



سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی: جعبه ابزار اصلاح نظام تأمین مالی سلامت در ایران

محمد مهدی تدین^۱ MD، منال اعتمادی^{۱*} PhD

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: منال اعتمادی، پست الکترونیک: mnletemadi@gmail.com

Citation: Tadayon MM, Etemadi M. General policies of social security: a toolbox for health financing reform in Iran. Iran J Health Insur. 2022;5(2):78.85.

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۶/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۱۲

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۱/۰۶/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۵/۰۳

سردبیر محترم؛

تضمین سطح کافی محافظت اجتماعی و توزیع آن در طول دوره حیات و مطابق با نیاز افراد است. محافظت اجتماعی موجب پیشگیری از بیماری و معلولیت و بهبود سلامت و کاهش بی‌عدالتی‌های سلامتی می‌شود و سلامت یک اهرم مهم برای تحقق محافظت اجتماعی است [۳]. سیاست‌های پوشش همگانی سلامت باید با نظام‌های محافظت اجتماعی ارائه‌دهنده تور ایمنی اجتماعی^۲ برای فقرا هماهنگ باشد و حکمرانی هماهنگ بین بخش‌های سلامت و رفاه اجتماعی ضروری است. نظام‌های ضعیف محافظت اجتماعی، افراد را نسبت به شوک‌های سلامت آسیب‌پذیرتر و ناتوان برای جستجوی مراقبت‌های سلامت مورد نیاز نموده و در معرض دشواری اقتصادی مرتبط با استفاده از خدمات سلامت قرار می‌دهند. ادغام ناکارآمد سلامت و خدمات اجتماعی، عملکرد نظام سلامت را با مانع مواجه می‌سازد. پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت بدون ارتقای همزمان محافظت اجتماعی سلامت برای تحقق هدف شماره یک از اهداف توسعه پایدار شامل رفع فقر و نیز ساختارهای حکمرانی قدرتمندتر مندرج در هدف شماره شانزدهم اهداف توسعه پایدار با چالش مواجه خواهد بود [۴].

کمیسیون تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت در سال ۲۰۰۸ نیاز به بهبود شرایط معیشت و اشتغال و ایجاد سیاست محافظت اجتماعی برای همگان را پیشنهاد کرده است. محافظت در برابر خطراتی که منجر به آسیب‌پذیری مالی می‌شوند، تسهیل

دسترسی اثربخش به مراقبت سلامت ضروری به عنوان نخستین لایه از ارکان چهارگانه تأمین اجتماعی است که طبقات محافظت اجتماعی^۱ ملی را تشکیل می‌دهند. طبقات محافظت اجتماعی سطح پایه‌ای از محافظت در نظام‌های تأمین اجتماعی فراگیر را تضمین می‌کنند که شامل دسترسی به مراقبت پزشکی و مزایای دوران بیماری و نیز سایر شرایط غیرمترقبه زندگی است که همه اعضای جامعه در طول چرخه حیات به این محافظت نیاز دارند [۱]. نظام محافظت اجتماعی فراگیر که حداقل مستمری‌های دوران سالمندی، مزایای بیکاری و محافظت سلامت را پوشش می‌دهد، به واسطه اینکه خدمات رفاهی تعیین‌کننده اصلی سلامت همچون آموزش و درآمد را بهبود می‌بخشد و منابع برای بهبود دسترسی همگانی به نظام سلامت را انباشت می‌کند، به پیامدهای سلامت بهتر برای جامعه منجر می‌شود. محافظت اجتماعی، تعیین‌کننده کلیدی سلامت افراد و عدالت در سلامت است. سازوکارهای محافظت اجتماعی که افراد را در برابر فقر محافظت می‌کنند یا کمک می‌کنند که از فقر مزمن خارج شوند، اثرات مثبت بر سلامت افراد دارند. از سوی دیگر سیاست‌های سلامت با محافظت مالی از افراد در برابر هزینه‌های کمرشکن و فقرزا در محافظت اجتماعی نقش دارند [۲].

موثرترین اقدام برای تحقق عدالت در پیامدهای سلامت،

1. Social protection floors
2. Social safety nets

و تأمین اجتماعی این نقشه تحکیم شد، اما در طول زمان در هر دو بعد قانون‌گذاری و اجرا با چالش‌های متعدد مواجه شد که ابلاغ سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی به عنوان فصل‌الخطاب نظام رفاه اجتماعی کشور، گفتمان رفاهی کشور را به شاهره اصلی بازگرداند. در این نوشتار سعی شده با تمرکز خاص بر بعد حکمرانی نظام رفاه و تأمین اجتماعی از جمله سلامت، ضمن تمرکز خاص بر چرایی و لزوم یکپارچگی بیمه سلامت در نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور، راهبردهای پیشنهادی برای اصلاح نظام تأمین مالی در پرتو سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی ارائه شود.

لزوم یکپارچگی بیمه سلامت در نظام رفاه و تأمین اجتماعی

قوانین ناظر بر جایگاه بیمه سلامت در نظام محافظت اجتماعی در ایران

در قوانین نظام رفاهی کشور، سلامت جزئی از مزایای تأمین اجتماعی ذکر شده است. حتی در تبصره ۳ ماده ۱۱ قانون ساختار بر تشکیل وزارت سلامت و رفاه اجتماعی تاکید شده و دولت موظف شده بود که تا پایان سال سوم اجرای قانون برنامه سوم، اقدامات لازم برای ادغام دو وزارت را صورت دهد. اگرچه فقدان یک چشم‌انداز و راهبرد منسجم در حوزه بیمه سلامت و نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور کاملاً مشهود است. با ادغام وزارت کار و تعاون در وزارت رفاه در سال ۱۳۹۱ که برحسب نام آن (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی)، رفاه در اولویت سوم آن قرار دارد و به تنزل دامنه کار متولی اجرای قانون ساختار به سطح یک معاونت (معاونت رفاه اجتماعی) منجر شد و انفصال شورای عالی بیمه سلامت از معاونت رفاه اجتماعی در سال ۱۳۹۶، کارکرد تأمین مالی و بیمه سلامت در وزارت موجود به حاشیه رفت. عبور از رویکرد صندوق واحد بیمه‌ای در چارچوب ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (حکمرانی یکپارچه) در قانون برنامه پنجم توسعه تا پذیرش تعدد سازمان‌های بیمه سلامت و منفک ساختن یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های بیمه سلامت کشور و نیز نهاد تنظیم مقررات بیمه‌های سلامت (شورای عالی بیمه سلامت) از نهاد متولی اجرای قانون ساختار نظام جامع رفاه

بهره‌مندی از خدمات سلامت، ارائه کالاهای و خدمات مکمل مراقبت سلامت شامل مسکن برای افراد مبتلا به مشکلات سلامت روان و اتکای نظام‌های سلامت به نظام‌های محافظت اجتماعی برای شناسایی فقرا برای دریافت خدمات رایگان، از مصادیق اثرگذاری نظام‌های محافظت اجتماعی بر سلامت و نظام‌های سلامت است [۵]. دسترسی به بیمه اجتماعی سلامت یک جزء کلیدی هدف استراتژیک سازمان بین‌المللی کار برای افزایش پوشش و اثربخشی محافظت اجتماعی برای همگان است [۶]. کاهش فقر و بهبود وضعیت سلامت مقصد همه مداخلاتی است که زیر چتر محافظت اجتماعی قرار می‌گیرند و هدف نهایی این است که همه برنامه‌ها در قالب یک نظام منسجم ملی برای محافظت اجتماعی با هم ادغام شوند [۷].

در نظام رفاهی کشور، تعرفه و ارزش نسبی خدمات سلامت و به طور خلاصه قیمت خدمات سلامت به‌طور مستقیم بر سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت تاثیر گذاشته و این مولفه نیز خود از عوامل اصلی در بروز هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت است. از این منظر همسویی و همراستایی تصمیمات و مصوبات شورای عالی بیمه سلامت به عنوان بخشی از نظام رفاه اجتماعی با سیاست‌های حوزه رفاه حائز اهمیت بسیار است. اما نظام رفاه اجتماعی در ایران به چالش مهم از هم‌گسستگی و انفصال دو حوزه مهم رفاه و تأمین اجتماعی از سلامت یا به تعبیری بهتر وجود دیوار برلین بین رفاه اجتماعی و سلامت [۸] دچار است که به پراکندگی، تعدد، همپوشانی، موازی‌کاری و پرت منابع در برنامه‌های مختلف حوزه رفاه و تأمین اجتماعی منجر شده و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از مزایای رفاهی و سلامت را به همراه داشته است.

کشورها در سرتاسر جهان در حال اتخاذ استراتژی‌های محافظت اجتماعی ملی با ادغام برنامه‌های مرتبط با نیازهای چرخه حیات به یک نظام فراگیر هستند که محرومیت‌های چندبعدی را پوشش داده و منجر به بهبود در وضعیت سلامت، تغذیه و آموزش و اشتغال شود [۹]. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نقشه نظام محافظت اجتماعی در ایران را ترسیم کرده و در دهه‌های بعد با تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه

کارآمد، فراگیر و چندلایه» (بدون تفکیک بیمه سلامت از سایر حوزه‌های نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی) در متن نهایی ابلاغی در فروردین ماه سال ۱۴۰۱، تبدیل شده است (جدول ۱).

اثرات اجتماعی یکپارچگی سلامت در نظام رفاه و تأمین کشور

۱- یکی از اهداف نظام‌های سلامت در دنیا، تأمین عدالت در تأمین مالی و محافظت از خطر مالی ناشی از بیماری و سایر مداخلات سلامت است. این هدف تضمین می‌کند که خانواده‌های فقیر نباید سهم بالاتری از هزینه‌های احتیاطی خود را نسبت به ثروتمندان صرف سلامت کنند و همه خانواده‌ها باید در برابر زیان‌های مالی کمرشکن مرتبط با بیماری محافظت شوند [۱۰]. کاهش بی‌عدالتی در سلامت بین فقرا و اغنیا یکی از چالش‌های نظام سلامت در ایران است. بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور در فقیرترین چارک‌های درآمدی پایین‌تر است، ثروتمندان بیشتر از خدمات سلامت استفاده می‌کنند و بی‌عدالتی در بهره‌مندی از خدمات سلامت در بین فقرا و اغنیا وجود دارد [۱۱]. تمرکز مواجهه با هزینه‌های کمرشکن

و تأمین اجتماعی (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) و ایجاد چندپارگی در تولید و حکمرانی نظام بیمه سلامت کشور در قانون برنامه ششم توسعه، دلیلی بر این مدعا است.

در قانون برنامه ششم توسعه نیز برای نخستین بار نظام رفاهی در ادبیات قانونی دچار ازهم‌گسستگی مفهومی شد و با وجود تصریح مقام معظم رهبری در بند ۴۲ سیاست‌های کلی برنامه ششم ناظر بر لزوم «ارتقای کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی و...) برای آحاد مردم»، در ماده ۸۱ قانون برنامه ششم توسعه، با ورود مفهوم «نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چندلایه مشتمل بر حوزه امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی به‌جز سلامت»، سلامت از مزایای رفاه و تأمین اجتماعی تفکیک شد. گفتمان سازوکار و لایه‌بندی نظام رفاهی در طول ۶ سال از آغاز رسمی تدوین پیش‌نویس سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی در مجمع تشخیص مصلحت نظام از سال ۱۳۹۵ از «تفکیک منابع، وظایف و ساختار بیمه سلامت از رفاه اجتماعی» به «استقرار نظام تأمین اجتماعی به صورت جامع، یکپارچه، شفاف،

جدول ۱ | قوانین ناظر بر یکپارچگی سلامت در نظام رفاهی کشور

قوانین ناظر بر نظام محافظت اجتماعی مشتمل بر بیمه سلامت	متن
قانون اساسی	اصل ۲۹- برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی‌سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی‌درمانی 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.
قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی	ماده ۱- نظام تأمین اجتماعی برای امور ز - بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی ح. ح - حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند.
قانون برنامه پنجم توسعه	ماده ۲۷ - دولت مجاز است نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه با لحاظ حداقل سه لایه: - مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی - بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه - بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این لایه‌ها در کشور اقدام کند. آیین‌نامه اجرایی این ماده به تصویب هیئت وزیران می‌رسد.
سیاست‌های کلی قانون برنامه ششم توسعه	بند ۴۲- ارتقای کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی و...) برای آحاد مردم.
سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی	بند ۱- استقرار نظام تأمین اجتماعی به صورت جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد، فراگیر و چندلایه
سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه	بند ۵- استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی مشتمل بر حوزه‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای در سطوح پایه، مازاد و مکمل به منظور ارائه عادلانه خدمات

و ورشکستگی بلافاصله توسط سایر حوزه‌های نظام جامع و یکپارچه تأمین اجتماعی شناسایی شده و کاندیدای دریافت خدمات رفاهی و کمک هزینه از کارافتادگی، بیکاری و مزایای معلولیت و ناتوانی شوند.

جلوگیری از تبدیل فقر به محرومیت سلامت یکی از آزمون‌های تمدن در کشورهاست و کارآیی نظام رفاهی کشور را نشان می‌دهد. در ایران فقر موجب محرومیت از خدمات سلامت می‌شود و این ناکارآمدی نظام رفاهی برای تضمین دسترسی فقرا به خدمات سلامت را نشان می‌دهد. در تدوین سیاست‌های محافظت اجتماعی سلامت، هدفمند بودن آنها برای فقرا و تمرکز بر گروه هدف اقشار بی‌بضاعت جامعه باید رکن اصلی باشد اما سیاست‌های حمایتی در بخش سلامت در ایران هدفمند نیستند و در طراحی سیاست‌ها گروه هدف فقرا به طور خاص مورد توجه قرار نمی‌گیرند و بر آنها تمرکز نمی‌شود. سیاست‌های حمایتی باید متمرکز بر افراد فقیر باشد. حمایت‌ها، حمایت‌های عام هستند که نه بر افراد نیازمند و نه حتی افرادی که در معرض هزینه‌های کمرشکن و فقرزا هستند، متمرکز نیست. دیوار برلین بین رفاه اجتماعی و سلامت، هدفمندسازی سیاست‌ها، منابع و یارانه‌ها به سمت فقرا از طریق شناسایی فقرا و افراد در معرض فقر را زمان‌بر، مستلزم طی بوروکراسی اداری و پرهزینه می‌سازد. با شکست این دیوار و ایجاد یکپارچگی بین خدمات و مزایای تأمین اجتماعی، کلیه یارانه‌ها از معیشت تا سلامت و از کارافتادگی و بیکاری به فرد مستحق شناسایی شده می‌رسد و نظام رفاه و تأمین اجتماعی دچار نشت نخواهد شد.

۲- در نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشوری دو برنامه و الگوی جامع تأمین اجتماعی (سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح) شامل بسته مزایای تأمین اجتماعی مختلف به صورت یکپارچه، همزمان و در یک بسته قابل ارائه به افراد تحت پوشش وجود دارد و شواهد نشان داده که پیوستگی این مزایا شامل سلامت، بازنشستگی، بیکاری، از کارافتادگی و بازگشت به کار، حمایت از مادران و حتی هزینه‌های تدفین و تکفین در یک بسته، توانسته حمایت موثرتری را برای بیمه‌شدگان این سازمان‌ها فراهم آورد. در سوی دیگر این طیف، سازمان بیمه

سلامت در بین خانوارهای کم‌درآمدتر است و بیشترین پیامدهای نابودکننده ناشی از پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز به وسیله کسانی درک می‌شود که فقیرند و مجبورند هزینه‌های خود را به ضروریات پایه زندگی همچون غذا و مسکن محدود کنند تا توانایی پرداخت برای مراقبت‌های سلامت را داشته باشند [۱۲-۱۴] فقرا در صورتی که دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شوند، گرفتار تله فقر^۳ شده و در چرخه معیوب فقر و بیماری^۴ اسیر می‌شوند. شناخت و تحلیل تعیین‌کننده‌های ایجاد هزینه کمرشکن سلامت برای پیشگیری از بروز آن و طراحی سیاست‌های مناسب به این معنا که فرد با چه مشخصاتی از اشتغال و با چه سطحی از درآمد و در اثر چه بیماری‌هایی در معرض مواجهه با هزینه‌های کمرشکن قرار می‌گیرد، کمک می‌کند که متناسب با آن سیاست‌های حمایتی در حوزه اجتماعی و به طور اخص در سلامت طراحی شود. گیرنده‌های نظام تأمین اجتماعی و نظام حمایت سلامت باید برای افرادی که در لبه فقر حرکت می‌کنند و یا کسانی که به واسطه هزینه‌های سنگین درمانی در معرض تله فقر قرار گرفته‌اند، قابلیت هشدار دادن و ایجاد آگاهی در سیستم را داشته باشند تا بتوان به موقع سیاست‌های حمایتی را برای آنها برقرار کرد تا حلقه فقر و محرومیت در نقطه‌ای شکسته شود. سوپاپ اطمینان نظام تأمین اجتماعی باید با کاهش درآمد از طریق بازنشستگی (کهنسالی)، بیماری، بیکاری، ورشکستگی، معلولیت، حوادث شغلی، بارداری و مرگ باید از وضعیت خاموش به روشن تغییر وضعیت داده و کمک‌های خاصی را ارائه دهد. دسترسی به خدمات سلامت در کشور به واسطه کژکارکردی‌هایی همچون گران بودن خدمات در بخش خصوصی و مابه‌التفاوت عمیق تعرفه‌های بخش خصوصی با بخش دولتی به ویژه در نبود پوشش بیمه مکمل برای بیماران، نظام پرداخت محرک تقاضا و پایین بودن سهم تأمین مالی سمت تقاضا از سبب تأمین مالی سلامت، به صورت بالقوه فقرزاست و افراد عادی پس از ورود به آن در معرض فقر قرار می‌گیرند و بنابراین نیاز به نظام یکپارچه‌ای وجود دارد که افراد پس از بروز بیماری و دریافت خدمات سلامت و خروج از نظام سلامت، پایش شوند تا در صورت بروز بیکاری، ناتوانی، از کارافتادگی

3. Medical poverty trap

4. Vicious cycle

است که نظام‌های تأمین اجتماعی، پوشش بیمه سلامت را به همراه مزایای بلندمدت (بازنشستگی، از کار افتادگی، هزینه‌های فوت و کفن و دفن) در یک بسته یکپارچه ارائه دهند تا افراد به سبب نیاز به پوشش بیمه سلامت، سایر پوشش‌های میان‌مدت و بلندمدت را که چندان به‌عنوان نیاز فوری تلقی نمی‌شوند، اجباراً همراه با پوشش بیمه سلامت دریافت کنند. تجمیع مزایای مختلف تأمین اجتماعی شامل بیمه بیکاری، بیمه حوادث، بیمه معلولیت، با دید انباشت حداکثری مزایای صندوق‌ها با اهداف مختلف برای پوشش ریسک‌های مختلف است. در بیمه سلامت، یارانه از فرد سالم به بیمار، در بیمه بیکاری یارانه از فرد شاغل به بیکار، در پوشش بسته مزایای معلولیت یارانه از فرد سالم به معلول و درمورد تجمیع همه این مزایا در یک صندوق تأمین اجتماعی یکپارچه، تنوع یارانه‌های متقاطع و توزیع و تسهیم خطر (ریسک) اتفاق می‌افتد و این صندوق کارکرد بهتری خواهد داشت.

۳- قوانین حوزه بیمه‌های اجتماعی در ایران که تاکنون به علل متفاوتی اجرا نشده‌اند از جمله پوشش بیمه اجباری و نیز اخذ حق بیمه متناسب با سطح درآمدی که در برنامه‌های هم‌راستا اجرا شده، در صورت تجمیع قابلیت استفاده از این مزیت را در برنامه‌های هم‌هدف مهیا می‌سازد. به عنوان مثال در بیمه سلامت بیمه اجباری (موضوع بند الف ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) برای همه اقشار از جمله روستاییان تکلیف شده که قابلیت استفاده از این مزیت برای بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر نیز وجود دارد. از طرف دیگر، حق بیمه واحد برای همه مزایا فرصتی برای پوشش همه مزایا با قیمت معقول‌تر به دلیل صرفه مقیاس برای افراد را فراهم می‌سازد.

۴- پیشگیری از تدوین سیاست‌های فقرزا و تدبیر سیاست‌هایی برای کنترل اثرات فقرزای آنها رویکردی مستلزم جامع‌نگری حوزه رفاه اجتماعی است که در قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی این موضوع پیش‌بینی شده است (ایجاد انسجام کلان سیاست‌های رفاهی به‌منظور توسعه عدالت اجتماعی، حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن (ماده ۱) و ماده ۸ کاهش آثار

سلامت ایران به‌عنوان یک سازمان منفرد ارائه‌دهنده پوشش بیمه صرفاً سلامت است که بیمه‌شدگان تحت پوشش آن، در صورت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن یا فقرزا در ازای دریافت خدمات سلامت و پس از ترخیص از بیمارستان یا خروج از نظام ارائه خدمات سلامت، از صفحه رادار محو می‌شوند و در صورت فرو افتادن در تله فقر، قابل ردیابی، حمایت و توانمندسازی نیستند و بدین‌صورت علاوه بر بی‌عدالتی در دسترسی و برخورداری از مزایای اجتماعی بر حسب نوع شغل و نوع بسته تأمین اجتماعی بین آحاد مردم، وجود چنین ازهم‌گسستگی، به فقیرتر شدن فقرا و فقیر شدن افراد عادی در نظام سلامت منجر می‌شود که نظام رفاه و تأمین اجتماعی از آن بی‌اطلاع است. سازمان‌های مختلفی در ایران، خدمات منفرد از مزایای تأمین اجتماعی را به جمعیت تحت پوشش خود ارائه می‌دهند به عنوان مثال سازمان بیمه سلامت ایران (بیمه سلامت)، سازمان بازنشستگی کشوری و بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر (مزایای بازنشستگی)، در حالی که چنانچه این خدمات به صورت یکپارچه و پیوسته ارائه شوند، علاوه بر بهبود کارآیی نظام رفاهی، بهره‌مندی جمعیت تحت پوشش از مزایای تأمین اجتماعی افزایش و کارکردهای نظام رفاهی به‌موقع و بدون پشت سر گذاشتن گروه‌های خاص و برآورده نشدن نیازهای خاص افراد عمل خواهد کرد. خطر چندپارگی برنامه‌ها این است که حتی اگر بتوانند پیامدهای فوری فقر را تا حدودی در زندگی افراد کاهش دهند، نمی‌توانند علل اصلی محرومیت را پوشش دهند و تضمین کنند که افراد در طول گذار از یک مرحله به مرحله بعدی در طول چرخه حیات خود و یا در زمان وقوع شوک یا بحران، از بسته حمایت‌ها بیرون نیفتند. افراد غالباً نیازهای متعدد حمایتی دارند (بسته‌ای از خدمات مکمل همچون غذا، آموزش، حمایت درآمدی و اشتغال) که نیازمند هماهنگی بین نهادها از تدوین تا اجرای سیاست‌هاست [۱۵]. مزایای تأمین اجتماعی به دو گروه عمده تقسیم می‌شود: نخست مزایای کوتاه مدت: مزایای سلامت (شامل پیشگیری، درمان و توانبخشی و مراقبت‌های ارتقادهنده سلامت) و دوم مزایای میان‌مدت و بلندمدت (بازنشستگی و از کار افتادگی). از آنجا که سلامت، نیاز کوتاه‌مدت و فوری است، اعتقاد بر این

و فراتر از کارکردهای یاد شده برای سازوکار فرابخشی مندرج در بند ۲ سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی از جمله هماهنگی سیاست‌های اجتماعی در حوزه‌های اشتغال، آموزش و پرورش، تربیت بدنی، مسکن، بهداشت و درمان و سایر بخش‌های مرتبط با حوزه تأمین اجتماعی، بررسی، اصلاح و تأیید سیاست‌های رفاه و تأمین اجتماعی بررسی، اصلاح و تأیید بودجه سالانه رفاه و تأمین اجتماعی، پیشنهاد ضوابط کلی نحوه مدیریت وجوه، ذخایر و سرمایه‌گذاری‌های دستگاه‌های اجرایی، دولتی و عمومی، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی را برای شورای عالی و ایجاد هماهنگی و تعامل برنامه‌های نظام جامع تأمین اجتماعی با برنامه‌های جامع سایر حوزه‌ها، تدوین سیاست‌ها، راهبردها و معیارهای جامعیت و کفایت روزآمد نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان‌دهی نظام نظارت و ارزشیابی کارکردهای نظام جامع تأمین اجتماعی، سامان‌دهی و مدیریت اجرایی نظام هدفمند یارانه‌های اجتماعی، طراحی و تنظیم کارکردهای نظام و تشکیل پایگاه اطلاعاتی نظام جامع تأمین اجتماعی را برای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی در نظر گرفت.

حکمرانی نظام تأمین مالی و بیمه سلامت در کشور به موجب قوانین موجود، دچار ابهام، ناهماهنگی و آشفتگی نهادی است و در طول زمان دستخوش تغییرات فراوانی بوده است. قوانین مغایری در حوزه حکمرانی تأمین مالی و بیمه سلامت در کشور به تصویب رسیده که کارکردهای بازیگران حکمرانی نظام بیمه سلامت را با همپوشانی، تعارض و ناهماهنگی مواجه ساخته و مهم‌تر از آن، خلاف راستای اصل مهم ادغام محافظت مالی سلامت در محافظت اجتماعی فراگیر عمل کرده است.

تعیین جایگاه دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت نیز در کنار اصلاح ترکیب اعضای آن، اهمیت زیادی در استقلال و قدرت تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری این نهاد تنظیم مقررات حوزه بیمه سلامت دارد. هرگونه تصمیم‌گیری درخصوص ترکیب اعضا و جایگاه و مسئولیت‌های شورای عالی بیمه سلامت کشور، به‌عنوان رکن اصلی تصمیم‌سازی و سیاست‌گذاری حوزه بیمه سلامت کشور، باید همراه و هم‌راستا با تعیین تکلیف تولیت و

سوء احتمالی سیاست‌ها و برنامه‌های اقتصادی و توسعه‌ای بر وضعیت رفاه و تأمین اجتماعی مردم و جلوگیری از وارد آمدن هرگونه شوک و ضربه ناشی از سیاست‌ها). به این دلیل که لازم است از سیاست‌ها و تصمیماتی که باعث ایجاد فقر می‌شوند پیشگیری شود و یا برای پوشش آن تدابیر لازم اتخاذ شود. یعنی تلاش شود که سیاست‌های اقتصادی-اجتماعی از جمله سلامت فقرزا نباشد یا اگر هم آثار فقرزایی دارند، سهم آن کنار گذاشته شده و externality آن پیش‌بینی شود تا عوارض آن پوشش داده شود. این کارکرد حوزه رفاهی کشور است که با ازهم‌گسستگی ساختاری و کارکردی بیمه‌های سلامت از نظام رفاهی، سیاست‌هایی در بخش سلامت فقر تولید می‌کنند که نظام رفاهی از آن غافل است و از آن سو، فقرایی از نظام رفاهی وارد نظام سلامت می‌شوند که تله فقر آنهاست و سیاست‌های فقرزدایی برای رفع و کاهش فقر و توانمندسازی افراد عمل نمی‌کند.

گذری بر «سازوکار فرابخشی» پیش‌بینی شده در سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی

بند ۲ سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی، بر ایجاد یک سازوکار تخصصی و فرابخشی به منظور انجام وظایف چهارگانه حفظ انتظام و انسجام امور مربوط به لایه‌بندی و سطح‌بندی خدمات، ایجاد وحدت رویه، اعمال نظارت راهبردی در تکوین و فعالیت سازمان‌ها و صندوق‌ها و نهادهای فعال در قلمروهای سه‌گانه نظام تأمین اجتماعی شامل امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و شکل‌دهی پایگاه اطلاعات اشاره دارد. اما در آستانه تدوین لایحه جامع اجرای سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی و پیش از ورود به لایه‌های سه‌گانه آن، مهم‌ترین پرسش پیش روی کارشناسان این حوزه این است: ساختاری با ویژگی دوگانه تخصصی و فرابخشی، کدام است؟

قانون ساختار نظام جمع رفاه و تأمین اجتماعی در حدود دو دهه پیش، با معرفی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، دو رکن اصلی راهبری این نظام را شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی معرفی کرد و کارکردهای مهم مشابه

بیمه‌های اجتماعی و درمان، بازنشتی، بیکاری، اشتغال و روابط کار، آموزش فنی و حرفه‌ای، بهزیستی و تأمین اجتماعی در یک وزارتخانه سیاست‌گذاری، نظارت و هدایت می‌شود. در آمریکا وزارت سلامت و خدمات انسانی بزرگ‌ترین سازمان دولتی کشور است که وظیفه حفظ و ارتقای سلامت تمامی افراد جامعه را برعهده دارد و خدمات اساسی برای رفاه اجتماعی آن دسته از افرادی که قادر به مراقبت از خود نیستند، فراهم می‌آورند. در اتریش بیمه بیماری زیر نظر وزارت تأمین اجتماعی و آیندگان است. سوئد دارای وزارت سلامت و امور اجتماعی است. در فرانسه فعالیت‌های تأمین اجتماعی زیر نظر یک هیئت بین‌وزارتی اداره می‌شود که شامل دو وزارتخانه «امور اجتماعی، بهداشت و شهرها» و «وزارت کار و همبستگی» است. وزارت بهداشت و رفاه کره جنوبی مسئول ارتقای کیفیت زندگی مردم از طریق بهبود و توسعه بهداشت و خدمات رفاهی است [۱۶].

نتیجه‌گیری

تعیین سازوکار مستقل و فرابخشی مدنظر سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی به عنوان نهاد حکمران رفاه و تأمین اجتماعی کشور به سایر ارکان از جمله تعیین نهاد تنظیم‌گر بخش بیمه سلامت و تکوین/اصلاح ساختار صندوق‌ها/ سازمان‌های بیمه‌گر تقدم دارد و تازمانی که این سازوکار تعیین تکلیف نشود، طراحی سایر ارکان نظام رفاه و تأمین اجتماعی بدون بدنه حکمرانی آن راه به جایی نخواهد برد. تا زمان احیای قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و متولی، اجرای آن در قامت یک وزارت مستقل رفاه و تأمین اجتماعی می‌بایست شکل بگیرد و در این ساختار بین‌بخشی، شورای عالی بیمه سلامت به عنوان بخشی از رفاه اجتماعی جای خواهد داشت. اقدامات ذیل برای اجرای سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی ضروری است:

انتزاع حوزه رفاه اجتماعی از دو حوزه کار و تعاون و احیای وزارت رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان متولی رفاه اجتماعی به همراه بازوی دوم این نظام یعنی شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان ساختار فرابخشی متولی حفظ انتظام و انسجام امور مربوط، لایه‌بندی و سطح‌بندی خدمات، ایجاد وحدت رویه، اعمال نظارت راهبردی در تکوین و فعالیت سازمان‌ها و صندوق‌ها

ساختار حوزه رفاه و تأمین اجتماعی در کشور، مبتنی بر قوانین و اسناد بالادستی و نیز با توجه به تاکید مقام رهبری در بند ۲-۴۳ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه مبنی بر اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت (تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت) و بند ۱۲ سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه (ارتقای نظام سلامت براساس سیاست‌های کلی سلامت) و نیز همسو با چارچوب کلی و نگاه حاکم بر سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی صورت بگیرد زیرا در غیر این صورت می‌تواند به‌طور بالقوه موجب بروز آشفتگی بیشتر در ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی شده و تحقق اصل بیست و نهم قانون اساسی را نیز با چالش مواجه سازد.

با عنایت به اینکه شورای عالی بیمه سلامت کشور، شورایی با وظایف تنظیم مقررات بیمه سلامت و تأمین مالی نظام سلامت است که مهم‌ترین وظیفه آن سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی راهبردی به‌منظور حفاظت مالی موثر از مردم در قبال مخاطرات مالی ناشی از مداخلات سلامت در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت (به‌عنوان یک موضوع امنیت سلامت جهانی و نیز یکی از پایه‌های امنیت ملی) است، این شورا باید همانند سایر شوراهای عالی موجود در کشور، یک شورای فرابخشی و ملی باشد و قاعدتاً سطح آن باید خارج از حدود یک دستگاه اجرایی مشخص و با ریاست رئیس‌جمهوری تعریف شده و نام آن نیز به «قانون تعیین وضعیت شوراهای عالی مصوب ۱۳۸۷ مجلس شورای اسلامی» افزوده شود، کمااینکه غالب شوراهای عالی در کشور و به‌ویژه دو شورای عالی «سلامت و امنیت غذایی» و «رفاه و تأمین اجتماعی» نیز با ساختاری به ریاست رئیس‌جمهوری فعالیت می‌کنند. از آنجا که تنظیم‌گری نهادهای تنظیم‌گر در این حوزه در کشور مغفول مانده و نظارتی بر نحوه کارکرد شورای عالی بیمه سلامت در کشور وجود نداشته است، نظارت مستقیم و فرابخشی بر نحوه کارکرد و مصوبات شورا محقق می‌شود.

در اغلب کشورها وزارت سلامت و رفاه اجتماعی (یا تأمین اجتماعی) وجود دارد. به عنوان مثال کشور ژاپن دارای وزارت سلامت، کار و رفاه اجتماعی است و کلیه امور بهداشت، درمان،

- linkage with universal social protection. *BMJ Glob Health*. 2020;5(10):e004020. doi: [10.1136/bmjgh-2020-004020](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004020).
5. Qiu M, Jessani N, Bennett S. Identifying health policy and systems research priorities for the sustainable development goals: social protection for health. *Int J Equity Health*. 2018;17(1):1-14. doi: [10.1186/s12939-018-0868-z](https://doi.org/10.1186/s12939-018-0868-z).
 6. Holst J. Extending Social Protection in Health: Developing Countries› Experiences, Lessons Learnt, and Recommendations: GTZ; 2007.
 7. Waelkens M-P, Criel B, Soors W. The role of social health protection in reducing poverty: the case of Africa, 2005. doi: [10.2139/ssrn.703561](https://doi.org/10.2139/ssrn.703561).
 8. Etemadi M. The Berlin Wall Between Welfare and Health in Iran: Who Gains the Health Subsidies? PEAH – Policies for Equitable Access to Health, 2022.
 9. OECD. Lessons from the EU-SPS Programme: Implementing social protection strategies, 2019.
 10. Tandon A, Murray CJ, Lauer JA, Evans DB. Measuring overall health system performance for 191 countries. Geneva: World Health Organization, 2000.
 11. Mohammadbeigi A, Hassanzadeh J, Eshtrati B, Rezaianzadeh A. Socioeconomic inequity in health care utilization, Iran. *J Epidemiol Glob Health*. 2013;3(3):139-46. doi: [10.1016/j.jegh.2013.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jegh.2013.03.006).
 12. Etemadi M, Gorji HA, Kangarani HM, Ashtarian K. Power structure among the actors of financial support to the poor to access health services: Social network analysis approach. *Soc Sci Med*. 2017;195:1-11. doi: [10.1016/j.socscimed.2017.10.026](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.026).
 13. Etemadi M, Hajizadeh M. User fee removal for the poor: a qualitative study to explore policies for social health assistance in Iran. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1-12. doi: [10.1186/s12913-022-07629-8](https://doi.org/10.1186/s12913-022-07629-8).
 14. Zare H, Trujillo AJ, Driessen J, Ghasemi M, Gallego G. Health inequalities and development plans in Iran; An analysis of the past three decades (1984-2010). *Int J Equity Health*. 2014;13:42. doi: [10.1186/1475-9276-13-42](https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-42).
 15. United Nations Development Programme. Leaving no one behind: a social protection primer for practitioners, 2015.
 16. Masoudi Asl I, Nosrati Nejad F, Akhavan Behbahani A, Mousavi Khatat SM. Proposed model for integrating health and social welfare system in Iran (a comparative study). *Payesh*. 2011;10(1):115-25. [Persian]

و نهادهای فعال در قلمروهای امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و شکل‌دهی پایگاه اطلاعات.

اصلاح قوانین ناظر بر انتزاع وظایف تصدی‌گری، بنگاهداری و شرکت‌داری از نهاد متولی نظام رفاهی و تمرکز بر وظایف قانونی تنظیم‌گری، سیاست‌گذاری و هماهنگی.

شورای عالی بیمه سلامت کشور در ساختار تصمیم‌سازی کلان کشور در امتداد و در طول شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی قرار گیرد و این دو شورا در کنار یکدیگر بتوانند سیاست‌گذاری‌های کلان ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را به‌صورتی هماهنگ انجام دهند.

تأییدیه اخلاقی: موری گزارش نشده است.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله، وجود هرگونه تعارض منافع را رد می‌کنند.

سهام نویسندگان: هر دو نویسنده سهم یکسانی در نگارش این مقاله داشته‌اند.

منابع مالی: موردی گزارش نشده است.

References

1. L T, C B, K M. Towards Universal Health Coverage: Social Health Protection Principles. Genève: International Labour Office, 2020.
2. World Health Organization. Social protection: shared interests in vulnerability reduction and development. World Health Organization; 2012.
3. World Health Organization. Health 2020: Social protection and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2015.
4. Tediosi F, Lönnroth K, Pablos-Méndez A, Raviglione M. Build back stronger universal health coverage systems after the COVID-19 pandemic: the need for better governance and