

مشکلات نظام بیمه درمانی ایران و ضرورت اجرای رویکردی اصلاحی

حمید مقدسی^۱ / اعظم السادات حسینی^۲ / فرخنده اسدی^۳ / مجتبی اسماعیلی^۴

چکیده

مقدمه: مراقبت بهداشتی به عنوان یکی از نیازهای اساسی بشر مورد توجه جوامع انسانی است و بیمه درمانی مناسب‌ترین گزینه برای برقراری عدالت اجتماعی در برخورداری مردم از مراقبت بهداشتی است. مطالعه مقدماتی شرایط نظام بیمه‌ای و حمایت‌های اجتماعی ایران نشان می‌دهد که این نظام با مشکلات عدیده‌ای روبرو است. حال با توجه به اهمیت مشکلات نظام بیمه درمانی در ایران هدف این مطالعه، مشخص کردن مشکلات نظام بیمه درمانی ایران و بررسی ضرورت انجام اصلاحات در نظام بیمه درمانی کشور می‌باشد.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی است که گردآوری داده‌ها با بررسی منابع معتبر و مراجعه به سازمان‌های بیمه درمانی و با ابزار پرسشنامه انجام گردید. جامعه پژوهش ۲۴ نفر از صاحب‌نظران دانشگاهی و افراد دارای سابقه در بخش مدیریتی بیمه‌های درمانی می‌باشد. اعتبار پرسشنامه طراحی شده از طریق تعیین اعتبار محتوا و پایایی آن با استفاده از روش آزمون مجدد سنجیده شد ($r=0.84$). در نهایت داده‌های جمع آوری شده از طریق پرسشنامه به کمک برنامه SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته‌ها: بزرگترین چالش نظام بیمه درمانی کشور، غلبه بر مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه سازی بیمه‌های درمانی در کشور است که این مشکلات را می‌توان در ابعاد سیاستگذاری، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و تأمین منابع مالی دسته بندی نمود.

بحث: اصلاح نظام مراقبت بهداشتی و در نهایت اصلاح نظام بیمه درمانی، ترکیبی از تصمیمات و راهکارهای بهداشتی است و به نظر می‌رسد که ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات بزرگترین زیر ساختی است که به منظور یکپارچه سازی بیمه‌های درمانی در کشور و در نهایت به منظور اصلاح نظام بیمه درمانی ایران ضرورت دارد.

کلید واژه‌ها: اصلاح نظام بیمه درمانی، مشکلات نظام بیمه درمانی، نظام اطلاعات

• وصول مقاله: ۸۹/۰۸/۲۷ • اصلاح نهایی: ۸۹/۱۲/۰۲ • پذیرش نهایی: ۹۰/۰۲/۰۶

۱. دانشیار گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۲. استادیار گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، نویسنده مسئول؛ (sou.hosseini@sbm.ac.ir)
 ۳. استادیار گروه مدیریت اطلاعات بهداشتی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 ۴. کارشناس ارشد مدارک پزشکی، دانشکده پیراپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

مقدمه

مراقبت بهداشتی، همیشه به عنوان یکی از نیازهای اساسی و حیاتی بشر مورد توجه جوامع انسانی است [۱] و در هر کشوری به نوعی تحت تأثیر عوامل خارجی مانند شرایط سیاسی جامعه، توسعه اقتصادی و ویژگی‌های جمعیتی می‌باشد. [۲] به طور کلی نظام مراقبت بهداشتی دارای ابعاد متعددی است که از بیماران ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی و سازمان‌های بیمه تشکیل شده است (شکل ۱). [۳]

از این رو، بیمه درمانی مناسب‌ترین گزینه‌ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازد، بدون آنکه تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی قرار گیرد. [۱] با این مقدمه جا دارد که به تفسیر یکی از اجزاء اصلی نظام مراقبت بهداشتی یعنی بیمه درمانی پرداخته است. بیمه، عاملی مهم در گسترش و برقراری عدالت اجتماعی است. بنابراین، ضرورت تحول اساسی در ساختار آن برای حصول به آرمان‌های آن ضروری است. [۴]

در نظام مراقبت بهداشتی کشورهای توسعه یافته، بیمه درمانی همیشه از اصلی‌ترین موارد بیمه‌های اجتماعی محسوب می‌شود. [۵] بیمه درمانی محدوده وسیعی از برنامه‌های بیمه‌ای است که هزینه‌های ناشی از بیماری‌ها، تصادفات و ناتوانی‌ها را تحت پوشش

قرار می‌دهد. [۶] بیمه درمانی گهگاه با واژه‌های مختلفی شناخته می‌شود. اینکه بیمه درمانی چه نامیده می‌شود مهم نیست؛ زیرا برداشت مشتریان از بیمه درمانی نوع خاصی از بیمه است که در مواقع بحرانی، بیمه شدگان را در قبال بیماری مورد حمایت مالی قرار می‌دهد. گستره وسیع بیمه‌های درمانی عمدتاً به سه نوع تقسیم می‌شوند:

۱. بیمه هزینه‌های پزشکی (Medical Expense Insurance)

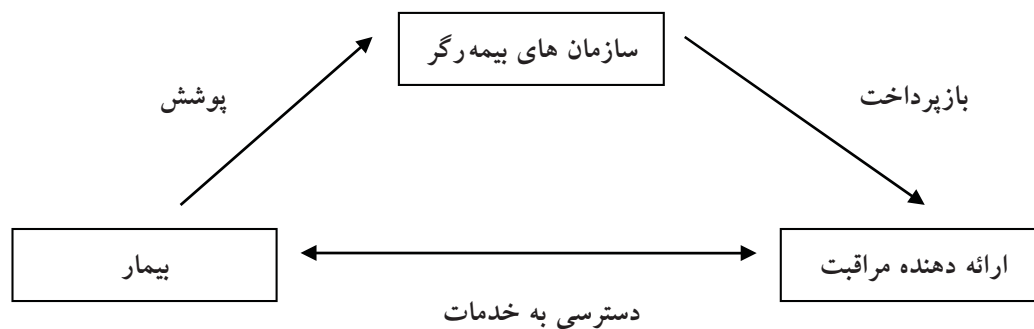
۲. بیمه درآمد از کارافتادگی (Disability Income Insurance)

۳. بیمه نقص عضو و فوت ناشی از حوادث (Accidental Death & Accidental Dismemberment) [۷]

ساختار نظام مراقبت بهداشتی کشورهای توسعه یافته از سه مدل تبعیت می‌کند. این مدل‌ها عبارتند از:

الف) بیمه ملی بهداشتی (National Health Insurance): در این مدل، دولت منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی را از طریق مالیات‌های عمومی فراهم می‌کند، اما ارائه مراقبت‌های بهداشتی توسط بخش خصوصی انجام می‌شود. در ساختار نظام مراقبت بهداشتی کانادا از این مدل استفاده می‌شود.

ب) نظام ملی بهداشت (National health System): در این ساختار علاوه بر اختصاص منابع مالی از طریق دولت توسط بیمه همگانی، ارائه مراقبت‌های بهداشتی



شکل ۱: تثلیث نظام مراقبت بهداشتی

مرحله اول برای رعایت سهمیه سازمان‌ها، نمونه‌گیری به شکل سهمیه ای انجام گرفت. سپس در مرحله دوم به نسبت متخصصین مربوطه، تعداد ۲۴ نفر، به صورت هدفمند و بر اساس ملاک‌های زیر انتخاب گردیدند:

- برخورداری از تحصیلات و پژوهش‌های مرتبط در زمینه بیمه‌های درمانی
- برخورداری از تجربه مدیریتی و اجرایی در سازمان‌های بیمه درمانی
- عضویت در گروه‌های پژوهشی مرتبط در دانشگاه‌ها یا سازمان‌های بیمه

جهت انجام این پژوهش گردآوری داده‌ها در مرحله شناخت مشکلات، از طریق مطالعه و بررسی متون علمی انجام گردید و در نهایت مشکلات استخراج شده از متون در چهار حوزه کلی دسته بندی شد. در مرحله بعد، پرسشنامه ای جهت بررسی دیدگاه صاحب‌نظران برای اولویت بندی مشکلات نظام بیمه درمانی و ارائه راهکارهای پیشنهادی، طراحی و در اختیار آنان قرار گرفت. پرسشنامه شامل دو بخش اصلی بود. بخش اول را سئوالاتی در رابطه با مشکلات نظام بیمه درمانی و اولویت بندی کردن این مشکلات تشکیل می‌داد. در بخش دوم، دیدگاه صاحب‌نظران نسبت به راهکارهای پیشنهادی بررسی شد. اعتبار ظاهری و محتوایی پرسشنامه طراحی شده از طریق روش اعتبار محتوا سنجیده شد و برای تعیین پایایی آن از آزمون مجدد ($r=0.84$) استفاده گردید. سپس نتایج با استفاده از آمار توصیفی و نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

امروزه بخش مهمی از مراقبت‌های بهداشتی در کشورها بواسطه برنامه‌های دولتی ارائه می‌شود و هزینه این برنامه‌ها را دولت تأمین می‌کند. [۲] تعمیم بیمه از دیدگاه قانون اساسی ایران نیز یکی از وظایف عمده دولت برای ایجاد رفاه، سلامت و فقرزدایی در جامعه اسلامی است. قانون‌گذاران از یک سو و مشارکت مردم و حمایت مالی دولت از سوی دیگر، وثیقه اجرای اصل

نیز توسط بخش دولتی انجام می‌گردد. در این نظام اکثر موسسات درمانی به صورت دولتی انجام وظیفه می‌کنند و بیشتر پزشکان، کارمند دولت محسوب می‌شوند. در نظام مراقبت بهداشتی بریتانیای کبیر از این مدل استفاده می‌شود.

ج) نظام سوسیالیستی بیمه بهداشتی (Socialized Health Insurance System): بر طبق این مدل منابع مالی مراقبت‌های بهداشتی با مشارکت دولت، کارگر و کارفرما تأمین می‌شود و ارائه مراقبت‌های بهداشتی بوسیله بخش خصوصی انجام می‌شود. نظام مراقبت بهداشتی کشور آلمان از این مدل تبعیت می‌کند. [۲]

در حال حاضر فراهم کردن خدمات بهداشتی درمانی مناسب برای تمام افراد جامعه از اصلی‌ترین برنامه دولت‌ها در تمام کشورها و از جمله ایران می‌باشد. [۴] اما مطالعه مقدماتی شرایط نظام بیمه‌ای کشور ایران نشان از آن دارد که این نظام با مشکلات عدیده‌ای روبرو است. [۸] حال با توجه به اهمیت شناخت مشکلات نظام بیمه درمانی در ایران و یافتن راه‌حل برای رفع آن‌ها، هم‌چنین نیاز روز افزون به انجام اصلاحات، گروه تحقیق بر آن شد به بررسی مشکلات موجود بر سر راه نظام بیمه درمانی کشور بپردازد و در نهایت بتواند ضرورت اصلاح در نظام بیمه درمانی کشور را تبیین نماید.

روش کار

این مطالعه، از نوع توصیفی است و محیط پژوهش را سازمان‌های بیمه درمانی اعم از سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی و پژوهشکده بیمه، هم‌چنین دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و کتابخانه‌های وابسته به این دانشگاه‌ها و اینترنت تشکیل می‌دادند.

جامعه پژوهش را متخصصین مرتبط مانند مدیریت خدمات بهداشتی، مدیریت اطلاعات بهداشتی، اقتصاد بهداشت، پزشکی و رفاه اجتماعی تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله صورت گرفت. در

۲۹ قانون اساسی می‌باشد. [۴] همچنین طبق اصل ۴۴ قانون اساسی بیمه یکی از بخش‌هایی است که بصورت مالکیت عمومی و در اختیار دولت است. [۹]

در ایران، سازمان‌های موازی زیادی وجود دارند که تمام یا بخشی از فعالیت آنان را بیمه درمانی تشکیل می‌دهد. [۱۰] سازمان‌های بیمه نظیر سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح عمده‌ترین فعالیت‌های بیمه‌ای را در کشور انجام می‌دهند. [۱۱] گفته می‌شود که سازمان‌های بیمه و کمیته امداد امام خمینی، حدود ۹۰ درصد از جمعیت را تحت پوشش خود دارند. نکته مهم اینکه مجموعه ارقام سازمان‌های بیمه گر ۹۰ درصد مردم را در پوشش خدمات بیمه‌ای می‌داند و حال آنکه بررسی‌ها نشان می‌دهد که ۲۶ درصد از مردم محروم از پوشش بیمه‌ای هستند. [۱۲]

سازمان بیمه خدمات درمانی به منظور تأمین بیمه درمانی کارکنان دولت، روستائیان و سایر گروه‌های اجتماعی، تشکیل و به صورت شرکت دولتی اداره می‌شود. سازمان تأمین اجتماعی با هدف تأمین بیمه درمانی افرادی که به هر عنوان در مقابل دریافت مزد یا حقوق، کار می‌کنند و نیز دریافت کنندگان مستمری‌های بازنشستگی و از کارافتادگی تشکیل شد. سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح منظور تأمین خدمات درمانی پرسنل نیروهای مسلح وزارت دفاع و پشتیبانی و سازمان‌های وابسته به آن‌ها اعم از کادر ثابت، پیمانی و اعضای ویژه بسیج، بازنشستگان، وظیفه بگیران و عائله تحت تکفل آن‌ها و مستمری بگیران تشکیل شد. [۱۳] کمیته امداد امام خمینی با هدف شناخت محرومیت‌های مادی افراد جامعه تشکیل شده است. اعتبارات مربوط به کمیته امداد در قالب حق بیمه سرانه بصورت ردیفی مستقل در قانون بودجه هر سال منظور می‌گردد. [۱۱]

اما امروزه تحولات اجتماعی و اقتصادی، تقاضاهای جدیدی را برای جامعه بوجود آورده است. در کشور ایران نیز در طول دو دهه گذشته با تصویب قوانین و مقررات گوناگون و سیاست‌های دولت در زمینه

خصوصی سازی موجب گردیده است که تعداد قابل توجهی از بیمه شدگان مؤسسات بیمه‌ای به سایر مؤسسات بیمه‌ای منتقل شوند. [۱۴] همچنین با ظهور موقعیت‌های جدید شغلی، پدیده تغییر شغل نیز بیشتر مشاهده می‌گردد. [۱۵] انتقال سوابق اطلاعاتی و امکان جابجایی بین صندوق‌ها با توجه به تغییر ماهیت و نوع شغل، گامی مثبت در جهت تأمین نیروی انسانی و ایجاد آرامش در نیروی کار می‌باشد. شاید در گذشته به علت فقدان تکنولوژی اطلاعات و ارتباطات (ICT)، پاسخگویی به کلیه نیازهای مخاطبین در فضای دستی غیر ممکن به نظر می‌رسید، لیکن امروزه با پیشرفت‌های به عمل آمده در ICT می‌توان بصورت تدریجی پاسخگویی نیازهای مخاطبین بود. [۱۴]

چالش‌های نظام بیمه درمانی در ایران

بزرگترین چالش نظام بیمه درمانی کشور، غلبه بر مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه سازی بیمه‌های درمانی در کشور است که این مشکلات را می‌توان در ابعاد سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و تأمین منابع مالی دسته‌بندی نمود.

۱. سیاست‌گذاری

به گفته صاحب‌نظران، تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام بهداشت و درمان و سازمان‌های متولی بیمه درمانی و منسجم نبودن روش‌های تصمیم‌گیری موجب بی‌نتیجه ماندن فعالیت‌ها می‌شود. [۱۶]

به طور کلی مسائلی قابل بحث در این قسمت را می‌توان به سه گروه تقسیم کرد:

- **عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای موجود در بخش بیمه‌های درمانی:**

مشخص نیست که رویکرد نهایی دولت بر بخش بیمه همگانی یا حمایت‌های اجتماعی متمرکز است یا خیر؟ این وضعیت باعث شده که سازمان‌های بیمه در کشور هر یک رویکرد خاص خود را داشته باشند. به عنوان مثال بیمه خدمات درمانی به عنوان محور

۲. قوانین و مقررات

وضع قوانین و مقررات صرفاً دست دولت است که می‌تواند بر رفتار افراد و سازمان‌های عضو بهداشت و درمان اثر گذاشته و آن را تغییر دهد. اما تعدد قوانین و مقررات غیر جامع، موردی و کوتاه مدت که بیش از هر چیزی از فقر تنوع رنج می‌برد موجب گردیده است که قوانین سال‌های اخیر از جامعیت کافی بر خوردار نباشد و به سمتی حرکت کند که بیشتر مسئولیت‌های مالی و اجتماعی را متوجه مصرف‌کنندگان سازد. [۱۷]

در بخش قوانین و مقررات مشکلات اصلی زیر قابل بحث است:

- به جز قانون تأمین اجتماعی که نسبتاً جامع است، قوانین فعلی پاسخگوی بیمه درمانی نیست.
- نقش شورای عالی سلامت کشور به عنوان متولی سلامت و رفاه شفاف نیست.
- نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با توجه به شرایط جدید تعریف شده نیست.
- نقش شورای عالی بیمه همگانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شفاف نیست.
- نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه‌های بیمه‌ای، حمایتی و امدادی مشخص نیست.
- نقصان وجود نهاد قانون‌گذار در بخش بهداشت و درمان کاملاً شفاف و ملموس است.
- بیمه‌ها در مقوله‌های کاهش خطر و ارتقای سلامت مداخله‌ای ندارند. [۱۸]

۳. ساختار سازمانی

در تمام بخش‌های دخیل در حوزه درمان نوعی تمرکزگرایی شدید در محیط‌های سیاست‌گذاری و اجرا وجود دارد. اتفاقی که در شرایط کنونی در نظام بهداشت و درمان کشور افتاده، این است که سیاستگذاران نقش سیاست‌گذاری خود را فراموش نموده و درگیر کارهای اجرایی و دخالت در امور اجرایی شده‌اند. [۱۶]

در بخش ساختار نظام بیمه درمانی موضوعات اصلی زیر قابل تأمل است:

تصمیمات دولت رویکرد بیمه هزینه‌های پزشکی را انتخاب کرده است. سازمان تأمین اجتماعی رویکرد بیمه‌های اجتماعی درمانی را انتخاب کرده است و کمیته امداد امام خمینی نه به عنوان یک بیمه گر بلکه به عنوان یک نهاد حمایتی رویکردهای اجتماعی را در پیش گرفته است. [۱۷]

- عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای موجود در داخل سازمان‌های بیمه:

سازمان جهانی بهداشت، ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها می‌داند. [۱۶] در داخل سازمان‌های بیمه ایران نیز گسیختگی صندوق‌ها وجود دارد. به عنوان مثال در سازمان بیمه خدمات درمانی تعدد صندوق‌های مختلف در قالب روستائیان، کارکنان دولت، خویش‌فرمایان و سایر اقشار به وضوح گویای توزیع بی‌عدالتی است. در سازمان تأمین اجتماعی نیز که به نظر وضعیت مناسب تری از نظر پوشش جمعیت و یکنواخت بودن جمعیت تحت پوشش دارد در مواردی مانند نسبت حق بیمه پرداختی در مقایسه با سایر کشورها قابل تأمل است. [۱۸]

- عدم شفافیت رویکرد بیمه در پوشش جمعیت:

همان‌طور که ملاحظه شد در سازمان‌های بیمه، رویکردهای مختلفی برای پوشش جمعیتی در نظر گرفته شده است. در سازمان خدمات درمانی تلفیقی از رویکردهای شغلی (صندوق کارکنان دولت و سایر اقشار)، رویکرد محل سکونت (روستائیان)، رویکردهای اجتماعی (خویش‌فرمایان) حاکم است. در سازمان تأمین اجتماعی رویکرد موجود، رویکرد شغلی است. [۱۷] به لحاظ منطقی رویکردهای فوق می‌توانند، هم پوشانی داشته باشند. به عنوان مثال فردی که در روستا زندگی می‌کند و حقوق بگیر هم هست می‌تواند همزمان تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی و نیز بیمه خدمات درمانی باشد. حال اگر یکی از فرزندان وی در یکی از سازمان‌های نظامی کشور فعال باشد می‌تواند از خدمات بیمه نیروهای مسلح هم استفاده کند. [۱۹]



- نظام تصمیم‌گیری متمرکز است و جوابگوی نیازهای محلی و منطقه‌ای نمی‌باشد.
- نظام ارائه خدمات یکپارچه و مبتنی بر نیاز جامعه نیست.
- شورای عالی بیمه خدمات درمانی دارای ترکیبی کاملاً دولتی است و نقش طرف‌های مختلف (بیمه‌گر، بیمه شده و ارائه دهنده خدمت) در آن متناسب نیست.
- تعدد سازمان‌های بیمه‌گر در امر درمان با روش‌ها و ضوابط یکسان و بدون رقابت
- تکلیف دولت در زمینه مالکیت، تصدی‌گری، مدیریت و نظارت بر بیمه درمانی پایه شفاف نیست.
- تعدد وظائف وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و تناقض ذاتی بین آن‌ها به عنوان سیاست‌گذار، ارائه دهنده خدمت، تأمین‌کننده منابع مالی مورد نیاز، ناظر و مجری سیاست‌های بهداشتی در کشور
- برای فعالیت بخش‌های غیر دولتی در عرصه بیمه‌گری زمینه مناسب وجود ندارد.
- انجام فعالیت‌های موازی و فقدان نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان. [۱، ۱۷، ۱۸]

۴. تأمین منابع مالی

در حال حاضر سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از تولید ناخالص داخلی برابر با ۵.۴ درصد است که این میزان در مقایسه با کشورهای پیشرفته خیلی پایین است. حال با توجه به اینکه سهم مشارکت مردم در تأمین هزینه‌های درمان بیش از ۵۰ درصد است، این امر وضعیت نامطلوبی را در رضایت افراد جامعه ایجاد کرده است. [۱۸] بر پایه نتایج بدست آمده از بررسی حساب‌های ملی بهداشت، سهم منابع عمومی، کارفرمایان و پرداخت‌های مستقیم مردم به ترتیب حدود ۳۰، ۱۱ و بیش از ۵۶ درصد است که بدون تردید نشانه تحمیل سهمی ناعادلانه بر مردم و ناکارآمدی بیمه‌هاست. [۱۲]

اما مهمترین مسائل این بخش به شرح زیر می‌باشد:

- شفاف نبودن سیاست‌های تأمین منابع مالی بخش بهداشت: در بخش تأمین منابع مالی به وضوح عدم

کفایت منابع ملموس است. پراکندگی اعتبارات تخصیص داده شده علناً اجازه فعالیت سازمان‌های بیمه را به عنوان عامل مؤثر در کیفیت خدمات مختل کرده است. [۱۸] همچنین سهم مشارکت مردم و دولت الگوی مشخصی تبعیت نمی‌کند. از طرفی بیمه‌های درمانی در اغلب موارد از نظر منابع مالی متکی به دولت می‌باشند و برای وصول حق بیمه از بعضی گروه‌های تحت پوشش ساز و کار مطمئنی وجود ندارد. [۱۷]

- **نقص در مکانیسم‌های پرداخت:** بی‌تردید مکانیسم پرداخت به ارائه دهندگان خدمات و به طور کلی هزینه بخش بهداشت تأثیر فراوانی بر عملکرد آن دارد و ارائه یک الگوی مناسب پرداخت می‌تواند کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات را به طور مستقیم متأثر نماید. [۱]

- **عدم مشارکت بخش‌های صنعتی مضر سلامت در تأمین هزینه‌های بخش بهداشت:** یکی از نکات بسیار مهم در نظام بهداشت، تأثیر عوامل بیرونی نظام بهداشت است. متأسفانه صنایع متعددی در کشور با تولید مواد زیان‌آور (از قبیل سیگار، نوشابه‌های گازدار و اتومبیل‌های غیر استاندارد) منجر به هدر رفتن منابع مالی و زیان به نظام بهداشت و درمان می‌شوند و خود از این بابت هیچ‌گونه خسارتی پرداخت نمی‌کنند. [۱۸]

- **واقعی نبودن تعرفه خدمات:** یکی از موارد تعیین‌کننده در ارائه مناسب خدمات، تعرفه خدمات است. بدون داشتن نظام تعرفه‌گذاری مناسب، خدمات بصورت نامناسبی ارائه خواهد گردید. از جمله مشکلات تفاوت تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی است. تعرفه بخش دولتی را شورای عالی بیمه و تعرفه بخش خصوصی را نظام پزشکی تعیین می‌کند. بنابراین، هماهنگی بین تعرفه و میزان پرداخت سازمان‌های بیمه به ارائه‌کنندگان وجود ندارد. [۱۶]

در بخش نظرخواهی از متخصصین و براساس یافته‌های پژوهش ۶۶.۶۶ درصد از صاحب‌نظران افزایش هزینه‌های مراقبت بهداشتی را اولویت اول مشکلات و اولین عامل زمینه ساز انجام اصلاحات می‌دانند. همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که



و صاحب نظران معتقدند که در حال حاضر با توجه به اینکه زیر ساخت‌های لازم برای ایجاد حساب پس‌انداز درمانی در کشور وجود ندارد؛ این گزینه برای کشور ایران مناسب بنظر نمی‌رسد. و در نهایت یافته‌ها حاکی از آنست که ۸۳.۳۳ درصد از صاحب‌نظران با انجام اصلاحات در نظام بیمه درمانی کشور کاملاً موافق و ۱۶.۶۶ درصد نیز با این موضوع موافق می‌باشند.

بحث

در حال حاضر ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای تمام افراد و با هزینه ای منطقی، چالش پیش روی تمام کشورهای جهان می‌باشد. به همین منظور اصلاحات متعددی در نظام مراقبت بهداشتی کشورهای توسعه یافته و رو به توسعه انجام می‌شود. [۱۵] هدف اصلاحات در نظام مراقبت بهداشتی، دست یافتن به تغییرات هدفمند و مستمر برای افزایش کارایی، کیفیت و برقراری عدالت در برخورداری مردم از مراقبت‌های بهداشتی است. بنابراین اصلاحات در نظام درمانی ایران نیز باید ضمن بکارگیری تجربه‌های جهانی، با تکیه بر مسایل و

تمام متخصصین با استفاده از فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها (EDI) در نظام بیمه درمانی کشور موافق بودند و ۹۱.۶۶ درصد از صاحب‌نظران عقیده داشتند که استفاده از EDI باعث کاهش هزینه‌ها در نظام بیمه درمانی کشور خواهد شد. همچنین تمام صاحب‌نظران اظهار داشتند که استفاده از EDI باعث کاهش بوروکراسی در نظام بیمه درمانی کشور خواهد شد و در نهایت ۵۸.۳۳ درصد از متخصصین امکان اجرای فرایند EDI را در نظام بیمه درمانی کشور در حد نسبتاً زیادی دانسته‌اند.

همچنین تمام صاحب‌نظران با ایجاد شناسه ملی برای تمام دست‌اندرکاران صنعت مراقبت بهداشتی کاملاً موافق می‌باشند. در ضمن ۷۰.۸۳ درصد از صاحب‌نظران نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان را در شرایط کنونی نظام بیمه درمانی کشور قابل اجرا می‌دانند.

در رابطه با ایجاد حساب پس‌انداز درمانی ۵۴.۱۶ درصد از متخصصین ایجاد این حساب را در نظام بیمه درمانی کشور توصیه نمی‌کنند. در این راستا عقیده بر آن است که ایجاد این حساب یک گزینه مناسب برای سیاست‌گذاران نظام بیمه درمانی در هر کشوری می‌باشد

جدول ۱: توزیع فراوانی نظرات متخصصین در رابطه با عوامل زمینه ساز اصلاحات در نظام بیمه درمانی کشور و الویت بندی آنها

عوامل و مشکلات زمینه ساز اصلاحات در نظام بیمه درمانی	اولویت اول	اولویت دوم	اولویت سوم	اولویت چهارم	اولویت پنجم
افزایش هزینه مراقبت‌های بهداشتی	۱۶	۲	۳	۱	۲
تعداد	۶۶.۶۶	۸.۳۳	۱۲.۵	۴.۱۶	۸.۳۳
درصد					
نبود عدالت اجتماعی	۴	۹	۲	۱	۸
تعداد	۱۶.۶۶	۳۷.۵	۸.۳۳	۴.۱۶	۳۳.۳۳
درصد					
کاهش کارایی و کیفیت خدمات	۲	۵	۱۲	۴	۱
تعداد	۸.۳۳	۲۰.۸۳	۵۰	۱۶.۶۶	۴.۱۶
درصد					
کاهش دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی	۰	۴	۴	۱۶	۰
تعداد	۰	۱۶.۶۶	۱۶.۶۶	۶۶.۶۶	۰
درصد					
افزایش انتظارات مشتریان	۲	۴	۳	۲	۱۳
تعداد	۸.۳۳	۱۶.۶۶	۱۲.۵	۸.۳۳	۵۴.۱۶
درصد					

تنگناهای نظام بهداشت و درمان در جهت رسیدن به اهداف فوق انجام گیرد. [۱۲]

مطالعه وضعیت نظام بیمه درمانی ایران نشان می‌دهد که بزرگترین چالش نظام بیمه درمانی کشور، مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه سازی بیمه‌های درمانی می‌باشد و ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات بزرگترین زیر ساختی است که به منظور یکپارچه سازی بیمه‌های درمانی در کشور لازم می‌باشد.

ابراهیمی پور نیز در پژوهش خود با عنوان "طراحی مدل بیمه درمان همگانی" به این نتیجه رسیده است: اطلاعات جمعیتی یکی از بخش‌های مهم و مورد نیاز سیاست‌گذاران است. این اطلاعات می‌تواند برای ارزیابی اهمیت مشکلات جمعیتی، هدف گذاری و ارزیابی اثر بخشی سیاست‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در کشور تایلد نیز به هنگام ایجاد پوشش همگانی یک بانک اطلاعات جامع تحت عنوان "بانک واحد بیمه ملی سلامت" تشکیل شد که اطلاعات جامع در مورد افراد ثبت نام شده و هم چنین اطلاعات مرتبط با میزان مصرف آنان و هم چنین ارتباط با میزان درآمد آنان و میزان مالیات و سهم بیمه‌ای که باید بپردازند برقرار شده است. [۱۹] در کشور آمریکا نیز افزایش استفاده از EDI در صنعت مراقبت بهداشتی به عنوان بهترین راه حل از سوی سیاستگذاران صنعت مراقبت بهداشتی برای حل مشکلات نظام بیمه درمانی در دهه ۹۰ مطرح شد. [۲۰]

از این رو ایجاد بانک جامع اطلاعات ایرانیان در حال حاضر یکی از زیر ساخت‌های مورد نیاز نظام بیمه درمانی برای گسترش پوشش خدمات بیمه‌ای است. ایجاد این بانک می‌تواند میزان دقیق پوشش بیمه‌ای کشور را تعیین کرده و از هدر رفتن منابع جلوگیری نماید. هم چنین می‌تواند اطلاعات جمعیتی لازم را به سیاستگذاران ارائه کند تا شناخت بهتری از گروه‌های فاقد بیمه داشته باشند.

از طرفی بررسی‌ها نشان می‌دهد که مشکل کشور بیشتر در اجرای قوانین است تا قانونگذاری و بخش مهمی از قوانین مصوب، توسط مراکز مربوطه

قابلیت اجرا پیدا نمی‌کنند. زیرا اجرای سیاست‌ها در نظام بیمه درمانی کشور قائم به افراد است. این نظام با تعویض زود هنگام مدیران و ناپایداری سیاسی روبروست. در این بخش متوسط طول عمر مدیریت زیر سه سال است و از آنجا که سیاست‌ها قائم به افراد است؛ لذا نمی‌توان برنامه بلند مدت طراحی کرد. به عنوان مثال وزارت رفاه در طی چهار سال پنج وزیر و سرپرست عوض کرده که مشخص می‌کند که نمی‌توان برنامه ریزی سودمندی در این وزارتخانه مجسم کرد.

در این رابطه ابراهیمی پور نتایج پژوهش خود را اینگونه بیان می‌کند: نظام بیمه درمانی کشور با تعویض زود هنگام مدیران و ناپایداری سیاسی روبروست. همچنین به دلیل نبود برنامه دراز مدت، مدیران به دنبال طرح‌های زود بازده هستند که بتوانند در طول عمر مدیریتی خود آن را به سرانجام برسانند. در تأیید نتایج این بخش از پژوهش باید گفت که بصورت کلی دولت ایران نسبت به موضوع درمان در کشور تعهد لازم را داشته است و بیشتر مشکلات مربوط به سیاست‌های اتخاذ شده برای پیاده سازی و مدیریت برنامه‌هاست. برای مثال در کشور بین سال‌های ۶۴ تا ۸۴ سه تغییر اساسی رخ داد. در سال ۶۴ نظام شبکه ارجاع پایه گذاری شد. در سال ۷۴ بیمه همگانی پایه گذاری شد و در سال ۸۴ نیز طرح پزشک خانواده مطرح شد. این سه طرح همگی طرح‌هایی کارا و مورد تأیید علم روز دنیا بودند. با این حال طرح اول در حدود ۸۰ درصد، دومین طرح در حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد و سومین طرح حدود ۱۰ درصد کارایی داشته است. [۱۹] چرخه اصلاح نظام بیمه درمانی مشابه دیگر چرخه‌های تصمیم‌گیری در مورد مسائل سیاسی و اجتماعی است و مناسب آن است که مشکلات از آغاز ریشه یابی شده و نقشه علمی آن ترسیم تا بهترین گزینه‌ها برای حل مشکل حاصل شود. حال با توجه به مطالعات گروه تحقیق و با در نظر گرفتن نارسایی‌هایی که در این بخش وجود دارد و با توجه به یافته‌های حاصل از بررسی نظرات متخصصین مربوطه و با امعان نظر به قابلیت اجرایی راهکارها، پیشنهادات

References

1. Khalegh nejad A, Rezaee Ghale H, Karimi M, Maleki MR. The Position of Health Insurance in Social Security system. 1st ed. Tehran: Social Security Research Institute; 2001. [Persian]
2. Shi L, Singh D. Essential of the US Health Care System. USA: Jones and Bartlett Publishers; 2005
3. Wise D, Yashiro N. Health Care Issues in the United States and Japan. USA: The University of Chicago Press; 2006
4. Ghabel joo M. The Comparative Study Health Insurance System in Chosen Countries and Presented model. [PhD Thesis] Management School of Azad University; 1998: [Persian]
5. Taleb M. Social Security. Mashhad: Astan e Ghods Publishers; 1991: [Persian]
6. Zare H. Basic Health Insurance: Principles, Structure, Coverage and Regulation. Tehran: Medical Services Insurance Organization; 2006. [Persian]
7. Kenneth B. Life and Health Insurance. USA: Pearson Inc; 2004
8. Zare H. Health Care Systems around the World. Tehran: Medical Services Insurance Organization; 2005. [Persian]
9. Zare H. Privatization Strategies of Health Insurance: Principles, Basis Health Status of IRAN. Tehran: Medical Services Insurance Organization; 2006. [Persian]
10. Vatan Khah S. The comparative Study of Financial Secure methods Health Insurance in Industrial Countries and Presented Model. [PhD Thesis] Management School of Azad Uneversity; 2000. [Persian]
11. Zare H. Privatization Strategies of Health Insurance: Comparative Study Private Health Insurance (Scope, Basis, Strategies, Model). Tehran: Medical Services Insurance Organization; 2006. [Persian]

زیر ارائه می‌گردد:

- تشکیل کارگروهی ویژه از سیاستگذاران وزارتخانه‌های مسئول برای اصلاح نظام مراقبت بهداشتی
- تدوین سیاست‌های شفاف تأمین منابع مالی بخش بهداشت و سهم مشارکت مردم و دولت
- ارائه الگو یا مکانیسمی مناسب پرداخت توسط دست اندرکاران مربوطه
- تصویب لایحه قانونی به منظور مشارکت بخش‌های صنعتی مضر در تأمین هزینه‌های بخش بهداشت
- توسعه زیر ساخت‌های لازم به منظور انجام فرایند EDI توسط وزارت فن آوری اطلاعات و ارتباطات
- تشکیل کارگروهی ویژه به منظور ایجاد نظام تعرفه گذاری مناسب توسط سازمان‌های مسئول
- یکپارچه سازی سازمان‌های بیمه درمانی و ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات بیمه شدگان
- ایجاد بانک جامع اطلاعات ایرانیان توسط وزارت رفاه به عنوان اصلی‌ترین نهاد در امر بیمه درمانی
- ایجاد شناسه ملی برای تمام دست اندرکاران صنعت مراقبت بهداشتی
- کاربرد شناسه ملی بصورت هماهنگ توسط سازمان‌های بیمه گر

12. State Unit of Health System Reform. Health System Reform in Islamic Republic of Iran. 1st ed. Tehran: Andishmand Publication; 2004. [Persian]
13. Jahangir M. Provision and Regulations of Social security and Welfare. Tehran: Dowran Publication; 2006. [Persian]
14. Lotfi A. Social Security Organization: Problems and Challenges in Insurance Circle. Tehran: Social Security Research Institute; 2006. [Persian]
15. International Social Security Association. Current Issues in Healthcare Reform. Geneva: ISSA; 1998.
16. Dehnavieh R. Design model of Basis Health Insurance Package for IRAN. [PhD thesis] School of Management and Medical Information Science, Iran University Of Medical Sciences; 2007. [Persian]
17. Zare H. Available Challenges to do integrate Health Insurance in Iran. Tehran: Majlis Research Center; 2007. [Persian]
18. Zare H. Health Care Package in Social Security Organization. Tehran: Social Security Research Institute; 2007. [Persian]
19. Ebrahimipoor H. Design Model for Public Health Insurance. [PhD thesis] School of Management and Medical Information Science, Iran University Of Medical Sciences; 2007. [Persian].
20. Rada R. Information Systems and Healthcare Enterprises. USA: IGI Publishing; 2008.

Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach

Moghaddasi H.¹ / Hosseini A.² / Asadi F.³ / Esmaeili M.⁴

Abstract

Introduction: Health care has always been considered as one of the basic needs of human communities. Health insurance is the best choice for establishing social justice in health care settings. Preliminary studies on insurance systems in Iran show that these systems suffer from serious problems. This study was an attempt to identify system problems and review the necessity for adopting a reform in health insurance systems of Iran.

Methods: In this descriptive and exploratory study a questionnaire was used to collect data by reviewing reliable sources and referring to health insurance organizations and Medical Universities. The population included 24 university subject specialist informants and managers of health insurance organizations. The data were analyzed by SPSS software. The validity and reliability of the questionnaire were measured by content validity and test-retest method ($r=0.84$).

Results: The main challenges of health insurance systems were related to the process of integration of health insurance systems. These problems can be classified as dimensions of policy making, rules and regulations, organizational structures and funding.

Conclusion: Reforming health care and insurance systems stems from both health decision making and strategies. It seems that the creation of a coordinated information infrastructure is the main challenge for the integration and ultimately the reform of health insurance systems in Iran.

Keywords: *Health Insurance Systems Reforms, Problems of Health Insurance System, Information System*

• Received: 2010/Nov/18 • Modified: 2011/Feb/21 • Accepted: 2011/April/26

1. Associate Professor of Health Information Management Department, Faculty of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
2. Assistant Professor of Health Information Management Department, Faculty of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Corresponding Author(sou.hosseini@sbm.ac.ir)
3. Assistant Professor of Health Information Management Department, Faculty of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
4. MSc of Medical Records, Faculty of Paramedical, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran