

گسترش پوشش تأمین اجتماعی به خویش فرمایان

Extension of social security coverage
To the self-employed

دکتر علی حسن زاده
پائیز ۱۳۹۱



سوشلسمه	حسینزاده علی، ۱۳۳۷
عنوان و نام پدیدآور	گسترش پوشش تامین اجتماعی به خویش فرمایان: Extension of social security coverage To the self-employed. مولف: علی حسینزاده [ایرانی] مؤلفان بیسه خدمات درمانی افراد کل خدمات درمانی
مشخصات نشر	تهران انتشارات نوبختزوری هشون ۱۳۹۲
مشخصات ظاهری	۴۴ ص. جدول نمودار.
شابک	978-600-90981-7-0
وضعیت فهرست نویسی	فرا
ویژگیات	ویژگی
نوع	تأمین اجتماعی
موضوع	بازو اشتغال
موضوع	بیسه درمانی
افزود	مؤلفان بیسه سلامت ایران افراد کل خدمات درمانی
پند	۱۳۹۲ هجری ۱۱ HDV
رده پند	۳۶۵۶
شماره سند	۳۱۱۱۱۲۷



نام کتاب: گسترش پوشش تامین اجتماعی به خویش فرمایان
نام مولف: دکتر علی حسینزاده

چاپ اول: ۱۳۹۱

شمارگان: ۱۰۰۰

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: گروه پارتیان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۹۰۹۸۱-۷-۰

تهران: پاسداران، بلوار شهزاده خیابان شهید علی پورمشکاتی، پلاک ۸
تلفن: ۲۲۸۵۲۱۲۳

فهرست مطالب

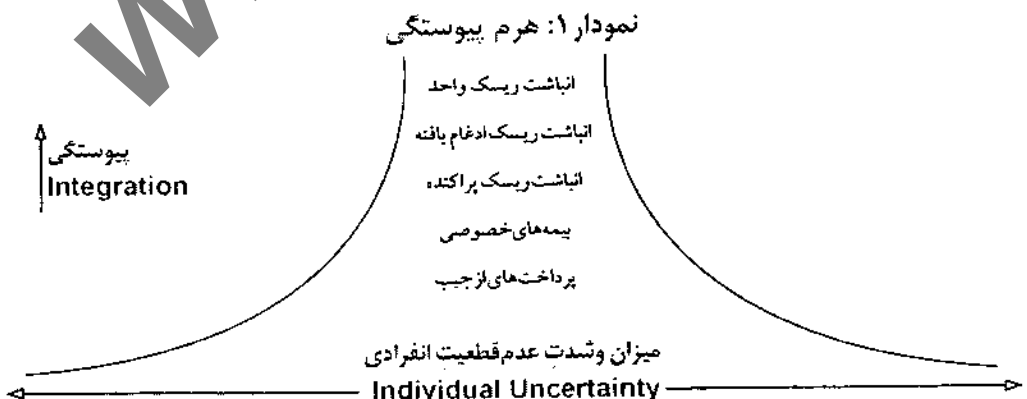
۷	مقدمه مترجم.....
۱۳	پیش گفتار.....
۱۴	خلاصه مدیریتی (اجرایی).....
۱۷	بخش یکم: خویش فرمایان.....
۱۷	۱-۱ تعریف و توصیف.....
۱۷	۱-۱-۱ خویش فرمایان و بخش غیر رسمی.....
۲۰	۲-۱-۱ کارمند، کارفرما یا خویش فرمایان.....
۲۰	۳-۱-۱ اندازه و اهمیت بخش خویش فرمایان حق.....
۲۲	۴-۱-۱ اثر تنبیرات اقتصادی بر خویش فرمایان.....
۲۴	۲-۱ منظور از گسترش پوشش چیست؟.....
۲۴	۳-۱ اهمیت گسترش پوشش به خویش فرمایان.....
۲۶	۴-۱ محدودیت‌های گسترش پوشش به خویش فرمایان.....
۲۷	۵-۱ خویش فرمایان قلابی.....
۲۷	۶-۱ پوشش خویش فرمایان در قالب طرح‌های عمومی یا اختصاصی.....
۲۹	بخش دوم: موانع گسترش پوشش و واکنش‌های پیشنهادی.....
۲۹	۱-۲ موضوعات دسترسی و اجرایی.....
۲۹	۱-۱-۲ موانع.....
۲۹	۲-۱-۲ واکنش به موانع.....
۲۹	۲-۲ موضوعات کم‌اظهاری و سازگاری.....
۳۹	۱-۲-۲ موانع.....
۴۰	۲-۲-۲ پاسخ به موانع.....
۴۲	۳-۲ محدودیت‌های درآمدهای کم و متغیر و موضوع مشارکت دو برابری.....
۴۲	۱-۳-۲ موانع.....
۴۲	۲-۳-۲ واکنش به موانع.....
۴۵	۴-۲ موانع مخاطرات اخلاقی، انتخاب نامطلوب، ضد انگیزش.....

۴۷	۵-۲	نشان دادن محاسن به تامین اجتماعی
۴۷	۱-۵	مع
۴۷	۵-۲	واکنش به مر
۴۸	۶-۲	فقدان آگاهی از دول
۴۸	۱-۶-۲	موانع
۴۸	۲-۶-۲	واکنش به مانع
۴۹	۷-۲	مزایای نامناسب
۴۹	۱-۷-۲	موانع
۴۹	۲-۷-۲	واکنش به مانع
۵۳		بخش سوم: مزایای ویژه بخش های مزایای تامین اجتماعی
۵۳	۱-۳	مزایای سالمندی
۵۴	۲-۳	مزایای ازکارافتادگی، حوادث شغلی و بیماری
۵۴	۳-۳	مزایای مراقبین
۵۴	۴-۳	مزایای سلامت
۵۵	۵-۳	مزایای بازماندگان
۵۵	۶-۳	مزایای بیکاری
۵۵	۷-۳	مزایای مادری و پدری و کمک خانواده‌مندی
۵۷		بخش چهارم: گروه‌های هدف خاص
۵۷	۱-۴	کارگران کشاورزی
۵۸	۲-۴	کارگران خانگی
۵۸	۳-۴	کارگران روستایی
۵۹	۴-۴	مشاغل آزاد
۶۰	۵-۴	کارگران مهاجر
۶۱		بخش پنجم - نتیجه گیری
۶۳		کتابشناسی

مقدمه مترجم

به موجب بند ماده ۲۸ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور دولت اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران را تدوین و ابلاغ نمود تا این سازمان در تاریخ ۱۳۹۱/۶/۲۸ رسماً اعلام موجودیت نموده و بخش‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمت عمومی جامع نماید. در همین راستا نگاه به ادبیات جهانی نشان از دو نظام شناخته شده بیمه سلامت دارد: نظام واحد پرداخت و نظام متعدد پرداخت. هم‌اکنون ایران در مرحله نظام متعدد پرداخت قرار دارد و به موجب قانون و اساسنامه فوق‌الذکر باید به نظام واحد پرداخت تبدیل شود. طبیعی است که برای تدوین مراحل گذار نیاز به تحلیل وضعیت موجود باشد، و در همین راستا در یک‌سو از منظر هرم پیوستگی در نظام بیمه سلامت و از سوی دیگر از نگاه پوشش نااطمینانی در وقوع ریسک بیمه‌ای کشور هم‌اکنون در مرحله نظام متفرق قرار دارد و برای دستیابی به نظام واحد پرداخت سه گام اساسی را بایستی برد.

لازم به ذکر است که برای مقابله با نااطمینانی وقوع ریسک بیماری در ابتدا پرداخت‌های مستقیم از جیب فرد بیمار وجود داشت، اولین تفکر مقابله با ریسک از طریق ایجاد امنیت در دوران نرسانس (مانند گیلدرها در سوئیس) بصورت بیمه‌های خصوصی پدیدار شد، با گسترش نظام‌های بیمه‌ای و تراست‌های انباشت‌های بزرگتر ریسک، بیمه‌های اجتماعی شکل گرفت، با گسترش فرهنگ بیمه و با افزایش تعداد آنها نظام متفرق پرداخت بوجود آمد. در راستای دستیابی به بزرگترین انباشت ریسک در یک کشور نظام‌های واحد پرداخت بوجود آمدند. از این‌سانار تحت عنوان «هرم پیوستگی» نام برده می‌شود. نکته مهم در این موضوع نهفته است که به منظور دستیابی به کمترین و بزرگترین بیمه‌های سلامت حرکت از پائین‌ترین سطح هرم (پرداخت از جیب یا بیمه خصوصی) به بالاترین سطح آن (نظام واحد پرداخت) واجد کمترین هزینه است، در صورتی که حرکت از سطح نظام متفرق (که هم‌اکنون ایران در این مرحله قرار دارد) به کمترین سطح مستلزم وقوع سه پدیده است. در گام نخست لزوم یکسان شدن نظام تأمین مالی است که با مصوبات شورای اجلاس شورای اسلامی این امر در حال وقوع است، در گام دوم یکسان شدن تعهدات (بسته پایه) و در گام نهائی ادغام سه نظام سلامت می‌شود.



مطالبات نشان می‌دهد که در جهان چهار مدل اساسی نظام واحد پرداخت وجود دارد که هر کدام دارای ویژگی‌هایی است که لزوم استقرار آنها را پیش از دستیابی به این نظام ضروری می‌سازد و لذا پاسخ دادن به سوالاتی را قبل از تصمیم به حرکت به سوی این نظام بایسته می‌نماید:

۱. از منظر جمع آوری منابع، انباشت ریسک، خرید خدمت، و همبستگی اجتماعی در چه وضعیتی قرار داریم و به چه وضعیتی باید برویم؟
۲. نظام واحد بر چه مدلی استوار خواهد شد؟ منطقه‌ای / خصوصی؛ منطقه‌ای / عمومی؛ مرکزی / خصوصی؛ مرکزی / عمومی
۳. از آنجاییکه در نظام واحد رقابت بین صندوق‌های عمومی از بین خواهد رفت، بیمه‌های خصوصی تجاری چگونه رقابت با آن را خواهد داشت؟ نکته این که در هیچ مدلی اجازه ورود بیمه تجاری به خدمات عمومی داده نمی‌شود (در کشور هم اکنون این رقابت وجود دارد و موجب بی اعتباری بیمه پایه شده است).
۴. حسب تجربه کشورهای دیگر، در تغییر از نظام متعدد به نظام واحد شرط اصلی فراگیری پوشش برای همگان است. بر چه اساس موضوع در بند الف ماده ۳۸ قانون برنامه لحاظ شده است، سازوکار لازم برای استقرار آن کدامست؟
۵. در کشورهایی که نظام واحد دارند عمده منابع از محل مالیاتهای پیش رونده تامین شده و فرانشیز مصرف‌کننده بسیار پایین است. در ایجاد این سازمان آیا فرانشیز ۳۰٪ برای خدمات سرپائی و ۱۰٪ برای بستری وجود خواهد داشت؟ در خصوص تفاوت بیش از ۲ برابری تعرفه خصوصی و دولتی چه اقدامی انجام خواهد شد؟
۶. در این نظام پزشکان فراهم کرده خدمت یک شفاف هستند. با توجه به چند شغله بودن آنان و علیرغم صراحت تبصره ۲ بند ۲ ماده ۳۲ قانون برنامه چه اقداماتی انجام خواهد شد؟
۷. در نظام واحد پرداخت و در راستای امنیت بستگی از ایجاد نظام سلامت دو لایه توسط بخش خصوصی ممانعت به عمل می‌آید و لذا اجازه داده نمی‌شود بخش بیمه‌ای بخش خصوصی هم پوشانی با پوشش عمومی داشته باشد در نتیجه پزشکانی که قبل از تشکیل قط در بخش خصوصی بیماران را درمان نمایند بکل از دریافت پرداختهای عمومی حذف می‌شوند. در سازمان ایجاد این موضوع رعایت خواهد شد؟
۸. در نظام‌های پرداخت واحد ممکن است سازمانی واحد زیر تامین مالی، انباشت، و تدارک خدمات را برعهده داشته باشد، از سوی دیگر نهاد سیاستگذاری که تدارک و خرید خدمات زیر مجموعه آن قرار می‌گیرد فاقد هرگونه تصدی گری است به گونه‌ای که در نظامی متمرکز سهم عمده وظایف تدوین مقررات بر عهده دولت مرکزی است ولی در نظام‌های غیر متمرکز مسئولین منطقه‌ای مسئولیت بیشتری دارند و دولت مرکزی اصول عمومی را از طریق قدرت مصارف اعمال می‌کنند. ولی بطور فزاینده‌ای کشورهایی که دارای این نظام هستند در صدد انجام اصلاحات و جدا کردن عملیات خرید از تدارک خدمات هستند که در راستای بهبود کارائی و پاسخگویی انجام می‌شود. به همین دلیل فراهم کنندگان و خریداران عمومی اگرچه در مالکیت بخش عمومی هستند ولی همانند بنگاههای دارای مالکیت خصوصی اداره می‌شوند. در ایران هم اکنون نظام تدارک خدمات از خرید آن جدا و در دو وزارتخانه شکل گرفته است. در شرایط موجود کشور چه سازوکاری برای ایران مناسب است؟
۹. در نظام واحد پرداخت بیمه‌ای مشارکت افراد بسته به نوع تامین مالی (مالیات بر درآمد، مشارکت سیاهه دستمزدی، مالیات بر دارائی) نظامی پیشرونده است و برای همه یکسان است. در شرایط موجود کشور که حق بیمه به موجب بند ۱ و ۲ ماده ۳۸ معادل ۵٪ در سه سال اول برنامه و ۶٪ در دو سال آخر و تا سقف دو برابر دستمزد تعیین شده است در صورتی که در بند ۳ همان ماده مشمولین تامین اجتماعی مطابق قانون

تامین اجتماعی (سهم درمان $\frac{1}{11}$ یعنی ۹٪ و تا سقف ۷ برابر دستمزد) مشخص شده است، چه تصمیمی اتخاذ خواهد شد؟ اگر چه به موجب تبصره ... ماده ... اساسنامه (تصویب نامه مورخ هیات وزیران) سازوکار کلان آن پیش بینی شده است.

۱۰. از ویژگیهای نظام واحد پرداخت بیمه‌ای اعمال قدرت انحصاری در خرید است که از طریق چانه زنی با نهادهای فراهم کننده خدمات انجام می‌شود. در شرایط فعلی نظام تعرفه گذاری ایران و با توجه به تفاوت بیش از دو برابر تعرفه‌های دولتی و خصوصی، چنین سازوکاری دیده نشده است. آیا ضرورت انجام آن با توجه به ایجاد سازمان بیمه سلامت وجود ندارد؟

در پاسخ به سلامت فرایده‌آل آنست که علایق بیمار محور و مرکزیت ایفاء کنندگان نقش در بازار سلامت (شامل فراهم کنندگان، بیمه‌گران و سازمانها) باشد. در حالیکه در عمل این عوامل در خارج از چهارچوب علایق بیماران قرار می‌گیرد. پیش نیاز حرکت به این سمت، حدوث سه اتفاق مهم است:

- ۱) جدا کردن تامین مالی از ارائه خدمات^۱
- ۲) جدا کردن حکمرانی نه مالی^۲ از اعمال تولید توسط حاکمیت^۳ (یعنی تمرکز زدائی و ایجاد نمایندگی)^۴
- ۳) استفاده از پرداخت های مستقیم از جیب^۵ تحت عنوان فرانشیز برای مقابله با مخاطرات اخلاقی و اتخاذ سیاست‌هایی برای مقابله با انتخاب معکوس.

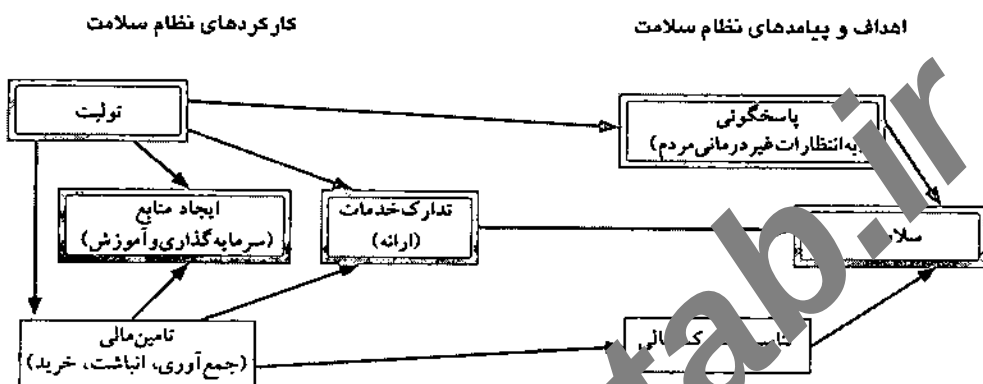
در گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۰ سازوکار جهانی بهداشت، مسئولیت نهائی عملکرد نظام سلامت کشور را وظیفه حکومت‌ها می‌داند که آنرا با ایفای نقش تحت نظام سلامت^۶ به انجام می‌رساند. این امر شامل مسئولیت تجمعی بجای مسئولیت انفرادی است و از این طریق رفاه جامعه تقویت می‌یابد. حمایت از عموم، تضمین بهبود در سلامت مردم، تضمین پاسخگویی به انتظارات جامعه، و تعقیب اهداف عدالت در سلامت از اهداف رفاه انجام می‌شود. اگر چه ادغام سیاستگذار، خریدار، ناظر و ارائه کننده خدمات سلامت فرضیه‌ای غیر قابل پذیرش در دنیای پیش رفته است ولی در گام نخست باید معلوم شود که چه نظامی برای نوعی بیات مالی، سازمان و مالکیت فراهم کنندگان مراقبتهای سلامت در ایران جاری است و تولید نظام سلامت چگونه راهبری می‌شود زیرا تولید عبارتست از فرایندی که طی آن حکومت راهبری و هدایت سیستم مراقبتهای سلامت را تعیین می‌دارد. وظیفه حکومت در بحث تولید نظام سلامت «راهبری است تا ارائه خدمت در صف» تجربه صورت نمی‌دهد متأسفانه زمانیکه دولتها مدیریت سیاستگذاری را از ارائه خدمات جدا می‌کنند به علت فقدان سرفصل سیاستگذاری و ضعف مهارت متوجه می‌شوند که نمی‌توانند راهبری کنند و عملاً وارد ارائه خدمات می‌شوند اینجاست که پدیده تعارض منافع پیش آمده و دفاع بی چون و چرا از تولید خدمات سلامت همراه با مدیریت ناکام منافع موجب می‌شود نظام بیمه سلامت که وظیفه حفاظت از مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری را برعهده دارد، قدرت انضامی لازم برای ایفای وظایف خود گردد.

لازم به ذکر است که نظام سلامت مجموعه‌ای از کارکردها و پیامدهاست (نمودار ۲). در حوزه کارکردها از سه حوزه اصلی قلمرو تامین مالی به مفهوم عام آن از وظایف بیمه‌های سلامت است، ولی در حوزه پیامدها از سه حوزه دو قلمرو پاسخگویی به انتظارات غیر درمانی مردم، و تناسب مشارکت مالی مردم در حیطه عملکردی بیمه‌های سلامت قرار داشته که منجر به سلامت جامعه می‌شود. با این نگاه حفاظت مالی به این معنی است که افراد و خانوارها:

- 1- Purchaser-Provider Split
- 2- governance of the funding agency
- 3- stewardship function of governments
- 4- Governance of funding agency from stewardship function of government (Decentralization & agency formation)
- 5- Out of Pocket Payments
- 6- Stewardship

- ۱) به هنگام نیاز، مراقبتهای سلامت را دریافت نموده و هزینههای بالا مانع از دسترسی آنان نگردد
- ۲) به هنگام دسترسی به مراقبتهای سلامت هزینههایی به آنان تحمیل نشود که مانع از دستیابی به الزامات زندگی خانوار مانند غذا، آموزش، و جان پناه شود
- ۳) بدلیل هزینههای بالای مراقبتهای درمانی در ورطه فقر نیافتاده و درآمد خود را به هنگام بیماری از دست ندهند.

نمودار ۲- نظام سلامت، از عملکرد تا نتیجه



اختلاف بین خدمات سلامتی که توسط دولت به اشتراک می‌شود و خدماتی که توسط «سازمانهای بیمه اجتماعی سلامت» خریداری می‌شود این است که در کشور ما اول خدمات وابسته به منابع است در صورتی که در سیستم دوم با توجه به طبیعت اجباری و قانونی آن «تقاضا» شامل تعین کننده است، زیرا قانون در مقابل کسر حق بیمه از حقوق بیمه شده، استفاده از خدمات بهداشتی درمانی را حق می‌داند و در نتیجه سازمان بیمه‌ای را اداره می‌کند تا آگاه به هزینه بوده و ضمن حفظ تعادل منابع و مصارف در راستای پاسخگویی به بیمه شده نیز بکوشد.

نگاه به اساسنامه مصوب هیات وزیران حاکی از این امر بدیهی است که تعاریف استوار است این سازمان مرکز و محور سیاست‌گذاری و اجرای نظام واحد بیمه‌ای در کشور باشد و برای حصول به این هدف اقدامات زیر ضروری است:

- ۱) تعیین و پیشنهاد حق بیمه مبتنی بر خدمات مورد تعهد (رویکرد مشارکت تعریف شده) و یا بسته پایه بر مبنای حق بیمه‌های دریافتی (رویکرد مشارکت تعریف شده) برای هر سال مالی ماه به موجب ماده ۱ اساسنامه. از آنجائیکه قانونگذار به استناد بندهای ۱ تا ۴ تبصره د ماده ۳۸ قانون نظام پنجم توسعه میزان و چگونگی دریافت حق بیمه را تعیین کرده است بنابراین رویکرد مشارکت تعریف شده ملاک برنامه ریزی خواهد بود.
- ۲) طراحی و اجرای برنامه خدمات بیمه سلامت بصورت یکپارچه مبتنی بر T در تداخل با پرونده الکترونیکی سلامت به استناد ماده ۱ اساسنامه و بند الف و ب ماده ۳۵. بدیهی است به موجب همین بند وزارت بهداشت در هماهنگی با پایگاه ملی مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال با اولویت شروع برنامه ارجاع موظف است پرونده الکترونیکی سلامت را طراحی و اجرا نماید.
- ۳) لزوم تعیین و شناسایی کارگزاران سازمان بیمه سلامت به منظور رها شدن از تصدیگری به موجب ماده ۱ اساسنامه و بند ۱ و ۲ تبصره و ماده ۶ قانون ساختار؛ و لزوم تصویب ضوابط توسط شورای عالی رفاه به موجب بند ۴ و تبصره ۱ ذیل ماده ۱۲ قانون ساختار.
- ۴) لزوم طراحی نظام ارائه خدمات به موجب ماده ۱ اساسنامه و بند ج و د ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه که اقداماتی مانند باز طراحی سامانه خدمات جامع همگانی سلامت مبتنی بر مراقبتهای اولیه، محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح بندی خدمات... در سال اول برنامه توسط وزارت بهداشت و تصویب برنامه اجرایی

- در شورای عالی سلامت و امنیت غذایی؛ و لزوم عملیاتی شدن آن در سال دوم برنامه؛ تهیه برنامه نظام درمانی کشور در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، یز شک خانواده، نظام ارجاع، راهنمای درمانی..... و تصویب حیات وزیران در سال اول برنامه.
- (۵) طراحی نقشه راه برای تامین کلیه خدمات سطوح سلامت در چارچوب مقررات بیمه پایه و مکمل و ارائه برنامه عملیاتی ضمن الزام بیمه‌های تجاری به رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه و تدوین چگونگی نظارت بر اجرا به موجب ماده ۱ اساسنامه.
- (۶) تدوین و تصویب آئین نامه اجرائی خرید راهبردی؛ اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد توسط وزارت رفاه، بهداشت و درمان و معاونت و تصویب هیات وزیران در سال اول برنامه در راستای شکل دهی به بیمه به نسبت به استناد ماده ۱ اساسنامه و بند ۲ ماده ۲۸ قانون برنامه.
- (۷) تدوین ضوابط مربوط به بیمه‌های تکمیلی به استناد ماده ۱ اساسنامه و بند ۲ تبصره بند الف ماده ۲ قانون ساختار.
- (۸) اجرای نظام ارجاع، یز شک، خانواده به موجب ماده ۱ اساسنامه و بند ۳ و ۴ ماده ۳۲ قانون برنامه.
- (۹) پیشنهاد ترکیب اعضای نظام، اختیارات و مسئولیتها و دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت برای تائید هیات وزیران و تصویب مجلس شورای اسلامی به موجب ماده ۱ اساسنامه و تبصره ۳ ماده ۲۸ قانون برنامه.
- (۱۰) لزوم شناسایی وزارتخانه‌ها، موسسات دولتی، موسسات یا نهادهای عمومی غیر دولتی، شرکتهای دولتی و کلیه دستگاههایی که شمول قانون مستند ذکر نام است مانند شرکت نفت، سازمان گسترش و نوسازی صنایع، بانک مرکزی، بانکها و بیمه‌های دولتی، تدوین ضوابط و فرایندهای مربوط به پیوستن آنها به سازمان به موجب ماده ۲ اساسنامه و بند ۲ ماده ۲۸ قانون برنامه.
- (۱۱) لزوم تدوین فرایند و ضوابط پیوستن سازمانهای مستثنی شده - نیروهای مسلح، وزارت اطلاعات، صندوق تامین اجتماعی- لزوم تدوین ضوابط خرید از بیمه مستثنی به موجب تبصره ذیل ماده ۲ اساسنامه و تبصره ۱ و ۲ بند ۲ ماده ۳۸ قانون برنامه.
- (۱۲) لزوم تصویب ضوابط کارگزاری در شورای عالی رفاه به موجب ماده ۴ اساسنامه و تبصره ذیل ماده ۱۲ قانون ساختار.
- (۱۳) شناسایی دارائی تعهدات اموال بخش‌های بیمه درمان موضوع ماده ۳ اساسنامه و تدوین فرایند آن و افزودن به سرمایه سازمان به موجب تبصره ۱ و ۲ ماده ۵ اساسنامه و تبصره ۱ و ۲ ماده ۳۸ قانون برنامه.
- (۱۴) تدوین ضوابط عقد و لغو قرارداد ارائه خدمات بیمه پایه سلامت و تدوین ضوابط دریافت حق بیمه موضوع چگونگی اجرای تبصره ذیل بند ۴ ماده ۳۸ قانون برنامه مبنی بر تکلیف دستگاههای اجرائی برای واریز حق بیمه سهم کارمند ظرف یکماه به موجب بند الف ماده ۷ اساسنامه.
- (۱۵) لزوم تدوین ضوابط نظارت بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات بطور مستقیم و غیر مستقیم.
- (۱۶) لزوم تدوین استانداردها و تولید نرم افزارهای مربوط به ساماندهی ارائه خدمات بیمه سلامت و تعامل با پرونده الکترونیک سلامت به موجب بند ۲ ماده ۷ اساسنامه.
- (۱۷) لزوم تدوین استانداردها، پروتکل ها و راهنماهای بالینی و چگونگی اجرای آن در واحدهای طرف قرارداد به موجب بند ۲ ماده ۷ اساسنامه.
- (۱۸) تدوین ضوابط لازم برای وصول حق بیمه و اقدامات قانونی در مقابل عدم پرداخت به موقع به موجب بند ۲ ماده ۷ اساسنامه.
- (۱۹) تدوین ضوابط مربوط به ارائه خدمات بیمه تکمیلی و دریافت حق بیمه آن به موجب بند ۱ ماده ۷ اساسنامه.
- (۲۰) انجام محاسبات بیمه‌ای برای تراز منابع و مصارف به موجب بند ۴ ماده ۷ اساسنامه.
- (۲۱) تدوین ضوابط مربوط به عقد و لغو قرارداد برای تصویب هیات اماناء به موجب بند ۴ ماده ۷ اساسنامه.

- (۲۲) تدوین ضوابط مربوط به رسیدگی به اسناد پزشکی برای تصویب هیات امناء به موجب بند م ماده ۷ اساسنامه.
- (۲۳) تدوین ضوابط مربوط به احراز صلاحیت مراکز درمانی به موجب بند ن ماده ۷ اساسنامه.
- (۲۴) تدوین سیاستها خط مشی و برنامه‌های اجرائی برای تصویب هیات امناء به موجب بند الف ماده ۱۲ اساسنامه.
- (۲۵) تدوین آئین نامه‌های اداری استخدامی مالی معاملاتی برای تصویب هیات امناء به موجب بند ج ماده ۱۲ اساسنامه.
- (۲۶) تدوین ساختار و تشکیلات کلان و تفصیلی برای تصویب مراجع ذیربط به موجب بند د ماده ۱۲ اساسنامه.
- (۲۷) تدوین ضوابط عقد و لنو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی برای تصویب هیات امناء به موجب بند ه ماده ۱۲ اساسنامه.
- (۲۸) تدوین ضوابط رسیدگی به اسناد به موجب بند و ماده ۱۲ اساسنامه.
- (۲۹) تخریب سایر اختیارات - که بر عهده هیات امناء نیست - مطابق با لایحه اصلاح قسمتی از قانون تجارت به موجب بند ز ماده ۱۲ اساسنامه.
- (۳۰) انجام شناسایی منابع مربوط به بندهای ب، ج، د، و، ز، ح، ط و تدوین فرایند چگونگی به حیطة وصول در آمدن آنها به موجب ماده ۱۶ اساسنامه.

نکته آخر اینکه این سازمان هدف گسترش پوشش بیمه‌ای به کلیه افراد جامعه و به موجب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه ایجاد شده است. موضوع پوشش همگانی مواجه با چالش‌های جدی است لذا کتاب اخیر اتحادیه بین‌المللی تامین اجتماعی که در پیاپی سال نهمی میلادی (۲۰۱۲) منتشر است به همین موضوع گسترش پوشش می‌پردازد، اگرچه موضوع در خصوص تامین اجتماعی است ولی باید اذعان نمود که بیمه‌های سلامت جزئی برجسته از نظام بیمه‌های اجتماعی و بالنهایه تامین اجتماعی است بنابراین مطالعه آن به همه دست اندرکاران نظام بیمه‌های اجتماعی به ویژه بیمه سلامت توصیه می‌شود. می‌توان روکردهای ارائه شده در این کتاب بتواند در گسترش پوشش بیمه پایه سلامت که سازمان بیمه سلامت ایران مرکزی با همکاری کمک‌کننده باشد.

دکتر علی حسن زاده

رئیس هیات مدیره سازمان بیمه سلامت ایران

منابع مورد استفاده در مقدمه مترجم:

- 1- Good Practices in Health Financing: Lessons from Reforms in Low- and Middle-Income Countries, Pablo Gottret, George J. Schieber and Hugh R. Waters Editors © 2008 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, ISBN-13: 978-0-8213-7511-2 eISBN-13: 978-0-8213-7512-1
- 2- Health Financing Reform: A Practitioner's Guide, Pablo Gottret George Schieber, ©2006 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, ISBN-10:0-8213-6585-1, DOI: 10.1596/978-0-8213-6585-4.
- 3- Special issues with single-payer health insurance systems, Gerard F. Anderson and Peter Hussey, © 2004 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank
- 4- Spending Wisely: Buying Health Services for the Poor, Edited by Alexander S. Preker, John C. Langenbrunner, © 2005 The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, WB50228
- 5- World Health Report year 2000

۶- قانون برنامه توسعه پنجم اجتماعی اقتصادی و فرهنگی کشور مصوب مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۱۵ مجلس شورای اسلامی

۷- اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران موضوع تصویب نامه شماره ۲۸۸-۳۷۴۴۴/۱۰-۳۷۴۴۴/۱۰ مورخ ۱۳۹۱/۵/۲۲ هیات وزیران

۸- قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی مصوب مورخ ۱۳۸۳/۲/۲۱ مجلس شورای اسلامی

پیش گفتار

را به اتحادیه بین المللی تامین اجتماعی در موضوع گسترش پوشش که در سال ۲۰۱۰ اتخاذ شده است، ضعف کننده نقش ویژه‌ای است که سازمانهای تامین اجتماعی می‌توانند بسوی هدفی گام بردارند که جمعیت بیشتری از پوشش تامین اجتماعی برخوردار شوند. علاوه بر آن این امر تعیین کننده پشتیبانی است که این اتحادیه برای تسهیل تلاشهای گسترده نمودن پوشش فراهم می‌کند.

در پیاده‌سازی برنامه‌های ابتکارات تامین اجتماعی که با هدف گسترش پوشش اجرا می‌شود، چالش‌های اجرایی در پوشش جمعیت‌های خاص می‌تواند مانعی جدی برای سازمانهای تامین اجتماعی باشد. گروههای جمعیتی که پوشش آنها مشکل است بطور عام شامل خویش فرمایان غیر کشاورز، مهاجرین، کارگران خانگی، کارگران در کارگاه‌های مشاغل در بخش کشاورزی و ماهیگیری، و ... می‌شود. گسترش پوشش تامین اجتماعی ابعاد مختلفی دارد که گونه‌ای که زنان دسترسی کمتری دارند.

به عنوان بخش عمده‌ای از پروژه دسترسی بیشتر پوشش همراستا با راهبرد اتحادیه، این اتحادیه در حال آماده‌سازی کتابچه‌هایی دارای راه حل‌های راهبردی و استراتژی در موضوع گسترش پوشش برای جمعیت هدف است.

کتاب حاضر از مجموعه کتابهای اتحادیه در خصوص موانع کلیدی در بهبود و گسترش پوشش برای خویش فرمایان و راههای غلبه بر آنهاست. کتاب عمدتاً گراهِ نمودن مزایا از طریق طرح‌های مشارکتی بیمه اجتماعی است. این کتاب ابزاری تحول یابنده را که قابل استفاده در بخش، روستا، و بهبود یابندگی مبتنی بر تجارب اتحادیه است، ارائه می‌دهد.

هانس هورست - کلوسکی

دبیر کل اتحادیه

خلاصه مدیریت (اجرائی)

یافته‌ها: کلید مندرج در این کتاب عبارتند از:

- در بسیاری از کشورها تاکید بر گسترش پوشش برای کارکنان حقوق بگیر است که دارای رابطه کارفرمایی هستند و پوشش برای خویش فرمایان اغلب هدف تلقی نمی شود و یا اصولاً بر مبنای اختیاری تعقیب می شود، و بنابراین نرخ بسیار کمتری دارد. تحول در جامعه به ویژه بازار کار - با کاهش نسبی اهمیت کار سازمان یافته - همراه با افزایش آگاهی و تمایل سیاستی بر حقوق انسانی، فقرزدائی و حفاظت اجتماعی به این معنی است که ادارات تامین اجتماعی در محیطی کاملاً متفاوت عمل می کنند. در عمل این انتظار که بازار کار در اقتصادهای در حال توسعه و بتدریج توسط اقتصاد به سمت رسمی شدن می روند، اتفاق نیافتاده است.
- در بسیاری از کشورها بخش اعظم از جمعیت در سن اشتغال خویش فرما تلقی می شوند (هم در بخش رسمی و هم غیر رسمی). با عنایت به بخش های پوشش در خویش فرمایان، این توسعه به این معنی است که بخش نسبتاً کوچکی از کل جمعیت از مزایای تامین اجتماعی برخوردارند. گسترش پوشش نیازمند تدوین طرح، اجرا و عملیات برنامه های تامین اجتماعی برای شمول بهتر خویش فرمایان و وابستگان آنهاست.
- عبارت خویش فرما بر طیف متنوعی از کارگران شامل خانواده است از جمله: کارگرانی که خود صاحب حساب هستند، شاغلین بخش غیر رسمی که برای یک یا چند نفر کار می کنند، صاحبان کسب و کار، و آنهایی که مشاغل آزاد دارند. در این کتاب کارگران خویش فرما در هر دو بخش رسمی و غیر رسمی مد نظر قرار می گیرند. ویژگیهای مشترک آنان شامل تغییر پذیری درآمدی، مسئولیت در مقابل جمع و تولید درآمد، و در طیف بسیار گسترده ای نداشتن کارفرما است. نکته آخر بدین معنی است که بسیاری از این افراد در شرایط فقط بطور جزئی تحت پوشش قوانین تامین اجتماعی قرار می گیرند و در بدترین شرایط ممکن کف پوششی ندارند.
- گسترش پوشش به خویش فرمایان مزایای چندی را برای خود افراد و جامعه به دنبال دارد. تامین اجتماعی مزایا و خدمات اساسی را فراهم نموده و موجب کاهش ریسکهائی می شود که اغلب اقبال ضعیف پذیر جمعیت شاغل با آن مواجه هستند. این امر موجب تقویت عدالت و اتحاد اجتماعی شده و موجبات تسهیل رشد اقتصادی و اقتصاد در حال گذار را فراهم کرده، و پشتیبانی عمومی برای طرح های تامین اجتماعی را استحکام می بخشد.
- عزم سیاسی و التزام مالی برای گسترش پوشش تامین اجتماعی در خویش فرمایان نقشی حیاتی دارد. علیرغم چالش ها، اقدامات سیاستی و اجرائی که ویژگیها و مختصات خویش فرمایان را در نظر می گیرد بطور خاصی در افزایش پوشش مؤثرند. برخی از این اقدامات عبارتند از:

✓ تدوین شرایط شمول برای دسترسی به مزایا: شرایط تدوینی باید منعکس کننده واقعیت های مربوط به