



بررسی روند واگذاری سهم درمان (یا پورسانتاژ) به برخی کارفرمایان*

دکتر مسعود فردوسی^۲

چکیده

اگر چه امکان واگذاری تعهدات درمانی به کارفرمایان از همان ابتدای تشکیل سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به عنوان یکی از راه‌های ارائه خدمات درمانی مد نظر قرار گرفت، اما تحلیل اقتصادی این شرایط همواره در حاله‌ای از ابهام قرار داشت. به نظر می‌رسد هیچگاه در ایران مطالعه اقتصادی جامعی در این باره انجام نشده باشد. شاید علت این امر محدود بودن متقاضیان استفاده از این قانون بوده که در نهایت تأثیرات اجرای آن را بر منابع و مصارف سازمان ناچیز و بی‌اهمیت می‌ساخته است. هدف از این پژوهش مطالعه وضعیت گردش مالی در طرح واگذاری درمان و بررسی اثرات آن بر منابع و مصارف سازمان تأمین اجتماعی در دوران اشتغال و مستمری‌بگیری کارکنان مشمول طرح بود.

این پژوهش در سه مرحله به انجام رسید. در هر مرحله از طرح بر اساس اهداف پیش‌بینی شده، روش اجرایی متناسبی در نظر گرفته شد. مرحله اول طرح بررسی ویژگی‌های

* این طرح تحقیقاتی در مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی انجام پذیرفته است.

۱. پزشک عمومی، دانشجوی دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

دموگرافیک کارکنان و کارگاه‌های پورسانت‌آزی به ویژه در استانهای تهران و اصفهان بود. در مرحله بعدی میانگین هزینه‌های درمانی یک خانواده در سنین اشتغال و دوران بازنشستگی در سازمان تأمین اجتماعی به روش گذشته‌نگر برآورد گردید. برای درمان مستقیم نمونه‌های آماری در بخش بستری و سرپایی (در دو استان تهران و اصفهان) و برای درمان غیرمستقیم نیز اطلاعات موجود در دفاتر اسناد پزشکی این دو استان از سال ۸۳ بکار گرفته شد. در مرحله نهایی پس از تحلیل کلیه داده‌ها، با استفاده از دیدگاه‌های کارشناسان از طریق تکنیک دلفی راهکارهای لازم ارائه گردید.

یافته‌ها: علیرغم نوساناتی در تعداد کارگاه‌های مشمول این طرح به طور میانگین در سال ۸۳، تعداد ۴۱۸۶ کارگاه مشمول طرح پورسانت‌آز بوده و تعداد کارکنان این کارگاه‌ها نیز ۱۳۱۱۴۳ نفر برآورد می‌شود (هر کارگاه به طور میانگین ۳۱ نفر) و مجموع ۷ درصد بازپرداختی به کارفرمایان بالغ بر ۲۹۰ میلیارد ریال می‌باشد. این بدان معنا است که هر کارگر به طور متوسط در ماه حقوقی در حدود ۲۶۰۰۰۰۰ ریال دریافت کرده است. اغلب کارگران مورد مطالعه مرد، متأهل، در رده سنی ۴۰ تا ۴۹ سال، زیر دیپلم، با سابقه بیمه بین ۱۰ تا ۲۰ سال و سابقه ورود به طرح پورسانت‌آز ۱۰ سال یا بیشتر بودند. بر طبق یافته‌ها در سال ۱۳۸۳ هزینه درمانی یک خانواده شاغل بیمه شده سازمان تأمین اجتماعی در حدود ۱۵۰۰۰۰۰ ریال و هزینه درمانی یک خانواده مستمری‌بگیر در حدود ۱۸۰۰۰۰۰ ریال بوده است.

از آنچه درباره تأثیرات واگذاری درمان آورده شد، چنین استنباط می‌گردد که موافقت بی‌قیدوشرط با کارفرمایان متقاضی پورسانت‌آز نمی‌تواند سیاست قابل قبولی برای سازمان باشد. سازمان می‌تواند ضمن ریشه‌یابی علل درخواست واگذاری درمان که همانا فاصله در حال افزایش بین پوشش هزینه‌ها از سوی بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی و هزینه‌های واقعی درمان است، در کوتاه مدت به اصلاح درصدهای فوق‌بپردازد تا لااقل در این میان کمتر متضرر گردد و در طولانی مدت به اصلاح مواد قانونی مرتبط در این زمینه بپردازد به گونه‌ای که با قوانین صندوق‌های بیمه‌ای کشورهای مترقی هماهنگ باشد و حتی‌الامکان از بازگشت افراد خارج شده از صندوق جلوگیری نماید.

واژگان کلیدی

سازمان تأمین اجتماعی، واگذاری درمان، کارفرمایان، پورسانت‌آز

۱. مقدمه

اگر چه امکان واگذاری تعهدات درمانی به کارفرمایان از همان ابتدای تشکیل سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به عنوان یکی از راه‌های ارائه خدمات درمانی مد نظر قرار گرفت، اما تحلیل اقتصادی این شرایط همواره در حاله‌ای از ابهام قرار داشت. به نظر می‌رسد هیچگاه در ایران یک مطالعه اقتصادی جامع در این باره انجام نشده باشد. شاید علت این امر محدود بودن متقاضیان استفاده از این قانون بوده که در نهایت تأثیرات اجرای آن را بر منابع و مصارف سازمان ناچیز و بی‌اهمیت می‌ساخته است.

مسئله واگذاری درمان لااقل از نظر قانونی قدمتی برابر سازمان تأمین اجتماعی دارد، اما دو مسئله باعث نمود بیشتر اهمیت آن در سال ۱۳۸۳ گردید. اول آنکه آمارها نشان می‌داد در طی سال ۸۲ تعداد کارگاه‌های واگذاری درمان با افزایش قریب به صد در صد مواجه شده و از حدود ۲۲۰۰ کارگاه در سال ۸۰ به نزدیک ۴۵۰۰ کارگاه در نیمه اول سال ۸۲ رسیده است. در ثانی میانگین تعداد کارکنان کارگاه‌ها کاهش چشمگیری داشت.

با توجه به اینکه بعد اقتصادی همواره یکی از پایه‌های اساسی بیمه، چه در بیمه‌های اجتماعی و چه در بیمه‌های بازرگانی محسوب می‌شود، لازم بود تأثیر طرح واگذاری درمان بر روی منابع و مصارف سازمان مورد بررسی قرار گیرد.

۲. اهداف پژوهش

۲-۱. هدف کلی

مطالعه وضعیت گردش مالی در طرح واگذاری درمان و بررسی اثرات آن بر منابع و مصارف سازمان تأمین اجتماعی در دوران اشتغال و مستمری‌بگیری کارکنان مشمول طرح

۲-۲. هدف آرمانی

کاهش تأثیرات منفی واگذاری درمان با اتخاذ راهکارهای مناسب و رعایت صرفه و صلاح گروه‌های ذی نفع

۲-۳. اهداف اختصاصی

۱. تعیین حجم گردش مالی طرح بین سازمان، کارفرما و شرکت‌های بیمه بازرگانی در سال ۱۳۸۳

۲. تعیین ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان دستگاه‌های مشمول طرح از نظر رده شغلی، سطح تحصیلات و میانگین درآمد
۳. تعیین تاثیر روند فعلی واگذاری درمان بر منابع و مصارف سازمان در دوران اشتغال به کار کارکنان مشمول طرح
۴. تعیین تاثیر روند فعلی واگذاری درمان بر منابع و مصارف سازمان در دوران بازنشستگی کارکنان مشمول طرح
۵. تعیین شاخص‌های نظارتی مفید و موثر برای سازمان جهت کنترل آماری و اطلاعاتی فرآیند

۳. روش اجرا

این پژوهش در سه مرحله به شرح زیر انجام شد.

- الف:** گام اول طرح بررسی ویژگی‌های دموگرافیک کارکنان و کارگاه‌های پورسانتاژی بود. در این بخش تنها به جمع‌آوری اطلاعات اختصاصی در استانهای تهران و اصفهان اکتفا گردید. برای جمع‌آوری داده‌های لازم در مرحله اول طرح در سه سطح اقدام گردید:
- در سطح اول اطلاعات کشوری طرح پورسانتاژ شامل تعداد کارگاه‌ها، تعداد کارکنان و مبلغ ۷٪ واگذاری از روی فرم‌های وصولی ماهانه در سال ۸۳ استخراج گردید.
 - در سطح دوم اطلاعات کارگاه‌های پورسانتاژی استان تهران شامل نام کارگاه، تعداد کارکنان و کل مبلغ ۷٪ ماهیانه برای هر کارگاه جمع‌آوری گردید.
 - در سطح سوم اطلاعات ۴ کارگاه پورسانتاژی استان اصفهان که به صورت تصادفی انتخاب شده بود، به صورت کامل و به همراه داده‌های دموگرافیک آنها گردآوری شد.
- در انجام این مرحله از تحقیق یک پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که روایی آن توسط جمعی از کارشناسان و افراد صاحب‌نظر مورد تایید قرار گرفت. این پرسشنامه شامل دو فرم الف و ب بود. (پیوست شماره ۱)
- در «فرم الف» سئوالاتی درباره شناسه‌های کارگاه و نحوه ارائه خدمات درمانی به کارگران بعد از واگذاری آن به کارفرما مطرح شده است. «فرم ب» به ویژگی‌های دموگرافیک کارگران شاغل در آن کارگاه اختصاص دارد و حاوی سئوالاتی پیرامون مدرک تحصیلی، حقوق و دستمزد مشمول کسر حق بیمه در اسفند ۸۳ و سابقه اشتغال به کار هر یک می‌باشد.

برای تکمیل این فرم‌ها ابتدا با اداره کل تأمین اجتماعی استان هماهنگی و از آن طریق فرم‌ها به شعب مربوطه ارسال گردید. سپس با پیگیری در سطح رئیس و مسئول درآمد شعبه، فرم‌ها به کارگاه‌های پورسانت‌آزی مورد نظر ارسال و در نهایت با تکمیل فرم‌ها از طریق شعب به مجری پروژه برگردانده شد. نتایج فرم‌ها با نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

برای جمع‌آوری اطلاعات لازم از شرکت‌های بیمه بازرگانی، با مراجعه حضوری و مصاحبه نیمه ساختمند اطلاعات لازم بدست آمد. هم‌چنین داده‌های آماری با مراجعه به کتابخانه بیمه مرکزی و سالنامه‌های منتشره بیمه مرکزی حاصل گردید.

ب: در گام بعدی اطلاعات لازم از قبیل میانگین هزینه‌های درمانی یک خانواده در سنین اشتغال و دوران بازنشستگی در سازمان تأمین اجتماعی بر اساس نمونه‌گیری (برای درمان مستقیم) و نیز اطلاعات موجود در دفاتر اسناد پزشکی (برای درمان غیرمستقیم) به روش گذشته‌نگر برآورد گردید.

این مرحله از پژوهش به صورت گذشته‌نگر و مربوط به آمار و اطلاعات سال ۸۳ بود. بخشی از اطلاعات مربوط به حوزه‌های ستادی سازمان تأمین اجتماعی و بخشی مربوط به حوزه‌های صفی بود که توضیح هر یک در پی می‌آید.

در این مرحله از طرح به طور کلی ۳ دسته از اطلاعات مورد نیاز بود:

- اطلاعات مربوط به ۷٪ بازپرداختی و ۲٪ درآمد بیمه‌ای سازمان از کارگاه‌های پورسانت‌آزی در سال ۸۳

- اطلاعات مربوط به تعداد و بعد خانوار بیمه‌شدگان مستمری‌بگیر و کل بیمه‌شدگان سازمان

- اطلاعات مربوط به هزینه‌های درمانی افراد مستمری‌بگیر و غیرمستمری‌بگیر در سال ۸۳

اطلاعات مربوط به بند اول در مرحله اول طرح جمع‌آوری گردید. داده‌های لازم در بند دوم نیز از ستاد مرکزی سازمان، ادارات کل تأمین اجتماعی تهران و اصفهان بدست آمد.

در باره اطلاعات بند سوم هزینه‌های بستری بیمه‌شدگان سازمان در نظام درمان مستقیم (بیمارستان‌های ملکی سازمان) با روش نمونه‌گیری و هزینه‌های درمان غیرمستقیم از طریق دفاتر اسناد پزشکی این دو استان جمع‌آوری شد.

از آنجا که هدف ما تعیین مقدار هزینه صرف شده از سوی سازمان تأمین اجتماعی برای دو گروه شاغل و مستمری‌بگیر بود، از لحاظ متدولوژیک باید در بخش درمان مستقیم قیمت تمام شده هر خدمت^۱ را در مورد استفاده ضرب و برای هر گروه محاسبه می‌کردیم، اما چون قیمت تمام شده خدمات قبلاً محاسبه نشده، امکان استفاده از این روش وجود نداشت. در این مطالعه ما به ناچار کارکرد مراکز درمانی ملکی را که براساس تعرفه‌های رسمی تعریف شده، ملاک محاسبه قرار دادیم. بدین ترتیب سه بیمارستان تأمین اجتماعی استان اصفهان و سه بیمارستان تأمین اجتماعی از استان تهران انتخاب و نمونه‌هایی به طور تصادفی و از ماه‌های مختلف سال جمع‌آوری گردید.

از استان تهران بیمارستان‌های هدایت، لواسانی، شریعت رضوی و از استان اصفهان بیمارستان‌های شریعتی، غرضی، حضرت فاطمه‌الزهررا(س) نجف‌آباد انتخاب شدند. انتخاب این دو استان از آن رو بود که مطالعات مرحله اول نیز به طور عمده در این دو استان صورت گرفت و لذا از جهت مطابقت هزینه و درآمد، امکان مقایسه فراهم بود. خوشبختانه در بخش درمان غیرمستقیم این ابهام وجود نداشت، زیرا سازمان همان صورت حساب مراکز درمانی طرف قرارداد را می‌پردازد. برای دستیابی به هزینه‌های درمان غیرمستقیم در بخش سرپایی پس از هماهنگی با مسئولان دفتر اسناد پزشکی تهران و اصفهان به نسخ مربوط به سال ۸۳ در انبار نگهداری نسخ مراجعه و با توجه به فراوانی استفاده از خدمات درمانی (نظیر مراجعه به پزشک، داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی، ام.آر.آی^۲، سی‌تی‌اسکن^۳) نمونه‌های لازم به صورت راندام انتخاب گردید.

نمونه‌ها براساس نوع بیمه مندرج در برگه نسخه به دو گروه مستمری‌بگیر و غیرمستمری‌بگیر تقسیم‌بندی شدند. لازم به ذکر است که در گروه مستمری‌بگیران در عمل علاوه بر افراد بازنشسته که گروه هدف ما محسوب می‌شد، گروه‌های دیگری نیز بودند (مانند از کارافتادگان) که خوشبختانه درصد کمی را تشکیل می‌دهند و تأثیر آنها و بر روی نتیجه محاسبات قابل اغماض بود. پس در تمام طول این مطالعه گروه مستمری‌بگیران معادل بازنشستگان در نظر گرفته شده است.

-
1. Cost Accounting
 2. C.T.Scan
 3. MRI

در بخش بستری درمان غیرمستقیم از آنجا که نوع گروه بیمه‌ای (اجباری، مستمری‌بگیر...) در اسناد موجود قید نشده بود، از آیت «بیمه مکمل» استفاده شد. زیرا افراد مستمری‌بگیر از بیمه مکمل برخوردارند. خاطر نشان می‌سازد علاوه بر مستمری‌بگیران، همکاران سازمان نیز از بیمه مکمل برخوردارند. برای برآورد این گروه در یک نمونه ۱۰۰۰ تایی از اسناد بستری استان اصفهان تعداد پرونده‌های مربوط به همکاران سازمان سرشماری گردید که ۱۳ مورد را شامل می‌شد (۱.۳٪ کل موارد) و نادیده تلقی گردید.

در بخش سرپایی درمان مستقیم با توجه به گستردگی این مراکز و هزینه بالای نمونه‌گیری به داده‌های موجود در واحد اقتصاد درمان سازمان رجوع شد و بر اساس سهم این بخش از کل هزینه‌های درمانی سازمان اقدام گردید.

ج) در مرحله نهایی پس از جمع‌آوری و مقایسه کلیه داده‌ها، با استفاده از نقطه نظرات کارشناسان از طریق تکنیک دلفی به پرسش‌های پژوهش پاسخ داده شد.

۴. مروری بر متون

۱. در تحقیقی که ابوحمدهان پیرامون «الگوی خصوصی سازی بیمه درمان براساس تجربیات کشورهای منتخب» انجام داده، مواردی چون نیاز به استفاده از بیمه درمان خصوصی و دلایل آن ذکر شده است و سپس در چند کشور مانند انگلستان، فرانسه، آمریکا،... به بررسی بیمه خصوصی درمان و ضوابط آن، خصوصیات طرح‌های بیمه خصوصی در کشورها و نقاط ضعف موجود پرداخته است (ابوحمدهان، ۱۳۸۴).

۲. در بررسی که رضوی و همکاران در اداره کل درمان مستقیم سازمان در سال ۱۳۷۷ انجام دادند، میانگین حقوق و مزایای کارکنان شاغل در کارگاه‌های پورسانت‌آزی با سایر بیمه‌شدگان سازمان مقایسه شده است. در این بررسی مشخص شده که میانگین حقوق و مزایای گروه اول بطور مشخص از گروه دوم بیشتر است. بدین ترتیب این فرضیه که کارگاه‌های درخواست کننده پورسانت‌آزی درمان بالنسبه از درآمد بیشتری برخوردارند، مورد تایید قرار گرفته است.

در نهایت این هشدار داده شده است که در صورت ادامه روند مذکور، گروه پردرآمدتر از صندوق بیمه درمان خارج می‌شود و گروه کم درآمدتر باقی می‌ماند. علاوه بر این چون

افراد خارج شده از صندوق بیمه درمان، در سن اشتغال هستند و در دوره بازنشستگی به صندوق برمی گردند، از هر دو جهت پدیده خروج نمونه‌های مطلوب یا "خامه‌گیری"^۱ اتفاق می‌افتد که در نهایت موجب تضعیف صندوق بیمه درمان خواهد شد (رضوی، ۱۳۷۷).

۳. در مطالعه‌ای که افضل‌ی در سال ۱۳۷۷ به سفارش سازمان تأمین اجتماعی با هدف تعیین بار بیماری و هزینه‌های درمانی سالمندان انجام داده است.

در مقایسه گروه سالمند و غیرسالمند مشخص شد که از مجموع کل موارد بستری ۲۹/۴ درصد مربوط به گروه سالمند و ۷۰/۶ درصد مربوط به غیرسالمند بوده است. ضمناً از مجموع موارد بستری در گروه سنی سالمند نیز حدود ۸۰٪ موارد مربوط به سالمندان جوان (۶۰ - ۷۵) سال و ۲۰٪ باقی مانده مختص سالمندان پیر یعنی بالای ۷۵ سال می‌باشد.

بر اساس آخرین سرشماری عمومی نفوس در سال ۱۳۷۵ در ایران، جمعیت بالای ۶۰ سال، ۶/۶ درصد از کل جمعیت را به خود اختصاص داده بود. از سویی دیگر و بر اساس آمار دفتر آمار و محاسبات اقتصادی - اجتماعی و شرکت خدمات ماشینی وابسته به سازمان تأمین اجتماعی، در سال ۱۳۷۷ جمعیت بیمه شده سالمند حدوداً ۴ درصد از کل جمعیت بیمه‌شدگان در تهران بزرگ را تشکیل می‌دادند. با توجه به این آمار، اختصاص یافتن حدود ۳۰ درصد از کل موارد بستری بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در تهران بزرگ به گروه سنی غیرسالمند می‌باشد. از مطالب فوق می‌توان نتیجه گرفت که سهم گروه سنی سالمندان و بخصوص سالمندان جوان در اشغال تخت‌های بیمارستانی در مقایسه با جمعیت آنان بسیار بالا است.

۵. تاریخچه و سوابق قانونی واگذاری درمان

قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران در اول دی ماه ۱۳۳۱ به تصویب مجلس رسید 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 شد. به موجب این قانون تعهدات درمانی شامل معاینات طبی، معالجات سرپایی، معالجه 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

1. Cream Skimming

سازمان گذاشته شده و سازمان مکلف شد در هر نقطه از کشور که لازم بداند بیمارستان، درمانگاه، و آسایشگاه تاسیس کند. (قانون مصوب ۱۳۳۱/۱۱/۰۳)

در سال ۱۳۳۴ قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران تغییراتی یافت و به موجب آن کلیه دارایی‌ها، ساختمان و تاسیسات بهداشتی و درمانی که از طرف وزارتخانه‌ها، مؤسسات و بنگاه‌های دولتی برای درمان کارگران تاسیس شده بود، به این سازمان منتقل شد. در این دوره تشکیلات درمان شامل "اداره کل بهداری" 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 (پورسانتاژ)

۴. امکان استفاده از مراکز درمانی غیرملکی در موارد اورژانس (خسارات متفرقه)

در واقع این اولین دوره‌ای است که در آن بحث واگذاری درمان به کارفرمایان یا پورسانتاژ را به وضوح در متن قانون پیدا می‌کنیم. قانون پورسانتاژ که در آن زمان به علت کمبود مراکز ملکی سازمان مطرح شد، با تغییرات اندکی تا زمان حاضر ادامه پیدا کرده است (حسن‌زاده، ۱۳۸۲).

موضوع واگذاری بخشی از حق بیمه به کارفرمایان از زمان تصویب قانون سابق بیمه‌های اجتماعی طبق ماده ۲۰ قانون مذکور و تحت عنوان «واگذاری انجام کمک‌ها» پیش‌بینی گردیده بود. به طوری که در سال ۵۲ قراردادی با شرکت ملی فولاد ایران در این خصوص منعقد گردید، این واگذاری در دو زمینه مطرح بود:

۱. واگذاری سهم درمان (پورسانتاژ ۷ درصد)

۲. واگذاری تعهدات کوتاه مدت (پورسانتاژ ۱ درصد)

پس از تصویب قانون تأمین اجتماعی سال ۵۴ ماده مربوطه منسوخ گردید، ولی به علت پیگیری‌های مکرر از سوی شرکت‌ها و کارگاه‌های متقاضی در جهت برقراری و تداوم قراردادهای مربوطه، تفاهم‌نامه‌هایی بین سازمان تأمین اجتماعی و شرکت‌های مذکور منعقد شد. شرکت ملی نفت در تاریخ ۵۵/۱/۱ طی بخشنامه ۳۹۰ فنی، راه آهن جمهوری اسلامی

ایران در تاریخ ۵۵/۱۰/۱ طی بخشنامه ۳۸۴ فنی و همچنین سازمان صنایع هوایمائی ایران در تاریخ ۵۷/۶/۱ از طریق انعقاد قراردادها و تفاهم نامه‌هایی در قالب «واگذاری ۸٪ وجوه مبنای کسر حق بیمه به کارفرمایان» حمایت‌های درمانی و پرداخت حمایت‌های کوتاه مدت در قالب ۱/۲۷ را نسبت به زیرمجموعه خود در ازای عدم پرداخت ۸ درصد از وجوه مبنای کسر حق بیمه، متقبل شدند.

موضوع واگذاری خدمات درمانی و خدمات کوتاه مدت به کارفرمایان برای اولین بار پس از تصویب قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ در تبصره ۲۰ بودجه سال ۷۲ لحاظ گردید که پس از آن در تاریخ ۱۳۷۳/۸/۲۵ طبق همین تبصره و همچنین تبصره ۱۴ بودجه سال ۷۳ موافقت‌نامه‌ای با وزارت نیرو جهت واگذاری ۸٪ وجوه مبنای کسر حق بیمه به کارفرمایان مربوطه تنظیم گردید.

پس از آن در اجرای تبصره بودجه پیش‌بینی شده در هر سال و در صورت تقاضای شرکت‌ها قراردادهای مربوطه منعقد می‌گردد، بطوری که در سال ۷۵ با شرکت رجاء و در سال ۷۸ با اتوبوسرانی اهواز، شهرداری اهواز و واحدهای تابعه، روزنامه خراسان، شرکت پارت لاستیک خراسان و همچنین در سال ۷۹ با منطقه آزاد کیش قراردادهایی منعقد گردید. با انعقاد قرارداد مربوطه مسئولیت ارائه کلیه خدمات درمانی مورد نیاز کارکنان و هزینه سفر و فوق‌العاده سفر و هزینه اقامت بیمار و همراه از عهده سازمان خارج و کارفرمای مربوطه موظف است، این حمایتها را راساً به افراد تحت بیمه خود ارائه نماید.

۱-۵. ماده ۷ قانون بیمه همگانی مصوب سال ۱۳۷۴

کلیه دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی و وابسته به دولت، کمیته امداد امام خمینی (ره) و اشخاص حقیقی و حقوقی در انتخاب سازمان یا شرکت‌های بیمه‌گر برای عقد قراردادهای بیمه خدمات درمانی در چارچوب موازین و مفاد این قانون مخیر می‌باشند.

۲-۵. تبصره ۱ ماده ۷ قانون بیمه همگانی

دستگاه‌های مشمول قانون تأمین اجتماعی مکلف به ارائه پیشنهاد خود و اخذ مجوز از سازمان‌های ذیربط هستند و در صورت اختلاف، مراتب جهت تصمیم‌گیری نهایی به شورایعالی منعکس خواهد شد.

۳-۵. تبصره ۲ ماده ۷ قانون بیمه همگانی

دستگاه‌های موضوع تبصره ۱، به استثنای کمیته امداد امام خمینی (ره)، موظفند ۲/۹ سهم درمان را در اختیار سازمان بگذارند تا برای درمان دوران مستمری بگیری در حساب ذخیره و لحاظ شود.

۶. روند کنونی واگذاری درمان

۱-۶. دریافت تقاضای واگذاری درمان در شعب بیمه

باتوجه به اینکه در هنگام پرداخت حق بیمه، کارگاه‌ها به شعب تأمین اجتماعی مراجعه می‌کنند و دفترچه‌های درمان سازمان نیز در محل شعبه صادر و تمدید یا تجدید می‌گردد، اولین قدم برای درخواست واگذاری درمان نیز مراجعه کارفرما به شعبه مربوطه و دادن تقاضای کتبی مبنی بر واگذاری درمان است. رئیس شعبه این درخواست را به اداره کل تأمین اجتماعی استان ارسال می‌نماید. در آنجا با صدور دستور بررسی، تقاضا به جریان می‌افتد و متعاقب آن کارفرما باید مدارکی را برای تکمیل پرونده به تقاضای خود ضمیمه کند. این مدارک عبارتند از:

۱. مشخصات کارگاه

۲. اسامی و مشخصات کارکنان

۳. امضای کارکنان مبنی بر اعلام تمایل به خروج از صندوق بیمه درمان سازمان

۴. طرح درمانی جایگزین و....

۲-۶. بررسی تقاضا در سازمان

پس از تکمیل، این پرونده برای بررسی به سازمان ارسال می‌گردد. در سازمان کمیته‌ای متشکل از افراد زیر، درخواست‌ها را بررسی و نظر کارشناسی صادر می‌کنند:

۱. نماینده معاونت درمان (در حال حاضر یکی از کارشناسان اداره کل درمان مستقیم)

۲. یک نفر از اداره کل فنی سازمان

۳. یک نفر از اداره کل درآمد سازمان

دبیرخانه این کمیته که تقاضاهای واصله را نگهداری و در نوبت بررسی قرار می‌دهد، در معاونت درمان قرار دارد. لازم به ذکر است که این کمیته به صورت خودجوش تشکیل شده و

مستند قانونی ندارد و حتی اعضاء آن به صورت شفاهی به عضویت این کمیته منصوب شده‌اند.

نظر کارشناسی این کمیته به همراه مدارک و مستندات برای تصمیم‌گیری نهایی به هیئت مدیره سازمان ارسال می‌شود و تصمیم نهایی از سوی هیئت مدیر اتخاذ می‌گردد. تاکنون برای تصمیم‌گیری درباره موافقت یا عدم موافقت با تقاضای واگذاری درمان، آئین‌نامه یا پروتکل مکتوب و مشخصی وجود ندارد، اما بنا بر اظهارات اعضاء کمیته کارشناسی، نکات زیر در هنگام بررسی تقاضای واگذاری مدنظر اعضا می‌باشد.

۱. به طور کلی سازمان به دنبال واگذاری درمان نمی‌باشد و مایل نیست بر تعداد کارگاه‌ها پورسانت‌آزی افزوده گردد.
۲. توانایی کارفرما برای تصدی خدمات بیمه‌ای درمان یکی از شروط اساسی می‌باشد و در همین راستا، طرح درمانی جایگزین کارفرما مورد توجه قرار می‌گیرد.
۳. ابراز موافقت کارکنان با خارج شدن از صندوق بیمه درمان سازمان از دیگر شروط اساسی می‌باشد، بنابراین هرگونه شکایت یا اعتراض کارکنان در این مرحله به منتفی شدن واگذاری می‌انجامد.
۴. نکته مهم دیگر محل کارگاه و میزان امکانات درمانی سازمان در آن منطقه است. طبیعتاً در جایی که سازمان امکانات درمان ملکی را ایجاد و یا با سایر ارائه‌کنندگان خدمات درمانی و تشخیصی به اندازه کافی قرارداد همکاری منعقد نموده است (مانند شهرهای بزرگ) مایل به واگذاری درمان نمی‌باشد، ولی در جایی که امکانات کمتری در اختیار دارد و سرمایه‌گذاری برای توسعه امکانات درمانی به صرفه نیست، از درخواست واگذاری استقبال بیشتری می‌کند.
۵. دخالت عوامل سیاسی و اعمال فشار بر سازمان از سوی کارفرمایان در عمل به مهم‌ترین نکته در واگذاری درمان تبدیل شده و در طول سال‌های گذشته بر نقطه‌نظرات کارشناسی و عوامل فنی پیشی گرفته است (اگرچه به ظاهر در هیچ کجا ذکری از آن به میان نمی‌آید). در واقع در پرونده غالب واگذاری‌ها به ویژه موارد برجسته، ردپای پنهان اینگونه فشارها را باید جستجو کرد.

۳-۶. انعقاد قرارداد واگذاری درمان

در صورت صدور رأی موافق از سوی هیأت مدیره سازمان، نوبت به انعقاد قرارداد واگذاری می‌رسد. این قرارداد که به امضاء ارشدترین مقام واحد متقاضی (به عنوان کارفرما) و مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی می‌رسد، حاوی زمان شروع و خاتمه قرارداد و شروط فی مابین، شرایط لغو و یا تمدید قرارداد و سایر موارد مهم است که به صورت از پیش آماده در سازمان وجود دارد و با اندکی تصرف و تلخیص مورد توافق طرفین قرار می‌گیرد. مدت این قرارداد در شروع یک سال است، ولی معمولاً در سال‌های بعد تمدید می‌شود.

پس از انعقاد قرارداد واگذاری درمان، مراتب به ادارات کل بیمه‌ای و از آنجا به شعبه مربوطه ابلاغ می‌شود. دفترچه‌های درمانی کارکنان کارگاه متقاضی توسط شعبه جمع‌آوری می‌شود و در برنامه رایانه‌ای شعبه، واگذاری درمان به کارفرما (پورسانتاژ ۷٪) با علامت خاص، مشخص می‌گردد.

۴-۶. نحوه محاسبه حق بیمه در هر ماه

در پایان هر ماه، زمانی که کارفرما (یا نماینده او) برای پرداخت حق بیمه کارکنان به شعبه مراجعه می‌کند، کارشناسان شعبه با شناسایی کارگاه به عنوان پورسانتاژ درمان، به جای ۹٪ معمول، ۲٪ را برای صندوق بیمه درمان منظور می‌کنند (در واقع ۷٪ از حق بیمه که مربوط به صندوق درمان است به کارفرما مرجوع می‌گردد). این روند تا زمانی که قرارداد واگذاری درمان پابرجاست، هر ماهه ادامه می‌یابد.

۵-۶. ارسال اطلاعات و آمار به ستاد

هر ماهه از کلیه شعب آمار و اطلاعات مربوط به کارگاه‌های پورسانتاژی به ادارات کل تأمین اجتماعی و از آنجا به ستاد مرکزی سازمان ارسال می‌گردد. البته آمار موجود در ستاد منحصر به تعداد کارگاه‌ها، تعداد کارکنان و مجموع مبلغ ۷٪ واگذار شده به کارفرمایان می‌باشد که به صورت جمعی وجود دارد ولی اطلاعات تفکیکی در ستاد مرکزی سازمان وجود ندارد.

۶-۶. پیگیری و نظارت

در حال حاضر مکانیسم خاصی برای پیگیری و نظارت بر نحوه اجرای قرارداد فیما بین در سازمان وجود ندارد. اگرچه در قرارداد واگذاری درمان حق فسخ برای سازمان در نظر گرفته شده است (در صورت عدم انجام تعهدات از سوی کارفرما) ولی در عمل سازمان تاکنون از چنین حقی استفاده نکرده است. شاید تنها مکانیسم محتمل که می‌تواند محرک سازمان در بررسی وضعیت ارائه خدمات درمانی از سوی کارفرما باشد، شکایت جمعی از کارکنان است که از طریق مجامع کارگری و یا به طور مستقیم به سازمان می‌رسد.

۲٪ دریافت شده از کارفرما در نهایت به صندوق درمان واریز می‌شود. با توجه به توازن سالانه هزینه و درآمد در صندوق درمان این مبالغ در بودجه همان سال منظور می‌گردد، در حالی که حداقل از لحاظ قانونی این ۲٪ برای مخارج درمانی دوران بازنشستگی کارکنان پورساتناژی در نظر گرفته شده است.

۷. پورساتناژ درمان از دید کارفرمایان

کارفرمایان متقاضی واگذاری درمان در صورت جلب موافقت سازمان و عقد قرارداد فیما بین متعهد به ارائه پوشش بیمه خدمات درمانی به کارکنان خود می‌گردند. به طور کلی دستگاه‌ها پس از کسب مجوز قانونی به دو صورت عمل می‌کنند:

۱. گروه اول اقدام به تأسیس تشکیلات ارائه خدمات درمانی نظیر درمانگاه و... می‌نمایند که شرکت ملی نفت ایران مثال خوبی از این شرکت‌هاست.
۲. گروه دوم کارفرمایان پس از عقد قرارداد یکساله با سازمان تأمین اجتماعی (و قابل تمدید برای سالهای بعد) به سمت شرکت‌های بیمه بازرگانی روی می‌آورند که شرکت‌های تابعه وزارت نیرو (توانیر) از این گروه به شمار می‌آیند.

شرکت نفت و شرکت راه آهن برای ارایه خدمات درمانی به کارکنان خود تشکیلات درمانی مستقل ایجاد کرده و از این طریق تا حدی نیازهای درمانی آنان را مرتفع ساخته‌اند، اما به علت محدود بودن این تشکیلات درمانی غالباً برای تکمیل آن قراردادهایی را نیز با سایر مراکز درمانی منعقد نموده و یا به شیوه بازپرداخت غرامت به بیمه‌شده عمل می‌کنند، یعنی

بیمه‌شده ابتدا به مرکز درمانی مورد نظر خود مراجعه و هزینه درمانی را از جیب خود می‌پردازد. سپس با ارایه مدارک معتبر هزینه را از کارفرمای متبوع خود دریافت می‌دارد.

۸. پورسانت‌ها درمان از منظر کارکنان

در بررسی پورسانت‌ها درمان از دیدگاه کارکنان به چند نکته می‌توان اشاره کرد. در ابتدای تقاضای کارفرما کارکنان با امضای لیستی تمایل خود را برای خروج از صندوق درمان سازمان تأمین اجتماعی اعلام می‌دارند. پس از واگذار شدن درمان به کارفرما دفترچه بیمه درمانی سازمان از کارکنان پس گرفته می‌شود و کارکنان حق استفاده از خدمات درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی را (که به صورت رایگان عرضه می‌شود) از دست می‌دهند. در مواردی که کارفرما اقدام به تأسیس مراکز ارائه خدمات درمانی نموده است، غالباً این مراکز جایگزین مراکز ملکی سازمان می‌شوند، اما در مواردی که کارفرما برای ارائه پوشش بیمه درمان از طریق شرکت‌های بیمه بازرگانی اقدام نموده، مسئله به گونه‌ای دیگر خواهد بود.

معمولاً شرکت‌های بیمه بازرگانی، مجموعه نسبتاً گسترده‌ای از مطب‌ها، مراکز تشخیصی و درمانگاهی و بیمارستان‌های منطقه قرارداد خرید خدمت دارند، کارکنان در صورت نیاز به این مراکز مراجعه و هزینه خدمات دریافت شده را نقداً پرداخت می‌کنند. این هزینه‌ها بعداً با ارائه اسناد لازم به آنان مسترد می‌گردد.

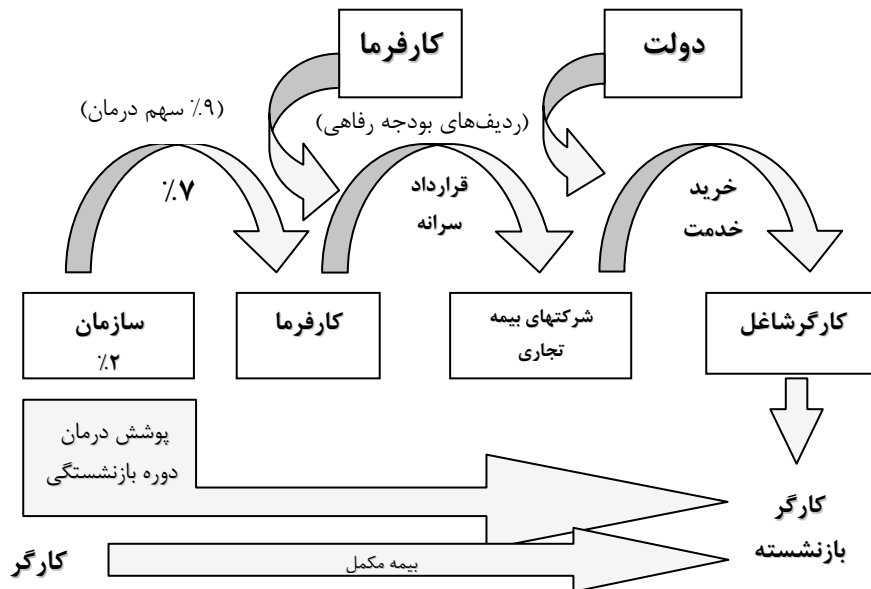
در مقایسه بین میزان پوشش هزینه از سوی سازمان تأمین اجتماعی و شرکت‌های بیمه بازرگانی در هنگام خرید خدمت از مراکز تشخیصی و درمانی مستقل، غالباً پوشش هزینه بیشتری از سوی شرکت‌های بیمه بازرگانی به چشم می‌خورد. به طور مثال درجایی که سازمان تنها تعرفه‌های وضع شده براساس یک K را در بخش دولتی و خصوصی به رسمیت می‌شناسد، شرکت‌های بیمه بازرگانی به ویژه در شهرهای بزرگ تعرفه‌های چند K را نیز قابل قبول می‌دانند.

لازم به ذکر است که تعهدات شرکت‌های بیمه بازرگانی در همه موارد پورسانت‌ها یکسان نیست و بستگی به قرارداد بین کارفرما و آن شرکت‌ها دارد. اگرچه سازمان بیمه مرکزی با اعلام تعرفه‌های سالیانه تا حد زیادی شرکت‌های بیمه بازرگانی را هماهنگ می‌کند.

عمده‌ترین مشکل کارکنان کارگاه‌های پورسانت‌زای زمانی اتفاق می‌افتد که با هزینه‌های سنگین درمانی روبرو می‌شوند، زیرا ابتدا باید این هزینه‌ها را پرداخت و سپس از طریق شرکت‌های بیمه بازرگانی معادل آن را دریافت کنند. البته برخی از کارفرمایان تمهیداتی را برای رفع این مشکل در نظر گرفته‌اند و با پرداخت مبالغی به طور موقت تلاش کرده‌اند تا این بار از روی دوش کارکنان برداشته شود. در برخی از کارگاه‌ها مشاهده شده است که کارفرمایان همه کارکنان را در ارائه پوشش بیمه‌ای به یک چشم نمی‌نگرند. این رفتار تبعیض‌آمیز موجب شکایت‌هایی از سوی کارکنان می‌شود. علت اصلی این امر را در فقدان مکانیسم نظارتی بر عملکرد کارفرمایان باید جستجو کرد.

پس از بازنشسته شدن، کارکنان مجدداً دفترچه بیمه درمان تأمین اجتماعی دریافت می‌کنند و سازمان مانند سایر بیمه‌شدگان خود با آنان رفتار می‌کند.

دیاگرام شماره ۱. گردش کار در بین کارفرما، سازمان و کارکنان در واگذاری درمان



مطلب بعدی که باید در اینجا بدان اشاره کنیم، بیمه مکمل بازنشستگی است. این بیمه مکمل را به تازگی سازمان از طریق صدور دفترچه‌های ویژه بازنشستگان و مستمری‌بگیران با کاهش فرانشیز پرداختی از سوی آنان به اجرا گذاشته است. در این میان شرکت‌های بیمه تجاری نیز با دریافت مبلغی که معمولاً از سوی خود کارگران (در صورت وجود مازاد بودجه درمان از سوی برخی کارفرمایان) تأمین می‌شود، اقدام به برقراری بیمه مکمل بازنشستگی می‌کنند. این سرانه نیز معمولاً به طور سالانه و در طی قرارداد ما بین کارفرمایان و بیمه‌های بازرگانی تعیین می‌گردد.

روند فوق در دیاگرام شماره ۱ به طور خلاصه آمده است.

۹. پورسانت‌ها درمان از دید شرکت‌های بیمه بازرگانی

پورسانت‌ها درمان سابقه‌ای بسیار طولانی‌تر از سابقه فعالیت شرکت‌های بیمه بازرگانی در ایران دارد. اولین شرکت‌هایی که اقدام به خروج از صندوق بیمه درمان کردند، شرکت‌های ملی نفت و راه‌آهن بودند که با توجه به تعداد زیاد کارکنان و امکانات مالی قابل توجه، اقدام به تأسیس مراکز درمانی برای کارکنان خود کردند. در سال‌های اخیر با تأسیس شرکت‌های بیمه بازرگانی و ورود آنها به حوزه بیمه پایه و بیمه مکمل درمان، برخی کارفرمایان به استفاده از این شرکت‌ها و در واقع واسطه قرارداد آنها برای ارائه پوشش بیمه درمان متمایل شدند.

بر طبق اظهارات کارشناسان، این سازمان‌ها بیشتر برای جلب مشتریان جدید برای عقد سایر قراردادهای بیمه‌ای از جمله (بیمه عمر و بیمه حوادث) وارد حوزه درمان می‌شوند و در واقع سود خود را در قراردادهای جانبی جستجو می‌کنند.

این شرکت‌ها هر ساله بر طبق تعرفه‌های اعلام شده از سوی سازمان بیمه‌های مرکزی ایران پیشنهادهای خود را اعلام می‌کنند و کارفرمایان می‌توانند پس از مطالعه این پیشنهادها کارگران خود را به صورت عقد قراردادهای گروهی تحت پوشش بیمه‌ی درمان یکی از شرکت‌ها در آورند. در قدم بعدی شرکت بیمه‌های تجاری با ارائه کنندگان خدمات درمانی^۱ در سطح کشور قرارداد خرید خدمت می‌بندند. مراکز طرف قرارداد از طریق کارفرمایان به کارگران معرفی

می‌شوند. کارگران علاوه بر مراجعه به مراکز طرف قرارداد می‌توانند به مراکز دیگر نیز مراجعه و پس از تحویل اسناد معتبر خود پول پرداخت شده را دریافت کنند.

در این میان چند نکته حائز اهمیت وجود دارد:

۱. مبلغ ۷ درصدی که از سوی سازمان تأمین اجتماعی به کارفرمایان متقاضی پورسانت‌ها درمان باز پرداخت می‌گردد، بر اساس ماخذ حقوق اعلام شده برای کارگر(بیمه شده اصلی) می‌باشد. در صورتی که پوشش بیمه درمان شرکت‌های بیمه تجاری به صورت سرانه برای تک تک افراد خانوار (بیمه شده اصلی و تبعی) محاسبه می‌شود.
۲. شرکت‌های بیمه سرانه‌های مختلفی را برای مقادیر متفاوتی از پوشش‌های بیمه‌ای درمان پیشنهاد می‌کنند و کارفرمایان بر اساس صلاحدید و بودجه‌ای که در اختیار دارند، قادر به تصمیم‌گیری می‌باشند.
۳. کارفرمایان می‌توانند در صورت عدم رضایت در نحوه پوشش خدمات درمانی، قرارداد خود را لغو و با شرکت بیمه تجاری دیگری وارد مذاکره شوند.
۴. مسئله قابل تامل دیگر سطح شناور میزان تعهداتی است که بیمه‌های بازرگانی ارایه می‌نمایند. بر خلاف سازمان تأمین اجتماعی که میزان تعهدات آن نامحدود است و بر طبق قانون الزام کلیه نیازهای درمانی بیمه‌شدگان را بر عهده دارد، شرکت‌های بیمه بازرگانی تعهدات محدودی دارند که در قرارداد آنها مذکور است. این نکته باعث می‌شود که از ضررهای هنگفت دور بمانند.
۵. یکی از شگردهای شرکت‌های بیمه بازرگانی استفاده از روش‌هایی برای جبران هزینه‌های اضافی است به طور مثال در صورتی که بیمه‌گذاران دارای متوسط سنی بالاتری باشند، حق‌بیمه بیشتری نیز باید پرداخت کنند.
۶. آخرین نکته‌ای که بدان اشاره می‌شود، آن است که علی‌رغم همه تمهیدات فوق بیمه درمان برای شرکت‌های بیمه بازرگانی ضررده محسوب می‌شود و این شرکت‌ها با سایر قراردادهای بیمه‌ای نظیر بیمه عمر و بیمه حوادث و سوانح آن را جبران می‌کنند. در واقع ارایه خدمات بیمه درمان پایه جزء تخصص این شرکت‌ها محسوب نمی‌شود و تنها برای راضی کردن کارفرمایان به انعقاد سایر قراردادها آن را ارایه می‌نمایند.

۱۰. یافته‌ها

۱۰-۱. یافته‌های مرحله اول

۱۰-۱-۱. برآورد حجم گردش مالی طرح بین سازمان و کارفرمایان

برای استخراج داده‌های لازم در این مورد از فرم وصولی‌های ماهیانه سازمان استفاده گردید. این فرم شامل اطلاعاتی در موارد زیر می‌باشد:

- تعداد کل کارگاه‌های مشمول طرح در کل کشور
 - تعداد کل کارگران کارگاه‌های مشمول طرح در کل کشور
 - مجموع ۷ درصد بازپرداختی به کارفرمایان در هر ماه در کل کشور
- جدول ۱ و ۲ اطلاعات استخراج شده از این فرمها را در سال ۸۳ نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. فراوانی مجموع تعداد کارگاه‌های طرح پورسانتاژ و کارکنان آنها در سال ۸۳

تعداد کارکنان	تعداد کارگاه	ماه
۱۱۷,۰۰۶	۳,۵۳۷	فروردین
۱۲۰,۶۲۱	۳,۵۴۵	اردیبهشت
۱۲۶,۶۵۷	۴,۰۸۳	خرداد
۱۵۱,۳۶۵	۴,۸۵۳	تیر
۱۵۰,۲۸۸	۴,۶۳۳	مرداد
۱۳۴,۱۰۶	۴,۲۱۹	شهریور
۱۳۳,۸۹۲	۴,۲۲۵	مهر
۱۲۸,۴۸۳	۴,۱۳۴	آبان
۱۲۸,۲۲۲	۴,۲۸۱	آذر
۱۲۵,۶۹۷	۴,۱۶۰	دی
۱۲۰,۵۹۰	۳,۸۳۲	بهمن
۱۳۶,۷۹۳	۴,۷۳۲	اسفند

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول شماره ۲. میزان ۷٪ بازپرداختی به کارفرمایان مشمول طرح پورسانتاژ در سال ۱۳۸۳ به تفکیک ماه

ماه	میزان وصولی بابت ۷ درصد (ریال)
فروردین	۱۹,۲۵۷,۵۳۲,۹۲۳
اردیبهشت	۲۱,۷۰۸,۴۲۷,۵۹۴
خرداد	۲۲,۶۰۷,۳۷۰,۸۹۵
تیر	۲۵,۰۹۸,۲۷۶,۳۰۳
مرداد	۲۶,۱۳۹,۴۵۳,۹۱۹
شهریور	۲۵,۶۵۹,۴۴۹,۸۶۵
مهر	۲۵,۵۹۳,۲۸۴,۳۱۳
آبان	۲۳,۸۲۰,۷۰۸,۸۸۲
آذر	۲۴,۱۳۲,۴۵۲,۱۲۵
دی	۲۵,۰۵۷,۴۵۲,۱۲۵
بهمن	۲۴,۱۰۶,۳۴۰,۱۷۷
اسفند	۲۶,۱۵۱,۶۶۲,۹۲۳
جمع	۲۸۹,۳۳۲,۴۴۵,۹۸۶

منبع: یافته‌های پژوهش

۲-۱-۱۰. اسامی شرکتهای پورسانتاژی مادر در استان تهران

جدول زیر تعداد کارگاه‌های تابعه و میانگین دستمزد یک نفر از کارکنان کارگاه‌های پورسانتاژی را بر اساس شرکتهای مادر در استان تهران نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. تعداد کارگاه‌های تابعه و میانگین دستمزد کارکنان کارگاه‌های پورسانتاژی بر اساس شرکت‌های مادر در استان تهران

شرکت مادر	میانگین دستمزد (هزار ریال)	تعداد کارگاه‌ها
وزارت نیرو	۲,۶۲۰	۶۱
شرکت نفت	۲,۵۷۵	۱۵
توانیر	۲,۸۶۷	۷
شرکت برق منطقه ای	۲,۵۱۶	۴
وزارت نفت	۲,۵۴۲	۴
تأمین اجتماعی	۲,۸۱۴	۳
شرکت فولاد	۲,۸۳۱	۲
بیمه ایران	۲,۱۷۱	۲
شرکت آتیه سازان حافظ	۲,۸۹۹	۲

جدول شماره ۴. میانگین و انحراف معیار جمع حقوق و مزایای مشمول کسر حق بیمه کارکنان پورسانتاژی استان تهران در مهرماه ۸۲

موارد	فراوانی	میانگین	انحراف معیار
تعداد بیمه شدگان طبق لیست مهرماه ۸۲	۱۳۲	۲۴۹	۴۲۰
جمع حقوق و مزایای مشمول کسر حق بیمه در مهرماه ۸۲ (هزار ریال)	۱۲۷	۲,۶۳۱	۵۸۹,۰۷۷

منبع: یافته‌های پژوهش

برطبق داده‌های جدول فوق میانگین تعداد کارکنان در هر کارگاه در استان تهران ۲۴۹ نفر و لی با نوسان بالا و میانگین حقوق و مزایای دریافتی ۲۶۳۱۰۵۶ ریال بوده است. البته با توجه به این که دو رقم مزبور مربوط به سال ۸۲ می‌باشد.

۳-۱-۱۰. ویژگی‌های دموگرافیک کارگاه‌های پورسانتاژ درمان در استان اصفهان از بین کارگاه‌های مشمول طرح پورسانتاژ در استان اصفهان ۴ کارگاه فرم‌های الف و ب را تکمیل کردند. که عبارتند از:

- شرکت مهندسین دانشمند ۱۶۳ نفر
- شرکت توانمند برق اصفهان ۲۵۳ نفر
- شرکت تعمیرات نیرو برق اصفهان ۴۰۶ نفر
- شرکت آب و فاضلاب شهری ۴۹۶ نفر

جدول شماره ۵. محاسبه میانگین و انحراف معیار آخرین دستمزد مشمول کسر حق بیمه کارکنان مورد مطالعه در سال ۸۳

نام شرکت	نام متغیر	آخرین دستمزد مشمول کسر حق بیمه (هزار ریال)
مهندسین دانشمند	میانگین	۳,۰۴۴
	فراوانی	۱۶۳
	انحراف معیار	۸۲۰
توانمند برق اصفهان	میانگین	۲,۶۴۳
	فراوانی	۲۵۳
	انحراف معیار	۷۴۸
تعمیرات نیروی برق اصفهان	میانگین	۳,۳۶۶
	فراوانی	۴۰۶
	انحراف معیار	۸۱۰
آب و فاضلاب شهری	میانگین	۲,۶۹۷
	فراوانی	۴۹۶
	انحراف معیار	۸۴۸
جمع	میانگین	۲,۹۳۵
	فراوانی	۱۳۱۸
	انحراف معیار	۸۷۱

منبع: یافته‌های پژوهش

داده‌های این جدول تعداد کارکنان، میانگین آخرین حقوق و مزایای مشمول کسر حق بیمه و انحراف معیار آن را نشان می‌دهد. شرکت تعمیرات نیروی برق اصفهان با میانگین ۳۳۶۶۱۶۸ ریال بیشترین و شرکت توانمند برق اصفهان با ۲۶۴۲۷۰۷ ریال کمترین میانگین را دارند.

۱۰-۲. یافته‌های مرحله دوم

۱۰-۲-۱. هزینه‌های درمانی خانوارهای شاغل و مستمری بگیر در استان تهران

جدول شماره ۶. فراوانی نسخ بستری درمان مستقیم در بیمارستان‌های مورد بررسی تهران

بیمارستان	تعداد	درصد
هدایت	۳۶۳	۳۳,۵
شریعت رضوی	۳۶۱	۳۳,۳
شهید دکتر لواسانی	۳۶۰	۳۳,۲
جمع	۱۰۸۴	۱۰۰

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول شماره ۷. جمع هزینه‌های درمانی خانوار در استان تهران

تهران	خانواده شاغل (هزار ریال)	خانواده مستمری بگیر (هزار ریال)
هزینه بستری درمان غیرمستقیم	۳۰۰	۲۴۸
هزینه بستری درمان مستقیم	۷۸۶	۱۲۸۰
هزینه سرپایی درمان غیرمستقیم	۳۰۷	۲۶۰
هزینه سرپایی درمان مستقیم	۲۶۵	۳۴۰
جمع کل	۱۶۵۸	۲۱۲۸

منبع: یافته‌های پژوهش

۲-۱۰. هزینه‌های درمانی خانوارهای شاغل و مستمری‌بگیر در استان اصفهان
جدول شماره ۸. فراوانی نسخ بستری درمان مستقیم در بیمارستانهای مورد بررسی اصفهان

بیمارستان	تعداد	درصد
غرضی	۳۵۹	۳۱,۵
شریعتی	۴۲۰	۳۶,۸
نجف آباد	۳۶۰	۳۱,۷
جمع	۱۱۳۹	۱۰۰

جدول شماره ۹. جمع هزینه‌های درمانی خانوار در استان اصفهان

اصفهان	خانواده مستمری‌بگیر (هزار ریال)	خانواده شاغل (هزار ریال)
هزینه بستری درمان غیر مستقیم	۱۹۸	۲۰۴
هزینه بستری درمان مستقیم	۱۶۸	۱۱۳
هزینه سرپایی درمان غیر مستقیم	۴۸۰	۴۰۰
هزینه سرپایی درمان مستقیم	۱۶۰	۱۳۶
جمع کل	۱۰۰۶	۸۵۳

۱۱. تحلیل یافته‌ها

۱۱-۱. تحلیل یافته‌های مرحله اول

با توجه به یافته‌ها و در پاسخ به اهداف اختصاصی و سئوالات پژوهش می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

۱. علیرغم نوسانات موجود در تعداد کارگاه‌های مشمول این طرح به طور میانگین در سال ۸۳، تعداد ۴۱۸۶ کارگاه، مشمول طرح پورسانتاژ بوده است.
۲. تعداد کارکنان این کارگاه‌ها نیز ۱۳۱۱۴۳ نفر در سال ۸۳ برآورد می‌شود (حداکثر ۱۵۱۳۶۵ و حداقل ۱۱۷۰۰۶ نفر)، به عبارت دیگر هر کارگاه پورسانتاژی در سال ۸۳ به طور میانگین ۳۱ نفر شاغل داشته است.

۳. مجموع ۷ درصد بازپرداختی به کارفرمایان مشمول این طرح در سال ۸۳ بالغ بر ۲۹۰ میلیارد ریال می‌باشد (به طور میانگین ماهانه در حدود ۲۴ میلیارد ریال).

۴. با توجه به داده‌های فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که میزان بازپرداختی به کارفرما برای هر کارگر به طور متوسط ۱۸۳۲۰۰ ریال در سال ۸۳ بوده و این بدان معنا است که هر کارگر به طور متوسط در ماه حقوقی در حدود ۲۶۰۰۰۰۰ ریال دریافت کرده است.

این عدد برای هر کارگر پورسانت‌اژی در استان اصفهان ۲۹۳۵۴۷۸ ریال در سال ۸۳ و برای هر کارگر پورسانت‌اژی در استان تهران ۲۶۳۱۰۵۶ ریال (در سال ۸۲) بدست آمده است که با میانگین کشوری بدست آمده همخوانی دارد.

اعداد بدست آمده نشان دهنده تفاوت فاحش میانگین دستمزد کارکنان کارگاه‌های پورسانت‌اژی با نرم موجود در سازمان تأمین اجتماعی است. به طور مثال در شرایطی که متوسط دستمزد مشمول کسر حق بیمه در بین بیمه شدگان تأمین اجتماعی در تهران ۱۵۰۰۰۰۰ ریال می‌باشد، همین عدد در بین بیمه شدگان پورسانت‌اژی تهران نزدیک به ۲ برابر این رقم می‌باشد.

۱۱-۲. شمای غالب از ویژگیهای دموگرافیک کارکنان کارگاه‌های پورسانت‌اژی

با توجه به یافته‌های حاصل از مطالعه کارگاه‌های منتخب در استان اصفهان، ویژگی‌های دموگرافیک این گروه از کارگران نشان می‌دهد که آنها مرد، متأهل، رده سنی ۴۰ تا ۴۹ سال، زیر دیپلم، سابقه بیمه بین ۱۰ تا ۲۰ سال و سابقه ورود به طرح پورسانت‌اژی ۱۰ سال یا بیشتر می‌باشند.

۱۲. تحلیل یافته‌های مرحله دوم

با عنایت به یافته‌های پژوهش و با لحاظ کردن سهم وزنی دو استان

- هزینه درمانی یک خانواده شاغل در حدود ۱۵۰۰۰۰۰ ریال و
- هزینه درمانی یک خانواده مستمربگیر در حدود ۱۸۰۰۰۰۰ ریال در سال ۱۳۸۳ بوده است.

همانگونه که ذکر شد مجموع ۷ درصد بازپرداختی به کارفرمایان مشمول طرح پورسانتاژ در سال ۸۳ بالغ بر ۲۹۰ میلیارد ریال می‌باشد (به طور میانگین ماهانه در حدود ۲۴ میلیارد ریال). تعداد کارکنان این کارگاه‌ها نیز ۱۳۱۱۴۳ نفر در سال ۸۳ برآورد می‌شود. با توجه به داده‌های فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که میزان ۷٪ بازپرداختی به کارفرما برای هر کارگر سالانه به طور متوسط ۲,۲۰۰,۰۰۰ ریال (ماهانه ۱۸۴,۰۰۰ ریال) بوده است.

بر طبق محاسبات فوق میزان ۲ درصد باقی مانده سهم سازمان به ازای هر نفر بیمه شده اصلی که نماینده یک خانواده می‌باشد، سالانه معادل ۶۳۰,۰۰۰ ریال در سال ۸۳ برآورد می‌گردد. با مقایسه مجموع یافته‌ها می‌بینیم که:

۱. سازمان به ازای ۷ درصد بازپرداختی به کارفرما برای هر خانواده شاغل در سال ۸۳ مبلغ ۲,۲۰۰,۰۰۰ ریال از دست داده است. هزینه‌های درمانی همین خانواده در همین سال ۱,۵۰۰,۰۰۰ ریال برآورد شده است. پس می‌توان نتیجه گرفت که سازمان در این بخش متضرر می‌شود. البته باید در نظر داشت که در محاسبه هزینه‌های درمانی، هزینه‌های ستادی و هزینه‌های سرمایه‌گذاری و استهلاک منظور نشده است.

۲. سازمان به ازای هر نفر بیمه شده اصلی طرح پورسانتاژ در سال ۸۳ مبلغ ۶۳۰,۰۰۰ ریال بابت ۲٪ سهم سازمان برای خود نگه داشته است. هزینه درمانی یک خانواده مستمری‌بگیر در همین سال در حدود ۱,۸۰۰,۰۰۰ ریال برآورد شده که در حدود ۳ برابر مبلغ ۲٪ ذخیره شده می‌باشد.

چنانچه صندوق بیمه درمان را صندوقی با نظام «توازن سالیانه»^۱ در نظر بگیریم، برای توازن هزینه و درآمد باید به ازای هر خانواده مستمری‌بگیر، ۲٪ پرداختی ۳ خانواده صرف گردد در حالی که عملاً چنین نسبتی بین خانواده‌های شاغل و مستمری‌بگیر وجود ندارد. در یک حالت خوب به ازای هر خانواده مستمری‌بگیر ۲ خانواده شاغل در صندوق بیمه‌ای حضور خواهد داشت. این در شرایطی است که دوران اشتغال تقریباً ۲ برابر دوران زندگی قابل انتظار در سنین بازنشستگی باشد. لازم به یادآوری است که در این محاسبات ۲٪ بازپرداختی با هزینه‌های درمانی در همان سال مقایسه شده است.

1. PAYG= Pay As You Go

پس به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که طرح پورسانتاژ هم در زمان خروج یک نفر بیمه شده اصلی و بیش از آن در زمان برگشت یک نفر بازنشسته مستمری بگیر از لحاظ اقتصادی به نفع سازمان نمی‌باشد.

۳. چنانچه بخواهیم با استفاده از محاسبات فوق به جای بازپرداخت ۷٪ به کارفرما عددی را پیشنهاد کنیم، ۵ تا ۶ درصد (بسته به محاسبه هزینه‌های سرباری و سرمایه گذاری در بخش درمان) می‌تواند پیشنهاد قابل قبولی باشد. اما در خصوص استفاده از ۲٪ باقی مانده برای جبران هزینه‌های دوران بازنشستگی تفاوت به حدی است که با افزایش درصد مشکل برطرف نخواهد شد و طبیعتاً باید این مسئله به گونه‌ای دیگر حل شود. به نظر می‌رسد که مشابه سایر کشورها باقی ماندن در صندوق بیمه زمان اشتغال در دوران بازنشستگی آسانترین و مناسب ترین راه حل این موضوع باشد.

۱۳. بحث و نتیجه گیری

۱۳-۱. اهمیت واگذاری درمان از دید اقتصادی

شاید بتوان گفت اگر خروج تعدادی از کارگران از پوشش بیمه درمان تأمین اجتماعی به صورت مادام‌العمر بود، سازمان تأمین اجتماعی دغدغه فکری کمتری در این باره داشت. اما در شرایط فعلی که کارگران مشمول این طرح پس از بازنشستگی مجدداً تحت پوشش بیمه درمان همین سازمان قرار می‌گیرند، سازمان تأمین اجتماعی نمی‌تواند چگونگی تأثیر این فرآیند را بر چرخه منابع و مصارف خود نادیده بگیرد. آمار مقایسه هزینه‌های درمان نشان می‌دهد که به طور متوسط یک فرد بالای ۶۵ سال یازده برابر و یک فرد بالای ۷۵ سال بیست برابر یک جوان در حدود سنین ۲۵-۲۰ ساله هزینه درمان خواهد داشت.

در طرح واگذاری درمان، کارگران زمانی از زیر پوشش بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی خارج می‌شوند که در سنین تولید، پویایی و سلامت هستند و در این دوره عمده حق درمان (۷/۹ از سهم درمان) را به همراه خود از صندوق بیمه خارج می‌سازند. این کارگران در سنین کهولت و بازنشستگی و زمانی که هزینه‌های درمانی آنها به صورت تصاعدی رو به ازدیاد می‌گذارد، مجدداً تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی قرار می‌گیرند و این در شرایطی است که سازمان در این دوره دریافتی قابل توجه در قبال این هزینه کرد ندارد.

درباره ۲ درصد از سهم درمان که برابر قانون پورسانتاژ در اختیار سازمان تأمین اجتماعی باقی می‌ماند، اگر چه صراحت قانون آن را برای جبران هزینه‌های درمانی دوره بازنشستگی قلمداد می‌کند، اما به زعم اغلب کارشناسان این مبلغ باید به عنوان سهم مشارکت اجتماعی محسوب شود. به ویژه آنکه نظام پرداخت هزینه‌های درمانی در کشور ما به مانند بسیاری دیگر از بیمه‌های اجتماعی جهان به صورت توازن سالیانه می‌باشد که محاسبه دریافتی امروز در قبال پرداخت در چند دهه بعد، وجهی نخواهد داشت.

۲-۱۳. انگیزه کارفرمایان برای ورود به طرح پورسانتاژ

یکی از سؤالاتی که همواره در باره طرح پورسانتاژ مطرح بود، انگیزه کارفرمایان برای تصدی درمان کارکنان می‌باشد. در بررسی‌های انجام شده مشخص گردید که یکی از این انگیزه‌ها، تلاش برای دستیابی به پوشش بالاتر هزینه‌های درمانی است. این انگیزه در شهرهای بزرگ بویژه تهران بارزتر است و به همین دلیل پورسانتاژ در کارگاه‌های واقع در تهران یا مرتبط با آن زودتر شروع شده و با استقبال بیشتری روبرو بوده است.

علت این امر آن است که علیرغم اعلام تعرفه‌های دولتی و خصوصی از سوی مراجع قانونی، اغلب مراکز درمانی سرپایی و بستری از تعرفه‌های چند برابر (۷ تا ۱۰ برابر K) استفاده می‌کنند. بنابر این درصد واقعی پوشش هزینه‌های درمانی بسیار پایین‌تر از رقم برآورد شده اولیه می‌باشد و از سوی دیگر بیماران باید پول بیشتری را به طور مستقیم از جیب پرداخت نمایند.

یکی از کارشناسان بیمه‌های بازرگانی در این رابطه می‌گوید: «مشکل تعرفه‌های بالاتر یا پرداخت‌های غیررسمی از مرکز کشور شروع شد. به همین دلیل در حدود یک دهه قبل که شرکت‌های تابعه وزارت نیرو به تازگی وارد پورسانتاژ شده بودند، ساکنان تهران راضی‌تر از ساکنان شهرستان‌های دیگر بودند. زیرا در آن موقع این مشکل در سطح شهرستانها چندین محسوس نبود. اما با گسترش این مشکل در سال‌های اخیر و افزایش فاصله بین تعرفه‌های رسمی و واقعی اکنون کارگاه‌های بیشتری خواهان استفاده از قانون پورسانتاژ درمان در سایر شهرستانها هستند».

یکی دیگر از انگیزه‌های کارفرمایان را برای تصدی درمان کارکنان خود، باید در گردش مالی طرح جستجو نمود. باید اشاره شود که در سالهای گذشته بازپرداخت ۷ درصد سهم

درمان به کارفرما به همراه امکان استفاده از برخی ردیف‌های بودجه‌ای خاص برای مخارج درمانی و بیمه‌های مکمل، امکان آزادی عمل مطلوبی را در اختیار کارفرما می‌گذاشت. از سوی دیگر فقدان نظارت از سوی سازمان تأمین اجتماعی (که واگذارکننده تعهدات درمانی به کارفرما بود) و نبود ساز و کارهای قانونی دقیق و معین این مسئله را تشدید می‌نمود. به طور مثال اظهارات برخی از کارگران کارگاه‌های پورسانت‌نازی نشان دهنده وجود رفتار تبعیض‌آمیز در فراهم نمودن تسهیلات درمانی بین رده‌های مختلف شغلی در یک کارگاه بود.

از ابتدای سال ۸۴ طبق مصوبه مجلس شورای اسلامی امکان استفاده از بودجه‌های دولتی برای تأمین هزینه‌های خدمات بیمه مکمل مبنا اعلام شد. چنانچه تحلیل فوق صحیح باشد، با اعمال این ممنوعیت ممکن است از انگیزه برخی از کارفرمایان برای تصدی تعهد درمان کاسته گردد.

۳-۱۳. آیا واگذاری درمان باعث انتخاب زیانبار^۱ در سازمان تأمین اجتماعی می‌شود؟

یکی دیگر از سئوالات مطرح پیرامون واگذاری سهم درمان، مسئله ایجاد انتخاب زیانبار می‌باشد. به طور کلی باید گفت بیمه‌های اجتماعی که از پشتیبانی قانون برخوردارند و به صورت اجباری هستند، کمتر در معرض انتخاب زیانبار و عوارض آن قرار دارند.

مطالعه قوانین بیمه‌ای سایر کشورهای توسعه یافته اروپایی نیز مؤید آن است که در این کشورها (علیرغم تفاوت‌های موجود) معمولاً خدمات بیمه‌ای پایه بوسیله بیمه‌های اجتماعی و خدمات بیمه‌ای مکمل بوسیله بیمه‌های خصوصی تحت پوشش قرار می‌گیرند. در ایران اگر چه کلیت روند به صورت فوق ترسیم شده اما واگذاری سهم درمان از سوی سازمان تأمین اجتماعی و جایگزین شدن بیمه‌های خصوصی به جای آن باعث برهم خوردن نظم اولیه می‌شود. به خصوص آنکه می‌دانیم کارکنان شرکت‌های پورسانت‌نازی پس از بازنشستگی به صندوق بیمه تأمین اجتماعی باز می‌گردند و این موضوع یکی از مصداق‌های بارز ایجاد انتخاب زیانبار می‌باشد.

در انتخاب زیانبار برخی از پارامترهای جمعیتی نظیر سن (مثلاً درصد بیشتر افراد بالای ۶۵ سال به نسبت افراد جوان) که احتمال مصارف بیشتری را از بودجه تعیین شده ایجاد و هزینه

1. Adverse Selection

بالاتری از نرخ سرانه را به همراه دارند، مؤثر است (شولدایس، ۱۹۹۱). در واقع بسیاری از شرکت‌های بیمه خصوصی به علت انتخاب زیانبار ورشکسته شده اند زیرا مشتریان آنها عمدتاً افراد بیمار و مسن بوده‌اند (سازمان نظارتی اروپا بر سیاستها و نظامهای سلامت، ۲۰۰۵). با این همه ذکر این نکته در پایان لازم است که در حال حاضر گردش مالی طرح پورسانتاژ در مقایسه با کل حق بیمه دریافتی تنها در حدود ۴ درصد است و مقدار قابل توجهی را به خود اختصاص نمی‌دهد. با این همه داشتن یک برنامه مدون و حساب شده برای جلوگیری از اثرات سوء احتمالی پورسانتاژ درمان بر ترکیب سنی بیمه شدگان تحت پوشش درمان سازمان لازم است.

۱۴. ارائه پیشنهاد و راهکار درباره نحوه واگذاری درمان

به نظر می‌رسد آنچه که هم اکنون در قانون تأمین اجتماعی و بیمه همگانی کشور ما تحت عنوان واگذاری درمان شناخته می‌شود، اقتباسی از «بیمه کارفرمایی»^۱ است که در قوانین صندوق‌های بیمه اجتماعی کشورهای دیگر هم دیده می‌شود و اصل آن بر پایه رعایت آزادی و حق انتخاب افراد قرار دارد. بدین صورت که اگر کارفرمایی احساس می‌کند توانایی ارائه خدمات درمانی بهتر و کامل‌تری را نسبت به بیمه تأمین اجتماعی دارد، قانون این حق را به او می‌دهد که بتواند از صندوق درمان بیمه تأمین اجتماعی خارج شود و مسئولیت بیمه درمان کارکنان خود را بر عهده بگیرد.

اما این اقتباس به صورت درست و با رعایت همه جوانب صورت نگرفته و به همین دلیل اجرای آن برای سازمان تأمین اجتماعی مشکلاتی را در پی دارد. بطور مثال در قوانین اغلب این کشورها، پس از تثبیت خروج کارکنان از صندوق تأمین اجتماعی که با موافقت خود آنها انجام می‌شود، دیگر امکان برگشت وجود نخواهد داشت. علاوه بر این چنین کارکنانی که معمولاً از تمکن مالی بیشتری نسبت به سایر افراد جامعه بیمه شده برخوردارند، درصدی را به عنوان «سهم مشارکت اجتماعی» پرداخت می‌نمایند تا از تضعیف صندوق بیمه اجتماعی خودداری گردد و یارانه متقاطع و در نهایت عدالت اجتماعی دچار آسیب نشود. عدم لحاظ این موارد در قانون واگذاری درمان در کشور ما و به تبع آن بازگشت کارکنان پورسانتاژی در دوران بازنشستگی، تأثیراتی را در پی دارد که در زیر به اجمال بررسی می‌شود.

1. Employer Provided Insurance

۱-۱۴. استراتژی سازمان درباره کارفرمایان متقاضی پورسانتاژ

از آنچه درباره تأثیرات واگذاری درمان آورده شد، چنین استنباط می‌گردد که موافقت بی‌قید و شرط با کارفرمایان متقاضی پورسانتاژ نمی‌تواند سیاست قابل قبولی برای سازمان باشد. اما با توجه به وجود تقاضاهایی که معمولاً با فشارهای سیاسی و اجتماعی نیز همراه است و نیز الزامات قانونی مندرج در متن قانون بیمه همگانی، سازمان می‌تواند راهکارهای زیر را در این موضوع دنبال کند:

۱. مهمترین و اصلی‌ترین راهکار، ریشه‌یابی علل درخواست واگذاری درمان است. همان گونه که ذکر شد، مهم‌ترین انگیزه کارفرمایان و کارکنان برای واگذاری درمان، پرکردن فاصله‌ای است که هم اکنون بین پوشش هزینه‌ها از سوی بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی و هزینه‌های واقعی درمان ایجاد شده است.

۲. باتوجه به اینکه واگذاری سهم درمان ریشه‌هایی در قانون تأمین اجتماعی و قانون بیمه همگانی دارد، لازم است از طرق قانونی نیز در این زمینه اقدام شود. همانگونه که گفته شد به نظر می‌رسد، اصل مفهوم «بیمه کارفرمایی» به درستی درک نشده و برداشتی که از آن در قانون به چشم می‌خورد، یک جانبه و غیرجامع است و مهمترین نقطه ضعف آن بازگشت کارکنان پورسانتاژی پس از بازنشستگی به صندوق درمان سازمان است.

سازمان در این موضوع باید در کوتاه‌مدت به اصلاح درصدهای فوق‌بپردازد تا لااقل در این میان کمتر متضرر گردد و در طولانی مدت به اصلاح مواد قانونی مرتبط در این زمینه بپردازد به گونه‌ای که باقوانین صندوق‌های بیمه‌ای کشورهای مترقی هماهنگ باشد و حتی‌الامکان از بازگشت افراد خارج شده از صندوق جلوگیری نماید.

۳. این پژوهش اطلاعاتی اولیه را درباره مقایسه وضعیت درصدهای فعلی (۷٪ سهم کارفرما و ۲٪ سهم سازمان) با هزینه‌های درمانی یک خانوار شاغل و یک خانوار مستمری‌بگیر به دست داده و براساس یافته‌ها تسهیم ۶٪ سهم کارفرما و ۳٪ سهم سازمان را پیشنهاد می‌کند ولی برای استحکام پایه‌های علمی مطلب، انجام پژوهش‌های دیگر به همراه محاسبات آکچوئری و محاسبه نرخ تورم در دوره‌های زمانی مفید خواهد بود.

۱۴-۲. شاخص‌های بررسی تقاضای واگذاری درمان

این کمیته در هنگام بررسی تقاضاهای واصله برای واگذاری درمان، شاخص‌هایی را در نظر می‌گیرد. اهم این شاخص‌ها که در راستای سیاست‌های کلان ابلاغ شده از سوی هیأت مدیره سازمان، ملاک تصمیم‌گیری را در خصوص تقاضاهای واصله تشکیل می‌دهد، عبارتند از:

۱. نوع فعالیت کارفرما و میزان سختی کار
۲. تعداد کارکنان و ویژگیهای دموگرافیک آنان (سن، میزان تحصیلات، وضعیت تأهل)
۳. بعد خانوار کارکنان (تعداد بیمه شده تبعی)
۴. میانگین حقوق و مزایای ۳ سال آخر کارکنان
۵. محل سکونت کارکنان و خانواده (برای مقایسه با امکانات درمانی سازمان در منطقه)
۶. طرح درمانی جایگزین کارفرما
۷. وضعیت استفاده از بیمه مکمل
۸. میزان رضایت کارکنان از واگذاری درمان
۹. صرفه و صلاح سازمان و کلیه بیمه شدگان

قطعاً هر قدر مطالعات مبتنی بر شواهد اقتصادی^۱ در سازمان قوی‌تر باشد و اطلاعات دریافتی از کارفرما کامل‌تر صورت پذیرد، تصمیم‌گیری در این زمینه اصولی‌تر خواهد بود. در هر حال چنانچه سازمان پس از بحث و بررسی تصمیم به موافقت با تقاضای کارفرما بگیرد، قبلاً باید نسبت به موارد زیر اطمینان حاصل کند:

۱۴-۲-۱. توانایی مالی و مدیریتی کارفرما برای پوشش نیازهای درمانی کارکنان و مقابله

با شرایط خاص

به طور مثال کارفرما باید قادر باشد در شرایط تغییر مالکیت، تغییر اساسنامه، ادغام شرکت‌ها، تغییر مدیریت داخلی و تغییر شرکت بیمه تجاری طرف قرارداد و یا تغییر محل کار کارکنان از بروز اختلال در پوشش بیمه‌ای آنها جلوگیری نماید.

۱۴-۲-۲. رعایت حداقل‌های مورد نظر سازمان در طرح درمان جایگزین

سازمان می‌تواند ضوابط حداقلی را برای جلوگیری از تضييع حقوق کارکنان، در طرح درمانی در نظر بگیرد به گونه‌ای که میزان خدمات بیمه‌ای ارائه شده، از سطح معمول سازمان پایین‌تر

1. Economic Evidence

نباشد. یکی دیگر از این الزامات، می‌تواند پشتیبانی کارفرما از بیمه‌شده در برابر هزینه‌های درمانی کمرشکن (اعمال جراحی سنگین و یا بستری‌های طولانی مدت) باشد. اغلب بیمه‌شدگان قادر نیستند این گونه هزینه‌ها را در ابتدا پرداخت و سپس از سوی بیمه‌های تجاری دریافت کنند. کارفرما باید موظف شود با ارائه سازوکارهای لازم، پرداخت مبالغ سنگین را از دوش بیمه‌شده برطرف نماید. تعیین مصادیق و حد هزینه کمرشکن، در هر سال با کمیته تصمیم‌گیری خواهد بود.

۳-۲-۱۴. آگاهی کامل کارکنان از شرایط پورسانتاژ و حقوق آنها در طرح درمانی

جایگزین

۴-۲-۱۴. رعایت عدالت در بین کارکنان از سوی کارفرما در ارائه خدمات درمانی

به نظر می‌رسد عمده‌ی نارضایتی‌ها از نحوه‌ی عملکرد کارفرما ناشی می‌شود.

۵-۲-۱۴. دقت در اخذ دفترچه‌های درمانی و ایجاد تعامل بین واحد صدور دفترچه و

تأمین اعتبار

۱۵. مکانیسم‌های نظارت پس از واگذاری درمان

پس از موافقت سازمان با واگذاری درمان، نباید ارتباط سازمان با کارفرما و کارگاه مربوطه قطع شود. زیرا:

۱. سازمان به عنوان واگذار کننده درمان باید از پایداری کارفرما به مفاد قرارداد فیما بین اطمینان حاصل کند و در صورت تخلف کارفرما، حق دادن تذکر و در صورت لزوم فسخ قرارداد را برای خود محفوظ نگه دارد.
۲. سازمان باید با اطلاع‌گیری مستمر از میزان رضایت کارکنان پورسانتاژی، درباره‌ی تمدید قرارداد برای سال‌های بعد تصمیم‌گیری کند. بنابراین سازمان باید راهکارهایی را برای پایش میزان رضایت این افراد در نظر بگیرد. از جمله این راهکارها علاوه بر استفاده از فرم‌های متداول، انجام پژوهش‌های میدانی در مقاطع مختلف و بازدیدهای پیش‌بینی نشده از محل کارگاه‌ها برای بررسی نحوه‌ی ارائه خدمات درمانی و یا رسیدگی به شکایات

کارکنان می‌تواند باشد. در هر صورت کارکنان باید مطمئن شوند که صدای آنها در این میان شنیده و به آن اهمیت داده می‌شود.

۳. این بیمه‌شدگان بر طبق قانون فعلی پس از بازنشستگی مجدداً زیر چتر بیمه درمان سازمان قرار می‌گیرند، بنابراین سازمان نمی‌تواند نسبت به وضعیت سلامت آنها بی‌تفاوت باشد.

۱۶. تبادل آمار و اطلاعات با کارگاه‌های پورسانتاژی

قطعاً بخش مهمی از نظارت سازمان در این زمینه با دریافت آمار و اطلاعات مستمر محقق می‌شود. در حال حاضر نقصان اطلاعات یکی از نقاط ضعف سازمان را در امر واگذاری درمان تشکیل می‌دهد. به گونه‌ای که حتی یک لیست کامل از اسامی کارگاه‌های واگذار شده (با احتساب آخرین تغییرات) در ستاد مرکزی سازمان وجود ندارد.

سامانه آمار و اطلاعات سازمان باید به گونه‌ای اصلاح شود که حداقل، آیت‌های زیر را به راحتی پوشش دهد:

۱. آمار و اطلاعات مشخصات کارگاه‌ها به همراه اسامی کارکنان و مشخصات دموگرافیک آنان که ماهانه به روز می‌شود؛

۲. اطلاعات طرح درمانی جایگزین (شامل اطلاعات کامل از امکانات درمانی متعلق به کارفرما و شرکت‌های بیمه تجاری طرف قرارداد) به همراه جزییات مفاد قرارداد با بیمه‌های تجاری؛

۳. مبالغ جابجا شده به عنوان سهم کارفرما و سهم سازمان در هر ماه و به ازای هر کارگاه؛

۴. گزارش‌های مربوط به میزان رضایت کارکنان پورسانتاژی و شکایات واصله؛

۵. اطمینان از صحت و به روز بودن اطلاعات مالی و غیر مالی جمع‌آوری شده در هر شعبه و در سطح ستاد مرکزی سازمان.

مهم‌ترین نقیصه اطلاعاتی در حال حاضر آن است که تنها در هنگام واگذاری درمان، اطلاعات اولیه از کارگاه‌های متقاضی دریافت و ثبت می‌شود ولی تغییرات بعدی اعمال نمی‌گردد. بنابراین پس از مدتی اطلاعات موجود فاقد اعتبار و کارایی لازم می‌گردد که این نقیصه باید به سرعت برطرف شود.

منابع و مآخذ

منابع فارسی

۱. ابوحمدان، مریم. «الگوی خصوصی سازی بیمه درمان براساس تجربیات کشورهای منتخب» دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده مدیریت، پایان نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی، ۱۳۸۴.
۲. پناهی، بهرام. «اصول و مبانی نظام تأمین اجتماعی»، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، چاپ اول، تهران، ۱۳۷۶.
۳. حسن زاده، علی. «بازشناسی و تحلیل عملکرد پنجاه ساله سازمان تأمین اجتماعی در قلمرو بیمه درمان»، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۱۵، فصل سوم، سال پنجم زمستان ۱۳۸۲.
۴. زارع، حسین. «راهنمای خصوصی سازی بیمه درمان»، شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۴.
۵. ماهر، علی. «مطالعه تطبیقی نظام پرداخت هزینه‌های درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران»، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ۱۴، سال پنجم پاییز ۱۳۸۲.

منابع انگلیسی

1. Economic Development Institute of the world Bank. Washington D.C. 1995.
2. World Bank. "An International Assessment of Health Care financing". Lessons for Developing Countries, 2000.
3. World Health Organization "Hospital Economics and Financing in Developing Countries", 1992.