نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره سوم، پاییز ۹۷، صفحات ۲۸۵ تا ۲۹۸

تدوین چارچوب راهبردی به‌منظور عملیاتی نمودن توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در راستای تحقق ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری

نویسندگان:
فرهاد حبیبی‌نوده[۱،۲]، علیرضا اولیایی‌منش*[۳]، محمدرضا مبینی‌زاده[۴]، زهرا گودرزی[۵]، سید موسی طباطبایی[۶]، عفت محمدی[۷]

چکیده

مقدمه: مهم‌ترین اهداف بیمه‌های سلامت ایجاد پوشش همگانی، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، مشارکت عادلانه و متناسب مردم و تأمین مالی نظام سلامت می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی و اولویت‌بندی مداخلات به‌منظور دستیابی به سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری و بند ۹ آن یعنی توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در سال ۱۳۹۶ صورت گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر در دو مرحله و چهار مرحله صورت گرفت. ابتدا با استفاده از مرور منابع و بررسی اسناد و قوانین مربوطه، مداخلات مربوط به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت شناسایی شدند. در مرحله دوم و به‌منظور دسته‌بندی نمودن و توافق بر روی راهکارهای حاصل شده از میز گرد کارشناسی استفاده شد؛ در مرحله سوم با استفاده از تکنیک CVR ضرورت وجود هر یک از عوامل با استفاده از پرسشنامه خودساخته مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله چهارم مداخلات تعیین شده با استفاده از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن‌دهی ساده اولویت‌بندی شدند.

یافته‌ها: مهم‌ترین مداخلات اولویت‌بندی شده براساس ۷ بند موجود در ماده ۹ سیاست‌های کلان، عبارت بودند از: افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق تأمین بیمه برای افراد فاقد بیمه و اختصاص بیمه به اتباع خارجی، حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی، تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی، به‌کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت، به‌کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی، اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع و به‌کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات.

نتیجه‌گیری: به‌منظور اجرای مداخلات پیشنهادی در راستای اجرای پوشش همگانی سلامت، این امر نیازمند تعامل و ارتباط همه‌جانبه بین سازمان‌های ذی‌نفع با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که اقدامات ذیل در این راستا پیشنهاد می‌شود:

بانک اطلاعات جامع و تبادل الکترونیک اسناد به‌عنوان زیرساخت‌های اساسی مورد نیاز نظام بیمه‌های درمانی می‌باشد. ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه‌دهندگان به‌طوری‌که باعث افزایش کیفیت خدمات توسط ارائه‌دهندگان شده و از ارائه خدمات اضافی و تقاضای القایی جلوگیری کند، می‌تواند به‌عنوان یکی از مداخلات اساسی در جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت مؤثر واقع شود. در نهایت ایجاد کارگروه ویژه و متخصص به‌منظور تدوین بسته خدمات پایه براساس گروه‌های هدف باید مد نظر سیاست‌گذاران قرار گیرد.

کلیدواژه: بیمه درمانی، چارچوب راهبردی، سیاست بهداشت

۱. دانش‌آموخته دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. مدیر منابع انسانی، بیمارستان بازرگانان، تهران، ایران.
۳. دانشیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت و مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مسئول*).
۴. استادیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۶. معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۷. دانش‌آموخته دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

مقدمه

امروزه بهداشت و درمان برای ملت‌ها به‌عنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای دولت‌ها به‌عنوان مسئله‌ای استراتژیک از نظر اقتصادی مطرح می‌باشد. هدف تعمیم بهداشت و درمان به همگان باید براساس رفع تبعیض بین گروه‌های مختلف جامعه تعیین گردد[۱]. در این میان محدوده ارائه خدمات درمانی بیش از آنکه وسیله‌ای شود تجاری به شمار رود، به‌عنوان حق اصلی در نظر گرفته می‌شود و از این رو جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی را برای تمام افراد فراهم کند. تحقق بخشیدن به این حق عمومی بستگی به شیوه‌های تأمین‌کننده خدمات برای تمام افراد دارد، بدون آنکه به توانایی فرد در پرداخت هزینه‌ها یا عدم پرداخت حق بیمه‌ها از سوی آنان توجه کند[۲]. در حالت کلی چهار نوع عمده تأمین منابع مالی برای بخش سلامت وجود دارد[۳]: نوع اول، پرداخت به‌وسیله دولت است که در این روش، تأمین مالی از محل درآمد عمومی، بسیاری از مالیات‌ها برای پشتیبانی از کل محدوده فعالیت‌های دولت مورد استفاده قرار می‌گیرند[۴] نوع دوم، بیمه اجتماعی سلامت است که دارای سه ویژگی شناخته‌شده است، اجباری به این معنی که هر کدام از افراد گروه مشمول، باید مشارکت و سهم حق بیمه خاص خود را پرداخت کند. سهم مشارکت در بیشتر موارد به‌صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود[۵]. نوع سوم، بیمه خصوصی است، وجه تمایز بیمه خصوصی آن است که مشتریان به‌صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیرانتفاعی) می‌پردازند[۶] نوع چهارم، پرداخت‌های مستقیم، چهارمین گزینه تأمین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم تا به‌طور مستقیم و از جیب خودشان به ارائه‌کنندگان پول بپردازند[۷]. در این میان، سازمان‌های بیمه سلامت مناسب‌ترین گزینه‌ای هستند که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کنند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازند، بدون آن که تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی قرار گیرند[۸].

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

مهم‌ترین اهداف بیمه‌های بهدشتی ایجاد پوشش همگانی، ارتقاء دسترسی به بسته خدمات سلامت، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، مشارکت عادلانه و متناسب مردم و تأمین مالی نظام سلامت است، که به دلیل اهمیت آن‌ها در برخورداری از نظام سلامت پاسخگو، دولت در اسناد بالا دستی به تدوین ماده‌ها و تبصره‌هایی 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 سیاست‌های کلان سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری می‌باشد. حال ممکن است این سؤال پیش آید که چرا علیرغم وجود این قوانین و همچنین پشتوانه اجرایی آن‌ها، باز این سازمان‌ها با مشکلات مربوط به تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، عدم پوشش همگانی، سهم بالای پرداخت از جیب مردم و واقعی نبودن تعرفه‌ها روبرو هستند؟[۱۴] در پاسخ به این سؤال می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین دلایل ایجاد چنین شرایطی عدم تدوین برنامه اجرایی مناسب در مورد سیاست‌های تدوین شده می‌باشد. این مشکل در بسیاری از موارد باعث عدم دستیابی به اهداف برنامه‌ها در قالب زمانی تعیین شده برای آن و انتقال آن به برنامه‌های دوره‌های بعد خواهد شد. با توجه به آنچه در مورد بیمه‌های سلامت گفته شد و با در نظر داشتن این موضوع که در زمینه تدوین برنامه اجرایی ماده‌های تعیین شده در سیاست‌های کلان سلامت مطالعاتی وجود ندارد، در این پژوهش به تدوین برنامه اجرایی (تعریف مفاهیم و واژه‌ها، تعیین شاخص‌های رصد کلان آن، بررسی وضع موجود این شاخص‌ها و تحلیل آن، تعیین مداخلات و اولویت‌بندی آن‌ها، تحلیل ذی‌نفعان و ارزیابی انطباق اولویت‌های مداخله استخراج شده با برنامه‌های نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع) ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت با عنوان توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی به تفکیک هفت بند مربوط به آن خواهیم پرداخت.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

روش پژوهش

مطالعه حاضر در سه مرحله انجام شد. مرحله اول مطالعه به‌صورت مروری و به‌منظور استخراج واژه‌ها و مفاهیم اهداف هفت‌گانه ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت، شاخص‌های رصد کلان این اهداف و همچنین تعیین مداخلات و ذی‌نفعان موجود در راستای دسترسی به این اهداف صورت گرفت. برای این منظور قوانین و اسناد و همچنین مطالعات مرتبط با موضوع از طریق جست‌وجو در پایگاه‌های داده‌ای 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 اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، و مرکز پژوهش‌های مجلس مورد بررسی قرار گرفت. برخی از کلید واژه‌های مورد استفاده در این مرحله شامل "پوشش همگانی سلامت"، "بیمه‌های سلامت"، "پوشش مؤثر خدمات سلامت"، "توسعه بیمه‌های سلامت" و "چالش‌های بیمه بهداشتی" بود. متون مطالعات انتخابی، سیاست‌ها و قوانین موجود با استفاده از روش تحلیل موضوعی مورد تفسیر قرار گرفتند.

مرحله دوم مطالعه توصیفی و به‌صورت کیفی-کمی بود که به‌منظور شناسایی، اولویت‌بندی و انطباق مداخلات با برنامه نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع صورت گرفت. در مرحله کیفی ابتدا و براساس یافته‌های حاصل از مرحله اول مطالعه، با استفاده از برگزاری پانل کارشناسی به‌صورت کیفی، نظرات خبرگان در مورد مداخلات حاصل شده و دسته‌بندی آن‌ها صورت گرفت. پنل کارشناسی در طی یک جلسه حدودا ۴ ساعته صورت گرفت. پیش از شروع جلسه به افراد در مورد موضوع و اهمیت آن و همچنین مداخلات به‌دست آمده حاصل از مرور منابع توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در مورد هر کدام از مداخلات نظرات خود را اعمال کنند. جامعه پژوهش در این مرحله از مطالعه شامل پنج نفر از سیاست‌گذاران اجرایی و علمی در حوزه سلامت بودند که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد. از معیارهای انتخاب خبرگان، داشتن شناخت در مورد بیمه‌های سلامت و علاقه به شرکت در مصاحبه بود. در پایان این مرحله مداخلات حاصل شده تعیین و دسته‌بندی شدند. در مرحله کمی مطالعه جهت اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح‌ترین مداخله (ضرورت مداخله) انتخاب شده، از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) استفاده شد [۱۹-۲۱]. در این مرحله و براساس یافته‌های حاصل از برگزاری پانل کارشناسی، ۲۳ مداخله در قالب ۷ بند به‌صورت پرسشنامه‌ای محقق ساخته و به‌منظور تعیین ضرورت مداخلات در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت. جامعه پژوهش در این قسمت از مطالعه را متخصصین و سیاست‌گذاران شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، شورای عالی بیمه سلامت و دبیرخانه این شورا و دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل داده‌اند. انتخاب حداقل نمونه مورد نیاز، یک ضرورت در تحقیق می‌باشد. 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 می‌شود، 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 نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس قرار گرفت. نحوه پاسخ دادن به سؤالات به این صورت بود که پرسش‌نامه 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 گویه‌ها و کل پرسشنامه بیان کنند و چنانچه موردی از قلم افتاده است نیز ذکر نمایند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مراجعه حضوری صورت گرفت. برای محاسبه شاخص CVR از روش لاوشه[1] استفاده شد. از آن جایی‌که در مطالعه حاضر برای سنجش اعتبار محتوا از ۱۵ ارزیاب یا خبره استفاده شد، حداقل مقدار قابل قبول CVR با حضور این تعداد افراد براساس جدول لاوشه ۰/۴۹ می‌باشد [۲۰، ۲۳]. در نهایت تعیین ضرورت مداخلات به‌منظور توسعه کمی و کیفی

1. Lawshe

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

جدول ۱ - سیاست‌های اجرایی و مداخلات مورد نیاز در راستای دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت

سیاست اجرایی	مداخله
بند ۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان	۱. تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
	۲. افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی
	۳. برنامه کاهش فرانشیز بیماران
	۴. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان
	۵. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع
بند ۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	۱. حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی
	۲. اصلاح قراردادهای خرید خدمات
بند ۳- ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	۱. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی
	۲. خرید کل خدمات پایه سلامت به‌وسیله خریدار واحد
	۳. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)
بند ۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان	۱. تدوین بسته های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع
	۲. اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	۳. به‌کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت
	۴. بازنگری بسته‌های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
	۵. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به‌منظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان
بند ۵- تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی	۱. توسعه بیمه‌های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته‌های خدمات پایه و ضروری
	۲. به‌کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی
بند ۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی	۱. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع
	۲. تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت براساس قیمت واقعی
بند ۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	۱. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عمکرد
	۲. به‌کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات
	۳. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم
	۴. ترغیب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش‌های انگیزشی مناسب به‌منظور ارائه خدمات در مناطق محروم

بیمه‌های 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 داده‌اند =ne

تعداد کل ارزیابان =N

در مرحله سوم از مطالعه به‌منظور اولویت‌بندی مداخلات حاصل شده در مرحله پیش از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن‌دهی ساده استفاده شد. جامعه پژوهش در این قسمت از مطالعه شامل متخصصین و سیاست‌گذاران مرحله پیش می‌باشد. پس از شناسایی مداخلات، پرسش‌نامه محقق ساخته‌ای به‌منظور اولویت‌بندی مداخلات به‌دست آمده طراحی و در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت و پس از جمع‌آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار داده شد. این پرسشنامه دارای دو بخش مشخصات دموگرافیک افراد و مداخلات به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت می‌باشد. از افراد شرکت‌کننده در مطالعه خواسته شده تا به هریک از مداخلات براساس میزان ضرورت و قابلیت اجرا نمره ۱ تا ۵ دهند. نمره ۱ به

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

جدول۲ - ویژگی‌های دموگرافیک خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه

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	۳۳,۳۳
		سیاست‌گذار اجرایی	۵	۳۳,۳۳
	سایر	سیاست‌گذار آکادمیک	۲	۱۳,۳۳
		سیاست‌گذار اجرایی	۴	۲۶,۶۶

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 وزن‌دهی ساده به‌منظور اولویت‌بندی مداخلات نیاز است). روایی درجه‌ای از صحت نتایج مطالعه است و نشان می‌دهد که مطالعه تا چه اندازه‌ای چیزی را که قصد اندازه‌گیری آن را داشته است به‌درستی سنجیده است. پایایی درجه‌ای از یکسان بودن نتایج در طول زمان معین و تحت شرایط مشابه و با روش کار مشابه می‌باشد که با قابلیت تکرار و قابلیت تکثیر نتایج اندازه‌گیری می‌شود[۲۳-۲۵]. از آنجایی که پرسشنامه حاضر براساس نظر خبرگان در دور قبل تهیه شده بود نیاز به تأیید روایی وجود نداشت. حجم نمونه و روش نمونه‌گیری براساس مرحله قبل می‌باشد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مرور منابع و میزگرد کارشناسی (مرحله اول و دوم مطالعه)

همانطور که یافته‌های جدول۱ نشان می‌دهد در نهایت ۲۳ مداخله در قالب ۷ بند به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در ایران براساس بند ۹ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری پس از مرور مطالعات، قوانین و اسناد و همچنین برگزاری میزگرد کارشناسی حاصل شد که به‌منظور تعیین میزان ضروری بودن هر مداخله و اولویت‌بندی آن‌ها در اختیار خبرگان مربوطه قرار گرفت.

یافته‌های حاصل از تعیین ضرورت مداخلات (مرحله دوم مطالعه مرحله کمی)

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که از ۱۵ خبره شرکت‌کننده در مطالعه ۱۲ نفر مرد بوده‌اند. سن بیشتر از ۶۶ درصد خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه کمتر از ۳۵ سال بوده و همه آن‌ها دارای تحصیلات دکترا بوده‌اند. براساس یافته‌های جدول شماره دو بیشتر خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه از سیاست‌گذاران اجرایی (۳۳,۳۳) و علمی (۳۳,۳۳) شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده‌اند. که عمده این ذی‌نفعان از بدنه این وزارتخانه در معاونت درمان و دبیرخانه شورای عالی بیمه در این مطالعه شرکت داشته‌اند.

به‌منظور تعیین ضرورت مداخلات شناسایی شده جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت که پس از بررسی‌های جامع متون علمی، اسناد و قوانین و همچنین برگزاری میزگرد کارشناسی به‌دست آمد، از تکنیک لاوشه و محاسبه شاخص روایی محتوا (CVR) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. از آنجایی که حداقل مقدار قابل قبول CVR با این تعداد پاسخگو (۱۵ نفر) براساس جدول لاوشه ۰/۴۹ می‌باشد، امتیاز ۱۷ عامل از میزان عنوان‌شده بیشتر بود و بنابراین این عوامل جهت تعیین وزن و اولویت‌بندی با استفاده از تکنیک آنتروپی شانون وارد پرسشنامه اصلی شدند.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

جدول ۳- امتیاز عوامل مرتبط با توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران براساس تکنیک لاوشه

نام بند	سیاست ابلاغی	نام مداخله	امتیاز
بند ۱	همگانی ساختن بیمه پایه درمان	۱. تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت	۰/۶۰
		۲. افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	۰/۷۳
		۳. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان	۱/۰۰
		۴. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	۰/۸۷
بند ۲	پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	۵. برنامه کاهش فرانشیز بیماران	۰/۴۷
		۶. حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	۰/۶۰
		۷. اصلاح قراردادهای خرید خدمات	۰/۶۰
بند ۳	ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	۸. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی	۰/۷۳
		۹. خرید کل خدمات پایه سلامت به‌وسیله خریدار واحد	۰/۲۰
		۱۰. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)	۰/۸۷
بند ۴	تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان	۱۱. تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان های ذی‌نفع	۰/۸۷
		۱۲. اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۰/۲۰
		۱۳. به‌کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت	۰/۷۳
		۱۴. بازنگری بسته‌های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۰/۴۷
		۱۵. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به‌منظور حذف هزینه های غیرضروری درمان	۱/۰۰
بند ۵	تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی	۱۶. توسعه بیمه‌های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته‌های خدمات پایه و ضروری	۰/۲۰
		۱۷. به‌کارگیری قوانین و مقررات به منظور رقابت در بازار بیمه‌های تکمیلی	۰/۶۰
بند ۶	تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی	۱۸. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع	۰/۸۷
		۱۹. تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت براساس قیمت واقعی	۰/۸۷
بند ۷	اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	۲۰. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عمکرد	۰/۷۳
		۲۱. به‌کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	۰/۶۰
		۲۲. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	۰/۸۷
		۲۳. ترغیب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش‌های انگیزشی مناسب به‌منظور ارائه خدمات در مناطق محروم	۰/۴۷

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

جدول ۴ - اولویت‌بندی مداخلات به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت

بند	سیاست	نام مداخله	امتیاز مطلق کل	رتبه در گروه
بند ۱	همگانی‌ساختن بیمه پایه درمان	۱. تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت	۰/۰۵۸	۲
		۲. افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	۰/۰۶۷	۱
		۳. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان	۰/۰۴۷	۴
		۴. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع	۰/۰۵۴	۳
بند ۲	پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	۵. حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	۰/۰۶۲	۱
		۶. اصلاح قراردادهای خرید خدمات	۰/۰۶۱	۲
بند ۳	ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	۷. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی	۰/۰۶۵	۱
		۸. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)	۰/۰۶۱	۲
بند ۴	تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان	۹. تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع	۰/۰۵۰	۳
		۱۰. به‌کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت	۰/۰۵۶	۱
		۱۱. طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به‌منظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان	۰/۰۵۴	۲
بند ۵	تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی	۱۲. به‌کارگیری قوانین و مقررات به منظور رقابت در بازار بیمه‌های تکمیلی	۰/۰۵۷	۱
بند ۶	تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی	۱۳. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع	۰/۰۶۳	۱
		۱۴. تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت براساس قیمت واقعی	۰/۰۶۲	۲
بند ۷	اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	۱۵. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عمکرد	۰/۰۶۳۷	۲
		۱۶. به‌کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات	۰/۰۶۴۱	۱
		۱۷. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم	۰/۰۵۶	۳

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

یافته‌های حاصل از اولویت‌بندی مداخلات (مرحله سوم)

برای اولویت‌بندی مداخلات به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت از تکنیک آنتروپی شانون استفاده شد. ۱۷ مداخله که در مرحله پیش ضرورت آن‌ها توسط خبرگان تأیید شد، وارد پرسشنامه اصلی شده و براساس امتیازات و وزن‌های داده‌شده اولویت‌بندی شدند. همانطور که یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد به‌منظور همگانی‌ساختن بیمه پایه درمان (بند۱) چهار مداخله حاصل شده است که از بین آن‌ها مداخله " افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه کردن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی" با امتیاز مطلق کل ۰/۰۶۷ در رتبه اول قرار دارد. در مورد بند۲ سیاست‌های ابلاغی، دو مداخله مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت مداخله " حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های 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 تأیید شد که در بین آن‌ها مداخله " تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی" با میانگین امتیاز ۰/۰۶۵ در اولویت اول قرار گرفت. به‌منظور دستیابی به بند۴ توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت سه مداخله از دیدگاه خبرگان مورد تأیید قرار گرفت که در بین آن‌ها مداخله " به‌کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت" رتبه اول را با میانگین امتیاز مطلق کل ۰/۰۵۶ به‌دست آورد. در مورد بند۵ تنها یک مداخله تحت عنوان " به‌کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی‌شدن بازار بیمه‌های تکمیلی" به‌دست آمد. برای دستیابی به بند۶ سیاست‌های ابلاغی دو مداخله مورد بررسی قرار گرفت که در این بین مداخله " اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع" با امتیاز کل ۰/۰۶۳ در اولویت اول قرار گرفت. در نهایت درمورد بند۷ سیاست‌های مقام معظم رهبری به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت ۳ مداخله از دیدگاه خبرگان ضرورت داشت که پس از امتیازدهی و تعیین وزن مداخله " اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع" با امتیاز ۰/۰۶۴۱ در اولویت اول قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

پس از انجام چهار مرحله در نهایت ۲۳ مداخله براساس ۷ بند به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت به‌دست آمد. در مطالعه حاضر و به‌منظور دستیابی به پوشش همگانی مداخلات به‌ترتیب اولویت شامل "افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی"، "تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت"، "اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع" و "وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان" می‌باشند. براساس تعریف سازمان جهانی سلامت، پوشش همگانی به‌عنوان دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ترویج، پیشگیری، درمان و توانبخشی و در سطح هزینه‌ای که در استطاعت افراد بوده و از این طریق عدالت در دسترسی حاصل شود[۳۷]. سازمان جهانی بهداشت بیمه سلامت را به‌عنوان یک ابزار اصلی به‌منظور دسترسی به پوشش همگانی جمعیت در نظر گرفته است[۳۸]. در مورد پوشش همگانی سلامت در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور به‌طور مداوم تأکید شده است. یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایرانیان نیز تحقق این هدف مهم بوده است که به‌نظر می‌رسد با اجرای مداخلات حاصل شده در این مطالعه می‌توان به این هدف دست یافت. در مستند ارائه‌شده توسط دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت که با هدف استقرار چارچوب سیاست‌های کلی سلامت انجام گرفت، افزایش پوشش مؤثر به‌عنوان یک استراتژی یا سیاست به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در نظر گرفته شده بود که هم‌سو با مطالعه حاضر می‌باشد. البته به‌نظر می‌رسد یکی از راه‌های رسیدن به افزایش پوشش مؤثر استفاده از نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان باشد که به‌عنوان یک زیرساخت مهم می‌تواند به‌منظور یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی به‌کار گرفته شود. در مطالعه انجام شده توسط صدیقی و همکاران در سال ۹۲، اجرای کامل طرح پزشک خانواده به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه در ایران در نظر گرفته شد.

در مطالعه صورت گرفته توسط ابراهیمی‌پور یافته‌ها نشان داد که اطلاعات جمعیتی یکی از بخش‌های مهم و مورد نیاز سیاست‌گذاران است و می‌تواند در جهت هدف‌گذاری و ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در کشور تایلند

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

به‌منظور ایجاد پوشش همگانی از یک بانک جامع اطلاعاتی استفاده شد که در آن اطلاعات افراد در مورد درآمد، مالیات و سهم بیمه‌ای ثبت شد[۳۹].

سازمان بهداشت جهانی ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها دانسته است[۴۰]. چندپارگی صندوق‌ها 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 محدودتر خواهد بود[۴۱]. در مطالعه مقدسی و همکاران، بزرگترین چالش نظام بیمه درمانی کشور، غلبه بر مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در کشور عنوان شده بود که این مشکلات در ابعاد سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و تأمین منابع مالی می‌باشد که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین در این مطالعه بیش از ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان را قابل اجرا دانسته بودند[۷].

به‌منظور پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان (بند دوم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی" و "اصلاح قراردادهای خرید خدمات" می‌باشند. در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی که مردم پرداخت می‌کنند، ۳/۵ تا ۴ درصد مردم و خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن[1] شده و مجبور به فروش لوازم منزل و سایر مسایل و معضلات می‌شوند و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند[۸، ۴۲].

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

به‌منظور پوشش ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه‌تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف (بند سوم) مداخلات به‌ترتیب 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 ارائه‌دهندگان موفق باشند. در مطالعه ملکی و همکاران داشتن استانداردها توسط سازمان‌های بیمه‌ای به‌منظور 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 نسبتا زیادی است[۷]. همچنین در کشور آمریکا نیز تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد به‌عنوان بهترین راه حل به‌منظور حل مشکلات نظام بیمه درمانی در گذشته مطرح شده بود[۴۳].

به‌منظور تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی (بند چهارم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل " به‌کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت"، "طراحی و تدوین راهنماهای بالینی مناسب به‌منظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان" و " تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع" می‌باشند. پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت بیمه‌های پایه دارای نقاط ضعف فراوانی از جمله ناهمگونی در سیاست‌ها و عملکرد، سلامت‌نگر 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.

1. Catastrophic health expenditure

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

در کشورهای مختلف به‌منظور ارائه خدمات و استفاده منطقی منابع دچار مشکلاتی می‌باشند که به‌منظور غلبه بر آن‌ها ارزیابی تکنولوژی‌های ارائه شده در این بخش را مد نظر قرار داده‌اند. سیاست‌گذاران نظام سلامت قبل از هر چیز باید در مورد مناسب بودن یا نبودن تکنولوژی برای بیماران تصمیم‌گیری نمایند و سپس آن را توسط بیمه‌ها 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 نظام‌مند عنوان شده بود. عدم استفاده از روش‌های ارزیابی فناوری‌های سلامت به‌طور چشم‌گیری باعث افزایش هزینه‌های سلامت خواهد شد[۴۵, ۴۶]. در مطالعه صورت گرفته توسط رئیسی و همکاران نشان داد که به‌منظور ارتقای بیمه‌های سلامت نیاز به تدوین بسته‌های بیمه پایه سلامت و شفاف‌سازی مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل است[۸]. همچنین در مطالعه ملکی و همکاران در سال ۸۹ عدم وجود بسته خدمتی پایه به‌عنوان یکی از مشکلات اساسی نظام بیمه‌ای کشور عنوان شده بود[۹]. در تدوین بسته‌های خدمات پایه باید مواردی همچون تعریف دقیق بسته‌های بهداشتی، استفاده از افراد خبره در تعیین بسته، وجود نظارت بر کیفیت بسته پایه خدمات و ایجاد بستر قانونی به‌منظور تعیین بسته‌های پایه توجه شود. در برخی کشورها تنها یک بسته خدمتی تعیین شده درحالی‌که در برخی دیگر از کشورها هم یک بسته خدمتی پایه و یک بسته خدمتی برای هزینه‌های کمرشکن در نظر گرفته شده است. به نظر می‌رسد در ایران تعیین بسته‌های پایه براساس گروه‌های هدف راهکار مناسب به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت باشد. مطالعات نشان می‌دهد به‌منظور تدوین بسته‌های پایه در ایران باید از روش‌هایی همچون سیاست‌گذاری آموزشی، آموزش متخصصین و استفاده از دانش مشاوران خارجی استفاده کرد[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 یافته‌اند[۱۳, ۴۷, ۴۸].

به‌منظور تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی (بند پنجم) تنها مداخله "به‌کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی‌شدن بازار بیمه‌های تکمیلی" مورد تأیید قرار گرفت. وضع قوانین و مقررات تنها در اختیار دولت است که می‌تواند بر رفتار سازمان‌های بهداشتی و درمانی اثرگذار باشد. به‌نظر می‌رسد وضع قوانین و مقرارت جامع، موردی و کاربردی که از جامعیت کافی برخوردار باشد و به سمتی حرکت کند که بیشتر مسئولیت‌های اجتماعی را متوجه سازمان‌های بیمه‌ای کند، می‌تواند در جهت توسعه بیمه‌های تکمیلی اثرگذار واقع شود.

به‌منظور تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد (بند ششم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع" و "تعیین تعرفه‌های خدمات سلامت براساس قیمت واقعی" می‌باشند. یکی از عوامل تعیین‌کننده در ارائه مناسب خدمات، تعرفه واقعی خدمات است. از جمله مشکلات اساسی در این زمینه می‌توان به تفاوت تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی اشاره نمود. تعرفه بخش دولتی توسط شورای عالی بیمه و بخش خصوصی توسط سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود. به‌نظر می‌رسد هماهنگی بین تعرفه و میزان پرداخت سازمان‌های بیمه به ارائه‌دهندگان امری ضروری باشد[۴۹]. در مطالعه انجام شده توسط رئیسی و همکاران در سال ۹۲، یافته‌ها نشان داد مشکلات مربوط به تعرفه و عدم ارتباط صحیح بین سازمان‌های بیمه‌گر به‌عنوان یکی از ضعف‌های اصلی بیمه‌های سلامت می‌باشد[۸]. مطالعه صدیقی و همکاران در سال ۹۲ نشان داد وجود نظام تعرفه‌گذاری واقعی خدمات به‌طور معناداری بر استقرار بیمه‌های پایه اثرگذار خواهد بود[۳۴]. تعرفه‌های واقعی باید براساس هزینه خدمت محاسبه شود، حال آنکه در قانون بیمه همگانی ایران یکی از عوامل اصلی در تعیین تعرفه‌ها، میزان سرانه یا حق بیمه است، درحالی‌که باید این رابطه به‌طور عکس باشد[۵۰]. این مسئله یکی از عوامل اصلی در ایجاد تعرفه‌های غیرواقعی در ایران است. تعرفه غیرواقعی باعث ایجاد تقاضای القایی و همچنین گسترش زیرمیزی و در نهایت افزایش پرداخت مستقیم از جیب خواهد شد[۹].

به‌منظور اصلاح نظام پرداخت (بند هفتم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "به‌کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

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" می‌باشند. وجود سیستم پرداخت مناسب به ارائه‌دهندگان خدمات و ارائه یک الگوی پرداخت مناسب می‌تواند کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات را مناسب سازد[۵۱]، بنابراین نظام پرداخت تأثیر زیادی بر تصمیم‌گیری‌های درمانی ارائه‌دهندگان و کارایی و عدالت نظام بهداشت و درمان خواهد داشت[۵۲]. در ایران نظام پرداخت توسط بیمه‌ها به دو صورت کارانه برای بخش‌های بستری و پرداخت موردی برای سرپایی می‌باشد که این دو روش ارائه‌دهندگان را به ارائه خدمات بیشتر تشویق می‌کند[۹]. یافته‌های مطالعه صدیقی و همکاران حاکی از آن است که از نظر تأمین مالی، ارائه سازوکارهای پرداخت مناسب با ارائه‌دهندگان می‌تواند بر ارتقای استقرار بیمه‌های پایه بهداشتی بیافزاید[۳۴]. در مطالعه صورت گرفته توسط زارع و همکاران، یافته‌ها نشان می‌دهد که استفاده تنها از نظام پرداخت سرانه به علت پسرونده بودن مناسب نیست و استفاده از این نظام پرداخت در کنار استفاده از سایر نظام‌ها توصیه شده است[۱]. افزایش هزینه‌ها و رویکرد غیر از سلامت‌نگری نظام پرداخت در ایران مشکلات زیادی را برای پوشش همگانی و نظام بیمه‌ای کشور ایجاد کرده است. در مطالعه ملکی و همکاران روش پرداخت سرانه به‌منظور پرداخت به ارائه‌دهندگان پیشنهاد شده است، هرچند این روش به‌تنهایی تأثیر منفی بر کیفیت ارائه خدمات بر جای خواهد گذاشت[۹]. از روش پرداخت سرانه در کشورهایی نظیر برزیل و تایلند استفاده شده است.

در مطالعه حاضر پرداخت مبتنی بر عملکرد به‌عنوان یکی از روش‌های پرداخت مناسب جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت مدنظر 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 روش‌های دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد و در کشورهایی مانند انگلستان، آمریکا و ترکیه به‌کار گرفته شده است[۵۴]. از آنجایی که در این روش حق‌الزحمه دریافتی تا حد زیادی متاثر از حجم فعالیت و با توجه ویژه به کیفیت خدمات ارائه شده می‌باشد[۵۵]، به‌نظر می‌رسد می‌توان از آن به‌عنوان یک نظام پرداخت مناسب استفاده کرد.

استقرار پوشش همگانی سلامت، نیازمند تعامل و ارتباط همه‌جانبه بین سازمان‌های ذی‌نفع با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی است که در این بین نقش وزارت رفاه، کار و تأمین اجتماعی نسبت به سایر سازمان‌ها بیشتر و ضروری‌تر خواهد بود. بانک اطلاعات جامع و تبادل الکترونیک اسناد به‌عنوان زیرساخت‌های اساسی مورد نیاز نظام بیمه‌های درمانی می‌باشد. با ایجاد آن‌ها می‌توان میزان دقیق پوشش بیمه‌ای کشور را تعیین نمود و از اتلاف منابع جلوگیری کرد و سیاست‌گذاران با شناخت افراد فاقد بیمه می‌توانند در تصمیم‌گیری‌های سیاستی بهترین گزینه را انتخاب نمایند. تشکیل کارگروهی ویژه به‌منظور ایجاد نظام تعرفه‌گذاری با مشارکت تمامی سازمان‌های ذی‌نفع می‌تواند در جهت توسعه بیمه‌های سلامت راهکار مناسبی باشد.

ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه‌دهندگان به‌طوری‌که باعث افزایش کیفیت خدمات توسط ارائه‌دهندگان شده و از ارائه خدمات اضافی و تقاضای القایی جلوگیری کند، می‌تواند به‌عنوان یکی از مداخلات اساسی در جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت مؤثر واقع شود.

ایجاد فرهنگ مناسب و اطلاع‌رسانی به جامعه در مورد اثرات و مزایای استفاده از پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌تواند به پوشش همگانی سلامت و در نهایت توسعه بیمه‌های سلامت در راستای دستیابی به سیاست‌های کلی سلامت اثرگذار باشد.

در نهایت ایجاد کارگروه ویژه و متخصص به‌منظور تدوین بسته خدمات پایه براساس گروه‌های هدف باید مد نظر سیاست‌گذاران قرار گیرد. تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران باید در تدوین بسته خدمات پایه همه گروه‌های 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 شودکه برای این کار می‌توان از روش‌های ارزیابی فناوری های سلامت استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش به سفارش و حمایت مالی فرهنگستان علوم پزشکی جمهوری اسلامی ایران تهیه و تنظیم گردیده است.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

Designing The Operational Framework for Development of Health Insurances on the basis of the Health Policies (Article 9) issued by the Supreme Leader

Farhad Habibi Nodeh[1,2] , Alireza Olyaeemanesh[3*], Mohammadreza Mobinizadeh[4], Zahra Goudarzi[5], Seyed Moussa Tabatabaei[6], Efat Mohammadi[7]

Abstract

Introduction: The most important goals of health insurance are to achive Universal Health Coverage (UHC), increase health financing risk protection and fair financial contribution. Therefore, the present study aimed to identifying and prioritizing interventions in order to achieve the upstrime policies to development of health insurance, in 2017.

Method: This study was conducted in two phases and four stages. Initially, qualitative and quantitative health insurance interventions were identified by reviewing the sources and relevant documents and regulations. In the second stage, for the purpose of categorizing and agreeing on the solutions the expert panel was used. In the third stage, necessitated the existence of each of the factors using a self-made questionnaire was evaluated by using the CVR technique. In the fourth stage, the interventions were prioritized using Shannon entropy technique and Simple Additive Weighting (SAW).

Results: The most important prioritized interventions based on the line 7 in Article 9 of the upstrime policy were as follow: to increase the effective services coverage by insuring non-insured individuals and insuring foreigners, supporting patients with rare illness with cooperation of the welfare organization, the establishment of standards and guidelines for the provision of services by basic and supplementary insurance, using the health technology assessment in development of health services benefit package, using rules and regulations for creat the competitive market of supplementary insurance, the modification of the relative value of services through the stakeholders and the introduction of a mix payment system (per capita and rewards) at the first level of service delivery.

Conclusion: In order to implement the proposed interventions in order to achive UHC, this requires a comprehensive interaction between all of stakeholders and Ministry of Health and Medical Education; hence this recommendation will be proposed: creating a comprehensive database and health information system as basic infrastructure, developing a uniqe instruction to pay for providers in order to increase the quality of services and preventing induced demand and finally, the creation of a specialist and expert working group should be considered by policymakers in order to developa basic benefit package based on target groups.

Keywords: Health Insurance, Health Policy, Intersectional Framework

---

1. Ph.D in Health Services Management, Dep. of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
2. Human Resources Manager, Bazarganan Hospital, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, National Institute for Health Research and Health Equity Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Correspondiung Author*).

   * Corresponding Author: Associate Professor, National Institute of Health Research and Health Justice Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. Assistant Professor, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
6. Deputy of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.
7. Ph.D in Health Policy, Health Equity Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

منابع

1. Vand rajabpour m, Comparative study of public health insurance systems in selected countries and presenting a model for Iran. Islamic Azad university; 1998.
2. Baroni M, comparative study of methods of financing health insurance in selected countries and presenting a model for Iran. Tehran University of Medical Sciences; 2004.
3. Hajizade M. Health economy. Tehran: Jameenegar Publication; 2008.
4. Doherty J. Social Health Insurance. . South Africa: Health Systems Trust; 2000.
5. Colombo F. Private Health Insurance in Ireland: A Case Study. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004.
6. Crystal S. Out-of-pocket health care costs among older Americans. Journal of Gerontology: Social Sciences 2000; 55(1): p. S5I-S62.
7. Moghaddasi H.. Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. Journal of Health Administration 2011; 14(44): p. 71-80.
8. Mohamadi E, Raeisi AR, Nuhi M. Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study. Health Information Management 2013; 10(2): 7-10.
9. Maleki MR, Ibrahimipour H, Karimi I, Gohari MR. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. Payesh 2010; 9(2): 173-187. [In Persian]
10. Schieber G, Klingen N. Health financing reform in Iran: principles and possible next steps. in Social Security Research Institute Health Economic Congress, Tehran, Islamic Republic of Iran; 1999.
11. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. Health affairs 2005; 24(6): 1467-1476.
12. Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development . Bulletin of the World Health Organization 2004 82(10): 750-756.
13. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. Health Affairs 2007 26(4): 999-1008.
14. Dehnavieh R. Information Criteria for Basic Health Insurance Package in Iran from Health Insurance Organizationâ€™ s View. Health Information Management 2010; 7(2): 109-118.
15. comparative study of the position of supplementary insurances for medical services in other countries (the amount of coverage, fees and service package) and providing a model for Iran. Health Insurance Organization, 2014.
16. Guindo LA. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2012; 10(1): 9.
17. Ekman B. Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. Health policy 2007; 83(2): 304-313.
18. Galárraga O. 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: 12.
19. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in nursing & health 2006; 29(5): 489-497.
20. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity1. Personnel psychology 1975; 28(4): 563-575.
21. Newman I, Lim J , Pineda F. 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.
22. Shahab Jahanloo A, Step by step guide on medical and health research. 1 ed ed. Tehran: Darya; 2011.
23. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurmentS in Health Applied Researches. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences 2015; 13(12): 1153-1170.
24. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. The American journal of medicine 2006; 119(2): 166. e7-166. e16.
25. DeVon HA. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. Journal of Nursing scholarship 2007; 39(2): 155-164.
26. Social, S.B.R.R.V.R.V.T. Strategic Program of the Ministry of Welfare and Social Security. Tehran: Atiyeh Musical Cultural Institute: Tehran.; 2008.
27. Davari M., Haycox A, Walley T. The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. Iranian journal of public health 2012; 41(9): 1.
28. 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. Tehran University Of Medical Sciences; 2016.
29. Wang H. Health insurance handbook: how to make it work. Vol. 219 World Bank Publications; 2012.
30. Zurn P, Adams O. A Framework For Purchasing Health Care Labor. Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper; 2004. 31597.
31. Sedigi Somayeh, Hossam Somayeh, and M.M., Effective components in the establishment of basic health insurance in Iran. Health Management 2013; 9(4):7-19 p.
32. Pitayarangsarit S. The introduction of the universal coverage of health care in Thailand: Policy responses. London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2005.
33. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. World Health Organization; 2008.
34. Law of the Fifth Economic, Social and Cultural Islamic Republic of Iran; 2010.
35. world health organization, Health system financing: the path to

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]

universal coverage. Geneva: World health report; 2010.

36. Ebrahimipoor H, Design Model for Public Health Insurance, in School of management and Medical information science. Iran University of Medical sciences; 2007.
37. World Health Report, Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
38. Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. International Social Security Review 2002; 55: 57-69.
39. Health Policy Research Center. Ten Problems and Ten Solutions for health system of Iran; 2010.
40. Information Systems and Healthcare enterprises. USA: IGI Publishing: USA; 2008.
41. Park SH. Evidence-based decisionmaking and health technology assessment in South Korea. Value Health 2008; 11: 163-164.
42. Palesh M. Diffusion of magnetic resonance imaging in Iran. Int J Technol Assess Health Care 2007; 23(2): 278-285.
43. Palesh MTC, 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): 1-10.
44. Bitran RM.J, Aguad P, Navarrete M, Ubilla G. Equity in the financing of social security for health in Chile. Health Policy 2000; i(3): 171-196.
45. Moon S. Performance of universal health insurance: lessons from South Korea. . Health Care Quarterly; 2007: p. 116 -30.
46. Dehnavieh R. Design model of Basis Health Insurance Package for Iran, in School of management and medical Information science. Iran Univesity of Medical Sciences; 2007.
47. Dehkordi, N.D., Universal insurance of medical services from the point of view of law, ed. CH. First, 2005, Medical Services Insurance Organization: Scientific and Cultural Publications Company.
48. Khalegh nejad A, Karimi M, Maleki MR. The Position of Health Insurance in Social Security system. Tehran: Social Security Research Institute; 2001.
49. Pauly M. Insurance reimbursement. Handbook of health economics. Amsterdam AJ Culyer and JP Newhouse; 2000.
50. Bitran R. A review of health care provider payment reform in selected countries in Asia and Latin America. Major. Bethseda: Maryland, Partnerships for Health Reform, Abt Associates; 1998.
51. Molavi Verdkejani H. 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): 379-389.
52. Kondo K. KImplementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. Journal of General Internal Medicine 2016; 31(1): 61-69.

[Downloaded from ijhp.ir on 2026-11-17]