



چالش‌های بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری

موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا



مرداد ۱۴۰۳

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



چالش‌های بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری

تهیه و تدوین
فرشاد کرمی

ناظر علمی
سینا شیخی

مدیر مطالعه
سید امیرحسین جوزی

گرافیک و صفحه آرایی
امید طاهری



کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر برای
مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا محفوظ است



مؤسسه راهبردهای
بازنشستگی صبا

چالش‌های بیمه درمان در صندوق بازنشستگی کشوری

مرداد ۱۴۰۳

شرح مسئله



افراد در طول چرخه زندگی، همواره درصدی از هزینه کل خود را به هزینه‌های بهداشتی و درمانی اختصاص می‌دهند. درصد این تخصیص در سنین مختلف متفاوت است، به‌نحویکه با افزایش سن و به‌ویژه در دوران سالمندی، تقاضا در بخش هزینه‌های بهداشت و درمان افزایش قابل توجهی خواهد یافت. با توجه به الگوی تغییرات ساختار سنی ایران در چند دهه آینده و افزایش قابل توجه سالمندان، بخش بهداشت و درمان، بخش قابل توجهی از سبد هزینه خانوار را به خود معطوف خواهد کرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد، سهم هزینه بهداشت و درمان در خانوارهای دارای سالمند در مقایسه با خانوارهای فاقد سالمند، بیش از دو برابر است.^۱ حال افزایش سه برابری جمعیت سالمند و هزینه‌های کمرشکن

۱- غالمی، سمیرا (۱۳۹۶) بررسی هزینه‌های بهداشت و درمان خانوارهای دارای عضو سالمند، موسسه راهبردهای بازنشستگی صبا.

بخش بهداشت و درمان این قشر از یک سو، و ناترازی و ناپایداری صندوق بازنشستگی کشوری به عنوان متکفل بازنشستگان کشوری از سوی دیگر، این صندوق را با چالش‌هایی مواجه کرده است. جمعیت تحت پوشش صندوق بازنشستگی کشوری، دقیقاً در سنینی از سازمان متبوع جدا این صندوق وارد می‌شوند، که مشمول بیشترین مخارج بهداشتی و درمانی هستند و هزینه قابل توجهی را بر متعددی بازنشستگی کشور قرار می‌دهند، هزینه‌ای که بخش عمده‌ای از آن نه بر اساس قوانین، بلکه بر اساس منطقی ناصواب بر این صندوق تحمیل شده است.

چالش‌های بیمه درمان در صندوق بازنشستگی



عدم اجرای ماده ۸۵ قانون مدیریت خدمات کشوری:

از سال ۱۳۷۷ و به دلیل اینکه بیمه خدمات درمانی از تامین کامل هزینه‌های درمانی بازنشستگان و افراد تحت تکفل ناتوان بوده است، صندوق بازنشستگی کشوری به صورت داوطلبانه ضمن عقد اولین قرارداد یکساله با شرکت بیمه دانا، وارد حوزه خدمات بیمه تکمیلی درمان شد و همه بازنشستگان بصورت خودکار، مشمول بیمه تکمیلی شدند. بر این اساس هر ساله پس از تشریفات قانونی مناقصه و با حضور نهادهای نظارتی در تهران بین صندوق بازنشستگی کشوری و شرکت بیمه برنده، قرارداد بیمه تکمیلی منعقد شده است. این روند تا قبل از تصویب قانون مدیریت خدمات کشوری در سال ۱۳۸۶ ادامه داشته و هر ساله در بودجه صندوق لحاظ شده است.

پس از تصویب قانون مدیریت خدمات کشوری در سال ۱۳۸۶، با

توجه به اینکه در ماده (۸۵) این قانون، دستگاه‌های اجرایی مکلف به انجام خدمات بیمه تکمیلی شدند، لذا ردیف بودجه صندوق کشوری در این زمینه حذف گردید.
در این ماده آمده است:

«دستگاه‌های اجرایی مکلفند در چهارچوب بودجه‌های مصوب و آئین‌نامه‌ای که به تصویب هیئت وزیران می‌رسد. کارمندان و بازنشستگان و افراد تحت تکفل آنان را علاوه بر استفاده از بیمه پایه درمان با مشارکت آنان به صورت هماهنگ و یک‌نواخت برای کلیه کارمندان دولت تحت پوشش بیمه‌های تکمیلی قرار دهند.»

ردیف بودجه صندوق بازنشستگی کشوری در خصوص بیمه تکمیلی در حالی حذف گردید که اجرایی شدن ماده (۸۵)، منوط به تدوین آیین‌نامه شده، و این آیین‌نامه پس از نزدیک به دو دهه، همچنان مصوب نشده است. بنابراین صندوق تحت فشار و نیاز بازنشستگان، بیمه تکمیلی را از محل منابع خود ادامه داده است که بر اساس محاسبات انجام شده، باری بالغ بر ۸ هزار میلیارد تومان در سال به این صندوق تحمیل کرده است و هر ساله این مبلغ در حال افزایش است.

نحیف شدن خدمات بیمه پایه و اضافه بار بر بیمه تکمیلی و اکمل:
یکی دیگر از چالش‌های بیمه درمان بازنشستگان کاهش پوشش

بیمه پایه آنان است که به مرور بار آن بر بیمه تکمیلی و بیمه اکمل اضافه شده است. بر اساس قانون بیمه همگانی کشور، بیمه‌های تکمیلی درمان اجازه دارند خدماتی را که در بسته بیمه پایه جای ندارد، پوشش دهند. این در حالی است که طی سالیان گذشته بیمه‌های تکمیلی درمان همواره در حال پوشش دادن به خدمات بیمه پایه بوده‌اند. بر اساس تبصره ۵ ماده ۱۵ قانون برنامه پنجم توسعه کشور:

«عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام خواهد شد، توسط شرکت بیمه‌های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست»

با این حال نظام بیمه سلامت، هر ساله از حجم پوشش خود کم کرده و بیمه تکمیلی مانند عارضه‌ای ناخواسته و هزینه‌بردار بر بیکره‌ی صندوق‌های بازنشستگی است که وجود و ماهیت آن برآمده از عدم پایبندی به قانون است.

نظام ارجاع نابسامان و تعارض منافع حوزه درمان:

تمرکز بر «بخش درمان» در نظام بهداشت و درمان کشور، باعث شده است تا فرد بازنشسته و سالمند به مثابه «مشتری» برای این بخش در نظر گرفته شود. در واقع نظام بهداشت و درمان کشور به

نحوی تدبیر و تمهید شده که عایدی آن نه از «سلامت و بهداشت» بلکه از «مریضی و درمان» افراد کسب می‌شود. این چرخه در طول سال‌های متمادی نظامی را ایجاد کرده است که در بخش‌های مختلف با تعارض منافع به اشکال گوناگون روبه‌روست. بیمارستان‌هایی که ذیل وزارت بهداشت و درمان فعالیت می‌کنند، از محل ارائه خدمات تشخیصی درمانی بیشتر، درآمد بیشتری کسب می‌نمایند. به عنوان مثال هم اکنون بسیاری از تشخیص‌ها منوط به انجام عکس‌برداری شده است در صورتی که به گفته دیناروند معاون وقت وزیر بهداشت ۶۰ الی ۷۰ درصد تصویر برداری‌های MRI، القایی و غیر ضروری هستند. این یکی از موارد ارجاعی پرتکرار در بین بازنشستگان است که در فاصله چند ماه، با انبوهی از نسخه‌های تشخیصی مواجه شده و هزینه قابل توجهی بر بیمه تکمیلی تحمیل می‌کند.

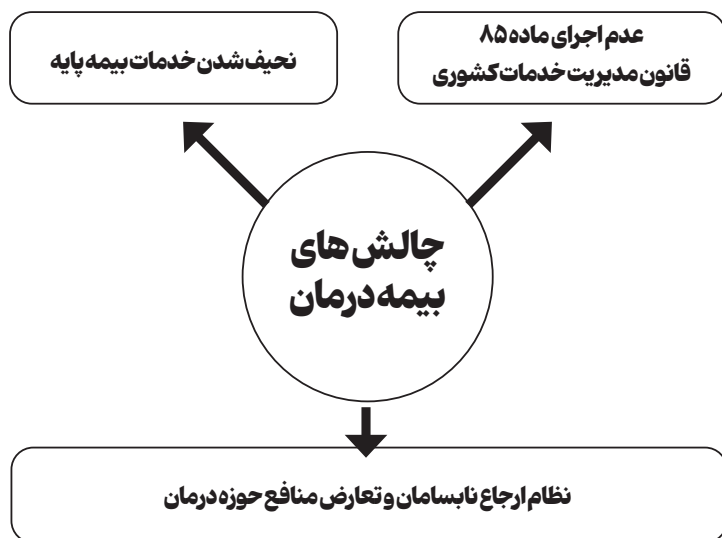
سهام داری رؤسای بیمارستان‌ها و پزشکان در تجارت دارو و تجهیزات پزشکی یا شراکت آنها در سود این شرکت‌ها می‌تواند مسئله را پیچیده‌تر و بغرنج‌تر کند. اتخاذ سیاست درست برای کنترل این گونه تعارض منافع می‌تواند در نظام حکمرانی بر فرایند کنترل هزینه‌ها و نحوه پوشش بیمه‌ها تأثیرات مثبت بگذارد. این مسئله حتی در ابعاد کلان حکمرانی نظام سلامت نیز وجود دارد. برای مثال بخش عمده‌ای از بودجه وزارت بهداشت را درآمد اختصاصی این وزارتخانه تشکیل می‌دهد که درآمد ناشی از خدماتی است که به مردم ارائه می‌دهد. این بودجه می‌تواند انگیزه‌ای برای وزارت بهداشت باشد تا به جای مسائل مربوط به پیشگیری به بخش درمان توجه داشته باشد چرا که بیمارستان‌ها و بخش‌های ارائه خدمات درمانی این وزارتخانه برای آن درآمدزا هستند بنابراین سود وزارت بهداشت و کارکنان آن از محل بیماری انسان‌ها تأمین می‌شود که

در نتیجه کل سیستم به درمان‌های طولانی و گران‌قیمت‌تر به جای بهداشت و درمان‌های سریع‌تر و ارزان‌تر تمایل پیدا می‌کند. این در حالی است که بایستی منافع سیستم از محل سلامت افراد تأمین شود. نوع نگاه به وزارت بهداشت باید از یک وزارتخانه درآمدزا و سودآور به یک وزارتخانه خدمت‌گزار با وظایف اجتماعی و انسان‌دوستانه تغییر کند.

بخش عجیب ماجرا بنگاه‌داری صنعت بیمه تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان است. به گونه‌ای که طی سال‌های طولانی بیمه تکمیلی بازنشستگان از طریق بیمه آتیه‌سازان حافظ انجام شده که همزمان ارائه دهنده خدمات بیمه تکمیلی و ارزیابی‌کننده آن بوده و ذیل وزارت بهداشت و درمان قرار دارد. اکنون که صندوق بازنشستگی کشوری به دلیل هزینه‌های زیاد تحمیل شده از ذیل این بیمه خارج شده و قرارداد بیمه تکمیلی خود را با بیمه ملت منعقد کرده است، بیمارستان‌های ذیل وزارت بهداشت خدمات بیمه تکمیلی خود را به بیمه ملت محدود کرده و آن را تحت فشار قرار داده‌اند. این در حالی است که بیمه‌های خصوصی و غیر دولتی که نسبتی با وزارت بهداشت ندارند، چون منافع آنها از سلامت و نه بیماری افراد تأمین می‌شود، ملاحظات بیشتری در خصوص سلامت افراد رعایت می‌نمایند.

بنابراین از طرفی قشر بازنشسته و سالمند، همواره نیازمند خدمات بهداشتی و درمانی هستند و از سوی دیگر به محض مراجعه به بخش‌های درمان با انواع و اقسام آزمایشات و نسخه‌های درمانی مواجه می‌شوند که بخش مهمی از آنها قابل پیشگیری است. برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع که یکی از راه حل‌هاست، سال‌هاست که هم در قوانین برنامه توسعه کشور آمده و هم اهمیت

اجرای آن از سوی مسئولان مختلف در سال‌های متمادی بیان شده است. هر از گاهی بخشی از این برنامه‌ها به عنوان زیرساخت‌های مورد نیاز تحول در نظام سلامت، اجرایی شده و به پیش می‌رود، اما با تغییر دولت‌ها، برنامه‌های اجرا شده قبلی دچار آسیب شده و در بهترین حالت، در همان وضعیت متوقف می‌شوند. افراد بازنشسته و سالمند به دلیل استرس زیاد دچار شدن به بیماری، بعد از اولین علائم بدون مراجعه به پزشک خانواده، مستقیماً به پزشکان متخصص مراجعه می‌کنند و در این فرایند هزینه‌های فراوانی را به خود و جامعه تحمیل می‌کنند.



پیشنهادات سیاستی



- تدوین آیین‌نامه اجرایی ماده (۸۵) قانون مدیریت خدمات کشوری:

با توجه به اینکه حدود ۱۷ سال از قانون مدیریت خدمات کشوری می‌گذرد، همچنان آیین‌نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت وزیران نرسیده است، این در حالی است که صندوق بازنشستگی کشوری با مشارکت و همراهی سازمان برنامه و بودجه و سازمان اداری و استخدامی آیین‌نامه اجرایی را آماده کرده و تنها نیاز به همراهی هیئت دولت دارد تا تصویب و مراحل اجرایی آن ابالغ شود.

- تقویت بیمه پایه:

بر اساس قوانین مختلف نظام بهداشت و درمان کشور از طریق نظام بیمه سلامت متکفل سلامت ایرانیان است. بسیاری از هزینه‌هایی که اکنون در قالب بیمه درمانی و بیمه اکمل پرداخت می‌شود از تحت پوشش بیمه پایه بوده است. از آنجایی که ردیف بودجه مرتبط با بیمه پایه مشخص و برعهده دولت است و بار سنگینی بر صندوق تحمیل نمی‌کند، با تقویت این بخش می‌توان از هزینه بیمه تکمیلی و اکمل کم کرد، در واقع بخش عمده‌ای از هزینه‌های تحمیل شده در حال حاضر به دلیل نحیف شدن بیمه پایه بازنشستگان است.

- ساماندهی پرونده الکترونیک سلامت و نظام ارجاع (حداقل برای بازنشستگان و افراد سالمند):

در حال حاضر بخش عمده‌ای از خدمت گیرندگان نظام درمانی کشور شامل بازنشستگان و افراد سالمند کشور است. این افراد بیشترین مراجعه را به پزشکان دارند. چنانچه پرونده سلامت الکترونیک برای این افراد تشکیل شود، به طور کامل شفاف خواهد شد که اولاً این افراد چه نیازهایی دارند، ثانیاً مسیر دریافت خدمات درمان برای آنها چگونه طی شده است، لذا با راه اندازی پرونده الکترونیک سلامت، نظام ارجاع و پزشک خانواده، بخش عمده‌ای از هزینه‌های درمان این افراد کاهش خواهد یافت. وقتی در کشورمان هیچ گونه نظام ارجاع سیستماتیک و الکترونیک وجود ندارد، هیچ محدودیت دسترسی به سطوح تخصصی نیز وجود ندارد. در سیستم‌های بهداشتی کشورهایی که پزشک خانواده نقش دروازه‌بان را ایفا می‌کند، هزینه‌های سلامت نیز به مراتب کمتر است.

- انجام تفاهم‌نامه با دستگاه‌های اجرایی و شرکت‌های بیمه تکمیلی زمان اشتغال در راستای استمرار خدمات در دوران بازنشستگی:

ریسک بیمه افراد در دوران اشتغال برای شرکت‌های بیمه‌ای، با توجه به شرایط سنی و جسمی افراد تقریباً پایین است و شرکت‌های بیمه‌ای با آغوش باز از آن استقبال می‌کنند. به همین دلیل دستگاه‌های اجرایی مختلف هر کدام با شرکت‌های گوناگونی قرارداد دارند و بیمه تکمیلی کارکنان خود را تمهید می‌کنند. با این حال به محض بازنشستگی که رابطه استخدامی افراد با سازمان متبوع قطع می‌گردد، افراد با انبوه مشکلات، ذیل صندوق بازنشستگی کشوری قرار می‌گیرند.

به نظر (حداقل تا زمانی که بیمه تکمیلی بر دوش صندوق بازنشستگی است) می‌توان با رایزنی با دستگاه‌های مختلف اجرایی و تدوین تفاهم‌نامه مشترک با آنان از ظرفیت شرکت‌های بیمه تکمیلی زمان اشتغال در راستای استمرار خدمات در دوران بازنشستگی استفاده کرد تا هم خدمات یکسان ارائه دهند و هم از ابتدای اشتغال بر اساس تفاهمی مشترک، میزان خدمات ارائه شده را بعد از بازنشستگی فرد نیز ادامه دهند.

- ایجاد سازوکارهای نظارت بر شرکت واسطه‌ای بیمه تکمیلی و اکمل: در حالی که سازمان تامین اجتماعی و همچنین بسیاری از سازمان‌های ارائه دهنده خدمات بیمه تکمیلی کارشناسانی مجرب در این زمینه دارند که بر فرایند هزینه‌های بیمه و حسابرسی از شرکت‌های واسطه بیمه‌گر نظارت می‌کنند، اما صندوق بازنشستگی کشوری در این زمینه دچار ضعف جدی است، بنابراین به نظر می‌رسد

ایجاد سازوکار نظارت بر این شرکت‌های بیمه‌ای واسط می‌تواند کمک کننده باشد.

- حل چالش تعارض منافع از طریق بیمه‌های خصوصی:

در کشورهایی همچون ایران که بیمه اجتماعی دارند در اکثر مواردی که ناسازگاری «درآمد و وظایف» مطرح می‌شوند، می‌توان بیمه‌ها را به‌عنوان ضلع سوم، وارد الگوی حل مسئله کرد و با آنها مسئله تعارض درآمد و وظایف را برطرف نمود. زیرا بیمه‌ها به‌صورت طبیعی به تداوم سلامت علاقه‌مند هستند چون عایدی بیمه‌ها در صورت تداوم سلامت افزایش می‌یابد به این دلیل که کاهش بیماری موجب می‌شود هزینه‌های بیمه کاهش یابد. الگوی کلی راه‌حل‌های پیشنهادی در این موارد به این صورت است که بیمه می‌تواند با پزشکان بر مبنای افزایش سلامت قرارداد ببندد.

به‌عنوان مثال در کشور آلمان از سال ۲۰۰۰، طرح پزشک خانواده به اجرا گذاشته شد به نحوی که صندوق‌های بیمه با پزشک‌ها به‌عنوان پزشک خانواده قرارداد منعقد می‌کردند و مردم نیز می‌توانستند به‌صورت داوطلبانه به سیستم پزشک خانواده بپیوندند.

در این طرح، درآمد پزشک خانواده با بیمه تأمین خواهد شد، بنابراین ارتقای سلامت افراد موجب افزایش درآمد پزشک خانواده خواهد شد، زیرا در صورت عدم سلامت افراد هزینه بیمه افزایش خواهد یافت و این افزایش هزینه موجب کاهش دستمزد پزشک خانواده خواهد شد. این طرح در سال‌های بعد توسعه یافت به نحوی که خدمات درمانی عمومی، پیشگیری، خدمات درمانی تخصصی و فوق تخصصی، خدمات

تشخیص، مراقبت‌های طولانی و بازتوانی ذیل صندوق‌های بیمه شکل گرفتند. علاوه بر اصلاح نظام پرداخت در سطح خرد، همانطور که پیش از این اشاره شد باید نگاه درآمدزایی و سودآوری از وزارت بهداشت و بیمارستان‌های دولتی تغییر کرده و به آنها به چشم خدمات اجتماعی نگریسته شود.



مؤسسه راهبردهای بازنشستگی صبا

تهران، خیابان سید جمال الدین
اسدآبادی (یوسف آباد)، روبروی
خیابان پنجاه و هشتم، پلاک ۴۴۳

۰۲۱-۸۸۰۶۵۰۱۴

www.Saba-psi.ir