

سیکو مستندی علیه بیمه درمانی امریکا

پرونده

شیوا آباء

سایرین قرار می دهد و نواری را که مکالمه و گفت و گوی میان جان ارلیش من و رئیس جمهور ریچارد نیکسون در ۱۷ فوریه ۱۹۷۱ است به نمایش می گذارد.

در فیلم شنیده می شود که ارلیش من به نیکسون می گوید: «حمایت کمتر از مردم جامعه، پول بیشتری نصیب دولت می کند.» و طرحی که نیکسون هم به آن توجه خاصی دارد ایجاد درآمد بیشتر برای خزانه دولتی است. مور در ادامه تحقیقاتش به اطلاعات و شواهد دیگری هم دست پیدا می کند؛ لابی های متعدد میان کمپانی های داروسازی و مذاکرات پنهانی و مهم افراد کنگره ایالات متحده در واشنگتن!

هیلاری کلinton در دهه ۹۰ نخستین کسی است که موفق می شود با طرح حمایت از سلامت مردم، خانواده کلinton را مطرح و به عموم مردم معرفی کند.

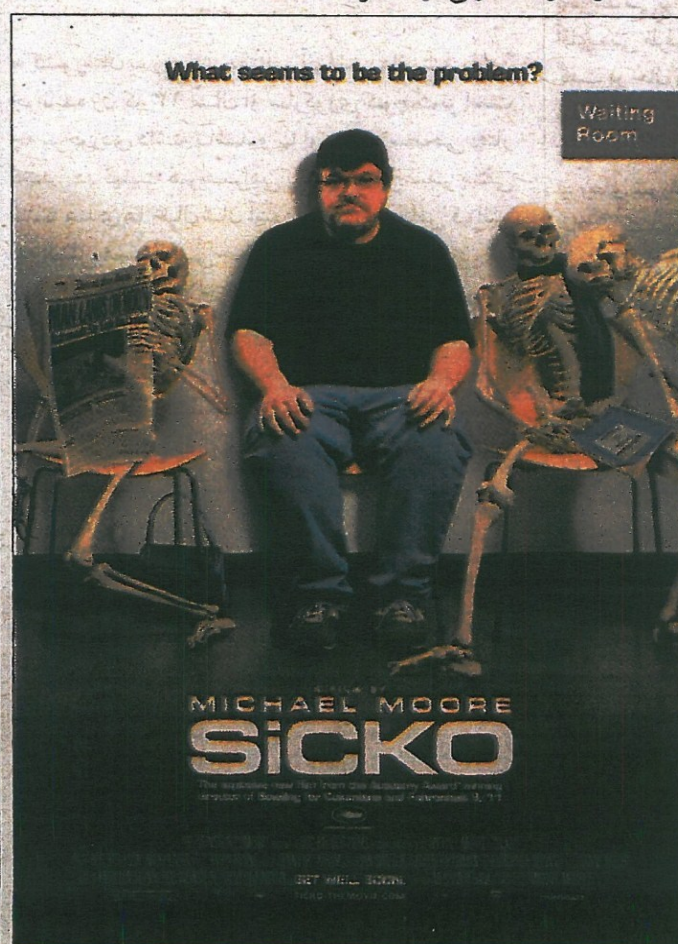
سفر دیگر سازندگان فیلم به بریتانیا است؛ یکی از کشورهای که سیستم بهداشت و سلامت رایگان را در برنامه های دولت گنجانده است.

مور با بیمارانی که در بیمارستان ها مشغول دریافت خدمات و سرویس های درمانی هستند کسانی که لبخند زدن می گویند قرار نیست هیچ پولی از جیب خود بپردازند، گفت و گو می کند. او همچنین به سراغ داروخانه های انگلیسی می رود، جایی که خدمات دارو برای افراد زیر ۱۶ سال و بالای ۶۰ سال رایگان است. در فرانسه مایکل مور به سراغ ماماها و پزشکان زنان در بیمارستان های عمومی می رود و با عده ای آمریکایی که در فرانسه زندگی می کنند، صحبت می کند.

طبق آنچه مور در فیلم نشان می دهد و مستنداتی که به دست آورده دولت فرانسه حمایت استثنایی و خاصی در زمینه اجتماعی شهروندانش دارد مانند مراقبت های روزانه که شامل پخت و پز، نظافت و نگهداری برای مادران جوان می شود. مشابه همین ماجرا در کوبا نیز مشاهده می شود، حمایت همگانی دولت از افراد جامعه در بهبود سلامت و بهداشت. بار دیگر همراه مایکل مور به ایالات متحده بازمی گردیم.

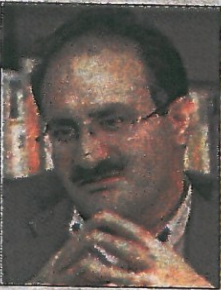
در ادامه، گفت و گوهایی نجات یافتگان حادثه ۱۱ سپتامبر را مشاهده می کنیم؛ آنهایی که داوطلبانه حاضر به صحبت شده اند و حمایت های دولت را در خصوص شرایط زندگی، درمانی و بهداشتی تکذیب کردند.

مایکل مور در بررسی شرایط متفاوت بهداشت و سلامت در کشورهای که به آنها سفر داشته تاکید اساسی روی این مساله دارد که به یک نظر کلی برسد و نتیجه گیری که از همه مشاهداتش کرده این است: «توجه و حمایت از همه بدون هیچ تفاوتی میان افراد جامعه».



چالش های بخش سلامت و بیمه های درمانی

دکتر وحید محمودی



نظام سلامت کشور هادارای چهار وظیفه معین است:
- تولید (اعمال حاکمیت دولت)
- تولید منابع (فیزیکی و انسانی)
- تامین منابع مالی
- تدارک خدمات سلامتی

در حال حاضر بخش سلامت کشور به دلیل ناکارآمدی در مدیریت منابع عمدتاً در بخش تامین منابع مالی و تدارک خدمات سلامت درگیر و از دو وظیفه اصلی تولید منابع و تولید غافل شده است. حال آنکه می توان تدارک خدمات سلامت را در قالب کاهش تصدیگری دولت به بخش های غیردولتی واگذار کرد و تامین منابع مالی را از طریق وزارت رفاه و تامین اجتماعی و مکانیسم بیمه های اجتماعی درمان از دوش وزارت بهداشت برداشت تا با فراغ بال به اعمال تولید (تدوین سیاست ها و خط مشی های مناسب، تعیین شاخص های نظارت و کنترل کیفی و کمی خدمات درمانی) و تولید منابع از طریق اولویت بندی تربیت نیروهای متخصص پزشکی و منابع فیزیکی بپردازد. غافل شدن از تولید منابع انسانی موجب بروز کمبود پزشک متخصص و ایجاد انحصار در عرضه خدمات تخصصی مورد نیاز آحاد جامعه شده و در شرایط اضطرار برای بیمارار، پدیده هایی چون زیرمیزی را موجب خواهد شد. در این بخش ناظر و مجری یکسان و سیاستگذار ذی نفع است و بدیهی است در این میان رانت های موجود برطرف نخواهد شد.

اما ساختار بیمه های درمان یا بهتر بگوییم بیمه های سلامت چیست؟ نظام های بیمه ای را در دنیا به چهار دسته تقسیم می کنند؛ بیمه های درمان مبتنی بر صندوق های پزشکی، بیمه درمان ملی، نظام طب ملی یا سلامت ملی و در نهایت نظام های ترکیبی.

ساختار بیمه درمان در کشور در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در قالب بیمه درمان ملی تعریف شده است. در این نظام حق بیمه ها به صورت سرانه تعریف شده است. در این سیستم برای هر بیمه شده در یک سال مبلغ مشخصی به عنوان سرانه تعیین می شود و بسته به اینکه بیمه شده کارمند دولت، خویش فرما، سایر اقشار یا روستایی باشد در حق بیمه مشارکت می کند که این مشارکت در خویش فرمایان به صورت کامل (۱۰۰ درصد)، در روستاییان صفر درصد و در کارکنان دولت و سایر اقشار حدود ۳۳ درصد است.

علاوه بر بیمه درمان ملی ساختار دیگری نیز وجود دارد که بیمه های اجتماعی نامیده می شود، این بیمه ها در بخش درمان به عنوان بیمه های اجتماعی سلامت فعالیت می کنند. برخلاف بیمه درمان ملی در این سیستم ها حق بیمه به صورت درصدی از مزد و حقوق بیمه شده و یا مشارکت بیمه شده، کارفرما و دولت پرداخت می شود. در حال حاضر در سازمان تامین اجتماعی این حق بیمه به صورت ۳۰ درصد مزد و حقوق بیمه شده است که هفت درصد آن را بیمه شده، ۲۰ درصد کارفرما و ۳ درصد دولت پرداخت می کند. هرچند دولت سهم مشارکت خود را به سازمان تامین اجتماعی به طور کامل تاکنون (از سال ۱۳۵۲) نپرداخته است. علاوه بر سازمان تامین اجتماعی شرکت های بیمه خصوصی نیز در کشور فعالیت دارند که محدوده فعالیت این شرکت ها در بخش بیمه درمان پایه بسیار جزئی و قابل صرف نظر کردن است. شرکت های بیمه خصوصی بیشتر در بازار بیمه های درمانی مکمل فعالیت دارند. اما مشکل موجود در پوشش بیمه ای موجود در کشور چیست؟ اگر نیم نگاهی به توزیع هزینه ها در بخش سلامت داشته باشیم ملاحظه خواهیم کرد سهم مشارکت مالی مردم در قالب پرداخت از جیب در هزینه های بخش سلامت حداقل ۵۰ درصد است که تا ۷۰ درصد نیز افزایش می یابد. سوال اینجاست که نقش بیمه های درمانی در این میان چیست؟ پرداخت بیش از ۵۰ درصد هزینه ها به وسیله بیمار (یا بیمه شده) به این معنی است که پوشش های بیمه ای درمانی موجود در کشور پاسخگو نیست. این عدم پاسخگویی از چیست؟ ماده ۹۰ برنامه چهارم توسعه در خصوص کاهش پرداخت از جیب مردم تا زیر ۳۰ درصد و هزینه های کمرشکن به زیر یک درصد، به صندوق های بیمه ای در خصوص مدیریت پرداخت مستقیم از جیب بیمار تکلیفی را محول کرده است، ادامه روند موجود در پرداخت از جیب بیمار نشان می دهد

این تکلیف به خوبی اجرا نشده است. شاید بیش از هر چیزی عدم وجود استراتژی مشخص در وزارت رفاه و تامین اجتماعی، تک بعدی نگری موجود در سازمان نظام پزشکی، درمان نگر فکر کردن وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تامین اجتماعی به رغم ادعاهای موجود در خصوص اجرای نظام ارجاع و... و بیش از هر چیزی ناهماهنگی موجود بین وزارتخانه های درگیر در بخش سلامت و بیمه های درمانی این مشکل را ایجاد کرده است. از دیگر موضوعاتی که به این مشکل دامن می زند تکروری قانونی تحمیل شده از سوی سازمان نظام پزشکی به بازار بیمه های درمانی است که بیش از هر چیزی باید مشکل را در قانون نظام پزشکی دانست. دو و چندترخی بودن یکجانبه بخش سلامت مشکلات مردم را در بخش سلامت تشدید کرده است. هرچند از وزارت رفاه و تامین اجتماعی به عنوان متولی بیمه های درمانی نیز استراتژی مشخصی مشاهده نشده است. گویا این وزارتخانه تمام هم و غم خود را در گسترش بخش حمایتی جست و جو می کند؛ نکته ای که به صراحت در مقاله های علمی و دیدگاه های سازمان های جهانی به عنوان استراتژی نامناسب برای کمک به فقرا تلقی شده است.

اما راهکار برون رفت از این بن بست چیست؟ به نظر می رسد توافق جمعی بر پوشش همگانی است. در تعریف پوشش همگانی آمده است: «دسترسی به مداخلات کلیدی سلامت، ارتقای سلامت پیشگیرانه، خدمات درمانی و بازتوانی برای همگان با هزینه منطقی و قابل قبول» صرف نظر از توانایی پرداخت آنان، که از این طریق عدالت در دسترسی را به ارمغان می آورد. تجارب جهانی نشان می دهد، پایداری منابع برای سلامت زمانی حاصل می شود که این منابع مستقیماً به مردم وصل باشد. در بسیاری از کشورها به علت تزلزل مدیریتی و ناپایداری دولت ها منابعی که از طریق دولت ها تخصیص داده می شود (چه به صورت منابع عمومی و چه به شکل یارانه) از استمرار برخوردار نبوده و چه بسیار برنامه هایی که به علت تغییر دولت ها به بوته فراموشی سپرده می شوند. به همین دلیل است که راهبرد «بیمه اجتماعی» در دستیابی به پوشش همگانی توسط مجمع جهانی سلامت به تصویب رسیده است. این بیمه ها بر اصولی به شرح زیر استوار است: همبستگی اجتماعی: عبارت است از احساس وحدت، وابستگی به یکدیگر و انجمن بین اعضای یک جامعه و مفهوم آن ترجیح علایق مشترک یک جامعه بر علایق و انگیزه های فردی است. به مصداق فرموده شیخ اجل سعدی شیرازی «بنی آدم اعضای یک پیکرند، که در آفرینش ز یک گوهرند، چو عضوی به درد آورد روزگار، دگر عضو ها را نماند قرار» منظور از همبستگی احساس نیکوکاری و حس مشترک مسوولیت جهت تامین مراقبت های سلامت برای اقشار خاص اجتماعی مانند سالمندان، فقرا و اشخاص مبتلا به بیماری های مزمن است و از این طریق است که قانون اعداد بزرگ جاری شده و نرخ حق بیمه مبتنی بر جامعه در مقابل نرخ حق بیمه مبتنی بر تجارب فردی شکل می گیرد.

یارانه متقاطع: به دنبال همبستگی اجتماعی، در یک گروه بزرگ و متحد، انتقال یارانه از دارا به ندار، سالم به بیمار، جوان به پیر، غنی به فقیر و... صورت می پذیرد.

اجبار قانونی: در جهت اجرای دو اصل پیشین و به منظور جلوگیری از فرار بیمه ای اقشار برخوردار جامعه، کلیه تحصیل کنندگان درآمد موظف می شوند با پرداخت بخشی از درآمد خود به عضویت صندوق بیمه های اجتماعی درآیند.

هدف از طراحی بیمه اجتماعی سلامت بهبود بخشیدن به سطح سلامت از طریق ایجاد دسترسی به خدمات سلامت با دستیابی به پوشش همگانی، تامین مراقبت های مناسب و باکیفیت است. بدیهی است اجرای این اصول بیش از هر چیز نیاز به عزم و اراده جدی وزارت رفاه و تامین اجتماعی و توفیق ظرفیت اجرایی این وزارتخانه تا سطح سازمان های مرتبط دارد. موضوع دیگری که لازم است در این خصوص مورد توجه قرار گیرد اصلاح قانون نظام پزشکی کشور و اجازه تعریف تعرفه ها به وزارت رفاه و تامین اجتماعی است. هر چند عدم دخالت وزارت رفاه در اجرای طرح هایی چون درمانگاه های معین و اراده جدی وزارت بهداشت در اجرای نظام ارجاع در شهرها و روستاهای کشور است؛ موضوعی که تاکنون به هر دلیلی به تاخیر افتاده است. توصیه اکید به وزارت رفاه و تامین اجتماعی نیز عدم اجرای هر نوع طرح شایسته و بدون پشتوانه های کارشناسی و دیدگاه های علمی و جهانی است؛ موضوعی که در فعالیت های اخیر این وزارتخانه کمتر به چشم می خورد.