

# بازشناسی و تحلیل عملکرد پنجاهساله سازمان تأمین اجتماعی در قلمرو بیمه درمان

علی حسنزاده

## مقدمه

تاریخچه شروع تأمین اجتماعی در ایران به سده شش قبل از میلاد برمیگردد. داریوش در سنگ نوشته‌اش اعلام می‌دارد: «دوست ندارم که ناتوانی از حق‌کشی در رنج باشد». بنابراین نظام دستمزد کارگران براساس سازوکار منضبط مهارت و سن طبقه‌بندی می‌شد. مادران از مرخصی و حقوق زایمان و نیز از حق‌اولاد برخوردار بودند.

در نظام دآمداری تعداد زیادی چوپان تحت مدیریت یک «سرگله» بود. در لوح‌های دیوانی به سرکارگران «۱۰۰ کارگری» و «۱۰ کارگری» برمی‌خوریم که جیره کارگران را زیر نظر داشتند. زائو ۵ ماه تمام جیره ویژه می‌گرفت که میزان آن بستگی به جنسیت کودک داشت<sup>۱</sup>. کارگران کارهای سنگین، جیره پیش‌کشی به مناسبت سختی کار دریافت می‌کردند. مرد و زن برای کار واحد، کارهای هنری و بسیار ظریف، مزد برابر می‌گرفتند<sup>۲</sup>.

## تاریخچه بیمه درمان در تأمین اجتماعی ایران

در ایران بیمه درمان به شکل امروزی آن بیش از نیم‌قرن قدمت دارد ولی سابقه بیمه‌های

۱. لوح دیوانی کشف شده در تخت جمشید با شماره PF999

۲. لوح دیوانی کشف شده در تخت جمشید با شماره PF۶۵/۶۶

اجتماعی به حدود ۷۰ سال می‌رسد. در سال ۱۳۰۹، برای اولین بار در باب بیمه‌های اجتماعی، مقرراتی به تصویب دولت می‌رسد و «صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع» تصویب می‌شود و از ابتدای فروردین ۱۳۱۰ توجه به امر درمان کارگران راه‌آهن سراسری از طریق این صندوق به مرحله اجرا در می‌آید. در سال ۱۳۱۱ مجوز قانونی برای جبران خسارت مالی و جانی سایر کارگران ساختمانی دولت طبق ماده ۲۰ قانون متمم بودجه سال ۱۳۱۱ به تصویب می‌رسد و در اوایل سال ۱۳۱۲، به موجب تصویب‌نامه‌ای دیگر، کارگران و مستخدمان کارخانجات و بنگاههای صنعتی و معدنی مشمول این مزایا قرار می‌گیرند.

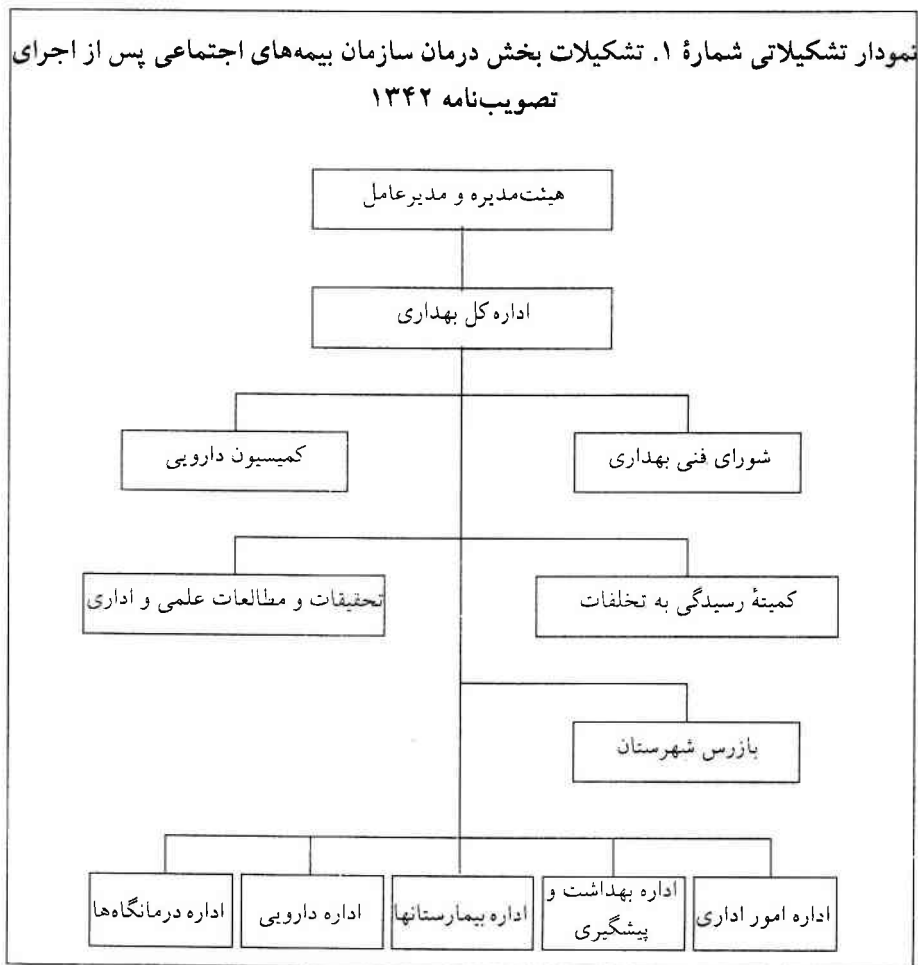
قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران در اول دی‌ماه ۱۳۳۱ به تصویب مجلس می‌رسد و با اجرای آن در سال ۱۳۳۲ سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران شکل گرفته و به موجب ماده ۳۵ قانون عهده‌دار بیمه درمان کارگران و خانواده آنان می‌شود. به موجب این قانون تعهدات درمانی شامل معاینات طبی، معالجه سرپایی، معالجات با برق، تهیه دارو، بستری شدن در بیمارستان، جراحی، و هزینه‌های انتقال به شهر دیگر در کنار حوادث ناشی از کار و بیماریهای حرفه‌ای به عهده سازمان گذاشته شده و سازمان مکلف می‌شود در هر نقطه از کشور که لازم بداند بیمارستان، درمانگاه، و آسایشگاه تأسیس کند (قانون مصوب ۱۳۳۱/۱۱/۰۳).

در سال ۱۳۳۴ قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران تغییراتی می‌یابد و به موجب آن کلیه دارایی‌ها، ساختمان، و تأسیسات بهداشتی و درمانی که از طرف وزارتخانه‌ها، مؤسسات، و بنگاههای دولتی برای درمان کارگران تأسیس شده بود، به این سازمان منتقل می‌شود. در این دوره تشکیلات درمان شامل «اداره کل بهداشتی» بود که مراکز درمانی را هدایت کرده و دارای شورای فنی مرکب از ۷ پزشک (۴ نفر سازمانی و ۳ نفر خارج سازمانی) بود و خدمات را به روشهای زیر ارائه می‌کرد:

۱. درمان مستقیم از طریق بیمارستانها، درمانگاههای ملکی با کارکنان پزشکی رسمی و قراردادی
۲. خرید خدمات درمانی در موارد عدم تکافوی امکانات ملکی
۳. امکان واگذاری تعهدات درمانی به کارفرمایان
۴. امکان استفاده از مراکز درمانی غیرملکی در موارد اورژانس

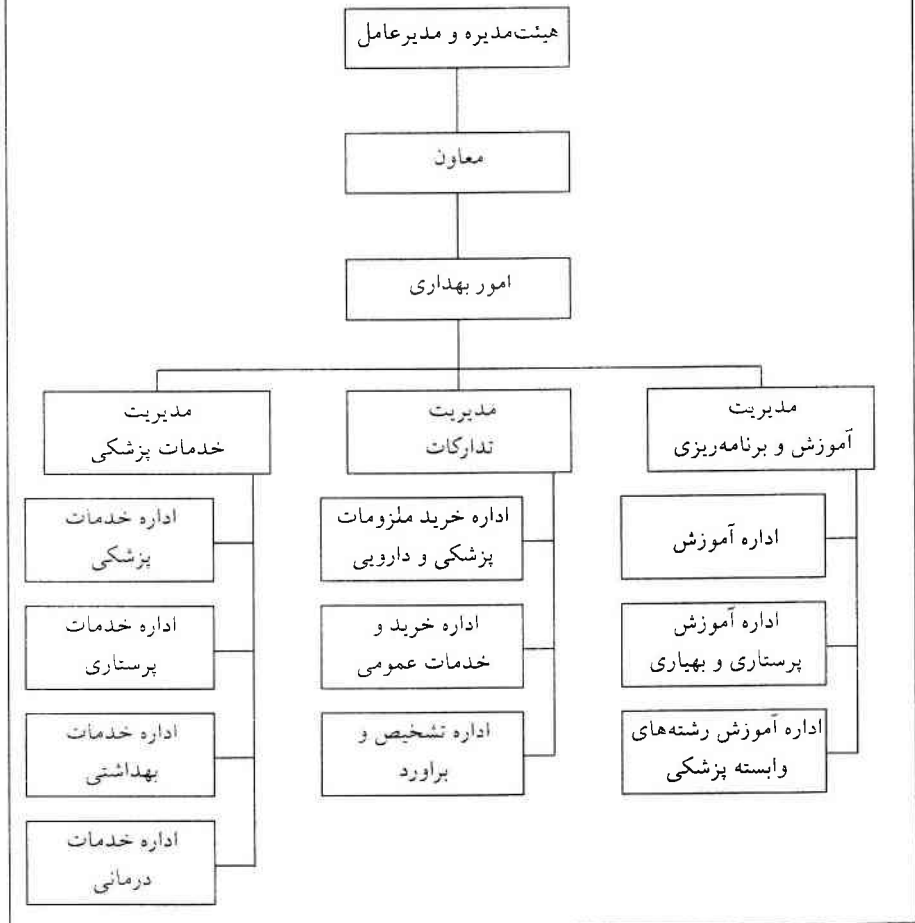
در تاریخ ۱۳۴۲/۰۱/۲۴ با تصویب هیئت وزیران این سازمان به «سازمان بیمه‌های اجتماعی» تغییر نام می‌دهد و زیر نظر وزارت کار و خدمات اجتماعی قرار می‌گیرد و مصوبه قانونی آن به نام «قانون بیمه‌های اجتماعی» در تاریخ ۱۳۴۷/۱۰/۱۷ به تصویب مجلس می‌رسد. در سال ۱۳۴۸ این تشکیلات تغییر می‌کند و «اداره کل بهداشتی» تبدیل به «امور بهداشتی»

می‌شود که سه مدیریت جداگانه در زیرمجموعه آن قرار می‌گیرد. این مدیریتها عبارت بودند از: مدیریت خدمات پزشکی، مدیریت آموزش و برنامه‌ریزی، و مدیریت تدارکات (نمودار تشکیلاتی شماره ۱ و شماره ۲).



در پایان دهه ۴۰ تعداد کارکنان سازمان در کشور ۷۶۰۰ نفر بوده است که ۳۸ درصد (۱۷۶۵ نفر) در بیمارستانها و ۴۷ درصد (۲۲۳۱ نفر) در شعب، نمایندگی‌ها، و درمانگاهها مشغول به کار بوده‌اند زیرا درمانگاهها بیشتر در درون فضای فیزیکی مربوط به شعب قرار داشتند.

نمودار تشکیلاتی شماره ۲. تشکیلات بخش درمان سازمان بیمه‌های اجتماعی در سال ۱۳۴۸



در اسفند ۱۳۵۱ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمان دولت تصویب می‌شود و در ابتدای ۱۳۵۲ به اجرا در می‌آید و «سازمان تأمین خدمات درمانی» وابسته به وزارت بهداشتی تشکیل می‌شود. در تاریخ ۱۳۵۳/۰۴/۲۴ قانون تشکیل وزارت رفاه اجتماعی به منظور تأمین بیمه درمانی همگانی تصویب شده و سازمان بیمه‌های اجتماعی، انجمن توانبخشی، اجرای قانون حمایت کارمندان در برابر پیری و ازکارافتادگی، و بانک رفاه از وزارت کار و امور

اجتماعی، سازمان تأمین خدمات درمانی، امور درمان معتادان و توانبخشی بیماران روانی از وزارت بهداشتی و سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان از وزارت تعاون و امور روستاها منتزع و به وزارتخانه جدید منتقل می‌شوند.

در پایان ۱۳۵۴/۰۴/۰۳ با تصویب قانون تأمین اجتماعی «سازمان تأمین اجتماعی» شکل می‌گیرد و سازمان بیمه اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی روستاییان در آن ادغام می‌شود و انجام تعهدات مربوط به بندهای الف و ب ماده ۳ قانون به عهده سازمان تأمین خدمات درمانی قرار می‌گیرد و ساختمانهای درمانی سازمان تأمین اجتماعی با حفظ مالکیت در اختیار سازمان تأمین خدمات درمانی قرار گرفته و کارکنان واحدهای درمانی نیز به این سازمان منتقل می‌شوند (مواد ۹، ۱۱ و ۵۴ قانون) و بیمه‌شدگان مختار می‌شوند فقط یکی از روشهای درمان مستقیم و غیرمستقیم را انتخاب کنند و این امر با گذشت یک سال قابل تغییر می‌شود (ماده ۴ آیین‌نامه اجرایی همان قانون مصوب ۱۳۵۴/۰۹/۱۳). در درمان غیرمستقیم سطح خدمات و فرانشیز برای بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی همانند سایر بیمه‌شدگان سازمان تأمین خدمات درمانی تعیین می‌شود و بیمه‌شدگان می‌توانند فقط به مراکز طرف قرارداد مراجعه کنند (مواد ۴ و ۵ همان آیین‌نامه).

در تاریخ ۱۳۵۵/۰۴/۱۰ سازمان تأمین اجتماعی به «صندوق تأمین اجتماعی» تغییر نام می‌دهد و کلیه کارکنان سازمان بجز افرادی که برای انجام امور بیمه‌گری مورد نیاز بودند، به وزارت بهداشتی و بهزیستی (که از ادغام وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداشتی تشکیل می‌شود) منتقل شده و سازمانهای منطقه‌ای بهداشتی موظف به ارائه بیمه درمان بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی می‌شوند (مواد ۶، ۷ و ۱۰ همان قانون).

در فروردین ماه ۱۳۵۸ سازمان تأمین اجتماعی دوباره احیا می‌شود و کلیه واحدهای اجرایی که به سازمان منطقه‌ای منتقل شده بود، دوباره به سازمان برمی‌گردد ولی ساختمانها، تجهیزات و تأسیسات درمانی با حفظ مالکیت سازمان کماکان در اختیار وزارت بهداشتی و بهزیستی باقی می‌ماند (مواد ۱ و ۲ لایحه قانون اصلاح قانون تشکیل سازمان تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۸/۰۱/۱۷).

در تاریخ ۱۳۵۸/۰۷/۰۱ ماده ۵۵ قانون تأمین اجتماعی اصلاح شده و اولویت به درمان مستقیم داده می‌شود. در آذر ۱۳۵۸ سازمان تأمین خدمات درمانی منحل شده و تعهدات درمانی بیمه‌شدگان در ازای پرداخت ۹ درصد حق بیمه به‌طور مستقیم به عهده وزارت بهداشتی و

بهزیستی گذاشته می‌شود. در تاریخ ۱/۵۰/۱۳۶۲ براساس طرح خودکفایی، مراکز درمانی سازمان به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی اختصاص می‌یابد و عبارت «اختصاصی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی» بر تابلوی کلیه مراکز ملکی نقش می‌بندد و «کمیسیون نظارت بر امر درمان بیمه‌شدگان» در هر استان شکل می‌گیرد. در سال ۱۳۶۴ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جایگزین وزارت بهداری و بهزیستی می‌شود. در همان سال برنامه احداث ۹۶ بیمارستان و ۱۱۰ درمانگاه با استفاده از ذخایر سازمان به تصویب شورای عالی تأمین اجتماعی می‌رسد و عملیات اجرای احداث بسیاری از آنها آغاز می‌شود.

به موجب بند (د) تبصره ۱۰ قانون بودجه سال ۱۳۶۸ وزارت بهداشت، درمان و آموزش مکلف می‌شود اعتبارات سهم درمان را فقط برای بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی هزینه کند و سازمان ناظران مالی خود را در مراکز درمانی تحت مالکیت مستقر می‌کند.

در تاریخ ۲۱/۰۸/۱۳۶۸ قانون الزام سازمان به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی به تصویب مجلس می‌رسد و «معاونت امور درمان» سازمان ایجاد می‌شود. در این راستا خدمات از طریق درمان مستقیم (واحدهای ملکی و وابسته به وزارت بهداشت) و در صورت نیاز به روش غیرمستقیم ارائه و هزینه آن از محل حق بیمه سهم درمان تأمین می‌شود و واحدهای رسیدگی به اسناد پزشکی در مراکز استانها و شهرستانهای مورد نیاز ایجاد می‌شود. به منظور نظارت بر درمان، «ستاد نظارت درمان» در سطح ملی و «کمیسیون نظارت بر امر درمان» در هر استان زیر نظر «ستاد نظارت درمان» تشکیل می‌شود و تشکیلات درمان متشکل از سه اداره کل و ده دفتر می‌شود که عبارت بودند از: اداره کل درمان مستقیم، اداره کل درمان غیرمستقیم و اداره کل تهیه و تأمین تجهیزات پزشکی، و دفاتر بازرسی و رسیدگی به شکایات، برنامه و بودجه و تشکیلات، اداری مالی، بهداشت حرفه‌ای، آموزش، فنی و مهندسی، پیگیری امور مناطق حقوقی و قراردادهای اسناد پزشکی تهران و کمیسیون‌های فنی پزشکی.

در اسفندماه ۱۳۷۳ با اصلاح ماده ۱۰ آیین‌نامه اجرایی قانون الزام تعریف جدیدی از درمان مستقیم و غیرمستقیم ارائه شده و [درمان مستقیم] عبارت می‌شود از واحدهای سازمان اعم از ملکی و استیجاری و [درمان غیرمستقیم] شامل خرید خدمت از پزشکان، مؤسسات خصوصی، دولتی یا دانشگاهی (مصوبه شماره ۱۳۸۹۹/ف مورخ ۱۳۷۲/۱۲/۰۹).

تشکیلات درمان به چهار اداره کل (اداره کل امور اداری و مالی افزوده می‌شود) و پنج دفتر (بهداشت حرفه‌ای، کمیسیون‌های پزشکی، پیگیری امور مناطق، برنامه و بودجه، تشکیلات و آمار) تقسیم می‌شود.

در تاریخ ۱۳۷۶/۱۲/۲۶ طی دستورالعملی امور مالی، بودجه، اداری و اسناد پزشکی از حوزه درمان منفک و به حوزه اداری مالی ادغام می‌شود. با توجه به اینکه مسئولیت دفاتر اسناد پزشکی نیز در اختیار معاونت اداری مالی قرار می‌گیرد و این امر به مفهوم انحلال درمان غیرمستقیم تلقی می‌شود، در تاریخ ۱۳۷۶/۱۲/۲۷ طی اصلاحیه‌ای امور دریافت و پرداخت به حوزه اداری مالی و سایر امور سیاست‌گذاری به عهده درمان گذاشته می‌شود. در همین زمان اداره کل درمان استان تهران تشکیل می‌شود و بخش زیادی از وظایف ستاد معاونت به این اداره کل منتقل می‌شود (دستورالعمل ۱۷۰۷۸/۱۰۰۰ مورخ ۱۳۷۶/۱۲/۲۶).

### دامنه شمول تعهدات درمان

با ایجاد صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع، کارگران ساده (عمله‌ها) و کارگران روزمزد و کنتراتی تحت پوشش قرار می‌گیرند. در سال ۱۳۱۱ کارگران شاغل در امور ساختمان‌های دولتی نیز به این جمع افزوده شده، بتدریج کارکنان کنتراتی و روزمزد دولتی کارخانجات، بنگاه‌های صنعتی و معدنی نیز در زمره بیمه‌شدگان در می‌آیند. در سال ۱۳۱۴ کارکنان کارخانجات موتوریزه و در سال ۱۳۱۸ برخی مؤسسات دولتی و کارکنان تسلیحات ارتش نیز در گروه بیمه‌شدگان قرار می‌گیرند. قانون بیمه‌های اجباری کارگران در سال ۱۳۲۳ پوشش را وسیع‌تر کرده و کارخانجات بیش از ۲۰ نفر کارگر را در برگرفته و پیش‌بینی می‌شود ابتدا در شهرهای بزرگ اجرا شود و سپس کلیه نقاط کشور را تحت پوشش قرار دهد. در سال ۱۳۲۸ کلیه مشمولان قانون کار تحت پوشش درآمده و با تصویب قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران، کلیه کارگران و کارمندان فنی و دفتری ثابت کارخانه‌ها و گروههای مشمول قانون کار بیمه می‌شوند. در سال ۱۳۳۴ کارگران خارجی نیز به گروه مشمول افزوده شده و در سال ۱۳۴۲ با تشکیل سازمان بیمه‌های اجتماعی، شمول مقررات به کلیه افراد، کارگران خارجی، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و بیمه‌شدگان اختیاری گسترش می‌یابد. در سال ۱۳۴۸ با تصویب قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان، افراد ساکن در حوزه عملیات شرکت‌های تعاونی روستایی و شرکت‌های سهامی زراعی نیز به جمع بیمه‌شدگان می‌پیوندند. با تصویب قانون تأمین خدمات مستخدمان دولت در سال ۱۳۵۱ کلیه کارکنان وزارتخانه‌ها و مؤسسات دولتی شاغل و بازنشسته و خانواده تحت تکفل آنها پوشش داده شد، با تشکیل وزارت رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۳ کلیه آحاد جامعه تحت پوشش قرار می‌گیرند.

با تشکیل سازمان تأمین اجتماعی در سال ۱۳۵۴ مشمولان قانون کار، مزدبگیران، حقوق‌بگیران (به استثنای مشمولان استخدام کشوری، نظام حمایتی خاص، نیروهای مسلح) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد تحت پوشش قانون قرار گرفته و مستخدمان استخدام کشوری تحت پوشش صندوق تأمین خدمات درمانی قرار می‌گیرند. با تصویب قانون بیمه همگانی در سال ۱۳۷۴ کلیه آحاد جامعه با پرداخت حق بیمه مقرر در قانون تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرند.

### حق بیمه

میزان حق بیمه دریافتی از روزانه یک شاهی برای کارگران ساده و دودرصد دستمزد برای روزمزدها و کنتراستی‌ها در سال ۱۳۱۰ شروع شده، در سال ۱۳۱۱ به ۱ تا ۱/۵ درصد حقوق ماهانه کارگران و کارمندان نزد شرکت سهامی بیمه ایران می‌رسد. در سال ۱۳۲۲ حق بیمه برحسب نوع کار و احتمال خطر به پنج طبقه تقسیم می‌شود. طبقه اول ۱/۵ درصد دستمزد، طبقه دوم ۲ درصد و طبقه سوم ۲/۵ درصد و طبقه چهارم ۳ درصد دستمزد را برای برخورداری از تعهدات پرداخت می‌کنند. در این سالها دولت هیچ‌گونه سهمی را پرداخت نمی‌کند. در سال ۱۳۲۶ طبقه‌بندی حذف شده، نرخ حق بیمه به ۲/۲۵ درصد دستمزد می‌رسد. دو سال بعد هم این رقم به ۶ درصد و چهار سال بعد به ۱۲ درصد دستمزد می‌رسد. در سال ۱۳۳۱ خانم آبل اسمیت کارشناس دفتر بین‌المللی کار به ایران آمده، با انجام محاسبات بیمه‌ای که در سال ۱۳۴۱ نهایی می‌شود، نرخ حق بیمه را به شرح ذیل تعیین می‌کند:

۳ درصد	— کمک عائله‌مندی
۲ درصد	— سایر کمکهای خانوادگی
۱۰ درصد	— بیماریهای ناشی و غیرناشی از کار
	— تعهدات درازمدت در بیمه حوادث و بیماریهای کار -
۱/۵ درصد	گرامت جزئی، نقص عضو و ازکارافتادگی
۰/۶ درصد	— بیمه بیکاری
۰/۶ درصد	— هزینه عمومی

و در مجموع به رقم ۱۷/۷ درصد می‌رسد و لذا در سال ۱۳۳۴ مبنای کسر حق بیمه ۱۸ درصد دستمزد قرار می‌گیرد. در سال ۱۳۵۴ با تصویب قانون تأمین اجتماعی این نرخ به ۲۷ درصد می‌رسد که  $\frac{۹}{۲۷}$  آن به منظور اجرای تعهدات درمانی تخصیص می‌یابد و با تصویب قانون الزام بر نرخ ۹ درصد حق بیمه درمان تأکید می‌شود.



جدول شماره ۱. سیر تحول بیمه اجتماعی درمان ۱۳۱۰-۱۳۷۲

تجهيزات	گروه مشمول	حقوق بیمه	سال
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مراقبت صحي عمليه، اعضای روزمرد و کتیرانی‌ها در صورتی که حین کار مجروح یا مریض شده باشند.</li> <li>• پاداش تغذی به افرادی که به‌طور دائم عضوی از اعضای بدن مجروح و یا برای مدت عمر از کار بيفتند.</li> <li>• اعطای پاداش به وراثت بازماندگان</li> </ul>	<p>کارگران ساده (عمله‌ها)</p> <p>روزمردها و کتیرانی‌ها</p>	<p>روزانه یک شاهی</p> <p>دو درصد دستمزد</p>	<p>۱۳۱۰</p> <p>صندوق احتیاط</p> <p>کارگران طرق و شترانچ</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• پرداخت اجرت ده روز تا یک سال به تناسب و ماهیت خدمات وارده به ازکارافتاده یا وراثت وی</li> </ul>	<p>عمله و مزدورهای شاغل در امر ساختمان دولتی و مشابه آن</p> <p>مستخدمان کتیرانی و روزمرد دولتی</p> <p>بنگاههای صنعتی و معدنی</p>	<p>از منحل منابع دولت (اعتبار مربوط به موضوع اشتغال)</p> <p>منابع دولت</p>	<p>۱۳۱۱</p> <p>۱۳۱۲</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• درمان بیماری و پرداخت پاداش برای مجروحیت حین کار</li> <li>• پرداخت پاداش برای ازکارافتادگی حین کار</li> <li>• پرداخت پاداش برای وراثت قوت‌شدگان حین کار</li> <li>• غرامت دستمزد ایام بیماری</li> <li>• پرداخت کمک‌حماکی برای بیمه‌شده زن</li> </ul>	<p>۱. کارخانه دارای حداقل ۱۰ کارگر که لااقل یکی از آنها کمتر از ۱۸ سال باشد.</p> <p>۲. کارخانه مستوربزه دارای حداقل ۵ نفر کارگر</p> <p>۳. کارخانه‌هایی که تعداد کارگر کمتر دارند ولی نوع کار متضمن خطر برای صحت و سلامت کارگران باشد.</p>	<p>(یک شاهی) ۵ دینار از اجرت روزانه کارگران ۲درصد دستمزد سایر کارگران</p>	<p>۱۳۱۴</p> <p>صندوق احتیاط و صرفه‌جویی</p>

ادامه جدول شماره ۱.

تهدات	گروه مشمول	حق بیمه	سال
<ul style="list-style-type: none"> <li>معادل سه سال آخرین حقوق در مقابل فوت، نقص عضو کلی و دائمی بدون توجه به بهداشت و درمان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بعضی مؤسسات خصوصی</li> <li>تسهیلات ارتش</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۱/۵ - ۱ درصد حقوق مسافران کارگران و کارمندان</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۱۳۱۸</li> <li>بیمه کارگران نبرد</li> <li>شرکت سهامی بیمه</li> <li>ایران</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>درمان مجاني اعم از حادثه ناشی از مسئولیت کارگر یا کارفرما یا اتفاقی</li> </ul>	—	—	<ul style="list-style-type: none"> <li>۱۳۲۰</li> <li>آیین نامه وزارت راه</li> <li>در خصوص حوادث</li> <li>ناشی کار</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>پرداخت هزینه درمان معذورمان و بیماران</li> <li>پرداخت اجرت کامل در مدت بیماری و بستری</li> <li>هزینه کفن و دفن</li> <li>غرامت فوت ۷۰۰۰ برای آخرین دستمزد روزانه</li> <li>غرامت از کارافتادگی بر حسب جدول</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>کارخانجات بیش از ۲۰ نفر کارگر</li> <li>بیمه فقط برای حوادث و امراض ناشی از کار</li> <li>اجرا ابتدا در تهران، اصفهان، تبریز، مشهد</li> <li>اجرا در کشور ظرف ۵ سال</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>حق بیمه بر حسب نوع کار و احتمال خطر (۱/۳ کارگر و ۲/۳ کارفرما)</li> <li>طبقه اول ۱/۵ درصد دستمزد</li> <li>طبقه دوم ۲ درصد</li> <li>طبقه سوم ۳/۵ درصد</li> <li>طبقه چهارم ۴ درصد</li> <li>تاقید سهم دولت</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۱۳۲۲</li> <li>قانون بیمه اجباری کارگران نبرد شرکت سهامی بیمه ایران</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>۵۰ درصد دستمزد قبلی برای کارگران از کارافتاده و دائمی به عنوان مستمندی و یا به بازماندگان بیمه شده معرفی می</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>کلیه کارگران حتی کارگران موقت با ۱/۶ ریال در روز</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>حلاف طبقه بندی و نرخ حق بیمه ۱/۵ درصد نبرد (۱/۵) کارگر و ۱/۵ کارفرما</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>۱۳۲۶</li> <li>آیین نامه وزارت راه در خصوص حوادث ناشی از کار</li> </ul>

ادامه جدول شماره ۱.

تعمیرات	گروه مشمول	حق بیمه	سال
<ul style="list-style-type: none"> <li>• حشرات و امراض ناشی و غیرناشی از کارکارگر و خانواده</li> <li>• بلافاصل</li> <li>• پیری و ازکارافتادگی</li> <li>• ازدواج، حاملگی، وضع حمل، کفن و دفن و...</li> </ul>	مشمولان قانون کار (کلیه کارگران)	۲ درصد دستمزد توسط کارگر ۴ درصد دستمزد توسط کارفرما	۱۳۲۸ صندوق تعاون بیمه کارگران
<ul style="list-style-type: none"> <li>• حشرات و امراض ناشی و غیرناشی از کارکارگر و خانواده</li> <li>• بلافاصل</li> <li>• غرامت دستمزد ایام بیماری</li> <li>• غرامت نقص و ازکارافتادگی جزئی و کلی</li> <li>• کمک هزینه ازدواج، حاملگی، وضع حمل، عائله مندی، کفن و دفن و...</li> <li>• مستمری به ورثه متوفی</li> <li>• کمک بیکاری</li> </ul>	کلیه کارگران و کارمندان فنی و دفتری، ثابت کارخانه‌ها و گروه‌های مشمول قانون کار با حقوق ماهانه کمتر از ۶۰۰۰ ریال	۱۲ درصد دستمزد ۱ کارگر و ۲ کارفرما	۱۳۲۲ سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران
<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعمیرات قبلی با تغییر:</li> <li>- افزایش مدت معالجه و مداوا</li> <li>- کاهش دستمزد ایام بیماری از ۱۰۰ به ۸۰ درصد</li> <li>- حذف کمک بیکاری</li> <li>- اگر برگشت به کارکارگر به محل قبلی خطر خود بیماری داشته باشند به مدت شش ماه نصف دستمزد برای آموزش کار جدید</li> </ul>	حذف حد تصاحب حقوق ماهانه تحت شمول قرار گرفتن کارگران خارجی	کارخانجات دولتی ۱۸ درصد دستمزد ثابت (کارفرما) ۱۳ درصد کارفرما و کارخانجات غیردولتی ۱۵ درصد (کارفرما) ۱۰ درصد کارفرما	۱۳۳۴

ادامه جدول شماره ۱.

تعمیرات	گروه مشمول	حق بیمه	سال
<ul style="list-style-type: none"> <li>تعمیرات قبلی به علاوه:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>حد اکثر معالجه حوادث ناشی از کار، یک سال و غیرناشی از کار، شش ماه</li> <li>دندان، دست و پای مصدومی، کمربند طبی برای حادثه و بیماری غیرناشی از کار برای یک بار در صورت پرداخت سه سال حق بیمه</li> </ul> </li> </ul>	حداقل پرداخت حقوق بیمه ۹۰ روز علاوه بر شرایط قبل	کارخانجات دولتی ۱۸ درصد دستمزد ثابت (لادرسند کارگر و ۱۳ درصد کارخانجات غیردولتی (لادرسند کارگر، ۱۵ درصد کارخانجات دولتی (لادرسند دستمزد ثابت (لادرسند کارگر و ۱۳ درصد کارخانجات غیردولتی (لادرسند کارگر، ۱۰ درصد کارخانجات دولتی (لادرسند	۱۳۳۹ اصلاح قانون
<ul style="list-style-type: none"> <li>تعمیرات قبلی به علاوه:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>حد اکثر معالجه حوادث ناشی از کار، یک سال و غیرناشی از کار، شش ماه</li> <li>دندان، دست و پای مصدومی، کمربند طبی برای حادثه و بیماری غیرناشی از کار برای یک بار در صورت پرداخت سه سال حق بیمه</li> </ul> </li> </ul>	شمول مقررات به عموم افراد، کارگران خارجی، حرف و مشاغل آزاد، بیمه شدگان اجباری	سهم کارگر + کارفرما توسط شرکتهای تعاونی و روستایی و شرکتهای سهامی روستایی	۱۳۳۸ قانون بیمه های اجتماعی روستاییان
<ul style="list-style-type: none"> <li>تأمین درمان</li> </ul>	روز سیایک ساکن در حوزه عملیات شرکتهای تعاونی روستایی و شرکتهای سهامی روستایی	کسر قسمتی از حقوق و مزایای مستمر کارمندان	۱۳۵۱ تأمین خدمات درمانی مستخدمان دولت

ادامه جدول شماره ۱.

تجهيزات	گروه مشمول	حقوق بيمه	سال
<ul style="list-style-type: none"> <li>تأمين بيمه درماني همگاني</li> <li>خدمات رفاهي براي كليه گروههاي سني</li> <li>خدمات توانبخشي</li> <li>درماني معيادان به مخدر و الكول</li> </ul>	آحاد جامعه	—	۱۳۵۳ تشكيل وزارت رفاه اجتماعي
<ul style="list-style-type: none"> <li>حوادث و بيماريها، بيارداري، غرامت دستمزد، از كارافتادگي، بازبستگي، مرگ، ازدواج، عائله مندي</li> </ul>	كل افراد جامعه، تأمين خدمات درماني توسط سازمان تأمين خدمات درماني	۷درصد دستمزد (۷درصد كارگر و ۳درصد كارفرما)	۱۳۵۴ قانون تأمين اجتماعي
بدون تغيير	بدون تغيير	بدون ايجاد تغيير	۱۳۵۵ تشكيل وزارت بهداري و سوزبستي تشكيل صندوق تأمين اجتماعي
بدون تغيير	بدون تغيير	بدون ايجاد تغيير	۱۳۵۸ تغيير نام به سازمان تأمين اجتماعي
<ul style="list-style-type: none"> <li>الزام سازمان به اجرائي تجهيزات بند الف و ب ماده ۳ قانون تأمين اجتماعي</li> <li>استفاده از درماني مستقيم و غير مستقيم</li> </ul>	بدون تغيير	۹درصد سهم درماني از مآخذ حقوق بيمه	۱۳۶۸ قانون الزام و تشكيل معاونت درماني
<ul style="list-style-type: none"> <li>تأمين اجتماعي همگاني</li> <li>خدمات رفاهي براي كليه گروههاي سني</li> <li>خدمات توانبخشي</li> <li>درماني معيادان به مخدر و الكول</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>كليه آحاد (تمام گروهها و افراد جامعه)</li> <li>تأمين اجتماعي: مضمولان</li> <li>تأمين اجتماعي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>بر مبناي سرنامه براي كليه آحاد</li> <li>تأمين اجتماعي بدون تغيير</li> </ul>	۱۳۷۲ قانون بيمه همگاني و تشكيل سازمان بيمه خدمات درماني

سیر تحول و تطور قوانین در کشور نشان می‌دهد از سال ۱۳۰۹ که اولین صندوق اجتماعی تشکیل شود تا بعد از شکل‌گیری انقلاب اسلامی صندوقهای متعددی عهده‌دار تأمین خدمات برای جامعه بیمه‌شدگان در قالب بیمه‌های اجتماعی بوده‌اند. خلاصه‌ای از این عملکرد در جدول شماره ۲ نشان داده شده است:

جدول شماره ۲. سیر تحول قوانین بیمه‌های اجتماعی در مان ۱۳۰۹-۱۳۶۸	
صندوق	قوانین مصوب
صندوق احتیاط کارگران ادارات طرق و شوارع	قانون مصوب ۱۳۰۹/۱۲/۲۷، نظامنامه صندوق احتیاط و طرق
صندوق احتیاط کارخانجات و مؤسسات صنعتی	نظامنامه کارخانجات و مؤسسات صنعتی مصوب ۱۳۱۵/۰۵/۱۹
شرکت سهامی بیمه ایران	قانون بیمه کارگران دولتی و غیردولتی ۱۳۲۲/۰۸/۲۹ آیین‌نامه بیمه کارگران ۱۳۲۳/۰۸/۱۷ و اصلاحیه ۱۳۲۶/۰۴/۲۱
صندوق بهداشت صندوق تعاونی	قانون کار اردیبهشت ۱۳۲۵
صندوق بیمه و تعاون کارگران	اصلاحیه قانون کار
سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران	قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران ۱۳۲۱/۱۱/۰۱ و اصلاحیه ۱۳۳۴/۰۴/۲۴ لایحه قانون سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران ۱۳۳۷/۰۴/۲۲ و اصلاحیه ۱۳۳۹/۰۲/۲۱
سازمان بیمه‌های اجتماعی	لایحه اصلاحی قانون بیمه‌های اجتماعی ۱۳۴۷/۱۰/۱۷
سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان سازمان تأمین اجتماعی و ادغام بیمه روستاییان در آن براساس تبصره ۱۰ قانون	لایحه اصلاحی قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان و اصلاحیه قانون تأمین اجتماعی ۱۳۴۸/۰۲/۲۱ ۱۳۵۴/۰۴/۰۳
صندوق تأمین اجتماعی	قانون تشکیل وزارت بهداری بهزیستی ۱۳۵۵/۰۴/۱۰
سازمان تأمین اجتماعی	لایحه اصلاح قانون تشکیل سازمان تأمین اجتماعی ۱۳۵۸/۰۴/۲۸ قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی به اجرای بندهای الف و ب ماده ۳ قانون مصوب ۱۳۶۸/۰۸/۲۱

### ● بیمه‌شدگان تحت پوشش

بررسی آمار ارائه‌شده از سوی اداره کل آمار و محاسبات بیمه در سال ۱۳۵۴ و دفتر آمار محاسبات اقتصادی اجتماعی در سال ۱۳۸۱ بیانگر این حقیقت است که جمعیت بیمه‌شده تحت درمان از ۵۳۳ هزار نفر در سال ۱۳۳۲ به ۲۷/۵ میلیون نفر در سال ۱۳۸۱ می‌رسد به گونه‌ای که با هر دهه‌ای که از عمر بیمه‌های اجتماعی می‌گذرد جمعیت آن تقریباً دو برابر می‌شود. همین روند در تعداد بیمه‌شدگان اصلی سازمان نیز رخ می‌دهد و طی گذشت نیم‌قرن از عمر سازمان تأمین اجتماعی بیمه‌شدگان تحت پوشش درمان ۴۹/۷ برابر و بیمه‌شدگان اصلی بالغ بر ۳۹/۲ برابر می‌شود.

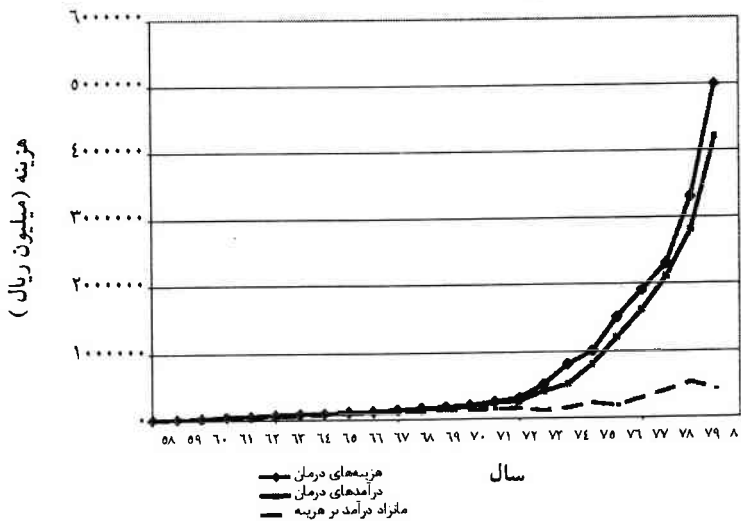
جدول شماره ۳. درآمدها، هزینه‌ها و مازاد درآمدها بر هزینه‌ها به قیمت‌های جاری			
سال: ۱۳۵۸-۱۳۸۰			
مبلغ: میلیون ریال			
سال	هزینه‌های درمان	درآمدهای درمان	مازاد درآمد بر هزینه
۱۳۵۸	۱۱۳,۶۷۳	۱۰۳,۴۵۵	۱۰,۲۱۸
۱۳۵۹	۱۸۵,۰۸۲	۲۱۲,۹۱۲	۲۷,۸۳۰
۱۳۶۰	۱۵۹,۴۴۷	۲۱۵,۲۲۳	۵۵,۷۷۶
۱۳۶۱	۱۵۹,۴۴۷	۲۱۵,۲۲۳	۵۵,۷۷۶
۱۳۶۲	۱۴۵,۹۲۶	۲۱۰,۹۳۵	۶۵,۰۰۹
۱۳۶۳	۱۴۸,۵۶۵	۲۱۴,۹۹۴	۶۶,۴۲۹
۱۳۶۴	۱۶۶,۷۲۹	۲۲۶,۲۱۳	۵۹,۴۸۴
۱۳۶۵	۱۶۶,۱۲۸	۱۸۲,۳۰۱	۱۶,۱۷۳
۱۳۶۶	۱۳۱,۵۱۸	۱۶۹,۱۸۵	۳۷,۶۶۷
۱۳۶۷	۱۲۲,۶۹۴	۱۴۸,۵۹۴	۲۵,۹۰۰
۱۳۶۸	۱۱۵,۵۰۷	۱۴۸,۸۱۸	۳۳,۳۱۱
۱۳۶۹	۹۲,۸۵۸	۱۷,۱۴۵۷	۷۸,۵۹۹
۱۳۷۰	۱۴۹,۶۲۷	۲۰۲,۶۴۱	۵۳,۰۱۴
۱۳۷۱	۱۹۶,۲۳۷	۲۲۶,۹۴۶	۳۰,۷۰۹
۱۳۷۲	۲۰۹,۷۰۳	۲۷۲,۶۱۲	۶۲,۹۰۹

ادامه جدول شماره ۳.

سال	هزینه‌های درمان	درآمدهای درمان	مازاد درآمد بر هزینه
۱۳۷۳	۲,۱۰۷,۴۰۱	۲,۹۲۵,۷۶	۸۵,۱۷۵
۱۳۷۴	۱۹۲,۸۷۸	۲۷۳,۹۷۹	۸۱,۱۹۲
۱۳۷۵	۲۴۱,۹۳۱	۳۰۳,۸۱۷	۶۱,۸۸۶
۱۳۷۶	۲۹۰,۰۰۴	۳۴۰,۰۳۸	۵۰,۰۳۴
۱۳۷۷	۳۲۴,۱۰۹	۳۵۸,۷۵۲	۳۴,۶۴۳
۱۳۷۸	۳۱۱,۵۵۹	۳۸۱,۸۱۲	۷۰,۲۳۵
۱۳۷۹	۳۷۱,۹۸۱	۴۶۰,۴۰۷	۸۸,۴۲۶
۱۳۸۰	۴۵۴,۴۲۷	۵۱۹,۶۰۴	۶۵,۱۷۷

مأخذ: مرتضی شاپورگان، طرح بررسی منابع و مصارف قانونی بخش بیمه درمان از سال ۱۳۵۴ تاکنون برطبق قوانین، شهریور ۱۳۸۲، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

نمودار شماره ۱. مقایسه منابع و مصارف بخش درمان طی سالهای ۱۳۵۸-۱۳۸۰



مأخذ: مرتضی شاپورگان، طرح بررسی منابع و مصارف قانونی بخش بیمه درمان از سال ۱۳۵۴ تاکنون برطبق قوانین، شهریور ۱۳۸۲، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی



جدول شماره ۴. مقایسه درصد رشد منابع و مصارف درمان سازمان تأمین اجتماعی  
۱۳۵۸-۱۳۸۰

دوره	درصد رشد سالانه مازاد منابع و مصارف	درصد رشد سالانه مصرف	درصد رشد سالانه منابع
دوره اول ۱۳۶۲-۱۳۵۸	۴/۴۰	۷/۶	۲۰/۸
دوره دوم ۱۳۶۸-۱۳۶۳	۸/۲	۱۴/۵	۱۲/۳
دوره سوم ۱۳۷۲-۱۳۶۹	۴۱/۴	۴۴	۳۸/۷
دوره چهارم ۱۳۷۶-۱۳۷۴	-۳	۴۱/۹	۳۸/۱
دوره پنجم ۱۳۸۰-۱۳۷۷	۱۷/۹	۲۹/۴	۲۸/۴

جدول شماره ۵. مقایسه رشد جمعیت تحت پوشش، بیمه شده اصلی و ضریب خانوار  
۱۳۸۱-۱۳۳۲

سال	جمعیت تحت پوشش	رشد	بیمه شده اصلی	رشد	ضریب خانوار
۱۳۳۲	۵۵۳,۰۷۱	-	۱۴۲,۴۴۹	-	۳/۸۸
۱۳۴۲	۱,۲۷۸,۸۲۷	۲۳۱	۳۱۲,۶۱۴	۲۱۹	۴/۰۹
۱۳۵۲	۴,۵۴۱,۲۴۰	۳۵۵	۱,۱۲۲,۳۹۳	۳۵۹	۴/۰۴
۱۳۶۲	۸,۲۸۰,۳۹۰	۱۸۰	۱,۹۶۹,۶۴۴	۱۷۵	۴/۲۰
۱۳۷۲	۱۶,۹۰۰,۴۶۳	۲۰۴	۳,۵۳۹,۶۴۰	۱۷۹	۴/۷۷
۱۳۸۱	۲۷,۵۱۳,۸۱۳	۱۶۳	۵,۵۹۱,۲۶۵	۱۵۸	۴/۹۲

مأخذ: اداره کل آمار و محاسبات بیمه‌ای و دفتر آمار و محاسبات اقتصادی و اجتماعی، سازمان تأمین اجتماعی

### منابع و مصارف

از چگونگی منابع و مصارف درمان در سالهای قبل از ۱۳۵۸ اطلاع دقیقی در دست نیست. آمار اعلام شده از سوی اداره کل آمار و محاسبات بیمه و همچنین گزارشهای بررسی آمار عملکرد سازمان ارائه شده توسط دفتر آمار محاسبات اقتصادی و اجتماعی، اطلاعاتی از سالهای ۱۳۳۲ تا ۱۳۵۴ در این زمینه در اختیار قرار می‌دهد. براساس این اطلاعات منابع درمان از رشد

فزاینده‌ای برخوردار بوده است. با توجه به اطلاعات دقیق‌تری که از سال ۱۳۵۸ به بعد در دسترس است اگر سالهای ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ را به پنج دوره تقسیم کنیم (دوره اول ۱۳۵۸ الی ۱۳۶۲، دوم ۱۳۶۳ الی ۱۳۶۸، سوم ۱۳۶۹ الی ۱۳۷۲، چهارم ۱۳۷۴ الی ۱۳۷۶، پنجم ۱۳۷۷ الی ۱۳۸۰) میانگین رشد سالانه دوره اول ۲۰/۸ درصد و دوره دوم ۱۲/۳ است. در دوره سوم با توجه به تصویب قانون الزام منابع رشد بیشتری به خود می‌گیرد و به ۳۸/۷ درصد می‌رسد. این رشد سریع با میانگین سالانه ۳۸/۱۵ درصد در دوره چهارم نیز ادامه می‌یابد ولی در دوره پنجم تا اندازه‌ای کاهش یافته، به میانگین ۲۸/۴ درصد می‌رسد. رشد فزاینده منابع درمان را می‌توان ناشی از دو علت اصلی، افزایش تعداد بیمه‌شدگان اصلی و افزایش تفاوت سطح حداقل و حداکثر دستمزد مشمول دریافت حق بیمه، دانست.

تعداد بیمه‌شدگان تحت پوشش اصلی دائماً افزایش یافته، از رقم ۱۴۲ هزار نفر در سال ۱۳۳۲ به ۳۱۲ هزار نفر در سال ۱۳۴۲ رسیده و دوبرابر شده است. همین رشد ادامه یافته، در دهه پنجم نیز افزایش یافته ولی اندکی کندتر شده و ۱/۶ برابر گردیده و بالتجیه در پنج دهه فعالیت جمعیت بیمه‌شدگان اصلی از ۱۴۲ هزار نفر به ۵۵۹۱ هزار نفر رسیده و ۳۹/۳ برابر شده است.

حداقل دستمزد در سال ۱۳۵۸ مبلغ ۱۷,۰۱۰ ریال و حداکثر آن ۱۲۰,۰۰۰ ریال بوده است. رقم حداقل دستمزد در سال ۱۳۶۹ به ۳۰,۰۰۰ ریال می‌رسد در صورتی که حداکثر آن ثابت بوده و از این سال با رشدی سریع افزایش یافته به گونه‌ای که حداقل دستمزد به ۵۶۷,۹۰۰ و حداکثر آن به ۲,۵۰۷,۴۰۰ ریال بالغ می‌شود. بنابراین افزایش تعداد بیمه‌شدگان و رشد سریع و فزاینده سطح دستمزدهای مشمول پرداخت حق بیمه موجب می‌شود منابع درمان سازمان از سال ۱۳۶۹ به بعد به نحو بسیار فزاینده‌ای افزایش یابد.

رشد هزینه‌های درمان در سالهای بعد از ۱۳۵۸ روندی کاملاً فزاینده داشته است و این هزینه‌ها از مبلغ ۳۵/۷ میلیارد ریال در سال ۱۳۵۹ به رقم ۵۳/۳ میلیارد در سال ۱۳۶۳ و مبلغ ۹۲/۸ میلیارد در سال ۱۳۶۹ و ۵۱۷ میلیارد در سال ۱۳۷۳ و مبلغ ۲۰۹۲ میلیارد در سال ۱۳۷۷ و در نهایت به ۴۳۵ میلیارد در سال ۱۳۸۰ می‌رسد. براین اساس هزینه‌های درمان در سال ۱۳۶۸ نسبت به سال ۱۳۵۹ سه برابر و در سال ۱۳۸۰ نسبت به سال ۱۳۷۰ حدود ۲۴ برابر شده است.

جدول شماره ۶. مقایسه تفکیکی منابع و مصارف درمان طی سالهای ۱۳۳۲-۱۳۸۰

مبلغ: میلیون ریال

سال	جمع درآمد	حاصل از بیمه	سهم درمان	مصارف درمان
۱۳۳۲	۲۵۳	۲۲۰	-	۲۱۵
۱۳۳۶	۹۷۰	۹۴۷	-	۵۱۹
۱۳۴۰	۱,۷۷۶	۱,۷۴۷	-	۹۹۰
۱۳۴۴	۲,۵۵۱	۲,۴۳۵	-	۲۰۶
۱۳۴۸	۵,۹۰۷	۵,۵۱۱	-	۴۰۱
۱۳۵۲	۱۳,۲۵۴	۱۱,۹۲۸	-	۱,۰۰۸
۱۳۵۶	۷۹,۴۷۶	۷۹,۴۷۶	-	۲۲,۳۶۰
۱۳۶۰	۱۹۲,۲۷۲	۱۸۰,۰۲۲	۵۱,۰۰۸	۳۷,۷۸۹
۱۳۶۴	۲۷۵,۰۸۳	۲۵۹,۳۸۸	۸۶,۸۶۶	۶۴,۰۲۴
۱۳۶۸	۴۲۷,۶۹۲	۴۰۲,۳۷۵	۱۳۶,۶۵۱	۱۰۶,۰۳۶
۱۳۷۲	۱,۶۲۲,۳۱۲	۱,۴۹۹,۰۶۱	۵۰۲,۶۹۷	۳۸۶,۶۹۴
۱۳۷۶	۵,۸۸۹,۶۰۸	۵,۱۸۷,۵۴۳	۱۸۳۰,۰۸۵	۱,۵۶۰,۸۰۳
۱۳۸۰	۱۹,۵۲۳,۷۶۶	۱۷,۵۸۱,۲۱۲	۴,۹۷۴,۶۸۵	۴,۳۵۰,۶۸۶

مأخذ: اداره کل آمار و محاسبات بیمه‌ای سازمان تأمین اجتماعی، ۲. مرتضی شاپورگان، طرح بررسی منابع و مصارف بخش درمان از سال ۱۳۵۴ تاکنون بر طبق قوانین، شهریور ۱۳۸۲، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

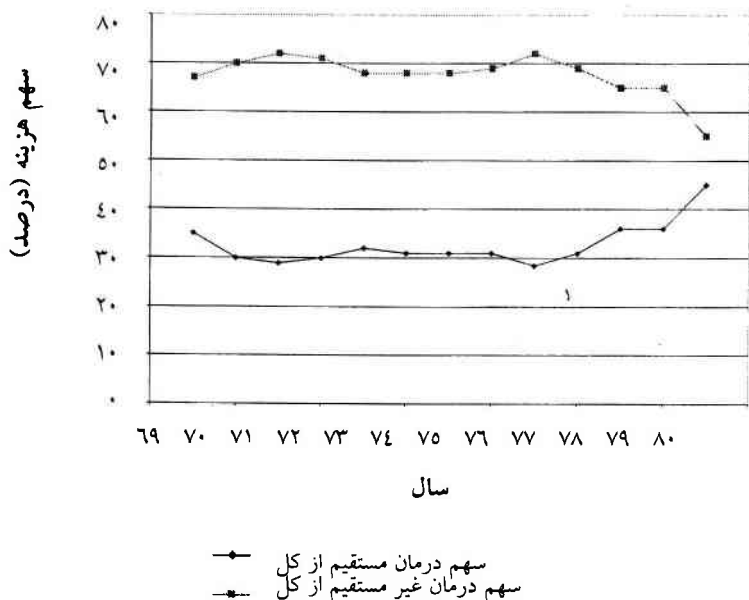
هزینه سرانه درمان با توجه به جمعیت تحت پوشش درمان از رقم ۵,۲۸۹ ریال در سال ۱۳۵۹ به ۶,۰۰۱ ریال در ۱۳۶۲، به ۷,۳۹۶ در سال ۱۳۶۹ و ۲۷,۶۱۹ ریال در سال ۱۳۷۳ و به مبلغ ۸۶,۵۵۰ ریال در سال ۱۳۷۷ و ۱۶۴,۱۷۷ ریال در سال ۱۳۸۰ می‌رسد. میانگین رشد سالانه در دوره اول ۱/۵ درصد، دوره دوم ۸/۸، دوره سوم ۳۰/۹، دوره چهارم ۳۰/۸ و دوره پنجم ۲۵/۴ درصد بالغ می‌شود. مازاد منابع بر مصارف نشان می‌دهد که این رقم در سال ۱۳۶۰ برابر با ۵۵/۷ میلیارد ریال، در سال ۱۳۶۳ برابر ۶۶/۴ میلیارد، در ۱۳۶۹ به ۸۷/۶ میلیارد، در سال ۱۳۷۳ به ۸۵/۲ میلیارد، در سال ۱۳۷۷ به ۳۴/۶ میلیارد و در سال ۱۳۸۰ به ۶۵/۱ میلیارد بالغ می‌شود به گونه‌ای که میانگین رشد سالانه آن در دوره اول ۴۰/۴ درصد، در دوره دوم ۸/۲ درصد، در دوره سوم ۴۱/۱ درصد و در دوره

چهارم منهای ۳ درصد و در دوره پنجم ۱۷/۹ درصد بوده است. سرجمع مازاد منابع بر مصارف از سال ۱۳۵۸ تا ۱۳۸۰ به قیمت‌های ثابت به رقم ۱,۲۱۴ میلیارد ریال و به قیمت جاری به رقم ۳,۷۱۳ میلیارد ریال بالغ می‌شود. نگاهی به سهم هزینه‌های درمان مستقیم و غیرمستقیم از کل هزینه‌های درمان نشان می‌دهد که در سالهای مورد مطالعه سهم درمان غیرمستقیم از کل هزینه‌های درمان روندی کاهنده داشته است و از ۶۶ درصد در سال ۱۳۶۹ به ۵۵/۹ درصد در سال ۱۳۸۱ می‌رسد.

سال	کل هزینه‌های درمان	درمان مستقیم	سهم درمان مستقیم از کل (درصد)	درمان غیر مستقیم	سهم درمان غیر مستقیم از کل (درصد)
۱۳۶۹	۹۲,۸۵۸	۳۱,۶۱۵	۳۴	۶۱,۲۴۳	۶۶
۱۳۷۰	۱۸۰,۶۰۰	۵۳,۶۸۱	۲۹/۷	۱۲۶,۹۱۹	۷۰/۳
۱۳۷۱	۲۹۴,۵۵۲	۸۴,۶۰۹	۲۸/۷	۲۰۹,۹۴۳	۷۱/۳
۱۳۷۲	۳۸۶,۶۹۴	۱۱۲,۸۱۲	۲۹/۲	۲۷۳,۸۸۲	۷۰/۸
۱۳۷۳	۵۱۷,۰۵۳	۱۶۴,۸۰۵	۳۱/۹	۳۵۲,۲۴۸	۶۸/۱
۱۳۷۴	۷۱۷,۹۴۱	۲۲۷,۲۲۲	۳۱/۶	۴۹۰,۷۱۹	۶۸/۴
۱۳۷۵	۱,۱۰۹,۹۸۲	۳۵۰,۱۱۸	۳۱/۵	۷۵۹,۸۶۴	۶۸/۵
۱۳۷۶	۱,۵۶۰,۸۰۳	۴۸۵,۶۶۷	۳۱/۱	۱,۰۷۵,۱۳۶	۶۸/۹
۱۳۷۷	۲,۰۹۲,۴۴۹	۵۹۱,۸۹۱	۲۸/۳	۱,۵۰۰,۵۵۸	۷۱/۷
۱۳۷۸	۲,۴۲۲,۰۶۴	۷۵۱,۳۸۸	۳۱	۱,۶۷۰,۶۷۶	۶۹
۱۳۷۹	۳,۱۹۷,۱۸۳	۱,۱۴۸,۱۴۳	۳۵/۹	۲,۰۴۹,۰۴۰	۶۴/۱
۱۳۸۰	۴,۳۵۰,۶۸۶	۱,۵۷۵,۲۱۷	۳۶/۲	۲,۷۷۵,۴۶۹	۶۳/۸
۱۳۸۱	۶,۰۵۴,۱۳۴	۲,۶۶۷,۰۴۳	۴۴/۱	۳,۳۸۷,۰۹۲	۵۵/۹

مأخذ: مرتضی شاپورگان، طرح بررسی منابع و مصارف قانونی بخش بیمه درمان از سال ۱۳۵۴ تاکنون برطبق قوانین، شهریور ۱۳۸۲، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی. برنامه و بودجه، تهران، ۱۳۸۳.

نمودار شماره ۲. مقایسه هزینه‌های درمان مستقیم و غیرمستقیم طی سالهای بعد از تصویب قانون الزام

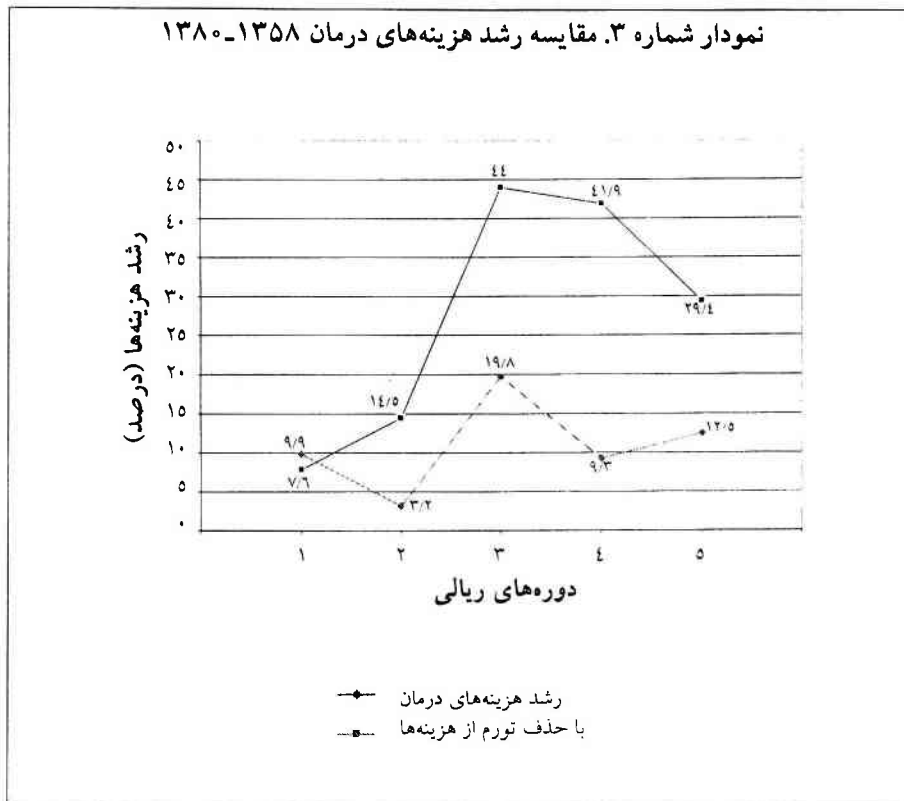


بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که از سال ۱۳۶۹ هزینه‌های درمان مستقیم پیوسته سهم بیشتری از هزینه‌های درمان را به خود اختصاص داده است. به نحوی که سهم هزینه‌های درمان مستقیم در دوره سوم (۱۳۶۹-۱۳۷۲) به ۳۰/۳ درصد، در دوره چهارم (۱۳۷۳-۱۳۷۶) به ۳۱/۵ درصد و دوره پنجم (۱۳۷۷-۱۳۸۰) به ۳۲/۸ درصد افزایش یافته است و برعکس هزینه‌های درمان غیرمستقیم از ۶۹/۶ درصد در دوره سوم به ۶۸/۵ درصد در دوره چهارم و ۶۷/۱ درصد در دوره پنجم کاهش می‌یابد. در سال ۱۳۸۱ سهم هزینه‌های درمان مستقیم برابر با ۴۶/۷ درصد و درمان غیرمستقیم برابر با ۵۳/۳ درصد کل هزینه بوده است.

جدول شماره ۸. سهم هزینه‌های درمان مستقیم و غیرمستقیم طی سالهای بعد از تصویب قانون الزام		
دوره (سال)	سهم هزینه‌های غیرمستقیم	سهم هزینه‌های مستقیم
۱۳۷۲-۱۳۶۹	۶۹/۶	۳۰/۳
۱۳۷۶-۱۳۷۴	۶۸/۵	۳۱/۵
۱۳۸۰-۱۳۷۷	۶۷/۱	۳۲/۸
۱۳۸۱	۵۵/۹	۴۴/۱

سهم عمده‌ای از رشد هزینه‌های درمان، ناشی از افزایش قیمت‌ها در سالهای مربوطه است. حذف تورم از نرخ رشد اسمی هزینه‌ها روند رشد واقعی آنها را نشان می‌دهد. در دوره‌های بررسی شده هزینه‌های درمان به ترتیب از رشدی برابر ۷/۶ درصد، ۱۴/۵ درصد، ۴۱/۹ درصد و ۲۹/۴ درصد برخوردار بوده است که با حذف تورم در دوره اول ۹/۹، در دوره دوم ۳/۲، سوم ۱۹/۸، چهارم ۹/۳ و پنجم ۱۲/۵ درصد محاسبه می‌شود.

جدول شماره ۹. رشد هزینه‌های درمان ۱۳۵۸-۱۳۸۱		
دوره (سال)	با حذف تورم از هزینه‌ها	رشد هزینه‌های درمان
دوره اول ۱۳۵۸-۱۳۶۲	۹/۹	۷/۶
دوره دوم ۱۳۶۳-۱۳۶۸	۳/۲	۱۴/۵
دوره سوم ۱۳۶۹-۱۳۷۲	۱۹/۸	۴۴
دوره چهارم ۱۳۷۴-۱۳۷۶	۹/۳	۴۱/۹
دوره پنجم ۱۳۷۷-۱۳۸۰	۱۲/۵	۲۹/۴



یکی از مواردی که در محاسبه هزینه‌ها مطرح است، هزینه بهداشت و درمان در سبد خانوار است. بررسی‌ها نشان می‌دهد این هزینه‌ها از سال ۱۳۵۴، تاکنون پیوسته روندی صعودی داشته، در سال ۱۳۵۴ هزینه بهداشت و درمان در سبد خانوار برابر با ۳/۲۳ درصد از هزینه‌های خانوار بوده که در سال ۱۳۶۳ به ۴/۵۹ درصد، در سال ۱۳۷۳ به ۵/۱۸ درصد، در سال ۱۳۷۶ به ۵/۱۴ درصد و در سال ۱۳۸۰ به ۶/۸ درصد می‌رسد. این رشد از یک طرف بیانگر افزایش مصرف اقلام دارویی و خدمات پزشکی و از طرف دیگر نشان‌دهنده قابل توجه بودن سهم سازمان در تأمین خدمات درمانی کشور بوده به گونه‌ای همواره روندی رو به رشد داشته هرچند دارای نوسانات چندی بوده است. بالاترین سهم با ۱۳/۵ درصد مربوط به دوره پنجم و پایین‌ترین آن متعلق به دوره سوم بوده و حداکثر آن در سالهای مورد بررسی با ۱۳/۴ درصد مربوط به سال ۱۳۸۰ است.

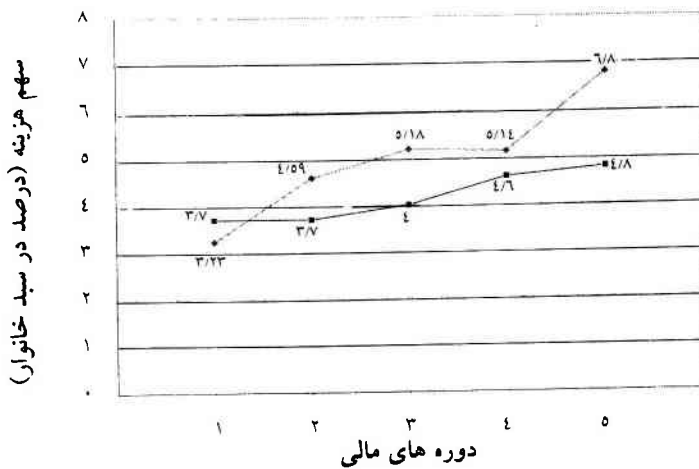
جدول شماره ۱۰. سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در سبد خانوار از تولید ناخالص داخلی

۱۳۸۱-۱۳۵۸

دوره (سال)	سهم هزینه بهداشت و درمان در تولید ناخالص داخلی	سهم هزینه درمان در سبد خانوار
دوره اول ۱۳۶۲-۱۳۵۸	۳/۷	۳/۲۳
دوره دوم ۱۳۶۸-۱۳۶۳	۳/۷	۴/۵۹
دوره سوم ۱۳۷۲-۱۳۶۹	۴	۵/۱۸
دوره چهارم ۱۳۷۶-۱۳۷۴	۴/۶	۵/۱۴
دوره پنجم ۱۳۸۰-۱۳۷۷	۴/۸	۶/۸

نمودار شماره ۴. مقایسه سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در سبد خانوار از

داخلی تولید ناخالص داخلی ۱۳۸۱-۱۳۵۸



—●— سهم هزینه درمان در سبد خانوار  
—◆— سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در تولید ناخالص داخلی



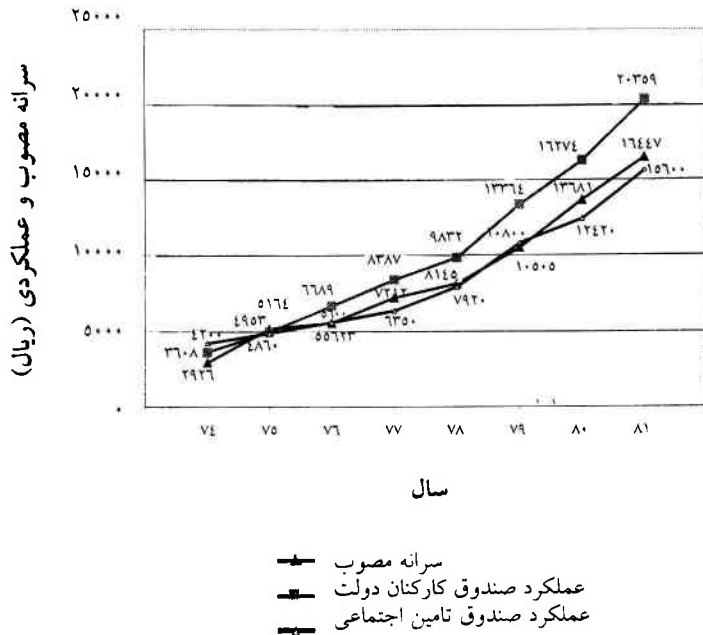
نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در تولید ناخالص داخلی ملی پیوسته افزایش یافته و از ۲/۶ درصد در سال ۱۳۵۴، در دوره اول به ۳/۷ درصد، دوره دوم به ۳/۷ درصد، دوره سوم به ۴ درصد، دوره چهارم به ۴/۶ درصد و دوره پنجم ۴/۸ درصد رسیده و بالاترین آن ۴/۹ درصد در سالهای ۱۳۷۸ و ۱۳۸۰ بوده است.

مشاهده عملکرد صندوق کارکنان دولت از زیرمجموعه سازمان بیمه خدمات درمانی و عملکرد صندوق تأمین اجتماعی و مقایسه آن با سرانه‌های مصوب بیانگر این واقعیت است که سرانه ماهانه هزینه‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی به ازای جمعیت بیمه‌شده در اغلب سالها در حول و حوش سرانه مصوب بوده است.

جدول شماره ۱۱. مقایسه سرانه مصوب درمان با عملکرد صندوق کارکنان دولت و صندوق رفاه اجتماعی ۱۳۷۴-۱۳۸۲			
سال	سرانه مصوب	عملکرد صندوق کارکنان دولت	عملکرد صندوق تأمین اجتماعی
۱۳۷۴	۴,۲۰۰	۳,۶۰۸	۲,۹۲۶
۱۳۷۵	۴,۸۶۰	۴,۹۵۳	۵,۱۶۴
۱۳۷۶	۵,۶۰۰	۶,۶۸۹	۵,۵۶۲
۱۳۷۷	۶,۳۵۰	۸,۳۸۷	۷,۲۱۲
۱۳۷۸	۷,۹۲۰	۹,۸۳۲	۸,۱۴۵
۱۳۷۹	۱۰,۸۰۰	۱۳,۳۶۴	۱۰,۵۰۵
۱۳۸۰	۱۲,۴۲۰	۱۶,۲۷۴	۱۳,۶۸۱
۱۳۸۱	۱۵,۶۰۰	۲۰,۳۵۹	۱۶,۴۷۷
۱۳۸۲	۱۸,۱۷۰	-	-

مأخذ: ۱. اداره بررسی‌های آماری سازمان بیمه خدمات درمانی و ۲. مرتضی شاپورگان، بررسی منابع و مصارف قانون بخش بیمه درمان از سال ۱۳۵۴ تاکنون بر طبق قوانین شهریور ۱۳۸۲. مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی

نمودار شماره ۵. مقایسه سرانه مصوب با عملکرد صندوق کارکنان دولت، صندوق تأمین اجتماعی ۱۳۷۴-۱۳۸۲



### نقاط قوت

۱. داشتن ساز و کارهای اصولی بیمه‌های اجتماعی که به منابع آن قوام و پایداری می‌دهد با ویژگی‌هایی مانند:
  - اجباری بودن پوشش بیمه
  - مسئولیت معرفی کارفرما، در ارتباط با معرفی کارگران و پرداخت حق بیمه
  - ارتباط حق بیمه با درآمد (حقوق، دستمزد) بیمه‌شدگان
  - تناسب تعهدات درمان با نیاز بیماران (و نه الزاماً حق بیمه آنان)
  - تفکیک امور بیمه‌گری در تأمین خدمات درمانی در جهت شناسایی مشمولان و وصول به موقع حق بیمه

- استانداردهای پذیرش خدمات درمانی به لحاظ تخصصی بودن وظایف آن
- استقلال اداری مالی سازمان به لحاظ اتخاذ تصمیمات مالی مدیریتی
- ۲. ارائه خدمات در شبکه گسترده بهداشت و درمان کشور و گسترش مراکز ملکی سازمان و بهبود نسبی در دسترسی به خدمات
- ۳. افزایش نرخ اشتغال تخت طی سالهای ۱۳۷۰-۱۳۷۸
- ۴. افزایش نرخ اقامت بیماران همزمان با افزایش نرخ اشتغال تخت
- ۵. اخذ گواهینامه ایزو ۹۰۰۰ در مراکز اداری و واحدهای درمانی سازمان (دفاتر پزشکی، بیمارستانها، مراکز طب کار)
- ۶. افزایش چتر نظارتی، به کارگیری نیروهای تخصصی در بخش نظارت
- ۷. پایداری منابع بخش درمان و جدا بودن از بودجه عمومی کشور
- ۸. واگذاری بیمارستانهای خارج از سطح بندی

### نقاط ضعف

- ۱. فقدان قدرت و حاکمیت در کنترل تقاضا (مراجعات تکراری و بعضاً غیرضروری به پزشکان) مصرف بی رویه دارو و...
- ۲. عدم هدایت بیماران به مسیر صحیح درمانی و سردرگمی بیماران (زیانهای مالی به فرد، از دست رفتن فرصت طلایی درمان، آسیب ناشی از درمان غیرضروری و...)
- ۳. استفاده از سازوکارهای پرداخت تورمزا به فراهم کنندگان خدمات (مانند روش پرداخت کارانه)<sup>۱</sup> برای کلیه خدمات
- ۴. عدم ثبات داده‌ها و اطلاعات سلامتی بیمار
- ۵. تنگناهای مدیریت نیروی انسانی و ناکافی بودن تفویض اختیار به مدیران اجرایی
- ۶. وجود مراکز متعدد تصمیم‌گیری درون بخشی و برون بخشی در مقوله سلامت بیمه‌شدگان
- ۷. فقدان اعمال حاکمیت در کنترل عرضه (خطرناک بودن تولید بیش از حد در بخش بهداشت و درمان)

---

1. Fee for Service (FFS)

۸. وجود تعرفه‌های غیرواقعی و عدم تناسب بین منابع حاصل از حق بیمه و تعرفه‌های خدمات چندگانه برای یک خدمت واحد
۹. خرید خدمت بدون توجه به مقوله نیازسنجی، تعیین اولویت‌ها و دیدگاههای اقتصاد بهداشت و درمان
۱۰. تنگنای ناشی از حسابداری دولتی و فقدان سیستم حسابداری قیمت تمام‌شده در راستای دستیابی به هزینه‌ها و قیمت‌های واقعی فلذا تعیین دقیق تعرفه‌های خدمات سلامت
۱۱. عدم تفکیک بین سیاست‌ها، تصمیم‌ها، ارائه خدمات و نظارت در مقوله خدمات سلامت در سطح کشور
۱۲. دیدگاههای انتخاب مدیران مبتنی بر رابطه‌سالاری نه شایسته‌سالاری
۱۳. بالا بودن سهم درمان در سبد هزینه‌های خانوار و هزینه‌های «پرداخت از جیب» و خارج از نظامات بیمه‌ای در برخورداری از خدمات بخش خصوصی غیرطرف قرارداد
۱۴. مشخص نبودن بسته خدمات سلامتی قابل ارائه در سه مقوله مهم خدمات عمومی، خدمات اساسی و خدمات مکمل از دید بیمه پایه و بیمه مکمل
۱۵. ناآگاهی دریافت‌کننده و فراهم‌کننده خدمات از هزینه و فقدان بازخورد ناشی از اتخاذ تصمیمات غلط به تصمیم‌گیرنده
۱۶. فقدان شاخص‌های کیفی برای ارزیابی خدمات ارائه شده
۱۷. عدم توجه به اصول بیمه‌های اجتماعی (همبستگی اجتماعی، یارانه متقاطع و الزام قانونی) در امر سیاست‌گذاری درمانی در کشور
۱۸. وجود ساختار بوروکراتیک در نظام مالی اداری بخش درمان و عدم توجه به نیازهای «آنی، ضروری و حیاتی» این بخش
۱۹. فقدان ساختار مناسب با ارائه خدمات سلامت که دارای ویژگی «آنی، ضروری و حیاتی» است.
۲۰. نبود محاسبات بیمه‌ای و رتبه‌بندی مخاطره در پرداختن به مقوله سلامت در تعیین نرخ حق بیمه
۲۱. وجود قوانین، ضوابط و مقررات متناقض و مخالف روح بیمه‌های اجتماعی
۲۲. پوشش مخاطرات کوچک به جای مخاطرات بزرگی که کیان خانواده‌ها را در معرض مخاطره قرار می‌دهد.

۲۳. استفاده از روشهای تخصیص منابع ناکارآمد (ردیفهای بودجه‌ای در مقابل پرداختهای آینده‌نگر)
۲۴. فقدان سیستم اطلاعات مدیریت<sup>۱</sup> درمان و عدم ثبت تشخیص، نوع و فراوانی بیماریها در جهت برنامه‌ریزی نظام سلامت
۲۵. توسعه درمان بدون توجه به شاخص‌های بیماری، وضعیت دموگرافیک، منابع نیازهای سلامتی و... تحت تأثیر فشارهای اجتماعی و دخالت عوامل برون‌سازمانی
۲۶. ناکارآمدی سیستم تجویز، مصرف، تأمین و توزیع دارو در کشور
۲۷. وجود ملاحظات سیاسی در سیاست‌گذاری‌های سلامت کشور
۲۸. توزیع ناعادلانه و کافی نبودن پوشش بیمه‌ای جمعیت تحت پوشش
۲۹. فقدان مدیریت مبتنی بر برنامه‌ریزی استراتژیک و وجود مدیریت بحران در همه شرایط
۳۰. عدم توجه به نظرات کارشناسی در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها
۳۱. فقدان سطح‌بندی خدمات و نبود سیستم ارجاع از سطحی به سطح دیگر در عین پرداختن به تقاضای تلویحی به جای نیاز تصریحی
۳۲. عدم توجه به نتایج حاصل از پژوهش و تحقیق در سیاست‌گذاری در بخش سلامت
۳۳. اولویت ندادن به سلامت به عنوان نیروی محرکه و پیش‌برنده در اقتصاد جوامع
۳۴. فقدان عدالت در توزیع و دسترسی به خدمات (نبود عدالت در مشارکت مالی بخش سلامت)
۳۵. عدم اختیار در حوزه مدیریت انسانی به‌رغم داشتن بیش از ۶۰ درصد کارکنان
۳۶. عدم کنترل بر تعیین و وصول حق بیمه (این امر از طریق بیمه‌گری صورت می‌گیرد).
۳۷. عدم کنترل صدور و تمدید اعتبار دفترچه‌ها (این امر از طریق بیمه‌گری صورت می‌گیرد).
۳۸. تمرکز امور پشتیبانی از قبیل بودجه‌بندی، تخصیص اعتبار، خرید و فروش اموال و الزام، به‌کارگیری نیروی انسانی، تغییر تشکیلات و... در خارج از تشکیلات بخش درمان

## فرصتها

۱. پایداری منابع مالی بخش درمان و عدم ارتباط آن با بودجه کشور
۲. حضور نمایندگان مصرف‌کننده خدمات در ارکان سیاست‌گذاری (شورای عالی) و نظارتی (ستاد نظارت بر امر درمان و...)
۳. استقرار مراکز درمانی ملکی (بیمارستان، درمانگاه و دی‌کلینیک) در گستره کشور که مزیت نسبی در چانه‌زنی‌های تعرفی محسوب می‌شود.
۴. استقرار سیستم‌های نرم‌افزاری مانند طرح ساماندهی نظام اطلاعات دارویی کشور در راستای کنترل تقاضای بیمه‌شده، فراهم‌کننده خدمت و جمع‌آوری اطلاعات برای برنامه‌ریزی در راستای خرید استراتژیک خدمات سلامت
۵. پرداخت بهنگام مطالبات فراهم‌کنندگان خدمات به لحاظ ایجاد تعامل و رضایتمندی آنان و ارتقای کیفیت خدمات
۶. حضور شورای عالی بیمه خدمات درمانی و اثرگذاری نسبی بر نرخ تعرفه و سرانه خدمات درمانی
۷. دارابودن بیمارستانهای تخصصی در سطوح بالای تخصصی (لبافی‌نژاد، فارابی مشهد و میلاد و...) به لحاظ توان رقابت در بازار بهداشت و درمان
۸. عضویت درانجمن بین‌المللی تأمین اجتماعی<sup>۱</sup> به لحاظ توانایی بالقوه در استفاده از توانایی‌های کارشناسی بین‌المللی
۹. وجود شرکتهای تولیدکننده دارو، واردکننده تجهیزات پزشکی و تولید سخت‌افزار و نرم‌افزار رایانه‌ای به لحاظ افزایش توانایی در پشتیبانی ارائه خدمات درمانی

## تهدیدها

۱. افزایش هزینه‌های درمانی خارج از توان بیمه‌های سلامت
۲. نامشخص بودن کالای سلامتی
۳. وجود تقاضای القایی در عرضه خدمات

1. International Social Security Association (ISSA)

۴. رشد سریع تکنولوژی پیشرفته و ورود بی‌رویه و خارج از کنترل دارو و تکنولوژی به کشور
۵. نبود هماهنگی بین سازمانهای بیمه‌گر درمانی پایه و مکمل
۶. ساختار درمان مستقیم در کنار تولید درمان توسط دانشگاههای علوم پزشکی
۷. محوریت بیماری در مقابل سلامت (طیفی از پیشگیری اولیه تا ثالثیه)
۸. ایجاد ظرفیت اضافی از نیروی انسانی (پزشک و پیراپزشک)، فضا، فیزیکی (تخت بیمارستانی، مراکز روزانه و درمانگاهها)
۹. اثرپذیری از تصمیمات شورای عالی بیمه خدمات درمانی و تصمیمات مجلس (مانند ۲K، تعرفه ترجیحی، هتلینگ خصوصی)
۱۰. تصویب قوانین با دید غیرکارشناسی بدون لحاظ محاسبات بیمه‌ای که موجب کاهش منابع یا افزایش مصارف بخش درمان می‌شود (۲K هیئت علمی، K ترجیحی مناطق محروم، تعرفه‌های چند K و...)
۱۱. نبود تعریف مشخص در بسته‌های خدمات درمانی و فقدان رابطه بین منابع و بسته‌های خدمات
۱۲. عدم لحاظ زیربنای بیمه‌ای و نگاه حمایتی در کشور به بخش درمان سازمان
۱۳. عدم برخورداری درمان سازمان از یارانه‌های دولتی

### چالش‌های آینده

۱. افزایش هزینه‌های درمانی با توجه به پیشرفت تکنولوژی و پیچیده‌تر شدن و تخصصی‌تر شدن درمان بیماریها
۲. عدم اعمال کنترل و نظارت بر بخش عرضه و بخش تقاضا که موجب پرت هزینه‌ها و عدم کارایی و بهره‌وری منابع خواهد شد
۳. مشخص نبودن نوع تشخیص و نوع درمان بیماریها و فقدان اولویت‌بندی که موجب تخصیص ناکارآمد منابع خواهد شد (عدم لحاظ برآورد مخاطرات<sup>۱</sup> و تجمع مخاطرات<sup>۲</sup>).

۴. واقعی نبودن دستمزدها که موجب واقعی نبودن منابع سازمان شده و منجر به پیشی گرفتن مصارف از منابع خواهد شد
۵. بالا بودن نرخ سوانح و بیماریهای ناشی از کار
۶. عدم استفاده از روشهای پرداخت آینده‌نگر (گروههای بیماران سرپایی<sup>۱</sup>، گروههای مبتنی بر تشخیص<sup>۲</sup>، نظام پرداخت آینده‌نگر<sup>۳</sup> و روش پرداخت سرانه<sup>۴</sup>) که موجب عدم کارایی منابع تخصیص یافته و کافی نبودن پوشش بیمه‌ای خواهد شد.
۷. پرداختن به ریسک‌های کوچک (مانند بیماریهای ساده سرپایی) به جای ریسک‌های بزرگ که موجب ناکارآمدی بیمه‌ای و افزایش پرداختها از جیب بیمه‌شدگان<sup>۵</sup> خواهد شد.
۸. گسترش بیماریهای واگیر و غیرواگیر و افزایش بیماریهای غیرواگیر مانند دیابت که ۳ درصد جامعه را گرفتار می‌کند، بیماریهای قلبی، بیماریهای ناشی از نارسایی کلیوی و همچنین بیماریهای نوپدید و بازپدید که بار مالی را به بیمه‌شدگان و سازمان تحمیل خواهد کرد.
۹. عدم تکمیل نظام ماشینی و اتوماسیون و داده‌پردازی و لذا ناکارآمدی تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری بهنگام

### اصلاحات پیشنهادی در درمان

۱. واگذاری امور اداری مالی و تشکیلاتی هر واحد درمانی به مدیریت (هیئت مدیره) همان واحد
۲. استفاده از حسابداری صنعتی و عملکرد بر مبنای قیمت تمام‌شده خدمات در بخش درمان و آیین‌نامه مستقل مالی مطابق با مقررات بخش غیردولتی
۳. آیین‌نامه استخدامی مطابق مقررات غیردولتی و گرایش به استخدام‌های غیررسمی و روشهای پرداخت آینده‌نگر

---

1. Ambulatory Patient Group    2. Diagnosis Related Group    3. Pre-Payment System  
4. Capitation    5. Out of Pocket



۴. کاهش حجم تشکیلات واحدهای درمانی و ایجاد بازار داخلی به منظور ایجاد رقابت و آگاهی از هزینه در مدیران، کارکنان و بیمه‌شدگان
۵. نظارت بخش درمان بر نحوه تأمین منابع، تعیین حق بیمه و نحوه وصول آن
۶. گرایش به عدم تمرکز و استقلال واحدهای اجرایی و تدوین ساختار هیئت مدیره‌ای و توجه به عوامل انسانی اجتماعی
۷. تفکیک ساختار بیمه‌های درمانی از سایر بیمه‌های اجتماعی مانند بازنشستگی، فوت، ازکارافتادگی و تعیین نرخ حق بیمه درمان بر مبنای برآورد مخاطرات
۸. افزایش کارآمدی واحدهای درمانی مستقیم از طریق خرید خدمات از این واحدها
۹. گرایش به سمت طب سلامت محور و اقدامات مؤثر پیش‌گیرانه مانند پیشگیری از حوادث و بیماری‌های شغلی، و افزایش سطح ایمنی کارگاهها
۱۰. گرایش به سمت سطح‌بندی خدمات و ارجاع از سطحی به سطح دیگر در جهت افزایش مسئولیت‌پذیری کارکنان درمانی و کاهش سردرگمی بیماران بیمه‌شده
۱۱. امکان بهره‌گیری از خدمات نرم‌افزار و رایانه‌ای متنوع برای گسترش اتوماسیون بخش درمان
۱۲. ارائه تعهدات درمان در کنار سایر بیمه‌های اجتماعی، با توجه به ملموس بودن این‌گونه خدمات برای مردم و گره خوردن آن با نیازهای حیاتی و فوری آنها
۱۳. جلوگیری از واردشدن هرگونه خدشه به بخش درمان تأمین اجتماعی در صورت تصویب نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
۱۴. استقرار نظام اطلاعات مالی جامع بخش درمان در راستای برنامه‌ریزی و کنترل داده‌های ریالی، محاسبه تعیین قیمت تمام شده محصولات و تجزیه و تحلیل‌های مالی

## منابع

۱. از زبان داریوش، تألیف پروفیسور هایدماری کخ، ترجمه دکتر پرویز رجبی، ۱۳۷۷، نشر کارنگ.
۲. تأمین اجتماعی، دکتر مهدی طالب، چاپ دوم، ۱۳۷۰، نشر بنیاد فرهنگی رضوی.
۳. حسابداری صنعتی و کاربرد آن در مدیریت، حسن سبحانی‌نژاد، جلد اول، چاپ سوم، ۱۳۷۰، نشر انتشارات پیش‌برد.

۴. «طراحی ساختار سازمانی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی»، گزارش مرحله اول، شهریورماه ۱۳۸۱، مهندسين مشاور بنياد صنعتی ایران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۵. «طراحی ساختار سازمانی بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی»، گزارش مرحله اول، فروردین ماه ۱۳۸۱، مهندسين مشاور بنياد صنعتی ایران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۶. خلاصه گزارش طرح «پژوهشی سازمان تأمین اجتماعی»، تیر ۱۳۸۲، مهندسين مشاور بنياد صنعتی ایران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۷. گزارش ارزیابی عملکرد گذشته و شناخت وضع موجود (ویرایش چهارم)، شورای برنامه ریزی درمان، گروه برنامه ریزی و اقتصاد درمان.
۸. سالنامه آماری ۱۳۶۰، اداره کل آمار و محاسبات بیمه‌ای، کد ۳۳۳۰، کتابخانه سازمان تأمین اجتماعی.
۹. عملکرد سازمان طی سالهای ۱۳۶۶-۱۳۶۲، اداره کل آمار و محاسبات بیمه‌ای، کد ۲۹۰۶، کتابخانه سازمان تأمین اجتماعی.
۱۰. گزارش بررسی آماری عملکرد سازمان تأمین اجتماعی طی چهل سال گذشته (۷۹-۱۳۴۰)، دفتر آمار و محاسبات اقتصادی اجتماعی، آذر ۱۳۸۰، کد ۲۹۶۴، کتابخانه سازمان تأمین اجتماعی.
۱۱. طرح «بررسی منابع و مصارف قانونی بخش بیمه درمان از سال ۱۳۵۴ تاکنون برطبق قوانین»، شهریور ۱۳۸۲، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، مرتضی شاپورگان.