



اصلاحات نظام بیمه سلامت جمهوری اسلامی ایران در راستای تأمین مالی پایدار نظام سلامت

جلد اول

مؤلفان (به ترتیب الفبا):

علیرضا اولیایی منش، حمید پوراصغری، محمد مهدی تدین،
ایرج حریرچی، علی حسن زاده، علی شجاعی، سید مسعود
شجری پور، اسماعیل عباسی، سید مرتضی علیزاده رضویان،
حمیدرضا صفی‌خانی، طیبہ مرادی، محمد مرادی‌جو،
ایروان مسعودی اصل، طاهر موهبتی و محسن نجفی خواه





اصلاحات نظام بیمه سلامت جمهوری اسلامی ایران در راستای تأمین مالی پایدار نظام سلامت

(جلد اول)

مؤلفان: (به ترتیب الفبا)

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| « علیرضا اولیایی منش | « اسماعیل عباسی |
| « حمید پور اصغری | « سید مرتضی علیزاده رضویان |
| « محمد مهدی تدین | « حمیدرضا صفی خانی |
| « ایرج حریرچی | « طیبیه مرادی |
| « علی حسن‌زاده | « محمد مرادی جو |
| « علی شجاعی | « ایروان مسعودی اصل |
| « سید مسعود شجری پور | « طاهر موهبتی |
| | « محسن نجفی خواه |

عنوان و نام پدیدآور	: اصلاحات نظام بیمه سلامت جمهوری اسلامی ایران در راستای تأمین مالی پایدار نظام سلامت/ مولفان علی حسن زاده خاکمردانی... [و دیگران]: [برای] مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت.
مشخصات نشر	: تهران: آوش: شرکت تعاونی امیران کاغذ بلند همتان، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: 281ص: جدول (بخشی رنگی)، نمودار (بخشی رنگی).
شابک	: 978-600-8212-42-3
وضعیت فهرست نویسی	: فیپا
یادداشت	: مولفان علیرضا اولیایی منش، حمید پور اصغری، محمد مهدی تدین، ایرج حریرچی، علی حسن زاده، علی شجاعی، سید مسعود شجری پور موسوی، اسماعیل عباسی، سید مرتضی علیزاده رضویان، حمیدرضا صفی خانی، طیبه مرادی، محمد مرادی جو، ایروان مسعودی اصل، طاهر موهبتی و محسن نجفی خواه
یادداشت	: کتابنامه.
موضوع	: بهداشت -- ایران -- اصلاحات
موضوع	: Health care reform -- Iran
موضوع	: بهداشت -- اصلاحات -- مطالعات تطبیقی
موضوع	: Health care reform -- Comparative studies
موضوع	: بیمه درمانی -- ایران -- امور مالی
موضوع	: Health insurance -- Iran -- Finance
موضوع	: بیمه درمانی -- قوانین و مقررات -- ایران
موضوع	: Health insurance -- Law and legislation -- Iran
شناسه افزوده	: حسن زاده، علی، ۱۳۳۷ -
شناسه افزوده	: سازمان بیمه سلامت ایران. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
رده بندی کنگره	: RA۳۹۵الف/ ۹ الف ۶ ۱۳۹۷
رده بندی دیویی	: ۳۶۲/ ۱۰ ۹۵۵
شماره کتابشناسی ملی	: ۵۴۶۷۶۰۲



تهران، شهرک قدس (غرب)، بلوار ایوانک، خیابان فلامک شمالی، نبش درخشان، پلاک ۱، ستاد مرکزی سازمان بیمه سلامت ایران، طبقه چهارم، واحد ۳، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

شناسنامه

نام کتاب: اصلاحات نظام بیمه سلامت جمهوری اسلامی ایران در راستای تأمین مالی پایدار نظام سلامت
 مؤلفان (به ترتیب الفبا): علیرضا اولیایی منش، حمید پور اصغری، محمد مهدی تدین، ایرج حریرچی، علی حسن زاده، علی شجاعی، سید مسعود شجری پور موسوی، اسماعیل عباسی، سید مرتضی علیزاده رضویان، حمیدرضا صفی خانی، طیبه مرادی، محمد مرادی جو، ایروان مسعودی اصل، طاهر موهبتی و محسن نجفی خواه
 انتشارات: آوش: شرکت تعاونی امیران کاغذ بلند همتان
 ویراستار فنی: رسول جعفری
 نوبت چاپ: اول، ۱۳۹۸
 تیراژ: ۱۰۰
 قطع: وزیری
 تعداد صفحه: ۲۸۱
 شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۸۲۱۲-۴۲-۳
 چاپ و صحافی: چاپ آذین

این کتاب غیرقابل فروش است

کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر محفوظ و متعلق به مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران است. هرگونه استفاده از مطالب و مندرجات این اثر فقط با ذکر منبع مجاز است.

عنوان

صفحه

خلاصه اجرایی.....	۱۴
اختصارات.....	۱۵

بخش اول

اصلاحات الگوی کنونی تأمین مالی نظام سلامت؛ چالش ها و راهکار ها

فصل اول: مفاهیم و تعاریف پایه

مقدمه.....	۲۱
بیان مسأله و اهمیت آن.....	۲۲
دیدگاه‌های فلسفی حاکم بر بخش سلامت.....	۲۳
نظام سلامت و حوزه‌های اصلی آن.....	۲۷
تأمین مالی نظام سلامت.....	۲۷
پوشش همگانی سلامت.....	۳۲
چرا پوشش سلامت همگانی اهمیت دارد؟.....	۳۳
تأمین مالی پایدار نظام سلامت.....	۳۸
جمع‌آوری درآمدها.....	۴۱
تخصیص منابع و خرید.....	۴۵
شفافیت.....	۴۷
مداخلات و راهکارهای منتخب در راستای ایجاد پایداری تأمین مالی نظام سلامت.....	۵۱

فصل دوم: بیمه سلامت در اسناد بالا دستی

مقدمه.....	۵۵
بیمه سلامت در قانون اساسی.....	۵۵
بیمه سلامت در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی.....	۵۹
بیمه سلامت در سیاست‌های کلی سلامت.....	۶۵
بیمه سلامت در برنامه پنجم توسعه.....	۶۶
بیمه سلامت در سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه.....	۶۸
بیمه سلامت در قانون برنامه ششم توسعه.....	۶۸
بیمه سلامت در احکام دائمی برنامه‌های توسعه.....	۷۵

فصل سوم: اصلاحات نظام های سلامت و تأمین مالی؛ تاریخچه و مقایسه تطبیقی

مقدمه.....	۷۹
تاریخچه اصلاحات نظام سلامت در دنیا با تأکید بر نظام تأمین مالی.....	۷۹
مروری بر نظام‌های سلامت و بیمه سلامت در جهان.....	۸۱

اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت و بیمه سلامت دنیا.....	۱۰۰
خلاصه متغیرهای تأثیرگذار بر اصلاحات نظام سلامت و تأمین مالی.....	۱۱۸

فصل چهارم: تاریخچه تأمین مالی و بیمه سلامت در ایران

مقدمه.....	۱۳۹
تاریخچه مختصری از نظام سلامت و بیمه در ایران.....	۱۳۹
تاریخچه بیمه خدمات درمانی.....	۱۳۹
از بیمه خدمات درمانی تا بیمه سلامت.....	۱۴۰

فصل پنجم: وضعیت ایران در شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت

مقدمه.....	۱۴۵
مقایسه ایران طی سال‌های اخیر.....	۱۴۵
مقایسه ایران با کشورهای منطقه.....	۱۴۹
مقایسه ایران با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی.....	۱۵۲
مقایسه ایران با کشورهای با درآمد متوسط به بالا.....	۱۵۴

فصل ششم: چالش‌ها و راهکارهای اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت و اولویت‌بندی آن‌ها

مقدمه.....	۱۶۱
فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور.....	۱۶۱
اولویت‌بندی مسائل، چالش‌ها و مسائل منتخب.....	۱۷۵
اولویت‌بندی راهکارها و راهکارهای منتخب.....	۱۷۹

فصل هفتم: کاربرگ‌های اجرایی راهکارهای منتخب

مقدمه.....	۱۸۷
کاربرگ شماره ۱.....	۱۸۸
کاربرگ شماره ۲.....	۱۹۱
کاربرگ شماره ۳.....	۱۹۵
کاربرگ شماره ۴.....	۱۹۸
کاربرگ شماره ۵.....	۲۰۰
کاربرگ شماره ۶.....	۲۰۳
کاربرگ شماره ۷.....	۲۰۵
کاربرگ شماره ۸.....	۲۰۸
کاربرگ شماره ۹.....	۲۱۱
کاربرگ شماره ۱۰.....	۲۱۳
کاربرگ شماره ۱۱.....	۲۱۵
کاربرگ شماره ۱۲.....	۲۱۷
کاربرگ شماره ۱۳.....	۲۱۹

کاربرگ شماره ۱۴.....	۲۲۲
کاربرگ شماره ۱۵.....	۲۲۳
کاربرگ شماره ۱۶.....	۲۲۵
کاربرگ شماره ۱۷.....	۲۲۷
کاربرگ شماره ۱۸.....	۲۲۹
کاربرگ شماره ۱۹.....	۲۳۲
کاربرگ شماره ۲۰.....	۲۳۳
کاربرگ شماره ۲۱.....	۲۳۵
کاربرگ شماره ۲۲.....	۲۳۷
منابع.....	۲۳۹

بخش دوم

اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت در چهارچوب نظام بیمه سلامت چندلایه : طرحی برای آینده

سند سیاستی اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی " نظام بیمه سلامت چندلایه "

مقدمه.....	۲۴۵
مسأله‌شناسی تحلیلی.....	۲۴۵
تحلیل حقوقی.....	۲۵۱
مبانی نظری نظام بیمه سلامت چندلایه.....	۲۶۲
نظریه پایه سیاستی.....	۲۶۵
لایه اول: بیمه سلامت اجباری لایه اول.....	۲۶۸
لایه دوم: بیمه سلامت اجباری لایه دوم.....	۲۶۹
لایه سوم: بیمه سلامت اجباری لایه سوم.....	۲۷۱
تجارب جهانی مشابه.....	۲۷۲
خلاصه و نتیجه گیری.....	۲۷۸
منابع و مأخذ.....	۲۸۰

بخش اول

جدول ۱: شاخص‌ها و نشانگرهای انتخاب‌شده نظام سلامت برای ۱۸ کشور (به‌روزرسانی شده ۲۰۱۷).....	۸۳
جدول ۲: مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور.....	۸۵
جدول ۳: نشانگرهای عملکرد نظام سلامت در ۱۱ کشور.....	۹۳
جدول ۴: سازمان ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و پرداخت در ۱۹ کشور (به‌روزرسانی ۲۰۱۷).....	۹۶
جدول ۵: خلاصه رفرم‌های نظام سلامت به‌ویژه نظام تأمین مالی و بیمه سلامت چند کشور.....	۱۱۹
جدول ۶: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا.....	۱۲۴
جدول ۷: فراوانی متغیرهای تأثیرگذار در اصلاحات اخیر در نظام‌های بیمه سلامت دنیا.....	۱۳۵
جدول ۸: فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی.....	۱۶۵
جدول ۹: فهرست اولویت‌بندی شده مسائل نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری منابع مالی.....	۱۷۶
جدول ۱۰: ۴۷ راهکار اولویت‌بندی شده در راستای اصلاحات تأمین مالی و بیمه سلامت کشور.....	۱۸۱

بخش دوم

جدول ۱: میزان هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت در میان خانوارهای ایرانی.....	۲۴۹
جدول ۲: چهارچوب مفهومی نظام بیمه سلامت چندلایه؛ جمعیت، منبع تأمین مالی و بسته خدمتی -سناریوی الف (براساس حداقل حقوق و دستمزد قانون کار).....	۲۶۶
جدول ۳: چهارچوب مفهومی نظام بیمه سلامت چندلایه؛ جمعیت، منبع تأمین مالی و بسته خدمتی -سناریوی ب (براساس خط فقر ملی).....	۲۶۷
جدول ۴: عوامل تعدیل‌کننده مشارکت مالی بر مبنای درآمد خانوار در هر لایه.....	۲۶۸
جدول ۵: نحوه توزیع منابع عمومی برای حق بیمه پایه سلامت لایه دوم نظام چندلایه و الگوی کاهش هم‌پردازی بیمه‌ای و مشارکت هزینه‌ای.....	۲۷۰
جدول ۶: مشخصات سه طرح بیمه سلامت عمومی (نظام بیمه سه لایه) در تایلند.....	۲۷۳
جدول ۷: الگوی کاهش مشارکت در هزینه‌های سلامت بر مبنای سطح درآمد خانوار (به‌عنوان ضریبی از خط فقر فدرال - FPL) ایالات متحده آمریکا - قانون بیمه ملی آمریکا.....	۲۷۵

بخش اول

- شکل ۱: دیدگاه‌های فلسفی حاکم بر بخش سلامت..... ۲۶
- شکل ۲: چگونگی تجمع درآمد‌ها که (به ترتیب) انتقال درآمد را از افراد سالم به بیمار، از افراد غنی به فقیر و در طول مدت زندگی نشان می‌دهد..... ۳۱
- شکل ۳: سه بعد اصلی در پوشش همگانی سلامت/UHC (WHO, 2010)..... ۳۴
- شکل ۴: بعد کیفیت در پوشش همگانی سلامت/UHC..... ۳۶
- شکل ۵: اهداف نهایی/Goal و اهداف میانی پوشش همگانی سلامت که تحت تأثیر سیاست‌های تأمین مالی قرار می‌گیرد..... ۳۸
- شکل ۶: چهارچوب مفهومی برای درک عملکردهای تأمین مالی نظام سلامت..... ۴۱
- شکل ۷: هرم پیوستگی یا یکپارچگی..... ۴۴
- شکل ۸: عاملین در خرید راهبردی خدمات سلامت..... ۴۶
- شکل ۹: ارتباط تأمین مالی سلامت با اهداف میانی سیاست‌های تأمین مالی سلامت و اهداف کلی نظام سلامت..... ۴۸
- شکل ۱۰: اصلاحات در نظام سلامت جهان..... ۸۰

بخش دوم

- شکل ۱: مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در تایلند..... ۲۷۴

نمودار ۱: مقایسه ایران در شاخص‌های سهم هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای سلامت از تولید ناخالص داخلی طی سال‌های ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴.....	۱۴۵
نمودار ۲: مقایسه ایران در شاخص درصد سهم بودجه عمومی داخلی دولت برای سلامتی از بودجه عمومی دولت سال‌های ۲۰۰۵/۱۳۸۴ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴.....	۱۴۶
نمودار ۳: مقایسه ایران در شاخص‌های درصد سهم بودجه عمومی داخلی دولت برای سلامت، بیمه‌های اجتماعی سلامت و پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت سال‌های ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴.....	۱۴۶
نمودار ۴: مقایسه ایران در شاخص‌های درصد سهم ساز و کارهای تأمین مالی اجباری و اختیاری از هزینه‌های جاری سلامت طی سال‌های ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴.....	۱۴۷
نمودار ۵: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۴۹
نمودار ۶: مقایسه سهم هزینه‌های جاری بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵.....	۱۴۹
نمودار ۷: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۰
نمودار ۸: مقایسه سهم هزینه‌های جاری بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵.....	۱۵۰
نمودار ۹: مقایسه سهم بیمه‌های اجتماعی برای سلامت از هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۰
نمودار ۱۰: مقایسه سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۰
نمودار ۱۱: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۱
نمودار ۱۲: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های جاری بخش سلامت کشور با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵.....	۱۵۱
نمودار ۱۳: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های خصوصی سلامت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۱
نمودار ۱۴: مقایسه سهم کمک‌های خارجی برای سلامت از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای منطقه - سال ۲۰۱۴/۱۳۹۳.....	۱۵۱
نمودار ۱۵: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۲
نمودار ۱۶: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۲
نمودار ۱۷: مقایسه سهم بیمه‌های اجتماعی برای سلامت از هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۳

نمودار ۱۸: مقایسه سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۳
نمودار ۱۹: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۳
نمودار ۲۰: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های خصوصی سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۳
نمودار ۲۱: مقایسه سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران با کشورهای UMI - سال ۲۰۱۵/.....	۱۵۴
نمودار ۲۲: مقایسه سهم بودجه عمومی دولت برای سلامتی از بودجه عمومی دولت با کشورهای UMI - سال ۲۰۱۵/.....	۱۵۵
نمودار ۲۳: مقایسه سهم بیمه‌های اجتماعی برای سلامت از هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت ایران با کشورهای UMI - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۶
نمودار ۲۴: مقایسه سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت از هزینه‌های کل سلامت ایران با کشورهای UMI - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۶
نمودار ۲۵: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های خصوصی سلامت ایران با کشورهای UMI - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴.....	۱۵۷
نمودار ۲۶: مقایسه سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت ایران با کشورهای UMI - سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵.....	۱۵۷

سخن آغازین

نیل به اهداف موردنظر نظام مقدس جمهوری اسلامی ایران در زمینه‌های مختلف علمی، اقتصادی و فرهنگی نیازمند عزم و تلاش جدی و استفاده از نقطه نظرات صاحبان اندیشه و خبرگان در هریک از عرصه‌ها می‌باشد. بدین منظور و در نخستین گام، تعیین نقشه راه براساس مستندات متقن علمی و قانونی امری اجتناب‌ناپذیر است. تأمین سلامت در کنار امنیت و آموزش، سه رکن اساسی حکمرانی در هر کشوری است که بهبود آن‌ها نقشی انکارناپذیر در رشد و توسعه و شکوفایی آن کشور دارد. سلامت، محور توسعه پایدار بوده و توسعه پایدار، به‌عنوان مفهومی با سابقه بیش از سه دهه در ادبیات توسعه، امروزه به یک قالب فکری عمده در بسیاری از کشورها، بالأخص کشورهای درحال توسعه، بدل شده است. توسعه پایدار عبارت است از توسعه‌ای که نیازهای کنونی را تأمین می‌کند، بدون آن‌که توانایی نسل‌های آینده را در برآوردن نیازهای خود، به مخاطره افکند. نظام سلامت برای آنکه بتواند به‌عنوان محوری برای توسعه پایدار مطرح گردد، خود نیازمند پایداری است و این پایداری در وهله نخست، در گرو پایداری تأمین مالی نظام سلامت است. از این روست که مقام معظم رهبری نیز در بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت، پایداری در تأمین مالی نظام سلامت را به‌عنوان یک سیاست محوری تکلیف فرموده‌اند.

مجموعه‌ای که در پیش رو دارید، نخستین مجموعه از گفتارهایی است که مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران، به‌عنوان یکی از نخستین گام‌های خود در عرصه پژوهش در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور وجهه همت ساخته است. امید که مورد امعان نظر فرهیختگان واقع گردد و با دریافت نقطه نظرات نخبگان حوزه سلامت کشور، به سنگ بنایی واثق برای ایجاد اصلاحات اساسی در راستای ارتقاء تأمین مالی نظام سلامت کشور بدل گردد.

طاهر موهبتی

رئیس هیأت مدیره و مدیرعامل

سازمان بیمه سلامت ایران

مقدمه

دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) هدف مشترک کلیه کشورها در ساماندهی فعالیت‌های مرتبط با تولید، تدارک و تأمین مالی خدمات سلامت است. چالش مشترک کلیه کشورها در مسیر دستیابی به این هدف، رشد روزافزون هزینه خدمات و مراقبت‌های سلامت به سه دلیل عمده مسن شدن جمعیت، رشد روزافزون فناوری‌های حوزه سلامت و افزایش انتظارات سلامت جامعه در کنار محدودیت منابع مالی در دسترس برای پاسخگویی به این نیازهای روزافزون است. عدم توازن و تعادل بین منابع مالی در دسترس و هزینه‌های روزافزون، تهدیدی جهانی برای کلیه نظام‌های سلامت می‌باشد. پایداری در تأمین مالی نظام سلامت، به معنای ایجاد اطمینان از توانایی یک نظام سلامت، از تأمین مالی نیازهای حال و آینده جمعیت هدف، یکی از اهداف مشترک همه نظام‌های سلامت در سراسر دنیا است. از سوی دیگر و با توجه به بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت لزوم توجه جدی به موضوع ایجاد پایداری در تأمین مالی نظام سلامت، الزامی قانونی فراروی نظام سلامت کشور است. بدین منظور، اصلاح کلیه فرآیندهای حوزه تأمین مالی نظام سلامت، شامل تولید منابع و تجمیع درآمدها، انباشت و توزیع ریسک و خرید راهبردی خدمات باید موردبازنگری و اصلاح قرار گیرند.

مجموعه‌ای که در پیش روی شماست، نخستین گام از مجموعه اقدامات مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت است که با هدف اصلاح نظام بیمه سلامت کشور در راستای دستیابی به پایداری در تأمین مالی نظام سلامت کشور برداشته شده است. امید آنکه با ارائه نقطه نظرات خویش، ما را در دستیابی به مناسب‌ترین الگو برای اصلاح حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور همراهی و مساعدت فرمایید.

دکتر علی شجاعی

سرپرست مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت

خلاصه اجرایی

با تأسیس مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران در اواخر تیرماه سال ۱۳۹۶ به‌عنوان پروژه آغازین، «بررسی وضعیت موجود و تدوین طرح ارتقا و بهبود بیمه سلامت جهت اقدام و اجرا» در دستور کار مرکز قرار گرفت. طی نشست‌های مستمر، پیش‌نویس اولیه طرح، شامل مقدمه‌ای بر لزوم ارائه طرح اصلاحات، دیدگاه‌های فلسفی حاکم بر نظام سلامت، چهارچوب اصلی برای اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت، اهداف طرح، مرور متون داخلی و خارجی، تعاریف، تحلیل ذینفعان، وضع موجود نظام سلامت و بیمه سلامت؛ مقایسه ایران با سایر کشورها در سال‌های اخیر، شناسایی چالش‌های عمده نظام سلامت و بیمه سلامت؛ علل، مستندات قانونی، اهمیت مسأله، راهکارهای پیشنهادی و احکام قانونی اصلاحی و انشایی، تدوین و در چندین نشست با حضور رئیس محترم هیأت مدیره و مدیرعامل سازمان بیمه سلامت ایران و صاحب نظران، بررسی و مداخله جهت رسیدن به اهداف طرح، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابتدا با بررسی و آسیب‌شناسی وضعیت موجود نظام سلامت و بیمه سلامت، چالش‌ها و مسائل عمده تأمین مالی و بیمه سلامت کشور استخراج و راهکارهای متناظر برای رفع هریک از آن‌ها تدوین گردید. سپس صاحب نظران و کارشناسان حوزه تأمین مالی و بیمه سلامت کشور چالش‌ها و راهکارهای پیشنهادی را مورد بررسی و اولویت‌بندی قرار دادند. رویکرد اصلی انتخاب و بررسی راهکارها، انطباق حداکثری راهکارها بر سیاست‌های کلی سلامت، وجود حکم و ماده قانونی، عدم اجرای قوانین موجود و میزان و گستره تأثیرگذاری راهکار مورد نظر بوده، برای هریک از راهکارهای منتخب، کاربرگ اجرایی تهیه گردیده است. این مستند با عنوان «اصلاحات نظام بیمه سلامت جمهوری اسلامی ایران در راستای دستیابی به تأمین مالی پایدار نظام سلامت» در دو جلد منتشر خواهد شد. جلد اول حاوی دو بخش «اصلاحات الگوی کنونی تأمین مالی نظام سلامت؛ چالش‌ها و راهکارها» و «اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت در چهارچوب نظام بیمه سلامت چندلایه؛ طرحی برای آینده» است. بخش اول حاوی مبانی و تعاریف پایه با رویکرد حل مسئله در شرایط موجود است و بخش دوم حاوی سند سیاستی با عنوان «اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی پیشنهادی نظام بیمه سلامت چندلایه» است.

در جلد دوم سعی بر آن است که نظام بیمه سلامت چندلایه، به‌عنوان الگویی برای بهبود عدالت در توزیع منابع عمومی بخش سلامت و عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت، با تفصیل بیشتری مورد بحث قرار گیرد و به بیان مجموعه اقدامات و فعالیت‌ها و احیاناً تغییرات ساختاری که زیربنای استقرار این نظام است به تفصیل پرداخته شود

مؤلفان

اختصارات

SDGs= Sustainable Development Goals	اهداف توسعه پایدار
MDGs= Millinuim Development Goals	اهداف توسعه هزاره
HTP= Health Transition Plan	برنامه تحول سلامت
SHI= Social Health Insurance	بیمه اجتماعی سلامت
NHI= National Health Insurance	بیمه سلامت ملی
DHI=Duplicate Health Insurance	بیمه سلامت مضاعف
FFS= Fee- For- Service	پرداخت به ازای خدمت/کارانه
VBP= Value- Based Purchasing	پرداخت مبتنی بر ارزش
P4P= Pay for Performance	پرداخت مبتنی بر عملکرد
UHC= Universial Health Coverage	پوشش همگانی سلامت
HSF= Health System Financing	تامین مالی نظام سلامت
RAP= Resource Allocation and Purchasing	تخصیص منابع و خرید
GDP=Gross Domestic Product	تولید ناخالص داخلی
MSA= Medical Saving Accounts	حساب‌های پس‌انداز سلامت
OECD=Organization for Economic Cooperation and Development	سازمان توسعه و همکاری اقتصادی
QALYs= Quality Adjusted Life Years	سال‌های عمر تعدیل‌شده برحسب کیفیت
DALYs= Disability Adjusted Life Years	سال‌های عمر تعدیل‌شده برحسب ناتوانی
FFCI=Fairness Financial Contribution Index	شاخص مشارکت عادلانه مالی
NHSA=National Health Security Act	قانون امنیت سلامت ملی
ACA= Affordable Care Act	قانون مراقبت مقرون‌به‌صرفه
CSR=Cost Sharing Reduction	کاهش مشارکت در هزینه‌ها
UMICs= Upper-Middle Income Countries	کشورهایی با درآمد متوسط به بالا
DRGs= Diagnosis- Related Groups	گروه‌های تشخیصی مرتبط

GGE=General Governmental Expenditure	مخارج یا هزینه های عمومی دولت
GGHE=General Governmental Health Expenditure	مخارج یا هزینه های عمومی دولت برای سلامت
CHE= Curent Health Expenditure	مخارج یا هزینه های جاری سلامت
HK= Health Capital Expenditure	مخارج یا هزینه های سرمایه ای سلامت
LTC= Long-Term Care	مراقبت های طولانی مدت
VBHC=Value-Based Health Care	مراقبت های مبتنی بر ارزش
NICE=National Institute for Health and Care Excellence	مؤسسه ملی سلامت و تعالی مراقبت
PPP= Purchasing Power Parity	نرخ برابری قدرت خرید
MHIS=Multilayer Health Insurance System	نظام بیمه سلامت چندلایه
NHS=National Health System	نظام طب ملی

بخش اول

اصلاحات الگوی کنونے تأمین مالے نظام سلامت:
چالش ها و راهکارها

فصل اول

مفاهیم و تعاریف پایه

تداوم وابستگی شدید تأمین مالی نظام سلامت ایران و منابع درآمدی سازمان‌های بیمه‌گر به منابع عمومی و دولتی (بیش از ۹۰ درصد)، پراکندگی منابع مالی نظام سلامت در کنار وابستگی منابع عمومی و دولتی به فروش دارایی‌های سرمایه‌ای (نفت خام و مشتقات آن) و بی‌ثباتی بازارهای نفتی و عواملی نظیر تحریم‌های بین‌المللی، رکود تورمی، رشد فقر و بیکاری در جامعه، بروز بیماری‌های نوپدید، توسعه فناوری‌های نوین و افزایش درصد سالمندی در جامعه که خود موجب افزایش روزافزون هزینه‌های سلامت کشور شده‌اند، نیاز فوری و هرچه بیشتر به انجام اصلاحات در حوزه تأمین مالی نظام سلامت را اجتناب‌ناپذیر ساخته است. در غیر این صورت تداوم و تشدید روزافزون وابستگی تأمین مالی نظام سلامت به منابع عمومی هدر رفت هرچه بیشتر منابع مالی نظام سلامت را در پی خواهد داشت و درازمدت دولت نیز توان تأمین این حجم از منابع مالی روزافزون را نخواهد داشت و در نتیجه بار عمده این گردش مالی سنگین، بیش از پیش بر دوش مردم خواهد بود که موجب بالا رفتن سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم و افزایش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت و درصد خانوارهای دچار هزینه‌های فقرزای سلامت و گسترش بیش‌ازپیش فقر در کشور می‌گردد که خودسر منشأ بسیاری از ناهنجاری‌ها و ناامنی‌های اجتماع در کشور خواهد بود. از یک‌سو و همان‌گونه که گفته شد، علیرغم تأکید موجود در بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر مدیریت منابع مالی نظام سلامت توسط نظام بیمه‌ای، سهم نظام بیمه‌ای از مدیریت منابع مالی نظام سلامت علیرغم افزایش‌های چند سال اخیر، کماکان کمتر از ۳۵ درصد می‌باشد. تأمین منابع مالی پایدار، برقراری تعادل بین منابع و مصارف و تضمین تأمین منابع مالی معادل با افزایش تعهدات صندوق‌های بیمه‌ای در کنار وجود حداکثر پیوستگی ممکن صندوق‌های انباشت ریسک و یک نظام تخصیص منابع و خرید خدمات مبتنی بر راهبردهای مشخص از جمله عوامل اصلی توفیق یک صندوق بیمه‌ای در مدیریت منابع مالی نظام سلامت است. متأسفانه، سیاست‌های کلی سلامت نیز به‌طور شایسته‌ای در تدوین قوانین و سیاست‌های نظام سلامت کشور لحاظ نگردیده و بخش اعظم این سیاست‌ها کماکان محقق نگردیده و یا به‌صورتی ناقص، انتزاعی و گزینشی مبنای عمل واقع شده‌اند. از دیگر سو، سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی نیز چه‌بسا بیش از سیاست‌های کلی سلامت، در حوزه تأمین مالی نظام سلامت مورد کم‌توجهی قرار گرفته‌اند. نوشتاری که در پی خواهد آمد، با محور قرار دادن بندهای ۷، ۹ و ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت و بند ۷ سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی کوشش دارد راهکاری برای اصلاح تأمین مالی نظام سلامت کشور با محوریت اصلاح نظام بیمه سلامت بیابد.

بیان مسأله و اهمیت آن

یکی از مشکلات اساسی در هر نظام سلامت، تأمین مالی و مسائل مرتبط با بودجه و پوشش همگانی بیمه سلامت می‌باشد. اهمیت این موضوع از آنجا بیشتر آشکار می‌شود که بسیاری از شواهد و نظرات صاحب‌نظران و سیاست‌گذاران بخش سلامت، بیانگر این است که پایداری تأمین مالی نظام سلامت در نهایت منجر به پایداری نظام سلامت می‌شود. موضوع اصلاحات در تأمین مالی و بیمه سلامت به‌منظور پوشش همگانی یکی از موضوعات جدید اکثر دولت‌ها و به ویژه دولت‌هایی است که به اهمیت تعهد و صرف منابع قابل قبول و پایدار برای پوشش همگانی رسیده‌اند.

طبق آخرین آمار از سرشماری آمار سال ۱۳۹۵، حدود ۱۰/۲ درصد از جمعیت کشور از پوشش بیمه سلامت برخوردار نیستند (که براساس خود اظهاری مردم به ثبت رسیده است) و این در حالی است که در سال ۱۳۹۳ و به دنبال اجرای برنامه تحول سلامت^۱، دولت کلیه افراد فاقد هرگونه بیمه پایه سلامت را از طریق سازمان بیمه سلامت ایران و به‌صورت رایگان (پرداخت حق بیمه پایه سلامت از محل منابع عمومی) تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار داد و انتظار می‌رفت با اجرای این برنامه، پوشش تقریباً کامل جمعیتی بیمه پایه سلامت در کشور حاصل شده باشد. وجود افراد فاقد پوشش بیمه پایه سلامت که نیاز به چتر پوشش همگانی دارند و نیز حمایت مالی از آن‌ها و به‌خصوص افراد فقیر و دهک‌های نیازمند و پایین از نظر درآمدی و هدفمند نبودن نحوه توزیع منابع عمومی و یارانه‌های بخش سلامت کشور به سمت اقشار نیازمند و محروم، یکی از دلایل مهم برای انجام پژوهش و اصلاحاتی در بیمه سلامت کشور جمهوری اسلامی ایران بوده است. اصلاحاتی که با توجه به ابعاد سیاسی، اجتماعی و اقتصادی آن اثرات غیرقابل انکاری بر جمعیت هدف داشته و موجب حمایت بیشتر از اقشار آسیب‌پذیر اجتماع به‌ویژه در بعد حمایت مالی و دریافت خدمات با کیفیت گردد.

به‌منظور شناسایی و اولویت‌سنجی چالش‌ها، مسائل و راه‌حل‌های پیشنهادی برای هریک از آن‌ها در بیمه سلامت ایران، ابتدا مرور ادبیات پژوهش انجام شد و اصلاحات اخیر (به‌ویژه پنج سال اخیر) نظام‌های سلامت با تأکید بر نظام تأمین مالی و بیمه سلامت شناسایی و مورد تحلیل قرار گرفت. پس از آن چالش‌های عمده و مسائل مرتبط با آن‌ها در نظام بیمه سلامت ایران براساس نظرات کارشناسان، صاحب‌نظران و متخصصین سیاست‌گذار و نیز تصمیم‌گیرندگان (ترکیبی از محققان با تجربه دانشگاهی، سیاست‌گذاران و مدیران) شناسایی و مورد اولویت‌سنجی قرار گرفت و براساس اولویت‌های تعیین‌شده، برنامه عملیاتی هر یک از آن‌ها تدوین گردید.

دیدگاه‌های فلسفی حاکم بر بخش سلامت

قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت، مستلزم وجود دیدگاه فلسفی است. در این ارتباط سه دیدگاه سودگرایی، لیبرالیسم و جامعه‌گرایی مبنای قضاوت‌ها قرار گرفته است.

سودگرایی^۱ معتقد است که ما باید براساس پیامدهای یک سیاست در مورد آن قضاوت کنیم. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع تندرستی افراد در یک جامعه، به ارزشیابی پیامدهای آن می‌پردازد. لیبرالیسم^۲ به حقوق و فرصت‌ها توجه دارد و تأکید آن بر نقطه شروع افراد است و نه بر پایان کار. این مطالبه که شهروندان دارای حق مراقبت سلامت (و یا حتی حق سلامت) هستند، نشان‌دهنده تفکرات لیبرالی است.

جامعه‌گرایی^۳ نوع جامعه‌ای را که سیاست‌گذاری عمومی به ایجاد آن کمک می‌کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می‌کنند، مهم می‌داند. در این دیدگاه جوامع موظفند اعضای خود را به این سمت‌وسو حرکت دهند که اعتقادات مشترکی با جامعه، در زمینه فضیلت و رفتار مطلوب داشته باشند. جامعه‌گرایی می‌تواند هم با تفکرات مبتنی بر پیامد و هم با تفکرات مبتنی بر حقوق در تعارض باشد؛ زیرا القای اجباری فضیلت ممکن است دربرگیرنده اقداماتی باشد که تندرستی افراد را به حداکثر نمی‌رساند یا آزادی فردی را محدود می‌کند.

الف. سودگرایی

سودگرایی پرطرفدارترین رویکرد فلسفی در مورد عملکرد بخش سلامت بوده و رویکردی مبتنی بر پیامدهاست. به‌طور کلی این رویکرد چنین می‌پندارد که «هدف وسیله را توجیه می‌کند». براساس این نظریه به هنگام قضاوت در مورد یک سیاست باید از خود بپرسیم که این سیاست چه تأثیری بر افراد در جامعه خواهد گذاشت و آنوقت گزینه‌ای را انتخاب کنیم که بیش از همه، کل تندرستی افراد را ارتقا بخشد و به حداکثر برساند. به این منظور لازم است به چند سؤال پاسخ داده شود. تندرستی چه کسانی به حساب می‌آید و تا چقدر و چطور می‌توان تندرستی را در عمل، موردسنجش قرار داد. چگونگی پاسخ به این سؤالات است که دو سنت فکری عمده یعنی سودگرایی عینی و غیرعینی^۴ را پدید می‌آورد. هردوی

1-Utitarianism

2-Liberalism

3-Communitarianism

4-Subjective and Objective Utilitarianism

این رویکردها در پی استفاده کارا از منابع برای ایجاد حداکثر خوبی هستند، اما تفاوت‌های مهمی در روش‌ها و کاربردهای آن‌ها وجود دارد.

سودگرایی غیرعینی: براساس این نظریه، خود فرد بهتر از هرکس دیگری می‌تواند در مورد آنچه او را خوشحال می‌کند قضاوت نماید. افراد برحسب سلیقه‌ها و ترجیح‌های خاص خود، در موقعیت‌های مختلف سطوح متفاوتی از مطلوبیت را تجربه می‌کنند. عمل درست، عملی است که «بیشترین شادی را برای بیشترین تعداد در بر داشته باشد». براساس این رویکرد همه افراد اهمیت دارند و اهمیت همه افراد با هم برابر است. با این رویکرد قضاوت در مورد یک سیاست نیازمند آن است که سطح مطلوبیت هریک از گزینه‌های سیاست‌گذاری برای همه افراد با هم جمع شده و سیاست مذکور با جایگزین‌های آن مقایسه گردد. سپس سیاستی انتخاب شود که به بیشترین مطلوبیت منجر می‌گردد.

اقتصاددانان این چهارچوب تحلیلی را یک‌قدم جلوتر می‌برند. آن‌ها طرفدار استفاده از تحلیل «هزینه-فایده» برای تعیین اقدامی هستند که بیشترین مطلوبیت کلی را ایجاد نماید. به این معنی که مشخص شود تمامی کسانی که به‌صورت بالقوه از یک سیاست یا برنامه سود می‌برند، برای منافع آن تمایل به پرداخت چه مبلغی دارند سپس این تمایل با هزینه برنامه مقایسه می‌شود. اگر منافی که برآورد می‌شود، بیشتر از هزینه‌ها باشد، آنگاه این سیاست بیشترین خیر را برای بیشترین تعداد افراد در پی خواهد داشت. باید پذیرفت که این نوع تحلیل، هم هزینه‌ها و هم منافع را به زبان پول ارزشیابی می‌کند. از دیدگاه سودگرایان غیرعینی سلامت یک کالای ویژه نیست؛ بلکه تنها یکی از کالاهایی است که شهروندان می‌توانند بنا به انتخاب خود آن را بخرند یا نخرند. از آنجا که فقط خود افراد هستند که واقعاً می‌دانند چه چیزی آن‌ها را شاد می‌کند، باید به انتخاب آن‌ها احترام گذاشت. با این حال خوش‌بینی نظریه سودگرایی غیرعینی به انتخاب‌های افراد، از دید بسیاری از منتقدان، امری قابل‌تأیید نیست. این منتقدان نمی‌توانند بپذیرند که کل سیاست‌گذاری اجتماعی برخواست‌ها و تصمیمات افراد مبتنی باشد.

سودگرایی عینی: سیاست‌گذارانی که می‌خواهند تندرستی افراد را ارتقا بخشند، اما به پایایی و روایی انتخاب‌های فردی شک دارند، معتقدند تصمیم‌ها باید بر تندرستی فردی مبتنی باشد و این امر به‌صورتی عینی و توسط گروهی از متخصصان تعریف شود. این دیدگاه سودگرایی عینی نامیده می‌شود. دیدگاه فلسفی پشت تحلیل بار بیماری از طریق سنجه‌هایی مثل DALYs یا سال‌های عمر تعدیل‌شده برحسب ناتوانی^۱ و QALYs یا سال‌های عمر تعدیل‌شده بر حسب کیفیت^۲ که توسط بانک

1-Disability Adjusted Life Years

2-Quality Adjusted Life Years

جهانی و سازمان جهانی بهداشت انجام شده است مثالی از سودگرایی عینی است. این رویکرد، برخلاف تحلیل هزینه- فایده دستاوردهای سلامت را به زبان پول بیان نمی‌کند.

ب- لیبرالیسم

به بیان فلسفی، سودگرایان قصد دارند عده‌ای از افراد را هدف و عده‌ای دیگر را وسیله در نظر بگیرند و عده‌ای را به پای دیگران قربانی کنند. مفهوم بنیادی از نظر لیبرال‌ها مسأله حقوق مبتنی بر اصل احترام متقابل است که به دو روش مختلف تفسیر می‌شود. آزادیخواهان^۱ معتقدند که تنها حقوق منفی شایسته محافظت هستند. این حقوق، آزادی فردی را تضمین می‌کند تا افراد بتوانند آنچه را که می‌خواهند بدون تعدی دولت به انتخاب‌های فردی خود انجام دهند. در مقابل، لیبرال‌های مساوات طلب^۲ معتقدند که حق انتخاب بدون وجود منابع کافی امری بی‌معنی است. آن‌ها اعتقاد دارند که احترام حقیقی به دیگران نیازمند فراهم کردن پیش‌شرط‌های لازم برای ممکن ساختن حق انتخاب است. از این رو هر فرد دارای یک حق مثبت نسبت به سطح حداقلی از خدمات و منافع مورد نیاز برای تضمین برابری نسبی فرصت‌ها خواهد بود. فردی که گرسنه است، خانه ای ندارد، از تحصیلات محروم و مبتلا به بیماری است، فرصت چندانی برای انتخاب معنی‌دار ندارد.

عدالت در سلامت به این معنی است که سطح پایه و اساسی خدمات سلامتی برای کلیه آحاد جامعه فراهم شود. اگرچه این تعریف نارساست. دو کلمه عدالت و برابری^۳ همیشه با همدیگر اشتباه می‌شود. در اولی منظور ایجاد تناسب است در عین این که ممکن است برابر هم نباشند. در مراقبت‌های سلامتی گاهی عدالت ممکن است به معنای دسترسی نابرابر به خدمات باشد چرا که افراد بیمارتر بایستی دسترسی بیشتری داشته باشند و برعکس دو بیمار با شرایط یکسان بایستی دسترسی برابر داشته و به‌طور برابر تحت درمان قرار گیرند.

ج- جامعه گرایی

سومین رویکرد عمده به نظریه اخلاقی چنین استدلال می‌کند که برای قضاوت در مورد سیاست‌های عمومی، آنچه اهمیت دارد نوع جامعه و نوع فردی است که سیاست‌ها در صورت اجرایی شدن، طالب ایجاد آن هستند. این دیدگاه بر ماهیت جامعه تأکید دارد و از این رو «جامعه‌گرایی» نامیده می‌شود و بر

1-Liberals

2-Egalitarian Liberals

3-Equity and Equality

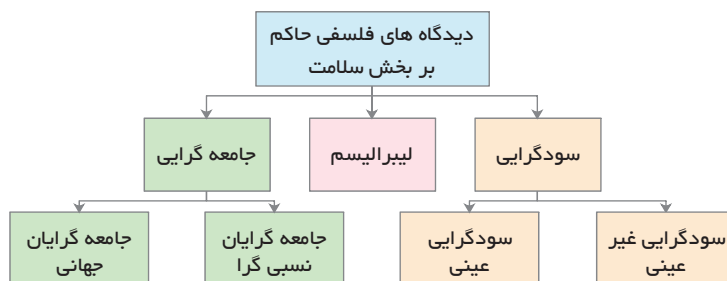
این باور است که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آن را تشکیل می‌دهند بستگی دارد. از این رو، دولت باید اطمینان حاصل کند که افراد خصایص خوبی داشته باشند و به ایجاد یک جامعه خوب کمک نمایند. جامعه‌گرایان نیز به دو دسته تقسیم می‌شوند:

- **جامعه‌گرایان جهانی^۱** که معتقدند یک الگوی جهانی منفرد برای فرد خوب و جامعه خوب وجود دارد. مثال‌های فراوانی در این مورد، چه مذهبی و چه غیرمذهبی وجود دارد. ادیان تک‌خدایی که به تبلیغ مذهبی می‌پردازند، نمونه‌هایی از جامعه‌گرایی جهانی هستند.

- **جامعه‌گرایان نسبی‌گرا^۲** دومین نوع جامعه‌گرایان، رفتارهای فرهنگی در جهان و شدت نقش بستن این فرهنگها در افراد را شناسایی می‌کنند. جامعه‌گرایان نسبی‌گرا بر این اصل تأکید دارند که هر جامعه خود باید در مورد هنجارها و روش سازمان‌دهی اجتماعی خود تصمیم بگیرد.

در جمع بندی باید گفت که هر یک از نظریه‌های اخلاقی سؤالات خاص خود را دارد که منعکس‌کننده موضوعات حل‌نشده است و هر کدام نیز بصیرت مهمی را فراهم می‌کند که راهنمای اتخاذ تصمیم در سیاست‌گذاری نظام سلامت است. این سؤالات عبارتند از:

- برای سودگرایان: تندرستی چگونه باید اندازه‌گیری و سنجیده شود؟ مردم به کجا باید برسند؟ سودگرایان بر پیامدها تأکید دارند.
- برای لیبرال‌ها: افراد چه حقوقی دارند؟ مردم از کجا آغاز کنند؟ لیبرال‌ها بر حقوق و فرصت‌ها تأکید می‌کنند.
- برای جامعه‌گرایان: محدوده‌ها و ارزش‌های جامعه خوب کدامند؟ جامعه‌گرایان بر انواع افراد و جوامعی که باید خلق شوند؛ تأکید می‌ورزند (۱).



شکل ۱: دیدگاه‌های فلسفی حاکم بر بخش سلامت

1-Universal Communitarians

2-Relativist Communitarians

نظام سلامت و حوزه‌های اصلی آن

چهار حوزه اصلی نظام سلامت هر کشور عبارتند از:

- ۱- حکمرانی و تولید نظام سلامت؛ شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
 - ۲- تولید یا خلق منابع
 - ۳- تأمین مالی
 - ۴- ارائه خدمات سلامت (۲)
- هدف غایی نظام سلامت، تأمین بهره‌مندی عادلانه آحاد جامعه از خدمات مناسب سلامت در وقت مقتضی بدون تحمیل هرگونه مشقت مالی به بیمار می‌باشد. لازم به ذکر است، براساس بند (۷) سیاست‌های کلی سلامت، تفکیک وظایف حوزه‌های فوق به شرح زیر مقرر شده است:
- ۱- تولید نظام سلامت؛ شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
 - ۲- تأمین مالی (یا مدیریت منابع سلامت) از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها
 - ۳- تدارک خدمت، توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی باید صورت پذیرد.

تأمین مالی نظام سلامت^۱

- تأمین مالی نظام سلامت به‌عنوان یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت می‌باشد که در کنار تولید، ارائه خدمات سلامت و تولید منابع قرار داد. دو راهبرد اساسی در تأمین مالی نظام‌های سلامت وجود دارد:
- ۱- نظام‌های سلامت با تأمین مالی متکی به مالیات^۲
 - ۲- نظام‌های سلامت با تأمین مالی بر مبنای بیمه‌های اجتماعی سلامت^۳
- در الگوی اول، همه شهروندان و حتی در برخی اوقات افراد غیر شهروند دارای اقامت دائم از بسته خدمات سلامت به‌طور یکسان بهره می‌برند و پوشش همگانی خودبه‌خود محقق می‌گردد.
- در الگوی دوم، منابع مالی ترکیبی است از مشارکت مالی بیمه‌شدگان صندوق/صندوق‌های بیمه‌ای و

1-Health System Financing

2-General Tax Revenue

3-Social Health Insurances

کمک‌های دولتی از محل منابع عمومی.

منابع مالی تأمین هزینه خدمات خارج از بسته بیمه پایه سلامت و نیز مخارج خصوصی سلامت عمدتاً توسط بیمه‌های خصوصی یا پرداخت مستقیم از جیب تأمین می‌گردد. در بسیاری کشورها، مخلوطی از الگوهای یاد شده وجود دارد؛ یعنی بخشی از مردم از طریق منابع مالی حاصل از مالیات‌ها و بخش دیگری از طریق مشارکت در صندوق‌های بیمه اجتماعی اجباری و خصوصی از مزایای بسته خدمات پایه سلامت بهره‌مند می‌گردند. هریک از این ساختارها اگر به‌درستی به وظایف خود عمل کنند در ایجاد پوشش همگانی سلامت^۱ موفق خواهند بود (۳ و ۴).

نکته مهم این است که هیچ‌یک از نظام‌های سلامت صرفاً با استفاده از منابع مالی حاصل از مالیات‌ها و یا حق بیمه اجتماعی سلامت موفق به تأمین کلیه هزینه‌های پوشش همگانی سلامت نگردیده‌اند و اشکالی از مشارکت مالی دریافت‌کنندگان خدمات در نقطه دریافت خدمات برای این منظور ضروری است.

این مشارکت‌ها می‌تواند به‌صورت Co-payment, Co-insurance یا Deductible باشد.

انواع الگوها یا مدل‌های تأمین مالی نظام سلامت به‌طور کلی عبارتند از:

۱- مالیات‌های عمومی

۲- بیمه‌های درمانی ملی و اجتماعی سلامت

۳- بیمه‌های درمانی خصوصی یا اختیاری

۴- پرداخت مستقیم از جیب

۵- کمک‌های بیرونی یا خیریه‌ها

بررسی‌ها نشان می‌دهد که اعمال فرانشیز اثری بر پایداری منابع مالی ندارد و فقط بر عامل تقاضا مؤثر است و از مراجعات غیرضروری پیشگیری می‌کند؛ زیرا بیش از نیمی از هزینه‌ها برای ۴ درصد از مردم هزینه می‌شود (بیش از ۵۰ درصد هزینه‌ها برای خدمات بستری است) اگرچه نقدی که بر آن وارد است مراجعه بیمار در مراحل پیشرفته بیماری برای درمان است که هم از بعد سلامتی و هم از بعد هزینه‌ای مسئله‌ساز است. تأمین مالی دولتی در بهداشت عمومی نقش محوری دارد.

در کشورهای درحال توسعه تأمین مالی خصوصی مترادف است با صرف هزینه مستقیم از جیب، مشارکت‌های اندک و اختیاری و نیز صندوق‌های انباشت ریسک غالباً غیر یکپارچه و پراکنده. برعکس،

1- Universal Health Coverage=UHC

تأمین مالی دولتی یا خصوصی اجباری، همراه با پیش‌پرداخت‌ها و صندوق‌های بزرگ همراه است که پایداری بیشتری دارد (۸-۵).

هرقدر شیوه تأمین مالی بخش سلامت از محل منابع عمومی و پیش‌پرداخت‌ها قبل از بروز بیماری و ناخوشی باشد، نظام سلامت می‌تواند عادلانه‌تر باشد و هرچه میزان تأمین این منابع بیشتر از محل پرداخت‌های مستقیم از جیب و در زمان بیماری و ناخوشی باشد، نظام تأمین مالی ناعادلانه‌تر خواهد بود. در جهان امروز کشورها برای پوشش فراگیر خدمات سلامت و عدالت در بهره‌مندی از خدمات، راه‌های مختلف را آزموده‌اند تا کلیه افراد جامعه را در برابر ریسک مالی هزینه‌های سلامت حمایت و محافظت نمایند. چهار مدل شناخته‌شده تأمین مالی سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه وجود دارد که در تمام آن‌ها به‌جز مدل حساب پس‌انداز سلامت، پوشش اجباری است و تمامی افراد جامعه، ملزم به قرار گرفتن در ذیل صندوق‌های بیمه‌ای هستند. عبارتند از:

۱- نظام طب ملی^۱

۲- بیمه ملی سلامت^۲

۳- بیمه اجتماعی سلامت

۴- حساب پس‌انداز سلامت^۳

« در **نظام طب ملی**، اقامت در کشور، مبنای پوشش افراد است و هر فردی که در آن کشور زندگی می‌کند، از خدمات سلامت به‌عنوان حق شهروندی برخوردار است. صندوق مستقلی برای تأمین مالی خدمات سلامت تشکیل نمی‌شود، بلکه از محل منبع مالیات و دیگر منابع عمومی تأمین مالی می‌شود و خریدار خدمات سلامت، دولت می‌باشد. انگلستان، سوئد و مالزی از جمله کشورهای دارای نظام طب ملی هستند. عدم رقابت، منجر به کاهش کیفیت خدمات ارائه‌شده و کاهش بهره‌وری در این نظام می‌شود.

« در **نظام مبتنی بر بیمه ملی سلامت**، صندوق ملی و متمرکز بیمه سلامت براساس مشارکت مستقیم مردم و دولت تشکیل می‌شود که از ارائه‌کنندگان دولتی و خصوصی خدمات سلامت خرید می‌کند و شرط استفاده از خدمات، عضویت در صندوق بیمه سلامت است. کانادا، استرالیا، زلاندنو و تایلند از این مدل استفاده می‌کنند.

1-National Health System=NHS

2-National Health Insurance=NHI

3-Medical Saving Account=MSA

« در نظام مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت، افراد به دلخواه یا حسب شغل خود در صندوق‌های متعدد عضو می‌شوند و معمولاً نوع خدمات، تعرفه و میزان مشارکت افراد توسط دولت کنترل می‌شود. کشورهای آلمان، فرانسه، هلند، اتریش، سوئیس و کره جنوبی، از کشورهای موفق در این زمینه هستند.

« در نظام مبتنی بر حساب پس‌انداز سلامت، بخشی از درآمد افراد به‌منظور استفاده از خدمات سلامت در مواقع نیاز در حساب شخصی آن‌ها به‌صورت اجباری پس‌انداز می‌گردد و تنها خود فرد یا بستگان درجه اول فرد حق استفاده از آن را دارند. دولت صرفاً ارائه خدمات سلامت به افراد نیازمند و بیماران صعب‌العلاج را بر عهده دارد و اساساً سلامت فرد و خانواده بر عهده خود اوست. کشورهای سنگاپور، آفریقای جنوبی و برخی کشورهای کوچک اروپایی از این مدل استفاده می‌کنند.

چهار طبقه‌بندی عمده برای مکانیسم‌های ابتکاری تأمین مالی شناسایی شده است:

۱- مالیات، عوارض و دیگر هزینه‌های اجباری مرتبط با فعالیت‌های جهانی:

این مسأله، شامل طرح‌هایی چون مالیات بر بلیط هواپیمایی است که در سطح ملی اما در چهارچوب هماهنگی و همکاری بین‌المللی وضع می‌شود. درآمدهای جمع‌آوری شده، به توسعه بین‌المللی اختصاص داده می‌شوند. مالیات‌های وضع شده بر معاملات مالی، کرین و... نمونه‌های دیگری در این طبقه‌بندی هستند. این طرح‌ها، جریانات درآمد عمومی جدیدی را به‌واسطه بخش خصوصی تولید می‌کنند.

۲- مشارکت‌های منسجم داوطلبانه:

تحت چنین طرح‌هایی، در نقطه خرید محصول، گزینه‌ای به جهت اهدای حجم کوچکی از منابع مالی، در نظر گرفته می‌شود (به‌عنوان مثال، در هنگام رزرو هتل). اگرچه این طرح، ماهیت خصوصی دارد، اما در حقیقت، مجریان دولتی، چنین مشارکت‌هایی را از طریق محرک‌های مالیاتی و تسهیلات فنی در توزیع منابع، میسر می‌سازند.

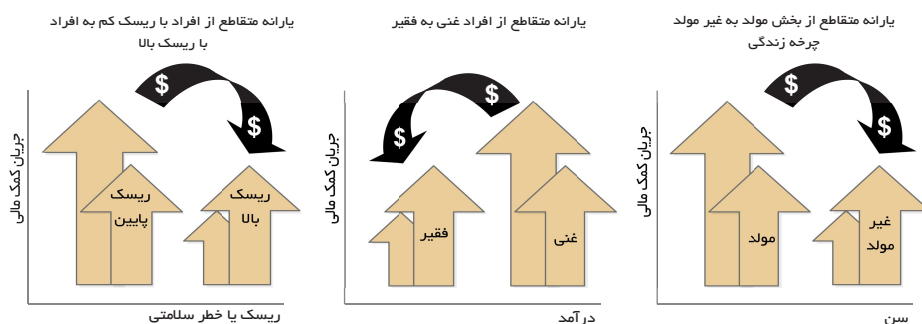
۳- ابزارهای مبتنی بر بدهی:

گزینه دیگری که منابع مالی عمومی را برای توسعه فراهم می‌آورد، صدور اوراق قرضه در بازارهای بین‌المللی سرمایه است که بدهی‌های قابل گزاری را به‌عنوان کمک، طی یک برهه زمانی فراهم می‌آورد. به‌عنوان مثال، زمانی که سقف بدهی‌ها کاهش می‌یابد، سایر

مکانیسم‌های مبتنی بر بدهی شامل تبدیلات بدهی (که میزان بدهی را کاهش می‌دهد و به‌موجب آن، منابع اضافی برای هزینه‌های توسعه آزاد می‌شود)، اوراق قرضه دیازپورا^۱ یک ابزار بدهی است که توسط یک نهاد مستقل کشور و با همکاری خصوصی صادر می‌شود. اوراق قرضه مسئولیت‌پذیری اجتماعی (سبز) (این اوراق، هدفشان سیاست‌گذارانی است که تمایل به سرمایه‌گذاری در طرح‌های محیطی یا توسعه‌ای دارند و ممکن است نرخ‌های پایین‌تر بازگشت سرمایه خود را بپذیرند) هستند.

۴- ضمانت‌های دولتی، مشوق‌های دولتی- خصوصی، بیمه و سایر مکانیسم‌های مبتنی بر بازار:

این موضوع شامل طرح‌هایی است که بودجه عمومی را به سمت ایجاد محرک‌های جلب سرمایه از بخش خصوصی سوق می‌دهد (به‌عنوان مثال، از طریق یارانه‌های دولتی یا تعهد به خرید یک محصول خاص در یک قیمت تعیین‌شده مانند واکسن). در انجام این کار، هدف این طرح‌ها، اصلاح نارسایی‌های بازار است. هدف سایر مکانیسم‌ها، کاهش خطرات مستقل و یا آسیب‌پذیری‌های حاصل از اقتصاد کلان است (برای مثال، بیمه مبتنی بر آب‌وهوا یا وام‌های دوره‌ای^۲ که هدفشان، بهبود اثربخشی تأمین مالی است تا ایجاد جریانات درآمدی جدید). لازم به ذکر است، تجمع منابع در صندوق‌های انباشت ریسک و توزیع و کاهش ریسک مالی، کارکرد اصلی همه نظام‌های بیمه‌ای و غیر بیمه‌ای تأمین مالی سلامت است.



شکل ۲: چگونگی تجمع درآمدها که (به ترتیب) انتقال درآمد را از افراد سالم به بیمار، از افراد غنی به فقیر و در طول مدت زندگی نشان می‌دهد.

براساس بند ۲-۷ سیاست‌های کلی سلامت، مدیریت منابع سلامت باید از طریق نظام بیمه صورت پذیرد؛ به بیان دیگر، نهاد متولی تأمین مالی^۱ نظام سلامت را نظام بیمه‌ای مقرر می‌نماید. به عبارت بهتر، منظور از نظام تأمین مالی سلامت ایران همان نظام بیمه‌ای است. با توجه به این که منابع مالی نظام بیمه‌ای، حسب قوانین موجود، به‌ویژه بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه، حق بیمه مبتنی بر حقوق و دستمزد تعیین گردیده، می‌توان الگوی انتخابی تأمین مالی نظام سلامت ایران را نظام بیمه اجتماعی سلامت دانست (۱۰ و ۹).

پوشش همگانی سلامت

هدف نهایی همه نظام های سلامت در دنیا، دستیابی به پوشش همگانی سلامت است. پوشش همگانی سلامت به‌عنوان حصول اطمینان از تدارک خدمات سلامت شامل خدمات پیشگیرانه، ارتقاءدهنده، درمانی، توان بخشی و تسکینی، برای همه مردم متناسب با نیازشان در وقت مقتضی توسط نظام سلامت است؛ به گونه‌ای که بتوان نسبت به تضمین دسترسی عادلانه به خدمات، تأمین کیفیت خدمات و حمایت از افراد در برابر هزینه‌های سلامت به‌ویژه هزینه‌های کمرشکن اطمینان حاصل نمود. با این تعریف پوشش همگانی سلامت به‌عنوان هدف اصلی اصلاحات سلامت در بسیاری از کشورها و به هدف اولویت‌دار سازمان بهداشت جهانی تبدیل شده است (۱۱). به عبارت دیگر پوشش همگانی سلامت یعنی هرکس بتواند به خدمات سلامتی با کیفیتی که نیازمند آن است دست یابد، بدون آن که دچار تنگنای مالی شود.

یکی از اصول پوشش همگانی در حوزه محافظت مالی و تأمین منابع، مشارکت عادلانه مالی مردم مبتنی بر توان پرداخت آنان است (۵). به عبارت دیگر، دستیابی به پوشش همگانی سلامت در گرو تأمین مالی مناسب است. تأمین مالی باید در ۳ حوزه اساسی به‌درستی فعالیت نماید:

۱- تولید و تجمیع منابع مالی که عمدتاً از طریق حق بیمه پرداختی از سوی بیمه‌شدگان صندوق‌های بیمه‌ای، منابع عمومی دولت (مالیات‌ها، یارانه‌ها و...)، منابع یا کمک‌های خارجی و سایر منابع تأمین می‌گردد.

۲- انباشت منابع در صندوق‌های انباشت و توزیع ریسک به‌نحوی که ریسک مالی ناشی از بیماری یا مخاطرات سلامتی برای هریک از اعضاء صندوق کاهش یابد.

۳- تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات هزینه - اثربخش و واجد اولویت (۱۲ و ۵).

چرا پوشش سلامت همگانی اهمیت دارد؟

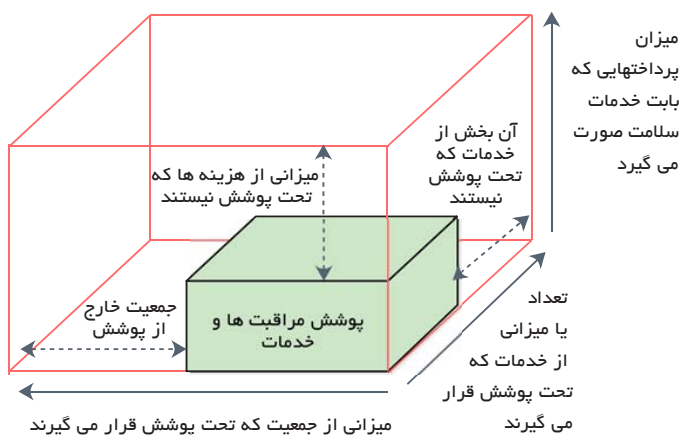
به گفته سازمان بهداشت جهانی، «کشورهایی که در پوشش همگانی سلامت (UHC) سرمایه‌گذاری می‌کنند، سرمایه‌گذاری صحیح در سرمایه انسانی خود انجام می‌دهند. در دهه‌های اخیر، پوشش همگانی سلامت (UHC) به‌عنوان یک استراتژی کلیدی برای پیشرفت نسبت به سایر اهداف توسعه و پیشرفت‌های مرتبط با سلامت، پدید آمده است. دسترسی به مراقبت‌های سلامتی ضروری و حفاظت مالی نه‌تنها باعث افزایش سلامتی و امید به زندگی مردم می‌شود، بلکه کشورها را از بیماری همه‌گیر محافظت می‌کند، فقر را کاهش می‌دهد و خطر ابتلا به گرسنگی، ایجاد شغل، رشد اقتصادی و افزایش برابری جنسیتی را افزایش می‌دهد» (۱۳).

پوشش همگانی بهداشت طیف گسترده‌ای از خدمات پایه سلامتی با کیفیت بالا در زمینه ترویج، پیشگیری، درمان، توان‌بخشی و مراقبت تسکینی را در برمی‌گیرد. پوشش همگانی بهداشت به همه افراد امکان دسترسی به خدمات سلامتی متمرکز بر مهم‌ترین علل بیماری‌ها و مرگ را می‌دهد و تضمین می‌کند که کیفیت این خدمات آن قدر بالا باشد که باعث بهبودی سلامت افراد دریافت‌کننده خدمات شود. پوشش همگانی سلامت با حفاظت افراد از پیامدهای مالی پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی از جیب خودشان مانع از آن می‌شود که آنان به علت بیماری‌های غیرمنتظره‌ای که مجبورشان می‌کند پس‌اندازهایشان را مصرف کنند، دارایی‌هایشان را بفروشند یا قرض بگیرند، دچار فقر شوند و در نتیجه، آینده خودشان و کودکانشان به باد رود. دستیابی به پوشش همگانی سلامت یکی از نکات موردتوجه کشورهای جهان هنگام توافق بر سر اهداف توسعه پایدار^۱ در سال ۲۰۱۵ بود و به‌عنوان شاخص هشتم^۲ در هدف سوم (SDG3) «سلامت و بهزیستی مناسب» ذکر شد. کشورهایی که به‌سوی پوشش همگانی بهداشت حرکت می‌کنند، اهداف دیگر سلامتی و اهداف دیگر توسعه پایدار را هم محقق می‌کنند. برای مثال، وضعیت مناسب سلامتی به کودکان امکان تحصیل و به بزرگسالان امکان کسب درآمد را می‌دهد، از فقیر شدن افراد جلوگیری می‌کند و می‌تواند پایه توسعه اقتصادی باشد. باید توجه داشت که پوشش همگانی سلامت به معنای رایگان بودن همه خدمات درمانی نیست؛ زیرا هیچ کشوری نمی‌تواند به‌طور پایدار همه خدمات را رایگان ارائه دهد. نکته دیگر این است که وقتی از پوشش همگانی سلامت سخن می‌گوییم، فقط موضوع تأمین هزینه‌های سلامتی مطرح نیست، بلکه نظام عرضه خدمات سلامتی،

1-Sustainable Development Goals

2-Target 8

کارکنان سلامتی، تسهیلات و شبکه‌های ارتباطی سلامتی، فناوری‌های سلامتی، سیستم‌های اطلاعاتی، سازوکارهای بیمه‌ای مناسب و حکمرانی و قانون‌گذاری در حوزه سلامت هم مطرح است. همچنین پوشش همگانی سلامت فقط به معنای تضمین کردن عرضه یک بسته حداقلی خدمات سلامتی نیست؛ بلکه مسئله بر سر آن است پوشش خدمات سلامتی و حفاظت مالی با افزایش در دسترس قرارگیری منابع به‌طور پیش‌روندهای گسترش یابد. از طرف دیگر این پوشش فقط شامل خدمات درمانی فردی نیست؛ بلکه خدمات براساس جمعیت مانند کارزارهای بهداشت عمومی مانند افزودن فلوراید به آب آشامیدنی یا کنترل زادوولد پشه‌های ناقل بیماری و غیره را هم در برمی‌گیرد. بالاخره این که حرکت به‌سوی پوشش همگانی سلامت در جهت حرکت به‌سوی برابری، اولویت‌های توسعه‌ای و شمول و انسجام اجتماعی است (۱۴).



شکل ۳: سه بعد اصلی در پوشش همگانی سلامت/ UHC (WHO, 2010)

شکل ۳ به‌وضوح عوامل مؤثر در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت را نشان می‌دهد. در دستیابی به پوشش همگانی سلامت هر سه فاکتور فوق مهم و حیاتی هستند و عدم وجود هر کدام به معنی عدم موفقیت سیستم در دستیابی به پوشش همگانی سلامت می‌باشد.

۱- پوشش جمعیت: پوشش حداکثری جمعیت در این موضوع به‌عنوان یکی از سه رکن حائز اهمیت است. این مهم، علاوه بر تضمین دریافت خدمات از سوی همه افراد جامعه، سیاست‌گذار را به هدف ایجاد عدالت عمودی در سیستم سلامت نیز نزدیک خواهد کرد. البته ممکن است بنا به دلایلی مانند عدم دسترسی دولت به برخی افراد، پوشش جمعیتی خدمات سلامت تا حد ۱۰۰ درصد محقق نشود، ولی آنچه مهم است، به حداکثر ممکن رساندن این پارامتر است.

۲- پوشش خدمات: به دلیل محدودیت همیشگی منابع در حوزه سلامت از یک سو و همین طور نامحدود بودن نیازها از سوی دیگر، لزوم اولویت بندی برای تحت پوشش قرار دادن خدمات مهم تر، مؤثرتر و حیاتی تر حوزه سلامت در رده خدمات تحت حمایت دولت؛ یک ضرورت مهم برشمرده می شود. این موضوع خود یکی دیگر از ارکان دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت است که در اصطلاح با عنوان «بسته خدماتی» شناخته می شود. در واقع بسته خدماتی که دولت برای ارائه به مردم تدوین میکند باید دارای ویژگی هایی باشد که رفع کننده نیازهای اساسی مردم باشد و سبب ارتقای سلامت و نه صرفاً درمان محوری گردد.

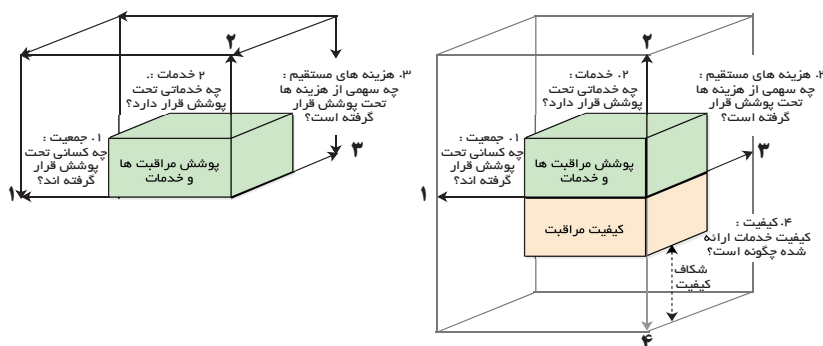
۳- تأمین مالی: دیگر پارامتر مهم در پوشش همگانی خدمات سلامت، موضوع تأمین مالی است. در صورتی دولت می تواند ادعا کند که موفق به دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت شده است که بتواند میزان مناسبی از هزینه های مالی خدمات سلامت را پرداخت کند. بالا بودن پرداخت از جیب مردم، یکی از عوامل مهم در عدم دستیابی کشور به پوشش همگانی خدمات سلامت است. نکته مهم آن است که پرداخت ۱۰۰ درصدی هزینه ها از سوی دولت نیز به هیچ عنوان مطلوب نمی باشد و اجرای این مدل نیز به نحو دیگری به نظام سلامت ضربه وارد خواهد کرد.

به طور خلاصه می توان گفت که پوشش همگانی خدمات سلامت زمانی به نحو صحیح محقق خواهد شد که این سه پارامتر یعنی پوشش جمعیتی، بسته خدماتی و پرداخت دولتی به میزان مناسبی صورت پذیرند (۱۲).

در تعریف جدید پوشش همگانی سلامت، بعد کیفیت نیز به سه بعد قبلی اضافه شده است. در این تعریف پوشش همگانی سلامت بدین معنی است که همه افراد به خدمات سلامتی که به اصلی ترین عامل مرگ و بیماری مرتبط است، دسترسی داشته باشند؛ به طوری که کیفیت خدمات به اندازه کافی باشد و سلامتی افرادی که این خدمات را دریافت می کنند ارتقاء دهد. در عین حال که ما تلاش می کنیم سه بعد اصلی پوشش همگانی سلامت را تکمیل و محقق کنیم؛ به گونه ای که افراد را تحت پوشش قرار دهیم، خدمات مورد نیاز بیشتری را پوشش دهیم و هزینه های تحمیل شده بر افراد را کاهش دهیم؛ می بایست کیفیت مراقبت ها و خدمات سلامت نیز مدنظر قرار گیرد.

پرداختن به بعد کیفیت نه تنها نتایج سلامتی جمعیت را بهبود می بخشد، بلکه خدمات سلامتی را برای افرادی که آن ها را دریافت می کنند، جذاب تر می کند و سرعت حرکت در مسیر پوشش همگانی سلامت را

افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، پوشش همگانی سلامت به معنای اطمینان از دسترسی به خدمات سلامت با کیفیت و بدون مشکلات مالی^۱ است (۱۵).



شکل ۴: بعد کیفیت در پوشش همگانی سلامت / UHC

تجربه کشورهای موفق در ارتباط با تأمین مالی در راستای دستیابی به پوشش همگانی سلامت

خوشبختانه، تعداد فزاینده‌ای از کشورهای در حال توسعه، در حال ایجاد نظام‌های تأمین مالی «خانه رشد»^۲ جهت گسترش و پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت هستند. این کشورها، صرف‌نظر از تفاوت‌های موجود در نوع حرکت خود، بر این باورند که حق برخورداری از خدمات مراقبت سلامت باید مبتنی بر شهروندی و یا اقامت و نه بر اساس وضعیت اشتغال و مشارکت‌های مالی در نظر گرفته شود. به جای وارد کردن مدل‌های نامناسب تأمین مالی از کشورهای با درآمد بالا، کشورهای کم‌درآمد و با درآمد متوسط باید به داستان‌های موفقیت‌آمیز «UHC» در کشورهای قابل‌مقایسه از قبیل تایلند، مکزیک، سریلانکا و قرقیزستان بنگرند؛ کشورهایی که بیشترین پیشرفت را در جهت بروز رسانی مفاهیم عدالت و جهان‌شمولی داشته و رویکردهایی که بر اساس آن، اقشار کم‌درآمد باید حق بیمه‌های خود را پرداخت نمایند را نیز رد کرده‌اند. این کشورها در دو دسته زیر قرار گرفته‌اند:

۱- دسته اول، کشورهایی است که در همه سطوح درآمدی از قبیل سریلانکا، مالزی و برزیل

1-Ensuring everyone to access quality health services without financial hardship

2-Home-grown

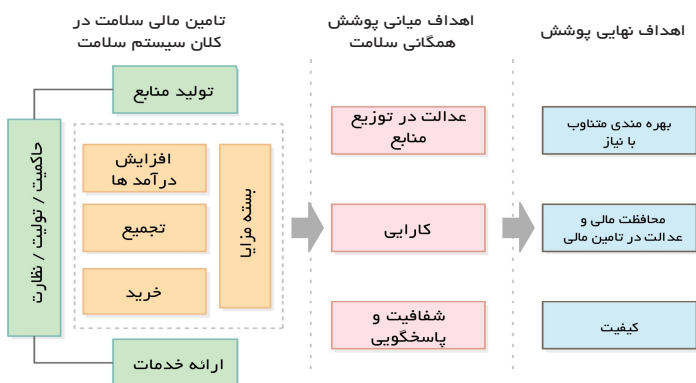
در نظر گرفته شده‌اند که پوشش همگانی سلامت را از طریق درآمدهای مالیاتی، تأمین مالی می‌کنند. نظام‌های سلامت تأمین مالی شده از طریق مالیات در سریلانکا و مالزی، شهروندان را با بعضی از بالاترین سطوح ریسک مالی در آسیا مواجه ساخته‌اند. در اواخر دهه ۱۹۸۰ در برزیل، نیمی از جمعیت هیچ پوشش بهداشتی نداشتند و دو دهه بعد از استقرار نظام مالیاتی، تقریباً ۷۰ درصد از ۲۰۰ میلیون شهروند، تحت حمایت مالی، خدمات سلامت را دریافت می‌کردند. مهم‌تر از همه این‌که تنها کشورهای با درآمد کم، جهت دستیابی به پوشش همگانی و منصفانه، رویکرد تأمین مالی مبتنی بر مالیات را اتخاذ نموده‌اند.

۲- دسته دوم، کشورهایی چون تایلند، مکزیک و قرقیزستان هستند که حق بیمه‌ها را تنها از کارمندان رسمی جمع‌آوری می‌کنند و آن‌ها را تا جایی انباشت می‌کنند که توأم با درآمدهای مالیاتی، امکان دسترسی کل جمعیت را به خدمات سلامت فراهم سازند. نظام سلامت تایلند متکی بر مشارکت‌های ناشی از حقوق و دستمزد برای تنها ۱۲ درصد از جمعیت خود است و در سطح بین‌المللی، طرح پوشش همگانی را با استفاده از درآمدهای عمومی دولت، تأمین مالی می‌کند که طی ۱۰ سال، تعداد افراد بدون پوشش همگانی از ۳۰ درصد به کمتر از ۴ درصد جمعیت، تنزل یافت. به عبارت دیگر، اقشار کم‌درآمد، بیشترین سود را بردند و تایلند با ادغام طرح‌های مختلف، نابرابری موجود را که ناشی از وجود مزایای برتر برای کارمندان رسمی است را جبران خواهد نمود.

در حال حاضر، روندی به سمت یکپارچه‌سازی صندوق‌های انباشت چون ترکیب مشارکت‌ها، درآمدهای مالیاتی و کمک‌های توسعه‌ای در بسیاری از کشورها وجود داشته است. چنین اصلاحاتی در قرقیزستان به طور ریشه‌ای، پراکندگی و نابرابری را کاهش داد و پیامدهای سلامت را بهبود بخشید. دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در بیمه سلامت ملی آفریقای جنوبی، مبتنی بر شهروندی و اقامت قانونی بود تا مشارکت‌های مالی.

برای پاسخگویی به نیاز سلامت در جامعه، سیستم ارائه خدماتی به نام نظام سلامت توسط دولت‌ها و حاکمیت تشکیل شده است. بنا بر تعریف، نظام سلامت مشتمل بر تمام سازمان‌ها و منابعی است که به ارائه اقدامات سلامت می‌پردازند و اقدام سلامت عبارت است از هرگونه تلاش، خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی و یا از طریق برنامه‌های بین بخشی انجام می‌گیرد و هدف آن ارتقای سلامت است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری برشمردن سلامت کامل و جامع انسانی،

بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می‌شمارد و دولت را مکلف کرده تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت‌های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج نماید. (اصول ۴۳ و ۲۹، ۳ قانون اساسی) در اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز، بر ایجاد رفاه، رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه‌ای، بهداشت و تعمیم بیمه تأکید شده است.



شکل ۵: اهداف نهایی/Goal و اهداف میانی پوشش همگانی سلامت که تحت تأثیر سیاست‌های تأمین مالی قرار می‌گیرد.

تأمین مالی پایدار نظام سلامت

به‌طور کلی تأمین مالی پایدار نظام سلامت^۱ به معنای «وجود ظرفیت بالقوه یک دولت در تأمین نیازهای مالی بخش سلامت و حصول اطمینان از فراهم آمدن به‌موقع این منابع مالی و ارائه منابع بودجه اضافی برای اهداف موردنظر نظام سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت» است (۱۶ و ۵).

مشکلات مربوط به پایداری منابع مالی نظام سلامت به‌طور عمده در سه حوزه مشخص می‌گردد:

- ۱- افزایش هزینه‌های سلامت به دلیل عوامل مؤثر بر عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی - در میان آن‌ها، پیشرفت تکنولوژیکی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف‌کننده.
- ۲- ناتوانی یا عدم تمایل دولت به تولید منابع مالی کافی برای پاسخگویی به تعهدات نظام سلامت

۳- افزایش منابع مالی نظام سلامت به عنوان بخشی از تولید ناخالص داخلی چنانچه از حدی فراتر رود موجب خواهد شد که منابع مالی مکفی برای تأمین سایر کالاها و خدمات حوزه رفاه اجتماعی موجود نبوده و در نتیجه نظام رفاه اجتماعی در کلیت خود دچار ناپایداری مالی خواهد شد (۱۷ و ۸).

فارغ از نوع منبع تأمین مالی نظام‌های سلامت، اقدامات زیر باید در راستای پایداری منابع مدنظر قرار گیرند:

- اطمینان از تقویت برنامه‌های پیش‌پرداخت و اصلاح و ارتقاء صندوق‌های انباشت و توزیع ریسک؛ به عنوان الزامی اساسی جهت حفاظت مالی مؤثر در قبال مخاطرات مالی ناشی از بیماری‌ها و مداخلات حوزه سلامت،
- اطمینان از توزیع کافی و عادلانه زیرساخت‌های با کیفیت و منابع انسانی مکفی به منظور دسترسی و بهره‌مندی عادلانه بیمه‌شدگان از خدمات سلامت با کیفیت منطبق با بسته خدمات بیمه پایه مصوب،
- اطمینان از این که منابع مالی بیرونی (اکسترنال) برای برنامه‌ها یا فعالیت‌های خاص سلامت به منظور ارتقاء پایداری منابع مالی نظام سلامت در نگاه کلان به‌خوبی مدیریت و ساماندهی شده‌اند (۴ و ۳).

براساس گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت با عنوان «تأمین مالی نظام‌های سلامت؛ راهی به‌سوی پوشش همگانی»؛ سه روش شاخص و یک انتخاب چهارم (به شرح ذیل) در راستای توسعه مساعدت‌ها و کارایی بهتر آن‌ها در بخش سلامت وجود دارد؛ که همگی پایداری مالی را افزایش می‌دهند:

- ۱- افزایش اثربخشی جمع‌آوری مالیات: بهبود اثربخشی جمع‌آوری مالیات باعث افزایش اعتبارات مالی می‌شود و می‌تواند در جهت ارائه یا خرید خدمات از سوی مردم به کار رود.
- ۲- اولویت بندی مجدد بودجه‌های دولتی: به نحوی که حداقل ۱۵ درصد از بودجه دولتی به بخش سلامت تخصیص یابد.

۳- نوآوری در بخش مالی حوزه سلامت: تاکنون توجه همگانی در مورد مناطق فقیر، معطوف به بالا بردن اعتبارات مالی حوزه سلامت با کمک کشورهای ثروتمند بوده است. یکی از روش‌های اجباری ابتکاری هزینه کرد بین‌المللی در نظام‌های سلامت، افزایش مالیات‌ها بر بلیت‌های هواپیما، دادوستدهای پولی خارجی و دخانیات می‌باشد. اخذ مالیات بر دادوستدهای

پولی خارجی می‌تواند مبالغ هنگفتی را در بعضی از کشورها تولید نماید. دولت‌ها نیازمند اجرای قوانینی هستند که با اقتصادشان بهترین همخوانی را داشته باشد و همچنین از نظر سیاسی، آن قوانین را حمایت کنند. از طرف دیگر مالیات بر تولیداتی که برای سلامتی مضرند دارای سود دو جانبه است. به گونه‌ای که هم سطح سلامت مردم را بالا می‌برند و هم باعث افزایش اعتبارات می‌گردند. تعدادی از کشورها برای تولیدات مضر دیگر نیز مثل نوشیدنی‌های حاوی شکر و غذاهایی با نمک بالا یا چربی ترانس ۷، ۸ مالیات‌هایی را وضع نموده‌اند.

۴- توسعه مشارکت در بخش سلامت: درحالی‌که همه کشورها اقدامات فراوانی برای افزایش اعتبارات مالی بخش سلامت یا تنوع اعتباری منابع خود انجام داده‌اند تا سال ۲۰۱۵ فقط هشت کشور از ۴۹ کشور کم‌درآمد مذکور شانس حصول اعتبارات موردنیاز جهت رسیدن به اهداف توسعه هزاره (MDGs) از منابع داخلی را داشته‌اند. نیل به این هدف، نیازمند یکپارچگی جهانی است (۱۶، ۱۸ و ۱۹).

یکی از روش‌های مؤثر که دولت‌ها برای کاهش اتکا بر پرداخت‌های مستقیم به کار می‌بندند (حرکت به سمت پایداری منابع مالی)، تشویق به تجمع ریسک و شیوه پیش‌پرداخت می‌باشد؛ مسیری که بیشتر کشورهایی که به پوشش همگانی و پایداری منابع مالی نزدیک هستند، انتخاب کرده‌اند. زمانی که یک جامعه به پیش‌پرداخت و مکانیسم‌های مشارکتی دسترسی دارد، نیل به پوشش همگانی سلامت، واقعی‌تر می‌شود و زمانی که پرداخت‌های مستقیم ۱۵ تا ۲۰ درصد کل هزینه درمان را در برگیرد، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت به کمترین سطح خواهد رسید. اعتبارات مالی می‌توانند از منابع مختلف (مانند مالیات بر درآمد و دستمزد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات غیرمستقیم بر دخانیات و الکل و یا حق بیمه) جذب شوند. اهمیت میزان منابع، کمتر از سیاست‌های اداره نظام‌های پیش‌پرداخت است. برای طراحی چنین سیاست‌هایی هر کشوری می‌تواند از تجربیات خود سه درس بزرگ بگیرد:

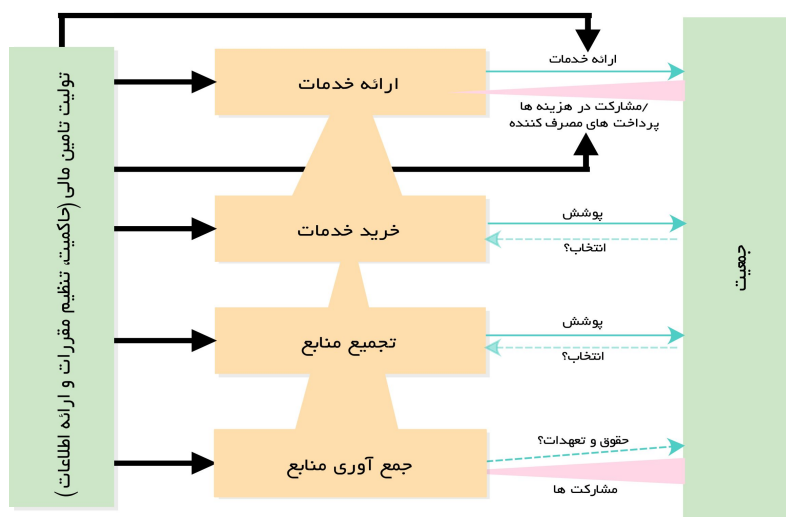
نخست، در هر کشوری گروهی از جمعیت، فقیرتر از آن است که بتواند از طریق مالیات بر درآمد و یا حق بیمه‌ها در تأمین منابع مالی نظام سلامت مشارکت داشته باشد. این اقشار، نیازمند دریافت یارانه از محل صندوق‌های تجمع، به ویژه مالیات‌های دولتی می‌باشند.

دوم، مشارکت‌ها می‌بایست اجباری باشند. در غیر این صورت افراد غنی و سالم از گردونه خارج می‌شوند و سرمایه کافی برای تحت پوشش قرار دادن نیازهای افراد بیمار و فقیر وجود نخواهد داشت.

سوم، تجمع‌هایی که نیازهای درمانی و سلامت تعداد کمی از افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهند، در طولانی‌مدت دوام ندارند؛ چرا که چند فقره از بیماری‌های پرهزینه، آن‌ها را از دور خارج خواهد کرد.

کاهش هزینه‌ها از طریق تخصیص یارانه زمانی میسر است که صندوق‌های متعددی وجود داشته باشد، اما این امر نیازمند خواست سیاسی و قابلیت‌های فنی و اجرایی است. کشورها، مشروط به این که اقدامات خود را کجا و چگونه آغاز نمایند، راه‌های مختلفی را در جهت نیل به پوشش همگانی طی می‌کنند. به طور مثال، زمانی که همه اقشار به‌جز اقشار مرفه از خدمات سلامت محروم می‌باشند، حرکت سریع به‌سوی سیستمی که همه افراد، اعم از فقیر و غنی را تحت پوشش قرار دهد، یک اولویت خواهد بود (۸-۵).

در واقع پایداری تأمین مالی زمانی ایجاد خواهد شد که پایداری در هر سه حوزه تأمین مالی شامل تولید منابع، انباشت ریسک و تخصیص منابع و خرید محقق شده باشد. وجود پایداری به‌صورت نسبی است. هرگونه اقدامی در هریک از حوزه‌های سه‌گانه می‌تواند نظام تأمین مالی را به سمت پایداری سوق دهد.



شکل ۶: چهارچوب مفهومی^۱ برای درک عملکردهای تأمین مالی نظام سلامت

جمع‌آوری درآمدها^۲

فرآیندی است که نظام سلامت به‌وسیله آن، پول را از خانوارها، سازمان‌ها، شرکت‌ها و اهداکنندگان دریافت می‌کند. روش‌های مختلف جمع‌آوری درآمدها در نظام‌های سلامت به شرح زیر است:

1- Conceptual Framework

2- Revenue collection

- مالیات عمومی
 - مشارکت‌های اجباری در بیمه اجتماعی سلامت (معمولاً مبتنی بر حقوق و تقریباً بدون ارتباط با خطر)
 - مشارکت‌های اختیاری در بیمه‌های خصوصی سلامت (معمولاً مرتبط با خطر)
 - پرداخت مستقیم از جیب
 - موقوفات و کمک‌های اهدایی
- روش اصلی جمع‌آوری درآمدها در اکثر کشورهای پردرآمد، مالیات عمومی است. برای اکثر کشورهای با درآمد متوسط، عمدتاً مشارکت‌های اجباری بیمه اجتماعی سلامت و برای کشورهای کم‌درآمد، عمدتاً از طریق پرداخت مستقیم از جیب است (۲۰).
- از منظر عملی تولید منابع باید براساس معیارهای زیر صورت گیرد:
- ۱- کفایت و پایداری: منابع باید مقدار قابل‌توجهی از درآمدها را افزایش دهد، نسبتاً پایدار باشد و احتمالاً در طول زمان افزایش یابد.
 - ۲- کارایی: منابع باید نوسان‌های اقتصادی را به حداقل برسانند.
 - ۳- عدالت: منابع باید بین گروه‌های مختلف درآمدی به‌صورت عادلانه توزیع گردد.
 - ۴- سهولت جمع‌آوری: جمع‌آوری منابع باید ساده باشد.
 - ۵- پذیرش سیاسی: باید شفافیت، انتشار وسیع و وضوح در مورد استفاده از منابع برای ارتقای پذیرش سیاسی وجود داشته باشد (۲۱).

انباشت ریسک^۱

به‌طور کلی هدف از تجمع و انباشت منابع در صندوق‌های انباشت و توزیع ریسک، کاهش ریسک مالی ناشی از بیماری و مخاطرات سلامتی برای هریک از اعضای صندوق است. در این مکانیسم، ریسک مالی نامشخص و غیرقابل‌پیش‌بینی ناشی از مخاطرات سلامت در مورد هر فرد، بین کلیه افراد عضو صندوق انباشت ریسک^۲ (صندوق بیمه‌ای) که در معرض انواع مخاطرات سلامت قرار دارند، تسهیم و به حق بیمه مشخص تبدیل می‌گردد. براساس مکانیسم انباشت ریسک، لازم نیست میزان مشارکت مالی فرد (مبلغ حق بیمه) با وضعیت سلامت و یا بهره‌مندی از خدمات سلامت مرتبط باشد؛ لیکن اصل مشارکت مالی عادلانه باید در هر صورت محقق گردد. سازمان بهداشت جهانی بازتوزیع ثروت و یارانه متقاطع در انباشت

1- Risk Pooling

۲- لازم به ذکر است هر جا صندوق انباشت ریسک وجود دارد، عملاً کار بیمه‌ای انجام می‌شود.

ریسک (از سالم به بیمار و از غنی به فقیر) را با دو سناریو نشان داده است:

■ اعضا می‌توانند مشارکت مالی (حق بیمه) برابر داشته باشند و صندوق، ریسک را از افراد نسبتاً سالم به افراد بیمار منتقل کند.

■ اعضا می‌توانند با پرداخت‌های متفاوت متناسب با درآمد، از خدمات سلامت برابر بهره‌مند شوند. در این صورت، صندوق، ریسک را از فقرا به ثروتمندان منتقل می‌نماید.

رویکردهای انباشت ریسک، چهار گونه اند:

الف- فقدان هرگونه انباشت ریسک؛ هیچگونه یارانه ای برای فقرا در نظر گرفته نمیشود و هر فرد مسئول تأمین هزینه‌های سلامت خود می‌باشد.

ب- رویکرد انباشت ریسک واحد؛ کل منابع در یک صندوق واحد و فراگیر تجمع می‌شود و بسته انتخابی از سلامت را پوشش می‌دهد. انباشت ریسک اجباری است. رقابت در خرید خدمات سلامت وجود ندارد و حق انتخاب افراد (در انتخاب نوع صندوق و خریدار خدمات سلامت) از بین می‌رود.

ج- انباشت ریسک پراکنده؛ افراد براساس موقعیت جغرافیایی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی، سن و وضعیت سلامت و یا به انتخاب خود، عضو صندوق‌های پراکنده و کوچکتر انباشت ریسک می‌شوند و لذا هر صندوق، با جمعیت تحت پوشش متفاوت، خرید خدمات سلامت انجام می‌دهد. در چنین شرایطی، اگر تعداد زیادی از افراد سالمند و بیمار در یک صندوق جمع شوند، هزینه سرانه بالاتری خواهند داشت. تفاوت در هزینه سرانه و حق بیمه، به ناکارآمدی نظام تأمین مالی منجر می‌شود.

د- انباشت ریسک ادغام یافته؛ یک بسته یکسان خدمات سلامت به کلیه شهروندان ارائه می‌شود. بنابراین، یکسان کردن مبنا و پرداخت حق بیمه گام ضروری برای این نظام محسوب می‌شود. در این نظام هرچه به سمت پیوستگی پیش می‌رویم، عدم قطعیت مصارف سلامت کاهش می‌یابد. هرم یکپارچگی، در نمودار زیر نشان داده می‌شود.

1- No Risk Pooling

2- Fragmented Risk Pooling

3- Integrated Risk Pooling



شکل ۷: هرم پیوستگی یا یکپارچگی

درجاتی از چندپارگی در تجمع ریسک نظام بیمه سلامت ایران وجود دارد. صندوق های بیمه سلامت متعددی وجود دارد، بدون آنکه سازوکاری برای انتقال یا باز توزیع ریسک بین آن ها وجود داشته باشد. طبق قانون برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۹۰، نظام بیمه سلامت ملزم به یکپارچه نمودن همه صندوق های بیمه ای به صورت ساختارمند و در قالب صندوق تجمع ریسک واحد و پرداخت کننده واحد بود؛ اما متأسفانه، مخالفت صندوق های بیمه ای مانع از یکپارچگی آن ها شد. چندپارگی یا عدم یکپارچگی عوارض زیر را در پی داشته است:

ناکارایی نظام بیمه سلامت، حمایت مالی کم افراد بیمه شده در مقابل مخارج یا هزینه های سلامت، نرخ های Coinsurance بالا، نرخ های قابل توجه هم پوشانی بیمه ای، مشارکت کم نهادهای با بودجه مناسب و با بسته بیمه ای گسترده در برنامه های بیمه سلامت همگانی، کمبود مالی شدید برای صندوق های عمومی و کاهش شفافیت و آمار و داده های قابل اعتماد برای سیاست گذاران.

به علت این چند پارگی در صندوق های تجمع ریسک، انتقال و باز توزیع ریسک و کمک های مالی متقاطع^۱ بین این برنامه های بیمه ای سلامت با جمعیت های متفاوت، بسیار ناچیز و محدود است. توزیع متقاطع مالی حتی بین صندوق های بیمه ای زیرمجموعه یک سازمان بیمه واحد نیز ممکن است بسیار محدود باشد.

شباهت های اساسی بین بسته های بیمه پایه در طرح های اصلی بیمه سلامت اجتماعی وجود دارد و در

شرایط موجود سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای کمابیش به دنبال یکسان نمودن پوشش خدمات سلامت هستند. اگرچه به علت این‌که بسته بیمه پایه به‌اندازه کافی جامع نیست و نیز به علت استقلال سازمانی و مالی سازمان‌های بیمه‌گر، هریک از سازمان‌های بیمه سلامت در کشور در تلاش برای افزایش منابع بیشتر به‌منظور توسعه بسته بیمه پایه برای بیمه‌شدگان خود هستند. درمجموع می‌توان گفت تفاوت‌هایی بین بسته خدمات چهار سازمان بیمه‌گر پایه اصلی در کشور وجود دارد.

علاوه بر چهار سازمان بیمه‌گر اصلی، ۱۷ صندوق کوچک بیمه سلامت سازمانی نظیر تعدادی از بانک‌ها، شهرداری، سازمان صداوسیما، شرکت‌های بیمه خصوصی، سازمان سلامت صنعت نفت که پوشش بیمه سلامت را برای کارکنان خود فراهم می‌آورند، مستقل از سازمان‌های بیمه سلامت اصلی هستند. این شرکت‌ها به‌طورکلی جمعیت کمی دارند و در مقایسه با پوشش جمعیتی، منابع مالی بسیار دارند.

وجود صندوق‌های ریسک متعدد در نظام بیمه سلامت کشور، منجر به ایجاد نظام بیمه سلامت با بسته‌های بیمه نامناسب برای بخش‌های مختلف جمعیت می‌شود. از طرف دیگر، عمق بسته‌های بیمه سلامت و نیز خدمات سلامت تحت پوشش صندوق‌های بیمه سلامت، در هریک از آن‌ها متفاوت است. بنابراین نظام بیمه سلامت ایران می‌تواند به‌عنوان نظام بیمه سلامت چند پارچه محسوب شود و به دلیل این چند پارچگی، توزیع ریسک و کاهش ریسک با کارایی مطلوب ایجاد نمی‌شود.

تخصیص منابع و خرید^۱

در گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت در خصوص تأمین مالی نظام سلامت برای پوشش همگانی، این‌گونه بیان شد که «در نظر گرفتن پول کافی برای خدمات سلامت، امری ضروری است، اما تنها داشتن پول نمی‌تواند دستیابی به پوشش همگانی را تضمین نماید. پیش‌پرداخت‌ها و تجمیع، هیچ‌یک موانع مالی در خصوص دسترسی به خدمات سلامت را از بین نخواهند برد (۲۲). اطمینان از استفاده مؤثر و کارا از منابع، می‌تواند الزام اصلی در این مسیر به شمار آید.»؛ این امر، اهمیت عملکرد خرید در تأمین مالی سلامت را نشان می‌دهد. «خرید در واقع رابط مهمی بین منابع در نظر گرفته‌شده برای پوشش همگانی و ارائه مؤثر خدمات با کیفیت می‌باشد.»

خرید خدمات سلامت^۲ منابع جمع‌آوری و انباشت شده به‌منظور خرید خدمات مشخص و نامشخص

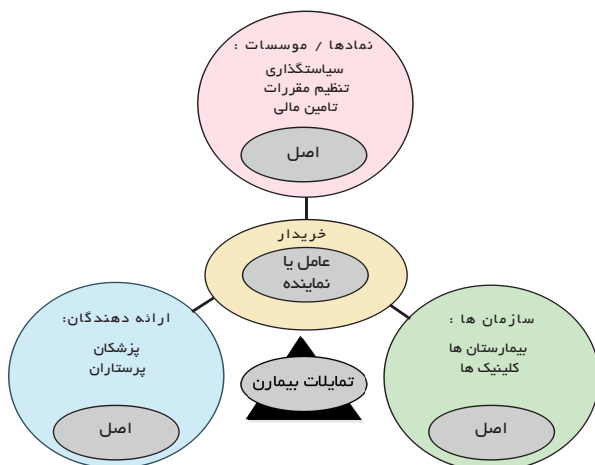
1- Resource Allocation and Purchasing

2- Purchasing of Health Services

سلامت به ارائه کنندگان پرداخت می‌گردد (تخصیص می‌یابد). معمولاً دو رویکرد در خرید خدمات سلامت قابل ذکر است:

الف- خرید منفعلانه^۱: بودجه از پیش تعیین شده، برای خرید خدمات اختصاص می‌یابد و یا صورت حساب‌های ارائه شده پرداخت می‌گردد. در واقع خرید خدمت صورت نمی‌گیرد و تنها غرامت یا خسارت پرداخت می‌گردد.

ب- خرید فعال یا راهبردی^۲: جستجوی مستمر روش‌های ارتقای نظام سلامت از طریق تصمیم‌گیری در خصوص ترکیب بسته خدمات، انتخاب ارائه‌کننده خدمات، چگونگی خرید و قیمت‌گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای تحقق حداکثر مطلوبیت در عملکرد نظام سلامت است (۲۳).



شکل ۸: عاملین در خرید راهبردی خدمات سلامت

راهکارهای زیر در راستای ارتقاء و تقویت خرید خدمات سلامت بیان می‌شود:

در نظر گرفتن نیازهای سلامتی جمعیت، توانمندسازی شهروندان و جمعیت کشور، تقویت تولید دولتی نظام سلامت از طریق برنامه ملی سلامت، ایجاد سازمان/سازمان‌های مناسبی که متولی امر خرید خدمات سلامت باشند، اطمینان از هزینه اثربخش بودن تمام فرآیندهای قرارداد با مراکز ارائه خدمات سلامت در راستای اطمینان از کیفیت خدمات و ارتقاء آن و نیز ایجاد مراکز ارائه‌دهنده مناسب (۲۴ و ۲۳).

1- Inactive Purchasing

2- Active or Strategic Purchasing

چالش‌های عمده خرید راهبردی خدمات سلامت در نظام سلامت کشور عبارتند از:

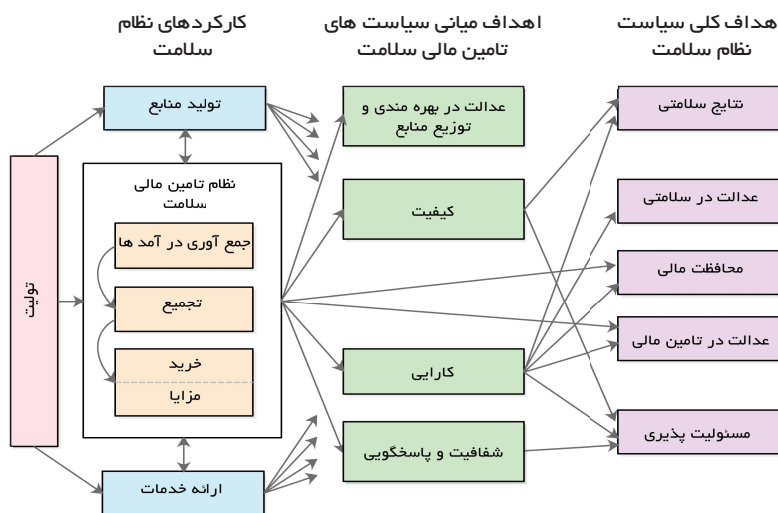
- ابهام در تعریف خرید راهبردی، چالش مهم در استقرار ناموفق خرید راهبردی است.
- فقدان سیستم مدیریت اطلاعات مؤثر، مشکل اصلی در استقرار ناموفق خرید راهبردی سلامت است. اطلاعات نامناسب در خصوص افراد (به‌ویژه نیازها، عقاید و تقاضاهای آن‌ها) علت این عدم موفقیت است.
- به‌عبارت‌دیگر، سازمان‌های بیمه‌گر سلامت در ایران، تنها ریسک مالی زیان/ غرامت مرتبط با مخاطرات سلامت و بیماری‌ها را (به‌جای خرید فعال و راهبردی این ریسک‌ها) پرداخت می‌کنند.
- این صندوق‌ها و سازمان‌ها، خریداران فعال و راهبردی نیستند؛ این‌ها به‌صورت غیرفعال منابع را تولید و تجمیع می‌کنند و قدرت آن‌ها در انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت کم یا ناچیز است.
- سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر سلامت در کشور، پایش یا کنترل کیفیت را اندک انجام می‌دهند؛ آن‌ها بیشتر از آنکه تولیدکننده کیفیت و هزینه^۱ باشند، کیفیت و هزینه را دریافت می‌کنند^۲.
- سال‌های زیادی است که نظام بازپرداخت^۳، تنها مدلی برای پرداخت هزینه خدمات سلامت توسط سازمان‌های اصلی بیمه سلامت ایران می‌باشد.
- مکانیسم‌های بازپرداخت اصلی برای خدمات سلامت بستری و سرپایی، FFS یا کارانه است که نظام پرداخت باز و گذشته‌نگر محسوب می‌شود.

شفافیت^۴

به‌طور کلی منظور از ایجاد شفافیت مالی^۵ در کلیه درآمدها، هزینه و فعالیت‌های بخش سلامت است. شفافیت مالی عبارت است از تولید اطلاعات صحیح درباره درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌های مالی در نظام سلامت و ایجاد دسترسی آزادانه به این اطلاعات برای کلیه ذینفعان (۱۵ و ۱۴). شفافیت مالی کمک

-
- 1- Price and Quality Maker
 - 2- Price and Quality Taker
 - 3- Reimbursement Sistem
 - 4- Transparency
 - 5- Financial Transparency

می‌کند تا این اطمینان حاصل شود که دولت در زمان اخذ تصمیمات اقتصادی، تصویر دقیقی از امور مالی خود نظیر مخارج و منافع مرتبط با تغییرات سیاست و ریسک‌های نهان در امور مالی را دارد. علاوه بر این، شفافیت مالی، اطلاعات مورد نیاز قانون‌گذاران، بازارها و شهروندان را برای پاسخگو ساختن دولت‌ها فراهم می‌آورد. طبق مدل Kutzin که در سال ۲۰۰۸ ارائه گردید؛ شفافیت در کنار مسئولیت‌پذیری، به عنوان یکی از اهداف میانی سیاست‌های تأمین مالی سلامت بیان شده است؛ که در نهایت ارتباط مستقیم با هدف نهایی، پاسخگویی در نظام‌های سلامت دارد.



شکل ۹: ارتباط تأمین مالی سلامت با اهداف میانی سیاست‌های تأمین مالی سلامت و اهداف کلی نظام سلامت

به منظور امکان ایجاد و بررسی شرایط تعادل بین منابع و مصارف به عنوان یکی از ارکان اصلی پایداری تأمین مالی، ایجاد شفافیت در شرایط کنونی کشور در کلیه سطوح اعم از درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌های بخش سلامت به عنوان اصلی انکارناپذیر، مورد پذیرش همگان است.

از جمله موضوعاتی که شفافیت را در نظام سلامت تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ عدم تمرکز منابع مالی و هزینه‌های مخارج سلامت در جایگاه مشخص و در واقع پراکندگی منابع در اختیار سازمان‌ها و نهادهای مختلف و پراکندگی‌های هزینه‌ای و نیز مشخص نبودن دقیق میزان مشارکت بخش عمومی، خصوصی، خانوارها و خیریه‌ها در تأمین مالی و هزینه‌ها یا مخارج سلامت است که خود بر موضوع پایداری تأمین مالی نظام سلامت (ناظر بر بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت) مؤثر خواهد بود.

در همین راستا اطلاعات مفید و قابل استناد؛ که بزرگ‌ترین دستاورد شفافیت مالی در نظام سلامت است؛ می‌تواند جهت سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی عدالت محور بخش سلامت مورد استفاده قرار گیرد. در شرایط کنونی کشور متأسفانه این بند از سیاست‌های کلی سلامت تحقق نیافته است. الزامات و پیش‌نیازهای شفاف نمودن جریان‌های درآمدی و هزینه‌ای در بخش سلامت به شرح زیر است:

- پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور (به‌موجب بند «چ» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور)
- ایجاد پرونده الکترونیک سلامت
- استقرار بیمه سلامت الکترونیک؛ اقدامات زیر در این راستا انجام می‌شود:
 - « صدور کارت بیمه سلامت هوشمند یا سایر رابط‌های الکترونیکی مناسب
 - « تجویز الکترونیکی خدمات سلامت
 - « ارائه و دریافت الکترونیکی خدمات سلامت
 - « صورتحساب‌های الکترونیک
 - « پرداخت الکترونیکی و در صورت امکان آنلاین به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت

مداخلات اصلی و مؤثر در راستای ایجاد پایداری تأمین مالی نظام سلامت

براساس پژوهشی که توسط فرهنگستان علوم پزشکی طی سال‌های ۹۷-۹۶ انجام شد، فهرست مداخلات مؤثر در راستای پایداری منابع مالی در سه حوزه، تولید و جمع‌آوری منابع، انباشت ریسک و تخصیص منابع و خرید راهبردی در راستای تحقق بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های اصلی هر حوزه به شرح زیر می‌باشد:

الف. تولید و جمع‌آوری منابع / Resource Generation and Revenue Collection

سیاست:

– کاهش تدریجی وابستگی تأمین مالی بیمه سلامت به منابع عمومی دولتی و متکی شدن آن به برنامه‌های پیش‌پرداخت نظیر حق بیمه و مالیات‌های اجتماعی.

- ۱- آسیب‌رسان سلامت^۱ و تخصیص نشان‌دار آن به حوزه سلامت کشور (به‌عنوان مالیات سلامت)
- ۲- افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی وارداتی و تولید داخل و تخصیص نشان‌دار مازاد آن به حوزه سلامت کشور (به‌عنوان مالیات سلامت)

۱- به‌طور کلی کالاهای آسیب‌رسان به سلامت نظیر مواد چاق‌کننده، شور، دارای مواد نگهدارنده و شکر که در فهرست تهیه‌شده مذکور قید گردیده است.

- ۳- افزایش عوارض خروج از کشور برای سفرهای خارجی ایرانیان و تخصیص نشان‌دار مازاد آن به حوزه سلامت کشور
- ۴- اخذ مالیات بر صدور بلیط‌های هواپیمایی سفرهای خارج از کشور و تخصیص نشان‌دار آن به حوزه سلامت کشور
- ۵- افزایش مالیات در معاملات خودروهای لوکس و گران‌قیمت به‌صورت پلکانی و تخصیص نشان‌دار آن به حوزه سلامت کشور (به‌عنوان مالیات سلامت)
- ۶- افزایش تدریجی سهم بیمه پایه سلامت از کل مخارج/ هزینه‌های سلامت (THE)
- ۷- اصلاح و همسان‌سازی مبانی محاسباتی حق بیمه پایه سلامت مبتنی بر توان مشارکت افراد به‌صورت پیش‌رونده (Proportional)

ب. انباشت ریسک / Risk pooling

سیاست:

- بهبود همبستگی اجتماعی و بهره‌وری منابع از طریق تقویت یارانه‌های متقاطع

۱- اصلاح الگوی صندوق‌های انباشت ریسک به‌صورت Unitary یا Integrated

پ. تخصیص منابع و خرید راهبردی / Resource Allocation and Purchasing (RAP)

سیاست:

اصلاح ساختار نظام سلامت مبتنی بر توصیه سازمان جهانی بهداشت و بر مبنای بند ۷ سیاست‌های

کلی سلامت ناظر بر جدایی نهاد خریدار خدمت از ارائه دهنده^۱ و این هر دو از نهاد تولید

- ایجاد شفافیت در تخصیص منابع

- حذف پدیده تقاضای القایی

- کاهش تبعات تعارض و تضاد منافع^۲ بر تأمین مالی نظام سلامت

- مدیریت تقاضا در استفاده از خدمات سلامت

- مشارکت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ریسک مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات سلامت

۱- طراحی یک نظام اولویت‌بندی (Priority Setting) و سهمیه‌بندی (Rationing) مناسب جهت

خدمات بیمه پایه سلامت در کشور

۲- نیازسنجی مستمر و نظام‌مند جمعیت

1- Purchaser Provider Split

2- Conflict of interests

۳- انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت

۴- طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بالینی.

۵- طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در نقطه دریافت خدمت نظیر Copayment و Deductible، Coinsurance.

۶- اعمال فرانشیز متغیر پیش‌رونده مبتنی بر توان پرداخت

۷- خرید نظام سلامت در نظام بیمه‌ای موکول به ارائه آن‌ها در چهارچوب راهنماهای بالینی

۸- ممنوعیت خرید هرگونه خدمات، دارو و کالاهای سلامت از ارائه‌دهندگان دارای اشتغال دوگانه (Dual Practice)

۹- استقرار سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع، پزشک خانواده، تشکیل پرونده الکترونیکی سلامت

۱۰- تبدیل مکانیسم پرداخت گذشته‌نگر^۱ کارانه (FFS) به مکانیسم‌های آینده‌نگر^۲ نظیر سرانه، Case Mix و پرداخت مبتنی بر عملکرد (Pay for Performance)

۱۱- استقرار سامانه اطلاعاتی مناسب هزینه‌ای و عملکردی مبتنی بر بیمه الکترونیکی سلامت و پرونده الکترونیکی سلامت (۲۱-۱۹ و ۱۵، ۴).

مداخلات و راهکارهای منتخب در راستای ایجاد پایداری تأمین مالی نظام سلامت

براساس نتایج پژوهش فوق، در میان مجموع مداخلات و راهکارهای مذکور که از بررسی متون کشورها و نظام‌های سلامت مختلف استخراج گردیده است؛ از آنجایی که هیچ دو نظام سلامت را در دنیا نمی‌توان یافت که ویژگی‌ها و شرایط یکسانی داشته و قابلیت‌ها و توانمندی‌های یکسانی را برای تصویب و اجرای راهکارهای موفق داشته باشند؛ برای حرکت به سمت پایداری مالی نظام سلامت کشور باید راهکارها و مداخلاتی را که بیشترین تناسب را با شرایط و وضعیت کشور و نظام سلامت دارند، انتخاب و اجرا نمود.

پس از بررسی‌های انجام‌شده و اعلام نظر کارشناسان حوزه تأمین مالی سلامت، به‌طور کلی مداخلاتی انتخاب گردید که به افزایش سهم پیش‌پرداخت‌ها و کاهش وابستگی نظام سلامت به فروش دارایی عمومی کشور منجر شود و باعث گردد منابع به‌صورت اثربخش و در زمان و مکان مناسب آن هزینه شود (۱۵ و ۹، ۶). این مداخلات و راهکارهای منتخب به شرح ذیل است:

1- Retrospective

2- Prospective

- اخذ مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت نظیر مواد چاق‌کننده، شور، دارای مواد نگهدارنده و شکر و تخصیص نشانه‌دار شده آن به حوزه سلامت کشور
- اصلاح و همسان‌سازی مبانی محاسباتی حق بیمه پایه سلامت مبتنی بر توان مشارکت افراد به‌صورت پیش‌رونده
- اصلاح الگوی صندوق‌های انباشت ریسک به‌صورت یکپارچه به‌منظور کاهش ریسک ناشی از هزینه‌های بیماری و نبود سلامتی کامل
- طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بر درمان
- طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در نقطه دریافت خدمت
- استقرار مکانیسم‌های پرداخت آینده‌نگر نظیر سرانه، Case Mix و پرداخت مبتنی بر عملکرد.

فصل دوم

بیمه سلامت در اسناد بالا دستی

مقدمه

در این قسمت موضوع تأمین مالی و به‌ویژه بیمه سلامت در اسناد بالادستی به تفصیل موردبررسی قرار می‌گیرد. ازجمله اسناد بالادستی به شرح زیر است:

بیمه سلامت در قانون اساسی

بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی: دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم (قسط و عدل و استقلال سیاسی و اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و همبستگی ملی) همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد: پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

اصل بیست و نهم قانون اساسی: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حقی است همگانی و دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

اصل چهل و سوم قانون اساسی: برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

۱- تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

یکی از نکات مهم در اصول فوق این است که نگاه تدوین‌کنندگان قانون اساسی به موضوع بیمه، به‌عنوان راهکاری برای رفع فقر و برطرف ساختن هرگونه محرومیت (بند ۱۲ اصل سوم و اصل ۴۳ قانون اساسی) و حمایت مالی برای برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی (شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی براساس اصل ۲۹ قانون اساسی) بوده است. در این راستا بیمه، راهکاری برای ایجاد برخورداری و بهره‌مندی از خدمات تأمین اجتماعی معرفی گردیده که از منظر رفع فقر، بهره‌مندی

از خدمات تأمین اجتماعی را تضمین می‌نماید. نکته اساسی و ظریف و وجه ممیزه اصلی بیمه سلامت (به‌عنوان بخشی از ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور) با نظام سلامت نیز در همین جا نهفته است. نظام سلامت، به‌عنوان تولید سلامت کشور متولی ایجاد تأمین سطح مناسبی از سلامت برای آحاد جامعه، بهبود دسترسی^۱ به خدمات، دارو و کالای سلامت، آموزش پزشک و پیراپزشک، نظارت بر تولید و ارائه خدمات، دارو و کالاهای سلامت، توسعه و تجهیز مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت، توزیع مناسب نیروی انسانی و نظارت بر عملکرد آن‌ها در چهارچوب عدالت، تضمین کیفیت خدمات، رعایت حقوق بیماران است؛ اما تأمین بهره‌مندی^۲ از خدمات سلامت که ماحصل و نتیجه نهایی ایجاد دسترسی، استطاعت مالی پرداخت^۳ و حفاظت مالی^۴، تناسب خدمت با نیاز^۵ و مقبولیت^۶ است، از آن رو که وجوه مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی افراد و جوامع مختلف را نیز در کنار دسترسی آنان به خدمت، دارو و یا کالای سلامت مدنظر قرار می‌دهد، به‌مراتب حیطه‌ای فراتر از حیطه عملکردی نظام سلامت را شامل گردیده، در کنار مزایایی نظیر بازنشتگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی و حوادث و سوانح، مفهومی گسترده‌تر تحت عنوان مزایای تأمین اجتماعی را پدید می‌آورند. با همین نگرش نیز، موضعین قانون اساسی جمهوری اسلامی با دیدی کارشناسانه، برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی، با تعریف مصرح در اصل ۲۹ قانون اساسی را وظیفه دولت، به‌عنوان نماینده حاکمیت نظام و حق همه ملت ایران دانسته‌اند.

در سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، تلاش‌های متعددی در راستای اجرای این اصول قانون اساسی انجام پذیرفت اما شاید بتوان تدوین و تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ را نقطه عطف مهمی در روند اجرایی شدن این اصول قانون اساسی دانست. این قانون، به‌نوعی ساختار اجرایی و قلمروهای نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را با همان تعریف موجود در اصل ۲۹ قانون اساسی بیان نموده و در مواد مختلف خود، سه حوزه اصلی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی حوزه‌های مدادی، حمایت‌ها و مساعدت‌های اجتماعی و بیمه‌ای (بیمه‌های اجتماعی و درمانی پایه و تکمیلی) و

1- Accessibility

2- Availability

3- Affordability

4- Financial Protection

5- Appropriateness

6- Acceptability

نحوه تعاملات بین این حوزه‌ها و ساختارها و ارکان مرتبط با هر حوزه را تعریف نموده است؛ اما نکته مهم در این قانون، تعریفی است که در راستای اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی از تأمین اجتماعی به عمل آمده و طیف کاملی از خدمات کوتاه‌مدت تأمین اجتماعی (نظیر امداد و نجات، بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی و ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست) تا مزایای میان‌مدت تأمین اجتماعی (نظیر بیکاری، در راه‌ماندگی، بی‌سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی) و مزایای بلندمدت تأمین اجتماعی (نظیر پیری، بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت) را در برمی‌گیرد و با تشکیل ارکانی نظیر شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، متکفلین قانونی و اهرم‌های اجرایی دولت به منظور ایجاد زمینه برخورداری و بهره‌مندی آحاد ملت از کلیه این مزایا را تعیین نموده است.

یکی از حوزه‌های مهم نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی یا همان بیمه سلامت است که در دو سطح بیمه پایه تکمیلی سلامت مورد توجه قرار گرفته است. در ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی می‌خوانیم: در اجرای اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای ۲ و ۴ اصل بیست و یکم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاست‌های رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار می‌گردد:

الف - بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت

ب - بیکاری

ج - پیری

د - در راه‌ماندگی، بی‌سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی

هـ - حوادث و سوانح

و - ناتوانی‌های جسمی، ذهنی و روانی

ز - بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی

ح - حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند

ط - حمایت از کودکان و زنان بی‌سرپرست

ی - ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست

ک - کاهش نابرابری و فقر

ل - امداد و نجات

تبصره ۱ - برخورداری از تأمین اجتماعی به نحوی که در این قانون می‌آید حق همه افراد کشور و تأمین آن، تکلیف دولت محسوب می‌شود.

در ماده ۲ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نیز می‌خوانیم: نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می‌باشد:

الف - حوزه بیمه‌ای: شامل بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) می‌باشد.

تبصره - خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود به‌طوری‌که:

۱- حدود خدمات بیمه‌ای همگانی را قانون تعیین می‌کند.

۲- بیمه‌های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه‌ای گفته می‌شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه‌شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این‌گونه بیمه‌ها می‌باشد.

فراهم کردن خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و تأمین شرایط مطلوب برای زندگی کلیه افراد جامعه از جمله معلولان، از کارافتادگان، افراد کم‌درآمد، نیازمندان، بیکاران و شهروندانی که تحت پوشش هیچ‌یک از بیمه‌ها نیستند، در حال حاضر اصلی‌ترین برنامه دولت‌ها است. کشورهای مختلف دنیا برای حل این مشکل، راه‌حل‌های مختلفی انتخاب کرده و بیمه‌های اجتماعی خود را به‌گونه‌ای تغییر داده‌اند که تا حد ممکن، این اقشار را تحت پوشش قرار دهند. یکی از این رویکردها که کشورهای مختلفی مانند سنگاپور، کره جنوبی، مالزی، استرالیا، تایلند و آلمان آن را با موفقیت اجرا کرده و توانسته‌اند نتایج خوبی نیز بگیرند، رویکرد پوشش همگانی بیمه سلامت است.

نقش رفاه اجتماعی و بیمه سلامت در فراهم کردن تسهیلات برای دسترسی اقشار مختلف جامعه در برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی نه تنها در کشورهای در حال توسعه بلکه در جهان، آن‌چنان مهم است که در حال حاضر به‌عنوان یکی از معیارهای سنجش پیشرفت یا توسعه یافتگی کشورها به شمار می‌آید. در این میان پاسخگویی به نیازهای درمانی به‌خصوص برای اقشاری که تحت پوشش هیچ نوع بیمه درمانی نیستند یا با وجود پوشش بیمه‌ای به دلایل خاص دچار هزینه‌های کمرشکن می‌شوند - که در کشور ما بخشی از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان‌ها و مراکز درمانی را تشکیل می‌دهند - اهمیت زیادی

دارد. به‌طوری‌که تأمین خدمات سلامت اعم از بهداشت، درمان و خدمات توان‌بخشی، ایجاد بیمه‌های اجتماعی و بیمه فراگیر، پوشش گسترده خدمات و تدوین بسته خدماتی مناسب و مشارکت مالی عادلانه از ضروریات دسترسی عادلانه به خدمات سلامت می‌باشد.

بیمه سلامت در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی

ماده ۱ - تعاریف

۱- بیمه‌شده اصلی: فردی است که رأساً مشمول مقررات بیمه خدمات درمانی موضوع این قانون بوده و پس از پرداخت حق السهم (توسط فرد یا مراجع مشمول در قانون) مشمول استفاده از مزایای خدمات درمانی قرار می‌گیرد.

۲- بیمه‌شده تبعی: خانواده شخص یا اشخاصی هستند که به‌تبع سرپرستی و کفالت بیمه‌شده اصلی از مزایای مقرر در این قانون می‌توانند استفاده نمایند.

۳- روستایی: شخصی است که در روستا سکونت داشته باشد. عشایر کوچ‌رو در این قانون از مزایای روستاییان برخوردارند.

۴- افراد نیازمند: به افرادی اطلاق می‌شود که به لحاظ شرایط اقتصادی، اجتماعی، جسمی و روانی توانایی اداره زندگی خود و خانواده تحت تکفل خود را ندارند. مصادیق افراد نیازمند حسب مورد به پیشنهاد کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی تعیین می‌شود.

۵- صاحبان حرف و مشاغل آزاد: به کلیه اشخاصی اطلاق می‌شود که از نظر مقررات و قوانین خویش‌فرما باشند.

۶- حق سرانه: مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه خدمات درمانی، برای هر فرد در یک ماه تعیین می‌گردد.

۷- فرانشیز: قسمتی از هزینه درمان است که بیمه‌شده باید در زمان دریافت خدمات درمانی پرداخت نماید.

۸- قیمت واقعی خدمات: عبارت است از قیمت تمام‌شده خدمات به‌اضافه سود سرمایه و دارایی‌های ثابت در بخش دولتی سود سرمایه (دارایی‌های ثابت) و استهلاک منظور خواهد شد.

۲- به‌منظور توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگی‌های اجرایی هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی در چهارچوب این قانون شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که بعد از این شورای عالی نامیده می‌شود،

در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد.

ماده ۳ - ترکیب شورای عالی به شرح زیر خواهد بود:

۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس شورای عالی)

۲- وزیر کار و امور اجتماعی

۳- وزیر امور اقتصادی و دارایی

۴- رئیس سازمان برنامه و بودجه

۵- دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور

۶- رئیس کل سازمان نظام پزشکی

۷- مدیرعامل سازمان تأمین اجتماعی

۸- مدیرعامل سازمان بیمه خدمات درمانی

۹- مدیرعامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح

۱۰- سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)

۱۱- معاون امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رأی)

۱۲- دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیون‌های برنامه و بودجه و بهداشتی و

بهبودی (از هر کدام یک نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد و

به‌عنوان ناظر در جلسات شورای عالی شرکت خواهند کرد.

تبصره - دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و معاون امور درمان،

دبیر شورای عالی و مسئول ابلاغ مصوبات آن می‌باشد.

ماده ۴ - دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه

که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید.

پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون، حداکثر ظرف پنج سال

پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین این انجام خواهد شد.

ماده ۵ - به‌منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند،

روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی که پس‌ازاین سازمان نامیده می‌شود

تشکیل و به‌صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد.

تبصره ۱ - سازمان وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و دارای شخصیت حقوقی

مستقل است.

تبصره ۲ - وظایف، اختیارات، ارکان و تشکیلات، منابع مالی و نحوه اداره و حدود و شمول عملیات و فعالیت سازمان بر طبق اساسنامه‌های خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از تاریخ تصویب این قانون به پیشنهاد شورای عالی و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره ۳ - با تشکیل سازمان، آن قسمت از وظایف، اختیارات، امکانات، کارکنان، دارایی‌ها و اعتبارات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که در امر بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت به کار گرفته می‌شود، به سازمان منتقل می‌گردد.

تبصره ۴ - کلیه دارایی‌های منتقل شده به سازمان توسط هیأتی که ترکیب آن در اساسنامه تعیین می‌شود، ارزیابی شده و به صورت سرمایه سازمان اعلام خواهد شد.

تبصره ۵ - هر یک از گروه‌های مذکور در ماده فوق دارای صندوق جداگانه‌ای خواهند بود.
ماده ۶ - کلیه شرکت‌های بیمه مجازند براساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.

تبصره - کلیه شرکت‌های بیمه علاوه بر فعالیت در بیمه خدمات درمانی مجازند در امور بیمه‌های مضاعف (مکمل) براساس موازین قانونی خود از طریق عقد قراردادهای تکمیلی (خاص) و مطابق این قانون، همکاری مشارکت و فعالیت نمایند.

ماده ۷ - کلیه دستگاه‌ها و سازمان‌های دولتی و وابسته به دولت کمیته امداد امام خمینی (ره) و اشخاص حقیقی و حقوقی در انتخاب سازمان و یا شرکت‌های بیمه‌گر برای عقد قراردادهای بیمه خدمات درمانی در چهارچوب موازین و مفاد این قانون مخیر می‌باشند و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی نافی این حق و اختیار نخواهد بود.

تبصره ۱ - دستگاه‌های مشمول قانون تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی برای انعقاد قراردادهای بیمه خدمات درمانی با سازمان‌ها و یا شرکت‌های بیمه‌گر موظف هستند طرح پیشنهادی خود را به سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی حسب مورد ارائه و مجوز لازم را از سازمان‌های مذکور، دریافت نمایند.

در صورتی که سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی با طرح پیشنهادی موافقت ننمایند و این امر مورد اعتراض پیشنهاددهنده باشد، مراتب جهت تصمیم‌گیری نهایی به شورای عالی منعکس خواهد شد.

تبصره ۲ - دستگاه‌های موضوع تبصره ۱ به استثنای کمیته امداد امام خمینی (ره) موظفند دو نهم سهم

درمان یا حق سرانه درمان را حسب مورد در اختیار سازمان تأمین اجتماعی و یا سازمان خدمات درمانی قرار دهند تا برای تداوم استفاده بیمه‌شده از خدمات درمانی در دوران مستمری‌بگیری، ذخیره شود.

تبصره ۳ - آیین‌نامه اجرایی این ماده حداکثر ظرف چهار ماه به پیشنهاد مشترک سازمان تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی و تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره ۴ - کمیته امداد امام خمینی (ره) علاوه بر سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر دولتی می‌تواند با مؤسسات خدمات درمانی انعقاد قرارداد نماید.

ماده ۸ - تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه‌وبودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۹ - حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شونده‌گان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

تبصره - مابه‌التفاوت سهم درمان مضمولین قانون تأمین اجتماعی تا حق سرانه موضوع این ماده همه‌ساله در بودجه کل کشور منظور و به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت خواهد شد.

ماده ۱۰ - 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 هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

ماده ۱۱ - تأمین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می‌شود، همچنان رایگان است.

تبصره - همه‌ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست این‌گونه خدمات و اسامی و مشخصات داروها و ملزومات مصرفی رایگان در برنامه‌های استراتژیک بهداشتی را تعیین و اعلام می‌کند.

ماده ۱۲ - ارائه خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه‌های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق سرانه تعیین شده شهروندیان خواهد بود.

تبصره - به منظور حمایت از روستاییان و تعمیم بیمه خدمات درمانی در جوامع روستایی و عشایری، دولت موظف است بخشی از هزینه سرانه بیمه خدمات درمانی روستاییان بیمه شده را تقبل و از محل بودجه عمومی تأمین و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه سالانه منظور و براساس موافقت نامه شرح فعالیت های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مشمول این ماده و انعقاد قرارداد با سازمان ها و شرکت های بیمه گر به مصرف برساند.

ماده ۱۳ - سهم مشمولان این قانون از حق بیمه سرانه خدمات درمانی بر حسب گروه های شغلی به ترتیب زیر خواهد بود.

۱- کارکنان دولت: یک پنجم تا یک سوم حق بیمه سرانه که متناسب با حقوق و مزایا با تصویب هیأت وزیران تعیین می شود.

۲- مشمولان قانون تأمین اجتماعی: بر طبق مقررات قانون تأمین اجتماعی.

۳- روستاییان: براساس مصوبات هیأت وزیران.

۴- صاحبان حرف و مشاغل آزاد: تا ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه، به پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران.

۵- سایر اقشاری که در این قانون ذکری از آنها به عمل نیامده است، براساس پیشنهاد شورای عالی و تصویب های وزیران.

ماده ۱۴ - تأمین حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند جامعه که فاقد توانایی پرداخت هستند به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه توسط دولت تعهد شده و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه هر سال منظور و در اختیار کمیته یادشده قرار می گیرد تا براساس موافقت نامه شرح فعالیت های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مذکور و انعقاد قرارداد با سازمان ها و شرکت های بیمه گر به مصرف برساند.

تبصره ۱ - آیین نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند مشتمل بر تعاریف، ضوابط و موازین تشخیص، به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه به تصویب هیأت وزیران می رسد.

تبصره ۲ - کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف است با رعایت مفاد موضوع تبصره ۱ این ماده ضمن استفاده از همکاری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از جمله سازمان بهزیستی استان ها، وزارت کشاورزی، وزارت جهاد سازندگی و دیگر سازمان ها و نهادها، همه ساله اطلاعات آماری افراد تحت

پوشش و مشمول دریافت خدمات را به تفکیک هر استان تهیه و پس از تأیید شورای عالی جهت اقدامات اجرایی و پیش‌بینی و تأمین اعتبار لازم، به سازمان برنامه‌بودجه اعلام نماید.

ماده ۱۵ - سازمان برنامه‌بودجه موظف است همه‌ساله اعتبارات مربوط به سهم دولت از حق بیمه خدمات درمانی کارمندان دستگاه‌هایی را که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند به‌صورت یک برنامه مشخص در قالب بودجه مصوب سالانه هر یک از دستگاه‌های اجرایی پیش‌بینی و منظور نماید. دستگاه‌های ذی‌ربط موظفند رأساً نسبت به انعقاد قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی یا سایر شرکت‌ها و مؤسسات بیمه‌گر اقدام نمایند.

تبصره - علاوه بر مواردی که در این قانون مشخص شده است سازمان برنامه‌بودجه موظف است در مورد سایر بندهای ماده ۱۳ این قانون با توجه به درصد‌های مذکور در همان ماده سهم دولت را متناسب با تعداد افراد بیمه‌شده هر گروه به‌صورت کمک در ردیف‌های خاص در قانون بودجه منظور نماید.

ماده ۱۶ - سایر دستگاه‌ها در صورت تمایل می‌توانند تابع این قانون باشند.

ماده ۱۷ - 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 براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

تبصره - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری سازمان نظام پزشکی و قوه قضاییه مقررات و نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را با توجه به اهداف این قانون و قوانین موجود تعیین و پس از تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران برساند.

ماده ۱۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در اجرای بیمه خدمات درمانی همگانی کشور حداکثر تا یک سال پس از تصویب این قانون کلیه موازین، مقررات، روش‌های نظارتی و آیین‌نامه‌های موضوع این قانون را با همکاری مبادی ذی‌ربط تهیه نموده و به تصویب مراجع مربوط برساند.

ماده ۱۹ - کلیه قوانین و مقررات مغایر با این قانون پس از لازم‌الاجرا شدن این قانون لغو می‌گردد. قانون فوق مشتمل بر نوزده ماده و هجده تبصره در جلسه روز سه‌شنبه سوم آبان ماه یک هزار و سیصد و هفتاد و سه مجلس شورای اسلامی تصویب و در تاریخ ۱۳۷۳/۸/۱۱ به تأیید شورای نگهبان رسیده است (۲۵).

بیمه سلامت در سیاست‌های کلی سلامت

شاید همین عدم تحقق سیاست‌ها و احکام قانونی برنامه پنجم توسعه و فرصت اندک باقیمانده تا پایان سال‌های تحقق سند چشم‌انداز بود که مقام رهبری را بر آن داشت تا مجدداً و در دو سند جداگانه، یکی سیاست‌های کلی سلامت و دیگری سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ضمن تأکید مجدد بر سیاست‌های ابلاغی برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، برخی محورهای اساسی را با تأکید و شفافیت بیشتری بیان نمایند. در اینجا برخی از مهم‌ترین محورهای مورد تأکید مقام رهبری در سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، مرتبط با حوزه بیمه سلامت را مرور میکنیم:

بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت: تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

۱- ۷- تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۲- ۷- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
بند ۹ سیاست‌های کلی سلامت: توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:

۱- ۹- همگانی ساختن بیمه پایه درمان

۲- ۹- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

۳- ۹- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چهارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.

۴- ۹- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان

۵- ۹- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی

۶- ۹- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی

۷- ۹- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق

بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت: تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:

۱- ۱۰- شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها

۲- ۱۰- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد (۹).

بیمه سلامت در برنامه پنجم توسعه

در زمان تدوین سیاست‌های کلی و احکام قانونی برنامه پنجم توسعه، با توجه به اهداف سند چشم‌انداز، سیاست‌ها و احکام مهمی در حوزه بیمه‌های سلامت به‌عنوان یکی از حوزه‌های مهم تأمین اجتماعی مدنظر قرار گرفت. در بند ۳۵- ۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی، در بند ۲۵- ۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی و در بند ۱۹- ۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم؛ توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم مورد تأکید واقع شد. در راستای این سیاست‌ها، احکام متعددی در راستای استقرار یک نظام تأمین اجتماعی مطلوب، با در نظر گرفتن تعریف جامع اصل ۲۹ قانون اساسی و قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی از مقوله تأمین اجتماعی تصویب گردید که یکی از مهم‌ترین آن‌ها ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه بود که به‌موجب آن دولت مجاز گردید نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چند سطح با لحاظ حداقل سه سطح:

■ مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

■ بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

■ بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این سطوح‌ها در کشور اقدام نماید. در بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و تبصره ذیل آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف گردید حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام‌وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت‌وزیران ارائه نماید.

در بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای موظف گردید حداکثر ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

و سرانجام در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه دولت مکلف گردید به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه‌ساز و کارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

از سویی به دولت اجازه داده شد بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام و سازمان بیمه سلامت ایران را تشکیل دهد.

فارغ از این که این تکالیف قانونی تا چه اندازه به منصفه اجرا رسیدند، توالی و شاکله احکام قانون برنامه پنجم توسعه حاکی از توجه قانون‌گذار به مقوله بیمه پایه سلامت، به عنوان یکی از حقوق مردم در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی دارد. از جایی که در ماده ۲۷ بیمه درمان پایه را به عنوان یکی از ارکان نظام تأمین اجتماعی چند سطح با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین سطوح‌ها معرفی می‌نماید تا آنجا که در ماده ۳۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به عنوان تولیت سلامت کشور مکلف می‌نماید یکپارچگی بیمه پایه درمان را به عنوان یکی از چهارچوب‌های تدوین برنامه نظام درمانی کشور مدنظر قرار دهد و تا آنجا که در ماده ۳۵، زیرساخت‌های بیمه سلامت کشور را مدنظر قرار داده و استقرار بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات را در تعامل با سامانه پرونده الکترونیک سلامت از جمله تکالیف متولی نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی برمی‌شمرد و در نهایت در ماده ۳۸، اصلاح ساختار صندوق‌های بیمه‌ای، تجمیع منابع نظام بیمه‌ای، اصلاح ساختار نظام بیمه‌ای و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، تغییر الگوی حق بیمه از الگوی سنتی سرانه‌ای^۱ به حق بیمه مبتنی

بر حقوق و دستمزد که ماهیتی پیش‌رونده Progressive و تناسبی Proportional دارد را مدنظر قرار می‌دهد. تکالیفی که چنانچه به‌صورت کامل به مرحله اجرا درآمده بودند، بی‌شک امروز شاهد یک نظام بیمه سلامت کارآمد و مؤثر در کشور بودیم (۲۶).

بیمه سلامت در سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه

بند ۴۰ - سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: استقرار نظام جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد و چند سطحی تأمین اجتماعی کشور

بند ۴۲ - سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: ارتقاء کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه‌ی درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی و...) برای آحاد مردم.

بند ۲-۴۳ - سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: اصلاح ساختار نظام سلامت براساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت

بند ۳-۴۳ - سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه‌ی کمی و کیفی بیمه‌های سلامت (۲۷).

بیمه سلامت در قانون برنامه ششم توسعه

بخش ۱۴ - سلامت، بیمه، سلامت و زنان و خانواده

ماده ۷۰- دولت مکلف است به‌منظور تحقق سیاست‌های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه، اقدامات زیر را براساس سیاست‌های کلی سلامت به عمل آورد:

الف- پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و ضوابط ذیل و براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره- این حق بیمه شامل سرپرست خانوار و کلیه افراد تحت تکفل آنان است.

ب- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

۱- خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت

درصد (۷٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه این

گروه‌های اجتماعی بر مبنای بند «الف» این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.

۲- کارکنان دستگاه‌های اجرایی معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان تبصره- بخشی از حق بیمه مشمولان این جزء از محل بودجه عمومی دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین خواهد شد.

۳- مشمولان تأمین اجتماعی کسر حق بیمه مطابق قانون تأمین اجتماعی
۴- سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه‌های درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت

۵- پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، ازجمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور، الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه ماه از زمان لازم‌الاجرا شدن این قانون به تصویب هیأت‌وزیران می‌رسد. حکم این جزء بر حکم ماده ۴ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور حاکم است.

پ- دستگاه‌های اجرایی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم بیمه‌شده و دستگاه اجرایی را حداکثر ظرف مدت سه ماه به حساب سازمان بیمه‌گر پایه مربوطه واریز نمایند. در صورت عدم واریز، با اعلام سازمان بیمه‌گر و تشخیص و توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی از ردیف مربوطه و حساب جاری دستگاه اجرایی ذی‌ربط برداشت و به حساب سازمان بیمه‌گر پایه واریز می‌شود.

ت- عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین‌شده برای خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکت‌های بیمه تجاری و صندوق‌های بیمه پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی، تحت هر عنوان ممنوع است.

ث- کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند ضمن رعایت تعرفه‌های مصوب دولت از خط‌مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهد بود.

ج- بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت توسط وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می‌شود. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه‌گر درمانی، صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد.

چ- پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجرا می‌شود.

ح- دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه، نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چهارچوب قانون اقدام کند.

ماده ۷۲- الف- تولید نظام سلامت از جمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی، موظفند از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند.

از زمان ابلاغ این قانون، سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و با حفظ شخصیت حقوقی و استقلال مالی و کلیه امکانات براساس اساسنامه‌ای که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد، وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اداره می‌شود. اساسنامه این سازمان مطابق با قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ و در قالب شرکت دولتی به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

احکام مندرج در ماده ۷۲ این قانون بر احکام بندهای «الف» و «ب» ماده ۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور و مواد ۱۲ و ۱۷ قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ حاکم است.

ماده ۷۳- الف- از ابتدای اجرای قانون برنامه تولید و واردات انواع سیگار و محصولات دخانی علاوه بر مالیات و عوارض موضوع قانون مالیات‌های مستقیم مصوب ۱۳۶۶/۱۲/۳ و قانون مالیات بر ارزش‌افزوده مصوب ۱۳۸۷/۲/۱۷، مشمول مالیات به شرح زیر است:

۱- مالیات هر پاکت انواع سیگار تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه

و تولید مشترک بیست درصد (۲۰٪)، تولید داخل با نشان بین‌المللی (برند) بیست و پنج درصد (۲۵٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهل درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد (سیف Cif) تعیین می‌گردد.

۲- مالیات انواع توتون پیپ و تنباکوی آماده مصرف تولید داخلی به میزان ده درصد (۱۰٪) قیمت درب کارخانه و وارداتی به میزان چهل درصد (۴۰٪) قیمت کالا، بیمه و کرایه تا بندر مقصد (سیف Cif) تعیین می‌گردد.

جزءهای ۱ و ۲ بند «الف» ماده ۷۳ در طول اجرای قانون برنامه در بخش‌های مغایرت بر ماده ۵۲ قانون مالیات بر ارزش‌افزوده مصوب ۱۳۸۷/۲/۱۷ حاکم هستند.

ب- وزارت صنعت، معدن و تجارت از ابتدای سال ۱۳۹۶ موظف است:

۱- قیمت خرده‌فروشی انواع سیگار و محصولات دخانی مأخذ محاسبه مالیات موضوع این ماده را به مراجع ذی‌ربط و برای درج بر روی پاکت محصول اعلام نماید.

۲- امکان دسترسی برخط سازمان امور مالیاتی کشور به سامانه (سیستم) اطلاعاتی واردات، تولید و توزیع سیگار و انواع محصولات دخانی را فراهم نماید.

حکم بند ب ماده ۷۳ این قانون در موارد مغایرت بر سایر مواد حاکم است.

پ- مالیات موضوع این ماده تابع کلیه احکام مقرر در قانون مالیات بر ارزش‌افزوده به‌استثناء نرخ مضاعف مالیات این ماده خواهد بود. سازمان امور مالیاتی کشور مکلف است مالیات موضوع این ماده را وصول و آن را به ردیف درآمدی نزد خزانه‌داری کل کشور واریز نماید.

ت- با لازم‌الاجرا شدن این قانون، علاوه بر عوارض موضوع بند الف این ماده، مالیات عملکرد، مالیات بر ارزش‌افزوده، حقوق ورودی، حق انحصار و بند ب ماده ۶۹ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) نیز به محصولات دخانی اعمال می‌گردد.

تبصره- صد درصد (۱۰۰٪) درآمدهای حاصل از اجرای بند «الف» این ماده طی ردیف‌هایی که در بودجه‌های سنواتی مشخص می‌شود در جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماری‌های ناشی از آن، باز توانی و درمان عوارض حاصله از مصرف آن و توسعه ورزش موضوع بند «ب» ماده ۶۹ قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۴ در اختیار وزارتخانه‌های ورزش و جوانان، آموزش و پرورش و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار می‌گیرد.

احکام مواد ۷۰، ۷۲ و ۷۳ این قانون بر احکام قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب

۱۳۸۳/۲/۲۱ حاکم است.

ماده ۷۴- الف- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت‌احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آن‌ها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

تبصره- کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی‌ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

ب- کلیه پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاه‌های اجرایی موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در سایر مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی با رعایت تبصره ۱ ماده واحده قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۱۳۷۳/۱۰/۱۱ و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به‌غیراز دستگاه اجرایی خود نیستند. مسئولیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانه‌های مربوطه و معاونان آن‌ها و مسئولان مالی دستگاه‌های مذکور است. دولت مکلف است در اجرای این حکم با جبران خدمات ذی‌نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص در چهارچوب بودجه سنواتی اقدام نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی، پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجه‌های سنواتی است.

تبصره ۱- مصادیق نقاط محروم موضوع این ماده و نام فرد و علت آن به‌عنوان موارد استثناء به پیشنهاد دستگاه اجرایی مربوطه و تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می‌گردد.

تبصره ۲- مطب پزشکان و دندان‌پزشکان متخصص در نقاط محروم در صورت نیاز و ضرورت به تشخیص رئیس دانشگاه یا دانشکده علوم پزشکی آن نقطه تعیین می‌شود و مطب پزشکان و دندان‌پزشکان عمومی از شمول این بند مستثنا است.

پ- دولت موظف است از بخش‌های خصوصی و تعاونی برای ایجاد شهرک‌های دانش سلامت، حمایت به عمل آورد. آیین‌نامه اجرایی این بند در چهارچوب قوانین و بودجه سنواتی طی سال اول اجرای قانون برنامه تهیه می‌شود و به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

ت- به‌منظور متناسب‌سازی کمیت و کیفیت تربیت نیروی انسانی گروه پزشکی با نیازهای نظام سلامت کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نیازهای آموزشی و ظرفیت ورودی کلیه دانشگاه‌ها و مؤسسات آموزش عالی علوم پزشکی اعم از دولتی و غیردولتی را متناسب با راهبردهای پزشک خانواده، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات و نقشه جامع علمی کشور تعیین نموده و اقدامات لازم را به عمل آورد.

ث- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده ۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آن‌ها اقدام نماید، به‌نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.

تبصره- در چهارچوب قانون تعرفه گذاری خدمات پرستاری و تعدیل کارانه‌های پرستاری مصوب ۱۳۸۶/۴/۶ دولت مکلف است در قالب قوانین بودجه سالانه در سقف کارانه پرستاری و در چهارچوب بسته‌های خدمات تشخیصی درمانی موضوع قانون مذکور اعتبارات موردنیاز را از محل منابع بودجه عمومی دولت تأمین نماید.

ج- سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور هم‌زمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان

موضوع بند «الف» این ماده هستند.

چ- به منظور تحقق بند ۱۲ سیاست‌های کلی سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی امر طب سنتی ایرانی-اسلامی و مکمل موظف است نسبت به ادغام خدمات تأییدشده طب سنتی ایرانی-اسلامی در نظام سلامت و همچنین ساماندهی و توسعه ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی و درمانی این حوزه اقدام نماید.

ح- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است تقاضای تخصیص نیروهای پزشکی طرح نیروی انسانی موردنیاز سازمان تأمین اجتماعی را براساس تفاهم و همکاری متقابل با اولویت مناطق محروم بررسی و تأمین نماید.

خ- کلیه اعضای سازمان‌های نظام پزشکی و نظام دامپزشکی ملزم به تهیه بیمه مسئولیت حرف‌های بوده و دستگاه قضائی آن را به عنوان وثیقه قرار تأمین بپذیرد به جز در مواردی که خسارات عمدی است و امکان استیفای حق وجود نداشته باشد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص لوایح حوزه وظایف و اختیارات این سازمان‌ها، نظر مشورتی آن‌ها را اخذ نماید.

د- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حمایت از تولید و عرضه و تجویز داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) حمایت بیمه‌ای را فقط به داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) اختصاص دهد و با همکاری وزارتخانه‌های جهاد کشاورزی، صنعت، معدن و تجارت، اتاق بازرگانی، صنایع و معادن و کشاورزی ایران و اتاق تعاون مرکزی ایران حسب مورد تمهیدات لازم را در جهت صادرات محصولات سلامت‌محور به عمل آورد و برنامه ایمن‌سازی کودکان (واکسیناسیون) را تا حد و تراز کشورهای توسعه‌یافته ارتقاء دهد.

ذ- وزارت نفت در مناطق نفت‌خیز و گازخیز و شرکت‌های معدنی بزرگ دولتی در مناطق معدنی محل استقرار خود در راستای مسئولیت اجتماعی خود و جبران پیامدهای تهدیدکننده سلامت در آن مناطق نسبت به تکمیل، تجهیز، ارتقاء خدمات مراکز بهداشتی و درمانی خود اقدام نمایند و به خدمت‌رسانی به عموم مردم منطقه در چهارچوب نظام سطح‌بندی خدمات با رعایت احکام ماده ۷۰ این قانون بر مبنای تعرفه‌های مصوب دولت در مراکز دولتی اقدام کنند.

ر- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان پدافند غیرعامل کشور در جهت مصون‌سازی و افزایش توان بازدارندگی کشور، موظف است انواع تهدیدات حوزه سلامت را بررسی و اقدام لازم جهت خنثی‌سازی و مقابله با آن را مطابق قوانین مربوطه به انجام رساند (۱۰).

بیمه سلامت در احکام دائمی برنامه‌های توسعه

ماده ۸- عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می‌شود توسط شرکت‌های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به جز در مواردی که در قوانین خاص معین شده است، بر عهده افراد بیمه‌شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

تبصره ۱- کلیه دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری موظف به اجرای موضوع این حکم و رعایت تعرفه‌های مصوب هستند.

تبصره ۲- وزارتخانه‌های امور اقتصادی و دارایی (بیمه مرکزی ایران) و تعاون، کار و رفاه اجتماعی حسب مورد مسئول حسن اجرای این ماده می‌باشند.

ماده ۹- الف- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی، درمانی و تشخیصی در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند.

این بند به‌عنوان یک ماده بعد از ماده ۲ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می‌گردد (۲۸).

فصل سوم

اصلاحات نظام های سلامت و تأمین مالی؛ تاریخچه و مقایسه تطبیقی

مقدمه

در این قسمت به تاریخچه اصلاحات نظام سلامت در دنیا با گرایش بر نظام تأمین مالی، آخرین اصلاحات صورت گرفته در نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشورهای منتخب و جمع‌بندی آن‌ها و نیز به تاریخچه اصلاحات صورت گرفته در بیمه سلامت ایران از بدو پیدایش تاکنون و مطالعات صورت گرفته مرتبط پرداخته می‌شود.

تاریخچه اصلاحات نظام سلامت در دنیا با تأکید بر نظام تأمین مالی

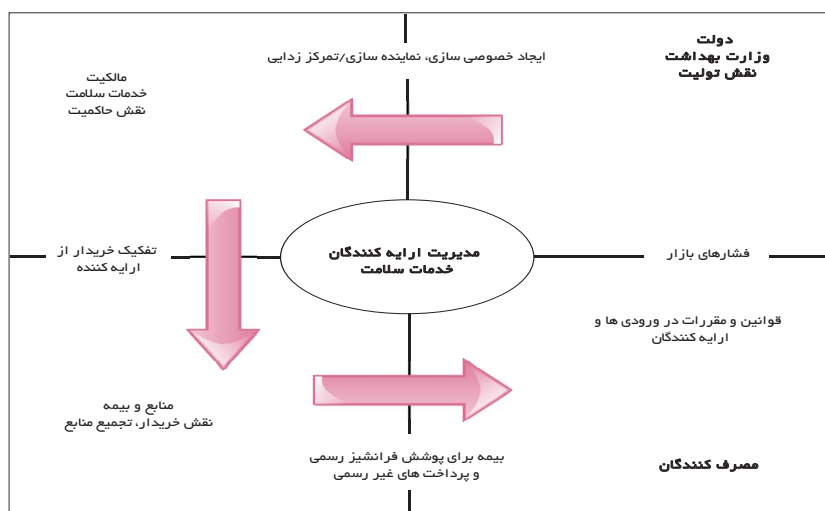
تاریخچه نسلی اصلاحات صورت گرفته در نظام سلامت دنیا

قرن بیستم با سه نسل از اصلاحات نظام سلامت روبه‌رو شد. علت شکل‌گیری اصلاحات، نه تنها رفع نارسایی‌های موردنظر در سلامت بود؛ بلکه کارایی بیشتر، عدالت و پاسخ‌دهی به انتظارات افراد نیز جزء اهداف این اصلاحات قرار داشت:

نسل اول این اصلاحات، شاهد استقرار نظام‌های ملی مراقبت سلامت و گسترش نظام‌های بیمه اجتماعی در کشورهای با درآمد متوسط بود که در کشورهای غنی بین سال‌های دهه ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ و در کشورهای فقیرتر، اندکی دیرتر روی داد. نسل دوم اصلاحات شاهد ارتقای مراقبت اولیه سلامت به‌عنوان راهی برای دستیابی به پوشش همگانی قابل‌خرید از سوی افراد بود. این رویکرد بر تجارب به‌دست‌آمده در برنامه کنترل بیماری طی دهه ۱۹۴۰ در کشورهایی مانند آفریقای جنوبی، جمهوری اسلامی ایران و یوگسلاوی سابق استوار بود. اصلاحات نسل اول و دوم، عمدتاً مبتنی بر عرضه بوده‌اند. نگرانی درباره تقاضا، از ویژگی‌های بارز نسل سوم اصلاحات است که در حال حاضر در بسیاری از کشورها جریان دارد. نسل سوم اصلاحات تلاش جهت ایجاد شرایطی است که در آن به‌جای اعطای بودجه به ارائه‌کنندگان خدمات (براساس نیازهای فرضی) می‌باید پول به دنبال بیمار باشد.

تفکراتی چون پاسخ‌دهی بیشتر به تقاضای مردم، تلاش جدی‌تر جهت اطمینان یافتن از دسترسی افراد فقیر به خدمت و تأکید بر تأمین مالی (ازجمله یارانه‌ها) در بخش دولتی به‌جای ارائه خدمات محض، در بطن بسیاری از برنامه‌های رایج اصلاحات نسل سوم نهفته است. اصلاحات نسل سوم تا حدی منعکس‌کننده تغییرات سیاسی و اقتصادی عمیقی هستند که در دنیا در حال شکل‌گیری است. از اواخر دهه ۱۹۸۰، حرکت از سمت اقتصاد کمونیستی به اقتصاد بازار محور در چین، اروپای مرکزی و اتحاد شوروی سابق آغاز شد و هم‌اکنون مداخلات مستقیم حکومت در امر اقتصاد، در همه‌جا از درجه اعتبار افتاده است که این امر به کنار گذاشته شدن گسترده

عرصه‌های دولتی، بهبود رقابت بیشتر هم در داخل و هم در خارج، کاهش کنترل و نظارت دولت و در کل تأیید بیشتر بر سازوکارهای بازار شده است. نظام‌های سلامت نیز در برابر این تغییرات کلان، ایمن نبوده‌اند. یکی از نتایج این امر، افزایش شدید تمایل به سازوکارهای جزئی‌تر بیمه‌ای از جمله بیمه‌های با تأمین مالی خصوصی است (۴). اصلاحات و تغییرات موردنظر در تعدادی از کشورهای آسیایی روی داده، به‌طوری که نظام بیمه جامع سلامت به درجات مختلف در کره جنوبی، مالزی، سنگاپور و تایوان مستقر شده است. اصلاحات جهت تجمیع، گسترش یا تلفیق پوشش بیمه‌ای برای تسهیم بیشتر خطر نیز در آرژانتین، شیلی، کلمبیا و مکزیک رخ داده است. در سراسر کشورهای کمونیستی سابق نیز ترکیبی از بیمه و مراقبت سلامت با پرداخت مستقیم از جیب، جایگزین بخش عمده‌ای از نظام دولتی شده است. در کشورهای توسعه‌یافته که تاکنون از پوشش جامع برخوردار بوده‌اند، معمولاً تغییرات کمتری در نحوی تأمین مالی مراقبت سلامت روی داده است. در عوض تغییرات، مبتنی بر تعیین نحوه استفاده از منابع و تعیین ترتیباتی بوده است که انباشت و مدیریت صندوق‌ها و همچنین پرداخت به ارائه‌کنندگان از محل این صندوق‌ها به‌وسیله آن‌ها صورت گرفته است. شکل ۱۰ اصلاحات اخیر در نظام سلامت جهان را به‌صورت شماتیک نشان می‌دهد با این توضیح که در جهت محور قرار دادن علایق بیمار در مرکز توجه ایفاکنندگان نقش در بازار سلامت، اصلاحات متعددی انجام شده است. به دنبال این اصلاحات از عواملی مانند افزایش اصلاحات، عقد قرارداد و تدوین مقررات برای تضمین اهداف تدارک خدمات به‌جای کنترل سلسله مراتبی کارکنان استفاده می‌شود.



شکل ۱۰: اصلاحات در نظام سلامت جهان

موضوعات نسل اخیر اصلاحات نظام های سلامت و تأمین مالی

مطالعات دهه اخیر در کشورهای مختلف شامل موارد زیر بوده است:

- پوشش همگانی سلامت (آمریکای لاتین - کشورهای عضو بریکس ۲۰۱۵ - سنگاپور و هنگ کنگ، ۲۰۱۸)

- محافظت مالی (ACA1, 2010- 15 (سنگاپور و هنگ کنگ، ۲۰۱۸)

- خرید مبتنی بر ارزش شامل کیفیت مراقبت بالینی، تجربه بیمار، کارایی، نتایج نهایی (CMS-NHS (Health System 2012- 2025- Germany

- مهار و کنترل هزینه (Germany- CMS) (۲۰۱۴)

- بهبود قوانین و مقررات (اسپانیا- شیلی - ۲۰۱۳)

- بهبود وضعیت پرداخت از جیب (چین)

- پایداری مالی (هلال احمر، ۲۰۱۷ - NHS)

- مراقبت های اولیه سلامت/ سلامت روان (بلژیک، ۲۰۱۴ - رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل)، ۲۰۱۷)

- طراحی ساختار، تأمین مالی، تدارک مراقبت سلامت با هدف دسترسی، قابلیت پرداختی بودن خدمات و ارتقای سطح کیفیت مراقبت های سلامت (امارات، ۲۰۱۲)

- مسئولیت پذیری حرفه ای برای ارتقای کیفیت/ خدمات (The American College of Cardiology, 2009)

- بهبود بیمه سلامت روستا (چین، ۲۰۱۴)

- اصلاحات نظام تأمین مالی و پوشش همگانی به منظور دستیابی به پایداری سلامت (قاره آفریقا ۳۸ کشور، ۲۰۱۶)

- عدالت در دسترسی به مراقبت های سلامتی بعد از UHC در ترکیه ۲۰۱۷

- نظام های پرداخت به پزشکان

مروری بر نظام های سلامت و بیمه سلامت در جهان

در جداولی که در ادامه می آید ویژگی های ۱۸ کشور منتخب از ابعاد مختلف بیمه سلامت و نیز عملکرد مورد ارزیابی قرار گرفته است. در جدول ۱ شاخص ها و نشانگرهای انتخاب شده نظام سلامت برای ۱۸ کشور (به روزرسانی شده ۲۰۱۷) منتخب ارائه شده است. در ادامه و در جدول ۲ مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور در بخش های دولتی و خصوصی و نحوه معافیت و محافظت مالی گروه های

خاص جمعیتی از جمله کم‌درآمدها مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است.

در جدول ۳ نشانگرهای عملکرد نظام سلامت در ۱۷ کشور نمایش داده شده است. در این جدول شاخص‌ها و نشانگرهای قابل مقایسه در اصلاحات بیمه سلامت ضمن مقایسه در کشورهای منتخب به میزان کمی تعیین شده و در نهایت نتایج میزان نیاز به اصلاحات بیمه سلامت به اشکال تغییرات جزئی، اساسی و بازسازی کامل در کشورهای منتخب ارائه و مقایسه شده است.

در جدول ۴ سازمان ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و پرداخت در ۱۹ کشور (به‌روزرسانی ۲۰۱۷) مورد بررسی و مقایسه قرار می‌گیرد.

جدول ۱: شاخص ها و نشانگرهای انتخاب شده نظام سلامت برای ۱۸ کشور (بروزرسانی شده ۲۰۱۷)

شاخص ها و نشانگرها																			
ایالات متحده	بریتانیای کبیر	سوئیس	سوئد	سنگاپور	نروژ	نیوزیلند	هلند	ژاپن	ایتالیا	رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل)	هند	آلمان	فرانسه	دانمارک	چین	کانادا	استرالیا		
۳۱۱/۹	۶۴۱/۸	۸/۳۴	۹/۷۵	۵/۵۴	۵/۱۷	۴/۴۰	۱۶/۹۰	۱۲۷/۱۱	۶۰/۱۰۰	۸/۳۱	۱۳۹۵/۳۹	۸۱/۲۰	۶۶/۳۲	۵/۶۶	۱۳۶۰/۷۲	۳۵/۸۵	۲۳/۷۸	کل جمعیت (میلیون نفر)	جمعیت ۲۰۱۳
۱۴/۵	۱۷/۴	۱۷/۵	۱۹/۳	۱۱/۷	۱۵/۸	۱۴/۴	۱۷/۳	۲۵/۱	۴/۳۱	۱۰/۷	۵/۵۰	۲۰/۸	۱۸	۱۸/۲	۹/۶	۱۵/۷	۱۴/۷	درصد جمعیت ۵۵ سال و بالاتر	
۱۷/۲	۱۰/۲	۱۱/۴	۱۱/۷	۴/۹	۹/۳	۱۰/۹	۱۰/۹	۱۱/۴	۹/۱	۷/۴	۴/۷	۱۱	۱۱/۸	۱۰/۷	۵/۶	۱۰/۵	۹	درصد تولید ناخالص داخلی در مراکزهای سلامتی	
۹۳۶۴	۴۰۹۴	۶۷۸۷	۵۳۰۶	۲۷۵۲	۶۳۳۲	۴۰۳۸	۵۲۲۷	۴۱۵۲	۳۲۰۷	۳۳۵۳	۲۱۵	۵۱۱۹	۴۶۲۰	۵۰۱۲	۴۲۰	۴۲۷۸	۴۲۰۷	هزینه های مراقبت های سلامتی سرانه (دلار)	
۱۰۳۴	۵۸۶	۱۸۱۵	۷۸۷	-	۸۸۲	۲۶۳	۶۴۹	۱۱۶	۷۰۶	۶۰۲	-	۶۶۴	۲۰۵	۶۷۱	-	۶۴۴	۵۳۲	هزینه های مراقبت سلامتی پرداخت از جیب به صورت سرانه	
۱۱۱۲	۴۸۵	۷۳۰	۴۸۹	-	۴۵۷	-	۴۰۱	۷۸۳	۵۴۴	۲۰۶	-	۷۴۱	۶۵۶	۳۲۵	-	۷۷۲	۶۲۶	هزینه های دارو به صورت سرانه	
۲/۶	۲/۸	۴/۱	۴/۱	۲	۴/۴	۲/۸	-	۲/۴	۳/۹	۳/۵	۰/۷	۴/۱	۳/۱	۳/۷	۱/۹	۲/۵	۲/۵	تعداد پزشکان به ازای ۱۰۰۰ نفر جمعیت	ظرفیت پزشکان و میزان استفاده، ۲۰۱۳
۴	-	۳/۹	۲/۹	-	۴/۳	۳/۷	۸	۱۲/۸	۶/۸	-	-	۹/۹	۶/۳	۴/۵	۵/۶	۷/۶	۷/۳	میانگین سالانه ویزیت پزشکان به صورت سرانه	

ادامه جدول ۱: شاخص‌ها و نشانگرهای انتخاب‌شده نظام سلامت برای ۱۸ کشور (به‌روزرسانی شده ۲۰۱۷)

ایالات متحده	بریتانیای کبیر	سوئیس	سوئد	سنگاپور	نروژ	نیوزیلند	هلند	ژاپن	ایتالیا	رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل)	هند	آلمان	فرانسه	دانمارک	چین	کانادا	استرالیا	شاخص‌ها و نشانگرها	
۲/۵	۲/۳	۳/۸	۲/۴	۲	۳/۴	۲/۷	۳/۳	۷/۹	۲/۸	۲/۳	-	۵/۲	۴/۱	۲/۶	۴/۹	۲/۱	-	تعداد کل نشت‌های مراقبت (حادا) در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت	هزینه بیمارستانی، میزان استفاده و ظرفیت آن‌ها، ۲۰۱۳
۱۱۱۲	۲۱۰۶۳	۱۱۶۶۳	-	-	۴۵۷	۱۴۹۲	۴۰۱	۱۴۳۸۸	۱۲۱۵۰	۵۰۶۹	-	۵۹۰۰	۱۰۵۹۱	۱۴۱۰۵	-	۱۶۴۵۱	۱۰۵۳۰	هزینه‌های بیمارستانی به ازای هر ترخیص بیمار	هزینه بیمارستانی، میزان استفاده و ظرفیت آن‌ها، ۲۰۱۳
-	۱۲۵	۱۵۰	۱۳۹	-	۱۸۷	۱۳۲	۱۱۵	۱۱۳	۱۰۷	۱۵۶	-	۲۳۶	۱۵۹	-	-	۸۴	۱۶۳	ترخیص بیمارستانی بر ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت	میانگین مدت اقامت در مراکز (حادا) بر حسب روز
۵/۴	۶	۵/۸	۵/۴	-	۵/۵	۵/۲	۶/۴	۱۶/۹	۶/۸	۵/۱	-	۷/۶	۵/۸	-	-	۷/۵	۴/۷	تعداد دستگاه‌های تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) به ازای هر میلیون نفر جمعیت، ۲۰۱۳	تعداد تست تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، ۲۰۱۳
۳۸/۱	۶/۱	-	-	-	-	۱۱/۳	۱۲/۹	۵۱/۷	۲۵/۲	۴	-	۳۰/۵	۱۰/۹	-	-	۸/۹	۱۵/۲	تعداد تست تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI) در هر ۱۰۰۰۰ نفر جمعیت، ۲۰۱۳	فشاری پزشکی / اطلاعات
۱۰۹/۵	۷/۶	-	-	-	-	-	۵۱/۲	۶۳	-	۳۲/۱	-	۱۱۴/۳	۹۵/۵	۷۵	-	۵۳/۹	۲۵/۳	استفاده از مدارک پزشکی الکترونیکی توسط پزشکان مراقبت اولیه، ۲۰۱۵	فشاری پزشکی / اطلاعات
۷/۴	۷/۸	۷/۵۴	۷/۹۹	-	۷/۹۹	۷/۱۰۰	۹۸٪	-	-	-	-	۷/۴۴	۷/۷۵	-	-	۷/۳۳	۹/۹۲	درصد بزرگسالانی که گزارش شده سیگاری روزانه هستند	عوامل خطر سلامت، ۲۰۱۴
۷/۳	۷/۱۹	۷/۲۰	۷/۱۲	-	۷/۱۳	۷/۱۶	۷/۱۹	۷/۲۰	۷/۲۰	۷/۱۷	۷/۱۳	۷/۲۱	۷/۲۲	۷/۱۷	۷/۲۶	۷/۱۴	۷/۱۳	درصد بزرگسالانی که گزارش شده سیگاری روزانه هستند	عوامل خطر سلامت، ۲۰۱۴
۷/۸	۷/۲۶	۷/۱۰	۷/۱۲	-	۷/۱۰	۷/۳۰	۷/۱۳	۷/۴	۷/۱۰	۷/۸	۷/۵	۷/۱۶	۷/۱۵	۷/۱۴	۷/۷	۷/۲۶	۷/۲۸	شیوع چاقی (BMI > 30)	عوامل خطر سلامت، ۲۰۱۴

جدول ۲: مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور

نام کشور	نظام سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه				مقایسه مزایای طراحی شده	
	نقش دولت	تأمین مالی نظام سلامت دولتی	نقش بیمه خصوصی (مربای اصلی؛ مشارکت در هزینه؛ مزایای غیر قابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی)	تفصیل در پرداخت	مقایسه ها و حفاظت از کدبرآمدها	مزاای طراحی شده
استرالیا	مدیریت مقطعی، مشارکت (ملی و ایالتی) در تأمین مالی بیمارستان عمومی؛ برنامه عمومی بیمه درمانی عمومی (Medicare)	درآمد مالیاتی عمومی؛ مالیات بر درآمد اختصاصی	~۴۷٪ از طریق خرید بیمه مکمل ^۱ (به عنوان مثال بیمارستان خصوصی و مراقبت از دندان، اپتومتری) و پوشش تکمیلی ^۲ (انتخاب بیشتر، دسترسی سریع تر برای خدمات غیر اضطراری تخفیف برای خدمات انتخاب شده)	وجود سقف فقط برای پرداخت OOP (از جیب) هزینه های دارو، ^۳ وابسته به درآمد و کل برای پرداخت OOP (از جیب) پرداخت حداکثر ۱۰٪ پرداخت OOP (جیب) برای خدمات Medicare	افراد کم درآمد و افراد مسن؛ کاهش پرداخت آن ها در مشارکت در هزینه ها؛ وجود کمترین سقف پرداختی برای پرداخت OOP (از جیب) هزینه های دارویی و تخفیف حداکثر ۱۰٪ پرداخت OOP (از جیب) برای خدمات Medicare	افراد کم درآمد و افراد مسن؛ کاهش پرداخت آن ها در مشارکت در هزینه ها؛ وجود کمترین سقف پرداختی برای پرداخت OOP (از جیب) هزینه های دارویی و تخفیف حداکثر ۱۰٪ پرداخت OOP (از جیب) برای خدمات Medicare
کانادا	مدیریت منطقه ای در برنامه های بیمه همگانی عمومی؛ این برنامه ها و تأمین منابع مالی آن ها اساساً به شکل خصوصی تدارک دیده می شود.	درآمد کل مالیاتی استان / فدرال	~۶۷٪ از طریق خرید پوشش بیمه مکمل برای مزایایی که تحت پوشش بیمه پایه نیست (به عنوان مثال، اتاق های خصوصی در بیمارستان ها، دارو ها، مراقبت های دندان پزشکی، اپتومتری)	مشارکت در پرداخت هزینه و امکاناتهای مرتبط و همچنین بهبود کیفیت مراقبت و / یا بازپرداخت بیشتر؛ هیچ اطلاعاتی در مورد پوشش وجود ندارد، اما رشد سریع شده است	خیر	خیر
چین	نظارت توسط مقامات سلامت (کمیسرین های برنامه ریزی سلامت و خانواده) در سطوح ملی، استانی و محلی؛ تدارک برخی خدمات از طریق مالکیت عمومی بیمارستان ها	سه نوع تأمین مالی اصلی دولتی برای بیمه سلامت عمومی وجود دارد که شامل انباشت ریسک های منطقه ای - قسمتی می باشد: مبتنی بر کارفرمای شهری (تأمین مالی اساساً مبتنی بر مالیات حقوق و دستمزد برای شهروندان مشمول مالیات رسمی)، ساکنین شهری (تأمین مالی عمدتاً دولتی برای شهروندان غیر کارمند شهری) و طرح تعاونی، روستایی پزشکی (تأمین مالی دولتی برای ساکنان روستایی)	از طریق خرید بیمه مکمل برای پوشش مشارکت در پرداخت هزینه و امکاناتهای مرتبط و همچنین بهبود کیفیت مراقبت و / یا بازپرداخت بیشتر؛ هیچ اطلاعاتی در مورد پوشش وجود ندارد، اما رشد سریع شده است	خیر	بارانهای دولتی برای خانواده های کم درآمد برای کمک در پرداخت حق مشارکت بیمه و هزینه های پرداختی از جیب، کمک های اضطراری از سوی دولت های محلی برای بیماری های خاص و خدمات اورژانس پرداخت شده یا سایر هزینه ها	بارانهای دولتی برای خانواده های کم درآمد برای کمک در پرداخت حق مشارکت بیمه و هزینه های پرداختی از جیب، کمک های اضطراری از سوی دولت های محلی برای بیماری های خاص و خدمات اورژانس پرداخت شده یا سایر هزینه ها

ادامه جدول ۲: مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور

نام کشور	نظام سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه			مزایای طراحی شده	
	نقش دولت	تأمین مالی نظام سلامت دولتی	نقش بیمه خصوصی (مزایای اصلی؛ مشارکت در هزینه؛ مزایای غیرقابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی)	حداکثر سقف در پرداخت مشترک ^۱ (بیمه گر، ارائه دهنده و بیمه شده)	معافیت ها و حفاظت از کم درآمدها
دانمارک	سیستم مراقبت سلامت ملی، مقررات، برنامه ریزی مرکزی و بودجه بندی از طریق تأمین مالی دولت ملی؛ تدارک خدمات از طریق مقامات منطقه ای و شهرداری	مالیات بر درآمد اختصاصی	~۸۴٪ پوشش بیمه کامل وجود دارد (به صورت مشارکت در پرداخت هزینه ها، خدمات غیر پوشش مانند فیزیوتراپی)، ~۱۶٪ پوشش بیمه تکمیلی وجود دارد (بمقتور دسترسی به ارائه دهندگان خصوصی خدمات)	خیر؛ کاهش پرداخت مشارکتی هزینه های دارو در داروهای که بیماران OOP یا پرداخت از جیب بالاتر دارند	وجود سقف پرداخت از جیب دارویی (OOP) برای بیماران مبتلا به بیماری مزمن (حداکثر تا ۷۷۵ کرون، یا ۴۹۸ دلار آمریکا)؛ کمک مالی برای افراد کم درآمد و بیماران مبتلا به ناتوانی نوع سوم
انگلستان	خدمات طب ملی (NHS)	درآمد مالیاتی عمومی (شامل حق بیمه مربوط به اشتغال کارمندان)	~۱۱٪ پوشش بیمه های تکمیلی برای دسترسی سریع تر و راحت تر از جمله به درمان انتخابی در بیمارستان خصوصی وجود دارد	هیچ سقف عمومی وجود ندارد، اما پرداخت های OOP تقریباً به طور انحصاری برای داروهای تجویزی و وسایل پزشکی تنها اعمال می شود؛ برای اعمال دارویی، استفاده از روش پیش پرداخت متداول است گاهی پیش پرداخت با ۲۹/۱۰٪ پوند آمریکا به صورت ۳۱/۸٪ دلار آمریکا به صورت ۱۰۴ سمانه و یا ۱۳۷ پوند انگلیس و ۱۳۷ دلار آمریکا به صورت سالیانه سقف معافیت برای کسانی که نیاز به تعداد زیادی از داروهای تجویزی دارند ایجاد میکند	معافیت پرداخت هزینه دارو برای افراد کم درآمد افراد مسن، کودکان؛ زنان باردار و مادران جدید و بعضی از افراد معلول / مبتلا به بیماری های مزمن وجود دارد؛ به علاوه کمک مالی هزینه های حمل و نقل برای افراد با درآمد کم نیز وجود دارد. آزمایشی بینایی برای جوانان، افراد مسن و افراد کم درآمد رایگان است

ادامه جدول ۲: مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور

نام کشور	نظام سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه			مقایسه طراحی شده	
	نقش دولت	تأمین مالی نظام سلامت دولتی	نقش بیمه خصوصی (مربای اصلی؛ مشارکت در هزینه؛ مربای غیرقابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی)	حداکثر سقف در پرداخت مشترک (بیمه گر، ارائه دهنده و بیمه شده)	مقایسه ها و حفاظت از کمر درآمدها
فرانسه	نظام بیمه در مالی قانونی (SHI)؛ با تمام بیمه گرانی SHI در یک بورس ملی گنجانده شده است	مالیات بر درآمد و حقوق و دستمزد در خصوص کارفرما/کارمند؛ درآمد مالیاتی عمومی، مالیات اختصاصی	~۹۵٪ به صورت خرید یا دریافت کوبه های دولتی برای پوشش مکمل (به طور عمده در مشارکت در پرداخت هزینه ها، برخی از خدمات غیر پوشش؛ بیمه تکمیلی محدود	خیر؛ وجود سقف ۵۰ یورو یا ۶۰۰ دلار آمریکا در مورد پرداخت های deductibles مشارکتی در خصوص خدمات مشاوره و سایر خدمات	وجود معافیت برای افراد کمر در آمد، بیماران مبتلا به بیماری مزمن و معلولین و کودکان
آلمان	نظام بیمه خدمات سلامت قانونی؛ با مشارکت و رقابت ۱۸ شرکت بیمه SHI (وجود صندوق های بیمه ای در یک بورس ملی)؛ مردم با درآمد بالا می توانند پوشش خصوصی در یافت نمایند.	مالیات بر حقوق و دستمزد در مالیات کارفرما / کارمند؛ درآمد مالیاتی عمومی	~۱۱٪ مردم از پوشش بیمه قانونی خودداری می کنند و پوشش جایگزین خریداری می نمایند؛ برخی از بیمه های مکمل (مربای جزئی از طرح قانونی و نظام پوشش بیمه copayments) برای پرداخت تسهیلات تکمیلی (برای برخورداری از تسهیلات بهبود یافته) وجود دارد.	بله؛ تا ۳٪ درآمد خانوار؛ ۱٪ از درآمد در بیماران مزمن	کودکان و نوجوانان کمتر از ۱۸ ساله معاف هستند
هندوستان	تأمین مالی، وضع قوانین و مقررات توسط دولت مرکزی؛ تأمین مالی، تنظیم و تدارک مستقیم خدمات توسط دولت های دولتی	درآمد مالیاتی عمومی	نقش محدود (کمتر از ۴ درصد کل هزینه) ارائه پوشش جایگزین برای جمعیت طبقه بالای شهری	خیر؛ وابستگی قابل توجهی به پرداخت های چنتی یا OOP دارد (۷۰-۸۰٪ کل هزینه های سلامت)	طرح های مختلف بیمه سلامت تحت پوشش دولت برای گروه های فقیر و آسیب پذیر برای بهبود دسترسی به بیمارستان بستری و کاهش پرداخت از جیب وجود دارد.

ادامه جدول ۲: مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور

نام کشور	نظام سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه				مقایسه هزینه	
	نقش دولت	تأمین مالی نظام سلامت دولتی	نقش بیمه خصوصی / مشارکت در هزینه؛ مزایای غیر قابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی	حداکثر سقف در پرداخت مشترک (بیمه گر، ارائه دهنده و بیمه شده)	مقایسه ها و حفاظت از کادر آمدها	مزایای طراحی شده
نام کشور رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل)	نظام بیمه درمانی ملی (NHI) با چهار برنامه غیر انتفاعی و رفاهیتی سلامت؛ دولت بودجه NHI را در برنامه های سلامتی عمدتاً از طریق سوانه توزیع می کند.	مالیات بر درآمد اختصاص یافته و درآمد عمومی دولت	مالیات بر درآمد واحد و مالیات بر ارزش افزوده شرکتها و مالیات؛ درآمد مالیاتی عمومی و درآمد ناشی از مالیات منطقه ای	بیماران با خرید بیمه مکمل (خدماتی را که از مزایای قانونی محروم می شوند دریافت می کنند) یا با پوشش بیمه تکمیلی (امکانات و تسهیلات بیشتر در بیمارستان ها، انتخاب ارائه دهنده بیمه؛ تقریباً ۵۵٪ بیمه خصوصی VHI و در حدود ۲۵ میلیون نفر ملبور خانواده) و در حدود ۲۵ میلیون نفر پوشش گروهی دارند.	وجود سقف های پرداخت از جیب OOP سه ماهه برای دارو برای بیماران مزمن، سستی، درآمدی و مبتنی بر وضعیت سلامت؛ معافیت های پیش پرداختی برای بازماندگان هولوکاستی؛ سستی، درآمدی، معلولیتی و مبتنی بر وضعیت سلامت برای مشاوره های متخصص؛ کاهش مالیات سلامت ۳٪ به جای ۵٪ برای اقشاری که درآمد کم محسوب می شوند.	معافیت برای افراد کم درآمد مسن / کودک، زنان باردار، بیماران مزمن / بیماری های نادر
ایتالیا	نظام مراقبت سلامت ملی؛ تأمین مالی و تعریف بستوی حداقل مزایا توسط دولت ملی؛ برنامه بزرگ، تنظیم قوانین و مقررات و تدارک خدمات توسط دولت های منطقه ای	مالیات بر درآمد واحد و مالیات بر ارزش افزوده شرکتها و مالیات؛ درآمد مالیاتی عمومی و درآمد ناشی از مالیات منطقه ای	مالیات بر درآمد واحد و مالیات بر ارزش افزوده شرکتها و مالیات؛ درآمد مالیاتی عمومی و درآمد ناشی از مالیات منطقه ای	بیماران با خرید بیمه مکمل (خدماتی را که از مزایای قانونی محروم می شوند دریافت می کنند) یا با پوشش بیمه تکمیلی (امکانات و تسهیلات بیشتر در بیمارستان ها، انتخاب ارائه دهنده بیمه؛ تقریباً ۵۵٪ بیمه خصوصی VHI و در حدود ۲۵ میلیون نفر ملبور خانواده) و در حدود ۲۵ میلیون نفر پوشش گروهی دارند.	وجود سقف کلی وجود ندارد؛ سقف در پرداخت هزینه های جیبی با OOP برای دارو (تقسط در بیماری های مزمن) و ویزیت های متخصص (در سطح خانوار) وجود دارد.	معافیت برای افراد کم درآمد مسن / کودک، زنان باردار، بیماران مزمن / بیماری های نادر

8- National health insurance (NHI)
9- National health care system

نام کشور	نظام سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه			مزایای طراحی شده	
	نقش دولت	تأمین مالی نظام سلامت دولتی	نقش بیمه خصوصی (مزایای اصلی): مشارکت در هزینه مزایای غیر قابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی)	حداکثر سقف در پرداخت مشارکت ^۱ (بیمه‌گر، ارائه‌دهنده و بیمه‌شده)	معافیت‌ها و حفاظت از کمر آورده‌ها
ژاپن	نظام بیمه سلامت اجباری قانونی ^{۱۰} با مشارکت بیش از ۳۴۰۰ شرکت غیررأیتی عمومی، شبه‌دولتی و بیمه‌گران کارمندان؛ دولت ملی هزینه خدمات را تعیین می‌کند، به دولت مرکزی به دولت‌های محلی، بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان را یارانه می‌دهد و بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان را نظارت می‌کند	درآمد مالیاتی عمومی؛ حق بیمه‌ها	اکثریت مردم پوشش بیمه‌های نقی را در صورت نیاز از دولت معمولاً همراه با بیمه عمر پوشش؛ وجود نقش محدود برای بیمه مکمل و تکمیلی به‌طور جداگانه از بیمه عمر مکمل	بله به‌منظور کاهش در پرداخت‌های مشارکتی، وجود دارد، به‌عنوان مثال، ۱٪ پس از ۱۰۰،۸۰۰ یین ژاپن یا ۷۶۴ دلار سقف ماهانه بسته به نوع ثبت‌نام سنی یا چسبی؛ سقف کل سالیانه پرداخت از جیب در بین ۳۴۰۰۰۰ یین ژاپن معادل ۲۳۲۸ دلار آمریکا و ۲/۱۱۲ میلیون یین معادل ۲۰/۱۹۰ دلار آمریکا به ازای هر خانوار؛ بسته به درآمد و سن اعضای خانواده	وجود سقف برای کمر آورده‌ها به‌صورت ماهانه به شکل پرداخت از جیب؛ ۳۵/۴۰۰ یین معادل ۳۳۶ دلار؛ کاهش هزینه مشارکتی برای توجوئان برای کودکان جوان؛ افراد مسن، بیماران مزمن، بیماران روانی و معلولان؛ خدمات سلامت که براساس مالیات تأمین می‌شوند کمک‌های اجتماعی
هلند	نظام بیمه سلامتی قانونی، بیمه همگانی خصوصی مجاز است (پرس ملی)؛ دولت مقررات و یارانه‌ها بیمه‌ای را وضع می‌کند	مالیات بر حقوق و دستمزد؛ حق بیمه‌های اجتماعی؛ درآمد کلی مالیاتی	طرح‌های بیمه خصوصی مزایای خدمات قانونی را ارائه می‌دهند؛ ۸۴٪ بیمه‌های تکمیلی را برای مزایای موجود در بسته‌های قانونی نظیر مراقبت از دندان؛ پوششی جایگزین، فیزیوتراپی، عینک، صدایاری و مقررات بیمه خریداری می‌کنند	خیر، اما تخفیف در مشارکت پرداخت سالانه ۲۸۵ یورو و ۴۴۵ دلار بیشترین مشارکت در هزینه را پوشش می‌دهد	معافیت در قالب مراقبت پزشکان عمومی و کودکان وجود دارد یارانه حق بیمه برای کمر آورده‌ها نیز وجود دارد.
نیوزیلند	نظام مراقبت سلامتی ملی ^{۱۱} ؛ مسئولیت برنامهریزی، خرید و تدارک خدمات به مناطق جغرافیایی مختلف؛ تعریف‌شده را داراست.	درآمد مالیاتی عمومی	~۳۳٪ خرید پوشش تکمیلی وجود دارد (برای مشارکت در پرداخت هزینه‌ها، هزینه‌های متخصص و جراحی انتخابی در بیمارستان‌های خصوصی) و نیز پوشش مکمل برای دسترسی سریع‌تر به درمان‌های غیر اورژانسی وجود دارد.	نه؛ کاهش پرداخت هزینه‌ها پس از ۱۲ سال برای کودکان زیر ۱۳ سال هر بیمه‌های مشاوره‌ای در مراقبت‌های اولیه PPHC وجود ندارد یارانه برای کمر آورده‌ها، برخی از بیمه‌های مزمن و گروه‌های پر نیاز، ساکنان Pacific و Maori وجود دارد.	برای کودکان زیر ۱۳ سال هر بیمه‌های مشاوره‌ای در مراقبت‌های اولیه PPHC وجود ندارد یارانه برای کمر آورده‌ها، برخی از بیمه‌های مزمن و گروه‌های پر نیاز، ساکنان Pacific و Maori وجود دارد.

ادامه جدول ۲: مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور

نام کشور	نظام سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه				مقایسه طراحی شده	
	نقش دولت	تأمین مالی: نظام سلامت دولتی	نقش بیمه خصوصی (برای اصلی)؛ مشارکت در هزینه؛ مزایای غیرقابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی	حداکثر سقف در پرداخت مشترک ^۱ (بیمه گر، ارائه دهنده و بیمه شده)	مقایسه ها و حقایق از کشور آمدها	مقایسه طراحی شده
ترکیه	نظام مراقبت سلامت ملی؛ مقررات و برخی از بودجه مستقیم و نقش تدارک خدمات برای دولت ملی و بعضی از مسئولیت به مسئولین محلی و شهرداری های مطلقه ای اختصاص داده شده است	درآمد مالیاتی عمومی، مالیات های ملی و شهرداری	۸۰٪ پوشش از طریق بیمه اختیاری بیمه تکمیلی صورت گرفته که عمدتاً توسط کارفرمایان برای تأمین کارکنان سریع تر خدمات تحت پوشش عمومی به صورت انتخابی و نیز انتخاب میان ارائه دهندگان خصوصی می باشد.	بله کل سقف مشارکت در هزینه سالانه ۱۰۵ کرون تور، معادل ۲۳۳ دلار آمریکا	مقایسه برای کودکان کمتر از ۶ سال مبتلا به مشکلات جسمی، کودکان کوچک تر از ۱۸ سال مبتلا به مشکلات روان پزشکی، زنان باردار برای برخی از بیماری های مسوی (از جمله «STD») و آسیب دیدگان حوادث شغلی؛ گروه های کم درآمد، داروهای ضروری و مراقبت های پرستاری رایگان دریافت می کنند.	مراقبت های پارانه ای برای افراد کم درآمد وجود دارد. با درآمد و دارایی، آزمون استعداد درآمد و دارایی برای هدف قرار دادن افراد نیازمند پارانه ها صورت می گیرد؛ از برنامه مدی فوند (Medifund) به عنوان شمشک ایمنی و حفاظتی برای پوشش افراد کم درآمد و افرادی که هیچ وسیله ای برای پرداخت صورتحساب مراقبت های سلامتی خود ندارند، استفاده می شود.
سنگاپور	دولت، پارانه های دولتی به مؤسسات مراقبت های سلامت عمومی و برخی از خدمات ارائه دهندگان تخصصی می دهد؛ برنامه مدی سیو (Medisave)؛ برنامه صرفه جویی مجاز قانونی در هزینه های پزشکی برای هزینه های معمول؛ برنامه مدی شیلد (Medishield)؛ به منظور تأمین پوشش بیمه درمانی در خدمات هزینه به و فاجیه؛ برنامه هزینه به دولتی برای تأمین بانه در مراقبت های سلامتی برای افراد کم درآمد و افرادی که دارای صورتحساب هزینه های بالا هستند؛ دولت، مقررات برای بیمه خصوصی وضع می کند، برنامه برای مرگزی و تأمین مالی زیرساخت ها نیز از وثایف دولت می باشد. بخشی از خدمات به صورت تدارک مستقیم از طریق بیمارستان ها و کلینیک های دولتی صورت می گیرد.	درآمد مالیاتی عمومی	برنامه های حفاظت اختصاصی تأییدی از سوی مدی سیو (طرح های بیمه خصوصی) برقرارکننده پوشش تکمیلی مدی شیلد اضافی بخشی می باشند؛ انواع دیگر بیمه خصوصی نیز در دسترس هستند، از جمله بیمه خصوصی ارائه شده توسط کارفرمایان	خیر		

ادامه جدول ۲: مقایسه تأمین مالی و پوشش بیمه خدمات سلامتی در ۱۹ کشور

نام کشور	دynam سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه			مزایای طراحی شده	
	نقش دولت	تأمین مالی نظام سلامت دولتی	نقش بیمه خصوصی (مزایای اصلی؛ مشارکت در هزینه؛ مزایای غیرقابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی)	حداکثر سقف در پرداخت مشتری ^۱ (بیمه‌گر، ارائه‌دهنده و بیمه‌شده)	معافیت‌ها و حفاظت از کم‌درآمدها
سوئد	نظام مراقبت سلامت ملی؛ وضع مقررات، نظارت و بخشی از منابع مالی توسط دولت ملی صورت می‌گیرد؛ بیشتر مسئولیت مرتبط با مالیات و خرید و یا تدارک خدمات به شوراهای بخشی (شهرداری) واگذار گردیده است.	عمدتاً درآمد کلی مالیات توسط شوراهای بخشی (شهرداری) تعیین و اخذ می‌شود؛ بخشی از درآمد ملی مالیاتی نیز صرف سلامت می‌شود.	۰٪ از تمام افراد شاغل در سن ۱۵ تا ۷۴ ساله از پوشش بیمه تکمیلی کارمندان برای دسترسی سریع به متخصصان و درمان انتخابی؛ استفاده می‌کنند.	بله ۱۱۰۰ فرانک سوئیس معادل ۱۲۳ دلار آمریکا برای خدمات سلامتی و ۳۲۰۰ فرانک معادل ۳۴۶ دلار آمریکا برای دارو پوشش داده می‌شود.	وجود برخی از معافیت‌ها برای کودکان، نوجوانان، زنان باردار و سالمندان
سوئیس	نظام بیمه سلامت اجباری ^۲ ، از طریق بیمه‌های خصوصی مجاز و قانونی همگانی (بورس منطقه‌ای)؛ بخشی از قوانین قدرتال و نیز مقررات دولت کانتون (ایالت) شامل نظارت بر ارائه‌دهنده، برنامه‌ریزی ظرفیت و تأمین مالی از طریق یارانه‌های می‌باشد.	حق بیمه‌های اجتماعی با نرخ مبتنی بر جامعه؛ درآمد کلی مالیاتی	برنامه‌های بیمه سلامت خصوصی ارائه‌کننده مزایای اصلی بیمه همگانی؛ برخی افراد پوشش بیمه مکمل (خدماتی که توسط بیمه اجباری پوشش نمی‌شوند) و تکمیلی (به‌منظور برخورداری از امکانات و تسهیلات رفاهی و دسترسی سریع‌تر) خرید می‌کنند؛ اطلاعات پوشش بیمه‌های موجود نیست.	بله حداکثر ۷۰۰ فرانک سوئیس معادل ۵۴۹ دلار آمریکا پس از deductible	برخی از معافیت‌های پیش پرداختی وجود دارد. تا سقف ۳۵۰ فرانک سوئیس برای افراد زیر ۱۹ سال؛ یارانه حق بیمه مبتنی بر درآمد (۲۷٪ در راقی)؛ و نیز مراقبت از مادران به‌طور کامل پوشش داده می‌شود.

نام کشور	نقش دولت	نظام سلامت و نقش دولتی / خصوصی بیمه	نقش بیمه خصوصی (مزایای اصلی؛ مشارکت در هزینه؛ مزایای غیر قابل پوشش؛ امکانات و تسهیلات رفاهی خصوصی؛ جایگزینی برای بیمه عمومی)	حاکم سقف در پرداخت (مشارکت بیمه گر، ارائه دهنده بیمه شده)	مزایای طرحی شده
تایوان	نظام تنها پرداخت کننده دولتی ^۳ می کند این مدیریت را مدیریت نظام بیمه سلامت ملی را مدیریت می کند این مدیریت با ترکیب بیمه خصوصی دولتی و عمدتاً خصوصی، صورت می گیرد؛ بازآمدهای دولتی به جمعیت های محروم تعلق می یابد.	حق بیمه بر اساس حقوق و دستمزد دریافت می شود. حق بیمه تکمیلی بر اساس درآمد غیر مشمول مالیات، درآمد کلی مالیات برنی یارانه های مالیات بر مالیات بر تنباکو و شربانی وجود دارد.	بیمه درمانی ملی مزایای فراوانی دارد از جمله مراقبت های سرپایی و بستری، دارو ها، دندان پزشکی، طب چینی، دیالیز، توان بخشی، مراقبت پرستاری در منزل، مراقبت از بیماران روانی و غیره؛ بیمه خصوصی بهترین نقش یک بیمه تکمیلی را ایفا می کند؛ مزایای اصلی آن این است که پرداخت های نقدی برای بیمه گران به منظور استفاده آسان و مناسب و خدمات وجود دارد. به عنوان مثال، اتاق های خصوصی، coin-surance برای اقامت در بیمارستان بستری؛ بیمه خصوصی هیچ نقش جایگزینی در نظام بیمه عمومی (دولتی) ندارد.	سقف برای مشارکت در پرداخت ها به هر دو شکل اقامت بیمار بستری در دوره های ایزرودیک و سالانه اعمال می شود؛ برای سال ۲۰۱۵، ۲۰ میلیون سقف در دوره اقامت در بیمارستان بستری، ۳۳۰۰۰ دلار جدید تایوان معادل ۱۰۱۲۳ دلار آمریکا و سالانه ۵۶۰۰۰ دلار جدید تایوان معادل ۱۷۳۴ دلار آمریکا بوده است.	برای پوشش کمر درآمدها: مدیکید (Medicare)؛ برای پوشش افراد مسن و برخی از معلولین؛ مدیکیر (Medicaid)؛ وجود یارانه در پرداخت حق بیمه و مشارکت در پرداخت کمتر برای خانواده های کم و متوسط درآمد مثبتی بر بورس مدالات؛ برخی در منافعت ها بر اساس قانون محافظت مالی و خدمات قابل پرداخت در بیمه های اجباری قانونی
کشور	نقش دولت	بیمه مدیکیر (Medicare) پوشش بیمه ای برای افراد ۶۵ سال و بالاتر و بیمه مدیکید (Medicaid) برای برخی از کم درآمد؛ و نیز برای پوشش کسانی که بدون کارفرما و یا بیکار هستند، می باشد. وجود بورس بیمه در سطح ایالت ها با اعمال یارانه های مثبتی (ایالت ها)؛ دولت فدرال و ایالت مالیاتی دولت فدرال و ایالت	بیمه مدیکیر (Medicare)؛ مالیات بر درآمد، حق بیمه، درآمد مالیات فدرال؛ بیمه مدیکید (Medicaid)؛ درآمد مالیاتی دولت فدرال و ایالت	بله سقف برای اکثر برنامه های بیمه خصوصی وجود دارد: ۶۶۰۰ دلار بصورت سالانه برای بر نشو؛ برای سال ۲۰۱۵ به بعد مبلغ ۱۲۲۰۰ دلار برای هر خانواده ها	برای پوشش کمر درآمدها: مدیکید (Medicare)؛ برای پوشش افراد مسن و برخی از معلولین؛ مدیکیر (Medicaid)؛ وجود یارانه در پرداخت حق بیمه و مشارکت در پرداخت کمتر برای خانواده های کم و متوسط درآمد مثبتی بر بورس مدالات؛ برخی در منافعت ها بر اساس قانون محافظت مالی و خدمات قابل پرداخت در بیمه های اجباری قانونی

جدول ۳: نشانگرهای عملکرد نظام سلامت در ۱۱ کشور

نشانگرهای عملکردی	استرالیا	کانادا	فرانسه	آلمان	هند	نیوزیلند	ترور	سویس	بریتانیا کبیر	ایالات متحده
افراد قادر به اخذ نوبت در همان روز / روز بعد هنگامی که بیمار می‌شوند می‌باشند	۶۷%	۴۳%	۵۶%	۵۳%	۱۷%	۷۶%	۴۳%	۵۷%	۵۷%	۵۱%
میزان سهولت بسیار / تا حدودی آسان در دریافت مراقبت پس از ساعت‌ها	۴۴%	۶۳%	۶۴%	۶۴%	۲۵%	۴۴%	۴۰%	۵۸%	۴۹%	۵۱%
انتظار دوماهه یا بیشتر برای ویزیت متخصص	۱۳%	۳۰%	۴%	۳%	۷%	۲۰%	۲۸%	۹%	۱۹%	۵%
انتظار چهارماهه یا بیشتر برای جراحی اختیاری	۸%	۱۸%	۲%	۰%	۴%	۱۵%	۵%	۷%	۱۲%	۴%
وجود موانع دسترسی به علت هزینه در سال گذشته	۱۴%	۱۶%	۱۷%	۷%	۸%	۱۸%	۱۰%	۲۳%	۷%	۳۳%
کارکنان حرفه‌ای در سال گذشته نسخه‌هایشان را بازنگری نکردند	۱۶%	۱۶%	۴۷%	۱۹%	۲۷%	۳۳%	۳۶%	۴۸%	۲۱%	۱۴%
تجربه مشکل یا مشکلات در هماهنگی در دو سال گذشته	۲۲%	۳۰%	۳۱%	۱۹%	۳۳%	۲۲%	۲۵%	۳۳%	۱۹%	۳۵%
شکاف‌های تجربه‌شده در تخصص برنامه‌ریزی بیمارستانی در دو سال گذشته	۲۹%	۴۰%	۶۰%	۲۸%	۳۷%	۳۱%	۶۱%	۵۲%	۲۸%	۳۲%

ادامه جدول ۳: نشانگرهای عملکرد نظام سلامت در ۱۱ کشور

ایالات متحده	بریتانیای کبیر	سوئیس	سوئد	نروژ	نیوزیلند	هلند	آلمان	فرانسه	کانادا	استرالیا	نشانگرهای عملکردی
-	۱/۳	۱/۳	۱/۴	۷/۵	۹/۵	۷/۴	۲/۹	۵/۷	۴/۷	۵/۴	نرخ آمبولاسیون دایتهی در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت، ۲۰۱۳
%۸۹	%۸۱	-	%۸۹	%۸۹	%۸۶	%۵۵	%۸۶	-	%۸۸	%۸۸	نرخ بقای پنج ساله با سرطان پستان، ۲۰۰۸-۲۰۱۳ (با نزدیکترین دوره)
۵/۵	۶/۷	۷/۷	۵/۴	۷/۶	۶/۶	۶/۷	۷/۸	۲/۷	۷/۶	۱/۴	مرگومیر پس از پذیرش و ورود بیمارستانی در اثر انفارکتوس حاد قلبی در هر ۱۰۰ مورد پذیرش، در بیماران ۴۵ ساله و مسن تر، ۲۰۱۳
۱۱۲	۸۵	۵۵	۶۹	۶۴	۸۷	۷۲	۸۳	۶۱	۷۸	۶۲	مرگومیر ناشی از مراقبتهای سلامت (برگ در هر ۱۰۰ هزار نفر جمعیت)
۹۱	۹۳	۹۳	۹۷	۹۴	۹۳	۹۶	۹۷	۹۰	۹۵	۹۳	درصد ایمن سازی کودکان از سرخک
۹/۶۷	۵/۲۴	-	۷/۴۹	۹/۲۶	۶۹	۷۲	۶/۵۸	۵/۴۸	۱/۶۳	-	درصد ایمن سازی جمعیت ۵+ ساله و مسن تر از آنفلوآنزا
%۱۹	%۴۴	%۵۸	%۴۱	%۵۹	%۴۱	%۴۳	%۶۰	%۵۴	%۲۵	%۴۴	نظام سلامت در کل خوب کار می کند و تغییرات جزئی مورد نیاز است
%۵۳	%۴۶	%۳۷	%۵۸	%۳۳	%۵۲	%۴۶	%۳۷	%۴۱	%۵۵	%۴۶	نظام سلامت، تغییرات اساسی نیاز دارد
%۲۳	%۷	%۳	%۸	%۵	%۶	%۸	%۳	%۴	%۹	%۴	نظام سلامت، نیاز به بازسازی کامل دارد
نشانگرهای عملکردی											نشانگرهای کیفیت مراقبتهای سلامتی
مرگومیر قابل اجتناب، ۲۰۱۳											مراقبت
پیشگیری از بیماری، ۲۰۱۴، سلامت											نگاهی اجمالی بر نظام مراقبت سلامت

جدول ۴: سازمان ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و پرداخت در ۱۹ کشور (به‌روز رسانی ۲۰۱۷)

کشور	مالکیت ارائه‌دهندگان		نظام پرداخت برای ارائه‌دهندگان		نقش مراقبت اولیه	
	مراقبت‌های اولیه	بیمارستان‌ها	نظام پرداخت در مراقبت‌های اولیه	نظام پرداخت در بیمارستان‌ها	نقش تثبات‌نام با GP مورد نیاز است	درواردان
استرالیا	خصوصی	بخش عمومی (~۵۵٪ از کل تخت‌ها بیمارستانی)، خصوصی (~۲۵٪ تخت‌ها بیمارستانی)	غالباً پرداخت به ازای خدمت (FSS) (~۴۵٪ تا ۸۵٪، بسته به استان)، اما بعضی از گرینه‌ها (به‌عنوان مثال، پرداخت سرانه) برای عملکرد گروه پزشکان	بودجه‌های گلوبال و نظام پرداخت مبتنی بر مورد ^۳ در بیمارستان‌های عمومی (شامل هزینه‌های پزشک)؛ پرداخت به ازای خدمت ^۵ در بیمارستان خصوصی	خیر	بله
کانادا	خصوصی	مخلوط دولتی / خصوصی (سپت‌های متفاوت بر اساس منطقه)، بیشتر غیر انتفاعی می‌باشند.	غالباً پرداخت به ازای خدمت (FSS) (~۴۵٪ تا ۸۵٪، بسته به استان)، اما بعضی از گرینه‌ها (به‌عنوان مثال، پرداخت سرانه) برای عملکرد گروه پزشکان	غالباً بودجه‌های گلوبال، پرداخت مبتنی بر مورد ^۳ در برخی از استان‌ها (هزینه‌های پزشک را شامل نمی‌شود)	به‌طور کلی نه ^{۱،۲،۳} به‌طور کلی، در اکثر استان‌ها، متخصصان دریافتی کمتری را برای بیماران خارج از نظام راجع می‌گیرند)	بله
چین	مخلوط خصوصی / عمومی پزشکان و کلینیک‌های خصوصی (روستا؛ بیمارستان‌های شهری و عمومی که خدمات GP ارائه می‌دهند	سهم بخش عمومی (~۵۵٪) / بخش خصوصی (~۴۵٪) مخلوط (عمدتاً عمومی در مناطق روستایی، عمومی و خصوصی در مناطق شهری)	پرداخت به ازای خدمت (FSS) برای ارائه‌دهندگان خصوصی، نظام حقوق و دستمزد ^۲ و پرداخت به ازای خدمت (FSS) برای پزشکان عمومی استخدامی در مناطق شهری)	عمدتاً پرداخت به ازای خدمت (FSS)، در برخی از پروژه‌های آزمایشی روش پرداخت مبتنی بر مورد ^۳ سرانه و یا بودجه‌های گلوبال می‌باشد.	به‌طور کلی خیر، وجود استثنائاتی در برخی مناطق	به‌طور کلی خیر، وجود استثنائاتی در برخی مناطق
دانمارک	خصوصی	تقریباً همه عمومی می‌باشند	پرداخت به ازای خدمت (FSS) ~۷۰٪، پرداخت به ازای خدمت (FSS) ~۳۰٪ سرانه	عمدتاً بودجه‌های گلوبال و پرداخت‌های مبتنی بر مورد (شامل هزینه‌های پزشک می‌شود)	بله (برای ۹۸٪ جمعیت)	بله (برای ۹۸٪ جمعیت)
انگلستان	عمدتاً خصوصی، تعداد محدودی از عملکردهای متعلق به NHS با پزشکان حقوق و دستمزدی می‌باشند	عمدتاً عمومی و برخی خصوصی هستند	مخلوط سرانه / پرداخت به ازای خدمت (FSS) (پرداخت برای عملکرد (GP)؛ پرداخت حقوق و دستمزد دیگر، (پزشکان GP حقوق و دستمزد دیگر، کارکنان گروه‌های خصوصی هستند، NHS نه)	پرداخت‌های مبتنی بر مورد ^۳ به‌علاوه بودجه برای سلامت روان، تربیت، پژوهش و آموزش، همه شامل هزینه پزشک، هزینه دارو و غیره می‌باشند	بله	بله

14- Global budgets and case-based payment

15- Fee-For-Service

16- Salary Payment

انامه جدول ۴: سازمان ارائه دهندگان مراقبت سلامت و پرداخت در ۱۹ کشور (بهره‌رسانی ۲۰۱۷)

کشور	مالکیت		ارائه دهندگان		نظام پرداخت برای ارائه دهندگان		نظام پرداخت در بیمارستان‌ها		نقش مراقبت اولیه	
	مراقبت‌های اولیه	بیمارستان‌ها	عمدتاً عمومی (۷۰٪ از ظرفیت)	عمدتاً خصوصی (۳۰٪)	مخلوط پرداخت به ازای خدمت (FFS) / پرداخت ثابت برای عملکرد (P4P) / پرداخت ثابت ۴۰ پروژنی معدل ۴۰ دلاری بونس (پاداش) سالیانه برای هر بیمار مزمن و مطابق موافقت‌نامه‌های منطقه‌ای برای پزشکان حقوق و دستمزد بگير	نظام پرداخت در مراقبت‌های اولیه	نظام پرداخت در بیمارستان‌ها	ثبت‌نام با GP مورد نیاز است	دروارمان	ارائه دهندگان
فرانسه	خصوصی	عمدتاً عمومی (۷۰٪ از ظرفیت)	بخشی خصوصی انتفاعی (۳۵٪) و خصوصی غیر انتفاعی	سهم بخش عمومی (۴۸٪) از کل تخت‌ها، خصوصی غیر انتفاعی (۳۵٪) و انتفاعی (۱۷٪)	پرداخت حقوق و دستمزد برای کارکنان ارائه دهندگان بخش عمومی، پرداخت به ازای خدمت / FFS (پرداخت از جیب) برای ارائه دهندگان خصوصی	عمدتاً به صورت pcr-diem و پرداخت مبتنی بر مورد برای مراقبت‌های بستری، پرداخت به ازای خدمت (FFS) برای خدمات سرپایی (در تمامی موارد شامل هزینه پزشک دیگری)	از همه بیماران با سن بیش از ۱۸ سال تقاضا می‌شود تا با یک پزشک نظام پزشکی ثبت‌نام ارجاع ثبت‌نام نمایند	به طور کلی خبره، در برنامه‌های خاص صندوق‌های بیماری ارائه شده است	به طور کلی خبره، در برنامه‌های خاص صندوق‌های بیماری ارائه شده است	آلمان
هندوستان	عمدتاً عمومی، بعضی خصوصی به ویژه در مناطق شهری	سهم بخش خصوصی غیر انتفاعی و انتفاعی (۳۳٪ از کل تخت‌ها) و عمومی	سهم بخش عمومی (۵۰٪)، خصوصی غیر انتفاعی (۴۵٪)، برنامه‌های سلامت، خصوصی انتفاعی (۵٪) می‌باشد	خصوصی غیر انتفاعی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	خصوصی	هندوستان
رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل)	خصوصی	عمدتاً دولتی (۸۰٪ از کل تخت‌ها)، مقداری خصوصی (۲۰٪ تخت‌ها)	عمدتاً دولتی (۸۰٪ از کل تخت‌ها)، مقداری خصوصی (۲۰٪ تخت‌ها)	عمدتاً دولتی (۸۰٪ از کل تخت‌ها)، مقداری خصوصی (۲۰٪ تخت‌ها)	عمدتاً به صورت سرانه و مقداری به شکل پرداخت به ازای خدمت (FFS) برای ارائه دهندگان خصوصی و نیز روش حقوق و دستمزد در برنامه‌های سلامت	عمدتاً به صورت pcr-diem و پرداخت مبتنی بر مورد برای مراقبت‌های بستری، پرداخت به ازای خدمت (FFS) برای خدمات سرپایی (در تمامی موارد شامل هزینه پزشک دیگری)	بله در دو مورد از چهار برنامه سلامت (از جمله بزرگ‌ترین Clalit)، نه در دو مورد دیگر	بله	بله	ایتالیا

ادامه جدول ۴: سازمان ارائه دهندگان مراقبت سلامت و پرداخت در ۱۹ کشور (به روز رسانی ۲۰۱۷)

کشور	مالکیت ارائه‌دهندگان		نظام پرداخت برای ارائه‌دهندگان		نقش مراقبت اولیه	
	مراقبت‌های اولیه	بیمارستان‌ها	نظام پرداخت در مراقبت‌های اولیه	نظام پرداخت در بیمارستان‌ها	ثبت‌نام با GP موردپذیر است	دروازمان
ژاپن	عمدتاً خصوصی	عمدتاً خصوصی غیرانتفاعی (~۸۰٪ از کل تخت‌ها)، مقداری عمومی (~۲۰٪ کل تخت‌ها)	عمدتاً FFS، بعضی از پرداخت‌های روزانه یا ماهانه به صورت per care با موردی	روش پرداختی مبتنی بر مورد به صورت Per diem و یا پرداخت به ازای خدمت FFS یا فقط پرداخت به ازای خدمت FFS (که شامل هزینه‌های پزشکی می‌شود) می‌باشد	خیر	نه اما در بیمارستان‌های بزرگ و مراکز دانشگاهی هزینه‌های اضافی برای بیماران که از نظام ارجاع تبعیت نکردند، وجود دارد
هلند	خصوصی	اغلب خصوصی، غیرانتفاعی	مخلوط سرانه و پرداخت به ازای خدمت در اقدامات تشخیصی درمانی «اصلی یا مرکزی» (~۷۵٪ در مجموع)، مقداری به صورت پرداخت همراه bundled payments و پرداخت برای عملکرد از طریق مذاکره با بیمه‌گران	مخلوط سرانه (~۵۰٪ کل پرداخت‌ها)، پرداخت به ازای خدمت (FFS) (~۵۰٪)	نه اما بیشتر بیماران داوطلبانه ثبت‌نام می‌کنند	بله
نیوزلند	خصوصی	عمدتاً عمومی و برخی خصوصی هستند	پزشکان عمومی: پرداخت سرانه از طریق قراردادهای شهریاری (حدود ۲۵٪ درآمد) افراد با خدماتی که از طرف دولت پشتیبانی می‌شوند به صورت پرداخت به ازای خدمت (۳۵٪) و هزینه‌های پرداخت از جیب یا استفاده‌کننده (~۳۰٪)	در درمان جسی: بودجه‌های گلوبال (~۵۰٪) و پرداخت هزینه‌های جسی: بودجه‌های گلوبال (~۵۰٪) که شامل هزینه‌های پزشکی می‌شود؛ در خصوص روان‌پزشکی: ۱۰۰٪ بودجه گلوبال می‌باشد	خیر	بله
ترور	عمدتاً خصوصی (۵٪) از پزشکان عمومی	تقریباً تمامی دولتی، مقداری خصوصی غیرانتفاعی، بعضی بیمارستان‌های انتفاعی، تنها پیشنهاد دهنده درمان انتخابی و اختیاری هستند	Fee-For-Service (FFS)	برای بیمارستان‌های عمومی، ترکیبی از بودجه‌های گلوبال و پرداخت‌های مبتنی بر مورد	خیر	بله
سنگاپور	تقریباً همه خصوصی، با تعدادی کلینیک عمومی بزرگ‌تر برای جمعیت کم‌درآمد	عمدتاً عمومی، ۳۰٪ - ۳۰٪ خصوصی مبتنی بر فعالیت است			خیر	

ادامه جدول ۴: سازمان ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت و پرداخت در ۱۹ کشور (به‌روزسانی ۲۰۱۷)

کشور	مالکیت ارائه‌دهندگان		نظام پرداخت اولیه		نظام پرداخت برای ارائه‌دهندگان		نقش مراقبت اولیه	
	مراقبت‌های اولیه	بیمارستان‌ها	نظام پرداخت در مراقبت‌های اولیه	مخلوط سانه (~ ۸۰٪ کل) و پرداخت به ازای خدمت (FFS) و پرداخت برای عملکرد محدود (P4P) (تقریباً ۲۰ درصد از کل)	بیشتر پرداخت به ازای خدمت، مقداری هم از طریق روش سانه در برنامه مراقبت مدیریت‌شده که توسط بیمه‌گران ارائه‌شده است	در مراقبت‌های بستری، پرداخت مبتنی بر مورد برای مراقبت‌های حاد، پرداخت‌های per-diem برای مراقبت‌های روان‌پزشکی و توان‌بخشی؛ پارانه از دولت کاننون ارائه می‌شود	نه به‌جز در بعضی از برنامه‌های مراقبت مدیریت بیمه‌گران	نقش
سوئد	مخلوط: ~ ۴۰٪ خصوصی؛ ~ ۶۰٪ عمومی	تقریباً همه عمومی، بعضی قسمت‌ها از بخش خصوصی انتفاعی و غیر انتفاعی وجود دارد	عمدتاً دولتی یا خصوصی با سوسپند دولتی و تعداد کمی خصوصی هستند	مخلوط دولتی (۶۰٪ از کل بیمارستان‌ها، ۲۸٪ از کل تخت‌ها) و خصوصی غیر انتفاعی (۸۴٪ بیمارستان‌ها، ۷۲٪ از کل تخت‌ها)	غالباً پرداخت به ازای خدمت، مقداری به روش پرداخت برای عملکرد و پرداخت سانه تحت راهم‌های بودجه گلوبال مراقبت‌های اولیه	پرداخت به ازای خدمت (FFS)، گروه‌های تشخیصی مجانس (DRGs)، پرداخت موردی در بودجه گلوبال بیمارستان	نه به‌جز در بعضی از برنامه‌های مراقبت مدیریت بیمه‌گران	ثبت‌نام با GP مورد نیاز است
تایوان	۹۸٪ از کلینیک‌های خصوصی	مخلوط غیر انتفاعی (۷۰٪ از کل تخت‌ها) دولتی (۱۵٪ از کل تخت‌ها) و خصوصی انتفاعی (۱۵٪ از کل تخت‌ها)	خصوصی	خصوصی	در مراقبت سرپایی؛ پرداخت به ازای خدمت (FFS)	خصوصی	نقش	دروازمان
ایالات متحده	خصوصی	مخلوط غیر انتفاعی (۷۰٪ از کل تخت‌ها) دولتی (۱۵٪ از کل تخت‌ها) و خصوصی انتفاعی (۱۵٪ از کل تخت‌ها)	خصوصی	خصوصی	در مراقبت سرپایی؛ پرداخت به ازای خدمت (FFS)	خصوصی	نقش	دروازمان

اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت و بیمه سلامت دنیا

در ادامه اصلاحات در هریک از کشورها شرح داده شده است:

استرالیا

در سال ۲۰۱۶، دولت فدرال اعلام کرد که «خانه‌های مراقبت‌های سلامتی» را برای ۲۰ درصد از بیماران مبتلا به بیماری‌های چندگانه مزمن که بیشترین نیاز به حمایت را دارند، اجرا خواهد کرد. بیماران با یک پزشک ثبت‌نام می‌کنند که برای مراقبت از آن‌ها هزینه‌ی ثابتی را پرداخت می‌کنند. اولین دلیل برای این‌گونه بیماران شروع درمان در خانه‌های سلامتی تا ژوئیه ۲۰۱۷ است. دولت فدرال متعهد شده است سرمایه‌گذاری خود را در برنامه دندانپزشکی دولتی دو برابر کند تا ۵ میلیارد دلار (۳/۲۵ دلار). برآورد شده است که طرح دندانپزشکی کودکان و بزرگسالان که توسط ایالت‌ها و مناطق اجرا می‌شود، به بیش از ۱۰ میلیون استرالیایی کمک خواهد کرد که پوشش آن برای ۵/۳ میلیون کودک زیر ۱۸ سال و ۵ میلیون نفر از افراد کم‌درآمد است.

خلاصه اهداف استرالیا در اصلاحات:

- مدیریت مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن چندگانه
- تقویت اعتبارات برنامه دولتی دندانپزشکی

کانادا

در ماه ژوئن سال ۲۰۱۶، دولت فدرال قوانینی را تصویب کرد که اصلاح قوانین کیفری را برای اجازه دادن به بزرگسالان واجد شرایط برای درخواست کمک پزشکی در هنگام فوت از یک پزشک یا پرستار انجام داد. حاکمیت سیستم سلامت استان: استان‌ها و سرزمین‌ها به اصلاح ساختاری ادامه می‌دهند تا کارایی را افزایش دهند. برای مثال، در ماه اوت سال ۲۰۱۶، اداره سلامت و خدمات اجتماعی شمال غربی جدید با یکی نمودن هشت ایالت قدیمی فعالیت خود را آغاز کرد و هشت ناحیه سابق منطقه را به‌منظور بهبود هماهنگی مراقبت در سلامت و خدمات اجتماعی متصل نمود. در ماه ژوئن ۲۰۱۶، انتاریو پیشنهاد انتقال مسئولیت قرارداد و هماهنگی مراقبت از خانه و جامعه از مراکز دسترسی به مراقبت‌های محلی به شبکه‌های همگانی سلامت محلی را اعلام کرد. دولت استانی همچنین اعلام کرد که ادغام مراقبت‌های اولیه و سلامت عمومی در مناطق سلامت را افزایش خواهد داد.

خلاصه اهداف کانادا در اصلاحات:

- اصلاح خدمات تسکینی و به هنگام مرگ بیماران
- اصلاح ساختاری غیرمتمرکز به منظور افزایش کارایی (تمرکز مسئولیت مدیریت در ساختار جدید)
- تمرکز ارائه خدمات در نظام شبکه های سلامت

چین

فروش داروهای تجویزی منبع اصلی درآمدی برای بیمارستان هایی است که مجاز به افزایش ۱۵ درصد هستند و ارائه دهندگان مشوق های مالی قوی برای ایجاد تقاضای القایی برای داروهای گران قیمت را دارند. از سوی دیگر، قیمت خدمات در مقایسه با طب سنتی در چین کم است. با این حال، از سال ۲۰۱۵، ۳۰۷۷ بیمارستان شهرداری عمومی و ۴۴۶ بیمارستان شهری دولتی در یک برنامه آزمایشی تأمین شده توسط دولت برای محدود نمودن قیمت داروهای تجویزی شرکت کردند. در همین زمان، ۲۲۴ استان و شهرستان ها در ۲۱ استان، قیمت خدمات سلامتی را افزایش دادند. تا هزینه های واقعی را نشان دهند. در سال ۲۰۱۶، بیشتر بیمارستان های شهری عمومی در سیاست های دارویی صفر نشانه گذاری، شرکت کردند. به عنوان مثال، تمام بیمارستان های شهر عمومی در پکن و استان هونان تا پایان سال ۲۰۱۶ پایان می یابد و تا سال ۲۰۲۰ تمام بیمارستان های دولتی در کشور نیز این کار را انجام خواهند داد. یکی از مهم ترین اصلاحات سلامتی در سال ۲۰۱۵، معرفی بیمه خاص بیمه برای بیماری های شدیدی مانند سرطان، بیماری کلیوی و انفارکتوس حاد قلب است که مکمل ها برنامه های منظم تأمین مالی عمومی می باشند. این نوع بیمه که به بیمه درمانی بیماری های شدید معروف است، هزینه های بازپرداخت را خیلی بیشتر از بازپرداخت های بیمه های معمول پوشش می دهد. این بیمه عمدتاً به طور عمومی و دولتی تأمین می شود، به ویژه برای بیمه های پایه ساکنین شهری و طرح فعلی ارائه خدمات پزشکی تعاونی روستا و توسط مقامات بهداشت محلی اداره می شود. با این حال، شرکت های بیمه سلامت خصوصی، با توجه به تجربه خود در ارائه بیمه تکمیلی، نیز به شدت درگیر هستند. در سال ۲۰۱۶، دولت مرکزی برای پرداخت یارانه به بیمه بیماری های شدید، ۱۶ میلیارد یوان (۴/۵ میلیارد دلار) را تأمین کرد. انتظار می رود تا پایان سال ۲۰۱۶ بیمه بیماری های شدید در سراسر چین در دسترس باشد.

خلاصه اهداف چین در اصلاحات:

- مدیریت قیمت داروها در بخش دولتی و غیردولتی

- ایجاد بیمه بیماری‌های شدید برای بیماری‌های شدیدی مانند سرطان، بیماری کلیوی و انفارکتوس حاد قلب و پوشش دولتی خدمات این بیمه
- به کارگیری بخش خصوصی برای ارائه بیمه تکمیلی

دانمارک

برنامه‌ریزی برای سازمان‌دهی مجدد ساختار مرکزی حکومت، توسط دولت جدید در پاییز سال ۲۰۱۵ به اجرا درآمد. سازمان‌دهی مجدد سازمان‌ها چهار سازمان سلامتی، دارویی، ایمنی بیمار و فناوری اطلاعات را برای جایگزینی آژانس سلامت و درمان قبلی ایجاد کرد. هدف از این کار این است که تقسیم واضح‌تری از کار و شفافیت و بهبود نظارت کلی و ساختار پاسخگویی فراهم شود. برای ارزیابی اثربخشی هزینه داروهای جدید، در ۲۰۱۷ یک شورای پزشکی جدید منطقه‌ای ایجاد شد، این شورا ساختار ارزیابی موجود را که شامل ارزیابی اقتصادی نیست، جایگزین خواهد کرد. این شورا راهنمایی برای تصمیم‌گیری‌های منطقه‌ای و مدیریت مناقصه‌ها در Amgros و سازمان مشترک خرید منطقه‌ای ارائه خواهد داد. دولت دانمارک و مناطق موافقت کرده است که یک طرح مدیریت کیفیت جدید برای بیمارستان‌ها در سال ۲۰۱۷ به منظور جایگزینی مدل موجود مبتنی بر اعتباربخشی ارائه دهد. طرح جدید شامل مجموعه‌ای از شاخص‌های ملی است که سالانه منتشر می‌شود و اجازه می‌دهد که بیشتر مناطق و بیمارستان‌ها در ایجاد روال و استانداردهای کیفیت داخلی خود، آزادی بیشتری داشته باشند. این مدل جدید، ورودی را از متخصصان سلامت و بیمارستان‌ها می‌گیرد که طرح مبتنی بر اعتباربخشی را بیش از حد سنگین و غیرقابل انعطاف می‌دانند. طرح جدید براساس ایده‌هایی از «فرهنگ بهبود دائمی» و «مراقبت‌های سلامتی مبتنی بر ارزش» می‌باشد. طرح مبتنی بر اعتباربخشی موجود برای مراقبت‌های اولیه و شهرداری‌ها ادامه خواهد یافت.

خلاصه اهداف دانمارک در اصلاحات:

- سازمان‌دهی مجدد ساختار مرکزی دولت در چهار بخش: سلامت، دارو، ایمنی بیمار و فناوری اطلاعات
- ارائه طرح مدیریت کیفیت جدید برای بیمارستان‌ها در سال ۲۰۱۷ به منظور جایگزینی مدل موجود مبتنی بر اعتباربخشی
- طرح ارتقاء کیفیت بیمارستانی که جایگزین اعتبارسنجی مبتنی بر فرهنگ اصلاح دائمی (per-)

انگلستان

در اکتبر سال ۲۰۱۴، سازمان های NHS، به رهبری NHS انگلستان، برنامه پنج ساله آتی را به نمایش گذاشتند که چالش های پیش روی NHS و استراتژی های مربوط به آن ها را مطرح می کرد. این برنامه شامل برنامه آزمایشی در سراسر انگلستان برای آزمایش مدل های جدید مراقبت شناخته شده به عنوان «پیشگامان» است. تا به امروز، ۵۰ سایت پیشگام وجود دارد که چنین نوآوری هایی را به عنوان مراقبت اولیه افزایش می دهد، این پیشگامان، مراقبت های سلامتی درازمدت در خانه های مراقبت را تقویت نموده و به صورت عمودی خدمات بیمارستانی و مراقبت های اجتماعی و شبکه ها را برای بهبود مراقبت های اورژانسی هماهنگ و استمرار می بخشد. نظام طب ملی انگلستان (NHS) امیدوار است که این ابزارها را به ابزارهای بهتر برای شناسایی افراد بیماری که در خطر نیاز بالا با هزینه بالا و توسعه قراردادهای سرانه که مشوق ارائه کنندگان به ارائه مراقبت به بیماران در موارد پیچیده، باشد. برنامه پنج ساله آتی استراتژی هایی برای بهبود سلامت و تندرستی، از جمله یک برنامه پیشگیری از ابتلا به دیابت ارائه می دهد. پیش بینی می شود که در تمام مناطق NHS به طور کامل هفت روز در هفته کاری در بیمارستان ها و عملیات عادی کار آن ها تا سال ۲۰۲۰ به اجرا درآید، همان طور که در اعلامیه انتخاباتی ۲۰۱۵ تعهد شده است.

برای تسریع در روند اصلاحات، در دسامبر ۲۰۱۵، یک رویکرد جدید که شامل همه خریدارها و ارائه دهندگان محلی در سراسر ۴۴ جایگاه محلی برای ایجاد برنامه های چندساله به منظور تبدیل خدمات، براساس بودجه جمع آوری شده برای جمعیت محلی خود می باشد، ارائه شد. اگرچه مسئولیت قانونی سازمانهای مختلف NHS برای شکستن حتی بدون تغییر باقی می ماند، این رویکرد، سازمان ها را به همکاری دعوت نموده و نشان دهنده یک شکست مهم در رقابت با سیاست قبلی است. این نمایه نظام طب ملی توسط آنتونی هریسون به رشته تحریر درآمده است.

خلاصه اهداف انگلستان در اصلاحات:

- ارائه برنامه پنج ساله برای ارزشیابی مدل های مختلف مراقبت تحت عنوان پیشگامان (۱۵-)

(۲۰۱۴)

- هماهنگی عمودی بین مراقبت های اولیه، مراقبت های درازمدت خانگی، مراقبت بیمارستانی و

اجتماعی و نیز شبکه ها به منظور اصلاح مراقبت اورژانسی و فوریت ها

- اصلاح مراقبت اورژانسی و فوریت‌ها به منظور شناسایی بیماران با نیاز بالا و هزینه بالا و تشویق ارائه خدمات به بیماران پیچیده از نظر مراقبت با عقد قراردادهای سرانه
- وجود برنامه پیشگیری از دیابت در برنامه ۵ ساله آتی
- ارائه برنامه چندساله به منظور تسریع در فرآیند اصلاحات سال ۲۰۱۵ که شامل خریداران و ارائه‌دهندگان محلی در ۴۴ محل ارائه خدمات می‌باشد؛ برای تغییر و تبدیل نوع خدمات

فرانسه

دو اصلاحات عمده و مهم سال ۲۰۱۶ دسترسی همگانی به بیمه‌های سلامت قانونی (اجرا شده در ژانویه ۲۰۱۶) و توسعه پرداخت‌های شخص ثالث برای مشاوره پزشکان بوده است (در سال ۲۰۱۷ اجرا شده است). هر دو اصلاحات الهام‌بخش از نظام بورلیج بوده‌اند و بخشی از سیاست کاهش نابرابری‌های اجتماعی در دسترسی به مراقبت هستند؛ دومی نیز توسط اتحادیه پزشکان به عنوان «میخی بر تابوت» برای ارائه‌دهندگان خصوصی بوده است. کاهش نابرابری‌های سلامتی بخشی از پلت فرم مبارزات انتخاباتی ریاست جمهوری ۲۰۱۲ بوده و برای چندین سال موضوعی تکراری بوده است. درحالی که دسترسی به بیمه همگانی به یک‌باره و بدون مشکل سیاسی اجرا شد، پرداخت شخص ثالث به صورت مرحله‌ای (چند مرحله) به اجرا درآمده است. از ژوئیه ۲۰۱۶، بیماران با شرایط مزمن و زنان باردار می‌توانند آن را به دست آورند و از ژانویه ۲۰۱۷ همه بیماران قادر به دسترسی این‌گونه خدمات بوده و از نوامبر ۲۰۱۷ اجباراً می‌بایست دسترسی داشته باشند. تأثیر نهایی در نابرابری‌های سلامتی با نظارت بر مصرف و ارزیابی استفاده بیماران از منابع خدمات پزشکی صورت می‌گیرد.

خلاصه اهداف فرانسه در اصلاحات:

- اصلاح دسترسی همگانی به بیمه قانونی و اجباری
- توسعه پرداخت‌های شخص ثالث (نظام بیمه) برای مشاوره پزشکان
- کاهش نابرابری‌های اجتماعی (از طریق دو برنامه عمده اصلاحات - فوق‌الذکر)
- بیماران با شرط داشتن بیماری مزمن یا زنان باردار از سال ۲۰۱۷ به بعد از این دو برنامه به صورت اجباری برخوردار شده‌اند.
- تأثیر نهایی نابرابری سلامت از طریق پایش ورودی‌های نظام و میزان استفاده بیماران از منابع پزشکی، تعیین و ارزیابی می‌شود.

آلمان

از سال ۲۰۱۲، سیستم مراقبت سلامت آلمان دوره‌ای از اصلاحات فعال در چندین منطقه را تحت پوشش قرار داده است. مهم‌ترین اصلاحات سال گذشته، قانون دوم برای تقویت مراقبت بلندمدت بود که از ژانویه ۲۰۱۶ به اجرا درآمده است؛ این قانون به دنبال قانون اول بوده که به‌طور قابل‌توجهی حمایت از بیماران و یا خانواده‌های آنان را که نیازمند به مراقبت طولانی‌مدت و بودند، گسترش می‌داد. قانون دوم که از سال ۲۰۱۷ شروع شد، واجد شرایط بودن برای خدمات درازمدت مراقبت را به‌طور وسیع تعیین می‌نماید که قبلاً فقط منحصر به افرادی که دارای محدودیت در انجام امور روزانه خود بودند، اعطا می‌شد. قانون جدید با هدف گسترش خدمات مبتنی بر عدالت واجد شرایط بودن را در افرادی که دارای اختلالات جسمی، ذهنی و روان‌شناختی تعیین نموده است. مزایای جدید در قوانین استاندارد در قسمت مزایا لحاظ می‌شوند. برای تأمین مالی این اصلاحات، نرخ مشارکت برای LTCI با ۰/۲ درصد افزایش، به ۲/۵۵ درصد درآمد افراد کودک دار و به ۲/۸۰ درصد برای افراد بدون فرزند (کودک) افزایش می‌یابد. به گفته دولت، افزایش نرخ مشارکت‌ها در حدود شش میلیارد (۶/۷ میلیارد دلار) درآمد اضافی تولید خواهد کرد که باید صرف هزینه‌های اضافی در مراقبت بلندمدت تا سال ۲۰۲۲ شود.

خلاصه اهداف آلمان در اصلاحات:

- اصلاحات قانونی در اصلاحات به‌منظور تقویت مراقبت‌های بلندمدت از سال ۲۰۱۶ در افرادی که دارای اختلالات جسمی، ذهنی و روان‌شناختی می‌باشند و نه تنها فقط جسمی
- افزایش نرخ مشارکت در بیمه مراقبت‌های درازمدت به‌منظور تأمین هزینه‌های ناشی از پوشش مراقبت‌های بلندمدت

هندوستان

مهم‌ترین اصلاحات اخیر در هند، مأموریت سلامت ملی است که به دنبال تقویت سیستم‌های سلامتی است که جدیداً اصلاح یا پوشش داده شده است و اولویت‌های ملی را برای تلاش‌هایی مانند کنترل بیماری‌ها تعیین می‌کند. تلاش وزارت کار و اشتغال برای گسترش پوشش‌های سلامتی از طریق RSBY^۱ نیز مهم است در واقع، نخست‌وزیر اخیراً یک طرح مشابه، طرح حفاظت از سلامت ملی را برای پوشش

1- Rashtriya Swasthy Bima Yojana = National Health Insurance Programme (RSBY)

دادن پوشش سلامتی به بیشتر شهروندان فقیر هند اعلام کرده است. با این حال، هنوز اجرانشده است. علاوه بر این تغییرات مالی در حال انجام و کاهش برنامه‌ها احتمالاً تأثیرات قابل توجهی در بخش سلامت در آینده دارند.

خلاصه اهداف هندوستان در اصلاحات:

■ اصلاحات سلامتی برای پوشش افراد فقیر و فاقد بیمه سلامت به هر دلیل به صورت سقف پوششی ۴۴۰ دلاری برای هر خانوار

رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل)

بیمه داوطلبانه بیمه سلامت: در سال ۲۰۱۶، دولت تغییراتی را در تنظیم مقررات VHI^۱ با توجه به محدود شدن رشد در این پوشش و ارائه مصرف‌کنندگان به ارزش بیشتری برای حق بیمه ایجاد نمود. اجزاء کلیدی شامل استاندارد پوشش بیمه تجاری برای اعمال جراحی و الزام پرداخت VHI به جراحان از طریق بیمارستان‌هایی می‌باشد که در آن کار می‌کنند.

سلامت روان: در جولای ۲۰۱۵، مراقبت‌های سلامت روان به مجموعه‌ای از خدماتی که برنامه‌های سلامت باید در چهارچوب NHI^۲ ارائه می‌داد، اضافه شد و دسترسی به حق قانونی تضمین‌شده به جای خدمات ارائه‌شده توسط دولتی که دسترسی به آن‌ها با محدودیتهای بودجه محدود بود، ایجاد شد. اهداف اصلی این اصلاحات عبارتند از بهبود ارتباط بین مراقبت‌های جسمی و روانی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی.

داده‌های مقایسه‌ای در مورد عملکرد بیمارستان: در سال ۲۰۱۵، وزارت بهداشت از انتشار اطلاعات تطبیقی در مورد کیفیت بیمارستان شروع کرد و شاخص نشان داده‌شده به سرعت در حال رشد می‌باشد. در سال ۲۰۱۴، این وزارتخانه نتایج نظرسنجی‌های بیمارستان بستری در سراسر کشور را با توجه به تجربه مراقبتی خود منتشر کرد و یک نظرسنجی مشابه در سال ۲۰۱۶ انجام شده است. این وزارتخانه همچنین یک پایگاه داده از زمان انتظار برای اعمال جراحی را با هدف انتشار به روزرسانی داده‌های مقایسه‌ای در آینده نزدیک ایجاد نموده است. اهداف این تلاش‌ها این است که بیمارستان‌ها را برای شناسایی مناطق مشکل‌آفرین با ارائه اطلاعات کمک نمایند تا امکان افزایش حق انتخاب مصرف‌کنندگان از بیمارستان‌ها

1- Private Voluntary Health Insurance (VHI)

2- Natitnal Health Insurance (NHI)

و ارائه انگیزه برای بهبود عملکرد بیمارستان‌ها فراهم آید.

کاهش زمان انتظار جراحی: زمان انتظار طولانی به عنوان یکی از علل اصلی رشد اخیر در تأمین مالی و مراقبت های خصوصی در نظر گرفته شده است. وزارت بهداشت، با انگیزه افزایش اعتماد عمومی به نظام مراقبت های سلامتی تأمین اجتماعی و بهبود کیفیت مراقبت های سلامتی، کاهش زمان انتظار جراحی را برنامه ریزی می کند. این برنامه ریزی شامل بودجه اضافی برای گسترش ساعات کار برای اعمال جراحی و همچنین تغییرات سازمانی برای بهبود کارایی، بهبود سطح خدمات در بخش فوریت ها بیمارستان: به عنوان بخشی از تلاش گسترده تر برای بهبود مراقبت و سطح خدمات بیمار، وزارت بهداشت در تلاش برای کاهش زمان انتظار بین دریافت بیمار و اولین تماس با یک متخصص مراقبت های سلامتی است. استراتژی ها عبارتند از: افزایش کارکنان پزشکی و پرستاری، معرفی دستیاران پزشک به بخش فوریت ها و مشارکت کارکنان مدیریت عملیات جهت بهبود گردش کار.

سیستم مراقبت طولانی مدت LTC: سیستم مراقبت بلندمدت رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل) به طور جدی، با شکاف در خدمات، مراقبت اضافی، انگیزه های نامناسب و سرمایه گذاری نامناسب در پیشگیری و توان بخشی مواجه شده است. دولت در حال برنامه ریزی برای افزودن مؤسسات ارائه کننده LTC به مجموعه ای از مزایای NHI می باشد که جزئی از مسئولیت برنامه های سلامتی است و این برنامه ها اکنون به عنوان بودجه گیران LTC شناخته می شوند.

برنامه تمام وقتی: در اواسط سال ۲۰۱۶ وزارت بهداشت، ابتکار عملی را آغاز کرد که براساس آن پزشکان منتخب داوطلبانه در بیمارستان های دولتی (یعنی دولتی و غیرانتفاعی) دستمزد قابل توجهی دریافت خواهند نمود، در صورتی که ۱- ساعت کار اضافی در یک بیمارستان دولتی داشته باشند ۲- در بخش خصوصی کار نکنند. هدف کلی این طرح ابتکاری تقویت کامل سیستم مراقبت های سلامتی عمومی توسط دولت رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل) است که از طریق بهبود قابلیت دسترسی، کیفیت و ایمنی تحقق می یابد.

خلاصه اهداف رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل):

- شامل استاندارد پوشش بیمه تجاری برای اعمال جراحی و الزام پرداخت VHI به جراحان از طریق بیمارستان ها (از طریق بیمه های تجاری خصوصی ۲۰۱۶).
- اصلاحات در مراقبت ها و سلامت روان: به منظور بهبود ارتباط بین مراقبت های جسمی و روانی،

افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی (۲۰۱۵)

- داده‌های مقایسه‌ای در مورد عملکرد بیمارستان (۲۰۱۵)
- اصلاحات در کاهش زمان انتظار جراحی و جبران کمبود نیروی انسانی در بخش فوریت‌ها
- اصلاحات در سیستم مراقبت طولانی‌مدت (۲۰۱۶)
- اصلاحات در برنامه تمام‌وقتی (۲۰۱۶)

ایتالیا

به علت منطقه بندی سیستم سلامت، اکثر نوآوری‌ها در ارائه مراقبت و خدمات در سطح منطقه‌ای و نه در سطح ملی به اجرا درآمده‌اند و بعضی از مناطق به‌عنوان رهبران نوآوری شناخته می‌شوند.

در ماه آوریل سال ۲۰۱۵، وزارت بهداشت یک دستور برای سازمان‌دهی مجدد مراقبت‌های بیمارستان را تصویب کرد. این فرمان بیمارستان‌های دولتی را به سه گروه طبقه‌بندی می‌کرد:

- بیمارستان‌های پایه (برای جمعیت ۱۵۰ - ۸۰ هزار نفر از جمعیت مقیم) شامل بخش اورژانس، پزشکی داخلی، جراحی عمومی، ارتوپدی و در دسترسی به خدمات رادیولوژی، آزمایشگاه و بانک خون

- بیمارستان‌های سطح اول (برای ۳۰۰ - ۱۵۰ هزار نفر از جمعیت مقیم) شامل بخش‌های مشابه بیمارستان‌های پایه و همچنین بخش‌های مامایی (براساس تعداد تحویل در سال)، اطفال، قلب و عروق با بخش مراقبت‌های ویژه، مغز و اعصاب، روان‌پزشکی، انکولوژی، چشم‌پزشکی، گوش حلق بینی و اورولوژی

- بیمارستان‌های سطح دوم (برای ۱۲۰۰ - ۶۰۰ هزار نفر از جمعیت مقیم)، با بخش‌های فوریت‌های پیشرفته و امکانات برای درمان بیماران با شرایط بسیار پیچیده

به‌علاوه این دستور به چند روش، حداقل سطح فعالیت و آستانه‌های کیفیت را معرفی می‌کند. نمونه‌های آن حداقل شامل ۷۵ مداخله جراحی در سال برای شکستگی‌های فمور در بیمارستان‌های سطح دوم و موردنیاز می‌باشد که حداقل ۶۰ درصد از بیماران باسن ۶۵ سال و بالاتر را که برای شکستگی‌های فمورال باید در عرض ۴۸ ساعت عمل شوند، در برمی‌گیرد. بسیاری از مقررات قانونی در حال اجرا هستند و اثرات آن‌ها هنوز ارزیابی نشده است. در ژانویه ۲۰۱۷ دولت یک نسخه به‌روز شده از «سطوح ضروری مراقبت» را تصویب نمود. این سند جدید تغییرات سلامت دولتی را تغییر می‌داد: برنامه‌های واکسیناسیون؛ مراقبت‌های تخصصی سرپایی، با بازبینی قابل توجهی از درمان‌هایی که توسط سرویس بهداشت ملی ارائه می‌شود و

مراقبت‌های بیمارستانی، با شیفت بیشتر درمان به سمت خدمات سرپایی. برای این منظور دولت هزینه اضافی ۸۰۰ میلیون یورو (۸۶۰ میلیون دلار) در سال را تخمین زده است.

خلاصه اهداف ایتالیا در اصلاحات:

- طراحی و اجرای اصلاحات به صورت غیرمتمرکز
- سازمان‌دهی مجدد مراقبت‌های بیمارستان (۲۰۱۵)
- اصلاحات در حداقل سطح فعالیت و آستانه‌های کیفیت مداخله جراحی در سال برای شکستگی‌های فمور در بیمارستان‌های سطح دوم (۲۰۱۵)
- ارزیابی مقررات قانونی در حال اجرا (۲۰۱۶)
- اصلاحات سطوح ضروری مراقبت، وضعیت بخش سلامت دولتی را تغییر می‌دهد و مراقبت‌های بیمارستانی، با شیفت بیشتر درمان به سمت خدمات سرپایی حرکت می‌کند (۲۰۱۷).

ژاپن

شورای تأمین اجتماعی (بیمه اجتماعی) چهار اولویت و هدف زیر را برای تجدیدنظر در برنامه بودجه سال ۲۰۱۶ تعیین نمود:

- ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد
- بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار
- توسعه خدمات پر اولویت (مانند مراقبت از سرطان و زوال عقل)
- ایجاد سیستم مراقبت سلامت کارآمد و پایدار

دولت به منظور بهبود هماهنگی و تداوم مراقبت، ایده «پزشکان ترجیح داده شده» را اصلاح نموده است. در سال ۲۰۱۴ بازنگری در برنامه پرداخت مراقبت پیوسته (CCFs) صورت گرفت که پرداخت ماهانه برای مراقبت مستمر (از جمله ارجاع به سایر ارائه‌دهندگان در صورت لزوم) به بیماران سرپایی با بیماری‌های مزمن است. ارائه‌دهنده و بیمار می‌توانند برای خدمات ارائه شده CCF را انتخاب کنند، البته در صورتی که با وضعیت ارائه‌دهندگان مطلوب موافق باشند. اضافه شدن بیماران مبتلا به زوال عقل به CCF در اصلاحات ۲۰۱۶ صورت گرفت.

با اصلاح قانون مراقبت‌های پزشکی در سال ۲۰۱۵، ارائه‌دهندگان قادر خواهند بود تا سازمان‌های چتری را برای ترویج همکاری ایجاد کنند، به عنوان مثال، از طریق قراردادهای مشارکتی، خرید داروسازی

و وسایل پزشکی یا منابع مشترک.

خلاصه اهداف ژاپن در اصلاحات:

- ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد
- بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار
- توسعه خدمات پر اولویت (مانند مراقبت از سرطان و زوال عقل) و
- ایجاد سیستم مراقبت سلامت کارآمد و پایدار
- بازنگری در برنامه پرداخت مراقبت پیوسته ۲۰۱۶ (CCFs)

هلند

پس از سال‌ها رشد سریع هزینه‌ها، در ژانویه سال ۲۰۱۵ مراقبت بلندمدت بنیادی مورد اصلاحات بنیادی قرار گرفت. اهداف اصلی برنامه اصلاحات عبارت بودند از تضمین پایداری مالی و دسترسی همگانی به سلامت در سال‌های آتی و افزایش مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی برای سلامت. به نظر می‌رسد ساختار جدید در حال اجرا است، اما اثرات آن تا به حال ناشناخته است.

در ۱۶-۲۰۱۵، برخی از سیاست‌های کاهنده به تصویب رسیده است و انتظار می‌رود اصلاحات در آینده برای کاهش استرس مالی در خانه‌های پرستاری ایجاد شود.

در مراقبت سلامتی، اصلاحات بازار و رقابت‌های تنظیم‌شده تا حدودی بحث‌برانگیز باقی‌مانده است. دولت، مصمم به ادامه رقابت بین بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان، اقدامات خاصی را برای این اقدام انجام داد، مانند این که بیمه‌گذاران و ارائه‌دهندگان را مجبور به افزایش خطر مالی کند. با این حال، در دسامبر ۲۰۱۴، سنای هلند پیشنهاد جدید را برای محدود کردن انتخاب ارائه‌دهنده رایگان در سیاست‌های بیمه خاص رد کرد. قابل پرداخت بودن و دسترسی به داروهای گران‌قیمت به سرعت در حال تبدیل شدن به مسائل برجسته می‌باشد.

از تاریخ این گزارش، قانون بیمه درمانی دو بار مورد ارزشیابی قرار گرفته است. آخرین ارزیابی اشاره به عدم تعادل قدرت، بین بیمه‌گران در مزیت‌های داده‌شده به ارائه‌دهندگان بوده است.

خلاصه اهداف هلند در اصلاحات:

- مراقبت بلندمدت (۲۰۱۵)
- تضمین پایداری مالی

- دسترسی همگانی به سلامت
- افزایش مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی بیشتر برای سلامت
- کاهش استرس مالی در خانه‌های پرستاری
- ادامه رقابت بین بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان با افزایش پذیرش ریسک مالی بین آن‌ها
- قابل پرداخت بودن خدمات و دسترسی به داروهای گران
- عدم تعادل قدرت، بین بیمه‌گران در مزیت‌های داده‌شده به ارائه‌دهندگان

نیوزیلند

استراتژی جدید سلامت نیوزیلند که در سال ۲۰۱۶ راه‌اندازی شد، شامل دو بخش است: مسیر آینده و نقشه راه عملیات ۲۰۱۶. طرح اولیه برخی از چالش‌ها و فرصت‌هایی که سیستم با آن روبرو شده و آینده‌ی موردنظر را شرح می‌دهد، از جمله فرهنگ پایه و ارزش‌ها، علاوه بر این، پنج موضوع استراتژیک را برای ایجاد تغییر، بیان نمودند: ۱- بهبود سواد و توانمندسازی بیمار؛ ۲- تأکید بر پیشگیری، مداخله زودهنگام و مراقبت از جامعه؛ ۳- بهبود عملکرد سیستم؛ ۴- استمرار در ارائه مراقبت سلامتی یکپارچه و همکاری و ۵- نوآوری تکنولوژیک.

نقشه سال ۲۰۱۶ راه اقدامات، ۲۷ حوزه برای اقدام بیش از پنج سال را برای اجرای استراتژی سلامت تعیین می‌کند. این اقدامات که در ذیل پنج موضوع ذکرشده در بالا سازمان‌دهی شده است، در نهایت به هدف اعلام‌شده کمک خواهد کرد که «همه نیوزیلندی‌ها به‌خوبی زندگی کنند، در سیستم‌هایی که قدرتش را از مردم می‌گیرد و خدمات را به خانه‌های آنان نزدیک‌تر می‌کند و برای طراحی ارزش و عملکرد بالا این نظام همانند یک تیم کار می‌کند».

خلاصه اهداف نیوزیلند در اصلاحات:

- طرح اولیه برخی از چالش‌ها و فرصت‌هایی که سیستم با آن روبرو شده و آینده‌ی موردنظر را شرح می‌دهد؛ از جمله فرهنگ پایه و ارزش‌ها (۲۰۱۶)
- بهبود سواد و توانمندسازی بیمار
- تأکید بر پیشگیری، مداخله زودهنگام و مراقبت از جامعه
- بهبود عملکرد سیستم
- استمرار در ارائه مراقبت سلامتی یکپارچه و همکاری
- نوآوری تکنولوژیک

نروژ

همکاری شهرداری در زمینه مراقبت‌های بیمارستانی در سال ۲۰۱۵ لغو شد؛ به این دلیل که نتیجه‌گیری شده بود کمک به نگهداری بیماران در بیمارستان ندارد. آژانس جدید برای ساخت بیمارستان (Sykehus HF) در نوامبر ۲۰۱۴ تأسیس شد؛ که متعلق به RHA هاست، این مرکز به‌عنوان مرکز ملی صلاحیت سنجی برای برنامه‌ریزی و ساخت بیمارستان برای تمام تراست‌های بیمارستان خدمت خواهد کرد. با این وصف برنامه‌ای برای ارزشیابی وجود ندارد.

بازسازی بوروکراسی سلامت دولتی در سال ۲۰۱۶ با ادغام ادارات کوچک‌تر به مؤسسه بزرگ سلامت عمومی و مدیریت امور سلامت و همچنین ایجاد اداره جدید سلامت در سال ۲۰۱۷ با ایجاد سلامت الکترونیک و نیز تأسیس خدمات فناوری اطلاعات مشترک برای مدیریت بوروکراسی سلامت دولتی از طریق شبکه ملی سلامت صورت گرفته است.

خلاصه اهداف نروژ در اصلاحات:

- بازسازی نظام بوروکراسی سلامت دولتی با استفاده از تکنولوژی اطلاعات (۲۰۱۶)

سنگاپور

استفاده از Medisave به تدریج برای پوشش بیماری‌های مزمن مانند دیابت و فشارخون بالا و همچنین غربالگری‌های سلامتی و واکسیناسیون برای گروه‌های انتخاب‌شده گسترش یافته است. سقف مشارکت Medisave در سال ۲۰۱۶ افزایش یافته و دیگر حداقل از ۱۰ درصد کمتر نیست.

تغییراتی که در ماه نوامبر ۲۰۱۵ در MediShield Life آغاز شد، منجر به طرح اهمیت روزافزون مراقبت‌ها در بیماری مزمن و مراقبت بلندمدت شده است. پوشش در حال حاضر همگانی و اجباری شده و شامل افرادی با شرایط قبل از آن نیز می‌شود. پیش از این تا سن ۹۰ سالگی را پوشش می‌داد، اکنون شامل تمام طول زندگی است. سقف مزایای مادام‌العمر حذف شده است و محدودیت سالانه ۱۰۰ هزار دلاری سنگاپور (معادل ۱۱۸ هزار دلار آمریکا) اعمال شده است. یکی دیگر از تغییرات اخیر، محافظت مالی مناسب‌تر و بهتر در خصوص صورتحساب‌های زیاد بیمارستانی می‌باشد که با کاهش مبلغ پرداخت مشارکتی بیمه به کمتر از ۱۰ درصد برای هزینه بیشتر از ۵ هزار دلار سنگاپور (معادل ۵۸۸۲ دلار آمریکا) تحقق یافته است. کمتر از یک درصد شهروندان سنگاپوری نیاز به پرداخت حق بیمه اضافی می‌باشند.

در سال ۲۰۱۵، کمیته دولتی سالمندی، ویژگی‌های جدیدی از برنامه ملی ۳ میلیارد دلاری سنگاپور

(معادل ۳/۵۳ میلیارد دلاری آمریکا) را برای کمک به شهروندان سنگاپوری با اعتمادبه‌نفس، زندگی فعالانه و حفظ ارتباطات قوی با خانواده و جامعه را ارائه نمود. این طرح حدود ۶۰ طرح و اقدام کلان را در ۱۲ حوزه شامل می‌شود: سلامت و تندرستی، یادگیری، مشارکت داوطلبانه، اشتغال، مسکن، حمل‌ونقل، فضاهای عمومی، احترام و انسجام اجتماعی، کفایت بازنشستگی، مراقبت‌های سلامتی و مراقبت سالمندان، حفاظت از افراد آسیب‌پذیر و پژوهش می‌باشد.

خلاصه اهداف سنگاپور در اصلاحات:

- افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مزمن و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (Medisave, ۲۰۱۶)
- رفع محدودیت‌های سنی (۲۰۱۵)
- شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر (۲۰۱۵)

سوئد

حوزه‌های مهم سیاست‌گذاری که در دو سال گذشته در سطح محلی و ملی بررسی شده‌اند شامل کیفیت، عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک است. مطالعات بعد از اصلاحات بازار در سوئد در سال ۲۰۱۰ و در مراقبت‌های اولیه، نتایج بیانگر این است که اهداف مربوط به دسترسی به‌دست‌آمده است؛ اما تأثیر اصلاحات بر کیفیت، عدالت و بهره‌وری، مشخص نیست. گزارش دقیق و نظارت برای سنجش این معیارها چالش‌های مهمی در مراقبت اولیه سوئد است و می‌تواند عاملی برای نگرانی برای سیاست‌گذاران باشد.

در زمینه مراقبت‌های تخصصی، تلاش‌های اخیر بیشتر برای ایجاد عدالت بوده است. دولت متعهد شده است تا از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸، ۵۰۰ میلیون دلار (معادل با ۵۵ میلیون دلار آمریکا) برای کاهش زمان انتظار در مراقبت از سرطان و کاهش اختلافات عدالت منطقه‌ای اختصاص دهد. این تلاش‌ها باید بر روی کارهایی که قبلاً در چهارچوب استراتژی ملی سرطان و شش مراکز سرطان منطقه‌ای (RCCs^۱) صورت گرفته است، متمرکز شود. علاوه بر این، کمیسیونی برای عدالت سلامت که از سال ۲۰۱۵ تأسیس شده تا گزارشی (به‌موجب پایان مه ۲۰۱۷) با جزئیات پیشنهادات برای کاهش نابرابری‌های سلامتی در جامعه ارائه شود.

برای بهبود تداوم و هماهنگی مراقبت، در سال ۲۰۱۴ دولت ابتکار ملی چهارساله‌ای برای افراد مبتلا

1- Regional Center Centers (RCCs)

به بیماری‌های مزمن راه‌اندازی کرد. سه حوزه تمرکز آن عبارت بودند از مراقبت از بیمار، مراقبت مبتنی بر شواهد و پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری.

در سال ۲۰۱۵، یک قانون جدید به تصویب رسید که حقوق بیماران را تقویت می‌کند و تصمیم‌گیری مشترک را تشویق می‌کند. این قانون، مسئولیت‌های ارائه‌دهندگان را در انتقال اطلاعات به بیماران، اطمینان دادن به بیماران در حق ارائه نظر به‌عنوان گزینه دوم و تضمین انتخاب ارائه‌دهندگان در مراقبت‌های تخصصی سرپایی را مشخص می‌کند. دولت سوئد کمیسیونی را برای تجزیه و تحلیل خدمات سلامت و مراقبت به‌منظور نظارت بر اجرای قانون جدید سال ۲۰۱۷ ایجاد نموده است.

در نهایت، در سال ۲۰۱۶، دولت سوئد چشم‌اندازی را مطرح نمود که براساس آن نظام سلامت این کشور به‌عنوان رهبر جهانی در نظام سلامت الکترونیکی تا سال ۲۰۲۵ خواهد بود. این استراتژی شامل موارد زیر است: ۱- هماهنگی و ارتباط در میان ذینفعان سلامتی؛ ۲- توسعه مفاهیم مشترک در زمینه سلامت الکترونیکی؛ ۳- اجرای استانداردهای تبادل اطلاعات سلامت؛ و ۴- ایجاد لیست‌های دارویی که به متخصصان مراقبت‌های سلامتی در زمینه بهبود ایمنی بیمار کمک می‌کنند.

خلاصه اهداف سوئد در اصلاحات:

- کیفیت و عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک

(۲۰۱۷)

- بهبود شرایط دسترسی در مراقبت‌های اولیه (۲۰۱۰)

- کاهش اختلافات عدالت در خصوص زمان انتظار و درمان سرطان در سر تا سر کشور (۱۸-)

(۲۰۱۵)

- ارائه طرحی چهارساله برای مراقبت از بیماران مزمن که بر سه حوزه مراقبت از بیمار، مراقبت

مبتنی بر شواهد و پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری تمرکز دارد (۲۰۱۴)

سوئیس

همان‌طور که در این نمایه بحث شده است، استراتژی سلامت در ۲۰۲۰ اهداف و موضوعات مهم ملی را برای بهبود کیفیت زندگی، ترویج فرصت‌های برابر و مسئولیت‌پذیری، حصول اطمینان و تقویت کیفیت مراقبت، ایجاد شفافیت، مدیریت بهتر و هماهنگی بیشتر به‌طور مشخص، SFC^۱ در پی دنبال کردن ۱۰ اولویت در سال ۲۰۱۶ است:

1- Swiss Federal Council(SFC)

- تصویب مقررات تجدیدنظر شده حفاظت از پرتوها (در خدمات تصویربرداری)
- تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه بازنگری کلی قانون فدرال در آزمایش ژنتیک انسان‌ها
- تصویب استراتژی ملی برای پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر^۱
- تصویب مقررات تجدیدنظر در تعیین و تنظیم خطر در بیمه سلامت
- مشاوره در مورد اصلاح قانون فدرال در مورد بیمه سلامت برای معرفی سیستم قیمت مرجع
- تصویب منابع برای ایجاد واحد ارزیابی فناوری سلامت
- مشاوره در مورد بازنگری مجدد خدمات پزشکی مکمل در بیمه اجباری سلامت
- تصمیم در مورد معرفی قانون فدرال در پرونده‌های الکترونیکی بیمار
- تصویب برنامه عملیاتی طرح پیشگیری از خودکشی
- تصویب مصوبه و اجرای کنوانسیون Medcrime شورای اروپا

خلاصه اهداف سوئیس در اصلاحات:

اهداف اصلاحات در این کشور همانند اولویت های مطرح‌شده در پاراگراف قبل می‌باشد.

تایوان

نوآوری ها و اصلاحات مهم در سیستم بیمه سلامت تک پرداخت‌کننده تایوان شامل سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs^۲ برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت Pharma-NHI، Cloud، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است. یکی از اصلاحات عمده‌ای که توجه ویژه‌ای را به خود جلب می‌کند، اصلاحات (اصلاحات) نسل دوم NHI است که حق بیمه تکمیلی در شش منبع درآمدی غیر از حقوق و دستمزد (غیر درآمدی) را تعیین می‌کند، این منابع شامل اجاره، سود، سود سهام، پاداش‌های بزرگ، درآمد حرفه‌ای و درآمد مشاغل دوم و سوم می‌باشد. در سال ۲۰۱۳ در ابتدا با نرخ ۲ درصد و در سال ۲۰۱۶ با کاهش این نرخ به ۱٫۹۱ درصد، حق بیمه تکمیلی را افزایش داد و سیستم مالی NHI را بر پایه صحیح مالی قرار داد (در حال حاضر دارای مزاد زیادی است). به‌علاوه، این اصلاحات (اصلاحات) عدالت در تأمین مالی را بهبود بخشید؛ سیستم حق بیمه مبتنی بر حقوق و دستمزد وزن زیادی در طبقه کارمند تایوانی دارد و در نتیجه ثروتمندتر از بقیه می‌باشد.

1- Non-Communicable Diseases

2- Diagnosis-related Groups (DRGs)

خلاصه اهداف تایوان در اصلاحات:

- اهداف اصلاحات اخیر در تایوان شامل موارد سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد/P4P^۱، کارت NHI^۲، PharmaCloud، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است.
- اصلاحات نسل دوم NHI

ایالات متحده آمریکا

قانون مراقبت قابل پرداخت اصلاحات گسترده در زمینه بیمه و نظام سلامت به‌منظور دستیابی به پوشش نزدیک به همگانی، قابل پرداخت بودن بیشتر پوشش و مراقبت، کیفیت و کارایی بالاتر، هزینه‌های پایین‌تر، مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه قوی و مجموعه وسیعی از منابع جامعه به وجود آورد. از فوریه ۲۰۱۷، آینده قانون قابل پرداخت بودن مراقبت، مشخص نیست، اما احتمالاً توسط کنگره جدید لغو یا تغییر خواهد کرد. ماهیت دقیق هر برنامه جایگزین نامعلوم است.

از زمان اجرای قانون قابل پرداخت بودن مراقبت، تعداد بزرگسالان بیمه نشده با توجه به نسبت‌های تاریخی کاهش یافته است. گروه‌هایی که مدت‌های زیادی است بیمه نیستند - جوانان، اسپانیایی‌ها، سیاه‌پوستان و افرادی که درآمد کم دارند، بیشترین میزان پوشش را به دست آورده‌اند. اگرچه نابرابری‌ها باقی می‌ماند.

در سال ۲۰۱۵، وزارت سلامت ایالات متحده و خدمات انسانی، قصد دارد تا سال ۲۰۱۸ پنجاه درصد از پرداخت‌های مدیر را با مدل‌های پرداخت جایگزین نماید؛ از جمله ترتیبات مبتنی بر ACO، از اوایل سال ۲۰۱۶، ۳۰ درصد از این هدف HHS تحقق یافته است. همچنین مدیر با پزشکان همکاری نموده تا مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن را هماهنگ کند. برای تعیین واجد شرایط بودن برای دریافت ۴۰ دلار اضافی به ازای هر بیمار، پزشکان باید پیشنهادهایی را ارائه دهند و برای انجام یک طرح مراقبت جامع برای هر بیمار که با ثبت نام از بیماران شروع می‌شود، کمک کنند. طبق قوانین فدرال، این بیماران به مدت ۲۴ ساعت در روز و هفت روز هفته با «نیازهای مراقبت‌های مزمن اورژانسی» به پزشکان یا سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامتی دسترسی دارند.

در سال ۲۰۱۵، کنگره مجوز دسترسی Medicare و مجوز MACRA برای تجدید برنامه کودکان در سال

1- Pay for Performance (P4P)

2- National Health Insurance (NHI)

۲۰۱۵ را برای تطبیق مشوق های مالی برای ارائه دهندگان با مراقبت های پرارزش فراهم آورد. این قانون، با تغییرات اساسی، بیانگر چگونگی پرداخت مدیکر به صدها هزار کارکنان بالینی می باشد از طریق دو روش پرداخت به ارائه دهندگان مبتنی بر ارزش در بخش Medicare Part B تحت عنوان مدل های پرداخت جایگزین پیشرفت (APM) و سیستم پرداخت انگیزشی مبتنی بر صلاحیت (MIPS) می باشد. هدف APM پیشرفته مشارکت در APM های موجود مانند ACOs، ارائه خدمات پزشکی در خانه و پرداخت های همراه برای تعویض مفصل و مراقبت های قلبی می باشد. MIPS پرداخت های سنتی به ازای خدمت (FFS) به ارائه دهنده را براساس چندین عامل تنظیم می کند: کیفیت، هزینه، تلاش های ارائه دهنده برای استفاده از فناوری اطلاعات سلامت و اقدامات اصلاحی. اصلاحات صورت گرفته تحت قانون MACRA به معنای حمایت از انتقال سیستم سلامت ایالات متحده آمریکا از پرداخت به ازای خدمت (FFS) به پرداخت ها براساس ارزش و کیفیت مراقبت می باشد؛ در این اصلاحات نظام سلامت قصد دارد به طور کلی رویکردهای مراقبت را با توجه و تمرکز بر مراقبت بهتر، کارایی هزینه و بیماران سالم تر ارتقاء دهد.

خلاصه اهداف ایالات متحده آمریکا در اصلاحات:

- قانون مراقبت قابل پرداخت/ACA، نقطه شروع اصلاحات اخیر در نظام سلامت آمریکا بوده است. اهداف اصلاحات نظام سلامت با توجه به این قانون دستیابی به پوشش نزدیک به همگانی، قابل پرداخت بودن بیشتر پوشش و مراقبت، کیفیت و کارایی بالاتر، هزینه های پایین تر، ارائه مراقبت های اولیه و پیشگیرانه قوی و مجموعه وسیعی از منابع جامعه می باشد.
- ارتقاء سطح پوشش گروه های جمعیتی مختلف
- تغییر روش های پرداخت به صورت عمده (۵۰ درصد) تا سال ۲۰۱۸ از طریق نظام های پرداخت جایگزین / APM از سال ۲۰۱۶
- مراقبت جامع برای بیماران مزمن از سال ۲۰۱۷
- ارائه مراقبت مبتنی بر ارزش از سال ۲۰۱۵
- با استناد به قانون MACRA دو سیستم مدل های پرداخت جایگزین پیشرفته (APM) و سیستم پرداخت انگیزشی مبتنی بر صلاحیت (MIPS) براساس برنامه B مدیکر ایجاد شده است. (۲۰۱۵)
- هدف APM پیشرفت در برنامه هایی مانند ACOs، ارائه خدمات پزشکی در خانه و پرداخت های همراه برای جایگزینی مشترک و مراقبت های قلبی می باشد.
- هدف MIPS تغییر پرداخت های سنتی از به ازای خدمت (FFS) به مبتنی بر ارزش (VBP)

می‌باشد. برای این تغییر میزان پرداخت به ازای هر سرویس (FFS) به چند عامل کیفیت، هزینه، تلاش‌های ارائه‌دهنده برای استفاده از فناوری اطلاعات سلامت و اقدامات اصلاحی، بستگی دارد.

■ اصلاحات نظام سلامت قصد دارد به‌طور کلی رویکردهای مراقبت را با توجه و تمرکز بر مراقبت بهتر، کارایی هزینه و بیماران سالم‌تر ارتقاء دهد.

خلاصه متغیرهای تأثیرگذار بر اصلاحات نظام سلامت و تأمین مالی

در ادامه به بحث در خصوص متغیرهای تأثیرگذار بر اصلاحات نظام تأمین مالی سلامت و بیمه‌ها در کشورهای مختلف جهان پرداخته‌شده است. در یک جمع‌بندی کلی از یافته‌های مطالعه حاضر به نظر می‌رسد، ۲۲ متغیر زیر در اصلاحات اخیر به شرح زیر مؤثر بوده‌اند:

جدول ۵: خلاصه فرم‌های نظام سلامت به‌ویژه نظام تأمین مالی و بیمه سلامت چند کشور

ردیف	کشور	ر فرم نظام تأمین مالی و بیمه سلامت
۱	استرالیا	مدیریت مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن چندگانه تفویض اعتبارات برنامه دولتی دندان پزشکی اصلاح خدمات تسکینی و به هنگام مرگ بیماران اصلاح ساختاری غیر مشترک به‌منظور افزایش کارایی (تمرکز مسئولیت مدیریت در ساختار جدید) تمرکز ارائه خدمات در نظام شبکه‌های سلامت مدیریت قیمت داروها در بخش دولتی و غیردولتی ایجاد بیمه بیماری‌های شدید برای بیماری‌های شدیدی مانند سرطان، بیماری کلیوی و انفارکتوس حاد قلب و پویش دولتی خدمات این بیمه به کارگیری بخش خصوصی برای ارائه بیمه تکمیلی سازمان‌دهی مجدد ساختار مرکزی دولت در چهار بخش: سلامت، دارو، ایمنی بیمار و فناوری اطلاعات ارائه طرح مدیریت کیفیت جدید برای بیمارستان‌ها در سال ۲۰۱۷ به‌منظور جایگزینی مدل موجود مبتنی بر اعتباربخشی طرح ارتقاء کیفیت بیمارستانی که جایگزین اعتباربخشی است مبتنی بر فرهنگ اصلاح دائمی (permanent improvement culture) و مراقبت‌های سلامتی مبتنی بر ارزش (value-based health care)
۲	کانادا	ارائه برنامه پنج‌ساله برای ارزیابی مدل‌های مختلف مراقبت تحت عنوان پیشگامان (۱۵-۲۰۱۴)
۳	چین	همه‌پیکری عمومی بین مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های درازمدت خانگی، مراقبت بیمارستانی و اجتماعی و نیز شبکه‌ها به‌منظور اصلاح مراقبت اورژانسی و فوریت‌ها اصلاح مراقبت اورژانسی و فوریت‌ها به‌منظور شناسایی بیماران با نیاز بالا و هزینه بالا و تشویق ارائه خدمات به بیماران پیچیده از نظر مراقبت با عقد قراردادهای سرانه وجود برنامه پیشگیری از دلبستگی در برنامه ۵ ساله آتی
۴	دانمارک	ارائه برنامه چندساله به‌منظور تسریع در فرآیند رقم زدن سال ۲۰۱۵ که شامل خریداران و ارائه‌دهندگان محلی در ۴۴ محل ارائه خدمات می‌باشد برای تغییر و تبدیل نوع خدمات اصلاح دسترسی همگانی به بیمه قانونی و اجرای توسعه پرداخت‌های شخص ثالث (نظام بیمه) برای مشاوره پزشکان کاهش نابرابری‌های اجتماعی (از طریق دو برنامه عمده رقم- فوق‌الذکر)
۵	انگلستان	بیماران با شرط دانستن بیماری مزمن یا زنان باردار از سال ۲۰۱۷ به بعد از این دو برنامه به‌صورت اجباری برخوردار شده‌اند.
۶	فرانسه	تأثیر نهایی نابرابری سلامت از طریق پایش ورودی‌های نظام و میزان استفاده بیماران از منابع پزشکی، تعیین و ارزیابی می‌شود.

ادامه جدول ۵: خلاصه رفم‌های نظام سلامت به‌ویژه نظام تأمین مالی و بیمه سلامت چند کشور

ردیف	کشور	رفم نظام تأمین مالی و بیمه سلامت
۷	آلمان	اصلاحات قانونی در رفم به‌منظور تقویت مراقبت‌های بلندمدت از سال ۲۰۱۶ در افرادی که دارای اختلالات جسمی، ذهنی و روان‌شناختی می‌باشند و نتایج فقط جسمی افزایش نرخ مشارکت در بیمه مراقبت‌های درازمدت به‌منظور تأمین هزینه‌های ناشی از پوشش مراقبت‌های بلندمدت
۸	هندوستان	رفم سلامتی برای پوشش افراد فقیر و فاقد بیمه سلامت به هر دلیل به‌صورت سقف پوششی ۴۴۰ دلاری برای هر خانوار
۹	رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل)	استاندارد پوشش بیمه تجاری برای اعمال و الزام پرداخت VHI به جراحان از طریق بیمارستان‌ها از طریق بیمه‌های تجاری خصوصی (۲۰۱۶) رفم در مراقبت‌ها و سلامت روان: به‌منظور بهبود ارتباط بین مراقبت‌های جسمی و روانی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی (۲۰۱۵) داده‌های مقایسه‌ای در مورد عملکرد بیمارستان (۲۰۱۵) رفم در کاهش زمان انتظار جراحی و جبران کمبود نیروی انسانی در بخش فوریت‌ها (۲۰۱۶) رفم در سیستم مراقبت طولانی‌مدت (۲۰۱۶) رفم در برنامه فول تایی (۲۰۱۶) طراحی و اجرای رفم‌ها به‌صورت غیرمتمرکز
۱۰	ایتالیا	سازمان‌دهی مجدد مراقبت‌های بیمارستان (۲۰۱۵) رفم در حداقل سطح فعالیت و استانداردهای کیفیت مداخله جراحی در سال برای شکستگی‌های فمور در بیمارستان‌های سطح دوم (۲۰۱۵) ارزیابی مقررات قانونی در حال اجرا (۲۰۱۶)
۱۱	ژاپن	رفم سطوح ضروری مراقبت، وضعیت بخش سلامت دولتی را تغییر می‌دهد و مراقبت‌های بیمارستانی، با شیف بیشتر درمان به سمت خدمات سرپایی حرکت می‌کند (۲۰۱۷) ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار توسعه خدمات پر اولویت (مانند مراقبت از سرطان و زوال عقل) ایجاد سیستم مراقبت سلامت کارآمد و پایدار بازنگری در برنامه پرداخت مراقبت پیوسته ۲۰۱۶ (CCFs)

ردیف	کشور	رفم نظام تأمین مالی و بیمه سلامت
۱۲	هند	مراقبت بلندمدت (۲۰۱۵)
		تضمین پایداری مالی
		دسترسی همگانی به سلامت
		افزایش مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی بیشتر برای سلامت
		کاهش استرس مالی در خانواده‌های پرستاری
		ادامه رقابت بین بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان با افزایش پذیرش ریسک مالی بین آن‌ها
		قابل پرداخت بودن خدمات و دسترسی به داروهای گران
		عدم تعادل قدرت، بین بیمه‌گران در مزیت‌های داده‌شده به ارائه‌دهندگان
		طرح اولیه برخی از چالش‌ها و فرصت‌هایی که سیستم با آن روبرو شده و آینده‌ی موردنظر را شرح می‌دهد، از جمله فرهنگ پایه و ارزش‌ها (۲۰۱۴)
		بهبود سواد و توانمندسازی بیمار
۱۳	نیوزیلند	تاکید بر پیشگیری، مداخله زودهنگام و مراقبت از جامعه
		بهبود عملکرد سیستم
		استمرار در ارائه مراقبت سلامتی یکپارچه و همکاری نوآوری تکنولوژیک
۱۴	نروژ	بناسازی نظام یورکوراسی سلامت دولتی با استفاده از تکنولوژی اطلاعات (۲۰۱۶)
		افزایش پوشش در بودجه جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مزمن و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (۲۰۱۶) (Medisave)
		رفع محدودیت‌های سنی (۲۰۱۵)
۱۵	سنگاپور	شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر (۲۰۱۵)
		کیفیت و عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک (۲۰۱۷)
		بهبود شرایط دسترسی در مراقبت‌های اولیه (۲۰۱۰)
۱۶	سوئد	کاهش اختلافات عدالت در خصوص زمان انتظار و درمان سرطان در سراسر کشور (۲۰۱۵-۱۸)
		ارائه طرحی چهارساله برای مراقبت از بیماران مزمن که بر سه حوزه: مراقبت از بیمار، مراقبت مبتنی بر شواهد و پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری، تمرکز دارد (۲۰۱۴)

ردیف	کشور	رفرم نظام تأمین مالی و بیمه سلامت
۱۷	سوئیس	تصویب مقررات تجدیدنظر شده حفاظت از پرتوها (در خدمات تصویربرداری)
		تضمین‌گیری در مورد چگونگی ادامه بازنگری کلی قانون فدرال در آزمایش ژنتیک انسان‌ها
		تصویب استراتژی ملی برای پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر (Non-Communicable Diseases)
		تصویب مقررات تجدیدنظر در تعیین و تنظیم خطر در بیمه سلامت
		مشاوره در مورد اصلاح قانون فدرال در مورد بیمه سلامت برای معرفی سیستم قیمت مرجع
		تصویب منابع برای ایجاد واحد ارزیابی فن‌آوری سلامت
		مشاوره در مورد بازنگری مجدد خدمات پزشکی مکمل در بیمه اجباری سلامت
		تصمیم در مورد معرفی قانون فدرال در پرونده‌های الکترونیکی بیمار
		تصویب برنامه عملیاتی طرح پیشگیری از خودکشی
		تصویب مصوبه و اجرای کنوانسیون Medbertime شورای اروپا
۱۸	تایوان	اهداف رفرم اخیر در تایوان شامل موارد: سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت PharmaCloud، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است.
		رفرم نسل دوم NHI
		قانون مراقبت قابل پرداخت با ACA، نقطه شروع رفرم اخیر در نظام سلامت آمریکا بوده است. اهداف رفرم نظام سلامت با توجه به این قانون: دسترسی به پوشش نزدیک به همگانی، قابل پرداخت بودن بیشتر پوشش و مراقبت، کیفیت و کارایی بالتر، هزینه‌های پایین‌تر، ارائه مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه قوی و مجموعه وسیعی از منابع جامعه می‌باشد.
		ارتقاء سطح پوشش گروه‌های جمعیتی مختلف
		تغییر روش‌های پرداخت به‌صورت عمده ۵۰ درصد (تا سال ۲۰۱۸ از طریق نظام‌های پرداخت جایگزین APM/ از سال ۲۰۱۶
		مراقبت جامع برای بیماران مزمن از سال ۲۰۱۷
		ارائه مراقبت مبتنی بر ارزش از سال ۲۰۱۵
		با استناد به قانون MACRA نو سیستم مل‌های پرداخت جایگزین پیشرفته (APM) و سیستم پرداخت انگیزشی مبتنی بر صلاحیت (MIPS) بر اساس برنامه B مدیر ایجادشده است (۲۰۱۵)
		هدف APM پیشرفت در برنامه‌هایی مانند ACOs، ارائه خدمات پزشکی در خانه و پرداخت‌های همراه برای جایگزینی مشتری و مراقبت‌های قلبی می‌باشد.
		هدف MIPS تغییر پرداخت‌های سستی از به ازای خدمت (FFS) به مبتنی بر ارزش (VBP) می‌باشد برای این تغییر معیار پرداخت به ازای هر سرویس (FFS) به چند عامل: کیفیت، هزینه، تلاش‌های ارائه‌شده برای استفاده از فناوری اطلاعات سلامت و اقدامات اصلاحی، بستگی دارد.
۱۹	ایالات متحده آمریکا	رفرم نظام سلامت قصد دارد به‌طور کلی رویکردهای مراقبت را با توجه و تمرکز بر مراقبت بهتر، کارایی هزینه و بیماران سالم‌تر ارتقاء دهد.

ادامه جدول ۱۵: خلاصه فرم‌های نظام سلامت به‌ویژه نظام تأمین مالی و بیمه سلامت چند کشور

کشور	ردیف	فرم نظام تأمین مالی و بیمه سلامت
تایلند	۲۰	با تعهد سیاسی و مالی قوی، پوشش همگانی سلامت را می‌توان در سطح پایین درآمد شروع و به دست آورد
		صلح و رشد اقتصادی پایدار «پول بیشتر برای سلامت» را بسیج و گردآوری می‌نماید
		دسترسی همگانی به خدمات سلامت ضروری با کیفیت خوب هدف واقعی است
		ایجاد ظرفیت قوی در سیستم سلامت و تحقیقات سیاسی
		سیستم‌های مشارکتی دولتی مالکیت واقعی را تضمین می‌کنند
		واپسین درس کلیدی این‌که پوشش سلامت همگانی می‌تواند به بهترین شکل از طریق اصلاحات جامع و با ترکیب تغییر از طرف تقاضا (بیمه درمانی) و نیز تغییر از عرضه (افزایش منابع انسانی و تقویت مراقبت اولیه) به دست آید.
		درس دوم، اصلاحات باید با دقت مرحله‌به‌مرحله ادامه یابند، برای پیاده‌سازی قابل اجرا و معطوف اطلاع‌رسانی عمومی برای تغییر ضرورت دارد. در ترکیب سیاست‌های مهم هنگامی که شرایط اجتماعی - فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مطلوب شود و تغییرات تاکتیکی مانند کاهش هزینه‌ها و انتخاب گسترده ارائه‌دهندگان برای بهبود تجربه کاربران سیستم سلامتی، افزایش رضایت و حمایت آن‌ها را به دنبال داشته باشند اجرایی می‌شوند.
		درس سوم، پیاده‌سازی و اجرا هنگامی که تیم تحول از نزدیک با هماهنگ‌کننده‌هایی که عملیات روزمره را هر روز نظارت می‌کند و اطلاعات واقعی را با مشخص کردن دامنه، سرعت و عواقب احتمالی فعالیت‌های اصلاحاتی به‌منظور تعیین مشکلات اجرایی جمع‌آوری می‌کنند، آسان‌تر و امکان‌پذیرتر خواهد بود. تیم تغییرات سلامتی ترکیه بر تجربه بین‌المللی متمرکز شده و با آژانس‌هایی از جمله بانک جهانی، سازمان بهداشت جهانی و سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) همکاری می‌کند.
		چهارم، اهمیت دادن به بهبود پاسخگویی نظام سلامت به شهروندان است. پشتیبانی عمومی مشروعیت قانونی را برای اصلاحات ترکیه فراهم کرد و به غلبه بر مخالفان کمک نمود
		پنجم، شکل‌گیری سیاست‌های سریع و تصمیم‌گیری و پیاده‌سازی دقیق و مرحله‌به‌مرحله آن می‌تواند مخالفت‌های سازمان‌یافته و مقاومت بوروکراتیک برای اصلاحات (فرم پوشش همگانی) را از بین ببرد.

جدول ۶: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

اصلاحات و برنامه اصلاحی	متغیر	ردیف
مدیریت مراقبت از بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن چندگانه	ساختار و سازمان‌دهی	۱
سازمان‌دهی مجدد ساختار مرکزی دولت در چهار بخش: سلامت، دارو، ایمنی بیمار و فناوری اطلاعات		
اصلاح ساختاری غیرمتمرکز به‌منظور افزایش کارایی (تمرکز مسئولیت مدیریت در ساختار جدید)		
تمرکز ارائه خدمات در نظام شبکه‌های سلامت		
هماهنگی عمودی بین مراقبت‌های اولیه، مراقبت‌های درازمدت خانگی، مراقبت بیمارستانی و اجتماعی و نیز شبکه‌ها به‌منظور اصلاح مراقبت اورژانسی و فوریته‌ها		
سازمان‌دهی مجدد مراقبت‌های بیمارستان (۲۰۱۵)		
طراحی و اجرای اصلاحات به‌صورت غیرمتمرکز		
اصلاحات سطوح ضروری مراقبت، وضعیت بخش سلامت دولتی را تغییر می‌دهد و مراقبت‌های بیمارستانی، با شیفیت بیشتر درمان به سمت خدمات سرپایی حرکت می‌کند (۲۰۱۷)		
اصلاحات در کاهش زمان انتظار جراحی و جریان کمبود نیروی انسانی در بخش فوریته‌ها (۲۰۱۶)		
اصلاحات در سیستم مراقبت طولانی‌مدت (۲۰۱۶)		
اصلاحات در مراقبت‌ها و سلامت روان: به‌منظور بهبود ارتباط بین مراقبت‌های جسمی و روانی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی (۲۰۱۵)		
ارائه برنامه چندساله به‌منظور تسریع در فرآیند اصلاحات سال ۲۰۱۵ که شامل خریداران و ارائه‌دهندگان محلی در ۴۴ محل ارائه خدمات می‌باشد، برای تغییر و تبدیل نوع خدمات		
ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد		
توسعه خدمات پر اولویت (مانند مراقبت از سرطان و زوال عقل)		
ایجاد سیستم مراقبت سلامت کارآمد و پایدار		
بازنگری در برنامه پرداخت مراقبت پیوسته ۲۰۱۶ (CFS)		
مراقبت بلندمدت (۲۰۱۵)		
ارائه طرحی چهارساله برای مراقبت از بیماران مزمن که بر سه حوزه: مراقبت از بیمار، مراقبت مبتنی بر شواهد و پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری، تمرکز دارد. (۲۰۱۴)		

ادامه جدول ۴: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

اصلاحات و برنامه اصلاحی	متغیر	ردیف
اصلاح دسترسی همگانی به بیمه قانونی و اجباری		
اصلاحات قانونی در اصلاحات به‌منظور تقویت مراقبت‌های بلندمدت در سال ۲۰۱۶ در افرادی که دارای اختلالات جسمی، ذهنی و روان‌شناختی می‌باشند و بنابراین فقط جسمی		
ارزایی مقررات قانونی در حال اجرا (۲۰۱۶)		
تصویب مقررات تجدیدنظر شده حفاظت از پرتوها (در خدمات تصویربرداری)		
تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه بازنگری کلی قانون فدرال در آزمایش ژنتیک انسان‌ها		
تصویب مقررات تجدیدنظر در تعیین و تنظیم خطر در بیمه سلامت		
مشاروه در مورد اصلاح قانون فدرال در مورد بیمه سلامت برای معرفی سیستم قیمت مرجع		
تصمیم در مورد معرفی قانون فدرال در پرونده‌های الکترونیکی بیمار	قانون و مقررات	۲
قانون مراقبت قابل پرداخت اخیر در نظام سلامت آمریکا بوده است، اهداف اصلاحات نظام سلامت با توجه به این قانون، دسترسی به پوشش نزدیک به همگانی، قابل پرداخت بودن بیشتر پوشش و مراقبت، کیفیت و کارایی بالاتر، هزینه‌های پایین‌تر، ارائه مراقبت‌های اولیه و پیشگیرانه قوی و مجموعه وسیعی از منابع جامعه می‌باشد.		
تصویب برنامه عملیاتی طرح پیشگیری از خودکشی		
تصویب مصوبه و اجرای کنوانسیون Medicrime شورای اروپا		
ارائه برنامه چندساله به‌منظور تسریع در فرایند اصلاحات سال ۲۰۱۵ که شامل خریداران و ارائه‌دهندگان محلی در ۴۴ محل ارائه خدمات می‌باشد، برای تغییر و تبدیل نوع خدمات ارائه طرحی چهارساله برای مراقبت از بیماران مزمن که بر سه حوزه: مراقبت از بیمار، مراقبت مبتنی بر شواهد و پیشگیری و تشخیص زودهنگام بیماری، تمرکز دارد (۲۰۱۴)		

ادامه جدول ۴: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

اصلاحات و برنامه اصلاحی	متغیر	ردیف
اصلاح خدمات تسکینی و به هنگام مرگ بیماران	تکمیل پوشش و دسترسی	۳
تقویت اعتبارات برنامه دولتی دندانپزشکی		
بیماران با شرتا داشتن بیماری مزمن یا زنان باردار از سال ۲۰۱۷ به بعد از این دو برنامه به صورت اجباری برخوردار شدند.		
اصلاحات سلامتی برای پوشش افراد فقیر و فاقد بیمه سلامت به هر دلیل به صورت سقف پوششی ۴۴۰ دلاری برای هر خانوار		
ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد		
بازنگری در برنامه پرداخت مراقبت پیوسته ۲۰۱۶ (CCFs)		
مراقبت بلندمدت (۲۰۱۵)		
تضمین پایداری مالی		
دسترسی همگانی به سلامت		
رفع محدودیت‌های سنی (۲۰۱۵)		
شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر (۲۰۱۵)	تکمیل پوشش و دسترسی	۳
اهداف اصلاحات اخیر در تایوان شامل موارد: سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت NHI، PharmaCloud، بانک سلامت من و طرح‌های مخفف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است.		
ارتقاء سطح پوشش گروه‌های جمعیتی مختلف		

ادامه جدول ۴: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

رديف	متغير	اصلاحات و برنامه اصلاحي
۴	حفاظت مالي	مدیریت قیمت داروها در بخش دولتی و غیردولتی
		ایجاد بیمه بیماری‌های شدید برای بیماری‌های شديدی مانند سرطان، بیماری کلیوی و انفارکتوس حاد قلب و پوشش دولتی خدمات این بیمه
		مراقبت جامع برای بیماران مزمن از سال ۲۰۱۷
		اصلاح مراقبت اوزن‌سی و فوریته‌ها به‌منظور شناسایی بیماران با نیاز بالا و هزینه بالا و تسهیل ارائه خدمات به بیماران پیچیده از نظر مراقبت با تعدد فرآورده‌های سرانه
		تقویت اعتبارات برنامه دولتی دندانپزشکی
		بازنگری در برنامه پرداخت مراقبت پیوسته ۲۰۱۶ (CCFs)
		مراقبت بلندمدت (۲۰۱۵)
		تضمین پایداری مالی
		دسترسی همگانی به سلامت
		قابل پرداخت بودن خدمات و دسترسی به داروهای گران
		کاهش استرس مالی در خانه‌های پرستاری
		کاهش نابرابری‌های اجتماعی (از طریق دو برنامه عمده اصلاحات - فوق‌الذکر)
		توسعه پرداخت‌های شخص ثالث (نظام بیمه) برای مشاوه پزشکان
		افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مزمن و افزایش سقف و تعدد پوشش هزینه خدمات (Medicare) (۲۰۱۶)
		رفع محدودیت‌های سنی (۲۰۱۵)
		شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر (۲۰۱۵)
		کاهش اختلافات عدالت در خصوص زمان انتظار و درمان سرطان در سراسر کشور (۱۸-۲۰۱۵)
		ارتقاء سطح پوشش گروه‌های جمعیتی مختلف

ادامه جدول ۴: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

متغیر	ردیف
اصلاحات و برنامه اصلاحی	
ارائه طرح مدیریت کیفیت جدید برای بیمارستان‌ها در سال ۲۰۱۷ به‌منظور جایگزینی مدل موجود مبتنی بر اعتباربخشی طرح ارتقاء کیفیت بیمارستانی که جایگزین اعتبارسنجی است مبتنی بر فرهنگ اصلاح دائمی (permanent improvement culture) و مراقبت‌های سلامتی مبتنی بر ارزش (value-based health care)	
ارائه برنامه پنج‌ساله برای ارزشیابی مدل‌های مختلف مراقبت تحت عنوان پیشگامان (۲۰۱۵-۲۰۱۳)	
اصلاح مراقبت اورژانسی و فوریت‌ها به‌منظور شناسایی بیماران با نیاز بالا و هزینه بالا و تنوید ارائه خدمات به بیماران پیچیده از نظر مراقبت با عقد قراردادهای سرنه	
اصلاحات در حداقل سطح فعالیت و آستانه‌های کیفیت مداخله جراحی در سال برای شکستگی‌های فمور در بیمارستان‌های سطح دوم (۲۰۱۵)	
مراقبت جامع برای بیماران مزمن از سال ۲۰۱۷	
ارائه مراقبت مبتنی بر ارزش از سال ۲۰۱۵	
اصلاحات در کاهش زمان انتظار جراحی و جبران کمبود نیروی انسانی در بخش فوریت‌ها (۲۰۱۶)	
اصلاحات در سیستم مراقبت طولانی‌مدت (۲۰۱۶)	
اصلاحات در مراقبت‌ها و سلامت روان: به‌منظور بهبود ارتباط بین مراقبت‌های جسمی و روانی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی (۲۰۱۵)	کیفیت خدمات و مراقبت‌ها
مراقبت بلندمدت (۲۰۱۵)	۵
اصلاحات نظام سلامت قصد دارد به‌طور کلی رویکردهای مراقبت را با توجه و تمرکز بر مراقبت بهتر، کارایی هزینه و بیماران سالم‌تر ارتقاء دهد.	
کیفیت و عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک (۲۰۱۷)	
بهبود کیفیت و یعنی مراقبت از بیمار	
افزایش مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی بیشتر برای سلامت	
تأکید بر پیشگیری، مداخله زودهنگام و مراقبت از جامعه	
اصلاحات در مراقبت‌ها و سلامت روان: به‌منظور بهبود ارتباط بین مراقبت‌های جسمی و روانی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی (۲۰۱۵)	
کیفیت و عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک (۲۰۱۷)	
اهداف اصلاحات اخیر در تابوان شامل موارد: سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت NHU، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است.	

ادامه جدول ۶: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام های سلامت دنیا

اصلاحات و برنامه اصلاحی	متغیر	ردیف
مراقبت جامع برای بیماران مزمن از سال ۲۰۱۷		
اصلاح مراقبت اورژانسی و فوریت ها به منظور شناسایی بیماران با نیاز بالا و هزینه بالا و تشویق ارائه خدمات به بیماران پیچیده از نظر مراقبت با عقد قراردادهای سرانه		
ایجاد بیمه بیماری های شدید برای بیماری های ششماند سرطان، بیماری کلیوی و انفارکتوس حاد قلب و پوشش دولتی خدمات این بیمه		
اصلاح خدمات تسکینی و به هنگام مرگ بیماران		
تقویت اعتبارات برنامه دولتی دندانپزشکی		
اصلاحات در مراقبت ها و سلامت روان: به منظور بهبود ارتباط بین مراقبت های جسمی و روانی، افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی (۲۰۱۵)		
ایجاد سیستم جامع مراقبت های اجتماعی کارآمد	توسعه	
بازنگری در برنامه پرداخت مراقبت پیوسته ۲۰۱۶ (CCFs)	مراقبت های خاص	۶
مراقبت بلندمدت (۲۰۱۵)		
قابل پرداخت بودن خدمات و دسترسی به داروهای گران		
افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت های مزمن و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (Medisave) (۲۰۱۶)		
رفع محدودیت های سنی		
شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه های آسیب پذیر (۲۰۱۵)		
کاهش اختلافات عدالت در خصوص زمان انتظار و درمان سرطان در سر تا سر کشور (۲۰۱۵ - ۱۸)		
ارتقاء سطح پوشش گروه های جمعیتی مختلف		

ردیف	متغیر	اصلاحات و برنامه اصلاحی
۷	عالت و برابری	ایجاد بیمه بیماری‌های شدید برای بیماری‌های ششیدی مانند سرطان، کلیوی و انفارکتوس حاد قلب و پوشش دولتی خدمات این بیمه
		تأثیر نهایی نابرابری سلامت از طریق پایش ورودی‌های نظام و میزان استفاده بیماران از منابع پزشکی، تعیین و ارزیابی می‌شود.
		کاهش نابرابری‌های اجتماعی (از طریق دو برنامه عمده اصلاحات- فوق‌الذکر)
		ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد
		تضمین پایداری مالی
		دسترسی همگانی به سلامت
		قابل پرداخت بودن خدمات و دسترسی به داروهای گران
		کاهش نابرابری‌های اجتماعی (از طریق دو برنامه عمده اصلاحات- فوق‌الذکر)
		توسعه پرداخت‌های شخصی ثالث (نظام بیمه) برای مشاوره پزشکان
		افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مریض و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (Medisave ۲۰۱۶)
۸	مافیت یا تشفیف برای افراد آسیب‌پذیر	رفع محدودیت‌های سنی (۲۰۱۵)
		شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر (۲۰۱۵)
		کاهش اختلافات عدالت در خصوص زمان انتظار و درمان سرطان در سر تا سر کشور (۱۸-۲۰۱۵)
		ارتقاء سطح پوشش گروه‌های جمعیتی مختلف
		کاهش نابرابری‌های اجتماعی (از طریق دو برنامه عمده اصلاحات- فوق‌الذکر)
		توسعه پرداخت‌های شخصی ثالث (نظام بیمه) برای مشاوره پزشکان
		قابل پرداخت بودن خدمات و دسترسی به داروهای گران
		کاهش استرس مالی در خانواده‌های پرستاری
		افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مریض و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (Medisave ۲۰۱۶)
		رفع محدودیت‌های سنی
۸	مافیت یا تشفیف برای افراد آسیب‌پذیر	شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر (۲۰۱۵)
		کاهش اختلافات عدالت در خصوص زمان انتظار و درمان سرطان در سر تا سر کشور (۱۸-۲۰۱۵)
		ارتقاء سطح پوشش گروه‌های جمعیتی مختلف
		کاهش نابرابری‌های اجتماعی (از طریق دو برنامه عمده اصلاحات- فوق‌الذکر)
		توسعه پرداخت‌های شخصی ثالث (نظام بیمه) برای مشاوره پزشکان
		قابل پرداخت بودن خدمات و دسترسی به داروهای گران
		کاهش استرس مالی در خانواده‌های پرستاری
		افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مریض و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (Medisave ۲۰۱۶)
		رفع محدودیت‌های سنی
		شناسایی و رفع مشکلات افراد و گروه‌های آسیب‌پذیر (۲۰۱۵)

ادامه جدول ۶: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

متغیر	اصلاحات و برنامه اصلاحی	ردیف
۹ مشارکت بخش خصوصی	به کارگیری بخش خصوصی برای ارائه بیمه تکمیلی استاندارد پوشش بیمه تجاری برای اعمال جراحی و الزام پرداخت VHI به جراحان از طریق بیمارستان‌ها (از طریق بیمه‌های تجاری خصوصی ۲۰۱۶)	۹
۱۰ پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر	وجود برنامه پیشگیری از دیابت در برنامه ۵ ساله آئی تصویب استراتژی ملی برای پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر (Non-Communicable Diseases) افزایش نرخ مشارکت در بیمه مراقبت‌های درازمدت به‌منظور تأمین هزینه‌های ناشی از پوشش مراقبت‌های بلندمدت تضمین پایداری مالی افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مزمن و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه تبدیل نوع خدمات ارائه برنامه چندساله به‌منظور تسریع در فرآیند اصلاحات سال ۲۰۱۵ که شامل خریداران و ارائه‌دهندگان محلی در ۴۴ محل ارائه خدمات می‌باشد، برای تغییر و تبدیل نوع خدمات ادامه رقابت بین بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان با افزایش پذیرش ریسک مالی بین آن‌ها پوشش سلامت همگانی می‌تواند به بهترین شکل از طریق اصلاحات جامع و با ترکیب تغییر از عرضه (افزایش منابع انسانی و تقویت مراقبت اولیه) به دست آید. با تعهد سیاسی و مالی قوی، پوشش همگانی سلامت را می‌توان در سطح پایین درآمد شروع و به دست آورد صلح و رشد اقتصادی پایدار «پول بیشتر برای سلامت» را بسیج و گردآوری می‌نماید افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مزمن و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات	۱۰
۱۱ تأمین مالی و تضمین پایداری آن		۱۱

اصلاحات و برنامه اصلاحی	متغیر	ردیف
تجربیات ترکیه پنج درس کلیدی را در خصوص پوشش همگانی ارائه می‌دهد. اولین درس کلیدی این‌که: پوشش سلامت همگانی می‌تواند به بهترین شکل از طریق اصلاحات جامع و با ترکیب تغییر از طرف تقاضا (بیمه درمانی) و نیز تغییر از عرضه (افزایش منابع انسانی و تقویت مراقبت اولیه) به دست آید.		
درس دوم، اصلاحات باید با دقت مرحله‌به‌مرحله ادامه یابد، برای پیاده‌سازی قابل اجرا و معصف اطلاع‌رسانی عمومی برای تغییر ضرورت دارد. در ترکیه، سیاست‌های مهم هنگامی که شرایط اجتماعی-فرهنگی، اقتصادی و سیاسی مطلوب شود و تغییرات تاکتیکی مانند کاهش هزینه‌ها و انتخاب گسترده ارائه‌دهندگان برای بهبود تجربه کاربران سیستم سلامتی، افزایش رضایت و حمایت آن‌ها را به دنبال داشته باشد، اجرایی می‌شوند.		
درس سوم، پیاده‌سازی و اجرا هنگامی که تیم تحول از نزدیک با هماهنگ‌کننده‌هایی که عملیات روزمره را هر روز نظارت می‌کند و اطلاعات واقعی را با مشخص کردن دامنه، سرعت و عواقب احتمالی فعالیت‌های اصلاحی به‌منظور تسهیل مشکلات اجرایی جمع‌آوری می‌کنند، آسان‌تر و امکان‌پذیرتر خواهد بود. تیم تغییرات سلامتی ترکیه بر تجربه بین‌المللی متمرکزکننده و با آژانس‌هایی از جمله بانک جهانی، سازمان بهداشت جهانی و سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD) همکاری می‌کند.		
چهارم، اهمیت دادن به بهبود پاسخگویی نظام سلامت به شهروندان است، پشتیبانی عمومی مشروعبیت قانونی را برای اصلاحات ترکیه فراهم کرد و به غلبه بر مخالفان کمک نمود و پنجم، شکل‌گیری سیاست‌های سریع و تصمیم‌گیری و پیاده‌سازی دقیق و مرحله‌به‌مرحله آن می‌تواند مخالفت‌های سازمان‌یافته و مقاومت بوروکراتیک برای اصلاحات پوشش همگانی) را از بین ببرد.	دسترسی به همگانی به سلامت	۱۲
با تعهد سیاسی و مالی قوی، پوشش همگانی سلامت را می‌توان در سطح پایین درآمد شروع و به دست آورد		
صلح و رشد اقتصادی پایدار «بول بیشتر برای سلامت» را تسهیل و گردآوری می‌نماید		
دسترسی همگانی به خدمات سلامت ضروری با کیفیت خوب هدف واقعی است		
ایجاد ظرفیت قوی در سیستم سلامت و تحقیقات سیاسی		
سیستم‌های مشارکتی دولتی مالکیت واقعی را تضمین می‌کنند		
افزایش پوشش در بود بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مزمن و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (Medisave) (۲۰۱۶)		
اهداف اصلاحات اخیر در تایوان شامل موارد سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت NHF، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات چهار هزینه‌ها بوده است.		
اصلاحات در برنامه فول تایی (۲۰۱۶)		
داده‌های مقایسه‌ای در مورد عملکرد بیمارستان (۲۰۱۵)		
بهبود عملکرد سیستم	بهبود عملکرد سیستم	
استمرار در ارائه مراقبت سلامتی یکپارچه و همکاری		
اهداف اصلاحات اخیر در تایوان شامل موارد: سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت NHF، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات چهار هزینه‌ها بوده است.		

ادامه جدول ۶: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

اصلاحات و برنامه اصلاحی		متغیر	ردیف
ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد	افزایش پوشش در دو بعد جمعیت نیازمند به مراقبت‌های مزمن و افزایش سقف و تعهد پوشش هزینه خدمات (Medisare) (۲۰۱۶)	ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی	۱۴
	اهداف اصلاحات اخیر در تایوان شامل موارد: سیستم بودجه گلوله، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت NHI، PharmaCloud، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است.	مراقبت‌های اجتماعی کارآمد	
	بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار		
	افزایش مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی بیشتر برای سلامت	بهبود ایمنی مراقبت از بیمار	
	تأکید بر پیشگیری، مداخله زودهنگام و مراقبت از جامعه	۱۵	
اصلاحات در مراقبت‌ها و سلامت روان: به‌منظور بهبود ارتباط بین مراقبت‌های جسمی و روانی، ایمنی و افزایش دسترسی به خدمات سلامت روان و افزایش کارایی (۲۰۱۵)	کیفیت و عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق و ایمنی بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک (۲۰۱۷)		
	افزایش مسئولیت‌پذیری فردی و اجتماعی بیشتر برای سلامت	بهبود سواد و توانمندسازی بیمار	۱۶
	بهبود کیفیت و ایمنی مراقبت از بیمار		
	تأکید بر پیشگیری، مداخله زودهنگام و مراقبت از جامعه		
	ادامه رقابت بین بیمه‌گران و ارائه‌دهندگان با افزایش پذیرش ریسک مالی بین آن‌ها		
عدم تعامل قدرت، بین بیمه‌گران در مزیت‌های داده‌شده به ارائه‌دهندگان	اهداف اصلاحات اخیر در تایوان شامل موارد: سیستم بودجه گلوله، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت NHI، PharmaCloud، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است.		
	با استناد به قانون MACRA دو سیستم مدل‌های پرداخت جایگزین پیشرفته (APM) و سیستم پرداخت انگیزشی مبتنی بر صلاحیت (MIPS) براساس برنامه B مدیکور ایجادشده است.		
	هدف APM پیشرفت در برنامه‌هایی مانند ACOs، ارائه خدمات پزشکی در خانه و پرداخت‌های همراه برای جایگزینی مشترک و مراقبت‌های قلبی می‌باشد.	اصلاح نظام‌های پرداخت	۱۷
	هدف MIPS تغییر پرداخت‌های سستی به ازای خدمت (FFS) به مبتنی بر ارزش (VBP) می‌باشد برای این تغییر میزان پرداخت به ازای هر سرویس (FFS) به چند عامل: کیفیت، هزینه، تالان‌های ارائه‌دهنده برای استفاده از فناوری اطلاعات سلامت و اقدامات اصلاحی، بستگی دارد.		
	تغییر روش‌های پرداخت به‌صورت عمده (۵۰ درصد) تا سال ۲۰۱۸ از طریق نظام‌های پرداخت جایگزین / APM از سال ۲۰۱۶		

ادامه جدول ۶: متغیرهای اصلاحات اخیر در نظام‌های سلامت دنیا

ردیف	متغیر	اصلاحات و برنامه اصلاحی
۱۸	آینده‌پژوهی و نوآوری	طرح اولیه برخی از چالش‌ها و فرصت‌هایی که سیستم با آن روبرو شده و آینده‌ی موزدنظر را شرح می‌دهد از جمله فرهنگ پایه و ارزش‌ها (۲۰۱۶)
۱۹	نوآوری تکنولوژیک و رزینی فنی‌آوری سلامت	نوآوری تکنولوژیک بازسازی نظام بورکراسی سلامت دولتی با استفاده از تکنولوژی اطلاعات (۲۰۱۶) کیفیت و عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک (۲۰۱۷) تصویب منابع برای ایجاد واحد ارزیابی فنی‌آوری سلامت بازسازی نظام بورکراسی سلامت دولتی با استفاده از تکنولوژی اطلاعات (۲۰۱۶) داده‌های مقایسه‌ای در مورد عملکرد بیمارستان (۲۰۱۵) ایجاد ظرفیت قوی در سیستم سلامت و تحقیقات سیاسی کیفیت و عدالت مراقبت، هماهنگی مراقبت، حقوق بیمار و سرمایه‌گذاری در سلامت الکترونیک (۲۰۱۷) تصمیم در مورد معرفی قانون فدرال در پرونده‌های الکترونیک بیمار اهداف اصلاحات اخیر در تایوان شامل موارد: سیستم بودجه گلوبال، پرداخت DRGs برای بیمارستان‌ها، پرداخت هزینه برای عملکرد (P4P)، کارت NHI، PharmCloud، بانک سلامت من و طرح‌های مختلف با هدف ارتقاء کیفیت خدمات و مهار هزینه‌ها بوده است.
۲۱	اصلاح مراقبت‌های اولیه	بهبود شرایط دسترسی در مراقبت‌های اولیه (۲۰۱۰)
۲۲	بازنگری در بسته خدمات	مشاوره در مورد بازنگری مجدد خدمات پزشکی مکمل در بیمه اجباری سلامت اصلاحات نسل دوم NHI

در جدول زیر رتبه متغیرهای تأثیرگذار در اصلاحات بیمه سلامت براساس تکرار و فراوانی در برنامه‌های اصلاحات در کشورهای منتخب آورده شده است:

جدول ۷: فراوانی متغیرهای تأثیرگذار در اصلاحات اخیر در نظام‌های بیمه سلامت دنیا

ردیف	موارد اصلاحات (اصلاحی) نظام‌های بیمه سلامت	رتبه براساس فراوانی در برنامه‌های اصلاحات سایر کشورها	فراوانی برنامه‌های مشترک
۱	حفاظت مالی	۱	۱۹
۲	کیفیت خدمات و مراقبت‌ها	۱	۱۹
۳	ساختار و سازمان‌دهی	۲	۱۸
۴	توسعه مراقبت‌های خاص	۳	۱۵
۵	عدالت و برابری	۴	۱۴
۶	تکمیل پوشش و دسترسی	۵	۱۳
۷	قانون و مقررات	۵	۱۳
۸	دسترسی همگانی به سلامت	۶	۱۲
۹	تأمین مالی و تضمین پایداری آن	۷	۹
۱۰	معافیت یا تخفیف برای افراد آسیب‌پذیر	۷	۹
۱۱	بازسازی نظام اطلاعات	۸	۶
۱۲	اصلاح نظام‌های پرداخت	۸	۶
۱۳	بهبود ایمنی مراقبت از بیمار	۹	۵
۱۴	بهبود عملکرد سیستم	۹	۵
۱۵	نوآوری تکنولوژیک و ارزیابی فن‌آوری سلامت	۱۰	۴
۱۶	ایجاد سیستم جامع مراقبت‌های اجتماعی کارآمد	۱۱	۳
۱۷	بهبود سواد و توانمندسازی بیمار	۱۱	۳
۱۸	بازنگری در بسته خدمات	۱۲	۲
۱۹	مشارکت بخش خصوصی	۱۲	۲
۲۰	پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر	۱۲	۲
۲۱	آینده‌پژوهی و نگاری	۱۳	۱
۲۲	اصلاح مراقبت‌های اولیه	۱۳	۱

جدول ۶ بیانگر این است که در ۲۵ کشور مورد مطالعه، متغیرهای مؤثر در رفم‌های تأمین مالی و بیمه سلامت جهان چه بوده است. در بخش اخیر و جدول ۷ به خلاصه‌سازی و بررسی جزئی موضوعات و اقدامات رفمی کشورها عمدتاً براساس گزارش صندوق جهانی در سال ۲۰۱۷ و سایر مقالات دیگر پرداخته شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود موضوعات رفمی هر کشور مورد بررسی قرار گرفته و با مشترک بودن عنوان موضوع و اقدام رفمی با کشور دیگر اقدام به دسته‌بندی و نام‌گذاری مشترک تحت عنوان یک متغیر مرتبط شده است. در این طبقه‌بندی هر اقدام رفمی کشورهای مورد مطالعه در یکی از این طبقه‌بندی‌ها واقع شده و متغیر مؤثر را در مجموع کشورها ایجاد نموده است. ۲۲ متغیر مؤثر شناسایی شده که به‌منظور رتبه‌بندی آن‌ها از تکرارپذیری آن‌ها (به ازای هر کشور) استفاده شده و جدول ۷ استخراج شده است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد (در جدول ۲)، فراوانی بیشتر اقدامات رفمی در کشورهای مورد مطالعه منجر به شکل‌گیری طبقه‌بندی متغیرها شده است و ۱۰ متغیر مؤثر اصلی با فراوانی بیشتر به شرح زیر بوده است:

- حفاظت مالی
- کیفیت خدمات و مراقبت‌ها
- ساختار و سازمان‌دهی
- توسعه مراقبت‌های خاص
- عدالت و برابری
- تکمیل پوشش و دسترسی
- قانون و مقررات
- دسترسی همگانی به سلامت
- تأمین مالی و تضمین پایداری آن
- معافیت یا تخفیف برای افراد آسیب‌پذیر

فصل چهارم

تاریخچه تأمین مالی و بیمه سلامت در ایران

مقدمه

در این قسمت به تاریخچه تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت در ایران موردبررسی قرار می‌گیرد.

تاریخچه مختصری از نظام سلامت و بیمه در ایران

سلامت بین‌الملل در سال ۱۹۴۶ میلادی عالی‌ترین ثمرات خود را به بار آورد. در این سال اساسنامه سازمان بهداشت جهانی به تصویب رسید؛ ولی این اساسنامه در سال ۱۹۴۸ میلادی به مرحله اجرا گذارده شد. کشور ایران یکی از اعضای این سازمان است.

در حقیقت تاریخچه بهداشت (سلامت) عمومی نوین در ایران را باید با افتتاح دارالفنون در دوره قاجاریه توسط میرزا تقی‌خان امیرکبیر آغاز کرد. دکتر تولوزان فرانسوی در سال ۱۲۴۳ خورشیدی به تهران آمد، او هم طبیب ناصرالدین‌شاه و هم استاد دارالفنون بود. پس از چندی به دنبال قحطی‌های مکرر و اپیدمی‌های و با به پیشنهاد دکتر تولوزان سازمانی به نام مجلس حفظالصحه شروع به کارکرد که در حقیقت اولین سازمان کشوری در زمینه بهداشت عمومی بود. ریاست عالی‌ه این سازمان با وزیر فواید عامه و ریاست اجرایی آن با دکتر تولوزان بود. او نه‌تنها مجلس حفظالصحه را بنیان گذاشت بلکه سازمان قرنطینه را تأسیس کرد در سال ۱۳۰۰ خورشیدی نام مجلس حفظالصحه به شورای عالی صحیه تبدیل شد و بعداً اداره صحیه عمومی در وزارت فواید عامه تأسیس شد و شورای عالی صحیه عملاً تعطیل گردید و بالاخره در سال ۱۳۲۰ وزارت بهداری تأسیس گردید سازمان‌های اداری بهداشت عمومی وزارت بهداری در ایران به‌عنوان یک وزارت مستقل از سال ۱۳۲۱ شروع به کار کرد.

تاریخچه بیمه خدمات درمانی

تاریخچه بیمه در ایران نشان می‌دهد نخستین بار در سال ۱۳۲۶، کارکنان شرکت دخانیات ایران بیمه درمانی شده و دفترچه بیمه دریافت کردند. بعد از آن هم تعدادی از سازمان‌های دولتی دیگر زیر پوشش این بیمه قرار گرفتند.

در سال ۱۳۲۵، «سازمان بیمه خدمات درمانی» راه‌اندازی شد و در سال ۱۳۵۶ این سازمان و «سازمان تأمین اجتماعی» در وزارت بهداری ادغام شدند تا این که بعد از پیروزی انقلاب اسلامی و در سال ۱۳۵۹ دوباره سازمان تأمین اجتماعی از وزارت بهداری جدا شد و به‌صورت مستقل به فعالیت خود ادامه داد. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در سال ۱۳۷۳ توسط مجلس شورای اسلامی تصویب شد

و براساس آن سازمان بیمه خدمات درمانی به صورت تشکیلاتی جداگانه و مستقل در کشور تشکیل گردید. هدف از تشکیل این سازمان رفع نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در حوادث و سوانح به صورت بیمه همگانی بوده که کارمندان دولت و بیمه‌شدگان اختیاری را تحت پوشش قرار داده بود.

از بیمه خدمات درمانی تا بیمه سلامت

در طول فعالیت هر مجموعه، مؤسسه و سازمان موفقیت فعالیت‌های شاخصی انجام می‌شود که نشانگر کمیت و کیفیت عملکرد آن نهاد است. مروری بر فهرست این فعالیت‌ها به خوبی سطح توانایی، پویایی و دانش مداری نهاد مذکور را نشان می‌دهد و می‌توان براساس آن میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده را مشخص نمود. سازمان بیمه خدمات درمانی از سال ۱۳۷۳ که قانون آن تصویب شد تا سال ۱۳۹۱ که به سازمان بیمه سلامت ایران ارتقاء یافت، راهی طولانی را طی نموده که برخی از اقدامات شاخص آن در روزشمار یا به عبارت بهتر سال‌شمار زیر ارائه گردیده است:

- طرح لایحه نظام بیمه خدمات درمانی کشور از سوی دولت وقت در مجلس شورای اسلامی در شورهای اول (۱۵ فروردین) و دوم (۲۳ شهریور) سال ۱۳۷۳
- تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در جلسه علنی مجلس شورای اسلامی در ۳ آبان ۱۳۷۳
- تأیید عدم مغایرت قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور با شرع اسلام و قانون اساسی ایران توسط شورای نگهبان در ۱۱ آبان ۱۳۷۳
- ابلاغ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور توسط رئیس وقت مجلس شورای اسلامی در ۱۷ آبان ۱۳۷۳
- پیشنهاد اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی در هیأت وزیران در ۲۴ اسفند ۱۳۷۳
- ابلاغ اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی توسط معاون اول رئیس‌جمهور وقت در ۲۳ اردیبهشت ۱۳۷۴
- آغاز به کار سازمان بیمه خدمات درمانی در مهر ۱۳۷۴
- تأمین پوشش بیمه درمان برای کارکنان دولت، خویش‌فرمایان، خانواده شهدا، جانبازان، روحانیون، طلاب حوزه‌های علمیه و دانشجویان از مهر ۱۳۷۴
- مکانیزه کردن دریافت اسناد پزشکی از مراکز تشخیصی درمانی طرف قرارداد به منظور کاهش خطا و تسریع در رسیدگی به اسناد پزشکی و اخذ آمار هزینه‌های خدمات تشخیصی درمانی مورد استفاده

بیمه‌شدگان از مردادماه ۱۳۸۲

- تأمین پوشش بیمه درمان در بخش‌های خدمات سرپایی تخصصی و بستری برای روستاییان و عشایر همراه با ارائه کارت بیمه درمان روستایی از سال ۱۳۷۶ تا سال ۱۳۸۴
- انتشار نشریه خبری، علمی، آموزشی بیمه همگانی خدمات درمانی به‌عنوان نخستین نشریه تخصصی بیمه درمان کشور و به‌منظور انعکاس اخبار و اطلاعات بیمه درمان پایه، آموزش کارکنان سازمان، گسترش دانش اقتصاد سلامت، آشنایی دانشجویان و دانش‌آموختگان حوزه سلامت و توسعه فرهنگ بیمه سلامت در کشور از شهریور ۱۳۷۶
- راه‌اندازی اتصال ادارات شهرستانی سازمان به ادارات کل استانی از طریق خط VPN جهت تسریع در امور بیمه‌گری از سال ۱۳۷۸
- راه‌اندازی سامانه جامع بیمه‌گری برای ثبت‌نام بیمه‌شدگان و صدور، تعویض، تمدید و ابطال دفترچه بیمه درمان از سال ۱۳۸۰
- تأمین پوشش بیمه درمان در بخش بستری برای شهرنشینان فاقد بیمه درمان در طرح بیمه بستری شهری از سال ۱۳۸۱
- راه‌اندازی پایگاه اطلاع‌رسانی الکترونیک سازمان و پورتال‌های ادارات کل استانی به‌منظور اطلاع‌رسانی عمومی و ارائه خدمات غیرحضوری از سال ۱۳۸۲
- واگذاری خدمات بیمه‌گری به بخش خصوصی در راستای کاهش تصدی‌گری دولت در قالب انعقاد قرارداد با ۲۸۷ نمایندگی خصوصی در سطح کشور از سال ۱۳۸۲
- راه‌اندازی سامانه جامع رسیدگی به اسناد پزشکی در سه سطح از سال ۱۳۸۴
- ارتقاء پوشش بیمه درمان روستاییان به کلیه خدمات درمانی پایه برای روستاییان، عشایر و ساکنان شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر همراه با جایگزینی دفاتر بیمه درمان به‌جای کارت بیمه درمان در چهارچوب نظام ارجاع و پزشک خانواده از ابتدای سال ۱۳۸۴
- ادغام صندوق‌های بیمه درمان خویش‌فرمایان و بستری شهری و تشکیل صندوق بیمه درمان ایرانیان از دی ۱۳۸۷
- تأمین بیمه درمان برای افراد فاقد آن در مناطق شهری در قالب صندوق بیمه درمان ایرانیان با دریافت ۵۰ درصد حق بیمه سرانه از ایشان و نیز ارائه تخفیف‌های ویژه و کاهش حق بیمه سرانه تا حد ۱۵ درصد برای اقشار نیازمند مورد تأیید کمیته امداد از سال ۱۳۸۷

- اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در شهرهای با جمعیت کمتر از ۵۰ هزار نفر در ۳ استان منتخب از بهمن ۱۳۸۹
- اجرای طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده در مناطق شهری از سال ۱۳۹۰
- ارائه طرح اولیه تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران براساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه کشور به منظور جمعیت منابع، رفع همپوشانی بیمه‌ای، برقراری عدالت در دسترسی به خدمات سلامت، ارائه بسته خدمتی یکسان بیمه پایه درمان، کاهش موازی کاری و اتلاف منابع در سال ۱۳۹۰
- تصویب اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران در هیأت وزیران در ۹ بهمن ۱۳۹۰
- تأیید اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران توسط شورای نگهبان در ۲۲ مرداد ۱۳۹۱
- آغاز به کار سازمان بیمه سلامت ایران از اول مهر ۱۳۹۱
- ۱۵ اردیبهشت ۱۳۹۳ همکاری در اجرای برنامه تحول سلامت و پوشش همگانی رایگان افراد فاقد بیمه پایه سلامت
- اصلاح بسته بیمه پایه سلامت در پی ابلاغ کتاب ارزش نسبی از اول مهر ۱۳۹۳
- ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت در فروردین ماه ۱۳۹۳ خورشیدی و به موجب بند ۲-۷ آن احاله مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها
- در اینجا محوریت وزارت بهداشت قاعداً در چهارچوب وظایف تولیدی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مذکور در بند ۷-۱ سیاست‌های کلی سلامت است.
- احاله مجدد تولید بیمه سلامت کشور در سال ۱۳۹۵ به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و الحاق مجدد سازمان بیمه سلامت ایران به این وزارت به موجب بند «الف» ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه.

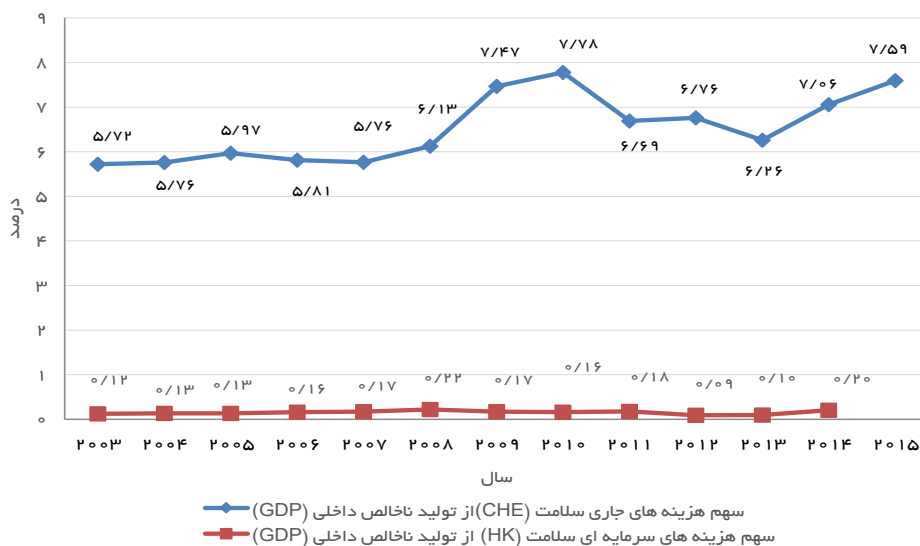
فصل پنجم

وضعیت ایران در شاخص های تأمین مالی نظام سلامت

مقدمه

بررسی وضعیت تأمین مالی نظام سلامت ایران در این فصل در چهار قسمت مجزا در مقایسه با سال های گذشته، کشورهای منطقه، کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی^۱ و کشورهایی با درآمد متوسط به بالا^۲ ارائه می گردد و در پایان هر قسمت نیز تحلیل وضعیت موجود قرار دارد.

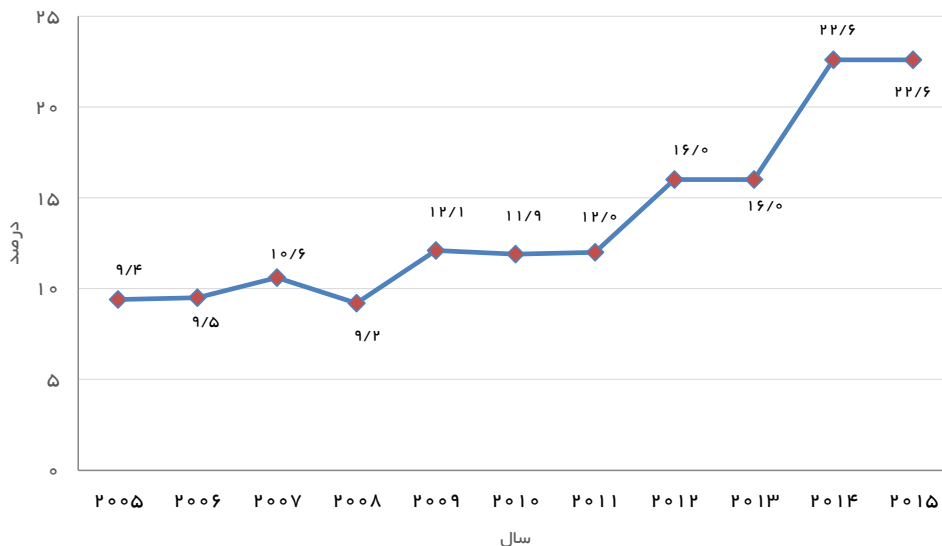
مقایسه ایران طی سال های اخیر



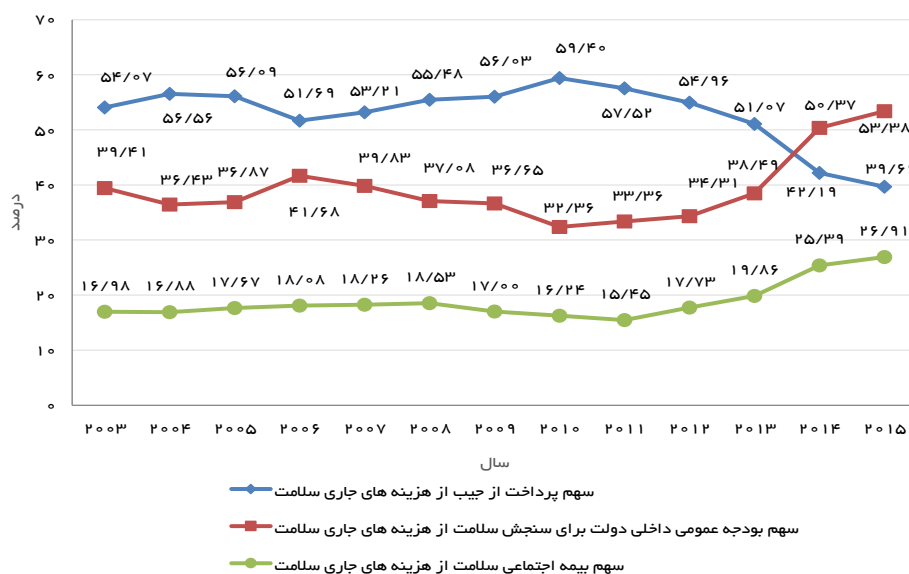
نمودار ۱: مقایسه ایران در شاخص های سهم هزینه های جاری و سرمایه ای سلامت از تولید ناخالص داخلی (درصد) طی سال های ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴

1- Organization for Economic Cooperation and Development/OECD

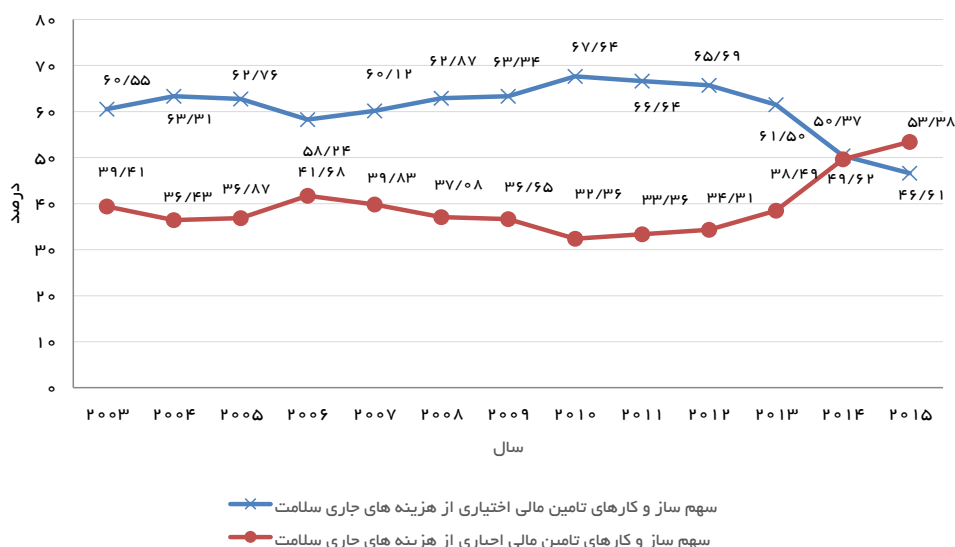
2- Upper middle Income Countries



نمودار ۲: مقایسه ایران در شاخص درصد سهم بودجه عمومی داخلی دولت برای سلامتی از بودجه عمومی دولت سال‌های ۲۰۱۵/۱۳۹۴ تا ۲۰۰۵/۱۳۸۴



نمودار ۳: مقایسه ایران در شاخص های درصد سهم بودجه عمومی داخلی دولت برای سلامت، بیمه های اجتماعی سلامت و پرداخت از جیب از هزینه های جاری سلامت سال های ۲۰۱۵/۱۳۹۴ تا ۲۰۰۳/۱۳۸۲



نمودار ۴: مقایسه ایران در شاخص های درصد سهم ساز و کارهای تأمین مالی اجباری و اختیاری از هزینه های جاری سلامت طی سال های ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴

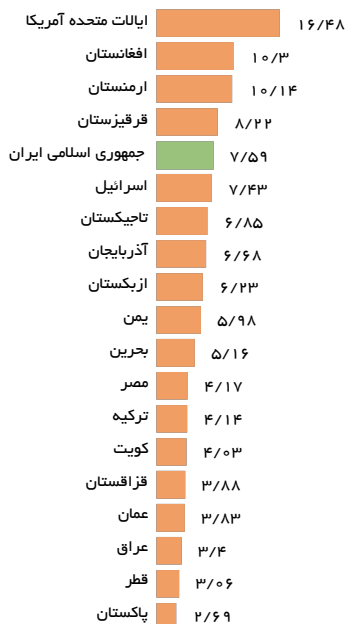
همان گونه که ملاحظه می شود در طی سال های ۲۰۱۴-۲۰۰۵ میلادی، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۶/۰۶٪ در ۲۰۰۵ به ۸/۰۲٪ در ۲۰۱۰ رسیده و سپس تا ۶/۸۹٪ در ۲۰۱۴ کاهش یافته است؛ اما سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت طی همین مدت افزایشی محسوس داشته است و از ۹/۵۵٪ به ۱۷/۵۳٪ رسیده و تقریباً ۲ برابر شده است. سهم بیمه های اجتماعی از بودجه عمومی دولت کاهش یافته و از ۴۵/۳۵٪ در ۲۰۱۰ به ۳۱/۳۳٪ در ۲۰۱۴ رسیده است. سهم پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت نیز کاهش کمی یافته و از ۵۴/۸۹٪ در ۲۰۱۰ به ۴۷/۸۰٪ در ۲۰۱۴ رسیده است. پس از اجرای برنامه تحول سلامت و تخصیص ۱۰٪ منابع حاصل از اجرای قانون هدفمندسازی یارانه ها و ۱٪ مازاد مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت، انتظار می رود که سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸ باز هم افزایش یافته باشد. طی همین مدت و براساس داده های مرکز آمار ایران، سهم پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت به ۴۶٪ رسیده است. سهم منابع بیرونی از کل هزینه های سلامت، بسیار اندک و کمتر از ۱٪ بوده است. علیرغم کاهش سهم هزینه های خصوصی سلامت از کل هزینه های سلامت از ۶۱/۵۲٪ در ۲۰۰۵ به ۵۰/۲۲٪ در ۲۰۱۴، کماکان بیش

از ۵۰٪ کل هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی بوده و کماکان بیش از ۸۰٪ این هزینه‌ها از طریق پرداخت مستقیم از جیب مردم تأمین می‌گردد؛ که بسیار ناپایدار است. با توجه به این داده‌ها می‌توان استنباط نمود که کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم در طی سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶، ناشی از افزایش قابل‌ملاحظه سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت بوده که آن‌هم بجای این که صرف تقویت برنامه‌های پیش‌پرداخت و بیمه‌های سلامت شود، در نقطه دریافت خدمات هزینه گردیده که واجد کمترین بهره‌وری است.

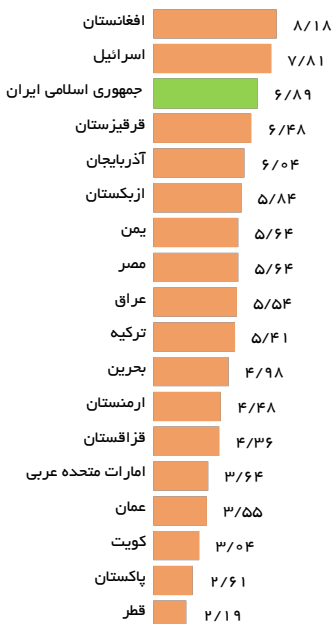
سیر نزولی سهم بیمه‌های اجتماعی-درمانی از کل هزینه‌های سلامت مؤید این واقعیت است که برخلاف بند ۲-۷ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر لزوم مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بخش اعظم منابع مالی نظام سلامت از طریق روش‌هایی به‌جز روشهای بیمه‌ای مدیریت می‌گردند. علاوه بر این موارد باید توجه داشت که کماکان بیش از نیمی از کل هزینه‌های سلامت کشور در بخش خصوصی مصرف می‌گردد که نقش بیمه‌های پایه سلامت در آن‌ها بسیار ضعیف بوده و همان‌گونه که مشاهده می‌گردد کماکان بیش از ۸۰ درصد این هزینه از طریق سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم تأمین می‌گردد. همچنین باید توجه داشت که پس از بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت و افزایش ۲۲۰ درصدی تعرفه‌های خدمات سلامت که تنها با استفاده از افزایش در سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت تأمین گردید، هرگونه کاهش درآمدهای دولت، می‌تواند موجب کاهش سریع سرانه بخش سلامت از بودجه عمومی دولت و به‌صورت پارادوکسیکال افزایش شدید سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت گردد.

مقایسه ایران با کشورهای منطقه

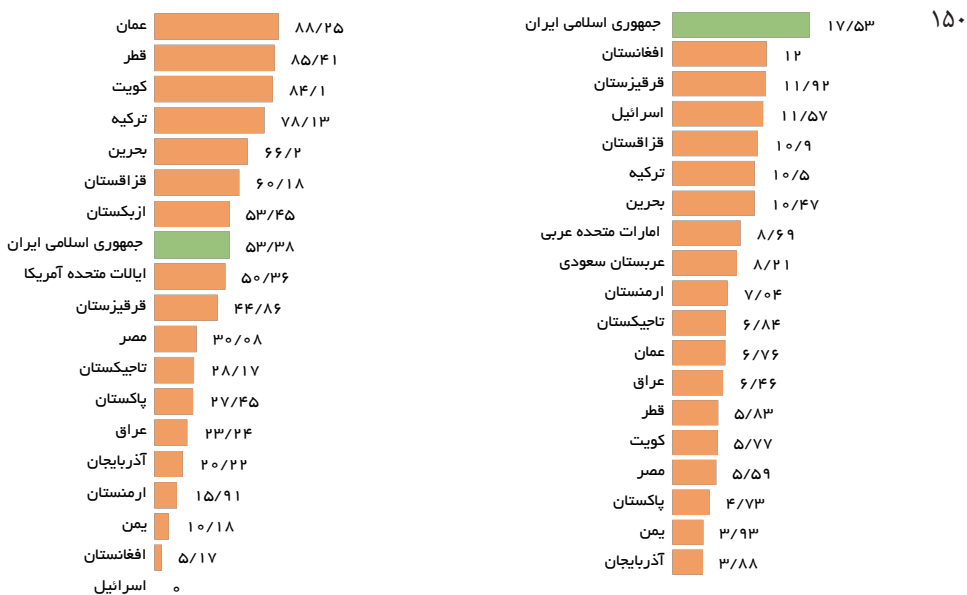
در مجموعه نمودارهای زیر وضعیت کشور را در تعدادی از شاخص های اصلی تأمین مالی در مقایسه با کشورهای منطقه مشاهده می کنید.



نمودار ۶: مقایسه سهم هزینه های جاری بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای منطقه (درصد) - سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵



نمودار ۵: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای منطقه (درصد) - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار ۷: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از بودجه

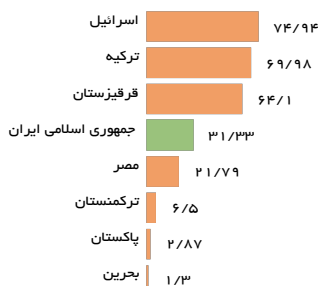
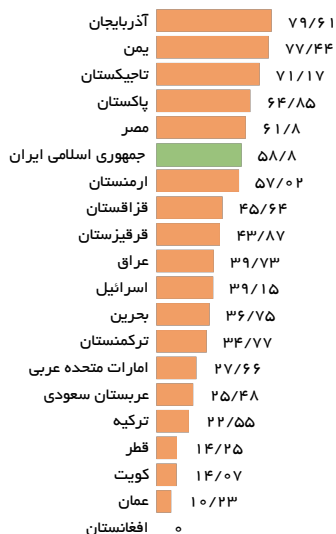
عمومی دولت با کشورهای منطقه (درصد)- سال

۱۳۹۳/۲۰۱۴

نمودار ۸: مقایسه سهم هزینه‌های جاری بخش سلامت

کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای منطقه

(درصد)- سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵



نمودار ۹: مقایسه سهم بیمه‌های اجتماعی برای سلامت از

هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت با کشورهای منطقه

(درصد)- سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴ *

* از سایر کشورهای منطقه، اطلاعاتی در مورد این شاخص از سوی

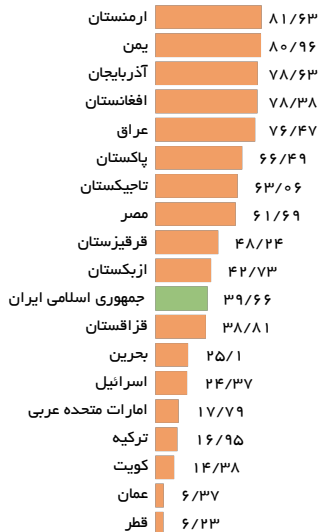
سازمان جهانی بهداشت منتشر نشده است.

نمودار ۱۰: مقایسه سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت

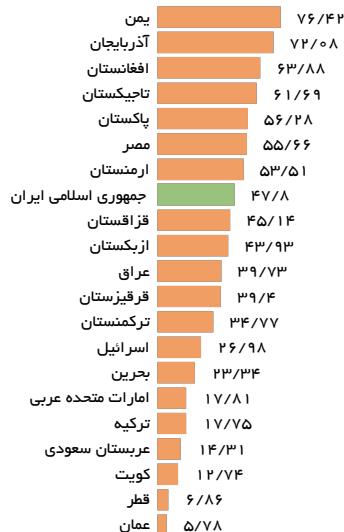
از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای منطقه (درصد)- سال

۱۳۹۳/۲۰۱۴

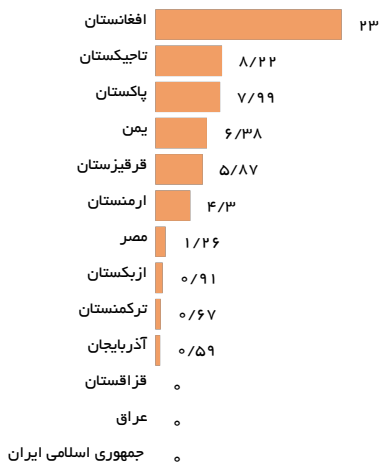
۱۵۱



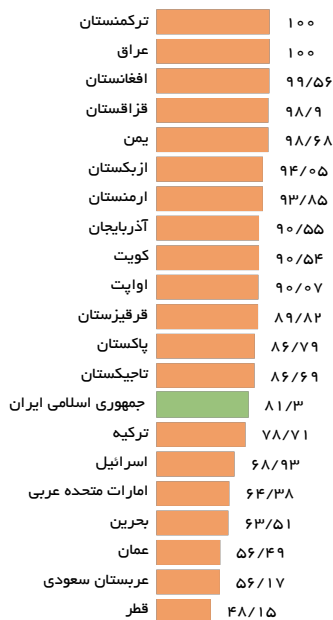
نمودار ۱۲: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های جاری بخش سلامت کشور با کشورهای منطقه (درصد)- سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵



نمودار ۱۱: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای منطقه (درصد)- سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار ۱۴: مقایسه سهم کمک‌های خارجی برای سلامت از هزینه‌های کل سلامت با کشورهای منطقه (درصد)- سال ۲۰۱۴/۱۳۹۳



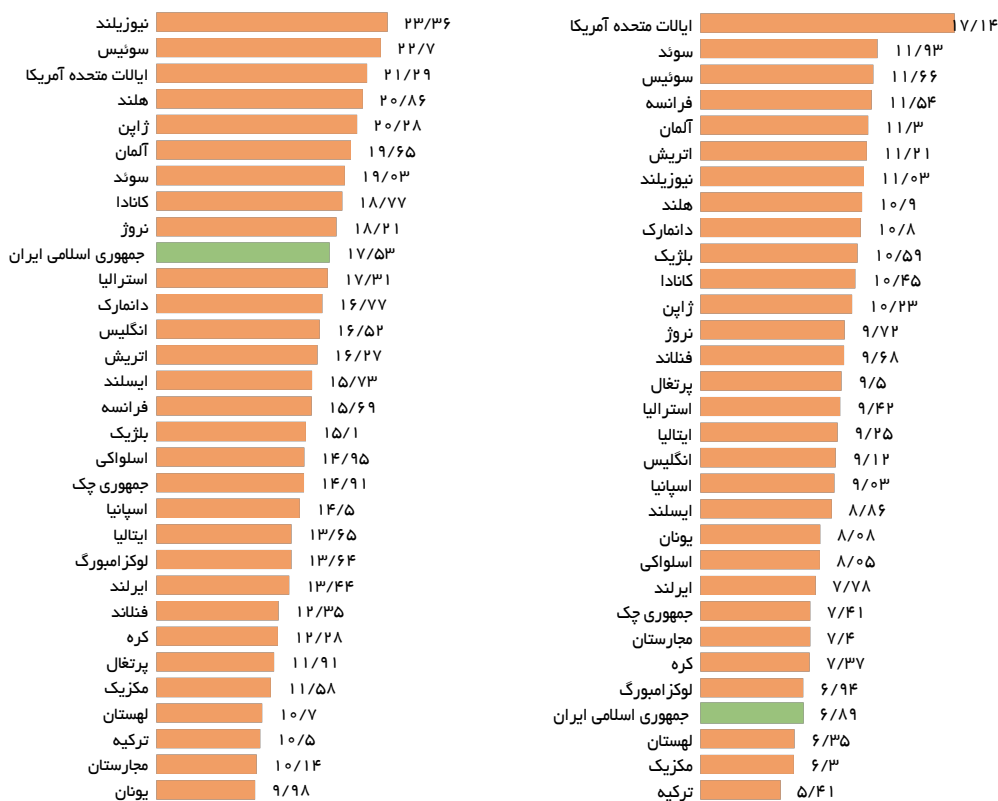
نمودار ۱۳: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های خصوصی سلامت با کشورهای منطقه (درصد)- سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴

* از سایر کشورهای منطقه اطلاعاتی در مورد این شاخص از سوی سازمان جهانی بهداشت منتشر نشده است.
* آمار مربوط به سه کشور ایران، عراق و قزاقستان در واقع صفر نمی‌باشد؛ اما ارقام ناچیزی (<) گزارش شده است.

سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۱۴ از کلیه کشورهای منطقه به جز افغانستان و رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل) بیشتر بوده است. براساس آخرین نتایج حساب‌های ملی سلامت، این میزان هم‌اینک به بیش از ۸/۳٪ درصد بالغ شده و در صورت ثابت بودن عدد شاخص سایر کشورها، سهم سلامت ایران از تولید ناخالص داخلی هم‌اینک از همه کشورهای منطقه بالاتر است. سهم بیمه‌های اجتماعی برای سلامت از هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت در ایران علیرغم استقرار چهار سازمان بزرگ بیمه سلامت در کشور برای سالیان طولانی، در طی یک دهه گذشته تقریباً به نصف کاهش یافته و هم‌اینک عدد این شاخص در کشورهای ترکیه، قرقیزستان و رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل) بیش از دو برابر ایران است. سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت در ایران کماکان بیش از ۵۰٪ کل هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌دهد و این در حالی است که عدد این شاخص در ترکیه ۲۲/۵۵٪ و در رژیم غاصب صهیونیستی (اسرائیل) ۳۹/۱۵٪ است.

مقایسه ایران با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی

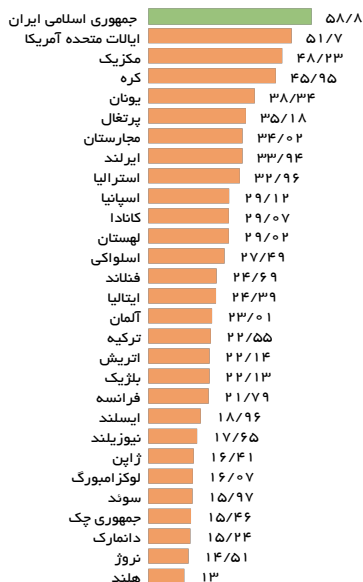
در مجموعه نمودارهای زیر وضعیت کشور را در تعدادی از شاخص‌های اصلی تأمین مالی در مقایسه با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی مشاهده می‌کنید.



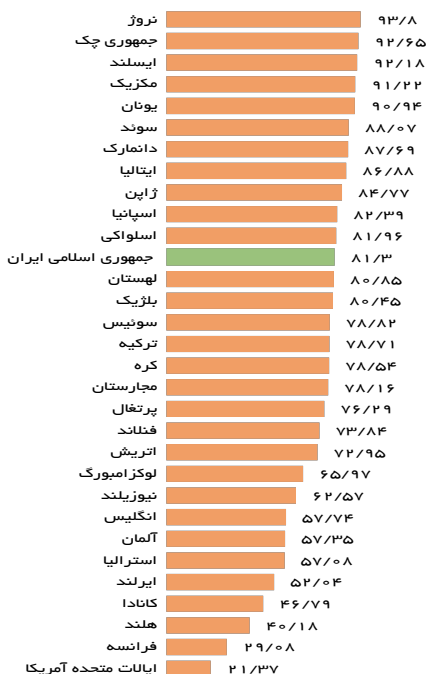
نمودار ۱۶: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (درصد) - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴

نمودار ۱۵: مقایسه سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (درصد) - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴

۱۵۳

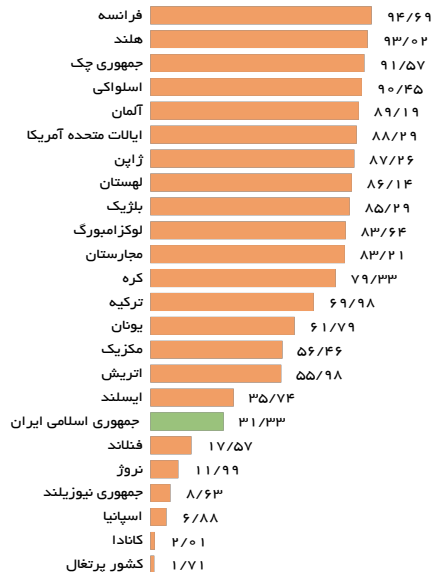


نمودار ۱۸: مقایسه سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت از هزینه های کل سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (درصد) - سال ۲۰۱۴/۱۳۹۳

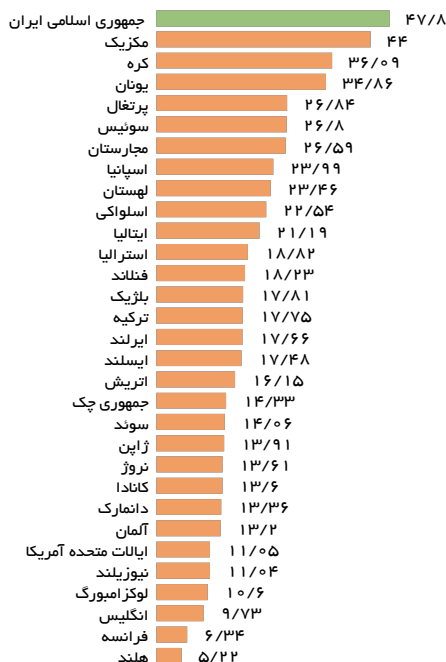


نمودار ۲۰: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های خصوصی سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (درصد) - سال ۲۰۱۴/۱۳۹۳

۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار ۱۷: مقایسه سهم بیمه های اجتماعی برای سلامت از هزینه های عمومی دولت برای سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (درصد) - سال ۲۰۱۴/۱۳۹۳



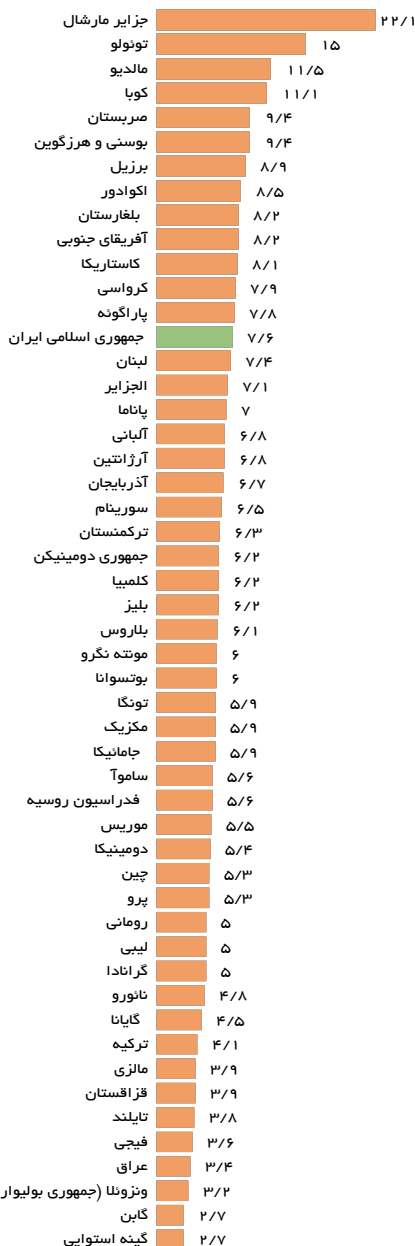
نمودار ۱۹: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های کل سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (درصد) - سال ۲۰۱۴/۱۳۹۳

مقایسه ایران با کشورهای با درآمد متوسط به بالا

در مجموعه نمودارهای زیر، وضعیت ایران را در تعدادی از شاخص‌های اصلی تأمین مالی در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط به بالا^۱ مشاهده می‌شود.

نمودار ۲۱: مقایسه سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی^۲ ایران با کشورهای UMI (درصد)-سال ۲۰۱۵/۱۳۹۴ *

* برای دو کشور کوبا و لیبی اطلاعات مربوط به سال ۲۰۱۴ است.



در این نمودار، کشورهایی که سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی‌شان از ایران بالاتر یا پایین‌تر است، به رنگ نارنجی و ایران به رنگ سبز نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود ایران جز کشورهایی است که میزان این شاخص از سطح متوسط بالاتر است. در میان این گروه از کشورها، کشورهایی با نظام سلامت موفق دیده می‌شود که می‌توان به کشورهای ترکیه، مالزی، تایلند و چین اشاره کرد. این کشورها در طول چند سال اخیر، سهم هزینه‌های جاری سلامت خود را از تولید ناخالص داخلی بسیار به‌تدریج افزایش داده‌اند. البته کشور ترکیه، به‌عنوان مثال، در سال ۲۰۱۵ نسبت به سال ۲۰۱۴، ۰/۲ درصد از سهم هزینه‌های جاری سلامت خود را کاهش داده است. افزایش این سهم در کشورهای مختلف به عوامل بسیاری مرتبط بوده است؛ یکی از اصلی‌ترین آن‌ها، شرایط سیاسی حاکم در بازه زمانی مشخص است. باید توجه داشت که منابع باید از منبعی باشند که از منظور نوع، پایدار باشد؛ به‌گونه‌ای که با تغییر شرایط سیاسی بسیار تحت تأثیر قرار نگیرد. در مجموع از این شاخص به‌تنهایی نمی‌توان وضعیت تأمین مالی نظام سلامت موفق را تفسیر نمود.

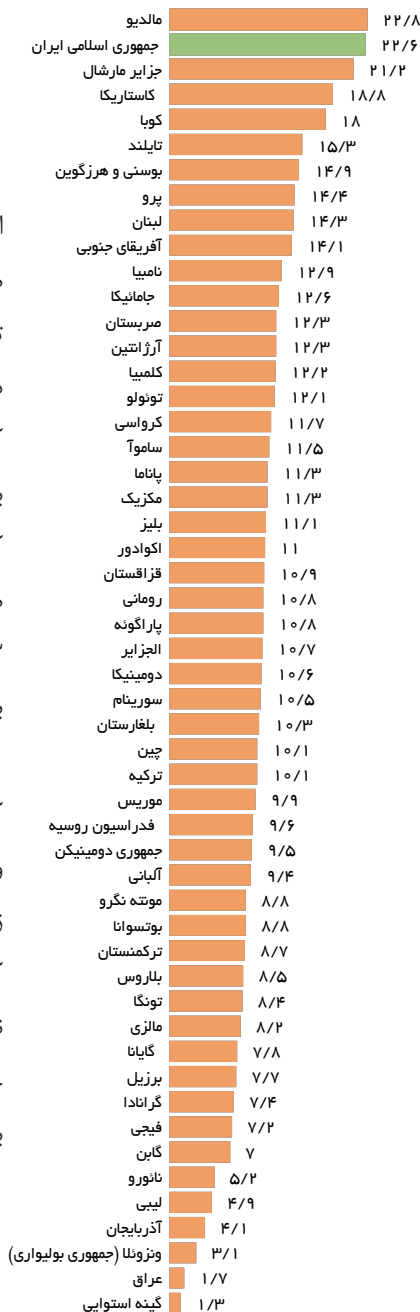
1- Upper middle Income Countries (UMICs)

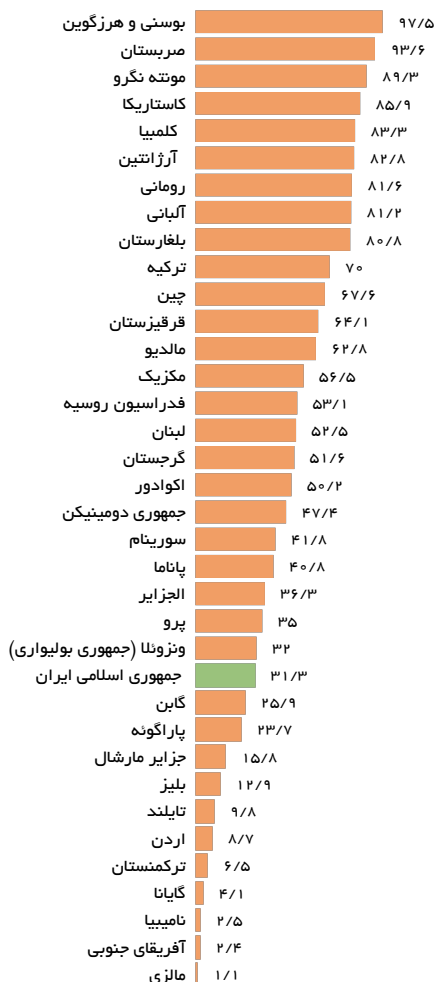
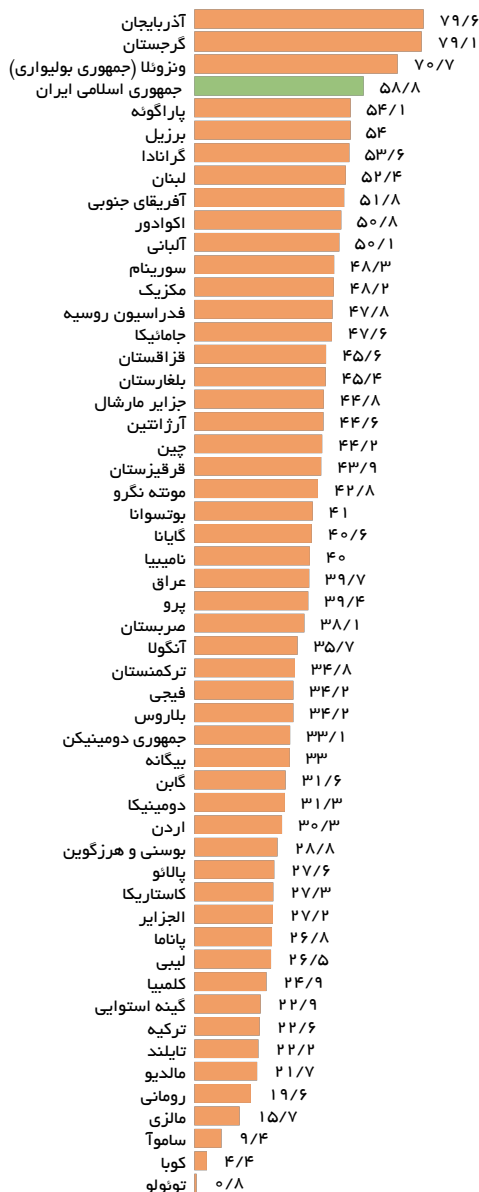
2- Current Health Expenditure (CHE) as % Gross Domestic Product (GDP)

نمودار ۲۲: مقایسه سهم بودجه عمومی دولت^۱ برای سلامتی از بودجه عمومی دولت با کشورهای UMI (درصد)- سال ۲۰۱۵/۱۳۹۴

در میان کشورهای با درآمد متوسط به بالاتر، ایران جز کشورهایی است که سهم بالاتری از بودجه عمومی دولت را در صرف سلامت می‌کند؛ حدود یک‌ششم از کل بودجه عمومی کشور در سال ۱۳۹۴. تنها کشور مالدیو است که با اختلاف کمی در سال ۲۰۱۵، سهم سلامت از بودجه عمومی دولت بیشتری دارد. در میان این گروه از کشورها، نظام‌های سلامتی را مشاهده می‌کنیم که با سهم کمتری از بودجه عمومی دولت، نظام‌های سلامت موفق دارند و به عبارت دیگر کارایی و اثربخشی مناسب‌تری دارد. کشورهایی نظیر تایلند، ترکیه، مالزی و مکزیک از جمله این کشورها هستند؛ که هریک به ترتیب ۱۵/۳، ۱۰/۱، ۸/۲ و ۱۱/۳ درصد از بودجه عمومی کشورش را در بخش سلامت هزینه می‌کنند.

اهمیت این شاخص، بیشتر به دلیل کاهش سهم سایر بخش‌های کشور، نظیر آموزش، اشتغال، تأمین مسکن، امنیت، تقویت وضعیت راهها و حمل‌ونقل، محیط‌زیست و ... و به‌طور کلی تقویت زیرساخت‌های لازم برای توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشورها است. همان‌طور که بسیاری از پژوهش‌ها نشان دادند، حدود نیمی از ارتقا شاخص‌های سلامت کشورها، با مسائل و مؤلفه‌های خارج از بخش سلامت مرتبط است؛ که بهبود در شرایط آن‌ها می‌تواند بر وضعیت سلامتی افراد تأثیرگذار باشد.



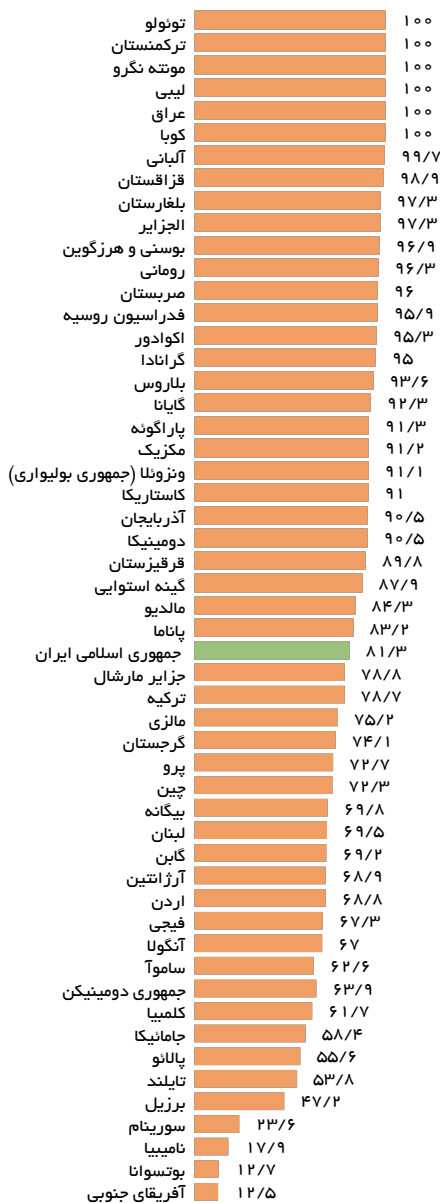
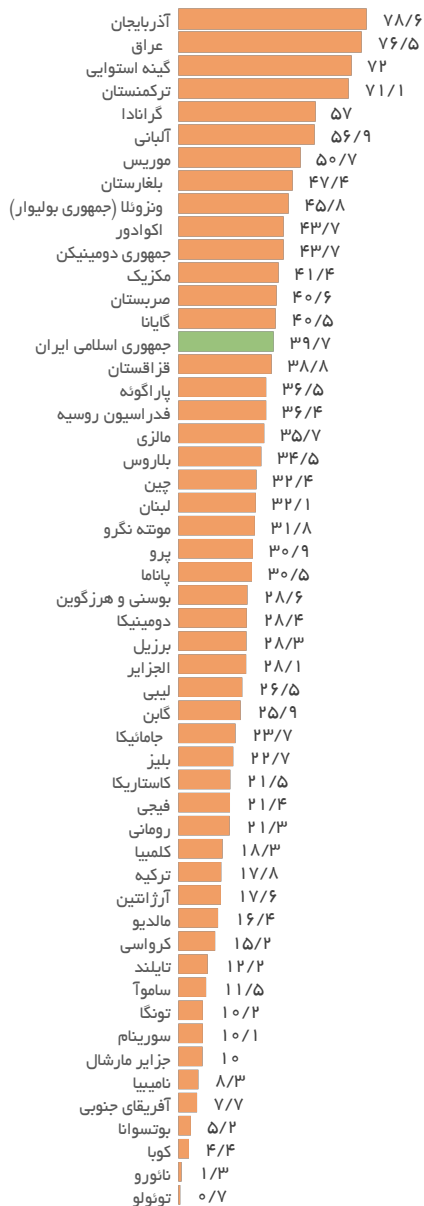


نمودار ۲۴: مقایسه سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت از هزینه‌های کل سلامت ایران با کشورهای UMI (درصد)- سال

۱۳۹۳/۲۰۱۴

نمودار ۲۳: مقایسه سهم بیمه‌های اجتماعی برای سلامت از هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت ایران با کشورهای

UMI (درصد)- سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار ۲۶: مقایسه سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت ایران با کشورهای UMI (درصد)- سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵

نمودار ۲۵: مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه‌های خصوصی سلامت ایران با کشورهای UMI (درصد)- سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴

در نمودار بالا، کشورهایی که سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت آن‌ها بالاتر و یا پایین‌تر از ایران به رنگ نارنجی و برای ایران به رنگ سبز نشان داده شده است. همان‌طور که قبلاً اشاره شد، پایین بودن این شاخص الزاماً به معنای وضعیت مناسب و مطلوب در نظام سلامت کشورها نیست؛ چراکه ممکن است به علت عدم دسترسی به خدمات سلامت و یا قابل پرداخت نبودن قیمت خدمات سلامت از سوی افراد یک کشور، افراد برای دریافت خدمات سلامت مراجعه نکنند و در نتیجه این میزان کم باشد. برخی از کشورهایی که در این نمودار مشاهده می‌نمایید در چنین وضعیتی قرار دارند؛ بنابراین شاید بهترین مقایسه در گروه، مقایسه ایران با کشورهایی نظیر ترکیه، مالزی، تایلند، چین، مکزیک، روسیه، برزیل و لبنان باشد؛ که در این مقایسه تنها سهم پرداخت از جیب مکزیک (۴۱/۴ درصد) در سال ۲۰۱۵ بالاتر از ایران (۳۹/۷ درصد) است و سهم پرداخت از جیب در کشورهای ترکیه، مالزی، تایلند، چین، روسیه، برزیل و لبنان به ترتیب ۱۷/۸، ۱۶/۴، ۱۲/۲، ۳۲/۴، ۳۶/۴، ۲۸/۳ و ۳۲/۱ درصد از هزینه‌های جاری سلامت است.

فصل ششم

**چالش ها و راهکارهای اصلاحات تأمین مالی
نظام سلامت و اولویت بندی آنها**

مقدمه

پس از بررسی و آسیب‌شناسی وضعیت موجود نظام سلامت و بیمه سلامت، با استفاده جلسات فشرده کارشناسی در مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت و استفاده از دو مرحله نظر خبرگان نظام سلامت و تأمین مالی کشور، فهرست کاملی از مسائل و چالش‌های حوزه تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت با تأکید بر پایداری تأمین مالی تهیه گردید که شامل ۴۵ مسأله می‌باشد. رویکرد حاکم برای تهیه مسائل و چالش‌ها، رویکرد تأمین مالی نظام سلامت^۱ و پوشش همگانی سلامت^۲ است.

فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور

فهرست اصلی مسائل و چالش‌های حوزه تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت با تأکید بر پایداری تأمین مالی به شرح زیر است:

- وجود افراد فاقد بیمه پایه سلامت
- فقدان جامعیت در حمایت (مالی) مؤثر از افراد با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج)
- عدم شفافیت و فقدان سازوکارهای اجرایی جهت دستیابی به منابع مالی نظام جامع تأمین اجتماعی در حوزه بیمه‌ای براساس ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
- انفعال حوزه تأمین مالی نظام سلامت در شناخت منابع مالی جدید که قابلیت مصرف در نظام سلامت دارد و تولید ظرفیت‌های قانونی برای استفاده از این منابع
- ناکارآمدی سازوکارهای موجود جهت شناسایی افراد نیازمند
- پراکندگی منابع مالی نظام سلامت کشور که صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می‌گردد (بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صندوق‌های بیمه‌ای متعدد و نهادهای خارج از شمول قانون محاسبات عمومی کشور)
- متفاوت بودن میزان سهم کارفرمایی دولت از حق بیمه در صندوق‌های بیمه‌ای کشور (رویکرد بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار)
- فقدان بانک اطلاعاتی جامع بیمه پایه سلامت و وجود همپوشانی‌های بیمه‌ای
- عادلانه نبودن مکانیسم‌های مشارکت در تأمین مالی و برخورداری غیرعادلانه دهک‌های

1- Health Financing

2- Universal Health Coverage/UHC

درآمدی بالا و پایین از حمایت‌های مالی دولت

- یکسان بودن فرانشیز خدمات سلامت در کلیه دهک‌های درآمدی
- تعارض بند «ت» و «ث» ماده ۷ با بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم ناظر بر ناهماهنگ بودن تدوین بسته بیمه پایه و تکمیلی و برآورد بار مالی ناشی از آن
- عدم تناسب بین حق بیمه خدمات سلامت با هزینه بسته خدمات و تعرفه مبتنی بر قیمت واقعی
- ناپایداری منابع مالی سازمان بیمه سلامت ایران به سبب وابستگی شدید به منابع مالی ناشی از فروش دارایی‌های سرمایه‌ای در بودجه سنواتی و کم‌کاری در تولید منابع مالی جدید برای سازمان
- فقدان سازوکارهای اجرایی جهت دستیابی به منابع مالی نظام بیمه‌ای براساس ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
- عدم اتفاق نظر سیاست‌گذاران سلامت کشور در خصوص الگوی صندوق‌های بیمه پایه (صندوق واحد و یا صندوق‌های متعدد) و فقدان سیاست شفاف در انتخاب «انباشت ریسک پراکنده» هرم پیوستگی یا «انباشت ریسک ادغام یافته و واحد»
- فقدان رویه یکسان در طراحی صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ایران (صندوق روستاییان و عشایر بر مبنای محل سکونت، صندوق کارکنان دولت مبتنی بر رابطه استخدامی، صندوق سایر اقشار نامعلوم و صندوق ایرانیان برای افراد فاقد پوشش بیمه)
- بالا بودن سهم قابل توجهی از هزینه‌های نظام سلامت در قالب پرداخت مستقیم از جیب؛ که صرف تقویت برنامه‌های پیش‌پرداخت نمی‌گردد.
- مشارکت ناچیز ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ریسک مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات و کالاهای سلامت
- عدم ارتباط بین تعرفه و کیفیت خدمات سلامت
- عدم انتقال مناسب ریسک مالی مخاطرات سلامت از گروه‌های ثروتمند و کم ریسک به‌سوی گروه‌های فقیر و پر ریسک و در نتیجه عدم تحقق کامل برقراری یارانه متقاطع در صندوق‌های بیمه‌ای

- فقدان روش‌شناسی علمی برای اولویت بندی^۱ و سهمیه بندی^۲ خدمات پایه سلامت کشور
- فقدان بسته حداقلی و بیمه پایه و مضاعف مصوب مبتنی بر اولویت‌ها و منابع مالی نظام سلامت (به‌منظور مشخص نمودن سطحی از خدمات سلامت که قرار است تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار گیرد)
- عدم استقرار نظام ارجاع به‌صورت فراگیر در سراسر کشور
- خرید خدمات تجویز شده از پزشکان غیر طرف قرارداد (امکان تجویز خدمات در دفترچه بیمه سلامت از سوی پزشکان غیر طرف قرارداد)
- نبود عقد قرارداد سازمان‌های بیمه سلامت پایه با بسیاری از مراکز درمانی بخش خصوصی؛ علیرغم وجود دستورالعمل ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و خرید بخشی از خدمات بستری ارائه‌شده توسط بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه
- خرید بخشی از خدمات بستری ارائه‌شده توسط بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه
- محدودیت در خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه پایه سلامت از کلیه ارائه‌دهندگان بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در سقف تعرفه دولتی (که موجب افزایش پرداخت از جیب و کاهش عمق محافظت مالی از بیمه‌شدگان می‌گردد)
- نامشخص بودن علت منطقی انتخاب الگوی ارزش نسبی خدمات سلامت به‌جای محاسبه قیمت تمام‌شده و واقعی خدمات سلامت برخلاف قوانین موجود (خلاف ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور)
- متفاوت بودن مبنای محاسباتی تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی (برخلاف ماده ۹ احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور) و مبتنی نبودن تعرفه خدمات سلامت براساس قیمت‌های تمام‌شده و واقعی (نبود الگوی مشخص برای قیمت تمام‌شده و واقعی خدمات سلامت)
- تداوم اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی علیرغم وجود قوانین موجود در برنامه‌های پنجم و ششم توسعه کشور (به‌عنوان یکی از دلایل ایجاد پدیده تقاضای القایی)
- تداوم نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر

1- Priority Setting

2- Rationing

- بخش عمده‌ای از خدمات بیمه مضاعف همان بسته بیمه پایه سلامت می‌باشد که تا سقف تعرفه بخش خصوصی پوشش داده می‌شود.
- محرومیت بخش عمده‌ای از جامعه از پوشش بیمه‌های مضاعف (تکمیلی و مکمل)
- فقدان سیاست‌های مدون برای بیمه‌های مضاعف (مکمل و تکمیلی)
- فقدان سازوکارهای مدون و مصوب برای الزام سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه تکمیلی سلامت به تبعیت از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت
- عدم استفاده از پروتکل‌های درمانی به‌منظور خرید خدمات سلامت
- نبود الگوی عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مبتنی بر الزامات و استانداردهای خرید راهبردی خدمات سلامت
- عدم استقرار کامل بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات و نیز فقدان زیرساخت‌های لازم به‌منظور استقرار تجویز و ارائه الکترونیکی خدمات سلامت و استقرار بیمه سلامت الکترونیک
- ناکارآمدی مدیریت سیاسی ساختار موجود نظام سلامت کشور
- تعدد نقاط و سطوح سیاست‌گذاری در حوزه نظام سلامت
- عدم واگذاری امور تصدی‌گری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ناظر بر عدم رعایت بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت و بند «ث» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه)
- پراکندگی صندوق‌های انباشت و توزیع ریسک در کشور
- رصد نامناسب شاخص‌های حوزه تأمین مالی نظام سلامت
- سواد سلامت و توانمندسازی ناکافی بیمه‌شدگان
- مشارکت ناکافی سازمان‌های مردم‌نهاد (سمن‌ها)

برای هریک از مسائل و چالش‌ها، ۱۱۲ راهکارهای اصلی نیز توسط تیم پژوهش تهیه گردید که در دو مرحله اعلام نظر از خبرگان نظام سلامت، مورد بررسی و ویرایش قرار گرفت. در مجموع ۷ راهکار در طی مراحل نظرسنجی به مجموع راهکارها اضافه شد و در انتها ۱۱۹ راهکار برای مسائل متناظر تعیین و ارائه گردید؛ که در جدول زیر قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۸: فهرست مسائلی و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

راهکارها	ردیف	مسئله	ردیف
راهاندازی پایگاه اطلاعات ترخط بیمه‌شدگان درمان کشور (موضوع بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) برای استعلام پوشش بیمه‌ای افراد جامعه (مقیاسه افراد موجود در پایگاه فوق با پایگاه جمعیتی ثبت‌احوال)	۱	وجود افراد فاقد بیمه پایه سلامت	۱
پیشنهاد ماده‌واحد قانونی جهت ایجاد الزام به وجود پوشش بیمه پایه سلامت برای دریافت برخی خدمات اجتماعی (تظنیر خدمات بانکی، ثبت‌نام مدارس، دریافت گذرنامه و...)	۲		
تصویب آیین‌نامه بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم از سوی دولت و اجرای دقیق مفاد آن توسط دستگاه‌های اجرایی ذی‌ربط به‌منظور اجباری شدن بیمه همگانی	۳		
اعلام فراخوان ملی برای دریافت پوشش بیمه پایه سلامت از راهکارهای مختلف (تظنیر اطلاع‌رسانی توسط ادارات کل استانی و استفاده از رسانه‌ها و فضای مجازی)	۴		
پیش‌بینی اعمال زمان انتظار یک تا سه‌ماهه از زمان شروع پوشش بیمه‌ای برای دریافت برخی خدمات غیر اورژانسی سلامت	۵		
پیشنهاد ماده‌واحد قانونی جهت برقراری جریمه مالی برای ندانستن پوشش بیمه پایه سلامت و دریافت معوقه زمان‌های انتضاع پوشش بیمه	۶		
ارتقاء کف پوشش خدماتی و هزینه‌ای بیمه پایه سلامت به‌گونه‌ای که دریافت آن برای افراد دارای جزایرت باشد. (از طریق ارائه خدمات بیمه‌های مضاعف سلامت در کنار بیمه پایه سلامت با دریافت حق بیمه متناسب و ایجاد تنوع در بسته‌های خدمتی فراتر از بسته بیمه پایه سلامت و ایجاد زمینه انتخاب بسته و نوع پوشش هزینه‌ای فراتر از بسته بیمه پایه برای کلیه افراد به‌صورت انفرادی و گروهی)	Added	فقدان جامعیت در حمایت (مالی) مؤثر از افراد با ریسک بالا (تظنیر بیماران خاص و صعب‌الاملاح)	۲
بازنگری بسته خدمتی بیماران خاص و صعب‌الاملاح	۷		
تأمین منابع مالی موردنیاز و نشان‌دار برای بیماران با ریسک بالا در برابر هزینه‌های کم‌ریسک و فقرزای سلامت	۸		
شناسایی و ثبت‌نام بیماران مبتلا به بیماری‌هایی که ریسک و هزینه بالا دارند	۹		
تشکیل صندوق با ریسک بالا برای بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌الاملاح (با ریسک‌های خاص) و تأمین مالی این صندوق از محل منابع نشان‌دار	۱۰		
ایجاد امکانی در پایگاه اطلاعات ترخط بیمه‌شدگان درمان کشور، به‌منظور ثبت اطلاعات جامع افراد با ریسک بالا	۱۱		

ادامه جدول ۸. فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

ردیف	مسئله	ردیف	راهکارها
۳	عدم شفافیت و فقدان سازوکارهای اجرایی جهت دستیابی به منابع مالی نظام جامع تأمین اجتماعی در حوزه بیمه‌های براساس ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	۱۲	پیگیری تحقق افزایش یک واحد درصد در هر سال بر مالیات بر ارزش افزوده به عنوان مالیات سلامت باطر بر ماده ۳۲ قانون الحاق ۲ و تعیین سهم بیمه سلامت از منابع مذکور
		۱۳	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از افزایش یک درصد مازاد بر مالیات بر ارزش افزوده (مالیات سلامت)
		۱۴	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از منابع ناشی از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها (مالیات سلامت)
		۱۵	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت به‌ویژه افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی و رازانی و تولید داخل (مالیات سلامت)
		۱۶	پیشنهاد ماده واحده به منظور افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط‌زیست و تعیین سهم بیمه سلامت از این منابع (مالیات سلامت)
		۱۷	پیشنهاد ماده واحده به منظور افزایش مالیات بر درآمد پزشکان به‌صورت پیش‌رونده و تعیین سهم بیمه سلامت از منابع آن (مالیات سلامت)
		۱۸	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از ده درصد سهم بخش سلامت از حق بیمه شخص ثالث
۴	انفعال حوزه تأمین مالی نظام سلامت در شناخت منابع مالی جدید که قابلیت مصرف در نظام سلامت دارد و تولید ظرفیت‌های قانونی برای استفاده از این منابع	۱۹	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین منابع ناشی از دریافت جریمه مالی برای زمانی که انقضای در پوشش بیمه‌ای وجود ندارد و تخصیص منابع حاصله از آن به بیمه سلامت
		۲۰	مشخص نمودن سازوکار و فرایند شناسایی فعال منابع مالی جدید برای تأمین مالی نظام سلامت و پیگیری نمودن آن‌ها تا تصویب در مراجع قانونی ذیصلاح
۵	ناکارآمدی سازوکارهای موجود جهت شناسایی افراد نیازمند	۲۱	دهک بندی در آمدی افراد توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به‌منظور تعیین میزان برخورداری هر یک از دهک‌های درآمدی از یارانه دولت (امتی بر این نامه اجرایی بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم) جهت بهره‌مندی از پوشش بیمه پایه سلامت و اعلام نتایج دهک بندی درآمدی به سازمان برنامه و بودجه و سازمان بیمه سلامت ایران.
		۲۲	برقراری پوشش بیمه سلامت متناسب با دهک‌های درآمدی و توانایی مشارکت مالی در پرداخت حق بیمه پایه سلامت بر مبنای این نامه اجرایی بند «الف» ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه
۶	پراکندگی منابع مالی نظام سلامت کشور که صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می‌گردد (این وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق‌های بیمه‌ای متعدد و نهادهای خارج از شمول قانون محاسبات عمومی کشور)	۲۳	پیشنهاد ماده واحده به منظور تجزیه آن بخش از منابع مالی نظام سلامت که صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می‌گردد در نظام بیمه پایه سلامت

ادامه جدول ۸: فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

راهکارها	ردیف	مسئله	ردیف
تعیین میزان ریالی سرانه سهم بیمه پایه سلامت از منابع عمومی در تصویب‌نامه‌های تعرفه و حق بیمه سالیانه (به‌منظور رعایت بند «ی» ماده ۴ قانون ساختار)	۲۴	مقتضای بودن میزان سهم کارفرمایی دولت از حق بیمه در صندوق‌های بیمه‌ای کشور (رویکرد بند «ی» ماده ۴ قانون ساختار)	۷
یکسان نمودن منبای محاسباتی حق بیمه پایه سلامت در کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه سلامت کشور (ناظر بر بند «ح» ماده ۲۰ قانون برنامه ششم توسعه)	۲۵		
استقرار کامل پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان در مان کشور (ناظر بر بند «ج» ماده ۲۰ قانون برنامه ششم توسعه)	۲۶	فقدان بانک اطلاعاتی جامع بیمه پایه سلامت و وجود همپوشانی‌های بیمه‌ای	۸
تعیین میزان استحقاق افراد در بهره‌مندی از یارانه دولتی جهت حق بیمه پایه سلامت و میزان فرانشیز با استفاده از ارزیابی وسع	۲۷		
استفاده از نتایج ارزیابی وسع به‌منظور طراحی فرانشیز متفاوت در خوشه‌های درآمدی مختلف توضیحات: استفاده از سامانه استحقاق سنجی درمان در مرحله اول در بخش بستری و در مرحله دوم در بخش سرپایی در بستر EHR با احاطه نمودن آن در پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور و تا موقع استقرار کامل استفاده از اطلاعات سامانه امید (به‌عنوان ابزار جهت اجرای فرانشیز متفاوت و ...)	۲۸	عادلانه نبودن مکانیسم‌های مشارکت در تأمین مالی و برخورداری غیر عادلانه دهک‌های درآمدی بالا و پایین از حمایت‌های مالی دولت	۹
استفاده از امکانات کارت ملی هوشمند به‌منظور تحقق خرید راهبردی از طریق سامانه پرونده الکترونیک سلامت موضوع بند «ج» ماده ۲۴ قانون برنامه ششم توسعه (و در صورت عدم کفایت ظرفیت کارت ملی هوشمند، پیش‌بینی ابزار الکترونیک جایگزین و مناسب)	۲۹		
طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در تقطه دریافت خدمت نظیر Copayment و Deductible و متناسب نمودن آن‌ها مبتنی بر نتایج ارزیابی وسع	۳۰		
اعمال سقف سالیانه پرداخت از جیب (OOP) با رویکرد حمایت از انتشار محروم و آسیب‌پذیر	۳۱		
اعمال فرانشیز متغیر پیش‌رونده مبتنی بر نتایج ارزیابی وسع با دهک‌ها و خوشه‌های درآمدی	۳۲		
اعمال سقف سالیانه پرداخت از جیب (OOP) با رویکرد حمایت از اقشار محروم و آسیب‌پذیر	۳۳	یکسان بودن فرانشیز خدمات سلامت در کلیه دهک‌های درآمدی	۱۰
پیشنهاد اصلاح بند «ج» ماده ۲۰ قانون برنامه ششم توسعه به شرح زیر: «بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تأیید شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد».	۳۴	تعارض بند «ت» و «ث» ماده ۲۰ قانون برنامه ششم ناظر بر «ج» ماده ۲۰ قانون تدوین بسته بیمه پایه و ناهماهنگ بودن تدوین بسته بیمه پایه و تکمیلی و برخورد بار مالی ناشی از آن	۱۱
پیشنهاد تصویب‌نامه هیأت وزیران به شرح ذیل: «شورای عالی بیمه سلامت موظف است بار مالی ناشی از هرگونه بازنگری در بسته بیمه پایه سلامت پیشنهادی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را تعیین و پس از تأیید، آن برای تصویب به هیأت وزیران تقدیم نماید».	Added		

ادامه جدول ۸. فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

ردیف	مسئله	ردیف
۳۵	زمان تعیین و تصویب تعرفه و حق بیمه و نیز بازنگری در بسته بیمه پایه سلامت مقدم بر زمان تصویب لایحه بودجه سالانه باشد.	
۳۶	هرگونه افزایش در بسته بیمه پایه سلامت و تعرفه آن، صرفاً در صورت پیش‌بینی و تصویب بار مالی آن (پروست تأمین مالی) در قانون بودجه سنواتی قابلیت پوشش را توسط بیمه پایه سلامت دارد نه گویمانی که منجر به افزایش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت نگردد.	
۳۷	اصلاح بند «ب» ماده ۲۰ قانون برنامه ششم به شرح زیر: «درصد سهم حق بیمه پایه سلامت با پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه‌بودجه با تأیید شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیأت وزیران در لایحه بودجه سنواتی لحاظ می‌گردد. سهم حق بیمه پایه سلامت کلیه بیمه‌شدگان از منابع عمومی به‌صورت سرانه برابر خواهد بود تا صد درصد حق بیمه اقتدار نیازمند بر مبنای ارزیابی وسع از محل منابع عمومی تأمین خواهد گردید.»	۱۲
۳۸	انجام محاسبات ارزیابی اقتصادی به‌منظور ایجاد تناسب بین هزینه بسته و حق بیمه آن	
۳۹	افزایش سهم پیش‌پرداخت‌ها نظیر حق بیمه پایه سلامت	
۴۰	افزایش سهم مالیات از هزینه‌های جاری سلامت از طریق تقویت نظام مالیاتی کشور	
۴۱	پیگیری تحقق افزایش یک واحد درصد در هر سال بر مالیات بر ارزش افزوده به‌عنوان مالیات سلامت ناظر بر ماده ۳۷ قانون الحاق ۲	
۴۲	پیشنهاد ماده واحد به‌منظور تعیین سهم بیمه سلامت از افزایش یک درصد مازاد بر مالیات بر ارزش افزوده (مالیات سلامت)	
۴۳	پیشنهاد ماده واحد به‌منظور تعیین سهم بیمه سلامت از منابع ناشی از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها (مالیات سلامت)	
۴۴	پیشنهاد ماده واحد به‌منظور تعیین سهم بیمه سلامت از مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان سلامت به‌ویژه افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی و ردائی و تولید داخل (مالیات سلامت)	۱۳
۴۵	پیشنهاد ماده واحد به‌منظور افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط‌زیست و تعیین سهم بیمه سلامت از این منابع (مالیات سلامت)	
۴۶	پیشنهاد ماده واحد به‌منظور افزایش مالیات بر درآمد پزشکان به‌صورت پیش‌ترانده و تعیین سهم بیمه سلامت از منابع آن (مالیات سلامت)	
۴۷	پیشنهاد ماده واحد به‌منظور تعیین سهم بیمه سلامت از ده درصد سهم بخش سلامت از حق بیمه شخص ثالث	
۴۸	پیشنهاد ماده واحد به‌منظور شفاف نمودن منابع ناشی از دریافت جریعه مالی برای زمانی که انقضای در پوشش بیمه‌ای وجود داشته است با پوشش بیمه‌ای وجود ندارد و تخصیص منابع حاصله از آن به بیمه سلامت	
۴۹	اجباری نمودن بیمه‌های مضاعف سلامت به‌منظور کاهش سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های بخش خصوصی سلامت (PvHHE) از طریق افزایش سهم پیش‌پرداخت‌ها	

ردیف	مسئله	ردیف	راهکارها
۱۳	فقدان سازوکارهای اجرایی جهت دستیابی به منابع مالی نظام بیمه‌ای بر اساس ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	۵۰	پیشنهاد ماده واحده به منظور تصحیح آن بخش از منابع مالی نظام سلامت که صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می‌گردد در نظام بیمه پایه سلامت
۱۵	عدم اتفاق نظر سیاست‌گذاران سلامت کشور در خصوص الگوی صندوق‌های بیمه پایه (صندوق واحد و یا صندوق‌های متعدد) و فقدان سیاست شفاف در انتخاب «انابشت ریسک پرداخت» هرم پیوستگی یا «انابشت ریسک انجام یافته و واحد»	۵۱	اصلاح الگوی صندوق‌های انابشت ریسک به صورت واحد و یا یکپارچه / اقدام یافته
۱۶	فقدان رویه یکسان در طراحی صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ایران (صندوق روستاییان، بر مبنای محل سکونت، صندوق کارکنان دولت، متنی بر رابطه استخدامی، صندوق سایر اقشار، نامعلوم، صندوق ایرانیان، برای افراد فاقد پوشش بیمه)	۵۲	بازنگری صندوق‌ها بر اساس توان مشارکت افراد و تشکیل یک صندوق واحد برای همه بیمه‌شدگان
۱۷	بالا بودن سهم قابل توجهی از هزینه‌های نظام سلامت در قالب پرداخت مستقیم از جیب؛ که صرف تقویت برنامه‌های پیش‌پرداخت نمی‌گردد	۵۳	تشکیل صندوق با ریسک بالا برای بیماران مبتلا به بیماری‌های صعب‌العلاج (با ریسک‌های خاص)
۱۸	مشارکت ناچیز ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ریسک مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات و کالاهای سلامت	۵۴	افزایش سهم پیش‌پرداخت‌ها نظیر حق بیمه پایه سلامت از طریق افزایش مبالغه حق بیمه و پیش‌رونده نمودن درصد سهم حق بیمه پایه سلامت خانوار از درآمد سرپرست خانوار
۱۹	عدم ارتباط بین تعرفه و کیفیت خدمات سلامت	۵۵	اجرای نمونه بیمه‌های مضاعف سلامت جهت کمک‌های درآمدی بالا به منظور کاهش سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های بخش خصوصی سلامت (PVIHE) به منظور افزایش سهم پیش‌پرداخت‌ها از کل هزینه‌های جاری سلامت
		۵۶	خرید خدمات سلامت با روش پرداخت مناسب نظیر حقوق و پاداش و سرانه و Value-Based Purchasing
		۵۷	طراحی الگوهای ارزشمندی و سنجش کیفیت خدمات ارائه‌شده در کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات در بخش‌های بستری و سرپایی با در نظر گرفتن اولویت‌ها
		۵۸	طراحی یک الگوی اقتصادی برای نحوه تعیین تعرفه خدمات سلامت متناسب با کیفیت آن‌ها
		Added	تدوین یا اصلاح قوانین و مقررات به منظور ایجاد امکان قانونی استفاده از تعرفه خدمات سلامت متناسب با کیفیت آن‌ها
		۵۹	خرید خدمات سلامت با مکانیسم‌های پرداخت مناسب نظیر حقوق و پاداش و سرانه و Value-Based Purchasing

راهکارها	ردیف	مسئله	ردیف
پیشنهاد ماده واحده (با تصویب‌نامه هیات وزیران یا مصوبه شورای عالی اداری) به‌منظور تشکیل یک صندوق واحد و مستقل به‌عنوان خریدار واحد خدمات بیمه پایه سلامت برای همه بیمه‌شدگان کشور (از چیتا در قالب ایجاد عمومی غیر دولتی) و یک‌صیف حق بیمه پایه سلامت کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های فعال در حوزه بیمه پایه سلامت در این صندوق تشکیل صندوق بیمه‌ای واحد در سازمان بیمه سلامت به‌منظور بهبود پیرانه متقاطع	۶۰	عدم انتقال مناسب ریسک مالی مخاطرات سلامت از گروه‌های ثروتمند و کم‌ریسک به‌سوی گروه‌های فقیر و پر ریسک و در نتیجه عدم تحقق کامل برقراری پیرانه متقاطع در صندوق‌های بیمه‌ای	۲۰
تدوین و اجرای روش‌شناسی علمی برای اولویت‌بندی (Priority setting) و سهمیه‌بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور	۶۱	فقدان روش‌شناسی علمی برای اولویت‌بندی (Priority setting) و سهمیه‌بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور	۲۱
تدوین بسته حداقلی خدمات سلامت؛ مشتمل بر خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، مراقبت‌های اولیه سلامت، مراقبت‌های محافظت‌کننده حیات، مراقبت مادر و کودک و سلامت روان	۶۲		
تدوین بسته خدمات فزاینده از بسته حداقلی تحت عنوان بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تألیف شورای عالی بیمه و تصویب هیات وزیران و خرید این بسته توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت	۶۳		
تدوین بسته خدمات فزاینده از بسته بیمه پایه سلامت تحت عنوان بیمه مضاعف سلامت به توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تألیف شورای عالی بیمه و تصویب هیات وزیران و خرید این بسته توسط شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای	۶۴		
تصویب مصوبه‌ای در دولت به شرح زیر: «شرکت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری رقابت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مضاعف سلامت می‌باشند.»	۶۵		
طراحی یک نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی مناسب جهت خدمات بیمه پایه سلامت در کشور	۶۶		
پایش و نیازسنجی مستمر و نظام‌مند جمعیت	۶۷		
انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت به‌منظور تدوین پیوست ارزیابی فناوری سلامت برای ورود و خروج خدمات به بسته بیمه سلامت	۶۸	فقدان بسته حداقلی و بیمه پایه و مضاعف مصوب مبتنی بر اولویت‌ها و منابع مالی نظام سلامت (به‌منظور مشخص نمودن سطحی از خدمات سلامت که قرار است تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار گیرد)	۲۲
بازنگری فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بالینی	۶۹		
واردات هر گونه فناوری (خدمات، داروها و کالاها) سلامت مشروط به تعیین نحوه تأمین مالی آن‌ها (پیوست تأمین مالی) باشد؛ به‌گونه‌ای که منجر به افزایش سهم پرداخت مستقیم از جیب فقرا نگردد.	۷۰		
تدوین قوانین و مقررات لازم به‌منظور اجرای بند ۴-۳ سیاست‌های کلی سلامت تاثر بر تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز خرید خدمات معین‌شده و نظارت مؤثر توفیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیمار یا تا درمان توسط نظام بیمه‌ای	۷۱		
تعریف بسته خدمات بیمه‌ای متنوع و قابل انتخاب توسط بیمه‌شدگان	۷۲		
هر گونه کالا و خدمات سلامت که بر اساس مقررات وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی وارد کشور می‌شود؛ در صورتی که تحت پوشش بیمه پایه نباشد الزاماً توسط بیمه مضاعف پوشش داده شود	۷۳		

ادامه جدول ۸: فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

راهکارها	ردیف	مسئله	ردیف
استقرار زیرساخت‌های لازم جهت اجرای نظام ارجاع در کشور	۷۴	عدم استقرار نظام ارجاع به‌صورت فراگیر در سراسر کشور	۲۳
راهاندازی سامانه تجویز الکترونیک به‌گونه‌ای که پزشکان غیر طرف قرارداد قادر به تجویز در سیستم بیمه‌ای نباشند.	۷۵	خرید خدمات تجویز‌شده از پزشکان غیر طرف قرارداد (امکان تجویز خدمات در دفترچه بیمه سلامت از سوی پزشکان غیر طرف قرارداد)	۲۴
تدوین قانون، یا مقدره به‌منظور الزام کلیه مراکز درمانی به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت کشور از طریق موکول نمودن صدور پروانه‌های قانونی کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت یا دریافت گواهی عدم نیاز از این سازمان‌ها	۷۶	نبود عقد قرارداد سازمان‌های بیمه سلامت پایه با بسیاری از مراکز درمانی بخش خصوصی؛ علیرغم وجود دستورالعمل ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و خرید بخشی از خدمات بستری ارائه‌شده توسط بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه و خرید بخشی از خدمات بستری ارائه‌شده توسط بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه	۷۵ و ۲۶
پیشنهاد اصلاح تصویب‌نامه‌های هیأت وزیران در خصوص تعرفه و حق بیمه سالانه به‌منظور ایجاد امکان خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه پایه سلامت در هریک از بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی تا سقف تعرفه مصوب همان بخش	۷۷	محدودیت در خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه پایه سلامت از کلیه ارائه‌ندگان بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در سقف تعرفه دولتی (که موجب افزایش پرداخت از جیب و کاهش عمق محافظت مالی از بیمه‌شدگان می‌گردد)	۲۷
انجام مطالعاتی به‌منظور مقایسه روش‌های مختلف قیمت‌گذاری خدمات سلامت و انتخاب مناسب‌ترین الگو برای کشور	۷۸	نامشخص بودن علت منطقی انتخاب الگوی ارزش‌سنسی خدمات سلامت به جای محاسبه قیمت تمام‌شده و واقعی خدمات سلامت بر خلاف قوانین موجود (احکام ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور)	۲۸
اصلاح کلیه قوانین و مقررات مرتبط با نظام تعرفه‌گذاری مبتنی بر نتایج مطالعه متولوژی قیمت‌گذاری خدمات سلامت	۷۹		
تدوین متولوژی تعیین فاکتور خشن‌سازی بودجه‌ای / Budget Neutrality Adjustment Factor	Added		
اعمال فاکتور خشن‌سازی بودجه‌ای BNAF/ توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور در تصویب‌نامه‌های تعرفه‌گذاری هیأت وزیران به‌منظور معادل‌سازی صورتحساب‌های ارائه‌دهندگان با پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر به‌منظور متاسب نمودن با بودجه مصوب سالانه	Added		
پیگیری اجرای ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور ناظر بر مبتنی بودن تعرفه‌های خدمات سلامت بر قیمت واقعی	۸۰		

ادامه جدول ۸: فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

راهکارها	ردیف	مسئله	ردیف
الزام شورای عالی بیمه سلامت کشور به رعایت مفاد ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، ناظر بر یکسان نمودن اجزای فنی «ارزش نسبی خدمات یا به عبارتی دیگر ارزش کار پزشک در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در مصوبه تعرفه سالانه هیأت وزیران	۸۱	مقاوت بودن منبای محاسباتی تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی (بر خلاف ماده ۹ احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور) و مبتنی نبودن تعرفه خدمات سلامت بر اساس قیمت‌های تمام‌شده واقعی (بود الگو مشخص برای قیمت تمام‌شده و واقعی خدمات سلامت)	۲۹
تدوین متدولوژی مشخص برای تعیین تعرفه خدمات سلامت مبتنی بر قیمت تمام‌شده واقعی آن‌ها یا ارزش نسبی	۸۳		
پیشهاد اصلاح تعیین تعرفه خدمات سلامت مبتنی نتایج مطالعه صورت گرفته در خصوص متدولوژی تدوین‌شده	۸۴		
اعمال نظارت موثر توسط نهادهای نظارتی (قوه مقننه، قضائیه و مجریه) بر اجرای صحیح قانون و برخورد جدی بر موارد تخلف	۸۵	تداوم انتغال همزمان در بخش دولتی و خصوصی علیرغم وجود قوانین موجود در برنامه‌های پنجم و ششم توسعه کشور (به عنوان یکی از دلایل ایجاد پدیده تقاضای القایی)	۳۰
الزام شورای عالی بیمه سلامت کشور به رعایت مفاد ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، ناظر بر یکسان نمودن اجزای فنی «ارزش نسبی خدمات یا به عبارتی دیگر ارزش کار پزشک در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در مصوبه تعرفه سالانه هیأت وزیران	۸۶		
پرداخت کلیه هزینه‌های ناشی از ارائه خدمات صرفاً توسط نظام بیمه‌ای و تجمیع سایر منابع موجود نظیر فصل یک حقوق و دستمزد درآمدهای اختصاصی بیمارستان‌ها در نظام بیمه‌ای و هزینه کرد آن‌ها	۸۷		
تغییر نظام پرداخت کنونی به نظام پرداخت آینده‌نگر نظیر سرانه در خدمات سرپایی و DRGs در خدمات بستری	۸۸	تداوم نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر	۳۱
تبدیل مکانیسم پرداخت کارانه به حقوق و دستمزد همراه با پاداش در سطح دوم و سوم	۸۹		
تعیین و اعمال سقف درآمدی برای پزشکان	۹۰		
تدوین متدولوژی تعیین بسته/بسته‌های بیمه مضاعف سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معیارهای ورود و خروج خدمات و با در نظر گرفتن ارتقاء شاخص‌های وضعیت سلامت	۹۱	بخش عمده‌ای از خدمات بیمه مضاعف همان بسته بیمه پایه سلامت می‌باشد که تا سقف تعرفه بخش خصوصی پوشش داده می‌شود.	۳۲
الزام کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد با بیمه‌های مضاعف (مکمل و تکمیلی) سلامت	۹۲		
تدوین و تصویب حکم قانونی به منظور الزام شرکت‌های بیمه تجاری به ارائه بسته/ بسته‌های بیمه مضاعف (تکمیلی و مکمل) سلامت به صورت انفرادی و گروهی	۹۳	محرومیت بخش عمده‌ای از جامعه از پوشش بیمه‌های مضاعف (تکمیلی و مکمل)	۳۳

ادامه جدول ۸: فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

ردیف	مسئله	ردیف	راهکارها
۳۴	فقدان سیاست‌های مدون برای بیمه‌های مضاعف (مکمل و تکمیلی)	Added	تشکیل کارگروه ساماندهی بیمه‌های مضاعف سلامت ذیل دبیرخانه شورای عالی بیمه با مشارکت کلیه دستگاه‌های اجرایی ذیربط
		۹۴	پیشنهاد اصلاح عبارت «بیمه تکمیلی» به «بیمه مضاعف (تکمیلی و مکمل)» در متن اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (به هیأت وزیران) و سایر قوانین و مقررات مرتبط به مراجع قانونی ذیربط
		۹۵	تدوین پیشنهاد ضوابط بند ه ماده ۱۲ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (پیشنهاد ضوابط مربوط به عقد و لغو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی با اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط به هیأت امناء) و ارائه آن جمیع عمومی سازمان
		۹۶	الزام شرکت یا سازمان‌های بیمه مضاعف (تکمیلی) سلامت به تبعیت از خط مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۵	فقدان سازوکارهای مدون و مصوب برای الزام سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه تکمیلی سلامت به تبعیت از خط مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۹۷	پیشنهاد تصویب نامه هیات وزیران با موضوع الزام شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای به اخذ مجوز از سازمان بیمه سلامت ایران (به نایب از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) جهت فعالیت در حوزه بیمه‌های مضاعف سلامت و ابطال مجوز فعالیت آن‌ها در حوزه بیمه‌های مضاعف سلامت در صورت عدم رعایت خط مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ابرسی امکان احاطا این موضوع در اساسنامه سازمان بیمه سلامت)
		۹۸	نظارت مؤثر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان بیمه سلامت ایران) بر چگونگی ارائه خدمات بیمه‌های مضاعف سلامت توسط شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای
۳۶	عدم استفاده از پروتکل‌های درمانی به‌منظور خرید خدمات سلامت	۹۹	اصلاح آییننامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بند «ج» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور به‌منظور پیش‌بینی سازوکارهای اجرایی تدوین پروتکل‌های درمانی مبتنی بر راهنماهای بالینی و الزام سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور به خرید خدمات سلامت صرفاً در چهارچوب این پروتکل‌ها
		۱۰۰	الزام ورود هرگونه فناوری (خدمات، داروها و کالاهای) سلامت به بسته بیمه سلامت به پیوست گایدلاین
		۱۰۱	تدوین پروتکل‌های درمانی منطبق بر راهنماهای بالینی از طریق واکنش به انجمن‌های تخصصی با نظارت مؤثر سازمان بیمه سلامت ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۷	نبرد الگوی عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مبتنی بر الزامات و استانداردهای خرید راهبردی خدمات سلامت	۱۰۲	تدوین الگوی قرارداد مبتنی بر خرید راهبردی خدمات سلامت با تأکید بر ویژگی‌های خریدار آگاه نظیر توانایی انتخاب ارائه‌دهندگان، تعیین قیمت بر اساس کیفیت و...

ادامه جدول ۸: فهرست مسائل و راهکارهای تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری تأمین مالی

ردیف	مسئله	ردیف	راهکارها	ردیف
۲۸	عدم استقرار کامل بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات و نیز فقدان زیرساخت‌های لازم به‌منظور استقرار تجویز و ارائه الکترونیکی خدمات سلامت و استقرار بیمه سلامت الکترونیکی	۱۰۴	طراحی سازوکارهای خرید راهبردی خدمات سلامت صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت در چهارچوب اصلاح آیین‌نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر پندهای «الف» و «ج» ماده ۲۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور	۱۰۳
۲۹	ناکارآمدی مدیریت سیاسی ساختار موجود نظام سلامت کشور	۱۰۵	تقویت رویکرد علمی در مدیریت ساختار نظام سلامت	۱۰۶
۴۰	تعدد تقاطع و سطوح سیاست‌گذاری در حوزه نظام سلامت	۱۰۶	بازطراحی ساختار سیاست‌گذاری نظام سلامت	۱۰۷
۴۱	عدم واگذاری امور تصدی‌گری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ناظر بر عدم رعایت بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت و بند «د» ماده ۲۴ قانون برنامه ششم توسعه)	۱۰۷	واگذاری کلیه امور تصدی‌گری در ارائه خدمات سلامت طبق ماده ۱۳ قانون خدمات کشوری به بخش تعاونی و خصوصی و نهادهای و مؤسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده و با نظارت و حمایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱۰۸
۴۲	پراکندگی صندوق‌های انباشت و توزیع ریسک در کشور	۱۰۸	پیشنهاد ماده واحده (با تصویب‌نامه هیأت وزیران) با محوریه شورای عالی اداری) به‌منظور تشکیل یک صندوق واحد و مستقل به‌عنوان خریدار واحد خدمات بیمه پایه سلامت برای همه بیمه‌شدگان کشور (ترجیحاً در قالب نهاد عمومی غیردولتی) و تجمیع حق بیمه پایه سلامت کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های فعال در حوزه بیمه پایه سلامت در این صندوق	۱۰۹
۴۳	رصد نامناسب شاخص‌های حوزه تأمین مالی نظام سلامت	Added	اصلاح آیین‌نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بند «ج» ماده ۲۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور و احاله تکلیف اداره‌گیری و رصد شاخص‌های حفاظت مالی و دسترسی به سازمان بیمه سلامت ایران (ناظر بر اصلاح ماده ۱۲ و ۱۳ آیین‌نامه خرید راهبردی خدمات سلامت)	۱۱۰
۴۴	سود سلامت و توانمندسازی ناکافی بیمه‌شدگان	۱۱۱	پایش و ارزشیابی شاخص‌های تأمین مالی نظام سلامت تعیین شده و ارائه گزارش آن‌ها	۱۱۱
۴۵	مشارکت ناکافی سازمان‌های مردم‌نهاد	۱۱۲	استفاده از بازاریابی و کمپین‌های اجتماعی سلامت به‌عنوان ابزاری برای ارتقاء سطح توانمندی و سواد بیمه سلامت اطلاع‌رسانی و آگاهی‌رسانی از طریق رسانه‌های عمومی ایجاد قوانین و مقررات لازم به‌منظور مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد در فرایندهای تصمیم‌گیری	۱۱۲

اولویت‌بندی مسائل، چالش‌ها و مسائل منتخب

در ادامه به منظور اولویت‌بندی مسائل و چالش‌ها حوزه تأمین مالی و بیمه سلامت کشور از دو معیار «اهمیت پرداختن به مسئله» و «فوریت رفع مسئله» ابتدا با اختصاص وزن به گونه‌ای که مجموع وزن دو معیار ۱۰۰ باشد و سپس اختصاص امتیاز برای هر دو معیار اولویت‌بندی صورت گرفت؛ به گونه‌ای که امتیاز ۵ برای بیشترین درجه و امتیاز ۱ برای کمترین درجه در نظر گرفته شده است. سپس مجموع امتیاز هر معیار در وزن آن معیار ضرب و مجموع امتیاز طبق جدول زیر معین شد. به همین ترتیب اولویت‌بندی مسائل و چالش‌های نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری منابع مالی به شرح جدول شماره ۹ معین شد.

جدول ۹: فهرست اولویت‌بندی شده مسائل نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشور، با تأکید بر پایداری منابع مالی

شماره اولویت	مجموع امتیاز	عنوان مسائل	شماره مسائل
۱	۳۱/۶	عدم استقرار کامل بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات و نیز فقدان زیرساخت‌های لازم به‌منظور استقرار تجویز و ارائه الکترونیکی خدمات سلامت و استقرار بیمه سلامت الکترونیک	۳۸
۲	۳۱	وجود افراد فاقد بیمه پایه سلامت	۱
۳	۲۹/۸	عدم استقرار نظام ارجاع به‌صورت فراگیر در سراسر کشور	۳۳
۴	۲۹/۷	بالا بودن سهم قابل توجهی از منابع مالی نظام سلامت در قالب پرداخت مستقیم از جیب؛ که صرف تقویت برنامه‌های پیش‌پرداخت نمی‌گردد.	۱۷
۵	۲۹/۵	عدم تناسب بین حق بیمه خدمات سلامت با هزینه بسته خدمات و تعرفه مبتنی بر قیمت واقعی	۱۲
۶	۲۹	متفاوت بودن مبنای محاسباتی تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی (بر خلاف ماده ۹ احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور) و مبتنی نبودن تعرفه خدمات سلامت بر اساس قیمت‌های تمام‌شده و واقعی (نمود الگو مشخص برای قیمت تمام‌شده و واقعی خدمات سلامت)	۲۹
۷	۲۷/۹	عادلانه نبودن مکانیسم‌های مشارکت در تأمین مالی و برخورداری غیر عادلانه دهک‌های درآمدی بالا و پایین از حایث‌های مالی دولت	۹
۸	۲۷/۹	فقدان بسته حداقلی و بیمه پایه و مضاعف مصوب مبتنی بر اولویت‌ها و منابع مالی نظام سلامت (به‌منظور مشخص نمودن سطحی از خدمات سلامت که قرار است تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار گیرد)	۲۲
۹	۲۷/۸	ناآرامی بودن و عدم استفاده از پروتکل‌های درمانی مبتنی بر راهنماهای بالینی به‌منظور خرید خدمات سلامت	۳۶
۱۰	۲۷/۷	نامشخص بودن علت منطقی انتخاب الگوی ارزش نسبی خدمات سلامت به‌طایر محاسبه قیمت تمام‌شده و واقعی خدمات سلامت برخلاف قوانین موجود (خلاف ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور)	۲۸
۱۱	۲۷/۵	واستگي شديد تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران به درآمدهای ناشی از فروش منابع ملی (نظیر نفت و گاز و ...) و پایین بودن سهم حق بیمه از کل منابع مالی سازمان	۱۳
۱۲	۲۷/۴	تداوم اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی علیرغم وجود قوانین موجود در برنامه‌های پنجم و ششم توسعه کشور (به‌عنوان یکی از دلایل ایجاد پدیده تقاضای القایی)	۳۰
۱۳	۲۷/۳	ناکارآمدی مکانیسم‌های شناسایی افراد نیازمند	۵
۱۴	۲۷/۳	فقدان روش شناسی علمی برای اولویت‌بندی (Priority setting) و سهمیه‌بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور	۲۱
۱۵	۲۷/۲	عدم انتقال مناسب ریسک مالی مخاطرات سلامت از گروه‌های ثروتمند و کم ریسک به‌سوی گروه‌های فقیر و پر ریسک و در نتیجه عدم تحقق کامل برقراری پلانه متقاطع در صندوق‌های بیمه‌ای	۲۰

ادامه جدول ۹: فهرست اولویت‌بندی شده مسائل نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری منابع مالی

شماره اولویت	مجموع امتیاز	عنوان مسائل	شماره مسائل
۱۶	۲۶/۶	تداوم نظام‌های پرداخت گذشته‌نگر	۳۱
۱۷	۲۶/۵	فقدان جامعیت در حمایت (مالی) مؤثر از افراد با ریسک بالا (تظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج)	۲
۱۸	۲۶/۵	نبود الگوی عقد قرارداد با ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مبتنی بر الزامات و استانداردهای خرید، راهبردی خدمات سلامت	۳۷
۱۹	۲۶/۴	مشارکت ناچیز ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در ریسک مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات و کالاهای سلامت	۱۸
۲۰	۲۶	یکسان بودن فرآیند خدمات سلامت در کلیه دهک‌های درآمدی	۱۰
۲۱	۲۵/۸	تعدد نقاط و سطوح سیاست‌گذاری در حوزه نظام سلامت	۴۰
۲۲	۲۵/۷	تعارض بند «ت» و «ث» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم، ناظر بر هماهنگ بودن تدوین بسته بیمه پایه و تکمیلی و برآورد بار مالی ناشی از آن	۱۱
۲۳	۲۵/۶	عدم ارتباط بین کیفیت و تعرفه خدمات	۱۹
۲۴	۲۵/۵	طراحی نشدن صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ایران مبتنی بر توان مشارکت اعضای صندوق (صندوق روستاییان؛ بر مبنای محل سکونت، صندوق کارکنان دولت؛ مبتنی بر رابطه استخدامی، صندوق سایر اقشار؛ نامعلوم، صندوق ایرانیان؛ برای افراد فاقد پوشش بیمه)	۱۶
۲۵	۲۵/۳	انفعال حوزه تأمین مالی نظام سلامت در شناخت منابع مالی جدید که قابلیت مصرف در نظام سلامت دارد و تولید ظرفیت‌های قانونی برای استفاده از این منابع	۴
۲۶	۲۵/۱	فقدان، بالکن اطلاعاتی جامع بیمه پایه سلامت و وجود همپوشانی‌های بیمه‌ای	۸
۲۷	۲۵/۱	فقدان سازوکارهای مدون و مصوب برای الزام سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه تکمیلی سلامت به تعیت از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۲۵
۲۸	۲۵	رشد نامناسب شاخص‌های حوزه تأمین مالی نظام سلامت	۴۳
۲۹	۲۴/۶	پراکندگی منابع مالی نظام سلامت در کشور (بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، صندوق‌های بیمه‌ای متعدد و نهادهای خارج از شمول قانون، محاسبات عمومی کشور)	۶
۳۰	۲۴/۶	ناکارآمدی مدیریت سیاسی ساختار موجود نظام سلامت کشور	۳۹
۳۱	۲۴	عدم اتفاق نظر سیاست‌گذاران سلامت کشور در خصوص الگوی صندوق‌های بیمه پایه (صندوق واحد و یا صندوق‌های متعدد) و فقدان سیاست شفاف در انتخاب «لایحایت ریسک پراکنده» «هرم پیوستگی» یا «لایحایت ریسک اقدام یافته و واحد»	۱۵
۳۲	۲۴	محدودیت بخش عمده‌ای از جامعه از پوشش بیمه‌های تکمیلی و مکمل	۳۳

ادامه جدول ۹: فهرست اولویت‌بندی شده مسائل نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری منابع مالی

شماره اولویت	مجموع امتیاز	عنوان مسائل	شماره مسائل
۳۳	۳۳/۶	بخش عمده‌ای از خدمات بیمه متقاضف همان بسته بیمه پایه سلامت می‌بایند که تا سقف تعرفه بخش خصوصی پوشش داده می‌شود.	۳۳
۳۴	۳۳/۲	فقدان سیاست‌های مدون برای بیمه‌های متقاضف (مکمل و تکمیلی)	۳۴
۳۵	۳۲/۷	قدرت ناکافی سازمان بیمه سلامت ایران در تصمیم‌گیری در خصوص چگونگی خرید خدمات سلامت	۳۵
۳۶	۳۲/۶	فقدان سازوکارهای اجرایی جهت دستیابی به منابع مالی نظام بیمه‌ای براساس ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	۳۶
۳۷	۳۲/۳	عدم شفافیت و فقدان سازوکارهای اجرایی جهت دستیابی به منابع مالی نظام جامع تأمین اجتماعی در حوزه بیمه‌ای براساس ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	۳۷
۳۸	۳۱/۶	محدودیت در خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه پایه سلامت از کلیه ارائه‌دهندگان بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در سقف تعرفه دولتی (که موجب افزایش پرداخت از جیب و کاهش عمق محافظت مالی از بیمه‌شدگان می‌گردد)	۳۸
۳۹	۳۱/۵	مقتضات بودن میزان سهم کارفرمایی دولت از حق بیمه در صندوق‌های بیمه‌ای کشور (رویکرد بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار)	۳۹
۴۰	۳۱/۲	عدم واگذاری امور تصدی‌گری توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (ناظر بر رعایت بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت و بند «ت» ماده ۲۴ قانون برنامه ششم توسعه)	۴۰
۴۱	۳۰/۹	سود سلامت و توانمندسازی ناکافی بیمه‌شدگان	۴۱
۴۲	۳۰/۳	نبود عقد قرارداد سازمان‌های بیمه سلامت پایه با بسیاری از مراکز درمانی بخش خصوصی؛ علیرغم وجود دستورالعمل ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و خرید بخشی از خدمات بستری ارائه‌شده توسط بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه	۴۲
۴۳	۱۹/۲	مشارکت ناکافی سازمان‌های مردم‌نهاد (اسمن‌ها)	۴۳
۴۴	۱۶/۴	خرید بخشی از خدمات بستری ارائه‌شده توسط بیمارستان‌های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه	۴۴
۴۵	۱۴/۱	خرید خدمات تجویز نشده توسط پزشکان غیر طرف قرارداد (تجویز خدمات در دفترچه بیمه سلامت توسط پزشکان غیر طرف قرارداد)	۴۵

اولویت‌بندی راهکارها و راهکارهای منتخب

در ادامه به منظور اولویت‌بندی مسائل و چالش‌ها حوزه تأمین مالی و بیمه سلامت کشور، ابتدا به‌طور کلی از افراد خواسته شد که برای سه معیار «اهمیت راهکار»، «قابلیت اجرا» و «فوریت پرداختن به راهکار» وزنی در نظر گرفته شود، به‌صورتی که مجموع وزن سه معیار فوق، ۱۰۰ باشد.

در ادامه و در راستای شفاف نمودن هریک از راهکارها و کمک به اولویت‌بندی توسط صاحب نظران و کارشناسان حوزه تأمین مالی و بیمه نظام سلامت، هریک از راهکارها از منظرهای زیر موردبررسی قرار گرفت:

« راهکار در راستای تحقق کدام بعد/ ابعاد پوشش همگانی سلامت است؟ (پوشش جمعیتی،

پوشش خدمتی و پوشش هزینه‌ای)

« راهکار به کدام از بعد/ ابعاد سه‌گانه تأمین مالی می‌پردازد؟ (تجمیع درآمد، انباشت ریسک و

تخصیص و خرید خدمات)

« میزان انطباق راهکار با سیاست‌های کلی سلامت به چه میزان است؟ (عین سیاست، منطبق بر

سیاست، عدم تعارض با سیاست و خلاف سیاست)

« برای تحقق راهکار پیشنهادی، امکان مداخله از سوی سازمان بیمه سلامت ایران به چه میزان

است؟ (مداخله کامل، مداخله نسبی و عدم امکان مداخله)

« آیا سازمان بیمه سلامت ایران از راهکار پیشنهادی تأثیر می‌پذیرد؟ (بله و خیر)

« آیا راهکار پیشنهادی برای اجرا نیاز به حکم یا مقرر قانونی دارد؟ (بله و خیر)

« آیا در شرایط کنونی در اسناد بالادستی حکم یا مقرر قانونی برای آن در نظر گرفته شده است؟

(خیر و بله)

« آیا حکم یا مقرر قانونی موجود، نیاز به اصلاح دارد؟ (بله و خیر)

« آیا قانون موجود برای اجرا و تحقق راهکار تاکنون اجرا شده است؟ (عدم اجرا، اجرای نسبی و

اجرای کامل)

« آیا فرایند کنونی که در رابطه با راهکار پیشنهادی در حال حاضر وجود دارد، منطبق بر قانون

موجود و مرتبط است؟ (خیر و بله)

در واقع معیارهای وجود و خروج راهکارها و به عبارت دیگر معیارهای اصلی انتخاب راهکارها، سه معیار

زیر بود:

- میزان انطباق با سیاست‌های کلی سلامت
- امکان مداخله سازمان بیمه سلامت ایران
- و متأثر بودن سازمان بیمه سلامت ایران از آن سیاست یا راهکار به گونه‌ای که اگر معیار برخلاف سیاست‌های کلی سلامت باشد و یا امکان مداخله سازمان بیمه سلامت ایران در آن اصلاً وجود نداشته باشد و یا سازمان به هیچ عنوان تحت تأثیر آن راهکار قرار نگیرد، از فهرست راهکارها خارج می‌شد.

در ادامه با در نظر گرفتن امتیاز برای هر سه معیار اهمیت، قابلیت اجرا و فوریت اولویت‌بندی صورت گرفت؛ به گونه‌ای که امتیاز ۵ برای بیشترین درجه و امتیاز ۱ برای کمترین درجه در نظر گرفته شده است. سپس مجموع امتیاز هر معیار در وزن آن معیار ضرب و مجموع امتیاز طبق جدول بعد معین شد. به همین ترتیب اولویت‌بندی راهکارهای نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشور با تأکید بر پایداری منابع مالی به شرح جدول ۱۰ معین شد.

جدول ۱۰: ۴۷ راهکار اولویت‌بندی شده در راستای اصلاحات تأمین مالی و بیمه سلامت کشور

ترتیب اولویت‌ها	عناوین راهکارهای منتخب
۱	الزام شورای عالی بیمه سلامت کشور به رعایت مفاد ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، ناظر بر یکسان نمودن «جزء فنی» ارزش نسبی خدمات یا به عبارتی دیگر ارزش کار پزشک در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در مصوبه تعرفه سالانه هیأت وزیران
۲	هر گونه افزایش در بسته بیمه پایه سلامت و تعرفه آن، صرفاً در صورت پیش‌بینی و تصویب بار مالی آن در قانون بودجه سنواتی قابلیت پوشش توسط بیمه پایه سلامت را دارد (نیوست تأمین مالی).
۳	اصلاح آییننامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بند «ج» ماده ۳۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور به منظور پیش‌بینی سازوکارهای اجرایی تدوین پروتکل‌های درمانی مبتنی بر راهبردهای بالینی و الزام سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور به خرید خدمات سلامت صرفاً در چهارچوب این پروتکل‌ها
۴	پیشنهاد حکمی در احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور؛ به شرح زیر: «شهرت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری فقط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مضاعف سلامت می‌باشند».
۵	پیشنهاد اصلاح تصویب‌نامه‌های هیأت وزیران در خصوص تعرفه و حق بیمه سالانه به منظور ایجاد امکان خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه پایه سلامت در هر یک از بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی تا سقف تعرفه مصوب همان بخش
۶	پیشنهاد ماده واحده به منظور افزایش مالیات بر صنایع آینده محیط زیست و تعیین سهم بیمه سلامت از این منابع (مالیات سلامت)
۷	پیشنهاد اصلاح عبارت «بیمه تکمیلی» به «بیمه مضاعف (تکمیلی و مکمل)» در متن اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (به هیأت وزیران) و سایر قوانین و مقررات مرتبط به مراجع قانونی ذی‌ربط
۸	اعمال سقف سالانه پرداخت از جیب (OOP) با رویکرد حمایت از اقشار محروم و آسیب‌پذیر
۹	تدوین قانون یا مقرر به منظور الزام کلیه مراکز درمانی به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت کشور از طریق موکل نمودن صور پروانه‌های قانونی کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت یا دریافت کوهی نیاز از این سازمان‌ها
۱۰	اصلاح کلیه قوانین و مقررات مرتبط با نظام تعرفه گذاری مبتنی بر نتایج معامله صورت گرفته
۱۱	تشکیل صندوق مستقلی به عنوان خریدار واحد خدمات سلامت در قالب نهاد عمومی غیردولتی
۱۲	پیشنهاد اصلاح تعیین تعرفه خدمات سلامت مبتنی بر قیمت واقعی و متداولی تدوین شده
۱۳	زمان تعیین و تصویب تعرفه و حق بیمه و نیز بازنگری در بسته بیمه پایه سلامت مقدم بر زمان تصویب لایحه بودجه سالانه باشد.
۱۴	تعیین ارزش ربالی Ka در ارزش نسبی خدمات سلامت مبتنی بر قیمت تمام‌شده واقعی خدمات سلامت
۱۵	شناسایی و ثبت نام بیماران مبتلا به بیماری‌هایی که ریسک و هزینه بالا دارند.
۱۶	پیگیری تحقق افزایش یک واحد درصد در هر سال بر مالیات بر ارزش افزوده به عنوان مالیات سلامت ناظر بر ماده ۳۷ قانون الحاق ۲

ادامه جدول ۱۰: ۴۷ راهکار اولویت‌بندی شده در راستای اصلاحات تأمین مالی و بیمه سلامت کشور

ترتیب اولویت‌ها	عناوین راهکارهای منتخب
۱۷	پیگیری اجرای ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، ناظر بر متنی بودن توفقه‌های خدمات سلامت بر قیمت واقعی
۱۸	الزام شرکت یا سازمان‌های بیمه تکمیلی سلامت به تبعیت از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۹	تدوین صندوق‌های مشخص برای تعیین تعرفه خدمات سلامت مبتنی بر قیمت واقعی آن‌ها
۲۰	واردات هرگونه فناوری (خدمات، داروها و کالاهای سلامت مشروط به تعیین نحوه تأمین مالی آن‌ها (پیوست تأمین مالی) باشد؛ به گونه‌ای که منجر به افزایش سهم پرداخت مستقیم از جیب فقرا نگردد.
۲۱	پیش‌بینی اصلاح بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه به شرح زیر: «لسته خدمات (شعول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تأیید شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمات سازمان بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد».
۲۲	طراحی یک نظام اولویت‌بندی و سهم‌بندی مناسب جهت خدمات بیمه پایه سلامت در کشور
۲۳	طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت‌بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بالینی
۲۴	اصلاح آیین‌نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بند «ج» ماده ۴۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور و احاطه تکلیف اندازه‌گیری و رصد شاخص‌های حفاظت مالی و دسترسی به سازمان بیمه سلامت ایران
۲۵	تدوین قوانین و مقررات لازم به‌منظور اجرای بند ۴- ۹ سیاست‌های کلی سلامت، ناظر بر تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز خرید خدمات معین‌شده و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان توسط نظام بیمه‌ای
۲۶	انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت به‌منظور تدوین پیوست ارزیابی فناوری سلامت برای ورود و خروج خدمات به بسته بیمه سلامت
۲۷	تعیین میزان رالی سرنانه سهم کافیهایی دولت از حق بیمه پایه سلامت در تصویب‌نامه‌های ترفه و حق بیمه سالیانه (به‌منظور رعایت بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار)
۲۸	تعیین و اعمال سقف درمانی برای پزشکان
۲۹	راهاندازی پایگاه اطلاعات بر خط بیمه‌شدگان درمان کشور (موضوع بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) توسط سازمان بیمه سلامت ایران
۳۰	پیشنهاد به «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم به شرح زیر: «حق بیمه پایه سلامت خوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سربست خانوار و تابعی از هزینه بسته خواهد بود».
۳۱	استقرار کامل پایگاه اطلاعات بر خط بیمه‌شدگان درمان کشور (ناظر بر بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه)
۳۲	الزام ورود هرگونه فناوری (خدمات، داروها و کالاهای سلامت به بسته بیمه سلامت به پیوست گایدلاین

ترتیب اولویت‌ها	عناوین راهکارهای منتخب
۳۳	تسری مفارقات بودن تعرفه کلیه خدمات مبتنی بر نتایج الگوی بازگری شده اعتباربخشی و ارزشیابی به سایر حوزه‌های ارائه خدمت (علاوه بر هلیکس) از طریق اصلاح تصویب‌نامه هیأت وزیران مرتبط با تعرفه
۳۴	اجرائی شدن آیین‌نامه بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم از سوی دولت به‌عنوان حق همگانی برای برخورداری از بیمه سلامت ایران
۳۵	تأمین منابع مالی موردنیاز و نشان‌دار برای بیماران با ریسک بالا در برابر هزینه‌های گم‌ریختن سلامت
۳۶	پیشنهاد ماده واحده به‌مظور تعیین سهم بیمه سلامت از افزایش یک درصد مالزاد بر مالیات بر ارزش‌افزوده (مالیات سلامت)
۳۷	تدوین بسته خدمات فراتر از بسته حقالق تحت عنوان بسته بیمه پایه سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی بیمه و تصویب هیأت وزیران و خرید این بسته توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت
۳۸	تدوین پروتکل‌های درمانی منطبق بر راهنماهای بالینی از طریق واگذاری به انجمن‌های تخصصی با نظارت مؤثر سازمان بیمه سلامت ایران و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۳۹	پیشنهاد ماده واحده به‌مظور تجميع منابع مالی نظام سلامت در نظام بیمه‌ای
۴۰	نظارت مؤثر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (سازمان بیمه سلامت ایران) بر چگونگی ارائه خدمات بیمه‌های مضاعف سلامت توسط شرکت‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای
۴۱	ساماندهی جامع افراد با ریسک بالا در یک صندوق خاص
۴۲	برقراری پوشش بیمه سلامت متناسب با دهک‌های درآمدی و توانایی پرداخت بر مبنای آیین‌نامه اجرائی بند «الف» ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه
۴۳	اعمال نظارت مؤثر توسط نهادهای نظارتی (قوه مقننه، قضائیه و مجریه) بر اجرای صحیح قانون و برخورد جدی بر موارد تخلف
۴۴	پیشنهاد ماده واحده به‌مظور تعیین سهم بیمه سلامت از مالیات بر کالاهای آسیرسان سلامت به‌ویژه افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی و ارائه مالیات (مالیات سلامت)
۴۵	خرید خدمات سلامت با روشهای پرداخت مناسب نظیر حقوق و سرانه و Value-Based Purchasing
۴۶	پیشنهاد ماده واحده به‌مظور تعیین سهم بیمه سلامت از منابع ناشی از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها (مالیات سلامت)
۴۷	تدوین مدل‌های تعیین بسته‌ایستهای بیمه مضاعف سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معیارهای ورود و خروج خدمات و با در نظر گرفتن ارتقا شاخص‌های وضعیت سلامت

در ادامه و در فصل بعد، برای راهکارها با مجموعه راهکارهای مرتبط، کار برگ‌های اجرایی تهیه و تدوین شده است.

فصل هفتم

کاربرگ های اجرایی راهکارهای منتخب

مقدمه

برای هریک از راهکارهای منتخب، کاربرگ اجرایی شامل عنوان مسأله/مسائل، عنوان راهکار/راهکارها، اسناد قانونی مرتبط با راهکار/راهکارها، وضعیت کنونی مرتبط با راهکار/راهکارهای پیشنهادی، مزایا و چالش‌های احتمالی پیش رو برای اجرای راهکار/راهکارها و نیز اقدامات و عملیات اجرایی مرتبط با هریک از راهکار/راهکارها تهیه گردیده است.

از آنجایی که تعدادی از راهکارها بین دو یا چند مسأله یا چالش مشترک هستند و از طرف دیگر دو یا چند راهکار به هم مرتبط می‌باشد و برای اجرا در قالب یک بسته قابل ارائه هستند، برای تعدادی از راهکارها به صورت مشترک، یک کاربرگ با همه اجزاء فوق تهیه گردیده است.

در مجموع برای ۳۹ راهکار منتخب کاربرگ‌های اجرایی، در قالب ۲۲ کاربرگ تهیه گردیده است. لازم به ذکر است که شماره کاربرگ‌ها، طبق اولویت‌بندی راهکارها براساس نتایج فصل قبل نمی‌باشد.

کاربرگ شماره ۱

مسائل

- ۱- متفاوت بودن مبنای محاسباتی تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی (برخلاف ماده ۹ احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور) و مبتنی نبودن تعرفه خدمات سلامت بر اساس قیمت‌های تمام‌شده و واقعی (نبود الگو مشخص برای قیمت تمام‌شده و واقعی خدمات سلامت)
- ۲- فاصله بسیار بین تعرفه‌های خدمات سلامت در بخش دولتی و خصوصی و عدم پوشش تعرفه‌های بخش خصوصی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه، موجب افزایش قابل ملاحظه سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت گردیده است.
- ۳- تفاوت بسیار بین دستمزد یک خدمت در بخش دولتی با دستمزد همان خدمت در بخش خصوصی، انگیزه‌ای قوی برای تمایل بیشتر پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به اشتغال در بخش خصوصی است و مانعی را برای اجرای قانون منع اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی ایجاد می‌کند و می‌تواند در پاره‌ای اوقات، گسیل بیمار از بخش دولتی به خصوصی را باعث گردد.

راهکارهای منتخب

- ۱- الزام شورای عالی بیمه سلامت کشور به رعایت مفاد ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور ناظر بر یکسان نمودن «حق فنی» ارزش نسبی خدمات یا به عبارتی دیگر ارزش کار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در مصوبه تعرفه سالانه هیأت وزیران
- ۲- زمان تعیین و تصویب تعرفه و حق بیمه و نیز بازنگری در بسته بیمه پایه سلامت مقدم بر زمان تصویب لایحه قانون بودجه سالانه باشد.
- ۳- یکسان شدن ویزیت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۶- ۹ سیاست‌های کلی سلامت:
- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.
- بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور:
- شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت، درمان و

تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند. این بند به عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می گردد.

- ماده (۸) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور:
تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

- بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور:
قیمت واقعی خدمات: عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه و دارایی های ثابت در بخش دولتی سود سرمایه (دارایی های ثابت) و استهلاک منظور خواهد شد.

وضعیت کنونی

۱- با توجه به تاریخ ابلاغ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور (۱۳۹۶/۰۱/۱۶)، در تصویب نامه های تعرفه سال های ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷ مفاد این ماده قانونی رعایت نگردیده است.

۲- تاکنون مطالعه نظام مندی برای طراحی یک الگوی تعیین تعرفه و ارزش ریالی K ارزش نسبی خدمات سلامت مبتنی بر قیمت تمام شده و واقعی خدمات سلامت به جز برای تعرفه ویزیت سرپایی در کشور صورت نپذیرفته است.

۳- الگوی علمی برای تعیین قیمت تمام شده و واقعی خدمات سلامت در کشور پیش بینی و تعیین نشده است (نیازمند انجام مطالعه)

۴- الگوی غالب تعیین ارزش ریالی K ارزش نسبی خدمات سلامت، چانه زنی است.

۵- ارزش ریالی K جزء حرفه ای (حق فنی = دستمزد ارائه دهنده خدمت) در بخش خصوصی چند برابر بخش دولتی است (بر خلاف تکلیف مصرح در ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه).

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- کاهش سهم پرداخت از جیب به دلیل یکسان شدن جزء حرفه های ارزش نسبی (حق فنی ارائه دهندگان خدمات سلامت)
- کاهش درصد خانوارهای مواجهه شده با هزینه های فاجعه بار و فقرزای سلامت
- پیشگیری از شیفت بیمار از بخش دولتی به خصوصی

- ایجاد زمینه برای اجرای قانون «منع اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی»
- ایجاد زمینه حذف ۲٪ و اعتبارات در نظر گرفته‌شده برای ماندگاری پزشکان در بخش دولتی به سبب واقعی شدن تعرفه‌ها در بخش‌های دولتی و خصوصی و در نتیجه کاهش مصارف سازمان‌های بیمه‌گر
- ایجاد زمینه حذف پرداخت جزء فنی ارزش نسبی (سود سرمایه و هزینه استهلاک) به بخش دولتی (به استناد ماده ۸ قانون بیمه همگانی) و در نتیجه کاهش مصارف سازمان‌های بیمه‌گر
- کاهش کل مخارج نظام سلامت به علت تعدیل جزء فنی در بخش خصوصی و امکان عدم پرداخت جزء فنی ارزش نسبی (سود سرمایه و هزینه استهلاک) به بخش دولتی (به استناد ماده ۸ قانون بیمه همگانی)
- ایجاد زمینه منطقی نمودن مبنای محاسبه ارزش نسبی خدمات سلامت و اجرای کتاب جدید ارزش نسبی خدمات سلامت تدوین‌شده توسط سازمان نظام پزشکی
- امکان محاسبه بار مالی ناشی از هرگونه افزایش احتمالی تعرفه‌ها در لایحه قانون بودجه سنواتی در نتیجه کمک به حفظ تعادل منابع و مصارف نظام سلامت به‌ویژه بیمه سلامت
- کاهش سهم پرداخت از جیب به دلیل یکسان شدن جزء حرفه‌ای ارزش نسبی (حق فنی ارائه دهندگان خدمات سلامت)
- کاهش درصد خانوارهای مواجهه شده با هزینه‌های فاجعه بار و فقرزای سلامت
- پیشگیری از شیفت بیمار از بخش دولتی به خصوصی
- ایجاد زمینه برای اجرای قانون «منع اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی»
- ایجاد زمینه حذف ۲٪ و اعتبارات در نظر گرفته‌شده برای ماندگاری پزشکان در بخش دولتی به سبب واقعی شدن تعرفه‌ها در بخش‌های دولتی و خصوصی و در نتیجه کاهش مصارف سازمان‌های بیمه‌گر
- ایجاد زمینه حذف پرداخت جزء فنی ارزش نسبی (سود سرمایه و هزینه استهلاک) به بخش دولتی (به استناد ماده ۸ قانون بیمه همگانی) و در نتیجه کاهش مصارف سازمان‌های بیمه‌گر
- کاهش کل مخارج نظام سلامت به علت عدم پرداخت جزء فنی ارزش نسبی (سود سرمایه و هزینه استهلاک) به بخش دولتی (به استناد ماده ۸ قانون بیمه همگانی)
- ایجاد زمینه منطقی نمودن مبنای محاسبه ارزش نسبی خدمات سلامت و اجرای کتاب جدید ارزش نسبی خدمات سلامت تدوین‌شده توسط سازمان نظام پزشکی
- امکان محاسبه بار مالی ناشی از هرگونه افزایش احتمالی تعرفه‌ها در لایحه قانون بودجه سنواتی در نتیجه کمک به حفظ تعادل منابع و مصارف نظام سلامت به‌ویژه بیمه سلامت

چالش‌های احتمالی پیشرو

- احتمال مقاومت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت (در صورت کاهش ارزش ریالی جزء حرفه‌ای بخش خصوصی)
- احتمال نیاز به منابع مازاد در صورت افزایش حق فنی بخش دولتی
- عدم تمکین ارائه‌دهندگان خدمت از قیمت‌گذاری و تعرفه‌ها و دریافت مبالغ خارج از عرف

- پایین آمدن کیفیت خدمات به دلیل پایین بودن تعرفه‌ها
- نارضایتی گروه‌های درگیر در تعرفه
- احتمال بروز بی‌نظمی در اجرای تعرفه‌ها به سبب عدم وجود نظارت نظام‌مند بر اجرای صحیح تعرفه‌ها
- احتمال ایجاد تقاضای القایی

اقدامات اجرایی

- ۱- شفاف نمودن تفسیر عبارت «حق فنی» در ماده ۹ قانون احکام دائمی (انجام‌شده)
- ۲- حمایت‌طلبی و ایجاد تفاهم با ذینفعان (نظیر شورای عالی بیمه) در خصوص نحوه اجرای قانون
- ۳- تدوین یک برنامه راهبردی برای اجرایی شدن قانون
- ۴- انجام یک طرح پژوهشی با موضوع نحوه یکسان‌سازی حق فنی (ارزش ریالی جزء حرفه‌ای ارزش نسبی خدمات سلامت) در تعرفه‌های خدمات سلامت و پیش‌بینی منابع جدید به‌منظور جبران بار مالی احتمالی ناشی از یکسان‌سازی حق فنی تعرفه خدمات برای سازمان‌های بیمه‌گر
- ۵- تدوین و پیشنهاد تصویب‌نامه هیأت وزیران مبتنی بر نتایج طرح پژوهشی در خصوص تعرفه مبتنی بر ماده ۹ قانون احکام دائمی
- ۶- پیگیری تصویب‌نامه تدوین‌شده تا تصویب نهایی در هیأت وزیران قبل از تدوین لایحه قانون بودجه سنواتی
- ۷- بازنگری ارزش نسبی به‌صورت سالانه توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور (قبل از تدوین و تصویب قانون بودجه سال بعد)

کاربرگ شماره ۲

مسئله

عدم انتقال مناسب ریسک مالی مخاطرات سلامت از گروه‌های ثروتمند و کم ریسک به‌سوی گروه‌های فقیر و پر ریسک و در نتیجه عدم تحقق کامل برقراری یارانه متقاطع در صندوق‌های بیمه‌ای.

پراکندگی در نظام بیمه سلامت ایران امری قطعی است. صندوق‌های بیمه متعددی وجود دارد درحالی‌که مقررات کافی برای انتقال و یا توزیع مجدد یارانه متقابل بین آن‌ها موجود نیست صندوق‌های انباشت ریسک متعدد، از جمله چندین طرح بیمه خصوصی، منجر به یک سیستم بیمه سلامت چند لایه با بسته‌های خدمتی غیرعادلانه برای بخش‌های مختلف جمعیت شده است. همچنین چند پارگی ممکن است به ناکارآمدی در سیستم‌های بیمه درمانی کمک کند، حفاظت مالی کم در برابر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برای بیمه‌شده، نرخ هم‌پردازی بیمه‌ای (Coinsurance) بالا، نرخ قابل توجهی از همپوشانی بیمه‌ای، مشارکت اندک ساختارهای بیمه‌ای با درآمد خوب با بسته‌های مزایای سخاوتمندانه در طرح‌های بیمه بهداشت عمومی، کمبود بودجه و کمبود مالی شدید

برای بودجه عمومی و کمبود شفافیت و اطلاعات قابل اعتماد و آمار برای سیاست‌گذاری، از جمله پیامدهای منفی این چند پارگی است. بر مبنای مطالعه و تجزیه و تحلیل سیاستی، شامل مصاحبه‌های کیفی از خبرگان کلیدی و تجزیه و تحلیل اسناد، سه گزینه سیاست‌گذاری ارائه می‌گردد: ۱- حفظ تقارن ساختاری موجود در طرح‌های بیمه خدمات اجتماعی (SHI)، اما اجرای یک استراتژی جامع «یکپارچه‌سازی سیاست»؛ ۲- ادغام صندوق‌های بیمه درمانی موجود و ایجاد یک طرح بیمه درمانی ملی واحد و ۳- کاهش چند پارگی با ادغام صندوق‌های مالی کم منابع با هم و ایجاد دو یا سه صندوق بزرگ بیمه تحت چهارچوب سازمان‌های موجود. هیچ انتقال یا توزیع مجدد یارانه متقاطع بین این طرح‌های بیمه درمانی با جمعیت‌های مختلف جمعیت وجود ندارد. یارانه متقاطع حتی بین صندوق‌های بیمه‌ای که توسط سازمان بیمه سلامت ایران می‌شود محدود است هرچند شباهت‌های قابل توجهی بین بسته‌های مزایای اساسی برای طرح‌های اصلی بیمه خدمات اجتماعی (SHI) وجود دارد با این حال، به دلیل این که بسته‌ی مزایای اساسی به اندازه کافی جامع نیست و هر یک از سازمان‌های بیمه‌ای دارای استقلال مالی و سازمانی می‌باشد، هر سازمان بیمه سعی کرده است متناسب با دارایی خود منابع اضافی را برای گسترش بسته‌ی مزایای اولیه برای افراد ذینفع خود افزایش دهد و در عمل تفاوت بین بسته‌های خدمتی سازمان‌های بیمه پایه سلامت کشور وجود دارد.^۱

راهکارهای منتخب

- ۱- تشکیل صندوق واحد بیمه‌ای در سازمان بیمه سلامت ایران به منظور بهبود یارانه متقاطع
- ۲- یکسان‌سازی مبانی حق بیمه پایه سلامت در کلیه صندوق‌ها و سازمان‌های فعال در حوزه بیمه پایه سلامت کشور
- ۳- یکسان‌سازی بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر (بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی)
- ۴- شناسایی، شفاف‌سازی و تجمیع کلیه منابع مالی نظام سلامت که در کلیه دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می‌گردد؛ در سازمان بیمه سلامت ایران یا یک صندوق مجازی انباشت منابع، توزیع ریسک و خریدار واحد.
- ۵- ایجاد یک صندوق مجازی انباشت منابع، توزیع ریسک و خریدار خدمت به عنوان خریدار واحد خدمات بیمه پایه سلامت برای کلیه آحاد جمعیت کشور.

1- Bazzyar M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MR, Sari AA, Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. International journal of health policy and management. 2016 Apr;5(4):253

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «ج» و «ح» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

ج- پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به‌صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجرا می‌شود.

ح- دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چهارچوب قانون اقدام کند.

- تبصره ۵ ماده ۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور:

به‌منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی که پس از این سازمان نامیده می‌شود تشکیل و به‌صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد.

تبصره ۵ - هر یک از گروه‌های مذکور در ماده فوق دارای صندوق جداگانه ای خواهند بود.

- بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه:

به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام نماید. تشکیلات جدید «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود. کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در این سازمان متمرکز می‌شود.

وضعیت کنونی

به‌موجب بند «ب» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه می‌بایست کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام گردد و در نتیجه این ادغام سازمان بیمه سلامت ایران تشکیل می‌گردد که در سال ۱۳۹۱ سازمان بیمه سلامت ایران، بدون ادغام صندوق‌های مذکور ایجاد گردید. در حال حاضر سازمان بیمه سلامت ایران دارای چهار صندوق با الگوهای عضویت، انباشت ریسک و ارائه خدمت متفاوت است:

- صندوق کارکنان دولت
 - صندوق روستاییان و عشایر
 - صندوق سایر اقشار
 - صندوق خویش‌فرمایان: (براساس تبصره ۵ ماده ۵ قانون بیمه همگانی نام این صندوق می‌باید صندوق افراد نیازمند می‌بود) (در حال حاضر این صندوق مشتمل بر بیمه ایرانیان و بیمه همگانی نیز می‌شود)
- در وضعیت فعلی، به سبب وجود مبنای محاسبه متفاوت بین صندوق کارکنان دولت و سایر اقشار با سایر صندوق‌ها و همچنین نظام ارائه خدمات متفاوت بین صندوق روستاییان و عشایر با سایر صندوق‌ها از یکسو و عدم همسانی

مبنای محاسباتی حق بیمه پایه سلامت بین سازمان بیمه سلامت ایران و سایر صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه پایه ایجاد وحدت رویه بین این صندوق‌ها (موضوع بند «ح» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) امکان‌پذیر نیست. همچنین وجود دوگانگی در نظام ارائه خدمت روستاییان و عشایر و حتی شهروندان دو استان فارس و مازندران (که تابع نظام ارجاع و پزشکی خانواده است) با سایر صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای، امکان یکسان‌سازی نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی توسط سازمان بیمه سلامت ایران (موضوع بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) را منتفی ساخته است.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- بهبود وضعیت توزیع ریسک و یارانه متقاطع در سازمان بیمه سلامت ایران
- ایجاد زمینه عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت برای کلیه بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران
- ایجاد زمینه اجرای بندهای «ج» و «ح» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه
- افزایش بهره‌وری منابع مالی سازمان بیمه سلامت ایران
- بهبود شاخص مشارکت مالی عادلانه مالی (FFCI) در سازمان بیمه سلامت ایران به سبب تغییر منطق عضویت در صندوق بیمه‌ای این سازمان از نوع اشتغال، محل سکونت و... به توان پرداخت بیمه‌شدگان
- افزایش قدرت خرید (Purchasing Power) صندوق واحد خرید خدمات بیمه پایه سلامت و ایجاد امکان و زمینه استقرار خرید راهبردی خدمات سلامت.
- بهبود حفاظت مالی آحاد جمعیت کشور و کمک به استقرار پوشش همگانی سلامت در کشور.

چالش‌های احتمالی پیشرو

- دشواری در اصلاح بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه به گونه‌ای که مقدار ریالی حق بیمه تمامی صندوق‌ها یکسان گردد
- دشواری اجرایی نمودن بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به منظور یکسان‌سازی بهره‌مندی صندوق‌های بیمه پایه سلامت از منابع عمومی دولت در قالب سرانه برابر
- مقاومت احتمالی سازمان‌های بیمه‌ای موجود با تجمع منابع در صندوق واحد.

اقدامات اجرایی

- ۱- پیشنهاد حذف تبصره ۵ ماده ۵ قانون بیمه همگانی و ساماندهی صندوق‌های بیمه‌ای سازمان مبتنی بر الگوی مشارکت مالی و نظام بیمه سلامت چندلایه
- ۲- جایگزین نمودن مبنای یکسان محاسبه حق بیمه طبق آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه ششم به جای بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم در راستای یکسان نمودن مبنای محاسباتی حق بیمه

بیمه‌شدگان کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای (نیازمند اصلاح قانون)

- ۳- یکسان‌سازی بهره‌مندی صندوق‌های بیمه پایه سلامت از منابع عمومی دولت در قالب سرانه برابر
- ۴- تعیین مقدار ریالی حق بیمه پایه سلامت و میزان ریالی بهره‌مندی نظام بیمه پایه سلامت از منابع عمومی در تصویب‌نامه‌های تعرفه و حق بیمه سالیانه و تصویب این تصویب‌نامه‌ها در هر سال قبل از تدوین لایحه بودجه سنواتی به‌منظور امکان پیش‌بینی بار مالی احتمالی در قانون بودجه سنواتی
- ۵- شناسایی، شفاف‌سازی و تجمیع کلیه منابع مالی نظام سلامت که در کلیه دستگاه‌های اجرایی موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می‌گردد توسط سازمان برنامه و بودجه کشور
- ۶- تدوین آیین‌نامه اجرایی حسن اجرای قانون برای بند «ح» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه دولت ناظر بر ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای با رویکرد تجمیع منابع و خریدار واحد.

کاربرگ شماره ۳

مسئله

ناکافی بودن راهنماهای طبابت بالینی مصوب و ابلاغی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و عدم تدوین و استفاده از پروتکل‌های درمانی مبتنی بر راهنماهای بالینی به‌منظور خرید خدمات سلامت.

راهکار منتخب

اصلاح آیین‌نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بند «ج» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور به‌منظور پیش‌بینی سازوکارهای تدوین و اجرای پروتکل‌های درمانی مبتنی بر راهنماهای بالینی در بستر الکترونیکی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه با همکاری وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های تخصصی و الزام سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور به خرید خدمات سلامت صرفاً در چهارچوب این پروتکل‌ها.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۵ سیاست‌های کلی سلامت:

ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً براساس نظام سطح‌بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست‌گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات

دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.

- بند «ث» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.

- بند «ج» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور هم‌زمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند «الف» این ماده هستند.

وضعیت کنونی

- ۱- تدوین و ابلاغ ۱۱۸ شناسنامه و استاندارد خدمت، ۵ دستورالعمل بالینی، ۲۹ راهنمای طبابت بالینی و ۱۲ سیاست بالینی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- تدوین ۵ سیاست خرید راهبردی خدمات سلامت در دفتر (سابق) خرید راهبردی سازمان بیمه سلامت ایران

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- مدیریت و کاهش تقاضای القایی و در نتیجه کاهش مخارج کلی نظام سلامت
- ایجاد وحدت رویه در انتخاب راهکارهای تشخیصی درمانی توسط ارائه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش‌های مختلف دولتی، غیردولتی و خصوصی
- کمک به ایجاد وحدت رویه در خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه پایه و تکمیلی سلامت
- امکان استقرار خرید راهبردی برای سازمان‌های بیمه پایه و تکمیلی سلامت و استقرار نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد

چالش‌های احتمالی پیشرو

- دشواری در تدوین راهنماهای طبابت بالینی و روزآمد نمودن آن‌ها
- مقاومت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با اجرای راهنماهای طبابت بالینی به سبب وجود مراجع

- مکتوب با نگرش های بعضاً متفاوت در ارزیابی و مدیریت یک بیماری مشخص
- امکان وجود اختلاف بین راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده توسط مراجع معتبر بین المللی نظیر مؤسسه ملی سلامت و تعالی سلامت^۱ با راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده در داخل کشور و امکان استناد برخی ارائه دهندگان خدمات سلامت به راهنماهای طبابت بالینی بین المللی و نه ملی
- در دنیا اساساً اجرای راهنماهای طبابت بالینی امری اجباری نبوده و پزشکان یا ارائه دهنده خدمات سلامت به سبب عدم رعایت راهنمای طبابت بالینی مواخذه نمی گردند و راهنماهای طبابت بالینی اساساً دستورالعمل هایی ارشادی و نه واجد الزام اجرایی قانونی می باشند.
- فقدان قوانین الزام آور جهت ملزم نمودن ارائه دهندگان و خریداران خدمات سلامت به رعایت راهنماهای طبابت بالینی یا پروتکل های درمانی
- دشواری نظارت بر اجرا و یا عدم اجرا و نیز حسن اجرای راهنماهای طبابت بالینی مگر با استقرار نظام ارائه و تجویز و خرید خدمات سلامت صرفاً در بستر الکترونیکی

اقدامات اجرایی

- ۱- تقویت مشارکت انجمن های تخصصی در تدوین راهنماهای بالینی و پروتکل های درمانی یا احاله کامل تدوین آنها به انجمن های تخصصی و سپس تطبیق و اصلاح آنها بر مبنای راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده توسط مراجع معتبر علمی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- تصویب قوانین الزام آور جهت ملزم نمودن ارائه دهندگان و خریداران خدمات سلامت به رعایت راهنماهای طبابت بالینی یا پروتکل های درمانی
- ۳- تدوین سیاست های خرید راهبردی بر مبنای راهنماهای طبابت بالینی و پروتکل های درمانی موجود توسط نظام بیمه ای
- ۴- استقرار نظام ارائه و تجویز و خرید خدمات سلامت صرفاً در بستر الکترونیکی مبتنی بر پروتکل های درمانی و سیاست های خرید راهبردی مصوب
- ۵- پیش بینی نظام های پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد و پرداخت مشوق به آن عده از ارائه دهندگان خدمات سلامت که پروتکل های درمانی و سیاست های خرید راهبردی را اجرا می نمایند.

کاربرگ شماره ۴

مسأله

فقدان هرگونه رابطه بین نحوه تعیین حق بیمه خدمات سلامت با سرانه هزینه واقعی بسته خدمات بیمه پایه سلامت

راهکارهای منتخب

- ۱- هرگونه افزایش در بسته بیمه پایه سلامت و تعرفه آن، صرفاً در صورت پیش‌بینی و تصویب بار مالی آن در قانون بودجه سنواتی قابلیت پوشش توسط بیمه پایه سلامت را دارد (پیوست تأمین مالی).
- ۲- انجام محاسبات اکچوئری به‌منظور تولید یک رابطه علمی و منطقی بین حق بیمه پایه سلامت با سرانه هزینه واقعی بسته بیمه پایه سلامت.
- ۳- اصلاح بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه به‌گونه‌ای که (بر مبنای نتایج محاسبات اکچوئری انجام‌یافته) رابطه معناداری بین هزینه تمام‌شده بسته خدمتی (سرانه هزینه بسته خدمتی) و رشد تعرفه با مبنای محاسباتی حق بیمه پایه سلامت ایجاد گردد و اختیار تعیین سهم حق بیمه از درآمد خانوار به قوانین بودجه سنواتی احاله گردد.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- ماده ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی:
- حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه‌وبودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.
- بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:
- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:
- * خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار. صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروه‌های اجتماعی بر مبنای بند «الف» این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.
- * کارکنان دستگاه‌های اجرایی معادل هفت درصد (۷٪) حقوق و مزایای مستمر آنان

* تبصره- بخشی از حق بیمه مشمولان این جزء از محل بودجه عمومی دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین خواهد شد.

* مشمولان تأمین اجتماعی کسر حق بیمه مطابق قانون تأمین اجتماعی

* سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه‌های درآمدی معادل هفت درصد (۷٪) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت.

وضعیت کنونی

در حال حاضر هیچ‌گونه رابطه تعریف‌شده‌ای بین میزان حق بیمه پایه سلامت خانوار و سرانه هزینه تمام‌شده بسته خدمتی بیمه پایه سلامت وجود ندارد. مبنای محاسبه حق بیمه پایه سلامت صرفاً به‌صورت درصدی از درآمد خانوار، بدون هرگونه ارتباط معنادار آن با هرگونه افزایش یا کاهش در هزینه تمام‌شده بسته خدمات بیمه پایه سلامت تعریف گردیده است. به‌بیان‌دیگر، هرگونه تغییر در بسته خدمات بیمه پایه سلامت که قطعاً در قیمت تمام‌شده بسته و سرانه هزینه بسته خدمتی تأثیرگذار است در نرخ حق بیمه تأثیری نداشته و همین از جمله عوامل اصلی در برهم خوردن تعادل منابع و مصارف نظام بیمه پایه سلامت کشور است.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

هرگونه افزایش در کمیت و یا قیمت تمام‌شده خدمات بسته بیمه پایه سلامت (ناشی از بازنگری بسته، تعرفه و ارزش نسبی) بر مبنای ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه هرساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران انجام پذیرفته و هرگونه افزایش بار مالی ناشی از افزایش تعرفه‌ها و بازنگری ارزش نسبی و بسته خدمات بیمه پایه مبنای محاسبه حق بیمه سال بعد خواهد بود که در لایحه بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌گردد.

چالش‌های احتمالی پیشرو

- دشواری در اصلاح بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه
- عدم تقید شورای عالی بیمه سلامت به تعیین رشد تعرفه و ارزش نسبی و نیز بازنگری بسته خدمتی قبل از تدوین لایحه بودجه سال آتی که عملاً امکان پیش‌بینی بار مالی ناشی از رشد خدمات و تعرفه بسته در لایحه بودجه را منتفی ساخته است.
- رشد مستمر قیمت برخی اقلام موجود در بسته خدمات بیمه پایه سلامت (نظیر دارو و تجهیزات پزشکی) که امکان پیش‌بینی هزینه آن‌ها در حق بیمه پایه سلامت و لایحه بودجه سنواتی را منتفی می‌سازد.

اقدامات اجرایی

۱- الزام شورای عالی بیمه سلامت به اینکه وفق ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند ۸ ماده ۱ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

۲- اصلاح بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه به صورت ذیل:

«درصد سهم حق بیمه پایه سلامت از درآمد سرپرست خانوار، به صورت پیش‌رونده و مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای، بر مبنای سرانه هزینه واقعی بسته خدمات بیمه پایه سلامت و در چهارچوب نظام سطح‌بندی بیمه سلامت، با پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه با تأیید شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیأت وزیران در لوائح بودجه سنواتی لحاظ می‌گردد. سهم حق بیمه پایه سلامت کلیه بیمه‌شدگان از منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود؛ تا صد در صد حق بیمه اقشار نیازمند بر مبنای ارزیابی وسع از محل منابع عمومی تأمین خواهد گردید».

کاربرگ شماره ۵

مسائل

- ۱- عادلانه نبودن مکانیسم‌های مشارکت در تأمین مالی و برخورداری غیرعادلانه دهک‌های درآمدی بالا و پایین از یارانه سلامت
- ۲- یکسان بودن فرانشیز خدمات سلامت در کلیه دهک‌های درآمدی

راهکارهای منتخب

- ۱- اعمال سقف سالانه پرداخت از جیب (OOP) با رویکرد حمایت از اقشار محروم و آسیب‌پذیر
- ۲- اعمال فرانشیز پیش‌رونده مبتنی بر نتایج ارزیابی وسع

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۱۰-۴ سیاست های کلی سلامت:

پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک های پایین درآمدی.

- بند «الف» ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه:

به منظور بسط و گسترش هرچه بیشتر عدالت اجتماعی در جامعه، کاهش فقر و نابرابری، تحقق اقتصاد مقاومتی و عدالت بنیان کردن توسعه اقتصادی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است نسبت به رصد شاخص های رفاه و تأمین اجتماعی و تقویم و اثر سنجی برنامه ها و اقدامات اقتصادی بر وضعیت و کیفیت زندگی اقشار و گروه های هدف اقدام و نسبت به تهیه و تدوین و اجرای (بسته های سیاستی) زیر متناسب با فرآیندهای رشد، توسعه و پیشرفت مبادرت کند:

※ بسته سیاستی (صیانت اجتماعی) مبتنی بر مصون سازی و پیشگیری از بروز مخاطرات و آسیب های اجتماعی و مداخله مؤثر برای کاهش و کنترل آسیب های اجتماعی و تحکیم و تقویت پیوندهای اجتماعی

※ بسته سیاستی (حمایت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات اجتماعی متناسب با نیازهای جسمی و روانی اقشار و گروه های هدف جهت برابری فرصت ها و زمینه سازی بازگشت و حضور فعال افراد آسیب دیده در اجتماع

※ بسته سیاستی (مساعدت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات جبرانی و ترمیمی متناسب با نیازهای معنوی و مادی اقشار و گروه های هدف از طریق توانمندسازی، کارگستری، مهارت آموزی و ایجاد زمینه های خوداتکائی آنها

※ بسته سیاستی (بیمه های اجتماعی) مبتنی بر ایجاد زمینه جلب مشارکت بیشتر ذی نفعان در تأمین مالی خدمات اجتماعی از طریق افزایش ضریب نفوذ بیمه های اجتماعی درمانی و بازنشستگی در کشور

تبصره ۱- اجرای مراتب فوق براساس نیازمندیابی فعال، غربالگری اجتماعی و آزمون وسیع و متناسب با نیازهای اقشار و گروه های هدف انجام می پذیرد به نحوی که منجر به اثربخشی بیشتر اجرای هدفمندی یارانه ها شده و منابع مزبور به سمت خانوارهای نیازمند واجد شرایط هدایت و به منظور کاهش و رفع انواع مختلف فقر از قبیل فقر غذایی، معیشتی، بیمه ای، آموزشی و مسکن به کاررفته می شود و در قالب اعطای یارانه های نقدی، کالایی، بیمه ای (درمان، بازنشستگی و بیکاری) مسکن اجتماعی و حمایتی و نظایر آن هزینه می شود.

- دو هدف در حوزه بیمه سلامت به شرح زیر در جدول ذیل ماده ۷۸ قانون برنامه ششم توسعه:

- ۱- کاهش سهم پرداخت از جیب به ۲۵ درصد تا پایان سال‌های اجرای قانون برنامه ششم توسعه
- ۲- کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن (فاجعه‌بار) سلامت به کمتر از یک درصد تا پایان سال‌های اجرای قانون برنامه ششم توسعه.

وضعیت کنونی

- ۱- به سبب عدم اجرای ارزیابی وسع و عدم طراحی نظام بیمه سلامت چندلایه، یارانه‌های بخش بهداشت و درمان و نیز منابع عمومی نظام سلامت به‌صورت هدفمند به اقشار نیازمند تخصیص نمی‌یابند.
- ۲- بر مبنای آخرین اطلاعات حساب‌های ملی سلامت و علیرغم گذشت بیش از یک سال و نیم از اجرای قانون برنامه ششم توسعه، سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت بیش از ۴۰٪ بوده و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن (فاجعه‌بار) بین ۳/۵٪ تا ۶٪ برآورد گردیده است.
- ۳- آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه که مبنای هدفمند نمودن منابع عمومی نظام سلامت مبتنی بر ارزیابی وسع است هنوز تصویب نگردیده است.
- ۴- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی سازوکار مطمئنی جهت ارزیابی وسع ارائه ننموده است.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- با اعمال سقف برای سهم پرداخت مستقیم از جیب و حتی رایگان کردن همپردازی بیمه‌ای برای اقشار نیازمند (در صورت انجام صحیح ارزیابی وسع توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) و هدفمند نمودن یارانه‌های بخش بهداشت و درمان و منابع عمومی به سمت اقشار نیازمند در قالب نظام بیمه سلامت چندلایه، شاخص کلی سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم و نیز درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت کاهش چشمگیری خواهد یافت.
- تسهیل استقرار پوشش همگانی سلامت (UHC) به‌واسطه بهبود محافظت مالی اقشار نیازمند در قبال ریسک مالی ناشی از مخاطرات سلامت و بیماری‌ها.
- استقرار فرانشیز پیش‌رونده مبتنی بر نتایج ارزیابی وسع، موجب تقویت و بهبود عدالت افقی در مشارکت مالی خواهد گردید.

چالش های احتمالی پیشرو

- عدم انجام یا انجام ناقص ارزیابی وسع توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و به تبع آن عدم اجرای بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه و آیین نامه اجرایی آن
- عدم تصویب به موقع آیین نامه اجرایی بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه
- عدم ایجاد اتفاق نظر بین کلیه ذینفعان نظام سلامت در اجرای نظام بیمه سلامت چندلایه
- عدم اصلاح تبصره ۵ ماده ۵ قانون بیمه همگانی به سبب ضرورت بازنگری در ساختار و عناوین صندوق های بیمه ای در کشور مبتنی بر نظام بیمه سلامت چندلایه و نتایج ارزیابی وسع.

اقدامات اجرایی

- ۱- تدوین هرچه سریع تر یک راهکار مطمئن جهت انجام ارزیابی وسع توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- ۲- پیگیری تصویب هرچه سریع تر آیین نامه اجرایی بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه
- ۳- نظر به این که اجرای راهکارهای پیشنهادی جهت استقرار سطح بندی بیمه پایه سلامت و نظام بیمه سلامت چندلایه مبتنی بر سند سیاستی سطح بندی نظام بیمه سلامت نیازمند ایجاد هماهنگی بین دستگاه های اجرایی مختلف می باشد، آیین نامه اجرایی «نظام بیمه سلامت چندلایه» تدوین گردیده و جهت تصویب به هیأت محترم وزیران ارائه گردد.

کاربرگ شماره ۶

مسائل

- ۱- فقدان قرارداد بسیاری از مراکز درمانی بخش خصوصی با سازمان های بیمه سلامت؛ علیرغم وجود دستورالعمل ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و خرید بخشی از خدمات بستری ارائه شده توسط بیمارستان های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه
- ۲- خرید بخشی از خدمات بستری ارائه شده توسط بیمارستان های غیر طرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه.

راهکار منتخب

تصویب قانون یا مقرر به منظور الزام کلیه مراکز درمانی به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت کشور از طریق موکل نمودن صدور پروانه‌های قانونی کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت یا دریافت گواهی عدم نیاز از این سازمان‌ها.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۵- ۹ سیاست‌های کلی سلامت:

تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی

- ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی:

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 براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

تبصره - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است با همکاری سازمان نظام پزشکی و قوه قضاییه مقررات و نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی را با توجه به اهداف این قانون و قوانین موجود تعیین و پس از تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران برساند.

- ماده ۱ دستورالعمل نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی موضوع تصویب‌نامه شماره ۵۳۱۲/ت ۱۴۹۹۳ هـ مورخ ۱۳۷۴/۵/۲ هیأت وزیران:

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۴/۱۱ بنا به پیشنهاد شماره ۳۰۷۸ مورخ ۱۳۷۴/۴/۵ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و به استناد تبصره ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳ - همگانی را به شرح زیر تصویب نمود:

ماده ۱ - کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت، درمانی و مراکز تشخیصی اعم از دولتی و خصوصی و داروخانه‌ها و پزشکان کشور که از این پس مشمولان این دستورالعمل نامیده می‌شوند مکلف‌اند در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور نسبت به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه خدمات و مراقبت‌های پزشکی اقدام کنند و در صورت درخواست سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف به انعقاد قرارداد لازم هستند.

وضعیت کنونی

- نبود ضمانت اجرایی برای ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی برای ارائه خدمات سلامت توسط کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشت، درمانی و مراکز تشخیصی اعم از دولتی و خصوصی و داروخانه‌ها و پزشکان کشور در چهارچوب قانون بیمه همگانی
- عدم امکان عقد قرارداد با مراکز و بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و پزشکان بخش خصوصی که سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت خواستار عقد قرارداد با آن‌ها هستند.
- امکان تجویز خدمات و داروها توسط مراکز و پزشکان غیر طرف قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تحمیل هزینه‌های ناشی از این تجویزها در این سازمان‌ها
- نبود نظارت مؤثر بر کلیه این مراکز به‌منظور ایجاد شرایط رقابتی بر بازار ارائه خدمات بیمه درمانی.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- ۱- کاهش هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر پایه به علت عدم امکان تجویز از سوی مراکز و پزشکان غیر طرف قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه
- ۲- فراهم نمودن یکی از الزامات خرید راهبردی خدمات سلامت؛ انتخاب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت
- ۳- افزایش دسترسی به خدمات سلامت به دلیل افزایش مراکز و پزشکان طرف قرارداد

چالش‌های احتمالی پیشرو

مقاومت برخی از مراکز و پزشکان بخش خصوصی به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه به دلایلی نظیر بدهی‌ها و کسورات از سوی آن‌ها؛ به‌ویژه در شهرهای بزرگ

اقدامات اجرایی

پیشنهاد ماده واحده قانونی به‌منظور الزام کلیه مراکز درمانی به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت کشور از طریق موکول نمودن صدور پروانه‌های قانونی کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت یا دریافت گواهی عدم نیاز از این سازمان‌ها.

کاربرگ شماره ۷

مسائل

بالا بودن سهم پرداخت مستقیم از جیب و ناکافی بودن عمق محافظت مالی از بیمه‌شدگان به سبب محدودیت سازمان‌های بیمه پایه سلامت در خرید خدمات سلامت از ارائه‌دهندگان بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی صرفاً در سقف تعرفه بخش دولتی.

راهکار منتخب

پیشنهاد اصلاح تصویب‌نامه‌های هیأت وزیران در خصوص تعرفه و حق بیمه سالانه و یکسان شدن حق فنی تعرفه‌های خدمات سلامت در بخش‌های دولتی و خصوصی و پیش‌بینی امکان خرید خدمات بیمه پایه سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر در هریک از بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت تا سقف تعرفه مصوب همان بخش.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «الف» ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور:

شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبانی محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند. این بند به‌عنوان یک ماده بعد از ماده (۲) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ الحاق می‌گردد.

- مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور:

ماده ۸ - تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت‌های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

ماده ۹ - حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه‌های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید.

- بند ۶-۹ سیاست‌های کلی سلامت:

تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.

- بند ۸ ماده ۱ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور:

قیمت واقعی خدمات: عبارت است از قیمت تمام شده خدمات به اضافه سود سرمایه و دارایی‌های ثابت در بخش دولتی سود سرمایه (دارایی‌های ثابت) و استهلاک منظور خواهد شد.

- ماده ۳ آیین نامه بند ز ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، موضوع تصویب نامه شماره ۶۳۹۱/ت ۴۸۹۴۱ هـ مورخ ۱۳۹۳/۱/۲۸ هیأت وزیران:

سازمان (بیمه سلامت ایران) موظف است براساس اعتباربخشی مراکز، اعلامی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نسبت به خرید راهبردی خدمات براساس قیمت واقعی در فضای رقابتی اقدام نماید.

وضعیت کنونی

در شرایط کنونی خرید خدمات سلامت از بخش‌های غیردولتی و خصوصی توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت، تنها در سقف تعرفه بخش دولتی صورت می‌پذیرد و به سبب فاصله بسیار بین تعرفه‌های خدمات سلامت در بخش خصوصی با بخش دولتی از یکسو و پوشش بسیار محدود بیمه‌های مکمل سلامت از دیگر سو، مابه‌التفاوت تعرفه خدمات در بخش خصوصی و غیردولتی بر عهده بیمه‌شدگان بوده و موجب بالا رفتن سهم پرداخت مستقیم از جیب آن‌ها از هزینه‌های سلامت و بالمآل بالا بودن درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه بار و فقرزای سلامت می‌گردد.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

■ کاهش سهم پرداخت از جیب به دلیل امکان خرید خدمات سلامت در بخش‌های غیردولتی و خصوصی تا سقف تعرفه‌های مصوب همان بخش توسط سازمان‌های بیمه‌گر

- کاهش درصد خانوارهای مواجهه شده با هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزای سلامت
- امکان استقرار خرید راهبردی و شیوه پرداخت مبتنی بر عملکرد و کیفیت خدمات توسط سازمان‌های بیمه‌گر
- افزایش عمق حفاظت مالی سازمان‌های بیمه‌گر پایه و در نتیجه افزایش رضایتمندی بیمه‌شدگان و اقبال بیشتر برای اخذ پوشش بیمه‌ای
- امکان ارائه بسته‌های خدمتی فراتر از بسته خدمات بیمه پایه با سطوح مختلف پوشش هزینه‌ای که امکان انتخاب بسته خدمتی مناسب توسط بیمه‌شدگان متناسب با توان پرداخت حق بیمه را افزایش می‌دهد.

چالش‌های احتمالی پیشرو

احتمال نیاز سازمان‌های بیمه‌گر پایه به منابع مازاد در صورت افزایش حق فنی بخش دولتی.

اقدامات اجرایی

- ۱- الزام شورای عالی بیمه سلامت کشور به رعایت مفاد ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور ناظر بر یکسان نمودن «حق فنی» ارزش نسبی خدمات یا به عبارتی دیگر ارزش کار ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در مصوبه تعرفه سالانه هیأت وزیران
- ۲- تدوین بسته خدمات بیمه پایه سلامت با سه سطح مختلف پوشش هزینه‌ای (بخش دولتی، غیردولتی و خصوصی) و تعیین حق بیمه متناسب با سرانه هزینه واقعی هریک
- ۳- اصلاح قوانین و مقررات به‌گونه‌ای که زمینه قانونی انتخاب هریک از بسته‌های خدمتی برای بیمه‌شدگان فراهم گردد.
- ۴- ادغام صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ایران به‌منظور تقویت برقراری یارانه متقاطع بین گروه‌های مختلف بیمه‌شدگان
- ۵- اصلاح تصویب‌نامه‌های سنواتی تعرفه هیأت وزیران و پیش‌بینی امکان خرید خدمات سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه از هریک از بخش‌های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی تا سقف تعرفه همان بخش.

کاربرگ شماره ۸

مسائل

- ۱- فقدان متدولوژی مصوب و مشخص برای تدوین بسته بیمه پایه سلامت براساس اولویت‌بندی، جیره‌بندی خدمات سلامت، معیارهای ورود و خروج خدمات و با در نظر گرفتن ارتقا شاخص‌های وضعیت سلامت
- ۲- فقدان الگوی محاسباتی مبتنی بر محاسبات اکچوئری به‌منظور برآورد بار مالی بسته بیمه پایه سلامت و نحوه تأمین آن (پیوست تأمین مالی)

راهکارهای منتخب

- ۱- طراحی یک نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی مناسب جهت خدمات بیمه پایه سلامت در کشور
- ۲- انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت به‌منظور تدوین پیوست ارزیابی فناوری سلامت برای ورود و خروج خدمات به بسته بیمه سلامت
- ۳- انجام محاسبات اکچوئری به‌منظور تدوین پیوست تأمین مالی جهت بسته بیمه پایه سلامت و بازنگری‌های صورت گرفته بر روی آن
- ۴- تدوین پروتکل‌های درمانی مرتبط با خدمات موجود در بسته بیمه پایه سلامت
- ۵- پیش‌بینی یک تصویب‌نامه هیأت وزیران به‌منظور الزام شورای عالی بیمه سلامت به برآورد بار مالی ناشی از بازنگری‌های بسته بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و نیز منبع تأمین منابع مالی موردنیاز
- ۶- تدوین معیارهای ورود و خروج خدمات به بسته بیمه پایه سلامت

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۴-۹ سیاست‌های کلی سلامت:
- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.
- بند ۸-۱ سیاست‌های کلی سلامت:
- ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و

خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.

- ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی:

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 هیأت وزیران تعیین و اعلام می‌شود.

- تبصره ماده ۸ آیین‌نامه بند ۳۸ برنامه پنجم توسعه:

ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت منوط به تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات مربوط می‌باشد.

وضعیت کنونی

- ۱- نبود دانش کافی مبتنی بر شواهد در تصمیم‌گیرندگان و سیاست‌گذاران کلان حوزه سلامت
- ۲- در دستور کار قرار نداشتن لزوم وجود متدولوژی مصوب به‌منظور تدوین بیمه بسته پایه سلامت
- ۳- نبود مکانیسم ساختارمند یا مشخص به‌منظور ورود و خروج خدمات به بسته بیمه پایه سلامت
- ۴- عدم وجود پشتوانه تحلیلی در هزینه اثربخشی خدمات موجود در بسته خدمتی

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- ممانعت از ورود تکنولوژی‌های غیرضرور به بسته بیمه پایه سلامت
- توجه کافی به لزوم تعادل بین منابع و مصارف حوزه بیمه سلامت
- توجه به اثرات گسترده‌تر فناوری‌های سلامت از جمله فواید و هزینه‌های آن‌ها در هر دو بعد بالینی و ارزشیابی اقتصادی
- کاهش هزینه‌ها
- تولید داده‌های مبتنی بر شواهد برای فرآیند تصمیم‌گیری و تصمیم‌سازی

چالش‌های احتمالی پیشرو

- عدم استفاده سیستماتیک از شواهد
- وابسته بودن به سلیقه سرمایه‌گذار و واردکننده

- حالت منفعل نسبت به تکنولوژی های جدید
- وجود تعارض منافع

اقدامات اجرایی

- ۱- تشکیل کمیته کشوری ارزیابی فناوری سلامت
- ۲- تولید اطلاعات با کیفیت و مبتنی بر شواهد در مورد فناوری های سلامت به منظور تصمیم گیری و انتخاب در سطوح مختلف نظام بیمه ای
- ۳- تبیین مسئولیت ها و استانداردهای ارزیابی فناوری های سلامت
- ۴- تبیین و تقویت همکاری های بین بخشی و فرابخشی در مورد ارزیابی فناوری های سلامت
- ۵- مشخص کردن حیطه های مختلف ارزیابی فناوری سلامت و اولویت بندی آنها

فعالیت ها

- استخراج عناوین مرتبط با ارزیابی فناوری سلامت و اولویت بندی آنها
- فراخوان جهت انجام پروژه ها ارزیابی فناوری سلامت
- دریافت و تصویب پروپوزال ها
- پایش انجام کار
- نقد گزارشات نهایی
- استفاده از نتایج برای ورود و خروج خدمات به بسته بیمه سلامت
- ابلاغ نتایج به ذینفعان

کاربرگ شماره ۹

مسائل

- ۱- فقدان بسته حداقلی و بیمه پایه و تکمیلی مصوب مبتنی بر اولویت ها و منابع مالی نظام سلامت (به منظور مشخص نمودن سطحی از خدمات سلامت که قرار است تحت پوشش بیمه پایه سلامت قرار گیرد)
- ۲- بخش عمده خدمات بیمه های تکمیلی و مکملی سلامت توسط شرکت های بیمه تجاری ارائه می گردد که تابع مصوبات و تصمیمات شورای عالی بیمه مرکزی ایران (وزارت امور اقتصادی و دارایی) بوده و رابطه نظام مندی بین این تصمیمات با مصوبات شورای عالی بیمه سلامت وجود نداشته و از

مصوبات این شورا تبعیت نمی‌نماید.

راهکار منتخب

تشکیل کارگروه ساماندهی بیمه‌های مضاعف سلامت ذیل دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «ی» ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران:
- نظارت بر ارائه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی.
- بند ۵ ماده ۱۲ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (اختیارات و وظایف هیأت مدیره):
- پیشنهاد ضوابط مربوط به عقد و لغو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی با اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط به هیأت امناء.
- ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه:
- عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای آن دسته از خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی که در بسته بیمه پایه سلامت اعلام می‌شود توسط شرکت‌های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی به‌جز در مواردی که در قوانین خاص معین شده است، بر عهده افراد بیمه‌شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.
- بند «الف» ماده ۷۲ قانون برنامه ششم توسعه:
- تولیت نظام سلامت ازجمله بیمه سلامت شامل سیاست‌گذاری اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی، اعتبارسنجی و نظارت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز می‌گردد. کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، ازجمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی، موظفند از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات، تبعیت کنند.
- بند «د» ماده ۱۰۲ قانون برنامه ششم توسعه:
- وظایف دولت در خصوص اجرای سیاست‌های کلی جمعیت: حمایت و توسعه بیمه سلامت در بیمه پایه و تکمیلی برای مادران در کلیه مراحل دوران بارداری تا پایان دوران شیرخوارگی

وضعیت کنونی

تدوین قوانین و مقررات لازم برای ارائه خدمات پایه و مضاعف سلامت یک مرجع ثابت و پایدار به منظور برنامه ریزی و هماهنگی درون و برون بخشی ندارد و با توجه به این که هر وزارتین بهداشت و رفاه در این خصوص تولیت و پاسخگویی دارند باید مرکزی را به عنوان کانون تصمیم گیری های منجر به قانون برای تدوین قوانین و مقررات واحد معرفی نمایند.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- اتخاذ تصمیمات هماهنگ در خصوص بسته های بیمه پایه و مضاعف شرکت های بیمه تجاری و غیرتجاری فعال در بخش سلامت
- امکان ایجاد تغییرات ضروری و واحد در تمامی بسته های بیمه های پایه و مضاعف شرکت های بیمه تجاری و غیرتجاری
- ایجاد نقش فعال سازمان بیمه سلامت در تصمیمات و تدوین قوانین و مقررات مربوط به بسته های پایه و مضاعف شرکت های بیمه تجاری و غیرتجاری فعال در بخش سلامت

چالش های احتمالی پیشرو

- احتمال مقاومت تصمیم گیرندگان فعلی در هر وزارتین بهداشت و رفاه
- احتمال مقاومت بیمه مرکزی ایران و شرکت های تجاری بیمه

اقدامات اجرایی

- ۱- حمایت طلبی و ایجاد تفاهم با ذینفعان (نظیر شورای عالی بیمه) در خصوص پیشنهاد حکم در احکام دائمی برنامه های توسعه کشور
- ۲- تعیین محتوای قانونی پیشنهاد
- ۳- ارائه محتوای قانونی پیشنهاد به مراکز تصمیم گیری ذیصلاح جهت تصویب و اجرا

فعالیت ها

- مکاتبه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (شورای عالی بیمه) به منظور طرح مسأله و جلب حمایت
- برگزاری جلسه / جلسات لازم به منظور هماهنگی در محتوای قانون پیشنهادی
- تعیین و تصویب داخلی متن قانون پیشنهادی
- ارائه قانون پیشنهادی در قالب احکام دائمی برنامه های توسعه کشور به مراجع ذیصلاح جهت تصویب نهایی و اجرا

کاربرگ شماره ۱۰

مسأله

فقدان جامعیت در حمایت (مالی) مؤثر از افراد با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج)

راهکار منتخب

شناسایی و ثبت‌نام بیماران مبتلا به بیماریهای که ریسک و هزینه بالا دارند.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۴-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت:

پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

وضعیت کنونی

آمار و مشخصات بیماران با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج) در یک مجموعه به‌روز شده و منسجم برای نیازسنجی و برنامه‌ریزی وجود ندارد.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- نیازسنجی از بیماران با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج)
- برنامه‌ریزی برای پوشش خدمات و مراقبت‌های موردنیاز بیماران با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج)
- ارزشیابی و پایش نتایج نیازسنجی، برنامه‌ریزی و اجرای خدمات و مراقبت‌های موردنیاز بیماران با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج)
- کاهش درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزای سلامت
- ارتقای سطح کیفیت خدمات به بیماران با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج)
- کاهش و یا منطقی نمودن هزینه‌های مرتبط با بیماران با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج).

چالش های احتمالی پیشرو

- احتمال عدم مشارکت بیماران با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب‌العلاج) به علت وجود دید منفی ناشی از پایش خدمات دریافتی
- نیاز به منابع مالی خاص و فراوان برای پوشش هزینه چنانکه برنامه تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ نیز نتوانست به این هدف خود دست یابد و از لیست اهداف حذف شد.

اقدامات اجرایی

- ۱- ایجاد زیرساخت نرم‌افزاری و سخت‌افزاری در سازمان بیمه سلامت
- ۲- ایجاد دستورالعمل‌ها و مقررات داخلی برای پوشش خدمات و مراقبت‌های موردنیاز بیماران با ریسک و هزینه بالا
- ۳- اجرای ثبت‌نام و ارائه پوشش خاص خدمات و مراقبت‌ها به بیماران با ریسک و هزینه بالا
- ۴- ارزشیابی و پایش ثبت‌نام و ارائه پوشش خاص خدمات و مراقبت‌ها به بیماران با ریسک و هزینه بالا

کاربرگ شماره ۱۱

مسائل

- ۱- عدم استقرار کامل بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات و نیز فقدان زیرساخت‌های لازم به‌منظور استقرار تجویز و ارائه الکترونیکی خدمات سلامت و استقرار بیمه سلامت الکترونیک
- ۲- فقدان بانک اطلاعاتی جامع بیمه پایه سلامت و وجود همپوشانی‌های بیمه‌ای.

راهکارهای منتخب

- ۱- استقرار کامل و راه‌اندازی پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور (ناظر بر بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) توسط سازمان بیمه سلامت ایران
- ۲- تدوین آیین‌نامه اجرایی بند «ج» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه (خرید راهبردی از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) با در نظر گرفتن ظرفیت‌های پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور و ارائه آن به هیأت وزیران جهت تصویب.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به‌صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجرا می‌شود.

– بند «ج» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور همزمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان موضوع بند «الف» این ماده هستند.

وضعیت کنونی

- ۱- پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور به‌طور کامل در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل نگردید.
- ۲- سازوکارهای اجرایی حکم موجود در بند «ج» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه طراحی و تدوین نگردیده است. (لزوم تدوین آیین‌نامه یا دستورالعمل اجرایی برای این بند از ماده‌قانونی)

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- ایجاد زمینه رفع همپوشانی بیمه‌ای
- ایجاد زمینه مناسب برای تشکیل صندوق خریدار واحد
- ایجاد زمینه مناسب برای استقرار سامانه‌های تجویز و خرید الکترونیک
- ایجاد زمینه مناسب برای تکمیل پرونده الکترونیکی سلامت (EHR)

چالش‌های احتمالی پیشرو

- مقاومت سایر سازمان‌های بیمه‌گر در به اشتراک‌گذاری اطلاعاتشان
- مقاومت احتمالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان نظام پزشکی و انجمن‌های تخصصی با استقرار سامانه تجویز الکترونیکی.

اقدامات اجرایی

تدوین آیین نامه اجرایی بند «ج» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه (خرید راهبردی از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) با در نظر گرفتن ظرفیت های پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور و ارائه آن به هیأت وزیران جهت تصویب

کاربرگ شماره ۱۲

مسائل

- ۱- عدم شفافیت و فقدان سازوکارهای اجرایی جهت دستیابی به منابع مالی نظام جامع تأمین اجتماعی در حوزه بیمه ای براساس ماده ۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی
- ۲- وابستگی شدید تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران به درآمدهای ناشی از فروش منابع ملی (نظیر نفت و گاز و ...) و پایین بودن سهم حق بیمه از کل منابع مالی سازمان.

راهکار منتخب

پیگیری تحقق افزایش یک واحد درصد در هر سال بر مالیات بر ارزش افزوده به عنوان مالیات سلامت ناظر بر ماده ۳۷ قانون الحاق ۲ و تعیین سهم بیمه سلامت از منابع مذکور.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

دولت مکلف است به منظور تحقق سیاست های کلی سلامت، تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت، توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا پایان سال اول اجرای برنامه اقدامات زیر را براساس سیاست های کلی سلامت به عمل آورد:

ب- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:

- ۱- خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد (۷٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار. صد درصد (۱۰۰٪) حق بیمه این گروه های اجتماعی بر مبنای بند «الف» این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می شود.

- ماده ۳۷ قانون الحاق برخی از مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲):

علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده، صرفاً یک واحد درصد در هر سال به عنوان مالیات

سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت اضافه و هم‌زمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، واریز گردد و ۱۰۰٪ منابع دریافتی از طریق ردیف یا ردیف‌هایی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود، به پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چهارچوب نظام ارجاع) اختصاص یابد و پس از تحقق هدف مذکور نسبت به تکمیل و تأمین تجهیزات بیمارستانی و مراکز بهداشتی و درمانی با اولویت بیمارستان‌های مناطق توسعه‌نیافته، مصارف هیأت امنای ارزی و ارتقای سطح بیمه بیماران صعب‌العلاج و افراد تحت پوشش نهادهای حمایتی خارج از روستاها و شهرهای بالای بیست هزار نفر جمعیت اقدام شود.

- بند ۷-۲ سیاست‌های کلی سلامت:

مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها

- بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت:

تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت

وضعیت کنونی

- ۱- افزایش سنواتی مذکور در ماده ۳۷ قانون الحاق برخی از مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) تنها یک‌بار در سال ۱۳۹۴ اعمال گردیده و پس‌از آن دیگر اعمال نگردیده است.
- ۲- منابع حاصل از افزایش نرخ مالیات بر ارزش افزوده باید در قالب برنامه‌های پیش‌پرداخت، به صندوق‌های بیمه پایه سلامت تخصیص یابد؛ درحالی‌که هم‌اینک مستقیماً به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تخصیص می‌یابد.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- پایدار شدن منابع مالی نظام سلامت به سبب شیفت منابع از سمت پرداخت مستقیم در نقطه دریافت خدمت به‌سوی برنامه‌های پیش‌پرداخت که کارایی و بهره‌وری بالاتری دارند.
- تضمین افزایش منابع پایدار نظام سلامت متناسب با افزایش هزینه‌ها و در نتیجه تضمین ایجاد تعادل بین منابع و مصارف

چالش های احتمالی پیشرو

- مقاومت احتمالی دولت در اجرای بدون تنازل ماده ۳۷ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) ناظر بر افزایش سنواتی مالیات بر ارزش افزوده به سبب احتمال تأثیر آن بر قیمت تمام شده کالاها و تشدید تورم.
- در ماده ۳۷ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)، محل مصرف منابع حاصله به تصریح نظام بیمه پایه سلامت ذکر نگردیده است.
- مقاومت احتمالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مقابل تخصیص منابع حاصل از افزایش مالیات بر ارزش افزوده به بیمه پایه سلامت

اقدامات اجرایی

- ۱- پیگیری حقوقی به منظور اجرای بدون تنازل ماده ۳۷ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)
- ۲- اصلاح ماده ۳۷ قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) و پیش بینی تخصیص منابع حاصل از اجرای این قانون به نظام بیمه ای در راستای تحقق بند ۷-۲ سیاست های کلی سلامت

کاربرگ شماره ۱۳

مسأله

تعارض بند «ت» و «ث» ماده ۷ با بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم ناظر بر ناظر بر عدم الزام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به برآورد بار مالی ناشی از تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه و تعیین تکلیف نحوه تأمین مالی بسته از یک سو و ممنوعیت سازمان های بیمه گر به پذیرش تعهد زائد بر اعتبار از سوی دیگر.

توضیح:

تعارض بند «ت» و «ث» ماده ۷ با بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه (به استناد بندهای «ت» و «ث» ماده ۷ قانون برنامه ششم توسعه)، ایجاد و تحمیل هرگونه بار مالی مازاد بر ارقام مندرج در قوانین بودجه سنواتی، توسط دستگاه های اجرایی در مواردی نظیر هزینه های تبعی خرید و اجرای تصمیمات و مصوبات، بخشنامه ها و دستورالعمل ها در صورتی که بار مالی ناشی از آن قبلاً محاسبه و در قانون بودجه کل کشور تأمین نشده باشد در حکم تعهد زائد بر اعتبار محسوب و متخلف به مجازات موضوع ماده (۵۹۸) کتاب پنجم قانون مجازات اسلامی (تعزیرات و مجازات های بازدارنده) مصوب ۱۳۷۵/۳/۲ با اصلاحات و الحاقات بعدی محکوم می گردد. از دیگر سو، به موجب بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه، بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می شود.

از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد. با عنایت به این که تغییرات بسته خدمات بیمه پایه سلامت در بسیاری موارد واجد بار مالی برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت می‌باشد، حذف شورای عالی بیمه سلامت و هیأت محترم وزیران از فرایند تأیید و تصویب بسته بیمه پایه سلامت بالقوه امکان برآورد و تأمین بار مالی ناشی از تغییرات بسته را از بین برده و سازمان‌های بیمه‌گر را با تعهداتی زائد بر اعتبارات مصوب مواجه می‌سازد.

راهکارهای منتخب

- ۱- پیشنهاد اصلاح بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه به شرح زیر:
- ۲- «بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تأیید شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، خرید خدمت توسط سازمان‌های بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد.»
- ۳- پیشنهاد تصویب‌نامه هیأت وزیران به این شرح: «شورای عالی بیمه سلامت کشور موظف است بار مالی ناشی از هرگونه بازنگری در بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت را تعیین و پس از تأیید به تصویب هیأت وزیران برساند.»

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بندهای «ت» و «ث» ماده ۷ قانون برنامه ششم توسعه:
- ت - ایجاد و تحمیل هرگونه بار مالی مازاد بر ارقام مندرج در قوانین بودجه سنواتی، توسط دستگاههای اجرائی از جمله دستگاه‌های مباشر دولت در موارد مختلف از قبیل خرید تضمینی و هزینه‌های تبعی خرید، جبران زیان، تفاوت قیمت، تنظیم بازار، یارانه نهاده‌ها و غیر آن، ایفای تعهدات خاص، کالاهای اساسی، جایزه صادراتی و مانند آن که از اعتبارات عمومی استفاده می‌شود، ممنوع است. مسؤولیت اجرای این حکم برعهده بالاترین مقام دستگاه اجرائی و یا مقامات مجاز و مدیران مالی مربوط است. تخلف از این حکم، تعهد زائد بر اعتبار محسوب و متخلف به مجازات موضوع ماده (۵۹۸) کتاب پنجم قانون مجازات اسلامی (تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده) مصوب ۱۳۷۵/۰۳/۰۲ با اصلاحات و الحاقات بعدی محکوم می‌گردد.
- ث - کلیه تصویب‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌ها، تغییرات تشکیلات، تغییر ضرایب، جداول حقوقی و طبقه بندی مشاغل و افزایش مبنای حقوقی، اعطای مجوز هر نوع استخدام و به کارگیری نیرو و همچنین

مصوبات هیأت های امانا که متضمن بار مالی باشد، در صورتی قابل طرح و تصویب و اجراء است که بار مالی ناشی از آن قبلاً محاسبه و در قانون بودجه کل کشور تأمین شده باشد. اقدام دستگاه اجرائی برخلاف این حکم، تعهد زائد بر اعتبار محسوب می شود.

– بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می شود. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می پذیرد.

وضعیت کنونی

هم اکنون یک بسته خدمات بیمه پایه سلامت منسجم و اولویت بندی شده که به تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی رسیده باشد وجود ندارد و کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت به صورت هم زمان، نقش کتاب ارزش نسبی و بسته خدمات بیمه پایه (با ستاره دار کردن برخی خدمات) را ایفا می نماید. لکن به استناد بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه، بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می شود و از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می پذیرد از این رو با عنایت به این که تغییرات بسته خدمات بیمه پایه سلامت در بسیاری موارد واجد بار مالی برای سازمان های بیمه گر پایه سلامت می باشد؛ حذف شورای عالی بیمه سلامت و هیأت محترم وزیران از فرآیند تأیید و تصویب بسته بیمه پایه سلامت بالقوه امکان برآورد و تأمین بار مالی ناشی از تغییرات بسته را از بین برده است و سازمان های بیمه گر را با تعهداتی زائد بر اعتبارات مصوب مواجه می سازد.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- ایجاد امکان تدوین یک بسته خدمات بیمه پایه سلامت مبتنی بر اولویت های نظام سلامت کشور و منابع مالی موجود
- ایجاد امکان تأمین منابع مالی مورد نیاز متناسب با تغییرات بسته خدمتی
- و در نتیجه ایجاد امکان برقراری تعادل بین منابع و مصارف سازمان های بیمه پایه سلامت کشور.

چالش‌های احتمالی پیشرو

- مقاومت احتمالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- دشواری اصلاح احکام قانونی قوانین برنامه (نیاز به بیش از دوسوم آرای نمایندگان مجلس)

اقدامات اجرایی

- رایزنی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت متقاعد نمودن این وزارت با اصلاح قانون
- تدوین حکم قانونی اصلاحی و ارائه آن به دولت جهت تصویب در هیأت وزیران
- رایزنی با نمایندگان مجلس به منظور ایجاد زمینه کسب بیش از دوسوم آرای نمایندگان برای اصلاح قانون
- رایزنی با مراجع ذی ربط به منظور تصویب هرچه سریعتر متن پیشنهادی تصویب نامه هیأت وزیران

کاربرگ شماره ۱۴

مسأله

متفاوت بودن مبنای محاسباتی سهم بیمه شده و کارفرما در صندوق‌های مختلف بیمه‌ای کشور

راهکار منتخب

یکسان نمودن مبنای محاسباتی سهم بیمه شده و کارفرما در کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه سلامت کشور (ناظر بر بند «ح» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه و جزءهای ۲ و ۳ بند «ی» ماده ۶ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی)

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «ح» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چهارچوب قانون اقدام کند.

وضعیت کنونی

هم‌اکنون مبنای محاسباتی حق بیمه پایه سلامت در سازمان تأمین اجتماعی و صندوق‌های بیمه روستائیان و عشایر و خویش‌فرمایان سازمان بیمه سلامت ایران حداقل دستمزد قانون کار و در صندوق‌های کارکنان دولت و سایر اقشار سازمان بیمه سلامت ایران، حقوق و دستمزد کارکنان دولت در نظر گرفته شده

است که در نهایت موجب بروز تفاوت در میزان ریالی عدد حق بیمه پایه سلامت بین بیمه‌شدگان با درآمد یکسان در این صندوق‌ها گردیده و مانعی است بر سر راه ایجاد وحدت رویه و یکپارچگی بین این سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای^۱ (۱). از دیگر سو درصد محاسبه سهم بیمه‌شده و کارفرما در سازمان تأمین اجتماعی با سازمان بیمه سلامت ایران متفاوت است.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- ایجاد امکان برقراری وحدت رویه و یکپارچگی بین صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه پایه سلامت
- ایجاد امکان تشکیل صندوق خریدار واحد خدمات بیمه پایه سلامت

چالش‌های احتمالی پیشرو

دشواری اصلاح احکام قانونی قوانین برنامه (نیاز به بیش از دوسوم آرای نمایندگان مجلس)

اقدامات اجرایی

- ۱- رایزنی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در جهت متقاعد نمودن این وزارت با اصلاح قانون
- ۲- تدوین حکم قانونی اصلاحی و ارائه آن به دولت جهت تصویب در هیأت وزیران
- ۳- رایزنی با نمایندگان مجلس به منظور ایجاد زمینه کسب بیش از دوسوم آرای نمایندگان برای اصلاح قانون

کاربرگ شماره ۱۵

مسأله

عدم تعادل بین منابع و مصارف سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت

راهکار منتخب

پیش‌بینی ماده‌واحدی به منظور تعیین نوعی «عامل تنظیم خنثی‌سازی بودجه‌ای»^۲ توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور در تصویب‌نامه‌های تعرفه سالیانه هیأت وزیران به منظور متعادل‌سازی ارزش

1- Maher A, Bahadori M, Ravangard R. The Integration of Health Insurance Funds as a Reform Approach in Iran, Shiraz E-Med J. 2017;18 (2)

2- / (Budget Neutrality Adjustment Factor)BNAF

ریالی K با بودجه مصوب سازمان‌های بیمه‌گر پایه.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

– بند «ت» ماده ۷ قانون برنامه ششم توسعه:

ایجاد و تحمیل هرگونه بار مالی مازاد بر ارقام مندرج در قوانین بودجه سنواتی، توسط دستگاه‌های اجرایی از جمله دستگاه‌های مباشر دولت در موارد مختلف از قبیل خرید تضمینی و هزینه‌های تبعی خرید، جبران زیان، تفاوت قیمت، تنظیم بازار، یارانه نهاده‌ها و غیر آن، ایفای تعهدات خاص، کالاهای اساسی، جایزه صادراتی و مانند آن که از اعتبارات عمومی استفاده می‌شود، ممنوع است. مسئولیت اجرای این حکم بر عهده بالاترین مقام دستگاه اجرایی و یا مقامات مجاز و مدیران مالی مربوط است. تخلف از این حکم، تعهد زائد بر اعتبار محسوب و متخلف به مجازات موضوع ماده (۵۹۸) کتاب پنجم قانون مجازات اسلامی (تعزیرات و مجازات‌های بازدارنده) مصوب ۱۳۷۵/۳/۲ با اصلاحات و الحاقات بعدی محکوم می‌گردد.

– بند «ث» – ماده ۷ قانون برنامه ششم توسعه:

کلیه تصویب‌نامه‌ها، بخشنامه‌ها و دستورالعمل‌ها، تغییرات تشکیلات، تغییر ضرایب، جداول حقوقی و طبقه‌بندی مشاغل و افزایش مبنای حقوقی، اعطای مجوز هر نوع استخدام و به‌کارگیری نیرو و همچنین مصوبات هیأت‌های امنا که متضمن بار مالی باشد؛ در صورتی قابل طرح و تصویب و اجرا است که بار مالی ناشی از آن قبلاً محاسبه و در قانون بودجه کل کشور تأمین شده باشد. اقدام دستگاه اجرایی برخلاف این حکم، تعهد زائد بر اعتبار محسوب می‌شود.

وضعیت کنونی

در شرایط کنونی، ارزش ریالی K صرفاً مبتنی بر شاخص تورم به‌طور سالیانه افزایش می‌یابد و کاهش بودجه سازمان‌های بیمه‌گر پایه نسبت به بودجه تخمینی آن‌ها هیچ‌گونه تأثیری در ارزش ریالی K ندارد. با اعمال عامل تنظیم خنثی‌سازی بودجه‌ای (BNAF)، می‌توان پرداختی سازمان‌های بیمه‌گر را متناسب با بودجه مصوب آن‌ها و بدون کاهش دادن ارزش ریالی K تعدیل نمود.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

متناسب‌سازی پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر با بودجه مصوب آن‌ها و پیشگیری از بروز کسری منابع

نسبت به مصارف در این سازمان‌ها

چالش های احتمالی پیشرو

مقاومت احتمالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجمن های تخصصی پزشکی و سایر ارائه دهندگان خدمات سلامت به سبب کاهش پرداختی به آنان متناسب با هرگونه کاهش در منابع سازمان های بیمه گر.

اقدامات اجرایی

- ۱- طراحی یک الگوی اقتصادی برای نحوه تعیین عامل تنظیم خنثی سازی بودجه ای
- ۲- تعیین شرایط استفاده از عامل تنظیم خنثی سازی بودجه ای
- ۳- تدوین یا اصلاح قوانین و مقررات به منظور ایجاد امکان قانونی استفاده از عامل تنظیم خنثی سازی بودجه ای (BNAF)

کاربرگ شماره ۱۶

مسأله

عدم ارتباط بین کیفیت و تعرفه خدمات سلامت.

راهکار منتخب

تسری متفاوت بودن تعرفه کلیه خدمات سلامت مبتنی بر سلامت نتایج الگوی بازنگری شده اعتباربخشی و ارزشیابی به سایر حوزه های ارائه خدمت (علاوه بر هتلینگ) از طریق اصلاح تصویب نامه هیأت وزیران مرتبط با تعرفه خدمات سلامت

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «پ» ماده ۲ آیین نامه اجرایی بند ز ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه موضوع تصویب نامه شماره ۴۸۹۴۱/ت/۶۲۹۱ هـ مورخ ۱۳۹۳/۱/۲۸ هیأت وزیران:

ماده ۲ - سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه شدگان به خدمات سلامت و خرید باکیفیت ترین و هزینه اثربخش ترین خدمات برای بیمه شدگان، براساس روشهای زیر اقدام نماید: پ - طراحی سازوکار پرداخت مبتنی بر کیفیت در سطوح سه گانه ارائه خدمات.

وضعیت کنونی

در حال حاضر، نتایج اعتباربخشی و ارزشیابی مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت، صرفاً در بخش هتلینگ بستری در تعرفه انعکاس می‌یابد و ضروری است به تعرفه سایر خدمات بستری و سرپایی که با مؤلفه‌های قابل‌سنجش در ارزشیابی مراکز مرتبط است تسری یابند.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- متناسب‌سازی پرداخت سازمان‌های بیمه‌گر با بودجه مصوب آن‌ها و پیشگیری از بروز کسری منابع نسبت به مصارف در این سازمان‌ها
- ایجاد فضای رقابت سالم بین مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت در جهت ارتقاء کیفی خدمات ارائه‌شده

چالش‌های احتمالی پیشرو

- مقاومت احتمالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، انجمن‌های تخصصی پزشکی و سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت به سبب کاهش احتمالی پرداختی به برخی مراکز که از نظر شاخص‌های ارزشیابی واجد رتبه کیفی پایین‌تری می‌کردند.
- احتمال عدم همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تسری ارزشیابی و اعتباربخشی به کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت
- محدودیت‌های احتمالی سازمان‌های بیمه‌گر در پرداخت‌های متفاوت بابت یک خدمت با کیفیت‌های متفاوت
- دشواری ایجاد ارتباط منطقی بین کیفیت خدمات سلامت و تعرفه آن‌ها.

اقدامات اجرایی

- ۱- طراحی الگوهای ارزشیابی و سنجش کیفیت خدمات ارائه‌شده در کلیه مراکز ارائه‌دهنده خدمات در بخش‌های بستری و سرپایی با در نظر گرفتن اولویت‌ها
- ۲- طراحی یک الگوی اقتصادی برای نحوه تعیین تعرفه خدمات سلامت متناسب با کیفیت آن‌ها
- ۳- تدوین یا اصلاح قوانین و مقررات به‌منظور ایجاد امکان قانونی استفاده از تعرفه خدمات سلامت متناسب با کیفیت آن‌ها

مسأله

تداوم اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی علیرغم وجود ممنوعیت قانونی موجود در برنامه‌های پنجم و ششم توسعه کشور (به‌عنوان یکی از دلایل ایجاد پدیده تقاضای القایی)

راهکار منتخب

اعمال نظارت مؤثر توسط نهادهای نظارتی (قوه مقننه، قضاییه و مجریه) بر اجرای صحیح قانون و برخورد جدی بر موارد تخلف اجرای ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه به‌منظور یکسان شدن دستمزدها در بخش‌های دولتی و خصوصی و از بین رفتن انگیزه اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند الف ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه:

شورای عالی بیمه سلامت کشور مکلف است هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد در هیأت وزیران نسبت به بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه دهندگان خدمات بهداشتی، درمان و تشخیص در کشور اعم از دولتی و غیردولتی و خصوصی با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی، درمانی و مبنای محاسباتی واحد و یکسان با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی در شرایط رقابتی و براساس بند (۸) ماده ۱۰ و مواد ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳۷۳۱/۸۰/۳۰ اقدام و مراتب را پس از تأیید سازمان برنامه و بودجه کشور، قبل از پایان هر سال برای سال بعد جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه کند. این بند به عنوان یک ماده بعد از ماده ۲ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۳۷۳۱/۸۰/۳۰ الحاق می‌گردد.

- بند ب ماده ۴۷ قانون برنامه ششم توسعه:

کلیه پزشکان، دندانپزشکان و داروسازانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی دستگاههای اجرایی موضوع این قانون هستند، مجاز به فعالیت انتفاعی پزشکی در سایر مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی، عمومی غیردولتی با رعایت تبصره (۱) ماده‌واحد قانون ممنوعیت تصدی بیش از یک شغل مصوب ۳۷۳۱/۰۱/۱۱ و یا فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی مرتبط با حوزه ستادی مربوط به غیر از دستگاه اجرایی خود نیستند. مسئولیت اجرای این بند به عهده وزرای وزارتخانه‌های مربوطه و معاونان آنها و مسؤولان مالی دستگاه‌های مذکور است. دولت مکلف است در اجرای این حکم با جبران خدمات ذی‌نفعان از طریق اعمال تعرفه خاص در چهارچوب بودجه سنواتی اقدام

نماید. اجرای این حکم مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی، پرداخت حقوق مناسب و تأمین اعتبار در بودجه‌های سنواتی است.

- تبصره ۲ بند د ماده ۲۳ قانون برنامه پنجم توسعه:

پزشکانی که در استخدام پیمانی و یا رسمی مراکز آموزشی، درمانی دولتی و عمومی غیردولتی می‌باشند مجاز به فعالیت پزشکی در مراکز تشخیصی، آموزشی، درمانی و بیمارستان‌های بخش خصوصی و خیریه نیستند. سایر شاغلین حرف سلامت به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تصویب هیأت‌وزیران مشمول حکم این تبصره خواهند بود. دولت به منظور جبران خدمات این دسته از پزشکان تعرفه خدمات درمانی را در اینگونه واحدها و مراکز، متناسب با قیمت واقعی تعیین می‌نماید. پزشکان در صورت مأموریت به بخش غیردولتی از شمول این حکم مستثنی می‌باشند مشروط به اینکه تنها از یک محل به میزان بخش دولتی و بدون هیچ دریافتی دیگر، حقوق و مزایا دریافت نمایند.

کارکنان ستادی وزارتخانه‌های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تأمین اجتماعی و سازمانهای وابسته، هیأت رئیسه دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کشور، رؤسای بیمارستانها و شبکه‌های بهداشتی درمانی مجاز به فعالیت در بخش غیردولتی درمانی، تشخیصی و آموزشی نیستند و هرگونه پرداخت از این بابت به آنها ممنوع است. مسؤولیت اجرای این بند به عهده وزراء وزارتخانه‌های مذکور و معاونین مربوطه آنها و مسؤولین مالی دستگاههای مذکور است.

وضعیت کنونی

علیرغم تصریح موجود در بند «ب» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه ناظر بر ممنوعیت اشتغال هم‌زمان پزشکان، دندان‌پزشکان و داروسازان در بخش‌های دولتی و خصوصی، کماکان پدیده اشتغال هم‌زمان در بخش دولتی و خصوصی وجود داشته و با موارد تخلف، برخوردی صورت نمی‌گیرد.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- ایجاد زمینه اجرای قانون منع اشتغال هم‌زمان در بخش‌های دولتی و خصوصی
- کاهش فاصله تعرفه بخش دولتی و خصوصی و در نتیجه کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت
- کاهش شیفت بیمار از بخش دولتی به بخش خصوصی به سبب از بین رفتن یا کاهش انگیزه‌های مالی ارائه‌دهندگان خدمات سلامت.

چالش‌های احتمالی پیشرو

- مقاومت احتمالی پزشکان

- ترک بخش دولتی توسط بخشی از پزشکان، دندان پزشکان و داروسازان
- احتمال افزایش مهاجرت پزشکان، دندان پزشکان و داروسازان به خارج از کشور
- احتمال کاهش سرمایه گذاری در بخش خصوصی ارائه دهنده خدمات سلامت

اقدامات اجرایی

- ۱- طراحی سازوکار اجرایی نحوه یکسان سازی ارزش ریالی جزء حرفه ای ارزش نسبی خدمات سلامت و بالمآل یکسان شدن دستمزد پزشکان، دندان پزشکان و داروسازان در بخش های دولتی و خصوصی
- ۲- پیش بینی مشوق های مالی و غیرمالی برای آن گروه از پزشکان، دندان پزشکان و داروسازان که تنها در یکی از بخش های دولتی یا خصوصی شاغل هستند.
- ۳- پرداخت های بخش دولتی توسط نظام بیمه ای مبتنی بر قیمت های واقعی و بدون تأخیر صورت پذیرد.

کاربرگ شماره ۱۸

مسأله

عادلان نبودن مکانیسم های مشارکت در تأمین مالی و برخورداری غیرعادلانه دهک های درآمدی بالا و پایین از حمایت های مالی دولت و نیز یکسان بودن فرانشیز خدمات سلامت در کلیه دهک های درآمدی

راهکار منتخب

استفاده از سامانه استحقاق سنجی درمان در مرحله اول در بخش بستری و در مرحله دوم در بخش سرپایی در بستر پرونده الکترونیک سلامت/ EHR با لحاظ نمودن آن در پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور و تا موقع استمرار کامل استفاده از اطلاعات سامانه امید (به عنوان ابزار جهت اجرای فرانشیز متفاوت و ...).

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «د» تبصره ۱۷ قانون بودجه سال ۱۳۹۷ کشور:

کلیه مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی اعم از دولتی، غیردولتی و خصوصی مکلفند خدمات خود را از طریق استحقاق سنجی از پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان و براساس ضوابط اعلام شده توسط سازمان بیمه سلامت ایران، ارائه نمایند. همچنین سازمان بیمه سلامت ایران مکلف به حذف پوشش

بیمه‌ای خود با سایر سازمان‌های بیمه‌ای است. شیوه‌نامه همپوشانی این حکم توسط سازمان بیمه سلامت ایران تدوین و ابلاغ می‌گردد.

- بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به‌صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجرا می‌شود.

- بند «ث» ماده ۶۷ قانون برنامه ششم توسعه:

کلیه دستگاه‌های اجرایی کشور موظفند تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه، امکان تبادل الکترونیکی اطلاعات و پاسخگویی الکترونیکی به استعلام‌های موردنیاز سایر دستگاه‌های اجرایی را حسب شرح وظایف آنان در چهارچوب قوانین خاص و موضوعی، به‌صورت رایگان فراهم نمایند.

- بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت‌احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آن‌ها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

تبصره- کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی‌ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

وضعیت کنونی

- براساس برنامه‌ریزی‌های صورت گرفت قرار شد در ۶ ماهه اول سال ۹۷ دفترچه‌ها از تمامی بیمارستان‌های دولتی حذف شود و تمامی خدمات درمانی در مراکز براساس ارائه کد ملی انجام شود.

- این طرح در ۱۰۵ بیمارستان در استان‌های مازندران، فارس، البرز و کرمان در بخش بستری بیمارستان‌ها عملیاتی شده است.
- ابلاغ دستورالعمل استحقاق سنجی

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- استعلام الکترونیکی و اعتبارسنجی بیمه‌شده
- شناسایی پوشش بیمه‌ای فرد و همپوشانی بیمه‌ای
- نشان‌دار شدن بیمه‌شده دارای همپوشانی در سامانه امید
- بررسی استحقاق دریافت خدمت توسط بیمه‌شده
- بررسی استحقاق ارائه خدمت توسط ارائه‌دهنده
- بررسی استحقاق محل ارائه خدمت
- بسترسازی برای بررسی اسناد به‌صورت الکترونیکی
- مدیریت هزینه‌های سازمان با کاهش اسناد مثبتِ موردنیاز بستری
- حذف دفاتر بیمه برای بستری

چالش‌های احتمالی پیشرو

- مقاومت بخش سرپایی در ابتدای اجرا

اقدامات اجرایی

- ۱- تهیه بستر ارتباطی
- ۲- آموزش کارشناس ناظر بیمارستانی
- ۳- رفع همپوشانی در زمان تمدید دفترچه است؛ به‌طوری‌که ۹۰ تا ۹۵ درصد جمعیت تحت پوشش برای تمدید دفترچه مراجعه می‌کنند.
- ۴- رفع همپوشانی زمان دریافت ارائه خدمات در مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت

کاربرگ شماره ۱۹

مسأله

عادلانه نبودن مکانیسم‌های مشارکت در تأمین مالی و برخورداری غیرعادلانه دهک‌های درآمدی بالا و پایین از حمایت‌های مالی دولت و نیز یکسان بودن فرانشیز خدمات سلامت در کلیه دهک‌های درآمدی

راهکار منتخب

استفاده از امکانات کارت ملی هوشمند به منظور اهداف بیمه‌ای (بخش سلامت در فضای فیزیکی کارت)

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

– بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجرا می‌شود.

– بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت‌احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آن‌ها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

تبصره- کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی‌ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می‌باشند.

وضعیت کنونی

- عدم صدور کارت ملی هوشمند برای تعدادی زیادی از جمعیت کشور
- عدم وجود تفاهم نامه همکاری با سازمان ثبت احوال
- عدم وجود بسترهای لازم در همه مناطق کشور

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- یکپارچه شدن خدمات و اطلاعات
- رفع همپوشانی بیمه‌ای و برنامه‌ریزی بهتر
- شفافیت اطلاعاتی و مسیرهای ساده، امن و قابل نظارت
- شفافیت در عملکرد و اجبار سازمان‌ها و مراکز درمانی به پاسخگویی در برابر متقاضیان

چالش‌های احتمالی پیشرو

- ایجاد بسترهای لازم در همه مناطق کشور
- عدم اطلاع‌رسانی کافی در خصوص ثبت نام اولیه
- تأخیر در برخی از دوره‌ها در صدور کارت ملی که احتمالاً ناشی از مشکل در تهیه کارت فیزیکی از خارج از کشور بوده است.
- مدیریت جزیره‌ای و ناهماهنگی در بین سازمان‌های مختلف دولتی و عمومی (منظور از یکپارچگی، اتصال سخت‌افزاری و نرم‌افزاری تمام سازمان‌ها به یک شبکه واحد نیست؛ یکپارچگی یعنی ایجاد یک فهم مشترک نسبت به تمام روندها، فرآیندها، قوانین و آیین‌نامه‌ها در سازمان‌ها)

اقدامات اجرایی

- ایجاد بسترهای لازم در سراسر کشور
- آموزش و جذب نیروی انسانی مورد نیاز
- عقد تفاهم نامه با سازمان ثبت احوال کشور

کاربرگ شماره ۲۰

مسئله

فقدان روش‌شناسی علمی برای اولویت‌بندی (Priority setting) و سهمیه‌بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور

راهکار منتخب

طراحی یک نظام اولویت‌بندی (Priority setting) و سهمیه‌بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور از طریق تدوین و اجرای روش‌شناسی علمی

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۸-۱- سیاست‌های کلی سلامت:

ترویج تصمیم‌گیری و اقدام مبتنی بر یافته‌های متقن و علمی در مراقبت‌های سلامت، آموزش و خدمات با تدوین استانداردها و راهنماها، ارزیابی فناوری‌های سلامت، استقرار نظام سطح‌بندی با اولویت خدمات ارتقاء سلامت و پیشگیری و ادغام آن‌ها در نظام آموزش علوم پزشکی.

وضعیت کنونی

نبود نظام اولویت‌بندی (Priority setting) و سهمیه‌بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور در تدوین و طراحی بسته بیمه سلامت (پایه و مضاعف) کشور

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- انتخاب خدمات با اثربخشی بالا
- بهبود و ارتقای کارایی و عدالت (توجه به نیازهای گروه‌های آسیب‌پذیر)
- کمک به دستیابی به پوشش همگانی سلامت پایدار
- برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری را ساده‌تر می‌کند.
- جلوگیری از هدر رفت منابع
- باعث حذف شدن خدمات زائد و تمرکز بر خدمات مهم می‌گردد.
- کمک به تعادل منابع و مصارف

چالش‌های احتمالی پیشرو

- نبود رویکرد نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی خدمات پایه سلامت کشور

اقدامات اجرایی

- ۱- تعیین کارگروه نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی خدمات پایه سلامت کشور
- ۲- برگزاری جلسه با ذینفعان
- ۳- ایجاد مشارکت با دانشگاه‌ها و مراکز تحقیقاتی کشور

- ۴- توسعه یک نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی نیازمند ظرفیت روش‌شناختی مانند اقتصاد سلامت، ساختارهای حاکمیتی، از جمله قانون‌گذاری و خط‌مشی روشن برای پاسخگویی به تصمیم‌گیری است.
- ۵- توسعه راهنماهای بالینی در یک نظام اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی مهم است؛ چون باعث تصمیم‌گیری بهتر می‌شود.
- ۶- تدوین روش علمی اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی خدمات پایه سلامت کشور
- ۷- اجرای روش علمی اولویت‌بندی و سهمیه‌بندی خدمات پایه سلامت کشور
- ۸- تعیین اولویتهای خدمات، داروها و تجهیزات پزشکی

کاربرگ شماره ۲۱

مسأله

عدم استقرار نظام ارجاع به‌صورت فراگیر در سراسر کشور

راهکار منتخب

استقرار زیرساخت‌های لازم جهت اجرای نظام ارجاع در کشور

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت:

افزایش و بهبود کیفیت و ایمنی خدمات و مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت با محوریت عدالت و تأکید بر پاسخگویی، اطلاع‌رسانی شفاف، اثربخشی، کارایی و بهره‌وری در قالب شبکه بهداشتی و درمانی منطبق بر نظام سطح‌بندی و ارجاع

- بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت‌احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آن‌ها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

- بند «ث» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است در اجرای «نظام خدمات جامع و همگانی

سلامت» با اولویت بهداشت و پیشگیری بر درمان و مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده با به‌کارگیری پزشکان عمومی و خانواده، گروه پرستاری در ارائه مراقبت‌های پرستاری در سطح جامعه و منزل، سطح‌بندی خدمات، پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان، واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و پرداخت مبتنی بر عملکرد مطابق قوانین مربوطه و احتساب حقوق آن‌ها اقدام نماید؛ به‌نحوی که تا پایان سال دوم اجرای قانون برنامه کلیه آحاد ایرانیان تحت پوشش نظام ارجاع قرار گیرند.

سطح‌بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی براساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این‌گونه خدمات صرفاً براساس راهنماهای بالینی، طرح فاقد نام تجاری (ژنریک) و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.

وضعیت کنونی

از سال ۱۳۶۴ با اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان و سطح‌بندی خدمات در سه سطح اول، دوم و سوم در کلیه شهرستان‌ها دستاورد چشمگیری به دنبال داشته است؛ ولی عدم تحقق مناسب نظام ارجاع یکی از ضعف‌های بارز آن به شمار می‌رود. از سال ۱۳۸۴ با اجرای طرح پزشک خانواده روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰ هزار نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع که اساس ساماندهی سلامت می‌باشد، مورد تأکید قرار گرفته است. برنامه پزشک خانواده شهری (برای شهرهای بالای بیست هزار نفر) به‌طور هم‌زمان در سال ۱۳۹۱ در استان مازندران و فارس اجرا شد.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- افزایش دسترسی آسان به خدمات اولیه بهداشتی
- کاهش هزینه‌های سلامت و سهم خانوار از این هزینه‌ها
- کاهش بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص
- درنهایت سبب ارتقای سطح سلامت مردم می‌شود.

چالش‌های احتمالی پیشرو

- کیفیت پایین خدمات اولیه
- عدم مهارت پرسنل مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- همکاری ضعیف پزشکان متخصص طرف قرارداد
- ضعف در فرهنگ‌سازی و اطلاع‌رسانی به جامعه

- ناکافی بودن و غیر اثربخش بودن نظارتهای نهادهای مرتبط
- مراجعه مستقیم مراجعین به سطح دو
- عدم استطاعت مالی بیماران برای مراجعه به سطوح بالاتر

اقدامات اجرایی

اقدامات اجرایی در سه حیطه تقسیم‌بندی می‌شود:

- ۱- تولید: مسئولیت اجرای برنامه، تأثیر طرح بر سایر بخش‌ها، فرهنگ‌سازی در جامعه.
- ۲- ارائه خدمات: رضایت مردم از ارائه خدمات، برقراری نظام ارجاع، تیم ارائه خدمت و بسته خدمات.
- ۳- منابع: پرونده الکترونیک، تأمین منابع انسانی و آموزش نیروی انسانی.

کاربرگ شماره ۲۲

مسأله

خرید خدمات تجویز شده توسط پزشکان غیر طرف قرارداد (تجویز خدمات در دفترچه بیمه سلامت توسط پزشکان غیر طرف قرارداد)

راهکار منتخب

راه‌اندازی سامانه تجویز الکترونیک، به‌گونه‌ای که پزشکان غیر طرف قرارداد قادر به تجویز در سیستم بیمه‌ای نباشند.

اسناد قانونی مرتبط با راهکار

- بند «الف» ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه:

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هدف ارائه خدمات الکترونیکی سلامت مکلف است ظرف دو سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان و سامانه‌های اطلاعاتی مراکز سلامت با هماهنگی پایگاه ملی آمار ایران و سازمان ثبت‌احوال کشور با حفظ حریم خصوصی و منوط به اذن آن‌ها و محرمانه بودن داده‌ها و با اولویت شروع برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات سلامت و بیمه سلامت حداکثر ظرف مدت شش ماه پس از استقرار کامل سامانه فوق، خدمات بیمه سلامت را به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

تبصره- کلیه مراکز سلامت و واحدهای ذی ربط اعم از دولتی و غیردولتی موظف به همکاری در این زمینه می باشند.

وضعیت کنونی

هم اکنون این طرح در استان کرمان اجرا می شود؛ که با رفع نقایص آن تا پایان سال در تمامی مراکز استان ها اجرا خواهد شد.

مزایای احتمالی اجرای راهکار

- پزشکان غیر طرف قرارداد نمی توانند تجویزی در سیستم بیمه ای داشته باشند.
- به شفاف سازی و هوشمند سازی خدمات و اطلاعات کمک می کند.
- نگارش صحیح، کامل و دقیق نسخه ها می تواند نقش مثبت و بسزایی در تجویز و مصرف منطقی دارو داشته باشد؛ زیرا وقتی نسخ دارویی به صورت دقیق و کامل نوشته نشود موجب بروز خطا در تحویل دارو می شود؛ که می تواند خطرات جبران ناپذیری به همراه داشته باشد.
- با پیشگیری از خطاها و اشتباهات پزشکی، موجب کاهش قابل توجه میزان خطاهای پزشکی و ارتقای کیفیت خدمات ارائه شده به بیماران می گردد.
- نسخه نویسی الکترونیک به همراه پرونده الکترونیک سلامت که از سیستم های پشتیبان تصمیم گیری بهره می گیرند، باعث ایجاد فرآیند الکترونیک برای محاسبه دوره دارویی با در نظر گرفتن سن و وزن بیمار، هشدارهای وجود تداخلات دارویی یا حساسیت های دارویی می گردد.

چالش های احتمالی پیشرو

- عدم همکاری پزشکان
- عدم وجود بسترهای لازم و کافی در همه مناطق کشور

اقدامات اجرایی

- ۱- ایجاد بسترهای لازم در سراسر کشور
- ۲- آموزش و جذب نیروی انسانی مورد نیاز
- ۳- اقداماتی تشویقی و انگیزشی برای پزشکان

۱. علی حسن‌زاده. مبانی نظری عدالت در سلامت، بررسی عدالت در سلامت ایران. فصلنامه تأمین اجتماعی، ۱۳۸۶، شماره ۲۸.
2. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization; 2000.
3. Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited; A Practioner's Guide, The International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank, Washington DC, 2006.
4. Papanicolas I, Smith P.C. Health System Performance Comparison; an Agenda for Policy, Information and Research. Berkshire, England: Open University Press, McGraw Hill Education, World Health Organization, 2013.
5. The WHO Secretariat. WHA58.33; Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance, The fifty- eighth World Health Assembly, 2005.
6. Greenhill R. The Financial Sustainability of Health Systems; a Case for Change, World Economic Forum, Switzerland, Geneva, 2012.
7. Fidler A. Health Reform Experiences; Future Challenges in the European Region. Moscow: the World Bank; 2004. Available from: <http://studyslide.com/doc/165838/health-reform-challenges-> .
8. Thomson S, Habicht T, Roovali L, Evetovits T, Habicht J. Responding to the Challenge of Financial Sustainability in Estonia's Health System: A One Year on. DK- 2100 Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2011.
۹. سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی رهبری، ۱۳۹۳.
۱۰. برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۵.
11. Blank R, Burau V. Comprehensive Health Policy. Second Edition 2007.
12. The World Health Report; Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization. 2010.
13. Owusu- Sekyere E, Bagah D A. Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution? Public Health Research, 2014, 4(5): 185- 194.
14. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, millennium development goals to SDGs, sustainable development goals.
15. Barker P. Making Universal Health Coverage Whole: Adding Quality as the Fourth Dimension, 2016. Available from: <http://www.ihl.org/communities/>

- blogs/_layouts/15/ihi/community/blog/itemview.aspx?List=7d1126ec-8f63-4a3b-9926-c44ea3036813&ID=340. Access date:11/21/2018
16. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndova L. Addressing Financial Sustainability in Health Systems. DK- 2100 Copenhagen Ø, Denmark: World Health Organization; 2009.
 17. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a National Health Financing Strategy: A Reference Guide (Health Financing Guidance Series No 3). 1211Geneva27, Switzerland: World Health Organization, 2017.
 18. World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization. 2017.
 19. The World Health Report; Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization. 2010.
 20. Gottret P, Schieber G. Health financing revisited: a practitioner's guide. The World Bank; 2006.
 21. Financing the Development Agenda IMF (International Monetary Fund) and World Bank. Washington, D.C, 2005.
 ۲۲. ماهر، علی. احمدی، علی محمد و شکری جمنانی، آناهیتا. شناسایی چگونگی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سال‌های ۲۰۰۴-۱۹۹۸ و ارائه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران. فصلنامه پژوهش‌های اقتصادی. سال هشتم، شماره اول. ۱۳۸۷. ۱۴۹-۱۱۵.
 23. Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: A Critical Assessment. The South African Integrated Public System. Research Brief. Financing research theme. Resilient Responsive Health Systems. RESYST. February 2016.
 24. Kutzin J, Cashin Ch, Jakab M. Implementing Health Financing Reform; Lessons from Countries in Transition. World Health Organization, EUROPE. 2010.
 ۲۵. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، ۱۳۷۳.
 ۲۶. برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۰.
 ۲۷. سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۴.
 ۲۸. قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، ۱۳۹۵.

بخش دوم

اصلاحات تأمین مالے نظام سلامت در چهارچوب
نظام بیمه سلامت چندلایه ؛ طرحے برای آینده

سند سیاستے اصلاحات تأمین مالے نظام
سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنۃ بر الگوی
"نظام بیمه سلامت چندلایه"

شناسنامه سند:

نام سند	سند سیاستی اصلاحات تأمین مالی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی «نظام بیمه سلامت چندلایه»
نگارش	۱
تاریخ صدور	۱۳۹۷/۰۸/۰۷
شرح سند	این سند در راستای ارائه الگویی برای تحقق بندهای زیر از سیاست‌های کلی سلامت تدوین گردیده است: ۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف: ۱- ۹- همگانی ساختن بیمه پایه درمان ۲- ۹- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد. ۳- ۹- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چهارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد. ۴- ۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی
نویسندگان	محمد مهدی تدین- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت- سازمان بیمه سلامت ایران سید مرتضی علیزاده رضویان- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت- سازمان بیمه سلامت ایران طیبه مرادی- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت- سازمان بیمه سلامت ایران مسعود شجری پور موسوی- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت- سازمان بیمه سلامت ایران محمد مرادی جو- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت- سازمان بیمه سلامت ایران
ناظرین علمی	علی حسن‌زاده - هیأت مدیره- سازمان بیمه سلامت ایران علی شجاعی- مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت- سازمان بیمه سلامت ایران
کلیه حقوق مادی و معنوی این اثر محفوظ و متعلق به مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت وابسته به سازمان بیمه سلامت ایران است. هرگونه استفاده از مطالب و مندرجات این اثر فقط با ذکر منبع مجاز است.	

مقدمه

محدودیت منابع مالی در نظام سلامت کشور و عدم تعادل منابع و مصارفی که در سال‌های اخیر به‌وضوح دامن‌گیر نظام سلامت و به‌ویژه بیمه‌های سلامت کشور (که خود ناشی از عوامل متعددی نظیر ورود تکنولوژی‌ها به کشور، سالمند شدن جمعیت، افزایش انتظارات سلامتی افراد، افزایش زیاد قیمت خدمات سلامت از طریق ابلاغ ارزش نسبی خدمات سلامت و ...) شده است، لزوم هزینه کرد هدفمند منابع عمومی دولت به‌موجب بند ۴-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی پیش‌ازپیش احساس می‌گردد.

در نتیجه چهارچوب اصلی این سند، طراحی نظام بیمه سلامت چندلایه در راستای استقرار پوشش همگانی سلامت^۱ با تأکید بر برقراری عدالت در جامعه است. عدم تعادل منابع و مصارف در حوزه سلامت کشور و الزام هدفمند نمودن منابع و کمک‌های دولت از محل درآمدهای عمومی دولت، نیازمند سطح‌بندی نظام بیمه سلامت و متناسب‌سازی بسته خدمات سلامت تحت پوشش، نحوه مشارکت افراد در تأمین مالی مبتنی بر درآمد خانوار، نظام‌ها و مکانیسم‌های پرداخت و نظام ارائه خدمت می‌باشد.

سند سیاستی از نوع اسناد سیاست‌سازی^۲ می‌باشد. سیاست‌سازی، فرآیندی است که طی آن دولت چشم‌انداز سیاسی خود را به برنامه‌ها^۳ و عملیات^۴ تبدیل می‌کند تا خدماتی را ارائه نماید یا تغییراتی را در دنیای واقعی پدید آورد. نوشتار حاضر، روش تدوین یک سند سیاستی را بر مبنای روش چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی ارائه می‌نماید. مدل چرخه‌ای سیاست‌گذاری عمومی با تمرکز بر فرآیند سیاست‌گذاری عمومی، رویکردی مرحله‌ای یا چرخه‌ای به سیاست‌های عمومی دارد:

نخست بر «مسئله محوری» به‌مثابه نقطه عزیمت معرفت علمی و متمایزکننده رشته سیاست‌گذاری عمومی از دیگر رشته‌های دانشگاهی تأکید دارد و سپس با تمرکز بر راه‌حل‌ها، تصمیم‌گیری، اجرا و ارزیابی به تکمیل فرآیند سیاست‌های بخش عمومی می‌پردازد.

مسئله‌شناسی تحلیلی

مسئله‌شناسی سند سیاستی حاضر در گام اول معطوف به شناسایی تحلیلی مهم‌ترین مسائلی است که نظام بیمه سلامت کشور قصد حل و رفع آن را دارد. در گام دوم، با محوریت تکالیف موجود در اسناد بالادستی و با هدف اساسی استقرار پوشش همگانی سلامت، هدفمند نمودن منابع عمومی بخش بهداشت و درمان کشور،

1- Universal Health Coverage=UHC

2- Policy Making

3- Programs

4- Actions

کمک اختصاصی به اقشار محروم و نیازمند و تأمین عدالت در سلامت، الگوی نظام بیمه سلامت چندلایه، به عنوان چشم انداز ده ساله تکامل نظام بیمه سلامت کشور تا حصول به نقطه آرمانی در چهارچوب الگوی اسلامی ایرانی پیشرفت ارائه گردیده است.

چالش های نظام سلامت کشور در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت، در سه حوزه «پوشش جمعیتی»، «پوشش خدمتی» و «پوشش هزینه ای یا عمق حفاظت مالی» قابل بررسی است. «عدالت در مشارکت مالی» و «عدالت در بهره مندی از خدمات سلامت» نیز به عنوان اصول بنیادین حاکم بر همه این حوزه ها در ارائه الگوی اصلاح نظام بیمه سلامت ایران مدنظر قرار گرفته است. حوزه های دیگری نظیر «ساختار و مدیریت» و «تولیت و حکمرانی» نیز قابل بررسی است و مؤلفه های مؤثر بر هر حوزه بر دیگر حوزه ها تأثیر مستقیم دارد. به عنوان مثال اگر پوشش جمعیتی با رعایت قواعد محاسبات بیمه ای انجام شود، می تواند موجب تنظیم منابع و مصارف صندوق ها شود و اگر بدون رعایت این قواعد باشد و صرفاً به افزایش تعهدات منجر می شود.

همچنین، در صورتی که صندوق از ساختار منسجم و ثبات مدیریتی فاقد تعارض منافع برخوردار باشد، مصارف آن منطقی و قابل کنترل و منابع آن قابل تأمین خواهد بود؛ اما شرایطی نظیر بی ثباتی مدیریتی و نابسامانی ساختاری (آن چنانکه طی سال های اخیر تجربه شد) و وجود و تداوم تعارض منافع در حوزه تولیت و حکمرانی نظام سلامت، تمامی مؤلفه های مؤثر بر منابع و مصارف دچار اختلال عملکردی جدی می گردند. با توجه به این نکات، مهم ترین چالش های نظام بیمه سلامت کشور از منظر قانون گذاری در چهار محور پوشش جمعیتی، تعهدات و خدمات، منابع مالی (منابع و مصارف) و ساختار و سازمان دهی به این شرح است:

۱- حوزه پوشش جمعیتی

فقدان پوشش جمعیتی صد درصدی بیمه سلامت و وجود هم پوشانی های بیمه ای علیرغم تمامی تلاش های صورت گرفته در سال های اخیر در راستای برقراری پوشش صد درصدی جمعیت بیمه سلامت و علیرغم وجود تعداد دفترچه بیمه سلامت بیش از صد در صد جمعیت کشور، براساس آخرین اطلاعات سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۵، کماکان حدود ده درصد جمعیت کشور، فاقد هرگونه پوشش بیمه پایه سلامت مستمر بوده و یا حداقل در مقاطعی تحت پوشش بیمه پایه سلامت بوده اند. علیرغم اجباری شدن پوشش بیمه پایه سلامت از ابتدای اجرای شدن قانون برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۹۰ و تداوم این اجبار قانونی در قانون برنامه ششم توسعه، به سبب فقدان سازوکارها و الزامات اجرایی مؤثر، نظام بیمه سلامت کشور کماکان در برقراری پوشش صد درصدی جمعیت ناموفق بوده است.

۲- حوزه تعهدات و خدمات

علیرغم گستردگی پوشش خدمتی بیمه پایه سلامت در ایران، به سبب فقدان روش‌شناسی علمی برای اولویت‌بندی خدمات سلامت در کشور، اطمینان از تخصیص منابع مالی نظام سلامت به خدماتی که واجد بیشترین هزینه - اثربخشی، بیشترین تأثیر در حفاظت مالی و مناسب‌ترین پیامد سلامت را برای جمعیت هدف داشته باشند با تردیدهای جدی روبرو است. علاوه بر روش‌شناسی تدوین بسته خدمات، نظام ارائه و خرید این خدمات و نیز نظام‌ها و مکانیسم‌های بازپرداخت هزینه خدمات نیز به‌طور جدی بر نحوه اثرگذاری خدمات موجود در بسته خدمتی در تحقق پوشش همگانی سلامت مؤثر است. فقدان یک روش نظام‌مند واحد و یکسان مبتنی بر عدالت در دسترسی و بهره‌مندی در فرآیند ارائه و خرید خدمات موجود در بسته خدمتی در کنار نظام‌ها و روش‌های بازپرداخت گذشته‌نگر و سنتی بی‌ارتباط با کیفیت و پیامدهای سلامتی ناشی از ارائه خدمت، موجب افت بهره‌وری منابع مصروف برای خرید خدمات موجود در بسته خدمتی گردیده و دستیابی به پوشش همگانی سلامت را حتی در بعد پوشش خدمتی با چالش اساسی مواجه می‌گرداند.

۳- حوزه عمق حفاظت مالی

علیرغم افزایش قابل‌توجه سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی در سال‌های اخیر که بنا بر آمارهای رسمی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و بانک جهانی در حدود ۷/۵۶ درصد و بنا بر آمارهای غیررسمی، حتی فراتر از ۹ درصد ارزیابی می‌گردد و موجب افزایش سرانه سلامت در کشور تا سطح ۱۷۰۰ دلار نرخ برابری قدرت خرید^۱ گردیده است (که بالاترین نرخ در میان کشورهای منطقه است). کماکان درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت^۲ بیش از یک درصد بوده است. لازم به ذکر است مطالعات متعدد صورت گرفته در ایران، اعداد بسیار متفاوتی از درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار ارائه داده‌اند. جدول ۱ اهم این نتایج را نشان می‌دهد (Rezaei, et al. 2018). تفاوت‌های غیرقابل‌اغماض در نتایج، خود گویای لزوم بازنگری جدی در نحوه رصد شاخص‌های تأمین مالی کشور است.

1- Purchasing Power Parity =PPP

2- Catastrophic Health Expenditure

براساس یکی از آخرین مطالعات صورت گرفته در ایران، معادل ۷/۵ درصد کل جمعیت کشور و ۳۵ درصد مراجعین به بیمارستان‌ها مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت گردیده‌اند (Aryankhesal et al. 2018). مطالعات صورت گرفته در خصوص درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزای سلامت^۱ نیز حاکی از لزوم تجدیدنظر در نحوه رصد این شاخص مهم در کشور است. یکی از آخرین مطالعات صورت گرفته، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزای سلامت را ۵/۴٪ اعلام نموده است (Khammarnia et al. 2018).

۴- حوزه منابع مالی

طبق آخرین داده‌های پایگاه داده مخارج سلامت سازمان سلامت جهانی^۲، در سال ۲۰۱۵ میلادی (۱۳۹۴ خورشیدی)، سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی معادل ۸ درصد، سرانه هزینه سلامت براساس نرخ برابری قدرت خرید (PPP) معادل ۱۲۶۲ دلار، سهم بخش دولتی از کل هزینه‌های سلامت معادل ۵۳ درصد، سهم بخش خصوصی از کل هزینه‌های سلامت معادل ۴۷ درصد، سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت معادل ۴۰ درصد و سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت معادل ۲۳ درصد بوده است. با احتساب رشد هزینه‌های سلامت از سال ۱۳۹۴ تا ۱۳۹۷، می‌توان انتظار داشت که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی برای سال ۱۳۹۷ به بیش از ۹ درصد و سرانه هزینه سلامت براساس نرخ برابری قدرت خرید (PPP) به بیش از ۱۷۰۰ دلار رسیده باشد. همچنین انتظار می‌رود بخش عمده‌ای از هزینه‌های سلامت از طریق پرداخت مستقیم از جیب مردم تأمین گردد. مشارکت مالی در نظام بیمه سلامت ایران بسیار ناعادلانه است. آخرین برآوردها، شاخص مشارکت مالی عادلانه در ایران را ۰/۶ در سال ۲۰۱۲ برآورد نموده است (Kavosi et al. 2014). یافته‌های حاصل از یک تحقیق نشان می‌دهد که خانوارهای متعلق به پنجک‌های پائین درآمدی، بیشتر در خطر مواجهه با هزینه‌های منجر به فقر سلامت قرار دارند. این خانوارها دارای درآمد کمی بوده و با توجه به وضعیت بهداشتی ضعیف، بیشتر از سایرین در خطر ابتلا به بیماری هستند، بنابراین با کوچک‌ترین فشاری مستعد رانده شدن به زیرخط فقر می‌باشند. تلاش در جهت بهبود وضعیت بهداشتی، یارانه‌دهی به افراد پنجک‌های پایین و معافیت‌های مالیاتی، می‌تواند راهکارهایی برای رفع این وضعیت باشد. همچنین مشخص شد که وجود افراد بالای ۶۵ سال نیز از عوامل مؤثر در مواجهه با هزینه‌های فاجعه‌بار است. نیاز بیشتر این افراد به خدمات سلامت، کاهش درآمد این افراد در دوران بازنشستگی و نیاز به خدمات پرهزینه و دائمی،

1- Impoverishment Health Expenditures

2- WHO Global health expenditure database

جدول ۱: میزان هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت در میان خانوارهای ایرانی

میزان از هزینه‌های جاری سلامت (درصد)	اندازه نمونه	مکان مطالعه	زبان	سال جمع‌آوری داده‌ها	نویسنده اول
۱۵/۳	۱۰,۳۰۰	تمام استان‌های ایران	فارسی	۲۰۰۱	صوفی
۳/۹	۳۲,۱۵۳	تمام استان‌های ایران	انگلیسی	۲۰۰۲	علیزاده هنجانی
۲/۵	۳۱,۲۸۳	تمام استان‌های ایران	فارسی	۲۰۰۷	مهرآرا
۴/۱	۱,۴۸۰	کرمان	فارسی	۲۰۰۸	نکویی مقدم
۲/۸	۳۹,۰۸۸	تمام استان‌های ایران	انگلیسی	۲۰۰۸	نکویی مقدم
۱۱/۸	۵۹۲	تهران	انگلیسی	۲۰۰۸	کاووسی
۲۲/۲	۱۸۹	کرمانشاه	انگلیسی	۲۰۰۸	دانش کوهان
۲/۱	۲۸,۹۹۷	تمام استان‌های ایران	انگلیسی	۲۰۱۰	فضائلی
۳/۱	۳۸,۱۷۰	تمام استان‌های ایران	انگلیسی	۲۰۱۰	فضائلی
۳/۸	۳۶,۰۷۱	تمام استان‌های ایران	فارسی	۲۰۱۱	یوسفی
۱۱/۳	۳۴,۷۰۰	تهران	فارسی	۲۰۱۱	صابر ماهانی
۱۴/۲	۸۰۰	شیراز	انگلیسی	۲۰۱۱	کاووسی
۲۴	۱۰۰	قزوین	فارسی	۲۰۱۱	آصف زاده
۸/۳	۴۰۰	یزد	فارسی	۲۰۱۱	عامری
۱/۶	۳۸,۴۳۷	تمام استان‌های ایران	فارسی	۲۰۱۱	مسائلی
۷/۲	۷۹۲	تهران	انگلیسی	۲۰۱۲	غفوری
۶/۸	۳۸۴	رضوی خراسان	فارسی	۲۰۱۲	عامری
۲۰/۶	۳۹۳	زابل	فارسی	۲۰۱۳	قیاسی
۳/۸	۶۲۵	تهران	فارسی	۲۰۱۳	باقری فردآینه
۲۴	۱۰۰	خراسان جنوبی	انگلیسی	۲۰۱۳	قدوسی نژاد
۶/۴۵	۲,۲۰۰	تهران	انگلیسی	۲۰۱۳	رضاپور
۱۱/۲	۷۵۸	مارکزی	انگلیسی	۲۰۱۴	عنبری
۴/۸	۶۶۳	کردستان	انگلیسی	۲۰۱۵	پیروزی
۳/۸	۲,۴۲۲	گیلان	انگلیسی	۲۰۱۵	همائی راد

نکته: واحد مشاهده در همه مطالعات فوق خانوار است. حد آستانه برای هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت در کلیه مطالعات ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت افراد بوده است

از دلایل این امر است. بنابراین توجه بیشتر به این قشر از جامعه ضروری است. به طور کلی برای کاهش اثرات فقیر کنندگی مخارج سلامت در دو جهت می توان گام برداشت؛ یا باید درآمد واقعی و در دسترس افراد را افزایش داد و یا باید به طریقی هزینه های مراقبت سلامت آن ها را کاهش داد. استفاده از معافیت های مالیاتی برای افراد و اقشار آسیب پذیر (روستاییان، افراد مسن و خانوارهای کم درآمد) و دادن یارانه به این گونه افراد برای افزایش درآمد واقعی آنان و یا اعمال پیش پرداخته ای بیشتر برای کاهش پرداخت از جیب، توجه بیشتر به برنامه های بیمه ای و پوشش فراگیر بیمه در جهت کاهش هزینه های مراقبت سلامت خصوصاً پرداخت از جیب می تواند به کاهش خطرات و محافظت از فقرا و محرومان جامعه کمک کند (رضا پور و همکاران، ۱۳۹۵).

۵- حوزه ساختار صندوق های انباشت ریسک و خریدار خدمت

ایران نظیر بسیاری کشورهای جهان، دارای ساختار تأمین مالی نظام سلامت مختلط است. بخش عمده ای از خدمات بهداشت عمومی و مراقبت های بهداشتی اولیه مستقیماً توسط دولت و بدون مشارکت صندوق های بیمه عمومی خریداری می گردد و دولت در این حوزه خریدار واحد است. بنابراین می توان انتظار داشت که با توجه به وجود عملاً یک صندوق انباشت و توزیع ریسک در این سطح از خدمات سلامت، بیشترین بهره وری منابع سلامت در این حوزه وجود داشته باشد. سطح دیگری از خدمات سلامت تحت عنوان خدمات بیمه پایه سلامت، عمدتاً توسط چهار صندوق بزرگ بیمه تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایران، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ره) قریب ۲۰ صندوق پراکنده کوچک ولی عمدتاً ثروتمند دیگر مدیریت می شود. به سبب عمق حفاظت مالی ناقص صندوق های بیمه اجتماعی و ملی سلامت، تعداد زیادی از شرکت های بیمه تجاری، هزینه های عمدتاً بخش خصوصی این خدمات را تحت عنوان بیمه های تکمیلی و مکمل سلامت خریداری می نمایند. پراکندگی در میان این صندوق ها بسیار است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که منابع مالی نظام سلامت ایران عملاً توسط چهار الگوی انباشت و توزیع ریسک و خرید خدمت مدیریت می گردد:

۱- خدمات و مراقبت های اولیه سلامت توسط صندوق انباشت ریسک و خریدار واحد^۱

۲- خدمات بیمه پایه سلامت در بخش دولتی و عمومی غیردولتی عمدتاً توسط صندوق های انباشت ریسک و خریدار یکپارچه^۲

1- Unitary

2- Integrated

- ۳- خدمات بیمه پایه سلامت در بخش خصوصی و تعدادی خدمات فراتر از بیمه پایه توسط صندوق‌های انباشت ریسک و خریدار پراکنده^۱
- ۴- سایر خدمات سلامت و عمده هزینه‌های غیردرمانی بخش سلامت توسط پرداخت مستقیم از جیب که الگوی فاقد انباشت و توزیع ریسک و کاملاً پراکنده است.^۲
- با توجه به شرایط کنونی تأمین منابع مالی نظام سلامت کشور، می‌توان مهم‌ترین چالش‌های موجود در این حوزه را موارد زیر عنوان کرد:
- ناپایداری منابع مالی نظام بیمه سلامت کشور
 - عدم تعادل منابع و مصارف در نظام سلامت
 - وابستگی شدید منابع عمومی دولت به درآمدهای ناشی از فروش منابع طبیعی
 - عدم توزیع عادلانه منابع نظام سلامت بین جمعیت کشور
 - فراوانی جمعیت زیرخط فقر مطلق کشور
 - عدم انباشت منابع مالی در نظام بیمه سلامت
 - عدم مشارکت عادلانه افراد در هزینه‌های خدمات سلامت براساس توان پرداخت آن‌ها
 - عدم بهره‌مندی عادلانه افراد از خدمات سلامت

تحلیل حقوقی

مقابله با فقر و تبعیض و برقراری عدالت اجتماعی از جمله محورهای اصلی انقلاب اسلامی ملت ایران بود که در اصول متعدد قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، به‌عنوان میثاق ملی ملت ایران، تبلور یافت. از جمله این اصول می‌توان به موارد زیر اشاره نمود:

بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی:

دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم (قسط و عدل و استقلال سیاسی و اقتصادی و فرهنگی و همبستگی ملی) همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد: پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

1- Fragmented

2- No risk pooling

اصل بیست و نهم قانون اساسی:

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به‌صورت بیمه و غیره حق است همگانی و دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یک‌یک افراد کشور تأمین کند.

اصل چهل و سوم قانون اساسی:

برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیر استوار می‌شود:

۱- تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

« یکی از نکات مهم در اصول فوق این است که نگاه تدوین‌کنندگان قانون اساسی به موضوع بیمه، به‌عنوان راهکاری برای رفع فقر و برطرف ساختن هرگونه محرومیت (بند ۱۲ اصل سوم و اصل ۴۳ قانون اساسی) و حمایت مالی برای برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی (شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی براساس اصل ۲۹ قانون اساسی) بوده است. در این راستا بیمه، راهکاری برای ایجاد برخورداری و بهره‌مندی از خدمات تأمین اجتماعی معرفی گردیده است که از منظر رفع فقر، بهره‌مندی از خدمات تأمین اجتماعی را تضمین می‌نماید. نکته اساسی و ظریف و وجه ممیزه اصلی بیمه سلامت (به‌عنوان بخشی از ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور) با نظام سلامت نیز در همین‌جا نهفته است. نظام سلامت، به‌عنوان تولید سلامت کشور، متولی تأمین سطح مناسبی از سلامت برای آحاد جامعه، بهبود دسترسی^۱ به خدمات، دارو و کالای سلامت، آموزش پزشک و پیراپزشک، نظارت بر تولید و ارائه خدمات، دارو و کالاهای سلامت، توسعه و تجهیز مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت، توزیع مناسب نیروی انسانی و نظارت بر عملکرد آن‌ها در چهارچوب عدالت، تضمین کیفیت خدمات، رعایت حقوق بیماران است؛ اما تأمین بهره‌مندی^۲ از خدمات سلامت

1- Accessibility

2- Availability

که ماحصل و نتیجه نهایی ایجاد دسترسی، استطاعت مالی پرداخت^۱ و حفاظت مالی^۲، تناسب خدمت با نیاز^۳ و مقبولیت^۴ است؛ از آن رو که وجوه مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی افراد و جوامع مختلف را نیز در کنار دسترسی آنان به خدمت، دارو و یا کالای سلامت مدنظر قرار می‌دهد، به مراتب حیطة‌ای فراتر از حیطة عملکردی نظام سلامت را شامل گردیده است، در کنار مزایایی نظیر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه ماندگی و حوادث و سوانح، مفهومی گسترده‌تر تحت عنوان مزایای تأمین اجتماعی را پدید می‌آورند. با همین نگرش نیز، موضعین قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران با دیدی کارشناسانه، برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی، با تعریف مصرح در اصل ۲۹ قانون اساسی را وظیفه دولت، به عنوان نماینده حاکمیت نظام و حق همه ملت ایران دانسته‌اند.

« در سال‌های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، تلاش‌های متعددی در راستای اجرای این اصول قانون اساسی انجام پذیرفت اما شاید بتوان تدوین و تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ را نقطه عطف مهمی در روند اجرایی شدن این اصول قانون اساسی دانست. این قانون، به نوعی ساختار اجرایی و قلمروهای نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را با همان تعریف موجود در اصل ۲۹ قانون اساسی بیان نموده و در مواد مختلف خود، سه حوزه اصلی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی حوزه‌های امدادی، حمایت‌ها و مساعدت‌های اجتماعی و بیمه‌ای (بیمه‌های اجتماعی و درمانی پایه و تکمیلی) و نحوه تعاملات بین این حوزه‌ها و ساختارها و ارکان مرتبط با هر حوزه را تعریف نموده است؛ اما نکته مهم در این قانون، تعریفی است که در راستای اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی از تأمین اجتماعی به عمل آمده است و طیف کاملی از خدمات کوتاه‌مدت تأمین اجتماعی (نظیر امداد و نجات، بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی و ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست) تا مزایای میان‌مدت تأمین اجتماعی (نظیر بیکاری، در راه ماندگی، بی‌سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی) و مزایای بلندمدت تأمین اجتماعی (نظیر پیری، بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت) را در برمی‌گیرد و با تشکیل ارکانی نظیر شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی،

1- Affordability

2- Financial Protection

3- Appropriateness

4- Acceptability

متکفلین قانونی و اهرم‌های اجرایی دولت به‌منظور ایجاد زمینه برخورداری و بهره‌مندی آحاد ملت از کلیه این مزایا را تعیین نموده است.

یکی از حوزه‌های مهم نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی یا همان بیمه سلامت است که در دو سطح بیمه پایه تکمیلی سلامت موردتوجه قرار گرفته است.

ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی:

در اجرای اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای (۲) و (۴) اصل بیست و یکم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاست‌های رفاهی که به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار می‌گردد:

« الف - بازنشستگی، ازکارافتادگی و فوت؛

« ب - بیکاری؛

« ج - پیری؛

« د - در راه ماندگی، بی‌سرپرستی و آسیب‌های اجتماعی؛

« هـ - حوادث و سوانح؛

« و - ناتوانی‌های جسمی، ذهنی و روانی؛

« ز - بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی؛

« ح - حمایت از مادران به‌خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند؛

« ط - حمایت از کودکان و زنان بی‌سرپرست؛

« ی - ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست؛

« ک - کاهش نابرابری و فقر؛

« ل - امداد و نجات؛

تبصره ۱ - برخورداری از تأمین اجتماعی به‌نحوی که در این قانون می‌آید حق همه افراد کشور و تأمین آن، تکلیف دولت محسوب می‌شود.

ماده ۲ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی:

نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می‌باشد:

الف - حوزه بیمه‌ای: شامل بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) می‌باشد.

تبصره - خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود به‌طوری‌که:

۱- حدود خدمات بیمه‌ای همگانی را قانون تعیین می‌کند.

۲- بیمه‌های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه‌ای گفته می‌شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه‌شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه‌شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی ندارد، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این‌گونه بیمه‌ها می‌باشد.

در زمان تدوین سیاست‌های کلی و احکام قانونی برنامه پنجم توسعه، با توجه به اهداف سند چشم‌انداز، سیاست‌ها و احکام مهمی در حوزه بیمه‌های سلامت به‌عنوان یکی از حوزه‌های مهم تأمین اجتماعی مدنظر قرار گرفت. در بند ۳۵-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی، در بند ۲۵-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی و در بند ۱۹-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه، توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم توسعه مورد تأکید و قرار گرفت. در راستای این سیاست‌ها، احکام متعددی در راستای استقرار یک نظام تأمین اجتماعی مطلوب، با در نظر گرفتن تعریف جامع اصل ۲۹ قانون اساسی و قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی از مقوله تأمین اجتماعی تصویب گردید که یکی از مهم‌ترین آن‌ها ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه بود که به‌موجب آن دولت مجاز گردید نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چند سطح با لحاظ حداقل سه سطح:

■ مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

■ بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

■ بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این سطوح‌ها در کشور اقدام نماید: « در بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و تبصره ذیل آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش

پزشکی موظف گردید حداکثر تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام‌وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید. « در بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای موظف گردید، حداکثر ظرف دو سال اول، برنامه خدمات بیمه سلامت را به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

« و سرانجام در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه دولت مکلف گردید به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

از سویی به دولت اجازه داده شد، بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام و سازمان بیمه سلامت ایران را تشکیل دهد.

فارغ از این که این تکالیف قانونی تا چه اندازه به مرحله اجرا رسیدند، توالی و ساختار احکام قانون برنامه پنجم توسعه حاکی از توجه قانونگذار به مقوله بیمه پایه سلامت، به‌عنوان یکی از حقوق مردم در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی دارد. از آنجایی که در ماده ۲۷ برنامه پنجم بیمه درمان پایه را به‌عنوان یکی از ارکان نظام تأمین اجتماعی چند سطح با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین سطوح‌ها معرفی می‌نماید تا آنجا که در ماده ۳۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به‌عنوان تولید سلامت کشور مکلف می‌نماید یکپارچگی بیمه پایه درمان را به‌عنوان یکی از چهارچوب‌های تدوین برنامه نظام درمانی کشور مدنظر قرار دهد و تا آنجا که در ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم، زیرساخت‌های بیمه سلامت کشور را مدنظر قرار داده و استقرار بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات را در تعامل با سامانه پرونده

الکترونیک سلامت از جمله تکالیف متولی نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی برمی‌شمرد و در نهایت در ماده ۳۸ این قانون، اصلاح ساختار صندوق‌های بیمه‌ای، تجمع منابع نظام بیمه‌ای، اصلاح ساختار نظام بیمه‌ای و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، تغییر الگوی حق بیمه از الگوی سنتی سرانه‌ای یا Regressive به حق بیمه مبتنی بر حقوق و دستمزد که ماهیتی Progressive و Proportional دارد را مدنظر قرار می‌دهد. تکالیفی که چنانچه به‌صورت کامل به مرحله اجرا درآمده بودند، بی‌شک امروز شاهد یک نظام بیمه سلامت کارآمد و مؤثر در کشور می‌بودیم.

شاید همین عدم تحقق سیاست‌ها و احکام قانونی برنامه پنجم توسعه و فرصت اندک باقیمانده تا پایان سال‌های تحقق سند چشم‌انداز بود که مقام رهبری را بر آن داشت تا مجدداً و در دو سند جداگانه، یکی سیاست‌های کلی سلامت و دیگری سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ضمن تأکید مجدد بر سیاست‌های ابلاغی برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، برخی محورهای اساسی را با تأکید و شفافیت بیشتری بیان نمایند. در اینجا برخی از مهم‌ترین محورهای مورد تأکید مقام رهبری در سیاست‌های کلی سلامت و سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، مرتبط با حوزه بیمه سلامت را مرور می‌کنیم:

بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت:

تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به شرح ذیل:

- ۱- ۷- تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- ۲- ۷- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بند ۹ سیاست‌های کلی سلامت:

توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:

- ۱- ۹- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.
- ۲- ۹- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای احاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.
- ۳- ۹- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چهارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.

- ۴-۹- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.
- ۵-۹- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی.
- ۶-۹- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.
- ۷-۹- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم

بند ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت:

- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر
- ۱-۱۰- شفاف‌سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها.
- ۲-۱۰- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.
- ۴-۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

بند ۴۰ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه:

استقرار نظام جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد و چند سطحی تأمین اجتماعی کشور.

بند ۴۲ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه:

ارتقاء کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی و...) برای آحاد مردم.

بند ۲-۴۳ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه:

اصلاح ساختار نظام سلامت براساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت

بند ۴۳-۳ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه:

تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه‌ی کمی و کیفی بیمه‌های سلامت

بند «الف» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و ضوابط ذیل و براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

بند «ب» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسان توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجرا می‌شود.

بند «ج» ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه:

دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چهارچوب قانون اقدام کند.

بندهای «پ» و «ت» ماده ۱ آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیأت محترم وزیران:

پ - فقر شدید:

وضعیتی است که در آن اگر تمامی درآمد خانوار صرف تهیه غذا شود سرپرست خانوار قادر به تأمین ۲۰۰۰ کیلوکالری روزانه برای هر فرد بر مبنای سبد مطلوب غذایی نباشد.

ت - فقر مطلق:

وضعیتی است که در آن خانوار به لحاظ درآمدی قادر به تأمین حداقل نیازهای اساسی خوراکی و غیرخوراکی (مسکن، پوشاک، درمان و آموزش) خود نباشد.

ماده ۲ و تبصره ۱ ماده ۲ آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیأت محترم وزیران:

جمعیت هدف تحت پوشش این آیین‌نامه به سه گروه درآمدی زیر طبقه‌بندی می‌شوند:

گروه اول - جمعیت زیر خط فقر شدید.

گروه دوم - جمعیت مابین خط فقر شدید و خط فقر مطلق.

گروه سوم - جمعیت بالاتر از خط فقر مطلق (جامعه سالم).

تبصره ۱ - برای گروه‌های اول و دوم اقدامات جبرانی و برای گروه سوم اقدامات ارتقایی و پیشگیرانه انجام می‌گیرد.

تبصره ۲ ماده ۲ آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیأت محترم وزیران:

برای کاهش مخاطرات و تأمین پوشش کامل گروه‌های آسیب‌پذیر یک محدوده ده‌درصدی درآمدی بالاتر از خط فقر مطلق به جمعیت گروه دوم اضافه می‌شود.

مواد ۳ و ۴ آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیأت محترم وزیران:

ماده ۳- خانوارهای دارای فقر شدید به‌صورت کامل تحت پوشش چتر ایمنی رفاه اجتماعی قرار می‌گیرند و اولویت ارائه خدمات به خانوارهای دارای فقر مطلق به ترتیب زیر خواهد بود:

الف - کودکان بی‌سرپرست.

ب - زنان سرپرست خانوار و خودسرپرست.

پ - سالمندان.

ت - معلولان.

ث - سایرین (بیکاران، معتادان، بیماران مزمن جسمی و روانی و ...).

تبصره - تعیین ضوابط تشخیص مصداق گروه‌های هدف از نظر آسیب‌پذیری و اولویت ارائه خدمات بر عهده وزارت رفاه است.

ماده ۴- اقدامات و برنامه‌های حمایتی موضوع این آیین‌نامه عبارتند از امنیت تغذیه، بهداشت و درمان پایه، اشتغال مولد، توانمندسازی، ارتقای آگاهی عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات.

مواد ۱ و ۴ سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها به شماره ۲۹۲۸۱ ت ۲۷۵ هـ مورخ ۱۳۸۴/۰۵/۱۱:

ماده ۱ - اصول حاکم بر برنامه‌های کاهش فقر به شرح زیر است:

۱- دسترسی همه افراد جامعه به حداقل نیازهای اساسی یک حق همگانی است و تأمین این

حق بر عهده دولت است.

ماده ۳ - استقرار عدالت اجتماعی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهک‌های

درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور، کاهش فقر و محرومیت، توانمندسازی فقرا و هدفمند کردن یارانه‌ها به‌عنوان اهداف آرمانی این سند تلقی می‌گردد.

ماده ۴- اهداف کیفی سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها به شرح زیر است:

- ۱- بهبود وضعیت تغذیه.
- ۲- بهبود سطح دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی و توان‌بخشی مورد نیاز.
- ۳- ارتقای سطح مهارت‌های زندگی مبتنی بر دانش.
- ۴- ارتقای وضعیت مسکن و سرپناه.
- ۵- بازگرداندن گروه‌های آسیب‌پذیر به حوزه فعالیت‌های اجتماعی.
- ۶- کاهش آسیب‌های ناشی از مخاطرات طبیعی، سیاسی و اجتماعی.

بند «الف» و تبصره ۱ ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور:

الف- به‌منظور بسط و گسترش هرچه بیشتر عدالت اجتماعی در جامعه، کاهش فقر و نابرابری، تحقق اقتصاد مقاومتی و عدالت بنیان کردن توسعه اقتصادی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است نسبت به رصد شاخص‌های رفاه و تأمین اجتماعی و تقویم و اثر سنجی برنامه‌ها و اقدامات اقتصادی بر وضعیت و کیفیت زندگی اقشار و گروه‌های هدف اقدام و نسبت به تهیه و تدوین و اجرای (بسته‌های سیاستی) زیر، متناسب با فرآیندهای رشد، توسعه و پیشرفت مبادرت نماید:

- ۱- بسته سیاستی (صیانت اجتماعی) مبتنی بر مصون‌سازی و پیشگیری از بروز مخاطرات و آسیب‌های اجتماعی و مداخله مؤثر برای کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی و تحکیم و تقویت پیوندهای اجتماعی.
- ۲- بسته سیاستی (حمایت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات اجتماعی متناسب با نیازهای جسمی و روانی اقشار و گروه‌های هدف جهت برابر سازی فرصت‌ها و زمینه‌سازی بازگشت و حضور فعال افراد آسیب‌دیده در اجتماع.
- ۳- بسته سیاستی (مساعادت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات جبرانی و ترمیمی متناسب با نیازهای معنوی و مادی اقشار و گروه‌های هدف از طریق توانمندسازی، کارگستری، مهارت‌آموزی و ایجاد زمینه‌های خوداتکائی آن‌ها.
- ۴- بسته سیاستی (بیمه‌های اجتماعی) مبتنی بر ایجاد زمینه جلب مشارکت بیشتر ذینفعان در تأمین مالی خدمات اجتماعی از طریق افزایش ضریب نفوذ بیمه‌های اجتماعی درمانی و

بازنشستگی در کشور.

تبصره ۱- اجرای مراتب فوق براساس نیازمندی‌های فعال، غربالگری اجتماعی و آزمون وسع و متناسب با نیازهای اقشار و گروه‌های هدف انجام می‌پذیرد؛ به‌نحوی که منجر به اثربخشی بیشتر اجرای هدفمندی یارانه‌ها شده و منابع مزبور به سمت خانوارهای نیازمند واجد شرایط هدایت و به‌منظور کاهش و رفع انواع مختلف فقر از قبیل فقر غذایی، معیشتی، بیمه‌ای، آموزشی و مسکن به کار گرفته می‌شود و در قالب اعطای یارانه‌های نقدی، کالایی، بیمه‌ای (درمان، بازنشستگی و بیکاری) مسکن اجتماعی و حمایتی و نظایر آن هزینه می‌شود.

فراهم کردن خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و تأمین شرایط مطلوب برای زندگی کلیه افراد جامعه از جمله معلولان، از کارافتادگان، افراد کم‌درآمد، نیازمندان، بیکاران و شهروندانی که تحت پوشش هیچ‌یک از بیمه‌ها نیستند، در حال حاضر اصلی‌ترین برنامه دولت‌ها است. کشورهای مختلف دنیا برای حل این مشکل، راه‌حل‌های مختلفی انتخاب کرده و بیمه‌های اجتماعی خود را به گونه‌ای تغییر داده‌اند که تا حد ممکن، این اقشار را تحت پوشش قرار دهند. یکی از این رویکردهایی که کشورهای مختلفی مانند سنگاپور، کره جنوبی، مالزی، استرالیا، تایلند و آلمان آن را با موفقیت اجرا کرده است و توانسته‌اند نتایج خوبی از آن بگیرند، رویکرد پوشش همگانی بیمه سلامت است.

مبانی نظری نظام بیمه سلامت چندلایه

«نظام بیمه سلامت چندلایه راهکاری برای ارتقاء شاخص مشارکت مالی عادلانه و عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت در راستای تحقق بند ۴-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.»

در راستای تحقق بند ۹ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف همگانی ساختن بیمه پایه درمان، پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد و ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چهارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد از یکسو و بند ۴-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به‌ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی

به افشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی و به‌منظور دستیابی به اهداف کلان زیر:

- ۱- ایجاد زمینه پوشش همگانی خدمات سلامت
- ۲- تأمین عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت:
 - ۱- ۲: عدالت افقی یا هم‌سطح^۱: افرادی که نیاز مشابه دارند و از نظر مالی سهم برابر در پرداخت دارند، به یک اندازه از خدمات سلامت برخوردار می‌شوند. (عدالت افقی: شرایط (توان پرداخت) مشابه/ پرداخت مشابه/ برخورداری از خدمات مشابه)
 - ۲- ۲: عدالت عمودی^۲: امروز در بحث تجميع بیمه‌ها دنبال عدالت عمودی هستیم؛ که به توزیع بار بین ثروتمندان و فقرا اشاره می‌کند. اصلی که بر پایه آن، با افرادی که در شرایط متفاوت قرار دارند، باید برخورد متفاوتی صورت گیرد. به‌عنوان مثال افرادی که ظرفیت اقتصادی بالاتری دارند باید پول بیشتری بپردازند و آن‌ها که نیاز بیشتری دارند باید از خدمات بهداشتی درمانی بیشتری بهره‌گیرند. پس در عدالت عمودی با افرادی که ویژگی‌های متفاوتی دارند، برخوردهای متفاوتی صورت می‌گیرد.
- در عدالت عمودی این دو مسئله مطرح است: ارائه خدمت بیشتر به افرادی که نیاز بیشتری به خدمات بهداشتی درمانی دارند. پرداخت بیشتر برای افرادی که توان مالی بیشتری دارند. به‌طور کلی، عدالت مفهومی نزدیک به برابری^۳ و انصاف^۴ دارد. باین‌وجود به‌رغم مشابهت معنایی، عدالت به‌طور کامل، نه به معنای برابری و نه به معنای انصاف است.
- ۱- ایجاد زمینه مشارکت عادلانه مردم در تأمین مالی نظام سلامت.
- ۲- کاهش درصد خانواده‌های مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار (کاتاستروفیک)^۵ سلامت.
- ۳- به صفر رسانیدن درصد خانواده‌های مواجه با هزینه‌های فقرزای سلامت.
- ۴- هدفمند نمودن منابع عمومی و یارانه‌های بخش سلامت کشور.
- ۵- کاهش وابستگی صندوق‌های بیمه پایه سلامت به منابع عمومی و ایجاد پایداری در نظام تأمین مالی صندوق‌های بیمه‌ای

1- Horizontal Equity

2- Vertical Equity

3- Equality

4- Fair

5- Catastrophic

طرح اصلاح تأمین مالی نظام سلامت کشور مبتنی بر نظام بیمه سلامت چندلایه به شرح زیر طراحی گردیده است.

نظام‌های تأمین اجتماعی در جهان به سبک امروزی بیش از دو قرن قدمت دارند که در این دو قرن، دو مدل رایج جهانی از تأمین اجتماعی وجود داشته که یکی از آن‌ها «بیسمارکی»^۱ و دیگری «بوریجی»^۲ نامیده شده است. الگوی بیسمارکی با هدف حمایت از شاغلان مزدبگیر از اوایل دهه ۱۸۸۰ در آلمان طراحی شد و عنوان «بیمه اجتماعی» به خود گرفت. در نظام‌های بیمه اجتماعی، کارگران در برابر خطرات بیماری، حوادث، از کارافتادگی، سالمندی، فوت و بیکاری مورد حمایت قرار می‌گیرند. هزینه‌های این نظام از محل حق بیمه‌های سهم کارفرما، کارگر و دولت تأمین می‌شود و نسبت و میزان این حق بیمه‌ها در کشورهای مختلف متفاوت است و این نظام‌ها به تدریج و در حدود ۵۰ سال به سایر کشورها دنیا تسری یافتند. نظام تأمین اجتماعی چندلایه یک رویکرد نسبتاً جدید در نظام‌های تأمین اجتماعی جهانی است که در یک دهه اخیر در برخی از کشورها مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد ابتدا از سوی بانک جهانی مطرح و در قالب یک الگوی چند وجهی ارائه شد که از برخی جهات به‌ویژه تأکید بر خصوصی‌سازی بیمه‌های اجتماعی مورد انتقاد صاحب‌نظران قرار گرفت و در نهایت تعدیل‌هایی در آن ایجاد شدند. در کنار این الگو، سازمان بین‌المللی کار و اتحادیه اروپایی نیز الگوهای متفاوتی از تأمین اجتماعی چندلایه را ارائه کردند که در این الگوها به اهداف «فقرزدایی» نظام تأمین اجتماعی توجه بیشتری شده بود.

با عنایت به کارکردهای مثبت نظام‌های تأمین اجتماعی چندلایه در جهان و نقش مؤثر آن‌ها در پوشش کامل جمعیت، رفع همپوشانی‌ها و خلأها و پیشگیری از بروز فقر و مبتنی بر بندهای ۴۰ و ۴۲ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ناظر بر لزوم استقرار نظام جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد و چند سطحی تأمین اجتماعی کشور و ارتقاء کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه درمان، بازنشستگی، از کارافتادگی و...) برای آحاد مردم، الگوی نظام بیمه سلامت چندلایه متناسب با شرایط و نیازهای کشور ایران پیشنهاد شده است. هدف اصلی این است که با اجرای این الگو، ضمن هدایت یارانه‌های دولت به لایه حمایتی سلامت و اقشار نیازمند جامعه، امکان پوشش همه افراد جامعه در نظام بیمه سلامت فراهم شود و حتی بخشی از خانوارهای نیازمند که قابلیت توانمند شدن دارند، با اجرای برنامه‌های توانمندسازی از پوشش حمایت مستقیم خارج و به لایه بیمه پایه اجباری سلامت منتقل

1- Bismarck Model

2- Beveridge Model

شوند. همچنین، برای ارائه خدمات بیمه‌های مکمل، تکمیلی و جایگزین سلامت، بستر قانونی و حقوقی لازم فراهم آید. رویکرد غالب در نظام بیمه سلامت چندلایه آن است که همه بتوان با هدفمند نمودن یارانه‌های بخش بهداشت و درمان، امکان بهره‌مندی تمامی آحاد جمعیت کشور در هریک از دهک‌های درآمدی را به خدمات سلامت با کیفیت موردنیازشان در زمان و مکان مناسب فراهم نمود تا بتوان به هدف نهایی که «پوشش همگانی سلامت» (UHC) است، دست یافت. در واقع با سطح‌بندی الگوی تأمین مالی نظام سلامت، امکان برقراری پوشش عادلانه خدمات سلامت برای کلیه دهک‌های درآمدی جامعه و هم‌زمان استفاده بهینه و توأم با بهره‌وری حداکثری از منابع عمومی نظام سلامت فراهم می‌گردد. کشورهای متعددی در دنیا، الگوی نظام چند سطح را در تأمین مالی نظام سلامت پذیرفته و اجرا نموده‌اند. از جمله این کشورها می‌توان به کانادا، سوئیس، اسپانیا، سنگاپور، ایرلند، هلند، آلمان و فرانسه اشاره نمود. البته در اغلب این کشورها به سبب فاصله اندک درآمد در دهک‌های میانی و بالای درآمدی، الگوی غالب، نظام دوسطحی^۱ تأمین مالی نظام سلامت است. اصلاحات نظام سلامت چین نمونه دیگری است که در سال‌های دهه ۸۰ میلادی آغاز شد و الگوی نظام بیمه سلامت چندلایه^۲ را مبنای اصلاحات نظام سلامت خود در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت قرار داد (Luk, C.Y., 2018).

نظریه پایه سیاستی

نظام بیمه سلامت چندلایه در سه سطح اصلی به شرح زیر است:

- لایه اول : بیمه سلامت اجباری
- لایه دوم : بیمه سلامت اجباری
- لایه سوم : بیمه سلامت اجباری

در هریک از سطح‌ها، مبتنی بر رویکرد پوشش همگانی سلامت؛ مکانیسم‌های تأمین مالی، بسته خدمتی و جمعیت طبق یکی از دو جدول ۲ و ۳ معین می‌گردد.

1- Two tiered

2- Multilayer Health Insurance System/MHIS

جدول ۲: چهار چوب مفهومی نظام بیمه سلامت چندلایه؛ جمعیت، منبع تأمین مالی و بسته خدمتی-سناریوی الف (بر اساس حداقل حقوق و دستمزد قانون کار)

عنوان لایه	جمعیت هدف	الگوی تأمین مالی بر اساس بسته خدمتی			نظام ارائه خدمات
		منبع تأمین مالی	الگوی هم‌پرازی	نوع بسته خدمتی	
بیمه سلامت اجباری لایه اول	خانوارهای با درآمد ماهیانه کمتر از حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بستری، رایگان- بدون مشارکت سرپایی و دارو؛ مشارکت حداقلی (Deductible, Copayment or Stop Loss)	بسته بیمه پایه حادقلی	بدون مشارکت بیمه‌شده
		صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی در مراکز دولتی	بسته بیمه پایه حادقلی	بدون مشارکت بیمه‌شده
		صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی	بسته بیمه پایه حادقلی	بدون مشارکت بیمه‌شده
بیمه سلامت اجباری لایه دوم	خانوارهای با درآمد ماهیانه بین ۱ تا ۳ برابر حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	منابع عمومی دولت و مشارکت مالی افراد بر مبنای توان پرداخت و سهم یارانه‌های سلامت از ۱۵ تا ۵۰ درصد حق بیمه پایه سلامت (بر اساس ارزیابی وسیع و گروه درآمدی)	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)
		تأمین مالی صددرصدی توسط بیمه‌شدگان (بدون استفاده از یارانه‌های سلامت و منابع عمومی)	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی تا سقف تعرفه بخش خصوصی	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)
		صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته بیمه پایه حادقلی	بسته بیمه پایه حادقلی	بدون مشارکت بیمه‌شده
بیمه سلامت اجباری لایه سوم	خانوارهای با درآمد ماهیانه بیش از ۳ برابر حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	مشارکت مالی افراد بر مبنای توان پرداخت و کارفرما و کمک سرانه ثابت دولت (طبق قوانین مربوطه)	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)
		تأمین مالی صددرصدی توسط بیمه‌شدگان (بدون استفاده از یارانه‌های سلامت و منابع عمومی)	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی تا سقف تعرفه بخش خصوصی	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)
		تأمین مالی صددرصدی توسط بیمه‌شدگان (بدون استفاده از یارانه‌های سلامت)	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)	بسته بیمه فضاغف سلامت (تکمیلی و مکمل)	مشارکتی (Deductible, Copayment or Stop Loss)

جدول ۳: چهارچوب مفهومی نظام بیمه سلامت چندلایه؛ جمعیت، منبع تأمین مالی و بسته خدمتی-سناریوی ب (براساس خط فقر ملی)

عنوان لایه	جمعیت هدف	الگوی تأمین مالی بر اساس بسته خدمتی			نظام ارائه خدمات
		منبع تأمین مالی	نوع بسته خدمتی	الگوی همپردازی	
بیمه سلامت اجباری لایه اول	خانوارهای با درآمد ماهیانه کمتر از خط فقر ملی	صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی در مراکز درمانی بخش دولتی	بدون مشارکت بیمه‌شده	سلج‌بندی
		صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی	بدون مشارکت بیمه‌شده	سلج‌بندی
		صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی	بدون مشارکت بیمه‌شده	سلج‌بندی
بیمه سلامت اجباری لایه دوم	خانوارهای با درآمد ماهیانه بیش از ۳ برابر خط فقر ملی	منابع عمومی دولت و مشارکت مالی افراد بر مبنای توان پرداخت و سهم بارانه‌های سلامت از ۱۵ تا ۵۰ درصد حق بیمه پایه سلامت (براساس ارزیابی وسیع و گروه درآمدی)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی تا سقف تعرفه بخش خصوصی	مشارکتی (Deductible, Coinsurance, Copayment, Stop Loss)	سلج‌بندی
		تأمین مالی صدرصدی توسط بیمه‌شدگان (بدون استفاده از بارانه‌های سلامت و منابع عمومی)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی تا سقف تعرفه بخش خصوصی	مشارکتی (Deductible, Coinsurance, Copayment, Stop Loss)	سلج‌بندی
		صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته بیمه پایه حداقلی	بدون مشارکت بیمه‌شده	سلج‌بندی
بیمه سلامت اجباری لایه سوم	خانوارهای با درآمد ماهیانه بیش از ۳ برابر خط فقر ملی	مشارکت مالی افراد بر مبنای توان پرداخت و کارفرما و کمک سرائه ثابت دولت (حلق قوانین مربوطه)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی	مشارکتی (Deductible, Coinsurance, Copayment)	سلج‌بندی
		تأمین مالی صدرصدی توسط بیمه‌شدگان (بدون استفاده از بارانه‌های سلامت و منابع عمومی)	بسته بیمه پایه سلامت با تعرفه بخش دولتی تا سقف تعرفه بخش خصوصی	مشارکتی (Deductible, Coinsurance, Copayment, Stop Loss)	سلج‌بندی
		تأمین مالی صدرصدی توسط بیمه‌شدگان (بدون استفاده از بارانه‌های سلامت)	بسته بیمه مضاعف سلامت (تکمیلی و مکمل)	مشارکتی (Coinsurance, Copayment)	سلج‌بندی

توضیح ۱: شرط احراز توانایی خرید بیمه مضاعف سلامت، تأمین مالی صدرصدی حق بیمه پایه سلامت توسط بیمه‌شده است.

تبصره ۲: به منظور تقویت هر چه بیشتر مشارکت مالی عادلانه، عوامل تعدیلی به شرح جدول ۴ در مبنای درآمد ماهیانه تعریف شده هریک از لایه‌ها اعمال می‌گردد:

جدول ۴: عوامل تعدیل‌کننده مشارکت مالی بر مبنای درآمد خانوار در هر لایه

ردیف	عامل تعدیل‌کننده	ضریب تعدیل‌کننده مبنای درآمد هر لایه
۱	سن بالای ۶۰ سال سرپرست خانوار به ازای هر ۱۰ سال (۱)	۲۰٪
۲	سن بالای ۶۰ سال سایر افراد خانوار به‌جز سرپرست خانوار به ازای هر ۱۰ سال (۱)	۱۰٪
۳	معلولیت سرپرست خانوار	۲۰٪
۴	معلولیت سایر افراد خانوار به ازای هر فرد دچار معلولیت	۱۰٪
۵	ابتلا سرپرست خانوار به بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر	۲۰٪
۶	ابتلا سایر افراد خانوار به بیماری‌های خاص، صعب‌العلاج و نادر به ازای هر بیمار	۱۰٪
۷	افزایش تعداد خانوار - به ازای هر نفر مازاد بر ۴ نفر	۲۵٪

Source: Mirzaie et al. 2017

تبصره: عوامل و ضرایب تعدیلی فوق قابل اعمال به‌صورت تجمیعی می‌باشند.

مختصات نظام بیمه سلامت چندلایه در هریک از لایه‌های سه‌گانه به شرح زیر می باشد:

لایه اول: بیمه سلامت اجباری لایه اول

بیمه سلامت اجباری لایه اول است که جمعیت هدف به‌موجب تبصره ماده ۲ آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیأت محترم وزیران، خانوارهایی با درآمد کمتر از ۱۱۰ درصد حداقل خط فقر مطلق برآورد شده در کشور (جهت حصول اطمینان از پوشش دادن حداکثر ممکن از جمعیت زیر خط فقر مطلق کشور) و تقریباً معادل حداقل حقوق و دستمزد قانون کار در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. با توجه به گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، منتشره در سال ۱۳۹۷، حداقل خط فقر مطلق کشور برای یک خانوار با بعد خانوار ۳/۳، در حدود یک میلیون تومان (در مناطق روستایی) و حداکثر آن ۳/۶ میلیون تومان (برای کلان‌شهر تهران) (نرخ فقر مطلق حدود ۱۲ درصد) است. بر همین اساس جمعیت لایه اول، اولین سطح خط فقر مطلق کشور را شامل می‌شود. برای این سطح، بسته پایه حداقلی و بسته بیمه پایه سلامت هر دو از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می‌گردد. به عبارت دیگر، این دو بسته برای لایه اول به‌صورت رایگان (معاف از

حق بیمه و فرانشیز) ارائه می‌شود. تدارک و ارائه خدمات برای این سطح با استفاده امکانات بخش دولتی و خصوصی و از طریق نظام سطح‌بندی و سازوکارهای خرید راهبردی صورت می‌پذیرد. لازم به ذکر است که متناسب نمودن حداقل حقوق و دستمزد قانون کار با خط فقر مطلق در کشور از جمله الزاماتی است که باید موردتوجه سیاست‌گذاران و متولیان این حوزه در وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی واقع شود.

بخشی از منابع مالی لازم برای ارائه خدمات سلامت برای بیمه سلامت لایه اول، از منابع زیر قابل تأمین است:

- سهم بخش سلامت از افزایش سنواتی یک درصد مازاد بر مالیات بر ارزش افزوده.
- سهم بخش سلامت از منابع ناشی از اجرای قانون هدفمندی یارانه‌ها.
- عوارض کالاها و اقدامات آسیب‌رسان سلامت به‌ویژه افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی وارداتی و تولید داخل (به‌عنوان مالیات سلامت).
- افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط‌زیست (به‌عنوان مالیات سلامت).
- افزایش مالیات در معاملات خودروهای لوکس و گرانیقیمت به‌صورت پلکانی.
- افزایش مالیات بر درآمد پزشکان به‌صورت پیش‌رونده.
- سهم بخش سلامت از حق بیمه شخص ثالث.

به سبب نبود ظرفیت لازم از سوی نهادهای حمایتی موجود در سطح کشور، خرید خدمات موجود در بسته بیمه پایه سلامت به جمعیت این سطح، مازاد بر ظرفیت نهادهای حمایتی کنونی کشور (کمیت امداد امام خمینی (ره) و سازمان بهزیستی کشور) و با اولویت دهک‌های درآمدی پایین‌تر، توسط سازمان بیمه سلامت ایران صورت می‌پذیرد.

لایه دوم: بیمه سلامت اجباری لایه دوم

لایه دوم، سطح بیمه سلامت اجباری لایه دوم است که جمعیت هدف، خانوارهایی با درآمد بین ۱ تا ۳ برابر حداقل حقوق و دستمزد قانون کار است؛ که با توجه به گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس ۳۰۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار، خط فقر کلان‌شهرها و استان تهران را نیز شامل می‌شود. برای این سطح (نظیر سایر سطح‌ها) بسته پایه حداقلی از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می‌گردد. به‌عبارت دیگر، این بسته برای لایه دوم نیز رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارائه می‌شود.

تأمین مالی بسته بیمه پایه سلامت برای این سطح، براساس مشارکت مالی بیمه‌شدگان و کارفرما است و سهم بیمه‌شدگان مبتنی بر توان پرداخت^۱ و به‌صورت پیش‌رونده^۲ مبتنی بر محاسبات اکچوئری (بیمه‌ای) تعیین می‌گردد.

1- Ability to Pay

2- Progressive

بسته بیمه مضاعف^۱ (تکمیلی^۲ و مکمل^۳) سلامت، برای جمعیت این سطح، به صورت اختیاری (به صورت انفرادی یا گروهی) است که تأمین مالی آن صددرصدی توسط بیمه شدگان و کارفرما (بدون استفاده از منابع عمومی دولت) مبتنی بر محاسبات اکچوئری می باشد. درصد سهم مشارکت بیمه شدگان از حق بیمه پایه سلامت و نرخ همپردازی بیمه‌ای آنان در خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات بیمه پایه سلامت با تعرفه دولتی در لایه دوم بیمه سلامت چندلایه بر مبنای جدول ۵ خواهد بود.

جدول ۵: نحوه توزیع منابع عمومی برای حق بیمه پایه سلامت لایه دوم نظام چندلایه و الگوی کاهش همپردازی بیمه‌ای و مشارکت هزینه‌ای

عنوان گروه درآمدی	حداقل درآمد خانوار	سهم منابع عمومی از حق بیمه پایه سلامت	نرخ همپردازی بیمه‌ای خدمات سرپایی و دارو در بسته خدمات بیمه پایه سلامت با تعرفه دولتی	نرخ همپردازی بیمه‌ای خدمات بستری بسته خدمات بیمه پایه سلامت با تعرفه دولتی
الف	حداقل دستمزد قانون کار	۵۰ درصد	۲۰ درصد	۵ درصد
ب	بین حداقل دستمزد قانون کار تا ۱/۳ برابر حداقل دستمزد قانون کار	۴۰ درصد	۲۰ درصد	۱۵ درصد
پ	بین حداقل دستمزد گروه ب تا ۱/۳ برابر دستمزد گروه ب	۲۵ درصد	۲۰ درصد	۲۵ درصد
ت	بین حداقل دستمزد گروه پ تا ۱/۳ برابر دستمزد گروه پ	۲۰ درصد	۳۵ درصد	۳۵ درصد
ج	بین حداقل دستمزد گروه ت تا ۱/۳ برابر دستمزد گروه ت	۱۵ درصد	۵۰ درصد	۵۰ درصد

تدارک و ارائه خدمات سلامت برای این سطح نیز با استفاده امکانات بخش دولتی و خصوصی و از طریق نظام سطح بندی و سازوکارهای خرید راهبردی صورت می پذیرد.

1- Duplicate Health Insurance/DHI

2- Supplementary Health insurance

3- Complementary Health Insurance

لایه سوم: بیمه سلامت اجباری لایه سوم

بیمه سلامت اجباری لایه سوم است که جمعیت هدف، خانوارهایی با درآمد بیش از ۳۰۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار است؛ که با توجه به گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، این لایه کلیه افرادی که بالاتر از خط فقر مطلق در کشور هستند را شامل می‌شود. برای این سطح (نظیر سایر سطح‌ها) بسته پایه حداقلی از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می‌گردد. به عبارت دیگر، این بسته برای لایه سوم نیز رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارائه می‌شود.

بسته بیمه پایه سلامت برای جمعیت این سطح، به صورت اجباری است که تأمین مالی آن صددرصدی توسط بیمه‌شدگان و کارفرما (بدون استفاده از منابع عمومی دولت) مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد. بسته بیمه مضاعف (تکمیلی و مکمل) سلامت، برای جمعیت این سطح، به صورت اختیاری (به صورت انفرادی یا گروهی) است که تأمین مالی آن صد درصد توسط بیمه‌شدگان مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد.

تدارک و ارائه خدمات سلامت برای این سطح نیز با استفاده امکانات بخش دولتی و خصوصی و از طریق نظام سطح‌بندی و سازوکارهای خرید راهبردی صورت می‌پذیرد. در تدوین این چهارچوب مفهومی، در بخش ارائه بسته پایه حداقلی از آنجایی که بسته یکسانی برای آحاد جامعه فراهم شده است، رویکرد برابری یا Sameness مدنظر قرار دارد و در بخش ارائه بسته مزایای سلامت (پایه و مضاعف) رویکرد عدالت محوری یا Fairness مورد توجه قرار گرفته است.

- نسبت سهم منابع بیمه‌های سلامت کشور از کل مخارج سلامت
- نسبت جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت به کل جمعیت کشور (ضریب نفوذ بیمه سلامت)
- درصد پرداخت از جیب کشور
- درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار
- درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزای سلامت
- مشارکت عادلانه مالی^۱

تجارب جهانی مشابه

کشورهای متعددی در دنیا، الگوی نظام تأمین مالی چندلایه نظام سلامت را پذیرفته و اجرا نموده‌اند. از جمله این کشورها می‌توان به کانادا، سوئیس، اسپانیا، سنگاپور، ایرلند، هلند، آلمان و فرانسه اشاره نمود. البته در اغلب این کشورها به سبب فاصله اندک درآمد در دهک‌های میانی و بالای درآمدی، الگوی غالب، نظام دوسطحی (tiered Two) تأمین مالی نظام سلامت است. در این کشورها، یک سطح از خدمات پایه سلامت توسط منابع عمومی برای آحاد جمعیت کشور پوشش داده می‌شود؛ که عمده‌تاً توسط مالیات‌های عمومی تأمین مالی می‌گردد. سطح دیگری از خدمات عمده‌تاً لوکس سلامت نیز توسط طرح‌های بیمه مضاعف که توسط بیمه‌شدگان تأمین مالی می‌گردد در دسترس است.

الگویی که کشور تایلند از سال ۲۰۰۲ برای تکمیل پوشش همگانی سلامت خود تحت عنوان «three public health insurance schemes» یا «طرح‌های سه‌گانه بیمه سلامت عمومی» اجرا نمود، مشابهت بسیاری با الگوی نظام بیمه ۳ لایه پیشنهادی دارد. در الگوی تایلند، متعاقب تصویب قانون امنیت سلامت ملی^۱ سال ۲۰۰۲ میلادی، باهدف تکمیل پوشش همگانی سلامت (UHC) اجرای یک نظام بیمه سلامت سه‌گانه بود. این طرح‌های سه‌گانه عبارت بودند از:

- ۱- مزایای بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت^۲ برای کارکنان دولت
- ۲- بیمه درمانی اجتماعی^۳ برای شاغلین دارای کارفرمای مشخص
- ۳- طرح پوشش همگانی سلامت^۴ برای فقرا و افرادی که هیچ‌گونه پوشش بیمه درمانی نداشتند.

اجرای این طرح موجب شد که در سال ۲۰۰۲ میلادی، ۴۸ میلیون نفر از جمعیت کشور که فاقد پوشش بیمه درمانی بودند، تحت پوشش طرح پوشش همگانی سلامت قرار گرفتند و این طرح که در ابتدا نشئت گرفته از یک سیاست پوپولیستی بود، توانست با مدیریت درست و برنامه‌ریزی علمی، در سال ۲۰۱۱ میلادی منجر به تکمیل پوشش ۹۸ درصدی UHC در تایلند گردد.

نحوه تأمین مالی هریک از این طرح‌های سه‌گانه به‌صورت زیر بود:

- ۱- مزایای بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت برای کارکنان دولت: مالیات بر حقوق و

1- National Health Security Act

2- Civil Servant Medical Benefit Scheme

3- Social Health Insurance

4- Universal Health Coverage Scheme

دستمزد، بیمه خدمات اجتماعی مشارکتی سه‌جانبه

۲- بیمه درمانی اجتماعی برای شاغلین دارای کارفرمای مشخص: مشارکت سه‌جانبه کارفرما، کارمند و دولت.

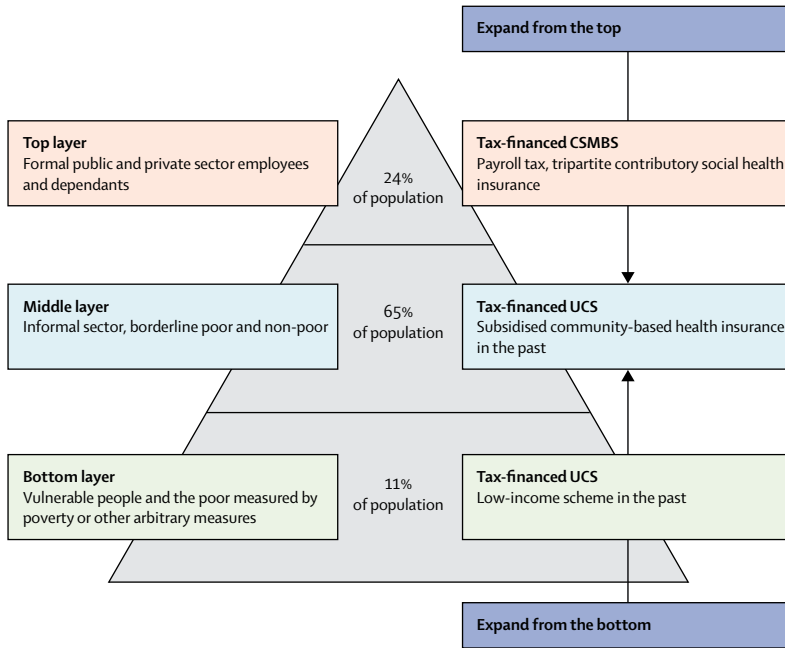
۳- طرح پوشش همگانی سلامت: مبتنی بر مالیات- غیرمشارکتی

نحوه تأمین مالی مزایای بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت برای کارکنان دولت نیز تا سال ۲۰۱۷ به الگوی مبتنی بر مالیات- غیرمشارکتی تغییر یافت. جدول ۶ و شکل ۱، خلاصه نظام بیمه سلامت همه لایه در تایلند را نشان می‌دهد.

جدول ۶: مشخصات سه طرح بیمه سلامت عمومی (نظام بیمه سه لایه) در تایلند

	Civil Servant Medical Benefit Scheme	Social Health Insurance	Universal Health Coverage Scheme
Legislation	Royal Decree 1980	Social Security Act 1990	National Health Security Act 2002
Purchaser	Comptroller General's Department, Ministry of Finance	Social Security Office, Ministry of Labour	National Health Security Office
Population coverage	4.4 million	10.6 million	48 million
Source of finance	Tax-based, non-contributory	Tripartite contribution by employer, employee, and government	Tax-based, non-contributory
Budgeting	Open-ended budget	Closed-ended budget	Closed-ended budget
Expenditure in 2016, Thai Baht	71.02 billion	37.7 billion	109.3 billion
Payment method	Out patient: fee-for-service; in patient: diagnostic-related groups with multiple cost bands	Out patient: capitation; in patient: diagnostic-related groups within global budget	Out patient and prevention and health promotion: capitation; in patient: diagnostic-related groups with global budget; fee schedule for specific high-cost procedures

Source: Thai National Health Accounts 2013, International Health Policy Program, and Ministry of Public Health.



شکل ۱: مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در تایلند

CSMBs = طرح مزایای بیمه خدمات درمانی مستخدمین دولتی. UCS = طرح پوشش همگانی سلامت. اقتباس از Tangcharoensathien و همکاران (۲۰۱۷)

در ایالات متحده آمریکا نیز نوعی نظام بیمه سلامت چهار لایه مستقر گردیده است. در این الگو برای خانوارهایی که کمتر از ۴ برابر خط فقر فدرال^۱ درآمد دارند، نوعی اعتبار مالیاتی حق بیمه (The Premium Tax Credit) در نظر می‌گیرند و نرخ کاهش مشارکت مالی یا هم‌پردازی بیمه‌ای (Cost-Sharing Reduction)، کاهنده اولیه (Deductible) و سقف پرداخت مستقیم از جیب آن‌ها از هزینه‌های خدمات مختلف سلامت نیز مبتنی بر جدول ۷ است.

1- Federal Poverty Line=FPL

جدول ۷: الگوی کاهش مشارکت در هزینه‌های سلامت بر مبنای سطح درآمد خانوار (به‌عنوان ضریبی از خط فقر فدرال - FPL) ایالات متحده آمریکا - قانون بیمه ملی آمریکا

انواع طرح‌ها ویژگی‌های طرح	طرح CSR برای افراد تا ۱۵۰ درصد خط فقر فدرال	طرح CSR برای افراد بین ۱۵۱-۲۰۰ درصد خط فقر فدرال	طرح CSR برای افراد بین ۲۰۱-۲۵۰ درصد خط فقر فدرال	طرح نقره‌ای استاندارد (بدون CSR)
Actuarial Value	٪۹۴ AV	٪۸۷ AV	٪۷۳ AV	٪۷۰ AV
Deductible (فردی)	۲۵۰ دلار	۸۰۰ دلار	۴۵۰ دلار	۷۱۵۰ دلار
سقف حداکثری پرداخت از مبنا (فردی)	۵۵۰ دلار	۱۷۰۰ دلار	۵۷۰۰ دلار	۷۳۵۰ دلار
بیمارستانی	٪۱۰ (بعد از Deductible)	٪۱۰ (بعد از Deductible)	٪۳۰ (بعد از Deductible)	٪۳۰ (بعد از Deductible)
ویزیت پزشک	۵ دلار	۱۰ دلار	۳۰ دلار	۷۰ دلار

*CSR: کاهش مشارکت در هزینه‌ها

اقدامات اجرایی لازم برای استقرار نظام بیمه سلامت چندلایه در ایران

الف: در حوزه تولید منابع مالی و جمع‌آوری درآمدها^۱

۱- شناسایی کلیه منابع عمومی نظام سلامت که در هریک از دستگاه‌های اجرایی صرف خرید خدمات سلامت می‌گردد.

۲- تدوین احکام قانونی لازم برای جمع‌آوری کلیه این منابع در نظام بیمه‌ای

۳- طراحی روشی برای شناسایی جمعیت هدف در هریک از لایه‌ها و در هریک از سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه پایه سلامت کشور

۴- طراحی سازوکارهای انجام ارزیابی وسع جمعیت هدف در لایه دوم از نظام بیمه سلامت چندلایه و تعیین سهم منابع عمومی از حق بیمه سلامت هریک از گروه‌های درآمدی و نیز نحوه هم‌پردازی بیمه‌ای آنان.

۵- طراحی الگوی مشارکت مالی عادلانه جمعیت هدف در لایه دوم نظام بیمه سلامت چندلایه

۶- پیش‌بینی سازوکارهای اجرایی به‌منظور انطباق یافتن حداقل حقوق و دستمزد مشمول

قانون کار با خط فقر ملی در یک دوره ۵ ساله

ب: در حوزه صندوق‌های انباشت و توزیع ریسک^۱

۱- ادغام کلیه صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ایران به منظور تقویت توزیع ریسک و برقراری یارانه متقاطع.

۲- با توجه به توزیع جمعیت مشمول هریک از این لایه‌ها، به‌ویژه لایه اول، بین سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و کمیته امداد امام خمینی (ره)، تشکیل یک صندوق واحد خریدار خدمات سلامت و تجمیع کلیه منابع مالی که توسط هریک از این سازمان‌ها و سایر دستگاه‌های اجرایی به هر نحو صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می‌گردد در این صندوق اجتناب‌ناپذیر است.

ج: در حوزه خرید خدمات و تخصیص منابع^۲

۱- تدوین روش‌شناسی طراحی بسته خدمات سلامت در سه سطح: بسته حداقلی سلامت، بسته بیمه پایه سلامت و بسته بیمه مضاعف سلامت و طراحی معیارهای اولویت‌بندی؛ ورود و خروج خدمات به هریک از این بسته‌ها.

۲- طراحی بسته‌های خدمات سلامت رایگان برای گروه‌های خاص جمعیتی (نظیر پناهجویان، آسیب دیدگان حوادث طبیعی، آسیب دیدگان جنگی، ...) و گروه‌های خاص بیماریها (بیماری‌های خاص، معلولیتها، بیماری‌های متابولیک مادرزادی، بیماری‌های صعب‌العلاج و نادر و ...)

۳- طراحی یک واسطه الکترونیکی بیمه‌ای برای مدیریت کلیه فرآیندهای خرید خدمت با پیش‌بینی انجام کلیه الزامات استقرار نظام بیمه سلامت چندلایه نظیر اجرای معافیت‌های هم‌پردازی در لایه اول و دوم نظام بیمه سلامت چندلایه.

۴- اصلاح نظام‌ها و روش‌های پرداخت و الگوهای کاهنده اولیه (Deductible) و مشارکت در هزینه‌ها (Cost Sharing) بیمه‌ای متناسب با استقرار نظام بیمه سلامت چندلایه

۵- تعیین الگوی مناسب معافیت‌های مشارکت در هزینه (Cost Sharing Reduction) (مشارکت در هزینه‌ها مبتنی بر الگوهای Co-Insurance، Co-Payment و یا ترکیبی).

1- Risk Pools

2- Resource Allocation and Purchasing

- ۶- تعیین سقف OOP (Stop Loss) سالیانه در لایه‌های اول و دوم نظام بیمه سلامت چندلایه.
- ۷- تعیین سازوکار مطمئنی برای رصد مستمر درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت و هزینه‌های فقرزای سلامت در کشور و انجام مداخلات اصلاحی لازم حسب مورد.

خلاصه و نتیجه گیری

به منظور استقرار پوشش همگانی سلامت و با تمرکز بر توزیع عادلانه منابع عمومی دولت برای افراد نیازمند و گروه‌های آسیب‌پذیر جامعه و مشارکت عادلانه افراد در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت، در راستای تحقق بندهای ۹-۱ و ۲-۹ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر همگانی ساختن بیمه پایه درمان و پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد و بند ۴-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت به ویژه در مناطق غیر برخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی این سند تهیه و الگوی «نظام بیمه سلامت چندلایه» تشریح شده است؛ به گونه‌ای که با در نظر گرفتن الگوی درآمدی در جمعیت کل کشور و آخرین مطالعات صورت گرفته در خصوص وضعیت فقر در ایران، بیمه سلامت چندلایه در سه سطح براساس درآمد خانوارها و با تناسب بسته خدمتی و نحوه تأمین مالی همان سطح، در راستای توزیع عادلانه منابع عمومی نظام سلامت، افزایش شاخص مشارکت عادلانه مالی نظام سلامت کشور، محو فقر به علت هزینه‌های درمانی و تکمیل بعد عمق حفاظت مالی از مردم در راستای تکمیل پوشش همگانی سلامت در ایران طراحی گردیده است. در این نظام، برخورداری از بیمه سلامت برای کلیه افراد اجباری بوده است و میزان برخورداری افراد از منابع عمومی دولت براساس توان پرداخت افراد و میزان استفاده از خدمات سلامت براساس نیازهای سلامتی آن‌ها خواهد بود؛ که این همان برقراری عدالت عمودی و افقی در نظام سلامت کشور است.

شایان ذکر است جلد دوم این مستند که در آینده‌ای نزدیک منتشر خواهد گردید، نظام بیمه سلامت چندلایه، به عنوان الگویی برای بهبود عدالت در توزیع منابع عمومی بخش سلامت و عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت، با تفصیل بیشتری مورد بحث قرار خواهد گرفت و به بیان مجموعه اقدامات، فعالیت‌ها

و احیاناً تغییرات ساختاری در حوزه‌های جمع‌آوری درآمدها، انباشت منابع و خرید خدمات که زیربنای استقرار این نظام است، به تفصیل پرداخته خواهد شد.

منابع و مأخذ

۱. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۵۸.
۲. سیاست‌های کلی سلامت، ۱۳۹۳.
۳. سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ۱۳۹۵.
۴. قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور، ۱۳۹۵.
۵. برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۹۶.
۶. آیین‌نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویب‌نامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ هیأت محترم وزیران، ۱۳۸۴.
۷. بیمه سلامت پایه و یکسان برای همه ایرانیان (راهکاری برای اجرای سیاست‌های کلی نظام سلامت)، حنان حاجی محمودی، دبیرخانه - هیأت امنای تأمین اجتماعی و صندوق‌های تابعه، ۱۳۹۳.
۸. سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها، ۱۳۸۴.
۹. محاسبه خط فقر در ایران، مجید عینیان و همکاران، مرکز پژوهش‌های مجلس، ۱۳۹۷.
۱۰. رضا پور عزیز، باقی احمد، ادهم داود، عبادی فرد آذر فرید، باقری فرادنبه سعید، ارومی‌های نادیا و همکاران. (۱۳۹۵).
- نابرابری در مخارج - سلامت و اثرات فقرزایی ناشی از آن در جمعیت شهری کرمان. سلامت و بهداشت. ۷ (۲): ۱۵۷-۱۴۶.
11. Luk, S. (2017). Financing Healthcare in China. London: Routledge.
12. Mollahaliloglu, S., Atun, R., & Postolovska, I. (2013). Toward universal coverage: Turkey's green card program for the poor. Washington (DC): The World Bank, 1, 24.
13. Sabrina Luk (2018) "Moving towards Universal Health Coverage in China: Challenges for the Present and Future" in Ben Fong, Artie Ng and Peter Yuen (eds.) Sustainable Health and Long- Term Care Solutions for an Aging Population. IGI Global, pp.19- 45.
14. Khammarnia, M., Barfar, E., Ansari- Moghadam, A., Setoodehzadeh, F., Baygi, M.Z., Peyvand, M., Mohammadi, M. and Mirbalochzahi, A., 2018. The Households Health Spending and Impoverishment: A Study After Iran's Health Transformation Plan. Health Scope, (S):e62316.
15. Kavosi, Z., Keshtkaran, A., Hayati, R., Ravangard, R. and Khammarnia, M., 2014. Household financial contribution to the health System in Shiraz, Iran in 2012. International journal of health policy and management, 3(5), p.243.
16. Luk, C.Y., 2018. Moving Towards Universal Health Coverage: Challenges for the Pres-

ent and Future in China. In Sustainable Health and Long- Term Care Solutions for an Aging Population (pp. 19- 45). IGI Global.

17. Rezaei, S., Woldemichael, A., Hajizadeh, M. and Kazemi Karyani, A., 2018. Catastrophic healthcare expenditures among Iranian households: a systematic review and meta- analysis. International Journal of Human Rights in Healthcare. Aug 20.
18. Mirzaie, M. and Darabi, S., 2017. Population Aging in Iran and Rising Health Care Costs. Iranian Journal of Ageing, 12(2), pp.156- 169.
19. Aryankhesal, A., Etemadi, M., Mohseni, M., Azami- Aghdash, S. and Nakhaei, M., 2018. Catastrophic Health Expenditure in Iran: A Review Article. Iranian journal of public health, 47(2), p.166.

