

ارزیابی خدمات درمانی در حقوق تأمین اجتماعی ایران

سیدناصرالدین بدیسار،* دکتر کورش استوار سنگری**

دکتر ایروان مسعودی اصل***

تاریخ پذیرش ۹۱/۲/۱۳

تاریخ دریافت ۹۰/۲/۷

بر اساس اصل (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، تأمین اجتماعی از وظایف دولت بوده و همه اقشار جامعه برای دریافت خدمات تأمین اجتماعی از حقوق مساوی برخوردارند. برآورده شدن این نیاز در گذر تاریخ دچار دگرگونی‌های زیادی شده و هر تمدنی نگاه متفاوتی به آن داشته است. در حال حاضر ارائه خدمات درمانی یکی از تعهدات اساسی نظام تأمین اجتماعی کشورهاست.

در این مقاله درصددیم تا به تبیین نظام خدمات درمانی کشور در هر یک از سازمان‌های بیمه‌گر و چگونگی پوشش هر یک از اقشار و گروه‌ها و چگونگی تأمین منابع مالی برای ارائه خدمات درمانی بپردازیم. همچنین اصول حاکم بر نظام خدمات درمانی و انطباق آن با خدمات درمانی کشور و اینکه آیا اصول حاکم در نظام خدمات درمانی رعایت شده است یا خیر بررسی می‌شود. لازم به ذکر است منظور از تأمین اجتماعی در این مقاله صندوق تأمین اجتماعی نیست، بلکه تأمین اجتماعی به شکل کلان مدنظر است؛ زیرا امروزه در لایه اول نظام تأمین اجتماعی، جنبه حمایتی و در لایه دوم بیمه‌های پایه و در لایه سوم جنبه تکمیلی مورد بررسی قرار می‌گیرد.

کلیدواژه‌ها: خدمات درمانی؛ تأمین اجتماعی؛ حقوق؛ اصل جامعیت؛ اصل فراگیری؛ اصل مشارکت

* کارشناس ارشد حقوق عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز (نویسنده مسئول)؛

E-mail: naserbadisar@yahoo.com

** استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز؛

E-mail: kourosh_ostovar_s@yahoo.com

*** عضو هیئت علمی مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی؛

E-mail: masoudi_1352@yahoo.com

فصلنامه مجلس و راهبرد، سال هجدهم، شماره شصت و هشت، زمستان ۱۳۹۰

مقدمه

سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای همه انسان‌هاست که هیچ‌یک از افراد جامعه را نمی‌توان از آن بی‌نیاز دانست. سلامت فرد و هر جامعه‌ای به ارائه خدمات مناسب و متناسب با نیاز مردم بستگی دارد. به‌موجب اصل (۲۹) قانون اساسی، برخورداری از تأمین اجتماعی، حقی همگانی است. تأمین خدمات درمانی از جمله حقوق اساسی انسان‌ها شناخته شده و هر کس به‌عنوان یک عضو از جامعه حق دارد که برای تأمین درمان خود و خانواده تحت تکفل‌اش، زیر پوشش و حمایت یکی از نظام‌های تأمین خدمات درمانی کشور قرار گیرد. در ایران خدمات درمانی عموماً توسط سازمان‌های بیمه‌گر ارائه می‌شود. گسترش پوشش جمعیتی بیمه سلامت در کشور بر مبنای وضعیت شغلی افراد و حمایت صورت گرفته است. از این‌رو جمعیت کشور به قشرها و گروه‌های جداگانه‌ای تقسیم شده که هر کدام از طریق قوانین و مقررات خاصی تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفته‌اند. مهم‌ترین این اقشار را کارگران، کارکنان دولت، کارکنان نیروهای مسلح و خویش‌فرمایان تشکیل می‌دهند. در کنار این گروه‌ها از روستائیان به‌طور جداگانه نام برده شده است.

از دیگر گروه‌های اجتماعی که در قوانین و مقررات از آنها نام برده شده ولی با گروه‌های دیگر هم‌پوشانی دارند؛ می‌توان به نیازمندان، ایتارگران، دانشجویان، طلاب، خانواده‌های شهدا و تحت عنوان سایر اقشار اشاره کرد. قشرها و گروه‌های ذکر شده به‌وسیله سازمان‌های بیمه‌گر تحت پوشش قرار گرفته‌اند، هرچند سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در ایران متعدّدند^۱ اما سازمان‌های اصلی که در این مقاله ارزیابی می‌شوند، عبارت‌اند از:

۱. در ایران صندوق‌ها و سازمان‌های متعددی در زمینه خدمات درمانی و پرداخت مستمری‌های مربوط به از کارافتادگی، بازنشستگی و مستمری ناشی از فوت فعالیت می‌کنند اما سه سازمان اصلی به‌ویژه از نظر تعداد افراد تحت پوشش؛ سازمان‌های تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی نیروهای مسلح هستند. بقیه صندوق‌ها و سازمان‌های موجود برای ارائه خدمات به کارکنان یک دستگاه اجرایی ایجاد شده‌اند که می‌توان برای نمونه از سازمان خدمات درمانی وزارت نفت، صدا و سیما و صندوق تأمین درمانی کارکنان جهاد سازندگی (سابق) یاد کرد. البته به‌موجب تصویب‌نامه هیئت وزیران در تاریخ ۱۳۸۳/۱۱/۴ و به استناد ماده (۳) قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی باید صندوق بیمه‌های اجتماعی روستائیان و ←

- سازمان بیمه خدمات درمانی،

- سازمان تأمین اجتماعی،

- سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح.

هدف اصلی این پژوهش ارزیابی اصول اساسی و شناخته شده نظام بیمه خدمات درمانی سازمان‌های مذکور برای ارتقای خدمات درمانی در حقوق تأمین اجتماعی ایران است. مقاله حاضر که با هدف ارزیابی خدمات درمانی در حقوق اجتماعی ایران انجام شده است در مبحث اول به معرفی سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی پرداخته و در مبحث دوم به ارزیابی این خدمات براساس سه اصل حاکم بر تأمین اجتماعی یعنی جامعیت، فراگیری و مشارکت می‌پردازد. سپس با نشان دادن چالش‌ها و مشکلات موجود، راهکارهای مناسب را ارائه می‌دهد.

۱ سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی

۱-۱ سازمان بیمه خدمات درمانی

طبق ماده (۵) بیمه همگانی خدمات درمانی، مصوب آبان ۱۳۷۳، به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه‌های اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی 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) قانون مذکور، سازمان براساس مقررات موجود در اساسنامه، آیین‌نامه‌های مصوب بخش عمومی و در موارد سکوت، قانون تجارت اداره می‌شود.

→ عشایر وابسته به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شود که ارزیابی مورد اخیر خود بحث مستقلی را می‌طلبد.

۱-۱-۱ افراد تحت پوشش

کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان، 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 تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی هستند (استوار سنگری، ۱۳۸۷: ۷۳).

۱-۱-۲ نحوه انجام خدمات و تعهدات

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 لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) می‌باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی و تصویب هیئت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

فهرست خدمات فوق تخصصی مشمول بیمه‌های مضاعف (مکمل) به موجب ماده (۱۰) قانون بیمه همگانی به شرح ذیل است:

- خدمات جراحی‌های زیبایی،
- پیوند دست، پا و انگشتان (به‌استثنای موارد اورژانس)، پیوند قلب، مغز استخوان و کبد،
- تعویض مفاصل (به‌استثنای موارد عفونت و شکستگی‌ها) و اسکولیوز (درمان‌های پیشگیری‌کننده اسکولیوز و تغییرات مفاصل هنگام رشد جزو بیمه خدمات درمانی است).
- کاشت حلزون شنوایی و اسفنکتر مصنوعی مثانه،
- خدمات اعمال نازایی مانند IVF، GIFT، ZIFT و INFERTILITY مردان،
- حوادث ناشی از کار به‌جز مواردی که به‌عهده کارفرماست، مشمول بیمه خدمات درمانی است.

تعهدات سازمان بیمه خدمات درمانی در صندوق‌های بیمه‌ای مختلف یکسان نیست که در جای خود بحث خواهد شد.

۳-۱-۱ نحوه انجام تعهدات

نحوه انجام تعهدات درمانی سازمان بیمه خدمات درمانی 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 مداوای بیمه‌شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

۳-۱-۲ صندوق (سازمان) تأمین اجتماعی

به موجب ماده (۱) قانون تأمین اجتماعی مقرر شد 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 می‌گردد. سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و امور آن منحصرأ 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 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 است که از این نظر تغییری در وضعیت صندوق ایجاد نمی‌شود. اساسنامه جدید بیشتر ناظر بر تغییرات در ارکان و مدیریت صندوق است.

۱-۲-۱ وظایف، اختیارات و مأموریت اصلی

براساس ماده (۵) اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی وظایف و اختیارات سازمان عبارت است از: الف) جمع‌آوری و تمرکز کلیه وجوه موضوع حق بیمه مشمولین قانون تأمین اجتماعی و سایر وجوه و درآمدهای حاصل از سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از وجوه و ذخایر و اموال سازمان.

ب) انجام تعهدات موضوع قانون تأمین اجتماعی،

ج) سرمایه‌گذاری و بهره‌برداری از وجوه و ذخایر سازمان.

در مواد (۲ و ۳) اساسنامه جدید وظایف و اختیارات صندوق به‌عنوان هدف و موضوع فعالیت ذکر شده است.

۱-۲-۲ 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. علاوه بر این مطابق تبصره «۱» ماده (۳) مشمولین این قانون از کمک‌های ازدواج و عائله‌مندی طبق مقررات برخوردار خواهند شد.

مطابق آیین‌نامه اجرایی قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی، مصوب اردیبهشت ۱۳۶۹ «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 به عهده دارد. پس از آن با تخصیص منابع مالی سهم درمان که هر دو یک‌سوم حق بیمه‌ها تعیین شده است». بخش درمان، خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان را به دو روش درمان مستقیم و غیرمستقیم تأمین می‌کند.

۱-۲-۳ افراد تحت پوشش

مطابق مواد (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، این افراد 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 (همان: ۱۳۶).

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 (همان: ۲۳۷).

۴-۲-۱ 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، نهادها و ارگان‌های 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.

«بر مبنای 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 مشمولینی 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 فرانشیز می‌باشند». علاوه بر آن مطابق تبصره «۳» ماده

(۱۰) آیین نامه اجرایی کل هزینه درمان مشمولین تأمین اجتماعی که اورژانسی به بخش خصوصی مراجعه می نمایند پس از تأیید اورژانس بودن طبق ضوابط شورای عالی تأمین اجتماعی به عهده سازمان می باشد. و در مواردی که بیماران براساس مقررات مشمولین، برای درمان به خارج از کشور اعزام شوند، هزینه درمانی مربوط براساس مصوبه ارزی شورای عالی پزشکی توسط سازمان پرداخت می شود.

۱-۳ سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح

سازمان تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران بر مبنای ماده (۸) قانون «تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران» مصوب ۱۳۶۸ در وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح تشکیل شد که وظایف آن مطابق اساسنامه تعیین می شود. همچنین براساس قانون مذکور، این سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی است که به صورت شرکت سهامی فعالیت می کند و براساس مقررات اساسنامه و آیین نامه های مربوط و قوانین تجارت و بازرگانی اداره می شود. مرکز اصلی سازمان شهر تهران است. سازمان می تواند به منظور ارائه خدمات درمانی در سایر نقاط کشور تشکیلات مناسب دایر کند.

۱-۳-۱ افراد تحت پوشش و خدمات

مأموریت و جمعیت هدف سازمان عبارت است از: تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمان های وابسته به آنها، اعم از کادر ثابت، پیمانی و اعضای ویژه بسیج، بازنشستگان، وظیفه بگیران و عائله تحت تکفل آنها و مستمری بگیران است. با هدف ترسیم شده، مبنای جمعیت تحت پوشش فقط داشتن فعالیت نظامی یا وابستگی نظامی تحت هر عنوان که باشد فرض شده است. ارائه پوشش بیمه ای برای نظامیان از وظایف سازمان بوده و به نوعی اجباری است.

۲-۳-۱ نحوه انجام خدمات

خدمات به دو طریق مستقیم و غیرمستقیم به افراد تحت پوشش ارائه می‌شود. بر مبنای ماده (۵) اساسنامه سازمان، کلیه مراکز درمانی وابسته به نیروهای مسلح موظف‌اند خدمات درمانی به پرسنل شاغل و وظیفه خود ارائه نمایند. همچنین سازمان می‌تواند برای تأمین خدمات درمانی اشخاص تحت پوشش سازمان، با کلیه مراکز درمانی وابسته به دولت، همچنین بخش خصوصی قرارداد منعقد کند. علاوه بر این مطابق تبصره «۲» این ماده؛ سازمان می‌تواند برای وصول به هدف‌های خود، با موافقت شورای عالی، در شرکت‌ها و سازمان‌هایی که در امور درمانی فعالیت دارند، سرمایه‌گذاری و مشارکت نمایند، همچنین با موافقت شورای عالی و مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بیمارستان و درمانگاه تأسیس نماید.

۲ ارزیابی خدمات درمانی بر اساس اصل جامعیت و فراگیری

۲-۱ اصل جامعیت

مطابق اصل جامعیت، خدمات درمانی باید از جامعیت برخوردار باشد. بدین معنا که نظام خدمات درمانی باید همه خدمات مورد نیاز اشخاص را تأمین کند. از این رو باید خدمات مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌ای شامل خدمات درمانی برای جامعه ضروری باشد. هر خدمت درمانی که ضروری نیست، می‌تواند از شمول لیست خدمات بیمه درمانی حذف یا به آن فرانشیز و یا تعرفه خاص تعلق گیرد. تعیین خدمات درمانی مورد نیاز بیمه‌شدگان، اضافه‌بر مراقبت‌های بهداشتی است که به صورت رایگان به تمامی افراد جامعه عرضه می‌شود. اصل جامعیت آثاری به دنبال دارد که در قالب اصول و شرایط ذیل مطرح می‌شود.

۲-۱-۱ در دسترس بودن

همه بیمه‌شدگان باید دسترسی کامل به خدمات درمان ضروری مورد تعهد بیمه درمانی

داشته باشند. توزیع عادلانه خدمات درمانی و میزان دسترسی افراد جامعه در مناطق شهری و روستایی به عنوان مهم ترین وظیفه و رسالت شناخته می شود. البته فقط دسترسی فیزیکی به خدمات سلامت مطرح نیست، بلکه معیار بهره مندی از مراقبت ها نیز موضوعی مهم است؛ زیرا با وجود دسترسی فیزیکی، عواملی هم وجود دارند که مانع از بهره مندی می شوند (طریقت منفرد، اخوان بهبهانی و حسن زاده، ۱۳۸۷: ۳۱).

بعضی از بیمه های پایه مانند بیمه های تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح، به لحاظ دسترسی به بیمارستان ها و درمانگاه ها از تسهیلات و شرایط ویژه ای برخوردارند؛ اما در بیمه خدمات درمانی این امکانات به طور مستقیم وجود ندارد و به صورت خرید خدمت و قرارداد با مراکز مختلف امکان استفاده از خدمات درمانی وجود دارد. به عنوان مثال «... جامعه روستایی علی رغم اینکه سهم قابل توجهی از جمعیت کشور را به خود اختصاص داده است، به دلیل عدم تمرکز بیش از حد و پراکندگی آن در سطح سرزمین از بسیاری از خدمات اجتماعی بی بهره بوده یا با مشکلات بسیار از آن برخوردار می شود» (مسلمی، ۱۳۸۴: ۲۵۶).

اشکالاتی که در این مورد خاص وجود دارد عبارت اند از:

۱. در نظر گرفتن حق بیمه سرانه روستائیان معادل ۴۰ درصد جمعیت شهری (کاملاً با اصول یارانه کمک های دولتی در تناقض است)،
 ۲. اجرای نظام ارجاع به صورت ناقص فقط برای جمعیت روستایی کشور،
 ۳. اختصاص بیشتر هزینه ها به بخش درمان (بیمارستان ها).
- هویت سازمان بیمه خدمات درمانی بر مبنای جبران غرامت درمانی است، به عبارتی در نظر نگرفتن دیدگاه بانک جهانی و تأکید بیشتر بر بخش درمان به جای بخش های پاراکلینیک موجب شده است که:
- خدمات درمانی برای افراد فقیر کمتر از افراد ثروتمند سودمند باشد.
 - نظام پرداخت نامناسب، موجب تشدید تقاضای القایی به وسیله ارائه دهنده خدمت شده است (زارع، ۱۳۸۴: ۳۳).

در اغلب شهرها به خصوص کلان‌شهرها به علت واقعی نبودن تعرفه‌ها، مؤسسات درمانی طرف قرارداد سازمان‌های بیمه‌ای نمی‌باشند و این مغایر با اصل در دسترس بودن خدمات است.

هرچند دسترسی به خدمات درمانی در شهرها در حد قابل قبولی وجود دارد، اما روستائینانی هستند که به دلیل ویژگی‌های جمعیتی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، شغلی و درآمدی جامعه روستایی، محدودیت دسترسی به پزشک و تسهیلات درمانی، عدم جامعیت خدمات، کافی نبودن منابع مالی و... آنان را دچار تنگنا کرده است، چرا که دسترسی به پزشک در نقاط روستایی کم است در حالی که کمترین حد انتظار این است که به ازای هر یک‌هزار نفر یک پزشک در دسترس باشد. حال آنکه آمارهای موجود نشان می‌دهد تقریباً برای ۹۵۰۰ نفر یک پزشک در دسترس است. که بخشی از وقت آنها نیز صرف مسائل مدیریتی و اجرایی مراکز بهداشتی و درمانی می‌شود (کریمی، ۱۳۸۶: ۹۹).

در حالی که بخش دولتی به تنهایی نمی‌تواند نیازهای درمانی روستائیان را تأمین کند، برای جلب همکاری مؤسسات درمانی غیردولتی و ارائه خدمات درمانی و حضور پزشکان آزاد در روستاها هنوز شرایط مناسبی با نظام بیمه درمان فراهم نشده است. با مروری بر تنگناها و نارسایی‌هایی که برشمردیم، می‌توان ادعا کرد که افزایش دسترسی روستائیان به خدمات و تسهیلات درمانی، گام اول در بهبود وضع سلامت آنان است. ازسویی 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 می‌باشد. ازاین‌رو، لازم است تدبیرهای 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 است، برای رفع این مشکل چاره مناسبی باشد (همان: ۱۰۰).

سطح‌بندی خدمات درمانی به لحاظ ایجاد دسترسی در ارائه خدمات به مردم در اقصی

نقاط کشور همواره به‌عنوان یکی از راهبردهای مهم عدالت در برنامه‌های توسعه سلامت مطرح بوده است. به‌گونه‌ای که پس از انقلاب اسلامی، شبکه بهداشتی - درمانی برای ارائه خدمات درمانی به‌صورت رایگان برای آحاد مردم به‌ویژه در نقاط روستایی راه‌اندازی شد.

در برنامه سوم توسعه برای برقراری عدالت در دسترسی به خدمات درمان بستری، تکالیف قانونی مشخصی تدوین و تصویب شد. به‌این ترتیب در ماده (۱۹۳) برنامه سوم توسعه و به دنبال آن ماده (۸۹) برنامه چهارم توسعه سطح‌بندی خدمات مورد تأکید قرار گرفته است. با توجه به مواد قانونی گفته شده، آیین‌نامه‌های اجرایی و مجموعه نظام سطح‌بندی خدمات درمانی برای برنامه‌های یاد شده تدوین شده است. توجه به نظام سطح‌بندی خدمات در برنامه پنجم توسعه نیز در راستای برنامه‌های گذشته تداوم یافته است. به‌گونه‌ای که براساس تبصره «۳» ماده (۳۲) قانون برنامه پنجم توسعه هرگونه «ایجاد، توسعه و تغییر واحدهای بهداشتی - درمانی کشور، تأسیس و تخصیص و توزیع تجهیزات و ملزومات مورد نیاز بر مبنای نیازهای کشور و در چارچوب سطح‌بندی خدمات سلامت صورت خواهد گرفت». با ارائه خدمات در چارچوب یاد شده، علاوه بر دسترسی مردم به خدمات درمانی مناسب در نقاط مختلف کشور، از سرمایه‌گذاری‌ها و اختصاص هزینه‌های خارج از نیاز جلوگیری خواهد شد.

بنابراین پیشنهاد می‌شود؛ پرداخت یارانه دولت در بخش درمان در اختیار بیمه‌ها و یا صندوق بیمه همگانی باشد که این خود می‌تواند در توزیع مناسب و صحیح یارانه‌های دولت مؤثر باشد و تمامی بیمه‌شدگان به یک نسبت از خدمات مربوطه بهره‌مند شوند.

۲-۱-۲ فراهم بودن

امکانات و منابع مالی بیمه خدمات درمانی باید به‌نسبت جمعیت بیمه شده در کشور و مناطق مختلف فراهم شود. با توجه به اینکه سازمان‌های بیمه‌گر، حق بیمه مشخصی از بیمه‌شدگان خود دریافت می‌کنند، لازم است امکانات و منابع خود را برای استفاده افراد

تحت پوشش به صورت عادلانه و با توجه به سطح بندی خدمات در کشور فراهم کنند که متأسفانه در کشور ما مردم از چنین فرصتی برخوردار نیستند. در بعضی از مناطق امکانات زیادی فراهم شده و در بعضی دیگر امکانات بسیار کم وجود دارد. مثلاً در بعضی از استان‌ها چند بیمارستان متعلق به سازمان تأمین اجتماعی به شیوه مستقیم خدمات درمانی را به صورت کاملاً رایگان و بدون اخذ فرانشیز به مردم ارائه می‌دهند. اما در استان‌هایی مانند ایلام، کهگیلویه و بویراحمد سازمان تأمین اجتماعی خدمات بستری ندارد و مردم از این حق برخوردار نیستند.^۱ توزیع شهرستانی خدمات نیز بسیار ناعادلانه است به طوری که در بعضی از استان‌ها مثل خوزستان و اصفهان پنج بیمارستان متعلق به سازمان وجود دارد اما در فارس با جمعیت بیمه شده‌ای حدود دو میلیون نفر فقط یک بیمارستان در شیراز وجود دارد که آن‌هم به علت فرسودگی ساختمان کارایی لازم را ندارد.

امر سیاست در فراهم آوردن خدمات بی‌تأثیر نیست به طوری که در بعضی از شهرستان‌ها که جمعیت بالای چهل هزار نفر دارند هیچ مرکز درمانی ساخته نشده اما در شهرهای دیگری که جمعیت کمتری دارند به علت نفوذ سیاسی مقامات محلی و قدرت چانه‌زنی بالا، بیمارستان‌های چندتخت خوابی احداث شده که این موضوع علاوه بر اینکه مخالف اصل فراهم بودن خدمات درمانی است، به نحوی باعث اتلاف سرمایه بیمه‌شدگان می‌شود. مثلاً در استان فارس شهرهایی مانند جهرم، داراب و لار فاقد درمانگاه است اما شهرستان بهبهان در استان خوزستان، دارای بیمارستان تأمین اجتماعی می‌باشد و یا در خود شهر اهواز سه بیمارستان وجود دارد. سطح خدمات و تعهدات بیمه برای روستائیان مانند دیگر بیمه‌شدگان است، اما دسترسی آنها به خدمات درمانی از جهات مختلف محدودتر شده است. بنابراین فراهم بودن خدمات درمانی در این دو سازمان رعایت نشده است از این رو پیشنهاد می‌شود: سیاست‌گذاری در بخش سلامت در اختیار وزارت بهداشت باشد و

۱. در زمان نگارش این مقاله، استان کهگیلویه و بویراحمد فاقد بیمارستان متعلق به سازمان تأمین اجتماعی بود. اما در خرداد ۱۳۹۱، بیمارستان ۳۲ تخت‌خوابی شهدای گمنام استان افتتاح شد.

بخش خصوصی زیر نظر سیاستگذاران خبره به ارائه خدمات با رعایت تعرفه اقدام کنند و دولت در امور پشتیبانی کمتر دخیل باشد.

درمان مستقیم در بیمه تأمین اجتماعی نفعی به حال بیمه سلامت کشور ندارد و فقط مراجعات غیر ضروری را افزایش می‌دهد، بنابراین بهتر است سازمان‌های بیمه‌گر در بخش درمان به صورت مستقیم وارد نشوند.

با توجه به پراکندگی سازمان‌های بیمه‌گر و همچنین پیشرفت روزافزون تکنولوژی پزشکی و عوامل آلاینده‌ای که در اثر توسعه صنعتی به وجود آمده، لازم است به صورت پویا بسته‌های خدمات درمانی مشخص شود که این امر در کشور ما به صورت جامع ارائه نمی‌شود یا اگر ارائه می‌شود درصد کمی را سازمان‌های بیمه‌گر پوشش می‌دهند. براساس این باید برنامه اولویت‌بندی خدمات درمانی را به عنوان یک اصل پذیرفت. اما در کنار این موضوع، بحث جیره‌بندی خدمات درمانی نیز مطرح می‌شود که به دلیل عدم فرهنگ‌سازی در این زمینه بسیاری از افراد به محض مطرح شدن این موضوع، واکنش منفی از خود نشان داده و مطرح می‌کنند که این نوع تصمیم‌گیری از نظر اخلاقی و وجدانی صحیح نیست (زارع، ۱۳۸۷: ۷۲).

درواقع انتظار مردم از روش‌ها و تکلیف دولت‌ها نسبت به مردم دغدغه بسیاری از دول در دوران معاصر بوده و هست. دیدگاه‌های جدید به وجود آمده در جامعه اندیشمندان مبنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه‌های انسانی مقوله حفظ سلامت را هم از بعد اقتصادی و هم از بعد اجتماعی با اهمیت‌تر جلوه می‌دهد که شاید اصلی‌ترین دلیل دولت‌ها برای اختصاص منابع قابل توجه در بخش سلامت کشور باشد. هزینه‌های سنگین بخش سلامت به عنوان اهرم فشاری بر اقتصاد هر کشور عمل می‌کند.

تعهدات درمانی در قانون تأمین اجتماعی بسیار وسیع در نظر گرفته شده است. به طوری که شامل همه اقدامات درمانی سرپایی، بیمارستانی، تحویل داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیص طبی می‌باشد.

خدمات درمانی مورد تعهد بیمه درمان درباره کارکنان دولت، تقریباً همان خدماتی است که در بیمه درمان به کارگران تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌شود فقط خدمات جانبی درمان مثل هزینه مسافرت ارائه نمی‌شود. در ضمن به دلیل نداشتن مؤسسات درمانی تمامی خدمات به صورت غیرمستقیم ارائه می‌شود و بیمه شده باید فرانشیز را بپردازد.

بنابراین در پیروی از اصل جامعیت و برای اینکه 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. تعیین اولویت‌ها به خودی خود مستقیماً به پذیرفتن ارائه انواع خاصی از خدمات منجر نمی‌شود، بلکه مشخص می‌کند که دولت نمی‌تواند تمام نیازهای سلامت را برآورده کند. با این کار فقط مهم‌ترین موارد مشخص می‌شوند که مطابق آن، منابع را تخصیص و سپس موارد حیاتی را انجام می‌دهند. خدمات دیگر که کمتر حیاتی هستند را هنوز می‌توان ارائه کرد. اما ضرورت ندارد که ارائه یا تأمین مالی این خدمات از سوی دولت انجام شود. انتظار غیرمعقولی نیست اگر بگوییم که تأمین منابع مالی مستقیم از جیب پرداخت شود؛ زیرا با این کار اولاً، می‌توان با توجه بر اصل جامعیت همه خدمات درمانی ضروری را ارائه داد؛ ثانیاً، کیفیت را بر کمیت داشت؛ ثالثاً، خدمات درمانی ضروری برای همه آحاد جامعه فراهم می‌شود.

با بررسی وضعیت موجود بیمه‌های درمانی کشور این حقیقت آشکار می‌شود که بسته خدمات درمانی در سازمان‌های مختلف ارائه‌دهنده یکسان نیست. بنابراین ضروری است که از بسته خدمات درمانی یک تعریف واحد ارائه و خدمات ضروری و غیرضروری در این تعریف مشخص شود تا اصل جامعیت تحقق پیدا کند. هرچند لازم به ذکر است که «تعهدات بیمه در مورد روستائیان هم از جامعیت لازم برخوردار نیست خدمات سرپایی به نظام شبکه بهداشتی با امکانات محدود آن واگذار شده و خدمات بستری در چارچوب نظام ارجاع و بیمارستان‌های دولتی قابل ارائه است» (دانش دهکردی، ۱۳۸۳: ۶۸). بخش قابل توجهی از نیازهای درمانی روستائیان خارج از نظام بیمه درمان و به صورت آزاد تأمین

می شود در واقع سیستم شبکه و ارجاع بیمار گنجایش لازم را برای پاسخ گویی به نیاز واقعی روستائیان ندارد (کریمی، ۱۳۸۶: ۹۹).

از طرفی به منظور ارائه خدمات درمانی بستری به آن بخش از جمعیت کشور که پوشش بیمه ای ندارند طرح پوشش بیمه ای برای جمعیت بیمه نشده شهری از اسفند ۱۳۸۱ به طور رسمی شروع شد. ماهیت طرح کاملاً حمایتی بوده و با هدف کمک به اقشار آسیب پذیر جامعه صورت گرفت. عدم دریافت حق بیمه خود دلیل واضحی بر حمایتی بودن این طرح است. انتقادی که بر این طرح وارد است، جامعیت خدمات و تحت پوشش قرار ندادن خدمات سرپایی است، با توجه به گسترش حیطه جمعیتی در طرح بیمه درمان روستائیان هم پوشانی زیادی با این طرح به وجود آمده و در صورت عدم اتخاذ تصمیم مناسب تشدید خواهد شد (زارع و صمیمی فر، ۱۳۸۷: ۱۸۲).

بنابراین دولت تاکنون به تعهدات خود براساس اصل (۲۹) قانون اساسی عمل نکرده است. به نحوی که بسیاری از مشمولان بیمه های اجتماعی در عین حال که حق بیمه خود را به طور قانونی پرداخت می کنند، مجبورند از بیمه های خصوصی و تکمیلی نیز استفاده کنند. یا اینکه خدمات درمانی سازمان را در حد قابل استفاده برای خود و خانواده نمی دانند. براساس این پیشنهاد می شود راهکارهای ذیل به عنوان خدمات درمانی پایه مطرح گردد تا از جامعیت لازم برخوردار باشد:

۱. خدمات مربوط به معاینه های سلامت،

۲. مراقبت های دندان پزشکی،

۳. مراقبت های چشم پزشکی،

۴. خدمات مربوط به بیماران خاص (تالاسمی، نارسایی کلیوی و ...)،

۵. مراقبت قابل ارائه در منزل (پرستاری در منزل و ...)،

۶. خدمات طولانی مدت (بیماری های مزمن و ...)،

۷. مراقبت های پیشگیری (واکسیناسیون و ...)،

۸. خدمات آسایشگاهی (برای بیماران مزمن روانی و ...)
۹. خدمات درمانی سرپایی،
۱۰. تجویز دارو،
۱۱. حق مشاوره برای گروه‌های غیرپزشکی (متخصصین تغذیه و ...)
۱۲. خدماتی از قبیل گفتاردرمانی که به وسیله گروه‌های غیرپزشکی ارائه می‌شود،
۱۳. تجهیزات پزشکی خارج از شمول بیمه درمان پایه (فیک تور، عصا و ...)
۱۴. آموزش بیماران برای مراقبت از خود (دیابتی و ...)
۱۵. کاهش زمان انتظار برای دریافت خدمات درمانی (بیماران قلبی و ...)
۱۶. خدمات و تجهیزات اعمال فوق تخصصی،
۱۷. خدمات و تجهیزات پیوند اعضا،
۱۸. خدمات حمل و نقل با آمبولانس،
۱۹. خدمات ترک اعتیاد،
۲۰. خدمات تشخیصی - تصویری.

۲-۲ اصل فراگیری (عدالت)

طبق اصل فراگیری خدمات نظام تأمین اجتماعی باید برای همه آحاد جامعه تأمین و تضمین شود و عدالت نیز اقتضا می‌کند که همه افراد جامعه حق برخورداری از خدمات درمانی را داشته باشند (بند «ج» ماده (۸) قانون نظام جامعه رفاه و تأمین اجتماعی). بنابراین همه افراد جامعه حق دارند که تحت پوشش بیمه درمانی قرار گیرند؛ حتی اگر درآمد نداشته باشند و نتوانند حق سرانه بیمه درمانی را پردازند یا در موقع دریافت خدمات نتوانند مشارکت مالی داشته باشند. در نظام بیمه مبتنی بر عدالت اجتماعی، تمام خدمات مورد تعهد، بدون در نظر گرفتن مذهب، نژاد و ملیت به همه بیمه‌شدگان عرضه می‌شود. بیمه‌شدگان باید دسترسی کامل به خدمات درمانی و ضروری مورد تعهد بیمه درمانی را

داشته باشند و خدمات درمانی باید با کمیت و کیفیت یکسان به همه آنها ارائه شود. اما متأسفانه حقیقت امر این است که در عمل این حق شامل همه افراد جامعه نشده است؛ چرا که با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳، تلاش‌هایی انجام شد تا بیمه درمانی برای اقشار مختلف جامعه با سیاست‌ها و روش‌های یکسان اجرا شود.

بر مبنای این قانون، شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور تشکیل شد تا وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هماهنگی‌های اجرایی، هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی را به عهده گیرد. اما اصل همگانی بودن بیمه به صورت کامل انجام نشده است؛ یعنی عده‌ای هنوز تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نیستند (که این کار برخلاف مطالب فوق است). از طرفی عده‌ای دیگر تحت پوشش چند سازمان بیمه‌ای هستند که همین امر جمعیت بیمه شده را بیشتر از جمعیت کشور نشان می‌دهد.

به عنوان مثال در استان کهگیلویه و بویراحمد حدود هفت صد هزار نفر جمعیت تحت پوشش بیمه درمان هستند در صورتی که اولاً، جمعیت استان حدود شش صد و پنجاه هزار نفر است و ثانیاً، بسیاری از مردم استان تحت پوشش بیمه درمانی نیستند. اگر قرار باشد این موضوع را به کل کشور تعمیم دهیم، مشاهده می‌شود که جمعیت بیمه شده از جمعیت کشور بیشتر است. همچنین بر مبنای قانون تأمین اجتماعی افرادی که به هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق کار می‌کنند باید تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار بگیرند که ممکن است در یک ماه جمعیت تحت پوشش بیمه سی میلیون نفر باشد اما در پایان ماه دیگر بسیار کمتر باشد. چرا که ممکن است حق بیمه توسط کارفرما یا کارگر به دلیل مسائل مختلف پرداخت نشود. اما در سازمان بیمه خدمات درمانی که به صورت اجبار از حقوق کارمند کسر و به حساب سازمان بیمه خدمات درمانی واریز می‌شود این مشکل وجود ندارد. بنابراین می‌توان این گونه عنوان کرد که گروه‌بندی جمعیت کشور از یک سو بر مبنای شغلی (کارکنان دولت، صاحبان و مشاغل آزاد) و از سوی دیگر بر مبنای محل سکونت (روستائیان)، سطح درآمد (نیازمندان) و مشمول قانون خاص (کارگران، صاحبان حرف و مشاغل آزاد) صورت گرفته است.

این نوع گروه‌بندی؛ شناسایی و پوشش جمعیت هدف را دشوار کرده است چرا که اولاً، مرزبندی این گروه‌ها دقیق نیست، مثلاً بین روستائیان و نیازمندان هم‌پوشانی وجود دارد و ثانیاً، صاحبان حرف و مشاغل آزاد براساس قانون اصلاح بند «ب» قانون تبصره ماده (۴) قانون تأمین اجتماعی، مصوب شهریور ۱۳۶۵، مشمول قانون تأمین اجتماعی هستند و باید از شرایط بند «۲»، ماده (۱۳) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی استفاده کنند درحالی که در بند «۴» این ماده تکلیف متفاوتی برای آنها تعیین شده است.

پس هم‌پوشانی مشاهده می‌شود و در طرف مقابل مردمی که عضو هیچ سازمان بیمه‌ای نیستند و این برخلاف اصل عدالت است. اما این اصل را می‌توان با اصل فراگیر بودن از اصول حاکم بر تأمین اجتماعی تطبیق داد. «تأمین اجتماعی، براساس اصل مسئولیت متقابل همگانی از پایه‌های اصلی عدالت اجتماعی است که در آن، مردم مسئول حمایت از یکدیگرند و توانگران موظف به تأمین زندگی تنگدستان و درماندگان می‌باشند» (هاشمی، ۱۳۸۴: ۴۸۸).

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 براساس اصل فراگیر بودن تأمین اجتماعی باید به شمول قانون بر افراد یا گروه‌های یاد شده نظر دارد.

با توجه به این اصل باید معتقد بود قوانینی که محدودکننده پوشش و حمایت‌های تأمین اجتماعی‌اند خلاف اصل فوق بوده و باید تفسیر مضیق شوند (عراقی و دیگران، ۱۳۸۶: ۹۳).

به دلیل هم‌پوشانی بین آمار جمعیت تحت پوشش هر یک از نظام‌های بیمه‌ای و تفاوت

در مبانی محاسبات آماری، آمار دقیقی در دست نیست. ولی در مجموع ۹۰ درصد جمعیت، تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌ای و حمایتی‌اند (مسعوداصل، ۱۳۸۸: ۱۸۵). سازمان تأمین اجتماعی (کارگران و خانواده آنها در حدود ۲۶ میلیون نفر)، سازمان بیمه خدمات درمانی (کارکنان دولت، روستائیان، خویش‌فرمایان و سایر اقشار در حدود ۳۸ میلیون نفر)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ره) (نیازمندان در حدود چهار میلیون نفر) به دلیل هم‌پوشانی بیمه‌ای جمعیت بیمه شده از جمعیت کشور بیشتر است (زارع، ۱۳۸۴: ۲۴۱). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که خدمات درمانی بر مبنای اصل فراگیر بودن تأمین اجتماعی نیست.

بر اساس گزارش سازمان‌های بیمه‌گر در پایان سال ۱۳۸۷، کل جمعیت زیر پوشش بیمه‌های درمانی (با احتساب بیمه شده اصلی و افراد تحت تکفل) حدود ۶۸ میلیون نفر است. علاوه بر این، حدود ۷/۷ میلیون نفر نیز دارای کارت بستری شهری بوده‌اند.

البته گزارش وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۶، بیانگر آن است که حدود ۶ میلیون هم‌پوشانی (افراد دارای بیش از یک نوع پوشش بیمه‌ای) وجود دارد که حدود ۱۰ درصد کل جمعیت فاقد پوشش بیمه درمانی بوده‌اند (وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶: ۲۱).

خدمات درمانی باید با کمیت و کیفیت یکسان به همه بیمه‌شدگان ارائه شود. به همین دلیل در ارائه خدمات درمانی 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 غیر تبعه، بومی یا غیر بومی باید به‌طور 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. نحوه ارائه خدمات درمانی 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 بیمه شدگان خدمات ارائه می کند، ولی در سازمان بیمه خدمات درمانی این کار به صورت خرید خدمت از طرف مؤسسات درمانی انجام می شود. از طرفی ادارات و سازمان هایی وجود دارند که ماهیت بیمه ای ندارند ولی عملاً اقدام به بیمه کردن کارکنان کرده اند مانند شرکت نفت، بانک ها، صدا و سیما و ... اما در رفتار ارائه خدمات درمانی این بیمه شدگان با سایر بیمه شدگان سازمان های بیمه ای تفاوت هایی وجود دارد (همان: ۳۳).

یکی از مواردی که باعث انتقاد کارشناسان حوزه صندوق های بیمه ای شده، ارائه خدمات متفاوت و سطح پایین تر به بیمه شدگان روستایی نسبت به بیمه شدگان شهری است. براساس این باید به روستائیان نیز در سطح شهرنشینان خدمات درمانی ارائه شود، زیرا آنها ۱۰ درصد هزینه های درمان را به عنوان حق سرانه پرداخت می کنند. در این مورد محمدی بیان می کند: «... اما نحوه برخورداری از خدمات در صندوق های مختلف به ویژه روستائیان نکات ارزشمندی را نشان می دهد، مصرف بسیار کمتر روستائیان نسبت به شهرنشینان چه در سازمان بیمه خدمات درمانی و چه در قالب هزینه های خانوار، نشان از بی عدالتی در توزیع هزینه ها بین شهرنشینان و روستائیان دارد» (محمدی، ۱۳۸۹: ۱۷).

سازمان تأمین اجتماعی که بیش از یک سوم جمعیت کشور را تحت پوشش قرار داده است، مرکزی است که خدمات درمانی را در کشور ارائه می دهد، هرچند کیفیت این خدمات و رضایتمندی بیمه شدگان جای سؤال دارد، اما در مقایسه با دیگر سازمان های بیمه گر نوعی تبعیض به چشم می خورد زیرا افراد بیمه شده ای که به مراکز درمانی تحت پوشش تأمین اجتماعی مراجعه می کنند هیچ گونه وجهی بابت فرانشیز نمی پردازند اما دیگر بیمه ها باید فرانشیز مصوب را پرداخت کنند.

با اینکه بیشتر خدمات درمانی در بخش دولتی ارائه می شود، اما به علت کمبود بودجه، پرداختن 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، ولی به علت تعرفه‌های بالای این بخش و عدم پوشش 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 به طور عادلانه در سراسر کشور توزیع نشده است که این خود نوعی تبعیض و برخلاف اصل عمومیت است.

«در فرایند بیمه درمان سه رکن اساسی وجود دارد که عبارت‌اند از: بیمه‌شدگان، بیمه‌گر و مراکز ارائه‌کننده خدمات پزشکی. یکی از اصول اساسی بیمه پایه در سطح بندی خدمات بیمه‌ای اصل برابری توزیع است. عدالت در توزیع خدمات پزشکی از عوامل مهم دستیابی به عدالت اجتماعی در بخش سلامت است. تمامی بیمه‌شدگان، در هر صندوق بیمه‌ای، در تمام نقاط ایران سرانه یکسانی را براساس مقررات صندوق بیمه‌ای خود پرداخت می‌کنند. مثلاً عده‌ای از کمترین خدمات پزشکی در پایین‌ترین سطح خود نیز برخوردار نیستند در حالی که عده‌ای به راحتی به خدمات پیشرفته و فوق تخصصی پزشکی دسترسی دارند که این امر عدالت توزیعی را زیر سؤال می‌برد و به طور قطع به دور از عدالت است» (نصیری، ۱۳۸۷: ۵۰۶).

پس از پیروزی انقلاب اسلامی با تشدید سیاست‌های حمایتی دولت، رشد بیمه‌های خدمات درمانی توسعه قابل توجهی پیدا کرد. در حال حاضر با توسعه بیمه روستایی و عشایری، حدود ۹۰ درصد جمعیت کشور تحت پوشش یکی از صندوق‌های حمایتی قرار دارند، گرچه کیفیت خدمات درمانی در صندوق‌ها متفاوت است. باین حال نظارت کافی بر کیفیت خدمات درمانی از سوی خریدار خدمت که بیمه‌ها هستند به طور کامل وجود ندارد. به گونه‌ای که هم کیفیت خدمات، رضایت استفاده‌کنندگان خدمت را تأمین نمی‌کند و هم در برخی موارد تعرفه‌های دولتی رعایت نمی‌شود. از این رو پیشنهاد می‌شود:

۱. بیمه همگانی پایه در کشور پایه‌گذاری گردد و خدمات پایه به صورت یکسان برای همه باشد.
۲. ارائه خدمات تکمیلی بی‌عدالتی نیست زیرا هر کس پول بیشتری بدهد از مزایای بیشتری بهره‌مند می‌شود.

۲-۳ ارزیابی خدمات درمانی براساس اصل مشارکت

مشارکت مالی بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت در تأمین هزینه‌های خدمات درمانی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است و بیمه‌شده را در پرداخت هزینه‌های درمانی شریک کرده تا از انجام اقدامات درمانی زائد و غیرضروری بازدارد.

طبق ماده (۹۰) برنامه چهارم توسعه بر مشارکت عادلانه 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 درمانی استفاده می‌کنند فرانشیز پرداخت می‌کنند. اما در حال حاضر به‌علت رایگان بودن خدمات درمانی تأمین اجتماعی برخی بیمه‌شدگان مراجعات غیرضروری دارند و هزینه اضافی را به مراکز ارائه‌کننده خدمت تحمیل می‌کنند که این وضعیت عادلانه نیست و به نوعی تضییع حقوق دیگر بیمه‌شدگانی است که به این خدمات دسترسی ندارند.

اکنون براساس قانون، تمامی بیمه‌شدگان و مستمری‌بگیران به‌صورت رایگان از خدمات درمانی تأمین اجتماعی استفاده می‌کنند. این صندوق در سراسر کشور بیش از هفتاد بیمارستان و سیصد کلینیک، پلی کلینیک و دی کلینیک دارد (قآنی، ۱۳۸۹: ۱۴).

برخلاف کارگرانی که خدمات درمانی را به‌صورت مستقیم و غیرمستقیم دریافت می‌دارند، کارکنان دولت تمام خدمات را به‌صورت غیرمستقیم و از طریق مراجعه به واحدهای طرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی دریافت می‌کنند. بیمه‌شدگان لازم است در صورت مراجعه بین ۲۵-۱۰ درصد فرانشیز را برای خدمات سرپایی و بستری پرداخت نمایند. تا قبل از سال ۱۳۸۱ در صورتی که بیمه‌شدگان در موارد غیر اورژانس به واحدهای غیرطرف قرارداد سازمان بیمه خدمات درمانی مراجعه می‌کردند، مخارج پزشکی براساس تعرفه‌های مصوب به بیمه‌شدگان بازپرداخت می‌شد. اما از سال ۱۳۸۲ به بعد بیمه‌شدگان به‌جز موارد اورژانسی در صورت مراجعه به واحدهای غیرطرف قرارداد تمامی هزینه‌های درمانی را باید خود پرداخت کنند.

بر مبنای ماده (۱۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، منابع مالی بیمه خدمات درمانی روستائیان از محل حق بیمه سرانه (سهم بیمه شده) و کمک‌های مستقیم دولت تأمین می‌شود. میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستائیان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق بیمه سرانه شهرنشینان تعیین شده که ۵۰ درصد آن طبق مصوبه هیئت وزیران، به عهده دولت گذاشته شد. اما به دلیل عدم استقبال روستائیان و عشایر، دریافت حق بیمه از روستائیان عملاً منتفی شد و به جای آن فرانشیز خدمات درمانی ۲۵ درصد افزایش یافت. به بیان دیگر به جای مشارکت بیمه شده در تأمین منابع، مشارکت بیمار مدنظر قرار گرفت. حذف حق بیمه و افزایش فرانشیز از مهم‌ترین نواقص بیمه درمان روستائیان است. تقریباً نیمی از بیمه‌شدگان به صورت حمایتی تحت پوشش درمان هستند مانند روستائیان و مددجویان بهزیستی که هیچ مبلغی را به صورت سرانه پرداخت نمی‌کنند و این با اصل مشارکت در نظام بیمه درمانی همخوانی ندارد.

با توجه به هزینه‌های روزافزون درمان، در صورت قطع شدن حمایت‌های دولت، سلامت نیمی از جمعیت ایران با چالش روبه‌رو خواهد شد. از این رو ضروری است سازمان بیمه خدمات درمانی با مشارکت روستائیان برای کاهش هزینه‌های پرداخت از جیب روستائیان و افزایش رضایتمندی آنان، نسبت به تشکیل صندوق بیمه تکمیلی اقدام کند (فیاضی، ۱۳۸۷: ۲۴۲).

برای دریافت حق بیمه از روستائیان سازوکار اجرایی و ابزار قانونی مشخصی تعیین نشده است. بنابراین صندوق بیمه درمان روستائیان در حال حاضر به عنوان واسطه انتقال کمک‌های دولت به افراد زیرپوشش است که هنوز نتوانسته مشارکت مردم را برای پرداخت حق بیمه جلب کند (کریمی، ۱۳۸۶: ۱۰۰).

توجه به مقتضیات جمعیتی، فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی روستاها اهمیت دارد. پوشش بیمه اجتماعی یا بیمه درمان در روستاها باید به صورت تدریجی و چندمرحله‌ای انجام گیرد و در هر مرحله بخشی از جمعیت را با مشخصات شغلی یا جغرافیایی معین پوشش دهد. همچنین بهره‌گیری از مشارکت نهادهای اجرایی مرتبط با مردم (در صورت نیاز ایجاد آنها) برای پوشش گروه‌های جمعیتی، تعیین قدرت پرداخت خانوارها و افراد،

تعیین نرخ حق بیمه و در نهایت دریافت حق بیمه مناسب از جمعیت هدف اهمیت دارد (همان: ۱۵۳). برای اجرای بیمه سلامت روستائیان لازم است اقداماتی از قبیل شناسایی افراد و خانوارهای مشمول طرح، شناسایی منابع درآمدی و قدرت پرداخت آنان و نیز دریافت حق بیمه و پیگیری و استمرار آن با مشارکت مقامات محلی انجام شود. همچنین تخصیص بخشی از درآمدهای محلی به صندوق بیمه سلامت و به طور کلی جلب اعتماد، همراهی و مشارکت روستائیان در اجرای طرح بیمه سلامت جز با مشارکت فعال نهادهای مردمی و مقامات دولتی مستقر در روستاها ممکن نخواهد بود (همان: ۱۶۲).

بی‌اعتمادی افراد تحت پوشش (سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی) در دریافت خدمات باعث عدم مشارکت مردم جامعه می‌شود. همچنین سرگردانی افراد تحت پوشش بیمه‌ای بین مطب‌های پزشکان عمومی، خصوصی و مراکز درمانی دولتی - آموزشی و هزینه زیاد آزمایشات تشخیصی چندباره برای سازمان بیمه‌ای یا پرداخت از جیب ازسوی خود بیمار، به علت نبود نظام ارجاع در ساختار بیمه درمانی، دلیل دیگر بی‌اعتمادی آنهاست (قابل جو، ۱۳۷۷: ۱۸).

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 است. 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 (تامپسون، ۱۳۸۳: ۷۹). 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 خطرها 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 (ابوالشمس اصغری، ۱۳۸۵: ۴۲). این

اصل نیز به طور کامل رعایت نشده است. بنابراین پیشنهاد می‌شود، سرانه بیمه روستائیان در قالب طرح هدفمندی یارانه‌ها از طریق یارانه نقدی که در اختیار آنها قرار می‌گیرد از آنها کسر و به صندوق بیمه‌ای واریز گردد تا بحث مشارکت روستائیان 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 مختلف در آن متناسب نیست و این بدان معنی است که اصل مشارکت رعایت نشده است (دانش دهکردی، ۱۳۸۴: ۸۴).

۳ نتیجه‌گیری و پیشنهادها

پژوهش حاضر نشان‌دهنده این است که چالش‌های اساسی در نظام بیمه سلامت کشور یا آنچه در کشور بیمه خدمات درمانی نامیده می‌شود، وجود دارد. بالا بودن هزینه‌های بهداشتی - درمانی، نامتناسب بودن تعرفه‌های پزشکی با تورم، توزیع مسئولیت بیمه‌های درمانی به‌رغم تصویب قانون بیمه همگانی، ناکافی بودن درآمدهای سازمان‌های بیمه‌گر به‌ویژه سازمان بیمه خدمات درمانی به‌عنوان متولی اصلی، عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در بخش بیمه درمان، شفاف نبودن رویکرد بیمه‌ای در داخل سازمان‌های بیمه‌ای، یکسان نبودن رویکرد پوشش جمعیت، نقصان در نهاد قانونگذاری بخش سلامت، نبود تعریف واحدی از بسته خدمات درمانی در سازمان‌های بیمه‌گر، عدم جامعیت خدمات درمانی در کشور، توزیع ناعادلانه خدمات درمانی، عدم برنامه‌ریزی صحیح برای تحقق اصل مشارکت، وجود تبعیض در ارائه خدمات درمانی به بیمه‌شدگان، عدم پوشش صددرصدی بیمه درمان به آحاد جامعه و دور شدن از اصل عدالت. به نظر می‌رسد با وجود اصل (۲۹) قانون اساسی، عموم مردم توقعی یکسان از مزایای این اصل داشته باشند. تقسیم مردم به اقشار مختلف و اقدام به بیمه درمان با روش‌های متفاوت و مزایای غیرهمگون ضمن اتلاف منابع در سازمان‌های ستادی و نظارتی متفاوت، می‌تواند در آینده‌ای نزدیک مشکل تفکر

طبقاتی در این امر حیاتی را شاهد باشد. عدم شفافیت و نامتناسب بودن بسته‌های ارائه شده و کمبود منابع مالی، علت اصلی عدم ارائه خدمات درمانی با کیفیت و کمیت مطلوب است. ناتوانی سازمان‌های بیمه‌گر در انجام تعهدات خود، صندوق‌های متعدد خالی و بدهکار و پرداخت هزینه‌های گزاف اداری برای حفظ آنها و ... گویای این واقعیت است که به منظور توفیق در امر بیمه سلامت، می‌بایست نگاهی اساسی در این زمینه انجام گیرد و به این فرضیه که حدود وظایف و تکالیف دولت در زمینه خدمات درمانی تعریف نشده است، مهر تأییدی زده می‌شود چرا که «تکالیف دولت در زمینه مالکیت، تصدی‌گری، مدیریت و نظارت در بیمه خدمات درمانی پایه، به‌طور شفاف بیان نشده است» (کریمی، ۱۳۸۰: ۸۳).

بنابراین پیشنهاد می‌شود:

۱. مشارکت مالی بیمه شده به‌صورت فرانشیز در زمان مصرف خدمات، مشارکتی فعال و تأثیرگذار در صرف هزینه‌هاست. با توجه به ضرورت اصلاحات مبتنی بر تغییر رویکرد بیماری‌گرا به سلامت‌گرا، باید آموزش‌های بهداشتی را در جامعه سرمایه‌گذاری کرد. با حذف فرانشیز در زمان انجام خدمات پیشگیری و کاهش فرانشیز خدمات سرپایی؛ ضمن حفظ سلامت مردم و بیمه‌شدگان، می‌توان از افزایش هزینه‌های سنگین بستری جلوگیری و در هزینه‌ها صرفه‌جویی نمود.
۲. خدمات تحت پوشش بیمه همگانی سلامت با روش غیرمستقیم و از طریق خرید خدمات از ارائه‌کنندگان آن از سه بخش دولتی، خصوصی و عمومی با اعمال نظام ارجاع در اختیار بیمه‌شدگان قرار گیرند.
۳. پوشش خدمتی سازمان‌های بیمه‌ای در کشور پاسخ‌گوی نیاز مردم نیست، بنابراین لازم است بسته خدمات پایه درمانی از طرف شورای عالی سلامت به‌عنوان بسته حداقلی نیازهای ضروری، تعریف و در اختیار افراد قرار گیرد.
۴. ارائه بسته‌های خدمات بیمه درمانی مکمل، به معنای کاهش پوشش خدماتی بیمه

درمان نیست. در این باره لازم است ضمن تدوین الگوی مصرف خدمات پزشکی با اولویت اقشار آسیب‌پذیر به اصولی مانند اختیاری بودن خدمات، توانایی پرداخت و قابلیت انتخاب اختیاری خدمات تحت پوشش بیمه درمان مکمل توجه شود. به‌عنوان مثال در هلند بیمه خصوصی، پوشش بیمه‌ای اختیاری را در سطح سوم خدمات درمانی ارائه می‌دهد.

۵. ادغام صندوق‌های بیمه‌های درمانی در اتحادیه ملی صندوق‌های بیمه‌های درمانی. مثلاً یونان متمرکزترین نظام خدمات درمانی را در دنیا دارد که حدود ۱۰۰ درصد جمعیت را پوشش می‌دهد و در سطح ملی سازمان‌دهی می‌شود.

۶. تأمین پوشش ۱۰۰ درصدی در کشور با بیمه اجباری و همگانی. مثلاً تمام جمعیت آلمان (تقریباً ۹۹/۹۹ درصد) تحت پوشش بیمه هستند. ۹۹ درصد از جمعیت اسپانیا توسط نظام اجباری پوشش داده شده‌اند و در ژاپن نیز همه افراد به‌طور اجباری توسط نظام‌های بیمه عمومی تحت پوشش قرار می‌گیرند.

۷. امکان دسترسی همه اقشار جامعه به خدمات درمانی به‌طور یکسان. به‌عنوان مثال نظام سلامت انگلستان بر خدمات ملی بهداشت استوار است که بدون دریافت هیچ وجهی ارائه خدمات به همه افراد را به عهده دارد. در ترکیه نیز بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی درمانی محلی و دولتی، دسترسی به خدمات پزشکی ضروری را بدون پرداخت هیچ هزینه‌ای فراهم کرده‌اند.

منابع و مأخذ

۱. استوار سنگری، کورش (۱۳۸۷). *حقوق تأمین اجتماعی*، تهران، چاپ دوم، نشر میزان.
۲. ابوالشمس اصغری، بهناز (۱۳۸۵). «مطالعه تطبیقی بسته خدمات سلامت سازمان‌های ارائه‌کننده بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و پیشنهاد بسته خدمتی برای ایران»، تهران، دانشگاه علوم و تحقیقات تهران.
۳. اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۱۲/۲۴ هیئت وزیران.
۴. تامپسون، لارنس (۱۳۸۳). *سالمندی و خردمندی*، ترجمه زهره کسایی، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۵. دانش دهکردی، نوشین (۱۳۸۴). *تحلیل قانون بیمه همگانی خدمات درمانی*، تهران، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۶. _____ (۱۳۸۴). *بیمه همگانی خدمات درمانی از منظر قانون*، تهران، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۷. زارع، محمدحسین (۱۳۸۴). *بیمه درمان مکمل*، تهران، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۸. _____ (۱۳۸۴). *بیمه درمان پایه*، تهران، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۹. _____ (۱۳۸۴). *راهنمای خصوصی‌سازی بیمه درمان*، تهران، جلد دوم، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۱۰. _____ (۱۳۸۴). *نظام سلامت در دنیا*، تهران، جلد دوم، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۱۱. زارع، محمدحسین و سیدقاسم صمیمی‌فر (۱۳۸۷). «مروری بر پوشش بیمه خدمات درمانی و برخورداری از خدمات در سازمان بیمه خدمات درمانی»، فصلنامه *تأمین اجتماعی*، سال هشتم، ش ۲۶ و ۲۷.
۱۲. عراقی، سیدعزت‌اله و دیگران (۱۳۸۶). *درآمدی بر حقوق تأمین اجتماعی*، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۱۳. طریقت منفرد، محمدحسن، علی اخوان بهبهانی و علی حسن‌زاده (۱۳۸۷). *اصول و مبانی سیاست ملی سلامت (مطالعه تطبیقی)*، تهران، دفتر مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های مرکز شورای اسلامی.
۱۴. فیاضی، مرتضی (۱۳۸۷). *هم‌اندیشی در بیمه درمان روستائیان*، تهران، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.

۱۵. قآنی، حسین (۱۳۸۹). «اخذ فرانشیز از بیمه‌شدگان برای پوشش بیماری‌های صعب‌العلاج»، تهران، روزنامه ایران، ش ۳۰۰.
۱۶. قابل، احمد (۱۳۸۳). *اسلام و تأمین اجتماعی*، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۱۷. قابل‌جو، منیژه (۱۳۷۷). «مطالعه تطبیقی نظام بیمه خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران»، رساله دکتری رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران.
۱۸. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، مصوب ۱۳۷۳.
۱۹. قانون تأمین اجتماعی، مصوب ۱۳۵۴.
۲۰. کریمی، مظفر (۱۳۸۰). «جایگاه بیمه خدمات درمانی در نظام جامع تأمین اجتماعی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال سوم، ش ۱۰.
۲۱. _____ (۱۳۸۶). *بیمه درمان روستائیان*، تهران، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۲۲. مسعوداصل، ایروان (۱۳۸۸). *نظام رفاه اجتماعی در جهان*، تهران، دفتر مطالعات اجتماعی، مرکز پژوهش‌های شورای اسلامی.
۲۳. محمدی، پوران (۱۳۸۹). «حرکت لاک‌پشتی بیمه روستائیان»، روزنامه جام‌جم، یکشنبه ۴ مهر.
۲۴. مسلمی، عبدالرضا (۱۳۸۴). «شناخت جامعه روستایی ایران از دیدگاه تأمین اجتماعی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال هفتم، ش ۲۰.
۲۵. نصیری، مراد (۱۳۸۸). *بررسی میزان دسترسی بیمه‌شدگان اداره کل بیمه خدمات درمانی استان ایلام به خدمات پزشکی پایه درمان در سال ۱۳۸۷*، تهران، نشر سازمان بیمه خدمات درمانی.
۲۶. نصیری، مرتضی (۱۳۸۲). *مبانی حقوق تأمین اجتماعی در ایران*، تهران، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۲۷. وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (۱۳۸۶). *سالنامه آماری ۱۳۸۶ وزارت رفاه و تأمین اجتماعی*، تهران، انتشارات داخلی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی.
۲۸. هاشمی، سیدمحمد (۱۳۸۴). *حقوق بشر و آزادی‌های سیاسی*، تهران، نشر میزان.