Volume 23, Issue 6 (November- December 2024)

PAYESH

Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research

Reasons for not collecting health insurance premiums and ways to facilitate its collection: a qualitative study

Hakimeh Mostafavi[1], Rouholah Gholikhani[2], Alireza Olyaeemanesh[1], Amirhossein Takian[3] *

1. Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Faculty of law and political sciences, University of Tehran, Tehran, Iran
3. National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran

Received: 26 November 2023
Accepted for publication: 7 July 2024
[EPub a head of print-7 December 2024]
Payesh: 2024; 23(6): 851- 863

Abstract

Objective(s): The increasing growth of treatment costs indicates the necessity of insurance coverage of the population. The continuance of this coverage requires sufficient financial resources. One of these financial sources is the insurance premium. Failure to pay it timely causes problems for the insurer and the insured. This study seeks to identify the causes of non-payment of insurance premiums by the health insurance organization and provide solutions to solve them.

Methods: This qualitative study was conducted through semi-structured interviews and focused discussion sessions. The snowball method was used to identify the interviewees. The interviews continued until data saturation was reached. To analyze the data, the conventional content analysis approach was used based on the method suggested by Granheim and Lundman.

Results: Based on the findings of the study, the causes of non-payment of insurance premiums include non-payment/late payment of insurance premiums by the government, non-payment/late payment of insurance premiums by the executive body, unscientific budgeting, budget deficit, non-compliance with the law, and allocation It is a quarterly budget. By using a set of legal and non-legal solutions, it is possible to facilitate the timely collection of insurance premiums.

Conclusion: Although the government is the main provider of the organization's insurance premium, the organization as a key institution should seek to find solutions to solve its financial problems. Active management of the organization's expenses, taking advantage of new methods of income generation, and attracting the support of charity organizations are suitable solutions to solve the relative financial problems of the organization.

Keywords: Insurance premium, Health insurance, Legal solutions, Political consequences, social consequences

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

* Corresponding author: National Center for Health Insurance Research, Tehran, Iran
E-mail: takian@tums.ac.ir

پایش

نشریه پژوهشکده علوم بهداشتی جهاددانشگاهی

علل عدم وصول حق بیمه سلامت و راه کارهای تسهیل وصول آن: یک مطالعه کیفی

حکیمه مصطفوی[۱]، روح اله قلی خانی[۲]، علیرضا اولیایی منش[۱]، امیرحسین تکیان[۳] *

۱. مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
۲. دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، تهران، ایران
۳. مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۹/۵
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۴/۱۷
[نشر الکترونیک پیش از انتشار- ۱۷ آذر ۱۴۰۳]
نشریه پایش: ۸۶۳- ۸۵۱ :(۶)۲۳؛ ۱۴۰۳

چکیده

مقدمه: رشد فزاینده هزینه های درمان بیانگر ضرورت پوشش بیمه ای جمعیت است و تداوم این پوشش نیازمند وجود منابع مالی کافی است. یکی از این منابع مالی حق بیمه است که عدم پرداخت به موقع آن باعث بروز مشکلاتی برای بیمه کننده و بیمه شده می گردد. این مطالعه به دنبال شناسایی علل عدم وصول حق بیمه سازمان بیمه سلامت و ارایه راه کارهایی برای مرتفع نمودن آنها است.

مواد و روش کار: این مطالعه کیفی با مصاحبه های نیمه ساختاریافته و جلسه بحث متمرکز انجام شد. برای شناسایی مصاحبه شوندگان از روش گلوله برفی استفاده شد. مصاحبه ها تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بر اساس روش پیشنهادی گرانهیم و لاندمن استفاده شد.

یافته ها: علل عدم وصول حق بیمه شامل عدم پرداخت/پرداخت دیرهنگام حق بیمه توسط دولت، عدم پرداخت/پرداخت دیرهنگام حق بیمه توسط دستگاه اجرایی، علمی نبودن بودجه ریزی، کسری بودجه، عدم رعایت قانون، و تخصیص سه ماهه بودجه است. با استفاده از مجموعه ای از راه کارهای حقوقی و غیر حقوقی می توان وصول بموقع حق بیمه را تسهیل نمود.

نتیجه گیری: هر چند دولت تامین کننده اصلی حق بیمه سازمان است اما سازمان به عنوان نهادی کلیدی باید به دنبال یافتن راه کارهایی برای مرتفع نمودن مشکلات مالی خود باشد. مدیریت فعال هزینه های سازمان، بهره گیری از شیوه های نوین درآمدزایی و جلب حمایت سازمان های خیریه از راه کارهای مناسب برای مرتفع نمودن نسبی مشکلات مالی سازمان است.

کلید واژه ها: حق بیمه، بیمه سلامت، راه کارهای حقوقی، پیامدهای سیاسی، پیامدهای اجتماعی

کداخلاق: IR.TUMS.REC.1401.204

* نویسنده پاسخگو: تهران، مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت
E-mail: takian@tums.ac.ir

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

مقدمه

کارگران و کارمندان برای محافظت از خود و اعضای خانواده در برابر هزینه های فاجعه بار بیماری های جدی و اطمینان از دسترسی به مراقبت های پزشکی نیازمند بیمه سلامت هستند [۱]. اگرچه این امکان برای افراد وجود دارد که به تنهایی اقدام به خرید پوشش بیمه کنند، اما هزینه بالای پوشش فردی، موانع دسترسی به آن پوشش، و هزینه های سنگین قراردادهای بیمه ای باعث می شود پوشش گروهی برای آنان مقرون به صرفه تر باشد و به همین دلیل کارگران و کارمندان در صورت عدم وجود هر گونه جایگزین مناسب، خواستار پوشش از طریق کارفرمایان خود هستند [۲].

پوشش مبتنی بر اشتغال به دلایل مختلف بسیار کم هزینه تر از پوشش های خریداری شده به صورت جداگانه یا توسط افراد است زیرا کارفرمایان می توانند از طریق "تجمیع"، هزینه های انتخاب معکوس و هزینه های اداری را کاهش دهند [۳] و نیز، هزینه های مبادلات خرید بیمه نامه انفرادی هم برای کارگران و هم برای خانواده هایشان بالاست. حتی زمانی که کارگران و خانواده‌هایشان جوان و سالم هستند، خرید بیمه در بازار فردی به زمان زیادی برای ارزیابی و مقایسه مزایای طرح‌های مختلف نیاز دارد [۴]. شواهد موجود تأیید می کنند که کارگران و کارمندان بیمه درمانی مبتنی بر اشتغال را به عنوان یک مزیت بسیار ارزشمند اشتغال می دانند . اکثر کارگران گزارش کرده اند که در دسترس بودن بیمه درمانی یک عامل کلیدی در تصمیم آنها برای گرفتن یا حفظ شغل است [۵]؛ بنابراین مزایای بیمه درمانی می تواند به حفظ کارگران در یک شرکت کمک کند، در حالی که نارضایتی از مزایای بهداشتی ممکن است باعث شود کارگران فرصت های شغلی دیگر را در نظر بگیرند. بدون مزایای سلامتی، خروج کارکنان یک سازمان ممکن است بسیار بالا باشد و بدون مزایای بازنشستگی، تصمیمات کارگران برای به تاخیر انداختن بازنشستگی ممکن است با بهره‌وری شرکت تداخل داشته باشد [۶]. در ایران نیز توسعه نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهم‌ترین رویکردهای مورد تأکید در سیاست‌های کلی کشور و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران است [۷] با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور بر عهده این سازمان نهاده شد. منابع درآمدی سازمان شامل منابع دریافتی از بودجه عمومی، حق بیمه های دریافتی، کمک ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی، منابع حاصل از هدفمندی یارانه ها، وجوه حاصل از خسارات و جرائم، درآمدهای حاصل از محل ثبت و صدور دفترچه بیمه شدگان، منابع حاصل از وقف در قلمروهای تامین اجتماعی، منابع حاصل از خمس و زکات و سایر وجوه شرعی، منابع حاصل از صدقات و نذورات و سایر درآمدهای متفرقه است [۸].

بر اساس اظهارات کارشناسان سازمان بیمه سلامت؛ با وجود منابع درآمدی متعدد سازمان، به نظر می رسد سازمان دارای بدهی بالایی به بخش های ارایه دهنده خدمت باشد. بدیهی است پیامد تامین نشدن منابع مالی، تاخیر در پرداخت مطالبات مراکز تشخیصی طرف قرارداد و درنتیجه نارضایتی بیمه شدگان است که این امر با توجه به شرایط نامساعد اقتصادی کشور به دلیل تحریم های اقتصادی و فقدان منابع مالی کافی می تواند زمینه ساز بحران های اجتماعی و درنتیجه نقص در تامین سلامت عموم مردم گردد. مطالعات موجود نشان می دهد حق بیمه ها که یکی از منابع اصلی تامین مالی سازمان است به درستی وصول نشده و نیازمند اقدام قاطع است [۹]. همچنین سازمان بیمه سلامت ایران به عنوان خریدار خدمات سلامت، در صورتی قادر به حسن انجام تعهدات قانونی خود در قبال بیمه‌شده، بیمه‌گزار و ارائه‌دهندگان خدمت می‌باشد که بتواند در سریع ترین موعد، امر تجهیز و تخصیص منابع مالی خود را محقق نماید. سهولت و تسریع در وصول به موقع منابع از سویی منتهی به افزایش رضایت مندی مشتری، ارائه دهندگان خدمت، ملت و ... گردیده و امر ایفای نقش پر رنگ سازمان در مقوله خرید راهبردی خدمات، استفاده از ابزار قدرت خرید انحصاری در بازار برای رعایت غبطه بیمه‌شدگان، مدیریت منابع، استفاده حداکثری از منابع داخلی را نیز تسهیل خواهد نمود [۱۰]. عدم تحقق به موقع منابع مالی مانع عملکرد صحیح و کارآمد سازمان خواهد شد. علاوه بر این عدم تحقق به موقع منابع باعث تحمیل هزینه ضرر و زیان به سازمان گردیده و نهایتا هزینه های دولت را نیز افزایش می دهد. بدیهی است شناسایی علل عدم وصول این مطالبات و یافتن راه هایی قانونی برای مرتفع نمودن آنها مدیران سازمان را برای مدیریت بهتر منابع مالی سازمان و درنتیجه اتخاذ تصمیمات صحیح برای برنامه ریزی های آتی یاری خواهد رساند. لذا با عنایت به لزوم وصول دقیق و به موقع مطالبات سازمان بویژه حق بیمه بیمه شدگان در این مطالعه به دنبال شناسایی راه کارهای حقوقی مناسب برای وصول این منبع درآمدی مهم برای سازمان بوده ایم.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

مواد و روش کار

این مطالعه کیفی با انجام مصاحبه های نیمه ساختاریافته، و جلسه بحث متمرکز انجام شد. با تعدادی از صاحب نظران و کارشناسان از سازمان برنامه و بودجه، سازمان تامین اجتماعی، سازمان بیمه سلامت و دانشگاه تهران مصاحبه نیمه ساختاریافته انجام شد (جدول شماره ۱). راهنمای مصاحبه توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش تهیه شده و سپس نفر از طریق دو کارشناس سازمان بیمه سلامت مورد بررسی قرار گرفت و از لحاظ روایی محتوا تأیید شد. ابتدا، با استفاده از رویکرد نمونه گیری هدفمند، مصاحبه‌هایی با افراد کلیدی انجام شد و برای شناسایی مصاحبه شوندگان بیشتر از روش گلوله برفی استفاده شد. این راهبرد به ما کمک کرد تا افرادی که اطلاعات غنی در زمینه تخصصی خود دارند و به ما در رسیدن به اهداف پژوهش کمک می‌کنند را انتخاب نماییم. مصاحبه‌ها به صورت حضوری/غیرحضوری در زمان و محل تعیین شده توسط مصاحبه شوندگان انجام شد. در بخش اول مصاحبه؛ در مورد دموگرافیک شرکت کنندگان در مصاحبه از قبیل سابقه کار، تحصیلات، پست سازمانی، سن، جنسیت و... سوال شد و در بخش دوم سه سوال کلی (بر اساس اهداف مطالعه) پرسیده شد: علل عدم وصول حق بیمه ها کدامند؟، عدم وصول حق بیمه ها چه پیامدهایی دارد؟ و راه کارهای پیشنهادی شما برای مرتفع نمودن عدم وصول حق بیمه ها چیست؟ به مصاحبه شونده زمان و دامنه آزادی عمل کافی جهت ارائه نظرات خود داده شد. همچنین در ابتدای هر مصاحبه، خلاصه‌ای از موضوع پژوهش و نحوه استفاده از داده‌ها برای مصاحبه شوندگان تشریح شد. پس از کسب رضایت شفاهی از مصاحبه شوندگان، از آنان درخواست شد که به سؤالات مربوطه پاسخ دهند. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شدند و علاوه بر این، حین مصاحبه، یادداشت برداری نیز توسط محقق صورت گرفت. مصاحبه ها تا زمان رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت.

در مطالعه حاضر کدگذاری و تحلیل داده‌ها به صورت همزمان و از آغاز اولین مصاحبه و مشاهده انجام شد. ابتدا جهت غوطه ور شدن در داده ها و رسیدن به احساس کلیت، متن هر مصاحبه چندین بار مطالعه شد [۱۱]. سپس کلمات و جملات و یا پاراگراف هایی که حاوی نکات مهم در مورد موضوع مورد مطالعه هستند، به عنوان واحد معنایی تعیین شدند؛ هم چنین واحدهای معنایی به خلاصه ای که بیانگر معنای واحد انتخاب شده بودند، برچسب زده و متن کدگذاری شدند. با مرور مجدد، مقایسه کدها از نظر تشابهات و تفاوت ها با یکدیگر و ادغام کدهای مشابه، کدها با متن مورد بازنگری قرار گرفتند. بر اساس تشابه و تناسب، دسته بندی و توسعه طبقات ادامه یافت. پس از ایجاد کدهای اولیه، هر یک از کدها از لحاظ مفهومی با سایر کدها مقایسه شده و کدهایی که به مفاهیم مشترک اشاره داشتند در قالب طبقات فرعی قرار گرفتند. این روند در سایر مصاحبه‌ها نیز تکرار شد تا مجموعه‌ای از طبقات فرعی شکل بگیرد. پس از ایجاد طبقات فرعی، این طبقات از لحاظ مفهومی و موضوعی به دقت بررسی و به طور مداوم با سایر طبقات مقایسه شدند و طبقاتی که به لحاظ مفهومی به موضوع مشابهی اشاره داشتند در کنار یکدیگر قرار گرفتند و پس از این مرحله طبقات فرعی در زیر مجموعه یک طبقه دیگر قرار گرفتند که طبقه اصلی نامگذاری شدند. از این رو هر طبقه اصلی شامل یک یا چند طبقه فرعی می‌شود که بر یک موضوع دلالت دارند. برای اطمینان از استحکام کدها، بازنگری طبقات و مقایسه مجدد با داده ها انجام شد. با تأمل دقیق، عمیق و مقایسه طبقات با یکدیگر، درون مایه ها مورد شناسایی قرار گرفتند. جهت سازماندهی و مدیریت داده های کیفی پژوهش از نرم افزار MAXQDA 11 ، استفاده شد.

برای تحلیل داده‌های حاصل از مطالعه، از رویکرد تحلیل محتوای قراردادی بر اساس روش پیشنهادی گرانهیم و لاندمن شامل مکتوب کردن کل مصاحبه بلا فاصله بعد از انجام هر مصاحبه، خواندن کل متن مصاحبه برای رسیدن به درک کلی محتوا، تعیین واحدهای معنا و کدهای اولیه، طبقه بندی کدهای اولیه مشابه در طبقات جامع تر بر اساس شباهت ها و تفاوت ها و تعیین محتوای نهفته در داده ها استفاده شد [۱۲]. نهایتا اینکه، به منظور جمع بندی راه کارهای شناسایی شده از طریق مصاحبه ها؛ اقدام به تشکیل جلسه بحث گروهی متمرکز شد. اعضای جلسه از میان صاحب نظران و کارشناسان سازمان بیمه سلامت و اعضای تیم پژوهش انتخاب شد. در کل هفت نفر در جلسه حضور داشتند. ابتدا گزارشی از مراحل پیشین مطالعه و یافته های حاصل از مطالعه و راه کارهای ارایه شده توسط مجری طرح که دبیر جلسه نیز بود به اعضای حاضر ارایه شد. سپس دبیر جلسه از درخواست کرد در مورد عملی بودن راه کارهای بحث نمایند. پس از بحث؛ از اعضای جلسه درخواست شد اقدام به دسته بندی و جمع بندی راه کارهای مناسب برای وصول حق بیمه در صندوق های بیمه ای سازمان نمایند. در حین جلسه دبیر جلسه از اعضا درخواست می کرد بطور فعال در بحث مشارکت نموده و نظرات خود را ارایه نمایند. نظرات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

اعضا بر روی وایت برد نوشته می شد و بر اساس توافق جمعی دسته بندی راه کارها انجام شد. توضیحات کلی در مورد راه کارها توسط اعضا ارایه شد و جزییات مربوطه بعد از اتمام جلسه توسط تیم پژوهش تهیه و به اعضای جلسه ایمیل شد تا نسبت به تکمیل یا تایید آنها اقدام نمایند. در آخر، پس از اعمال نظرات اعضا، راه کارها به شرحی که در ادامه ارایه خواهد شد نهایی شدند.

یافته ها

در این قسمت یافته های مطالعه تحت سه عنوان علل عدم وصول حق بیمه در صندوق های بیمه ای سازمان، پیامدهای عدم وصول حق بیمه (و سایر منابع درآمدی) و راه کارهای وصول حق بیمه سازمان [جدول شماره ۲] ارایه می گردد:

الف) علل عدم وصول حق بیمه در صندوق های بیمه ای در سازمان بیمه سلامت ایران

بر اساس مصاحبه های انجام شده؛ دلایل عدم وصول حق بیمه به شرح ذیل دسته بندی شدند:

۱-عدم پرداخت یا پرداخت دیرهنگام حق بیمه از طرف دولت که در این صورت متعاقبا پرداخت حق بیمه از طرف دستگاه اجرایی نیز با تاخیر مواجه خواهد شد: منبع اصلی حق بیمه در سازمان های دولتی؛ اعتبار پرداخت شده از جانب دولت است که گاهی به دلیل نبود اعتبار کافی؛ پرداخت حق بیمه ها با تاخیر مواجه می گردد. با توجه به تامین قسمت عمده حق بیمه های سازمان بیمه سلامت توسط دولت؛ عدم پرداخت یا پرداخت دیرهنگام آن از سوی دولت باعث بروز مشکلات مالی در سازمان می گردد. یکی از مصاحبه شوندگان اظهار داشت:

" خب وقتی دولت منبع اصلی تامین مالی یه سازمانی هست باید این انتظار رو هم داشته باشه که هر از چندگاهی دستش خالی بمونه، منظورم اینه گه وصل بودن بند ناف بیمه سلامت به دولت هرچند یه وقتهایی یک نقطه قوت هست ولی معایب خودش رو هم داره"(مصاحبه شونده شماره ۲، سازمان بیمه سلامت)

بعبارت دیگر می توان اذعان نمود هر چند تامین مالی سازمان بیمه سلامت توسط دولت دارای منافعی است اما با نگاهی عمیق تر می توان به تبعات منفی این امر و کاهش قدرت اجرایی سازمان پی برد.

۲-عدم پرداخت یا پرداخت دیرهنگام حق بیمه توسط دستگاه اجرایی: بر اساس اظهارات مصاحبه شوندگان؛ حق بیمه ها در قالب اعتبار به حساب دستگاه های اجرایی واریز می گردد. گاهی سازمان ها به دلیل کمبود بودجه، حق بیمه واریزی را برای مواردی غیر از حق بیمه به مصرف می رسانند که این امر باعث بروز تاخیر در واریز حق بیمه از جانب آنها می گردد. در این راستا یکی از مصاحبه شوندگان بیان داشت:

"برخی از سازمانها مانند آموزش و پرورش به دلیل داشتن کسری بودجه اقدام به پرداخت دیرهنگام حق بیمه کارکنان به حساب سازمان بیمه سلامت می نمایند. به عبارت دیگر هرچند حق بیمه کارکنان بموقع از حقوق آنها کسر شده است اما آموزش و پرورش به دلیل مشکلات مالی و نداشتن بودجه کافی اقدام به پرداخت یا تاخیر حق بیمه ها می نماید."(مصاحبه شونده شماره۵، سازمان برنامه و بودجه).

همچنین بنا بر اظهارات مصاحبه شوندگان؛ مساله دیگر این است که تعداد دقیق طلاب، یا افراد تحت پوشش بنیاد شهید و کمیته امداد مشخص نیست و برخی از آنها به طور مشترک تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی و بیمه سلامت هستند. به عبارت دیگر مشخص نبودن آمار دقیق این افراد، باعث واریز ارقام متفاوت از سوی دستگاه های اجرایی یا سازمان برنامه و بودجه می گردد. این موضوع در مورد افراد تحت پوشش بیمه روستاییان نیز صادق است.

۳-علمی نبودن بودجه ریزی در کشور: بر اساس اظهارات مصاحبه شوندگان؛ یکی از دلایل اصلی عدم وصول حق بیمه در سازمان بیمه سلامت؛ بودجه ریزی سنتی و نبود مبنای علمی برای آن است. به عبارت دیگر نبود یک ساز و کار علمی و مشخص باعث بروز مشکلاتی در روند بودجه ریزی می گردد. این امر همچنین باعث می گردد نظرات شخصی و اختلافات سلیقه ای باعث انحراف فرآیند از مسیر پیش بینی شده گردد. یکی از مصاحبه شوندگان بیان داشت:

"خب ببینین همه جای دنیا بودجه ریزی بر اساس فرمول و قاعده و قانون انجام میشه ولی ما هنوز نتونستیم قاعده مند عمل کنیم؛ سلیقه های شخصی، چانه زنی و نزدیکی به منبع قدرت همیشه توی فرآیند بودجه ریزی تاثیر داشته "(مصاحبه شونده شماره ۶، دانشگاه تهران)

اظهارات مصاحبه شوندگان بیانگر تاثیر مذاکرات غیررسمی در فرآیند بودجه ریزی است به گونه ای که بدون توجه به نیاز واقعی سازمان ها اقدام به تعیین بودجه می گردد.

۴-کسری بودجه سازمان برنامه و بودجه: چنانچه علاوه بر هزینه های سالانه کشور در طول سال، هزینه پیش بینی نشده ای به

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

وجود آید و اعتبار نظر گرفته شده قادر به پوشش هزینه ها نباشد دولت لایحه ویژه ای برای به دست آوردن اعتبار جدید به مجلس پیشنهاد می کند که این وضعیت را در اصطلاح کسری بودجه می نامند. بنا بر اظهارات مصاحبه شوندگان در دهه های گذشته پرداختی های دولت به تولید ناخالص داخلی بیشتر شده است و در عین حال تعداد سازمان ها و ارگانهای وابسته به دولت افزایش یافته است که این امر همواره باعث کسری های بودجه شده است. بنا بر اظهارات مصاحبه شوندگان دلیل اصلی عدم واریز بودجه از طرف سازمان برنامه و بودجه؛ کسری بودجه است. نبود بودجه در سطح کلان باعث واریز دیرهنگام یا کمتر از مقدار مصوب می گردد. یکی از مصاحبه شوندگان اظهار داشت:

"خب ببینین ما همیشه با مشکل کمبود بودجه مواجه هستیم یه وقتهایی مجبوریم از بودجه برخی سازمانها بزنیم تا برای امور مهمتر بودجه تامین کنیم"(مصاحبه شونده شماره ۵، سازمان برنامه و بودجه)

۵-عدم رعایت قانون: عدم رعایت قوانین و مقررات جاری کشور یکی از تخلفاتی است که قانون گذار صریحاً در قانون نظام صنفی به آن پرداخته است. یکی از مواردی که قانونگذار در ماده [۱۷] قانون نظام صنفی تکلیف کرده، پایبندی به مقررات جاری کشور است. برخی از مصاحبه شوندگان معتقد بودند عدم رعایت قانون توسط کارشناسان سازمان برنامه و بودجه یکی از دلایل اصلی واریز ناکافی حق بیمه ها است. بطوری که یکی از مصاحبه شوندگان بیان داشت:

"*من معتقدم عدم رعایت قانون علت اصلی عدم وصول بموقع حق بیمه هست. طبق قانون دولت باید ۷ درصدی که تصویب شده حق بیمه رو پرداخت کنه ولی متاسفانه ۵درصد پرداخت می کنه.* "
(مصاحبه شونده شماره ۸، سازمان تامین اجتماعی)

۶-تخصیص سه ماهه بودجه توسط سازمان برنامه و بودجه: بودجه از طریق تصویب مجلس، ارزش قانونی می یابد. مجلس با تصویب بودجه، به قوه مجریه اجازه می دهد که درآمدهای پیش بینی شده را وصول و وجوه مورد نیاز خود را هزینه کند. این اجازه یک جواز مشروط است و کسب درآمدهای لازم، بدون وجود قانون جداگانه عملی نیست. بر اساس اظهارات مصاحبه شوندگان تخصیص ها در سازمان برنامه و بودجه هر سه ماه یکبار انجام می شود که این امر باعث بروز مشکل و شکاف در تخصیص می گردد. یکی از مصاحبه شوندگان معتقد بود راهکار پیشنهادی این است که تخصیص ها بطور ماهانه انجام شوند که برای این منظور پیشنهاد می شود تبصره ای تنظیم شود. در این راستا یکی از مصاحبه شوندگان افزود:

" به نظر من به جای اینکه سازمان برنامه بودجه سه ماهه بودجه رو تخصیص بده باید این کار رو یک ماهه انجام بده؛ اینجور تخصیص واقعی تر میشه"مصاحبه شونده شماره ۷، حقوقدان)

ب) پیامدهای عدم وصول حق بیمه و سایر منابع درآمدی در سازمان بیمه سلامت ایران

پیامدهای اصلی عدم وصول حق بیمه در سازمان بیمه سلامت پیامدهای اقتصادی، سیاسی و اجتماعی است که در ادامه به بیان هر یک از این موارد پرداخته ایم:

۱- پیامدهای اقتصادی

۱-۱عدم رشد تعرفه ها و افزایش زیرمیزی: بر اساس ماده[۸] قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب آبان ماه۱۳۷۳، تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی براساس قیمت های واقعی و نرخ سرانه حق بیمه درمانی مصوب به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تایید شورای عالی بیمه خدمات درمانی به تصویب هیأت وزیران می رسد. گروه اقتصاد درمان و برنامه ریزی معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی درمای به تصویب هیأت وزیران می رسد [۱۳]. بنا بر اظهارات مصاحبه شوندگان؛ در صورتی که تعرفه گذاری به درستی صورت نگیرد پزشکان به این تعرفه عمل نمی نمایند و این امر باعث می شود در بخش دولتی جراحی های پیچیده و سخت نیز با چالش مواجه شوند. از دیگر عواقب عدم رشد تعرفه ها می توان به افزایش دریافت زیرمیزی از بیماران به ویژه در بخش خصوصی اشاره نمود. به عبارت دیگر کافی نبودن حق العمل جراحی، حق ویزیت ها و سایر دستمزدهای مربوط به پزشکان و حتی سایر اعضای کادر درمان باعث احساس بی عدالتی در میان آنان می گردد به گونه ای که برای مرتفع نمودن این بی عدالتی اقدام به دریافت مبالغی از بیماران می نمایند. بدیهی است این اقدام باعث تحمیل هزینه های اضافه به بیماران و در نتیجه افزایش هزینه های درمان برای آنان می گردد.

"*بهرحال وقتی پزشک می بینه خدمتی که ارایه میده متناسب با پولی که میگیره نیست خودش دست به کار میشه و به شیوه خودش عدالت رو برقرار می کنه! مثلا قبل از دست به چاقو شدن یه مبلغی رو از بیمار می گیره!" (مصاحبه شونده شماره ۷، حقوقدان)*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

۲-۱عدم عقد قرارداد پزشکان خصوصی با سازمان بیمه سلامت: مصاحبه شوندگان اظهار داشتند عدم وصول به موقع حق بیمه باعث کاهش تمایل پزشکان به عقد قرارداد با این بیمه و درنتیجه تحمیل هزینه ها به بیماران خواهد شد. با توجه به اینکه پزشکان خصوصی و تعداد بالایی از درمانگاه ها جزو بخش خصوصی محسوب می گردند عدم وصول به موقع مطالبات آنها در نهایت باعث کاهش ارایه خدمت از سوی آنان به ویژه به بیماران دارای بیمه سلامت می گردد. به عبارت دیگر این امر باعث محروم شدن بیماران از دریافت خدمات مورد نیاز می شود. بر اساس اظهارات مصاحبه شوندگان این امر باعث تبدیل شدن خدمات درمانی به یک کالای لوکس شده و درنتیجه فقط اقشار برخوردار قادر به بهره مندی از آنها خواهند بود.

" وقتی بیمار به دلیل عدم تکمن مالی نتونه از پزشک مورد نظرش خدمت بگیره این موضوع به ذهنش میرسه که درمان هم یه کالای لوکس شده و درنتیجه احساس بی عدالتی میکنه " (مصاحبه شونده شماره ۱، سازمان بیمه سلامت)

۳-۱تحمیل هزینه های درمان به بیماران هزینه های سلامت همواره از جمله موضوعات مهمِ مورد بحث محققان اقتصادی و پژوهشگران حوزه سلامت بوده است. پیشرفت فناورس و رشد بی رویه ی جمعیت از یک سو و تغییرات سبک زندگی ناشی از صنعتی شدن و ظهور بیماری های جدید از سوی دیگر، منجر به افزایش فزاینده ی هزینه های سلامت در دهه های اخیر شده است [۱۳]. مصاحبه شوندگان معتقد بودند وضعیت نامناسب اقتصادی و اجتماعی نه تنها بر وضعیت معیشتی و تامین نیازهای روزمره مردم تاثر می گذارد بلکه به تدریج باعث به خطر افتادن سلامت مردم به دلیل عدم توان تامین هزینه های درمان می گردد. به عبارت دیگر در شرایط نامناسب اقتصادی؛ دولت کم کم شروع به کاهش هزینه های درمان عموم مردم می نماید که این کاهش هزینه از طریق کاهش پوشش بیمه های سلامت، ارایه برخی خدمات سلامت یا افزایش هزینه های درمان صورت می گیرد. همچنین مصاحبه شوندگان اظهار داشتند اقشار کم درآمد هر جامعه ای اولین گروه آسیب پذیر از افزایش هزینه های جاری در کشورهای در حال توسعه هستند زیرا در این کشورها به دلیل عدم توان دولت برای تامین مستمر هزینه های درمان؛ گروههای کم برخودار لاجرم در معرض آسیب و از دست دادن سلامت خود قرار می گیرند.

چنانچه به هر دلیلی سازمان بیمه سلامت قادر به تامین هزینه های خدمات درمانی نباشد هزینه های ناشی از این خدمات به بیماران تحمیل خواهد شد. در واقع اولین چیزی که تحت تاثیر هزینه های بالا قرار خواهد گرفت سلامت افراد جامعه است. مصاحبه شوندگان اظهار داشتند پرداخت دیرهنگام حق بیمه از طرف سازمان برنامه و بودجه به سازمان بیمه سلامت باعث پرداخت دیرهنگام حق الزحمه های پزشکان متخصص و فوق تخصص و درنتیجه عدم انعقاد قرارداد پزشکان با بیمه سلامت می گردد که این امر در نهایت باعث تحمیل هزینه های بالای درمان به بیماران می گردد. یکی از مصاحبه شوندگان اظهار داشت:

" متخصص دیگه با ما قرارداد نمی بنده، و هزینه ها میفته گردن افراد جامعه. یعنی با اینکه مردم بیمه دارن ولی نمی تونن از بیمه شون استفاده کنن چون اون متخصصی که میرن پیشش دیگه با بیمه ها قرارداد نداره!" (مصاحبه شونده شماره ۵، سازمان بیمه سلامت)

بنا بر اظهارات مصاحبه شوندگان گروهی که تحت تاثیر کمبود بودجه و عدم تامین مالی سازمان بیمه سلامت قرار می گیرد عموم مردم و به ویژه افراد کم برخودار هستند زیرا افرادی که دارای سطح درآمد بالا باشند به راحتی می توانند خدمات درمانی مورد نیاز خود را در مراکز خصوصی و با تعرفه های غیردولتی دریافت نمایند.

۲-پیامدهای اجتماعی و سیاسی

۲-۱ کاهش اعتماد به دولت: اعتماد، عاملی است که در بستر زمان و با توجه به شناخت و تجربه انسان ها نسبت به متغیرهای بیرونی شکل می گیرد. به عبارت دیگر، اعتماد، محصول شرایط اقتصادی و اجتماعی خاصی است که در طول زمان و در نتیجه مجموعه‌ای از تعاملات ایجاد می شود. عدم پرداخت بموقع حق بیمه از جانب سازمان برنامه و بودجه باعث تاخیر در پرداخت حق الزحمه پزشکان و در نتیجه عدم تمایل آنان به عقد قرارداد با سازمان های بیمه گر و متعاقبا عدم امکان دریافت خدمات مناسب از جانب مردم و بروز بی اعتمادی به سازمان بیمه سلامت و دولت می گردد.

" وقتی مردم ببینن که پزشک مورد نظرشون با بیمه قرارداد نداره مجبور میشن از جیب هزینه ها رو پرداخت کنن و این باور در ذهن اونها شکل می گیره این دولت یه دولت ناتوان هست که نمی تونه یه خدمت درمانی مناسب برای افراد جامعه ش فراهم کنه "(مصاحبه شونده شماره ۷، حقوقدان)

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

کاهش اعتماد مردم به توانمندی دولت و بی توجهی به این کاهش اعتماد در بلندمدت آسیب‌های فراوانی را به دنبال خواهد داشت که از آن جمله می توان به فساد، کاهش تعداد رأی دهندگان، بی علاقگی جوانان به سیاست،کاهش سطح مشارکت اجتماعی، از بین‌رفتن مشروعیت دولت، ناآرامی و عدم ثبات سیاسی اشاره نمود.

۲-۲ از بین رفتن فرهنگ پاکدستی: یکی دیگر از عواقب عدم پرداخت یا پرداخت دیرهنگام حق بیمه از جانب دولت؛ افزایش زیرمیزی و متعاقبا از بین رفتن فرهنگ پاکدستی در میان کارکنان درمان و نیز بیماران است. برخی از مصاحبه شوندگان معتقد بودند به دلیل پایین بودن حق الزحمه پرداختی به کادر درمان و نیز پرداخت دیرهنگام آن؛ برخی از کارکنان دریافت زیرمیزی را حق قانونی و شرعی خود می دانند:

" پزشکی که می بینه حقوقش متناسب با کاری که می کنه نیست احساس بی عدالتی می کنه و درنتیجه از طریق گرفتن زیرمیزی از بیمار اقدام به برقراری عدالت به روش خودش می کنه!" (مصاحبه شونده شماره ۸، سازمان تامین اجتماعی)

از طرف دیگر بیماران نیز به دلیل نیاز به دریافت خدمت درمانی مورد نظر ناچار از پرداخت زیرمیزی می گردند و این امر باعث افزایش فرهنگ رشوه دهی و پرداختهای غیررسمی در سایر بخش های جامعه در بلندمدت می گردد.

۲-۳کاهش تعداد و کیفیت خدمات و افزایش نارضایتی بیماران

اظهارت مصاحبه شوندگان نشان داد یکی از پیامدهای مهم عدم پرداخت حق بیمه؛ کاهش تعداد و کیفیت خدمات ارایه شده به بیمه شدگان است. بدین معنی که بیمارستان ها به دلیل نداشتن منابع کافی اقدام به کاهش انجام تعهدات خود می نمایند. از سوی دیگر برخی از مصاحبه شوندگان معتقد بودند گاهی پزشکان به دلیل عدم دریافت حق الزحمه عادلانه سعی می کنند از طریق اقدامات مختلفی از قبیل کاهش زمان ویزیت بیمار، عدم پذیرش بیماران دارای بیمه سلامت، حضور با تاخیر در درمانگاه یا ارجاع غیرضروری بیماران به سایر پزشکان اقدام به مرتفع نمودن احساس بی عدالتی خود نمایند.یکی از مصاحبه شوندگان افزود:

" خب ما هم میاییم کم فروشی می کنیم منظورم اینه که خدمات کمتری رو ارایه میدیم یا مثلا به متخصص میگیم در ماه مثلا پول ۱۰۰ تا اسکن رو میدیم و اگر بیشتر از این شد ما پرداختی نخواهیم داشت خب نتیجه اش چی میشه؟!"(مصاحبه شونده شماره ۲، سازمان بیمه سلامت)

پ) راه کارهای وصول حق بیمه (و سایر منابع مالی سازمان) در صندوق های بیمه ای سازمان بیمه سلامت ایران

بر اساس مصاحبه های انجام شده و همچنین جمع بندی انجام شده در جلسه بحث گروهی متمرکز؛ راه کارهای شناسایی شده برای تسهیل وصول حق بیمه یا سایر درآمدهای سازمان به دو دسته راه کارهای حقوقی و راه کارهای غیرحقوقی تقسیم شد که در ادامه به بیان آنها می پردازیم:

پ-۱)راه کارهای حقوقی

۱-۱- تعیین ضمانت اجرایی جهت واریز به موقع اعتبارات توسط سازمان برنامه و بودجه: یک نظام قانونی موثر و کارآمد از جمله عواملی است که باعث رشد و توسعه اقتصادی و غیراقتصادی جوامع مختلف می‌شود. هدف از تصویب قانون، ساماندهی و نظم بخشیدن به روابط مالی و غیرمالی میان اشخاص در جامعه است. این هدف زمانی تامین می‌شود که اجرای قواعد قانونی اجباری باشد و تضمین‌هایی برای مخالفت با آن‌ها پیش بینی شود. به صورت کلی می‌توان گفت، ضمانت در واقع تضمینی است که قانونگذار برای اجرای بی کم و کاست قوانین و احکام صادره از دادگاه پیش بینی می‌کند. به نظر می رسد با توجه به عدم وجود ضمانت اجرایی برای وصول به موقع حق بیمه از سوی سازمان برنامه و بودجه؛ تعیین ضمانت اجرایی از سوی قانونگذار راه حل مناسبی باشد. اما نکته حایر اهمیت آن است که تدوین چنین ضمانتی نیازمند عزم قاطع سازمان بیمه سلامت و بهره گیری از نظرات فنی مشاوران حقوقی است. با توجه به اینکه طرف متخلف در چنین موردی سازمان برنامه و بودجه بعنوان بخشی از دولت است بدون شک تعیین ضمانت اجرایی باید با ملاحظات خاص انجام گردد.

۲-۲ تدوین ماده ای قانونی جهت تامین مالی بخش سلامت از محل منابع پایدار: کارکرد تأمین مالی سلامت یکی از مهمترین الزامات نظام سلامت است که به طور مستقیم و غیرمستقیم از طریق تقویت پنج بلوک ساختاری دیگر منجر به دستیابی به اهداف اصلی و فرعی نظام سلامت می شود. سیاستگذاران و مدیران ارشد نظام سلامت کشور باید اقداماتی را برای تقویت پایداری نظام تأمین مالی سلامت ایران به کار گیرند. تأمین مالی خدمات سلامت کشور همواره از دغدغه های سیاستمداران کشور و سیاستگذاران حوزه سلامت بوده است. بند ۱۰ سیاست های کلی سلامت کشور ابلاغ شده در سال ۱۳۹۳ هم بر تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر شفاف سازی درآمدها، هزینه ها و فعالیت ها،

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

افزایش سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت، وضع عوارض بر محصولات، مواد و خدمات زیان آور سلامت و پرداخت یارانه به بخش سلامت با هدف تأمین عدالت و ارتقای سلامت به ویژه در مناطق غیربرخوردار اشاره دارد. با توجه به کاهش درآمدهای بودجه ای کشور و پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی به بخش سلامت از بودجه عمومی دولت؛ تامین مالی سلامت از محل منابع پایدار اهمیت ویژه می یابد. تعیین اصول و خط مشی برای تأمین مالی کافی، پایدار و عادلانه از جمله تعیین کننده های اصلی عملکرد نظام سلامت است که بر تحقق سایر اهداف نظام سلامت نیز تاثیر گذار است.

۲-۳تنظیم لایحه ای قانونی برای "الزام پرداخت حق بیمه ها (نه اعتبارات) از سوی سازمان برنامه و بودجه به استانداری ها": با توجه به اینکه حق بیمه بعنوان یک اعتبار در نظر گرفته می شود لذا سازمان برنامه و بودجه این حق را به خود می دهد که آن را پرداخت نکند یا با تاخیر پرداخت نماید در حالی که اگر عنوان "اعتبار" به حق بیمه داده نشود این امر باعث می شود امکان مطالبه کردن وجود داشته باشد و سازمان بیمه سلامت می تواند درخواست پرداخت حق بیمه را مطرح نماید. راه حل این موضوع آن است که حق بیمه هر استان بطور جداگانه تعیین شده و در اختیار استانداری یا فرمانداری قرار گیرد. در این صورت استانداری به طور فعالانه می تواند پیگیر دریافت حق بیمه جمعیت ساکن خود از سازمان برنامه و بودجه باشد. درنتیجه سازمان برنامه و بودجه نیز ملزم به شفاف نمودن فرآیندهای مربوط به پرداخت حق بیمه ها خواهد شد. ضروری است از طریق مشورت با افراد حقوقدان و متخصصان مجرب اقدام به تنظیم لایحه ای قانونی برای "الزام پرداخت حق بیمه ها از سوی سازمان برنامه و بودجه به استانداری ها" گردد. لازم به توضیح است استانی شدن پرداخت حق بیمه ها باید پس از انجام بررسی های دقیق و اخذ نظرات کارشناسی انجام گردد و شرایط باید به گونه ای باشد که استحقاق هر استان برای دریافت حق بیمه ها بر اساس جمعیت آن استان تعیین گردد نه روابط غیررسمی با سازمان برنامه و بودجه.

۲- ۴تخصیص ماهانه بودجه در سازمان برنامه و بودجه: تخصیص ها در سازمان برنامه و بودجه هر سه ماه یکبار انجام می شود که این امر باعث بروز مشکل و شکاف تخصیص می گردد راهکار پیشنهادی این است که تخصیص ها به طور ماهانه انجام شوند که برای این منظور پیشنهاد می شود تبصره ای تنظیم شود. برای این منظور پیشنهاد می شود بهنگام تدوین لایحه بودجه؛ سازمان بیمه سلامت تبصره مورد نظر خود در خصوص تخصیص ماهانه بودجه را تدوین و ارایه نماید. چنانچه این تبصره در سازمان برنامه و بودجه مورد توجه قرار نگیرد می تواند از مجلس اقدام نماید. در واقع موضوع مهم در اینجا قدرت لابی گری سازمان بیمه است. وجود کارشناسان حقوقی قوی که بتوانند به چانه زنی و مذاکره های اثربخش بپردازند بسیار مهم است.

پ-۲) راه کارهای غیرحقوقی

۱-۱اصلاح نظام بودجه ای کشور: وضعیت فعلی بودجه کشور حاصل انباشت سال ها ناترازی در اقتصاد، تصمیمات نادرست دولت در سال های اخیر، به تأخیر انداختن اصلاحات اقتصادی با امید بستن به گشایش های خارجی و تحریم های ظالمانه اخیر است. تعادل اقتصادی ـ سیاسی شکل گرفته حول وضع موجود، انجام اصلاحات را با تعویق روبه رو کرده و یا باعث ایجاد موانع جدی شده است. اگرچه رفع و اصلاح مسائل فعلی دشوار است، ولی باید توجه داشت که ادامه وضع فعلی، حتی اگر امکانپذیر باشد، پیامدهای بسیار ناخوشایندتری به دنبال خواهد داشت.

۲-۲حمایت طلبی: از آنجا که سلامت موضوعی چندوجهی است و دستیابی یک جامعه به آن نیازمند به کارگیری رویه هایی است که به مشارکت و همکار ی بین بخشی منجر می شود، نگاهی به تعیین کننده های اجتماعی سلامت مشخص می سازد که تأمین، حفظ و ارتقا ی سلامت یک جامعه فقط از طریق وزارت بهداشت ممکن نخواهد بود [۱۵]. به عبارت دیگر سازمان بیمه سلامت نیز همچون وزارت بهداشت باید به دنبال جلب حمایت خیرین، صنایع داوریی و تجهیزات پزشکی برای دریافت حمایتهای مالی و غیرمالی بویژه برای اقشار کم درآمد باشد. بدیهی است مذاکره با سازمان های خیریه و افراد خیر و تبیین مشکلات مالی دولت و سازمان بیمه سلامت جهت پوشش جامع هزینه های سلامت اقشار کم درآمد از راه کارهای موثر و حرکتی سازنده در راستای حمایت طلبی برای سازمان است. شناسایی سازمانهای خیر مختلف و برگزاری جلسات مستمر با نمایندگان آنان؛ معرفی دستاوردهای سازمان و جلب اعتماد خیرین بتدریج باعث حسن تفاهم و افزایش حمایت آنان از سازمان بیمه سلامت و متقابلا اقشار کم درآمد خواهد شد.

۲-۳واقعی نمودن حق بیمه ها: به نظر می رسد حق بیمه های تعیین شده برای بیمه شدگان متناسب با خدمات تحت پوشش بیمه پایه نیست. با توجه به افزایش هزینه های خدمات تشخیصی و

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

درمانی در سالهای اخیر؛ لازم است حق بیمه تعین شده برای بیمه شوندگان متناسب سازی شده و افزایش یابد. به دیگر سخن حق بیمه های کسر شده از بیمه شوندگان به دلیل پایین بودن؛ پاسخگوی هزینه های فزاینده خدمات سلامت نیست. توصیه می شود تیمی از کارشناسان خبره و آگاه به امور اقتصادی، بهداشت و درمان و حقوقی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل و اقدام به تعیین حق بیمه های واقعی مناسب با هزینه های خدمات سلامت نمایند. بدیهی است این امر در بلندمدت باعث کاهش هزینه های درمانی و نیز کاهش کسورات بودجه ای در بخش سلامت خواهد شد. بعبارت دیگر تعیین حق بیمه های واقعی بیش از آن که به نفع گروه پزشکی و ارایه کنندگان خدمات سلامت باشد، باعث ارتقای رضایتمندی گیرندگان خدمات یعنی مردم و بیماران خواهد شد.

۲-۴ اصلاح نقش سازمان بیمه سلامت: از این رو توصیه می شود سازمان بیمه سلامت فعالانه اقدام به کنترل هزینه ها نماید و به دنبال راه هایی برای کنترل هزینه ها و افزایش درآمد خود باشد. با توجه به ساختار گسترده سازمان و لزوم مدیریت هوشمندانه و کنترل دقیق تمامی کارکردهای سازمان کنترل هزینه های یکی از راه کارهای موکد برای تضمین عملکرد موفقیت آمیز آن در بلندمدت است. برخی از راه حل ها در این خصوص عبارتند از: خرید راه بردی، تدوین راهنماهای بالینی و کمک به اجرای طرح پزشک خانواده در کشور.

جدول ۱: مشخصات شرکت کنندگان در مطالعه

تحصیلات	تعداد(نفر)
کارشناسی	۱
کارشناسی ارشد	۳
دکترا و بالاتر	۴
سنوات خدمت	تعداد(نفر)
کمتر از ده سال	۱
بین ۱۰تا۲۰ سال	۲
بیش از ۲۰ سال	۵
سازمان	تعداد(نفر)
سازمان برنامه و بودجه	۱
سازمان بیمه سلامت	۳
سازمان تامین اجتماعی	۲
دانشگاه تهران	۲
شغل	تعداد(نفر)
کارشناس حقوقی	۱
کارشناس بیمه	۳
مدیر بیمه	۲
استاد دانشگاه	۲

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

جدول ۲: تم های اصلی، فرعی و زیرتم های استخراج شده از مطالعه

تم اصلی	تم فرعی	زیرتم فرعی
علل عدم وصول حق بیمه در صندوق های بیمه ای سازمان	عدم پرداخت یا پرداخت دیرهنگام حق بیمه از طرف دولت	---
	عدم پرداخت یا پرداخت دیرهنگام حق بیمه توسط دستگاه اجرایی	---
	علمی نبودن بودجه ریزی در کشور	---
	کسری بودجه سازمان برنامه و بودجه	---
	عدم رعایت قانون	---
	تخصیص سه ماهه بودجه توسط سازمان برنامه و بودجه	---
پیامدهای عدم وصول حق بیمه	پیامدهای اقتصادی	عدم رشد تعرفه ها و افزایش زیرمیزی
		عدم عقد قرارداد پزشکان خصوصی با سازمان بیمه سلامت
		تحمیل هزینه های درمان به بیماران
	پیامدهای اجتماعی و سیاسی	کاهش اعتماد به دولت
		از بین رفتن فرهنگ پاکدستی
		تعداد و کیفیت خدمات و افزایش نارضایتی بیماران
راه کارهای حقوقی	تعیین ضمانت اجرایی جهت واریز به موقع اعتبارات توسط سازمان برنامه و بودجه	---
	تدوین ماده ای قانونی جهت تامین مالی بخش سلامت از محل منابع پایدار	---
	تنظیم لایحه ای قانونی برای "الزام پرداخت حق بیمه ها (نه اعتبارات) از سوی سازمان برنامه و بودجه به استانداری ها	---
	تخصیص ماهانه بودجه در سازمان برنامه و بودجه	---
	اصلاح نظام بودجه ای کشور	---
راه کارهای غیرحقوقی	حمایت طلبی	---
	واقعی نمودن حق بیمه ها	---
	اصلاح نقش سازمان بیمه سلامت	---

بحث و نتیجه گیری

توسعه نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهم‌ترین رویکردهای مورد تأکید در سیاست‌های کلی رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه (قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و قانون برنامه ششم توسعه) و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران است. با عنایت به لزوم پوشش جمعیت و ارایه خدمات سلامت پایه، این سازمان نیازمند منابع مالی است تا بتواند حداقل خدمات مورد نیاز را در اختیار گروه های مختلف جمعیتی قرار دهد. با وجود منابع درآمدی متعدد سازمان، به نظر می رسد سازمان دارای بدهی بالایی به بخش های ارایه دهنده خدمت باشد [۹]. بدیهی است پیامد عدم تامین منابع مالی، تاخیر در پرداخت مطالبات مراکز تشخیصی طرف قرارداد و درنتیجه نارضایتی بیمه شدگان است که این امر با توجه به شرایط نامساعد اقتصادی کشور به دلیل تحریم های اقتصادی و فقدان منابع مالی کافی می تواند زمینه ساز بحران های اجتماعی و درنتیجه نقص در تامین سلامت عموم مردم گردد. به نظر می رسد شناسایی علل عدم وصول حق بیمه سازمان بیمه سلامت و یافتن راه کارهایی قانونی برای مرتفع نمودن آنها؛ مدیران سازمان را برای مدیریت بهتر منابع مالی سازمان و درنتیجه اتخاذ تصمیمات مناسب برای برنامه ریزی های آتی یاری رساند. لذا با عنایت به لزوم وصول دقیق و به موقع مطالبات سازمان به ویژه حق بیمه ها در این مطالعه به دنبال شناسایی راه کارهای حقوقی مناسب برای وصول این منبع درآمدی مهم برای سازمان بوده ایم.

بررسی آمار و ارقام مربوط به ترازنامه صندوق های مختلف سازمان بیمه سلامت ایران در طی سالهای اخیر، حکایت از وجود کسری بودجه در اغلب سالهای مورد نظر و عدم کفایت منابع برای پوشش هزینه ها را دارد. کسری بودجه برای صندوقهای روستائیان، بیماران خاص و ایرانیان شدیدتر است به طوری که دو صندوق روستائیان و بیماران خاص در طول تمام دوره های مورد بررسی با کسری مواجه بوده اند که علت بروز این پدیده به عواملی از جمله کاهش مشارکت مالی بیمه شدگان و بیماردهی بالای این صندوق مرتبط است. یوندا و همکاران در مطالعه خود به این موضوع اشاره کرده اند که بحران کسری بودجه در سازمانهای بیمه درمانی ژاپن به عواملی مانند کاهش نرخ پرداخت حق بیمه، پیری جمعیت ثبت نام شده، نابرابریهای منطقه ای در هزینه ها و حق بیمه های مراقبتهای بهداشتی، افزایش تعداد اعضای کم درآمد و مخاطرات اخلاقی بیمه شدگان و ارائه دهندگان خدمات سلامت، وابسته است [۱۶].

نتایج مطالعه حاضر نشان داد حق بیمه های دریافتی از بیمه شوندگان و نیز حق بیمه های پرداخت شده توسط دولت منبع

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]

[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

اصلی بودجه سازمان بیمه سلامت است و عدم پرداخت به موقع آن باعث بروز مشکلات مالی برای سازمان می گردد اما سازمان به عنوان نهادی کلیدی در کشور باید به دنبال یافتن راه کارهایی برای مرتفع نمودن مشکلات حاصل یا تعدیل نمودن اثرات آن باشد. محسن رسولیان و همکاران نیز در مطالعه خود نشان دادند که راهبرد تامین مالی از طریق دریافت حق بیمه در رتبه اول اهمیت قرار دارد و پس از آن می توان به راهبردهایی از قبیل، بودجه های دولتی، دریافت های مالیاتی، سایر منابع متفرقه و درآمدهای سازمانی دارای اهمیت هستند[۱۷]کورانکی نیز در مطالعه خود توصیه می کند برای افزایش جذب و تجمیع ریسک موثر، ثبت نام اجباری در طرح بیمه سلامت ملی باید انجام شود. افراد نسبتاً ثروتمندتر باید حق بیمه بیشتری را برای بیمه درمانی بپردازند و به افراد نسبتاً فقیر یارانه پرداخت شود زیرا در غیر این صورت آنها قادر به خرید بیمه درمانی نخواهند بود [۱۸].

راه کارهای پیشنهادی مطالعه حاضر در دو دسته راه کارهای حقوقی و راه کارهای غیرحقوقی طبقه بندی گردیدند. راه کارهای حقوقی وصول حق بیمه شامل تعیین ضمانت اجرایی جهت واریز به موقع اعتبارات توسط سازمان برنامه و بودجه، تدوین ماده ای قانونی جهت تامین مالی بخش سلامت از محل منابع پایدار، تنظیم لایحه ای قانونی برای "الزام پرداخت حق بیمه ها (نه اعتبارات) از سوی سازمان برنامه و بودجه به استانداری ها"، و تخصیص ماهانه بودجه در سازمان برنامه و بودجه به جای تخصص سه ماهه است. راه کارهای غیرحقوقی شامل اصلاح نظام بودجه ای کشور، حمایت طلبی، واقعی نمون حق بیمه ها و اصلاح نقش سازمان بیمه سلامت است. در این میان حمایت طلبی دارای اهمیت ویژه ای است. می توان گفت حمایت طلبی برای سلامت با هدف قرار دادن سلامت در فهرست موضوعات اولویت دار دستور کار همهٔ بخشها ی توسعه در بیانیهٔ آدلاید به عنوان یکی از ۴ حیطه برای اقدام، به منظور تدوین سیاستهای عمومی سالم بر آن تأ کید شد ه است [۱۹].

با توجه به مسئله و افرادی که قدرت ایجاد تغییر دارند، ضمن ایجاد مشارکت با افراد و کار علیه مخالفانی که پیدا خواهند شد، می‌توان حمایت‌طلبی کرد و بر تغییرات تأثیر گذاشت [۲۰]. هرچند که حمایت‌طلبی می‌تواند اشکال مختلفی به خود بگیرد اما هدف اصلی آن تأثیرگذاری در سیاست‌گذاری برای بهبود زندگی افراد و جوامع است [۲۱]. با مشخص کردن مسئله می‌توان برای حمایت‌طلبی، مشارکت و راهبردهایی را توسعه داد که قانون را مطلع و ایجاد می‌کند و بر آن تأثیر می‌گذارد و محیطی را توسعه داد که سلامت و رفاه بهینه در آن‌ها امکان‌پذیر باشد. برای دستیابی به این نتایج، راهبردهایی ازجمله رسانه، تلاش‌های مردمی و شرکاء می‌توانند در ایجاد پشتیبانی از هدف حمایت‌طلبی کمک کنند. مطالعه حاضر دارای محدودیتهایی بوده است که از آن جمله می توان به محدود بودن افراد صاحبنظر در مسایل حقوقی مرتبط با حق بیمه اشاره نمود که همین امر باعث کند شدن روند اجرای مطالعه شد. همچنین با توجه به مرتبط بودن موضوع با سازمان بیمه سلامت، لازم است یافته های مطالعه با احتیاط در سایر سازمان ها مورد استفاده قرار گیرد.

هرچند وظیفه اصلی سازمان بیمه، تامین خدمات سلامت قابل دسترس برای عموم مردم جامعه است اما بدیهی است هر سازمانی با هر ماموریت و چشم اندازی باید برای حفظ بقاء و توسعه خود از شیوه های موثر و اثربخش برای مدیریت هزینه های خود بهره گیرد [۲۲]. فارغ از نوع راه کارهای پیشنهادی (حقوقی یا غیرحقوقی) آنچه که در مرتفع نمودن مساله عدم وصول حق بیمه سازمان تاثیر بسزایی دارد توان سازمان برای بکارگیری تیمی مجرب از کارشناسان حقوقی برای پیگیری مطالبات سازمان است. به عبارت دیگر آنچه که سازمان را در احقاق حقوق خود توانمند خواهد نمود استمرار در پیگیری مطالبات از طریق تیمی از کارشناسان خبره و مسلط به قوانین و بندهای حقوقی است. برگزاری نشست های مستمر با مدیران سازمان برنامه و بودجه، تشریح وخامت اوضاع، نشان دادن روحیه همدلی و تاکید بر ضرورت خدمت رسانی صادقانه به عموم مردم کشور باعث تسهیل بازگشایی گره های موجود خواهد شد. همچنین تاکید مدیران سازمان بر لزوم مدیریت فعال هزینه های سازمان، بهره گیری از شیوه های نوین درآمدزایی و جلب حمایت سازمان های خیریه از دیگر راه کارهای مناسب برای مرتفع نمودن نسبی مشکلات مالی موجود در سازمان خواهد بود.

سهم نویسندگان

روح اله قلی خانی: تحلیل مصاحبه ها، نهایی سازی مقاله
حکیمه مصطفوی: تحلیل مصاحبه ها، تدوین پیش نویس اولیه مقاله، نهایی سازی مقاله
امیرحسین تکیان: نگارش یافته ها، نهایی سازی مقاله
علیرضا اولیایی منش: نگارش یافته ها، نهایی سازی مقاله

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی با عنوان "بررسی راه کارهای حقوقی وصول حق بیمه در صندوق های بیمه ای سازمان بیمه سلامت ایران" است که با حمایت مالی مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت و با کد اخلاق ۱۴۰۱,۲۰۴ اجرا شد. نویسندگان اظهار می دارند که تضاد منافعی نداشته اند. بدین وسیله از تمامی صاحبنظرانی که در مصاحبه ها شرکت نمودند قدردانی می نماییم.

منابع

1. Dizioli A, Pinheiro R. Health insurance as a productive factor. Labour Economics. 2016;40:1-24
2. Wagstaff A. Social health insurance reexamined. Health Economics 2010;19:503-17
3. Handel BR. Adverse selection and inertia in health insurance markets: When nudging hurts. American Economic Review 2013;103:2643-82
4. Bajari P, Dalton C, Hong H, Khwaja A. Moral hazard, adverse selection, and health expenditures: A semiparametric analysis. The RAND Journal of Economics 2014;45:747-63
5. Bundorf MK. Employee demand for health insurance and employer health plan choices. Journal of Health Economics 2002 ;1:65-88
6. Cutler DM. Employee costs and the decline in health insurance coverage. InForum for Health Economics & Policy 2003;1:29-53
7. Izadi, L, et al. Supervision and Control in Health Insurance. Health Information Management 2020; 17:28-35 [Persian]
8. Rezaee M, Daei Karimzadeh S, Fadaei M, Etbarian A. Financial Analysis of New Monetization Methods in Iran Health Insurance Organization. Iranian Journal of Health Insurance 2020; 2:238-247 [Persian]
9. Mowlaei M. Abdian M. Determinants of Government's Budget Deficit in Iran:1989-2015. Planning and Budgeting Journal 2018; 23:59-78 [Persian]
10. Basaza R, Criel B, Van der Stuyft P. Community health insurance in Uganda: why does enrolment remain low? A view from beneath. Health Policy 2008;87:172-84
11. Arash Rashidian MA, Hakimeh Mostafavi. Freedom and equity in Iranian health system: a qualitative study. Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research 2017;6:757-47
12. Graneheim UH LB. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004;24:105-12
13. https://ihio.gov.ir/ available at 20/09/2023
14. Alimohammadi Ardakani M, Mirghafoori S, Mirfakhradini S, Damaki A, Momeni H. Evaluation of the Relative Efficiency of Government Hospitals in Yazd Using DEA Model (Data Envelopment Analysis). The Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences 2009;17:200-8
15. Vahidi R, Kousha A, Kalantari H, Tabrizi JS. Social determinants of health and their related organizations in East Azerbaijan. Journal of Health 2013;3:8-20
16. Kwenda F. A panel VECM Analysis of competition, access to finance and economic growth in BRICS. Acta Universitatis Danubius Economica 2018;14:138-54
17. Rasoulian M. Financing strategies in health insurance plan in Iran. Strategic Management Research 2015; 22:135-153
18. Addae-Korankye A. Challenges of financing health care in Ghana: the case of national health insurance scheme (NHIS). International Journal of Asian Social Science 2013;3:511-22
19. Tagliabue G. The EU legislation on "GMOs" between nonsense and protectionism: An ongoing Schumpeterian chain of public choices. GM crops & food 2017;8:57-73
20. Nsiah C, Siakwa M, Ninnoni JP. Barriers to practicing patient advocacy in healthcare setting. Nursing Open 2020;7:650-9
21. Mund A, Zaccagnini ME, White K. Healthcare policy for advocacy in health care. The doctor of nursing practice essentials: A new model for advance practice nursing. 2 th Edition. Massachusetts 2011
22. Ghasemi E, Barooni M, Dehnavieh R, Jafari Sirizi M, Mehrolhassani M. Assessment of the Performance of Health Insurance Organizations using the DEA Approach; 2014. Iranian Journal of Epidemiology 2017;12:13-9

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-23]
[DOI: 10.61186/payesh.23.6.851]