



صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران

معاونت سیاسی

اداره پژوهش‌های خبری

پژوهش

نشت پژوهشی

تجميع بیمه‌ها از نگاه موافقان و

مخالفان

با مضمون:

دکتر اولیایی منش مدیر کل تعرفه و ارزیابی وزارت بهداشت

دکتر شهرام غفاری؛ رئیس مؤسسه عالی پژوهش سازمان تامین اجتماعی

دکتر ممید رضا صفی‌فانی قائم مقام معاونت برنامه ریزی وزارت بهداشت

مهندس بهمن برزگر؛ عضو هیات مدیره بیمه سلامت ایرانیان

فرآورده‌های خبری و تولیدات پژوهشی در بخش‌های زیر قابل دسترس است:

– وب سایت خبرگزاری صداوسیما (سرویس پژوهش) <http://www.iribnews.ir>

– گروه تلگرام پژوهش خبری صداوسیما <https://telegram.me/pajooheshkhabar>

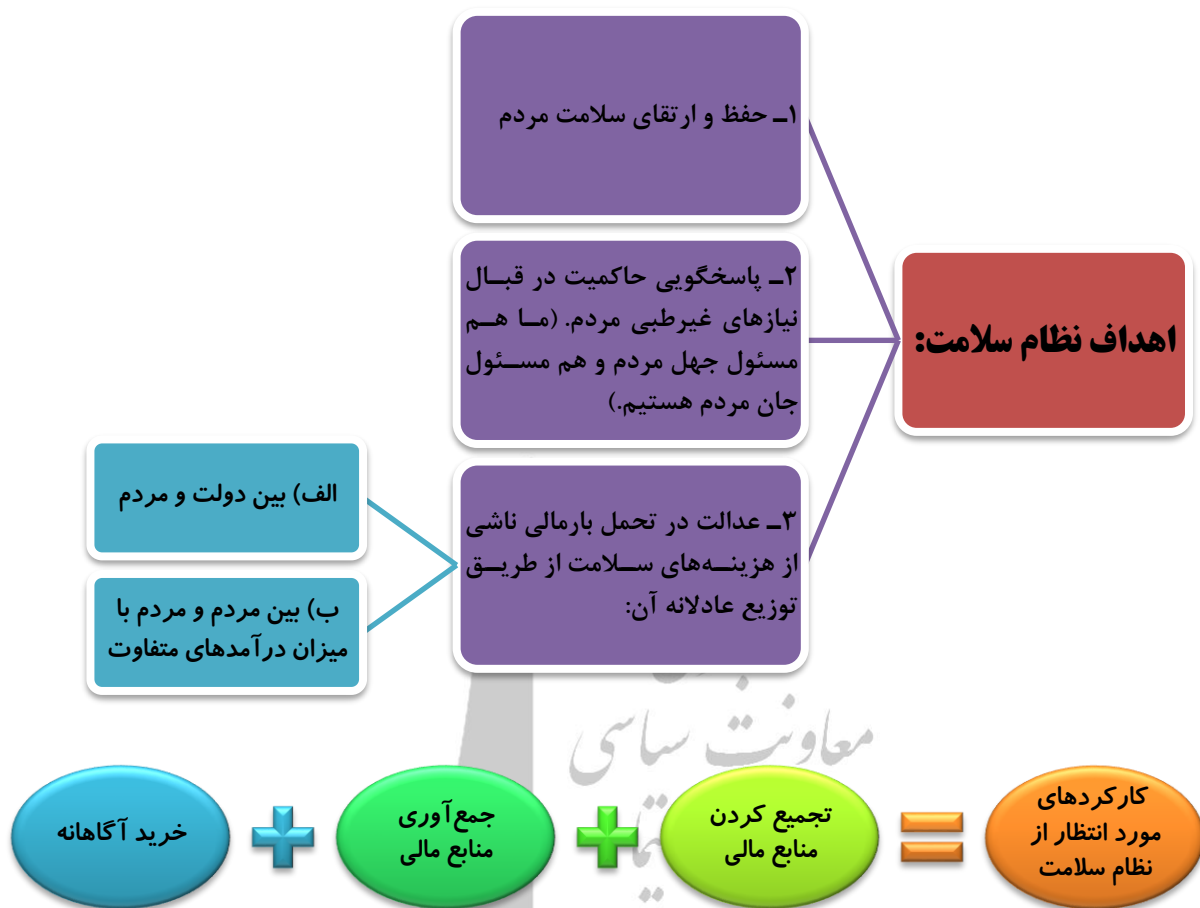
پژوهشگرک فریفته هدایتی

□ چکیده نشست پژوهشی:

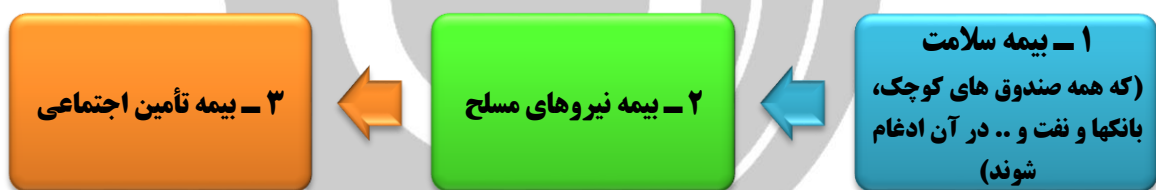
- تجمیع و یکپارچگی یکی از اصلی‌ترین نیازهای پوشش بیمه همگانی است و اغلب کشورهای دنیا به سمت یکپارچگی در حال حرکتند.
- تجمیع بیمه‌ها در اولویت نظام سلامت نیست.
- تجمیع یک راهکار منطقی است با مولفه‌هایی که پیش نیازهای آن هستند و آن اصلاح در سایر عناصر نظام سلامت است.
- تجمیع راهبرد بسیار سختی است و پیش زمینه‌هایش فراهم نیست.
- ما مجبوریم به سمت یکپارچگی و تجمیع حرکت کنیم.
- تجمیع در ساختار نظام بیمه‌ای ما پذیرفته نیست چون پیامد تجمیع بیمه‌ها تغییر ساختار و از گردونه خارج شدن نظام تامین و رفاه اجتماعی است.
- نظام سلامت باید مقدم بر تجمیع به تفکیک تولید از تأمین مالی و از تدارک خدمت فکر کند.
- احتمال بی اثر کردن نقش رفاه اجتماعی در صورت تجمیع وجود دارد.
- نظام رفاه باید مطالبه‌گر نظام سلامت باشد که نظام سلامت نحوه پرداخت و نحوه ارائه خدمت و نحوه نظارتی را انتخاب نکند که این تضاد و تعارض منافع مردم را به فقر ببرد.

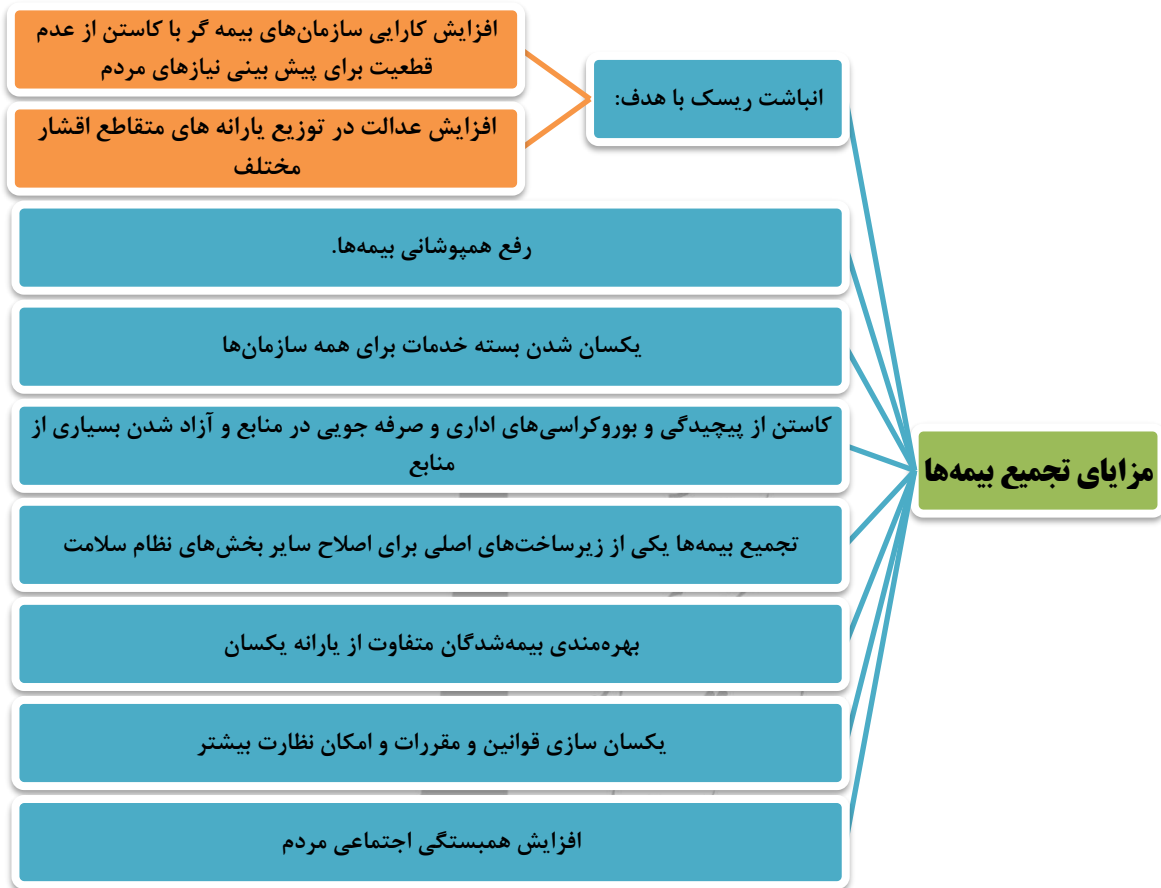
صد او سیما





بیمه‌های مورد نیاز در ایران





مدتی است که موضوع تجمیع بیمه‌ها در میان تصمیم‌سازان مطرح شده و بحث و چالش‌های فراوانی حول کم و کیف و باید و نباید آن در جریان است. تجمیع بیمه‌ها که از سیاست‌های کلی ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه نظام سلامت است و در برنامه پنجم توسعه به آن توجه شده است، از مطالبات اکثر کارشناسان و متولیان حوزه درمان کشور است، مطالبه‌ای که اگر محقق شود، به نظرمی‌رسد بیمه شدگان هزینه کمتری متقبل می‌شوند. با تجمیع بیمه‌ها، سیستم خدمات‌رسانی در حوزه بهداشت و درمان یکپارچه خواهد شد و این یکپارچه سازی سبب پوشش بیمه‌ای هماهنگ‌تر و کارآمدتر برای طبقات مختلف از جمله کارگران خواهد شد. بخصوص در شرایطی که تفاوت در نوع بیمه عادی و تکمیلی افراد هم مشکلات و چالش‌هایی ایجاد کرده، تجمیع بیمه‌ها این مشکلات و تناقضات را کاهش می‌دهد. اما مخالفان تجمیع بیمه‌ها از این نگرانند که خدماتی که طی سالیان متمادی برای بیمه‌شدگان تامین اجتماعی تدارک دیده شده، با تجمیع بیمه‌ها در معرض استفاده عموم قرار خواهد گرفت و ممکن است به حوزه بهداشت و درمان جامعه کارگری آسیب برسد.

بحث و سخن بر سر دلایل الزام این کار و ساز و کارها و مقدمات و پیش زمینه‌های آن محل اختلاف نظر کارشناسان در دو حوزه بیمه و بهداشت است. این نوشتار به معرفی دلایل مخالفت‌ها و موافقت‌ها و پیشنهادات مسئولان دو حوزه در خصوص این موضوع می‌پردازد.

□ نظام‌های سلامت در دنیا و چگونگی اصلاح آن

موضوع تجمیع بیمه‌ها در راستای تحقق پوشش همگانی بهداشت یا سلامت مطرح شده است. منظور از پوشش همگانی فراهم آوردن پوشش در ابعاد خدمتی، قیمتی، جمعیتی و کیفیتی است. یعنی بهترین خدمات برای جمعیت بیشتر و کیفیت بالاتر و با قیمت پایین‌تر ارائه شود.

دستیابی به پوشش همگانی بهداشت و سلامت UHC^۱ یکی از کانون‌های توجه کشورهای جهان هنگام پذیرفتن اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ است. کشورهایی که به سمت UHC پیش می‌روند، به سوی تحقق سایر اهداف مربوط به بهداشت و نیز سایر اهداف توسعه پایدار هم حرکت می‌کنند. وضعیت مناسب سلامت در جامعه اساس توسعه اقتصادی درازمدت است. بعد از مطرح شدن بحث پوشش همگانی بهداشت و سلامت، ۱۰۰ کشور از حدود ۲۰۰ کشور جهان ادعای اصلاح نظام سلامت را دارند. اصلاحات مختلفی در قالب پوشش همگانی بهداشت یا سلامت مطرح می‌شود.

□ انواع مدل‌های تأمین مالی نظام سلامت در دنیا

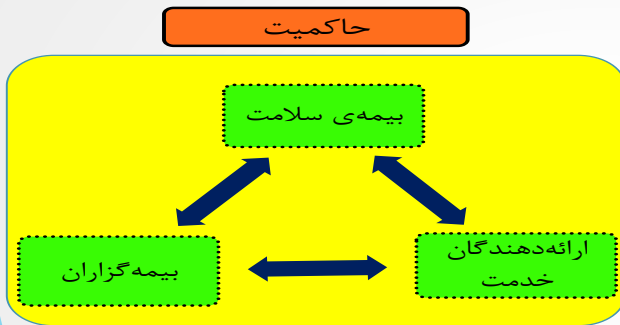
نظام‌های مبتنی بر طب ملی (نظام بورجی):

اصلاً بیمه ندارد. خزانه‌داری دارد که منابع را از روش‌های مختلف (هم یارانه دولت و هم پول مردم، نه در قالب حق بیمه بلکه در قالب مالیات‌ها و عوارض‌های متعددی که جاهای دیگر می‌پردازند)، برای بیمه پرداخت می‌شود. مثل نظام انگلیس و سوئد و یکسری کشورها که از نظام انگلیس تبعیت کرده‌اند.

نظام‌های سلامت بیسمارکی: نظام تأمین مالی شان را بر بیمه‌های اجتماعی مبتنی بر اشتغال گذاشته‌اند. در اینجا دیگر افراد مالیات نمی‌دهند و صندوق بر اساس بیمه است. فرد وقتی شاغل شد مشارکت می‌کند و دولت و کارفرما هم

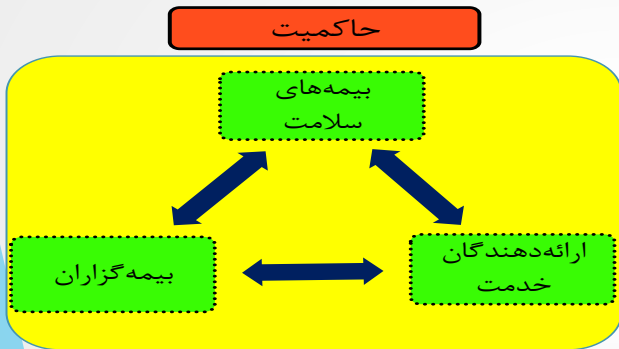
حق خودشان را می دهند و در واقع یک نظام بیمه درمان شکل می گیرد. نظیر آنچه در بیمه های درمان کارگران ما شکل گرفته است.

انواع مدل های تأمین مالی در دنیا صندوق واحد – کانادا



- ✓ صندوق واحد بیمه (هراستان)
- ✓ منابع از محل مالیات
- ✓ غیر دولتی و غیر انتفاعی
- ✓ قیمت خدمات پایین
- ✓ هزینه پشتیبانی پایین
- ✓ کیفیت خدمات نسبتا پایین
- ✓ کارآمدی بیمه ها پایین

انواع مدل های تأمین مالی در دنیا آلمان



- ✓ تعدد بیمه های درمان به صورت رقابتی
- ✓ غیر دولتی و غیر انتفاعی
- ✓ تأمین مالی با مشارکت کارکنان و کارفرمایان
- ✓ قیمت خدمات بالا
- ✓ هزینه پشتیبانی بالا
- ✓ کیفیت خدمات بالا
- ✓ کارآمدی بیمه ها بالا

انواع مدل های تأمین مالی در دنیا ایران

- ✓ تعدد صندوق ها
- ✓ غیر رقابتی
- ✓ مدیریت دولتی
- ✓ یکی بودن سیاستگذار و ارائه دهنده
- ✓ هزینه بخش عظیمی از منابع عمومی سلامت خارج از نظام بیمه

❑ تجربه سایر کشورها

❖ هلند : دولت برای این که وظیفه خود را انجام دهد، یارانه خودش را تقسیم می‌کند. بر اساس سن و جنس و ... در داخل صندوق‌ها تقسیم می‌کند. تا در سطح بیمه پایه با هم اختلاف نداشته باشند.

هلند در سال ۲۰۰۶ یک رفرم انجام داد و صندوق‌ها را یکسان کرد. هلند ۵ سال پیاپی در شاخص‌های نظام سلامت رتبه اول اروپا را کسب کرد.

❖ کانادا : نظام ملی بیمه ایجاد کرده ولی ۸۰-۷۰ درصد مالیات می‌گیرد.

❑ اصلاحات نظام سلامت و تجمیع بیمه‌ها در ایران

پوشش همگانی همه اصلاحات نظام سلامت نیست؛ نگاه ما به اصلاحات نظام سلامت باید واقعا فراگیر باشد و حوزه‌های مختلف را در برگیرد. نگاه‌های پراکنده به سیستم باعث می‌شود هر چند سال یکبار شروع به اصلاح یک بخش بکنیم و بقیه بخش‌ها بی‌حاصل بماند.

برنامه پنجم توسعه که یکی از مترقی‌ترین برنامه‌ها در حوزه سلامت است متأسفانه تعداد زیادی اصلاحات را پیشنهاد کرده اما اولویت‌ها را مشخص نکرده است. در نوشتن آیین‌نامه‌ها هم به این موضوع پرداخته نشد. در نهایت به همین دلایل برنامه پنجم برخی از قسمت‌هایش عملیاتی نشده است.

❑ تجمیع بیمه‌ها در اسناد بالادستی





- ✓ همگانی و اجباری شدن بیمه پایه سلامت
- ✓ اجازه به دولت برای ادغام بخش درمانی صندوق‌های بیمه
- ✓ تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران (مالکیت دولتی)



سیاست‌های کلی برنامه
ششم:
توسعه کمی و کیفی
بیمه‌های درمان و اصلاح
ساختار نظام سلامت
مبتنی بر سیاست‌های
کلی سلامت

تعدد بیمه‌های
پایه به صورت
رقابتی



- ۷- تفکیک تولید، تأمین مالی و تدارک خدمت به شرح زیر:
 - ۷-۱- تولید (سیاست‌گذاری و نظارت) توسط وزارت بهداشت
 - ۷-۲- مدیریت منابع از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت
 - ۷-۳- تدارک خدمات توسط بخش دولتی (وزارت بهداشت)، عمومی و خصوصی
 - ۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:
 - ۹-۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها (تعدد بیمه پایه)
 - ۹-۵- بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمان

بیمه‌های اجتماعی سلامت باید کارکردهای ذیل را داشته باشند:

- ۱- بیمه‌های اجتماعی سلامت ابزار مسئولیت‌پذیری دولت‌ها در نظام سلامت هستند و باید سهم خودشان را از حوزه بیمه‌های اجتماعی مطالبه کنند
- ۲- پرداخت را به یک پیش پرداخت تبدیل کنند. پول به جای این که دفعتاً پرداخت شود، فرد در زمان سلامت، هزینه‌های درمانش را برای زمان بیماری پرداخت کرده باشد.
- ۳- رابطه مالی بین بیمار و ارائه دهنده خدمات را به حداقل برساند.

❖ دکتر حمیدرضا صفی خانی، قائم مقام معاونت برنامه ریزی وزارت بهداشت: مستندات نشان می‌دهد که کارکرد بیمه‌های ما در وضع موجود چنین چیزی ایجاد نکرده است. مشکل بیمه‌های سلامت ما در وضع فعلی این است که:

۱- بیمه سلامت بیمه بین نسلی نیست و سهمش را از بیمه اجتماعی می‌گیرد و سرویس را به صورت «پرداخت کن، خدمت بگیر و برو» ارائه می‌کند.

۲- نبود تولید واحد برای خرید آگاهانه که در نتیجه آن ۵۰ درصد پول سلامت بدون اینکه مدیریت شود دارد خرج می‌شود و نمی‌توانیم با تشکیلات عریض و طویلی که برای بیمه سلامت، بیمه تأمین اجتماعی و درست کرده‌ایم. آن را مدیریت کنیم.

مشکلات نظام های سلامت کنونی

- ۱- عدم تحقق پوشش همگانی
- ۲- همپوشانی بیمه ها
- ۳- عدم تحقق عدالت توزیعی منابع به ویژه در صندوق های کوچک (پول منابع عمومی دولت صرف خدمتی می شود که فقط برخی از گروه‌ها از آن بهره مند می شوند و نه همه مردم)

مشکلات برنامه‌های اصلاح نظام سلامت در کشور

نبود نگاه جامع و بخشی نگری در تعیین موارد اصلاحی
(در برنامه‌های توسعه همه موارد اصلاحی را لحاظ نکرده و بخشی از موارد را پیشنهاد داده)

مشخص نکردن اولویت‌ها و پیشنیازها در ارائه راهکارها
(اولویت‌ها و مواردی که پیشنیاز سایر اصلاحات است را مشخص نکرده)

بی‌توجهی به اولویت بندی‌ها در نوشتن آیین نامه‌ها

❖ **تجمیع و یکپارچگی** یکی از اصلی‌ترین نیازهای پوشش بیمه همگانی است و اغلب کشورهای دنیا به سمت یکپارچگی در حال حرکتند. ما **مجبوریم** به سمت یکپارچگی کلی حرکت کنیم.

❖ **دکتر غفاری؛** مسئول مؤسسه عالی پژوهش سازمان تأمین اجتماعی، پزشک: ادغام همه بیمه‌ها در یک بیمه واحد چاره کار نیست چون: اقتصاد ما با بیمه واحد سازگار نیست. در بیمه واحد، نظام تأمین منابع، نظام مالیاتی است و ما امروز فقط ۳۵-۳۰ درصد از کل منابع نظام سلامت مان مالیات است. در کانادا که چنان دستاوردهایی دارد، ۷۰ درصد مردم مالیات می‌دهند ولی ما ۳۰ درصد. پس معلوم است که در اینجا این طرح به این صورت محکوم به شکست خواهد بود و ضرورتی ندارد که در پی نظام بیمه واحد باشیم. با توجه به این وضعیت که رشد اقتصادی ما هم ۸ درصدی است.

❖ **دکتر حمیدرضا صفی خانی،** قائم مقام معاونت برنامه ریزی وزارت بهداشت: ما ناگزیریم اصلاحات انجام بدهیم. تجمیع یک استراتژی است نه یک هدف. شاید راه‌های دیگری هم باشد تجمیع راهکار مناسبی است اما در کنارش باید یکسری اقدامات انجام شود که در صدر آن موضوع تولید واحد در نظام سلامت است. مفهوم تولید را هم در سیاست‌های کلی سلامت رهبری به آن اشاره کرده‌اند و هم در جای جای طرح تحول و تجمیع بحث تولید مطرح شد. اگر تجمیع در راستای تولید واحد شکل نگیرد، معلوم نیست استراتژی موفق باشد.

منظور از تولید واحد چیست؟

تولید یعنی **اولا یک حکمران درون بخشی** خوبی باشد و دوم اینکه رهبری بین بخشی خوبی هم داشته باشد. متولی کسی است همه کاره بدون مالکیت. متولی باید تمام روابط و قواعد را تنظیم کند ولی مالکیت ندارد. و دست اندازی به صندوق‌ها ندارد. قرار نیست این صندوق‌ها خیلی ادغام شوند بلکه باید کارکرد خودشان را زیر نظر یک متولی واحد انجام دهند. سیاست‌های رهبری هم همین است: می‌گوید در حوزه سلامت باید تفکیک کارکردها شکل بگیرد نه بیرون از آن. تفکیک کارکردی کاملا واضح است.

چرا تولید واحد مهم است؟

در حوزه سلامت، یک نهاد واحد باید سیاستگذار باشد. شورای عالی بیمه کارکرد مطلوبی در گذشته نداشته و ما ذیل این شورا هیچ نهاد تنظیم‌کننده مقررات نداشته‌ایم. اکنون ما شورای عالی مقررات نداریم و بیمه مرکزی نقش شورای عالی مقررات (سازمان وضع مقررات) را بازی می‌کند. و اعتبار شرکت‌های بیمه را بررسی می‌کند. در سطح سیاستگذاری ما یکپارچگی در بیمه‌ها نداریم. در حوزه تصدیگری هم همینطور همپوشانی است. ما نیازمند این هستیم که اصلاح پارمتری ساختاری و برنامه‌ای انجام دهیم. در غیر اینصورت وضع موجود ما چشم انداز خوبی ندارد. ما در حال حاضر به لحاظ شاخص‌های عدالت وضع مطلوب نداریم. به لحاظ تأمین، تجمیع و خرید خدمات وضعیت مطلوبی نداریم یکجا دارد خرج تراشی می‌کند و جای دیگر پولش را با بدبختی تأمین می‌کند. اینها پاسخگوی واحد می‌خواهند و در نهایت باید با شاخص حرف بزنیم و یک نفر پاسخگو باشد.

خلاصه اینکه: تجمیع یک راهکار منطقی است با مولفه‌هایی که در واقع پیش نیازهای آن هستند و آن اصلاح در سایر عناصر نظام سلامت و قرار گرفتن کارکردهای متنوع نظام سلامت در ذیل تولید نظام سلامت است

اما برفی کارشناسان نظر متفاوتی در این فصول دارند از جمله :

❖ مهندس بهمن برزگر، عضو هیئت مدیره بیمه سلامت ایرانیان معتقد است که: تجمیع در اولویت نظام

سلامت نیست. دلایل مخالفان تجمیع بیمه‌ها

تجمیع راهبرد بسیار سختی است و پیش زمینه هایش فراهم نیست

تجمیع در ساختار نظام بیمه ای ما پذیرفته نیست چون در حوزه بیمه های اجتماعی ما به لحاظ قانونی، ساختار رفاه حاکم است و یک تولیت واحد نداریم بلکه حداقل در بخش مالی تفکیک ایجاد کرده ایم. در نتیجه پیامد تجمیع بیمه ها تغییر ساختار و از گردونه خارج شدن نظام تامین و رفاه اجتماعی است

تجمیع باید در چارچوب نظام تصمیم گیری ما تصمیم گیری شود یعنی برای بخش رفاه به طور کامل و برای بخش سلامت هم به طور کامل با دیدن همه کنترل مپ ها و همه رویکردها اصلاح انجام شود.

احتمال بی اثر کردن نقش رفاه اجتماعی در صورت تجمیع وجود دارد. نظام رفاه باید مطالبه گر نظام سلامت باشد که نظام سلامت نحوه پرداخت و نحوه ارائه خدمت و نحوه نظارتی را انتخاب نکند که این تضاد و تعارض منافع مردم را به فقر ببرد.

در خصوص تولید به معنای مدیریت درون بخشی و هماهنگی بین بخشی، باید مشخص کنیم که چقدر مدیریت درون بخشی ما قابل دفاع است؟ و چقدر رویکرد ما بین بخشی همدلانه بوده، نه طلبکارانه‌ی بدون چارچوب حرفه‌ای؟



راهکار چیست؟

مهندس برزگر نظام سلامت باید مقدم بر تجمیع به تفکیک تولید از تأمین مالی و از تدارک خدمت فکر کند. طبق صدر بند ۷ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری، تفکیک انجام شود تا تعارض منافع در حوزه سلامت به حداقل برسد. سلامت در حوزه بهداشت نیست، همچنان که بودجه‌اش را سازمان برنامه می‌دهد. متأسفانه این درک غیر موسع از سلامت که همه ما را درگیر کرده است به یک بحث درمان تقلیل پیدا کرده است. و مشکل هم مبتنی بر آن تعریف شده. پس یکبار دیگر باید مشکل را تعریف کنیم تا راه حل مناسب پیدا کنیم. قطعاً یک راه حل می‌تواند تجمیع باشد. اگر بخواهیم همه قوانین فعلی را محترم بشماریم و ساختار را تغییر ندهیم. دو تا کار باید انجام بدهیم:

۱- **نظام چند لایه را اجرا کنیم** بین فقر و حمایت بیمه در دو حوزه سلامت و تامین آتیه بیمه تامین اجتماعی همبستگی کند و یک نهاد رگولاتور (وضع کننده مقررات) ذیل ساختاری که همه ذینفعان در آن باشند، با حفظ ساختارهای موجود تشکیل شود. یعنی چیزی مثل بانک مرکزی و شعب بانکها (بیمه مرکزی و شعب بیمه‌ای).

۲- **رگولاتور به معنای واقعی متاثر از ارائه کننده خدمت نباشد.** شخص برای خودش تعرفه نگذارد و قوانین و مقررات را وضع نکند.

دکتر صفی خانی: ما به دنبال بی اثر کردن نقش رفاه اجتماعی نیستیم. گسست کارکردی ایجاد شده و در اینجا هیچ خرید آگاهانه‌ای صورت نمی‌گیرد چون در سیاستگذاری تعریف نشده که ارزیابی مدیریت خدمات سلامت را داشته باشید.

اول باید ببینیم دیدگاه نظری ما در مورد عدالت چیست؟ ما در خدمات اولیه یک اجتماع گرا هستیم و در خدمات عمومی صد درصد باید دولت تامین کند و دادنش به یک نفر نباید از اعطای آن به کس دیگری کم کند. یعنی در این حوزه (خدمات عمومی) نباید مبتنی بر بیمه باشد.

بیمه را راحت تر می دهند اما مالیات را به راحتی نمی دهند. در جهان سوم مالیات گریزی بیشتر از بیمه گریزی است. پس نظام بیمه ای برای ما مناسب تر است.

دوم این که نمی‌توانیم خدمات عمومی بهداشتی را رایگان کنیم چون دولت پول ندارد و معلوم نیست کی بتواند تامین کند.

وظایف حاکمیت

۱- وزارت بهداشت وظیفه دارد بالاترین تکنولوژی تامین سلامت دنیا را در اختیار داشته باشد. یعنی برایش فراهم باشد. و بالاترین مداخلات پزشکی باید در کشور فراهم باشد.

۲- این سرویس باید در دسترس همگان باشد. افراد با طی مسافت و هزینه عادلانه بتوانند به این سرویس دسترسی داشته باشند. عدالت یعنی این

۳- این خدمت برای همگان قابل خرید باشد. سرویسی که در ۵۰ متری محل سکونت افراد باشد ولی آنقدر گران باشد که نتواند بخرد، در دسترس همگان نیست.

۴- مواد سلامتی برای همگان به نوعی ایجاد شود که بهره‌مندی برای ایشان شکل نگیرد.

معاونت ساسی
صدرا و سیمیا