

جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تأمین اجتماعی

تلخیص دکتر مظفر کریمی

۱. بیان مسئله

بیمه خدمات درمانی یکی از تعهدات اساسی نظام تأمین اجتماعی است که به دلیل ارتباط آن با سلامت افراد جامعه و فوریت و حیاتی بودن خدمات آن، توجه بسیاری را به خود جلب کرده است. گرایش به اجرای بیمه همگانی خدمات درمانی در کشور ایران سابقه‌ای دیرینه دارد و سازمانها و صندوقهای بیمه‌گر متعددی متولی ارائه بیمه درمان به مردم هستند. با این وجود، در این زمینه تاکنون توفیق چندانی حاصل نشده است. حتی با اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی از سال ۱۳۷۴ تاکنون، هنوز بخش قابل توجهی از جمعیت کشور، به ویژه خویش فرمایان و روستاییان، از پوشش بیمه‌ای مناسب و مطمئنی برخوردار نیستند.

۲. اهمیت موضوع

این موضوع از جهات زیر حائز اهمیت است:

- بیمه خدمات درمانی فوری‌ترین و حیاتی‌ترین بخش از تعهدات و خدمات نظام تأمین اجتماعی است که در هیچ شرایطی قابل چشمپوشی یا تعلیق و تأخیر نیست.
- بیش از نیمی از جمعیت کشور در حال حاضر فاقد پوشش مستمر و قابل اطمینان در نظام

بیمه خدمات درمانی هستند. اگر چه پوشش بیمه برای این افراد اختیاری است، اما شرایط دشوار ثبت نام و تحمیل تمام حق بیمه به بیمه شده، در عمل، انگیزه پیوستن به نظام بیمه را کاهش می دهد.

- نظام جامع تأمین اجتماعی کشور، بدون حل مسائل بیمه درمان، نخواهد توانست رضایت مردم را جلب کند.

۳. هدفهای پژوهش

هدف اصلی این پژوهش ارائه الگویی برای نظام بیمه خدمات درمانی در ایران و جایگاه آن در نظام جامع تأمین اجتماعی کشور است. در راستای تحقق این هدف، پژوهشگران کوشیده اند تا به هدفهای ویژه زیر دست یابند:

- تعیین ساختار نظام بیمه خدمات درمانی کشور و جایگاه هر یک از سازمانهای بیمه گر.
- تعیین چگونگی پوشش هر یک از اقشار و گروههای جمعیتی در نظام بیمه خدمات درمانی.
- تعیین چگونگی تأمین منابع مالی در هر یک از سازمانها و صندوقهای بیمه خدمات درمانی.
- تعیین سطح تعهدات بیمه خدمات درمانی نسبت به بیمه شدگان و حدود خدمات مشمول بیمه مکمل.
- تعیین نقش دولت در نظام بیمه خدمات درمانی کشور در سطوح مختلف سیاستگذاری، نظارت، بیمه گری، و تولید و عرضه خدمات درمانی.

۴. تعریف مفاهیم

۴-۱. تأمین اجتماعی: برنامه ای است رفاهی، به منظور کاهش مخاطرات در زندگی اقتصادی، حفظ و حمایت افراد جامعه که با پرداخت پول و ارائه خدمات و امدادهای اجتماعی، مردم را در برابر کاهش یا قطع درآمد حاصل از بیکاری، پیری، بیماری، ازکارافتادگی و تأمین معاش بازماندگان، یاری می کند.^۱

۴-۲. بیمه اجتماعی: یکی از برنامه های نظام تأمین اجتماعی است که نیروی کار جامعه را تحت پوشش قرار می دهد و بر مبنای مشارکت سه جانبه کارگر، کارفرما و دولت اداره می شود. منابع اصلی درآمد برنامه بیمه اجتماعی، حق بیمه هایی است که از کارگر و کارفرما دریافت می شود و گاه دولت هم سهمی از آن را به عهده می گیرد. بیمه اجتماعی پشتوانه قانونی دارد و دولت ضامن اجرای آن است.

۱. مریدی، سیاوش. فرهنگ بیمه های اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸، ص ۱۰۸.

۳-۴. بیمه خدمات درمانی: بیمه‌ای است که در آن بیمه‌گر تعهد می‌کند که در ازای دریافت حق بیمه تعیین شده، در صورت وقوع حادثه، بیماری یا بارداری برای بیمه شده، هزینه‌های ناشی از آن را پردازد.^۱ بیمه خدمات درمانی، اغلب یکی از مهمترین تعهدات برنامه بیمه اجتماعی است؛ اما در مواردی که پوشش بیمه اجتماعی فراگیر نیست، بیمه خدمات درمانی به صورت مستقل فعالیت می‌کند. امروزه در بسیاری از کشورها، دولت متکفل ارائه بیمه خدمات درمانی است، و بخش غیردولتی به ارائه خدمات بیمه تکمیلی درمان می‌پردازد.

۴-۴. حق بیمه: مبلغی است که بیمه شده تعهد می‌کند آن را پیشاپیش به منظور کسب استحقاق بهره‌گیری از خدمات بیمه، پردازد. در واقع، بیمه شده با پرداخت حق بیمه، هزینه‌های خطراتی را که در آینده برای او پیش خواهد آمد می‌پردازد. در مورد خدمات درمانی، به طور معمول حق بیمه به دو روش دریافت می‌شود. در یک روش که در برنامه‌های بیمه اجتماعی متداول است، حق بیمه به صورت درصدی از درآمد کارگر تعیین و وصول می‌شود که در این صورت، میزان حق بیمه برای افرادی که از سطح درآمد بالاتری برخوردار باشند، بیشتر است. در روش دیگر که در نظام‌های بیمه درمان همگانی و نیز بیمه‌های خصوصی متداول است، حق بیمه به صورت نرخ مقطوع (بر مبنای پیش‌بینی هزینه) تعیین می‌شود و تابع درآمد افراد نیست.

۴-۵. تعرفه خدمات درمانی: نرخ‌ی است که بر مبنای آن، سازمان بیمه‌گر، خدمات درمانی را از تولیدکنندگان آن خریداری می‌کند. در بسیاری از کشورها، تعرفه بر مبنای توافق بین سازمانهای بیمه‌گر و ارائه‌کنندگان خدمت (انجمنهای پزشکی و...)، تعیین می‌شود.

تعرفه اغلب به صورت فهرستی از مبالغ قابل پرداخت برای هر یک از خدمات پزشکی، تشخیصی، جراحی یا طب داخلی، اعلام می‌شود.^۲

۵. اصول و مبانی نظری

سازمان جهانی بهداشت، دولت‌ها را مسئول تأمین سلامت مردم خود می‌داند.^۳ تعهد دولت‌ها به تأمین سلامت همه افراد جامعه، ناشی از این حقیقت است که سلامت فرد و جامعه لازم و ملزوم یکدیگرند. وقوع هر بیماری یا حادثه برای هر یک از افراد جامعه، بر سلامت عمومی سایر افراد هم اثر می‌گذارد. آثار منفی آن به صورت آزردهی‌های جسمی و روحی، غیبت از محل

۱. همان، ص ۸۶. ۲. همان، ص ۱۱۶.

۳. نک: مقدمه اساسنامه سازمان جهانی بهداشت، سال ۱۹۴۶.

کار و هزینه‌های درمان و دارو به جامعه تحمیل می‌شود. از سوی دیگر، ارتقای سطح سلامت جامعه تأثیر مثبت و فزاینده‌ای بر تولید، بهره‌وری، اشتغال و در نهایت، تحقق توسعه ملی دارد. به همین دلیل، در مباحث توسعه ملی خدمات بهداشتی و درمانی، در کنار مقوله امنیت قرار می‌گیرد و به عنوان کالای عمومی مطرح می‌شود که دولت، به نمایندگی از سوی جامعه، باید نسبت به تأمین آن اهتمام ورزد.

تأکید بر تکلیف دولتها به تأمین سلامت افراد جامعه، به مفهوم توصیه به ارائه خدمات درمانی توسط دولت نیست. دولتها ممکن است در شرایطی که انگیزه کافی برای بخش غیردولتی وجود ندارد یا اطمینانی به کفایت آن نیست، به طور مستقیم ارائه خدمات درمانی را به عهده گیرند، اما مسئولیت مهمتر دولتها این است که شرایط لازم را برای تولید و عرضه خدمات درمانی مورد نیاز مردم، متناسب با قدرت پرداخت آنها و به وسیله بخش غیردولتی فراهم کنند. اگرچه با پذیرش خدمات بهداشتی و درمانی به عنوان کالای عمومی، بر مسئولیت و تکلیف دولتها برای تأمین این خدمات تأکید می‌شود، اما این دیدگاه همواره در عمل با تنگنانهایی مواجه است. ارائه خدمات به وسیله دولت به «منابع» وابسته است و کمبود منابع می‌تواند از کمیت و کیفیت خدمات بکاهد یا ارائه آنرا به تعویق اندازد. در این شرایط، بیمه به عنوان یک راه حل جایگزین و مطمئن مطرح می‌شود که در آن ارائه خدمات مشروط به تأمین منابع نیست بلکه برای شخص بیمه‌گر تعهدآور است. بیمه به مفهوم تضمین سلامت افراد در زمان حال و آینده و تأمین امنیت فکری و روانی آنان برای فراهم ساختن شرایط بهتر زندگی است. در برنامه‌های بیمه، به دلیل اتکا به منابع مالی حاصل از مشارکت مردم و اتصال به درآمد ناشی از اشتغال، منابع ملی از پایداری بیشتری برخوردار است.

۶. مبانی بیمه‌گری در بیمه‌های انفرادی، گروهی و اجتماعی

بیمه خدمات درمانی از نظر نوع روابط بین بیمه‌گر و بیمه شونده و قواعد حاکم بر آن، به بیمه انفرادی، بیمه گروهی و بیمه اجتماعی طبقه‌بندی می‌شود.

بیمه انفرادی: در بیمه انفرادی رابطه بین بیمه‌گر و بیمه شونده از نوع حقوقی است و قراردادی دو طرفه بین آنها تنظیم می‌شود که بر مبنای آن سطح تعهدات و تکالیف دو طرف مشخص می‌شود. برای پذیرش هر فرد ارزیابی اولیه انجام می‌گیرد. هر فرد جداگانه معاینه و ارزیابی می‌شود و متناسب با احتمال وقوع خطراتی که برای او پیش‌بینی شود، نرخ حق بیمه و سطح

تعهدات بیمه تعیین می‌شود و هر یک از دو طرف بر مبنای مفاد قرارداد، با اعلام قبلی حق فسخ قرارداد را دارند. پرداخت تمام حق بیمه به عهده شخص بیمه شده است و کارفرما یا دولت در پرداخت حق بیمه افراد مشارکتی ندارند.

بیمه گروهی: گروههایی از افراد جامعه که تعریف معینی داشته باشند، به انتخاب خود یا با توافق کارفرما می‌توانند به صورت گروهی بیمه شوند. این نوع بیمه اختیاری است و به توافق بین بیمه‌گر با گروه بیمه شونده بستگی دارد. برای کل گروه یک قرارداد تنظیم می‌شود و بنا به درخواست دو طرف، محتوای آن تغییرپذیر است، در این نوع بیمه، ارزیابی و معاینه اولیه برای هر فرد انجام نمی‌شود، بلکه احتمال وقوع خطر برای کل گروه مورد توجه قرار می‌گیرد و در نتیجه، حق بیمه برپایه میانگین خطرات قابل پیش‌بینی برای اعضای گروه تعیین می‌شود که برای همه آنها یکسان است.

در بیمه گروهی، هر چه شمار افراد بیشتر باشد، به شرط آنکه افراد گزینش نشده باشند، به دلیل برخورداری از ویژگیهای یک جامعه طبیعی و توزیع مخاطرات، میانگین هزینه برای هر دو طرف - بیمه‌گر و بیمه شده - کاهش می‌یابد. بنابراین، در این نوع بیمه‌ها سعی بر این است که گروه از پویایی برخوردار باشد و ورود و خروج اعضا به آن، به طور طبیعی صورت گیرد. در این نوع بیمه ممکن است تمام حق بیمه را خود بیمه شدگان بپردازند یا اینکه کارفرما هم بخشی از حق بیمه را به عهده گیرد. رابطه بین بیمه‌گر و بیمه شده در بیمه گروهی مبنای حقوقی دارد و ضمانت اجرایی آن از این ناحیه تعیین می‌شود.

بیمه اجتماعی: این نوع بیمه، طیف وسیعی از جامعه را که اغلب شامل افراد شاغل و اعضای خانواده آنهاست، تحت پوشش قرار می‌دهد و به دلیل تأثیر زیادی که بر سرنوشت جامعه دارد، نقش دولت در آن چشمگیر است. مهمترین ویژگیهای بیمه اجتماعی به شرح زیر است:

- بیمه اجتماعی، اجباری است و مبنای قانونی دارد، بنابراین خواست و تمایل بیمه‌گر یا بیمه شده در پذیرش یا عدم پذیرش آن معتبر نیست، بلکه تعهدات و حقوق دو طرف را قانون معین می‌کند.
- دولت به عنوان پایدارترین نهاد جامعه، ضمانت اجرایی و تداوم موجودیت آن را به عهده دارد.

- در ارزیابی مخاطرات، معاینه‌های فردی و گروهی انجام نمی‌شود، بلکه با در نظر گرفتن شرایط اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی کل جامعه تحت پوشش، و بر مبنای محاسبات بیمه اجتماعی، حق بیمه تعیین و سطح تعهدات بیمه بر مبنای نیازهای پایه تعیین می‌شود.

- پرداخت حق بیمه، تنها به عهده بیمه شده نیست بلکه کارفرما و دولت هم در آن مشارکت دارند. مسئولیت قانونی پرداخت حق بیمه متوجه کارفرما است، حق بیمه به‌طور مستمر از حقوق و مزایای افراد کسر شده، به صندوق بیمه واریز می‌شود.
- دامنه پوشش بیمه اجتماعی محدود نیست، بلکه گرایش به پوشش کل جمعیت شاغل دارد. به این معنا که به‌طور دایم افرادی به صندوق وارد شده و عده‌ای از آن خارج می‌شوند. با وجود تفاوت‌های موجود بین بیمه‌های گروهی، انفرادی و اجتماعی، به نظر می‌رسد ویژگی‌های زیر در این سه نوع بیمه مشترک است:
 - مخاطرات مورد تعهد بیمه‌ها، باید قابل برآورد و ارزیابی و مقدارپذیر باشد.
 - آنچه در تعهد بیمه قرار می‌گیرد، «احتمال» وقوع خطر است. بنابراین وقوع تعهدات بیمه نباید قطعی باشد یا وقوع آنها غیرممکن به نظر برسد.
 - عدم دخالت اراده افراد در بروز مخاطرات، شرط اصلی شمول تعهدات بیمه به آنهاست، بنابراین مواردی مانند اقدام به خودکشی که عمدی صورت می‌گیرد مشمول تعهدات بیمه نیست.^۱بیمه خدمات درمانی معمولاً به هر سه شکل انفرادی، گروهی و اجتماعی اجرا می‌شود اما آنچه که در چارچوب نظام تأمین اجتماعی ارائه می‌شود از نوع بیمه اجتماعی است. در این موارد، بیمه خدمات درمانی بر اصول فراگیری، جامعیت تعهدات، عدالت در مشارکت، عدم تمرکز، اصل کمترین دخالت دولت، اصل بیشترین نظارت دولت و اصل اجبار استوار است.
- اصل فراگیری: بیمه خدمات درمانی، همه افراد گروه هدف را تحت پوشش می‌گیرد. فراگیری پوشش بیمه از یکسو، ناشی از «حق همگانی» است که به آن اشاره شد و از سوی دیگر، به دلیل ماهیت بیمه است که در آن هر چه دامنه جمعیت گسترده‌تر باشد، میانگین خطر و هزینه آن برای بیمه‌گر و بیمه شده کاهش می‌یابد و بین هزینه‌ها، با قدرت پرداخت مردم تعادل برقرار می‌شود.
- اصل جامعیت تعهدات: خدمات درمانی از هم جدا شدنی نیست و دریافت همه آنها در کنار هم، برای بیمار ضروری است. این خدمات، جایگزین ندارد و قابل تعلیق نیست. به همین دلیل تا آنجا که به تشخیص پزشک عدم ارائه یک خدمت (از نوع تشخیصی و درمانی یا دارو) ممکن است به سلامت بیمار لطمه زند، آن خدمت در تعهد بیمه قرار می‌گیرد و فقط خدماتی پوشش داده نمی‌شود که غیرضروری و رفاهی باشد.

۱. سیاوش مریدی، فرهنگ بیمه‌های اجتماعی، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸، ص ۱۴۹.

● اصل عدالت در مشارکت: در بیمه خدمات درمانی، افراد سالم حق بیمه می‌پردازند و افراد بیمار از خدمات درمانی استفاده می‌کنند. به تعبیر دیگر، پرداخت حق بیمه برای افراد به خودی خود حق ایجاد نمی‌کند، بلکه این حق در زمان بیماری فرد ایجاد می‌شود. حق بیمه‌ای که افراد می‌پردازند، متناسب با سطح درآمدشان تعیین می‌شود، در حالی که میزان استفاده بیماران برحسب نیاز آنان است و نه برحسب میزان حق بیمه‌ای که پرداخته‌اند. به بیان دیگر، عدالت در بیمه خدمات درمانی به مفهوم پرداخت متناسب با توانمندی و مصرف متناسب با نیازمندی بیمه‌شدگان است.

● اصل عدم تمرکز: خدمات درمانی با توجه به شرایط اجتماعی، فرهنگی، جغرافیایی و روش زندگی مردم با روشها و تکنیک‌های متفاوتی قابل ارائه است بنابراین، تأکید بر این است که از یکسو، خدمات درمانی در محل کار و زندگی مردم تولید و عرضه شود و به این ترتیب موجبات دسترسی همگانی را فراهم کند و از سوی دیگر، تکنیک‌های تولید و عرضه متناسب با روش زندگی مردم و آداب و رسوم آنان انتخاب شود تا اثر بخشی آن افزایش یابد. بنابراین، عدم تمرکز در تولید و عرضه خدمات درمانی تا سطح کوچکترین واحد جغرافیایی پذیرفته شده است، اما در عرصه بیمه‌گری چنین نیست. خدمات بیمه‌گری که به معنای ثبت نام از جمعیت هدف، وصول حق بیمه، و تأمین منابع مالی آن است، از یک سو، باید بتواند از ویژگی توزیع مخاطرات بین حداکثر دامنه جمعیت استفاده کند و به این ترتیب سطح خطرات احتمالی سرانه را کاهش دهد، و از سوی دیگر، کمکهای دولت به نظام بیمه را برای همه افراد تحت پوشش به طور یکسان به کار گیرد. تعدد صندوقهای بیمه و تفکیک آنها در سطوح جغرافیایی، می‌تواند موجب این نگرانی شود که برخی از صندوقها با مازاد اعتبار و برخی دیگر با کسری اعتبار مواجه شوند و جابه‌جایی منابع بین آنها دشوار شود. علاوه بر این، تفکیک صندوقها از یکدیگر بدون آنکه موجب رقابت در جهت افزایش کیفیت خدمات یا کاهش نرخ حق بیمه شود، ممکن است منجر به رقابت برای جذب کمک‌های دولت شود و در این شرایط فقط صندوقهایی که قدرت چانه‌زنی بیشتر دارند، برنده خواهند بود.

البته توصیه به تمرکز در صندوق بیمه، به این معنا نیست که صندوق بیمه‌گر نتواند برای انجام برخی از خدمات خود از شرکتها یا اشخاص حقیقی و حقوقی (غیردولتی) کمک بگیرد یا شعبه‌های متعددی را در مناطق مختلف جغرافیایی دایر کند، بلکه برعکس، بسیاری از خدمات بیمه‌گر مانند شناسایی جمعیت هدف، ثبت نام، محاسبات بیمه‌ای، وصول حق بیمه ماهانه و مانند آن، می‌تواند به کارفرمایان یا اشخاص حقوقی دیگر واگذار شود.

● اصل کمترین دخالت دولت: صندوق بیمه با سرمایه‌های مردمی شکل می‌گیرد و کمکهای دولت به این صندوق هم بلاعوض است بدون آنکه برای دولت حق مالکیت بر صندوق را ایجاد کند. گردش منابع و مصارف صندوق بیمه باید بر ساز و کارهای درونی آن، که مبتنی بر محاسبات بیمه و قاعده احتمالات است، تنظیم شود و سیاستهای مقطعی دولت این نظم را مختل نکند. برنامه‌های حمایتی دولت نباید به صندوق بیمه تحمیل شود و خدمات و تعهدات بیمه‌ای نباید با بوروکراسی پیچیده دولتی گره بخورد.

● اصل بیشترین نظارت دولت: اگرچه دولت در امور اجرایی بیمه دخالت نمی‌کند، اما، باید بیشترین نظارت را بر آن داشته باشد. توافق بین بیمه‌گر و بیمه‌شونده، یک توافق بلند مدت و ایسته به احتمالات است و در نتیجه می‌تواند آسیب‌پذیر هم باشد. در هر مقطعی، هر یک از دو طرف ممکن است از انجام تعهدات و تکالیف خود طفره رود. افراد بیمه شده ممکن است با احساس سلامت و عدم نیاز به بیمه، حق بیمه تعیین شده را نپردازند یا پس از دریافت یک خدمت پر هزینه (برای مثال یک عمل جراحی سنگین)، پرداخت حق بیمه خود را ادامه ندهند و از سوی دیگر، سازمان بیمه‌گر هم ممکن است به محض روبه‌رو شدن با هزینه‌های سنگین یا تکنیک‌های پیچیده و گران قیمت پزشکی، از قبول هزینه آنها خودداری کند. علاوه بر این، قیمت خدمات درمانی نمی‌تواند به تعادل عرضه و تقاضا و گذار شود زیرا این تعادل هرگز به وجود نمی‌آید. تشخیص کیفیت خدمات درمانی برای مصرف‌کننده آسان نیست و همه این موارد نظارت دقیق و همه جانبه یک نهاد دولتی را بر نظام بیمه خدمات درمانی طلب می‌کند. در حقیقت، دولت به عنوان پایدارترین نهاد اجتماعی، ضامن استمرار و بقای صندوق بیمه و تحویل آن به نسل بعدی است.

● اصل اجبار: افراد به طور معمول در زمان سلامت به اهمیت بیمه خدمات درمانی آگاه نیستند؛ بنابراین، در حالت اختیار ممکن است بسیاری از افراد حاضر به پرداخت حق بیمه و عضویت در نظام بیمه نباشند. چنین افرادی تنها به هنگام وقوع بیماری و حادثه متقاضی عضویت در صندوق بیمه می‌شوند، در حالی که در این وضعیت، صندوق بیمه به دلیل قطعی بودن هزینه، از پذیرش آنان طفره می‌رود. بنابراین، تا هنگامی که مردم از آگاهی و انگیزه کافی برای عضویت در صندوق بیمه برخوردار نباشند، پوشش بیمه اجباری آنها ضروری است.

۷. پیشینه بیمه خدمات درمانی در ایران

اگر چه نخستین برنامه بیمه اجتماعی برای کارگران (از نوع صندوق احتیاط)، به سال ۱۳۰۹ باز می‌گردد، اما بیمه خدمات درمانی به سبک امروزی آن، در فاصله سالهای ۱۳۲۸ تا ۱۳۳۱ پدید آمده است. در سال ۱۳۲۸، صندوق تعاون و بیمه کارگران با هدف تحویل گرفتن مسئولیت بیمه اجتماعی کارگران از شرکت سهامی بیمه ایران و نیز ارائه خدمات درمانی به کارگران و خانواده آنها تشکیل شد. به دلیل دشواریهایی که پیش روی این صندوق وجود داشت، در سال ۱۳۳۱، با تصویب لایحه قانونی بیمه‌های اجتماعی کارگران، سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران جایگزین صندوق تعاون و بیمه شد. این سازمان در کنار سایر تعهدات بیمه اجتماعی، مسئولیت درمان کارگران و افراد تحت تکفل آنها را هم رأساً به عهده می‌گرفت.^۱ پس از آن، بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت به عهده دولت گذارده شد. در دهه ۱۳۴۰، تغییراتی در قانون بیمه اجتماعی کارگران پدید آمد و علاوه بر آن، قانون بیمه اجتماعی روستائیان نیز به تصویب رسید که بر مبنای آن، روستائیان مشمول مقررات اصلاحات ارضی تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و سایر موارد بیمه اجتماعی قرار می‌گرفتند.^۲

با شروع دهه ۱۳۵۰، تحولاتی در نظام بیمه خدمات درمانی رخ داد. از یک سو، با تشکیل سازمان تأمین خدمات درمانی در سال ۱۳۵۲، مسئولیت بیمه درمان کارکنان دولت به این سازمان واگذار و از سوی دیگر این سازمان موظف شد که خدمات درمانی مورد نیاز تمام افراد کشور را با استفاده از امکانات درمانی تحت پوشش خود یا خرید خدمت از بخش خصوصی، ارائه کند.^۳ در سال ۱۳۵۴، با تصویب قانون تأمین اجتماعی، مقرر شد علاوه بر کارگران مزد و حقوق‌بگیر، تمام افرادی که تحت پوشش قوانین بیمه‌ای خاصی نیستند (از جمله صاحبان حرف و مشاغل آزاد و روستائیان)، از طریق سازمان تأمین اجتماعی تحت پوشش قرار گیرند.^۴ البته تأکید شده بود که پوشش این افراد و گروهها، متناسب با توسعه امکانات سازمان تأمین اجتماعی صورت خواهد گرفت. با توجه به تمرکز امکانات و تسهیلات خدمات درمانی دولتی در سازمان تأمین خدمات درمانی، مقرر شد سازمان تأمین اجتماعی با پرداخت حق بیمه سهم

۱. لایحه قانونی بیمه‌های اجتماعی کارگران، مصوب ۱۳۳۱/۱۱/۱.

۲. قانون بیمه اجتماعی روستائیان، مصوب ۱۳۴۸/۲/۲۱، ماده ۲.

۳. قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت، مصوب ۱۳۵۱/۱۲/۲۷.

۴. قانون تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۵۴/۴/۳، مواد ۴ و ۶.

درمان به این سازمان، امر درمان بیمه‌شدگان خود را به این سازمان واگذار کند و بعدها با انحلال این سازمان، وظایف آن به وزارت بهداشتی و بهزیستی محول شد.

در سال ۱۳۶۴، با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در کنار سایر وظایف این وزارتخانه، مسئولیت بیمه درمان کارکنان دولت و ارائه خدمات درمانی به سایر بیمه‌شدگان کشور نیز به این وزارتخانه محول شد. در سال ۱۳۶۹، با اجرای قانون «الزام»، سازمان تأمین اجتماعی مسئولیت تأمین خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان خود را مجدداً به عهده گرفت و مقرر شد این خدمات را به دو روش درمان مستقیم و غیرمستقیم ارائه کند.

در سال ۱۳۷۳، با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، اصلاحاتی به شرح زیر در نظام بیمه خدمات درمانی کشور صورت گرفت:

- با تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی کشور، مسئولیت بیمه درمان کارکنان دولت، روستاییان، خویش‌فرمایان و سایر اقشار فاقد پوشش، به این سازمان واگذار شد.
- در وضعیت بیمه خدمات درمانی کارگران مشمول قانون تأمین اجتماعی، تغییری حاصل نشد.
- مقرر شد طی پنج سال از شروع اجرای قانون، کل جمعیت کشور تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گیرند.
- بجز افرادی که تا آن زمان مشمول بیمه اجباری بودند (مانند کارگران و کارکنان دولت)، پوشش بیمه برای سایر افراد، اختیاری در نظر گرفته شد.
- تمام مراکز درمانی و تشخیصی و بیمارستانهای کشور موظف به همکاری با سازمانهای بیمه‌گر و پذیرش بیمه‌شدگان شدند.

شرایط تکوین بیمه همگانی خدمات درمانی^۱

تصدی‌گری دولت در زمینه تولید و عرضه خدمات درمانی و نیز امور بیمه‌گری با آن که از دیرباز در ایران وجود داشت، با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴ به اوج خود رسید. در این هنگام، تمام وظایف مربوط به سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، اجرا، نظارت، قیمت‌گذاری، و مدیریت کلان سازمانهای بیمه‌گر، به این وزارتخانه سپرده شد.

۱. این بخش از متن بر مبنای بررسی و تحلیل قوانین، مقررات و دستورالعمل‌های بخش بهداشت و درمان کشور طی سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۷۸ تدوین شده است.

شرایط ویژه اجتماعی و اقتصادی دوران جنگ تحمیلی و گرایش به گسترش تصدی بخش دولتی موجب شده بود که از یک سو انگیزه فعالیت بخش خصوصی به حداقل برسد و از سوی دیگر، به دلیل بی‌توجهی به ساز و کارهای اقتصادی در تولید و عرضه خدمات درمانی بخش دولتی، تثبیت قیمت‌ها در سطح حداقل، اقدام به تخفیف یا رایگان کردن خدمات درمانی در سطحی وسیع و فقدان انگیزه برای وصول مطالبات بیمارستانها از سازمانهای بیمه‌گر، بسیاری از بیمارستانها و مراکز درمانی، خدمات درمانی را با حداقل ظرفیت و سطح کیفیت نامطلوب ارائه کنند. فزونی تقاضا بر عرضه، نوبتهای طولانی، ناخرسندی از کیفیت خدمات، تقاضای زیاد برای خدمات بخش خصوصی یا اعزام به خارج از کشور، عدم تمایل بخش خصوصی به همکاری با سازمانهای بیمه‌گر و عدم تمایل پزشکان متخصص به فعالیت در بخش دولتی، از ویژگیهای بارز این دوران بود.

با پایان جنگ تحمیلی و رویکرد بازسازی اقتصادی واحدهای درمانی دولتی، جلب همکاری بخش خصوصی در دستور کار قرار گرفت. نخستین گام برای اجرای این برنامه، منطقی کردن قیمت‌ها برای ایجاد انگیزه فعالیت و به صرفه نمودن تولید خدمات درمانی بود. در این زمینه، تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی طی چند مرحله افزایش یافت و همزمان با آن، طرح کارانه (با عنوانهای متفاوت) به منظور ایجاد انگیزه فعالیت در پزشکان و کارکنان مراکز درمانی به مورد اجرا گذارده شد. همچنین، واحدهای درمانی دولتی ملزم شدند بهای خدمات ارائه شده را با دقت محاسبه کرده، و از بیماران یا سازمانهای بیمه‌گر وصول کنند. به این ترتیب، امکان تخفیف یا رایگان کردن خدمات درمانی (بجز از مسیر کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی) منتفی شد. در نتیجه این برنامه‌ها، از یک سو قیمت خدمات درمانی به چند برابر افزایش یافت و از سوی دیگر، بیماران خارج از پوشش بیمه ملزم به پرداخت تمام هزینه‌های درمانی خود شدند.

روشن است که همه بیماران قدرت پرداخت این هزینه را نداشتند و علاوه بر آنکه تداوم این وضع می‌توانست ناخرسندی عمومی و فشارهای اجتماعی را در پی داشته باشد، تأمین درآمدهای بیمارستانها و مراکز درمانی هم با مشکل مواجه می‌شد. در نتیجه، پوشش همگانی بیمه خدمات درمانی، مناسب‌ترین گزینه برای حل این مشکل بود زیرا هم می‌توانست فشار سنگین هزینه‌های درمانی تحمیل شده بر بیماران را کاهش دهد و هم کانال مطمئن و مشخصی برای تأمین منابع مالی واحدهای درمانی باشد. به این ترتیب، برنامه بیمه همگانی خدمات

درمانی در دستور کار قرار گرفت و سرانجام در آبان ماه سال ۱۳۷۳ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید.

مهمترین مأموریت قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تکمیل پوشش جمعیت کشور و تأمین منابع مالی مورد نیاز برای بیمه خدمات درمانی همگانی بود. با توجه به اینکه تا پیش از این قانون، اقشار مزد و حقوق‌بگیر کشور شامل کارگران، کارکنان دولت و نیروهای مسلح تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بودند، می‌توان گفت که مأموریت اصلی قانون بیمه همگانی تحت پوشش قرار دادن دو قشر اصلی فاقد پوشش، یعنی روستائیان و خویش‌فرمایان شهری بوده است.

به منظور اجرای این مأموریت، گروههایی که باید مشمول برنامه‌های حمایتی قرار می‌گرفتند تفکیک شدند و، براساس برنامه‌های جداگانه‌ای، تحت پوشش نهادهای حمایتی قرار گرفتند. این گروهها شامل نیازمندان، ایثارگران (خانواده‌های شاهد، جانبازان، آزادگان)، دانشجویان، طلاب، روحانیون و خانواده‌های زندانیان و سربازان بودند که مجموع آنها به حدود ۱۱ درصد کل جمعیت کشور می‌رسید. سایر افراد و گروهها باید به صورت انفرادی و داوطلبانه تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گرفتند.

اجرای بیمه خدمات درمانی روستائیان و خویش‌فرمایان، به صورت اختیاری و انفرادی موجب شد که هدفهای تعیین شده در این مورد با گذشت چند سال تحقق نیابد و به این دلیل، بارها در ضوابط و مقررات مربوط به نحوه پذیرش بیمه‌شوندگان و روش وصول حق بیمه و سهم بیمه شده در منابع مالی تغییراتی به وجود آمد. به عنوان مثال، با اجرای طرح بسیج ملی برای بیمه درمان روستائیان و عشایر در سال ۱۳۷۶، دریافت حق بیمه از روستائیان متوقف شد و کارت رایگان در اختیار آنان قرار گرفت، با این شرط که برای دریافت خدمات بیمارستانی فقط از مسیر ارجاع به شبکه‌های بهداشتی استفاده کنند و فرانشیز خدمات بستری را بجای ۱۰ درصد، بر مبنای ۳۰ درصد پردازند. همچنین، در مورد خویش‌فرمایان شهری، پس از فراز و نشیب‌های متوالی، نرخ حق بیمه سرانه به مقدار بیشتر از سایر بیمه‌شدگان در نظر گرفته شد تا هزینه سرانه ناشی از قطع مکرر حق بیمه را جبران کند.

با وجود این، مهمترین تأثیر قانون بیمه همگانی خدمات درمانی را می‌توان ایجاد هماهنگی، وحدت سیاست‌گذاری، همسویی در تصمیم‌گیریه‌های کلان و اساسی، شفافیت نظام دریافت و پرداخت، تعیین متولی برای پوشش اقشار و گروههای خارج از پوشش بیمه، و در نهایت ترویج و اشاعه فرهنگ بیمه در سطح کشور دانست.

وضعیت کنونی نظام بیمه خدمات درمانی در ایران مطابق نمودار صفحه بعد است:

۸. تنگناها و نارساییهای وضع موجود

با مروری بر وضع موجود می‌توان به پاره‌ای از نارساییها که نظام بیمه خدمات درمانی را با مشکل مواجه کرده است پی برد:

● سازمانهای بیمه‌گر همگی از نظر مالکیت و مدیریت ماهیت دولتی دارند. جمعیت تحت پوشش، عرصه فعالیتها، سطح خدمات، تأمین منابع مالی و شکل‌گیری مصارف آنها به وسیله قانون تعیین شده است. به بیان دیگر، قانون چارچوب و وظایف هر یک از آنها را طوری معین کرده است که قدرت مانور بسیار کمی دارند. به این دلیل، هر چند که قانون بیمه همگانی اجازه تعدد سازمانهای بیمه‌گر و ایجاد رقابت در عرصه بیمه خدمات درمانی را داده است اما با گذشت بیش از ۵ سال از اجرای این قانون، در عمل چنین چیزی تحقق نیافته است.

● دو سازمان بیمه‌گر اصلی کشور، یعنی سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مرتبط و وابسته هستند. این وزارت بزرگترین تولیدکننده خدمات درمانی در کشور است و از سوی دیگر نظارت بر تولید و عرضه خدمات درمانی را هم به عهده دارد. اقدامات کارشناسی در جهت تعیین قیمت داروها و تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی در این وزارت انجام می‌شود. ارزشیابی بیمارستانها که تعیین‌کننده هزینه اقامت بیمار (تحت روز) است به عهده این وزارت است. همراه با همه این وظایف، وزارت یادشده مسئولیت دبیرخانه شورای عالی بیمه خدمات درمانی را نیز به عهده دارد. به بیان دیگر مجموعه‌ای از نقشهای متفاوت و بعضاً متناقض از قبیل تولید و عرضه خدمات، خرید خدمات، نظارت و ارزشیابی و سیاستگذاری در جایگاهی جمع شده است که خود ریاست شورای عالی تأمین اجتماعی و ریاست مجمع عمومی سازمان بیمه خدمات درمانی را هم به عهده دارد. روشن است که از چنین ساختاری نمی‌توان ایجاد رقابت و تحرک در فعالیتها را انتظار داشت.

● در قشربندی جمعیت و تعریف گروهها و اقشار چندگانگی وجود دارد که موجب همپوشانی می‌شود. تعریف روستاییان بر مبنای محل سکونت، کارگران و کارکنان دولت و خویش‌فرمایان بر مبنای وضع شغلی، نیازمندان بر مبنای سطح درآمد و سایر اقشار بر مبنای ارتباط خاص با نهادها و سازمانها صورت گرفته است. این‌گونه تعریف و تفکیک جمعیت همپوشانیها و خلأهایی را در پوشش جمعیت ایجاد کرده است. فقدان نظام ثبت و ضبط دقیق اطلاعات در سازمانهای بیمه‌گر موجب شده است که نتوان تصویر روشنی از چگونگی پوشش جمعیت کشور در اختیار داشت.

● تعدد سازمانهای بیمه‌گر دولتی و وابستگیهای متفاوت آنها، امکان هماهنگ‌سازی و نظارت بر عملکرد آنها را دشوار می‌سازد. اگرچه ارائه خدمات درمانی تکمیلی با نرخ و کیفیت متفاوت مطلوب است اما در عرصه خدمات پایه و همگانی نمی‌توان چنین وضعی را پذیرفت. به همین دلیل در حال حاضر سطح خدمات و کیفیت آن برای همه بیمه‌شدگان کشور نسبتاً یکسان است اما هر یک از سازمانهای بیمه‌گر در زمینه پوشش جمعیت و خرید خدمات درمانی روشهای متفاوتی دارند.

● بیمه تکمیلی خدمات درمانی در وضع موجود از ضمانت اجرایی لازم برخوردار نیست. در حالی‌که برخی از کشورها (مانند فرانسه) عضویت در یک بیمه تکمیلی را برای بیمه‌شدگان اجباری کرده‌اند و حتی در ایالات متحده آمریکا که کمترین محدودیتها و مقررات دست و پاگیر دولتی در زمینه بیمه خدمات درمانی وجود دارد، ایالت‌ها حداقل ضوابط و استانداردها را برای بیمه‌های خصوصی و تکمیلی در نظر گرفته‌اند. در ایران برای بیمه‌های تکمیلی درمان هیچ‌گونه چارچوب و ضابطه معین تدوین نشده است و مبانی حقوقی آن هم نامشخص است و به دلیل نامشخص بودن حدود تکالیف و حقوق متقابل و ضمانت اجرایی آنها، اعتماد عمومی به آن زیاد نیست.

● حدود وظایف و تکالیف دولت در زمینه بیمه خدمات درمانی تعریف شده نیست. براساس اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی، دولت موظف است خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز همه افراد کشور را به‌صورت بیمه و غیربیمه و با استفاده از درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم تعیین کند. در وضع موجود، دولت در نقش بزرگترین تولیدکننده خدمات درمانی، مسئولیت بیمه درمان مردم را هم به عهده گرفته است. کیفیت این خدمات و میزان موفقیت آنها در دستیابی به هدفهای مورد نظر تا حد زیادی به منابع مالی دولت بستگی دارد و مدیریت در سازمانهای وابسته به دولت، فاقد کارایی لازم در جلب مشارکت و کمک مالی مردم است. یارانه‌های دولتی در مجاری متفاوت و پراکنده‌ای توزیع می‌شوند و بنظر می‌رسد که برآیند حاصل از آنها متناسب با هزینه‌های صرف شده در این مورد نیست.

● سیاست‌های حمایتی دولت در جهت کاهش فشار بر مردم، موجب تثبیت قیمت خدمات درمانی در یک سطح معین می‌شود. اگرچه تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی برای همه مراکز خدمات درمانی خصوصی و دولتی لازم‌الاجراست اما مراکز غیردولتی خود را ملزم به رعایت آن نمی‌بینند. دولت هم در این مورد کنترل لازم را اعمال نمی‌کند. بنابراین قیمت

خدمات درمانی در بخش خصوصی غیرطرف قرارداد با بیمه، بر مبنای توافق بین خدمت دهنده و خدمت گیرنده، یا غالباً بر مبنای نظر خدمت دهنده تعیین می شود.

● فرایند تعیین تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی و حق بیمه سرانه دایره معیوبی را تشکیل می دهد. براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی باید با در نظر گرفتن قدرت پرداخت سازمانهای بیمه گر (نرخ حق بیمه سرانه) تعیین شود که آن هم بر مبنای قدرت پرداخت بیمه شدگان (سطح درآمد خانوار) تعیین شده است. بنابراین، قدرت پرداخت مردم مهمترین عامل محدود کننده در تعیین قیمت تمام شده خدمات درمانی است که نرخ گذاری بر مبنای قیمت تمام شده خدمات را تحت تأثیر قرار می دهد. در بخش دولتی این تفاوت نرخ با یارانه های دولتی جبران می شود اما در بخش خصوصی این تفاوت را مردم باید پردازند و اینجاست که عملاً حمایت دولت از مردم اثر بخش نیست و پیامدهای آن به صورت افزایش هزینه و یا کاهش کیفیت خدمات ظاهر می شود.

● قوانین و مقررات محدود کننده، و نیز فقدان ضمانت کافی در قوانین عام برای دفاع از حقوق بخش خصوصی، از سوی دیگر موجب می شود که انگیزه کافی برای فعالیت آزادانه در عرصه بیمه خدمات درمانی به وجود نیاید.

● مجموعه عوامل یاد شده باعث شده است که با گذشت هفت سال از اجرای قانون بیمه همگانی، بخش قابل توجهی از جمعیت هدف (روستاییان، خویش فرمایان و نیازمندان) خارج از پوشش بیمه درمان باقی بماند.

۹. خلاصه نتایج مطالعات تطبیقی

مطالعه تطبیقی در این پژوهش با هدف آشنایی با وضعیت و جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام تأمین اجتماعی ۲۰ کشور منتخب انجام شد. نتایج این مطالعه نشان می دهد که به طور کلی در کشورهای منتخب دو نوع الگو برای بیمه خدمات درمانی وجود دارد. در یک الگو، بیمه خدمات درمانی در کنار سایر بیمه ها نظیر بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت ارائه می شود. از کشورهایی که چنین الگویی دارند می توان به فرانسه، آلمان، فنلاند و ترکیه اشاره کرد. جمعیت تحت پوشش بیمه در این الگو شاغلان هستند که در بعضی از کشورها فقط شامل مزد و حقوق بگیران است و در تعدادی از کشورها، خویش فرمایان را هم در بر می گیرد. سهم معینی از حق بیمه های واریز شده به صندوق بیمه اجتماعی به تعهدات بیمه درمان اختصاص می یابد و منابع مالی بیمه خدمات درمانی را تشکیل می دهد. تعهدات بیمه خدمات درمانی بر مبنای

قانون از پیش تعیین شده است و حق قانونی بیمه شدگان محسوب می‌شود که در دوره مستمری‌بگیری هم ادامه می‌یابد. اعضای خانواده و وابستگان بیمه شده که تحت تکفل او باشند، بدون پرداخت حق بیمه اضافی از همان خدمات برخوردار هستند. تعهدات بیمه از جامعیت لازم برخوردار است و معمولاً همه نیازهای بهداشتی و درمانی بیمه شدگان را در برمی‌گیرد، با وجود این، بیمه‌های خصوصی هم به منظور ارائه خدمات تکمیلی امر درمان فعالیت می‌کنند. سازمانهای بیمه اجتماعی معمولاً دولتی یا وابسته به دولت هستند اما ممکن است امور اجرایی آنها در سطح ایالت‌ها و منطقه‌ها به وسیله هیئت‌های امنای غیردولتی اداره شود و در هر صورت یک نهاد دولتی (مانند وزارت تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت، وزارت کار و...) بر آنها نظارت می‌کند.

در الگوی دیگر، بیمه خدمات درمانی اغلب در چارچوب نظام بهداشت و درمان کشور ارائه می‌شود. این کشورها یک برنامه جامع ملی برای پوشش تمام یا بخش عمده‌ای از جمعیت کشور در نظر گرفته‌اند. انگلستان، کانادا، امریکا و فیلیپین در زمره این کشورها قرار دارند. نوع پوشش جمعیت در کشورهای نامبرده متفاوت است. مثلاً در کشورهای انگلستان و کانادا همه شهروندان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی هستند اما در امریکا برنامه بیمه مراقبت پزشکی^۱ در بخش (الف) تعداد اندکی از جمعیت (شامل سالمندان و ازکارافتادگان مستمری‌بگیر و بیماران کلیوی) را در برمی‌گیرد و در بخش (ب) پوشش همین اشخاص اختیاری است. در این برنامه‌ها، تمامی شهروندان به اتکای اقامت در کشور و بدون توجه به وضع شغلی و سطح درآمدشان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرند. به دلیل آنکه در این الگو به همه شهروندان یکسان نگریده می‌شود، نوع رابطه آنها با نظام بیمه خدمات درمانی هم از نظر سطح تعهدات، میزان مشارکت در هزینه‌ها و نحوه دسترسی به خدمات یکسان است و افراد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی به بیمه شده اصلی و تبعی تقسیم نمی‌شوند بلکه هر فرد به طور مستقل عضو نظام بیمه خدمات درمانی محسوب می‌شود. منابع مالی نظام بیمه در این الگو عمدتاً از محل درآمدهای عمومی تأمین می‌شود و در صورت مشارکت شهروندان، حق بیمه به صورت مبلغ مقطوع و مالیات سرانه دریافت می‌شود. کنترل مصارف بیمه شدگان معمولاً با استفاده از نظام ارجاع صورت می‌گیرد و حجم مراجعات بیماران به سطوح تخصصی از طریق غربالگری و هدایت آنها در سطح اول محدود می‌شود (خلاصه نتایج به شرح جدول صفحه بعد است).

1. Medicare

الگوهای رایج در کشورهای مورد مطالعه در زمینه بیمه خدمات درمانی			
ردیف	موضوع	الگوهای رایج	کشورهای منتخب
۱	ساختار کلان	بیمه خدمات درمانی در چارچوب نظام بیمه اجتماعی اجباری ارائه می‌شود	فرانسه، فیلیپین، ترکیه، آلمان
	بیمه درمان	بیمه خدمات درمانی در چارچوب نظام بهداشت و درمان ارائه می‌شود	کره جنوبی، کانادا، انگلستان، آمریکا
۲	مینای پوشش جمعیت	اشخاص بر مبنای اشتغال و وضع شغلی تحت پوشش هستند	فرانسه، ترکیه، آلمان
		اشخاص بر مبنای اقامت در کشور تحت بیمه درمان هستند	انگلستان، کانادا
۳	نقش دولت در نظام بیمه درمان	کارگران و کارکنان مزدبگیر بر مبنای اشتغال، و سایر اشخاص (خویش فرما و...) بر مبنای اقامت تحت پوشش هستند.	ژاپن، سوئد، کره جنوبی
		دولت هم بیمه گر و هم ارائه دهنده خدمات است	انگلستان، کانادا، کوبا
		دولت بیمه گر است و در ارائه خدمات نقش زیادی ندارد	فرانسه، آلمان
		دولت در حوزه بیمه گری و تولید خدمات درمان فعالیتی ندارد	آمریکا
۴	نقش بخش خصوصی در بیمه درمان	بخش خصوصی در امور بیمه گری جایگاه محدودی دارد و عمدتاً بیمه‌های تکمیلی را ارائه می‌کند	انگلستان، سوئد، کانادا، فرانسه
		بیمه‌های درمان همگانی و تکمیلی عمدتاً به وسیله بخش خصوصی ارائه می‌شوند	آمریکا
۵	تأمین منابع مالی	دولت تمام منابع مالی یا بخش عمده‌ای از آن را تأمین می‌کند	انگلستان، کوبا، کانادا
		منابع مالی از محل حق بیمه‌های وصولی تأمین می‌شود و دولت نیز بابت جبران کسری درآمد صندوقها کمک می‌کند	فرانسه، ژاپن، کره جنوبی
۶	سهم مردم در منابع مالی	بیمه‌شدگان حق بیمه نمی‌پردازند و فرانشیز بسیار ناچیز است	سوئد، انگلستان، کانادا، کوبا
		بیمه‌شدگان حداقل ۵۰ درصد منابع مالی را تأمین می‌کنند	فرانسه، آلمان، آمریکا
۷	تعهدات بیمه درمان	تسهیلات بیمه درمان بر مبنای قانون تعیین می‌شود و برای همه بیمه‌شدگان یکسان است	فرانسه، آلمان، کره جنوبی
		تعهدات بیمه بر مبنای توافق و قرارداد بین بیمه گر و بیمه گذار تعیین می‌شود و به حق بیمه‌ها بستگی دارد	آمریکا
۸	جمعیت تحت پوشش بیمه	بیش از ۹۰ درصد جمعیت کشور تحت پوشش هستند	فرانسه، انگلستان، کانادا
		بین ۵۰ تا ۹۰ درصد جمعیت تحت پوشش هستند	آمریکا

پیشنهادها

نتایج مطالعات تطبیقی نشان می‌دهد که مطمئن‌ترین روش برای پوشش جمعیت در نظام بیمه خدمات درمانی، بیمه اجتماعی اجباری یعنی همان الگویی است که در مورد کارگران و کارکنان مزد و حقوق‌بگیر به کار می‌رود. کشورهای که از این روش برای ارائه خدمات درمانی استفاده کرده‌اند، به شاخصهای نسبتاً قابل قبولی دست یافته‌اند. و؛ می‌توان به کشورهای فرانسه و آلمان در این مورد اشاره نمود. در این کشورها بیمه خدمات درمانی در کنار سایر بیمه‌های اجتماعی ارائه می‌شود و متکی به وضع شغلی افراد و سطح درآمد آنها است. مسئولیت پرداخت حق بیمه به صندوق بیمه به عهده کارفرما است که مشترکاً به وسیله کارگر و کارفرما تأمین می‌شود. از سوی دیگر، کشورهایی که بیمه خدمات درمانی را از نظام بیمه اجتماعی جدا کرده‌اند دارای وضعیت متفاوتی هستند:

- برخی از این کشورها پوشش کامل جمعیت و رضایت بیمه‌شدگان از خدمات درمانی را با تکیه بر درآمدهای عمومی کسب کرده‌اند. بعنوان مثال، در انگلستان منابع مالی بیمه درمان تا حدود ۹۰ درصد^۱ و در ژاپن و کره جنوبی تا حدود ۵۰ درصد از محل درآمدهای عمومی تأمین می‌شود.

- در برخی از این کشورها، کمک دولت به برنامه بیمه خدمات درمانی بسیار اندک است و صندوق بیمه درمان متکی به حق بیمه‌هاست؛ در این موارد، بخش قابل توجهی از جمعیت، خارج از پوشش باقیمانده و پوشش کامل جمعیت تحقق نیافته است. از این کشورها می‌توان امریکا و فیلیپین را نام برد.

در ایران، بنا به دلایل مختلف از جمله وضعیت اقتصادی واحدهای درمانی، سطح درآمد و قدرت خرید مردم و پیامدهای فرهنگی و اقتصادی ناشی از پوشش ناکامل جمعیت، تحقق بیمه خدمات درمانی فراگیر و پوشش کامل جمعیت امری ضروری به شمار می‌آید در حالی که اتکای بیش از پیش به منابع دولتی و درآمدهای عمومی عملاً امکان‌پذیر نیست. بنابراین، استفاده از الگوی کشورهایی که بیمه خدمات درمانی را جدا از بیمه اجتماعی ارائه می‌کنند،

۱. در نظام بیمه درمان انگلستان، بیمه‌شدگان حق بیمه نمی‌پردازند و بجز ۱۵ درصد حق بیمه تأمین اجتماعی که به بیمه درمان اختصاص می‌یابد، سایر منابع را دولت تأمین می‌کند.

نمی تواند مناسب باشد. به این دلیل، به نظر می رسد گسترش پوشش بیمه های اجتماعی اجباری به اقشاری که امکان پوشش آنها بر مبنای شغل وجود دارد، در اولویت است. اما مواعقی هم بر سر راه گسترش بیمه اجتماعی وجود دارد. پوشش اجباری جمعیت به روش بیمه اجتماعی نیازمند وجود حداقل سه عامل است:

اول: وجود کارفرما و رابطه رسمی بین کارگر و کارفرما

دوم: پرداخت حقوق و دستمزد معینی به کارگر در محدوده زمانی مشخص

سوم: پشتوانه قانونی برای ثبت نام کارگران و وصول حق بیمه از کارفرما

فقدان هر یک از عوامل یاد شده در مورد هر گروه جمعیتی، اجرای بیمه اجتماعی را ناممکن می سازد و به همین دلیل خویش فرمایان و روستاییان تاکنون نتوانسته اند از پوشش بیمه مستمر و مطمئنی برخوردار شوند. و بنابراین، در مورد آنان باید از سازوکارهایی بجز آنچه در مورد بیمه اجتماعی کارگران وجود دارد استفاده نمود.

اگرچه سازمانها و صندوقهای مختلف بیمه خدمات درمانی از نظر روش پوشش جمعیت و تأمین منابع مالی دارای وضعیت متفاوتی هستند و منابع مالی آنها هم نمی تواند با هم درآمیخته شود، همه آنها از نظر روشهای تأمین خدمات درمانی به طور یکسان عمل می کنند:

- در بیمه های اجباری و اختیاری پایه (بجز بیمه های تکمیلی)، سطح تعهدات بیمه خدمات درمانی برای همه بیمه شدگان کشور یکسان است و همه آنها از مقررات یکسانی پیروی می کنند.^۱
- تمام سازمانها و صندوقهای بیمه گر با مراکز تشخیصی و درمانی مشابهی قرارداد همکاری دارند و سطح کمی و کیفی خدمات آنها با یکدیگر تفاوت چندانی ندارد. نرخ تعرفه خدمات درمانی (قیمت خدمات) هم برای همه آنها یکسان است.
- روشهای نظارتی و کنترل هزینه خدمات درمانی (رسیدگی به اسناد پزشکی، بازرسی ها، ...) برای همه سازمانها و صندوقهای یاد شده نسبتاً مشابه است و فقط نحوه اجرای آنها ممکن است متفاوت باشد.

۱. این وضعیت در راستای همان اصل تناسب خدمات درمانی با نیاز افراد است که بر مبنای آن همه بیماران بیمه شده حق دارند بدون توجه به قدرت پرداخت و حق بیمه ای که پرداخته اند از خدمات درمانی مورد نیازشان استفاده کنند.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، در بیمه‌های اجباری و خدمات درمانی پایه نمی‌توان انتظار رقابت بین مؤسسات بیمه‌گر را داشت، چراکه از یکسو بیمه شده و بیمه‌گر حق انتخاب یا عدم انتخاب یکدیگر را ندارند و از سوی دیگر سطح خدمات درمانی پایه را نباید کم و زیاد کرد. بنابراین، تعدد و تفکیک بین سازمانها و صندوقهای بیمه‌گر از نظر ارائه خدمات درمانی امتیازی محسوب نشده بجز آنکه موجب ناهماهنگی، عملکرد موازی و اتلاف منابع می‌شود. در شرایط موجود برای رفع این مشکل، شورای عالی بیمه خدمات درمانی با حضور مدیران عامل و رؤسای سازمانهای بیمه‌گر و نیز نمایندگان دولت و سازمان نظام پزشکی تشکیل شده است. این شورا مسئولیت تصمیم‌سازی و بعضاً تصمیم‌گیری درباره امور مشترک بین سازمانهای بیمه‌گر در امور درمان را به عهده دارد. بنابراین، برای رفع تنگناهای موجود ساماندهی صندوقهای بیمه خدمات درمانی را با دو گزینه به شرح زیر می‌توان انجام داد:

گزینه اول: حفظ ساختار موجود و اصلاحات محتوایی در آن

در این گزینه، ضمن حفظ وضعیت ساختاری صندوقها و سازمانهای موجود و نحوه وابستگی آنها، صندوقهای مورد نیاز به شرحی که گفته شد ایجاد می‌شود، در این صورت، لازم است اصلاحات زیر از نظر محتوایی در نظام بیمه خدمات درمانی به‌وجود آید:

- در صندوق بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، حق بیمه‌ها بر مبنای درصدی از درآمد کارکنان محاسبه و دریافت شود و دولت به عنوان کارفرما تأمین درصد معینی از حق بیمه کارکنان دولت را به عهده گیرد. (در وضع موجود حق بیمه سهم درمان کارکنان دولت به صورت سرانه و مقطوع دریافت می‌شود و دولت بدون آنکه تکلیف معینی داشته باشد، کسری منابع را تأمین می‌کند).
- در مورد کارگران و کارفرمایان روستایی، صندوق بیمه اجتماعی بر مبنای ساز و کارهای بیمه‌ای عمل کند اما به دلیل آنکه حق بیمه مبتنی بر درآمد مشاغل روستایی برای تأمین هزینه‌ها کافی نخواهد بود، دولت با وضع مالیات ویژه بر برخی از فعالیتهای اقتصادی، حداقل ۲۵ درصد از هزینه درمان این صندوق را تأمین کند. نمونه چنین راه‌حلی در کشور فرانسه به‌کار گرفته می‌شود که شرح آن داده شد.

● صندوق حمایتی خدمات درمانی به منظور ارائه خدمات درمانی غیربیمه‌ای تشکیل شود و اقسار نیازمند، ایثارگران، دانشجویان، طلاب و خویش‌فرمایان شهری و روستایی را تحت پوشش قرار دهد. هزینه درمان نیازمندان، ایثارگران، دانشجویان و طلاب از طریق نهادهایی که متولی امور تأمین اجتماعی آنها هستند به این صندوق پرداخت شود و امور تأمین خدمات درمانی آنها نیز در این صندوق متمرکز شود. در مورد خویش‌فرمایان روستایی و خویش‌فرمایانی که در نقاط شهری امکان پوشش آنها در نظام بیمه اجتماعی وجود ندارد، بیمه خدمات درمانی به صورت جدا از سایر حمایت‌های تأمین اجتماعی ارائه شود و دولت حداقل ۵۰ درصد از هزینه درمان آنان را پرداخت کند. نمونه این راه‌حل در الگوی کره جنوبی و ژاپن مشاهده شد.

● ترکیب شورای عالی بیمه خدمات درمانی به نحوی تغییر کند که اثرگذاری دولت بر آن کمتر و نقش نمایندگان مردمی و نهادهای غیردولتی در آن بیشتر شود. ترکیب این شورا علاوه بر نمایندگان سازمان‌های بیمه‌گر (در سطح بالاترین مقام سازمان) و نمایندگان خدمت‌دهندگان (از سازمان نظام پزشکی)، شامل نمایندگان منتخب بیمه‌شدگان و نمایندگانی از بخش غیردولتی باشد به طوری که بیمه‌شده، بیمه‌گر، خدمت‌دهنده و دولت در این شورا حق رأی نسبتاً مساوی داشته باشند. بویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که بزرگترین فروشنده خدمات به سازمان‌های بیمه‌گر است و در حال حاضر مهمترین مرکز تصمیم‌سازی برای این شورا محسوب می‌شود، تأثیرگذاری متعادل‌تر و منطقی‌تری در تصمیمات شورا داشته باشد.

● قانون جداگانه‌ای برای بیمه‌های تکمیلی خدمات درمانی به تصویب برسد به گونه‌ای که چگونگی فعالیت مؤسسات بیمه‌گر، ضوابط و استانداردهای بیمه‌گری، حقوق قانونی بیمه‌گر و بیمه‌شونده، سطح خدمات و تعهدات و چگونگی تأمین حقوق طرفین را بیان نماید.

در این گزینه امور بیمه‌گری مربوط به ثبت نام و تنظیم قرارداد بیمه، وصول حق بیمه و حفظ سوابق بیمه شده و نیز فعالیتهای مربوط به خرید و تأمین خدمات درمانی (عقد قرارداد، رسیدگی به اسناد پزشکی، پرداخت هزینه‌ها و نظارت بر ارائه خدمات) برای هر یک از اقسار

بیمه شده در صندوق مربوط به همان قشر جمعیت انجام می‌گیرد اما سیاستگذاری، تعیین راهبردها، تعیین ضوابط و استانداردها و هماهنگ‌سازی فعالیتهای مشترک بین صندوقها به وسیله شورای عالی بیمه خدمات درمانی انجام می‌گیرد. مهمترین مزیت‌های این گزینه نسبت به وضع موجود بشرح زیر است:

۱. وصول حق بیمه کارکنان دولت بر مبنای درآمد آنها (نه بر مبنای تعداد افراد خانواده آنها)
۲. شفاف شدن سهم دولت در صندوق بیمه درمان کارکنان دولت (تعیین درصدی معین به عنوان سهم دولت در نقش کارفرما)
۳. تمرکز امور حمایتی بیمه درمان در یک صندوق تحت عنوان صندوق حمایتی خدمات درمانی
۴. تعیین سهم دولت در هزینه درمان خویش فرمایان شهری و روستایی
۵. اصلاح ترکیب اعضای شورای عالی بیمه خدمات درمانی

گزینه دوم: اصلاح ساختار موجود

با ایجاد اصلاحاتی در وضعیت کنونی صندوقهای موجود و نحوه وابستگی آنها، بیمه‌های بازنشستگی و خدمات درمانی هر یک از اقشار جمعیت در یک سازمان یا صندوق ادغام شود و برای اقشاری از جمعیت که در حال حاضر فاقد پوشش هستند، صندوقهای جدیدی ایجاد شود.

در این گزینه، امور بیمه‌گری خدمات درمانی به دو بخش تقسیم می‌شود. بخشی از فعالیتهای که در هر صندوق با سایر تعهدات آن مشترک است اما ممکن است با سایر صندوقها متفاوت باشد (مانند ثبت‌نام بیمه‌شوندگان، عقد قرارداد بیمه‌گری، تعیین نرخ حق بیمه، وصول حق بیمه، تأمین منابع و نگهداری سوابق بیمه‌شدگان) با حفظ تفکیک و تنوع میان آنها، در قلمرو فعالیت هر یک از صندوقها قرار می‌گیرد. سایر فعالیتهای که مربوط به تأمین خدمات درمانی است (مانند عقد قرارداد با پزشکان و مراکز درمانی، خرید خدمت، تعیین تعرفه‌ها، پرداخت هزینه‌های درمان و نظارت بر نحوه ارائه خدمات درمانی)، میان همه صندوقها مشترک، مشابه و تکراری است و می‌توانند متمرکز شوند. بنابراین، تمام سازمانهای بیمه‌گر (مانند سازمان تأمین اجتماعی)

می‌توانند امور خرید خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان خود را به یک سازمان واگذار کرده و خود امور سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بر نحوه ارائه خدمات درمانی را عهده‌دار شوند.^۱ دلایل اتخاذ این رویکرد را می‌توان به شرح زیر برشمرد:

● نتایج مطالعات نظری و تطبیقی در این پژوهش نشان داد که خدمات درمانی از نظر ماهیت با سایر تعهدات بیمه اجتماعی متفاوتند؛ بخصوص، سطح خدمات درمانی قابل ارائه به بیمه‌شدگان متناسب با نیاز آنها و بدون توجه به میزان حق بیمه آنها تنظیم می‌شود. در وضع موجود کشور ما هم این اصل رعایت می‌شود. بنابراین، اگرچه خدمات درمانی مربوط به اقشار مختلف جمعیت از نظر سازمانی از یکدیگر جدا است اما همه آنها بر مبنای روشها و استانداردهای یکسانی ارائه می‌شود. (تفاوت‌های موجود میان سازمانها مربوط به بیمه‌های تکمیلی است که باید ادامه یابد و مورد حمایت قرار گیرد).

● در وضع موجود، هر یک از سازمانهای بیمه‌گر به صورت درون‌سازمانی، امور مربوط به بیمه خدمات درمانی خود را تفکیک کرده‌اند و حتی در سال ۱۳۷۲، سازمان تأمین اجتماعی با همین استدلال، طرح تشکیل سازمان جداگانه‌ای را برای انجام تعهدات درمانی خود مورد توجه قرارداد.

● در وضع موجود، فعالیتهای مربوط به خرید خدمات درمانی بین سازمانهای بیمه‌گر کاملاً مشابه، یکسان و اغلب تکراری است به نحوی که علاوه بر انجام وظایف شورای عالی بیمه خدمات درمانی به منظور ایجاد هماهنگی و سیاستگذاری متمرکز، در مواردی کمیته هماهنگی بین سازمانهای بیمه‌گر هم بر حسب ضرورت برای ایجاد وحدت رویه و یکسان‌سازی روشها تشکیل می‌شده است.

● پزشکان، بیمارستانها و سایر مراکز خدمت دهنده هر کدام به‌طور جداگانه با چند سازمان بیمه‌گر قراردادهای مشابه دارند و ضمن تنظیم چند صورت‌حساب جداگانه در هر ماه و ارسال آن برای این سازمانها، مطالبات خود را هم به‌طور پراکنده و در مقاطع زمانی مختلف دریافت می‌کنند. این مراکز فراهم‌کننده خدمات از طرف چند سازمان به‌طور جداگانه مورد بازرسی و

۱. در مورد سازمان تأمین اجتماعی، این پیشنهاد مربوطه به روش درمان غیرمستقیم است و درباره چگونگی اداره امور درمان مستقیم، بررسی جداگانه‌ای لازم است.

نظارت قرار می‌گیرند و برای تمدید قرارداد در مقاطع زمانی مختلف با برخوردهای متفاوت روبه‌رو می‌شوند و حتی در قبال پاره‌ای رفتارهای خلاف قرارداد با رویه‌های گوناگون روبه‌رو هستند. تمرکز در این فعالیتها، می‌تواند موجب رفع این مشکلات شود.

● تمرکز در امور تأمین خدمات درمانی به معنای نفی اصل عدم تمرکز در اجرا نیست بلکه در این صورت عدم تمرکز در سطوح منطقه‌ای و استانی با کارایی بالاتری قابل اجرا خواهد بود. در حال حاضر، سازمانهای بیمه‌گر - به منظور پرهیز از ایجاد هزینه‌های سنگین مربوط به گسترش تشکیلات - واحدهای اجرایی خود را در سطح مراکز استانها محدود کرده‌اند^۱. با اجرای این الگو، در ازای ادغام واحدهای موجود، امکان گسترش تشکیلات تا سطح شهرستان وجود خواهد داشت.

به‌طور خلاصه، نقاط قوت این پیشنهاد در مقایسه با وضع موجود به شرح زیر است:

- افزایش رضامندی مراکز درمانی خدمات دهنده و رفع پاره‌ای از دغدغه‌های آنان؛
- امکان تأمین خدمات درمانی پایه و اساسی برای همه افراد کشور به‌طور یکسان؛
- تمرکز اعتبارات مالی و یارانه‌های اختصاص یافته به بیمه درمان در یک کانال مشخص و هدفمند؛
- امکان نظارت بیشتر و مؤثرتر صندوقهای بیمه‌گر بر نحوه ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان خود؛
- فراغت بیشتر صندوقهای بیمه اجتماعی برای پرداختن به وظایف اصلی خود و رهاشدن آنان از دغدغه‌های روزمره مربوط به تولید یا خرید خدمات درمانی؛
- کاهش هزینه‌های ناشی از تعدد تشکیلات و ساختارهای موازی و امکان توسعه عمودی یک تشکیلات تا سطح شهرستانها در جهت تمرکززدایی و افزایش دسترسی مشتریان؛
- انتظار می‌رود مجموع این ویژگیها، به کارایی بیشتر نظام بیمه درمان، گسترش پوشش جمعیتی بیمه، پایداری منابع مالی و کاهش هزینه‌های سربار منجر شود.

۱. در حال حاضر پزشکان و مراکز درمانی در دوردست‌ترین نقاط هر استان، برای عقد قرارداد و تحویل اسناد خود باید با اداره رسیدگی به اسناد پزشکی در مرکز استان در تماس باشند.