



گزاره برگ پوشش بیمه همگانی سلامت در اسناد بالادستی: از منظر برنامه‌های پنج‌ساله توسعه

- این گزاره‌برگ، از سری گزاره‌برگ‌های مربوط به ابلاغیه بیمه همگانی سلامت در اسناد بالادستی است. در طی گزاره‌برگ‌های ۲۲ و ۲۳، ابلاغیه آن در سیاست‌های کلان و قانون اساسی و در این گزاره‌برگ، موارد مرتبط با بیمه همگانی سلامت ارائه شده در برنامه‌های پنج‌ساله آورده شده است. مفاد بیمه همگانی سلامت در برنامه‌های پنج‌ساله، به ترتیب عبارت‌اند از:
 - ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه: به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم هزینه‌های بهداشتی و درمانی خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه مردم به ۹۰ درصد ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد بیشتر نشود و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت، به یک درصد کاهش یابد؛
 - ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه: به منظور افزایش اثربخش نظام ارائه خدمات سلامت و تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی، اقدامات ذیل لازم است انجام شود:
 - تمامی شرکت‌های بیمه تجاری و غیرتجاری، صرفاً با رعایت قوانین و مقررات شورای عالی بیمه خدمات درمانی مجاز به ارائه خدمات بیمه پایه و مکمل هستند؛
- تا پایان برنامه چهارم، شورای عالی بیمه خدمات درمانی، تمهیدات لازم برای استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع را فراهم کند؛
- به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان و عشایر، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود؛
- تمامی اتباع خارجی مقیم کشور موظف هستند برای پوشش حوادث و بیماری‌های احتمالی در مدت اقامت در ایران، بیمه‌نامه داشته باشند؛
- تأمین اعتبار بیمه‌های خدمات درمانی در بودجه‌های سنواتی در طول برنامه چهارم، باید براساس سرانه واقعی باشد که سالانه به تصویب هیئت دولت می‌رسد و آیین‌نامه‌های اجرایی این ماده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ظرف مدت سه ماه از تصویب این قانون تهیه می‌شود و به تصویب هیئت وزیران خواهد رسید؛
- بند ۲۵-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه: ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی؛
- بند ۱۹-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه: توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت و کاهش سهم



تبصره ۱. تمامی ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی کشور اعم از دولتی و غیردولتی موظف‌اند از خط‌مشی وزارت بهداشت تبعیت کنند. ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی غیردولتی که تمایل به همکاری با سامانه جامع و همگانی سلامت ندارند، طرف قرارداد نظام بیمه پایه و تکمیلی نیستند و از یارانه‌ها و منابع عمومی کشور مرتبط با امور سلامت بهره‌مند نمی‌شوند؛

- بند «ب» ماده ۳۵ قانون برنامه پنجم توسعه: وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی با همکاری سازمان‌ها و مراکز خدمات درمانی و بیمه‌ای، حداکثر ظرف دو سال اول برنامه، خدمات بیمه سلامت را به‌صورت یکپارچه و مبتنی بر فناوری اطلاعات در تعامل با سامانه «پرونده الکترونیک سلامت ایرانیان» ساماندهی می‌کند؛

- ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه: به‌منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد، از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوق‌ها، مدیریت منابع، متناسب‌سازی تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوق‌ها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه، اقدامات زیر انجام می‌شود:

- دولت مکلف است سازوکارهای لازم برای بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت را تا پایان سال اول برنامه تعیین و ابلاغ کند و زمینه‌های لازم را در قالب بودجه‌های

مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد تا پایان برنامه پنجم؛

- بند ۳۵-۵ سیاست‌های کلی برنامه پنجم توسعه: تأمین بیمه فراگیر، کارآمد و گسترش کمی و کیفی نظام تأمین اجتماعی و خدمات بیمه درمانی؛

- ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم توسعه: دولت مجاز است نظام جامع تأمین اجتماعی چندلایه را با لحاظ حداقل سه لایه زیر، در کشور برقرار و مستقر کند؛ با رعایت یکپارچگی، انسجام ساختاری، هم‌سویی و هماهنگی بین این لایه‌ها:

- مساعدت‌های اجتماعی شامل خدمات حمایتی و توانمندسازی؛

- بیمه‌های اجتماعی شامل مستمری‌های پایه و بیمه‌های درمانی پایه؛

- بیمه‌های مکمل و بازنشستگی؛

- بند «د» ماده ۳۲ قانون برنامه پنجم توسعه و تبصره ذیل آن: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است حداکثر تا پایان سال اول، برنامه نظام درمانی کشور را در چارچوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای درمانی، اورژانس‌های پزشکی، تشکیل هیئت‌های امنای بیمارستان‌های آموزشی و تمام‌وقتی جغرافیایی هیئت‌های علمی و تعرفه‌های مربوطه و کلینیک‌های ویژه و بیمه‌های تکمیلی تهیه و برای تصویب به هیئت وزیران ارائه کند.



- بند ۴۳-۲ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: اصلاح ساختار نظام سلامت براساس بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت؛
- بند ۴۳-۳ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: تأمین منابع مالی پایدار برای بخش سلامت و توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت.

مطابق تمام بندهای مذکور، استقرار نظام پوشش همگانی سلامت، جزء لاینفک اقدامات دولت‌هاست و لازم است این موضوع برنامه، اولویت نظام سلامت تلقی شود. انجام این اقدام مهم، با وجود تأکید در سیاست‌های کلان، بندهای قانون اساسی و درج در برنامه‌های پنج‌ساله، تا قبل از دولت یازدهم با تأخیر جدی مواجه بود. با روی کار آمدن این دولت و در اولویت قرار گرفتن سلامت، طرح تحول سلامت فرصت بسیار مناسبی را فراهم کرد تا اتحاد جامعه بتوانند از حق بیمه سلامت برخوردار شوند و این مهم منجر به پوشش مناسب خدمات با حفاظت مالی، به خصوص برای قشر کم‌درآمد جامعه شده است.

سنواتی برای تحت پوشش قراردادن اتحاد جامعه فراهم کند؛

○ به دولت اجازه داده می‌شود بخش‌های بیمه‌های درمانی تمامی صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام کند. تشکیلات جدید، «سازمان بیمه سلامت ایران» نامیده می‌شود و تمامی امور مربوط به بیمه سلامت، در این سازمان متمرکز می‌شود؛

- بند «ز» ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه: سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات، براساس سیاست‌های مصوب، نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش‌های دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آیین‌نامه‌های اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارت‌خانه‌های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، درمان و آموزش پزشکی تهیه شود و به تصویب هیئت وزیران برسد؛

- بند ۴۰ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: استقرار نظام جامع، یکپارچه، شفاف و کارآمد و چندلایه تأمین اجتماعی کشور؛

- بند ۴۲ سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه: ارتقای کیفیت و اصلاح ساختار بیمه‌های تأمین اجتماعی پایه (شامل بیمه درمان، بازنشستگی، از کار افتادگی و...) برای تمام مردم؛