



و در مقدمه لایحه، پنج هدف عمدۀ برای آن بیان
گردیده بود:

- ۱- تعیین مرجع عالی سیاست گذاری و
تصمیم‌گیری در امور درمان
- ۲- پیش‌بینی پوشش خدمات درمانی برای
روستاییان و اقشار آسیب‌پذیر جامعه
- ۳- تشکیل سازمانی مستقل برای اداره امور

لایحه بیمه خدمات درمانی در اوخر سال
۱۳۷۱ از سوی دولت تقدیم مجلس شورای
اسلامی شد و در دوره چهارم مجلس شورا تحت
بررسی قرار گرفت. این لایحه پیشنهادی
سازمان برنامه و بودجه برای نظام بیمه خدمات
درمانی همگانی ادعای تفاوت‌های اساسی با
وضعیت آن زمان بیمه همگانی در کشور داشت

بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت

۴- امکان مشارکت شرکت‌های بیمه بازارگانی در زمینه ارایه خدمات بیمه درمانی به مقاضیان

۵- خودگردانی بیمارستانها و افزایش انگیزه‌های سرمایه‌گذاری در این زمینه

این لایحه با تمام مشکلات و سوالاتی که در مورد آن وجود داشت به تصویب رسید و امروز نقاط تاریک آن در عمل ایجاد اشکال نموده‌اند. طرح مجدد این مشکلات گرچه حدیث مکرر است، برای آگاهی از وضعیت فعلی و حل معضلات اجتناب‌ناپذیر می‌باشد.

امروزه بسیاری از کشورهایی که پیشرفت‌های چشم‌گیری در مسائل پزشکی و درمانی داشته‌اند، دارای بیمه همکانی می‌باشند و طراحان لایحه مذکور به این دیدگاه دست یافته‌اند که اگر بیمه در کشور ما هم به صورت همگانی درآید، به طور قطع ما هم در همان مسیر پیشرفت و ترقی و از بین بردن نابه‌سامانی‌ها سیر خواهیم کرد. به نظر می‌رسد که این افراد خود با دفترچه‌های بیمه و مراکز بیمه درمانی سروکار نداشته‌اند.

تفکر تأمین اجتماعی در ایران سابقه‌ای ۹۱ سال دارد و برای اولین بار به صورت قانون «وظایف» در سال ۱۲۸۶ و به منظور حمایت از «خانواده وارث مأمورین دولتی شاغل در خدمات عمومی» شکل اجرایی یافت و این روند، همچنان ادامه پیدا کرد تا بر اساس ماده ۳۷ قانون کار در اردیبهشت ۱۳۲۵، «بنگاه رفاه اجتماعی» پا به عرصه وجود گذاشت و در سال ۱۳۲۶ شروع به کار کرد. در سال ۱۳۳۱، لایحه قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران به تصویب رسید و اجرای

قانون بر عهده «سازمان بیمه‌های اجتماعی» محول گردید. با اصلاحات سال‌های ۴۲ و ۴۷ به دولت اجازه داده شد که علاوه بر کارگران، امور بیمه کارمندان و یا اشخاصی را که در چارچوب قوانین استخدامی به ترتیب خاصی بیمه گردیده‌اند، به سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران واگذار نماید و در سال ۱۳۴۸، بیمه‌های اجتماعی روسانیابان هم به تصویب رسید و در سال ۱۳۵۴ قانون تأمین اجتماعی و مشمول خدمات و حمایت‌های بیمه‌های مصوب شد و در نهایت به موجب اصول سوم، بیست و نهم و چهل و سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی، بارزترین وظیفه دولت، تأمین اجتماعی و تعیین اصول و اجرای حمایتها و اقدامات تأمینی از دیدگاه ارزشی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشد. با این تاریخچه تقریباً طولانی در امر تأمین اجتماعی، آیا کسانی که به هنگام طرح این لایحه دفترچه‌های بیمه می‌باشند، از آن راضی بودند؟ یا اشخاصی که در حال حاضر دارای دفترچه بیمه می‌باشند از آن راضی هستند؟ آیا کسانی که به این دسته از بیماران خدمت ارایه می‌کردند یا می‌کنند، راضی می‌باشند؟

در مراکز دولتی بیمار به چشم یک انسان دیده نمی‌شود، نارضایتی‌های کارکنان تبدیل به انتقام از بیمار می‌گردد. در راس مشکلات این مراکن، عدم مدیریت، ضعف مدیریت و گاهی سو مديريت به خوبی مشهود است. از سوی دیگر، کسانی که به مراکز درمانی خصوصی مراجعه می‌کنند، به سرعت به مشکلاتشان رسیدگی می‌شود و تا حدی مورد توجه و احترام قرار می‌گیرند البته

۱۳۷۷ پرداخت‌های بدھی‌های معوقه خود را با پرداخت ۶۴۰ میلیارد ریال آغاز کند که این چنین نشد (روزنامه صبح امروز، دوشنبه ۱۲ بهمن، صفحه ۳) و اکنون که قرار است جمعیت ۵۰ یا شصت میلیونی بیمه شوند آیا دولت توانایی پرداخت این بیمه‌ها را خواهد داشت؟ در حال حاضر که این عدد به ۵۰ یا شصت میلیون نرسیده است چه؟ جواب این پرسش را از زبان دکتر خالق نژاد طبری، رئیس هیات مدیره و مدیر عامل سازمان بیمه خدمات درمانی، می‌خوانیم: «در هیچ جای دنیا سراغ نداریم که فردی هنگام بیماری درخواست دفترچه بیمه کند و با پرداخت حق سرانه‌ای اندک، اعمال جراحی چند میلیون تومانی انجام دهد... روش‌های تحمیلی به سازمان بیمه خدمات درمانی نه تنها کمکی به بیمه شدگان در زمان بیماری نکرد، بلکه به دلیل تاخیر در پرداخت‌ها به مراکز درمانی، موجب کاهش درآمد آنان و در نتیجه کاهش کارآیی و خدمت رسانی به بیمه شدگان گردیده است. ادامه این روند منجر به وارد آمدن ضررها جبران ناپذیری به نظام درمانی کشور خواهد شد. در ۶ ماهه اول سال ۷۷، مبلغ ۱۶۰ میلیارد ریال بابت بیمه شدگان خویش فرما هزینه کرده‌ایم ولی درآمد حاصل از حق سرانه آنان تنها ۱۷ میلیارد ریال بوده است.» (صبح امروز، ۲۶ دی ۱۳۷۷، صفحه ۳). به عبارت دیگر، دینی معادل ۱۴۳ میلیارد ریال فقط طی ۶ ماه بر عهده دولت گذاشته شده است که باید به آن هزینه ده یا دوازده میلیون نفر قشر آسیب‌پذیر را که به کمیته امداد حواله داده‌اند و بنا است هزینه آن را از بودجه عمومی بدھند، نیز افزوده گردد.

این گونه مراکز هم دارای مشکلاتی چون: هزینه گراف، عدم رعایت درمانهای استاندارد و معمول و گاهی درمانهای غیر ضروری و مؤثر می‌باشتند.

وجه دیگر این منشور، افرادی هستند که به این دسته از بیماران خدمت ارایه می‌کنند، وقتی بیماری با دفترچه راهی مراکز درمانی می‌شود، پزشک (به‌ویژه متخصصین) یا کارکنان درمانی اصلاً آن را نمی‌پذیرند زیرا اولاً، تعریف‌های در نظر گرفته شده برای این گونه خدمات معقول و با در نظر گرفتن تورم سالانه محاسبه نگردیده است. ثانیاً، مشکل عدم تأمین منابع پولی این خدمات است، به عبارت ساده‌تر دولت نداشت و ندارد که راحت پردازد، در همین ماههای اخیر شاهد بودیم که حتی داروخانه‌ها از پیچیدن نسخ بیمه‌ای خودداری می‌کنند که خود دلیل برای عدم پرداخت‌های به موقع بیمه می‌باشد.

در زمان طرح این لایحه، بیمارستانهای خیلی معمولی دولتی که درمانهای سطح بالا را انجام نمی‌دادند، تقریباً یک سوم هزینه‌های بیمارستان را از طریق درآمدهای بیمارستان تأمین می‌کردند و دو سوم بقیه را دولت به عنوان سوبسید پرداخت می‌کرد. دولت آن زمان با جمعیتی حدود ۲۰ یا ۲۱ میلیون فرد بیمه‌ای نمی‌توانست حتی حق بیمه‌های بیمارستانهای دولتی (با آن تعرفه‌های کم) را بپردازد. در مصاحبی یکی از مدیران تأمین اجتماعی، گوشه‌ای از این ادعا اثبات می‌گردد، وی بیان می‌دارد که دولت از سال ۱۳۶۱، مبلغ ۵ هزار میلیارد ریال به سازمان تأمین اجتماعی بدهکار است و قرار بود در سال

است، «طب ملی» می‌باشد که باید با توجه به تجربیات کشورهای گوناگون در این زمینه، در نظر گرفتن مسایل و مضامین جامعه ایران، شرایط اقلیمی و... به انجام آن اقدام ورزید.

به طور خلاصه باید گفت که وظیفه دولت حمایت از اشار مختلف در شاخه‌های گوناگون تأمین اجتماعی می‌باشد. در برخی موارد، اهمال در درمان منجر به صدمه‌های جبران ناپذیری خواهد گردید و با توجه به وضعیت کنونی درمان در سطح جامعه، روش فعلی باید دگرگون شود. مثلث بیمار، بیمه و ارایه کنندگان خدمات درمانی نه تنها به هم پیوست ندارند بلکه هر کدام سازی جداگانه برای خود می‌زنند، به همین دلیلی باید از همین نقطه به جستجوی راه حل پرداخت. توقع این که سازمان خدمات درمانی و نوع بیمه کارکنان دولت بتواند مشکلات و مضامین درمانی را حل کند، بسیار دور از انتظار می‌باشد. عواملی مثل سازمان‌های عریض و طویل و موازی، استفاده ناهمگانی از خدمات، جدایی بهداشت از درمان و... باعث تشدید اوضاع نا به سامان کنونی می‌شوند. راه حل‌های متعددی برای بروز رفت از این مشکل مطرح هستند که لازم است با نقد مداوم، توجه به تقاضی صاحب نظران دلسووز و آگاه و برطرف کردن عیوب، به سیستم دلخواهی دست یازید و سلامت را برای جامعه تضمین کرد، انشا...!

دکتر مجتبی سرکندي

آیا بهتر نبود از همان چیزی که داشتیم استفاده بهینه می‌کردیم و به تدریج افراد تحت پوشش آن راگسترش می‌دادیم؟ هدف دیگر این لایحه، تعیین مرجع عالی سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری در امور درمان می‌باشد که باید با شک و تردید با آن برخورد کرد.

مسئله مهم امروز ما فقدان یک مرجع رسمی و واحد است یا فقدان طرح درست و نظام اجرایی متناسب با آن؟ ترکیب وزیر بهداشت و دولت از یک سو و دستگاه قانون‌گذاری مجلس از طرف دیگر چه کاستی ای دارد؟ اگر چنین «مرجعی» قرار است مؤثر باشد، آیا با وظایف وزیر بهداشت و مجلس تداخل وجود نخواهد داشت؟ آیا با این شرایط می‌توان از امکانات فیزیکی موجود استفاده بهینه کرد؟ و...

تأمین اجتماعی شامل دو بخش حمایتی و درمانی می‌گردد، آیا بهتر نبود بخش حمایتی به تأمین اجتماعی و بخش درمانی به سازمان خدمات درمانی سپرده می‌شد. البته سازمان برنامه و بودجه و نهادهای اقتصادی به دلیل مشکلات اقتصادی کشور بسیار مایل هستند تا این دو بخش را با هم مخلوط نمایند ولی نباید مقهور نظرات سازمان برنامه بودجه گردید زیرا همین سازمان با دیدگاهی بسته عنوان کرد که سرانه ۲۰۰ تومان حق بیمه برای اجرای لایحه خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ کفایت می‌کند!!

از راه حل‌های مناسب برای حل مشکلات عدیده درمانی که بارها اندیشه آن نصیح گرفته و بعداً به دست فراموشی سپرده شده