

معیارهای اطلاعاتی برای خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه در کشور از دیدگاه سازمان‌های

بیمه‌گر پایه*

رضا دهنویه^۱، سید جمال الدین طیبی^۲، محمدرضا ملکی^۳، آرش رشیدیان^۴، سمیه نوری حکمت^۵

چکیده

مقدمه: تعیین خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه، همواره یکی از چالش‌های اساسی سازمان‌های بیمه‌ای بوده است. به عبارت دیگر، این سازمان‌ها همیشه با این سؤال روبه‌رو بوده‌اند که با توجه به محدودیت منابع، برای تعیین خدمات این بسته چه معیارهایی را مورد توجه قرار دهند. بدون تعیین معیارهای تأثیرگذار بر تدوین بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه و در نظر گرفتن نقش واقعی آن‌ها، بدون شک بسته‌ی خدماتی تعریف می‌شود که از نظر سیاسی غیر قابل قبول است، از جهت مالی امکان‌پذیر نیست، از منظر فنی ناکاراست و یا مجموعه‌ای از این مشکلات را دارد. این مطالعه با هدف تعیین معیارهای اطلاعاتی برای خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان و اهمیت هر کدام از آن‌ها در تدوین این بسته، انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه حاضر مطالعه‌ای توصیفی-مقطعی بود که در سال ۱۳۸۷ انجام گرفت. در مرحله‌ی اول مطالعه، با ۲۰ نفر از کارشناسان و دست‌اندرکاران بیمه‌ی سلامت کشور، مصاحبه‌ای صورت گرفت و در ادامه، معیارهای مورد استفاده این مصاحبه‌ها به همراه معیارهای استخراج شده از مطالعه‌ی مفهومی، جمع‌آوری و طبقه‌بندی گردید. در مرحله‌ی دوم مطالعه، معیارهای جمع‌آوری شده در قالب یک پرسش‌نامه، به علت نظرخواهی در اختیار ۵۲ نفر از کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر پایه گذاشته شد. با استفاده از روش اعتبار محتوا و همچنین آزمون-بازآزمون ($r = 0/84$) اعتبار و روایی پرسش‌نامه تأیید شد. برای تحلیل داده‌ها در مرحله‌ی اول از نرم‌افزار Atlas-Ti و روش تحلیل محتوا و در مرحله‌ی دوم از نرم‌افزار SPSS و روش آمار توصیفی استفاده گردید.

یافته‌ها: معیارهای استخراج شده از مرحله‌ی اول در قالب ۳۲ معیار و ۶ گروه طبقه‌بندی گردید. کارشناسان بیمه‌ای کشور معتقد بودند که مهم‌ترین معیارهای تعیین‌کننده محتوای بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه در حال حاضر شامل معیارهای «قابلیت اجرایی»، «دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی»، «هزینه مداخلات» و «تعلق داشتن افراد بیمار به گروه‌های آسیب‌پذیر» می‌باشند. این کارشناسان به «هزینه-اثربخشی» خدمات، «اثربخشی خدمات»، «اعتبار مستندات» و «عدالت» به عنوان مهم‌ترین معیارهایی که از طریق آن‌ها می‌توان خدمات بسته را به طور مناسبی تعیین نمود، اشاره کردند.

نتیجه‌گیری: برای تدوین مناسب‌تر خدمات بسته بیمه درمان پایه، پیشنهاد می‌گردد که شرایط لازم برای انجام مطالعات هزینه-اثربخشی مهیا شود و نتایج این مطالعات، جایگزین معیارهایی نظیر اعمال نفوذ گروه‌های مختلف در تعیین خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه گردد.

واژه‌های کلیدی: ایران؛ بیمه بهداشت و درمان؛ پوشش بیمه.

نوع مقاله: تحقیقی

پدیرش مقاله: ۸۸/۶/۵

اصلاح نهایی: ۸۸/۵/۶

دریافت مقاله: ۸۷/۷/۲۴

ارجاع: دهنویه رضا، طیبی سید جمال الدین، ملکی محمدرضا، رشیدیان آرش، نوری حکمت سمیه. معیارهای اطلاعاتی برای خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه در کشور از دیدگاه سازمان‌های بیمه‌گر پایه. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۸۹؛ ۷(۲): ۱۱۸-۱۰۹

مقدمه

امروزه تمام ملل با این حقیقت روبه‌رو هستند که در عین نامحدود بودن نیازهای بشر، منابع محدود هستند و همه آن‌ها بودجه‌ای در اختیار دارند که فقط باید در حد و اندازه آن هزینه نمایند (۱). به تبع این قضیه، بخش سلامت نیز مانند سایر

* مقاله حاضر برگرفته از رساله‌ی دکتری می‌باشد.

۱. استادیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده‌ی مسؤل) Email: rdehnavi@gmail.com

۲. استاد، برنامه‌ریزی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۳. دانشیار، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

۴. استادیار، سیاستگذاری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۵. مربی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

چالش‌های اساسی سازمان‌های بیمه‌ای بوده است. به عبارت دیگر این سازمان‌ها همیشه با این سؤال روبه‌رو بوده‌اند که با توجه به محدودیت منابع، برای تعیین خدمات این بسته چه معیارهایی را مورد توجه قرار دهند.

با وجود این که در خصوص اهمیت تعیین مناسب خدمات بسته، مطالعات اندک انجام شده است ولی زمینه اولویت‌گذاری، در کشورهای در حال توسعه بیانگر عدم توازن بین معیارهایی است که بر اساس آن‌ها اولویت‌گذاری صورت می‌گیرد و معیارهایی که بایستی اولویت‌گذاری بر اساس آن‌ها صورت گیرد، می‌باشد (۱۱، ۱۰).

بررسی متون نشان می‌دهد که این سؤال هیچ‌گاه در سازمان‌های بیمه‌ای کشور ایران به درستی پاسخ داده نشده است و عدم پیش‌بینی نظامی مناسب برای تعیین حدود تعهدات بسته‌ی بیمه‌ی پایه، از مشکلات مهم نظام بیمه‌ای کشور است (۱۲). مطالعه‌ی مقدماتی شرایط موجود در نظام بیمه‌ای و حمایت‌های اجتماعی کشور ایران نشان می‌دهد که شرایط موجود در سیستم بیمه‌ای - اجتماعی کشور با مشکلات عدیده‌ای مواجه است که از مهم‌ترین این مشکلات، مشخص نبودن سطح تعهدات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه است (۱۳).

در حال حاضر، سطح تعهدات بیمه‌ی درمان پایه از منظر نظام تأمین اجتماعی مناسب نیست، به طوری که شمول یا عدم شمول تعهدات خدماتی در مقاطع مختلف به صورت دستورالعمل و آیین‌نامه صورت گرفته است و اغلب مبنای قانونی معینی ندارد. خدمات درمانی پایه (اساسی) به طور مشخص تعریف نشده‌اند و حتی در آیین‌نامه‌ها برخی از خدمات ضروری از تعهد بیمه‌گانی خارج شده است (۱۴).

تصمیم‌گیری درباره این که چه چیزی وارد بسته‌ی خدمات بیمه‌ی درمان پایه شود، مبتنی بر انواع خاصی از معیارها است که باید توافق بر سر آن‌ها صورت گیرد. به طور کلی توافق اندکی بر سر این موضوع که این بسته از چه خدماتی تشکیل شود، وجود دارد. یکی از چالش‌های موجود در زمینه‌ی این بسته، دستیابی به توافق و اجماع در زمینه‌ی طراحی آن است (۱۵). بررسی سوابق مربوط به تعیین بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه

بخش‌ها با محدودیت منابع روبه‌رو است. بنابراین، همه‌ی دولت‌ها با عدم انطباق بین منابع و نیاز، در بخش سلامت مواجه هستند (۲). نتیجه محدودیت منابع، مواجه شدن با گزینه‌ها و انتخاب‌ها است. نیاز به انتخاب کردن برای تخصیص منابع محدود، وظیفه‌ی خطیر هر دولت است. بنابراین، نیاز به انتخاب از بین گزینه‌ها، چیزی نیست که بتوان از آن اجتناب کرد. زمانی که شکاف بین نیاز به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و میزان منابع در دسترس بیشتر می‌شود، باید تصمیمات و انتخاب‌های سختی اتخاذ شود (۳، ۴).

با در نظر گرفتن این نکات، ضروری است که منابع موجود را به بهترین نحو ممکن مصرف نمود. برای اطمینان از انجام چنین امری، نیاز به اولویت‌بندی (Prioritization) است (۵). Williams اولویت‌بندی را به عنوان «چه کسی، چه چیزی را با هزینه‌ی کی دریافت کند» تعریف می‌کند (۱).

زمانی که اهمیت و نیاز به اولویت‌بندی مشخص شد، سؤال بعدی این است که چگونه این کار را باید انجام داد. اولویت‌بندی فعل و انفعالی پیچیده است (۶، ۷). با وجود این که علاقه‌ی روز افزونی نسبت به اولویت‌بندی وجود دارد، اما اجماع کمی بر سر بهترین راه انجام آن می‌باشد (۴). کشورهای در حال توسعه نه تنها با مشکل کمبود منابع مواجه هستند، بلکه ارزش‌های اجتماعی و ویژگی‌های خاصی دارند که تأثیرگذار بر معیارهایی است که بر اساس آن اولویت‌ها را تعیین می‌نمایند (۸).

زمانی که تصمیم‌گیری درباره‌ی نیاز به اولویت‌بندی و ساز و کار مورد استفاده برای این امر صورت گرفت، تصمیم بعدی باید راجع به شکل یا ساختار اولویت‌بندی اتخاذ شود. در این رابطه، رویکردی که به وفور مورد استفاده قرار گرفته، تعریف یک بسته (Package) از خدمات سلامت است که منعکس‌کننده اولویت‌های انتخاب شده است. این بسته می‌تواند از دیدگاه افراد مختلف (ارایه دهنده، سازمان بیمه‌ای و ...) مطرح شود (۹). درگیر بودن افراد مختلف در تعیین این بسته و مواجه بودن با سوالات دشوار، انجام این کار را مشکل می‌سازد؛ به طوری که تعیین بسته‌های بیمه‌ی درمان پایه، همواره یکی از

مصاحبه‌ها ضبط و سپس پیاده‌سازی شد. در تحلیل داده‌های این مرحله، از نرم‌افزار Atlas-Ti استفاده گردید.

مرحله‌ی دوم، جمع‌آوری نظرات کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر: در این مرحله یافته‌های حاصل از مرحله‌ی اول و نیز مطالعات مفهومی انجام شده در قالب یک پرسش‌نامه به نظرخواهی از کارشناسان بیمه‌ای کشور در اختیار آن‌ها گذاشته شد. با استفاده از روش اعتبار محتوا و همچنین آزمون-بازآزمون ($r = 0/8$) اعتبار و روایی پرسش‌نامه تأیید شد. نمونه پژوهش در این مرحله ۵۲ نفر از کارکنان سازمان‌های بیمه‌گر پایه کشور (سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته‌ی امداد امام خمینی) بودند که این گروه نیز به روش Snow ball انتخاب گردیدند. دلیل انتخاب این روش نمونه‌گیری، این بود که پاسخ به پرسش‌نامه نیازمند به اطلاعات تخصصی بود که جز از طریق انتخاب افراد آشنا با این اصطلاحات امکان‌پذیر نبود. پرسش‌نامه به صورت حضوری یا از طریق پست الکترونیک برای مشارکت‌کنندگان ارسال شده و طی نامه‌ی رسمی ضمن معرفی پژوهشگر و توضیح در مورد هدف، از آن‌ها درخواست شد تا نسبت به تکمیل آن اقدام نمایند. نرخ بازگشت پرسش‌نامه ۸۴ درصد بود. در نهایت داده‌های این مرحله با استفاده از نرم‌افزار SPSS و استفاده از آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش به دو دسته تقسیم شده است:
- معیارهای مختلف تصمیم‌گیری در مورد بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه: بعد از انجام مصاحبه و پیاده‌سازی آن‌ها، با توجه به اشاره مستقیم یا غیر مستقیم مصاحبه شونده‌گان، معیارها استخراج گردید و در کنار معیارهای استخراج شده از مطالعه مفهومی، ۳۳ معیار جمع‌آوری گردید. در ادامه، این معیارها در ۶ دسته معیارهای مرتبط با مداخله، بیماری، بیمار، جامعه، آرایه دهندگان و معیارهای سیاسی ذی‌نفعان طبقه‌بندی گردید (جدول ۱).

در ایران نشان می‌دهد که هیچ گونه معیار مشخصی برای تعیین این بسته در کشور وجود ندارد (۱۶). بنابراین، انجام مطالعه‌ای برای تعیین معیارهای اطلاعاتی بسته‌ی خدمات بیمه‌ی درمان پایه، ضروری به نظر می‌رسد. بدون تعیین چنین معیارهایی، بدون شک بسته خدماتی تعریف می‌شود که از نظر سیاسی غیر قابل قبول است، از نظر مالی امکان‌پذیر نیست، از نظر فنی ناکاراست و یا مجموعه‌ای از این مشکلات را دارد. بنابراین ضرورت دارد از ترکیبی از تمام انواع معیارها برای تدوین بسته‌ی خدمات بیمه‌ی درمان پایه در کشور استفاده شود و این معیارها را در کشور مشخص کرد. با توجه به ضرورت این امر، این مطالعه با هدف تعیین معیارهای تدوین بسته و اهمیت هر کدام از آن‌ها در تدوین بسته، انجام شده است.

روش بررسی

مطالعه‌ی توصیفی-مقطعی حاضر در سال ۱۳۸۷ در دو مرحله به شرح زیر صورت گرفت:

مرحله‌ی اول، مصاحبه با صاحب‌نظران: در این مرحله نمونه پژوهش ۲۰ نفر، شامل افراد دارای تحصیلات و پژوهش‌های مرتبط (۳ نفر)، افراد دارای تجربه در ۶ سازمان درگیر در امر بیمه‌ی سلامت کشور شامل: معاونت راهبردی و برنامه‌ریزی ریاست جمهوری (۲ نفر)، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (۳ نفر)، بیمه‌ی درمان سازمان تأمین اجتماعی (۵ نفر)، بیمه‌ی خدمات درمانی (۳ نفر)، بیمه‌ی خدمات درمانی نیروهای مسلح (۲ نفر) و کمیته‌ی امداد امام خمینی (۲ نفر) بودند، که به صورت هدف‌مند انتخاب شدند. این افراد با مشورت ۲ نفر از افراد درگیر در این پژوهش و مصاحبه شونده‌گان (روش گلوله برفی یا Snow ball) انتخاب شده‌اند. برای انجام مصاحبه، با افراد مورد نظر به صورت تلفنی تماس گرفته شد و سپس نامه‌ای حاوی هدف طرح، معرفی پژوهشگر و درخواست تنظیم قرار ملاقات برای افراد ارسال شد. تا حد ممکن سعی شد که مصاحبه در دفتر کار افراد انجام شود تا افراد احساس راحتی بیشتری داشته باشند. در تحلیل داده‌های این مرحله از روش تحلیل محتوا استفاده گردید. تمامی

جدول ۱: طبقه‌بندی معیارهای حاصل از مصاحبه‌ها و مطالعه

معیارهای مربوط به					
مداخله	بیماری یا مشکل	بیمار	جامعه	ارایه دهندگان خدمات	معیار سیاسی ذی‌نفعان
- اثربخشی مداخلات	- شدت بیماری	- سن	- دیدگاه جامعه	- دیدگاه ارایه دهندگان	- دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی
- هزینه- اثربخشی مداخلات	- بار بیماری	- محل اقامت (در مناطق کشور)	- عدالت	- خدمات	
- کیفیت شواهد	- اثربیرونی ^۱	- محل اقامت (ایرانی بودن در داخل یا خارج از کشور)			
- هزینه‌ی مداخلات	- زمان ارایه خدمت	- درآمد			
- فواید مداخلات	- توانایی ایجاد ناتوانی	- وضعیت اجتماعی			
- قابلیت اجرایی	- لیست انتظار بیماری	- جنس			
- ایمنی		- مذهب			
- عوارض جانبی		- قدرت و نفوذ ^۲			
- پایداری در دراز مدت		- توانایی‌های ذهنی			
- مقبولیت		- خود مسؤول بیماری بودن ^۳			
- ضرورت داشتن		- توانایی‌های فیزیکی			
		- تعلق به گروه‌های آسیب‌پذیر			

۱. اثر بیرونی یا Externality به میزان قابلیت بیماری در ابتلای سایر افراد جامعه اشاره دارد.

۲. منظور میزان قدرت و نفوذ بیمار برای تغییر تصمیمات مربوط به تعیین خدمات بسته است.

۳. منظور این است که نقش بیمار در ابتلا به بیماری چگونه است و آیا رفتار آگاهانه بیمار به صورت آشکار موجب ابتلا به بیماری شده است؟ (بستن کمر بند و مواجهه با ترومای ناشی از تصادف)

معیارهای مربوط به بیماری، «بار بیماری» و «شدت بیماری» به ترتیب با امتیاز $21/3 \pm 59$ و $55/4 \pm 20$ درصد بیشترین تأثیر را می‌گذارند. افراد مورد مطالعه، درباره‌ی این که در وضعیت مطلوب اهمیت هر کدام از معیارها باید چگونه باشد، به ترتیب زیر به معیارها امتیاز دادند:

از بین معیارهای مربوط به مداخله، «هزینه- اثربخشی» مداخلات و «اثربخشی» دارای بیشترین امتیازات به ترتیب با $11/7 \pm 91/6$ و $13/4 \pm 89$ درصد می‌باشد. همچنین از بین معیارهای مربوط به بیماری، «بار بیماری» و «توانایی ایجاد ناتوانی» به ترتیب با امتیاز $13/2 \pm 85/4$ و $20/3 \pm 74/5$ درصد، بیشترین امتیاز را کسب نمودند (جدول ۲).

از نظر افراد مورد مطالعه، در وضعیت کنونی از بین معیارهای مربوط به بیمار، «تعلق به گروه‌های آسیب‌پذیر» و «قدرت و نفوذ» به ترتیب با امتیازات $11/7 \pm 60/9$ و

- نظرات کارشناسان بیمه‌ای کشور در مورد معیارها: معیارهای گردآوری شده در مرحله‌ی قبل در این مرحله به نظرخواهی از کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر پایه در اختیار آن‌ها گذاشته شد. تعداد $79/5$ درصد از افراد پاسخ دهنده را مردان و $20/5$ درصد از آن‌ها را زنان تشکیل می‌دادند. تعداد 32 و 68 درصد از این افراد به ترتیب شامل مدیران و کارشناسان می‌شود. 27 درصد از این افراد زیر ۱۰ سال، 47 درصد بین ۱۰-۲۰ سال و 26 درصد بیشتر از ۲۰ سال سابقه کار داشتند.

یافته‌های این مطالعه نشان داد که از دیدگاه افراد مورد مطالعه در وضعیت کنونی از بین معیارهای مربوط به مداخله، «قابلیت اجرایی» و «هزینه مداخلات» به ترتیب با امتیازات 6 ± 72 و $21/9 \pm 61$ درصد بیشترین تأثیر را در تعیین خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه ایفا می‌کنند. همچنین از بین

جدول ۲: توزیع نظرات افراد مورد مطالعه در مورد اهمیت معیارهای مربوط به مداخله و بیماری در وضعیت‌های موجود و مطلوب

لیست انتظار بیماری	معیارهای مربوط به مداخله										معیارهای مربوط به بیماری					
	هزینه- اثربخشی مداخلات	ضرورت داشتن	اعتبار مستندات روش	اثربخشی مداخلات	هزینه مداخلات	فوائد مداخلات	قابلیت اجرایی	ایمنی	نداشتن عوارض جانبی	پایداری دراز مدت	مقبولیت	شدت بیماری	اثربخشی	مدت زمان ارائه خدمت	توانایی ایجاد ناتوانی	بار بیماری
میانگین وضعیت موجود	۵۵/۴	۵۴	۵۲/۷	۵۴	۶۱	۵۰	۷۲	۵۵/۴	۴۹	۴۷/۲	۵۲/۷	۵۵/۴	۵۰	۵۰	۵۴	۵۹
انحراف معیار	۲۱/۲	۱۷/۴	۱۹/۵	۲۰	۲۱/۹	۱۶/۷	۶	۱۶/۹	۱۷/۴	۱۵/۶	۱۷/۳	۲۰	۱۶/۹	۱۹/۶	۱۹/۸	۲۱/۳
میانگین وضعیت مطلوب	۹۱/۶	۸۴	۸۷/۲	۸۹	۶۱	۶۸	۸۰/۹	۸۵/۴	۷۷	۸۰/۹	۷۰	۷۰	۷۰/۹	۵۶/۶	۷۴/۵	۸۵/۴
انحراف معیار	۱۱/۷	۱۴/۳	۱۱/۴	۱۳/۴	۱۶/۶	۱۳/۴	۱۵/۸	۱۶/۹	۱۴/۳	۱۲/۵	۲۳/۶	۱۴/۳	۲۱/۳	۲۲/۴	۲۰/۳	۱۳/۲

«خود مسؤؤل بیماری بودن» به ترتیب با امتیاز $۱۷/۴ \pm ۷۹$ و $۱۸/۵ \pm ۶۰/۹$ درصد بایستی بیشترین تأثیر را بر تعیین خدمات بسته گذارند (جدول ۳).

$۴۵/۴ \pm ۲۵/۶$ درصد بیشترین تأثیر را بر تصمیمات مرتبط با انتخاب خدمات بسته‌ی بیمه می‌گذارند. از نظر افراد مورد مطالعه در وضعیت مطلوب از بین معیارهای مربوط به بیمار، «تعلق به گروه‌های آسیب‌پذیر» و

جدول ۳: توزیع نظرات افراد مورد مطالعه در مورد اهمیت معیارهای مربوط به بیمار در وضعیت‌های موجود و مطلوب

معیارهای مربوط به بیمار											
سن	محل اقامت در مناطق کشور	محل اقامت (ایرانی بودن) در داخل یا خارج از کشور	درآمد	وضعیت اجتماعی	جنس	مذهب	قدرت و نفوذ	توانایی‌های ذهنی	خود مسؤؤل بیماری بودن	توانایی‌های فیزیکی	تعلق به گروه‌های آسیب‌پذیر
میانگین وضعیت موجود	۴۰/۹	۳۹	۴۰	۳۵	۳۴/۵	۲۲/۶	۱۶/۳	۲۹	۳۵/۴	۲۷/۷	۶۰/۹
انحراف معیار	۲۲/۶	۲۸	۲۷/۵	۲۸	۲۵/۲	۱۷/۹	۹/۹	۱۷/۲	۲۵/۶	۱۹/۵	۱۱/۷
میانگین وضعیت مطلوب	۵۸/۱	۵۲	۴۵	۵۱/۸	۳۹	۳۵/۴	۱۲/۷	۳۴/۵	۶۰/۹	۳۶/۶	۷۹
انحراف معیار	۲۵/۴	۱۹/۶	۳۰/۸	۳۳/۹	۲۱/۳	۴/۵	۱۲/۱	۲۶/۳	۱۸/۵	۲۹/۴	۱۷/۴

جدول ۴: توزیع نظرات افراد مورد مطالعه در مورد اهمیت معیارهای جامعه، رایه دهندگان و معیارهای سیاسی در وضعیت‌های موجود و مطلوب

معیارهای سیاسی ذی نفعان	معیارهای مربوط به رایه کنندگان خدمات	معیارهای مربوط به جامعه		وضعیت موجود	وضعیت مطلوب
		عدالت	دیدگاه جامعه		
۶۸/۱	۵۳/۶	۴۹	۴۳	میانگین	
۲۳/۵	۲۴/۵	۱۶/۳	۲۳/۱	انحراف معیار	
۳۱/۸	۵۰/۹	۸۹	۶۴/۵	میانگین	
۱۸/۲	۲۰/۸	۱۳/۹	۲۴/۱	انحراف معیار	

از دیدگاه افراد مورد مطالعه کم اهمیت‌ترین معیارها در تعیین خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه در کشور شامل معیارهای «مذهب»، «توانایی‌های ذهنی» و «توانایی‌های فیزیکی افراد بیمار» می‌باشند.

افراد مورد مطالعه به معیارهای «هزینه- اثربخشی» خدمات، «اثربخشی خدمات»، «اعتبار مستندات» روش درمانی و «عدالت» به عنوان مهم‌ترین معیارهایی که از طریق آن‌ها می‌توان خدمات بسته را به طور مناسبی تعیین نمود، اشاره کردند. مطالعات مختلف اهمیت معیار «هزینه- اثربخشی» را در تعیین خدمات بسته بیمه درمان پایه نشان می‌دهد. به عبارت دیگر در روند برنامه‌ریزی بیمه‌ی درمان باید به رابطه‌ی «هزینه- اثربخشی» در رایه دهندگان و درمانی توجه جدی داشت (۱۸). همچنین بانک جهانی توصیه می‌کند که انتخاب خدمات سلامت در بسته‌های خدمات بیمه‌ای، مبتنی بر «هزینه- اثربخشی» نسبی آن‌ها صورت گیرد (۱۹). به طور کلی برای کشورهای در حال توسعه، استفاده از رویکردهایی نظیر محاسبه بار بیماری‌ها (Burden of disease) و هزینه- اثربخشی (Cost-effectiveness) توصیه شده است (۲۰). در استرالیا (۲۱) و چند کشور اروپایی (۲۲-۲۴) معیار هزینه- اثربخشی برای تعیین این که کدام داروها توسط بیمه بازپرداخت شوند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. مطالعات مشابهی نیز معیار هزینه- اثربخشی را برای تعیین اولویت‌های کنترل بیماری در کشورهای در حال توسعه و تعیین بسته‌ی خدمات را برای تمامی کشورهای دنیا ضروری توصیه نمود (۲۵، ۲۶).

از دیدگاه افراد مورد مطالعه در وضعیت کنونی، از بین معیارهای مربوط به جامعه، «عدالت» با امتیاز $23/1 \pm 49$ درصد بیشترین امتیاز را به خود اختصاص داد. همچنین معیارهای دیدگاه رایه دهندگان و دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی نیز به ترتیب امتیازات $24/5 \pm 53/6$ و $23/5 \pm 68/1$ را کسب نمود.

همچنین در رابطه با وضعیت مطلوب از دیدگاه افراد مورد مطالعه، از بین معیارهای مربوط به جامعه، «عدالت» با امتیاز $13/9 \pm 89$ درصد بیشترین امتیاز را کسب کرد. همچنین معیارهای دیدگاه رایه دهندگان، دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی نیز به ترتیب امتیاز $24/5 \pm 50/9$ و $18/2 \pm 31/8$ را کسب نمودند (جدول ۴).

بحث

به طور کلی می‌توان چنین بیان کرد که از دیدگاه کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر پایه، در حال حاضر در کشور مهم‌ترین معیارهای تعیین کننده خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه شامل معیارهای «قابلیت اجرایی»، «دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی»، «هزینه مداخلات» و «تعلق داشتن افراد بیمار به گروه‌های آسیب پذیر» می‌باشند. روال تاریخی هم نشان می‌دهد که تاکنون تمام فعالیت‌هایی که جهت مشخص شدن بسته‌ی خدماتی در کشور انجام شده است بیشتر به هزینه‌بر بودن خدمات تأکید داشته است نه هزینه‌ی اثر بخشی خدمات و اولویت‌بندی نیازها (۱۷).

سلامت می‌شود. به عنوان مثال در استرالیا به طور معمول افراد فقیر ۲۰ سال امید به زندگی کمتری نسبت به بقیه‌ی افراد جامعه دارند (۴۱، ۴۰).

نتیجه‌گیری

به هر حال، برای رفع مشکلات موجود در زمینه‌ی تدوین بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه در کشور، باید این نکته را در نظر داشت که با توجه به عدم تناسب نقش معیارها، بایستی نسبت به تنظیم نقش آن‌ها در تدوین بسته‌ی بیمه‌ی درمان کشور اقدام نمود. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که پاره‌ای از معیارها نظیر دیدگاه افراد، گروه‌های سیاسی، قدرت و نفوذ گروه‌های بیماران در تعیین خدمات بسته‌ی نقشی به شدت قوی‌تر از جایگاه واقعی خود بازی می‌کنند. همچنین به معیارهایی نظیر هزینه-اثربخشی خدمات، اعتبار مستندات روش درمانی، پایداری در دراز مدت و ایمنی مداخلات، بسیار کمتر از جایگاه واقعی این معیارها در تدوین خدمات بسته توجه می‌شود.

پیشنهادها

در خاتمه برای تدوین مناسب‌تر خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه‌ی کشور، با توجه به یافته‌های این مطالعه پیشنهاد می‌گردد که شرایط لازم برای انجام مطالعات هزینه-اثربخشی از جمله دانش این موضوع در سطوح مختلف، کارشناسان و تصمیم‌گیرندگان خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه، مهیا شود و همچنین مطالعاتی در جهت توافق نظر بر روی اصول عدالت و تأثیر این معیار بر بسته انجام بگیرد که نتایج این مطالعات جایگزین معیارهایی نظیر اعمال نفوذ گروه‌های مختلف در تعیین خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه کشور گردد.

تشکر و قدردانی

از زحمات خانم‌ها ناهید خواجه پور و سیما آذری به دلیل همکاری در مرحله‌ی دوم پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

Kapiriri و همکار نیز در مطالعه خود که با هدف تعیین اهمیت معیارهای اولویت‌گذاری در اوگاندا انجام دادند به این نتیجه رسیدند که معیارهای هزینه-اثربخشی، در کیفیت شواهد مفید بودند. مداخله و عدالت، در دسترسی سه معیار مهم با وزن بالا برای تعیین خدمات در این کشور به حساب می‌آیند (۲۷). Musgrove نیز در مطالعه‌ی خود در زمینه‌ی اولویت‌گذاری خدمات، معیارهای عدالت و هزینه-اثربخشی را با اهمیت توصیف نموده است (۲۸).

با وجود اهمیت معیار هزینه-اثربخشی، استفاده از آن در فرایند اولویت‌گذاری تا حدود زیادی محدود باقی مانده است. پاره‌ای از دلایل عدم استفاده کافی از این معیار عبارت از نفوذ سیاسی، ترجیحات جامعه و موانع سیستماتیک اجرایی نظیر عدم وجود داده‌های لازم می‌باشد (۳۰، ۲۹). اطلاعات هزینه-اثربخشی اغلب در کشورهای ثروتمند آمریکای شمالی، اروپای غربی و آسیا اقیانوسیه وجود دارد (۳۲، ۳۱) و این اطلاعات در بسیاری از موارد (به خصوص در مورد بیماری‌های غیر واگیر) در کشورهای آمریکای لاتین، آفریقا و آسیا وجود ندارند (۳۳). از جمله معایب تحلیل هزینه-اثربخشی می‌توان به محدودیت‌های داده‌ها، دشواری عملی لحاظ نمودن دروندادهای مشتریان در تحلیل و ماهیت غیر کمی ارزش‌های انسانی اشاره نمود (۱۵).

تلاش برای استفاده تنها از معیار هزینه-اثربخشی در تجاربی مانند تجربه ایالت Oregon آمریکا، در عمل موفقیت زیادی کسب نکرده است (۳۴). این امر نشان می‌دهد که توجه، فقط به معیار هزینه-اثربخشی در تعیین بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه می‌تواند خطرناک باشد و معیارهای دیگری نظیر عدالت نیز باید در این رابطه مطرح شود. در مباحث تئوریک مربوط به اولویت‌بندی، عدالت همواره کانون توجهات بوده است (۳۸-۳۵). اولویت‌گذاری باید به صورت محلی انجام شود و هدف آن بایستی عدالت باشد (۳۹). شواهدی از کشورهای پیشرفته و در حال توسعه نشان می‌دهد که تخصیص نامناسب منابع، موجب افزایش بی‌عدالتی در

«قدرت و نفوذ گروه‌های بیماران» پایه‌ی نقشی به شدت قوی‌تر از جایگاه واقعی خود بازی می‌کنند.

مخاطبان اصلی این مطالعه چه کسانی هستند و این مطالعه چه توصیه عملی برای آنان دارد؟
 یافته‌های این مطالعه می‌تواند برای تمامی سیاست‌گذاران و تصمیم‌گیرندگان عرصه‌ی بیمه‌ی سلامت کشور در تدوین محتوای بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه کاربرد داشته باشد. در نهایت برای تکمیل نتایج این پژوهش، انجام مطالعه‌ی برای تعیین پیش‌نیازهای حرکت به سمت استفاده از معیارهای مناسب در تدوین بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه‌ی کشور ضروری به نظر می‌رسد.

یافته‌ها و دستاوردهای اصلی این مطالعه چیست؟

یافته‌های این مطالعه نشان داد که از دیدگاه کارشناسان بیمه‌ی کشور، «قابلیت اجرایی»، «دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی»، «هزینه‌ی مداخلات» و «تعلق بیمار به گروه‌های آسیب‌پذیر» مهم‌ترین معیارهای تعیین‌کننده‌ی محتوای بسته‌ی بیمه‌ی درمان پایه هستند. همچنین این کارشناسان به «هزینه- اثربخشی خدمات»، «اثربخشی خدمات»، «اعتبار مستندات» و «عدالت» به عنوان مناسب‌ترین معیارها برای تعیین خدمات بسته اشاره نمودند. از سوی دیگر به نظر می‌رسد در تعیین خدمات بسته‌ی بیمه‌ی درمان، پاره‌ای از معیارها نظیر «دیدگاه افراد و گروه‌های سیاسی» و نیز

References

1. Williams A. Priority setting in public and private health care systems: A guide through the ideological jungle. *Journal of Health Economics* 1988; 7(2): 173-8.
2. Bobadilla JL. Searching for essential health services in low -and middle- income countries: A review of recent studies on health priorities. Washington (DC): Inter-American Development Bank, Sustainable Development Dept; 1998. p. 46.
3. Williams A. QALYS and ethics: a health economist's perspective. *Soc Sci Med* 1996; 43(12): 1795-804.
4. Ham C. Reasonable rationing: international experience of priority setting in health care. In: Coulter A HC, Editor. *The global challenge of health care rationing*. Philadelphia: Open University Press; 2000.
5. Segal L, Chen Y. Priority setting models for health, the role for priority setting and a critique of alternative models A summary. Report to the population health division department of health and aged Care. Melbourne: Monash University; 2000. p. 33.
6. Daniels N. Accountability for reasonableness in private and public health insurance. In: Coulter A HC, Editor. *The global challenge of health care rationing*. Philadelphia: Open University Press, 2000. p. 89-106.
7. Ratcliffe J. Public preferences for the allocation of donor liver grafts for transplantation. *Health Econ* 2000; 9(2): 137-48.
8. Bryant JH. Health priority dilemmas in developing countries. In: Coulter A HC, Editor. *The global challenge of health care rationing*. Philadelphia: Open University Press; 2000. p. 63-74.
9. Zare H. Supplemental health insurance. Medical service insurance organization. Tehran: Elmi Farhangi Publishing Co; 2006. p. 46. [In Persian].
10. Kafiriri L, Martin DK. A strategy to improve priority setting in developing countries. *Health Care Anal* 2007; 15(3): 159-67.
11. Kafiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K. Using burden of disease information for health planning in developing countries: the experience from Uganda. *Soc Sci Med* 2003; 56(12): 2433-41.
12. Daneshdehkhordi N. Perspectives of public health care insurance law. Tehran: Medical Service Insurance Organization; 2005. [In Persian].
13. Zare H. World's Health Systems. Tehran: Elmi Farhangi Publishing Co; 2006. p. 33 [In Persian].
14. Khaleghnejad Tabari A. NHS in place a comprehensive system of social security. Tehran: Social Security Research Institute; 2001. p. 51-2. [In Persian].
15. Wong H, Bitran R, Shepard DS, Thompson MS. Designing a benefits package: cost-effectiveness analysis in health: First Principles. Washington (DC): The World Bank; 1999. p. 41-52.

16. Sasannejhad AH. Set rules and regulations of the NHS. Tehran: Medical Service Insurance Organization; 1996. p. 17-49.
17. Ebrahimi Pour H. Designing a universal health insurance coverage model for Iran. [PhD Thesis]. Tehran: School of Medical Information Management, Iran University of Medical Sciences; 2008.
18. International Labour Office Ilo. Social Security Principles, Social Security Series. Genève: International Labour Office; 1998. p. 66.
19. Rabertz M. Health system reforms: efficiency and equity guideline. Trans. Fatah Zadeh AS. Tehran: Ebne Sinaye Bozorg Co; 2005. p. 89.
20. Jayasinghe KS, De Silva D, Mendis N, Lie RK. Ethics of resource allocation in developing countries: the case of Sri Lanka. *Soc Sci Med* 1998; 47(10): 1619-25.
21. Hailey D. Australian economic evaluation and government decisions on pharmaceuticals, compared to assessment of other health technologies. *Soc Sci Med* 1997; 45(4): 563-81.
22. Drummond M, Jonsson B, Rutten F. The role of economic evaluation in the pricing and reimbursement of medicines. *Health Policy* 1997; 40(3): 199-215.
23. Elsinga E, Rutten FF. Economic evaluation in support of national health policy: the case of The Netherlands. *Soc Sci Med* 1997; 45(4): 605-20.
24. le Pen C. Pharmaceutical economy and the economic assessment of drugs in France. *Soc Sci Med* 1997; 45(4): 635-43.
25. Jamison DT, Mosley WH, Measham AR, Bobadilla JL. Disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press; 1993. p. 82.
26. The World Bank. World Development Report 1993: Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993. p. 128.
27. Kafiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bull World Health Organ* 2004; 82(3): 172-9.
28. Musgrove P. Public spending on health Care: how are different criteria related? In: Pan American Health Organization, Editor. Public health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action. Washington (DC): Pan American Health Org, 1999. p. 22.
29. Adam T, Koopmanschap MA, Evans DB. Cost-effectiveness analysis: can we reduce variability in costing methods? *Int J Technol Assess Health Care* 2003; 19(2): 407-20.
30. Hutubessy RC, Baltussen RM, Torres-Edejer TT, Evans DB. Generalised cost-effectiveness analysis: an aid to decision making in health. *Appl Health Econ Health Policy* 2002; 1(2): 89-95.
31. Briggs AH, Gray AM. Handling uncertainty when performing economic evaluation of healthcare interventions. *Health Technol Assess* 1999; 3(2): 1-134.
32. Walker D, Fox-Rushby JA. Economic evaluation of communicable disease interventions in developing countries: a critical review of the published literature. *Health Econ* 2000; 9(8): 681-98.
33. Walker D. Cost and cost-effectiveness of HIV/AIDS prevention strategies in developing countries: is there an evidence base? *Health Policy Plan* 2003; 18(1): 4-17.
34. Dixon J, Welch HG. Priority setting: lessons from Oregon. *Lancet* 1991; 337(8746): 891-4.
35. Steinbrook R. Allocating livers--devising a fair system. *N Engl J Med* 1997; 336(6): 436-8.
36. Callahan D. Controlling the costs of health care for the elderly--fair means and foul. *N Engl J Med* 1996; 335(10): 744-6.
37. Krasnik A. The concept of equity in health services research. *Scand J Soc Med* 1996; 24(1): 2-7.
38. Lanken PN, Terry PB, Osborne ML. Ethics of allocating intensive care unit resources. *New Horiz* 1997; 5(1): 38-50.
39. Madden S, Martin DK, Downey S, Singer PA. Hospital priority setting with an appeals process: a qualitative case study and evaluation. *Health Policy* 2005; 73(1): 10-20.
40. O'Donoghue L. Towards a culture of improving indigenous health in Australia. *Aust J Rural Health* 1999; 7(1): 64-69.
41. Mooney G. Vertical equity in health care resource allocation. *Health Care Anal* 2000; 8(3): 203-15.

Information Criteria for Basic Health Insurance Package in Iran from Health Insurance Organization's View*

Reza Dehnavieh, PhD¹; Sayed Jamaledin Tabibi, PhD²; Mohammadreza Maleki, PhD³; Arash Rashidian, PhD⁴; Somayeh Noorihekmat⁵

Abstract

Introduction: Neglecting to define important criteria in developing a Basic Health Insurance Package and to notice their real roles will result in defining a package which is politically unacceptable, non-economical, technically inefficient or mixed of them. Therefore development of Basic Health Insurance Package should be according to appropriate composition of influential criteria. This study was carried out to determining Information Criteria to define Basic Health Insurance Package and their importance.

Methods: The study was qualitative, descriptive, and cross-sectional, conducted in 2008. At the first Stage 20 Health insurance experts and involved people were interviewed. At the second stage the notified criteria in these interviews in addition to other criteria, revealed from conceptual study were viewed by experts of Iranian basic health insurance companies (52 People). The first stage data were analyzed in Atlas-Ti and the second stage data were analyzed in SPSS.

Results: The revealed criteria from the first stage were classified as 32 criteria in Six groups. Iranian health insurance experts believed that most important factors involved in defining Iranian basic health insurance package were applicability, the view of politic individuals and groups, interventions cost, and patients' membership in vulnerable patient groups. The study participants indicated cost-effectiveness of services, effectiveness of services, quality of evidence, and equity as the main factors by which the basic health insurance package can be defined appropriately.

Conclusion: According to results the current influence of some criteria such as the view of politic individuals and groups, and vulnerable patient groups were much more than their appropriate influence in defining Iranian basic health insurance package. Also some criteria like cost- effectiveness, quality of evidence, long-term sustainability, and safety of manipulations were focused less than what was appropriate for defining the package. According to the results of this study it is suggested that for defining basic health insurance package more appropriately, Cost-effectiveness studies should be facilitated and the results of such studies should replace such criteria like the influence of different groups in defining basic health insurance package.

Keywords: Iran; Insurance Health; Insurance Coverage.

Type of article: Original Article

Received: 16 Oct, 2008

Accepted: 27 Aug, 2009

Citation: Dehnavieh R, Tabibi SJ, Maleki M, Rashidian A, Noorihekmat S. **Information Criteria for Basic Health Insurance Package in Iran from Health Insurance Organization's View.** Health Information Management 2010; 7(2): 118.

* This article was extracted from PhD Thesis.

1. Assistant Professor, Health Care Administration, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran. (Corresponding Author) Email: rdehnavi@gmail.com
2. Professor, Planning, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
3. Associate Professor, Health Care Administration, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Health Care Policy Making, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
5. Lecturer, Health Care Administration, Kerman University of Medical Sciences, Kerman, Iran.