نشریه علمی‌پژوهشی فرهنگستان علوم پزشکی
سال دوم، شماره سوم، پاییز ۹۷، صفحات ۲۹۹ تا ۳۰۶

شناسایی و اولویت‌بندی راهکارهای توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی، موضوع بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری

نویسندگان:
وحید راثی[1*]، شهرام غفاری[2]، امیرعباس فضائلی[3]، فرنوش عزیزی[4]، فرزانه دوستی[5]

چکیده

مقدمه: سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری مبنای هرگونه اصلاح در نظام سلامت و نظام بیمه‌های بهداشتی درمانی است. از این رو، این مطالعه با هدف شناسایی و اولویت‌بندی راهکارهای عملی دستیابی به اهداف بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت یعنی توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی طراحی و اجرا شد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر از نوع مطالعات ترکیبی می باشد که به روش کمی و کیفی در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. مطالعه در دو مرحله انجام پذیرفت. در مرحله اول با مرور متون و بررسی اسناد بالادستی، مداخلات مختلف در راستای توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی استخراج شد. در مرحله بعدی و براساس یافته‌های حاصل از مرور متون، جلسه پانل خبرگان برگزار شد و نظرات خبرگان در مورد مداخلات اخذ گردید. در نهایت، مداخلات بر اساس نظرات خبرگان دسته‌بندی و اولویت‌بندی شدند.

یافته‌ها: براساس یافته‌های مطالعه، برای دستیابی به اهداف بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت در مجموع ۳۴ مداخله توسط صاحب‌نظران انتخاب شد که بایستی در طول ۵ سال آینده مورد توجه قرار گیرند. از مهم‌ترین این مداخلات می توان به تدوین بسته پایه خدمات واحد برای بهره‌مندی آحاد مردم از بیمه اجباری، ایجاد نظام بیمه‌ای مستقل جهت خرید خدمات، پیاده‌سازی سند نظام تأمین اجتماعی چند لایه، ایجاد منابع مالی پایدار برای بیمه‌ها، باز تعریف نظام پرداخت متناسب با سطوح مختلف و ... اشاره کرد.

نتیجه‌گیری: توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی در وهله اول نیازمند ایجاد بانک اطلاعاتی جامع و منسجم از کلیه بیمه‌شدگان است. اصلاح نظام‌های پرداخت و تدوین بسته‌های پایه و مکمل نیز می تواند در راستای بهبود وضعیت بیمه‌ها کمک‌کننده باشد. رسیدن به این اهداف، نیازمند تعامل هر چه بیشتر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌باشد.

کلید واژه: برنامه‌ریزی بهداشتی، بیمه بهداشت و درمان، سیاست بهداشت

۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ایران. نویسنده مسئول (vahidrasi65@gmail.com)
۲. دکترای اقتصاد سلامت، رئیس موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، تهران، ایران
۳. دکترای اقتصاد سلامت، رئیس گروه اقتصاد درمان، معاونت درمان، سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ایران
۴. کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه اقتصاد درمان، معاونت درمان، سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ایران
۵. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

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

مقدمه

سلامت یکی از مهم‌ترین ارکان رشد و تعالی جوامع بشری است و سیستم سلامت هر کشوری یکی از سنگ بناهای مهم توسعه اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی آن کشور به‌حساب می‌آید. به همین دلیل اکثر دولت‌ها، اصلاح ساختار سلامت و بهبود و توسعه سیستم‌های سلامت را جزء اولویت‌های اصلی خود قرار می‌دهند. در دهه‌های اخیر و با ورود تکنولوژی‌های جدید، سبک زندگی افراد و به تبع آن الگو و بار بیماری‌ها دستخوش تغییر شده است. از طرفی ورود فناوری‌های جدید و پرهزینه در عرصه سلامت و افزایش انتظارات افراد جامعه، دولت‌ها و سازمان‌ها را در ارائه خدمات سلامت برای آحاد جامعه دچار چالش کرده است. این امر با توجه به محدودیت منابع مالی دولت‌ها و سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات سلامت دوچندان شده است(۱، ۲). کشورها هر از چند گاهی در مواجهه با این شرایط و با توجه به چالش‌های موجود و پیش روی نظام سلامت و با نگاه به اهداف وکارکردهای نظام سلامت خود، به اصلاح نظام سلامت از ابعاد مختلف می‌پردازند. اصلاح نظام سلامت برای استمرار و تداوم پاسخگویی به نیازهای سلامت جوامع با توجه به پیشرفت فناوری‌ها و تغییرات صورت گرفته در سبک زندگی و الگوی بیماری‌های افراد جامعه امری ضروری به نظر می‌رسد(۳).

در ایران و در راستای بهبود عملکرد نظام سلامت و افزایش کارایی، طی چندین دهه اصلاحاتی در بخش‌های مختلف سیستم سلامت صورت گرفته است که در این بین می‌توان به طرح اصلاح شبکه بهداشت، طرح ادغام آموزش پزشکی در بیمارستان‌ها، طرح خودگردانی بیمارستان‌ها، استقرار نظام پزشک خانواده، طرح تحول سلامت و ... اشاره کرد(۴). آنچه دراین‌بین مشهود به نظر می‌رسید، عدم وجود یک خط‌مشی کلی و خطوط راهنما در حوزه سلامت بود. به همین منظور اوایل سال ۱۳۹۳ رهبر معظم انقلاب، سیاست‌های کلی سلامت را در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی و با مشورت مجمع تشخیص مصلحت نظام در ۱۴ بند ابلاغ فرمودند که چراغ راه برنامه ششم توسعه اقتصادی و اجتماعی، برنامه طرح تحول سلامت و سایر برنامه‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت آتی کشور در حوزه سلامت خواهد بود(۵).

توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی

سیاست‌های کلی نظام سلامت مبنای هرگونه اصلاح در نظام سلامت و نظام بیمه‌های درمانی بوده و با ابلاغ این سیاست‌ها، استنادهای قوانین قبلی در موارد مغایر با این سیاست‌ها، منتفی می‌شوند. سیاست‌های کلی سلامت یک بسته منسجم و یکپارچه است و نمی‌توان بخشی از آن را اجرا و بخش دیگر را رها کرد. بنابراین، پیش‌شرط هرگونه توافق بین طرف‌های ذینفع باید پایبندی به همه بندها و اجزای این سیاست‌ها و رعایت دقیق ادبیات حاکم بر آن باشد. بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بر توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی تأکید دارد. رسیدن به این هدف مهم مستلزم داشتن برنامه‌ای منسجم و دقیق است. بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت از ۷ ماده تشکیل شده است و شامل موارد زیر می‌باشد: ۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان. 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. 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 لازم برخوردار باشد. ۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان. ۵- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی. ۶- تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش‌افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی. ۷- اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم(۵).

بیمه‌های بهداشتی درمانی در ایران به اشکال مختلفی ارائه می‌شود. مهم‌ترین سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات بیمه سلامت در کشور عبارتند از: سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی کشور، بیمه درمانی نیروهای مسلح، بیمه کمیته امداد امام

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

خمینی و سایر صندوق‌های بیمه ای کوچک. هر کدام از این سازمان‌های بیمه گر سیاست‌ها و رویکردهای مختلفی را در قبال سیاست‌های بیمه ای کشور اعمال می‌کنند. بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت درصدد تدوین سیاست‌های یکپارچه و منسجمی در زمینه تولیت، تأمین مالی و ... برای سازمان‌های بیمه‌گر کشور است. برای رسیدن به اهداف ذکر شده در بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت و با توجه به تعدد سازمان‌های بیمه‌گر در کشور، تدوین برنامه‌های اجرایی مشخص در این زمینه می تواند چارچوب معینی را برای سیاست‌گذاری‌های بیمه ای کشور مشخص سازد. به همین منظور مطالعه حاضر با هدف تدوین راهکارهای عملی و اجرایی پیاده‌سازی بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری طراحی و اجرا شد.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات ترکیبی بود که به روش کمی و کیفی در سال ۱۳۹۶ انجام گرفت. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه سیاست‌گذاران و صاحب‌نظران حوزه بیمه سلامت بودند. مطالعه در دو مرحله انجام گرفت. در مرحله اول با مرور متون و بررسی اسناد بالادستی از قبیل برنامه ششم توسعه، سند چشم‌انداز بیست ساله کشور، اسناد و قوانین بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی و ... ، شاخص‌های رصد کلان و مداخلات مختلف در راستای توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی استخراج شد. در مرحله بعدی و بر اساس یافته‌های حاصل از مرور متون، جلسه پانل کارشناسی براساس متد مطالعات کیفی برگزار شد و نظرات خبرگان در مورد مداخلات اخذ گردید. جلسه پنل خبرگان در طی دو جلسه ۳ ساعته در زمینه مداخلات ضروری جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی برگزار شد. قبل از شروع جلسه یافته‌های حاصل از مرور متون و هدف از برگزاری جلسه برای افراد شرح داده شد. افراد حاضر در جلسه به صورت نمونه‌گیری هدفمند و براساس معیار داشتن تخصص و اطلاعات کافی در زمینه بیمه‌های سلامت انتخاب شدند. در پایان جلسات مداخلات براساس نظرات خبرگان دسته‌بندی و اولویت‌بندی شدند.

یافته‌ها

براساس یافته‌های حاصل از مرور متون و جلسات پانل خبرگان، مداخلات و راهکارهای نهایی توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی که به عنوان راهکارهای ۵ ساله جهت بهبود وضعیت بیمه‌ها ذکر گردیده به تفکیک زیربندهای بند ۹ بیان شده است (جدول ۱).

بحث

در این مطالعه در مجموع ۳۴ مداخله جهت دستیابی به اهداف بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت تدوین شد. از نظر خبرگان، در بخش مربوط به مداخلات و راهکارهای توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی و در راستای همگانی ساختن بیمه پایه درمان(بند ۹-۱) بایستی مداخلاتی از قبیل؛ "تدوین بسته پایه خدمات واحد برای بهره‌مندی آحاد مردم از بیمه اجباری"، "طراحی نظام مشارکت مالی یکسان برای بسته پایه"، "اجباری کردن بیمه پایه برای آحاد مردم" و "ایجاد پایگاه اطلاعاتی یکپارچه از کلیه بیمه شدگان" در بلندمدت انجام شود. از نظر خبرگان شرکت‌کننده در این مطالعه، وضعیت فعلی صندوق‌های بیمه ای کارایی و اثربخشی لازم را ندارد و بایستی با یک رویکرد واحد اقدام به طراحی بسته خدمات پایه یکسان کرد. این کار می تواند در یک ساختار بیمه‌ای واحد انجام شود یا می تواند در سه ساختار مجزای بیمه‌ای کشور؛ یعنی بیمه تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایرانیان و بیمه نیروهای مسلح صورت پذیرد و همه آحاد مردم در هر حالتی تحت پوشش یکی از این سه نوع بیمه باشند و هیچ فردی بدون چتر حمایتی بیمه نباشد. همچنین یارانه دولت باید متناسب با مشارکت مالی عادلانه توزیع گردد. برای به حداکثر رساندن پوشش مؤثر بیمه، باید تمامی آحاد جامعه از بسته پایه و نیازهای اولیه یکسان تحت لوای بیمه‌های اجباری برخوردار باشند. سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۱۰ خود، به نقش اساسی بیمه‌های سلامت در پوشش همگانی تأکید می کند(۶). صدیقی و همکاران نیز در مطالعه خود با عنوان "مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران" به این نتیجه رسیدند که عواملی همچون پوشش اجباری جمعیت، تعریف دقیق بسته خدمات پایه، ایجاد بانک اطلاعاتی از کلیه بیمه شدگان و ... می‌تواند گامی مثبت در جهت

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

جدول ۱ ـ مداخلات و راهکارهای نهایی توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی

توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی	مداخلات پیشنهادی
همگانی ساختن بیمه پایه درمان	- تدوین بسته پایه خدمات واحد برای بهره مندی آحاد مردم از بیمه اجباری(یا در یک ساختار واحد یا در قالب سه بیمه ایرانیان، تأمین اجتماعی و بیمه نیروهای مسلح) - طراحی نظام مشارکت مالی یکسان برای بسته پایه(یارانه دولت باید متناسب با مشارکت عادلانه باشد) - اجباری کردن بیمه پایه برای آحاد مردم - ایجاد پایگاه اطلاعاتی یکپارچه از کلیه بیمه‌شدگان
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	- به‌روزرسانی و بازتعریف بسته خدمات پایه متناسب با نیازهای مردم - -پیاده‌سازی سند نظام تأمین اجتماعی چند لایه برای توانمندسازی اقشار کم درآمد - تفکیک نیازهای پایه اورژانسی از نیازهای پایه غیراورژانسی - ایجاد منابع مالی پایدار برای بیمه‌ها - شناسایی هزینه‌های کمرشکن و فقرزا و حمایت بیمه‌ها از این قبیل هزینه‌ها - باز تعریف مجزای بیماری‌های فقرزا و صعب‌العلاج - تکیه بر توانمندی‌ها و تکنولوژی‌های داخلی برای پرهیز از نوسانات قیمتی ارز و تحریم‌ها
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 لازم برخوردار باشد	- تعریف محدوده و چارچوب ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و مکمل - پیاده‌سازی سند نظام تأمین اجتماعی چند لایه برای تعریف و استاندارد سازی بیمه‌های پایه و مکمل - ترویج بیمه‌های تکمیلی و تشویق مردم جهت استفاده از بیمه‌های تکمیلی با ارائه سوبسید توسط دولت به صورت هدفمند(برای تمام اقشار و نه فقط کارمندان) - عدم پوشش خدمات پایه سلامت توسط بیمه‌های تکمیلی - توسعه و گسترش سیستم‌های نظارت بر کیفیت خدمات بیمه‌های مکمل
تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان	- تدوین بسته خدمات پایه توسط وزارت بهداشت متناسب با منابع بیمه‌ها و با به‌کارگیری روش‌های علمی (راهنماهای بالینی و ...) - تدوین استانداردهای ارائه خدمات توسط وزارت بهداشت و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه‌شده (پزشک، بیمارستان و ...) -ایجاد نظام بیمه‌ای مستقل جهت خرید خدمات (استقلال نظام بیمه‌ای) -طراحی الگوی کاربردی خرید راهبردی خدمات توسط بیمه‌ها و با مشارکت کلیه سازمان‌های ذی‌نفع - ایجاد نظام اطلاعاتی یکپارچه جهت بررسی رفتار مصرف‌کننده و ارائه‌کننده خدمات سلامت
تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی	-شفاف‌سازی و تسهیل قوانین و مقررات جهت ورود به بازار بیمه سلامت -ایجاد زیرساخت‌های لازم جهت تسهیل رقابت سالم در بازار بیمه‌های سلامت و جلوگیری از ایجاد انحصار در آن -ایجاد نظام یکپارچه اطلاعاتی برای کلیه بیمه‌های مکمل - ایجاد پایگاهی جهت شفاف‌سازی قیمت و بسته‌های خدمات بیمه‌های تکمیلی و اطلاع‌رسانی آن برای عموم مردم
تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی	-ارائه الگوی بومی تعرفه گذاری خدمات با توجه به سیستم تأمین مالی خدمات در نظام سلامت کشور -تعریف تعرفه‌ها متناسب با منابع مالی - محاسبه قیمت تمام شده خدمات بالینی در جهت واقعی کردن تعرفه‌ها - یکسان‌سازی یا کاهش فاصله تعرفه‌های خدمات در بخش خصوصی و دولتی (به‌تدریج و نه به یکباره)
اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارآیی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	-باز تعریف نظام پرداخت متناسب با سطوح مختلف: - بیمارستان: پرداخت DRG با سقف بودجه مشخص - پزشکان خانواده: سرانه و پاداش - پزشکان سطح ۲ و ۳ : FFs با چانه زنی و تعیین سقف بودجه‌ای متناسب با منابع -اصلاح و تقویت سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد با رویکرد توجه توامان به کمیت و کیفیت ارائه خدمات سلامت -ایجاد سامانه یکپارچه ثبت اطلاعات درآمدی کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت - تعریف نظام مالیات بر درآمد و رعایت عدالت بین رشته‌ای - نهادینه کردن استانداردهای اعتباربخشی و حمایت از ایجاد نهادهای مستقل اعتباربخشی در جهت ارتقای کیفیت خدمات

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

همگانی ساختن بیمه پایه درمان باشد(۷). سالاریان‌زاده و همکاران در مطالعه خود در زمینه "بررسی وضعیت بیمه‌های اجتماعی در کشورهای درحال‌توسعه"، به این نتیجه رسیدند که در بعد جمعیتی، پوشش اجباری خدمات پایه سلامت برای تمام افراد جامعه، یکی از راه‌های مؤثر در رسیدن به پوشش همگانی می‌باشد(۸). ملکی و همکاران در مطالعه خود با عنوان چالش‌های بیمه همگانی پایدار در ایران به این نتیجه رسیدند که پوشش اجباری و تعیین بسته خدمات پایه از اصول اساسی در جهت رسیدن به پوشش همگانی بیمه سلامت می باشد(۹).

در زمینه بند ۹-۲ با عنوان 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، صاحب‌نظران مداخلاتی از قبیل؛ "به‌روزرسانی و بازتعریف بسته خدمات پایه متناسب با نیازهای مردم"، "پیاده‌سازی سند نظام تأمین اجتماعی چند لایه برای توانمندسازی اقشار کم درآمد"، "تفکیک نیازهای پایه اورژانسی از نیازهای پایه غیراورژانسی"، "ایجاد منابع مالی پایدار برای بیمه‌ها"، "شناسایی هزینه‌های کمرشکن و فقرزا و حمایت بیمه‌ها از این قبیل هزینه‌ها"، باز تعریف مجزای بیماری‌های فقرزا و صعب العلاج" و "تکیه بر توانمندی‌ها و تکنولوژی‌های داخلی برای پرهیز از نوسانات قیمتی ارز و تحریم‌ها" را عنوان راهکار تحقق این بند ارائه داده‌اند. یکی از مسائلی که همواره در نظام‌های سلامت به عنوان یک چالش جدی مطرح است، هزینه‌های سلامت و میزان پرداخت از جیب مردم برای سلامتی است(۱۰). موضوع ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه به استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه می‌پردازد. در این نظام و در لایه‌های اول، خدمات حمایتی سلامت، فقرا و نیازمندان را تحت پوشش قرار می‌دهد که این امر می تواند در راستای کاهش هزینه‌های فقرزا و کمرشکن سلامت تأثیرات مثبتی داشته باشد(۱۱، ۱۲). یوسفی نژاد و همکاران در مطالعه‌ای به شبیه‌سازی نظام مالی بیمه‌های سلامت پرداختند. نتایج این شبیه‌سازی نشان می‌دهد که با روند فعلی، منابع مالی بیمه‌های سلامت در آینده دچار مشکل خواهد شد و بیمه‌ها در پرداخت هزینه‌ها با چالش‌های جدی مواجه می شوند. بنابراین مدیران و سیاست‌گذران حوزه بیمه و سلامت، بایستی تصمیماتی را با یک رویکردی همه‌جانبه و سیستمی در جهت ایجاد منابع مالی پایدار و افزایش کارایی و اثربخشی منابع مالی بیمه‌های سلامت اتخاذ کنند(۱۳).

بند ۹-۳ سیاست‌های کلی نظام سلامت به بحث ارائه خدمات توسط بیمه‌های تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های شفاف می‌پردازد. در این زمینه صاحب‌نظران به مداخلاتی نظیر؛ "تعریف محدوده و چارچوب ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و مکمل"، "پیاده‌سازی سند نظام تأمین اجتماعی چند لایه برای تعریف و استانداردسازی بیمه‌های پایه و مکمل"، "ترویج بیمه‌های تکمیلی و تشویق مردم جهت استفاده از بیمه‌های تکمیلی با ارائه یارانه توسط دولت به صورت هدفمند (برای تمام اقشار و نه فقط کارمندان)"، "عدم پوشش خدمات پایه سلامت توسط بیمه‌های تکمیلی" و "توسعه و گسترش سیستم‌های نظارت بر کیفیت خدمات بیمه‌های مکمل" اشاره کرده‌اند. یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های مطرح شده در حوزه بیمه‌های مکمل، عدم مرزبندی صحیح بین خدمات پایه و مکمل می باشد. رئیسی و همکاران در مطالعه خود به تدوین صحیح بسته پایه و مرزبندی شفاف آن با خدمات بیمه مکمل اشاره کرده‌اند(۱۴). بیمه‌های مکمل به عنوان یکی از مؤثرترین راهکارها جهت مشارکت در تأمین هزینه‌های سیستم سلامت مطرح می باشند و با هدف پر کردن شکاف خدمتی و هزینه‌ای موجود در پوشش بیمه ای پایه، افزایش رضایت‌مندی افراد جامعه و ایجاد قدرت انتخاب برای افراد با توانایی مالی مختلف به‌وجود آمده‌اند(۱۵). در اکثر کشورها بیمه‌های مکمل پوشش بیمه‌ای فراتر از خدمات پایه دارند و خدمات پایه سلامت را پوشش نمی‌دهند. در واقع بیمه مکمل نباید به عنوان جایگزینی برای بیمه سلامت پایه در نظر گرفته شود(۱۵). ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در لایه سوم خود به بیمه‌های تکمیلی اشاره و بیان می‌کند؛ بیمه‌های تکمیلی باید در سه نوع حساب‌های انفرادی (از طریق صندوق‌های عمومی)، بیمه‌های خصوصی و بیمه‌های تجاری ساماندهی شوند. همچنین باید «حد و مرز روشن» بین تعهدات و خدمات بیمه‌های پایه و تکمیلی مشخص شود و ضوابط فعالیت بیمه‌های تکمیلی (شرایط تأسیس و فعالیت، فرم قراردادها، حقوق متقابل، تضمین‌های حقوقی و...) به‌طور واضح و روشن تعیین و ابلاغ گردد(۱۲).

بند ۹-۴ سیاست‌های کلی، به تعیین بسته خدمات جامع

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

بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای می‌پردازد. در این زمینه صاحب‌نظران به مداخلاتی نظیر؛ "تدوین بسته خدمات پایه توسط وزارت بهداشت متناسب با منابع بیمه‌ها و با به‌کارگیری روش‌های علمی (راهنماهای بالینی و ...)"، "تدوین استانداردهای ارائه خدمات توسط وزارت بهداشت و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده (پزشک، بیمارستان و ...)"، "ایجاد نظام بیمه‌ای مستقل جهت خرید خدمات (استقلال نظام بیمه‌ای)"، "طراحی الگوی کاربردی خرید راهبردی خدمات توسط بیمه‌ها و با مشارکت کلیه سازمان‌های ذی‌نفع" و "ایجاد نظام اطلاعاتی یکپارچه جهت بررسی رفتار مصرف‌کننده و ارائه‌کننده خدمات سلامت" اشاره کردند. ملکی و همکاران در مطالعه خود، عدم وجود بسته خدمتی پایه که براساس اصول علمی تعیین شده باشد را در کنار ضعف نظارت و کنترل تقاضا و ضعف سیستم‌های یکپارچه اطلاعاتی را از چالش‌های مهم نظام بیمه‌ای عنوان می‌کند(۹). رییسی در مطالعه خود به هماهنگی ضعیف بین سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز بهداشتی درمانی اشاره می کند و تدوین صحیح بسته پایه خدمات سلامت را از ضروریات یک نظام سلامت می‌داند(۱۴). همانطور که در بند ۷ سیاست‌های کلی نظام سلامت اشاره شده است، تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی و تحقق عدالت می‌تواند یکی از راه حل‌های اساسی برای مشکلات نظام بیمه‌ای باشد(۵). بدین منظور وجود نظام بیمه‌ای مستقل از سیستم وزارت بهداشت و درمان ضروری به نظر می‌رسد.

در بند ۹-۵ که به مبحث بازارهای رقابتی در بیمه‌های بهداشتی درمانی می‌پردازد، می توان مداخلاتی از قبیل؛ "شفاف‌سازی و تسهیل قوانین و مقررات جهت ورود به بازار بیمه سلامت"، "ایجاد زیرساخت‌های لازم جهت تسهیل رقابت سالم در بازار بیمه‌های سلامت و جلوگیری از ایجاد انحصار در آن، "ایجاد نظام یکپارچه اطلاعاتی برای کلیه بیمه‌های مکمل" و " ایجاد پایگاهی جهت شفاف‌سازی قیمت و بسته‌های خدمات بیمه‌های تکمیلی و اطلاع‌رسانی آن برای عموم مردم" را انجام داد. زارع و همکاران در مطالعه خود در زمینه بیمه‌های خصوصی به این نتیجه رسیدند که دولت باید در راستای تشویق بیمه‌های مکمل برای ورود به بازار، در ابتدای امر نقش حمایتی ایفا کند و سپس فقط در قامت نظارت بر آن‌ها باشد که این امر می تواند توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور انجام شود. تصویب قوانین یکپارچه کلی برای بیمه‌های تکمیلی نیز از ملزومات اولیه‌ای است که باید توسط دولت صورت پذیرد(۱۵).

بند ۹-۶ سیاست‌ها به تدوین تعرفه خدمات سلامت اشاره دارد. در زمینه تعرفه‌های خدمات درمانی، خبرگان به مداخلاتی نظیر؛ "ارائه الگوی بومی تعرفه گذاری خدمات با توجه به سیستم تأمین مالی خدمات در نظام سلامت کشور"، " تناسب تعرفه‌ها با منابع مالی"، "محاسبه قیمت تمام شده خدمات بالینی در جهت واقعی کردن تعرفه‌ها" و یکسان‌سازی یا کاهش فاصله تعرفه‌های خدمات در بخش خصوصی و دولتی (به تدریج و نه به یکباره) پرداختند. تعرفه‌گذاری خدمات یکی از بحث‌های چالشی نظام سلامت ایران می باشد. رئیسی و همکاران در مطالعه خود تعرفه‌گذاری خدمات و نحوه محاسبه تعرفه را به عنوان یکی از چالش‌های نظام سلامت عنوان کرده است(۱۴). صدیقی و همکاران در مطالعه خود تحت عنوان مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران، به این نتیجه رسیدند که یکی از مهم‌ترین الزامات موفقیت بیمه‌ها، وجود یک نظام تعرفه‌گذاری واقعی می‌باشد(۷). دشمن گیر و همکاران در مطالعه خود در زمینه چالش‌های تعرفه‌گذاری خدمات به این نتیجه رسیدند که، تبعیت از یک الگوی مشخص، وجود سیاست‌گذاری و تولیت واحد در زمینه تعرفه‌گذاری خدمات بالینی به عنوان یکی از زیر ساخت‌های لازم جهت واقعی کردن تعرفه‌ها می باشد. علاوه بر این، در این مطالعه، از ساختار و اصول تعرفه‌گذاری و نظام ثبت هزینه‌های سلامت به عنوان مهم‌ترین چالش‌های تعرفه‌گذاری نام برده شده است(۱۶).

در بند ۹-۷ که به موضوع اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد می پردازد، صاحب‌نظران به مداخلاتی همچون؛ "باز تعریف نظام پرداخت متناسب با سطوح مختلف"، "اصلاح و تقویت سیستم پرداخت مبتنی بر عملکرد با رویکرد توجه توامان به کمیت و کیفیت ارائه خدمات سلامت"، "ایجاد سامانه یکپارچه ثبت اطلاعات درآمدی کلیه ارائه‌کنندگان خدمات سلامت"، "تعریف نظام مالیات بر درآمد و رعایت عدالت بین‌رشته‌ای"، "نهادینه کردن استانداردهای اعتباربخشی و حمایت از ایجاد نهادهای مستقل اعتباربخشی در جهت ارتقای کیفیت خدمات" اشاره کردند. اصلاح

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

نظام پرداخت به عنوان یکی از کنتر ناب‌های نظـام سـلامت، تـأثیر بسیار زیادی بر عملکرد کل نظام سلامت دارد. نظـام‌هـای مختلـف پرداخت انگیزه‌های مختلفی را برای مصـرف بـیش از حـد خـدمات دارند. در این بین نظام پرداخـت کارانـه(FFS)، در تشـدید تقاضـای القایی نقش بسیاری دارد و یکی از روش‌های پرداختی می‌باشد کـه موجب افزایش پرداخت از جیب بیماران می شود و در کل هزینـه‌زا است(۱۷). صاحب‌نظران در این مطالعه، باز تعریف نظام پرداخـت را به طوری پرداخت DRG با سقف بودجه مشخص برای بیمارستان‌ها و پرداخت سرانه و پاداش برای پزشکان خانواده و پرداخـت FFS بـا چانه‌زنی و تعیین سقف بودجه‌ای متناسب با منـابع بـرای پزشـکان سطح ۲ و ۳ را پیشنهاد داده‌اند.

نتیجه‌گیری

توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی در کشور یکـی از ضروریات سیستم سلامت کشور می‌باشد و ایـن امـر بـا اسـتقرار پوشش همگانی خدمات سلامت در کنار توجه به کمیـت و کیفیـت خدمات میسر است. قدم اول در ایـن مسـیر تـدوین سیاسـت‌هـای یکپارچه برای صندوق‌های بیمه ای و تعریف دقیـق بسـته خـدمات پایه سلامت می باشد. برای این منظور وزارت بهداشـت بایسـتی بـا تعامـل کلیـه ذی‌نفعـان و بـا در نظـر گـرفتن ظرفیـت‌هـای مـالی سازمان‌های بیمه‌گر، اقدام به تدوین بسته خدمات پایه سلامت بکند.

تقویت نظام بیمه‌ای مستقل همانند سایر کشورهای موفق دنیا از پیش‌نیازهای اساسی رسیدن به نظام بیمه‌ای کارآمد است. به نظر می‌رسد، جدایی خریدار و ارائـه‌کننـده خـدمات مـی توانـد موجـب شفافیت، مدیریت بهینه منابع و ارتقای کیفیت خدمات ارائـه شـده شود. یکی دیگر از ملزومات ضروری توسعه کمی و کیفی بیمه‌هـای بهداشتی و درمانی، اصلاح نظام پرداخت می باشد. نظام پرداخت به شکل فعلی، ناکارآمد و هزینه زا است و منابع مالی بیمـه‌هـا و نظـام سلامت را با مخاطرات جدی رو به رو کـرده اسـت. عـزم جـدی در اصلاح نظام پرداخت، اصلاح نظام تعرفه‌گذاری و ... می توانـد نقـش به‌سزایی در کنترل هزینه‌ها و مدیریت بهینـه نظـام بیمـه سـلامت کشور داشته باشد. در این راستا تعامل هر چه بیشتر وزارت تعـاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بیش از پیش لازم و ضروری است.

Strategies for quantitative and qualitative development of health insurance, article 9 of General Health Policy Statement by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran

Vahid Rasi*, Shahram Ghaffari, Amirabbas Fazaeli, Farnoosh Azizi, Farzaneh Doosti

Abstract

Introduction: General Health System Policy Statement by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran are the basis for any correction in the health system and the health insurance system. Hence, this study design and implemented with the aims to identify and prioritize practical solutions for attaining article 9 of General Health Policy Statement that is about quantitative and qualitative development of health insurance.

Method: The present study is a mix-method (quantitative and qualitative) that was done in two part in 2018. In the first part, by reviewing the literature and reviewing the upstream documents, Different interventions for quantitative and qualitative development of health insurance was extracted. In the next part, based on the findings from the literature review, the panel of experts was held and expert opinions about the interventions were obtained. Finally, interventions were ranked and prioritized by expert's opinion.

* corresponding Author: Ph.D. Health Services Management, Social Security Research Institute, Tehran, Iran

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

Findings: According to the findings of the study, in order to achieve the objectives of article 9 of the general health system policy, a total of 34 interventions were selected by experts who should be considered over the next 5 years. One of the most important interventions is the developing of a basic package of unit services for the benefit of people from compulsory insurance, the creation of an independent insurance system for the purchase of services, the implementation of multilayer social security system document, the creation of stable financial resources for insurance, the redefinition of the payments system appropriate to different levels and etc.

Conclusion: The quantitative and qualitative development of health insurance in the first phase requires the creation of a comprehensive and consistent database of all insured persons. The modification of payment systems and the design and developing of basic and complementary packages can also help to improve the insurance situation. Although achieving these aims requires more interaction between the Ministry of Co-operation, Labor and Social Welfare and the Ministry of Health, Medical Education and Training.

Key words: Health Insurance, Health Planning, Health Policy

منابع

1. Doeksen GA, Johnson T, Biard-Holmes D, Schott V. A healthy health sector is crucial for community economic development. J Rural Health 1998;14(1): 66-72.
2. Walt G, Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health Policy Plan 1994; 9(4): 353-70.
3. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim J 2006; 9(3): 1- 18. [In Persian]
4. Social Security Research Institute. Iran health reform plan in a sustainable path. Tehran: Social Security Research Institute; 2016. [In Persian]
5. The Expediency Discernment Council. General health policy. 2014. Available at: http://maslahat.ir/index.jsp?siteid= 3&fkeyid= &siteid=3&pageid=584 [In Persian]
6. World Health Organization. Islamic Republic of Iran. 2017. Available at: http://www.emro. who.int/countries/irn/index.html
7. Saber Mahani A, Noorayi S, VaezMahdavi MR, Hadian M, AsadiLari M. Catastrophic health expenditures and its determinants among householdsin Tehran in 2011. Razi Journal of Medical Sciences. 2011; 21(126): 15-26. [In Persian]
8. World Health Organization. World health report, Health systems financing: the path to universal coverage. 2010. Available at: http://www.who.int/whr/2010/en/
9. Sadighi S, Hesam S, Maleki MR. Factors affecting the establishment of basic health insurance in Iran. Journal of Health Care Management 2014; 4(2): 7-19. [In Persian]
10. Salarianzadeh A, Zareh H. Social health insurance in developing countries. Social Security Journal 2008; 10(32-33): 209-262. [In Persian]
11. Maleki MR, Ebrahimipour H, Karimi I, Gohari MR. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. Payesh 2010; 9(2): 173-187. [In Persian]
12. International Social Security Association. Current issues in health care reform. Geneva: ISSA; 1998.
13. Yousefi Nezhad V, Izadbakhsh H, Ghanbar Tehrani N, Ataeipoor S . Simulating the financial health system of Health insurance with System dynamics approach. Hakim J 2016; 18(4): 306- 315. [In Persian]
14. Raeisi AR, Mohamadi E, Menglizadeh N. An Analysis of Universal Health Insurance coverage development in the selected countries with social insurance approach to health. Health Information Management 2013; 10(5): 770-777. [In Persian]
15. Zare H, Yazdani N, Azadi M, Ahmadpour MH, Ghorbanpour R, Akbarian A, et al. Designing a model for private health insurance in Iran. Journal of Teb va Tazkiyeh 2007; 20(2): 35-53. [In Persian]
16. Doshmangir L, Rashidian A, Akbari Sari. Unresolved issues in medical tariffs: Challenges and respective solutions to improve tariff system in Iranian health sectors. Journal of Hospital 2011; 10(4): 21-30. [In Persian]
17. Hajimahmood H, Zahedi F. Justice in the healthcare system: payment and reimbursement policies in Iran. Journal of Medical Ethics and History of Medicine 2014; 6(3): 1-16 .[In Persian]

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