



مروری بر پوشش بیمه خدمات درمانی و برخورداری از خدمات در سازمان بیمه خدمات درمانی

دکتر حسین زارع^۱، سیدقاسم صمیمی^۲

چکیده

به موجب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، سازمان بیمه خدمات درمانی با هدف گسترش پوشش بیمه درمان در کشور با اولویت روستاییان و نیازمندان تشکیل شد. در این قانون، سازمان دارای چهار صندوق کارکنان دولت، روستاییان، سایر اقشار و خویش فرمایان است. گسترش پوشش حمایتی در این سازمان را می‌توان در قالب صندوق خویش فرمایان بستری شهری ملاحظه کرد. هر چند فعالیتهای سازمان در سالهای گذشته موجبات انسجام پوشش بیمه درمان را در اقشار مختلف موجب شده است، اما نحوه برخورداری از خدمات در صندوقهای مختلف بویژه روستاییان نکات ارزشمندی را نشان می‌دهد، مصرف بسیار کمتر روستاییان نسبت به شهرنشینان چه در سازمان بیمه خدمات درمانی و چه در قالب هزینه‌های خانوار نشان از بی‌عدالتی موجود در توزیع هزینه‌ها بین شهرنشینان و روستاییان دارد. اطلاعات سازمان در قالب نرخ برخورداری از خدمات بروز کرده است و همواره یک فرد

-
۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشت و درمانی، مدیر گروه پژوهشی بررسی‌های اقتصاد سلامت موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی، پست الکترونیک: dr_zare@yahoo.com
 ۲. کارشناس ارشد اقتصاد، مدیر تحقیق و توسعه موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی

روستایی کمتر از یک شهری از خدمات برخوردار بوده است. از سوی دیگر مطابق داده‌های موجود سرانه هزینه‌های بهداشتی و درمانی در خانوارهای شهری در سال ۱۳۸۵ بالغ بر ۱۳۴۲ هزار ریال و در خانوارهای روستایی حدود ۷۵۷ هزار ریال یعنی حدود نصف سرانه خانوارهای شهری بوده است که در سالهای گذشته تقریباً همین وضع حاکم بوده است. لذا خانوارهای روستایی به طور مطلق هزینه‌های کمتری را در بخش بهداشت و درمان داشته‌اند، این در حالی است که سهم هزینه‌های فوق در کل هزینه‌های غیرخوراکی روستائیان (۱۳.۸٪) بیشتر از شهرنشینان (۹.۷٪) بوده است. بعلاوه محاسبه ضریب جینی نشان می‌دهد که توزیع هزینه‌های فوق هم در مناطق شهری و هم در مناطق روستایی بشدت نامتعادل است.

مقدمه

شرایط مربوط به اواخر دهه ۶۰ و اوایل دهه ۷۰ منجر به تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی گردید، شاید بتوان مهمترین ویژگی این قانون را تشکیل شورای عالی بیمه خدمات درمانی دانست که با هدف اجرای سیاستگذاری واحد، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی خدمات درمانی با ترکیبی از مدیران عامل سازمان‌های بیمه‌گر، ریاست سازمان نظام پزشکی (به نمایندگی از پزشکان کشور)، وزرای بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (که با تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی این وزارت جایگزین شده است)، کار و امور اجتماعی و اقتصاد و دارایی و ۲ نفر از نمایندگان مجلس (به عنوان ناظر) تشکیل شد. این شورا محل بحث و تصمیم‌گیری درباره مهمترین موضوعات بیمه خدمات درمانی از جمله سطح خدمات، نرخ حق بیمه، تعرفه خدمات درمانی و چگونگی نظارت بر اجرای بیمه خدمات درمانی است. با وجود این، تصمیم‌گیری درباره موضوعات یاد شده در هیئت وزیران انجام می‌شود و شورای عالی در این زمینه‌ها نقش تصمیم‌ساز برای هیئت وزیران را دارد^۱.

تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی از دیگر تمهیداتی است که در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی پیشنهاد شده است. این سازمان برای تحت پوشش قرار دادن کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه‌های اجتماعی، تعیین سازوکارهای پوشش جمعیتی، تأمین

۱. کریمی، مظفر، جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تأمین اجتماعی، شماره ۱۰، صص ۲۲۰-۲۲۱.

منابع مالی، شکل‌گیری مصارف بیمه از طریق تعهدات و تعیین نرخ تعرفه خدمات در سوم آبان‌ماه ۱۳۸۳ فعالیت خود را آغاز کرد.

۱. سازمان بیمه خدمات درمانی از منظر قوانین و مقررات^۱

۱-۱. مأموریت اصلی سازمان

همانطور که ذکر شد، سازمان مأموریت دارد موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی را در سطح کشور تأمین کند.^۲

۱-۲. خدمات و تعهدات

بر مبنای ماده ۵ و ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تأمین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارایه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد به جز مواردی که تحت پوشش بیمه‌های مضاعف (مکمل) قرار می‌گیرد، به سازمان بیمه خدمات درمانی واگذار شده است.

تعهدات درمانی سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت غیرمستقیم و در قالب عقد قرارداد با ارایه‌دهندگان خدمت صورت می‌گیرد. بر مبنای ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارایه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.^۳

بیمه‌شدگان در انتخاب پزشک معالج خود اعم از پزشک عمومی و یا متخصص مخیر هستند (تنها تفاوت در صندوق روستاییان است که لازم است از طریق نظام ارجاع مراجعه

۱. زارع، حسین، بیمه‌های درمان خصوصی، جلد ۱، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴.

۲. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ماده ۵.

۳. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ماده ۱۷.

کنند) و می‌توانند به هر یک از پزشکان طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی و یا شرکت‌های بیمه‌گر مراجعه کنند^۱ پرداخت ویزیت پزشک، هزینه آزمایش‌های تخصصی، رادیولوژی و دارویی تجویز شده مورد تعهد نظام بیمه خدمات درمانی با احتساب فرانشیز مصوب، به عهده سازمان بیمه‌گر است.

خدمات مورد نیاز بیماران اورژانسی که در مراکز بهداشتی - درمانی و اورژانس‌های دولتی یا خصوصی ارایه می‌شود، جزو تعهدات بیمه خدمات درمانی است و واحدهای یاد شده مکلفند ضمن ارایه خدمات به بیمه شدگان صورتحساب‌های تنظیمی را با احتساب فرانشیز پرداختی برای سازمان‌های بیمه‌گر ارسال کنند^۲ که تشخیص موارد اورژانس از نظر پرداخت هزینه‌های درمانی با پزشک معتمد است.

۳-۱. روش‌های تأمین منابع مالی^۳

منابع مالی سازمان عبارتند از:

الف) حق سرانه درمان دریافتی از دستگاهها، سازمانها، وزارتخانه‌ها و همچنین بیمه‌شدگان

ب) درآمدهای حاصله از وجوه و اموال و دارایی‌های سازمان

پ) کمک‌ها و هدایای اعطایی به سازمان

ت) منابع حاصل از درآمدهای متفرقه

ث) اعتبارات دولتی از محل بودجه عمومی جهت حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری (با تشکیل صندوق بیمه روستاییان و عشایر نوساناتی در این حوزه ملاحظه می‌شود).

۱. ضوابط تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی داروی مورد تعهد بیمه خدمات درمانی ماده ۱ مصوب

مورخ ۱۳۷۴/۳/۲۴ هیأت وزیران.

۲. مأخذ پیشین، ماده ۴.

۳. اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی، ماده ۲۵.

۴-۱. جنبه‌های سازمانی

سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت شرکت دولتی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و مدت آن نامحدود است.^۱ مرکز اصلی سازمان و صندوق‌های بیمه‌ای خدمات درمانی در شهر تهران است و سازمان می‌تواند در استانها نیز شعب و نمایندگی ایجاد کند. در راس سازمان بیمه خدمات درمانی، رئیس هیئت مدیره قرار دارد که مدیر عامل نیز می‌باشد.

در سطح استان‌ها هر استان دارای یک اداره کل بیمه خدمات درمانی است که این اداره کل همه وظایف سازمان را در سطح استان بعهده دارد این ادارات کل مستقیماً زیر نظر مدیرعامل انجام وظیفه می‌نمایند. ادارات شهرستان نیز مستقیماً زیر نظر مدیرکل استان اداره می‌شوند. همانطور که استنباط می‌شود سازمان در سطح اول بر اساس وظیفه تنظیم شده است و در سطح استانی بر مبنای مشتری تعیین شده است از دیدگاه مدیریتی این شکل طراحی ساختار مشکل ساز بوده و تداخل وظایف و همپوشانی گروه‌های تحت پوشش را دامن می‌زند.^۳

۵-۱. پوشش جمعیتی

جمعیت کشور در این قانون به گروه‌های مختلف شامل کارکنان دولت، مشمولان قانون تأمین اجتماعی و کارگران و صاحبان حرف و مشاغل آزاد، روستاییان، سایر اقشار و نیازمندان تقسیم شده است. جدول شماره ۱ جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی و پراکندگی آن را در گروه‌های مختلف نشان می‌دهد.

۱-۵-۱. مبنای پوشش

گروه‌بندی جمعیت کشور از یکسو بر مبنای شغلی (کارکنان دولت، صاحبان حرف و مشاغل آزاد) و از سوی دیگر بر مبنای محل سکونت (روستاییان)، سطح درآمد (نیازمندان)، مشمول قانون خاص (کارگران، صاحبان حرف و مشاغل آزاد) صورت گرفته است.

۱. اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی، ماده ۱.

۲. دانش دهکردی، نوشین، ۱۳۸۱.

این نوع گروه‌بندی شناسایی و پوشش جمعیت هدف را دشوار نموده است چرا که اولاً مرزبندی این گروه‌ها دقیق نیست، مثلاً بین روستاییان و نیازمندان همپوشانی وجود دارد و ثانیاً صاحبان حرف و مشاغل آزاد بر اساس قانون اصلاح بند (ب) قانون و تبصره ماده ۴ قانون تأمین اجتماعی (مصوب شهریور ۱۳۶۵) مشمول قانون تأمین اجتماعی هستند و باید از شرایط بند ۲، ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی استفاده کنند در حالیکه در بند ۴ این ماده تکلیف متفاوتی برای آنها تعیین شده است.

۲-۵-۱. ساز و کارهای پوشش جمعیت

بر مبنای قانون و تغییرات پوشش جمعیت در سال‌های اخیر، پوشش جمعیت کشور با «موظف شدن دولت به فراهم ساختن شرایط»، «پوشش انفرادی و گروهی متناسب با تقاضای افراد و گروه‌ها»، «اختیار افراد و گروه‌ها برای تقاضا یا عدم تقاضای پوشش بیمه‌ای» و «پوشش‌های حمایتی» صورت می‌پذیرد.

جدول شماره ۱. جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی (۱۳۸۵-۱۳۸۱)

۱۳۸۵		۱۳۸۴		۱۳۸۳		۱۳۸۲		۱۳۸۱		صندوق
٪۱۹	۶۹۹۵۷۹۶	٪۱۹	۶۹۰۳۷۷۸	٪۱۸	۶۹۱۵۶۷۸	٪۱۸	۶،۹۳۳،۴۲۷	٪۱۹	۶،۸۸۷،۳۸۶	کارکنان دولت
٪۱	۲۸۳۳۱۱	٪۱	۳۶۹۴۲۷	٪۱	۵۸۲۷۵۳	٪۲	۵۸۲،۷۵۳	٪۲	۷۷۴،۰۲۹	خویش فرمایان
٪۵	۱۸۶،۰۹۲	٪۴	۱۵۷۳۳۷۲	٪۴	۱،۴۹۲،۲۴۴	٪۴	۱،۴۹۲،۲۴۴	٪۴	۱،۶۳۰،۶۷۵	سایراقشار
٪۵۴	۲۰۲۰۶۸۷۸	٪۵۶	۲۱۰۱۵۸۰۵	٪۶۱	۲۳۴۰۶۰۱۵	٪۶۲	۲۳،۴۰۶،۰۱۵	٪۶۴	۲۳،۴۸۰،۰۹۲	روستاییان
٪۲۱	۷۸۷۲۷۴۴	٪۱۷	۷۳۶۱۷۸۱	٪۱۷	۵۲۷۶۵۰۰	٪۱۴	۵،۲۷۶،۵۰۰	٪۱۰	۳،۸۴۱،۷۳۷	خویش فرمای بستری شهری
٪۱۰۰	۳۷۲۱۸۸۲۱	٪۱۰۰	۳۷۲۲۴۱۶۳	٪۱۰۰	۳۷۶۹۰۹۸۹	٪۱۰۰	۳۷،۶۹۰،۹۸۹	٪۱۰۰	۳۶،۶۱۳،۹۱۹	جمع کل

منبع: گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵.

۳-۵-۱. صندوق بیمه درمان کارکنان دولت

سازمان بیمه خدمات درمانی مسئول اجرای بیمه درمانی کارکنان دولت است. سازمان برای انجام وظایف قانونی خود در هر یک از استانها اداره کل بیمه خدمات درمانی تشکیل داده است و امور بیمه‌ای جمعیت تحت پوشش در صندوق بیمه درمان کارکنان دولت صورت می‌پذیرد، به عبارتی بیمه درمانی کارکنان دولت از طریق دستگاهها و مؤسسات دولتی محل خدمت آنها انجام می‌گیرد^۱.

۴-۵-۱. صندوق بیمه درمان روستاییان

بر مبنای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، عشایر و افرادی که در روستا سکونت دارند، به عنوان روستایی تلقی می‌شوند. طرح بسیج ملی بیمه روستاییان و عشایر در سال ۱۳۷۶ انجام گرفت و به موجب آن به ۲۳ میلیون نفر از روستاییان و عشایر کارت بیمه درمان روستاییان بطور رایگان اعطاء شد. پوشش بیمه درمانی روستاییان از طرف دولت اجباری و از طرف روستاییان اختیاری است.

۵-۵-۱. بیمه درمان روستاییان پس از ارتقا

۱-۵-۵-۱. مبانی قانونی ارتقای بیمه درمان روستاییان

بند ج ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه کشور و تبصره ۱۰ قانون بودجه زمینه ارتقای کمی و کیفی خدمات قابل ارایه به روستاییان را مطرح می‌کند. به دنبال این قانون ستاد بیمه درمان روستاییان در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شد.

۲-۵-۵-۱. جمعیت تحت پوشش

جمعیت تحت پوشش طرح بیمه روستاییان آن بخش از جمعیت کشورند که در روستاها اقامت دارند در واقع مبنای پوشش جمعیت در این طرح مبنای اقامت است. علاوه بر مبنای اقامت معیاری به نام «عدم وجود پوشش بیمه‌ای» نیز به عنوان معیار تعیین کننده در این بخش

۱. اداره کل خدمات ماشینی و آمار، سازمان بیمه خدمات درمانی، بهار ۱۳۸۲.

لحاظ شده است به طوری که شهرهای زیر ۲۰/۰۰۰ نفر جمعیت که افراد تحت هیچ پوشش بیمه‌ای نیستند به طور رایگان تحت پوشش قرار می‌گیرند و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی موظف است ضمن ارایه پوشش برای این افراد برای آنها دفترچه صادر نماید. توضیح آنکه مبنای تعیین پوشش بیمه‌ای اظهارنامه فردی است. مراحل خدمات تحت پوشش در این گروه از افراد همان خدمات سطح ۱ بر اساس بسته خدمات پزشک خانوار روستایی و به همان طریق و مراحل دریافت خدمات در سطح ۲ مشابه سایر بیمه شدگان روستایی خواهد بود.

۳-۵-۱. استراتژی‌های اجرایی

نظام ارجاع و پزشک خانواده، مهمترین استراتژی اصلی برای اجرای برنامه بیمه روستایی، استفاده از پزشک خانواده به عنوان مسئول سلامت فرد و خانواده است. بنابراین در برنامه پزشک خانواده برای ثبت و نگهداری اطلاعات پرونده فرد یا خانوار را تشکیل می‌دهد که در نزد پزشک نگهداری شود.

ساختار مراکز ارایه دهنده خدمات، ساختار مراکز ارایه دهند خدمات، یک ساختار سطح‌بندی شده ارایه خدمات است و استقرار پزشک به گونه‌ای است که بیشترین میزان دسترسی را فراهم نماید. در این ارایه خدمات بوسیله تیمی با مدیریت پزشک خانواده صورت می‌پذیرد. دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی از طریق عقد قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی ارایه خدمات را از طریق سیستم شبکه به عهده دارند.

به ازای هر ۱۰/۰۰۰ نفر جمعیت روستایی یک پزشک در نظر گرفته شده است. هر پزشک ناظر بر عملکرد ۲۰ مرکز بهداشتی درمانی است و ناظر بر ارایه خدمات به ۲۰۰/۰۰۰ نفر روستایی است.

روش پرداخت به پزشکان در این سیستم به صورت ترکیبی از روش پرداخت حقوق بگیری، کارانه پرداخت‌های اضافی در قالب و پاداش است. نحوه پرداخت به پزشکان خانوار طرف قرارداد براساس سرانه، ماهانه ۱۵۰۰ ریال بابت هریک نفر جمعیت تحت پوشش به اضافه پرداخت‌های تشویقی (۲۰٪ + مبلغ کل) است.

پرداخت هزینه‌های پزشک عمومی در هر ماه از طریق فرمول زیر صورت گرفته است:

$$+ (\text{ضریب محرومیت} \times \text{نرخ ثابت}) + (1500 \times \text{جمعیت تحت پوشش}) + \text{نرخ ثابت}^1 \\ \text{پاداش} + (\text{ضریب مسافت} \times \text{نرخ ثابت})$$

نحوه پرداخت به پزشکان خانوار طرف قرارداد براساس سرانه، ماهانه ۱۵۰۰ ریال بابت هریک نفر جمعیت تحت پوشش به اضافه پرداخت‌های تشویقی (۲۰٪ + مبلغ کل) است. همانطور که ملاحظه می‌شود رویکرد قانونگذار در پرداخت به پزشکان در مناطق روستایی نگاه منطقه ای است و ضریب مربوط به مناطق محروم و ضریب مسافت که از عوامل تأثیرگذار در مصرف خدمات است را در نظر داشته است.

علاوه بر این در صورت ویزیت سایر بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی و دیگر سازمان‌ها سیستم پرداخت کارانه ادامه پیدا می‌کند. با عنایت به این موضوع به پزشکان ساکن در مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت نرخ ثابت، ضریب محرومیت و سایر پرداخت‌ها صورت نخواهد گرفت.

سیستم پرداخت به پزشکان متخصص «کارانه^۲» است که در صورت مراجعه بیمار از طریق نظام ارجاع و با پرداخت فرانشیز مطابق با سایر صندوق‌ها صورت می‌گیرد. به منظور تشویق پزشکان در اجرای سیستم پس از انجام بررسی‌های اولیه ۱۰٪ تعرفه مصوب بخش دولتی به عنوان پاداش به پزشک متخصص یا فوق تخصص پرداخت می‌گردد.

در صورت مراجعه بیمه شده روستایی به پزشک متخصص و فوق تخصص در بخش خصوصی (درمانگاه‌ها و بیمارستانهای خصوصی، مطب‌های طرف قرارداد بیمه روستایی) با رعایت نظام ارجاع، سازمان برای ویزیت ۸۰٪ از تعرفه‌های مصوب بخش دولتی را با اعمال ضریب تعرفه ترجیحی شهرستان پرداخت می‌کند و در صورت دریافت خدمت سازمان ۷۰٪ تعرفه مصوب در بخش دولتی را با اعمال ضریب تعرفه ترجیحی پرداخت می‌کند.

در این سیستم نیز به منظور تشویق پزشکان متخصص و فوق تخصص به تبعیت از نظام ارجاع در صورت تکمیل و بازخورد ارجاع پس از دیدگاه‌های اولیه ۲۰٪ تعرفه‌های مصوب بخش دولتی را به عنوان پاداش دریافت می‌دارد.

1 . Flat Rate

2. Fee for service

۶-۵-۱. صندوق خویش فرمایان

صاحبان حرف و مشاغل آزاد (خویش فرمایان) می‌توانند با پرداخت ۱۰۰ درصد حق بیمه سرانه، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گیرند.^۱ به عبارت دیگر پوشش بیمه خویش فرمایان از طرف دولت اختیاری است و دولت تعهدی در رابطه با تأمین حق بیمه این افراد متعهد نشده است.

۷-۵-۱. صندوق سایر اقشار

خانواده‌های شاهد، جانبازان، روحانیون و طلاب علوم دینی، دانشجویان و خانواده سربازان و زندانیان تحت پوشش صندوق بیمه درمانی سایر اقشار قرار می‌گیرند. حق بیمه این اقشار عموماً از سوی دولت یا نهادهای پوشش‌دهنده آنها تأمین می‌شود. آئین‌نامه اجرای بند ۵ ماده ۱۳ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور جزئیات این موضوعات را بیان کرده است. لازم به یادآوری است که در صندوق بیمه درمانی سایر اقشار بخشی از حق بیمه را بیمه‌شدگان می‌پردازند. بیمه این افراد نیز از نظر دستگاه‌های ذیربط اختیاری است.

۸-۵-۱. پوشش جمعیت بیمه‌نشده شهری

به منظور ارائه خدمات درمانی بستری به آن بخش از جمعیت کشور که پوشش بیمه‌ای ندارد، طرح پوشش بیمه‌ای برای جمعیت بیمه‌نشده شهری از اسفند ۱۳۸۱ رسماً شروع شد. واحد پوشش خانوار شهری، افرادی که توان پرداخت حق بیمه ندارند، افرادی که هیچ نوع پوشش بیمه‌ای ندارند و در هیچ یک از گروه‌های ذکر شده قرار نمی‌گیرند و از نظر شغلی خودکارفرما بوده و یا شغلی ندارند. خدمات تحت پوشش این طرح، خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی دانشگاهی و بیمارستان تأمین اجتماعی طرف قرارداد است و بیمه‌شدگان بدون پرداخت هر نوع حق بیمه

۱. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، ماده ۱۳.

تحت پوشش قرار می‌گیرند. در هنگام استفاده از خدمت بستری در بیمارستانهای دولتی وابسته به دانشگاه فرانشیز از بیمه‌شدگان دریافت شود. لازم به ذکر است که در این طرح بیمه‌شده هیچ مشارکتی در پرداخت حق بیمه ندارد، ولی در صورت دریافت خدمات فرانشیز پرداخت می‌کند. در هنگام ثبت‌نام مبلغ اندکی (از طرف سرپرست خانوار ۵۰۰۰ ریال و سایر اعضا ۲۰۰۰ ریال) به منظور هزینه‌های صدور کارت و عملیات اجرایی پرداخت می‌شود و تأمین منابع مالی از محل اعتبارات دولت صورت می‌گیرد.

ماهیت طرح کاملاً حمایتی بوده و با هدف کمک به اقشار آسیب‌پذیر جامعه اجرا گردیده است، عدم دریافت حق بیمه خود دلیل واضحی بر حمایتی بودن این طرح است. انتقادی که بر طرح وارد است، جامعیت خدمات و تحت پوشش قرار ندادن خدمات سرپایی است، با توجه به گسترش حیطه جمعیتی در طرح بیمه درمان روستاییان همپوشانی زیادی با این طرح بوجود آمده و در صورت عدم اتخاذ تصمیم مناسب تشدید خواهد شد.

۲. برخورداری از خدمات در سازمان بیمه خدمات درمانی

بررسی توزیع جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی، توزیع هزینه‌ها و مراکز طرف قرارداد (ارائه‌دهندگان) بسیار قابل توجه است، هر چند که توزیع مراکز ارائه دهنده خدمت موضوعی است که به وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارتباط بیشتری دارد، اما تأثیر آن را می‌توان در دسترسی بیمه‌شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی ملاحظه کرد موضوعی که در قالب بار مراجعه خود را نشان می‌دهد.

به عنوان مثال در مراجعه به پزشکان عمومی در سال ۸۵ بارمراجعه در کارکنان دولت ۲/۸۲ و در روستاییان ۰/۱۶ است، نرخ بار مراجعه در سایر خدمات نیز به همین ترتیب ادامه پیدا می‌کند، به طوری که در مصرف خدمات بستری نیز تا قبل از سال ۱۳۸۵ در روستاییان نصف سایر صندوقهاست (۰/۰۴ در مقابل ۰/۰۷۳)، افزایش تقریباً دو برابری بار مراجعات بستری (۰/۷۰) و سایر مراجعات روستاییان را در سال ۸۵ نسبت به سال ۸۴ با توجه به ثابت بودن مراکز ارائه دهنده خدمات بستری در کشور به سختی می‌توان پذیرفت، ممکن است این

موضوع ناشی از تغییرات به وجود آمده در بیمه درمان روستاییان تلقی شود، هر چند که دلیل قابل اعتمادی نمی‌تواند تلقی شود.

جدول شماره ۲. توزیع هزینه‌های درمانی به تفکیک صندوقهای بیمه‌ای
در سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۰

(میلیارد ریال)

صندوق	۱۳۸۱	۱۳۸۲	۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵
کارکنان دولت	۱۶۶۵	۱۹۵۲	۲۲۴۲	۲۶۵۳	۳۰۴۵
روستاییان	۶۹۶	۸۹۴	۱۰۱۰	۲۰۸۲	۴۰۳۱
خویش‌فرمایان	۵۱۳	۵۴۷	۵۴۷	۶۳۲	۶۷۱
سایر اقشار	۴۳۱	۴۵۰	۴۷۱	۵۸۶	۶۷۰
خویش‌فرمایان بستری شهری	۳۰۶	۵۰۳	۶۰۰	۹۱۰	۹۹۳
بیماران خاص	-	-	-	-	۲۷۹
جمع هزینه‌ها	۳۶۱۱.۸	۴۳۴۷.۶	۴۸۷۰.۲	۶۸۶۴	۹۹۷۳.۵

منبع: گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵

داده‌های جداول شماره ۲، ۳، ۴ و ۵ و ۶ نشان از بی‌عدالتی موجود در استفاده از خدمات بوسیله گروه‌های تحت پوشش در صندوقهای مختلف است، که بویژه در صندوق روستاییان بارزتر است، علیرغم تلاشهای صورت گرفته در سال ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ و بهبود نسبی شاخصهای برخورداری از خدمات (که قابل تأمل است؟)، مصرف بیشتر خدمات در این صندوقهای خویش‌فرمایان، کارکنان دولت و سایر اقشار شیفت منابع را به سمت این صندوقها و مصرف کمتر خدمات را در صندوق روستاییان موجب شده است.

همانطور که ملاحظه می‌شود با عنایت به گزارش عملکرد سال ۱۳۸۵ سازمان سرانه قیمت تمام شده خدمات برای هر بیمه شده در صندوق کارکنان دولت ۳۸,۹۳۶ ریال، در صندوق سایر اقشار ۳۵,۵۸۰ ریال، در صندوق خویش‌فرمایان ۱۷۸,۱۵۶ ریال، در صندوق

خویش‌فرمایان بستری شهری ۱۱,۴۱۶ ریال و در صندوق روستاییان ۲۰,۳۶۸ ریال است. این در حالی است که سرانه هر بیمه‌شده بدون توجه به صندوق ۲۴,۹۵۶ ریال است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود روستاییان ۵۲٪ کارکنان دولت و کارکنان دولت ۱/۵۶ برابر سرانه کل مصرف کرده‌اند.

جدول شماره ۳. توزیع سهم (درصد) هزینه‌های درمانی به تفکیک صندوقهای بیمه‌ای

در سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۰

درصد جمعیتی در بیمه شدگان تحت پوشش در سال ۸۵	توزیع هزینه در سال					صندوق
	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲	۱۳۸۱	
٪۱۹	٪۳۱	٪۳۹	٪۴۶	٪۴۴	٪۴۶	کارکنان دولت
٪۵۴	٪۴۳	٪۳۰	٪۲۱	٪۲۱	٪۱۹	روستاییان
٪۱	٪۷	٪۹	٪۱۱	٪۱۳	٪۱۴	خویش‌فرمایان
٪۵	٪۷	٪۹	٪۱۰	٪۱۰	٪۱۲	سایر اقشار
٪۲۱	٪۱۰	٪۱۳	٪۱۲	٪۱۲	٪۸	خویش‌فرمایان بستری شهری
-	٪۳					بیماران خاص
٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	٪۱۰۰	جمع

منبع: گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵

مقایسه این وضعیت در هزینه‌های بخش سلامت در بودجه خانوار (جدول شماره ۷) توزیع بی‌عدالتی را ملموس‌تر می‌نماید، در حالی که روستاییان سهم بیشتری از بودجه خانوار خود را به بخش سلامت اختصاص می‌دهند، برخورداری آنها از خدمات کمتر است، این موضوع تکلیف قانونی سازمان بیمه خدمات درمانی و سیاست‌گذاری مناسب‌تر وزارتین رفاه و تامین اجتماعی و بهداشت درمان و آموزش پزشکی را بیش از پیش تأکید می‌کند.

جدول شماره ۴. برخورداری از خدمات در صندوقهای مختلف سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵

اختلاف		تمامی صندوقها (بجز روستائیان)		تمامی صندوق ها (با روستائیان)					خدمات
		BC	UR	متوسط هزینه	نرخ برخورداری	میانگین هزینه	هزینه	تعداد بار مراجعه	
AC	UR			در بیمه شده BC	UR	AC			
۱۰۹۷۴	۰.۹۱۷	۲۰۷۰۰	۱.۷۲۹	۹۷۲۶	۰.۸۱۳	۱۱۹۶۹	۳۴۵۰۴۸	۲۸۸۲۷۵۴۹	پزشک عمومی
۱۶۸۲۶	۰.۸۴۸	۳۱۷۳۸	۱.۵۹۹	۱۴۹۱۲	۰.۷۵۱	۱۹۸۵۰	۵۲۹۰۳۳	۲۶۶۵۱۲۷۷	پزشک متخصص و فوق تخصص
۱۵۷۰	۰.۰۷۰	۲۹۶۲	۰.۱۳۲	۱۳۹۲	۰.۰۶۲	۲۲۴۳۵	۴۹۳۷۳	۲۲۰۰۷۲۷	دندانپزشک
۵۱۳۳۷	۱.۵۱۹	۹۶۸۳۵	۲.۸۶۶	۴۵۴۹۸	۱.۳۴۶	۳۳۷۹۱	۱۶۱۴۱۲۷	۴۷۷۶۸۰۹۱	داروخانه
۹۴۴۱	۰.۲۶۸	۱۷۸۰۸	۰.۵۰۵	۸۳۶۷	۰.۲۳۷	۳۵۲۸۱	۲۹۶۸۳۲	۸۴۱۳۴۰۸	آزمایشگاه
۱۱۹۸۰	۰.۱۹۹	۲۲۵۹۸	۰.۳۷۶	۱۰۶۱۸	۰.۱۷۶	۶۰۱۵۹	۳۷۶۶۸۱	۶۲۶۱۴۵۲	مؤسسات پرتو پزشکی
۱۴۷۹	۰.۰۰۸	۲۷۸۹	۰.۰۱۵	۱۳۱۰	۰.۰۰۷	۱۷۹۹۴۹	۴۶۴۸۸	۲۵۸۳۳۷	توانبخشی
۱۶۲۸	۰.۰۱۰	۳۰۷۱	۰.۰۱۹	۱۴۴۳	۰.۰۰۹	۱۶۲۱۸۲	۵۱۱۹۶	۳۱۵۶۷۱	دیالیز
۱۸۶۷	۰.۰۰۹	۳۵۲۲	۰.۰۱۷	۱۶۵۵	۰.۰۰۸	۲۰۲۲۲۹	۵۸۷۱۲	۲۹۰۳۲۴	سایر سرپایی
۱۱۴۱	۰.۰۱۳	۲۱۵۲	۰.۰۲۵	۱۰۱۱	۰.۰۱۲	۸۷۷۲۲	۳۵۸۷۷	۴۰۸۹۸۸	بستری موقت
۱۴۴۹۴۱	۰.۰۹۴	۲۷۳۳۹۶	۰.۱۷۸	۱۲۸۴۵۴	۰.۰۸۳	۱۵۳۸۵۰۹	۴۵۵۷۱۹۱	۲۹۶۲۰۸۳	بستری
۲۵۳۱۸۵	۳.۹۵۵	۴۷۷۵۷۱	۷.۴۶۰	۲۲۴۳۸۶	۳.۵۰۵	۶۴۰۱۳	۷۹۶۰۵۵۸	۱۲۴۳۵۷۹۰۷	جمع کل

کل جمعیت: ۳۵۴۷۷۱۰۹، به جز روستائیان: ۱۶۶۶۸۸۵۴، هزینه به میلیون ریال است. AC: Average Cost, UR: Utility Rate, BC: Benefit Cost = UR*AC.

منبع: برگرفته از گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵

جدول شماره ۵. برخورداری از خدمات در صندوقهای مختلف سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵

روستائیان			سایر اقشار			خویشفرمایان			کارکنان دولت			خدمات
متوسط هزینه	نرخ برخورداری	میانگین هزینه	متوسط هزینه	نرخ برخورداری	میانگین هزینه	متوسط هزینه	نرخ برخورداری	میانگین هزینه	متوسط هزینه	نرخ برخورداری	میانگین هزینه	
در بیمه شده BC	UR	AC	در بیمه شده BC	UR	AC	در بیمه شده BC	UR	AC	در بیمه شده BC	UR	AC	
۱۹۷۴	۰.۱۶۳	۱۲۰۹۱	۱۹۷۴	۲.۹۲۰	۳۴۵۱۴	۱۱۸۱۹	۳.۹۵۸	۱۲۲۲۹	۳۳۷۰۴	۲.۸۱۶	۱۱۹۷۰	پزشک عمومی
۷۹۶۲	۰.۳۶۴	۲۱۸۸۷	۷۹۶۲	۱.۷۸۷	۳۴۷۲۶	۱۹۴۲۸	۴.۹۸۴	۲۰۰۷۷	۴۱۴۴۷	۲.۱۸۳	۱۸۹۸۹	پزشک متخصص و فوق تخصص
۳۰.۶	۰.۰۱۲	۲۴۸۷۰	۳۰.۶	۰.۱۵۵	۳۷۱۳	۲۳۹۲۴	۰.۱۷۹	۲۲۶۲۱	۵۱۹۲	۰.۲۳۷	۲۱۸۷۲	دندانپزشک
۱۲۵۴۹	۰.۴۵۱	۲۷۸۵۱	۱۲۵۴۹	۴.۱۹۷	۱۱۷۶۵۴	۲۸۰۳۳	۷.۸۱۴	۹۰۵۶۸	۱۳۶۰۸۰	۴.۲۷۲	۳۱۸۵۲	داروخانه
۳۲۶۳	۰.۱۰۴	۳۱۵۰۹	۳۲۶۳	۰.۵۲۷	۱۷۶۶۱	۳۳۴۸۷	۱.۸۷۶	۴۵۹۸۵	۲۵۵۰۷	۰.۷۱۴	۳۵۷۲۹	آزمایشگاه
۵۵۶۹	۰.۰۹۸	۵۶۶۰۳	۵۵۶۹	۰.۳۵۶	۲۱۳۶۴	۵۹۹۵۱	۱.۰۱۸	۹۴۶۴۶	۲۹۳۸۱	۰.۵۰۰	۵۸۷۱۰	مؤسسات پرتو پزشکی
۴۳۷	۰.۰۰۳	۱۶۳۱۸۱	۴۳۷	۰.۰۱۶	۳۶۷۰	۲۲۲۶۲۹	۰.۰۵۹	۲۰۱۳۳۰	۴۱۹۷	۰.۰۲۳	۱۸۱۴۶۹	توانبخشی
۱۵۰	۰.۰۰۰	۳۱۱۵۵۳	۱۵۰	۰.۰۱۲	۲۰۴۳	۱۷۲۶۹۴	۰.۵۶۴	۱۷۰۹۰۴	۱۸۳۳	۰.۰۱۴	۱۲۹۵۲۳	دیالیز
۱۰۱۱	۰.۰۰۳	۳۱۵۵۷۰	۱۰۱۱	۰.۰۲۲	۳۴۱۹	۱۵۷۲۶۵	۰.۰۹۴	۱۵۸۴۳۱	۴۱۸۱	۰.۰۲۳	۱۷۸۶۹۸	سایر سرپایی
۹۲۴	۰.۰۰۸	۱۰۹۵۵۷	۹۲۴	۰.۰۳۰	۱۸۸۲	۶۳۴۴۲	۰.۰۸۷	۱۱۲۳۳۷	۱۷۴۱	۰.۰۲۵	۷۰۴۰۵	بستری موقت
۱۰۳۱۱۳	۰.۰۷۳	۱۴۲۰۲۶۴	۱۰۳۱۱۳	۰.۰۹۷	۱۶۰۷۵۷	۱۶۶۵۸۷۰	۰.۴۰۵	۲۰۵۰۵۴۰	۱۵۵۳۴۳	۰.۰۹۱	۱۷۱۴۳۳۳	بستری
۲۲۹۴۵۰	۱.۲۷۹	۱۷۹۳۵۹	۲۲۹۴۵۰	۱۰.۱۲۰	۴۰۱۴۰۴	۳۹۶۶۵	۲۱.۰۳۷	۹۵۳۹۷	۴۳۸۶۰۷	۱۰.۸۹۸	۴۰۲۴۵	جمع کل

کل جمعیت: ۳۵۴۷۷۱۰۹، به جز روستائیان: ۱۶۶۶۸۸۵۴، هزینه به میلیون ریال است. AC: Average Cost, UR: Utility Rate, BC: Benefit Cost = UR*AC

منبع: برگرفته از گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵

جدول شماره ۶. برخورداری از خدمات در صندوقهای مختلف سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۵-۱۳۸۴

کل		روستائیان		سایر اقشار		خویشفرمایان		کارکنان دولت		خدمات
۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۴	
۰.۸۱۳	۰.۷۶۱	۰.۱۶۳	۰.۰۱۷	۲.۹۲۰	۰.۰۳۴	۳.۹۵۸	۴.۱۴۷	۲.۸۱۶	۲.۹۲۷	پزشک عمومی
۰.۷۵۱	۰.۶۱۵	۰.۳۶۴	۰.۰۸۷	۱.۷۸۷	۰.۰۳۳	۴.۹۸۴	۴.۸۹۲	۲.۱۸۳	۲.۱۷۵	پزشک متخصص و فوق تخصص
۰.۰۶۲	۰.۰۵۸	۰.۰۱۲	۰.۰۰۱	۰.۱۵۵	۰.۰۰۳	۰.۱۷۹	۰.۱۹۴	۰.۲۳۷	۰.۲۴۷	دندانپزشک
۱.۳۴۶	۱.۲۰۳	۰.۴۵۱	۰.۰۶۶	۴.۱۹۷	۰.۱۰۸	۷.۸۱۴	۸.۲۴۰	۴.۲۷۲	۴.۴۸۷	داروخانه
۰.۲۳۷	۰.۲۰۱	۰.۱۰۴	۰.۰۲۳	۰.۵۲۷	۰.۰۱۶	۱.۸۷۶	۱.۸۳۹	۰.۷۱۴	۰.۷۳۱	آزمایشگاه
۰.۱۷۶	۰.۱۳۸	۰.۰۹۸	۰.۰۲۶	۰.۳۵۶	۰.۰۱۹	۱.۰۱۸	۱.۰۳۲	۰.۵۰۰	۰.۴۷۵	مؤسسات پرتو پزشکی
۰.۰۰۷	۰.۰۰۶	۰.۰۰۳	۰.۰۰۱	۰.۰۱۶	۰.۰۰۳	۰.۰۵۹	۰.۰۵۸	۰.۰۲۳	۰.۰۲۱	توانبخشی
۰.۰۰۹	۰.۰۱۹	۰.۰۰۰	۰.۰۰۰	۰.۰۱۲	۰.۰۰۵	۰.۵۶۴	۱.۱۷۵	۰.۰۱۴	۰.۰۲۳	دیالیز
۰.۰۰۸	۰.۰۰۸	۰.۰۰۳	۰.۰۰۲	۰.۰۲۲	۰.۰۰۲	۰.۰۹۴	۰.۱۲۶	۰.۰۲۳	۰.۰۲۳	سایر سرپایی
۳.۴۱۰	۳.۰۰۹	۱.۱۹۸	۰.۲۲۳	۹.۹۹۴	۰.۲۲۴	۲۰.۵۴۵	۲۱.۷۰۲	۱۰.۷۸۳	۱۱.۱۱۰	جمع سرپایی
۰.۰۱۲	۰.۰۰۷	۰.۰۰۸	۰.۰۰۲	۰.۰۳۰	۰.۰۰۱	۰.۰۸۷	۰.۰۷۲	۰.۰۲۵	۰.۰۱۸	بستری موقت
۰.۰۸۳	۰.۰۷۳	۰.۰۷۳	۰.۰۴۰	۰.۰۹۷	۰.۱۵۰	۰.۴۰۵	۰.۴۰۶	۰.۰۹۱	۰.۰۸۹	بستری
۰.۰۹۵	۰.۰۷۹	۰.۰۸۱	۰.۰۴۲	۰.۱۲۶	۰.۱۵۱	۰.۴۹۲	۰.۴۷۷	۰.۱۱۵	۰.۱۰۷	جمع بستری

منبع: برگرفته از گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵

توزیع هزینه‌های بهداشت و درمان در بودجه خانوار

علاوه بر نکات ذکر شده، به منظور بررسی تأثیرات سیاستها و اقدامات انجام شده به روستاییان می‌توان با استفاده از داده‌های بودجه خانوار هزینه‌های بهداشتی و اجتماعی و درمانی را از نظر میزان هزینه و نیز توزیع آن در بین خانوارها (دهکهای هزینه) مورد توجه قرار داد. مطابق داده‌های موجود سرانه هزینه‌های بهداشتی و درمانی در خانوارهای شهری در سال ۱۳۸۴ بالغ بر ۱۱۷۸ هزار ریال و در خانوارهای روستایی حدود ۵۸۹ هزار ریال یعنی حدود نصف سرانه خانوارهای شهری بوده است که در سالهای گذشته تقریباً همین وضع حاکم بوده است. لذا خانوارهای روستایی به طور مطلق هزینه‌های کمتری را در بخش بهداشت و درمان داشته‌اند، این در حالی است که سهم هزینه‌های فوق در کل هزینه‌های غیرخوراکی روستاییان (۱۱٪) بیشتر از شهرنشینان (۹٪) بوده است.

از نقطه نظر عدالت توزیعی در بخش سلامت نیز شواهد و محاسبات نشان می‌دهد که همین هزینه‌ها (چه در شهر و چه در روستا) در بین خانوارهای مختلف به شدت ناعادلانه توزیع شده است. برای اثبات این ادعا ضریب جینی به عنوان شاخص عدالت توزیعی براساس داده‌های هزینه در جدول ۷ محاسبه شده است. روش کار بر مبنای رابطه زیر:

$$G = \sum_{i=0}^{10} (x_{i+1} - x_i)(y_i + y_{i+1}) \quad \text{معادله ۱:}$$

که در آن؛

X: درصد تجمعی جمعیت (خانوارها) Y: درصد تجمعی درآمد (هزینه‌ها)

محاسبه «ضریب جینی» که با استفاده از روش میلر^۱ صورت پذیرفته است، از توزیع ناعادلانه هزینه‌های بهداشتی و درمانی را در بین خانوارهای روستایی و شهری حکایت می‌کند.

		سال ۱۳۸۵
شهری	روستایی	سرانه هزینه بهداشت و درمان (ریال)
۱۳۴۲۹۶۵	۷۵۷۶۱۱	
		سهم بهداشت و درمان در کل هزینه غیر خوراکی
۹.۷٪	۱۳.۸٪	
		۱) سهم هزینه بهداشتی و درمانی در کل هزینه غیر خوراکی
۷.۲٪	۱۰.۶٪	
		۲) سهم هزینه بیمه‌های اجتماعی و درمانی در کل هزینه غیر خوراکی
۲.۵٪	۳.۲٪	

1. Miler Methode

جدول شماره ۷. تغییرات ضریب جینی در مناطق روستایی و شهری (۱۳۷۵-۸۴)

سال	هزینه های بهداشتی و درمانی		هزینه های بیمه اجتماعی، درمانی و حوادث		کل	
	شهری	روستایی	شهری	روستایی	شهری	روستایی
۱۳۷۵	۰/۵۲۰۰	۰/۵۳۷۰	۰/۲۲۶۱	۰/۳۷۰۲	۰/۴۷۷۲	۰/۵۲۳۰
۱۳۷۶	۰/۵۲۴۳	۰/۴۷۲۹	۰/۲۴۲۶	۰/۳۷۳۳	۰/۴۷۸۱	۰/۴۶۳۴
۱۳۷۷	۰/۵۲۵۲	۰/۵۳۱۰	۰/۲۵۳۶	۰/۴۰۳۱	۰/۴۸۰۴	۰/۵۱۹۵
۱۳۷۸	۰/۵۳۷۱	۰/۵۴۲۷	۰/۲۸۸۵	۰/۴۳۷۸	۰/۴۸۴۳	۰/۵۲۸۵
۱۳۷۹	۰/۵۵۲۳	۰/۵۱۸۶	۰/۲۹۴۷	۰/۴۲۰۹	۰/۵۰۲۳	۰/۵۰۵۲
۱۳۸۰	۰/۵۵۹۳	۰/۴۹۸۵	۰/۳۱۸۳	۰/۴۴۰۰	۰/۵۱۳۷	۰/۴۹۰۷
۱۳۸۱	۰/۵۳۰۷	۰/۵۰۱۲	۰/۳۰۰۳	۰/۴۲۵۰	۰/۴۸۷۱	۰/۴۹۱۶
۱۳۸۲	۰/۴۶۸۵	۰/۴۹۷۷	۰/۲۹۷۴	۰/۳۶۷۹	۰/۴۳۲۱	۰/۴۸۱۰
۱۳۸۳	۰/۵۰۵۹	۰/۵۲۷۹	۰/۳۵۰۶	۰/۴۴۴۳	۰/۴۶۳۸	۰/۵۱۵۳
۱۳۸۴	۰/۵۴۰۴	۰/۵۰۴۱	۰/۳۵۹۵	۰/۴۴۵۸	۰/۴۹۹۲	۰/۴۹۵۳
۱۳۸۵	۰/۵۱۴۱	۰/۵۰۹۴	۰/۳۴۹۸	۰/۳۰۲۴	۰/۴۷۰۹	۰/۴۶۱۵

منبع: برگرفته از هزینه های ناخالص غیرخوراکی خانوارها، مرکز آمار ایران، سالنامه آماری کشور

همانطور که ملاحظه می شود در طی ۱۰ سال گذشته همواره بی عدالتی در توزیع هزینه های بهداشتی و درمانی وجود داشته است و در بخش هزینه های اجتماعی و درمانی این بی عدالتی در جمعیت روستایی بیش از شهری بوده است، تنها تغییر نسبتاً زیاد به سمت توزیع عدالت در روستاییان در بخش بیمه ای در سال ۱۳۸۵ ملاحظه می شود (۰/۴۴۵۸ به ۰/۳۰۲۴) که ناشی از تأثیرات تغییرات به عمل آمده در بیمه درمان روستاییان در سال های ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵ می باشد. با توجه به مطالبی که در جداول قبل در مورد سازمان بیمه خدمات درمانی ذکر شد، این موضوع لزوم هدفگیری حمایتها به سمت خانواده های دهکهای پایین درآمدی را بویژه در مناطق روستایی نشان می دهد.

بحث و نتیجه گیری

همانطور که ذکر شد مأموریت سازمان تعمیم پوشش بیمه ای پایه درمان برای کلیه اقشار بیمه نشده جامعه به منظور ایجاد دسترسی عادلانه و به هنگام به خدمات و مراقبتهای درمانی

است که در قالب اهدافی چون تعمیم بیمه‌های پایه درمان برای آحاد جامعه و گروه‌های اجتماعی با اولویت روستاییان و اقشار نیازمند، فراهم نمودن شرایط لازم برای دسترسی عادلانه همه افراد به امکانات تشخیصی، درمانی و دارو، جلب مشارکت ارایه‌دهندگان خدمات درمانی و توزیع مناسب و عادلانه هزینه‌های درمانی، پایش و بهبود مستمر کیفیت خدمات درمانی قابل ارایه به بیمه‌شدگان، گسترش فرهنگ بیمه و ایجاد زمینه مشارکت بیشتر بیمه‌شدگان در نظام بیمه‌ای، اصلاح چندگانگی در روشهای موجود و ایجاد بستر اجرایی برای طرح جامع بیمه درمان قابل تفکیک است.

از سوی دیگر با عنایت به قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تکالیف سازمان عبارت است از:

- ایجاد صندوقهای موضوع تبصره ۵ ماده ۵ قانون (صندوق کارکنان دولت، صندوق نیازمندان، صندوق روستاییان و صندوق سایر گروه‌های اجتماعی) به صورت مجزا
- دریافت حق سرانه درمان از مشمولان قانون (سهم دولت، دستگاه حمایت کننده یا بیمه‌گذار و سهم بیمه شونده)
- پرداخت هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان تحت پوشش به افراد حقیقی و حقوقی ذی‌نفع براساس مقررات مربوط
- نظارت بر حسن اجرای مفاد قراردادهای ارایه خدمات درمانی و بیمه‌درمانی به بیمه‌شدگان که با اشخاص حقیقی منعقد شده است و نظارت بر کیفیت و چگونگی ارایه خدمات به بیمه‌شدگان تحت پوشش به طور مستقیم یا از طریق مراجع ذیصلاح
- بررسی مطالعه و تحقیق در زمینه امور بیمه خدمات درمانی
- بررسی و برآورد میزان حق سرانه درمان و تغییرات آن و ارایه پیشنهاد به وزارت رفاه و تامین اجتماعی به منظور طی مراحل تصویب مراجع ذی صلاح قانونی
- ارتقای پوشش بیمه درمانی در کشور از طریق اجرای طرح بیمه روستاییان و عشایر، تشکیل صندوق‌های بیمه خویش‌فرمایان و سایر گروه‌های اجتماعی، اجرای طرح بیمه بستری اقشار بیمه نشده شهری
- افزایش دسترسی به خدمات درمانی از طریق افزایش دسترسی اقشار آسیب‌پذیر به خدمات درمانی (از طریق بیمه بستری افراد بیمه نشده)

- مداخله در کیفیت خدمات درمانی از طریق تشکیل شوراهای فنی، کمیته‌های علمی- تخصصی و بررسی نسخ در جهت بهبود کیفیت خدمات قابل ارایه به بیمه‌شدگان با عنایت به موارد ذکر شده تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی با همه مزایای که داشته است، موفق به ارایه پوشش بیمه‌ای مناسب به جمعیت هدف بویژه روستاییان و اقشار کم درآمد نشده است. درصد بالای پرداخت هزینه‌ها از سوی خانوارها این موضوع را تأیید می‌کند (جدول ۵ را ببینید).

با عنایت به موارد مذکور سوالات زیر همچنان بدون پاسخ می‌ماند:

۱. چرا سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی در روستاییان بیشتر است؟ آیا سطح بهداشت و درمان و بیمه‌های درمانی و اجتماعی در روستاها به حدی رسیده است که روستایی سهم بیشتری از هزینه‌های غیر خوراکی خود را با اختیار کامل به بخش بهداشت و درمان اختصاص داده است؟ یا این که نسبت هزینه‌های غیرخوراکی در سبد خانوار شهری و روستایی به طور عادلانه توزیع نگردیده است تا بتوان از این طریق نسبت مناسبی را برای سهم بهداشت و درمان از آن کنار گذاشت.
۲. و یا این که روستایی به جهت عدم دسترسی لازم و کافی به خدمات بهداشتی و درمانی می‌بایستی هزینه‌های بیشتری را نسبت به شهری پرداخت نماید تا بتواند از حداقل بسته‌های خدمتی در سطح روستا بهره‌مند شود.
۳. علت مصرف بیش از میانگین جمعیت بیمه شده در صندوق کارکنان دولت و سایر اقشار چیست؟ آیا سازوکارهای مناسب اتخاذ نشده است یا این گروهها دسترسی بیشتری به ارایه‌کنندگان خدمت دارند؟

پاسخ به این سؤالات و سؤالات دیگری که در این زمینه وجود دارد نیازمند بررسی‌های بیشتری است، هر چند جداول ارایه شده در این مقاله نیز پاسخ تعدادی از این سؤالات را ارائه می‌کند، پاسخ را به خوانندگان محترم واگذار می‌کنیم.

منابع و مأخذ

۱. دانش دهکردی، نوشین، تحلیل قانون بیمه همگانی خدمات درمانی (طرح پژوهشی)، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۱.

۲. کریمی، مظفر، جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تأمین اجتماعی، شماره ۱۰، ۱۳۸۰، صص ۲۲۰-۲۲۱.
۳. زارع، حسین، راهبردهای خصوصی‌سازی بیمه‌های درمان خصوصی، جلد ۱، سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴.
۴. ضوابط تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی داروی مورد تعهد بیمه خدمات درمانی ماده ۱ مصوب مورخ ۱۳۷۴/۳/۲۴ هیأت وزیران
۵. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی
۶. سالنامه آماری کشور، سالهای ۱۳۸۴-۱۳۷۵.
۷. گزارش عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۸۴ و ۱۳۸۵.
۸. سازمان بیمه خدمات درمانی، آیین‌نامه اجرایی بیمه روستایی.
۹. سازمان بیمه خدمات درمانی، دستورالعمل ارایه خدمات به افراد تحت پوشش شهری‌های با جمعیت کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر (۳ صفحه).
۱۰. تفاهم‌نامه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در ارتقای بیمه درمان روستاییان (پزشک خانواده و نظام ارجاع مورخ ۱۳۸۴/۱/۲۵)
۱۱. نمونه قرارداد همکاری ادارات کل بیمه خدمات درمانی استانها با مراکز بهداشت شهرستان به شماره ۸/۲۷۱۱۵/ب/س مورخ ۸۴/۴/۱۱.
۱۲. تفاهم‌نامه شماره ۱۰۰۰/۹۰۱ مورخ ۱۳۸۴/۱/۲۰ در خصوص اجرای برنامه بیمه روستایی همراه با بسته خدمات تعریف شده
۱۳. قرارداد همکاری با پزشک مستقر در روستا، قرارداد همکاری با مرکز بهداشت شهرستان، قرارداد همکاری با پزشک مستقر در مراکز بهداشتی و درمانی روستایی (پیوست نامه شماره ۱۱۰۰/۷۵۳۹/ب مورخ ۱۳۸۴/۲/۲۱ معاونت بیمه و درمان)
۱۴. تفاهم‌نامه سازمان با معاون سلامت وزارت بهداشت در مورد اجرای طرح روستاییان بوسیله دانشگاه‌های علوم پزشکی (نامه شماره ۱۱۹۱۱/پ/س مورخ ۸۴/۲/۲۱)