بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور
۶۸. وضعیت منابع و مصارف بیمه سلامت ایران و پیشنهاداتی برای بهبود عملکرد آن

دوره یازدهم ـ سال اول
شماره ثبت: ۳۰۰
شماره چاپ: ـــ
تاریخ چاپ: ـــ
کد موضوعی: ۲۱۰
شماره مسلسل: ۱۷۴۱۴
اسفندماه ۱۳۹۹

معاونت پژوهش‌های اجتماعی ـ فرهنگی
دفتر: مطالعات اجتماعی

به نام خدا

فهرست مطالب

چکیده ۱
مقدمه ۲
اهم تکالیف سازمان بیمه سلامت ایران در قانون برنامه ششم توسعه ۲
وضعیت جمعیت تحت پوشش و اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران ۲
بررسی کارشناسی ۵
جمع‌بندی و پیشنهادها ۸
منابع و مآخذ ۱۱
پیوست‌ها ۱۲

بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور
۶۸. وضعیت منابع و مصارف بیمه سلامت ایران و پیشنهاداتی برای بهبود عملکرد آن

چکیده

مطابق اسناد و قوانین بالادستی تکالیف مهمی برعهده سازمان بیمه سلامت قرار داده شده است که اجرای آنها نقش مهمی در تحقق اهداف نظام سلامت ایفا می‌کند. برای انجام تکالیف مذکور، هرساله ردیف اعتباری مشخصی نیز در قوانین بودجه سنواتی برای این سازمان پیش‌بینی می‌شود. با این حال طی سال‌های اخیر، عدم تعادلی بین مصارف و منابع سازمان وجود داشته، به‌طوری که با مقادیر نسبتاً زیادی زیان مواجه بوده و در مواردی برای جبران این زیان از اوراق استفاده شده است. مواردی ازجمله: عدم رشد متوازن منابع و مصارف، تحمیل هزینه‌های غیرضروری (به دلایلی همچون درمان‌محوری، نظام پرداخت هزینه‌افزا، عدم استقرار پرونده الکترونیک سلامت، ایجاد هزینه توسط ارائه‌دهندگان فاقد قرارداد با بیمه و...)، واقعی نبودن نرخ کسر از حق بیمه خانوار، عدم تأمین منابع مورد نیاز و اعتبارات مصوب، دلایل منتسب به این عدم توازن منابع و مصارف هستند. دو راهکار «تقویت منابع» و «اتخاذ راهکارهای مدیریت هزینه» برای مواجهه با عدم توازن منابع و مصارف سازمان می‌توانند اتخاذ شوند.

در حوزه تقویت منابع مالی و در راستای عمل به بند «۷-۲» سیاست‌های کلی سلامت، این گزارش پیشنهاد می‌کند تا ردیف‌های درمانی لایحه بودجه ۱۴۰۰ (ازجمله اعتبارات یک واحد درصد مالیات بر ارزش‌افزوده موضوع ماده (۳۷) قانون الحاق (۲)، اعتبارات درمان ناباروری، اعتبارات بیماران خاص، ردیف اعتباری دارو و... ذیل ردیف اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران قرار گیرند تا حمایت‌های لازم از دریافت‌کنندگان خدمت از این طریق مدیریت شود.

در راستای مدیریت هزینه‌های سازمان نیز پیشنهاد شده است تا تبصره‌های الحاقی مشخص با محوریت موضوعات ذیل به تبصره «۱۷» ماده‌واحده اضافه شوند:

- استقرار نظام ارجاع و پزشکی خانواده،
- انعقاد قرارداد توسط ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با بیمه‌های پایه،
- تحقق پوشش همگانی بیمه پایه سلامت،
- اصلاح نظام پرداخت،
- بهره‌گیری از ابزارهای الکترونیک سلامت.

مقدمه

بیمه‌های بهداشتی ـ درمانی در رسیدن به اهداف نظام سلامت نقشی محوری ایفا می‌کنند. تحقق الزامات مهمی ازجمله خرید راهبردی خدمات سلامت، سامان‌دهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی، حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، از تشخیص تا درمان بیماری، کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت که در اسناد و قوانین بالادستی کشور ما بر آنها تأکید شده است به عملکرد بیمه‌های سلامت بستگی دارد. لذا شناخت مشکلات نظام بیمه سلامت و یافتن راه‌حل‌های مناسب برای از میان برداشتن آنها، تغییرات چشمگیری در عملکرد نظام سلامت به‌دنبال خواهد داشت. این گزارش ضمن اشاره‌ای به اهم تکالیف قانونی سازمان بیمه سلامت ایران و ارائه تصویری از وضعیت منابع و مصارف آن طی سال‌های گذشته، پیشنهادهایی برای ارتقای عملکرد این سازمان به‌منظور تصویب در قانون بودجه سال ۱۴۰۰ ارائه می‌دهد.

اهم تکالیف سازمان بیمه سلامت ایران در قانون برنامه ششم توسعه

۱. بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه: پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور

۲. بند «چ» ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه: تشکیل پایگاه اطلاعات برخط بیمه‌شدگان درمان کشور و طراحی نحوه دریافت خدمات بیمه‌شدگان از مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی به‌صورت واحد و یکسان

۳. بند «ج» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه: خرید راهبردی خدمات سلامت براساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری (ژنریک) ایران در چارچوب نظام ملی دارویی کشور هم‌زمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی‌بر پزشک خانواده و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان

۴. بند «الف» ماده (۷۴) قانون برنامه ششم توسعه: همکاری با وزارت بهداشت در راستای سامان‌دهی خدمات بیمه سلامت به‌صورت یکپارچه و مبتنی‌بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان

وضعیت جمعیت تحت پوشش و اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران

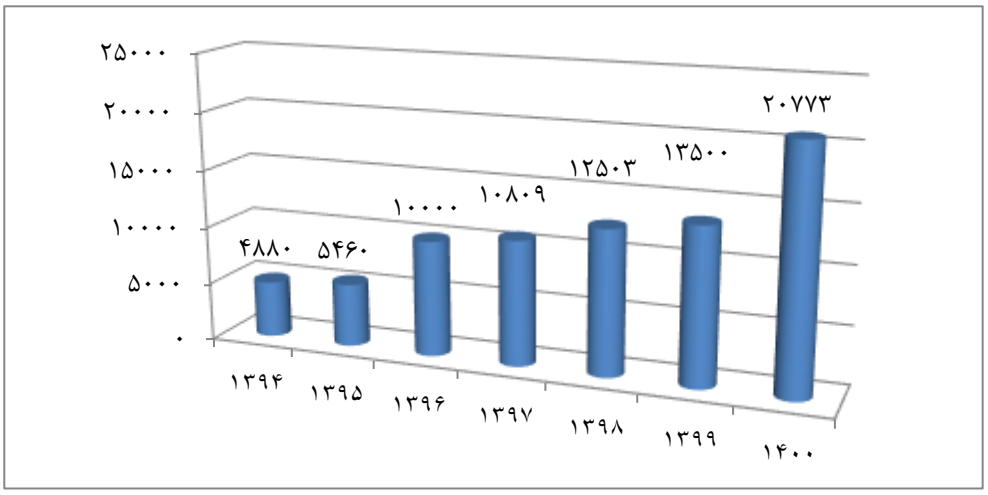
ـ جمعیت تحت پوشش: سازمان بیمه سلامت ایران بزرگ‌ترین سازمان بیمه‌ای سلامت در کشور است. درمجموع حدود ۴۲ میلیون نفر تحت پوشش این سازمان قرار دارند؛ ذیل پنج صندوق کارکنان دولت

(حدود ۱۲/۵ درصد جمعیت تحت پوشش)، صندوق روستاییان (۴۸ درصد جمعیت تحت پوشش)، صندوق بیمه سلامت همگانی (۳۲ درصد جمعیت تحت پوشش)، صندوق بیمه ایرانیان (۱/۴ درصد جمعیت تحت پوشش) و صندوق سایر اقشار (حدود ۶/۵ درصد). طبق آمار،[1] ۱۰ درصد جمعیت کشور تحت پوشش هیچ کدام از صندوق‌های بیمه پایه سلامت قرار ندارند. مطابق قانون (بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه)، این افراد باید براساس آزمون وسع تحت پوشش قرار گیرند؛ وظیفه‌ای که برعهده سازمان بیمه سلامت قرار داده شده است.

ـ اعتبارات: سازمان دارای ردیف اعتباری مجزا در قوانین بودجه سنواتی است؛ وضعیت اعتبارات تخصیص یافته به آن طی سال‌های اخیر به شرح نمودار ۱ است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود مطابق لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ حدود ۲۰۷۷۳ میلیارد تومان اعتبار برای سازمان پیش‌بینی شده که نسبت به اعتبار ۱۳۵۰۰ میلیارد تومانی آن در قانون بودجه ۱۳۹۹، ۵۳ درصد رشد دارد. جزئیات اعتبارات مصوب برای سازمان در قوانین بودجه سنواتی ۱۳۹۹-۱۳۹۴ و لایحه ۱۴۰۰ مشاهده می‌شود. طی هفت سال مورد بررسی، اعتبارات سازمان در بودجه‌های سنواتی از حدود ۴۹۰۰ میلیارد تومان تقریباً پنج برابر شده و به حدود ۲۱ هزار میلیارد تومان در لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ رسیده است.

نمودار ۱. اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران در قوانین بودجه سنواتی (۱۳۹۹-۱۳۹۴) و لایحه ۱۴۰۰

(میلیارد تومان)

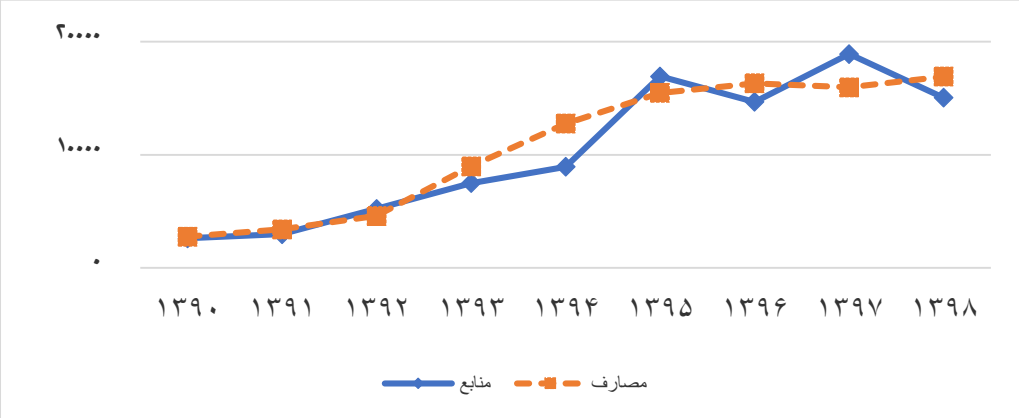


مأخذ: قوانین بودجه سنواتی ۱۳۹۹-۱۳۹۳ و لایحه بودجه ۱۴۰۰.

۱. آخرین آمار اعلامی از طرف سازمان بیمه سلامت ایران که مربوط به سال ۱۳۹۵ است.

البته منابع مالی سازمان بیمه سلامت صرفاً ناشی از بودجه عمومی نیست؛ بدین‌ترتیب که منابع مذکور به‌همراه منابع داخلی سازمان (حق بیمه)، منابع در اختیار وزارت بهداشت، سایر منابع (دیون، اوراق و...) و سایر درآمدها (چاپ و صدر دفترچه و...) کل منابع سازمان را تشکیل می‌دهند. نمودار ۲ وضعیت کل منابع و مصارف سازمان را طی بازه زمانی ۱۳۹۸-۱۳۹۰ نشان می‌دهد.

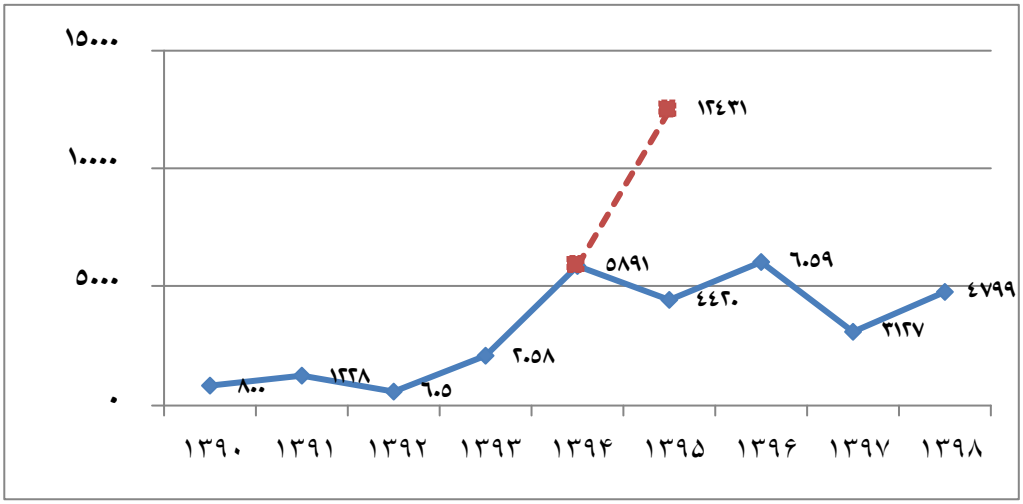
نمودار ۲. وضعیت منابع و مصارف سازمان بیمه سلامت ایران (۱۳۹۸-۱۳۹۰) (میلیارد تومان)



مأخذ: سازمان بیمه سلامت ایران.

همان‌طور که در نمودار بالا ملاحظه می‌شود طی سال‌های اخیر، عمدتاً مصارف سازمان از منابع آن بیشتر بوده به‌طوری که سالیانه با مقادیر نسبتاً زیادی زیان مواجه بوده است. نمودار ۳ وضعیت زیان انباشته سازمان را طی سال‌های ۱۳۹۷-۱۳۹۰ نشان می‌دهد. در پایان سال ۱۳۹۵، علی‌رغم انتشار ۸۰۰۰ میلیارد تومان اوراق، زیان انباشته سازمان به حدود ۴۴۲۰ میلیارد تومان رسیده که با توجه به سرمایه ۱۷ میلیارد تومانی آن، حدود ۲۵۸ برابر سرمایه ثبت شده آن بوده و ۵۱۶ برابر حدنصابی است که طبق قانون تجارت برای انحلال سازمان لازم است. در صورت عدم انتشار اوراق، زیان انباشته سازمان به ۴۰۱۲ میلیارد تومان افزایش می‌یافته (قسمت نقطه‌چین نمودار ۳) که در این صورت حدود ۱۴۰۰ برابر حدنصاب ماده (۱۴۱) قانون تجارت می‌شد.

نمودار ۳. وضعیت زیان انباشته سازمان بیمه سلامت ایران (۱۳۹۸-۱۳۹۰) (میلیارد تومان)



مأخذ: سازمان بیمه سلامت ایران.

بررسی کارشناسی

همان‌طور که ملاحظه شد علی‌رغم منابع مالی که از محل‌های مختلف در اختیار سازمان بیمه سلامت قرار می‌گیرد طی سال‌های اخیر این سازمان با فشار بالای هزینه‌ها و زیان انباشته مواجه بوده که در مقاطعی به‌منظور جلوگیری از تشدید کسری آن، از اوراق استفاده شده است. مسائلی ازجمله: عدم رشد متوازن منابع و مصارف، تحمیل هزینه‌های غیرضروری، واقعی نبودن نرخ کسر از حق بیمه خانوار، عدم تأمین منابع مورد نیاز و اعتبارات مصوب، دلایل منتسب به این عدم توازن هستند. دو راهبرد «افزایش اعتبارات» و «اتخاذ راهکارهای مدیریت هزینه» برای مواجهه با فشار مالی سازمان می‌تواند اتخاذ شود که به تفکیک در ادامه به آنها پرداخته می‌شود:

الف) راهکار افزایش اعتبارات: مطابق لایحه بودجه سال ۱۴۰۰، ۲۰۷۰۰ میلیارد تومان اعتبار برای سازمان پیش‌بینی شده است که به نسبت سال قبل بالغ بر ۵۰ درصد رشد نشان می‌دهد. با اضافه نمودن سایر منابع درآمدی سازمان یعنی (حق بیمه)، منابع در اختیار وزارت بهداشت، سایر منابع (دیون، اوراق و...) و سایر درآمدها (چاپ و صدر دفترچه و...) که حدود ۱۰ هزار میلیارد تومان می‌شود، مجموع منابع در اختیار سازمان به حدود ۳۰ هزار میلیارد تومان خواهد رسید. این میزان منابع برای حفظ وضع موجود پوشش خدمات کافی است، ولی از اعتباراتی که براساس سرانه مدنظر قانون برای پوشش همگانی جمعیت باید لحاظ می‌شد حدود ۸۰۰۰ میلیارد تومان کمتر است (پیوست ۱). لذا برای ارتقای وضع موجود و اجرای قانون لازم است منابع سازمان تقویت شود. بنابراین با توجه به محدودیت منابع دولتی، افزایش اعتبارات، گزینه در دسترسی نمی‌باشد. یکی از راهکارهای مناسب در این راستا تجمیع ردیف‌های اعتباری مربوط به هزینه‌های درمانی، مثل اعتبارات ماده (۳۷) قانون

الحاق (۲) موضوع یک درصد مالیات بر ارزش‌افزوده،[1] اعتبارات درمان ناباروری، اعتبارات بیماران خاص، ردیف اعتباری دارو، ذیل سازمان بیمه سلامت است. اقدامی که در راستای سیاست‌های کلی سلامت (بند «۷-۲») مبنی‌بر مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه است. این مسئله ضمن تقویت منابع مالی بیمه، مدیریت و کنترل منابع مالی نظام سلامت را تسهیل می‌کند.

ب) راهکار مدیریت هزینه‌ها: سمت دیگر راهکارهای بهبود مدیریت منابع، سازوکارهای کنترل هزینه‌ای می‌باشند. درواقع بخشی از هزینه‌ها غیرضروری است و به‌دلیل عواملی ایجاد می‌شوند که قابل کنترل هستند. از اهم عوامل مذکور عبارتند از:

ـ **درمان‌محوری:** درمان‌محوری از چالش‌های مزمن نظام سلامت کشور است؛ حدود ۷۵ درصد از بودجه بخش سلامت در کشور به امر درمان اختصاص داده می‌شود. ردیف‌های اعتباری سازمان بیمه سلامت در قوانین بودجه سنواتی یعنی «توسعه خدمات بیمه درمان»، «کمک‌هزینه درمان بیماران خاص» و «ارائه خدمات درمان و کاهش آسیب معتادان» نیز متمرکز بر درمان هستند. ناکارآمدی از ویژگی‌های بارز سیاست‌های درمان‌محور است و هرچه سهم بیشتر منابع بر این مبنا تخصیص یابد و از بهداشت و پیشگیری غافل شود به‌مرور به تخصیص منابع بیشتری نیاز خواهد بود تا ناکارآمدی‌ها و عدم بهره‌وری سیاست‌های درمان‌محور جبران شود. درمان‌محوری یکی از دلایل مهم شیوع عوامل خطر بیماری‌ها در کشور ماست (پیوست ۲ وضعیت شیوع عوامل خطر مذکور را در کشور نشان می‌دهد) که منجربه افزایش ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر و تحمیل هزینه‌های زیادی در حوزه سلامت شده‌اند. بنابراین جهت‌دهی سیاست‌ها و منابع به سمت پیشگیری ضرورت دارد. استفاده از مشوق‌های بیمه‌ای و مالی برای ترویج رفتارهای پیشگیرانه یکی از فرصت‌هایی است که در این راستا برای کاهش هزینه‌های مردم و بیمه‌ها در دنیا استفاده می‌شود و می‌تواند در دستور کار سیاستگذاران کشور ما نیز قرار گیرد. پیوست ۳ نمونه‌هایی از مشوق‌های ارائه خدمات و مراقبت‌های ارتقای سلامت و پیشگیرانه را در کشورهای مختلف نشان می‌دهد.

ـ **ارائه خدمات خارج از نظام ارجاع:** علی‌رغم تأکید ۱۵ساله قوانین برنامه توسعه‌ای کشور (از قانون برنامه چهارم توسعه) بر ارائه خدمات سلامت در قالب نظام ارجاع با محوریت پزشکی خانواده ولی به غیر از اقداماتی که در مناطق روستایی و شهرهای کوچک در حال اجراست با اجرای تکلیف فوق در کل کشور فاصله زیادی داریم و به‌مانند یک آرزوی محقق نشده در این سال‌ها باقی مانده است. تکلیفی که ضمن ایجاد انضباط در حوزه ارائه خدمات سلامت می‌تواند از بار مالی اضافی بر روی نظام سلامت به میزان قابل توجهی بکاهد. تخصص‌گرایی، تقاضای القایی، عدم تبعیت از درمان، خدمات بی‌کیفیت، پرداخت از جیب بالا برای مردم و همچنین افزایش بار مالی بر بیمه‌ها و مردم از نتایج نبود

---

۱. مصارف اصلی موضوع این حکم، یعنی پیشگیری و پوشش کامل درمان افراد ساکن در روستاها و شهرهای دارای بیست هزار نفر جمعیت و پایین‌تر و جامعه عشایری (در چارچوب نظام ارجاع) ماهیت بیمه‌ای دارد.

یک «نظام خدمات سلامت یکپارچه و مبتنی‌بر سازمان‌دهی و سازوکارهایی منطقی برای تعیین مسیر منطقی حرکت مردم در نظام سلامت» یا به‌عبارتی «نظام ارجاع» می‌باشد.

ـ **عدم استقرار پرونده الکترونیک سلامت:** به‌دلیل عدم استقرار پرونده الکترونیک سلامت و متعاقباً فقدان شفافیت کافی در نظام سلامت، نظارت بیمه‌ها بر عملکرد ارائه‌دهندگان و کاربرد شیوه‌های مختلف کنترل هزینه‌ها همچون راهنمای بالینی، پرداخت به پزشکان و... دشوار شده است. از طرفی، پرونده الکترونیک از طریق فراهم آوردن دسترسی سریع ارائه‌دهندگان خدمات به اطلاعات بیمار می‌تواند در جلوگیری از ارائه خدمات تشخیصی تکراری و یا تجویز مجدد داروهای فاقد تأثیر یا دارای اثرات بد روی بیماران کمک‌کننده باشد، چراکه ارائه‌دهندگان خدمات می‌توانند در هر لحظه به اطلاعات سلامتی افراد و خدماتی که قبلاً دریافت کرده‌اند دسترسی داشته باشند.

ـ **نظام پرداخت هزینه‌افزا:** در حال حاضر نظام پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت در کشور ما عمدتاً مبتنی‌بر پرداخت به‌ازای خدمت (Fee for Service) است؛ به‌دلیل اینکه مطابق این شیوه از پرداخت، بازپرداخت هزینه‌ها به ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تابعی از تعداد خدماتی است که ارائه شده است، بنابراین این انگیزه در ارائه‌دهندگان ایجاد می‌شود تا به‌منظور افزایش درآمد، تقاضای القایی ایجاد کنند که هزینه مردم و بیمه‌ها را به‌شدت افزایش می‌دهد. همچنین انگیزه حداکثرسازی تعداد خدمات که در این شیوه از پرداخت وجود دارد، منجربه کاهش کیفیت خدمات و افزایش خطاهای پزشکی می‌شود. عوارض مذکور متعاقباً منجربه لزوم دریافت خدمات مازاد برای جبران خطاهای رخ داده و درواقع تحمیل هزینه‌های مضاعف به پرداخت‌کنندگان و بیمه‌ها می‌شود.

ـ **جمعیت افراد فاقد پوشش بیمه پایه سلامت:** مطابق برآوردها ۱۰ درصد جمیت کشور (حدود ۸ میلیون نفر) فاقد هرگونه پوشش بیمه پایه سلامت می‌باشند. افراد فاقد بیمه، معمولاً به‌دلیل بالا بودن هزینه‌ها، مراجعه برای درمان را به تأخیر می‌اندازند و بنابراین زمان مراجعه، بیماری آنها پیشرفته‌تر شده است؛ با توجه به سیاست بیمه کردن افراد فاقد پوشش، حین مراجعه به بیمارستان لذا بار مالی بیشتری به بیمه‌ها تحمیل می‌شود. در حال حاضر پوشش افراد فاقد بیمه سلامت برعهده سازمان بیمه سلامت است، ولی علی‌رغم تعداد زیادی مراکز ارائه خدمات بیمه‌گری در سطح کشور هنوز برخی از افراد برای تحت پوشش قرار گرفتن اقدام نمی‌کنند. ازاین‌رو به‌نظر می‌رسد که ضمن اطلاع‌رسانی و آگاهی‌بخشی در این رابطه لازم است سازوکارهایی ایجاد شود تا افراد برای قرار گرفتن تحت پوشش بیمه ترغیب شوند.

ـ **فعالیت ارائه‌دهندگان خدمات سلامت فاقد قرارداد با بیمه‌های پایه سلامت:** در حال حاضر بخشی از ارائه‌دهندگان خدمات، فاقد قرارداد با بیمه‌های پایه سلامت هستند، ولی مجازند خدمات و

کالاهایی را برای افراد تحت پوشش بیمه پایه تجویز کنند. همچنین مطابق قانون،[۱] سازمان‌های بیمه‌گر موظف به پرداخت هزینه‌های درمان بستری بیماران بیمه شده به میزان تعرفه دولتی در بخش‌های مختلف دولتی، خصوصی و خیریه هستند. لذا سازمان‌های بیمه‌گر پایه به‌عنوان خریدار خدمات سلامت قادر نیستند بر بخشی از خدماتی که بابت آنها هزینه پرداخت می‌کنند نظارت کافی داشته باشند و از آنجایی که ممکن است بخشی از کالاها و خدمات تجویز شده توسط ارائه‌دهندگان مذکور ضروری نباشد متحمل بار مالی اضافی می‌شوند.

جمع‌بندی و پیشنهادها

سازمان بیمه سلامت که به‌عنوان بزرگ‌ترین بیمه پایه سلامت در کشور بیش از نیمی از جمعیت کشور را تحت پوشش قرار داده است، طی سال‌های گذشته از حیث تعادل در منابع و مصارف دچار چالش بوده است. بدهی انباشته سازمان طی سال‌های اخیر که در مواردی برای جلوگیری از تشدید آن از محل انتشار اوراق مالی استفاده شده است گواه فشار هزینه‌ها بر روی آن است.[۲] عدم رشد متوازن منابع و مصارف، واقعی نبودن نرخ کسر از حق بیمه خانوار و فقدان سازوکارها و الزامات مدیریت هزینه‌ها که در قوانین و اسناد بالادستی بر آنها مکرراً تأکید شده است از اصلی‌ترین علل مواجهه سازمان با این چالش می‌باشند. از طرفی سازمان در جایگاه واقعی خود قرار نگرفته و از کارکرد اصلی خود که ارتقای سلامت مردم است فاصله دارد و به‌عبارتی درمان‌محور عمل کرده است. برای رفع چالش‌های پیش رو لازم است منابع در اختیار سازمان تقویت شود، ولی مسئله مهم‌تر، کاربرد سازوکارها و ابزار مدیریت منابع نظام سلامت ازجمله پزشک خانواده، نظام ارجاع، پرونده الکترونیک سلامت، اصلاح نظام پرداخت و... است و باید برای پیشگیری از ابتلای به بیماری (و نه ارائه خدمت صرفاً بعد از ابتلای به بیماری) افراد تحت پوشش برنامه‌ریزی و اقدام شود. در صورتی‌که بیمه نتواند این ابزارها را به‌کار گیرد جایگاه آن صرفاً صندوقی برای پرداخت صورتحساب‌های ارسالی ارائه‌دهندگان کالاها و خدمات سلامت خواهد بود و نه خریدار آگاه و هوشمند در جهت انتخاب بهترین گزینه برای حفظ و ارتقای سلامت جمعیت تحت پوشش و متعاقباً شاهد تشدید چالش‌های مالی آن خواهیم بود.

با توجه به موارد ذکر شده، به‌منظور ارتقای وضع موجود، پیشنهادهایی به شرحی که در ادامه آمده، قابل طرح است. شایان ذکر است درج مقررات غیربودجه‌ای در قوانین بودجه برخلاف اصل پنجاه‌ودوم

---

۱. قانون الزام سازمان‌های بیمه‌گر درمانی به پرداخت خسارت‌های متفرقه، مصوب ۱۳۸۵/۰۷/۱۶.

۲. انتشار اوراق برای تأمین منابع مالی و هزینه‌های زیرساختي و سرمایه‌گذاري توصیه مي‌شود و استفاده از آن به‌منظور تأمین هزینه‌هاي جاری دولت به اقتصاد آسیب مي‌رساند، لذا لازم است سازمان بیمه سلامت جهت اجراي پیشنهادهاي ارائه شده در راستاي مدیریت هزینه‌ها که در گزارش ارائه شده است توجه ویژه داشته باشد.

(۵۲) قانون اساسی است، لکن اگر بنای مجلس بر درج مقررات غیربودجه‌ای در راستای رفع مشکلات جاری از باب ضرورت باشد، موارد زیر به‌عنوان پیشنهاد برای درج در لایحه بودجه قابل طرح است.

الف) در حوزه تقویت منابع مالی سازمان بیمه سلامت و در راستای عمل به بند «۷-۲»

سیاست‌های کلی سلامت: ردیف‌های درمانی لایحه بودجه (ازجمله اعتبارات یک واحد درصد مالیات بر ارزش‌افزوده موضوع ماده (۳۷) قانون الحاق (۲)، اعتبارات درمان ناباروری، اعتبارات بیماران خاص، ردیف اعتباری دارو و... ذیل ردیف اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران قرار گیرند تا حمایت‌های لازم از دریافت‌کنندگان خدمت این مدیریت شود.[۱]

ب) در راستای مدیریت هزینه‌های سازمان بیمه سلامت ایران، موارد ذیل به تبصره «۱۷» ماده‌واحده اضافه شوند:

۱. پیشنهاد الحاقی در راستای استقرار نظام ارجاع و پزشکی خانواده

به‌منظور رعایت عدالت در سلامت و پایداری منابع، در سال ۱۴۰۰ ارائه بسته خدمات بیمه پایه تعریف شده برای کلیه اقشار تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران، از طریق نظام ارجاع و پزشک خانواده خواهد بود، بدین منظور اقدامات زیر در سال ۱۴۰۰ به‌عمل خواهد آمد:

الف) سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است در سه‌ماهه اول سال ۱۴۰۰، نسبت به ثبت نام از پزشکان عمومی واجد شرایط در مناطق شهری به‌عنوان پزشک خانواده اقدام نموده و اسامی آنان را با ذکر نشانی در یک سامانه برخط مبتنی‌بر شبکه ملی اطلاعات در دسترس عموم قرار دهد.

ب) کلیه بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت ایران که تاکنون نسبت به تعیین پزشک خانواده خود اقدام ننموده‌اند موظفند در سه‌ماهه دوم سال ۱۴۰۰ نسبت به انتخاب و ثبت نام نزد یکی از پزشکان خانواده مذکور در بند «الف» اقدام نمایند.

ج) سازمان بیمه سلامت ایران موظف است از ابتدای ۶ماهه دوم سال ۱۴۰۰ و به‌صورت تدریجی، متناسب با پیشرفت روند استقرار برنامه، پوشش بیمه‌ای خدمات بیمه پایه سلامت را منحصر به خدماتی سازد که از طریق نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات (در بخش دولتی و یا غیردولتی) ارائه می‌گردند. به این منظور و از ابتدای ۶ماهه دوم سال ۱۴۰۰ فرانشیز کلیه خدماتی که خارج از نظام ارجاع ارائه می‌گردند دو برابر فرانشیز این خدمات در نظام ارجاع خواهد بود. هزینه مربوط به اجرای این جزء از تبصره از محل ردیف ۱۲۹۲۰۳ تأمین می‌شود.

۲. پیشنهاد الحاقی در راستای فراگیر شدن همکاری ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با بیمه‌های پایه

---

۱ . البته وضعیت مطلوب آن است که ضمن اینکه مدیریت منابع نظام سلامت از طریق بیمه‌ها صورت بگیرد، بیمه‌ها به‌عنوان خریدار خدمات سلامت نباید ذیل وزارت بهداشت به‌عنوان نهاد عهده‌دار تولیت نظام سلامت قرار داشته باشند. از دیدگاه اصول اقتصاد و مدیریت سلامت نهادهاي «تولیت»، «خریدار» و «ارائه‌دهنده خدمت» باید مجزا از یکدیگر عمل کنند تا زمینه براي ناکارآمدي و فساد که به‌طور بالقوه در همپوشاني وظایف فوق وجود دارد ایجاد نشود.

کلیه پزشکان و پیراپزشکان، مؤسسات و مراکز ارائه‌دهنده خدمت، دارو و کالاهای سلامت در کشور اعم از دولتی، نهادهای عمومی غیردولتی، خصوصی و خیریه موظف به انعقاد قرارداد همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت در چارچوب تعرفه‌های مصوب هیئت وزیران هستند. صدور و یا تمدید پروانه‌های قانونی مشاغل و مراکز و مؤسسات فوق منوط به انعقاد قرارداد همکاری با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت و یا ارائه گواهی عدم نیاز از این سازمان‌ها می‌باشد و امکان استفاده از دفترچه بیمه پایه سلامت برای ارائه‌دهندگان فاقد قرارداد با سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت به هر شکل ممنوع است. پرداخت خسارت متفرقه مربوط به مراجعات به بیمارستان‌هایی که از انعقاد قرارداد امتناع ورزیده و یا ازسوی سازمان‌های بیمه‌گر پایه به‌دلیل عدم رعایت ضوابط تفاهمنامه آنها لغو یا تعلیق شده، ممنوع می‌باشد.

۳. پیشنهاد الحاق تبصره در راستای پوشش همگانی بیمه پایه سلامت

از ابتدای سال ۱۴۰۰، کلیه دستگاه‌های اجرایی جهت موضوع ماده (۲۹) قانون برنامه ششم توسعه ارائه هرگونه خدمت از قبیل امور بانکی، خدمات ثبتی، صدور گواهینامه رانندگی، موظف به اخذ و ثبت شماره بیمه‌نامه پایه سلامت متقاضیان خدمات مذکور می‌باشند.

سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است نسبت به برقراری پوشش بیمه پایه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور که فاقد پوشش بیمه سلامت می‌باشند، براساس ضوابط «آیین‌نامه اجرایی بند «الف» ماده (۷۰) قانون برنامه ششم توسعه: بیمه پایه اجباری سلامت و ارزیابی وسع» اقدام نماید.

۴. پیشنهاد الحاق تبصره در راستای اصلاح نظام پرداخت

شورای‌عالی بیمه سلامت مکلف است حداکثر ظرف مدت ۶ ماه از ابلاغ این قانون، نسبت به اصلاح نظام پرداخت به پزشکان اقدام نماید.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است نسبت به تأمین زیرساخت‌ها و تدوین پروتکل‌های درمانی و سایر الزامات مربوط به استقرار نظام پرداخت مطلوب در کشور ظرف مدت ۶ ماه از ابلاغ این قانون اقدام نماید.

از ۶ماهه دوم سال ۱۴۰۰، سازمان‌های بیمه‌گر پایه سلامت مکلفند بازپرداخت خدمات درمانی را صرفاً براساس نظام پرداخت مطلوب معرفی شده توسط شورای‌عالی بیمه سلامت برای دریافت‌کنندگان خدمات خریداری نمایند.

۵. پیشنهاد الحاق متن ذیل به بند «ج» تبصره «۱۷» لایحه بودجه، در راستای ترویج کاربرد ابزارهای الکترونیک سلامت

صاحبان حِرف پزشکی و پیراپزشکی و همچنین کلیه مراکز بهداشتی، تشخیصی، درمانی و دارویی اعم از دولتی، غیردولتی، خیریه و خصوصی مکلفند تا پایان خردادماه سال ۱۴۰۰ براساس ضوابطی که

ازسوی سازمان بیمه سلامت ایران ابلاغ می‌شود بدون نیاز به دفترچه و مبتنی‌بر نسخه الکترونیکی و با استفاده از امضای الکترونیکی موجود در پایگاه اطلاعات هویتی کشور به بیمه‌شدگان کلیه صندوق‌ها ارائه خدمت کنند. سازمان‌های بیمه‌گر پایه نیز مکلفند کلیه پرداخت‌های خود به ارائه‌دهندگان فوق را صرفاً براساس نسخ الکترونیکی و اسناد دریافتی از طریق سامانه الکترونیکی برخط انجام دهند.

منابع و مآخذ

۱. قوانین بودجه سنواتی سال ۱۳۹۹-۱۳۹۴ کل کشور.
۲. لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور.
۳. سیاست‌های کلی سلامت، ابلاغ شده در اردیبهشت‌ماه ۱۳۹۳.
۴. قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه اقتصادی و اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۶-۱۴۰۰).
۵. قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲)، مصوب ۱۳۹۳/۱۲/۴.
۶. قانون الزام سازمان‌های بیمه‌گر درمانی به پرداخت خسارت‌های متفرقه، مصوب ۱۳۸۵/۰۷/۱۶.
۷. گزارش سازمان بیمه سلامت ایران پیرامون وضعیت منابع و مصارف سازمان ۱۳۹۸-۱۳۹۰.
۸. سند سیاست‌پژوهی طرح مشوق‌های بیمه‌ای جهت خدمات پیشگیرانه و مراقبت‌های ارتقای سلامت و گام‌های اجرایی فاز آزمایشی، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، بهار ۱۳۹۹.
۹. هفتمین دوره پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۵، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

پیوست‌ها

پیوست ۱. برآورد اعتبارات سهم دولت برای سازمان بیمه سلامت براساس محاسبات حقوق

(میلیون ریال)

صندوق	زیرصندوق	متوسط جمعیت		متوسط دریافتی	درصد قانونی	نرخ حق بیمه ماهیانه	حق بیمه سهم دولت (ردیف‌های بودجه)
		اصلی	جمع			اصلی	
کارکنان دولت	بازنشستگان عادی	۱۰۸۵۰۰۰	۲۱۹۳۶۰۰	۵۰	۷	۳,۵	۳۴۵۰۳۰۰۰
	شاغلین مشمول	۱۱۳۰۰۰۰	۲۴۷۸۸۰۳	۷۰	۷	۴,۹	۲۸۴۷۶۰۰۰
سایر اقشار	بنیاد شهید	۱۵۹۴۳۵	۶۰۹۸۶۰	۷۰	۷	۴,۹	۹۳۷۴۷۷۸
	اتباع خارجی	۳۳۳۰۰۰	۳۳۳۰۰۰	–	–	۰,۸۳۶	۲۲۲۷۹۱۸
	کمیته امداد	۹۸۹۶۵۴	۹۸۹۶۵۴	–	–	۰,۶۸۴	۸۱۲۶۰۴۹
	طلاب و دانشجو	۷۵۱۰۲	۱۷۰۲۱۶	۲۳,۹	۷	۱,۶۷۱	۱۵۶۴۸۲۴
	بهزیستی	۳۱۷۰۰۰	۵۳۶۲۰۸	۲۳,۹	۷	۱,۶۷۱	۶۳۵۷۴۳۵
روستاییان		۴۸۳۳۰۰۷	۱۷۸۶۱۳۳۲	۲۳,۹	۷	۱,۶۷۱	۶۹۰۵۹۰۰
ایرانیان		۱۵۰۰۰۰	۴۹۰۵۱۵	۲۳,۹	–	۱,۶۷۱	۳۴۲۳۴۷۶
همگانی سلامت تحت پوشش سازمان		۳۹۴۸۰۰۰	۱۰۵۰۹۰۹۹	۲۳,۹	۷	۱,۶۷۱	۷۹۱۷۷۱۴۰
بیماران خاص		۱۵۰۰۰۰	۱۶۰۰۰۰	–	–	–	۸۹۹۱۷۲۶
جمع کل		۱۳۱۳۱۶۵۹	۳۶۵۰۳۱۴۰	–	--	–	۲۷۹۱۲۸۲۴۶

مأخذ: سازمان بیمه سلامت ایران.

پیوست۲. توزیع شیوع عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در میان جمعیت کشور

عنوان		مردان (درصد)	زنان (درصد)	هر دو جنس (درصد)
عوامل خطر رفتاری	فعالیت فیزیکی کم[1]	۷۰	۸۷	۸۰
	عادت تغذیه‌ای نامناسب (مصرف فست‌فود)	۱۵	۱۱	۱۳
	مصرف دخانیات[1]	۲۵	۴	۱۴
	مواجهه با دود دست دوم[1]	۳۶	۲۸	۳۲
عوامل خطر متابولیک	دیابت[1]	۱۱	۱۳	۱۲
	فشار خون بالا[1]	۲۸	۲۸	۲۷
	اضافه وزن و چاقی[1]	۵۴	۶۵	۵۹

مأخذ: نتایج هفتمین دوره پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۱۳۹۵، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

پیوست ۳. مشوق‌های ارائه خدمات و مراقبت‌های ارتقای سلامت و پیشگیرانه در کشورهای مختلف

کشور	نوع مشوق ها
آلمان	تخفیف در هزینه‌های درمانی
	کاهش سهم حق بیمه
	پرداخت پول نقدی
	ارائه لوازم و تجهیزات ورزشی نظیرکوله پشتی، کلاه ایمنی، ساعت‌های ورزشی و ...
	لوازم آشپزخانه
	دسترسی یک ساله به سوابق الکترونیکی سلامت مبتنی بر اینترنت شخصی
امریکا	پوشش گسترده‌تر (نظیر نسخه‌های نامحدود)
	خرید محصولات و لوازم تأیید شده مربوط به سلامتی
	ارائه کوپن (برای برنامه‌های مدیریت وزن، مدیریت دیابت یا خدمات ترک دخانیات)
	امتیاز برای پرداخت حق بیمه ماهانه
	هزینه‌های انعطاف پذیر (تغییر پذیر) برای فعالیت‌های سلامتی
	مشوق‌های مربوط به دریافت خدمات پیشگیری
	مشوق‌های مربوط به دریافت خدمات درمانی
	مشوق‌های پولی
انگلیس	پرداخت پول نقدی
	امکان ورود به قرعه کشی برای دریافت کالاهای لوکس (نظیر تبلت)، تعطیلات یا پرداخت‌های نقدی با مبلغ زیاد
	دریافت تی شرت با آرم ویژه
	ارائه کوپن برای تهیه مواد غذایی سالم
هندوراس	پول نقدی
	تامین منابع برای تیم‌های سلامت محلی همراه با مداخله تغذیه ای مبتنی بر جامعه
	توزیع دوره ای کوپن
بانک جهانی	برنامه پرداخت وجه نقد (مشروط به رفتارهای خاص) برای بهبود آموزش و پیامدهای بهداشتی کودکان فقیر در کشورهای در حال توسعه
آفریقای جنوبی	تخفیف در کالاهای خرده فروشی مانند بلیط هواپیما، بلیط سینما یا تلفن‌های همراه

تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌گری (دفاتر پیشخوان خدمات دولت، دفاتر ICT، نمایندگی‌ها و ادارات شهرستانی)	
استان	تعداد مراکز
اردبیل	۲۸
اصفهان	۹۳
البرز	۱۸
ایلام	۲۱
آذربایجان شرقی	۷۲
آذربایجان غربی	۶۴
بوشهر	۲۹
تهران	۵۹
چهارمحال و بختیاری	۵۰
خراسان جنوبی	۳۰
خراسان رضوی	۸۱
خراسان شمالی	۳۲
خوزستان	۷۶
زنجان	۲۵

تعداد مراکز ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌گری (دفاتر پیشخوان خدمات دولت، دفاتر ICT، نمایندگی‌ها و ادارات شهرستانی)	
استان	**تعداد مراکز**
سمنان	۱۶
سیستان و بلوچستان	۸۱
فارس	۷۲
قزوین	۲۴
قم	۱۰
کردستان	۲۹
کرمان	۷۲
کرمانشاه	۳۳
کهگیلویه و بویراحمد	۴۰
گلستان	۲۶
گیلان	۵۸
لرستان	۳۵
مازندران	۷۲
مرکزی	۲۵
هرمزگان	۴۸
همدان	۲۶
یزد	۱۹
جمع	**۱۳۶۴**

مأخذ: سازمان بیمه سلامت ایران.

مرکز پژوهش‌ها
مجلس شورای اسلامی

شناسنامه گزارش	شماره مسلسل: ۱۷۴۱۴

عنوان گزارش: بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور ۶۸. وضعیت منابع و مصارف بیمه سلامت ایران و پیشنهاداتی برای بهبود عملکرد آن

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: محمد بختیاری علی‌آباد

همکاران: سیدسجاد پادام، مهدی مختاری پیام

اظهارنظرکنندگان: حسین بابایی مجرد، محمد برزگر، علیرضا صدیقی

ناظران علمی: مسعود فیاضی، کمیل قیدرلو

ویراستار تخصصی: ـــ

ویراستار ادبی: ـــ

واژه‌های کلیدی:

۱. لایحه بودجه ۱۴۰۰

۲. بیمه سلامت

۳. منابع و مصارف

۴. پوشش همگانی

۵. مدیریت هزینه‌ها

تاریخ انتشار: ۱۳۹۹/۱۲/۱۳