نامه به سردبیر

تولیت بیمه‌های پایه درمان از منظر قوانین بالادستی: تعارض‌ها و تناقض‌ها!!!

ابراهیم جعفری‌پویان [۱]، فرنوش عزیزی [۲*]، آیدا اصغری [۲]، مریم بابایی اقبلاغ [۲]

[۱] استاد، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ایران
[۲] دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران، تهران، ایران

* **نویسنده مسؤول:** فرنوش عزیزی
f.azizi114@gmail.com

ارجاع جعفری پویان ابراهیم، عزیزی فرنوش، اصغری آیدا، بابایی اقبلاغ مریم. تولیت بیمه‌های پایه درمان از منظر قوانین بالادستی: تعارض‌ها و تناقض‌ها!!!. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۳): ۱۲-۱۰۸.

واژه‌های کلیدی: تولیت، بیمه‌های پایه درمان، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۴/۲۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۶/۲۶
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۶/۲۷

سردبیر محترم

پوشش خدمات سلامت و رفع نگرانی بابت خطر و هزینه‌های بیماری یکی از اجزای اصلی کلیه نظام‌های تامین‌اجتماعی در سرتاسر دنیاست. از این حیث هدف نظام‌های تامین‌اجتماعی با هدف نظام‌های سلامت یکی است؛ اما تعاملات این دو نظام در بسیاری از کشورها چالش‌هایی به همراه داشته است. یکی از چالش‌ها این است که فرآیند تجمیع خطر مالی تحت امر تولیت نظام سلامت قرار گیرد یا جزیی از تولیت خدمات تامین-اجتماعی تلقی گردد؟ در بعضی از کشورها این دو نظام در هم ادغام هستند و در بعضی کشورها هر حوزه تولیت جداگانه‌ای دارد. پاسخ به این سوال به پیشینه، ساختار و نحوه مدیریت نظام‌های تامین‌اجتماعی و نظام‌های سلامت در هر کشور بر می‌گردد و تصمیم‌گیری در این رابطه حسب شرایط و ضرورت-های تاریخی و سیاسی و نیازهای اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی هر کشور می‌تواند متفاوت باشد (۱).

در حال حاضر نظام سلامت و نظام تامین‌اجتماعی کشور ما دربرگیرنده مراکز، سازمان‌ها و صندوق‌های متعددی هستند که هر یک در حوزه‌های تشخیصی، بهداشتی، درمانی، حمایتی و بیمه‌ای (شامل بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های درمانی) فعالیت می‌کنند و از نظر وابستگی سازمانی نیز متفاوتند. با این وجود، علی‌رغم تلاش‌های فراوان و دستاوردهای مهمی که در حوزه سلامت کشور وجود داشته، به نظر می‌رسد هم مردم، هم ارایه دهندگان خدمات و هم مسؤولین از وضعیت جاری این حوزه رضایت کامل ندارند (۴-۲). به دنبال ارایه راهکار مناسب برای کاهش نابسامانی‌های موجود در نظام سلامت کشور، موضوع تولی‌گری بیمه‌های پایه درمان از دیرباز و حتی پیش از تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی به عنوان چالشی جدی بین نظام سلامت و نظام تامین‌اجتماعی وجود داشته و در سال‌های اخیر نیز جایگاه ویژه‌ای در قوانین و سیاست‌های کلان این دو حوزه به خود اختصاص داده‌است. به منظور آسیب‌شناسی دلایل بروز این چالش، فارغ از بررسی تجارب تاریخی تغییرات تولیت، ساختار و نحوه مدیریت سازمان‌های بیمه‌گر پایه که هر یک از جنبه‌هایی تامل برانگیز و تاثیرگذارند، به‌نظر می‌رسد تصویب قوانین بعضاً مبهم و متعارض با اسنادبالادستی موضوعه، بیش از همه به

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.9.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10675]

کشمکش‌های موجود دامن زده‌است که در ادامه به مواردی از آن اشاره خواهد شد.

در سال ۱۳۸۳، برخی الزامات ساختاری از قبیل نیاز به تفکیک بین نهادهای نظارت‌کننده، ارایه‌کننده و خریدار خدمات‌درمانی و نیاز به یک متولی واحد برای اعمال حاکمیت و نظارت در سطوح مختلف نظام تامین‌اجتماعی، موجب تدوین و تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین‌اجتماعی شد. این قانون با معین نمودن چارچوب‌ها و کارکردهای نظام رفاهی کشور، ظرفیت خوبی را پیش روی سیاستگذاران این عرصه نهاد (۵). بر اساس مفاد آن، "بیمه خدمات بهداشتی" جزو قلمروهای این نظام تعریف شده‌است؛ به طوریکه امور مربوط به بررسی و اصلاح اساسنامه‌های کلیه دستگاه‌های اجرایی و صندوق‌ها و نهادهای فعال در قلمرو بیمه‌ای بر عهده وزارت رفاه و تامین‌اجتماعی بوده و هرگونه استفاده از منابع نظام تامین-اجتماعی، اعم از منابع عمومی و یارانه‌ها در حوزه بیمه‌ای، مستلزم پذیرش، نظارت و راهبری کلان وزارت مزبور می‌باشد (۶).

علی‌رغم این موضوع، همزمان با تصویب قانون برنامه پنجم توسعه در سال ۱۳۸۹، بحث تعیین تولیت اصلح برای بیمه‌های پایه درمان شدت گرفت. در زمان تدوین احکام، پیشنهاد انتقال وظایف بیمه‌های درمانی به وزارت بهداشت از سوی کمیسیون بهداشت و درمان مجلس مطرح شد که پس از بحث و بررسی، با توجه به تناقض با قانون ساختار و قانون تامین‌اجتماعی (بنا به مفاد قانون تامین‌اجتماعی مصوب سال ۱۳۵۴، رسالت وجودی سازمان تامین‌اجتماعی "تعمیم و گسترش انواع بیمه-ها" قید شده و بعدها در قانون الزام سازمان تامین‌اجتماعی به اجرای بندهای (الف) و (ب) ماده «۳» قانون تامین اجتماعی مصوب سال ۱۳۶۸، سازمان ملزم به ارائه تعهدات قانونی خود در حوزه "حوادث و بیماری‌ها و بارداری" است و ارائه پوشش بیمه خدمات‌درمانی به جمعیت تحت پوشش یکی از وظایف اساسی و اولویت‌دار سازمان محسوب می‌شود (۷،۸)، صرفاً ادغام و تمرکز کلیه امور مربوط به بیمه سلامت در سازمان بیمه سلامت ایران به تصویب رسید و درخصوص تغییر تولیت حکم جدیدی صادر نشد؛ بنابراین به تبعیت از احکام قبلی این سازمان وابسته به وزارت رفاه و تامین‌اجتماعی باقی ماند. علاوه بر این، در قانون برنامه پنجم توسعه، استقرار نظام جامع تامین-اجتماعی چندلایه مورد تاکید قانونگذار بوده و به صراحت بیمه-های پایه درمان بخشی از نظام تامین‌اجتماعی تعریف شده‌است؛ ضمن آنکه ساماندهی برنامه خدمات بیمه سلامت بر عهده وزارت رفاه و تامین‌اجتماعی گذارده شده‌است (۹). اما در جریان اجرای قانون، وجود اختلاف نظرها و تلاش صاحبان دیدگاه‌های مختلف برای تامین نظراتشان در این احکام، موجب شد که همچنان درباره تعیین وزارتخانه متولی امور بیمه سلامت جای بحث و تفسیر باقی بماند. به طوریکه، مجدد همزمان با بررسی لایحه ادغام وزارتخانه‌های کار و امور اجتماعی و رفاه و تامین اجتماعی، پیشنهاد فوق الذکر مجدد به صورت طرح دو فوریتی در مجلس شورای اسلامی مطرح شد اما در آخر، با بیان استدلال‌های موافقان و مخالفان رد شد. این موضوعات علاوه بر ایجاد فضای بحث‌های طولانی کارشناسی، در تعامل بین نظام تامین اجتماعی و نظام سلامت ایجاد چالش نمود.

به منظور خاتمه دادن به بخشی از این چالش‌ها، در سال ۱۳۹۳ سیاست‌های کلی سلامت از سوی مقام معظم رهبری ابلاغ شد (۱۰). این سیاست‌ها بعد از قانون اساسی بالاترین سند سیاستگذاری محسوب می‌شود و به روشنی الگوی مناسب و چارچوب ورود به مبحث اصلاحات نظام سلامت و بیمه درمان را تعیین می‌کند. در سیاست‌های کلی، به تفکیک وظایف تولیت، تامین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت تاکید شده‌است؛ به‌طوریکه تولیت نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت صورت پذیرد. در این سیاست، وظیفه تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی که از مصادیق ساماندهی سمت عرضه (فروش) در بازار است به‌عهده وزارت بهداشت و وظایف تدوین تعرفه‌ها و اصلاح نظام پرداخت که هر دو از مصادیق ساماندهی سمت تقاضا (خرید) است، ذیل وظایف نظام بیمه‌ای است. این نوع تقسیم وظایف توازن قوا بین دو سمت خریدار و فروشنده را تنظیم می‌کند. در ادامه سایر قوانین موضوعه با صیانت از این سیاست‌ها تدوین شد.

در قانون الحاق برخی مواد به قانون تنظیم بخشی از مقررات مالی دولت (۲) مصوب سال ۱۳۹۳، به طور کلی در مواد

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.9.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10675]

مختلف مقرر شده‌است سهم مربوط به خدمات در تعهد بیمه‌ها از منابع عمومی، جهت توزیع در ردیف‌های مشخص ذیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی قرار گیرد (۱۱). همچنین در سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه، ضمن تصریح این نکته که بیمه درمان، در کنار بیمه بازنشستگی و از کارافتادگی باید توسط سازمان‌های بیمه تامین‌اجتماعی ارایه شود، سیاستگذار مجدداً بر اجرای مفاد سیاست‌های کلی سلامت مبنی بر تفکیک سه وظیفه «تولیت»، «تامین منابع» و «تدارک خدمات» و توسعه و تعدد بیمه‌های درمانی تاکید نموده‌است (۱۲).

با این وجود، در قانون برنامه ششم توسعه، تولیت نظام سلامت از جمله بیمه سلامت در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی متمرکز شده و سازمان بیمه سلامت از وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و به وزارت بهداشت ملحق می‌شود (۱۳)؛ ضمن آنکه بحث انتقال سایر سازمان‌های بیمه‌گر درمان نیز همچنان وجود دارد. به علاوه، در این قانون، به ساماندهی خدمات بیمه سلامت توسط وزارت بهداشت اشاره شده و بر استقرار و روزآمدسازی نظام جامع رفاه و تامین-اجتماعی چندلایه مشتمل بر حوزه امدادی، حمایتی و بیمه‌های اجتماعی به‌جز سلامت تاکید نموده‌است (۱۳). ضمن اشاره به اینکه مستثنی شدن بیمه سلامت از نظام تامین‌اجتماعی چندلایه در تعارض با مفهوم عبارت "جامعیت" می‌باشد، این احکام در تعارض با برخی قوانین بالادستی نیز می‌باشد. البته تمرکز تولیت بیمه سلامت در وزارت بهداشت بر اساس تصریح مفاد ماده مربوطه، بر قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین-اجتماعی حاکم شده‌است (۱۳)، لیکن در مجموع این موضوعات نافی مفاد احکام مرتبط در سیاست‌ها و قوانین بالادستی شامل سیاست‌های کلی سلامت (۱۰)، سیاست‌های کلی اقتصاد مقاومتی (۱۴)، سیاست‌های کلی برنامه ششم توسعه (۱۲)، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی (۶)، قانون بیمه همگانی خدمات‌درمانی (۱۵) و قانون تامین‌اجتماعی (۷) می-باشد.

در سال ۱۴۰۰ با ابلاغ سند تحول دولت مردمی، در راستای ایجاد نظام یکپارچه تامین اجتماعی و به منظور اصلاح حکمرانی بیمه و ایفای نقش خریدار راهبردی خدمت به جای صندوق پرداخت، به انتزاع سازمان بیمه سلامت از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و انتقال آن به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی اشاره شده است (۱۶).

در نهایت با توجه به قوانین و مقررات جاری این دو حوزه، تکلیف تولیت بیمه‌های پایه درمان با کدام حوزه است؟

هر چند جدایی بیمه‌ها (خریدار خدمت) از وزارت بهداشت (فروشنده خدمت) به عنوان یک اصلاح ساختاری در متون علمی مورد تاکید قرار گرفته‌است تا به پیامدهای مورد انتظار این سیاست یعنی خرید خدمات با کیفیت از ارایه‌کننده، تقویت نظارت و کنترل بر خرید خدمات و افزایش رقابت بین ارایه-کنندگان برای جذب مشتری نایل شوند (۱۷)، مقایسه و ارزیابی تاثیرات جدایی خریدار از فروشنده بر نظام سلامت به علت تفاوت‌های ساختاری بین نظام‌های سلامت در کشورهای مختلف، دشوار و بحث برانگیز است (۲۱-۱۸). در ایران نیز، سیاست جدایی خریدار از فروشنده به علت وجود نظرات مخالف و موافق مستند به استدلال‌های کارشناسی و عدم هماهنگی ناشی از تضاد منافع میان دو وزارت‌خانه و عدم اعتماد بین آن‌ها، عملاً مشکلات و چالش‌های زیادی برای اجرای برنامه‌های اصلاحی و تولیت نظام سلامت ایجاد کرده‌است (۱۸) و جایگاه بیمه‌ها در طول سالیان همیشه مورد بحث و جدل بین دو وزارت‌خانه بوده است.

حقیقت این است که در میان این کشمکش‌ها، نباید فراموش کرد که هدف غایی، پوشش همگانی خدمات سلامت و حفاظت موثر بیمه‌ها از افراد در برابر مخاطرات مالی ناشی از بیماری با لحاظ ابعاد کارایی، کیفیت، اثربخشی و عدالت در بهره‌گیری از خدمات سلامت است که باید مرکز توجه سیاستگذاران این دو حوزه قرار گیرد. اگر برای تصمیم‌گیری در جهت جانمایی فعالیت‌ها، به شیوه علمی و درست عمل نشود، نتیجه آن می‌شود که در دولت‌های مختلف، با اعمال قدرت ذی‌نفعان، تعدادی صندوق بیمه‌گر از یک وزارتخانه منفک و به وزارتخانه‌ای دیگر ملحق می‌شوند و این تغییر و تبدیل‌های ساختاری و مکانیکی نه تنها منجر به تغییر دیدگاه نخواهد شد، بلکه تغییر مثبت محسوسی را در خدمات اجتماعی نداشته و عایدی برای ذینفعان اصلی یعنی مردم نخواهد داشت. اکنون، در آستانه تنظیم قانون برنامه هفتم توسعه، با لحاظ شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی کشور و با توجه به نابسامانی‌های موجود در نظام سلامت و نظام تامین‌اجتماعی، به نظر می‌رسد اتخاذ رویکردی صحیح برای حرکت در مسیر تحقق غایات و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.9.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10675]

اهداف عالیه سند چشم‌انداز و عمل به تکالیف مندرج در اصول قانون اساسی، به دور از تفاسیر و مقاومت‌های جانبدارانه بیش از پیش برای کشور حایز اهمیت است.

References

1) Social Security Organization Research Institute, Department of health and health economics. Health and insurance system report in selected countries. Social Security Organization: Iran, Tehran. 2016. [Persian]
2) Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. Hakim Research Journal 2007; 9(3): 1-18. [Persian]
3) Damari B. Road map of health area in Iran health system. Social Welfare Quarterly 2018; 18(70): 9-30. [Persian]
4) Ilna News. People are not satisfied with the health system. Available from URL: https://www.ilna.ir/fa/tiny/news-1251745. Last access: july 6, 2022. [Persian]
5) Karimi M. Health insurance in fifth economic, social and cultural development plan, requirements for creating Iran Health Insurance Organization. Islamic Parliament Research Center: Iran, Tehran. 2011. [Persian]
6) Comprehensive structure of welfare and social security law. Parliament of Islamic Republic of Iran 2004. Available from URL: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/94018. Last access: july 25, 2022. [Persian]
7) Social security act. Parliament of Islamic Republic of Iran 1975. Available from URL: https://rc.majlis.ir/fa/law/ show/97316. Last access: august 6, 2022. [Persian]
8) The social security organization requiring act to implement clauses "A" and "B" of article (3) of the social security act. Parliament of Islamic Republic of Iran 1989. Available from URL: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/91729. Last access: july 4, 2022. [Persian]
9) Fifth five-year economic, social and cultural development plan of the Islamic Republic of Iran. Parliament of Islamic Republic of Iran 2011. Available from URL: https://rc.majlis.ir/fa/law/ show/790196. Last access: august 6, 2022. [Persian]
10) General health policies. Supreme Leader Of The Islamic Republic of Iran 2014. Available from URL: https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=26083. Last access: may 10, 2022. [Persian]
11) The act of adding some articles to the Law of regulating part of the financial regulations of the government (2). Parliament Of Islamic Republic of Iran 2014. Available from URL: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/930339. Last access: august 6, 2022. [Persian]
12) General policies of the sixth development plan. Supreme Leader Of The Islamic Republic of Iran 2015. Available from URL: https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=30128. Last access: may 19, 2022. [Persian]
13) Sixth five-year economic, social and cultural development plan of the Islamic Republic of Iran. Parliament Of Islamic Republic of Iran 2017. Available from URL: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/1014547. Last access: august 14, 2022. [Persian]
14) General principles and policies of resistive economy. Supreme leader of the Islamic Republic of Iran 2014. Available from URL: https://farsi.khamenei.ir/news-content?id=25370. Last access: june 6, 2022. [Persian]
15) Public health insurance act. Parliament of Islamic Republic of Iran 1994. Available from URL: https://rc.majlis.ir/fa/law/show/92470. Last access: may 12, 2022. [Persian]
16) The government transformation document, president of Islamic Republic of Iran 2022. Available from URL: https://qavanin.ir/Law/PrintText/297282. Last access: june 24, 2022. [Persian]
17) World health organization. The world health report 2000, health systems: improving performance. WHO: Switzerland, Geneva. 2000.
18) Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser–provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. Health policy and planning 2015; 30(10): 1261-71.
19) Ahgren B. Competition and integration in Swedish health care. Health policy 2010; 96(2): 91-7. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.01.011.
20) Xu W, Van De Ven WP. Purchasing health care in China: competing or non-competing third-party purchasers?. Health policy 2009; 92(2-3): 305-12. doi: 10.1016/j.healthpol.2009.05.009.
21) Siverbo S. The purchaser-provider split in principle and practice: experiences from Sweden. Financial Accountability & Management 2004; 20(4): 401-20.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.9.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10675]

Letter to the Editor

Basic Health Insurance Stewardship in Line with the Upstream Laws and Policies: Conflicts and Contradictions!!!

Ebrahim Jaafaripooyan [1], Farnoosh Azizi [2*], Aida Asghari [2], Maryam Babaei Aghbolagh [2]

[1] Professor, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] Ph.D. student of Health Services Management, Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Farnoosh Azizi
f.azizi114@gmail.com

Citation: Jafaaripooyan E, Azizi F, Asghari A, Babaei Aghbolagh M. Basic Health Insurance Stewardship in Line with the Upstream Laws and Policies: Conflicts and Contradictions!!!. Manage Strat Health Syst 2022; 7(3): 108-12.

Received: July 17, 2022
Revised: September 17, 2022
Accepted: September 18, 2022

A B S T R A C T

One of the serious challenges regarding interactions between Iran's social security system and health system is basic health insurance stewardship. It has existed for a long time and has been given a special place concerning the related laws and policies in recent years. In this regard, it seems that approving of rules conflicting with upstream laws and policies has increased existing conflicts. This is done by creating ambiguity in the position of basic health insurance. But, it should not be forgotten that the main goal is universal health coverage and effective insurance protection against financial risks caused by illness. Therefore, any decision in these areas should be made with respect to the social, cultural, economic and political conditions of the country and according to the historical experiences and structural characteristics.

Keywords: Stewardship, Basic health insurance, Iran

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.2.9.6]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i2.10675]