



مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

به نام خدا

اظهار نظر کارشناسی درباره:
«طرح بیمه پرداخت خسارت عوارض ناشی از درمان»

مشخصات طرح

دوره یازدهم - سال اول

شماره ثبت:

۶۷۱

شماره چاپ:

تاریخ چاپ:

معاونت پژوهش‌های

اجتماعی و فرهنگی

سایر دفاتر:

مطالعات اقتصادی

مطالعات حقوقی

مشخصات گزارش

شماره مسلسل:

۲۱۰۱۸۲۰۰

تاریخ انتشار:

۱۴۰۱/۲/۱۷



دفتر مطالعات اجتماعی

مقدمه

طرح بیمه پرداخت خسارت عوارض ناشی از درمان در راستای حمایت از بیماران در مقابل عوارض ناشی از درمان ارائه شده است. در مقدمه توجیهی طرح، به ناگزیر بودن خسارات ناشی از درمان (علی‌رغم سعی و تلاش کادر درمان و عدم قصور کادر پزشکی) و تحمیل هزینه‌های گزاف درمان عوارض به‌جا مانده برای بیمار و همراهان وی اشاره شده است. با توجه به عدم امکان استفاده از بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان (عدم قصور از سوی کادر درمان) طراحان، اخذ مبلغی از کلیه بیماران بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را^۱ به‌عنوان بیمه عوارض درمان پیشنهاد داده‌اند. بر این اساس، در این گزارش ضمن بررسی نقاط قوت و ضعف پیشنهاد فوق‌الذکر، چالش‌های سیاستی آن ارائه خواهد شد.

بررسی کارشناسی طرح

متن ماده‌واحد پیشنهادی به شرح زیر است:

«بیمه مرکزی مکلف است شرایطی را فراهم کند تا بیماران قبل از هر عمل جراحی، با پرداخت حق بیمه، خود را در مقابل عوارض ناشی از عمل جراحی نزد شرکت بیمه‌ای که جراح از آن شرکت، بیمه مسئولیت حرفه‌ای خریداری کرده است، بیمه نمایند. بیمه‌گر مکلف است در صورتی که عوارض ناشی از عمل جراحی، نتیجه قصور و کوتاهی پزشک نباشد، از محل بیمه مریض و در صورتی که عوارض ناشی از قصور پزشک است، از محل بیمه مسئولیت حرفه‌ای جراح، هزینه‌های مترتب بر عارضه را به‌صورت یکجا و یا تدریجی به مریض پرداخت نماید.

تبصره - همه جراحان مکلف به خرید بیمه مسئولیت حرفه‌ای می‌باشند.»

اگرچه پیشنهاد مذکور با هدف حمایت از بیماران و کاهش هزینه‌های مزاد بر دوش آنان در فرایندهای درمان از سوی طراحان ارائه شده، لیکن به‌نظر می‌رسد از حیث اصول بیمه‌ای حائز ایراداتی به شرح زیر است:

۱. برحسب نوع بیماری و احتمال بروز عوارض ناخواسته.

نقاط ضعف طرح پیشنهادی

– وجود دستورالعمل مرتبط با موضوع طرح: با وجود اینکه جزء «۵» از بند «ل» ماده (۱۰) دستورالعمل رسیدگی به اسناد بستری بیمه‌های پایه، مصوب شورای عالی بیمه سلامت (۱۳۹۴) که اذعان می‌دارد هزینه‌های درمانی ناشی از عوارض اعمال جراحی، خارج از شمول تعهدات بیمه پایه می‌باشد و از طرفی با استناد به بند «ب» کد ۵۱ همین دستورالعمل (خروج هزینه‌های درمانی از عوارض اعمال جراحی)، لیکن به موجب رأی دیوان عدالت اداری در ابلاغیه شماره ۹۸۱۷۲۲ مورخ ۱۳۹۸/۱۲/۰۷، هم‌اکنون هزینه‌های مربوط به عوارض طبیعی اعمال جراحی، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه پرداخت می‌گردد و هزینه‌های عوارض غیرطبیعی اعمال جراحی ناشی از خطای پزشکی از محل بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشکان پرداخت می‌گردد و بنابراین نیاز به تدوین سیاست بیمه‌ای مجزا برای پوشش هزینه عوارض جراحی نیست.

– زمینه‌ساز عدم کارایی: مطابق با بند «۲-۷» سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر «مدیریت منابع مالی از طریق نظام بیمه‌ای با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی»، منابع مالی عمومی و نشان‌دار در بخش سلامت می‌بایست بنابر تکلیف مصرح قانونی در نظام بیمه‌ای جمع، انباشت، تخصیص و صرف خرید خدمت برای گروه‌های هدف شود. با وجود صراحت قانونی، منابع مالی سلامت در اختیار نهادهای موازی موجب تشتت و عدم کارایی خدمات سلامت می‌گردد.

– تحمیل بار مالی اضافی بر دوش بیمار: در شرایطی که آرمان پوشش همگانی بیمه پایه سلامت برای همه ایرانیان هنوز در کشور محقق نشده است، برخی افراد همچنان دسترسی به پوشش بیمه‌ای برای پیگیری درمان خود ندارند، برخی به واسطه عدم توانایی پرداخت حق بیمه، داوطلب خرید پوشش درمان نمی‌شوند و یا درمان خود را به سبب عدم پوشش بیمه‌ای به تأخیر می‌اندازند، تعریف کردن بیمه دیگری با پرداخت حق بیمه مجزا، علاوه بر اینکه موجب افزایش پرداخت از جیب بیمار شده که مغایر با بند «۲-۹» سیاست‌های کلی سلامت^۱ است، نتیجه‌ای بجز افزایش بار مالی بر دوش بیماران به‌ویژه بیماران بی‌بضاعت، به تعویق انداختن جراحی‌های مورد نیاز و ضروری صرفاً به دلیل الزام به پرداخت حق بیمه عوارض احتمالی درمان نخواهد داشت.

– افزایش سرانه هزینه‌های خصوصی سلامت: درمان در نظام سلامت ایران پرهزینه بوده و سبب افزایش پرداخت از جیب خواهد شد. به طوری که سرانه هزینه‌های خصوصی سلامت براساس دلار بین‌المللی که حق بیمه‌های خصوصی درمان از جمله آنچه مدنظر طرح پیشنهادی است در شمول آن تعریف می‌شود، ۹۱۴ دلار و در رتبه ۳۳ دنیا است. در حالی که در سوئد ۸۶۹ دلار، ترکیه ۲۵۶ دلار و تایلند ۱۶۹ دلار است. میانگین جهانی این شاخص ۵۰۴ دلار بین‌المللی می‌باشد و این بدان معناست که سرانه هزینه‌های خصوصی سلامت در ایران (براساس برابری قدرت خرید دلار آمریکا) افزون بر ۴۰۰ دلار بین‌المللی بیش از میانگین جهانی است. بنابراین، تحمیل حق بیمه خصوصی مزاد از جیب بیمار موجب افزایش این شاخص و دشواری مالی برای بیماران خواهد شد.

– عدم تحقق اصول بیمه‌ای: مطابق اصول بیمه‌ای و محافظت مالی از افراد در نظام تأمین مالی سلامت، بهره‌مندی از مزایای بیمه‌ای از طریق پرداخت و انباشت منابع قبل از وقوع بیماری خواهد بود نه پس از وقوع آن و در زمان دریافت خدمات. این در حالی است که مطابق طرح پیشنهادی، افراد در زمان وقوع بیماری و حین دریافت خدمات، ریسک را خریداری کرده و بنابراین اصول و موازین بیمه‌ای شامل یارانه متقاطع و مشارکت اجتماعی محقق نخواهد شد.

۱. کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

– ضعف در ظرفیت نهاد تشخیص نوع عارضه: در پیشنهاد مذکور بیمه‌های تجاری ذیل بیمه مرکزی به‌عنوان نهاد تشخیص نوع عارضه ناشی از جراحی شامل قصور پزشکی یا عارضه طبیعی ناشی از عمل جراحی شناخته شده است و لذا مطابق ماده‌واحده پیشنهادی، طراحان به دنبال ایجاد ساختاری جهت رسیدگی به عوارض درمان می‌باشند. این در حالی است که به‌نظر می‌رسد ظرفیت بیمه‌های تجاری ظرفیت فنی – تخصصی لازم جهت تشخیص عوارض، حدود و ثغور آن، طبیعی یا غیرطبیعی بودن این عوارض و همچنین قیمتگذاری نوع عارضه را به‌واسطه مجزا بودن از ساختار بیمه‌ای پایه و ادغام آن با سایر رشته‌های بیمه‌ای همچون شخص ثالث، آتش‌سوزی و... را ندارند. ضمن اینکه باید در نظر داشت، در بیمه‌های خصوصی سلامت برخلاف بیمه‌های اجتماعی سلامت، سودآوری نسبت به حمایت مالی از بیمار در اولویت بالاتری قرار دارد. بنابراین در شرایط پیشنهاد شده در طرح، به‌نظر می‌رسد احتمال خطر تشخیص مبتنی بر پیشینه‌سازی سود از طرف آنها و خسارت کمتر برحسب اینکه از کدام محل جبران خسارت کنند (مسئولیت حرفه‌ای پزشک یا بیمه بیمار) و برحسب نوع رابطه با پزشک و بیمار از منظر تضمین منافع حرفه‌ای، دارای ابهام بوده و لازم است شرایط اجرای آن تضمین گردد.

ایرادات حقوقی در طرح

– عنوان طرح اعم از محتوای آن است. در عنوان به «درمان» اشاره شده که درمان می‌تواند شامل جراحی و غیره آن باشد. از این نظر عنوان باید تغییر کند.

– به‌نظر می‌رسد با توجه به موضوع طرح پیشنهادی، جهت جلوگیری از افزایش تعداد عناوین قانونی موجود لازم است مفاد طرح مذکور در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ گنجانده شود.

– مصادیق هزینه‌های مترتب بر عارضه و همچنین میزان حق بیمه باید توسط قانونگذار تعیین شود. در غیر این صورت این طرح مغایر اصل (۸۵) است.

علاوه بر معایب فوق که به کلیات این پیشنهاد مترتب است، برخی ابهامات نیز در طرح پیشنهادی وجود داشته که به شرح زیر به آنها اشاره خواهد شد:

– نامشخص بودن بیمه عوارض احتمالی در جراحی‌های اورژانسی: با پیشنهاد مذکور، در موارد جراحی اورژانس که قید فوریت زمانی در خصوص اقدام برای حفظ حیات بیمار مطرح است، تکلیف عوارض احتمالی این قبیل جراحی‌ها مشخص نشده است. از سوی دیگر، متن پیشنهاد بر لزوم خریداری بیمه از شرکتی که پزشک جراح، بیمه مسئولیت حرفه‌ای خود را خریداری کرده تأکید نموده است؛ در حالی که در شرایط اورژانسی که نه وقوع بیماری و نه پزشک معالج از قبل قابل شناسایی نیستند، نحوه تحقق این الزام نیز مشخص نیست.

– نادیده گرفته شدن عوارض احتمالی سایر مداخلات درمانی: اگرچه در طرح پیشنهادی عبارت «عمل جراحی» دارای ابهام بوده و لازم است تعریف و مشخص گردد، لیکن تأکید پیشنهاد مذکور صرفاً بر عوارض ناشی از اعمال جراحی بوده است درحالی که سایر مداخلات تهاجمی همچون آنژیوگرافی و یا سایر عوارض مداخلات طبی از جمله عفونت‌های بیمارستانی را در نظر نگرفته و صرفاً بیمار را در موارد جراحی با شرایط مشخص بودن پزشک معالج و اخذ بیمه عوارض از شرکت بیمه مسئولیت پزشک مکلف کرده است.

– نامشخص بودن معیار تشخیص عوارض درمان از قصور پزشکی: به‌نظر می‌رسد در طرح پیشنهادی برخی تعاریف اساسی مشخص نشده و دارای ابهام است. از جمله معیار تشخیص نوع این عوارض از سوی نهاد تشخیص‌دهنده است که بسیار حائز اهمیت می‌باشد. با توجه به اینکه مسئولیت‌های حقوقی و مالی متفاوتی در تشخیص عوارض احتمالی درمان و یا عوارض ناشی از قصور پزشکی بر پزشک

مترتب خواهد بود. بنابراین لازم است این معیار به صورت شفاف در نظر گرفته شده تا سبب بروز رفتارهای مخاطره‌آمیز در اجرای آن نگردد. همچنین در ماده‌واحد پیشنهادی تعریف دقیقی از عوارض نیز عنوان نشده است (تا چه زمانی پس از عمل جراحی عنوان عارضه ناشی از درمان بر آن گذاشته خواهد شد).

– نامشخص بودن بیمه عوارض احتمالی در موارد درمان بیمار توسط چندین پزشک: در طرح پیشنهادی شرایط درمان توسط چندین پزشک (وجود تیم پزشکی) به‌ویژه برای بیمارانی که با در نظر داشتن شرایط و نوع بیماری خود در طول بستری توسط چندین پزشک با تخصص‌های مختلف مورد معالجه و انجام مداخله درمانی قرار می‌گیرند (که احتمال بروز عوارض برای همه این مداخلات محتمل است)، نه تنها استعلام بیمه مسئولیت حرفه‌ای هر کدام از پزشکان و مراجعه به شرکت بیمه مربوطه، هزینه و زمان زیادی را به خانواده بیمار تحمیل خواهد نمود، بلکه طرح پیشنهادی در خصوص شرایط مذکور تعیین تکلیف نکرده و دارای ابهام است.

– احتمال محرومیت فقرا از درمان: به‌نظر می‌رسد منوط کردن دریافت خدمت جراحی به بیمه عوارض آن، موجب مخاطره عدالت در دسترسی به خدمات سلامت به نفع اغنیا خواهد بود که توان مالی پرداخت حق بیمه را دارند و سایرین به‌سبب ناتوانی مالی در پرداخت از دسترسی به خدمات محروم خواهند ماند. ضمن اینکه در این طرح شرایط بیماران بدون بیمه پایه سلامت در نظر گرفته نشده است. لذا فردی که توانایی پرداخت حق بیمه پایه سلامت را نداشته قطعاً توانایی مالی در خرید بیمه عوارض احتمالی را نخواهد داشت.

– عدم برآورد خطر احتمالی و تناسب آن با حق بیمه پرداختی بیمار: قطعاً با توجه به نوع عمل جراحی میزان خطرات احتمالی ناشی از آن اعم از عوارض درمان و یا قصور پزشکی متفاوت خواهد بود. بنابراین ایجاد تناسب منطقی میان خطرات احتمالی و پرداختی بیمار لازم است. این درحالی است که در طرح پیشنهادی این موضوع در نظر گرفته نشده و دارای ابهام است.

– ابهام در سازوکار اجرایی آن جهت جلوگیری از مخاطرات اخلاقی: مطابق طرح پیشنهادی، در صورت بروز عوارض احتمالی درمان، بیمار می‌تواند ضمن پرداخت حق بیمه عوارض، از مزایای آن بهره‌مند گردد. لیکن با توجه به اینکه این خسارت به‌صورت نقدی به بیمار پرداخت می‌گردد، لازم است سازوکار مناسب جهت جلوگیری از بروز مخاطرات اخلاقی در بهره‌مندی از مزایای این بیمه در نظر گرفته شود. این درحالی است که علی‌رغم اهمیت آن، این موضوع در طرح پیشنهادی مسکوت مانده است.

– ابهامات متعدد در طرح پیشنهادی: مرجع تعیین حق بیمه، اساس و نرخ آن، نرخ رشد سالیانه حق بیمه و رابطه بین این حق بیمه و حق بیمه مسئولیت حرفه‌ای پزشک و نهاد نظارت‌کننده از جمله مواردی هستند که در این طرح به‌طور مشخص شفاف‌سازی نشده‌اند. حق بیمه بیمه‌های پایه سلامت به‌صورت سالیانه در مصوبه هیئت وزیران ابلاغ می‌شود. حق بیمه بیمه‌های تجاری سلامت نیز براساس خطر و با تنظیم‌گری شورای عالی بیمه تعیین می‌شوند. از آنجا که پیشنهاد شده است علاوه بر ریسک‌هایی که بیمه پایه سلامت خریداری می‌کند (بسته بیمه پایه سلامت)، ریسک مازادی توسط بیمه شده برای همین خدمات خریداری می‌شود، لازم است نهاد تنظیم‌گر بیمه‌های پایه سلامت یعنی شورای عالی بیمه و نه بیمه مرکزی بر طراحی و بازنگری آن نظارت کنند.

نتیجه‌گیری

طرح بیمه پرداخت خسارت عوارض ناشی از درمان، اگرچه در راستای حمایت از بیماران در مقابل بروز عوارض پس از اعمال جراحی یا در فرایندهای درمانی از سوی طراحان ارائه شده است، اما به‌نظر می‌رسد علی‌رغم هدف مذکور، طرح پیشنهادی ضمن اینکه صرفاً به بحث جراحی ورود کرده است (نه کلیه اقدامات درمانی) هم برای صندوق بیمه‌ای و همچنین ممکن است برای بیمار پیامد

مثبتی به دنبال نداشته باشد. باید دانست که عوارض ناشی از جراحی حتی اگر خطای پزشکی نبوده، لیکن به واسطه درمان حادث شده و منتج از فرایند درمان در نظام سلامت بوده و نباید بیمار هزینه مذکور را از جیب پرداخت نماید.

علاوه بر آن طرح مذکور به جهت ابهامات اساسی و همچنین مغایرت با سیاست‌های کلی سلامت از حیث افزایش پرداخت از جیب بیمار و تقابل با اصول بیمه‌ای حاکم بر نظام سلامت دارای معایب متعددی بوده که در گزارش فوق به آن پرداخته شد و لذا اهداف طراحان محقق نشده و نظام سلامت را در مرحله اجرا با چالش‌ها و ابهاماتی اجرایی مواجه خواهد کرد. بر این اساس ضمن رد کلیات طرح پیشنهادی، توصیه می‌شود حمایت‌های مذکور در راستای شفافیت در فرایند درمان، اجرای مناسب راهنماهای بالینی جهت جلوگیری از تحمیل هزینه‌های مازاد در فرایندهای درمانی بر دوش بیماران و سوق دادن افراد به بهره‌مندی از مزایای بیمه‌های پایه درمان جهت افزایش پوشش همگانی و کاهش پرداخت از جیب افراد هم‌راستا با سیاست‌های کلی سلامت صورت گیرد.