





بیمه های سلامت و نقش آنها در نظام سلامت و برنامه تحول

دکتر علیرضا اولیایی منش
وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

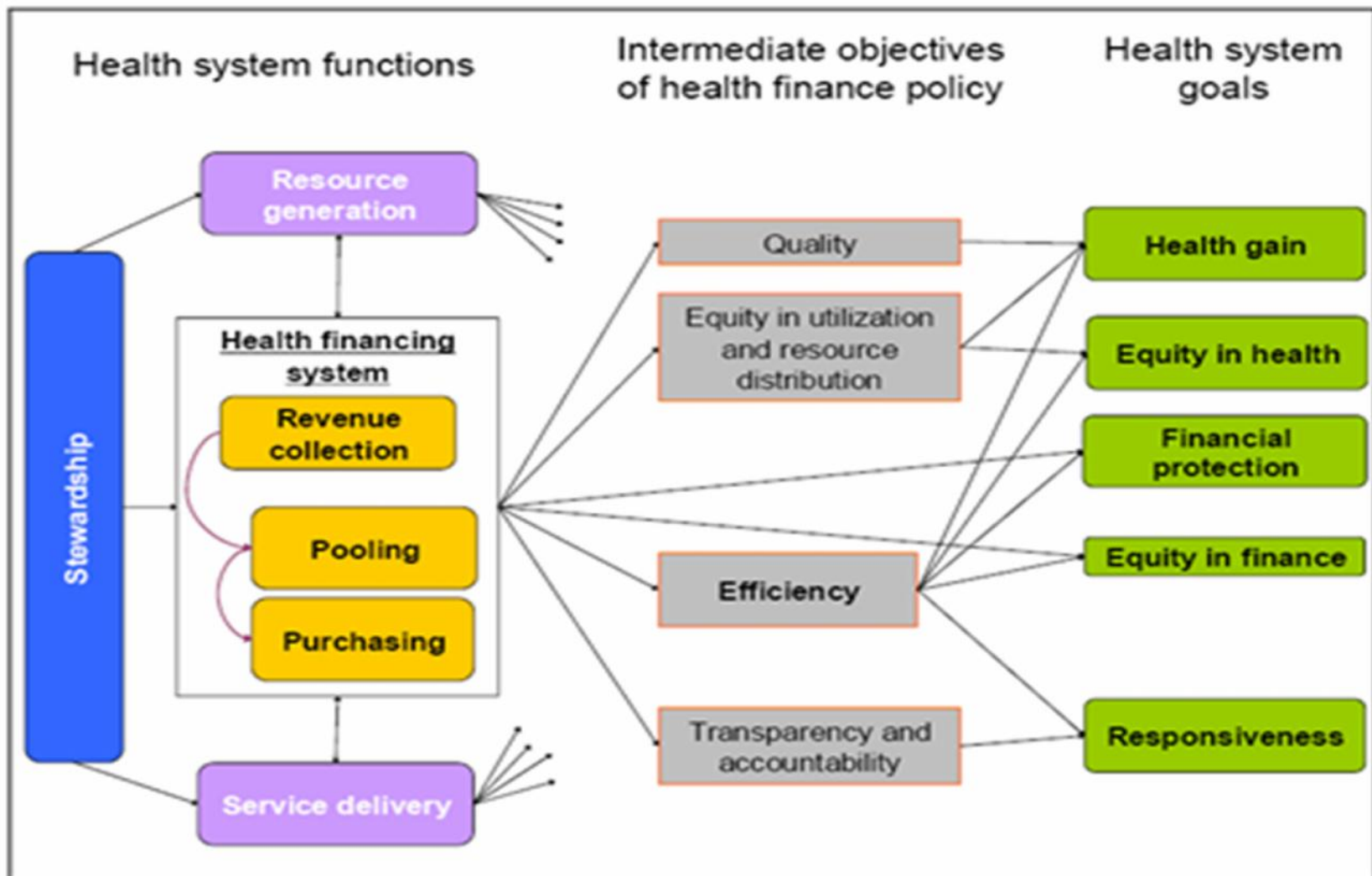


محتوای ارائه

- اهداف و عملکرد های بیمه های سلامت
- روند تغییرات در بافتار تامین مالی سلامت کشور
- وضعیت عملکرد سازمانهای بیمه گر قبل و بعد از طرح تحول
- نقش سازمانهای بیمه پایه در برنامه تحول نظام سلامت
- چالش های کلی بیمه های سلامت در اجرای طرح تحول



اهداف و کارکردهای نظام سلامت



بیمه سلامت – اهداف

- پوشش همگانی
- مشارکت عادلانه و متناسب مردم
- حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت
- ارتقای دسترسی به بسته خدمات
- تامین مالی نظام سلامت (با رویکرد بیمه)



بیمه سلامت – عملکردها

□ تجميع منابع

□ مشاركت در تعيين حق بيمه

□ مديريت منابع و سهم منابع عمومي در بيمه هاي سلامت

□ انباشت ريسك

□ پوشش جمعيتي

□ خريد خدمات

□ پوشش بسته خدمات

□ تعامل با ارائه كنندگان خدمات سلامت

□ انتخاب نظام پرداخت متناسب با بافتار نظام سلامت

□ مشاركت در تدوين تعرفه هاي خدمات و مراقبتهاي سلامت

□ مشاركت در تعيين سهم بيمار در خريد خدمات (فرانشيز)



تغییرات مهم قبل از سال ۱۳۸۹

- تصویب قانون بیمه همگانی کشور و تغییرات ناشی از تصویب قانون
- تصویب نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی
- تشکیل وزارت رفاه
- اجرای برنامه بیمه خویش فرمای خدمات درمانی
- اجرای برنامه بیمه روستاییان
- کاهش تدریجی نقش بیمه ها در تامین هزینه های سلامت
- تغییرات رفتار ارایه دهندگان !!!(اقتصادی - خصوصی، دولتی)
- فعالیت بیمه های تکمیلی(بیمه های تجاری در حوزه سلامت)
- ابلاغ افق چشم انداز
- تغییر محل تعرفه گذاری خصوصی
- برنامه های ۵ ساله



باز خوانی قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور

- ماده ۱- تعاریف
- ماده ۲- مجوز و محل تشکیل شورای عالی بیمه و بیان وظایف کلی
- ماده ۳- ترکیب شورای عالی
- ماده ۴- پوشش همگانی (فراگیر)
- ماده ۵- تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی اصلاحی ۷/۸/۱۳۷۴
- ماده ۶- بیمه تکمیلی (مضاعف)
- ماده ۷- وضعیت سایر بیمه ها (بعد از تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی)
- ماده ۸- تعرفه های خدمات تشخیصی و درمانی
- ماده ۹- حق بیمه سرانه خدمات درمانی
- ماده ۱۰- حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو(بسته خدمات)
- ماده ۱۱- تامین خدمات بهداشتی
- ماده ۱۲- حق بیمه و نظام رایه خدمات درمانی روستاییان
- ماده ۱۳- نحوه محاسبه حق بیمه
- ماده ۱۴- حق بیمه سرانه خدمات درمانی افراد نیازمند (تشخیص و تعیین افراد نیازمند)
- ماده ۱۶- سایر دستگاهها و قانون بیمه همگانی
- ماده ۱۷-وظیفه رایه کنندگان
- ماده ۱۸- تدوین آیین نامه ها (توسط وزارت بهداشت)
- ماده ۱۹- تکلیف مقررات قبلی



باز خوانی قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی

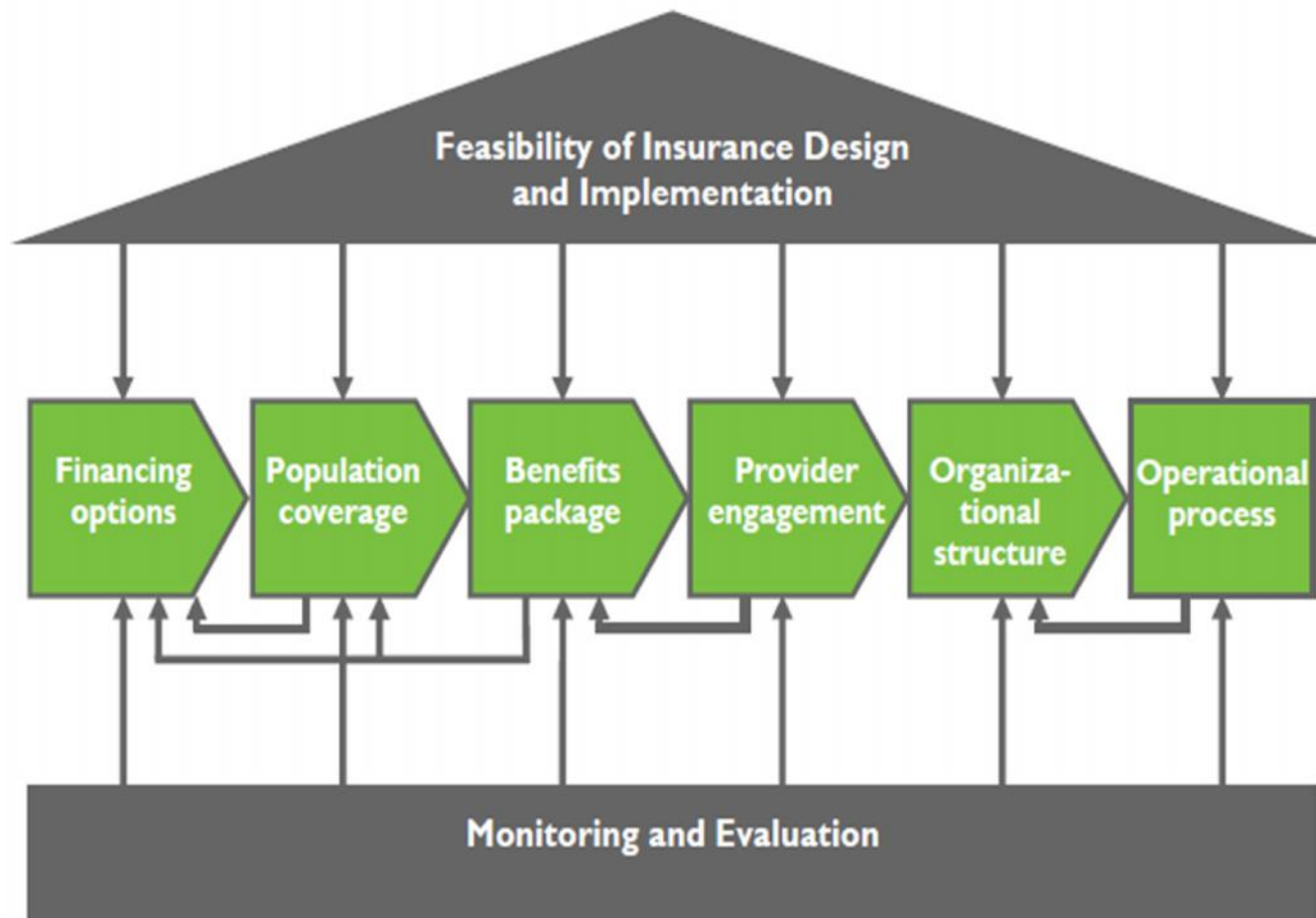
- ۱ - در اجرای اصل بیست و نهم (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و همچنین بندهای (۲) و (۴) اصل بیست و یکم (۲۱) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و در جهت ایجاد انسجام کلان سیاستهای رفاهی که به منظور توسعه عدالت اجتماعی و حمایت از همه افراد کشور در برابر رویدادهای اجتماعی، اقتصادی، طبیعی و پیامدهای آن، نظام تأمین اجتماعی با رعایت شرایط و مفاد این قانون و از جمله برای امور ذیل برقراری گردد:
 - الف - بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت.
 - ب - بیکاری.
 - ج - پیری
 - د - در راهماندگی، بی سرپرستی و آسیبهای اجتماعی.
 - هـ - حوادث و سوانح.
 - و - ناتوانیهای جسمی، ذهنی و روانی.
 - ز - بیمه خدمات بهداشتی، درمانی و مراقبت‌های پزشکی.
 - ح - حمایت از مادران به خصوص در دوران بارداری و حضانت فرزندان.
 - ط - حمایت از کودکان و زنان بی سرپرست.
 - ی - ایجاد بیمه خاص بیوگان، زنان سالخورده و خودسرپرست.
 - ک - کاهش نابرابری و فقر.
 - ل - امداد و نجات

تغییرات بعد از شروع برنامه پنجم

- تصویب سامانه نظام جامع خدمات سلامت در قانون برنامه
- تشکیل سازمان بیمه سلامت
- بستر سازی ادغام صندوقهای بیمه
- باز تعریف وظایف و ساختار شورای عالی بیمه سلامت (بیمه خدمات درمانی)
- تغییر وضعیت بیمه های تکمیلی در قانون برنامه
- نزدیک شدن به تعرفه های واقعی در سالهای اخیر
- ممنوعیت اشتغال همزمان نیروی انسانی شاغل در بخش دولتی و خصوصی سلامت
- قانون بیمارستانهای هیات امنایی
- و.....



ارکان بیمه های سلامت



وضعیت بیمه های پایه قبل از طرح تحول سلامت

- کسری و تاخیر زیاد در پرداختها
- توجه ناکافی به حفاظت مالی بیمه
- مقاومت در برابر تغییرات تعرفه و رفتن به سمت قیمت واقعی و نتیجه مقاومت در برابر رشد سهم دولت در منابع سلامت
- در برابر تعرفه دار شدن خدمات جدید
- مقاومت در برابر تغییر در بسته خدمات و پوشش بیمه ای خدمات جدید و خروج خدمات غیر
- شفافیت ناکافی در عملکرد و اشکال در شفافیت اطلاعاتی، همپوشانی بین سازمانها در پوشش بیمه ای افراد،

وضعیت بیمه های پایه قبل از طرح تحول سلامت

- نبودن کافی به ایجاد هزینه غیر توسط ارائه کننده و گیرنده (استفاده ناکافی از شواهد مانند GL , HTA در پوشش بیمه ای خدمات)
- ناهمگونی در سیاستها و عملکرد بین سازمانهای بیمه پایه در بسته مورد تعهد
- سلامت نگر نبودن رویکرد بیمه ها
- تضاد منافع برخی سازمانهای بیمه بدلیل داشتن بخش بیمه گری، تجاری و اقتصادی و ارائه کنندگی
- اشکالات فرایندهای بیمه گری و رسیدگی به اسناد و کسورات
- تاخیر در اجرای قوانین بالا دستی از جمله عدم توجه به خرید راهبردی و خرید خدمات هزینه اثر بخش (38) و نیز تجمیع (38)
- مقاومت در برابر سیاستگذاری متولی سلامت مردم و در برابر تغییر و تحولات جدید،

وضعیت بیمه های تکمیلی قبل از طرح تحول سلامت

- گوناگونی در سیاستها و عملکرد سازمانهای بیمه گر تکمیلی متعدد
- عدم الزام قانونی بیمه های تکمیلی به پاسخگویی به شورای عالی بیمه
- شفافیت ناکافی در عملکرد بیمه های تکمیلی حتی برای بیمه مرکزی (حسابهای ملی)
- تداخل عملکرد بیمه های تکمیلی در پوشش خدمات پایه
- هماهنگی ناکافی بین سیاستهای بیمه های تکمیلی و پایه
- نتیجتاً کارآمدی پایین بیمه های پایه و تکمیلی و پایین آمدن سهم آنها گردش مالی نظام سلامت

عملکرد بیمه های پایه و تکمیلی بعد از طرح تحول

- بهبود و ارتقای همکاری و هماهنگی بین سازمانهای بیمه گر پایه و تکمیلی از یکطرف و وزارت بهداشت و رفاه در همه ابعاد از جمله:
 - کاهش زمان مطالبات،
 - همکاری نزدیک در اجرای بسته های طرح تحول توسط بیمه های پایه و تکمیلی
 - واگذاری نقش نظارتی برای برخی از بسته های طرح تحول به سازمان بیمه سلامت
 - همکاری سازمانهای بیمه پایه در حرکت به سمت قیمت واقعی
 - همکاری بسیار نزدیک سازمانهای بیمه پایه در تدوین و اجرایی نمودن کتاب ارزش نسبی،
 -

نتیجه گیری

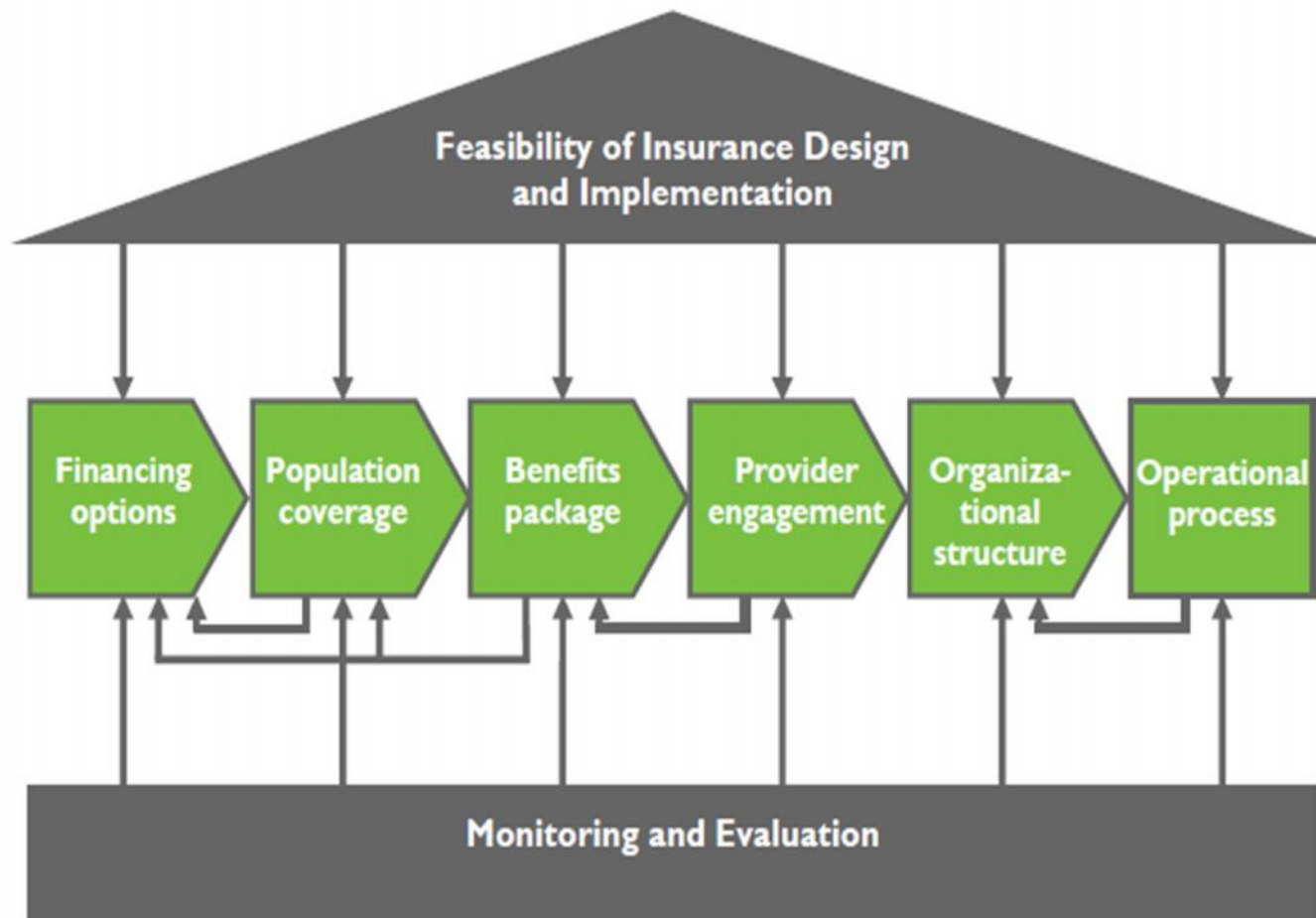
○ وجود مشکلات ریشه ای در نظام بیمه ای کشور، همکاری تنگاتنگ و بی سابقه ای بین سازمانهای بیمه پایه و تا حدودی تکمیلی و متولیان سلامت کشور شکل گرفته ولی شکننده و گذرا است.

○ با وضع موجود ، علیرغم تلاش ها و خدمات مدیران و پرسنل دلسوز بخش بیمه ای کشور، نظام بیمه ای در تحقق اهداف پوشش همگانی در ابعاد جمعیتی، خدمتی و قیمتی ناموفق خواهد بود.

○ پیشنهاد:

○ اصلاحات اساسی در همه ارکان مرتبط با بیمه سلامت از جمله در قوانین ساختارها و فرایندهای بیمه گری در بخش پایه و تکمیلی در کشور (حتی قانون بیمه همگانی تاکید بر پوشش همگانی و حفاظت از منابع عمومی با ایجاد میکند)

ارکان بیمه های سلامت



نقش بیمه های سلامت در طرح تحول نظام سلامت

□ به عنوان تامین کننده منابع مالی نظام سلامت

□ به عنوان ارائه خدمات مراقبتهای سلامت

□ همکاری در اجرای اثر بخش برنامه تحول

□ گسترش پوشش جمعیتی



تامین کننده منابع مالی نظام سلامت

بیمه های متولی :

- کلیه سازمان های بیمه گر پایه
- کلیه شرکت های بیمه تکمیلی

○ تکالیف اصلی :

- پایبندی به احکام و اسناد بالا دستی (برنامه پنجم - برنامه تحول و ...)
- ایجاد ساز و کار مناسب برای مشارکت مالی عادلانه خانوار
- ایجاد ساز و کار مناسب برای افزایش سهم بیمه ها از منابع دولتی
- تسهیل فرایندهای بیمه گری
 - رسیدگی بر اساس ضوابط و حسابرسی و تادیه به موقع مطالبات
 - تسهیل فرایندهای تایید و تجویز خدمات
 - صدور بیمه نامه یا دفترچه در بیمارستان



تامین کننده منابع مالی نظام سلامت (ادامه)

○ تکالیف اصلی :

○ خرید راهبردی خدمات :

- رعایت تعرفه های مصوب (مرحله سوم تحول نظام سلامت)
- حفظ تعهدات و ارتقاء پوشش خدمات (تعهدات ریالی و خدمات)
- یکسان سازی تعهدات بیمه های سلامت
- توسعه و حفظ قراردادها با مراکز ارائه خدمات با اولویت های برنامه تحول
- بستر سازی بکار گیری نظام پرداخت مناسب و موثر در اجرای برنامه
- یکپارچه سازی و مدیریت اطلاعات بیمه در حوزه تامین مالی سلامت



ارائه خدمات مراقبت‌های سلامت

بیمه های متولی :

- سازمان تامین اجتماعی
- سازمان بیمه نیروهای مسلح
- سازمان بیمه کمیته امداد امام خمینی (ره)

○ تکالیف اصلی :

- مشارکت در برنامه شهرهایی که تنها مرکز ارائه خدمات تابع سازمان است
- تکمیل خدمات بر اساس سطح بندی خدمات سلامت در مراکز ملکی متبوع سازمان و تکمیل بسته خدمات منطقه برای مشارکت در برنامه
- رعایت تعرفه های دولتی
- رعایت ضوابط ارائه خدمات مانند عدم اعزام بیماران به بیرون
- ارائه خدمات برای مراجعین غیر تحت پوشش مانند جمعیت تحت پوشش
- تبعیت از مبانی مدیریت اطلاعات و تبادل اسناد



همکاری در اجرای اثر بخش برنامه تحول

بیمه های متولی :

- کلیه سازمان های بیمه گر پایه
- کلیه شرکت های بیمه تکمیلی

○ تکالیف اصلی

- رسیدگی به اسناد یارانه برنامه تحول (سازمان بیمه سلامت)
- نظارت بر اجرای برنامه ها در بیمارستانها (سازمان بیمه سلامت)
- حفظ و ارتقای تعهدات کلیه سازمان های بیمه گر (پایه و تکمیلی)
- حمایت از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع



حفظ و گسترش پوشش جمعیتی

بیمه متولی :

○ سازمان بیمه سلامت

○ تکالیف اصلی :

- یکسان سازی بانک های اطلاعاتی بیمه های سلامت
- ایجاد فرایند شناسایی جمعیت فاقد پوشش بیمه
- ایجاد فرایند شناسایی جمعیت نیازمند فاقد پوشش بیمه
- ایجاد سامانه های ثبت نام متقاضیان و برنامه ریزی جهت صدور بیمه نامه یا دفترچه بیمه
- طراحی برنامه عملیاتی برای تداوم برنامه و منابع لازم



نتیجه یک مطالعه از عملکرد سازمانهای
بیمه گر در طرح تحول



۴ بعد کلی عملکرد همکاری سازمان های بیمه گر پایه در همکاری بین بخشی با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در اجرای اثربخش طرح تحول نظام سلامت

توضیحات	ابعاد همکاری
<ul style="list-style-type: none"> - سازمان بیمه سلامت با تحت پوشش قرار دادن ۸ میلیون نفر در سال ۱۳۹۳ عملکرد قابل قبول در افزایش پوشش همگانی داشته است. 	ارتقا پوشش همگانی
<ul style="list-style-type: none"> - تعهدات ریالی در سازمان های بیمه پایه تامین اجتماعی، کمیته امداد و نیروهای مسلح، کاهش و در سازمان بیمه سلامت تغییری نداشته است. - هزینه کلی سازمان های بیمه گر به دلیل افزایش حجم ارائه خدمت در بیمارستانهای دولتی و انجام کلیه خدمات مورد تعهد بیمه در خود بیمارستان، افزایش یافته است. 	ارتقا تعهدات ریالی
<ul style="list-style-type: none"> - تعهدات خدمتی در سازمان های بیمه پایه تامین اجتماعی، کمیته امداد و نیروهای مسلح، کاهش و در سازمان بیمه سلامت تغییری نداشته است. - بر اساس تفاهم نامه ای بین سازمان های بیمه گر پایه و وزارت بهداشت، خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه گر، به سمت یکسان شدن پیش می روند. 	ارتقا تعهدات خدمتی
<ul style="list-style-type: none"> - فرآیند مدیریت اطلاعات؛ مدیریت اطلاعات با ایجاد سیستم HIS در سطح بیمارستانها بهبود قابل توجه داشته است، عملکرد سازمان های بیمه در اصلاح فرآیند مدیریت اطلاعات و بروز چالش های تابع آن قابل بهبود می باشد. - عملکرد سازمان های بیمه گر در تبعیت از بهبود فرآیند قیمت گذاری تجهیزات و لوازم مصرفی پزشکی که توسط معاونت غذا و دارو انجام شد قابل قبول بوده است. - فرآیند رسیدگی به اسناد یارانه سلامت که متولی انجام آن سازمان بیمه سلامت تعریف شده است قابل بهبود می باشد. 	اصلاح فرآیندهای سازمانی

سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت

- بند ۷-۱ تولیت نظام سلامت شامل سیاستگذاری‌های اجرایی، برنامه‌ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
- بند ۷-۲ مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر نهادها
- بند ۹ توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:
- بند ۹-۱ همگانی ساختن بیمه پایه درمان
- بند ۹-۲ پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای احاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.

سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت

- بند ۳-۹ ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت لازم برخوردار باشد.
- بند ۴-۹ تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت درمان و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت موثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زائد و هزینه‌های غیر ضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان
- بند ۵-۹ تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمانی
- بند ۱۰ تامین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تاکید بر:(شفاف سازی قانونمند درآمدها، افزایش سهم سلامت، وضع عوارض بر محصولات زیان‌آور، پرداخت یارانه به بخش سلامت و....)

خرید راهبردی خدمات سلامت

- خرید راهبردی به مفهوم مداخلاتی است که پاسخگویی سیستم بیمه ای را افزایش داده و موجب تناسب مالی می شود.
- برای طراحی الگوی خرید راهبردی توجه به این موضوع ضروری است که سیاستهای تامین مالی در بخش سلامت اثرات مستقیم اقتصادی را در جامعه بدنبال دارد.
- بنابراین ضروری است در طراحی خرید راهبردی خدمات سلامت آنچه صلاح جامعه در ارائه کالاهای سلامت است انجام شده و از آنچه که برای جامعه بد تلقی می گردد پرهیز شود.



ابعاد خرید راهبردی

۱. برای چه کسی بخریم؟

- در صورتی که قصد داشته باشیم پوشش نیازهای پایه سلامت کلیه افراد جامعه را اولویت ملی تلقی کنیم به گونه ای که هر فرد خدمات کافی را در ارتباط با نیازهای ویژه خود دریافت دارد یک سطح پایه از آنچه که هم اکنون فراهم می شود باید تعیین گردد.
- توجه به دسترسی جغرافیائی، دسترسی اقتصادی و دسترسی اجتماعی فرهنگی در این بحث حائز اهمیت می باشد.



ابعاد خرید راهبردی

۲. چه چیزی خریداری شود؟ (بسته خدمات)

○ به هنگام تصمیم گیری در اینکه چه چیزی بخریم گزینه های متفاوت در سطوح متفاوت باید لحاظ شود . ترکیب نهائی باید منابع مختلف تامین مالی را برای پوشش مصارف سلامت تامین نماید .

○ در کشورهای کم درآمد اولویتها در راستای اهداف توسعه هزاره طراحی می شود . به هنگام کمبود منابع باید توجه جدی به کارائی شود بنابراین ارزیابی هزینه- اثربخشی در هدایت منابع از اهمیت برخوردار است و مراقبتها با حداقل هزینه باید انجام شود .



ابعاد خرید راهبردی

۳. از چه کسی باید خرید؟

- هدف اصلی یک خریدار استراتژیک دستیابی به یک سازگاری لازم بین مداخلاتی است که می خواهد بخرد و خدماتی است که فراهم کننده در ظرف زمانی معین با استانداردهای بالای کیفیت و در حداقل قیمت ممکن می تواند فراهم نماید.



ابعاد خرید راهبردی

۴. چه روش پرداختی مناسب است؟

- خریدار در نگاه اول درخصوص اهداف سیاستگذارانه مانند افزایش منابع، کارائی، محدودسازی هزینه ها، دسترسی به کیفیت، سادگی اجراء و یا ترکیبی از آنها تصمیم می گیرد. نظام پرداخت بایستی در راستای دستیابی به یک یا چند مورد از اهداف فوق باشد.
- خریدار سازوکار پرداخت را در دو محور می بیند: **واحد پرداخت و سطح پرداخت**
- واحد پرداخت می تواند کاملاً مشخص باشد، مانند تعداد ویزیت یا تعداد تست های انجام شده. واحد پرداخت می تواند تجمعی باشد مانند یک دوره از مراقبت یا خدمات مورد نیاز در مدت زمان مشخص مانند یکسال
- سطح پرداخت مبتنی خواهد بود بر: استاندارد و هزینه مورد انتظار خدمات؛ تعداد فراهم کنندگان؛ رقابت بین فراهم کنندگان؛ حجم محصول سلامت؛ فراهم بودن اطلاعات خوب؛ توان بیماران برای مشارکت در هزینه ها



ابعاد خرید راهبردی

۵. با چه قیمتی؟

- قیمتی که خریداران خدمات سلامت می پردازند، باید واقعی و قابل پرداخت باشد. قیمت از عوامل زیر تأثیر پذیری دارد:
 - روش پرداخت به فراهم کننده؛
 - وجود اطلاعات شامل هزینه ها ، حجم خدمات ، نتایج حاصله ، روشهای محاسبه هزینه فراهم کننده؛
 - ویژگی های خریداران و فراهم کنندگان شامل فضای قوانین ومقررات ، خود مختاری فراهم کننده ، قدرت چانه زنی و شدت رقابت.





با توجه از توجه شما

