

## به نام خدا

### اظهار نظر کارشناسی درباره:

### «طرح انتزاع خدمات بیمه درمانی مددجویان روستایی و عشایری و شهرهای با

### جمعیت کمتر از بیست هزار نفر از سازمان سلامت ایران و الحاق آن به

### کمیته امداد امام خمینی (ره)»

#### مقدمه

با تصویب و ابلاغ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در تاریخ ۱۳۷۳/۸/۳ و با استناد به تبصره «۴» ماده (۷) و ماده (۱۴) قانون یاد شده، کمیته امداد امام خمینی (ره) به عنوان متولی بیمه درمان نیازمندان تعیین شد. بر مبنای تبصره «۴» ماده (۷) این قانون، کمیته امداد امام خمینی (ره) می‌تواند به منظور انجام امور بیمه درمان افراد زیر پوشش خود، علاوه بر سازمان‌ها یا شرکت‌های بیمه‌گر دولتی با مؤسسات خدمات درمانی انعقاد قرارداد نماید.

در اجرای این قانون، کمیته امداد امام خمینی (ره) ابتدا با سازمان بیمه خدمات درمانی قرارداد همکاری منعقد کرد، اما پس از گذشت حدود دو سال با بهره‌گیری از تجربه‌های کسب شده و مطالعه الگوهای رایج جهانی، از نیمه دوم سال ۱۳۷۶ طرح پزشک خانواده از سوی این نهاد برای بیمه درمان نیازمندان به اجرا درآمد.<sup>۱</sup> گزارش‌های آماری کمیته امداد امام خمینی (ره) بیانگر این است که طی دو سال اول اجرای طرح پزشک خانواده، هزینه درمان نیازمندان حدود ۴۰ درصد کاهش یافته و پس از آن آهنگ رشد طبیعی خود را بازیافته است.

با تصویب قانون بودجه سال ۱۳۸۵ (بند «الف» ماده (۱۵))<sup>۲</sup> وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف شد کلیه روستاییان فاقد پوشش بیمه درمانی را به‌طور رایگان زیر پوشش بیمه خدمات درمانی قرار دهد و برای آنان دفترچه بیمه درمان صادر کند. به استناد این ماده قانونی، مسئولیت بیمه درمان نیازمندان روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر نیز از کمیته امداد امام خمینی (ره) منتزع و به سازمان بیمه خدمات درمانی واگذار گردید.

با وجود آنکه تأکید قانونگذار در این ماده قانونی بر روستاییانی که «تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی‌باشند»، می‌توانست به معنای مستثنا شدن مددجویان بیمه شده کمیته امداد امام خمینی (ره) از این امر باشد، اما کل اعتبارات تخصیص یافته در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار گرفت و برای تمامی روستاییان و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (از جمله مددجویان امداد) دفترچه بیمه درمان رایگان صادر شد.

یکسان شدن بیمه درمان مددجویان روستایی با سایر روستاییان، موجب شد که آنان از مزایای سیستم ارجاع و پزشک خانواده کمیته امداد و همچنین سایر کمک‌هایی که بابت خدمات خارج از تعهد بیمه پایه درمان (مانند فرانشیز، مابه‌التفاوت سهم بیمار، هزینه‌های رفت و آمد و...) به آنان ارائه می‌شد، محروم شوند و نتیجه طبیعی چنین امری نارضایتی آنان بوده است.

در سال ۱۳۸۹ نیز طرح یک فوریتی با عنوان طرح انتزاع خدمات بیمه درمانی مددجویان روستایی عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر از سازمان بیمه خدمات درمانی و الحاق آن به کمیته امداد امام خمینی (ره) با هدف بازگرداندن مسئولیت بیمه درمان نیازمندان به کمیته امداد امام خمینی (ره) و برخوردار ساختن آنان از سایر خدمات حمایتی این نهاد، تقدیم مجلس شد که در جلسه ۱۳۹۰/۵/۹ در کمیسیون بهداشت به دلیل مغایرت با مواد (۳۲)، (۳۶) و (۴۲) قانون برنامه پنجم توسعه رد شد.

۱. سالنامه آماری کمیته امداد امام خمینی (ره)، ۱۳۸۶، ص ۲۰۸.

۲. بند «الف» تبصره «۱۵»: ... وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است براساس ماده (۹۱) قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، کلیه روستاییان و اهالی شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمه خدمات درمانی نمی‌باشند به‌طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۵ دفترچه بیمه درمان آنان را صادر و تحویل نماید.

## ارزیابی کارشناسی طرح

در صورت تصویب این طرح، مسئولیت بیمه درمان مددجویان روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر به کمیته امداد امام خمینی (ره) منتقل می‌شود و اعتبارات مربوط نیز که تاکنون در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی بود، به این نهاد واگذار می‌گردد. مهمترین نقاط قوت و ضعف این طرح به این شرح است:

### نقاط قوت

- امکان ساماندهی نظام بیمه درمان نیازمندان (اعم از شهری و روستایی) از نظر سطح خدمات و روش‌های اجرایی،
- امکان ارائه خدمات حمایتی بیشتر به نیازمندان متناسب با سطح نیاز آنان و کمک‌های حمایتی دولت،
- کاهش تبعیض بین نیازمندان روستایی و شهری از نظر سطح خدمات و دسترسی به کادر پزشکی مورد نیاز،
- اعمال مدیریت مناسب‌تر بر هزینه‌ها و تعادل منابع و مصارف از طریق نظام ارجاع ویژه مددجویان.

### نقاط ضعف

- امکان ایجاد همپوشانی و اختلال در تفکیک اعتبارات بیمه درمان روستاییان و نیازمندان روستایی،
- مغایرت این طرح با مواد (۳۲)<sup>۱</sup> و (۳۸) قانون برنامه پنجم<sup>۲</sup> مبنی بر یکپارچگی بیمه پایه درمان و تجمیع کلیه بیمه‌های سلامت در یک سازمان به نام «سازمان بیمه سلامت ایران». با توجه به تصویب و اجرایی شدن برنامه پنجم توسعه، این طرح با بسته سیاستی تصویب شده در قانون برنامه پنجم توسعه (مواد (۳۲)، (۳۵) و (۳۸)) در مورد نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و بیمه‌های سلامت به دلیل مستثنا کردن بخشی از جامعه هدف از این سیاست‌ها در مغایرت آشکار است و موجب اختلال در رسیدن به اهداف ذکر شده در قانون برنامه پنجم توسعه خواهد شد،
- ورود مستقیم کمیته امداد امام خمینی (ره) به امور بیمه‌گری، علیرغم حمایتی بودن این نهاد و لزوم تفکیک قلمروهای بیمه‌ای و حمایتی حسب قوانین موجود.<sup>۳</sup>

### نتیجه‌گیری

با توجه به مطالب عنوان شده و تصویب و ابلاغ قانون برنامه پنجم توسعه، از آنجایی که به موجب بند «د» ماده (۳۲) این قانون دولت موظف به یکپارچه‌سازی بیمه‌های خدمات درمانی و اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده گردیده است و نیز به موجب بند «ب» ماده (۳۸) همان قانون دولت موظف به ارائه یکپارچه خدمات بیمه سلامت از طریق ادغام بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه دستگاه‌های اجرایی در قالب تشکیلات جدیدی به نام «سازمان بیمه سلامت ایران»<sup>۴</sup> شده است، به نظر می‌رسد طرح پیشنهادی به علت خارج کردن بخشی از جامعه هدف از مسیر و سیاست‌های طراحی شده در برنامه پنجم توسعه در مغایرت آشکار با اهداف مذکور از قانون اشاره شده بوده و مشکلات عدیده‌ای را در سر راه اجرای مواد ذکر شده از این قانون ایجاد نماید.

**لذا تصویب آن توصیه نمی‌شود.**

۱. بند «د» ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه: وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف است نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده نظام ارجاع ... تهیه و جهت تصویب به هیئت وزیران ارائه نماید.

۲. بند «ب» ماده (۳۸) قانون برنامه پنجم توسعه: 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.

۳. بر مبنای ماده «۲» قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی حوزه‌های بیمه‌ای و حمایتی از یکدیگر تفکیک شده‌اند. این تفکیک در ماده (۳۱) قانون برنامه پنجم توسعه نیز در چارچوب «نظام تأمین اجتماعی چندلایه» تأیید شده است.