

شمول و سطح پوشش خدمات بیمه‌های اجتماعی سلامت در کشورهای منتخب^۱

نوع مقاله: پژوهشی

لطفعلی عاقلی^۲

سارا امامقلی‌پور^۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۱/۵

چکیده

تعیین بسته خدمات سلامت پایه، یکی از چالش‌های اساسی سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی سلامت است. با توجه به محدودیت منابع مالی و تقاضای فزاینده برای خدمات سلامت، استفاده از شیوه‌های مناسب اولویت‌بندی این خدمات، ضروری است. پوشش همگانی سلامت حاوی سه بُعد اصلی جمعیت تحت پوشش، خدمات سلامت و تأمین مالی خدمات است. از سوی دیگر، معیارهای رایج در تعریف بسته‌های سلامت عبارتند از هزینه، هزینه-اثربخشی، بار بیماریها و یا ترکیبی از آنها. توزیع درآمد، حیاتی بودن یا نبودن خدمات سلامت و توان مالی سازمان‌های بیمه‌گر از دیگر معیارهای تعریف بسته‌های سلامت به شمار می‌روند. در این مقاله، موضوع بیمه سلامت اجتماعی و پوشش بیمه‌ای در میان کشورهای منتخب (شامل ایران) بررسی می‌شود. این مقاله قصد دارد فهرست خدمات سلامت تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی را مورد مقایسه قرار داده و یک بسته نوین خدمات سلامت پایه پیشنهاد دهد. در قالب یک مطالعه ترکیبی (کمی و کیفی)، ابتدا انواع خدمات سلامت به تفکیک سرپایی و بستری طبقه‌بندی می‌شود. سپس، میزان شمول و سطح پوشش انواع خدمات سلامت در کشورهای منتخب و ایران با محاسبات آماری مورد تحلیل قرار می‌گیرد. جامعه آماری کلیه کشورهای عضو بانک جهانی و نمونه آماری، کشور ایران و کشورهای مشابه به لحاظ جمعیت، تولید ناخالص داخلی، درآمد سرانه و سابقه برخورداری از بیمه سلامت اجتماعی (مجموعاً ۱۶ کشور) است. بخشی از داده‌ها از بانک جهانی (دوره ۲۰۲۱-۲۰۱۶) و سازمان جهانی بهداشت و بخش دیگر از طریق تکمیل پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شده

۱ این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی "پوشش خدمات سلامت بیمه‌های اجتماعی در ایران و کشورهای منتخب" به کارفرمایی موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی است که با شماره قرارداد ۱۲۵۱۴۰۱۴۰ مورخ ۱۴۰۱/۶/۲۸ در پژوهشکده اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس انجام شده است.

aghelik@modares.ac.ir

۲ دانشیار اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده مسئول)

s-emamgholipour@tums.ac.ir

۳ استاد اقتصاد سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

است. ابزار تحلیل کیفی، تحلیل محتوای کیفی و استفاده از کدگذاری داده هاست و ابزار تحلیل کمی، آمار توصیفی (میانگین ها) است. بر اساس نتایج، بسته پیشنهادی خدمات سلامت پایه شامل خدمات سلامت مادر و نوزاد، ایمن سازی کودکان و واکسیناسیون عمومی، مهار بیماری‌های واگیر، تغذیه، درمان و پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، سلامت روان، مراقبت‌های اورژانسی، ایمنی مواد غذایی، بهداشت محیط و مدارس، آموزش بهداشت، خدمات تشخیصی، داروهای ضروری، تجهیزات پزشکی و بهداشت دهان و دندان معرفی می‌شود.

واژگان کلیدی: بیمه اجتماعی، خدمات سلامت، بار بیماری‌ها، داروهای ضروری، خدمات تشخیصی
طبقه بندی JEL: H75, I13, I18, P36

مقدمه

محدودیت منابع مالی، یکی از نگرانی‌های اصلی سازمان‌های بیمه‌گر سلامت در تعیین خدمات بسته بیمه سلامت پایه است. بدون تعیین معیارهای تاثیرگذار بر تدوین چنین بسته‌ای، بسته خدماتی تعریف می‌شود که از نظر سیاسی غیر قابل قبول است، از جهت مالی امکان پذیر نیست و از منظر فنی ناکاراست.

حق سلامت از نظر اجتماعی به عنوان یک حق طبیعی و از نظر اقتصادی یک مسئله استراتژیک برای دولت‌ها می‌باشد (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳ الف). بر این اساس هدف اغلب کشورهای جهان، افزایش میزان دسترسی آحاد جمعیت به همه خدمات سلامت می‌باشد، اما اغلب نظام‌های سلامت منابع لازم برای تخصیص به همه گروه‌های هدف را در اختیار ندارند. هرچند منابع مالی نسبتاً زیادی به بخش سلامت اختصاص داده می‌شود، اما این بخش همواره دچار کسری منابع است. باتوجه به محدودیت منابع موجود و بالابودن تقاضا برای خدمات سلامت لزوم استفاده از شیوه‌های مناسب اولویت بندی مطرح می‌گردد. هرچند توافق قطعی میان متخصصان سلامت و سیاستگذاران بیمه در شیوه اولویت گذاری وجود ندارد اما تعریف یک بسته از خدمات سلامت و تعیین گروه‌های هدف می‌تواند گام اولیه برای ارائه خدمات سلامت به تمام افراد جامعه و دستیابی به پوشش همگانی سلامت در یک دوره زمانی بلندمدت باشد.

پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی مطمئن به تمام خدمات ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری، خدمات درمانی و توانبخشی سلامت با یک قیمت قابل پرداخت، تا عدالت در دسترسی حاصل شود (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۳ ب).

عدالت در دسترسی به خدمات سلامت یکی از مولفه‌های عمومی عدالت است. این نوع عدالت با مفهوم عدالت توزیعی سازگاری بیشتری دارد، با این تفاوت که به جای توزیع درآمد و ثروت، بر توزیع و ارائه عادلانه خدمات سلامت تأکید دارد. بیمه‌های همگانی یا اجتماعی سلامت زمینه تحقق عدالت در دسترسی به امکانات و تسهیلات بهداشت و درمان را فراهم می‌سازند و با آموزه‌های اسلامی در زمینه تأمین و تدارک نیازهای ضروری همخوانی دارند.

پوشش همگانی دارای سه بُعد اصلی جمعیت تحت پوشش، خدمات سلامت و تأمین مالی خدمات است و در این بین، بسته خدمات سلامت تحت پوشش از چالش‌های مهم سیاستگذاری حوزه سلامت است. معیارهای رایج در تعریف بسته‌های بیمه سلامت عبارتند از هزینه، هزینه-اثربخشی، بار بیماریها و یا ترکیبی از آنها. توزیع درآمد، حیاتی بودن یا نبودن خدمات سلامت و توان مالی سازمان‌های بیمه‌گر از دیگر معیارهای تعریف بسته‌های سلامت به شمار می‌روند (حیاتی و همکاران، ۲۰۱۸). بر این اساس، یک بسته اولویت دار بیمه سلامت، باید خدماتی با کیفیت بهینه ارائه دهد. خدمات باید

کارآمد، در دسترس، بیمارمحور، عادلانه و ایمن باشند و با ترتیبات مالی منصفانه و پایدار حمایت شوند. مداخلات درمانی نیز باید توسط ارائه دهندگانی انجام شوند که قادر به ارائه خدمات استاندارد، بهنگام، برنامه‌ریزی شده و به گروه‌های هدف باشند^۱.

تعیین بسته خدمات سلامت پایه همواره مورد توجه سیاست‌گذاران سلامت بوده است و در دوره‌های زمانی مختلف و در برنامه‌های پنج‌ساله توسعه به آن توجه شده است اما تعیین بسته خدمات پایه سلامت با چالش همراه بوده و دسترسی مردم به خدمات تحت پوشش بهبود پیدا نکرده است و موجب نارضایتی عمومی از کوچک شدن بسته خدمات پایه شده و اعتبار بیمه‌های اجتماعی را زیر سوال برده است.

از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت وظایف مهم نظام سلامت عبارتند از: تولید (حاکمیت و رهبری)، تأمین مالی، تولید منابع و ارائه خدمات سلامت (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۰).
به طور کلی، بیمه اجتماعی سلامت ۲ دارای ویژگی است: (۱) مدیریت مستقل یا نیمه مستقل صندوق‌های بیمه (مانند موسسات تأمین اجتماعی)؛ (۲) مشارکت‌های اجباری از طریق حقوق و دستمزد؛ (۳) ارتباط مستقیم بین مشارکت‌ها و مزایای تعریف شده^۲ پزشکی برای بیمه شدگان؛ و (۴) مفهوم همبستگی اجتماعی. گاهی بیمه سلامت اجتماعی به عنوان مدل بیسمارک^۳ (با منشأ آلمانی) نامیده می‌شود (وانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۲).

مطابق با سالنامه آماری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۱۴۰۲)، تعداد کل بیمه شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۴۰۱ بالغ بر ۴۴ میلیون نفر بوده است. از این تعداد، حدود ۲۰ میلیون نفر عضو صندوق بیمه روستائیان و نزدیک به ۱۴ میلیون نفر تحت پوشش صندوق بیمه سلامت همگانی بودند. صندوق بیمه ایرانیان هم کمتر از ۲۰۰ هزار نفر را تحت پوشش داشت. از طرف دیگر پوشش بیمه‌ای صندوق کارکنان دولت شامل حدود ۵ میلیون نفر و در صندوق سایر اقشار شامل بیش از ۲۶۰۰ هزار نفر بود^۵.

اجرای موفق برنامه‌های مرتبط با پوشش همگانی خدمات سلامت نیاز به کسب تجربه از سایر کشورها دارد. بنابراین، هدف این مطالعه، شناسایی خدمات سلامت تحت پوشش بیمه (شمول) و سهم بیمه از هزینه خدمات تحت پوشش (سطح پوشش) بیمه‌های اجتماعی در ایران و کشورهای مشابه با ایران (از نظر GDP، سرانه GDP و جمعیت) و پیشنهاد بسته جدید بیمه اجتماعی سلامت است.

۱ . <https://www.emro.who.int/uhc-pbp/about/index.html>

۲ . Social health insurance

۳ . Defined Benefits

۴ . Bismarck

۵ . Wang

۶ . اختلاف در سرجمع ارقام با ارقام جزء در سالنامه مذکور توضیح داده نشده است.

گروه های کلی خدمات سلامت قابل بررسی عبارتند از:

۱. خدمات بستری
۲. خدمات دارویی
۳. خدمات قابل ارائه توسط لوازم پزشکی مصرفی
۴. خدمات سرپائی
۵. خدمات تصویربرداری
۶. خدمات آزمایشگاهی
۷. خدمات فیزیوتراپی و بازتوانی
۸. خدمات روانپزشکی، روانشناسی
۹. خدمات پیراپزشکی/توانبخشی
۱۰. خدمات دندانپزشکی
۱۱. خدمات ناباروری^۱

برای دستیابی به هدف فوق، این مقاله به دنبال پاسخ به دو پرسش اساسی است:

- الف- شمول خدمات سلامت در بیمه های اجتماعی در ایران نسبت به دنیا چگونه است؟
- ب- سهم بیمه های اجتماعی از هزینه خدمات سلامت در ایران نسبت به دنیا چگونه است؟
- این مقاله در ۴ بخش تنظیم شده است. بخش یک به مفاهیم و مبانی نظری اختصاص دارد. در بخش دو به پیشینه تحقیق اشاره می شود. بخش سوم به روش تحقیق می پردازد و در بخش ۴ بحث و نتیجه گیری، ارائه می شود.

۱- مبانی نظری

۱-۱- تقسیم بندی خدمات سلامت

خدمات سلامت شامل طیف گسترده ای از ویزیت های سرپائی تا جراحی های پیشرفته و از خدمات پاراکلینیک تا خدمات دندانپزشکی می شوند. بسته به گستره و حوزه نفوذ شبکه بهداشت و درمان و همچنین میزان شیوع بیماری های مختلف، بر دامنه و فراوانی این خدمات افزوده می شود. از طرف دیگر، تنوع خدمات یک امر ذاتی و مرتبط با نوع خدمت و نیاز گیرنده خدمت است.

۱. بند ۸ سیاست های کلی تامین اجتماعی در ایران به موضوع تحکیم نهاد خانواده و فرزندآوری اشاره دارد و در قانون جوانی جمعیت، خدمات ناباروری مورد حمایت قرار گرفته است.

خدمات بستری و سرپایی: بیمار بستری به فردی که در بیمارستان برای مدت کوتاه یا طولانی بستری می‌شود، اشاره دارد. در طول اقامت در بیمارستان، بیماران بستری با پزشکان، پرستاران، تکنسین‌های آزمایشگاه، فیزیوتراپ‌ها، داروسازان و دستیاران پزشک ... در تماس هستند. در مقابل، مراقبت سرپایی، عبارت است از هر گونه خدمات درمانی که نیازی به بستری شدن در بیمارستان ندارد. مراقبت‌های اولیه پزشکی و برخی موارد اورژانسی، ویزیت در یک درمانگاه یا مرکز تخصصی خارج از بیمارستان، نمونه‌هایی از مراقبت‌های سرپایی هستند. بیمارستان‌ها نیز می‌توانند درمان‌های سرپایی مانند مراقبت‌های اورژانسی، خدمات آزمایشگاهی، جراحی سرپایی یا ویزیت را ارائه دهند^۱.

تفاوت بین مراقبت‌های بستری و سرپایی بر صورت حساب نهایی بیماران تأثیر می‌گذارد. مراقبت سرپایی شامل هزینه‌های طبابت و آزمایشات طبی است. مراقبت‌های بستری شامل هزینه‌های اضافی بهره‌مندی از امکانات بستری شدن است. هزینه‌های بستری تابع مدت اقامت، شیوه درمان و بیمه بودن است^۲.

خدمات پزشکی و خدمات لوازم پزشکی: خدمات پزشکی شامل طبابت و خدمات سرپایی ارائه شده به بیماران است. این خدمات شامل معاینات معمول، ارزیابی‌های پزشکی، تجویز داروها، مشاوره منظم بیماران، توصیه رژیم غذایی، تزریق و واکسیناسیون است (OECD et al, 2017). ویزیت در منزل و خدمات پیراپزشکی، بخش دیگری از خدمات پزشکی است.

خدمات دارویی، خدمات دندانپزشکی، خدمات مامایی، پرستاری، بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی، تحقیقات مغز، ریکاوری مبتنی بر ورزش، آمادگی جسمانی و سایر خدمات بهداشتی برای مراقبت‌های پزشکی ضروری هستند (رایانا، ۲۰۲۲).

از سوی دیگر، تجهیزات و لوازم پزشکی شامل کلیه لوازم بهداشتی (به جز واکسن‌ها و داروها) موردنیاز در پیشگیری، تشخیص، درمان، نظارت، توانبخشی و تسکین هستند. این لوازم برای پوشش بهداشتی همگانی، نظارت بر رفاه و بررسی شیوع بیماری‌ها یا موارد اضطراری، ضروری هستند. با توجه به سیستم‌های نامگذاری مختلف، بین ۵۰۰۰ تا ۲۴۰۰۰ نوع لوازم و تجهیزات پزشکی ساده یا پیچیده و ارزان یا پرهزینه وجود دارند^۵.

1. <https://www.medicareresources.org/glossary/inpatient-care/>
2. <https://www.sgu.edu/blog/medical/inpatient-versus-outpatient/>
3. Medical Devices and Appliances
4. Rayana
5. Nomenclature of medical devices. In: <https://www.who.int/>

خدمات پاراکلینیکی سلامت: خدمات پاراکلینیکی به مجموعه‌ای از خدمات درمانی مربوط به ناهنجاری‌ها و بیماری‌ها گفته می‌شود که با معاینات عادی کشف نمی‌شود و می‌بایست بررسی‌های آزمایشگاهی انجام شود. این خدمات شامل طیف گسترده‌ای از خدمات تشخیصی (سونوگرافی، اسکن و آندوسکوپی، آنژیوگرافی، پزشکی هسته‌ای، بینایی‌سنجی، شنوایی‌سنجی، تست ورزش، تست خواب، تست آلرژی، نوارعضله، نوارعصب، نوارمغز، آزمایش‌های تشخیص پزشکی، رادیوگرافی، فیزیوتراپی، سنجش تراکم استخوان، ارتوپدی، تزریقات و پانسمان و موارد مشابه) می‌باشند^۱.

خدمات فیزیوتراپی و باز توانی (توانبخشی): این نوع خدمات با هدف بهینه‌سازی عملکرد و رفاه بیمار، کمک به برگشت مجدد بیمار به فعالیت‌های سبک زندگی انتخابی در منزل یا محل کار و یا در اوقات فراغت انجام می‌شود. توانبخشی، فرآیند بازگرداندن بیمار به شرایط اولیه است. در مقابل، فیزیوتراپی بیشتر بر حرکت اعضای بدن و قدرت بدن متمرکز است.

در فرآیند توانبخشی، ممکن است نیاز به فیزیوتراپی بر اساس آسیب یا بیماری وجود داشته باشد. فرآیند توانبخشی توسط تیمی از متخصصان و معمولاً در بیمارستان‌ها و مراکز توانبخشی انجام می‌شود. توانبخشی جزء اساسی مراقبت‌های بهداشتی است که اغلب برای دستیابی و حفظ بهترین نتایج مداخلات بهداشتی مانند جراحی، مراقبت از تروما و مدیریت بیماری‌های غیرواگیر موردنیاز است (ساتیش و مانفرد، ۲۰۱۹).

خدمات روانپزشکی و روانشناسی: خدمات روانپزشکی شامل خدمات بهداشتی، رفتاری و مشاوره ای جامع برای گروه‌های مختلف سنی است که به صورت خدمات بستری در بیمارستان و یا روانپزشکی سرپایی ارائه می‌شود. خدمات درمانی روانپزشکی اعم از درمان اختلالات هراس و اضطراب، اختلالات خلقی، وسواس، اختلالات شخصیتی و درمان افسردگی یا استرس، روان درمانی بزرگسالان، روان درمانی طولانی مدت بیماران مبتلا به مشکلات شخصی، مداخلات درمانی روابط زوجین، طلاق، ازدواج مجدد و مشکلات والدین است^۳. علاوه بر این، خدمات روانپزشکی، شامل درمان عوارض سوءمصرف داروهای روانگردان و معالجه بیمارانی است که در اثر بیماری روانی یا آسیب پزشکی مانند سرطان، بیماری قلبی، سکته مغزی یا درد مزمن دچار علائم روانشناختی یا رفتاری می‌شوند.

خدمات پیراپزشکی: پیراپزشکی به خدماتی گفته می‌شود که توسط متخصصان رشته‌های مربوطه و زیر نظر پزشکان، برای حفظ یا بازگرداندن سلامتی به بیماران ارائه می‌شود. پیراپزشکان، متخصصانی

1 . <https://khatamhospital.org/en/news.php?page=423>

2 . Satish and Manfred

3 . <https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Detail/EN/1073/93113>

هستند که در کنار پزشکان، کادر درمانی را کامل می‌کنند. فهرستی از خدمات پیراپزشکی عبارتند از:

بهره‌برداری یا پشتیبانی از خدمات بهداشتی در کلینیک‌های پرستاری، مامایی، فیزیوتراپی، کاردرمانی، شنوایی‌سنجی، بینایی‌سنجی، گفتاردرمانی یا خدمات سایر پرسنل پیراپزشکی. همچنین این طیف خدمات، شامل طب سوزنی، کاروپراکتیک، طب سنتی، تهیه تجهیزات درمانی، درمان‌های ورزشی، درمان سرپایی با آبگرم یا آب دریا، خدمات اورژانسی غیربیمارستانی و موارد مشابه^۱.

خدمات دندانپزشکی: این خدمات، شامل خدمات تشخیص و درمان بیماری‌های دهان و دندان و خدماتی است که با هدف پیشگیری از ابتلا به بیماری‌های دندانی صورت می‌گیرد. جراحی دندان، بارزترین نوع خدمات دندانپزشکی است. خدمات دندانپزشکی عمومی شامل معاینات عادی دندانپزشکی، مراقبت‌های پیشگیرانه دندانپزشکی، درمان پوسیدگی و موارد مشابه است. خدمات ارتودنسی شامل درمان دندان‌های نامنظم و خدمات جراحی دهان است و خدمات پریدنتیکس، جراحی ریشه دندان، ترمیم و سفید کردن دندان از دیگر انواع خدمات دندانپزشکی به شمار می‌روند.

۲-۱- ضرورت و اهمیت تعریف بسته خدمات پایه سلامت

بسته خدمات پایه سلامت، حداقل مجموعه خدمات بهداشتی و درمانی ضروری و یا اولویت دار است که همه مردم باید به آن دسترسی داشته باشند. این بسته از طریق طرح پوشش همگانی سلامت و توسط دولت تأمین مالی می‌شود. گفتنی است درباره خدمات گنجانده شده در یک بسته و یا خدماتی که باید در آن گنجانده شود، اجماع نظر وجود ندارد.

تعیین بسته خدمات پایه موجب دسترسی آسان مردم به این خدمات می‌شود به ویژه اگر این خدمات تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی باشند. افراد مشمول بیمه‌های اجتماعی با کوچک شدن بسته خدمات پایه مجبورند پرداخت از جیب بیشتری داشته باشند. در این صورت اعتبار بیمه‌های اجتماعی زیر سوال می‌رود و نارضایتی عمومی را به دنبال خواهد داشت.

در اصل ۲۹ قانون اساسی به بیمه همگانی برای همه مردم اشاره شده و در برنامه‌های پنج ساله توسعه بر پوشش همگانی خدمات برای همه مردم تأکید شده است. هدف از بیمه سلامت این بود که بتواند افراد بیشتری را تحت پوشش بیمه قرار دهد و پرداخت از جیب کمتر باشد اما از سال ۱۳۹۵ ارائه خدمات کمتر شد. باید بررسی شود چه عواملی باعث می‌شود که خدمات درمانی توسعه پیدا کند و یا توسعه پیدا کند (شمول بیمه بیشتر یا کمتر شود).

1 . https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Structure/Detail/EN/4/07_2_4

2 . <https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Detail/EN/1073/93123>

بر اساس اعلامیه جهانی حقوق بشر، سلامت به عنوان یک حق طبیعی شناخته شده است (هایس، ۱۹۹۲). دستیابی به سلامت نتیجه عوامل متعدد از جمله تلاش های خودمراقبتی افراد، محیط و سبک زندگی سالم، و اقدامات بهداشتی و درمانی دولت است.

عدالت در سلامت، در سطح ملی مستلزم پوشش همگانی سلامت است. بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۴)، پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقا، پیشگیری، درمان و توانبخشی و تسکین در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند. پوشش همگانی سلامت، سه جنبه هزینه خدمات سلامت، پوشش انواع خدمات، و افراد تحت پوشش خدمات سلامت را در بر می گیرد (فراید و همکاران، ۲۰۱۳).

پوشش همگانی سلامت یعنی اینکه تمام افراد، خدمات بهداشتی را بدون تحمل مشکلات مالی دریافت دارند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۰). اهداف پوشش همگانی سلامت عبارتند از: بهبود دسترسی به خدمات سلامت (به ویژه برای محرومین)، بهبود سلامت افراد تحت پوشش، و حفاظت از افراد در برابر ریسک مالی (گیدیون و همکاران، ۲۰۱۳). پوشش همگانی سلامت، بر مداخلاتی تمرکز دارد که بیشترین اثربخشی را دارند، سلامت ضعیف ترین افراد را بهبود می بخشد و از آنها در برابر ریسک های مالی محافظت می کنند (گلاسمن و همکاران، ۲۰۱۶). این نوع پوشش، در بردارنده ابعاد مهمی نظیر طیف موجود خدمات، کیفیت خدمات، نسبت هزینه های خدمات تحت پوشش و نسبت جمعیت تحت پوشش است.

رویکرد رایج در تعریف بسته خدمات پایه سلامت، شناسایی خدمات ضروری است که حداکثر عایدی سلامت را به ازای هزینه صرف شده به بار آورد، یعنی هزینه-اثربخشی خدمات باید مدنظر قرار گیرد. بسته ای که شامل دامنه گسترده خدمات، فراتر از منابع موجود باشد، به کیفیت پایین ارائه خدمات منجر می شود. خدمات گنجانده شده در بسته پایه، به عنوان اولویت ها و اهداف سلامت در آسیب پذیرترین جوامع می باشند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۹). بسته خدمات پایه سلامت با اهداف زیر ارائه می شود:

- ✓ شناخت مسائل اولویت دار سلامت و بهبود وضعیت سلامت
- ✓ هدف گذاری آسیب پذیرترین و محروم ترین جوامع و بهبود عدالت و دسترسی اقتصادی و فیزیکی

- 1 . Hayes
- 2 . Fried
- 3 . Giedion
- 4 . Glassman

- ✓ بهبود کارایی تخصیصی در بکارگیری منابع با ترویج تخصیص بهتر بودجه سلامت بین مراقبت‌های سطح اول و دوم
 - ✓ ارتقای اثربخشی بالینی و کیفیت مراقبت برای بهبود بروندهای سلامت و رضایت مصرف‌کنندگان
 - ✓ تضمین امکان سنجی فنی و اجرایی با ملاحظه محدودیت‌های نیروی انسانی و عملیاتی نظام درمان
 - ✓ تضمین امکان سنجی مالی با ارائه بسته قابل خرید سلامت
 - ✓ اطمینان از اینکه بسته پیشنهادی از نظر اجتماعی و سیاسی برای دولت و مردم قابل قبول است.
 - بسته خدمات پایه سلامت بایستی حاوی مولفه‌های زیر باشد:
 - ✓ خدماتی که عملی، ضروری و جامع هستند؛
 - ✓ دامنه آزمایشات تشخیصی مناسب که با خدمات ارائه شده در هر سطح (لایه) تطابق داشته باشد؛
 - ✓ فهرست داروهای ضروری برای هر سطح از مراکز مراقبت درمانی اولیه؛ و
 - ✓ تجهیزات مناسب برای هر سطح (لایه)
- یک نظام بیمه سلامت اجتماعی چندلایه، شامل چندین لایه از پوشش‌های بیمه‌ای برای حفاظت مالی از اقشار مختلف جمعیت (برای مثال بر حسب گروه‌های جنسیتی، سنی، شغلی و مانند آنها) طراحی می‌شود. این نظام شامل یک سطح پایه از پوشش خدمات سلامت است که با سطوح اضافی مانند بیمه بیماری‌های سخت‌درمان یا کمک‌های پزشکی تکمیل می‌شود. هدف نهایی، تضمین دسترسی جامع به مراقبت‌های بهداشتی و مدیریت موثر هزینه‌ها و مخاطرات سلامت است. با اینکه استقرار چنین نظامی ضروری به نظر می‌رسد، اما تأمین مالی آن به صورت یکپارچه ممکن است مورد بحث و مناقشه باشد.

۲- پیشینه تحقیق

مطالعات مختلفی در حوزه تعریف بسته خدمات پایه سلامت در داخل و خارج کشور انجام شده است. کبیر و همکاران (۱۴۰۰) فرآیندی برای تدوین و بازنگری بسته خدمات پایه سلامت در ایران با رویکرد ترکیب روش‌های کمی و کیفی طراحی کردند. بخش کیفی، شامل انجام ۲۵ مصاحبه عمیق انفرادی و دو بحث گروهی متمرکز با کارشناسان وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه و سازمان‌های بیمه گر و بخش کمی حاوی یک مطالعه توصیفی مقطعی شامل ۲۷۷ نفر کارشناس بود. تجزیه و تحلیل

داده ها با روش تحلیل محتوا و در نرم افزار SPSS-23 انجام شد. بر اساس یافته‌ها، فرآیند تدوین بسته خدمات پایه سلامت شامل ۴ مرحله است که عبارتند از: تبیین فهرست خدمات در بسته خدمات پایه سلامت، استخراج معیارهای گنجاندن خدمات در بسته خدمات، اولویت‌بندی معیارهای گنجاندن خدمات در بسته، و مقایسه خدمات با معیارهای اولویت. در مرحله اولویت‌بندی، معیارهای بار بیماری، گروه‌های هدف و نیاز جامعه بالاترین میانگین را داشته و به عنوان مهم‌ترین معیارها شناخته شدند. حیاتی و همکاران (۲۰۱۸) به استخراج معیارهای تدوین بسته بیمه سلامت پایه در نظام‌های سلامت کشورهای مختلف با استفاده از روش مرور حیطه‌ای^۱ پرداختند. آنها یک جستجوی سیستماتیک در پایگاه‌های اطلاعاتی علمی مختلف، بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت و گوگل بین ژانویه تا آوریل ۲۰۱۶ انجام دادند و مقالات و گزارش‌ها را بر اساس کلیدواژه‌های انتخابی جمع‌آوری نمودند. پس از تجزیه و تحلیل نهایی ۹ مقاله و ۱۴ گزارش، ۱۹ معیار استخراج شد. به دلیل تنوع، معیارها از نظر تعداد و ماهیت، به سه دسته تقسیم شدند. دسته‌بندی‌ها شامل معیارهای مربوط به مداخله، معیارهای مرتبط با بیماری و معیارهای مرتبط با جامعه است. بیشترین تعداد معیارها به دسته اول تعلق دارد. در واقع، مهم‌ترین معیارهای کاربردی شامل هزینه اثربخشی، اثربخشی، تأثیر بودجه، برابری و بار بیماری‌ها بود.

با توجه به نتایج، معیارهای مختلفی از نظر تعداد و ماهیت در توسعه بسته مزایای بیمه سلامت در سیستم‌های بهداشت همگانی شناسایی شد. بر اساس این مطالعه، معیارهایی مانند هزینه-اثربخشی، اثربخشی، تأثیر بودجه، بار بیماری، برابری و ضرورت که در کشورهای مورد مطالعه بیشترین استفاده را داشتند، می‌توانند در طراحی بسته مزایای بیمه سلامت با توجه به ملاحظات اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی مناسب به کار برده شوند.

هولی^۲ و همکاران (۲۰۲۲) با مطالعه برنامه‌های بیمه سلامت ۱۰۰ کشور کم و میان درآمد نشان دادند که کشورهای با درآمد کم و متوسط همچنان سطح پایینی از پوشش بیمه سلامت بین حدود ۸ تا ۵۳ درصد دارند و بیمه سلامت لزوماً نمی‌تواند هزینه‌های سلامت خانوار به ویژه مخارج کمرشکن را کاهش دهد. با این حال، فقدان تخمین‌های منظم از پوشش بیمه سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط، به رابطه دقیق و مشخص بین پوشش بیمه سلامت و هزینه‌های سلامت منجر نشد. اداره بهداشت ایالت نیویورک نیز ابعاد مختلف پوشش همگانی بیمه سلامت را ارائه کرده است:

جدول ۱: ابعاد مختلف پوشش همگانی بیمه سلامت

1. Scoping Review
2. Hooley

اطلاعات اولیه متقاضیان بیمه سلامت	موارد پوشش بیمه سلامت	نمونه های مراقبت های پیشگیرانه
<p>بعد خانوار</p> <p>تعداد بزرگسالان (بالای ۶۴ سال) در خانوار</p> <p>زنان باردار</p> <p>وضعیت اقامت (سکونت، اقامت موقت، مهاجرت، پناهندگی، اقامت تحصیلی، ...)</p> <p>سن (کودکان / زنان باردار و سالمندان)</p> <p>درآمد</p>	<p>وبزیت پزشکان</p> <p>خدمات اورژانس و بستری در بیمارستان</p> <p>مراقبت های پیشگیرانه رایگان</p> <p>پوشش نسخه های دارویی</p> <p>خدمات بهداشت روان</p> <p>مراقبت های زایمان</p> <p>مراقبت از نوزادان و کودکان</p>	<p>واکسیناسیون ها</p> <p>غربالگری کلسترول</p> <p>غربالگری فشار خون</p> <p>غربالگری سرطان روده بزرگ</p> <p>ماموگرافی</p> <p>پاپ اسمیر</p>

Source: www.nystateofhealth.ny.gov/

جانگ و ترن (۲۰۲۲) اثرات اقتصادی گسترش مولفه‌های عمومی و خصوصی نظام بیمه سلامت ایالات متحده را به صورت کمی بررسی کردند. آنها با کمک یک مدل نسل‌های همپوشان که شامل ریسک سلامت، ریسک بازار کار و ویژگی‌های کلیدی نظام بیمه سلامت ایالات متحده مانند بیمه سلامت خصوصی انفرادی، بیمه سلامت گروهی تحت حمایت کارفرما، بیمه سلامت عمومی مبتنی بر آزمون وسع برای افراد کم‌درآمد^۲ (مدیکید) و بیمه سلامت عمومی برای افراد بازنشسته (مدیکیر)^۳ است، نشان دادند که گسترش مدیکیر به همه کارگران، در صورتی که نرخ بیمه اتکایی بیمه سلامت همگانی در سطح بالاتری از نرخ بیمه اتکایی فعلی مدیکیر تعیین شود، رفاه کل را بهبود می‌بخشد و استفاده از مالیات بر مصرف برای تأمین مالی گسترش بیمه سلامت عمومی منجر به انحراف کمتر و نتایج رفاهی بهبود یافته در مقایسه با مالیات بر درآمد یا حقوق و دستمزد می‌شود.

هند برای تضمین مراقبت‌های بهداشتی مقرون‌به‌صرفه در طول دهه‌های گذشته چندین طرح بیمه سلامت با بودجه دولتی را اجرا کرده است. دویی^۴ و همکاران (۲۰۲۳) بر دو طرح بیمه ملی سلامت و طرح بیمه سلامت نخست وزیری تمرکز کردند. طرح بیمه ملی سلامت از سقف پوشش مالی ثابت، ثبت‌نام کم، عرضه و استفاده ناعادلانه از خدمات و غیره رنج می‌برد. اما طرح بیمه سلامت نخست وزیری پوشش سلامت را گسترش داده و برخی از معایب طرح بیمه ملی سلامت را کاهش داده است. در طرح جدید، جمعیت میانسال (۱۹ تا ۵۰ سال)، گروه اصلی استفاده کننده از خدمات

- 1 . Jung and Tran
- 2 . Medicaid
- 3 . Medicare
- 4 . Dubey

سلامت است. اکثر بیمارستان‌های ارائه دهنده خدمات بهداشتی، خصوصی هستند و ممکن است نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت، آسیب‌پذیرترین جمعیت‌ها را به سمت محرومیت بیشتر سوق دهد.

از دیدگاه لوسیانتی^۱ و همکاران (۲۰۲۴) نظام الملک یکی از چهره‌هایی بود که نقش مهمی در توسعه اقتصاد اسلامی ایفا کرد. آنها بر این باور هستند که مفاهیم اجتماعی، اقتصادی و سیاسی نظام الملک بر دستیابی به رفاه مشترک (مصلحت) تأثیر دارد. نظام الملک به خاطر اثر معروف خود «سیاست‌نامه: کتاب حکومت یا قوانین پادشاهان» مشهور بود. این اثر بر نقش مالیات‌ها، نهادهای حسبه، نظارت مالیاتی، مفهوم پس‌انداز و سایر موارد مرتبط با تلاش برای دستیابی به عدالت و رفاه تمرکز دارد. این پژوهشگران با استفاده از روش تحقیق کتابخانه‌ای نشان دادند که افکار نظام الملک در قالب اجرای برنامه بیمه سلامت ملی در اندونزی، همچنان اجرا می‌شوند. این افکار از طریق وجود شورای ملی تأمین اجتماعی، کاهش مالیات سیگار به عنوان کمکی برای حمایت از برنامه بیمه سلامت و نقش پس‌اندازهای سرمایه‌گذاری بلندمدت در حوزه سلامت، تحقق می‌یابند.

اینیانگ^۲ و همکاران (۲۰۲۵) تأثیر حمایت مالی ثبت‌نام در برنامه بیمه سلامت اجتماعی بخش رسمی^۳ (به عنوان جزئی از برنامه بیمه سلامت ملی و تحت مدیریت اداره ملی بیمه سلامت) را بررسی کردند. هدف، پاسخ به این سوال بود که آیا ثبت‌نام در برنامه بیمه مذکور، هزینه‌های پرداخت از جیب برای مراقبت‌های بهداشتی را در مقایسه با عدم ثبت‌نام کاهش می‌دهد یا خیر. داده‌های مقطعی با استفاده از تکمیل پرسشنامه از دو گروه ثبت نام شدگان و ثبت نام نشدگان جمع‌آوری شد. از آزمون t برای تشخیص تفاوت هزینه‌های پرداخت از جیب برای مراقبت‌های بهداشتی بین افراد ثبت‌نام‌شده و افراد ثبت‌نام‌نشده استفاده شد. نتایج نشان داد که افراد ثبت‌نام‌شده به‌طور قابل توجهی هزینه‌های پرداخت از جیب کمتری برای مراقبت‌های پزشکی نسبت به افراد ثبت‌نام‌نشده صرف کرده‌اند. نتیجه کلی این بود که ثبت‌نام در برنامه بیمه سلامت ملی، حمایت مالی را برای افراد ثبت‌نام‌شده فراهم می‌کند.

دهنویه و همکاران (۲۰۱۱) با روش تحقیق کیفی و مطالعه توصیفی و مقطعی اقدام به تعریف بسته بیمه درمانی پایه در ایران کردند. ابتدا در مرحله اول نمونه ۲۰ تایی از متخصصان حرفه‌ای با استفاده از روش‌های هدفمند و گلوله برفی انتخاب شدند و به صورت فردی مورد مصاحبه قرار گرفتند. در مرحله دوم، پرسشنامه‌ای برای ۵۲ کارشناس بیمه سلامت در شش سازمان مرتبط با بیمه سلامت ارسال شد. داده‌ها در نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد. بر اساس نتایج، قابلیت عملی

1 . Lusianti

2 . Inyang

3 . Formal Sector Social Health Insurance Program (FSSHIP)

بودن، دیدگاه ذینفعان و سیاستمداران، هزینه مداخلات و معیارهای تعلق به گروه آسیب پذیر نقش عمده‌ای در بسته خدمات مراقبت بهداشتی توسط سازمان های بیمه سلامت در ایران ایفا می‌کنند. مهمترین معیارها در شرایط ایده آل عبارتند از: مقرون به صرفه بودن، اثربخشی، کیفیت شواهد و عدالت در دسترسی.

استولک و پولی (۲۰۰۵) در خصوص معیارهای تعیین بسته خدمات پایه سلامت در هلند، به چهار معیار برای تصمیمات بازپرداخت (ضرورت، اثربخشی، مقرون به صرفه بودن، و خودمسئولیتی)، اشاره کردند. از دید آنها، مهمترین معیار برای بازپرداخت بابت خدمات «ضروری بودن مراقبت های درمانی» است.

از دیدگاه حق پرست و احمدکیا دلیری (۱۳۸۴) وجود بیمه اجتماعی سلامت، در واقع متضمن عضویت اجباری همه جمعیت است. آنها بر پایه تجارب تاریخی چند کشور منتخب (آلمان، اتریش، بلژیک، لوکزامبورگ، کاستاریکا، ژاپن و کره) نشان داده اند که حرکت به سمت پوشش بیمه اجتماعی سلامت کامل، روندی صعودی را طی کرده و پوشش جمعیت به طور منظم گسترش یافته است. اما سرعت انتقال از کشوری به کشور دیگر متفاوت است. همچنین، سطح درآمد عمومی قابل دسترسی کشورها، ساختار اقتصادی کشورها، هزینه های اداری، توانایی کشور در مدیریت برنامه بیمه اجتماعی سلامت و سطح یکپارچگی جامعه از جمله عوامل موثر در گسترش پوشش فراگیر از طریق نظام بیمه اجتماعی سلامت عنوان شده اند.

از دیدگاه عرب و همکاران (۱۳۹۶)، افزایش شدید هزینه‌های درمانی و ناکارآمدی بیمه‌های همگانی در ارایه خدمات درمانی باعث شده تا بیمار و خانواده او در برابر این هزینه‌ها ناتوان باشند. هزینه های ناشی از تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد یکی از مهمترین هزینه‌های خانوار به شمار می‌آید که گاهی می‌تواند سبب سقوط خانواده‌ها به زیر خط فقر گردد. بنابراین راهکارهای گوناگونی برای حفاظت از خانواده‌ها و افراد در مقابل هزینه‌های سلامت به ویژه هزینه‌های کمرشکن مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهمترین این راهکارها، بیمه‌های سلامت است که با توجه به عوامل گوناگون اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در هر جامعه متفاوت می‌باشد.

حسن زاده (۱۳۹۷) معتقد است که هدف برنامه بیمه اجتماعی، توزیع درآمد به نفع افرادی است که نمی‌توانند با ریسک های سلامت مقابله کنند. بیمه سلامت رابطه ای سه جانبه بین بیمار، ارائه کننده خدمت و نهاد بیمه گر است. در نظام های تاریخی، رابطه مستقیم بین بیمار و ارائه کننده خدمات، برقرار و محل وقوع ریسک مالی، خود بیمار است. در نظام‌های سنتی، فرد در زمان سلامت مبلغی را به نهاد بیمه ای پرداخت کرده و خود را در برابر ریسک مالی ناشی از آن بیمه می‌کند و

بنابراین محل وقوع ریسک مالی، نهاد بیمه ای است. در نظام های مدرن، محل وقوع ریسک مالی توأم بر عهده نهاد بیمه‌ای و فراهم کننده خدمات است و از بروز عدم تقارن اطلاعات، مخاطره اخلاقی و تقاضای القائی جلوگیری به عمل می آید.

مرادی و شکری (۱۴۰۲) بر این باور هستند که بیمه های سلامت اجتماعی نقش حیاتی در تضمین سلامت و رفاه بازنشستگان در نظام بازنشستگی ایفا می کنند. بازنشستگان بیشتر با مشکلات بهداشتی مرتبط با سن مواجه هستند و به مراقبت‌های پزشکی اضافی نیاز دارند و ضرورت دارد که به مراقبت‌های بهداشتی با کیفیت بالا دسترسی داشته باشند. بیمه‌های سلامت اجتماعی روشی مقرون به صرفه برای اطمینان از دریافت مراقبت‌های بهداشتی مناسب توسط بازنشستگان ارائه می کنند، بدون اینکه آنها را ملزم به پرداخت هزینه‌ها از جیب خود کنند که می تواند برای دارندگان درآمد ثابت، بازدارنده باشد. علاوه بر این، دسترسی به بیمه‌های سلامت اجتماعی می تواند آرامش خاطر را برای بازنشستگان فراهم کند که می توانند با آگاهی از دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی در زمانی که بیشترین نیاز را دارند، احساس امنیت کنند. در واقع، بیمه‌های سلامت اجتماعی جزء ضروری نظام بازنشستگی هستند.

در زمینه بیمه غیرسلامت، موسائی و شفیع (۱۳۹۵)، به موضوع تکافل و بیمه اسلامی (تکافل) یا بیمه تعاونی پرداختند و به دلیل کم توجهی به آن در ایران، پیشینه بیمه اسلامی و مبانی آن را در جوامع عرب بررسی نمودند و تفاوت‌های اساسی بیمه اسلامی را با بیمه‌های مرسوم و بازرگانی بر شمرند. آنها در خصوص آزادسازی در صنعت بیمه، بیمه‌های تعاونی را به منزله جایگزینی مناسب برای مردمی کردن صنعت بیمه مورد توجه قرار دادند.

امیرپور (۱۳۹۷) معتقد است که بیمه تکافل به معنای توزیع مسئولیت مشترک بیمه‌گذاران از طریق تشکیل نظام صندوق مشترک و دوری از هرگونه خطر در سرمایه‌گذاری‌ها است. در این نوع بیمه، افزایش امنیت روانی افراد نسبت به سلامت جان، مال و فعالیت آنها در قبال خطر ناشی از ضرر با نوعی تعاون و همکاری اعضا به قصد تحقق خیر و صلاح عموم همراه است. به لحاظ مدیریت خطر و در عین حال رجحان، ماهیت تعاون و تقویت رابطه اخوت میان افراد نسبت به رویکرد صرفاً اقتصادی و درآمدزایی با قرارداد مضاربه و مشارکت تفاوت دارد و فرق اساسی آن با روابط حقوقی هبه و ضمان در سرمایه‌گذاری است. مدیریت خطر، انتفاع طرفین، مشارکت بهینه در سرمایه‌گذاری و رشد اقتصادی، تقویت روحیه مسئولیت‌پذیری و افزایش امنیت ذهنی از مهم‌ترین مزایای این نوع بیمه نسبت به بیمه‌های رایج است.

نائب خسروشاهی و همکاران (۱۴۰۳) تأثیر انواع لایه‌های نظام تأمین اجتماعی بر عدالت اقتصادی اسلامی را در استان‌های ایران در دوره ۱۴۰۰-۱۳۸۷ با به‌کارگیری روش گشتاورهای تعمیم یافته

بررسی و تأثیر تکافل بر ارتقای عدالت را از طریق هدایت هزینه‌های مذهبی خانوارها به سمت بیمه تکافل پیش‌بینی کرده‌اند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که هر سه لایه مساعدت‌های اجتماعی، بیمه‌های اجتماعی پایه و بیمه‌های اجتماعی تکمیلی به‌طور معنی‌داری باعث کاهش نابرابری می‌گردند.

پولیکوسکی و سانتوس-اگیمان (۲۰۰۲) بسته اولیه خدمات تحت پوشش بیمه سلامت اجتماعی را در فرانسه، آلمان، اسرائیل، لوکزامبورگ، هلند و سوئیس بررسی و تفاوت‌های عمده در پوشش خدمات بین کشورها را برجسته کردند. برای این کار، محتوای بسته‌های پایه شش کشور با استفاده از داده‌های وزارتخانه‌های دولتی و صندوق‌های بیماری مقایسه شد. نتایج مطالعه نشان داد که جامع‌ترین پوشش خدمات سلامت مربوط به آلمان و سوئیس است. در این کشورها، بیشترین هزینه کل سلامت نیز صرف می‌شود.

اگرچه برخی کشورها در تدوین بسته‌های خدمات سلامت پیشرو بوده‌اند و تجربه آمریکا، هلند، زلاندنو، سوئد و بریتانیا حاکی از بکارگیری شاخص‌های شفاف برای تنظیم اولویت‌ها در خدمات سلامت می‌باشد (سابیک و لی، ۲۰۰۸)، ولی توافق کلی در مورد معیارهای اولویت بندی، عوامل مؤثر در انتخاب خدمات بسته و انواع خدمات پایه سلامت وجود ندارد.

نگاهی به مطالعات داخلی انجام شده نشان می‌دهد که در روش جاری تدوین بسته خدمات سلامت در ایران، اولویت‌بندی وجود ندارد و این روش نمی‌تواند از ورود خدمات غیرضروری، تقاضای القایی و تعارض منافع از سوی ارائه دهندگان خدمات جلوگیری کند (شادپور، ۱۳۸۵). ضمناً، این بسته بر اساس چانه زنی شکل گرفته است، بطوری که بسته خدمات بر اساس منافع ارائه کنندگان خدمات سلامت، مذاکرات سیاسی، مطالبات بیمه شدگان و منافع شرکت‌های دارویی و تجهیزات پزشکی و محدودیت‌های مالی سازمان‌های بیمه‌گر تهیه می‌شود. اما طبق شواهد علمی، تدوین بسته خدمت باید بر اساس ارزیابی وضعیت سلامت مردم و خدمات عمدتاً پیشگیرانه، شکل بگیرد (ملکی و همکاران، ۱۳۸۹).

در این پژوهش، انواع خدمات سلامت پایه در ابعاد سرپایی و بستری به تفکیک مورد بحث واقع شده و شمول و سطح پوشش آنها در بیمه‌های اجتماعی سلامت (تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی) بررسی می‌شود. سپس با مطالعه تطبیقی موضوع در طیفی از کشورها با اندازه و سیستم اقتصادی متفاوت، معیارهای ورود انواع خدمات سلامت به بسته خدمات سلامت تعیین می‌گردد. در ادامه، مطابق با نظرسنجی از خبرگان، بسته خدمات پایه سلامت برای کشور پیشنهاد می‌شود.

1 . Polikowski & Santos-Eggimann

2 . Sabik and Lie

۳- روش پژوهش

این پژوهش، از نظر هدف، از نوع کاربردی بوده و روش پژوهش، ترکیبی (کمی و کیفی) است. ابتدا انواع خدمات سلامت به تفکیک خدمات سرپایی و بستری طبقه بندی می شود. سپس میزان شمول و سطح پوشش انواع خدمات سلامت در کشورهای منتخب و ایران با محاسبات آماری مورد تحلیل قرار می گیرد. ابزار تحلیل کیفی، تحلیل محتوا و استفاده از کدگذاری داده هاست و ابزار تحلیل کمی، آمار توصیفی (میانگین ها) است

موضوع استخراج بسته سلامت تحت پوشش بیمه های اجتماعی سلامت برای ایران به تنهایی و فقط با مطالعه کشورها امکان پذیر نیست. در مورد نحوه ورود خدمات سلامت به بسته بیمه، شاخص-های عملیاتی با مطالعه مروری و اخذ نظرات خبرگان با بررسی اولیه روایی و پایایی و سپس تکمیل پرسشنامه اینترنتی در دو مرحله تعیین شده و سپس مهم ترین معیارهای تعیین کننده محتوای بسته بیمه سلامت معرفی می شوند.

در این مقاله با مرور و مقایسه نظام بیمه خدمات سلامت همگانی در کشورهای منتخب، خدمات تحت پوشش بیمه های اجتماعی شناسایی شده و از تجارب این کشورها در اصلاح و تغییر در پوشش خدمات سلامت ذیل بیمه های اجتماعی استفاده می شود.

۳-۱- جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری شامل کلیه کشورهای عضو بانک جهانی است، اما نمونه آماری برای مطالعه تطبیقی پوشش خدمات سلامت بیمه های اجتماعی محدود به موارد زیر است:

۱- از نظر تشابه تولید ناخالص داخلی (بر حسب برابری قدرت خرید و برآورد صندوق بین المللی پول) با ایران، دو کشور لهستان و مصر انتخاب شدند.

۲- از نظر تشابه تولید ناخالص داخلی سرانه (بر حسب برابری قدرت خرید و برآورد صندوق بین المللی پول)، دو کشور لیبی و کلمبیا انتخاب شدند.

۳- از نظر تشابه جمعیت با ایران (برآورد سازمان ملل)، دو کشور ترکیه و آلمان انتخاب شدند.

۴- برای غنای مطالعه، با توجه به سابقه بیمه سلامت اجتماعی، کشورهای سنگاپور، انگلیس، کانادا، مراکش، تونس، عربستان سعودی، کره جنوبی، مالزی و چین و ایران هم مورد مطالعه قرار گرفتند.

۱. انتخاب نمونه بر اساس پیشنهاد کارفرمای پژوهش و تعامل با پژوهشگران بوده است.

۲-۳- نتایج

الف- میزان شمول خدمات بیمه سلامت اجتماعی

در پاسخ به سوال اول پژوهش، همانگونه که از جدول ۲ مشخص است، دامنه پوشش خدمات سلامت در بیمه‌های اجتماعی در کشورهای منتخب با ایران تفاوت دارد. در میان کشورهای مورد بررسی، آلمان و لهستان تقریباً پوشش‌های بیمه‌ای کامل‌تری دارند. از طرف دیگر برخی کشورها نظیر انگلیس و عربستان سعودی متکی به نظام سلامت ملی هستند و بیمه‌های اجتماعی سلامت در آنها مصداق ندارد. در ایران هم اغلب و نه تمام خدمات سلامت (مراقبت‌های درمانی، توانبخشی، مراقبت‌های طولانی مدت، خدمات کمکی یا جانبی، تجهیزات و لوازم پزشکی و پیشگیری) متکی به بیمه‌های سلامت اجتماعی هستند.

جدول ۲: شمول انواع خدمات سلامت در بیمه‌های اجتماعی

خدمات کلی	ایران	کانادا	کلمبیا	مصر	عربستان سعودی	ژاپن	آلمان	لهستان	ترکیه	انگلیس	چین	مالزی	کره جنوبی	سنگاپور
مراقبت‌های درمانی بستری	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*
موارد روزانه مراقبت‌های درمانی	*	*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	
مراقبت‌های سرپایی	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	
خدمات مراقبت‌های درمانی پزشکی و تشخیصی (مراقبت‌های بهداشتی اولیه)			n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.			*	
مراقبت‌های دندانپزشکی سرپایی			n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.		*	*	

خدمات مراقبت‌های درمانی

خدمات کلی	خدمات تفصیلی	ایران	کانادا	کلمبیا	مصر	سعودی عربستان	تونس	آلمان	لهستان	ترکیه	انگلینس	چین	مالزی	کره جنوبی	سنگاپور
	کلیه مراقبت های تخصصی دیگر		*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.		*	*	*
	سایر مراقبت های درمانی سرپایی	*	*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.		*	*	
	خدمات مراقبت در منزل		*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.		*	*	
کمیته تخصصی: تیم کامر تیم	مراقبت های توانبخشی در بستری		*	n.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	*
	موارد روزانه مراقبت توانبخشی		*	n.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	*
	مراقبت های توانبخشی سرپایی	*	*	n.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	*
	خدمات توانبخشی مراقبت در منزل		*	n.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	*
خدمات مراقبت های طولانی مدت	مراقبت طولانی مدت بستری	*	*	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	n.a.	n.a.	n.a.	*	*
	موارد روزانه مراقبت طولانی مدت		*	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	n.a.	n.a.	n.a.	*	*

خدمات کلی	خدمات تفصیلی	ایران	کانادا	کلمبیا	مصر	سعودی عربستان	تونس	آلمان	لهستان	ترکیه	انگلیس	چین	مالزی	کره جنوبی	سنگاپور
	مراقبت طولانی مدت سرپایی	*	*	n.a.a.a.	n.a.a.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	n.a.	n.a.a.	n.a.a.a.	*	*
	مراقبت طولانی مدت در منزل	*	*	n.a.a.a.	n.a.a.a.	n.a.	n.a.	*	*	*	n.a.	n.a.a.	n.a.a.a.	*	*
خدمات جانبی مراقبت های بهداشتی	آزمایشات بالینی	*	*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*
	تصویبررداری تشخیصی	*	*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*
	جابجایی بیمار و نجات اضطراری	*	*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	n.a.
	کلیه خدمات متنفرقه دیگر	*	*	n.a.	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	n.a.
کالاها ی پزشکی توزیع شده برای بیماران سرپایی	لوازم پزشکی	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	n.a.
	داروها و سایر مواد غیر بادوام پزشکی	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	n.a.	*	n.a.
	داروهای تجویزی	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	n.a.	*	n.a.
	داروهای بدون نسخه	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	n.a.	*	n.a.

خدمات کلی	ایران	کانادا	کلمبیا	مصر	سعودی	عربستان	تونس	آلمان	لهستان	ترکیه	انگلینس	چین	مالزی	کره جنوبی	سنگاپور
وسایل درمانی و سایر مواد بادوام پزشکی	*	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	n.a.
عینک و محصولات بینایی	*	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	n.a.
لوازم ارتوپدی و سایر پروتزها	*	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	n.a.
سمعک	*	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	n.a.
دستگاه های پزشکی فنی	*	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	n.a.
سایر کالاهای بادوام پزشکی متفرقه	*	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	n.a.	*	*	n.a.
برنامه های اطلاع رسانی، آموزش و مشاوره			n.a.			n.a.					n.a.				
برنامه های ایمن سازی	*		n.a.	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*
نظارت همه گیرشناسی و کنترل خطر و بیماری			n.a.	*	*	n.a.	*	*	*	*	n.a.	*	*	*	*

پیشگیری و خدمات بهداشت عمومی

خدمات کلی	خدمات تفصیلی	ایران	کانادا	کلمبیا	مصر	سعودی عربستان	ژنوب	آلمان	لهستان	ترکیه	انگلیس	چین	مالزی	کره جنوبی	سنگاپور
	سایر مراقبت‌های پیشگیرانه		n.a.	*	*	n.a.	*				n.a.			*	*

مأخذ: منابع مختلف (اطلاعات بخش سلامت و بیمه سلامت کشورهای مختلف)

نکته: (۱) آمار کشور لیبی در دسترس نبود. (۲) ستاره(*) به وجود خدمات، n.a. به عدم دسترسی به آمار و خانه‌های سفید به فقدان خدمات اشاره دارد.

ب- میزان پوشش بیمه‌های اجتماعی سلامت

در پاسخ به پرسش دوم پژوهش، در جدول ۳، متوسط سهم بیمه‌های اجتماعی سلامت از کل هزینه‌های سلامت طی دوره ۲۰۲۱-۲۰۱۶ ارائه شده است. از نظر تشابه تولید ناخالص داخلی با ایران، در کشور مصر، سهم بیمه‌های اجتماعی سلامت نسبت به ایران به مراتب کمتر است (حدود ۶ درصد در برابر ۲۸ درصد)، اما در مقابل، لهستان نسبت به ایران سهم بیشتری از مخارج سلامت را از محل بیمه‌های اجتماعی سلامت پرداخته است (۶۰ درصد در برابر ۲۸ درصد).

از نظر تشابه تولید ناخالص داخلی سرانه با ایران، کلمبیا حدود ۶۶ درصد از مخارج سلامت را از منابع بیمه سلامت اجتماعی برآورده ساخته است و نسبت به ایران عملکرد بهتری را به نمایش گذاشته است. البته آمار بیمه‌های سلامت و هزینه‌های سلامت برای لیبی موجود نیست.

از نظر تشابه جمعیت با ایران، در آلمان متوسط سهم هزینه بیمه سلامت اجتماعی از مخارج سلامت حدود ۷۰ درصد بوده در حالی که رقم متناظر برای ترکیه حدود ۵۴ درصد بوده است. به بیان دیگر، این دو کشور، به ترتیب حدود ۲،۵ و ۲ برابر بیشتر از ایران صرف بیمه‌های سلامت اجتماعی کرده‌اند.

در این جدول، میانگین سهم بیمه‌های اجتماعی از مخارج کل سلامت برای برخی کشورها نظیر کانادا، انگلیس، عربستان سعودی و مالزی حدود یک درصد و برای سنگاپور ۸ درصد است، زیرا در این کشورها، دولت‌ها، مخارج سلامت را تقریباً به طور کامل پوشش می‌دهند. در کانادا حدود ۷۰ درصد تامین مالی بیمه سلامت از طریق ترتیبات دولتی است. رقم مشابه برای انگلستان نزدیک به ۸۱ درصد، در مالزی ۵۲ درصد و در سنگاپور ۴۵ درصد است^۱. همچنین ساختار تامین مالی بیمه‌های اجتماعی در کشور تونس به ایران نزدیکتر است.

۱ . <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>

برای این جدول، میانگین کل برای کشورهای مورد بررسی غیر ایران و مقایسه با وضعیت ایران، توصیه نمی شود زیرا سهم هزینه ها از حداقل ۰ تا حداکثر ۷۰ درصد نوسان دارند و واریانس داده ها بالاست، هر چند از نظر محاسباتی و آماری، مشکلی در محاسبه این میانگین ها نیست.

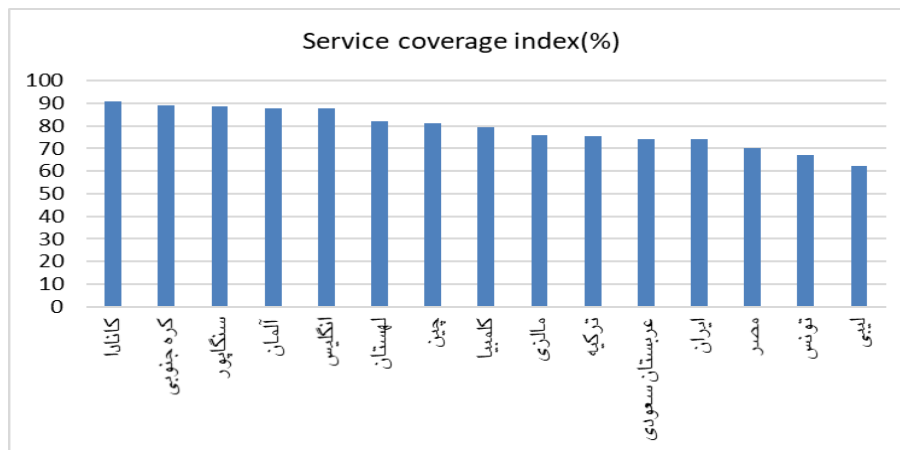
جدول ۳: سهم بیمه های سلامت اجتماعی از کل هزینه های سلامت (درصد)

کشور	میانگین سهم هزینه در دوره ۲۰۱۶-۲۰۲۱
کانادا	۱,۳۵
کلمبیا	۶۶,۲۴
مصر	۶,۳
عربستان سعودی	۰
تونس	۲۶,۴
آلمان	۶۹,۷
لهستان	۵۹,۸
ترکیه	۵۴,۱
انگلیس	۰
چین	۳۷,۸
مالزی	۰,۶۸
کره جنوبی	۴۶,۶
سنگاپور	۸,۱
ایران	۲۷,۸

مأخذ: محاسبات تحقیق مبتنی بر داده های سازمان جهانی بهداشت
نکته: آمار کشور لیبی در دسترس نبود.

شاخص پوشش خدمات سلامت ضروری (بر اساس مداخلات ردیابی که شامل بهداشت باروری، سلامت مادر، نوزاد و کودک و مداخلات درمانی در مورد بیماری های عفونی، بیماری های غیرواگیر و ظرفیت خدمات و دسترسی به خدمات است)، در مقیاس ۰ تا ۱۰۰ تغییر می کند و در بانک جهانی تحت عنوان شاخص پوشش خدمات همگانی سلامت^۱ گزارش می شود. این شاخص در سال ۲۰۲۱ برای کشورهای مورد مطالعه مطابق نمودار ۱ است. در این نمودار بیشترین پوشش خدمات سلامت به کشور کانادا و کمترین آن به کشور لیبی مربوط است و ایران در بین کشورها در مراتب پایین تر و در منطقه، بعد از عربستان سعودی و ترکیه قرار دارد.

۱ . UHC service coverage index



نمودار ۱: شاخص پوشش خدمات سلامت در کشورهای منتخب

مأخذ داده ها: بانک جهانی

۳-۳- بسته پیشنهادی خدمات پایه سلامت در ایران

تدوین بسته پایه خدمت در کشور ایران یک الزام قانونی است. در ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه اجتماعی اقتصادی و فرهنگی کشور به توسعه بیمه سلامت نگر جهت دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت اشاره شده است و بند ج همین ماده بر تعریف بسته پایه خدمت برای عموم افراد کشور متناسب با نظام ارجاع و پزشک خانواده تاکید کرده است. مطابق با بند الف ماده ۷۰ قانون برنامه ششم توسعه نیز، پوشش بیمه سلامت برای تمامی آحاد جمعیت کشور اجباری بوده و برخورداری از یارانه دولت جهت حق سرانه بیمه از طریق آزمون وسع است. همچنین مطابق بند ج همان ماده، بسته خدمات (شمول و سطح خدمات) مورد تعهد صندوق‌های بیمه پایه سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تعیین می شود.

برای دستیابی به بسته خدمات پایه سلامت، یک مطالعه ترکیبی (کیفی و کمی) در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ انجام شد. بخش کیفی به منظور استخراج معیارهای ورود خدمات ضروری به بسته انجام شد. به منظور طراحی مراحل فرایند تدوین بسته، از روش بحث گروهی متمرکز و جهت استخراج معیارهای ورود خدمات ضروری از روش مصاحبه های عمیق فردی استفاده شد. مشارکت کنندگان صاحب نظران وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان برنامه و بودجه بودند. جهت نمونه گیری از روش

۱ . Means Testing

نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده شد. پیش از ارسال پرسشنامه برخط، روایی محتوایی پرسشنامه بر مبنای دیدگاه ۸ نفر از خبرگان حوزه بیمه سلامت انجام شده و سه وضعیت «ضروری بودن»، «مفید بودن اما ضروری نبودن» و «غیرضروری بودن» در مورد هریک از پرسش‌ها، بررسی و سپس نسبت روایی محتوایی (CVR₁) محاسبه شده است. این نسبت در بازه ۰,۷۵ تا ۱ برای همه پرسش‌ها متغیر بوده و میانگین آن ۰,۸۶ به دست آمده که بر اساس جدول حداقل مقادیر CVR حکایت از روایی محتوایی دارد. روایی صوری نیز با اعمال اصلاحات جزئی در محتوای پرسش‌ها مطابق نظر خبرگان حاصل شد.

همچنین پایایی پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ^۲ و در قالب نرم افزار Excel محاسبه شده و با توجه به مقدار محاسباتی حدود ۰,۹۵ سازگاری عالی درونی بین پرسش‌ها برقرار است. در مورد نحوه ورود خدمات سلامت به بسته بیمه، نیاز به استفاده از شاخص‌های عملیاتی است. برای این کار، ابتدا ۳۰ پرسشنامه اینترنتی توسط خبرگان (کارشناسان بیمه سلامت کشور از وزارت بهداشت، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان برنامه و بودجه)، تکمیل شده و سپس معیارهای حاصل از این مصاحبه‌ها به همراه معیارهای استخراج شده از مطالعه مفهومی، جمع‌آوری و طبقه‌بندی گردید. ارزیابی گزینه‌ها در طیف لیکرت یک تا ۵ به ترتیب اهمیت صورت گرفت. در جدول ۴ خلاصه ارزیابی نظرات (بدون ذکر خلاصه آماری پاسخگویان) ارائه شده است. بر اساس این جدول، در مرحله اول، معیارهای زیرحایز امتیاز متوسط به بالا (بزرگتر یا مساوی میانگین امتیازات) شدند:

- ✓ نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات سلامت
- ✓ تعرفه‌های درمانی، پرداخت از جیب، و مخارج دولت
- ✓ هزینه اثربخشی خدمات سلامت و بهره‌مندی از خدمات سلامت
- ✓ زیرساخت‌های ارائه خدمات سلامت و دسترسی همگانی به خدمات پایه
- ✓ تکرار مراجعات به مراکز درمانی و الگوهای مرگ و شیوع بیماری‌ها
- ✓ فقر، محرومیت و نابرابری درآمدی و عدالت در دسترسی به خدمات سلامت
- ✓ سطح بندی خدمات، ضروری بودن خدمات سلامت و کیفیت خدمات سلامت
- ✓ تغییر الگوهای دموگرافیک (مهاجرت، رشد جمعیت، تغییر نرخ باروری، تغییر بار تکفل و...)
- ✓ جلب نظر پزشکان و ارائه دهندگان خدمات پایه و همکاری سازمان‌های بیمه و بهداشت
- ✓ سطح سواد و آگاهی مردم و نظارت بر عملکرد بیمه پایه

1 . Content Validity Ratio

2 . Cronbach

جدول ۴: تحلیل پاسخ سوالات پرسشنامه اول

میانگین امتیاز پاسخگویان	سوال
۳,۷	نیروی انسانی ارائه دهنده خدمات سلامت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۶۷	تعرفه های درمانی چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۶۷	پرداخت از جیب چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۶۳	هزینه اثربخشی خدمات سلامت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۶۳	بهره مندی از خدمات سلامت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۵۷	مخارج دولت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۵۷	الگوهای مرگ و شیوع بیماری ها چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۵۷	زیرساخت های ارائه خدمات سلامت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۵۳	دسترسی همگانی به خدمات پایه سلامت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۴۷	تکرار مراجعات به مراکز درمانی چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۴۷	فقر، محرومیت و نابرابری درآمدی چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۴۷	سطح بندی خدمات چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۴۷	تغییر الگوهای دموگرافیک (مهاجرت، رشد جمعیت، تغییر در نرخ باروری، تغییر در بار تکفل و...) چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۴۳	قوانین، برنامه ها و سیاست های دولت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۴	کارایی ارائه خدمات سلامت چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۴	سازگاری با استانداردهای بین المللی چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۳	بار بیماری ها چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۱۷	نرخ مرگ و میر چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۱۳	نیاز گروه های هدف چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۱۳	ریسک فاکتورهای مرتبط با بیماریها چه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارند؟
۳,۱	مبارزه با بیماری های واگیرچه اهمیتی در تعیین بسته خدمات پایه سلامت دارد؟
۳,۴۵	میانگین کل امتیازات

مأخذ: محاسبات تحقیق

در مرحله دوم، معیارهای مذکور در قالب یک پرسشنامه اینترنتی، در اختیار ۵۰ نفر از کارشناسان سازمان های بیمه گر گذاشته شد. در این مرحله نیز، روایی محتوایی پرسشنامه توسط همان ۸ خبره حوزه بیمه سلامت ارزیابی شد و میانگین CVR حدود ۰,۷۸، به دست آمد. علاوه بر این، ضریب آلفای

۱. جدول تفصیلی مرحله دوم به دلیل اختصار، آورده نشده است.

کروناخ برای ارزیابی پایایی پرسشنامه تقریباً ۰,۸۹ به دست آمد که دلالت بر سازگاری خوب درونی بین پرسش‌ها دارد. پس از بررسی اعتبار و روایی پرسش‌نامه، مهم‌ترین معیارهای تعیین‌کننده محتوای بسته بیمه سلامت با همان طیف لیکرت (بازه ۱ تا ۵) شناسایی شدند.

- ✓ کیفیت خدمات سلامت
 - ✓ ضروری بودن خدمات سلامت
 - ✓ تعرفه‌های درمانی
 - ✓ هزینه اثربخشی خدمات سلامت
 - ✓ تغییر الگوهای دموگرافیک (مهاجرت، رشد جمعیت، تغییر در نرخ باروری، تغییر در بار تکفل و...)
 - ✓ فقر، محرومیت و نابرابری درآمدی
 - ✓ پرداخت از جیب
 - ✓ دسترسی همگانی به خدمات پایه سلامت
 - ✓ تکرار مراجعات به مراکز درمانی
 - ✓ بهره‌مندی از خدمات سلامت
 - ✓ مخارج دولت در بخش سلامت
 - ✓ سطح بندی (لایه بندی) خدمات سلامت
 - ✓ زیرساخت‌های ارائه خدمات سلامت
- بر اساس مطالعات نظری و تجربی و بررسی نظرات خبرگان، بسته خدمات سلامت پایه پیشنهادی حاوی اجزای زیر است:

۱. سلامت مادر و نوزاد
۲. ایمن سازی کودکان و واکسیناسیون عمومی
۳. درمان و کنترل بیماری‌های واگیر
۴. تغذیه
۵. درمان و پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر
۶. سلامت روان
۷. مراقبت‌های اورژانسی
۸. ایمنی مواد غذایی، بهداشت محیط و بهداشت مدارس
۹. آموزش بهداشت
۱۰. خدمات تشخیصی

۱۱. داروهای ضروری
۱۲. تجهیزات پزشکی
۱۳. بهداشت دهان و دندان

۴- بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف شناسایی شمول و سطح پوشش بیمه‌های اجتماعی در ایران و کشورهای مشابه با ایران (از نظر GDP، سرانه GDP و جمعیت) و پیشنهاد بسته جدید بیمه اجتماعی سلامت انجام گرفت.

بر اساس نتایج تحقیق، دامنه پوشش خدمات سلامت در بیمه‌های اجتماعی در کشورهای منتخب و ایران تفاوت دارد. در میان کشورهای مورد بررسی، آلمان و لهستان تقریباً پوشش‌های بیمه‌ای کامل‌تری دارند. در ایران هم اغلب و نه تمام خدمات سلامت (مراقبت‌های درمانی، توانبخشی، مراقبت‌های طولانی مدت، خدمات کمکی یا جانبی، تجهیزات و لوازم پزشکی و پیشگیری) متکی به بیمه‌های اجتماعی هستند. از سوی دیگر، میانگین سهم بیمه‌های اجتماعی از مخارج کل سلامت در دوره ۲۰۲۱-۲۰۱۶ تقریباً ۲۸ درصد محاسبه شد. در تحلیل کیفی هم معیارهای تعیین‌کننده بسته بیمه سلامت شناسایی شدند که کیفیت خدمات سلامت، ضروری بودن خدمات سلامت، تعرفه‌های درمانی و هزینه اثربخشی خدمات سلامت، ۴ معیار اول بودند. این معیارها با نتایج مطالعات کبیر و همکاران (۱۴۰۰)، حیاتی و همکاران (۲۰۱۸) و دهنویه و همکاران (۲۰۱۱) سازگار هستند اما در این مطالعه، تعداد معیارهای تعیین شده بیشتر است.

به طور کلی می‌توان گفت شمول و سطح پوشش خدمات بیمه سلامت اجتماعی به رشد جمعیت، جنسیت افراد، سن سرپرست خانوار، شروع به کار افراد، افزایش تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی، افزایش بار بیماری‌ها، تکرار یا عود بیماری‌ها، شیوع بیمارهای نوپدید و یا همه‌گیر، تقاضای القایی از سوی پزشکان و دیگر عوامل اقتصادی، اجتماعی و حتی محیطی وابسته است. در مورد خدمات سرپایی و بیماری‌های خفیف و یا نرخ شیوع پایین، از دیدگاه سازمان تامین اجتماعی و یا از جانب بیمه‌شدگان، تمایل به مطالبه خسارات درمانی با توجه به هزینه فرصت افراد، شاید مقرون به صرفه نباشد، مگر اینکه سامانه‌های الکترونیکی سلامت (نسخه نویسی، دریافت دارو و اتصال برخط با سازمان تامین اجتماعی) از قابلیت ارائه خدمات بیمه‌ای مناسب برخوردار باشند. در خصوص سیاست گذاری، باید اشاره کرد که بیمه اجتماعی سلامت باید کارآمد و واقعی باشد زیرا هدف نهایی بیمه اجتماعی سلامت، پوشش همگانی یا جامع افراد و به مفهوم دسترسی مطمئن به مراقبت‌های پایه سلامت با قیمت قابل پرداخت برای همگان است.

در رابطه با لایه‌های نظام تأمین اجتماعی، ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه، مجوز استقرار نظام جامع تأمین اجتماعی چند لایه را به فرم زیر به دولت داده است (گرگی پور، ۱۳۹۵).

لایه اول: مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی؛

لایه دوم: بیمه‌های اجتماعی پایه شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه؛

لایه سوم: بیمه‌های تکمیلی بازنشستگی و درمان.

بیمه‌های اجتماعی سلامت، عمدتاً در لایه دوم و بیمه سلامت تکمیلی در لایه سوم قرار می‌گیرند. در وضعیت آرمانی، شمول تمام خدمات درمانی (سرپایی و بستری)، تدارک تجهیزات پزشکی، خدمات تشخیص طبی، مراقبت‌های توانبخشی، مراقبت‌های دندانپزشکی، مراقبت‌های روانپزشکی و دیگر خدمات مورد اشاره در لایه بندی خدمات سلامت، منطقی بوده و در نتیجه، وضعیت بهینه، پوشش حداکثری این خدمات است. اما واقعیت‌های بودجه سازمان تأمین اجتماعی را نباید از نظر دور داشت. این سازمان علیرغم تملک بیمارستان‌ها و سهامداری شرکت‌های بزرگ دارویی و غیر دارویی با کمبود منابع مواجه است. لذا در بسته پیشنهادی بهینه به نکات زیر بایستی توجه شود:

الف- نظر به اثرات مثبت کودکان سالم در رشد و توسعه اقتصادی آتی کشور، مراقبت‌های ویژه مادران و نوزادان در مراحل بارداری مادر تا سنین رشد ۵ تا ۷ سالگی کودک با بیشترین پوشش بیمه ای دنبال شود. شرط موفقیت در این بخش، نظارت وزارت بهداشت بر پیشگیری از ارائه یا دریافت خدمات اضافی در قالب نظریه تقاضای القایی است. این پوشش بیمه‌ای، به لایه اول و حمایتی سازمان تأمین اجتماعی تعلق دارد و از اولویت بسیار زیادی در بهبود سلامت نسل‌های آتی برخوردار است.

ب- در حوزه دارویی، داروهای اساسی، حیاتی، گرانبقیمت و نیازمند تایید و تجویز پزشکان و متخصصین تحت پوشش بیمه سلامت قرار گیرند و سایر داروهای ارزان، پرمصرف و آزاد (غیر تجویزی) می‌توانند از شمول بیمه سلامت خارج شوند. حوزه دارو، در لایه‌های دوم و سوم نظام بیمه اجتماعی قرار می‌گیرد. در این حوزه، اولویت پوشش بیمه با داروهای حیاتی و ضروری و سپس داروهای مکمل و تقویتی- در صورت لزوم- است.

ج- وسایل و تجهیزات توانبخشی و فیزیوتراپی پرهزینه از جمله انواع پروتزها و اندام‌های مصنوعی که برای تداوم حیات ضرورت دارند با بیشترین سطح پوشش در دسترس بیمه شدگان قرار گیرند و ملزومات کم هزینه‌تر از جمله سمعک و عینک و اقلام مشابه با اخذ فرانشیز و با سطح پوشش کمتر مورد توجه قرار گیرند. این جزء، بخشی از لایه اول ناظر بر توانمندسازی افراد را پوشش می‌دهد. مراقبت‌های توانبخشی و فیزیوتراپی بسته به شدت و طول دوره مراقبت، از اولویت زیادی در جبران خسارات توسط بیمه‌گر اجتماعی برخوردار هستند.

د- امروزه فشارهای روانی ناشی از زندگی شهری، ترافیک، تورم، بیکاری، مشکلات اجتماعی نظیر طلاق از یک سو و عوامل وراثتی از سوی دیگر، مراقبت‌های روانپزشکی را در زمره خدمات مهم درمانی و مراقبتی قرار داده است. مخارج این مراقبت‌ها به دلیل طولانی بودن دوره درمان و تکرارشوندگی برخی از اختلالات و بیماری‌های روانی به ویژه در بخش بستری بالا است و بدون حمایت بیمه‌های اجتماعی و در مرتبه بعد بیمه‌های تکمیلی، می‌توانند کمرشکن باشند. لذا شمول و سطح پوشش خدمات مراقبت روانپزشکی مستلزم مطالعه بیشتر از نظر تعداد بیماران، طول مدت اقامت بیماران در بیمارستان‌ها، برآورد مخارج دارویی و جانبی (حمایت‌های خانوادگی، محیط کار و...) است. با توجه به لایه بندی ارائه شده، مراقبت‌های روانی-ذهنی عمدتاً در لایه سوم نظام تأمین اجتماعی جای می‌گیرند. با اینکه بیماری‌های روانی-ذهنی شیوع نسبتاً بالایی به ویژه در شهرهای بزرگ دارند، اما چون مخارج درمانی و پیگیری‌های بعدی بسیار گران تمام می‌شود، بیمه‌های پایه سلامت این بیماری‌ها را کمتر پوشش می‌دهند، اما به هر حال اولویت بالایی در پوشش بیمه دارند.

ه- بیماری‌های قلبی-عروقی و انواع سرطان‌ها از معضلات کلان بخش بهداشت و درمان هستند. مخارج سنگین شیوه‌های مختلف تشخیص بیماری‌های قلبی (تست ورزش، اکو، نوار قلب، ویزیت‌های مکرر)، خدمات آنژیوگرافی و جراحی قلب و سپس توانبخشی و در خصوص سرطان، تشخیص آزمایشگاهی، اسکن و شیوه‌های پرتودرمانی، جراحی موضعی و درمان‌های دارویی متوالی با مخارج هنگفت دارو و مراقبت همراه هستند. خدمات دیالیز در بیمارستانها نیز وضعیت مشابهی دارند. در صورتی که این مخارج با سطح پوشش بیمه بالاتر جبران نشوند، خانوارها یا افراد به زیر خط فقر پرتاب می‌شوند. این بیماری‌ها باید تحت پوشش لایه‌های اول تا سوم تأمین اجتماعی باشند.

و- خدمات تشخیصی آزمایشگاهی و تصویربرداری مختلف (انواع سی تی اسکن، MRI) و سایر موارد تشخیص بیماری بنا به ضرورت و یا به صورت القایی (در قالب نظریه SID)، بار هزینه بالایی را بر سازمان‌های بیمه‌گر سلامت اجتماعی تحمیل می‌کنند. تفکیک بین ضرورت انجام این آزمایشات و یا القایی بودن آنها، سخت بوده اما غیرممکن نیست. برای موارد ضروری این گونه خدمات، سطح پوشش، بهتر است با لحاظ نرخ تورم عمومی، تورم بخشی و تعرفه‌های مصوب در بخش سلامت کشور باشد. این خدمات نیز زیرمجموعه لایه‌های اول تا سوم تأمین اجتماعی هستند.

بر اساس کلیت نتایج تحقیق، توصیه می‌شود اولاً شمول بیمه‌های سلامت اجتماعی بر حسب اولویت بندی و درجه ضرورت خدمات مختلف درمانی و مراقبتی باشد. ثانیاً در حالت آرمانی، سطح پوشش بیمه‌ای بر اساس شاخص‌های اقتصادی کلان و بخشی بهداشت و درمان (رشد هزینه‌ها، سهم هزینه‌ها، بار مراجعات و...)، طراحی مکانیزم تفکیک خدمات ضروری و القایی و با حداکثر پوشش ممکن باشد، مشروط به اینکه منابع سازمان‌های بیمه سلامت از توان جبران مناسب هزینه‌ها برخوردار

باشند. ثالثاً در مطالعات آتی، دامنه و سهم پوشش خدمات بیمه اجتماعی بر اساس طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD^۱) بررسی شود و امکان سنجی ادغام انواع بیمه‌های سلامت (تأمین اجتماعی، بیمه سلامت ایرانیان، بیمه‌های بانک‌ها و...) از طریق مرور دقیق قوانین و مقررات بیمه‌ها و تأسیس نهادی با عنوان پیشنهادی «بیمه مرکزی سلامت ایران» (مشابه بیمه مرکزی ایران و بانک مرکزی ایران) مورد مطالعه قرار گیرد.

۱ . International Classification of Diseases (ICD)

منابع

۱. امیرپور، حیدر (۱۳۹۷). بررسی مبانی فقهی و حقوقی بیمه تکافل و مقایسه آن با عقود مشابه. دو فصلنامه علمی دانش حقوق مدنی، (۱)۷، ۱۱-۲۰.
۲. حسن زاده، علی (۱۳۹۷). آسیب شناسی نظام بیمه سلامت در ایران. بیمه سلامت ایران، (۳)۱: ۵۸-۵۰.
۳. حق پرست، حسن؛ احمدکیا دلیری، علی اصغر (۱۳۸۴). دستیابی به پوشش فراگیر از طریق بیمه اجتماعی سلامت: ویژگیهای کلیدی طراحی در دوران انتقال (نگرش تطبیقی). فصلنامه تأمین اجتماعی، (۳)۷، ۱۲۹-۱۵۹.
۴. شادپور، کامل (۱۳۸۵). اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران. مجله پژوهشی حکیم، (۳)۹: ۱-۱۸.
۵. عرب، محمد؛ کاووسی زهرا؛ روانگرد رامین؛ استوار رحیم (۱۳۹۶). نظام های بیمه سلامت. تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی، چاپ سوم.
۶. کبیر محمدجواد، حیدری علیرضا، جعفری ناهید، خطیر نامنی زهرا، هنرور محمدرضا، بهنام پور ناصر (۱۴۰۰). طراحی فرآیند تدوین و بازنگری بسته خدمات پایه سلامت ایران: یک مطالعه ترکیبی. مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۱۹ (۴): ۳۸۵-۳۹۸.
۷. گرجی پور، اسماعیل (۱۳۹۵). اسناد سیاستی نظام تأمین اجتماعی چندلایه کشور. تهران، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، چاپ اول.
۸. مجمع تشخیص مصلحت نظام (۱۴۰۱). سیاست های کلی تأمین اجتماعی در ایران. مندرج در: <https://maslahat.ir/fa/news/5532>
۹. مرادی، علیرضا؛ شکری، نعیم (۱۴۰۲). مبانی بیمه های اجتماعی سلامت در ایران: ناترازی مالی و نظام بازنشستگی، تهران، نشر نور علم، چاپ اول.
۱۰. ملکی، محمدرضا؛ کریمی، ایرج و گوهری، محمدرضا (۱۳۸۹). چالش های بیمه همگانی پایدار در ایران. فصلنامه پایش، ۹ (۲): ۱۷۳-۱۸۷.
۱۱. موسائی میثم؛ شفیعی، زینب (۱۳۹۵). عقد بیمه و تأمین اجتماعی. نشریه اقتصاد و بانکداری اسلامی، ۵ (۱۷): ۲۵۵-۳۱۰.

۱۲. نائب خسروشاهی، حمیدرضا؛ ناهیدی امیرخیز، محمدرضا؛ متفکر آزاد، محمدعلی؛ پایتختی اسکویی، سیدعلی (۱۴۰۳). بررسی تأثیر لایه های نظام تأمین اجتماعی بر عدالت اقتصادی - اسلامی با تأکید بر تکافل. پژوهشهای اقتصادی (رشد و توسعه پایدار)، ۲۴ (۳): ۲۲۹-۲۵۴.
۱۳. وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۱۴۰۲). سالنامه آماری وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی: سال ۱۴۰۱. مرکز برنامه ریزی و اطلاعات راهبردی.
14. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334.
15. Dehnavieh, R., Rashidian, A., Maleki, M., Tabibi, S. A., Ibrahimi, H., & Pour, S. N. H. (2011). Criteria for priority-setting in Iran basic health insurance package: Exploring the perceptions of health insurance experts. *Health MED*, 5(6), 1542-1548.
16. Dubey, S., Deshpande, S., Krishna, L., & Zadey, S. (2023). Evolution of Government-funded health insurance for universal health coverage in India. *The Lancet Regional Health-Southeast Asia*, 13, 100180.
17. Fried ST, Khurshid A, Tarlton D, Webb D, Gloss S, Paz C, et al. (2010). Universal health coverage: necessary but not sufficient. *Reprod Health Matters*. 2013; 21: 50-60.
18. Giedion, U., Alfonso, E. A., & Díaz, Y. (2013). The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence (pp. 1-151). Washington, DC: World Bank.
19. Glassman, A., Giedion, U., Sakuma, Y., & Smith, P. C. (2016). Defining a health benefits package: what are the necessary processes?. *Health Systems & Reform*, 2(1), 39-50.
20. Hayati, R., Bastani, P., Kabir, M.J. et al. Scoping literature review on the basic health benefit package and its determinant criteria. *Global Health* 14, 26 (2018).
21. Hayes J.A. (1992). Health care as a natural right. *Med Law*, 11(5-6):405-16.
22. Hooley, B., Afriyie, D. O., Fink, G., & Tediosi, F. (2022). Health insurance coverage in low-income and middle-income countries: progress made to date and related changes in private and public health expenditure. *BMJ global health*, 7(5), e008722.
23. <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
24. <https://khatamhospital.org/en/news.php?page=423>
25. <https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Detail/EN/1073/93113>

26. <https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Detail/EN/1073/93123>
27. https://unstats.un.org/unsd/classifications/Econ/Structure/Detail/EN/4/07_2_4
28. <https://www.emro.who.int/uhc-pbp/about/index.html>
29. <https://www.emro.who.int/uhc-pbp/about/index.html>
30. <https://www.medicareresources.org/glossary/inpatient-care/>
31. <https://www.nystateofhealth.ny.gov/>
32. <https://www.sgu.edu/blog/medical/inpatient-versus-outpatient/>
33. Inyang, U., Chukwudum, Q. C., & Edet, I. E. (2025). Financial protection effect of national social health insurance program in Nigeria: a test of difference of out-of-pocket expenditure on health care of enrollees versus non-enrollees. *African Banking and Finance Review Journal*, 20(5), 75-88.
34. Jung, J., & Tran, C. (2022). Social health insurance: A quantitative exploration. *Journal of Economic Dynamics and Control*, 139, 104374.
35. Lusianti, D., Nasrullah, M., Yusoff, R., & Setyawan, R. (2024). National Health Insurance: An Implementation Framework of Nizam Al Mulk's Social, Economic, and Political Thoughts. *International Journal of Islamic Business and Economics (IJIBEC)*, 8(1), 1-14.
36. Nomenclature of medical devices. In: <https://www.who.int/>
37. OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), *A System of Health Accounts 2011: Revised edition*, OECD Publishing, Paris. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>.
38. Polikowski, M., & Santos-Eggimann, B. (2002). How comprehensive are the basic packages of health services? An international comparison of six health insurance systems. *Journal of Health Services Research & Policy*, 7(3), 133-142.
39. Rayana Prathusa .(2022). Classification of Medical Care and It Types. *Quality in Primary Care*, Volume 30, Issue 04, 41809.
40. Sabik L.M., Lie R.K. (2008). Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *Int J Equity Health*, 7(4):1-13.
41. Satish Mishra and Manfred Huber (2019). Rehabilitation: Factsheet Sustainable Development Goals (health targets). Available at: www.euro.who.int/en/SDG-health-fact-sheets, World Health Organization.
42. Stolk, E. A., & Poley, M. J. (2005). Criteria for determining a basic health services package: recent developments in the Netherlands. *The European Journal of Health Economics*, 6, 2-7.

43. Wang, H., Switlick, K., Ortiz, C., Zurita, B., & Connor, C. (2012). Health insurance handbook: how to make it work (Vol. 219). World Bank Publications.
44. WHO (2009). A Basic Health Services Package for Iraq. Available at: https://applications.emro.who.int/dsaf/libcat/emropd_2009_109.pdf
45. WHO (2023a). Human Rights. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
46. WHO (2023b). Universal health coverage (UHC). Available at: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)).
47. World Bank (2021). UHC service coverage index. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/>
48. World Health Organization (2010) The world health report - health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization. Available: <http://www.who.int/whr/en/index.html>.
49. World Health Organization (2014). Making fair choices on the path to universal health coverage. Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage.
50. World Health Organization. (2000). The world health report 2000: health systems: improving performance. World Health Organization, 81–9.

