

به نام خدا

مختص سند صحت عالی

اظهار نظر کارشناسی درباره:  
مصوبات کمیسیون تلفیق برنامه پنجم  
بند «ب» ماده (۴۲)

#### مقدمه

بیمه سلامت به عنوان یکی از حمایت‌های نظام تأمین اجتماعی، بر مبنای اصل بیست و نهم قانون اساسی، حق همه افراد جامعه محسوب می‌شود. مناسب‌ترین روش برای مشارکت مردم در تأمین منابع مالی سلامت سازوکار «بیمه‌ای» است. تجربه‌های جهانی نشان می‌دهد که خدمات اجتماعی متکی به بودجه عمومی در بلندمدت پایدار نیست و به همین دلیل، بیمه‌های سلامت با تکیه بر اصل «دریافت از هرکس به اندازه توانش و پرداخت به هرکس به اندازه نیازش» طراحی شده‌اند تا به جای بودجه دولتی، به حق بیمه‌های مردمی متکی باشند.

یکی از روش‌های کارآمد و اثربخش در این زمینه، ساختار تأمین اجتماعی چندلایه با سه رکن «حمایتی، بیمه‌ای و تکمیلی» است که در ماده (۳۱) لایحه برنامه پنجم از سوی دولت پیشنهاد شده و به تصویب کمیسیون تلفیق نیز رسیده است. لازمه طراحی این نظام آن است که امور حاکمیتی، سیاستگذاری و نظارتی مربوط به همه سازمان‌ها و نهادهای متولی امور بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی، در یک نهاد حاکمیتی متمرکز شود و بین آنها همسویی و هماهنگی لازم به وجود آید.

مصوبات کمیسیون تلفیق در امور بیمه‌ای و حمایتی - به خصوص در مورد بیمه‌های سلامت - شامل یک بسته سیاستی نسبتاً منسجم و هدفمند است که بر مبنای پیشنهادی دولت و با بهره‌گیری از نظرات کارشناسی طرف‌های ذینفع تدوین شده است. بی‌تردید حذف یا تغییر هر یک از بخش‌های این بسته سیاستی، می‌تواند به سایر اجزای آن آسیب وارد سازد که در این صورت، هدف اصلی قابل دستیابی نخواهد بود. در این گزارش به بخشی از این موضوع (بند «ب» ماده «۴۲») پرداخته می‌شود.

#### ارزیابی کارشناسی

##### الف) درباره صدر بند «ب»

بر مبنای بند «ب» ماده «۴۲»، کلیه صندوق‌های بیمه درمانی و امور مربوط به آن در یک سازمان ادغام و به سازمان «بیمه سلامت ایران» تغییر نام می‌یابد. این رویداد می‌تواند مزایای زیر را در پی داشته باشد:

۱. تجمیع بیمه‌های سلامت در یک سازمان می‌تواند موجب حذف وظایف موازی و تکراری، افزایش کارآمدی بیمه‌ها، استفاده بهینه از منابع موجود، کاهش هزینه‌های اداری و تشکیلاتی، رفع همپوشانی‌ها و خلأها، تعریف بسته خدماتی واحد برای همه، ایجاد وحدت رویه و تسهیل در خدمت‌رسانی شود.

۲. در وضع موجود، مراکز درمانی و تشخیصی و پزشکان با چند سازمان یا صندوق بیمه‌گر قرارداد همکاری دارند و برای هر کدام صورتحساب هزینه را جداگانه تنظیم و ارسال می‌کنند. تجمیع بیمه‌های سلامت در یک سازمان موجب می‌شود که مراکز یاد شده فقط با یک سازمان بیمه‌گر طرف قرارداد باشند و این امر موجب تسریع در خدمت‌رسانی و صرفه‌جویی در هزینه‌ها می‌شود.

۳. جمع منابع بیمه‌های سلامت در یک سازمان، فرصت و امکان خرید راهبردی متناسب با نیازها و شرایط را برای سازمان بیمه‌گر فراهم می‌سازد.

ب) درباره تبصره‌های «۲» و «۴»

بیمارستان‌ها و مراکز درمانی اختصاصی صندوق تأمین اجتماعی (موضوع تبصره «۲») و همچنین اموال، دارایی‌ها، امکانات و تجهیزات بخش درمان این صندوق (موضوع تبصره «۴»)، تماماً از محل ذخایر و مازاد حق بیمه بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی (و بدون کمک مالی دولت) ایجاد شده و از نظر قانونی و شرعی اختصاص به بیمه‌شدگان این صندوق دارد. بنابراین نمی‌توان آنها را مانند بیمارستان‌هایی که با استفاده از بودجه عمومی ایجاد شده (و همه افراد کشور نسبت به آنها حق یکسان دارند) به سازمان دیگری سپرد، بلکه باید همچون سایر شرکت‌ها و مؤسسات وابسته به این صندوق، جزء سرمایه‌های بیمه‌شدگان تلقی شود و در اختیار صندوق بماند.

ج) درباره تبصره «۳»

۱. با توجه به تغییر رویکرد از بیمه‌های خدمات درمانی به «بیمه‌های سلامت»، تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به «شورای عالی بیمه سلامت» نیز لازم به نظر می‌رسد.

۲. به دلیل وجود ذینفعان مختلف در نظام بیمه سلامت، سازوکارهای قانونی موجود به نحوی تنظیم شده که توازن بین منافع طرف‌های ذینفع و اجماع بین نظرات مختلف از طریق شورای عالی بیمه خدمات درمانی (متشکل از نمایندگان دولت، خدمت‌دهندگان، خدمت‌گیرندگان، نمایندگان ناظر مجلس و...) برقرار شود. در مصوبه کمیسیون تلفیق نیز همین نقش برای «شورای عالی بیمه سلامت» در نظر گرفته شده است.

## نتیجه‌گیری

مصوبه کمیسیون تلفیق درباره بیمه‌های سلامت حاصل چندین نشست کارشناسی کارگروه‌های مشترک و برآیند نظرات طرف‌های ذینفع در نظام بیمه سلامت است. تغییر اساسی در این مصوبه یا جایگزینی هر یک از پیشنهادها مطرح شده، می‌تواند به بسته سیاستی مورد نظر آسیب وارد کند و بنابراین، توصیه می‌شود این مصوبه بدون هیچ تغییر اساسی به تصویب برسد.