

## بسم الله الرحمن الرحيم

### عنوان طرح:

تدوین چارچوب راهبردی به منظور عملیاتی نمودن توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت در راستای تحقق ماده ۹ سیاست های کلان سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری

### مجری طرح:

دکتر علیرضا اولیایی منش

### همکاران و مشاوران طرح:

دکتر فرهاد حبیبی نوده، زهرا گودرزی، دکتر محمدرضا مبینی زاده، دکتر حانیه سادات سجادی،  
دکتر سید موسی طباطبایی، دکتر عفت محمدی، پریسا ابویی، دکتر علی اخوان بهبهانی، دکتر سید  
رضا مجدزاده

سال ۹۵-۹۶

## فهرست مطالب

۴	چکیده طرح:
۶	فصل اول
۷	۱-۱ بیان مساله و اهمیت موضوع
۹	۲-۱ هدف اصلی طرح
۹	۳-۱ اهداف اختصاصی طرح
۹	۴-۱ اهداف کاربردی مطالعه
۱۰	۵-۱ سوالات و فرضیات طرح
۱۰	۶-۱ مرور متون
۱۰	۱-۶-۱ داخلی
۱۲	۲-۶-۱ خارجی
۱۳	فصل دوم
۱۴	۱-۲ روش انجام مطالعه:
۱۴	۱-۱-۲ فاز یک: مرور منابع
۱۴	۲-۱-۲ فاز دو: کیفی-کمی
۱۵	۱-۲-۱-۲ مرحله اول: کیفی (برگزاری پانل)
۱۵	۲-۲-۱-۲ مرحله دوم: محاسبه شاخص CVR
۱۷	۳-۲-۱-۲ مرحله سوم: اولویت بندی از طریق تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن دهی ساده
۱۸	۱-۲-۱-۲ مرحله چهارم: کمی
۱۸	۲-۲ محدودیت های مطالعه
۱۸	۳-۲ ملاحظات اخلاقی
۱۹	فصل سوم
۲۰	بخش اول: آرایه تعاریف و مفاهیم کلیدی
۲۰	۳-۱ یافته های فاز اول مطالعه (مرور منابع)
۲۰	۱-۳-۱ قوانین و اسناد
۲۰	۱-۳-۱-۱ قانون بیمه همگانی
۲۱	۲-۳-۱-۱ نقشه جامع علمی کشور

۲۲	برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان بیمه خدمات درمانی
۲۵	برنامه راهبردی وزارت رفاه و تامین اجتماعی کشور
۲۸	چارچوب استقرار سیاست های کلی سلامت
۳۰	قانون پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی
۳۴	دستورالعمل برنامه طرح تحول نظام سلامت
۳۸	برنامه ششم توسعه کشور
۳۹	یافته های حاصل از مرور مطالعات
۳۹	مداخلات پیشنهادی جهت پوشش همگانی
۴۰	راهکارهای توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت
۴۰	خرید راهبردی خدمات سلامت
۴۱	بسته خدمات سلامت پایه
۴۲	همگانی ساختن بیمه پایه
۴۲	ادغام صندوق های بیمه بهداشتی
۴۳	مداخلات حاصل شده از مرور مطالعات، قوانین و اسناد
۴۶	بخش سوم: شاخص های موجود و وضعیت شاخص های منتخب
۵۰	یافته های حاصل از پانل کارشناسی
۵۲	یافته های حاصل از تعیین ضرورت مداخلات
۵۵	یافته های حاصل از اولویت بندی مداخلات
۶۰	بخش پنجم: شناسایی ذی نفعان مرتبط با هر مداخله
۶۶	فصل چهارم
۶۷	۱-۴ خلاصه یافته ها
۶۷	۲-۴ بحث
۷۲	۳-۴ نتیجه گیری
۸۰	منابع و پیوست ها
۸۱	پرسشنامه ۱:
۸۴	پرسشنامه ۲:
۹۰	منابع:

## چکیده طرح:

### زمینه و هدف:

مهمترین اهداف بیمه های سلامت ایجاد پوشش همگانی، ارتقاء دسترسی به بسته خدمات سلامت، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت، مشارکت عادلانه و متناسب مردم و تأمین مالی نظام سلامت می باشد، که به دلیل اهمیت آنها در برخورداری از نظام سلامت پاسخگو، دولت در اسناد بالا دستی به تدوین ماده‌ها و تبصره هایی برای تسهیل دستیابی آنها پرداخته است. لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی و اولویت بندی مداخلات به منظور دستیابی به سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری و بند ۹ آن یعنی توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت صورت در سال ۱۳۹۵-۹۶ صورت گرفت.

### روش:

مطالعه حاضر در دو فاز و چهار مرحله صورت گرفت. در ابتدا با استفاده از مرور منابع و بررسی اسناد و قوانین مربوطه، مداخلات مربوط به توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت شناسایی شدند. در مرحله دوم و به منظور دسته بندی نمودن و توافق بر روی راهکارهای حاصل شده از پانل کارشناسی استفاده شد؛ به این صورت که با برگزاری یک جلسه ۴ ساعته با ۵ نفر از خبرگان مربوطه، در نهایت بر روی ۲۳ عامل توافق حاصل شد. در مرحله سوم با استفاده از تکنیک CVR ضرورت وجود هر یک از عوامل با استفاده از پرسشنامه خود ساخته مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله چهارم و براساس یافته های مرحله قبل، مداخلات تعیین شده به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت با استفاده از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن دهی ساده اولویت بندی شدند. برای این کار با استفاده از پرسشنامه خود ساخته، نظرات ۱۵ نفر از خبرگان امر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در نهایت مداخلات و ذینفعان هر یک به منظور دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی با استفاده از پرسشنامه خودساخته شناسایی شدند.

### یافته ها:

در فاز اول مطالعه ۳۴ مداخله با استفاده از مرور منابع حاصل شد. پس از برگزاری پانل کارشناسی در نهایت با ترکیب و ادغام برخی مداخلات در مجموع ۲۳ مداخله در قالب ۷ سیاست به منظور تعیین ضرورت در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت. در مرحله سوم ضرورت ۱۷ مداخله مورد تایید خبرگان قرار گرفت و در نهایت در

مرحله چهارم مداخلات اولویت بندی شدند که به ترتیب در بند اول مداخله " افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی"، بند دوم مداخله " حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی"، بند سوم مداخله " تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی"، بند چهارم " بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت"، بند پنجم " به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی"، بند ششم " اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع" و بندهای هفتم مداخله " بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات" در اولویت قرار گرفتند.

### **بحث و نتیجه گیری:**

استقرار پوشش همگانی سلامت نیازمند تعامل و ارتباط همه جانبه بین سازمان های ذینفع با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد که در این بین نقش وزارت رفاه، کار و تامین اجتماعی نسبت به سایر سازمان ها بیشتر و ضروری تر خواهد بود. بانک اطلاعات جامع و تبادل الکترونیک اسناد به عنوان زیرساخت های اساسی مورد نیاز نظام بیمه های درمانی می باشد. ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه دهندگان به طوری که باعث افزایش کیفیت خدمات توسط ارائه دهندگان شده و از ارائه خدمات اضافی و تقاضای القایی جلوگیری کند، می تواند به عنوان یکی از مداخلات اساسی در جهت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت موثر واقع شود. در نهایت ایجاد کارگروه ویژه و متخصص به منظور تدوین بسته خدمات پایه بر اساس گروه های هدف باید مد نظر سیاستگذاران قرار گیرد.

### **واژگان کلیدی:**

بیمه های سلامت، چارچوب راهبردی، سیاست های کلی سلامت

## فصل اول

**بیان مساله، اهمیت موضوع و مرور متون**

## ۱-۱ بیان مساله و اهمیت موضوع

امروزه بهداشت و درمان برای ملتها به عنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای دولت ها به عنوان یک مسئله استراتژیک از نظر اقتصادی مطرح می باشد. هدف تعمیم بهداشت و درمان به همگان باید بر اساس رفع تبعیض بین گروه های مختلف جامعه تعیین گردد [۱]. در این میان محدوده ارائه خدمات درمانی بیش از آنکه یک وسیله تجاری به شمار رود، به عنوان یک حق اصلی در نظر گرفته می شود و از این رو جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی را برای تمام افراد فراهم نماید که تحقق بخشیدن به این حق عمومی بستگی به شیوه های تأمین کننده خدمات برای تمام افراد داشته بدون آنکه به توانایی فرد در پرداخت هزینه ها یا عدم پرداخت حق بیمه ها از سوی آنان توجهی نماید [۲]. در حالت کلی چهار نوع عمده ی تأمین منابع مالی برای بخش سلامت وجود دارد [۳]: نوع اول، پرداخت به وسیله ی دولت است که در این روش، تأمین مالی از محل درآمد عمومی، بسیاری از مالیات ها برای پشتیبانی از کل محدود ه ی فعالیت های دولت مورد استفاده قرار می گیرند [۴] - نوع دوم، بیمه ی اجتماعی سلامت است که دارای سه ویژگی شناخته شده می باشد، اجباری بودن به این معنی که هر یک از افراد گروه مشمول باید مشارکت کند و سهم حق بیمه ی خاص خود را پرداخت نماید. سهم مشارکت غالباً به صورت درصدی از حقوق تعیین می گردد [۵]. - نوع سوم، بیمه ی خصوصی است، وجه تمایز بیمه ی خصوصی آن است که مشتریان به صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیر انتفاعی) می پردازند [۶] - نوع چهارم، پرداخت های مستقیم، چهارمین گزینه ی تأمین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم که مستقیماً و از جیب خودشان به ارائه کنندگان پول بپردازند [۷]. در این میان، سازمان های بیمه ی سلامت مناسب ترین گزینه ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می کند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می سازد، بدون آن که تحت تأثیر انگیزه های اقتصادی قرار گیرد [۸].

عمده ترین سازمانهای بیمه ای پایه کشور عبارتند از:

۱. بیمه تأمین اجتماعی: خدمات تحت پوشش این سازمان عبارتند از: بازنشستگی، بیکاری، از کار افتادگی، بیمه سلامت و غیره برای افراد شاغل در شرکتهای خصوصی، افرادی که به صورت قراردادی در سازمانهای دولتی فعالیت دارند و خویش فرمایان. سازمان تأمین اجتماعی، یک سازمان خودگردان و وابسته به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است [۹]. منابع مالی این سازمان، ۳۰ درصد از حقوق و دستمزد افراد عضو است که ۲۰ درصد از آن توسط کارفرما، ۷ درصد توسط کارگر و ۳

درصد توسط دولت پرداخت می گردد. این سازمان خدمات خود را به دو صورت مستقیم - از طریق واحدهای ملکی سازمان - و غیرمستقیم - از طریق بستن قرارداد با سایر ارائه کنندگان خدمت - ارائه می کند.

۲. بیمه درمانی نیروهای مسلح: افراد عضو این نیروها و خانواده های آنان تحت پوشش این بیمه قرار دارند. منابع مالی آن ۷۰ درصد توسط دولت و ۳۰ درصد توسط بیمه شده تأمین می شود. نیروهای مسلح، خدمات خود را به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم ارائه می دهند.

۳. سازمان بیمه خدمات درمانی کشور: این سازمان گروههای مختلف جمعیتی را تحت پوشش خود قرار می دهد و تمامی خدمات خود را به صورت غیرمستقیم فراهم می کند.

۴. کمیته امداد امام خمینی: تأمین مالی این سازمان از طریق خیریه، منافع فعالیتهای اقتصادی و همچنین دولت تأمین شده و افراد فقیر و نیازمند را تحت پوشش قرار می دهد. این سازمان دارای نظام ارجاع مخصوص به خود است و از پزشکان عمومی به عنوان دروازه بان نظام سلامت استفاده می کند. برای ارائه سایر خدمات تخصصی هم با سایر ارائه کنندگان خدمات قرارداد دارد.

۵. صندوق های بیمه ای خرد: برخی از شرکتهای بزرگ دولتی و غیردولتی در طول زمان، سیستم بیمه ای مخصوص به خود را ایجاد کرده اند و تأمین مالی این سازمانها توسط کارگر و کارفرما صورت می گیرد و خدمات خود را بیشتر به صورت غیرمستقیم ارائه می دهند [۹، ۱۰].

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه تنها بخشی از مردم در برابر خطر مالی ناشی از نیاز به خدمات سلامتی محافظت می شوند [۱۱] که مهمترین دلیل آن عدم وجود تعهد در دولتمردان، کمبود منابع مالی برای پوشش تمام جمعیت و نبود توانایی مدیریتی برای مدیریت صندوقهای بیمه ای است. به همین دلایل هم تنها برخی از کشورهای در حال توسعه توانسته اند پوشش همگانی خدمات سلامتی در کشور خود ایجاد نمایند [۱۲]. در گروه کشورهای در حال توسعه با درآمد متوسط، تنها کشورهای تایلند، کره جنوبی، ترکیه و مکزیک توانسته اند به طور کامل یا نسبی به این هدف دست یابند [۱۳].

مهمترین اهداف بیمه های بهداشتی ایجاد پوشش همگانی، ارتقاء دسترسی به بسته خدمات سلامت، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت، مشارکت عادلانه و متناسب مردم و تأمین مالی نظام سلامت می باشد، که به دلیل اهمیت آنها در برخورداری از نظام سلامت پاسخگو، دولت در اسناد بالادستی به تدوین مادهها و تبصره هایی برای تسهیل دستیابی آنها پرداخته است. از مهمترین این اسناد ماده ۹۱ قانون چهارم توسعه، ماده ۳۵ و ۳۸ قانون پنجم توسعه و ماده ۹ سیاست های کلان سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری می باشد.



حال ممکن است این سوال پیش آید که چرا علیرغم وجود این قوانین و همچنین پشتوانه اجرایی آنها، باز این سازمانها با مشکلات مربوط به تعدد صندوق های بیمه ای، عدم پوشش همگانی، سهم بالای پرداخت از جیب مردم و واقعی نبودن تعرفه ها روبرو هستند؟ [۱۴] در پاسخ به این سوال می توان گفت یکی از مهمترین دلایل ایجاد چنین شرایطی عدم تدوین برنامه اجرایی مناسب در مورد سیاست های تدوین شده می باشد. این مشکل در بسیاری از موارد باعث عدم دستیابی به اهداف برنامه ها در قالب زمانی تعیین شده برای آن و انتقال آن به برنامه های دوره های بعد خواهد شد. با توجه به آنچه در مورد بیمه های سلامت گفته شد و با در نظر داشتن این موضوع که در زمینه تدوین برنامه اجرایی ماده های تعیین شده در سیاست های کلان سلامت مطالعاتی وجود ندارد، در این پژوهش به تدوین برنامه اجرایی (تعریف مفاهیم و واژه ها، تعیین شاخص های رصد کلان آن، بررسی وضع موجود این شاخص ها و تحلیل آن، تعیین مداخلات و اولویت بندی آنها، تحلیل ذینعان و ارزیابی انطباق اولویت های مداخله استخراج شده با برنامه های نهادها و سازمان های ذینفع) ماده ۹ سیاست های کلان سلامت با عنوان توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی و درمانی به تفکیک هفت بند مربوط به آن خواهیم پرداخت.

## ۲-۱ هدف اصلی طرح

تدوین چارچوب راهبردی به منظور عملیاتی نمودن توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت در راستای تحقق ماده ۹ سیاست های کلان سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری

## ۳-۱ اهداف اختصاصی طرح

شناسایی شاخص های رصد کلان و مداخلات در راستای رسیدن به اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلی سلامت  
تعیین مداخلات ضروری به منظور دستیابی به اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلی سلامت  
اولویت بندی مداخلات ضروری به منظور دستیابی به اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلی سلامت  
تحلیل ذینفعان مداخله های انتخاب شده در زمینه اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلی سلامت  
انطباق مداخلات استخراج شده با برنامه های نهادها و سازمان های ذینفع

## ۴-۱ اهداف کاربردی مطالعه

نتایج استخراج شده از این مطالعه به عنوان یک سند راهبردی در اجرای ماده ۹ سیاست های کلان سلامت می تواند در اختیار سیاستگذاران و همچنین تصمیم گیرندگان سلامت قرار گیرد تا آنها را در دستیابی به اهداف

سلامت و همچنین مدیریت منابع محدود در بخش سلامت در راستای بهبود کارایی تخصیصی یاری خواهد نمود.

## ۱-۵ سوالات و فرضیات طرح

شاخص های رصد کلان و مداخلات در راستای رسیدن به اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلی سلامت چیست؟

مداخلات ضروری به منظور دستیابی به اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلی سلامت چیست؟  
اولویت بندی مداخلات ضروری به منظور دستیابی به اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلی سلامت چگونه است؟

ذینفعان کلیدی به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی کدامند؟  
وضعیت مداخلات استخراج شده با برنامه های نهادها و سازمان های ذینفع، چگونه است؟

## ۱-۶ مرور متون

### ۱-۶-۱ داخلی

۱. در مطالعه ای که تحت عنوان "نقاط قابل بهبود و ارائه راهکار های ارتقای کمی و کیفی بیمه های سلامت ایران" در سال ۱۳۹۱ توسط محمد رضا رئیسی و همکاران انجام شد «مهم ترین ضعف های کنونی بیمه های سلامت را وجود سازمان های بیمه ای متعدد و ناهماهنگ، عدم وجود پوشش همگانی، مشکلات مربوط به منبع هزینه ای و سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده، مشکلات مربوط به تعرفه ها و عدم ارتباط صحیح بین سازمان های بیمه گر و مراکز بهداشتی درمانی، معرفی می کند و راهکارهای ارتقاء کمی و کیفی این سیستم ها در کشور را یکپارچه سازی بیمه های سلامت بر اساس قوانین و یک الگوی مشخص و تعریف شده، تدوین صحیح بسته بیمه پایه ی سلامت و شفاف سازی مرز بین بیمه های پایه و مکمل، گسترش پوشش بیمه ای، تدوین قوانینی جهت قطع ارتباط مالی بین ارائه دهنده و گیرنده خدمت و در نهایت ایجاد همبستگی اجتماعی به گونه ای که یارانه های متقاطع بین گروههای کم درآمد و پردرآمد وجود داشته باشد، بیان می کند [۸].

۲. در مطالعه ای که تحت عنوان "معیار های اطلاعاتی برای خدمات بسته بیمه درمان پایه در کشور از دیدگاه سازمان های بیمه گر پایه" در سال ۸۷ توسط دهنویه و همکاران انجام شد، نشان داد که به عقیده کارشناسان بیمه ای مهمترین معیار های تعیین کننده محتوای بسته بیمه درمان پایه در حال حاضر عبارتند از: قابلیت اجرایی شدن، دیدگاه افراد و گروههای سیاسی، هزینه مداخلات، تعلق داشتن افراد بیمار به گروههای آسیب

پذیر می باشد، این کارشناسان همچنین اظهار داشتند مهمترین معیار هایی که از طریق آن می توان خدمات بسته را به طور مناسبی تعیین نمود عبارتند از: هزینه اثربخشی خدمات، اعتبار مستندات و عدالت [۱۴].

۳. در مطالعه ای که تحت عنوان "مطالعه تطبیقی جایگاه بیمه های تکمیلی خدمات درمانی در سایر کشور ها (میزان پوشش، حق الزحمه و بسته خدمتی) و ارائه الگویی برای ایران در سال ۱۳۹۳ توسط والاگهر انجام شد، این نتایج بدست آمد: بررسی جایگاه بیمه تکمیلی و بیمه درمان پایه از نظر ساختار، تعهدات و قوانین و مقررات در کشور هایی که از نظر جمعیت و ساختار نظام بیمه درمان مشابه ایران هستند و مقایسه آن با کشورهای پیشرفته نشان می دهد که بیمه پایه به صورت دولتی و گاهاً خصوصی و بیمه مکمل بصورت خصوصی خدمات پیشگیری، مراقبت سرپایی و بستری، خدمات روان پزشکی، مراقبت های طولانی مدت، خدمات پیشگیری دندانپزشکی، ناتوانی، توانبخشی، غرامت، عمر، دیه و زمان بیماری و از کار افتادگی را پوشش می دهد و در اکثریت کشور های منتخب فرانسیز خدمات پزشکی در طرح های دولتی توسط بیمار پرداخت می شود. سیستم ارجاع و پزشک خانواده در کشور های پیشرفته در سطح اول و متخصص و فوق تخصص و بستری بیمارستانی در سطح دوم و سوم با نظارت دولت ارائه می شود. در اکثریت کشور ها به جز آمریکا افراد کم درآمد و فقیر از پرداخت حق بیمه درمان معاف و خدمات نسبتاً رایگان دریافت می دارند. در ایران بیمه سلامت همگانی و کمیته امداد امام خمینی (ره)، بهزیستی این افراد را پوشش می دهد. در تمامی کشور های پیشرفته مورد مطالعه به منظور برخورداری عادلانه از خدمات سلامت از استراتژی های فوق به همراه سهم بالای بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی بهره برده اند و همچنین پایین بودن سطح پرداخت مستقیم توسط بیماران و گسترش تعهدات بیمه ای و وجود سقف پرداخت در خدمات دارویی و درمانی بسیار کمک کننده بوده است و به شکلی سیاستگذاری و تدوین شده است که با وضعیت درآمدی افراد این خدمات تأثیر گذار نباشد. بنابراین وضع سلامتی در کشور های منتخب رابطه مستقیم با رتبه توسعه یافتگی و درآمد سالیانه و سهم بهداشت و درمان از هزینه های عمومی دارد. ضعف مدیریت کلان بیمه درمان پایه و عدم تکافوی پوشش بسته های خدمات بیمه ای درمان پایه، نقش بیمه های خصوصی و مکمل را در به حداقل رساندن هزینه ها و خدمات بیشتر با کیفیت بهتر را پررنگ می نماید. نوسازی و سازماندهی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در ابعاد ساختار تشکیلاتی، نحوه تأمین منابع مالی، گسترش پوشش جمعیتی و نحوه ارائه خدمات و تعیین شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی سلامت اهمیت ویژه ای دارد. بنابراین برای آنکه هزینه های سلامت با برقراری یک محدودیت بودجه ای در بخش سلامت کنترل شود و کیفیت و کارایی مراقبت های کلان سلامت ارتقاء یابد دولت ها نقش موثری در کنترل و تأمین مالی مراقبت های بهداشتی داشته و رقابت و اقدامات کنترلی در بعد تقاضا در کنترل سیر صعودی هزینه های سلامت بی تأثیر بوده اند [۱۵].

۴. در مطالعه ای که در سال ۱۳۷۷ توسط محمدرضا ملکی و همکاران با عنوان "چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران انجام شد نتیجه گیری شد که بیمه همگانی پایدار با ۷ چالش عمده روبرو می باشد که عبارتند از: جریان مالی غیر شفاف، گسیخته بودن سازمان بیمه ای کشور، غیر اجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه که بر اساس اصول علمی تعیین شده باشد، هزینه زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان درکارایی مدیریتی. نتایج این مطالعه نشان می دهد که ایجاد پوشش همگانی پایدار سلامت در ایران، نیازمند دیدگاهی نظامند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلند مدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات مذکور را به صورت نظامند حل کند [۹].

#### ۱-۶-۲ خارجی

گویندو و همکاران در سال ۲۰۱۲ در مطالعه ای با عنوان " از کارآمدی تا عدالت: مرور منابع در مورد معیارهای تصمیم گیری برای تخصیص منابع و تصمیم گیری بهداشتی و درمانی " بیان داشتند که استفاده از معیارهای قابل اجرا برای تخصیص مناسب و تصمیم گیری بهینه برای پوشش و استفاده از مداخلات بهداشتی و درمانی دارای اهمیت می باشد [۱۶].

در مطالعه ای با عنوان: "پرداخت های سنگین خدمات سلامت و بیمه ی سلامت : شواهدی غیرمنتظره از یک کشور با سطح درآمد پایین" توسط اکمان در سال ۲۰۰۷ انجام گرفته است محقق کوشیده است با استفاده از پرسشنامه استخراج شده از مطالعات سلامت جمعیت شناختی مربوط به اداره آمار زامبیا میزان تاثیر برنامه های بیمه ای را بر وقوع هزینه های سنگین خدمات سلامت با استفاده از یک مدل لجستیک بسنجد [۱۷].

در مطالعه دیگری با عنوان: "تاثیر بیمه سلامت جامع بر هزینه های کمرشکن و پرداخت از جیب در مکزیک و با استفاده از یک مدل دارای متغیر درمان برون زای پروبیتی"، به ارزیابی تاثیر برنامه بیمه عمومی بر هزینه های کمرشکن خدمات سلامت و پرداخت از جیب پرداختند. این نتیجه حاصل شده است که، براساس داده های مربوط به پیمایش ملی درآمد و هزینه های خانوار، برنامه بیمه سلامت مذکور تاثیری بر احتمال بروز هزینه های کمرشکن خدمات سلامت نداشته است [۱۸].

**فصل دوم**

**مواد و روش کار**

## ۲-۱ روش انجام مطالعه:

مطالعه حاضر در دو فاز و چهار مرحله به طریق ذیل انجام گرفت:

### ۲-۱-۱ فاز یک: مرور منابع

در این فاز به منظور استخراج واژه ها و مفاهیم اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست های کلان سلامت، شاخص های رصد کلان این اهداف و همچنین تعیین مداخلات و ذینفعان موجود در راستای دسترسی به این اهداف از طریق مرور منابع صورت گرفت.

برای این منظور قوانین و اسناد و همچنین مطالعات مرتبط با موضوع از طریق جست و جو در پایگاه های داده ای فارسی زبان شامل SID، Magiran، و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (ISC) و همچنین کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، و مرکز پژوهش های مجلس مورد بررسی قرار گرفت. برخی از کلید واژه های مورد استفاده در این مرحله شامل "پوشش همگانی سلامت"، "بیمه های سلامت"، "پوشش موثر خدمات سلامت"، "توسعه بیمه های سلامت" و "چالش های بیمه بهداشتی" بود.

جامعه پژوهش در این مرحله شامل کلیه مجموعه مقالات و مستندات مرتبطی است که در پایگاه های داده ای فوق الذکر وجود داشت و توانست در راستای اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گیرد. در این مرحله مطالعات، قوانین و سیاست های مرتبط به بیمه های سلامت که به زبان فارسی و انگلیسی بود مورد استفاده قرار گرفت. متون مطالعات انتخابی، سیاست ها و قوانین موجود با استفاده از روش آنالیز موضوعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

### ۲-۱-۲ فاز دو: کیفی-کمی

این فاز از مطالعه کیفی-کمی و از نوع توصیفی می باشد که به منظور دستیابی به اهداف ۲ تا ۵ مطالعه در چهار مرحله صورت گرفت.

## ۲-۱-۲-۱-۲ مرحله اول: کیفی (برگزاری پانل)

در این مرحله و براساس یافته های حاصل از فاز اول مطالعه، با استفاده از برگزاری پانل کارشناسی به صورت کیفی، نظرات خبرگان در مورد مداخلات حاصل شده و دسته بندی آنها صورت گرفت. پانل کارشناسی در طی یک جلسه حدوداً ۴ ساعته صورت گرفت. قبل از شروع جلسه به افراد در مورد موضوع و اهمیت آن و همچنین مداخلات بدست آمده حاصل از مرور منابع توضیح داده شده و از آنها خواسته شد تا در مورد هر کدام از مداخلات نظرات خود را اعمال نمایند. جامعه پژوهش در این مرحله از مطالعه شامل ۵ نفر از سیاستگذاران اجرایی و آکادمیک در حوزه سلامت بودند که برای انتخاب خبرگان، داشتن شناخت در مورد بیمه های سلامت و علاقه به شرکت در استفاده شد. از معیارهای انتخاب خبرگان، داشتن شناخت در مورد بیمه های سلامت و علاقه به شرکت در مصاحبه بود. در پایان این مرحله مداخلات حاصل شده تعیین و دسته بندی شدند.

## ۲-۱-۲-۲ مرحله دوم: محاسبه شاخص CVR

این مرحله از مطالعه کمی و با استفاده از محاسبه شاخص نسبت روایی محتوا ( $CVR^1$ ) جهت اطمینان از اینکه مهمترین و صحیح ترین مداخله (ضرورت مداخله) انتخاب شده، [۱۹-۲۱]. صورت گرفت. در ابتدا و بر اساس یافته های حاصل از برگزاری پانل کارشناسی، ۲۳ مداخله در قالب ۷ بند به صورت پرسشنامه ای محقق ساخته و به منظور تعیین ضرورت مداخلات در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت.

**جامعه پژوهش:** جامعه پژوهش در این قسمت از مطالعه را متخصصان و سیاستگذاران شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی، شورای عالی بیمه سلامت و دبیرخانه این شورا و دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل داده اند.

**روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه:** انتخاب حداقل نمونه مورد نیاز، یک ضرورت در تحقیق می باشد. محقق باید بین ۱۰ تا ۱۵ درصد تعداد نمونه را بیشتر از میزان برآورد شده توسط فرمول حجم نمونه، در نظر بگیرد تا ریزش احتمالی بیماران در طول بررسی را پوشش بدهد [۲۲]. در مطالعاتی که از تکنیک CVR استفاده می شود، توصیه شده است که تعداد متخصصین بیش از ۱۰ نفر در نظر گرفته شود [۲۳]. لذا پرسشنامه تهیه شده در اختیار ۱۵ نفر از خبرگان آگاه به مسئله با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و در دسترس قرار گرفت.

<sup>1</sup> Content Validity Ratio

**ابزار و روش تجزیه و تحلیل داده ها:** نحوه پاسخ دادن به سوالات به این صورت بود که پرسش نامه ی اولیه تهیه شده در اختیار خبرگان قرار گرفت و از آنان درخواست شد که در خصوص هر یک از مداخلات با انتخاب اعداد ۱ تا ۵ ( ۱ کمترین ضرورت و ۵ بیشترین ضرورت) پاسخ دهند و همچنین نظراتشان را در رابطه با کیفیت گویه ها و کل پرسشنامه بیان نمایند و چنانچه موردی از قلم افتاده است نیز ذکر نمایند. جمع آوری داده ها با استفاده از مراجعه حضوری صورت گرفت. برای محاسبه شاخص CVR از روش لاوشه<sup>۲</sup> استفاده شد. از آن جایی که در مطالعه ی حاضر برای سنجش اعتبار محتوا از ۱۵ ارزیاب یا خبره استفاده شد، حداقل مقدار قابل قبول CVR با حضور این تعداد افراد بر اساس جدول لاوشه (جدول شماره یک) ۰/۴۹ می باشد [۲۰، ۲۳]. در نهایت تعیین ضرورت مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت با استفاده از نرم افزار Excel و محاسبه فرمول زیر صورت گرفت.

$$CVR = \frac{ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

تعداد ارزیابانی که به مداخله مورد نظر نمره ۴ و ۵ داده اند ne=

N= تعداد کل ارزیابان

جدول ۱- حداقل میزان قابل قبول شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) بر اساس تعداد ارزیابان			
تعداد ارزیابان	حداقل مقدار CVR	تعداد ارزیابان	حداقل مقدار CVR
۷	۰,۹۹	۱۴	۰,۵۱
۸	۰,۸۵	۱۵	۰,۴۹
۹	۰,۷۸	۲۰	۰,۴۲
۱۰	۰,۶۲	۲۵	۰,۳۷
۱۱	۰,۵۹	۳۰	۰,۳۳
۱۲	۰,۵۶	۳۵	۰,۳۱
۱۳	۰,۵۴	۴۰	۰,۲۹

<sup>2</sup> Lawshe



## ۲-۱-۲-۳ مرحله سوم: اولویت بندی از طریق تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن دهی ساده

این مرحله از مطالعه به منظور اولویت بندی مداخلات حاصل شده در مرحله قبل از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن دهی ساده استفاده شد. این روش به تصمیم‌گیرندگان کمک می‌کند تا اولویت‌ها را بر پایه‌ی اهداف، دانش و تجربه خود تنظیم کنند. آنتروپی یک مفهوم بسیار با اهمیت در علوم اجتماعی، فیزیکی و تئوری اطلاعات می‌باشد. وقتی که داده‌های یک ماتریس تصمیم‌گیری، به طور کامل مشخص باشد، می‌توان از روش آنتروپی برای ارزیابی وزن‌ها استفاده کرد. ایده روش فوق، این است که هرچه پراکندگی در مقادیر یک شاخص، بیشتر باشد، آن شاخص از اهمیت بیشتری برخوردار است. در نهایت اولویت بندی نهایی از متد وزن دهی ساده که مبتنی بر میانگین وزنی از طریق بی‌مقیاس سازی احتمال می‌باشد، استفاده گردید.

**جامعه پژوهش:** جامعه پژوهش در این قسمت از مطالعه شامل متخصصان و سیاستگذاران مرحله قبل می‌باشد.

**ابزار و روش گردآوری داده‌ها:** پس از شناسایی مداخلات، پرسشنامه محقق ساخته ای به منظور اولویت بندی مداخلات بدست آمده طراحی و در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت و پس از جمع آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (پرسشنامه در پیوست ها موجود می باشد). این پرسشنامه دارای دو بخش مشخصات دموگرافیک افراد و مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت می باشد. از افراد شرکت کننده در مطالعه خواسته شده تا به هریک از مداخلات بر اساس میزان ضرورت و قابلیت اجرا نمره ۱ تا ۵ دهند. نمره ۱ به معنای کمترین میزان ضرورت و قابلیت اجرا و نمره ۵ به معنای بیشترین میزان ضرورت و قابلیت اجرا بود (میزان ضرورت هم در سنجش میزان CVR و هم استفاده از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن دهی ساده به منظور اولویت بندی مداخلات نیاز است).

**روایی و پایایی پرسشنامه:** روایی درجه ای از صحت نتایج مطالعه است و نشان می دهد که مطالعه تا چه اندازه ای چیزی را که قصد اندازه گیری آن را داشته است به درستی سنجیده است. پایایی درجه ای از یکسان بودن نتایج در طول زمان معین و تحت شرایط مشابه و با روش کار مشابه می باشد که با قابلیت تکرار و قابلیت تکثیر نتایج اندازه گیری می شود [۲۳-۲۵]. از آنجایی که پرسشنامه حاضر براساس نظر خبرگان در دور قبل تهیه شده بود نیاز به تایید روایی وجود نداشت.

**روش نمونه گیری و تعیین حجم نمونه:** حجم نمونه و روش نمونه گیری براساس مرحله قبل می باشد.

## ۱-۲-۱-۲ مرحله چهارم: کمی

در این مرحله از مطالعه و به منظور دستیابی به هدف پنجم یعنی انطباق مداخلات با برنامه نهاد ها و سازمان های ذینفع از پرسشنامه خود ساخته استفاده شد. در این مرحله پرسشنامه ای حاوی ۱۷ مداخله و تعدادی از ذینفعان شناسایی شده در اختیار ۱۲ نفر از خبرگان در زمینه پژوهش قرار گرفت و از آنان خواسته شد با توجه به مداخلات شناسایی شده، سازمان ها و نهاد های موجود به منظور دستیابی به هر یک از مداخلات را عنوان نمایند. در صورتی که بیش از ۵۰ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه در مورد هریک از ذینفعان مطرح شده اتفاق نظر داشتند، سازمان و نهاد مربوطه به عنوان ذینفع کلیدی به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی مد نظر قرار گرفت.

## ۲-۲ محدودیت های مطالعه

عدم همکاری برخی سیاستگذاران به دلیل مشغله کاری زیاد که در برخی موارد با کمک اساتید راهنما و مشاور مشکل برطرف شد.  
عدم وجود مطالعات و مستندات کافی

## ۳-۲ ملاحظات اخلاقی

اطلاعات مربوط به شرکت کنندگان در پژوهش کاملاً محرمانه ماند.  
شرکت تمامی افراد در این طرح کاملاً با کسب رضایت شخصی از آنان صورت گرفت.  
پرسشنامه ها بی نام باقی ماند.  
هیچ تهدید یا خطر بالقوه ای متوجه افراد شرکت کننده در این طرح نگردید.  
توسط محققان علت تحقیق و اهداف آن برای تمام شرکت کنندگان تشریح گردید.  
اصول اخلاقی در استفاده از منابع موجود کاملاً رعایت گردید.  
رعایت صداقت و امانت علمی هنگام تجزیه و تحلیل نتایج و عدم تحریف دستاورد ها در جهتی که با خواسته های پژوهشگر همسو شود.  
بی طرفی و پرهیز از گرایش های خاص رعایت گردید.

**فصل سوم**

**یافته ها**

## بخش اول: ارایه تعاریف و مفاهیم کلیدی

### ۱-۳ یافته های فاز اول مطالعه (مرور منابع)

یافته های فاز اول مطالعه حاضر با استفاده از مرور منابع و جست و جو در پایگاه های داده ای فارسی زبان و بررسی اسناد، قوانین و مطالعات موجود در رابطه به بند ۹ سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری به منظور شناسایی معیارها و مداخلات مورد نیاز جهت دستیابی به این سیاست صورت گرفت.

#### ۱-۳-۱ قوانین و اسناد

##### ۱-۳-۱-۱ قانون بیمه همگانی

**افراد نیازمند:** بر اساس قانون بیمه همگانی به افرادی اطلاق می شود 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 می شود.

**حق سرانه:** بر اساس قانون بیمه همگانی مبلغی است که بر مبنای خدمات مورد تعهد به مشمولین بیمه خدمات درمانی برای هر فرد در یک ماه تعیین می گردد.

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

ماده ۸- تعرفه های 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 تایید شورای عالی به تصویب هیات 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 گروه های بیمه شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی به تصویب هیات وزیران خواهد رسید.

ماده ۱۰- حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اروژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان های بیمه گر قرار می گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) می باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی و تصویب هیات وزیران تعیین و اعلام می شود.

ماده ۱۳- سهم مشمولان این قانون از حق بیمه سرانه خدمات درمانی بر حسب گروههای 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 هیات وزیران تعیین می شود.
۲. مشمولان قانون تامین اجتماعی: بر طبق مقررات قانون تامین اجتماعی.
۳. روستاییان: براساس مصوبات هیات وزیران.
۴. صاحبان حرف و مشاغل آزاد: ۱۰۰٪ حق بیمه سرانه، به پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیات وزیران.
۵. سایر اقشاری که در این قانون ذکری از آنها به عمل نیامده است: براساس پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیات وزیران.

ماده ۱۷- کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبتهای پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات بیمه شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت های پزشکی لازم براساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.

### ۱-۳-۲ نقشه جامع علمی کشور

نقشه جامع علمی کشور در پی پاسخ به دو نیاز مهم است. نخست پاسخ به نیاز سلامت جامعه و دوم حرکت علمی به عنوان سنگ بنای توسعه کشور. مشارکت مالی عادلانه خانوارها در هزینه های خدمات به عنوان شاخصی به منظور دستیابی به این نقشه عنوان شده است که از آن می توان به عنوان یکی از عوامل اصلی در راستای توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت نام برد. همچنین در این سند بهینه سازی نظام های مدیریت مالی سلامت اعم از هزینه کرد منابع، بیمه گذاری، قیمت گذاری خدمات و محصولات دانش بنیان با روش های نوین به منظور بهبود تخصیص منبع مالی امری ضروری در نظر گرفته شده است [۲۶].

## ۳-۱-۳-۱ برنامه راهبردی و عملیاتی سازمان بیمه خدمات درمانی

### موضوعات استراتژیک سازمان بیمه خدمات درمانی

#### ۱- منابع مالی:

منابع مالی مورد نیاز برای تامین هزینه های بخش سلامت از طریق مختلفی از جمله مالیات، حق بیمه اجتماعی و پرداخت مستقیم توسط بیماران تامین می شود. تناسب بین منابع مالی مختلف و روش های تامین منابع در شاخص عدالت در تامین منابع مالی تاثیرگذار است. مطالعات نشان می دهند کشورهایی که منابع نظام سلامت آنها یکپارچه تعریف شده است در تخصیص عادلانه اعتبارات بین بخش های مختلف موفق تر بوده اند.

#### ۲- تعرفه خدمات:

مطابق قانون بیمه همگانی تعرفه بیمه خدمات می بایست براساس قیمت تمام شده هر خدمت تعیین گردد. ضروری است با تعریف شناسنامه خدمات، نسبت به تعیین تعرفه واقعی و تناسب بین تعرفه خدمات مختلف اقدام شود.

#### ۳- نظام ثبت اطلاعات:

ثبت اطلاعات پایه مورد نیاز جهت تصمیم گیری های مدیریتی در نظام سلامت به صورت موازی و پراکنده انجام می شود و جریان انتقال اطلاعات وجود ندارد.

#### ۴- قوانین مرتبط به بیمه همگانی خدمات درمانی:

تصویب قوانین طی سال های مختلف و ایجاد نهاد ها و موسسات دولتی مختلف که به نوعی مرتبط با حوزه سلامت هستند، باعث تداخل قوانین مرتبط با هر سازمان شده است.

#### ۵- تداخل سیاست ها و وظایف در حوزه سلامت:

از آنجا که بخش سلامت به دلیل ماهیت واکنشی خود، در تاثیر و تاثر بخش هاست، تصمیم گیری های مرتبط با آن صرفا نمی تواند از یک وزارتخانه شکل گیرد و به نوعی کل حاکمیت درگیر موضوع این سیاستگذاری است، لذا یکپارچگی بین حوزه های مختلف امری ضروری است.

#### ۶- رفتار و فرهنگ سلامت:

ارائه دهندگان خدمات و بیماران در ارتباط با سلامت و مراقبت های سلامتی، رفتارهای مختلفی را بروز می دهند؛ از جمله مصرف سیگار توسط بیماران قلبی، رفتارهای جنسی پرخطر و ... که تمامی این اقدامات باعث ایجاد هزینه برای نظام سلامت می شود. فرهنگ سازی در حوزه سلامت از طریق وضع قوانین و تهیه آیین نامه ها برای سیاستگذاری و جهت دهی به نحوه ارائه خدمات توسط ارائه دهندگان و همچنین خرید خدمات از سوی سازمان های بیمه گر و آشنا ساختن بیمه شدگان به حقوق خود باعث تغییر رفتار جامعه خواهد شد.

#### ۷- بسته خدمتی:

بازنگری بسته خدمتی مورد تعهد سازمان های بیمه گر با توجه به ورود خدمات و تکنولوژی های جدید و محدودیت منابع، استفاده از روش های مختلف از جمله بررسی هزینه اثربخشی خدمات، طراحی خطوط راهنمای تشخیصی درمانی، سطح بندی خدمات، طراحی نظام ارجاع و خرید راهبردی و ... را ضروری می نماید.

#### ۸- نظام پرداخت:

روش های مختلف پرداخت به موسسات یا کارکنان و نمایندگی های بخش خصوصی از قبیل دستمزد ثابت، کارانه، پرداخت سرانه بودجه هر یک با ایجاد انگیزه های مختلف بر چگونگی رفتار ارائه دهندگان خدمات، کارکنان و بیمه شدگان نیز تاثیرگذار است.

#### ۹- پوشش بیمه همگانی خدمات درمانی:

به منظور یکسان سازی خدمات ارائه شده در سطح بیمه پایه به بیمه شدگان و ایجاد بانک اطلاعاتی یکسان، شناسایی اقشار بیمه شده و رفع همپوشانی در سطح بیمه پایه و سامان دهی نحوه ارائه خدمت توسط بیمه های مکمل ضروری است.

#### برخی نقاط ضعف سازمان بیمه خدمات درمانی

در ادامه برخی نقاط ضعف سازمان بیمه خدمات درمانی کشور عنوان می شود که با توسعه و اصلاح آنها و اجرایی نمودن آنها در قالب مداخلات، می توان به توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت دست یافت.

- فقدان سیستم جامع اطلاعات مدیریت به صورت متمرکز
- ضعف در پرونده سلامت و نظام سطح بندی و ارجاع
- فقدان نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد

- ساختار سازمانی نامناسب
- ضعف در نحوه واگذاری فعالیت ها به بخش خصوصی
- عدم پرداخت هزینه خدمات براساس سطح بندی
- عدم تصمیم گیری مبتنی بر شواهد
- ضعف در انعقاد قرارداد با موسسات و نظام پرداخت نامناسب در رابطه با آنها

### اهداف میان مدت و راهبرد های تحقق آن در سازمان بیمه خدمات درمانی

برخی از اهداف و راهبردهای سازمان بیمه خدمات درمانی که می تواند در راستای توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت موثر واقع شود در زیر عنوان شده است:

#### هدف: تکمیل پوشش بیمه درمان سلامت نگر

##### استراتژی ها:

- اصلاح قوانین و مقرران مرتبط، به منظور الزام آحاد جامعه به داشتن بیمه درمان سلامت نگر
- اطلاع رسانی و افزایش آگاهی جامعه نسبت به مزایای بیمه درمان سلامت نگر

#### هدف: افزایش سهم مدیریت بیمه از بخش سلامت و بهبود مشارکت در تامین منابع مالی:

##### استراتژی ها:

- اصلاح روش دریافت حق بیمه (تبدیل پرداخت سرانه به پرداخت متناسب با درآمد)
- الزام قانونی برای پرداخت به موقع حق بیمه و اعمال روش های تخفیف و جریمه
- کنترل تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی
- جذب و ایجاد منابع مالی جدید

#### هدف: کاهش هزینه های سازمان و بیمه شدگان:

##### استراتژی ها:

- بازطراحی بسته خدمتی پایه
- مداخله در بازار دارو، تجهیزات و تکنولوژی
- انعقاد قرارداد و پرداخت به موسسات ارائه کننده براساس رتبه بندی



هدف: افزایش سطح برخورداری بیمه شدگان از خدمات:

استراتژی ها:

- بهره گیری از سامانه جغرافیایی اطلاعات در انعقاد قرارداد با موسسات ارائه کننده خدمات
- الزام موسسات ارائه دهنده خدمات به عقد قرارداد با سازمان به منظور تسهیل دسترسی بیمه شدگان
- استقرار کامل نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده
- تبیین و ارائه بسته خدمتی مبتنی بر سطح بندی
- ارائه همزمان بیمه پایه، مازاد و مکمل [۲۷].

#### ۱-۳-۱ برنامه راهبردی وزارت رفاه و تامین اجتماعی کشور

از شاخص های تحقق چشم انداز وزارت رفاه و تامین اجتماعی می توان به شاخص بیمه اجتماعی اشاره کرد. مولفه های این شاخص شامل پوشش همگانی بیمه اجتماعی، پایداری صندوق های بیمه ای و وضعیت معیشت می باشد. ضریب نفوذ بیمه اجتماعی به معنای تعداد افراد بیمه شده اصلی به کل افرادی می باشند که می بایست بیمه شوند. پایداری صندوق های بیمه ای نشان دهنده وضعیت صندوق های بیمه ای از لحاظ منابع و مصارف می باشد و در صورتی که نسبت منابع آنها به مصارفشان کمتر از یک باشد صندوق ها در وضعیت بحرانی قرار خواهند داشت. وضعیت معیشت مردم به معنای میزان دریافتی مستمری بگیران نسبت به جامعه را نشان می دهد.

شاخص دیگری که به منظور تحقق چشم انداز وزارت رفاه و تامین اجتماعی در نظر گرفته شده است، شاخص بیمه درمان می باشد. مولفه های این شاخص شامل موارد ذیل می باشد:

- ۱- پوشش همگانی بیمه درمانی: تعداد افراد بیمه شده اصلی و تبعی به کل افراد جامعه
- ۲- میزان پرداخت از جیب مردم: میزان مشارکت مردم در تامین هزینه های بخش سلامت را نشان می دهد.
- ۳- هزینه های کمرشکن درمانی: جمعیتی که هزینه ها درمانی آنها به بیش از ۴۰ درصد هزینه های خانوار بالغ می رسد.

یکی از مسائل استراتژیک وزارت رفاه و تامین اجتماعی توسعه سامانه جامع اطلاعاتی در این حوزه می باشد. این سامانه به منظور رفع مشکل وجود همپوشانی های مختلف در حوزه رفاه و تامین اجتماعی و نبود ارتباط منسجم

و منطقی بین سه حوزه بیمه ای، حمایتی و امدادی می باشد که با راه اندازی و توسعه این سیستم می توان پاسخگویی و برنامه ریزی صحیح با توجه به امکانات و نیاز های گروه های هدف را برآورد کرد.

بیمه درمان از مسائل استراتژیک وزارت رفاه و تامین اجتماعی در حوزه بیمه ای می باشد. از جمله مهمترین موضوعات این حوزه عدم پوشش همگانی، نحوه تامین منبع مالی بخش درمان از طریق سرانه، مشکلات مربوط به تعرفه ها، تداخل سیاست و وظایف در حوزه سلامت، عدم برقراری مناسب و متناسب نظام ارجاع و پزشک خانواده و بالا بودن پرداخت از جیب مردم و همچنین رفتار و فرهنگ سلامت در جامعه می باشد.

براساس یافته های وزارت رفاه و تامین اجتماعی، تحلیل وضعیت بیمه های درمان در سال ۱۳۸۷ به صورت زیر می باشد:

#### الف- نقاط قوت:

- تشکیل وزارت رفاه و تامین اجتماعی و هویت یافتن بخش بیمه های درمان در کشور
- وجود قوانین و مقررات (قانون ساختار، قانون بیمه همگانی)
- تاکید قانون بر پوشش بیمه همگانی خدمات درمانی
- وجود دواير تابعه سازمان های بیمه گر پایه در اقصا نقاط کشور و امکان ارزیابی و نظارت بر نحوه ارائه خدمات
- مدیریت شورای عالی بیمه خدمات درمانی توسط وزارت رفاه و تامین اجتماعی

#### ب- نقاط ضعف:

- پراکندگی در صندوق های تجمیع ریسک و انباشت منابع
- عدم رضایت ارائه کنندگان و مصرف کنندگان از نظام پرداخت
- بی عدالتی در پرداخت مشابه برای افراد مشابه
- بالا بودن میزان شاخص هزینه های کمرشکن سلامت
- سطوح بالای پرداخت مستقیم از جیب
- ساختار اجرایی نامناسب
- عدم اجرای سیاست های اصل ۴۴ در بخش بیمه

- انفعال بیمه ها در مقوله های کاهش خطر و ارائه مداخلات پیشگیرانه
- عدم فرهنگ سازی لازم در مورد بیمه درمان
- عدم تدوین آیین نامه و دستورالعمل های ارزیابی و رتبه بندی مراکز ارائه دهنده خدمات توسط سازمان های بیمه گر
- عدم کنترل کیفی خدمات ارائه شده متاثر از نظام پرداخت سازمان های بیمه گر
- عدم تعریف سطوح و بسته خدمات بیمه درمان براساس اولویت
- باز بودن بسته خدمات و عدم ارتباط آن با منابع تخصیص یافته

#### ج- نقاط فرصت:

- تکلیف دولت بر حمایت مالی از صندوق های بیمه ای
- افزایش درآمد های ارزی و امکان اصلاح ارقام سرانه و تعرفه درمان
- احساس نیاز در نظام سلامت به خرید راهبردی
- امکان استفاده از منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه ها
- تاکید قوانین موجود بر تامین مشارکت مالی عادلانه در تامین مالی نظام سلامت
- امکان تغییر در شیوه های خرید خدمات و تامین مالی صندوق های بیمه ای
- تاکید قانون اساسی بر نقش محوری دولت در حوزه سلامت
- امکان شناسایی و تعریف جمعیت هدف در تعیین بسته خدمتی پایه
- ایجاد تعامل و تناسب بین مراقبت های بهداشتی عمومی و مداخلات بالینی
- امکان دسترسی به متون علمی روزآمد به منظور تعیین تعرفه واقعی خدمات تشخیصی و درمانی
- وجود شبکه گسترده ارائه خدمات سلامت و ظرفیت بالقوه در نظام موجود

#### د- نقاط تهدید:

- ضابطه مند نبودن سیر ارائه خدمات سلامت در کشور
- عدم استفاده از نظام تامین مالی کارا و مبتنی بر عدالت
- ابهام در سیاست های خرید راهبردی خدمت
- ایجاد تقاضای بیشتر برای دریافت مداخلات درمانی نسبت به مداخلات عمومی
- ترغیب پزشکان به تجویز خدمات پرهزینه جدید توسط شرکت ها و نمایندگی های ذینفع

- افزایش تفاوت تعرفه های بخش دولتی و خصوصی و تشدید اختلاف سازمان های بیمه گر با ارائه دهندگان خصوصی
- ناهماهنگ بودن ارکان تصمیم گیرنده در نظام سلامت
- تعدد مراجع تصمیم گیرنده در فرآیند تعرفه گذاری
- ضعف در نظام اطلاعاتی سلامت
- ضعف در اجرای فراگیر نظام ارجاع
- نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت در جمعیت شهری و روستایی [۲۸].

### ۱-۳-۲-۵ چارچوب استقرار سیاست های کلی سلامت

در این مستند راهبردها و سیاست های اجرایی به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت و همچنین شاخص های دستیابی به آن ذکر شده است:

**راهبرد: پوشش کامل نیازهای پایه درمان (پوشش جمعیتی، هزینه ای و خدمات)**

**سیاست های اجرایی:**

- اولویت بندی خدمات سلامت در قالب تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- همگانی ساختن بیمه پایه (افزایش پوشش موثر)
- الزام به خرید کل خدمات پایه سلامت (جامع بهداشتی درمانی بازتوانی) توسط پرداخت کننده واحد

**راهبرد: تجمیع صندوق های بیمه گر پایه**

**سیاست های اجرایی:**

- ادغام صندوق های بیمه بهداشتی درمانی در صندوق بیمه سلامت ایران
- تشکیل نهاد جدید تامین مالی واحد (گردآوری، انباشت و خرید) با رویکرد حمایتی و اجتماعی از محل ادغام پنج منبع مالی فعلی شامل بودجه عمومی دولت، صندوق بیمه سلامت ایران، صندوق تامین اجتماعی و صندوق بیمه خدمات درمان نیروهای مسلح و خیریه

راهبرد: خرید خدمات سلامت با رویکرد سلامت محور (بهای سلامت پرداخت شود نه بیماری)

#### سیاست های اجرایی:

- استقرار نظام پرداخت ترکیبی با محوریت سرانه و پاداش به ازای کیفیت در سطح اول ارائه خدمات سلامت
- استقرار نظام پرداخت آینده نگر به محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد در سطوح دوم به همراه پاداش به ازای کمیت و کیفیت
- استقرار نظام پرداخت عملکردی به منابع انسانی سلامت به ازای کیفیت و کمیت
- تدوین و اجرای برنامه توسعه بیمه های تکمیلی در تناسب با بسته های خدمات پایه و ضروری
- تدوین و اجرای چارچوب قانونی رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی

راهبرد: مدیریت و تخصیص منابع با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

#### سیاست های اجرایی:

- تشکیل شورای عالی بیمه سلامت و استقرار دبیرخانه آن در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ترکیب مناسب تولیتی
- تدوین و اجرای برنامه جامع حمایت بودجه عمومی (افزایش سهم دولت) برای تامین منابع بهینه ای و پوشش هزینه ای
- توسعه بیمه الکترونیکی در تعامل با سامانه پرونده الکترونیک سلامت

راهبرد: مشارکت عادلانه مردم در هزینه های سلامت از طریق سازو کارهای پیش پرداخت و متناسب با درآمد/دارایی و بهره مندی از خدمات متناسب با نیاز

#### سیاست های اجرایی:

- تعیین درصد و میزان پیش پرداخت به صورت هدفمند برای گروه های اجتماعی با رویکرد عادلانه و به صورت افزایشی
- بازبینی روش و سهم مشارکت مالی پرداخت کنندگان پیش پرداخت

#### شاخص ها

- میزان عدالت در شاخص کمک مالی
- میزان درصد پرداخت از جیب
- درصد هزینه های کمرشکن
- درصد پوشش بسته های خدمات (پایه، تکمیلی)
- درصد هزینه های تامین شده توسط مالیات و عوارض و یارانه ها و ...
- درصد هزینه های تامین شده توسط حق بیمه
- سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی
- میزان پوشش بیمه پایه
- میزان پرداخت از جیب مردم در هزینه های سلامت
- پوشش خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه های تکمیلی به کل خدمات غیر بیمه پایه
- نسبت خدمات سلامت که به صورت راهبردی توسط بیمه ها خریداری می شوند به کل خدمات سلامت
- فهرست منتشر شده خدمات سلامت پایه به روز شده
- تعداد دستگاه های اجرایی دارای درمان مستقیم
- فهرست منتشر شده تعرفه خدمات سلامت پایه به روز شده
- میزان رضایت شغلی پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان به تفکیک دانشگاه
- میزان ماندگاری نیروی انسانی در مناطق محروم
- ترک شغل و استعفای نیروی انسانی در مناطق محروم [۲۹].

### ۱-۳-۲-۶ قانون برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی

در برنامه پنجم توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور و در بخش سلامت آن، به موضوع بیمه های سلامت و راهکارهای توسعه آنها اشاره شده است:

#### ماده ۳۲

ج - سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت های اولیه سلامت، محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، سطح بندی خدمات، خرید راهبردی خدمات، واگذاری امور تصدی گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و با تأکید بر پرداخت مبتنی بر عملکرد، توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال اول برنامه و حین اجراء باز طراحی می شود و برنامه اجرائی آن با هماهنگی معاونت در شورای

عالی سلامت و امنیت غذایی با اولویت بهره‌مندی مناطق کمتر توسعه‌یافته به ویژه روستاها، حاشیه شهرها و مناطق عشایری به تصویب می‌رسد. سامانه مصوب باید از سال دوم اجرای برنامه عملیاتی گردد.

د - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است 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 تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت‌وزیران ارائه نماید.

تبصره ۱- کلیه ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظفند از خط‌مشی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی و درمانی غیردولتی که تمایل به همکاری با سامانه جامع و همگانی سلامت را ندارند، طرف قرارداد نظام بیمه پایه و تکمیلی نبوده و از یارانه‌ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره‌مند نمی‌شوند.

تبصره ۲- 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.

## بیمه سلامت

### ماده ۳۸

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 برنامه اقدامات زیر انجام می‌شود:

الف - دولت مکلف است ساز 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.

ب - 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.

اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران با پیشنهاد معاونت به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.

تبصره ۱- شمول مفاد این بند به صندوق های خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات با اذن مقام معظم رهبری است.

تبصره ۲- بیمارستان ها و مراکز ملکی صندوق تأمین اجتماعی که درمان مستقیم را بر عهده دارند با حفظ مالکیت در اختیار صندوق مذکور باقی مانده و مطابق مقررات به سازمان بیمه سلامت ایران فروش خدمت خواهند نمود.

تبصره ۳- با تغییر نام شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، ترکیب اعضاء، وظایف، اختیارات و مسؤولیت های این شورا و دبیرخانه آن به پیشنهاد معاونت با تأیید هیأت وزیران به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد.

تبصره ۴- دارائی ها، تعهدات، اموال منقول و غیرمنقول، منابع انسانی، مالی و اعتباری، امکانات، ساختمان و تجهیزات مربوط به بخش بیمه های درمان به استثناء صندوق تأمین اجتماعی با تشخیص معاونت به سازمان بیمه سلامت ایران منتقل می‌گردد. اعتبارات مربوط به حوزه درمان نیز بر اساس عملکرد در قبال ارائه خدمات و محاسبه به عنوان بخشی از تعرفه استحقاقی در قالب بودجه سنواتی پیش بینی می‌گردد.

تبصره ۵ - 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 خواهد شد توسط شرکت بیمه های تجاری و سازمان بیمه سلامت ایران با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است. پرداخت حق سرانه بیمه تکمیلی بر عهده افراد بیمه شده است. منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

ج - به دولت اجازه داده می‌شود متناسب با استقرار نظام ارجاع و پزشک خانواده خدمات بیمه پایه سلامت را برای عموم افراد کشور به صورت یکسان تعریف و تا پایان برنامه به تدریج اجراء نماید.

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

۱- خانوارهای روستائیان و عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و مؤسسات خیریه معادل پنج درصد (۵٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد



(۶٪) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار در سال های چهارم و پنجم برنامه صدرصد (۱۰۰٪) حق بیمه اقشار نیازمند از بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود.

۲- خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته معادل پنج درصد (۵٪) حقوق و مزایای مستمر در سال های اول، دوم و سوم برنامه و شش درصد (۶٪) حقوق و مزایای مستمر در سال های چهارم و پنجم برنامه مشروط بر این که حداکثر آن از دو برابر حق بیمه مشمولین جزء (۱) این بند تجاوز نکند. بخشی از حق بیمه مشمولین این جزء از بودجه عمومی دولت تأمین خواهد شد.

۳- مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروه های درآمدی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیأت وزیران

تبصره - دستگاه های اجرائی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم کارمندان، بازنشستگان و موظفین را از حقوق ماهانه کسر و حداکثر ظرف مدت یک ماه به حساب سازمان بیمه سلامت ایران واریز نمایند.

ه- شورای عالی بیمه سلامت مکلف است هر ساله قبل از شروع سال جدید 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 در شرایط رقابتی و بر اساس بند (۸) ماده (۱) و مواد (۸) و (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اقدام و مراتب را پس از تأیید معاونت جهت تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

و- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجاز است بدون تحمیل بار مالی جدید، نظارت بر مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت را بر اساس استانداردهای اعتبار بخشی مصوب، به مؤسسات در بخش غیردولتی واگذار نماید. به نسبتی که نظارت به مؤسسات مذکور واگذار می‌شود منابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی آزاد می‌شود. بخشی از منابع مالی آزاد شده مذکور در قالب موافقتنامه مبادله شده با معاونت به دستگاه قابل پرداخت است.

ز- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات بر اساس سیاست های مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آئین‌نامه اجرائی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط

وزارتخانه‌های رفاه و تأمین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیأت‌وزیران می‌رسد.

ح - به منظور ارتقاء شاخص های سلامت و بهداشت در تولید و عرضه مواد غذایی و کاهش تصدیی های دولت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان سیاستگذار و ناظر عالی سلامت در کشور می‌تواند با همکاری بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران حداکثر تا پایان سال دوم برنامه، نظام نظارت و بیمه اجباری تضمین کیفیت تولید و عرضه مواد غذایی در اماکن مربوط را مبتنی بر آموزش و نظارت و بر اساس آیین‌نامه‌ای که پس از تأیید معاونت به تصویب هیأت‌وزیران می‌رسد تدوین و تا پایان برنامه در شهرهای بالای یکصدهزار نفر جمعیت اجراء نماید.

### ۱-۳-۲-۷ دستورالعمل برنامه طرح تحول نظام سلامت

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی اصلی نظام سلامت کشور طرح تحول نظام سلامت را با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و ارتقای کیفیت خدمات از نیمه دوم اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ در سراسر کشور آغاز نمود. دستورالعمل طرح تحول نظام سلامت شامل ۸ بسته خدمتی در تاریخ ۹۳/۲/۱۵ به تصویب وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی رسید که در ادامه به بررسی دستورالعمل‌ها و اهداف آن که در راستای بند ۹ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری می‌باشد، پرداخته خواهد شد.

### ➤ دستورالعمل برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های وابسته به

#### وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

**هدف کلی:** حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت با محوریت اقشار آسیب‌پذیر، از طریق ساماندهی خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان‌های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

#### اهداف اختصاصی:

۱. کاهش پرداخت مستقیم از جیب بیماران بستری شده بیمه‌ای به ۱۰٪ در بیمارستان‌های دولتی
۲. جلوگیری از ارجاع بیماران برای خرید دارو، لوازم مصرفی پزشکی و خدمات تشخیصی درمانی به خارج بیمارستان

## بسته خدمات:

۱. دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی

۱.۱. تحت پوشش بسته بیمه پایه سلامت

۱.۱.۱. این گروه از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی در صورتی که دارای قیمت متفاوت باشند (قیمت مصوب هیات دولت برای خدمات و قیمت اعلامی سازمان غذا و دارو با میزان تعهد بیمه پایه سلامت) مشمول این برنامه قرار گرفته و مابه التفاوت قیمت آنها پرداخت خواهد گردید.

۱.۲. خارج پوشش بیمه پایه

۱.۲.۱. این دسته از دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به پیشنهاد ستاد اجرایی دانشگاه و تصویب در ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت مشمول این برنامه قرار خواهد گرفت.

۲. خدمات تشخیصی درمانی

۲.۱. خدمات تحت پوشش بیمه پایه

۲.۱.۱. این گروه شامل خدماتی است که براساس مصوبات شورای عالی بیمه تحت پوشش بیمه پایه است. در این مورد اگر میزان تعهد سازمان بیمه با خدمات ارائه شده و یا تعرفه مصوب آنها تفاوت داشته باشد ما به التفاوت آنها از محل اعتبارات برنامه پرداخت می شود.

۲.۱.۲. ملاک تعرفه مورد تعهد بیمه، بالاترین سهم سازمان های بیمه گر می باشد (بر اساس مصوبه ۴۳ شورای عالی بیمه).

۲.۱.۳. کسوراتی که بر اساس دستورالعمل های مصوب شورای عالی بیمه و به علت نقص مدارک، درخواست اضافه، عدم تطابق اسناد با خدمات ارائه شده اعمال می گردد، مشمول این بند نمی باشد.

۲.۱.۴. موارد اعتراض بیمارستان های مشمول برنامه برای تصمیم گیری به ستاد اجرایی دانشگاه و موارد اعتراض دانشگاهها به دبیرخانه ستاد اجرایی کشوری ارجاع می شود.

۲.۲. خدمات خارج از تعهد پوشش بیمه پایه

۲,۲,۱. این خدمات شامل خدمات تشخیصی، درمانی ضروری خارج از بسته بیمه پایه می باشد که به پیشنهاد ستاد اجرایی دانشگاه در ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت طرح گردیده و در صورت تصویب بر اساس تفاهم نامه بین وزارت بهداشت و دانشگاهها مورد پوشش برنامه قرار می گیرد. این خدمات از فهرست زیر و بر اساس اولویتهای تدوین بسته و با مشارکت سازمانهای بیمه گر انتخاب می شود.

۲,۲,۱,۱. خدمات موجود در کتاب جدید ارزش نسبی خدمات

۲,۲,۱,۲. خدمات فاقد پوشش بیمه ثبت شده در اتوماسیون بیمارستان

۲,۲,۱,۳. فهرست خدمات در انتظار پوشش بیمه پایه در شورایعالی بیمه

۲,۲,۱,۴. فهرست خدمات فاقد تعرفه تهیه شده در دفتر ارزیابی فناوری معاونت درمان

۲,۲,۲. خدمات فوق الذکر در صورتی که دارای تعرفه مصوب شورای عالی بیمه باشند، تعرفه مصوب ملاک عمل خواهد بود و در صورت نداشتن تعرفه مصوب، هزینه اعلام شده از سوی وزارت بهداشت پس از بررسی و تصویب توسط هیات امناء دانشگاهها (تا زمان اعلام تعرفه مصوب هیات دولت) ملاک عمل خواهد بود.

۲,۲,۳. خدمات خارج از بسته بیمه پایه فقط از زمان ابلاغ دبیرخانه ستاد کشوری اجرای برنامه تحول سلامت وزارت بهداشت مورد تعهد برنامه خواهند بود.

۲,۳. خدماتی که بدون بستری بیمار و در بخش سرپایی و تحت نظر (بستری کمتر از ۶ ساعت) یا سایر بخشهای سرپایی بیمارستان ارائه می گردد مشمول این برنامه نمی باشند.

### خدمات مشمول بیمه تکمیلی:

۱. کلیه خدماتی که تاکنون توسط بیمه تکمیلی تامین هزینه می شد کماکان توسط بیمه تکمیلی تأمین هزینه می شود.

۲. نحوه رفع همپوشانی حمایتیهای این برنامه و بیمه های تکمیلی، بر اساس تفاهم نامه مشترک وزارت بهداشت / سازمان بیمه سلامت با بیمه مرکزی ایران تعیین می شود.

۳. بیمارستانها مکلفند قبل از ترخیص نسبت به تعیین تکلیف بیماران در مورد دارا بودن بیمه تکمیلی اقدام نمایند و بیماران مشمول این برنامه که فاقد بیمه تکمیلی اعلام شده اند مجاز به دریافت صورتحساب برای ارائه به بیمه های تکمیلی نخواهند بود.

۴. بیمارستان/سازمان بیمه سلامت ایرانیان باید به گونه ای عمل نماید که میزان تعهد بیمه های تکمیلی طرف قرارداد با بیمارستان در طول اجرای برنامه تغییر ننموده و هزینه ای بابت این تعهدات بر این برنامه تحمیل نشود.

### ➤ دستورالعمل برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

#### هدف کلی:

این برنامه به منظور ارتقای کیفیت خدمات سلامت در مناطق کمتر توسعه یافته کشور، با هدف افزایش دسترسی مردم به خدمات و مراقبت های سلامت در سطح دوم و سوم، جذب و ماندگاری متخصصین در این مناطق تدوین شده و با اجرای آن، از طریق پرداخت های تشویقی در مناطق کمتر توسعه یافته تقویت نظام ارجاع و تمام وقتی پزشکان و در نهایت کاهش پرداخت از جیب مردم، محقق می شود.

#### اهداف اختصاصی:

۱. توسعه جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته کشور.
۲. ارتقای عدالت در دسترسی و بهره مندی مردم به خدمات سلامت در مناطق محروم.
۳. کاهش پرداخت از جیب مردم.
۴. ساماندهی مناسب تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق تخصصی مناطق کمتر توسعه یافته.
۵. حذف پرداخت های غیررسمی در این مناطق.
۶. اجرای صحیح نظام سطح بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری.

### ➤ دستورالعمل برنامه حفاظت مالی از بیماران صعبالعلاج، خاص و نیازمند

#### هدف کلی:

حفاظت مالی از بیماران نیازمند در برابر هزینه های کمرشکن سلامت.

#### اهداف اختصاصی:

۱. پوشش فرانشیز و هزینه خدمات غیربیمه‌ای ضروری نظیر اقدامات تشخیصی، درمانی، دارویی، ملزومات مصرفی بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای ویژه
۲. پوشش فرانشیز و هزینه خدمات غیر بیمه ای ضروری نظیر اقدامات تشخیصی، درمانی، دارویی، ملزومات مصرفی بیماران نیازمند مبتلا به بیماریهای غیر ویژه
۳. شناسایی و ثبت نام بیماران مبتلا به بیماری‌های ویژه
۴. توسعه‌ی مراقبتهای نظام‌مند از بیماران ویژه براساس راهنماهای مصوب وزارت بهداشت.

### ۱-۳-۲-۸ برنامه ششم توسعه کشور

**ماده ۱۸-** به منظور تحقق سیاست های کلی سلامت، دولت مجاز است تا پایان سال اول اجرای قانون برنامه ششم توسعه در راستای تأمین مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، برنامه نظام بیمه سلامت کشور را با رعایت محورهای زیر تدوین و اجرا نماید:

- ۱- پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و بر اساس آیین نامه ای خواهد بود که به تصویب هیأت وزیران می رسد.
- ۲- سطح بندی تمامی خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز این گونه خدمات صرفا بر اساس راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور خواهد بود.
- ۳- حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح زیر سهمی از درآمد خانوار خواهد بود:

- خانوارهای روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی و افراد فاقد پوشش بیمه پایه سلامت به میزان ۱ درصد حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار

- خانوارهای کارکنان کشوری و لشکری شاغل و بازنشسته معادل ۱ درصد حقوق و مزایای مشمول کسر حق بیمه

- سهم خانوارهای سایر اقشار متناسب با گروه های درآمدی به پیشنهاد شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیأت وزیران

- مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی

۴- دستگاه های اجرایی مکلف اند حق بیمه پایه سلامت سهم بیمه شده و دستگاه اجرایی را حداکثر ظرف مدت سه ماه به حساب سازمان بیمه گر پایه مربوطه واریز نمایند. در صورت عدم واریز با اعلام سازمان بیمه گر و تشخیص وزارت امور اقتصادی و دارایی از حساب جاری دستگاه اجرایی ذی ربط برداشت و به حساب سازمان های بیمه گر پایه واریز می شود.

۵- مؤسسه صندوق حمایت و بازنشستگی کارکنان فولاد با کلیه وظایف، اختیارات، تعهدات و داراییها از جمله اموال منقول و غیرمنقول، سهام، امتیازات، موجودی، اسناد و اوراق - به سازمان تأمین اجتماعی انتقال مییابد. حداکثر طی مدت پنج سال، کلیه تعهدات حال و آتی صندوق - به میزانی که بر اساس مطالعات اکچوئری (محاسبه بیمه ای برای تعیین ارزش فعلی تعهدات آتی) ظرف حداکثر سه ماه، به تأیید سازمان حسابرسی کشور می رسد و مورد تأیید سازمان قرار می گیرد با منابع حاصل از واگذاری سهام، سهم شرکتها، اموال شرکتها، امتیازات، حقوق بهره برداری از معادن و حقوق مالی دولت و سایر منابع حسب مورد از طریق سازمان خصوصی سازی و خزانه داری کل پرداخت خواهد شد. میزان واگذاری ها هر ساله در بودجه های سالیانه پادار خواهد گردید.

## ۱-۳-۲ یافته های حاصل از مرور مطالعات

### ۱-۳-۲-۱ مداخلات پیشنهادی جهت پوشش همگانی

در برخی از مطالعات صورت گرفته در کشور مداخلات زیر در جهت اجرای پوشش همگانی عنوان شده است:

۱. قابل اعتمادتر کردن گزارش های آماری با استفاده از ایجاد نظام اطلاعاتی مناسب یکسان یا همخوان در سازمان های بیمه ای
۲. شفاف کردن جریان مالی بخش سلامت با الف: تعیین دقیق تعرفه در بخشهای دولتی و خصوصی، ب: پرداخت منابع مالی بخش درمان به سازمانهای بیمه ای و ج: جدا کردن تعهدات بیمه ای و تعهدات حمایتی دولت
۳. کاهش میزان گسیختگی سازماندهی بیمه ای با هدف افزایش تجمیع خطر، یارانه متقاطع و کاهش هزینه های مدیریتی
۴. ایجاد نظام شناسایی اقشار آسیب پذیر و کم درآمد
۵. اجباری کردن بیمه پایه در کشور

۶. تعیین بسته خدمتی پایه با روش علمی با هدف الف: کاهش میزان پرداخت از جیب مردم و ب: اجازه دادن به سایر سازمان ها برای رقابت در مورد خدمات مکمل
۷. تغییر نظام پرداخت به نظام هایی که ارایه کنندگان را در سود و زیان سازمان های بیمه ای شریک کند و هزینه مدیریتی کمتری داشته باشد.
۸. گسترش طرح پزشک خانواده به کل کشور و ایجاد نظام مندی در بخش تقاضا [۹, ۳۰].

### ۱-۳-۲-۲ راهکارهای توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

راهکارهای ذیل حاصل بررسی مطالعات صورت گرفته به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت در ایران می باشد:

۱. یکپارچه سازی بیمه های سلامت بر اساس قوانین موجود و تدوین یا الگوی مشخص و تعریف شده
۲. گسترش پوشش بیمه ای در راستای اجرای قوانین موجود
۳. تعریف ارتباط بین بیمه شده ها، سازمان های بیمه و مراکز ارایه ی خدمات سلامت در جهت قطع ارتباط مالی بیمه شده ها و مراکز ارایه ی خدمات
۴. ایجاد همبستگی اجتماعی به گونه ای که یارانه های متقاطع بین گروه های کم درآمد و پر درآمد وجود داشته باشد.
۵. تدوین صحیح بسته ی بیمه ی پایه ی سلامت و شفاف سازی مرز بین بیمه های پایه و مکمل
۶. تعامل صحیح بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان نظام پزشکی
۷. ایجاد شناسه ی ملی برای تمام دست اندرکاران صنعت مراقبت بهداشتی [۸, ۳۱].

همچنین بانک جهانی در کتاب خود تحت عنوان "کتابچه بیمه سلامت: چگونگی به کار گیری آن" اجزای بیمه سلامت را در ۸ بخش شامل امکان پذیری و قابلیت اجرای بیمه، تأمین مالی، جمعیت تحت پوشش، بسته خدمت، انتخاب، عقد قرارداد و پرداخت به ارائه دهندگان، ساختار سازمانی، فرایندهای عملیاتی، و پایش و ارزشیابی طرح های بیمه سلامت ذکر می کند [۳۲].

### ۱-۳-۲-۳ خرید راهبردی خدمات سلامت

خرید راهبردی به مفهوم مداخلاتی است که پاسخگویی سیستم بیمه ای را افزایش داده و موجب تناسب مالی می شود. برای طراحی الگوی خرید راهبردی توجه به این موضوع ضروری است که سیاستهای تأمین مالی در



بخش سلامت اثرات مستقیم اقتصادی را در جامعه بدنبال دارد. بنابراین ضروری است در طراحی خرید راهبردی خدمات سلامت آنچه صلاح جامعه در ارائه کالاهای سلامت است انجام شده و از آنچه که برای جامعه بد تلقی می‌گردد پرهیز شود [۳۳]. خرید راهبردی به عنوان یکی از مداخلات اساسی می‌تواند در توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت موثر واقع شود.

#### ۱-۳-۲-۴ بسته خدمات سلامت پایه

ارائه خدمات و مراقبتهای سلامتی اولیه باید در قالب بسته خدمات پایه سلامت طراحی شود. هدف از طراحی بسته خدمات ضروری، بهبود سلامت عمومی مردم، طراحی دوباره و منطقی سیستم مراقبت سلامتی، ایجاد مسئولیت پذیری شخصی، کاهش هزینه‌های عمومی مراقبت سلامت، داشتن نوآوری، ایجاد ایمنی جامعه و حمایت اجتماعی، قابل تهیه بودن، انعکاس ارزشهای سازمانی و مبتنی بر شواهد بودن می‌باشد.

بسته خدمات پایه سلامت مجموعه‌ای از خدمات اساسی و اولویت‌دار است و دارای ویژگیهایی مانند:

- ✓ مجموعه محدودی از تمام مداخلات مراقبت سلامت است که در تدوین آن شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی مردم در نظر گرفته شده است.
- ✓ از یک فرایند اولویت‌بندی برای انتخاب مداخلات استفاده شده است تا به اهداف فنی و یا اجتماعی خاص دست پیدا کند.
- ✓ مداخلات در داخل بسته، مستقل از یکدیگر نیستند و بسیاری از آنها اختصاصاً برای تکمیل یا تقویت یکدیگر انتخاب شده‌اند.

بسته خدمات سلامت چیزی فراتر از یک فهرست ساده از مداخلات است. در اصل، بسته خدمات باید به گونه‌ای ساختار بندی شود که درون‌داده‌های منفرد بتوانند یکدیگر را تکمیل کنند و مجموع حاصل، بزرگتر از جمع تک تک اجزا باشد. از نظر علمی، این نکته به معنی آن است که بسته خدمات صرفاً جمع کردن سیاست‌های خدمات در کنار یکدیگر نیست. اینکه چه خدماتی باید با همدیگر ارایه شوند و چه درون‌داده‌های دیگری نیز در کنار مداخلات اصلی سلامت نیاز خواهند بود، قابل تأمل است.

بسته خدمات سلامت، ماهیتاً محدود خواهد بود. طبق تعریف، این بسته نه می‌تواند شامل همه چیز باشد و نه اینگونه خواهد بود. فرایند اولویت‌بندی به تعیین مهمترین خدمات کمک خواهد کرد. ممکن است خدمات بسیار بیشتری از این بسته حذف شوند تا اینکه به آن اضافه شوند. البته با استفاده از روش‌های مختلف اولویت‌بندی می‌توانیم اطمینان حاصل کنیم خدماتی که در بسته

گنجانده می‌شوند، آنهایی هستند که بیشترین ارزش را دارند. در بیشتر قوانین و اسناد موجود، تعیین بسته خدمات کارا و اثربخش مد نظر بوده است.

### ۱-۳-۲-۵ همگانی ساختن بیمه پایه

این مهم با تاسیس سازمان بیمه سلامت ایرانیان و تحت پوشش قرار دادن ۱۱ میلیون از افراد فاقد بیمه سعی در افزایش پوشش موثر افراد جامعه داشته است. دسترسی مطمئن به تمام خدمات ارتقاءدهنده پیشگیری کننده، درمانی و توانبخشی سلامت با یک قیمت قابل پرداخت. بنابراین پوشش همگانی علاوه بر محافظت در مقابل خطرات مالی دو جنبه تکمیلی دیگر نیز دارد که عبارتند از میزان پوشش جمعیت، و عمق پوشش [۳۴]. مفهوم پایه ای پوشش همگانی یک اصل اخلاقی است که دسترسی به مراقبتهای سلامت حق همه شهروندان است که نباید به درآمد و ثروت افراد وابسته باشد. دسترسی همگان به مراقبتهای سلامت می تواند به عنوان یک شاخص اولیه از کیفیت سیستم مراقبتهای سلامت شناخته شود [۳۵، ۳۶].

به طور کلی با دو الگوی مختلف می توان به هدف پوشش همگانی دست یافت. اول تامین مالی نظام سلامت از طریق مالیات عمومی و الگوی دوم استفاده از بیمه سلامت اجتماعی یا همان الگوی بیسمارک است که عضویت در آن اجباری می باشد. به طور کلی برخی از مهمترین راهکارهای دستیابی به پوشش همگانی سلامت شامل موارد زیر می باشد:

۱. در بعد پوشش جمعیت، اجباری بودن عضویت جمعیت تحت پوشش
۲. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان
۳. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
۴. دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه دهندگان
۵. تدوین بسته خدمات پایه کارا و اثربخش [۳۴].

### ۱-۳-۲-۶ ادغام صندوق های بیمه بهداشتی

سطح پراکندگی و بزرگی صندوقهای انباشت ریسک به عنوان یکی از نگرانیهای اصلی سازمان جهانی بهداشت در حوزه تامین مالی سلامت مورد تاکید قرار گرفته است. ایران از این نظر در وضعیت سیستم انباشت ریسک پراکنده قرار دارد. در طول چند دهه گذشته قوانینی برای کاهش مشکلات ناشی از پراکندگی بیمه ها به تصویب رسید. اما پیشرفت ناچیزی در دست یابی به اهداف مورد نظر بدست آمد. نهایتاً جهت کاهش پراکندگی در سیستم بیمه سلامت و تشکیل یک بیمه واحد، کانون تجميع صندوقهای درمانی در سال ۱۳۸۹ در مجلس به

تصویب رسید. ضعف در تدوین سیاست و فقدان برنامه مشخص در مورد چگونگی اجرای تجمیع، یکی از موانع اصلی اجرای آن است [۳۱]. در نهایت ادغام صندوق های بهداشتی در راستای توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت نقش مهمی را ایفا خواهد نمود.

### ۳-۳-۱ مداخلات حاصل شده از مرور مطالعات، قوانین و اسناد

همانطور که یافته های جدول شماره یک نشان می دهد در نهایت و پس از بررسی مطالعات، قوانین و اسناد ۳۴ مداخله به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت شناسایی شد.

جدول ۱-۳ سیاست های اجرایی و مداخلات مورد نیاز در راستای دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت	
ردیف	نام مداخله
۱	تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
۲	افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی
۳	برنامه کاهش فرانشیز بیماران
۴	ایجاد محدودیتهایی در سقف میزان ارائه خدمات درمانی
۵	وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان
۶	اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
۷	درجه بندی کردن خدمات بیمه پایه بر اساس میزان ضرورت و نیاز جامعه
۸	حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی
۹	تدوین راهکارهایی مناسب برای جلوگیری از تأثیر تضاد منافع در میان تصمیم گیرندگان خصوصا در سازمان های بیمه گر و وزارت بهداشت
۱۰	اصلاح قراردادهای خرید خدمات
۱۱	تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی
۱۲	خرید کل خدمات پایه سلامت به وسیله خریدار واحد
۱۳	توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)
۱۴	تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع
۱۵	بکارگیری مکانیسم های پاداش و تشویق در سازمان های بیمه گر
۱۶	اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۱۷	بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت
۱۸	نظارت موثر بیمه بر ارائه دهندگان
۱۹	بازنگری بسته های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
۲۰	طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان
۲۱	بیمه اجباری تمام جامعه بر اساس ارزیابی وسع

تهیه بسته برای جمعیت های هدف مثل مادران باردار	۲۲
ایجاد ساختار مانند PPO و مراقبت های مدیریت شده	۲۳
تشکیل صندوق حمایت از بیماران خاص	۲۴
توسعه بیمه های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته های خدمات پایه و ضروری	۲۵
به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی	۲۶
استفاده از فرانشیز پلکانی	۲۷
اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع	۲۸
تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی	۲۹
استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	۳۰
استفاده از روشهای آزمون وسع و توانایی پرداخت در توسعه پوشش بیمه رایگان و کاهش هزینه های پرداخت از جیب	۳۱
بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	۳۲
استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	۳۳
ترغیب ارائه دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش های انگیزشی مناسب به منظور ارائه خدمات در مناطق محروم	۳۴

## بخش دوم: فهرست ذینفعان

در این مرحله و با استفاده از مرور منابع سازمان ها و نهادهای مربوطه به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت شناسایی شدند.

نام گروه (نقش)	بازیگران	سطح	بخش	موقعیت	قدرت
سیاست گذاران	سازمان مدیریت و برنامه ریزی ریاست جمهوری	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
	شورای عالی بیمه سلامت	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	بالا
	مجمع تشخیص مصلحت نظام	ملی	سیاسی	حمایتی بالا	بالا
	هیات دولت	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
	سازمان نظام پزشکی	ملی	سازمان های غیر دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
	کمیسیون بهداشت و درمان مجلس	ملی	سیاسی	حمایتی متوسط	متوسط
	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
	سازمان غذا و دارو	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی	ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
	وزارت صنعت معدن و تجارت	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
	کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد	ملی	دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
	مرکز آمار ایران	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
	وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات	ملی	دولتی	بی طرف	متوسط
ارائه دهندگان	پزشکان و سایر ارائه کنندگان خدمت	محلی	خصوصی	حمایتی متوسط	متوسط
	دانشگاههای علوم پزشکی	منطقه ای	دولتی	حمایتی بالا	متوسط
	سازمان بهزیستی کشور	ملی	خیریه	حمایتی بالا	متوسط
	انجمن های تخصصی پزشکان	منطقه ای	تخصصی / حرفه ای	حمایتی بالا	بالا
گیرندگان خدمت	انجمن های حمایت از بیماران	ملی	سازمان های غیر دولتی	حمایتی متوسط	متوسط
	افراد جامعه	محلی	اجتماعی	بی طرف	پایین
تامین کنندگان مواد و تجهیزات	تامین کنندگان مواد و تجهیزات و دارو	منطقه ای	خصوصی	حمایتی بالا	متوسط
	پرداخت کنندگان	بیمه نیروهای مسلح	ملی	دولتی	بی طرف
سازمان بیمه سلامت		ملی	دولتی	حمایتی بالا	بالا
سازمان تامین اجتماعی		ملی	دولتی	حمایتی پایین	بالا

متوسط	حمایتی متوسط	سازمان های غیر دولتی	ملی	بیمه مرکزی ایران	
متوسط	بی طرف	دولتی	ملی	سازمان کمیته امداد امام خمینی (ره)	
متوسط	بی طرف	دولتی	محلی	فرمانداران/ شهرداران/ بخشداران	سایر
پایین	بی طرف	منطقه ای	محلی	ائمه جمعه	

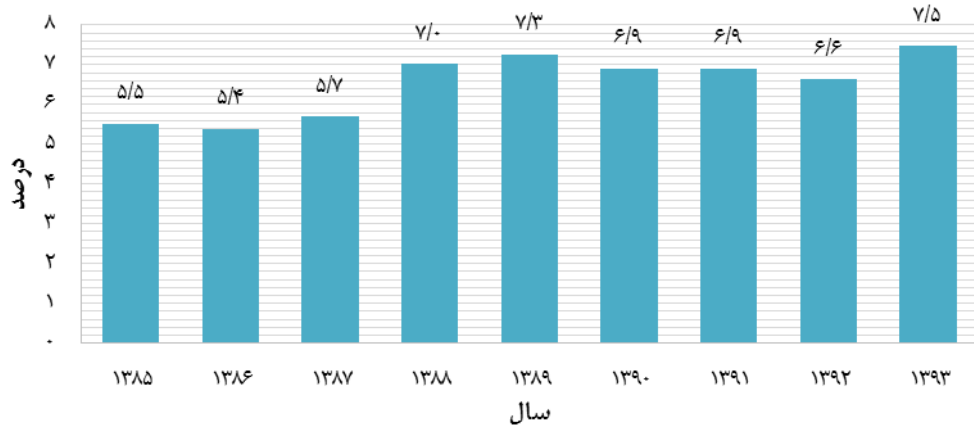
## بخش سوم: شاخص های موجود و وضعیت شاخص های منتخب

شاخص های موجود به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی پس از مرور منابع و اسناد و همچنین مطالعات موجود در زمینه بیمه های سلامت شناسایی شدند که شامل موارد ذیل می باشند. در شاخص های مورد بررسی میزان تنها سه شاخص سهیم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی، سهیم هزینه های پرداختی از جیب به کل هزینه های سلامت و سهیم هزینه های بیمه پایه از کل هزینه های سلامت وجود داشت و در مورد مابقی شاخص ها موردی از میزان یافت نشد. لذا در نهایت تنها به ذکر شاخص های موجود در این قسمت اکتفا شد.

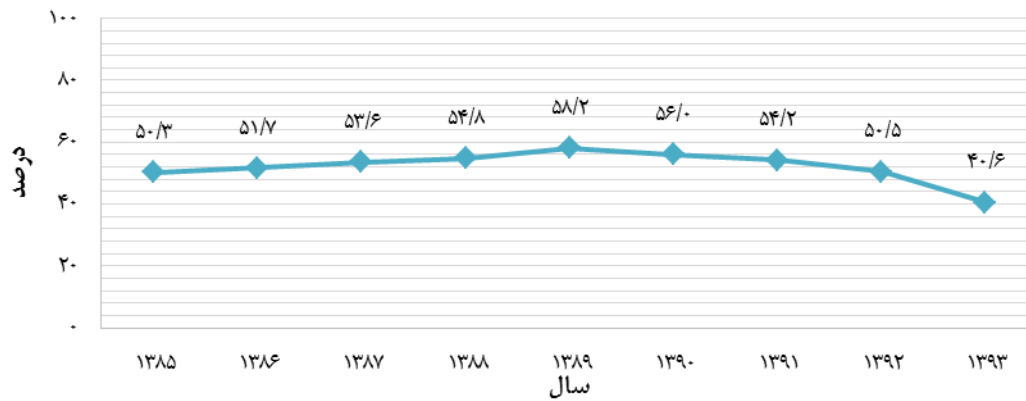
- میزان عدالت در شاخص کمک مالی
- درصد هزینه های کمرشکن
- درصد پوشش بسته های خدمات (پایه، تکمیلی)
- درصد هزینه های تامین شده توسط مالیات و عوارض و یارانه ها و ...
- درصد هزینه های تامین شده توسط حق بیمه
- سهیم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی
- درصد افراد تحت پوشش بیمه پایه
- میزان پرداخت از جیب مردم در هزینه های سلامت
- پوشش خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه های تکمیلی به کل خدمات غیر بیمه پایه
- نسبت خدمات سلامت که به صورت راهبردی توسط بیمه ها خریداری می شوند به کل خدمات سلامت
- تعداد دستگاه های اجرایی دارای درمان مستقیم
- تعرفه خدمات سلامت پایه به روز شده
- میزان رضایت شغلی پزشکان، پرستاران و سایر کارکنان به تفکیک دانشگاه
- میزان ماندگاری نیروی انسانی در مناطق محروم
- ترک شغل و استعفای نیروی انسانی در مناطق محروم
- درصد اتباع خارجی تحت پوشش بیمه

- درصد ایرانیان تحت پوشش بیمه
- میزان به کارگیری پرونده الکترونیک سلامت
- میزان دستوراتعمل های موجود در رابطه با خرید راهبردی

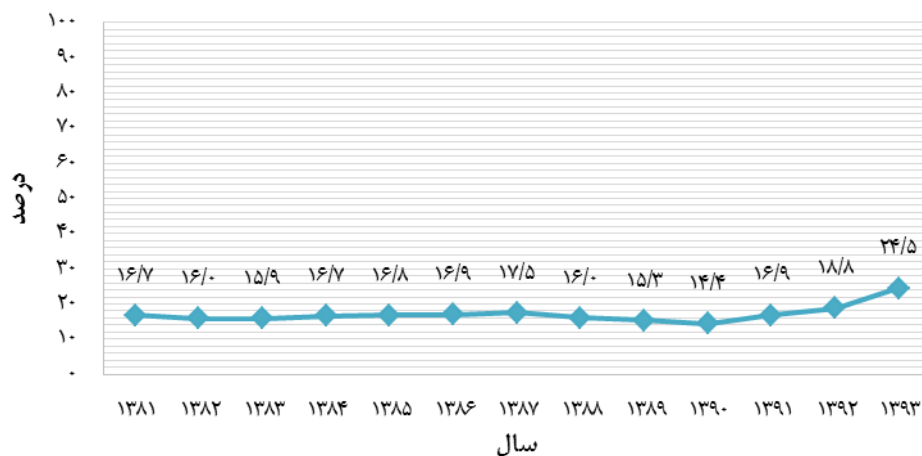
### سهم هزینه های کل سلامت از تولید ناخالص داخلی



### سهم هزینه های پرداختی از جیب به کل هزینه های سلامت



## سهم هزینه‌های بیمه پایه از کل هزینه‌های سلامت



در نهایت سنجش و پایش شاخص‌های زیر جهت ارزیابی نظام تامین مالی سلامت کشور (مطابق با سیاست‌های کلی سلامت و برنامه ششم توسعه) توصیه می‌گردد:

شاخص‌های بخش بیمه سلامت و تامین مالی	
معادل انگلیسی	شاخص
Total health expenditure (THE) % gross domestic product (GDP)	درصد کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی
General government health expenditure (GGHHE) as % total health expenditure	سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه‌های سلامت
Private health expenditure as % total health expenditure	سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه‌های سلامت
General government health expenditure as % of general government expenditure	سهم هزینه‌های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه‌های بخش دولتی
external resource on health as % of Total health expenditure	سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه‌های سلامت
social security funds as % of general government health expenditure	سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه‌های سلامت در بخش دولتی
Out of pocket Expenditure (OOOPs) as % health expenditure	میزان پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت
Out of pocket Expenditure (OOOPs) as % private	میزان پرداخت از جیب از هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی



health expenditure	
Total health expenditure per capita	سرانه هزینه سلامت
General government health expenditure per capita	سرانه هزینه های دولتی سلامت
Out of pocket Expenditure per capita	سرانه پرداخت از جیب توسط افراد
General government health expenditure as % of GDP	سهام هزینه های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی
Private Insurance as % private health expenditure	سهام بیمه های سلامت خصوصی از هزینه های سلامت در بخش خصوصی
Covered financial burden of services by social health insurance in governmental hospital (%)	درصد بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت در مراکز دولتی
Covered services by social health insurance (%)	درصد تعداد خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت
Covered Para clinic services by social health insurance (%)	پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (پارا کلینیک)
Covered Inpatient services by social health insurance (%)	پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (بستری)
Percentage of instructions and rules unified	درصد دستورالعمل های یکسان سازی شده

## بخش چهارم: لیست مداخلات اولویت دار

### ۲-۳ یافته های حاصل از پانل کارشناسی

همانطور که یافته های جدول ۲-۳ نشان می دهد در نهایت ۲۳ مداخله در قالب ۷ بند به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت در ایران بر اساس بند ۹ سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری پس از برگزاری پانل کارشناسی حاصل شد که به منظور تعیین میزان ضروری بودن هر مداخله و اولویت بندی آنها در اختیار خبرگان مربوطه قرار گرفت.

جدول ۲-۳ سیاست های اجرایی و مداخلات مورد نیاز در راستای دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت	
سیاست اجرایی	مداخله
بند ۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان	۱. تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
	۲. افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی
	۳. برنامه کاهش فرانشیز بیماران
	۴. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان
	۵. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
بند ۲- پوشش کامل نیاز های پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	۱. حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی
	۲. اصلاح قراردادهای خرید خدمات
بند ۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل های قانونی و شفاف به گونه ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	۱. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی
	۲. خرید کل خدمات پایه سلامت به وسیله خریدار واحد
	۳. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)
بند ۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آنها توسط نظام بیمه ای و نظارت موثر تولید بر اجرای دقیق بسته ها با حذف اقدامات زاید و هزینه های غیر ضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان	۱. تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع
	۲. اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با تولید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	۳. بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت
	۴. بازنگری بسته های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

<p>۵. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان</p>	
<p>۱. توسعه بیمه های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته های خدمات پایه و ضروری</p>	<p>بند ۵- تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی</p>
<p>۲. به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی</p>	
<p>۱. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع</p>	<p>بند ۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی</p>
<p>۲. تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی</p>	
<p>۱. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد</p>	<p>بند ۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم</p>
<p>۲. بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات</p>	
<p>۳. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم</p>	
<p>۴. ترغیب ارائه دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش های انگیزشی مناسب به منظور ارائه خدمات در مناطق محروم</p>	

### ۳-۳ یافته های حاصل از تعیین ضرورت مداخلات

یافته های جدول شماره ۳ نشان می دهد که از ۱۵ خبره شرکت کننده در مطالعه ۱۲ نفر مرد بوده اند. سن بیشتر از ۶۶ درصد خبرگان شرکت کننده در مطالعه کمتر از ۳۵ سال بوده و همه آنها دارای تحصیلات دکتری بوده اند. براساس یافته های جدول شماره دو بیشتر خبرگان شرکت کننده در مطالعه از سیاستگذاران اجرایی (۳۳,۳۳) و آکادمیک (۳۳,۳۳) شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده اند. که عمده این ذینفعان از بدنه این وزارتخانه در معاونت درمان و دبیرخانه شورای عالی بیمه در این مطالعه شرکت داشته اند.

نام متغیر		تعداد	درصد
جنس	مرد	۱۲	۸۰
	زن	۳	۲۰
سن	کمتر از ۳۵ سال	۱۰	۶۶,۶۶
	بیشتر از ۳۵ سال	۵	۳۳,۳۳
محل خدمت و سمت	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	سیاستگذار آکادمیک	۵
		سیاستگذار اجرایی	۵
	سایر	سیاستگذار آکادمیک	۲
		سیاستگذار اجرایی	۴

به منظور تعیین ضرورت مداخلات شناسایی شده جهت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت که پس از بررسی های جامع متون علمی، اسناد و قوانین و همچنین برگزاری پانل کارشناسی بدست آمد، از تکنیک لاوشه و محاسبه شاخص روایی محتوا<sup>۳</sup> (CVR) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ آورده شده است. از آنجایی که حداقل مقدار قابل قبول CVR با این تعداد پاسخگو (۱۵ نفر) بر اساس جدول لاوشه ۰/۴۹ می

$$CVR = \frac{ne - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}}$$

ne= تعداد ارزیابانی که عامل مورد نظر را ضروری دانسته اند

N= تعداد کل ارزیابان

باشد، امتیاز ۱۷ عامل از میزان عنوان شده بیشتر بود و بنابراین این عوامل جهت تعیین وزن و اولویت بندی با استفاده از تکنیک آنتروپی شانون وارد پرسشنامه اصلی گردیدند (جدول شماره ۴-۳).

جدول ۴-۳ امتیاز عوامل مرتبط با توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت از دیدگاه صاحب نظران بر اساس تکنیک لاوشه			
نام بند	سیاست ابلاغی	نام مداخله	امتیاز
بند ۱	همگانی ساختن بیمه پایه درمان	۱. تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت	0.60
		۲. افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	0.73
		۳. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان	1.00
		۴. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	0.87
بند ۲	پوشش کامل نیاز های پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	۵. برنامه کاهش فرانشیز بیماران	0.47
		۶. حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	0.60
		۷. اصلاح قراردادهای خرید خدمات	0.60
بند ۳	ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل های قانونی و شفاف به گونه ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	۸. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی	0.73
		۹. خرید کل خدمات پایه سلامت به وسیله خریدار واحد	0.20
		۱۰. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)	0.87
بند ۴	تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آنها توسط نظام بیمه ای و نظارت موثر تولید بر اجرای دقیق بسته ها با حذف اقدامات زاید و هزینه های غیر ضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان	۱۱. تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع	0.87
		۱۲. اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با تولید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	0.20
		۱۳. بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت	0.73
		۱۴. بازنگری بسته های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	0.47
بند ۵	تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی	۱۵. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان	1.00
		۱۶. توسعه بیمه های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته های خدمات پایه و ضروری	0.20
		۱۷. به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی	0.60

<b>0.87</b>	۱۸. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع	تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با	<b>بند ۶</b>
<b>0.87</b>	۱۹. تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی	حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی	
<b>0.73</b>	۲۰. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد		
<b>0.60</b>	۲۱. بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه	
<b>0.87</b>	۲۲. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت های ارتقاء	<b>بند ۷</b>
<b>0.47</b>	۲۳. ترغیب ارائه دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش های انگیزشی مناسب به منظور ارائه خدمات در مناطق محروم	سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	

### ۳-۴ یافته های حاصل از اولویت بندی مداخلات

در نهایت برای اولویت بندی مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت از تکنیک آنتروپی شانون استفاده شد. ۱۷ مداخله که در مرحله قبل ضرورت آنها توسط خبرگان تایید شد، وارد پرسشنامه اصلی شده و براساس امتیازات و وزن های داده شده اولویت بندی شدند. به هر یک از مداخلات مطرح شده براساس طیف لیکرت نمره یک تا پنج براساس ضرورت و قابلیت اجرایی داده شد (۵ به معنای بیشترین ضرورت و بیشترین قابلیت اجرا و ۱ به معنای کمترین ضرورت و قابلیت اجرا بود). یافته های جدول شماره ۵ میانگین نمره ضرورت و قابلیت اجرایی هر یک از مداخلات حاصل شده را نشان می دهد.

جدول ۳-۵ میانگین نمرات ضرورت و قابلیت اجرایی مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت			
سیاست	نام مداخله	میانگین نمره ضرورت	میانگین نمره قابلیت اجرا
بند ۱	۱. تجمع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت	3.73	2.67
	۲. افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	4.53	3.87
	۳. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان	4.87	4.13
	۴. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	4.33	3.67
بند ۲	۵. حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	4.40	3.80
	۶. اصلاح قراردادهای خرید خدمات	4.20	3.80
بند ۳	۷. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی	4.33	3.60
	۸. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)	4.60	3.73
بند ۴	۹. تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع	4.40	4.07
	۱۰. بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت	4.47	4.13
	۱۱. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان	4.73	4.07
بند ۵	۱۲. به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی	4.13	4.00
بند ۶	۱۳. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های	4.67	3.60

		ذینفع	
3.33	4.67	۱۴. تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی	
3.13	4.13	۱۵. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	بند ۷
3.80	4.33	۱۶. بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	
3.47	4.33	۱۷. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	

همانطور که یافته های جدول شماره ۶ نشان می دهد به منظور همگانی ساختن بیمه پایه درمان (بند ۱) چهار مداخله حاصل شده است که از بین آنها مداخله "افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی" با امتیاز مطلق کل ۰,۰۶۷ در رتبه اول قرار دارد. در مورد بند ۲ سیاست های ابلاغی، دو مداخله مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت مداخله "حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی" با میانگین امتیاز مطلق کل ۰,۰۶۲ در رتبه اول قرار گرفت. در مورد بند ۳ نیز ضرورت دو مداخله تایید شد که در بین آنها مداخله "تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی" با میانگین امتیاز ۰,۰۶۵ در اولویت اول قرار گرفت. به منظور دستیابی به بند ۴ توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت سه مداخله از دیدگاه خبرگان مورد تایید قرار گرفت که در بین آنها مداخله "بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت" رتبه اول را با میانگین امتیاز مطلق کل ۰,۰۵۶ بدست آورد. در مورد بند ۵ تنها یک مداخله تحت عنوان "به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی" بدست آمد. برای دستیابی به بند ۶ سیاست های ابلاغی دو مداخله مورد بررسی قرار گرفت که در این بین مداخله "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع" با امتیاز کل ۰,۰۶۳ در اولویت اول قرار گرفت. در نهایت در مورد بند ۷ سیاست های مقام معظم رهبری به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت ۳ مداخله از دیدگاه خبرگان ضرورت داشت که پس از امتیاز دهی و تعیین وزن مداخله "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع" با امتیاز ۰,۰۶۴۱ در اولویت اول قرار گرفت.



جدول ۶-۳ اولویت بندی مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

رتبه در گروه	امتیاز مطلق کل	نام مداخله	سیاست	بند
۲	0.058	۱. تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت		
۱	0.067	۲. افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	همگانی ساختن بیمه پایه درمان	بند ۱
۴	0.047	۳. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان		
۳	0.054	۴. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع		
۱	0.062	۵. حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	پوشش کامل نیاز های پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	بند ۲
۲	0.061	۶. اصلاح قراردادهای خرید خدمات		
۱	0.065	۷. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی	ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل های قانونی و شفاف به گونه ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	بند ۳
۲	0.061	۸. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)		
۳	0.050	۹. تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع	تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آنها توسط نظام بیمه ای و نظارت موثر تولید بر اجرای دقیق بسته ها با حذف اقدامات زاید و هزینه های غیر ضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری	بند ۴

		تا درمان	
۱	0.056	۱۰. بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت	
۲	0.054	۱۱. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان	
۱	0.057	۱۲. به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی	بند ۵ تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی
۱	0.063	۱۳. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع	
۲	0.062	۱۴. تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی	بند ۶ تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی
۲	0.0637	۱۵. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	
۱	0.0641	۱۶. بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	بند ۷ اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم
۳	0.056	۱۷. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	

در نهایت جدول شماره ۷ همه مداخلات حاصل شده را به ترتیب وزن و اولویت به کارگیری نشان می دهد. بر اساس یافته های این جدول مداخله " افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی" با میانگین امتیاز مطلق کل ۰,۰۶۷ در رتبه اول و پس از آن مداخلات "تعیین

استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی و " بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات" در اولویت های دوم و سوم قرار دارند. آخرین اولویت نیز مربوط به مداخله "وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان" با میانگین وزن ۰,۰۴۷ می باشد.

جدول ۷-۳ اولویت بندی مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت به طور کلی

امتیاز مطلق کل	اولویت	مداخله
۰,۰۶۷	۱	افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی
۰,۰۶۵	۲	تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی
۰,۰۶۴۱	۳	بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات
۰,۰۶۳۷	۴	استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد
۰,۰۶۳	۵	اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع
۰,۰۶۲	۶	تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی
۰,۰۶۲	۷	حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی
۰,۰۶۱	۸	اصلاح قراردادهای خرید خدمات
۰,۰۶۱	۹	توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)
۰,۰۵۸	۱۰	تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
۰,۰۵۷	۱۱	به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی
۰,۰۵۶	۱۲	استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم
۰,۰۵۶	۱۳	بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت
۰,۰۵۴	۱۴	طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان
۰,۰۵۴	۱۵	اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
۰,۰۵۰	۱۶	تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع
۰,۰۴۷	۱۷	وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان

## بخش پنجم: شناسایی ذی نفعان مرتبط با هر مداخله

در نهایت به منظور شناسایی ذینفعان جهت دستیابی به مداخلات شناسایی شده در مراحل قبل، پرسشنامه ای حاوی ۱۷ مداخله و ۱۵ ذینفع در اختیار ۱۲ نفر از افراد صاحب نظر در زمینه بیمه های سلامت قرار داده شد و از آنان خواسته شد ذینفعان کلیدی جهت دستیابی به هر یک از مداخلات را انتخاب نمایند. ملاک انتخاب ذینفعان کلیدی کسب امتیاز ۵۰ درصد افراد شرکت کننده در مطالعه بود (یافته های جدول ۹-۳).

جدول ۸-۳ اختصارات فهرست ذینفعان	
شورای عالی بیمه سلامت= شورای عالی	سازمان بیمه سلامت ایرانیان= ایرانیان
سازمان بیمه تامین اجتماعی= تامین اجتماعی	کمیته امداد امام خمینی= امداد
سازمان بهزیستی= بهزیستی	سازمان غذا و دارو= غذا و دارو
مجلس شورای اسلامی= مجلس	سازمان مدیریت و برنامه ریزی= سازمان مدیریت
سازمان های مردم نهاد = (NGO)	وزارت صنعت معدن و تجارت= وزارت صنعت
بیمه مرکزی	دانشگاه های علوم پزشکی= دانشگاه ها
سازمان نظام پزشکی	کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد= کمیساریا
دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی = ارزیابی	

جدول ۹-۳ درصد امتیاز کسب شده هر یک از ذینفعان مداخلات شناسایی شده به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

ردیف	مداخله	ذینفعان													
		شورای عالی	ایرانیان	تأمین اجتماعی	امداد	بهریستی	ارزایی	غذا و دارو	مجلس	سازمان مدیریت NGO	وزارت صنعت	بیمه مرکزی	دانشگاه ها	نظام پزشکی	کمیسیون
۱	افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه بیمه نمودن اتباع خارجی	۷۵٫۰	۸۳٫۳	۶۶٫۷	۵۸٫۳	۵۸٫۳	۵۸٫۳	۱۶٫۷	۶۶٫۷	۳۳٫۳	۲۵٫۰	۱۶٫۷	۴۱٫۷	۲۵٫۰	۵۸٫۳
۲	تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی	۹۱٫۷	۶۶٫۷	۷۵٫۰	۳۳٫۳	۱۶٫۷	۵۸٫۳	۱۶٫۷	۴۱٫۷	۲۵٫۰	۰٫۰	۸٫۳	۳۳٫۳	۴۱٫۷	۰٫۰
۳	بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	۶۶٫۷	۶۶٫۷	۷۵٫۰	۳۳٫۳	۱۶٫۷	۵۰٫۰	۰٫۰	۳۳٫۳	۱۶٫۷	۰٫۰	۰٫۰	۵۸٫۳	۶۶٫۷	۰٫۰
۴	استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	۶۶٫۷	۴۱٫۷	۵۰٫۰	۸٫۳	۸٫۳	۳۳٫۳	۰٫۰	۵۰٫۰	۵۸٫۳	۰٫۰	۰٫۰	۱۶٫۷	۵۸٫۳	۰٫۰
۵	اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع	۱۰۰٫۰	۷۵٫۰	۶۶٫۷	۱۶٫۷	۸٫۳	۵۰٫۰	۰٫۰	۴۱٫۷	۲۵٫۰	۸٫۳	۰٫۰	۱۶٫۷	۸۳٫۳	۸٫۳
۶	تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی	۱۰۰٫۰	۶۶٫۷	۷۵٫۰	۳۳٫۳	۱۶٫۷	۵۰٫۰	۸٫۳	۴۱٫۷	۳۳٫۳	۰٫۰	۰٫۰	۳۳٫۳	۶۶٫۷	۰٫۰
۷	حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	۶۶٫۷	۷۵٫۰	۷۵٫۰	۶۶٫۷	۷۵٫۰	۳۳٫۳	۳۳٫۳	۵۰٫۰	۱۶٫۷	۴۱٫۷	۸٫۳	۳۳٫۳	۲۵٫۰	۸٫۳
۸	اصلاح قراردادهای خرید خدمات	۷۵٫۰	۷۵٫۰	۵۸٫۳	۱۶٫۷	۰٫۰	۵۰٫۰	۸٫۳	۳۳٫۳	۵۸٫۳	۰٫۰	۸٫۳	۴۱٫۷	۵۸٫۳	۰٫۰
۹	توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)	۵۰٫۰	۶۶٫۷	۷۵٫۰	۴۱٫۷	۳۳٫۳	۴۱٫۷	۳۳٫۳	۴۱٫۷	۵۰٫۰	۸٫۳	۱۶٫۷	۳۳٫۳	۷۵٫۰	۵۰٫۰
۱۰	تجمع صندوق های بیمه در	۹۱٫۷	۹۱٫۷	۹۱٫۷	۶۶٫۷	۳۳٫۳	۶۶٫۷	۱۶٫۷	۸۳٫۳	۵۸٫۳	۰٫۰	۱۶٫۷	۳۳٫۳	۳۳٫۳	۰٫۰

															سطح خدمات پایه سلامت	
۸,۳	۱۶,۷	۱۶,۷	۵۸,۳	۸,۳	۰,۰	۲۵,۰	۵۸,۳	۰,۰	۴۱,۷	۸,۳	۱۶,۷	۵۰,۰	۳۳,۳	۶۶,۷	به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی	۱۱
۸,۳	۴۱,۷	۵۸,۳	۲۵,۰	۰,۰	۰,۰	۲۵,۰	۵۰,۰	۰,۰	۳۳,۳	۸,۳	۴۱,۷	۷۵,۰	۵۰,۰	۸۳,۳	استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	۱۲
۸,۳	۲۵,۰	۳۳,۳	۱۶,۷	۰,۰	۰,۰	۱۶,۷	۳۳,۳	۳۳,۳	۵۰,۰	۰,۰	۱۶,۷	۶۶,۷	۵۰,۰	۹۱,۷	بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت	۱۳
۸,۳	۵۰,۰	۵۰,۰	۲۵,۰	۰,۰	۰,۰	۱۶,۷	۱۶,۷	۱۶,۷	۴۱,۷	۱۶,۷	۱۶,۷	۵۸,۳	۵۰,۰	۸۳,۳	طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان	۱۴
۰,۰	۶۶,۷	۶۶,۷	۲۵,۰	۰,۰	۰,۰	۲۵,۰	۵۰,۰	۱۶,۷	۲۵,۰	۱۶,۷	۲۵,۰	۶۶,۷	۵۸,۳	۷۵,۰	اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	۱۵
۸,۳	۵۸,۳	۳۳,۳	۴۱,۷	۸,۳	۸,۳	۲۵,۰	۳۳,۳	۸,۳	۲۵,۰	۱۶,۷	۳۳,۳	۵۰,۰	۴۱,۷	۱۰۰,۰	تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع	۱۶
۲۵,۰	۳۳,۳	۵۰,۰	۵۸,۳	۲۵,۰	۱۶,۷	۳۳,۳	۴۱,۷	۴۱,۷	۴۱,۷	۷۵,۰	۷۵,۰	۹۱,۷	۹۱,۷	۸۳,۳	وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان	۱۷

در نهایت در جدول شماره ۱۰-۳ مداخلات و ذینفعان کلیدی به منظور دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی آورده شده است.

جدول ۱۰-۳ مداخلات و ذینفعان کلیدی به منظور دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت در ایران	
مداخله	ذینفع یا ذینفعان
افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بهزیستی مجلس شورای اسلامی سازمان بیمه سلامت ایرانیان کمیته امداد امام خمینی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد
تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی	شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیمه مرکزی
بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی
استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	شورای عالی بیمه سلامت سازمان بهزیستی مجلس شورای اسلامی سازمان مدیریت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی
اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع	شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

سازمان نظام پزشکی	
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تأمین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیمه مرکزی سازمان نظام پزشکی	تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تأمین اجتماعی سازمان بهزیستی مجلس شورای اسلامی سازمان بیمه سلامت ایرانیان کمیته امداد امام خمینی	حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تأمین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان مدیریت و برنامه ریزی دانشگاه های علوم پزشکی	اصلاح قراردادهای خرید خدمات
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تأمین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان سازمان مدیریت و برنامه ریزی دانشگاه های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی	توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تأمین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان کمیته امداد امام خمینی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجلس شورای اسلامی سازمان مدیریت و برنامه ریزی	تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تأمین اجتماعی مجلس شورای اسلامی سازمان بیمه مرکزی	به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی



<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان مجلس شورای اسلامی دانشگاه های علوم پزشکی</p>	<p>استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دانشگاه های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان مجلس شورای اسلامی دانشگاه های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان کمیته امداد امام خمینی سازمان بهزیستی سازمان بیمه مرکزی دانشگاه های علوم پزشکی</p>	<p>وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان</p>

**فصل چهارم**

**بحث و نتیجه گیری**

## ۴-۱ خلاصه یافته ها

پس از انجام چهار مرحله در نهایت ۲۳ مداخله براساس ۷ بند به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت بدست آمد. بند اول شامل ۴ مداخله، بند دوم ۲ مداخله، بند سوم ۲ مداخله، بند چهارم ۳ مداخله، بند پنجم ۱ مداخله، بند ششم ۲ مداخله و بند هفتم ۳ مداخله می باشد. برای دستیابی به بند اول مداخله " افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی"، بند دوم مداخله " حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی"، بند سوم مداخله " تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی"، بند چهارم مداخله " بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت"، بند پنجم مداخله " به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی"، بند ششم مداخله "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع" و بند هفتم مداخله " بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات" در اولویت قرار گرفتند.

## ۴-۲ بحث

در مطالعه حاضر و به منظور دستیابی به پوشش همگانی (بند اول) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی"، "تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت"، "اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع" و "وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان" می باشند. بر اساس تعریف سازمان جهانی سلامت، پوشش همگانی به عنوان دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ترویج، پیشگیری، درمان و توانبخشی و در سطح هزینه ای که در استطاعت افراد بوده و از این طریق عدالت در دسترسی حاصل شود [۳۷]. سازمان جهانی بهداشت بیمه سلامت را به عنوان یک ابزار اصلی به منظور دسترسی به پوشش همگانی جمعیت در نظر گرفته است [۳۸]. در مورد پوشش همگانی سلامت در برنامه های توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور به طور مداوم تاکید شده است. یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایرانیان نیز تحقق این هدف مهم بوده است که به نظر می رسد با اجرای مداخلات حاصل شده در این مطالعه می توان به این هدف دست یافت. در مستند ارائه شده توسط دبیرخانه سیاستگذاری سلامت که با هدف استقرار چارچوب سیاست های کلی سلامت انجام گرفت، افزایش

پوشش موثر به عنوان یک استراتژی یا سیاست به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت در نظر گرفته شده بود که هم سو با مطالعه حاضر می باشد. البته به نظر می رسد یکی از راه های رسیدن به افزایش پوشش موثر استفاده از نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان باشد که به عنوان یک زیر ساخت مهم می تواند به منظور یکپارچه سازی بیمه های درمانی به کار گرفته شود. در مطالعه انجام شده توسط صدیقی و همکاران در سال ۹۲، اجرای کامل طرح پزشک خانواده به عنوان یکی از مولفه های موثر در استقرار بیمه پایه در ایران در نظر گرفته شد.

در مطالعه صورت گرفته توسط ابراهیمی پور یافته ها نشان داد که اطلاعات جمعیتی یکی از بخش های مهم و مورد نیاز سیاستگذاران است و می تواند در جهت هدف گذاری و ارزیابی اثربخشی سیاست ها مورد استفاده قرار گیرد. در کشور تایلند به منظور ایجاد پوشش همگانی از یک بانک جامع اطلاعاتی استفاده شده که در آن اطلاعات افراد در مورد درآمد، مالیات و سهم بیمه ای ثبت شد [۳۹].

سازمان بهداشت جهانی ایجاد صندوق های متعدد بیمه ای را یکی از شاخص های گسیختگی در سازماندهی صندوق ها دانسته است [۴۰]. چند پارگی صندوق ها ممکن است باعث شود افراد کم درآمد جامعه در برابر خطرات مالی ناشی از بیماری کمتر محافظت شوند، زیرا صندوق این افراد درآمد کمتری داشته و بسته خدمتی این افراد محدود تر خواهد بود [۴۱]. در مطالعه مقدسی و همکاران، بزرگترین چالش نظام بیمه درمانی کشور، غلبه بر مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه سازی بیمه های درمانی در کشور عنوان شده بود که این مشکلات در ابعاد سیاستگذاری، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و تامین منابع مالی می باشد که همسو با مطالعه حاضر می باشد. همچنین در این مطالعه بیش از ۷۰ درصد شرکت کنندگان نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان را قابل اجرا دانسته بودند [۷].

به منظور پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان (بند دوم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی" و "اصلاح قراردادهای خرید خدمات" می باشند. در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه های درمانی که مردم پرداخت می کنند، ۳/۵ تا ۴ درصد مردم و خانواده ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه های کمرشکن<sup>۴</sup> شده و مجبور به فروش لوازم منزل و سایر مسایل و معضلات می شوند و به زیر خط فقر سقوط می کنند [۸، ۴۲].

---

<sup>4</sup> Catastrophic health expenditure

در طرح تحول نظام سلامت حمایت از بیماران صعب‌العلاج به عنوان یک بسته خدمتی مجزا در نظر گرفته شده است که به نظر می‌رسد می‌توان با اجرای آن در جهت رسیدگی به نیازهای پایه درمان موفق بود. به منظور انجام خرید راهبردی خدمات سلامت رعایت تعرفه‌های مصوب، حفظ تعهدات و ارتقاء پوشش خدمات، یکسان‌سازی تعهدات بیمه‌های سلامت و بستر سازی بکارگیری نظام پرداخت مناسب ضروری به نظر می‌رسد.

به منظور پوشش ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف (بند سوم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی" و "توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)" می‌باشند. نبود دستورالعمل‌های درمانی استاندارد باعث می‌شود سازمان‌های بیمه‌ای نسبت به کنترل کیفیت و همچنین هزینه‌های اضافی ایجاد شده توسط ارائه دهندگان موفق باشند. در مطالعه ملکی و همکاران داشتن استانداردها توسط سازمان‌های بیمه‌ای به منظور کنترل کیفیت ارائه خدمات عنوان شده بود [۹].

در مطالعه صورت گرفته توسط مقدسی و همکاران همه افراد عقیده داشتند که استفاده از فرآیند تبادل الکترونیک داده‌ها باعث کاهش هزینه‌ها در نظام بیمه درمانی کشور خواهد شد و نزدیک ۶۰ درصد افراد شرکت‌کننده بر این باور بودند که امکان اجرای این فرآیند در کشور در حد نسبتاً زیادی است [۷]. همچنین در کشور آمریکا نیز تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد به عنوان بهترین راه حل به منظور حل مشکلات نظام بیمه درمانی در گذشته مطرح شده بود [۴۳].

به منظور تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی (بند چهارم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت"، "طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه‌های غیر ضروری درمان" و "تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذینفع" می‌باشند. قبل از اجرای طرح تحول نظام سلامت بیمه‌های پایه دارای نقاط ضعف فراوانی از جمله ناهمگونی در سیاست‌ها و عملکرد، سلامت نگر نبودن، اشکالات در فرآیند‌های بیمه‌گری و کسورات، عدم توجه به خرید راهبردی و هزینه اثربخش، عدم شفافیت در عملکرد بیمه‌های تکمیلی و تداخل عملکرد بیمه‌های تکمیلی در پوشش خدمات پایه وجود داشته است. با اجرای طرح تحول نظام سلامت همکاری نزدیک در اجرای بسته‌های طرح تحول توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی صورت گرفته است و همچنین در روند ارتباط بین بیمه‌های تکمیلی و پایه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بهبودی حاصل شده است.

در کشورهای مختلف به منظور ارائه خدمات و استفاده منطقی منابع دچار مشکلاتی می باشند که به منظور غلبه بر آنها ارزیابی تکنولوژی های ارایه شده در این بخش را مد نظر قرار داده اند. سیاستگذاران نظام سلامت قبل از هر چیز باید در مورد مناسب بودن یا نبودن تکنولوژی برای بیماران تصمیم گیری نمایند و سپس آن را توسط بیمه ها پوشش دهند [۴۴]. در مطالعه انجام گرفته توسط داوری و همکاران در سال ۲۰۱۲، یکی از مشکلات اصلی نظام سلامت ایران نبود ارزیابی فناوری سلامت سیستماتیک عنوان شده بود. عدم استفاده از روش های ارزیابی فناوری های سلامت به طور چشم گیری باعث افزایش هزینه های سلامت خواهد شد [۴۵]. [۴۶]. در مطالعه صورت گرفته توسط رئیسی و همکاران نشان داد که به منظور ارتقای بیمه های سلامت نیاز به تدوین بسته های بیمه پایه سلامت و شفاف سازی مرز بین بیمه های پایه و کامل نیاز است [۸]. همچنین در مطالعه ملکی و همکاران در سال ۸۹ عدم وجود بسته خدمتی پایه به عنوان یکی از مشکلات اساسی نظام بیمه ای کشور عنوان شده بود [۹]. در تدوین بسته های خدمات پایه باید مواردی همچون تعریف دقیق بسته های بهداشتی، استفاده از افراد خبره در تعیین بسته، وجود نظارت بر کیفیت بسته پایه خدمات و ایجاد بستر قانونی به منظور تعیین بسته های پایه توجه شود. در برخی کشورها تنها یک بسته خدمتی تعیین شده در حالی که در برخی دیگر از کشور ها هم یک بسته خدمتی پایه و یک بسته خدمتی برای هزینه های کمرشکن در نظر گرفته شده است. به نظر می رسد در ایران تعیین بسته های پایه براساس گروه های هدف راهکار مناسب به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت باشد. مطالعات نشان می دهد به منظور تدوین بسته های پایه در ایران باید از روش هایی همچون سیاستگذاری آموزشی، آموزش متخصصان و استفاده از دانش مشاوران خارجی استفاده نمود [۱۴، ۳۴]. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که تعیین بسته خدمتی پایه یکی از اجزای اصلی بیمه در کشورهایی است که به پوشش همگانی دست یافته اند [۱۳، ۴۷، ۴۸].

به منظور تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی (بند پنجم) تنها مداخله "به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی" مورد تایید قرار گرفت. وضع قوانین و مقررات تنها در اختیار دولت است که می تواند بر رفتار سازمان های بهداشتی و درمانی اثرگذار باشد. به نظر می رسد وضع قوانین و مقررات جامع، موردی و کاربردی که از جامعیت کافی برخوردار باشد و به سمتی حرکت کند که بیشتر مسئولیت های اجتماعی را متوجه سازمان های بیمه ای کند، می تواند در جهت توسعه بیمه های تکمیلی اثرگذار واقع شود.

به منظور تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت مبتنی بر شواهد (بند ششم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع" و "تعیین تعرفه های خدمات سلامت

بر اساس قیمت واقعی " می باشند. یکی از عوامل تعیین کننده در ارائه مناسب خدمات، تعرفه واقعی خدمات است. از جمله مشکلات اساسی در این زمینه می توان به تفاوت تعرفه ها در بخش دولتی و خصوصی اشاره نمود. تعرفه بخش دولتی توسط شورای عالی بیمه و بخش خصوصی توسط سازمان نظام پزشکی تعیین می شود. به نظر می رسد هماهنگی بین تعرفه و میزان پرداخت سازمان های بیمه به ارائه دهندگان امری ضروری باشد [۴۹]. در مطالعه انجام شده توسط رئیسی و همکاران در سال ۹۲، یافته ها نشان داد مشکلات مربوط به تعرفه و عدم ارتباط صحیح بین سازمان های بیمه گر به عنوان یکی از ضعف های اصلی بیمه های سلامت می باشد [۸]. مطالعه صدیقی و همکاران در سال ۹۲ نشان داد وجود نظام تعرفه گذاری واقعی خدمات به طور معناداری بر استقرار بیمه های پایه اثرگذار خواهد بود [۳۴]. تعرفه های واقعی باید بر اساس هزینه خدمت محاسبه شود، حال آنکه در قانون بیمه همگانی ایران یکی از عوامل اصلی در تعیین تعرفه ها، میزان سرانه یا حق بیمه است، در حالی که باید این رابطه به طور عکس باشد [۵۰]. این مسئله یکی از عوامل اصلی در ایجاد تعرفه های غیر واقعی در ایران است. تعرفه غیر واقعی باعث ایجاد تقاضای القایی و همچنین گسترش زیر میزی و در نهایت افزایش پرداخت مستقیم از جیب خواهد شد [۹].

به منظور اصلاح نظام پرداخت (بند هفتم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات"، "استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد" و "استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم" می باشند. وجود یک سیستم پرداخت مناسب به ارائه دهندگان خدمات و ارائه یک الگوی پرداخت مناسب می تواند کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات را مناسب سازد [۵۱]، لذا نظام پرداخت تاثیر زیادی بر تصمیم گیری های درمانی ارائه دهندگان و کارایی و عدالت نظام بهداشت و درمان خواهد داشت [۵۲]. در ایران نظام پرداخت توسط بیمه ها به دو صورت کارانه برای بخش های بستری و پرداخت موردی برای سرپایی می باشد که این دو روش ارائه دهندگان را به ارائه خدمات بیشتر تشویق می کند [۹]. یافته های مطالعه صدیقی و همکاران حاکی از آن است که در بعد تامین مالی، ارائه سازو کار های پرداخت مناسب با ارائه دهندگان می توان بر ارتقای استقرار بیمه های پایه بهداشتی بیافزاید [۳۴]. در مطالعه صورت گرفته توسط زارع و همکاران، یافته ها نشان می دهد که استفاده تنها از نظام پرداخت سرانه به علت پسرونده بودن مناسب نیست و استفاده از این نظام پرداخت در کنار استفاده از سایر نظام ها توصیه شده است [۱]. هزینه زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت در ایران مشکلات زیادی را برای پوشش همگانی و نظام بیمه ای کشور ایجاد کرده است. در مطالعه ملکی و همکاران روش پرداخت سرانه به منظور پرداخت به ارائه دهندگان پیشنهاد شده است، هرچند این روش به تنهایی تاثیر

منفی بر کیفیت ارائه خدمات بر جای خواهد گذاشت [۹]. از روش پرداخت سرانه در کشورهای نظیر برزیل و تایلند استفاده شده است [۵۳].

در مطالعه حاضر پرداخت مبتنی بر عملکرد به عنوان یکی از روش های پرداخت مناسب جهت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت مد نظر خبرگان قرار گرفت. این روش نوعی از روش پرداخت به ازای خدمت است و با نگاه به کیفیت ارائه خدمات در کنار هر یک از روش های دیگر مورد استفاده قرار می گیرد و در کشورهای مانند انگلستان، آمریکا و ترکیه به کار گرفته شده است [۵۴]. از آنجایی که در این روش حق الزحمه دریافتی تا حد زیادی متأثر از حجم فعالیت و با توجه ویژه به کیفیت خدمات ارائه شده می باشد [۵۵]، به نظر می رسد می توان از آن به عنوان یک نظام پرداخت مناسب استفاده نمود.

## ۴-۳ نتیجه گیری

استقرار پوشش همگانی سلامت نیازمند تعامل و ارتباط همه جانبه بین سازمان های ذینفع با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می باشد که در این بین نقش وزارت رفاه، کار و تامین اجتماعی نسبت به سایر سازمان ها بیشتر و ضروری تر خواهد بود. بانک اطلاعات جامع و تبادل الکترونیک اسناد به عنوان زیرساخت های اساسی مورد نیاز نظام بیمه های درمانی می باشد. با ایجاد آنها می توان میزان دقیق پوشش بیمه ای کشور را تعیین نمود و از ائتلاف منابع جلوگیری کرد و سیاستگذاران با شناخت افراد فاقد بیمه می توانند در تصمیم گیری های سیاستی بهترین گزینه را انتخاب نمایند. تشکیل کار گروهی ویژه به منظور ایجاد نظام تعرفه گذاری با مشارکت تمامی سازمان های ذینفع می تواند در جهت توسعه بیمه های سلامت راهکار مناسبی باشد.

ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه دهندگان به طوری که باعث افزایش کیفیت خدمات توسط ارائه دهندگان شده و از ارائه خدمات اضافی و تقاضای القایی جلوگیری کند، می تواند به عنوان یکی از مداخلات اساسی در جهت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت موثر واقع شود.

ایجاد فرهنگ مناسب و اطلاع رسانی به جامعه در مورد اثرات و مزایای استفاده از پزشک خانواده و نظام ارجاع می تواند به پوشش همگانی سلامت و در نهایت توسعه بیمه های سلامت در راستای دستیابی به سیاست های کلی سلامت اثرگذار باشد.

در نهایت ایجاد کارگروه ویژه و متخصص به منظور تدوین بسته خدمات پایه بر اساس گروه های هدف باید مد نظر سیاستگذاران قرار گیرد. تصمیم گیران و سیاستگذاران باید در تدوین بسته خدمات پایه همه گروه های جامعه را در نظر گرفته و متناسب با وضعیت افراد خدمات مناسب را ارائه دهند. همچنین در تدوین بسته



خدمات بهتر است معیارهایی همچون قابلیت اجرایی، هزینه اثربخشی و عدالت در نظر گرفته شود که برای این کار می توان از روش های ارزیابی فناوری های سلامت استفاده نمود.

## سند حمایت طلبی عملیاتی نمودن توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

گروه پژوهش، در انتهای گزارش با خلاصه نمودن آن در چهار قسمت، وضعیت کنونی بیمه های سلامت در کشور، نارسایی های موجود در بیمه های سلامت کشور، راهکارها و نقش ذینفعان و در نهایت پیشنهادات اجرایی، به تدوین سند حمایت طلب جهت عملیاتی نمودن توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت پرداخته است.

### - وضعیت کنونی ساختار بیمه های سلامت کشور

با تصویب قانون بیمه همگانی سال ۱۳۷۴، تعداد سازمان های بیمه گر پایه ( سازمان هایی که بخشی از منابع آنان با مشارکت قانونی دولت تامین می شود) به ۴ سازمان افزایش یافت که عبارتند از:

(الف) سازمان تامین اجتماعی

(ب) سازمان بیمه سلامت

(ج) بیمه خدمات سلامت نیروهای مسلح

(د) کمیته ی امداد امام خمینی (ره)

علاوه بر این سازمان ها، صندوق های متعدد دیگری وجود دارد که وابسته به سازمان های دولتی خاص هستند؛ همچنین پرداخت به ازاء مراقبت های بهداشت عمومی که به صورت رایگان، توسط دولت ارائه می شوند (۱۳).

از نظر ساختاری، سازمان بیمه سلامت زیر مجموعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، سازمان تامین اجتماعی، بیمه خدمات سلامت نیروهای مسلح وابسته به نیروهای مسلح و کمیته ی امداد امام خمینی (ره) زیر مجموعه وزارت رفاه، کار و تعاون اجتماعی می باشند که همه آنها از قوانین شورای عالی بیمه سلامت تبعیت می نمایند.

در حال حاضر حدود ۲۳ بیمه مکمل درمان در کشور ما وجود دارد که به صورت خصوصی ( به جز بیمه ایران که وابسته به دولت می باشد) زیر نظر بیمه مرکزی ایران مشغول به فعالیت در حوزه درمان می باشند. این بیمه ها علی رغم تعیین حدود و مقررات مشخص در قوانین توسعه، به صورت بیمه های مازاد عمل می نمایند، بدین معنی که در نقش جبران هزینه فرانشیز بیمه شده (Supplementary) عمل می کنند. جبران هزینه این بیمه ها به صورت متغییر و بر اساس مفاد قرارداد فی مابین بیمه شده و بیمه گذار می باشد که با تعیین میزان حق بیمه و تعهدات بیمه گزار موجودیت و اعتبار پیدا می کند.

از نظر ساختاری بیمه مرکزی که متولی نظارت و کنترل بر این بیمه ها را بر عهده دارد، زیر نظر وزارت اقتصاد و دارایی می باشد، که این موضوع مدیریت بحث بیمه های مکمل درمان را مشکلات متعددی، از جمله عدم همسویی اهداف این بیمه ها با نظام سلامت کشور، مواجه ساخته است. این موضوع منجر به عدم استفاده اثربخش از ظرفیت بخش خصوصی جهت ارتقا سلامت و تامین مالی عادلانه شده است. اشتراک سیاست های بیمه های مکمل درمان با وزارت بهداشت، تنها

از طریق سندیکای بیمه گران ایران ( متشکل از نماینده های وزارت بهداشت، بیمه های خصوصی و نظام پزشکی) می باشد.

#### - نارسایی های موجود در بیمه های سلامت کشور

در حال حاضر منابع عمومی نظام سلامت به طور پراکنده و با رویکردهای مختلف از قبیل تامین سهم دولت از حق بیمه پایه اقشار مختلف (اعم از کارکنان کشوری و لشکری، روستاییان، اقشار محروم، نیازمند و...) ، تامین هزینه های ارائه دهندگان خدمت در بخش دولتی شامل حقوق و دستمزد، خدمات و... ، کمک به هزینه های بیماران صعب العلاج، روانی و سوختگی و همچنین پرداخت حق بیمه تکمیلی گرو ههای خاص مانند بازنشستگان و افراد تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران صورت می پذیرد.

از آنجا که این منابع به صورت پراکنده و طی برنامه های متفاوت به دستگا ههای اجرایی تخصیص می یابد میزان بهره مندی عموم جامعه از آن یکسان نمی باشد. از سوی دیگر منابع نظام سلامت در قالب سه جزء دولت، بیم هها و مردم (پرداخت از جیب) تامین می گردد و در بخش بیمه ها مدل یکسانی در کشور جاری نیست .

کماکان که ۱۷ صندوق بیمه ای در کشور به رغم تفاوت های ساختاری، فرایندی، خرید خدمت، حق بیمه و مشارکت بیمه شده و .... فعالیت دارند که من جمله به موارد زیر می توان اشاره نمود:

حق بیمه های متفاوت: هم اکنون در سازمان تامین اجتماعی ۹ درصد از ۳۰ درصد حق بیمه تعیین شده مربوط به درمان است که ۲۰ درصد آن توسط کارفرما، هفت درصد آن توسط بیمه شده و سه درصد نیز توسط دولت پرداخت می شود. اما در سازمان بیمه سلامت حق بیمه برابر است با ۵ درصد دو برابر حداقل حقوق یعنی کسی که حقوقش یک میلیون تومان است با کسی که حقوقش ۲ میلیون تومان است حق بیمه یکسانی پرداخت می کنند

و این موضوع همان بی عدالتی است که در ادامه موجب محدود شدن منابع سازمان بیمه سلامت ایران می شود. در حال حاضر تامین اجتماعی هفت درصد حقوق را به عنوان حق بیمه کسر می کند این در حالی است که خدمات درمانی ۶ درصد را کم می کند که البته یک سوم آن را نیز بیمه شده می دهد و دو سوم مابقی از منابع قانونی پرداخت می شود و این در حالی است که صندوق بیمه روستاییان و عشایر پرداختی به عنوان حق بیمه ندارند. به همین دلیل باید این حق بیمه ها یکسان سازی شود.

سرانه های مختلف: براساس قانون، سازمان هایی مکلف شدند در سازمان بیمه سلامت ادغام شوند که سرانه درمان همگی آنها قویتر از این سازمان است و به موازات جمعیت تحت پوشش، خدمات و تعهدات، نحوه انجام تعهدات، روش های تامین مالی آنها از تفاوت های چشمگیری برخوردار است.

#### - راهکارهای پیشنهادی به همراه تعریف نقش ذینفعان جهت توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

مداخلات و ذینفعان کلیدی به منظور دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت در ایران	
مداخله	ذینفع یا ذینفعان

<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بهزیستی مجلس شورای اسلامی سازمان بیمه سلامت ایرانیان کمیته امداد امام خمینی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد</p>	<p>افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیمه مرکزی</p>	<p>تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دانشگاه‌های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بهزیستی مجلس شورای اسلامی سازمان مدیریت و برنامه ریزی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذینفع</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان</p>	<p>تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی</p>

دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیمه مرکزی سازمان نظام پزشکی	
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بهزیستی مجلس شورای اسلامی سازمان بیمه سلامت ایران کمیته امداد امام خمینی	حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایران دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سازمان مدیریت و برنامه ریزی دانشگاه‌های علوم پزشکی	اصلاح قراردادهای خرید خدمات
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایران سازمان مدیریت و برنامه ریزی دانشگاه‌های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی	توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایران کمیته امداد امام خمینی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مجلس شورای اسلامی سازمان مدیریت و برنامه ریزی	تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی مجلس شورای اسلامی سازمان بیمه مرکزی	به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی
شورای عالی بیمه سلامت	استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و

<p>سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان مجلس شورای اسلامی دانشگاه های علوم پزشکی</p>	<p>پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	<p>بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان دانشگاه های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان مجلس شورای اسلامی دانشگاه های علوم پزشکی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان نظام پزشکی</p>	<p>تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع</p>
<p>شورای عالی بیمه سلامت سازمان بیمه تامین اجتماعی سازمان بیمه سلامت ایرانیان کمیته امداد امام خمینی سازمان بهزیستی سازمان بیمه مرکزی دانشگاه های علوم پزشکی</p>	<p>وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان</p>

- پیشنهادات اجرایی توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت

- ✓ یکپارچه سازی بیمه های سلامت بر اساس قوانین موجود و تدوین یا الگوی مشخص و تعریف شده
- ✓ گسترش پوشش بیمه ای در راستای اجرای قوانین موجود

- ✓ تعریف ارتباط بین بیمه شده ها، سازمان های بیمه و مراکز ارائه ی خدمات سلامت در جهت قطع ارتباط مالی بیمه شده ها و مراکز ارائه ی خدمات
- ✓ ایجاد همبستگی اجتماعی به گونه ای که یارانه های متقاطع بین گروه های کم درآمد و پر درآمد وجود داشته باشد.
- ✓ تدوین صحیح بسته ی بیمه ی پایه ی سلامت و شفاف سازی مرز بین بیمه های پایه و مکمل
- ✓ تعامل صحیح بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان نظام پزشکی
- ✓ ایجاد شناسه ی ملی برای تمام دست اندرکاران صنعت مراقبت بهداشتی

## منابع و پیوست ها



## پرسشنامه ۱:

### اساتید محترم و گرامی

### با عرض سلام و احترام

پرسشنامه ذیل در راستای اجرای سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری در بخش سلامت و سیاست ۹ ایشان یعنی توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت درمانی و ۷ بند این سیاست تهیه شده است. هدف پرسشنامه حاضر بررسی دیدگاه خبرگان در رابطه با مداخلات طراحی شده و اولویت بندی مداخلات در راستای رسیدن به سیاست مذکور می باشد. از جنابعالی تقاضا می شود میزان ضروری بودن و قابلیت اجرای هر یک از مداخلات زیر را به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت درمانی بر اساس منابع و امکانات موجود و همچنین میزان کاربردی بودن مشخص نماید و در صورتی که پیشنهادی مد نظر جنابعالی در رابطه با هر مداخله وجود دارد را ذکر نماید. لازم به ذکر است مداخلات پرسشنامه حاضر از طریق مرور منابع و برگزاری پانل کارشناسی با تعدادی از سیاستگذاران و خبرگان حاصل شده است. محققان مطالعه حاضر از همکاری جنابعالی به عنوان خبره و صاحب نظر در این زمینه کمال تشکر را دارند.

### با تشکر

### دکتر علیرضا اولیایی منش

**بندهای مربوط به سیاست ۹ (توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی) ابلاغی مقام معظم رهبری:**

**بند ۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان**

**بند ۲- پوشش کامل نیاز های پایه درمان توسط بیمه ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.**

**بند ۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل های قانونی و شفاف به گونه ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.**

**بند ۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آنها توسط نظام بیمه ای و نظارت موثر تولید بر اجرای دقیق بسته ها با حذف اقدامات زاید و هزینه های غیر ضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان**

**بند ۵- تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی**

**بند ۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی**

**بند ۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم**

جنس: مرد  زن

سن: .....

میزان تحصیلات:  .....

سابقه خدمت: .....

پست سازمانی/سمت: .....

سیاست ابلاغی					مداخله	ضرورت					قابلیت اجرا							
۱	۲	۳	۴	۵		۱	۲	۳	۴	۵	۱	۲	۳	۴	۵			
بند ۱					۱- تجمع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت													
					۲- افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی													
					۳- وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان													
					۴- اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع													
					۵- برنامه کاهش فرانشیز بیماران													
بند ۲					۶- حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی													
					۷- اصلاح قراردادهای خرید خدمات													
					۸- تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی													
بند ۳					۹- خرید کل خدمات پایه سلامت به وسیله خریدار واحد													
					۱۰- توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)													
بند ۴					۱۱- تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع													
					۱۲- اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با													

										تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
										۱۳- بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت	
										۱۴- بازنگری بسته های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	
										۱۵- طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان	
										۱۶- توسعه بیمه های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته های خدمات پایه و ضروری	بند ۵
										۱۷- به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی	
										۱۸- اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع	بند ۶
										۱۹- تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی	
										۲۰- استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	بند ۷
										۲۱- بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	
										۲۲- استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	
										۲۳- ترغیب ارائه دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش های انگیزشی مناسب به منظور ارائه خدمات در مناطق محروم	

\* از نظر جناب عالی در صورتی که مداخلات دیگری در زمینه دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت وجود دارد و در

لیست فوق ذکر نشده است را لطفا بیان نمایید؟

نام مداخله	نمره میزان ضرورت	نمره قابلیت اجرا
۱.		

		۲.
		۳.

## پرسشنامه ۲:

### اساتید محترم و گرامی / با عرض سلام و احترام

پرسشنامه ذیل در راستای اجرای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در بخش سلامت و سیاست ۹ ایشان یعنی توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت درمانی و ۷ بند این سیاست تهیه شده است. هدف پرسشنامه حاضر بررسی دیدگاه خبرگان در رابطه با ذی نفعان موثر در اجرای مداخلات طراحی شده در راستای رسیدن به سیاست مذکور می باشد. از جنابعالی تقاضا می شود، ذی نفعان موثر در اجرای هر یک از مداخلات زیر را به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت درمانی بر اساس منابع و امکانات موجود مشخص نماید و در صورتی که خارج از موارد ذکر شده، پیشنهادی مد نظر جنابعالی در رابطه با هر مداخله وجود دارد عنوان فرمایید. لازم به ذکر است مداخلات پرسشنامه حاضر از طریق مرور منابع و برگزاری پانل کارشناسی با تعدادی از سیاستگذاران و خبرگان حاصل شده است. محققان مطالعه حاضر از همکاری جنابعالی به عنوان خبره و صاحب نظر در این زمینه کمال تشکر را دارند.

فهرست ذینفعان	
سازمان بیمه سلامت ایرانیان = ایرانیان	شورای عالی بیمه سلامت = شورای عالی
کمیته امداد امام خمینی = امداد	سازمان بیمه تامین اجتماعی = تامین اجتماعی
سازمان غذا و دارو = غذا و دارو	سازمان بهزیستی = بهزیستی
سازمان مدیریت و برنامه ریزی = سازمان مدیریت	مجلس شورای اسلامی = مجلس
وزارت صنعت معدن و تجارت = وزارت صنعت	سازمان های مردم نهاد = (NGO)
دانشگاه های علوم پزشکی = دانشگاه ها	بیمه مرکزی
کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد =	سازمان نظام پزشکی

کمیساریا
دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی = ارزیابی

۱) از نظر جنابعالی ذی نفعان موثر در اجرای مداخلات ذیل کدامند؟ (امکان انتخاب بیش از یک گزینه برای هر مداخله وجود دارد).

ردیف	مداخله	ذینفعان														
		شورای عالی	ایرانیان	تأمین اجتماعی	امداد	بهبودبستی	ارزیابی	غذا و دارو	مجلس	سازمان مدد مت	NGO	وزارت صنعت	بیمه مرکزی	دانشگاه ها	نظام پزشکی	کمیساریا
۱	افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی															
۲	تعیین استانداردها ی ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی															
۳	بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات															
۴	استقرار نظام پرداخت															

ردیف	مداخله	ذینفعان														
		شورای عالی	ایرانیان	تأمین اجتماعی	امداد	بهبودی	ارزبانی	غذا و دارو	مجلس	سازمان مددیت	NGO	وزارت صنعت	بیمه مرکزی	دانشگاه ها	نظام پزشکی	کمیساریا
	مبتنی بر عملکرد															
۵	اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع															
۶	تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی															
۷	حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی															
۸	اصلاح قراردادهای خرید خدمات															
۹	توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)															
۱۰	تجمع صندوق های بیمه در															

ردیف	مداخله	ذینفعان														
		شورای عالی	ایرانیان	تأمین اجتماعی	امداد	بهبودبستی	ارزیابی	غذا و دارو	مجلس	سازمان مددیت	NGO	وزارت صنعت	بیمه مرکزی	دانشگاه ها	نظام پزشکی	کمیساریا
	سطح خدمات پایه سلامت															
۱۱	به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی															
۱۲	استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم															
۱۳	بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت															
۱۴	طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان															
۱۵	اجرای کامل															

ذینفعان														مداخله	ردیف		
کمیساریا	نظام پزشکی	دانشگاه ها	بیمه مرکزی	وزارت صنعت	NGO	مددیت	سازمان	مجلس	غذا و دارو	ارزانی	بهبودبستی	امداد	اجتماعی			تأمین	ایرانیان
																	طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
																	۱۶ تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع
																	۱۷ وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان

۲) اگر از دیدگاه جنابعالی برای هر یک از مداخلات ذکر شده ذی نفع یا ذی نفعان دیگری وجود دارد که ذکر نشده است، لطفا عنوان فرمایید.

ذی نفع یا ذی نفعان	مداخله	ردیف
	افزایش پوشش موثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	۱
	تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه های پایه و تکمیلی	۲
	بکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	۳
	استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد	۴
	اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان های ذینفع	۵
	تعیین تعرفه های خدمات سلامت بر اساس قیمت واقعی	۶
	حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	۷



۸	اصلاح قراردادهای خرید خدمات
۹	توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)
۱۰	تجمیع صندوق های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
۱۱	به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه های تکمیلی
۱۲	استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم
۱۳	بکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت
۱۴	طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به منظور حذف هزینه های غیر ضروری درمان
۱۵	اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
۱۶	تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذینفع
۱۷	وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان

۱. Vand rajabpour m, *Comparative study of public health insurance systems in selected countries and presenting a model for Iran*. 1998, Islamic Azad university.
۲. Baroni m, *comparative study of methods of financing health insurance in selected countries and presenting a model for Iran*. 2004 Tehran University of Medical Sciences.;
۳. Hajizade M, *Health economy*. 2008, Tehran,Iran: Jameenegar Publication. ;
۴. Doherty J, M.D.D., *Social Health Insurance*. . South Africa: Health Systems Trust;, 2000.
۵. Colombo F, T.N., *Private Health Insurance in Ireland: A Case Study*. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development; , 2004.
۶. Crystal, S., et al., *Out-of-pocket health care costs among older Americans*. Journal of Gerontology: Social Sciences, 2000. **55**(1): p. S51-S62.
۷. Moghaddasi, H., et al., *Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach*. Journal of Health Administration, 2011. **14**(44): p. 71-80.
۸. RAEISI, A.R., E. MOHAMADI, and M. NUHI, *SIGNIFICANT IMPROVEMENT POINTS AND OFFERING STRATEGIES TO IMPROVE THE QUALITY AND QUANTITY OF HEALTH INSURANCE IN IRAN: A QUALITATIVE STUDY (SHORT ARTICLE)*. 2013.  
۹. م.م. et al. چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران، پیش، ۱۳۸۹. ۹(۲): p. 173-187.
۱۰. Schieber, G. and N. Klingen. *Health financing reform in Iran: principles and possible next steps*. in *Social Security Research Institute Health Economic Congress, Tehran, Islamic Republic of Iran*. 1999.
۱۱. Knaul, F.M. and J. Frenk, *Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform*. Health affairs, 2005. **24**(6): p. 1467-1476.
۱۲. Tangcharoensathien, V., S. Wibulpholprasert, and S. Nitayaramphong, *Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development*. Bulletin of the World Health Organization, 2004. **82**(10): p. 750-756.
۱۳. Hughes, D. and S. Leethongdee, *Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms*. Health Affairs, 2007. **26**(4): p. 999-1008.
۱۴. Dehnavieh, R ,et al., *Information Criteria for Basic Health Insurance Package in Iran from Health Insurance Organization's View*. Health Information Management, 2010. **7**(۲)
۱۵. رضا، و. مطالعه تطبیقی جایگاه بیمه های تکمیلی خدمات درمانی در سایر کشور ها (میزان پوشش، حق الزحمه و بسته خدمتی) و ارائه الگویی برای ایران. سازمان بیمه سلامت، ۱۳۹۳.
۱۶. Guindo, L.A., et al., *From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking*. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 2012. **10**(1): p. 9.
۱۷. Ekman, B., *Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country*. Health policy, 2007. **83**(2): p. 304-313.
۱۸. Galárraga, O., et al., *The impact of universal health insurance on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico: A model with an endogenous treatment variable*. Health Econometrics and Data Group Working Paper, 2008. **8**: p. 12.
۱۹. Polit, D.F. and C.T. Beck, *The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations*. Research in nursing & health, 2006. **29**(5): p. 489-497.
۲۰. Lawshe, C.H., *A quantitative approach to content validity*1. Personnel psychology, 1975. **28**(4): p. 563-575.
۲۱. Newman, I., J. Lim ,and F. Pineda, *Content validity using a mixed methods approach its application and development through the use of a table of specifications methodology*. Journal of Mixed Methods Research, 2013. **7**(3): p. 243-260.
۲۲. Shahab Jahanloo A, *Step by step guide on medical and health research*. 1 ed ed. 2011: Darya.

۲۳. Mohammadbeigi, A., N. Mohammadsalehi, and M. Aligol, *Validity and Reliability of the Instruments and Types of Measurements in Health Applied Researches*. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 2015. **13**(12): p. 1153-1170.
۲۴. Cook, D.A. and T.J. Beckman, *Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application*. The American journal of medicine, 2006. **119**(2): p. 166. e7-166. e16.
۲۵. DeVon, H.A., et al., *A psychometric toolbox for testing validity and reliability*. Journal of Nursing scholarship, 2007. **39**(2): p. 155-164.
۲۶. کشور، ن.ج.ع. آذر ماه ۱۳۸۹، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
۲۷. درمانی، ب.ر.و.ع.س.ب.خ. ۱۳۸۷
۲۸. اجتماعی، ش.ب.ر.و.ر.و.ت.، برنامه راهبردی وزارت رفاه و تامین اجتماعی، ۱۳۸۷، موسسه فرهنگی هنری آهنگ آتیه: تهران.
۲۹. رضوی، س.ح.ا.ع. دلاوری، and ح.ا. زاده، چارچوب استقرار سیاست های کلی سلامت، د.س.س.و.ب.د.و.آ. پزشکی، 1394. Editor. تهران.
۳۰. Davari, M., A. Haycox, and T. Walley, *The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies*. Iranian journal of public health, 2012. **41**(9): p. 1.
۳۱. Bazyar M, *Analysis for policy of merging social health insurance funds in Iran: understanding the challenges and requirements of, and developing an implementation plan for merging health insurance funds*. 2016, Tehran University Of Medical Sciences.
۳۲. Wang, H., et al., *Health insurance handbook: how to make it work*. Vol. 219. 2012: World Bank Publications.
۳۳. Zurn, P. and O. Adams, *A Framework For Purchasing Health Care Labor*. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, 2004. **31597**.
۳۴. صدیقی سمیه، حسام سمیه، and م.م. ، مولفه های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران.، مدیریت بهداشت و درمان، ۱۳۹۲. ۹(۴): 7- p. 19
۳۵. Pitayarangsarit, S., *The introduction of the universal coverage of health care in Thailand: Policy responses*. 2005, London School of Hygiene & Tropical Medicine.
۳۶. Van Lerberghe, W., *The world health report 2008: primary health care: now more than ever*. 2008: World Health Organization.
۳۷. A., M.Z., *Law of the Fifth Economic, Social and Cultural Islamic Republic of Iran*. 2010.
۳۸. world health organization, *Health system financing: the path to universal coverage* ,
۲۰۱۰. World health report: Geneva.
۳۹. Ebrahimipoor H, *Design Model for Public Health Insurance*, in *School of management and Medical information science*. 2007, Iran University of Medical sciences.
۴۰. World Health Report, *Health Systems: Improving Performance*. . 2000, WHO: Geneva. ,
۴۱. Carrin G, *Social health insurance in developing countries: a continuing challenge*. International Social Security Review, 2002. **55**: p. 57-69.
۴۲. Health Policy Research Center, D.o.H.a.M.E., *Ten Problems and Ten Solutions for health system of Iran*. 2010.
۴۳. R., R., *Information Systems and Healthcare enterprises*. 2008, IGI Publishing: USA.,
۴۴. Park SH, L.S., *Evidence-based decisionmaking and health technology assessment in South Korea*. Value Health ;, 2008. **11**: p. 163-164.
۴۵. Palesh M, et al., *Diffusion of magnetic resonance imaging in Iran*. Int J Technol Assess Health Care,, 2007. **23**(2): p. 278-285.
۴۶. Palesh M, T.C., Fredrikson S, Jamshidi H, Tomson G, Emami A. , *We noticed that suddenly the country has become full of MRI; Policy makers' views on diffusion and use of health technologies in Iran*. Health Research Policy and Systems,, 2010. **8**(9): p. 1-10.
۴۷. Bitran R, M.J., Aguad P, Navarrete M, Ubilla G. , *Equity in the financing of social security for health in Chile* .,Health Policy,, 2000. **50**: p. 171/96.

- ۴۸ Moon S, S.J., *Performance of universal health insurance: lessons from South Korea*. . Health Care Quarterly 2007. **10**: p. 116 -30.
- ۴۹ Dehnavieh, R., *Design model of Basis Health Insurance Package for Iran*,, in *School of management and medical Information sciences*. 2007, Iran Univesity of Medical Sciences.
- ۵۰ دهکردی، ن.د.، بیمه همگانی خدمات درمانی از منظر قانون، ed. چ. اول.، ۱۳۸۴، سازمان بیمه خدمات درمانی،: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی.
- ۵۱ Khalegh nejad A, R.G.H., Karimi M, Maleki MR. , *The Position of Health Insurance in Social Security system*, ed. s. ed. 2001, Tehran: Social Security Research Institute.;
- ۵۲ Pauly M., *Insurance reimbursement. Handbook of health economics*. , ed. 1st Edition. 2000, Amsterdam :, AJ Culyer and JP Newhouse.,
- ۵۳ Bitran R, Y.W., *A review of health care provider payment reform in selected countries in Asia and Latin America*. Major Applied Research 2.Working Paper 1. Bethseda: Maryland, Partnerships for Health Reform, Abt Associates ۱۹۹۸, ,;
- ۵۴ Molavi Verdkejani H, et al., *Methods of remuneration of general practitioners in the world: a Systematic Review on International Documents*. journal of medical council of islamic republic of iran, 2012. **30**(4): p. 379-389.
- ۵۵ Kondo, K.K., et al ,*Implementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review*. Journal of General Internal Medicine, 2016. **31**(1): p. 61-69.