

بیمه سلامت در برنامه پنجم (۱)
الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران

به نام خدا

فهرست مطالب

۱	چکیده
۲	مقدمه
۲	پیشینه موضوع
۳	نگاهی به تجربه‌های جهانی در زمینه بیمه سلامت
۹	مروری بر احکام برنامه پنجم توسعه در زمینه بیمه سلامت
۱۴	خلاصه احکام قانونی اثرگذار بر بیمه سلامت
۱۵	مروری بر دیدگاه‌های کارشناسان
۱۷	اصول ناظر بر احکام بیمه سلامت در قانون برنامه پنجم
۱۸	الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران
۲۰	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۲۱	منابع و مأخذ



بیمه سلامت در برنامه پنجم (۱) الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران

چکیده

در قانون برنامه پنجم توسعه، بسته سیاستی نسبتاً جامعی برای بیمه‌های سلامت تدوین شده و حد و مرزهای آن با قلمرو سلامت نیز تا حدودی روشن شده است. با استناد به احکام این قانون، می‌توان دو سمت «عرضه» و «تقاضا» در بازار خدمات تشخیصی و درمانی را تفکیک کرد. عمده وظایف و اختیارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سمت «عرضه» (تولید و ارائه خدمات) و عمده وظایف وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سمت «تقاضا» (خرید خدمات) تعریف شده و البته موارد مشترکی هم بین وظایف این دو وزارتخانه وجود دارد که ماهیتاً تفکیک‌ناپذیرند و لازمه انجام آنها، تعامل بین دو حوزه و سیاستگذاری مشترک از طریق شورای عالی بیمه سلامت است.

جهت‌گیری اصلی این قانون در زمینه بیمه‌های سلامت، ایجاد یکپارچگی و انسجام ساختاری، پوشش همگانی و اجباری، دسترسی همه افراد جامعه به بسته خدماتی یکسان از طریق نظام ارجاع و پزشک خانواده، با حفظ تفکیک و تمایز بین اقشار و گروه‌های مختلف بیمه شده از نظر نحوه مشارکت مالی و پرداخت حق بیمه است.

با توجه به این احکام و مقایسه آن با الگوهای رایج جهانی، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که الگوی مورد نظر در این قانون برای نظام بیمه سلامت، از نوع «بیمه‌های اجتماعی مبتنی بر اشتغال» است که در چارچوب نظام‌های تأمین اجتماعی ارائه می‌شوند. از سوی دیگر، تأکید بر اجرای نظام ارجاع و پزشک خانواده و یکسان‌سازی خدمات پایه به‌طور تدریجی، آن را به «نظام‌های جامع فراگیر» نزدیک می‌کند که بر عدم تمایز و تفاوت بین شهروندان (عدم دریافت حق بیمه مبتنی بر درآمد) تأکید دارند. این امر تناقضی به‌وجود آورده که در صورت اجرا، موجب ناعادلانه شدن مشارکت مالی در نظام بیمه سلامت می‌شود.

مهمترین اصلاح ساختاری مورد تأکید در این قانون، تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران است که لازمه انجام آن طی مراحل و مقدماتی است تا با کمترین عارضه‌ها و پیامدهای نامطلوب اجتماعی، اهداف مورد نظر در قانون را تحقق بخشد.

مقدمه

قانون برنامه پنجم توسعه احکام متعددی را برای ساماندهی بیمه سلامت کشور وضع کرده است. موضوع محوری این احکام، بند «ب» ماده (۳۸) این قانون مبنی بر ادغام بیمه‌های درمانی مختلف در سازمان بیمه خدمات درمانی و تغییر نام آن به سازمان بیمه سلامت است. هرچند که احکام این قانون در بسیاری از موارد صراحت دارد، اما وجود اختلاف نظرها و سلايق مختلف به هنگام بررسی و تصویب قانون و تلاش پیگیر صاحبان دیدگاه‌های مختلف برای تأمین نظراتشان در این احکام، موجب شده که در برخی موارد جای بحث و تفسیر باقی بماند و ادامه اختلاف نظرها را موجب شود.

در این میان، چگونگی ادغام بیمه‌های درمانی در یک سازمان و تعیین وزارتخانه متولی امور بیمه سلامت، از جمله موضوعاتی است که درباره آن بین دستگاه‌های ذیربط اختلاف نظرهایی وجود دارد. به تبعیت از این موضوع، جایگاه شورای عالی بیمه سلامت (موضوع تبصره «۳» بند «ب» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم) نیز - که قرار است لایحه ترکیب اعضا و اختیارات آن به مجلس شورای اسلامی تقدیم شود - مورد بحث و اختلاف نظر خواهد بود.

در این گزارش جوانب مختلف این موضوع با توجه به تجربه‌های گذشته کشور، دیدگاه‌های صاحب‌نظران و الزامات کارشناسی، مورد بررسی قرار گرفته است.

پیشینه موضوع

بیمه درمان در کشور ما بیش از ۷۰ سال قدمت دارد، اما شکل کنونی آن با رویکرد بیمه همگانی و فراگیر به دهه ۱۳۷۰ بازمی‌گردد. اصل بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی را جزء مصادیق «تأمین اجتماعی» برشمرده و از آن به‌عنوان حق همگانی و تکلیف دولت یاد کرده است، اما تحقق این هدف مهم قانون اساسی به‌دلایل مختلف با تأخیر مواجه شد.

با آنکه بیمه درمان اقشار مزدبگیر جامعه (از قبیل کارگران و کارکنان دولت) از سال‌ها قبل به اجرا درآمده بود، اما دو قشر بزرگ و نسبتاً پرجمعیت کشور، یعنی روستاییان و خویش‌فرمایان، تا زمان اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (۱۳۷۴) فاقد پوشش بیمه‌ای بوده‌اند.

پیش از تصویب این قانون، به‌دلیل تعرفه بسیار پایین خدمات تشخیصی و درمانی و نقش غالب دولت در ارائه این خدمات (صرف‌نظر از کیفیت و کمیت آن)، ارزانی خدمات موجب می‌شد که مردم



نیاز به بیمه را احساس نکنند، اما با آغاز برنامه اصلاح قیمت‌ها و رشد چشمگیر تعرفه‌ها، پرداخت این هزینه‌ها برای مردم ممکن نبود.

دولت پذیرفت که هزینه درمان نیازمندان زیر پوشش نهادهای حمایتی را بپردازد، اما سایر اقشار جامعه باید بیمه می‌شدند تا راهکار مطمئنی برای تأمین منابع بخش درمان به وجود آید. در چنین شرایطی قانون بیمه همگانی خدمات درمانی به تصویب رسید. با اجرای این قانون، اقدام‌هایی در جهت پوشش بیمه‌ای کل جمعیت کشور - به خصوص روستاییان و خویش‌فرمایان - صورت گرفت، اما موانع فراروی این هدف، از جمله دشوار بودن دریافت حق بیمه از این دو قشر جمعیت، اختیاری بودن بیمه، کمبود منابع مالی و ... مانع از تحقق کامل آن بود.

علاوه بر این، برخی الزامات ساختاری از قبیل نیاز به تفکیک بین نهادهای نظارت‌کننده، تولیدکننده و خریدار خدمات درمانی، نیاز به یک متولی واحد برای اعمال حاکمیت و نظارت در سطوح مختلف نظام تأمین اجتماعی، ضرورت همسویی و هماهنگی بین لایه‌های مختلف بیمه‌ای و حمایتی، موجب تدوین و تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی شد و در اجرای آن وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت خود را آغاز کرد.

ساختار جدید نظام تأمین اجتماعی کشور - علیرغم موانع بسیار فراروی آن - دستاوردهای مهمی داشت که مهمترین آنها در حوزه بیمه‌های درمانی، شامل پوشش بیمه‌ای روستاییان و عشایر، رفع برخی از همپوشانی‌ها و خلأها و تقویت مبانی نظری و علمی نظام تأمین اجتماعی بود. با وجود این، شرایط و نیازهای جدید جامعه موجب شد که در قانون برنامه پنجم توسعه، رویکرد تازه‌ای در جهت ساماندهی نظام بیمه سلامت اتخاذ شود که موضوع محوری آن، یکپارچگی بیمه‌های درمانی است. بی‌شک این رویداد آغازگر فصل تازه‌ای در تاریخ بیمه‌های سلامت کشور خواهد بود.

نگاهی به تجربه‌های جهانی در زمینه بیمه سلامت

وظیفه دولت‌ها در تأمین، حفظ و ارتقای سلامت مردم، طی دو قرن اخیر مورد توجه قرار گرفته و از دهه دوم قرن بیستم میلادی به بعد، در اعلامیه‌ها و کنوانسیون‌های بین‌المللی، از پشتوانه حقوقی برخوردار شده است. هریک از دولت‌ها به تناسب اهداف، سیاست‌ها و توانایی‌های خود به این موضوع پرداخته‌اند، اما در مجموع، الگوهایی که برای تأمین سلامت جامعه در جهان شکل گرفته، متأثر از نوع نظام‌های سیاسی، اقتصادی و اجتماعی کشورها بوده است. در این بخش از گزارش، الگوهای رایج و نسبتاً موفق جهانی در این زمینه مورد بحث قرار می‌گیرد.

الف) پوشش جمعیت: سه رویکرد اصلی به پوشش جمعیت وجود دارد که عبارتند از: برنامه‌های مبتنی بر اشتغال^۱، برنامه‌های جامع و فراگیر^۲ و برنامه‌های مبتنی بر آزمون و سنجش^۳. ویژگی‌های هر یک از این سه رویکرد به این شرح است:^۴

برنامه‌های مبتنی بر اشتغال: این رویکرد بر اساس الگوی بیمه‌های اجتماعی دنبال می‌شود که در آن افراد شاغل بیمه می‌شوند و در ازای پرداخت «حق بیمه مبتنی بر درآمد»، از نظر خطرات تهدیدکننده سلامت (بیماری، حادثه، بارداری و...) زیر پوشش قرار می‌گیرند. این نوع بیمه اجباری است و حق بیمه‌ها به وسیله کارفرما و بیمه شده (و در مواردی با مشارکت دولت) پرداخت می‌شود. شرط اصلی موفقیت بیمه‌های مبتنی بر اشتغال، وجود رابطه بین کارگر و کارفرما، پرداخت مزد یا حقوق و اجباری بودن بیمه است. نبود هر یک از این شرایط می‌تواند موجب باعث عدم موفقیت این نوع بیمه شود. به همین دلیل، این نوع بیمه‌ها در مورد اقشار خویش فرما و بدون کارفرمای معین و همچنین شاغلان موقت و پاره‌وقت (که شغل و درآمد مستمری ندارند)، موفق نبوده‌اند. برخی کشورها خویش فرمایان را به صورت اختیاری پوشش می‌دهند و معمولاً دولت به این گونه افراد یارانه پرداخت می‌کند. همچنین بسیاری از دولت‌ها، تمام یا بخشی از حق بیمه افراد نیازمند و کارگران کم‌درآمد را می‌پردازند. حق بیمه‌های حاصل از این نوع سیستم‌ها، در صندوق‌های خاص آن متمرکز و در حساب‌های دولتی نیز جداگانه نشان داده می‌شوند.

برنامه‌های جامع فراگیر: این برنامه‌ها همه شهروندان یا افراد مقیم در کشور را بدون توجه به وضع درآمد، اشتغال یا نیاز مالی پوشش می‌دهند. منابع مالی آنها از طریق مالیات‌های عمومی تأمین می‌شود و دولت مسئولیت نهایی تأمین خدمات را برعهده دارد. این نوع برنامه‌ها معمولاً بدون دریافت حق بیمه از شهروندان، یا دریافت حق بیمه‌ای اندک و مقطوع «به شکل سرانه»، اداره می‌شوند. در برخی موارد مالیات‌های ویژه‌ای نیز به این برنامه‌ها اختصاص می‌یابد. از آنجا که محل تأمین مالی این نوع برنامه‌ها، درآمدهای عمومی است، همه مردم در قبال آن حقوق یکسان دارند.

برنامه‌های مبتنی بر آزمون و سنجش: این برنامه‌ها مخصوص حمایت از افراد و خانوارهایی است که سطح درآمد آنها از حداقل استاندارد کمتر است و لازم است مورد حمایت دولت قرار گیرند. بنابراین، شرط اصلی پوشش افراد در این برنامه‌ها این است که سطح درآمد و دارایی فرد و خانوار مورد سنجش قرار گیرد.

1. Employment Related
 2. Universal
 3. Means tested
 4. Social Security Programs throughout the World (SSPW). 2010.



هرچند که این طرح‌ها را می‌توان به صورت متمرکز و در سطح ملی اجرا کرد، اما از آنجا که سنجش میزان درآمد و دارایی خانوارها و پایش مداوم آن مستلزم مشارکت و نظارت مقامات محلی است، در بسیاری از کشورها این برنامه به صورت غیرمتمرکز و با مدیریت محلی یا منطقه‌ای اداره می‌شود.

ب) **تعهدات بیمه:** بیمه‌ها معمولاً سه خطر اصلی تهدیدکننده سلامت، یعنی حوادث، بیماری‌ها و بارداری‌ها را پوشش می‌دهند. علاوه بر این، در بیمه‌های اجتماعی (مبتنی بر اشتغال) جبران دستمزد دوران بیماری و بارداری نیز برعهده بیمه اجتماعی است (چون این دوران بیکاری موقت به حساب می‌آید و کارفرما به افراد مزدبگیر، مزد نمی‌پردازد).

در کشورهایی که پوشش بیمه‌ای آنها مبتنی بر اشتغال (بیمه اجتماعی) است، این دو نوع مزایا معمولاً در چارچوب یک ساختار سازمانی واحد مدیریت می‌شوند اما ممکن است از طریق دو بخش مستقل مرتبط به هم ارائه شوند.^۱ اما در نظام‌هایی که برنامه جامع فراگیر دارند، مزایای یاد شده از طریق سیستمی جداگانه (در قالب بیمه اجتماعی) پرداخت می‌شود. در مواردی که نظام بیمه اجتماعی، امکانات درمانی ویژه خود (درمان مستقیم) را دارد، هر دو بخش خدمات پزشکی و پرداخت‌های نقدی در قالب یک ساختار باقی می‌ماند.

از نظر ارائه خدمات و پرداخت هزینه‌های آن معمولاً سه روش وجود دارد:

– روش «درمان مستقیم»، یعنی ارائه خدمات درمانی به بیمه شده‌ها از طریق بیمارستان‌ها و مراکز درمانی متعلق به سازمان بیمه‌گر و پزشکیانی که در استخدام آن هستند.

– روش «درمان غیرمستقیم»، یعنی خرید خدمات مورد نیاز بیمه‌شدگان از پزشکان، بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد با سازمان بیمه‌گر (در این روش بیمار بیمه شده بجز فرانشیز، پول دیگری نمی‌پردازد و هزینه درمان بر مبنای صورتحساب‌ها به ارائه‌کننده پرداخت می‌شود).

روش «بازپرداخت»^۲، یعنی روشی که بیمار بیمه شده ابتدا باید تمام هزینه درمان خود را بپردازد و سپس با تحویل صورتحساب‌ها به واحد بیمه‌گر، آن را بازپس گیرد.

هزینه مراقبت‌های بلندمدت - چون بسیار بالاست - معمولاً از طریق مالیات‌های ویژه تأمین می‌شود چون پرداخت آن از طریق بیمه‌های پایه، در نهایت موجب افزایش حق بیمه‌ها در حدی فراتر از قدرت پرداخت مردم می‌شود.

۱. در کشور ما، سازمان تأمین اجتماعی این‌گونه عمل می‌کند. هزینه‌های درمانی از طریق معاونت درمان و پرداخت مزایای نقدی ایام بیماری و بارداری از طریق معاونت فنی و درآمد پرداخت می‌شوند.

ج) **تأمین منابع مالی:** از لحاظ چگونگی تأمین منابع مالی، دو نوع نظام تأمین سلامت را در کشورها می‌توان مشاهده کرد. نخست نظام‌هایی که در آنها دولت تأمین‌کننده اصلی منابع مالی است و در تأمین و عرضه خدمات نیز دولت نقش غالب را دارد. مالیات‌های عمومی بیشترین سهم را در تأمین مالی این نظام‌ها دارند و همه افراد جامعه - صرفنظر از وضع شغلی و درآمدی‌شان - به خدمات سلامت دسترسی دارند. ارائه خدمات از طریق پزشک خانواده و نظام ارجاع انجام می‌گیرد. این نظام‌ها عمدتاً با نام‌هایی مانند «نظام سلامت»^۱، «نظام ملی سلامت»^۲، «نظام جامع (فراگیر) سلامت»^۳ شناخته می‌شوند. نمونه این نوع نظام‌ها در کشورهای انگلیس، کانادا، سوئد و استرالیا وجود دارد.

دوم نظام‌هایی که در آنها بخش عمده منابع مالی از طریق بیمه‌های اجتماعی (در قالب نظام تأمین اجتماعی) تأمین می‌شود و خدمات درمانی مورد نیاز غالباً از طریق صندوق‌های بیمه خریداری (یا به‌طور مستقیم تأمین) می‌شود. پوشش جمعیت به اتکای اشتغال افراد و درآمد آنهاست و به همین دلیل، دولت حق بیمه افراد بیکار و نیازمند را می‌پردازد. در نامگذاری این نظام‌ها عمدتاً از واژه «بیمه سلامت»^۴ یا «بیمه اجتماعی سلامت»^۵ استفاده می‌شود.

درواقع، این نوع نظام‌ها بخشی از نظام تأمین اجتماعی کشور به حساب می‌آیند که مسئولیت تأمین سایر بیمه‌های اجتماعی (بازنشستگی، ازکارافتادگی، فوت و...) را نیز برعهده دارد. این نوع نظام‌ها در اغلب کشورهای جهان، از جمله در کشورهای آلمان، فرانسه، اتریش، یونان، ژاپن، کره جنوبی، ترکیه و... با تفاوت‌هایی در روش‌ها، وجود دارد. البته برخی کشورها نیز (مانند ژاپن و کره جنوبی) سیستم دوگانه دارند. گروه‌های مزد و حقوق‌بگیر زیر پوشش برنامه بیمه اجتماعی (مبتنی بر اشتغال) و سایر گروه‌ها زیر پوشش برنامه‌های همگانی پایه هستند.

د) **ساختار و مدیریت:** در اغلب کشورهای جهان، مراقبت‌های سلامت از طریق نظام‌های تأمین اجتماعی ارائه می‌شوند. تازه‌ترین الگوی نظام تأمین اجتماعی که طی دو دهه گذشته در دنیا با استقبال روبرو شده، نظام چندلایه تأمین اجتماعی^۶ است که تلفیقی از انواع مختلف طرح‌های بیمه‌ای و حمایتی تجربه شده در دنیاست و ویژگی مهم آن، ایجاد هماهنگی و همسویی بین انواع طرح‌های بیمه‌ای و حمایتی، در جهت پوشش همه افراد جامعه است.

در این مدل، تمام قشرهای جامعه، به تناسب وضع شغلی و درآمدی‌شان در لایه‌های مختلف

-
1. Health System
 2. National Health System
 3. Universal Health System
 4. Health Insurance
 5. Social Health Insurance
 6. Multy Pillared System



نظام تأمین اجتماعی جای می‌گیرند، به نحوی که هر فرد یا خانوار، به قدر وسع مالی خود در هزینه‌ها مشارکت کند و به اندازه نیازش مورد حمایت قرار گیرد. مدل ساده‌ای از تأمین اجتماعی چندلایه، شامل حداقل سه رکن «حمایتی»، «بیمه‌ای» و «تکمیلی» است که به تناسب شرایط و مقتضیات هر کشور، هریک از این سه رکن می‌توانند سطوح و لایه‌های متفاوتی داشته باشند.^۱

سازمان بین‌المللی کار^۲ و اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی،^۳ ارائه خدمات سلامت و مراقبت‌های پزشکی مورد نیاز مردم را جزء تعهدات اصلی نظام‌های تأمین اجتماعی می‌دانند و تعداد زیادی از کنوانسیون‌های بین‌المللی کار^۴ (به‌ویژه کنوانسیون شماره ۱۰۲) چارچوب‌ها و استانداردهای این خدمات را بیان کرده است.^۵

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت، چهار کارکرد اصلی نظام سلامت در هر کشور عبارت از «ارائه خدمات»،^۶ «تولید منابع»،^۷ «تأمین مالی»^۸ و «تولیت»^۹ است. دولت‌ها مسئولیت تولیت نظام سلامت و عملکرد نهایی آن را برعهده دارند، اما باید تمامی بخش‌های جامعه را در تولیت خود دخالت دهند.^{۱۰} این مداخله چند بخشی به این دلیل است که همه بخش‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، زیست‌محیطی، راه و ترابری و... در انجام مأموریت‌های خود به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم بر سلامت جامعه تأثیر دارند و در نتیجه، سیاستگذاری برای سلامت جامعه و مقابله با خطرات تهدیدکننده سلامت نیز باید با مشارکت و هماهنگی همه بخش‌ها صورت گیرد.^{۱۱}

سازمان جهانی بهداشت سه هدف اصلی نظام سلامت را ارتقای سلامت (سلامت بهتر)، مشارکت عادلانه مالی (پرداخت متناسب با توان مالی) و پاسخگویی به انتظارات غیرطبی مردم (حقوق اجتماعی، حق انتخاب، نظام اداری کارآمد و...) می‌داند. تأمین عادلانه منابع مالی در نظام سلامت به معنای آن است که خطرات ناشی از هزینه‌های سلامت برای خانوار، برحسب توان مالی (قدرت پرداخت خانوار) تنظیم شود و نه براساس میزان خطرانی که خانوار با آن مواجه است.^{۱۲}

۱. ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم توسعه، بر طراحی و استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه با چنین ویژگی‌هایی تأکید دارد.

2. International Labour Organization (ILO)

3. International Social Security Association (ISSA)

۴. محمدرضا سپهری و همکاران، مقاله‌نامه‌های بین‌المللی کار، مؤسسه کار و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.

۵. این خدمات و مراقبت‌ها در قانون اساسی کشور ما (اصل بیست‌ونهم) نیز به‌عنوان بخشی از خدمات و حمایت‌های «تأمین اجتماعی»، حق همگانی و وظیفه دولت دانسته شده است.

6. Service Provision

7. Resource generation

8. Financing

9. Stewardship

۱۰. سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۰.

۱۱. در کشور ما طبق قانون برنامه پنجم (و قوانین قبلی)، سازوکار مشارکت و هماهنگی بین‌بخشی در نظام سلامت از طریق «شورای عالی سلامت و امنیت غذایی» و در مورد بیمه‌های سلامت از طریق «شورای عالی بیمه سلامت» پیش‌بینی شده است.

۱۲. سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت، ۲۰۰۰.

این سازمان تأکید می‌کند که برنامه‌های بیمه‌ای مبتنی بر پیش‌پرداخت، منجر به عادلانه‌تر شدن تأمین مالی می‌شود و این هدف در بهترین شکل، از طریق بیمه‌های اجباری تحقق می‌یابد. نتیجه چنین وضعیتی آن می‌شود که افراد سالم برای افراد بیمار و همچنین اغنیا برای فقرا یارانه پردازند و از این طریق نوعی بازتوزیع عادلانه برقرار شود.^۱ در واقع، سازمان جهانی بهداشت بر برتری نظام‌های بیمه اجتماعی (مبتنی بر حق بیمه اجباری) - حداقل از لحاظ عادلانه‌تر بودن آن - تأکید دارد.

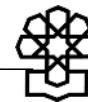
به‌طور کلی، وجه تمایز بین نظام‌های تأمین بیمه سلامت از نظر ساختاری، روش تأمین منابع مالی آنهاست. اینکه چه کسی تأمین‌کننده اصلی منابع است، می‌تواند تعیین‌کننده ساختار و مدیریت نظام بیمه نیز باشد. به همین دلیل، در مواردی که منابع مالی از طریق حق بیمه‌ها تأمین می‌شود، کنوانسیون‌های بین‌المللی (و قوانین کشور ما) بر رعایت اصل «مشارکت سه‌جانبه» در طراحی ساختار نظام‌های بیمه‌ای تأکید دارند.

در واقع، همان‌گونه که فعالان گروه پزشکی ارائه‌کننده خدمات سلامت هستند، فعالان نظام اقتصادی کشور (کارگران، کارفرمایان و کارمندان) نیز از طریق پرداخت مالیات و حق بیمه، تأمین‌کننده منابع مالی نظام سلامت محسوب می‌شوند و به همان نسبت در سطوح تصمیم‌گیری و اداره نظام سلامت باید مداخله کنند.

جدول ۱. مقایسه مهمترین ویژگی‌ها در نظام‌های مبتنی بر اشتغال و نظام‌های جامع و فراگیر

موضوع	مبتنی بر اشتغال (بیمه اجتماعی)	نظام‌های جامع و فراگیر
مبنای پوشش جمعیت	وضع شغلی	اقامت در کشور
تمایز بین اقشار جامعه	وجود دارد (به دلیل تفاوت در وضع شغلی)	وجود ندارد
تولیدکننده اصلی خدمات	ترکیبی از بخش دولتی، خصوصی و بیمه‌ها	غلبه امکانات دولتی (بخش خصوصی بسیار محدود)
تعهدات بیمه در قبال اعضا	می‌تواند متفاوت باشد	غالباً یکسان است
محل تأمین منابع مالی	حق بیمه‌ها (بیمه شده، کارفرما و دولت)	مالیات‌ها و اعتبارات دولتی
مبنای مشارکت مالی مردم	درصدی از درآمد فرد یا خانوار	مبلغی مقطوع یا سرانه
ابزار اصلی کنترل مصارف	ممیزی‌های سازمان بیمه‌گر	پزشک خانواده و نظام ارجاع
سازوکار عدالت در مشارکت	نقش بازتوزیعی حق بیمه‌ها	نقش حداکثری دولت در تأمین منابع مالی
کنترل بازار خدمات پزشکی	تعامل و چانه‌زنی بین سازمان‌های بیمه‌گر و با ارائه‌کننده‌ها	هدایت کامل بیماران در مسیر ارجاع و محدودسازی بخش خصوصی

۱. سازمان جهانی بهداشت، پیشین.



مروری بر احکام برنامه پنجم توسعه در زمینه بیمه سلامت

در قانون برنامه پنجم توسعه دو قلمرو «سلامت» و «بیمه سلامت» ذیل دو سرفصل جداگانه آمده و احکام مربوط به هرکدام تا حدود زیادی از هم تفکیک شده است. به عنوان مثال، کلیه امور مربوط به تولید، توزیع و ارائه خدمات سلامت (سمت عرضه)، از قبیل نیروی انسانی گروه پزشکی، بازار دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی، ایجاد و توسعه واحدهای درمانی، سطح بندی خدمات سلامت و... در قلمرو «سلامت» جای گرفته است.

قلمرو «بیمه سلامت» نیز شامل اموری از قبیل پوشش جمعیت، وصول حق بیمه‌ها، عقد قراردادهای خرید خدمات سلامت، تعیین بسته تعهدات بیمه و... است که همگی در سمت «تقاضا» جای می‌گیرند. به بیان ساده‌تر، قلمرو «سلامت» (در آن بخشی که مورد بحث ماست) تولیدکننده و فروشنده خدمات سلامت است و قلمرو «بیمه سلامت» خریدار این خدمات به‌شمار می‌رود.

با وجود این، برخی از وظایف و فعالیت‌های این دو قلمرو تفکیک‌پذیر نیستند. موضوعاتی از قبیل تعیین تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی، نظارت بر نحوه ارائه خدمات، نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات، پزشک خانواده، نظام ارجاع از جمله موضوعات مشترک بین دو قلمرو است که در احکام قانونی مورد بحث نیز در هر دو قلمرو به آنها اشاره شده است. علاوه بر این، مواردی مانند عبارت «یکپارچگی بیمه پایه درمان» در بند «د» ماده (۳۲) با عبارت «برنامه خدمات بیمه سلامت» در بند «ب» ماده (۳۵) از نظر تقسیم مسئولیت بین دو وزارتخانه، دارای ابهام است.

این وظایف باید به صورت مشترک، یا با هماهنگی و تعامل دوسویه بین دو وزارتخانه زیربط انجام شود و هماهنگی بین دو قلمرو نیز قرار است از طریق شورای عالی بیمه سلامت (که انتظار می‌رود ترکیب متناسبی از همه ذینفعان در آن حضور داشته باشند) انجام گیرد.

بنابراین در یک نگاه کلی، سیاستگذاری و نظارت بر قلمرو سلامت به عهده وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین شورای عالی سلامت و امنیت غذایی است، اما سیاستگذاری و نظارت بر قلمرو بیمه سلامت^۱ بر عهده وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و شورای عالی بیمه سلامت^۲ گذاشته شده است.

۱. هرچند که با توجه به مفاد تبصره «۳» بند «ب» ماده (۳۸)، به نظر می‌رسد قصد قانونگذار، تغییر ترکیب اعضا، وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های شورای عالی بیمه سلامت بوده است، اما نقش سیاستگذاری و نظارتی این شورا در نظام بیمه سلامت تردیدناپذیر است.

۲. به موجب تبصره «۳» بند «ب» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم، با تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، ترکیب اعضا، وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های این شورا و دبیرخانه آن به پیشنهاد معاونت با تأیید هیئت وزیران به تصویب مجلس شورای اسلامی خواهد رسید.

برخی از احکام مربوط به قلمرو سلامت (موارد اثرگذار بر نظام بیمه سلامت) در جدول ۲ و احکام مربوط به قلمرو بیمه سلامت در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲. برخی از احکام مربوط به قلمرو سلامت (سمت عرضه و فروش خدمات)

در قانون برنامه پنجم توسعه

موضوع	مواد قانونی	متن حکم
تمرکز در سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت	بند «ب» ماده (۳۶)	سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد
طراحی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت»	بند «ج» ماده (۳۲)	سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدیگری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجرا بازطراحی می‌شود و برنامه اجرایی آن با هماهنگی معاونت در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد
تدوین و تصویب برنامه «نظام درمانی کشور»	بند «د» ماده (۳۲)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیئت‌های امنای بیمارستان‌های آموزشی و تمام‌وقتی جغرافیایی هیئت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید
لزوم تبعیت از خط‌مشی‌های وزارت در ارائه خدمات درمانی	تبصره «۱» ماده (۳۲)	کلیه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط‌مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی غیردولتی که تمایل به همکاری با سامانه جامع و همگانی سلامت را ندارند، طرف قرارداد نظام بیمه پایه و تکمیلی نبوده و از یارانه‌ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره‌مند نمی‌شوند
تنظیم بازار ارائه خدمات پزشکی	بند «د» ماده (۳۲)	پزشکانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیئت وزیران مشمول حکم این تبصره خواهند بود



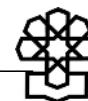
موضوع	مواد قانونی	متن حکم
متناسب سازی آموزش نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت	بند «ج» ماده (۳۴)	به منظور متناسب سازی کمیت و کیفیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور استخراج و اعمال کند
استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان	بند «الف» ماده (۳۵)	الف) وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه های اطلاعاتی مراکز سلامت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با حفظ حریم خصوصی و محرمانه بودن داده ها و با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید. کلیه مراکز سلامت اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشند

جدول ۳. احکام مربوط به قلمرو بیمه سلامت (سمت تقاضا و خرید خدمات)

در قانون برنامه پنجم توسعه

موضوع	مواد قانونی	متن حکم
لزوم یکپارچگی و انسجام ساختاری در نظام جامع تأمین اجتماعی	ماده (۲۷)	دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه مساعدت های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی، بیمه های اجتماعی پایه شامل مستمری های پایه و بیمه های درمانی پایه، بیمه های مکمل بازنشستگی و درمان، با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه ها در کشور اقدام نماید. آیین نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت وزیران می رسد
ساماندهی برنامه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه	بند «ب» ماده (۳۵)	وزارت رفاه و تأمین اجتماعی با همکاری سازمان ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه ای حداکثر ظرف دو سال اول «برنامه خدمات بیمه سلامت» را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی می نماید. کلیه واحدهای ذیربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشند
یکسان سازی تعهدات بیمه پایه سلامت	بند «ج» ماده (۳۸)	به دولت اجازه داده می شود متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات بیمه پایه سلامت را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان تعریف و تا پایان برنامه به تدریج اجرا نماید
پوشش همگانی و اجباری بیمه پایه سلامت	بند «الف» ماده (۳۸)	دولت مکلف است سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه های لازم را در قالب بودجه های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید

موضوع	مواد قانونی	متن حکم
تمرکز امور و وحدت سازمانی در بیمه‌های سلامت	بند «ب» ماده (۳۸)	به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود. اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران با پیشنهاد معاونت به تصویب هیئت وزیران می‌رسد
استثناها و قیدهای ادغام صندوق‌ها	تبصره‌های «۲» و «۴» ماده (۳۸)	تبصره «۲»- بیمارستان‌ها و مراکز ملکی صندوق تأمین اجتماعی که درمان مستقیم را برعهده دارند با حفظ مالکیت در اختیار صندوق مذکور باقی مانده و مطابق مقررات به سازمان بیمه سلامت ایران فروش خدمت خواهند نمود تبصره «۴»- دارایی‌ها، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه‌های درمان به استثنای صندوق تأمین اجتماعی با تشخیص معاونت به سازمان بیمه سلامت ایران منتقل می‌گردد. اعتبارات مربوط به حوزه درمان نیز براساس عملکرد در قبال ارائه خدمات و محاسبه به‌عنوان بخشی از تعرفه استحقاقی در قالب بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌گردد
تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت	تبصره «۳» بند «ب» ماده (۳۸)	تبصره «۳»- با تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، ترکیب اعضا، وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های این شورا و دبیرخانه آن به پیشنهاد معاونت با تأیید هیئت وزیران به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد
تغییر مبنای محاسبه حق بیمه سلامت از «سرانه» به «درصدی از درآمد»	بند «د» ماده (۳۸)	د) حق بیمه پایه سلامت خانوار به‌شرح زیر، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود: ۱. خانوارهای روستاییان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه معادل پنج درصد (۵٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال‌های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال‌های چهارم و پنجم برنامه. صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه اقشار نیازمند از بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود ۲. خانوارهای کارکنان کشوری و لشگری شاغل و بازنشسته معادل پنج درصد (۵٪) حقوق و مزایای مستمر در سال‌های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حقوق و مزایای مستمر در سال‌های چهارم و پنجم برنامه مشروط بر اینکه حداکثر آن از دو برابر حق بیمه مشمولین جزء «۱» این بند تجاوز نکند. بخشی از حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تأمین خواهد شد ۳. مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی ۴. سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروه‌های درآمدی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیئت وزیران



موضوع	مواد قانونی	متن حکم
تنظیم رفتار مؤسسات بیمه‌گر در زمینه خرید خدمات	تبصره «۵» بند «ب» ماده (۳۸)	عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد، توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی برعهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست
تغییر فرآیند تعیین تعرفه‌ها و ارزش نسبی خدمات	بند «ه» ماده (۳۸)	شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان در شرایط رقابتی و براساس بند «۸» ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید
اصلاح نظام خرید خدمات بیمه سلامت	بند «ز» ماده (۳۸)	سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آیین‌نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت وزیران می‌رسد

خلاصه احکام قانونی اثرگذار بر بیمه سلامت

با توجه به جداول ۲ و ۳، احکام قانونی تأثیرگذار بر نظام بیمه سلامت را می‌توان به این شرح بیان کرد:

۱. بیمه سلامت، براساس اصل بیست‌ونهم قانون اساسی جمهوری اسلامی، یکی از خدمات و حمایت‌های «تأمین اجتماعی» به‌شمار می‌رود که به‌عنوان یک حق همگانی مورد تأکید قرار گرفته است.

۲. ماده «۲۷» قانون برنامه پنجم بر رعایت «یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی» بین لایه‌های مختلف نظام تأمین اجتماعی تأکید دارد. این لایه‌ها عبارتند از:

- مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی،
- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه،
- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان.

بنابراین، بیمه‌های درمانی پایه جزئی جداناپذیر از نظام تأمین اجتماعی کشور است.

۱. به‌موجب ماده (۳۵) قانون برنامه پنجم، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متولی طراحی سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی متولی ساماندهی «خدمات بیمه سلامت» به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات است.

۲. در این احکام، وظایف وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مربوط به قلمرو «بیمه سلامت» (در جایگاه خریدار خدمات) و وظایف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مربوط به قلمرو «خدمات سلامت» و «نظام درمانی» (در جایگاه تولید و عرضه خدمات) است.

۳. به‌موجب بند «ب» ماده (۳۶)، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و نظارت بخش سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز شده است، اما با توجه به تفکیکی که بین دو قلمرو سلامت و بیمه سلامت وجود دارد، این وظایف نمی‌تواند نافی انجام این وظایف در قلمرو بیمه‌های سلامت باشد.

۴. یکپارچگی بیمه پایه درمان در چارچوب پزشک خانواده، نظام ارجاع و خرید راهبردی خدمات، جزء مواردی است که در وظایف هر دو وزارتخانه به آن اشاره شده و در نتیجه، همکاری مشترک دو وزارتخانه را می‌طلبد، چراکه در بازار خدمات سلامت، یکی از این دو وزارتخانه به‌موجب ماهیت وظایف خود در سمت «عرضه» و دیگری در سمت «تقاضا» قرار می‌گیرد. بنابراین این وظایف نه به‌طور کامل قابل تفکیک هستند و نه قابل ادغام.

۵. از آنجا که کارکردهای بیمه سلامت دارای آثار مختلفی بر منافع ذینفعان (بیمه‌شدگان،



ارائه‌کنندگان خدمات، سازمان‌های بیمه‌گر و دولت) است، شورای عالی بیمه سلامت به‌عنوان یک نهاد فرابخشی مسئولیت تنظیم روابط و تعاملات در جهت ایجاد توازن قوا بین ذینفعان و رعایت حقوق همه آنها ایجاد شده است. ازاین‌رو، انتظار می‌رود در تعیین «ترکیب اعضا» و همچنین «جایگاه دبیرخانه آن» اصل توازن قوا و رعایت بی‌طرفی مد نظر قرار گیرد.

۶. به‌موجب بند «ب» ماده (۳۸)، بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌ها در «سازمان بیمه خدمات درمانی» ادغام می‌شوند و این سازمان به «سازمان بیمه سلامت ایران» تغییر نام می‌دهد. بنابراین به‌نظر می‌رسد ماهیت حقوقی و وابستگی ساختاری سازمان جدید، باید تابع وضعیت قبلی سازمان بیمه خدمات درمانی باشد.

۷. سازمان بیمه خدمات درمانی به‌موجب قوانین قبلی، به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی وابسته است و قانون برنامه پنجم در این مورد حکم جدیدی صادر نکرده است. بنابراین سازمان بیمه سلامت نیز تابع همان حکم خواهد بود. به‌موجب قانون برنامه پنجم، اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران باید به تصویب دولت برسد اما این موضوع که سازمان یاد شده به کدام وزارت وابسته باشد، یک موضوع اساسنامه‌ای نیست بلکه جنبه قانونگذاری دارد.

بنابراین، با نگاهی دقیق به احکام این قانون می‌توان دریافت که حد و مرز تقریباً مشخصی بین دو سمت «عرضه» و «تقاضا» در بازار خدمات سلامت وجود دارد. در واقع، محصول نهایی نظام سلامت در این بازار، تولید و عرضه خدمات سلامت است که خریدار اصلی آن سازمان بیمه سلامت خواهد بود. ازاین‌رو، بنا به اقتضائات نظارتی و جلوگیری از بروز فساد و تبانی در بازار خدمات پزشکی، معمولاً در نظام‌های بیمه اجتماعی سلامت، این دو قلمرو از یکدیگر جدا در نظر گرفته می‌شوند و این مرزبندی در احکام قانون برنامه پنجم نیز تا حد زیادی رعایت شده است.

مروری بر دیدگاه‌های کارشناسان

در این بخش از گزارش خلاصه دیدگاه‌های کارشناسان تعدادی از دستگاه‌های اجرایی مرتبط درباره الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت و موانع فراروی آن، بیان می‌شود:^۱

۱. فراهم نبودن زیرساخت‌ها: صندوق‌های بیمه‌ای موجود از نظر روش‌های تأمین منابع، سازوکارهای وصول حق بیمه و بسته‌های تعهدات و خدمات با هم متفاوتند. شرط ادغام این صندوق‌ها این است که ابتدا روش‌ها و سازوکارهای یاد شده یکسان شود تا شرایط یکپارچگی

۱. این دیدگاه‌ها در نشست هفتم خردادماه ۱۳۹۰ با حضور کارشناسانی از وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی ارائه شده و لزوماً دیدگاه مرکز پژوهش‌های مجلس نیست.

ساختار صندوق‌ها فراهم گردد. بنابراین برای ادغام صندوق‌ها باید سه گام متوالی برداشته شود:

- یکسان شدن نرخ حق بیمه و سهم هریک از شرکا (بیمه شده، کارفرما و دولت)،

- تعریف دقیق بسته تعهدات پایه و یکسان شدن آن برای همه صندوق‌ها،

- یکپارچگی ساختار صندوق‌ها.

۲. **ناعادلانه بودن نرخ حق بیمه:** در بند «د» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم، نرخ حق بیمه به‌گونه‌ای تعیین شده که سهم صندوق تأمین اجتماعی ۹ درصد حقوق و دستمزد، کارکنان کشوری و لشگری، روستاییان و عشایر و نیازمندان ۵ درصد (از سال چهارم برنامه به بعد ۶ درصد) و سایر اقشار با تصویب هیئت وزیران خواهد بود. علاوه بر تفاوت نرخ، کف و سقف درآمدهای مأخذ حق بیمه به نحوی تعیین شده که سهم حق بیمه صندوق تأمین اجتماعی در مقایسه با سایر صندوق‌ها بین دو تا ده برابر بیشتر است.^۱

۳. **توزیع معکوس درآمد (برخلاف عدالت بیمه‌ای):** در بیمه‌های اجتماعی اصل بر این است که درآمدها از اقشار پردرآمد به سمت اقشار کم‌درآمد بازتوزیع شود. چنین سازوکاری در درون صندوق تأمین اجتماعی برقرار است به نحوی که مبلغ پرداختی در سطوح دستمزدی بالا بیشتر از پرداختی سطوح دستمزدی پایین است، اما با در نظر گرفتن حق بیمه‌های تعیین شده در قانون برنامه پنجم، اگر منابع مالی صندوق‌ها ادغام شود، بازتوزیع درآمد از سمت بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی (که عمدتاً اقشار کم‌درآمد، با شغل ناپایدار و نامطمئن هستند) به سمت کارکنان دولت، روستاییان، سایر اقشار و همچنین دولت (به‌عنوان کارفرمای کارکنان دولت و عهده‌دار پرداخت حق بیمه نیازمندان) خواهد بود.

۴. **نامتجانس بودن ماهیت صندوق‌های ادغام‌شونده:** برخی از صندوق‌ها (مانند سازمان بیمه خدمات درمانی و صندوق‌های تابعه آن) از نظر قانونی، شرکت دولتی هستند و برخی دیگر (مانند سازمان تأمین اجتماعی) عمومی غیردولتی هستند. به‌لحاظ حقوقی، منابع، اموال و دارایی‌های این دو نوع صندوق قابل ادغام در یکدیگر نیست (البته قانون نیز صندوق تأمین اجتماعی را از این موارد مستثنا کرده است).

۵. **ناسازگاری بین برخی مواد مرتبط با بیمه سلامت:** در بند «د» ماده (۳۲) وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف شده «برنامه نظام درمانی کشور» را در چارچوب «یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع و ...» تهیه و جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه کند. با

۱. درآمد مبنای کسر حق بیمه برای مشمولان تأمین اجتماعی از حداقل دستمزد مشمولان قانون کار تا هفت برابر این حداقل است اما برای کارکنان کشوری و لشگری حداکثر تا دو برابر و برای روستاییان و عشایر و نیازمندان (کمک دولت) معادل یک برابر حداقل دستمزد است. علاوه بر این، نرخ حق بیمه نیز برای مشمولان تأمین اجتماعی ۹ درصد و برای دیگران ۵ تا ۶ درصد است.



وجود این، در بند «ب» ماده (۳۵)، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف شده «برنامه خدمات بیمه سلامت» را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات، در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان ساماندهی نماید.

۶. **اختیارات ویژه معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی:** در بندها و تبصره‌های مختلف ماده (۳۸)، اختیارات ویژه‌ای از قبیل پیشنهاد اساسنامه‌ها، آیین‌نامه‌ها و... برای معاونت پیش‌بینی شده که فراتر از وظایف و مأموریت‌های آن بوده و محدودکننده اختیارات دستگاه‌های تخصصی متولی موضوع است.

۷. **تضعیف نقش شورای عالی بیمه خدمات درمانی:** با وجود آنکه این شورا (که در قانون برنامه پنجم به شورای عالی بیمه سلامت تغییر نام داده) در حال حاضر جنبه قانونی دارد و نمایندگان ذینفعان مختلف در آن حضور دارند، انتظار می‌رفت که در تدوین اساسنامه سازمان بیمه سلامت، تدوین پیش‌نویس لایحه وظایف و اختیارات شورای عالی بیمه سلامت و تهیه پیش‌نویس آیین‌نامه‌ها نقش مؤثری داشته باشد، اما نقش این شورا در این فرآیندها به کلی نادیده گرفته شده است.

اصول ناظر بر احکام بیمه سلامت در قانون برنامه پنجم

احکام برنامه پنجم در زمینه بیمه سلامت مبتنی بر اصول و محکاماتی است که بر سایر احکام اثر می‌گذارند:

- پوشش اجباری همه افراد جامعه در نظام بیمه پایه سلامت، ولی با رعایت تمایز و تفاوت بین اقشار مختلف جامعه (بندهای «الف» و «د» ماده (۳۸))،
- تعیین تعهدات بیمه پایه سلامت برای همه افراد جامعه به‌طور یکسان، ولی به تدریج و متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده تا پایان برنامه (بند «ج» ماده (۳۸))،
- تعیین مبانی تعیین حق بیمه پایه سلامت بر مبنای «درصدی از درآمد»، ولی با نرخ و مأخذ متفاوت برای اقشار و گروه‌های مختلف، به استثنای بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی (بند «د» ماده (۳۸))،
- ادغام بخش‌های بیمه درمانی کلیه صندوق‌ها و همچنین دارایی‌ها، اموال، منابع و امکانات آنها، در یک سازمان، ولی با رعایت استثناهایی در مورد صندوق تأمین اجتماعی (بند «ب» ماده (۳۸))،
- یکپارچگی ساختاری در بیمه‌های سلامت از یکسو (ماده (۳۸)) و در کلیت نظام تأمین اجتماعی (شامل کلیه بیمه‌ها و حمایت‌ها) از سوی دیگر (ماده (۲۷))،
- تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت و بازنگری در ترکیب

اعضا، وظایف، اختیارات و مسئولیت‌های آن [به تناسب شرایط جدید] (تبصره «۳» بند «ب» ماده (۳۸))، با توجه به احکام یاد شده، حق بیمه اقشار مختلف برمبنای «درصدی از درآمد» تعیین شده ولی نرخ حق بیمه و سهم مشارکت بیمه‌شده‌ها برای گروه‌های مختلف متفاوت در نظر گرفته شده است.^۱ از سوی دیگر، قرار است پوشش بیمه به تدریج برای همه افراد جامعه اجباری شود و تعهدات بیمه نیز به‌طور تدریجی برای همه افراد یکسان و در قالب نظام ارجاع (از طریق پزشک خانواده) ارائه شود.

با نگاهی دوباره به مباحث ابتدای این گزارش درباره تجربه‌های جهانی، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که «نظام بیمه سلامت» مورد نظر در قانون برنامه پنجم توسعه، از نظر رویکرد پوشش جمعیت و تأمین منابع مالی، از نوع «نظام‌های مبتنی بر اشتغال» است اما سعی شده که از نظر روش ارائه خدمات (الگوی پزشک خانواده و نظام ارجاع) از «نظام‌های جامع و فراگیر» الگوبرداری شود.

هرچند که این مورد اخیر قرار است به‌طور تدریجی تحقق یابد، اما به‌دلیل فعالیت گسترده بخش خصوصی در ایران و عدم امکان محدودسازی و کنترل آن (برخلاف کشورهایی که نظام جامع فراگیر دارند)، تحقق چنین امری ناممکن به‌نظر می‌رسد. در واقع، مدل مورد نظر با هیچ‌یک از دو الگوی جهانی مورد بحث تطبیق ندارد و مهمترین نقطه ضعف آن نیز ناعادلانه بودن آن - از نظر نحوه مشارکت مالی اقشار مختلف - است.

از نظر تفکیک وظایف بین وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با رفاه و تأمین اجتماعی، در احکام قانون برنامه خطوط روشنی وجود دارد. وظایف مرتبط با سمت «عرضه خدمات» به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وظایف مرتبط با سمت «تقاضا» به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی واگذار شده است، اما در مواردی که ماهیت وظایف، همکاری مشترک و تعامل دوجانبه را ایجاب می‌کند، هر دو وزارتخانه عهده‌دار آن شده‌اند.

الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران

هرچند که به‌موجب قانون برنامه پنجم، دولت مجاز است کلیه بیمه‌های درمانی را در یک سازمان ادغام کند، اما مکلف به اجرای آن نیست. تجمیع بیمه‌ها بدون یکسان‌سازی مبانی حقوقی و منابع

۱. تا پیش از این، حدود نیمی از جمعیت کشور (مزد و حقوق‌بگیران) زیر پوشش بیمه مبتنی بر اشتغال بوده‌اند. سایر خانوارها (خویش‌فرمایان روستایی، شهری و سایر اقشار) به‌صورت نیمه‌حمایتی زیر پوشش بیمه همگانی بوده‌اند و نیازمندان نیز برمبنای روش آزمون وسع (سنجش درآمد) زیر پوشش نهادهای حمایتی بوده‌اند.



مالی آنها، برخلاف عدالت بوده و می‌تواند آثار زیانباری داشته باشد که کمترین آن، اعتراضات گسترده بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی و جامعه کارگری خواهد بود. بنابراین بهتر است در اجرای این برنامه همه جوانب در نظر گرفته شود و به تدریج - با طی همه مراحل و مقدمات لازم - و رعایت ترتیب و توالی زیر انجام گیرد:

- در گام نخست فقط وظایف خرید خدمات و نظارت بر نحوه ارائه آن، که در حال حاضر ازسوی بیمه‌های مختلف به صورت مشابه و موازی انجام می‌شود، در یک سازمان تجمیع شود. یعنی کلیه ارائه‌کنندگان خدمات در بخش دولتی، عمومی و خصوصی فقط با یک سازمان طرف قرارداد باشند.

- در گام بعدی با اجرایی شدن پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان، کلیه بیمه‌شدگان صندوق‌های مختلف با حفظ هویت بیمه‌ای صندوق خاص خود، دفترچه یا کارت بیمه سلامت یکسان دریافت کنند. به نحوی که در صورتحساب‌های ماهیانه، هزینه بیمه‌شدگان هر صندوق قابل تفکیک و محاسبه باشد.

- تا این مرحله، هر یک از صندوق‌ها در ازای خدماتی که - طبق صورتحساب‌ها - به بیمه‌شدگان آن صندوق ارائه شده، هزینه‌های مربوط را به صورت منظم و ماهیانه (و در صورت لزوم با پیش‌پرداخت، علی‌الحساب و...) خواهند پرداخت. نتیجه چنین وضعیتی این می‌شود که هویت مستقل صندوق‌ها محفوظ بماند و موجب اعتراض هیچ قشری نشود.^۱

- سایر مراحل این برنامه، مشروط به اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع و توسعه آن در تمام نقاط کشور است. در این صورت امکان دسترسی همه اقشار و گروه‌های جامعه به بسته خدماتی یکسان (خدمات پایه بیمه سلامت) فراهم می‌شود.

- یکسان‌سازی خدمات بیمه پایه سلامت برای همه، مستلزم این است که روش و فرمول مشارکت مالی آنان نیز یکسان باشد. بنابراین نرخ حق بیمه و مأخذ کسر آن - به تناسب درآمدشان - مطابق قاعده عدالت در بیمه‌های پایه،^۲ باید برای تمامی بیمه‌شدگان یکسان باشد.

روشن است که اگر بدون طی این مراحل بیمه‌ها در هم ادغام شوند، به معنای آن است که با دریافت حق بیمه‌های بیشتری از اقشار متوسط و کم‌درآمد (کارگران، کارمندان و بازنشستگان)،

۱. به دلیل ویژگی‌های خاص سازمان تأمین اجتماعی و ماهیت عمومی غیردولتی آن (در مقایسه با سایر بیمه‌ها که شرکت دولتی هستند) و همچنین با توجه به مستثنا شدن این سازمان از ادغام در سازمان بیمه سلامت (از جهت منابع، دارایی‌ها، امکانات و ...) موارد یاد شده در مورد این سازمان از حساسیت بیشتری برخوردار خواهد بود.

۲. قاعده عدالت در بیمه پایه سلامت این است که مشارکت مالی هرکس «به تناسب توانش» و برخورداری هرکس «به تناسب نیازش» باشد. این نوع عدالت، در حق بیمه‌های مبتنی بر «درصدی از درآمد» به شرط آنکه نرخ و فرمول محاسبه نیز برای همه مشابه باشد، اتفاق می‌افتد.

همه افراد جامعه را ظاهراً از دسترسی یکسان به خدمات برخوردار کرده‌ایم، درحالی که عملاً ساکنان شهرهای بزرگ دسترسی بیشتری به خدمات خواهند داشت که نتیجه آن برخلاف عدالت بیمه‌ای و نوعی بازتوزیع معکوس است.

جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

۱. یکپارچگی و انسجام در ساختار بیمه‌های سلامت و ساماندهی اجزای مختلف آن یک ضرورت است که می‌تواند از بروز همپوشانی‌ها، ناهماهنگی‌ها و هدرروی منابع جلوگیری کند. با توجه به تجربه‌های موفق جهانی، راهکار بیان شده در ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم (نظام تأمین اجتماعی چندلایه) مناسب‌ترین راهبرد برای دستیابی به این هدف است.
۲. تجربه‌های جهانی بیانگر این است که نظام‌های جامع و فراگیر سلامت متکی به منابع مالی دولت و امکانات دولتی هستند. در این‌گونه نظام‌ها یا هیچ حق بیمه‌ای دریافت نمی‌شود و یا اینکه مشارکت مردم در حداقل ممکن و به‌طور مقطوع و سرانه است. این‌گونه نظام‌ها، مبتنی بر نظام ارجاع بسیار منضبط، محوریت پزشک خانواده و کنترل جدی بازار بخش خصوصی است. به‌نظر می‌رسد در کشور ما تحقق چنین شرایطی - حداقل در کوتاه‌مدت - غیرممکن خواهد بود.
۳. با توجه به دلایل و شواهدی که در این گزارش ارائه شد، نظام بیمه سلامت مورد نظر در قانون برنامه پنجم، از نوع بیمه‌های اجتماعی «مبتنی بر اشتغال» است. یعنی الگویی که متکی به دریافت «حق بیمه مبتنی بر درآمد» از شاغلان (و افراد دارای درآمد) و حمایت دولت از نیازمندان است.
۴. به‌موجب اصل بیست‌ونهم قانون اساسی،^۱ «... حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و ...» جزء خدمات و حمایت‌های «تأمین اجتماعی» برشمرده شده و در ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم نیز بر «رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی» بین لایه‌های مختلف نظام تأمین اجتماعی تأکید شده است.^۲
۵. در احکام قانونی مربوط به ادغام بیمه‌های درمانی در سازمان بیمه سلامت، برای صندوق تأمین اجتماعی استثناهایی در نظر گرفته شده که تمامی امکانات و خدمات مربوط به درمان مستقیم

۱. اصل بیست‌ونهم: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و ... حقی است همگانی. دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند.

۲. در هنگام تصویب این ماده در صحن علنی مجلس شورای اسلامی، پیشنهاد حذف عبارت «بیمه‌های درمانی» از این ماده ارائه شد که هدف از آن جداسازی بیمه‌های درمانی از نظام تأمین اجتماعی بود اما این پیشنهاد رأی نیاورد.



(تبصره «۲» بند «ب») و همچنین کلیه دارایی‌ها، تعهدات،^۱ اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه‌های درمان (تبصره «۴») را دربرمی‌گیرد. در واقع، در مورد این سازمان هیچ چیزی برای واگذار شدن باقی نمی‌ماند.

۶. باوجود این، اگر بخواهیم ادغام بیمه درمانی سازمان تأمین اجتماعی را در سازمان بیمه سلامت بپذیریم، می‌توان گفت که این ادغام صرفاً ادغام وظایف خرید خدمات درمانی بدون انتقال منابع است. در این صورت، سازمان بیمه سلامت، خدمات مورد نیاز بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی را خریداری و تأمین می‌کند و سازمان تأمین اجتماعی نیز «براساس عملکرد در قبال ارائه خدمات» (مطابق تبصره «۴» بند «ب» ماده (۳۸)) هزینه‌های آن را می‌پردازد.

۷. ادغام بیمه‌های درمانی در یک سازمان برای دولت یک مجوز و منوط بر ایجاد زیرساخت‌های لازم است. اما اگر دولت مصمم به اجرای آن باشد، بهتر است این کار با توجه به همه جوانب و رعایت مقدمات آن انجام شود تا با ایجاد تبعیض و بی‌عدالتی، موجب اعتراض و نارضایتی بیمه‌شدگان نشود.

منابع و مأخذ

۱. سازمان جهانی بهداشت، گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۰، ترجمه گروه مؤلفان، مؤسسه فرهنگی ابن سینای بزرگ، ۱۳۸۲.
۲. سپهری، محمدرضا و همکاران. مقاله‌نامه‌های بین‌المللی کار، مؤسسه کار و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۳.
۳. قانون اساسی جمهوری اسلامی، مصوب سال ۱۳۶۸.
۴. قانون برنامه پنجم توسعه، مصوب سال ۱۳۸۹.
۵. قانون تأمین اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴ و اصلاحات بعدی آن.
۶. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، مصوب سال ۱۳۸۳.
7. Social Security Programs throughout the World (SSPW), 2010.

۱. مستثنا شدن «تعهدات» صندوق تأمین اجتماعی از ادغام به معنای این است که این صندوق همچنان در برابر بیمه‌شدگان خود تعهد مستقیم خواهد داشت و وظایف بیمه‌گری آن منتقل نمی‌شود. چراکه به موجب قوانین، صندوق‌های بیمه ماهیت تعهدی دارند و حق بیمه‌شدگان در قبال این صندوق‌ها منحصر به دریافت تعهدات قانونی است. (بند «ی» ماده (۹) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی)



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شماره مسلسل: ۱۲۰۶۸

شناسنامه گزارش

عنوان گزارش: بیمه سلامت در برنامه پنجم (۱) الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران

نام دفتر: مطالعات اجتماعی (گروه امور استخدامی، روابط کار و امور اجتماعی)

تهیه و تدوین: مظفر کریمی

ناظر علمی: علی اخوان بهبهانی

متقاضی: معاونت پژوهشی

شرکت‌کنندگان در نشست‌های کارشناسی: علی شجاعی، آناهیتا کشاورزی، سیدموسی

طباطبایی، بهزاد صدیقی، علی محرابی، سیدجعفر رضوی، طاهره پورشمسیان، رضا

حسین‌پور، عباس اکبریان

ویراستار تخصصی: —

ویراستار ادبی: —

واژه‌های کلیدی: —

تاریخ انتشار: ۱۳۹۰/۹/۶