

A T I Y E H N O



عضو کمیسیون اجتماعی مجلس اعلام کرد طرح تجزیه پرداخت بدهی نهاد دولت به سازمان تامین اجتماعی در صحن علنی مجلس وصول شده است. محمد اسماعیل سعیدی با بیان اینکه بدهی دولت به این سازمان بیش از ۱۰۰ هزار میلیارد تومان است، گفت: «هر سال بدهی دولت به صندوق های بیمه ای از جمله سازمان تامین اجتماعی انباشته می شود که با توجه به شرایط فعلی سازمان تامین اجتماعی و دیگر صندوق های بیمه ای، باعث نگرانی نمایندگان ملت شده است.» نماینده مردم تبریز، آذرشهر و اسکو در مجلس شورای اسلامی افزود: «طرح مذکور دولت را نسبت به انجام تعهدات خود و پرداخت بخشی از بدهی ها ملزم می کند. بر همین اساس یکی از اولویت های بودجه سال ۹۵ بحث بدهی های دولت به سازمان تامین اجتماعی است.»

طرح تجميع بیمه‌ها منطق یا احساس؟

در هر تصمیم‌گیری، باید سه شرط مهم را مدنظر داشته باشیم. شرط اول این است که در تصمیم‌گیری، باید منفعت ملی دیده شود و بر اساس کلیت جامعه باشد؛ زیرا اگر غیر از این باشد، این تصمیم می‌تواند منجر به صدمه ملی شود. شرط دوم این است که در اتخاذ تصمیمات ملی نباید شرایط احساسی کنیم؛ زیرا احساسی کردن و منتهب ساختن شرایط باعث می‌شود که تصمیم درستی نگیریم. حتی وقتی فضا احساسی می‌شود، اگر حرف درستی هم زده شود، تشخیص درست و غلط بودن آن اظهار نظر سخت می‌شود. شرط سوم بر این اتخاذ تصمیمات ملی این است که آن تصمیم مبتنی بر داشته‌ها و توانمندی‌های ما باشد. یعنی ابتدا توان و وضعیت خود را محاسبه کنیم و سپس تصمیم بگیریم.

در بحث تجمع بیمه‌های درمانی، به عنوان یک تصمیم کلان ملی، به نظر نمی‌رسد که این شروط رعایت شده باشد. مثلاً در طرح تجمع بیمه‌ها باید محاسبه کنیم که اجرای طرح ادغام بیمه‌ها چه مزایا و چه معایبی خواهد داشت و کدام کفه ترازو منفعت بیشتری برای مردم دارد، اما متأسفانه خیلی‌ها این ارزیابی را انجام ندادند.

موقتی بحث تجمع بیمه‌ها را مطرح می‌کنیم، با یکدیگر وحدت موضوع داریم، اما وحدت منابع نداریم، در حالی که اگر بنا بر مشارکت است، باید حق بیمه همه شرکای صندوق با یکدیگر برابر باشد. در حال حاضر خود سازمان تأمین اجتماعی نیز به کمک دارد و بیمه‌شدگان این سازمان نیز که اغلب اقشار آسیب‌پذیر جامعه هستند، حق درمان را از جیب خود پرداخت می‌کنند.

حال در این شرایط، وقتی از تجمع بیمه‌ها حرف می‌زنیم، این طرح برای جامعه هدف مبهم است. یعنی بیمه‌شده نمی‌داند که با تجمع بیمه‌ها چه منفعتی قرار است به او برسد، آن هم در حالی که با شروع و همراهی بحث بیمه از حقوق بیمه‌شده، مشکل اینجاست که بحث تجمع بیمه‌ها به جای آنکه به صورت کارشناسی بررسی شود، عده‌ای علاقه و اصرار دارند که این بحث را بیشتر به صورت احساسی و در فضای رسانه‌ها مطرح کنند. یعنی به جای آنکه طرفین دور هم بنشینند و استدلال‌هایشان را به صورت علمی مطرح کنند، عده‌ای از این فضا گریزان‌اند و علاقه دارند که این بحث منطقی و جدی را به شکل احساسی پیش ببرند.

وقتی قرار است تصمیمی ملی گرفته شود، بدیهی است که باید منفعی ملی هم در آن لحاظ شود، اما از دید کارگران و بیمه‌شده‌ها، تجزیم بیمه هیچ منفعتی به حال کارگر ندارد. از دید بیمه‌شده‌های سازمان تأمین اجتماعی، تجزیم بیمه‌ها به این معنی است که بخشی از نهاد دولت در جیب کارگران دزدیده شده تا منابع آن‌ها را مالک شود. پاسخ به این دغدغه کارگران نیز در فضای احساسی وجودآمده فراموش شده است.

نکته مهم دیگر این است که هم اکنون وقتی بیمه‌شدای حق بیمه پرداخت می‌کند، با آramش و با نظر بیشتر به مراکز ملکی تامین اجتماعی مراجعه می‌کند و این کارخانه خوش می‌داند، زیرا برای دریافت خدمات درمانی قبلا حق بیمه پرداخت کرده است و حس مطالبه‌گری خواهد داشت، اما با جمع بیمه‌ها دیگر این حس به بیمه‌شده دست نمی‌دهد و حس مالکیت نخواهد داشت. متأسفانه در بحث جمع بیمه‌ها، تنها چیزی که فراوان شده بحث حق و حقوق بیمه‌شده‌هاست. کسی از بیمه‌شده نمی‌پرسد که به‌عنوان ذی‌نفع صندوق بیمه‌ای که در ادامه حیات صندوق نقش داشته، چه نظری درباره جمع بیمه‌ها دارد و اصلا با اینکه در اموال او شریک شود موافق است یا خیر؟

حتی اگر فرض کنیم که جمیع بیمه‌ها نیز انجام نشود، باز این پرسش مطرح می‌شود که اگر طرح اقدام بیمه‌های درمانی به هر دلیلی در مرحله اجرا موقتاً آمیز نبود و رضایت عمومی را به دنبال نداشت، این وسط چه کسی پاسخگو خواهد بود؟ این‌ها دغدغه‌ها و سؤالاتی است که در بحث جمیع بیمه‌ها مغفول مانده و پاسخ روشنی به آن‌ها داده نشده است، در حالی که وقتی به این دغدغه‌ها پاسخ می‌دهیم و منطقی و جامع‌کننده‌ای ندیده‌ایم، نباید انتظار داشته باشیم که جامعه هدف از جمیع بیمه‌ها راضی باشد و با آن همراهی کند.

عضو سابق هیات مدیره سازمان تامین اجتماعی

محمد حسن طریقت منفرد، وزیر سابق بهداشت و معاون اسبق در مان سازمان تامین اجتماعی در گفت و گوبا آتیه نو:

بدون راهنمای بالینی را بیمه‌ها اصلاً تحت پوشش قرار نمی‌دهند، اما ما پول خدمات القایی را هم از بیمه‌ها می‌گیریم.

■ عده‌ای از کارشناسان معتقدند وزارت بهداشت بحث ادغام بیمه‌ها را مطرح می‌کند تا شاید از این راه، اعتبارات جدیدی برای طرح تحول سلامت یابا فرزند، اما متولیان نظام سلامت این حرف را قبول ندارند و تاکید دارند که ادامه اجرای این طرح منوط به تصمیم نهایی در مان است. کدام یک از این استدلال‌ها در نه‌های در فم مردم است؟


این طرح در بیمارستان‌ها شروع شده و حالا با مشکل کمبود اعتبارات، در همان بیمارستان متوقف شده است. حرف حساب این است که اگر ساختار سلامت معیوب است، همه جای آن معیوب است. حال در این شرایط اگر شما اصلاح پایه و بی ساختمان را رها کردید و به اصلاح نمای آن پرداختید، اتفاقاً ساختار زودتر فرو می‌ریزد. این اتفاق است که طرح تحول سلامت را تهدید می‌کند. عنوان می‌کنند که به دلیل وضعیت اضطراری بخش درمان، طرح تحول را از بخش درمان شروع کرده‌اند، اما این استدلال هم درست به نظر نمی‌رسد. در یک برهه زمانی به دلیل تخصیص پیدا نکردن اعتبارات کافی، بیمه‌ها دچار مشکل شدند و هزینه بیماران بستری بالا رفت که اتفاق بسیار نامبارکی بود، اما اینکه به خاطر حل یک مشکل نظام سلامت، کل ساختار را به هم بریزید و قواعد علمی را رعایت نکنید، توجیه قابل قبولی نیست. حتی در بخش بستری این طرح به‌طور مشخص موفق نبوده و پس از اجرای طرح، هزینه بیماران بستری به نسبت زمان قبل از اجرای این طرح، بیشتر شده است.

با تمام این تفاسیر، حتی با تجمیع بیمه‌ها نیز منابع جدیدی برای طرح تحول سلامت ایجاد نخواهد شد. نمی‌شود سهم درمان بیمه‌شده را که باید خرج همان بیمه‌شده شود، خرج بیمارانی کرد که در آن صندوق بیمه‌ای مشارکت نداشته‌اند. این کار عرفی، قانونی و اخلاقی نیست، اما شاید عده‌ای فکر می‌کنند با پیدا کردن همه‌ی متواننده‌ها منابع سازمان‌های بیمه‌گر دسترسی پیدا کنند.

■ اگر استدلال‌های موافقان طرح تجمیع بیمه‌های درمانی را بپذیریم، باز هم این سوال پیش می‌آید که چرا این اقدام از انبوه بیمه‌های درمانی موجود در دل سازمان‌های دولتی شروع نمی‌شود؛ همان‌طور که در طرح سازمان تامین اجتماعی پیشنهاد شده صندوق‌های باب‌دوجه دولتی تجمیع نشوند و صندوق‌های متکی بر منابع مردمی، استقلال خود را حفظ کنند؟

چون خود دولتی‌ها مخالف این کار هستند، من در سال ۸۸ مأمور شدم بیمه‌های درمانی را جمع‌کنم، اما جالب است که در آن زمان، خود دولت کوتاه آمد و از ما خواست از این کار دست بکشیم. مثلاً شرکت نفت این استدلال را مطرح می‌کرد که نباید فردی که در گرمای سوزان در سکوهای نفتی در وسط دریا کار می‌کند، در همان صف دریافت خدمات درمانی قرار بگیرد که دیگران می‌ایستند. در آن برهه زمانی، خود دولت هم پیچیده بود که نمی‌تواند یک نسخه واحد برای همه مردم بپیچد. اما حفظ استقلال صندوق‌هایی که از جیب مردم برای ذخایر آن‌ها خرج شده در سطوح پایین اولویت اول و آخر باشد، این یک اصل غیر قابل مذاکره است.

■ به عنوان موسسید کرده نظام سلامت، گمان می کنید راه حل نارسایی های فعلی نظام سلامت چیست؟ آیا واقعا اولویت نظام سلامت تجمع بیمه های درمانی است؟



خیر. تجمع بیمه‌ها فقط بار مشکلات نظام
سلامات را افزایش می‌دهد. راه‌حل اصلی
مشکلات نظام سلامت این است که مدیریت
بهداشت و درمان با مشارکت همه
ذی‌نفعان انجام شود، به طوری
که هم منافع ارائه‌دهنده
خدمات درمانی و هم منافع
گیرنده خدمت، توانان
دیده شود، نه اینکه فقط
منافع ذی‌نفع مقتدر
لحاظ شود. در این
مسیر، بیمه‌ها نیز نقش
مدافع حقوق بیماران
را خواهند داشت و
از حقوق بیمه‌شدگان
صیانت می‌کنند. راه‌حل
مهم دیگر اصلاح مدیریت‌ها در
نظام سلامت است.



همچنین اگر می‌خواهند فقط یک دفترچه بیمه پایه را اختیار مردم باشد، شورای عالی بیمه به راحتی می‌تواند این موضوع را بدون تجمع بیمه‌ها حل کند و توزیع یک دفترچه واحد را به تصویب برساند. وقتی می‌شود گرهی را با دست باز کرد، چرا با دندان آن را باز کنیم؟

■ وزارت بهداشت معتقد است که راه حل مشکل بدهی بیمه‌ها به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی دولتی نیز در دل ادغام بیمه‌های درمانی نهفته است. آیا این دو موضوع نیز به هم ربط ندارند؟

این دو مسأله هم به یکدیگر ربط ندارند. دلیل بدهی بیمه‌ها کاملاً مشخص است و هیچ ربطی به مسأله تجمع بیمه‌ها ندارد. در همه جای دنیا، بیمه‌ها باید این اقتدار و استقلال را داشته باشند که خروجی و ورودی منابع خود را تعیین و متعادل کنند. بیمه باید خودش اختیار داشته باشد که بسته خدماتی‌اش را تعیین کند؛ در واقع، بیمه نمی‌تواند بیشتر از ورودی منابع خروجی داشته باشد. اما متأسفانه در کشور ما خروجی بیمه‌ها را دیگران تعیین می‌کنند، در حالی که اگر می‌خواهیم بیمه یک خرید خدمت را هر بدی داشته باشد، باید به بیمه اختیار بدهیم. بنابراین وقتی شما اجازه ندهید که بیمه‌ها متناسب با توان خودشان بسته خدمتی تعیین کنند و خروجی‌شان را دیگران تعیین کنند، معلوم است که بیمه‌ها به بیمارستان‌ها بدهکار می‌شوند. وقتی بیمه را مکلف می‌کنند که در ادوار مختلف فالان گروه را نصف قیمت بیمه کند، تحمل می‌کنند که حتی عده‌ای بدون حق بیمه تحت پوشش قرار بگیرند و تعرفه‌ها را طوری بالا می‌برند که متناسب با وضعیت مالی بیمه‌ها نیست، معلوم است که در نهایت بیمه کم می‌آورد و بدهی‌اش زیاد می‌شود.

همچنین زمانی که شما هیچ راهنمای بالینی برای ارائه خدمات تعریف نکرده‌اید و تقاضاهای القایی گسترش پیدا کرده، طبیعی است که بیمه‌ها بدهکار خواهند شد، در حالی که در کشورهای توسعه‌یافته، خدمات درمانی

نه از جیب مردم، بنابراین در این کشورها، تجمع بیمه‌ها شدنی است، چون منابع نظام سلامت فقط از یکجا تأمین می‌شود، اما در کشور ما مردم و بیمه‌شده‌ها نیز بخشی از منابع نظام سلامت را تأمین می‌کنند و تازه هر کدامشان هم حق بیمه متفاوتی بپردازند می‌کنند، بنابراین نمی‌شود در این شرایط، همه مردم را زیر چتر یک بیمه بدون رقابت برد.

اما موافقان تجمیع بر این باورند که دولت می تواند با تخصیص اعتبارات، اختلاف حق بیمه ها را از خزانه پرداخت کند تا این مشکل هم حل شود؟

در حال حاضر دولت میلیون ها نفر را به صورت رایگان بیمه کرده، اما آیا حق بیمه آن‌ها را به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت کرده‌است؟ دولت حتی همان سهیم ۳۰ درصدی حق بیمه افراد را هم نمی‌تواند سازمان تأمین اجتماعی به موقع پرداخت کند. بنابراین چنین استبدادلی با توجه به سوابق دولت و وضعیت فعلی بودجه‌های دولت در مقام عمل، شدنی نیست. نباید از یاد ببریم که قبل از انقلاب تا دهه ۶۰ نیز بیمه‌های درمانی جمعیت شده بودند، اما در آن زمان آن‌ها هم موفقیت آمیز بود و نه نهایت این جمعیت به نفع کارگران تمام شد که حالا می‌خواهیم همان تجربه شکست خورده و تلخ تاریخی را دوباره تکرار کنیم؟

■ فقط این استدلال نیست. می‌گویند بدون تجمع بیمه‌ها، حتی تشکیل پرونده الکترونیک سلامت برای بیماران امکان‌پذیر نیست یا عنوان می‌شود که برای توزیع یک دفترچه بیمه واحد، باید بیمه‌ها تجمع شوند.

تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، کار ساده‌ای است و اصلاً نیازی به جمع‌بیمه‌ها ندارد. حتی در سال ۸۹، راحل این مشکل پیدا شد. در آن سال قرار بود کمپسینی زیر نظر معاون رئیس‌جمهور، تشکیل شود؛ به گونه‌ای که بیمه‌ها اطلاعات الکترونیک بیمه‌شده‌ها را به وزارت رفاه بدهند و وزارت رفاه نیز همپوشانی‌ها را مشخص کند، اما این اتفاق تاکنون عملیاتی نشده است. با این حال، اینکه می‌گویند پرونده الکترونیک سلامت به جمع‌بیمه ربط دارد، این بحث علمی و منطقی نیست.

● **سمن اعظمی نژاد** ●

● خبرنگار درمان ●

این روزها بحث جمع‌بیمه‌های درمانی حسابی داغ شده است. از یک طرف، وزارت بهداشت برای ادامه اجرای طرح تحول نظام سلامت جمع‌بیمه‌های درمان را منطقی می‌داند و از سوی دیگر، سازمان‌های بیمه‌گر از جمله سازمان تأمین اجتماعی تأکید دارند که درمان سازمان تأمین اجتماعی به دلایل متعدد علمی و حقوقی و تجربی ادغام‌پذیر نیست.

دکتر محمدحسین طریقت منفرد هم سابقه مدیریت کلان در وزارت بهداشت و هم سابقه مدیریت در سازمان تامین اجتماعی بوده و به عنوان وزیر بهداشت خدمت کرده و سال‌ها به عضویت در هیأت مدیره سازمان تامین اجتماعی، معاونت درمان و معاونت سیاست گذاری و برنامه ریزی وزارت کار و وقتی از جوت ادغام بیمه‌ها با طریقت منفرد داشته است، وقتی از حس خوش بینی در نوعی بینید.

او حتی نسبت به ادغام این بحث‌ها نیز ابراز نگرانی می‌کند و می‌گوید: «برای برداشتن این بار از گردنای من و کدو و کمر، سه‌هزار میلیارد تومان نیاز است و نظام سلامت، شایسته این چنین بزرگ‌سالان نیست. این‌ها باید با هم بیایند و با هم کار کنند».

استدلال‌های زیادی مطرح می‌کند که در ادامه می‌خوانید.

■ در قانون برنامه پنجم توسعه به صراحت آمده است که سازمان تامین اجتماعی از ادغام بیمه‌های درمانی معاف است، اما عده‌ای تفسیر دیگری از این قانون مطرح می‌کنند. آیا شما تفسیر تبصره ۴ ماده ۳۸ این قانون کلان را مبهم می‌دانید؟

همین تبصره مستثا شدن سازمان تأمین اجتماعی را بنده به آقای حاضقی، ریاست وقت سازمان تأمین اجتماعی، پیشنهاد دادم زیرا می دانستم بعدها احتمالاً دچار مشکل خواهیم شد. آقای حاضقی هم پیشنهاد بنده را به کمیسیون تلفیق مجلس ارائه داد و در نهایت نیز در صحن علنی مجلس را می آورد. این تبصره قانونی کاملاً شفاف و در سطحی است که باید مالکیت بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی حفظ شود، یا اگر عده ای تفسیر به رای می کنند، این تفسیر شان درست نیست.

■ استدلال مخالفان این تبصره قانونی و موافقان طرح ادغام بیمه‌ها این است که کشورهای توسعه یافته نیز در همین مسیر گام برداشته‌اند و در نهایت بیمه‌های درمانی را تحمیل کرده‌اند.

اتفاقا کشورهای معدودی هستند که تنها یک بیمه درمانی دارند. در کشورهایایی مثل انگلستان یا کشورهای حوزه اسکاندیناوی، اعتبارات نظام سلامت از طریق اعتبارات دولتی تامین می شود.

“ راه حل اصلی مشکلات نظام سلامت این است که مدیریت بهداشت و درمان با مشارکت همه ذی نفعان انجام شود، به طوری که هم منافع ارائه دهنده خدمات درمانی و هم منافع گیرنده خدمت، توانمند شده باشد، نه اینکه فقط منافع ذی نفع مقتدر لحاظ شود. در این مسیر، بیمه‌ها نیز نقش مدافع حقوق بیمار را خواهند داشت و از حقوق بیمه شدگان صیانت می کنند.