

تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران

علی محمد مصدق‌راد^۱، مهدیه حیدری^۲، محیا عباسی^۳، مهدی عباسی^{۴*}

چکیده

زمینه و هدف: سازمان‌های بیمه‌ی سلامت نقش مهمی در افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و محافظت مالی از آن‌ها در مقابل هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت دارند. سازمان بیمه‌ی سلامت ایران یکی از بزرگ‌ترین سازمان‌های بیمه‌ی سلامت عمومی در ایران است که با چالش‌های مالی مواجه است. هدف این پژوهش، تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است.

روش بررسی: این پژوهش کیفی به روش پدیدارشناسی تفسیری و با استفاده از مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته با ۲۵ نفر از مدیران و کارکنان سازمان بیمه‌ی سلامت ایران انجام شد. همچنین، اسناد مرتبط و داده‌های عملکردی این سازمان جمع‌آوری و تحلیل شدند. از روش تحلیل موضوعی برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته‌ها: تعداد ۱۹ قوت، ۲۴ ضعف، ۱۴ فرصت، ۳۷ تهدید و ۴۳ راهکار برای نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران شناسایی شد. افزایش پوشش جمعیتی و خدمتی بیمه‌ی سلامت، کاهش پرداخت از جیب مردم و نسخه‌نویسی الکترونیک از مهم‌ترین نقاط قوت؛ و ناپایداری منابع مالی، تجمع نامناسب منابع مالی، هزینه‌های اداری زیاد و تأخیر در پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت از مهم‌ترین نقاط ضعف سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بود. سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با فرصت‌هایی مثل حمایت دولت از پوشش همگانی سلامت و تأکید بر پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، حمایت قوانین از تجمع صندوق‌های بیمه‌ای سلامت و اجرای برنامه پزشکی خانواده در کشور و با تهدیدهایی چون تغییر الگوی جمعیتی و اپیدمیولوژیک کشور، عدم اجرای صحیح نظام سطح‌بندی خدمات سلامت و غیرواقعی بودن حق بیمه‌های سلامت مواجه است. راهکارهایی مانند افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، تجمع کارکردی صندوق‌های بیمه سلامت پایه، کاهش بروکراسی، افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی و اصلاح نظام پایش و ارزیابی برای تقویت نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران ارایه شد.

نتیجه‌گیری: سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با چالش‌های ساختاری، بافتاری و فرایندی متعددی مواجه است که نظام تأمین مالی آن را با اختلال مواجه ساخته است. کاهش درآمدها، افزایش هزینه‌ها و کاهش کارایی، عملکرد تأمین مالی این سازمان را دچار مشکل کرده است. شناخت نقاط ضعف و چالش‌های نظام تأمین مالی و به‌کارگیری مداخلات اصلاحی، اولین گام در تقویت پایداری تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است.

واژه‌های کلیدی: بیمه‌ی سلامت، سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، تأمین مالی سلامت، تحلیل استراتژیک

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۷/۱۹

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۳/۶

* نویسنده مسئول:

مهدی عباسی:

مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت تهران

Email:

Abbasim1@medsab.ac.ir

۱ استاد گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۲ استادیار گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

۳ دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

۴ دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت، تهران، ایران

مقدمه

هزینه‌ی کل سلامت مردم دنیا در سال ۲۰۲۱ میلادی، حدود ۹/۸ تریلیون دلار آمریکا و برابر با ۱۰/۳ درصد تولید ناخالص داخلی جهان بود. به ترتیب، ۶۳، ۳۶/۷ و ۰/۳ درصد این مخارج توسط منابع عمومی، خصوصی و خیریه تأمین شد. حدود ۷۹/۵ درصد هزینه‌های جهانی سلامت مربوط به کشورهای با درآمد بالا بود که کم‌تر از ۱۶ درصد جمعیت جهان را دارند. به ترتیب حدود ۱۶/۵، ۳/۸ و ۰/۲ درصد کل هزینه‌های سلامت جهان در کشورهای با درآمد متوسط بالا، کشورهای با درآمد متوسط پایین و کشورهای کم‌درآمد صورت می‌گیرد. بیمارستان‌ها مسئول حدود ۴۰ درصد، مراکز مراقبت‌های سرپایی مسئول ۱۹ تا ۲۴ درصد و داروخانه‌ها مسئول ۱۶ تا ۲۳ درصد کل هزینه‌های سلامت جهان بودند (۱).

سرانه‌ی هزینه‌ی سلامت مردم دنیا در سال ۲۰۲۰ میلادی برابر با ۱۱۷۵ دلار آمریکا بود (۲). این میزان به ترتیب ۴۵، ۱۴۶، ۵۳۱ و ۴۰۰۱ دلار آمریکا در کشورهای کم‌درآمد، با درآمد متوسط پایین، با درآمد متوسط بالا و پردرآمد در سال ۲۰۲۱ میلادی بود. به عبارتی، متوسط سرانه‌ی هزینه‌ی سلامت در کشورهای با درآمد بالا تقریباً ۸ برابر کشورهای با درآمد متوسط بالا، ۲۷ برابر کشورهای با درآمد متوسط پایین و ۸۹ برابر کشورهای کم‌درآمد بود. حدود ۳۹ درصد جمعیت جهان در کشورهایی با سرانه‌ی هزینه‌ی سلامت کمتر از ۱۰۰ دلار زندگی می‌کنند (۱).

مخارج سلامت حدود ۵/۸ درصد تولید ناخالص داخلی ایران را در سال ۲۰۲۱ میلادی تشکیل داد. سرانه تولیه ناخالص داخلی و سرانه‌ی هزینه‌ی سلامت مردم ایران به ترتیب ۶۸۰۳ و ۳۹۳ دلار آمریکا در این سال بود. بخش عمومی و خصوصی به ترتیب مسئول تأمین ۵۵/۲ و ۴۴/۸ درصد هزینه‌های سلامت کشور بودند. پرداخت مستقیم از جیب مردم حدود ۳۴/۵ درصد کل هزینه‌های سلامت را تشکیل می‌داد (۳). سرعت افزایش هزینه‌های سلامت در ایران از رشد تولید ناخالص داخلی کشور بیشتر است. در نتیجه، سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی و به دنبال آن، سهم هزینه‌های سلامت از بودجه عمومی دولت کاهش یافته است و میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم کشور افزایش یافته است.

هزینه‌های سلامت در دو دهه‌ی گذشته افزایش چشمگیری داشته است. افزایش جمعیت، افزایش امید به زندگی، سالمندی جمعیت، افزایش بیماری‌های

مزمن، مصرف الکل و دخانیات، رشد تولید ناخالص داخلی، توسعه‌ی بیمه‌های سلامت، پیشرفت علم و فناوری‌های پزشکی، قیمت بالای خدمات سلامت و افزایش تقاضای مردم برای خدمات سلامت با کیفیت موجب افزایش هزینه‌های نظام سلامت شده است (۴). بنابراین، تأمین مالی پایدار خدمات سلامت مورد نیاز مردم چالش مهم سیاست‌گذاران و مدیران ارشد نظام سلامت است.

تأمین مالی سلامت یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت است که با بهبود پوشش خدمات مؤثر و حفاظت مالی، دستیابی به هدف پوشش همگانی سلامت را ممکن می‌کند. نظام تأمین مالی سلامت «فرایند جمع‌آوری، تجمیع و مدیریت منابع مالی و خرید خدمات سلامت با هدف تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی مردم و حمایت مالی از آن‌ها در مقابل هزینه‌های سلامت است» (۵). بسیج (Mobilization)، تجمیع (Accumulation) و تخصیص (Allocation) پول برای تأمین خدمات سلامت مورد نیاز مردم سه وظیفه‌ی اصلی نظام تأمین مالی سلامت است (۶). کارکرد جمع‌آوری منابع مالی شامل اخذ پول از منابع عمومی و خصوصی مثل مالیات عمومی، بیمه‌ی سلامت اجتماعی، بیمه‌ی سلامت خصوصی، حساب پس‌انداز سلامت، کمک‌های خیریه و پرداخت مستقیم از جیب مردم است. کارکرد تجمیع مالی شامل انباشت و مدیریت منابع مالی به منظور محافظت از مردم در برابر هزینه‌های بسیار زیاد و غیرقابل پیش‌بینی سلامت است. در نهایت، کارکرد خرید خدمات سلامت شامل تخصیص درآمدهای جمع‌آوری و تجمیع شده برای خرید خدمات سلامت از ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است (۷).

نظام تأمین مالی سلامت ایران با چالش‌هایی مواجه است و از تاب‌آوری کافی برخوردار نیست. تأمین مالی نزولی، پرداخت بالای مردم از جیب، تعدد صندوق‌های بیمه‌ی سلامت، عدم شفافیت در تعرفه‌گذاری خدمات سلامت، نظام پرداخت کارانه، تقاضای القایی، کارایی پایین مراکز بهداشتی و درمانی و افزایش هزینه‌های سلامت، مهم‌ترین چالش‌های نظام تأمین مالی سلامت ایران است. افزایش منابع مالی سلامت از طریق پیش‌پرداخت‌ها، یکسان‌سازی ساختاری و سیاستی بیمه‌های سلامت، اصلاح تعرفه‌ی خدمات سلامت، خرید راهبردی خدمات سلامت، افزایش کارایی نظام سلامت، استفاده از فناوری‌های پزشکی هزینه- اثربخش، به‌کارگیری راهنماهای بالینی، بهبود کیفیت خدمات سلامت و نظارت سازمان‌های بیمه‌ی سلامت بر کیفیت خدمات سلامت برای تقویت نظام تأمین مالی سلامت کشور ضروری هستند (۸ و ۹).

سازمان‌های بیمه‌ی سلامت نقش مهمی در افزایش دسترسی مردم به خدمات

سلامت و محافظت مالی از آن‌ها در مقابل هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت دارند. هزینه‌ی زیاد خدمات سلامت و عدم اطمینان مشتری خدمات سلامت از زمان بروز بیماری یا حادثه موجب تقاضا برای بیمه سلامت می‌شود. بیمه، قراردادی است که به موجب آن یک طرف (بیمه‌گر) تعهد می‌کند، در ازای پرداخت وجهی (حق بیمه) از طرف دیگر (بیمه‌گذار) در صورت وقوع حادثه، خسارت وارده بر او را جبران کرده یا وجه معینی بپردازد (۱۰). با استفاده از بیمه، ریسک زیان از یک فرد در قبال پرداخت مبلغی مشخص، به فرد یا سازمان دیگر منتقل می‌شود.

تقویت بیمه‌های اجتماعی و خصوصی سلامت در ایران موجب افزایش پایداری نظام تأمین مالی سلامت کشور می‌شود. سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح، بیمه‌های سلامت عمومی پایه در ایران هستند. علاوه بر این، شرکت‌های بیمه‌ی سلامت خصوصی مثل البرز، آسیا، ایران، دانا، دی، سامان، کارآفرین و ملت نیز خدمات بیمه تکمیلی سلامت را ارائه می‌دهند (۷). ولیکن، سهم آن‌ها از مخارج سلامت کشور بسیار کم است. دولت باید با به‌کارگیری برنامه‌های حمایتی و تشویقی از ظرفیت شرکت‌های بیمه‌ی سلامت خصوصی به‌عنوان بیمه‌ی سلامت جایگزین برای پوشش خدمات سلامت مورد نیاز ثروتمندان استفاده کند تا ظرفیت سازمان‌های بیمه‌ی سلامت اجتماعی برای پوشش بیشتر خدمات مورد نیاز فقرا آزاد شود. بیمه‌ی سلامت خصوصی در صورت مدیریت صحیح و تطبیق با نیازها و ترجیحات مردم محلی، گزینه‌ی مناسبی برای تکمیل روش‌های موجود تأمین مالی نظام سلامت است (۱۱).

سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با نام سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۴ به‌منظور تأمین بیمه‌ی سلامت کارکنان دولت، روستاییان و سایر گروه‌های اجتماعی تأسیس شد. مجموع بیمه‌شدگان سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در سال ۱۴۰۲ برابر با ۴۲,۲۲۹,۲۱۶ نفر بود که به‌ترتیب ۱۲/۱، ۴۷/۶، ۳۳/۴، ۰/۵ و ۴/۶ درصد آن مربوط به بیمه‌شدگان صندوق‌های کارکنان دولت، روستاییان، همگانی، ایرانیان و سایر اقشار بود (۱۲).

سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در سال‌های اخیر با چالش‌های مالی مواجه بوده است. به‌عنوان مثال، هزینه‌های درمان کل بیمه‌شدگان سازمان در سال ۱۴۰۰ حدود ۶۱/۵ درصد نسبت به سال ۱۳۹۹ افزایش یافت. هزینه‌های درمان سازمان به‌ترتیب در صندوق‌های کارکنان دولت، روستاییان، همگانی، ایرانیان و سایر اقشار نسبت به سال ۱۳۹۹ حدود ۵۸/۴، ۶۶/۹، ۱۱۲/۷، ۲۶/۳- و ۵۵/۵ درصد

افزایش یافت. بار مراجعه‌ی بیمه‌شدگان به مراکز طرف قرارداد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در سال ۱۴۰۰ حدود ۱۰/۲ درصد نسبت به سال ۱۳۹۹ افزایش داشته است. این رشد برای صندوق‌های کارکنان دولت، روستاییان، همگانی، ایرانیان و سایر اقشار به‌ترتیب برابر با ۱۲/۴، ۱۴/۸، ۲۹/۲، ۴۱/۷- و ۱/۳ درصد بود. در حالی که، کل اعتبارات سال ۱۴۰۰ سازمان برابر با ۱۷۶,۳۹۵,۲۱۵ میلیون ریال بود که حدود ۳۴/۲ درصد نسبت به اعتبارات سال ۱۳۹۹ افزایش داشت (۱۳). تبیین قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران می‌تواند منجر به شناسایی راهکارهای تقویت نظام تأمین مالی این سازمان شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران و شناسایی راهکارهای تقویت نظام تأمین مالی آن انجام شد. یافته‌های پژوهش اطلاعات ارزشمندی را در اختیار مدیران ارشد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به‌منظور اصلاح نظام تأمین مالی سازمان قرار می‌دهد.

روش بررسی

این پژوهش کیفی با روش پدیدارشناسی تفسیری (Interpretive phenomenology) انجام شد. پدیدارشناسی، روش مناسبی برای بررسی، تفسیر و تحلیل یک رویداد، فعالیت، فرایند و پدیده در دنیای واقعی با استفاده از تجربه‌ی زیسته‌ی انسان‌هاست (۱۴). در پدیدارشناسی، ادراک، احساس، تجربه، تفسیر و قضاوت افراد در مورد پدیده‌ی مورد نظر (واقعیت‌ها، موقعیت‌ها، فرایندها، فعالیت‌ها، مفاهیم و تجارب) به‌صورت هدفمند، نظام‌مند، علمی و عینی مورد مطالعه قرار می‌گیرد (۱۵). پدیدارشناسی تفسیری به‌دنبال به دست آوردن درک عمیق‌تر از تجربه‌ی ذهنی افراد از یک پدیده است. این روش برای بررسی موضوعات پیچیده، مبهم و پر احساس مفید است. پدیدارشناسی تفسیری شامل سه مرحله درک اولیه موضوع مورد بررسی، انجام مطالعه و جمع‌آوری اطلاعات، و تامل و تفکر روی داده‌هاست (۱۶). بنابراین، در این مطالعه از پدیدارشناسی تفسیری برای شناسایی، تبیین و تفسیر قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها و تهدیدهای نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با استفاده از تجربه‌ی زیسته‌ی مدیران و کارکنان این سازمان استفاده شد.

در پدیدارشناسی از مصاحبه، بررسی اسناد، مشاهده ویدیوها و بازدید از مکان‌ها و رویدادها برای فهم دقیق‌تر پدیده‌ها استفاده می‌شود (۱۷). در این پژوهش از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، اسناد و داده‌های عملکردی آرشیوی



برای جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات استفاده شد. از نمونه‌گیری مبتنی بر هدف برای انجام مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. در این روش نمونه‌گیری، نمونه‌هایی انتخاب می‌شوند که بیشترین اطلاعات را در زمینه‌ی موضوع پژوهش داشته باشند. معیار ورود به مطالعه شامل مدیران ارشد، میانی و عملیاتی و کارشناسان سازمان بیمه‌ی سلامت ایران و ادارات استانی آن با حداقل ۵ سال سابقه‌ی کاری و دارای دانش و تجربه‌ی کافی در زمینه‌ی نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بودند. همچنین، از روش گلوله برفی برای افزایش تعداد مصاحبه‌شوندگان دارای شرایط پژوهش استفاده شد. در این روش بعد از پایان هر مصاحبه از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا افراد دارای اطلاعات زیاد در این حوزه را به تیم پژوهش معرفی کنند.

از فرم راهنمای مصاحبه‌ی نیمه‌ساختاریافته برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش استفاده شد. از نظرات متخصصان حوزه‌ی بیمه سلامت و مرور متون برای توسعه‌ی راهنمای مصاحبه استفاده شد. مصاحبه‌ها تا زمان اشباع داده‌ها ادامه یافت (۲۵ مصاحبه). بیشتر مصاحبه‌شوندگان مرد (۸۰٪) و با تحصیلات

کارشناسی (۵۲٪) بودند. مصاحبه‌ها از طریق ضبط صدا و یادداشت‌برداری ثبت شد. از حرف P برای نشان دادن مصاحبه‌شوندگان در این مقاله استفاده شد. علاوه بر این، از تحلیل اسناد و گزارش‌های عملکردی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران برای تقویت یافته‌های پژوهش استفاده شد. تکنیک مثلث‌سازی (Triangulation) یا ترکیب چند روش جمع‌آوری داده‌های پژوهش در مطالعه یک پدیده منجر به افزایش اعتبار یافته‌های پژوهش می‌شود. پژوهشگر با بررسی اطلاعات جمع‌آوری شده از طریق روش‌های مختلف، می‌تواند یافته‌ها را در میان مجموعه‌های داده تأیید کند و در نتیجه تأثیر سوگیری‌های بالقوه‌ی مطالعه را کاهش دهد.

تحلیل اسناد یک روش نظام‌مند پژوهشی کیفی برای بررسی یا ارزیابی اسناد چاپی و الکترونیکی است که داده‌ها به منظور استخراج معنا، به دست آوردن درک و توسعه‌ی دانش، بررسی و تفسیر می‌شوند. اسناد، حاوی متن (کلمات) و تصاویری است که بدون دخالت پژوهشگر ثبت شده است (۱۸). در این مطالعه تعداد ۲۳ سند تحلیل شد (جدول ۱).

جدول ۱: اسناد بررسی شده در این مطالعه

ردیف	عنوان سند	سال انتشار	انتشارات	کد
۱	چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۱۴۰۴ هجری شمسی	۱۳۸۲	مجمع تشخیص مصلحت نظام	D 1
۲	شاخص‌های سیمای سلامت در جمهوری اسلامی ایران	۱۳۸۸	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	D 2
۳	قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران	۱۳۸۹	مجلس شورای اسلامی	D 3
۴	نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر الگوی اسلامی- ایرانی پیشرفت	۱۳۹۱	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	D 4
۵	سیاست‌های کلی سلامت	۱۳۹۳	انتشارات آثار مقام معظم رهبری	D 5
۶	نظام سلامت و بیمه در کشورهای منتخب	۱۳۹۵	موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی	D 6
۷	سیاست‌های کلی برنامه‌ی ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی	۱۳۹۴	مجمع تشخیص مصلحت نظام	D 7
۸	نگاهی بر عملکرد سازمان بیمه‌ی سلامت در سال‌های ۱۳۹۶-۱۳۹۲	۱۳۹۶	مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی	D 8
۹	دیده‌بانی نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران	۱۳۹۶	موسسه ملی تحقیقات سلامت	D 9
۱۰	قانون برنامه پنج‌ساله ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران	۱۳۹۶	مجلس شورای اسلامی	D 10
۱۱	گزارش کارشناسی متولیان و ارزیاب‌دهنده‌های مراقبت‌های سلامت در ایران و نظام‌های سلامت برتر دنیا	۱۳۹۷	موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی	D 11
۱۲	پوشش بیمه پایه سلامت قبل و بعد از اجرای بیمه همگانی سلامت و طرح تحول نظام سلامت	۱۳۹۸	موسسه ملی تحقیقات سلامت	D 12
۱۳	جمع‌آوری درآمدها و مکانیسم‌های آن	۱۳۹۸	مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	D 13
۱۴	تأمین مالی نظام سلامت راهنمای سازمان بهداشت جهانی	۱۳۹۸	مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	D 14
۱۵	پوشش همگانی سلامت در ایران	۱۳۹۸	موسسه ملی تحقیقات سلامت	D 15

D 16	مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	۱۳۹۸	بررسی جایگاه تأمین مالی و بیمه‌ی سلامت ایران در مقایسه با کشورهای منطقه	۱۶
D 17	مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	۱۳۹۸	مروری بر تجارب تأمین مالی سلامت کشورها در بحران‌های اقتصادی، پاسخ‌های سیاستی	۱۷
D 18	مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	۱۳۹۹	نظام سلامت و بیمه‌ی سلامت از منظر پوشش همگانی سلامت در ایران و جهان	۱۸
D 19	مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	۱۳۹۹	تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران	۱۹
D 20	مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	۱۳۹۹	روش‌های تأمین مالی سلامت اپیدمی‌ها و پاندمی‌ها	۲۰
D 21	فرهنگستان علوم پزشکی و مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت	۱۳۹۸	تأمین مالی پایدار بخش سلامت	۲۱
D 22	موسسه ملی تحقیقات سلامت	۱۳۹۹	سیاست‌های تأمین منابع سلامت در زمینه اقتصاد کلان، مالی و تأمین مالی	۲۲
D 23	مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی	۱۳۹۹	بررسی لایحه بودجه سال ۱۴۰۰ کل کشور، وضعیت منابع و مصارف بیمه‌ی سلامت ایران و پیشنهادهایی برای بهبود عملکرد	۲۳

و خصوصی معتبر در ایران، انتشار در بازه زمانی مطالعه، اسناد به زبان فارسی و اسناد مرتبط با تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بود (جدول ۱).

از فرم استخراج داده شامل عنوان، سطح، نوع، ناشر و تاریخ انتشار سند و قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها، تهدیدها و راهکارهای تقویت نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، برای استخراج نتایج حاصل از تحلیل اسناد استفاده شد. از حرف D برای نشان دادن اسناد در این مقاله استفاده شد. داده‌های عملکردی نیز، پس از انجام هماهنگی با مرکز تحقیقات بیمه‌ی سلامت ایران، در اختیار تیم پژوهش قرار گرفت (جدول ۲). از حرف I برای نشان دادن داده‌های عملکردی در این مقاله استفاده شد.

از وب‌سایت نهادهایی مثل سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، مرکز آمار ایران، مرکز پژوهش‌های مجلس، وزارت بهداشت، فرهنگستان علوم پزشکی، مرکز تحقیقات بیمه‌ی سلامت، موسسه ملی تحقیقات سلامت، پژوهشکده بیمه، موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و همچنین، موتور جستجوی گوگل برای جستجوی اسناد مرتبط با نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران استفاده شد. جستجوی اسناد در بازه زمانی سال‌های ۱۳۷۴ تا ۱۴۰۱ و با استفاده از کلیدواژه‌های بیمه‌ی سلامت، تأمین مالی، جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت انجام شد. مطالعه‌ی اسناد توسط تیم سه نفره انجام و موارد غیرمرتبط حذف شد. معیار ورود اسناد شامل اسناد انتشار یافته توسط سازمان‌های دولتی

جدول ۲: داده‌های عملکردی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران

ردیف	داده‌های عملکردی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران	بازه زمانی	ناشر
۱	سالنامه آماری سازمان بیمه‌ی سلامت؛ شاخص‌های هزینه‌ای	۱۳۹۰-۱۳۹۸	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۲	سالنامه آماری سازمان بیمه‌ی سلامت؛ شاخص‌های تجویز خدمت، دارو و پاراکلینیک	۱۳۹۰-۱۳۹۸	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۳	سالنامه آماری سازمان بیمه‌ی سلامت؛ شاخص‌های دسترسی بیمه‌شدگان و نظارت بر مراکز	۱۳۹۰-۱۳۹۸	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۴	سالنامه آماری سازمان بیمه‌ی سلامت؛ سیر هزینه‌های درمان	۱۳۹۰-۱۳۹۸	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۵	سالنامه آماری سازمان بیمه‌ی سلامت؛ عملکرد سطح یک روستاییان	۱۳۹۰-۱۳۹۸	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۶	سالنامه آماری سازمان بیمه‌ی سلامت؛ عملکرد ادارات کل استانی	۱۳۹۰-۱۳۹۸	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۷	سالنامه آماری سال ۱۳۹۹ سازمان بیمه‌ی سلامت ایران	۱۳۹۹	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۸	سالنامه آماری سال ۱۴۰۰ سازمان بیمه‌ی سلامت ایران	۱۴۰۰	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۹	جمعیت زیرپوشش سازمان بیمه‌ی سلامت ایران	۱۳۹۰-۱۴۰۰	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۱۰	گزارش عملکرد اداره کل امور مالی در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰	۱۴۰۱	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۱۱	گزارش برنامه‌های دفتر خدمات عمومی سلامت	۱۴۰۱	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران
۱۲	گزارش برنامه‌های تحقیق‌یافته اداره کل بیمه‌گری و درآمد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران	۱۴۰۱	سازمان بیمه‌ی سلامت ایران



اقداماتی مانند انجام مصاحبه‌های آزمایشی، نمونه‌گیری متنوع، صرف زمان کافی برای انجام مصاحبه‌ها، بررسی زوایای مختلف موضوع پژوهش، جمع‌آوری هرچه بیشتر اطلاعات، تحلیل و بررسی دایم اطلاعات به‌دست آمده، ارسال یافته‌ها برای تعدادی از مصاحبه‌شوندگان و استفاده از نظرات تکمیلی آن‌ها و تبادل نظر تیم پژوهش با استادان و خبرگان حوزه‌ی تأمین مالی نظام سلامت برای افزایش میزان اعتبار و تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش به‌کار گرفته شد.

از روش تحلیل موضوعی (Clarke و Braun (Thematic analysis) شامل مراحل آشنایی با داده‌ها، شناسایی کدهای اولیه، شناسایی تم‌ها، مرور تم‌ها، تعریف تم‌ها و تهیه گزارش با استفاده از نرم‌افزار Atlas.ti برای تحلیل داده‌های کیفی این پژوهش استفاده شد (۱۹). کلیه ملاحظات اخلاقی نظیر اخذ کد اخلاق، اخذ رضایت آگاهانه، آزاد بودن افراد نسبت به شرکت در مصاحبه،

کسب اجازه برای ضبط صدا، محرمانه تلقی کردن اطلاعات شخصی آن‌ها و عدم دخالت نظرات شخصی پژوهشگر در مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها در این پژوهش رعایت شد.

یافته‌ها

تعداد ۱۹ قوت، ۲۴ ضعف، ۱۴ فرصت و ۳۷ تهدید برای نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران شناسایی شد. همچنین، تعداد ۴۳ راهکار برای تقویت آن ارایه شد. یافته‌ها در سه دسته‌ی کلی جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت طبقه‌بندی شد.

• جمع‌آوری منابع مالی سلامت

در جدول ۳، نتایج تحلیل استراتژیک عملکرد نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران در بعد جمع‌آوری منابع مالی آورده شده است.

جدول ۳: تحلیل استراتژیک عملکرد نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در بُعد جمع‌آوری منابع مالی

حوزه تحلیل	موارد شناسایی شده
قوت‌ها	کاهش پرداخت از جیب مردم؛ افزایش پوشش بیمه‌ی سلامت مردم؛ حذف دفترچه‌های بیمه‌ی سلامت کاغذی؛ الکترونیکی نمودن برخی از فرایندهای اداری و مالی؛ حمایت از پژوهش‌های کاربردی مرتبط با جمع‌آوری منابع مالی؛ و بهبود شفافیت مالی
ضعف‌ها	ناترازی درآمد و هزینه‌ی سازمان؛ ناپایداری منابع مالی؛ استفاده‌ی محدود از شواهد در تصمیم‌گیری‌ها؛ هزینه‌ی اداری بالا؛ عدم‌استفاده از روش‌های نوین جمع‌آوری منابع مالی؛ ارتباطات برون‌بخشی ضعیف؛ انتشار دیرنگام و ناقص داده‌های عملکردی؛ مشخص نبودن مکانیسم وصول مطالبات سازمان؛ و ضمانت ناکافی روش‌های وصول حق بیمه
فرصت‌ها	جمعیت بالای زیرپوشش بیمه‌ی سلامت؛ حمایت دولت از پوشش همگانی سلامت در کشور؛ حمایت قوانین بالادستی؛ بهبود نظام مالیاتی کشور؛ و حرکت به سمت دولت الکترونیک
تهدیدها	ثبات سیاسی کم؛ مشکلات اقتصادی کشور و مردم؛ کاهش منابع مالی دولت؛ سهم کم بیمه‌ی سلامت از بودجه عمومی دولت؛ چندپارچگی سیاست‌ها؛ نقش کم‌رنگ سازمان‌های بیمه‌ای سلامت در شورای عالی بیمه‌ی سلامت؛ اجرای ناقص پرونده الکترونیک سلامت، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات سلامت؛ غیرواقعی بودن حق بیمه‌های سلامت؛ تغییرات متعدد سیاست‌های اقتصادی دولت؛ ناپایداری شرایط اقتصادی کشور؛ تعارض منافع در سیاست‌گذاری سلامت؛ اجرای نامناسب هدفمندی یارانه‌ها؛ تغییرات جمعیتی کشور؛ تغییر الگوی اپیدمیولوژیک بیماری‌ها در کشور؛ عدم شایسته‌سالاری در مدیریت نظام سلامت؛ فرهنگ مصرف‌گرایی در جامعه؛ دانش و مهارت ناکافی مدیران نظام سلامت؛ و تصمیمات بدون پشتوانه علمی در سطح کلان کشور
راهکارها	الزام قانونی دولت به تخصیص کامل بودجه‌ی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران؛ اصلاح نظام مالیاتی کشور؛ افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی؛ تقویت مشارکت بخش خصوصی و عمومی در تأمین منابع مالی سلامت؛ سازماندهی کمک‌های خیرین در حوزه‌ی سلامت؛ تعیین حق بیمه‌ی سلامت مبتنی بر توان افراد و به‌صورت تصاعدی؛ ارزیابی فناوری‌های سلامت؛ تفکیک هزینه‌های جاری سازمان بیمه‌ی سلامت ایران از سهم دولت؛ کاهش بروکراسی؛ کاهش فساد اداری؛ شفافیت در حوزه‌های اداری و سیاست‌گذاری؛ تمرکززدایی؛ استفاده از روش‌های نوین درآمدزایی مانند جذب منابع مالی از نهادهای خدمات عمومی؛ اخذ مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان؛ اخذ مالیات بر کالاهای لوکس؛ هدایت موفقات به سمت بیمه‌ی سلامت؛ جذب کمک‌های بین‌المللی؛ تعریف بسته خدمات به‌صورت چندلایه؛ و تعریف داشبورد مدیریتی و اطلاعاتی

شناسایی شد. کاهش پرداخت از جیب مردم یکی از مهم‌ترین نقاط قوت وظیفه جمع‌آوری منابع مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بود. مصاحبه‌شونده‌ای چنین گفت: «فعالیت‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران مستقیم و غیرمستقیم موجب

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در کارکرد جمع‌آوری منابع مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، تعداد ۶ قوت، ۹ ضعف، ۵ فرصت و ۱۸ تهدید شناسایی شد. تعداد ۲۰ راهکار برای تقویت این کارکرد نظام تأمین مالی بیمه‌ی سلامت ایران

کاهش نسبی پرداخت از جیب مردم شده است. این موضوع، به‌طور مستقیم با گسترش جمعیت زیر پوشش سازمان و به‌طور غیرمستقیم با اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری/اتفاق افتاده است. در واقع با مشارکت این سازمان در برنامه پزشکی خانواده شهری، افراد برای دریافت خدمات ویزیت پزشک خانواده و متخصص و خدمات دارویی، هزینه‌ی بسیار کم‌تری می‌پردازند» (P12).

یکی دیگر از نقاط قوت سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، حذف دفترچه‌های کاغذی و الکترونیکی کردن برخی از فرایندهای مالی است. یکی از کارشناسان سازمان معتقد بود: «در سال‌های اخیر، سازمان بیمه‌ی سلامت ایران سرمایه‌گذاری زیادی برای الکترونیکی کردن برخی از فرایندها داشت. الکترونیکی نمودن برخی

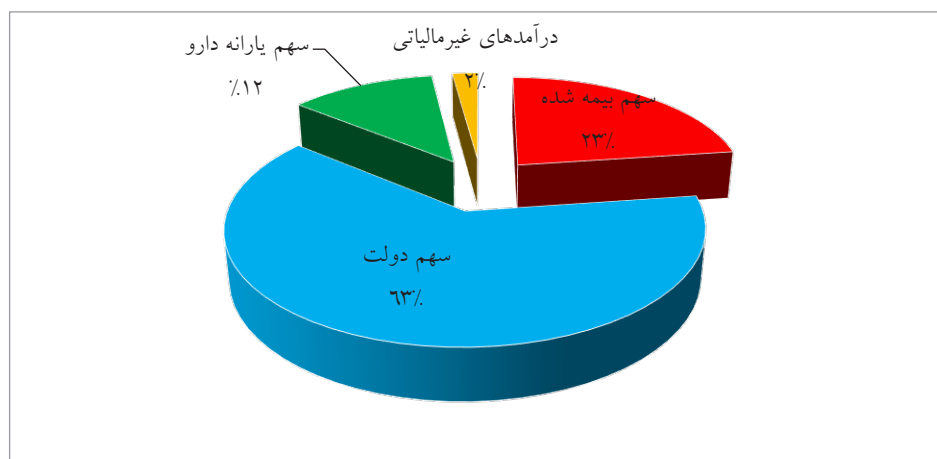
از فرایندهای مالی و حسابداری، حذف دفترچه‌های کاغذی و اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک از مهم‌ترین این موارد بوده است. حذف دفترچه‌های بیمه‌ی سلامت موجب صرفه‌جویی زیادی در هزینه‌های سازمان بیمه شده است که می‌تواند الگوی خوبی برای الکترونیکی کردن دیگر فرایندهای سازمان باشد» (P25). یکی از مدیران ارشد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران نیز، معتقد بود که «سلامت الکترونیک یک زیرساخت اساسی برای اجرای سایر برنامه‌های مهم نظام سلامت مثل پزشکی خانواده و نظام ارجاع است که بر موفقیت یا شکست این برنامه‌ها تأثیر می‌گذارد» (P01). در جدول ۴، محل تأمین منابع مالی سازمان بیمه سلامت ایران به تفکیک وضعیت ذکر شده است.

جدول ۴: وضعیت پایداری منابع درآمد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران

وضعیت	محل تأمین منابع مالی
پایدار	حق بیمه‌های دریافتی
ناپایدار	کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی
ناپایدار	منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها
ناپایدار	وجوه حاصل از خسارات، جرایم و جزاهای نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه‌ها
پایدار	درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه‌شدگان
----	منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی
ناپایدار	منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید
ناپایدار	منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی
ناپایدار	سایر درآمدهای متفرقه

پایداری لازم برخوردار نیست. در این میان، حق بیمه‌های دریافتی، پایدارترین روش محسوب می‌شود (جدول ۴). سهم هرکدام از منابع درآمدی سازمان در شکل ۱ نشان داده شده است.

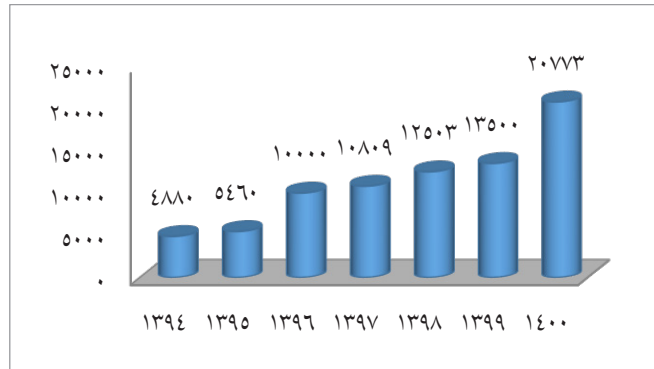
سازمان بیمه‌ی سلامت ایران دارای نقاط ضعفی در زمینه جمع‌آوری منابع مالی است که مهم‌ترین آن‌ها ناپایداری منابع مالی و هزینه‌ی بالای سازمان است. بخش عمده‌ای از روش‌های تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران از



شکل ۱: سهم منابع درآمدی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران از کل درآمدهای سازمان در سال ۱۳۹۸

بر اساس شکل ۱، بیش از ۶۰ درصد منابع مالی سازمان در سال ۱۳۹۸ از محل پرداخت‌های دولتی تأمین شده است (۱۶). سهم بیمه شده (۲۳ درصد) و سهم یارانه دارو (۱۲ درصد) در جایگاه بعدی قرار

داشتند. این سازمان، دارای ردیف اعتباری مجزا در قوانین بودجه کشور است (D۲۲). در شکل ۲ اعتبارات سازمان از قوانین بودجه کشور آورده شده است.



شکل ۲: اعتبارات سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در قوانین بودجه سنواتی (۱۳۹۹-۱۳۹۴) و لایحه بودجه ۱۴۰۰

مطابق شکل ۲، از سال ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۰، اعتبارات سازمان در بودجه تقریباً پنج برابر شده است. با این حال، تعیین سهم سازمان در قوانین بودجه و وصول اعتبارات تعیین شده چالش عمده‌ی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بوده است. یکی از مدیران ارشد سازمان بیمه‌ی سلامت معتقد بود: «در حال حاضر بودجه سازمان بر اساس عملکرد سال قبل تعیین می‌شود. در سال قبل همچون بودجه غیرواقعی بوده، یک سری خدمات را بیمه مجبور شده از بسته خدمات حذف کند. این موضوع باعث می‌شود که هر سال هم کسری بودجه و هم کاهش کیفیت و کمیت خدمات اتفاق بیفتد» (P۰۲). علاوه بر این، اشتباه محاسباتی نیز در تعیین سهم دولت وجود دارد. یکی دیگر از مدیران ارشد سازمان معتقد بود: «گاهی دولت در محاسبه‌ی حق بیمه‌ها دچار کم شماری می‌شود. مثلاً در محاسبه‌ی حق بیمه‌ی یک نهاد دولتی، ۷۰۰ میلیارد به سازمان واریز می‌شود. وقتی تعداد بیمه‌شدگان آن سازمان را در حق بیمه‌ی اعلامی دولت ضرب می‌کنیم، می‌بینیم که باید ۱۲۰۰ میلیارد واریز می‌شده است. یعنی ردیف بودجه‌ای مصوب حتی اگر صد درصد هم پرداخت شود، گاهی دچار مشکل است» (P۰۳).

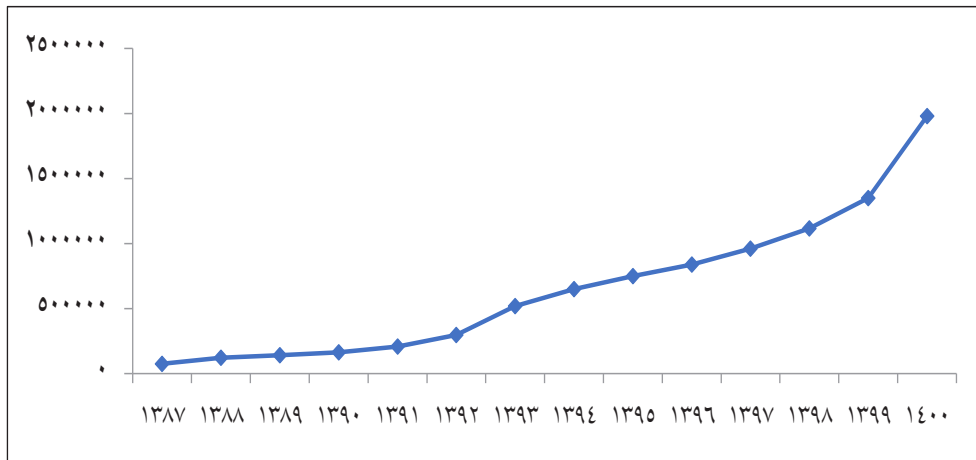
راهکارهایی مثل الزام قانونی دولت به پرداخت به موقع و کامل سهم خود، ایجاد زبان مشترک بین سازمان‌های بیمه‌ای و دولت و تجمیع پرداخت‌های دولتی در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران باید به کار گرفته شود. در مقابل، برخی دیگر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که در سال‌های اخیر به دلیل شرایط اقتصادی، دولت نتوانست سهم خود را به طور کامل پرداخت کند. بنابراین، سازمان بیمه‌ی سلامت ایران باید به دنبال راه‌های جایگزین برای بهبود وضعیت تأمین مالی خود باشد. یکی از کارشناسان سازمان معتقد بود: «شناسایی روش‌های نوین درآمدزایی و به‌کارگیری آن‌ها و انجام پژوهش‌های کاربردی به منظور شناسایی و امکان‌سنجی این روش‌ها باید در دستور کار سازمان قرار گیرد» (P۲۲). اصلاح نظام مالیاتی کشور، بهبود شفافیت درآمدی افراد جامعه و حرکت کشور به سمت دولت الکترونیک، از مهم‌ترین دلایلی بود که این افراد معتقد بودند که بر اساس آن‌ها می‌توان بر روی روش‌های جایگزین، سرمایه‌گذاری کرد.

سهم بیمه‌شدگان و کارفرمایان از حق بیمه‌ها، دومین منبع تأمین مالی سازمان است. این روش دارای چالش‌هایی است. غیرواقعی بودن حق بیمه‌ها، استحقاق سنجی ناقص و نقش کم‌رنگ سازمان‌های بیمه در تعیین حق بیمه از جمله چالش‌های این روش تأمین مالی است. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «برخی مواقع سازمان‌های دولتی، سهم خود از حق بیمه کارکنان را با تأخیر و به صورت ناقص پرداخت می‌کنند» (P۰۷). برای غلبه بر این چالش‌ها، راهکارهایی مثل افزایش حق بیمه متناسب با تورم و ایجاد مکانیسم‌های قانونی برای اجبار کارفرما و بیمه‌شده به پرداخت به موقع حق بیمه پیشنهاد شد. یکی از

برخی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که پرداخت‌های دولتی بهترین روش تأمین مالی سازمان است و گروه دیگر اعتقاد داشتند که وابستگی به این منبع باید کاهش یابد. گروه اول معتقد بودند که سایر روش‌های تأمین مالی در ایران دچار چالش‌های جدی است و نمی‌تواند به عنوان یک روش اصلی محسوب شود: «با نظام فرسوده‌ی مالیاتی، روش مالیات نمی‌تواند یک منبع پایدار برای تأمین منابع مالی باشد» (P۱۲). با این حال، این افراد معتقد بودند که

در شکل ۳، روند میانگین هزینه هر بار مراجعه در سازمان بیمه سلامت ایران نشان داده شده است.

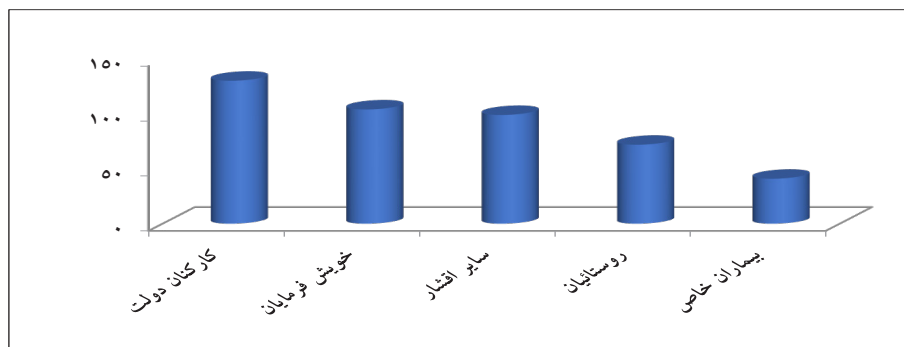
مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «حق بیمه‌ها را می‌شود، بالا برد. الان، حق بیمه‌ها هر سال افزایش می‌یابد، ولی متناسب با رشد واقعی هزینه‌ها نیست» (P19).



شکل ۳: میانگین هزینه‌ی هر بار مراجعه در مجموع صندوق‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به ریال

مثال، اجرای بدون پشتوانه‌ی طرح‌هایی مثل طرح تحول نظام سلامت، اجرای کتاب ارزش نسبی، عدم تناسب واقعی بین حق بیمه‌ی مصوب و سرانه هزینه بیمه‌شدگان، افزایش اقلام دارویی و کاهش فرانشیز خدمات سطح یک از ۳۰ به ۱۰ درصد از جمله این عوامل هستند (D۸). شکل ۴، درصد کفایت منابع به مصارف را در صندوق‌های سازمان بیمه سلامت ایران نشان می‌دهد.

در کنار افزایش منابع مالی، مدیریت هزینه باید مورد توجه قرار گیرد. در واقع، افزایش منابع مالی سازمان، از دو فرایند اصلی شامل افزایش ورودی و کاهش خروجی منابع مالی سازمان تشکیل می‌شود. همان‌طور که شکل ۳ نشان می‌دهد، هزینه‌ی هر بار مراجعه‌ی افراد زیرپوشش سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در سال‌های اخیر افزایش چشمگیری داشته است (IV). دلایل متعددی برای افزایش هزینه‌های سازمان وجود دارد. به‌عنوان



شکل ۴: درصد کفایت منابع به مصارف در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به تفکیک صندوق در سال ۱۳۹۸

کارمند، ۲ درصد توسط کارفرما و ۳ درصد توسط دولت پرداخت می‌شود. در این صندوق، به‌دلیل افزایش حق بیمه متناسب با افزایش حقوق، تراز مثبت مشاهده می‌شود» (P۱).

عدم توجه به کارآیی و هدررفت هزینه‌ها یکی دیگر از عوامل اصلی افزایش هزینه‌های سازمان است. یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «یک سری خدمات در بسته خدمات پایه وجود دارند که در انتخاب آن‌ها اصول کارآمدی و اثربخشی رعایت نشده است. مثلاً چرا باید انسولین قلمی برای تمامی بیماران دیابتی تحت

بیشترین زیان در بین صندوق‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، مربوط به صندوق روستاییان بوده است (IV). تأخیر در پرداخت حق بیمه، نبود مکانیسم‌های اجباری برای پرداخت حق بیمه و غیرواقعی بودن حق بیمه در این صندوق از جمله دلایل این موضوع هستند. در صندوق کارکنان دولت به‌دلیل افزایش حق بیمه‌ها متناسب با حقوق کارکنان و مشارکت کارفرما، معمولاً درآمدهای جمع‌آوری شده بیشتر از هزینه‌هاست (D۸). یکی از مدیران میانی سازمان بیمه‌ی سلامت در این خصوص گفت: «در صندوق کارکنان دولت، ۲ درصد حق بیمه توسط



پوشش بیمه باشد. این انسولین برای بیماران دارای عارضه چشمی است که در تزریق دارو مشکل دارند. اثربخشی این دارو هنوز تأیید نشده است، ولی هزینه این دارو به بیمه تحمیل می‌شود» (P01). تعدادی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بودند که برای افزایش کارایی، باید در تعیین بسته خدمات تجدیدنظر شود: «در حال حاضر نمایندگان عرضه، بسته‌ی خدمات را تعیین می‌کنند نه نمایندگان تقاضا. یعنی ارایه‌کنندگان خدمت که یکی از بزرگ‌ترین آن‌ها وزارت بهداشت است، تعیین می‌کنند که چه خدماتی باید وارد بسته خدمات پایه سلامت شود» (P10). نقص در مدیریت هزینه‌های جاری سازمان عامل دیگر افزایش هزینه‌های آن در سال‌های اخیر بوده است. در بین سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ هزینه‌های بالاسری سازمان حدود ۱۴۱ درصد رشد داشته است (D8). افزایش دانش و مهارت مدیران سازمان در خصوص مدیریت هزینه می‌تواند موجب کاهش اتلاف منابع سازمان باشد. علاوه بر این، مکانیسم‌های نظارت کارآمد و اثربخش بر عملکرد درونی سازمان باید تدوین شود. در نهایت، مخاطرات اخلاقی و استفاده‌ی بیش از حد خدمات یکی دیگر از دلایل افزایش هزینه‌های سازمان است. انجام اقدامات پایدار و برنامه‌ریزی‌شده برای اصلاح فرهنگ استفاده از خدمات سلامت در کشور ضروری است. یکی از شرکت‌کنندگان معتقد بود: «اگر فرهنگ و سواد سلامت مردم افزایش پیدا کند، حتی تقاضای قبایی پزشکان تا حدودی کاهش خواهد یافت. در حال حاضر، در برخی موارد بیمه‌شدگان، ارایه‌کنندگان خدمات را مجبور می‌کنند تا خدمات غیرضروری برای آن‌ها درخواست کنند» (P06).

استفاده از فرصت‌های پیش‌رو موجب تقویت وظیفه‌ی جمع‌آوری منابع مالی در سازمان می‌شود. به عقیده‌ی مصاحبه‌شوندگان، حرکت نظام سلامت کشور به سمت دستیابی به اهداف پوشش همگانی سلامت یکی از مهم‌ترین فرصت‌های پیش‌روی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. در ایران، اجرای برنامه پزشکی خانواده روستایی و شهری، احداث و نوسازی مراکز ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، ارایه رایگان مراقبت‌های بهداشتی اولیه در روستاها، اجرای برنامه ملی سنجش و بهبود مراقبت‌های بهداشتی اولیه از سال ۱۳۹۸ از مهم‌ترین برنامه‌های اجرا شده در مسیر دستیابی به این هدف است (D14). یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «تأکید اسناد بالادستی در کنار سرمایه‌گذاری نظام سلامت در حوزه‌ی پیشگیری می‌تواند تقاضا برای خدمات پرهزینه‌ی تخصصی را کاهش دهد و موجب افزایش کارآمدی سازمان بیمه‌ی سلامت شود» (P24). یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «سازمان بیمه‌ی سلامت ایران نقش مهمی در این

حوزه دارد و با مشارکت در برنامه‌هایی مثل پزشکی خانواده و مراقبت‌های بهداشتی اولیه توانسته است از این فرصت استفاده کند» (P09).

در مقابل، وظیفه‌ی جمع‌آوری منابع مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با تهدیدهایی مواجه است که می‌تواند بر عملکرد سازمان تأثیر بگذارد. اتخاذ تصمیمات بدون پشتوانه علمی و فی‌البداهه یکی از مهم‌ترین این تهدیدهاست. در این راستا، یک نفر از مصاحبه‌شوندگان بیان داشت: «سازمان بیمه‌ی سلامت ایران سازمانی مستقل است؛ ولی سیاست‌گذاری توسط شورای عالی بیمه انجام می‌شود. در این شورا، سازمان‌های بیمه‌گر کلاً رای دارند. بر همین اساس، خیلی از تصمیمات درست گرفته نمی‌شود و بیشتر جنبه‌ی دستوری دارد و علمی نیست. این مسئله باعث می‌شود که سازمان در این خصوص از اختیارات لازم برخوردار نباشد» (P01). یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان گفت: «نظام بیمه‌ی سلامت در کشور دارای یک مرکزیت واحد نیست که مغز سیاست‌گذاری و تصمیم‌گیری باشد. به همین خاطر عملکرد این پیکره هماهنگ نیست. در اصل، وزارت بهداشت باید در این موضع قرار گیرد ولی از عهده‌ی این کار برنیامده است» (P03). تعدادی از مصاحبه‌شوندگان برای حل این چالش پیشنهاد کردند که اختیار عمل بیشتری به سازمان‌های بیمه‌ای سلامت واگذار شود. به‌عنوان مثال، یکی از کارشناسان سازمان بیمه‌ی سلامت ایران معتقد بود: «سازمان بیمه‌ی سلامت ایران می‌تواند از وزارت بهداشت مستقل شود به‌گونه‌ای که در اتخاذ تصمیمات و سیاست‌های مرتبط با نظام بیمه‌ی سلامت، کاملاً منفعل نباشد» (P14).

مدیریت هزینه‌های سازمان یکی دیگر از راهکارهایی بود که شرکت‌کنندگان در این پژوهش پیشنهاد کردند. یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «با توجه به محدودیت اعتبارات دولتی، ضرورت دارد که خدمات پرهزینه و خدماتی که بار مراجعات زیادی برای سازمان ایجاد می‌کنند، شناسایی شوند». وی اضافه کرد «تأکید بر ارایه این خدمات از طریق نظام ارجاع و نظارت بیشتر بر ارایه‌کنندگان می‌تواند هزینه‌ی این خدمات را کاهش دهد. همچنین، استقرار سازمان الکترونیکی و رسیدگی الکترونیکی به اسناد، رفع هم‌پوشانی‌های بیمه‌ای و هدفمند کردن یارانه‌ی بیمه‌ی اقشار کم‌درآمد، راه‌هایی برای مدیریت هزینه‌های سازمان است» (P18).

علاوه بر این، بخشی از هزینه‌های غیرضروری سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به دلایلی ایجاد می‌شوند که قابل کنترل هستند. با این حال، برطرف کردن این عوامل نیازمند مشارکت و همکاری سایر بخش‌های نظام سلامت است. درمان‌محوری،

با چالش‌هایی مواجه است که در صورت طراحی و اجرای مداخلات مناسب، می‌توان آن‌ها را کاهش داد. در پژوهش حاضر، اصلی‌ترین راهکارها با محوریت استفاده از رویکردهای نوین جمع‌آوری منابع مالی و کاهش هزینه‌های سازمان ارایه شده است.

• تجمیع منابع مالی سلامت

جدول ۵، تحلیل استراتژیک عملکرد نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران را در بعد تجمیع منابع مالی نشان می‌دهد.

جدول ۵: تحلیل استراتژیک عملکرد نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی

سلامت ایران در بعد تجمیع منابع مالی

حوزه تحلیل	موارد شناسایی شده
قوت‌ها	جمعیت بالای زیرپوشش سازمان بیمه‌ی سلامت ایران؛ اصلاح بانک اطلاعات بیمه‌شدگان؛ و حذف هم‌پوشانی بیمه‌ای
ضعف‌ها	تجمیع نامناسب منابع مالی؛ تجمیع خطر ناقص؛ انتقال ضعیف بودجه بین برنامه‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران؛ شفافیت کم مکانیسم‌های حمایت از اقشار آسیب‌پذیر؛ و فرایند استحقاق سنجی ناقص بیمه‌شدگان
فرصت‌ها	حمایت قوانین بالادستی از تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای سلامت؛ وجود مکانیسم‌های حمایتی دولت برای اقشار آسیب‌پذیر؛ اجرای برنامه‌ی دولت الکترونیک در کشور؛ و ایجاد شفافیت نسبی در برخی نهادهای دولتی
تهدیدها	سیاست‌گذاری چندپارچه؛ تعدد صندوق‌های بیمه‌ای سلامت؛ عدم یکپارچگی منابع مالی دولتی که ماهیت بیمه‌ای دارند؛ تعهد ناکافی مدیران ارشد به تجمیع منابع مالی؛ فقدان نظام اطلاعات جغرافیایی سلامت؛ ناهمگونی عملکرد و سیاست‌های صندوق‌های بیمه پایه سلامت در کشور؛ و ضمانت اجرایی ناکافی قوانین مرتبط با تجمیع منابع مالی
راهکارها	تجمیع پرداختی‌های دولت که ماهیت بیمه‌ای دارند؛ ایجاد محدودیت برای ورود سازمان‌های دولتی و شبه‌دولتی به بخش بیمه پایه سلامت؛ تجمیع کارکردی صندوق‌های بیمه پایه سلامت؛ و هدفمند نمودن یارانه‌ها به نفع اقشار کم‌درآمد

سازمان بیمه‌ی سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی رفع شده است. یعنی مراجعان به مراکز ارایه خدمات سلامت و یا متقاضیان ثبت‌نام بیمه، از طریق سامانه کنترل می‌شوند و افراد دارای بیمه دیگر نمی‌توانند از بیمه‌ی سلامت استفاده کنند» (P17).

علت اصلی مشکل هم‌پوشانی و عامل اساسی تجمیع نامناسب خطر و منابع در سازمان‌های بیمه‌ای سلامت ایران، تعدد صندوق‌های بیمه‌ای است. یکی از شرکت‌کنندگان در این رابطه گفت: «در سال‌های اخیر درباره‌ی تجمیع بیمه‌ها در چند مرحله در مجلس شورای اسلامی بحث شده است، ولی به دلیل مخالفت وزارت رفاه و سازمان تأمین اجتماعی، این موضوع به سرانجام نرسیده است. تنها اقدام انجام شده در این راستا، ادغام صندوق کمیته امداد در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بوده است» (P1). عدم تجمیع مناسب در نظام بیمه‌ی سلامت کشور باعث می‌شود که سازمان‌های بیمه‌ای قدرت چانه‌زنی پایینی داشته باشند

ارایه خدمات خارج از نظام ارجاع، عدم استقرار پرونده الکترونیک سلامت، نظام پرداخت ناکارآمد به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت و وجود افراد فاقد پوشش بیمه پایه سلامت از جمله این دلایل هستند. یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «در حال حاضر سازمان بیمه‌ی سلامت ایران هزینه‌هایی را پرداخت می‌کند که به دلیل نواقص موجود در نظام سلامت به آن تحمیل می‌شود. به عنوان مثال، عدم اجرای صحیح نظام سطح‌بندی خدمات و نظام ارجاع هزینه‌ی بالایی به سازمان تحمیل کرده است و سازمان مجبور به پرداخت این هزینه‌هاست» (P15).

در مجموع، وظیفه‌ی جمع‌آوری منابع مالی در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران

مطابق جدول ۵، در کارکرد تجمیع منابع مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، تعداد ۳ قوت، ۵ ضعف، ۴ فرصت و ۷ تهدید شناسایی شد. همچنین، ۴ راهکار برای تقویت این کارکرد نظام تأمین مالی بیمه‌ی سلامت ایران شناسایی شد. در کارکرد تجمیع منابع مالی، یکی از مهم‌ترین دستاوردهای سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، اصلاح بانک اطلاعات بیمه‌شدگان و حذف هم‌پوشانی بیمه‌ای بوده است. بر اساس قانون برنامه ششم توسعه و قوانین بودجه سنواتی سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ سازمان بیمه‌ی سلامت ایران مکلف به رفع هم‌پوشانی‌های بیمه‌ای شده است. یکی از مدیران ارشد سازمان بیمه‌ی سلامت در این رابطه چنین گفت: «سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با استفاده از سامانه‌های الکترونیک نام‌نویسی، تمدید، استحقاق سنجی و اصلاح بانک اطلاعات بیمه‌شدگان توانسته کل هم‌پوشانی‌ها را برطرف کند. این روند باید به‌طور مداوم ادامه داشته باشد» (P2). یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «هم‌پوشانی بیمه‌ای بین

و به جهت تجمع خطر کوچک، موضوع همبستگی، در صندوق‌های بیمه‌ای اتفاق نیفتد (D20). یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «کشورهای پیشرو، بیمه‌های سلامت را تجمع کرده‌اند. عده‌ای می‌گویند در ایران سخت است. ولی این درست نیست. تمام صندوق‌ها دولتی هستند. حتی سازمان تأمین اجتماعی هم عملاً دولتی است. ظرفیت قانونی هم برای این کار وجود دارد» (P02). عده‌ای دیگر از صاحب‌نظران معتقد بودند که تجمع ساختاری سازمان‌های بیمه‌ای لازم نیست. به عنوان مثال، یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «لازم نیست، مثلاً کل سازمان تأمین اجتماعی در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران ادغام شود. این سازمان تمام فعالیت‌های خودش را داشته باشد، ولی در بحث بیمه پایه، حق بیمه‌ها و سهم دولت تجمع شود و خدمت را صندوق تجمع شده که حالا قدرت بیشتری دارد، خریداری کند» (P01). یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان هم گفت: «شاید تجمع بیمه‌ها عملی نباشد ولی شاید در قالب این که سازمان‌ها ماهیت خود را حفظ کنند، ولی یک سیاست واحد بالای سر این‌ها باشد، بتوان بحث تجمع سازمان‌های بیمه را پایه‌ریزی کرد» (P11). مصاحبه‌شونده‌ی دیگری گفت: «یکی از کارکردهای سازمان تأمین اجتماعی ارایه بیمه پایه سلامت است. فقط این کارکرد باید به سازمان بیمه‌ی سلامت ایران واگذار شود. هر سازمان بیمه‌ای دیگر نیز می‌تواند سهام‌دار این صندوق ملی باشد. مثلاً تأمین اجتماعی 40 درصد سهام این شرکت را دارد و بر همین میزان در آن نفوذ دارد. تجمع منابع و مدیریت آن نیز باید به صورت مستقل توسط همین صندوق ملی انجام شود» (P07).

یکی دیگر از راهکارهای ارایه شده در این مطالعه، تجمع منابع پرداختی دولتی بود که ماهیت بیمه‌ای دارند. در این رابطه یکی از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود که: «پرداخت‌های دولتی به صورت پراکنده و به سازمان‌های متعدد انجام می‌شود. این موارد باید در یک صندوق بیمه‌ی سلامت تجمع شود. مثلاً در مورد بیماران خاص، دولت به وزارت بهداشت، بهزیستی و ... پول پرداخت می‌کند که اگر این‌ها به صورت تجمع شده به سازمان بیمه‌ی سلامت ایران پرداخت و سازمان بیمه آن‌ها را مدیریت کند، اهداف مدنظر وزارت بهداشت، بهتر تأمین می‌شود» (P04). نکته‌ی مطرح شده‌ی دیگر توسط مصاحبه‌شوندگان، بحث تولید واحد صندوق‌های بیمه‌ای پایه پس از ادغام بود. یکی از مدیران میانی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بیان کرد که: «بهتر است پس از ادغام، سازمان واحد شکل گرفته، به صورت مستقل عمل نماید و از زیرمجموعه وزارت بهداشت

خارج شود. در شرایط فعلی، وزارت بهداشت عملکردهای تولید، آموزش، نظارت و ارایه خدمات را به طور هم‌زمان انجام می‌دهد. بر این اساس، در شرایط فعلی به دلیل تعارض منافع، وزارت بهداشت قادر نیست که تولید بیمه‌های سلامت را نیز در اختیار داشته باشد» (P12).

برای ایجاد یک انباشت مناسب، لازم است حجم مناسبی از جمعیت تحت پوشش یک صندوق بیمه‌ای باشند تا قسمتی از هزینه‌های دریافت خدمات سلامت افراد بیمار توسط حق بیمه‌های پرداختی افراد سالم، جبران شود. یکی از مصاحبه‌شوندگان در این خصوص معتقد بود: «در کشور ملاحظه می‌شود که تعدادی از سازمان‌ها و شرکت‌های دولتی برای خودشان بیمه دارند. این باعث می‌شود کارکنان دولتی که از نظر درآمدی در سطح نسبتاً خوبی قرار دارند، در صندوق‌های با جمعیت کم عضو باشند و بحث همبستگی دچار مشکل شود» (P15). علاوه بر تعدد صندوق‌ها، شفاف نبودن مکانیسم حمایت از اقسار آسیب‌پذیر یکی دیگر از نقاط ضعف سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. بر این اساس، در حال حاضر افراد فقیر و ثروتمند برای دریافت یک خدمت، فرانشیز یکسانی پرداخت می‌کنند. در این راستا، یکی از مصاحبه‌شوندگان اعلام کرد: «این موضوع با هدف اصلی سازمان‌های بیمه‌ای در تناقض است. اگر قانون‌گذاری درست انجام شود، می‌توان با راه‌اندازی نظام جامع اطلاعات، میزان فرانشیز در دهک‌های پایین اقتصادی را کاهش داد. علاوه بر این، برای ثروتمندان، این فرانشیز ناچیز است و در مواردی مشاهده می‌شود که این خدمات راحتی اگر نیاز نداشته باشند دریافت می‌کنند. در نقطه مقابل، افرادی ممکن است توانایی پرداخت فرانشیز را نداشته باشند و این موضوع باعث ایجاد مانع در دسترسی به خدمات شود» (P22).

تأکید بر تجمع صندوق‌های بیمه‌ای در اسناد بالادستی یکی از مهم‌ترین فرصت‌های پیش‌روی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در بخش تجمع منابع مالی است. به عنوان مثال، در نقشه‌ی تحول نظام سلامت ایران تجمع صندوق‌های بیمه‌ای به عنوان راهکاری برای افزایش کارایی منابع مطرح شده است (D4). همچنین، بر اساس برنامه ششم توسعه، دولت مکلف شده که طی سال اول اجرای قانون برنامه نسبت به ایجاد وحدت رویه بین بیمه‌های درمانی صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌ای در چهارچوب قانون اقدام کند (D10).

• خرید خدمات سلامت

در جدول 6، نتایج تحلیل استراتژیک عملکرد نظام تأمین مالی سازمان بیمه سلامت ایران در بُعد خرید خدمات سلامت نشان داده شده است.

جدول ۶: تحلیل استراتژیک عملکرد نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در بُعد فرید خدمات سلامت

حوزه تحلیل	موارد شناسایی شده
قوت‌ها	سابقه‌ی طولانی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در مشارکت در طرح پزشکی خانواده روستایی؛ استفاده از شاخص هزینه اثربخشی خدمات برای پوشش بیمه‌ای؛ حمایت مدیران سازمان از خرید راهبردی خدمات سلامت؛ اجرای نسخه‌نویسی الکترونیک؛ مشارکت فعال سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در سطح اول رایه مراقبت‌های سلامت؛ اجرای برنامه‌های توانمندسازی بیمه‌شدگان؛ رضایت‌سنجی از بیمه‌شدگان؛ گسترش رایه خدمات غیرحضور؛ مشارکت در توسعه و تحول محلات کم‌برخوردار؛ و مشارکت در اجرای طرح نظام ارجاع مبتنی بر پزشکی خانواده
ضعف‌ها	نظارت غیر کارآمد و ناکافی؛ عدم پوشش برخی خدمات پایه و ضروری سلامت؛ عدم استفاده از روش‌های علمی و مبتنی بر شواهد در تعیین بسته خدمات سلامت پایه؛ قدرت چانه‌زنی پایین سازمان‌های بیمه‌ی سلامت در مقابل رایه‌کنندگان خدمات؛ تأخیر در پرداخت‌ها؛ کمبود نیروی انسانی متخصص در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران؛ یکسان بودن بسته خدمات برای تمام گروه‌های بیمه‌شده؛ مشخص نبودن مکانیسم بازبینی بسته‌ی خدمات؛ مشخص نبودن معیارهای خدمات مورد پذیرش بیمه (کیفیت، یکپارچگی، فراهمی و...); و عدم استفاده از پرداخت‌های آینده‌نگر به رایه‌کنندگان خدمات سلامت
فرصت‌ها	تأکید قوانین بر اولویت پیشگیری بر درمان؛ تمایل و تعهد نظام شبکه به پیاده‌سازی برنامه پزشکی خانواده شهری و نظام ارجاع؛ حمایت قوانین بالادستی از خرید راهبردی خدمات سلامت؛ بهبود نظام ارزیابی فناوری سلامت در کشور؛ وجود نیروی انسانی متخصص و متعهد برای رایه خدمات سلامت
تهدیدها	نقش کم‌رنگ سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در شورای عالی بیمه‌ی سلامت؛ تفاوت زیاد در تعرفه‌ی بخش خصوصی و دولتی؛ اختیارات ناکافی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در خرید خدمات سلامت؛ وجود تقاضای القایی؛ عدم اجرای صحیح پرونده الکترونیک سلامت، نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات؛ شفاف نبودن فرایند ورود تجهیزات و داروها به کشور؛ ناکارآمدی سامانه‌های کنترلی مانند تیتک؛ توزیع نامتوازن نیروی انسانی، تجهیزات، تکنولوژی و داروها در کشور؛ توجه کم به پروتکل‌های خرید و نگهداشت تجهیزات پزشکی؛ کم‌توجهی به نظام سطح‌بندی خدمات سلامت؛ افزایش چشمگیر هزینه دارو و خدمات درمانی؛ و انگیزه پایین رایه‌کنندگان خدمات سلامت
راهکارها	ایجاد سازوکار قانونی برای خرید راهبردی خدمات سلامت؛ حذف بخش‌های غیررسمی در رایه خدمات سلامت؛ تعیین شاخص‌های فرایندی و پیامدی در نظارت‌ها؛ اصلاح نظام پرداخت و استقرار سازوکار پرداخت‌های آینده‌نگر؛ مدیریت تقاضا در استفاده از خدمات سلامت؛ مشارکت رایه‌دهندگان خدمات سلامت در خطر مالی ناشی از تجویز و رایه خدمات سلامت؛ تعدیل روش‌های تخصیص منابع براساس وضعیت اقتصادی، اجتماعی و نیاز نواحی مختلف کشور؛ تعیین فرانشیز مرتبط با وضعیت مالی فرد؛ تفویض اختیار کامل به سازمان بیمه‌ی سلامت ایران برای لغو قرارداد با رایه‌کنندگان متخلف دولتی و خصوصی؛ ارزیابی فناوری سلامت؛ حذف خدمات تخصصی و غیرکارآمد از بسته‌ی خدمات سلامت پایه؛ تدوین پروتکل‌ها و گایدلاین‌های درمانی یکسان؛ به‌سازی مکانیسم‌های تشویق بیمه‌شدگان و رایه‌کنندگان خدمات سلامت؛ شفافیت قرارداد با رایه‌کنندگان خدمات سلامت؛ دسترسی آزاد به اطلاعات؛ تدوین و اجرای سیاست‌های کنترل هزینه؛ تدوین مکانیسم‌های حمایت از اقشار کم‌درآمد؛ توانمندسازی افراد و جوامع در مراقبت از خود؛ و اصلاح الگوی مصرف خدمات سلامت و افزایش سواد سلامت جامعه

اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت نیاز به الزاماتی است که برخی از آن‌ها مربوط به سازمان بیمه‌ی سلامت ایران و برخی مربوط به دیگر بخش‌های نظام سلامت و خارج از نظام سلامت است. در بخش مربوط به سازمان، مقدمات خرید راهبردی خدمات با اجرای برنامه‌هایی مانند نسخه‌نویسی الکترونیک، الکترونیکی کردن فرایندهای مالی، اصلاح بانک اطلاعات بیمه‌شدگان، طراحی اپلیکیشن‌های کاربردی و انجام پژوهش‌های مرتبط با این موضوع تا حدودی فراهم شده است» (P. 6).

علی‌رغم اقدامات انجام شده در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، خرید راهبردی خدمات سلامت هنوز محقق نشده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان علت این موضوع را عدم اجرای الزامات خرید راهبردی خدمات سلامت از

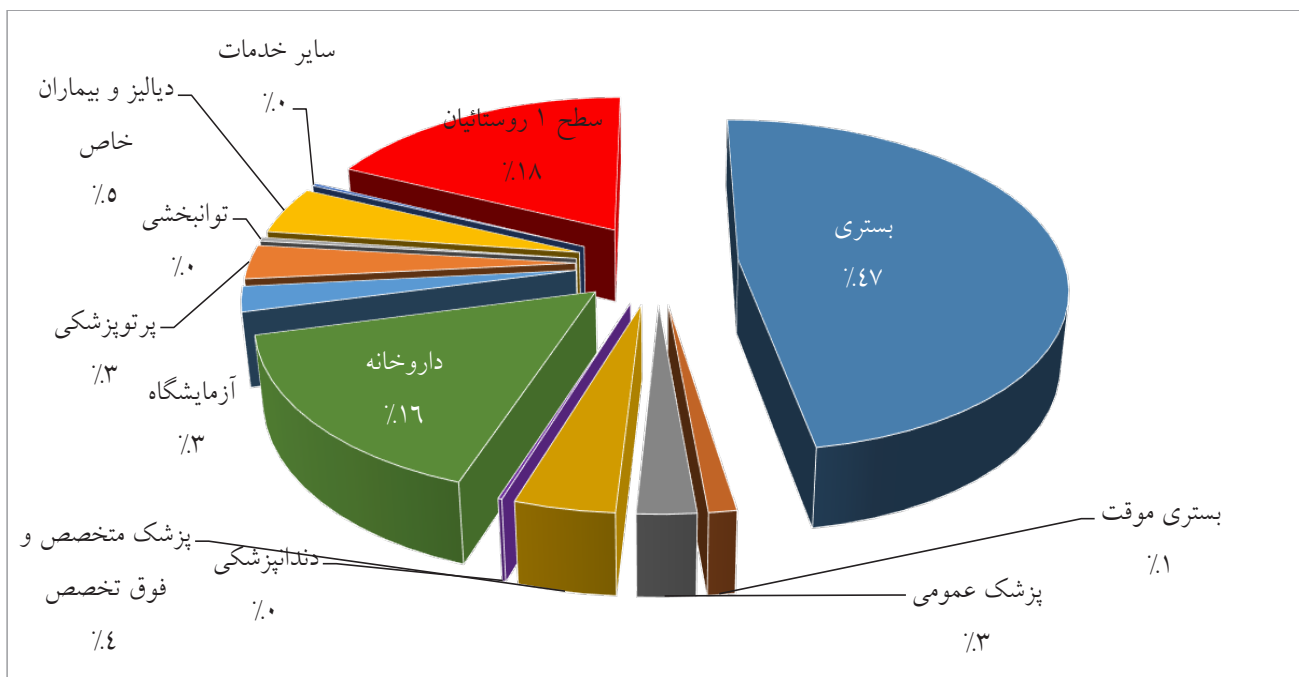
برای کارکرد خرید خدمات سلامت سازمان بیمه‌ی سلامت ایران، در مجموع، ۱۰ قوت، ۱۰ ضعف، ۵ فرصت و ۱۲ تهدید شناسایی شد. تعداد ۱۹ راهکار برای تقویت این کارکرد رایه شد (جدول ۶). بر اساس قانون برنامه ششم توسعه، صندوق‌های بیمه‌گر پایه سلامت در کشور مکلف به خرید راهبردی خدمات سلامت بر اساس دستورالعمل‌ها و راهنماهای بالینی و فهرست رسمی داروهای فاقد نام تجاری ایران در چهارچوب نظام ملی دارویی کشور، هم‌زمان با اجرایی شدن نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده در کشور از سوی وزارت بهداشت و صرفاً از طریق سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان هستند (D۱۰). بیمه‌ی سلامت ایران در سال‌های اخیر تلاش زیادی برای اجرای آن داشته است. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «برای

سوی نهادها و سازمان‌های مسئول دانست: «در متن قانون برای خرید راهبردی خدمات سلامت، یک سری الزاماتی مانند اجرای پزشکی خانواده، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، پایداری منابع مالی، مشارکت بخش خصوصی و دولتی، اصلاح نظام سطح‌بندی خدمات و وجود دستورالعمل‌های بالینی شفاف، ذکر شده است. در شرایط فعلی، تقریباً هیچ‌کدام از آن‌ها تحقق نیافته است. این برنامه‌ها اساس و پایه خرید راهبردی خدمات سلامت هستند و بدون آن‌ها عملاً اجرای خرید راهبردی خدمات میسر نیست. بر این اساس نمی‌توان سازمان‌های بیمه‌گر را در این موضوع مقصر دانست» (P19).

در خصوص نقاط ضعف سازمان در کارکرد خرید خدمات سلامت، بسیاری از مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که نظارت ناکافی و غیر کارآمد، یکی از نقاط ضعف اصلی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. در حال حاضر، بخش عمده‌ای از نظارت سازمان بر شاخص‌های ساختاری استوار است. یکی از مدیران ارشد سازمان بیمه‌ی سلامت چنین گفت: «در چند سال قبل

شاخص‌های ساختاری برای نظارت بر عملکرد ارایه‌کنندگان خدمات سلامت استخراج شد و قرار بود در سال‌های بعد به مرور از شاخص‌های فرایندی و پیامدی بیشتری استفاده شود. اما، الان فقط از شاخص‌های ساختاری در پایش و ارزیابی استفاده می‌شود» (P1). این موضوع باعث شده است که نظارت سازمان، تأثیر کمی بر بهبود کیفیت خدمات سلامت داشته باشد. از طرفی، برخی شرکت‌کنندگان دلایلی مانند مشخص نبودن حیطه‌ی وظایف و اختیارات نهادهای مختلف، اختیارات ناکافی سازمان بیمه‌ی سلامت، دستورالعمل‌های بالینی ناکافی و عدم به‌روزرسانی آن‌ها را ذکر کردند.

عدم اجرای خرید راهبردی خدمات سلامت، پیامدهای نامطلوب متعددی برای سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به همراه داشته است. ناکارآمدی و اثربخشی پایین منابع تخصیصی از طرف سازمان بیمه‌ی سلامت ایران و در نتیجه هدررفت منابع مالی مهم‌ترین پیامد این موضوع بوده است. در شکل ۵، سهم هر کدام از انواع خدمات ارایه شده از کل هزینه‌های سازمان بیان شد.



شکل ۵: سهم خدمات ارایه شده از مجموع هزینه‌های سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۳۹۸

کاهش هزینه‌ها خواهد داشت.

اجرای برنامه‌ی پزشکی خانواده در کشور یکی از بزرگ‌ترین فرصت‌های پیش روی سازمان بیمه‌ی سلامت برای مدیریت هزینه‌ها است. این سازمان در سال‌های گذشته نقش پررنگی در اجرای این برنامه داشته است. در جدول ۷، اطلاعات پایه برنامه پزشکی خانواده در منطقه شهری و روستایی ذکر شده است.

همان‌طوری که در شکل ۵ نشان داده شده است، خدمات بستری، بیشترین سهم را در خرید خدمات سلامت سازمان بیمه‌ی سلامت ایران داشته است (I). با توجه به گذشته‌نگر بودن مکانیسم‌های پرداخت و تمایل مراکز بیمارستانی برای اقامت بیشتر بیماران، اصلاح مکانیسم‌های نظارتی سازمان در کنار تفویض اختیار کامل به این سازمان برای عدم خرید خدمات بی کیفیت، سهم مؤثری در

مدول ۷: اطلاعات پایه برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع شهری و روستایی

برنامه	جمعیت بیمه‌شدگان تحت پوشش برنامه	تعداد پزشکان مجری برنامه	تعداد مراکز خدمات جامع سلامت طرف قرارداد برنامه	تعداد مراقب سلامت / ماما شاغل در برنامه
پزشکی خانواده شهری	۱,۶۴۳,۷۳۰	۱۸۰۵	۱۷۳۴	۱۸۴۲
پزشکی خانواده روستایی	۲۰,۰۸۷,۰۵۸	۷۱۱۱	۴۱۸۶	۵۸۸۶

مطابق جدول ۷، حدود ۲۲ میلیون نفر از جمعیت زیرپوشش این سازمان، از خدمات برنامه‌ی پزشکی خانواده شهری و روستایی در سال ۱۴۰۰ استفاده کردند. همچنین، حدود ۹۰۰۰ پزشک خانواده طرف قرارداد سازمان بوده‌اند (IV). یکی از مدیران ارشد سازمان معتقد بود: «اجرای برنامه پزشکی خانواده تنها راهی است که می‌تواند رشد روزافزون هزینه‌های نظام سلامت را تعدیل کند» (P۰۲). اجرای این برنامه دستاوردهای زیادی برای سازمان‌های بیمه‌گر پایه می‌تواند داشته باشد. با این حال، یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان چنین گفت: «موفقیت سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در ارایه نقش مؤثر در اجرای این برنامه نیازمند شناسایی و رفع نواقص است. در حال حاضر، مدیران سازمان باید برای نواقصی مانند تأخیر در پرداخت به پزشکان خانواده، نظارت ناکافی بر عملکرد آن‌ها، نامشخص بودن وضعیت ارتباط مراقبان سلامت و سازمان‌های بیمه‌گر و نقش منفعلانه سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در سیاست‌گذاری‌ها و تصمیم‌گیری مرتبط با پزشکی خانواده، مداخلات اصلاحی انجام دهند» (P۱۴).

در مقابل، نقش کم‌رنگ سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در شورای عالی بیمه و اختیارات ناکافی برای خرید خدمات سلامت یکی از مهم‌ترین تهدیداتی است که سازمان با آن مواجه است. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «خرید خدمت یک فرایند فعال است. در این فرایند باید مشخص باشد که چه باید خرید، چه ویژگی‌هایی باید داشته باشد، چقدر منابع مالی دارید، از چه کسانی می‌خواهید خرید کنید و... ولی در شرایط فعلی، سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در این‌که چه خدمتی را بخرد، اختیاری ندارد. پزشک در مطب برای بیمه تعیین می‌کند که برای چه خدمتی باید پرداخت کند» (P۰۱). یکی دیگر از شرکت‌کنندگان در پژوهش معتقد بود: «مشکل دیگر این است که سازمان موظف است چیزی که شورای عالی بیمه‌ی سلامت تصویب کرده را خریداری کند. سازمان نمی‌تواند مخالفت کند. همین موضوع هزینه‌های زیادی به سازمان بیمه‌ی سلامت تحمیل کرده است» (P۰۴).

شرکت‌کنندگان راهکارهایی مانند طراحی و استقرار مکانیسم‌های پرداخت و قرارداد مناسب، تأکید بر خدمات پیشگیری در خرید خدمات سلامت، اجرای برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع، اجرای نظام سطح‌بندی خدمات، حذف تدریجی خدمات تخصصی و غیرضروری از خدمات زیرپوشش بیمه‌ی سلامت و راه‌اندازی نظام جامع اطلاعات بیمه‌ای ارایه کردند. مصاحبه‌شوندگان در توصیف این راهکارها اظهار کردند: «قراردادها و نظام پرداخت درست باشد، از هدررفت هزینه‌ها جلوگیری می‌شود، انگیزه‌های ناسالم در ارایه خدمات کاهش می‌یابد و بهبود کیفیت خدمات سلامت نیز اتفاق می‌افتد» (P۰۹).

یکی دیگر از مصاحبه‌شوندگان معتقد بود: «خرید خدمات سلامت باید به‌گونه‌ای باشد که ارایه خدمات سطح اول را تقویت کند. خرید خدمات تخصصی و فوق‌تخصصی نیز به صورت خرد و غیر عمده انجام شود. نظام ارجاع باید بیشتر مورد توجه قرار گیرد و انگیزه‌های مالی بیشتری برای افراد ایجاد کند تا از طریق نظام ارجاع به سطوح بالاتر مراجعه کنند. تعرفه‌گذاری بخش دولتی و خصوصی باید با نگاه واقع‌بینانه انجام شود تا بتواند رقابت سالم ایجاد کند. قدرت و اختیار بیشتری به بیمه‌ی سلامت باید واگذار شود تا بتواند خرید خدمات سلامت را با قدرت انجام دهد. یعنی این قدرت را داشته باشد که خدمات غیر کارآمد و غیر اثربخش را نخرد، چه از بخش دولتی و چه از بخش خصوصی» (P۰۹).

استفاده از محدوده قیمتی در خرید خدمات پیشنهاد دیگر بود که ارایه شد. مصاحبه‌شونده‌ای در این خصوص اعتقاد داشت: «می‌توان در خرید خدمات از محدوده قیمتی استفاده کنیم. یعنی به سازمان‌های بیمه‌ای اجازه داده شود که خدمتی را از قیمت X تا قیمت Y بخرند. این به سازمان‌های بیمه‌ای قدرت چانه‌زنی می‌دهد و سازمان‌های ارایه‌کننده تلاش خواهند کرد برای به‌دست‌آوردن قیمت‌های بالاتر، کیفیت خدمات خود را افزایش دهند» (P۱۲).

در مجموع، مصاحبه‌شوندگان اعتقاد داشتند که مهم‌ترین راهکار برای



تقویت عملکرد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در این کارکرد، اجرای برنامه خرید راهبردی خدمات سلامت است. استفاده از این رویکرد می‌تواند هزینه‌های سلامت را کاهش دهد و تخصیص منابع را تا حد بسیار زیادی هدفمند نماید تا خدمات سلامت با بهترین کیفیت، از بهترین ارائه‌کنندگان، با مناسب‌ترین روش، با قیمت معقول برای مصرف‌کنندگان حقیقی خریداری شود. برای تحقق این هدف، انجام اصلاحات ساختاری و فرایندی در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران ضروری است.

بحث

هدف این پژوهش تحلیل استراتژیک نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران بود. با استفاده از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته، تحلیل اسناد و داده‌های آرشیوی عملکردی، تعداد ۱۹ قوت، ۲۴ ضعف، ۱۴ فرصت، ۳۷ تهدید و ۴۳ راهکار برای نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران شناسایی شد که در سه دسته کلی جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت طبقه‌بندی شد.

نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران دستاوردهایی مانند افزایش پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب مردم، اصلاح بانک اطلاعات بیمه‌شدگان، حذف هم‌پوشانی بیمه‌های سلامت، نسخه‌نویسی الکترونیکی و حذف دفترچه‌های کاغذی بیمه‌ی سلامت داشته است. در مقابل، نقص فرایند استحقاق سنجی، تجمیع منابع مالی نامناسب، تجمیع خطر ناقص، شفاف نبودن مکانیسم‌های حمایت از اқشار آسیب‌پذیر، عدم به‌کارگیری روش‌های نوین جمع‌آوری منابع مالی، تأخیر در پرداخت‌ها، ارتباطات برون‌بخشی ضعیف، هزینه‌های اداری زیاد و نظارت ناکارآمد از نقاط ضعف مهم این سازمان است. از طرفی، سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با فرصت‌هایی مثل حمایت دولت از پوشش همگانی سلامت و تأکید بر پیشگیری و مراقبت‌های بهداشتی اولیه، حرکت به سمت دولت الکترونیکی، حمایت قوانین از تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای سلامت و بهبود نظام ارزیابی فناوری سلامت در کشور مواجه است که می‌تواند به موفقیت سازمان کمک کند. با این حال، این سازمان با تهدیدهایی مثل تغییر الگوی جمعیتی و اپیدمیولوژیک کشور، عدم اجرای صحیح نظام سطح‌بندی خدمات، غیرواقعی بودن حق بیمه‌های سلامت، تصمیمات بدون پشتوانه‌ی علمی، سیاست‌گذاری‌های چندپارچه و ناکافی بودن ضمانت اجرایی قوانین مواجه است.

راهکارهایی مانند افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی، افزایش سواد سلامت افراد جامعه، تجمیع کارکردی صندوق‌های بیمه پایه سلامت، کاهش بروکراسی، افزایش شفافیت و پاسخ‌گویی و اصلاح نظام پایش و ارزیابی برای تقویت نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران شناسایی شد.

جمع‌آوری منابع مالی دارای دو بخش افزایش درآمدهای سازمان و کاهش هزینه‌ها و بهبود کارایی است. منابع دولتی، مهم‌ترین منبع درآمدی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. شواهد نشان می‌دهد که تأمین مالی سلامت با استفاده از درآمدهای عمدتاً دولتی، به برخی از کشورهای در حال توسعه کمک کرده است تا پیشرفت سریعی به سمت پوشش همگانی سلامت داشته باشند (۲۰). با این حال، این روش در ایران با چالش‌هایی مواجه است. عدم الزام دولت به پرداخت سهم خود، تأخیر در پرداخت‌ها و نوسان پرداخت‌ها متناسب با شرایط اقتصادی دولت از مهم‌ترین چالش‌ها هستند.

بخش عمومی و خصوصی به ترتیب ۵۵/۲ و ۴۴/۸ درصد هزینه‌های سلامت ایران را در سال ۱۴۰۰ تأمین کردند (۳). در حالی که میانگین این شاخص‌ها در کشورهای دنیا برابر با ۶۳/۴ و ۳۶/۶ درصد بود. سهم پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران و جهان از مخارج سلامت به ترتیب ۳۴/۵ و ۱۶/۴ درصد بود. به عبارتی، میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم ایران بیش از دو برابر میانگین جهانی است (۲۱). حدود ۹/۲ درصد هزینه‌های سلامت کشور در سال ۱۴۰۰ توسط بیمه‌های سلامت اجتماعی تأمین مالی شدند (۳). بنابراین، مشارکت بیمه‌های سلامت اجتماعی در تأمین مالی نظام سلامت ایران باید افزایش یابد. همچنین، سهم هزینه‌های سلامت دولت ایران از کل هزینه‌های عمومی دولت حدود ۲۲/۱ درصد است که قابل توجه است (۲۱). حدود ۸۰ درصد سلامتی مردم متأثر از عوامل خارج نظام سلامت است. بنابراین، بودجه عمومی دولت باید به‌طور متعادل و منصفانه بین ۱۹ وزارتخانه توزیع شود (۱۱). در نتیجه، سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور به‌طور کلی و مدیران سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به‌طور اختصاصی باید به ارائه خدمات سلامت پیشگیری، مدیریت هزینه‌ها و افزایش کارایی توجه بیشتری داشته باشند.

سهم سازمان بیمه‌ی سلامت ایران از بودجه‌ی دولت باید به‌صورت مشخص و شفاف تعیین و مکانیسم‌های قانونی لازم برای تحقق آن تدوین شود. افزایش ارتباطات برون‌بخشی به‌منظور تأثیرگذاری بر تصمیمات سیاسی و اقتصادی متناسب با سازمان می‌تواند این فرایند را تسهیل نماید. با توجه به نقش چانه‌زنی

در تعیین سهم سازمان‌ها در بودجه عمومی کشور، شناسایی افراد با نفوذ و تشکیل شبکه ذینفعان، می‌تواند میزان پرداخت‌های دولتی را در تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران پرننگ‌تر کند. با این حال، با توجه به نوسانات اقتصادی کشور و افزایش نرخ تورم، لازم است که سرمایه‌گذاری در روش‌های دیگر تأمین مالی مانند مالیات در دستور کار قرار گیرد. دولت باید از طریق اصلاحات مالیاتی، منابع مالیاتی را بهتر مدیریت کند تا تأمین مالی نظام سلامت پایدار شود و تحت تأثیر رکود اقتصادی و تحریم سیاسی کاهش نیابد (۷). اختصاص سهم مشخصی از مالیات بر درآمد، مالیات بر ارزش افزوده، مالیات سبز و مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان به بیمه‌های سلامت می‌تواند به تأمین مالی پایدار سازمان بیمه‌ی سلامت ایران کمک کند. مالیات بر کالاهای آسیب‌رسان در صورتی که به‌درستی به‌کار گرفته شود، می‌تواند منجر به بهبود نتایج سلامت هم شود (۲۲). با وجود این، فرسودگی نظام مالیاتی کشور، عدم شفافیت درآمدها، ضمانت اجرایی ناکافی قوانین و عدم پرداخت کامل سهم سلامت از مالیات توسط دولت از دلایل ظرفیت پایین مالیات برای تأمین مالی سلامت است (۲۳). بنابراین، دولت با اصلاح نظام مالیاتی کشور باید از این روش تکمیلی تأمین مالی سلامت به خوبی استفاده کند. مدیریت هزینه، بخش دیگر کارکرد جمع‌آوری منابع مالی است. نتایج این مطالعه نشان داد که هزینه‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به خاطر تصمیمات بدون پشتوانه‌ی علمی در سطح کلان، هزینه‌های اداری بالا و نظام پایش و ارزیابی ناکارآمد بسیار زیاد است. برخی از برنامه‌هایی که توسط وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه‌ی سلامت پایه تحمیل می‌شود، غیر کارشناسی است و بار هزینه‌ای بسیار زیادی به این سازمان‌ها تحمیل می‌کند. به عنوان مثال، اجرای شتاب‌زده‌ی برنامه‌هایی مثل کتاب ارزش نسبی، پوشش رایگان جمعیت بیمه نشده و کاهش فرانشیز بستری روستاییان از دلایل اصلی افزایش هزینه‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در سال‌های اخیر بوده است (۲۴). اجبار نهادهای سیاست‌گذار سلامت کشور به تهیه پیوست کارشناسی برای سیاست‌ها و تصمیمات کلان ضروری است. وزارت بهداشت و شورای عالی بیمه‌ی سلامت باید در تصمیم‌گیری‌ها و سیاست‌گذاری‌ها از شواهد علمی به درستی استفاده کنند و به عوارض ناخواسته تصمیمات و سیاست‌های خود آگاه باشند. علاوه بر این، راهکارهایی مثل انجام ارزشیابی‌های اقتصادی مداخلات سلامت، تأکید بر خدمات بهداشتی و پیشگیری، تعیین منطقی بسته‌ی خدمات سلامت پایه، ارتقای سواد سلامت مردم، نظارت بر تجویز و مصرف منطقی دارو، نظارت

بر ارتباط پزشکان و مراکز ارایه‌کننده‌ی خدمات سلامت، برای مدیریت هزینه مناسب هستند (۲۶ و ۲۵). سازمان بیمه‌ی سلامت ایران باید به‌طور فعالانه بر ارایه مراقبت‌های پیشگیرانه و ارتقای سلامت تأکید بیشتری داشته باشد. مردم باید آموزش‌های خود مراقبتی دریافت کنند و تقاضای خود برای خدمات سلامت گران‌قیمت را مدیریت کنند (۷).

هزینه‌های اداری بالا، دلیل دیگر افزایش هزینه‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. هزینه‌های اداری سهم عمده‌ای در هزینه‌های نظام سلامت دارند. ایجاد شفافیت و پاسخ‌گویی بیشتر در فرایندهای اداری و مالی سازمان و همچنین ساده‌سازی فرایندها راهکارهایی برای کاهش هزینه‌های اداری سازمان‌های بیمه‌ی سلامت هستند (۲۷). علاوه بر این، ادغام صندوق‌های بیمه‌ای کوچک نیز می‌تواند هزینه‌های اداری سازمان‌های بیمه‌ی سلامت را تا حد زیادی کاهش دهد (۲۸). در کارکرد تجمیع منابع مالی نظام تأمین مالی سلامت، تجمیع مالی نامناسب و تجمیع خطر ناقص، دو چالش مهم سازمان بیمه‌ی سلامت ایران هستند. در تجمیع مالی نامناسب، صندوق‌های بیمه‌ی سلامت به دلیل جمعیت زیر پوشش کم‌تر، منابع مالی کم‌تری در اختیار خواهند داشت که منجر به قدرت چانه‌زنی پایین‌تر و عدم کارایی آن‌ها می‌شود (۲۹). ادغام برنامه‌های بیمه‌ی سلامت دولتی در کشورهای تایلند، اندونزی، چین و ترکیه موجب دستیابی به پوشش همگانی سلامت (۳۰)، کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم (۳۱)، کاهش هزینه‌های اداری (۳۲) و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت شد (۳۳). در اسناد بالادستی ایران به تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای تأکید شده است. با این حال، هنوز تجمیع بیمه‌های سلامت در کشور انجام نشده است. متفاوت بودن بسته‌های خدمات سلامت پایه سازمان‌های بیمه‌ای کشور، زیرساخت‌های متفاوت این سازمان‌ها، رویکردهای اقتصادی متفاوت و ساختار سازمانی متفاوت، عمده‌ترین موانع در مسیر موفقیت این طرح بودند (۳۴). یکسان کردن قوانین بیمه‌ی سلامت کشور، یکسان کردن بسته‌ی خدمات سلامت پایه، تأمین منابع مالی پایدار و ادغام مجازی سازمان‌های بیمه‌ای، راهکارهای مناسبی برای تجمیع بیمه‌های سلامت پایه هستند.

در تجمیع خطر ناقص، افراد بیمار باید بیشتر هزینه کنند؛ زیرا، به خدمات سلامت بیشتری نیاز دارند (۳۵). در نتیجه، آن‌ها دسترسی عادلانه به خدمات سلامت نخواهند داشت و دچار هزینه‌های فاجعه‌بار و فقرزای سلامت خواهند شد. سازمان بیمه‌ی سلامت ایران حدود ۴۲ میلیون نفر بیمه شده دارد که حدود



۱۲ درصد آن کارکنان دولت هستند و حق بیمه می‌پردازند. بنابراین، فشار زیادی روی دولت و سازمان برای تأمین مالی و مدیریت منابع مالی وجود دارد. در نتیجه، با کاهش بودجه‌ی دولت کیفیت خدمات بیمه‌ی سلامت این سازمان کاهش خواهد یافت که منجر به افزایش ناراضی‌ت‌ی بیمه‌شدگان و مراکز ارائه خدمات سلامت خواهد شد. در نتیجه، میزان پرداخت مستقیم از جیب مردم افزایش خواهد یافت.

سازمان بیمه‌ی سلامت ایران در کارکرد خرید خدمات سلامت با چالش‌هایی مثل حکمرانی ضعیف، نظارت غیرکارآمد و ناکافی و اختیارات ناکافی برای عدم خرید خدمات سلامت با کیفیت پایین از مراکز خدمات سلامت دولتی مواجه است. خرید راهبردی خدمات سلامت در ایران با چالش‌های متعددی در ابعاد سیاست‌گذاری و قانون‌گذاری (عدم استفاده از شواهد علمی، تعارض منافع، دخالت دولت در صندوق‌های بیمه‌ی سلامت، تمرکزگرایی، تغییر مداوم قوانین، اجرای شتابزده قوانین و ضمانت اجرایی ناکافی)، سازماندهی (اختیار ناکافی سازمان‌های بیمه‌ی سلامت در شورای عالی بیمه، سطح‌بندی ناقص خدمات، منابع مالی ناپایدار و ناکافی و توزیع نابرابر نیروی انسانی، تجهیزات و منابع مالی)، ائتلاف مؤثر (ارتباط بین بخشی ضعیف و عدم مشارکت ذینفعان)، نظارت و ارزیابی (نظام اطلاعات ناقص، مشخص نبودن شاخص‌های ارزیابی کیفی خدمات و ارزیابی فناوری سلامت ناقص) و پاسخ‌گویی (عدم شفافیت، اطلاع‌رسانی ناکافی به شهروندان و نیازسنجی نامناسب) مواجه است (۳۸-۳۶). تقویت پایداری نظام مالی سلامت نیازمند تقویت نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه کشور است. ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه اثربخش و کارآمد موجب پیشگیری از بستری مردم در بیمارستان‌ها و در نتیجه، کاهش هزینه‌های سلامت می‌شود. بنابراین، آموزش مردم در زمینه پیشگیری و ارتقای سلامت باعث کاهش تقاضای آن‌ها برای خدمات سلامت می‌شود (۶). سازمان بیمه‌ی سلامت ایران باید منابع محدود خود را صرف تأمین خدمات سلامت با ارزش کند. خدمات سلامتی باید تأمین مالی شوند که منجر به بهبود سلامتی مردم می‌شوند (۸). نیازسنجی و اولویت‌بندی خدمات سلامت باید بر اساس ارزشیابی‌های اقتصادی انجام شوند. همچنین، در صورت نیاز، خدمات سلامت با توجه به محدودیت منابع باید جیره‌بندی شود (۳۹).

مراکز ارائه خدمات سلامت باید خدمات هزینه- اثربخش و کارآمد را بر اساس راهنماهای بالینی و توصیه‌های ارزیابی‌های اقتصادی ارائه دهند. کارایی

مراکز بهداشتی و درمانی ایران کم است (۴۱ و ۴۰). بنابراین، هزینه‌ی زیادی به مردم و سازمان‌های بیمه‌ی سلامت تحمیل می‌شود. تعرفه‌ی نادرست خدمات سلامت و روش پرداخت نامناسب به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت نقش بسزایی در افزایش هزینه‌های سلامت دارد (۴۲). تعرفه‌گذاری مبتنی بر هزینه منجر به افزایش هزینه‌های نظام سلامت می‌شود. در مقابل، تعرفه‌گذاری مبتنی بر ارزش، به ارزش درمانی خدمات سلامت توجه می‌کند و مداخلات سلامت با نسبت هزینه- اثربخشی افزایشی یا نسبت هزینه‌ی مطلوبیت افزایشی بالا تأمین مالی می‌شود (۶). استفاده از روش‌های پرداخت ثابت مثل روش پرداخت سرانه برای خدمات بهداشتی و روش پرداخت موردی برای خدمات بستری به همراه روش‌های مکمل پرداخت مبتنی بر عملکرد موجب افزایش رضایت ارائه‌کنندگان خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های سلامت و افزایش کارایی مراکز ارائه خدمات سلامت خواهد شد (۴۳). ارائه‌کنندگان خدمات سلامت باید نسبت به کنترل هزینه‌های سلامت حساس شوند و انگیزه‌ی لازم برای مدیریت هزینه‌ها داشته باشند.

ضعف در حاکمیت و قانون‌گذاری نظام تأمین مالی سلامت، چالش اساسی برای بهبود کارایی آن است. تقویت قانون‌گذاری و استفاده از شواهد علمی برای تدوین سیاست‌های مالی سلامت باید در دستور کار نظام‌های سلامت قرار گیرد (۴۴). اصلاح حکمرانی نظام بیمه‌ی سلامت کشور نیازمند یک اقدام فرابخشی است. در این مطالعه نشان داده شد که نظام پایش و نظارت سازمان بیمه‌ی سلامت ایران از کارایی لازم برخوردار نیست. یک نظام پایش و ارزشیابی خوب در بخش سلامت باید بر ساختارها، فرایندها و نتایج سلامتی متمرکز باشد (۴۵). با وجود این، تعریف، اندازه‌گیری و کنترل نتایج در بخش سلامت کار دشواری است. ویژگی‌های متمایز خدمات سلامت مانند ناملموس بودن، ناهمگونی، هم‌زمانی و تفکیک‌ناپذیری، تعریف و اندازه‌گیری کیفیت آن را دشوار می‌کند (۴۶).

سازمان بیمه‌ی سلامت نقش کمی در تعیین معیارهای خرید خدمات سلامت و نظارت بر ارائه خدمات سلامت دارد. مشخص نبودن معیارهای نظارت، نیروی انسانی متخصص ناکافی و اختیارات ناکافی سازمان بیمه‌ی سلامت از مهم‌ترین دلایل ضعف نظارت در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. فقدان دستورالعمل‌های درمانی در مورد بسیاری از خدمات سلامت یکی دیگر از دلایل نظارت ضعیف سازمان‌های بیمه است. سازمان‌های بیمه‌ی سلامت به

تجمیع صندوق‌های بیمه پایه سلامت به شکل مجازی و با عنوان یکپارچگی سیاست‌ها و عملکردها می‌تواند انباشت ریسک و منابع را افزایش دهد و منجر به بهبود کارایی سازمان‌های بیمه‌ی سلامت کشور شود. بر این اساس، با توجه به شرایط کشور، تدوین سیاست یکسان برای سازمان‌های بیمه‌ی سلامت و همچنین ادغام مجازی برخی کارکردها مثل تجمیع منابع مالی در یک صندوق واحد و حفظ ساختار موجود این سازمان‌ها، می‌تواند چالش کم‌تری به همراه داشته باشد. با این حال، تعهد مدیران کشور به اجرای این برنامه از مهم‌ترین الزامات موفقیت این برنامه است.

در نهایت، خرید انفعالی خدمات سلامت چالش مهمی در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. در شرایط فعلی، سازمان‌های بیمه‌ی سلامت فقط نقش پرداخت‌کننده هزینه خدمات سلامت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت را بر عهده دارند و نظارت بر خدمات ارایه‌شده انجام نمی‌شود. همچنین معیارهایی مانند کیفیت، اثربخشی و یکپارچگی، جایگاهی در خرید خدمات سلامت ندارد. تفویض اختیارات لازم به سازمان‌های بیمه‌ای، تدوین گایدلاین‌ها و تعیین استانداردهای خرید خدمات و ترسیم نقشه راه خرید راهبردی خدمات سلامت مهم‌ترین راهکارهای تقویت کارکرد خرید خدمات و تخصیص منابع در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است.

در این مطالعه از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با مدیران و متخصصان حوزه بیمه‌ی سلامت، تحلیل اسناد مرتبط و داده‌های عملکردی برای تحلیل وضعیت عملکرد تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران استفاده شد. تلفیق این روش‌های جمع‌آوری داده‌ها و اطلاعات منجر به شناسایی قوت‌ها، ضعف‌ها، فرصت‌ها، تهدیدها و راهکارهای بیشتری برای سازمان بیمه‌ی سلامت ایران شد.

تشکر و قدردانی

این مقاله، بخشی از طرح پژوهشی با عنوان «مطالعه‌ی تطبیقی تأمین مالی پایدار در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه و طراحی الگوی تأمین مالی مناسب برای سازمان بیمه‌ی سلامت ایران» است که در مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت و با کد اخلاق IR.TUMS.MEDICINE.REC.1399.597 تصویب شده است. نویسندگان از داوران محترمی که با انتقادات سازنده‌ی خود به کیفیت این مقاله کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌کنند. همچنین، از نقش تسهیل‌گری مرکز ملی تحقیقات بیمه‌ی سلامت در ارایه آمار و اسناد، تشکر می‌شود.

همراه وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی باید نقش فعال‌تری در تدوین، ابلاغ و حصول اطمینان از اجرای راهنماهای بالینی و تشخیصی و درمانی داشته باشند. علاوه بر این، سازمان‌های بیمه‌ی سلامت باید برای پرداخت به ارایه‌کنندگان خدمات سلامت بر اساس رعایت این دستورالعمل‌ها از اختیارات کافی برخوردار باشند.

اصلاح فرایند نظارتی سازمان‌های بیمه‌ی سلامت نیازمند برخی الزامات و زیرساخت‌های خارج از حوزه‌ی بیمه‌ی سلامت است. به عنوان مثال، یکی از مهم‌ترین الزامات، پیاده‌سازی صحیح نظام سطح‌بندی خدمات و همچنین نظام ارجاع در کشور است. در حال حاضر، پزشک، تصمیم‌گیرنده‌ی اصلی برای ارجاع بیماران به سطوح تخصصی است و سازمان‌های بیمه‌ی سلامت نظارتی چندانی بر کمیت و کیفیت ارجاعات ندارند (۴۷). علاوه بر این، با اجرای نظام سطح‌بندی خدمات سلامت، بسیاری از خدمات غیر ضروری و تقاضای القایی کاهش پیدا می‌کند که منجر به تسهیل کار نظارت سازمان‌های بیمه‌ی سلامت خواهد شد. اصلاح فرایند نظارت در سازمان‌های بیمه‌ی سلامت در کنار اصلاح حکمرانی نظام سلامت، اولین گام برای دستیابی به اهداف خرید راهبردی خدمات سلامت است.

نتیجه‌گیری

نظام تأمین مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران با چالش‌های متعددی در حوزه‌های جمع‌آوری منابع مالی، تجمیع منابع مالی و خرید خدمات سلامت مواجه است. ناپایداری منابع مالی، افزایش روزافزون هزینه‌های سازمان بیمه‌ی سلامت ایران و تصمیمات بدون پشتوانه‌ی علمی در سطح کلان نظام بیمه‌ی سلامت کشور، از مهم‌ترین ضعف‌ها و چالش‌های عملکرد جمع‌آوری منابع مالی در سازمان بیمه‌ی سلامت ایران است. همچنین، این سازمان با تهدیدهایی مثل نوسانات اقتصادی کشور، افزایش تورم و فرهنگ مصرف‌گرایی و تخصص‌گرایی در جامعه مواجه است. راهکارهایی مانند اصلاح نظام مالیاتی، تقویت مشارکت دولتی - خصوصی و سرمایه‌گذاری در روش‌های نوین تأمین مالی در این مطالعه شناسایی شد. مدیران ارشد سازمان بیمه‌ی سلامت ایران باید یک برنامه‌ی استراتژیک و عملیاتی برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سازمان تدوین کنند و از این اقدامات در آن استفاده کنند. اجرای درست این برنامه‌ها منجر به تقویت فضای مالی سازمان بیمه‌ی سلامت ایران خواهد شد.



References

1. World Health Organization. Global spending on health: Coping with the pandemic. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240086746>. 2024.
2. World Health Organization. Global spending on health: Rising to the pandemic's challenges. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911>. 2022.
3. World Health Organization. Iran Health expenditure profile. Available at: https://apps.who.int/nha/database/country_profile/Index/en. 2024.
4. Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran; 2015: 20-45[Book in Persian].
5. Mosadeghrad AM, Tolouie-Rakhshan S, Afshari M & Isfahani P. Health financing system indicators: A scoping review. *Hakim Journal* 2020; 23(3): 353-66[Article in Persian].
6. Mosadeghrad AM, Abbasi M, Heydari M & Abbasi M. Sustainable health financing methods in developed countries: A scoping review. *Hakim Journal* 2022; 24(4): 367-71[Article in Persian].
7. Mosadeghrad AM, Khodayari R, Abbasi M & Karimi F. Sustainable financing strategies for the Iranian health system: A scoping review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2021; 19(2): 137-56[Article in Persian].
8. Mosadeghrad AM, Abbasi M & Heydari M. Evaluation of Iran's health financing system. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2022; 20(2): 111-32[Article in Persian].
9. Mosadeghrad AM, Heydari M, Ramandi S & Abbasi M. Strategic analysis of the Iranian health financing system: A scoping review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2021; 18(4): 373-88[Article in Persian].
10. Marcinko DE. Dictionary of health insurance and managed care. USA: Springer Publishing Company; 2006: 157-9.
11. Mosadeghrad AM, Abbasi M, Abbasi M & Heidari M. Sustainable health financing methods in developing countries: A scoping review. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research* 2023; 20(4): 358-78[Article in Persian].
12. Iran Health Insurance Organization. Statistics of the insured population of Iran health insurance organization. Available at: <https://ihio.gov.ir/%D9%86%DA%AF%D8%A7%D9%87%DB%8C-%D8%A8%D9%87-%D8%B3%D8%A7%D8%B2%D9%85%D8%A7%D9%86/%DA%AF%D8%B2%D8%A7%D8%B1%D8%B4%D8%A7%D8%AA-%D8%AF%D8%B3%D8%AA%DA%AF%D8%A7%D9%87>. 2023.
13. Iran Health Insurance Organization. Statistical yearbook of the year 2021 of Iran health insurance organization. Available at: https://nchir.ihio.gov.ir/uploads/user/3/1400-ihio-annual_report.pdf. 2022.
14. Mosadeghrad AM, Jaafari-pooyan E & Dehnavi H. Critical success factors of hospitals: A qualitative study. *Payesh* 2022; 21(3): 237-53[Article in Persian].
15. Husserl E. Phenomenology and the foundations of the sciences. UK: Springer Science and Business Media; 2001: 19-22.
16. Maggs-Rapport F. Combining methodological approaches in research: Ethnography and interpretive phenomenology. *Journal of Advanced Nursing* 2000; 31(1): 219-25.
17. Cresswell JW. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions: Thousand Oaks. CA: Sage; 1998: 183-5.

18. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal* 2009; 9(2): 27-40.
19. Braun V & Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 2006; 3(2): 77-101.
20. Ifeagwu SC, Yang JC, Parkes-Ratanshi R & Brayne C. Health financing for universal health coverage in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Global Health Research and Policy* 2021; 6(1): 8.
21. The World Bank. Health expenditure indicators. Available at: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=IR>. 2024.
22. Franck C, Grandi SM & Eisenberg MJ. Taxing junk food to counter obesity. *American Journal of Public Health* 2013; 103(11): 1949-53.
23. Javadinasab H, Masoudi-Asl I, Vosoogh-Moghaddam A & Najafi B. Comparing selected countries using sin tax policy in sustainable health financing: Implications for developing countries. *The International Journal of Health Planning and Management* 2020; 35(1): 68-78.
24. Akhavan-Behbahani A, Alidoost S, Masoudi-Asl I & Rahbari-Bonab M. Investigating the performance of Iran's health insurance organization and providing solutions for improvement: A mixed method study. *Iran Health Insurance Organization* 2018; 1(3): 88-96[Article in Persian].
25. Rahmani K, Riaziat AR, Farshid AR & Rezayatmand R. Cost control solutions in the most expensive laboratory services of the health insurance organization. *Iran Health Insurance Organization* 2020; 3(2): 63-9[Article in Persian].
26. Shamshirbandi M & Emamgholipour Sefid-Dashti S. The impact of health transformation program on per capita referrals and the cost of inpatient services for the insured of the Iran health insurance organization. *Iranian Journal of Health Insurance* 2021; 4(1): 30-9[Article in Persian].
27. Cutler DM. Reducing administrative costs in US health care. *The Hamilton Project Policy Proposal* 2020; 9(1): 3-25.
28. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: Lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning* 2009; 24(1): 63-71.
29. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: Concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization* 2013; 91(8): 602-11.
30. Tangcharoensathien V, Supachutikul A & Lertiendumrong J. The social security scheme in Thailand: What lessons can be drawn? *Social Science and Medicine* 1999; 48(7): 913-23.
31. Yerehi AB & Koktas A. Health care financing reform: The case in Turkey. Available at: <https://www.ahmetburcinyereli.com/HSE13.pdf>. 2010.
32. Suryanto S, Plummer V & Boyle M. Financing healthcare in Indonesia. *Asia Pacific Journal of Health Management* 2016; 11(2): 33-8.
33. Gu E & Page-Jarrett I. The top-level design of social health insurance reforms in China: Towards universal coverage, improved benefit design, and smart payment methods. *Journal of Chinese Governance* 2018; 3(3): 331-50.
34. Akbari M, Alimohamadzadeh K, Maher A, Hosseini SM & Bahadori MK. Systematic analysis the barriers to the integration of health insurance in Iran using the dematel approach. *Journal of Military Medicine* 2021; 23(1): 90-8[Article in Persian].
35. Mathauer I, Saksena P & Kutzin J. Pooling arrangements in health financing systems: A proposed classification. *International Journal for Equity in Health* 2019; 18(1): 198.
36. Zarei Z, Hessam S, Vahdat S & Oliaei-Manesh A. Analysis of the situation and challenges of strategic purchasing in order to achieve universal health coverage in Iran. *Qom University of Medical Sciences Journal* 2020; 14(7): 19-30[Article in Persian].



37. Yaghoubian S, Mahmoudi G & Jahani MA. The requirements of strategic purchasing of health services for cancer patients: A qualitative study in Iran. *The Health Care Manager* 2020; 39(1): 35-45.
38. Ghoddoosi-Nejad D, Jannati A, Doshmangir L, Arab-Zozani M & Imani A. Stewardship as a fundamental challenge in strategic purchasing of health services: A case study of Iran. *Value in Health Regional Issues* 2019; 18(1): 54-8.
39. Keliddar I, Mosadeghrad AM & Jafari-Sirizi M. Rationing in health systems: A critical review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran* 2017; 31(1): 47.
40. Mosadeghrad AM, Esfahani P & Nikafshar M. Hospitals' efficiency in Iran: A systematic review and meta-analysis of two decades of research. *Journal of Payavard Salamat* 2017; 11(3): 318-31[Article in Persian].
41. Mosadeghrad AM & Dehnavi H. Evaluation of hospital performance in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Payesh* 2018; 17(6): 603-15[Article in Persian].
42. Mosadeghrad AM, Esfahani P & Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: A scoping review. *Payesh* 2019; 18(1): 7-21[Article in Persian].
43. Mosadeghrad A, Darrudi A & Karimi F. Health care pricing and tariff setting methods: A scoping review. *Payesh* 2024; 23(1): 19-34[Article in Persian].
44. World Health Organization. Meeting report WHO symposium on health financing for UHC. Montreux, Switzerland. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/260443>. 2019.
45. Abbasabadi-Arab M, Khankeh HR, Mosadeghrad AM & Farrokhi M. Developing a hospital disaster risk management evaluation model. *Risk Management and Healthcare Policy* 2019; 12(1): 287-96.
46. Mosadeghrad AM & Ferlie E. Total quality management in healthcare. *Management innovations for healthcare organizations: Adopt, abandon or adapt?* New-York: Routledge; 2016: 378-96.
47. Bahadori M, Ibrahimipour H & Farzaneh A. The challenges of supervision on providing health services from the viewpoint of the insurer: A qualitative study. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health* 2012; 4(9): 1673-85.

Strategic Analysis of the Financing System of Iran Health Insurance Organization

Ali Mohammad Mosadeghrad¹ (Ph.D.), Mahdijeh Heydari² (Ph.D.), Mahya Abbasi³ (Ph.D.),
Mahdi Abbasi^{4*} (Ph.D.)

1 Professor, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Assistant Professor, Department of Health, Economics and Manager, School of Public Health, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran

3 Ph.D. in Health Care Management, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Ph.D. in Health Care Management, National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

Abstract

Received: 11 Oct. 2023

Accepted: 26 May. 2024

Background and Aim: Health insurance organizations play an important role in increasing people's access to health services and protecting them financially against catastrophic health costs. Iran Health Insurance Organization (IHIO) is one of the largest public health insurance organizations in Iran, which faces many challenges. The purpose of this research is the strategic analysis of health financing performance of IHIO.

Materials and Methods: This qualitative research was conducted using interpretive phenomenology method through using semi-structured interviews with 25 managers and employees of IHIO. In addition, relevant documents and archival data of IHIO were collected and analyzed. Thematic analysis method was used to analyze the data.

Results: Overall, 19 strengths, 24 weaknesses, 14 opportunities, 37 threats and 43 solutions were identified for the health financing system of IHIO. Increasing the coverage of health services, correcting the information databases of the insured and electronic prescribing were the most important strengths, and inappropriate pooling of financial resources, incomplete risk pooling, high administrative costs, and inefficient control were the most important weaknesses of IHIO. The most important opportunities for IHIO include the government's support for universal health coverage and emphasis on primary health care, legal support for consolidating health insurance funds and improving the health technology assessment system in the country. The main threats to IHIO include political and economic instability, low health insurance premiums, decisions without scientific support and insufficient enforcement of laws. Finally, solutions such as modernizing the tax system, increasing the health literacy of the community, reducing bureaucracy, increasing transparency and accountability, and reforming the monitoring and evaluation system were identified to strengthen the performance of the financing system of IHIO.

Conclusion: Iran's health insurance organization is facing numerous structural, contextual and process challenges that have reduced its productivity. Decrease in revenues, increase in costs and decrease in efficiency have caused problems in the financing performance of this organization. Recognizing the weaknesses and challenges of financing performance and applying corrective interventions is the first step in strengthening the sustainability of health financing of IHIO.

Keywords: Health Insurance, Iran Health Insurance Organization, Health Financing, Strategic Analysis

* Corresponding Author:
Abbasi M
Email:
Abbasim1@medsab.ac.ir