



گزارش طرح پژوهشی تبیین بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت

«تامین منابع مالی پایدار بخش سلامت»

پژوهشگران:

دکتر محمد مهدی تدین-دکتر طیبه مرادی

با نظارت و راهنمایی:

دکتر علی حسن زاده خاکمردانی-دکتر شهرام توفیقی



فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
مقدمه	۲
بخش اول: تفسیر تعاریف و مفاهیم کلیدی.....	۱۴
بخش دوم: فهرست ذینفعان	۴۵
بخش سوم: وضعیت موجود	۵۳
بخش چهارم: لیست مداخلات اولویت دار	۷۵
بخش پنجم : برنامه رصد کلان شاخص های نقشه	۱۰۵
بخش ششم: مستند حمایت طلبی	۱۰۸
منابع و مآخذ	۱۴۰

مقدمه

سلامت یکی از نیازهای اساسی انسان است و برخورداری از یک زندگی سالم و مولد و با کیفیت توأم با طول عمر عاری از بیماری و ناتوانی، حق همگانی شمرده می شود که مسئولیت و تولید آن بر عهده دولت هاست و پیش شرط تحقق توسعه پایدار می باشد. بنا بر تعریف سازمان جهانی سلامت (WHO)، سلامت عبارتست از برخورداری از آسایش کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه فقط نداشتن بیماری و نقص عضو (لست جان). جالب توجه است که حکیم نظامی در کتاب پنج گنج خود، با بهره گیری از ایجاز شعر فارسی، تعریف طولانی سازمان جهانی بهداشت را با دو کلمه سلامت = آسودگی (سلامت به اقلیم آسودگیست) بیان نموده است.

تعریف سازمان جهانی سلامت از سلامتی، یک تعریف ایده آل و عملاً دست نیافتنی است زیرا با توجه به این تعریف نمی توان فردی را پیدا کرد که در هر سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم باشد، ضمن اینکه در عمل هم نمی توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت، در حقیقت این تعریف مشابه قله مرتفعی است که هیچ کس نمی تواند آن را فتح نماید ولی تلاش همه افراد باید به سمت آن باشد و از طرفی باید برای سطح سلامتی، طیفی قایل شد.

ابعاد سلامتی :

با توجه به تعریف سلامتی (تعریف WHO) متوجه می شویم که سلامتی یک مسئله چند بعدی است حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی را هم در نظر می گیرند و باید توجه داشت که ابعاد مختلف سلامتی و یا بیماری بر یکدیگر اثر کرده و تحت تأثیر یکدیگر قرار دارند. چنانچه مشکلات جسمی بر روان فرد مشکلات روانی بر جسم او و نیز هر دوی آنها بر جامعه و اختلالات موجود در جامعه بر هر دو بعد دیگر سلامتی اثر می گذارند لذا اقدامات انجام شده برای ارتقای سلامتی باید به تمام جوانب سلامتی فردی (جسمی و روانی و معنوی) و سلامت کلی جامعه توجه داشته باشد.

۱- اختلالات جسمی ۲- اختلالات روانی ۳- اختلالات اجتماعی

در اینجا برای ساده کردن مطلب، ابعاد مختلف سلامتی را جداگانه شرح می دهیم گرچه در عمل قابل تفکیک از یکدیگر نیستند.

بعد جسمی:

معمول ترین بعد سلامتی، سلامت جسمی است که نسبت به ابعاد دیگر سلامتی ساده تر می توان آن را ارزیابی کرد. سلام جسمی در حقیقت ناشی از عملکرد درست اعضای بدن است. از نظر بیولوژیکی عمل مناسب سلول ها و اعضای بدن و هماهنگی آنها با هم نشانه سلامت جسمی است.

به عنوان نمونه بعضی از نشانه های سلامت جسمی عبارتست از : ظاهر خوب و طبیعی، وزن مناسب، اشتها کافی، خواب راحت و منظم، اجابت مزاج منظم، جلب توجه نکردن اعضای بدن توسط خود فرد، اندام مناسب، حرکات بدنی هماهنگ، طبیعی بودن نبض و فشار خون و افزایش مناسب وزن در سنین رشد و وزن به نسبت ثابت در سنین بالاتر.

بعد روانی:

بدیهی است سنجش سلامت روانی نسبت به سلامت جسمی مشکل تر خواهد بود در اینجا تنها نداشتن بیماری روانی مد نظر نیست بلکه قدرت تطابق با شرایط محیطی، داشتن واکنش مناسب در برابر مشکلات و حوادث زندگی جنبه مهمی از سلامت روانی را تشکیل می دهد، نکته دیگری که باید در اینجا به آن اشاره کرد اینکه بسیاری از بیماری های روانی نظیر اضطراب، افسردگی و غیره بر روی سلامت جسمی تأثیرگذار است و ارتباط متقابلی بین بیماری های روانی و جسمی وجود دارد. بعضی از نشانه های سلامت روانی عبارتست از :

سازگاری فرد با خودش و دیگران، قضاوت صحیح در برخورد با مسایل، داشتن روحیه انتقادپذیری و داشتن عملکرد مناسب در برخورد با مشکلات.

بعد معنوی:

یکی از زمینه های عمده بیماری ها و مشکلات روانی و عوارض جسمی و اجتماعی آن احساس پوچی، بیهودگی و تزلزل روحی است که ناشی از فقدان بعد معنوی در افراد است. ایمان، هدفدار بودن زندگی، پایبندی اخلاقی، تعاون، داشتن حسن ظن و توجه بیشتر به مسایل معنوی زندگی باعث کاهش اضطراب، تزلزل روحی و عوارض ناشی از آن می شود. (باقری یزدی و همکاران، ۱۳۷۴، ص ۱۵)

بررسی مفاهیم نظری سلامت عمومی از دیدگاه های مختلف :

در فرهنگ علوم رفتاری، بهداشت روانی عبارتست از :

۱- علم و هنر نگهداری و به حداکثر رساندن سلامت روانی و پیشگیری از بیماریهای روانی.

۲- فراهم آوردن اوضاع و احوال محیطی، نظرات هیجانی و عادت های تفکر که از ناسازگاری شخصیتی جلوگیری می کند.

۳- مطالعه اصول و روش های گسترده سلامت عقلی و جبران نابسامانی روانی. (شعاری نژاد، ۱۳۶۴، ص ۲۵۱)

بنا به تعریف «سازمان بهداشت جهانی» [۱] سلامتی عبارت است از «حالت سلامتی کامل فیزیکی، روانی و اجتماعی نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی» (کاپلان ؛ و سادوک، ۱۹۹۸، ص ۳۰۷)

پوشش همگانی سلامت (Universal Health Coverage):

پوشش همگانی بهداشت یعنی هرکسی بتواند به خدمات بهداشتی باکیفیتی که نیازمند آن است دست یابد، بدون آن که دچار تنگنای مالی شود .

پوشش همگانی بهداشت (UHC=Universal Health Coverage) طیف گسترده ای از خدمات پایه بهداشتی با

کیفیت بالا در زمینه ترویج، پیشگیری، درمان، توان بخشی و مراقبت تسکینی را در برمی گیرد. پوشش همگانی بهداشت به همه

افراد امکان دسترسی به خدمات بهداشتی متمرکز بر مهم ترین علل بیماری ها و مرگ را می دهد و تضمین می کند که کیفیت این

خدمات آن قدر بالا باشد که باعث بهبودی سلامت افراد دریافت کننده خدمات شود. پوشش همگانی بهداشت با حفاظت افراد از

پیامدهای مالی پرداخت هزینه های خدمات بهداشتی از جیب خودشان مانع از آن می شود که آنان به علت بیماری های

غیرمنتظره ای که مجبورشان می کند پس اندازهایشان را مصرف کنند، دارایی هایشان را بفروشند یا قرض بگیرند، دچار فقر شوند و

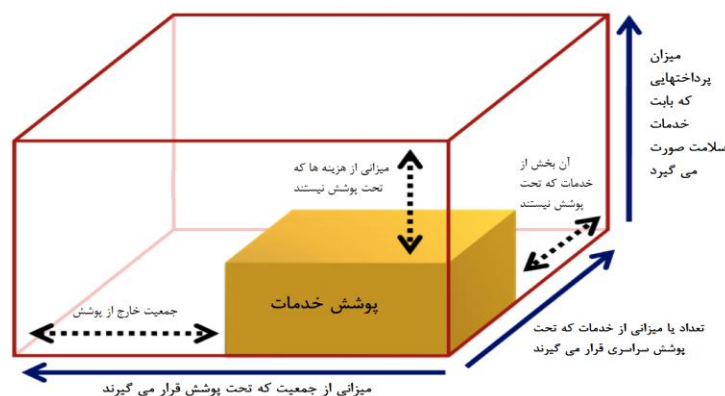
در نتیجه آینده خودشان و کودکانشان به باد رود.

دستیابی به پوشش همگانی بهداشت یکی از نکات مورد توجه کشورهای جهان هنگام توافق بر سر اهداف توسعه پایدار در سال ۲۰۱۵ بود و به عنوان شاخص (target) هشتم در هدف سوم (SDG3) «بهداشت و بهزیستی مناسب» ذکر شد. کشورهایی که به سوی پوشش همگانی بهداشت حرکت می کنند، اهداف دیگر بهداشتی و اهداف دیگر توسعه پایدار را هم محقق می کنند. برای مثال، وضعیت مناسب بهداشتی به کودکان امکان تحصیل و به بزرگسالان امکان کسب درآمد را می دهد، از فقیر شدن افراد جلوگیری می کند و می تواند پایه توسعه اقتصادی باشد.

باید توجه داشت که پوشش همگانی بهداشت به معنای رایگان بودن همه خدمات درمانی نیست، زیرا هیچ کشوری نمی تواند بطور پایدار همه خدمات را رایگان ارائه دهد. نکته دیگر این است که وقتی از پوشش همگانی بهداشت

سخن می گوئیم، فقط موضوع تأمین هزینه های بهداشتی مطرح نیست، بلکه نظام عرضه خدمات بهداشتی، کارکنان بهداشتی، تسهیلات و شبکه های ارتباطی بهداشتی، فناوری های بهداشتی، سیستم های اطلاعاتی، سازوکارهای بیمه ای مناسب و حکمرانی و قانون گذاری در حوزه بهداشت هم مطرح است. همچنین پوشش همگانی بهداشت فقط به معنای تضمین کردن عرضه یک بسته حداقلی خدمات بهداشتی نیست، بلکه مسئله بر سر آن است پوشش خدمات بهداشتی و حفاظت مالی با افزایش در دسترس قرارگیری منابع بطور پیش رونده ای گسترش یابد. از طرف دیگر این پوشش فقط شامل خدمات درمانی فردی نیست، بلکه خدمات بر اساس جمعیت مانند کارزارهای بهداشت عمومی مانند افزودن فلوراید به آب آشامیدنی یا کنترل زاد و ولد پشه های ناقل بیماری و غیره را هم در برمی گیرد.

بالاخره اینکه حرکت به سوی پوشش همگانی بهداشت در جهت حرکت به سوی برابری، اولویتهای توسعه ای و شمول و انسجام اجتماعی است.



تصاویر فوق به وضوح عوامل مؤثر در دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت را نشان می دهد. در دستیابی به پوشش همگانی سلامت هر سه فاکتور فوق مهم و حیاتی هستند و عدم وجود هر کدام به معنی عدم موفقیت سیستم در دستیابی به پوشش همگانی سلامت می باشد.

۱ - پوشش جمعیت: پوشش حداکثری جمعیت در این موضوع به عنوان یکی از سه رکن حایز اهمیت است. این مهم علاوه بر تضمین دریافت خدمات از سوی همه افراد جامعه، سیاستگذار را به هدف ایجاد عدالت عمودی در سیستم سلامت نیز نزدیک خواهد کرد. البته ممکن است بنا به دلایلی مانند عدم دسترسی دولت به برخی افراد، پوشش جمعیتی خدمات سلامت تا حد ۱۰۰ درصد محقق نشود، ولی آنچه مهم است، به حداکثر ممکن رساندن این پارامتر است.

۲ - پوشش خدمات: به دلیل محدودیت همیشگی منابع در حوزه سلامت از یک سو، و همینطور نامحدود بودن نیازها از سوی دیگر، لزوم اولویت بندی برای تحت پوشش قرار دادن خدمات مهم تر، مؤثر تر و حیاتی تر حوزه سلامت در رده خدمات تحت حمایت دولت؛ یک ضرورت مهم برشمرده می شود. این موضوع خود یکی دیگر از ارکان دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت است که در اصطلاح با عنوان «بسته خدماتی» شناخته می شود. در واقع بسته خدماتی که دولت برای ارایه به مردم تدوین می کند باید دارای ویژگی هایی باشد که رفع کننده نیازهای اساسی مردم باشد و سبب ارتقای سلامت و نه صرفاً درمان ————— ان محوری گردد.

۳ - تأمین مالی: دیگر پارامتر مهم در پوشش همگانی خدمات سلامت، موضوع تأمین مالی است. در صورتی دولت می تواند ادعا کند که موفق به دستیابی به پوشش همگانی خدمات سلامت شده است که بتواند میزان مناسبی از هزینه های مالی خدمات سلامت را پرداخت کند. بالا بودن پرداخت از جیب مردم، یکی از عوامل مهم در عدم دسترسی کشور به پوشش همگانی خدمات سلامت است. نکته مهم در این خصوص آن است که پرداخت ۱۰۰ درصدی هزینه ها از سوی دولت نیز به هیچ عنوان مطلوب نمی باشد و اجرای این مدل نیز به نحو دیگری به سیستم سلامت ضربه وارد خواهد کرد. بطور خلاصه می توان گفت که پوشش همگانی خدمات سلامت زمانی به نحو صحیح محقق خواهد شد که این سه پارامتر یعنی پوشش جمعیتی، بسته خدماتی و پرداخت دولتی به میزان مناسبی صورت پذیرند.

تجربه کشورهای موفق در ارتباط با تأمین مالی در راستای دستیابی به UHC

خوشبختانه، تعداد فزاینده ای از کشورهای در حال توسعه، در حال ایجاد نظام های تأمین مالی "بومی" (Home-grown) جهت گسترش و پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت هستند. این کشورها، صرف نظر از تفاوت های موجود در نوع حرکت خود، بر این باورند که حق برخورداری از خدمات مراقبت سلامت باید مبتنی بر شهروندی و یا اقامت و نه براساس وضعیت اشتغال و مشارکت های مالی در نظر گرفته شود. به جای وارد کردن مدل های نامناسب تأمین مالی از کشورهای با درآمد بالا، کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط باید به داستان های موفقیت آمیز "UHC" در کشورهای قابل مقایسه از قبیل تایلند، مکزیک، سریلانکا و قرقیزستان بنگرند؛ کشورهایی که بیشترین پیشرفت را در جهت بروز رسانی مفاهیم عدالت و جهان شمولی داشته و رویکردهایی که براساس آن، اقشار کم درآمد باید حق بیمه های خود را پرداخت نمایند را نیز رد کرده اند. این کشورها در دو دسته زیر قرار گرفته اند:

۱- دسته اول، کشورهایی است که در همه سطوح درآمدی از قبیل سریلانکا، مالزی و برزیل در نظر گرفته شده اند که پوشش همگانی سلامت را از طریق درآمدهای مالیاتی، تأمین مالی می کنند. نظام‌های سلامت تأمین مالی شده از طریق مالیات در سریلانکا و مالزی، شهروندان را با بعضی از بالاترین سطوح ریسک مالی در آسیا مواجهه ساخته اند. در اواخر دهه ۱۹۸۰ در برزیل، نیمی از جمعیت هیچ پوشش بهداشتی نداشتند و دو دهه بعد از استقرار نظام مالیاتی، تقریباً ۷۰ درصد از ۲۰۰ میلیون شهروند، تحت حمایت مالی، خدمات سلامت را دریافت می کردند. مهم تر از همه اینکه، تنها کشورهای با درآمد کم، جهت دستیابی به پوشش همگانی و منصفانه، رویکرد تأمین مالی مبتنی بر مالیات را اتخاذ نموده اند.

۲- دسته دوم، کشورهایی چون تایلند، مکزیک و قرقیزستان هستند که حق بیمه ها را تنها از کارمندان رسمی جمع آوری می کنند و آن ها را تا جایی انباشت می کنند که توام با درآمدهای مالیاتی، امکان دسترسی کل جمعیت را به خدمات سلامت فراهم سازند. نظام سلامت تایلند متکی بر مشارکت های ناشی از حقوق و دستمزد برای تنها ۱۲ درصد از جمعیت خود است و در سطح بین المللی، طرح پوشش همگانی را با استفاده از درآمدهای عمومی دولت، تأمین مالی می کند و در طی ۱۰ سال، تعداد افراد بدون پوشش همگانی از ۳۰ درصد به کمتر از ۴ درصد جمعیت تنزل یافت. به عبارت دیگر، اقشار کم درآمد، بیشترین سود را بردند و تایلند با ادغام طرح های مختلف، نابرابری موجود را که ناشی از وجود مزایای برتر برای کارمندان رسمی است را جبران خواهد کرد.

در حال حاضر، روندی به سمت یکپارچه سازی صندوق های انباشت چون ترکیب مشارکت ها، درآمدهای مالیاتی و کمک های توسعه ای در بسیاری از کشورها وجود داشته است. چنین اصلاحاتی در قرقیزستان به طور ریشه ای، پراکندگی و نابرابری را کاهش داد و پیامدهای سلامت را بهبود بخشید. دسترسی به مراقبت های بهداشتی در بیمه سلامت ملی آفریقای جنوبی، مبتنی بر شهروندی و اقامت قانونی بود تا مشارکت های مالی.

برای پاسخگویی به نیاز سلامت در جامعه، سیستم ارایه خدماتی بنام نظام سلامت توسط دولت ها و حاکمیت تشکیل شده است. بنابر تعریف، نظام سلامت مشتمل بر تمام سازمان ها و منابعی است که به ارایه اقدامات سلامت می پردازند و اقدام سلامت عبارت است از هر گونه تلاش، خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات سلامت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف آن ارتقای سلامت است. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران ضمن محوری بر شمردن سلامت کامل و جامع انسانی، بهداشت و درمان را از جمله نیازهای اساسی می شمارد و دولت را مکلف کرده تا تمامی منابع، امکانات و ظرفیت های خود را جهت تأمین، حفظ و ارتقای سطح سلامت افراد کشور بسیج نماید. (اصول ۴۳ و ۲۹، ۳ قانون اساسی) پیرو این مهم، در اصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز، بر ایجاد رفاه، رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه ای، بهداشت و تعمیم بیمه تأکید شده است.

بیمه سلامت در آینه قوانین و اسناد بالادستی:

مقابله با فقر و تبعیض و برقراری عدالت اجتماعی از جمله محورهای اصلی انقلاب اسلامی ملت ایران بود که در اصول متعدد قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، بعنوان میثاق ملی ملت ایران، تبلور یافت. از جمله این اصول میتوان به موارد زیر اشاره نمود:

بند ۱۲ اصل سوم قانون اساسی: دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم (قسط و عدل و استقلال سیاسی و اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و همبستگی ملی) همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد:..... پی ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

اصل بیست و نهم قانون اساسی: برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی و دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک فرد کشور تأمین کند.

اصل چهل و سوم قانون اساسی: برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، با حفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران بر اساس ضوابط زیر استوار می شود:

۱- تأمین نیازهای اساسی: مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

یکی از نکات مهم در اصول فوق اینست که نگاه تدوین کنندگان قانون اساسی به موضوع بیمه، بعنوان راهکاری برای رفع فقر و برطرف ساختن هرگونه محرومیت (بند ۱۲ اصل سوم و اصل ۴۳ قانون اساسی) و حمایت مالی برای برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی (شامل بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی بر اساس اصل ۲۹ قانون اساسی) بوده است. در این راستا بیمه، راهکاری برای ایجاد برخورداری و بهره مندی از خدمات تأمین اجتماعی معرفی گردیده که از منظر رفع فقر، بهره مندی از خدمات تأمین اجتماعی را تضمین می نماید. نکته اساسی وظریف و وجه ممیزه اصلی بیمه سلامت (بعنوان بخشی از ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور) با نظام سلامت نیز در همین جا نهفته است. نظام سلامت، بعنوان تولید سلامت کشور متولی ایجاد تأمین سطح مناسبی از سلامت برای آحاد جامعه، بهبود دسترسی (Accessibility) به خدمات، دارو و کالای سلامت، آموزش پزشک و پیراپزشک، نظارت بر تولید و ارایه خدمات، دارو و کالاهای سلامت، توسعه و تجهیز مراکز و مؤسسات ارایه دهنده خدمات سلامت، توزیع مناسب نیروی انسانی و نظارت بر عملکرد آنها در چهارچوب عدالت، تضمین کیفیت خدمات، رعایت حقوق بیماران است. اما تأمین بهره مندی (Availability) از خدمات سلامت که حاصل و نتیجه نهایی ایجاد دسترسی (Accessibility)، استطاعت مالی پرداخت (Affordability) و حفاظت مالی (Financial Protection)، تناسب خدمت با نیاز (Appropriateness) و مقبولیت (Acceptability) است، از آن رو که وجوه مختلف اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی افراد و جوامع مختلف را نیز در کنار دسترسی آنان به خدمت، دارو و یا کالای سلامت مد نظر قرار می دهد، بمراتب حیطة ای فراتر از حیطة عملکردی نظام سلامت را شامل گردیده، در کنار مزایایی نظیر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از

کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی و حوادث و سوانح، مفهومی گسترده تر تحت عنوان مزایای تأمین اجتماعی را پدید می آورند. با همین نگرش نیز، موضعین قانون اساسی جمهوری اسلامی با دیدی کارشناسانه، برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی، با تعریف مصرح دراصل ۲۹ قانون اساسی را وظیفه دولت، بعنوان نماینده حاکمیت نظام و حق همه ملت ایران دانسته اند.

در سال های پس از پیروزی انقلاب اسلامی، تلاش های متعددی در راستای اجرای این اصول قانون اساسی انجام پذیرفت اما شاید بتوان تدوین و تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی در سال ۱۳۸۳ را نقطه عطف مهمی در روند اجرایی شدن این اصول قانون اساسی دانست. این قانون، به نوعی ساختار اجرایی و قلمروهای نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی را با همان تعریف موجود در اصل ۲۹ قانون اساسی بیان نموده و در مواد مختلف خود، سه حوزه اصلی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی (حوزه های امدادی، حمایت ها و مساعدت های اجتماعی و بیمه ای) (بیمه های اجتماعی و درمانی پایه و تکمیلی) و نحوه تعاملات بین این حوزه ها و ساختارها و ارکان مرتبط با هر حوزه را تعریف نموده است. اما نکته مهم در این قانون، تعریفی است که در راستای اصول ۲۱ و ۲۹ قانون اساسی از تأمین اجتماعی بعمل آمده و طیف کاملی از خدمات کوتاه مدت تأمین اجتماعی (نظیر امداد و نجات، بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی و ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست) تا مزایای میان مدت تأمین اجتماعی (نظیر بیکاری، در راه ماندگی، بی سرپرستی و آسیب های اجتماعی) و مزایای بلند مدت تأمین اجتماعی (نظیر پیری، بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت) را در بر می گیرد و با تشکیل ارکانی نظیر شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، متکفلین قانونی و اهرم های اجرایی دولت بمنظور ایجاد زمینه برخورداری و بهره مندی احاد ملت از کلیه این مزایا را تعیین نموده است.

یکی از حوزه های مهم نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی یا همان بیمه سلامت است که در دو سطح بیمه پایه تکمیلی سلامت مورد توجه قرار گرفته است.

در ماده ۱ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی می خوانیم: در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای (۲) و (۴) اصل بیست و یکم (۲۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاستهای رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقرار می گردد:

الف - بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت.

ب - بیکاری.

ج - پیری

د - در راه ماندگی، بی سرپرستی و آسیبهای اجتماعی.

هـ - حوادث و سوانح.

و - ناتوانی های جسمی، ذهنی و روانی.

ز - بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت های پزشکی.

ح - حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزند.

ط - حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست.

ی - ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست.

ک - کاهش نابرابری و فقر.

ل - امداد و نجات.

تبصره ۱ - برخورداری از تأمین اجتماعی به نحوی که در این قانون می‌آید حق همه افراد کشور و تأمین آن، تکلیف دولت محسوب می‌شود.

تبصره ۲ - آثار و تبعات منفی احتمالی ناشی از اقدامات دولت، از جمله مصادیق رویدادهای اقتصادی و اجتماعی می‌باشند.

تبصره ۳ - شهروندان خارجی مقیم جمهوری اسلامی ایران نیز در چارچوب موازین اسلامی، مقابله‌نامه‌ها و قراردادهای بین‌المللی مصوب و با رعایت شرط عمل متقابل، از حمایت‌های مربوط به نظام جامع تأمین اجتماعی برخوردار خواهند بود.

ماده ۲ - نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می‌باشد:

الف - حوزه بیمه‌ای : شامل بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) می‌باشد.

تبصره - خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود به طوری که:

۱ - حدود خدمات بیمه‌ای همگانی را قانون تعیین می‌کند. ۲ - بیمه‌های تکمیلی به آن دسته از خدمات بیمه‌ای گفته می‌شود که علاوه بر سطح خدمات بیمه‌های همگانی، با انعقاد قراردادهای انفرادی یا گروهی فی‌مابین بیمه شده و بیمه‌گر و پرداخت حق بیمه توسط بیمه شده انجام می‌پذیرد و دولت در قبال آن تعهد مالی نداشته، اما مکلف به پشتیبانی حقوقی و قانونی لازم از این گونه بیمه‌ها می‌باشد.

در زمان تدوین سیاست‌های کلی و احکام قانونی برنامه پنجم توسعه، با توجه به اهداف سند چشم‌انداز، سیاست‌ها و احکام مهمی در حوزه بیمه‌های سلامت بعنوان یکی از حوزه‌های مهم تأمین اجتماعی مد نظر قرار گرفت. دربند ۳۵-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه تأمین بیمه فراگیر و کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی، در بند ۲۵-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه ایجاد بازار رقابتی برای ارایه خدمات بیمه درمانی و دربند ۱۹-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰٪ تا پایان برنامه پنجم مورد تاکید واقع شد. در راستای این سیاست‌ها، احکام متعددی در راستای استقرار یک نظام تأمین اجتماعی مطلوب، با در نظر گرفتن تعریف جامع اصل ۲۹ قانون اساسی و قانون ساختار نظام رفاه و تأمین اجتماعی از مقوله تأمین اجتماعی تصویب گردید که یکی از مهمترین آنها ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه بود که بموجب آن دولت مجاز گردید نسبت به برقراری و استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چند لایه با لحاظ حداقل سه سطح :

- مساعدتهای اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی

- بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه

- بیمه‌های مکمل بازنشستگی و درمان

با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین این سطح‌ها در کشور اقدام نماید.

در بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و تبصره ذیل آن وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف گردید حداقل تا پایان سال اول برنامه نظام درمانی کشور را در چهارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیأت‌های امناء در بیمارستان‌های آموزشی و تمام وقتی جغرافیایی هیأت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و جهت تصویب به هیأت‌وزیران ارایه نماید.

در بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای موظف گردید حداقل ظرف دو سال اول برنامه خدمات بیمه سلامت را به صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان» ساماندهی نماید.

و سرانجام در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه دولت مکلف گردید به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه ساز و کارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ نموده و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های سنواتی برای تحت پوشش قرار دادن آحاد جامعه فراهم نماید.

از سویی به دولت اجازه داده شد بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده (۵) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده (۵) قانون محاسبات عمومی کشور را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام و سازمان بیمه سلامت ایران را تشکیل دهد. فارغ از اینکه این تکالیف قانونی تا چه اندازه به منصفه اجرا رسیدند، توالی و شاکله احکام قانون برنامه پنجم توسعه حاکی از توجه قانونگذار به مقوله بیمه پایه سلامت، بعنوان یکی از حقوق مردم در حوزه رفاه و تأمین اجتماعی دارد. از جایی که در ماده ۲۷ بیمه درمان پایه را بعنوان یکی از ارکان نظام تأمین اجتماعی چند لایه با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، همسویی و هماهنگی بین سطح‌ها معرفی می نماید تا آنجا که در ماده ۳۲ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را بعنوان تولیت سلامت کشور مکلف می نماید یکپارچگی بیمه پایه درمان را بعنوان یکی از چهارچوبهای تدوین برنامه نظام درمانی کشور مد نظر قرار دهد، و تا آنجا که در ماده ۳۵، زیر ساختهای بیمه سلامت کشور را مد نظر قرار داده و استقرار بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات را در تعامل با سامانه پرونده الکترونیک سلامت از جمله تکالیف متولی نظام رفاه و تأمین اجتماعی کشور، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بر می شمرد و در نهایت در ماده ۳۸، اصلاح ساختار صندوقهای بیمه ای، تجمیع منابع نظام بیمه ای، اصلاح ساختار نظام بیمه ای و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، تغییر الگوی حق بیمه از الگوی سنتی سرانه ای Regressive به حق بیمه مبتنی بر حقوق

و دستمزدها که ماهیتی Progressive و Proportional دارد را مد نظر قرار می دهد. تکالیفی که چنانچه بصورت کامل به مرحله اجرا درآمده بودند، بی شک امروز شاهد یک نظام بیمه سلامت کارآمد و مؤثر در کشور می بودیم. شاید همین عدم تحقق سیاستها و احکام قانونی برنامه پنجم توسعه و فرصت اندک باقیمانده تا پایان سالهای تحقق سند چشم انداز بود که مقام رهبری را برآن داشت تا مجدداً و در دو سند جداگانه، یکی سیاستهای کلی سلامت و دیگری سیاستهای کلی برنامه ششم توسعه، ضمن تأکید مجدد بر سیاستهای ابلاغی برنامه های چهارم و پنجم توسعه، برخی محورهای اساسی را با تأکید و شفافیت بیشتری بیان نمایند. سیاستهای کلی سلامت در راستای اجرای بند یک و دو اصل ۱۱۰ قانون اساسی کشور در ۱۴ ماده و ۳۲ زیرماده در سال ۱۳۹۳ از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد. به منظور تحقق سیاستهای کلی سلامت در وهله اول شناخت عمیق مفاد و ابعاد این سیاستها به منظور اجرای صحیح آنها ضروری است. که در این گزارش به تبیین دقیق مفاهیم و واژه های بند ۱۰ این سیاستها پرداخته شده است. مفاد بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت ابلاغی به شرح موارد زیر است:

"تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:

۱- ۱۰- شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه ها و فعالیت ها.

۲- ۱۰- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء 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 چشم انداز تحقق یابد.

۳- ۱۰- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان آور سلامت.

۴- ۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک های پایین درآمدی."

گزارش حاضر که محصول سه مرحله فعالیت است؛ که در ۶ بخش به شرح زیر تقدیم می گردد:

- بخش اول: ارائه تعاریف و مفاهیم کلیدی
- بخش دوم: فهرست ذینفعان
- بخش سوم: وضعیت موجود؛ که خود شامل معرفی شاخص ها و وضعیت آنها است.
- بخش چهارم: لیست مداخلات اولویت دار
- بخش پنجم: برنامه رصد کلان شاخص های نقشه
- بخش ششم: مستند حمایت طلبی

قبل از پرداختن به بخش های اصلی گزارش به اهمیت و لزوم پرداختن به موضوع پایداری در تأمین مالی؛ ناظر بر بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت ابلاغی؛ می پردازیم.

لزوم توجه به موضوع پایداری در تأمین مالی نظام سلامت و چالشهای آن

نظامهای سلامت در همه کشورها، از یک سو، با چالشهای اساسی در حوزه تامین مالی روبرو هستند که منجر به افزایش هزینه ها و مخارج سلامت آنها می گردد؛ که این چالشها ناشی از موارد زیر است:

بالا رفتن سن جمعیت، توسعه فن آوری های جدید، انتظارات رو به تزاید مصرف کنندگان در خصوص ارتقاء پوشش مراقبت های بهداشتی و با کیفیت و «تک نفره شدن خانوارها» که بدنبال جهانی شده و تاخیر در ازدواج اتفاق می افتد. [۱]

در نتیجه منابع مالی در همه نظامهای سلامت برای پاسخگویی به این نیاز رو به رشد بشدت محدود است و ضروریست تعادلی بین منابع موجود و نیازهای رو به گسترش که منجر به فشار هزینه ای می گردند برقرار نمود. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، یک نظام سلامت آنگاه از نقطه نظر مالی پایدار است که بتواند یک تعادل منطقی و مداوم بین تعهداتی که در قبال ذینفعان خود دارد و منابع مالی که برای ایفای این تعهدات در دسترس دارد برقرار نماید. [۲]

از سوی دیگر با توجه به بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت ابلاغی که به موضوع تأمین مالی پایدار در نظام سلامت تاکید نموده است [۳] و کسری منابعی که بخش سلامت در سالهای اخیر با آن مواجه بوده است؛ لزوم توجه جدی به حوزه پایداری تامین مالی نظام سلامت را دو چندان نموده است. در ادامه خواهید دید که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت در قیاس با سایر کشورهای منطقه در وضعیت مناسبی است و با فرض حفظ یا افزایش این روند در سالهای ۲۰۱۴ الی ۲۰۱۷ میلادی، این بخش از بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت تحقق یافته قلمداد می گردد. از جنبه دیگر، پس از انتشار اهداف توسعه پایدار^۱ توسط سازمان ملل در سال ۲۰۱۵ و لزوم پایداری تامین مالی نظام سلامت برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت ذیل هدف سه، نیاز به حرکت به سمت پایداری تامین مالی بخش سلامت بیش از پیش احساس می گردد. [۴]

^۱ Sustainable Development Goals/SDGs

بخش اول:

تفسیر تعاریف و مفاهیم

کلیدی

این بخش شامل سه قسمت تعریف کلی سیاست و ابعاد آن، تفسیر تعاریف و مفاهیم کلیدی سیاست و نیز تعاریف واژه می باشد.

الف. تعریف کلی سیاست و ابعاد آن

بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت: تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:

۱-۱۰- شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه ها و فعالیت ها.

۲-۱۰- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء 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 چشم انداز تحقق یابد.

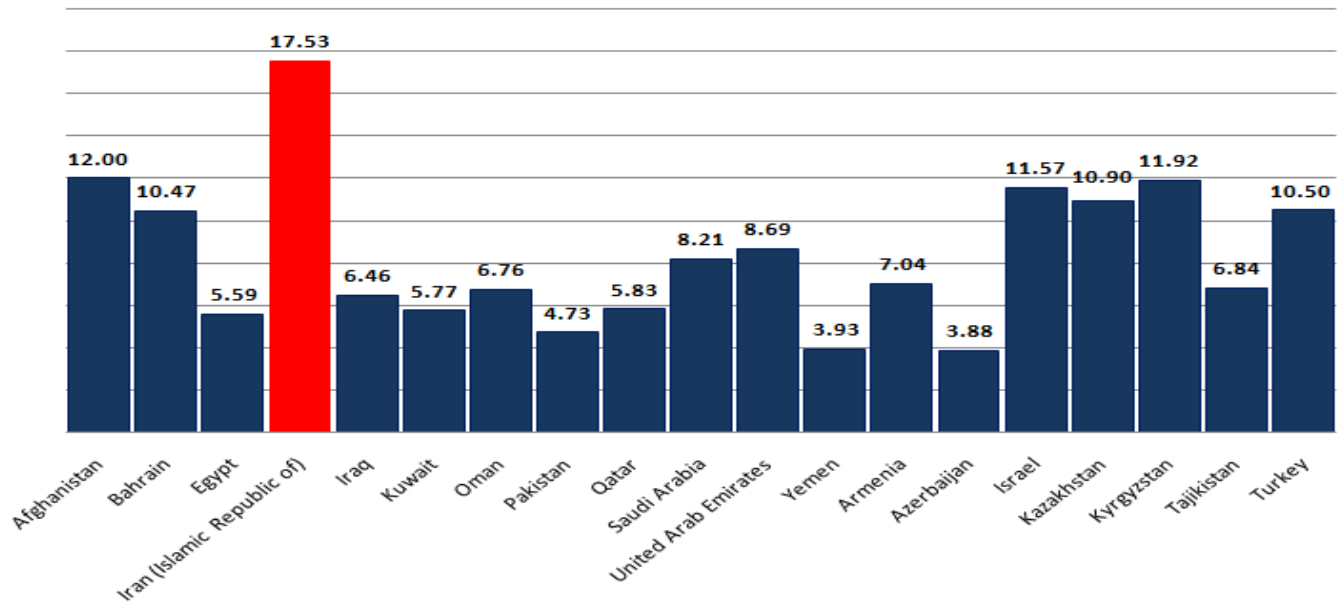
۳-۱۰- وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان آور سلامت.

۴-۱۰- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک های پایین درآمدی.

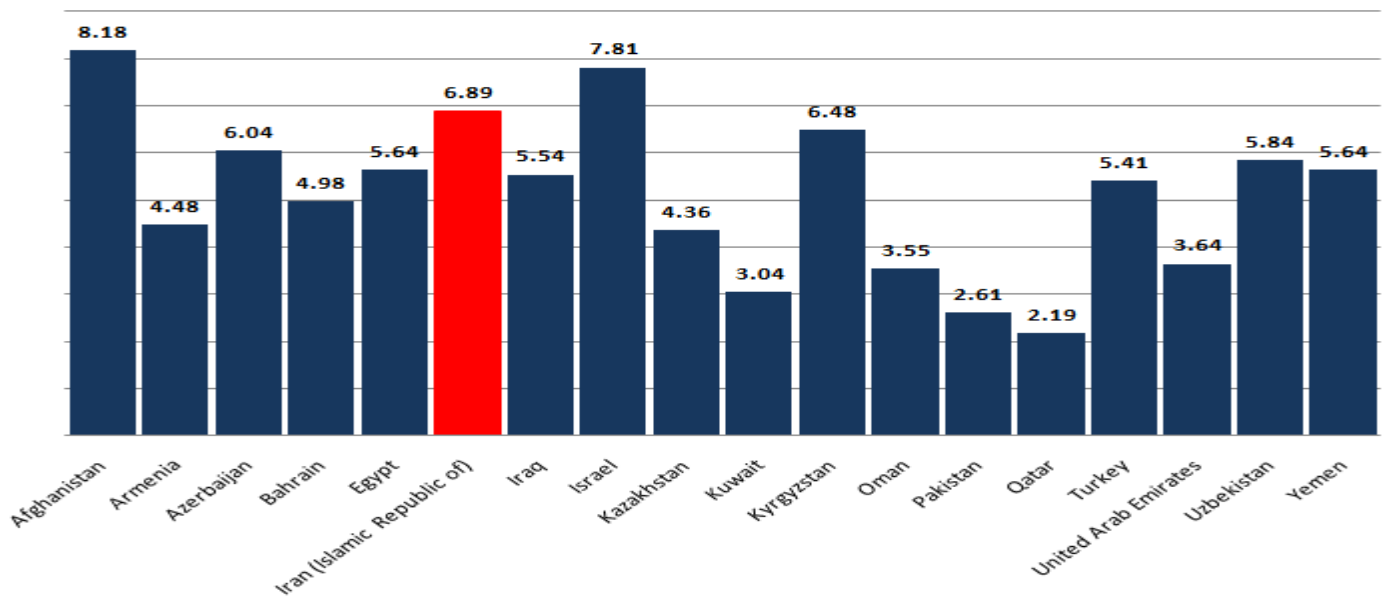
مهمترین محورهای این بند از سیاستهای کلی سلامت عبارتست از:

۱- ایجاد شفافیت مالی (Financial Transparency) در درآمدها، هزینه و فعالیتهای های بخش سلامت؛ شفافیت مالی عبارتست از تولید اطلاعات صحیح درباره درآمدها، هزینه ها و فعالیتهای مالی در نظام سلامت و ایجاد دسترسی آزادانه به این اطلاعات برای کلیه ذینفعان. [۱۵ و ۱۴]

۲- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد. در نمودارهای زیر وضعیت سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت در کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت و تفسی مختصری از آن ارائه گردیده است:



نمودار شماره ۱: مقایسه سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت در کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳^۲ / ۲۰۱۴ [۱۴]



نمودار شماره ۲: مقایسه سهم بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳^۳ / ۲۰۱۴ [۱۴]

² Source: NHA indicators, Global Health Expenditure Database

³ Source: NHA indicators, Global Health Expenditure Database

بر مبنای اطلاعات مذکور در نمودار فوق، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۱۴ میلادی، معادل ۶/۸۹٪ و سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت معادل ۱۷/۵۳٪ بوده که در قیاس با سایر کشورهای هم‌مرده در منطقه بجز رژیم اشغالگر رژیم اشغالگر صهیونیستی و افغانستان بالاتر بوده و با فرض حفظ یا افزایش این روند در سالهای ۲۰۱۴ الی ۲۰۱۷ میلادی، این بخش از بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت تحقق یافته قلمداد می‌گردد. سهم بخش سلامت رژیم اشغالگر رژیم اشغالگر صهیونیستی از تولید ناخالص داخلی معادل ۷/۸۱٪ و سهم بخش سلامت افغانستان از تولید ناخالص داخلی معادل ۸/۱۸٪ بوده و احتمالاً با توجه به افزایش قابل توجه منابع مالی بخش سلامت در سال ۲۰۱۳ (۱۳۹۳) - مقارن با شروع طرح تحول نظام سلامت)، ممکنست کماکان این شاخص در رژیم اشغالگر رژیم اشغالگر صهیونیستی و افغانستان بیش از ایران باشد.

۳- **وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان‌آور سلامت:** عاملی مهم در پایدار نمودن منابع مالی نظام سلامت کشور است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا کنون، ۲۳ قلم کالا را در ۶ گروه کالایی به شرح زیر بعنوان کالاها و داروهای زیان‌آور سلامت با احتمال سوء مصرف بالا اعلام نموده است:

فهرست نهایی کالاها و اقدامات آسیب‌رسان و تبلیغ ممنوع برای سال ۱۳۹۷ (shemiranat.sbm.ac.ir)

دسته بندی	کالا
فرآورده‌های گوشتی و غذاهای آماده مصرف	انواع سوسیس و کالباس و ژامبون، همبرگر و کباب شامل کباب‌های کوبیده و لقمه (صنعتی و صنفی)
	انواع ساندویچ و پیتزا دارای سوسیس، کالباس و ژامبون (صنعتی و صنفی)
	غذاهای آماده مصرف شامل سالاد الویه، انواع سمبوسه و فلافل آماده شده با روش غوطه‌وری در روغن (صنعتی و صنفی)
	انواع پنیرهای خامه‌ای و پنیر پروسس
فرآورده‌های شیرین و نوشیدنی‌ها	انواع نوشابه‌های گازدار یا بدون قند و نوشابه‌های انرژی‌زا به استثناء نوشیدنی مالت بدون شکر افزوده
	فرآورده‌های یخی خوراکی
	انواع نوشیدنی میوه‌ای (گازدار و یا بدون گاز) با محتوای آب میوه ۲۵ درصد و کمتر
	انواع شربت میوه‌ای و غیر میوه‌ای و تزئینی
سایر اقلام خوراکی	انواع پودر نوشیدنی فوری
	انواع روغن‌های مصرفی خانوار و روغن سرخ‌کردنی
	مارگارین (اصطلاحاً کره گیاهی) و مینارین
	انواع سس‌های پرچرب (مایونز و سس سالاد و سس‌های سفید) با چربی بیش از ۳۰ درصد
	انواع فرآورده‌های سرخ‌شده در روغن بر پایه سیب‌زمینی و غلات (چیپس سیب‌زمینی و غلات)
	انواع فرآورده‌های حجیم شده بر پایه ذرت (اصطلاحاً انواع پفک)

انواع شیرینی، انواع دسرهای پرچرب، فراورده های کاکائو، تافی و آبنبات	
سیگار و محصولات دخانی	دخانیات
فراآورده های آرایشی تاتو و فراورده های طراحی پوست	کالاهای آرایشی
فراآورده های آرایشی رنگی پوست و مو (انواع رژ لب، ریمل، کرم پودر، پنکیک، خط چشم، مداد آرایشی چشم و لب، رنگ مو و...)	
انواع فراآورده های برنزه کننده پوست	
انواع محصولات آنتی سلولیت و لاغر کننده موضعی	
فراآورده های صاف کننده، فرکننده و کراتینه کننده مو	
دیفنوکسیلات	داروهای با احتمال سوء مصرف
ترامادول در اشکال مختلف (قرص ۱۰۰ میلی گرم، قرص ۵۰ میلی گرمی، کپسول ۱۰۰ میلی گرمی، کپسول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی SR)	

لازم به ذکر است در بند م تبصره ۶ قانون بودجه سال ۱۳۹۷ کل کشور، از ابتدای سال ۱۳۹۷ به قیمت خرده فروشی هر نخ سیگار تولید داخل با نشان ایرانی هفتاد و پنج (۷۵) ریال، تولید مشترک صدوپنجاه (۱۵۰) ریال، تولید داخل با نشان بین المللی دویست و پنجاه (۲۵۰) ریال و وارداتی ششصد (۶۰۰) ریال به عنوان عوارض اضافه می گردد. وزارت امور اقتصادی و دارایی مکلف است مبالغ مزبور را از تولیدکنندگان و واردکنندگان حسب مورد اخذ و به حساب درآمد عمومی موضوع ردیف ۱۶۰۱۹۰ این قانون واریز نماید. معادل درآمد حاصل از اجرای این بند پس از واریز به حساب درآمد عمومی نزد خزانه داری کل کشور، طی ردیفهای شماره ۱۲۷۵۰۰، ۱۲۸۵۰۰ و ۱۲۹۰۰۰ در جهت کاهش مصرف دخانیات، پیشگیری و درمان بیماریهای ناشی از آن، بازتوانی و درمان عوارض حاصل از مصرف و توسعه ورزش، در اختیار وزارتخانه های ورزش و جوانان به میزان سی درصد (۳۰٪)، آموزش و پرورش به میزان بیست درصد (۲۰٪) و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به میزان پنجاه درصد (۵۰٪) قرار می گیرد.

۴- پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک های پایین درآمدی. در راستای اجرای این بند از سیاستهای کلی سلامت، تنها در بدالف ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه، پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری دانسته شده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق ارزیابی وسع و ضوابط ذیل و براساس آیین نامه ای تعیین گردیده که به تصویب هیأت وزیران می رسد. آئین نامه مزبور تدوین گردیده و در سیر مراحل تصویب در هیئت وزیران قرار

دارد. در ادامه و بمنظور بررسی بیشتر ابعاد تامین مالی پایدار بخش سلامت، شاخصهای منتخب حسابهای ملی سلامت ایران با دو کشور پیشرو در زمینه ایجاد یک نظام بیمه سلامت موفق و تامین مالی پایدار بخش سلامت مقایسه و تحلیل گردیده است:

در مقایسه بین شاخصهای اصلی مخارج سلامت ایران با کشور آلمان به عنوان یک کشور موفق در تامین مالی پایدار برای نظام سلامت و نیز با کشور کره جنوبی که از لحاظ برخی شاخصها مشابه^۴ ایران است نتایج زیر حاصل گردیده است [۱۴]:

جدول شماره ۱: مقایسه بین شاخصهای اصلی مخارج سلامت ایران با کشور آلمان و کره جنوبی (درصد)

ردیف	عنوان شاخص	کشور		
		ایران	آلمان	کره جنوبی
۱	سهم هزینه های کل سلامت (THE) از تولید ناخالص ملی (GDP)	۷	۱۱	۷
۲	سهم مخارج عمومی دولت (سهم دولت) برای سلامت (GGHE) از کل هزینه های سلامت (THE)	۴۱	۷۷	۵۴
۳	سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت (PvtHE) از هزینه های کل سلامت (THE)	۵۹	۲۳	۴۶
۴	سهم مخارج عمومی دولت (سهم دولت) برای سلامت (GGHE) از کل هزینه های دولت (GGE)	۱۸	۲۰	۱۲
۵	سهم منابع بیرونی (External) برای سلامت از کل هزینه های سلامت (THE)	۱<	۱<	۳۶
۶	سهم بیمه های اجتماعی برای سلامت از هزینه های عمومی دولت برای سلامت (GGHE)	۴۳	۸۹	۷۹
۷	سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های خصوصی سلامت (PvtHE)	۸۱	۵۷	۷۹
۸	سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت (OOP) از هزینه های کل سلامت (THE)	۴۸	۱۳	۳۶
۹	سهم بیمه های خصوصی سلامت از هزینه های بخش خصوصی سلامت (PvtHE)	۷	۳۹	۱۳

براساس داده های جدول فوق می توان مشاهده نمود که:

۱- سهم کل مخارج سلامت از تولید ناخالص ملی در ایران کمتر از آلمان و مساوی با کره جنوبی است.

۲- سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از کل هزینه های سلامت در ایران بسیار کمتر از آلمان و کمتر از کره جنوبی است.

۳- سهم بیمه های اجتماعی برای سلامت از هزینه های عمومی دولت برای سلامت در ایران بسیار کمتر از آلمان و کره جنوبی است.

۴- سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت از هزینه های کل سلامت در ایران ۲/۶ برابر میزان آن در آلمان و ۱/۳ برابر میزان آن در کره جنوبی است.

۵- سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های خصوصی سلامت در ایران بسیار بیشتر از آلمان و کمی بیش از میزان آن در کره جنوبی است.

۶- سهم بیمه های خصوصی سلامت از هزینه های بخش خصوصی سلامت در آلمان بیش از ۵ برابر ایران و در کره جنوبی نزدیک به ۲ برابر ایران است.

⁴ Source: NHA indicators, Global Health Expenditure Database

و در نتیجه همه این تفاوتها

۷- سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های کل سلامت در آلمان ۷۳ درصد و در کره جنوبی ۲۵ درصد از ایران کمتر است.

براساس بررسی های صورت گرفته، یکی از شاخصهای مهم پایداری تامین مالی در نظامهای سلامت، سهم هزینه های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی است. در اکثر در اکثر کشورهای دارای درآمد بالا و متوسط در دو دهه گذشته، سهم دولت برای بخش سلامت بعنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی علیرغم کاهش سهم کل هزینه ای بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است. بررسی ها متعدد نشان داده است که سهم هزینه های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه مستقیمی با دوشاخ اصلی محافظت مالی یعنی سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه های سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت دارد. [۱۵]

۳-وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان آور سلامت و تخصیص این عوارض به بخش سلامت

از جمله راهکارهای مناسب افزایش پیش پرداختها در نظام سلامت که بالمآل منجر به افزایش پایداری در منابع مالی نظام سلامت می گردد می توان به وضع عوارض به اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت و تخصیص این عوارض به بخش سلامت اشاره نمود.

باید توجه کرد که برای رصد نظام سلامت به ویژه در حوزه تامین مالی «شاخص های درون زای نظام سلامت» که پیامد سلامت را می سنجند باید مدنظر قرار گیرد. [۷]

ب. تفسیر تعاریف و مفاهیم کلیدی سیاست

نظام سلامت و حوزه های اصلی آن

چهار حوزه اصلی نظام سلامت هر کشور عبارتند از:

۱- حکمرانی و تولید نظام سلامت؛ شامل سیاست گذاری، برنامه ریزی راهبردی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

۲-نظام تأمین مالی

۳-نظام ارائه خدمات سلامت؛

هدف غایی نظام سلامت، تأمین بهره‌مندی عادلانه آحاد جامعه از خدمات مناسب سلامت در وقت مقتضی بدون تحمیل هرگونه مشقت مالی به بیمار (پوشش همگانی سلامت)^۵ می‌باشد. لازم به ذکر است، براساس بند (۷) سیاست‌های کلی سلامت، تفکیک وظایف حوزه‌های فوق به شرح زیر مقرر شده است:

- ۱- تولید نظام سلامت؛ شامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی راهبردی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۲- تأمین مالی (یا مدیریت منابع سلامت) از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها
- ۳- تدارک خدمت، توسط ارایه‌کنندگان خدمات سلامت در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی باید صورت پذیرد.

الگوهای تأمین مالی نظام سلامت

در جهان امروز کشورها برای پوشش فراگیر خدمات سلامت و عدالت در بهره‌مندی از خدمات، راه‌های مختلف را آزموده‌اند تا کلیه افراد جامعه را در برابر ریسک مالی هزینه‌های سلامت حمایت و محافظت نمایند. چهار مدل شناخته شده تأمین مالی سلامت در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه وجود دارد که در تمام آن‌ها به جز مدل حساب پس‌انداز سلامت، پوشش اجباری است و تمامی افراد جامعه، ملزم به قرار گرفتن در ذیل صندوق‌های بیمه‌ای هستند.

عبارتند از:

- (۱) نظام طب ملی (National Health System)
- (۲) بیمه ملی سلامت (National Health Insurance)
- (۳) بیمه اجتماعی سلامت (Social Health Insurance)
- (۴) حساب پس‌انداز سلامت (Medical Saving Account)

* در نظام طب ملی، اقامت در کشور، مبنای پوشش افراد است و هر فردی که در آن کشور زندگی می‌کند، از خدمات سلامت به عنوان حق شهروندی برخوردار است. صندوق مستقلی برای تأمین مالی خدمات سلامت تشکیل نمی‌شود، بلکه از محل منبع

⁵ UHC: Universal Health Coverage

مالیات و دیگر منابع عمومی تأمین مالی می‌شود و خریدار خدمات سلامت، دولت می‌باشد. انگلستان، سوئد و مالزی از جمله کشورهای دارای نظام طب ملی هستند. عدم رقابت، منجر به کاهش کیفیت خدمات ارائه شده و کاهش بهره‌وری در این نظام می‌شود.

* در نظام مبتنی بر بیمه ملی سلامت، صندوق ملی و متمرکز بیمه سلامت براساس مشارکت مستقیم مردم و دولت تشکیل می‌شود که از ارایه‌کنندگان دولتی و خصوصی خدمات سلامت خرید می‌کند و شرط استفاده از خدمات، عضویت در صندوق بیمه سلامت است. کانادا، استرالیا، زلاندنو و تایلند از این مدل استفاده می‌کنند.

* در نظام مبتنی بر بیمه اجتماعی سلامت، افراد به دلخواه یا حسب شغل خود در صندوق‌های متعدد عضو می‌شوند و معمولاً نوع خدمات، تعرفه و میزان مشارکت افراد توسط دولت کنترل می‌شود. کشورهای آلمان، فرانسه، هلند، اتریش، سوئیس و کره جنوبی، از کشورهای موفق در این زمینه هستند.

* در نظام مبتنی بر حساب پس‌انداز سلامت، بخشی از درآمد افراد به منظور استفاده از خدمات سلامت در مواقع نیاز در حساب شخصی آنها به صورت اجباری پس‌انداز می‌گردد و تنها خود فرد یا بستگان درجه اول فرد حق استفاده از آن را دارند. دولت صرفاً ارایه خدمات سلامت به افراد نیازمند و بیماران صعب‌العلاج را بر عهده دارد و اساساً سلامت فرد و خانواده بر عهده خود اوست. کشورهای سنگاپور، آفریقای جنوبی و برخی کشورهای کوچک اروپایی از این مدل استفاده می‌کنند.

چهار طبقه بندی عمده برای مکانیزم های ابتکاری تأمین مالی شناسایی شده است:

۱. مالیات، عوارض و دیگر هزینه های اجباری مرتبط با فعالیت های جهانی: این مسأله، شامل طرح هایی چون مالیات بر بلیط هواپیمایی است که در سطح ملی اما در چارچوب هماهنگی و همکاری بین المللی وضع می شود. درآمدهای جمع آوری شده، به توسعه بین المللی اختصاص داده می شوند. مالیات های وضع شده بر معاملات مالی، کربن و... نمونه های دیگری در این طبقه بندی هستند. این طرح ها، جریانات درآمد عمومی جدیدی را بواسطه بخش خصوصی تولید می کنند.

۲. مشارکت های منسجم داوطلبانه: تحت چنین طرح هایی، در نقطه خرید محصول، گزینه ای به جهت اهدای حجم کوچکی از منابع مالی، در نظر گرفته می شود (به عنوان مثال، در هنگام رزرو هتل). اگرچه این طرح، ماهیت خصوصی دارد، اما در حقیقت، مجریان دولتی، چنین مشارکت هایی را از طریق محرک های مالیاتی و تسهیلات فنی در توزیع منابع، میسر می سازند.

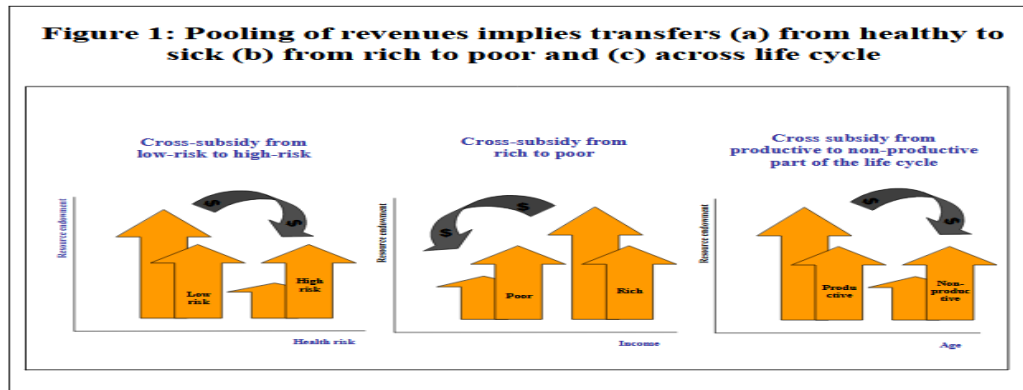
۳. ابزارهای مبتنی بر بدهی: گزینه دیگری که منابع مالی عمومی را برای توسعه فراهم می آورد، صدور اوراق قرضه در بازارهای بین المللی سرمایه است که بدهی های قابل گزارشی را به عنوان کمک در طی یک برهه زمانی فراهم می آورد. به عنوان مثال، زمانی که سقف بدهی ها کاهش می یابد، سایر مکانیزم های مبتنی بر بدهی شامل تبدیلات بدهی (که میزان بدهی را کاهش می دهد و به موجب آن، منابع اضافی برای هزینه های توسعه آزاد می شود)، اوراق قرضه دیازپورا (Diaspora) (یک ابزار بدهی است که توسط یک نهاد مستقل کشور و با همکاری خصوصی صادر می شود)، اوراق قرضه مسئولیت پذیری اجتماعی (سبز) (این اوراق، هدفشان سیاستگذارانی است که تمایل به سرمایه گذاری در طرح های محیطی یا توسعه ای دارند و ممکن است نرخ های پایین تر بازگشت سرمایه خود را بپذیرند) هستند.

۴. ضمانت های دولتی، مشوق های دولتی-خصوصی، بیمه و سایر مکانیزم های مبتنی بر بازار: این موضوع شامل طرح هایی است که بودجه عمومی را به سمت ایجاد محرک های جلب سرمایه از بخش خصوصی سوق می دهد (به عنوان مثال، از طریق یارانه های دولتی یا تعهد به خرید یک محصول خاص در یک قیمت تعیین شده (مانند واکسن)). در انجام این کار، هدف این طرح ها، اصلاح نارسایی های بازار است. هدف سایر مکانیزم ها، کاهش خطرات مستقل و یا آسیب پذیری های حاصل از اقتصاد کلان است (برای مثال، بیمه مبتنی بر آب و هوا یا وام های دوره ای (Counter-cyclical) که هدفشان، بهبود اثربخشی تأمین مالی است تا ایجاد جریانهای درآمدی جدید).

لازم به ذکر است، تجمع منابع در صندوق های انباشت ریسک و توزیع و کاهش ریسک مالی، کارکرد اصلی همه نظام های بیمه ای و غیربیمه ای تأمین مالی سلامت است.

چگونگی تجمع منابع و توزیع ریسک در صندوقهای انباشت ریسک

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chap9SmithWitterRiskPoolingFinal.pdf>



براساس بند (۲-۷) سیاست‌های کلی سلامت، مدیریت منابع سلامت باید از طریق نظام بیمه صورت پذیرد؛ به بیان دیگر، نهاد متولی تأمین مالی ۶ نظام سلامت را نظام بیمه‌ای مقرر می‌نماید. به عبارت بهتر، منظور از نظام تأمین مالی سلامت ایران همان نظام بیمه‌ای است. با توجه به اینکه منابع مالی نظام بیمه‌ای، حسب قوانین موجود، خصوصاً بند الف ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه، حق بیمه مبتنی بر حقوق و دستمزد تعیین گردیده، می‌توان الگوی انتخابی تأمین مالی نظام سلامت ایران را نظام بیمه اجتماعی سلامت دانست.

دیدگاه های فلسفی حاکم بر بخش سلامت Roberts, M, Hsiao, W., Berman P., and Reich, M. 2004. Getting

Health Sector Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity)

قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت، مستلزم دیدگاه فلسفی است. در این ارتباط سه دیدگاه سودگرایی، لیبرالیسم و جامعه گرایی مبنای قضاوت‌ها قرار خواهد گرفت.

سودگرایی^۶ معتقد است که ما باید براساس پیامدهای یک سیاست در مورد آن قضاوت کنیم. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع تندرستی افراد در یک جامعه، به ارزشیابی پیامدهای آن می‌پردازد.

لیبرالیسم^۷ به حقوق و فرصت‌ها توجه دارد و تأکید آن بر نقطه شروع افراد است و نه بر پایان کار. این مطالبه که شهروندان دارای حق مراقبت سلامت (یا حتی حق سلامت) هستند، نشان دهنده تفکرات لیبرالی است.

^۶ Financial Organization

^۷ Utilitarianism

جامعه گرایی^۹ نوع جامعه‌ای را که سیاستگذاری عمومی به ایجاد آن کمک می‌کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می‌کنند مهم می‌داند. در این دیدگاه جوامع موظفند اعضای خود را به این سمت و سو حرکت دهند که اعتقادات مشترکی با جامعه، در زمینه فضیلت و رفتار مطلوب داشته باشند. جامعه گرایی می‌تواند هم با تفکرات مبتنی بر پیامد و هم با تفکرات مبتنی بر حقوق در تعارض باشد؛ زیرا القای اجباری فضیلت ممکن است دربرگیرنده اقداماتی باشد که تندرستی افراد را به حداکثر نمی‌رساند یا آزادی فردی را محدود می‌کند.

الف. سودگرایی

پرطرفدارترین رویکرد فلسفی در مورد عملکرد بخش سلامت بوده و رویکردی مبتنی بر پیامدهاست. بطور کلی این رویکرد چنین می‌پندارد که "هدف وسیله را توجیه می‌کند". براساس این نظریه به هنگام قضاوت در مورد یک سیاست از خود باید بپرسیم که این سیاست چه تأثیری بر افراد در جامعه خواهد گذاشت و آن وقت گزینه ای را انتخاب کنیم که بیش از همه، کل تندرستی افراد را ارتقا بخشیده و به حداکثر برساند. به این منظور لازم است به چند سؤال پاسخ داده شود. تندرستی چه کسانی به حساب می‌آید و تا چقدر و چطور می‌توان تندرستی را در عمل مورد سنجش قرار داد. چگونگی پاسخ به این سؤالات است که دو سنت فکری عمده یعنی سودگرایی عینی و غیرعینی^{۱۰} را پدید می‌آورد. هردوی این رویکردها در پی استفاده کارا از منابع برای ایجاد حداکثر خوبی هستند، اما تفاوت‌های مهمی در روش‌ها و کاربردهای آن‌ها وجود دارد.

سودگرایی غیرعینی: بر اساس این نظریه، خود فرد بهتر از هرکس دیگری می‌تواند در مورد آنچه او را خوشحال می‌کند قضاوت نماید. افراد بر حسب سلیقه‌ها و ترجیح‌های خاص خود، در موقعیت‌های مختلف سطوح متفاوتی از مطلوبیت را تجربه می‌کنند. عمل درست عملی است که "بیشترین شادی را برای بیشترین تعداد در بر داشته باشد". براساس این رویکرد همه افراد اهمیت دارند و اهمیت همه افراد با هم برابر است. با این رویکرد قضاوت در مورد یک سیاست نیازمند آن است که سطح مطلوبیت هریک از گزینه‌های سیاستگذاری برای همه افراد با هم جمع شده و سیاست مذکور با جایگزین‌های آن مقایسه گردد. سپس سیاستی انتخاب شود که به بیشترین مطلوبیت منجر می‌گردد.

⁸ Liberalism

⁹ Communitarianism

¹⁰ Subjective and Objective Utilitarianism

اقتصاددانان این چارچوب تحلیلی را یک قدم جلوتر می برند. آنها طرفدار استفاده از تحلیل "هزینه - فایده" برای تعیین اقدامی هستند که بیشترین مطلوبیت کلی را ایجاد نماید. به این معنی که مشخص شود تمامی کسانی که به صورت بالقوه از یک سیاست یا برنامه سود می برند، برای منافع آن تمایل به پرداخت چه مبلغی دارند سپس این تمایل با هزینه برنامه مقایسه می شود. اگر منافعی که برآورد می شود، بیشتر از هزینه ها باشد، آنگاه این سیاست بیشترین خیر را برای بیشترین تعداد افراد در پی خواهد داشت. باید پذیرفت که این نوع تحلیل، هم هزینه ها و هم منافع را به زبان پول ارزشیابی می کند. از دیدگاه سودگرایان غیرعینی سلامت یک کالای ویژه نیست بلکه تنها یکی از کالاهایی است که شهروندان می توانند بنا به انتخاب خود آن را بخرند یا نخرند. از آنجا که فقط خود افراد هستند که واقعاً می دانند چه چیزی آنها را شاد می کند، باید به انتخاب آنها احترام گذاشت. با این حال خوش بینی نظریه سود گرایی غیرعینی به انتخاب های افراد، از دید بسیاری از منتقدان، امری قابل تأیید نیست. این منتقدان نمی توانند بپذیرند که کل سیاستگذاری اجتماعی برخواست ها و تصمیمات افراد مبتنی باشد.

سودگرایی عینی: سیاست گذارانی که می خواهند تندرستی افراد را ارتقا بخشند، اما به پایایی و روایی انتخاب های فردی شک دارند، معتقدند تصمیم ها باید بر تندرستی فردی مبتنی باشد و این امر به صورتی عینی و توسط گروهی از متخصصان تعریف شود. این دیدگاه سودگرایی عینی نامیده می شود. دیدگاه فلسفی پشت تحلیل بار بیماری از طریق سنجه‌هایی مثل DALY (سالهای عمر تعدیل شده برحسب ناتوانی)^{۱۱} و QALY (سالهای عمر تعدیل شده بر حسب کیفیت)^{۱۲} که توسط بانک جهانی و سازمان جهانی بهداشت انجام شده است مثالی از سودگرایی عینی است. این رویکرد، برخلاف تحلیل هزینه - فایده دستاوردهای سلامت را به زبان پول بیان نمی کند.

ب- لیبرالیسم

به بیان فلسفی، سودگرایان قصد دارند عده ای از افراد را هدف و عده ای دیگر را وسیله در نظر بگیرند و عده ای را به پای دیگران قربانی کنند. مفهوم بنیادی از نظر لیبرال ها مسأله حقوق مبتنی بر اصل احترام متقابل است که به دو روش مختلف

^{۱۱} Disability Adjusted Life Years

^{۱۲} Quality Adjusted Life Years

تفسیر می شود. آزادی خواهان^{۱۳} معتقدند که تنها حقوق منفی شایسته محافظت هستند. این حقوق، آزادی فردی را تضمین می کند تا افراد بتوانند آنچه را که می خواهند بدون تعدی دولت به انتخاب های فردی خود انجام دهند. در مقابل، لیبرال های مساوات طلب^{۱۴} معتقدند که حق انتخاب بدون وجود منابع کافی امری بی معنی است. آن ها اعتقاد دارند که احترام حقیقی به دیگران نیازمند فراهم کردن پیش شرط های لازم برای ممکن ساختن حق انتخاب است. از این رو هر فرد دارای یک حق مثبت نسبت به سطح حداقلی از خدمات و منافع مورد نیاز برای تضمین برابری نسبی فرصت ها خواهد بود. فردی که گرسنه است، خانه ای ندارد، از تحصیلات محروم و مبتلا به بیماری است، فرصت چندانی برای انتخاب معنی دار ندارد. عدالت در سلامت به این معنی است که سطح پایه و اساسی خدمات سلامتی برای کلیه آحاد جامعه فراهم شود. اگرچه این تعریف نارساست. دو کلمه عدالت و برابری^{۱۵} همیشه با همدیگر اشتباه می شود. در اولی منظور ایجاد تناسب است در عین اینکه ممکن است برابر هم نباشند. در مراقبت های سلامتی گاهی عدالت ممکن است به معنای دسترسی نابرابر به خدمات باشد چراکه افراد بیمارتر بایستی دسترسی بیشتری داشته باشند و برعکس دو بیمار با شرایط یکسان بایستی دسترسی برابر داشته و بطور برابر تحت درمان قرار گیرند.

ج- جامعه گرایی

سومین رویکرد عمده به نظریه اخلاقی چنین استدلال می کند که برای قضاوت در مورد سیاست های عمومی، آنچه اهمیت دارد نوع جامعه و نوع فردی است که سیاست ها در صورت اجرایی شدن، طالب ایجاد آن هستند. این دیدگاه بر ماهیت جامعه تأکید دارد و از این رو "جامعه گرایی" نامیده می شود و براین باور است که خصایص یک جامعه به خصایص افرادی که آن را تشکیل می دهند بستگی دارد. از این رو، دولت باید اطمینان حاصل کند که افراد خصایص خوبی داشته باشند و به ایجاد یک جامعه خوب کمک نمایند. جامعه گرایان نیز به دو دسته تقسیم می شوند.

-جامعه گرایان جهانی^{۱۶} که معتقدند یک الگوی جهانی منفرد برای فرد خوب و جامعه خوب وجود دارد. مثال های فراوانی در این مورد، چه مذهبی و چه غیرمذهبی وجود دارد. ادیان تک خدایی که به تبلیغ مذهبی می پردازند، نمونه هایی از جامعه گرایی

¹³ Liberals

¹⁴ Egalitarian Liberals

¹⁵ Equity and Equality

¹⁶ Universal Communitarians

جهانی هستند.

- **جامعه گرایان نسبی گرا**^{۱۷} دومین نوع جامعه گرایان، رفتارهای فرهنگی در جهان و شدت نقش بستن این فرهنگها در افراد را شناسایی می کنند. جامعه گرایان نسبی گرا بر این اصل تأکید دارند که هر جامعه خود باید در مورد هنجارها و روش سازماندهی اجتماعی خود تصمیم بگیرد.

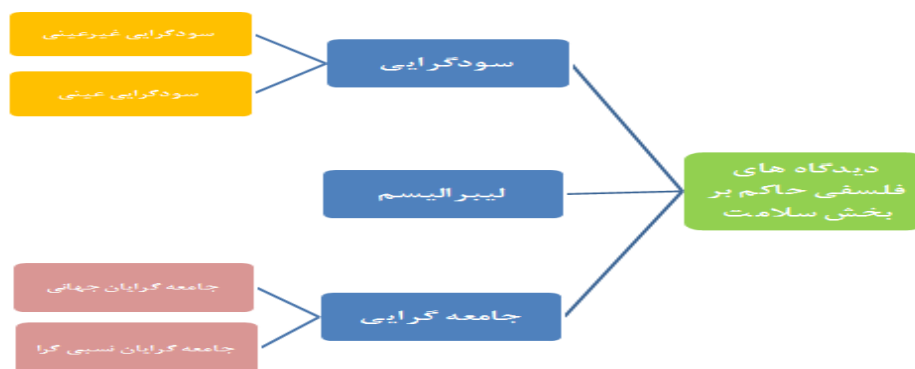
در جمع بندی باید گفت که هر یک از نظریه های اخلاقی سؤالات خاص خود را دارد که منعکس کننده موضوعات حل نشده است و هر کدام نیز بصیرت مهمی را فراهم می کند که راهنمای اتخاذ تصمیم در سیاستگذاری نظام سلامت است. این سؤالات عبارتند از:

- برای سودگرایان : تندرستی چگونه باید اندازه گیری و سنجیده شود؟ مردم به کجا باید برسند؟ سودگرایان بر پیامدها تأکید دارند.

- برای لیبرال ها: افراد چه حقوقی دارند؟ مردم از کجا آغاز کنند؟ لیبرال ها بر حقوق و فرصت ها تأکید می کنند.

- برای جامعه گرایان: محدوده ها و ارزش های جامعه خوب کدامند؟ جامعه گرایان بر انواع افراد و جوامعی که باید خلق شوند؛

تأکید می ورزند. شکل: دیدگاه های فلسفی حاکم بر بخش سلامت



۱. تامین مالی نظام سلامت / Health System Financing

تامین مالی نظام سلامت به عنوان یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت می باشد که در کنار تولید، ارائه خدمات سلامت و تولید منابع قرار داد.

دو راهبرد اساسی در تامین مالی نظامهای سلامت وجود دارد:

۱- نظامهای سلامت با تامین مالی متکی به مالیات (General Tax Revenue)

۲- نظامهای سلامت با تامین مالی بر مبنای بیمه های اجتماعی سلامت (Social Health Insurance)

در *الگوی اول*، همه شهروندان و حتی در برخی اوقات افراد غیرشهروند دارای اقامت دائم از بسته خدمات سلامت بطور یکسان بهره می برند و پوشش همگانی خودبخود محقق می گردد.

در *الگوی دوم*، منابع مالی ترکیبی است از مشارکت مالی بیمه شدگان صندوق/صندوقهای بیمه ای و کمکهای دولتی از محل منابع عمومی.

منابع مالی تامین هزینه خدمات خارج از بسته بیمه پایه سلامت و نیز مخارج خصوصی سلامت عمدتاً توسط بیمه های خصوصی یا پرداخت مستقیم از جیب تامین می گردد. در بسیاری کشورها، مخلوطی از الگوهای یاد شده وجود دارد؛ یعنی بخشی از مردم از طریق منابع مالی حاصل از مالیاتها و بخش دیگری از طریق مشارکت در صندوقهای بیمه اجتماعی اجباری و خصوصی از مزایای بسته خدمات پایه سلامت بهره مند می گردند. هریک از این ساختارها اگر به درستی به وظایف خود عمل کنند در ایجاد پوشش همگانی سلامت (UHC) موفق خواهند بود. [۸ و ۹]

نکته مهم اینست که هیچیک از نظامهای سلامت صرفاً با استفاده از منابع مالی حاصل از مالیاتها و یا حق بیمه اجتماعی سلامت موفق به تامین کلیه هزینه های پوشش همگانی سلامت نگردیده اند و اشکالی از مشارکت مالی دریافت کنندگان خدمات در نقطه دریافت خدمات برای این منظور ضروریست. این مشارکتهای می تواند بصورت Co-payment, Co-insurance یا Deductible باشد.

انواع الگوها یا مدلهای تامین مالی نظام سلامت بطور کلی عبارتند از:

۱- مالیاتهای عمومی

۲- بیمه های درمانی ملی و اجتماعی سلامت

۳- بیمه های درمانی خصوصی یا اختیاری

۴- پرداخت مستقیم از جیب

۵- کمکهای بیرونی یا خیریه ها

بررسی ها نشان می دهد که اعمال فرانشیز اثری بر پایداری منابع مالی ندارد و فقط بر عامل تقاضا مؤثر است و از مراجعات غیرضرور پیشگیری می کند؛ زیرا بیش از نیمی از هزینه ها برای ۴٪ از مردم هزینه می شود (بیش از ۵۰٪ هزینه ها برای خدمات بستری است) اگرچه نقدی که بر آن وارد است مراجعه بیمار در مراحل پیشرفته بیماری برای درمان است که هم از بعد سلامتی و هم از بعد هزینه ای مسئله ساز است. تأمین مالی دولتی در بهداشت عمومی نقش محوری دارد.

در کشورهای در حال توسعه تأمین مالی خصوصی مترادف است با صرف هزینه مستقیم از جیب، مشارکت های اندک و اختیاری و نیز صندوقهای انباشت ریسک غالباً غیریکپارچه و پراکنده. برعکس، تأمین مالی دولتی یا خصوصی اجباری، همراه با پیش پرداخت ها و صندوق های بزرگ همراه است که پایداری بیشتری دارد. [۵-۱۲ و ۱۰]

هرقدر شیوه تامین مالی بخش سلامت از محل منابع عمومی و پیش پرداختها قبل از بروز بیماری و ناخوشی باشد، نظام سلامت می تواند عادلانه تر باشد و هرچه میزان تامین این منابع بیشتر از محل پرداختهای مستقیم از جیب و در زمان بیماری و ناخوشی باشد، نظام تامین مالی ناعادلانه تر خواهد بود.

۲. تامین مالی پایدار نظام سلامت/Health System Financing Sustainability

به طور کلی تامین مالی پایدار نظام سلامت^{۱۸} به معنای «وجود ظرفیت بالقوه یک دولت در تامین نیازهای مالی بخش سلامت و حصول اطمینان از فراهم آمدن بموقع این منابع مالی و ارائه منابع بودجه اضافی برای اهداف موردنظر نظام سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت». [۷ و ۵]

مشکلات مربوط به پایداری منابع مالی نظام سلامت بطور عمده در سه حوزه مشخص می گردد:

۱- افزایش هزینه های سلامت به دلیل عوامل موثر بر عرضه و تقاضای خدمات بهداشتی - در میان آنها، پیشرفت تکنولوژیکی، تغییرات جمعیتی و انتظارات مصرف کننده.

۲- ناتوانی یا عدم تمایل دولت به تولید منابع مالی کافی برای پاسخگویی به تعهدات نظام سلامت

۳- افزایش منابع مالی نظام سلامت بعنوان بخشی از تولید ناخالص داخلی اگر از حدی فراتر رود موجب خواهد شد که منابع مالی مکفی برای تامین سایر کالاها و خدمات حوزه رفاه اجتماعی موجود نبوده و در نتیجه نظام رفاه اجتماعی در کلیت خود دچار ناپایداری مالی خواهد شد. [۱۳ و ۱۲]

فارغ از نوع منبع تامین مالی نظامهای سلامت، اقدامات زیر باید در راستای پایداری منابع مد نظر قرار گیرند:

¹⁸ Health System Financing (Fiscal) Sustainability (Stability)

- اطمینان از تقویت برنامه های پیش پرداخت و اصلاح و ارتقاء صندوقهای انباشت و توزیع ریسک؛ بعنوان الزامی اساسی جهت حفاظت مالی موثر در قبال مخاطرات مالی ناشی از بیماریها و مداخلات حوزه سلامت،
- اطمینان از توزیع کافی و عادلانه زیر ساختهای با کیفیت و منابع انسانی مکفی بمنظور دسترسی و بهره مندی عادلانه بیمه شدگان از خدمات سلامت با کیفیت منطبق با بسته خدمات بیمه پایه مصوب،
- اطمینان از اینکه منابع مالی بیرونی (اکسترنال) برای برنامه ها یا فعالیتهای خاص سلامت بمنظور ارتقاء پایداری منابع مالی نظام سلامت در نگاه کلان بخوبی مدیریت و ساماندهی شده اند. [۸ و ۹]

براساس گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت با عنوان "تامین مالی نظامهای سلامت؛ راهی به سوی پوشش همگانی"؛ سه روش شاخص و یک انتخاب چهارم (به شرح ذیل) در راستای توسعه مساعدتها و کارآیی بهتر آنها در بخش سلامت وجود دارد؛ که همگی پایداری مالی را افزایش می دهند:

۱- **افزایش اثربخشی جمع آوری مالیات:** بهبود اثربخشی جمع آوری مالیات باعث افزایش اعتبارات مالی می شود و می تواند در جهت ارائه یا خرید خدمات از سوی مردم به کار رود.

۲- **اولویت بندی مجدد بودجه های دولتی:** بنحوی که حداقل ۱۵٪ از بودجه دولتی به بخش سلامت تخصیص یابد.

۳- **نوآوری در بخش مالی حوزه سلامت:** تاکنون توجه همگانی در مورد مناطق فقیر، معطوف به بالا بردن اعتبارات مالی حوزه سلامت با کمک کشورهای ثروتمند بوده است. یکی از روش های اجباری ابتکاری هزینه کرد بین المللی در نظام های سلامت، افزایش مالیات ها بر بلیت های هواپیما، داد و ستدهای پولی خارجی و دخانیات می باشد. اخذ مالیات بر داد و ستدهای پولی خارجی می تواند مبالغ هنگفتی را در بعضی از کشورها تولید نماید. دولت ها نیازمند اجرای قوانینی هستند که با اقتصادشان بهترین هم خوانی را داشته باشد و همچنین از نظر سیاسی، آن قوانین را حمایت کنند. از طرف دیگر مالیات بر تولیداتی که برای سلامتی مضرند دارای سود دو جانبه است. به گونه ای که هم سطح سلامت مردم را بالا می برند و هم باعث افزایش اعتبارات می گردند. تعدادی از کشورها برای تولیدات مضر دیگر نیز مثل نوشابه های حاوی شکر و غذاهایی با نمک بالا یا چربی ترانس ۷،۸ مالیات هایی را وضع نموده اند.

۴- **توسعه مشارکت در بخش سلامت:** در حالی که همه کشورها کارهای فراوانی برای افزایش اعتبارات مالی بخش سلامت یا تنوع اعتباری منابع خود انجام داده اند، تا سال ۲۰۱۵ فقط هشت کشور از ۴۹ کشور کم درآمد مذکور شانس حصول اعتبارات مورد نیاز جهت رسیدن به اهداف توسعه هزاره (MDGs) از منابع داخلی را خواهند داشت. نیل به این هدف، نیازمند یکپارچگی جهانی است. [۴، ۷ و ۶]

تنها روشی که دولت‌ها برای کاهش اتکا بر پرداخت‌های مستقیم به کار می‌بندند (حرکت به سمت پایداری منابع مالی)، تشویق به تجمیع ریسک و شیوه پیش‌پرداخت می‌باشد؛ مسیری که بیشتر کشورهایی که به پوشش همگانی و پایداری منابع مالی نزدیک هستند انتخاب کرده‌اند. زمانی که یک جامعه به پیش‌پرداخت و مکانیسم‌های مشارکتی دسترسی دارد، نیل به پوشش همگانی سلامت، واقعی‌تر می‌شود و زمانی که پرداخت‌های مستقیم ۱۵ تا ۲۰ درصد کل هزینه درمان را در برگیرد، درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و فقرزای سلامت به کمترین سطح خواهد رسید. اعتبارات مالی می‌توانند از منابع مختلف (مانند مالیات بر درآمد و دستمزد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات غیر مستقیم بر دخانیات و الکل و یا حق بیمه) جذب شوند. اهمیت میزان منابع کمتر از سیاست‌های اداره نظام‌های پیش‌پرداخت است. برای طراحی چنین سیاست‌هایی هر کشوری می‌تواند از تجربیات خود سه درس بزرگ بگیرد:

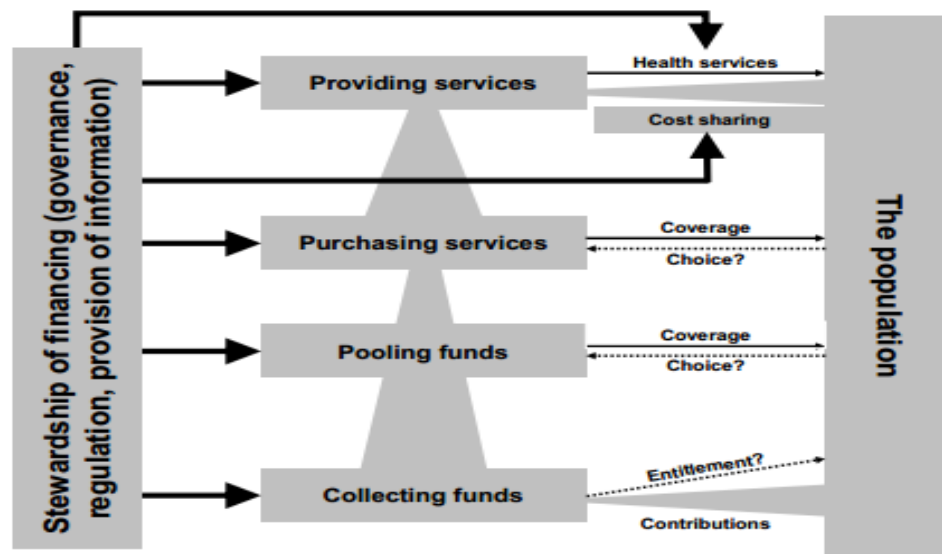
نخست، در هر کشوری گروهی از جمعیت، فقیرتر از آن است که بتواند از طریق مالیات بر درآمد و یا حق بیمه‌ها در تامین منابع مالی نظام سلامت مشارکت داشته باشد. این اقشار، نیازمند دریافت یارانه از محل صندوق‌های تجمیع علی‌الخصوص مالیات‌های دولتی می‌باشند.

دوم، مشارکت‌ها می‌بایست اجباری باشند. در غیر این صورت افراد غنی و سالم از گردونه خارج می‌شوند و سرمایه کافی برای تحت پوشش قرار دادن نیازهای افراد بیمار و فقیر وجود نخواهد داشت.

سوم، تجمیع‌هایی که نیازهای درمانی و سلامت تعداد کمی از افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهند، در طولانی مدت دوام ندارند؛ چرا که چند فقره از بیماری‌های پرهزینه، آنها را از دور خارج خواهد کرد.

کاهش هزینه‌ها از طریق تخصیص یارانه زمانی میسر است که صندوق‌های متعددی وجود داشته باشد، اما این امر نیازمند خواست سیاسی و قابلیت‌های فنی و اجرایی است. کشورها، مشروط به اینکه اقدامات خود را کجا و چگونه آغاز نمایند، راه‌های مختلفی را در جهت نیل به پوشش همگانی طی می‌کنند. به‌طور مثال، زمانی که همه اقشار به جز اقشار مرفه از خدمات سلامت محروم می‌باشند، حرکت سریع به سوی سیستمی که همه افراد، اعم از فقیر و غنی را تحت پوشش قرار دهد، یک اولویت خواهد بود. [۱۲-۱۰ و ۵]

در واقع پایداری تامین مالی زمانی ایجاد خواهد شد که پایداری در هر سه حوزه تامین مالی شامل تولید منابع، انباشت ریسک و تخصیص منابع و خرید محقق شده باشد. وجود پایداری به صورت نسبی است. هرگونه اقدامی در هریک از حوزه‌های سه گانه می‌تواند نظام تامین مالی را به سمت پایداری سوق دهد.

Figure 2. Framework for descriptive analysis of health financing functions

Based on Kutzin (8).

۳. پوشش همگانی سلامت / Universal Health Coverage (UHC)

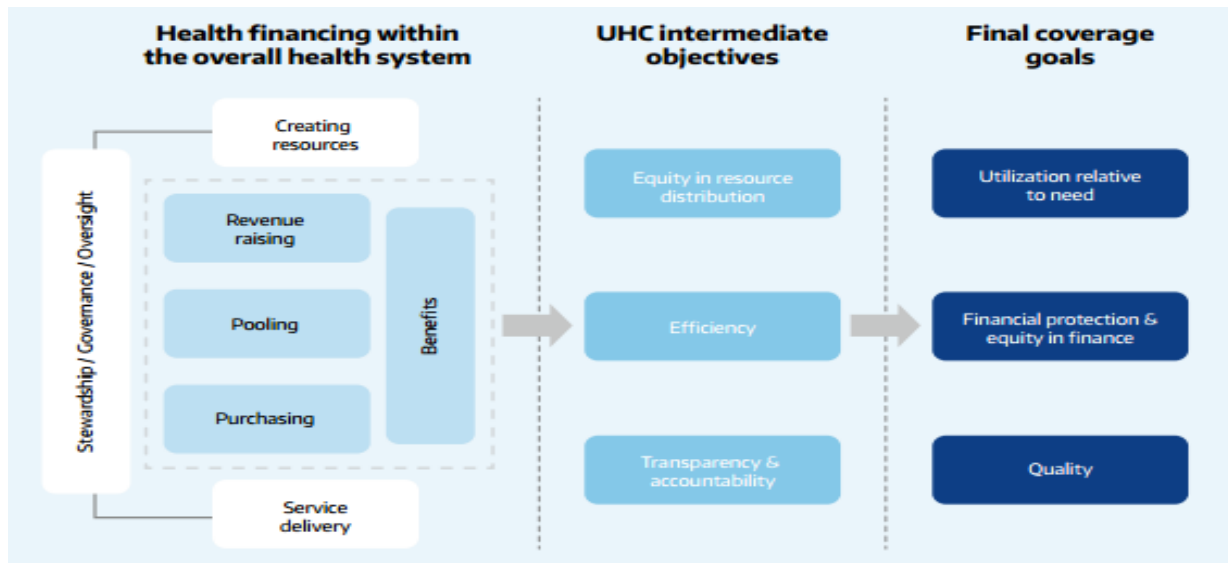
هدف نهایی همه نظام های سلامت در دنیا، دستیابی به پوشش همگانی سلامت^{۱۹} است. پوشش همگانی سلامت بعنوان «حصول اطمینان از تدارک خدمات سلامت شامل خدمات پیشگیرانه، ارتقاء دهنده، درمانی، توانبخشی و تسکینی، برای همه مردم متناسب با نیازشان در وقت مقتضی توسط نظام سلامت است؛ به گونه ای که بتوان نسبت به تضمین دسترسی عادلانه به خدمات، تأمین کیفیت خدمات و حمایت از افراد در برابر هزینه های سلامت به ویژه هزینه های کمرشکن اطمینان حاصل نمود» تعریف شده است. یکی از اصول پوشش همگانی در حوزه محافظت مالی و تأمین منابع، مشارکت عادلانه مالی مردم مبتنی بر توان پرداخت آنان است. [۵] به عبارت دیگر، دستیابی به پوشش همگانی سلامت در گرو تأمین مالی مناسب است. تأمین مالی باید در ۳ حوزه اساسی بدرستی فعالیت نماید:

۱- تولید و تجمع منابع مالی که عمدتاً از طریق حق بیمه پرداختی از سوی بیمه شدگان صندوقهای بیمه ای، منابع عمومی دولت (مالیاتها، یارانه ها و...)، منابع یا کمکهای خارجی و سایر منابع تأمین می گردد.

۲- انباشت منابع در صندوقهای انباشت و توزیع ریسک بنحوی که ریسک مالی ناشی از بیماری یا مخاطرات سلامتی برای هریک از اعضاء صندوق کاهش یابد.

۳- تخصیص منابع و خرید راهبردی خدمات هزینه -اثر بخش و واجد اولویت. [۵ و ۶]

¹⁹ Universal Health Coverage/ UHC



۴. انباشت ریسک / Risk Pooling

به طور کلی هدف از تجميع و انباشت منابع در صندوق‌های انباشت و توزيع ریسک، کاهش ریسک مالی ناشی از بیماری و مخاطرات سلامتی برای هریک از اعضاء صندوق است. در این مکانیسم، ریسک مالی نامشخص و غیرقابل پیش‌بینی ناشی از مخاطرات سلامت در مورد هر فرد، بین کلیه افراد عضو صندوق انباشت ریسک^{۲۰} (صندوق بیمه‌ای) که در معرض انواع مخاطرات سلامت قرار دارند، تسهیم و به حق بیمه مشخص تبدیل می‌گردد. براساس مکانیسم انباشت ریسک، لازم نیست میزان مشارکت مالی فرد (مبلغ حق بیمه) با وضعیت سلامت و یا بهره‌مندی از خدمات سلامت مرتبط باشد لکن اصل مشارکت مالی عادلانه باید در هر صورت محقق گردد. سازمان بهداشت جهانی بازتوزیع ثروت و یارانه متقاطع در انباشت ریسک (از سالم به بیمار و از غنی به فقیر) را با دو سناریو نشان داده است:

- اعضا می‌توانند مشارکت مالی (حق بیمه) برابر داشته باشند و صندوق، ریسک را از افراد نسبتاً سالم به افراد بیمار منتقل کند.
- اعضا می‌توانند با پرداخت‌های متفاوت متناسب با درآمد، از خدمات سلامت برابر بهره‌مند شوند. در این صورت، صندوق، ریسک را از فقرا به ثروتمندان منتقل می‌نماید.

رویکرد های انباشت ریسک، چهار گونه‌اند:

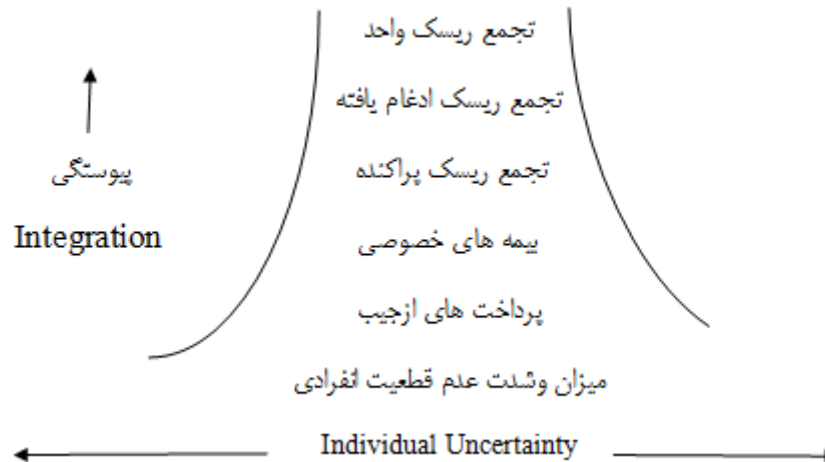
لازم به ذکر است هر جا صندوق انباشت ریسک وجود دارد، عملاً کار بیمه‌ای انجام می‌شود.^{۲۰}

الف- فقدان هرگونه انباشت ریسک^{۲۱}؛ هیچ‌گونه یارانه‌ای برای فقرا در نظر گرفته نمی‌شود و هر فرد مسئول تأمین هزینه‌های سلامت خود می‌باشد.

ب- رویکرد انباشت ریسک واحد؛ کل منابع در یک صندوق واحد و فراگیر تجمع می‌شود و بسته انتخابی از سلامت را پوشش می‌دهد. انباشت ریسک اجباری است. رقابت در خرید خدمات سلامت وجود ندارد و حق انتخاب افراد (در انتخاب نوع صندوق و خریدار خدمات سلامت) از بین می‌رود.

ج- انباشت ریسک پراکنده^{۲۲}؛ افراد براساس موقعیت جغرافیائی، نوع اشتغال، ویژگی‌های فردی، سن و وضعیت سلامت، و یا به انتخاب خود، عضو صندوق‌های پراکنده و کوچک‌تر انباشت ریسک می‌شوند و لذا هر صندوق، با جمعیت تحت پوشش متفاوت، خرید خدمات سلامت انجام می‌دهد. در چنین شرایطی، اگر تعداد زیادی از افراد سالمند و بیمار در یک صندوق جمع شوند، هزینه سرانه بالاتری خواهند داشت. تفاوت در هزینه سرانه و حق بیمه، به ناکارآمدی نظام تأمین مالی منجر می‌شود.

د- انباشت ریسک ادغام یافته^{۲۳}؛ یک بسته یکسان خدمات سلامت به کلیه شهروندان ارائه می‌شود. بنابراین، یکسان کردن مبنا و پرداخت حق بیمه گام ضروری برای این نظام محسوب می‌شود. در این نظام هرچه به سمت پیوستگی بیشتری می‌رویم، عدم قطعیت مصارف سلامت کاهش می‌یابد. هرم یکپارچگی، در نمودار زیر نشان داده می‌شود.



شکل شماره ۱: هرم پیوستگی یا یکپارچگی

درجاتی از چندپارگی در تجمع ریسک نظام بیمه سلامت ایران وجود دارد. صندوقهای بیمه سلامت متعددی وجود دارد، بدون آنکه سازوکاری برای انتقال یا بازتوزیع ریسک بین آنها وجود داشته باشد.

²¹ No Risk Pooling

²² Fragmented Risk Pooling

²³ Integrated Risk Pooling

طبق قانون برنامه پنجم توسعه در سال ۹۰، نظام بیمه سلامت ملزم به یکپارچه نمودن همه صندوقهای بیمه ای به صورت ساختارمند و در قالب صندوق تجمیع ریسک واحد و پرداخت کننده واحد بود. اما، متأسفانه، مخالفت صندوقهای بیمه ای مانع از یکپارچگی آنها شد. چندپارگی یا عدم یکپارچگی عوارض زیر را در پی داشته است:

ناکارایی نظام بیمه سلامت، حمایت مالی کم افراد بیمه شده در مقابل مخارج یا هزینه های سلامت، نرخ های Coinsurance بالا، نرخ های قابل توجه همپوشانی بیمه ای، مشارکت کم نهادهای با بودجه مناسب و با بسته بیمه ای گسترده در برنامه های بیمه سلامت همگانی، کمبودهای مالی شدید برای صندوقهای عمومی و کاهش شفافیت و آمار و داده ها قابل اعتماد برای سیاستگذاران.

به علت این چند پارگی در صندوقهای تجمیع ریسک، انتقال و بازتوزیع ریسک و کمکهای مالی متقاطع^{۲۴} بین این برنامه های بیمه ای سلامت با جمعیت های متفاوت بسیار ناچیز و محدود است. توزیع متقاطع مالی حتی بین صندوقهای بیمه ای زیر مجموعه یک سازمان بیمه واحد نیز ممکن است بسیار محدود باشد.

شباهتهای اساسی بین بسته های بیمه پایه در طرحهای اصلی بیمه سلامت اجتماعی وجود دارد و در شرایط موجود سازمانها و صندوقهای بیمه ای کمابیش به دنبال یکسان نمودن پوشش خدمات سلامت هستند. اگرچه به علت اینکه بسته بیمه پایه به اندازه کافی جامع نیست و نیز به علت استقلال سازمانی و مالی سازمانهای بیمه گر، هریک از سازمانهای بیمه سلامت در کشور در تلاش برای افزایش منابع بیشتر به منظور توسعه بسته بیمه پایه برای بیمه شدگان خود هستند. در مجموع می توان گفت تفاوتی بین بسته خدمات چهار سازمان بیمه گر پایه اصلی در کشور وجود دارد.

علاوه بر این چهار سازمان بیمه گر اصلی، ۱۷ صندوق کوچک بیمه سلامت سازمانی نظیر تعدادی از بانکها، شهرداری، سازمان صدا و سیما، شرکتهای بیمه خصوصی، سازمان سلامت صنعت نفت که پوشش بیمه سلامت را برای کارکنان خود فراهم آوردند و مستقل از سازمانهای بیمه سلامت اصلی هستند. این شرکتها به طور کلی جمعیت کمی دارند و در مقایسه با پوشش جمعیتی، منابع مالی بسیاری دارند.

وجود صندوق ریسک متعدد در نظام بیمه سلامت در کشور منجر به ایجاد نظام بیمه سلامت با بسته های بیمه نامناسب برای بخشهای مختلف جمعیت می شود. از طرف دیگر، عمق بسته های بیمه سلامت و نیز خدمات سلامت تحت پوشش صندوق های بیمه سلامت، در هریک از آنها متفاوت است.

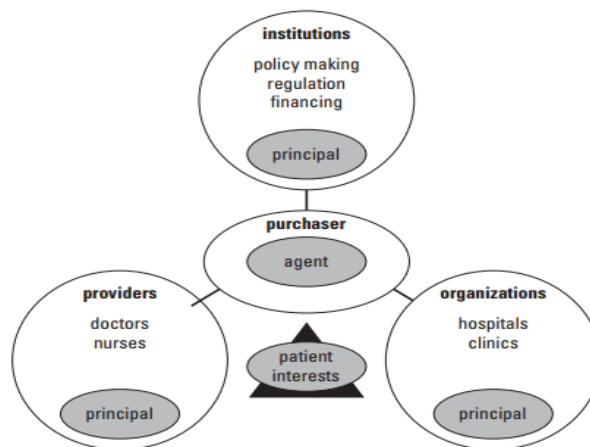
بنابراین نظام بیمه سلامت کشورمان می تواند به عنوان نظام بیمه سلامت چند پارچه محسوب شود. به خاطر این چندپارچگی، توزیع ریسک و کاهش ریسک با کارایی مطلوب ایجاد نمی شود.

۵. تخصیص منابع و خرید / Resource Generation & Purchasing

²⁴ Cross Subsidization

در گزارش سال ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت در خصوص تامین مالی نظام سلامت برای پوشش همگانی، این گونه بیان شد که “در نظر گرفتن پول کافی برای خدکات سلامت، امری ضروری است، اما تنها داشتن پول نمی تواند دستیابی به پوشش همگانی را تضمین نماید. پیش پرداخت ها و تجمیع هیچ یک، موانع مالی در خصوص دسترسی به خدمات سلامت را از بین نخواهند برد. اطمینان از استفاده موثر و کارا از منابع، می تواند الزام اصلی در این مسیر به شمار آید.”؛ این اهمیت عملکرد خرید در تامین مالی سلامت نشان می دهد. “خرید در واقع رابط مهمی بین منابع در نظر گرفته شده برای پوشش همگانی و ارائه موثر خدمات با کیفیت می باشد.”

خرید خدمات سلامت ۲۵، منابع جمع آوری و انباشت شده به منظور خرید خدمات مشخص و نامشخص سلامت به ارائه کنندگان پرداخت می گردد (تخصیص می یابد). معمولاً دو رویکرد خرید خدمات سلامت قابل ذکر است: الف- خرید منفعلانه ۲۶: بودجه از پیش تعیین شده برای خرید خدمات اختصاص می یابد و یا صورتحساب های ارائه شده پرداخت می گردد. در واقع خرید خدمت صورت نمی گیرد و تنها غرامت یا خسارت پرداخت می گردد. ب- خرید فعال یا راهبردی ۲۷: جستجوی مستمر روش های ارتقای نظام سلامت از طریق تصمیم گیری در خصوص ترکیب بسته خدمات، انتخاب ارائه کننده خدمات، چگونگی خرید و قیمت گذاری خدمات و تعیین افراد تحت پوشش و یا انتخاب نوع خدمت، خرید از چه کسی، چگونگی خرید و خرید برای چه کسی برای تحقق حداکثر مطلوبیت در عملکرد نظام سلامت.



راهکارهای زیر در راستای ارتقاء و تقویت خرید خدمات سلامت بیان می شود:

در نظر گرفتن نیازهای سلامتی جمعیت، توانمندسازی شهروندان و جمعیت کشور، تقویت تولید دولتی نظام سلامت از طریق برنامه ملی سلامت، ایجاد سازمان/سازمانهای مناسبی که متولی امر خرید خدمات سلامت باشند، اطمینان از هزینه اثربخش بودن

25 Purchasing of Health Services

26 Inactive Purchasing

27 Active or Strategic Purchasing

تمام فرآیندهای قرارداد با مراکز ارائه خدمات سلامت در راستای اطمینان از کیفیت خدمات و ارتقاء آن و نیز ایجاد مراکز ارائه دهنده مناسب.

چالشهای عمده خرید در نظام سلامت کشور عبارت است:

- سالهای زیادی، نظام بازپرداخت، تنها مدلی برای پرداخت هزینه خدمات سلامت توسط سازمانهای اصلی بیمه سلامت ایران می باشد.
- مکانیزمهای بازپرداخت اصلی برای خدمات سلامت بستری و سرپایی، FFS یا کارانه است که نظام پرداخت باز و گذشته نگر محسوب می شود.
- به عبارت دیگر، سازمانهای بیمه گر سلامت در ایران، تنها ریسک مالی زیان/ غرامت مرتبط با مخاطرات سلامت و بیماریها را (به جای خرید فعال و راهبردی این ریسکها) پرداخت می کنند.
- این صندوقها و سازمانها، خریداران فعال و راهبردی نیستند، اینها به صورت غیرفعال منابع را تولید و تجمع می کنند و قدرت آنها در انتخاب ارائه دهندگان خدمات سلامت کم یا ناچیز است.
- سازمانها و صندوق های بیمه گر سلامت در کشور، پایش یا کنترل کیفیت را اندک انجام می دهند؛ آنها بیشتر از آنکه تولید کننده کیفیت و هزینه^{۲۸} باشند، کیفیت و هزینه را دریافت می کنند^{۲۹}.
- فقدان سیستم مدیریت اطلاعات موثر مشکل اصلی در استقرار ناموفق خرید راهبردی سلامت است. اطلاعات نامناسب در خصوص افراد (خصوصاً نیازها، عقاید و تقاضاهای آنها) علت این عدم موفقیت است.
- ابهام در تعریف خرید راهبردی نیز چالش مهم دیگر در استقرار ناموفق خرید راهبردی است.

۶. شفافیت / Transparency

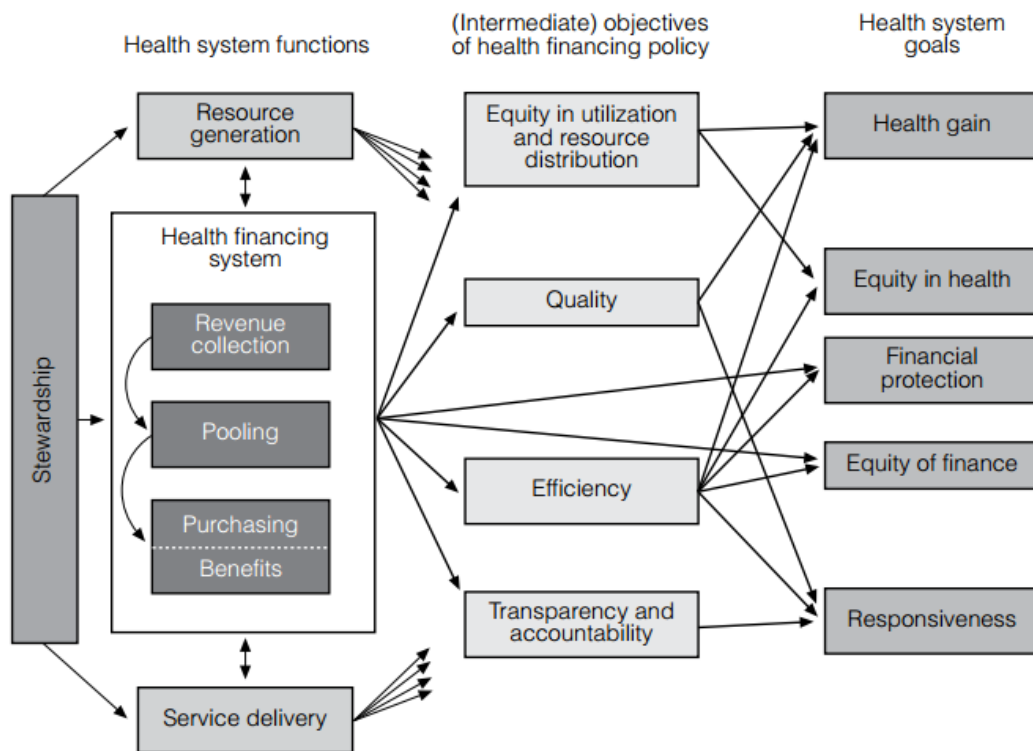
به طور کلی ایجاد شفافیت مالی (Financial Transparency) در کلیه درآمدها، هزینه و فعالیتهای بخش سلامت؛ شفافیت مالی عبارتست از تولید اطلاعات صحیح درباره درآمدها، هزینه ها و فعالیتهای مالی در نظام سلامت و ایجاد دسترسی آزادانه به این اطلاعات برای کلیه ذینفعان. [۱۵ و ۱۴]

شفافیت مالی کمک می کند تا این اطمینان حاصل شود که دولت در زمان اخذ تصمیمات اقتصادی، تصویر دقیقی از امور مالی خود نظیر مخارج و منافع مرتبط با تغییرات سیاست و ریسکهای نهان در امور مالی را دارد. علاوه بر این، شفافیت مالی اطلاعات مورد نیاز قانونگذاران، بازارها و شهروندان را برای پاسخگو ساختن دولتها فراهم می آورد. (IMF, Fiscal Transparency, www.imf.org, 2015)

²⁸ Price and Quality Maker

²⁹ Price and Quality Taker

طبق مدل Kutzin که در سال ۲۰۰۸ ارائه گردید؛ شفافیت در کنار مسئولیت پذیری، به عنوان یکی از اهداف میانی سیاستهای تامین مالی سلامت بیان شده است؛ که در نهایت مستقیماً در ارتباط با هدف نهایی پاسخگویی در نظام های سلامت است.



نمودار: ارتباط تامین مالی سلامت با اهداف میانی سیاستهای تامین مالی سلامت و اهداف کلی نظام سلامت

به منظور امکان ایجاد و بررسی شرایط تعادل بین منابع و مصارف به عنوان یکی از ارکان اصلی پایداری تامین مالی، ایجاد شفافیت در شرایط کنونی کشور امکان ایجاد شفافیت در کلیه درآمدها، هزینه و فعالیتهای بخش سلامت به عنوان اصلی انکارناپذیر مورد پذیرش همگان است.

از جمله موضوعاتی که شفافیت را در نظام سلامت تحت تاثیر قرار می دهد؛ عدم تمرکز منابع مالی و هزینه های مخارج سلامت در جایگاه مشخص و در واقع پراکندگی منابع در اختیار سازمانها و نهادهای مختلف و پراکندگی های هزینه ای و نیز مشخص نبودن دقیق میزان مشارکت بخش عمومی، خصوصی، خانوارها و خیریه ها در تامین مالی و هزینه ها یا مخارج سلامت است که در واقع خود بر موضوع پایداری تامین مالی نظام سلامت (ناظر بر بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت) موثر خواهد بود.

در همین راستا اطلاعات مفید و قابل استناد؛ که بزرگترین دستاورد شفافیت مالی در نظام سلامت است؛ می تواند جهت سیاستگذاری و برنامه ریزی عدالت محور بخش سلامت مورد استفاده قرار گیرد. در شرایط کنونی کشور متأسفانه این بند از

سیاستهای کلی سلامت تحقق نیافته است. الزامات و پیش نیازهای شفاف نمودن جریانهای درآمدی و هزینه ای در بخش سلامت به شرح زیر است:

- پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور (به موجب بند چ ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور)
- ایجاد پرونده الکترونیک سلامت
- استقرار بیمه سلامت الکترونیک؛ اقدامات زیر در این راستا انجام می شود:
 - صدور کارت بیمه سلامت هوشمند یا سایر رابط های الکترونیکی مناسب
 - تجویز الکترونیکی خدمات سلامت
 - ارائه و دریافت الکترونیکی خدمات سلامت
 - صورتحساب های الکترونیک
 - پرداخت الکترونیکی و در صورت امکان آنلاین به ارائه دهندگان خدمات سلامت

پ. تعاریف واژه ها

تعریف واژه	معادل واژه به انگلیسی	منبع
نظام سلامت: بطور خلاصه عبارتست از مجموعه ای از افراد، نهادها، زیر ساختها و منابع مالی که خدمات، داروها و کالاهای سلامت را بمنظور تامین نیازهای سلامتی جامعه هدف تولید، تامین، ارائه و تامین مالی می نمایند. [۹]	Health System	
پوشش همگانی سلامت: عبارتست از اطمینان از دسترسی و بهره مندی عادلانه کلیه افراد به خدمات سلامت ارتقاء دهنده (Promotive)، پیشگیرانه (Preventive)، درمانی (Curative)، توانبخشی (Rehabilitative) و تسکینی (Palliative) باکیفیت و مورد نیازشان بدون اینکه دچار تنگنای مالی/ Financial Hardship گردند. [۱۳]	Universal Health Coverage (UHC)	
تامین مالی نظام سلامت: تامین مالی نظام سلامت عبارت است از فرآیندی که طی آن درآمدهای جمع آوری شده از منابع اولیه و ثانویه در صندوقها انباشت می شود و در ازای فعالیتهای ارائه دهندگان خدمات سلامت به آنها تخصیص داده می شود. به عبارت دیگر تامین مالی نظام سلامت شامل سه فرآیند اصلی تولید منابع مالی، انباشت ریسک و تخصیص و خرید خدمات سلامت است.	Health System Financing	Murray and Frenk; 2000

	Health System Financing(Fiscal Sustainability(Stability)	تأمین مالی پایدار نظام سلامت: تأمین مالی پایدار نظام سلامت به معنای «وجود ظرفیت بالقوه یک دولت در تأمین نیازهای مالی بخش سلامت و حصول اطمینان از فراهم آمدن بموقع این منابع مالی و ارائه منابع بودجه اضافی برای اهداف موردنظر نظام سلامت در دستیابی به پوشش همگانی سلامت بدون ایجاد هرگونه خدشه در پایداری وضعیت مالی دولت» است. [۷ و ۵]
	Revenue Generation	تولید منابع:
	Revenue Collection	جمع آوری منابع: فرآیند جمع آوری منابع از طریق مالیات، حق بیمه، پرداخت از جیب یا سایر روشها.
	Risk Pooling	انباشت ریسک:
	Resource Generation & Purchasing	تخصیص منابع و خرید:
	Total Health Expenditure	مخارج کل نظام سلامت/ THE: عبارتست از مجموع مخارج سلامت در بخش دولتی و مخارج سلامت در بخش خصوصی. [۸]
	General Governmental Expenditure	بودجه عمومی دولت: بودجه کل کشور شامل دو بخش عمده است: بودجه عمومی دولت و بودجه شرکتهای دولتی، بانک ها و موسسات انتفاعی وابسته به دولت. بودجه عمومی دولت خود شامل درآمدهای عمومی، واگذاری دارایی های سرمایه ای، واگذاری دارایی های مالی و درآمدهای اختصاصی است. درآمدهای عمومی دولت از درون اقتصاد جامعه کسب می شوند و مستقیماً به

		<p>خزانه دولت واریز می گردند؛ که شامل <u>مالیات ها</u>، درآمد فروش کالا و خدمات، <u>حق بیمه (کمک های اجتماعی)</u>، درآمد جریمه ها و خسارت و اجاره، درآمد اموال و دارایی ها می باشد.</p> <p>در واگذاری دارایی های سرمایه ای منظور از دارایی هایی است که بیش از یکسال در فرآیند تولید کالا و خدمات به کار می روند. واگذاری دارایی های سرمایه ای درآمد ناشی از فروش اموال سرمایه ای و دارایی های ثابت است. <u>درآمد حاصل از فروش نفت خام و صدور گاز</u>، فروش ساختمانها و تأسیسات دولتی، فروش و واگذاری اراضی دولتی، فروش و واگذاری ماشین آلات و تجهیزات و فروش و واگذاری اموال منقول و غیرمنقول، اسقاطی، تملیکی، ضبطی و قاچاق در واگذاری دارایی های سرمایه ای می آید.</p> <p>واگذاری دارایی های مالی شامل سایر منابع تأمین اعتبار توسط دولت (براساس ماده ۱۲ قانون محاسبات عمومی) هستند که بیشتر از جنس پول و اعتباراند و شامل استقراض از سیستم بانکی، فروش اوراق مشارکت، دریافت اصل واحدهای خارجی و داخلی، استفاده از تسهیلات خارجی، پیش فروش حج تمتع، استفاده از <u>موجودی حساب ذخیره ارزی</u> و وصول واگذاری شرکت های دولتی در بورس (سهام).</p> <p>ویژگی درآمدهای اختصاصی که به موجب قانون توسط دستگاه های دولتی وصول و به خزانه واریز می شود آن است که معادل آن درآمدهای وصولی به مصرف هزینه های خاص دستگاه وصول کنند اختصاص می یابد. در واقع در این نوع درآمدها منابع و مصارف مشخص است. مازاد درآمدهای اختصاصی که علاوه بر میزان مقرر وصول می شود پس از واریز به خزانه دولت به حساب درآمد عمومی منظور می گردد.</p> <p>منابع شرکت های دولتی، بانکها و موسسات انتفاعی وابسته به دولت در هر سال مالی بودجه جاری و سرمایه ای خود را تنظیمی می کنند که سر جمع آنها در این بخش از بودجه کل کشور می آید؛ معمولاً بودجه شرکت های دولتی بیشتر از بودجه عمومی دولت است.</p>
	General Governmental Expenditure on Health	<p>هزینه های کلی دولت برای سلامت (GGHE):</p> <p>عبارت است از کلیه هزینه هایی که دولت مرکزی/منطقه ای و محلی برای سلامت متحمل می شوند؛ بجز هزینه های بیمه های اجتماعی سلامت. [۸]</p>

	Private Health Expenditure	هزینه های بخش خصوصی برای سلامت (PvtHE): عبارت است از مجموع هزینه پرداخت مستقیم از جیب مردم برای سلامت، پیش پرداختهای خصوصی برای بیمه های خصوصی و هزینه های پرداخت شده برای تامین مخارج سلامت توسط کلیه شرکتهای بخش خصوصی (اعم از شرکتهای بیمه خصوصی و شرکتهای خصوصی غیر بیمه ای). [۸ و ۹]
	Out-Of-Pocket Payments	سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت (OOP): بخشی از هزینه های خصوصی سلامت است که در قالب شراکت در هزینه (Cost Sharing) بصورت فرانشیز ابتدایی کاهنده (Deductible)، هم پردازی درصدی (Coinsurance) و هم پردازی ثابت (Copayment) برای هزینه خدمات تحت پوشش و نیز هزینه خدماتی که تحت پوشش برنامه بیمه ای نیستند، مستقیماً توسط بیمه شده یا خانواده وی پرداخت گردیده و توسط بیمه باز پرداخت نمی گردد. [۷ و ۸]
	Financial Transparency Fiscal Transparency	شفافیت مالی: شفافیت مالی عبارتست از تولید اطلاعات صحیح در باره درآمدها، هزینه ها و فعالیتهای مالی در نظام سلامت و ایجاد دسترسی آزادانه به این اطلاعات برای کلیه ذینفعان. [۱۴ و ۱۵]

بخش دوم:

فهرست ذینفعان

در این بخش فهرست اولیه ذینفعان و واحدهای تابعه هریک از آنها، موضوع بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت، براساس حوزه های چهارگانه تامین مالی (تولید منابع، جمع آوری منابع، تجميع، انباشت و توزيع ريسک و توزيع درآمد و در نهايت تخصيص و خريد راهبردی) در جدولی به شرح ذیل قرار گرفته است.

ابتدا فهرستی از ذینفعان توسط تیم پژوهش تهیه و برای بررسی و اعلام نظر به هشت نفر از صاحب نظران و کارشناسان حوزه بیمه سلامت ارائه گردید؛ در این بخش برای هر مولفه امتیازی بین ++ تا -- در نظر بگیرید. بیشترین میزان امتیاز ++ به معنای بسیار حمایت کننده، کمترین امتیاز -- به معنای بسیار ممانعت کننده و ۰ به معنای بی تاثیر در هریک از نقشها می باشد. در جدول شماره ۲، میانگین امتیازات مشاهده می گردد. از طرف دیگر، فهرست پیش رو برای دو وضعیت کنونی و مطلوب (وضعیت مطلوب: وضعیت مبتنی بر مستندات سازمان جهانی بهداشت) مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول شماره ۲: فهرست ذینفعان و تحلیل جایگاه آنها در هریک از حوزه های چهارگانه تامین مالی

حوزه های تامین مالی				وضعیت کنونی/مطلوب	ذینفعان و Subcomponents	
RAP	Risk Pooling	Revenue Collection	Resource Generation			
+	+	+	+	کنونی	دفتر برنامه ریزی، بودجه و پایش عملکرد	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
++	+	++	++	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	معاونت توسعه مدیریت و منابع	
+	+	++	++	مطلوب		
- -	۰	۰	-	کنونی	معاونت درمان	
++	+	+	++	مطلوب		
۰	۰	۰	۰	کنونی	معاونت بهداشت	
+	۰	+	+	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	سازمان بیمه سلامت	
++	++	++	++	مطلوب		
۰	۰	۰	-	کنونی	سازمان غذا و دارو	
+	۰	۰	+	مطلوب		
+	۰	+	+	کنونی	دانشگاه های علوم پزشکی	
++	۰	++	++	مطلوب		
۰	۰	+	+	کنونی	سازمان برنامه و بودجه	
++	+	++	++	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	هیئت دولت	
++	++	++	++	مطلوب		

حوزه های تامین مالی				وضعیت کنونی /مطلوب	ذینفعان و Subcomponents	
RAP	Risk Pooling	Revenue Collection	Resource Generation			
+	+	+	+	کنونی	مجلس شورای اسلامی	
++	++	++	++	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	دیوان محاسبات کشور	
+	+	+	+	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی	
++	++	++	++	مطلوب		
+	++	+	+	کنونی	سازمان تامین اجتماعی	
++	++	++	++	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	بانک مرکزی ایران	وزارت امور اقتصاد و دارایی
•	•	•	•	مطلوب		
•	•	+	+	کنونی	سازمان امور مالیاتی	
•	•	++	++	مطلوب		
•	+	+	+	کنونی	مرکز آمار ایران	
+	+	++	++	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	وزارت ارتباطات و فناوری اطلاعات	
+	+	+	+	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	گمرک جمهوری اسلامی	وزارت صنعت، معدن و تجارت
•	•	+	+	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	سازمان حمایت از مصرف کنندگان و تولیدکنندگان	
+	•	+	+	مطلوب		

حوزه های تامین مالی				وضعیت کنونی /مطلوب	ذینفعان و Subcomponents	
RAP	Risk Pooling	Revenue Collection	Resource Generation			
•	•	•	+	کنونی	اداره کل مقررات صادرات و واردات	وزارت صنعت، معدن و تجارت
+	•	•	++	مطلوب		
•	+	++	++	کنونی	مردم/ بیمه شدگان	
++	++	•	•	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	بیمه مرکزی ایران	
++	++	++	++	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	شرکتهای بیمه تکمیلی سلامت	
++	++	++	++	مطلوب		
+	•	•	•	کنونی	سازمان نظام پزشکی کشور	
++	+	+	+	مطلوب		
•	•	--	--	کنونی	تولید و عرضه کنندگان کالاها و خدمات آسیب رسان سلامت	
•	•	•	•	مطلوب		
+	+	+	++	کنونی	وزارت نفت	سایر سازمانها/نهادهای خریدار خدمات سلامت
•	•	+	+	مطلوب		
+	+	•	•	کنونی	بانکهای دولتی	
•	•	+	+	مطلوب		
+	+	•	•	کنونی	وزارت نیرو	
•	•	+	+	مطلوب		
+	+	•	•	کنونی	سازمان صدا و سیما	سایر سازمانها/نهادهای خریدار خدمات سلامت
•	•	+	+	مطلوب		
+	+	•	•	کنونی	شهرداری	
•	•	+	+	مطلوب		

حوزه های تامین مالی				وضعیت کنونی/مطلوب	ذینفعان و Subcomponents	
RAP	Risk Pooling	Revenue Collection	Resource Generation			
+	+	+	•	کنونی	کمیته امداد امام	سایر سازمانها/نهادهای خریدار خدمات سلامت
•	•	+	+	مطلوب		
•	•	+	•	کنونی	سازمان بهزیستی	
•	•	+	+	مطلوب		
+	+	+	•	کنونی	بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح	
•	•	+	+	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	وزارت بهداشت	ارائه دهندگان خدمات سلامت
++	+	++	++	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	مؤسسات بخش خصوصی	
•	•	•	•	مطلوب		
+	++	+	+	کنونی	سازمان تامین اجتماعی	
++	++	++	++	مطلوب		
+	+	++	++	کنونی	وزارت نفت	
•	•	+	+	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	بانکهای دولتی	
•	•	•	•	مطلوب		
•	•	+	+	کنونی	دانشگاه آزاد	
•	•	•	•	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	وزارت نیرو	
•	•	•	•	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	سازمان صدا و سیما	
•	•	•	•	مطلوب		
•	•	•	•	کنونی	شهرداری	

حوزه های تامین مالی				وضعیت کنونی/مطلوب	ذینفعان و Subcomponents	
RAP	Risk Pooling	Revenue Collection	Resource Generation			
۰	۰	۰	۰	کنونی	سازمان بهزیستی	ارائه دهندگان خدمات سلامت
۰	۰	۰	۰	مطلوب		
+	+	+	+	کنونی	نیروهای مسلح	
++	++	++	++	مطلوب		
۰	۰	۰	۰	کنونی	سایر	
۰	۰	۰	۰	مطلوب		

فهرست ذینفعان اصلی در چهار حوزه تامین مالی که صرف نظر از شدت حمایت کنندگی و ممانعت کنندگی، دارای بیشترین تاثیر هستند به شرح جدول زیر می‌باشد. رنگ سبز به معنای نقش حمایتی، رنگ قرمز به معنای نقش ممانعتی است و بیرنگ به معنای بی تفاوت است.

جدول شماره ۳: فهرست ذینفعان اصلی در هریک از حوزه های چهارگانه تامین مالی

ردیف	حوزه های تامین مالی				ذینفعان
	RAP	Risk Pooling	Revenue Collection	Resource Generation	
۱					مجلس شورای اسلامی
۲					هئیت دولت
۳					سازمان برنامه و بودجه
۴					سازمان امور مالیاتی
۵					تولید و عرضه کنندگان کالاها و خدمات آسیب رسان سلامت
۶					وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
۷					سازمان تامین اجتماعی
۸					سازمان بیمه سلامت
۹					دفتر برنامه ریزی، بودجه و پایش عملکرد وزارت بهداشت
۱۰					معاونت توسعه مدیریت و منابع وزارت بهداشت
۱۱					معاونت درمان وزارت بهداشت
۱۲					دانشگاه های علوم پزشکی
۱۳					ارائه دهندگان در سه حوزه وزارت بهداشت، سازمان تامین اجتماعی و نیروهای مسلح
۱۴					مرکز آمار ایران
۱۵					مردم / بیمه شدگان
۱۶					بیمه مرکزی ایران
۱۷					شرکتهای بیمه تکمیلی سلامت

بخش سوم:

وضعیت موجود

وضعیت موجود (معرفی شاخصها و وضعیت آنها)

این بخش از گزارش در سه قسمت فهرست شاخصهای کلیدی تامین مالی پایدار نظام سلامت، وضعیت ایران از منظر تعدادی شاخصهای تامین مالی معین و در نهایت فهرست شاخصهای منتخب ارائه می شود.

بخش اعظم این بخش از پایگاه داده مخارج جهانی سلامت مربوط به سازمان جهانی بهداشت^{۳۰} اتخاذ گردیده است. GHED پایگاهی جهانی است که شاخصها و برآورد هماهنگ شده ای از آنها را برای بیش از ۱۹۰ کشور از سال ۲۰۰۰ به بعد ارائه می دهد. لازم به ذکر است که با توجه به تغییراتی که اخیراً در عناوین و چارچوب اصلی گزارشهای سازمان جهانی بهداشت ایجاد شده است؛ عنوان تعدادی از شاخصها و بالتبع آن مقادیر عددی آن تغییر یافته است؛ که با توجه به فرا رسیدن زمان تحویل گزارش نهایی پروژه، فرصتی برای تغییر مقادیر آنها نبود. برخی از این تغییرات شامل موارد زیر است:

کل مخارج سلامت یا همان Total Health Expenditure به دو شاخص مخارج جاری سلامت/ Current Health Expenditure و مبالغ سرمایه ای Capital Investments (HK)

الف. فهرست شاخصها

فهرست شاخص های مرتبط با این بند از سیاستها، با استفاده پایگاه داده مخارج جهانی سلامت و سایر پایگاه های اطلاعاتی معتبر نظیر Pub Med، Web of Science، SCOPUS، Science Direct و Google Scholar، کتاب تولید در نظام سلامت (از نظر تا عمل-دکتر علی حسن زاده-انتشارات سازمان بیمه سلامت ایران) و نیز نظر خبرگان به شرح زیر می باشد:

شاخصهای پایداری منابع مالی نظام سلامت

فهرست شاخص های اصلی مرتبط با پایداری تامین منابع مالی سلامت، با استفاده از اطلاعات موجود در پایگاه داده مخارج سلامت جهانی سازمان جهانی بهداشت و سایر پایگاه های اطلاعاتی معتبر به شرح زیر می باشد:

الف. شاخصهای تولید و جمع آوری منابع^{۳۱}

- ❖ درصد سهم کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی
- ❖ درصد سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی
- ❖ درصد سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از بودجه عمومی دولت
- ❖ درصد سهم مالیاتهای عمومی از بودجه عمومی دولت برای سلامت
- ❖ درصد سهم بیمه اجتماعی از بودجه عمومی دولت برای سلامت
- ❖ سرانه کل مخارج سلامت براساس دلار بین المللی (PPP)

³⁰ WHO's Global Health Expenditure Database/GHED

³¹ Resource Generation & Revenues Collection

- ❖ درصد سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم بیمه های خصوصی از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم بیمه های خصوصی از هزینه های سلامت در بخش خصوصی
- ❖ درصد سهم پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی
- ❖ درصد سهم پرداخت از جیب از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم منابع بیرونی از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم بخش سلامت از عوارض اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت
- ❖ درصد اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت که برای آنها عوارض وضع گردیده است
- ❖ درصد سهم عوارض خروج از کشور برای سفرهای خارجی ایرانیان از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم مالیات بر صدور بلیط های هواپیمایی سفرهای خارجی از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم مالیات پلکانی معاملات خودروهای گران قیمت از کل مخارج سلامت
- ❖ سرانه هزینه صرف شده برای کاهش یک درصد OOP براساس دلار بین المللی - برای ارزیابی Value of Money
- ❖ سرانه هزینه صرف شده برای کاهش یک درصدی خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت براساس دلار بین المللی - برای ارزیابی Value of Money
- ❖ سرانه هزینه صرف شده برای کاهش یک درصدی خانوارهای مواجه با هزینه های فقرزای سلامت براساس دلار بین المللی - برای ارزیابی Value of Money

ب. شاخصهای انباشت ریسک^{۳۲}

- ❖ درصد صندوق های انباشت ریسک ادغام یافته
- ❖ درصد جمعیت تحت پوشش که در صندوق های انباشت ریسک ادغام یافته عضویت دارند.
- ❖ درصد جمعیت تحت پوشش صندوقهای انباشت ریسک ادغام یافته که مورد حمایت مالی موثر واقع شده اند.

پ. تخصیص منابع و خرید راهبردی^{۳۳}

- ❖ درصد خدمات اولویت بندی شده موجود در بسته پایه و تکمیلی سلامت
- ❖ درصد منابع مالی تخصیص یافته به خدمات اولویت بندی شده

³² Risk pooling

³³ Resource Allocation and Purchasing (RAP)

- ❖ درصد منابع تخصیص یافته به ارائه دهندگان از طریق مکانیسم های پرداخت آینده نگر
- ❖ درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت
- ❖ درصد خانوارهای که مواجه با هزینه های فقرزای سلامت

ت. شاخصهای ارزیابی پیامدهای سلامت^{۳۴}

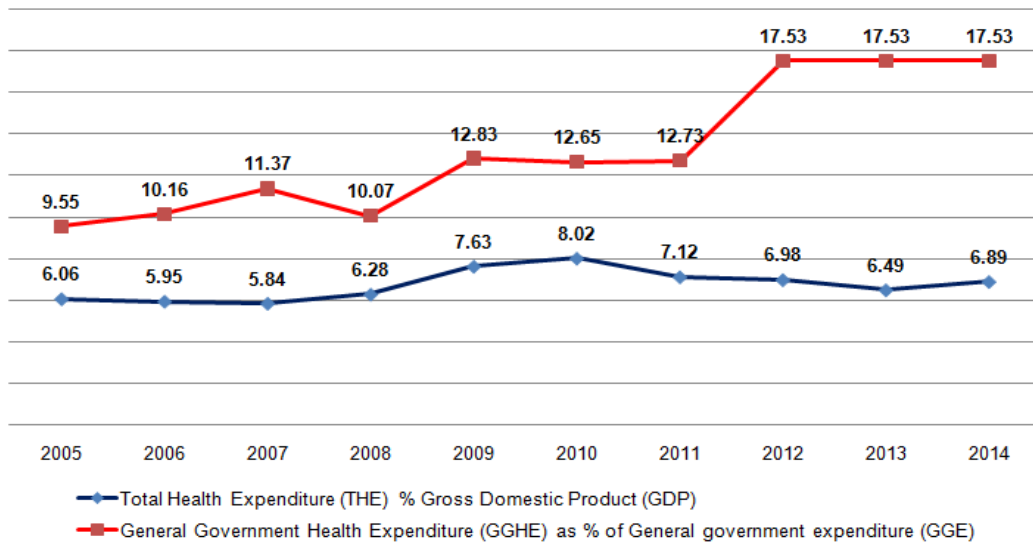
- ❖ امید به زندگی در بدو تولد و در ۶۵ سالگی
- ❖ نرخ های مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، کودکان زیر یک سال، نوزادان و مادران. [۱۶-۱۸]

ب. وضعیت موجود ایران در زمینه های شاخصهای تامین مالی

³⁴ Health Impact

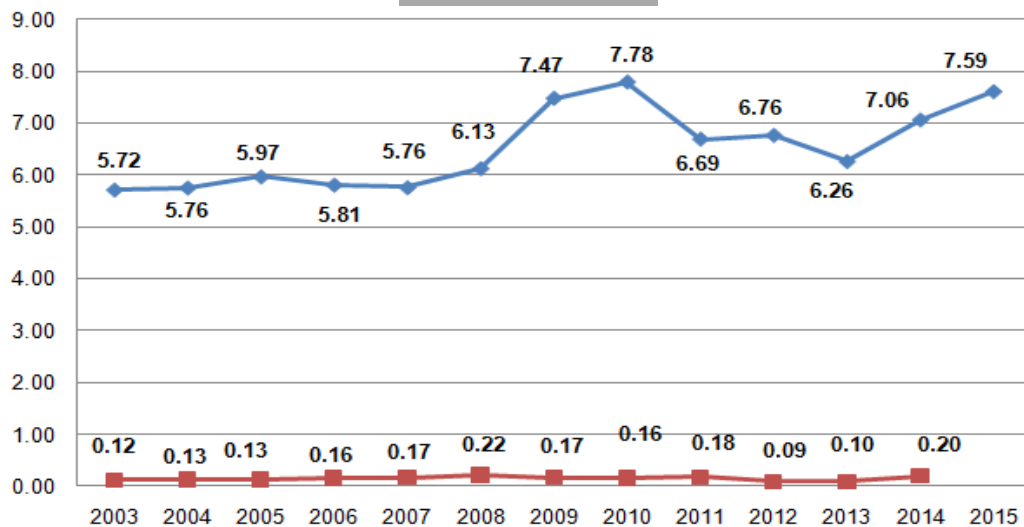
بررسی وضعیت ایران در این بخش در چهار قسمت مجزا در مقایسه با سالهای گذشته، کشورهای منطقه، کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی^{۳۵} و کشورهایی با درآمد متوسط به بالا^{۳۶} ارائه می گردد و در پایان هر قسمت نیز تحلیل وضعیت موجود قرار دارد. [۱۴]

۱. مقایسه ایران طی سالهای اخیر



نمودار شماره ۳: مقایسه ایران در شاخص درصد سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و شاخص درصد سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت طی سالهای

۲۰۱۴/۱۳۹۳ تا ۲۰۰۵/۱۳۸۴



³⁵ Organization for Economic Co-operation and Development/OECD

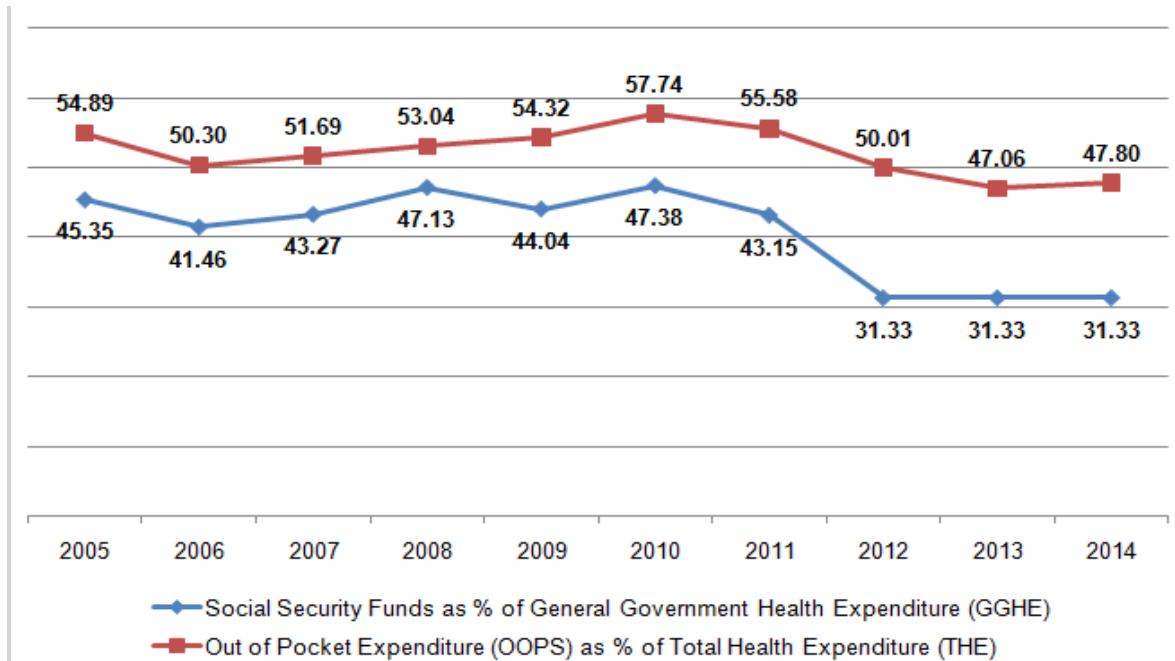
³⁶ Upper middle Income Countries

³⁷ Source: NHA indicators, Global Health Expenditure Database

— Current Health Expenditure (CHE) as % Gross Domestic Product (GDP)
 — Health Capital Expenditure (HK) % Gross Domestic Product (GDP)

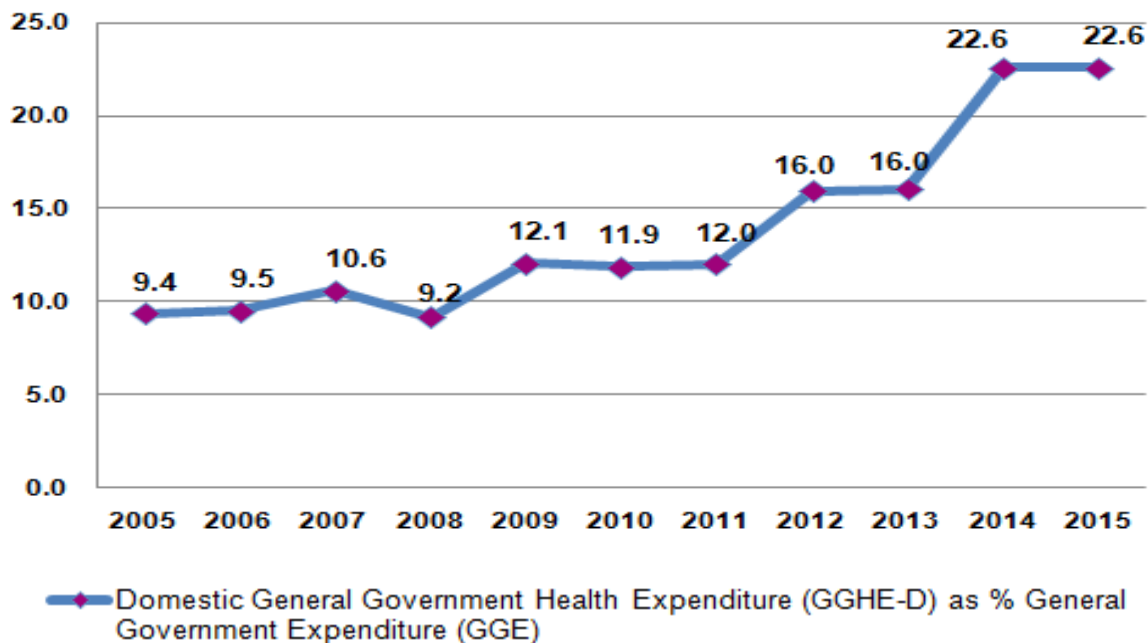
نمودار شماره ۱: مقایسه ایران در شاخص‌های سهم هزینه‌های جاری و سرمایه‌ای سلامت از تولید ناخالص داخلی طی سالهای ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴ (درصد)

۳۸

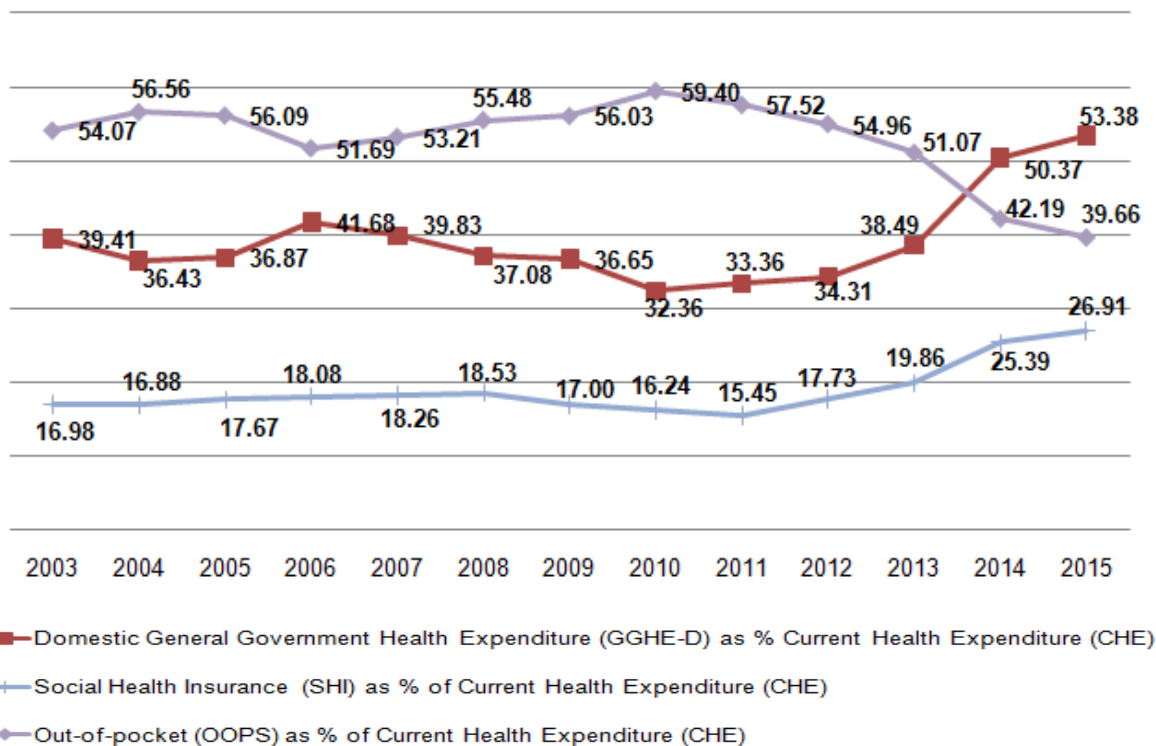


نمودار شماره ۴: مقایسه ایران در شاخص درصد سهم بیمه‌های اجتماعی از بودجه عمومی دولت و شاخص درصد سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت

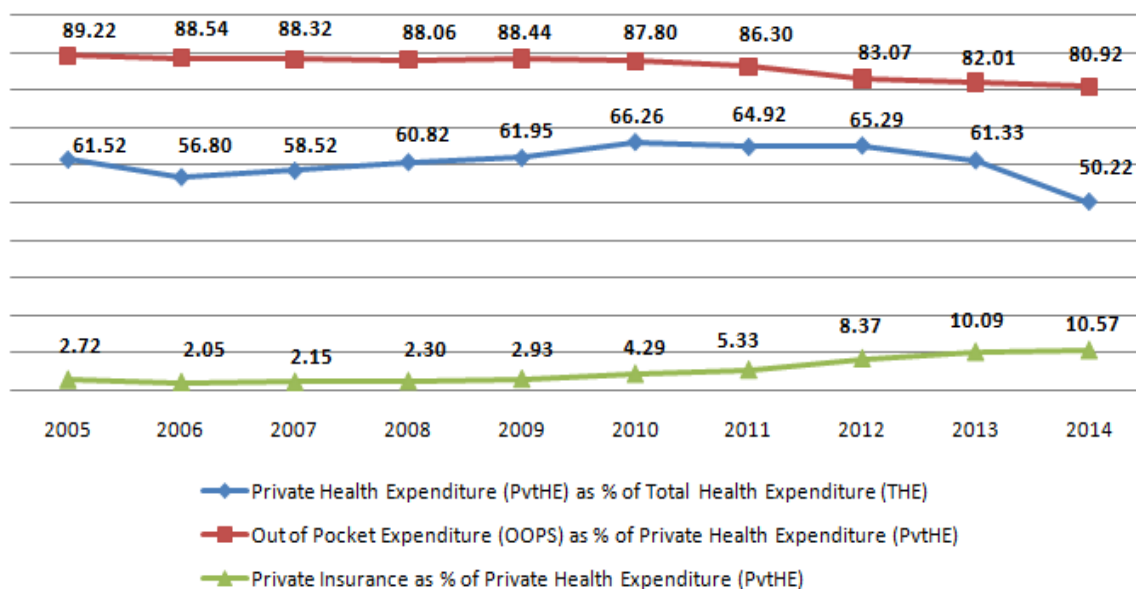
طی سالهای ۲۰۰۵/۱۳۸۴ تا ۲۰۱۴/۱۳۹۳



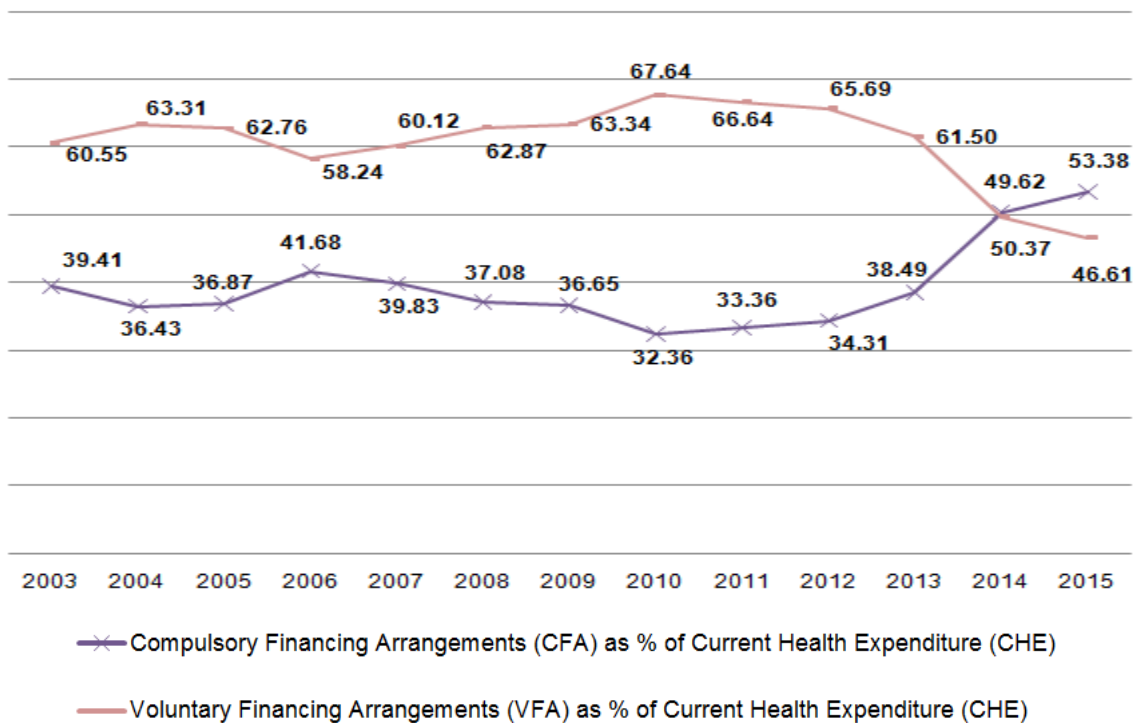
نمودار شماره ۲: مقایسه ایران در شاخص درصد سهم بودجه عمومی دولت برای سلامتی از بودجه عمومی دولت طی سالهای ۲۰۰۵/۱۳۸۴ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴



نمودار شماره ۳: مقایسه ایران در شاخص‌های درصد سهم بودجه عمومی دولت برای بخش سلامت، بیمه‌های اجتماعی سلامت و پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت طی سالهای ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴ (درصد)



نمودار شماره ۵: مقایسه ایران در شاخص درصد سهم بیمه خصوصی از کل هزینه‌های سلامت، شاخص درصد سهم پرداخت از جیب از هزینه‌های خصوصی سلامت و شاخص درصد سهم بیمه خصوصی از هزینه‌های خصوصی سلامت طی سالهای ۲۰۰۵/۱۳۸۴ تا ۲۰۱۴/۱۳۹۳



نمودار شماره ۴: مقایسه ایران در شاخص‌های درصد سهم بودجه عمومی دولت برای بخش سلامت، بیمه‌های اجتماعی سلامت و پرداخت از جیب از هزینه‌های جاری سلامت طی سالهای ۲۰۰۳/۱۳۸۲ تا ۲۰۱۵/۱۳۹۴ (درصد)

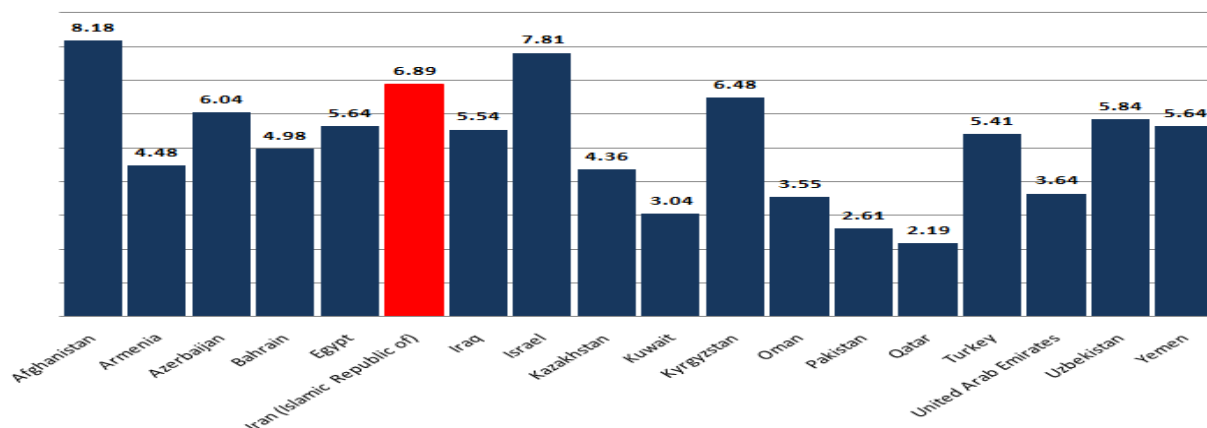
همانگونه که ملاحظه میشود در طی سالهای ۲۰۰۵-۲۰۱۴ میلادی، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی از ۶,۰۶٪ در ۲۰۰۵ به ۸,۰۲٪ در ۲۰۱۰ رسیده و سپس تا ۶,۸۹٪ در ۲۰۱۴ کاهش یافته است. سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت در طی همین مدت اما افزایشی محسوس داشته و از ۹,۵۵٪ به ۱۷,۵۳٪ رسیده و تقریباً ۲ برابر شده است. سهم بیمه‌های اجتماعی از بودجه عمومی دولت کاهش یافته و از ۴۵,۳۵٪ در ۲۰۱۰ به ۳۱,۳۳٪ در ۲۰۱۴ رسیده است. سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت نیز کاهش کمی یافته و از ۵۴,۸۹٪ در ۲۰۱۰ به ۴۷,۸۰٪ در ۲۰۱۴ رسیده است. پس از اجرای طرح تحول نظام سلامت و تخصیص ۱۰٪ منابع حاصل از اجرای قانون هدفمند سازی یارانه ها و ۱٪ مازاد مالیات بر ارزش افزوده به بخش سلامت، انتظار می‌رود که سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت از سال ۲۰۱۴ تا ۲۰۱۷ و ۲۰۱۸ باز هم افزایش یافته باشد. در طی همین مدت و براساس داده‌های مرکز امار ایران، سهم پرداخت از جیب از کل هزینه‌های سلامت به ۴۶٪ رسیده است. سهم منابع بیرونی از کل هزینه‌های سلامت، بسیار اندک و کمتر از ۱٪ بوده است. علیرغم کاهش سهم هزینه‌های خصوصی سلامت از کل هزینه‌های سلامت از ۶۱,۵۲٪ در ۲۰۰۵ به ۵۰,۲۲٪ در ۲۰۱۴، کماکان بیش از ۵۰٪ کل هزینه‌های سلامت در بخش خصوصی بوده و

کماکان بیش از ۸۰٪ این هزینه ها از طریق پرداخت مستقیم از جیب مردم تامین می گردد؛ که بسیار ناپایدار است. با توجه به این داده ها می توان استنباط نمود که کاهش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم در طی سالهای ۲۰۱۰ تا ۲۰۱۶، ناشی از افزایش قابل ملاحظه سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت بوده که آنهم بجای اینکه صرف تقویت برنامه های پیش پرداخت و بیمه های سلامت شود، در نقطه دریافت خدمات هزینه گردیده است که واجد کمترین بهره وری است.

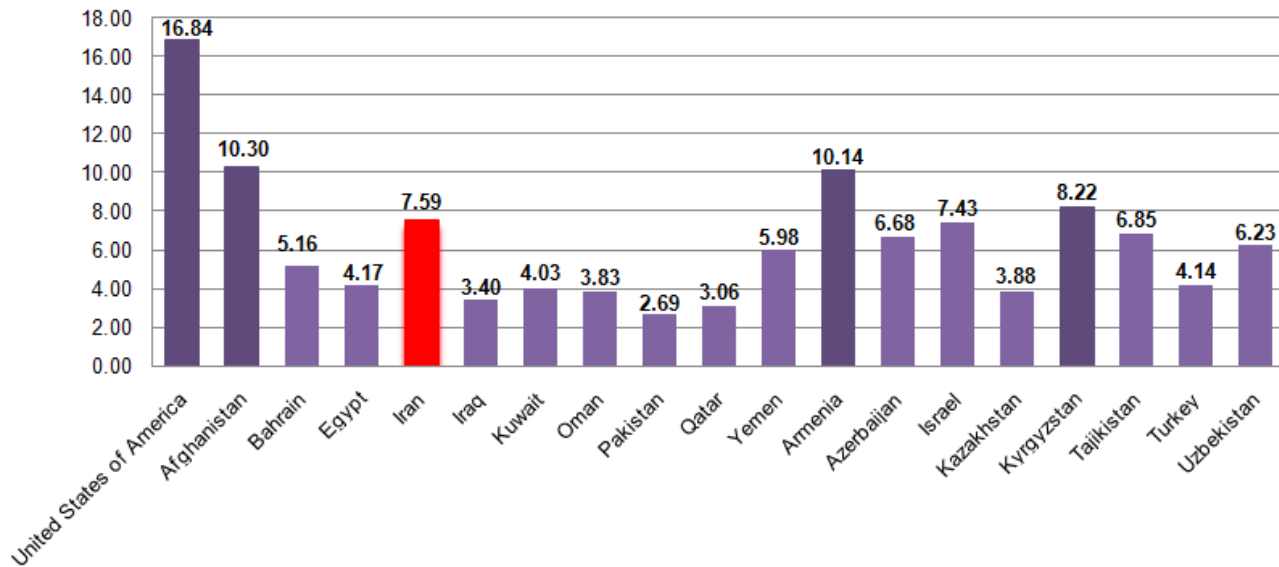
سیر نزولی سهم بیمه های اجتماعی - درمانی از کل هزینه های سلامت موید این واقعیت است که برخلاف بند ۲-۷ سیاستهای کلی سلامت ناظر بر لزوم مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بخش اعظم منابع مالی نظام سلامت از طریق مکانیسمهایی بجز مکانیسمهای بیمه ای مدیریت می گردند. در کنار همه اینها باید توجه داشت که کماکان بیش از نیمی از کل هزینه های سلامت کشور در بخش خصوصی مصرف می گردد که نقش بیمه ههای پایه سلامت در آنها بسیار ضعیف بوده و همانگونه که مشاهده می گردد کماکان بیش از ۸۰ درصد این هزینه از طریق سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم تامین میگردد. در کنار همه اینها باید توجه داشت که پس از بازنگری ارزش نسبی خدمات سلامت و افزایش ۲۲۰ درصدی تعرفه های خدمات سلامت که تنها با استفاده از افزایش در سهم بخش سلامت از بودجه عمومی دولت تامین گردید، هرگونه کاهش درآمدهای دولت، می تواند موجب کاهش سرانه بخش سلامت از بودجه عمومی دولت و بصورت پارادوکسیکال افزایش شدید سهم پرداخت از جیب از کل هزینه های سلامت گردد.

۲. مقایسه ایران با کشورهای منطقه

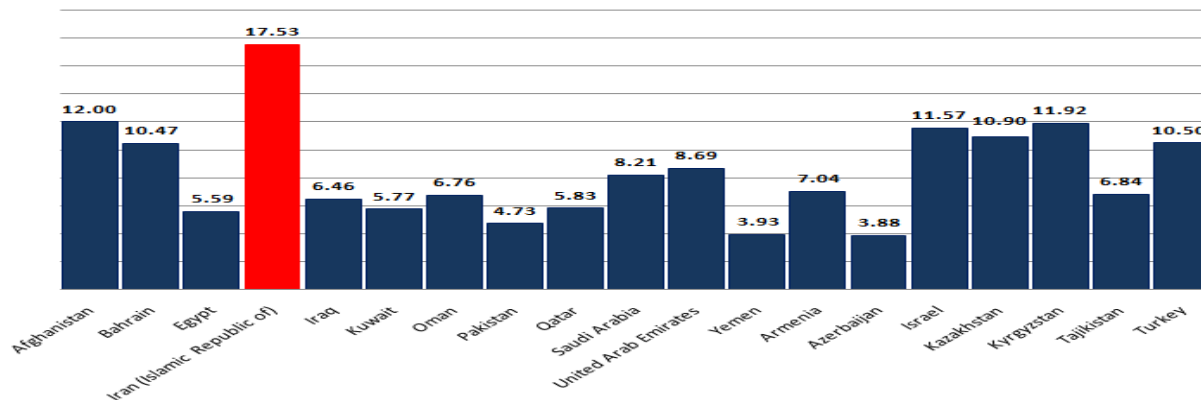
درمجموعه نمودارهای زیر وضعیت کشور را در تعدادی از شاخص های اصلی تامین مالی در مقایسه با کشورهای منطقه مشاهده می کنید.



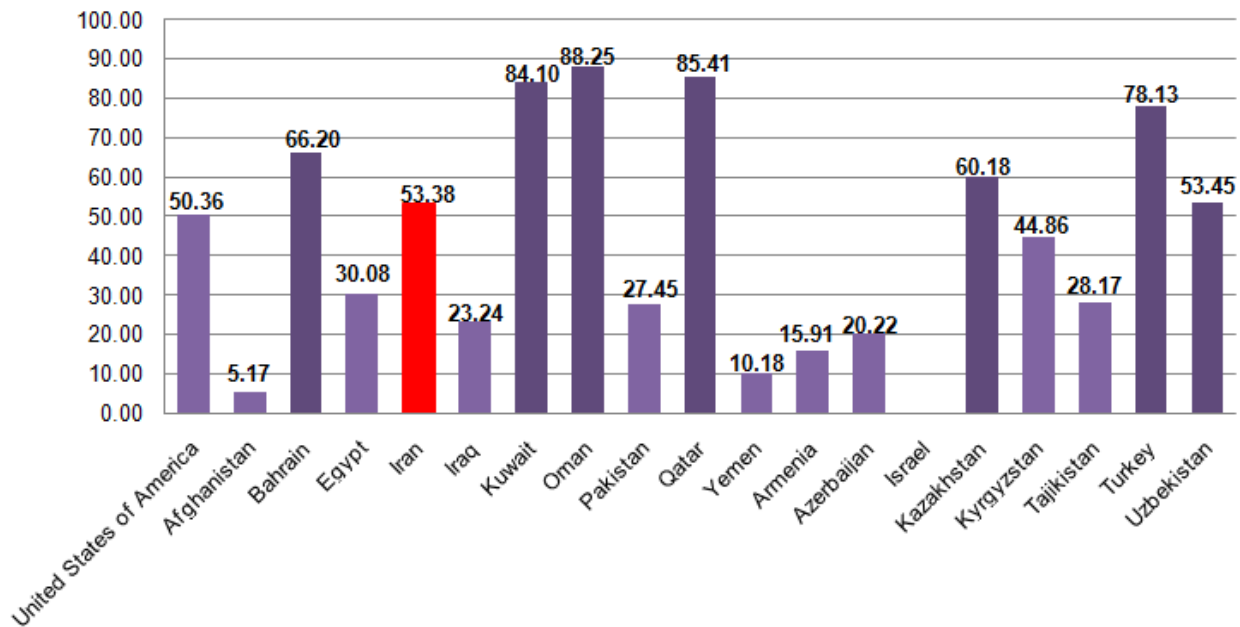
نمودار شماره ۶: مقایسه درصد سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



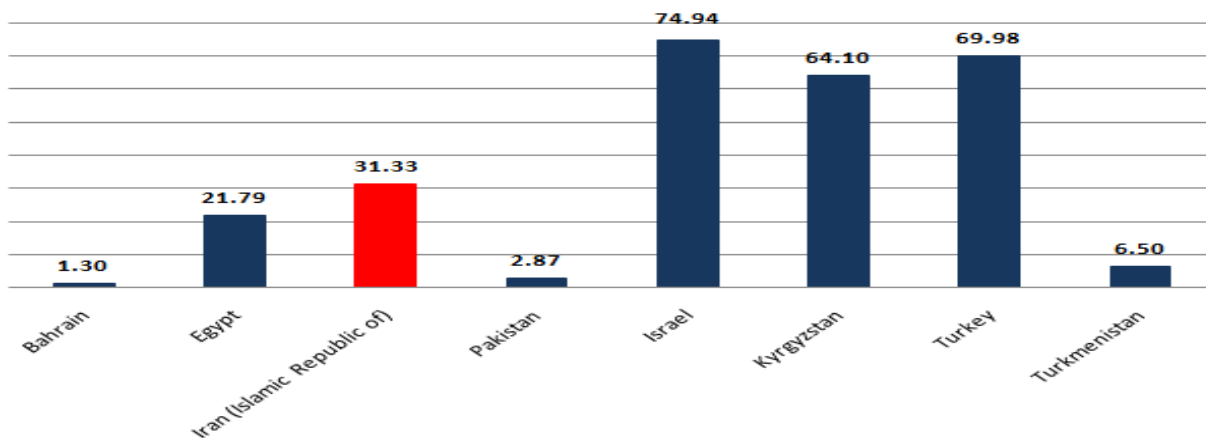
نمودار شماره ...: مقایسه سهم هزینه های جاری بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای منطقه (درصد) - سال ۱۳۹۴ / ۲۰۱۵



نمودار شماره ۷: مقایسه درصد سهم بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳ / ۲۰۱۴



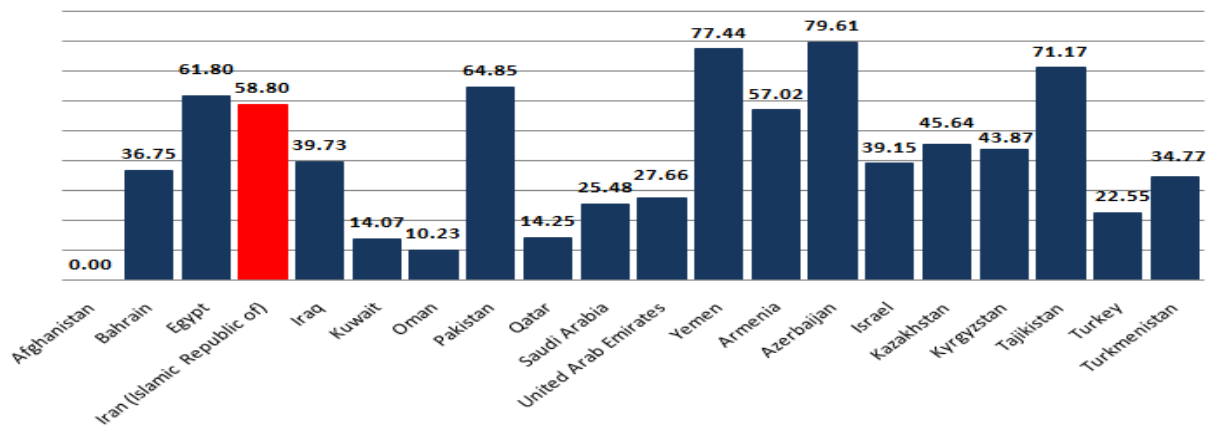
نمودار شماره ...: مقایسه سهم هزینه های جاری بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای منطقه^{۳۹} (درصد) - سال ۱۳۹۴/۲۰۱۵



نمودار شماره ۸: مقایسه درصد سهم بیمه های اجتماعی برای سلامت از هزینه های عمومی دولت برای سلامت با کشورهای منطقه - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴ *

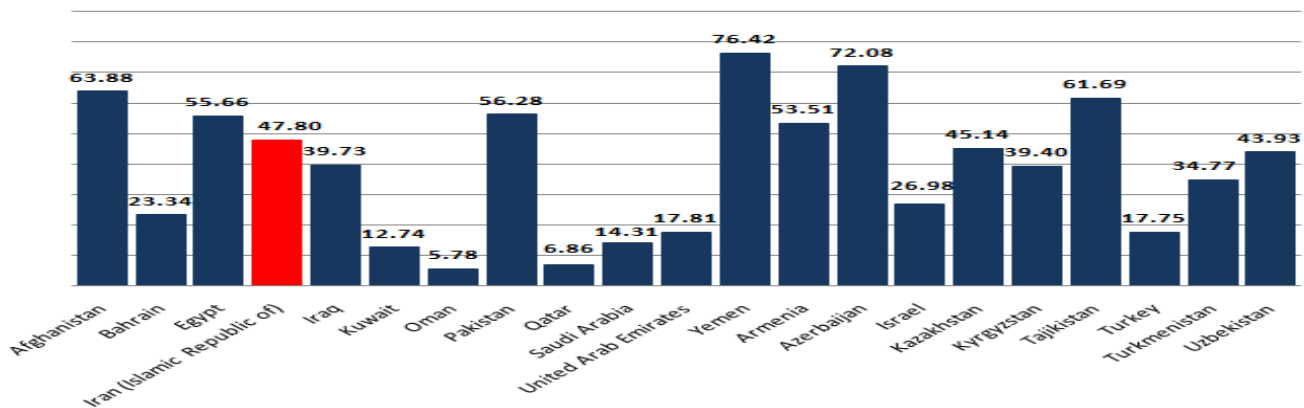
* از سایر کشورهای منطقه اطلاعاتی در این شاخص از سوی سازمان جهانی بهداشت منتشر نشده است.

³⁹ Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % Current Health Expenditure (CHE)

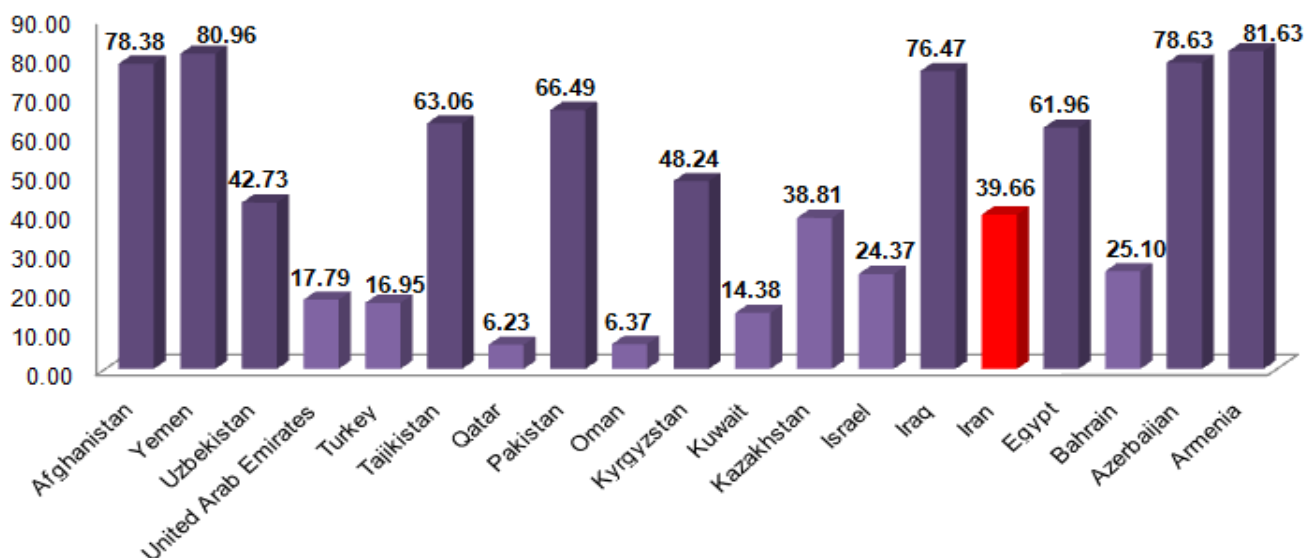


نمودار شماره ۹: مقایسه درصد سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت از هزینه های کل سلامت با کشورهای منطقه- سال ۲۰۱۴

۱۳۹۳

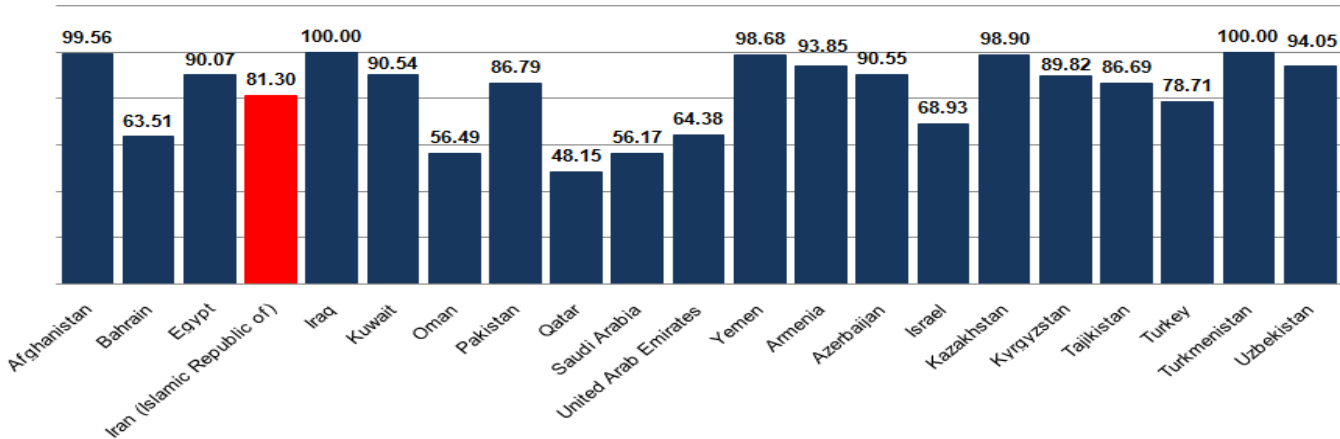


نمودار شماره ۱۰: مقایسه درصد سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های کل سلامت با کشورهای منطقه- سال ۲۰۱۴ / ۱۳۹۳

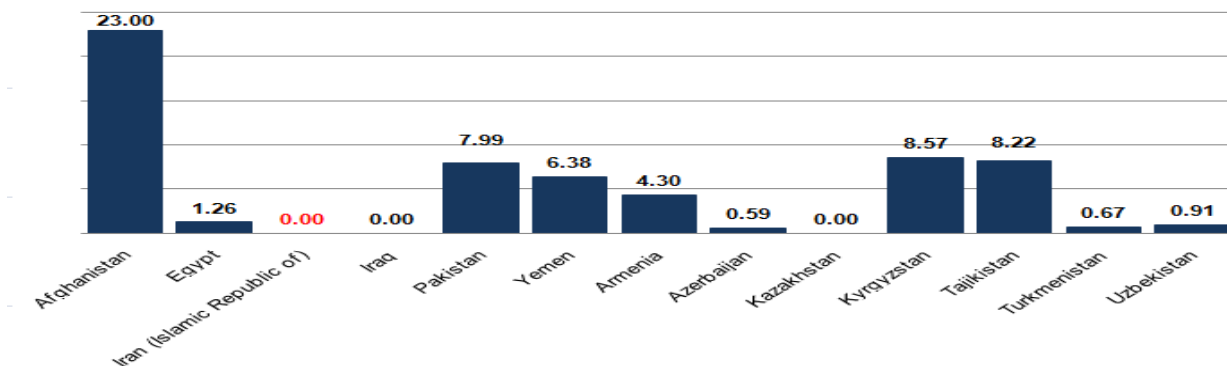


نمودار شماره ... : مقایسه سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های جاری بخش سلامت کشور با کشورهای منطقه (درصد)- سال ۲۰۱۵

۱۳۹۴



نمودار شماره ۱۱: مقایسه درصد سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های خصوصی سلامت با کشورهای منطقه- سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار شماره ۱۲: مقایسه درصد سهم کمکهای خارجی برای سلامت از هزینه های کل سلامت با کشورهای منطقه- سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴

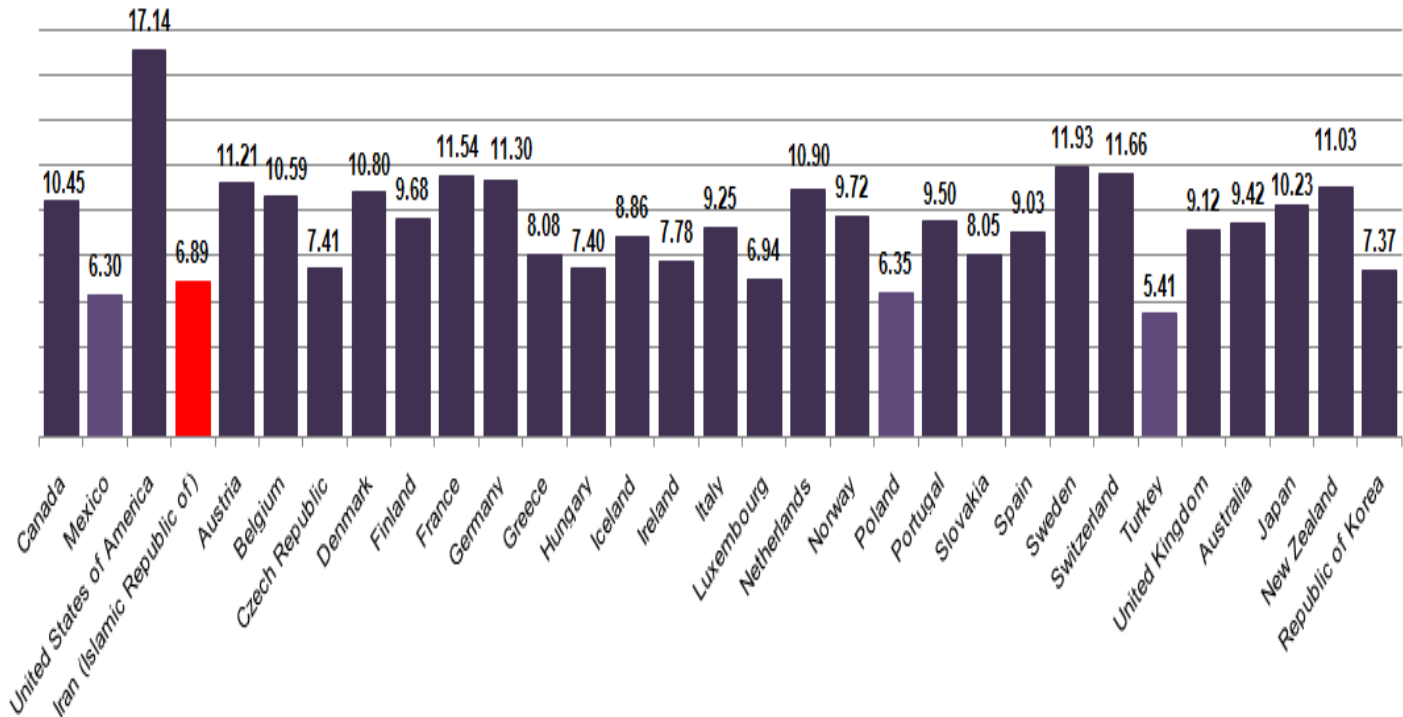
*از سایر کشورهای منطقه اطلاعاتی در این شاخص از سوی سازمان جهانی بهداشت منتشر نشده است.

**آمار مربوط به سه کشور ایران، عراق و قزاقستان در واقع صفر نمی باشد؛ اما ارقام ناچیزی (<) گزارش شده است.

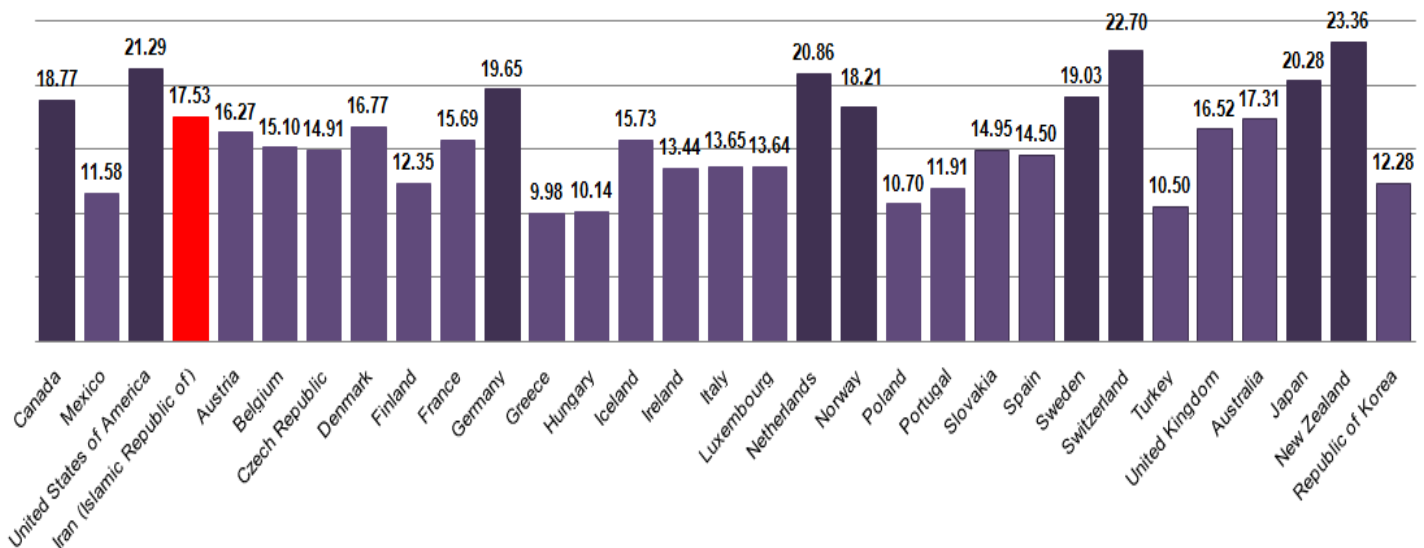
سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ایران در سال ۲۰۱۴ از کلیه کشورهای منطقه بجز افغانستان و رژیم اشغالگر صهیونیستی بیشتر بوده است. براساس آخرین نتایج حسابهای ملی سلامت، این میزان هم اینک به بیش از ۸,۳٪ درصد بالغ شده و در صورت ثابت بودن عدد شاخص سایر کشورها، سهم سلامت ایران از تولید ناخالص داخلی هم اینک از همه کشورهای منطقه بالاتر است. سهم بیمه های اجتماعی برای سلامت از هزینه های عمومی دولت برای سلامت در ایران علیرغم استقرار چهار سازمان بزرگ بیمه سلامت در کشور برای سالیان طولانی، در طی یک دهه گذشته تقریباً به نصف کاهش یافته و هم اینک عدد این شاخص در کشورهای ترکیه، قرقیزستان و رژیم اشغالگر صهیونیستی بیش از ۲ برابر ایران است. سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت در ایران کماکان بیش از ۵۰٪ کل هزینه های سلامت را تشکیل می دهد و این در حالیکه عدد این شاخص در ترکیه ۲۲,۵۵٪ و در رژیم اشغالگر رژیم اشغالگر صهیونیستی ۳۹,۱۵٪ است.

۳. مقایسه ایران با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی

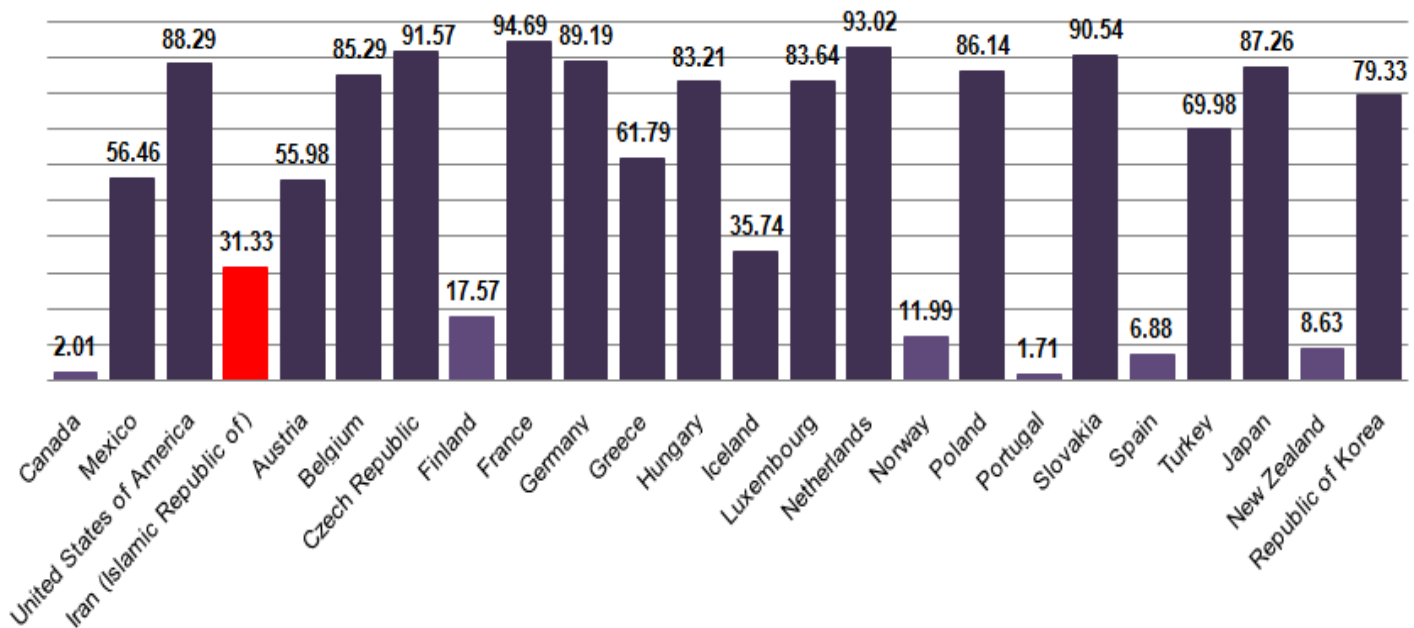
در مجموعه نمودارهای زیر وضعیت کشور را در تعدادی از شاخص های اصلی تامین مالی در مقایسه با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی مشاهده می کنید.



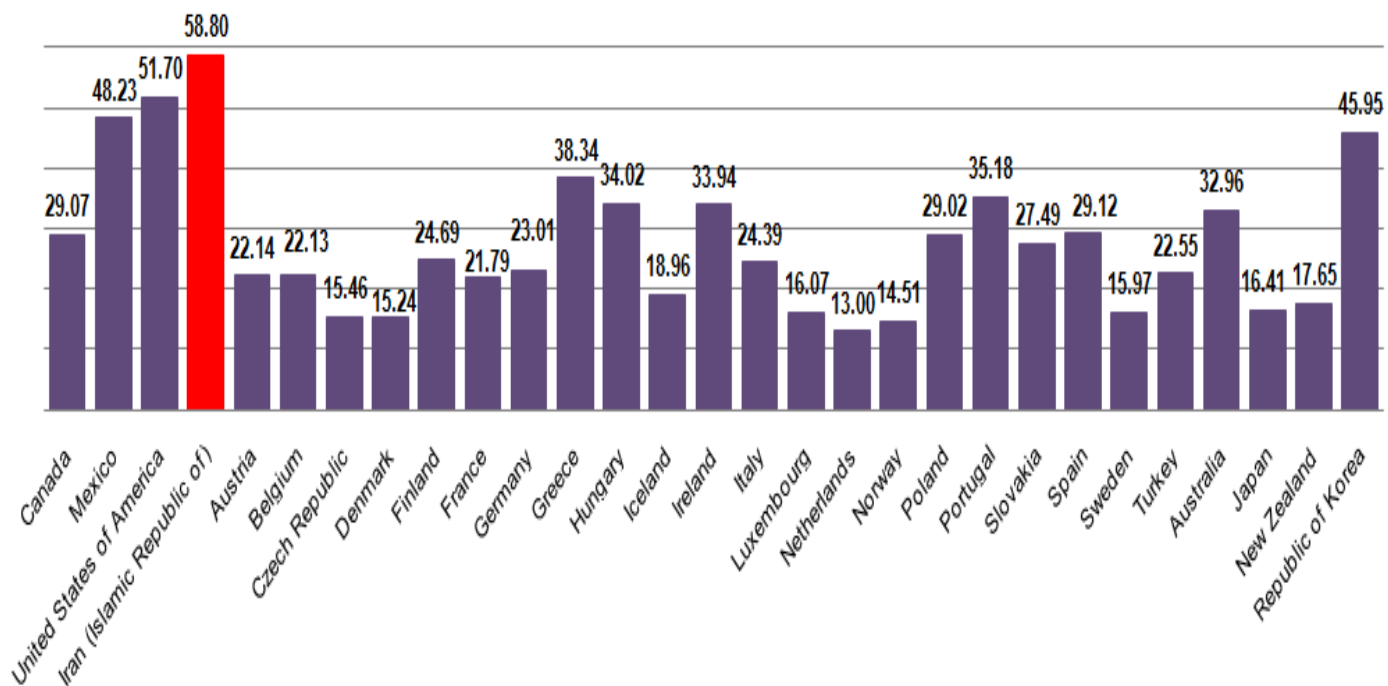
نمودار شماره ۱۳: مقایسه درصد سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



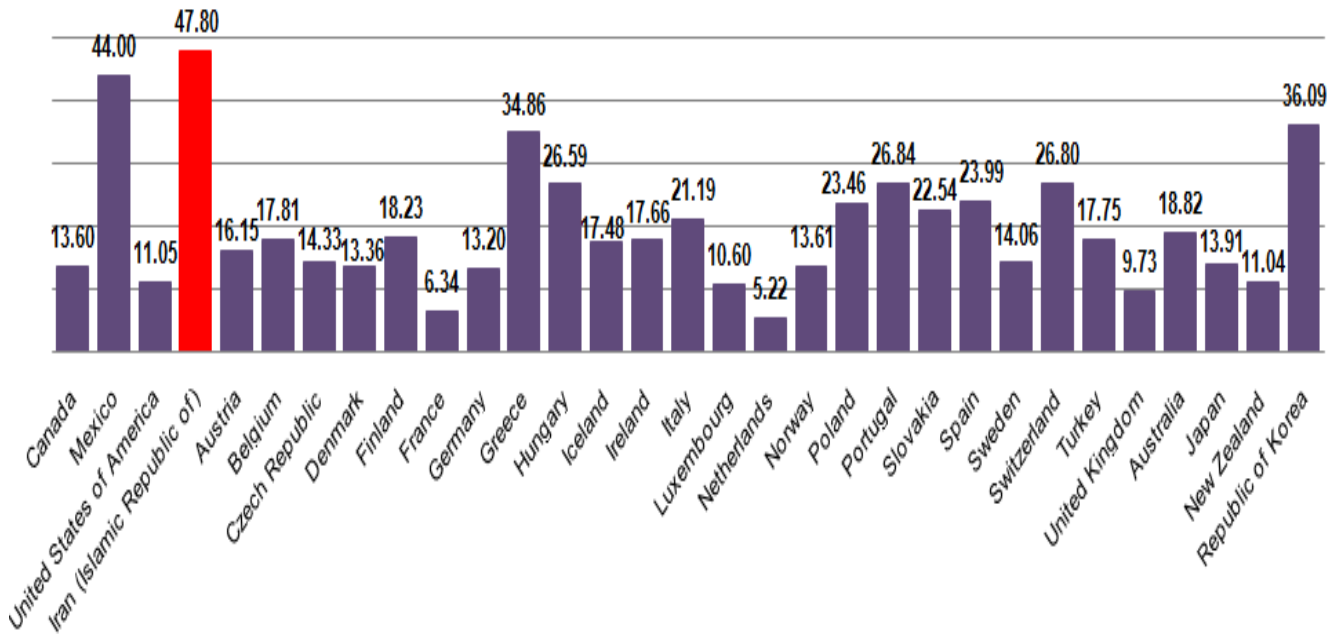
نمودار شماره ۱۴: مقایسه درصد سهم بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



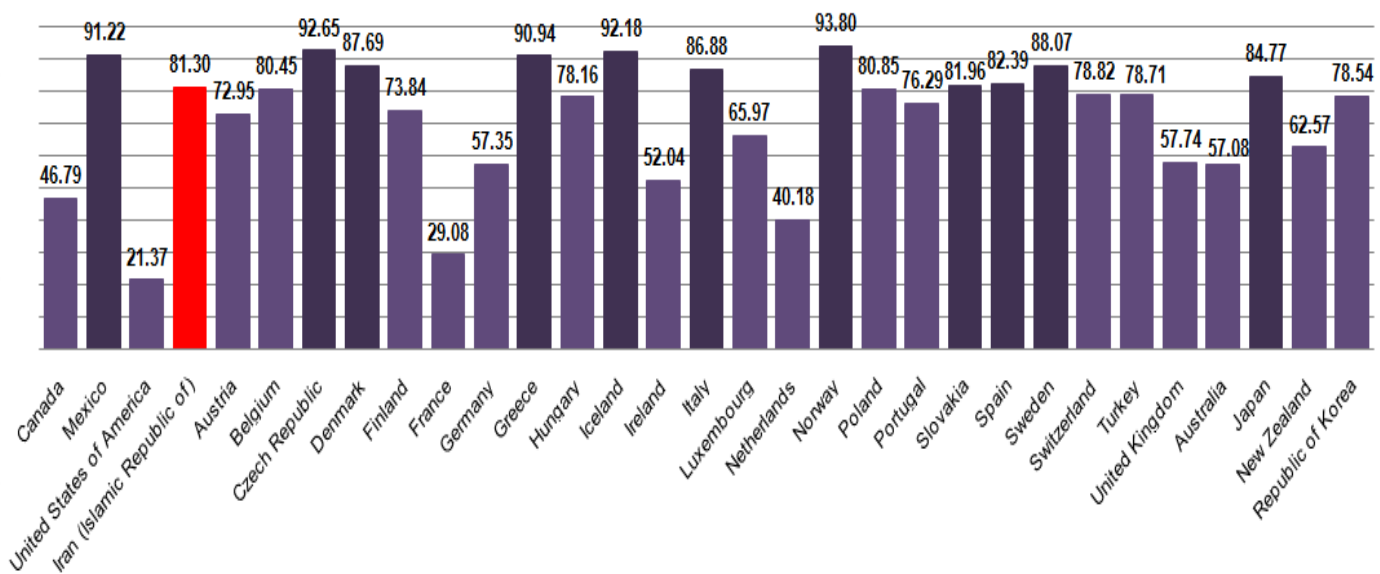
نمودار شماره ۱۵: مقایسه درصد سهم بیمه های اجتماعی برای سلامت از هزینه های عمومی دولت برای سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار شماره ۱۶: مقایسه درصد سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت از هزینه های کل سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



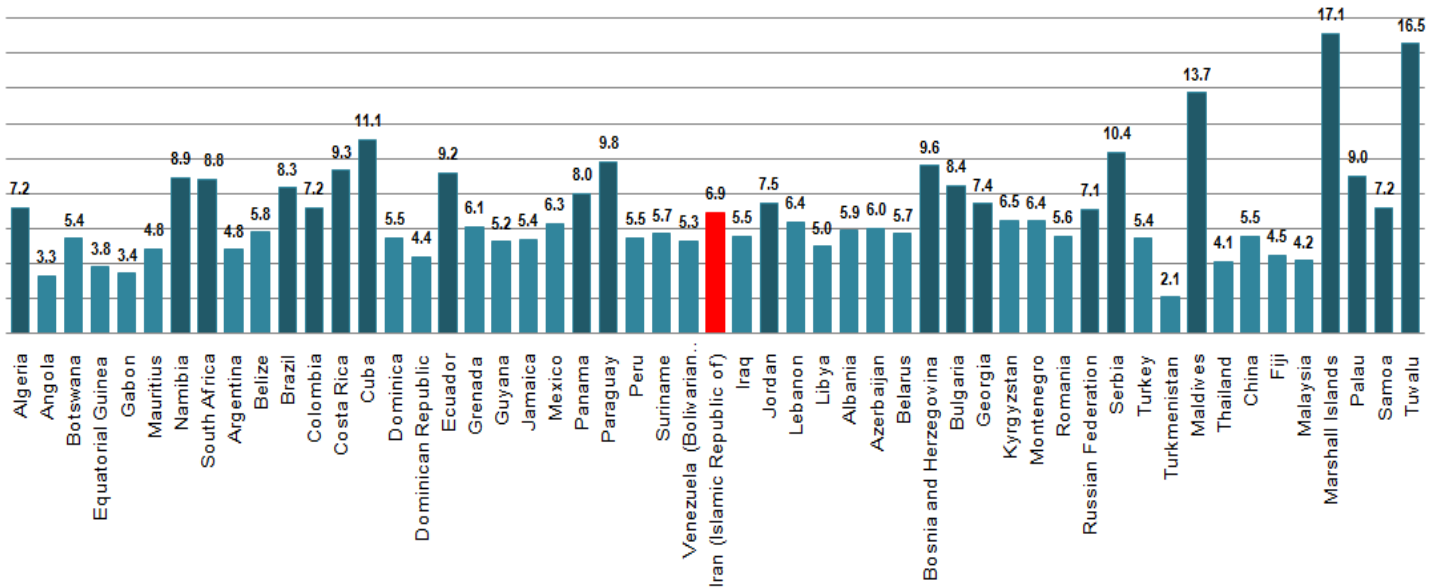
نمودار شماره ۱۷: مقایسه درصد سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های کل سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار شماره ۱۸: مقایسه درصد سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های خصوصی سلامت با کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴

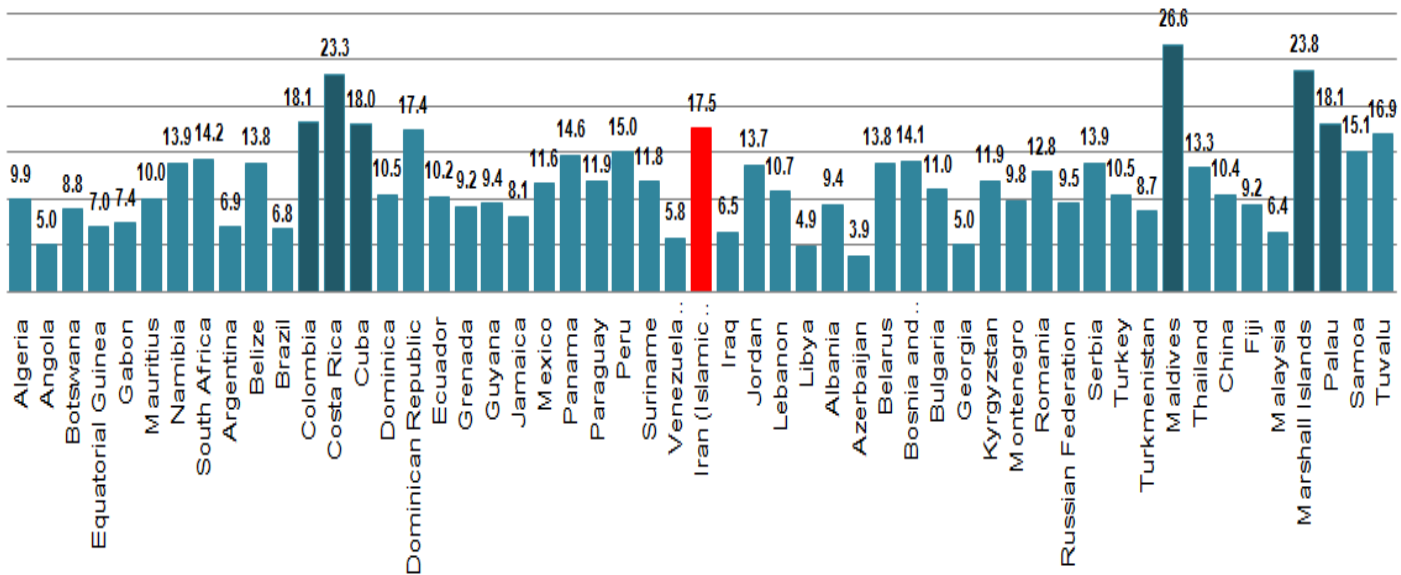
۴. مقایسه ایران با کشورهای با درآمد متوسط به بالا

در مجموعه نمودارهای زیر وضعیت کشور را در تعدادی از شاخص های اصلی تامین مالی در مقایسه با کشورهای با درآمد متوسط به بالا مشاهده می کنید.

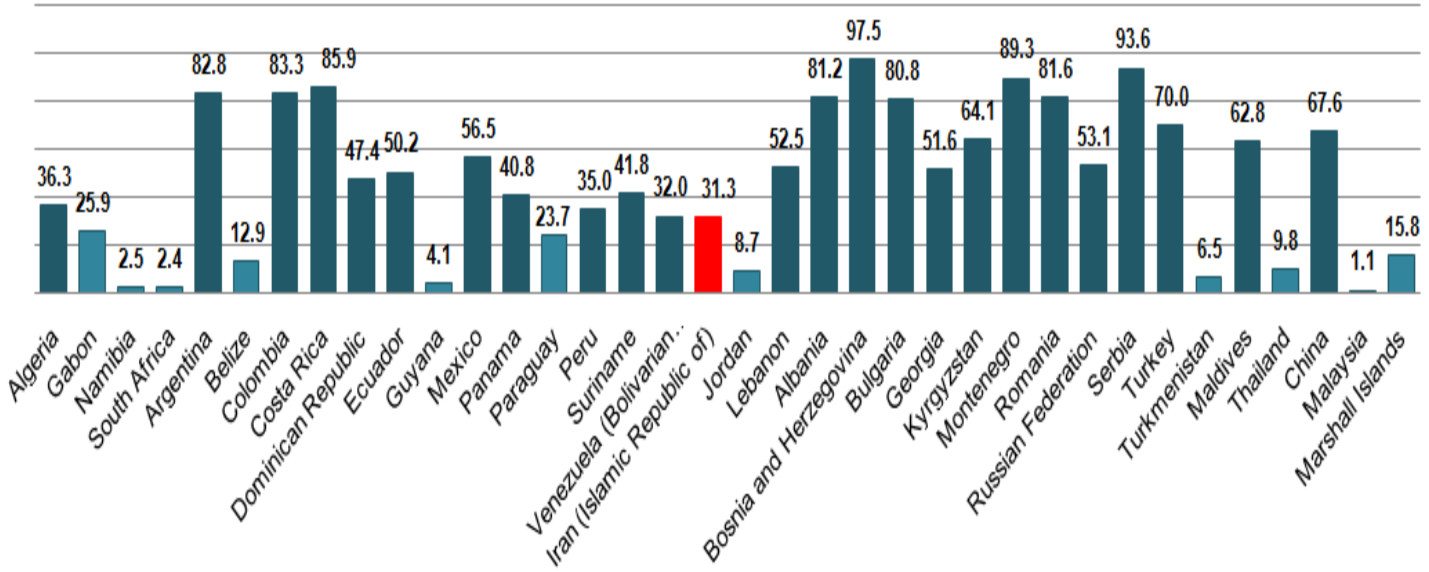


نمودار شماره ۱۹: مقایسه درصد سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی ایران با کشورهای Upper middle Income - سال ۲۰۱۴

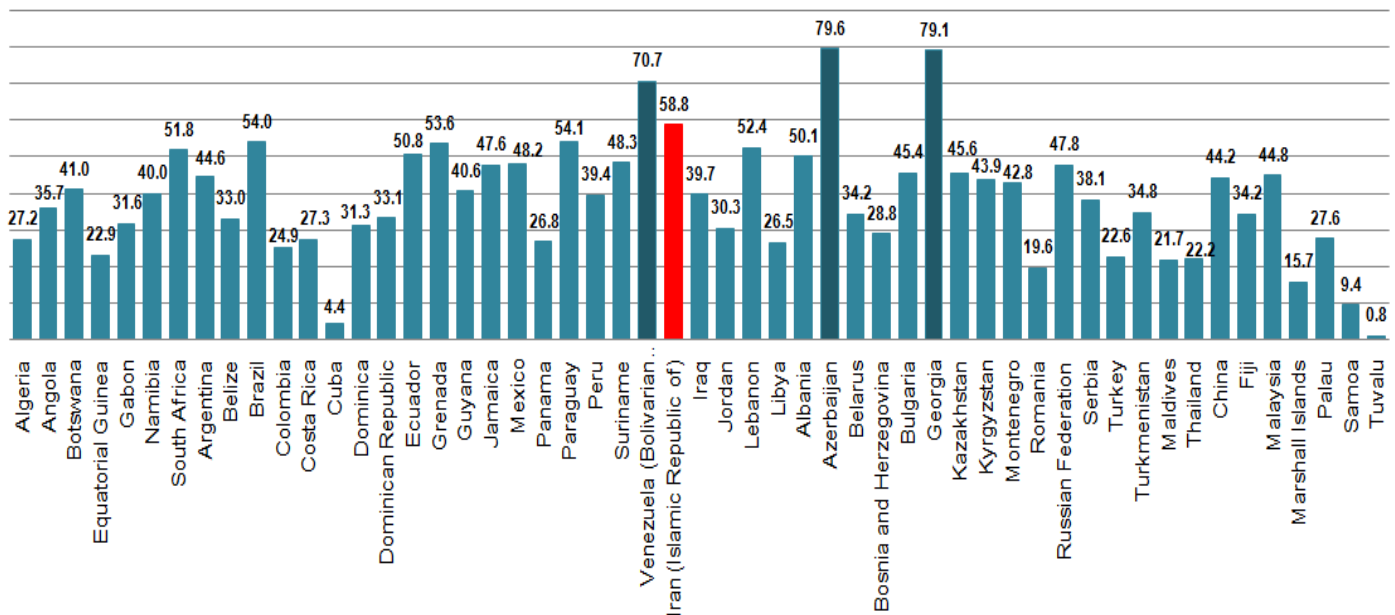
۱۳۹۳



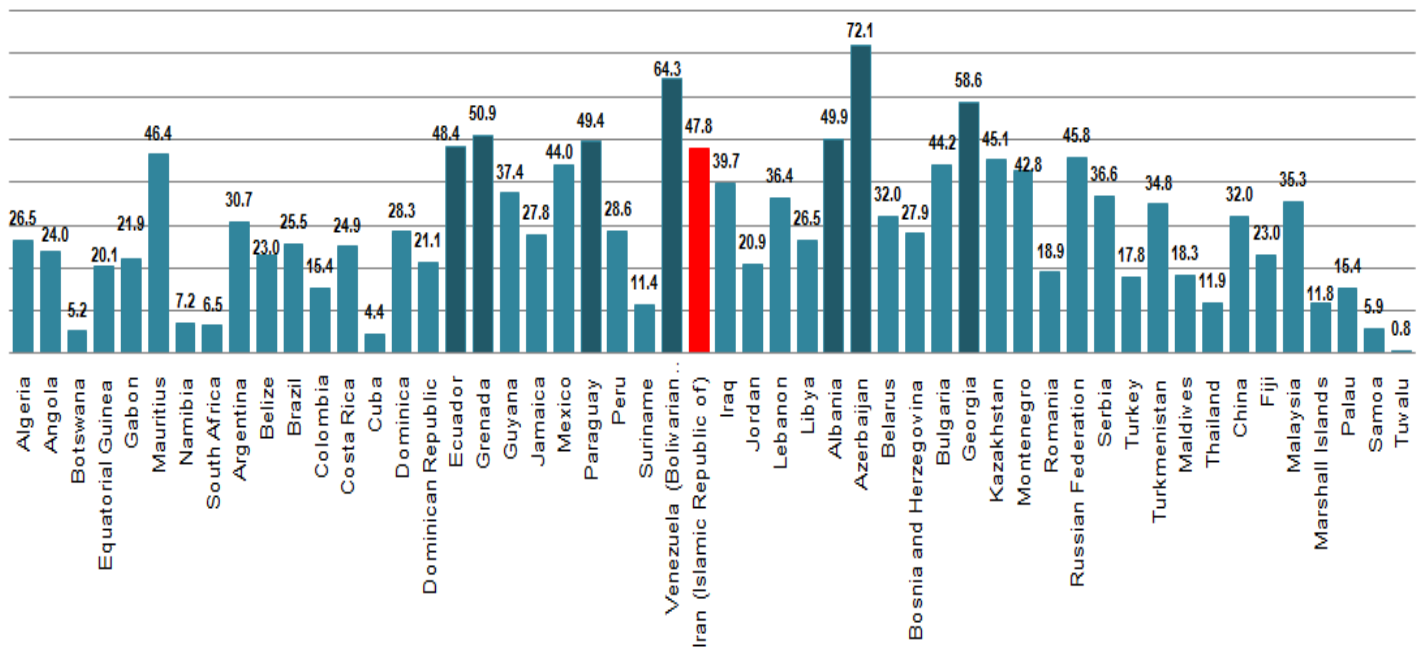
نمودار شماره ۲۰: مقایسه درصد سهم بخش سلامت کشور از بودجه عمومی دولت با کشورهای Upper middle Income - سال ۲۰۱۴ / ۱۳۹۳



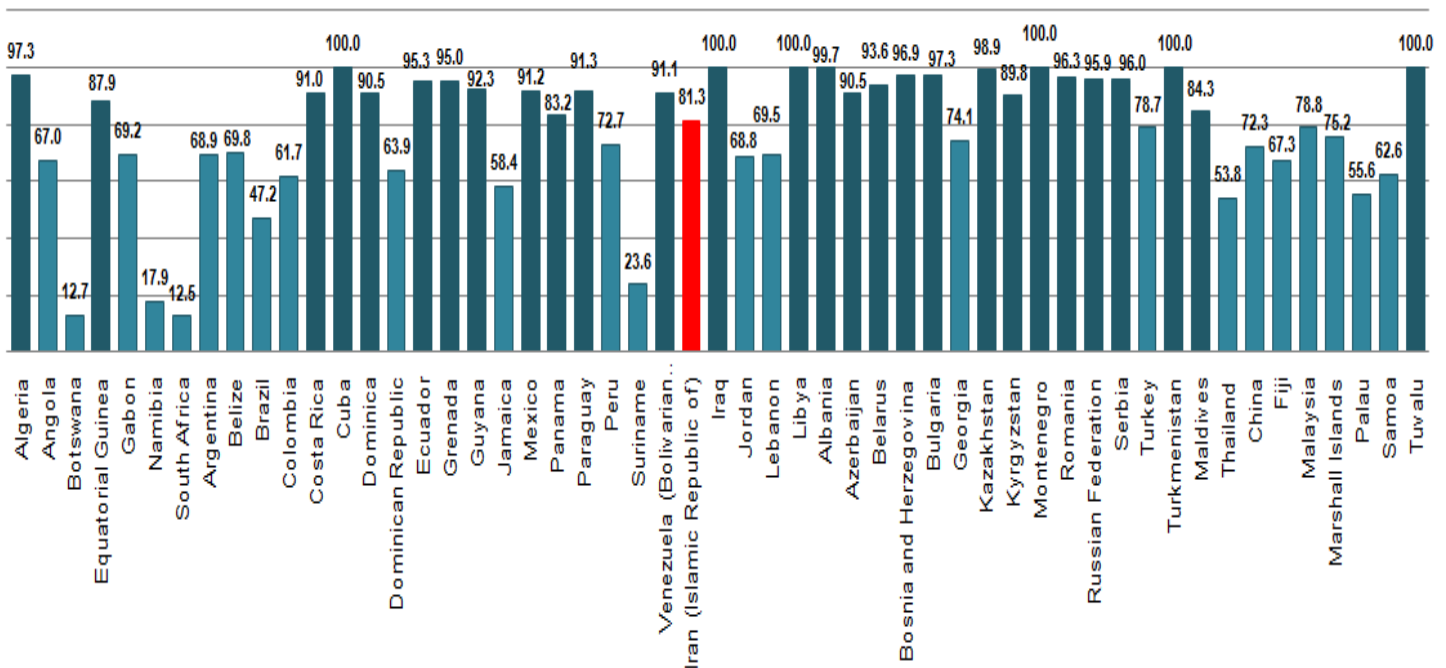
نمودار شماره ۲۱: مقایسه درصد سهم بیمه های اجتماعی برای سلامت از هزینه های عمومی دولت برای سلامت ایران با کشورهای Upper middle Income - سال ۱۳۹۳ / ۲۰۱۴



نمودار شماره ۲۲: مقایسه درصد سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت از هزینه های کل سلامت ایران با کشورهای Upper middle Income - سال ۱۳۹۳ / ۲۰۱۴



نمودار شماره ۲۳: مقایسه درصد سهم پرداخت از جیب از هزینه های کل سلامت ایران با کشورهای Upper middle Income - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴



نمودار شماره ۲۴: مقایسه درصد سهم هزینه پرداخت مستقیم از جیب برای سلامت از هزینه های خصوصی سلامت ایران با کشورهای Upper middle Income - سال ۱۳۹۳/۲۰۱۴

تاکنون چگونگی ارتباط برخی از این شاخصها با یکدیگر و شدت آنها مشخص گردید و تعدادی نیز در مرحله تحلیل آماری است؛ که در گزارش نهایی تقدیم خواهد گردید.

پ. فهرست شاخصهای منتخب

یکی از شاخصهای مهم پایداری تامین مالی در نظامهای سلامت، سهم هزینه های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی است. در اکثر در اکثر کشورهای دارای درآمد بالا و متوسط در دو دهه گذشته، سهم دولت برای بخش سلامت بعنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی علیرغم کاهش سهم کل هزینه ای بخش دولتی از تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است. بررسی ها متعدد نشان داده است که سهم هزینه های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه مستقیمی با دوشاخ اصلی محافظت مالی یعنی سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه های سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت دارد.

ولی یک سوال مهم اینست که سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و سهم هزینه های دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی تا کجا می تواند افزایش یابد. یک نظریه اینست که این سهم ها تا جایی میتواند افزایش یابد که تامین مالی سایر مزایای تامین اجتماعی را مختل ننماید.

اصلی ترین شاخصهای این بند از سیاستهای کلی سلامت به شرح زیر است:

- ❖ درصد سهم کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی
- ❖ درصد سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از تولید ناخالص داخلی
- ❖ درصد سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از بودجه عمومی دولت
- ❖ درصد سهم مالیاتهای عمومی از بودجه عمومی دولت برای سلامت
- ❖ درصد سهم بیمه اجتماعی از کل مخارج سلامت
- ❖ سرانه کل مخارج سلامت براساس دلار بین المللی (PPP)
- ❖ سرانه هزینه صرف شده برای کاهش یک درصد OOP براساس دلار بین المللی - برای ارزیابی Value of Money
- ❖ سرانه هزینه صرف شده برای کاهش یک درصدی خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت براساس دلار بین المللی - برای ارزیابی Value of Money
- ❖ سرانه هزینه صرف شده برای کاهش یک درصدی خانوارهای مواجه با هزینه های فقرزای سلامت براساس دلار بین المللی - برای ارزیابی Value of Money

- ❖ درصد سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم بیمه های خصوصی از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم پرداخت از جیب از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم منابع بیرونی از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم هزینه های بخش خصوصی سلامت از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم بیمه های خصوصی از هزینه های سلامت در بخش خصوصی
- ❖ درصد سهم پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی
- ❖ درصد سهم بخش سلامت از عوارض اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت
- ❖ درصد اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت که برای آنها عوارض وضع گردیده است
- ❖ درصد سهم عوارض خروج از کشور برای سفرهای خارجی ایرانیان از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم مالیات بر صدور بلیط های هواپیمایی سفرهای خارجی از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد سهم مالیات پلکانی معاملات خودروهای گران قیمت از کل مخارج سلامت
- ❖ درصد صندوق های انباشت ریسک ادغام یافته
- ❖ درصد جمعیت تحت پوشش که در صندوق های انباشت ریسک ادغام یافته عضویت دارند.
- ❖ درصد جمعیت تحت پوشش صندوقهای انباشت ریسک ادغام یافته که مورد حمایت مالی موثر واقع شده اند.
- ❖ درصد خدمات اولویت بندی شده موجود در بسته پایه و تکمیلی سلامت
- ❖ درصد منابع مالی تخصیص یافته به خدمات اولویت بندی شده
- ❖ درصد منابع تخصیص یافته به ارائه دهندگان از طریق مکانیسم های پرداخت آینده نگر
- ❖ درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت
- ❖ درصد خانوارهای که مواجه با هزینه های فقرزای سلامت

بخش چهارم:

لیست مداخلات اولویت دار

الف. فهرست مداخلات اصلی و موثر در راستای ایجاد پایداری تامین مالی نظام سلامت

فهرست اولیه مداخلات موثر در راستای پایداری منابع مالی در سه حوزه، تولید و جمع آوری منابع، انباشت ریسک و تخصیص منابع و خرید راهبردی با بررسی در پایگاه های اطلاعاتی معتبر نظیر Pub Med، Web of Science، SCOPUS، Science Direct و Google Scholar استخراج گردید. لازم به ذکر است که سیاستهای اصلی هر حوزه زیر به همراه مداخلات به شرح زیر بیان می گردد:

الف. تولید و جمع آوری منابع / Resource Generation

سیاست:

– کاهش تدریجی وابستگی تامین مالی بیمه سلامت به منابع عمومی دولتی و متکی شدن آن به برنامه های پیش پرداخت نظیر حق بیمه و مالیاتهای اجتماعی.

۱. اخذ مالیات بر کالاهای آسیب رسان سلامت^{۴۰} و تخصیص نشاندار آن به حوزه سلامت کشور (به عنوان مالیات سلامت)
۲. افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی وارداتی و تولید داخل و تخصیص نشاندار مازاد آن به حوزه سلامت کشور (به عنوان مالیات سلامت)
۳. افزایش عوارض خروج از کشور برای سفرهای خارجی ایرانیان و تخصیص نشاندار مازاد آن به حوزه سلامت کشور
۴. اخذ مالیات بر صدور بلیط های هواپیمایی سفرهای خارج از کشور و تخصیص نشاندار آن به حوزه سلامت کشور
۵. افزایش مالیات در معاملات خودروهای لوکس و گران قیمت به صورت پلکانی و تخصیص نشاندار آن به حوزه سلامت کشور (به عنوان مالیات سلامت)
۶. افزایش تدریجی سهم بیمه پایه سلامت از کل مخارج/ هزینه های سلامت (THE)
۷. اصلاح و همسان سازی مبانی محاسباتی حق بیمه پایه سلامت مبتنی بر توان مشارکت افراد به صورت پیشرونده (Proportional)

ب. انباشت ریسک / Risk pooling

سیاست:

– بهبود همبستگی اجتماعی و بهره وری منابع از طریق تقویت یارانه های متقاطع

۸. اصلاح الگوی صندوق های انباشت ریسک به صورت INTEGRATED یا UNITARY

پ. تخصیص منابع و خرید راهبردی / Resource Allocation and Purchasing (RAP)

سیاست:

^{۴۰} به طور کلی کالاهای آسیب رسان به سلامت نظیر مواد چاق کننده، شور، دارای مواد نگه دارنده و شکر که در فهرست تهیه شده مذکور قید گردیده است.

اصلاح ساختار نظام سلامت مبتنی بر توصیه سازمان جهانی بهداشت و بر مبنای بند ۷ سیاستهای کلی سلامت ناظر بر جدائی نهاد خریدار خدمت از ارائه دهنده و این هر دو از نهاد تولیت (Purchaser Provider Split)

ایجاد شفافیت در تخصیص منابع

حذف پدیده تقاضای القایی

کاهش تبعات تعارض و تضاد منافع (Conflict of interests) بر تامین مالی نظام سلامت

مدیریت تقاضا در استفاده از خدمات سلامت

مشارکت ارائه دهندگان خدمات سلامت در ریسک مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات سلامت

۹. طراحی یک نظام اولویت بندی (Priority Setting) و سهمیه بندی (Rationing) مناسب جهت

خدمات بیمه پایه سلامت در کشور

۱۰. نیازسنجی مستمر و نظام مند جمعیت

۱۱. انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت

۱۲. طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت،

نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بالینی.

۱۳. طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در نقطه دریافت خدمت نظیر Deductible،

Copayment و Coinsurance.

۱۴. اعمال فرانشیز متغیر پیشرونده مبتنی بر توان پرداخت

۱۵. خرید نظام سلامت در نظام بیمه ای موکول به ارائه آنها در چارچوب راهنماهای بالینی

۱۶. ممنوعیت خرید هرگونه خدمات، دارو و کالاهای سلامت از ارائه دهندگان دارای اشتغال دوگانه (Dual

Practice)

۱۷. استقرار سطح بندی خدمات، نظام ارجاع، پزشک خانواده، تشکیل پرونده الکترونیکی سلامت و

۱۸. تبدیل مکانیسم پرداخت گذشته نگر (Retrospective) کارانه (FFS) به مکانیسم های آینده نگر (

Prospective) نظیر سرانه، Case Mix و پرداخت مبتنی بر عملکرد (Pay for

Performance)

۱۹. استقرار سامانه اطلاعاتی مناسب هزینه ای و عملکردی مبتنی بر بیمه الکترونیکی سلامت و پرونده الکترونیکی سلامت. [۲۱-۱۹ و ۴، ۱۵]

ب. مداخلات و راهکارهای منتخب در راستای ایجاد پایداری تامین مالی نظام سلامت

مجموع مداخلات و راهکارهای مذکور از بررسی متون کشورها و سیستمهای سلامت مختلف استخراج گردیده است؛ از آنجایی که هیچ دو نظام سلامت را در دنیا نمیتوان یافت که ویژگیها و شرایط یکسانی داشته باشند و قابلیتها و توانمندیهای یکسانی را برای تصویب و اجرای راهکارهای موفق داشته باشند؛ برای حرکت به سمت پایداری مالی نظام سلامت کشورمان باید راهکارها و مداخلاتی را که بیشترین تناسب را با شرایط و وضعیت کشور و نظام سلامت دارند انتخاب و اجرا نمود.

پس از بررسیهای انجام شده و اعلام نظر از کارشناسان حوزه تامین مالی سلامت به طور کلی مداخلاتی انتخاب گردید که به افزایش سهم پیش پرداختها و کاهش وابستگی نظام سلامت به فروش دارایی عمومی کشور منجر شود و باعث شود منابع به صورت اثربخش و در زمان و مکان مناسب آن هزینه گردد. [۱۵ و ۹، ۶] این مداخلات و راهکارهای منتخب به شرح ذیل است:

- اخذ مالیات بر کالاهای آسیب رسان سلامت نظیر مواد چاق کننده، شور، دارای مواد نگه دارنده و شکر و تخصیص نشانه دار شده آن به حوزه سلامت کشور
- اصلاح و همسان سازی مبانی محاسباتی حق بیمه پایه سلامت مبتنی بر توان مشارکت افراد به صورت پیشرونده
- اصلاح الگوی صندوق های انباشت ریسک به صورت یکپارچه به منظور کاهش ریسک ناشی از هزینه های بیماری و نبود سلامتی کامل
- طراحی فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر اولویت بندی خدمات، نیازسنجی جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و پیشگیرانه بر درمان
- طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در نقطه دریافت خدمت
- استقرار مکانسیم های پرداخت آینده نگر نظیر سرانه، Case Mix و پرداخت مبتنی بر عملکرد.

از طریق سنجش شاخصهای اصلی پایداری تامین مالی در چهار حوزه تولید و جمع آوری منابع، انباشت ریسک، تخصیص منابع و خرید راهبردی و نیز شاخصهای ارزیابی پیامدهای سلامت قید شده در بخش قبل می توان میزان

تاثیر راهکارها و مداخلات اعمال شده را مورد سنجش قرار داد. در جداول زیر، چکیده ای از اهم مسائل و راهکارهای اصلاحات تامین مالی نظام سلامت در راستای ارتقاء پایداری تامین مالی نظام سلامت کشور ذکر گردیده است.

اهم مسائل و راهکارهای اصلاحات تامین مالی نظام سلامت ایران

ردیف	مسئله	ردیف	راهکارها
۱	وجود افراد فاقد بیمه پایه سلامت	۱	تصویب آیین نامه بند الف ماده ۷۰ قانون برنامه ششم از سوی دولت و اجرای دقیق مفاد آن توسط دستگاههای اجرایی ذیربط
		۲	پیشنهاد ماده واحده قانونی جهت ایجاد الزام به وجود پوشش بیمه پایه سلامت برای دریافت برخی خدمات اجتماعی (نظیر خدمات بانکی، ثبت نام مدارس، دریافت گذرنامه و...)
		۳	راه اندازی پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور (موضوع بند چ ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) برای استعلام پوشش بیمه ای افراد جامعه (مقایسه افراد موجود در پایگاه فوق با پایگاه جمعیتی ثبت احوال)
		۴	اعلام فراخوان ملی برای دریافت پوشش بیمه پایه سلامت از راه های مختلف (نظیر اطلاع رسانی توسط ادارات کل استانی و استفاده از رسانه ها و فضای مجازی)
		۵	پیش بینی اعمال زمان انتظار یک تا سه ماهه از زمان شروع پوشش بیمه ای برای دریافت برخی خدمات غیر اورژانسی سلامت.
		۶	پیشنهاد ماده واحده قانونی جهت برقراری جریمه مالی برای نداشتن پوشش بیمه پایه سلامت.
		۷	ارتقاء کیفی پوشش خدماتی و هزینه ای بیمه پایه سلامت بگونه ای که دریافت آن برای افراد دارای جذابیت باشد. از طریق ارائه خدمات بیمه های مضاعف سلامت در کنار بیمه پایه سلامت با دریافت حق بیمه متناسب و ایجاد تنوع در بسته های خدماتی فراتر از بسته بیمه پایه سلامت و ایجاد زمینه انتخاب بسته و نوع پوشش هزینه ای فراتر از بسته بیمه پایه برای کلیه افراد بصورت انفرادی و گروهی)
۲	فقدان جامعیت در حمایت (مالی) موثر از افراد با ریسک بالا (نظیر بیماران خاص و صعب العلاج)	۷	بازنگری بسته خدماتی بیماران خاص و صعب العلاج
		۸	تامین منابع مالی موردنیاز و نشاندار برای بیماران با ریسک بالا در برابر هزینه های کمرشکن و فقرزای سلامت
		۹	شناسایی و ثبت نام بیماران مبتلا به بیماریهایی که ریسک و هزینه بالا دارند در پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور
		۱۰	تشکیل صندوق با ریسک بالا برای بیماران مبتلا به بیماریهای صعب العلاج (با ریسکهای خاص) و تامین مالی این صندوق از محل منابع نشاندار

۳	ناپایداری منابع مالی سازمان بیمه سلامت ایران به سبب وابستگی شدید به منابع مالی ناشی از فروش دارائیهایی سرمایه ای در بودجه سنواتی و کم کاری در تولید منابع مالی جدید برای سازمان	۱۱	پیگیری تحقق افزایش یک واحد درصد در هر سال بر مالیات بر ارزش افزوده به عنوان مالیات سلامت ناظر بر ماده ۳۷ قانون الحاق ۲ و تعیین سهم بیمه سلامت از منابع مذکور
		۱۲	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از افزایش یک درصد مازاد بر مالیات بر ارزش افزوده (مالیات سلامت)
		۱۳	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از منابع ناشی از اجرای قانون هدفمندی یارانهها (مالیات سلامت)
		۱۴	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از مالیات بر کالاهای آسیب رسان سلامت خصوصا افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی وارداتی و تولید داخل (مالیات سلامت)
		۱۵	پیشنهاد ماده واحده به منظور افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط زیست و تعیین سهم بیمه سلامت از این منابع (مالیات سلامت)
		۱۶	پیشنهاد ماده واحده به منظور افزایش مالیات بر درآمد پزشکان به صورت پیشرونده و تعیین سهم بیمه سلامت از منابع آن (مالیات سلامت)
		۱۷	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین سهم بیمه سلامت از ده درصد سهم بخش سلامت از حق بیمه شخص ثالث
		۱۸	پیشنهاد ماده واحده به منظور تعیین منابع ناشی از دریافت جریمه مالی برای زمانی که انقطاعی در پوشش بیمه ای وجود داشته است یا پوشش بیمه ای وجود ندارد و تخصیص منابع حاصله از آن به بیمه سلامت
۴	ناکارآمدی سازو کارهای موجود جهت شناسایی افراد نیازمند	۱۹	مشخص نمودن سازوکار و فرآیند شناسایی فعال منابع مالی جدید برای تامین مالی نظام سلامت و پیگیری نمودن آنها تا تصویب در مراجع قانونی ذیصلاح
		۲۰	دهک بندی درآمدی افراد توسط وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به منظور تعیین میزان برخورداری هر یک از دهک های درآمدی از یارانه دولت (مبتهی بر آیین نامه اجرایی بند الف ماده ۷۰ قانون برنامه ششم) جهت بهره مندی از پوشش بیمه پایه سلامت و اعلام نتایج دهک بندی درآمدی به سازمان برنامه و بودجه و سازمان بیمه سلامت ایران.
		۲۱	برقراری پوشش بیمه سلامت متناسب با دهک های درآمدی و توانایی مشارکت مالی در پرداخت حق بیمه پایه سلامت بر مبنای آیین نامه اجرایی بند الف ماده ۷۰ برنامه ششم توسعه
۵	پراکندگی منابع مالی نظام سلامت که صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می گردد در کشور (بین وزارت بهداشت، صندوقهای بیمه ای متعدد و نهادهای خارج از شمول قانون محاسبات	۲۲	پیشنهاد ماده واحده به منظور تجمیع آن بخش از منابع مالی نظام سلامت که صرف خرید خدمات بیمه پایه سلامت می گردد در نظام بیمه پایه سلامت

	عمومی کشور)		
۶	متفاوت بودن میزان سهم کارفرمایی دولت از حق بیمه در صندوقهای بیمه ای کشور (رویکرد بند ی ماده ۶ قانون ساختار)	۲۳	تعیین میزان ریالی سرانه سهم بیمه پایه سلامت از منابع عمومی در تصویب نامه های تعرفه و حق بیمه سالیانه (به منظور رعایت بند ی ماده ۶ قانون ساختار)
۷	پایین بودن شاخص مشارکت مالی عادلانه (FFCI) نسبت به هدفگذاری انجام شده در قانون برنامه چهارم توسعه	۲۴	یکسان نمودن مبنای محاسباتی حق بیمه پایه سلامت در کلیه سازمان ها و صندوق های بیمه سلامت کشور (ناظر بر بند ح ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه)
		۲۵	تعیین میزان استحقاق افراد در بهره مندی از یارانه دولت جهت حق بیمه پایه سلامت و میزان فرانشیز با استفاده از ارزیابی وسع
		۲۶	استفاده از نتایج ارزیابی وسع بمنظور طراحی فرانشیز متفاوت در خوشه های درآمدی مختلف
		۲۷	استفاده از امکانات کارت ملی هوشمند به منظور تحقق خرید راهبردی از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت) موضوع بند ج ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه(و در صورت عدم کفایت ظرفیت کارت ملی هوشمند، پیش بینی ابزار الکترونیکی جایگزین و مناسب)
		۲۸	طراحی الگوهای مختلف نحوه مشارکت مالی مردم در نقطه دریافت خدمت نظیر Deductible، Copayment و Coinsurance و متناسب نمودن آنها مبتنی بر نتایج ارزیابی وسع
		۲۹	اعمال فرانشیز متغیر پیشرونده مبتنی بر نتایج ارزیابی وسع یا دهکها و خوشه های درآمدی
		۳۰	اعمال سقف سالانه پرداخت از جیب (OOP) (با رویکرد حمایت از اقشار محروم و آسیب پذیر)
۸	تعارض بند ت و ث ماده ۷ با بند ج ماده ۷۰ قانون برنامه ششم ناظر بر عدم الزام وزارت بهداشت به برآورد بار مالی ناشی از تدوین و بازنگری بسته بیمه پایه و تعیین تکلیف نحوه تامین مالی بسته از یکسو و ممنوعیت سازمانهای بیمه گر به پذیرش تعهد زائد بر اعتبار از سوی دیگر	۳۱	پیشنهاد اصلاح بند ج ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه به شرح زیر: "بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق های بیمه پایه سلامت هر ساله قبل از تصویب بودجه سال بعد، به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و با تایید شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیات وزیران خواهد رسید. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می پذیرد." پیشنهاد تصویب نامه ای هیات وزیران به شرح ذیل: "شورای عالی بیمه سلامت موظف است بار مالی ناشی از هرگونه بازنگری در بسته بیمه پایه سلامت پیشنهادی توسط وزارت بهداشت را تعیین و پس از تایید، آن برای تصویب به هیات وزیران تقدیم نماید."
۹	عدم تناسب بین حق بیمه	۳۲	زمان تعیین و تصویب تعرفه و حق بیمه و نیز بازنگری در بسته بیمه پایه سلامت مقدم بر زمان تصویب لایحه

		خدمات سلامت با هزینه بسته خدمات و تعرفه مبتنی بر قیمت واقعی	بودجه سالانه باشد.
	۳۳		هرگونه افزایش در بسته بیمه پایه سلامت و تعرفه آن، صرفاً در صورت پیش بینی و تصویب بار مالی آن (پیوست تامین مالی) در قانون بودجه سنواتی قابلیت پوشش را توسط بیمه پایه سلامت دارد؛ به گونه ای که منجر به افزایش سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم از هزینه های سلامت نگردد.
	۳۴		اصلاح بند ب ماده ۷۰ قانون برنامه ششم به شرح زیر: «درصد سهم حق بیمه پایه سلامت از درآمد سرپرست خانوار، بصورت پیشرونده، مبتنی بر سرانه هزینه واقعی بسته خدمات بیمه پایه سلامت و بر مبنای نظام سطح بندی بیمه سلامت، با پیشنهاد مشترک وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سازمان برنامه و بودجه با تأیید شورای عالی بیمه سلامت و تصویب هیئت وزیران در لایحه بودجه سنواتی لحاظ می گردد.سهم حق بیمه پایه سلامت کلیه بیمه شدگان از منابع عمومی بصورت سرانه برابر خواهد بود.تا صد در صد حق بیمه اقشار نیازمند بر مبنای ارزیابی وسع از محل منابع عمومی تامین خواهد گردید.»
	۳۵		انجام مطالعات ارزیابی اقتصادی به منظور ایجاد تناسب بین هزینه بسته و حق بیمه آن
	۳۶		افزایش سهم مالیات از هزینه های جاری سلامت از طریق تقویت نظام مالیاتی کشور
۱۰			
	۳۸	۱- پراکندگی صندوقهای انباشت و توزیع ریسک در کشور	اصلاح و بازنگری الگوی صندوق های انباشت ریسک براساس توان مشارکت افراد
	۳۹	۲- فقدان رویه یکسان در طراحی صندوقهای بیمه ای سازمان بیمه سلامت ایران	تشکیل صندوق واحد بیمه ای در سازمان بیمه سلامت به منظور بهبود یارانه متقاطع
۱۱	۴۰		پیشنهاد ماده واحده (یا تصویب نامه هیئت وزیران یا مصوبه شورای عالی اداری) بمنظور تشکیل یک صندوق واحد و مستقل به عنوان خریدار واحد خدمات بیمه پایه سلامت برای همه بیمه شدگان کشور (ترجیحاً در قالب نهاد عمومی غیردولتی) و تجمیع حق بیمه پایه سلامت کلیه سازمانها و صندوقهای فعال در حوزه بیمه پایه سلامت در این صندوق
	۴۱	بالا بودن سهم قابل توجهی از هزینه های نظام سلامت در قالب پرداخت مستقیم از جیب؛ که صرف تقویت برنامه های پیش پرداخت نمی گردد و ناپایداری تامین مالی نظام	افزایش سهم پیش پرداختها نظیر حق بیمه پایه سلامت از طریق افزایش مبنای محاسبه حق بیمه و پیشرونده نمودن درصد سهم حق بیمه پایه سلامت خانوار از درآمد سرپرست خانوار
۱۲	۴۲		اجباری نمودن بیمه های مضاعف سلامت جهت دهکهای درآمدی بالا به منظور کاهش سهم پرداخت از جیب از هزینه های بخش خصوصی سلامت (PVtHE) به منظور افزایش سهم پیش پرداختها از کل هزینه های جاری سلامت

		بیمه سلامت کشور	
۱۳	۴۳	عدم ارتباط بین کیفیت و تعرفه خدمات	بازنگری نظام ارزشیابی و اعتبارسنجی موجود در قالب طبقه بندی موسسات طرف قرارداد
	۴۴	۹ مشارکت ناچیز ارائه دهندگان خدمات سلامت در ریسک مالی ناشی از تجویز و ارائه خدمات و کالاهای سلامت	<ul style="list-style-type: none"> - طراحی الگوهای ارزشیابی و سنجش کیفیت خدمات ارائه شده در کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات در بخشهای بستری و سرپایی با در نظر گرفتن اولویتهای - طراحی یک الگوی اقتصادی برای نحوه تعیین تعرفه خدمات سلامت متناسب با کیفیت آنها - تدوین یا اصلاح قوانین و مقررات بمنظور ایجاد امکان قانونی استفاده از تعرفه خدمات سلامت متناسب با کیفیت آنها
	۴۵		خرید خدمات سلامت با مکانیسمهای پرداخت مناسب نظیر حقوق و پاداش و سرانه و Value-Based Purchasing
۱۴	۴۶	فقدان روش شناسی علمی برای اولویت بندی (Priority setting) و سهمیه بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور از طریق تدوین و اجرای روش شناسی علمی	طراحی یک نظام اولویت بندی (Priority setting) و سهمیه بندی (Rationing) خدمات پایه سلامت کشور از طریق تدوین و اجرای روش شناسی علمی
	۴۷		تدوین بسته حداقلی خدمات سلامت؛ مشتمل بر خدمات اورژانس پیش بیمارستانی، مراقبت های اولیه سلامت، مراقبت های محافظت کننده حیات، مراقبت مادر و کودک و سلامت روان
	۴۸		تدوین بسته خدمات فراتر از بسته حداقلی تحت عنوان بسته بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس متدولوژی تدوین شده با در نظر گرفتن ارتقا شاخص های وضعیت سلامت و تأیید شورایی بیمه و تصویب هیات وزیران و خرید این بسته توسط سازمان های بیمه گر پایه سلامت
	۴۹		تدوین بسته خدمات فراتر از بسته بیمه پایه سلامت تحت عنوان بسته بیمه مضاعف سلامت به توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی براساس متدولوژی تدوین شده با در نظر گرفتن ارتقا شاخص های وضعیت سلامت و تأیید شورایی بیمه و تصویب هیات وزیران و خرید این بسته توسط شرکت ها و سازمان های بیمه ای
	۵۰		هر گونه کالا و خدمات سلامت که براساس مجوزهای وزارت بهداشت وارد کشور می شود؛ در صورتی که تحت پوشش بیمه پایه نباشد؛ الزاماً توسط بیمه مضاعف پوشش داده شود.
	۵۱		انجام مطالعات ارزیابی فناوری سلامت به منظور تدوین پیوست ارزیابی فناوری سلامت برای ورود و خروج خدمات به بسته بیمه سلامت
	۵۲		الزام ورود خدمات سلامت به بسته بیمه سلامت به وجود پیوستهای "تامین مالی"، "گایدلاین" و "ارزیابی فناوری سلامت/HTA" آنها
	۵۳		بازنگری فهرست خدمات بیمه پایه سلامت کشور مبتنی بر نظام اولویت بندی و سهمیه بندی خدمات، پایش و نیازسنجی مستمر و نظام مند جمعیت، نتایج مطالعات ارزیابی فناوری سلامت با اولویت خدمات بهداشتی و

		پیشگیرانه بالینی	
	۵۴	تدوین قوانین و مقررات لازم به منظور اجرای بند ۹-۴ سیاست‌های کلی سلامت ناظر بر "تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت و درمان و نیز خرید خدمات معین شده و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان توسط نظام بیمه ای"	
	۵۵	تعریف بسته خدمات بیمه‌ای متنوع و قابل انتخاب توسط بیمه شدگان	
۱۶	۵۶	استقرار زیرساختهای لازم جهت اجرای نظام ارجاع در کشور(راهکارها از دفتر خدمات بیمه سلامت عمومی استعلام شود)	عدم استقرار نظام ارجاع به صورت فراگیر در سراسر کشور
۱۷	۵۷	راه‌اندازی سامانه تجویز الکترونیک به گونه‌ای که پزشکان غیرطرف قرارداد قادر به تجویز در سیستم بیمه ای نباشند.	خرید خدمات تجویز شده توسط پزشکان غیرطرف قرارداد (تجویز خدمات در دفترچه بیمه سلامت توسط پزشکان غیرطرف قرارداد)
۱۸	۵۸	تدوین قانون یا مقرر به منظور الزام کلیه مراکز درمانی به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه گر پایه سلامت کشور از طریق موکول نمودن صدور پروانه‌های قانونی کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد با سازمان‌های بیمه گر پایه سلامت یا دریافت گواهی عدم نیاز از این سازمانها	نبود عقد قرارداد سازمانهای بیمه سلامت پایه با بسیاری از مراکز درمانی بخش خصوصی؛ علیرغم وجود دستورالعمل ماده ۱۷ قانون بیمه همگانی و خرید بخشی از خدمات بستری ارائه شده توسط بیمارستانهای غیرطرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه و خرید بخشی از خدمات بستری ارائه شده توسط بیمارستانهای غیرطرف قرارداد در قالب خسارت متفرقه

۱۹	محدودیت در خرید خدمات سلامت توسط سازمان های بیمه پایه سلامت از کلیه ارائه دهندگان بخش های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در سقف تعرفه دولتی	۵۹	پیشنهاد اصلاح تصویب نامه های هیات وزیران در خصوص تعرفه و حق بیمه سالانه به منظور ایجاد امکان خرید خدمات سلامت توسط سازمان های بیمه پایه سلامت در هریک از بخش های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی تا سقف تعرفه مصوب همان بخش
۲۰	۱- نامشخص بودن علت منطقی انتخاب الگوی ارزش نسبی خدمات سلامت به جای محاسبه قیمت تمام شده و واقعی خدمات سلامت برخلاف قوانین موجود (خلاف ماده ۸ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور و بند الف ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور)	۶۰	الزام شورای عالی بیمه سلامت کشور به رعایت مفاد ماده ۹ قانون احکام دائمی برنامه های توسعه کشور ناظر بر یکسان نمودن «جزء فنی» ارزش نسبی خدمات یا به عبارتی دیگر ارزش کار پزشک در بخش های دولتی، عمومی غیردولتی و خصوصی در مصوبه تعرفه سالانه هیات وزیران و پیگیری اجرای آن
	۲- متفاوت بودن مبنای محاسباتی تعرفه های بخش دولتی و خصوصی (برخلاف ماده ۹ احکام دائمی برنامه های توسعه کشور) و مبتنی نبودن تعرفه خدمات سلامت براساس قیمت های تمام شده و واقعی (نبود الگو مشخص برای قیمت تمام شده و واقعی خدمات سلامت)	۶۱	تدوین متدولوژی مشخص برای تعیین تعرفه خدمات سلامت مبتنی بر قیمت واقعی آنها یا ارزش نسبی
	۳- تداوم اشتغال همزمان در بخش دولتی و خصوصی علیرغم وجود قوانین موجود در برنامه های پنجم و ششم توسعه کشور (به عنوان یکی از دلایل ایجاد پدیده تقاضای القایی)	۶۲	پیشنهاد اصلاح تعیین تعرفه خدمات سلامت مبتنی بر نتایج مطالعه صورت گرفته درخصوص متدولوژی تدوین شده
		۶۳	اصلاح کلیه قوانین و مقررات مرتبط با نظام تعرفه گذاری مبتنی بر نتایج مطالعه متدولوژی قیمت گذاری خدمات سلامت
		۶۴	تعیین ارزش ریالی K در ارزش نسبی خدمات سلامت مبتنی بر قیمت تمام شده و واقعی خدمات سلامت
		۶۴ مکرر	تدوین متدولوژی تعیین فاکتور خنثی سازی بودجه ای / Budget Neutrality Adjustment Factor
		۶۴ مکرر ۲	اعمال فاکتور خنثی سازی بودجه ای / BNAF توسط شورای عالی بیمه سلامت کشور در تصویب نامه های تعرفه گذاری هیات وزیران به منظور معادل سازی صورتحساب های ارائه دهندگان با پرداختی سازمان های بیمه گر به منظور متناسب نمودن با بودجه مصوب سالانه
		۶۵	اعمال نظارت موثر توسط نهادهای نظارتی (قوه مقننه، قضاییه و مجریه) بر اجرای صحیح قانون و برخورد جدی بر موارد تخلف

۲۱	تداوم نظامهای پرداخت گذشته نگر	۶۶	پرداخت کلیه هزینه های ناشی از ارائه خدمات صرفا توسط نظام بیمه ای و تجمیع سایر منابع موجود نظیر فصل یک حقوق و دستمزد درآمدهای اختصاصی بیمارستان ها در نظام بیمه ای و هزینه کرد آنها
		۶۷	تغییر نظام پرداخت کنونی به نظام پرداخت آینده نگر نظیر سرانه در خدمات سرپایی و DRG در خدمات بستری
		۶۸	تبدیل مکانیسم پرداخت کارانه به حقوق و دستمزد همراه با پاداش در سطح دوم و سوم
		۶۹	تعیین و اعمال سقف درآمدی برای پزشکان
۲۲	۱-فقدان سیاستها و سازوکارهای مدون و مصوب برای بیمه های مضاعف (مکمل و تکمیلی)		تشکیل کارگروه ساماندهی بیمه های مضاعف سلامت ذیل دبیرخانه شورای عالی بیمه با مشارکت کلیه دستگاههای اجرایی ذیربط
		۷۰	الزام کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به عقد قرارداد با بیمه های مضاعف (مکمل و تکمیلی) سلامت
		۷۱	پیشنهاد اصلاح عبارت "بیمه تکمیلی" به "بیمه مضاعف (تکمیلی و مکمل)" در متن اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران (به هیات وزیران) و سایر قوانین و مقررات مرتبط به مراجع قانونی ذیربط
		۷۲	تدوین پیشنهاد ضوابط بنده ماده ۱۲ اساسنامه سازمان بیمه سلامت (پیشنهاد ضوابط مربوط به عقد و لغو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی با اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط به هیئت امنا) و ارائه آن مجمع عمومی سازمان
		۷۳	پیشنهاد تصویب نامه هیات وزیران با موضوع: الزام شرکت ها و سازمان های بیمه ای به اخذ مجوز از سازمان بیمه سلامت ایران (به نیابت از وزارت بهداشت) جهت فعالیت در حوزه بیمه های مضاعف سلامت و ابطال مجوز فعالیت آنها در حوزه بیمه های مضاعف سلامت در صورت عدم رعایت خط مشی و سیاست های وزارت بهداشت (بررسی امکان لحاظ این موضوع در اساسنامه سازمان بیمه سلامت) و نظارت موثر وزارت بهداشت (سازمان بیمه سلامت ایران) بر چگونگی ارائه خدمات بیمه های مضاعف سلامت توسط آنها
		۷۴	تدوین و تصویب حکم قانونی به منظور الزام شرکت های بیمه تجاری به ارائه بسته/ بسته های بیمه مضاعف (تکمیلی و مکمل) سلامت به صورت انفرادی و گروهی به دلیل رفع محرومیت بخش عمده ای از جامعه از پوشش بیمه های تکمیلی و مکمل
		۷۵	تصویب مصوبه ای در دولت به شرح زیر: "شرکت های بیمه تجاری و غیرتجاری فقط با رعایت قوانین و مقررات مربوط و مصوبات شورای عالی بیمه مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مضاعف سلامت می باشند."
۲۳	عدم استفاده از پروتکل های درمانی مبتنی بر راهنماهای بالینی به منظور خرید خدمات سلامت	۷۶	اصلاح آیین نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بند ج ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور به منظور پیش بینی سازوکارهای اجرایی تدوین پروتکل های درمانی مبتنی بر راهنماهای بالینی و الزام سازمان ها و صندوق های بیمه گر پایه کشور به خرید خدمات سلامت صرفا در چارچوب این پروتکل ها و الزام وجود پیوست گایدلاین برای ورود خدمات سلامت به بسته بیمه سلامت

۲۴	نبود الگوی عقد قرارداد با ارائه دهندگان خدمات سلامت مبتنی بر الزامات و استانداردهای خرید راهبردی خدمات سلامت	۷۸	تدوین الگوی قرارداد مبتنی بر خرید راهبردی خدمات سلامت با تاکید بر ویژگی های خریدار آگاه نظیر توانایی انتخاب ارائه دهندگان، تعیین قیمت بر اساس کیفیت و...
۲۵	عدم استقرار کامل بیمه سلامت مبتنی بر فناوری اطلاعات و نیز فقدان زیر ساخت های لازم بمنظور رفع همپوشانی، استقرار تجویز و ارائه الکترونیکی خدمات سلامت و استقرار بیمه سلامت الکترونیک	۷۹	استقرار کامل پایگاه اطلاعات برخط بیمه شدگان درمان کشور (موضوع بند چ ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه) توسط سازمان بیمه سلامت ایران
۲۶	مدیریت سیاسی ساختار موجود نظام سلامت کشور	۸۰	طراحی سازوکارهای خرید راهبردی خدمات سلامت صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت در چارچوب اصلاح آیین نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بندهای الف و ج ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور
۲۷	تعدد نقاط و سطوح سیاستگذاری در حوزه نظام سلامت	۸۱	تقویت رویکرد علمی در مدیریت ساختار نظام سلامت
۲۸	عدم واگذاری امور تصدی گری توسط وزارت بهداشت (ناظر بر عدم رعایت بند ۷ سیاست های کلی سلامت و بند ث ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه)	۸۲	بازطراحی ساختار سیاستگذاری نظام سلامت
۲۹	رصد نامناسب شاخص های حوزه تامین مالی نظام سلامت	۸۳	واگذاری کلیه امور تصدی گری در ارائه خدمات سلامت طبق ماده ۱۳ قانون خدمات کشوری به بخش تعاونی و خصوصی و نهادها و مؤسسات عمومی غیردولتی تعیین صلاحیت شده و با نظارت و حمایت وزارت بهداشت
۳۰	سود سلامت و توانمند سازی ناکافی بیمه شدگان	۸۴	اصلاح آیین نامه اجرایی خرید راهبردی خدمات سلامت مبتنی بر بند ج ماده ۷۴ قانون برنامه ششم توسعه کشور و احاله تکلیف اندازه گیری و رصد شاخص های حفاظت مالی و دسترسی به سازمان بیمه سلامت ایران (ناظر بر اصلاح ماده ۱۲ و ۱۳ آیین نامه خرید راهبردی خدمات سلامت)
		۸۵	استفاده از بازاریابی و کمپینهای اجتماعی سلامت به عنوان ابزاری برای ارتقا سطح توانمندی و سواد بیمه سلامت
		۸۶	اطلاع رسانی و آگاهی رسانی از طریق رسانه های عمومی

۳۱	مشارکت ناکافی سازمان‌های مردم نهاد (سمن ها)	۸۷	ایجاد قوانین و مقررات لازم به منظور مشارکت سازمان های مردم نهاد در فرآیندهای تصمیم گیری
----	---------------------------------------------	----	-----------------------------------------------------------------------------------------

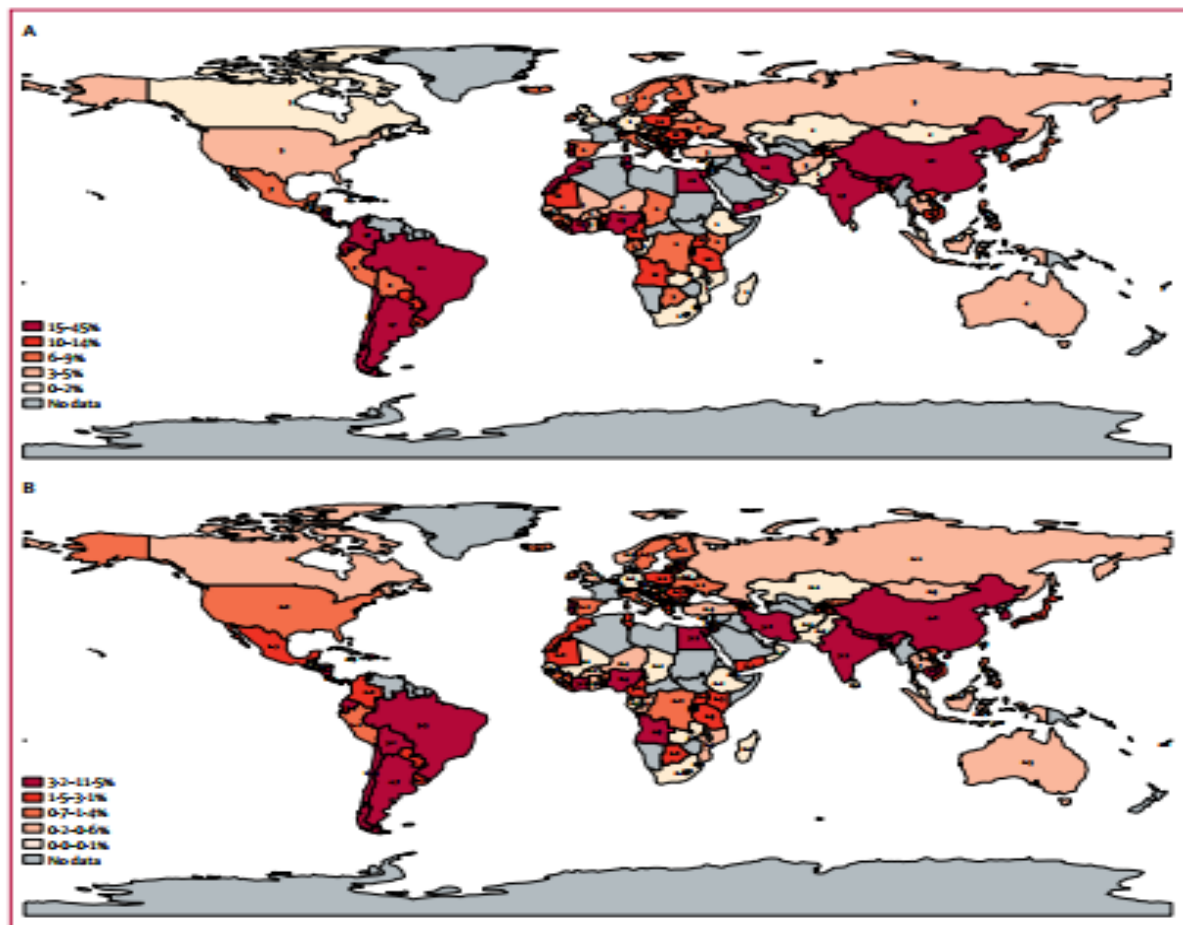
– راهکاری برای ارتقاء شاخص مشارکت مالی عادلانه و عدالت در بهره مندی از خدمات سلامت در راستای تحقق بند ۴-۱۰ سیاست های کلی سلامت ناظر بر پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

نظام‌های تأمین اجتماعی در جهان به سبک امروزی بیش از دو قرن قدمت دارند که در این دو قرن، دو مدل رایج جهانی از تأمین اجتماعی وجود داشته که یکی از آنها «بیسمارکی» Bismarck Model و دیگری «بوریجی» Beverdige Model نامیده شده است الگوی بیسمارکی با هدف حمایت از شاغلان مزدبگیر از اوایل دهه ۱۸۸۰ در آلمان طراحی شد و عنوان «بیمه اجتماعی» به خود گرفت. در نظام‌های بیمه اجتماعی، کارگران در برابر خطرات بیماری، حوادث، از کارافتادگی، سالمندی، فوت و بیکاری مورد حمایت قرار می‌گیرند. هزینه‌های این نظام از محل حق بیمه‌های سهم کارفرما، کارگر و دولت تأمین می‌شود و نسبت و میزان این حق بیمه‌ها در کشورهای مختلف متفاوت است و این نظام‌ها به تدریج و در حدود ۵۰ سال به سایر کشورها دنیا تسری یافتند. نظام تأمین اجتماعی چند لایه یک رویکرد نسبتاً جدید در نظام‌های تأمین اجتماعی جهانی است که در یک دهه اخیر در برخی از کشورها مورد توجه قرار گرفته است. این رویکرد ابتدا از سوی بانک جهانی مطرح و در قالب یک الگوی چندوجهی ارایه شد که از برخی جهات به ویژه تأکید بر خصوصی‌سازی بیمه‌های اجتماعی مورد انتقاد صاحب‌نظران قرار گرفت و در نهایت تعدیل‌هایی در آن ایجاد شدند. در کنار این الگو، سازمان بین‌المللی کار و اتحادیه اروپایی نیز الگوهای متفاوتی از تأمین اجتماعی چند لایه را ارایه کردند که در این الگوها به اهداف «فقرزدایی» نظام تأمین اجتماعی توجه بیشتری شده بود. با عنایت به کارکردهای مثبت نظام‌های تأمین اجتماعی چند لایه در جهان و نقش مؤثر آنها در پوشش کامل جمعیت، رفع همپوشانی‌ها و خلأها و پیشگیری از بروز فقر، و مبتنی بر بندهای ۴۰ و ۴۲ سیاست های کلی برنامه ششم توسعه، ناظر بر لزوم استقرار نظام جامع، یکپارچه، شفاف، کارآمد و چندسطحی تأمین اجتماعی کشور و

ارتقاء کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه‌ی درمان، بازنشستگی، ازکارافتادگی و...) برای آحاد مردم، الگوی تأمین مالی چند لایه نظام سلامت متناسب با شرایط و نیازهای کشور ایران پیشنهاد شده است. هدف اصلی این است که با اجرای این الگو، ضمن هدایت یارانه‌های دولت به لایه حمایتی سلامت و اقشار نیازمند جامعه، امکان پوشش همه افراد جامعه در نظام بیمه سلامت فراهم شود و حتی بخشی از خانوارهای نیازمند که قابلیت توانمند شدن دارند، با اجرای برنامه‌های توانمندسازی از پوشش حمایت مستقیم خارج و به لایه بیمه پایه اجباری سلامت منتقل شوند. همچنین، برای ارایه خدمات بیمه‌های مکمل، تکمیلی و جایگزین سلامت، بسترقانونی و حقوقی لازم فراهم‌آید. رویکرد غالب در تأمین مالی چند لایه نظام سلامت آن است که همه بتوان با هدفمند نمودن یارانه‌های بخش بهداشت و درمان، امکان بهره‌مندی تمامی آحاد جمعیت کشور در هریک از دهک‌های درآمدی را به خدمات سلامت با کیفیت مورد نیازشان در زمان و مکان مناسب فراهم نمود تا بتوان به هدف نهایی که «پوشش همگانی سلامت» (UHC) است دست یافت. در واقع با سطح بندی الگوی تأمین مالی نظام سلامت، امکان برقراری پوشش عادلانه خدمات سلامت برای کلیه دهک‌های درآمدی جامعه و همزمان استفاده بهینه و توأم با بهره‌وری حداکثری از منابع عمومی نظام سلامت فراهم می‌گردد. کشورهای متعددی در دنیا، الگوی نظام چند لایه را در تأمین مالی نظام سلامت پذیرفته و اجرا نموده‌اند. از جمله این کشورها می‌توان به کانادا، سوئیس، اسپانیا، سنگاپور، ایرلند، هلند، آلمان و فرانسه اشاره نمود. البته در اغلب این کشورها به سبب فاصله اندک درآمد دردهک‌های میانی و بالای درآمدی، الگوی غالب، نظام دوسطحی (Two tiered) تأمین مالی نظام سلامت است.

اصلاحات نظام سلامت چین نمونه دیگری است که در سال‌های دهه ۸۰ میلادی آغاز شد و الگوی نظام بیمه سلامت چند لایه (multilayer Health Insurance System) را مبنای اصلاحات نظام سلامت خود در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت (UHC) قرار داد.^{۴۱}

⁴¹ Sabrina Luk (2018) "Moving towards Universal Health Coverage in China: Challenges for the Present and Future" in Ben Fong, Artie Ng and Peter Yuen (eds.) Sustainable Health and Long-Term Care Solutions for an Aging Population. IGI Global, pp.19-45.



شکل ... : درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت: نقشه A: ۱۰ درصد و نقشه B: ۲۵ درصد کل مصارف خانوارها

با توجه به درصد قابل توجه‌ای از جمعیت کشور که در خوشه اول درآمدی قرار دارد و به استنادات قانونی زیر:

❖ بند ۱۲ اصل ۳ قانون اساسی

دولت جمهوری اسلامی ایران موظف است برای نیل به اهداف مذکور در اصل دوم (قسط و عدل و استقلال سیاسی و اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی و همبستگی ملی) همه امکانات خود را برای امور زیر به کار برد:

... پی ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و تعمیم بیمه.

❖ اصل ۲۹ قانون اساسی

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبتهای پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی. دولت



مواد ۳ و ۴ آئین نامه مواد ۳ و ۴ آئین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویبنامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ. مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیئت محترم وزیران
ماده ۳- خانوارهای دارای فقر شدید به صورت کامل تحت پوشش چتر ایمنی رفاه اجتماعی قرار می گیرند و اولویت ارایه خدمات به خانوارهای دارای فقر مطلق به ترتیب زیر خواهد بود:
الف - کودکان بی سرپرست.
ب - زنان سرپرست خانوار و خود سرپرست.

پ - سالمندان.

ت - معلولان.

ث - سایرین (بیکاران، معتادان، بیماران مزمن جسمی و روانی و ...).

تبصره - تعیین ضوابط تشخیص مصادیق گروه‌های هدف از نظر آسیب‌پذیری و اولویت‌ارایه خدمات برعهده وزارت رفاه است.

ماده ۴- اقدامات و برنامه‌های حمایتی موضوع این آیین‌نامه عبارتند از امنیت تغذیه، بهداشت و درمان پایه، اشتغال مولد، توانمندسازی، ارتقای آگاهی عمومی، مسکن و مدیریت مخاطرات.

مواد ۱، ۳ و ۴ سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها به شماره ۱۰/۲۹۲۸۱ت ۲۷۵هـ مورخ ۱۳۸۴/۰۵/۱۱

ماده ۱- اصول حاکم بر برنامه‌های کاهش فقر به شرح زیر است:

۱- دسترسی همه افراد جامعه به حداقل نیازهای اساسی یک حق همگانی است و تامین این حق بر عهده دولت است.

ماده ۳- استقرار عدالت اجتماعی، کاهش نابرابریهای اجتماعی و اقتصادی، کاهش فاصله دهکهای درآمدی و توزیع عادلانه درآمد در کشور، کاهش فقر و محرومیت، توانمندسازی فقرا و هدفمند کردن یارانه‌ها به عنوان اهداف آرمانی این سند تلقی می‌گردد.

ماده ۴- اهداف کیفی سند کاهش فقر و هدفمند کردن یارانه‌ها به شرح زیر است:

۱- بهبود وضعیت تغذیه.

۲- بهبود سطح دسترسی به خدمات بهداشتی، درمانی و توانبخشی مورد نیاز.

۳- ارتقای سطح مهارت‌های زندگی مبتنی بر دانش.

۴- ارتقای وضعیت مسکن و سرپناه.

۵ - بازگرداندن گروه‌های آسیب‌پذیر به حوزه فعالیت‌های اجتماعی.

۶- کاهش آسیب‌های ناشی از مخاطرات طبیعی، سیاسی و اجتماعی.

بند الف و تبصره ۱ ماده ۵۷ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه کشور

الف- به‌منظور بسط و گسترش هرچه بیشتر عدالت اجتماعی در جامعه، کاهش فقر و نابرابری، تحقق اقتصاد مقاومتی و عدالت‌بنیان کردن توسعه اقتصادی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی مکلف است نسبت به رصد شاخص‌های رفاه و تأمین اجتماعی و تقویم و اثرسنجی برنامه‌ها و اقدامات اقتصادی بر وضعیت و کیفیت زندگی اقشار و گروه‌های هدف اقدام و نسبت به تهیه و تدوین و اجرای (بسته‌های سیاستی) زیر متناسب با فرآیندهای رشد، توسعه و پیشرفت مبادرت کند:

۱. بسته سیاستی (صیانت اجتماعی) مبتنی بر مصون‌سازی و پیشگیری از بروز مخاطرات و آسیب‌های اجتماعی و مداخله مؤثر برای کاهش و کنترل آسیب‌های اجتماعی و تحکیم و تقویت پیوندهای اجتماعی

۲. بسته سیاستی (حمایت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات اجتماعی متناسب با نیازهای جسمی و روانی اقشار و گروههای هدف جهت برابرسازی فرصتها و زمینه‌سازی بازگشت و حضور فعال افراد آسیب‌دیده در اجتماع
 ۳. بسته سیاستی (مساعادت اجتماعی) مبتنی بر ارائه خدمات جبرانی و ترمیمی متناسب با نیازهای معنوی و مادی اقشار و گروههای هدف از طریق توانمندسازی، کارگستری، مهارت‌آموزی و ایجاد زمینه‌های خوداتکائی آنها
 ۴. بسته سیاستی (بیمه‌های اجتماعی) مبتنی بر ایجاد زمینه جلب مشارکت بیشتر ذی‌نفعان در تأمین مالی خدمات اجتماعی از طریق افزایش ضریب نفوذ بیمه‌های اجتماعی درمانی و بازنشستگی در کشور
- تبصره ۱- اجرای مراتب فوق براساس نیازمندیابی فعال، غربالگری اجتماعی و آزمون وسع و متناسب با نیازهای اقشار و گروههای هدف انجام می‌پذیرد به نحوی که منجر به اثربخشی بیشتر اجرای هدفمندی یارانه‌ها شده و منابع مزبور به سمت خانوارهای نیازمند واجد شرایط هدایت و به‌منظور کاهش و رفع انواع مختلف فقر از قبیل فقر غذایی، معیشتی، بیمه‌ای، آموزشی و مسکن به‌کارگرفته می‌شود و در قالب اعطای یارانه‌های نقدی، کالایی، بیمه‌ای (درمان، بازنشستگی و بیکاری) مسکن اجتماعی و حمایتی و نظایر آن هزینه می‌شود.

به منظور تناسب بیشتر الگوی تأمین مالی نظام سلامت با الگوی جمعیتی-درآمدی کشور و تحقق بند ۱۰- ۴ سیاستهای کلی سلامت، پیشنهاد الگوی تأمین مالی چند لایه نظام سلامت^{۴۲} بر مبنای وضعیت اقتصادی خانوارها در کشور و مبتنی بر خط فقر مطلق ارایه می‌گردد.

در چند دهه اخیر، گامهای بلندی در راستای توسعه پوشش جمعیتی تحت پوشش بیمه پایه سلامت و نیز پوشش دمئی بیمه‌های پایه سلامت ایجاد گردیده و در واقع پوشش همگانی سلامت در این دو بعد بسیار موفق عمل نموده است لکن نقطه ضعف موجود در استقرار کامل پوشش همگانی سلامت ردر کشور، عمق حفاظت مالی است. محدودیت منابع از یکسو و تقاضای روز افزون به منابع مالی، لزوم هدفمند نمودن منابع عمومی بخش سلامت به سوی فقرا را که از جمله موارد مورد تاکید در بند ۱۰-۴ سیاستهای کلی سلامت و تضمین کننده ایجاد عدالت در تأمین مالی نظام سلامت و پایدار نمودن آنست را بیش از پیش ضروری ساخته است. در ذیل، الگوی نظام بیمه سلامت اجباری چند لایه، که از جمله الگوهای تأمین مالی کشورهای با درآمد متوسط رو به بالا (نظیر کشور ترکیه) نیز می باشد، بعنوان الگوی پیشنهادی بمنظور دستیابی به این هدف پیشنهاد گردیده است. لازم به ذکر است گزارش مهرماه سال ۱۳۹۷ مرکز پژوهشهای مجلس با همکاری موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه ریزی ریاست جمهوری، در رابطه با تعیین خط فقر مطلق، نشان می‌دهد که نرخ سرشمار فقر در مناطق شهری و روستایی به ترتیب برابر با ۱۴,۹ و ۱۱,۶ درصد است. در مناطق شهری، بیشترین عدد خط فقر مربوط به خوشه‌ی شهرستان تهران با خط فقر سرانه معادل ماهیانه حدود ۷۷۰ هزار تومان (نرخ فقر حدود ۱۲ درصد) است. خوشه‌ی مربوط به دیگر شهرهای پرجمعیت کشور نیز دارای خط فقر سرانه معادل ماهیانه حدود ۵۰۰ هزار تومان (نرخ فقر حدود ۱۴,۵ درصد) است. در مناطق روستایی، کمترین مقدار خط فقر در استان‌های سیستان و بلوچستان، ایلام و کهگیلویه و بویراحمد با خط فقر سرانه معادل ماهیانه حدود ۲۰۰ هزار تومان (نرخ فقر حدود ۱۳,۵) و بیشترین مقدار خط فقر در استان‌های تهران و البرز با خط فقر سرانه معادل ماهیانه حدود ۴۳۰ هزار تومان (نرخ فقر حدود ۱۴,۵ درصد) برآورد شده است.

⁴² Multi-layered Health Financing

نظام بیمه سلامت چندلایه در سه سطح اصلی به شرح زیر است:

- لایه اول: بیمه سلامت اجباری لایه اول

- لایه دوم: بیمه سلامت اجباری لایه دوم

- لایه سوم: بیمه سلامت اجباری لایه سوم

در هریک از سطوح، مبتنی بر رویکرد پوشش همگانی سلامت^{۴۳}؛ مکانیسم های تأمین مالی، بسته خدمتی و جمعیت طبق جدول زیر معین می گردد.

جدول شماره ۱: الگوی پیشنهادی نظام بیمه سلامت چند لایه؛ جمعیت، منبع تأمین مالی و بسته خدمتی (براساس خط فقر مطلق و حداقل حقوق و دستمزد قانون کار)

عنوان لایه	جمعیت هدف	الگوی تأمین مالی براساس بسته خدمتی			نظام ارایه خدمات
		منبع تأمین مالی	نوع بسته خدمتی	الگوی هم پردازی	
بیمه سلامت اجباری لایه اول	خانوارهای با درآمد کمتر از ۱۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته پایه حداقلی	بدون مشارکت بیمه شده	سطح بندی
			بسته بیمه پایه سلامت	بدون مشارکت بیمه شده	
بیمه سلامت اجباری لایه دوم	خانوارهای با درآمد بین ۱۰ تا ۳۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	منابع عمومی دولت و مشارکت مالی افراد بر مبنای توان پرداخت و سهم یارانه های سلامت از ۵۰ تا صد درصد حق بیمه پایه سلامت (بر اساس ارزیابی وسع)	بسته بیمه پایه سلامت	مشارکتی بصورت Deductible، Coinsurance و Copayment e or Stop (Loss)	سطح بندی
			بسته پایه حداقلی	بدون مشارکت بیمه شده	
بیمه سلامت اجباری	خانوارهای با درآمد بیش از ۳۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد	صد در صد از محل منابع عمومی دولت	بسته پایه حداقلی	بدون مشارکت بیمه شده	سطح بندی
			بسته بیمه پایه سلامت	مشارکتی (Deductible و Coinsurance or)	

⁴³ Universal Health Coverage/UHC

لایه سوم	قانون کار	قوانین مربوطه)	بسته بیمه مضاعف سلامت	(Copayment
				مشارکتی (Coinsurance or (Copayment

نظام بیمه سلامت چندلایه در هریک از لایه های سه گانه به شرح زیر می باشد:

لایه اول: بیمه سلامت اجباری لایه اول

لایه اول، بیمه سلامت اجباری لایه اول است که جمعیت هدف به موجب تبصره ماده ۲ تبصره ۲ ماده ۲ آئین نامه چتر ایمنی رفاه اجتماعی موضوع تصویبنامه شماره ۲۰۸۶۷ ت ۳۲۳۴۳ هـ مورخ ۱۳۸۴/۴/۸ هیئت محترم وزیران، خانوارهایی با درآمد کمتر از ۱۱۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار (برای کاهش مخاطرات و تأمین پوشش کامل گروههای آسیب پذیر یک محدوده ده درصدی درآمدی بالاتر از خط فقر مطلق به جمعیت اضافه می شود) است؛ که با توجه به گزارش مرکز پژوهش های مجلس که در سال ۱۳۹۷ منتشر شد، خط فقر سرانه معادل ماهیانه حدود ۷۷۰ هزار تومان (نرخ فقر حدود ۱۲ درصد) است و بر همین اساس جمعیت لایه اول، اولین سطح خط فقر مطلق کشور را شامل می شود. برای این سطح، بسته پایه حداقلی و بسته بیمه پایه سلامت هردو از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می گردد. به عبارت دیگر، این دو بسته برای لایه اول به صورت رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارایه می شود. تدارک و ارایه خدمات برای این سطح با استفاده امکانات بخش دولتی و خصوصی و از طریق نظام سطح بندی و سازوکارهای خرید راهبردی صورت می پذیرد.

بخشی از منابع مالی لازم برای ارایه خدمات سلامت برای بیمه سلامت لایه اول، از منابع زیر قابل تأمین است:

- یک درصد مازاد بر مالیات بر ارزش افزوده
- سهم بخش سلامت از منابع ناشی از اجرای قانون هدفمندی یارانه ها

– اخذ مالیات بر کالاهای آسیب رسان سلامت^{۴۴} خصوصاً افزایش مالیات بر سیگار، تنباکو و سایر مواد دخانی وارداتی و تولید داخل (به عنوان مالیات سلامت)

– افزایش مالیات بر صنایع آلاینده محیط زیست (به عنوان مالیات سلامت)

– افزایش مالیات در معاملات خودروهای لوکس و گران قیمت به صورت پلکانی

– افزایش مالیات بر درآمد پزشکان به صورت پیشرونده

– سهم بخش سلامت از حق بیمه شخص ثالث

به سبب نبود ظرفیت لازم از سوی نهادهای حمایتی موجود در سطح کشور، خرید خدمات موجود در بسته بیمه پایه سلامت به جمعیت این سطح، مازاد بر ظرفیت نهادهای حمایتی کنونی کشور (کمیته امداد امام خمینی(ره) و سازمان بهزیستی کشور) و با اولویت دهکهای درآمدی پایین تر، توسط سازمان بیمه سلامت ایران صورت می پذیرد.

لایه دوم: بیمه سلامت اجباری لایه دوم

لایه دوم، سطح بیمه سلامت اجباری لایه دوم است که جمعیت هدف، خانوارهایی با درآمد بین ۱۱۰ تا ۳۰۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار است؛ که با توجه به گزارش مرکز پژوهش های مجلس ۳۰۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار، خط فقر کلان شهرها و استان تهران را نیز شامل می شود. برای این سطح (نظیر سایر سطحها) بسته پایه حداقلی از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می گردد. به عبارت دیگر، این بسته برای لایه دوم نیز رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارائه می شود.

تأمین مالی بسته بیمه پایه سلامت برای این سطح، براساس مشارکت مالی بیمه شدگان و کارفرما است و سهم بیمه شدگان مبتنی بر توان پرداخت^{۴۵} و به صورت پیشرونده^{۴۶} مبتنی بر محاسبات اکچوئری(بیمه ای) تعیین می گردد.

^{۴۴} به طور کلی کالاهای آسیب رسان به سلامت نظیر مواد چاق کننده، شور، دارای مواد نگه دارنده و شکر که در فهرست تهیه شده مذکور قید گردیده است.

^{۴۵} Ability to Pay

^{۴۶} Progressive

بسته بیمه مضاعف^{۴۷} (تکمیلی^{۴۸} و مکمل^{۴۹}) سلامت، برای جمعیت این سطح، به صورت اختیاری (به صورت انفرادی یا گروهی) است که تأمین مالی آن صددرصد توسط بیمه‌شدگان و کارفرما (بدون استفاده از منابع عمومی دولت) مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد.

تدارک و ارایه خدمات سلامت برای این سطح نیز با استفاده امکانات بخش دولتی و خصوصی و از طریق نظام سطح بندی و سازوکارهای خرید راهبردی صورت می‌پذیرد.

لایه سوم: بیمه سلامت اجباری لایه سوم

لایه سوم، بیمه سلامت اجباری لایه سوم است که جمعیت هدف، خانوارهایی با درآمد بیش از ۳۰۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار است؛ که با توجه به گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس، این لایه کلیه افرادی که بالاتر خط فقر مطلق در کشور هستند را شامل می‌شود. برای این سطح (نظیر سایر سطح‌ها) بسته پایه حداقلی از منابع عمومی دولتی تأمین مالی می‌گردد. به عبارت دیگر، این بسته برای لایه سوم نیز رایگان (معاف از حق بیمه و فرانشیز) ارایه می‌شود. بسته بیمه پایه سلامت برای جمعیت این سطح، به صورت اجباری است که تأمین مالی آن صددرصد توسط بیمه‌شدگان و کارفرما (بدون استفاده از منابع عمومی دولت) مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد. بسته بیمه مضاعف^{۵۰} (تکمیلی^{۵۱} و مکمل^{۵۲}) سلامت، برای جمعیت این سطح، به صورت اختیاری (به صورت انفرادی یا گروهی) است که تأمین مالی آن صددرصد توسط بیمه‌شدگان مبتنی بر محاسبات اکچوئری می‌باشد.

تدارک و ارایه خدمات سلامت برای این سطح نیز با استفاده امکانات بخش دولتی و خصوصی و از طریق نظام سطح بندی و سازوکارهای خرید راهبردی صورت می‌پذیرد.

جدول شماره ۲: چارچوب مفهومی نظام بیمه سلامت چند لایه؛ جمعیت، منبع تأمین مالی و بسته خدمتی (براساس خط فقر مطلق و حداقل حقوق و دستمزد قانون کار)

⁴⁷ Duplicate Health Insurance

⁴⁸

⁴⁹ Complementary Health Insurance

⁵⁰ Duplicate Health Insurance

⁵¹

⁵² Complementary Health Insurance

عنوان لایه	جمعیت هدف	بسته‌های خدمتی و منبع تأمین مالی		
		نوع بسته خدمتی	منبع تأمین مالی	الگوی هم پردازی
بیمه سلامت اجباری لایه اول	خانوارهای با درآمد کمتر ۱۱۰ درصد حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	بسته پایه حداقلی		بدون مشارکت بیمه شده
		بسته مزایای سلامت	سطح یک	بدون مشارکت بیمه شده
		سطح دو	حق بیمه مبتنی بر ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد با مشارکت بیمه شده و ۵۰٪ استفاده از یارانه های سلامت برای حق بیمه پایه سلامت	مشارکتی (Deductible, Coinsurance or Copayment و Stop Loss)
بیمه سلامت اجباری لایه دوم	خانوارهای با درآمد بین ۱۰۰٪ تا ۳۰۰٪ حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	بسته پایه حداقلی		بدون مشارکت بیمه شده
		بسته مزایای سلامت	سطح یک	مشارکتی (Deductible, Coinsurance or Copayment و Stop Loss)
		سطح دو	حق بیمه مبتنی بر ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد با مشارکت بیمه شده مبتنی بر محاسبات اکچوئری بدون استفاده از یارانه های سلامت	مشارکتی (Deductible, Coinsurance or Copayment و Stop Loss)
بیمه سلامت اجباری لایه سوم	خانوارهای با درآمد بیش از ۳۰۰٪ حداقل حقوق و دستمزد قانون کار	بسته پایه حداقلی		بدون مشارکت بیمه شده
		بسته مزایای سلامت	سطح یک	مشارکتی (Deductible, Coinsurance or Copayment و Stop Loss)
		سطح دو	حق بیمه مبتنی بر ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد با مشارکت بیمه شده مبتنی بر محاسبات اکچوئری و مشارکت ۵۰٪ دولت	مشارکتی (Deductible, Coinsurance or Copayment و Stop Loss)
		سطح سه	حق بیمه مبتنی بر محاسبات اکچوئری بدون استفاده از یارانه های سلامت	مشارکتی (Deductible, Coinsurance or Copayment و Stop Loss)

در تدوین این چارچوب مفهومی، در بخش ارایه بسته پایه حداقلی از آنجایی که بسته یکسانی برای آحاد جامعه فراهم شده است، رویکرد برابری یا Sameness مدنظر قرار دارد و در بخش ارایه بسته مزایای سلامت (پایه و مضاعف)

رویکرد عدالت محوری یا Fairness مورد توجه قرار گرفته است. در جدول زیر موضوعات مطرح شده فوق قابل مشاهده می باشد.

اهم خدمات سلامت بسته پایه حداقلی (در حال حاضر) عبارتند از:

مراقبت های بهداشتی ضروری که در دسترس همه افراد جهان قرار گیرد، برای آن ها قابل قبول باشد، با مشارکت کامل آنها باشد، قیمت مناسبی برای جامعه داشته باشد و کشور قادر به پرداخت هزینه های آن باشد. اولین سطح تماس مردم، خانواده ها و جامعه با خدمات سلامت است و مراقبتهای سلامت را هر چه نزدیک تر به محل زندگی و کار مردم ارایه می نماید. در همه کشورها اعم از توسعه یافته یا در حال توسعه، ارزش یکسانی دارد ولی در هر کشور شکل خاص خود را دارد. این خدمات واجد معیارهای زیر است:

مناسب بودن (Appropriate): خدمات متناسب با نیازهای ضروری فراهم باشد.

کافی بودن (Sufficient): حجم خدمات متناسب با حجم نیازها باشد.

جامع بودن (Comprehensive): تمام سطوح پیشگیری را در برگیرد و تنوع خدمات را در نظر بگیرد.

قابل دستیابی و در دسترس بودن (Available and Accessible): نه تنها نسبت جمعیت با تعداد واحدهای ارایه کننده خدمت تناسب داشته باشد بلکه موانع فرهنگی، جغرافیایی و... مانعی بر بهره مندی از خدمات نباشد.

قابل پرداخت بودن (Affordable): دارای کمترین هزینه و حتی الامکان رایگان باشد.

عملی بودن (Practical): از نظر تدارکات، پرسنل و منابع قابل اجرا باشد.

چهارگروه اصلی خدمات PHC عبارتند از:

مداخلات ارتقایی: برخورد مراقبت های بهداشتی اولیه در سطح جامعه با علل اساسی است که بر سلامت تأثیر می گذارد.

مداخلات پیشگیری کننده: این مداخلات کاهش دهنده بروز بیماری ها یا برخورد سریع با عللی است که برای فرد ایجاد مشکل نموده است.

مداخلات درمانی: این مداخلات سبب کاهش شیوع بیماری بوسیله توقف پیشرفت بیماری در بیمار است

مداخلات بازتوانی: این مداخلات سبب کوتاه نمودن پی آمد یا عوارض مربوط به مشکل سلامتی افراد می شود.

۲- کلیه خدمات پیش بیمارستانی در اورژانس ها و فوریت های پزشکی

۳- خدمات سرپایی و بستری - بیمارستانی مرتبط با اقدامات حیاتی. منظور از اقدامات حیاتی آن دسته از اقداماتی است که حفظ حیات بیمار موکول به آن است.

۴- خدمات بهداشتی و درمانی مربوط به دوران بارداری و زایمان طبیعی

۵- خدمات بهداشتی و درمانی کودکان تا سن ۵ سالگی

۶- خدمات بهداشتی درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از AIDS/HIV، توبرکولوز، مالاریا و سایر بیماری های اندمیک

۷- خدمات بهداشتی- درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از اپیدمی ها و پاندمی ها

۸- خدمات بهداشتی- درمانی مرتبط با مخاطرات سلامت ناشی از حوادث و سوانح طبیعی

۹- خدمات توانبخشی و بازتوانی برای آن گروه از افراد دچار ناتوانی یا معلولیت شدید جسمی - حرکتی و ذهنی که توان زندگی مستقل ندارند.

۱۰- خدمات انتقال خون و هموویژلانس

۱۱- مداخلات بهداشت مدارس، دانشگاه ها و سایر اماکن عمومی

برهمن اساس و به منظور جامعیت بسته پایه حداقلی، پیشنهاد می گردد بسته مراقبت های سلامت اولیه کشور با رویکرد توجه خاص به بیمارهای غیرواگیر^{۵۳} مورد بازنگری قرار گیرد.

ب. بسته مزایای سلامت / Health Benefit Package

بسته مزایای سلامت فهرست خدمات و کالاهای سلامتی است که بدلیل اساسی یا دارای اولویت بودن توسط

سازمان/های بیمه ای و نهادهای حمایتی می تواند تأمین مالی می شود.

⁵³ Non Communicable Diseases/ NCDs

بسته مزایای سلامت، دارای خصوصیت اصلی متمایز کننده زیر می باشد:

۱- بطور مشخص شامل مجموعه محدودی از تمام مداخلات مراقبت سلامت است که فناوری طبی روز، شرایط اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و... ارایه آن ها را ممکن ساخته است.

۲- از یک فرایند اولویت بندی برای انتخاب مداخلات استفاده شده است تا به اهداف فنی و یا اجتماعی خاص دست پیدا کنیم.

به موجب بند ۴-۹ سیاستهای کلی سلامت، تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در لایه بیمه‌های پایه و تکمیلی باید وزارت بهداشت و درمان صورت پذیرد و نظام بیمه ای نیز موظف به خرید آنها و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان می‌باشد. مبتنی بر این بند از سیاستهای کلی سلامت و به موجب بند ج ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه، بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین و ابلاغ می‌شود. از ابتدای سال دوم اجرای قانون برنامه خرید خدمت توسط سازمان بیمه‌گر درمانی صرفاً مطابق این بسته صورت می‌پذیرد.

شایان ذکر است که برابر ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی مقرر گردیده بود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می‌بایست حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارایه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه‌گر قرار می‌گیرد، را را پیشنهاد و پس از تایید شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیات وزیران برساند.

به منظور تضمین رعایت اصل تعادل منابع و مصارف، خرید خدمات سلامت از طریق نظام بیمه‌ای صرفاً مبتنی بر منابع در دسترس از بسته مصوب وزارت بهداشت صورت می‌پذیرد.

پ. بسته بیمه مضاعف سلامت / Duplicated Health Insurance Package

سطوح فراتر از بیمه های پایه درمان بعنوان بیمه های مضاعف^{۵۴} شناخته می شود. بیمه های مضاعف خود بر دو نوع است:

- ۱- بیمه های مکمل^{۵۵} که هزینه های مازاد بر هزینه های تحت پوشش بیمه پایه و یا شرایط خاصی (نظیر اتاق خصوصی، همراه، غذای ویژه، و...) را برای ارایه خدمات مشمول بیمه پایه پوشش می دهند.
- ۲- بیمه های تکمیلی^{۵۶} که بطور عمده خدمات فراتر از خدمات موجود در بسته بیمه پایه سلامت را تحت پوشش قرار می دهند.

منظور از بیمه تکمیلی طبق قانون (تبصره ۲ ماده ۲ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه های کشور) فهرست خدماتی است که در تعهد بیمه پایه سلامت نیست.

منابع مالی بسته بیمه مضاعف سلامت بطور کامل توسط بیمه شدگان تأمین می گردد. دولت هیچگونه تعهدی در تأمین مالی بسته بیمه مضاعف سلامت نداشته و صرفاً موظف به پشتیبانی حقوقی و ایجاد امکان برخورداری از این بسته برای کلیه اقشار جامعه می باشد.

به موجب بندهای ۳-۹ و ۴-۹ سیاست های کلی سلامت، ارایه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل های قانونی و شفاف به گونه ای که کیفیت ارایه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد و تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه های پایه و تکمیلی باید وزارت بهداشت و درمان صورت پذیرد و نظام بیمه ای نیز موظف به خرید آنها و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته ها با حذف اقدامات زاید و هزینه های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان می باشد.

از طرف دیگر به موجب ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی می بایست لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مضاعف را پیشنهاد و پس از تایید شورای عالی بیمه سلامت به تصویب هیات وزیران برساند. بندهای "ه" و "ی" ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران مصوبه شماره ۱۰۲۸۲۸/ت/۴۷۶۴۴هـ

⁵⁴ Duplicate

⁵⁵ Complementary

⁵⁶ Supplementary

۱۳۹۱/۵/۲۲ هیات وزیران، سازمان بیمه سلامت ایران می‌بایست ضوابط مربوط به عقد و لغو قرارداد بیمه پایه و تکمیلی با اشخاص حقیقی و حقوقی با رعایت قوانین و مقررات مربوط به هیئت امنای پیشنهاد دهد و بر ارایه خدمات بیمه تکمیلی سلامت و دریافت حق بیمه تکمیلی نظارت نماید.

چگونگی تدوین بسته مزایای پایه و مضاعف سلامت و الگوی تأمین مالی آنها

به استناد بند الف تبصره ماده ۱۷ قانون بودجه سال ۱۳۹۷ کل کشور و ماده ۸ قانون احکام دائمی برنامه‌های توسعه

کشور، پیشنهاد می‌گردد بسته مزایای پایه و مضاعف سلامت، در سه سطح هزینه‌ای و خدمتی شامل

سطح ۱- بسته مزایای پایه سلامت در سقف تعرفه بخش دولتی،

سطح ۲- بسته مزایای پایه سلامت تا سقف تعرفه بخش خصوصی و

سطح ۳- بسته مزایای پایه سلامت و بسته بیمه مضاعف سلامت تا سقف تعرفه بخش خصوصی طراحی گردد.

منابع عمومی صرفاً برای تأمین بخشی از هزینه بسته مزایای پایه سلامت (همان سطح یک) و میزان مشارکت آنها

براساس توان پرداخت مبتنی بر ارزیابی وسع در چارچوب ۷ درصد حداقل حقوق و دستمزد قابل هزینه‌کرد می‌باشد

بهره‌مندی از مزایای سطوح دو و سه خدمات سلامت صرفاً با مشارکت مالی بیمه‌شدگان در ازای دریافت حق بیمه‌های

متناسب و مصوب مبتنی بر محاسبات بیمه‌ای امکان‌پذیر می‌باشد.

در تدوین این چارچوب مفهومی، در بخش ارایه بسته پایه حداقلی از آنجایی که بسته یکسانی برای آحاد جامعه فراهم

شده است، رویکرد برابری یا Sameness مدنظر قرار دارد و در بخش ارایه بسته مزایای سلامت (پایه و مضاعف)

رویکرد عدالت محوری یا Fairness مورد توجه قرار گرفته است.

بخش پنجم :

برنامه رصد کلان شاخص

های نقشه

در این بخش به شاخص های کلان بند ۱۰ سیاستهای ابلاغی سلامت به همراه سازمان/نهاد مسئول تولید و رصد شاخص و فاصله زمانی محاسبه در قالب برنامه رصد شاخصهای کلان این بند از سیاستهای کلی سلامت به شرح جدول زیر ارائه می گردد.

جدول شماره ۳: فهرست شاخصهای کلان پایداری تامین مالی سلامت و چگونگی رصد آن

ردیف	شاخص	نهاد مسئول تولید شاخص	نهاد مسئول رصد شاخص	واحد شاخص	فاصله زمانی محاسبه
------	------	-----------------------	---------------------	-----------	--------------------

۱	سهم کل مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی	سازمان برنامه و بودجه با همکاری وزارت بهداشت	سازمان برنامه و بودجه و سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۲	سرانه کل مخارج سلامت براساس دلار بین المللی/PPP	سازمان برنامه و بودجه	سازمان برنامه و بودجه و سازمان بیمه سلامت	-	سالانه
۳	سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت از کل مخارج سلامت	سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۴	سهم دولت یا سهم مخارج عمومی دولت برای سلامت از بودجه عمومی دولت	سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۵	سهم بیمه اجتماعی از کل مخارج سلامت	سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و سایر سازمانهای بیمه گر	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۶	سهم بیمه های خصوصی از کل مخارج سلامت	سازمان بیمه سلامت با همکاری سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت و سایر سازمانهای بیمه گر	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۷	سهم پرداخت از جیب از کل مخارج سلامت	سازمان بیمه سلامت با همکاری وزارت بهداشت و سایر سازمانهای بیمه گر	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۸	سهم پرداخت از جیب از هزینه های سلامت در بخش خصوصی	سازمان بیمه سلامت با همکاری وزارت بهداشت و سایر سازمانهای بیمه گر	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه

ادامه جدول شماره ۳: فهرست شاخصهای کلان پایداری تامین مالی سلامت و چگونگی رصد آن

ردیف	شاخص	نهاد مسئول تولید شاخص/داده	نهاد مسئول رصد شاخص	واحد شاخص	فاصله زمانی محاسبه
۹	اقدامات و کالاهای آسیب رسان به سلامت که برای آنها عوارض وضع گردیده است.	وزارت بهداشت با همکاری سازمانهای بیمه گر	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه

۱۰	صندوق های انباشت ریسک ادغام یافته	سازمانهای بیمه گر	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۱۱	جمعیت تحت پوشش که در صندوق های انباشت ریسک ادغام یافته عضویت دارند.	سازمانهای بیمه گر	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۱۲	خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت	سازمان بیمه سلامت با همکاری سایر سازمانهای بیمه گر و وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۱۳	خانوارهای که مواجه با هزینه های فقرزای سلامت	سازمان بیمه سلامت با همکاری سایر سازمانهای بیمه گر و وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۱۴	منابع تخصیص یافته به ارائه دهندگان از طریق مکانیسم های پرداخت آینده نگر	سازمان بیمه سلامت با همکاری سایر سازمانهای بیمه گر و وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۱۵	خدمات اولویت بندی شده موجود در بسته پایه و تکمیلی سلامت	شورای عالی بیمه سلامت با همکاری سازمانهای بیمه گر و وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۱۶	منابع مالی تخصیص یافته به خدمات اولویت بندی شده	سازمانهای بیمه گر با همکاری وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه
۱۷	امید به زندگی در بدو تولد و در ۶۵ سالگی	وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	-	سالانه
۱۸	نرخ های مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال، کودکان زیر یک سال، نوزادان و مادران	وزارت بهداشت	سازمان بیمه سلامت	درصد	سالانه

لازم به ذکر است به منظور رصد شاخصهای منتخب برای این بند از سیاستهای کلی سلامت، می بایست پایگاه داده های مورد نیاز آن توسط نهاد مسئول تولید شاخص ایجاد و در اختیار نهاد مسئول رصد شاخص قرار گیرد.

بخش ششم:

مستند حمایت طلبی

در این قسمت ضمن شناسایی گروه های مخاطب (ذینفعان، تصمیم گیران، مشارکت کنندگان و مخالفین) به تحلیل نقش هر کدام از گروهها و ذکر مداخلاتی که برای جلب حمایت هر گروه در جهت بهبود و ارتقاء ابعاد بند ۱۰ سیاستهای کلی سلامت نیاز است، پرداخته می شود.

سند حمایت طلبی در خصوص پایداری منابع مالی نظام سلامت

۱. شناسایی و تحلیل مشکل

تامین پایداری در تامین مالی، موضوعی است که تقریباً همه نظامهای سلامت به درجات مختلف با آن درگیر هستند. ۳ چالش اصلی مسن شدن جمعیت، پیشرفت فناوری و افزایش انتظارات سلامت در جوامع، کلیه نظامهای سلامت را در دنیا با مشکل عدم تعادل بین منابع و مصارف روبرو ساخته است. در این میان، موضوع تامین پایداری در تامین مالی، به مفهوم حصول اطمینان از توانایی یک نظام سلامت برای تامین نیازهای حال و آینده جمعیت هدفش به موضوعی محوری در همه نظامهای سلامت تبدیل شده است.

تامین پایداری در هر ۳ فعالیت اصلی حوزه تامین مالی تعریف شده است:

۱- در حوزه جمع آوری درآمدها، پایداری تامین مالی از این منظر تعریف میگردد که تا حد امکان درآمدهای حوزه تامین مالی نظام سلامت به منابعی که ماهیت پایداری دارند متصل گردد. از این حیث، منابع عمومی و مالیاتها در صدر منابع مالی با پایداری بالا تعریف شده اند. البته باید توجه داشت در کشورهایی که منابع عمومی آنها به نظامهای غیر مالیاتی و عمدتاً به منابع مالی حاصل از فروش داراییهای سرمایه ای وابسته است مصداق تعریف منابع عمومی بعنوان منابع پایدار با تردیدهایی مواجه خواهد بود. تقویت نظام مالیاتی و بخصوصی تعریف مالیاتهای نشاندار سلامت، استراتژی مناسبی برای ایجاد پایداری هرچه بیشتر در منابع تولید کننده درآمدهای نظام سلامت می باشند.

۲- در حوزه انباشت و توزیع ریسک، پایداری تامین مالی بیشتر بر محور هرچه کارآمد تر کردن انباشت و توزیع ریسک مالی ناشی از بیماری و ایجاد یارانه متقاطع استوار است. در این میان، تعیین بهترین ساختار برای صندوقهای انباشت ریسک که حداکثر پیوستگی ممکن را ایجاد و در عین حال چالشهای اجرایی اساسی نداشته باشد حائز اهمیت است. ولی اتفاق نظر در اینست که هرچه الگوی انباشت ریسک از الگوی پراکنده به سمت الگوهای ادغام یافته یا الگوی صندوق واحد حرکت کند، وضعیت برقراری یارانه متقاطع، عدالت در مشارکت مالی

در حوزه خرید راهبردی خدمات، موضوعات زیر در بهبود پایداری تامین مالی حائز اهمیتند:

۱- اصلاح بسته خدمات میتنی بر نظام اولویت بندی و بازنگری آن بر مبنای پیامدهای سلامت جامعه هدف

۲- اصلاح نظامهای پرداخت به ارائه دهندگان خدمات سلامت نظیر جایگزینی روش پرداخت کارانه با روشهای پرداخت آینده نگر نظیر سرانه در خدمات سرپایی و Case mix در خدمات بیمارستانی.

الف: مستند حمایت طلبی بند ۱۰-۱ سیاست: شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه ها و فعالیت ها:

شفافیت مالی جامعیت، وضوح، اتکاپذیری، به موقع بودن، و مربوط بودن گزارشگری همگانی درباره گذشته، حال، و آینده وضعیت امور مالی عمومی برای پاسخگویی و مدیریت مالی اثربخش، حیاتی است شفافیت مالی کمک میکند تا اطمینان به دست آید که دولتها زمانی که تصمیمهای اقتصادی می گیرند، تصویر دقیقی از امور مالی خود از جمله مخارج و منافع تغییرات سیاست و ریسک های نهان در امور مالی عمومی دارند افزون بر این شفافیت مالی اطلاعات موردنیاز قانونگذاران، بازارها، و شهروندان برای پاسخگو ساختن

دولتها را فراهم می‌آورد. فقدان شفافیت در درآمدها، هزینه‌ها و فعالیتها هریک از این حوزه‌ها سه گانه تامین مالی نظام سلامت را به نوعی متاثر می‌سازد. در حوزه تجميع درآمدها، عدم وجود شفافیت در درآمدها موجب برآورد غير واقعی از منابع در دسترس، عدم امکان برنامه ریزی صحیح برای پوشش مالی هزینه خدمات موجود در بسته و اختلال در محافظت مالی موثر از بیمه شدگان خواهد شد. در حوزه انباشت ریسک، فقدان شفافیت در درآمدها، هزینه‌ها و فعالیتها، موجب بروز اختلال در برقراری موثر یارانه متقاطع و امکان هدفمند نمودن صحیح منابع بسوی اقشار نیازمند می‌گردد. و در نهایت فقدان شفافیت در درآمدها، هزینه‌ها و فعالیتها، به سبب ایجاد ابهام و ابهام در منابع در دسترس، ابهام در نحوه تعیین بسته خدمتی و قیمت واقعی آن، تقریباً کلیه ابزارهای خرید راهبردی را بی اثر می‌سازد.

۲. اهداف کلی و اختصاصی:

ایجاد شفافیت در کلیه درآمدها، هزینه‌ها و فعالیتهای نظام سلامت بمنظور ایجاد امکان محافظت مالی موثر از مردم در قبال ریسک مالی ناشی از بیماریها و سایر مخاطرات سلامت و ایجاد امنیت در سلامت.

۳. شناسایی و تحلیل دست اندرکاران:

در این بخش، مخاطبین اصلی ایجاد شفافیت در درآمدها، هزینه‌ها و فعالیتهای بخش سلامت در ۴ دسته (دینفعان، تصمیم گیرندگان، شرکاء و مخالفین) ذکر گردیده و به برخی راهبردها و سیاستها برای جلب حمایت هریک از گروهها نیز اشاره گردیده است:

گروه‌ها/ زیرگروه‌ها		موضوع گروه	موارد مورد بحث	راهبردها
دینفعان	مردم	موافق	بعنوان دینفع و ذیحق اصلی، دارای حق دسترسی آزاد به اطلاعات مرتبط با هزینه‌ها، درآمدها و	۱- تقویت آزادی بیان و خصوصاً آزادی رسانه‌های مستقل در ارائه اطلاعات صحیح از درآمدها، هزینه

<p>ها و فعالیتهای بخش سلامت کشور</p> <p>۲- تشکیل و تقویت سازمانهای مردم نهاد در راستای ایجاد یک ابزار پایش و رصد هزینه ها، فعالیتهای و درآمدهای بخش سلامت و ایجاد امکان دسترسی عموم مردم به اطلاعات آنها در راستای تصمیم سازیهای موثر بمنظور اصلاح کژیها.</p>	<p>فعالیهایی بخش سلامت و اطلاع و کم و کیف هزینه کرد منابع نظام سلامت در راستای منافع خود را دارند</p>			
<p>۱- تقویت آزادی بیان و خصوصاً آزادی رسانه های مستقل در ارائه اطلاعات صحیح از درآمدها، هزینه ها و فعالیتهای بخش سلامت کشور</p> <p>۲- تشکیل و تقویت سازمانهای مردم نهاد در راستای ایجاد یک ابزار پایش و رصد هزینه ها، فعالیتهای و درآمدهای بخش سلامت و ایجاد امکان دسترسی عموم مردم به اطلاعات آنها در راستای تصمیم سازیهای موثر بمنظور اصلاح کژیها.</p> <p>۳- اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای برقراری شفافیت کامل مالی و عملکردی</p>	<p>موافقین: ایجاد شفافیت در درآمدها و هزینه ها و فعالیتهای موجب محو فساد در نظام سلامت شده و با شناخت اقلیتی که منافع خود را در وجود فضای ابهام و عدم شفاف جستجو می کنند و برخورد مناسب با آنها، اعتماد عمومی و در برخی موارد از دست رفته مردم به ارائه دهندگان خدمات سلامت احیا خواهد شد.</p> <p>مخالفین: اقلیتی از ارائه دهندگان خدمات سلامت که منافع غیر مشروعی برای خود تعریف نموده و بقای این منافع را در وجود فضای غیر شفاف می بینند به انحاء گوناگون و برای حفظ منافع</p>	<p>موافق- مخالف</p>	<p>ارائه دهندگان خدمات سلامت</p>	

	نامشروع خویش، با ایجاد هرگونه شفافیت در فرایندهای تامین مالی در حوزه سلامت مخالفت می‌نماید.			
اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای برقراری شفافیت کامل مالی و عملکردی	موافقین: ایجاد شفافیت مالی و عملکردی، جلب اطمینان بیش از پیش مردم و ارائه دهندگان خدمات سلامت به سازمانهای بیمه گر را در پی خواهد داشت مخالفین: در صندوقهای بیمه ای که تامین مالی آنها به روشهای نظام اندوخته گذاری کامل یا جزئی است ممکن است مقاومت هایی از نظر ایجاد شفافیت در وجوه سرمایه گذاری شده و نحوه هزینه کرد آنها بروز نماید.	موافق - مخالف	سازمانهای بیمه گر پایه و خصوصی درمان	
اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای برقراری شفافیت کامل مالی و عملکردی	تصویب و اصلاح قوانین در راستای ایجاد فضای آزاد تبادل اطلاعات و ایجاد شفافیت هرچه بیشتر	موافق	مجلس شورای اسلامی	تصمیم گیران
اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای برقراری شفافیت کامل مالی و عملکردی	تدوین لوایح قانونی و تصویب نامه های هیئت وزیران در راستای ایجاد فضای آزاد تبادل اطلاعات و ایجاد شفافیت هرچه بیشتر	موافق	سازمان برنامه و بودجه	
تشریح دقیق وظایف	وجود تعارض منافع نزدبرخی	موافق -	وزارت	

	<p>بهداشت، درمان و آموزش پزشکی</p>	مخالف	<p>مدیران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مانعی جدی بر سر راه ایجاد شفافیت مالی و عملکردی در نظام سلامت است.</p>	<p>سیاستگذاری، برنامه ریزی اجرایی و نظارت بر نشر آزاد اطلاعات مالی و عملکردی در نظام سلامت و واگذاری امور تصدی گری وزارت بهداشت به بخش خصوصی -انتخاب مدیران ارشد وزارت بهداشت از میان افرادی که در عین آشنایی با مباحث سیاستگذاری، برنامه ریزی اجرایی و نظارت حوزه سلامت، فاقد تعارض منافع باشند.</p>
	<p>سازمانهای بیمه گر پایه و خصوصی درمان</p>	<p>موافق- مخالف</p>	<p>موافقین: ایجاد شفافیت مالی و عملکردی، جلب اطمینان بیش از پیش مردم و ارائه دهندگان خدمات سلامت به سازمانهای بیمه گر را در پی خواهد داشت مخالفین: در صندوقهای بیمه ای که تامین مالی آنها به روشهای نظام اندوخته گذاری کامل یا جزیی است ممکن است مقاومت هایی از نظر ایجاد شفافیت در وجوه سرمایه گذاری شده و نحوه هزینه کرد آنها بروز نماید.</p>	<p>-اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای برقراری شفافیت کامل مالی و عملکردی- تأش جهت اقتناع سازمانهای بیمه سلامت مبنی بر اینکه ایجاد شفافیت مالی و افزایش اعتماد شرکای کاری آنان در میان مدت تامین کننده متافع همه ذینفعان است.</p>
	سازمان نظام	موافق-	وجود تعارض منافع نزدیکی	انتخاب مدیران سازمان نظام

پزشکی	مخالف	مدیران سازمان نظام پزشکی مانعی جدی بر سر راه ایجاد شفافیت مالی و عملکردی در نظام سلامت است.	پزشکی از میان افرادی که ضمن آشنایی کامل به موضوعات مرتبط با آن سازمان، فاقد تعارض منافع باشند.
شورای عالی بیمه سلامت	موافق	تدوین راهکارهایی برای ارتقاء شفافیت مالی سازمانهای بیمه گر	تدوین سیاستها و راهکارهای اجرایی ارتقاء شفافیت در سازمانهای بیمه گر سلامت در راستای ارتقاء شفافیت نهاد بیمه ای کشور
وزارت اطلاعات	موافق	نظارت بر جریان آزاد و سالم اطلاعات مالی و عملکردی نظام سلامت در عین رعایت اصول امنیتی و طبقه بندی اطلاعات	مذاکره با وزارت مزبور و جلب حمایت و همکاری آن
دیوان محاسبات کشور	موافق	کلیه موضوعات مذکور در استاندارد ۲۴۰۰ دیوان محاسبات کشور	جلب نظر و همکاری با دیوان در موضوعات مرتبط
سازمان بازرسی کل کشور	موافق	کلیه موضوعات مرتبط مذکور در قانون تشکیل سازمان بازرسی کل کشور با آخرین اصلاحات والحاقت (۱۵/۷/۱۳۹۳)	جلب نظر و همکاری با سازمان در موضوعات مرتبط
اصحاب رسانه	موافق	رسانه های آزاد و مستقل با توجه به ضریب نفوذ بالایی که دارند، نقش اساسی در ایجاد شفافیت مالی و عملکردی در همه حوزه ها و منجمله نظام سلامت دارند	۱- تقویت همکاری با رسانه های آزاد و مستقل ۲- ایجاد فضای امن برای رسانه های مستقل تا بتوانند رسالت اساسی خود در راستای روشننگری و ایجاد فضای شفاف را ایفا نمایند.

شرکا

سازمان دیده بان شفافیت و عدالت	موافق	با توجه به وظایف ذاتی این نهاد، بالقوه نقش مهمی در افزایش شفافیت مالی و عملکردی نظام سلامت دارد	تقویت همکاری با سازمان مردم نهاد دیده بان شفافیت و عدالت
بخشی از ارائه دهندگان خدمات سلامت	مخالف	بخشی از ارائه دهندگان خدمات سلامت که منافع نامشروع خویش را در بقای فضای غیر شفاف می بینند قطعا به انحاء مختلف با استقرار یک فضای شفاف مالی و عملکردی مخالفت خواهند نمود	ایجاد فضای شفاف با استفاده از تمامی ظرفیتهای موجود در کشور
انجمنهای صنفی و تخصصی پزشکی	مخالف	بخشی از انجمنهای صنفی و تخصصی پزشکی که منافع نامشروع خویش را در بقای فضای غیر شفاف می بینند قطعا به انحاء مختلف با استقرار یک فضای شفاف مالی و عملکردی مخالفت خواهند نمود	ایجاد فضای شفاف با استفاده از تمامی ظرفیتهای موجود در کشور

مخالفین

ب: مستند حمایت طلبی بند ۱۰-۲ سیاست: افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء 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 چشم انداز تحقق یابد.

۱- اهداف کلی و اختصاصی:

براساس ادعای اقتصاددانان و کارشناسان حوزه سلامت به ازای هر ۱۰ درصد افزایش طول عمر، نیم درصد افزایش در رشد اقتصادی به دنبال دارد. براساس آمارهای جهانی روند هزینه کرد در بخش سلامت ایران از سال ۱۹۹۵ رشدی فزاینده داشته اما این روند از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳ میلادی نسبت به تولید ناخالص داخلی ایران کاهشی بوده است. با اجرای طرح تحول سلامت در ایران سهم سلامت از تولید ناخالص ملی افزایشی بود تا جایی که به گواه آمارهای داخلی هم اکنون سهم سلامت از تولید ناخالص

داخلی به بیش از ۷,۱ درصد رسیده است. بر اساس آمار سازمان برنامه و بودجه کشور، تأیید نشده توسط مراکز آماری رسمی، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی حتی تا مرز ۹,۴٪ نیز رسیده است. آمار بانک جهانی اما، برای سال ۲۰۱۵ میلادی، سهم هزینه های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی را همچنین براساس آمارهای جهانی ۷,۶۵٪ اعلام نموده است. ایران در شاخص های سلامت توسعه پایدار در سال ۲۰۱۶ جهشی ۳۵ پله ای را تجربه کرده است.



بر مبنای منحنی فوق و با توجه به شواهد موجود مبنی بر تداوم رشد هزینه های سلامت در ایران در سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸ میلادی، پذیرش عدد ۹,۴٪ مورد ادعای سازمان برنامه و بودجه بعنوان سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۸ میلادی دور از ذهن نیست. تازه ترین نتایج مطالعه «میزان پیشرفت کشورها در شاخص های توسعه پایدار» نشان می دهد ایران در رتبه ۶۹ در بین ۱۸۸ کشور جهان قرار دارد. مطالعه جهانی هر سال توسط انستیتو سنجش و ارزشیابی سلامت در دانشگاه واشنگتن در سیاتل ایالات متحده امریکا صورت می گیرد. در این مطالعه نیز بیش از ۲۵۰۰ پژوهشگر از

بیش از ۱۳۵ کشور، ۳۷ شاخص از مجموع ۵۰ شاخص سلامت را به صورت مستقل و سیستماتیک ارزیابی کرده اند.

۲-شناسایی و تحلیل دست اندرکاران:

در این بخش، مخاطبین اصلی افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت در ۴ دسته (دینفعان، تصمیم گیرندگان، شرکاء و مخالفین) ذکر گردیده و به برخی راهبردها و سیاستها برای جلب حمایت هریک از گروهها نیز اشاره گردیده است:

گروه ها/ زیرگروهها	موضوع گروه	موارد مورد بحث	راهبردها
دینفعان	موافق	<p>۱- افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی نیازمند اصلاح برخی قوانین و مقررات موجود و یا تصویب قوانین و مقررات جدید است.</p> <p>۲- ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی نیازمند تدوین راهبردها، سیاستها و برنامه های اجرایی مناسب است.</p> <p>۳- تعیین رابطه معنا دار و مستقیم بین افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و ارتقاء کیفیت خدمات نیازمند دستورالعملها و شاخصهای شفاف، کمی و قابل اندازه گیری است و ارتقاء کیفیت خدمات متناسب با افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بایستی بطور مرتب</p>	<p>۱- پیشنهاد اصلاح قوانین و مقررات موجود یا تدوین قوانین ومقررات جدید در راستای افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی</p> <p>۲-تدوین شاخصهای کمی پایش و اندازه گیری میزان ارتقاء سطح کیفی خدمات سلامت ارائه شده متناسب با افزایش سهم سلامت ازتولید ناخالص داخلی</p>

	توسط نهادهای نظارتی رصد گردد.			
ارائه دهندگان خدمات سلامت	موافق	بی شک یکی از پیامدهای افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، افزایش درآمد ارائه دهندگان خدمات سلامت است و آنان با این افزایش موافقت کنند ضروریست از نظرتناسب میزان ارتقاء کیفیت خدمات با منابع مالی افزوده شده توسط شاخصهای کمی پایش و اندازه گیری میزان ارتقاء سطح کیفی خدمات سلامت ارائه شده متناسب با افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی مورد پایش و ارزیابی قرار گیرند.	۱- تدوین شاخصهای کمی پایش و اندازه گیری میزان ارتقاء سطح کیفی خدمات سلامت ارائه شده متناسب با افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ۲- رصد مستمر ارزیابی عملکرد ارائه دهندگان خدمات سلامت از نقطه نظر کیفیت خدمات ارائه شده	
سازمانهای بیمه گر پایه و خصوصی درمان	موافق - مخالف	موافقین: آن گروه از صندوقهای بیمه پایه درمان که صرفاً در حوزه درمان فعالیت می نمایند از آنرو که افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی موجب افزایش منابع مالی آنها می گردد در زمره موافقان قرار دارند. مخالفین: در صندوقهای بیمه ای کلیه خدمات تامین اجتماعی (اعم از درمان، بازنشستگی، از کار افتادگی و...) را بصورت یکجا ارائه می نمایند از آن رو که افزایش بیش از حد سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ممکن است موجب بروز کمبود منابع مالی سایر مزایای رفاه اجتماعی گردد می توانند بالقوه در زمره مخالفین	ضروریست با استفاده از خرد جمعی و اصول و مبانی علمی و اقتصادی، سهم مناسب بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی تعیین گردد تا سایر حوزه های رفاه و تامین اجتماعی کشور دچار کمبود منابع مالی نگردند.	

	قرار گیرند/			
تصویب و اصلاح قوانین در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی کمیسیون بهداشت و درمان: تصویب و اصلاح قوانین در راستای افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی کمیسیون برنامه و بودجه : تصویب و اصلاح قوانین در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بگونه ای که تامین مالی سایر مزایای تامین اجتماعی با خلل مواجه نگردد.	کمیسیون بهداشت و درمان: تصویب و اصلاح قوانین در راستای افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی کمیسیون برنامه و بودجه : تصویب و اصلاح قوانین در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بگونه ای که تامین مالی سایر مزایای تامین اجتماعی با خلل مواجه نگردد.	موافق- مخالف	مجلس شورای اسلامی	تصمیم گیران
اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بگونه ای که تامین مالی سایر مزایای تامین اجتماعی با خلل مواجه نگردد.	تدوین لوایح قانونی و تصویب نامه های هیئت وزیران در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بگونه ای که تامین مالی سایر مزایای تامین اجتماعی با خلل مواجه نگردد.	مخالف	سازمان برنامه و بودجه	
-اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی بگونه ای که تامین مالی سایر مزایای تامین اجتماعی با خلل مواجه نگردد. مدیران ارشد وزارت بهداشت،	تدوین لوایح قانونی و تصویب نامه های هیئت وزیران در راستای افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی	موافق	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	

<p>درمان و آموزش پزشکی از میان افرادی برگزیده شوند که در عین آشنایی به مبانی علمی مدیریت و آشنایی کامل با نظام سلامت کشور، فاقد تعارض منافع باشند.</p>				
<p>ضروریست با استفاده از خرد جمعی و اصول و مبانی علمی و اقتصادی، سهم مناسب بخش سلامت از تولید ناخالص داخلی تعیین گردد تا سایر حوزه های رفاه و تامین اجتماعی کشور دچار کمبود منابع مالی نگردند</p>	<p>موافقین: آن گروه از صندوقهای بیمه پایه درمان که صرفا در حوزه درمان فعالیت می نمایند از آنرو که افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی موجب افزایش منابع مالی آنها می گردد در زمره موافقان قرار دارند.</p> <p>مخالفین: در صندوقهای بیمه ای کلیه خدمات تامین اجتماعی(اعم از درمان، بازنشستگی، از کار افتادگی و...) را بصورت یکجا ارائه می نمایند از آن رو که افزایش بیش از حد سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی ممکن است موجب بروز کمبود منابع مالی سایر مزایای رفاه اجتماعی گردد می توانند بالقوه در زمره مخالفین قرار گیرند/</p>	<p>موافق - مخالف</p>	<p>سازمانهای بیمه گر پایه و خصوصی درمان</p>	
<p>انتخاب مدیران سازمان نظام پزشکی از میان افرادی که ضمن آشنایی کامل به موضوعات مرتبط با آن</p>	<p>افزایش مخارج نظام سلامت کشور از طریق افزایش تعرفه خدمات سلامت در بخش خصوصی سلامت</p>	<p>موافق -</p>	<p>سازمان نظام پزشکی</p>	

سازمان، فاقد تعارض منافع باشند.				
تدوین سیاستها و راهکارهای اجرایی برای تنظیم سطح معقولی از تولید ناخالص داخلی برای بخش سلامت کشور بگونه ای که هم هدف تامین مالی پایدار بخش سلامت تامین گردد و هم آسیبی به تامین مالی سایر خدمات حوزه رفاه و تامین اجتماعی وارد نیاید.	تنظیم سطح معقولی از تولید ناخالص داخلی برای بخش سلامت کشور بگونه ای که هم هدف تامین مالی پایدار بخش سلامت تامین گردد و هم آسیبی به تامین مالی سایر خدمات حوزه رفاه و تامین اجتماعی وارد نیاید.	موافق	شورای عالی بیمه سلامت	
تدوین سازو کارهای نظارت هوشمندانه و حسابرسی عملکردی بر سیاستها و برنامه های اجرایی مصوب در راستای تنظیم افزایش و تولید ناخالص داخلی برای بخش سلامت کشور بگونه ای که هم هدف تامین مالی پایدار بخش سلامت تامین گردد و هم آسیبی به تامین مالی سایر خدمات حوزه رفاه و تامین اجتماعی وارد نیاید.	نظارت بر سیاستها و برنامه های اجرایی مصوب در راستای افزایش و تنظیم سطح معقولی از تولید ناخالص داخلی برای بخش سلامت کشور بگونه ای که هم هدف تامین مالی پایدار بخش سلامت تامین گردد و هم آسیبی به تامین مالی سایر خدمات حوزه رفاه و تامین اجتماعی وارد نیاید.	موافق	دیوان محاسبات کشور	
جلب نظر و همکاری با	کلیه موضوعات مرتبط مذکور در قانون	موافق	سازمان	

بازرسی کل کشور	تشکیل سازمان بازرسی کل کشور با آخرین اصلاحات و الحاقات (۱۵/۷/۱۳۹۳)	سازمان در موضوعات مرتبط
شرکا	اصحاب رسانه	موافق
	رسانه های آزاد و مستقل با توجه به ضریب نفوذ بالایی که دارند، نقش اساسی در ایجاد شفافیت مالی و عملکردی در همه حوزه ها و منجمله نظام سلامت دارند و این خود تضمین کننده سلامت توزیع عادلانه منابع مالی نظام سلامت است.	۱- تقویت همکاری با رسانه های آزاد و مستقل ۲- ایجاد فضای امن برای رسانه های مستقل تا بتوانند رسالت اساسی خود در راستای روشننگری و ایجاد فضای شفاف را ایفا نمایند.
مخالفین احتمالی	سازمان دیده بان شفافیت و عدالت	موافق
	سازمان برنامه و بودجه	مخالف
	مجلس شورای اسلامی	مخالف- موافق
با توجه به وظایف ذاتی این نهاد، بالقوه نقش مهمی در افزایش شفافیت مالی و عملکردی نظام سلامت دارد		
تقویت همکاری با سازمان مردم نهاد دیده بان شفافیت و عدالت		
احتمال وجود دغدغه فقدان بهره وری مناسب نظام سلامت در سازمان برنامه و بودجه		
تدوین لوایح و مقررات قانونی و سیاستهای اجرایی در راستای ارتقاء بهره وری منابع مالی نظام سلامت		
بخشی از نمایندگان مجلس شورای اسلامی و کارشناسان مرکز پژوهشهای مجلس معتقد به بهره وری نامناسب منابع مالی نظام سلامت می باشند.		
تدوین لوایح و مقررات قانونی و سیاستهای اجرایی در راستای ارتقاء بهره وری منابع مالی نظام سلامت		

ج: مستند حمایت طلبی بند ۱۰-۳ سیاست: وضع عوارض بر محصولات و مواد و خدمات زیان آور

سلامت

۱- اهداف کلی و اختصاصی:

دخانیات تاثیر قابل توجهی بر اقتصاد فردی و کلان جامعه دارد و گرچه می تواند برای بسیاری از دولت ها منبع سودآوری بالایی ناشی از مالیات ها و تقاضای زیاد باشد، اما بخش قابل توجهی از هزینه خانوار را نیز در بر می گیرد. اگر تنها به جنبه اقتصادی دخانیات بر سلامت جامعه بپردازیم، باید اشاره کنیم استعمال دخانیات ۶ درصد هزینه های سلامت را در کل دنیا شامل می شود که البته در کشورهای توسعه نیافته و کم درآمد بیشتر خواهد بود. به نظر می رسد هزینه تحمیلی سیگار به جوامع از ۱۴۳۶ میلیارد دلار بیشتر و معادل ۲ درصد تولید ناخالص جهانی است. به این مبلغ هنگفت باید هزینه های مستقیم مراقبت و درمان سیگاری ها و افرادی که در معرض دود سیگار بوده اند را نیز افزود. در چنین شرایطی فرد نیاز به بستری در بیمارستان، مصرف دارو و مراجعات به پزشک و ... دارد که همه این هزینه ها بر اقتصاد خانواده و جامعه تحمیل می شد، در عین حال اجتناب پذیر است. به علاوه، پیامدهای غیر مستقیم دیگری مانند مرگ زودهنگام افراد و تبعات اجتماعی و خانوادگی آن، کاهش نیروی تولید و افت بهره وری شاغلان بیمار را نیز باید در نظر گرفت. با توجه به گزارش سازمان بهداشت جهانی، هزینه اقتصادی ناشی از بیماری ها و عوارض سیگار بالغ بر ۴۲۲ میلیارد دلار در جهان ارزیابی شده که مطمئناً افزایش مصرف، چنین هزینه هایی را افزایش خواهد داد. اقتصاددانان بر این باورند کاهش مصرف سیگار به رشد اقتصادی و اشتغال کمک می کند. دخانیات امروزه دیگر نمی تواند بخشی از اشتغال جامعه را متحمل شود زیرا طی دهه های گذشته دستگاه ها جایگزین بیش از دو سوم نیروی انسانی شاغل در این بخش شده اند. به علاوه در بیشتر کشورهای دنیا، مواد خام تولید سیگار عمدتاً وارداتی است و پولی که صرف بسته بندی سیگار می شود به طور عمده برای تولید کنندگان سودآور خواهد بود. از طرفی، مالیات های سیگار نیز نمی تواند هزینه های مربوط به سیگار را جبران کند. به علاوه ترک سیگار باعث صرفه جویی در هزینه های خانواده می شود و برای جنبه های مثبت و سازنده زندگی مانند تفریح، ورزش، تغذیه و ... مصرف خواهد شد. این صرفه جویی، به خصوص در جوامع با سطح درآمد متوسط و پایین چشمگیرتر خواهد بود و می تواند به رشد و ارتقای سلامت جسمی، نشاط روانی و استحکام بنیان خانواده کمک کند.

بر اساس تجزیه و تحلیل هزینه - بیماری سازمان بهداشت جهانی (WHO)، هزینه اقتصادی جهانی برای مصرف سیگار تقریباً ۲ درصد از تولید ناخالص داخلی جهان یا ۱۴۳۶ میلیارد دلار آمریکا را در سال ۲۰۱۲ به خود اختصاص داده است. مارک گودچیلد، از کارشناسان برجسته سازمان بهداشت جهانی در ژنو، و

همکارانش در مجله BMJ Journal of Tobacco Control اشاره کرده اند حدود ۴۰ درصد از این هزینه ها توسط کشورهای در حال توسعه که هزینه های سیگار کشیدن بر سلامتی و بیماری ها همچنان رشد می کنند، پرداخت شده است. گرایش اقتصادی سیگار کشیدن به طور گسترده در ایالات متحده و سایر کشورهای با درآمد بالا گزارش شده است، اما گودچیلد به MedPage Today گفته است که محدودیت های مالی و آماری تحلیل هزینه های سیگار در مناطق کم و متوسط را بسیار محدود کرده است. وی گفته: "ما یک روش سازگار با استفاده از منابع داده های ثانویه برای اندازه گیری هزینه های اقتصادی مصرف سیگار در مجموع ۱۵۲ کشور که ۹۷٪ از سیگاری های جهان را تشکیل می دهند، توسعه داده ایم".

به زودی پس از آنکه مجمع عمومی سازمان ملل متحد ۲۰۳۰ دستور کار توسعه پایدار را در پاییز سال ۲۰۱۵ به تصویب رساند، تلاش برای تجزیه و تحلیل داده ها با هدف کاهش مرگ و میر قابل پیشگیری از بیماری های غیرمعمول به میزان ۳۳٪ تا سال آغاز شد، ۲۰۳۰. سیگار کشیدن تنها بزرگترین خطر جهانی است بلکه مهمترین فاکتور برای بیماری های غیر مسری در میان کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد محسوب میگردد. بار اقتصادی در اروپا، که سیگار کشیدن برای بسیاری از دهه ها رایج است، بیشترین میزان را دارد. گودچیلد گفته، چین، هند و اندونزی نیز بخش بزرگی از هزینه اقتصادی سیگار را به خود اختصاص داده اند. این کشورها دارای روندهای اساسی مشترک هستند مانند شهرک سازی سریع، جمعیت رو به رشد جمعیت، رشد قوی درآمدهای قابل دسترس و آزاد سازی اقتصادی گسترده تر، که نشان می دهد نرخ های سیگار کشیدن و در نتیجه هزینه اقتصادی سیگار در این کشورها افزایش می یابد. تجزیه و تحلیل بر اساس یافته های مطالعات ۴۴ کشور و داده های اضافی از سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، هر دو هزینه مستقیم سیگار کشیدن، شامل پذیرش و درمان بیمارستان و هزینه های غیر مستقیم مربوط به بهره وری از دست رفته در سال ۲۰۱۲ را ارزیابی کردند. هزینه های غیر مستقیم با استفاده از روش اعتبار سنجی سرمایه انسانی (HCM) اندازه گیری شد، که ارزش فعلی از دست دادن

سرمایه انسانی را به دلیل مرگ و بیماری محاسبه می کند. تجزیه و تحلیل نشان داد که در سال ۲۰۱۲، بیماری های ناشی از سیگار کشیدن ۱۲ درصد از کل مرگ و میر در بین بزرگسالان بین ۳۰ سال و ۶۹ ساله را تشکیل می دهد که بیشترین میزان مرگ و میر در اروپا و آمریکای شمالی و جنوبی است. سال های کار جهانی از دست رفته به علت بیماری های مرتبط با سیگار کشیدن و مرگ، ۲۶٫۸ میلیون سال بود. هزینه های غیر مستقیم مربوط به بیماری های مربوط به سیگار کشیدن به ۰٫۱۴۱ میلیارد دلار (U.S.) برآورد شده است، در حالی که هزینه های معلولیت ناشی از سیگار معلولیت به ترتیب ۳۵۷ میلیارد دلار و مرگ به ترتیب ۹۳۹ میلیارد دلار است. در حال حاضر سیگار کشیدن عامل مرگ و میر بیش از ۶ میلیون نفر در هر سال می باشد و بر اساس پیش بینی WHO تا سال ۲۰۳۰ این میزان به ۸ میلیون مرگ و میر افزایش خواهد یافت

افزایش عوارض بر خورده فروشی سیگار، در سالهای اخیر، وضع عوارض سلامت بر مواد دخانی از جمله موضوعاتی بوده که مجلس شورای اسلامی به آن همت گمارده و در قانون برنامه ششم توسعه و قوانین بودجه ۱۳۹۶ و ۱۳۹۷، عوارض خورده فروشی سیگار و تخصیص بخشی از آن به نظام سلامت پیش بینی شده ولی بررسی ها نشان میدهد که اینگونه افزایشها کارساز نبوده و فاصله بین قیمت بسیار ارزان سیگارهای وارداتی در ایران با کشورهای اروپایی و حتی ایالات متحده امریکا شاهدهی است بر این مدعا که ضروریست سرعت سیگارهای وارداتی (که بخش اعظم آنها از ایالات متده امریکا وارد یا قاچاق می شوند نیز مشمول عوارض بسیار سنگین و تشدید جریمه قاچاق قرار گیرند.

البته کالاهای آسیب رسان به سلامت تنها به سیگار محدود نمی گردند و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۹۳ فهرست کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت رابه شرح جداول زیر منتشر نمود:

ردیف	گروه فرآورده	عنوان کالا
۱	فرآورده های گوشتی و غذاهای آماده مصرف	انواع سوسیس و کالباس و ژامبون
۲		انواع همبرگر و کیاب (شامل کیاب های کوبیده و لقمه) صنعتی و صنفی با چربی بیش از ۲۰٪
۳		انواع ساندویچ و پیتزا و کنسروهایی که دارای سوسیس، کالباس و ژامبون می باشند
۴		غذاهای آماده مصرف شامل سالاد الویه صنعتی و صنفی، انواع سمبوسه و فلافل آماده شده با روش غوطه وری در روغن
۵	فرآورده های لبنی	کنسرو کله و پاچه
۶		انواع ماست با چربی بالاتر از ۵ درصد
۷		انواع پنیرهای خامه ای پرچرب با چربی ۲۸ درصد و بالاتر و انواع پنیرهای پرچرب (با چربی بیش از ۴۵ درصد در ماده خشک)
۸		انواع کره، خامه های معمولی و نیز طعم دار
۹		سرشیر و فرآورده های مشابه
۱۰	انواع فرآورده های شیرین و نوشیدنی ها	دوغ های معمولی با میزان نمک بالاتر از ۲ درصد
۱۱		انواع نوشابه های گازدار معمولی و انرژی زا به استثناء نوشیدنی مالت
۱۲		فرآورده های یخی خوراکی (در انواع و اوزان مختلف بسته بندی)
۱۳		انواع نکتار و نوشیدنی میوه ای (گازدار و یا بدون گاز) با محتوای آب میوه کمتر از ۵۰ درصد
۱۴		انواع شربت و نوشیدنی های غیرمیوه ای
۱۵	انواع فرآورده های شور با نمک بیش از ۵ درصد	انواع پودر نوشیدنی قوری
۱۶		انواع خیارشور و شورهای سبزیجات (مخلوط و یا جزء) با نمک بیش از ۵ درصد
۱۷	مواد شیمیایی با کاربرد در مواد غذایی	انواع آجیل های شور با نمک بیش از ۵ درصد
۱۸		انواع نگهدارنده های شیمیایی
۱۹		انواع اسانس های مصنوعی و از جمله اسانس دود
۲۰		انواع طعم دهنده های مصنوعی
		انواع رنگ های مصنوعی در مواد غذایی

ردیف	گروه فرآورده	عنوان کالا
۲۱	سایر	بنزین و گازوئیل با استاندارد پایین تر از یورو ۴
۲۲		سیگار و سایر فرآورده های دخانی
۲۳		انواع کرم های آنتی سلولیت و لاغر کننده های موضعی
۲۴		انواع رنگ های حاوی سرب
۲۵		انواع لوازم آرایشی و بهداشتی و اسباب بازی های حاوی سرب
۲۶		انواع روغن های جامد و مایع نباتی و مارگارین با میزان اسید چرب اشباع شده بالاتر از ۳۰ درصد یا میزان اسیدهای چرب ترانس بالاتر از ۲ درصد
۲۷		انواع روغن های حیوانی و پیه گوشت و غذاهای تهیه شده از آن ها
۲۸		انواع سس های پرچرب (مایونز و سس سالاد و سس های سفید) با چربی بیش از ۳۰ درصد
۲۹		انواع فرآورده های سرخ شده در روغن برپایه سیب زمینی و غلات (چیپس سیب زمینی و غلات)
۳۰		انواع فرآورده های حجیم شده بر پایه ذرت (اسطوخودوس) انواع پنک
۳۱		انواع دسرهای پرچرب و انواع شیرینی، شکلات، زولبیا و بامیه

الگوی بین المللی تعیین عوارض بر کالاهای آسیب رسان به سلامت:

الگوی تعیین عوارض مورد استفاده جهت کارگروه کشوری، مدل نیمرخ مواد مغذی (Nutrient profiling) می باشد که توسط FSA (آژانس استانداردهای غذایی) در کشور انگلستان ارائه شد تا به وسیله آن، سازمان تنظیم کننده مقررات رسانه ای بریتانیا (OFCOM) بتواند در مورد تبلیغات محصولات غذایی برای کودکان دقیق تر عمل کند. این مدل، یک سیستم ساده نمره دهی است که بر اساس محتویات غذایی موجود در ۱۰۰ گرم از یک غذا یا نوشیدنی در نظر گرفته می شود .

تقسیم بندی خوراکی ها و آشامیدنی ها بر اساس مدل نیمرخ مواد مغذی :

یک خوراکی در صورتی جزء رده «کمتر سالم» قرار می گیرد، اگر از نظر میزان انرژی بیش از ۱۰۰۵ کیلوژول، از نظر چربی اشباع بیش از ۳ گرم، از نظر قندها بیش از ۵/۱۳ گرم و بیش از ۲۷۰ میلی گرم در ۱۰۰ گرم باشد .

یک نوشیدنی در صورتی جزء رده «کمتر سالم» قرار می گیرد، اگر از نظر میزان انرژی بیش از ۳۳۵ کیلوژول، از نظر چربی اشباع بیش از ۱ گرم، از نظر قندها بیش از ۵/۴ گرم و بیش از ۹۰ میلی گرم در ۱۰۰ گرم باشد .

مواد آشامیدنی (در ۱۰۰ گرم)			مواد خوراکی (در ۱۰۰ گرم)		
میزان عوارض پیشنهادی	حد مجاز	محتوا	میزان عوارض پیشنهادی	حد مجاز	محتوا
به ازای هر ۳۳۵ کیلوژول انرژی مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۳۳۵ کیلوژول	انرژی	به ازای هر ۳۳۵ کیلو ژول انرژی مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۱۰۰۵ کیلوژول	انرژی
به ازای هر یک گرم چربی اشباع مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۱ گرم	چربی اشباع	به ازای هر یک گرم چربی اشباع مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۳ گرم	چربی اشباع
به ازای هر ۴/۵ گرم قند مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۴/۵	قندها	به ازای هر ۴/۵ گرم قند مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۱۳/۵ گرم	قندها
به ازای هر ۹۰ میلی گرم سدیم اشباع مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۹۰	سدیم	به ازای هر ۹۰ میلی گرم سدیم اشباع مازاد نسبت به حد مجاز یک درصد عوارض	۲۷۰ میلی گرم	سدیم

کشور	قوانین مهم برای محدودیت تبلیغات غذای ناسالم
انگلستان	متع تبلیغات غذاهای با چربی، قند یا نمک بالا برای زیر ۱۵ سال + تمامی مفاد بند ۱۳ آیین نامه BCAP
سوئد	ممنوعیت کلیه تبلیغات برای کودکان زیر ۱۲ سال
استرالیا	اجرای قوانین AANA (اتجمن تبلیغات ملی استرالیا) در مورد غذاهای ناسالم + ممنوعیت بازاریابی
آمریکا	برنامه خود تنظیمی واحد بررسی تبلیغات کودکان (CARU) در مورد غذاهای ناسالم
ایرلند	اجرای مفاد کمیسیون پخش برنامه ایرلند (BCI) در مورد تبلیغات غذای ناسالم
اسکاتلند	ممنوعیت پخش آگهی های خوراکی های آسیب رسان به سلامت قبل از ساعت ۹ شب
کانادا	اجرای مجموعه قوانین استانداردهای تبلیغات کانادا (CCAC) در مورد غذای ناسالم
نیوزلند	اجرای آیین نامه تبلیغات "تحت نظر" سازمان استانداردهای تبلیغاتی "در مورد غذاهای ناسالم
تروژ	ممنوعیت تبلیغات در میان، قبل و بعد از پخش برنامه های تلویزیونی مخصوص کودکان
پرتغال	تبلیغات در برنامه های کودکانی که کمتر از ۳۰ دقیقه طول بکشد ممنوع است
فرانسه	پرداخت مالیات، پخش یک پیام بهداشتی در برنامه و قدغن نمودن دستگاه های سکه ای غذا در مدارس
لوکزامبورگ	هرگونه تبلیغات، قبل و بعد از برنامه های کودک ممنوع است
کره جنوبی	محدودیت در مورد تبلیغات تلویزیونی غذاهای دارای نمک، شکر یا چربی زیاد از ۵ تا ۷ بعدازظهر در طول برنامه های کودکان
لتونی	فروش غذای ناسالم در مهدکودک ها و مدارس کاملاً ممنوع است.

۲-شناسایی و تحلیل دست اندرکاران:

در این بخش، مخاطبین اصلی افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت در ۴ دسته (دینفعان، تصمیم گیرندگان، شرکاء و مخالفین) ذکر گردیده و به برخی راهبردها و سیاستها برای جلب حمایت هریک از گروهها نیز اشاره گردیده است:

گروه ها/ زیرگروه ها	موضوع گروه	موارد مورد بحث	راهبردها
ذینفعان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۱- افزایش درصد عوارض کالاهای و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت، نیازمند اصلاح برخی قوانین و مقررات موجود و یا تصویب قوانین و مقررات جدید است.	۱- پیشنهاد اصلاح قوانین و مقررات موجود یا تدوین قوانین و مقررات جدید در راستای افزایش درصد عوارض کالاهای و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت
	ارائه دهندگان خدمات سلامت	بی شک یکی از پیامدهای افزایش سهم سلامت از درصد عوارض کالاهای و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت، افزایش درآمد ارائه دهندگان خدمات سلامت است و آنان با این افزایش موافقت کنند لکن ضروریست از نظرتناسب میزان ارتقاء کیفیت خدمات با منابع مالی افزوده شده توسط شاخصهای کمی پایش و اندازه گیری میزان ارتقاء سطح کیفی خدمات سلامت ارائه شده متناسب با افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی مورد پایش و ارزیابی قرار گیرند.	۱- تدوین شاخصهای کمی پایش و اندازه گیری میزان ارتقاء سطح کیفی خدمات سلامت ارائه شده متناسب با افزایش سهم سلامت درصد عوارض کالاهای و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت ۲- رصد مستمر ارزیابی عملکرد ارائه دهندگان خدمات سلامت از نقطه نظر کیفیت خدمات ارائه شده
	سازمانهای بیمه گر پایه و	آن گروه از صندوقهای بیمه پایه درمان که صرفاً در حوزه درمان فعالیت می نمایند از	ضروریست با استفاده از خرد جمعی و اصول و مبانی

	خصوصی درمان		آنرو که افزایش سهم سلامت از درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت موجب افزایش منابع مالی آنها می گردد در زمره موافقان قرار دارند.	علمی و اقتصادی، سهم مناسب بخش سلامت از تولید درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت تعیین گردد
تصمیم گیران	مجلس شورای اسلامی	موافق	کمیسیون بهداشت و درمان: تصویب و اصلاح قوانین در راستای افزایش سهم سلامت از درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت کمیسیون برنامه و بودجه : تصویب و اصلاح قوانین در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	تصویب و اصلاح قوانین در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی
	سازمان برنامه وبودجه	مخالف	تدوین لوایح قانونی و تصویب نامه های هیئت وزیران در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت

مخالفین احتمالی	شرکت دخانیات و وارد کنندگان سیگار وارداتی	مخالف	کاهش سود	الزام حاکمیت به تبعیت این شرکتها از قوانین اولویت دادن مصالح مردم بر مصالح فردی
	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	موافق	تدوین لوایح قانونی و تصویبنامه های هیئت وزیران در راستای افزایش سهم سلامت از درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	-اصلاح قوانین و مقررات موجود در راستای تعیین میزان مناسب سهم سلامت از درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت.
	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت
	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت	درصد عوارض کالاها و اقدامات آسیب رسان به سلامت و تخصیص درآمد ناشی از این عوارض به نظام سلامت

د: پرداخت یارانه به بخش سلامت و هدفمندسازی یارانه‌های بهداشت و درمان با هدف تأمین عدالت و ارتقاء سلامت بویژه در مناطق غیربرخوردار و کمک اختصاصی به اقشار نیازمند و دهک‌های پایین درآمدی.

۱- اهداف کلی و اختصاصی:

تأمین مالی مراقبت سلامت در کشورهای درحال توسعه و در حال گذار، اشکال متنوعی دارد. جالب اینجاست که فقیرترین کشورها، بالاترین هزینه پرداخت مستقیم از جیب را به عنوان درصدی از درآمد دارند. به دلایلی، تعهد دولت به تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای کم درآمد، پایین بوده است. یک فاکتوری که اغلب نادیده گرفته می شود، کیفیت پایین خدمات عمومی و انگیزه پایین مستخدمین دولتی است که سرمایه گذاری های عمومی را تضعیف می کند و ارزش سرمایه گذاری ها را به مخاطره می اندازد. به علاوه، هزینه های بخش خصوصی چون پرداخت های غیررسمی و پرداخت های مستقیم بیماران، عمومی است. این چنین پرداخت هایی، میزان قابل توجهی از هزینه های بخش سلامت را در اغلب کشورها به خود اختصاص داده است و در اکثر موارد، غیرقانونی است، چون همه شهروندان، باید خدمات سلامت را به صورت رایگان دریافت نمایند.

تجربه کشورهای OECD

کشورهای عضو OECD، مدل ابتکاری تأمین مالی را منبعث از مکانیزم های جمع آوری درآمد یا فعالیت های انگیزشی در حمایت از توسعه بین المللی می دانند که فراتر از رویکردهای سنتی صرفه هزینه توسط بخش دولتی و خصوصی است. مکانیزم های حمایتی عبارتند از:

۱. رویکردها و روش های جدید برای تجمیع جریان درآمدی بخش های دولتی و خصوصی در مقیاس بالا و توسعه فعالیت هایی به منظور کسب مزایای حاصله توسط کشورهای همکار؛
 ۲. اختصاص جریانات درآمدی جدید از قبیل جمع آوری منابع مالی حاصل از پرداخت های مستقیم، پیش پرداخت ها، مالیات، اوراق قرضه، وجوه حاصل از فروش یا طرح مشارکت داوطلبانه به فعالیت های توسعه در یک دوره چند ساله؛
 ۳. مشوق های جدید از قبیل ضمانت های مالی، مسئولیت پذیری اجتماعی و دیگر مزایا و پاداش ها جهت رسیدگی به شکست بازار و گسترش فعالیت های توسعه مداوم؛
- چهار طبقه بندی عمده برای مکانیزم های ابتکاری تأمین مالی شناسایی شده است:
۱. مالیات، عوارض و دیگر هزینه های اجباری مرتبط با فعالیت های جهانی: این مساله، شامل طرح هایی چون مالیات بر بلیط هواپیمایی است که در سطح ملی اما در چارچوب هماهنگی و همکاری بین

المللی وضع می شود. درآمدهای جمع آوری شده، به توسعه بین المللی اختصاص داده می شوند. مالیات های وضع شده بر معاملات مالی، کربن و ... نمونه های دیگری در این طبقه بندی هستند. این طرح ها، جریانات درآمد عمومی حدیدی را بواسطه بخش خصوصی تولید می کنند.

۲. مشارکت های منسجم داوطلبانه: تحت چنین طرح هایی، در نقطه خرید محصول، گزینه ای به جهت اهدای حجم کوچکی از منابع مالی، در نظر گرفته می شود (به عنوان مثال، در هنگام رزرو هتل). اگرچه این طرح، ماهیت خصوصی دارد، اما در حقیقت، مجریان دولتی، چنین مشارکت هایی را از طریق محرک های مالیاتی و تسهیلات فنی در توزیع منابع، میسر می سازند.

۳. ابزارهای مبتنی بر بدهی: گزینه دیگری که منابع مالی عمومی را برای توسعه فراهم می آورد، صدور اوراق قرضه در بازارهای بین المللی سرمایه است که بدهی های قابل گزارشی را به عنوان کمک در طی یک برهه زمانی فراهم می آورد. به عنوان مثال، زمانی که سقف بدهی ها کاهش می یابد، سایر مکانیزم های مبتنی بر بدهی شامل تبدیلات بدهی (که میزان بدهی را کاهش می دهد و به موجب آن، منابع اضافی برای هزینه های توسعه آزاد می شود)، اوراق قرضه دیازپورا (Diaspora) (یک ابزار بدهی است که توسط یک نهاد مستقل کشور و با همکاری خصوصی صادر می شود)، اوراق قرضه مسئولیت پذیری اجتماعی (سبز) (این اوراق، هدفشان سیاستگذاری است که تمایل به سرمایه گذاری در طرح های محیطی یا توسعه ای دارند و ممکن است نرخ های پایین تر بازگشت سرمایه خود را بپذیرند)، هستند.

۴. ضمانت های دولتی، مشوق های دولتی-خصوصی، بیمه و سایر مکانیزم های مبتنی بر بازار: این موضوع شامل طرح هایی است که بودجه عمومی را به سمت ایجاد محرک های جلب سرمایه از بخش خصوصی سوق می دهد (به عنوان مثال، از طریق یارانه های دولتی یا تعهد به خرید یک محصول خاص در یک قیمت تعیین شده (مانند واکسن)). در انجام این کار، هدف این طرح ها، اصلاح نارسایی های بازار است. هدف سایر مکانیزم ها، کاهش خطرات مستقل و یا آسیب پذیری های حاصل از اقتصاد کلان است (برای مثال، بیمه مبتنی بر آب و هوا یا وام های دوره ای (Counter-cyclical) که هدفشان، بهبود اثربخشی تامین مالی است تا ایجاد جریانات درآمدی جدید).

تجربه کشورهای موفق در ارتباط با تامین مالی در راستای دستیابی به UHC خوشبختانه، تعداد فزاینده ای از کشورهای در حال توسعه، در حال ایجاد نظام های تامین مالی "بومی" (Home-grown) جهت گسترش و پیشرفت به سمت پوشش همگانی سلامت هستند. این کشورها،

صرف نظر از تفاوت های موجود در نوع حرکت خود، بر این باورند که حق برخورداری از خدمات مراقبت سلامت باید مبتنی بر شهروندی و یا اقامت و نه براساس وضعیت اشتغال و مشارکت های مالی در نظر گرفته شود. به جای وارد کردن مدل های نامناسب تامین مالی از کشورهای با درآمد بالا، کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط باید به داستان های موفقیت آمیز "UHC" در کشورهای قابل مقایسه از قبیل تایلند، مکزیک، سریلانکا و قرقیزستان بنگرند؛ کشورهایی که بیشترین پیشرفت را در جهت بروز رسانی مفاهیم عدالت و جهان شمولی داشته و رویکردهایی که براساس آن، اقشار کم درآمد باید حق بیمه های خود را پرداخت نمایند را نیز رد کرده اند. این کشورها در دو دسته زیر قرار گرفته اند:

۱. دسته اول، کشورهایی است که در همه سطوح درآمدی از قبیل سریلانکا، مالزی و برزیل در نظر گرفته شده اند که پوشش همگانی سلامت را از طریق درآمدهای مالیاتی، تامین مالی می کنند. نظام های سلامت تامین مالی شده از طریق مالیات در سریلانکا و مالزی، شهروندان را با بعضی از بالاترین سطوح ریسک مالی در آسیا مواجهه ساخته اند. در اواخر دهه ۱۹۸۰ در برزیل، نیمی از جمعیت هیچ پوشش بهداشتی نداشتند و دو دهه بعد از استقرار نظام مالیاتی، تقریباً ۷۰ درصد از ۲۰۰ میلیون شهروند، تحت حمایت مالی، خدمات سلامت را دریافت می کردند. مهمتر از همه اینکه، تنها کشورهای با درآمد کم، جهت دستیابی به پوشش همگانی و منصفانه، رویکرد تامین مالی مبتنی بر مالیات را اتخاذ نموده اند.

۲. دسته دوم، کشورهایی چون تایلند، مکزیک و قرقیزستان هستند که حق بیمه ها را تنها از کارمندان رسمی جمع آوری می کنند و آن ها را تا جایی انباشت می کنند که توام با درآمدهای مالیاتی، امکان دسترسی کل جمعیت را به خدمات سلامت فراهم سازند. نظام سلامت تایلند متکی بر مشارکت های ناشی از حقوق و دستمزد برای تنها ۱۲ درصد از جمعیت خود است و در سطح بین المللی، طرح پوشش همگانی را با استفاده از درآمدهای عمومی دولت، تامین مالی می کند و در طی ۱۰ سال، تعداد افراد بدون پوشش همگانی از ۳۰ درصد به کمتر از ۴ درصد جمعیت تنزل یافت. به عبارت دیگر، اقشار کم درآمد، بیشترین سود را بردند و تایلند با ادغام طرح های مختلف، نابرابری موجود را که ناشی از وجود مزایای برتر برای کارمندان رسمی است، را جبران خواهد کرد.

در حال حاضر، روندی به سمت یکپارچه سازی صندوق های انباشت چون ترکیب مشارکت ها، درآمدهای مالیاتی و کمک های توسعه ای در بسیاری از کشورها وجود داشته است. چنین اصلاحاتی در قرقیزستان به طور ریشه ای، پراکندگی و نابرابری را کاهش داد و پیامدهای سلامت را بهبود بخشید. دسترسی به مراقبت

های بهداشتی در بیمه سلامت ملی آفریقای جنوبی، مبتنی بر شهروندی و اقامت قانونی بود تا مشارکت های مالی.

براساس ادعای اقتصاددانان و کارشناسان حوزه سلامت به ازای هر ۱۰ درصد افزایش طول عمر، نیم درصد افزایش در رشد اقتصادی به دنبال دارد. براساس آمارهای جهانی روند هزینه کرد در بخش سلامت ایران از سال ۱۹۹۵ رشدی فزاینده داشته اما این روند از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۳ میلادی نسبت به تولید ناخالص داخلی ایران کاهشی بوده است. با اجرای طرح تحول سلامت در ایران سهم سلامت از تولید ناخالص ملی افزایشی بود تا جایی که به گواه آمارهای داخلی هم اکنون سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی به بیش از ۷٫۱ درصد رسیده است. بر اساس آمارسازمان برنامه و بودجه کشور، تأیید نشده توسط مراکز آماری رسمی، سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی حتی تا مرز ۹٫۴٪ نیز رسیده است. آمار بانک جهانی اما، برای سال ۲۰۱۵ میلادی، سهم هزینه های جاری سلامت از تولید ناخالص داخلی را همچنین براساس آمارهای جهانی ۷٫۶۵٪ اعلام نموده است. ایران در شاخص های سلامت توسعه پایدار در سال ۲۰۱۶ جهشی ۳۵ پله ای را تجربه کرده است.



THE WORLD BANK

Data

Current health expenditure...

Iran, Islamic Rep.

Search data e.g. GDP, population, Indonesia

Current health expenditure (% of GDP)

World Health Organization Global Health Expenditure database (apps.who.int/nha/database).

License : CC BY-4.0



بر مبنای منحنی فوق و با توجه به شواهد موجود مبنی بر تداوم رشد هزینه های سلامت در ایران در سالهای ۲۰۱۵ تا ۲۰۱۸ میلادی، پذیرش عدد ۹,۴٪ مورد ادعای سازمان برنامه و بودجه بعنوان سهم بخش سلامت کشور از تولید ناخالص داخلی در سال ۲۰۱۸ میلادی دور از ذهن نیست. تازه ترین نتایج مطالعه «میزان پیشرفت کشورها در شاخص های توسعه پایدار» نشان می دهد ایران در رتبه ۶۹ در بین ۱۸۸ کشور جهان قرار دارد. مطالعه جهانی هر سال توسط انستیتو سنجش و ارزشیابی سلامت در دانشگاه واشنگتن در سیاتل ایالات متحده امریکا صورت می گیرد. در این مطالعه نیز بیش از ۲۵۰۰ پژوهشگر از بیش از ۱۳۵ کشور، ۳۷ شاخص از مجموع ۵۰ شاخص سلامت را به صورت مستقل و سیستماتیک ارزیابی کرده اند.

نظام کنونی توزیع منابع عمومی نظام سلامت، نظامی غیر هدفمند و غیر هوشمندانه است. بنظر میرسد در کلانشهرها و شهرهای بزرگ که بخش بزرگی از منابع عمومی نظام سلامت در بیمارستانهای بزرگ این شهرها هزینه می گردد، بهره مندی طبقه متوسط و حتی ثروتمند جامعه از منابع عمومی نظام سلامت بیش از افراد فقیر هم در این شهرها (که محدودیت دسترسی دارند) و یقیناً کمتر از بهره مندی فقرا در مناطق دورافتاده کشور (که محدودیت دسترسی و فقدان بیمارستانهای بزرگ و تخصصی و فوق تخصصی کاملاً مشهود است) می باشد. از این رو ضرورت دارد بلمنتور دستیابی به تامین مالی عادلانه در نظام سلامت و هدفمند سازی یارانه های بخش سلامت، الگوی جدیدی برای نحوه توزیع این منابع طراحی گردد. همانگونه که قبلاً و در تبیین راهکار پیشنهادی تحت عنوان نظام بیمه سلامت چند لایه بطور مشروح بیان گردید، این الگو می تواند تا حد بسیار زیادی به تحقق این بند از سیاستهای کلی سلامت که از جمله نیازهای محتوم نظام سلامت کشور نیز می باشد کمک کند.

۲- شناسایی و تحلیل دست اندرکاران:

در این بخش، مخاطبین اصلی افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت در ۴ دسته (ذینفعان، تصمیم گیرندگان، شرکاء و

مخالفین) ذکر گردیده و به برخی راهبردها و سیاستها برای جلب حمایت هریک از گروهها نیز اشاره گردیده است:

گروه ها/ زیر گروهها	موضوع گروه	موارد مورد بحث	راهبردها
ذینفعان	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	اجرای طرح نظام بیمه سلامت چند لایه مستلزم همراهی تولیت نظام سلامت کشور در تدوین قوانین و مقررات لازم است	۱- پیشنهاد اصلاح قوانین و مقررات موجود یا تدوین قوانین و مقررات جدید در راستای استقرار نظام بیمه سلامت چند لایه
	سازمانهای بیمه گر پایه و خصوصی درمان	شفافیت در نحوه توزیع منابع عمومی و یارانه های بخش سلامت به شفافیت مالی بیمه های سلامت نیز کمک می نماید	باز طراحی قوانین، مقررات و راهبردها و سیاستهای مالی سازمانهای بیمه ای بر مبنای الزامات استقرار نظام بیمه سلامت چند لایه
تصمیم گیران	مجلس شورای اسلامی	موافقین: ۱- ایجاد شفافیت در تامین مالی نظام سلامت ۲- تامین عدالت در مشارکت مالی ۳- تصویب و اصلاح قوانین در راستای استقرار نظام بیمه سلامت چند لایه مخالفین احتمالی: اجرای نظام بیمه سلامت چند لایه نیاز به منابع مالی دارد و ضروریست بصورت	تصویب و اصلاح قوانین در راستای استقرار صحیح . تدریجی نظام بیمه سلامت چند لایه

	تدریجی مستقر گردد.			
سازمان برنامه و بودجه	مخالف	احتمال نیاز به منابع مالی جدید برای استقرار نظام بیمه سلامت چند لایه	تصویب و اصلاح قوانین در راستای استقرار صحیح . تدریجی نظام بیمه سلامت چند لایه	
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	موافق	اجرای طرح نظام بیمه سلامت چند لایه مستلزم همراهی تولید نظام سلامت کشور در تدوین قوانین و مقررات لازم است	۱- پیشنهاد اصلاح قوانین و مقررات موجود یا تدوین قوانین و مقررات جدید در راستای استقرار نظام بیمه سلامت چند لایه	
سازمانهای بیمه گر پایه و خصوصی درمان	موافق- مخالف	شفافیت در نحوه توزیع منابع عمومی و یارانه های بخش سلامت به شفافیت مالی بیمه های سلامت نیز کمک می نماید	باز طراحی قوانین، مقرراتو راهبردها و سیاستهای مالی سازمانهای بیمه ای بر مبنای الزامات استقرار نظام بیمه سلامت چند لایه	
سازمان نظام پزشکی	موافق-	افزایش مخارج نظام سلامت کشور از طریق افزایش تعرفه خدمات سلامت در بخش خصوصی سلامت	انتخاب مدیران سازمان نظام پزشکی از میان افرادی که ضمن آشنایی کامل به موضوعات مرتبط با آن سازمان، فاقد تعارض منافع باشند.	
دیوان محاسبات کشور	موافق	نظارت بر سیاستها و برنامه های اجرایی مصوب در راستای در نحوه توزیع منابع عمومی و یارانه های بخش سلامت در چارچوب بند ۱۰-۴ سیاستهای کلی سلامت	تدوین سازو کارهای نظارت هوشمندانه و حسابرسی عملکردی بر سیاستها و برنامه های اجرایی مصوب در راستای در راستای در نحوه	

توزیع منابع عمومی و یارانه های بخش سلامت در چارچوب بند ۱۰-۴ سیاستهای کلی سلامت .				
تدوین سازو کارهای نظارت هوشمندانه و حسابرسی عملکردی بر سیاستها و برنامه های اجرایی مصوب در راستای در راستای در نحوه توزیع منابع عمومی و یارانه های بخش سلامت در چارچوب بند ۱۰-۴ سیاستهای کلی سلامت .	نظارت بر سیاستها و برنامه های اجرایی مصوب در راستای در نحوه توزیع منابع عمومی و یارانه های بخش سلامت در چارچوب بند ۱۰-۴ سیاستهای کلی سلامت	موافق	سازمان بازرسی کل کشور	

منابع و مآخذ

1. Blank R, Burau V. Comprehensive Health Policy. Second Edition 2007.
2. Owusu-Sekyere E, Bagah D A. Towards a Sustainable Health Care Financing in Ghana: Is the National Health Insurance the Solution? Public Health Research, 2014, 4(5): 185-194.
۳. سیاستهای کلی سلامت ابلاغی مقام رهبری، ۱۳۹۳.
4. World Health Statistics 2017: Monitoring Health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization. 2017.
5. The WHO Secretariat. WHA58.33; Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance, The fifty-eighth World Health Assembly, 2005.
6. The World Health Report; Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. World Health Organization. 2010.
7. Thomson S, Foubister T, Figueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndova L. Addressing Financial Sustainability in Health Systems. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark: World Health Organization; 2009.
8. Gottret P, Schieber G. Health Financing Revisited; A Practitioner's Guide, The International Bank for Reconstruction and Development; The World Bank, Washington DC ,2006.
9. Papanicolas I, Smith P.C. Health System Performance Comparison; an Agenda for Policy, Information and Research. Berkshire, England: Open University Press, McGraw Hill Education, World Health Organization, 2013.
10. Greenhill R. The Financial Sustainability of Health Systems; a Case for Change, World Economic Forum, Switzerland, Geneva, 2012.
10. Fidler A. Health Reform Experiences; Future Challenges in the European Region. Moscow: the World Bank; 2004. Available from: <http://studyslide.com/doc/165838/health-reform-challenges->.
12. Thomson S, Habicht T, Roovali L, Evetovits T, Habicht J. Responding to the Challenge of Financial Sustainability in Estonia's Health System: A One Year on. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2011.

13. Kutzin J, Witter S, Jowett M, Bayarsaikhan D. Developing a National Health Financing Strategy: A Reference Guide (Health Financing Guidance Series No 3). 1211 Geneva 27, Switzerland: World Health Organization, 2017.

14. KPMG International Cooperative. Through the Looking Glass; A Practical Path to Improving Healthcare through Transparency, Swiss, 2017.

15. Andreula N, Chong A, Guillén J. Institutional Quality and Fiscal Transparency. Inter-American Development Bank, 2009.

14. NHA indicators, Global Health Expenditure Database. Available from: <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

15. Cashin C. Health Financing Policy; the Macroeconomic, Fiscal, and Public Finance Context. World Bank Group. 2016.

16. Health financing Indicators. Published by United State Agency International Development & Health Finance and Governance.

17. 2015 Global Reference List of 100 Core Health Indicators. World Health Organization. 2015.

18. Indicator Code Book; National Health Accounts. World Health Organization. Last Updated 2015.

19. Fiscal Sustainability of Health Systems; Bridging Health and Finance Perspectives. OECD. 2015.

۲۰. ماهر، علی. احمدی، علی محمد و شکری جمناتی، آناهیتا. شناسایی چگونگی روشهای تامین منابع مالی نظام سلامت کشورهای منتخب در فاصله سالهای ۱۹۹۸-۲۰۰۴ و آرایه سازوکارهای تولید منابع مالی جدید در نظام سلامت ایران. فصلنامه پژوهشهای اقتصادی. سال هشتم، شماره اول. ۱۳۸۷. ۱۴۹-۱۱۵.

۲۱. مهرآرا، محسن و فضائی علی اکبر. رابطه‌ی هزینه‌های سلامت و رشد اقتصادی در کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا (منا). فصلنامه علمی - پژوهشی مدیریت سلامت. دوره ۱۲، شماره ۳۵، ۱۳۸۸.

22. Murray C and Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization; 78(6):717-31.

23. What is strategic purchasing for health? Topic Overview 4. Financing research theme. Resilient Responsive Health Systems. RESYST. OCTOBE 2014.

24. STRATEGIC PURCHASING FOR UNIVERSAL HEALTH COVERAGE: A CRITICAL ASSESSMENT. THE SOUTH AFRICAN INTEGRATED PUBLIC SYSTEM. RESEARCH BRIEF. Financing research theme. Resilient Responsive Health Systems. RESYST. February 2016.

25. Kutzin J, Cashin Ch, Jakab M. Implementing Health Financing Reform; Lessons from Countries in Transition. World Health Organization, EUROPE. 2010.

26.IMF, Fiscal Transparency, www.imf.org, 2015