

# بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۸۳) : احکام مندرج در فصل ۱۴ «ارتقای نظام سلامت، تأمین مالی و بیمه سلامت»





بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شماره مسلسل: ۱۹۳۰۶  
کد موضوعی: ۲۱۰



مرکز پژوهش‌های  
مجلس شورای اسلامی

تاریخ انتشار:  
۱۴۰۲/۷/۱۷

عنوان گزارش:  
بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۸۳):  
احکام مندرج در فصل ۱۴  
«ارتقای نظام سلامت، تأمین مالی و بیمه سلامت»

نام دفتر:  
مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین کننده:  
محمد مهدی تدین (پژوهشگر مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت)

همکار خارج از مرکز:  
طیبه مرادی (پژوهشگر مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت)

همکار:  
سید عبدالرضا موسوی

اظهار نظر کننده:  
رضا بختیاری نژاد

ناظر علمی خارج از مرکز:  
منال اعتمادی (پژوهشگر مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت)

ناظران علمی:  
محمد بختیاری علی آباد، مهدی مختاری پیام

ویراستار ادبی:  
زهرة عطاردی

گرافیک و صفحه آرایی:  
محمد دهقانی شهربابی



واژه‌های کلیدی:  
۱. برنامه هفتم توسعه،  
۲. تأمین مالی،  
۳. نظام سلامت،  
۴. بیمه سلامت



## فهرست مطالب

۶	چکیده.....
۷	خلاصه مدیریتی.....
۹	۱.مقدمه.....
۱۰	۲.پیشینه پژوهش.....
۱۱	۳.آسیب شناسی تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور.....
۱۲	۴.سیمای تأمین مالی نظام سلامت ایران با استفاده از شاخص های حساب های ملی سلامت.....
۲۲	۵.سیمای تأمین مالی و بیمه سلامت در سیاست های کلی سلامت.....
۲۵	۶.بحث و نتیجه گیری.....
۳۰	منابع و مأخذ.....

## فهرست جداول و نمودارها

۸	جدول ۱.جدول شاخص های عملکردی ار تقای نظام سلامت.....
۱۲	جدول ۲.برخی از مهم ترین شاخص های هزینه های حساب های ملی سلامت ایران در سال ۲۰۲۰.....
۲۲	جدول ۳.رابطه بندهای مختلف سیاست های کلی سلامت و مواد قانونی مرتبط با آنها با حوزه های اصلی تأمین مالی نظام سلامت و سیمای ترسیم شده در هر یک از آنها.....
۲۶	جدول ۴.بررسی، پیشنهادها و اصلاحات احکام مندرج در فصل ۱۴ لایحه برنامه هفتم توسعه.....
۱۳	نمودار ۱.سهم هزینه های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰.....
۱۴	نمودار ۲.تولید ناخالص داخلی ایران بر حسب میلیارد دلار آمریکا ۱۳۷۹ تا ۱۴۰۱.....
۱۴	نمودار ۳.مقایسه سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی ۲۰۲۰.....
۱۵	نمودار ۴.سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه های سلامت ایران-سال های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۹.....
۱۵	نمودار ۵.سرانه هزینه پرداخت از جیب مردم از هزینه های سلامت در ایران به دلار آمریکا ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۹.....
۱۶	نمودار ۶.سرانه درآمد ملی ناخالص جمهوری اسلامی ایران بر حسب دلار آمریکا ۱۳۷۹-۱۳۹۹.....
۱۷	نمودار ۷.مقایسه برخی شاخص های اصلی حساب های ملی سلامت ایران و ترکیه-سال ۲۰۲۰.....
۱۸	نمودار ۸.مقایسه برخی شاخص های اصلی حساب های ملی سلامت ایران و عمان-سال ۲۰۲۰ میلادی.....
۱۹	نمودار ۹.مقایسه برخی شاخص های اصلی حساب های ملی سلامت ایران و قطر-سال ۲۰۲۰ میلادی.....
۲۰	نمودار ۱۰.مقایسه برخی شاخص های اصلی حساب های ملی سلامت ایران و فرانسه-سال ۲۰۲۰ میلادی.....
۲۱	نمودار ۱۱.مقایسه برخی شاخص های اصلی حساب های ملی سلامت ایران و آلمان-سال ۲۰۲۰ میلادی.....





## بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه (۸۳):

### احکام مندرج در فصل ۱۴

## «ارتقای نظام سلامت، تأمین مالی و بیمه سلامت»

#### چکیده



نظام سلامت ایران با ارائه شاخص‌های معتبر در آستانه تصویب قانون برنامه هفتم توسعه مورد ارزیابی قرار گرفته است، ارائه این تصویر برای ارزیابی احکام مندرج در لایحه برنامه هفتم جهت ارتقای وضعیت کنونی نظام سلامت به وضعیت مطلوب ضروری است. در ادامه ارزیابی مختصری از تناسب احکام موجود در لایحه برنامه هفتم با سیاست‌های کلی برنامه هفتم به عمل آمده و سپس پیشنهادهایی در قالب احکام اصلاحی و یا الحاقی با ذکر نکات کارشناسی مرتبط با هر پیشنهاد ارائه شده است. بررسی لایحه برنامه هفتم توسعه نشان می‌دهد که رویکرد دولت در تدوین این لایحه با تکلیف مقرر در بند «۱۲» سیاست‌های کلی برنامه هفتم فاصله نسبتاً زیادی داشته و نسبت به بندهای متعددی از سیاست‌های کلی سلامت در زمان تدوین لایحه توجه کافی نشده و حکمی ارائه نشده است. در واقع احکام به‌گونه‌ای تنظیم گردیده که حتی با اجرای کامل آنها نیز نمی‌توان انتظار ارتقای نظام سلامت براساس سیاست‌های کلی سلامت را داشت.

تدوین برنامه‌های توسعه باید براساس اسناد بالادستی، به‌ویژه قانون اساسی، سند چشم‌انداز بیست‌ساله جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی و سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه صورت پذیرد. سیاست کلی نظام در خصوص نظام سلامت، سیاست‌های کلی سلامت است که در فروردین ماه ۱۳۹۳ توسط مقام معظم رهبری ابلاغ گردید. اجرای این سیاست‌ها با تصویب قوانین و مقررات لازم یک مرتبه در تیرماه ۱۳۹۴ و در بند «۴۳» سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه و سپس در بند «۱۲» سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه مورد تأکید مقام معظم رهبری قرار گرفته است. از سوی دیگر، متن لایحه برنامه هفتم توسعه باید با بندهای متعدد سیاست‌های کلی نظام قانونگذاری نیز سازگاری داشته باشد. در این گزارش لایحه برنامه هفتم توسعه مصوب دولت از منظر تکلیف مقرر در بند «۱۲» سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه ناظر بر «ارتقای نظام سلامت براساس سیاست‌های کلی سلامت» ارزیابی گردیده است. بدین منظور ابتدا سیمای



## بیان/شرح مسئله

تأمین مالی نظام سلامت، از عملکردهای اصلی نظام‌های سلامت است که می‌تواند با بهبود پوشش خدمات و حفاظت مالی موثر، پیشرفت به سوی پوشش همگانی سلامت را ممکن سازد. امروزه میلیون‌ها نفر به دلیل هزینه‌های سنگین مراقبت‌های سلامت، به خدمات سلامت مورد نیازشان دسترسی نداشته یا به سبب دریافت آن دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت و فقرزای سلامت می‌شوند. بسیاری دیگر حتی زمانی که هزینه خدمات سلامت مورد نیاز را به شکل پرداخت از جیب می‌پردازند، باز هم خدمات با کیفیت مناسب دریافت نمی‌کنند. طراحی مناسب و اجرای دقیق سیاست‌های تأمین مالی سلامت می‌تواند به رفع این مسائل کمک کند. برای مثال، چگونگی انعقاد قراردادها و ترتیبات پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت، می‌تواند هماهنگی و بهبود کیفیت مراقبت‌های سلامت را تضمین کند. پرداخت به موقع و کافی وجوه به ارائه دهندگان می‌تواند به اطمینان از تأمین و حفظ پرسنل و داروهای کافی برای درمان بیماران کمک کند. رویکرد سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> به مقوله تأمین مالی سلامت بر ۳ عملکرد اصلی جمع‌آوری منابع مالی، انباشت منابع مالی و خرید خدمات سلامت متمرکز شده است. در کشور ایران نیز سیاست‌های کلی سلامت که در فروردین ماه ۱۳۹۳ ابلاغ گردید [۱]، با عنایت به عملکردهای اصلی حوزه تأمین مالی تکالیفی را جهت ارتقاء این حوزه مقرر نمود. با این وجود علیرغم تکالیف مقرر در بندهای ۴۳ و ۴۲ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه ناظر بر لزوم اجرای سیاست‌های کلی سلامت با تصویب قوانین و مقررات لازم، اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت و ارتقاء کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه‌ی درمان، بازنشستگی، از کارافتادگی و...) برای آحاد مردم، احکام قانونی پیش‌بینی شده در قانون برنامه ششم توسعه کلیه این تکالیف را پوشش نداد و کماکان بخش‌های مهمی از سیاست‌های کلی سلامت اجرا نشد (نظیر بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت) و یا بطور ناقص و گزینشی اجرا گردید.

## نقطه نظرات/یافته‌های کلیدی

مهمترین نکات این پژوهش عبارتند از:

**۱** تکلیف مقرر در بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر تفکیک تولید از تأمین مالی و تدارک خدمات سلامت نه تنها اجرا نشده و هیچگونه حکمی در این خصوص نه در قانون برنامه ششم توسعه و نه در لایحه برنامه هفتم توسعه پیش‌بینی نگردیده بلکه برخلاف روح حاکم بر این بند از سیاست‌های کلی سلامت، در جریان قانون برنامه ششم توسعه، سازمان بیمه سلامت ایران و متعاقب آن شورای عالی بیمه سلامت به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ملحق گردید و سازمان تأمین اجتماعی ذیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی باقی ماند و بدین صورت نه تنها گامی در راستای بهبود یکپارچگی و وحدت رویه این دو سازمان بیمه‌گر اصلی کشور برداشته نشد که این دو سازمان هم به لحاظ ساختاری و هم به لحاظ تولید و حکمرانی دوپاره گردیدند. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز بعنوان نهاد تولید سلامت کشور، کماکان یکی از بازیگران اصلی در حوزه تدارک خدمات و تأمین مالی است.

**۲** بر اساس آخرین داده‌های حساب‌های ملی سلامت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ شمسی)، سهم پرداخت مسقیم از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت در ایران در سال ۱۳۹۹ معادل ۳۷ درصد بوده که با هدف گذاری ۲۵ درصد ذیل ماده ۷۸ قانون برنامه ششم توسعه فاصله دارد که به معنای عدم تحقق اهداف نظام سلامت در محافظت مالی موثر و مستمر از مردم در قبال هزینه مراقبت‌های سلامت است.

**۳** بر اساس آخرین داده‌های حساب‌های ملی سلامت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ شمسی) میانگین سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی معادل ۵/۷ درصد بوده و در همین زمان سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران به ۵/۳۴ کاهش یافته که کمتر از میانگین یاد شده بوده که به معنای عدم تحقق کامل هدف گذاری مذکور در بند ۲-۱۰ سیاست‌های کلی سلامت است.



**۱۴** بر اساس آخرین داده‌های حساب‌های ملی سلامت سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ شمسی) سهم هزینه بیمه‌های اجتماعی اجباری سلامت از هزینه‌های جاری سلامت در ایران ۳۰ درصد بوده که به معنای عدم تحقق کامل هدف گذاری مذکور در بند ۲-۷ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر مدیریت منابع مالی نظام سلامت از طریق نظام بیمه‌ای است.

### پیشنهاد راهکارهای تقنینی، نظارتی یا سیاستی

اکنون و ۹ سال پس از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت، در بند ۱۲ سیاست‌های کلی برنامه هفتم توسعه، ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت مورد تاکید مجدد واقع شده است. در بررسی احکام موجود در لایحه برنامه هفتم توسعه در خصوص

تامین مالی و بیمه سلامت نکات زیر شایسته توجه است:  
**■** در جدول شماره ۱۵ ذیل ماده ۶۸ لایحه مصوب دولت، شاخص‌های تامین مالی و عدالت در سلامت در نظر گرفته نشده است، علاوه بر این سایر سنج‌های کمی پیش‌بینی شده نیز برای ارزیابی کمی ارتقاء عملکرد نظام سلامت، بویژه در حوزه تامین مالی سلامت کفایت نداشته و لازم است شاخص‌های کمی مهمی نظیر درصد سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت و شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI) به فهرست شاخص‌های مذکور در این جدول افزوده گردد تا امکان پایش ارتقاء عملکردی نظام سلامت در حوزه تامین مالی فراهم آید. لذا پیشنهاد می‌گردد جدول شماره ۱۵ ذیل ماده ۶۸ لایحه به شکل زیر اصلاح گردد:

جدول ۱. جدول شاخص‌های عملکردی ارتقای نظام سلامت

سنج‌های عملکردی	واحد متعارف	هدف کمی در پایان برنامه
پوشش کامل بیمه سلامت برای کلیه آحاد جمعیت ایرانی کشور	درصد	۱۰۰
سرانه پزشکی به جمعیت	به هزار نفر	۲٫۳
سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت	درصد	۲۰
خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه بار سلامت	درصد	کمتر از ۱
شاخص مشارکت مالی عادلانه	درصد	۹۵

سالهای اجرای قانون برنامه هفتم توسعه در قانون برنامه هفتم پیش‌بینی گردد.

**■** در ماده ۷۳ لایحه برنامه هفتم نیز که تقریباً کمی و کاست تکرار ماده ۷۰ قانون برنامه ششم است، هیچگونه حکم مشخصی برای اجرائی نمودن بندهای ۷-۲، ۹ و ۱۰ سیاست‌های کلی سلامت پیش‌بینی نشده و بندت ماده ۷۳ نیز با محور قرار دادن بیمه‌های تکمیلی درمان، علاوه بر ارائه تصویری معارض با تعریف ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه از بیمه تکمیلی سلامت، در عمل بندهای ۹-۱ و ۹-۲ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر ضرورت همگانی ساختن بیمه پایه درمان و پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه را که اصالت را به پوشش کامل هزینه‌های سلامت توسط بیمه‌های پایه سلامت می‌دهد نیز مخدوش نموده است. بدین سبب پیشنهاد می‌گردد بندهای ت و ث ماده ۷۳ لایحه برنامه هفتم توسعه حذف گردیده و تنها موضوع پرداخت تسهیلات سلامت با نرخ مصوب شورای پول و اعتبار و کارمزد حداقلی جهت دهک‌های پایین درآمدی مبتنی بر نتایج ارزیابی وسع حفظ گردد. همچنین پیشنهاد می‌گردد بجای اصالت

**■** ماده ۷۰ لایحه، ذیل عنوان "راهبری نظام سلامت" در متن لایحه ذکر گردیده که لازم است با عبارت "تولیت نظام سلامت" که هم به لحاظ حقوقی در بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت به آن اشاره گردیده و هم به لحاظ علمی واجد بار معنایی و حقوقی قوی تری است جایگزین گردد.

**■** بندهای الف، ب و پ ماده ۷۰ لایحه برنامه هفتم نیز عیناً تکرار بندهای سیاست‌های کلی سلامت است و اساساً نمی‌تواند حکم قانون برنامه باشد، بنابراین لازم است احکام روشن و شفاف که متضمن اجرائی نمودن بندهای مغفول مانده سیاست‌های کلی سلامت باشد جایگزین گردد.

**■** حذف کامل "نظام ارجاع" از احکام تکلیفی حوزه سلامت در لایحه برنامه هفتم توسعه یکی از مهمترین انحراف‌های این لایحه از بند ۱۲ سیاست‌های کلی برنامه هفتم و بند ۸ سیاست‌های کلی سلامت است. تنها در جزء ۵ بندت ماده ۷۳ اشاره‌ای گذرا به این موضوع شده که آن هم جنبه تکلیفی ندارد و صرفاً یک حکم توصیه ایست. پیشنهاد می‌گردد حکم صریح قانونی ناظر بر ضرورت استقرار نظام سطح بندی خدمات سلامت و نظام ارجاع در سراسر کشور تا پایان



خدمات درمانی مطلوب به مردم) که هم در بند ۲-۴۳ سیاستهای کلی برنامه ششم ناظر بر "اصلاح ساختار نظام سلامت بر اساس بند ۷ سیاستهای کلی سلامت" مورد تأکید واقع شده بود و هم اینک نیز در بند ۱۲ سیاستهای کلی برنامه هفتم ناظر بر ارتقاء نظام سلامت بر اساس سیاستهای کلی سلامت مورد تأکید مجدد مقام معظم رهبری قرار گرفته است تدوین و به لایحه برنامه هفتم توسعه الحاق گردد.

دادن به بیمه تکمیلی، حکم قانونی مناسب بمنظور تکمیل پوشش هزینه ای بسته بیمه پایه سلامت توسط بیمه پایه سلامت (که هم اینک تنها تا سقف تعرفه های بخش دولتی بوده و مابه التفاوت گزاف تعرفه بخش خصوصی و دولتی بصورت عمده بر عهده مردم است) در قانون برنامه هفتم توسعه پیش بینی گردد.

■ یک حکم قانونی شفاف برای اجرای کامل بند ۷ سیاستهای کلی سلامت (ناظر بر تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی، تحقق عدالت و ارائه

## ۱. مقدمه

تا میانه دهه هفتاد خورشیدی، تأمین مالی نظام سلامت ایران عمدتاً مبتنی بر یک نظام تأمین مالی طب ملی در بخش دولتی، بیمه اجتماعی در سازمان تأمین اجتماعی و تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت توسط سازمان تأمین خدمات درمانی بود. در میانه دهه هفتاد خورشیدی و به دنبال تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ و تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی، نظام بیمه‌ای به‌عنوان الگوی غالب تأمین مالی نظام سلامت برای بخش بزرگی از جمعیت کشور، به رسمیت شناخته شد، گرچه کماکان تأمین مالی مستقیم بخش دولتی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز استمرار یافت و بخش نسبتاً قابل توجهی از هزینه‌های سلامت نیز به شکل پرداخت از جیب مردم تأمین می‌گردید. هم‌زمان با افزایش تدریجی پوشش جمعیتی و پوشش خدمتی بیمه سلامت و از طرفی به سبب رشد فزاینده فناوری‌های سلامت و ارتقای انتظارات سلامت مردم با بهبود و رشد فناوری‌های ارتباطی، افزایش امید به زندگی، افزایش جمعیت سالمند کشور و نیز رشد چند برابری تربیت نیروی انسانی متخصص در حوزه سلامت، هزینه‌های جاری سلامت در کشور رو به افزایش نهاد و منابع دولتی برای تأمین مالی کامل مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت کافی نبود. تأسیس این نهادهای بیمه‌ای و توسعه دانش بیمه و اقتصاد سلامت در کشور و تربیت نیروی متخصص در این حوزه، همراه با تأکیدات جهانی بر گسترش آنچه که پوشش همگانی سلامت<sup>۱</sup> خوانده می‌شد و تعیین آن به‌عنوان یک تعهد بین‌المللی برای همه کشورها و به کارگیری هر چه بیشتر مفاهیم این حوزه همچون محافظت مالی از مردم در قبال هزینه‌های ناشی از مخاطرات سلامت و بیماری‌ها، موضوع تأمین مالی در نظام سلامت را بیش از پیش برجسته نمود. تدوین برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه، نقاط عطف مهمی در بلوغ نظام سلامت و بیمه سلامت کشور بودند. در حوزه تأمین مالی سلامت نیز احکام این دو قانون، برای نخستین بار اهداف کمی مشخصی را به منظور امکان پایش عملکرد ساختارهای تأمین مالی نظام سلامت کشور تعیین نموده بود، از آن گذشته، به‌طور مشخص موضوع عدالت در تأمین مالی سلامت را نیز مورد تأکید قرار داده و شاخص کمی مهمی شاخص مشارکت مالی عادلانه<sup>۲</sup> را به منظور تعیین وضعیت عدالت در تأمین مالی سلامت تعیین نمودند. در حوزه نظام ارائه خدمات سلامت نیز، اولین بار در قانون برنامه چهارم توسعه، موضوع سطح‌بندی خدمات سلامت و استقرار کامل نظام ارجاع و پزشکی خانواده، به‌عنوان نظام ارائه خدمات سلامت در کشور به رسمیت شناخته شد. تشکیل شورای عالی سلامت و امنیت غذایی و توجه به درمان مصدومین حوادث رانندگی و پیش‌بینی منابع مالی پایدار برای آن از دیگر احکام زیربنایی قانون برنامه چهارم توسعه بود که بسیاری از معضلات فراروی درمان مصدومین حوادث ترافیکی و

1. Universal Health Coverage (UHC)  
2. FFCI



جاده‌ای را برطرف نمود. قانون برنامه پنجم توسعه که ۶ سال پس از قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی به تصویب رسید، احکامی مشخص برای توسعه کمی و کیفی نظام سلامت و نظام تأمین اجتماعی در کنار یکدیگر داشت که اگر به صورت کامل به مرحله اجرا رسیده بود، احتمالاً بسیاری از معضلات نظام سلامت و تأمین اجتماعی حل و زمینه برای تقریب این دو حوزه فراهم می‌گشت. استقرار نظام تأمین اجتماعی چندلایه، طراحی و اجرای سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت‌های اولیه سلامت، ممنوعیت اشتغال هم‌زمان پزشکان در بخش دولتی و خصوصی<sup>۱</sup> استقرار سلامت الکترونیکی و پرونده سلامت الکترونیکی ایرانیان، اجباری و همگانی شدن بیمه پایه سلامت، تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، تبدیل الگوی سرانه‌ای پرداخت پیش پرداخت‌های بیمه‌ای به الگوی حق بیمه به صورت درصدی از حقوق و دستمزد، تعریف بیمه تکمیلی سلامت و تبدیل شورای عالی بیمه خدمات درمانی به شورای عالی بیمه سلامت کشور، از مهم‌ترین محورهای حوزه سلامت و تأمین اجتماعی در قانون برنامه پنجم توسعه بود. مهم‌ترین حرکت رو به جلوی برنامه ششم توسعه را باید موقوف کردن پرداخت حق بیمه به گروه‌های درآمدی بر مبنای ارزیابی وسع دانست، تکلیفی که ۲۳ سال قبل از تصویب این قانون در ماده (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی پیش‌بینی شده اما اجرای آن تا قانون برنامه ششم توسعه معطل مانده بود. توجه به بیمه سلامت الکترونیک از دیگر محورهای مهم برنامه ششم توسعه بود که هر چند با فراز و فرودهای بسیار، اما با سیری نسبتاً قابل قبول به مرحله اجرا درآمد. از دیگر محورهای مهم قانون برنامه ششم توسعه در حوزه تأمین مالی بیمه سلامت، تأکید بر اجرای نظام خدمات جامع و همگانی سلامت مبتنی بر نظام ارجاع و با اولویت دادن پیشگیری نسبت به درمان بود که اگر به طور کامل عملیاتی می‌شد، گام مهمی در اصلاح نظام ارائه و خرید خدمات سلامت در کشور بود. گزارش پیش‌رو، احکام موجود در لایحه هفتم توسعه را از منظر هم‌راستایی با سیاست‌های کلی سلامت تحلیل نموده و در انتها نیز پیشنهادهایی در این خصوص ارائه شده است.

## ۲. پیشینه پژوهش



### ۱-۲. سوابق مطالعاتی مرکز

تاکنون در این زمینه چندین مطالعه توسط مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی صورت گرفته است، از جمله؛ آسیب‌شناسی قوانین برنامه اول تا ششم توسعه در حوزه سلامت [۲]، اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت [۳]، اظهار نظر کارشناسی درباره لایحه برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بخش بهداشت و درمان [۴].

1. Dual Practice



### ۳. آسیب‌شناسی تأمین مالی نظام سلامت و بیمه سلامت کشور

تأمین مالی نظام سلامت ایران ۹ درصد از هزینه‌های جاری سلامت کشور را به خود اختصاص می‌دهند.

بیمه‌های اجتماعی درمان بیش از ۹۰ درصد جمعیت کشور را برای خدمات درمانی نظیر خدمات سرپایی، تشخیصی و بستری پوشش می‌دهند. عمق این پوشش بسته به نوع خدمت و مکان ارائه و تا حدودی بسته به سازمان بیمه‌گر متغیر است. سازمان‌های اصلی بیمه پایه سلامت کشور شامل سازمان بیمه سلامت ایران (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان دولت و وابستگان آنان، روستائیان و عشایر و بخش غیررسمی کشور)، سازمان تأمین اجتماعی (گروه اصلی بیمه‌شدگان شامل کارکنان مشمول قانون کار و وابستگان آنان) و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (پوشش نیروهای مسلح و وابستگان آنان) است. حق بیمه عمدتاً از حقوق کارکنان به صورت ماهیانه برداشت می‌شود و کارفرما سهم بیشتری می‌پردازد. «صندوق‌های بیمه‌ای» متعددی تحت پوشش این سازمان‌ها قرار دارند. یک صندوق بزرگ بیمه اجتماعی درمان، صندوق بیمه روستایی تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران است که از سال ۱۳۸۴ تأسیس شده است و تمامی اهالی مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر بیست هزار نفر جمعیت را پوشش می‌دهد. صددرد صد حق بیمه اعضای این صندوق از بودجه عمومی دولت پرداخت می‌شود.

بخش زیادی از هزینه‌های خدمات سلامت در ایران توسط خانوار به صورت پرداخت مستقیم از جیب در هنگام دریافت خدمات درمانی است. طبق داده‌های پایگاه جهانی مخارج سلامت، تا سال ۲۰۲۰ میلادی (برابر ۱۳۹۹-۱۳۹۸ خورشیدی)، بیش از ۳۷ درصد از هزینه‌های سلامت در کشور، پرداخت مستقیم از جیب<sup>۱</sup> خانوار بوده است. یکی از اهداف اصلی سیاستگذاران و برنامه‌ریزان سلامت در هر کشوری تأمین امنیت مالی افراد در برابر بیماری‌هایی است که منجر به سهم بالای پرداخت‌های مستقیم از جیب و در نتیجه آن مواجهه با هزینه‌های کمرشکن، فقرزا و پیامدهای آن می‌شوند.

اطمینان از حفاظت مالی مؤثر در برابر هزینه‌های سلامت یکی از مؤلفه‌های اصلی هدف ۳-۸ از مجموعه اهداف توسعه پایدار

حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت نیازمند یک نظام سلامت مستحکم و تاب‌آور، توأم با تأمین مالی پایدار آن می‌باشد، همه کشورها تلاش می‌کنند از طریق رویکردهای مختلف متناسب با زمینه‌های موجود در کشورشان به این هدف دست یابند. در دهه‌های اخیر، تلاش‌های بزرگی در حوزه تأمین مالی سلامت، از طریق بسیج منابع مالی، بهبود ادغام ریسک و تجمیع منابع، تخصیص منابع و خرید راهبردی انجام شده است. عملکرد کلی نظام تأمین مالی سلامت در چارچوب اصلاحات نظام ارائه خدمات و اصلاحات بودجه بهبود یافته است. اما هنوز چالش‌ها و نیازهای مداوم برای ادامه توسعه مکانیسم‌های تأمین مالی سلامت، به صورت عادلانه و کارآمد، توأم با بهبود عملکردهای حکمرانی و تولیت، نظارت و پاسخ‌گویی و بهبود اولویت‌بندی مبتنی و یا آگاه بر شواهد در فرایند تدوین فهرست مزایای سلامت وجود دارد. برخی کشورهای با سرانه درآمد پایین به سرعت در حال توسعه و گسترش مکانیسم‌های تأمین مالی از طریق برنامه‌های پیش‌پرداخت با استفاده از یارانه‌های دولتی جهت کاهش هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب نسبتاً بالا با تأکید بر گروه‌های کم‌درآمد هستند و این در حالی است که این کشورها کماکان با چالش‌های اجرایی در اداره و توسعه بیمه‌های سلامت اجتماعی مواجهند.

تأمین مالی نظام سلامت ایران تا پیش از تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی عمدتاً در بخش دولتی ارائه خدمات سلامت و مبتنی بر الگوی طب ملی بود. پس از تصویب قانون بیمه همگانی، الگوی تأمین مالی در نظام سلامت ایران به یک الگوی تأمین مالی سلامت مختلط تغییر یافت؛ به این معنی که روش‌های مختلف تأمین مالی در کنار هم تأمین مالی نظام سلامت را عهده‌دار گردیده‌اند.

روش‌های اصلی تأمین مالی در ایران شامل بودجه عمومی دولت، بیمه‌های سلامت اجتماعی و پرداخت از جیب خانوار است. روش‌های دیگری نیز وجود دارند که از مهم‌ترین آن می‌توان به بیمه‌های خصوصی سلامت اشاره کرد که در ایران بیشتر به صورت بیمه تکمیلی برای بیمه‌شدگان کنونی بیمه‌های پایه سلامت عمل می‌کنند. بیمه‌های خصوصی در حال حاضر بخش کوچکی از

1. Out of Pocket (OOP)



میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت و دیگری درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فقرزای سلامت است. روش‌های مختلفی برای سازماندهی تأمین مالی نظام‌های سلامت وجود دارد تا اطمینان حاصل شود که از جمعیت تحت پوشش، حفاظت مالی مؤثر صورت می‌پذیرد. با این حال، آنچه واضح است اینکه نظام‌های سلامت باید بیشتر به منابع درآمد عمومی مشتمل بر مالیات‌های سلامت و پیش‌پرداخت‌ها و به‌ویژه پیش‌پرداخت‌های بیمه اجتماعی سلامت در قالب پیش‌پرداخت‌های اجباری در صندوق‌های ادغام یافته همچون بیمه اجباری همگانی تکیه کنند. واقعیت مهم این است که هیچ کشوری با اتکا به سازوکارهای پیش‌پرداخت داوطلبانه و بیمه‌های خصوصی سلامت نمی‌تواند به محافظت مالی مؤثر و پوشش همگانی سلامت دست یابد. افزایش اتکای نظام‌های سلامت به منابع عمومی، رمز موفقیت آنها در استقرار تأمین مالی پایدار نظام سلامت و ایجاد یک نظام سلامت تاب‌آور است.

ملل متحد<sup>۱</sup> است که هدف آن «دستیابی به پوشش همگانی سلامت از جمله حفاظت از مخاطرات مالی، دسترسی به خدمات و مراقبت‌های سلامت با کیفیت ضروری و دسترسی به داروها و واکسن‌های ضروری، مؤثر، با کیفیت و مقرون‌به‌صرفه برای همه است. برای ارزیابی میزان دستیابی به این هدف، دو شاخص اصلی پیش‌بینی شده است:

۱. شاخص ۳،۸،۱: پوشش خدمات سلامت ضروری،
  ۲. شاخص ۳،۸،۲: حفاظت مالی هنگام استفاده از خدمات سلامت که با میزان بروز مخارج فاجعه‌بار سلامت به‌عنوان درصدی از جمعیت که بیش از ۲۵ درصد از کل هزینه یا درآمد خانوار را برای سلامت هزینه می‌کنند ارزیابی می‌گردد.
- در حالی که نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت به‌عنوان یکی از شاخص‌های تحقق هدف ۳-۸ توسعه پایدار به‌صورت رسمی پذیرفته شده است، روش‌های دیگری نیز برای ارزیابی حفاظت مالی وجود دارد که یکی از مهم‌ترین آنها ارزیابی

## ۴. سیمای تأمین مالی نظام سلامت ایران با استفاده از شاخص‌های حساب‌های ملی سلامت

است، سیمای تأمین مالی نظام سلامت ایران را در سال ۲۰۲۰ میلادی ۱۳۹۹ خورشیدی بررسی شده است.

در این بخش، با استفاده از برخی شاخص‌های اصلی حساب‌های ملی سلامت، که در پایگاه داده هزینه‌های سلامت جهانی آمده

جدول ۲. برخی از مهم‌ترین شاخص‌های هزینه‌ای حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران در سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ خورشیدی)

مقدار یا درصد	شاخص
۵۷۳ دلار	سرانه هزینه‌های جاری سلامت برحسب دلار آمریکا
۲۱۲ دلار	سرانه هزینه‌های پرداخت مستقیم از جیب برحسب دلار آمریکا
۵۴ درصد	درصد هزینه‌های بخش دولتی برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت
۴۶ درصد	درصد هزینه‌های بخش خصوصی سلامت از هزینه‌های جاری سلامت
۳۷ درصد	درصد پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت
۳۰ درصد	درصد هزینه‌های بیمه اجتماعی و اجباری سلامت از هزینه‌های جاری سلامت
۹ درصد	درصد هزینه‌های بیمه اختیاری سلامت از هزینه‌های جاری سلامت
۹ درصد	درصد پیش‌پرداخت‌های داوطلبانه سلامت از هزینه‌های جاری سلامت
۵ درصد	درصد هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی

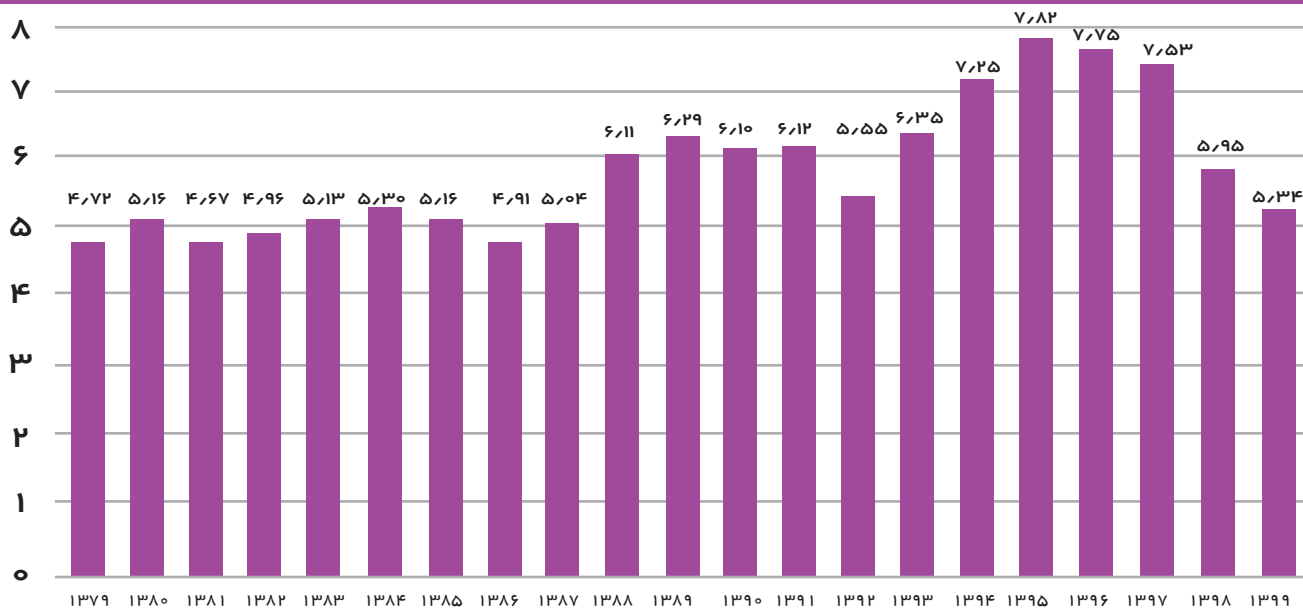
مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

1. SDGs

سلامت، مجدداً سیر فزاینده یافته و به ۳۷ درصد در سال ۲۰۲۰ م (۱۳۹۹ هـ-ش) افزایش یافته، که در تعارض با تکلیف مصرح در بند «۹-۲» سیاست‌های کلی سلامت و نیز هدف گذاری قانون برنامه ششم توسعه است. هر چند برخی گزارش‌ها بیانگر افزایش این شاخص طی سال‌های اخیر است، به‌عنوان نمونه بنا به اعلام رئیس کمیسیون بهداشت مجلس شورای اسلامی پرداخت از جیب برای دارو که سهم عمده‌ای از پرداخت از جیب خانوار را تشکیل می‌دهد تا ۷۰ درصد افزایش یافته است. [۵]. سهم هزینه‌های جاری سلامت ایران از تولید ناخالص داخلی (GDP) در سال ۲۰۲۰ میلادی نیز، به ۵ درصد کاهش یافته است، این در حالی است که تکلیف مصرح در بند «۲-۱۰» سیاست‌های کلی سلامت، «افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقای کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد» است. اما همان گونه که در نمودار زیر مشاهده می‌گردد، سهم سلامت ایران از تولید ناخالص داخلی پس از یک افزایش قابل توجه در سال‌های ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶ میلادی، مجدداً در سال ۲۰۲۰ میلادی به ۵/۳۴ درصد کاهش یافته است.

همان گونه که ملاحظه می‌گردد، به‌رغم تأکید موجود در بند «۷-۲» سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر مدیریت منابع مالی نظام سلامت توسط نظام بیمه‌ای با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، کماکان تنها ۳۰ درصد هزینه‌های جاری سلامت توسط بیمه‌های اجباری سلامت و ۹ درصد هزینه‌های جاری نظام سلامت نیز توسط بیمه‌های درمانی داوطلبانه (بیمه تکمیلی) مدیریت می‌گردد (مجموعاً ۳۹ درصد از هزینه‌های جاری سلامت) و از نظر این شاخص فاصله معناداری تا اجرای کامل بند «۹-۲» سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر «پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد» وجود دارد. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت نیز، پس از کاهشی در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۳ و پس از اجرای طرح موسوم به تحول نظام سلامت که منابع مالی نسبتاً زیادی از سوی دولت به نظام سلامت تزریق گردید، به دلایلی از جمله کاهش سهم دولت از هزینه‌های جاری سلامت در سال‌های بعد و نیز فقدان مبنای علمی برای تعیین تعرفه‌های سلامت به‌ویژه در بخش خصوصی و افزایش مجدد فاصله سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت از سهم هزینه‌های دولت برای

نمودار ۱. سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۷۹-۱۳۹۹ خورشیدی)

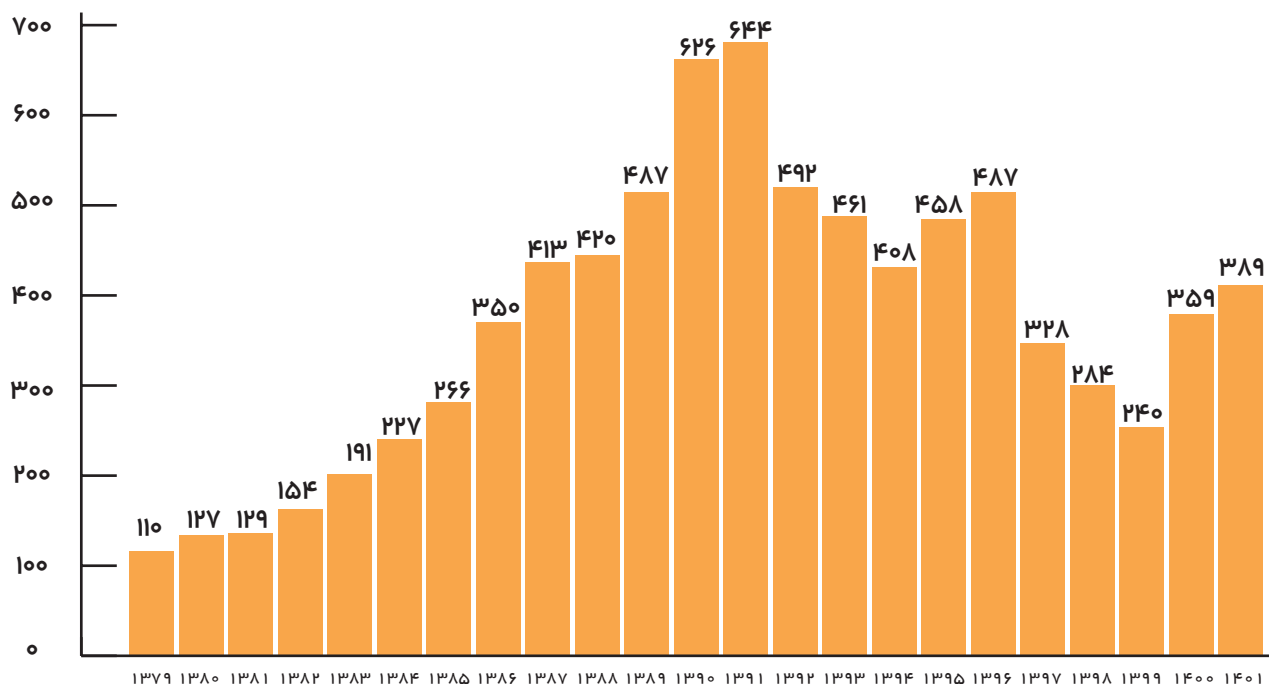


مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)





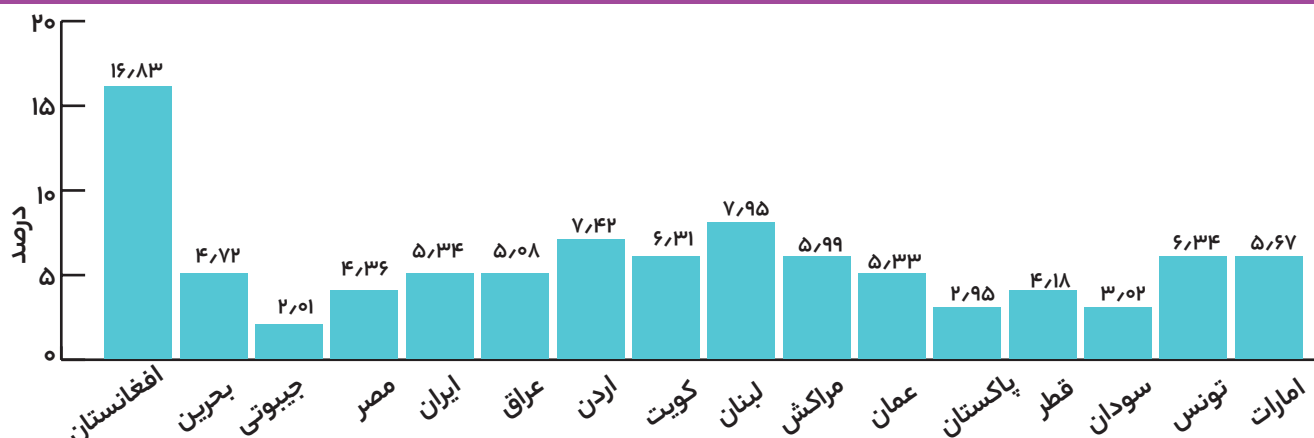
نمودار ۲. تولید ناخالص داخلی ایران بر حسب میلیارد دلار آمریکا (مقادیر جاری) - سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۴۰۱ خورشیدی



مأخذ: بانک جهانی (<https://data.worldbank.org/indicator>)

هم‌زمان با کاهش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال‌های پس از ۱۳۹۷، کماکان میانگین سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۰ میلادی معادل ۵/۷ درصد بوده و بر این مبنایا، اگرچه تاکنون هدف گذاری بند «۲-۱۰» سیاست‌های کلی سلامت به‌طور کامل محقق نگردیده است، اما امکان اینکه با ریل گذاری درست در برنامه هفتم توسعه، این شاخص نیز از میانگین کشورهای منطقه بالاتر رفته و هدف گذاری سیاست‌های کلی سلامت به‌طور کامل محقق گردد، وجود دارد. وابستگی بیش از حد صندوق‌های بیمه سلامت به منابع دولتی و تلاطم‌های اقتصادی کشور به سبب تحریم‌های ظالمانه آمریکا، در عدم تحقق این هدف گذاری تأثیر به‌سزایی داشته است. تأمین مالی پایدار صندوق‌های بیمه پایه سلامت و ایجاد یکپارچگی بیشتر در صندوق‌های بیمه پایه سلامت از منظر سیاست‌گذاری، به پایداری و تاب‌آوری بیشتر این صندوق‌ها در آینده کمک خواهد کرد.

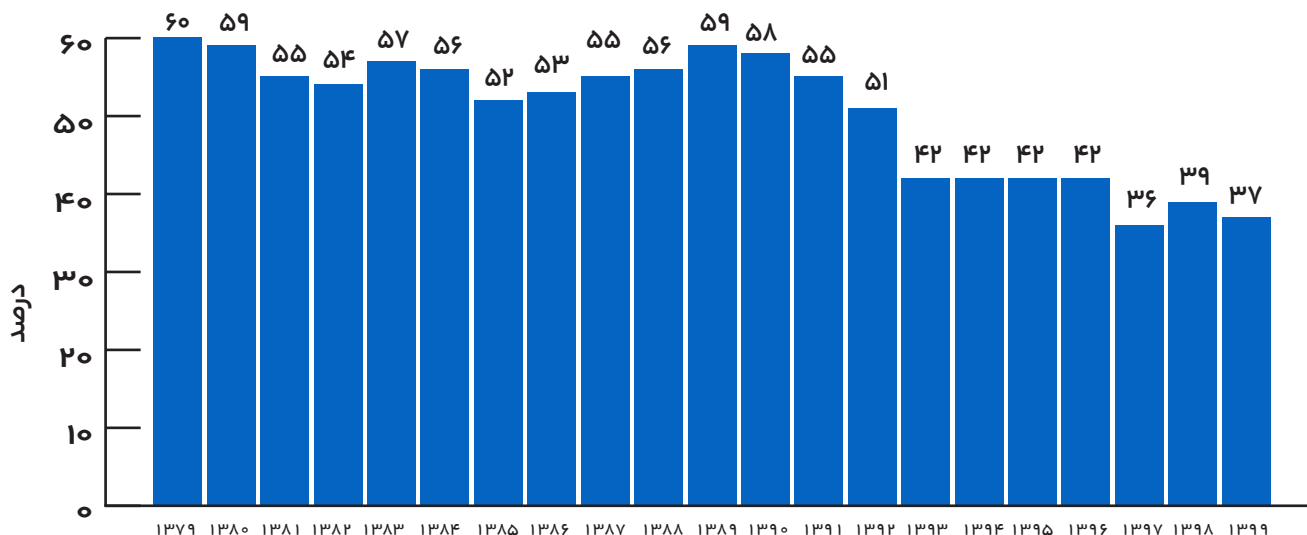
نمودار ۳. مقایسه سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی (EMRO) - ۲۰۲۰ میلادی



مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

وضعیت محافظت مالی از مردم در قبال هزینه‌های سلامت نیز هنوز با هدف‌گذاری برنامه ششم توسعه ناظر بر کاهش سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت به ۲۵ درصد تا سال پایانی اجرای قانون برنامه ششم فاصله داشته و کماکان بالاتر از ۳۰ درصد است.

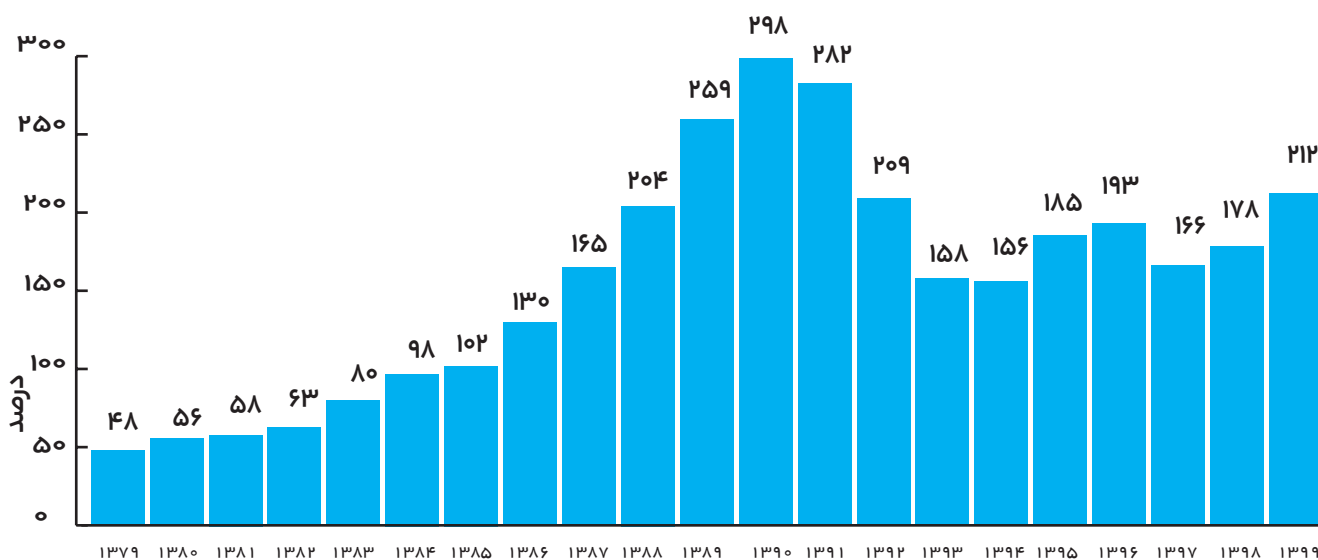
نمودار ۴. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه‌های سلامت جمهوری اسلامی ایران - سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۹ خورشیدی



مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

سرانه هزینه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت نیز در این دوره زمانی پس از کاهش تا سال‌های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ (۱۳۹۳-۱۳۹۴) مجدداً رو به افزایش گذاشته است.

نمودار ۵. سرانه هزینه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در ایران به دلار آمریکا (مقادیر جاری) - سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۹



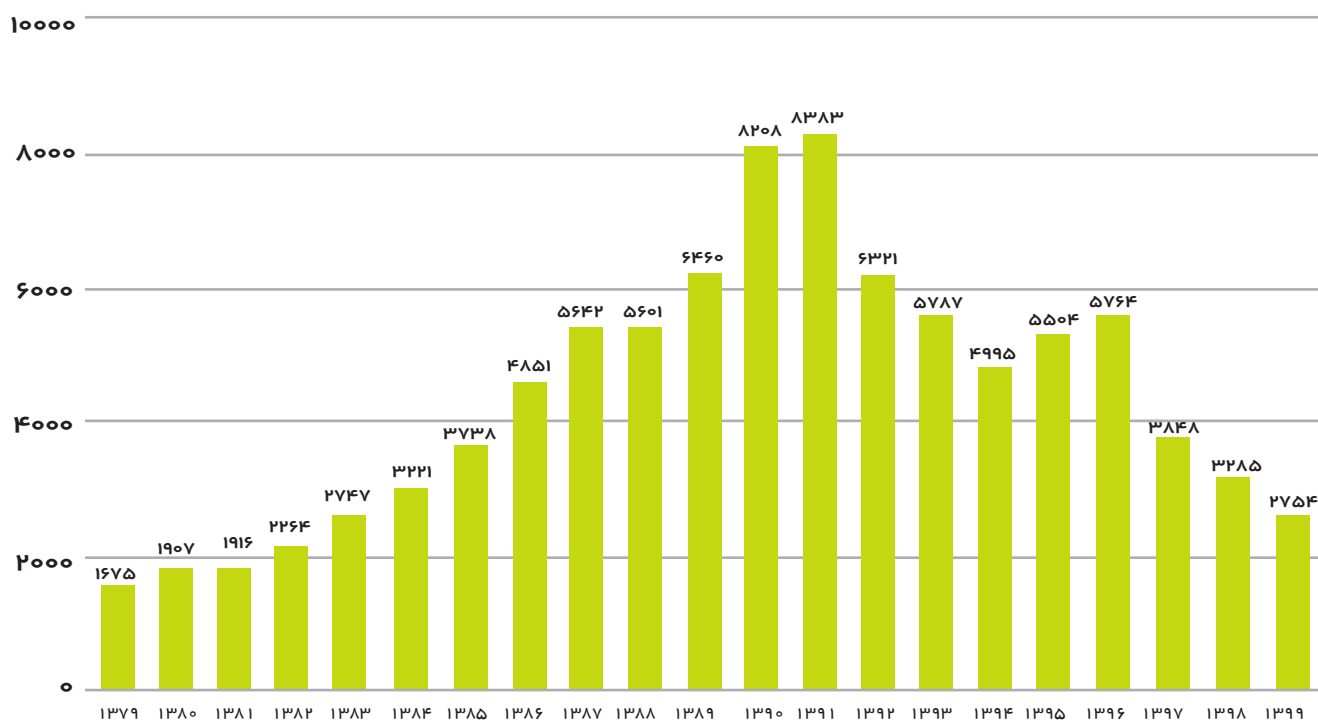
مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)



خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزای سلامت افزایش یافته باشد. این نوسانات در سرانه درآمد ناخالص ملی کشور که با پاسخ متناسب در حوزه تأمین مالی نظام سلامت همراه نبوده است، ضرورت پیش‌بینی یک حکم قانونی در قانون برنامه هفتم توسعه ناظر بر الزام وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت کشور به پایش مستمر شاخص‌های محافظت مالی از مردم در قبال هزینه‌های خدمات و مراقبت‌های سلامت را به منظور تضمین آگاهی به موقع حوزه تأمین مالی نظام سلامت از انحرافات احتمالی این شاخص‌ها و اعمال تدابیر اصلاحی لازم جهت تصحیح آنها بیش از پیش نمایان می‌سازد.

اگر این داده‌ها را با سرانه درآمد ناخالص ملی ایران در سال‌های ۱۳۷۹ تا ۱۳۹۰ خورشیدی مقایسه کنیم، مشاهده می‌کنیم به‌رغم اینکه سرانه هزینه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در طی این مدت، ۶/۲ برابر شده و از ۴۸ دلار به ۲۹۸ دلار رسیده، اما سرانه درآمد ناخالص ملی در همین دوره زمانی ۴/۹ برابر شده و می‌توان انتظار داشت که در این دوره زمانی، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزای سلامت افزایش یافته باشد. در طی سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ نیز به‌رغم کاهش سرانه درآمد ناخالص داخلی کشور، سرانه هزینه پرداخت از جیب مردم افزایش یافته و در این دوره زمانی نیز می‌توان انتظار داشت درصد

نمودار ۶. سرانه درآمد ملی ناخالص جمهوری اسلامی ایران بر حسب دلار آمریکا (مقادیر جاری) - سال‌های ۱۳۷۹-۱۳۹۹



مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

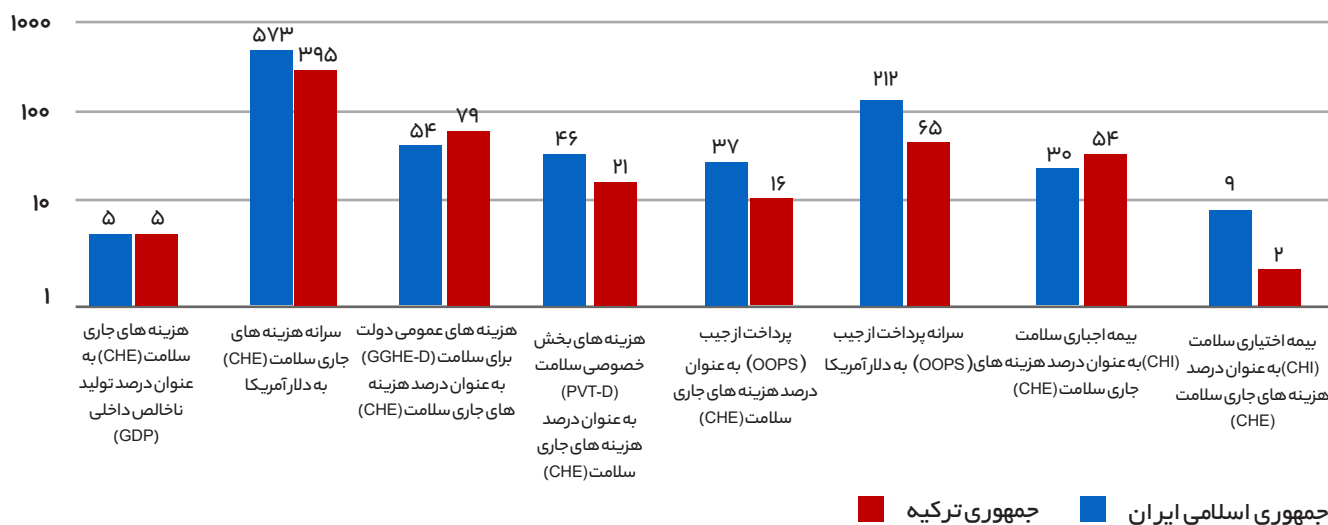
فناوری‌های نوین سلامت را بیش از ایران در اختیار دارد، داروها و تجهیزات پزشکی پیشرفته بیشتر مصرف می‌شود و کیفیت ارائه خدمات سلامت، به‌ویژه در بخش عمومی و دولتی نسبت به ایران بالاتر است. هر دو کشور سهم یکسانی از تولید ناخالص داخلی خود (۵ درصد) را صرف سلامت می‌کنند. سرانه هزینه سلامت در ایران ۵۷۳ دلار و در ترکیه ۳۹۵ دلار است. سهم هزینه‌های بخش دولتی برای سلامت در ایران ۵۴ درصد و در ترکیه ۷۹ درصد است. در عوض سهم هزینه‌های بخش خصوصی سلامت در ایران ۴۹ درصد و در ترکیه ۲۱ درصد است. سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در ایران ۳۷ درصد و در ترکیه ۱۶ درصد است. سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در ایران ۲۱۲ دلار و در ترکیه ۶۵ دلار است. به‌رغم اینکه نظام بیمه سلامت در ایران بیش از یک دهه قبل از ترکیه مستقر گردیده، اما سهم بیمه‌های اجباری و اجتماعی سلامت از هزینه‌های سلامت در ایران ۳۰ درصد و در ترکیه ۵۴ درصد است. با مقایسه این نمودارها می‌توان به خوبی فهمید که کشور ترکیه با استفاده صحیح از ظرفیت‌هایی که در حوزه بیمه و تأمین مالی نظام سلامت خود ایجاد کرده، موفقیت زیادی در ارتقای نظام سلامت خویش داشته اما ایران با داشتن همان ظرفیت‌ها ولی عدم استفاده صحیح از آنها، عقب‌ماندگی‌های زیادی حتی نسبت به هدف‌گذاری‌های اسناد فرادستی داخلی، نظیر سند چشم‌انداز ۱۴۰۴ و سیاست‌های کلی سلامت دارد.

بررسی تطبیقی برخی از مهم‌ترین شاخص‌های هزینه‌های حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران با سه کشور منطقه (جمهوری ترکیه، سلطنت عمان و قطر) و دو کشور شاخص و پیشگام در مدیریت منابع مالی نظام سلامت توسط نظام بیمه اجتماعی سلامت (جمهوری فدرال آلمان و جمهوری فرانسه):

به‌منظور ارزیابی وضعیت تأمین مالی نظام سلامت کشور و در زیر، برخی از شاخص‌های مهم هزینه‌های حساب‌های ملی سلامت جمهوری اسلامی ایران با سه کشور هم‌جوار در منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی (جمهوری ترکیه، سلطنت عمان و قطر) و نیز ۲ کشور شاخص از نظر محوریت نظام بیمه سلامت در مدیریت منابع مالی نظام سلامت آنها (جمهوری فدرال آلمان و جمهوری فرانسه) مقایسه گردیده است. برای انجام این مقایسه از داده‌های مندرج در پایگاه حساب‌های ملی سلامت سازمان بهداشت جهانی استفاده گردیده و ضمن توصیف نتایج مقایسه هر کشور، در انتها نیز چند پیام سیاستی مهم که حاصل این بررسی است ارائه گردیده است:

۱. در نمودارهای زیر نیز مقایسه‌ای بین چند شاخص مهم حساب‌های ملی سلامت بین کشورهای ایران، ترکیه را مشاهده می‌کنیم. این دو کشور از نظر تعداد جمعیت، شرایط جغرافیایی و بار بیماری‌ها شباهت‌های فراوانی دارند با این تفاوت که ترکیه

نمودار ۷. مقایسه برخی شاخص‌های اصلی حساب‌های ملی سلامت ایران و ترکیه - سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ خورشیدی)



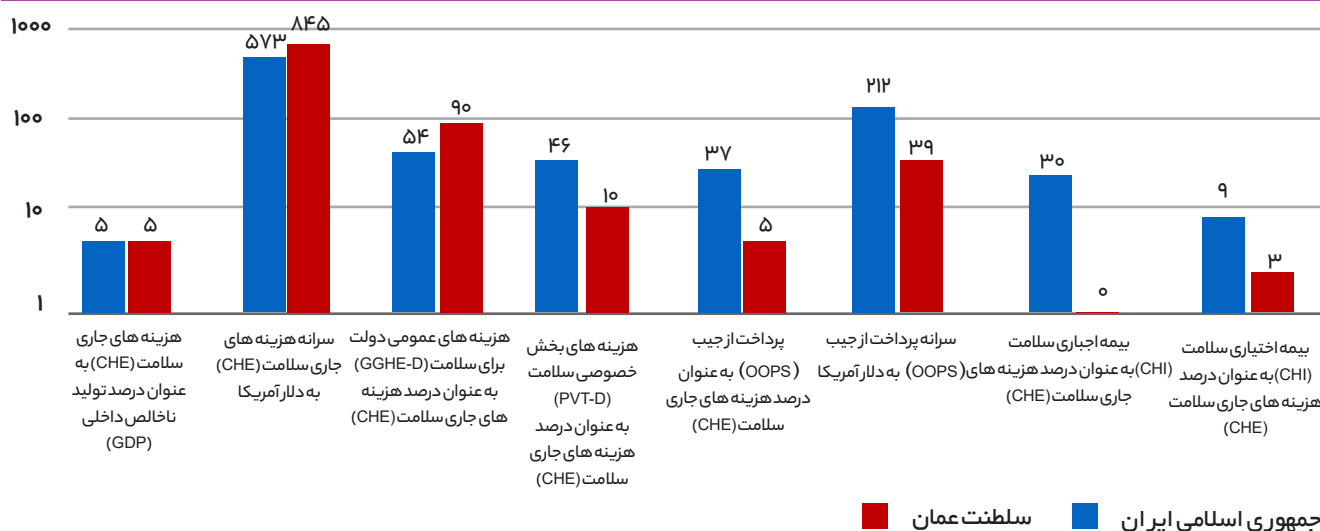
مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)



هزینه‌های بخش خصوصی سلامت نیز در این کشور بسیار پایین‌تر از ایران است (۱۰ درصد عمان و ۴۶ درصد ایران) و به همین سبب دو شاخص مهم سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت و سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در نظام سلامت عمان به ترتیب ۵ درصد و ۳۹ دلار آمریکا است؛ در حالی که سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت و سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در نظام سلامت ایران به ترتیب ۳۷ درصد و ۲۱۲ دلار آمریکا است.

۲. اگر همین بررسی را برای دو کشور ایران و عمان که هر دو جزء کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی بوده و در همسایگی یکدیگر نیز واقعند انجام دهیم؛ مشاهده می‌کنیم به‌رغم اینکه هر دو کشور سهمی یکسان معادل ۵ درصد از تولید ناخالص داخلی خود را صرف سلامت می‌کنند، و سرانه هزینه جاری سلامت به دلار آمریکا نیز در عمان، به سبب بالاتر بودن سرانه تولید ناخالص داخلی این کشور، بیش از ایران (۸۴۵ دلار عمان و ۵۷۳ دلار ایران) است، اما به سبب اینکه تأمین مالی نظام سلامت عمان الگویی شبیه الگوی طب ملی دارد، ۹۰ درصد هزینه‌های جاری سلامت در این کشور در بخش دولتی هزینه می‌گردد و سهم بخش

#### نمودار ۸. مقایسه برخی شاخص‌های اصلی حساب‌های ملی سلامت ایران و عمان - سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ خورشیدی)



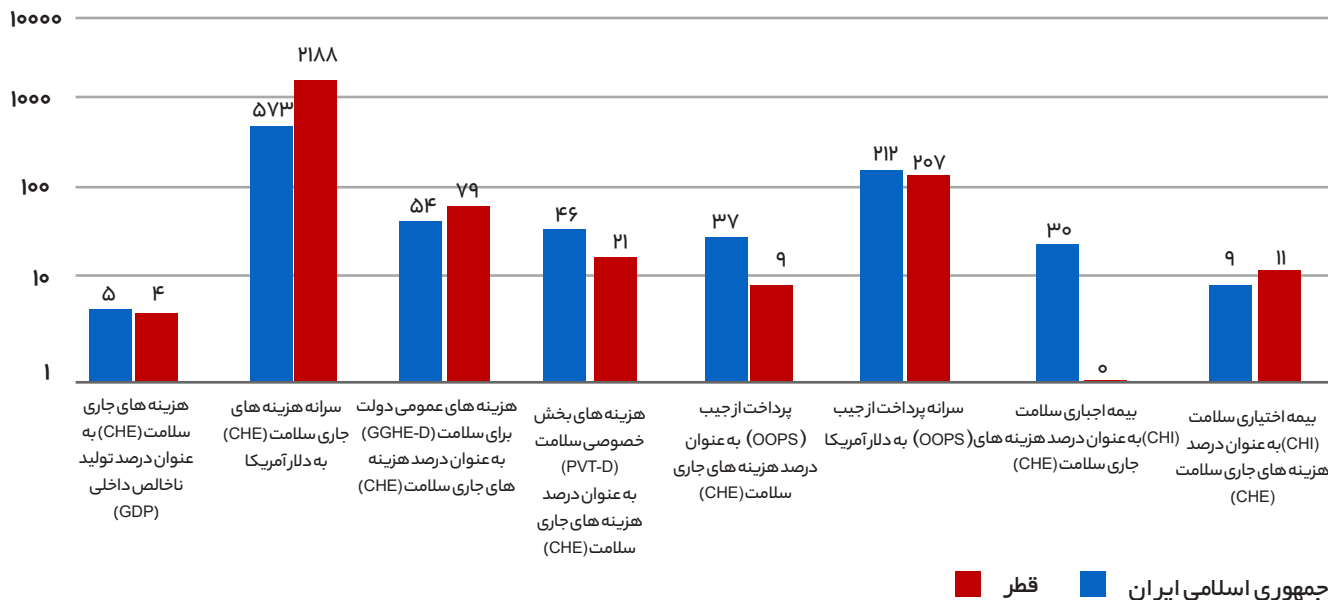
مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

هزینه‌های جاری سلامت در این کشور در بخش دولتی هزینه می‌گردد و سهم بخش هزینه‌های بخش خصوصی سلامت نیز در این کشور بسیار پایین‌تر از ایران است (۲۱ درصد در قطر و ۴۶ درصد در ایران) و به همین سبب دو شاخص مهم سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت و سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در نظام سلامت قطر به ترتیب ۹ درصد و ۲۰۷ دلار آمریکا است؛ در حالی که سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت و سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در نظام سلامت ایران به ترتیب ۳۷ درصد و ۲۱۲ دلار آمریکا است.

۳. حال اگر همین بررسی را برای دو کشور ایران و قطر که هر دو جزء کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی بوده و در همسایگی یکدیگر نیز واقعند انجام دهیم؛ مشاهده می‌کنیم به‌رغم اینکه سهم هزینه‌های جاری سلامت در ایران معادل ۵ درصد و بیش از کشور قطر (۴ درصد) تولید ناخالص داخلی این کشور است، و سرانه هزینه جاری سلامت به دلار آمریکا نیز در قطر، به سبب بالاتر بودن سرانه تولید ناخالص داخلی این کشور، بیش از ایران (۲۱۸۸ دلار قطر و ۵۷۳ دلار ایران) است، اما به سبب اینکه تأمین مالی نظام سلامت قطر الگویی شبیه الگوی طب ملی و شبیه به عمان دارد، ۷۹ درصد



## نمودار ۹. مقایسه برخی شاخص‌های اصلی حساب‌های ملی سلامت ایران و قطر - سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ خورشیدی)

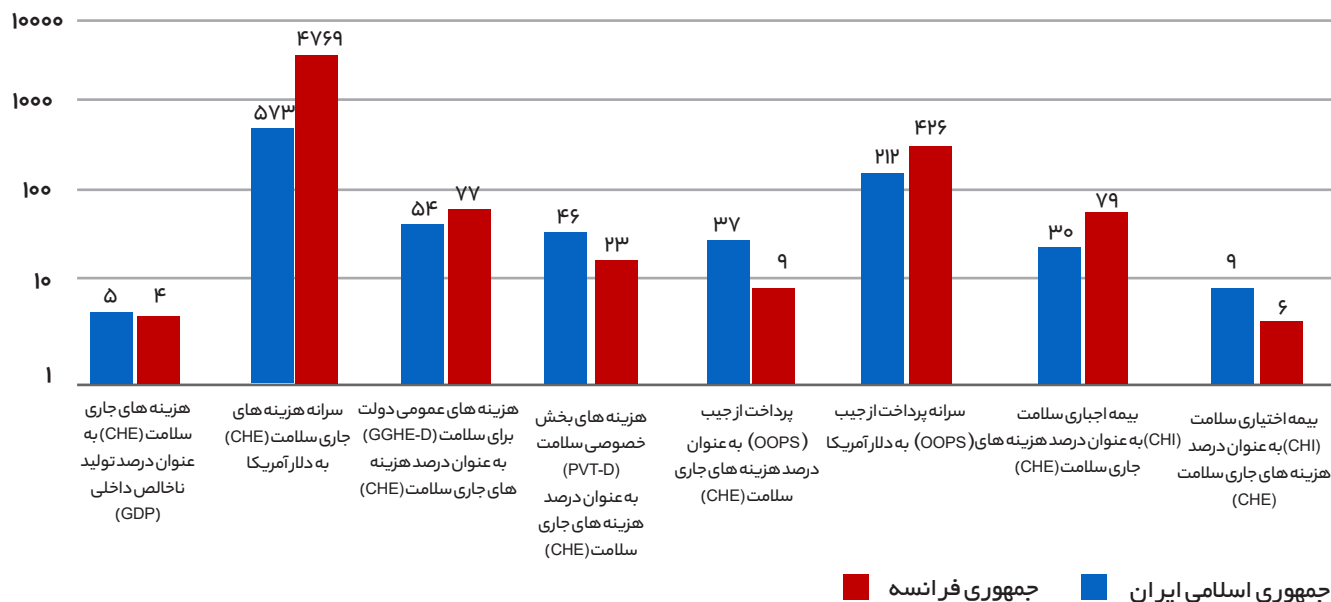


مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

سلامت از هزینه‌های جاری سلامت در ایران، نزدیک یک دهه پس از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت و تصریح بند «۷-۲» آن بر لزوم مدیریت کلیه منابع مالی نظام سلامت توسط نظام بیمه‌ای کماکان ۳۰ درصد است) است و سهم هزینه بخش خصوصی سلامت نیز در فرانسه که در سایر حوزه‌های تجارت و اقتصاد از نظام بازار آزاد و توسعه بخش خصوصی تبعیت می‌کند معادل ۲۳ درصد است و این در حالی است که سهم هزینه بخش خصوصی سلامت در ایران معادل ۴۶ درصد و ۲ برابر فرانسه است. از سوی دیگر، بیمه‌های اختیاری سلامت نیز ۶ درصد هزینه‌های جاری سلامت را مدیریت می‌کنند و به این ترتیب سهم بیمه سلامت در مدیریت هزینه‌های جاری سلامت در فرانسه را به ۸۵ درصد رسانده است و به همین علل، سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت در فرانسه تنها ۹ درصد (در مقابل ۳۷ درصد در ایران) است و سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در فرانسه نیز معادل ۴۲۶ دلار آمریکا و تنها ۲ برابر سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در ایران است و این در حالی است که سرانه هزینه جاری سلامت در فرانسه بیش از ۸ برابر ایران است.

۴. حتی اگر از منطقه مدیترانه شرقی سازمان بهداشت جهانی نیز خارج شده و نگاهی به همین شاخص‌ها در دو کشور اروپایی که از پرچم‌داران نظام بیمه اجتماعی سلامت در اروپا هستند بیان‌دازیم تفاوت‌های مهم دیگری به چشم می‌آید. در مقایسه شاخص‌های حساب‌های ملی سلامت دو کشور جمهوری اسلامی ایران و جمهوری فرانسه، مشاهده می‌کنیم به رغم اینکه سهم هزینه‌های جاری سلامت در فرانسه معادل ۱۲ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور و بیش از دو برابر ایران (۵ درصد) است، و سرانه هزینه جاری سلامت به دلار آمریکا نیز در فرانسه، به سبب بالاتر بودن سرانه تولید ناخالص داخلی این کشور، بیش از ۸ برابر ایران (۴۷۶۹ دلار در فرانسه و ۵۷۳ دلار در ایران) است، اما از یک سو سهم هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت در فرانسه ۷۷ درصد بوده در حالی که عدد این شاخص در ایران ۵۴ درصد است و از سوی دیگر به سبب اینکه تأمین مالی نظام سلامت فرانسه به طور کامل از الزامات تأمین مالی مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت تبعیت می‌نماید، سهم بیمه اجباری سلامت از هزینه‌های جاری سلامت در فرانسه ۷۹ درصد و بیش از ۲/۵ برابر ایران (سهم بیمه اجباری

نمودار ۱۰. مقایسه برخی شاخص‌های اصلی حساب‌های ملی سلامت ایران و فرانسه - سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ خورشیدی)

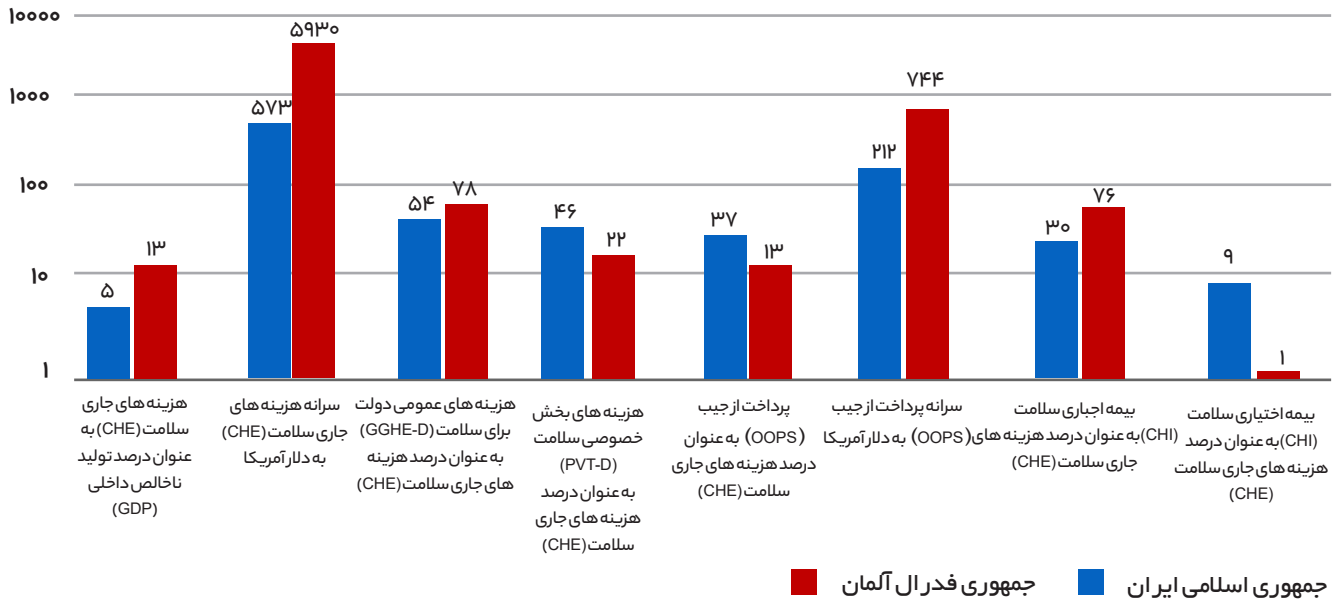


مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

مالی نظام سلامت توسط نظام بیمه‌ای کماکان ۳۰ درصد است) است و سهم هزینه بخش خصوصی سلامت آلمان نیز همانند فرانسه که در سایر حوزه‌های تجارت و اقتصاد از نظام بازار آزاد و توسعه بخش خصوصی تبعیت می‌کند تنها معادل ۲۲ درصد است و این در حالی است که سهم هزینه بخش خصوصی سلامت در ایران معادل ۴۶ درصد و بیش از ۲ برابر آلمان است. از سوی دیگر، بیمه‌های اختیاری سلامت نیز ۱ درصد هزینه‌های جاری سلامت را مدیریت می‌کنند و به این ترتیب سهم بیمه سلامت در مدیریت هزینه‌های جاری سلامت در آلمان را به ۷۷ درصد رسانده است و به همین علل، سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت در آلمان تنها ۱۳ درصد (در مقابل ۳۷ درصد در ایران) است و سرانه سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در آلمان نیز معادل ۷۴۴ دلار آمریکا و تنها ۳/۵ برابر سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت در ایران است و این در حالی است که سرانه هزینه جاری سلامت در آلمان بیش از ۱۰ برابر ایران است.

۵. در مقایسه شاخص‌های حساب‌های ملی سلامت دو کشور جمهوری اسلامی ایران و جمهوری فدرال آلمان، مشاهده می‌کنیم به رغم اینکه سهم هزینه‌های جاری سلامت در آلمان معادل ۱۳ درصد تولید ناخالص داخلی این کشور و بیش از دو برابر ایران (۵ درصد) است، و سرانه هزینه جاری سلامت به دلار آمریکا نیز در آلمان، به سبب بالاتر بودن سرانه تولید ناخالص داخلی این کشور، بیش از ۱۰ برابر ایران (۵۹۳۰ دلار در آلمان و ۵۷۳ دلار در ایران) است، اما از یک سو سهم هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت در آلمان ۷۸ درصد بوده در حالی که عدد این شاخص در ایران ۵۴ درصد است و از سوی دیگر به سبب اینکه تأمین مالی نظام سلامت آلمان به طور کامل از الزامات تأمین مالی مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت تبعیت می‌نماید، سهم بیمه اجباری سلامت از هزینه‌های جاری سلامت در آلمان ۷۶ درصد و بیش از ۲/۵ برابر ایران (سهم بیمه اجباری سلامت از هزینه‌های جاری سلامت در ایران، نزدیک یک دهه پس از ابلاغ سیاست‌های کلی سلامت و تصریح بند «۷-۲» آن بر لزوم مدیریت کلیه منابع

نمودار ۱۱. مقایسه برخی شاخص‌های اصلی حساب‌های ملی سلامت ایران و آلمان - سال ۲۰۲۰ میلادی (۱۳۹۹ خورشیدی)



مأخذ: سازمان بهداشت جهانی (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>)

هزینه‌های جاری سلامت و کاهش سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت و بهبود عملکرد نظام سلامت در محافظت مالی از مردم در قبال مخاطرات مالی ناشی از هزینه مراقبت‌های سلامت مورد نیازشان می‌گردد.

۳ کاهش سهم هزینه بخش خصوصی سلامت از هزینه‌های جاری سلامت، منجر به کاهش سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت و کاهش سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت و بهبود عملکرد نظام سلامت در محافظت مالی از مردم در قبال مخاطرات مالی ناشی از هزینه مراقبت‌های سلامت مورد نیازشان می‌گردد.

۴ شاخص سهم هزینه‌های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی، اگرچه شاخصی مهم و قابل اعتناست، اما به‌تنهایی نمایانگر عملکرد کلی آن نظام سلامت نیست

### پیام‌های سیاستی

مهم‌ترین پیام‌های سیاستی حاصل از بررسی تطبیقی برخی از مهم‌ترین شاخص‌های هزینه‌ای حساب‌های ملی سلامت ایران با کشورهای ترکیه، عمان، قطر، فرانسه و آلمان به شرح زیر است: **۱** افزایش سهم هزینه‌های عمومی دولت برای سلامت از هزینه‌های جاری سلامت منجر به کاهش سهم پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های جاری سلامت و کاهش سرانه پرداخت از جیب مردم از هزینه‌های سلامت و بهبود عملکرد نظام سلامت در محافظت مالی از مردم در قبال مخاطرات مالی ناشی از هزینه مراقبت‌های سلامت مورد نیازشان می‌گردد.

۲ افزایش سهم بیمه اجباری و اختیاری سلامت از هزینه‌های جاری سلامت، منجر به کاهش سهم پرداخت از جیب مردم از



## ۵. سیمای تأمین مالی و بیمه سلامت در سیاست‌های کلی سلامت



در این بخش با توجه به آنکه رویکرد حاکم در تدوین احکام بخش ارتقای سلامت و سایر احکام مرتبط با حوزه سلامت، اجرای بند «۱۲» سیاست‌های کلی برنامه هفتم «ارتقای نظام سلامت بر اساس سیاست‌های کلی سلامت» است به بررسی بندهای مرتبط با تأمین مالی و بیمه سلامت در سیاست‌های کلی و سیمایی که از این بندها در شرایط تأمین مالی و بیمه سلامت منعکس می‌شود، پرداخته شده است. علاوه بر بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی سلامت، سعی گردیده به مهم‌ترین احکام و قوانین مرتبط نیز پرداخته شود.

### جدول ۳. رابطه بندهای مختلف سیاست‌های کلی سلامت و مواد قانونی مرتبط با آنها با حوزه‌های اصلی تأمین مالی نظام سلامت و سیمای ترسیم شده در هر یک از آنها

موضوعات اصلی	بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی سلامت و سایر قوانین	سیمای ترسیم شده
حکمرانی و تولیت تأمین مالی سلامت	<p>بند «۱-۷» و «۲-۷» سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخ‌گویی، تحقق عدالت و ارائه خدمات درمانی مطلوب به مردم به‌گونه‌ای که تولید نظام سلامت شامل سیاستگذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.</p> <p>بند «۹» سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر توسعه کپی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی (سلامت) با هدف همگانی ساختن بیمه پایه سلامت و پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.</p>	<p>نظام سلامتی که در آن وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات از یکدیگر تفکیک باشد و در واقع نهاد خریدار خدمات مستقل از تولید و تدارک خدمات باشد. این منوط به دادن اختیارات لازم به خریدار خدمات است که استقلال مالی و اداری لازم را برای انجام عملکردهای اصلی خود یعنی افزایش درآمدها، انباشت منابع، خرید خدمات و بسته مزایا دارا باشد. این نهاد خریدار می‌تواند در مسیر هدف نهایی خود که پوشش همگانی سلامت در تمام ابعاد آن قرار گیرد و در قبال آن مسئول و پاسخ‌گو باشد.</p>
تولید منابع و تجمع و افزایش درآمدها	<p>بند «۳-۱۵» سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زبان‌آور سلامت.</p> <p>بند «الف» ماده (۷) قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی ناظر بر اصول و سیاست‌های مالی نظام جامع تأمین اجتماعی نظیر پایداری منابع مالی شامل استفاده از منابع عمومی، منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه‌ها، ایجاد تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بیمه‌ای ضمن حفظ شخصیت حقوقی و استقلال منابع مالی صندوق‌ها، منابع اختصاص داده شده برای جبران اجتماعی خسارت‌های ناشی از سیاست‌های اقتصادی و توسعه‌ای، استفاده از منابع حاصل از کمک‌های مردمی، منابع حاصل از وقف، منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی با مجوز مراجع تقلید، منابع حاصل از صدقات و نذورات، منابع، اموال و دارایی‌های نهادها و بنیادهای انقلاب اسلامی با اذن مقام رهبری و درآمد ناشی از سرمایه‌گذاری‌ها و مدیریت وجوه و ذخایر دستگاه‌های اجرایی دولتی و عمومی، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های فعال در قلمروهای مختلف نظام تأمین اجتماعی.</p> <p>ماده (۳۷) قانون الحاق برخی از مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) ناظر بر افزایش یک واحد درصد در هر سال به‌عنوان مالیات سلامت به نرخ مالیات بر ارزش افزوده سهم دولت و واریز هم‌زمان با دریافت، مستقیماً به ردیف درآمدی که برای این منظور در قوانین بودجه سنواتی پیش‌بینی می‌شود علاوه بر افزایش قانونی نرخ مالیات بر ارزش افزوده به منظور پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع).</p>	<p>تأکید بر افزایش درآمدهای سلامت از طریق استفاده از منابع مالی که ماهیت پایدار دارند و از نوسانات اقتصادی و مالی کلان کشور کمتر اثر می‌پذیرد. افزایش این منابع درآمدی به‌نوعی سیستم سلامت را در مسیر ارتقای سلامتی جامعه قرار می‌دهد.</p>

سیمای ترسیم شده	بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی سلامت و سایر قوانین	موضوعات اصلی
<p>اصل بنیادی که در حوزه انباشت منابع و برقراری یارانه متقاطع وجود دارد در این قوانین دیده می‌شود که «بهره‌مندی از خدمات براساس نیاز سلامتی و مشارکت براساس توان مالی» است. مشارکت مالی می‌تواند در روش‌های مختلفی تعریف گردید؛ که در اینجا مشخصاً به هم‌پردازی در قالب حق بیمه و فرانشیز اشاره شده است.</p>	<p><b>بند (ی) ماده (۶) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی</b> ناظر بر نحوه مشارکت مالی در نظام بیمه‌ای به شرح موارد زیر است:</p> <p>– بهره‌مندی صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی بابت هر عضو از محل منابع عمومی به صورت سرانه برابر خواهد بود، این امر مانع حمایت دولت از اقشار ضعیف جامعه نمی‌باشد.</p> <p>– ۲ درصد مشارکت و سهم پرداختی کارفرما نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.</p> <p>– ۳ درصد مشارکت و سهم پرداختی بیمه شده نسبت به مأخذ کسر حق بیمه به صندوق‌های فعال در سطح همگانی بیمه‌های اجتماعی و درمانی یکسان خواهد بود.</p> <p><b>بند (۴) سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی</b> ناظر بر اصلاح قوانین، ساختارها و تشکیلات سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر اجتماعی در جهت تأمین عدالت و یکسان‌سازی قواعد و مقررات بیمه‌ای و جلوگیری از ایجاد و انباشت بدهی‌های دولت و رعایت قواعد بیمه‌ای و تأمین بار مالی تضمین شده و بین‌نسلی.</p> <p><b>ماده (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی</b> ناظر بر در نظر گرفتن سطح درآمد گروه‌های بیمه‌شونده و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور در محاسبه حق بیمه سرانه خدمات درمانی برای گروه‌های تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و میزان فرانشیز قابل پرداخت توسط بیمه‌شدگان.</p>	<p><b>انباشت، توزیع و کاهش ریسک مالی ناشی از مخاطرات سلامت و برقراری یارانه متقاطع</b></p>
<p>پرداختن به خرید راهبردی به‌عنوان رویکرد اصلی حاکم بر این حوزه که خود معنایی مشخصی را به‌همراه دارد، در این قوانین دیده شده است. در نظر گرفتن چگونگی پوشش خدمات، پوشش هزینه‌ها، نحوه خرید از ارائه‌دهندگان و ویژگی‌های آنها و گروهی که خدمات برای آنها خریداری می‌گردد، در این قوانین مستتر بوده و به شرح زیر است:</p> <p><b>پوشش خدمات:</b> تعیین بسته جامعی از خدمات ارتقای سلامتی، پیشگیرانه، تشخیصی، درمانی.</p> <p><b>پوشش هزینه:</b> تدوین تعرفه مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی.</p> <p><b>روش پرداخت:</b> پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد</p> <p><b>ارائه‌دهندگان:</b> بخش‌های دولتی و غیردولتی با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات براساس سیاست‌های مصوب و ایجاد فضای رقابتی بین آنها.</p> <p><b>جمعیت:</b> بیمه‌شدگان و با تأکید بر مناطق محروم.</p>	<p><b>بندهای (۷-۹) تا (۵-۹) سیاست‌های کلی سلامت</b> ناظر بر تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی، تدوین تعرفه خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی و نیز اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری در مناطق محروم.</p> <p><b>بند (۴-۹) سیاست‌های کلی سلامت</b> ناظر بر تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.</p> <p><b>بند (الف) ماده (۷۲) قانون ششم توسعه</b> ناظر بر تبعیت کلیه اشخاص حقیقی و حقوقی اعم از دولتی و غیردولتی، از جمله ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه پایه و تکمیلی از خط‌مشی و سیاست‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تأکید بر خرید راهبردی خدمات و واگذاری امور تصدی‌گری با رعایت ماده (۱۳) قانون مدیریت خدمات کشوری و سطح‌بندی خدمات.</p> <p><b>بند (ج) ماده (۷۴) قانون ششم توسعه</b> ناظر بر مکلف نمودن سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه کشور به خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری ژنریک (ایران در چارچوب نظام ملی دارویی کشور هم‌زمان با اجرایی‌شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان).</p>	<p><b>خرید راهبردی خدمات و تخصیص منابع مالی</b></p>





موضوعات اصلی	بندهای مرتبط در سیاست‌های کلی سلامت و سایر قوانین	سیمای ترسیم شده
عدالت در تأمین مالی سلامت	<p><b>بند (۴-۱۵)</b> سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.</p> <p><b>ماده (۷۸) قانون برنامه ششم توسعه</b> ناظر بر کاهش درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن به یک درصد و سهم پرداخت از جیب به ۲۵٪ در راستای تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و بسط پوشش‌های امدادی، حمایتی و بیمه‌ای و پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماعی.</p> <p><b>ماده (۹۰) قانون برنامه چهارم توسعه</b> ناظر بر ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی در جهت کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی با هدف ارتقای «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به ۹۰ درصد و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر به ۳۰ درصد و کاهش درصد خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد.</p>	<p>استفاده از یارانه‌های سلامت در مسیر تحقق و برقراری عدالت در سلامت از طریق داشتن برنامه‌های مشخص برای حمایت از اقشار نیازمند و آسیب‌پذیر براساس دهک‌های درآمد یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های تأمین مالی سلامت اشاره شده در این سیاست‌هاست.</p> <p>برای پایش و ارزشیابی این حوزه در قوانین شاخص‌های عملکرد مرتبط درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن، پرداخت از جیب و شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به‌درستی در قوانین در نظر گرفته شده است.</p>
پایداری تأمین مالی سلامت	<p><b>بند (۴-۱۱)</b> سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به‌ویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.</p> <p><b>بند (۳-۲۴)</b> سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه ناظر بر تصویب قوانین و مقررات لازم با تأکید بر تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه‌ی کپی و کیفی بیمه‌های سلامت.</p> <p><b>بند (الف) ماده (۷) قانون ساختار جامع رفاه و تأمین اجتماعی</b> ناظر بر اصول و سیاست‌های مالی نظام جامع تأمین اجتماعی نظیر پایداری منابع مالی شامل استفاده از منابع عمومی، منابع حاصل از هدفمند کردن یارانه‌ها، ایجاد تعادل بین منابع و مصارف صندوق‌های بیمه‌ای.</p>	<p>پایداری در تأمین مالی با اشاره به استفاده از منابع مالی پایدار و پایداری در هزینه نمودن آنها برای گروه‌های نیازمند به صراحت بیان شده است.</p>

و جوان به‌سالم‌خورد.

### خرید خدمات

افزایش ارتباط پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با نیازهای سلامتی و عملکرد ارائه‌دهندگان (پرداخت مبتنی بر کیفیت و عملکرد)؛ کاهش بودجه‌ریزی خطی سخت‌گیرانه و پرداخت‌های مبتنی بر ورودی؛ مدیریت رشد مخارج و هزینه‌های سلامت از طریق حذف پرداخت‌های بدون محدودیت و حرکت در مسیر ایجاد یک سکوی یکپارچه داده‌ای در مورد اقدامات و خدمات ارائه شده به مردم/بیماران (حتی با وجود چندین طرح تأمین مالی/بیمه‌ای مختلف).

### تدوین بسته مزایا

مشخص نمودن حقوق و تعهدات قانونی در بسته مزایا؛ بهبود آگاهی مردم از این حقوق قانونی و تعهدات و هماهنگی بین بسته مزایا با مکانیسم یا روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان و مدیریت روش‌های اولویت‌بندی و جیره‌بندی خدمات سلامت مبتنی بر شواهد بدون مخاطره مالی یا سلامتی برای مردم.

به‌طور کلی، تصویری که قوانین به‌دنبال آن است، تا حد قابل قبولی به اصول پوشش جامع خدمات سلامت پرداخته است. برای آنکه حوزه تأمین مالی سلامت و بالتبع آن بیمه سلامت بتواند نظام سلامت را در مسیر تحقق پوشش همگانی سلامت که یکی از اهداف اصلی بسیاری از نظام‌های سلامت در دنیا است، سوق دهد، باید اصولی را در هر یک از کارکردهای تأمین مالی سلامت رعایت نماید که در ادامه به تفکیک هر یک از کارکردها بیان شده است.

### جمع‌آوری منابع

حرکت به سمت غالب نمودن منابع مالی عمومی/اجباری (مانند مالیات‌ها؛ افزایش قابلیت پیش‌بینی در منابع مالی عمومی در طی یک دوره چندساله و بهبود ثبات یا تخصیص منظم بودجه) در منابع عمومی.

### انباشت منابع

افزایش ظرفیت بازتوزیع و جوه پیش‌پرداخت؛ کاهش پراکندگی، تکرار و هم‌پوشانی در پوشش و نیز ساده‌سازی جریان‌های مالی و برقراری یارانه متقاطع از غنی به فقیر، بیمار به سالم، شاغل به بیکار



بازار کنترل نشده بخش خصوصی و فقدان یک الگوی علمی برای مشارکت بخش عمومی و خصوصی سلامت،<sup>۱</sup> تداوم اشتغال هم‌زمان ارائه‌دهندگان در بخش دولتی و خصوصی به‌رغم وجود قوانین مربوطه.

فقدان یک راهبرد مشخص در تدوین برنامه‌های توسعه، منجر به تصویب احکام قانونی شد که عموماً کمتر از ۳۰ درصد احکام آنها به مرحله اجرا درآمده، یا زیرساخت‌های مناسب برای اجرای آنها وجود ندارد. بی‌توجهی به سیاست‌های کلی برنامه‌های توسعه و گاه‌ها حتی تصویب احکامی در تعارض با سیاست‌های کلی برنامه، بر این آشفتگی افزود. به‌عنوان مثال، در بند «۴۲» سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، «ارتقا کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه شامل بیمه درمان، بازنشستگی، از کارافتادگی و... برای آحاد مردم» مورد حکم واقع گردیده بود حال آنکه در زمان تدوین احکام برنامه، و در ماده (۸۱) قانون این‌گونه ذکر گردید: «دولت مکلف است در اجرای بند «۴۰» سیاست‌های کلی برنامه ششم، نسبت به تدوین برنامه، برقراری، استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چندلایه مشتمل بر حوزه امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی به‌جز سلامت...» و برخلاف سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، حوزه سلامت و درمان از نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی چندلایه مستثنا گردید. یا در مثالی دیگر، در بند «۲-۴۳» سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، «اصلاح ساختار نظام سلامت براساس بند «۷» سیاست‌های کلی سلامت» ذکر گردیده بود، اما در متن قانون برنامه ششم توسعه، هیچ حکمی برای اجرایی ساختن این بند از سیاست‌های کلی پیش‌بینی نگردید. انتظار این است که قانون برنامه هفتم توسعه، با توجه به اینکه آخرین قانون برنامه توسعه برای تحقق کامل اهداف سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ می‌باشد، در حوزه سلامت، کلیه هدف‌گذاری‌ها و تکالیف مندرج در سیاست‌های کلی سلامت را به‌طور کامل به‌انجام برساند. در ادامه ضمن تحلیلی از احکام مندرج در بخش سلامت لایحه برنامه هفتم توسعه، پیشنهادهای لازم در این خصوص ارائه شده است.

نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران، در طی چنددهه اخیر، در راستای استقرار پوشش همگانی سلامت در کشور گام‌های مؤثری برداشته و در دو بُعد پوشش جمعیتی و پوشش خدمات مدنظر سیاست پوشش همگانی سلامت، به توفیقاتی رسیده، اما در بُعد پوشش هزینه‌ای کماکان شکاف‌ها و نواقصی مشاهده می‌گردد و این شکاف‌ها ریشه در رویه‌هایی دارد که جهت رسیدن به نقطه مطلوب باید مورد توجه قرار گیرند. برخی از مهم‌ترین این رویه‌ها عبارتند از: تعداد زیاد صندوق‌های بیمه‌ای که به‌صورت جزیره‌ای عمل کرده و بعضاً از فرایندهای متفاوتی تبعیت می‌کنند، تعرفه‌گذاری خدمات سلامت غالباً بر مبنای چانه‌زنی به جای روش‌شناسی علمی و مبتنی بر شواهد، جانمایی نامناسب بیمه‌های تکمیلی و حرکت آنها در عرض بیمه‌های پایه سلامت (به‌عنوان بیمه مازاد هزینه بیمه پایه سلامت) و نه در طول آنها به‌عنوان پوشش خدمات مازاد بر بسته پایه، عدم پیش‌بینی جایگاهی برای نظام بیمه‌ای در تعیین قیمت داروها و تجهیزات پزشکی بسته بیمه پایه سلامت، عدم استفاده کافی از معیارهای شفاف و علمی برای ورود/خروج خدمات به/از بسته بیمه پایه سلامت، عدم استقرار کامل سطح‌بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشکی خانواده در کشور، استمرار نظام‌های پرداخت اغلب گذشته‌نگر غیروابسته به کیفیت عملکرد نظیر نظام پرداخت به‌ازای خدمت (Fee For Service) در نظام تأمین مالی و بیمه سلامت کشور، عدم استفاده کافی از راهنماهای بالینی و سیاست‌های شفاف خرید راهبردی خدمات سلامت در خصوص خدمات موجود در بسته بیمه پایه سلامت و استمرار پدیده تقاضای القایی، عدم رعایت مفاد ماده (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در تعیین فرانشیز خدمات بیمه پایه سلامت مبتنی بر گروه‌های درآمدی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی کشور برای دهک‌های درآمدی (صرفاً سه دهک اول درآمدی مشمول حذف فرانشیز شده‌اند)، حکمرانی نامناسب بخش خصوصی ارائه‌دهنده خدمات سلامت،

1. Public-Private Partnerships (PPPs)



جدول ۴. بررسی، پیشنهادها و اصلاحات احکام مندرج در فصل ۱۴ لایحه برنامه هفتم توسعه "ارتقای نظام سلامت، تأمین مالی و بیمه سلامت"

شماره ماده- بند	حکم موجود در لایحه برنامه هفتم-مصوب دولت	نسبت حکم با سیاست‌های کلی نظام	نسبت حکم با قوانین موضوعه دائمی	نظر کارشناسی	حکم اصلاحی پیشنهادی
بند (پ) ماده (۶۹)	از سال اول برنامه کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اسناد به صورت الکترونیکی می‌باشند. بیمه‌های پایه و تکمیلی موظف هستند تا با اتصال به سامانه پرونده الکترونیک سلامت نسبت به دریافت اسناد درمانی بیمه‌شدگان اقدام و از ابتدای سال دوم برنامه سهم خود در هزینه‌های درمانی را به صورت برخط و آنی بر مبنای اسناد بیمه پایه پرداخت نمایند.	در راستای بندهای «۱-۹» و «۲-۹» سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر همگانی ساختن بیمه پایه درمان و پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان می‌باشد.	در راستای اجرایی ساختن ماده (۱۷) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی محسوب می‌شود.	سازوکار اجرایی برای الزام مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت پیش‌بینی نگردیده است. الحاق یک حکم قانونی ناظر بر این الزام به صورت یک تبصره ذیل این بند پیشنهاد می‌گردد.	از سال اول برنامه کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت شامل مراکز و حرف پزشکی و پیراپزشکی اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خیریه و خصوصی) ملزم به عقد قرارداد با بیمه‌های درمانی پایه و ارسال اسناد به صورت الکترونیکی می‌باشند. بیمه‌های پایه و تکمیلی موظف هستند تا با اتصال به سامانه پرونده الکترونیک سلامت نسبت به دریافت اسناد درمانی بیمه‌شدگان اقدام و از ابتدای سال دوم برنامه سهم خود در هزینه‌های درمانی را به صورت برخط و آنی بر مبنای اسناد بیمه پایه پرداخت نمایند.
بند (ت) ماده (۷۰)	شورای عالی بیمه سلامت مکلف است تا پایان سال اول برنامه، تعرفه خدمات شایع تشخیصی درمانی پزشکی را از شیوه «به‌ازای خدمت» به شیوه «پرداخت موردی (گلوبال) هزینه خدمات» تبدیل نماید، به گونه‌ای که شیوه تعرفه‌گذاری حداقل ۱۰۰ خدمت تا پایان برنامه، مشمول این تغییر شده باشد و توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی به شیوه پرداخت جدید پس از تفکیک اقلام دارویی و تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی خرید خدمت شود.	بر مبنای بند «۷-۹» سیاست‌های کلی سلامت، دولت و تولید نظام سلامت مکلف به اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب ارائه‌کنندگان خدمات و مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری در مناطق محروم شده است. در این حکم: ۱- نظام پرداخت پیشنهادی مبتنی بر عملکرد نیست. ۲- تضمین بر ایجاد درآمد عادلانه ندارد.	ندارد	از آنجاکه این پیشنهاد متضمن ایجاد یک نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تضمین ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقای سلامت و پیشگیری در مناطق محروم نیست، بنابراین در راستای سیاست‌های کلی سلامت ارزیابی نمی‌گردد و از سوی دیگر نیز وضعیت کنونی تعرفه‌های گلوبال را نیز به سبب خارج کردن قیمت داروها و تجهیزات پزشکی از آن دچار پسرفت می‌کند.	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و شورای عالی بیمه سلامت مکلفند در راستای افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، ضمن ارتقای کپی و کیفی تعرفه‌های گلوبال اعمال شایع بهداشتی-درمانی با اعمال عوامل تعدیل‌کننده مبتنی بر کیفیت عملکرد جهت بازپرداخت هزینه خدمات و مراقبت‌های سلامت بستری بیمارستانی در بخش‌های دولتی و غیردولتی، نسبت به استقرار تدریجی نظام‌های پرداخت آینده‌نگر مبتنی بر کیفیت عملکرد در بخش‌های بستری بیمارستانی شامل نظام پرداخت «گروه‌های تشخیصی وابسته» <sup>۱</sup> برای خدمات بستری بیمارستانی و شیوه «پرداخت گروه‌بندی شده مبتنی بر دوره مراقبت» <sup>۲</sup> برای خدمات سرپایی به گونه‌ای اقدام نمایند که تا پایان سال چهارم قانون برنامه، این دو شیوه پرداخت در کلیه مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات و مراقبت‌های سلامت بخش دولتی مستقر گردد و از ابتدای سال پنجم قانون برنامه خرید خدمات و مراقبت‌های سلامت بستری بیمارستانی و سرپایی از این مراکز توسط سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه پایه و تکمیلی سلامت صرفاً مبتنی بر نظام‌های پرداخت آینده‌نگر فوق صورت پذیرد.

1. DRGs  
2. Bundling Payment for Episodes of Care



شماره ماده- بند	حکم موجود در لایحه برنامه هفتم-مصوب دولت	نسبت حکم با سیاست‌های کلی نظام	نسبت حکم با قوانین موضوعه دائمی	نظر کارشناسی	حکم اصلاحی پیشنهادی
بند (ث) ماده (۷۰)	کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند تعرفه‌های مصوب دولت را رعایت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوط خواهند بود. تعرفه خدمات دارویی مانند سایر خدمات سلامت، براساس بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور به‌طور سالیانه تعیین می‌گردد.	بند (۲-۷) سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را به‌طور کامل تأمین نمی‌سازد.	فاقد تعارض		کلیه ارائه‌دهندگان خدمات سلامت مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظفند تعرفه‌های مصوب دولت را رعایت نمایند. دریافت هرگونه وجه مازاد بر تعرفه مصوب دولت، توسط اشخاص حقیقی و حقوقی و مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت، حسب مورد مشمول مجازات قانونی مربوط خواهند بود. تعرفه خدمات دارویی مانند سایر خدمات سلامت، براساس بند (الف) ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور به‌طور سالیانه تعیین می‌گردد.
تبصره بند (ث) ماده (۷۰)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است درخصوص مراکز و مؤسسات و شرکتهایی که از قوانین، مقررات و ضوابط ابلاغی آن وزارت تخلف نمایند و موجب اختلال در زنجیره تأمین خدمات و کالاهای سلامت محوز از ابتدا تا انتها گردند در صورت تذکر قبلی، نسبت به لغو مجوز مراکز و مؤسسات و شرکتهای مذکور به‌صورت موقت یا دائم اقدام نماید.	فاقد تعارض	فاقد تعارض	هم‌راستا با اهداف سند چشم‌انداز	
تبصره (۲) «ج» ماده (۷۰)	به‌منظور تکمیل زنجیره تأمین خدمات درمان دولتی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در مناطقی که امکان ارائه خدمات درمانی دولتی نبوده و یا کافی نباشد، مجاز است نسبت به خرید خدمت از بیمارستان‌های غیردولتی با لحاظ سهم پرداخت بیمه پایه سلامت و صرفه و صلاح دولت برحسب ضرورت، براساس تعرفه مصوب دولت مبتنی بر الگوی مالی مورد تأیید سازمان و از محل اعتبارات خرید راهبردی خدمات تا سقف اعتبارات مصوب قوانین بودجه سنواتی اقدام نماید. الگوی مالی مذکور ظرف ۶ ماه پس از ابلاغ این قانون، تعیین و به‌صورت سالیانه مورد بازنگری قرار می‌گیرد.	معارض بندهای (۷) و (۷-۲) سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر لزوم تفکیک وظایف تولیت، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه است.	به‌علت عدم قانونگذاری برای این بندهای سیاست‌های کلی سلامت، در نتیجه تعارض قانونی نیز وجود ندارد.	براساس بند (۷-۲) سیاست‌های کلی سلامت، مدیریت منابع سلامت باید از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها صورت پذیرد.	به‌منظور تکمیل زنجیره تأمین خدمات درمان دولتی، سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه سلامت در مناطقی که امکان ارائه خدمات درمانی دولتی موجود نبوده و یا کافی نباشد، مکلفند نسبت به خرید خدمت از بیمارستان‌های غیردولتی در سقف تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران و با احتساب سهم پرداخت بیمه پایه سلامت و صرفه و صلاح و نیاز بیمه‌شدگان، براساس راهنماهای بالینی مصوب وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مبتنی بر شیوه پرداخت مصوب شورای عالی بیمه کشور با رعایت سقف اعتبارات مصوب در قوانین بودجه سنواتی اقدام نمایند. شیوه پرداخت مذکور ظرف ۶ ماه پس از ابلاغ این قانون، توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور تعیین و ابلاغ گردیده و به‌صورت سالیانه مورد بازنگری قرار می‌گیرد.



شماره ماده- بند	حکم موجود در لایحه برنامه هفتم- مصوب دولت	نسبت حکم با سیاست‌های کلی نظام	نسبت حکم با قوانین موضوعه دائمی	نظر کارشناسی	حکم اصلاحی پیشنهادی
بند «ب» ماده (۷۳)	حق بیمه پایه سلامت خانوار به شرح ذیل، سهمی از درآمد خانوار خواهد بود: ۱- خانواده روستائیان، عشایر و اقشار نیازمند تحت پوشش نهادهای حمایتی معادل هفت درصد حداقل دستمزد مشمولان قانون کار که صددرصد آن بر مبنای بند «الف» این ماده توسط دولت در قالب بودجه سنواتی تأمین می‌شود. ۲- کارکنان دستگاه‌های اجرایی معادل هفت درصد حقوق و مزایای مستمر آنان که بخشی از آن از محل بودجه عمومی دولت تأمین می‌شود. ۳- بیمه‌شدگان و مشترکان سازمان تأمین اجتماعی مطابق قانون تأمین اجتماعی. ۴- سهم خانوارهای سایر اقشار، متناسب با گروه‌های درآمدی معادل هفت درصد درآمد، حداکثر معادل سقف درآمد کارکنان دولت.	فاقد تعارض	فاقد تعارض	با توجه به حکم موجود در بند «۱۵-۲») سیاست‌های کلی سلامت، و با عنایت به احتمال بروز برخی تلاطم‌های اقتصادی، پیشنهاد می‌گردد بر اساس ماده (۹) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، به صورت سالیانه و بر اساس وضعیت درآمد خانوارها و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور، سهم حق بیمه از درآمد خانوار تعیین و پس از تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور، در قوانین بودجه سنواتی لحاظ گردد. از طرفی به منظور بهبود شاخص‌های عدالت در تأمین مالی سلامت، مقتضی است سهم حق بیمه از درآمد خانوار، متناسب با افزایش درآمد به صورت تصاعدی پیش‌رونده باشد. از سویی بند «۴») سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی نیز بر «یکسان‌سازی قواعد و مقررات بیمه‌ای» تأکید نموده است.	سهم حق بیمه پایه سلامت از درآمد خانوار و ترکیب مشارکت بیمه شده، بیمه‌گذار و دولت در پرداخت حق بیمه پایه سلامت، به صورت درصد پیش‌رونده تصاعدی متناسب با افزایش درآمد بیمه‌شدگان بر مبنای نتایج ارزیابی وسع مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان و بار مالی بسته بیمه پایه سلامت و شرایط اقتصادی و اجتماعی کشور و به صورت یکسان برای کلیه سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌گر پایه سلامت، با پیشنهاد مشترک وزارتین بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه کشور و تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور در قوانین بودجه سنواتی کل کشور لحاظ می‌گردد.
بند «پ» ماده (۷۳)	در راستای حفاظت مالی از مردم، کاهش هزینه‌های کمرشکن و فقرا، شورای عالی بیمه سلامت مکلف است نسبت به تعیین میزان استطاعت‌پذیری مالی (مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان) و در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر گروه‌های درآمدی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور، اقدام و مراتب را به تصویب هیئت وزیران رساند. سقف پرداخت از جیب بیمار به صورت سالیانه و از طریق سازوکار ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه تعیین می‌گردد.	فاقد تعارض صوری	تعارض با ماده (۹) قانون بیمه همگانی (بر اساس ماده (۹) قانون بیمه همگانی، فرانشیز باید مبتنی بر گروه‌های درآمدی و وضعیت اجتماعی- اقتصادی کشور تعیین شود نه بار مالی خدمات).	در صورت اصلاح بر اساس ماده (۹) قانون بیمه همگانی، هم‌راستا با اهداف سند چشم‌انداز و در راستای ارتقای عدالت عمودی در تأمین مالی نظام سلامت خواهد بود.	در راستای حفاظت مالی از مردم، کاهش هزینه‌های کمرشکن و فقرا، شورای عالی بیمه سلامت مکلف است نسبت به تعیین میزان استطاعت‌پذیری مالی (مبتنی بر داده‌های پایگاه اطلاعات رفاه ایرانیان) و در جهت تقویت رفتارهای مناسب بهداشتی و درمانی خانوارها از طریق برقراری نظام خودپرداخت متغیر و پلکانی برای بسته مذکور مبتنی بر گروه‌های درآمدی و وضعیت اقتصادی و اجتماعی کشور، اقدام و مراتب را به تصویب هیئت وزیران رساند. سقف پرداخت از جیب بیمار به صورت سالیانه و از طریق سازوکار ماده (۹) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه تعیین می‌گردد.



<p>بند (ت) ماده (۷۳)</p>	<p>در مورد کلیه اشخاصی که از بیمه تکمیلی تجاری برخوردار می‌باشند، خدمات بیمه پایه و تکمیلی سلامت جمع می‌شود به نحوی که مجموع هزینه‌های قابل پرداخت بیمه‌های پایه و تکمیلی مذکور در بیمارستان یکجا به ارائه‌دهنده خدمت پرداخت شود.</p> <p>بانک مرکزی با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان مکلف است سازوکار پرداخت حق پرداخت (فرانشیز) یا هزینه خدمات درمانی افراد مشمول این بند در قالب تسهیلات با نرخ مصوب شورای پول و اعتبار با امکان تضمین در قالب کسر حقوق و یا کسر از حساب‌های بیمه شده نزد بانک‌های عامل از جمله حساب دریافت یارانه نقدی را فراهم نماید.</p>	<p>در تعارض با بندهای زیر از سیاست‌های کلی سلامت: -همگانی ساختن بیمه پایه درمان. (۲-۹) پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد (۳-۹) - ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.</p>	<p>تعارض با ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه: ماده (۸) -... منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست. در این حکم بیمه تکمیلی به‌عنوان بیمه مازاد هزینه در نظر گرفته شده که در تعارض با ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه است.</p>	<p>ضروری است براساس بندهای (۱-۹) و (۲-۹) سیاست‌های کلی سلامت، ابتدا پوشش هزینه‌ای بسته بیمه پایه سلامت تکمیل گردد و سپس با رعایت ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه و با رعایت تعریف قانونی از بیمه تکمیلی (خدماتی که در بسته بیمه پایه نیست)، راهکاری اتخاذ کرد که مراکز و مؤسسات ارائه‌دهنده خدمات سلامت، سهم بیمه پایه و بیمه تکمیلی را یکجا در صورت حساب بیمار اعمال نمایند.</p>	<p>در راستای کمک به تحقق بندهای (۱-۹) و (۲-۹) و (۱۰-۴) سیاست‌های کلی سلامت و به منظور کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر ظرف مدت سه ماه پس از ابلاغ قانون و با همکاری وزارت امور اقتصادی و دارایی، بانک مرکزی و سازمان برنامه و بودجه، سازوکار لازم جهت ارائه تسهیلات سلامت بلندمدت با نرخ مصوب شورای پول و اعتبار و با امکان تضمین پرداخت تسهیلات در قالب کسر از حقوق و یا کسر از حساب‌های بیمه شده نزد بانک‌های عامل از جمله حساب دریافت یارانه نقدی را به منظور کمک به تأمین خود پرداخت (فرانشیز) هزینه خدمات، دارو و کالاهای سلامت اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی تحت پوشش بیمه پایه سلامت، در قالب یک آیین‌نامه اجرایی تدوین و آن را پس از تأیید شورای عالی بیمه سلامت کشور به تصویب هیئت وزیران برساند.</p>
<p>بند (ث) ماده (۷۳)</p>	<p>اشخاصی که از بیمه تکمیلی تجاری برخوردار نمی‌باشند به‌صورت اختیاری و پس از احراز شرایط براساس آزمون وسیع مشمول بیمه تکمیلی براساس ضوابط زیر خواهند بود:</p> <p>۱- حق بیمه سرانه تکمیلی مذکور حداکثر معادل پنجاه درصد پایین‌ترین نرخ حق بیمه سرانه تکمیلی تجاری می‌باشد.</p> <p>۲- خرید خدمات درمانی برای دارندگان بیمه موضوع این حکم از طریق بیمارستان‌ها و مراکز ارائه خدمات درمانی اعم از دولتی، خصوصی، عمومی غیردولتی و خیریه که استانداردهای تعیین شده از جمله بسته خدمتی و تعرفه در سقف تعرفه عمومی غیردولتی را رعایت می‌نمایند، صورت می‌گیرد.</p> <p>۳- بخشی از سرانه بیمه تکمیلی موضوع جزء (۱) این بند از محل منابع بودجه عمومی در سقف بودجه سنواری و مابقی توسط فرد یا از محل یارانه نقدی پرداختی با درخواست وی به‌صورت اقساط، قابل تأمین است.</p> <p>۴- جمع خدمات بیمه پایه و تکمیلی و نیز پرداخت حق امتیاز (فرانشیز) در قالب تسهیلات و غیر آن در مورد اشخاص مشمول این بند با رعایت بند (ت) این ماده انجام می‌شود.</p> <p>۵- در مناطقی که نظام ارجاع و پزشک خانواده اجرا می‌شود، اعمال این ماده با رعایت ضوابط نظام ارجاع می‌باشد.</p>	<p>در تعارض با بندهای زیر از سیاست‌های کلی سلامت: (۱-۹) -همگانی ساختن بیمه پایه درمان. (۲-۹) پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد. (۳-۹) - ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.</p>	<p>تعارض با ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه: ماده (۸) -... منظور از بیمه تکمیلی فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست. در این حکم بیمه تکمیلی به‌عنوان بیمه مازاد هزینه در نظر گرفته شده که در تعارض با ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه است.</p>	<p>ضروری است براساس بندهای (۱-۹) و (۲-۹) سیاست‌های کلی سلامت، ابتدا پوشش هزینه‌ای بسته بیمه پایه سلامت تکمیل گردد و سپس با رعایت ماده (۸) قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه و با رعایت تعریف قانونی از بیمه تکمیلی (خدماتی که در بسته بیمه پایه نیست) به بیمه تکمیلی پرداخت.</p>	





منابع و مآخذ:

۱. سیاست‌های کلی سلامت، مقام معظم رهبری، ۱۳۹۳. (<https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083>)
۲. صادقی ن-ش، پیام م-م، سمیه-صدیقی، آباد م-بع، کمیل-قیدرلو، خطاط سم-م، et al. آسیب شناسی قوانین برنامه اول تا ششم توسعه در حوزه سلامت.
۳. اختصاصی سازی منابع درآمدی برای بخش سلامت  
(<https://rc.majlis.ir/fa/report/show/1662904>)
۴. اظهار نظر کارشناسی درباره: «لایحه برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در بخش بهداشت و درمان» (<https://rc.majlis.ir/fa/report/show/983118>)
۵. خبرگزاری خانه ملت (<https://www.icana.ir/Fa/News/527611>)
۶. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ (<https://qavanin.ir/Law/PrintText/83358>)
۷. ابلاغ سیاست‌های کلی تأمین اجتماعی (<https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=50009>)
۸. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (<https://rc.majlis.ir/fa/law/show/94018>)
۹. قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (<https://dotic.ir/news/364>)





## مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی

تهران، خیابان پاسداران، روبروی پارک نیاوران (ضلع جنوبی، پلاک ۸۰۲)

تلفن: ۷۵۱۸۳۰۰۰ صندوق پستی: ۱۵۸۷۵-۵۸۵۵ پست الکترونیک: [mrc@majles.ir](mailto:mrc@majles.ir)

وبسایت: [rc@majles.ir](http://rc@majles.ir)