون نفر جمعیت شهری و ۲۵/۶ میلیون نفر جمعیت روستایی) که در اجرای طرح بیمه همگانی خدمات درمانی علی‌الاصول باید تحت پوشش قرار گیرند. پیش‌بینی می‌شود در پایان سال ۷۲ حدود ۲۵ میلیون نفر شامل:

- جامعه مستخدمین دولت (کارمندان، نیروهای نظامی و انتظامی) ۹ میلیون نفر
- جامعه کارکنان مشمول قانون کار (شهری و روستایی) ۱۵ میلیون نفر
- سایر اقشار (صاحبان حرف و مشاغل آزاد و...) ۱ میلیون نفر

تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گرفته باشند که در چنین شرایطی حدود ۴۰/۵٪ از جمعیت هدف، بیمه شده محسوب می‌شوند.

لذا، تمهیدات و اقدامات اجرایی در سال ۷۳ ناظر بر پوشش حدود ۳۶/۷ میلیون نفر خواهد بود که از این جامعه پوشش حدود ۲۸/۶ میلیون نفر شامل:

الف: حدود ۲۲ میلیون نفر جمعیت روستایی



- اقتشار تحت پوشش سازمان بهزیستی ۵۶۰
- اقتشار تحت پوشش بنیاد شهید ۵۴۰
- اقتشار تحت پوشش حمایت زندانیان ۱۵۰
- جانبازان ۳۰۰
- اقتشار آسیب‌پذیر روستایی و حاشیه‌نشینان
- شهری که هنوز تحت پوشش قرار نگرفته‌اند ۱۸۰۰
- جمع ۶/۶۰۰ هزار نفر

- توجه به این نکته را لازم می‌داند که به تناسب بهبود شرایط اشتغال اقتصادی، مخصوصاً زمینه تولید و اشتغال در کشور و توسعه و تکمیل، اقدامات بازسازی، میزان جمعیت تحت پوشش بتدریج کاهش می‌یابد و به تناسب آن، تعهدات مالی مستقیم دولت نیز محدود می‌شود.

به حمایت و مراقبت می‌باشند، در طرح تصمیم بیمه همگانی خدمات درمانی اجتناب ناپذیر است؛ براین اساس و با توجه به شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور، در چارچوب این طرح حدود ۱۱٪ از کل جمعیت، اقتشار آسیب‌پذیر محسوب شده‌اند که جمعیتی حدود ۶/۵ میلیون نفر را در سال ۷۲ تشکیل می‌دهند و نزدیک به ۱۸/۵ درصد از کل جامعه بیمه نشده را شامل می‌گردند.

-اطلاعات تفکیکی اقتشار آسیب‌پذیر تحت پوشش خدمات حمایتی در بخش بهزیستی و جمعیت نیازمند در سال ۷۲ به شرح زیر قابل تصویر است:

-اقتشار تحت پوشش کمیته امداد ۳۲۵۰

جدول شماره ۱- برآورد جمعیت شهری و روستایی کشور در فاصله سالهای ۷۲ الی ۷۷ (جمعیت به ۱۰۰۰ نفر)

سال	جمعیت کل	جمعیت شهری	جمعیت روستایی	ضریب رشد سالیانه %	نسبت شهرنشین %	نسبت روستایی %
۱۳۶۵	۴۹۴۴۵	۲۶۸۴۵	۲۲۶۰۰	۳/۱۹	۵۴/۳	۴۵/۷
۱۳۷۰	۵۷۱۶۶	۳۲۵۸۶	۲۴۵۸۱	۲/۷	۵۷	۴۳
۱۳۷۲	۶۰۱۷۸	۳۴۹۰۳	۲۵۲۷۵	۲/۶	۵۸	۴۲
۱۳۷۳	۶۱۷۱۳	۳۶۱۰۳	۲۵۶۱۰	۲/۵۵	۵۸/۵	۴۱/۵
۱۳۷۴	۶۳۲۶۲	۳۷۳۲۵	۲۵۹۳۷	۲/۵۱	۵۹	۴۱
۱۳۷۵	۶۴۸۲۵	۳۸۵۷۰	۲۶۲۵۵	۲/۴۷	۵/۵	۴۰/۵
۱۳۷۶	۶۶۴۰۷	۳۹۸۴۴	۲۶۵۶۳	۲/۴۴	۶۰	۴۰
۱۳۷۷	۶۸۰۰۷	۴۱۱۴۷	۲۶۸۶۰	۲/۴۱	۶۰/۵	۳۹/۵

۹. بیمه خدمات درمانی نظامات حاکم بر آن در سایر کشورها (بررسی مقایسه‌ای)

-براساس اطلاعات آماری اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی در سال ۱۹۸۷ از ۱۴۰ کشور جهان که به گونه‌ای نظام تأمین اجتماعی (ISSA) در آنها مستقر شده است، ۸۵ کشور از جمله ایران، تأمین خدمات بهداشتی و درمانی جامعه تحت پوشش را به عنوان بخشی فعال و اساسی از تکالیف و تعهدات نظام با تکیه بر مشارکت (جامعه، دولت و کارفرما) پذیرفته‌اند و درچارچوب ضوابط و موازین قانونی اعمال می‌کنند.

- ویژگیها و خصوصیت متنوع حمایتها و خدمات و ناهماهنگی موازین و مقررات اجرایی در زمینه، نحوه حمایت، نسبتهای مشارکت، شمول خدمات، جامعه تحت پوشش و... در کشورهای مختلف، نتیجه‌گیری از بررسیهای مقایسه‌ای را کم اثر و گاهی بی‌اعتبار می‌سازد.

با وجود این، نگاهی به وضعیت بیمه بهداشت و درمان در نظام تأمین اجتماعی چند کشور جهان را مفید و مناسب می‌داند.

۱- در انگلستان: تأمین بهداشت و درمان توسط دولت و از محل درآمدهای مالیاتی برای همگان صورت می‌گیرد و نظام طب ملی (بهداشت ملی) حاکمیت دارد که مجموعه کاملی از خدمات بهداشتی و درمانی را به صورت گسترده ارائه و انجام می‌دهد و ۸۰٪ هزینه‌ها از محل مالیاتهای

عمومی تأمین می‌شود.

۲- در آمریکا: خدمات بهداشتی و درمانی از شمول تعهدات تأمین اجتماعی خارج است و دولت تعهدی را تقبل ننموده است، بجز در افراد ۶۵ سال به بالا که کلاً در پوشش خدمات حمایتی و رفاهی نظام قرار دارند.

۳- در استرالیا: بیمه بیماری و خدمات بهداشتی و درمانی همگانی است و کل هزینه از محل درآمدهای عمومی دولت تأمین می‌شود.

۴- در سوئد: با تصویب قانون بهداشت ملی تمام افراد جامعه تحت پوشش قرارگرفته‌اند و منابع لازم برای تأمین هزینه‌ها از طریق دریافت مالیات عمومی فراهم می‌شود و کارفرمایان و خویش فرمایان معادل ۱۰٪ دستمزد (حقوق) به عنوان بیمه پرداخت می‌کنند.

بیمارستانهای تخصصی که در کلیه مراکز عمده جمعیتی مستقر هستند، وابسته به دانشکده‌های پزشکی معتبر سوئد می‌باشند.

- موارد و محدوده حمایتها و اقدامات تأمینی که از طریق اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی برای کشورهای عضو پیش‌بینی شده است شامل موارد زیر می‌گردد:

برآورد آن

- در سال ۷۰، حق سرانه بیمه خدمات درمانی برای کارمندان دولت ماهانه ۹۰۰ ریال و برای بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی حدود ۱۱۰۰ ریال پیش بینی شده بود.

- عملکرد واقعی اعتبار بیمه خدمات درمانی کارمندان دولت در چارچوب فعالیتهای اجرایی سازمانهای منطقه‌ای بهداری استانها با توجه به تداخل منابع اعتباری، تعهدات و مطالبات پرداخت نشده و دیگر مشکلات مربوط به نگهداری حسابها بدرستی مشخص نیست، ولی وجود مطالبات و تعهدات پرداخت نشده سازمانهای مذکور به اشخاص و مراکز طرف قرارداد در سال ۷۰ مبین عدم تکافوی رقم مذکور است.

- تحلیل و بررسی عملکردها سازمان تأمین اجتماعی در حیطه پرداختها و تعهدات اجرایی سال ۷۰، حاکی از این است که در قبال حدود ۱۲/۳ میلیون نفر از بیمه‌شدگان خدمات درمانی، هزینه‌ای حدود ۲۳۶ میلیارد ریال انجام گرفته است که هزینه سرانه حدود ۱۶۰۰ ریال را شامل می‌شود.

- شرکت بیمه ایران براساس بررسیهای انجام یافته، رقم مناسب سرانه حق بیمه درمان را منحصرأ برای خدمات درمانی، بستری تخصصی و زایمان معادل ۲۰۰۰ ریال تعیین نموده است (این شرکت خدمات دندانپزشکی و خدمات درمان سرپایی و مراقبتهای بهداشتی را از شمول تعهدات خود خارج نموده است).

۱- پیری

۲- ازکارافتادگی

۳- بیکاری

۴- حوادث ناشی از کار و

بیماریهای شغلی

۵- بیماری (مراقبتهای پزشکی)

۶- بیماری جبران درآمدهای از

دست رفته دوران عدم اشتغال و

بیماری

۷- زایمان

۸- کمک هزینه عائله‌مندی

۹- فوت

مجموع وقایع و حوادث فوق که موضوع تعهد و محدوده حمایت در یک نظام جامع و فراگیر تأمین اجتماعی می‌باشد، کلاً در ۵ گروه طبقه بندی شده است که کشورهای مختلف جهان براساس بینش، شرایط و توانایی نظام تأمین اجتماعی خود یک، چند و یا هر ۵ گروه را در حوزه عمل و اقدام قرار داده‌اند، لذا علاوه بر اشاره‌ای کوتاه به موقیعت و شرایط چند کشور به شرحی که گذشت، وضعیت ایران و تعدادی از کشورهای پیشرفته و در حال توسعه، در شرایط تقریباً مشابه، به لحاظ پوشش حمایت و پذیرش تعهدات در نظام تأمین اجتماعی، جهت مقایسه و تحلیل -با چشم‌پوشی از اختلاف این کشورها به لحاظ نظام حمایت و ابعاد خدمات- با تأکید بر زمینه بیمه بیماری و بارداری در جدول منعکس می‌شود.

۱۰- حق سرانه بیمه خدمات درمانی و

## ویاقت

برآورد تعداد مراجعه به مراکز خدمات درمان سرپایی، پاراکلینیکی و بستری (که قابل توجیه می‌باشد) و محاسبه ارزش خدمات، براساس تعرفه خدمات درمانی فعلی، هزینه سرانه را حدود ۳۳۴۰ ریال برآورده نموده است: ولی بررسی

- هزینه سرانه بیمه‌شدگان سازمان خدمات درمانی نیروهای نظامی و انتظامی در سال ۷۰، براساس تحلیل مقدماتی هزینه‌ها حدود ۱۳۶۰ ریال بوده است.  
- وزارت بهداشت و درمان بر مبنای نیازهای درمانی هر فرد در طول سال،

ردیف	نام کشور	نسبت مشارکت و تعهد			حوادث و سوانح مورد حمایت				
		بیمه شده	کارفرما	دولت	بازنشستگی از کارافتادگی پیری و فوت	بیماری و حوادث بارداری	حوادث ناشی از کار	کمک عائله مندی	بیکاری
۱	ایران	۷-۸/۵	۱۸-۲۱	۳ کارگران ۹۰۰ ریال کارمندان	*	*	*	*	*
۲	فنلاند	۸/۷۵	۱۹-۲۷	تأمین کسری	*	*	*	*	*
۳	هلند	۳۷/۵	۲۴/۳۵	حق بیمه ابراد کم درآمد	*	*	*	*	*
۴	برزیل	۸/۵-۱۰	۱۷/۲	هزینه اداری + کسری	*	*	*	*	*
۵	کانادا	۴/۱۵	۸/۱۰	پرداخت مستمری	*	*	*	*	*
۶	فرانسه	۱۳/۱۴	۳۷/۶۱	۱۲٪ سوارز اتومبیل و کمک دولت	*	*	*	*	*
۷	آلمان	۱۲-۱۸	۱۶-۲۲	سوپر سیدسالانه	*	*	*	*	*
۸	مراکش	۱/۹	۱۳/۸	-	*	*	*	*	*
۹	کلمبیا	۳/۸۳	۱۳-۲۰	-	*	*	*	*	*
۱۰	بولیوی	۳/۵	۲۱	۱/۵	*	*	*	*	*

صورت‌حساب‌های بیمه‌شدگان در مرکز اسناد پزشکی تهران (تا قبل از اقدام وزارت بهداشت و درمان در مورد افزایش تعرفه خدمات درمان سرپایی و خدمات تشخیصی و آزمایشگاهی در نیمه دوم سال ۷۰ و خدمات درمان بستری اعم از اعمال جراحی و هتلینگ بیمارستانها که تا سه ماهه اول سال ۷۱ به طور متوسط بیش از ۲ برابر شده است)، هزینه سرانه را حدود ۷۶۰ ریال نشان می‌دهد که با ملحوظ داشتن میزان متوسط افزایش تعرفه‌های خدمات پزشکی و تشخیصی و قیمت دارو، هزینه سرانه واقعی و اصلاح شده می‌تواند در محدوده رقم ۱۵۰۰ ریال برآورد و توجیه شود. این رقم، در مقام مقایسه با هزینه سرانه بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی (۱۶۰۰ ریال) و بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی نیروی نظامی و انتظامی (۱۳۶۰ ریال)، معنی دار و منطقی به نظر می‌رسد، با وجود این، ارقام هزینه‌ای سازمان تأمین اجتماعی در سالهای ۷۰ و ۷۱، مبنای اصولی‌تری برای تعیین هزینه سرانه بیمه درمان می‌باشد. لذا با مراعات اطلاعات عملکردی مذکور، رقم هزینه سرانه بیمه درمان در سال ۱۳۷۳ و در آغاز اجرای طرح (با توجه به آثار سیاست تعادل اقتصادی و بازتاب آن در قیمت‌ها و سطح زندگی)، حداقل معادل ۳۰۰۰ ریال برآورد و به عنوان رقم پایه، پیش‌بینی می‌شود که این رقم مبنای محاسبات اعتباری قرار گرفته است. یادآوری این نکته مهم را لازم می‌داند که بین رقم هزینه سرانه و تعرفه‌های

خدمات درمانی، با شرط اداره امور بیمارستانها به صورت خودگردان، ارتباط و وابستگی تنگاتنگی وجود خواهد داشت که نیاز به بررسیهای تحلیلی و اقتصادی دقیقتری را طلب می‌کند. این نوع بررسیها و اصلاحات ضرورتاً باید در مراحل اجرایی طرح تعمیم بیمه خدمات درمانی همگانی انجام شود و انطباق و تعادل لازم بین هزینه سرانه، تعرفه‌ها، میزان افزایش حقوق و دستمزد و سطح درآمد از یکسو و منابع اعتباری قابل تخصیص از درآمد عمومی بسایب حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و روستاییان از سویی دیگر بوجود آید.

۱۱- نسبت مشارکت بیمه شده و کارفرمایان در هر یک از گروه‌ها

میزان مشارکت اقشار و گروه‌های موضوع قسمت ۸ و ۹ طرح از سرانه ۳۰۰۰ ریال بیمه خدمات درمانی و سهم کارفرمایان با توجه به ضوابط و مقررات قانونی پرداخت بیمه به شرح جدول ۲ تنظیم و پیشنهاد می‌شود:

حق سرانه بیمه درمان روستاییان با منظور داشتن خصوصیات این قشر به لحاظ توان دسترسی و روند مراجعه آنان به مراکز درمان بستری و خدمات تشخیصی پزشکی تخصصی از یک طرف و امکانات و گستردگی نظام شبکه‌ای خدمات بهداشتی و مراقبت‌های اولیه بهداشتی در سطح روستاهای کشور معادل یک‌دوم پیش‌بینی شده و برآورد منابع اعتباری برای تأمین خدمات پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی

## یافت

برآورد بار مالی ناشی از اجرای طرح با توجه به میزان و سهم مشارکت دولت، بیمه شده و کارفرما در هر یک از گروهها و تعهدات دولت در قبال حمایت از اقسار آسیب‌پذیر با ملحوظ داشتن موقعیت فعلی پوشش بیمه خدمات درمانی کشور به شرح زیر تصویر می‌شود:

استادبرمبنای سرانه ۱۵۰۰ ریال صورت گرفته است که علی‌الاصول در سالهای بعد با استفاده و تحلیل تجارب و عملکردها می‌تواند تجدید نظر شده و اصلاح گردد.

۱۲- گردش مالی و منابع اعتباری لازم برای اجرای طرح  
۱- چگونگی گردش مالی طرح پیشنهادی و

جدول ۲- جدول تعیین سهم مشارکت بیمه‌شدگان و کارفرمایان به تفکیک اقسار و گروهها در ابتدای سال ۷۳ (سهم مشارکت به ریال)

محل تامین اعتبار	کارفرما	سهم مشارکت کارفرما	سهم مشارکت بیمه شده	تعداد (۱۰۰۰ نفر)	
(از بودجه عمومی)	دولت	۲۴۰۰	۶۰۰	۹۰۰۰	مستخدمین دولت و نیروهای نظامی و انتظامی
۹ بیمه دریافتی ۲۷	کارفرمایان بخش عمومی	۲۲۲۰	۷۸۰	۱۵۰۰۰*	کارگران مشمول قانون کار*
بودجه عمومی	دولت	شهری ۳۰۰۰ روستایی ۱۵۰۰	—	۶۶۰۰	اقسار آسیب‌پذیر شهری و روستایی
درآمد شخصی	—	—	۳۰۰۰	۹۱۰۰	صاحبان حرف و مشاغل آزاد و سایر افراد
بودجه عمومی	دولت	۷۵۰	۷۵۰	۲۲۰۰۰	روستاییان

\* سهم مشارکت بیمه‌شدگان مشمول قانون کار و کارفرمایان براساس متوسط دستمزد ماهانه ۱۵۰۰۰۰ ریال و به صورت تحقیقی برآورد شده است.



سرجمع اعتبارات جاری فصول امور عمومی، دفاعی و اقتصادی برای تأمین خدمات درمانی نیروهای نظامی و انتظامی، شاغلین وزارت نفت و... دیگر شرکتهای وابسته به دولت در سال ۷۲ صرف هزینههای درمانی خواهد شد.

مازاد برموارد مذکور، درآمدهای اختصاصی ناشی از دریافت بخشی از هزینههای درمانی از مراجعین، تعرفهها، فرانشیز خدمات و قراردادهای خاص که به موجب قانون قابل استفاده و مصرف وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی و سازمانها و مراکز وابسته به آن می باشد، حداقل به میزان ۲۵۶ میلیارد ریال قابل برآورد است که بدین ترتیب جمع کل مصارف و هزینه واقعی خدمات درمانی کشور در سال ۱۳۷۲، به صورت مستقیم و غیرمستقیم، رقمی معادل ۹۷۷ میلیارد ریال را شامل می گردد. با محاسبه رقم مابهالتفاوت ریالی مصارف ارز داروها و تسهیلات پزشکی سال ۷۲ (در شرایط تثبیت نرخ ارز و تعیین قیمت واحد برای ارز و حذف سوبسیدهای پنهان) میزان اعتباری که به صورت مستقیم و غیرمستقیم در امر درمان هزینه می شود، به مرز ۱۳۰۰ میلیارد ریال نزدیک می شود که تقریباً ۲ برابر تعهدات مالی دولتی در اجرای امر بیمه خدمات درمانی همگانی (جدول شماره ۳ و ۴) می باشد.

بدین ترتیب، با استفاده سنجیده از بخشی از منابع فوق و هدایت سازمان یافته آن به برنامه بیمه خدمات درمانی همگانی،

الف: جمعیت کشور در سال ۷۳ حدود ۶۱/۷ میلیون نفر برآورد می گردد (حدود ۲۵/۶ میلیون نفر روستایی ۳۶/۱ میلیون نفر شهری)

ب: بیش از ۴۰/۵ از جمعیت مذکور بگونه ای تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار خواهند داشت که جمعیتی حدود ۲۵ میلیون نفر را شامل می شود:  
- بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی حدود ۱۵ میلیون نفر

- کارمندان دولت و کادرهای نظامی و انتظامی حدود ۹ میلیون نفر  
- سایر گروهها (کارکنان بانکها، شرکتهای بیمه وزارت نفت و... حدود ۱ میلیون نفر)

ج: اقشار آسیب پذیر که تحت حمایت کامل دولت قرار می گیرند، حدود ۶/۶ میلیون نفر برآورد گردیده اند.

د: جمعیت روستایی که توسط سازمان تأمین اجتماعی تحت پوشش قرار می گیرند، حداکثر ۲۲ میلیون نفر خواهد بود که نزدیک به ۶۰٪ بیمه شدگان را شامل می شوند (حدود ۳ میلیون نفر از جمعیت روستایی در گروه اقشار آسیب پذیر منظور شده اند).

ه: صاحبان حرف و مشاغل آزاد بیمه نشده حدود ۸/۱ میلیون نفر تخمین زده می شوند.  
۲- هزینه های مستقیم سال ۱۳۷۲ برنامه خدمات درمانی از محل بودجه عمومی دولت در بودجه سال ۱۳۷۲، حدود ۶۷۱ میلیارد ریال پیش بینی می شود. علاوه بر، آن بیش از ۵۰ میلیارد ریال از

اجرای طرح پیشنهادی بلامانع و عملی خواهد بود.

۳- در حال حاضر و براساس اعتبارات پیش‌بینی شده و مورد عمل در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی نیروی مسلح، حق سرانه بیمه درمان به شرح زیر است:

- کارمندان دولت حدود ۱۱۵۰ ریال (برمبنای حدود ۵/۳ میلیون نفر بیمه شده)  
- نیروهای نظامی و انتظامی حدود ۱۲۷۰ ریال (برمبنای حدود ۲/۳ میلیون نفر بیمه شده)

- مشمولین تأمین اجتماعی حدود ۱۹۰۰ ریال (برمبنای حدود ۱۴ میلیون نفر بیمه شده)

باتوجه به برآوردهای موضوع بند ۲ و با استفاده از اعتبار (۶۷۱ میلیارد ریالی) که مستقیماً از محل بودجه عمومی دولت در سال ۷۲ برای تأمین هزینه‌های درمانی کشور در قالب برنامه خدمات درمانی و برنامه بیمه کارمندان دولت و دیگر سازمانها و نهادهای دولتی و نظامی و انتظامی منظور خواهد شد، دولت توانایی لازم برای تأمین اعتبار لازم در حد سهم مشارکت و میزان تعهدات خود در قبال پوشش ۱۰۰ درصد گروههای تحت پوشش و حمایت را حداقل برمبنای سرانه ۳۰۰۰ ریال دارا می‌باشد.

۴- با توجه به اطلاعات کمی و

پوششی و محاسبات مالی جدول شماره ۲ و بررسی تحلیلی موضوع بند ۲ این گزارش، دولت می‌تواند اطمینان کافی از توان خود برای تأمین منابع و گردش مالی اجرای طرح را حاصل نماید و به تبع اقدامات خود برای حذف سوبسیدهای پنهان و اعمال سیاست آزادسازی، از جمله در زمینه مصارف و اقلامی چون داروها، تجهیزات و ملزومات بیمارستانی و پزشکی، که موجب افزایش هزینه‌های خدمات درمانی می‌شود، نسبت به افزایش حق سرانه بیمه خدمات درمانی همگانی و در صورتیکه شرایط ایجاب نماید، تجدید نظر در سهم مشارکت خود مبادرت نماید.

۵- بررسی تحلیلی هزینه‌های خانوار شهری و روستایی و سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی در سبد هزینه خانوار نشان می‌دهد که در فاصله سالهای ۱۳۶۱ الی ۱۳۶۸ سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارهای شهری در کل هزینه‌های خانوار به طور متوسط ۴/۲۹٪ و سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارهای روستایی در کل هزینه‌های خانوار به طور متوسط ۳/۹۱٪ بوده است.

کل هزینه خانوار شهری در سال ۱۳۶۸، معادل ۲۰۸۶۱۳۸ ریال و کل هزینه خانوار روستایی در همین سال، معادل ۱۳۰۷۲۴۷ ریال اعلام شده است که با منظور داشتن حداقل ۱۰ درصد افزایش سالانه هزینه‌های خانوار، میزان هزینه‌ها در سال ۱۳۷۲ به



شرح زیر قابل برآورد است:

روستایی عبارت خواهد بود از:  
 - خانوار شهری سالانه ۱۳۱۰۳۰ ریال،  
 ماهانه ۱۰۹۱۹ ریال و سرانه ۲۲۲۸ ریال  
 - خانوار روستایی سالانه ۷۴۸۳۵  
 ریال، ماهانه ۶۲۳۶ ریال و سرانه ۱۲۲۳  
 ریال

- کل هزینه خانوار شهری ۳۰۵۴۳۱۲ ریال  
 - کل هزینه خانوار روستایی ۱۹۱۴۹۳۸ ریال

به این ترتیب، میزان هزینه‌های  
 بهداشتی و درمانی بیش از ۸۵ درصد از

با محاسبه میزان هزینه‌های بهداشت و  
 درمانی براساس میانگین سالهای ۶۱ الی  
 ۶۸، سهم هزینه‌های سالانه ماهانه و سرانه  
 بهداشتی و درمانی خانوارهای شهری و

جدول ۳- تصویر وضعیت تخصیص منابع برنامه خدمات درمانی

مصوب ۷۱		لایحه ۷۲			اعتبارات سازمانها و دستگاههای اجرایی	
جمع	درآمد اختصاصی	بودجه عمومی	جمع	درآمد اختصاصی		بودجه عمومی
۲۳۶۳۲۱	۹۰۶۵۰	۱۴۵۶۷۱	۳۴۵۵۳۹	۱۱۰۷۶۰	۲۳۴۷۵۹	دانشگاه علوم پزشکی
۱۲۹۳۵۳	۱۱۵۰۳۰	۱۲۳۳۲	۱۶۸۳۳۰	۱۴۵۰۳۰	۲۳۳۰۰	وزارت بهداشت و درمان و ردههای متمرکز
۱۴۴۶۴۵	-	۱۴۴۶۴۵	۲۵۸۴۸۰	-	۲۵۸۴۸۰	سازمانهای منطقه‌ای بهداشتی استانها
۵۶۵۰	-	۵۶۵۰	۱۷۷۵۰	-	۱۷۷۵۰	سازمان انتقال خون
۳۴۰۰	-	۳۴۰۰	۸۳۵۰	-	۸۳۵۰	کمیته امداد- ستادبازسازی سایر- آموزش و پرورش - سازمان زندانها
*۲۸۰۰۰	-	۲۸۰۰۰	۲۸۸۰۰	-	۲۸۸۰۰	مابه التفاوت نرخ ارز
۷۰۰۰۰	-	۷۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰	-	۱۰۰۰۰۰	بیمه خدمات درمانی
۶۱۷۳۶۹	۲۰۵۶۸۰	۴۱۱۶۸۹	۹۲۷۲۲۹	۲۵۵۷۹۰	۶۳۱۴۳۹	جمع کل
			%۵۰/۲	%۲۴/۴	%۶۳/۱	نسبت رشد به ۷۱
			۲۳۶		۲۳۶	اعتبارات عمرانی

\* رقم برآورد شده و غیر مطمئن است.

## زیارت

اجرائی در سال اول با درصدی از عدم تحقق مواجه خواهد گردید که این امر موجب کاهش و تعدیل بار مالی دولت به تناسب میزان عدم تحقق در سال و یا سالهای اول اجرای طرح خواهد شد.

ب: ارتباط و وابستگی اقتصادی مابین حق سرانه و تعرفه‌های خدمات پزشکی و درمانی از یکسو، اصول اداره اقتصادی و خودگردان بیمارستانها و مراکز تشخیصی و درمانی از سوی دیگر و نیز انتظار معقول و منطقی پزشکان و سرمایه‌گذاران و اداره کنندگان این گونه مراکز از کسب درآمد متناسب، الزام به بررسیها و تحلیلهای دقیقتری را در مراحل نهایی ایجاب می‌کند که اقدام به بررسی سازمان یافته برای انجام این مهم با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی و این سازمان در ۶ ماهه اول سال ۱۳۷۲ پیشنهاد و توصیه می‌شود.

۱۳- محدودیتها و مشکلات اجرایی احتمالی اقدام به استقرار نظام بیمه خدمات درمانی همگانی و اقدامات اجرایی آن در هر یک از مقاطع زمانی (آغاز سال ۱۳۷۲ و یا آغاز سال ۱۳۷۳) و تعمیم بیمه همگانی در فاصله یکسال یا ضریب پوششی حداکثر جامعه هدف (اقشار آسیب‌پذیر و روستاییان) قطعاً محدودیتها و مشکلاتی را در مراحل اجرایی درپیش رو خواهد داشت که با اتخاذ تدابیر و تمهیدات و آماده‌سازی مقدمات و موجبات اجرایی، می‌توان دامنه و

جمعیت کشور که تقریباً تمام روستاییان، کارمندان دولت، نیروهای نظامی و انتظامی و اقشار آسیب‌پذیر را شامل می‌شود. در نظام بیمه خدمات درمانی همگانی افزایش نخواهد یافت و سهم مشارکت آنان پرداخت حق سرانه بیمه درمان به مراتب کمتر از وضعیت فعلی خواهد بود.

۱۵ درصد باقیمانده از جمعیت علی‌الاصول صاحبان حرف و مشاغل آزاد را شامل می‌گردند که اکثریت آنان در دهک درآمدی نهم و دهم قرار می‌گیرند و از توانمندی کافی برای تحمل و پرداخت حق بیمه سرانه خود و خانوار خود برخوردار هستند.

۶- توجه به نکات زیر رادر بررسی توان اجرایی دولت و سازمانهای مسئول در امر تعمیم بیمه خدمات درمانی همگانی یادآوری می‌نماید:

الف: مسلماً تعمیم و پوشش صد درصد جمعیت هدف و گروهها و اقشار تحت حمایت دولت در ماههای اول و احتمالاً در سال اول اجرای طرح به لحاظ:

- شرایط اجتماعی و فرهنگی مردم
- فرصت زمانی لازم برای تشخیص و تعیین اقشار آسیب‌پذیر
- امکانات دسترسی و دستیابی
- جمعیت، علی‌الخصوص جمعیت روستایی به مراکز خدمت رسانی
- دیگر محدودیتهای مدیریتی و اجرایی
- امکان پذیر نخواهد بود و ضرورتاً اقدامات پوششی جمعیت و عملیات

واگذاری به سازمان تأمین اجتماعی و هلال احمر تا قبل از پایان سال.

۶- الزام به ایجاد سیستمهای مکانیزه در نگهداری و به هنگام سازی اطلاعات بیمه‌شدگان و نظارت و کنترل بر خدمات پزشکی، در وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، شورایعالی و سازمان تأمین اجتماعی با استفاده از تکنولوژی اطلاع رسانی.

۷- تهیه و تدوین آئین‌نامه اجرایی نحوه مدیریت و اداره اقتصادی بیمارستانهای دولتی تا قبل از واگذاری و یا فروش آنها به بخش غیردولتی و نظارت بر کیفیت و کیفیت خدمات در بیمارستانهای واگذاری

۸- تشکیل شورایعالی برنامه‌ریزی و نظارت بر امر بیمه خدمات درمانی همگانی به منظور ایجاد هماهنگی و تعیین خط مشی‌های منسجم در مدیریت اجرایی، پس از تصویب لایحه.

۹- بررسی و تعیین و اعلام حدود و شمول فعالیتها و خدمات بهداشتی رایگان که در چارچوب مراکز و امکانات شبکه‌های بهداشتی کشور انجام و ارائه می‌شود با نظامات و خدمات بیمه‌ای و تشخیص و تسجیل نحوه ارتباطات و وابستگی‌ها و هماهنگی‌های لازم در مراعات اصول خدمات پزشکی مراقبتهای بهداشتی اولیه با توجه به ضرورت استقرار و اعمال سیستم ارجاع در نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور.

۱۰- پیش‌بینی و اقدام به تهیه دفترچه‌های بیمه خدمات درمانی در اندازه

ابعاد آن رایبه حداقل ممکن کاهش داد، چه در غیر آن، امکان موفقیت طرح پیشنهادی به شدت ضعیف و احتمالاً غیرممکن خواهد بود

یادآوری و انعکاس موارد زیر با فرض شروع اقدامات اجرایی در سال ۱۳۷۲ تأکیدی است بر ضرورت توجه و دقت کافی در برنامه‌ریزی سازماندهی و مدیریت اجرایی طرح قبل از اقدام به اجرا و تعمیم آن:

۱- تدوین لایحه و تصویب قانونی آن حداکثر تا پایان مهرماه ۷۲ و اقدام به تشکیل شورایعالی امور بیمه درمانی.

۲- پیش‌بینی اعتبار لازم برای پوشش بیمه اقساط تحت حمایت دولت شامل:

- مستخدمین دولت نیروهای

نظامی و انتظامی

- اقساط آسیب‌پذیر

- روستاییان

در قالب ردیفهای اعتباری مستقل در قانون بودجه سال ۷۲

۳- پیش‌بینی و تأمین اعتبار حدود ۲۵ تا ۳۰٪ اعتبار مصوب سال ۷۱ برنامه خدمات درمانی (به عنوان تنخواه گردان بیمارستانهای خودگردان در سال ۷۲) در قالب برنامه خدمات درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۴- بررسی و تعیین و تصویب تعرفه خدمات درمانی در فاصله ماههای بهمن تا اسفند و تشخیص خدمات سطح مناسب و سطح مطلوب جهت روشن شدن تعهدات بیمه‌گر و انتظارات بیمه شده.

۵- تعیین تکلیف بیمارستانهای

جامعه هدف تا قبل از پایان سال.

۱۱- پیش‌بینی نحوه و روش دستیابی و تحصیل حق بیمه از جوامع هدف، علی‌الخصوص روستاییان و عشایر و صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی آنها در اولین مراجعه به مراکز و سازماندهی اجرایی آن.

۱۲- اقدام به تهیه و اجرای برنامه‌های آموزشی جامعه و فراگیر برای اطلاع و آگاهی جمعیت با استفاده از امکانات و وسایل ارتباط جمعی، مراکز بهداشتی و درمانی و مدارس کشور.

۱۳- اقدام به تجهیز نیروی انسانی برای آمادگی در اقدامات مربوط به تعمیم بیمه و صدور دفترچه با استفاده از کادرهای بهداشتی شاغل در خانه‌های بهداشت، مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی و مدارس.

۱۴- اقدام به آموزش کوتاه مدت مدیران و کادرهای اجرایی بیمارستانها و شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور و فراهم سازی مقدمات انتخاب هیئتهای اداره کننده بیمارستانها (هیئت مدیره و هیئت عامل).

۱۵- ایجاد دوره‌های تربیت مدیران خدمات بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی در سطح کارشناسی ارشد و کارشناسی در دانشگاههای علوم پزشکی.

۱۶- تهیه و تصویب ضوابط و موازین قانونی برای اعمال نظارت و کنترل بر رعایت کامل تعرفه‌های خدمات پزشکی سرپایی و بستری در کلیه مراکز ارائه

خدمات بهداشتی و درمانی و تولیدکنندگان و ارائه دهندگان خدمات، اعم از اشخاص حقیقی و یا شخصیت‌های حقوقی و مقابله قانونی با موارد تخلف و متخلفین با همکاری سازمان نظام پزشکی و دستگاه قضایی.

۱۷- تهیه و تصویب آئین‌نامه نحوه اعطای تسهیلات بانکی ارزان بهره و طولانی مدت و تسهیلات مالیاتی به شخصیت‌های حقیقی و حقوقی، که در امر ایجاد و اداره بیمارستانها و کلینیکهای تخصصی سرمایه‌گذاری نموده و یا خواهند کرد و همچنین هیئت مدیره و صاحبان سهام بیمارستانهایی که در اجرای مفاد این قانون به صورت خریداری و یا اجاره و اجاره به شرط تملیک اداره آنها را به عهده گرفته‌اند، با همکاری بانک مرکزی، وزارت امور اقتصادی و دارایی، سازمان برنامه و بودجه تا قبل از پایان سال.

۱۸- عدم اقدام به آغاز عملیات اجرایی و اعلام طرح تا قبل از تصویب کلیه مصوبات و آئین‌نامه‌های موضوع این قانون.

۱۹- تلاش در بررسی، طراحی و تدوین نظام تأمین اجتماعی کشور و تصویب آن.