



Performance Evaluation Indicators of Iran Health Insurance Organization Based on Macro Policies

Efat Mohamadi¹ PhD, Ahad Bakhtiari¹ PhD, Mohammad Mehdi Nasehi^{2,4,5*} MD, Mohammad Effatpanah² MD, Mehdi Rezaei² MD, Zahra Shahali² BA, Amirhossein Takian^{1,2,6,7} MD, PhD, Alireza Olyaeemanesh^{1,3} MD, PhD

¹ Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran

² National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

³ National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran

⁴ Pediatric Neurology Research Center, Research Institute for Children's Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Pediatric Neurology Department, Mofid Children's Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Department of Global Health and Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran

⁷ Department of Health Management, Policy, and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran

*Correspondence to: 1. Alireza Olyaeemanesh, Email: arolyae@gmail.com; 2. Mohammad Mehdi Nasehi, Email: mmmnasehi@gmail.com

Received: January 7, 2024

Revised: March 10, 2024

Accepted: March 16, 2024

Online Published: April 30, 2024

Abstract

Introduction: The performance evaluation of the Iranian Health Insurance Organization (IHIO), considering the responsibilities, objectives, and duties outlined in the higher-level documents and laws, is an important issue that has received less attention. Given the importance of systematic monitoring and evaluation to facilitate planning based on overarching domestic policies, it is necessary to adopt a suitable approach to monitor programs and policies and to respond to higher-level authorities to fulfill assigned tasks. The present study aims to identify performance indicators for IHIO based on the analysis of relevant higher-level documents and laws.

Methods: This study was conducted qualitatively and based on content analysis of documents, policies, and executive activities related to monitoring the performance of IHIO, from the year the Universal Health Insurance Law of the country was passed (1994) until 2023, in the year 2023 (Solar Hijri calendar, equivalent to 2023/2024 Gregorian calendar). The Scott method was used to examine the validity of the documents, and qualitative content analysis and the deductive approach were employed to analyze the data.

Results: Nine policies related to monitoring the performance of the IHIO were identified, with 11 themes and total of 188-indicators identified as follows: Population indicators (8 indicators), National Health Accounts (NHA) (13-indicators), Covered population (25-indicators), Covered health services (19-indicators), Covered costs/financial participation status (11-indicators), Organization's financial resources (26-indicators), Contracted centers (11-indicators), Cost trends, cost burden, and visit burden (23-indicators), Monitoring indicators (11-indicators), Operational efficiency of the organization (30-indicators), Access to services and health outcomes (11-indicators).

Conclusion: In order to conduct a thorough and comprehensive evaluation of the Iranian Health Insurance Organization's performance, which aims to enhance transparency and public trust in the organization, it is imperative to take into account a diverse range of indicators that encompass all operational and performance aspects of a health insurance entity. Additionally, national macro indicators, including population metrics and national health accounts, play a crucial role in this process. Failing to consider these indicators may lead to challenges and biases when assessing the organization's performance.

Keywords: Performance Evaluation, Macro Policies, Health Insurance Organization, Indicator, Health Policy

Highlights

1. According to macro policies, the majority of performance evaluation indicators for the Health Insurance Organization are related to the "Covered population" metrics.
2. A comprehensive performance evaluation of the Health Insurance Organization of Iran, utilizing diverse indicators based on the objectives outlined in macro policies, will contribute to increasing transparency and public trust.

Citation:

Mohamadi E, Bakhtiari A, Nasehi MM, Effatpanah M, Rezaei M, Shahali Z, et al. Performance evaluation indicators of Iran Health Insurance Organization based on macro policies. *Iran J Health Insur.* 2024;7(1):22-41.

Copyright © 2024 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



شاخص‌های ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران بر اساس اسناد بالادستی

عفت محمدی^۱ PhD، احد بختیاری^۱ PhD، محمدمهدی ناصحی^۲ MD*، محمد عفت پناه^۲ MD، مهدی رضایی^۲ MD، زهرا شاهعلی^۲ BA، امیرحسین تکیان^۳ MD، علیرضا اولیایی منش^۳ MD, PhD

^۱ مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۲ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

^۳ موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۴ مرکز تحقیقات مغز و اعصاب کودکان، پژوهشکده سلامت کودکان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۵ گروه مغز و اعصاب کودکان، بیمارستان کودکان مفید، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۶ گروه سلامت جهانی و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

^۷ گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: ۱- علیرضا اولیایی منش، پست الکترونیک: arolyae@gmail.com - ۲- محمدمهدی ناصحی، پست الکترونیک: mmnasehi@gmail.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۳/۰۲/۱۱

پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۲۶

تصحیح: ۱۴۰۲/۱۲/۲۰

دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۷

چکیده

مقدمه: بررسی عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران با توجه به اهدافی که برای این سازمان در اسناد و قوانین بالادستی در نظر گرفته شده، موضوع مهمی است که کمتر به آن پرداخته شده است. مطالعه حاضر به شناسایی شاخص‌های عملکردی سازمان بیمه سلامت ایران بر اساس تحلیل اسناد و قوانین مرتبط در راستای رصد برنامه‌ها و سیاست‌های کلان این سازمان پرداخته است.

روش بررسی: این مطالعه به صورت کیفی و مبتنی بر تحلیل محتوای اسناد، برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی سیاست‌های مرتبط با نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران، از سال تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور (۱۳۷۳) تا سال ۱۴۰۲، در سال ۱۴۰۲ انجام شد. از روش اسکات برای بررسی اعتبار اسناد و از تحلیل محتوای کیفی و رویکرد جزء به کل برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد.

یافته‌ها: شاخص‌های شناسایی شده برگرفته از ۹ سیاست در ۱۱ موضوع و ۱۸۸ شاخص دسته‌بندی شدند: شاخص جمعیتی (۴/۶۵ درصد)، حساب‌های ملی سلامت (۷/۵۵ درصد)، جمعیت تحت پوشش (۱۴/۵۳ درصد)، خدمات سلامت تحت پوشش (۹/۸۸ درصد)، هزینه‌های تحت پوشش / وضعیت مشارکت مالی (۶/۳۹ درصد)، منابع مالی سازمان (۱۱/۶۲ درصد)، مراکز طرف قرارداد (۵/۸۱ درصد)، روند هزینه‌ها، بار هزینه، بار مراجعه (۱۳/۳۷ درصد)، شاخص‌های نظارتی (۶/۳۹ درصد)، کارایی عملیاتی سازمان (۱۳/۳۷ درصد)، دسترسی به خدمات و پیامد سلامت (۶/۳۹ درصد).

نتیجه‌گیری: برای ارزیابی صحیح و جامع عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران، به گونه‌ای که افزایش شفافیت و اعتماد عمومی را برای این سازمان به همراه داشته باشد، در نظر گرفتن شاخص‌های متعدد از جمله شاخص‌های جمعیتی و حساب‌های ملی سلامت، به گونه‌ای که کلیه ابعاد اجرایی و عملکردی یک سازمان بیمه سلامت را پوشش دهد، مورد نیاز است.

واژگان کلیدی: ارزیابی عملکرد، سیاست‌های بالادستی، سازمان بیمه سلامت، شاخص، سیاست‌گذاری سلامت

نکات ویژه

- ۱- براساس اسناد بالادستی، بیشترین شاخص‌های ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت مربوط به شاخص‌های «جمعیت تحت پوشش» است.
- ۲- ارزیابی جامع عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران با استفاده از شاخص‌های متنوع و براساس اهداف تعیین شده در اسناد بالادستی، به افزایش شفافیت و اعتماد عمومی به این سازمان کمک خواهد کرد.

مقدمه

این لغت در حوزه دانش مدیریت به معنای میزان دستیابی به اهداف سازمان است [۱]. ارزیابی عملکرد به‌عنوان بخشی از فرایند مدیریت عملکرد در نظر گرفته می‌شود که طی آن صرفاً گزارشی از وضعیت موجود به صورت گذشته‌نگر ارائه می‌شود. چنین گزارش‌هایی که به

یکی از مهم‌ترین فاکتورهایی که همواره سازمان‌ها مدنظر قرار می‌دهند، ارزیابی عملکرد سازمان است. عملکرد در لغت به معنای به سرانجام رساندن عملی است که سازمان به آن متعهد شده است.

مالی و ارائه خدمات سلامت در جمهوری اسلامی ایران به صورت نظام همگانی است. به این صورت که تأمین مالی خدمات سلامت و ارائه این خدمات از منابع متعددی از قبیل سازمان‌های بیمه‌گر پایه (در واقع بیمه‌های اجتماعی)، کمک‌های دولتی، بیمه‌های خصوصی، پرداخت‌های مستقیم مردم، سازمان‌ها و صنایع مختلف، مثل صنعت نفت و سایر بخش‌های غیر دولتی دیگر تأمین می‌شود [۸].

یکی از مهم‌ترین سازمان‌های بیمه‌گر سلامت که بیش از ۵۰ درصد جمعیت کشور را تحت پوشش خود دارد «سازمان بیمه سلامت ایران» است. این سازمان متولی اصلی سیاست‌گذاری، اجرا، نظارت و راهبری ارائه مراقبت‌های جامع و یکپارچه سلامت به بیمه‌شدگان تحت پوشش بوده و عهده‌دار صیانت از سلامت سرمایه‌های انسانی است [۹]. با توجه به رشد روزافزون هزینه‌های خدمات سلامت به دلایل مختلف از جمله تحریم‌های ناعادلانه بین‌المللی علیه ایران [۱۰] و از طرفی پاسخ به انتظارات بیمه‌شدگان تحت پوشش و همچنین در راستای اجرای تکلیف تعیین شده در بند ۷ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت: تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم، ضروری به نظر می‌رسد که سازمان بیمه سلامت ایران به‌عنوان یکی از متولیان اصلی بیمه سلامت کشور که عمدتاً از منابع و بودجه دولتی استفاده می‌کند، عملکرد سازمانی خود را همواره با هدف ارتقای کارایی منابع مورد استفاده، ارتقای پاسخگویی و عدالت بررسی و کنترل کند.

در حال حاضر سازمان بیمه سلامت ایران عملکرد خود را به صورت سالیانه در قالب سالنامه ارائه می‌دهد. همچنین مطالعات متعددی در خصوص تدوین و محاسبه شاخص‌های بیمه سلامت و تأمین مالی نظام سلامت در کشور انجام شده است [۱۱، ۱۲]. اما به نظر می‌رسد که به موضوع بررسی عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران با توجه به تکالیف، اهداف و وظایفی که برای این سازمان در اسناد و قوانین بالادستی در نظر گرفته شده، کمتر پرداخته شده باشد. با توجه به اینکه یکی از مهم‌ترین ملاحظات در تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد سازمانی، در نظر گرفتن اهداف و وظایف سازمان است، وجود مطالعه‌ای که به شناسایی شاخص‌ها در قالب تحلیل اسناد و قوانین بالادستی باشد، ضروری به نظر می‌رسد. نظر به اهمیت گزارش‌دهی و لزوم پایش و ارزشیابی

طور معمول منتسب به یک دوره زمانی معین هستند، برای مدیران و تصمیم‌گیران سازمان ضروری هستند زیرا می‌بایست براساس وضعیت، عملکرد فعلی و شواهد ارائه شده، اقدام اجرایی و اصلاحی را تعیین کنند [۱، ۲]. این فرایند همچنین در مقایسه با استاندارد انجام کار با هدف برنامه‌ریزی در راستای به فعلیت درآوردن استعداد و طویت‌های بالقوه سازمان است. یکی دیگر از موارد مهمی که مدیران پس از ارزیابی سازمانی متوجه خواهند شد، این است که مجموعه آنها در چه مرحله‌ای از رشد قرار دارد. در نتیجه می‌توانند میزان بهره‌وری خود را بسنجند و برای بهبود آن اقدامات مناسب را انجام دهند [۳].

عملکرد یک مفهوم بسیار پیچیده است و باید به نحوه ارزیابی آن توجه زیادی شود. برای اجرای ارزیابی عملکرد، رویه‌های مشخصی وجود دارد؛ در مرحله اول می‌بایست شاخص‌هایی متناسب با اهداف سازمان تعریف شود، به گونه‌ای که این شاخص‌ها نشان‌دهنده وضعیت دستیابی به اهداف سازمان باشند [۴]. شناسایی شاخص‌های ارزیابی عملکردی یکی از مهم‌ترین مراحل این فرایند هستند، زیرا با تعریف شاخص‌هایی مشخص، قابل اندازه‌گیری، قابل واگذاری، واقع‌گرایان، زمان‌مند (SMART)، مرحل ارزیابی و تحلیل وضعیت موجود و مقایسه با اهداف سازمان و استانداردها برای مدیران و سیاست‌گذاران سازمان عملی‌تر خواهد بود [۵]. برای احصای این شاخص‌ها می‌توان به سراغ شرح وظایف سازمان، برنامه‌های بالادستی و راهبردی آن، تحقیقات میدانی، مصاحبه رفت و یا کمک از لیست شاخص‌های تحقیقات گذشته و فرم‌های آماده استفاده کرد و به کمک متخصصان و خبرگان این حوزه فرم و شاخص‌ها را برای هر سازمان استاندارد کرد. در مرحله دوم اطلاعات مورد نیاز هر سنج یا شاخص جمع‌آوری و تحلیل می‌شود. این اطلاعات و گزارشات در چارچوب خاصی ارائه می‌شود و به‌منظور بررسی، تحلیل و برنامه‌ریزی اقدامات اجرایی و اصلاحی مورد نیاز ارائه می‌شوند [۶]. با توجه به مباحث پیشین، ارزیابی عملکرد به‌عنوان بخشی از مدیریت عملکرد برای کلیه سازمان‌ها اعم از دولتی و غیردولتی ضروری است تا با بهره‌گیری از یافته‌های آن حرکت سازمان‌ها در مسیر اهداف تعرف شده به صورت کارآ و اثربخش پیش رود [۷]. این مسئله، به‌ویژه در بخش‌های اجتماعی کشور، از جمله سلامت، با توجه حجم گردش منابع مالی و همچنین تأثیراتی که بر سلامت و زندگی روزمره مردم دارد، اهمیت می‌یابد [۸]. سیستم تأمین

مرتبط با سازمان بیمه سلامت ایران و مواردی که مرتبط با عملکرد این سازمان در آنها وجود داشت، منابع اطلاعاتی این مطالعه بودند. دسترسی به این اطلاعات از طریق مطالعه اسناد بالادستی موجود در کتاب‌ها، گزارش‌ها و سایت‌های مرتبط و همچنین ارتباط مستقیم با سازمان بیمه سلامت ایران صورت گرفت. جمع‌بندی سیاست‌های شناسایی شده در یک کاربرگ، حاوی عنوان سند، منبع (نویسنده) تدوین و سطح اجرا، انجام شد.

تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌های متنی اسناد و سیاست‌ها، از تحلیل محتوای کیفی و رویکرد تحلیل جزء به کل بهره گرفته شد. در این روش هدف بررسی محتوای درون متن بود. مراحل اجرا شده برای تحلیل محتوای کیفی اسناد و تدوین شاخص‌های ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت طی نه مرحله، به صورت زیر انجام شد:

۱- جمع‌آوری داده: در این مرحله داده‌های این بخش از مطالعه که شامل اسناد، قوانین، آیین‌نامه‌ها و مواد مربوط به سیاست مرتبط با سازمان بیمه سلامت ایران و مواردی که مرتبط با عملکرد این سازمان بود، شناسایی و جمع‌آوری شد.

۲- آشنایی با داده: پس از شناسایی اسناد، دو پژوهشگر از تیم مطالعه (ع م و ا ب)، متن هر یک از اسناد و قوانین را دو بار مطالعه کردند. در این مرحله اسناد و سیاست‌های جمع‌آوری شده مورد ارزیابی اولیه قرار گرفتند. هدف از انجام این ارزیابی این بود اسنادی وارد مطالعه شوند که از اصالت و اعتبار قابل قبول برخوردار باشند. برای انجام این ارزیابی از روش اسکات استفاده شد. اسکات روش چهار مرحله‌ای را برای این بررسی پیشنهاد می‌کند (جدول ۱). در انتهای این مرحله تسلط کافی به متن و محتوای هر سند برای تیم پژوهش ایجاد شد تا مراحل کدگذاری انجام شود.

۳- آماده‌سازی برای کدگذاری: پس از مرحله آشناسازی با داده‌ها، متن هر سیاست با توجه به قسمت‌های مختلف آن و اجزایی که وجود داشت، تقسیم‌بندی شد و محتوا برای شروع کدگذاری آماده شد. خروجی این مرحله که در کاربرگی مشابه جدول ۲ جمع‌بندی شد، شناسایی اهداف و فعالیت‌های اجرایی سیاست‌ها و برنامه‌های مرتبط با سازمان بیمه سلامت بود که با بهره‌گیری از آنها می‌شد عملکرد سازمان را ارزیابی کرد.

۴- کدگذاری داده‌ها: در این مرحله از تحلیل، با مشخص‌سازی اهداف کلیدی در هر یک از بندها و تبصره‌های سیاست‌ها، شاخص‌های ارزیابی آنها که نماینده و پروکسی وضعیت آن ماده از قانون بود شناسایی شد.

مناسب و نظام‌مند به منظور برنامه‌ریزی‌های کوتاه و درازمدت بر مبنای سیاست‌های کلان داخلی لزوم اتخاذ رویکردی مناسب که هم در راستای رصد برنامه‌ها و سیاست‌های کلان داخلی و پاسخگویی به مراجع بالادستی در راستای اجرای تکالیف محوله و برنامه‌های جدید سازمان بیمه سلامت ایران باشد و هم زمینه پاسخگویی درخور برای ارائه به سازمان‌های بین‌المللی فراهم آورد، ضروری است. با توجه به اهمیت موضوع مطرح شده، مقاله حاضر به شناسایی شاخص‌های عملکردی سازمان بیمه سلامت ایران بر اساس تحلیل اسناد و قوانین بالادستی مرتبط با سازمان بیمه سلامت ایران پرداخته است.

روش بررسی

مطالعه حاضر به صورت کیفی و مبتنی بر تحلیل محتوای اسناد مرتبط با بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۲ انجام شد. این اسناد شامل سیاست‌هایی بودند که از سال تصویب قانون بیمه همگانی سلامت کشور (۱۳۷۳) تا سال ۱۴۰۲ تصویب و ابلاغ شدند. علاوه بر آن، اصل ۲۹ قانون اساسی (تصویب ۱۳۸۵) به دلیل اهمیت آن در سیاست‌های سلامت به این بازه اضافه شد. بازه زمانی که برای شناسایی دوره زمانی انجام مطالعه، شامل شناسایی اسناد و سیاست‌های بالادستی، جمع‌آوری داده‌ها، تحلیل محتوای اسناد و تدوین شاخص‌ها چهار ماه به طول کشید. جزئیات روش کار در ادامه این قسمت ارائه شده است.

برای شناسایی اهداف، برنامه‌ها و فعالیت‌های اجرایی سیاست‌های مرتبط با نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت، اهداف، برنامه‌های کلان کشوری، مستندات قانونی، مقررات و آیین‌نامه‌ای و فرایند نظارت در ارتباط با موضوع پژوهش بررسی و گردآوری شدند. متن و محتوای تمامی اسناد به صورت کامل تهیه و طبقه‌بندی اسناد انجام شد. اسناد به دست آمده، مورد مطالعه قرار گرفته و عبارات مرتبط استخراج شده و فیش‌برداری انجام شد. در این مرحله از کاربرگ اطلاعاتی اسناد (جدول ۱) به منظور عمیق شدن در اسناد، برنامه‌ها و آیین‌نامه‌های مرتبط بهره گرفته شد. طی بررسی سیاست‌ها، اهداف مرتبط با ورودی، فرایند و خروجی برنامه‌ها مشخص و احصا شد.

منبع و مشخصات ابزار جمع‌آوری اطلاعات: کلیه وبسایت‌های رسمی دولتی و وبسایت‌های مرتبط با قوانین و مقررات، از جمله مرکز پژوهش‌های مجلس جمهوری اسلامی ایران و سامانه ملی قوانین و مقررات که قوانین، آیین‌نامه‌ها و مواد مربوط به سیاست

بیمه سلامت بر اساس تحلیل اسناد انجام شده شناسایی و ارائه شد. گزارش شاخص‌های شناسایی شده به دو صورت انجام شد: ارائه شاخص‌ها به تفکیک اسناد بررسی شده و ارائه موضوعی شاخص‌ها. طبقه‌بندی موضوعی شاخص‌ها به صورت جزء به کل انجام گرفت؛ به این ترتیب که مشخص می‌شد هر یک از شاخص‌ها مرتبط با چه بعدی از عملکرد سازمان بیمه سلامت هستند و هر یک را با چه موضوعی می‌توان دسته‌بندی کرد. بر این اساس و پس از تجمیع موضوعات شناسایی شده ارائه شاخص‌ها در قالب دسته‌بندی موضوعی انجام شد. این مرحله از پژوهش نیز توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش (ع م و ۱ ب) و تأیید (ا ت و ع ا) انجام شد.

برای اطمینان از روایی فرایند تحلیل اسناد، کلیه مراحل انجام پژوهش توسط دو نفر از اعضای تیم انجام شد و نتایج با توافق این دو نفر و اجماع در تیم پژوهش اتمام رسید. ما در این پژوهش با استفاده از روش تحقیق کیفی منطبق و قابل تکرار، فرم‌ها و کاربرگ‌های مشخص جمع‌آوری داده، انتقاد و بازبینی توسط همکاران، توضیح دقیق و شفاف در مورد روش‌های استفاده شده برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها و همچنین بهره‌گیری از روش تحلیل محتوا، اعتبار و اعتماد به یافته‌های کیفی مطالعه را افزایش دادیم.

یافته‌ها

شناسایی اسناد و سیاست‌های مرتبط با نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران، باز یافت ۲۰ سیاست را در پی داشت. پس از

برای تدوین این شاخص‌ها معیارهایی از جمله قابل مفهوم و شفاف بودن، نمایانگر عملکرد بودن سازمان و همسو بودن با معیارهای SMART در نظر گرفته شد. برای بسیاری از موارد بیش از یک شاخص برای هر ماده تدوین می‌شد. این مرحله توسط سه نفر از اعضای پژوهش (ع م، ا ب و ا ت) انجام شد. در این فرایند از نرم‌افزار MAXQDA ویرایش ۱۰ برای سازماندهی و مدیریت متون استفاده شد.

۵- کاهش داده‌ها: در این مرحله شاخص‌هایی که در مرحله قبل شناسایی شدند با هدف کم کردن تعداد آنها، مورد بازنگری قرار گرفتند. معیارهایی که برای کاهش شاخص‌ها در نظر گرفته شدند عبارت بودند از: تکراری بودن، فقدان منبع داده مشخص و مرتبط نبودن. در این مرحله همچنین اصلاحات نگارشی و ادبیاتی در بیان شاخص‌ها صورت گرفت.

۶- نمایش داده‌ها: شاخص‌های شناسایی شده به تفکیک هر یک هر یک از اسناد بررسی شده و در قالب یک جدول ارائه شدند.

۷- مقایسه داده‌ها: در این مرحله مجدداً شاخص‌هایی که به تفکیک قوانین و اسناد شناسایی شده بودند با هدف حذف موارد تکراری با یکدیگر مقایسه شدند. در انتهای این مرحله همچنین شاخص‌های شناسایی شده طی جلسه‌ای با حضور کلیه همکاران و مشاوران علمی تیم پژوهش مورد بازنگری قرار گرفتند و لیست شاخص‌ها مورد تأیید ایشان قرار گرفت.

۸ و ۹- نتیجه‌گیری و ارائه گزارش: باتوجه به یافته‌های مورد نظر در این مطالعه، فهرست نهایی شاخص‌های ارزیابی عملکرد سازمان

جدول ۱ | معیارهای ارزیابی اسناد در این مطالعه با استفاده از روش اسکات

معیارهای ارزیابی اسناد	توضیحات
مرجعی که سندها، دستورالعمل‌ها و بخش نامه‌ها را ارائه کرده خودش اصالت داشته است؟ در این مرحله به طور کلی اسنادی که به نحوی مورد تأیید مجلس شورای اسلامی، دولت و شورای عالی بیمه باشند دارای اصالت هستند. اصالت اشاره به این دارد که آیا شواهد واقعی و قابل اعتماد است؟ صحت و اصالت شواهد برای تجزیه و تحلیل اساسی است. وقتی اسناد دارای ایرادات زیر باشند، می‌توان عنوان کرد که از اصالت برخوردار نیستند: - اسنادی که حساس نیستند و یا خطای آشکار دارند - هنگامی که تناقضات داخلی از لحاظ سبک، محتوا و غیره وجود دارد - هنگامی که نسخه‌های مختلفی از همان سند وجود دارد - هنگامی که نسخه در دسترس از یک منبع ثانویه مشکوک، مشکوک یا غیر قابل اعتماد به دست آمده - زمانی که سند در دست فرد یا افرادی قرار دارد که با محتوای سند دارای تضاد منافع هستند. * باتوجه به اینکه اسناد دولتی، توسط کارشناسان مرتبط تدوین شده و به لحاظ قانونی مورد تأیید و تصویب مراجع قانونی هستند، از اصالت قابل قبول برخوردار هستند.	اصالت
اسنادی که اعتبار دارند باید طوری باشند که گمراه‌کننده نباشند، عاری از خطا باشند و در حالت کلی انتفاع شخصی و سازمانی نداشته باشد. عامل مورد توجه در اعتبار این است که پژوهشگر تا چه حد در انتخاب نقطه نظر و دیدگاه برای ثبت بررسی‌هایی صحیح و عاری از خطا تلاش می‌کند. یک سوال در مورد اعتبار این است که آیا سند مورد بررسی تحریف شده است یا نه.	اعتبار (عاری از خطا بودن)
اسناد مورد بررسی نمایانگر سیاست‌های کلی یا همان کلیدواژه‌هایی که ما مشخص کرده‌ایم باشد.	نمایانگر داده‌ها (نشان‌دهنده خود اطلاعات)
سند شفاف و جامع باشد و به نحوی دارای روایی صوری و محتوایی باشد. یعنی اینکه هم ظاهر و فرمت و هم محتوای آن معتبر باشد. معنادار بودن، به شفاف بودن و جامع بودن اسناد اشاره دارد. هدف نهایی از بررسی معنادار بودن بررسی این است که آن سند درک درستی از معنا و اهمیت آنچه محتوا شامل می‌شود، دارد.	معنادار بودن (شفاف بودن اسناد)

جدول ۲ | کاربرد مرتبط با جمع بندی تحلیل اسناد

عنوان سیاست	بند / تبصره	محتوا و اهداف سیاست / برنامه

جدول ۳ | کلیات اسناد سیاست های نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت

ردیف	عنوان سند	منبع (نویسنده) تدوین	سطح اجرا	میانگین نمره اسکات (۱۰-۰)
۱	اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران	مجلس خبرگان	ملی	۱۰
۲	سیاست های کلی سلامت	دفتر مقام معظم رهبری	ملی	۱۰
۳	قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳	مجلس شورای اسلامی	ملی	۱۰
۴	دستورالعمل «نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی»	هیأت وزیران	ملی	۱۰
۵	ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه	معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری	ملی	۱۰
۶	آیین نامه اجرایی بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۱۳۹۸/۰۵/۲۷ هیأت وزیران	هیأت وزیران	ملی	۱۰
۷	اساسنامه سازمان بیمه سلامت	هیأت وزیران	ملی	۱۰
۸	آیین نامه خرید راهبردی	هیأت وزیران	ملی	۹
۹	گزارش های سالانه سازمان بیمه سلامت	سازمان بیمه سلامت	ملی	۸
	جمع	۹		

بالادستی ۲۵۶ شاخص بود (پیوست ۲) پس از غربالگری به ۱۷۲ شاخص کاهش یافت (جدول ۴). شاخص ها به دلیل مشابهت ذیل ۱۱ موضوع دسته بندی شدند. این موضوعات عبارتند از: شاخص های جمعیتی، حساب های ملی سلامت، جمعیت تحت پوشش، خدمات سلامت تحت پوشش، هزینه های تحت پوشش / وضعیت مشارکت مالی، منابع مالی سازمان، مراکز طرف قرارداد، روند هزینه ها، بار هزینه، بار مراجعه، شاخص های نظارتی، کارایی عملیاتی سازمان، دسترسی به خدمات و پیامد سلامت. کمترین تعداد شاخص مربوط به دسته «شاخص های جمعیتی» (۲۶/۴ درصد) و بیشترین تعداد شاخص مربوط به «جمعیت تحت پوشش» (۵۳/۱۴ درصد) بود.

انجام ارزیابی این سیاست ها در نهایت نه سیاست وارد مطالعه شدند. ویژگی های این اسناد شامل عنوان، منبع تدوین سند و سطح اجرا آنها در جدول ۳ ارائه شده است. همچنین میانگین نمره اسکات این اسناد نیز ذکر شده است. اجرای کلیه این سیاست ها در سطح ملی بود و تدوین کننده سیاست ها عمدتاً هیأت وزیران بود (جدول ۳). برای شناسایی اهداف و خروجی های قابل انتظار سیاست های نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت، محتوای این برنامه ها و اسناد پشتیبان و احکام مرتبط مورد تحلیل کیفی قرار گرفت. در نهایت اهداف و خروجی ها به تفکیک هر یک از بندها و مواد استخراج شد (پیوست ۱). تعداد شاخص های شناسایی شده از اسناد و سیاست های

جدول ۴ | شاخص‌های نهایی شده پایش و ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت در مرحله اول غربالگری مطالعه

عنوان شاخص‌ها	موضوعات شاخص‌ها
۱- رشد سالیانه جمعیت ۲- میزان باروری کلی ۳- نسبت جمعیت در سه دهک اول درآمدی به کل جمعیت ۴- نسبت جمعیت ساکن در مناطق روستایی به کل جمعیت ۵- نسبت جمعیت سالخورده وابسته ۶- جمعیت زیر ۱۵ سال (درصد) ۷- جمعیت ۶۵ سال به بالا (درصد) ۸- اندازه متوسط خانوار	شاخص‌های جمعیتی (۸ شاخص)
۹- سرانه هزینه سلامت ۱۰- سرانه هزینه‌های دولتی سلامت ۱۱- سهم دولت از کل هزینه‌های نظام سلامت (درصد) ۱۲- سهم هزینه‌های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی ۱۳- هزینه‌های عمومی اختصاص یافته به سلامت به‌عنوان درصدی از کل هزینه‌های عمومی ۱۴- سهم بیمه‌های پایه سلامت از کل منابع نظام سلامت (درصد) ۱۵- نسبت سهم سازمان بیمه سلامت به سهم کل بیمه‌های پایه سلامت (درصد) ۱۶- سهم سازمان بیمه سلامت از هزینه‌های نظام سلامت (درصد) ۱۷- سرانه مصوب سلامت بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ۱۸- سرانه هزینه سلامت بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت به تفکیک استان‌های کشور ۱۹- درصد هزینه سلامت خانوار به کل هزینه خانوار (در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت) ۲۰- میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم برای دریافت خدمات سلامت ۲۱- درصد کل هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی	حساب‌های ملی سلامت (۱۳ شاخص)
۲۲- درصد جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۲۳- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در صندوق سایر اقشار ۲۴- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در صندوق کارکنان دولت ۲۵- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در پوشش بیمه‌های بیماران خاص ۲۶- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در صندوق بیمه روستاییان و عشایر ۲۷- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در بیمه ایرانیان و بیمه سلامت همگانی ۲۸- درصد جمعیت زیر ۱۵ سال در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۲۹- درصد جمعیت بالای ۱۵ سال در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۳۰- درصد جمعیت بالای ۶۰ سال در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۳۱- درصد پوشش جمعیتی که در سه دهک اول درآمدی هستند ۳۲- نسبت جمعیت بیمه‌شده که در قالب نظام ارجاع (سطح‌بندی خدمات) خدمت دریافت می‌کنند به کل بیمه‌شدگان ۳۳- تعداد بیمه‌شدگان با نظام پرداخت جبران خدمت بر اساس سرانه وزن‌دهی شده/ کل جمعیت بیمه‌شدگان ۳۴- توزیع فراوانی جمعیت بیمه‌شده در صندوق‌های مختلف ۳۵- مقایسه رشد جمعیت بیمه‌شده در صندوق‌های مختلف ۳۶- جمعیت تحت پوشش سازمان هر صندوق به تفکیک استان ۳۷- میانگین ماهانه جمعیت بیمه‌شده هر یک از صندوق‌ها به تفکیک استان ۳۸- توزیع فراوانی میانگین ماهانه جمعیت بیمه‌شده بیماران خاص در صندوق‌های مختلف ۳۹- رشد میانگین ماهانه جمعیت بیمه‌شده بیماران خاص در صندوق‌های مختلف ۴۰- توزیع فراوانی میانگین ماهانه جمعیت بیمه‌شده بیماران خاص به تفکیک نوع بیماری ۴۱- رشد میانگین ماهانه جمعیت بیمه‌شده بیماران خاص به تفکیک استان ۴۲- درصد جمعیت کارگر جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۴۳- درصد جمعیت کارمند در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۴۴- درصد جمعیت بیکار در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۴۵- درصد پوشش جمعیت از کارافتاده و معلول ۴۶- درصد پوشش زنان سرپرست خانوار	جمعیت تحت پوشش (۲۵ شاخص)
۴۷- درصد خدمات تحت پوشش سازمان بیمه سلامت از کل خدمات قابل ارائه در نظام سلامت ۴۸- درصد خدمات سلامت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت که دارای استاندارد ارائه خدمت هستند ۴۹- درصد پوشش دارو (تعداد داروهای در تعهد بیمه نسبت به داروهای لیست فارماکوپه) در تعهد بیمه پایه سلامت ۵۰- درصد پوشش خدمت بستری (تعداد خدمات بستری در تعهد بیمه نسبت به خدمات کتاب ارزش نسبی) ۵۱- درصد پوشش خدمات پاراکلینیک (تعداد خدمات پاراکلینیک در تعهد بیمه نسبت به خدمات پاراکلینیک کتاب ارزش نسبی) ۵۲- درصد پوشش خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت (تعداد خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت در تعهد بیمه نسبت به خدمات قابل ارائه در پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت) ۵۳- درصد خدماتی که با بهره‌گیری از شواهد HTA توسط سازمان بیمه سلامت تحت پوشش قرار می‌گیرند ۵۴- درصد پوشش خدمات درمان ناباروری ۵۵- درصد پوشش خدمات دندانپزشکی (به جز کشیدن، پر کردن، جرم‌گیری و دندان مصنوعی با نرخ تعیین شده توسط) ۵۶- درصد پوشش خدمات عینک و لنز (درصد پوشش) ۵۷- رصد پوشش خدمات سلامت روان ۵۸- تعداد شیوه‌نامه‌های تدوین شده پرداخت تشویقی/ تعداد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ۵۹- تعداد راهنماهای بالینی تدوین شده برای خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت/ تعداد کل خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ۶۰- تعداد راهنماهای بالینی اجرا شده برای خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت/ تعداد کل راهنماهای بالینی تدوین شده برای خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ۶۱- درصد خدمات تحت پوشش سازمان بیمه سلامت که امکان ارائه آنها به صورت پزشکی از راه دور وجود دارد ۶۲- درصد افراد تحت پوشش بیمه سلامت که به خدمات بهداشتی مادر و کودک دسترسی دارند ۶۳- درصد افراد تحت پوشش بیمه سلامت که به خدمات مراقبت‌های ویژه دسترسی دارند	خدمات سلامت تحت پوشش (۱۷ شاخص)

جدول ۴ ادامه | شاخص های نهایی شده پایش و ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت در مرحله اول غربالگری مطالعه

عنوان شاخص ها	موضوعات شاخص ها
<p>۶۴- نسبت ضریب جینی برای پارانته های مراقبت های سلامت دولتی به درآمد کل (یا هزینه های کل) در بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ۶۵- درصد افرادی که با هزینه های مصیبت بار سلامت مواجه شده اند، بر حسب پنجگ هزینه ای ۶۶- درصد پرداخت مستقیم از جیب در سه دهک پایین اقتصادی اجتماعی در بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ۶۷- هزینه پرداخت از جیب به عنوان درصدی از کل هزینه های سلامت در بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ۶۸- نسبت بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت به بار مالی کل خدمات سلامت قابل ارائه (درصد) ۶۹- درصد هزینه خدمات بستری بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران به کل هزینه خانوار ۷۰- درصد هزینه خدمات سرپایی بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران به کل هزینه خانوار ۷۱- شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI) (به تفکیک صندوق های آن) ۷۲- نسبت جمعیتی که به خاطر هزینه های سلامت زیر خط فقر کشیده می شوند (درصد) ۷۳- سهم هزینه خدمات پیشگیری از کل هزینه های سازمان های بیمه گر پایه سلامت ۷۴- درصد پرونده های پزشکی بستری طولانی مدت (بیش از ۱۸۰ روز در سال) ۷۵- میانگین رشد سالانه حق بیمه</p>	<p>هزینه های تحت پوشش / وضعیت مشارکت مالی (۱۱ شاخص)</p>
<p>۷۶- نسبت افراد مشارکت کننده در پرداخت حق بیمه به کل جمعیت بیمه شده ۷۷- نسبت مشارکت در حق بیمه سهم بیمه شده به سرانه حق بیمه مصوب ۷۸- نسبت مشارکت در حق بیمه سهم دولت به سرانه حق بیمه مصوب ۷۹- سهم گروه های مختلف تحت پوشش سازمان بیمه سلامت در پرداخت حق بیمه ۸۰- درصد فرانشیز در گروه های مختلف تحت پوشش سازمان بیمه سلامت به تفکیک گروه های خدمت ۸۱- درصد فرانشیز بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت در دریافت خدمات سطح اول ۸۲- مقدار حق بیمه پرداختی افراد با درآمد کمتر از چهل درصد (۴۰ درصد) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار (دهک های درآمدی یک، دو و سه) ۸۳- مقدار حق بیمه خانوارهای با درآمد بین چهل درصد (۴۰ درصد) تا صد درصد (۱۰۰ درصد) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار (دهک درآمدی ۱) ۸۴- مقدار حق بیمه خانوارهای با درآمد خانواری که بر اساس خوداظهاری خانوار یا بررسی وزارت، درآمدی معادل حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار و بیشتر دارند (دهک درآمدی ۵) و بالاتر قرار دارند ۸۵- درصد منابع ذیل بیمه سلامت که از کل منابع نظام سلامت اختصاص یافته است ۸۶- سبب منابع و مصارف سازمان بیمه سلامت ۸۷- درصد منابع درآمدی سازمان بیمه سلامت از محل حق بیمه های دریافتی ۸۸- درصد منابع درآمدی سازمان از محل کمک ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی ۸۹- درصد منابع درآمدی سازمان از محل منابع حاصل از هدفمندی پارانته ها ۹۰- درصد منابع درآمدی سازمان از محل وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاهها ۹۱- توزیع درآمدهای وصول شده در هر صندوق ۹۲- مقایسه رشد درآمدهای وصول شده در هر صندوق ۹۳- میانگین مشارکت ماهانه بیمه شدگان و دولت در تأمین منابع صندوق های مختلف (درصد) ۹۴- نسبت درآمد به هزینه های هر صندوق</p>	<p>منابع مالی سازمان (۲۰ شاخص)</p>
<p>۹۵- درصد بیمارستان ها (به تفکیک بخش های دولتی، خصوصی، خیریه و سایر) که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند ۹۶- درصد دی کلینیک ها (به تفکیک بخش های دولتی، خصوصی، خیریه و سایر) که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند ۹۷- درصد درمانگاه های (به تفکیک بخش های دولتی، خصوصی، خیریه و سایر) که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند ۹۸- درصد مراکز تشخیصی (به تفکیک بخش های دولتی، خصوصی، خیریه و سایر) که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند ۹۹- درصد نسبی جمعیت، هزینه و بار مراجعات به مؤسسات طرف قرارداد به تفکیک نوع خدمت ۱۰۰- درصد ارائه دهنده خدمات سلامت که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند نسبت به جمعیت بیمه شده در هر استان ۱۰۱- نسبت تعداد مراکز طرف قرارداد به جمعیت بیمه شده شهری به تفکیک استان ها ۱۰۲- تعداد پزشکان طرف قرارداد بخش خصوصی (به تفکیک نوع تخصص) به تفکیک استان ها (در هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت) ۱۰۳- درصد بیمارستان هایی که نظام پرداخت آنها به صورت پرداخت مبتنی بر گروه های تشخیصی است ۱۰۴- درصد موسساتی که بازپرداخت به آنها بر اساس پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد است (تفکیک نوع موسسه)</p>	<p>مراکز طرف قرارداد (۱۰ شاخص)</p>
<p>۱۰۵- میانگین رشد تعرفه ها (خدمات سلامت) در بخش خصوصی ۱۰۶- میانگین رشد تعرفه ها (خدمات سلامت) در بخش دولتی ۱۰۷- رشد سرانه بار مراجعه کلی بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ۱۰۸- رشد سرانه بار مراجعه در بخش بستری بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ۱۰۹- رشد سرانه بار مراجعه در بخش سرپایی بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ۱۱۰- توزیع بار مراجعه های صندوق های مختلف به تفکیک نوع وابستگی مراکز درمانی ۱۱۱- توزیع بار مراجعات به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق ۱۱۲- میانگین هزینه به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق ۱۱۳- سرانه هزینه های به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق ۱۱۴- سرانه بار مراجعه به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق ۱۱۵- هزینه هر صندوق به تفکیک استان ۱۱۶- هزینه های درمان و بار مراجعه به تفکیک استان ۱۱۷- سرانه عملکردی هر صندوق به تفکیک استان ۱۱۸- بار مراجعات هر صندوق به تفکیک استان ۱۱۹- سرانه بار مراجعات هر صندوق به تفکیک استان ۱۲۰- میانگین هزینه هر صندوق به تفکیک استان ۱۲۱- توزیع هزینه های بستری و بستری موقت ۱۲۲- توزیع هزینه ها در گروه خدمات ۱۲۳- هزینه و بار مراجعه هر یک از صندوق های سازمان بیمه سلامت به تفکیک استان ۱۲۴- سهم کل مبالغ صرف شده از طریق سرانه ۱۲۵- سهم کل مبالغ صرف شده از طریق پرداخت به ازای خدمت ۱۲۶- سهم کل مبالغ صرف شده از طریق بازپرداخت مبتنی بر فرد ۱۲۷- میانگین مدت اقامت بیمارستان در بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت ایران</p>	<p>روند هزینه ها، بار هزینه، بار مراجعه (۲۳ شاخص)</p>

جدول ۴ ادامه | شاخص‌های نهایی شده پایش و ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت در مرحله اول غربالگری مطالعه

عنوان شاخص‌ها	موضوعات شاخص‌ها
۱۲۸- تعداد ضوابط و مقررات و دستورالعمل‌های لازم در مورد نحوه ارائه صحیح خدمات ابلاغ شده به مراکز طرف قرارداد ۱۲۹- وجود ضوابط، مقررات و مربوط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۰- وجود ضوابط، مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به رعایت اصول اخلاقی پزشکی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۱- وجود ضوابط، مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳۲- تعداد نظارت‌های انجام شده بر ضوابط، مقررات و مربوط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۳- تعداد نظارت‌های انجام شده نظارت بر ضوابط، مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به رعایت اصول اخلاقی پزشکی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۴- تعداد نظارت‌های انجام شده نظارت بر ضوابط، مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۵- تعداد گزارش نظارت‌های انجام شده در ماه ۱۳۶- درصد دستورالعمل‌های یکسان‌سازی شده ۱۳۷- وجود سازمان یا سازمان‌های مسئول نظارت بر کارکرد خرید یا سازمان بیمه سلامت ۱۳۸- وجود قوانین خاص درخصوص مقررات خریداران خدمات سلامت شامل نظارت، اعتباربخشی و یا گزارش دهی در سازمان بیمه سلامت	شاخص‌های نظارتی (۱۱ شاخص)
۱۳۹- متوسط زمان بازپرداخت صورتحساب مراکز طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت از زمان ارائه اسناد ۱۴۰- درصد جذب اعتبار مورد نیاز برای اجرای این آیین‌نامه اجرایی بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله ششم ۱۴۱- میزان استقلال مالی سازمان بیمه سلامت ۱۴۲- میزان استقلال اداری سازمان بیمه سلامت ۱۴۳- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت در کشور ۱۴۴- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت در هر یک از استان‌های کشور ۱۴۵- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت به نسبت تعداد شهرستان‌ها در هر یک از استان‌های کشور ۱۴۶- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت به نسبت جمعیت در هر یک از استان‌های کشور ۱۴۷- ضریب نفوذ پوشش بیمه درمان اتباع خارجی ۱۴۸- تعداد اعمال شایع جراحی بازنگری شده گلوبال سازمان بیمه سلامت / تعداد کل اعمال شایع جراحی ۱۴۹- (تعداد / مبلغ) خرید خدمات دارو از مراکز داخلی بر اساس برند و قیمت مصوب / کل (تعداد / مبلغ) داروهای خریداری شده ۱۵۰- (تعداد / مبلغ) خرید تجهیزات از مراکز داخلی بر اساس برند و قیمت مصوب / کل (تعداد / مبلغ) تجهیزات خریداری شده ۱۵۱- درصد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت که سالیانه توسط سازمان بیمه سلامت بازنگری شده ۱۵۲- وجود خودمختاری کافی سازمان بیمه سلامت برای فعالیت به‌عنوان خریدار راهبردی ۱۵۳- نسبت هزینه‌های بالاسری و هزینه‌های درمانی سازمان ۱۵۴- توزیع هزینه‌های درمان پرداخت شده در هر صندوق ۱۵۵- رشد هزینه‌های پرداخت شده در هر صندوق ۱۵۶- سهم هزینه‌های اداری سازمان بیمه سلامت از کل هزینه‌های سازمان ۱۵۷- میزان بهره‌گیری از داده‌کاوی برای تحلیل هزینه‌های بیمه‌ای توسط سازمان بیمه سلامت ۱۵۸- میزان کارایی سازمان بیمه سلامت در سطح استان‌های کشور ۱۵۹- تعداد مطالعات ارزیابی فناوری سلامت انجام شده در سازمان بیمه سلامت ۱۶۰- نرخ تمدید بیمه در بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت	کارایی عملیاتی سازمان (۲۳ شاخص)
۱۶۲- میانگین امید زندگی در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۱۶۳- میزان مرگ و میر کودکان زیر پنج سال در هر هزار تولد زنده در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۱۶۴- میزان مرگ و میر مادران باردار در هر هزار تولد زنده در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۱۶۵- میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های غیرواگیر در جمعیت ۳۰ تا ۷۰ سال تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۱۶۶- میزان مرگ و میر ناشی از بیماری‌های واگیر در جمعیت زیر ۷۰ سال تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ۱۶۷- میزان شیوع HIV در جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال ۱۶۸- میزان رضایت بیمه‌شدگان از خدمات سازمان بیمه سلامت ۱۶۹- درصد نیازهای برآورده نشده در بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت به خاطر لیست انتظار ۱۷۰- درصد نیازهای برآورده نشده در بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت به خاطر دور بودن از خدمات و فقدان دسترسی فیزیکی ۱۷۱- درصد نیازهای برآورده نشده در بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت به خاطر مسائل مالی ۱۷۲- بار بیماری در بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت (وقوع و شیوع)	دسترسی به خدمات و پیامد سلامت (۱۱ شاخص)

بحث

اهداف و برنامه‌ها، شاخص‌های مورد نظر استخراج و ذیل ۱۱ موضوع دسته‌بندی شدند.

شاخص‌های جمعیتی شناختی و جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران معیارهای آماری هستند که ویژگی‌های یک جمعیت را توصیف می‌کنند. این شاخص‌ها می‌توانند برای ارزیابی عملکرد سازمان مورد استفاده قرار گیرند. شاخص‌های جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس، سطح درآمد، سطح تحصیلات، شغل و وضعیت تأهل را می‌توان برای ارزیابی مشخصات بیمه‌شوندگان استفاده کرد. تحلیل این

مطالعه حاضر با عنوان «شاخص‌های ارزیابی عملکرد سازمان بیمه سلامت ایران بر اساس اسناد بالادستی» برای بررسی فرایندهای مرتبط با شناخت مستندات قانونی، شناسایی مقررات و آیین‌نامه‌های مرتبط با فعالیت‌های سازمان بیمه سلامت ایران با هدف شناسایی شاخص‌هایی برای ارزیابی عملکرد این سازمان انجام شد. طی انجام این مطالعه، اهداف و فعالیت‌های اجرایی مرتبط با سیاست‌های نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت شناسایی و تحلیل شدند. با شناسایی

میلیارد دلار در سال ۲۰۲۱ یا ۱۰ درصد از کل هزینه‌ها رسید. توجه به این نکته ضروری است که رابطه بین سهم دولت از کل هزینه‌های سلامت و هزینه‌های بیمه پیچیده است و به عوامل مختلفی از جمله نوع طرح بیمه، سطح پوشش و جمعیت بیمه‌شده بستگی دارد [۱۶]. سیاست‌های بیمه‌ای می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در سهم هزینه سلامت خانوار از کل هزینه خانوار، به ویژه در ضعیف‌ترین دهک‌های درآمدی، داشته باشند. پوشش مناسب بیمه باعث می‌شود که کسانی که ۴۵ درصد از درآمد خود را صرف مراقبت‌های سلامت در زیر خط مبنای می‌کنند، شاهد کاهش هزینه‌هایشان به ۲۵ درصد شوند [۱۷]. با توجه به این شواهد، به نظر می‌رسد که ملاحظه شاخص‌های مرتبط با حساب‌های ملی سلامت در ارزیابی عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر سلامت، به ویژه سازمان‌هایی که منشأ اجتماعی و دولتی دارند، بسیار حائز اهمیت است.

مرور مطالعات سایر کشورها نشان می‌دهد که خدمات سلامت تحت پوشش و بهره‌مندی جمعیت از دیگر ابعاد مهمی است که می‌بایست در ارزیابی عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر سلامت در نظر گرفته شوند. به نظر می‌رسد افزایش پوشش بیمه سلامت عموماً افزایش دسترسی به امکانات مراقبت‌های سلامت، بهبود حمایت مالی و بهبود وضعیت سلامت را در پی داشته باشد. درک عوامل ایجاد تفاوت در نتایج اصلاحات بیمه‌ای برای اطلاع از اجرای آتی بیمه سلامت با بودجه عمومی برای دستیابی به هدف گسترده‌تر پوشش همگانی سلامت ضروری است [۱۸]. درصد پوشش دارو، درصد پوشش خدمات بستری، درصد پوشش خدمات پاراکلینیک و درصد پوشش خدمات پیشگیری و مراقبت‌های اولیه سلامت بایستی متناسب با نیازهای جمعیت تحت پوشش باشد، به گونه‌ای تنظیم شود که مهم‌ترین نیازهای جامعه تحت پوشش را در وهله اول پوشش دهد و از اتلاف منابع جلوگیری کند. علاوه بر پوشش خدمات، روند شاخص مشارکت عادلانه در هزینه‌های سلامت در صندوق‌های مختلف بیمه‌ای و یا در جمعیت‌های شهری و روستایی از دیگر معیارهایی است که بهتر است در بررسی عملکرد سازمان بیمه سلامت و گزینه‌های اصلاح نظام بیمه‌ای در کنار وسعت پوشش خدمات در نظر گرفته شود [۱۹، ۲۰]. در ارزیابی تأثیر ویژگی‌های شرکت‌های بیمه بر سودآوری و بهره‌وری مالی شرکت‌های بیمه عمومی در ترکیه، اتیوپی، انگلستان و تونس طی یک دوره مشخص شد که عملکرد مالی مؤسسات بیمه‌ای ارتباط مثبتی با اندازه شرکت بیمه و نرخ رشد حق بیمه دارد [۲۱-۲۴]. این مطالعات نشان می‌دهند که در کشورهای در حال توسعه، بیش از ۵۰ درصد هزینه‌های سلامت صرف محصولات دارویی می‌شود. بنابراین بهره‌گیری از خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند تأثیر به‌سزایی در هدفمندسازی پوشش و

اطلاعات به سازمان کمک خواهد کرد تا خدمات قابل ارائه و تحت پوشش خود را متناسب با نیازها و منابع آنها تنظیم و سیاست‌های خدمات تحت پوشش را به صورت هدفمند تدوین کند. تحلیل‌های انجام شده نشان‌دهنده تأثیر ناهمگون بار جمعیتی بر سازمان‌های بیمه‌گر سلامت است. پیری جمعیت یک چالش مهم است که بر رشد اقتصادی، تجارت، مهاجرت، الگوهای بیماری و شیوع و مفروضات اساسی در مورد افزایش سن تأثیر می‌گذارد. کاهش پوشش جمعیتی منجر به کاهش ۴۰ درصدی ویزیت‌های اورژانس و کاهش ۶۱ درصدی پذیرش بستری بیمارستان‌ها در قالب نیازهای برآورده نشده می‌شود [۱۳]. همچنین پوشش خدمات سلامت تحت تأثیر پیری جمعیت قرار خواهد گرفت، زیرا بدون در نظر گرفتن نیازهای سلامت و مراقبت اجتماعی تعداد روزافزون افراد سالمند، دستیابی به پوشش همگانی سلامت غیرممکن خواهد بود. طبیعتاً معیارهای ارزیابی‌ها و وزن معیارها در صندوق‌های بیمه‌ای که سالمندان درصد قابل توجهی از جمعیت تحت پوشش را تشکیل می‌دهند با صندوق بیمه‌ای که جمعیتی جوان را تحت پوشش داده است تا حدودی متفاوت خواهد بود [۱۴].

سیاست‌های بیمه‌ای بایستی به گونه‌ای طرح‌ریزی شوند که ویژگی‌های جمعیت‌های شهری و روستایی را در نظر بگیرند و تفاوت‌ها در دسترسی و استفاده از خدمات سلامت در مناطق شهری و روستایی را تا حد ممکن کاهش دهند، در نظر گرفتن تفاوت در بهره‌مندی جامعه شهری و روستایی در ارزیابی عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر در کشورهای با وسعت و جمعیت زیاد مورد توجه محققان و سیاست‌گذاران بوده است [۱۵]. اهمیت این مسئله در کشور ما نیز با تصویب آیین‌نامه بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در سال ۱۳۸۳ مشخص است.

دسته‌بندی دیگری که بایستی در ارزیابی عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر سلامت در نظر گرفته شود «حساب‌های ملی سلامت» است. به‌عنوان مثال سهم دولت از کل هزینه‌های سلامت می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر هزینه‌های سازمان بیمه سلامت ایران داشته باشد. براساس اطلاعات مخارج سلامت ملی منتشر شده توسط مراکز خدمات مدیکر و مدیکید در ایالات متحده آمریکا، دولت فدرال ۳۴ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را در سال ۲۰۲۱ حمایت کرد، در حالی که مشاغل خصوصی ۱۷ درصد، دولت‌های ایالتی و محلی ۱۵ درصد را به خود اختصاص دادند. سایر درآمدهای خصوصی ۷ درصد را تشکیل می‌دهند. این گزارش همچنین بیان می‌کند که مخارج بیمه درمانی خصوصی با رشد ۸/۵ درصد به ۱۲۱۱.۴ میلیارد دلار در سال ۲۰۲۱ یا ۲۸ درصد از کل هزینه‌ها در ایالات متحده رسیده است. مخارج پرداخت از جیب با ۱۰.۴ درصد رشد به ۴۳۳.۲

سیستماتیک و هدفمند بررسی عملکرد و سازمان‌ها در تأمین خدمات بیمه سلامت مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ارزیابی‌ها به ویژه اگر بر اساس سیاست‌ها و اسناد بالادستی باشند برای سازمان‌های بیمه‌گر سلامت بسیار مفید و مزایای متعددی دارند زیرا میزان دستیابی به اهداف آنها را مشخص می‌کنند و به نوعی ارزشیابی سیاست‌های مرتبط را در پی خواهند داشت. براساس شاخص‌های شناسایی شده در این مطالعه و دسته‌بندی که به صورت جامع صورت گرفت، می‌توان به شناسایی نقاط قوت و تمرکز بر آنها و همچنین نقاط ضعف و بهبود آنها در سازمان پرداخت. انجام این ارزیابی در سازمان بیمه سلامت ایران، افزایش شفافیت و اعتماد عمومی را به همراه خواهد داشت. با ارائه گزارش‌های عملکرد به صورت شفاف و قابل فهم، سازمان به سیاست‌گذاران و مشتریان خود که مردم هستند اطمینان می‌دهد. خدماتی کیفی و مطابق با استانداردهای مورد انتظار ارائه خواهد داد. این امر باعث افزایش اعتماد مشتریان و بهبود رابطه سازمان با آنها می‌شود. این ارزیابی‌ها همچنین گام مهمی در راستای بهبود عملکرد سازمان و افزایش بهره‌وری آن خواهد بود.

تشکر و قدردانی: نویسندگان این مقاله از همراهی همکاران مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت و کلیه همکاران سازمان بیمه سلامت ایران در همکاری به منظور طراحی و اجرای این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را دارند.
تأییدیه اخلاقی: پژوهش حاضر با کد IR.TUMS.NIHR.REC.1401.014 از کمیته اخلاقی موسسه ملی تحقیقات سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران مورد تأیید قرار گرفت.
تعارض منافع: نویسندگان مقاله تأیید می‌کنند در این مطالعه هیچ‌گونه تعارض منافی نداشتند.

سهم نویسندگان: شناسایی و تحلیل اولیه اسناد توسط عفت محمدی انجام شد. نتایج تحلیل اسناد توسط امیرحسین تکیان و علیرضا اولیایی منش و محمد عفت‌پناه مورد بازنگری قرار گرفت. نتایج تحلیل اسناد توسط کلیه نویسندگان مورد بررسی و تأیید نهایی قرار گرفت. پیش‌نویس مقاله توسط عفت محمدی تدوین و توسط همه نویسندگان مطالعه و بازبینی شد.

منابع مالی: این مطالعه توسط مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت تأمین مالی شده است.

References

1. Aguinis H. Performance management: Pearson; 2013. doi: [10.5465/ambpp.2013.35](https://doi.org/10.5465/ambpp.2013.35).
2. Palm T. Performance assessment and authentic assessment: A conceptual analysis of the literature. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*. 2008;13(1):4.
3. Amaratunga D, Baldry D. Moving from performance measurement to performance management. *Facilities*. 2002;20(5-6):217-23. doi: [10.1108/02632770210426701](https://doi.org/10.1108/02632770210426701).
4. Obser A. Multilateral organisations performance assessment: opportunities and limitations for harmonisations among development agencies. *Discussion Paper*; 2007.
5. Rincón-Moreno J, Ormazábal M, Álvarez M, Jaca C. Advancing circular economy performance indicators and

خرید خدمات این سازمان‌ها و بهبود عملکرد آنها داشته باشد [۲۵،۲۶]. شاخص‌های مرتبط با مراکز طرف قرارداد، شاخص‌های نظارتی و شاخص‌های مرتبط با کارایی عملیاتی سازمان از سایر شاخص‌هایی بودند که در این مطالعه شناسایی شدند. تعداد، تنوع و نوع قراردادهای مراکز طرف قرارداد از نظر نوع خدماتی که از این مراکز خریداری می‌شود و جمعیتی که تحت پوشش این مراکز هستند، در عملکرد سازمان تأثیر گذار است. موضوع اینکه خرید خدمت از چه کسی باشد، یکی از ابعاد مهم خرید راهبردی است [۲۷]. شاخص‌های نظارتی نیز ناظر بر اجرای قوانین و سیاست‌های موجود در سازمان و اداره‌های تابعه در استان‌های کشور هستند. این شاخص‌ها نحوه نظارت بر قوانین و پاسخگویی سیستم در خصوص سیاست‌های موجود را نشان می‌دهد که خود به نوعی کنترل عملکرد سازمان به صورت مداوم را به دنبال خواهد داشت.

یکی از مهم‌ترین ابعاد عملکرد یک سازمان، کارایی آن است. شاخص‌های مرتبط با کارایی عملیاتی سازمان بیمه سلامت ایران در این مطالعه نیز به ارائه شاخص‌هایی در راستای بررسی وضعیت کارایی سازمان و اجرای مداخلات مناسب در صورت نیاز پرداخته است. سهم هزینه‌های اداری خرید خدمات سلامت با توجه به ویژگی‌های سازمان بیمه سلامت، حدود ۲۰-۵ درصد از کل هزینه‌های سازمان است که سهم قابل توجهی در شرکت‌های بزرگ بیمه‌ای است [۲۸]. در ایالات متحده آمریکا هزینه‌های اداری تقریباً ۱۵ تا ۲۵ درصد از کل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت را تشکیل می‌دهند. مبلغی که حدود ۶۰۰ میلیارد تا یک تریلیون دلار در سال از کل هزینه‌های دولتی سلامت در سال ۲۰۱۹ را شامل می‌شود، هزینه‌گذاری صورت‌حساب و کدگذاری، فعالیت‌های اداری پزشکی و هزینه‌های اداری بیمه، محرک‌های اولیه این هزینه‌ها هستند که به نظر می‌رسد بهتر است در بررسی کارایی سازمان مدنظر قرار گیرند [۲۹].

هدف نهایی نظام سلامت و زیرسیستم‌های وابسته به آن، از جمله سازمان بیمه سلامت، ارتقای عادلانه سطح سلامت است. در شاخص‌های مرتبط با پیامدهای سلامت شاخص‌هایی مانند مرگ و میر کودکان زیر پنج سال، مادران باردار، مرگ و میر بیماری‌های غیرواگیر می‌تواند نمایی از عملکرد نظام سلامت و در عین حال سازمان‌های بیمه‌گر باشد [۳۰]. اسناد تحلیل شده در این مطالعه نیز این موضوع مهم را مورد توجه قرار داده بودند و از اهداف مهم سیاست‌های تحلیل شده بهبود وضعیت سلامت مردم بود. به همین دلیل ۱۱ شاخص از مجموعه شاخص‌های شناسایی شده به شاخص‌های پیامدی سلامت اختصاص یافت.

نتیجه‌گیری

ارزیابی عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر سلامت به‌عنوان یک فرایند

- their application in Spanish companies. *J Clean Prod.* 2021;279:123605. doi: [10.1016/j.jclepro.2020.123605](https://doi.org/10.1016/j.jclepro.2020.123605).
6. Levesque J-F, Sutherland K. Combining patient, clinical and system perspectives in assessing performance in healthcare: an integrated measurement framework. *BMC Health Serv Res.* 2020;20(1):23. doi: [10.1186/s12913-019-4807-5](https://doi.org/10.1186/s12913-019-4807-5).
 7. Garavan T, McCarthy A, Lai Y, Murphy K, Sheehan M, Carbery R. Training and organisational performance: A meta-analysis of temporal, institutional and organisational context moderators. *Human Resource Management Journal.* 2021;31(1):93-119. doi: [10.1111/1748-8583.12284](https://doi.org/10.1111/1748-8583.12284).
 8. Abolhallaje M, Ramezani M, Abolhasani N, Salarian Zade H, Hamidi H, Bastani P. Iranian health financing system: challenges and opportunities. *World Appl Sci J.* 2013;22(5):662-6.
 9. Mohammadi E, Raissi AR, Barooni M, Ferdoosi M, Nuhi M. Survey of social health insurance structure in selected countries; providing framework for basic health insurance in Iran. *J Educ Health Promot.* 2014;3:116. doi: [10.4103/2277-9531.145919](https://doi.org/10.4103/2277-9531.145919).
 10. Gorji A. Sanctions against Iran: the impact on health services. *Iran J Public Health.* 2014;43(3):381-2.
 11. Mosadeghrad AM, Tolouie Rakhshan S, Afshari M, Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. *Hakim Health Sys Res.* 2020;20(3):353-66. [Persian]
 12. Mohamadi E, Olyaeemanesh AR, Takian A, Hassanzadeh A, Mobinizadeh M, Yousefinezhadi T, et al. Identification of health indicators to monitor and evaluate the health policies in sixth development five years plan. *Hakim Health Sys Res.* 2018;21(3):242-54. [Persian]
 13. Anderson M, Dobkin C, Gross T. The effect of health insurance coverage on the use of medical services. *Am Econ J Econ Policy.* 2012;4(1):1-27. doi: [10.1257/pol.4.1.1](https://doi.org/10.1257/pol.4.1.1).
 14. Börsch-Supan A, Schröder M. Retrospective data collection in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *SHARELIFE Methodol.* 2011;5.
 15. Su D, Chen Y-c, Gao H-x, Li H-m, Chang J-j, Jiang D, et al. Effect of integrated urban and rural residents medical insurance on the utilisation of medical services by residents in China: a propensity score matching with difference-in-differences regression approach. *BMJ Open.* 2019;9(2):e026408. doi: [10.1136/bmjopen-2018-026408](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026408).
 16. Centers for Medicare & Medicaid Services. *NHE Fact Sheet 2021*. Available from: <https://www.cms.gov/data-research/statistics-trends-and-reports/national-health-expenditure-data/nhe-fact-sheet>.
 17. Simpson M, Green A, Bantlin J. *How Policies to Expand Insurance Coverage Affect Household Health Care Spending.* 2023.
 18. Erlangga D, Suhrcke M, Ali S, Bloor K. The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low-and middle-income countries: a systematic review. *PloS One.* 2019;14(8):e0219731. doi: [10.1371/journal.pone.0219731](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731).
 19. Darvishi A, Amini-Rarani M, Mehroolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. Fairness in household financial contribution to the Iran's healthcare system from 2008 to 2018. *BMC Res Notes.* 2021;14(1):190. doi: [10.1186/s13104-021-05606-8](https://doi.org/10.1186/s13104-021-05606-8).
 20. Ahadinezhad B, Khosravizadeh O, Alizadeh A, Nejatifar Z, Mehri M. Equity in Out-of-Pocket Payments for Healthcare Service Delivery in Urban and Rural Households: Evidence from Iran. *Int J Health Life Sci.* 2021;7(4):e117383. doi: [10.5812/ijhls.117383](https://doi.org/10.5812/ijhls.117383).
 21. Barney JB. Strategic factor markets: Expectations, luck, and business strategy. *Management Science.* 1986;32(10):1231-41. doi: [10.1287/mnsc.32.10.1231](https://doi.org/10.1287/mnsc.32.10.1231).
 22. Jadi DM. *An empirical analysis of determinants of financial performance of insurance companies in the United Kingdom: University of Bradford;* 2015.
 23. Mehari D, Aemiro T. Firm specific factors that determine insurance companies' performance in Ethiopia. *Eur Sci J.* 2013;9(10):245-55.
 24. Nyongesa MN. *Effect of financial management practices on financial performance of insurance companies in Kenya. [PhD Thesis]. Kenya: Jomo Kenyatta University of Agriculture and Technology;* 2017.
 25. Mathauer I, Dale E, Jowett M, Kutzin J. *Purchasing health services for universal health coverage: How to make it more strategic?.* 2019.
 26. Faraji H, Kebriaeezadeh A. *Is Strategic Purchasing in Iranian Insurance Companies Effective? Journal of Pharmacoconomics and Pharmaceutical Management.* 2021;7(1-2):1-2.
 27. Kalantari AR, Jafari Sirizi M, Mehroolhassani MH, Dehnavieh R. Challenges of implementation: strategic purchasing in Iran Health Insurance Organization. *Int J Health Plann Manage.* 2019;34(1):e875-e84. doi: [10.1002/hpm.2704](https://doi.org/10.1002/hpm.2704).
 28. Douven R, Kauer L, Demme S, Paolucci F, van de Ven W, Wasem J, et al. Should administrative costs in health insurance be included in the risk-equalization? An analysis of five countries. *Eur J Health Econ.* 2022;23(9):1437-53. doi: [10.1007/s10198-022-01436-y](https://doi.org/10.1007/s10198-022-01436-y).
 29. Chernew M, Mintz H. Administrative expenses in the US health care system: Why so high? *JAMA.* 2021;326(17):1679-80. doi: [10.1001/jama.2021.17318](https://doi.org/10.1001/jama.2021.17318).
 30. Aziz N, Liu T, Yang S, Zukiewicz-Sobczak W. Causal relationship between health insurance and overall health status of children: Insights from Pakistan. *Front Public Health.* 2022;10:934007. doi: [10.3389/fpubh.2022.934007](https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.934007).

پیوست ۱: محتوا و اهداف سیاست های مرتبط با نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران	
اصل ۲۹	برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، دراهماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایتهای مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.
سیاست های کلی سلامت	
بند ۹	توسعه کمی و کیفی بیمه های بهداشتی و درمانی با هدف: همگانی ساختن بیمه پایه درمان. پوشش کامل نیازهای 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. 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 لازم برخوردار باشد. تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته ها با حذف اقدامات زاید و هزینه های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان. تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی. تدوین تعرفه خدمات و مراقبت های سلامت مبتنی بر شواهد و بر اساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی. اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه های مثبت ارائه کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.
قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳	
ماده ۲	به منظور توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاست گذاری، برنامه ریزی، ایجاد هماهنگی های اجرایی هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی در چهارچوب این قانون شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که بعد از این شورای عالی نامیده می شود، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می گردد.
ماده ۴	دولت موظف است شرایط لازم را برای پوشش قرار دادن تمام گروه ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستائیان طبق موازین این انجام خواهد شد.
ماده ۵	به منظور تأمین موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستائیان و سایر گروه های اجتماعی سازمان بیمه خدمات درمانی که پس از این سازمان نامیده می شود تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره خواهد شد.
ماده ۶	کلیه شرکت های بیمه مجازند بر اساس موازین این قانون و با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نمایند.
ماده ۷	کلیه دستگاه ها و سازمان های دولتی و وابسته به دولت کمیته امداد امام خمینی (ره) و اشخاص حقیقی و حقوقی در انتخاب سازمان و یا شرکت های بیمه گر برای عقد قراردادهای بیمه خدمات درمانی در چهارچوب موازین و مفاد این قانون مخیر می باشند و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی [۱۱] نافی این حق و اختیار نخواهد بود.
ماده ۸-۱۲	تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی بر اساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه شوندگان با در نظر داشتن سطح درآمد گروه های بیمه شوندگان و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تأیید شورای عالی به تصویب هیأت وزیران خواهد رسید. حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده 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 تأیید شورای عالی و تصویب هیأت وزیران تعیین و اعلام می شود. تأمین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود همچنان رایگان است. ارائه خدمات درمانی به روستائیان از طریق شبکه های بهداشتی، درمانی و سیستم ارجاع بوده و میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستائیان در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق سرانه تعیین شده شهرنشینان خواهد بود.
ماده ۱۳ و ۱۴	سهم مشمولان این قانون از حق بیمه سرانه خدمات درمانی بر حسب گروه های شغلی به ترتیب زیر خواهد بود. ۱ - کارکنان دولت: یک پنجم تا یک سوم حق بیمه سرانه که متناسب با حقوق و مزایا با تصویب هیأت وزیران تعیین می شود. ۲ - مشمولان قانون تأمین اجتماعی: بر طبق مقررات قانون تأمین اجتماعی. ۳ - روستائیان: بر اساس مصوبات هیأت وزیران. ۴ - صاحبان حرف و مشاغل آزاد: تا ۱۰۰ درصد حق بیمه سرانه، به پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران. ۵ - سایر اقشاری که در این قانون ذکری از آنها به عمل نیامده است، بر اساس پیشنهاد شورای عالی و تصویب هیأت وزیران. تأمین حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند جامعه که فاقد توانائی پرداخت هستند به پیشنهاد مشترک کمیته امداد امام خمینی (ره) و سازمان برنامه و بودجه توسط دولت تعهد شده و به صورت ردیفی مستقل در قانون بودجه هر سال منظور و در اختیار کمیته یاد شده قرار می گیرد تا بر اساس موافقت نامه شرح فعالیت های جاری جهت حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد مذکور و انعقاد قرارداد با سازمان ها و شرکت های بیمه گر به مصرف برساند.

ماده ۱۵، ۱۷ و ۱۸	<p>سازمان برنامه و بودجه موظف است همه ساله اعتبارات مربوط به سهم دولت از حق بیمه خدمات درمانی کارمندان دستگاه‌هایی را که از بودجه عمومی دولت استفاده می‌کنند به صورت یک برنامه مشخص در قالب بودجه مصوب سالانه هر یک از دستگاه‌های اجرایی پیش‌بینی و منظور نماید. دستگاه‌های ذی‌ربط موظفند رأساً نسبت به انعقاد قرارداد با سازمان بیمه خدمات درمانی یا سایر شرکت‌ها و مؤسسات بیمه‌گر اقدام نمایند.</p> <p>کلیه بیمارستان‌ها، مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تشخیصی و پزشکان کشور موظف به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه و انجام خدمات و مراقبت‌های پزشکی لازم بر اساس ضوابط و مقررات این قانون هستند.</p> <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است در اجرای بیمه خدمات درمانی همگانی کشور حداکثر تا یک سال پس از تصویب این قانون کلیه موازین، مقررات، روش‌های نظارتی و آئین‌نامه‌های موضوع این قانون را با همکاری مبادی ذی‌ربط تهیه نموده و به تصویب مراجع مربوط برساند.</p>
دستورالعمل « نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی »	
ماده ۱	<p>کلیه بیمارستانها، مراکز بهداشت، درمانی و مراکز تشخیصی اعم از دولتی و خصوصی و داروخانه‌ها و پزشکان کشور - که از این پس مشمولان این دستورالعمل نامیده می‌شوند - مکلفند در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور نسبت به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارائه خدمات و مراقبت‌های پزشکی اقدام کنند و در صورت درخواست سازمانها و شرکتهای بیمه‌گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) موظف به انعقاد قرارداد لازم هستند.</p>
ماده ۲	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با نظر مشورتی سازمان نظام پزشکی، ضوابط و مقررات و دستورالعملهای لازم در مورد نحوه‌ارایه صحیح خدمات و ضوابط نظارت فنی لازم را منظور ارایه خدمات صحیح پزشکی مطابق با نیاز (بر طبق اندیکاسیون) تدوین و به کلیه مشمولان این دستورالعمل، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمانها و شرکتهای بیمه‌گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) ابلاغ بر اجرای آن نظارت کند.</p>
ماده ۳	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی استانداردهای لازم را به مشمولان این دستورالعمل اعلام و با همکاری سازمان نظام پزشکی و با رعایت آیین‌نامه انتظامی رسیدگی به تخلفات صنفی و حرفه‌ای شاغلان حرفه‌های پزشکی و وابسته - مصوب ۱۳۷۳، ۵، ۹ هیأت وزیران - بر حفظ و رعایت استانداردهای نظارت مستمر می‌کند.</p>
ماده ۴	<p>کلیه مشمولان این دستورالعمل مکلفند تعرفه‌ها، ضوابط، مقررات و آیین‌نامه‌های مربوط به ارایه خدمات تشخیصی و درمانی، اصول اخلاقی پزشکی و آیین‌نامه‌های انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را رعایت کنند.</p>
ماده ۵	<p>سازمان نظام پزشکی مکلف است در چهارچوب وظایف قانونی خود به تخلفات پزشکی و حرف و وابسته پزشکی در زمینه ارایه خدمات پزشکی و عدم رعایت ضوابط و مقررات و آیین‌نامه مربوط حداکثر ظرف سه ماه رسیدگی نموده و بلافاصله اقدام لازم را به عمل آورد.</p>
ماده ۶	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است برای بررسی پرونده‌های پزشکی و انجام تحقیقات لازم، گروه‌هایی مرکب از افراد ذیصلاح را به‌صورت ادواری و یا برای رسیدگی به شکایات به محلهای مشمولان این دستورالعمل اعزام و از رعایت ضوابط مندرج در این دستورالعمل اطمینان حاصل کند.</p>
ماده ۷	<p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است برای آن دسته از مشمولان این دستورالعمل که ضوابط موضوع مواد (۲) و (۳) را رعایت می‌کنند برگ تأیید به صادر و در صورت عدم رعایت ضوابط یاد شده، نظرات اصلاحی را راجع به مواردی که لزوم اصلاح دارد، به صورت مکتوب صادر و براعمال آن نظارت کند. در این صورت واحدهای یاد شده مکلفند ظرف مدت قید شده اقدامات اصلاحی را انجام دهند.</p>
ماده ۸	<p>کلیه رؤسای، مؤسسان و مسئولین فنی مؤسسات پزشکی، بیمارستانها، مراکز بهداشتی، درمانی و تشخیصی و داروخانه‌ها و پزشکان مطبهای خصوصی، مسئول اجرای این دستورالعمل هستند و در صورت تخلف با آنها بر اساس قوانین و مقررات مربوط برخورد می‌شود.</p>
ماده ۹	<p>سازمانهای بیمه‌گر و کمیته امداد امام خمینی (ره) می‌توانند به منظور اطمینان از حسن اجرای مفاد قراردادهای منعقد شده، نظارت لازم را بر نحوه ارایه خدمات تعهد شده مؤسسات طرف قرارداد، اعمال نمایند.</p>
ماده ۱۰	<p>نظارت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نافی نظارت شورای عالی بیمه خدمات درمانی شور در چهارچوب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و آیین‌نامه‌ها مربوط نیست. دبیر شورای یاد شده موظف است هر شش ماه گزارش نظارت‌های انجام شده را به این شورا ارایه کند.</p>
قانون برنامه ششم توسعه	
ماده ۷۰ / الف	<p>پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق‌سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و ضوابط ذیل و براساس آیین‌نامه‌های خواهد بود که به تصویب هیأت وزیران می‌رسد.</p> <p>تبصره- این حق‌بیمه شامل سرپرست خانوار و کلیه افراد تحت تکفل آنان است.</p>
ماده ۷۰ / ب	<p>حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد سرپرست خانوار خواهد بود:</p> <p>خانواده روستاییان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد (۷درصد) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار، صددرصد (۱۰۰درصد) حق بیمه این گروه‌های اجتماعی بر مبنای بند (الف) این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود.</p> <p>کارکنان دستگاه‌های اجرائی معادل هفت درصد (۷درصد) حقوق و مزایای مستمر آنان</p> <p>سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه‌های درآمدی معادل هفت درصد (۷درصد) درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت</p> <p>پوشش بیمه سلامت برای افراد خارجی مقیم در کشور، از جمله پناهندگان گروهی مورد تأیید دفتر اتباع خارجی وزارت کشور، الزامی است. شیوه دریافت حق بیمه و برخورداری از یارانه دولت برای تأمین حق بیمه براساس آیین‌نامه‌ای خواهد بود که حداکثر ظرف سه‌ماه از زمان لازم‌الاجراء شدن این قانون به تصویب هیأت‌وزیران می‌رسد. حکم این جزء بر حکم ماده (۴) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور حاکم است.</p>

ماده ۷۰/ پ	دستگاههای اجرائی مکلفند حق بیمه پایه سلامت سهم بیمه‌شده و دستگاه اجرائی را حداکثر ظرف مدت سه ماه به حساب سازمان بیمه‌گر پایه مربوطه واریز نمایند. در صورت عدم واریز با اعلام سازمان بیمه‌گر و تشخیص و توسط وزارت امور اقتصادی و دارایی از ردیف مربوطه و حساب جاری دستگاه اجرائی ذی‌ربط برداشت و به حساب سازمان بیمه‌گر پایه واریز می‌شود.
ماده ۷۰/ ت	عقد قرارداد و هرگونه پرداخت مزاد بر تعرفه تعیین‌شده برای خدمات تشخیصی، بهداشتی و درمانی مشمول بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکتهای بیمه تجاری و صندوق‌های بیمه پایه با اشخاص حقیقی و حقوقی تحت هر عنوان ممنوع است.
ماده ۷۰/ ث	کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمات، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند ضمن رعایت تعرفه‌های مصوب دولت از خط مشی‌های مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبعیت نمایند. دریافت هرگونه وجه مزاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمات، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوطه خواهد بود.
ماده ۷۰/ ج	بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می‌شود. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد.
ماده ۷۰/ چ	پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت تشکیل می‌گردد. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه، نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به صورت واحد و یکسمن توسط سازمان بیمه سلامت طراحی و اجراء می‌شود.
ماده ۷۰/ ح	دولت مکلف است طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چهارچوب قانون اقدام کند.
آیین‌نامه اجرایی بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران	
ماده ۲	افراد فاقد بیمه پایه سلامت، بیمه‌شدگان مناطق روستایی، عشایری و شهرهای با جمعیت کمتر از بیست هزار نفر و همچنین بیمه‌شدگان شهری صندوق بیمه همگانی سازمان و اقشار تحت پوشش نهادهای حمایتی، مشمول این آیین‌نامه می‌باشند.
ماده ۳	سازمان موظف است در چهارچوب حق بیمه دریافتی نسبت به برقراری پوشش بیمه پایه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور که فاقد پوشش بیمه سلامت میباشند، براساس ضوابط این آیین‌نامه اقدام نماید.
ماده ۶	کلیه خانوارهای فاقد بیمه پایه سلامت مکلفند ظرف شش ماه از ابلاغ این آیین‌نامه به مراجع اعلام شده توسط سازمان، نسبت به بیمه نمودن خود و پرداخت سهم خود از حق بیمه در چهارچوب مفاد این آیین‌نامه اقدام نمایند. متولدین جدید فاقد بیمه پایه سلامت، مشمول مهلت مقرر فوق نمی‌باشند. سازمان مکلف است اقدامات ترویجی و تبلیغی لازم را برای اطلاع‌رسانی به کلیه افراد واجد شرایط در مدت مذکور انجام دهد.
ماده ۷	پس از انقضای مهلت مقرر در ماده (۶) این آیین‌نامه، افرادی که فاقد پوشش بیمه پایه سلامت هستند، در صورت نیاز به خدمات درمانی، به جز در موارد اورژانس، ملزم به پرداخت کامل هزینه‌های مربوط مطابق با تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی مصوب هیأت وزیران هستند.
ماده ۸	پس از انقضای مهلت مقرر در ماده (۶) این آیین‌نامه، افرادی که فاقد پوشش بیمه پایه سلامت هستند، در صورت نیاز به خدمات درمانی، به جز در موارد اورژانس، ملزم به پرداخت کامل هزینه‌های مربوط مطابق با تعرفه‌های خدمات تشخیصی و درمانی مصوب هیأت وزیران هستند.
ماده ۱۱	نحوه پرداخت حق بیمه و سهم سرپرست خانوار از یارانه دولت به شرح زیر است: الف - صد در صد (۱۰۰ درصد) حق بیمه خانواری که بر اساس بررسی وزارت، درآمدی کمتر از چهل درصد (۴۰ درصد) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار داشته و یا بر اساس وضعیت مالی در یکی از دهکهای درآمدی یک، دو و سه قرار دارند بر عهده دولت میباشد. ب - پنجاه درصد حق بیمه خانواری که بر اساس بررسی وزارت، درآمدی بین چهل درصد (۴۰ درصد) تا صد در صد (۱۰۰ درصد) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار داشته و یا بر اساس وضعیت مالی در دهک درآمدی چهار قرار دارند بر عهده دولت میباشد. پ - صد درصد حق بیمه خانواری که بر اساس خوداظهاری خانوار یا بررسی وزارت، درآمدی معادل حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار و بیشتر دارند یا در دهک درآمدی (۵) و بالاتر قرار دارند، بر اساس جزء (۴) بند (ب) ماده (۷۰) قانون بر عهده متقاضی خواهد بود. در صورت عدم امکان تعیین درآمد افراد مذکور، حق بیمه ماهانه سرانه هر نفر بر اساس سرانه بیمه خدمات درمانی است که همه ساله به تصویب هیأت وزیران می‌رسد و با رعایت شرط خانوار توسط متقاضی پرداخت خواهد شد.
ماده ۱۲	اعتبار مورد نیاز برای اجرای این آیین‌نامه از محل اعتبارات مصوب مربوط در قانون بودجه سال جاری تأمین و برای سنوات آتی حسب مورد و به پیشنهاد مشترک وزارت، سازمان و سازمان برنامه و بودجه کشور در لوائح بودجه سنواتی پیشبینی می‌شود.
اساسنامه سازمان بیمه سلامت	
ماده ۳	سازمان دارای شخصیت حقوقی و استقلال مالی و اداری است و به صورت شرکت دولتی اداره می‌شود و مدت فعالیت آن نامحدود است.
ماده ۴	مرکز اصلی صندوق در تهران است و می‌تواند در تهران و سایر مناطق کشور از طریق شعب و نمایندگی‌ها یا از طریق واگذاری برخی از امور به کارگزاری‌ها با رعایت تبصره (۱) ماده (۱۲) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی نسبت به انجام وظایف قانونی خود اقدام نماید.

<p>ماده ۷</p>	<p>وظایف و اختیارات سازمان به شرح زیر می‌باشد:</p> <p>الف - عقد قرارداد ارائه خدمات بیمه پایه سلامت و دریافت حق بیمه از مشمولان براساس بند (د) ماده (۳۸) قانون.</p> <p>ب - پرداخت به اشخاص حقیقی و حقوقی ذینفع براساس سرانه‌ها و هزینه‌های ارائه خدمات و مراقبت‌های بسته خدمات بیمه پایه سلامت بیمه‌شدگان تحت پوشش، در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.</p> <p>ج - خرید راهبردی خدمات سلامت با رعایت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات و براساس سیاست‌های مصوب.</p> <p>د - حفظ حقوق بیمه‌شدگان و ایجاد رقابت و کارایی در ارائه خدمات بیمه از طریق نظارت بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات و مراقبت‌های بسته بیمه پایه سلامت به طور مستقیم و یا از طریق مؤسسه‌های ذی‌صلاح در چارچوب مفاد قراردادهای منعقد و انعقاد و یا فسخ قرارداد براساس ارزیابی‌های انجام شده در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.</p> <p>هـ - بررسی، مطالعه و تحقیق کاربردی در زمینه امور بیمه سلامت.</p> <p>و - همکاری در ساماندهی ارائه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت» با نهادهای قانونی مربوط.</p> <p>ز - اعمال استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی مصوب در قراردادهای منعقد و واحدهای ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت.</p> <p>ح - عقد قرارداد با کارگزاران به منظور برون‌سپاری امور تصدی‌گری.</p> <p>ط - انجام اقدامات قانونی لازم برای وصول حق بیمه پایه سلامت.</p> <p>ی - نظارت بر ارائه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی.</p> <p>ک - برنامه‌ریزی و نظارت به منظور برقراری تراز منابع و مصارف سازمان با رعایت قوانین و مقررات مربوط.</p> <p>ل - تعیین ضوابط مربوط به انعقاد و فسخ قرارداد با اشخاص حقیقی و حقوقی و بیمه‌شدگان با رعایت قوانین و مقررات برای پیشنهاد به هیئت امناء.</p> <p>م - تعیین ضوابط مربوط به تنظیم و بررسی اسناد و مدارک پزشکان، گروه‌ها و مؤسسات پزشکی طرف قرارداد برای پیشنهاد به هیئت امناء.</p> <p>ن - احراز صلاحیت مراکز تشخیصی و درمانی به منظور عقد قرارداد در چارچوب قوانین و مقررات مربوط.</p> <p>س - اقامه دعوی در مراجع قانونی.</p> <p>ع - سایر وظایفی که با رعایت قوانین و مقررات مربوط از طرف شورای عالی تعیین می‌شود.</p>
<p>ماده ۱۶</p>	<p>منابع درآمدی سازمان عبارت است از:</p> <p>الف - حق بیمه‌های دریافتی.</p> <p>ب - کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی.</p> <p>ج - منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها.</p> <p>د - وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزایهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه‌ها.</p> <p>هـ - درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه‌شدگان.</p> <p>و - منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.</p> <p>ز - منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید.</p> <p>ح - منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.</p> <p>ط - سایر درآمدهای متفرقه.</p>
<p>آیین نامه خرید راهبردی</p>	
<p>ماده ۲</p>	<p>سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه‌شدگان تحت پوشش، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات سلامت و خرید با کیفیت‌ترین و هزینه‌اثربخش‌ترین خدمات برای بیمه‌شدگان، اقدام نماید.</p>
<p>ماده ۴</p>	<p>سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت داخلی و خارجی با اولویت خرید از تولیدکنندگان داخلی و توزیع مناسب آنها با هدف بهبود دسترسی بیمه‌شدگان و کاهش هزینه مستقیم مردم اقدام نماید. این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان می‌باشد.</p>
<p>ماده ۶ و ۷ و ۸</p>	<p>ملک تعهد سازمانهای بیمه‌گر، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس مصوبات هیئت وزیران می‌باشد.</p> <p>وزارتخانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس‌جمهور همه ساله نسبت به بازنگری فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس معیارهای علمی و روش‌شناختی (متدولوژی) مصوب، با اولویت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات اقدام و آن را از طریق شورای عالی برای تصویب به هیئت وزیران ارائه می‌نمایند.</p> <p>وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، هر ساله در خصوص حداقل پنجاه مورد اقدام نماید.</p>
<p>ماده ۱۱ و ۱۲</p>	<p>وزارت موظف است بار مالی اجرای این آیین‌نامه را سالانه برآورد و برای پیش‌بینی در لایحه بودجه سنواتی به معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس‌جمهور اعلام نماید.</p> <p>سازمان موظف است هر ساله گزارش عملکرد مالی خرید راهبردی خدمات و میزان تأثیر آن بر شاخص‌های سهم پرداخت مردم از هزینه‌های سلامت، کاهش هزینه‌های سلامت و توسعه عدالت در سلامت را به شورای عالی ارائه نماید.</p>
<p>ماده ۱۵ و ۱۶</p>	<p>مراکز موظفند دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران را تهیه نمایند. موارد استثنا با توافق وزارت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طرف شش ماه تهیه می‌شود.</p> <p>معاونت برنامه‌ریزی و نظارت راهبردی رییس‌جمهور موظف است اعتبارات مصوب سازمان در قوانین بودجه سنواتی را به موقع تخصیص دهد.</p>
<p>گزارش‌های سالانه سازمان بیمه سلامت</p>	
<p>---</p>	

پیوست ۲: شاخص های اولیه ارزیابی و نظارت بر عملکرد سازمان بیمه سلامت، برگرفته از اسناد

شاخص های شناسایی شده در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران

- ۱- درصد جمعیت تحت پوشش بیمه های پایه سلامت
- ۲- درصد خدمات تحت پوشش بیمه سلامت
- ۳- سهم دولت از کل هزینه های نظام سلامت

شاخص های شناسایی شده سیاست های کلی سلامت

- ۴- درصد جمعیت تحت پوشش بیمه های پایه سلامت
- ۵- درصد خدمات تحت پوشش بیمه سلامت
- ۶- درصد سهم بیمه های پایه سلامت از کل منابع نظام سلامت
- ۷- درصد هزینه سلامت خانوار به کل هزینه خانوار
- ۸- میزان پرداخت از جیب مردم
- ۹- درصد سهم بیمه پایه به کل درآمد های اختصاصی در مراکز دولتی
- ۱۰- درصد بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت در مراکز دولتی
- ۱۱- درصد افراد فاقد پوشش بیمه پایه در بیماران بستری
- ۱۲- درصد جمعیت بیمه شدگان بیمارهای خاص
- ۱۳- درصد جمعیت بیمه شدگان بیماران سرطانی و صعب العلاج
- ۱۴- درصد جمعیت بیمه شدگان سالمندان
- ۱۵- درصد جمعیت بیمه شدگان معلولین
- ۱۶- رشد حق بیمه (سرانه)
- ۱۷- نسبت افراد مشارکت کننده در پرداخت حق بیمه به کل جمعیت بیمه شده
- ۱۸- رشد تعرفه ها (خدمات سلامت) در بخش خصوصی
- ۱۹- رشد تعرفه ها (خدمات سلامت) در بخش دولتی
- ۲۰- رشد سرانه هزینه بیمه گر
- ۲۱- رشد سرانه هزینه بیمه گر در بخش بستری
- ۲۲- رشد سرانه هزینه بیمه گر در بخش سرپایی
- ۲۳- درصد هزینه سلامت به کل هزینه خانوار
- ۲۴- درصد هزینه خدمات بستری به کل هزینه خانوار
- ۲۵- درصد هزینه خدمات سرپایی به کل هزینه خانوار
- ۲۶- درصد افراد دچار هزینه های کمرشکن درمانی
- ۲۷- شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI)
- ۲۸- میزان فقرزایی هزینه های سلامت
- ۲۹- نسبت مشارکت حق بیمه سهم بیمه شده به سرانه حق بیمه مصوب
- ۳۰- نسبت مشارکت حق بیمه سهم کارفرما به سرانه حق بیمه مصوب
- ۳۱- نسبت مشارکت حق بیمه سهم دولت به سرانه حق بیمه مصوب
- ۳۲- سهم مشارکت بیمه های پایه از هزینه های درمان فرد

شاخص های شناسایی شده قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳/۰۸/۰۳

- ۳۳- درصد جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت
- ۳۴- درصد جمعیت نیازمند تحت پوشش سازمان بیمه سلامت
- ۳۵- درصد جمعیت روستایی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت
- ۳۶- درصد جمعیت صاحبان حرف و مشاغل آزاد تحت پوشش سازمان بیمه سلامت
- ۳۷- درصد موسسات ارائه دهنده خدمات سلامت که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند
- ۳۸- درصد بیمارستان های دولتی که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند
- ۳۹- درصد بیمارستان های خصوصی که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند
- ۴۰- درصد دی کلینیک ها که با سازمان بیمه سلامت قرارداد دارند

شاخص های شناسایی شده دستورالعمل «نحوه نظارت بر امور بیمه خدمات درمانی همگانی»

- ۵۰- متوسط زمان بازپرداخت صورتحساب مراکز طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت از زمان ارائه اسناد
- ۵۱- تعداد ضوابط و مقررات و دستورالعملهای لازم در مورد نحوه ارائه صحیح خدمات ابلاغ شده به مراکز طرف قرارداد
- ۵۲- وجود ضوابط، مقررات و مربوط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۵۳- وجود ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط به رعایت اصول اخلاقی پزشکی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۵۴- وجود ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط به انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۵۵- وضعیت نظارت بر ضوابط، مقررات و مربوط به ارائه خدمات تشخیصی و درمانی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۵۶- وضعیت نظارت بر ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط به رعایت اصول اخلاقی پزشکی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۵۷- وضعیت نظارت بر ضوابط، مقررات و آیین نامه های مربوط به انطباق امور فنی پزشکی با موازین شرعی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۵۸- تواتر گزارش نظارت های انجام شده (به ماه)

شاخص های شناسایی شده ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه

- ۵۹- درصد کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی
- ۶۰- سهم (درصد) بخش دولتی از کل هزینه های سلامت
- ۶۱- سهم (درصد) بخش خصوصی از کل هزینه های سلامت
- ۶۲- سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از کل هزینه های بخش دولتی
- ۶۳- سهم (درصد) منابع خارجی از کل هزینه های سلامت
- ۶۴- سهم منابع بیمه اجتماعی از هزینه های سلامت در بخش دولتی
- ۶۵- میزان پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت
- ۶۶- میزان پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی
- ۶۷- سرانه هزینه سلامت
- ۶۸- سرانه هزینه های دولتی سلامت
- ۶۹- سرانه پرداخت از جیب توسط افراد
- ۷۰- سهم هزینه های سلامت در بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی
- ۷۱- سهم بیمه های سلامت خصوصی از هزینه های سلامت در بخش خصوصی
- ۷۲- درصد بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت در مراکز دولتی
- ۷۳- درصد تعداد خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت
- ۷۴- پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (پاراکلینیک)
- ۷۵- پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (بستری)
- ۷۶- درصد دستورالعمل های یکسان سازی شده

شاخص‌های شناسایی شده آیین‌نامه اجرایی بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران مصوب ۲۷/۰۵/۱۳۹۸ هیأت وزیران

- ۷۷- درصد جمعیت تحت پوشش بیمه پایه سازمان
- ۷۸- میزان دسترسی و تادل الکترونیک اطلاعات بین سازمان ثبت احوال کشور و سایر سازمان‌ها و سازمان بیمه سلامت
- ۷۹- درصد جذب اعتبار مورد نیاز برای اجرای این آیین‌نامه اجرایی بند (الف) ماده (۷۰) قانون برنامه پنج‌ساله ششم
- ۸۰- اجرای آزمون‌های وسیع انجام شده به نسبت افراد واجد شرایط مشمول (درصد)
- ۸۱- مقدار حق بیمه پرداختی افراد با درآمد کمتر از چهل درصد (۴۰ درصد) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار (دهک‌های درآمدی یک، دو و سه)
- ۸۲- مقدار حق بیمه خانوارهای با درآمد بین چهل درصد (۴۰ درصد) تا صد درصد (۱۰۰ درصد) حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار (دهک درآمدی)
- ۸۳- میزان حق بیمه خانوارهای با درآمد خانواری که بر اساس خوداظهاری خانوار یا بررسی وزارت، درآمدی معادل حداقل حقوق و دستمزد مشمولان قانون کار و بیشتر دارند (دهک درآمدی ۵) و بالاتر قرار دارند)
- ۸۴- میزان استقلال مالی سازمان بیمه سلامت
- ۸۵- میزان استقلال اداری سازمان بیمه سلامت
- ۸۶- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت در کشور
- ۸۷- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت در هر یک از استان‌های کشور
- ۸۸- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت به نسبت تعداد شهرستان‌ها در هر یک از استان‌های کشور
- ۸۹- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت به نسبت جمعیت در هر یک از استان‌های کشور
- ۹۰- ضریب نفوذ پوشش بیمه درمان اتباع خارجی
- ۹۱- تعداد کل موسسات طرف قرارداد
- ۹۲- تعداد موسسات دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی) طرف قرارداد
- ۹۳- تعداد موسسات خصوصی طرف قرارداد
- ۹۴- تعداد موسسات خیریه طرف قرارداد
- ۹۵- تعداد کل تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد
- ۹۶- تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد در بخش دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی)
- ۹۷- تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد در بخش خصوصی
- ۹۸- تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد در بخش خیریه
- ۹۹- تعداد کل موسسات طرف قرارداد به کل موسسات فعال
- ۱۰۰- تعداد کل موسسات طرف قرارداد در بخش دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی) به کل موسسات فعال در بخش دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی)
- ۱۰۱- تعداد کل موسسات طرف قرارداد در بخش خصوصی به کل موسسات فعال در بخش خصوصی
- ۱۰۲- تعداد کل موسسات طرف قرارداد در بخش خیریه به کل موسسات فعال در بخش خیریه
- ۱۰۳- درصد پوشش دارو (تعداد داروهای در تعهد بیمه نسبت به داروهای لیست فارماکوپه) در تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۰۴- درصد پوشش خدمت بستری (تعداد خدمات بستری در تعهد بیمه نسبت به خدمات کتاب ارزش نسبی)
- ۱۰۵- درصد پوشش خدمات پاراکلینیک (تعداد خدمات پاراکلینیک در تعهد بیمه نسبت به خدمات پاراکلینیک کتاب ارزش نسبی)
- ۱۰۶- درصد پرداخت از جیب مردم
- ۱۰۷- رشد سرانه بار مراجعه کلی
- ۱۰۸- رشد سرانه بار مراجعه در بخش بستری
- ۱۰۹- رشد سرانه بار مراجعه در بخش سرپایی
- ۱۱۰- تعداد افرادی که از خدمات درمان مستقیم استفاده می‌نمایند
- ۱۱۱- نسبت جمعیت بیمه شده که در قالب نظام ارجاع (سطح بندی خدمات) خدمت دریافت می‌نمایند به کل بیمه شدگان
- ۱۱۲- درصد جمعیت بیمه شده که جبران خدمات براساس نظام پرداخت سرانه وزن‌دهی شده می‌باشد
- ۱۱۳- تعداد بیمه شدگان با نظام پرداخت جبران خدمت بر اساس سرانه وزن‌دهی شده/ کل جمعیت بیمه شدگان
- ۱۱۴- درصد منابع ذیل بیمه سلامت که از کل منابع نظام سلامت اختصاص یافته است
- ۱۱۵- مخارج بیمه‌های اجتماعی در حوزه سلامت / هزینه‌های عمومی نظام سلامت
- ۱۱۶- درصد شیوه‌نامه‌های تدوین شده پرداخت تشویقی
- ۱۱۷- تعداد شیوه‌نامه‌های تدوین شده پرداخت تشویقی/ تعداد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۱۸- درصد خدمات بیمه پایه سلامت خریداری شده بر مبنای قیمت واقعی در فضای رقابتی
- ۱۱۹- تعداد خدمات بیمه پایه سلامت خریداری شده بر مبنای قیمت واقعی در فضای رقابتی/ تعداد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۲۰- درصد راهنماهای بالینی تدوین شده جهت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۲۱- تعداد راهنماهای بالینی تدوین شده جهت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت/ تعداد کل خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۲۲- درصد راهنماهای بالینی اجراء شده جهت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۲۳- تعداد راهنماهای بالینی اجراء شده جهت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت/ تعداد کل خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۲۴- درصد بیمارستان‌هایی که نظام پرداخت مبتنی بر تشخیص اعمال می‌شود
- ۱۲۵- تعداد بیمارستان‌های با نظام پرداخت مبتنی بر تشخیص/ کل بیمارستان‌ها
- ۱۲۶- درصد موسساتی که جبران خدمات براساس نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد صورت گرفته است به تفکیک نوع موسسه
- ۱۲۷- تعداد موسسه‌ها با نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد / کل موسسات
- ۱۲۸- درصد مراکز که کدهای تشخیصی (ICD) را پیاده‌سازی نموده‌اند
- ۱۲۹- تعداد مراکز مجری کدهای تشخیصی/ کل مراکز
- ۱۳۰- درصد اعمال شایع جراحی بازنگری شده گلوبال
- ۱۳۱- تعداد اعمال شایع جراحی بازنگری شده گلوبال / تعداد کل اعمال شایع جراحی
- ۱۳۲- درصد خرید خدمات دارو از مراکز داخلی بر اساس برند و قیمت مصوب.
- ۱۳۳- (تعداد / مبلغ) خرید خدمات دارو از مراکز داخلی بر اساس برند و قیمت مصوب / کل (تعداد / مبلغ) داروهای خریداری شده
- ۱۳۴- درصد خرید تجهیزات از مراکز داخلی بر اساس برند و قیمت مصوب
- ۱۳۵- (تعداد / مبلغ) خرید تجهیزات از مراکز داخلی بر اساس برند و قیمت مصوب / کل (تعداد / مبلغ) تجهیزات خریداری شده
- ۱۳۶- درصد خدمات بیمه پایه سلامت که فرانشیزو سهم بیمه پایه سلامت از هزینه آنها بر مبنای فرانشیز متغیرمی باشد
- ۱۳۷- تعداد خدمات بیمه پایه سلامت که فرانشیزو سهم بیمه پایه سلامت از هزینه آنها بر مبنای فرانشیز متغیرمی باشد/ تعداد کل خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۳۸- درصد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت که سالیانه بازنگری گردیده
- ۱۳۹- تعداد خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت که سالیانه بازنگری گردیده/ تعداد کل خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۴۰- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در صندوق سایر اقشار
- ۱۴۱- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در صندوق کارکنان دولت
- ۱۴۲- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در پوشش بیمه ای بیماران خاص
- ۱۴۳- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در صندوق بیمه روستاییان و عشایر
- ۱۴۴- درصد پوشش جمعیت واجد شرایط در بیمه ایرانیان و بیمه سلامت همگانی
- ۱۴۵- نسبت منابع و مصارف

شاخص‌های شناسایی شده اساسنامه سازمان بیمه سلامت

- ۸۴- میزان استقلال مالی سازمان بیمه سلامت
- ۸۵- میزان استقلال اداری سازمان بیمه سلامت
- ۸۶- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت در کشور
- ۸۷- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت در هر یک از استان‌های کشور
- ۸۸- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت به نسبت تعداد شهرستان‌ها در هر یک از استان‌های کشور
- ۸۹- تعداد شعب و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت به نسبت جمعیت در هر یک از استان‌های کشور
- ۹۰- ضریب نفوذ پوشش بیمه درمان اتباع خارجی
- ۹۱- تعداد کل موسسات طرف قرارداد
- ۹۲- تعداد موسسات دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی) طرف قرارداد
- ۹۳- تعداد موسسات خصوصی طرف قرارداد
- ۹۴- تعداد موسسات خیریه طرف قرارداد
- ۹۵- تعداد کل تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد
- ۹۶- تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد در بخش دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی)
- ۹۷- تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد در بخش خصوصی
- ۹۸- تعداد تخت‌های فعال بیمارستانی طرف قرارداد در بخش خیریه
- ۹۹- تعداد کل موسسات طرف قرارداد به کل موسسات فعال
- ۱۰۰- تعداد کل موسسات طرف قرارداد در بخش دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی) به کل موسسات فعال در بخش دولتی (دانشگاهی - غیردانشگاهی)
- ۱۰۱- تعداد کل موسسات طرف قرارداد در بخش خصوصی به کل موسسات فعال در بخش خصوصی
- ۱۰۲- تعداد کل موسسات طرف قرارداد در بخش خیریه به کل موسسات فعال در بخش خیریه
- ۱۰۳- درصد پوشش دارو (تعداد داروهای در تعهد بیمه نسبت به داروهای لیست فارماکوپه) در تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۰۴- درصد پوشش خدمت بستری (تعداد خدمات بستری در تعهد بیمه نسبت به خدمات کتاب ارزش نسبی)
- ۱۰۵- درصد پوشش خدمات پاراکلینیک (تعداد خدمات پاراکلینیک در تعهد بیمه نسبت به خدمات پاراکلینیک کتاب ارزش نسبی)
- ۱۰۶- درصد پرداخت از جیب مردم
- ۱۰۷- رشد سرانه بار مراجعه کلی

۱۸۶- درصد منابع درآمدی سازمان از محل منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.

شاخص‌های شناسایی شده گزارش‌های سالانه سازمان بیمه سلامت

- ۱۸۷- توزیع فراوانی جمعیت بیمه شده در صندوق‌های مختلف
- ۱۸۸- مقایسه رشد جمعیت بیمه شده در صندوق‌های مختلف
- ۱۸۹- جمعیت تحت پوشش سازمان هر صندوق به تفکیک استان
- ۱۹۰- میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده هر صندوق به تفکیک استان
- ۱۹۱- میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده شهری و روستایی به تفکیک استان
- ۱۹۲- مقایسه میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده صندوق کارکنان دولت به تفکیک استان
- ۱۹۳- مقایسه میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده صندوق خویش فرمایان به تفکیک استان
- ۱۹۴- مقایسه میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده صندوق سایر اقشار به تفکیک استان
- ۱۹۵- مقایسه میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده صندوق روستائیان به تفکیک استان
- ۱۹۶- مقایسه میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده مجموع صندوق‌ها به تفکیک استان
- ۱۹۷- توزیع فراوانی میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده بیماران خاص در صندوق‌های مختلف
- ۱۹۸- رشد میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده بیماران خاص در صندوق‌های مختلف
- ۱۹۹- توزیع فراوانی میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده بیماران خاص به تفکیک نوع بیماری
- ۲۰۰- مقایسه رشد میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده بیماران خاص به تفکیک نوع بیماری
- ۲۰۱- رشد میانگین ماهانه جمعیت بیمه شده بیماران خاص به تفکیک استان
- ۲۰۲- توزیع فراوانی تعداد واحدهای تشخیصی - درمانی طرف قرارداد ۹۱
- ۲۰۳- مقایسه نسبی جمعیت، هزینه و بار مراجعات به مؤسسات طرف قرارداد به تفکیک نوع خدمت
- ۲۰۴- مقایسه مرکز طرف قرارداد با جمعیت بیمه شده
- ۲۰۵- رتبه بندی استان‌ها بر اساس نسبت تعداد مراکز طرف قرارداد به جمعیت بیمه شده شهری
- ۲۰۶- وضعیت درآمدهای سازمان
- ۲۰۷- توزیع درآمدهای وصول شده در هر صندوق
- ۲۰۸- مقایسه رشد درآمدهای وصول شده در هر صندوق
- ۲۰۹- میانگین مشارکت ماهانه بیمه‌شدگان و دولت در تأمین منابع صندوق‌های مختلف
- ۲۱۰- کفایت منابع به مصارف صندوق‌های مختلف
- ۲۱۱- نسبت درآمد به هزینه‌های هر صندوق
- ۲۱۲- تعرفه‌های خدمات مختلف در بخش دولتی
- ۲۱۳- رشد تعرفه ویزیت پزشکان در بخش دولتی و خصوصی
- ۲۱۴- رشد تعرفه‌های خدمات مختلف در بخش دولتی
- ۲۱۵- رشد تعرفه‌های هتلینگ درجه ۱
- ۲۱۶- رشد تعرفه‌های هتلینگ درجه ۲
- ۲۱۷- رشد تعرفه‌های هتلینگ درجه ۳
- ۲۱۸- رشد تعرفه‌های خصوصی مصوب دولت
- ۲۱۹- رشد تعرفه (سهم سازمان) ویزیت سرپایی پزشکان تمام وقت جغرافیایی
- ۲۲۰- مقایسه هزینه‌های بالاسری و هزینه‌های درمانی سازمان
- ۲۲۱- مقایسه رشد هزینه‌های بالاسری و هزینه‌های درمانی سازمان در سال‌های
- ۲۲۲- توزیع هزینه‌های درمان پرداخت شده در هر صندوق در سال‌های
- ۲۲۳- رشد هزینه‌های پرداخت شده در هر صندوق در سال‌های
- ۲۲۴- توزیع بارمراجعه‌های صندوق‌های مختلف به تفکیک نوع وابستگی مراکز درمانی
- ۲۲۵- توزیع هزینه و بار مراجعه صندوق کارکنان دولت به تفکیک هر خدمت
- ۲۲۶- توزیع هزینه و بار مراجعه صندوق خویش فرمایان به تفکیک هر خدمت
- ۲۲۷- توزیع هزینه و بار مراجعه صندوق سایر اقشار به تفکیک هر خدمت
- ۲۲۸- توزیع هزینه و بار مراجعه صندوق روستائیان به تفکیک هر خدمت
- ۲۲۹- توزیع هزینه و بار مراجعه مجموع صندوق‌ها به تفکیک هر خدمت
- ۲۳۰- توزیع هزینه‌های درمان به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق
- ۲۳۱- توزیع بار مراجعات به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق
- ۲۳۲- میانگین هزینه به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق
- ۲۳۳- سرانه هزینه‌های به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق

شاخص‌های شناسایی شده آیین نامه خرید راهبردی

- ۱۴۶- درصد جمعیت تحت پوشش بیمه‌های پایه سلامت
- ۱۴۷- درصد خدمات تحت پوشش بیمه سلامت
- ۱۴۸- درصد بار مالی خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت در مراکز دولتی
- ۱۴۹- نسبت مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت تحت قرارداد به کل مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در بخش دولتی
- ۱۵۰- نسبت مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت تحت قرارداد به کل مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت در بخش خصوصی
- ۱۵۱- تعداد بازنگری‌های انجام شده در خصوص فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت
- ۱۵۲- درصد خدمات سلامت تحت پوشش که دارای استاندارد ارائه خدمت هستند
- ۱۵۳- تعداد راهنمای بالینی مصوب ابلاغ شده
- ۱۵۴- سهم پرداخت مردم از هزینه‌های سلامت
- ۱۵۵- درصد خنوارهای مواجهه یافته تحت پوشش سازمان با هزینه‌های کمرشکن
- ۱۵۶- درصد مشارکت مالی عادلانه در بیمه شده‌های سازمان بیمه سلامت (به تفکیک صندوق‌های آن)
- ۱۵۷- وجود بسته خدمات تحت پوشش مشخص
- ۱۵۸- اجرای بازبینی در مورد بسته خدمات تحت پوشش
- ۱۵۹- وجود معیارهای مشخص برای بازبینی بسته خدمات تحت پوشش
- ۱۶۰- تحت پوشش بودن مراقبت‌های اولیه سلامت یا سایر اولویت‌های خاص سلامت عمومی از جمله سلامت مادران و کودکان، اچ آی وی، بیماری‌های غیرواگیر
- ۱۶۱- تفکیک مابین خریدار-تأمین کننده
- ۱۶۲- منابع اصلی تأمین مالی
- ۱۶۳- وجود سازمان یا سازمانها مسئول نظارت بر کارکرد خرید یا سازمان‌های بیمه گر سلامت
- ۱۶۴- آیا جامعه مدنی و گروه‌های بیماران در نهاد نظارتی نماینده دارند؟
- ۱۶۵- آیا نهاد نظارتی کارآمدی مشغول فعالیت است؟
- ۱۶۶- آیا اهداف مشخص مرتبط با پوشش همگانی سلامت برای خریدار تعریف شده اند؟
- ۱۶۷- آیا قوانین خاصی درخصوص مقررات خریداران خدمات سلامت شامل نظارت، اعتباربخشی و یا گزارش دهی موجودند؟
- ۱۶۸- آیا سازمان خریدار دارای خودمختاری کافی برای فعالیت به عنوان خریدار راهبردی می باشد؟
- ۱۶۹- آیا سازمان خریدار ظرفیت و مهارت‌های کافی برای فعالیت به عنوان خریدار راهبردی را دارد؟
- ۱۷۰- کدام سازمان بسته مزایا را بازنگری می نماید؟ کدام سازمان تغییرات را پیشنهاد می نماید و تصمیم‌هایی را اتخاذ می کند
- ۱۷۱- کدام سازمان روش پرداخت به ارائه کننده را تعیین می کند؟
- ۱۷۲- کدام سازمان نرخ‌های پرداخت به ارائه کنندگان را تعیین می نماید؟
- ۱۷۳- کدام سازمان فرایند اعتباربخشی را تعیین می کند؟
- ۱۷۴- کدام سازمان بر سراسر کارهای بالینی تصمیم گیری می نماید
- ۱۷۵- کدام سازمان بودجه کلی را برای سازمان خریدار تعیین می نماید؟
- ۱۷۶- آیا خلا‌های مقرراتی موجودند؟ در کدام حوزه‌ها؟
- ۱۷۷- آیا در هماهنگی خلأهایی مطرحند؟
- ۱۷۸- سهم هزینه کرد جاری سلامت برای این سطح
- ۱۷۹- درصد منابع درآمدی سازمان از محل حق بیمه‌های دریافتی.
- ۱۸۰- درصد منابع درآمدی سازمان از محل کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی.
- ۱۸۱- درصد منابع درآمدی سازمان از محل منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها.
- ۱۸۲- درصد منابع درآمدی سازمان از محل وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزایهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه‌ها.
- ۱۸۳- درصد منابع درآمدی سازمان از محل درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه‌شدگان.
- ۱۸۴- درصد منابع درآمدی سازمان از محل منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی.
- ۱۸۵- درصد منابع درآمدی سازمان از محل منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی یا مجوز مراجع تقلید.

- ۲۳۴- سرانه بار مراجعه به تفکیک سرپایی و بستری در هر صندوق
- ۲۳۵- سرانه تمام شده صندوق های مختلف با روستائیان
- ۲۳۶- سرانه تمام شده صندوق های مختلف به جز روستائیان
- ۲۳۷- رشد هزینه و بار مراجعه صندوق کارکنان دولت به تفکیک هر خدمت
- ۲۳۸- رشد هزینه و بار مراجعه صندوق خویش فرمایان به تفکیک هر خدمت
- ۲۳۹- رشد هزینه و بار مراجعه صندوق سایر اقشار به تفکیک هر خدمت
- ۲۴۰- رشد هزینه و بار مراجعه صندوق روستائیان به تفکیک هر خدمت
- ۲۴۱- رشد هزینه و بار مراجعه مجموع صندوق ها به تفکیک هر خدمت
- ۲۴۲- هزینه هر صندوق به تفکیک استان
- ۲۴۳- هزینه هر صندوق به تفکیک استان
- ۲۴۴- هزینه های درمان و بار مراجعه به تفکیک استان
- ۲۴۵- هزینه های درمان و بار مراجعه به تفکیک استان
- ۲۴۶- سرانه عملکردی هر صندوق به تفکیک استان
- ۲۴۷- بار مراجعات هر صندوق به تفکیک استان
- ۲۴۸- سرانه بار مراجعات هر صندوق به تفکیک استان
- ۲۴۹- میانگین هزینه هر صندوق به تفکیک استان
- ۲۵۰- توزیع هزینه های بستری و بستری موقت
- ۲۵۱- توزیع هزینه ها در گروه خدمات
- ۲۵۲- مقایسه هزینه و بار مراجعه صندوق کارکنان دولت به تفکیک استان
- ۲۵۳- مقایسه هزینه و بار مراجعه صندوق خویش فرمایان به تفکیک استان
- ۲۵۴- مقایسه هزینه و بار مراجعه صندوق سایر اقشار به تفکیک استان
- ۲۵۵- مقایسه هزینه و بار مراجعه صندوق روستائیان به تفکیک استان
- ۲۵۶- مقایسه هزینه و بار مراجعه صندوق بیماران خاص به تفکیک استان