

زمینه‌های شکل‌گیری و روند تحول در بخش درمان

سازمان تأمین اجتماعی

دکتر مظفر کریمی^۱

۱. بیان مسئله

بیمه سلامت یکی از مهمترین نیازهای اولیه انسان است که از دیرباز به شیوه‌های مختلف مورد توجه بوده است. اما بیمه اجتماعی سلامت به سبک امروز قدمتی کمتر از دو قرن دارد. امروزه برای ارائه خدمات بیمه سلامت در جهان الگوهای متنوعی وجود دارد و این بیمه همچنان یکی از تعهدات اصلی نظام‌های تأمین اجتماعی محسوب می‌شود.

سازمان تأمین اجتماعی در ایران یکی از گسترده‌ترین سازمان‌های بیمه‌گر کشور است که در زمینه ارائه خدمات درمانی قدمتی بیش از پنجاه سال دارد. خدمات درمانی جزو نیازهای اساسی، فوری و حیاتی بیمه‌شدگان است و به همان نسبت مورد توجه آنان نیز هست. هرگونه احساس کاستی در این زمینه، می‌تواند زمینه‌های نارضایتی عمومی و سپس فشارهای اجتماعی فراهم سازد و به همین دلیل، تعهدات درمانی این سازمان همواره مورد توجه بیمه‌شدگان، تشکلهای کارگری و مدیران و مسئولان سازمان بوده است. همین نکته باعث شده که تغییر و تحول در بخش درمان تأمین اجتماعی در طول سال‌های فعالیت آن، بیش از سایر بخش‌های سازمان صورت گیرد.

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مشاور معاونت فنی و درآمد سازمان تأمین اجتماعی

امروزه نیز همچون گذشته، انتظارات روزافزون بیمه‌شدگان و نیز سطوح مدنی و حاکمیتی از بخش درمان، آن را با چالش‌هایی جدی روبرو ساخته و احتمال می‌رود که دگرگونی‌ها و تغییراتی ناخواسته را بر آن تحمیل کند. بی‌تردید تداوم فعالیت بخش درمان، نیازمند بهره‌گیری از تجربه‌های گذشته است به نحوی که اندوخته‌های کارشناسی گذشته به خوبی به کار گرفته شود و آموزه‌های پیشین تکرار نگردد. این نکته نیز روشن است که تجربه‌های گذشته، تنها با درک صحیح بستر تاریخی آنها و شرایط و نیازهای آن دوره زمانی، قابل بهره‌گیری است. در این نوشتار، سعی بر آن است که روند دگرگونی‌های بخش درمان در پنج دهه گذشته و تلاش‌هایی که دست‌اندرکاران هر دوره زمانی برای تکامل و تقویت این بخش به کار گرفته‌اند، تدوین و ارائه گردد.

۲. گام‌های نخست

اگرچه نقطه آغاز بیمه کارگران در ایران راه، تشکیل صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع در سال ۱۳۰۹ می‌دانند، اما صحیح‌تر آن است که سرآغاز شکل‌گیری بیمه اجتماعی کارگران به سبک امروز را تشکیل صندوق تعاون و بیمه کارگران در سال ۱۳۲۸ بدانیم. چرا که صندوق احتیاط هیچ یک از ویژگی‌های اصلی بیمه اجتماعی را نداشته و صرفاً به پرداخت‌های مقطوع برای حوادث یا بیماری‌های ناشی از کار و فقط برای بیمه‌شده اصلی محدود می‌شده است. با این وجود، آغاز فعالیت سازمان بیمه اجتماعی کارگران در اردیبهشت‌ماه ۱۳۳۲ را می‌توان نقطه عطفی در ساختار بیمه‌های اجتماعی کارگران دانست که خود، تحولاتی چشم‌گیر در بخش درمان را نیز موجب شده است. این سازمان بر مبنای لایحه قانونی بیمه‌های اجتماعی کارگران (مصوب بهمن‌ماه ۱۳۳۱)، عهده‌دار بیمه درمان کارگران و اعضای خانواده بلافصل آنان گردید. ویژگی‌ها و شرایط ارائه تعهدات درمانی سازمان بر مبنای این قانون به شرح زیر بوده است:

۱-۲. دامنه پوشش: کارگران دائم، فصلی و موقت با شرایط متفاوتی به شرح زیر مشمول این قانون قرار گرفته بودند:

- کارگران دائم: با حق بیمه ۱۲ درصد (۴ درصد سهم کارگر، ۸ درصد سهم کارفرما)
- کارگران فصلی: با حق بیمه ۶ درصد (۲ درصد سهم کارگر، ۴ درصد سهم کارفرما)

- کارگران موقت: با حق بیمه ۳ درصد (۱ درصد سهم کارگر، ۲ درصد سهم کارفرما)
- ۲-۲. دامنه تعهدات: به تناسب نوع اشتغال و تفاوت میزان حق بیمه، تعهدات سازمان نیز نسبت به کارگران متفاوت بود!
- کارگران دائم: حوادث و بیماری‌های ناشی از کار و غیر ناشی از کار، حوادث و بیماری‌های اعضای خانواده بلافصل کارگر و نیز حاملگی و زایمان (ماده ۱).
- کارگران فصلی: حوادث و بیماری‌های ناشی از کار، بیماری‌های غیرناشی از کار برای کارگر و اعضای خانواده بلافصل او (ماده ۱۶).
- کارگران موقت: حوادث و بیماری‌های ناشی از کار (ماده ۱۷).
- ۲-۳. سطح خدمات: خدمات مورد تعهد شامل معاینات طبی، معالجه سرپایی، تهیه دارو (طبق فارماکوپه)، عکسبرداری، معالجات با برق، آزمایش‌های طبی، بستری شدن در بیمارستان، عمل‌های جراحی و هزینه انتقال بیمار به شهر دیگر بود. حداکثر مدت معالجه برای بیماری‌های غیرناشی از کار، شش ماه و برای بیماری‌های ناشی از کار، یک سال تعیین شده بود (ماده ۳۵).
- توسعه امکانات سازمان: سازمان مکلف شده بود در هر نقطه کشور که مقتضی بداند شروع به تأسیس بیمارستان، درمانگاه و آسایشگاه نماید (ماده ۳۶).
- ۲-۴. واگذاری تعهدات: سازمان اجازه یافته بود که انجام تمام یا بخشی از کمک‌های مربوط به بیماری‌ها و حوادث را از طریق عقد قرارداد به کارفرمای مربوطه و یا اشخاص و مؤسسات دیگری که امکانات و وسایل درمانی دارند، با تصریح حق نظارت کامل سازمان، واگذار نماید بدون آنکه این قراردادها رافع مسئولیت سازمان در برابر بیمه‌شدگان باشد (ماده ۱۲). همچنین انجام برخی کمک‌ها و از جمله کمک‌های مربوط به بارداری و زایمان در مورد کارگران هرکارگاه به شورای توافقی آن کارگاه (که طبق قانون کار تشکیل می‌شد) واگذار گردیده بود (ماده ۱۱).
- ۲-۵. روش ارائه خدمات: بیماران در صورتی می‌توانستند از کمک‌ها و خدمات سازمان استفاده کنند که از آغاز بیماری به سازمان یا نمایندگی‌های آن مراجعه کرده و طبق دستورهای سازمان تحت معالجه قرار گرفته باشند (ماده ۴۵).

۱. در اینجا فقط تعهدات مربوط به بیمه درمان ذکر شده، در حالی که تعهدات سازمان نسبت به سه گروه کارگر یادشده در زمینه سایر بیمه‌های اجتماعی نیز باهم تفاوت داشته‌اند.

مصنفاه تاامن اجتماعى سبال هشتم شماره بيبست و هشتم و بيبست و هشتم

در تيرماه ۱۳۳۴، در قانون بيمه‌هاى اجتماعى كارگران تغييراتى ايجاد شد. مهمترين موارد تغييرات در زمينه تعهدات درمانى سازمان به شرح زير است:

۶-۲. دامنه پوشش: تمام كارگران اعم از دايم، فصلى و موقتى و نيز اعضاى خانواده بلافصل آنان.

شرط استفاده از خدمات درمانى: در مورد حوادث و بيمارى‌هاى عادى، پرداخت حق بيمه حداقل صد روز كار ظرف يك سال قبل از اعلام بيمارى به سازمان يا وقوع حادثه (در مورد بيمارى‌هاى حرفه‌اى و حوادث ناشى از كار چنين محدوديتى وجود نداشت). در مورد باردارى و زايمان، پرداخت حق بيمه حداقل ۲۵۰ روز كار طى يك سال قبل از زايمان.

روش ارائه خدمات درمانى: بيماران بيمه‌شده مكلف بودند به محض مشاهده علايم بيمارى، به واحدهاى بهدارى سازمان مراجعه كنند و يا در صورت عدم امكان مراجعه، مراتب را به سازمان اطلاع دهند (ماده ۴۷). ارائه خدمات درمانى به بيماران بيمه‌شده در مراكز زير انجام مى شد:

- بيمارستان‌ها و درمانگاه‌هاى سازمان يا مطب پزشكان وابسته به آن
- بيمارستان‌ها و درمانگاه‌هاى متعلق به كارفرما يا اشخاص ثالث طرف قرارداد با سازمان
در موارد فورى و خطرناك (فوريت‌هاى پزشكى)، كه بيمار به مراكز يادشده دسترسى نداشت، مى‌توانست براى يك بار در مورد هر بيمارى، به پزشك ديگرى مراجعه كند و ظرف مدت ۴۸ ساعت مراتب را به سازمان اطلاع دهد. در اين صورت، حق‌الزحمه پزشك طبق تعرفه مصوب هيات مديره سازمان قابل پرداخت بود (ماده ۴۸).

به موجب اين قانون، ساختمان‌ها و تاسيسات بهدارى و درمانى كه از طرف وزارتخانه‌ها و مؤسسات و بنگاه‌ها و شركت‌هاى دولتى يا وابسته به دولت، از محل وجوه مربوط به حق تعاون و بيمه و بهداشت و صندوق احتياط و يا به منظور استفاده منظم كارگران تاسيس شده بود، به سازمان بيمه‌هاى اجتماعى كارگران منتقل گرديد (بند ۵ ماده ۱۰۴).

برمبنائى آيين‌نامه مراجعات بيماران به پزشكان يا بيمارستان‌هاى خارج، كه در تاريخ ۲۰ شهريور ۱۳۳۹ به تصويب رسيد، بيماران بيمه‌شده مكلف بودند تنها از خدمات پزشكان سازمان يا پزشكان وابسته به سازمان استفاده كنند. تنها در موارد زير بيمار مى‌توانست از خدمات ساير پزشكان استفاده كند و هزينه‌هاى انجام شده به او قابل پرداخت بود:

زمینه‌های شکل‌گیری و روند تحول در بخش درمان

- به تشخیص پزشک سازمان، مراجعه به پزشک خارج یا بستری شده او در بیمارستان قطعاً لازم باشد؛

- بیمار به دستگاه‌های معالج سازمان دسترسی نداشته باشد؛

- ظرف ۴۸ ساعت از تاریخ اولین مراجعه به پزشک یا بستری شدن در بیمارستان، مراتب به اطلاع سازمان رسیده باشد.

در موارد فوری و ضروری که بیمار بستری شده و با تأیید پزشک سازمان، انتقال او به یکی از بیمارستان‌های سازمان میسر نبود، درمان بیمار در همان بیمارستان می‌توانست ادامه یابد و هزینه‌ها طبق صورتحساب تنظیم شده از طرف بیمارستان، پس از تأیید اداره بهداشتی سازمان قابل پرداخت بود.

در مورد هزینه‌های دوره بارداری و زایمان، بیمه‌شده ملزم بود از امکانات اختصاصی یا قراردادی سازمان استفاده کند. در نقاطی که سازمان دارای امکانات اختصاصی یا قراردادی نبود، هزینه‌های دوره بارداری و زایمان به صورت کمک نقدی مقطوع پرداخت می‌شد.

ساختار سازمانی بخش درمان: مسئولیت انجام تعهدات درمانی سازمان در ستاد مرکزی به عهده اداره کل بهداشتی بود که امور درمان بیمه‌شدگان در سطح کشور را راهبری می‌کرد. این اداره کل در سطح ستاد شامل پنج اداره (اداره بیمارستان‌ها، اداره درمانگاه‌ها، اداره پیشگیری، اداره امور مالی و اداره امور عمومی) و چهار واحد مستقل (کمیته فنی بهداشتی، کمیسیون دارویی، کمیته رسیدگی به تخلفات، بازرسی شهرستان‌ها) بود.

بطور کلی طی دهه ۱۳۳۰، روشهای ارائه خدمات درمانی در سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به این شرح بوده است:

۱. درمان مستقیم از طریق بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های متعلق به سازمان یا وابسته به آن (کارکنان و کادر پزشکی این واحدها بصورت رسمی یا قراردادی در استخدام سازمان بودند).

۲. خرید خدمات درمانی از سایر بیمارستان‌ها یا درمانگاه‌ها در موارد عدم تکافوی امکانات درمانی سازمان.

۳. امکان واگذاری تعهدات درمانی سازمان در مورد کارگران برخی از کارگاه‌ها به کارفرمایان همان کارگاه یا شورای توافقی کارگاه و یا سایر اشخاص حقیقی و حقوقی که امکانات درمانی مناسب داشتند.

۴. امکان استفاده بیمه‌شدگان از مراکز درمانی غیروابسته به سازمان در موارد فوریت‌های پزشکی به شرط عدم دسترسی به مراکز درمانی وابسته به سازمان.

۳. گرایش به واگذاری واحدهای درمانی

با وجود آنکه طی دهه ۱۳۳۰ خدمات درمانی سازمان با تأکید بر روش درمان مستقیم ارائه می‌شد و سازمان مکلف شده بود امکانات درمانی خود را به تدریج و به قدر کفایت گسترش دهد، رویکرد دولت در دهه ۱۳۴۰ این بود که خدمات درمان مستقیم محدود شود. این نکته در گزارش مقدماتی برنامه سوم عمرانی (۱۳۴۱-۴۶) این چنین آمده است:

«سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران در نهایت اداره بیمارستان‌ها را به مؤسسات دیگری واگذار و فعالیت‌های خود را محدود به اداره امور و خدمات مربوط به بیمه خواهد کرد»^۱

همچنین در برنامه چهارم عمرانی (۱۳۴۶-۵۱) پیش‌بینی شده بود که به منظور جلوگیری از مراجعات غیرضروری، سهم اندکی از هزینه درمان از طرف بیمه‌شده پرداخت گردد.^۲ اما این رویکرد در قوانین و مقررات آن روز انعکاس چندانی نیافت. در تاریخ ۲۴ فروردین ۱۳۴۲ با تصویب هیأت وزیران، سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به سازمان بیمه‌های اجتماعی تغییر نام داد. لایحه مربوط به دریافت مجوز قانونی این تصویب‌نامه پس از افتتاح مجلسین، به مجلس تقدیم شد و در تاریخ ۱۷ دی ماه ۱۳۴۷ به تصویب رسید.

بر مبنای این تصویب‌نامه، تغییر چندانی در شرایط بیمه درمان سازمان ایجاد نشد. تنها نکته قابل ذکر این است که هیأت مدیره مکلف شد هنگام تنظیم بودجه سالانه، درآمدهای سازمان را پیش‌بینی کند و به تفکیک هزینه معالجات، کمک‌های قانونی نقدی و هزینه‌های پرسنلی و اداری تقسیم نماید. در این تقسیم بندی، هزینه معالجات شامل حقوق و مزایای پزشکان و کارکنان بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها و مراکز درمانی و پزشکان قراردادی، هزینه دارو، مواد غذایی و هزینه عمومی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، کمک‌های غیرنقدی مربوط به حوادث و بیماری‌هاست.

۱. اکبری، ص. ۲۳۶.

۲. همان، ص. ۲۳۹.

به طور کلی طی دهه ۱۳۴۰، سازمان بیمه‌های اجتماعی، خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان خود را به روش‌های زیر تأمین می‌کرد:

۱. بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های عمومی و تخصصی، آزمایشگاه‌ها و رادیولوژی‌های وابسته.
۲. پست‌های پزشکی قراردادی در شهرهای کوچک که سازمان فاقد درمانگاه اختصاصی بود (در این شهرها سازمان با یکی از پزشکان و یا تنها پزشک شهر قرارداد همکاری داشت).
۳. مراکز تشخیصی و درمانی طرف قرارداد، در صورت عدم کفایت امکانات درمانی اختصاصی سازمان.
۴. واگذاری امر درمان کارگران برخی از کارگاه‌ها به کارفرمایان یا اشخاص حقیقی و حقوقی دیگری که امکانات لازم را برای انجام این تعهدات داشته باشند.
۵. استفاده بیمه‌شدگان از مراکز درمانی غیروابسته به سازمان در موارد فوریت‌های پزشکی به شرط عدم دسترسی به مراکز درمانی وابسته به سازمان.

۴. گرایش به تمرکز و انسجام سازمانی

در سال‌های نخست دهه ۱۳۵۰، دگرگونی‌هایی سریع و شتابزده در حوزه بیمه و درمان کشور رخ داده است. به نظر می‌رسد دلیل عمده این دگرگونی‌ها از یک سو افزایش درآمدهای عمومی از محل افزایش قیمت نفت و گرایش‌های رفاهی دولت و از سوی دیگر ضرورت ساماندهی امور مورد تصدی دولت و ایجاد تمرکز و انسجام در ساختارها و تشکیلات بیمه‌ای و حمایتی کشور بوده است. در این راستا سه اقدام مهم زیر انجام گرفت:

۱. با تشکیل وزارت رفاه اجتماعی در مرداد ماه ۱۳۵۳، مؤسسات و واحدهای مرتبط با بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی و از جمله سازمان بیمه‌های اجتماعی و سازمان تأمین خدمات درمانی از وزارتخانه‌های مربوط منتزع و به این وزارت وابسته یا منتقل شدند و به این ترتیب وظایف حاکمیتی دولت در امور بیمه‌های اجتماعی، حمایت‌های اجتماعی و خدمات رفاهی در این وزارت متمرکز شد.

۲. با تشکیل سازمان تأمین اجتماعی در تیرماه ۱۳۵۴، امور مربوط به بیمه‌های اجتماعی برای همه افراد کشور (بجز کسانی که مشمول مقررات بیمه یا حمایتی خاص بودند) در این سازمان متمرکز شد.

۳. با واگذاری وظایف و تعهدات درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۴ به سازمان تأمین خدمات درمانی، امور مربوط به تأمین و بیمه خدمات درمانی برای عموم افراد کشور در این سازمان متمرکز گردید.

با تصویب قانون تأمین اجتماعی، سازمان بیمه‌های اجتماعی و نیز سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان در سازمان تأمین اجتماعی ادغام شدند و وظایف و تعهدات آنان به این سازمان واگذار شد. بر مبنای قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴، وضعیت بیمه درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به نحو زیر بوده است:

۱-۴. دامنه پوشش: تمامی بیمه‌شدگان و افراد خانواده (تحت تکفل) آنان از زمان شمول قانون به آنان می‌توانستند از خدمات پزشکی سازمان استفاده کنند (ماده ۵۴).

۲-۴. تعهدات و خدمات: تعهدات مربوط به بندهای الف و ب ماده ۳ قانون (حوادث، بیماری‌ها و بارداری)، شامل کلیه اقدامات درمانی سرپایی، بیمارستانی، تحویل داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی بود (ماده ۵۴).

۳-۴. منابع مالی: ۹ درصد از مآخذ محاسبه حق بیمه (حدود یک سوم حق بیمه‌ها) به تعهدات درمانی موضوع بندهای الف و ب ماده ۳ قانون (حوادث، بیماری‌ها و بارداری) اختصاص یافت (ماده ۲۹). سازمان مکلف شد این سهم را در بودجه‌های سالانه مشخص نماید (تبصره ماده ۵۱).

۴-۴. سازمان ارائه‌کننده خدمات: انجام تعهدات مربوط به بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون شامل حوادث، بیماری‌ها و بارداری، به عهده سازمان تأمین خدمات درمانی^۱ قرار گرفت (مواد ۹ و ۵۴). به این منظور، تأسیسات و تجهیزات درمانی سازمان بیمه‌های اجتماعی که از محل ذخایر آن سازمان ایجاد شده بود، با حفظ مالکیت سازمان، در اختیار سازمان تأمین خدمات درمانی قرار گرفت و کارکنان واحدهای درمانی یادشده نیز به این سازمان منتقل شدند (ماده ۱۱).

۱. سازمان تأمین خدمات درمانی در سال ۱۳۵۲ برای انجام امور بیمه درمان کارکنان دولت تشکیل شده بود.

زمینه‌های شکل‌گیری و روند تحول در بخش درمان...

همچنین مقرر شد، ایجاد تأسیسات درمانی به پیشنهاد سازمان تأمین خدمات درمانی و تأیید هیأت مدیره سازمان و تصویب شورای عالی، از محل ذخایر سازمان صورت گیرد و با حفظ مالکیت سازمان در اختیار سازمان تأمین خدمات درمانی قرار گیرد (تبصره ۲، ماده ۵۲).

۴-۵. روش‌های ارائه خدمات: بر مبنای ماده ۵۵ قانون، مقرر شد خدمات درمانی موضوع این قانون به دو صورت انجام گیرد.

الف. روش مستقیم برای بیمه‌شدگانی که از پزشک، درمانگاه، بیمارستان‌ها و سایر امکانات درمانی متعلق به این سازمان استفاده می‌نمایند.

ب. روش غیرمستقیم برای بیمه‌شدگانی که در انتخاب پزشک، درمانگاه، بیمارستان آزادی عمل خواهند داشت و سازمان تعهدات درمانی خود را از طریق خرید خدمات درمانی انجام می‌دهد.

در اجرای بند ب این ماده قانونی، «آیین‌نامه اجرایی درمان آزاد مشمولین قانون تأمین اجتماعی» در تاریخ ۱۳۵۴/۹/۲۳ به تصویب شورای فنی سازمان تأمین خدمات درمانی رسید. بر مبنای این آیین‌نامه، بیمه‌شدگان می‌توانستند فقط یکی از دو روش درمان مستقیم یا غیرمستقیم را برگزینند. هر بیمه‌شده باید بصورت کتبی، انتخاب یکی از دو روش را به شعبه سازمان اعلام می‌کرد و این انتخاب با گذشت یکسال قابل تغییر بود (ماده ۳).

در روش درمان غیرمستقیم، وضعیت درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی از نظر فرانشیز و سطح خدمات درمانی عیناً مانند سایر بیمه‌شدگان سازمان تأمین خدمات درمانی تعیین شد و بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی حق داشتند فقط به مراکز درمانی طرف قرارداد سازمان تأمین خدمات درمانی مراجعه کنند (مواد ۴ و ۵). بیمه‌شدگان همچنین می‌توانستند در صورت تعادل در بیمارستان‌های اختصاصی سازمان بدون پرداخت فرانشیز بستری شوند (ماده ۹). البته بیمه‌شدگان مبتلا به بیماری‌های روانی، بیماری‌های مزمن و یا معالجات بستری درازمدت منحصراً می‌توانستند از طریق بیمارستان‌های اختصاصی سازمان و یا انجمن توانبخشی درمان شوند (ماده ۱۰).

با تصویب «قانون تشکیل وزارت بهداری و بهزیستی» در تیرماه ۱۳۵۵، سازمان تأمین اجتماعی به صندوق تأمین اجتماعی تغییر نام داد و کلیه وظایف اجرایی و کارکنان سازمان تأمین اجتماعی (بجز آنچه مورد نیاز این صندوق بود) به وزارت بهداری و بهزیستی (که از ادغام وزارت رفاه اجتماعی با وزارت بهداری تشکیل شده بود) منتقل گردید و سازمان‌های

گفتارنامه تأمین اجتماعی سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان‌ها و فرمانداری‌های کل عهده‌دار انجام وظایف مربوط به بیمه درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی شدند (مواد ۶، ۷ و ۱۰).

در این راستا کلیه وظایف اجرایی و کارکنان سازمان تأمین اجتماعی (بجز کارکنان مورد نیاز صندوق تأمین اجتماعی) به سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی منتقل شدند و تعهدات و دیون و مطالبات و دارائی‌های سازمان به صندوق تأمین اجتماعی واگذار گردید. همچنین کلیه کارکنان، دارائیها، اعتبارات و تعهدات سازمان تأمین خدمات درمانی به وزارت بهداشتی و بهزیستی منتقل شد تا به تشخیص وزیر بهداشتی و بهزیستی حسب مورد به سازمان‌های منطقه‌ای منتقل و واگذار گردد.

در فروردین ماه ۱۳۵۸ سازمان تأمین اجتماعی دوباره احیاء شد و صندوق تأمین اجتماعی در آن ادغام گردید. در این راستا کلیه واحدهای اجرایی مربوط به تأمین اجتماعی که به سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی منتقل شده بود، با کلیه وظایف دارائیها، مطالبات و دیون و تعهدات، مجدداً به سازمان تأمین اجتماعی منتقل شد اما ساختمان‌ها، تأسیسات و تجهیزات درمانی که از محل ذخایر سازمان ایجاد شده بود، با حفظ مالکیت سازمان، همچنان در اختیار وزارت بهداشتی و بهزیستی باقی ماند و هزینه‌های کلی مربوط به نگهداری، تعمیرات و تجهیزات این ساختمان‌ها به عهده سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفت.^۱

در تاریخ ۱۳۵۸/۷/۴ براساس لایحه قانونی اصلاح ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی، اولویت درمان به روش درمان مستقیم داده شد و استفاده از روش درمان غیرمستقیم به اختیار و تشخیص وزارت بهداشتی و بهزیستی موکول به تصویب آیین نامه‌ای شد که می‌بایست ظرف مدت ۱۵ روز تهیه و به تصویب می‌رسید. باید توجه داشت که در آن زمان، درمان مستقیم شامل تمامی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز بوده است. در آذرماه ۱۳۵۸ سازمان تأمین خدمات درمانی منحل شد و بدین ترتیب تأمین خدمات درمانی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در ازای پرداخت ۹ درصد حق بیمه سهم درمان، مستقیماً به عهده وزارت بهداشتی و بهزیستی قرار گرفت که از طریق سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی استان‌ها انجام می‌گرفت.^۲

۱. لایحه قانونی اصلاح قانون تشکیل سازمان تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۵۸/۱/۱۷، مواد ۱ و ۲.

۲. لایحه قانونی تشکیل شورای فنی موضوع ماده ۴ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت و انحلال سازمان تأمین خدمات درمانی، مصوب ۱۳۵۸/۹/۱۲.

زمینه‌های شکل‌گیری و روند تحول در بخش درمان

سازمان تأمین اجتماعی می‌بایست حق بیمه‌های سهم درمان بیمه‌شدگان را در بودجه سالانه خود پیش‌بینی کند و در اختیار وزارت بهداشتی و بهزیستی قرار دهد. سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی نیز موظف بودند خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان را از طریق بیمارستان‌های اختصاصی تأمین اجتماعی و یا خرید خدمات از بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی یا بخش خصوصی تأمین کنند.

۵. زمینه‌های شکل‌گیری قانون الزام

با وجود واگذاری امر درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به وزارت بهداشتی و بهزیستی، مالکیت واحدهای درمانی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در اختیار این سازمان بود و نحوه خدمت‌رسانی در این واحدها همچنان مورد توجه مسئولان سازمان بود. همچنین نمایندگان بیمه‌شدگان در شورای عالی تأمین اجتماعی حساسیت ویژه‌ای نسبت به این موضوع داشتند. به خصوص که بیم آن می‌رفت امکانات درمانی سازمان و حق‌بیمه سهم درمان بیمه‌شدگان در مواردی غیر از آنچه باید، هزینه شود.

با همین منظور، در سال ۱۳۶۲ طرح خودکفایی برای اجرا در کلیه مراکز بهداشتی و درمانی سازمان تأمین اجتماعی ابلاغ شد. بر مبنای این طرح، از تاریخ ۱۳۶۲/۵/۱ مقرر گردید کلیه واحدهای بهداشتی و درمانی که از محل اعتبارات سازمان تأمین اجتماعی ایجاد، تجهیز و مورد بهره‌برداری قرار گرفته‌اند و جهت ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در اختیار وزارت بهداشتی می‌باشند، مجدداً به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی اختصاص یابد و عبارت «اختصاصی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی» به تابلوی این مراکز درمانی اضافه شود. همچنین مقرر شد به منظور حسن اجرای وظایف سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی و بهزیستی در مورد درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی، کمیسیون نظارت بر امر درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در هر استان تشکیل گردد.

در سال ۱۳۶۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جایگزین وزارت بهداشتی و بهزیستی شد و وظایف مربوط به ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی نیز عیناً به این وزارت انتقال یافت. این وضعیت تا سال ۱۳۶۸ ادامه داشت.

در فاصله سالهای ۱۳۶۴ تا ۱۳۶۸ که مسئولیت تأمین خدمات درمانی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بود، اقداماتی در جهت گسترش واحدهای درمانی تحت مالکیت سازمان تأمین اجتماعی و ساماندهی آنها صورت گرفت. در این راستا، در سال ۱۳۶۴ کمیته‌ای شامل نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان برنامه و بودجه و سازمان تأمین اجتماعی تشکیل شد و طرحی را تدوین کرد که بر مبنای آن ۹۶ بیمارستان و ۱۱۰ درمانگاه با استفاده از ذخایر سازمان تأمین اجتماعی در نقاط مختلف کشور احداث می‌شد.

این طرح به تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی رسید و عملیات اجرایی احداث بسیاری از این واحدها آغاز شد. اساس تصمیم‌گیری در مورد محل احداث و ظرفیت هریک از این بیمارستان‌ها، کل جمعیت شهر و تعداد تخت بیمارستانی موجود یا در حال احداث آن زمان بود و جمعیت بیمه‌شده تأمین اجتماعی مورد توجه قرار نگرفت.^۱ شاید به همین دلیل بود که سازمان تأمین اجتماعی در سال‌های بعد برای بهره‌برداری از این بیمارستان‌ها متناسب با جمعیت و نیاز بیمه‌شدگان در هر شهر با مشکلاتی جدی روبرو شد.

به نظر می‌رسد تصمیم‌گیرندگان در کمیته یادشده، بیش از هر چیز تحت تأثیر طرح گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده‌اند که در آن زمان به دلیل محدودیت‌های بودجه‌ای ناشی از جنگ تحمیلی، نتوانسته بود در طراحی و احداث بیمارستان‌های مورد نیاز جامعه موفق شود.^۲

در ادامه این تلاش‌ها، شورای عالی تأمین اجتماعی در سال ۱۳۶۵ کمیته‌ای را مأمور کرد تا اولویت احداث واحدهای درمانی را با توجه به نیاز بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی بررسی و تعیین نماید. این کمیته نتایج بررسی‌هایش را در سه بخش شامل ضوابط و معیارها، تعیین محل احداث، تعداد تخت، اولویت احداث بیمارستان‌ها و نیز پیشنهادهای اصلاحی برای چگونگی احداث ۱۹ واحد از بیمارستان‌ها گزارش کرد ولی این پیشنهادهای مستلزم ایجاد محدودیت‌هایی در طرح قبلی بود، مورد موافقت شورای عالی قرار نگرفت و مقرر شد

۱. گزارش توجیهی کاهش ظرفیت بیمارستان‌های در حال احداث، شرکت خانه سازی ایران، ۱۳۷۱.

۲. رجوع شود به: شادپور، کامل و سیروس پیلرودی. گزارش کار طرح گسترش شبکه بهداشتی و درمانی...

زمینه‌های شکل‌گیری و روند تحول در بخش درمان

بیمارستان‌هایی که احداث آنها تا سال ۱۳۷۲ قبلاً به تصویب شورای عالی رسیده، همچنان ادامه یابد.^۱

از سوی دیگر، نحوه عملکرد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مورد هزینه درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی انتقادهایی در این سازمان و مجامع کارگری برانگیخت. به خصوص که وزارت یادشده در قبال پرسش‌هایی از این قبیل که چه مقدار از حق بیمه سهم درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی واقعاً به درمان آنان اختصاص می‌یابد، پاسخگو نبود. بنابراین باید چاره‌ای اندیشیده می‌شد تا این ابهامات برطرف شود.

در این راستا، با تلاش مسئولان تشکل‌های کارگری و تعدادی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی در چارچوب تبصره ۶۱ قانون بودجه ۱۳۶۳ کل کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شد که اعتبارات سهم درمان تأمین اجتماعی را صرفاً در رابطه با بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی هزینه نماید. برای نظارت بر حسن انجام این کار، سازمان تأمین اجتماعی اجازه یافت که ناظرین مالی خود را در مراکز درمانی تحت مالکیت خود مستقر نماید.

با توجه به عدم رضایت سازمان از نحوه اجرای مفاد تبصره یاد شده و ارائه گزارش‌هایی مبنی بر مصرف اعتبارات ویژه درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در مواردی غیر از این امر، تلاش مسئولان سازمان و نمایندگان تشکل‌های کارگری، تبصره ۱۰ قانون بودجه سال ۱۳۶۸ کل کشور به نحوی تنظیم شد که سازمان تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی هرکدام تکالیفی را به شرح زیر عهده دار می‌شدند:

۱. سازمان تأمین اجتماعی در ابتدای سال مبلغ ۲۰ میلیارد ریال از اعتبار سهم درمان بیمه‌شدگان به صورت تنخواه گردان در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌داد تا منحصراً برای ارائه خدمات درمانی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی مورد استفاده گیرد.
۲. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف شد لیست خدمات درمانی ارائه شده به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی را براساس تعرفه‌های مصوب تنظیم کند و پس از تأیید نمایندگان مالی سازمان تأمین اجتماعی هر دو ماه یک بار به این سازمان ارائه دهد تا این سازمان معادل مبلغ این لیست‌ها برای پرکردن تنخواه گردان در اختیار وزارت نامبرده قرار دهد.

۱. گزارش مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی به شورای عالی، ۱۳۷۴.

با وجود این، انتقادهای ادامه یافت و سرانجام موجب شد که ماده واحده‌ای با عنوان «قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی» در قالب طرح، به مجلس شورای اسلامی تقدیم شود.

یکی از نمایندگان مدافع این طرح در صحن مجلس گفته است: «نفس این طرح این است که ما از محل نه بیست و هفتم که پول کارگران هست به وزارت بهداشتی در خصوص تأمین درمانش پول پرداخت می‌کنیم و این‌ها وظیفه دارند که این درمان را به کارگران ما در سطح ایران برسانند... و هیچ حقی ندارند این درمان را در جای دیگر مصرف کنند... نفس قضیه این است که من کارگر وقتی پولم را می‌دهم درمان از وزارت بهداشتی می‌خرم، شرعاً، عرفاً و قانوناً وزارت بهداشتی حق ندارد پول من را در جای دیگری مصرف کند...»^۱

مدیرعامل وقت سازمان تأمین اجتماعی نیز در همین زمینه گفته است: «ما می‌گوییم که ما بیمارستان، درمانگاه و هر چه که وزارت بهداشت می‌خواست در اختیارش گذاشته‌ایم. از این به بعد هم هر چه که می‌سازیم در اختیار وزارتخانه قرار می‌دهیم اما باید حساب و کتاب داشته باشد. باید جوابگو باشیم. باید آن بیمارستانی که با سرمایه کارگرها ساخته شده حسابش با آن بیمارستانی که با بودجه عمومی ساخته شده، فرق بکند... تأمین اجتماعی که پول از مردم می‌گیرد و بیمه‌گر است و در مقابل مردم مسئولیت دارد... ما هم این مسئولیت را می‌خواهیم. می‌گوییم که بند یک الف و ب ماده ۳ عوض شود و به تأمین اجتماعی برگردد که تأمین اجتماعی در مقابل تعهدی که در مقابلش پول گرفته مسئول باشد. از فردا اگر بیمارستان‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نتوانست یک مریض ما را درمان بکند و آمد اعتراض کرد به سازمان، سازمان بتواند جواب بدهد که من در آنجا درمانت نکردم و در عوض به اینجا می‌فرستمت»^۲.

معاون وقت وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در پاسخ به این انتقادات در همان جلسه گفته است: «ما خودمان اذعان داریم که یک مقداری از این پول صرف دیگران می‌شود. اما خوب صرف درمان کارگران هم شده، اگر نشده پس این همه کارگر در این مدت چگونه

۱. نقل از: ارزیابی هدفها و کارکردهای قانون تأمین اجتماعی در ایران، گزارش پژوهشی شماره ۱۰۸، مؤسسه

عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳، ص ۷۱.

۲. همان منبع ص ۷۲.

زمینه‌های شکل‌گیری و روند تحول در بخش درمان...

درمان شده‌اند؟ البته قبول داریم که مثل دیگر اقشار از کیفیت بالا و خوبی برخوردار نیست... در هر حال این پول صرف درمان و بهداشت مردم شده و جای دیگر خرج نشده...^۱

به این ترتیب قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی در تاریخ ۱۳۶۸/۸/۲۱ به تصویب مجلس شورای اسلامی رسید. اجرای این قانون، آغازگر تحولاتی در ساختار بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی و نحوه ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان بود. با یادآوری این نکته که از سال ۱۳۵۴ تا تاریخ اجرای این قانون، سازمان تأمین اجتماعی فاقد تشکیلات مشخصی برای بیمه درمان بوده است، در اجرای این قانون، سازمان تأمین اجتماعی موظف شد اقدامات زیر را در راستای تعهدات درمانی خود به بیمه‌شدگان، انجام دهد:

- انجام تعهدات بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴ (امور درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی) را به عهده گیرد و این تعهدات را از بخش‌های دولتی و در صورت نیاز از بخش خصوصی با رعایت تعرفه‌های رسمی تأمین نماید.
- کل هزینه واحدهای درمانی و بیمارستانی تحت مالکیت خود را از محل حق بیمه سهم درمان تأمین کند.
- کلیه واحدهای درمانی وابسته به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بیماران بیمه‌شده تأمین اجتماعی را بپذیرند و هزینه خدمات انجام شده را بر اساس تعرفه‌های مصوب از سازمان تأمین اجتماعی دریافت کنند.
- سازمان تأمین اجتماعی در صورت لزوم با عقد قرارداد از خدمات بخش خصوصی برای درمان بیمه‌شدگان استفاده کند و هزینه‌های مربوط را طبق تعرفه مصوب پرداخت نماید.
- چگونگی استفاده از واحدهای درمانی و بیمارستانی تحت مالکیت سازمان، پرداخت هزینه‌های درمان و نحوه خرید خدمات موکول به آیین‌نامه‌ای شد که باید به تصویب وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کار و امور اجتماعی و امور اقتصادی و دارایی می‌رسید.
- در ماده واحده قانون الزام تعریف صریحی از روش‌های درمان مستقیم و غیرمستقیم ارائه نشده و در بیان تعهدات بندهای الف و ب ماده ۳ نیز به قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴ اشاره شده است. بنابراین، انتظار می‌رفت در آیین‌نامه اجرایی این قانون نیز همان تعریفی

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

از درمان مستقیم و درمان غیرمستقیم به کار رود که در ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی ارائه شده بود.

با وجود این در ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام، روش‌های درمان سازمان اینگونه تعریف شد:

الف. روش درمان مستقیم با استفاده از کلیه امکانات درمانی تحت مالکیت و استیجاری سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مراکز بهداشتی و درمانی و بیمارستانی وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، نهادها و ارگانهای دولتی طرف قرارداد.

ب. روش درمان غیرمستقیم از طریق خرید خدمات پزشکان، گروه‌های پزشکی و بیمارستان‌های بخش خصوصی.»

بر این مبنا، بیمه‌شدگانی که از روش درمان مستقیم استفاده می‌کردند و نیز بیمه‌شدگانی که با معرفی سازمان به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌کردند و همین‌طور بیمارانی که به طور اورژانس به بخش خصوصی مراجعه می‌کردند، از پرداخت فرانشیز معاف می‌شدند.

با توجه به تغییر سیاست‌های بخش درمان کشور در دهه ۱۳۷۰ و مشکلاتی که از ناحیه اجرای ماده ۱۰ آیین‌نامه یادشده متوجه سازمان بود، در اسفندماه سال ۱۳۷۲، به پیشنهاد سازمان تأمین اجتماعی، ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام با تصویب وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کار و امور اجتماعی و امور اقتصادی و دارایی اصلاح و روش‌های درمان به شرح زیر تعریف شد:

الف) درمان مستقیم: فقط در واحدهای سازمان اعم از ملکی و استیجاری به اجرا درمی‌آید.
ب) درمان غیر مستقیم از طریق خرید خدمت از پزشکان، گروه‌های پزشکی و مؤسسات تشخیصی و درمانی خصوصی یا دولتی و دانشگاهی ارائه می‌گردد.

بر مبنای آیین‌نامه اجرایی قانون الزام، مصوب اردیبهشت ماه ۱۳۶۹، سازمان تأمین اجتماعی مکلف شده بود حوزه معاونت امور درمان را در تشکیلات خود ایجاد کند و واحدهای رسیدگی به اسناد پزشکی را در مراکز استان‌ها و شهرستان‌هایی که نیاز باشد، بوجود آورد.

همچنین به منظور نظارت بر امور درمان سازمان و رسیدگی به عملکرد سازمان در این زمینه، ستاد نظارت بر درمان با عضویت مدیرعامل سازمان (به عنوان رئیس ستاد)، معاون

۱. اصلاحیه ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی، با شماره ۱۳۸۹۹/ف مورخ ۱۳۷۲/۱۲/۹ ابلاغ شده است.

زمینه‌های شکل‌گیری و روند تحول در بخش درمان

درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، معاون وزیر کار و امور اجتماعی، نماینده بیمه‌شدگان در شورای عالی تأمین اجتماعی، نماینده رئیس سازمان برنامه و بودجه و نماینده وزیر امور اقتصادی و دارایی تشکیل گردید. علاوه بر این، به منظور بررسی و حل مشکلات درمانی مسئولین تأمین اجتماعی کمیسیون نظارت بر امر درمان در هر استان، زیر نظر ستاد نظارت بر درمان تشکیل گردید.

در این آیین‌نامه، حدود تعهدات درمانی سازمان، نحوه تأمین یا خرید خدمات درمانی، پذیرش بیماران غیربیمه‌شده در بیمارستان‌های سازمان، منابع مالی بخش درمان، مقررات مالی، توسعه و تأمین شبکه‌های بهداشت کارگری نیز مشخص شده بود.

۶. توسعه ساختاری بخش درمان سازمان

تشکیلات ستاد مرکزی معاونت درمان در ابتدای شکل‌گیری این معاونت از سه اداره کل و ده دفتر مستقل شامل اداره کل درمان مستقیم، اداره کل درمان غیر مستقیم، اداره کل تهیه و تأمین تجهیزات پزشکی، دفتر بازرسی و رسیدگی به شکایات، دفتر برنامه و بودجه و تشکیلات، دفتر امور اداری و مالی، دفتر بهداشت حرفه‌ای و صنعتی، دفتر آموزش، دفتر فنی و مهندسی، دفتر پیگیری امور مناطق، دفتر حقوقی و قراردادهای، دفتر اسناد پزشکی تهران و دفتر تشکیل کمیسیون‌های فنی پزشکی تشکیل شده بود. به نظر می‌رسد گستردگی این تشکیلات به دلیل گستردگی وظایفی بوده که معاونت درمان در اجرای قانون الزام برای خود متصور بوده است. این تشکیلات در سال ۱۳۷۲ به شرح زیر تغییر کرد:

- حوزه ستادی معاونت درمان شامل چهار اداره کل (اداره کل درمان مستقیم، اداره کل درمان غیرمستقیم، اداره کل تهیه و تأمین تجهیزات پزشکی و دارو، اداره کل امور اداری و مالی) و پنج دفتر (دفتر امور بهداشت حرفه‌ای و صنعتی، دفتر تشکیل کمیسیون‌های پزشکی، دفتر پیگیری امور مناطق، دفتر برنامه و بودجه و دفتر آموزش) بود.
- حوزه مدیریت درمان استانها (و تعدادی از شهرستان‌ها) که در زیر مجموعه آن دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان (یا شهرستان) و نیز بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تحت مالکیت سازمان در استان فعالیت می‌کردند.

در شهریورماه ۱۳۷۲ به منظور ساماندهی وضعیت مراجعان بیمه‌شدگان به واحدهای درمانی، طرح ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به تصویب ستاد نظارت بر درمان رسید و از طریق مدیرعامل سازمان به معاونت درمان ابلاغ گردید.^۱ بر مبنای این طرح، قرار شد در روش ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان تغییراتی به شرح زیر ایجاد شود:

۱. هریک از بیمه‌شدگان (اصلی یا تبعی) می‌توانست یکی از روش‌های درمان مستقیم یا درمان غیرمستقیم را انتخاب کند و آن را کتباً به واحد ذیربط اعلام نماید.
۲. مزیت اصلی در روش درمان مستقیم، معافیت از پرداخت فرانشیز و در روش درمان غیرمستقیم، داشتن حق انتخاب بیشتر بود.
۳. در روش درمان مستقیم، علاوه بر امکانات ملکی و استیجاری سازمان، تعدادی از مراکز طرف قرارداد نیز (با قرارداد خاص) می‌توانستند فعالیت کنند. در این روش برای بیمه‌شده بجای دفترچه، کارت درمان صادر می‌شد و در اختیار پزشک منتخب او قرار می‌گرفت. تغییر پزشک منتخب بوسیله بیمه‌شده در هر زمان با اعلام کتبی ممکن بود.
۴. در روش درمان مستقیم، مراجعه بیمار بدو به پزشک منتخب صورت می‌گرفت و در صورت نیاز به مراکز تخصصی، از طریق پزشک منتخب ارجاع می‌شد. این مراکز تخصصی می‌توانست از بین مراکز درمانی سازمان یا مراکز طرف قرارداد (قرارداد خاص) باشد.
۵. در روش درمان غیرمستقیم، برای بیمه‌شده دفترچه بیمه صادر می‌شد و بیمه‌شدگان برای درمان سرپایی باید کل هزینه‌ها را پرداخت می‌کردند و سپس با ارائه اسناد هزینه به دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی آن را بازپس می‌گرفتند. برای درمان بستری باید ابتدا از مرکز اطلاعات و پذیرش و توزیع بیمار معرفی‌نامه دریافت می‌کردند و سپس با ارائه این معرفی‌نامه بستری می‌شدند. برخی از خدمات مانند خدمات دندانپزشکی، بیماری‌های مزمن و درمان‌های درازمدت نیز فقط در مراکز درمانی ملکی سازمان قابل ارائه بود.
۶. به منظور پاسخگویی به مراجعات بیمه‌شدگان متقاضی درمان غیرمستقیم، مقرر شد در محل شعب سازمان یا در جوار آن، واحد درمانی جدیدی ایجاد شود تا پس از دریافت مدارک،

۱. تصویب‌نامه شماره ۱۹۶/س/د مورخ ۱۳۷۲/۶/۳۱ ستاد نظارت بر درمان.

احراز هویت بیمه‌شده و انجام عملیات تقویم و حسابداری، هزینه درمان بیمه‌شدگان را بطور نقدی پردازد.

۷. براساس این طرح، واحدهای دولتی تحت پوشش و کارگاه‌های بزرگ و کارگاه‌هایی که دارای تشکیلات قانونی منظم هستند، اجازه یافتند که با انعقاد موافقت‌نامه با سازمان، هزینه‌های درمان سرپایی کارکنان خود را براساس مدارک و اسناد پزشکی بیماران پرداخت کنند و سپس مدارک آن را به عنوان قسمتی از حق بیمه به شعب سازمان تحویل نمایند. این طرح قرار بود ابتدا در سه استان تهران، اصفهان و سمنان اجرا شود و سپس به سایر استان‌ها تعمیم یابد اما عملاً اجرای آن تحقق نیافت.

با توجه به توسعه تشکیلات بخش درمان سازمان و نیز افزایش تعداد واحدهای درمانی در حال احداث یا در حال بهره‌برداری سازمان که اداره آنها ساختار تشکیلاتی ویژه‌ای را می‌طلبد، در سال ۱۳۷۲ پیش‌نویس اساسنامه سازمان خدمات درمانی تأمین اجتماعی با مضامین و ویژگی‌های زیر تهیه شد:

- ایجاد شعبه مرکزی خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی که تحت عنوان سازمان خدمات درمانی تأمین اجتماعی، تابع شخصیت حقوقی سازمان تأمین اجتماعی بوده و به صورت یک مؤسسه غیرانتفاعی و غیرتجاری فعالیت نماید.
- مأموریت این سازمان، انجام تعهدات مندرج در بندهای (الف) و (ب) ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی و اداره و بهره‌برداری از واحدهای تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی تعیین گردید.
- ارکان سازمان شامل مجمع عمومی (متشکل از اعضای هیأت مدیره سازمان تأمین اجتماعی)، هیأت مدیره (مرکب از پنج نفر به انتخاب مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی)، مدیرعامل و بازرس (حسابرس) بود.
- منابع مالی این سازمان شامل سهم درمان در حق بیمه‌های دریافتی، درآمدهای اختصاصی واحدهای درمانی، ذخیره درمان و کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی بود و تمامی تعهداتی که بر اساس آیین‌نامه اجرایی قانون الزام به معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی واگذار شده بود به این سازمان واگذار می‌گردید.

فصلنامه تأمین اجتماعی سال هشتم شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

این طرح بین مدیران وقت سازمان به نظرخواهی گذاشته شد و خبر آن در مطبوعات آن زمان نیز انعکاس یافت اما مورد تأیید قرار نگرفت. طرح مشابهی نیز با عنوان «پیش‌نویس اساسنامه سازمان خدمات درمانی تأمین اجتماعی» در اردیبهشت‌ماه ۱۳۷۷ از سوی معاونت درمان به مدیرعامل سازمان پیشنهاد شد^۱ تا در شورای معاونین مطرح شود.

در سال ۱۳۷۳ تغییراتی در تشکیلات ستادی معاونت درمان بوجود آمد که بر مبنای آن سه اداره کل به شرح زیر ایجاد شد:

- اداره کل درمان مستقیم که دفتر بهداشت حرفه‌ای و صنعتی و دفتر تشکیل کمیسیونهای پزشکی و نیز وظایف مربوط به تأمین تجهیزات پزشکی و دارو هم در زیر مجموعه آن قرار گرفتند.

- اداره کل درمان غیرمستقیم با تشکیلات قبلی

- اداره کل پشتیبانی شامل امور اداری، امور مالی، برنامه و بودجه و تشکیلات و آمار توسعه تشکیلات معاونت درمان، انتقادهایی را در سطح ستاد مرکزی و سایر بخش‌های سازمان برانگیخت. نگرانی از افزایش هزینه‌های اداری و تشکیلاتی و ناکارآمدی در وظایف نظارتی درمان غیرمستقیم عمده‌ترین دلیل این انتقادهای مطرح می‌شد. برخی از مسئولان سازمان بر این باور بودند که هزینه‌های بخش درمان بیش از اندازه افزایش یافته و می‌توان با ایجاد تمرکز بیشتر در این بخش، این هزینه‌ها را کاهش داد. بنابراین، در سال ۱۳۷۶، تلاش‌هایی برای ایجاد تغییر در روش‌های مورد عمل بخش درمان سازمان صورت گرفت.

در همین راستا، دستورالعملی از سوی مدیرعامل وقت سازمان در تاریخ ۱۳۷۶/۱۲/۲۶ صادر شد که براساس آن، امور مالی، بودجه، اداری و اسناد پزشکی از معاونت درمان منفک و در حوزه معاونت اداری و مالی ادغام می‌شد. این دستورالعمل، معاونت درمان و معاونت اداری و مالی سازمان را مکلف می‌کرد اصلاحاتی را در حوزه اداری، مالی و بودجه بخش درمان سازمان به شرح زیر انجام دهند^۲:

۱. تنظیم تعهدات مالی بخش درمان در سال ۱۳۷۷ مطابق با سطح وصولی‌های سازمان (حق بیمه سهم درمان)

۱. نامه شماره ۹۰/۸۰۴۰ مورخ ۱۳۷۷/۲/۲۸ معاونت درمان.

۲. دستورالعمل شماره ۱۰۰۰/۱۷۰۷۸ مورخ ۱۳۷۶/۱۲/۲۶.

۲. تأمین کادر متخصص پزشکی مورد نیاز واحدهای درمانی سازمان (درمان مستقیم) به منظور قطع یا کاهش وابستگی به خدمات درمانی غیرمستقیم.
 ۳. قطع همکاری با واحدهای درمانی دولتی و خصوصی (طرف قرارداد درمان غیرمستقیم) در مناطقی که واحدهای درمانی سازمان قادر به ارائه خدمات مورد نیاز می‌باشند.
 ۴. تعیین تکلیف مراکز درمانی سازمان و تفکیک آنها بر حسب بهره‌برداری با صددرصد ظرفیت یا واگذاری ظرفیت‌های بلااستفاده به صورت اجاره به دیگران و یا فروش و تغییر کاربری و ...
 ۵. شفاف کردن قراردادها با مراکز طرف قرارداد درمان غیرمستقیم از نظر مدت زمان، میزان ریالی، نوع خدمت و تعیین کمیت و کیفیت و سطوح خدمات درمانی قابل خریداری از آنها.
 ۶. مشارکت بیمه‌شدگان در بخشی از هزینه‌های درمان مستقیم و بکارگیری روش‌های نوین بجای دفترچه درمان.
 ۷. پیشنهاد روشی برای مدیریت بیمارستان‌های سازمان بصورت قرارداد اجاره‌ای، پزشک به صورت کارفرما، پزشک به عنوان نیروی کار، پزشک به عنوان کارگزار ارجاع و ... به سازمان.
 ۸. تنظیم تشکیلات اداری و مالی سازمان به نحوی که کلیه امور اداری، مالی، بودجه و ... مربوط به بخش‌های بیمه‌ای، درمانی و سرمایه‌گذاری در حوزه معاونت اداری و مالی سازمان متمرکز گردد.
- باتوجه به اینکه در این دستورالعمل، مسئولیت امور دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی در اختیار معاونت اداری و مالی قرار گرفته بود و این مضمون به معنای انحلال حوزه ستادی درمان غیرمستقیم تلقی می‌شد، در اصلاحیه مورخ ۱۳۷۶/۱۲/۲۷، تصریح شد که فقط امور دریافت و پرداخت اسناد پزشکی در اختیار معاونت اداری و مالی قرار می‌گیرد و سایر امور مربوط به سیاست‌گذاری و تعیین خط‌مشی‌های کلان در رابطه با تعرفه‌ها، نحوه ارتباط و انعقاد قرارداد با پزشکان، داروخانه‌ها، آزمایشگاه‌ها، بیمارستان‌ها و غیره کماکان به عهده معاونت درمان خواهد بود.

به این ترتیب، تشکیلات و کارکنان مربوط به وظایف اداری، مالی، خدمات عمومی، بودجه، تشکیلات، آمار و آموزش از حوزه معاونت درمان جدا شد. در ادامه این تغییرات، با تشکیل مدیریت درمان استان تهران، وظایف اجرایی مربوط به بیمارستان‌های سازمان در استان تهران و نیز دفتر رسیدگی به اسناد پزشکی تهران که تا آن زمان به طور مستقیم از طریق ستاد معاونت درمان انجام می‌شد، به این مدیریت منتقل گردید.

۷. همسان‌سازی و هماهنگی در بیمه‌های درمانی کشور

با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳، تلاش‌هایی صورت گرفت تا بیمه‌های درمانی برای اقشار مختلف جامعه با سیاست‌ها و روش‌هایی همسان اجرا شود. بر مبنای این قانون، شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور تشکیل شد تا وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی‌های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی را به عهده گیرد.

همچنین، مقرر شد تعیین سطح خدمات پزشکی و داروهای مورد تعهد بیمه‌های درمانی و خدمات خارج از تعهد، همچنین تعرفه‌های مورد عمل سازمان‌های بیمه‌گر از طریق شورای عالی بیمه خدمات درمانی پیشنهاد و به تصویب هیأت وزیران برسد. طبقاً سازمان تأمین اجتماعی نیز در مورد تعهدات درمانی خود مشمول این مقررات می‌شد اما حق بیمه سهم درمان تأمین اجتماعی به همان روال سابق بر مبنای قانون تأمین اجتماعی تعیین شده بود.

با وجود این، در تبصره ماده ۹ این قانون چنین آمده بود که «مابه‌التفاوت سهم درمان مشمولین تأمین اجتماعی تا حق سرانه مصوب، همه ساله در بودجه کل کشور پیش‌بینی و به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد». این تبصره به این معنا بود که دولت درصدد است تا کسری احتمالی منابع سازمان در بخش درمان را از محل منابع عمومی تأمین کند.

بر مبنای تصویب‌نامه هیأت وزیران که در مردادماه ۱۳۷۴ به تصویب رسید، مقرر شد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در روش درمان مستقیم (مراکز درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی) نیز همچون سایر بیمه‌شدگان فرانشیز بپردازند. این مصوبه که قرار بود از ابتدای سال ۱۳۷۵ به اجرا درآید، به دلیل مقاومت‌های اجتماعی، اجرا نشد.

۸. گرایش به محدودسازی درمان مستقیم

از جمله تحولات مهم حوزه معاونت درمان در دهه ۱۳۷۰، تغییر نگرش به سمت توسعه درمان غیرمستقیم و محدودسازی درمان مستقیم بود که از سال‌های نخست این دهه مورد توجه قرار گرفت و با وجود مقاومت‌های جدی و واکنش‌های جانب گرایانه نسبت به درمان مستقیم در درون و بیرون سازمان، تا حدود زیادی موفق بود.

در این دهه تلاش‌هایی برای اولویت‌بندی واحدهای درمانی در حال احداث و توقف عملیات یا تغییر کاربری برخی از این واحدها صورت گرفت. از جمله این اقدامات تشکیل کمیته‌ای بود که در سال ۱۳۷۰ مأمور شد تا طرح احداث و گسترش واحدهای درمانی سازمان را بر مبنای توزیع جمعیت و نیاز بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی بازنگری کند. در نتیجه فعالیت‌های این کمیته، عملیات احداث ۱۴ بیمارستان که در نقاطی فاقد توجه کافی در حال احداث بودند، متوقف شد و ظرفیت (تعداد تخت) شش بیمارستان در حال احداث نیز کاهش یافت. همچنین تصمیم گرفته شد که در تعدادی از شهرها که هم سازمان تأمین اجتماعی و هم وزارت مسکن، بیمارستان در حال احداث داشتند، احداث بیمارستان سازمان متوقف شود و بیمارستان وزارت مسکن خریداری گردد^۱.

در سال ۱۳۷۴، مدیرعامل وقت سازمان تأمین اجتماعی طی گزارشی از روند احداث واحدهای درمانی سازمان و چگونگی پیشرفت عملیات ۵۰ بیمارستان در حال احداث تا آن تاریخ، برآورد کرده بود که ادامه احداث تعداد زیادی از این بیمارستان‌ها به لحاظ اقتصادی (در مقایسه با هزینه تمام شده خرید خدمت) به صرفه نبوده و بعضاً در نقاطی واقع است که نیاز بیمه‌شدگان را تأمین نمی‌کند. در این گزارش پیشنهاد شده بود که احداث تعدادی از بیمارستان‌های مورد نظر متوقف و برخی از آنها نیز واگذار یا تغییر کاربری داده شوند. هرچند که این پیشنهاد سازمان به دلیل وجود مقاومت‌هایی در شورای عالی تأمین اجتماعی به تصویب نرسید، اما تداوم این سیاست، منجر به تدوین طرح سطح‌بندی خدمات درمانی سازمان در سال ۱۳۷۷ شد.

در این طرح که از سوی مدیرعامل وقت سازمان به شورای عالی تأمین اجتماعی تقدیم شد، با اشاره به مواردی همچون:

۱. گزارش مدیرعامل به شورای عالی تأمین اجتماعی درباره بیمارستان‌های در حال احداث، ۱۳۷۴.

- استقرار تعدادی از بیمارستان‌ها در محل‌های نامناسب؛
- دوری برخی از بیمارستان‌ها از مراکز جمعیتی بیمه‌شدگان؛
- هزینه‌های بسیار بالای بهره‌برداری و نگهداری بیمارستان‌ها؛
- پیچیدگی مقوله تولید درمان برای سازمان و دور شدن سازمان از وظایف اصلی خود؛
- ... و

چند گزینه مطرح شده بود که بر مبنای آن متناسب با جمعیت بیمه‌شده اصلی و تبعی در هر منطقه جغرافیایی، بیمارستان‌های در حال احداث در آن منطقه تعیین تکلیف می‌شدند که نگهداری و بهره‌برداری شود یا واگذار شود و یا تغییر کاربری داده شود. این طرح در شهریورماه ۱۳۷۷ به تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی رسید و ۲۹ بیمارستان مازاد بر نیاز سازمان شناخته شد^۱.

با پیگیری این طرح، در خردادماه ۱۳۸۰ بنا به پیشنهاد سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، هیأت وزیران با واگذاری ۲۹ بیمارستان مازاد بر نیاز سازمان (مجموعاً با ظرفیت ۳۴۰۰ تخت) به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موافقت کرد. ارزش ریالی این بیمارستان‌ها معادل هفتصد میلیارد ریال تعیین شد و مقرر گردید که توسط دولت و از طریق واگذاری سهام مالکیت‌ها و داراییها به سازمان تأمین اجتماعی تهاتر گردد^۲.

۹. بهبود وضعیت خدمت رسانی

طی سال‌های اخیر، سازمان تأمین اجتماعی در حوزه درمان خود گامهای اصلاحی مؤثری را در جهت کاهش مشکلات بیمه‌شدگان و ارتقاء سطح رضایت آنان برداشته است. بهره‌برداری و تجهیز واحدهای درمانی جدید، استانداردسازی واحدهای درمانی، بهبود وضعیت آمار و اطلاعات بخش درمان، اهتمام بیشتر به اقتصاد سلامت، اجرای طرح تکریم ارباب رجوع در واحدها، افزایش تعداد مراکز طرف قرارداد در سطح کشور و نیز تعهد پرداخت بخش بیشتری از هزینه‌های درمان بیمه‌شدگان در برخی از بیماری‌ها مانند

۱. تصویب‌نامه شماره ۱۰۰/۹۳۹۹ مورخ ۱۳۷۷/۶/۲۱ شورای عالی تأمین اجتماعی.

۲. تصویب‌نامه مورخ ۱۳۸۰/۳/۳ هیأت وزیران.

سرطان، مالتیپل اسکلروزیس^۱، پیوند کلیه و بیماران بستری شده در بخش‌های مراقبت ویژه از آن جمله است.

بی‌شک نتایج این تلاش‌ها و نیز اقدامات دیگری که در جهت اصلاح فرم دفترچه‌های درمانی، اصلاح در وضعیت اداره بیمارستان‌ها و موارد دیگر در حال انجام است، در آینده‌ای نزدیک محسوس‌تر خواهد بود.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

تعهدات درمانی سازمان تأمین اجتماعی، حداقل از دیدگاه مردم مهمترین تعهدات این سازمان است. از سوی دیگر، این خدمات تأثیر چشمگیری بر وجهه اجتماعی سازمان و جایگاه آن در افکار عمومی دارد. هر گونه کاستی در این بخش می‌تواند برای این سازمان چالش‌هایی جدی ایجاد کند. از این رو، همواره بیمه‌شدگان و نمایندگان آنان در مراجع قانونی و حوزه اجتماعی، حساسیت ویژه‌ای به بخش درمان این سازمان داشته و تحولات آن را با دقت تعقیب کرده‌اند.

هرچند که بخش درمان تأمین اجتماعی طی پنجاه سال گذشته با دگرگونی‌ها و تغییرات وسیعی روبرو بوده است، اما در همه این تحولات اصول و محکومات آن، بخصوص حفظ مالکیت سازمان بر واحدهای درمانی، سهم معین بخش درمان از منابع سازمان، نظارت نمایندگان بیمه‌شدگان بر کیفیت خدمات درمانی، پا برجا مانده است.

تجربه‌های گذشته نشان می‌دهد که این سازمان همواره به هنگام تصمیم‌گیری‌های کلیدی، اهمیت بخش درمان را مدنظر داشته و ضمن چالش با نظرات انتقادی و انتظارات اجتماعی، در مواقعی نیز از پشتیبانی تشکلی‌های کارگری و بازنشستگی بهره گرفته است. به نظر می‌رسد که این رویه بازهم می‌تواند ادامه یابد.

منابع و مأخذ

۱. اکبری، محمدعلی. بررسی برنامه‌ریزی دولتی در حوزه تأمین اجتماعی ایران، جلد دوم، ۱۳۸۳.

فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هشتم، شماره بیست و ششم و بیست و هفتم

۲. ارزیابی هدف‌ها و کارکردهای قانون تأمین اجتماعی در ایران، گزارش پژوهشی شماره ۱۰۸، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.
۳. پیرویان، ویلیام و عبدالحسین جیوار. مجموعه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی (جلد ۱ و ۲)، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، چاپ دوم، ۱۳۸۲.
۴. جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تأمین اجتماعی، گزارش پژوهشی شماره ۸۱، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۰.
۵. طراحی ساختار سازمانی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی، گزارش پژوهشی شماره ۱۰۶، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۲.
۶. کریمی، مظفر. چگونگی توزیع تخت‌های بیمارستانی سازمان تأمین اجتماعی نسبت به جمعیت بیمه‌شده آن سازمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۷۵.
۷. گزارش توجیهی کاهش ظرفیت بیمارستان‌های در حال احداث، شرکت خانه سازی ایران، ۱۳۷۱.
۸. مجموعه قوانین و مقررات درمان سازمان تأمین اجتماعی، معاونت حقوقی و امور مجلس، ۱۳۸۵.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی