

بیمه درمان نیاز جدی مردم

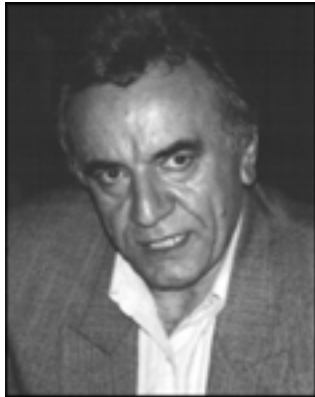


میزگرد

اشاره :

دربر گرفتن تمامی مراحل زندگی انسان از تولد تا مرگ و نیز مخاطب قراردادن کلیه افراد جوامع انسانی، دو ویژگی اساسی بیمه درمان است که این رشته را از سایر رشته‌ها ممتاز می‌سازد. با توجه به اهمیت این رشته، در بخش میزگرد شماره قبل با حضور کارشناسان میهمان، ساختار بیمه‌های درمان را در سطح صنعت بیمه مورد بررسی قرار دادیم. به منظور تکمیل این مبحث، در این شماره بررسی بیمه درمان را در سطح سازمان‌های متولی بیمه درمان پی‌می‌گیریم.

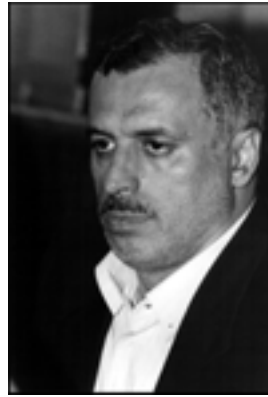




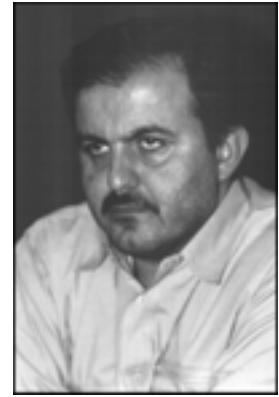
هدایت ... رضایی



مصطفی خسروی



مهدی شاکرین



عبدالله روشن

دوره عالی بیمه‌های اجتماعی در داخل و خارج کشور.

○ سوابق اجرایی: بازنشسته سازمان تامین اجتماعی با سوابق: مسؤول شعب مختلف تامین اجتماعی، مدیر نواحی مختلف بهداشتی و بهزیستی استان تهران، کارشناس ارشد منطقه استان تهران، سرگروه حسابرسی نیوفرم، کارشناس رسمی دادگستری در رشته بیمه‌های اشخاص، در حال حاضر مدیر عامل و عضو هیأت مدیره شرکت خدمات بیمه داناتوانا.

○ تألیفات و تحقیقات: تألیف مقالات بیمه‌ای در ماهنامه انجمن تاسیسات و برودت .

توسعه . سوابق اجرایی: حدود بیست

سال فعالیت در قسمت‌های فنی شرکت بیمه در زمینه‌های مختلف مدیریتی بیمه‌های اشیاء و اشخاص، کارشناس رسمی دادگستری در بیمه‌های اشیاء و اشخاص، عضو هیأت مدیره (از سال ۶۸) و معاون فنی بیمه آسیا.

● مصطفی خسروی

○ تحصیلات: فوق لیسانس مهندسی کشاورزی - آبخیزداری .
○ سوابق اجرایی: مدیرکل کشاورزی و رییس سازمان کشاورزی تعدادی از استان‌های کشور، مدیر کل رفاه، مشاور و قائم مقام معاونت زراعت.
○ تألیفات و تحقیقات: تدوین مقالات تخصصی در زمینه‌های کشاورزی - بیمه‌ای - درمانی و ورزشی، تدوین طرح‌های رفاهی در امور بیمه‌ای درمان و عمر و حادثه.

● هدایت ... رضایی
○ تحصیلات: لیسانس اقتصاد، طی

● عبدالله روشن

○ تحصیلات: دکتری طب (متخصص جراحی مغز و اعصاب).

○ سوابق اجرایی: رییس دفتر اسناد پزشکی سازمان تامین اجتماعی استان کرمانشاه، رییس دفتر اسناد پزشکی سازمان مرکزی تامین اجتماعی.

○ تألیفات و تحقیقات: پژوهش در زمینه المانهای موجود در شیر مادر و تأثیر آن در رشد کودک، دوره تخصصی نقش کمپرن سیستم انستوتی در اتکام بیماران ترمایی.

● مهدی شاکرین

○ تحصیلات: لیسانس بیمه‌های بازرگانی .

آسیا: بیمه درمان یکی از رشته‌های پراهمیت بیمه‌ای است که با هدف ایجاد تأمین اجتماعی، محور فعالیت خود را در برابر خطر بیماری سازماندهی نموده است. به منظور آگاهی خوانندگان محترم فصلنامه آسیا در شماره پیش ساختار فعالیت بیمه درمان در گستره صنعت بیمه مورد بررسی قرار گرفت. در نشست امروز با هدف ادامه و تکمیل مباحث میزگرد قبل به بحث پیرامون مسایل بیمه‌های درمانی در سطح کشور می‌پردازیم.

به عنوان مقدمه بحث و برای انتقال دستاوردهای نشست قبل، از آقای شاکرین تقاضا می‌شود، خلاصه‌ای از موضوعات مورد بحث در میزگرد شماره قبل را ارائه نمایند.

آقای شاکرین: بنده ابتدا خدمت همه سروران که لطف کردند و تشریف آوردند خوشامد می‌گویم. همانطور که اشاره شد، میزگرد قبل راجع به بیمه‌های درمانی بود و آقایان: دکتر معمارزاده - مدیرعامل بیمارستان جم، دکتر معادی از سازمان نظام پزشکی، دکتر عزیزپور از پزشکان معتمد بیمه آسیا و جناب ایثاری که از صاحب‌نظران مسائل بیمه‌ای و رییس گروه بیمه دانشکده امور اقتصادی هستند و بنده در آن حضور داشتیم. در نشست مذکور تاریخچه‌ای از بیمه‌های درمان مطرح شد. بیمه درمانی که در حال حاضر توسط شرکت‌های بیمه ارایه می‌شود، بیمه درمان گروهی است. شرکت‌های بیمه باتوجه به امکانات خود در بیمه‌های درمان انفرادی فعالیت ندارند. شورای عالی بیمه چند سال قبل فعالیت در بیمه درمان انفرادی را تصویب کرد، اما از طرف شرکت‌های بیمه به دلیل مسائل و مشکلات، همچنین عدم وجود امکانات کافی، به جز یک شرکت بیمه که برای مدت



● شاکرین: بدیهی است با توجه به تعداد زیاد بیمه‌شدگان و افزایش تقاضای روافزون آن و همچنین نگهداری سقف و محدودیت‌های قرارداد، به جز استفاده از رایانه، این رشته نمی‌تواند توسعه مطلوبی داشته باشد

کوتاهی در بیمه‌های درمان خانواده به صورت محدود فعالیت کرد، اقدام دیگری صورت نپذیرفت. در نتیجه فعالیت عمده شرکت‌های بیمه بازرگانی، بیمه‌های درمانی گروهی آن هم از نوع بیمارستانی است. البته به طور عملی می‌بایست اظهار داشت، در این رشته انواع پوشش‌های سرپایی، حتی پوشش‌های دندانپزشکی و هزینه‌های درمان سرپایی قابل ارایه است، ولی به خاطر مشکلاتی که به ویژه در بیمه درمان سرپایی مطرح است، بیمه‌گرهای ایرانی به صورت محدود در این رشته فعالیت می‌نمایند.

شورای عالی بیمه در سال ۱۳۷۰ اولین مقررات بیمه‌های درمان گروهی مکمل - یعنی بیمارستانی - را تصویب کرد و براساس آن شرکت‌های بیمه بازرگانی رسماً اجازه یافتند تا در بیمه‌های درمان بیمارستانی فعالیت کنند. البته قبل از آن، شرکت‌های

بیمه کمابیش به خاطر جلب رضایت بیمه‌گذاران خود در بیمه‌های درمانی فعالیت می‌کردند، اما دامنه آن گسترده نبود. باتوجه به ضرورت امر درمان و افزایش هزینه‌ها، بیماران با مشکلات بیشتری مواجه می‌شدند. از سال ۱۳۷۰ به بعد تقاضا در رشته بیمه درمان فزونی گرفت. در نتیجه شورای عالی بیمه در سال ۱۳۷۰ اولین مقررات را تصویب کرد. در سال ۱۳۷۵، مجدداً اصلاحیه‌ای تصویب گردید که تغییراتی را از لحاظ مقررات در بیمه‌های درمانی گروهی ایجاد نمود.

فعالیت شرکت‌های بیمه در این زمینه باتوجه به امکانات محدود آنها به هزینه‌های بیمارستانی محدود می‌شود. به جهت تقاضای روزافزون در امر بیمه درمان این شرکت‌ها با مشکلاتی روبرو هستند و این مسأله نسبت به گذشته رشد قابل ملاحظه‌ای را در پرتفوی آنها ایجاد کرده است. به عنوان مثال حدود ده سال قبل بیمه‌های درمان یک یا دو درصد پرتفوی بیمه آسیا را هم تشکیل نمی‌دادند، ولی این نسبت در حال حاضر به حدود هشت درصد رسیده است. یعنی این‌که سهم بیمه درمان در پرتفوی شرکت چندین برابر شده است این نسبت در شرکت‌های بیمه دیگر هم همین‌طور است. بنابراین تمام شرکت‌های بیمه در امر درمان فعال شدند و تجربه‌های نسبتاً ارزنده‌ای را در این زمینه کسب کردند، یکی از کارهای خوبی که شرکت‌های بیمه از جمله شرکت بیمه آسیا کرده است، انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های مختلف است. مشکل اساسی بیمه‌گذارها در مورد هزینه‌های بیمارستانی این بود که نمی‌توانستند مستقیماً مبالغ هزینه‌های درمانی را به بیمارستان پرداخت نمایند، لذا شرکت‌های بیمه از جمله بیمه آسیا چند سالی است که با تعداد زیادی از بیمارستان‌ها قرارداد تنظیم کرده که براساس

آن بیمه شده‌ها به بیمارستان‌ها معرفی می‌شوند و دیگر لزومی به پرداخت هزینه به طور مستقیم وجود ندارد و بیماران صرفاً می‌بایست سهم خود از خسارت (فرانشیز) را پرداخت کنند. این موضوع توانسته است تا اندازه‌ی زیادی مشکلات بیمه شده‌ها را حل کند. این قراردادها علاوه بر بیمارستان‌های دولتی - که موارد آن هم محدود است - با تعداد زیادی از بیمارستان‌های خصوصی نیز منعقد شده است. البته این قراردادها مشکلاتی هم دارند که در میزگرد گذشته توسط آقایان دکتر معمارزاده، دکتر عزیزپور و دکتر معادی مورد بحث قرار گرفت و همگی متفق‌القول بودند که این طرح بسیار خوبی است و توانسته است بسیار مفید باشد. اخیراً بیمه آسیا به این ترتیب عمل می‌کند که تعدادی از گروه‌های کارشناسی به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند و در بیمارستان به بررسی پرونده‌ها و هزینه‌ها می‌پردازند. مشکل دیگری که پزشکان مطرح می‌کردند این بود که در بیمارستان‌های با درجات مختلف، حق‌الزحمه پزشکان باید یکسان باشد، ولی عملاً اینطور نیست. آقای دکتر معادی به درستی اشاره کردند که طبق مقررات فرض کنید، حق‌الزحمه جراحی آپاندیسیت در بیمارستان درجه یک یا دو نباید فرقی کند. البته هزینه Hoteling و مخارج اتاق عمل جداست و بستگی به درجه بیمارستان دارد. ولی حق‌الزحمه جراح باید یکسان باشد. اما عملاً می‌بینیم که اینطور نیست. در نتیجه در انطباق تعرفه‌ها و بررسی قراردادها، این مسائل می‌تواند مشکلاتی را به وجود بیاورد.

عدم انطباق شرح عمل با تشخیص پزشک معتمد بیمه‌گر مشکل دیگری بود که در جلسه قبل مطرح شد.

با وجود چنین مشکلاتی، این قراردادها تا اندازه‌ی قابل توجهی توانسته‌اند مشکلات را حل کنند. در این زمینه مشکلی که وجود دارد و آقای دکتر روشن باید برای حل آن کمک کنند، مسائلی است که ما با بیمه‌های درمانی و تأمین اجتماعی داریم. چرا که بیمه‌نامه‌های ما بیمه‌نامه‌های مکمل می‌باشند ولی عملاً اکثر هزینه‌ها را شرکت‌های بیمه می‌پردازند. به عبارتی حدود ۲۰ درصد یا ۳۰ درصد هزینه‌ها را بیمه‌های اجباری می‌پردازند و به تعبیری آنها مکمل هستند! و مبلغ کمتری را می‌پردازند. در هر صورت بیمه شده - که اکثراً بیمه‌شده بیمه‌های اجباری هم است - برای دریافت یک خسارت حداقل باید به دو مؤسسه مراجعه کند که همین مراجعه به دو سازمان ممکن است بیمه شده را دچار سرگردانی نماید. البته در یک برهه تأمین اجتماعی با ما همکاری خوبی داشت؛ بیمه آسیا تمام اسناد و مدارک را از بیمه شده‌ها دریافت می‌کرد و به جای بیمه شده، به تأمین اجتماعی مراجعه می‌شد. در بیمه‌های درمان هم مانند هر رشته دیگر هر قدر تجربه بیشتری داشته باشیم، مشکلاتمان کمتر خواهد بود. نتیجه مشخصی که از میزگرد گذشته گرفتیم این بود که هر قدر هماهنگی و ارتباط بین طرفین درگیر - بیمه‌گذار یا بیمه‌شده، بیمارستان‌ها و مراکز پزشکی - بیشتر باشد، مشکلات کمتر است. در میزگرد گذشته به این مطلب هم اشاره شد که بعضی از بیمه‌گذارها توجیه نیستند و تصورات نادرستی دارند. مثلاً بیمه‌گذار پوششی را تا سقف یک میلیون تومان خریداری می‌کند، او به این سقف توجه می‌کند، ولی به توضیحات و بندهای ذیل آن توجه نمی‌کند و نمی‌داند که در همین یک میلیون تومان بعضی از اعمال جراحی تنها تا

۲۰۰ هزار تومان پوشش دارند. بنابراین هر اندازه مسائل برای بیمه‌گذار روشن شود، مشکلات کمتری پیش می‌آید و نتیجه بهتری عاید می‌شود. همچنین اگر کارکنان بیمارستان‌ها خوب توجیه شده و بتوانند همکارانشان را هم در این زمینه توجیه کنند. بسیار مثرتر خواهد بود.

انعقاد این قراردادها برای بیمارستان‌ها هم کار مثبتی است و باتوجه به تعرفه‌ها و هزینه‌هایی که وجود دارد، اگر بیماری فاقد پوشش بیمه‌ای باشد، شاید به سختی بتواند به مراکز درمانی خصوصی مراجعه کند، ولی اگر بیمه‌شده باشد، مسأله هزینه‌هایش تا اندازه‌ی زیادی حل شده است. لذا خود آقایان هم اذعان داشتند که انعقاد این قراردادها برای بیمارستان‌ها هم سودآور است. بنابراین منطقی است که بیمارستان‌ها یا مراکز درمانی در این مورد همکاری خوبی داشته باشند.

نتیجه دیگری که از میزگرد گذشته حاصل شد این بود که بهتر است برای سر و سامان دادن به امر درمان، اصولاً ارتباط مالی بیمار و پزشک با مراکز درمانی را قطع کنیم که البته موقعیت ایده‌آلی است.

مطلب دیگر جهش و افزایش دانش فنی است. بیمه درمان رشته‌ای است که تخصص خودش را می‌خواهد. طبیعی است که بیمه‌گرهای مجرب و باتجربه مسائل و مشکلات کمتری دارند. در میزگرد قبل تأکید شد که نمونه بارز آن در زمینه امکانات، استفاده از رایانه و خدمات ماشینی است. بدیهی است با توجه به تعداد زیاد بیمه‌شدگان و افزایش تقاضای روزافزون آن و همچنین نگهداری سقف و محدودیت‌های قرارداد، به جز استفاده از رایانه، این رشته نمی‌تواند توسعه مطلوبی داشته باشد.



از مطالب دیگری که در آن نشست عنوان شد بحث شبکه فروش است. بیمه آسیا برای توسعه این رشته بیمه‌ایی از شبکه خدمات و فروش و نمایندگی‌اش استفاده می‌کند. اکثر شرکت‌های نمایندگی در بیمه آسیا در حال حاضر اجازه صدور این بیمه‌نامه را دارند و مدتی است که بررسی و پرداخت خسارات را هم انجام می‌دهند. این می‌تواند به تسریع در امر پرداخت کمک کند. با توجه به اهمیت بیمه‌های درمانی، مسأله دوری از تشریفات اداری و سرگردانی بیمه‌شدگان و تسریع در امر پرداخت مورد توجه قرار گرفته است. در شرکت‌های بیمه این به عنوان یک مثل جا افتاده که اگر به بیمه‌شده‌ای (البته منظور این نیست که کمتر از حقتش بدهیم، به هیچ وجه) یک مقداری جزئی، خسارت کمتری بدهی، ولی آن را سریع‌تر و به موقع، آنقدر نارضایتی ندارد که طول دادن در پرداخت خسارت موجب نارضایتی می‌شود. لذا در بیمه‌های درمان هم که با هزینه‌های ملموس و روزمره سر و کار دارد، تسریع در امر پرداخت حتماً مورد توجه بیمه‌گذارها و بیمه‌شده‌ها است. در همین جهت، شرکت بیمه آسیا به شرکت‌های نمایندگی خود علاوه بر اجازه صدور و فروش، اجازه بررسی و پرداخت هزینه‌های درمانی را هم داده است.

آسیا: سازمان تامین اجتماعی یکی از متولیان مهم بیمه درمان کشور است. بدیهی است سابقه و حجم فعالیت این سازمان، تجربه‌های ارزنده‌ای را برای دست‌اندرکاران رشته بیمه درمان فراهم آورده است. از دکتر روشن درخواست می‌شود مسایل و مشکلات بیمه‌های درمان کشور را مطرح نمایند.

دکتر روشن: من به سهم خود از این که در جمع شما عزیزان هستم، اظهار خرسندی



● دکتر روشن: وظیفه نظارت کیفی برای درمان در کشور ما مورد غفلت واقع شده است. چنانچه بخواهید یک سیستم نظارت برای جریان درمان بگذارید، خواهید دید از جاهای مختلف با اعتراض‌هایی مواجه می‌شوید

می‌کنم. سؤالی که مطرح شد سؤال گسترده‌ای است و پاسخ به آن لزوماً به وقت زیادی نیاز دارد. لذا سعی می‌کنم با توجه به محدودیت زمان، مسایل مورد نظر را مطرح نمایم. نکته حایز توجه این است که از کدام مدخل وارد بحث درمان شویم؟ من با این سؤال بحث را شروع می‌کنم که مشکلات بیمه‌های درمانی چیست؟ اصلاً بیمه‌ها در امر درمانی چه موقعیتی دارند؟ در آمار و ارقام گفته می‌شود که بیش از ۹۰ درصد از مردم این کشور تحت پوشش بیمه درمان قرار دارند، البته با بیمه روستاییان. ولی مردم بار درمان را خیلی بیشتر از آن حدی که انتظار می‌رود، به دوش می‌کشند. علی‌رغم بیمه بودن ۹۰ درصد مردم این کشور، بار درمانی بسیار بالاتر از حد انتظار بر دوش مردم است. این مسأله نشان می‌دهد که موفقیت بیمه‌ها

در کشور ما چقدر می‌تواند مؤثر باشد. میزان تعهد بیمه‌ها، می‌تواند دلیلی بر این میزان اثر باشد. بیمه‌ها چه مقدار از تعهدات درمانی را بر عهده می‌گیرند؟ میزان رضایت‌مندی مردم از این تعهدات چقدر است؟ چون گاهی متولیان بیمه به لحاظ تئوریک تعهداتی را بر عهده می‌گیرند ولی ممکن است در انجام آن خیلی موفق نباشند. این موضوع مشخص می‌کند که بیمه‌ها چقدر مورد استقبال گروه‌ها و اقشار جامعه هستند. پزشکان داروخانه‌ها و بیمارستان‌ها چقدر از بیمه استقبال می‌کنند؟ چه مشکلاتی تفاوت استقبال در تهران و شهرستان‌ها را به وجود می‌آورد؟

در خصوص هزینه‌های درمان آقای شاکرین فرمودند، چرا در دو بیمارستان درجه یک و دو اختلاف دریافت وجود دارد؟ من می‌گویم در دو بیمارستان درجه یک، اصلاً می‌گویم در یک بیمارستان توسط دو جراح. حتی می‌شود گفت که در یک بیمارستان توسط یک جراح در دو عمل بر روی دو بیمار متفاوت، ولی در یک عمل یکسان، هزینه‌ها تفاوت چشم‌گیر دارد. شما بعضی وقت‌ها این تفاوت‌ها را غیر قابل باور می‌بیند. به بیان دیگر، تفاوت نرخ درمان در این کشور تا نسبت یک به صد هم مطرح است. مثلاً هزینه جراحی یک تومور مغزی در یک بیمارستان دولتی برابر با تعرفه مصوب وزارتخانه، مشخص است؛ ولی همین هزینه جراحی در یک بیمارستان خصوصی - که بالاخره از مریضش می‌خواهد تا حد ممکن هزینه درمان بگیرد- می‌تواند تا صد برابر آن هم باشد. اینها همان معذوراتی است که نمی‌شود در افکار عمومی و در تریبون‌های عمومی بیان کرد.

گاهی این توهم پیش می‌آید که ما بیمه‌گرانی را که اقشار خدوم جامعه هستند، متهم به این می‌کنیم که به شرایط مردم

توجه ندارند و می‌خواهند جنبه‌های مادی قضیه را در نظر بگیرند. ولی واقعاً این‌گونه نیست. شما در همین تهران می‌توانید تفاوت‌ها را کاملاً احساس کنید، آیا ما نباید هیچ کنترلی بر تعرفه‌ها داشته باشیم؟ سیستم‌های کنترل کننده و سیستم‌های نظارتی کجا هستند؟ آیا وظایفشان را انجام می‌دهند؟ مرضی که مضطربست حق انتخاب ندارد و به اولین پزشکی که مراجعه کرد تقاضای درمان فوری می‌کند و پزشک نیز هزینه‌ای را برایش مطالبه می‌نماید، در چنین شرایطی آن هزینه تحت هر موقعیتی پرداخت می‌شود. چه کسی نظارت می‌کند که آیا این هزینه واقعی بوده است؟ آیا کنترلی بر این مسایل هست؟ می‌گویند اگر شکایتی شود رسیدگی می‌شود ولی چند درصد از مردم امکان آن را دارند که شکایت کنند؟ آنهایی که نتیجه مثبت می‌گیرند هم معمولاً مأخوذ به حیا می‌شوند و از حق خود می‌گذرند، تعرفه‌های جدید و مبالغ جدید خود به خود سطح قیمت‌ها را بالا می‌برد و این سطح را در قیمت‌های بالا تثبیت می‌کند. بیمه‌های مکمل از این نظر کمک کننده به ارتقای قیمت هستند. حالا ممکن است بگویند تعرفه‌های مصوب دولتی فقط در مراکز دولتی رعایت می‌شود، ما وارد این بحث نمی‌شویم چون در حوزه تصمیم‌گیری شورای عالی بیمه، هیأت محترم وزیران و وزارت بهداشت و درمان قرار دارد. سازمان‌های بیمه‌گر موظفند مصوبات آنها را اجرا کنند، ولی قطعاً این تعرفه‌ها در خارج از مراکز دولتی رعایت نمی‌شود.

عدم سطح‌بندی خدمات درمانی نیز معضل دیگری است که بیمه‌ها تاوان آن را می‌پردازند. آیا هر مرکز درمانی یا هر پزشک، هر نوع خدمتی را می‌تواند ارائه کند؟ یعنی یک پزشک عمومی می‌تواند برای یک بیمار

تقاضای MRI کند؟ بعضی از آزمایش‌های گران قیمت باید توسط چه کسانی درخواست شود؟ داروهایی که امروز بعضاً تا یک میلیون تومان قیمت دارند، توسط چه کسانی می‌تواند درخواست شود؟ این سطح‌بندی در کشور ما انجام نشده، یا اگر هم تلاش‌هایی برای این کار شده با مخالفت‌های جدی مجامع مختلف روبرو شده است. این مسایل در مورد بیماران، داروها و آزمایش‌های غیرضروری و خدمات پاراکلینیکی غیر لازم، با انگیزه‌های بسیار متفاوت انجام می‌شود و بار هزینه‌ای را که برای بیمه شده و سازمان‌های بیمه‌گر ایجاد می‌کند، خیلی زیاد است. چنانچه بخواهید یک سیستم نظارت و کنترل برای این جریان بگذارید، خواهید دید از جاهای مختلف با اعتراض‌هایی مواجه می‌شوید که آیا شما در علم پزشکان شک دارید؟ این که یک پزشکی دعوت شده و نسبت به نسخه‌ای مورد سوال واقع شود، در کشور ما جا نیفتاده است. وظیفه نظارت کیفی برای درمان مورد غفلت واقع شده است. سؤال کردن در مورد بیماران بستری بسیاری مواقع نوعی اهانت تلقی می‌شود. اگر شما پرونده‌ای را بخوانید، محتویات آن و اقدامات انجام شده را بررسی کرده و بگویید این اقدام مطابق این شرح عمل یا مطابق این بیماری صورت نگرفته یا احتمالاً سوالاتی را در این زمینه مطرح کنید، این را به معنای توهین به جامعه پزشکی در نظر می‌گیرند. این فرهنگ جا نیفتاده که بیمه‌گر یا بیمار و همه سیستم‌هایی که نقش نظارتی را بر عهده دارند حق دارند سوال کنند. البته صحیح است که حق دخالت در امر درمان را ندارند، یعنی اجازه ندارند که بگویند که شما این‌طور عمل کنید یا با این اقلام دارویی و با این میزان هزینه درمان کنید. بلکه پزشک مطابق تشخیص و مسؤولیت خودش اقدام

می‌کند. ولی قطعاً حق دارند در مورد مراحل انجام کار سؤال داشته باشند. خود این مسأله درصد قابل ملاحظه‌ای از هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر را تشکیل می‌دهد. برای درک بهتر مطلب کافی است که ما به انبارها و قفسه‌های خانه‌ها مراجعه کنیم. همین الان در خانه‌ها مقدار زیادی داروی استفاده نشده وجود دارد. معنای این مسأله این است که یک جای کار اشکال دارد؛ یایک دارو نباید نوشته می‌شد و اگر نوشته شده باید استفاده می‌شد. یا بیش از حد مورد نیاز نوشته شده است و به هر دلیل داروهای استفاده نشده در قفسه خانه‌ها انباشته شده و در کنار آن کمبود شدید دارو در مقطعی از زمان در بازارهای دارویی ما ایجاد می‌شود. آن فراز با آن نشیب باید جبران بشود. یک مدیریت درمانی خوب باید طوری برنامه‌ریزی کند که ما نه در خانه‌ها داروی اضافه داشته باشیم و نه در داروخانه‌ها کمبود دارو داشته باشیم.

هزینه روزافزون داروها نیز مشکل دیگری است. هر یارانه‌ای که دولت بابت دارو می‌دهد، عملاً از سهم قسمت‌های دیگر توسعه کم می‌کند. چون دارو را نمی‌توان معطل گذاشت و جالب این که مسأله ارزانی دارو در کشور ما نسبت به کشورهای مجاور، باعث می‌شود که این داروها - بخصوص آنهایی که با کمک دفترچه‌های بیمه و با قیمت ارزان دریافت می‌شوند - به صورت قاچاق وارد کشورهای مجاور شود و منبع درآمدی باشد. این موضوع با یک کنترل دقیق و یک تشریک مساعی میان تمام کسانی که دست‌اندرکار امر درمان هستند، قابل حل است. ما یک گوشه‌ای از این کار را در سازمان خودمان انجام داده‌ایم. این که می‌گوییم یک گوشه‌ای، واقعاً شرایط فرهنگی کشور اجازه یک کار گسترده در این زمینه را نمی‌دهد. من داخل



پرانتر عرض می‌کنم که شرایط فرهنگی را هم خود ما ایجاد کرده‌ایم و خودمان هم باید بر طرفش کنیم. اینها از جای دیگری نیامده است. آنقدر هم نباید به آن اصالت بدهیم که حالا فرهنگ شده و ما نمی‌توانیم به آن خدشه‌ای وارد کنیم. چنین چیزی نیست. اگر امروز بیماران ما علاقه دارند که با یک سبد پر از دارو از داروخانه‌ها برگردند، این فرهنگی است که ما ایجاد کرده‌ایم و خودمان موظف هستیم که اصلاحش کنیم. همان گونه که در این کشور مردم و مسؤولین تصمیم گرفتند رشد ۳/۵ درصدی جمعیت را کنترل کنند. چاره‌ای جز عزم ملی بر کنترل مصرف بی‌رویه از دارو و برخی خدمات پزشکی وجود ندارد. گوشه‌ای از این کار را ما در سازمان انجام دادیم علی‌رغم این که مخالفت‌هایی با این قضیه شده و می‌شود. اما با همکاری بسیار خوب پزشکان، نتایج قابل ملاحظه‌ای گرفتیم و پزشکان ترغیب شدند بدون این که هیچ‌گونه اجباری داشته باشند، فقط در توجیه و مصاحبه چهره به چهره در حدود ۲۵۰۰ مصاحبه - پزشکان مجاب شدند که وارد میدان شوند و مصرف دارو و هزینه‌ها را کنترل بکنند. پس بحث نظارت کیفی چیزی است که باید همه بیمه‌ها به آن بپردازند. در کشورهای پیشرفته هم بیمه دقیقاً این نقش را ایفا می‌کند. یعنی اجازه نمی‌دهد بیمار خودش تحت فشار قرار بگیرد. خدماتی را که باید به بیمار خود ارایه کند، می‌دهد ولی از خدمت‌دهنده حتماً سؤال خواهد کرد که آیا خدمت ضروری بود و چه مقدار از آن ضروری بوده و با چه کیفیتی؟ این وظیفه‌ای است که بیمه‌های ما انجام نمی‌دهند. موضوع دیگر سرمایه‌گذاری عظیمی است که در بخش‌های دولتی شده است. هیچ وقت برای بخش خصوصی مقرون به صرفه نیست که این سرمایه‌گذاری را انجام بدهد. برای نمونه در

بیمارستان‌های دانشگاه‌های ما ضریب اشغال تخت‌ها بسیار پایین است. چرا چنین بیمارستان‌هایی با این همه امکانات آخرین انتخاب مردم هستند؟ در حالی که این مراکز صلاحیت دارند. زمانی که رییس جمهور محترم بیمارمی‌شوند این بیمارستان‌ها به ایشان سرویس درمانی می‌دهند، بنابراین حتماً صلاحیتش را دارند که به اقشار دیگر مردم هم این سرویس را بدهند. نکته دیگر این که اکثر کادر درمان و پزشکان حاضر و فعال در بخش‌های دولتی و دانشگاهی، همان‌هایی هستند که در بخش‌های خصوصی کار می‌کنند. پس تفاوت نرخ‌ها نمی‌تواند به دلیل مهارت صرف پزشک و تفاوت آنها در این دو مرکز باشد. جالب این است که می‌بینیم در بسیاری از مواقع کادرهای درمانی رده پایین‌تر (پرستار و بهیار) هم در هر دوی این مراکز مشترک‌اند. پس رقابت بین بخش دولتی و خصوصی مانند مسابقه بین دو تیم فوتبال است که بازیکنان یک تیم (دولتی) به نفع تیم مقابل (خصوصی) توپ می‌زنند؛ نتیجه این مسابقه نیز از پیش معلوم است. پس باید ما دنبال این قضیه باشیم. چگونه است که یک مرکز با امکانات و تجهیزات بالا - که گاهی در بعضی از بیمارستان‌ها به میلیاردها تومان سرمایه می‌رسد - با کادر درمانی مشابه، این چنین در مقابل بخش‌های خصوصی که اکثراً فاقد درجات بالا هستند، این گونه صحنه را خالی می‌کنند؟ من قصد تضعیف مراکز خصوصی را ندارم بالاخره هر کس که در امر درمان تلاش می‌کند حتماً قصدش خدمت به مردم است. سرمایه‌گذاری در بخش درمان چندان سودآور نیست و بخش‌های سودآورتری وجود دارد، پس همین که عده‌ای در این امر سرمایه‌گذاری می‌کنند، قابل تقدیر است. ولی این تفاوت‌ها را هم نمی‌توانیم نادیده بگیریم.

بحث دیگری که لازم است مطرح بشود و آقای شاکرین به آن اشاره کردند، این است که هزینه‌های اجباری ۲۰ درصد تا ۳۰ درصد هزینه درمان را به دوش می‌کشند. بیمه‌های اجباری موظف هستند طبق تعرفه‌های مصوب پرداخت کنند. بالاخره این تعرفه‌های مصوب یا واقعی‌اند یا غیرواقعی، اگر واقعی‌اند باید همه آن را رعایت کنند و اگر غیرواقعی‌اند می‌بایست مراکز تصمیم‌گیرنده و مراجع ذیصلاح این هزینه‌ها را در حد واقعی یا نزدیک به واقعی تغییر بدهند و یا در کنار آن مزیت‌هایی را برای ارایه دهندگان این خدمات در نظر بگیرند که آنها هم بتوانند هزینه‌ها را طبق تعرفه‌های مصوب رعایت نمایند. ما قانوناً نمی‌توانیم بیشتر از تعرفه‌های مصوب، هزینه‌ای را پرداخت کنیم. اما تعدادی از همکاران ما در بیمه‌های دیگر - که آنها هم دولتی هستند یا به نوعی قوانین دولتی بر آنها حاکم است - این اجازه را دارند که چند برابر این هزینه‌ها را پرداخت نمایند. در حالی که به نظر من این مسأله مشکل را بیشتر می‌کند. چون اگر چنین مجوزی وجود دارد به بیمه‌گر اصلی هم این اجازه داده شود. ولی قطعاً یکی از عوارض این مجوزها - که جمعیت زیادی از کشور را شامل خواهد شد - افزایش هزینه درمان است. اگر من بتوانم یک بیمار را با ۷ K یا ۸ K درمان بکنم، دیگر توجهی به کسی که با K واحد با واحد جراحی مصوب بخواهد عمل بشود نمی‌کنم. چون بیشتر جامعه ما زیر پوشش این بیمه‌ها نیستند و احتمالاً نخواهند توانست از این پوشش‌ها استفاده کنند، در نتیجه اقشار محروم تحت فشار قرار می‌گیرند. همچنین در انتخاب درمان‌گرها و مراکز درمانی تأثیر می‌گذارد و خودبخود این افراد به حاشیه رانده می‌شوند





خسروی: دستگاه‌هایی که تجربه اجرایی امور درمانی را دارند، کار درمان به آنها محول شود و سازمان‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی تنها نظارت درمانی را به عهده بگیرند و بدین گونه خصوصی‌سازی نیز نموده‌ایم

می‌کنم. بسیاری از مسایلی که آقایان گفتند ناشی از مشغله زیادی است که بخش دولتی برای خودش در این جهت ایجاد کرده است. همان طور که آقای دکتر روشن اشاره کردند، بخش نظارت مساله‌ای است که می‌بایست به میزان کافی به آن توجه شده و بکار گرفته شود. در کنار این مساله استفاده از ظرفیت‌های بخش خصوصی است. برخی از مجموعه‌ها به نحوی از این قابلیت‌ها استفاده کرده‌اند و بهتر است در بخش بیمه نیز بدان توجه شود.

رشته تحصیلی من کشاورزی است و مدیر کشاورزی استان‌های محروم بوده‌ام و اولین مسؤولیتی که مرا به این صحنه کشاند، مسؤولیت اداره کل رفاه در وزارت کشاورزی بود. تنها تجربه‌ام تجربه اجتماعی‌ام است. بخش کشاورزی هم همان طور که می‌دانید با قشر عظیمی از مردم سروکار دارد. این

و متاسفانه شاهد یک تفاوت درجه‌بندی شهروندی خواهیم بود. اخیراً یکی از مراکز درمانی خیلی موجه اظهار داشته فقط بیمه‌شدگان آزاد، بیمه‌شدگان مکمل و نهایتاً اگر امکانی وجود داشت، بیمه‌شده‌های تأمین اجتماعی را می‌پذیرد. وقتی سیستم به گونه‌ای است که مراکز موظفانند درآمدهایشان را خودشان تأمین کنند، ناچار کار به اینجا می‌کشد. وقتی مراکزی با آن سوابق موجه به این نتیجه برسند، دیگر چه کسی می‌تواند در مقابل این تفاوت قیمت‌ها مقاومت کند؟ لذا شرکت‌های بیمه به عنوان یک رکن مهم و تکیه‌گاه موثر در امر درمان کشور، متأسفانه نتوانسته‌اند جایگاه خود را پیدا کنند و حتی این جایگاه بنا به دلایل زیادی تضعیف هم می‌شود. البته موارد بسیار گسترده‌تر و لایه‌های پنهان‌تری هم در مشکلات بیمه‌های درمانی وجود دارد که از حوصله این جلسه خارج است، ولی به هر حال من فکر می‌کنم که چاره کار را باید در سطح ملی جستجو کرد و به بسیاری از این نابسامانی‌ها و تفاوت‌های غیرقابل توجیه پایان داد.

آسیا: اگر بخواهیم شناخت دقیق‌تری از فعالیت‌های بیمه درمان داشته باشیم، می‌بایست از نظر بیمه‌گذاران این رشته نیز بیمه‌های درمان را مورد بررسی قرار دهیم. از آقای خسروی تقاضا می‌شود، از نگاه بیمه‌گذار در مورد مشکلات فراروی بیمه‌گذاران توضیح دهند.

آقای خسروی: از این نشست و چنین موضوعات مناسبی که در حقیقت در مسیر تکمیل و پویایی قرار دارد و همچنین از اظهارات آقایان تشکر می‌کنم. من جواب سؤال شما را در سه بخش تقسیم کرده‌ام. در بخش اول مسایل را از مسیرهای دولتی مرور کرده و پیشنهادهای خود را مطرح

تجربه و بضاعت اجتماعی کمک کرد تا در قالب اداره کل رفاه به نکاتی توجه کنم. در این جهت متوجه شدیم که یکی از نیازهای ضروری، بیمه درمان کارکنان است و با بکارگیری دانش‌های خاصی با استفاده از متولیان بیمه کشور، پوشش‌های خاصی را در این رابطه فراهم آوردیم و متعاقب بررسی‌های کامل و جامعی که به عمل آمد، از میان بیمه‌گران شرکت سهامی بیمه آسیا را به عنوان بیمه‌گر انتخاب کردیم و بدین ترتیب همکاری‌های لازم در مورد پوشش بیمه درمان کارکنان وزارتخانه آغاز شد. بخش تأمین ریالی حق بیمه که متشکل از سهم دولت و سهم دستگاه بود تعیین گردید.

در این میان به این نکته رسیدیم که مقررات بخش دولتی بسیار مقررات خوبی است و نمی‌توان گفت که نارسا یا دست‌وپاگیر است، بلکه ما در اجرا نارسایی داریم و ضابطان اجرایی درست عمل نمی‌کنند.

پوشش چندین میلیون جمعیت، خارج از توان یک دستگاه خدمات درمانی یا خدمات تأمین اجتماعی است. بلکه بیمه‌گرانی که تجربه پیدا کرده و در این زمینه پرورش یافته‌اند، می‌بایست از شرایط لازم جهت سرمایه‌گذاری برخوردار شوند. در این بخش اهمیت استفاده از ابزارهای خصوصی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

مصوبات سال‌های ۷۰ و ۷۵ شرایط مناسبی را فراهم می‌کنند. ماده ۳ ناظر بر ماده ۷ این قضاها کاملاً صراحت دارد و می‌گوید دستگاهی که توان این کار را دارد باید آزاد باشد و دونه‌م حق بیمه که سهم آن دستگاه است لحاظ بشود و خود دستگاه مجری باشد. در این رابطه مشکلاتی نیز مطرح است که آقایان اشاره کردند. عدم تطابق و یکنواختی تعرفه‌های درمان و عمل جراحی در بیمارستان‌های مختلف

یکی از این مشکلات است. به نظر من با وجود ماده قانونی که بدان اشاره شد، دستگاه‌ها می‌توانند پوشش‌های مناسبی را فراهم نمایند. به عنوان نمونه وزارت نیرو به شکل مناسبی این کارها را انجام داده است.

به نظر من مسأله نظارت مهم است. این نظارت می‌تواند نقایص را شناسایی کرده و با رفع آنها کیفیت و سرعت خدمات را افزایش دهد. ولی کارکنان این وزارتخانه در دهستان‌های دوردست سیستان و بلوچستان همان سرویسی را می‌گیرند که اتاق کنار دست آقای وزیر می‌گیرد.

در مورد مسایل و مشکلات سؤال شد، بنده عرض می‌کنم بدنبال انتخاب بیمه‌گر گفتگوها و مباحثات کارشناسی بسیاری که با مسؤولان بیمه آسیا صورت گرفت طرح‌ها و روش‌های مختلف تأمین درمان کارکنان تهیه و به مرحله اجرا گذارده شد. به دلیل بررسی‌های همه جانبه و پی‌گیری‌های مجدانه‌ای که صورت گرفت، ما در عمل با مشکلات بسیار کم و ناچیزی روبرو بودیم و مجدداً کارکنان وزارت کشاورزی در قالب این پوشش‌ها از مزایای مناسبی آن هم به شکلی سهل و آسان برخوردار شدند. معمولاً پرداخت‌ها بدون تأخیر صورت می‌گیرد. بیمارستان‌ها درست عمل می‌کنند، سرعت رسیدگی به پرونده‌ها مناسب است.

در مواردی که به نظر می‌رسید برخی از کادربندی‌های میانی نسبت به کار به مقدار کافی توجیه نیستند. این مسأله با مسؤولان در میان گذاشته شد و با تعویض آنها عملاً مشکل رفع و شکل مطلوب حاصل گردید.

رابطه‌ها، همکاری‌ها و در حقیقت رقابت‌های سالمی که تحت نظارت شورای عالی بیمه از طریق نظارت عالی خود انجام می‌شود، بسیار می‌تواند مفید فایده قرار گیرد و راه کارهای مناسبی را به ما عرضه کند. در مورد بخش سوم هم شاید وقت اجازه ندهد

که مفصلاً به آن اشاره کنم.

مسأله آموزش بسیار مهم است. آموزش پرسنل بیمه و دستگاه‌های مخاطب آنها، او شناخت لازم را برای انجام جزئیات و تهیه اسناد فراهم می‌کند و هم باعث سرعت کار و حذف مراحل زاید و سرگردانی می‌شود.

در خاتمه توصیه می‌شود دستگاه‌هایی که تجربه اجرایی امور درمانی را دارند، کار درمان به آنها محول شود و سازمان‌های خدمات درمانی و تأمین اجتماعی تنها نظارت درمانی را به عهده بگیرند و بدین گونه خصوصی‌سازی نیز نموده‌ایم.

آسیا: بعد دیگر ساختار بیمه‌های درمان مسایل مربوط به شبکه فروش است. آقای رضایی لطفاً در مورد مسایل و مشکلات فروش بیمه‌های درمان توضیح دهید.

آقای رضایی: مسأله درمان مسأله‌ای نیست که در یک یا دو جلسه بشود آن را جمع‌بندی کرد و به یک نقطه ایده‌آل رسید لذا بنا به حرفه و سوابق شغلی‌ام به جمع‌آوری آمار و اطلاعات پرداختم چون تصور می‌کنم مشکلی که در ارتباط با درمان وجود دارد، همگانی است و هرچه زودتر باید این مشکل را برطرف کرد.

در مورد مسأله فروش ابتدا باید برگردیم به مؤسسات و سازمان‌هایی که متولی انجام امور خدمات درمانی کشور هستند. سازمان بیمه‌های اجتماعی که در سوم تیرماه سال ۵۴ به سازمان تأمین اجتماعی تبدیل شد، دارای چند وظیفه اصلی است:

وظیفه اول کمک‌های درمانی است که شامل بیماری‌ها، حوادث و پروتز است.

وظیفه دوم، کمک‌های مالی این سازمان است و کمک‌های مالی عبارتست از: از کارافتادگی، بیمه بیکاری، مستمری‌های بازنشستگی، از کارافتادگی و بازماندگان.

وظیفه سوم کمک‌های خانوادگی است که

عبارتست از: کمک هزینه ازدواج و زایمان و حق اولاد و هزینه کفن و دفن.

در تمام کشورهای پیشرفته، بیمه درمان وظیفه اصلی سازمان‌های تأمین اجتماعی نیست بلکه وظیفه اصلی این سازمان‌ها کمک‌های مالی است و بخش کمک‌های درمانی را رأساً انجام نمی‌دهند و به بخش‌های دیگر انتقال داده‌اند. در کشور ما چنانچه اساسی‌ترین وظیفه سازمان تأمین اجتماعی را کمک‌های مالی در نظر بگیریم بخش کمک‌های درمانی چون چندان موفق نبوده است، قانونگذار به این فکر افتاد که در

مصوبات شورای عالی بیمه به خصوص برای جبران این نوع هزینه‌ها در بخش مزدبگیران فکری کند، لذا در سال ۱۳۷۰ این مسأله موکول به مصوبه بیمه‌های تکمیلی شد که در شرایط فعلی در حال اجراء است و بیمه‌گران بازرگانی دولتی که امروز چهار شرکت بیمه هستند، اقدام به فروش این نوع بیمه‌نامه می‌کنند. اصل ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر صراحت دارد که هر عضو اجتماع حق تأمین اجتماعی دارد. اگر بر این اصل تکیه کنیم ما مسائلمان را در این چارچوب و با قوانین موجود می‌توانیم حل کنیم و اگر قرار باشد بیمه‌های اجتماعی رأساً اقدام به انجام خدمات درمانی نمایند، می‌بایست ساز و کارهای لازم را برای این موضوع تهیه کنند.

همان طور که آقای دکتر روشن فرمودند باید در این رابطه تمهیداتی اندیشیده شود که متأسفانه روی این مطلب کار کارشناسی شایسته صورت نگرفته است. ثانیاً چون هدف تأمین اجتماعی ایجاد یک اقتصاد سالم است، بنابراین تهیه دارو که رقم بزرگی را در هر کشوری اعم از پیشرفته یا در حال توسعه به خود اختصاص می‌دهد می‌بایست با سایر قسمت‌های برنامه و



سیاست اقتصادی کشور هماهنگ باشد. بنابراین برای اینکه سازمان تأمین اجتماعی بخواهد رأساً اقدام به این کار کند به یک ساز و کار توانایی نیازمند است که متأسفانه در مورد این ابزارها کار کارشناسی عمیقی انجام نشده است. اصولاً در بخش تأمین اجتماعی پیشوایان دینی و علمای بزرگ ما همیشه بر مسأله تعاون تأکید می‌کنند و این امر در بعضی از موارد به صراحت ذکر شده، حتی وقف و زکات و خمس یکی از جلوه‌های تعاون تفسیر شده است. اگر این قضیه اتفاق بیفتد ما نیازی به فروش این نوع بیمه‌نامه‌ها نداریم بلکه بیمه‌گذارهای ما به علت احساس حتمی و نیاز واقعی که به این بیمه‌نامه دارند، آمادگی دارند که این بیمه‌نامه را حتی با بیمه‌نامه‌های دیگری مانند عمر و پس‌انداز یا عمر و حادثه زمانی خریداری کنند.

به نظر بنده در این بخش باید بیمه‌گران تجاری سازو کارهای خود را برای انجام این امر مهم از هم اکنون آماده کنند و اگر سازمان تأمین اجتماعی از ۳۰ درصد حقیقه‌ای که می‌گیرد، ۲/۵ درصد یا ۲ درصد آن را به عنوان خدمات بازنشستگی ایام پیری به عهده بگیرد و مابقی را به بخش خصوصی انتقال دهد. این کار نه تنها باعث افزایش هزینه‌ها نخواهد بود، بلکه طبق آخرین آماري که خود سازمان تأمین اجتماعی منتشر کرده است، هزینه‌ها را پایین می‌آورد و اصولاً در جامعه وقتی که اجبار زیاد باشد، چون فطرت انسان با جبر در تضاد است، عکس آن اتفاق می‌افتد. در آخرین آماري که این سازمان از میزان خدماتی که در سال ۱۳۷۸ ارائه کرده، تعداد دفعات مراجعین درمان مستقیم به طور سرپایی ۳۰،۳۷۱،۰۰۰ بار، بخش بستری ۴۳۷،۰۰۰ بار، در بخش غیرمستقیم: سرپایی ۶۳۱،۰۰۰، ۱۵۹ بار و در بخش بستری



● رضایی: در تمام کشورهای پیشرفته، بیمه درمان وظیفه اصلی سازمان‌های تأمین اجتماعی نیست بلکه وظیفه اصلی این سازمان‌ها کمک‌های مالی است و بخش کمک‌های درمانی را رأساً انجام نمی‌دهند

۱،۲۸۵،۰۰۰ و جمع دفعات مراجعین درمان مستقیم و غیرمستقیم در سال ۱۳۷۸، حدود ۱۹۲ میلیون مورد بوده است. رقم کل بودجه این سازمان در سال ۱۳۷۸، ۳۱۴۰ میلیارد ریال (درمان مستقیم ۱۳۴۰ میلیارد ریال، درمان غیر مستقیم ۱۸۰۰ میلیارد ریال) بوده است. از بررسی و تحلیل این دو مطلب به اینجا می‌رسیم که مراجعین مستقیم به سازمان تأمین اجتماعی در بخش مستقیم نسبت به غیرمستقیم یک‌پنجم است. یعنی یک پنجم به طور مستقیم و پنج برابر به بخش‌های غیرمستقیم مراجعه کرده‌اند.

حال آن که در پرداخت‌ها این نسبت ۵ برابر نیست. گفتنی است در این آمار هزینه‌های استهلاک ساختمان‌ها و تجهیزات و مراکز درمان تأمین اجتماعی پیش‌بینی نشده که این رقم ۱۳۴۰ میلیارد نسبت به ۱۸۰۰ میلیارد ریال چیزی در حدود یک‌سوم

بوده‌است. یعنی در آنجا ۵ برابر به بخش غیرمستقیم مراجعه می‌کنند و هزینه‌هایی که سازمان متحمل می‌شود ۱/۳ است.

آسیا: از کارشناسان محترم درخواست می‌شود چنانچه در مورد محورهای مطرح شده نقطه نظری دارند، آن را بیان فرمایند. دکتر روشن: به عبارت دیگر درمان غیرمستقیم برای ما ارزان‌تر تمام می‌شود.

آقای رضایی: بنده می‌خواستم عرض کنم اگر ما به این نقطه نظر رسیده باشیم که بخش خصوصی با هزینه‌های کمتر خدمات بیشتری را عرضه می‌کند، پس باید خیلی جدی و دقیق روی مسایل درمان کشور فکر کنیم. ما به این نتیجه رسیدیم که بخش ارائه خدمات درمانی باید به بخش‌های خصوصی انتقال داده شود و چاره‌ای هم جز این نیست. بیمارستان خصوصی هم مسلط تر و هم دقیق‌تر به هزینه‌هایش رسیدگی می‌کند و موظف هستند که این کار را بکنند والا نمی‌توانند سرپا باشند و این اجتناب‌ناپذیر است و سرفصل مشکلات دیگر به شرح زیر است:

- ۱ - سرگردانی بیمه شده‌ها میان سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و بیمه‌گرهای تجاری اولین معضل است.
- ۲ - امتناع بیمه‌گران از صدور بیمه‌نامه‌های درمانی گروهی برای گروه‌های کمتر از ۵۰ نفر مشکل دیگری است که جامعه با آن مواجه است. به نظر می‌رسد می‌توان با برنامه‌ریزی دقیق و تهیه فرم‌پزشکی و فروش بیمه‌نامه‌های عمر و حادثه یا بیمه‌های عمر و پس‌انداز این گونه بیمه‌نامه را صادر نمود و بیمه درمان را به این قشر از جامعه هم تعمیم داد. البته من توضیح دادم که تصور می‌رود امتناع

بیمه‌گران تجاری از صدور این گونه بیمه‌نامه‌ها، فراهم نبودن سازوکارها و ابزار پیشرفته‌ی دنیای امروز برای ارایه خدمات کلان به جامعه باشد و این امر موجب نگرانی آنها شده است. به نظر بنده می‌توان با اعتقاد به اینکه این مشکل در جامعه باید مرتفع گردد، بیمه‌گران با ایجاد تیم‌های کارشناسی به طور جدی به این مهم - که در تمام اجزای اقتصادی مملکت اثرناپذیری حتمی دارد و بنده معتقدم حتی در تولید ناخالص ملی جامعه مفید است - رسیدگی نمایند.

بیماران ژنتیکی و فرق آنها با بیماری‌های

مادرزادی از دیگر مشکلات بیمه‌های درمان است. متأسفانه بعضی از بیمه‌گرها این دو مطلب را یکسان می‌شناسند. حال آن که بیمار ژنتیکی تا زمانی که، بیمار نشده خودش هم نمی‌داند که این بیماری را دارد و این را در استثنای قراردادهای قرار داده و می‌گویند هزینه‌هایش

قابل پرداخت نیست. در بیمه‌آسیا خوشبختانه این مهم حل شد و هزینه‌های بیماری ژنتیکی هم قابل پرداخت است. در مورد بیماران مادرزادی باید با سعه صدر بیشتری برخورد شود. مادری که درحال زایمان است و نمی‌داند که واقعاً بچه‌اش مشکل مادرزادی دارد، بهتر است که تحت پوشش قرار بگیرد. مسأله بعدی چاره‌اندیشی برای بیمارهای صعب‌العلاج است که در بیمارستان‌ها بستری نمی‌شوند، ولی هزینه‌های بسیار سنگینی دارند که می‌توانیم با دریافت حق بیمه‌ی اضافی

آنان را پوشش بدهیم.

مسأله دیگر افزایش سقف بعضی از هزینه‌های پاراکلینکی مانند هزینه‌های سنگ شکنی کلیه است. البته این مسأله در بیمه آسیا حل شد و سقف هزینه‌های آن تا سقف هزینه‌های بیمارستانی افزایش یافت، ولی اخیراً هزینه‌های لیزر درمانی افزایش یافته‌است که بر اساس تعهدات پاراکلینکی کاملاً قابل پرداخت نیست.

مشکل دیگری که باید اشاره کنم پرداخت به موقع هزینه‌های بیمه‌شدگان و تحویل و ارسال پرونده بیمه‌شدگان از



بیمارستان‌های طرف قرارداد به بیمه‌گران تجاری است.

از جمله مسایل دیگر هماهنگی بیمه‌گران تجاری با یکدیگر در چگونگی انعقاد قرارداد با بیمارستان‌های طرف قرارداد است، این مسأله بسیار مهم است.

مسأله بعدی که مورد اعتراض بعضی از بیمه‌گذاران است، جمع‌بندی تعهدات بیمارستانی و تعهدات هزینه‌های زایمان است، زیرا تعهدات بیمه‌گر برای مادر خانواده کمتر از دیگران می‌شود.

دکتر روشن: آقای رضایی اشاره‌های خوبی داشتند، منتهی شاید ما در اطلاع‌رسانی ضعیف هستیم. برداشت‌هایی که ایشان داشتند شاید از دقت کافی برخوردار نبود. وظایف تأمین اجتماعی به غیر از چیزهایی است که ایشان فرمودند. یکی از وظایف سازمان حفظ ارزش صندوق سازمان است. وقتی سازمان از بیمه شده حق بیمه دریافت می‌کند، بعد باید آن را برگرداند. یکی از وظایف مهم سازمان حفظ ارزش صندوق است. این که برخی سؤال می‌کنند که آقا به سازمان تأمین اجتماعی چه ربطی دارد که

سهام فلان شرکت را خریداری می‌کند، این عمل در جهت انجام این وظیفه است. درمان غیرمستقیم خیلی ارزان‌تر تمام می‌شود و این نوع درمان خیلی برای ما مناسب‌تر است یعنی اگر سازمان تأمین اجتماعی همین امروز همه مراکز

درمانی خود را واگذار کند و فقط خریدار درمان باشد با تعرفه‌ای بیشتر از تعرفه‌ای که امروز در واقع معین شده به سود اوست. منتهی شما توجه داشته باشید که در این مورد تصمیم‌گیرنده، فقط مسؤولان سازمان نیستند، حتی مراجع بالاتر هم براجتی نمی‌توانند این تصمیم را بگیرند، چون صندوق تأمین اجتماعی متعلق به کارگران است - آن هم نه کارگران نسل فعلی - که یک صندوق مشاع بین نسلی است و این



سندوق مشاع بین نسلی براساس پایه‌هایی که قبلاً چیده شده رفتار می‌کند، چنانچه قرار باشد این روند را به طور کل عوض کنند و فقط خریدار درمان شود، این تصمیم‌گیری را نمی‌توان به راحتی اتخاذ کرد.

آقای رضایی: کمک‌های درمانی به موجب اساسنامه سازمان جزء وظایف اساسی سازمان نیست و وظیفه اصلی سازمان انجام تعهدات مالی است که شرح آن داده شد.

دکتر روشن: شما اگر خاطرتان باشد دو سال قبل سازمان تأمین اجتماعی برای فروش هفت بیمارستان غیرکارآمد خود در هفت‌شهر چه مشکلاتی را در مجلس داشت. نهایتاً هم وقتی که مجلس آن را تصویب کرد خریداری پیدا نشد، برای این که شما در شهری مثل شازند اراک چه خریداری را پیدا می‌کنید که بیاید بیمارستان سازمان را بخرد. این بحث پیچیده‌ای است، به دلیل این که الآن ما در رابطه با بیمارستان‌های وزارت بهداشت از نظر روابط و تعاملات موجود مشکلی نداریم، ولی این موضوع از نظر ارایه خدمات همان‌طور که اشاره کردم، انتخاب اول بیمه شده‌ها ما نیست. به هر حال این موضوع پیچیدگی‌های بیشتری دارد که باید در جای خودش به آن پرداخت.

در رابطه با بیماری‌های ژنتیکی و مادرزادی و صعب‌العلاج در کشورهای پیشرفته تأمین هزینه‌های لازم برعهده دولت است که از محل مالیات یا درآمدهای عمومی خود این نوع بیماران را تحت پوشش قرار می‌دهد. بیمه تأمین اجتماعی براساس تعریف و شرح وظایفش نمی‌تواند این گونه هزینه‌ها را بپذیرد.

آقای رضایی: مگر در یک گروه بیمه‌شده چند مورد از این نوع بیماران داریم؟ بسیار کم

هستند.

دکتر روشن: برای همین است که به عهده دولت واگذار می‌شود. فرض بفرمایید در کشوری مثل ایران ۵۰۰ هزار نفر از این نوع بیماران وجود دارند، بر عهده دولت است که این نوع بیماران را تحت پوشش قرار دهد. اختلاف تعرفه‌ها هم فقط در باب اختلاف تعرفه‌های بیمه‌های مکمل خلاصه نمی‌شود، ما مکرراً شاهد بودیم در مواردی بیمار یا بیمه‌شده مراجعه و اظهار می‌کند که فلان مبلغ را پرداخت کرده‌ام ولی هیچ سند و مدرکی به من نداده‌اند. در استان تهران این مسأله مشهودتر است و تصور می‌شود چنانچه پزشکی در یک مرکز دولتی عمل جراحی انجام دهد به حیثیت خود لطمه زده است. برخی خیال می‌کنند درمان مثل یخچال فریزر است و گران‌ترش مرغوبتر است.

خوب این فرهنگ بین مردم جا افتاده و یکی از مشکلات درمانی کشور است و می‌بایست با جدیت نظارت صورت گیرد، هم در مورد بیمه‌گر و هم بیمه شده. هر کسی خلاف تعرفه عمل کرد طبق مقررات با او برخورد شود.

با یک عملیات ساده ریاضی می‌توانیم هزینه‌ها و عواید را محاسبه نماییم. سازمان تأمین اجتماعی در حال حاضر در شهر تهران در درمان غیرمستقیم سالانه ۵۰ میلیارد تومان برای بیمه شده‌های خود هزینه درمان پرداخت می‌کند. من نمی‌دانم هزینه بیمه‌های مکمل چقدر است، ۶ میلیون بیمه شده تهرانی به اضافه تعدادی که از شهرستان‌ها مراجعه می‌کنند و رقم قابل توجهی را تشکیل می‌دهند. البته فرق بیمه تأمین اجتماعی با بیمه‌های مکمل در این است که ما درمان سرپایی هم داریم و یکی از

راحتی‌های بیمه‌های مکمل این است که زیر بار درمان سرپایی نرفته است، چون درمان سرپایی نزدیک به ۵۰ درصد هزینه‌ها را تشکیل می‌دهد مضافاً به اینکه تخلفات و سوءاستفاده در درمان سرپایی خیلی بیشتر از درمان بستری است.

ما بیمه‌ای به عنوان بیمه روستایی نداریم. ما بیمه مشاغل و حرف آزاد داریم که همین موضوع نشان می‌دهد درصد خدماتی که اینها می‌گیرند از بیمه شده اجباری ما خیلی بیشتر است.

آسیا: از آقای شاکرین تقاضایم می‌شود ضمن مروری کوتاه بر مباحث مطرح شده به جمع‌بندی گفت‌وگوها بپردازند.

آقای شاکرین: با توجه به احتیاج متقاضیان به پوشش‌های بیمه‌ای و درخواست‌های روزافزون آنان مقتضی است شرکت‌های بیمه با در نظر گرفتن و ملاحظه امکانات و توانائی‌های خود پاسخگوی نیازهای بیمه‌ای بیمه‌گذاران در چارچوب ضوابط و مقررات باشند و در این جهت همکاری و هماهنگی مراکز پزشکی، بیمارستان‌ها و پزشکان و همچنین همکاری بین بیمه‌گرهای بیمه‌های بازرگانی با بیمه‌های تأمین اجتماعی و خدمات درمانی در تهیه و تنظیم و رعایت ضوابط و مقرراتی که بتواند عملاً پاسخگوی نیازهای واقعی بیماران باشد امری ضروریست و حصول روش‌هایی مانند انعقاد قرارداد از طرف بیمه‌گرها با درمانگاه‌ها، کلینیک‌ها و بیمارستان‌ها نتیجه‌ای مثبت را عاید نموده و با عنایت به هزینه‌های بیمارستانی که عمدتاً ارقام و مبالغ زیادی را تشکیل می‌دهد الویت با پوشش هزینه‌های بیمارستانی و جراحی است.