

Legal System Governing Organizations Providing Health Insurance Services

Seyed Reza Hosseini¹, Bijan Abbasi^{2*}, Ehsan Aghamohammadaghaee¹

¹Department of Public Law, Faculty of Humanities, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

²Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Bijan Abbasi, Associate Professor, Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: babbasi@ut.ac.ir

Received: October 11, 2020

Revised: March 30, 2021

Accepted: May 2, 2021

Online Published: May 27, 2021

Abstract

Health is one of the most basic needs of all human beings. The main function of the health system of any country is to provide services in this field. The purpose of this research is to find out how services are provided by which institution and according to what principles. After the victory of the Islamic Revolution, the expansion of social security became a public right in Article 29 of the Constitution, relying on the enjoyment of social security benefits by all people. Accordingly, the main institutions, organizations, institutes and funds in the areas of insurance, protection and relief of this system are obliged to carry out their executive affairs and tenure in the field of production and provision of services and related legal obligations in accordance with contracts proposed by the Ministry of Cooperatives and social welfare and the approval of the High Council of Welfare and Social Security will be determined to be delegated to brokerage firms. In the Iranian legal system, various institutions are responsible for providing health services to different segments of society, but the main institutions providing insurance services are the Health Insurance Organization of Iran and the Social Security Organization. Each of these organizations, according to their duties and responsibilities, provide health services in the community.

Keywords: Health Services, Health Insurance, Health System, Social Security

Citation:

Hosseini SR, Abbasi B, Aghamohammadaghaee E. Legal System Governing Organizations Providing Health Insurance Services. Iran J Health Insur. 2021;4(1): 14-29

نظام حقوقی حاکم بر سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بیمه درمان

سید رضا حسینی^۱، بیژن عباسی^۲، احسان آقامحمدآقایی^۱

^۱ گروه حقوق عمومی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: بیژن عباسی، دانشیار گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: babbasi@ut.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۳/۰۶

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۲/۱۲

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۰/۰۱/۱۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۷/۲۰

بازنگری

سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای همه انسان‌هاست. اصلی‌ترین کارکرد نظام سلامت هر کشوری، ارائه خدمات این حوزه است. هدف انجام این تحقیق، این است که خدمات به چه طریقی از سوی چه نهادی و به توجه به چه اصولی ارائه می‌شود. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی گسترش تأمین اجتماعی در اصل ۲۹ قانون اساسی با تکیه بر برخورداری همه مردم از مزایای تأمین اجتماعی به عنوان حقی همگانی سرلوحه کار قرار گرفت. بر این اساس نهادها، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی این نظام مکلفند امور اجرایی و تصدی‌گری خود در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی مربوط را به موجب قراردادهایی که ضوابط آن با پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی تعیین خواهد شد، به مؤسسات کارگزاری محول کنند. در نظام حقوقی ایران نهادهای مختلفی مسئول ارائه خدمات حوزه سلامت به اقشار مختلف جامعه هستند، اما اصلی‌ترین نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی هستند. هر یک از این سازمان‌ها با توجه به وظایف و تعهداتی که بر عهده دارند، اقدام به ارائه خدمات سلامت در جامعه می‌کنند.

واژگان کلیدی: خدمات سلامت، بیمه سلامت، نظام سلامت، تأمین اجتماعی

مقدمه

سلامت موضوعی مهم در همه جوامع است. در واقع، هر جامعه به عنوان بخشی از فرهنگ خود، از سلامت مفهوم خاصی را در نظر دارد. تعریف نخستین سلامت عبارت بود از بیمار نبودن. اما بعدها این تعریف دچار تغییراتی شد، به صورتی که بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت یعنی حالت سلامت کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه صرف نبودن بیماری و یا رنجوری.

سازمان بهداشت جهانی کارکردهای اصلی نظام سلامت را شامل حاکمیت، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت و هدف اصلی نظام سلامت را شامل ارتقا و حفظ سلامتی مردم جامعه، پاسخگویی به انتظارات مردم و حمایت مالی از آنها در مقابل هزینه‌های سلامت بیان کرده است. همچنین دسترسی، کیفیت، کارایی، عدالت و تاب‌آوری را در زمره اهداف فرعی نظام سلامت بر شمرده است [۱].

نظام سلامت با ۴ عملکرد اصلی (تولیت، تأمین منابع، خلق منابع

و ارائه خدمت) درصدد است به ۳ هدف اصلی خود که شامل تأمین سلامت، رضایت و عدالت اجتماعی در بستر حقوق عمومی است، نائل شود. امروزه فرآیند سیاست‌گذاری مانند بسیاری از وظایف دیگر با رشد علم، دستخوش تغییرات چشمگیری شده و از طیف خرد فردی و سلیقه‌ای تجربه نشده به سمت خرد جمعی، برخوردار از تجارب دیگران و با تأکید بر پیش‌بینی و ارزیابی مزایا و معایب احتمالی در حال جابه‌جا شدن است. سیاست‌گذاری مبتنی بر شواهد یکی از رویکردهای اصلی برای حرکت از طیف صرفاً شهودی و ناخودآگاه به برخوردار شدن از منطق علمی و با در نظر گرفتن جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی جامعه و ظرفیت‌های سازمانی است که به‌خصوص در دو دهه اخیر مورد توجه و استفاده قانون‌گذاران، حقوق‌دانان، سیاست‌گذاران و مدیران قرار گرفته است [۲].

حق برخورداری از سلامت به‌عنوان یک حق ذاتی، بدین معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق، همه خدمات پزشکی، بهداشت

افراد جامعه و نیروی انسانی را تعیین می‌کند. مبتنی بر این انگاره که نیروی انسانی سالم مقدمه و بنیان توسعه است، می‌توان مدعی شد یک نظام تأمین اجتماعی کارا در عرصه سلامت گام مهمی در مسیر پرپیچ‌وخم توسعه به شمار می‌آید. به همین دلیل الزامات توسعه یافتگی در حوزه سلامت، به بخش‌های مختلفی تقسیم می‌شود که از آن جمله، می‌توان به حمایت قانونی از مقوله سلامت و حق دادخواهی مردم نسبت به جامعه درمان و سلامت کشور اشاره کرد. همچنین اصلاح قوانین موجود و تعدیل آنها به منظور افزایش بازدهی نسبی و کیفی خدمات درمانی و پزشکی از طریق قانون‌گذاری جهت احترام به حقوق عمومی افراد جامعه خواهد بود. همچنین رعایت یک‌سری الزامات اختصاصی همچون عنایت به کدها و منشور اخلاقی حوزه پزشکی و رعایت مبانی مسئولیت مدنی دست‌اندرکاران نظام سلامت برای تحول‌بخشی به سازوکار تأمین سلامت عمومی در قالب طرح تحول نظام سلامت در کشور نیز از جمله مؤلفه‌ها و وظایفی است که برعهده نظام مذکور قرار دارد.

وظایف دولت در بخش سلامت و بیمه درمان

نظام سلامت کشورها دارای ۴ وظیفه تولید، توزیع منابع، تأمین منابع و تدارک خدمات سلامت است. عملکرد کلی نظام سلامت با عملکرد اجزای فرعی نظام و حتی سازمان‌هایی مثل بیمارستان‌ها مرتبط است و به عبارت دیگر، ارزیابی عملکرد ارائه‌دهندگان خدمات شخص در همگرایی با ارزیابی عملکرد کلی نظام سلامت است.

الف- تولید (اعمال حاکمیت دولت)

حاکمیت یا قدرت عمومی دولت، قدرتی است حقوقی (یعنی نه بر پایه زور بلکه در چارچوب نظم عمومی)، اصیل (زیرا قدرت عمومی سرچشمه نظم عمومی، اصل و مادر صلاحیت‌هاست)، نامشروط و برتر (هیچ قاعده‌ای برتر از آن وجود ندارد) [۴].

حاکمیت، در لغت به معنای تفوق و برتری است و در بعد حقوقی به معنای حق صدور اوامر بلاشرط. بر این مبنا، حاکمیت مطلق به معنای حق فرمانروایی بی چون و چرا بر تمامی افراد است. در حاکمیت نیروی خواستن، قدرت آمره و نیروی فرماندهی مستقل وجود دارد [۵].

حاکمیت عبارت است از حق فرمانروایی که دولت بنا به اراده عمومی دارای آن است و براساس آن حق دارد تصمیم‌های لازم درباره اتباع و اموال و منابع کشور بگیرد و آن را به مورد اجرا گذارد. از لحاظ حقوقی حاکمیت عبارت است از حق فرمانروایی که

عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار و محیط زیست سالم را شامل می‌شود. مراقبت‌های بهداشتی طیف نسبتاً گسترده‌ای از اقدامات بهداشتی و پزشکی را شامل می‌شود. برخی از این اقدامات، اقدامات افراد در جلوگیری از بیماری یا درمان بیماری خودشان است. این همان چیزی است که نظام سلامت به دنبال آن است [۳].

وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن، موجب دشواری تعریف حق مزبور شده است و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقدامات در حوزه گسترده‌ای هستند که برخی از این تعهدات، مستلزم اقدام فوری هستند و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. از همین روی، کشور ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است.

دولت مرکزی (وزارت بهداشت و نیروی انسانی)، سیاست‌گذاری کلی، تعیین قوانین در سطح مملکتی، کمک به نظام بهداشت و درمان عمومی، مسئولیت تأمین منابع و برنامه‌ریزی برای افرادی که بیمه نیستند و انجام اصلاحات بهداشتی و درمانی را برعهده دارد. به دلیل برنامه‌ریزی غیرمتمرکز، نقش دولت کمرنگ است اما در برنامه‌ریزی کلان نظام بهداشت و درمان، مجلس سنا، نمایندگان و رئیس جمهور، نقش عمده‌ای دارند، ضمن آنکه دولت مسئول سازمان‌دهی و کنترل نحوه ارائه خدمات بهداشتی و درمانی برای آحاد جامعه است. در سطح ایالتی، برنامه‌ریزی عملیاتی بخش بهداشت و درمان و توسعه و اجرای سیاست‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود و در سطح بیمارستان، هیئت مدیره مسئولیت تدوین برنامه‌های راهبردی را با همکاری کمیته‌های بیمارستانی برعهده دارد [۱].

در ایران، قانون اساسی و بسیاری از اسناد بالادستی حق سلامت را به عنوان یک حق بنیادین به رسمیت شناخته‌اند و آن را در نظام حقوقی خود شناسایی کرده‌اند. در این راستا دولت موظف است یک برنامه جامع یا سیاست ملی برای تحقق آن در نظر بگیرد و برای ایجاد شرایط مناسب برای دسترسی همه افراد ملت به بالاترین استاندارد قابل حصول سلامتی تلاش کرده و با سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی مناسب به حمایت کیفی از این حقوق بپردازد. بنابراین باید گفت نظام تأمین اجتماعی موجود در هر کشور، آینه توسعه‌یافتگی و میزان رفاه آن جامعه به حساب می‌آید. کیفیت آنچه در قالب مراقبت‌های بهداشتی و سلامتی در هر کشوری عرضه می‌شود، کیفیت سلامت

دولت به بخش‌های غیردولتی واگذار کرد و تأمین منابع مالی را از طریق وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و مکانیسم بیمه‌های اجتماعی درمان از دوش وزارت بهداشت برداشت تا با فراغ بال به اعمال تولید (تدوین سیاست‌ها و خط‌مشی‌های مناسب، تعیین شاخص‌های نظارت و کنترل کیفی و کمی خدمات درمانی) و تولید منابع از طریق اولویت‌بندی تربیت نیروهای متخصص پزشکی و منابع فیزیکی بپردازد. غافل شدن از تولید منابع انسانی موجب بروز کمبود پزشک متخصص و ایجاد انحصار در عرضه خدمات تخصصی مورد نیاز آحاد جامعه شده و در شرایط اضطراری برای بیماران، پدیده‌هایی چون زیرمیزی را موجب خواهد شد. در این بخش ناظر و مجری یکسان و سیاست‌گذار ذی‌نفع است و بدیهی است در این میان رانت‌های موجود برطرف نخواهد شد.

ب- تولید منابع (فیزیکی و انسانی)

نظام سلامت تنها به مؤسسات تأمین مالی یا تدارک و ارائه این خدمات محدود نمی‌شود بلکه شامل گروه گوناگونی از سازمان‌هایی است که تولیدکننده داده برای آن خدمات هستند؛ به‌ویژه منابع انسانی، مالی و فیزیکی (مانند تسهیلات، تجهیزات، و دانش).

نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با عنایت به بند ۱۲ اصل سوم، بند ۲ و ۴ اصل بیست و یکم و بند ۱، اصل چهل و سوم قانون اساسی و در راستای ۵ محور اصلی بخش سلامت سند چشم‌انداز ۲۰ ساله و برنامه توسعه اقتصادی و اجتماعی ۵ ساله اول تا چهارم و اخیراً برنامه پنجم توسعه اقتصادی و اجتماعی شاهد تحول بنیادین و تغییرات تدریجی بوده است. از دستاوردهای عمده این تحول و تغییرات به وجود آمده می‌توان بهتر شدن دسترسی فیزیکی و مالی مردم به خدمات سلامت، افزایش امید زندگی ارتقای شاخص‌های بهداشتی، کنترل رشد جمعیت، کنترل بیماری‌های مسری، تربیت نیروی انسانی و توسعه منابع فیزیکی مورد نیاز را که ریشه در سیاست‌گذاری‌های مناسب دارد، یادآوری کرد [۱۱].

چنانچه نیروی متخصص انسانی برای ارائه خدمات بهداشتی-درمانی موجود نباشد، تمامی سیاست‌های حوزه بهداشت و درمان با شکست مواجه می‌شود. این موجودیت به ویژه در نواحی غیرشهری اغلب با چالش جدی مواجه است. وجود متخصصان مراقبت سلامت در مراکز ارائه‌دهنده خدمات، اولاً باید به تعداد کافی و متناسب با نیاز جمعیت باشد و ثانیاً باید از آموزش و مهارت لازم تخصصی برخوردار باشند تا خدمات در زمان و مکان مناسب و با کیفیت مطلوب به بیماران ارائه شود [۱۲].

دولت بنا به اراده عمومی از آن برخوردار است و براساس آن حق دارد تصمیم‌های لازم درباره اتباع و اموال و منابع کشور بگیرد و آن را به مورد اجرا گذارد. حاکمیت یعنی آزادی و استقلال جامعه سیاسی که دولت نماینده و مظهر آن است [۶].

«عمل حاکمیت» عملی است که دولت از حیث داشتن قدرت عمومی و به عنوان اعمال قدرت عمومی انجام می‌دهد؛ مانند تأسیس معابر عمومی و میدان‌ها و استخدام ماموران رسمی. در مقابل «عمل حاکمیت»، «عمل تصدی» است که دولت آن را مانند سایر افراد جامعه انجام می‌دهد [۷].

«اعمال تصدی» اعمالی است که دولت از نقطه نظر حقوقی، مشابه اعمال افراد انجام می‌دهد؛ مانند خرید و فروش املاک و غلات و اجاره و استیجار و امثال آن [۸].

وظیفه حاکمیت نظام سلامت، تأثیر قابل توجهی بر سایر وظایف نظام سلامت دارد. سازمان بهداشت جهانی حاکمیت و رهبری را به عنوان یکی از اجزای مهم نظام سلامت در کنار سایر اجزا (نیروی انسانی، اطلاعات، تجهیزات و ملزومات، تأمین مالی و ارائه خدمات سلامت) معرفی کرده است [۹].

در کشورهای مختلف از جمله آمریکا، فرانسه، انگلیس و... حاکمیت نظام سلامت وظیفه دولت است که شامل تدوین قوانین، سیاست‌گذاری، تعیین اولویت‌های خدمات سلامت، هماهنگی ارائه خدمات و نظارت و ارزشیابی خدمات ارائه شده است. حاکمیت در نظام سلامت شامل ۷ بُعد ساختار سازمانی، ارتباطات و همکاری بین بخشی، قانون‌گذاری، سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی، تولید، نظارت و ارزشیابی و حفاظت از مشتریان است [۱].

برای مثال در فرانسه، دولت مرکزی وظیفه تنظیم طرح کلان بهداشتی و درمانی مملکت، تدوین استانداردها و کنترل بر کیفیت مراقبت‌ها را برعهده دارد. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی نیز مسئول اصلی تحت پوشش بیمه درمانی قرار دادن شهروندان است. شهرداران در سطح شهرها وظیفه برنامه‌ریزی عملیاتی، تعیین نیازهای جامعه تحت پوشش و کنترل خدمات بهداشتی و درمانی محله خود را برعهده دارند. در سطح بیمارستان، برنامه‌ریزی راهبردی را مؤسسات ناحیه‌ای و برنامه‌ریزی داخلی و مالی را هیئت مدیره انجام می‌دهند [۱۰].

در حال حاضر بخش سلامت کشور به دلیل ناکارآمدی در مدیریت منابع عمدتاً در بخش تأمین منابع مالی و تدارک خدمات سلامت درگیر و از دو وظیفه اصلی تولید منابع و تولید غافل شده است، حال آنکه می‌توان تدارک خدمات سلامت را در قالب کاهش تصدی‌گری

که خود، منجر به ارائه شماری از خدمات می‌شود. تدارک خدمات سلامتی توسط ارائه‌کنندگان خدمت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی انجام می‌گیرد. اگر چه رابطه خودکار بین نظام تأمین مالی خدمات سلامت و چگونگی تدارک آنها وجود ندارد اما بسیاری از نظام‌های تأمین مالی دولتی منحصراً متکی به فراهم‌کنندگان عمومی هستند و وزارت بهداشت مسئولیت این شبکه را که با نام «خدمات ملی سلامت» شناخته می‌شود، عهده‌دار است. تسهیلات در مالکیت دولت است و کارکنان سلامت کارمند دولت هستند. موضوع کلیدی، نوع یا مالکیت فراهم‌کنندگان نیست، بلکه چگونگی تضمین رویکردی است که منجر به خرید عادلانه و مؤثر شده و سبب کارآیی تخصیصی و فنی و دسترسی به خدمات افراد زیر پوشش می‌شود.

دولت آمریکا نیز ایجاد اصلاحات در نظام سلامت، به‌خصوص در بحث تدارک خدمات را در اولویت برنامه‌های خود قرار داده است. اصلاحات جدید به اهمیت تکنولوژی اطلاعات به عنوان یک اصل مهم توجه دارد و مطابق منشور اطلاعات سلامت، بر آن است تا با حمایت از اطلاعات بهداشتی به انجام اصلاحات با استفاده از تکنولوژی‌های اطلاعاتی بپردازد. در این راستا توافق همگانی‌های در آمریکا بر این اصل است که سرمایه ارتباطی و اطلاعاتی در مراقبت‌های بهداشتی، به ارتقای هماهنگی، ایمنی، کاهش هزینه‌ها و افزایش کیفیت خدمات مراقبت بهداشتی و سلامت عمومی منجر خواهد شد [۱۴].

ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه در خصوص کاهش پرداخت از جیب مردم تا زیر ۳۰ درصد و هزینه‌های کمرشکن به زیر یک درصد، به صندوق‌های بیمه‌ای در خصوص مدیریت پرداخت مستقیم از جیب بیمار تکلیفی را محول کرده که ادامه روند موجود در پرداخت از جیب بیمار نشان می‌دهد این تکلیف به خوبی اجرا نشده است. ماده ۷۸ قانون برنامه ششم توسعه نیز در این باره، مقرر کرده که دولت مکلف است در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی نسبت به طراحی و اجرای برنامه‌های لازم برای نیل به اهداف مندرج در جدول اقدام و گزارش پیشرفت کار را هر شش ماه یک‌بار به مجلس ارائه کند.

شاید بیش از هر چیزی نبود یک راهبرد مشخص در وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، نگرش تک‌بعدی موجود در سازمان نظام پزشکی، درمان‌نگر فکر کردن وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تعاون، کار و رفاه اجتماعی باوجود ادعاهای آنها در خصوص اجرای نظام ارجاع و بیش از هر چیزی ناهماهنگی موجود میان وزارتخانه‌های

باتوجه به اهمیت نیروی انسانی و فیزیکی در بخش سلامت می‌توان بیان کرد که مدیریت مناسب منابع انسانی ارتباط مستقیمی با بهره‌وری و عملکرد بنگاه‌های سلامت دارد. این عامل می‌تواند این اطمینان را در نیروی کار ایجاد کند که چه کاری باید انجام دهد، بازخورد به موقع دریافت کند، احساس با ارزش بودن و احترام داشته باشد و در نهایت، امکان افزایش توانایی‌ها و رشد در بنگاه را داشته باشد. مدیریت منابع انسانی تکه تکه و سیاست‌زده و کمبود مدیران منابع انسانی دو محدودیت عمده برای داشتن سامانه مناسب برای مدیریت منابع انسانی به شمار می‌روند.

ج- تأمین منابع مالی

علاوه بر بیمه درمان ملی، ساختار دیگری نیز وجود دارد که بیمه‌های اجتماعی نامیده می‌شود. این بیمه‌ها در بخش درمان به عنوان بیمه‌های اجتماعی سلامت فعالیت می‌کنند. برخلاف بیمه درمان ملی، در این سیستم‌ها حق بیمه به صورت درصدی از مزد و حقوق بیمه‌شده و با مشارکت بیمه‌شده، کارفرما و دولت پرداخت می‌شود. علاوه بر سازمان تأمین اجتماعی شرکت‌های بیمه خصوصی نیز در کشور فعالیت دارند که محدوده فعالیت این شرکت‌ها در بخش بیمه درمان پایه، بسیار جزئی و قابل نظر کردن است. شرکت‌های بیمه خصوصی بیشتر در بازار بیمه‌های درمانی مکمل فعالیت دارند. اما مشکل موجود در پوشش بیمه‌ای موجود در کشور چیست؟ اگر نیم‌نگاهی به توزیع هزینه‌ها در بخش سلامت داشته باشیم ملاحظه خواهیم کرد که سهم مشارکت مالی مردم در قالب پرداخت از جیب در هزینه‌های بخش سلامت حداقل ۵۰ درصد است که تا ۷۰ درصد نیز افزایش می‌یابد. پرسش اینجاست که نقش بیمه‌های درمانی در این میان چیست؟ پرداخت بیش از ۵۰ درصد هزینه‌ها به وسیله بیمار (یا بیمه‌شده) به این معناست که پوشش‌های بیمه‌ای درمانی موجود در کشور پاسخ‌گو نیست. دلیل این پاسخ‌گو نبودن چیست؟ [۱۳].

در نظام سلامت در ایران، خطراتی که خانوار به دلیل هزینه‌های مربوط به نظام سلامت با آن روبه‌رو می‌شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع نشده و نظام سلامت به گونه‌ای است که افراد یا خانوارها بعضاً در آن از طریق خرید مراقبت مورد نیاز خود به سوی فقر سوق داده می‌شوند و یا به دلیل هزینه‌های زیاد، توان خرید مراقبت را ندارند.

د- تدارک خدمات سلامتی

منظور از تدارک خدمات سلامتی وظیفه‌ای است که به ترکیب درون دادها در فرآیند تولید در یک محیط سازمانی ویژه مرتبط می‌شود

در مواردی که چنین خواسته‌هایی امکان‌پذیر نیست باید یک معاینه اولیه برای هر شخص بیمار در مراکز درمانی ملکی، بیمارستان یا مرکز، انجام شود و در صورتی که درمان یا دارو در این مرکز وجود ندارد و یا امکان‌پذیر نیست، باید به مرکزی مجهزتر ارجاع داده شود و به نوعی، خرید خدمت انجام شود. این روند به عنوان یک قانون در تأمین اجتماعی مطرح است که متأسفانه در اکثر موارد انجام نمی‌شود.

الف-انواع خدمات حوزه سلامت

به طور کلی خدمات حوزه سلامت، در دو حوزه بیمه‌ای و درمانی در کشور قابل ارائه است:

۱- حوزه درمانی، شامل درمان مستقیم و درمان غیرمستقیم است و از دو طریق ذکر شده خدمات درمانی را در اختیار بیمه‌شدگان خود قرار می‌دهد که این امر توسط مدیریت‌های درمان و دفاتر اسناد پزشکی در همه استان‌های کشور صورت می‌گیرد. درمان مستقیم به درمانی گفته می‌شود که در آن بیمه‌شده مستقیماً به واحدهای درمانی مراجعه می‌کند و از خدمات رایگان درمانی برخوردار می‌شود، اما درمان غیرمستقیم به درمانی گفته می‌شود که در آن بیمه‌شده به بیرون از مراکز ملکی و به مراکز طرف قرارداد مراجعه می‌کند و خدمت می‌گیرد و یا اینکه با مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد، اسناد پزشکی را به مرکز اسناد پزشکی تأمین اجتماعی تحویل می‌دهند و هزینه‌ها طبق برخی از تعرفه‌های مصوب که مطابق با هزینه‌های تعرفه‌های درمانی در بخش دولتی است، به بیمه‌شده پرداخت می‌شود.

۲- بخش بیمه‌ای، خدمات نظیر پرداخت غرامات و مستمری‌ها، احتساب سوابق بیمه‌ای، صدور دفترچه‌های درمانی و... را عهده‌دار است که این امر توسط ادارات کل، شعب و نمایندگی‌های بیمه انجام می‌شود. گسترش بیمه از جمله راهکارهای دولت‌ها، به‌ویژه دولت‌های مردم‌سالار و مردم‌محور برای نیل به جامعه‌ای سالم با سلامت پایدار است؛ به طوری که با گسترش و تعمیم بیمه‌ها، تمام ابعاد زندگی فرد در جامعه، تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد. بیمه در ماهیت از جمله راه‌های تامین و تحقق آرامش، آسایش و کاهش استرس افراد و خانواده‌هاست و نیاز به توضیح ندارد که خانواده و افراد سالم و متعادل، پیش‌نیاز ترقی، رشد و تعالی جوامع است. بنابراین با درک چنین ضرورتی است که پرداختن به مقوله بیمه از اهمیت و جایگاه بالایی برخوردار است. بر این اساس، از وظایف بخش بیمه حوزه سلامت، فعالیت‌هایی است که در بخش ارائه خدمات بیمه‌ای صورت می‌گیرد که نظام سلامت با تاسیس نمایندگی‌هایی در سطح شهر و شهرستان‌ها این مهم را برعهده دارد [۱۶].

درگیر در بخش سلامت و بیمه‌های درمانی این مشکل را ایجاد کرده است. از دیگر موضوعاتی که به این مشکل دامن می‌زند، تکرر قانونی تحمیل شده از سوی سازمان نظام پزشکی به بازار بیمه‌های درمانی است که بیش از هر چیزی باید مشکل را در قانون نظام پزشکی دانست. دو و چندنرخ بودن یک‌جانبه بخش سلامت، مشکلات مردم را در بخش سلامت تشدید کرده است. از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان متولی بیمه‌های درمانی نیز راهبرد مشخصی مشاهده نشده است. گویا این وزارتخانه تمام هم و غم خود را در گسترش بخش حمایتی جستجو می‌کند.

انواع خدمات حوزه سلامت و بیمه درمان و شیوه‌های آن

بحث سلامت از جایگاه محوری در برنامه توسعه پایدار برخوردار است. نظام‌های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد را برعهده دارند بلکه مسئولیت حفاظت از آنها را در برابر هزینه‌های مالی بیماری نیز به دوش می‌کشند. به طور خلاصه نظام‌های سلامت ۳ هدف بنیادین دارند: ارتقای سلامت جمعیت زیر پوشش آنها، پاسخ دادن به انتظارات مردم و محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت نامطلوب. در نظام سلامت، خدمات به دو شیوه کلی خدمات بیمه‌ای و خدمات درمانی ارائه می‌شود.

این نکته هم بسیار قابل توجه است که به دلیل در اختیار داشتن درصد بالایی از بیمه‌شدگان در حوزه سلامت، کمتر جایی پیدا می‌شود که آماده عقد قرار داد با این سازمان‌های بیمه‌ای نباشد، زیرا بیمه تأمین اجتماعی ارائه خدمات درمانی با کیفیت را به نوعی تکلیف خود در برابر فرد بیمه‌شده می‌داند و جلب رضایت مردم را تبلیغی بی‌ریا برای افزایش مشتری‌های دیگر محسوب می‌کند. خوشبختانه مراکزی که برای درمان غیرمستقیم از سوی سازمان تأمین اجتماعی معرفی می‌شود، مراکزی هستند که مطالعات شبانه‌روزی برای انتخاب آنها صورت گرفته و فرقی ندارد مرکز دولتی باشد یا خصوصی. مهم این است که این سازمان وظیفه خود می‌داند حتی برای درمان غیرمستقیم هم مراکزی را معرفی کند که از نظر کاری در وضعیت خوبی قرار دارند و به بیمه‌شدگان احترام می‌گذارند. البته باید واقع‌بین بود و به این مشکل که مراکز درمانی مربوط به این سازمان به دلیل مراجعات زیاد مردم همیشه شلوغ بوده و گرفتن نوبت در آنجا نیاز به صرف زمانی طولانی دارد هم اشاره کرد. بهتر است در هر استانی این مراکز درمانی و ملکی به تعداد زیاد وجود داشته باشد تا مردمی که خواهان دریافت خدمات درمانی از شهرهای دور و نزدیک هستند با این مشکل مواجه نشوند [۱۷].

ب- شیوه‌های ارائه خدمات سلامت به بیمه‌شدگان

نظام خدمات سلامت از منابع عمومی تأمین مالی می‌شود. مقدار منابع بستگی به نتیجه مباحثات بودجه سالانه دارد و در مقابل تغییرات سیاسی در اولویت‌ها یا شوک‌های خارجی آسیب‌پذیر است (مانند مناقشات نظامی که نیازمند مصارف اضافی برای دفاع است). وزارت بهداشت مجبور است برای به دست آوردن همان منابع با سایر بخش‌ها رقابت کند، در حالی که در صورت تأمین مالی از محل مالیات‌های گشوارهای یا مشارکت این گونه نیست [۱۷].

ارائه خدمات درمانی از جمله حمایت‌هایی است که به لحاظ ارتباط با سلامت بیمه‌شدگان و خانواده آنان و استمرار آن در طول مدت بیمه بودن هر فرد، از اهمیت بسیاری، هم برای بیمه‌شدگان و هم برای سازمان تأمین اجتماعی، برخوردار است. با تصویب قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۶۸، این سازمان سال ۱۳۶۹ به صورت مستقیم عهده‌دار ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان شد و در عین حال، مجاز شد خدمات درمانی را یا خود تأمین و به بیمه‌شدگان ارائه کند و یا از بخش‌های دولتی و خصوصی تأمین کند.

تعهدات درمانی سازمان در برابر بیمه‌شدگان، شامل موارد زیر است:

- ۱- ارائه خدمات کلینیکی، پاراکلینیکی و بیمارستانی؛
- ۲- ارائه خدمات توان‌بخشی برای بیمه‌شدگان آسیب‌دیده؛
- ۳- تحویل وسایل کمک پزشکی برای اعاده سلامت، جبران نقص جسمانی و یا تقویت حواس بیمه‌شده.

خدمات درمانی سازمان از راه دفترچه‌های خدمات درمانی به بیمه‌شدگان تحت پوشش این سازمان و افراد تحت تکفل آنان ارائه می‌شود. بیمه‌شده و افراد خانواده‌اش، با این دفترچه‌ها می‌توانند با مراجعه به مراکز درمانی و بیمارستانی اختصاصی سازمان تأمین اجتماعی به طور رایگان از خدمات درمانی استفاده کنند.

درمان مستقیم و درمان غیرمستقیم دو شیوه ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی است. درمان مستقیم، شیوه‌ای از درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی است که در آن، بیمه‌شده‌ای که دارای دفترچه درمانی معتبر است به یکی از بیمارستان‌ها و یا مراکز بهداشتی-درمانی متعلق به سازمان تأمین اجتماعی، مراجعه و خدمات درمانی و پزشکی مورد نیاز را به صورت رایگان دریافت می‌کند.

درمان غیرمستقیم نیز شیوه‌ای است که در آن، بیمه‌شده تأمین اجتماعی و همین‌طور سایر سازمان‌های بیمه‌ای از خدمات درمانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد و غیرطرف قرارداد

سازمان تأمین اجتماعی در بخش دولتی و خصوصی استفاده می‌کند. اگر بیمه‌شده به مراکز درمانی طرف قرارداد تأمین اجتماعی مراجعه کند، فقط بهای هزینه‌های درمانی را می‌پردازد؛ اما در مراجعه به مراکز غیرطرف قرارداد، باید همه هزینه‌های درمانی را خود پرداخت کند و دفاتر اسناد پزشکی تأمین اجتماعی، طبق تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران در خصوص خدمات پزشکی، بخشی از هزینه‌های درمانی چنین بیمه‌شده‌ای را به او بازپرداخت می‌کنند [۱۸].

روش ارائه درمان غیرمستقیم از طریق خرید خدمت پزشکان، گروه‌های پزشکی بیمارستان‌های بخش دولتی و خصوصی به صورت کلینیکی و پاراکلینیکی و داروخانه‌هاست که زیر نظر اداره کل درمان غیرمستقیم انجام می‌شود. استفاده از خدمات درمانی سازمان در بخش درمان غیرمستقیم به دو صورت کلی صورت می‌گیرد:

۱- درمانی است که بیمه‌شده از خدمات درمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مراکز بهداشتی، درمانی و بیمارستانی وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها، نهادهای دولتی و غیردولتی طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی استفاده می‌کند.

۲- از طریق مراجعه به پزشکان و بیمارستان‌های خصوصی غیرطرف قرارداد با سازمان که هزینه‌های درمانی توسط بیمه‌شده پرداخت می‌شود و سپس حسب تعرفه‌های مصوب از دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی بخشی از هزینه‌های پرداختی را دریافت می‌کند.

ج- مشمولان حمایت‌های حوزه سلامت

طبق ماده ۵ بیمه همگانی خدمات درمانی، مصوب آبان ۱۳۷۳، به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران که پس از این «سازمان» نامیده می‌شود، تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد. همچنین به موجب تبصره ۱ ماده ۵ اساسنامه مذکور، این سازمان وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دارای شخصیت حقوقی و مستقل است. به موجب ماده ۵ همین قانون، سازمان براساس مقررات موجود در اساسنامه، آیین‌نامه‌های مصوب بخش عمومی و در موارد سکوت، قانون تجارت اداره می‌شود.

کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و سایر گروه‌های اجتماعی که در قانون اسمی از آنها ذکر نشده (با پیشنهاد شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران مشخص می‌شود؛ مانند طلاب)، مشمول قانون بیمه همگانی و تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران هستند.

اصول حاکم بر ارائه خدمات سلامت و بیمه درمان

در نظام بیمه‌های برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی منوط به پرداخت مبلغی تحت عنوان حق بیمه و داشتن حرفه‌ای مشخص و یا وابستگی خانوادگی به فرد شاغل است. در این معنی تأمین اجتماعی یعنی تأمین اقتصادی شاغلان و افراد خانواده آنها در برابر رویدادهایی که منجر به کاهش یا قطع درآمد و افزایش هزینه‌های آنان می‌شود. در نظام غیربیمه‌ای، فرد مورد حمایت، قدرت مشارکت مالی در نظام بیمه‌ای را ندارد و قادر به پرداخت هزینه‌های نظام بیمه‌ای نیست و منابع مالی آن از محل گرفتن مالیات، درآمدهای عمومی و کمک‌های مردمی تأمین می‌شود [۱۹].

بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و اصل جامعیت و فراگیری، ارائه خدمات سلامت از وظایف دولت است و همه اقشار جامعه برای دریافت این خدمات از حقوق برابر برخوردارند. برآورده شدن این نیاز در گذر تاریخ، دچار دگرگونی‌های زیادی شده و هر تمدنی نگاه متفاوتی به آن داشته است.

الف - اصل جامعیت

مطابق اصل جامعیت، خدمات سلامت باید از جامعیت برخوردار باشد؛ بدین معنا که نظام خدمات سلامت باید همه خدمات مورد نیاز اشخاص را تأمین کند. از این رو باید خدمات مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌ای شامل خدمات سلامت برای جامعه ضروری باشد.

نظام تأمین اجتماعی باید به منظور تأمین حداقل استانداردهای زندگی، همه وضعیت‌ها و اوضاع و احوالی را که درآمد شخص و توانایی و سلامت او را تهدید می‌کند تحت پوشش قرار دهد. در مقاله‌نامه شماره ۱۰ سازمان بین‌المللی کار «استاندارهای حداقل تأمین اجتماعی» که در ۲۸ ژوئن سال ۱۹۵۲ از سوی کنفرانس بین‌المللی کار به تصویب رسیده، شاخه‌ای از حمایت‌های تأمین اجتماعی به عنوان «استانداردهای حداقل تأمین اجتماعی» تعیین شده که عبارت است از:

الف - مراقبت پزشکی؛

ب - حمایت ایام بیماری؛

ج - حمایت ایام بیکاری؛

د - حمایت ایام سالمندی؛

ه - حادثه کار؛

و - حمایت خانواده؛

ز - حمایت ایام بارداری؛

ح - حمایت از کارافتادگی؛

ت - حمایت از بازماندگان.

مطابق این اصل، فردی که تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار می‌گیرد حق برخورداری از کلیه خدمات مصرّحه در قانون را دارد. بند الف ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، این اصل را در قالب یکی از سیاست‌های نظام مذکور بیان کرده است. در نظام تأمین اجتماعی ایران هنوز زمینه‌های اجرای این اصل به طور کامل فراهم نشده و تعداد زیادی از بیمه‌شدگان مشمول نظام بیمه‌ای مانند: صاحبان حرف و مشاغل آزاد، بیمه‌شدگان اختیاری، قالیبافان، روستاییان و عشایر، رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری و بیشتر افراد تحت پوشش نظام‌های حمایتی از مزایای کوتاه‌مدت مانند کمک عائله‌مندی، کمک بارداری و زایمان، کمک ازدواج، کمک هزینه به‌خاک‌سپاری محروم هستند. بیمه بیکاری نیز تنها به مشمولان قانون کار تعلق می‌گیرد و سایر بیکاران، حتی کارمندان بیکار شده دولت، امکان برخورداری از آن را ندارند [۱۹].

اصل جامعیت، آثاری به دنبال دارد که در قالب اصول و شرایط زیر مطرح می‌شود [۲۰]:

۱- در دسترس بودن. کالاها و خدمات و مراکز سلامت باید بدون تبعیض برای همگان در دسترس باشند. این امر شامل عدم تبعیض، دسترسی فیزیکی، دسترسی اقتصادی و دسترسی به اطلاعات می‌شود [۲۱].

همه بیمه‌شدگان باید دسترسی کامل به خدمات درمان ضروری مورد تعهد بیمه درمانی داشته باشند. توزیع عادلانه خدمات سلامت و میزان دسترسی افراد جامعه در مناطق شهری و روستایی به عنوان مهم‌ترین وظیفه و رسالت شناخته می‌شود [۲۲].

بعضی از بیمه‌های پایه مانند بیمه‌های تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح، به لحاظ دسترسی به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها از تسهیلات و شرایط ویژه‌ای برخوردارند اما در بیمه خدمات درمانی این امکانات به‌طور مستقیم وجود ندارد و به صورت خرید خدمت و قرارداد با مراکز مختلف امکان استفاده از خدمات سلامت وجود دارد [۲۳].

در اغلب شهرها به خصوص کلان‌شهرها به علت واقعی نبودن تعرفه‌ها، مؤسسات درمانی طرف قرارداد سازمان بیمه‌ای نیستند و این مغایر با اصل در دسترس بودن خدمات سلامت است. هرچند دسترسی به خدمات سلامت در شهرها در حد قابل قبولی وجود دارد، ولی روستائینانی هستند که ویژگی‌های جمعیتی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، شغلی و درآمدی جامعه روستایی، محدودیت دسترسی به پزشک و تسهیلات درمانی، جامع نبودن خدمات، ناکافی بودن منابع مالی و... آنان را دچار تنگنا کرده است، زیرا دسترسی به پزشک در نقاط

همه خدمات به صورت غیرمستقیم ارائه می‌شود و بیمه‌شده باید بهای خدمات را بپردازد. بنابراین در پیروی از اصل جامعیت و برای این که بتوان همه خدمات ضروری را در همه مقاطع زمانی و شرایط خاص ارائه داد، باید دولت بحث تعیین اولویت‌ها را در دستور کار خود قرار دهد [۲۵].

با بررسی وضعیت موجود بیمه‌های درمانی کشور این حقیقت، آشکار می‌شود که بسته خدمات سلامت در سازمان‌های مختلف ارائه‌دهنده یکسان نیست. بنابراین ضروری است که از بسته خدمات سلامت یک تعریف واحد ارائه شود و خدمات ضروری و غیرضروری در این تعریف مشخص شوند تا اصل جامعیت تحقق پیدا کند [۲۶]. بخش قابل توجهی از نیازهای مردمی روستاییان، خارج از نظام بیمه درمان و به صورت آزاد تأمین می‌شود. در واقع سامانه شبکه و ارجاع بیمار، گنجایش لازم را برای پاسخ‌گویی به نیاز واقعی روستاییان ندارد [۲۴].

از طرفی به منظور ارائه خدمات سلامت بستری به آن بخش از جمعیت کشور که پوشش بیمه‌ای ندارند، طرح پوشش بیمه‌ای برای جمعیت بیمه‌نشده شهری از اسفند ۱۳۸۱ به طور رسمی آغاز شد. ماهیت طرح کاملاً حمایتی بوده و با هدف کمک به اقشار آسیب‌پذیر جامعه صورت گرفت. دریافت نکردن حق بیمه، خود دلیل واضحی بر حمایتی بودن این طرح است. انتقادی که بر این طرح وارد است، جامعیت خدمات و زیر پوشش قرار ندادن خدمات سرپایی است. با توجه به گسترش حیطه جمعیتی در طرح بیمه درمان روستاییان هم پوشانی زیادی با این طرح به وجود آمده که در صورت اتخاذ نکردن تصمیم مناسب، تشدید خواهد شد [۲۵].

بنابراین دولت تاکنون به تعهداتی مانند تأمین اجتماعی، حمایت‌های مالی، بهداشتی و درمانی که بر اساس اصل (۲۹) قانون اساسی عهده‌دار شده است، عمل نکرده، به نحوی که بسیاری از مشمولان بیمه‌های اجتماعی، در حالی که حق بیمه خود را به طور قانونی پرداخت می‌کنند، مجبورند از بیمه‌های خصوصی و تکمیلی نیز استفاده کنند یا اینکه خدمات سلامت سازمان را در حد قابل استفاده برای خود و خانواده نمی‌دانند.

ب- اصل فراگیری

اصل فوق لازم می‌دارد تا نظام جامع تأمین اجتماعی آحاد جامعه را فارغ از رنگ پوست و تعلق قومی و جغرافیایی در بر گیرد. این اصل در موارد ۲۲ و ۳۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۹ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری

روستایی کم است، در حالی که کمترین حد انتظار این است که به ازای هر یک‌هزار نفر، یک پزشک در دسترس باشد. از سویی سیاست‌های عمومی دولت مبنی بر پرهیز از توسعه تشکیلات دستگاه‌های دولتی و نیز محدودیت منابع عمومی برای ایجاد تسهیلات فیزیکی، مانعی برای گسترش شبکه بهداشت و درمانی کشور است. از این رو لازم است تدابیر مناسبی برای حضور بخش غیردولتی، شامل پزشکان و نیروی انسانی بهداشتی-درمانی در روستاها به کار گرفته شود. شاید طرح «پزشک خانواده» که در دستور کار قرار گرفته، برای رفع این مشکل چاره مناسبی باشد [۲۴].

سطح‌بندی خدمات سلامت به لحاظ ایجاد دسترسی در ارائه خدمات به مردم در اقصی نقاط کشور همواره به عنوان یکی از راهبردهای مهم عدالت در برنامه‌های توسعه سلامت مطرح بوده است، به گونه‌ای که پس از انقلاب اسلامی، شبکه بهداشتی-درمانی برای ارائه خدمات سلامت به صورت رایگان برای آحاد مردم به ویژه در نقاط روستایی راه‌اندازی شد.

۲- فراهم بودن. کالاهای، خدمات، مراکز سلامت عمومی و مراقبت سلامت و متخصصان مربوطه باید به حد کافی در سطح ملی موجود و فراهم باشند. عوامل تعیین‌کننده سلامت نظیر ایمنی و بهداشت و امکانات بهداشتی و درمانی، باید در حد کافی در سطح ملی و کشوری فراهم باشد [۲۱].

امکانات و منابع مالی بیمه خدمات سلامت باید به نسبت جمعیت بیمه‌شده در کشور و مناطق مختلف فراهم شود. باتوجه به اینکه سازمان‌های بیمه‌گر، حق بیمه مشخصی از بیمه‌شدگان خود دریافت می‌کنند، لازم است امکانات و منابع خود را برای استفاده افراد زیر پوشش به صورت عادلانه و با توجه به سطح‌بندی خدمات در کشور فراهم کنند که متأسفانه در کشور ما مردم از چنین فرصتی برخوردار نیستند. باتوجه به پراکندگی سازمان‌های بیمه‌گر و همچنین پیشرفت روزافزون فناوری پزشکی و عوامل آلاینده‌ای که در اثر توسعه صنعتی به وجود آمده، لازم است به صورت پویا، بسته‌های خدمات سلامت مشخص شود که این امر در کشور ما به صورت جامع ارائه نمی‌شود و یا اگر ارائه می‌شود، درصد کمی از آن را سازمان‌های بیمه‌گر پوشش می‌دهند [۲۵].

خدمات سلامت مورد تعهد بیمه درمان کارکنان دولت، تقریباً همان خدماتی است که در بیمه درمان به کارگران زیر پوشش سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌شود. فقط خدمات جانبی درمان مانند هزینه مسافرت ارائه نمی‌شود. در ضمن به دلیل نداشتن مؤسسات درمانی

یاد شده نباشند، امکان ادامه بیمه به صورت اختیاری را ندارند و اگر دوباره مشمول نظام بیمه اجباری قرار نگیرند، سابقه‌ای که قبلاً احراز کرده‌اند در عمل هیچ فایده‌ای ندارد. این در حالی است که در تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی چنین محدودیتی وجود ندارد و به نظر می‌رسد که آیین‌نامه شورای عالی از این جهت فراتر از قانون است. از نظام جامع تأمین اجتماعی که یکی از اصول اساسی آن «فراگیر بودن» است، انتظار می‌رود ترتیبی اتخاذ کند که این افراد بتوانند بیمه خود را نزد صندوق بیمه قبلی و یا صندوق تأمین اجتماعی که صندوق پایه است، ادامه دهند. در برخی از صندوق‌ها مانند صندوق بازنشستگی کشوری به جای ادامه ارتباط بیمه‌ای، استرداد حق بیمه پیش‌بینی شده که راه‌حلی منطقی نیست زیرا اولاً باتوجه به نرخ تورم و کاهش ارزش پول، مبلغ قابل استرداد بسیار ناچیز است و ثانیاً این امر با اصول حاکم بر تأمین اجتماعی که پرداخت مزایا به صورت مستمری و تأمین معاش خانواده بیمه‌شده را در طول زمان مورد تأکید قرار می‌دهد، مغایر است [۱۹].

طبق اصل فراگیری، خدمات سلامت باید برای همه آحاد جامعه تأمین و تضمین شود و عدالت نیز اقتضا می‌کند که همه افراد جامعه حق برخورداری از خدمات سلامت را داشته باشد (بند «ج» ماده ۹ قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی). بنابراین همه افراد جامعه حق دارند که زیر پوشش بیمه درمانی قرار گیرند؛ حتی اگر درآمد نداشته باشند و نتوانند حق سرانه بیمه درمانی را بپردازند یا در موقع دریافت خدمات نتوانند مشارکت مالی داشته باشند. در نظام بیمه مبتنی بر عدالت اجتماعی، همه خدمات مورد تعهد، بدون در نظر گرفتن مذهب، نژاد و ملیت به همه بیمه‌شدگان عرضه می‌شود. بیمه‌شدگان باید دسترسی کامل به خدمات سلامت و ضروری مورد تعهد بیمه درمانی را داشته باشند و خدمات سلامت باید با کمیت و کیفیت یکسان به همه آنها ارائه شود [۱۹].

در اصل ۲۹ قانون اساسی، بند «۱۲» اصل ۳ قانون اساسی، ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده ۹ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و حتی در قوانین عادی هم مورد تصریح قرار گرفته است. بند «ج» ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، سیاست فراگیر بودن خدمات تأمین اجتماعی را از جمله اصول و سیاست‌های این نظام دانسته است. برخورداری از تأمین اجتماعی، از حقوق شهروندان و تأمین آن از تکالیف دولت‌هاست در صورتی که درباره شمول قانون تأمین اجتماعی یا بعضی حمایت‌های مندرج در آن بر بعضی افراد یا گروه‌ها، تردید

اسلامی ایران و بند ج ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ به عنوان یکی از اصول بنیادین نظام تأمین اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است. در نظام تأمین اجتماعی ایران حمایت‌های بیمه‌ای به اعتبار اشتغال است. از این رو زنان و دخترانی که به فعالیت‌های مربوط به خانه‌داری می‌پردازند از لحاظ اقتصادی به عنوان جمعیت غیرفعال محسوب می‌شوند و از تأمین آینده مناسب برخوردار نیستند. هرچند شمار زیادی از آنان که شوهر دارند تنها طبق مقررات قانون مدنی می‌توانند از شوهرشان نفقه بگیرند و یا چنانچه شاغل باشد، تحت پوشش برخی از حمایت‌های نظام بیمه‌ای (مانند درمان و مستمری بازنندگان) قرار گیرند، اما آنها نیز به دلایلی مانند طلاق و یا مرگ شوهر ممکن است از شمول خارج شوند. بنابراین لازم است خود اصالتاً تحت پوشش نظام بیمه‌ای باشند [۲۷].

برای حل این مشکل باید «خانه‌دار بودن» به عنوان یک شغل به رسمیت شناخته شود و آن دسته از زنان خانه‌داری که تابع نظام بیمه‌ای نیستند از طریق نظام بیمه اجباری یا بیمه حُرَف و مشاغل آزاد مورد حمایت قرار بگیرند و دولت بخشی از حق بیمه آن‌ها را پرداخت کند. همچنین از بیکاران غیرمشمول قانون بیمه بیکاری مصوب ۱۳۶۹، افراد غیرفعال یا کسانی که سن آنها بیش‌تر از ۶۵ سال است، زنان خودسرپرست و کودکان بدون سرپرست در قالب نظام بیمه‌ای حمایت نشده و از طریق نظام حمایتی نیز کمک مؤثری به آنها نمی‌شود. برخی از بیمه‌شدگان مشمول نظام بیمه‌ای ممکن است قبل از رسیدن به سن بازنشستگی و یا احراز شرایط دریافت مستمری از کارافتادگی از نظام بیمه‌ای خارج شوند. چنین افرادی که مدتی سابقه پرداخت حق بیمه دارند، برای اینکه از این سابقه در برخورداری از مزایای بلندمدت تأمین اجتماعی استفاده شود باید بتوانند بیمه خود را به صورت اختیاری ادامه دهند. تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی به این نکته توجه کرده و به کسانی که به هر علتی از ردیف بیمه‌شدگان اجباری خارج می‌شوند و تحت پوشش نظام بیمه‌ای اجباری دیگری قرار نمی‌گیرند، اجازه داده تا برای بهره‌مندی از تمام یا قسمتی از حمایت‌های قانون تأمین اجتماعی، بیمه خود را به صورت اختیاری، بر اساس آیین‌نامه‌ای که به تصویب خواهد رسید، ادامه دهند. در راستای اجرای این تبصره، شورای عالی تأمین اجتماعی در تاریخ ۱۳۸۵، ۶، ۱۴ آیین‌نامه‌ای را تصویب کرد که در آن ادامه بیمه به صورت اختیاری منوط به داشتن حداقل ۳۰ روز سابقه بیمه اجباری با شرط سنی حداکثر ۵۵ سال برای مردان و زنان شده است و متقاضیانی که دارای شرط سنی و سابقه مندرج در آیین‌نامه

نحوه ارائه خدمات سلامت در سازمان‌های بیمه‌ای متفاوت است که نگرانی‌هایی را برای بیمه‌شدگان به وجود آورده است. سازمان تأمین اجتماعی به دلیل دارا بودن مراکز درمانی به صورت مستقیم و رایگان به بیمه‌شدگان خدمات ارائه می‌کند، اما در سازمان بیمه خدمات سلامت این کار به صورت خرید خدمت از طرف مؤسسات درمانی انجام می‌شود. از طرفی ادارات و سازمان‌هایی وجود دارند که ماهیت بیمه‌ای ندارند اما عملاً اقدام به بیمه کردن کارکنان کرده‌اند؛ مانند شرکت نفت، بانک‌ها، صداوسیما و... اما در رفتار ارائه خدمات سلامت این بیمه‌شدگان با سایر بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌ای تفاوت‌هایی وجود دارد [۲۵].

سازمان تأمین اجتماعی که بیش از یک سوم جمعیت کشور را زیر پوشش قرار داده، مرکزی است که خدمات سلامت را در کشور ارائه می‌دهد. هرچند کیفیت این خدمات و رضایتمندی بیمه‌شدگان جای پرسش دارد، اما در مقایسه با دیگر سازمان‌های بیمه‌گر نوعی تبعیض به چشم می‌خورد، زیرا افراد بیمه‌شده‌ای که به مراکز درمانی تحت پوشش تأمین اجتماعی مراجعه می‌کنند هیچ‌گونه وجهی بابت فرانشیز نمی‌پردازند اما دیگر بیمه‌ها باید فرانشیز مصوب را پرداخت کنند [۱۴].

با این که بیشتر خدمات سلامت در بخش دولتی ارائه می‌شود، اما به علت کمبود بودجه، نپرداختن حق الزحمه پزشکان، کمبود تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی و نبود نظام صحیح مدیریتی از کیفیت لازم برخوردار نیست، در حالی که بخش خصوصی این ایرادات را کمتر دارد، اما به علت تعرفه‌های بالای این بخش و پوشش ندادن این تعرفه‌ها از سوی سازمان‌های بیمه‌گر، فقط بخش کوچکی از جامعه می‌توانند از این خدمات بهره‌مند شوند. همچنین تعداد و مراکز درمانی از نظر کمی به‌طور عادلانه در سراسر کشور توزیع نشده که این خود نوعی تبعیض و برخلاف اصل عمومیت است.

ج- اصل مشارکت

مشارکت مالی بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است و بیمه‌شده را در پرداخت هزینه‌های درمانی شریک کرده تا از انجام اقدامات درمانی زائد و غیرضروری باز دارد. برابر اصل ۲۹ قانون اساسی، دولت موظف است، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی را برای یک یک افراد کشور تأمین کند. این قسمت از اصل ۲۹ قانون اساسی، مبین اصل مشارکت مردم است. همچنین طبق ماده ۹۰ برنامه چهارم توسعه بر مشارکت عادلانه

براساس اصل فراگیر بودن تأمین اجتماعی به شمول قانون بر افراد یا گروه‌های یادشده نظر دارد. باتوجه به این اصل باید معتقد بود قوانینی که محدودکننده پوشش و حمایت‌های تأمین اجتماعی هستند خلاف اصل فوق بوده و باید تفسیر مضیق شوند [۲۸].

آلمان، واقع در مرکز اروپا و با جمعیت حدود ۸۰٫۷ میلیون نفر، دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی است. تقریباً ۸۵ درصد مردم تحت پوشش حدود ۱۶۰ صندوق بیمه سلامت غیردولتی و غیرانتفاعی مستقل هستند. ۱۰ درصد مردم تحت پوشش بیمه‌های خصوصی هستند و ۴ درصد هم به طور مستقیم خدمات سلامت را از دولت دریافت می‌کنند [۲۹].

کشور انگلستان، واقع در شمال غربی قاره اروپا، دارای وسعت ۱۳۰٫۳۹۵ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۶۴٫۸ میلیون نفر است. این کشور از سال ۱۹۴۸ میلادی دارای نظام سلامت ملی است و خدمات رایگان پزشکی و بیمارستانی به همه ساکنان کشور ارائه می‌شود. ایالات متحده آمریکا، کشوری در آمریکای شمالی با مساحت ۹٫۵۲۵٫۰۶۷ کیلومتر مربع (رتبه ۴ جهان) دارای جمعیت حدود ۳۲۱٫۷ میلیون نفر است. نظام سلامت آمریکا از نوع مختلط (ترکیبی) است و بیمه‌های عمومی و خصوصی در کنار هم در این کشور وجود دارند. برنامه بیمه «مدیکیر» که ابتدا برای افراد سالمند بالای ۶۵ سال در نظر گرفته شد، به مرور زمان معلولان زیر ۶۵ سال، بیماران کلیوی و بیماران آخرین مراحل زندگی را هم شامل شد [۱۰].

تعداد بیمه‌شدگان در ایران، سازمان تأمین اجتماعی (کارگران و خانواده آنها در حدود ۲۶ میلیون نفر)، سازمان بیمه سلامت ایران (کارکنان دولت، روستاییان، خویش‌فرمایان و سایر اقشار در حدود ۳۸ میلیون نفر)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی^(۵) (نیازمندان در حدود ۴ میلیون نفر) به دلیل هم‌پوشانی بیمه‌ای، از جمعیت کل کشور بیشتر شده است [۲۵].

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که خدمات سلامت بر مبنای اصل فراگیر بودن نیست. خدمات سلامت باید با کمیت و کیفیت یکسان به همه بیمه‌شدگان ارائه شود. به همین دلیل در ارائه خدمات سلامت نباید تبعیض وجود داشته باشد. بنابر مفاد ماده ۲ اعلامیه جهانی حقوق بشر، تمام انسان‌ها بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ، جنس، زبان، مذهب، نوع عقیده و سیاست، تبعه یا بیگانه، بومی یا غیربومی باید به طور یکسان از خدمات تأمین اجتماعی بهره‌مند شوند.

بر مبنای این اصل سعی بر این است که همه افراد به امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی دسترسی یکسان داشته باشند.

مختلف در آن متناسب نیست و این بدان معناست که اصل مشارکت، رعایت نشده است [۲۶].

د- اصل کفایت

اصل کفایت محک حقیقی در کارآیی نظام تأمین اجتماعی بوده و با به کارگیری این اصل، دو اصل دیگر منظور فراگیری و جامعیت ارزش پیدا می‌کنند. در تجدید سازمان‌دهی دستگاه‌های نظام تأمین اجتماعی اولویت با اصل کفایت که شاه‌بیت نظام تأمین اجتماعی بوده، است. به استناد این اصل که جزو اساسی‌ترین اصول تأمین اجتماعی به شمار آمده، مزایا و حمایت‌های موضوع مقاله‌نامه شماره ۱۰۲ سازمان بین‌المللی کار بایستی به شکلی باشد که قادر باشد زندگی مناسب و شایسته‌ای را جهت اشخاص مهیا کند، همه مخارج و یا قسمت عمده‌ای از آن را تحت پوشش قرار داده و سطح مزایای قابل ارائه باید کافی و متناسب باشد. این اصل که در بند «ب» ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع تأمین اجتماعی نیز پیش‌بینی شده، مبتنی بر ارتقای سطح خدمات بیمه‌های اجتماعی جهت پوشش همه احتیاجات برابر شروط اقتصادی، فرهنگی، قومی و مذهبی هر جامعه است. این اصل تأکید بر این دارد که در مرحله اول باید حداقل احتیاجات اساسی جامعه تأمین شود و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات در حد رفع نیازهای بیمه‌شدگان تا مرحله کفایت نسبی ارتقا پیدا کند [۳۳].

ر- اصل پیشگیری

بیمه اجتماعی بیش از یکصد سال قبل و برای نخستین بار در آلمان تأسیس شد. بیمه اجتماعی با اخذ حق بیمه اجباری از کارگران و کارفرمایان تأسیس شده و اشخاص تحت پوشش را بر فرض داشتن شروط و ایجاد حوادثی مثل بیماری، بیکاری، سالمندی، از کارافتادگی و مرگ حمایت می‌کند. بیمه اجتماعی برای حمایت از اشخاص شاغل و مزد و حقوق‌بگیر برنامه‌ریزی شده و علی‌الاصول افراد شاغل در قسمت غیررسمی، خارج از پوشش این برنامه‌ها باقی می‌مانند. معنای بیمه برابر اصل تجمیع ریسک‌ها استوار است. این کار متضمن این است که اشخاص تحت پوشش با پرداخت حق بیمه خویش، با فرض بروز یکی از حالات تعیین شده در قانون و در صورتی که حق بیمه کافی را طی دوره مشخصی پرداخت کرده باشند، به وسیله صندوق مورد حمایت قرار می‌گیرند. اصلی‌ترین خصوصیت راهبرد بیمه‌ای در حیطه نظام جامع تأمین اجتماعی، عبارت است از مشارکت اشخاص زیر پوشش در تأمین منابع مالی آن از راه پرداخت حق بیمه متعلقه و رابطه نزدیک حق بیمه پرداختی با مقدار تعهدات و حمایت‌های ارائه شده به آنان. در برنامه‌های بیمه‌ای، درصد مشخصی از درآمد اشخاص

مردم در تأمین هزینه‌های سلامتی و کاهش ۳۰ درصدی نقش مردم در تأمین هزینه‌های سلامت تأکید شد. در سازمان تأمین اجتماعی بیمه‌شدگانی که خارج از مراکز تأمین اجتماعی از خدمات سلامت استفاده می‌کنند، بها پرداخت می‌کنند [۳۰].

برای دریافت حق بیمه از روستاییان، سازوکار اجرایی و ابزار قانونی مشخص تعیین نشده است. بنابراین صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در حال حاضر به عنوان واسطه انتقال کمک‌های دولت به افراد زیر پوشش است که هنوز نتوانسته مشارکت مردم را برای پرداخت حق بیمه جلب کند [۲۴].

دلایل پذیرش پایین بیمه اجتماعی به عواملی همچون ناشناخته بودن صندوق بیمه نزد مخاطبان، نامشخص بودن شرایط بیمه، نداشتن شرایط احراز، نداشتن توانایی مالی، پوشش ندادن بیمه درمان، ضعف ساختار اجرایی و عملیاتی صندوق و عوامل محیطی و پیرامونی (عواملی که بر درآمد و قدرت خرید تأثیرگذار است) همانند خشکسالی، کاهش سودآوری تولید در بخش کشاورزی، بیکاری و نداشتن شغل، تغییرات اقلیمی و وارد آمدن خسارت به تولید مربوط است.

در یک دهه گذشته، تلاش‌های بسیاری برای همگانی شدن پوشش نظام تأمین اجتماعی انجام شده است. در حال حاضر قوانین و مقررات موجود، امکان پوشش بیمه‌ای را برای بخش عمده‌ای از جمعیت کشور فراهم کرده اما این امر لزوماً به معنای تحقق آن نیست. تجربه‌های جهانی و نیز کشور ما نشان می‌دهد که در لایه‌های بیمه‌ای، فقط پوشش اجباری موفق است و بیمه‌های اختیاری تداوم چندانی ندارند [۳۱].

به دلیل آنکه پوشش بیمه‌ای و دریافت حق بیمه همواره در زمان سلامتی افراد انجام می‌گیرد، تمایل و رغبت به عضویت در صندوق‌های بیمه، برای افرادی که وقوع خطر را جدی نمی‌گیرند کم است. در پوشش‌های بیمه‌ای پایه مشارکت جامعه بیشتر باید حول و محور «مصرف خدمات» متمرکز شود و بیشتر بر الگوی «درست مصرف کردن» و «هماهنگی» در اجرای بهتر بیمه استوار باشد تا مشارکت در هزینه (۳۲). البته این اصل نیز به‌طور کامل رعایت نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود سرانه بیمه روستاییان از یارانه نقدی که در قالب طرح هدفمندی یارانه‌ها در اختیار آنها قرار می‌گیرد، کسر شود و به صندوق بیمه‌ای واریز شود تا بحث مشارکت روستاییان در این زمینه ارتقا یابد و عدالت در این موضوع نیز برقرار شود. شورای عالی بیمه خدمات درمانی، دارای ترکیبی کاملاً دولتی است و نقش طرف‌های

۳- نحوه انجام تعهدات: نحوه انجام تعهدات درمانی سازمان بیمه سلامت ایران به صورت غیرمستقیم و در قالب عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمت انجام 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 درمان بیمه‌شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

ب- سازمان تأمین اجتماعی

اصل ۲۹ قانون اساسی به بررسی نوعی از مهم‌ترین اقسام «حقوق انسانی» بیان شده در اصل ۲۰ قانون اساسی، یعنی «حق برخورداری از تأمین اجتماعی» پرداخته و کامیابی از تأمین اجتماعی از منظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، احتیاج به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به شکل بیمه و غیره را حقی همگانی برشمرده و دولت را موظف دانسته تا از محل درآمدهای عمومی و یا حاصل از مشارکت افراد، خدمات و حمایت‌های مالی بالا را برای تمامی اشخاص کشور تهیه کند. این اصل بر مبنای نظریه دولت رفاه، ایجاد امنیت اقتصادی و مبارزه با فقر را جزو وظایف دولت دانسته است [۳۳].

منظور از تأمین اجتماعی بیان شده در اصل ۲۹، معنای غیرمشارکتی تأمین اجتماعی است که در مشتمل مجموعه نهادها و سازمان‌هایی بوده که بر اساس همبستگی اجتماعی درصدی برطرف ساختن احتیاجات همه اقشار و تهیه اقتصادی آنها در برابر مخاطرات اجتماعی بوده و تأمین اجتماعی در این مفهوم فقط شاغلان را شامل نمی‌شود، بلکه مشتمل بر همه اقشار ملت و نیازمندان می‌شود و منابع مالی آن نیز علی‌الاصول از محل اخذ مالیات و درآمدهای عمومی تأمین می‌شود. در حقیقت اصل ۲۹ قانون اساسی برقرار کننده «نظام غیرمشارکتی» یا «نظام بورجی» یا «نظام ملی» است و مفهوم تامی از تأمین اجتماعی ارائه می‌کند. علاوه بر آن، اصل ۲۹ قانون اساسی با مکلف کردن دولت به ارائه خدمات و حمایت‌های مالی به همه ملت، بیانگر اصل تضمین مالی صندوق‌های بیمه اجتماعی از سوی دولت است که از اصول اساسی و بنیادین نظام تأمین اجتماعی به شمار می‌رود. با توجه به اصل مذکور هرگاه سازمان‌های ارائه‌کننده بیمه‌های اجتماعی در ایران دچار مغفل مالی شوند و قادر به ارائه خدمات به بیمه‌شدگان نباشند، دولت مسئول برقراری کمک‌های قانونی جهت بیمه‌شدگان فوق خواهد بود. چون بر مبنای اصل ۲۹ دولت موظف بوده رأساً یا با مشارکت افراد نسبت به برقراری تأمین اجتماعی عمل کند [۳۰].

شاغل به عنوان حق بیمه متعلقه از طرف صندوق بیمه مشخص و اخذ می‌شود تا در هنگام قطع یا از دست دادن درآمد بالا، تعهدات صندوق در برابر شخص بیمه‌شده برابر آخرین درآمد مبنای محاسبه حق بیمه شامل شود. با اینکه در نظام بیمه‌های اجتماعی، حق بیمه پرداختی برابر مقدار درآمد اشخاص تحت پوشش مبنای اصلی تعهدات بیمه‌ای در برابر آنان محسوب می‌شود، اما کوشش بر آن است که حتی‌الامکان افزون بر موارد بیان شده، علل تعادلی منبعث از اصل همبستگی اجتماعی نیز در مقدار پرداخت‌ها لحاظ شود [۳۴].

نهادهای ارائه دهنده خدمات سلامت و بیمه درمان

قشرها و گروه‌های ذکر شده به وسیله سازمان‌های بیمه‌گر زیر پوشش خدمات سلامت و بیمه درمان قرار گرفته‌اند. اگرچه سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در ایران متعدّدند اما سازمان‌های اصلی مربوطه، عبارتند از: سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی.

الف- سازمان بیمه سلامت ایران

طبق ماده ۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، مصوب آبان ۱۳۷۳، به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران که پس از این «سازمان» نامیده می‌شود تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد.

۱- افراد زیر پوشش: کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و سایر گروه‌های اجتماعی که در قانون از آنها ذکری نشده (با پیشنهاد شورای عالی بیمه و تصویب هیئت وزیران مشخص می‌شود؛ مانند طلاب)، مشمول قانون بیمه همگانی و زیر پوشش سازمان بیمه سلامت ایران هستند [۳۵].

۲- نحوه انجام خدمات و تعهدات: دسترسی به امکانات بهداشتی و پزشکی در اسناد منطقه‌ای و همچنین اسناد خاص حقوق بشری به عنوان یکی از حقوق انسانی به شمار آمده است. در نظام حقوقی ایران نیز این حق مورد اهتمام قانون‌گذار قرار گرفته است. مطابق 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 ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان‌های بیمه‌گر قرار می‌گیرد و فهرست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) است به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیئت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

الزام سازمان تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۶۹، ۲، ۱۳، «امور بیمه‌گری خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی در دو بخش جداگانه موسوم به بیمه‌های درمانی انجام می‌گیرد، بخش بیمه‌ای، مسئولیت پوشش جمعیت، وصول درآمدها و حفظ سوابق را برعهده دارد. پس از آن با تخصیص منابع مالی سهم درمان که هر دو یک سوم حق بیمه‌ها تعیین شده است، بخش درمان، خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان را به دو روش درمان مستقیم و غیرمستقیم تأمین می‌کند.»

۳- افراد زیر پوشش. مطابق موارد ۴ و ۵ قانون تأمین اجتماعی دو گروه از افراد مشمول این قانون و تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند. گروه اول افرادی هستند که بیمه آنها اجباری است. به تعبیر قانون، کلیه کسانی که تحت هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می‌کنند که ممکن است عناوینی مانند کارگر یا کارمند داشته باشند. بنابراین قانون تأمین اجتماعی، یک قانون عام است و شامل همه حقوق‌بگیران می‌شود مگر آنهایی که تابع قانون و نظام حمایتی خاص هستند [۳۵].

گروه دوم کسانی هستند که بیمه آنها اختیاری است و شامل صاحبان حرف، مشاغل آزاد و کسانی که به عللی از شمول بیمه‌شدگان اجباری خارج شده‌اند، می‌شود [۳۵].

۴- نحوه انجام تعهدات. تعهدات درمانی به موجب بند «الف» ماده (۱۰) آیین‌نامه اجرایی قانون الزام مصوب اردیبهشت ۱۳۶۹ هیئت وزیران به دو صورت درمان مستقیم و غیرمستقیم انجام می‌گیرد. روش درمان مستقیم با استفاده از کمک امکانات درمانی تحت مالکیت و استیجاری سازمان و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همچنین مراکز بهداشتی درمانی و بیمارستانی وزارتخانه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای دولتی طرف قرارداد صورت می‌گیرد. روش درمان غیرمستقیم از طریق خرید خدمات پزشکان، گروه‌های پزشکی و بیمارستان‌های بخش خصوصی انجام می‌گیرد. اولویت درمان در این روش‌ها به درمان مستقیم داده شده است.

«برمبنای ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای «الف» و «ب»، بیماران مشمول تأمین اجتماعی که از امکانات روش درمان مستقیم استفاده می‌کنند و همچنین مشمولانی که با معرفی سازمان طبق ضوابط مقرر به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌نمایند، از پرداخت هرگونه هزینه درمانی معاف خواهند بود. بیماران مشمول تأمین اجتماعی که رأساً به بخش خصوصی طرف قرارداد مراجعه می‌نمایند، موظف به پرداخت بها می‌باشند.»

به موجب ماده ۱ قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴، به منظور اجرا و تعمیم و گسترش انواع بیمه‌های اجتماعی و استقرار نظام هماهنگ و متناسب با برنامه‌های تأمین اجتماعی، همچنین تمرکز وجوه و درآمدهای موضوع قانون تأمین اجتماعی و سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از محل وجوه و ذخایر، سازمانی مستقل به نام «سازمان تأمین اجتماعی» وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌شود. سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و امور آن منحصراً طبق اساسنامه‌ای که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد، اداره خواهد شد. اما به موجب مصوبه ۱۳۸۹، ۴، ۲۰ هیئت وزیران و به استناد تبصره ۲ ماده ۱۲ قانون نظام رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ به «صندوق تأمین اجتماعی» تغییر نام یافت. اساسنامه جدید نیز همان اهداف مقرر در قانون تأمین اجتماعی به علاوه اهداف قانون نظام رفاه و تأمین اجتماعی را برای صندوق در نظر گرفته که از این نظر، تغییری در وضعیت صندوق ایجاد نمی‌شود. اساسنامه جدید بیشتر ناظر بر تغییرات در ارکان و مدیریت صندوق است.

۱- وظایف، اختیارات و مأموریت اصلی. سازمان تأمین اجتماعی دارای وظایف عمده در دو بخش بیمه‌ای و درمانی است که برای اجرای وظایف خود دارای تشکیلات مرکزی و واحدها، شعب، نمایندگی‌ها و مراکز درمانی و بیمارستانی، کلینیک، پلی کلینیک و دی کلینیک در تهران و شهرستان‌هاست. مأموریت اصلی این سازمان، پوشش کارگران مزد و حقوق‌بگیر (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) است. اما براساس ماده ۵ اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی، وظایف و اختیارات سازمان عبارت است از:

۱- جمع‌آوری و تمرکز کلیه وجوه موضوع حق بیمه مشمولان قانون تأمین اجتماعی و سایر وجوه و درآمدهای حاصل از سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از وجوه و ذخایر و اموال سازمان.

۲- انجام تعهدات موضوع قانون تأمین اجتماعی.

۳- سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از وجوه و ذخایر سازمان.

در موارد ۲ و ۳) اساسنامه جدید وظایف و اختیارات صندوق به عنوان هدف و موضوع فعالیت ذکر شده است.

۲- نحوه انجام خدمات و تعهدات. برمبنای ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی موارد ذیل تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی قرار می‌گیرد. حوادث و بیماری‌ها، بارداری، غرامت دستمزد، از کارافتادگی، بازنشستگی، مرگ، مقرری بیمه بیکاری. افزون بر این مطابق تبصره ۱ ماده ۳ مشمولان این قانون از کمک‌های ازدواج و عائله‌مندی طبق مقررات برخوردار خواهند شد. مطابق آیین‌نامه اجرایی قانون

ارائه خدمات سلامت در سراسر کشور فراهم شد. از این رو بر اساس ابلاغ اساسنامه تشکیل سازمان در تاریخ ۱۳۹۱،۵،۲۲ و بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهر ماه سال ۱۳۹۱ تشکیل شد تا خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارائه شود. بدین ترتیب با عهده‌دار شدن سازمان بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی در ارائه خدمات سلامت در کشور، همه جمعیت کشور زیر پوشش نظام سلامت قرار گرفتند، به طوری که می‌توان گفت دیگر هیچ فردی فاقد پوشش خدمات سلامت در کشور نخواهد بود.

در راستای بهبود ارائه خدمات به عنوان پیشنهاد می‌توان گفت نگاهی به مقررات حوزه درمان و سلامت بیانگر این امر است که عملکرد نظام بیمه سلامت از آغاز تاکنون مبتنی بر مدار علم و کارشناسی نبوده و اقداماتی مانند بیمه سلامت همگانی، بیمه ایرانیان، کارت بستری شهری و... مبتنی مقررات و قوانین پایه‌ای نبوده است. جامع نبودن مقررات، به روز نبودن مقررات و قوانین و همچنین نداشتن ضمانت اجرای کافی در حوزه بیمه و نظام سلامت از مهم‌ترین آسیب‌های فراروی مقررات این حوزه است که می‌توان با بازنگری در مقررات فعلی و اصلاح راهبردهای آن برابر وضعیت جامعه امروزی به اهداف پیش بینی شده برای مقررات حوزه درمان دست یافت.

References

1. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management, Tehran: Dibagran Tehran; 2015, Pp: 25. [Persian]
2. Salarian Zade MH, Yousefian Splay SH. The process of evaluating the performance of the Ministry of Health, Medical Education, Tehran: Scientific Conference Center, The Third National Conference on Performance Management, 2007. [Persian]
3. Abbasi M, Rezaei R, Dehghani G. The concept and position of the right to health in the Iranian legal system. Journal of Medical Law. 2014;8(30):183-99. [Persian]
4. Abbasi B. Administrative Law. Tehran: Dadgostar. 2019; Pp: 32. [Persian]
5. Arsanjani H. Government of governments, without tea, 2012; Pp:104-5. [Persian]
6. Ghazi Shariat Panahi A. Constitutional Law and Political Institutions. 2010; Pp: 230. [Persian]
7. Jafari Langroudi MJ. Legal Terminology. Tehran: Ganj Danesh, 2015; Pp:58. [Persian]
8. Rostami V, Kamarkhani A. Application of Competition Law Rules on Sovereign and Enterprise Acts. Private Law. 2014;45(3):431-51. [Persian]

افزون بر آن، مطابق تبصره ۳ ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی، کل هزینه درمان مشمولان تأمین اجتماعی که اورژانسی به بخش خصوصی مراجعه می‌کنند، پس از تأیید اورژانس بودن طبق ضوابط شورای عالی تأمین اجتماعی برعهده سازمان بوده و در مواردی که بیماران براساس مقررات مشمولان، برای درمان به خارج از کشور اعزام شوند، هزینه درمانی مربوط براساس مصوبه ارزی شورای عالی پزشکی توسط سازمان پرداخت می‌شود.

نتیجه‌گیری

حق سلامت به‌عنوان یک حق ذاتی، به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق، همه خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار و محیط زیست سالم را شامل می‌شود. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن، موجب دشواری تعریف حق مزبور شده و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقدامات در حوزه وسیعی هستند که برخی از این تعهدات، مستلزم اقدام فوری و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. از همین روی، کشور ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است. ارائه خدمات سلامت از جمله حمایت‌هایی است که به لحاظ ارتباط با سلامت بیمه‌شدگان و خانواده آنان و استمرار آن در طول مدت بیمه بودن هر فرد، از اهمیت بسیاری، هم برای بیمه‌شدگان و هم برای نهادهای ارائه‌دهنده این خدمات، برخوردار است. با تصویب قانون الزام، سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۶۹ عهده‌دار ارائه خدمات سلامت به بیمه‌شدگان به صورت مستقیم شد و در عین حال مجاز شد خدمات سلامت را یا خود تأمین و به بیمه‌شدگان ارائه دهد یا از بخش‌های دولتی و خصوصی تأمین کند.

توسعه نظام بیمه سلامت کشور همانا یکی از مهم‌ترین فرمان‌های مورد تأکید در سیاست‌های کلی سلامت مقام معظم رهبری در اجرای بند ۱ اصل ۱۱۰ قانون اساسی ابلاغی ۱۳۹۳،۱،۱۸، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران محسوب می‌شود. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور برعهده آن نهاده شده و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت‌محوری و ارتقای سطح کیفیت در

9. World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2007:1-56.
10. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 2003;362(9378):111-7.
11. Nasrollahpour SD, Moaoudi S. Evidence-based policy-making in the health system and its achievements and challenges in Iran. Babol: Babol University of Medical Sciences. 2014; Pp:85. [Persian]
12. Islamitabar S. Fundamentals of Health Law. Tehran: Majd. 2015; Pp:74. [Persian]
13. Mahmoudi V. Challenges of Health and Medical Insurance, Available at: <https://vista.ir/article/297368/>. Accessed in June 15, 2021. [Persian]
14. Nasiri M. The legal status of the Social Security Organization in the macro-structure of the country's management, *Journal of Social Security*, No. 22, 2003. [Persian]
15. Maleki M. The role of hospital services quality on hospital brand preference in health services marketing. *Journal of Hospital*. 2016;15(4):39-48. [Persian]
16. Jahangiri A, Jahangiri M. Analysis of the performance trend of direct and indirect treatment of the Social Security Organization during the last 52 years with Use dynamic multi-criteria decision making and examine the correlation between them. *Health Image Magazine*, No. 4, 2019. [Persian]
17. Masoud Asl Y. Social Welfare System in the World, Tehran: Office of Social Studies. 2011; Pp:179. [Persian]
18. Set of rules and regulations of the Health Insurance Organization. Tehran, Volume One, Printing and Publishing Organization of the Ministry of Culture and Islamic Guidance. 1996; Pp 78. [Persian]
19. Badini H, Esmati Z. Backgrounds for the realization of the principles governing the social security rights of the Islamic Republic of Iran. *Social Welfare*. 2012;12(14):199-230. [Persian]
20. Badisar SN. Evaluation of Medical Services in Social Security Law of Iran. *Parliament and Strategy*. 2012;18(68):33-62. [Persian]
21. Islamitabar S. Fundamentals of Health Law. Tehran: Majd. 2015; Pp:74. [Persian]
22. Tarighat Monfared MH. Principles and foundations of national health policy (comparative study). Tehran: Office of Social Studies, Research Center of the Islamic Council. 2008; Pp: 98. [Persian]
23. Moslemi A. Recognition of Rural Society of Iran from the Perspective of Social Security. *Social Security*. 2005;7(20):239-64. [Persian]
24. Karimi M. The position of health insurance in the comprehensive social security system. *Social Security*. 2001;3(10):192-216. [Persian]
25. Zare MH, Samimifar SG. A review of health insurance coverage and services in the health insurance organization. *Social Security*. 2008;8(26):173-97. [Persian]
26. Danesh Dehkordi N. Public health insurance from the perspective of law, Tehran: Health Insurance Organization. 2005; Pp: 78. [Persian]
27. Sarukhani B. Basic Principles in Compiling a Comprehensive Social Security System. *Social Security*. 2007;1(1):70-98. [Persian]
28. Iraqi SE. Introduction to Social Security Law. Tehran: Higher Institute of Social Security Research, 2007. [Persian]
29. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, Westert G, Kene T. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*. 2012;106(1):37-49.
30. Qaani H. Obtaining a deductible from the insured to cover incurable diseases. *Tehran, Iran newspaper*. 2010;12(68):33-62. [Persian]
31. Thompson L. *Aging and Wisdom*, translated by Zohreh Kasaei, Tehran: Higher Institute for Social Security Research, 1999. [Persian]
32. Abolshams Asghari B. A Comparative Study of the Health Services Package of Complementary Health Insurance Providers in Selected Countries and Proposing a Service Package for Iran. Tehran: Tehran University of Science and Research. 2006; Pp: 48. [Persian]
33. Badini H. The position of social security law in the legal system. *Social Security Quarterly*. 2007;9(30):123-50. [Persian]
34. Behbahani A. Principles and Foundations of Social Insurance, Tehran: Higher Institute of Social Security Research, 2017. [Persian]
35. Ostvar Sangari K. Social Security Law. Tehran: Mizan Legal Foundation. 2015; Pp: 63. [Persian]