

نقاط قابل بهبود و ارایه‌ی راهکارهای ارتقای کمی و کیفی بیمه‌های

سلامت ایران؛ مطالعه‌ی کیفی*

احمدرضا رئیسی^۱، عفت محمدی^۲، مجتبی نوحی^۳

مقاله کوتاه

چکیده

مقدمه: سازمان‌های بیمه از تأثیرگذارترین سازمان‌ها در نظام سلامت می‌باشند که می‌توانند از طریق قطع ارتباط مالی بین ارایه دهنده و گیرنده‌ی خدمت به ارتقای اثربخشی، بهره‌وری و رضایت‌مندی بیماران منجر شود. با توجه به این که سازمان‌های کنونی بیمه‌ی سلامت در کشور، با تعاریف و اهداف عالی‌ی بیمه‌ی سلامت در جهان فاصله دارند، این مطالعه با هدف ارایه‌ی راهکارهایی جهت ارتقای کمی و کیفی بیمه‌های سلامت کشور ایران انجام شده است.

روش بررسی: مطالعه‌ی حاضر به صورت کیفی در دو مرحله انجام شد. در ابتدا با بررسی متون از پایگاه‌های اطلاعاتی سازمان‌های بیمه‌ای و مقالات مرتبط و مطالعه‌ی قوانین و مقررات مربوط به انواع بیمه‌های سلامت در کشور، ضعف‌ها و آسیب‌های موجود شناسایی و در مرحله‌ی بعد عوامل شناسایی شده به صورت چک لیست سازمان یافته که اعتبار آن با نظرسنجی از صاحب‌نظران با روش Delphi محرز گردید، در اختیار صاحب‌نظران دانشگاهی در اصفهان و تهران قرار گرفت و به بحث گذاشته شد. در نهایت چک لیست‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS اولویت‌بندی شدند و راهکارهایی پیشنهاد گردید.

یافته‌ها: وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ، عدم وجود پوشش همگانی مشکلات مربوط به منبع هزینه‌ای و سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده، مشکلات مربوط به تعرفه‌ها و عدم ارتباط صحیح بین سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز بهداشتی درمانی، به عنوان مهم‌ترین ضعف‌های کنونی بیمه‌های سلامت شناسایی شد. یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت بر اساس قوانین و یک الگوی مشخص و تعریف شده، تدوین صحیح بسته‌ای بیمه‌ی پایه‌ی سلامت و شفاف‌سازی مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل، گسترش پوشش بیمه‌ای، تدوین قوانینی جهت قطع ارتباط مالی بین ارایه دهنده و گیرنده‌ی خدمت و در نهایت ایجاد همبستگی اجتماعی به گونه‌ای که یارانه‌های متقاطع بین گروه‌های کم درآمد و پر درآمد وجود داشته باشد، راهکارهای منتخب جهت ارتقای کمی و کیفی سیستم بیمه‌ی سلامت در کشور شناسایی شدند.

نتیجه‌گیری: وزارت‌های بهداشت، درمان، رفاه و تأمین اجتماعی باید جهت حل مشکلات مربوط به سیستم بیمه‌ی سلامت، اقدامات اجرایی را بر اساس انجام مطالعات متعدد در این زمینه صورت دهند و تنها به ارایه‌ی قوانین در برنامه‌های چند ساله‌ی توسعه اکتفا نکنند؛ چراکه آسیب‌های ادامه‌ی این روند در نهایت متوجه‌ی ضعیف‌ترین اقشار جامعه (بیماران، افراد کم درآمد و ...) می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بیمه؛ بیمه‌ی سلامت؛ مطالعه‌ی کیفی

* این مقاله حاصل قسمتی از پایان‌نامه‌ی دانشجویی و همچنین طرح تحقیقاتی شماره‌ی ۳۹۱۲۵۷ می‌باشد که توسط معاونت پژوهشی دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان حمایت مالی شده است.
۱- استادیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)
Email: efat.mohamadi@gmail.com
۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۹/۸ اصلاح نهایی: ۱۳۹۲/۱/۲۳

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۲/۱۲

ارجاع: رئیسی احمدرضا، محمدی عفت، نوحی مجتبی. **نقاط قابل بهبود و ارایه‌ی راهکارهای ارتقای کمی و کیفی بیمه‌های**

سلامت ایران؛ مطالعه‌ی کیفی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛

۱۰ (۲): ۳۵۷-۳۶۴

مقدمه

سیستم تأمین منابع مالی از اجزای بسیار مهم یک نظام سلامت می‌باشد؛ یعنی ساز و کارهایی که پول از طریق آن‌ها بسیج، جابه‌جا می‌شود تا فعالیت‌های بخش سلامت را تأمین اعتبار کند. همچنین ساز و کارهای نحوه‌ی استفاده از این پول (یعنی تخصیص) منابع مالی موجودیت‌های نظام سلامت را شامل می‌شود (۱). به طور خلاصه، وصول درآمد، یک کاسه کردن سرمایه و خرید خدمات، سه وظیفه‌ی یک نظام تأمین مالی بهداشت و درمان می‌باشند (۲). فرایند تأمین منابع مالی تأثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می‌گذارد، تأمین مالی تعیین می‌کند، چقدر پول موجود است، چه کسی بار مالی را تحمل می‌کند، چه کسی اعتبارات را کنترل می‌کند، چگونه خطرات انباشته می‌شوند و آیا می‌توان هزینه‌های مراقبت سلامت را کنترل کرد یا خیر؟ (۱).

کشورهای مختلف از روش‌های تأمین مالی متفاوتی استفاده می‌کنند. در مورد تعیین روش‌های مختلف تأمین مالی، سیاست اجرایی دولت هر کشور بسیار حایز اهمیت می‌باشد (۳). البته باید به ۲ نکته توجه شود، نخست آن‌که کشورهای اندکی، منحصراً از یک روش تأمین مالی استفاده می‌کنند. دوم آن‌که به دلیل مزیت‌ها یا نقص‌های روش‌های مختلف تأمین مالی، هیچ روشی نمی‌تواند یک راه‌حل معجزه‌آسا برای مسایل مختلف حاکم بر تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی کشورهای کم درآمد، محسوب گردد (۴). در حالت کلی چهار نوع عمده‌ی تأمین اجتماعی برای بخش سلامت وجود دارد (۲):

- نوع اول، پرداخت به وسیله‌ی دولت است که در این روش، تأمین مالی از محل درآمد عمومی، بسیاری از مالیات‌ها برای پشتیبانی از کل محدوده‌ی فعالیت‌های دولت مورد استفاده قرار می‌گیرند (۵).

- نوع دوم، بیمه‌ی اجتماعی سلامت است که دارای سه ویژگی شناخته شده می‌باشد، اجباری بودن به این معنی که هر یک از افراد گروه مشمول باید مشارکت کند و سهم حق بیمه‌ی خاص خود را پرداخت نماید. سهم مشارکت غالباً به صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود (۶).

- نوع سوم، بیمه‌ی خصوصی است، وجه تمایز بیمه‌ی خصوصی آن است که مشتریان به صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشندگان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیر انتفاعی) می‌پردازند (۷).

- نوع چهارم، پرداخت‌های مستقیم، چهارمین گزینه‌ی تأمین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم که مستقیماً و از جیب خودشان به آرایه کنندگان پول بپردازند (۸).

در این میان، سازمان‌های بیمه‌ی درمانی مناسب‌ترین گزینه‌ی 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 (۹).

از دیدگاه فردی، بیمه با فراهم نمودن امکان پرداخت مقدار کمی پول، در حالت‌های عادی (نه بیماری) به منظور دریافت مقدار زیادی مزایا در وضعیت‌های غیر معمول و خیلی مشکل (بیماری) منجر به ایجاد منفعت خالص می‌گردد.

از دیدگاه جامعه، بیمه روشی برای یک کاسه کردن (انباشت) خطر می‌باشد. بنابراین مخاطرات یک فرد به جای این‌که توسط خود او پوشش داده شود، به وسیله‌ی افراد زیادی تحت پوشش قرار می‌گیرد. در چنین شرایطی منافع کافی جهت پوشش مخاطرات، جمع‌آوری می‌گردد. در ضمن مشارکت کنندگان با آگاهی از برخورداری از مراقبت‌های سلامت به هنگام ضرورت، احساس آرامش روانی خواهند کرد (۱۰).

با توجه به مطالب بیان شده، هدف از سازمان‌های بیمه‌ی سلامت، ایجاد صندوق‌هایی جهت انباشت سرمایه و کاهش خطر می‌باشد. متأسفانه این دو فلسفه‌ی اساسی در سیستم بیمه‌ی سلامت در کشور ما با تعدد صندوق‌های بیمه‌ی سلامت و سایر مسایلی که در ضمن پژوهش به آن‌ها پرداخته خواهد شد نادیده گرفته شده است.

چالش‌هایی که هم اکنون نظام تأمین مالی و بیمه‌های سلامت در کشور با آن‌ها مواجه است و همچنین اهمیت شناخت و چاره‌اندیشی در مورد آن‌ها، محقق را بر آن داشت

یافته‌ها

با بررسی ضعف‌های سازمان‌های بیمه‌ی سلامت کشور، ۴ موضوع زیر شناسایی شدند.

مشکلات ناشی از وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ

به گزارش سایت خبری بانک و بیمه بیش از ۵۰۰ صندوق بیمه‌ی درمانی مختلف در کشور وجود دارد (۱۱). وجود صندوق‌های بیمه‌ای متعدد در نظام تأمین مالی کشور رسالت اساسی سازمان بیمه که همانا تجمیع سرمایه و کاهش ریسک می‌باشد نقض می‌کند. سازمان‌های بیمه‌ای موجود در کشور هر یک رویکرد خاص خود را دارند.

سازمان تأمین اجتماعی رویکرد بیمه‌های اجتماعی سلامت را انتخاب کرده است. در این سازمان حق بیمه به صورت درصدی از حقوق و مزایا به نسبت ۷، ۲۰، ۳ بین بیمه شده، کارفرما و دولت توزیع شده است. موضوعی که در پوشش بیمه‌های اجتماعی کمیته‌ی امداد حضرت امام خمینی (ره)، نه در جایگاه یک سازمان بیمه‌ای بلکه در حکم نهادی حمایتی، رویکرد حمایت‌های اجتماعی را در پیش گرفته است. در این میان بیمه‌ی درمانی نیروهای مسلح و سایر بیمه‌های سازمان‌های خاص وابسته به دولت نیز وجود دارند که هر کدام از آن‌ها قوانین و رویکردهای خاص خود را در مورد جمعیت تحت پوشش خود به اجرا در می‌آورند. در داخل خود هر سازمان بیمه‌ای نیز به هم ریختگی پوشش خدمات برای جمعیت‌های تحت پوشش وجود دارد (۱۲).

مشکلات مرتبط با عدم وجود پوشش همگانی

بر اساس تعریف سازمان جهانی سلامت، پوشش همگانی به عنوان دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ترویج، پیشگیری، درمان و توان‌بخشی و در سطح هزینه‌ای که در استطاعت افراد بوده و از این طریق عدالت در دسترسی حاصل شود. اصل حمایت در برابر ریسک‌های مالی، تضمین کننده‌ی آن هزینه‌هایی است که افراد را در معرض هزینه‌های مصیبت بار قرار می‌دهد. هرچه درجه‌ی تجمیع ریسک در یک نظام تأمین مالی بیشتر باشد، افراد کمتری از پیامدهای مالی ریسک‌های سلامتی تأثیر می‌پذیرند و شاید دسترسی بیشتری

به بررسی ضعف‌های نظام بیمه‌ی سلامت و متعاقباً راه کارهایی جهت ارتقای کمی و کیفی آن‌ها بپردازد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی بود و طی آن ضعف‌ها و راهکارهای بهبود سیستم بیمه‌ی درمان کشور به صورت کیفی در سال‌های ۹۱-۱۳۹۰، مورد بررسی قرار گرفت. نمونه‌گیری در فاز دوم پژوهش به صورت هدفمند بود که در پژوهش‌های کیفی کاربرد بیشتری دارد. مبنای انتخاب افراد را داشتن تخصص در حیطه‌های مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مدیریت اطلاعات بهداشتی، اقتصاد سلامت، پزشکی و رفاه اجتماعی تشکیل می‌دادند. این افراد در ۳ گروه طبقه‌بندی شدند: گروه اول استادان دانشگاه، به دلیل دارا بودن قضاوت بی‌طرفانه و دیدی عمیق نسبت به موضوع مورد مطالعه؛ گروه دوم افراد شاغل در سازمان‌های بیمه‌ی درمان؛ گروه سوم افراد شاغل در سازمان‌های بهداشتی درمانی دولتی سیاست‌گذار در کشور. اجرای این پژوهش در دو فاز به صورت کشوری صورت گرفت. در مرحله‌ی اول به جمع‌آوری اطلاعات و مطالعه‌ی قوانین و مقررات مربوط به انواع بیمه‌های سلامت در کشور و شناسایی ضعف‌ها و آسیب‌های موجود با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و الکترونیکی و همچنین ارتباط حضوری و غیر حضوری با سازمان‌های بیمه‌ای پرداخته شد. در فاز دوم مطالعه عوامل شناسایی شده به صورت پرسش‌نامه که روایی محتوایی آن توسط استادان محرز گردیده بود، با تشریح کلیه‌ی اجزا در اختیار ۲۰ نفر از افراد صاحب‌نظر در این زمینه قرار گرفت و از ایشان خواسته شد تا موافقت و یا عدم موافقت خود را پیرامون عوامل ذکر شده بر اساس طیف لیکرت تعیین نمایند. همچنین امکان پاسخ به صورت باز نیز برای ایشان در نظر گرفته شد. پرسش‌نامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc., Chicago, IL) تحلیل گردیدند. عوامل دارای امتیاز زیر ۵۰ درصد موافق یا کاملاً موافق رد و سایر مؤلفه‌ها به همراه میانگین امتیازات آن‌ها وارد پرسش‌نامه‌ی دور دوم Delphi شدند. در نهایت عوامل معنی‌دار آماری در دور دوم Delphi قطعی شدند.

به خدمات و مراقبت‌ها به وجود می‌آید (۱۳).

در کشور ایران تاکنون با وجود تصویب قوانین متعدد مبنی بر پوشش همگانی جمعیت، دستیابی به این مهم امکان‌پذیر نبوده است. گزارش‌های سازمان بیمه‌ای حاکی از این است که برای بیش از صد درصد جمعیت کشور، کارت بیمه‌ی درمانی صادر شده است، اما در عین حال درصدی از جمعیت هم به دلایلی فاقد کارت بیمه‌ی درمانی هستند. این موضوع نشان می‌دهد که برخی از افراد بیشتر از یک کارت بیمه دارند و استخراج همپوشانی‌های بیمه‌ای هم با استفاده از سیستم موجود، بسیار مشکل است. از طرفی زیاد نشان دادن تعداد بیمه شده‌ها برای سازمان بیمه‌ای موجب افزایش میزان درآمد می‌شود، بنابراین این سازمان‌ها با هدف افزایش سهم خود از بودجه‌ی دولتی سعی می‌کنند که تعداد بیمه شده‌های خود را زیادتر نشان دهند (۱۴). جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌ای خدمات سلامت به قرار زیر می‌باشند (جدول ۱).

مشکلات مربوط به منبع هزینه‌ای و سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده‌ها

منابع هزینه‌ای در بخش بهداشت و درمان ایران، با استفاده از طبقه‌بندی‌های مرسوم در حساب‌های ملی کشور به صورت

منابع هزینه‌ای در بخش‌های دولتی و خصوصی نشان داده شده است. در بخش دولتی سه گروه عمده‌ی تأمین‌کنندگان هزینه‌ها برای مصارف نهایی عبارتند از: ۱. دولت مرکزی، ۲. سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی (از سال ۱۳۷۴)، ۳. شهرداری تهران (۱۳۷۱). تأمین منابع مالی از این سه گروه به ترتیب از محل بودجه‌ی عمومی دولت، حق بیمه‌هایی که بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی پرداخته‌اند و یا از محل بودجه‌ی شهرداری تهران پرداخته شده است. در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی که مردم پرداخت می‌کنند، ۳/۵ تا ۴ درصد مردم و خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن (Catastrophic health expenditure) شده و مجبور به فروش لوازم منزل و سایر مسایل و معضلات می‌شوند و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند. که بر اساس ماده‌ی ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، مقرر گردیده است این شاخص به کمتر از یک درصد کاهش یابد. شاخص مشارکت عادلانه‌ی مردم در تأمین منابع مالی هزینه‌های سلامت در کشور ما ۸۳ درصد بوده است (رتبه‌ی ۱۱۲ در بین کشورها)، که بر اساس

جدول ۱: افراد تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌ای کشور

سازمان	نفر	
بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی	۳۰۰۰۰۰۰	مدیر عامل تأمین اجتماعی
		کارکنان و بازنشستگان کشوری و خانواده
		روستاییان
بیمه شدگان خدمات درمانی	۴۰۰۰۰۰۰	خویش فرمایان
		سایر اقشار
		بستری شهری
بیمه شدگان نیروهای مسلح	۴۳۰۰۰۰۰	آمار ارائه شده توسط سازمان
بیمه شدگان کمیته‌ی امداد امام خمینی (ره)	۱۵۰۰۰۰۰	آمار کمیته
بیمه شدگان سازمان‌های توانگر	۲۰۰۰۰۰۰	محاسبات تقریبی
بیمه نشده‌ها	۶۰۰۰۰۰۰	اعلام وزارت رفاه
جمع	۸۳۸۰۰۰۰۰	

و مردم را به دنبال دارد. در صورت عدم تطبیق هزینه‌ها با تعرفه‌هایی که وزارت بهداشت و دولت بر آن اصرار دارند، شفافیت تعرفه‌ها هر روز کمتر می‌شود (۱۷).

در نگاه کلی به مشکلات نظام بیمه‌ای کشور، متوجه می‌شویم که بیشتر این عوامل ناشی از اجرای قوانین است تا قانون‌گذاری و بخش مهمی از قوانین مصوب، توسط مراکز مربوطه قابلیت اجرا پیدا نمی‌کنند. چرا که اجرای سیاست‌ها در نظام بیمه‌ی درمانی کشور قایم به افراد است. این نظام با تعویض زود هنگام مدیران و ناپایداری سیاسی رو به‌روست. جدول ۲، توزیع فراوانی نظرات متخصصین در رابطه با نقاط قابل بهبود سیستم بیمه‌ای کشور و اولویت‌بندی آن‌ها را نشان می‌دهد.

بحث

هدف از طراحی بیمه‌ی سلامت، بهبود بخشیدن به سطح سلامت از طریق ایجاد دسترسی به خدمات سلامت با دستیابی به پوشش همگانی و تأمین مراقبت‌های مناسب و با کیفیت است. بدیهی است اجرای این اصول بیش از هر چیز نیاز به عزم و اراده‌ی جدی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و توفیق ظرفیت اجرایی این وزارتخانه تا سطح سازمان‌های مرتبط دارد.

ماده‌ی ۹۰ قانون برنامه‌ی چهارم توسعه، مقرر گردید به ۹۰ درصد افزایش یابد. با توجه به مطالب فوق و وضعیت شاخص‌ها در کشور، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت، افزایش سطح سلامت و توزیع عادلانه‌ی سطح سلامت در جامعه، بدون توجه کافی و ارزش قایل شدن برای تأمین سلامت مردم محقق نخواهد شد، بنابراین قبل از هر چیز می‌بایست مقوله‌ی «سلامت» برای برنامه‌ریزان کشور، به عنوان یک اولویت، مطرح و تبیین گردد و نگاه صرفاً اقتصادی و هزینه‌ای به بخش بهداشت و درمان اصلاح شود (۱۵). نمودار ۱، سهم مشارکت دولت در تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان را در مقایسه با چندین کشور نشان می‌دهد (۱۶).

مشکلات مربوط به واقعی نبودن تعرفه‌ها

تعیین تعرفه‌های مربوط به خدمات تشخیصی و درمانی از دیرباز با موانع و چالش‌هایی در کشور مواجه بوده است. دلیل بودن وزارت بهداشت، سازمان نظام پزشکی و برخی سازمان‌های بیمه‌ای و عدم هماهنگی ایشان در تدوین تعرفه‌ها در نهایت منجر به تعیین تعرفه‌های غیر واقعی می‌شود و به دنبال آن ایجاد نارضایتی در سازمان‌های مذکور



نمودار ۱: سهم مشارکت بخش دولتی در هزینه‌های سلامت

جدول ۲: توزیع فراوانی نظرات متخصصین در رابطه با نقاط قابل بهبود سیستم بیمه‌ای کشور و اولویت‌بندی آنها

ردیف	نقاط قابل بهبود	درصد
۱	مشکلات مرتبط با عدم وجود پوشش همگانی	۳۶
۲	مشکلات ناشی از وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ	۲۴
۳	مشکلات مربوط به منبع هزینه‌ای و سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده‌ها	۲۲
۴	مشکلات مربوط به واقعی نبودن تعرفه‌ها	۱۸

دهند و تنها به ارایه‌ی قوانین در برنامه‌های چند ساله‌ی توسعه اکتفا نکنند؛ چراکه آسیب‌های ادامه‌ی این روند در نهایت متوجه ضعیف‌ترین اقشار جامعه (بیماران، افراد کم درآمد) خواهد شد.

نتیجه‌گیری

حال با توجه به ضعف‌های بررسی شده و آسیب‌های شناسایی شده و نتایج حاصل از بررسی نظرات متخصصین مربوطه، راهکارهای زیر ارایه می‌گردد:

- یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت بر اساس قوانین موجود و تدوین یا الگوی مشخص و تعریف شده.
- گسترش پوشش بیمه‌ای در راستای اجرای قوانین موجود.
- تعریف ارتباط بین بیمه شده‌ها، سازمان‌های بیمه و مراکز ارایه‌ی خدمات سلامت در جهت قطع ارتباط مالی بیمه شده‌ها و مراکز ارایه‌ی خدمات.
- ایجاد همبستگی اجتماعی به گونه‌ای که یارانه‌های متقاطع بین گروه‌های کم درآمد و پردرآمد وجود داشته باشد.
- تدوین صحیح بسته‌ی بیمه‌ی پایه‌ی سلامت و شفاف‌سازی مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل.
- تعامل صحیح بین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، رفاه و تأمین اجتماعی و سازمان نظام پزشکی.
- ایجاد شناسه‌ی ملی برای تمام دست اندرکاران صنعت مراقبت بهداشتی.

پیشنهادها

- در راستای ارتقای کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، انجام مطالعات زیر پیشنهاد می‌شود:
- بررسی موانع اجرایی‌سازی بیمه‌ی سلامت یکپارچه و

بر اساس مطالعه‌ی جوانبخت، نگاه به مشکلات نظام سلامت کشور در رابطه با سازمان‌های بیمه‌گر، مسایل زیر را روشن می‌کند:

- وجود نگاه درمان محوری سازمان‌های بیمه‌گر.
- نبود خطمشی روشن در نظام سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر.
- همپوشانی بیمه‌ها، به طوری که برخی افراد دارای دو یا چند دفترچه‌ی بیمه هستند و بعضی زیر پوشش هیچ بیمه‌ی درمانی نیستند.
- عدم اجباری بودن بیمه‌ی درمانی برای آحاد مردم کشور، هرچند هنگامی که قانون بیمه‌ی همگانی در سال ۱۳۷۳ تصویب شد، روح قانون این بود که کلیه‌ی افراد جامعه بیمه شوند.
- عدم تبعیت سازمان‌های بیمه‌گر از تعرفه‌های درمانی اعلام شده توسط دولت برای بخش خصوصی.
- قرار نگرفتن برخی از انواع خدمات درمانی تحت پوشش بیمه‌ها.
- عدم رضایت پزشکان از مقدار تعرفه‌ی بیمه‌ها در بخش خصوصی و تأخیر در پرداخت‌ها.
- در پژوهشی، بزرگترین چالش بیمه‌ی درمانی کشور را غلبه بر مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در کشور مطرح کرد و این‌که این مشکل را می‌توان در ابعاد سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و تأمین منابع مالی بررسی نمود (۹).
- باید تعاملات صحیح، هماهنگ و تعریف شده بین وزارت‌های بهداشت و درمان و رفاه و تأمین اجتماعی جهت حل مشکلات مربوط به سیستم بیمه‌ی سلامت برقرار شود و اقدامات اجرایی را بر اساس مطالعات متعدد و مرتبط صورت

- عدم اجرای قوانین مربوطه در کشور.
 - بررسی دقیق چگونگی تعیین حق بیمه و فرانشیز بیمه شدگان.
 - شفاف‌سازی ارتباط بین سازمان بیمه و ارایه دهندگان خدمات و دولت.
 - انجام مطالعات تطبیقی در خصوص ساختار مناسب برای بیمه‌ی یکپارچه‌ی سلامت در کشور.

References

1. Mark R, William C, Rich M. Health Care Reform: A Guide to Equity and Efficiency. Trans. Ahmadvand AR. Ibn Sina Largest Publication; 2006. [In Persian].
2. Hajizade M. Health economy. Tehran, Iran: Jameenegar Publication; 2008. [In Persian].
3. Asifzadeh S, Rezapour A. Health management. 2nd ed. Qazvin, Iran: Qazvin University of Medical Sciences Publication; 2009. [In Persian].
4. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
5. Judge K, Mays N. Allocating resources for health and social care in England. BMJ 1994; 308(6940): 1363-6.
6. Doherty J, McIntyre DG. Social Health Insurance. Durban, South Africa: Health Systems Trust; 2000.
7. Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in Ireland: A Case Study. Paris, France: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004.
8. Crystal S, Johnson RW, Harman J, Sambamoorthi U, Kumar R. Out-of-pocket health care costs among older Americans. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2000; 55(1): S51-S62.
9. Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaeili M. Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. J Health Adm 2011; 14(44): 71-80. [In Persian].
10. Arab M. The health insurance system. Tehran, Iran: Jahad Daneshgahi Publications; 2010. [In Persian].
11. Universal Insurance Act of Health Service in Iran [Online]. 1994 [Cited 2012 Nov 16]; Available from: URL: <http://www.bih.ir/20080917686/>
12. Zare H. Social health insurance in Iran and world. Tehran, Iran: Parliament's Social Studies Center; 2010.
13. Mohammad Zadeh A. Law of the Fifth Economic, Social and Cultural Islamic Republic of Iran [Online]. 2010 [cited 2011 Feb 6]; Available from: URL: <http://just1.persianblog.ir/post/246/>
14. Davari M, Haycox A, Walley T. Health insurance system in Iran; past experiences, present challenges and future strategies. J Health Adm 2013 [Under Published].
15. Health Policy Research Center, Department of Health and Medical Education. Ten Problems and Ten Solutions for health system of Iran [Online]. 2010; Available from: URL: <http://health-policy.blogfa.com/>
16. Evans DB, Etienne C. Health systems financing and the path to universal coverage. Bull World Health Organ 2010; 88(6): 402.
17. Medical Council Bojnurd city, Challenges of health insurance [Online]. 2010; Available from: URL: <http://www.bojnurdmc.org/news/trade-news/62-1389-10-18-07-11-50>.

Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study*

Ahmad Reza Raeisi, PhD¹; Efat Mohammadi²; Mojtaba Nuhi³

Short Article

Abstract

Introduction: Insurance agencies are the most influential organizations in the health system so that they can enhance the effectiveness, efficiency and patient satisfaction through eliminating the financial relationship between provider and client services. Given the current health organizations in Iran and different definitions and higher goals, this study aimed to provide solutions to enhance the quality and quantity of health insurance in Iran.

Methods: The present study was conducted in two stages. The first stage was done through literature review of databases related to insurance organizations, articles and study of laws and regulations related to various types of health insurance and the weaknesses and vulnerabilities in Iran. After identifying the factors in organized the checklist, they were discussed with experts.

Results: Existence of many uncoordinated insurance agencies, lack of universal coverage, problems related to resource costs and problems related to lack of actual tariff were identified as a major weakness of current health insurance. Integration of health insurance law and defining a clear pattern, correct formulation of the basic health insurance package and a clear line between basic and supplementary insurance, expansion insurance coverage, legislation for the financial disconnect between the service provider and the recipient, and ultimately creating social cohesion in a way to provide cross-subsidies between low income and high income groups were the qualitative and quantitative approaches to enhance the health insurance system in Iran.

Conclusion: Ministry of Health and Welfare and Social Security have to solve problems related to the health insurance system, enforcement action based on several studies done in this area and does not suffice to the rules provided in the development of multi-year program; because more damage of the process ultimately impact the weakest class of the society (patients, people with low income, etc.).

Keywords: Insurance; Health Insurance; Qualitative Research

Received: 28 Nov, 2012

Accepted: 2 May, 2013

Citation: Raeisi AR, mohamadi E, Nuhi M. **Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study.** Health Inf Manage 2013; 10(2): 357-64.

* Research Article of Isfahan University of Medical Sciences, No: 391257.

1- Assistant Professor, Health Information Management, Health Management and Economics Research Center, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- MSc Student, Student Research Committee, Health Services Management, School of Management and Medical Information, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran (Corresponding Author) Email: efat.mohamadi@gmail.com

3- MSc Student, Health Economics, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran