

## تدوین الگوی دسته بندی خدمات سلامت به دو گروه پایه و مکمل در ایران

### وجیهه زارعی

کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران

#### چکیده

تعیین بسته‌های بیمه درمان همواره یکی از چالش‌های اساسی سازمان‌های بیمه‌ای بوده و عدم پیش بینی نظامی مناسب برای تعیین حدود تعهدات بیمه پایه و مکمل از مشکلات مهم نظام بیمه‌ای کشور است که شرایط موجود در سیستم بیمه‌ای - اجتماعی کشور با مشکلات عدیده‌ای روبرو است این مطالعه بر آن است که در راستای اهداف اعلام شده در ذیل به ارائه الگو در زمینه تعیین و بسته بندی خدمات سلامت در دو گروه درمان پایه و مکمل با کمک مطالعات تطبیقی در ایران بپردازد. روش پژوهش: پژوهش حاضر از نظر نتایج از نوع پژوهش های کاربردی است که با استفاده از روش کیفی، روش تطبیقی و از نظر زمانی به صورت مقطعی در ۶ مرحله انجام شد. در بخش‌های مختلف از بررسی متون و مستندات و همچنین مقالات مرتبط، مصاحبه و تکنیک دلفی استفاده میشود. این مطالعه در یک دوره زمانی ۱۲ ماهه انجام شد. محیط پژوهش شامل الگوهای تدوین بسته خدمات بیمه درمان پایه و مکمل در کشورهای منتخب و ایران است. الگوی ارائه شده جهت استفاده در ایران طراحی شد. در این تحقیق در مرحله مطالعه تطبیقی جامعه آماری وجود ندارد و کشورهای مورد مطالعه به عنوان منابع اطلاعاتی در پژوهش نقش خواهند داشت. در مراحل مصاحبه، تعیین اهمیت معیارها و اجرای تکنیک دلفی، جامعه مورد مطالعه شامل کارشناسان بیمه تامین اجتماعی که دارای تحصیلات مرتبط ( کارشناسی ارشد به بالا) در زمینه مورد پژوهش هستند و دارای سمت اجرایی و قدرت تصمیم گیری در سازمان مطبوع می باشند. یافته های تحقیق: با انجام این پژوهش امکان متناسب سازی هزینه های ارائه خدمات به منظور افزایش دسترسی دسترس منطقه‌ای جامعه بیمه شدگان سازمان های بیمه ای منجمله تامین اجتماعی میسر میگردد. نتیجه گیری: جهت تعیین بسته بیمه مکمل در ایران مطالعات نشان داد میزان پوشش بیمه ای مکمل در ایران شامل تمامی خدماتی است که عدم ارائه آنها، به سلامت بیمار لطمه می زند. بر اساس نتایج حاصل، تعیین مناسب بسته بیمه درمان پایه در ایران نیازمند دیدگاهی نظام مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. همچنین تعهد مدیران ارشد در پیش بردن تدوین مناسب بسته بیمه درمان پایه کشور، نقش حیاتی دارد.

واژه‌های کلیدی: بیمه پایه، بیمه مکمل، الگوی دسته بندی

## مقدمه

در قرن اخیر یکی از چالش‌های عمده در نظام‌های اقتصادی محدود بودن منابع و نامحدود بودن نیازهای بشر می‌باشد و با توجه محدودیت در بودجه‌های پیشنهادی، باید بتوانند نیازهای اصلی جوامع خود را برآورده کنند. به طبع این قضیه بخش سلامت نیز مانند سایر بخش‌ها با محدودیت منابع روبرو است. بنابراین همه دولت‌ها با عدم تجانس بین منابع و نیاز در بخش سلامت روبرو هستند (۱). نتیجه محدودیت منابع، مواجه شدن با گزینه‌ها و انتخاب‌ها است. انتخاب یعنی اینکه چه کاری باید انجام پذیرد، پول را کجا خرج کرد و چگونه وقت را صرف نمود. برای جامعه یا کشور، انتخاب اغلب به این صورت است که چه چیزی تولید و یا چه چیزی مصرف کند. نیاز به انتخاب کردن برای تخصیص منابع محدود، وظیفه خطیر هر دولت است. (۲) بنابراین، نیاز به انتخاب از بین گزینه‌ها، چیزی نیست که بتوان از آن اجتناب کرد، فرقی نمی‌کند که کدام فرد یا کشور باشد. زمانی که شکاف بین نیاز به مراقبت‌های بهداشتی درمانی و میزان منابع در دسترس بیشتر می‌شود، می‌بایست تصمیمات 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 یافتن از اینکه چنین اتفاقی روی خواهد داد، نیاز به اولویت‌بندی است. ویلیامز اولویت‌بندی را به عنوان "چه کسی، چه چیزی را با هزینه 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 و در سطح ملی (در سطح کلان)، منطقه‌ای یا ناحیه‌ای (سطح مزو) و سطح بیمار (سطح خرد) انجام می‌شود (۲). علی‌رغم اینکه علاقه روزافزونی نسبت به اولویت‌بندی وجود دارد، اما اجماع کمی بر سر بهترین راه انجام آن وجود دارد (۴).

در این میان نوع و چگونگی توزیع منابع در بخش سلامت از موضوعات بسیار بحث‌انگیز دوران معاصر است گروهی سلامت را حق طبیعی آحاد جامعه می‌دانند و دولت‌ها را مکلف به تامین هزینه‌های سلامت می‌دانند؛ گروهی با محور قراردادن گزینه‌های هزینه-اثر بخشی و هزینه-منفعت تقسیم و تسهیم در بخش سلامت را مورد توجه قرار داده‌اند. گروهی از افراد وظیفه دولت را تنها کمک به افسار آسب پذیر دانسته و گروهی بدون توجه به درآمد، مقوله‌ی ملیت را محور بحث قرار داده‌اند. (۵) بسته‌های بیمه خدمات درمانی در کشورهای مختلف متفاوت است. عمدتاً این بسته‌ها یا توسط مزایای ارایه شده و یا بر مبنای مزایای غیرقابل ارایه و یا هر دو روش، تعیین می‌شود. از این تعریف آنچه در عمل حاصل می‌شود، مجموعه‌ای از عملیات پزشکی (دندانی، طبی و جانبی) محصولات دارویی، تجهیزات و ملزومات پزشکی و سایر مزایایی است که تضمین پوشش آن داده می‌شود. به طور کلی بسته‌های بیمه درمان در دو دسته، بسته بیمه درمان پایه و بسته بیمه درمان مکمل طبقه‌بندی می‌شوند. یک بسته بیمه پایه معمولاً اشاره به حداقل خدماتی دارد که به منظور اطمینان از وضعیت مناسب سلامت جامعه و حفاظت آن در مقابل بیماری‌ها، باید موجود باشد. بسته بیمه درمان مکمل، مزایای اضافی (که در بیمه درمان پایه وجود ندارد) را تحت پوشش قرار می‌دهند (۶).

بررسی جایگاه بیمه تکمیلی و بیمه درمان پایه از نظر ساختار، تعهدات و قوانین و مقررات در کشورهایی که از نظر جمعیت و ساختار نظام بیمه درمان مشابه ایران هستند و مقایسه آن با کشورهای پیشرفته نشان می‌دهد که بیمه پایه به صورت دولتی و گاه خصوصی و بیمه مکمل بصورت خصوصی خدمات پیشگیری، مراقبت‌های سرپایی و بستری، خدمات روان پزشکی، مراقبت‌های طولانی مدت، خدمات پیشگیری دندانپزشکی، ناتوانی، توانبخشی، غرامت، عمر، دیه و زمان بیماری و از کارافتادگی را پوشش می‌دهد و در اکثریت کشورهای منتخب فرانسویز خدمات پزشکی در طرح‌های دولتی توسط بیمار پرداخت می‌شود. سیستم ارجاع و پزشک خانواده در کشورهای پیشرفته در سطح اول و متخصص و فوق تخصص و بستری بیمارستانی در سطح دوم و سوم با نظارت دولت ارائه می‌شود. در اکثریت کشورها به جز آمریکا افراد کم درآمد و فقیر از پرداخت حق بیمه درمان معاف و خدمات نسبتاً رایگان دریافت می‌دارند. در ایران بیمه سلامت همگانی و کمیته امداد امام خمینی (ره)، بهزیستی این افراد را پوشش می‌دهد. در تمامی کشورهای پیشرفته به منظور برخورداری عادلانه از خدمات سلامت از استراتژیهای ذکر شده

فوق به همراه سهم بالای بهداشت و درمان از تولید ناخالص ملی بهره برده اند و همچنین پایین بودن سطح پرداختهای مستقیم توسط بیماران و گسترش تعهدات بیمه ای و وجود سقف پرداخت در خدمات دارویی و درمانی بسیار کمک کننده بوده است و به شکلی سیاست گذاری و تدوین شده است که با وضعیت درآمدی افراد این خدمات تاثیر گذار نباشد (۷). بنابراین وضع سلامتی در کشورهای منتخب رابطه مستقیم با رتبه توسعه یافتگی و درآمد سرانه سالیانه و سهم بهداشت و درمان از هزینه های عمومی دارد. ضعف مدیریت کلان بیمه درمان پایه و عدم تکافوی پوشش بسته های خدمات بیمه درمان پایه، نقش بیمه های خصوصی و مکمل را در به حداقل رساندن هزینه ها و خدمات بیشتر با کیفیت بهتر را ارائه می نماید. نوسازی و سازماندهی مکانیزم پرداخت بیمه های درمانی در ابعاد ساختار تشکیلاتی، نحوه تامین منابع مالی، گسترش پوشش جمعیتی و نحوه ارائه خدمات و تعیین شیوه های پرداخت به عرضه کنندگان خدمات درمانی سلامت اهمیت ویژه ای دارد. بنابراین برای آنکه هزینه های سلامت با برقراری یک محدودیت شدید بودجه ای در بخش سلامت کنترل شود و کیفیت و کارایی مراقبتهای کلان سلامت ارتقاء یابد دولتها نقش موثری در کنترل و تامین مالی مراقبتهای بهداشتی داشته و رقابت و اقدامات کنترلی در بعد تقاضا در کنترل سیر صعودی هزینه های سلامت بی تاثیر بوده اند (۸).

تعیین بسته های بیمه درمان همواره یکی از چالش های اساسی سازمان های بیمه ای بوده است. به عبارت دیگر این سازمان ها همیشه با این سؤال روبرو بوده اند که با توجه به محدودیت منابع، برای تعیین خدمات این بسته ها چه معیارهایی را مورد توجه قرار دهند. بررسی متون نشان می دهد که این سؤال هیچ گاه در سازمان های بیمه ای کشور به درستی پاسخ داده نشده است و عدم پیش بینی نظامی مناسب برای تعیین حدود تعهدات بیمه پایه و مکمل از مشکلات مهم نظام بیمه ای کشور است. مطالعه مقدماتی شرایط موجود در نظام بیمه ای و حمایت های اجتماعی کشور ایران نشان می دهد که شرایط موجود در سیستم بیمه ای - اجتماعی کشور با مشکلات عدیده ای روبرو است که از مهم ترین این مشکلات، مشخص نبودن سطح تعهدات واحد در بسته بیمه های درمان است (۹).

ترکیب مناسب بخش دولتی و خصوصی در ارائه خدمات نکته مهمی است که مورد توجه دولتها باید قرار گیرد تا خدمات یکدیگر را تکرار نمایند و با هدف کنترل و جلوگیری از ایجاد هزینه های درمانی از طریق پیشگیری بیماریها فعالیت نمایند. در کشورهای منتخب، کشورهای سوئد، انگلستان، فرانسه و استرالیا مانند ایران خدمات بهداشتی درمانی ملی دارند. سرانه بهداشتی درمانی در بیشترین مقدار خود در آمریکا با ۸۸۹۵ دلار و کمترین آن در تایلند با ۳۸۶ دلار می باشد. به طوریکه مشاهده می شود نحوه دسترسی و پرداخت به پزشک عمومی و متخصص از مشخصه های یک سیستم بهداشتی درمانی عادلانه است. به طوریکه مشاهده می شود در آلمان، هلند، کانادا، انگلیس، فرانسه، ایتالیا و استرالیا همگی دسترسی آزاد و بدون دریافت وجه به پزشک عمومی وجود دارد و برای دسترسی به پزشک متخصص از نظام ارجاع استفاده می شود. به طوریکه در کشورهای انگلستان، ایتالیا و سوئد با رویکرد نظام سلامت ملی مالیات محور و آلمان و فرانسه با رویکرد نظام سلامت مالیات محور و مشارکت محور و هلند و ایالات متحده آمریکا با نظام سلامت ترکیبی و با محوریت بخش خصوصی فعالیت می کنند. در کل دولتها قانونگذارند و استانداردهای بیمه را می توانند تدوین نموده و ضمن مشارکت در طرحهای سلامت، وام دهنده آن بوده و ناظر بر اجرای بیمه های مکمل می باشند (۸).

این مطالعه بر آن است که در راستای اهداف اعلام شده در ذیل به ارائه الگو در زمینه تعیین و بسته بندی خدمات سلامت در دو گروه درمان پایه و مکمل با کمک مطالعات تطبیقی و شبیه سازی آن در ایران بپردازد

#### پیشینه پژوهش

واژه ی بیمه نخستین بار در منابع فارسی در تحفه العالم عبدالطیف شوشتری به معنای اطمینان دادن به شخص به کار رفته است و محمد معین آن را برگرفته از بیمار، یک واژه هندی یا اردو، می داند. نخستین بار ناصرالدین شاه در ۱۲۷۰ خورشیدی امتیاز نامه ای را با عنوان "تاسیس اداره حمل و نقل و سازمان بیمه در ایران" به لازار پولیاکف روسی واگذار کرد که به اجرا در نیامد. سپس در دوران احمدشاه قاجار به سال ۱۲۸۹ خورشیدی دو بنیاد روسی نادژا و کافکاز مرکوری (به معنای مریخ قفقاز)

فعالیت‌های بیمه‌ای خود را آغاز کردند. آرام آرام شرکت‌های خارجی دیگری در ایران به راه افتاد که تا ۲۵ سال بازار بیمه ایران را در دست داشتند و در سال ۱۳۱۴ دست کم ۲۹ شرکت بیمه خارجی در ایران فعالیت داشتند. از میان آن‌ها، دو شرکت اینگستراخ و یورکشایر از همه فعال‌تر بودند و تا پیروزی انقلاب اسلامی به کار پرداختند.

در سال ۱۳۱۴ خورشیدی به کوشش الکساندر آقایان و علی‌اکبر داور، شرکت سهامی بیمه ایران با سرمایه دولتی ۲۰ میلیون ریال تشکیل شد. تا پیش از آن تاریخ هیچ شرکت صد درصد ملی در خاورمیانه و حتی هندوستان وجود نداشت. آغاز به کار شرکت سهامی بیمه ایران خوشایند شرکت‌های خارجی نبود و این شرکت با کارشکنی‌های بسیاری رو به رو شد و شرکت‌های خارجی به سختی با آن قرارداد بیمه خوداتکایی می‌بستند. سپس، قانون بیمه در اردیبهشت ۱۳۱۶ خورشیدی به تصویب مجلس شورای ملی رسید و بیمه سازمان‌های دولتی به آن شرکت بیمه ایران واگذار شد. هم‌چنین، شرکت‌های دولتی موظف شدند ۲۵ درصد از بیمه‌های صادره‌ی خود را در ایران، نزد شرکت سهامی بیمه ایران، بیمه اتکایی کنند.

در ۲۹ آبان ۱۳۲۲ خورشیدی قانون بیمه کارگران در مجلس شورای ملی به تصویب رسید. بر پایه ماده‌ی اولین قانون، همه کارخانه‌ها و بنیادهای اقتصادی، بازرگانی، صنعتی و معدنی و هر بنیادی که کارگری را در استخدام دارد، چه دولتی و چه غیردولتی، باید کارگران خود را نزد شرکت سهامی بیمه ایران یا شرکت بیمه داخلی دیگری که دولت مقتضی داند، در برابر رویدادهای ناخواسته‌ای که هنگام پرداختن به کار رخ دهد، بیمه کند.

بین سال‌های ۱۳۲۹ تا ۱۳۴۳ خورشیدی ۸ شرکت بیمه ایرانی خصوصی بنیان‌گذاری شد و در دولت دکتر مصدق به سال ۱۳۳۱ خورشیدی قانونی برای محدود کردن فعالیت شرکت‌های بیمه خارجی تصویب شد. به این ترتیب، از فعالیت شرکت‌های بیمه خارجی کاسته شد و بر شکوفایی شرکت‌های بیمه داخلی افزوده شد. قانون بیمه اجباری و مسئولیت مدنی دارندگان وسایل نقلیه موتوری در برابر شخص ثالث در بیست و نه دی‌ماه ۱۳۴۷ خورشیدی و قانون بیمه کشاورزان نیز در اسفند همان سال به تصویب رسید. هم‌چنین، در سال ۱۳۴۹ خورشیدی مدرسه عالی بیمه برای پرورش نیروی فنی صنعت بیمه کشور بنیان‌گذاری شد تا افراد کارآموزده در اختیار شرکت‌های بیمه درآیند و به هم‌میهنان خود خدمت کنند.

با تصویب قانون تاسیس بیمه مرکزی در ۳۰ خرداد ۱۳۵۰ فعالیت‌های بیمه‌ای در ایران در نظارت قانونی بیش‌تری قرار گرفت. این سازمان با سرمایه دولت برای ساماندهی به فعالیت‌های بیمه، پشتیبانی از بیمه‌گذاران و بیمه‌شوندگان و زمینه‌سازی برای شکوفایی بیمه در ایران پی‌ریزی شد. فعالیت‌های این سازمان و رشد اقتصادی ناشی از افزایش قیمت نفت در دهه ۱۳۵۰ خورشیدی به پی‌ریزی چند شرکت بیمه‌ای فعال، از جمله بیمه تهران، بیمه دانا، بیمه حافظ و بیمه ایران و آمریکا با مشارکت سرمایه‌گذاران خارجی انجامید. به این ترتیب بر فعالیت‌های بیمه‌ای در ایران افزوده شد و تا پیروزی انقلاب اسلامی در سال ۱۳۵۷، علاوه بر شرکت سهامی بیمه ایران، ۱۳ شرکت بیمه‌ی خصوصی و دو نمایندگی خارجی در صنعت بیمه ایران فعالیت می‌کردند.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی، شورای انقلاب در ۴ تیرماه ۱۳۵۸ همه شرکت‌های بیمه ایرانی را ملی اعلام کرد و بر پایه اصل ۴۴ قانون اساسی، همه کارهای بیمه‌ای زیر نظر دولت قرار گرفت. هم‌چنین در سال‌های ۱۳۶۰ و ۱۳۶۱، تنها سه شرکت بیمه ایران، آسیا و البرز مجوز صادر کردن بیمه‌نامه را دریافت کردند. سپس در سال ۱۳۶۷ از ادغام ده شرکت بیمه‌ای دیگر، شرکت بیمه دانا پدید آمد. از سال ۱۳۷۳ نیز، شرکت بیمه توسعه صادرات کار خود را آغاز کرد و شمار شرکت‌های بیمه به پنج شرکت دولتی رسید. (۶)

بیمه‌های درمان تکمیلی در ایران :

بیمه‌های درمان در بخش بیمه‌های بازرگانی، نسبت به سایر رشته‌های اشخاص، سابقه کمتری دارد. تا سال ۱۳۷۳ بیمه‌های درمان تنها از ناحیه بخش اجتماعی ارائه می‌شد. با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی مصوب ۱۳۷۳/۸/۳ مجلس شورای اسلامی، شرکت‌های بیمه در بخش بازرگانی مجاز به ارائه پوشش بیمه برای مازاد تعهدات بخش اجتماعی شمرده شدند. (۸)

از این تاریخ به بعد، بیمه های درمانی به عنوان یک مکمل برای خدمات بیمه های اجتماعی وارد بازار بیمه ای شدند. به این ترتیب که اگر بیمه شده یک نهاد اجتماعی مثل سازمان تامین اجتماعی، به طور مستقیم از خدمات درمانی ارائه شده توسط آن سازمان استفاده کند، شامل خدمات تکمیلی بخش بازرگانی نخواهد شد، لیکن اگر به طور غیر مستقیم استفاده نماید؛ به این معنی که به مراکز درمانی طرف قرارداد تامین اجتماعی مراجعه نموده و یا خارج از نوبت از خدمات سایر مراکز طرف قرارداد استفاده نماید، بیمه گر اول (سازمان تامین اجتماعی) تنها بخشی از مخارج درمانی را که حدود ۳۰٪ است تقبل می کند و تأمین مابقی آن را برعهده خود بیمه شده قرار می دهد در اینجا لازم است بیمه شده امکان این را داشته باشد تا برای خرید ۷۰٪ مابقی مخارج درمانی خود اقدام به خرید بیمه نامه نماید.

در سال ۱۳۸۱ شرایط عمومی بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی از تصویب شورای عالی بیمه گذشت و یک ماه بعد از تصویب این آیین نامه تعرفه بیمه نامه گروهی درمان تکمیلی به تصویب شورای عالی بیمه رسید، در سال ۱۳۸۹ شورای عالی بیمه با تصویب آیین نامه شماره ۶۴ خود تا حد بسیار زیادی بر پوشش ها و تعهدات این رشته افزود تا جایی که تغییرات حاصل شده در این آیین نامه، بیمه درمان تکمیلی را تا حد قابل توجهی به بیمه تمام درمان نزدیک کرده است. (۹)

انواع بیمه های درمان :

یکی از عوامل تاثیر گذار بر وضعیت سلامت افراد جامعه خطر بیماری است که موضوع بیمه درمان محسوب می شود، در حالت کلی دو نوع بیمه درمان وجود دارد. نوع اول از بیمه های درمانی بیمه تمام درمان است که در آن صرفنظر از بیمه گر اول (بخش اجتماعی) تمامی پوشش های درمانی با سقف معینی که غالباً سقف بسیار بالایی هم هست، به بیمه شدگان عرضه می شود. در ایران این نوع بیمه بسیار کم است، افراد با بیمه تمام درمان در واقع تمام ریسک هایی را که در بخش بیماری، سلامتی انسان ها را تهدید می کند تحت پوشش بیمه قرار می دهند. به این ترتیب کار فرمایان مجموعه های کلان، با یک بیمه گر بخش بازرگانی قرارداد تمام درمان منعقد نموده و با پرداخت حق بیمه فنی که نسبت به سایر بیمه ها بالاتر است، به ازای هر بیمه شده یک دفترچه درمانی صادر می نمایند بیمه شدگان با داشتن این دفترچه از تمامی خدمات بیمه های درمانی در تمام مراکز به صورت رایگان و یا معمولاً با کسر فرانشیز بسیار اندک، معالجه می شوند. نوع دوم، بیمه های درمان خصوصی است که معمولاً به صورت خانوادگی ارائه می شود. فروش این نوع بیمه نامه از طرف بیمه های بازرگانی در ایران مرسوم نیست اما شرکتی به نام کمک رسان ایران با استفاده از توان یک بیمه گر، اقدام به فروش این نوع بیمه درمان بصورت انفرادی و خانوادگی می نماید. بیمه های درمان در بخش بازرگانی عموماً به عنوان مکمل بیمه های اجتماعی عرضه می شوند، این رشته درحقیقت به عنوان یک مکمل، خدمات ارائه شده توسط بیمه گر اول (بخش اجتماعی) را تکمیل می کند. مواردی که این نوع بیمه درمان تحت پوشش قرار می دهد طبق آیین نامه شماره ۷۴ بیمه مرکزی مشخص و استثنائات و شرایط و کلیه مقررات آن در شرایط عمومی قرارداد بیمه گروهی مازاد درمان در اختیار بیمه گذار قرار می گیرد (۶).

در کشور فرانسه بیمه گران عمومی و خصوصی پیشگام هماهنگی در فعالیتهای خود در رسیدن به کارایی بیش تر در سیستم مراقبت های بهداشتی درمانی هستند. از طرف دیگر در کشور آمریکا طرح های بیمه ای پایه ای فقط اقشار آسیب پذیر جامعه را پوشش می دهد و سایر اقشار جمعیتی به سمت بیمه های خصوصی سوق داده می شوند (۱۴). تجربه آمریکا که ناشی از بروز رقابت در بین بیمه گران خصوصی است هم از دیدگاه خرد (بیمه گر) و هم از دیدگاه کلان نظام سلامت ناامیدکننده است. در کشور شیلی نیز رقابت بین بیمه گران عمومی و خصوصی نیز غیرموفق اثبات شده است. کشور کلمبیا که دارای درآمد متوسطی است در ادغام مکانیسم های خصوصی در عین حفظ همبستگی پیشگام بوده است. (۱۵)

مدل اجتماعی اروپا

کشورهای عضو اتحادیه اروپا سعی در حفظ سطوح بالای همبستگی در جهت پوشش همگانی دارند. در عین این که تناسبی بین مالیات ها و مشارکت افراد در جهت تأمین منابع پوشش های اجباری و میزان آسیب پذیری افراد وجود ندارد. اجماع این کشورها بر این است که در اصول حاکم بر بهداشت و درمان نباید مقررات و نظام های موجود در بازار برقرار شود و اجبار افراد

برای مشارکت در بیمه سلامتی باید براساس توان درآمدی آنان باشد نه میزان ریسک آنها و تأمین مراقبت ها براساس نیازهای طبی باشد نه مشارکت مالی افراد. (۱۶)

امروزه نسبت مصارف بهداشتی درمانی که توسط دول اتحادیه تأمین می شود در حال کاهش است، خصوصاً درمان های سرپایی و کالاهای پزشکی، بنابراین لازم شده است که افراد بخشی از مصارف را خود رأساً تأمین کنند. این کاهش در پوشش اجباری موجب شده است تعداد زیادی از شهروندان فقط در موارد اورژانس به دنبال درمان بیماری خود باشند و مواردی را که تحت پوشش نیست معوق بگذارند (مانند درمان های دندانپزشکی) شهروندان اروپایی نه تنها در مقابل مخاطرات بیماری از طریق سیستم های دولتی یا اجباری تحت حمایت های اجتماعی قرار دارند بلکه از سایر مکانیسمهای حمایتی مانند بیمه های خصوصی، بازرگانی و مؤسسات غیرانتفاعی نیز برخوردارند که حداکثر خدمات را پوشش می دهد. این اقدامات روز به روز گسترده تر شده و از طریق ارائه خدمات وسیع، دسترسی مناسب را به مراقبتهای درمانی فراهم می کنند که در این خصوص سطح بازپرداخت هزینه ها و طیف خدمات و کالاهایی که فراهم می شود بسته به خدمات موجود در طرحهای عمومی متفاوت است. (۱۷)

در دهه ۹۰ مقرر شد کشورهایی که قصد ورود به اتحادیه اروپا را دارند باید دارای یک سیستم بیمه اجتماعی باشند و بنابراین علاوه بر این که دورنمای طرح های بیمه ای اساسی خود را شفاف کنند، باید چگونگی استقرار طرح های مکمل را نیز ارائه دهند. کشور لهستان پوشش اجتماعی خود را در سال ۱۹۹۹ برقرار نمود ولی تعداد زیادی از فراهم کنندگان خدمات از ارائه مراقبت ها به بیماران به دلیل منابع ناکافی صندوق بیمه های سلامتی اجباری خودداری می کنند. (۱۹)

در مجارستان اولین شرکت بیمه ای مراقبت های بهداشتی درمانی مکمل توسط کارکنان صندوق بیمه بهداشت ملی ایجاد شد ولی به طور کلی انجمن مزایای دو جانبه در این کشور محدود به فعالیت هایی می شود که سلامت را تشویق و در مقوله پیشگیرانه بیماری و سلامت کار می کنند. کشورهای اسلوانی، چک و اسلواکی پوشش مناسبی را برای مراقبت های اساسی دارند و بیماران در هزینه درماینهای دندانپزشکی و دارو مشارکت می کنند. (۲۰)

کمیته امور اجتماعی پارلمان اروپا تأکید بر نیاز به بسته حداقل خدمات بهداشتی و درمانی دارد که باید بر مبنای نیازهای عمومی و با توجه به نیازهای اولویت دار عنوان خدمات همگانی اساسی راه اندازی شود. مرور مجدد مصارف مراقبت های بهداشتی در طرح های اجباری، عدم دستیابی به اهداف حمایت های اجتماعی سطح بالا موجود در معاهده اروپا را نشان می دهد. در این پیمان مقررات پایه ای حداقل و مشترک برای بیمه گران خصوصی وضع شده است به گونه ای که بهترین پوشش ممکن را به اعضا ارائه دهند. این مقررات شامل چارچوب سطوح مسئولیت های متصور در این مقوله، پرهیز از انتخاب گرایی در توزیع ریسک، تضمین ارائه در تمام طول عمر و نبود اختلاف بر مبنای زمینه های ژنتیک و غیره می باشد. در فقدان چنین ضوابطی بیمه گران خصوصی تحت فشار نیروهای بازار بوده و قادر خواهند بود حق بیمه ها را براساس ریسک مخاطرات بهداشتی تعیین و انتخاب مبتنی بر ریسک انجام داده و افرادی را که از مخاطرات جدی بهداشتی رنج می برند یا منابع مالی ناکافی دارند از شمول پوشش خارج کنند. در نتیجه دسترسی افراد به بیمه گران خصوصی و در نهایت طیف کامل مراقبتهای مورد نیاز محدود خواهد شد (۲۰).

نقش بیمه های مکمل بدین صورت است که آنها مجبور به قبول الزامات سیستم های عمومی نیستند. مگر در مواردی که مسئولیت تصریحی نمایندگی این خدمات را عهده دار باشند به طور مثال در فرانسه علت ارائه این گونه خدمات توسط انجمن های مزایای دو جانبه صرفاً پایین بودن هزینه های اج رایی ارائه این گونه خدمات بهداشتی و درمانی اساسی است. بنابراین بهتر است که بیمه گران مکمل که نقش فزاینده ای را در تأمین پوشش های بهداشتی و درمانی دارند تحت ضوابط و مقرراتی دسترسی به مراقبت های لازم و با کیفیت را تضمین کنند. در این رابطه ایرلند یک مثال زنده است. در این کشور کلیه شرکت های بیمه ای که از سیاست ارائه مراقبت های بهداشتی و درمانی خصوصی پیروی می کنند موظف به رعایت چهار اصل هستند که شامل حق بیمه همبستگی اجتماعی جامعه نگر، آزادی کامل عضویت اشخاص کمتر از ۶۵ سال در طرح ها، عدم تفاوت در

ارتباط با سن و مخاطرات سنی و تضمین عمر در بین آنها وجود دارد. در این رابطه مکانیسم های جبرانی در بین بیمه گران برای تعادل در ساختار ریسک نیز وجود دارد. (۲۱)

پژوهش ها در ایران جهت تدوین بسته خدمات پایه نشان میدهد که توافق بر سر کلیات، معیارهای تدوین، سازماندهی، تأمین مالی، نظام پرداخت، قوانین و مقررات، حدود تعهدات، ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی، هماهنگی، رفتار، سیاستگذاری و نظارت و کنترل ۱۲ چالش اساسی تعیین مناسب خدمات بسته خدمات پایه بوده اند. به عبارت دیگر بعد از اتفاق نظر در مورد کلیات و رفع مشکلات مرتبط با موارد فوق می توان از طریق معیارهای مناسب خدمات مناسبی در بسته قرار داد. بر اساس نتایج حاصل، تعیین مناسب بسته بیمه درمان پایه در ایران نیازمند دیدگاهی نظام مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات تعیین شده در این پژوهش را به صورتی نظام مند حل نماید. تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام سلامت و سازمان های متولی بسته بیمه درمان پایه و منسجم نبودن روال های تصمیم گیری، موجب بی نتیجه ماندن فعالیت ها بر ای تدوین بسته مناسب بیمه ای می شود. همچنین تعهد مدیران ارشد در پیش بردن تدوین مناسب بسته بیمه درمان پایه کشور، نقش حیاتی دارد. (۱).

از طرف دیگر جهت تعیین بسته بیمه کامل در ایران مطالعات نشان داد میزان پوشش بیمه ای مکمل در ایران شامل تمامی خدماتی است که عدم ارائه آنها، به سلامت بیمار لطمه می زند (بدون توجه به سقف هزینه) پوشش خدمات مکمل در ایران که به تفکیک:

خدمات مکمل: شامل پوشش خدمات و هزینه های خارج از پوشش بیمه های پایه.

مبانی پوشش: شغلی یا منطقه جغرافیایی، بسته به شرایط و به صورت رقابتی.

نوع پوشش: پوشش اختیاری است، شیوه اجرا صدور بیمه نامه های مدت دار بوده که در صورت تمایل بیمه شده و با شرایط بیمه نامه قبلی (در صورت عمل به مفاد بیمه نامه قبلی) تا پایان عمر قابل تمدید است و پیش شرط استفاده از خدمات به صورت رقابتی و به انتخاب مؤسسه بیمه گر خواهد بود هدف این طرح افزایش سطح رضایتمندی بیمه شدگان، جبران نارسایی های کنونی بیمه های پایه با ارائه خدمات متنوع تر و انجام فعالیت های آزادانه تر با قدرت مانور بیش تر برای حفظ پویایی سازمان ها بیمه گر دولتی می باشد. تعریف بسته یا بسته های خدمات مکمل با اولویت نیاز و ضرورت است تا هرکسی بنا بر نیاز و توان اقتصادی خود اقدام به خرید بسته های ضروری تر کند تعریف بسته های مختلف خدمات بیمه مکمل برحسب اولویت نیاز باعث افزایش قدرت انتخاب برای افراد در ثبت نام خواهد شد. (۸)

مطالعه تطبیقی نشان داد که در بحث بیمه های مکمل در سطح جهان، فعالیت بخش خصوصی در غنی سازی و گسترش وسیع تر بیمه های مکمل نقشی انکارناپذیر دارد که سازمان می تواند در جهت رفع موانع قانونی و تقویت نقش خصوصی در این زمینه نقش مؤثری داشته باشد. ورود به عرصه فعالیت در بیمه های مکمل با ساختار فعلی سازمان تناسب چندانی ندارد که اصلاح این ساختار برای سازگاری با شرایط جدید، ضرورت دارد. (۶)

با توجه به تحقیقات انجام شده توسط در ایران هنوز بسته واحدی جهت ارائه در راستای خدمات تکمیلی و پایه به دلیل خدمات بسته کنونی بیمه درمان پایه در کشور بدون توجه به اصلاح رفتار در گروه های مختلف ذینفع، انتخاب گردیده اند. مشکلات فرهنگی به خصوص در کشور ما از جنبه های مختلف بر عملکرد چالش های تعیین بسته بیمه درمان بسته، اثرات سوء برجای می گذارند. این عامل، هم بر سازمان های بیمه گر و هم بر خانوارها، هزینه قابل توجهی را تحمیل می نماید. فرهنگ سازی، جز با یک عزم ملی و برنامه ریزی مناسب آموزشی امکانپذیر نیست. متأسفانه تاکنون سازمان های بیمه ای فعالیت چندانی برای آموزش مردم انجام نداده اند (۲)

ضرورت و اهمیت انجام طرح

در راستای ساماندهی ارائه خدمات بیمه سلامت به صورت یکپارچه و مبتنی بر اثرگذاری خرید خدمت تشخیصی و درمانی، بیمه تکمیلی در کشورهایی که از نظر جمعیتی و ساختار نظام بیمه درمان مشابه ایران هستند، در مقایسه با کشورهای

پیشرفته حائز اهمیت می باشد. داشتن پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از پرداخت مستقیم و نظام بیمه درمان جامع در پرداخت و نقش بیمه های تکمیلی در تکمیل درمان مورد توجه بسیاری از کشورها و سازمانهای بیمه دولتی و خصوصی در رقابت و جذب بیمه گذاران قرار دارد و به طور کلی مکانیزم و هزینه کرد در بخش سلامت تاثیر فراوانی بر عملکرد آنها داشته و الگوی مناسب پوشش و پرداخت بیمه می تواند کارایی و کیفیت و دسترسی به خدمات سلامت و رضایت مندی را به همراه داشته باشد(۸).

هیچ کشوری در دنیا قادر نیست به کلیه نیازهای بهداشتی درمانی جمعیت خود پاسخ داده و کلیه خدمات را ارایه نماید (۹). در محیط سیاسی و اقتصادی فعلی، به دلایل متعدد باید اولویت های ارایه خدمات سلامت را تعیین نمود. دلیل نخست اینکه تقاضا برای مراقبت سلامت در حال رشد است. دلیل دوم این حقیقت است که اکثر دولت ها با محدودیت های بودجه ای قابل توجهی دست و پنجه نرم می کنند. بنابراین، هزینه های صرف شده از جانب دولت در امر مراقبت سلامت باید منعکس کننده اولویت های شفاف و روشن باشد و منابع محدود موجود، به بهترین و اثربخش ترین شیوه ممکن برای رفع مشکلات سلامت مورد استفاده قرار گیرد(۱۰).

توصیف بالا از بستر سیاسی و اقتصادی، به طور یکسان برای کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه کاربرد دارد. البته عامل اضافه تری نیز در کشورهای در حال توسعه وجود دارد که اهمیت این امر را برایشان حیاتی می سازد. این عامل گذار جمعیتی و همه گیر شناختی است که این کشورها با آن مواجه اند. اکثر کشورهای در حال توسعه، تغییرات عمده ای را در الگوهای مرگ و میر و موربیدیت های که با آن مواجه هستند، تجربه می کنند. چنین گذار جمعیتی، تقاضای فزاینده برای خدمات مراقبت سلامت را در این کشورها تشدید می کند. (۱۱).

بیمه در کشور ما به دو صورت بیمه های درمان پایه و تکمیلی از سوی دولت و بخش خصوصی عرضه می شود. طی سال های گذشته سهم پرداختی مردم از هزینه های درمان بالغ بر ۶۰ درصد بود اما با اجرای طرح تحول سلامت این سهم در صورت بستری شدن در بخش شهری ۶ درصد و در بخش روستایی به ۳ درصد کاهش یافت. این اقدام دولت در بخش بهداشت و درمان موجب شد تا بیمارستان های دولتی نزد مردم مقبول بیفتند و افرادی که خواستار گرفتن خدمت از بیمارستان های خصوصی هستند می توانند با پرداخت حق بیمه مازاد پوشش درمان تکمیلی را نیز از بیمه های بازرگانی خریداری کنند(۸).

بالا بودن هزینه های تشخیصی و درمانی و بطور کلی رشد فزاینده این هزینه ها از یک طرف و تفاوت زیاد موجود بین تعرفه های خدمات پزشکی در دو بخش دولتی و غیردولتی از طرف دیگر، شرایطی را ایجاد کرده که انگیزه اقتصادی در زمینه فعالیت در بخش بیمه های درمان را بسیار کم می کند؛ چراکه اگر افراد تمایلی به استفاده از بیمه های درمان مکمل داشته باشند، به دلیل توقع دریافت خدمات با کیفیت بالاتر و هم راه با سایر خدمات جنبی وعدم الزام به قرار گرفتن در نوبت و شرایطی از این قبیل می باشد که این گونه خدمات بیشتر در بخش غیردولتی وجود دارد که تعرفه خدمات در این بخش بسیار بالاتر از بخش دولتی می باشد(۵). لذا در صورت وجود گرایش به سمت خصوصی سازی «بیمه های» درمان، پیش نیاز آن اولاً وجود بخش خصوصی فعال در ارائه خدمات درمانی با کیفیت بالا و ثانیاً ایجاد تعادل منطقی بین مبلغ سرانه حق بیمه درمان با تعرفه های واقعی پزشکی خواهد بود. فلسفه اصلی در تعیین بیمه درمان مکمل ایجاد امکان استفاده بیمه شدگان از امکانات درمانی بخش خصوصی و عمدتاً بیمارستان های غیردولتی می باشد به نحوی که بر سررد هریک از بخش های خسارت های درمانی بیمه اشخاص در این شرکت های بیمه ای نام بیمارستان های طرف قرارداد آنها که عمدتاً خصوصی و گاهی بیمارستان های فوق تخصصی می باشد دیده می شوند. در این بیمه نامه ها اولاً فقط خدمات بستری تحت پوشش قرار دارد و برای خدمات تشخیصی گرانقیمت نیز ضوابط مشخص و تعریف شده ای ارائه گردیده است. (۹) نوع پوشش خدمات بیمه ای نیز هزینه های و با تعیین سقف پرداخت مشخص می باشد که برای پوشش های بالاتر از این سقف پرداخت، یا باید حق بیمه از این سقف بیشتر باشد و یا باید این هزینه توسط خود فرد تأمین شود. در قالب بیمه درمان پایه براساس ضوابط بخش دولتی و تعرفه های مصوب، میزان هزینه، محاسبه و پس از کسر فرانشیز



مربوطه (۱۰٪) برای خدمات بستری)، ۹۰٪ باقیمانده هزینه را پرداخت می نمایند که در این صورت پوشش بیمه درمانی کامل تأمین هزینه های مازاد براین هزینه پرداختی توسط بیمه های دولتی خواهد بود. (۷)

در کشورهای کم درآمد، مشکلات موجود در تعیین اولویتها و سهمیه بندی خدمات، بسیار گسترده هستند یکی از مواردی که اولویت بندی در آن کاربرد زیادی دارد تدوین بسته های بیمه درمان پایه است. طراحی چنین بسته ای، مزایای چندی به دنبال دارد. با انباشت تعدادی از مداخلات در کنار یکدیگر، ممکن است بتوان از مزیت استفاده مشترک از درون داده های خاص و بنابراین کاهش هزینه دریافت خدمات بهره مند شد (۱۲). بسته خدمات بیمه درمان پایه می تواند به دولت ها کمک کند تا توجه خود را بر خدمات اولویت دار متمرکز کنند و بقیه را به بخش خصوصی بسپارند. با استفاده از روش های مختلف اولویت بندی، می توان اطمینان حاصل کرد خدماتی که در این بسته گنجانیده می شوند، آنهایی هستند که بیشترین ارزش را دارند. تصمیم گیری درباره اینکه چه چیزی وارد بسته خدمات بیمه 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 اینکه این بسته از چه خدماتی تشکیل شود، وجود دارد. یکی از چالش های موجود در زمینه این بسته، دستیابی به توافق و اجماع در زمینه طراحی آن است (۱۳).

بررسی سوابق مربوط به تعیین بسته بیمه درمان پایه در کشورمان نشان می دهد که هیچ گونه معیار مشخصی برای تعیین این بسته در کشور وجود ندارد. بعد از تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در سال ۱۳۷۳، علی رغم اینکه ماده ۱۰ این قانون، به تعیین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمان های بیمه گر قرار می گیرد (پایه) و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) می باشد، اشاره نموده اما در عمل و در ضوابط تعیین شمول و سطح خدمات پزشکی و داروی مورد تعهد بیمه، تنها ماده های ۴، ۵ و ۶ به خدمات بسته بیمه درمان پایه اشاره کرده و به هیچ معیار مشخصی برای تعیین خدمات این بسته اشاره نشده است (۶)

از سوی دیگر با اعلام محدوده ارائه خدمات درمانی به بیماران آن قدر وسعت دارد که فراهم کردن کلیه خدمات در قالب بیمه پایه درمانی در بخش دولتی از نظر اقتصادی میسر نیست و هیچ مؤسسه ای با دریافت حق سرانه ثابت، قادر به ارائه کلیه خدمات نیست. تجربیات جهانی نشان می دهد که در بسیاری از کشورها برای تحت پوشش قرار دادن این خدمات از بیمه های مکمل استفاده می شود که عمده این مؤسسات نیز مربوط به بخش خصوصی هستند. به عنوان مثال در انگلستان که پوشش بیمه ای کامل به طور فراگیر ارائه می شود، افراد می توانند برای استفاده از خدمات درمانی در بخش خصوصی از بیمه مکمل استفاده کنند. در ایالات متحده نیز بیمه مکمل مدیکر خدماتی را که توسط بیمه مدیکر ارائه نمی شود تحت پوشش قرار می دهد. در کشور ما نیز سیر صعودی هزینه های تشخیصی، ورود فناوری های پزشکی گران قیمت، پیشرفت های علم پزشکی و ابداع روش های درمانی جدید پوشش تمامی هزینه های درمانی در حیطه بیمه های پایه سلامتی در بخش عمومی را عملاً غیرممکن می سازد. نتیجه طبیعی ادامه این فرایند عدم دستیابی عده ای از افراد جامعه به خدمات درمانی مورد نیاز خواهد بود.

در حال حاضر انواعی از بیمه های مکمل توسط شرکت های بیمه ای تحت پوشش بیمه مرکزی ایران (دانا، البرز، آسیا و ایران) و برخی مؤسسات خصوصی ارائه می شود (۸)

از نظر ساختاری بیمه های مکمل به سه شکل تقسیم بندی می گردند: بیمه های مکمل به عنوان تکمیل کننده خدمات، بیمه های مکمل به عنوان تکمیل کننده هزینه ها، بیمه های مکمل به عنوان تکمیل کننده هزینه ها و خدمات به صورت تلفیقی می باشند. (۶)

در بحث تأمین مالی، تجارب نشان می دهد که در اکثر کشورها در مورد شاغلین، مشارکت بیمه شده و کارفرما در پرداخت حق بیمه وجود دارد. در مورد خویش فرمایان و سایر اقشار مسلماً تمامی حق بیمه توسط بیمه شونده پرداخت می شود. دولت ها نیز در پرداخت حق بیمه افراد دارای اولویت مشارکت دارند. در مورد نقش بخش خصوصی در بیمه های مکمل، در مجموع تجارب جهانی نشان می دهد که واگذاری بیمه های مکمل به بخش خصوصی زمانی مؤثر و مفید است که دولت نظارت دقیق بر کار آنها داشته باشد. خدمات مکمل شامل پوشش خدمات و هزینه های خارج از پوشش بیمه های پایه می باشد. یکی

از مزایای بیمه نامه درمان تکمیلی انتخاب آزادانه بیمه‌شدگان برای استفاده از مراجع درمانی طرف یا غیر طرف قرارداد بیمه گر است (۳). از سویی بیمه‌های بازرگانی به خاطر کنترل ضریب خسارت بیمه‌های درمان تکمیلی این بیمه‌نامه را عمدتاً به صورت گروهی ارائه می‌شود؛ به طوری که به جز در مورد بعضی از زمینه‌های خاص (از جمله بیمه شخص ثالث، مسافرت و ...). بیمه‌شدگان به صورت گروهی بیمه می‌شوند در واقع بیمه‌گذار می‌تواند تمامی کارکنان یا حداقل ۷۰ درصد آنان را به همراه اعضای خانواده تحت تکفل قانونی بیمه درمان تکمیلی قرار دهد (۴).

بنابراین انجام مطالعه ای برای تعیین معیارهای تعیین بسته خدمات بیمه درمان پایه و مکمل، ضروری به نظر می‌رسد. بدون تعیین چنین معیارهایی، بدون شک بسته خدماتی تعریف می‌شود که از نظر سیاسی غیرقابل قبول است، از نظر مالی امکان پذیر نیست، از نظر فنی ناکاراست و یا مجموعه‌ای از این مشکلات را دارد. بنابراین، بایستی از ترکیبی از تمام انواع معیارها برای تدوین بسته خدمات بیمه درمان پایه و مکمل در کشور استفاده نموده و این معیارها را در کشور مشخص نمود.

د. زمینه‌های استفاده و کاربرد نتایج

۱. تعیین بسته خدمات سلامت در دو گروه پایه و مکمل در سازمان تامین اجتماعی
۲. تعیین معیارهای ورود و خروج از این بسته و شیوه امتیازدهی جهت هر کدام از بسته‌ها
۳. متناسب سازی هزینه‌های ارائه خدمت به منظور افزایش دسترسی منطقی جامعه بیمه‌شدگان

اهداف پژوهش

### هدف آرمانی

ارایه الگویی جهت تعیین بسته بیمه درمان پایه و مکمل در ایران که با استفاده از آن بتوان با روشی مناسب بسته بیمه پایه و مکمل خدمات درمانی کشور را ارائه نمود. این الگو می‌تواند به طور شفاف روشن نماید که در تعیین خدمات بسته بیمه درمان پایه و مکمل کشور چه معیارهایی مورد توجه قرار گیرد. این الگو به عنوان ابزاری کاربردی مورد استفاده سازمان بیمه تأمین اجتماعی قرار خواهد گرفت.

### هدف کلی

طراحی الگوی دسته بندی خدمات سلامت به دو گروه پایه و مکمل شبیه سازی آن در کشور که بر اساس آن بتوان با توجه به معیارهای مختلف و دیدگاه افراد ذیصلاح، معیارهای ورود و خروج خدمات بسته ، و شیوه امتیازدهی را به صورت مناسبی تعیین نمود.

### اهداف ویژه

۱. -مطالعات تطبیقی در ۶ کشور منتخب (با معیارهایی که ذکر خواهد شد) در زمینه الگوی مورد استفاده آنها در جهت دسته بندی خدمات سلامت در بیمه پایه و مکمل و عوامل موثر در میزان موفقیت آنها در جهت شبیه سازی آن الگو در ایران
- ۲-بررسی خدمات پایه و مکمل در ادبیات جهانی و مترادف هایی که برای آن‌ها وجود دارد و تعیین الگوی مناسب برای ایران و دلیل انتخاب آن
- ۳-تعیین گروه‌ها و زیر گروه‌های بسته‌های خدمات پایه و مکمل در ادبیات جهانی و تعیین معیارهایی که (جمعیت، نوع خدمت، سطح پیشگیری، .. و یا ترکیبی از آنها) بر آنها مبتنی هستند. و تعیین شرایطی که در کشورها (وضعیت سلامتی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی) این گروه بندی انجام شده‌اند.
- ۴-تعیین فرآیندهای اولویت بندی (معیارها و شیوه‌های امتیاز دهی) برای ورود خدمات به بسته‌ها و مزایا و معایب هر روش و باتوجه به شرایط ایران چه فرآیندهای اولویت بندی دیگری می‌تواند برای این موضوع مناسب دانست و تعیین فرآیند مناسب برای کشور به همراه دلیل انتخاب
- ۵-تعیین اجزای اطلاعاتی بسته‌های خدمات پایه و مکمل (جمعیت هدف، جمعیت غیرمجاز، خدمات یارانه ای، تسهیلات فراهم کننده، هزینه، میزان فرانشیز...) و کدام یک از اجزای اطلاعاتی برای ایران پیشنهاد می‌شود و دلیل انتخاب

۶- تعیین معیارهای خروج خدمات از بیمه پایه برای به روز کردن بسته ها

۷- تعیین معیارهای خروج خدمات از بیمه مکمل و بروز آوری

۸- تعیین معیارهای استفاده بیمه شدگان از بیمه مکمل

هدف کاربردی:

متناسب سازی هزینه های ارائه خدمت به منظور افزایش دسترسی منطقی جامعه بیمه شدگان سازمان بیمه تامین اجتماعی

سؤالات پژوهش

**سوال اصلی:**

خدمات سلامت بر اساس چه معیارها و قواعدی در بسته های خدمات پایه و مکمل قرار می گیرند؟

**سؤالات فرعی:**

۱- مطالعات تطبیقی در کشورهای مختلف و میزان موفقیت آنها و عوامل موثر آن کدام است؟

۲- تعریف خدمات پایه و مکمل در ادبیات جهانی چگونه است و چه مترادف هایی برای آن ها وجود دارد؟ چه تعریفی برای ایران می توان ارائه نمود؟

۳- در ادبیات جهانی، بسته های خدمات پایه و مکمل شامل چه گروه ها و زیر گروه هایی هستند؟ این گروه بندی ها بر چه معیارهایی (جمعیت، نوع خدمت، سطح پیشگیری، .. و یا ترکیبی از آنها) مبتنی هستند؟ و با توجه به چه شرایطی در کشورها (وضعیت سلامتی، اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی) انجام شده اند؟

۴- چه فرآیندهای اولویت بندی (معیارها و شیوه های امتیاز دهی) برای ورود خدمات به بسته ها وجود دارد؟ مزایا و معایب هر روش با توجه به شرایط ایران چگونه است؟ چه فرآیندهای اولویت بندی دیگری می تواند برای این موضوع مناسب باشد؟ کدام فرآیند مناسب ایران است؟ چرا؟

۵- بسته های خدمات پایه و مکمل چه اجزای اطلاعاتی دیگری دارد (جمعیت هدف، جمعیت غیرمجاز، خدمات یارانه ای، تسهیلات فراهم کننده، هزینه، میزان فرانشیز، و ... ؟) کدام یک از اجزای اطلاعاتی برای ایران پیشنهاد می شود؟ چرا؟

۶- معیارهای خروج خدمات از بیمه پایه برای به روز کردن بسته ها کدامند؟

۷- معیارهای خروج خدمات از بیمه مکمل و بروز آوری آن چیست؟

۸- معیارهای استفاده بیمه شدگان از بیمه مکمل کدام است؟

جدول متغیرها

متغیرها	نوع	نقش آن در پژوهش
معیارهای تدوین بسته خدمات بیمه درمان پایه و مکمل	کیفی	اصلی
حدود تعهدات بسته خدمات بیمه درمان پایه و مکمل	کیفی	اصلی
پوشش جمعیتی بسته های خدمات بیمه درمان پایه و مکمل	کیفی	اصلی

فرضیه های پژوهش

این پژوهش با توجه به نوع، فرضیه ندارد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر نتایج از نوع پژوهش های کاربردی است که با استفاده از روش کیفی، روش تطبیقی و از نظر زمانی به صورت مقطعی در ۶ مرحله انجام شد. در بخش های مختلف از بررسی متون و مستندات و همچنین مقالات مرتبط، مصاحبه و تکنیک دلفی استفاده میشود. مطالعات انجام شده مرتبط داخلی و خارجی، با مراجعه به کتابخانه ها و بانک های اطلاعاتی معتبر و همچنین گفتگو با صاحب نظران مورد بررسی قرار می گیرد. در این بخش، پیش زمینه موضوع، کشورهایی که در این زمینه

تجربیات موفق داشته‌اند و ساختار پیشنهادی گردآوری اطلاعات مرتبط با معیارهای تعیین بسته، حدود تعهدات بسته، ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی بسته مشخص می‌شود. برای نهایی کردن این ساختار از نظرات متخصصان امر، تعدادی از صاحب‌نظران دانشگاهی و همچنین افرادی که در بخش اجرایی در این زمینه تخصص دارند مصاحبه انجام می‌گیرد.

#### دامنه پژوهش

این مطالعه در یک دوره زمانی ۱۲ ماهه انجام خواهد شد. محیط پژوهش شامل الگوهای تدوین بسته خدمات بیمه درمان پایه و مکمل در کشورهای منتخب و ایران است. الگوی ارائه شده جهت استفاده در ایران طراحی خواهد شد.

#### ک. جامعه آماری پژوهش

در این تحقیق در مرحله مطالعه تطبیقی جامعه آماری وجود ندارد و کشورهای مورد مطالعه به عنوان منابع اطلاعاتی در پژوهش نقش خواهند داشت. در مراحل مصاحبه، تعیین اهمیت معیارها و اجرای تکنیک دلفی، جامعه مورد مطالعه شامل کارشناسان بیمه تامین اجتماعی که دارای تحصیلات مرتبط (کارشناسی ارشد به بالا) در زمینه مورد پژوهش هستند و دارای سمت اجرایی و قدرت تصمیم‌گیری در سازمان مطبوع می‌باشند.

#### واحد نمونه‌گیری

سازمان‌های متولی و مراکزی که در این زمینه فعالیت دارند.

#### روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

با توجه به اینکه بر اساس نوع پژوهش، در اینجا در نظر نیست که نتایج تعمیم داده شود لذا کشورهای مورد مطالعه، افراد مورد مصاحبه و کارشناسان مشارکت‌کننده برای تعیین اهمیت معیارها و تکنیک دلفی به عنوان شرکت‌کننده تلقی شده و بر اساس ملاک‌های زیر انتخاب میشوند:

#### کشورهای مورد پژوهش

- در دسترس بودن اطلاعات
  - تشابه وضعیت اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی با ایران
  - قابلیت کسب تجربه و طراحی الگو از آن
  - برخوردار بودن از الگو در زمینه تدوین بسته بیمه درمان پایه و مکمل
- افراد شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها
- داشتن تحصیلات و گرایش پژوهشی مرتبط
  - داشتن سابقه مؤثر در موضوع یعنی حداقل سابقه ۳ سال فعالیت در نهادهای اصلی تصمیم‌گیری بیمه‌درمان (وزارت بهداشت، شورای عالی بیمه، بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، بیمه درمان نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره) و معاونت راهبردی و برنامه‌ریزی ریاست جمهوری
  - متخصص و خبره بودن در امر و اشتهار در این زمینه
- افراد شرکت‌کننده در بخش تعیین اهمیت معیارها
- داشتن سابقه مؤثر در موضوع یعنی سابقه فعالیت در نهادهای اصلی تصمیم‌گیری بیمه‌درمان
  - داشتن تحصیلات دانشگاهی مرتبط
  - داشتن آشنایی با مفهوم معیارهای مختلف
- افراد شرکت‌کننده در بخش دلفی

- داشتن سابقه مؤثر (حداقل ۲ سال) در موضوع یعنی سابقه فعالیت در نهادهای اصلی تصمیم‌گیری بیمه‌درمان (وزارت بهداشت، شورای عالی بیمه، بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، بیمه درمان نیروهای مسلح، کمیته‌امداد امام خمینی (ره) و معاونت راهبردی و برنامه‌ریزی ریاست جمهوری،
  - داشتن تحصیلات دانشگاهی مرتبط
  - داشتن حداقل ۱ مقاله و پژوهش مرتبط در مجلات معتبر
  - حضور در کمیته‌های کارشناسی یا پژوهشی مرتبط (۱ سال)
- با توجه به نبود جامعه آماری در این پژوهش، حجم نمونه مطرح نبوده و ۶ کشور بر اساس ملاک‌هایی که مطرح شد، انتخاب و مورد بررسی قرار خواهند گرفت.
- همچنین ۲۰ نفر به شرح زیر در بخش مصاحبه مشارکت خواهند کرد:
- افراد داری تحصیلات و پژوهش‌های مرتبط
  - افراد دارای تجربه در ۶ سازمان درگیر در امر بیمه سلامت ایران شرکت خواهند کرد.

روش گردآوری داده‌ها

میدانی، کتابخانه‌ای

اطلاعات به روش کتابخانه‌ای گردآوری خواهدگردید. پژوهشگر در این بخش با مراجعه به کتب، نشریات و همچنین مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی معتبر همچون Science Direct، Emerald، Proquest، IranMedex و ... اطلاعات را گردآوری خواهدکرد.

بررسی وضع موجود: اطلاعات به صورت میدانی و با استفاده از مصاحبه گردآوری خواهد شد.

مصاحبه‌شوندگان: در این مطالعه، مشارکت‌کنندگان به صورت هدفمند انتخاب خواهد شد.

مطالعه تطبیقی:

اطلاعات به روش کتابخانه‌ای و با مراجعه به کتب، نشریات، سایت‌های معتبر از جمله سایت بانک جهانی، سازمان جهانی بهداشت، سازمان بین‌المللی تأمین اجتماعی، سازمان جهانی کار و .. و همچنین مراجعه به بانک‌های اطلاعاتی معتبر همچون Science Direct، Emerald، Proquest، IranMedex و ... گردآوری میشود.

پاره ای از اطلاعات نیز از طریق ارتباط با صاحب نظران بیمه ای این کشورها از طریق پست الکترونیک دریافت می گردد. داده‌ها در چارچوب مفهومی و همچنین با توجه به مشکلات مطرح شده در بخش قبل گردآوری خواهد گردید

ابزار گردآوری داده‌ها

در این مطالعه با توجه به مراحل انجام پژوهش از ابزارهای مختلفی استفاده میشود که شامل :

مرحله اول: مبانی نظری:

مطالعات انجام شده مرتبط داخلی و خارجی، با مراجعه به کتابخانه‌ها و بانک‌های اطلاعاتی معتبر و همچنین گفتگو با صاحب‌نظران مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

مرحله دوم: بررسی وضعیت موجود و تاریخچه موضوع در ایران:

در این قسمت با توجه به چارچوب مفهومی قسمت قبل، پرسشنامه نیمه ساختار یافته‌ای تهیه شده که بعد از تأیید روایی آن توسط متخصصان امر، با تعداد ۲۰ نفر از متخصصین و صاحب‌نظران دانشگاهی و همچنین افرادی که در بخش اجرایی در این زمینه تخصص دارند مصاحبه انجام میگردد. برای گردآوری تاریخچه موضوع در ایران، مستندات و مدارک سازمان‌های متولی و مراکزی که در این زمینه فعالیت داشته‌اند بررسی میشود و گزارش تجربیات ایران در این زمینه در این بخش ارائه میگردد. خروجی این قسمت، الگوی وضعیت موجود ایران میباشد.

مرحله سوم: مطالعه تطبیقی تجربیات سایر کشورها

در این بخش تجربیات ۶ کشور منتخب با استفاده از چارچوب مفهومی که در مرحله ۱ تهیه شده است، استخراج شده و اطلاعات و تجربیات آنها در این زمینه مورد مقایسه قرار میگیرد. برای تحلیل داده‌های این بخش از جداول مقایسه‌ای استفاده میشود. خروجی این بخش مقایسه وضعیت ۶ کشور مورد بررسی و آرایه آنها به صورت بررسی موردی و گزینه‌های پیش رو در زمینه تعیین بسته بیمه درمان پایه و مکمل میباشد.

مرحله چهارم: تعیین اهمیت معیارهای گردآوری شده از مراحل قبل:

در این مرحله معیارهای گردآوری شده از مراحل قبل در قالب یک پرسشنامه به نظرخواهی از کارشناسان بیمه سلامت کشور گذاشته شده و اهمیت هر کدام از معیارها تعیین گردید.

مرحله پنجم: طراحی الگوی اولیه :

در این قسمت الگوی اولیه با توجه به راهکارهای آرایه شده در مطالعه تطبیقی، بخش مصاحبه و مطالعه مفهومی طراحی گردید.

مرحله ششم: معتبرسازی الگو:

این مرحله با هدف معتبرسازی الگوی اولیه و تبدیل آن به الگوی پیشنهادی انجام میشود.

گردآوری داده‌ها به صورت میدانی است. در این مرحله از پرسشنامه‌ای که با استفاده از روش اعتبار محتوا و همچنین آزمون باز آزمون استفاده میشود.

روایی و اعتبار ابزار گردآوری داده‌ها (validity & reliability)

با استفاده از روش اعتبار محتوا و همچنین آزمون بازآزمون اعتبار و روایی پرسشنامه تأیید میشود. بدین طریق که جهت تعیین روایی از نظر خبرگان و متخصصان امر استفاده میشود. ابزار ذکر شده در بالا جهت ایشان فرستاده و اصلاحات احتمالی انجام خواهد گرفت و جهت تأیید پایایی از روش آزمون باز آزمون استفاده می شود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تحلیل داده‌های مرحله بررسی وضع موجود

برای تحلیل داده‌ها در این مرحله از روش تحلیل چارچوبی مشتمل بر ۵ مرحله «آشناسازی»، «شناخت چارچوب مفهومی»، «کدگذاری»، «ترسیم جداول» و «نگاشت و تفسیر» استفاده خواهد شد. این روش تحلیل بیشتر برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات سیاستگذاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. در تمامی مراحل از نرم‌افزار Atlas-Ti استفاده می‌گردد.

تحلیل داده‌های مرحله مطالعه تطبیقی

برای تحلیل داده‌های این بخش از جداول تطبیقی استفاده خواهد شد. وضعیت کشورهای مورد پژوهش و ایران در هر کدام از ابعاد مورد بررسی وارد جداول مقایسه‌ای شده و مورد مقایسه قرار می‌گیرد.

تحلیل داده‌های مرحله تعیین اهمیت معیارها

برای تحلیل داده‌های این مرحله از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار امتیازات هر معیار استفاده می‌گردد.

تحلیل داده‌های مرحله معتبرسازی الگو (دلفی)

برای تحلیل داده‌های پرسشنامه در بخش سؤالات سبک لیکرت از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و فراوانی استفاده می‌شود. سؤالات باز هم به روش تحلیل محتوا مورد بررسی قرار می‌گیرد

## نتیجه گیری:

یافته های تحقیق نشان میدهد با انجام این پژوهش امکان متناسب سازی هزینه های ارائه خدمات به منظور افزایش دسترسی منطقی جامعه بیمه شدگان سازمان های بیمه ای منجله تامین اجتماعی میسر میگردد. همچنین با توجه به نتایج تحقیق حاضر نتیجه گرفته شد که جهت تعیین بسته بیمه مکمل در ایران مطالعات نشان داد میزان پوشش بیمه ای مکمل در ایران شامل تمامی خدماتی است که عدم ارائه آنها، به سلامت بیمار لطمه می زند. بر اساس نتایج حاصل، تعیین مناسب بسته بیمه درمان پایه در ایران نیازمند دیدگاهی نظام مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. همچنین تعهد مدیران ارشد در پیش بردن تدوین مناسب بسته بیمه درمان پایه کشور، نقش حیاتی دارد.

## محدودیت های پژوهش

- ۱- کمبود منابع فارسی در زمینه نحوه تدوین بسته
- ۲- عدم وجود تعریفی واحد از بسته بیمه درمان پایه و مکمل در بین کشورهای مختلف

## فهرست منابع

- ۱- دهنویه رضا، رشیدیان آرش، ملکی محمدرضا، چالش های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران مجله پایش، ۱۳۹۰، سال دهم، شماره ۲، (۳۸)
- ۲- دهنویه رضا، طبیبی سید جمال الدین، ملکی محمدرضا، و همکاران. معیارهای اطلاعاتی برای خدمات بسته ی بیمه ی درمان پایه در کشور از دیدگاه سازمان های بیمه گر پایه. دو ماهنامه مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۳۹۰، سال هفتم، شماره ۲ (۱۴)
- ۳-Williams A. QALYs and ethics: a health economist's perspective. *Social Science and Medicine* 1996;43:1795-804.
- ۴-Ham C, Coulter A. International experience of rationing (or priority setting). In: Coulter A, Ham C, editors. *The global challenge of health care rationing*. Buckingham: Open University Press;2000: 1-12.
- ۵- زارع حسین. یزدانی نگار، آزادی مژگان و همکاران. ارائه ی مدلی برای بیمه های سلامت خصوصی در ایران. مجله طب و تزکیه. دوره ۱۳۸۷، (۳۵)
- ۶- وفایی نجار علی، «بررسی تطبیقی بسته های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ایران و ارائه الگوی مناسب»، پایان نامه دکترا رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی واحد علوم و تحقیقات تهران، ۱۳۸۳
- ۷- احمدپور، محمد حسن. مطالعه تطبیقی بیمه های مکمل خدمات درمانی در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران، سازمان بیمه خدمات درمانی، انتشارات مرکز پژوهش های مجلس شورای اسلامی ۱۳۸۷
- ۸- والاگهر رضا. مطالعه تطبیقی جایگاه بیمه های تکمیلی خدمات درمانی در سایر کشورها. میزان پوشش - حق الزحمه - بسته خدمتی) و ارائه الگویی برای ایران. مرکز مطالعات و تدوین استانداردهای مرکز بیمه سلامت ایران. ۱۳۹۳
- ۹- کریمی ایرج، سالاریان آریتا، عنبری زهره مطالعه تطبیقی برخورداری عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی در چند کشور توسعه یافته و ارائه الگوی مناسب برای ایران. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، سال ۱۲، شماره ۴ ( شماره پیاپی ۴۹)، زمستان ۱۳۸۸-۹۲-۱۰۴
- ۱۰-Genevieve E. "The impact of insurance coverage on consumer utilization of health services: An exploratory study", *International Journal of Bank Marketing*, (2015) Vol. 33 Iss: 3, pp.276 – 297

- ۱۱-Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian Health Insurance System; Past Experiences, Present Challenges And Future Strategies Iranian Journal of Public Health , 2012;41(9):1-9. Epub 2012 Sep
- ۱۲-Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. East Mediterr Health J 2000 Jul;6(4):822-
- ۱۳-Kapiriri L, Douglas KM. A Strategy to Improve Priority Setting in Developing Countries. Health Care Anal. 2007;15:159-167
- ۱۴-Kapiriri L, Norheim OF, Heggenhougen K Using the burden of disease information for health planning in developing countries: experiences from Uganda. Soc Sci Med 2003; 56(12):2433-2441
- ۱۵- دانش دهکردی ناهید. پوشش بهداشت جهانی از دیدگاه قانون. تهران ۱۳۸۰.
- ۱۶- زارع حسن. سیستمهای بهداشتی در جهان سازمان بیمه سلامت. تهران. ۱۳۸۰.
- ۱۷-Wong H, Bitran R, Shepard DS, Thompson MS. Designing a benefits package: cost-effectiveness analysis in health: first principles. Bitran y Asociados, October 1999; pp 41-52.
- ۱۸-Health Insurance Organization. Health Insurance Organization laws: Tehran, 1995
- ۱۹-Lacey A, Luff D. Trent focus for research and development in primary health care: An introduction to qualitative analysis. Unpublished manuscript, Trent Focus 2001
- ۲۰-Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: Analysing qualitative data. BMJ: British Medical Journal 2000;320(7227):114.
- ۲۱-Bryman A, Burgess RG. Analyzing Qualitative Data. Routledge; 1994.