

لایحه نظام بیمه خدمات درمانی در ترازوی نقد

اثرات آن بر طبقه کم درآمد کشور را که هم اکنون نیز از لحاظ مسائل درمانی با مشکل دست به گریبان هستند اکنون نمی توان به دقت ارزیابی کرد.

اهمیت اصل بیمه همگانی خدمات درمانی به حدی است که اکثر کشورهای جهان آن را به عنوان یکی از اصول مهم در قانون اساسی خود آورده اند و دولت ها را مکلف به تأمین بهداشت و درمان برای عامه مردم کرده اند.

اصول ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری ایران نیز این نکته را از نظر دور نداشته است.

اصل ۲۹ قانون اساسی بر خورداری از تأمین اجتماعی از لحاظ بازنشستگی، بیکاری یا پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه ای و غیره را حقی همگانی می داند.

این اصل تأکید دارد که دولت مکلف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند.

تقسیم درست امکانات پزشکی، کنترل کمی و کیفی دارو و درمان و نظارت بر کار پزشکان و مبارزه با هر نوع تخلف و قاچاق در این حیطه نمایانگر اهمیتی است که جهان امروز برای بهداشت، درمان و به طور کلی تأمین اجتماعی عمومی قائل است.

در سال ۱۹۹۱ میلادی ۸/۵ درصد از بودجه عمومی در آلمان، ۹/۱ درصد در فرانسه، ۶/۶ درصد در ژاپن، ۶/۶ درصد در انگلیس و ۱۳/۲ درصد در آمریکا به این امر اختصاص یافته بود و همین ارقام با توجه به حجم عظیم بودجه این کشورها نشان دهنده اهمیت وظیفه و تعهداتی است که دولت ها برای تأمین امکانات بهداشتی و درمانی بر عهده دارند.

اما از سونی باید توجه داشت گرانی روزافزون مخارج تکنولوژیکی هزینه های درمانی را در تمامی کشورهای جهان افزایش داده و موجب شد که هزینه های درمانی در اکثر کشورهای جهان رقم بالایی از هزینه ها را تشکیل دهد و لذا دولتهای مختلف برای کاهش این هزینه ها و در عین حال ادامه حمایت از مردم کشور راه حل های مختلفی را برگزیده اند. کاهش هزینه های تسلیحاتی دولت آمریکا در سال ۹۴ به نفع بهداشت عمومی جامعه، حذف پاره ای از هزینه ها و افزایش بودجه مربوط به بهداشت عمومی در کشورهای اروپایی در سال ۹۴ علی رغم تمامی تنگناهای اقتصادی موجود بخشی از این تمهیدات است.

محروم کردن اقشار کم درآمد از امکاناتی می دانند که هم اکنون در دسترس آنان است این گروه اعتقاد دارند که تصویب لایحه مورد بحث جز افزایش هزینه های درمانی و وارد آمدن فشار به قشر کم درآمد حاصلی نخواهد داشت. آنان تشکیل شورای عالی بیمه را ناقص حقی که قانون برای وزارت بهداشت در کنترل و سیاست گذاری بهداشت و درمان قائل شده، می دانند و اعتقاد دارند که علاوه بر وجود ابهام در بعضی از مواد و تبصره های لایحه، چگونگی اجرا آنها نیز نامشخص است. مخالفان لایحه همچنین اعتقاد دارند که تصمیم گیری عجولانه در مورد این لایحه می تواند مشکلاتی بسیار جدی برای دولت به بار آورد و امور درمانی کشور را از آنچه که هست نابسامان تر کند.

در مقابل، موافقان لایحه می گویند در شرایط موجود هیچ چاره ای برای بهبود اوضاع دارو و درمان در کشور وجود ندارد جز اجرای ضوابط پیش بینی شده در این لایحه، و در صورت عدم تصویب آن وضع دارو و درمان در کشور بحرانی تر خواهد شد.

رئیس جمهور در تبیین اهداف کلی این لایحه به مجلس چنین نوشته است:

- به منظور سازماندهی امور درمان به نحوی که ضمن افزایش کارایی واحدهای ارائه کننده خدمات درمانی، امکان تخصیص بهتر منابع دولتی برای تأمین خدمات درمانی اقشاری که مورد حمایت دولت قرار دارند فراهم گردد، لایحه نظام بیمه خدمات درمانی کشور که در چارچوب اهداف زیر تنظیم شده است جهت تشریفات قانونی تقدیم می گردد.

- تعیین مرجع عالی سیاست گذاری و تصمیم گیری در امور درمان.

- پیش بینی پوشش بیمه خدمات درمانی به روستائیان و اقشار آسیب پذیر جامعه.

- تشکیل سازمانی مستقل برای اداره امور بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت.

- امکان مشارکت شرکت های بیمه بازرگانی در زمینه ارائه خدمات بیمه درمانی به متقاضیان.

- خودگردانی بیمارستانها و افزایش انگیزه های سرمایه گذاری ها در این زمینه.

پی آمدهای نامشخص

بی گمان بحث در مورد لایحه بیمه همگانی مستلزم بررسی دقیق جنبه های مختلف و ظرافت های خاصی است که عدم توجه به آنها می تواند عواقب منفی بسیار بر نظام بهداشت و درمان جامعه بگذارد. عواقبی که

سرانجام کلیات لایحه نظام بیمه خدمات درمانی کشور که روز پنجم اسفندماه سال ۷۱ تقدیم مجلس شورای اسلامی شده بود در نخستین جلسه سال جاری مجلس (۱۵ فروردین) به تصویب رسید. در جریان تصویب کلیات این لایحه دکتر مرندی وزیر بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در دفاع از آن گفت لایحه نظام خدمات درمانی تضمین می کند که اقشار آسیب پذیر جامعه و روستائیان به کمک دولت به بهای نازلی از امکانات بهداشتی و درمانی برخوردار شوند.

این لایحه که ۱۹ ماده و ۱۴ تبصره دارد، بحث های موافق و مخالفی را برانگیخته است. دولت در شرایطی این لایحه را تقدیم مجلس کرد که جامعه ما با نابسامانی های آزاردهنده ای در امور مربوط به بهداشت و درمان مواجه بوده و هست.

این لایحه همچنین در شرایطی برای تصویب ارائه شد که خود دولت به بزرگترین سازمان حمایتی بیمه کشور و (سازمان تأمین اجتماعی) ۸۵۰ میلیارد تومان بدهکار است و به نظر نمی رسد که با توجه به شرایط اقتصادی حاکم قادر به تأدیه آن باشد، به همین سبب گفته شده است که دولت بنا دارد در ازای این بدهی هنگفت تعدادی از بیمارستانهای خود را به سازمان تأمین اجتماعی بفروشد.

مجلس شورای اسلامی در اوضاع و احوالی باید راجع به لایحه پیشنهادی دولت تصمیم نهائی بگیرد که اکثر مراکز درمانی و پزشکان از پذیرش بیماران بیمه ای خودداری می کنند، و به همین دلیل هم هست که گهگاه در مطبوعات کشور می خوانیم فرد بیماری که بیمارستانها از بستری کردن او خودداری کرده اند جان سپرده است. اما علی رغم این اوضاع مقامات دولتی بر این اعتقاد با می فشارند که با تصویب لایحه مورد بحث بحرانی که به دلیل عدم توازن بین هزینه های درمانی و نرخ تعرفه های بیمه موجود آمده، و مراکز درمانی دولتی را به سوی ورشکستگی می کشاند رفع خواهد شد. جان کلام اینکه دولت تنها راه چاره را در خصوصی کردن بیمارستانها و افزایش نرخ درمان که واقعی کردن هزینه های درمانی خوانده می شود می داند. مقامات وابسته به دولت می گویند برای وارد نیامدن لطمه به اقشار کم درآمد از لحاظ بهداشت و درمان دولت تصمیم گرفته است که ضوابط پیش بینی شده در لایحه نظام بیمه خدمات درمانی را با هدف تحت پوشش قرار دادن کلیه مردم کشور اجرا کند.

مخالفان لایحه ضمن موافقت با اصل ترویج بیمه همگانی در کشور، مواد لایحه فوق را تأمین کننده نیازهای جامعه تلقی نمی کنند و تصویب آن را به منزله

دولت: هزینه‌های درمانی واقعی نیست

تعمیر یا تأسیس مجدد بیمارستانهای خود نیست می‌تواند بیمارستانهای دیگری را هم اداره کند؟! در ماده ۱۵ لایحه نیز ذکر شده که وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی موظف است از تاریخ تصویب این قانون و متناسب با پیشرفت اجرای نظام بیمه درمانی، تمهیدات و موجبات لازم را برای واگذاری (اجاره، اجاره به شرط تملیک، فروش و...) بیمارستانهای غیرآموزشی وابسته به خود را به بخش غیردولتی و سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی فراهم آورده و در ضمن تسریع در انجام این امر، بر حسن اجرای امور اهتمام نماید. به نحوی که تا پایان برنامه پنج ساله دوم، امر واگذاری و

امور درمانی و بهداشتی معتقدند در لایحه فوق موارد بسیاری در زمینه بهداشت و درمان نادیده گرفته شده و یا در مورد آن‌ها تعاریف مبهمی ارائه شده که مشخص‌کننده هیچ چیز نیست.

دکتر مزندی در جریان تصویب کلیات لایحه مورد بحث پیرامون واگذاری بیمارستانهای دولتی به بخش خصوصی گفت تا هنگامی که مردم به بیمارستانهای دولتی نیاز دارند هیچ بیمارستانی به بخش خصوصی واگذار نخواهد شد. از مفهوم و مفاد لایحه می‌توان استنباط کرد این قول شامل مؤسسات وابسته به دولت نمی‌شود و امکان واگذاری بیمارستانهای دولتی به سازمانهای نیمه دولتی و فاند تمهد برای ارائه خدمات

راه‌حل پیشنهادی اخیر رئیس‌جمهور آمریکا برای قطع پرونده‌سازی‌های بهداشتی و تعطیل عمل‌های جراحی غیرضروری و بیهوده نیز از مواردی است که برای نمایاندن کوشش‌های دولت‌ها جهت کاهش هزینه‌های درمانی می‌توان به آن اشاره کرد باید دانست تقریباً یک‌سوم از عمل‌های جراحی که اینک در آمریکا انجام می‌شود غیرضروری است و تعداد تست‌های بهداشتی غیرضروری نیز بخش عظیمی از بودجه بهداشتی این کشور را می‌بلعد.

در ایران نیز مسؤولان امر درمان برای بهبود امور درمانی، ضرورت اجرای شیوه‌ها و برنامه‌های جدیدی را اجتناب‌ناپذیر دانسته‌اند و این شیوه‌ها و برنامه‌ها را در قالب لایحه نظام بیمه خدمات درمانی به مجلس ارائه دادند.

کارشناسان دولتی معتقدند واقعی نبودن هزینه‌های درمانی باعث به ورشکستگی کشانده شدن مراکز درمانی و عدم رغبت پزشکان به معالجه بیماران تحت پوشش بیمه شده است، لذا برای راغب کردن پزشکان و مراکز درمانی به پذیرش بیماران بیمه‌ها ضرورت دارد که بیمارستان‌ها و دست‌اندرکاران خدمات پزشکی هزینه‌های درمانی را بر مبنای نرخهای واقعی از بیمه شدگان بگیرند و متقابلاً دولت هم برای حمایت از بیمه شدگان بخشی از هزینه‌های درمانی را بپردازد.

در برابر این استدلال یک پرسش اساسی مطرح می‌شود. پرسش این است که آیا در روند واقعی کردن نرخ هزینه‌های درمانی و دیگر خدمات اجتماعی، برای واقعی کردن درآمدهای اقشار مختلف (مثلاً اقشار حقوق بگیر جامعه) نیز اقدام خواهد شد؟! برای درک مفهوم «واقعی کردن نرخ هزینه‌های درمانی» اشاره به یک مورد ضروری است:

دکتر وحید دستجردی رئیس سازمان هلال احمر اخیراً در مصاحبه‌ای گفته است که به تازگی از وزارت بهداشت، مجوز وارد کردن دارو با ارز آزاد را دریافت کرده‌ایم که پس از وارد کردن این داروها، مجبوریم آن‌ها را با بیست برابر قیمت قبلی بفروشیم.

اگر قرار باشد «واقعی شدن هزینه‌های درمانی» در همه زمینه‌ها چنین جهشی داشته باشد، باید دید نحوه حمایت دولت از طبقه کم درآمد جامعه که اکثریت را تشکیل می‌دهند در برابر این افزایش چه گونه خواهد بود؟ آیا این مابه‌التفاوت هنگفت از منابع عمومی تأمین خواهد شد و یا شرایطی فراهم خواهد آمد که افزایش سطح درآمدها و حقوق‌ها به جای سالی پنج یا ده درصد، در حدی باشد که گروه‌های کم درآمد اجتماعی بتوانند در کنار گرانی و تورم وقفه ناپذیر و مداوم انواع کالاها و خدمات، افزایش سرسام‌آور هزینه‌های درمانی و بهداشتی را نیز تحمل کنند.

از سوی دیگر باید در نظر داشت که کارشناسان درمانی به مردم وجود دارد. مثلاً در تبصره یک ماده ۱۵ آمده است که بیمارستانهای غیرآموزشی وقف شده به نام جمعیت هلال احمر (شیر و خورشید سرخ سابق)، همچنین بیمارستانهایی که از محل وجوهات خیریه جمعیت یادشده احداث شده‌اند، با اعلام آمادگی این جمعیت با کلیه پرسنل و امکانات موجود به جمعیت هلال احمر اعاده می‌شود و جمعیت یاد شده موظف به اداره آنها با رعایت این قانون می‌باشد. و این در حالی است که دکتر دستجردی رئیس جمعیت هلال احمر می‌گوید: به دلیل فرسوده شدن بیمارستانها [بیمارستان‌هایی که هم اکنون در اختیار این جمعیت است] و مستهلک شدن تجهیزات پزشکی موجود در آنها، این جمعیت قادر به تعمیر و یا تأسیس مجدد آنها نیست. مگر آنکه بودجه‌ای جداگانه از سوی وزارت بهداشت به این امر اختصاص یابد. سؤال این است که آیا وقتی جمعیت هلال احمر قادر به



اداره اقتصادی بیمارستانهای دولتی کشور تحقق و پایان یابد.

صاحب‌نظران اعتقاد دارند که دولت مقدم بر هر کاری، از جمله واگذاری بیمارستانها به بخش خصوصی یا حذف سوسید دولتی از بودجه بیمارستانها و خودگردان کردن آنها ابتدا می‌باید مردم کشور را به طرق مختلف تحت پوشش بیمه قرار دهد و گرنه این لایحه در جهت عکس اهداف ذکر شده برای تهیه آن نتیجه خواهد داد.

نظر یک مقام دولتی

عسگری معاون امور اجتماعی سازمان برنامه و بودجه در مورد این لایحه گفته است: برای رفع مشکل گرانی هزینه بیمارستانها در صورت خصوصی شدن، تصمیم گرفته شده است که عدالت اجتماعی از طریق پوشش بیمه همگانی تأمین شود از طرفی با

۳۴ میلیارد تومان اعتبار برای فروش بیمارستانهای دولتی!

اجرائی لایحه را مبهم توصیف کرده است

نظر خانه کارگر جمهوری اسلامی ایران

خانه کارگر جمهوری اسلامی ایران هم با انتشار بیانیه‌ای در مورد این لایحه چنین اظهار نظر کرده است:

چنانچه لایحه نظام بیمه خدمات درمانی که براساس تفکرات یک جانبه سازمان برنامه و بودجه تدوین شده است به همین نحو از تصویب مجلس شورای اسلامی بگذرد علاوه بر هزینه سهم درمان کارگران که بالغ به پانصد میلیارد خواهد بود، بیش از پانصد میلیارد ریال دیگر از ذخایر سازمان تأمین اجتماعی، که مربوط به حمایت‌های بلندمدت این سازمان از قبیل بازنشستگی، از کارافتادگی و بازماندگان خواهد بود، در کام گول درمان فرو خواهد رفت و این سازمان به ورشکستگی زودرس خواهد رسید.

یک جمع بندی

به طور کلی انتقاداتی که تاکنون بر لایحه نظام بیمه خدمات درمانی وارد شده شامل موارد زیر است:

- ۱- واگذاری بیمارستانهای دولتی به بخش خصوصی غیرعملی است.
- ۲- نحوه تعیین و وصول حق سرانه روستائیان در مقابل اجرای بیمه امری مشکل و پیچیده است.
- ۳- بخش بهداشت سربانی در بیمه مورد کم توجهی قرار خواهد گرفت.
- ۴- اعطای وام جهت تأسیس مراکز بهداشتی و درمانی از سوی بانکها می‌بایست با بهره کم همراه باشد. از طرفی این اعتبارات باید در اختیار پزشکان متعهد قرار گیرد نه مثنی سودجوی تجارت پیشه.
- ۵- قطع سوسید بیمارستانها پیامدهای منفی برای طبقات کم درآمد خواهد داشت.
- ۶- حدود و وظائف بخش خصوصی و نهادهای دولتی مشخص نیست.
- ۷- پرداخت به موقع مطالبات مؤسسات درمانی، پزشکان و مؤسسات بیمه‌ای باید تضمین شود.
- ۸- نرخ تعرفه‌های درمانی و فرانشیز می‌بایست منطقی باشد
- ۹- با توجه به شرایط اقتصادی و فرهنگی جامعه نمی‌توان طرح خودگردانی بیمارستانها را یکباره به مرحله اجرا گذاشت.
- ۱۰- وضعیت سوسید برای تأمین دارو در لایحه مشخص نیست.
- ۱۱- نحوه تأمین اعتبار برای اجرای این طرح باید مشخص شود و شرایط فرهنگی لازم برای پذیرش اجرای چنین تحولی نیز ایجاد شود.
- ۱۲- لایحه ابتدا باید به طور آزمایشی، تنها در برخی

تعمیرات اساسی آنها در نظر گرفته نشده است و تأمین آنها در اعتبارات عمرانی پیش بینی خواهد شد. وی افزود: «نوخ تخت - روز بیمارستانهای آموزشی کمتر از غیر آموزشی است. چراکه این بیمارستانها همچنان از سوسید بخش آموزشی بهره‌مند خواهند بود.»

انجمن اسلامی جامعه پزشکی ایران نیز با ارسال نامه‌ای به مجلس شورای اسلامی نظریات خود را در مورد لایحه مورد بحث چنین ارائه کرده است:

این انجمن اصل بیمه همگانی را به عنوان بخشی از اصل ۲۹ قانون اساسی ایران و قانون تشکیل وزارت بهداشت و تعمیم خدمات درمانی را یکی از آرزوهای دیرینه نیروهای مسلمان جامعه پزشکی کشور توصیف کرده ولی علی‌رغم این که لایحه گام مثبتی به سوی نظام بیمه همگانی است، تأمین‌کننده نیازهای جامعه نمی‌باشد و حتی نکات انحرافی در آن مشاهده می‌گردد.

واگذار کردن بیمارستانهای دولتی به بخش خصوصی، بخصوص در مورد بیمارستانهای شهرهای کوچک که واحدهای درمانی منحصر به فرد اینگونه مناطق را تشکیل می‌دهند، به مفهوم محروم ساختن اقشار مستضعف و محروم استفاده‌کننده از خدمات درمانی فعلی و خارج ساختن سیاست‌های درمانی کشور از دست دولت که طبق قانون اساسی متولی تأمین بهداشت و درمان مردم می‌باشد تلقی می‌شود. حاصل چنین امری افزایش هزینه‌های درمانی مردم و وارد آمدن فشار زیاد به آنان می‌شود. ما مخالفت شدید خود را با واگذار کردن بیمارستانهای دولتی به بخش خصوصی اعلام می‌کنیم این انجمن خواستار حذف تمام موارد مربوط به این موضوع از لایحه نظام بیمه خدمات درمانی است.

انجمن اسلامی جامعه پزشکی ایران دلیل مخالفت خود را با حذف سوسیدهای پرداختی به بخش درمان و هرگونه خودگردان نمودن بیمارستانهای درمانی و آموزشی، افزایش هزینه‌های درمانی مورد نیاز مردم و لطمه شدیدی که به کیفیت آموزش دانشجویان گروه پزشکی وارد می‌شود اعلام کرد.

این انجمن ترکیب و شرح وظائف شورای عالی بیمه را که در ماده یک آن قید شده، ناقص حق قانونی وزارت بهداشت در کنترل و سیاست‌گذاری امر درمان توصیف می‌کند و می‌افزاید به موجب قانون مذکور، وزارت بهداشت که به طور قانونی متکفل امر درمان است تنها ۲ رأی از مجموع ۹ رأی شورای عالی بیمه را دارا خواهد بود و از سوی دیگر واگذاری سیاست‌گذاری بیمه درمانی به شورای مذکور را نفی‌کننده مرکزیت وزارت بهداشت در امر درمان می‌داند.

این انجمن همچنین بسیاری از محورهای اصلی و

خصوصی‌سازی بیمارستانها کارائی آنها نیز افزایش داده شود. در واقع دولت مسؤول تأمین اجتماعی مردم است نه اداره بیمارستانها، لذا بحث تأمین اجتماعی را در بیمه متمرکز کردیم و نحوه اداره بیمارستان را به عنوان یک بنگاه اقتصادی که قصد ارائه خدمت به مردم را دارد، به شکل خصوصی و خودگردان در نظر گرفتیم... پیش‌بینی شده است که دولت اقشار آسیب‌ناپذیر را که تحت پوشش کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) سازمان بهزیستی و سایر سازمان‌های حمایتی هستند، بیمه کرده و تمام حق بیمه آنها را پرداخت کند. در مورد روستائیان ۷۰ درصد حق بیمه و در مورد کارمندان دولت حدود ۷۵ درصد هزینه درمان آنها را دولت پرداخت می‌کند. کارگران هم که مشمول تأمین اجتماعی هستند به غیر از این افراد حدود ۱۰ میلیون نفر دیگر باقی می‌ماند که پیش‌بینی شده حدود ۳۰ درصد حق بیمه آنها را حسب تشخیص واحد مددکاری که در بیمارستانها مستقر هستند دولت پرداخت کند... اگر موفق به اجرای نظام بیمه درمانی نشویم خصوصی شدن بیمارستان مشکلاتی را برای گروههای کثیری از مردم فراهم می‌کند که در این حالت خصوصی‌سازی بیمارستانها را توصیه نمی‌کنیم، ما اعتبارات لازم را برای اجرای این طرح در برنامه دوم پیش‌بینی کردیم. در این رابطه برای افرادی که مشتاق خرید واحدهای درمانی دولتی هستند و یا تمایل به ساخت واحدی، جدید داشته باشند ۳۴۰ میلیارد اعتبار بانکی پیش‌بینی کرده‌ایم.

تخت ۷۵۰۰۰ ریالی

دکتر نیکنژاد معاونت سابق داروئی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌گوید: «در حال حاضر طبق تخمین و ارزیابی انجام شده ۳ الی ۴ میلیون نفر از افراد کشور را اقشار آسیب‌پذیر تشکیل می‌دهند و با توجه به این که اگر حق سرانه تخت که در لایحه وجود دارد بالا رود، اکثر کارمندان دولت را نیز باید جزو اقشار آسیب‌پذیر به شمار آورد.»

در چنین شرایطی و با در نظر گرفتن مسأله تعدیل اقتصادی، دولت و وزارت بهداشت باید فکری برای اقشار آسیب‌پذیر بکنند و این همان هدفی است که لایحه دنبال می‌کند ولی بدون در نظر گرفتن تأمین اعتبار، نحوه اجرای لایحه و فرهنگ جامعه در ارتباط با اجرای آن، تحقق این هدف غیرممکن خواهد بود.

در مورد قیمت تخت بیمارستانها که روزی ۷۵۰۰ تومان در نظر گرفته شده، محمود عسگری آزاد معاونت امور اجتماعی سازمان برنامه و بودجه گفته است: «این پول صرفاً به عنوان منبع کل درمان در اختیار مراکز بهداشتی - درمانی قرار می‌گیرد و در آن هزینه سرمایه‌گذاری، استهلاک دستگاهها و ساختمانها و

از امسال کارکنان بیمارستانهای دولتی خودشان باید حقوق خود را تأمین کنند

نقاط از کشور اجرا شود.

۱۳- با توجه به عدم وجود فرهنگ بیمه در کشور باید شرایطی فراهم آید که همه مردم خود را ملزم به رفتن زیر پوشش بیمه بدانند.

۱۴- برای اجرای مقررات و ضوابط پیش‌بینی شده در لایحه نخست باید مدیرانی لایق تربیت کرد.

۱۵- خدمات پیشگیری از بیماری‌ها باید رایگان شود.

۱۶- هزینه‌های استهلاك دستگاههای آموزشی، حدود مصرف و وسائل گران قیمت توسط واحدهای درمانی و هزینه سنگین نگهداری و تعمیر و مسأله تکنولوژی با توجه به مسائل اقتصادی باید مورد توجه قرار گیرد.

۱۷- باید سهم پزشکان از کارکردشان در بیمارستانهای درمانی و آموزشی را مشخص کرد و امکان جذب تعداد بیشتری از پزشکان حاذق مورد توجه قرار گیرد.

۱۸- در نظام جدید خدمات دندانپزشکی نیز باید مشمول خدمات بیمه‌ای شود.

۱۹- لایحه در قالب کنونی تأمین‌کننده نیازهای جامعه نیست و باید مورد حکم و اصلاح همه جانبه قرار گیرد.

۲۰- واگذاری بیمارستانهای دولتی به بخش خصوصی در شهرهای کوچک که واحدهای درمانی منحصر به فرد دارند ضربه‌ای به قشر محروم جامعه است.

۲۱- افزایش هزینه‌های درمانی بر کیفیت آموزش دانشجویان گروه‌های پزشکی تأثیر منفی می‌گذارد.

۲۲- شرح وظائف شورای عالی بیمه ناقص حق قانونی وزارت بهداشت و کنترل سیاست‌گذاری امر درمان است و باید اصلاح گردد.

۲۳- تصویب و اجرای لایحه در شکل کنونی موجب بوجود آمدن کسری بودجه در سازمان تأمین اجتماعی خواهد شد و یا اگر سازمان پرداخت‌های خود را با نرخهای جدید هماهنگ نکند فشار شدیدی به کارگران بیمه شده وارد می‌شود.

۲۴- بودجه مورد نیاز برای ارائه خدمات توانبخشی به معلولین مورد توجه قرار گیرد.

۲۵- توقف فعالیت مجتمع‌های روستایی بهزیستی غیرمنطقی است.

۲۶- واگذاری مجدد بیمارستان‌های هلال احمر به این نهاد مستلزم تأمین بودجه لازم است.

تأمین اجتماعی در شرایط حاضر

سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین خدمات درمانی دو سازمان حمایتی در جامعه امروز ایران هستند که سالیان متمادی است به سرویس‌دهی به افراد تحت

پوشش خود مشغولند.

طبق آمار موجود حدود ۳۹ درصد مردم ایران اکنون تحت پوشش بیمه قرار دارند.

سازمان تأمین اجتماعی با ۱۴/۵ میلیون نفر بیمه شده بزرگترین سازمان حمایتی بیمه کشور است.

بنا به آماري که از سوی این سازمان ارائه شده در حال حاضر ۵۹۲۶ پزشک عمومی - ۴۳۹۲ پزشک متخصص - ۱۴۳۸ داندانپزشک - ۳۱۶۲ واحد داروخانه - ۱۵۵۳ واحد آزمایشگاه - ۳۸۸ واحد رادیولوژی - ۱۴۶ واحد فیزیوتراپی - ۱۲ مرکز دیالیز و سنگ‌شکن - ۱۰۱ بیمارستان خصوصی - ۲۹۸۰ بیمارستان دولتی (به صورت سرپایی) ۲۵۹ شبکه بهداشتی دولتی (به صورت سرپایی) همراه با ۱۶۱ بیمارستان دانشگاهی به بیمه شدگان این سازمان سرویس ارائه می‌دهند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با پوشش ۵/۵ میلیون نفر و سازمان خدمات درمانی نیروهای انتظامی و نظامی با پوشش حدود ۳ میلیون نفر بقیه بیمه شدگان را تحت پوشش دارند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش و پزشکی با دراختیار داشتن نزدیک به ۷۴/۲ درصد از ظرفیت درمان کشور حدود ۶۶۱۰۰ تخت - سازمان تأمین اجتماعی با ۵/۳ درصد حدود ۲۷۰۰ تخت - بخش خصوصی و سایر مؤسسات وابسته با ۱۹/۴ درصد حدود ۱۷۳۰۰ تخت بیمارستانی را در اختیار دارند. امکانات نیروهای انتظامی و نظامی در این آمار مورد محاسبه قرار نگرفته است. طبق آمار وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی حدود ۳۱۵۰۰ نفر پزشک اعم از عمومی، متخصص و دندانپزشکی در ایران وجود دارد که بیش از ۳ هزار نفر آنان خارجی هستند. حدود ۹۳ درصد پزشکان و دندانپزشکان در مناطق شهری به کار اشتغال دارند و کمتر از ۷ درصد آنان در مناطق روستایی به خدمت مشغولند. بیش از ۸۰ درصد پزشکان شاغل در مناطق روستایی را پزشکان خارجی تشکیل می‌دهند. حدود ۲۲ هزار مطب خصوصی پزشکی و دندانپزشکی و نزدیک به ۲۸۰۰ مرکز تشخیص پزشکی، آزمایشگاه، رادیولوژی امکان تأمین درمان سرپایی را دارند.

امروزه در ایران برای هر ۱۰۰۰ نفر ۱/۵۲ تخت بیمارستانی وجود دارد، در حالی که استانداردهای تعیین شده از سوی سازمان بهداشت جهانی برای منطقه مدیترانه شرقی و خاورمیانه ۴ تخت برای هر ۱۰۰۰ نفر است.

در شرایط حاضر هر روزه تعداد بیشتری از پزشکان و مراکز خدمات درمانی کشور قرارداد خود را با سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی لغو می‌کنند و بیماران و مردم تحت پوشش این بیمه‌ها را سرگردان پشت در بیمارستانها نگه می‌دارند. پزشکان و مراکز خدمات درمانی کشور در این رابطه اظهار

می‌دارند که سازمانهای بیمه در پرداخت سهم خود به آنان تعلل می‌کنند. و در شرایطی که هزینه‌های پزشکی روزه به روز بالاتر می‌رود آنان بیشتر بیمارانی را در اولویت قرار می‌دهند که هزینه درمان خود را نقداً بپردازند.

در بیمارستانهای دولتی نیز چون بیمار با تأخیر در درمان خود روبرو می‌شود و باید انتظاری طولانی را تحمل کند ناگزیر برای معالجه خود به سوی بیمارستانها و مراکز خدمات درمانی خصوصی راهی می‌شود.

در بیمارستان‌های خصوصی قبل از بستری کردن بیمار تقاضای پول می‌شود چون اکثر مردم از طبقات متوسط و قشر کم‌درآمد جامعه هستند و نقدینگی لازم را در اختیار ندارند با مشکلات عدیده‌ای مواجه شوند.

بیمارستانها حتی از پذیرش بیماران اورژانسی که به وسیله آمبولانس‌های این مرکز به آنجا اعزام می‌شوند خودداری نموده و برای مراجعت دادن بیمار حتی آمبولانس‌های اورژانس را توقیف می‌کنند.

بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌های وزارتخانه مربوطه در این زمینه نیز تاکنون مفید فایده واقع نشده است.

قیمت دارو و هزینه‌های پزشکی به شکل سرسام‌آوری رو به افزایش است و این نیز شرایط موجود را مشکل‌تر می‌کند.

بیمارستانهای دولتی خودگردان شدند

در حالی که هنوز لایحه بیمه خدمات درمانی از تصویب نهایی مجلس نگذشته، پاره‌ای سازمانها اجرای قسمت‌هایی از اهداف پیش‌بینی شده در آن را آغاز کرده‌اند. از جمله، بیمارستانهای دولتی از اول سال جاری دیگر دولتی به معنای سابق نخواهند بود. هزینه‌های درمانی را براساس نرخهایی دریافت خواهد کرد که بتواند تمامی بودجه آن‌ها را تأمین کند.

دکتر فریدون نوحی معاون امور آموزشی وزارت بهداشت - درمان و آموزش پزشکی در این زمینه گفته است:

- اگر تعرفه‌ها و فرانشیز اصلاح نشود ما قادر نخواهیم بود بیمارستانهای دولتی را اداره کنیم. در حال حاضر اگر بیمارستان‌های ما موفق شوند که صد درصد تعرفه‌های خدمات درمانی را از بیماران بگیرند باز با کسری بودجه مواجه خواهند بود.

وی گفت: از سال ۷۳ بیمارستان‌های دولتی به صورت خودگردان اداره خواهند شد و چون بودجه سه ماه اول سال ۷۳ بیمارستان‌ها به صورت تنخواه گردان در اختیار آنان قرار می‌گیرد، آنها باید در قبال صورتحساب مبلغ تنخواه گردان را بازگردانند.

دولت از سال ۷۳ حقوق کارکنان بیمارستان‌ها را پرداخت نخواهد کرد و بیمارستان‌ها باید از طریق خودگردانی حقوق کارکنان خود را پرداخت نمایند.