

گفتگو با آقای دکتر ملک‌زاده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در باره لایحه نظام بیمه خدمات درمانی کشور:

■ با تصویب لایحه بیمه درمانی، ساختار مناسب برای هدایت صحیح منابع فراهم می‌آید.

ژورنال علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

اشاره:

لایحه بر ایجاد یک ساختار جدید در بیمه خدمات درمانی کشور استوار است و گفته می‌شود که تفاوتی اساسی را به دنبال خواهد داشت. این لایحه، برای بیمه درمانی کشور چند نوع سیستم بیمه‌ای را پیش‌بینی نموده است، از این موارد:

لایحه نظام بیمه خدمات درمانی کشور، که در اواخر سال ۱۳۷۱ از سوی دولت، تقدیم مجلس شورای اسلامی شده، بی‌شک یکی از لوایح مهمی است که در دستور کار مجلس چهارم قرار گرفته است. این

۱- بیمه تامین اجتماعی

۲- بیمه خدمات درمانی

(بیمه شبه دولتی)

۳- بیمه خصوصی

دکتر ملک زاده وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در گفتگو با "مجلس و پژوهش"، خاستگاههای این لایحه، اهداف و ویژگیهای آن را شرح نموده است. دکتر ملک زاده بهترین دلیل و خاستگاه ارائه این لایحه را، فقدان یک ساختار بیمه درمانی فراگیر که بتواند غالب اقشار کم درآمد اعم از روستایی آسیب پذیر، کارگر و کارمند را تحت پوشش درمان مناسب قرار دهد، می داند. وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معتقد است که تحقق اصل عدالت اجتماعی در امور درمان، مهمترین هدف لایحه نظام بیمه خدمات درمانی است. براساس این لایحه، روستائیان و کارگران تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و کارمندان دولت و اقشار آسیب پذیر، تحت پوشش سازمان خدمات درمانی قرار می گیرند. البته، هر شهروندی مختار است که هر کدام از این دو سیستم را که تمایل داشت انتخاب کند. مطابق این لایحه، حق بیمه اقشار آسیب پذیر که تحت پوشش کمیته امداد قرار دارند را دولت به طور کامل پرداخت خواهد نمود.

آقای دکتر ملک زاده در این گفتگو وجوه مختلف لایحه شامل نقش دولت در ساختار جدید، مشارکت مردم در این نظام، نحوه و شرایط اجراء، نقش نمایندگان مجلس در کمک به دولت در تعمیم بیمه درمانی را تشریح کرده که در ادامه از نظر خوانندگان می گذرد. گفتنی است که در شماره های آتی، بخش هایی از گزارشات پژوهشی همکاران ما در مورد این لایحه از نظر گرامی تان خواهد گذشت.

مجلس و پژوهش: در مورد لایحه تعمیم بیمه خدمات درمانی، دست بکار پژوهشی فراگیر در مرکز پژوهش ها بودیم و مناسب یافتیم که با مصاحبه با جناب عالی به استقبال آن برویم. به این معنی، مصاحبه جناب عالی در اختیار پژوهش گران مرکز قرار می گیرد، ضمن آنکه در نشریه مجلس و پژوهش و برای بهره خوانندگانمان آنرا منتشر می سازیم. پس اگر موافق باشید سراغ سوالات برویم.

با توجه به اینکه در متن لایحه نظام خدمات درمانی کشور به چند هدف اساسی اشاره شده است، جناب عالی، چه توصیه هایی از آن اهداف دارید و چه تفاوت های کلی بین وضعیت موجود و وضعیت پیش بینی شده در لایحه می بینید؟

آقای دکتر ملک زاده: بسم الله الرحمن الرحيم. با تشکر از مجله "مجلس و پژوهش" که این فرصت را به من دادند تا در مورد این موضوع بسیار مهم بحث بکنم و ابراز خرسندی از اینکه این اقدام بسیار مهم تشکیل مرکز پژوهش‌های مجلس واقعاً می‌تواند موجب برکت برای مجلس و برای تمام کشور باشد. ما به عنوان مجریان، همیشه این کمبود را احساس می‌کردیم که نمایندگان محترم مجلس، احتیاج به یک سیستم اطلاع‌رسانی قوی و وسیع که مبتنی بر پژوهش و استفاده از تجربیات تمام دنیا در برنامه‌های قانون‌گذاری باشد، دارند و امیدوار هستم که این کار شما که کار بسیار مبارکی است، باخیر و برکت بیشتری قرین گردد. انشاءالله

و اما در مورد لایحه نظام بیمه خدمات درمانی کشور که به مجلس تقدیم کردیم ابتدا اجازه بدهید عرض کنم؛ از جمله مشکلاتی که مردم با آن روبرو هستند، مسئله درمان و دارو است. البته در مورد بهداشت، برنامه زمان‌بندی شده‌ای هست و طبق برنامه، جلو می‌رویم و آینده بسیار روشنی نیز داریم. در بخش بهداشت و پیشگیری، با مشکل خاصی مواجه نیستیم، در واقع با برنامه و اعتباراتی که داریم برنامه را تکمیل می‌کنیم. بسیار امیدواریم که بتوانیم انشاءالله تا پایان برنامه دوم، شبکه بهداشتی و مراقبت‌های بهداشتی در سطح کشور را به همراه بخش آموزش، با برنامه‌ای که

تدوین شده تکمیل کنیم. در بخش آموزش هم، با برنامه‌ای که تدوین شده و توسعه‌ای که به بخش آموزش پزشکی داده‌ایم، چه از نظر کمی و چه از نظر کیفی، نیروی انسانی مورد نیاز را تأمین می‌کنیم و این هم از افتخارات نظام است که می‌توانیم یکی از کمبودهای تاریخی کشورمان را در پنجاه سال گذشته بر طرف سازیم. شما می‌دانید از زمانی که ما یا طب جدید مواجه شدیم، چیزی که همیشه از آن رنج برده‌ایم کمبود نیروی متخصص در رده‌های مختلف بوده است. این کمبود با برنامه‌ای که در دست انجام داریم، جبران می‌شود انشاءالله. اما آنچه که مشکل ما است و اتفاقاً بیشتر در جامعه ما محسوس است مسئله درمان و دارو است. چرا این مشکل وجود دارد؟ از نظر نیروی انسانی، عرض کردم وضعیت چگونه است. از نظر تخت بیمارستانی نیز ما توانسته‌ایم طبق برنامه، تخت‌هایی که لازم بوده تدارک کنیم. در پایان سال ۷۱، ۹۱۰۰۰ تخت داشتیم و در پایان سال ۷۲، این تعداد به ۹۴۰۰۰ خواهد رسید که ۱۰۰۰ تخت هم، از عدد پیش‌بینی شده در برنامه، بیشتر است. از نظر تجهیزات پزشکی، سرمایه‌گذارهای خیلی خوبی کرده‌ایم، در مورد تجهیزات سرمایه‌ای برای تولید اقلام یکبار مصرف، تأمین هستیم. از نظر دارو هم، صنایع دارو سازی ما رشد بسیار خوبی در برنامه اول داشته است. پس مشکل اصلی در کجا نهفته است؟ مشکل



آقای دکتر ملک‌زاده: در این لایحه، نقشی را که ما به وزارت بهداشت میدیم یک نقش سیاست‌گذاری است و آنرا در قالب شورای عالی دیدیم که در رأس آن وزیر بهداشت است و تمام افرادی که در این رابطه مؤثر هستند در آن حضور دارند. وزارت بهداشت که هم اکنون عمدتاً درگیر کارهای بسیار ریز درمانی و بهداشتی است، به کار اساسی‌تری که همانا سیاست‌گذاری در امر درمان و دارو و تدارک اهرمهای قوی برای این کار هست، تاکنون به خوبی به آن نپرداخته است. ما در حقیقت در این نظام، آن شورای عالی‌ای را دیدیم که سیاست‌گذاری را بر عهده گیرد. می‌دانید کل سوبسیدی را که دولت در بخش درمان و دارو می‌دهد، رقمی حدود ۱۰۰ میلیارد تومان است این سوبسید هم اکنون که مربوط به دارو است در بخش صنعت مصرف می‌شود. و آن قسمت که مربوط به درمان است متوجه بودجه جاری بیمارستانهای دولتی می‌شود. جهت‌گیری این لایحه اینست که بیاییم و این سوبسید را به جای اینکه به آنجاها ببریم، مستقیماً به افراد پردازیم و به همه یکجور پرداخت نکنیم. ممکن است ۲۰ درصد جامعه اصلاً احتیاج به این سوبسید نداشته باشند. گروهی از افراد، خودشان می‌توانند بخشی از آنرا پردازند. کارفرما اعم از اینکه دولت باشد یا بخش خصوصی، بخشی از آنرا می‌پردازد. می‌ماند یک رقمی حدود ۸ یا ۱۰ میلیون نفر که آسیب پذیرند و خودشان اصلاً نمی‌توانند پردازند. دولت باید بیمه آنها را بطور کامل تقبل کند.

اصلی در فقدان وجود یک نظام فراگیر هست که بتواند این خدمات درمانی و دارو را با یک روال مناسب در اختیار مردم قرار دهد، به نحوی که اقشار مختلف جامعه، بخصوص اقشار آسیب‌پذیر، بتوانند به راحتی باین خدمات دسترسی داشته باشند و از آن بهره‌مند شوند. نظام پیشنهادی ما در لایحه در حقیقت برای حل این مشکل پیشنهاد شده است که خود متکی به تجربیاتی است که در همه جای دنیا انجام شده است.

مجلس و پژوهش: اشاره کردید به این که امکانات نسبتاً خوبی فراهم شده است و در واقع طراحی یک ساختار متناسب، که بتواند مطلوبیت بهره‌برداری به امکانات ببخشد ضرورت پیشنهاد این لایحه را فراهم کرده است. برگردیم به بندهایی که در داخل این لایحه هست. تفاوت ماهوی سازمان بیمه خدمات درمانی که در این لایحه پیشنهاد شده است با سازمان فعلی "اسن اجتماعی" را در چه می‌بینید؟ آیا فکر کنید که امکان اصلاح ساختار در سازمان تأمین اجتماعی، به گونه‌ای که بتواند وظایف سازمان جدید را به عهده بگیرد، نیست؟

در همین رابطه، احساس کردیم که نظام ما نباید یک نظامی باشد که همه چیز را در اختیار یک سازمان بگذارد و همه موظف باشند در یک سازمان بیمه شوند. ما در اجرا فکر کردیم که باید نوعی رقابت داشته باشیم. به همین علت در اجرا، سازمان تأمین اجتماعی را عمدتاً برای مشمولین قانون کار روستائیان در نظر گرفتیم، که خود کار عظیمی است. اگر سازمان تأمین اجتماعی بتواند علاوه بر جامعه کارگری که در آن ۱۵ میلیون بیمه شده دارد و شاید یکی دو میلیون دیگر هم بر آن اضافه شوند، نزدیک به بیست میلیون روستائی را بیمه بکند کار برجسته‌ای انجام داده‌است. بدین ترتیب ملاحظه می‌فرمائید که؛ سازمان خدمات درمانی را برای اقشار آسیب‌پذیر و کارمندان دولت و بیمه‌های نیروهای مسلح را، برای نیروهای مسلح و بیمه‌های خصوصی و بیمه‌های بازرگانی را برای مشاغل آزاد و دیگر حرفه‌ها گذاشتیم. این تقسیم‌بندی را کردیم و به همه افراد اجازه دادیم خودشان بروند و انتخاب کنند. آنان می‌توانند هر کدام را که بتواند خدمات بیشتر و سرویس بهتری بدهد انتخاب کنند. بدین ترتیب مردم مجبور نیستند تنها از یک سازمان انحصاراً خدمات دریافت دارند. آنان می‌توانند قدرت انتخاب داشته باشند و آن سازمان‌ها می‌توانند با یکدیگر رقابت بکنند.

اما آن فرق اساسی بین سازمان خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی چیست؟

سازمان تأمین اجتماعی براساس قانون مصرف بوجود آمده، وظایفی دارد و عمدتاً نیروی کار کشور را پوشش می‌دهد. این سازمان تشکیلاتی دارد و کار می‌کند باید تقویت بشود تا بتواند انشاءالله پوشش را وسیعتر بکند. ما یاری را که بردوش سازمان تأمین اجتماعی گذاردیم روستائیان است و فکر می‌کنیم اگر سازمان تأمین اجتماعی بتواند از عهده آن برآید کاری مهم انجام داده است. می‌دانید قبل از پیروزی انقلاب، سازمانی تحت عنوان سازمان تأمین خدمات درمانی وجود داشت که در شروع انقلاب با مصوبه شورای انقلاب منحل شد و در حقیقت با آن شعار طب ملی آمد، آن منحل شد ولی طب ملی هم شکل نگرفت. به همین علت وضعیت بیمه کارمندان دولت خیلی بد شد، دفترچه‌ها بی اعتبار شد. به طور کلی ما مشکل جدی با بیمه خدمات درمانی کارمندان دولت داریم، به خاطر اینکه سازماندهی مناسب بیمه را ندارد، یعنی هزینه‌های سرانه به خزانه می‌آید و بعد ما باید از خزانه برنامه و بودجه لازم را بگیریم.

ما در حقیقت یک ساختار بیمه مشابه تأمین اجتماعی را به این قسمت آوردیم و این تشکیلات را موظف کردیم تا حتماً اقشار آسیب‌پذیر و کارمندان را بیمه کنند. در حال حاضر برخی از اقشار آسیب‌پذیر به کمیته امداد مراجعه می‌کنند. کارمندان دولت مختارند که بین این تشکیلات و سازمان



مجلس و پژوهش: آقای دکتر ملک زاده! اشاره کردید که هدف از این طرح، بیشتر هدایت صحیح منابع است و تنظیم ارتباطات، در واقع آیا شما منابع جدیدی را از مراجع دولتی یا خصوصی با تصویب این لایحه در نظر دارید به بخش اختصاص دهید یا خیر؟

آقای دکتر ملک زاده: سؤال بسیار به جایی است. سؤالی که بسیاری از افراد دیگری که این طرح را می خوانند دارند. سؤال اینست که آیا واقعاً این طرح چه مشکلی را حل می کند؟ به هر حال یک مقدار پول داریم و یک سیستم. آیا این پول رابه شکل دیگر می خواهیم خرج کنیم و یا منابع جدیدی هست؟ جواب اینست که ما در وهله اول همین پول را درست خرج می کنیم و دقیقاً آنجاهائی خرج می کنیم که دولت تعیین می کند، این خیلی مهم است. ما همین حالا پول را به بیمارستان می دهیم و می گوئیم باید ۳۰٪ مردم را رایگان ببینید. این را چه کسی تعیین می کند؟ ۳۰ درصد رایگان چه کسانی هستند؟ اینها را مددکاری که آنجا نشسته تعیین می کند. معمولاً این طوراست که اگر آشنایی بیاید تخفیف می گیرد و اگر کسی نیاید تخفیف نمی گیرد. ما در بررسی هایی که کردیم دیدیم آدمهای فقیر بیشتر پول داده اند! بنابراین در این شرایط پول را بجای اینکه به بیمارستان بدهیم، به خود افراد بدهیم. می گوئیم اصلاً

تأمین اجتماعی و یابخش خصوصی یکی را انتخاب کنند. ولی دولت باید یک چتر امنیتی و یک سازمانی که حتماً موظف باشد اینها را بیمه کند، داشته باشد. فرق اساسی بین این سازمان و سازمان تأمین اجتماعی اینست که سازمان خدمات درمانی یک پشتوانه عظیمی دارد برای اینکه می خواهد یک قشر آسیب پذیری را پوشش بدهد و آن پشتوانه اش تخت های بیمارستانی و امکانات و تجهیزاتی است که وزارت بهداشت دارد. سرمایه گذاری هایی که با ارز ۷ تومانی شده و این خودش یک آورده مهمی است برای سازمان خدمات درمانی که در آینده بیمارستان های غیرآموزشی ما و بیمارستانهایی که در سازمانهای منطقه ای داریم (آنها را که نمی توانیم به بخش خصوصی واگذار کنیم) آنها را به این سازمان واگذار می کنیم، سپس به جای اینکه به این بیمارستانها بودجه جاری بدهیم پول را به سازمان خدمات درمانی می دهیم و سازمان خدمات درمانی براساس کار آنها به آنها بودجه می دهد و یک تغییر ساختاری خیلی جدی در بیمارستانهای ما بوجود می آید. بیمارستانهای ما از مشکلات قانون محاسباتی که بر آنها مسلط است و نمی توانند بیرون از آن کار بکنند خارج می شوند. این بودجه در واقع می شود سرانه افراد، به ازای کاری که هر واحدی بکند به آن پول داده می شود. یعنی کارانه در یک مقیاس وسیع تر، اینها دلالی بوده که فکر می کردیم این دو سازمان از هم جدا باشند.

یک شعضل بزرگ است. ما می‌گوئیم در یکسال ۱۰۰ میلیون دلار را که صرف دارو می‌کنیم و سوبسیدی را که دولت در این مورد می‌دهد اگر واقعاً دارو را درست مصرف کنیم می‌توانیم جلوی این سوبسید را بگیریم، درحالی‌که با وجود سیستم فعلی اینکار را نمی‌توانیم بکنیم. در سیستم جدید، این قابل عمل است (در لایحه، درجه‌بندی مربوط به دارو هست اقلام داروهای حیاتی را که برای شخص لازم است مشخص می‌کنیم و سوبسید را روی آنها متمرکز می‌کنیم و بعضی از اقلام دارویی که جنبه حیاتی ندارد آنها را از سوبسید بیرون آورده و فرانشیز ایجاد می‌کنیم. بخصوص برای خدماتی که استفاده نابجا و برای آنها سوبسید ایجاد نمی‌کنیم و جلوی مصرف آنها را می‌گیریم).

مجلس و پژوهش: آقای دکتر! در حال حاضر چقدر خرج درمان، بهداشت و آموزش پزشکی کشور می‌شود؟ رقمی داریم؟

آقای دکتر ملک زاده: ۳۰۰ میلیارد تومان در سال، کل بودجه جاری و عمرانی بهداشت و درمان و آموزش پزشکی است. این کل پولی است که از خزانه می‌گیریم به اضافه پولی که مردم به مطب‌ها می‌دهند. ما در حقیقت آمدیم درآمد کل بیمارستانهای

سرانه آدم فقیر را تماماً دولت می‌دهد و هکذا ۵۰٪ سرانه یک آدم روستائی را دولت می‌دهد. بنابراین خود این خیلی مهم است که همین پولی را که داریم درست و با برنامه خرج کنیم و بدانیم کجا خرج شود. یک فایده‌اش این هست که همین، راندمان را بالا می‌برد و در تأمین عدالت اجتماعی نقش بسیار مهمی دارد. اما منابع جدیدی هم هست. ما افرادی را داریم که خویش فرما هستند و کسانی که کارگرند (که به مرحال یک بخشی را خودشان و یک بخش را کارفرما می‌دهد) و روستائیان را داریم که آنها ۱۰ درصد سرانه بیمه را خودشان می‌دهند. بنابراین ما می‌رویم از جامعه روستائی پولی را می‌گیریم تا به آنها خدمات بدهیم. خویش فرماها هم خودشان باید صد درصد حق بیمه خودشان را بپردازند. از همه مهمتر بساید دولت شخصاً بپذیرد (و در اینجا بپذیرفته) که هزینه سرانه بیمه درمانی افسار آسب پذیر را با تعرفه‌های واقعی پرداخت کند. ما راه دیگری نداریم، اگر بخواهیم تعدیل اقتصادی را اجراء کنیم بساید افسار آسب پذیر را پوشش بدهیم. بنابراین، دولت شخصاً قبول کرده این را بپردازد. ما فکر می‌کنیم سهم ما از درآمد ناخالص ملی با این تعهد دولت بالا می‌رود. از آن پول بیشتری خواهیم گرفت. نکته خیلی مهم دیگر آنست که همین امکانات را یکجا سیاست‌گذاری کنیم و اهرمهای خوبی داشته باشیم. شما ببینید مثلاً دارو، مصرف بی‌رویه دارد و برای ما



مجلس و پژوهش: آقای دکتر
ملک‌زاده! افزایش ۳۰۰ میلیارد
تومان فشار روی منبع دولت
است، آیا راجع به این فکر
کردیده‌اید؟ که از کجا می‌آید؟

دکتر ملک‌زاده: قرار نیست دولت همه
آن را بپردازد. آنچه که دولت تعهد می‌کند در
حقیقت اقسار آسیب‌پذیر است. که اقسار
آسیب‌پذیر حدود ۸-۱۰ میلیون نفر است.
۱۰ میلیون آسیب‌پذیر را دولت صددرصد
تعهد می‌کند و بعد، کارمندان هستند و ۲۲
میلیون روستایی. سرانه روستایی، معادل با
نصف سرانه شهری گرفته شده است، چون
دسترسی آنها کمتر است. از نصف ۲۲
میلیون روستایی که نصف آن را هم دولت
می‌دهد یعنی ۲۵٪ کل سرانه. در حقیقت
روستائیان به دو هلت سوبسید می‌گیرند:
یکی به خاطر اینکه روستایی هستند و دیگر
آنکه قیمت آنرا ما نصف می‌دهیم. پس اگر
بطور خلاصه بخواهیم بگوئیم تعهد دولت
اینهاست: اقسار آسیب‌پذیر صددرصد.
روستائیان یک چهارم سیصدتومان و
کارمندان دولت و کارگرانی که کارفرمای آنها
دولت هست.

جامعه کارگری را خودشان و کارفرما
می‌دهد و مشاغل آزاد را و جزف آزاد
خودشان صددرصد می‌دهند. بنابراین اگر
فرض کنیم ۷۰ میلیارد تومان اضافه شود
شاید از این میزان، یک سوم آنرا دولت باید
بدهد و بقیه را از مردم می‌گیریم و بنابر این
فکر می‌کنیم مجموعاً با توجه به پولی که

خصوصی، مطب دکترها، آزمایشگاهها،
رادیولوژیها، تمام این مجموعه را حساب
کردیم، که این رقم به دست آمده است.
هزینه سرانه عددی است بین ۳۰۰ تا
۵۰۰ تومان و تأمین اجتماعی با ۲۷۰ تومان
تقریباً خوب اداره می‌کند، با اینحال باز هم
شکایت هست. این عدد اگر مقداری بالاتر
برود وضعیت بهتر می‌شود. ما فکر می‌کنیم
چون منابعی دیگری هم از مردم داریم که به
این اضافه کنیم، و در عمل می‌توانیم به
کمک مجلس و خود دولت، این رقم را با
توجه به تعدیلی که هست افزایش بدهیم و
به طور کلی وضع را بهتر بکنیم.

مجلس و پژوهش: گفته
می‌شود که چیزی نزدیک به
صددرصد در اعتبارات مورد
نیاز بخش بدنبال تصویب لایحه
افزایش لازم می‌باشد آیا اینطور
است؟

آقای دکتر ملک‌زاده: بخشی از این
بودجه‌ها بودجه عمرانی است و اینها را باید
از یکدیگر جدا کنیم. این ۳۰۰ تومانی که در
نظر می‌گیرند برای کل افرادی است که تحت
شمول بیمه می‌باشند و خیلی دامنه
گسترده‌ای دارد.
برای ۵۰ میلیون نفر، ۵۰ میلیون سیصد
تومان، ۶۰۰ میلیارد تومان می‌شود، که
معادل هزینه جاری است.

دولت همین حالا دارد می‌دهد وقتی دولت سرانه بدهد بودجه جاری به بخش نمی‌دهد. اگر این انتخاب آگاهانه را انجام ندهیم در آینده با مشکل بزرگی در رابطه با درمان روبرو می‌شویم.

اطلاع دارید که بزرگترین مشکل کابینه آقسای کلینتون مشکل درمان است و ۴۰ میلیون بیمه نشده دارد. وزیر بهداشت آمریکا که در اجلاس سازمان بهداشت جهانی نطق کرد مثل نطق کشورهای آفریقایی می‌ماند. که می‌گفت ۴۰ میلیون بیمه‌ای واگسن نمی‌زنند، دارو ندارند و سل دو برابر شده است، با وجود اینکه آمریکا ۱۴ درصد از درآمد ناخالص ملی یعنی رقمی حدود ۷۰۰ میلیارد دلار در سال ۹۲ صرف درمان کرده است. در آلمان یکی از مشکلات بزرگشان درمان است. شما ببینید آمریکا و آلمان چرا اینطوری شده‌اند؟ چون آنها استفاده نابجایی از تکنولوژی پزشکی می‌کنند و استفاده زیاد از تکنولوژی جدید پزشکی، هزینه‌ها را سرسام‌آور بالا می‌برد که تعداد محدودی از مردم، از خدمات بسیار پیشرفته استفاده می‌کنند و یک قشر عظیم مردم از حداقل خدمات هم محرومند. این را با چین مقایسه بکنید. چین با جمعیت یک میلیارد نفری، پوشش واکسیناسیون بسیار عالی دارد. مراقبت‌های اولیه بهداشتی در آنجا بسیار خوب است. بسیاری از داروهای مسکن را که در غرب مصرف می‌شود آنها اصلاً استفاده نمی‌کنند، از طب سوزنی

استفاده می‌کنند، بسیاری از داروهای که آنها استفاده می‌کنند از گیاهان دارویی است، تکنولوژی آنها یک تکنولوژی است که خودشان برآن مسلط هستند.

ما در حقیقت باید آگاهانه انتخاب کنیم، و با توجه به تواناییهای تکنولوژی‌مان، تکنولوژی مناسب را انتخاب نماییم با توجه به امکانات و منابع آن تکنولوژی را وارد کشور سازیم. بنابراین در آن شورای عالی می‌توانیم تصمیم بگیریم مثلاً در این مملکت چند تا "سی‌تی‌اسکن" باید باشد، چند تا «ام‌آر‌ای» باید باشد، چند تا سنگ شکن بساید بساید، شاید خیلی از این تکنولوژیها لازم نیست وارد کشور بشود، ما باید خدمات را در حدی که معقول است و با توجه به بودجه و تواناییمان ارائه بدهیم. بنابراین کار بسیار مهمی که یک چنین نظامی انجام می‌دهد این است که در روند طب جدید، آگاهانه و با تسلط موضع‌گیری کنند و انتخاب می‌کند آن روشی را که صحیح تر است.

مجلس و پژوهش: شما اشاره کردید به تأثیری که این نظام بر روی بودجه دولت دارد، راجع به مشارکت بخش خصوصی چه نظری دارید؟ بخش خصوصی با چه مکانیزمی می‌تواند فعال بشود؟

آقای دکتر ملک‌زاده: این هدف در لایحه آمده است. ما سازمان تأمین اجتماعی



باین صورت است که دولت یک حداقلی از خدمات را با یک تعرفه معقول در قالب سازمان خدمات درمانی به مردم ارائه می دهد، حالا مردم و آهایی که نمی توانند بیشتر پرداخت بکنند می آیند حداقل را می پذیرند، درکنار آن، بیمه های بازرگانی هستند که می توانند هرکسی را به طور کامل بیمه بکنند، یا می توانند بیمه های مضاعف بکنند؛ یعنی کسی که کارمند دولت است در سازمان خدمات درمانی بیمه می شود ممکن است بیمه دیگر هم بشود.

و سازمان خدمات درمانی را موظف کردیم حتماً کارگراها، روستائیان و اقشار آسیب پذیر و کسارمندان دولت را بیمه بکنند ولی کارمندان دولت و اقشار آسیب پذیر را که مستولی آنها کمیته امداد است، موظف نکردیم حتماً بیایند توسط اینها بیمه شوند. در واقع آنطرف بیمه های خصوصی و بخش خصوصی را دیدیم.

مجلس و پژوهش: آیا بیمه در ایران می تواند خصوصی باشد؟

مجلس و پژوهش: در لایحه آمده است که تا آخر برنامه دوم، اکثر بیمارستانها به بخش خصوصی واگذار بشوند. آیا به نظر جناب عالی جای مانوری برای دولت باقی می ماند؟

آقای دکتر ملک زاده: براساس قانون اساسی، فعلاً امکانش نیست. ولی ما بیمه های بازرگانی را که اشاره می کنیم مقصودمان بیمه های غیر از بیمه های موجود است که شکل خصوصی تری دارد. در لایحه در بندهایی اشاره شده است که بیمه گر بتواند مستقیماً خدمات درمانی بدهد و این معنا آن است که ابتدا تکلیف بیمه را مشخص بکنیم. اگر ما می توانستیم مجوز را بگیریم خیلی بهتر بود و رسماً بیمه های خصوصی می توانستند به بازار بیایند. البته وزارت اقتصاد به این فکر هست که موضوع را پی گیری کند. در بخش درمان اطلاع دارید همین حالا بیمه های بازرگانی فعال هستند و کار می کنند و آزادی عمل آنها، خیلی بیشتر از آزادی عمل کسی است که بیمه ما را دارد. زیرا تعرفه های خیلی بالاتری می گیرند. در حقیقت چیزی را که در این لایحه بعنوان جایگاه بخش خصوصی تصویر می کنیم

آقای دکتر ملک زاده: بیمارستانها را به سازمان خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی و یا بخش خصوصی بصورت واگذاری یا اجاره می دهیم. در حقیقت آنچه که می خواهیم تحقق پیدا کند بخش خصوصی نیست، خودگرانی است و پیش بینی ما اینست که اکثریت اینها می آیند زیر پوشش سازمان خدمات درمانی. چون بیمارستان دولتی را در یک شهر مثل اهر و یا فلان جا، بخش خصوصی نمی تواند بگیرد. مردم عمدتاً زیر پوشش خدمات درمانی قرار می گیرند. اکثر بیمارستانها می آیند زیر پوشش خدمات درمانی و به

می‌توانیم امروز جراح باز و جراح پیوند
اعضاء را در داخل کشور تربیت بکنیم.
تعداد پزشکان موجود حدود ۳۰ هزار
نفر است ولی ۴۰ هزار دانشجو در رشته
دکترای پزشکی مشغول به تحصیل هستند.
می‌توانم با اطمینان بگویم از این بابت نگرانی
نداریم.

مجلس و پژوهش: رشد
جمعیت شتاب فزاینده‌ای دارد
و اجرای این لایحه بدون کنترل
آن شاید نوعی بلعیدن بی‌حساب
منابع تعلق بشود. آیا شما
برنامه‌ای برای کنترل جمعیت
دارید یا نه؟

آقای دکتر ملک زاده: رشد جمعیت،
یک مشکل اساسی کشورمان است، حالا
یکی از آن بیمه است، آموزش و پرورش هم
هست، اشتغال هم هست، در همه بخش‌ها
هم هست، اگر مسئله جمعیت را مسئولین
کشوری جدی بگیرند، در همه بخش‌ها با
مشکل مواجه هستیم. در سال ۷۲
خوشبختانه نرخ رشد جمعیت از ۳/۹ به
عدد ۲/۳ رسید که نشان می‌دهد با
برنامه‌ریزی بسیار خوبی که داشتیم و
حمایت بسیار جدی مردم، جمعیت قابل
کنترل است. در برنامه‌های تنظیم خانواده، ما
یکی از کشورهای موفق دنیا هستیم و این را
همه سازمانهای بین‌المللی قبول دارند، با

جای اینکه بودجه زیاد به آن بدهیم
می‌گوییم به تعداد هر مریضی که می‌بینی با
این تعرفه‌ها پول می‌گیری (براساس رضایت
مردم)، بیمارستان براساس اینکه چقدر خرج
مریض کرده بودجه می‌گیرد و بیمارستان
باید خودگردان باشد. بیمارستانها به صورت
هیئت مدیره‌ای در می‌آیند. مثل
بیمارستانهای خصوصی اداره می‌شوند. اگر
یک وقتی بخش خصوصی پیدا شود که
تواند در این سیستم کار بکند، قدم آن
برچشم. ما فکر می‌کنیم در تهران، شیراز چند
تا از این شهرهای بزرگ کسانی پیدا شوند که
بایند این بیمارستانها را بگیرند. علاوه بر
این، اینها واگذاری است نه فروش. ما
می‌گوییم این بیمارستان با این امکانات در
اختیار شماست و با این تعرفه سرانه با شما
کار می‌کنیم آنها می‌آیند می‌گیرند و اداره
می‌کنند.

مجلس و پژوهش: آیا
نیروی انسانی و ظرفیت
تخصصی بخش اینقدر هست
که اهداف لایحه به خوبی تحقق
یابد؟

آقای دکتر ملک زاده: یکی از نکات
بسیار مثبت اینست که براساس برنامه‌ریزی
اکنون صد هزار دانشجو داریم که در رشته‌های
مختلف از کاردانی تا رشته‌های فوق
تخصص دارند آموزش می‌بینند، حتی



وجود اینکه ۲ سال است این برنامه را شروع کرده‌ایم.

مجلس و پژوهش: با نرخ‌هایی که ماده ۶ لایحه به آن اشاره کرده‌است و با مکانیزم خاصی که قیمت‌ها تصویب می‌شوند صنعت بیمه درمانی قابل‌گسترش هست؟

مجلس و پژوهش: آقای دکتر! نوع مداخله سازمان تأمین اجتماعی در قراردادهای درمانی دستگاهها چگونه مداخله‌ای است؟ آیا این مداخله ضرورت دارد؟

دکتر ملک‌زاده: ما همه ساله براساس همان شاخص‌های بانک مرکزی، تعرفه‌ها را بالا می‌بریم و بر اساس همان شاخص‌ها سرانه‌های بیمه را افزایش می‌دهیم. در همه جاهای دنیا نیز همینطور است و بر همین اساس ما باید دو چیز را کنترل کنیم. یکی تعرفه‌های خدمات درمانی است و یکی هم سرانه‌ها بیمه است، بسا این دو نیز علی‌الاصول بصورت انبساطی با آن برخورد می‌شود.

دکتر ملک‌زاده: قانون تأمین اجتماعی کلیه مشمولین قانون کار را موظف می‌کند حتماً بیایند سراغ تأمین اجتماعی. در آنجا این بحث بود که این اجبار را برای صنعتگران و کارگرها هم برداریم آنها را هم آزاد بگذاریم که یا بیایند سازمان تأمین اجتماعی، یا بروند جاهای دیگر، به دلائل متعددی فکر کردیم نمی‌توانیم یکباره این را آزاد کنیم. اولاً سازمان تأمین اجتماعی یک سازمانی است که شکل گرفته و امکاناتی دارد، تساهل سازماندهی را به طور کامل راه نیانداخته‌ایم و یک سیستم جدیدی را بوجود نیاورده‌ایم نباید آنچیزی را که هست متزلزل کنیم. با این وجود به صورت ظریف آنرا در لایحه دیدیم و آنجاهایی که واقعاً یک عده‌ای از تأمین اجتماعی راضی نیستند می‌توانند بروند بخش خصوصی و یا بروند سازمان خدمات درمانی و بروند به دانشگاهها، چون از این به بعد دانشگاهها هم به صورت مستقل می‌توانند قرارداد ببندند و خدمات بدهند.

مجلس و پژوهش: آقای دکتر! به نظر شما لایحه چگونه می‌تواند کیفیت واحدهای درمانی یا خدمات درمانی را افزایش بدهد؟ آیا اشاره جنابعالی تنها به همان پرداخت‌های به ازاء هر خدمت درمانی است یا به گونه‌ای دیگر، این مکانیزم چگونه پیش‌بینی شده است؟

آقای دکتر ملک‌زاده: مسئله کیفیت اولاً به عوامل متعددی بستگی دارد، مهمترین عامل آن نیروی انسانی است، نیروهای

تجهیزات و نیروی انسانی در نقاط مشخص کشور هست مثل تهران بزرگ. با توجه به این مسئله و با عنایت به این که اکثر قشرهای آسیب پذیر ما در مناطق دور دست هستند آیا راه حلی برای توزیع بهتر خدمات درمانی پیش بینی شده است؟

دکتر ملک زاده: اتفاقاً در این مورد، کار مهمی شده است. در شروع برنامه اول فقط در ۵ شهر بزرگ سی تی اسکن داشتیم که نمایشگر پیشرفت تکنولوژی پزشکی است. ولی خوشبختانه امروز در همه استانها یمان این را داریم. یک آزمایشگاه مرکزی مجهز در همه استانها داریم. دستگاههای رادیولوژی هم همینطور. خوشبختانه در مراکز استانها، در همه جا دانشگاه داریم. همزمان با این، مراکز بهداشتی و درمانی را در نقاط مختلف کشور توسعه دادیم. نزدیک به ۳۴ هزار تخت بیمارستانی را در مناطق کوچک و محروم در دست احداث داریم. پروژه ای را که اخیراً مقام محترم ریاست جمهور کلنگ آنرا در یکی از روستاهای کرمان بر زمین زدند، پروژه بهداشت و جمعیت است که در قالب آن قرار است نزدیک به یک هزار مرکز بهداشتی و درمانی بزرگ (که همه اینها مجهز هستند به اطاق عمل کوچک و چند تخت) در مراکز پرجمعیت روستائی احداث بشود با اعتباری نزدیک به ۶۰ میلیارد تومان که

انسانی که در بخش کار می کنند از نظر تخصص و مهارت باید در وضعیت خوبی باشند، از نظر اخلاق و رفتار پزشکی هم سطح آنها بالا باشد. ما خوشبختانه تجهیزات پزشکی خوبی را در کشور طی چند سال گذشته وارد کرده ایم و با توجه به پویایی که در بخش آموزشمان داریم اینها می تواند در کیفیت ارائه خدمات، خیلی نقش داشته باشد. از طرف دیگر اجرای طرح کارانه هم می تواند نوبت ها را کم بکند و رضایت بیماران را به دنبال داشته باشد. سیستم به گونه ای طراحی شده که بیمارستانها خودشان طالب باشند بیماران را بپذیرند و در پرداخت به آنها رضایت بیماران و همچنین ارائه خدمات با کیفیت بهتر را مدنظر قرار بدهد. خوشبختانه اهرمهایی در دست ما هست که قانون خیلی خوب می تواند بر کیفیت نظارت بکند و در پرداخت ها و قراردادهایمان از بعد کیفی نگاه بکنیم. علاوه بر آن، همانطوری که در لایحه هم پیش بینی شده ما بیمه های مضاعف داریم، یعنی یک سری خدمات پیشرفته را افرادی که می توانند بگیرند باز گذاشته ایم از نظر ارائه خدمات درمانی پیشرفته با کیفیت بهتر، بخش خصوصی هم می تواند با رقابتی که هست خیلی کمک بکند.

مجلس و پژوهش: مسئله ای که در کشورمان حاد است تمرکز است که در مراکز درمانی،



دکتر ملک‌زاده: بطور کلی بحث این بود که ما باید برای اقلشار آسیب‌پذیر متوالی داشته باشیم که این متوالی را بدلائل مختلف (بخصوص به این دلیل که کمیته امداد امام یک بخش عمومی است که با توجه به طبیعت آن می‌تواند از کمک‌های مردمی بیشتر استفاده بکند) کمیته امداد امام را انتخاب کردیم. البته بهزیستی هم سرپرستی بخشی از اقلشار آسیب‌پذیر را به عهده دارد.

در این لایحه پیشنهاد کردیم که این سازمان هم مشارکت داشته باشد و افراد را برای بیمه‌شدن معرفی کند. البته ما فکر می‌کنیم در آینده کار اساسی که بهزیستی باید بکند توان بخشی است. توان بخشی، بخشی از درمان است که در کشور ما جدی گرفته نشده است که امیدواریم در آینده جدی گرفته بشود.

اجازه بدهید در پایان این راهم تأکید کنم که تصویب این لایحه، از مهمترین مصوبات مجلس چهارم می‌تواند باشد. انشاءالله اگر اشکالاتی هم به نظر نمایندگان می‌رسد، به آن پرداخته بشود و نهائی بشود. اگر این لایحه تصویب بشود و به یاری خدا خوب اجرا گردد بهترین هدیه است برای مردم و یکی از گام‌های اساسی نظام برای تأمین عدالت اجتماعی است. انشاءالله.

مجلس و پژوهش: با تشکر از جنابمالی به خاطر فرصتی که به ما دادید و توضیحات جامعی که ارائه فرمودید.

توانستیم نیمی از آنرا از بانک جهانی بگیریم و نیمی از آن را دولت ایران می‌پردازد.

احداث این مراکز، زمینه بسیار مناسب برای ارائه خدمات درمانی در اقصی نقاط کشور و نقاط پر جمعیت فراهم می‌کند، و بعد شبکه هم به آن وصل می‌شود و خانه بهداشت را داریم. ما در کردستان امروز همه خدمات پیشرفته‌ای که در تهران است را ارائه می‌کنیم. ما در آنجا سی‌تی‌اسکن داریم، سنگ شکن داریم، دستگاه‌های پیشرفته رادیولوژی داریم و چهار صد تخت بیمارستانی داریم که انشاءالله تا پایان امسال اضافه‌تر نیز می‌شود.

سرویس و دورنمای امکاناتی که در کشور دارد ایجاد می‌شود بسیار روشن است. خوشبختانه نیروی انسانی بسیار خوبی دارد تربیت می‌شود و ما باید بتوانیم نظامی برقرارکنیم که این مجموعه را به یک راندمان مطلوب برساند.

مجلس و پژوهش: بعنوان

آخرین سؤال، کمیته امداد موظف شده اسامی اقلشار آسیب‌پذیر را به سازمان برنامه بدهد و بودجه آنرا بگیرد. آیا در این رابطه سازمان بهزیستی که یک سازمان با سابقه‌ای هست و متوالی عده زیادی از اقلشار آسیب‌پذیر نیز هست، مشارکت ایسن سازمان را در لایحه پیش‌بینی کرده‌اید؟