

لایحه نظام بیمه خدمات درمانی در بوته ارزیابی  
نمایندگان مجلس، دست‌اندرکاران و کارشناسان

## ■ آیا لایحه بیمه درمانی راه حل مطلوب است؟

بانظراتی از:

- خانم دکتر سیدی هلوی - نماینده مشهد و عضو کمیسیون بهداری و بهزیستی
- خانم دکتر وحید دستجردی - نماینده تهران و عضو کمیسیون بهداری و بهزیستی
- آقای دکتر شهرزاد - نماینده اصفهان و عضو کمیسیون بهداری و بهزیستی
- آقای دکتر امین لو - نماینده شبستر و عضو کمیسیون بهداری و بهزیستی
- آقای دکتر علی‌نژاد ساریخانی - نماینده تبریز و عضو کمیسیون بهداری و بهزیستی

- آقای دکتر اکبر فرید - نماینده خرم‌آباد و عضو کمیسیون بهداری و بهزیستی
- آقای دکتر سید حسین فتاحی معصوم - نماینده مشهد
- حجت الاسلام موحدی ساوجی - نماینده تهران و عضو کمیسیون شوراها و امور

داخلی

- آقای دکتر میایی - کارشناس عالی‌رتبه وزارت بهداشت و درمان
- آقای مهدی اخوان - کارشناس و مسئول امور مجلس سازمان تأمین اجتماعی
- آقای دکتر سناده زاده - اورولوژیست
- آقای دکتر هیاس مؤمنی - پزشک
- آقای دکتر مسجدی - متخصص بیماریهای داخلی و مشاور معاونت پژوهشی وزارت بهداشت و درمان

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

اشاره:

"مجلس و پژوهش" در جمع‌آوری دیدگاههای کارشناسان مختلف پیرامون جنبه‌های مختلف لایحه نظام بیمه همگانی، با تکی چند از نمایندگان، پزشکان و کارشناسان مسائل بیمه درمانی کشور به گفتگو نشست. محورهای مورد پرسش عبارت بودند از:

- مشکلات درمان و نظام درمانی در وضعیت موجود چیست؟
  - برای رفع معضلات موجود در بخش درمان چه باید کرد
  - آیا لایحه خدمات درمانی برای حل مشکلات موجود، وافی به مقصود است؟
- توجه خوانندگان گرامی را به حاصل این گفتگوها که در واقع نخستین مواجهه آراء با موضوع مورد بحث می‌باشد، جلب می‌نمایم.

□ آقای دکتر شهرزاد - نماینده  
اصفهان و عضو کمیسیون  
بهداری و بهزیستی:

تقریباً همه مسئولین معتقدند که وضع فعلی، وضع مطلوبی نیست. خود دستگاه اجرائی و همکاران متخصص در مجلس هم عمدتاً همین اعتقاد را دارند. شاید بتوان گفت با توجه به حساسیتی که بخش درمان دارد در شرایطی تهدید کننده هم خواهد بود. چرا که اگر کسی احساس کنند که یکی از عزیزانش بخاطر نارسایی‌ها و یا کمبودهای بخش درمان از دستش می‌رود، به راحتی با نظام آشنی نخواهد کرد. بنابراین اگر بپذیریم که وضعیت فعلی مطلوب نیست، معنایش این است که باید اقدامات و تمهیداتی در جهت بهبود وضعیت موجود انجام بگیرد. پس نفس اینکه دولت محترم این مطلب برایش مطرح شده که چنین نارسایی وجود دارد و بایستی تغییر و تبدیلی انجام بدهد و این لایحه را تقدیم کرده، یک اقدام مثبت است.

حال در این وضع چگونه باید بهبود به وجود بیاوریم؟ خوشبختانه روی این لایحه‌ای که تقدیم شده، کمیسیون بهداشت، درمان بحث‌های مفصلی انجام داد. ما هرچه جلوتر می‌رفتیم بیشتر احساس می‌کردیم که این یک لایحه کلیدی است که منشأ تحولات و توجهات خیلی زیاد خواهد بود، و باید با وسواس و دقت

بیشتری روی آن کار بشود. این دقتها باعث شد که در نیمه راه این لایحه از کمیسیون بهداشت، درمان تقریباً با نظر اکثریت اعضای کمیسیون به یک کمیسیون مشترک منتقل گردید. یعنی محل رسیدگی آن عوض شد و الآن این لایحه در کمیسیون مشترک بهداشت و درمان و بودجه بررسی می‌شود. آنچه که از مجموعه بحثها و تجربیاتی که امروز در دنیا وجود دارد و همچنین تجربیات چند ساله خودمان می‌توانیم استخراج کنیم آن است که بیمه همگانی می‌تواند یکی از راه حل‌های خوب باشد که به نابسامانیهای ما ولو به طور نسبی خاتمه بدهد. بنابراین وارد این بحث نمی‌شویم که بیایم روشهای دیگر را با این مقایسه بکنیم. اما در واقع ما در این لایحه می‌خواهیم به یک جراحی بزرگ دست بزنیم. درمان در کشور ما بطور گسترده به تغییرات ساختاری نیاز دارد. تغییرات در پرداختها و تعرفه‌ها که قطعاً بار مالی جدید بوجود خواهد آورد، مسائل جدیدی را بایستی تعریف بکنیم و... در واقع یک تحول بزرگ و یک جراحی بزرگی است که ما روی نظام درمانی کشور می‌خواهیم انجام بدهیم، آنهم در یک مدتی نسبتاً کوتاه چرا که مدت پنج‌ساله که اینجا ذکر شده برای چنین کاری، مدت زیادی نیست.

در طب وقتی که یک جراحی بزرگ می‌خواهیم انجام بدهیم همیشه یک اصل داریم و آن اینکه مریض باید به یک حالت

ثابت برسد. مثلاً اگر خونریزی دارد و یا وضعیت تهدید کننده‌ای دارد اول اینها را روبراه بکنیم بعد آن کاری را که می‌خواهیم، انجام بدهیم. در غیر این صورت اگر این جراحی به بهترین وجه هم انجام گرفته باشد، بیمار از بین خواهد رفت. حالا بحث این است که آیا وضعیت موجود به گونه مناسبی هست که این جراحی انجام گیرد؟ همین تحلیل مقدماتی که خود سازمان برنامه و بودجه داد. نشان می‌دهد که وضعیت موجود وضع تثبیت شده‌ای نیست. در بخش دارو مشکل داریم، در بخش ساختار نظام درمانی مشکل داریم، سازمانهای گوناگون موازی داریم، تعرفه‌ها حساب و کتاب مشخصی ندارد، نظارت ما در درون سیستم بسیار ضعیف است و یک جراحی هم در چند سال اخیر انجام داده‌ایم که هنوز آثار نقاهت آن باقی است. ما آمده‌ایم دانشکده پزشکی را در درمان ادغام کرده‌ایم که من حالا وارد بحث آن نمی‌خواهم بشوم چون کاری است که انجام شده و کار مثبتی هم هست ولی از نظر ساختاری آثار و تبعات آن باقی است و وضع هنوز کاملاً تثبیت نشده است.

بعثی که ممکن است در اینجا مطرح بشود این است که ما بیائیم موانعی را که

برسر این راه است شناسایی و تعریف بکنیم و از سر راه برداریم تا وضعیت مریض ثابت پیدا کند و ما بتوانیم تصمیم بگیریم. نمونه‌اش را بنده مثال می‌زنم. الآن خود مقوله دارو در کشور ما مطلبی است که بحث‌های فراوان اقتصادی دارد. تولید، توزیع، قیمت و مقایسه آن با قیمت‌های جهانی، میزان مصرفی که از دارو داریم، چقدر آن استاندارد است؟ چقدر آن اضافه است؟ یا اینکه در باب تعرفه‌ها و اصولاً توجیه اقتصادی خدمات درمانی از نظر بخش خصوصی که این الآن خودش کلی مسأله دارد. بنده یادم هست در سالهای اول انقلاب فشارهای زیادی از طرف همکاران ما بود که برای ما مجوز بگیرد تا بیمارستان درست بکنیم. الآن مدتهاست که خبری از این حرفها نیست و حتی آنها که موافقت گرفته‌اند هم اقدام به اینکار نمی‌کنند. برای اینکه این فرد می‌گوید، من پولم را اگر در اختیار بانک قرار بدهم چهارده- پانزده یا شانزده درصد همینطوری به من می‌دهند. اساس مشکل این لایحه و انتقادات ما و بسیاری از همکارانمان و همچنین کمیسیون برنامه و بودجه از این لایحه این است که در یک مطالعه اجمالی این لایحه بیشتر به یک «جمعیه سیاه» شبیه است. یعنی خیلی از قسمتهایش حالت سیاستگزاری دارد، جنبه اجرایی ندارد یعنی اگر از بنده طیب در بیرون سؤال بکنند که خوب حالا قیمت دارو چه می‌شود؟ نظارت شما چطور می‌شود؟ بخش عمومی دولتی چه می‌شود؟ تکلیف این دستگاههای مختلفی



## بیافت

دقیقاً نظارت کند که قیمت خدمات تمام شده پزشکی کاهش پیدا بکنند. برای اینکه نمی‌توانند تقاضاهای مردم را در بخش درمان با این گستردگی که دارد و با این تحولاتی که روز بروز در حال انجام است پاسخگو باشند.

آنچه که مسلم است این است که این جعبه سیاه باید باز شود و حداقل کمیسیونهای تخصصی که می‌خواهند این را تجزیه و تحلیل و ارزیابی بکنند، بدانند که افق آینده چیست و ما از چه نقطه‌ای، در چه زمانی، با چه شتابی و با چه ابزاری به کدام نقطه می‌خواهیم برویم. و عمده این که رسیدگی این لایحه در واقع کند شده و گاهی هم به دور تسلسلی گرفتار شده و بدون رودریاستی - ما جرأت نمی‌کنیم به راحتی به آن رأی بدهیم، این که ما از اینکه قضیه مطرح بشود و توقعات جدیدی بوجود بیاید ترس داریم که از آن طرف دولت نتواند پاسخ بدهد و این یک مشکل جدیدی بشود و ما دوباره مواجه بشویم با این مطلب که شما چرا وعده و وعیدهای بی جا به ما می‌دهید؟

یک نکته‌ای هم در باب تعدیل بگوییم، ما در بخشهای اقتصادی وقتی تعدیل انجام می‌دهیم قدرت خرید مردم پائین می‌آید، خوب ممکن است بعضی از این هزینه‌ها نیازهای لوکس و دست چندم آنها باشد، و از آن بگذرند. اما بخش درمان بخشی نیست که جزء هزینه‌هایی باشد بگوئیم حالا اگر

که برای خودشان نظام درمانی درست کرده‌اند چه خواهد شد؟ درست است که در لایحه همه را اشاره می‌کند که اینها در آئین نامه مشخص می‌شود و آن شورای عالی اینها را درست می‌کند و... ولی ما جواب مشخصی برای این قضیه نداریم. در حالی که معتقدیم اینها باید جواب داشته باشد و ابهاماتش به وسیله دستگاههای اجرایی برطرف بشود، دستگاه اجرایی از ما (مجلس) سؤال می‌کنند که شما اقساط آسپ پذیر را تعریف بکنید تا ما بگوئیم که اینها مثلاً دوازده میلیون نفرند یا هشت میلیون نفرند؟ که باید زیر نظر کمیته امداد بروند. ما می‌گوئیم که خیر، این تعریف را شما باید ارائه دهید و این خط را شما باید مشخص بکنید تا برآن اساس این عده معین بشوند تا ما مشخص بکنیم که چه باری را بایستی برای دولت با تصویب این لایحه بوجود بیاوریم یا هکذا خود خدمات درمانی، باید تعریف بشود که ما این خدمات را در چه سطحی می‌خواهیم انجام بدهیم؟ خدمات درمانی الآن در دنیا یک کار کمر شکن است. خود آمریکایی‌ها الآن زیر بار این مانده‌اند. آمریکا با آن همه امکاناتی که دارد مجبور شده است در سالهای اخیر یک تشکیلات عریض و طولی به اسم Professional (P.S.R.O) Organisation Standard Rating درست کند. این تشکیلات کارش این است که بگردد و این استانداردها را مشخص و



به عنوان یک پزشک مورد سؤال قرار می‌گیریم که بالاخره این مشکل چه وقت و چگونه حل می‌شود؟ مشکل هم اینطور نیست که در یکی دو روز، یکی دو ماه، یا یکی دو سال بوجود آمده باشد.

یعنی پارامترهای مختلف از چندین سال قبل سبب بوجود آوردن این وضع درمانی شده است، بدون اینکه ما از آن زمان گام به گام این مشکلات را حل کرده باشیم چون به فکرمان نرسیده یا در توانمان نبوده، یا اینکه اصلاً تبعات آن را متوجه نبودیم یا اینکه بالاخره مسائل مدیریتی بوده یا... در هر حال موضوع به این وضعی رسیده است که الآن ما با آن دست به گریبان و روبه رو هستیم. این مشکل را الآن مردم، مجلس و دولت، همه احساس می‌کنیم. باید به فکر چاره بود که این مشکلات را چگونه می‌خواهیم حل کنیم.

در مجلس سوم هم کاری در این رابطه شروع شد. می‌خواستند با نظام بیمه به این مشکل پاسخی بدهند منتها آن موقع موضوع این اندازه مهم تلقی نشد. در خود کمیسیون شاید بیشتر از ۳ یا ۴ جلسه مورد بحث قرار نگرفت و تصویب شد ولی به صحن مجلس که آمد، به آن علت که تمام جوانب امر دیده نشده بود و طرح پخته‌ای نبود به حق (در مجلس سوم) رد شد. تا اینکه دولت خودش به این فکر افتاد که مسئله را با تقدیم لایحه حل بکند و این لایحه که الآن پیش روی ماست با ۱۹ ماده تقدیم مجلس شد و در کمیسیون مورد بحث قرار گرفت. در این لایحه نقاط مبهم

سپهری در آرا

نداشتند اشکالی ندارد، نمی‌دهند.

البته این کاری که دولت کرده قابل تقدیر است. به هر حال این لایحه را آورده، سیاستگذاری کرده، امکاناتش را بسیج کرده، مجلس شورای اسلامی و کمیسیونهای تخصصی مربوط باید نهایت استقبال را از این لایحه بکنند. از این فرصت استفاده کنند و مسائل درمانی و مشکلات درمانی را که تهدید کننده هم هست به آگاهی مسئولین برسانند اما به هر حال این جعبه سیاه باید بطور دقیق باز شود و با عدد و رقم در یک برنامه زمان‌بندی شده جنبه‌هایش کاملاً مشخص گردد.

□ آقای دکتر امین‌لو- نماینده شبستر

و عضو کمیسیون بهداشتی و

بهدیستی:

ضمن عرض تشکر از مرکز پژوهشها که یک کار اصولی را شروع کرده برای انجام بحثهای کارشناسی در مورد طرحها و لوایح است. درباره این لایحه باید بگویم که نظام درمانی ما نه تنها ایده‌آل نیست بلکه خیلی جاهای تاریک و مبهم نیز دارد. مردم هم واقعاً از این بابت گله‌مندند، هرچا هم می‌رویم به عنوان عضو کمیسیون بهداشت

باید روشن شود.

رد کردن لایحه - گرچه نقاط مبهم بسیار زیادی دارد - برای ما خیلی دشوار است. دشوار است به خاطر اینکه ما الآن از یک طرف می‌گوئیم مشکل وجود دارد و از طرف دیگر هم دنبال راه و چاره باید باشیم. آنچه که بیشتر از همه در خود کمیسیون مطرح می‌شود این است که مسئله تأمین اعتبار این لایحه چگونه خواهد بود. آنچه که در پیش نویس لایحه و یا در ضوابط لایحه آمده این است که سرانه درمان را برای هر فرد ماهانه سیصد تومان در نظر گرفته‌اند. برای ما این عدد هنوز معلوم نشده، حتی برای وزارت بهداشت و درمان که خودش جزئی از دولت است، هنوز مشخص نیست که این عدد سیصد تومان را از کجا آورده‌اند؟ بعضی‌ها می‌گویند از سیصد تومان کمتر است، بعضی‌ها می‌گویند از سیصد تومان بیشتر است. ارقام بین صد و نود تومان تا هزار و پانصد تومان مطرح است. من با یک حساب سرانگشتی خدمتتان عرض می‌کنم ۱۰۰ میلیارد تومان بودجه ریالی درمان در وزارت بهداشت و درمان است به اضافه ۳۸۸ میلیون دلاری که بابت دارو ارز می‌دهیم. اگر ۳۸۸ میلیون دلار را ضربدر ۱۶۰ تومان بکنیم سپس به اضافه آن ۱۰۰ میلیارد بکنیم و تقسیم بر تعداد جمعیت که حدود ۶۰ میلیون نفر است بکنیم، اگر ۳۰۰ تومان هم نشود، حدوداً بیش از ۲۵۰ تومان می‌شود. حالا خود

دولت نزدیک به ۳۰۰ تومان می‌پردازد و مردم هم از این طرف مبالغی را می‌پردازند، با این پرداختها وضع درمانی به این شکل است. یعنی برای ما این پرداختها و اعداد تماماً سؤال برانگیز است. یعنی این ۳۰۰ تومان قانون بودجه در اینجا چه می‌گوید؟ اگر شما می‌خواهید در اینجا با عدد ۳۰۰ تومان ما را قانع کنید که برای دولت بار مالی ندارد و ما رأی بدهیم که با این حسابها جور در نمی‌آید. موادی در این لایحه هست که به استناد آن، قیمت دارو یا قیمت ارز شناور به مردم عرضه می‌شود. الآن ما دارو را با قیمت ارز ۷ تومانی به مردم ارائه می‌کنیم و تنها فرقی که سال گذشته با امسال دارد این است که بسته‌بندی‌اش را از ارز ۶۰ تومانی به ۱۶۰ تومانی رسانده‌ایم و این خود نزدیک به صد درصد در قیمت دارو تأثیر گذاشته است. حال اگر در خود مواد اولیه و در خود سیستم کارخانه نیز این تعدیل انجام بگیرد قیمت دارو به مراتب بالاتر خواهد رفت و با بالا رفتن قیمت دارو، این اعداد و ارقامی که روی ۳۰۰ تومان پایه گذاری شده است واقماً جوابگو نخواهد بود. ما برای مردم مشکلاتی ایجاد کرده‌ایم، یک مشکلات مضاعف دیگری هم از طریق درمان اضافه خواهد شد که تبعات سیاسی دارد. ما مخالف لایحه بیمه نیستیم، مستها می‌خواهیم روشن و صحیح و صریح گفته شود که آقا فردا با تسلیم این لایحه سرانه

درمان در کشور برای هر نفر ماهی هزار تومان است که از این مبلغ ۵۰٪ را دولت می‌دهد و ۵۰٪ بقیه‌اش را مردم می‌دهند که می‌شود ۵۰۰ تومان. یعنی به مردم می‌گوئیم که ۵۰٪ از هزینه‌های درمانیتان را خودتان تأمین کنید.

سؤال بعدی که در کمیسیون مطرح است در مورد فضاهاى درمانی است. در یکی از مواد این لایحه واگذاری بیمارستانها به بخش خصوصی مطرح شده است. اگر بخواهیم رقم مورد بحث را در همان وضع ۳۰۰ تومانی که آقایان در نظر گرفته‌اند نگهداریم، این بیمارستانها هیچ صرفه اقتصادی نخواهد داشت. در نتیجه ما چیزی را تصویب خواهیم کرد که به هیچ وجه ضمانت اجرا نخواهد داشت مگر اینکه تعرفه‌ها را بالا ببریم که با بالا بردن تعرفه‌ها یک توجیه اقتصادی برای بیمارستانها ایجاد خواهد شد تا کسانی که صاحبان سرمایه هستند یا تخصص این کار را دارند بیایند و این بیمارستانها را در اختیار بگیرند. آن هم، همه جای مملکت را شامل نخواهد شد. چون بخشی از این لایحه مربوط به ۳۰ میلیون نفر روستائی است و از ۹۰ هزار تخت بیمارستانی ۴۵ هزار تخت آن مربوط به ۳۰ میلیون نفر شهرنشینها و کارمندان

است و ۳۰ میلیون نفر دیگر از ۴۵ هزار تخت دیگر استفاده می‌کنند. در این لایحه هم منظور شده که روستائیان مورد حمایت قرار بگیرند و از آنها نصف بها دریافت شود در نتیجه این قسمت که ما بیمارستانها را به بخش خصوصی واگذار بکنیم، مسلماً عملی نخواهد بود و این یکی دیگر از نقاط ضعف این لایحه است که البته به بحث مفصل دیگری احتیاج دارد.

بحث دیگری که در کمیسیون مطرح بود موضوع اqtشار آسیب پذیر جامعه بود. اqtشار آسیب پذیر را در این دفترچه که به ما داده‌اند ۶/۶ میلیون نفر منظور کرده‌اند و لایحه را برآن اساس تنظیم کرده‌اند. در صورتی که با تعدیل اقتصادی و با تغییر خط فقر، تعداد این اqtشار آسیب پذیر خیلی خیلی زیاد خواهد شد. در این لایحه هم در نظر گرفته شد. که همه بار اqtشار آسیب پذیر را دولت بپذیرد. با پذیرفتن بار این اqtشار آسیب پذیر یک بار مالی دیگر براین لایحه اضافه خواهد شد که باز هم برای ما عدد و رقمش نامشخص و مبهم است.

مسئله دیگر ارتباط این لایحه با مسئله آموزش است. درست است که می‌گویند مسئله آموزش به این ارتباط ندارد، ولی در واگذاری بیمارستانها یمان به بخش خصوصی باید توجه داشته باشیم که به هر حال برای یادگیری پزشکی، بیمارستانها آزمایشگاهها و کلاس درس هستند که با واگذاری به بخش خصوصی مسلماً تغییراتی در سیستم آموزشی ما نیز بوجود خواهد آمد.



کشورهایی هستند که پیشرفتهای چشمگیری در مسائل پزشکی و درمانی داشته‌اند و این نتیجتاً منجر به این می‌شود که ما همیشه این دیدگاه را داشته باشیم که اگر این بیمه در کشور ما هم بصورت همگانی انجام بشود قطعاً ما هم در همان مسیر پیشرفت و ترقی و از بین بردن نابسامانی‌ها سیر می‌کنیم ولی آیا واقعاً این طور است؟ به نظر من ما تا حد زیادی مسئله بیمه را در کشور خودمان تجربه کرده‌ایم. اینطور نیست که ما با دفترچه‌های بیمه و مراکز بیمه سروکار نداشته باشیم. طبق آمار و ارقامی که بما داده‌اند شاید در حدود ۲۰ یا ۳۰ سال است که در کشور ما بیمه به یک عنوانی در قسمتهای درمانی وجود دارد و ما نتیجه این کار را می‌بینیم. آیا کسانی که دفترچه‌های بیمه داشتند راضی هستند؟ و آیا کسانی که به این دسته از بیماران خدمت ارائه می‌دهند، راضی هستند؟ اگر این سؤال را مطرح بکنیم و ببینیم که علت عدم رضایت چه بوده؟ و جواب این سؤال را بدهیم که الآن که بیمه در حدود ۲۳ تا ۲۵ میلیون نفر را دربرمی‌گیرد، این نابسامانیها در امر درمان وجود دارد، اگر ما بیایم این را همگانی بکنیم، ۵۰ تا ۶۰ میلیون نفر جمعیت را دربرمی‌گیرد. آیا آن موقع این نابسامانی‌ها حل خواهد شد و یا اینکه گسترده‌تر می‌شود؟ امروز مشکل ما در درمان چیست؟ چرا کسانی که به مراکز درمانی دولتی مراجعه می‌کنند، با

به این مساله باید تداخل مسائل بهداشتی با درمانی را نیز اضافه کنیم. در حال حاضر اقدامات بهداشتی در کشور رایگان انجام می‌شود. ولی سیستم درمانی و بهداشت دو تا مجموعه هستند که با هم تداخل دارند و هرگونه تغییر در این نظام درمانی در سیستم بهداشتی تأثیر خواهد گذاشت و در این لایحه مشخص نیست که مشکلات سیستم بهداشتی چگونه پیش‌بینی شده است.

با همه مشکلات و سؤالاتی که وجود دارد ما نفی کننده این لایحه نیستیم و نمی‌خواهیم این لایحه را رد بکنیم، بلکه می‌خواهیم این نقاط تاریک و مورد سؤال روشن بشود و یک قانون شسته و رفته‌ای تصویب بشود که فردا در عمل دچار مشکل و اصلاحیه نشود.

□ خانم دکتر وحید دستجردی -

نماینده تهران و عضو کمیسیون

بهداری و بهزیستی:

اولاً روی این مطلب که سؤال شده آیا لایحه می‌تواند درمان را حل بکند سؤال دارم که آیا واقعاً انتظار ما از بیمه همگانی این است که مشکل درمان را حل بکند یا انتظار دیگری داریم؟

اطلاعاتی که در مورد لایحه داده شده این است که بیمه همگانی امروز در خیلی از کشورها انجام می‌شود و اینها هم



بی توجهی، بی احترامی سهل انگاری، عدم رسیدگی، عدم پی گیری و سردرگمی مواجه می شوند؟

واقعاً در مراکز دولتی بیمار به چشم یک انسان دیده نمی شود، نارضایتیهای پرسنل روی بیمار منتقل می شود و تقریباً انتقام آن نارضایتی ها از بیمار گرفته می شود! و در رأس همه مشکلاتی که ما در مراکز درمانی دولتی داریم، عدم مدیریت و ضعف مدیریت و سوء مدیریت است. می شود گفت که بسیاری از این مراکز در حقیقت بدون مدیریت می چرخند و به یک معنا خودگردان هستند! به کسانی که به مراکز درمانی خصوصی مراجعه می کنند، تقریباً سریع رسیدگی می شود، پی گیری می شوند، برای کارشان اقدام می شود و تا حدی مورد توجه و احترام قرار می گیرند. مشکل آنها هزینه گزاف است و گاهی عدم رعایت استانداردها در درمان و گاهی درمانهای غیرلازم و غیرقاطع و غیر مؤثر.

ما باید ببینیم این مشکل و مسئله چگونه باید حل شود. آیا این بیمه همگانی برطرف کننده همه مشکلات است؟ طرح بیمه همگانی این مشکلات را از بین می برد و طرح خوبی است، ولی اثر از نمی برد بیاییم ضعفها را مطرح کنیم و ببینیم که مشکل ما

در همین تعداد بیست و پنج میلیون نفری که امروز تحت پوشش بیمه هستند چیست و چه جوری می شود آن را حل کرد. الآن بیمارستانهای خیلی معمولی دولتی، که فقط چهار عمل اصلی را انجام می دهند و درمانهای خیلی سطح بالا را انجام نمی دهند، تقریباً حدود یک سوم هزینه های بیمارستان را از طریق درآمدهای بیمارستان تأمین می کنند و حدود دوسوم بقیه را دولت به آنها سوبسید می پردازد. و اگر که دولت ما امروز در این مسائل بیمه مشکل دارد و نمی تواند حتی حق بیمه های بیمارستانهای دولتی خودش را پرداخت بکند و نمی تواند حق کسانی را که تعهد کرده و دین به آنها دارد بپردازد، آنهم با این مقدار کم تعرفه ها و با این مقدار کمی که به اصطلاح از بیمار یا طرف قرارداد بیمه می گیرد، حال اگر این جمعیت بیست و پنج میلیونی پنجاه یا شصت میلیون بشوند و تعداد بسیاری از مراکز درمانی هم بصورت اجباری تحت پوشش قرار بگیرند (یعنی بیمارستانهای خصوصی هم مجبور بشوند که بیمار بیمه را قبول بکنند). آیا آن موقع دولت توانایی پرداخت این بیمه ها را خواهد داشت؟ اگر توانایی پرداخت را نداشته باشد مشکل کنونی ابعاد وسیعتری خواهد یافت و باید ببینیم آن موقع این مشکل را چگونه می شود حل کرد؟

باید ریشه مشکل درمان را در نظر بگیریم و ببینیم که آیا با طرح بیمه همگانی این ریشه ها همه خشکانیده می شود یا اینکه بهتر است از همان چیزی که الآن داریم



بیمارستان سنگین است و بیمارستان هم بدون هیچ بخشنامه‌ای ترجیح می‌دهد ۲۰-۳۰ مورد عمل ساده اما با درآمد لوله‌بستن را انجام دهد.

این طرح خودگردانی بیمارستانها برای مراکز آموزشی قطعاً خطرناک است و منجر به کاهش سطح علمی و آموزشی بیمارستانها و مراکز آموزش پزشکی خواهد شد.

□ آقای دکتر فتاحی - نماینده  
مشهد در مجلس شورای  
اسلامی:

این لایحه اگر بخواید در این مجلس به تصویب برسد باز هم باید همین جمع که شاید تخصصی‌ترین جمع مجلس است و با مسائل درمان آشناست، در مرکزیت قرار بگیرد و حول این محور دیگر دوستان هم به جمع اضافه بشوند.

اول باید ببینیم طرح این لایحه و متولی آن کیست؟ وزارت بهداشت است یا سازمان برنامه و بودجه؟ با آن صحبت‌ها برنامه و بودجه می‌گوید که ما این را طرح کرده‌ایم. آنها می‌گویند این را ما داده‌ایم و حتی می‌گویند وزارت بهداشت و درمان نفهمیده که ما چکار می‌خواستیم بکنیم، این را داده‌ایم ولی آنها چیز دیگری از تویش درآورده‌اند. باز اینها نفهمیدند که ما چکار می‌خواستیم بکنیم، این را داده‌ایم ولی آنها

استفاده بهینه بکنیم و بعد به تدریج آن را در کانالی بیاندازیم که یک تعداد بیشتری را تحت پوشش قرار دهد. البته این بیمه همگانی مزیتی که دارد این است که یک تعداد اقشار آسیب‌پذیر را تحت پوشش قرار می‌دهد که اینها امروز دفترچه بیمه ندارند ولی چه دفتر بیمه‌ای؟ دفترچه‌ای که نمی‌تواند جوابگو باشد؟ دفترچه‌ای که وقتی به مراکز درمانی برده می‌شود پزشک یا پرسنل درمانی اصلاً آن را نمی‌پذیرند و آیا واقعاً با تحت پوشش اسمی قرار گرفتن این افراد ما مشکل درمان را حل می‌کنیم؟

مسئله مراکز آموزشی هم مطرح است. ما الآن مشکل خودگردانی را در بیمارستانهای آموزشی داریم. هر چقدر هم که آقایان بفرمایند ما برای مراکز و بیمارستانهای آموزشی خودگردانی نمی‌گذاریم و اینها یک بودجه جداگانه‌ای دارند، ولی واقعیت این طور نیست. یک زمانی به مراکز آموزشی ایراد می‌گرفتند که شما مثلاً سندرهای خیلی نادر را بستری می‌کنید و چیزهای ساده را به دانشجویان پزشکی یاد نمی‌دهید اما امروز مجبورند برای درآمد بیشتر هرچه بیشتر مریض بپذیرند و هرچه بیشتر درمانهای عوامانه‌تر بکنند و کارهای پیش پا افتاده‌تر بکنند. امروزه یک دانشجوی دوره تخصصی، بسیاری از موارد پیشرفته را نمی‌بیند (چیزی را که قبلاً می‌دید) بخاطر اینکه اینها را نمی‌پذیرند. مخارج و هزینه این کارها برای

## سبزی در آرا

چیز دیگری از تویش درآورده‌اند. باز اینها نفهمیده‌اند که در نظام بهداشت و درمان سیستم آموزش و پرورش چگونه اداره می‌شود. اینها فقط با عدد و رقم و درمان کشور کار کرده‌اند. اصلاً بخش آموزش را در اینجا لحاظ نکرده‌اند که آموزش کشور به چه شکلی دارد اداره می‌شود؟ و چه کمکی به سیستم درمانی می‌کند؟

با طراحان وزارت بهداشت که صحبت می‌کنیم عمدتاً تلقی آنها از درمان کشور به گونه‌ای است که اصلاً درمان بستری را بیشتر ملاک قرار می‌دهند که هزینه بهداشت و درمان بستری را هم نوعاً در جراحی خلاصه می‌کنند! هیچوقت حساب نمی‌کنند که بخش اطفال ما که بایستی سوبسید بدهیم، اصلاً چه می‌شود؟

عمدتاً هزینه‌ها را بر مبنای محور جراحی می‌گیرند چون طراحان عمدتاً جراح هستند و کسانی که در این قضیه کار می‌کنند از بخش جراحی هستند.

در دنیا اینطور نیست که روی بیمار بستری سرمایه‌گذاری کنند. اصلاً روی این کار می‌کنند که مریضها را از بستری به سرپائی تبدیل کنند. در صورتی که الآن دید حاکم بر تنظیم لایحه همین است چرا که در یکی از جلسات کمیسیون هم آقایان معتقد

بودند که نظام سرپائی را آزاد کنیم که خودش بپردازد، بیمه را برای افراد بستری بگذاریم. در صورتی که بستری بسیار پرخرج‌تر است و ما باید بخشی از هزینه آن را به مردم منتقل کنیم و آنچه را کمتر است به عهده بگیریم. اینها دیدگاههای نزدیک نیست ما باید بحث کنیم و به یک دیدگاه مشترک برسیم. این دفترچه‌ها الآن در مطب‌ها خریدار دارد شما ویزیت را از یکصد تومان به یکصد و پنجاه تومان بالا بردید الآن برگ زردش را جدا می‌کنند و چون کنترلی در کار نیست، می‌روند مقداری هم اضافه می‌گیرند.

اگر نرخ ویزیت معقول با تورم سالانه حساب شود، بخش عظیمی از دفترچه‌ها در مطب‌ها و عمدتاً در شهرستانها خریدار خواهد داشت ما نباید ملاک را تهران بگیریم یا تعدادی اندک را در شمال تهران ملاک قرار دهیم.

با جرأت می‌توانم که بگویم دفترچه‌ها در شهرستانها بالای ۷۰-۸۰ درصد مشتری و پذیرش دارد چون پول آن راحت‌تر دریافت می‌شود. الآن مشکل دولت عدم تأمین منابع این پول است، ندارد که راحت به پزشک بپردازد.

برای تأمین منابع آمده‌اند چند موضوع را طراحی کرده‌اند که پشتوانه تأمین منابع دفترچه‌ها این جور باشد. یکی اینکه گفته‌اند بیمارستانها را واگذار بکنیم و هزینه‌اش را به همراه پول پرستل و جاری بریزیم به حساب سازمان بیمه و از آنجا پرداخت این پول را به عنوان یک پشتوانه



تأمین می‌کنیم.

یک بحث دیگری هم که در قانون الآن مطرح است، مساله قدرت قانونگذاری و اخذ مجوز از مجلس است. در این قانون فقط در ماده ۴۳۹ از مجلس مجوز گرفته می‌شود تا اختیارات دولت و شورای عالی خدمات درمانی یا شورای عالی بیمه تفویض شود. این مجلس به اینها فقط یک مجوز کار خواهد داد و دیگر کاری به مسائل دیگر بیمه ندارد.

یعنی بین پانزده مورد که این لایحه نیاز به برنامه‌های بعدی و برنامه‌ریزی دارد هم‌اکنون در این خلاصه می‌شود که یا باید در هیئت وزیران تعیین شود یا شورای عالی بیمه. مجلس فقط اجازه می‌دهد که این تشکیل شود و این هم یکی از ضعفهای اساسی این لایحه است که فقط آمده‌اند با این طریق مجوز خرج را بگیرند که شورای عالی سالانه مثلاً بنشینند و تعرفه‌ها را مشخص کنند و سالانه بنشینند سرانه را مشخص بکنند، حتی زمانبندی برنامه‌ای که اینجا بایستی باشد، نوشته‌اند طبق زمانبندی است که شورای عالی تعیین خواهد کرد.

برنامه بیمه را باید بازمانبندی خاص خودمان طراحی کنیم نه بازمانبندی اقتصادی برنامه پنجساله، شما می‌گوئید تا سرپنجسال بیمارستانها واگذار بشود و از نظر اقتصادی تمام مشکلاتش حل بشود و تا سرپنجسال تمام بیمارستانهای آموزشی

خودگردان بشود، در صورتی که ما باید ببینیم تا سرپنجسال چند پزشک تربیت می‌کنیم که سی میلیون جمعیت را پوشش بدهیم؟ ما الآن تقریباً بیست و پنج - شش میلیون جمعیت تحت پوشش داریم و این افزایش تا مرز شصت میلیون نفری که مدنظر است باید بر مبنای تعداد متخصص و نیروهای که تربیت می‌کنیم باشد. نمی‌توانیم یکباره بگوئیم از اول سال همه بیمه‌اند. با واگذاری بیمارستانها بخش توسعه آموزش و توسعه نیروی انسانی از دست ما خارج می‌شود و اگر بیمارستان از دست دولت برود دیگر جایی نداریم که دانشجو و پرستار تربیت کنیم. و لذا کل آموزش ما در شهرستانها مختل و متوقف خواهد شد. الآن بخش غیردولتی می‌آید به ما پول می‌دهد که پرستارش را تربیت کنیم، می‌آید با ما قرارداد می‌بندد و دانشجویش را می‌فرستد. اما بنابراین لایحه باید برعکس کنیم و پول بدهیم که آقا شما برای ما پزشک تربیت کن. این مسئله اگر خوب مورد توجه قرار نگیرد، من تعبیرم تقریباً حتی براندازی است یعنی سیستم پزشکی مختل خواهد شد.

الآن وضعیت به گونه‌ای شده که دانشجویان برای اخذ تخصص تقریباً در نوبت ایستاده‌اند و ما داریم گزینش اصلاح می‌کنیم. خوب این ویژگی‌هایی بوده است که در این مدت به برکت انقلاب و به برکت انقلاب فرهنگی و آن قانون، بدست آوردیم.

دانشگاه شده، اینها مغایرت ریشه‌ای دارد، جنجال برانگیز است و تبعات منفی دارد. من سؤال می‌کنم که بخش خصوصی در کشور طی قیل و بعد از انقلاب چقدر موفق بوده که ما داریم مسأله درمان را نیز به عنوان امتیاز به او می‌دهیم؟

دیگر آنکه تبدیل این وضع دولتی به بخش خصوصی با چه قیمتی تمام می‌شود؟ اگر گران درمی‌آید چرا باید این کار را بکنیم؟ اگر درمان یک مسأله استراتژیک در کشور است به چه قیمتی آن را در اختیار غیر می‌گذاریم؟

به کشورهای دیگر نگاه کنید، فرانسه روی دستگاه و وسیله پزشکی خیلی تکیه نمی‌کند، معتقدند که پزشک باید دست خود را بگذارد و تشخیص دهد. در انگلیس سیستم درمان نیمه متمرکز است، در چین غیرمتمرکز و مبتنی بر استفاده از خدمات پیشگیری و درمان و استفاده وسیع از گروه‌های کمکی پزشکان پابرهنه است ولی گویند در چین راحت‌ترین کار برای زمان پزشکی است. سیستم کویا بسیار متمرکز است و بر توزیع درمان سربایی از طریق شبکه مبتنی است. در شوروی متمرکز است و برنامه‌ریزی دقیق و منظم و بسیار مفصل دارد و تاکید بر خدمات پیشگیری و استفاده از بیمارستان دارد نسبت پزشک به جمعیت خیلی بالاست. در سوئد نظام درمانی غیرمتمرکز و مبتنی بر دریافت، مالیاتهای سنگین است. روتق طب خصوصی هم در آمریکاست که ما تقریباً داریم همان خط را می‌رویم.

اکنون سیستم آموزشی ما به یک خط معقولی افتاده که ما می‌توانیم به مردم تضمین دهیم که در سالهای آتی ما در تمام روستاها و در تمام شهرها طبیب و یا خدمات پزشکی ارائه می‌کنیم خوب آینا الآن صلاح است آن را متوقف بکنیم و این را واگذار بکنیم به غیر؟ این سؤال بزرگ و مشکلی است که بایستی طراحان جواب آن را بدهند.

حالا پیشنهاد من آن است که برای اینکه به یک جایی برسیم باید زمانبندی خاص خود طرح را پیش‌بینی کنیم و بگوئیم فرضاً در برنامه پنجساله دوم دو میلیون نفر را می‌توانیم در شبکه بیمه بکنیم و در برنامه پنجساله مثلاً سوم، پنج میلیون نفر را.

مشکل بزرگی که دیده نمی‌شود و پنهان است، تغییر مدیریت‌ها از سیستم دولتی به بخش خصوصی است. در سر فصل‌های برنامه پنجساله در بخش درمان نوشته شده که این بیمارستانها باید با ماهیت غیردولتی بچرخد، یعنی چه؟

یعنی یک مدیر خصوصی بگذاریم که پول در بیاوریم، یعنی کاری به حزب‌اللهی بودن، انقلابی بودن، بسیجی بودن و جانباز بودن ندارد. این با ارزشهای ما نمی‌خواند. یعنی با این پانزده سال تلاشی که برای

یکی از آن مسائلی که در کنار جریانهای موجود، جریان موازی درست می‌کند. البته آقای وزیر گفته‌اند که ما سیاستگذار می‌شویم و فقط خط می‌دهیم. اما اینکه کار اصلی وزارتخانه نیست.

□ آقای دکتر محمدعلی نژاد  
ساریخانی - نماینده تبریز و  
عضو کمیسیون بهداشتی و  
بهریستی:

آنچه مسلم است، آنکه وضع درمان فعلاً خوب نیست و بدی آن هم نه به این علت است که وضعیت درمان از نظر بیماران با کشورهای اروپایی و آمریکایی مقایسه می‌شود. بدی از این نظر است که بیمار سرمش را پیدا نمی‌کند، بعد جراحی را پیدا نمی‌کند و نهایتاً مریض روی دست همراهش می‌میرد. وضع اینطوری است و به نظر من این وضع روز به روز به طرف بدتر شدن می‌رود.

حالا مسأله این است که آیا ما می‌توانیم با این وضع مبارزه کنیم و آنرا ثابت نگه داریم و استرلیزه کنیم تا بعداً به آن برسیم یا نمی‌توانیم؟ اگر ما این قدرت را داریم که وضع این بیمار (نظام درمانی کشور) را تثبیت کنیم، من هیچ حرفی ندارم که این بیمه را برای یک یا دو سال کنار بگذاریم و این وضع را ثابت کنیم بعداً به فکر اصلاح آن بیافتیم. این مسئله‌ای است که باید روی

کشورهای در حال توسعه نظیر ایران و آمریکای لاتین هم در این طبقه‌بندی دارای این ویژگی‌ها هستند. استفاده از سیستم معاونت عمومی - نظام بوروکراتیک مستقل در شهرها، استفاده ناهماهنگ از خدمات، کمبود چشمگیر در زمینه‌های پرسنل و امکانات، جلدانی خدمات پیشگیری از درمان استفاده ترکیبی از خدمات دولتی، خیریه، خصوصی و غیره. اما گسترش بیمه همگانی چیزی نیست که ما دلمان را به آن خوش کنیم. دولت الآن روی پانزده میلیون نفر بیمه شده نمی‌تواند طلب تأمین اجتماعی را بدهد برای بیست و پنج میلیون نفر هم دولت معلوم نیست بتواند پرداخت کند. حدود دوازده میلیون یا ده میلیون نفر اقسار آسیب‌پذیر را هم می‌خواهیم به کمیته امداد امام بدهیم و بودجه آنرا از بودجه عمومی بدهیم تا آنها را بیمه کند. در صورتی که اگر این توان را به خود سیستمهای دولتی بدهیم این کار را خواهند کرد.

اگر قرار باشد وزارت بهداشت و درمان ۲۵ میلیون نفر جمعیت روستائی را به تأمین اجتماعی واگذار کند، دوازده میلیون آسیب‌پذیر را به کمیته امداد بدهد، بیمارستانهایش را هم به بخش خصوصی بفروشد و بخش آموزشی آن هم خودگردان شود، دیگر ما کاری با وزارت بهداشت نداریم. طبق قانون مسئولیت درمان کشور بعهد وزارتخانه است و این خود می‌شود

برای روشن شدن این مسئله هم نباید زیاد وقت تلف کرد. یا باید الگوی بخصوصی از کشورهایی که مثال زده شدند برای متفکرین و کارشناسان درمان در کشور چه دولتی باشد چه مجلسی، ارائه شود یا آنکه متفکرین و کارشناسان را مأمور بکنید یک طرح دیگری را بریزند و بیاورند و تا آنوقت صبر کنیم.

گذشته از آن عمده سؤاها و ابهاماتی که در این طرح مورد بررسی قرار گرفته از اینجانشی شده که آیا دولت با تقیل این طرح و عوارض آن خواهد توانست از عهده این کار برآید یا اینکه کار، کمی بدتر از اینکه هست خواهد شد؟

می خواهم این نکته را عرض کنم که فعلاً در مملکت ما در بین این شصت میلیون نفر، چه آنهایی که بیمه هستند و چه آنها که نیستند، بالاخره هنگام بیماری حاد و اورژانس به جایی مراجعه می کنند. حال برخی برای تأمین مخارج درمان فرش و طلاجات را به پول تبدیل می کنند و برخی دارند و وضعشان بهتر است و تقدماً پرداخت می کنند.

اما این شصت میلیون نفر از این امکانات درمانی استفاده می کنند. منتها برخی با یک ناراحتی بیشتر و برخی راحت تر. حالا فرض کنیم گفتیم که دولت با آوردن این طرح بیمه، بار مالی بیشتری را می خواهد قبول کند که به نظر من اینطوری نیست. به این دلیل که اگر ما سقف ارائه خدمت را در سطح فعلی خود نگه داریم و افزایش جمعیت و تورم را در نظر بگیریم، نه

آن فکر شود که آیا ما قدرت ثابت کردن وضع موجود را در این حدی که هست داریم یا خیر؟ و بعداً اگر به این رسیدیم که فاقد این قدرت هستیم باید یک فکری بکنیم. در جراحی هم همینطور است. مواقعی می رسد که وضع بیمار به گونه ای است که اگر او را عمل کنیم پنج درصد امکان زنده ماندن دارد ولی اگر او را عمل نکنیم حتماً خواهد مرد. حال اگر وضع درمان در این مملکت هم این حالت را دارد باید دست بکار بشویم. باید برایمان روشن بشود که نباید از آن ۹۵٪ احتمال مرگ بترسیم. باید مشخص شود که آیا اشکال کار از بودجه است یا از بدی مدیریت وزارتخانه نشأت می گیرد.

مسئله باید مشخص شود. اما اگر بخواهیم مسأله درمان را یک کمی بهتر بکنیم باید بدانیم که نمی توانیم یکباره در سطح خیلی عالی مثل ممالکی که اسم برده شد قرار بگیریم. اما می توانیم وضع موجود را یک مقداری بهتر بکنیم و ناراحتیها را از بین ببریم. راه حل آن نیز همان طرحی است که به مجلس آمده. کلیات این را قبول کنیم، یعنی قبول بکنیم که این تحت بررسی قرار بگیرد و رویش کار بشود. باید روشن شود که با سیستم فعلی چه می خواهیم بکنیم و

هزار و پانصد تومان سرانه مطرح است، کمیسیونهایی که بررسی می‌کنند، بیایند یک سقف ارائه خدمات برای خودشان قبول کنند و یک الگو و سقف نیز برای بودجه در نظر بگیرند. این دو سقف که معین شود مسئله دیگر آنست که ما بیست و چند میلیون نفر بیمه شده در مملکت داریم و اظهار ناراحتی هم می‌کنند. ولی آنهایی که بیمه درمانی ندارند دائماً مراجعه و خواهش می‌کنند که ما را هم بیمه کنید. این نشان دهنده آن است که اقشار آسیب پذیر و یا آن طبقات ضعیفی که دفترچه ندارند خیلی بیشتر تحت فشار درمانی هستند، تا آنهایی که دفترچه دارند. آنکه بیمه ندارد برای یک آپاندیس باید بیست هزار تومان پرداخت. کند حال آنکه در دفترچه دارد با دو هزار تومان می‌تواند از بیمارستان بیرون برود. این طور ناانصاف نباشیم که بگویم اینها کاری نکرده‌اند.

□ حجت الاسلام موحدی ساوجی

نماینده تهران و عضو کمیسیون

شوراها و امور داخلی:

اول باید یک تذکره آئین‌نامه‌ای درباره این لایحه بدهم. این لایحه، لایحه‌ای است که به مجلس آمده و طبق آئین‌نامه داخلی، کمیسیون یک ماه برای بررسی آن وقت دارد، و اگر تمدید کند این وقت دو ماه خواهد شد، دیگر بیشتر از این وقت نداریم. یعنی اگر دو

تنها خرچمان زیاد نمی‌شود بلکه وضعمان بهتر خواهد شد چرا که با سیستم موجود، آنها که قادرند، پول درمانشان را می‌پردازند و می‌روند از سویسید دولتی استفاده می‌کنند. به نظر من اینطور می‌رسد که با ارائه این بیمه و با آن کیفیت که آنجا آمده وضع یک کمی بهتر خواهد شد. و اگر وضع اقشار آسیب‌پذیر را نیز از ابهام خارج سازیم، و برای مثلاً هشت الی ۱۲ میلیون نفر هم بار مالی اضافی به دولت تحمیل نخواهد شد (صرف نظر از رشد جمعیت و تورم). پس بنابراین کل این لایحه از این نظر نباید برای ما ایجاد نگرانی کند که دولت بار مالی بیشتری را تقیل خواهد کرد، چون در هر حال فعلاً دولت این سویسید و خدمت ارائه می‌دهد و فعلاً همه از آن استفاده می‌کنند.

پیام این طرح این است که افرادی را که از خدمت دولتی استفاده می‌کنند ولی قادرند پولش را هم بپردازند از لیست این سرویس دهی خارج کنند و همه نگاهها را متوجه اقشار آسیب‌پذیر کنند. منتها در این مسیر باید کار کارشناسی انجام شود و ارزیابی صورت گیرد تا اگر امکاناتی هست روشن شود. باید در مرکز پژوهش و روی این مسئله کارشناسی شود.

مسئله عمده این است که باید وارد کار بررسی شویم و کلیات آن را قبول یا رد کنیم. منتها برای اینکه این ابهامات، روشن و شفاف بشود، پیشنهاد من این است که حالا اگر مسأله سیصد تومان - هفتصد تومان یا



ماه گذشت عده‌ای از نمایندگان می‌توانند تقاضا کنند که در صحن مجلس مطرح شود. اکنون حدود چهارماه از مهلت این لایحه گذشته است. به نظر می‌آید علت تأخیر در رسیدگی به خاطر آن است که آقایان می‌خواهند همه مشکلات مربوط به بهداشت و درمان و آموزش و خدمات و همه چیز را توی این لایحه ببینند و حل کنند. برای همین هم قضیه این مقدار برایشان پیچیده می‌شود و به طول می‌انجامد و به نظر من درست نیست. ما باید در چارچوب لایحه نگاه کنیم و بگوئیم بله یا خیر. یا تأیید و یا رد و فووش هم این است که کمیسیون محترم با دیدگاههای تخصصی که دارند با استفاده‌ای که می‌توانند بکنند بالاخره اصلاحاتی انجام بدهند، یعنی آن جاهایی که به نظرشان ابهام دارد، روشن بکنند، مواردی را که نمی‌دانند و سؤالاتی دارند، رفع اشکال کنند.

من در مجموع به نظرم می‌آید که لایحه جنبه‌های مثبت و خوبی دارد به خاطر اینکه در جهت توسعه خدمات درمانی و بیمه در کشور است. قانون اساسی هم همین را می‌گوید که باید بیمه، عمومی تر بشود. نمی‌توانیم بگوئیم چون بیمه اشکال دارد و یا افراد بیمه شده آن طور که شاید و باید و

مورد توقع است، سرویس دهی نمی‌شوند، بنابراین بیمه را جمع بکنیم. خوب اینکه واقعاً حرف نادرست غیرعلمی و غیرمنطقی است. همین بیمه را باید طبق قانون اساسی در مملکت توسعه بدهیم. الآن کارمندان و کارگران بیمه هستند، اما قشر عظیمی از جامعه که به نظر حدوداً بیش از دوسوم کل کشور می‌شوند، بیمه نیستند. این همه کشاورزان صاحبان مشاغل آزاد و کارگرانی که تحت پوشش قانون کار نیستند و روستائیان بیمه نیستند. بالاخره باید برای اینها فکری کرد.

به نظر من طرح مسائلی چون بار مالی، توان اجرا و بودجه درباره این لایحه مصلحت نیست، ما فقط از این جهت باید مسأله را بررسی کنیم که مراقب باشیم این لایحه به آموزش پزشکی و تعاتم حرف وابسته لطمه نزند. اگر در جایی ابهام تصریح کنیم. تا آنجا که من این مواد را دیده‌ام چیزی ندارد که به آموزش لطمه بزند، فقط خوف داریم آنهم اگر ما خوف داریم باید نقاط مبهم را گویا کنیم.

ایراد دیگری که می‌گیرند، این است که می‌گویند، کیفیت آموزش پائین می‌آید. خوب این هم باید اثبات بشود.

مسئله دیگر این است که به درمان لطمه می‌زند. ما نفهمیدیم که چطور این لایحه به درمان کشور لطمه می‌زند؟ بحمدالله این دوره پزشکیانی که به مجلس آمدند جمع بیشتری هستند، آدمهای متدین، متخصص و علاقه‌مندی هستند، بالاخره این شما هستید که باید در مجلس معضلات کشور را



## بیاضت

مشکلات افزونتر می شود، اما آیا الآن نمی آید؟ الآن روستایی بیچاره اگر مریض بشود یا باید در همانجا «انالله» را بگوید و روبه قبله شود و بمیرد و یا باید به شهر بیاید. در روستا که امکانات درمانی ارائه نکرده آید، پس این مسئله وضعیت را بدتر نمی کند. در آن صورت روستایی لااقل با دفترچه بیمه می آید با یک خرج کمتری، آن روستایی به حداقل درمان هم قانع است.

در کل من لایحه را چیز خوبی می دانم. چرا که نمی گوید که بخش خصوصی اجباری بیایند... بخش خصوصی ممکن است اصلاً نیاید و یک بیمارستان هم از دولت نخرد. منتها بصورت شرکتی عمل می کند، اگر تا حالا وزارتخانه بوده بعد از این شرکت شود. و به نظر می آید که بهتر هم بشود. چون الآن این آقا یا خانمی که به عنوان فرشته نجات یک بیمار در آن بیمارستان دولتی یا درمانگاه دولتی است، وقتی بیمار به او مراجعه می کند، مثل یک مالک جهنم و مالک دوزخ می شود.

□ خانم دکتر سیدی علوی نماینده  
مشهد و عضو کمیسیون بهداری:

ضمن تشکر از برادرانی مرکز پژوهشها درباره این لایحه باید بگویم یکی از اهدافی که وزارتخانه و سازمان برنامه و بودجه درباره این لایحه ابراز می کنند این است آیا شما از وضع موجود درمان راضی هستید یا

از لحاظ بهداشتی و درمانی حل کنید. شما کارشناسان این مجلس هستید بیاید واقعا طرحهایی را ارائه کنیم که موجب بشود هم درمان مملکت بهتر بشود، هم آموزش کشور از لحاظ کمی و کیفی بهتر بشود، ولی اینکه با خوف و نگرانی با لایحه ای که دولت داده برخورد کنیم، درست نیست.

البته شاید این نگرانیها یک ریشه درستی هم داشته باشند، اما وقتی که بررسی می شود آن وقت معلوم می شود تا چه اندازه این نگرانیها بجا یا نابجا بوده است. شما به این فکر بکنید که اگر دولت بخواهد ۶۰ میلیون نفر را در این مملکت با اعتبارات خودش از لحاظ بهداشتی و از لحاظ درمانی تحت پوشش قرار بدهد، بهترین پزشکها، بهترین دستگاهها، بهترین آزمایشگاهها و بهترین داروها را با ارزانترین و نازلترین قیمت ارائه بدهد، نمی تواند. وقتی نمی تواند شما با توجه به وضعیت فعلی باید به فکر درمان مملکت باشید. اگر درباره آموزش پزشکی الگو دارید بیان بفرمائید. اگر درباره درمان الگو دارید، بیاورید در مجلس بیان کنید و آن را بصورت قانونمند در بیاورید. به همین جهت من به نظرم می آید که لایحه هرچه زودتر باید به مجلس ارائه شود. خدا شاهد است مردم از وضع فعلی درمان و بیمارستانها راضی نیستند.

گذشته از اینها، اینجا مسئله ای مطرح شد مبنی بر اینکه اگر این لایحه را تصویب کنیم و روستایی بیمه شود، به شهر می آید و

می‌بینیم همان طور که خانم دکتر فرمودند، بیمار فکر می‌کند که بخش خصوصی به او بهتر می‌رسد و هر جا پول بدهد برایش بهتر است.

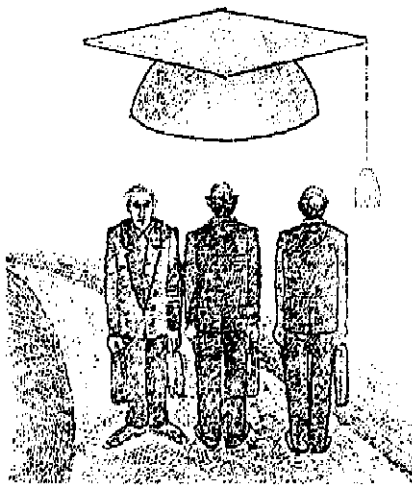
در حالی که واقعیت این است که ما پزشکان می‌دانیم که این نه تنها خلاف است بلکه ظلم و تعدی به حق بیمار است یعنی به بیمار گفته می‌شود که شما به فلان دلیل سزارین بشوید، دلیل هم یک علت واهی است. از سه ماهگی که بیمار به دکتر مراجعه می‌کند به او می‌گویند که باید سزارین بشوید. بنابراین اگر همزمان با اجرای لایحه در زمینه امور فرهنگی کاری انجام ندهیم، این لایحه نه تنها نتیجه خوبی نخواهد داشت بلکه وضع ما از آنچه که هست بدتر خواهد شد. اما من نمی‌خواهم این لایحه نظام بیمه خدمات درمانی کشور را که نمی‌خواهد نظام کل درمان را تغییر بدهد، رد کنم.

برای رفع اشکالات از وزیر اقتصاد و دارایی چند بار دعوت شد تا به کمیسیون تشریف بیاورند ولی تشریف نیاوردند. یعنی واقعاً لایحه و موادش را دادند، ولی پی‌گیر حل مشکلات و معضلاتی که الآن کمیسیون دارد، نیستند. الآن حدود ۳ ماه و شاید هم بیشتر ۴ ماه است که این لایحه مرتب در کمیسیون بهداری مطرح می‌شود، مدام سؤالات تکراری می‌شود ولی ما واقعاً آن جواب قاطع را از مسئولین دریافت نکرده‌ایم. بنابراین به نظر من باید به ابهامات موجود پاسخ داده شود و کمیسیون و مخصوصاً مرکز پژوهشها و پزشکان

نه؟ اگر از وضع موجود درمان راضی نیستید پس باید طرحی غیر از آنچه که الآن هست ارائه بدهید.

حالا آیا این لایحه معضلات و مشکلات درمانی ما را واقعاً حل می‌کند یا نه؟ من به این مسئله برمی‌گردم که نقطه اصلی تمام مشکلاتی که در کل کشور و در تمام سطوح داریم، به مسایل فرهنگی برمی‌گردد. یعنی به عبارتی ما اگر در حل هر مشکلی، مسایل فرهنگی را نبینیم به نتیجه خوب و مثبتی نخواهیم رسید. به تبع آن می‌خواهم بگویم که در مشکلات درمانی هم مسئله فرهنگی مهمتر از تمام مسایل است. مسائلی نظیر پول، دارو، نوع و ویزیت پزشکان و پولی که جراحان زیرمیزی می‌گیرند، همه اینها به مسایل فرهنگی برمی‌گردد. حالا این لایحه با این موادی که دارد در کدام گوشه‌اش مسایل فرهنگی دیده شده؟ به نظر من در زمینه مسایل فرهنگی دید این لایحه منفی است. پس یکی از رسالتهای واجب مرکز پژوهشها به نظر من - اگر بخواهد روی این لایحه خوب کار بکند - این است که حتماً قبل از مشکلات و معضلات درمانی، مسایل فرهنگی را ببیند و در این زمینه باید صد درصد از صدا و سیما و مطبوعات استفاده بشود. ما الآن





هستند و با مسائل درمانی و بهداشتی و آموزشی مملکت آشنایی دارند، با تردید و وسواس به این موضوع نگاه کنند چرا که در یک طرف قضیه ۶۰ میلیون نفر جمعیت با رشد متوسط حدود ۳٪ قرار دارد و این لایحه رشد جمعیت را در نظر نگرفته بود که رشد جمعیت، موازی این زمان بندی، چقدر می شود.

اما از طرف دیگر ما با مدیریت ضعیف در سیستم درمانی و آنارشیسم، بی نظمی و بهم خوردگی درمان در مملکت مواجه هستیم که برای همه عیان است. در یک جایی مریضها را از بیمارستان بیرون می کنند! در محل دیگری بیمار را از جایی به جای دیگر منتقل می کنند بی توجه به اینکه در همان جا می توانند آن مریض را درمان کنند و گاهی اوقات دلالتی در سیستم درمانی ما وجود دارند که این بیماران را از بیمارستانهای دولتی به بیمارستانهای

مجلس با همت تمام، با تخصصی که دارند، با بینشی که نسبت به مسائل درمانی دارند، روی این لایحه به طور قوی کار بکنند و در کنار آن حتماً مسائل فرهنگی را ببینند بعد از جنگ و فرهنگ پزشکی ما بسیار تغییر کرده است.

یکی از رسالت‌هایی که می خواهم به مرکز پژوهشها بدهم، این است که کنار این لایحه، حتماً کار فرهنگی انجام بشود. مخصوصاً در زمینه جلب کمک از رسانه‌های گروهی برای ارتقای اخلاق پزشکی در میان پزشکان و ارتقای فرهنگ مصرف دارو و فرهنگ مراجعه به پزشک در میان بیماران. فرض کنید بیمار اگر پیش یک پزشک خصوصی برود او ۱۰۰ هزار تومان برای سزارین درخواست می کند ولی وقتی به پزشک دولتی مراجعه می کند، فکر می کند که حرف او درست نیست. این فرهنگ در بیمارستان ما وجود دارد که ما باید آن را تغییر بدهیم. یعنی اگر نتوانیم این فرهنگ را عوض بکنیم، نه تنها این لایحه بلکه حسد لایحه دیگر هم نمی تواند مشکلات ما را حل کند.

□ آقای دکتر اکبر فرید - نماینده

خرم‌آباد و عضو کمیسیون  
بهداری:

در روزهای اول که این لایحه به کمیسیون بهداشت و درمان ارجاع شده بود جا داشت اعضای کمیسیون که همه پزشک



بیمارستانها، هم نقطه ابهامی برای کمیسیون بود. برای اینکه الآن بخش خصوصی واقعاً تجارخانه است از یک مریض در بیمارستان دولتی ۱۰ هزار تومان و در بیمارستان خصوصی ۱۰۰ تا ۲۰۰ هزار تومان می‌گیرند! اگر خصوصی کردن به این معنا باشد واقعاً ظلم و اجحاف بیماران است. بعد اینکه آیا با وضع فعلی امکان کنترل وجود دارد یا خیر؟

گذشته از این مسائل ما اصلاً نمی‌دانیم طراحان این طرح چه کسانی هستند؟ برنامه و بودجه می‌گوید من طرح کرده‌ام و وزارت بهداشت و درمان می‌گوید ما دو سال است که روی این داریم کار می‌کنیم. این لایحه به نظر ما به جای اینکه واقعاً برای دولت یک عصبانی باشد تا دست دولت را بگیرد ممکن است در یک جایی ضربه شدیدی هم به دولت وارد بکند. ما حاضر نیستیم که این لایحه بیاید و نبخته از مجلس خارج شود و فردا برای دولت مشکل دیگری درست کند.

کلاً هیچ کس با لایحه مخالفتی ندارد چون باید باشد و اگر اجرا نشود نظام درمانی ما - که الآن وضعیت خیلی ناچوری دارد - بدتر خواهد شد. اگر مریضهای ما الآن از این بیمارستان به آن بیمارستان و از این درمانگاه به آن درمانگاه به علت نداشتن پول یا نداشتن دفترچه سرگردان می‌شوند. در آینده وضع خیلی بدتر خواهد به هر حال باید سعی کنیم این لایحه به گونه‌ای به تصویب نهایی برسد که به دولت کمک کند.

سیاستی در آزا

خصوصی هدایت می‌کنند.

الآن دنیا حتی با مسئله درمان ما سیاسی برخورد می‌کند و در یک لحظه خاص شیرخشک برای ما وجود ندارد و یا داروهای حتی پیش پا افتاده و تقریبی هم نایاب می‌شود.

وقتی که با ما سیاسی برخورد می‌کنند ما فقط باید روی الگوی خودمان حرکت کنیم تا از تمام ضرباتی که به ما وارد می‌شود پیشگیری کرده باشیم. مسأله دیگری که برای کمیسیون وجود داشت مراکز متعدد تصمیم‌گیری در سیستم درمانی، در شهرها و مکانهای مختلف بود و اگر یک دفعه وارد عمل می‌شد مشکل آفرینی می‌کرد. چون یک لایحه‌ای عظیم و دربرگیرنده ۶۰ میلیون نفر جمعیت با مبلغی نامحدود است که هنوز برای ما مشخص نشده که این مبلغ چقدر است.

دو - سه مرتبه از وزیر امور اقتصادی و دارایی دعوت شد که نیامدند و یک کارشناسی را فرستادند که در نهایت نیز مبلغی مشخص نشد. خصوصی کردن

□ آقای سید محمد سناده زاده  
(اورولوژیست):

به نظر من این لایحه نکات بسیار مثبت و جالبی دارد و نه تنها بیمه درمانی را پوشش می‌دهد، بلکه بازنشستگی را هم در نظر می‌گیرد، نی یک تأمین اجتماعی به معنای واقعی است. البته، نکاتی به نظرم می‌رسد که در مورد آنها بحث شود. یکی اینکه آیا تفاوتی بین سرویس درمانی یک روستانشین با یک شهرنشین وجود دارد؟ من استنباطم این است که لایحه قدری فرق می‌گذارد. یکنواخت بودن سیستم درمانی یک کار اساسی است و هیچ فرق نمی‌کند که اگر روستایی خواست به شهر بیاید و از یک بیمارستان خیلی مجهزی استفاده بکند، حتماً این حق را داشته باشد. دوم، اجبار پزشک و مریضخانه و داروخانه به قبول بیمه است. این شاید کمک به بیماران بکند، ولی در واقع کیفیت پزشکی را به نظر من پایین خواهد آورد. الآن هر کدام از ما را مجبور کنند که به یک پزشک خاصی مراجعه کنیم، اگر آن دکتر بهترین روی زمین هم باشد، باز دلخواه ما نخواهد بود و نیست. به نظر من بیمه را در عین حالی که باید عمومی کرد، حتماً باید یک نوع آزادی هم این وسط باشد.

یک نکته مثبتی هم که در لایحه وجود دارد، وجود بیمه‌های خصوصی است که

من فکر می‌کنم کار خیلی جالبی خواهد بود؛ چون همین بیمه‌های خصوصی زیرا دسترسی به پول و منابع مالی خوبی دارند، سرویسهای به مراتب بهتری خواهند داد. البته، مسئله‌ای که به نظر من اساسی هست، این است که کلیه بیمارستانهای دولتی منتقل نشوند، زیرا برای یک عده از مردم که دسترسی به بیمه ندارند و یا شاغل نیستند، خیلی مشکل خواهد بود که به پزشکان خصوصی مراجعه کنند. به نظر من یکسری بیمارستان دولتی باید داشته باشیم، مشابه آن بیمارستانهایی که بنیاد شهید دارد و امکانات پزشکی و درمانی باید داشته باشیم، مشابه آن بیمارستانهایی که بنیاد شهید دارد و امکانات پزشکی و درمانی خوبی را در اختیار سازماندهگان شهید می‌گذارد. همچنین بیمارستانهایی که در کشورهای دیگر برای کسانی که در جنگ بودند و زخمی شدند، که خود و خانواده‌هایشان را پوشش می‌دهند.

من معتقدم یکسری بیمارستانهای دولتی یا به عنوان بیمارستان شهرداری یا یکی از بنیادها همه افسار را قبول کنند، تا در صورتی که وضع مالی نداشته باشند، بتوانند به این محلها مراجعه نمایند. ما مشاهده می‌کنیم افرادی را که حتی با دفترچه بیمه مراجعه می‌کنند، ولی باید مابه‌التفاوت را بدهند! بیمارستانهای دانشگاهی هم مقداری مابه‌التفاوت

ترتیب هر کدام یک ترتیبی ارائه خدمات می‌دهند.

ملاحظه بفرمایید در حال حاضر درد را آقای وزیر و معاون ایشان به یک نحو می‌بینند و مردم جویری دیگر! ارتباط میان آنها مسائل دیگری را منعکس می‌کند. پیشنهاد می‌کنم مرکز پژوهشهای مجلس یک پرسش‌نامه تهیه نماید و در آن از میزان پولی که به عنوان حق بیمه می‌گیرند، در آن پرسش‌نامه منعکس کنیم و سپس ببینیم نظرات چیست؟ از آن نظرات خیلی چیزها به دست خواهیم آورد و مشکلات را بهتر می‌توانیم درست کنیم؛ به ترتیبی که این سیستم (لایحه) باید جوابگوی آن مشکلات باشد والا اگر سیستم را بدون توجه به مشکلات طراحی کنیم، راه به جایی نخواهیم برد. تأکید دارم در همین مورد با پزشکان هم صحبت کنیم، یعنی پزشکی که آزاد است یا طرف قرارداد بوده یا مطب ندارد و در بیمارستان دولتی کار می‌کند.

آن پرسشنامه‌ها را به نحوی به مسئولین خدمات درمانی، بویژه آنها که در سازمان تأمین اجتماعی هستند، بدهیم و جمع‌بندی کامپیوتری کنیم، در این صورت مشکلات را براحتی درخواهیم یافت. آن وقت خواهیم دید این لایحه واقعاً جوابگوی آن سؤالات هست؟ اگر لایحه نتواند جوابگوی این مسائل باشد، ببرد نخواهد خورد.

مسئری در آرا

می‌گیرند. شاید به خاطر این است که نرخ بیمه بسیار پایین است و اصلاً با سیستم اقتصادی مملکت نمی‌خواند و باید این نرخها هم تعدیل بشود، به نحوی که هم معالجه‌کننده و معالجه‌شونده هر دو راضی باشند.

□ آقای دکتر مسجدی (متخصص بیماریهای داخلی و مشاور معاونت پژوهشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):

ما بعد از انقلاب گفتیم که سیستم درمانی کشور واحد بشود، یعنی همه چیز کانالیزه گردد، سیاست‌گذاریش زیر نظر وزارت بهداشت باشد و همه چیز از یک جا منشأ بگیرد: دارو و قیمت‌های آن و همچنین تأمین اجتماعی و ... الآن چه وضع دارد؟ بخش خصوصی یک سازی می‌زند، تأمین اجتماعی یک ساز دیگر، خدمات درمانی ناموفق است و می‌بینیم که بانکها، وزارت نفت و امی هم برای خودشان دارند و کارهایی می‌کنند. به اضافه بنیادها مثل بنیاد شهید که خودش یک سیستم عظیم درمانی در کشور هست و بنیاد جانبازان نیز به همین

باید عموم را نگاه کنیم و ببینیم آیا ۹۵٪ درست کار می‌کنند؟

امسال بیمارستانهای دولتی هیچ بودجه‌ای ندارند و گفته‌اند که سال ۷۳ هر بیمارستانی باید خودگردان باشد (در لایحه هم همین معنی پیش‌بینی شده است)، یعنی در بیمارستان ریوی بیمار باید پول بپردازد و اگر نپردازد، آخر ماه نمی‌توانیم حقوق کارمندان را بدهیم. بیمار مسلول که می‌آید (۹۹٪ آنها بی‌بضاعت و فقیر هستند)، چطور بگوییم که باید ۱۲۰ هزار تومان بپردازد؟ اگر قرار شد سرویس‌مان به علت حقوق و پول نامطلوب کم بشود، فردا وضع بهداشت و درمان مملکت از این بدتر می‌شود.

□ آقای دکتر میایی (کارشناس عالی رتبه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی):

دولتها از افسار مختلف حمایت‌های متنوعی می‌کنند که شاخه‌های مختلف تأمین اجتماعی را تشکیل می‌دهد. دولتها از کار افتاده‌ها را حمایت می‌کنند. از بازنشسته‌ها، از خانواده بی‌پرست و ... نیز حمایت می‌شود. اینها در مجموع بحث تأمین اجتماعی است که شاخه عمده‌اش درمان است. درمان مثل بقیه مسائل نیست

در حال حاضر ۳۰ هزار پزشک داریم و باید بتوانیم ۸۰٪ این پزشکان را به نحوی با این سیستم بیمه راضی کنیم؛ اگر نتوانیم، این لایحه شکست می‌خورد. برای شما مثالی بزنم، من دوازده سال است که برای خود و همسر و فرزندانم حق بیمه می‌پردازم، کسی که پول را می‌گیرد، یک کس و کسی که می‌خواهد به ما سرویس بدهد، کس دیگری است. ما الآن می‌خواهیم میلیونها پوشش روستایی بدهیم، ولی با این مثلث مشکل چگونه حل خواهد شد؟ من (نوعی) با بیمه خدمات درمانی قرارداد ندارم؛ چرا؟ برای اینکه وقتی می‌خواهد پول بدهد، بهانه می‌آورد. اگر ما بخواهیم واقعاً اصلاح بکنیم باید این مثلث را درست طرح بکنیم، امروز همه پزشکان علاقمند هستند که با کمیته امداد قرارداد ببندند. در این لایحه، در ماده ۱۹، کلیه بیمارستانها و مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات هستند. اگر سیستم درست است، پزشک باید دنبالشان برود. در جاهای دیگر دنیا، پزشکان خودشان با بیمه قرارداد می‌بندند؛ چرا؟ برای اینکه ۲۰ نوع بیمه دارند و آن نوع بیمه‌ها تعریفشان مشخص است که چقدر پول می‌دهند و چقدر می‌گیرند؛ البته نمی‌گوییم خلاف نمی‌شود؛ چرا که در همه جای دنیا، در همه سیستمها بالاخره یک درصدی احتمال کار ناصواب است، ولی



که امکان تأمین خسارت وجود داشته باشد. چه بسا لحظه‌ای باشد که اگر نرسند، لطمه خواهد خورد و این اصل موضوع است.

در حال حاضر، از نظر درمان مملکت در چه وضعی است؟ تعدادی هستند که پول دارند و مشکلشان حل می‌شود. مزدبگیران، مثل کارمند و کارگر، هم با همین بیمه‌های موجود که نامطلوب هم هست، پوشش داده می‌شوند. قشر عظیمی از جمعیت کشور هم‌نه توان پرداخت دارند و نه تحت پوشش بیمه هستند، اینها بلا تکلیفند. باید بالاخره این روش فعلی دگرگون بشود و حمایت‌های دولت مشخص گردد، دولت در حال حاضر یک تعهداتی دارد و یک سهمی از بودجه عمومی را برای این امر اختصاص داده است. سالانه هم این اعتبارات یک رشد متناسب با بقیه بخشها دارد. ولی این جواب نمی‌دهد و در جایگاه خودش هم مصرف نمی‌شود. الآن بیمارستانهای ما در اعتبارات عمومی یک بودجه جاری دارند، این را می‌گیرند و خرج می‌کنند (اعم از آموزشی و غیرآموزشی). وقتی هم که مردم مراجعه می‌کنند، می‌گویند پول بدهید. مسئولین اقتصادی مملکت می‌گویند: «شما آن پول را برای چه می‌گیرید». چون سیستم موجود

نیست، امکان اجرایی این قضیه هم موجود نیست، که این بیمارستان اگر پولش را بگیرد، صرف پرداخت حقوق و مزایای پرسنل بکند. نهایتاً افرادی بلا تکلیف خواهند ماند. من معتقد هستم که ما باید در این مملکت گروه‌های مختلف اجتماعی را رده‌بندی کنیم و متولیان اینها را بشناسیم و نهایتاً، نحوه پوشش اینها را معلوم کنیم. این، همین لایحه‌ای است که الآن دارد مطرح می‌شود. من پیشنهادم این است: اول تحقیق بشود که وضع فعلی کشور چیست: افرادی که بلا تکلیفند و افرادی که تحت پوشش هستند. بعضی از آنها که تحت پوشش‌اند و کل گروه‌های اجتماعی مملکت را معلوم کنیم و سپس، مشخص نماییم متولیان اینها کی‌ها هستند؟ آن وقت معلوم کنیم که آیا باید همین راه را ادامه بدهیم و دولت بیاید سال به سال یک اعتباراتی را به عنوان بودجه عمومی بدهد؟ نتیجه می‌گیریم به اینکه خیر این روش جواب نداده است. یعنی اینکه باید بیمه خدمات درمانی مطرح بشود.

در واقع، یک قسمت از مشکلات ما پول است. ولی قسمت عمده‌اش سیستم‌های حاکم فعلی است که اینها باید دگرگون بشود. وقتی به اینجا می‌رسیم که روش فعلی باید متحول بشود، بحث بیمه مطرح می‌گردد. روزی که این لایحه بذرش کاشته می‌شد، بحث آزادسازی اقتصادی مطرح نبود. امروز، بحث این است که اگر ما تا پایان امسال در همین وضع توقف کنیم،



می‌شود؟ سؤال ما این است که آیا تا پایان امسال تورم بر اساس شاخص بانک مرکزی به کجا می‌رسد؟ کارشناسان اقتصادی اعتقادشان بر این است که ۱۶٪ میانگین تورم خواهد بود. اگر این رقم درست باشد، البته بار مالی بر این اساس قابل محاسبه خواهد بود.

پرسیده بودند که آیا ۳۰۰ تومان کافی است یا نه؟ نکته مهم این است که اگرچه این لایحه در حقیقت اصلاح ساختار یکی از پیاپی‌هاست و اصلاح مدیریتها هم همچنین؛ ولی در همین وضع موجود این طور نیست که ۱۰۰٪ نابسامانی‌ها برگردد به روشها و مدیریتها. من عرض می‌کنم اگر قیمتها به این ترتیبی که الآن رشد دارد، افزایش یابد، ۷۰ میلیارد تومان فقط هزینه دارو خواهد بود (برای ۵۰ میلیون جمعیت که تحت پوشش در خواهند آمد). در حالی که بودجه‌ای را که قبلاً دیده شده در کل ۶۴ میلیارد تومان است.

بحث سازمان برنامه این بود که ما اعتبارات عمومی این بخش را سال به سال رشد می‌دهیم. برای سال ۷۳ هم ۳۰۰ تومان برآورد کرد. ولی از طرف دیگر، شاهد بودیم که در خرداد سال گذشته شورای اقتصاد در مورد دارو گذرانند و قیمتش گران شد. می‌خواهم بگویم اگر این طوری ببینند، آن وقت اصلاً بیمه‌ای در کار نخواهد بود که

تعداد زیادی راه برای درمانشان نیست. دارو امروز اگر ۱۰ تومان است، خواهد شد ۱۵۰ تومان، یک نسخه ۱۰۰ تومان خواهد شد، ۱۵۰۰ تومان، گروههای عظیمی (ما ۱۰ میلیون نفر برآورد کرده‌ایم) اینها پول ندارند. حتی پول دارویش نیست تا چه رسد... همین امر را ما بیایم روی خدمات پزشکی و تشخیص در مراکزمان حساب کنیم که یک عمل ۱۰ هزار تومانی خواهد شد ۱۰۰ هزار تومان؛ بنابراین تنها راه همان بیمه است.

البته، عرض کنم که بیشتر از همه، سازمان برنامه و بودجه با یک دیدگاه بسته عنوان کرد که اگر ۳۰۰ تومان سرانه بدهند و در اول سال ۷۳ این قانون تصویب بشود، قابل اجراست. ما در همان زمان می‌گفتیم: ۵۰۰ حق سرانه. الآن با این بحث آزادسازی که می‌بینیم فلان پودر شوینده کارخانجات وزارت صنایع را که ۶۰ تومان بود، در عرض دو ماه ۲۰۰ تومان شد، وضع حتماً فرق خواهد کرد. الآن از بیمه استقبال نمی‌شود، برای اینکه تعرفه‌ها پایین است. ما در لایحه ماده نوزدهم را گذاشته‌ایم و می‌خواهیم همه در این کار، همکار باشند، والا اگر بنا باشد ۱۰ هزار پزشک از سیستم خارج شوند، جواب نمی‌دهد. زمانی جواب می‌دهد برای ۵۰ میلیون بیمه شده که همه همکار باشند.

مرتباً می‌گویند بار مالی این چقدر

در این لایحه، مثلاً داریم، بیمارستانهای موجود را یا بفروشند یا اجاره بدهند. من معتقدم هیچکس نمی‌خورد. علت این است که بیمارستانی که ۹۰٪ بودجه‌اش فقط و فقط صرف پرسنل می‌شود، چه کسی قادر است این بیمارستان را بخرد؟ اگر بیمارستان را بدون پرسنل بفروشند، این پرسنل بیکار در وزارت بهداشتی و سازمانهای منطقه‌ای دست شکسته برگردن دولت خواهند بود. همان حقوق داده می‌شود و هیچکاری هم انجام نمی‌شود. یک دستگاه رادیولوژی، یک دستگاه سی‌تی‌اسکن که سال گذشته خریداری شده، امسال در یک کشور پیشرفته هم بخواهند اینها را بفروشند ۱۰٪ هم می‌خرند.

□ دکتر مؤمنی (پزشک):

اساسی‌ترین و محوری‌ترین اهداف و وظایف بخش تأمین اجتماعی امنیت شغلی و درمانی است. به نظر بنده طرح درمان آزاد که الآن در وزارت نفت اجرا و در مهاب قدس اجرا می‌شود و همچنین در هواپیمایی کشوری اجرا می‌شود، کارمندانمان بیمه‌ای را به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت می‌کنند. الآن بخشی از آن را به بیمه تأمین اجتماعی می‌دهند و بقیه‌اش را خودشان تحت کمیته‌ای به نام بیمه درمان در همان سازمان نگاه می‌دارند و شاهد بوده‌ایم که توانسته‌اند حتی مریضشان

بیایند به ما بگویند: «دارویتان گران خواهد شد». باید حق سرانه واقعی باشد و بگویند که قیمت دارو اگر این طوری باشد حق سرانه بیمه ۱۰۰ تومان است، نه ۳۰۰ تومان. بدون لحاظ کردن این اعداد، برآورد بار مالی لایحه که مهمترین بخش آن هست، دقیق نخواهد بود.

اینجا مسئله این است که اگر ما برآورد اقتصادیمان درست باشد، محدوده خدماتیمان وسیعتر می‌شود و اگر درست نباشد، آن وقت در یک محدوده خاصی خواهد بود. فی‌المثل اگر فردی پیوند قلب داشت و هزینه‌اش ۳۰۰ هزار تومان شد، بیمه خواهد گفت که آن را نمی‌توانم بدهم یا اگر یک داروی خاصی بعد از پیوند بخواهد که الان ۲۰۰ هزار تومان است بیمه می‌گوید من نمی‌توانم پرداخت کنم.

به نظر من این لایحه یک مقدار زیادی دور از واقعیت است و من می‌خواستم خواهش کنم، بیاییم اول بگوییم ما که در این مورد پژوهش کنیم اول وضع موجود را دقیقاً مطالعه کنیم و بعد بگوییم اساساً بیمه باید باشد یا نباید باشد؟ اگر قرار بود، باشد، این لایحه را روی بند بندش صحبت بکنیم.

طرح لازم است دقیقاً برآورد بشود. آیا دولت می‌تواند سوبسید بدهد یا نمی‌تواند؟ چقدر باید بدهد؟ مکانیسم برای فقرا چگونه باشد و برای اغنیا چگونه؟ ما می‌بینیم که اغنیا حتی در بیمارستانهای سازمان بیمه‌های اجتماعی بهتر درمان می‌شوند و حتی هیچ هزینه‌ای نمی‌پردازند.

□ آقای مهدی اخوان (کارشناس عالی رتبه تأمین اجتماعی):

یک تصویر از وضعیت درمان در کشور موجود است که اعلام می‌کند استفاده بهینه از ظرفیت درمانی کشور نمی‌شود، به این مفهوم که هم در بعد نیروی انسانی و هم در بُعد مکانی، انرژیهای زیادی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد. موضوع دیگر، عدم مشارکت مردم در امر درمان و عدم وجود رقابت در ارائه خدمات درمانی است که به عنوان انگیزه‌های ارائه‌های این لایحه خواننده می‌شود. چه بسا افراد نیازمند که به دلیل نداشتن امکانات یا دور بودن موفق به استفاده نمی‌شوند و دیگرانی که بیشتر مطلع‌اند، از این سوبسیدی که دولت می‌پردازد، استفاده می‌کنند. البته، عرض بکنم که حتی مخالفان جدی این لایحه هیچکدام من ندیدم به راه حل دیگری بجز بیمه درمانی همگانی رأی بدهند. منتها بحث سر محتوای این لایحه است. این

را خارج از کشور برای درمان بفرستند، حتی وام می‌دهند و بسیاری چیزها را که سازمان بیمه‌های اجتماعی در پرداختش عاجز است؛ حتی خبر داریم که کفش طبی، عینک و امثالهم را می‌دهند. دست‌آخور یک مقداری در صندوقشان اضافه می‌ماند.

انصافاً هم مردم و هم پزشکان ما خیلی محجوب و نجیب هستند. در بعضی از کشورها درآمد پزشک اگر به حد نصاب نرسد، تأمین اجتماعی خود آن پزشک را حمایت می‌کند، مخارج و هزینه‌هایش را می‌دهد حتی وزارت اقتصاد و دارایی مالیات را با آن حد می‌بخشد تا درآمدش به حد نصاب برسد. متأسفانه، این مسائل که خیلی عمده هم هست، مطلقاً در اینجا در نظر گرفته نمی‌شود. یکی از مشکلات پزشکان و خدمات درمانی این است که وزارت اقتصاد و دارایی به ازای هر چند مریض بیمه‌ای یک مریض خصوصی منظور می‌کند! و بر حسب آن هم مالیات می‌بندد. نهایتاً، پزشکان هم نمی‌توانند مریض رایگان داشته باشند. البته، دوست دارند کمک بکنند، ولی وزارت دارایی این را در نظر نمی‌گیرد. اینها موانع توسعه بخش درمان است. در این لایحه، من اعتقاد این است که باید اول اصول و مبانی خود «تأمین» را معلوم کنند. در مورد موضوع تفاوت بیمه کشور ما با بقیه جاهای دیگر دنیا مطالعه بشود. هزینه‌هایی که برای این

به وسیله یک ماده ۲۲ میلیون (به قول برنامه و بودجه) و به قول کارشناسان تأمین اجتماعی بیش از ۲۵ میلیون نفر روستایی مشمول می‌شوند و ۵۰ درصد سهم بیمه‌شان سهم شهرنشینهاست. بعضی از کارشناسها و بعضی از صاحب‌نظرها تأکید می‌کردند که معلوم نیست هزینه ارائه خدمات درمانی به روستایی کمتر از شهری بشود.

البته، از طرف سازمان تأمین اجتماعی ایرادهایی به این لایحه وارد شده که من عرض می‌کنم. یکی گران شدن فوری دارو و درمان است؛ چون در لایحه خودگردانی بیمارستانها پیش‌بینی شده و ضمناً در ماده‌ای گفته شده: «واقعی کردن نرخ حق بیمه و واقعی کردن نرخ خدمات درمانی». به نظر ما سنگ روی سنگ بند نمی‌شود و گران خواهد شد. البته، مرتب اطمینان می‌دهند که ما گران نمی‌کنیم! واقعاً چه دلیلی داریم که بیا بیم اختیاری را بدهیم به دستگاهی که بلافاصله گران بشود. گفته می‌شود که اطمینان پیدا می‌کنیم که امر درمان بهبود پیدا می‌کند. چنین اطمینانی از دل این لایحه در نمی‌آید! ایراد دیگر مشخص نبودن متولی بیش از ۲۲ تا ۲۵ میلیون روستایی است که با توجه به فرهنگ بیمه‌ای که ما داریم (هر چقدر هم نصف یا  $\frac{1}{4}$  بگیریم) هیچ روستایی حاضر نیست در سال ۱۰۰۰ تومان بابت بیمه‌اش بدهد.

لایحه، در ۴ یا ۵ سال پیش به صورت متنی تقدیم دولت شد. همین ایرادهایی که امروز به لایحه می‌گیرند، آن روز خیلی وسیع‌تر گرفته شده و لایحه را عودت دادند. البته لایحه پیامهایی دارد که یکی تمرکز در تصمیم‌گیری‌هاست. یک شورایی در رأس قرار می‌گیرد. اگرچه در اصلاحاتی که در دولت انجام شده، این تمرکز باز به هم خورده و سازمان تأمین اجتماعی از پوشش ۱۵ میلیون نفر معاف شده است.

مطلب دیگر ایجاد سازمان جدیدی به نام سازمان بیمه خدمات درمانی است. استناد هم همین است که قبل از انقلاب به صورت سازمان بوده؛ و رسیده‌ایم به اینکه ضرورت دارد. این ضرورت را احساس می‌کنند و می‌گویند باید به صورت سازمان باشد. مطلب دیگر امکان معافیت از شمول سازمان تأمین اجتماعی است. به این معنی که آخر یک سازمانی نظرش این بود که در امر درمان مستقل بشود، دو بیست و هفتم سهم بیمه را به سازمان پردازد و خودش با شرکتهای بیمه دیگر یا سازمان خدمات درمانی قرارداد مستقل ببندد.

مطلب دیگر، بیمه روستاییان است که

الآن تأمین اجتماعی پایگاهی در روستاها ندارد و این کار از او ساخته نیست. در این مورد، با آقای وزیر جلسه گذاشتیم، در مورد متنی را که الان در لایحه نیست به توافق رسیدیم، که اگر مجلس قبول کرد، اصلاً صندوق بیمه روستایی‌ها را مستقل بکنیم. در آن لایحه، ضوابط میزان کمک دولت و متولی است که وزارت کشاورزی و جهاد باشند یا یک ارگان دیگری مشخص بشود.

موضوع دیگر، اqtشار آسیب‌پذیر است. به نظر بنده اگر بخواهد این لایحه پیامی داشته باشد، حداقل باید مشخصاً معلوم بکند که چه افرادی آسیب‌پذیر هستند، درآمدشان از چه مقدار کمتر باشد و دولت چه مقدار خواهد داد؟ و ...

پیشنهاد بنده این است که کار پژوهشی در این مورد اولاً، با مشارکت جدی کارشناسان مجرب و خارج از دستگاه انجام بشود. همچنین از کارشناسان اقتصادی استفاده شود. در واقع، پیشنهاد دوم من این است که پژوهش در این امر در نظام کلی

تأمین اجتماعی شامل نظام حمایتی و بیمه‌ای (ما معتقدیم این دو نظام کاملاً باید از هم جدا باشد، ولی متأسفانه برنامه و بودجه و نهادهای اقتصادی به دلیل مشکلات اقتصادی کشور خیلی میل دارند این دو تا را با هم مخلوط کنند، یعنی فرض کنید که بگویند سازمان تأمین اجتماعی مسئول هم بیمه‌ها و هم غیربیمه‌ها باشد) حتماً انجام بشود. دستاوردهای این پژوهش می‌تواند مبنای حرکت دقیقی برای ما قرار بگیرد.