

Pathology of Health Insurance System in Iran

Ali Hassanzadeh ^{1,*}

¹ National Center for Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Ali Hassanzadeh, National Center of Health Insurance Research, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran. E-mail: ahassanzadeh@hotmail.com

Received: 12 Aug 2018

Revised: 30 Aug 2018

Accepted: 20 Sep 2018

Online Published: 20 Nov 2018

Abstract

From a social point of view, insurance is an economic tool for reducing and eliminating risk factors via integrating a number of identical risks to predict the probable losses of a group as a whole. Social insurance is based on the belief that there are people in the community who face major risks that they cannot afford it lonely. The purpose of the Social Security Insurance Scheme is to distribute the income to those people who cannot deal with these risks. The principles governing social insurance are such that the failure to comply with any of its three principles, including social solidarity, cross subsidy, legal coercion, undermines the structure of this kind of insurance, and diverts society from the its goals that is "social justice". Health insurance systems have completed three transition periods in their life history, based on the location of financial risk. Insurance is a trilateral relationship between the patient, the provider and the insurer. In historical systems: there is a direct relationship between the patient and the services provider and the location of the financial risk is the patient himself. In traditional systems: a person pays a sum to an insurance institution during the healthy life period and insures himself against the financial risk arising from it, and therefore the place of occurrence of the financial risk is the insurer. In modern systems: the place of financial risk is insurance company and the provider of services together, and it prevents the appearance of information asymmetry phenomena, moral hazard and induced demand. In conclusion, based on the documents and upstream laws, priority actions are being proposed to reform the insurance system.

Keywords: Pathology, Health, Insurance, Iran

Citation:

Hassanzadeh A. Pathology of health insurance system in Iran. Iran J Health Insur. 2018;1(3):50-58.

آسیب شناسی نظام بیمه سلامت در ایران

علی حسن زاده^{۱*}

^۱ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: علی حسن زاده، عضو هیأت مدیره، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران. ایمیل: ahasanzadeh@hotmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۲۹

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۰۶/۰۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۵/۲۱

چکیده

بیمه از نقطه نظر اجتماعی، یک ابزار اقتصادی برای کاهش و حذف ریسک از طریق فرآیند تلفیق تعدادی از ریسک‌های یکسان جهت پیش‌بینی زیان‌های احتمالی یک گروه در کل می‌باشد. بیمه اجتماعی بر این باور استوار است که در جامعه افرادی وجود دارند که با ریسک‌هایی عمده مواجه می‌شوند که خود به تنهایی از عهده آن بر نمی‌آیند. هدف برنامه بیمه اجتماعی توزیع درآمد به نفع افرادی است که نمی‌توانند با این ریسک‌ها مقابله کنند. اصول حاکم بر بیمه‌های اجتماعی به گونه‌ای است که عدم رعایت هر کدام از اصول سه‌گانه آن مشتمل بر همبستگی اجتماعی، یارانه متقاطع، اجبار قانونی، ساختار این نوع بیمه را متزلزل کرده و جامعه را از اهداف «عدالت اجتماعی» دور می‌سازد. نظام‌های بیمه سلامت در تاریخ عمر خود سه دوره گذار را طی کرده‌اند که مبتنی بر محل وقوع ریسک مالی است. بیمه رابط‌های سه‌جانبه بین بیمار، ارائه‌کننده خدمت و نهاد بیمه‌گر است. در نظام‌های تاریخی: رابطه مستقیم بین بیمار و ارائه‌کننده خدمات برقرار و محل وقوع ریسک مالی خود بیمار است. در نظام‌های سنتی: فرد در زمان سلامت مبلغی را به نهاد بیمه‌ای پرداخت کرده و خود را در برابر ریسک مالی ناشی از آن بیمه می‌کند و بنابراین محل وقوع ریسک مالی نهاد بیمه‌ای است. در نظام‌های مدرن: محل وقوع ریسک مالی توأم با بر عهده نهاد بیمه‌ای و فراهم‌کننده خدمات است و از بروز پدیده‌های عدم تقارن اطلاعات، مخاطره اخلاقی و تقاضای القائی، جلوگیری به عمل می‌آید. در انتهای مقاله با استناد به اسناد و قوانین بالادستی اقدامات اولویت‌دار برای اصلاح نظام بیمه‌ای ارائه شده است.

واژگان کلیدی: آسیب شناسی، سلامت، بیمه، ایران

مقدمه

- پاسخگویی به انتظارات غیر درمانی مردم (احترام به افراد تحت عنوان منشور حقوق بیمار از جمله: احترام به شان افراد، محرمانگی اطلاعات، اختیار فرد برای انتخاب‌های مربوط به سلامت، مشتری‌مداری در راستای برطرف کردن نگرانی‌های معمول بیمار و خانواده از جمله: توجه صحیح و فوری در موارد اورژانس و زمان معقول در موارد غیر اورژانس؛ توجه به نشانه‌های کیفیت مانند پاکیزگی فضا و غذای بیمارستانی؛ دسترسی به حمایت‌های اجتماعی، و آزادی انتخاب ارائه‌کننده)

- تناسب مشارکت مالی مردم در تأمین هزینه‌ها به مفهوم پرداخت بر اساس توان، برداشت بر اساس نیاز که مبنای آن حساب‌های ملی بهداشت است (شاخص هزینه‌های اسف بار به این معنی که خانوار بیش از ۴۰ درصد از هزینه‌های غیر غذایی را صرف سلامت نماید، شاخص تله فقر (Poverty Trap) یعنی درصد خانوارهایی که بدلیل هزینه‌های سلامت در ورطه فقر فرو می‌روند، و شاخص عدالت در سلامت (FFCI: Fair Financial Contribution Index) که هر چه به یک نزدیک شود نظام سلامت عادلانه است).

در حوزه کارکردی قلمرو تأمین مالی و در حوزه پیامدی قلمروهای پاسخگویی و تناسب مشارکت مالی مردم در چارچوب نظام بیمه سلامت طراحی، راهبری و هدایت می‌شود. از آنجائیکه نظام‌های سلامت با نظام تأمین مالی مربوط به خود شناسایی می‌شوند بنابراین بیمه سلامت در حوزه کارکردی بار اصلی و در حوزه پیامدی ۵۰ درصد مسئولیت را عهده‌دار است [۲].

بیمه سلامت به تعبیر سازمان جهانی بهداشت (گزارش سال ۲۰۰۰) جزئی اساسی از نظام سلامت و یکی از کارکردهای پایه‌ای آنست. نظام سلامت مجموعه‌ای از ۴ کارکرد و ۳ پیامد است [۱].

کارکردها

- تولید (فرموله کردن سیاست سلامت و رویکرد راهبردی به آن؛ تدوین قوانین، ضوابط و مقررات و اطمینان یافتن از پایبندی به آنها برای دستیابی به اهداف نظام سلامت؛ جمع‌آوری، تجمیع و ساماندهی اطلاعات و استفاده از خرد و خلاقیت در راستای پایش دستیابی به اهداف)

- تولید منابع (منابع انسانی، سرمایه فیزیکی، مواد مصرفی)

- تأمین مالی (تجمیع و مدیریت منابع، انباشت ریسک به منظور برقراری یارانه متقاطع؛ خرید راهبردی خدمات در پاسخ به پنج سؤال کلیدی از چه کسی؟ برای چه کسی؟ چه چیزی؟ با چه قیمتی؟ پرداخت به چه شکلی؟)

- تدارک خدمات (موضوع انتخاب مداخلات با سه رویکرد مراقبت‌های اولیه شامل پیشگیری و ترویج بهداشت، مراقبت‌های ثانویه شامل خدمات درمانی، مراقبت‌های ثالثیه شامل خدمات بازتوانی).

پیامدها

- سلامت خوب به مفهوم وضعیت سلامت کل جمعیت در کل دوره زندگی افراد و جنبه‌های مرگ و میر و ناتوانی زودرس آنان (سطح کلی سلامت؛ توزیع سلامت در بین جمعیت؛ عوامل اجتماعی سلامت)

حال با توجه به بدهی چندین هزار میلیاردی سازمان‌های بیمه سلامت در ایران (سازمان‌های تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح و سازمان بیمه سلامت ایران) آیا نظام بیمه سلامت توانسته است در حوزه‌های عملکردی و پیامدی به رسالت‌ها و اهداف خود دست پیدا کند؟ قرض گرفتن از نسل آینده و دریافت اوراق اسلامی (۸۰۰۰ میلیارد تومان اوراق سازمان بیمه سلامت در سال ۱۳۹۶ و اوراق مندرج در بودجه سال ۱۳۹۷ برای سازمان‌های تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح) و تخصیص سود به این اوراق بدون اینکه نقشی در سلامت مردم داشته باشد - و بدون منطق کارشناسی مصارف کلی سلامت را بالاتر ببرد- آیا با اصول بیمه‌ای و بطور اولی با اصول کارایی و بهره‌وری سازگاری دارد؟

برای پاسخ به این سؤالات و بسیاری از ابهامات در نحوه کارکرد این نظام، بررسی اصول و تاریخچه بیمه‌های اجتماعی سلامت در جهان ضروری است تا بتوان ضمن آسیب‌شناسی بحران، راهکار مناسبی برای خروج از بحران پایداری نظام‌های بیمه سلامت پیدا نمود. آنچه در پی خواهد آمد تلاشی در این راستاست.

تاریخچه

تجربه ایجاد منابع برای خطرات بیماری در جهان خارج از تشکیلات کارگری به وجود آمد، در اروپای عهد رنسانس صنعتگران، جوامعی تحت عنوان «اتحادیه صنوف» تشکیل دادند که در مواقع بیماری به کمک اعضا می‌آمد و اعضا این گروه‌ها به طور مرتب حق عضویت خود را پرداخت می‌کردند (این صندوق برای اولین بار در سویس و توسط ساعت‌سازان تشکیل شد که به اعضا به هنگام بیماری مبلغی بابت دستمزد از دست رفته پرداخت می‌کرد). در طی قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ این مجامع توسعه پیدا کرد و کارگران یک صنعت خاص یا کشاورزان را نیز دربر گرفت و همین موضوع زمینه‌ای شد برای ایجاد «بیمه‌های اجتماعی». در آغاز تشکیل مجامع، در صورت وقوع بیماری به اعضا کمک مالی می‌شد. بعدها آنان پزشکی را استخدام کردند تا در صحت و سقم بیماری اعضا اظهارنظر نمایند و بعدها برای اطمینان از خدمات‌رسانی به اعضا خود با پدیدآوردن‌گان خدمات درمانی قرارداد بستند و در نهایت خودشان به طور مستقل خدمات پزشکی را فراهم نمودند. با گذشت زمان اساس دریافت خدمات بر مبنای حق عضویت پرداختی ناشی از مخاطره نوع کار برداشته شد و دستمزد کارگران مبنای ارائه خدمات گردید.

اولین و قابل توجه‌ترین گام سیاسی در جهت ایجاد بیمه در سال ۱۸۸۳ در آلمان اتفاق افتاد و سپس این پدیده در نیمه اول قرن بیستم در سایر کشورهای اروپایی نیز به وقوع پیوست. در آن سال حکومت آلمان قانونی را تصویب کرد که به موجب آن کلیه کارگران کارخانجاتی که دستمزدی کمتر از میزان تعیین شده دریافت می‌کردند بایستی بالاجبار عضو «صندوق بیماری» می‌شدند و منابع صندوق‌ها اجباراً از مشارکت کارگران و کارفرمایان تأمین می‌شد. بعد از آلمان کشورهای استرالیا (۱۸۸۷)، نروژ (۱۹۰۲)، انگلستان (۱۹۰۱)، فرانسه (۱۹۲۱) نیز گام‌هایی را در جهت بیمه بهداشتی درمانی برداشتند به طوری که تا سال ۱۹۳۰ میلادی در اکثر کشورهای صنعتی اروپا این صندوق تحت عنوان «بیمه بارداری و بیماری» تشکیل یافت.

تاریخچه بیمه بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه کمتر شناخته شده است به طوری که در مورد آسیا، خاورمیانه و شمال آفریقا

اطلاع درستی در دسترس نمی‌باشد، ولی در آمریکای لاتین از ۵۰ سال پیش اطلاعاتی موجود است. با توجه به اینکه سیاست‌های بیمه اجتماعی اعمال شده در چند دهه گذشته در این کشورها، الگوی کشورهای اروپایی است که توسط نیروهای استعمارگر و یا تحصیل کرده خارج از کشور طراحی و اجرا شده، بنابراین سیاستی کاملاً وارداتی است تا یک فرهنگ ملی و سنتی و لذا این‌گونه سیاست‌ها همیشه انتقادپذیر بوده است [۳]. در ایران نگاه به سلامت و حفاظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های ناشی از بروز بیماری از قدیم الایام در ذهن ساکنین سرزمین پهناور ایران وجود داشته است. در ایران سده شش قبل از میلاد مسیح آنچه که در سنگ نوشته‌های هخامنشی حک شده است نشان از پوشش بیماری و درمان دارد. داریوش در سنگ نوشته‌اش اعلام می‌کند «دوست ندارم که ناتوانی از حق کشی در رنج باشد» در دوره وی مادران از مرخصی و حقوق زایمان و نیز از حق اولاد برخوردار بودند، زانوها ۵ ماه جیره ویژه و شاغلین کارهای سنگین به مناسبت سختی کار جیره پیش کشی دریافت می‌داشتند [۴].

در ایران بیمه درمان به شکل امروزی آن بیش از نیم قرن قدمت دارد ولی سابقه بیمه‌های اجتماعی به حدود ۹۰ سال می‌رسد. در سال ۱۳۰۹ برای اولین بار در باب بیمه‌های اجتماعی، مقرراتی به تصویب دولت می‌رسد و «صندوق احتیاط کارگران طرق و شوارع» مصوب شده و از ابتدای فروردین ۱۳۱۰ توجه به امر درمان کارگران راه‌آهن سراسری از طریق این صندوق به مرحله اجرا در می‌آید. قانون بیمه‌های اجتماعی کارگران در اول دی ماه ۱۳۳۱ به تصویب مجلس می‌رسد و با اجرای آن در سال ۱۳۳۲ سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران شکل گرفته و به موجب ماده ۳۵ قانون، عهده‌دار بیمه درمان کارگران و خانواده آنان می‌شود. در اسفند ۱۳۵۱ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت تصویب شده و در ابتدای ۱۳۵۲ به اجرا در می‌آید و «سازمان تأمین خدمات درمانی» وابسته به وزارت بهداشتی تشکیل می‌شود. در تاریخ ۱۳۵۳/۴/۲۴ قانون تشکیل وزارت رفاه اجتماعی به منظور تأمین بیمه درمانی همگانی تصویب شده و در تاریخ ۱۳۵۴/۴/۳ با تصویب قانون تأمین اجتماعی «سازمان تأمین اجتماعی» شکل گرفته و سازمان‌های بیمه اجتماعی و بیمه‌های اجتماعی روستاییان در آن ادغام می‌شود و انجام تعهدات مربوط به بندهای الف و ب ماده ۳ قانون به عهده سازمان تأمین خدمات درمانی قرار می‌گیرد و ساختمان‌های درمانی سازمان تأمین اجتماعی با حفظ مالکیت در اختیار سازمان اخیر قرار گرفته و کارکنان واحدهای درمانی نیز به این سازمان منتقل می‌شوند. در تاریخ ۱۳۵۵/۴/۱۰ سازمان تأمین اجتماعی به «صندوق تأمین اجتماعی» تغییر نام می‌دهد، کلیه کارکنان سازمان بجز افرادی که برای انجام بیمه گری مورد نیاز بودند به وزارت بهداشتی و بهزیستی که از ادغام وزارت رفاه اجتماعی و وزارت بهداشتی تشکیل می‌شود منتقل گردید و سازمان‌های منطقه‌ای بهداشتی موظف به ارائه بیمه درمان بیمه شدگان می‌شوند. در فروردین ماه ۱۳۵۸ سازمان تأمین اجتماعی دوباره احیا شده و کلیه واحدهای اجرایی که به سازمان‌های منطقه‌ای منتقل شده بود، مجدداً به سازمان بر می‌گردد در آذر ۱۳۵۸ سازمان تأمین خدمات درمانی منحل شده و تعهدات درمانی بیمه شدگان در ازای پرداخت ۹ درصد حق بیمه مستقیماً به عهده وزارت بهداشتی و بهزیستی گذاشته می‌شود.

گروهی در نظر گرفته نمی‌شود. ریسک بیمه‌ای برابر است با ریسک طبیعی جامعه و بنابراین بسیار ارزان بوده و در اختیار کلیه آحاد جامعه قرار می‌گیرد. اصول حاکم بر بیمه‌های اجتماعی به گونه‌ای است که عدم رعایت هر کدام از اصول سه گانه آن، ساختار بیمه‌های اجتماعی را متزلزل کرده و جامعه را از اهداف «عدالت اجتماعی» دور می‌سازد. این اصول عبارتند از:

- همبستگی اجتماعی (Solidarity): بر این اساس گروه‌های بزرگ اجتماعی با همدیگر پیمان می‌بندند که بطور متحد با مشکلات ناشی از بیماری یا حادثه مقابله نمایند. بنابر قانون اعداد بزرگ، ریسک در سطح جامعه توزیع شده و حق بیمه به کمترین مقدار خود می‌رسد.

- یارانه متقاطع (Cross Subsidization): در یک گروه بزرگ و متحد انتقال یارانه از دارا به ندار، سالم به بیمار، جوان به پیر، غنی به فقیر و... صورت می‌پذیرد.

- اجبار قانونی (Mandatory): در جهت اجرای دو اصل پیشین و به منظور جلوگیری از فرار بیمه‌ای اقشار برخوردار جامعه، کلیه تحصیل‌کنندگان درآمد موظف می‌شوند با پرداخت بخشی از درآمد خود به عضویت صندوق بیمه‌های اجتماعی درآیند.

منظور از بیمه‌های اجتماعی تمسک به سه اصل بنیادین «همبستگی اجتماعی» به عنوان سنگ زیرین و دو اصل دیگر «یارانه متقاطع» و «اجبار قانونی» (Cross Subsidization) به عنوان دو ستون آن تلقی می‌گردد، و مفهوم آن از منظر عدالت به این معنی است که «پرداخت حق بیمه بر اساس توان پرداخت (Ability to Pay) و دریافت خدمت بر اساس نیاز» انجام پذیرد. در این نظام به دلیل همان سه اصل پیروی از قانون اعداد بزرگ در تعیین حق بیمه اتفاق افتاده و حق بیمه و محاسبه ریسک مبتنی بر «رتبه‌بندی ریسک جامعه» (Community Risk Rating) صورت می‌گیرد که به مراتب بسیار پایین‌تر از «رتبه‌بندی ریسک انفرادی تجربه محور» (Individual Experience Risk Rating) که در آن تجارب فرد یا گروه ملاک تعیین حق بیمه قرار می‌گیرد. در این نظام باید به گونه‌ای عمل شود که از بروز پدیده‌های «سواری رایگان» (Free Rider)، «مخاطره اخلاقی» (Moral Hazard) و «انتخاب نامناسب» (Adverse Selection) جلوگیری شود [۸].

ویژگی‌های بیمه انفرادی

- انتقال ریسک فردی
- نرخ حق بیمه بر مبنای ریسک فردی و سن بیمه شدن
- انجام معاینات قبل از بیمه شدن به منظور تعیین ریسک
- امکان انتخاب نامطلوب به علت عدم تقارن اطلاعات (Asymmetry of Information) بین بیمه شونده و بیمه‌گذار
- اختیار فرد در انتخاب پوشش بیمه‌ای

ویژگی‌های بیمه اجتماعی

- انتقال ریسک طبیعی جامعه
- ثابت بودن نرخ حق بیمه برای کلیه بیمه‌شدگان
- عدم انجام معاینات قبل از بیمه شدن
- ایجاد یارانه متقاطع از طریق برقراری همبستگی اجتماعی
- عدم تجمع ریسک‌های نامناسب

در تاریخ ۱۳۷۳/۸/۱۷ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور پس از تصویب ابلاغ گردیده و سازمان بیمه خدمات درمانی کشور در اسفند ۱۳۷۳ تشکیل می‌شود. این سازمان موظف می‌شود ظرف پنج سال پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول را به انجام برساند. در تاریخ ۱۳۸۳/۳/۱۷ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی پس از تصویب جهت اجرا ابلاغ می‌گردد. به موجب این قانون وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل شده و سازمان‌های بیمه اجتماعی مانند سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بازنشستگی کشوری و سازمان بهزیستی کشور زیر مجموعه وزارت جدید قرار می‌گیرند [۵].

در اواخر سال ۱۳۸۷ به موجب مصوبه هیأت وزیران و ماده ۱۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری سازمان تأمین اجتماعی تشکیل می‌شود و کلیه صندوق‌های اجتماعی اعم از تأمین اجتماعی، سازمان بازنشستگی کشوری، روستاییان و عشایر، و سازمان بیمه خدمات درمانی از زیر مجموعه وزارت رفاه خارج و تحت پوشش آن قرار می‌گیرند. عملکرد مدیر عامل وقت و عدم پاسخگویی وی موجب می‌گردد در پایان اسفند ۱۳۸۸ طرح اصلاح ماده ۱۱۳ قانون مدیریت خدمات کشوری در مجلس شورا مطرح و تصویب شود، به موجب این اصلاحیه صندوق‌ها مجدداً تحت پوشش وزارت رفاه قرار گرفته و ترکیب هیأت امناء و نحوه تعیین مدیر عامل تغییر می‌کند [۶].

در سال ۱۳۹۰ به موجب ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه مقرر می‌شود بخش درمانی کلیه صندوق‌های مشمول ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام و سازمان بیمه سلامت ایران ایجاد گردد. در سال ۹۱ سازمان بیمه خدمات درمانی تغییر نام می‌یابد ولی ادغام صندوق‌ها با مقاومت مواجه می‌شود. در تیر ماه سال ۱۳۹۶ به موجب قانون برنامه ششم توسعه سازمان بیمه سلامت ایران تحت پوشش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفته و شورای عالی بیمه هم به این وزارتخانه منتقل می‌گردد [۷].

بیمه‌های اجتماعی سلامت

بیمه از نقطه نظر اجتماعی، یک ابزار اقتصادی برای کاهش و حذف ریسک از طریق فرایند تلفیق تعدادی از ریسک‌های یکسان جهت پیش‌بینی زیان‌های احتمالی یک گروه در کل می‌باشد. باید توجه داشت که بیمه نه از بروز زیان پیشگیری می‌کند و نه هزینه زیان‌های وارد آمده به اقتصاد را در کل کاهش می‌دهد. بیمه در حقیقت یک تأثیر منفی بر روی زیان و افزایش هزینه مربوط به آن برای اقتصاد دارد. بیمه اجتماعی بر این باور استوار است که در جامعه افرادی وجود دارند که با ریسک‌هایی عمده مواجه می‌شوند که خود به تنهایی از عهده آن بر نمی‌آیند. خدمات ناشی از این ریسک‌ها، بار غیرقابل تحملی را بر دوش افراد گذارده و آنها را از آنچه که ما به عنوان استاندارد کافی در زندگی در نظر می‌گیریم، محروم می‌کند. یکی از اهداف برنامه بیمه اجتماعی توزیع درآمد به نفع افرادی است که نمی‌توانند با این ریسک‌ها مقابله کنند.

یکی از مهمترین روش‌های تأمین مزایای بهداشتی درمانی، استفاده از سازوکار بیمه اجتماعی است. در این نوع بیمه نحوه قرارداد و حق بیمه به طور طبیعی مبتنی است بر کل جامعه، و لذا ویژگی‌های فردی و

- اجبار کلیه افراد گروه به بیمه شدن
تعهدات نظام بیمه‌های اجتماعی متشکل از دو زیر گروه مستمري و سلامت است. نوع ارزیابی ریسک در بیمه‌های اجتماعی عمر و بازنشستگی (مستمري و از کارافتادگی) از طریق محاسبات بیمه‌ای (Actuaries) مبتنی بر امید به زندگی (Life Expectancy) و جداول عمر تعیین می‌شود و ارزیابی تمام عمر است. در بیمه‌های بهداشتی درمانی (سلامتی و غرامت دستمزد) ارزیابی ریسک و تعیین حق بیمه مترتب بر آن از طریق درجه‌بندی ریسک (Risk Rating) منبعث از بار بیماری‌ها (Burden of Disease)، سیمای اپیدمیولوژیک و مرگ و میر تعیین می‌گردد و ارزیابی آن سالانه است.

نظام‌های (Scheme) بیمه‌ای موجود در جهان

همانگونه که ذکر شد اولین شکل ساختار یافته نظام بیمه اجتماعی سلامت در اواخر قرن نوزدهم در آلمان شکل می‌گیرد. بیسمارک صدراعظم آهنگین آلمان در آن سال با این فرضیه که برای جلوگیری از به مخاطره افتادن سرمایه و در جامعه صنعتی باید اقدامی انجام شود که کارگر بیمار که سلامتی تنها دارایی وی است به هنگام بیماری دغدغه معیشت و هزینه نداشتن باشد، در سال ۱۸۸۳ نظام بیمه اجتماعی را با ایجاد «صندوق بیمه بیماری» آغاز می‌کند سال‌ها بعد «لرد بی‌وریژ» در انگلستان بعد از جنگ جهانی دوم به دنبال طرح «فقرزدایی» حمایت‌های درمانی را جزء اصلی طرح قلمداد کرده و نظام «خدمات ملی سلامت» (NHS: National Health Service) در سال ۱۹۳۸ بنیان‌گذاری شده می‌شود [۹].

بطور عام نظام‌های سلامت مبتنی بر نظام تأمین مالی (Financing) شناخته می‌شوند و بر اساس طبقه‌بندی «گاردن» که در دهه ۹۰ قرن بیستم میلادی ارائه شد در چهار گروه طبقه‌بندی می‌شوند:

- نظام بیمه اجتماعی مبتنی بر مدل بیسمارک: که در دست کم ۶۰ کشور جهان جاری است و حق بیمه از طریق مشارکت دستمزدی (مالیات اجتماعی مبتنی بر مالیات‌های سیاهه حقوق و دستمزد)، و با مشارکت کارگر، کارفرما، و دولت پرداخت می‌شود

- نظام خدمات ملی سلامت مبتنی بر مدل بورج: که منابع از محل مالیات بر درآمد و دارایی تأمین شده و در بیش از ۱۰۰ کشور جهان انجام می‌شود. کشورهایی مانند انگلستان، استرالیا و کانادا در آن پیش‌تاز هستند.

- نظام رقابتی: که در آن تعاملات بازار نقشی تعیین‌کننده در عرضه کالای سلامت داشته و فقط در تعداد معدودی از کشورها (مانند آمریکا) رایج بوده و نظام بیمه سلامت مبتنی بر تأمین مالی از بخش خصوصی دارند.

- نظام مستقیم: که طی آن رابطه مستقیم بین بیمار و فراهم‌کننده خدمات وجود داشته و هیچ نهاد ثالثی برای ایفای نقش وجود ندارد. این روند در کشورهای کمتر توسعه یافته جاری است و کل بار سلامت بر دوش خانوارهاست. اگرچه در عمل بسیاری از کشورها دارای مدل‌های مختلط هستند.

نحوه جمع‌آوری منابع مالی برای نظام بیمه‌ای

صرف نظر از نوع نظام بیمه‌ای، سه روش شناخته شده در نحوه جمع‌آوری منابع مالی برای نظام سلامت وجود دارد که بسته به نوع طرح اعم از طرح مستمري یا طرح سلامت متفاوت است:

- اندوخته‌گذاری کامل (Fully Funded Scheme): در این روش منابع حاصل از حق بیمه‌ها وارد فرایند سرمایه‌گذاری شده و تعهدات از محل سود حاصل از سرمایه‌گذاری ارائه می‌گردد و بنابراین سرمایه‌گذاری در این روش باید از منظر اجتماعی مسئولانه (Socially Responsive Investment) بوده و حائز شرایط شفافیت، ایمنی، و نقد شوندگی (Sound, Safe, Liquid) باشد.

- اندوخته‌گذاری جزئی (Partially Funded Scheme): بخشی از تعهدات طرح از محل منابع حاصل از حق بیمه‌های دریافتی و بخشی دیگر از محل سود حاصل از سرمایه‌گذاری که شرح آن در روش اندوخته‌گذاری کامل گذشت، تأدیة می‌شود.

- توازن هزینه با درآمد (PAYG: Pay As You Go): در این روش کل منابع حاصل از دریافت حق بیمه‌ها صرف هزینه‌های سلامت و اجرایی همان سال می‌گردد. در این روش سرمایه‌گذاری معنی و مفهومی ندارد.

نحوه انجام تعهدات

برای انجام تعهدات بیمه‌ای دو روش شناخته شده توسط اتحادیه بین‌المللی ارائه شده است [۱۰]:

الف- روش «مزایای تعریف شده» (DB: Defined Benefit) که به موجب آن ابتدا مزایا مطابق با قانون و بر اساس فرمول مشخص تعریف شده و ارتباطی با حق بیمه ندارد اگرچه در این فرمول می‌تواند عواملی مانند میزان درآمد و سوابق بیمه‌ای افراد بطور غیر مستقیم حق بیمه را با مزایا مرتبط می‌کند. سپس منابع لازم برای ایفای آن به صورت حق بیمه و با محاسبات بیمه‌ای تعیین می‌گردد؛ در این روش برخورداری از خدمات سلامت، حق بیمه‌شده است و دولت نمی‌تواند به بهانه کمبود بودجه از ایفای آن سر باز زند.

ب- روش «مشارکت تعریف شده» (DC: Defined Contribution) که در آن مزایای دریافتی افراد بر اساس حق بیمه‌های پرداخت شده تعیین می‌گردد و حق بیمه‌های دریافتی در حساب‌های انفرادی ثبت و سرمایه‌گذاری می‌شود. به عبارت دیگر در ابتدا توانایی بازار کار برای تأمین حق بیمه بررسی شده و سپس میزان حق بیمه تعیین می‌شود و در نهایت تعهدات مبتنی بر منابع جمع‌آوری شده تدوین می‌گردد.

تعادل منابع و مصارف و ذخائر بیمه‌ای

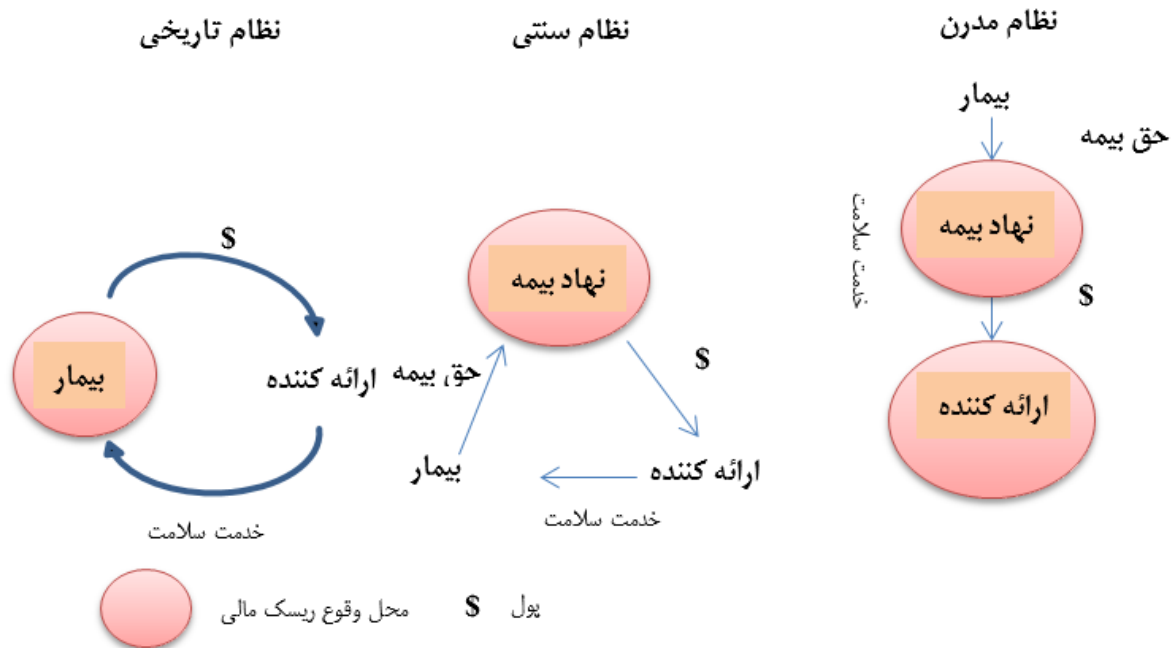
علاوه بر موارد فوق یک عامل اساسی دیگر یعنی «تعادل منابع با مصارف» در پایداری نظام‌های بیمه‌ای نقش تعیین‌کننده‌ای ایفا می‌کند و به همین منظور و برای مقابله با بحران کسری منابع، ذخیره برای تعهدات گرفته می‌شود. ذخائر سرمایه‌گذاری (Reserve as Investment) بسته به نحوه جمع‌آوری منابع متفاوت است. در روش اندوخته‌گذاری کامل ذخیره‌ای برابر با ۲۵ برابر ورودی‌ها و در روش اندوخته‌گذاری جزئی پس از گذشت ۵۰ سال از عمر صندوق ذخیره‌ای معادل سه برابر مصارف سالانه صندوق باید وجود داشته باشد. در روش توازن هزینه با درآمد، ذخیره سرمایه‌گذاری وجود ندارد [۱۱].

در نظام‌های بیمه اجتماعی دو نوع ذخیره نقدینگی (Reserve as Cash) نیز در نظر گرفته می‌شود که عمدتاً برای مقابله با بحران‌هاست. در نظامات امید به زندگی برای جلوگیری از بروز تنش‌های اجتماعی از

ازای آن پول به فراهم‌کننده می‌پردازد. لذا محل وقوع ریسک مالی خود بیمار است.

- نظام‌های سنتی: با پیشرفت جوامع، نیاز به بیمه نمودن عدم اطمینان ناشی از بیماری بوجود آمد و بیمه‌های سنتی شکل گرفت در این نظام فرد در زمان سلامت مبلغی را به نهاد بیمه‌ای پرداخت کرده و خود را در برابر ریسک مالی ناشی از آن بیمه می‌کند. به هنگام بیماری ارائه‌کننده خدمت، مراقبت‌های سلامتی را برای بیمه‌شده فراهم کرده و در ازای آن از نهاد بیمه‌ای پول دریافت می‌کند در چنین شیوه‌ای محل وقوع ریسک مالی نهاد بیمه‌ای است.

- نظام‌های مدرن: با پیشرفت جوامع و آگاه شدن کارگزاران بیمه‌ای از هزینه‌ها، نظام‌های مدرن شکل می‌گیرد. در این رویکرد بیمه‌شده حق بیمه را به نهاد بیمه‌ای پرداخت کرده و نهاد بیمه‌ای متعاقباً منابع را به صورت پیش‌پرداخت در اختیار ارائه‌کننده خدمات قرار می‌دهد و وی مکلف می‌شود در چارچوب قرارداد خدمات سلامت را برای بیمه‌شده فراهم نماید. در این رویکرد محل وقوع ریسک مالی نهاد بیمه‌ای و فراهم‌کننده خدمات است و از بروز پدیده‌های عدم تقارن اطلاعات، مخاطره اخلاقی و تقاضای القائی، جلوگیری به عمل می‌آید (تصویر ۱).



تصویر ۱: رابطه بین بیمار، نهاد بیمه، و ارائه‌کننده

نیازهای ویژه خود دریافت دارد، ضرورت دارد، یک سطح پایه از آنچه که هم اکنون فراهم می‌شود، تعیین گردد. به این منظور نخستین گام در پاسخ به سؤال «چه کسی باید بیشترین مزایا را از تأمین مالی برای خدمات سلامت ببرد؟» نهفته است. در این راستا دو بعد اساسی دسترسی عبارتست از: دسترسی جغرافیایی، و دسترسی اقتصادی؛ بعد سوم آن دسترسی اجتماعی فرهنگی است. مطالعات انسان شناختی در برخی از کشورها اهمیت باورهای فرهنگی را در تصمیمات فردی برای مراقبت‌های سلامت بخوبی نشان می‌دهد. از طرف دیگر رفتار کادر درمانی نیز نقش عمده‌ای را در این موضوع دارد.

ذخیره احتیاطی (Provident Reserve) استفاده می‌شود، و در نظامات مبتنی بر رتبه‌بندی ریسک با محوریت بار بیماری‌ها از ذخیره فنی (Technical Reserve) برای مقابله با همه‌گیری‌های بیماری استفاده می‌شود که در هر دو مورد حدود یک فصل سال از هزینه‌های طرح سپرده‌گذاری می‌شوند. بنابراین از منظر علمی سرمایه‌گذاری به شکل ایجاد شرکت فاقد توجیه است ولی از آنجائیکه در کشورهای در حال توسعه همه چیز بر مدار علم و کارشناسی فنی نمی‌چرخد، شرکت داری برای سازمان‌های بیمه سلامت در ایران نیز اتفاق افتاده که عمدتاً شرکت‌هایی است که بابت رد دیون دولت به این سازمان‌ها واگذار شده است.

تدارک خدمات

نظام‌های بیمه سلامت در تاریخ عمر خود سه دوره گذار را طی کرده‌اند. آنچه که اهمیت دارد محل وقوع ریسک مالی است. بیمه رابطه‌ای سه جانبه بین بیمار، ارائه‌کننده خدمت و نهاد بیمه‌گر است.

- نظام‌های تاریخی: رابطه مستقیم بین بیمار و ارائه‌کننده خدمات برقرار است. ارائه‌کننده، خدمات درمانی را برای بیمار فراهم کرده و بیمار در

خرید خدمات در نظام بیمه به فرایندی اشاره دارد که طی آن منابع انباشت شده در ازای ارائه خدمات به فراهم‌کنندگان پرداخت می‌شود و به دو نوع غیر فعال - هزینه کرد مبتنی بر بودجه تخصیصی - و راهبردی - جستجوی مستمر در این امر که طرح بازپرداخت بتواند عملکرد نظام سلامت را به حداکثر برساند - طبقه‌بندی می‌شود. برای انجام خرید راهبردی باید مؤلفه‌های زیر را مد نظر قرار داد [۱۲]:

۱- برای چه کسی بخریم؟

در صورتی که پوشش نیازهای پایه سلامت کلیه افراد جامعه اولویت ملی تلقی شود، به گونه‌ای که هر فرد خدمات کافی را در ارتباط با

۲- چه چیزی خریداری شود؟

به هنگام تصمیم‌گیری در اینکه چه چیزی بخریم گزینه‌های متفاوت در سطوح متفاوت لحاظ می‌شود. ترکیب نهایی باید منابع مختلف تأمین مالی را برای پوشش مصارف سلامت تأمین نماید. باید توجه کرد که مسئولین ملی تمایل به ارتقاء سطح تسهیلاتی دارند که منابع موجود پاسخگوی آن است. در کشورهای کم درآمد اولویت‌ها در راستای اهداف توسعه هزاره طراحی می‌شود. به هنگام کمبود منابع باید توجه جدی به کارایی شود بنابراین ارزیابی هزینه-اثربخشی در هدایت منابع از اهمیت برخوردار است و مراقبت‌ها با حداقل هزینه باید انجام شود. خدمات سلامت موقعی هزینه اثربخش هستند که مهارت‌های کافی برای مقابله با پاتولوژی‌های پیچیده وجود دارد. زمانی که با یک معضل سلامتی روبرو هستیم باید بین بیماری‌های حاد و مزمن تفاوت قائل شویم. بیشتر بیماری‌های حاد اورژانس بوده و حتی در صورت بالا بودن هزینه از اولویت برخوردارند.

۳- از چه کسی باید خرید؟

هدف اصلی یک خریدار راهبردی دستیابی به یک سازگاری لازم بین مداخلاتی است که می‌خواهد ببرد و خدماتی است که فراهم‌کننده در ظرف زمانی معین با استانداردهای بالای کیفیت و در حداقل قیمت ممکن می‌تواند فراهم نماید.

۴- چه روش پرداختی مناسب است؟

خریدار در نگاه اول در خصوص اهداف سیاستگذارانه مانند افزایش منابع، کارایی، محدودسازی هزینه‌ها، دسترسی به کیفیت، سادگی اجراء و یا ترکیبی از آنها تصمیم می‌گیرد. نظام پرداخت بایستی در راستای دستیابی به یک یا چند مورد از اهداف فوق باشد. خریدار سازوکار پرداخت را در دو محور می‌بیند: واحد پرداخت و سطح پرداخت. واحد پرداخت می‌تواند کاملاً مشخص باشد، مانند تعداد ویزیت یا تعداد تست‌های انجام شده. واحد پرداخت می‌تواند تجمعی باشد مانند یک دوره از مراقبت یا خدمات مورد نیاز در مدت زمان مشخص مانند یکسال. سطح پرداخت مبتنی خواهد بود بر: استاندارد و هزینه مورد انتظار خدمات؛ تعداد فراهم‌کنندگان؛ رقابت بین فراهم‌کنندگان؛ حجم محصول سلامت؛ فراهم بودن اطلاعات خوب؛ توان بیماران برای مشارکت در هزینه‌ها.

نوع و ترکیب روش‌های پرداخت به فراهم‌کننده بخش مهمی از ترتیبات خرید است. این انواع عبارتند از: سرانه، کارانه، حقوق، بودجه گلوبال، بودجه خط به خط، پرداخت به ازای مورد، گروه‌های تشخیص محور. هر سازوکاری حاوی انگیزه‌های مهمی برای تدارک مراقبت‌ها، کنترل هزینه‌ها، و بهبود کیفیت خدمت دارد. آنچه که در کشور جاری است روش کارانه است، تنها در بخشی از حوزه پزشک خانواده و نظام ارجاع از پرداخت سرانه استفاده می‌شود.

۵- با چه قیمتی؟

قیمتی که خریداران خدمات سلامت می‌پردازند، باید واقعی و قابل پرداخت باشد. قیمت از عوامل زیر تأثیرپذیری دارد:

- روش پرداخت به فراهم‌کننده

- وجود اطلاعات شامل هزینه‌ها، حجم خدمات، نتایج حاصله، روش‌های محاسبه هزینه فراهم‌کننده

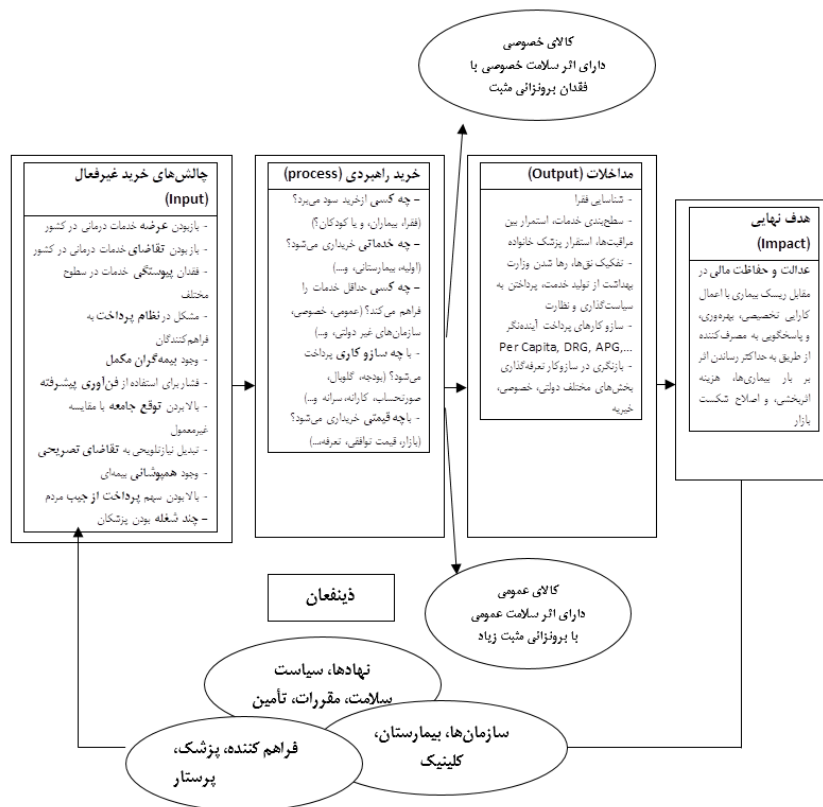
- ویژگی‌های خریداران و فراهم‌کنندگان شامل فضای قوانین و مقررات، خودمختاری فراهم‌کننده، قدرت چانه‌زنی و شدت رقابت.

نتیجه اینکه در مدل خرید راهبردی خدمات سلامت در کشور، بخش‌های مختلف را از بقیه خدمات نمی‌توان جدا کرد چرا که سلامت طیفی است که از پیشگیری اولیه شروع شده و به پیشگیری ثالثیه {طبق طبقه‌بندی سازمان جهانی بهداشت خدمات پیشگیری اولیه کلیه اقداماتی است که برای جلوگیری از بروز بیماری انجام می‌شود (مانند واکسیناسیون)، پیشگیری ثانویه کلیه اقداماتی است که به منظور جلوگیری از بروز عارضه انجام می‌شود (خدمات درمانی)، پیشگیری ثالثیه تمامی اقداماتی است که برای جلوگیری از بروز معلولیت و ناتوانی انجام می‌شود (توانبخشی و بازتوانی)} ختم می‌شود. هم‌چنانکه در نمودار ۲ نشان داده شده است، چالش‌های موجود در نظام سلامت کشور به عنوان ورودی تلقی شده و در طی فرایند خرید راهبردی به این معنی که از چه کسی؟ چه خدمتی؟ برای چه کسی؟ چه قیمتی؟ و با چه سازوکاری؟ تأمین شود؛ مداخلات شناسایی شده و در راستای هدف نهایی نظام سلامت که دستیابی به عدالت و حفاظت مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری است، منتهی خواهد شد [۱۳].

علیرغم تصویب قوانین متعدد به ویژه قوانین برنامه توسعه، نحوه خرید خدمات در کشور از روش غیر فعال پیروی می‌کند به گونه‌ای که سازمان‌های بیمه‌ای طی قرارداد با ارائه‌کنندگان خدمات، هزینه‌ها را بعد از ارائه خدمات به بیمه‌شده و پس از تاخیری طولانی به فراهم‌کننده پرداخت می‌کنند. در چنین سازوکاری هیچگونه کنترل و نظارتی بر فرایند خرید اعمال نمی‌شود. نکته کلیدی تدارک خدمت در این امر نهفته است که نظام بیمه‌ای، خدمات را سطح‌بندی می‌کند و اجازه عبور آزاد از سطحی به سطح دیگر را نمی‌دهد مگر با مجوز دروازه بان نظام سلامت؛ چرا که سطوح دوم و سوم همیشه هزینه زاست به گونه‌ای که بیمارستان‌ها، قصر بیماری تلقی می‌شوند و تنها کارکرد دروازه بانی و لیست انتظار برای بیمارهای غیر اورژانس و انتخابی است که هزینه‌ها را به تأخیر می‌اندازد و در عین حال از کیفیت نظام سلامت نمی‌کاهد.

نتیجه‌گیری

نگاه به اصول علمی فوق بیانگر این امر است که عملکرد نظام بیمه سلامت از آغاز تا کنون مبتنی بر مدار علم و کارشناسی نبوده و اقداماتی مانند بیمه سلامت همگانی، بیمه ایرانیان، کارت بستری شهری، ... مبتنی بر اصول بیمه‌ای نبوده است. بدهکار کردن نسل آینده با تخصیص ۸۰۰۰ میلیارد تومان بابت زبان انباشته با اصول فوق سازگار نیست. در فهرست تعهد قراردادن بیش از ۲۰۰ قلم دارو بدون تأمین بار مالی و بدون تصویب در شورایی بیمه تصمیم‌گیری بیمه‌ای نیست. آیا لازم نیست برای برون رفت از این چالش مطابق با اصول بیمه‌ای اقدام نمود؟ به همین دلیل و با توجه به اسناد بالادستی از جمله سیاست‌های کلی نظام سلامت [۱۴]، احکام دائمی برنامه‌های توسعه [۱۵]، و قانون برنامه ششم توسعه [۱۶]، انجام اقدامات زیر در اولویت قرار دارد [۱۷]:



تصویر ۲: چالش‌های نظام سلامت و فرایند خرید راهبردی

- ۱۴- فراهم نمودن رایگان تبادل الکترونیکی اطلاعات و پاسخ به استعلام‌ها
- ۱۵- کاهش حداقل ۱۲/۵ درصد از مراجعات حضوری مردم
- ۱۶- استقرار و بهره برداری از سامانه سلامت الکترونیک با پوشش کلیه ذینفعان
- ۱۷- اجباری بودن بیمه سلامت برای آحاد جمعیت کشور
- ۱۸- برخورداری از یارانه از طریق ارزیابی وسع
- ۱۹- حق بیمه پایه سلامت سهمی از درآمد سرپرست خانوار:
- روستاییان عشاير اقلشار نیازمند ۷ درصد از حداقل دستمزد مشمولین قانون کار
- ۱۰ درصد حق بیمه اقلشار برخوردار از یارانه توسط دولت
- کارکنان دستگاه‌های اجرائی ۷ درصد از حقوق و مزایای مستمر
- مشمولین تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی
- سایر اقلشار متناسب با گروه‌های درآمدی معادل با ۷ درصد دستمزد حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت
- ۲۰- الزامی بودن پوشش بیمه سلامت برای اتباع خارجی و پناهندگان
- ۲۱- وظیفه دستگاه اجرایی برای واريز سهم حق بیمه پایه سلامت (شامل سهم بیمه‌شده و دستگاه اجرایی) حداکثر ظرف ۳ ماه به سازمان بیمه‌گر
- ۲۲- ممنوعیت عقد قرارداد و هر گونه پرداخت مزاد بر تعرفه مصوب خدمات مشمول بیمه پایه توسط شرکت‌های بیمه تجاری
- ۲۳- تکلیف کلیه فراهم‌کنندگان خدمت برای رعایت تعرفه و خط مشی وزارت بهداشت

- ۱- اولویت پیشگیری بر درمان
- ۲- ارتقاء شاخص‌های سلامت برای دستیابی به جایگاه اول در منطقه آسیای جنوب غربی
- ۳- اصلاح و تکمیل نظام‌های پایش، نظارت و ارزیابی برای صیانت قانونمند از حقوق مردم و بیماران و اجرای صحیح سیاست‌های کلی
- ۴- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القایی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاستگذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو ... و تجهیزات پزشکی،....
- ۵- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت و همکاری سایر مراکز و نهادها
- ۶- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی، تدارک خدمت
- ۷- همگانی ساختن بیمه پایه درمان
- ۸- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه
- ۹- تعیین بسته جامع خدمات سلامت در سطح بیمه پایه و تکمیلی
- ۱۰- تأمین منابع پایدار برای نظام سلامت
- ۱۱- پرداخت یارانه به بخش سلامت
- ۱۲- هدفمندسازی یارانه‌های سلامت با کمک اختصاصی به اقلشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی
- ۱۳- الکترونیکی کردن کلیه خدمات با قابلیت الکترونیکی شدن تا پایان سال سوم برنامه و واگذاری کلیه خدمات قابل ارائه در خارج از محیط اداری

۳۴- تکلیف دولت به ارائه گزارش پیشرفت شاخص‌های سلامت هر ۶ ماه یکبار:
 - کاهش درصد مواجهه خانوار با هزینه کمرشکن از ۶ به ۱ درصد تا پایان برنامه
 - ضریب نفوذ بیمه‌های اجتماعی پایه و درمانی از ۹۶ به ۱۰۰ درصد
 - کاهش سهم پرداخت از جیب مردم از ۵۸ به ۲۵ درصد
 ۳۵- ممنوعیت عقد قرارداد و هر گونه پرداخت مازاد بر تعرفه تعیین شده برای خدمات بسته بیمه پایه سلامت توسط شرکت‌های بیمه تجاری و سازمان بیمه سلامت
 ۳۶- بازنگری ارزش نسبی و تعیین تعرفه خدمات سلامت برای کلیه ارائه‌دهندگان خدمات بهداشت و درمان و تشخیص در با رعایت اصل تعادل منابع و مصارف، قیمت واقعی و مبانی محاسباتی و حق فنی واقعی یکسان برای بخش‌های دولتی و غیر دولتی در شرایط رقابتی
 ۳۷- پوشش بیمه‌ای زایمان و ناباروری
 ۳۸- نیازمندی‌های فعال غربالگری اجتماعی و آزمون وسیع با هدایت به سمت خانوارهای نیازمند واجد شرایط در قالب اعطای یارانه نقدی کلایی بیمه‌ای (درمان بازنشستگی و بیکاری)
 ۳۹- ممنوعیت اجرای کلیه تصویب نامه‌ها بخشنامه‌ها و ... به استثنای احکام قضایی که متضمن بار مالی برای صندوق‌های بازنشستگی و یا دستگاه‌های اجرایی و دولت می‌باشد.

۲۴- اعلام بسته خدمات (شمول و سطح خدمت) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت
 ۲۵- تشکیل پایگاه اطلاعات بر خط بیمه‌شدگان کشور در سال اول اجرای قانون برنامه در سازمان بیمه سلامت
 ۲۶- تکلیف دولت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای
 ۲۷- تمرکز تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت در وزارت بهداشت
 ۲۸- تاکید بر خرید راهبردی و واگذاری امور تصدیگری
 ۲۹- تدوین و انتشار فهرست دارویی ایران بر اساس نظام دارویی ملی کشور هر سه ماه یکبار و ممنوعیت تجویز خارج از فهرست
 ۳۰- تکلیف وزارت به ساماندهی خدمات بیمه سلامت بصورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت
 ۳۱- ممنوعیت اشتغال کلیه ارائه‌کنندگان خدمات در استخدام پیمانی، رسمی دستگاه‌های اجرایی به فعالیت انتفاعی پزشکی در بخش خصوصی، عمومی غیر دولتی مشروط به جبران محرومیت از کار در بخش خصوصی
 ۳۲- پوشش نظام ارجاع برای کلیه آحاد ایرانیان
 ۳۳- سطح بندی تمامی خدمات بر اساس نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و اجازه تجویز و خرید راهبردی این خدمات صرفاً بر اساس راهنمای بالینی طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور

References

1. WHO. WHO report 2000 Geneva: World Health Organization; 2000. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
2. Hassanzadeh A. [The Theoretical Foundations of Justice in Health, Justice Evaluation in the Health of Iran]. Q Soc Supply. 2008;28.
3. Hassanzadeh A. [Health insurance in developing countries from the point of view of social Supplying]. Tehran: Tavangaran; 1999.
4. Hassanzadeh A, Alizadeh S. [Social insurance in Iran from the perspective of technical reports of the International Social Insurance Organization]. Tehran: Health Insurance Organization Publication; 2009.
5. Hassanzadeh A. [Recognition and analysis of the 50-year performance of the Social Security Organization in the field of treatment]. Q Soc Supply. 2002;15.
6. mentioned N. [The law of the structure of the comprehensive welfare and social security system]. Tehran: Aatieh; 2003.
7. [The fifth program of social economic-cultural development of the Islamic Republic of Iran], (2010).
8. Normand C. [Social Health Insurance]. Tehran 2009
9. Hassanzadeh A, Alizadeh S. [Justice, Social Insurance, and Strategic Purchasing of Health Services]. Tehran: Bahram; 2011.
10. Plamondon P, Latulippe P. Technical Report 16; Optimal funding of pension schemes. Caada: International Social Security Association, 2008.
11. Hassanzadeh A, Alizadeh S. [Justice, Social Insurance, and Strategic Purchasing of Health Services]. Tehran: Bahram; 2011.
12. Hassanzadeh A. [Designing a Strategic Shopping Package for Outpatient Health Services]. Iran: Ministry of Health and Medical Education, 2009.
13. [General Health Policies], (2014).
14. [Permanent Rules of Conduct of National Development Plans], (2010).
15. [The sixth program of social economic-cultural development of the Islamic Republic of Iran], (2010).
16. Insurance IH. [Four-year plan of the Board of Directors of Iran Health Insurance Organization 2016-2020]. Tehran: Iran Health Insurance; 2016.
17. Koch H. [So said Darius]. Tehran: Karang; 1997.