

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

بررسی تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر نظام بیمه ای کشور

گزارش مرحله اول و دوم

مجریان طرح

علیرضا اولیایی منش

محمد جواد کبیر، مجتبی عطری، کامران اصغری

محمدرضا مبینی زاده، مانی یوسف وند

فرشاد ولی پور، زهرا گودرزی

مدیر اجرایی طرح

عفت محمدی

موسسه ملی تحقیقات سلامت

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

فهرست مطالب

عنوان	شماره صفحه
مقدمه	۳
بررسی بافتار کنونی تامین مالی نظام سلامت و جایگاه بیمه های سلامت در کشور	۴
تشریح نظام تامین مالی کشور	۴
سیستم بیمه های سلامت کشور	۱۰
اسناد و قوانین بالادستی مرتبط با بیمه های سلامت در کشور	۲۲
بررسی وضعیت ارکان بیمه های سلامت در کشور	۲۸
تامین مالی	۲۹
جمعیت تحت پوشش	۳۰
بسته خدمات تحت پوشش	۳۰
ارائه خدمت	۳۱
ساختار و فرآیندهای عملیاتی	۳۱
منابع عمومی قابل هزینه کرد از طریق بیمه	۳۳
منابع بیمه اجتماعی	۳۳
تعهدات بسته خدمات بیمه پایه سلامت	۳۴
بررسی تجربیات ۴ کشور در خصوص اصلاحات در نظام تامین مالی سلامت	۳۵
اصلاحات نظام سلامت آمریکا	۳۶
اصلاحات نظام سلامت ترکیه	۵۳
اصلاحات نظام سلامت کره جنوبی	۶۲
اصلاحات نظام سلامت تایلند	۶۹
بررسی فلسفه و اهداف طرح تحول نظام سلامت و جایگاه بیمه های سلامت در آن	۷۴
اهداف و اجزاء طرح تحول سلامت	۷۴
اهداف نهایی طرح تحول نظام سلامت	۷۵
تشریح بسته های طرح تحول نظام سلامت	۷۷
جایگاه بیمه های سلامت در طرح تحول نظام سلامت	۸۴
بررسی تاثیر طرح تحول بر سهم تامین کنندگان مالی نظام سلامت	۸۵
تعیین روند رشد جمعیت تحت پوشش سازمان های بیمه سلامت در اجرای طرح تحول نظام سلامت	۸۶
بررسی تاثیر طرح تحول بر روند بار مراجعه بیمه شدگان مشمول طرح تحول	۸۸
بررسی تاثیر طرح تحول بر بار مالی سازمانهای بیمه پایه سلامت	۹۷
بررسی تاثیر طرح تحول بر رشد تعرفه خدمات سلامت	۱۰۱
بررسی تاثیر طرح تحول بر عملکرد بیمارستان های دولتی	۱۰۸
بررسی تاثیر طرح تحول بر بیمه های تکمیلی سلامت در کشور	۱۱۲
تاثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی و ضوابط سازمان های بیمه سلامت	۱۱۴
موضوع ۱: ابعاد پوشش همگانی سلامت	۱۱۴
موضوع ۲: فرآیند های اجرایی سازمان	۱۱۶
موضوع ۳: ساختار و مقررات	۱۲۰

۱۲۶.....	بحث و نتیجه گیری.....
۱۲۶.....	بحث و تفسیر یافته های پژوهش.....
۱۳۴.....	نتیجه گیری.....
۱۳۵.....	پیشنهادات و راهکارها.....
۱۳۶.....	محدودیت های پژوهش.....
۱۳۷.....	منابع.....

مقدمه

عدالت در سلامت و برقراری آن در سطح کلان جامعه در گرو اتخاذ سیاستهای مناسب از سوی سیاست گذاران و متولیان نظام سلامت است و در این میان سیاستهای سلامت و نظام های تامین منابع مالی و پرداخت هزینه ها به ویژه رویکردهای بیمه سلامت به علت نقش آن در جمع آوری منابع بخش سلامت و هدایت آن به سمت افراد نیازمند و نیز کاهش ارتباط مالی ارائه دهنده خدمت و بیمار تاثیر بسزایی بر کارایی و کنترل مطلوب هزینه های نظام سلامت دارند (۱،۲،۳).

منابع مالی مورد نیاز برای تامین هزینه های بخش سلامت از طرق مختلفی از جمله مالیات، حق بیمه های اجتماعی و پرداختهای مستقیم توسط بیماران تامین میگردد. تناسب بین منابع مختلف مالی و روشهای تامین منابع در شاخص عدالت در تامین منابع مالی تاثیر گذار است. موضوعی که به علت سهم بالای پرداخت از جیب بیماران، در حال حاضر به شدت شاخص تامین مالی عادلانه را تحت تاثیر قرار داده است. منطقی نمودن این شاخص در سطح کشورها احتمالاً نیازمند انجام اصلاحاتی در نظام سلامت و تامین مالی آن را می طلبد. اصلاحات در نظام سلامت، جز راهبردی ترین مباحثی است که در سراسر دنیا مورد مطالعات جدی قرار گرفته است. رویکردها و دیدگاه های متنوع صاحب نظران این حوزه، ضرورت رسیدن به نگرش مشترک، کاربردی و علمی را دو چندان کرده است (۴).

در زمینه ی اصلاحات در سیستم تامین مالی سلامت در کشورهای مختلف جهان مطالعات متعددی صورت گرفته است. این مطالعات به توصیف تغییرات و فاکتورهای قابل ارزیابی پرداخته اند. یک نظام تامین مالی باید به گونه ای طراحی شده باشد که مانع اتلاف منابع شود. بنابراین طراحی نظام تامین مالی با توجه به زیرساخت ها و قوانین موجود، امر بسیار مهمی است.

نظام سلامت کشور نیز اخیراً توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت های بهداشتی اولیه به پیشرفت های چشم گیری در سطح کلی سلامت مردم و بالا رفتن شاخصهای مربوط به آن برسد، اما همچنان یکی از مهم ترین دغدغه های سیاستگذاران، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت در کشور با عنایت به وظایف و ماموریت های کلی و اسناد بالادستی بویژه سند چشم انداز ۲۰ ساله، سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه های دولت یازدهم اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی آغاز کرده است. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا می شود (۵) تا بتدریج با همکاری خدمتگذاران عرصه سلامت شاهد تحقق سیاست های کلی رهبری و ارتقای مورد انتظار در نظام سلامت باشیم.

طراحی و تدوین این مجموعه برنامه ها از مهرماه سال ۹۲ با در نظر گرفتن مهمترین نیازهای سلامتی مردم و با مشارکت اندیشمندان، کارشناسان و مدیران اجرایی بخش سلامت آغاز و با صرف ۱۵۰۰۰ نفرساعت کار کارشناسی انجام شد و علیرغم تنگناهای مالی ناشی از شرایط تحریم گسترده علیه مردم کشورمان، تامین و تخصیص منابع مورد نیاز در اولویت دولت قرار گرفت.

اجرای این طرح از سال گذشته تا کنون تاثیرات متعددی بر رفتار گیرندگان خدمت، ارائه دهنده گان خدمت و عاملین تامین مالی نظام سلامت داشته است. بررسی و تحلیل این تاثیرات می تواند سیاست گذاران و برنامه ریزان را در جهت اصلاح و بهبود مستمر اهداف نهایی نظام سلامت یاری رساند. پروژه حاضر در همین جهت و با هدف بررسی تاثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر نظام بیمه ای کشور، به عنوان یکی از مهمترین عاملین تامین مالی نظام سلامت تدوین شده است.

در این گزارش (گزارش نهایی پروژه) ضمن ارائه اهداف بررسی شده در گزارش اول، شامل: بررسی بافتار کنونی تامین مالی نظام سلامت و جایگاه بیمه های سلامت در کشور، بررسی تجربیات ۴ کشور در خصوص اصلاحات در نظام تامین مالی سلامت، بررسی فلسفه و اهداف طرح تحول نظام سلامت و جایگاه بیمه های سلامت در آن، بررسی وضعیت ارکان بیمه های سلامت در کشور؛ به ارائه یافته های سایر اهداف پروژه که عبارتند از: بررسی تاثیر طرح تحول بر سهم تامین کنندگان مالی نظام سلامت، تعیین روند رشد جمعیت تحت پوشش سازمان های بیمه سلامت در اجرای طرح تحول نظام سلامت، بررسی تاثیر طرح تحول بر روند بار مراجعه بیمه شدگان مشمول طرح تحول، بررسی تاثیر طرح تحول بر بار مالی سازمانهای بیمه پایه سلامت، بررسی تاثیر طرح تحول بر ضوابط و مقررات سازمان های بیمه پایه سلامت، بررسی تاثیر طرح تحول بر ارکان بیمه های تکمیلی سلامت در کشور پرداخته شد. در پایان بحث و نتیجه گیری مطالعه ارائه شده است.

بررسی بافتار کنونی تامین مالی نظام سلامت و جایگاه بیمه های سلامت در کشور

تشریح نظام تامین مالی کشور

نظام تامین منابع مالی از اجزاء بسیار مهم یک نظام سلامت می باشد؛ یعنی ساز و کارهایی که پول از طریق آنها بسیج، جابجا یا در واقع تجهیز می شود تا فعالیت های بخش سلامت را تامین اعتبار کند. و همچنین ساز و کارهای نحوه ی استفاده از این پول (یعنی تخصیص)(۴). به طور خلاصه، وصول درآمد، یک کاسه کردن سرمایه و خرید خدمات سه وظیفه ی یک نظام تامین مالی سلامت می باشند(۶). تامین منابع مالی تاثیر بسیار مهمی بر عملکرد نظام سلامت می گذارد، تامین مالی است که تعیین می کند، چقدر پول موجود است؟ چه کسی بار مالی را تحمل می کند/ چه کسی اعتبارات را کنترل می کند؟ چگونه خطرات انباشته می شوند و آیا می توان هزینه های مراقبت سلامت را کنترل کرد یا خیر؟(۴)

در سومین هزاره ی تاریخ موسسات خدمات سلامت درمانی در مقابل آینده ای قرار دارند که در آن افزایش هزینه ها به عنوان اولین عامل مورد توجه قرار می گیرد و سایر عوامل در عرضه ی خدمات در رده های بعدی مطرح می شوند(۷). در زمینه ی تامین مالی بخش سلامت سه مساله ی قطعی وجود دارد: اول اینکه، به هزینه های خدمات سلامت روز به روز افزوده می گردد، دوم اینکه، علوم و فناوری روز به روز در حال پیشرفت است بدون اینکه متوقف شود، سوم اینکه تصویر جمعیت شناسی جهان مسیر فزاینده ای را طی میکند(۸). نظام های مراقبت سلامت ممکن است با منابع متعدد خصوصی یا دولتی تامین مالی شوند. این منابع (صندوق های مالی) می توانند برای موسسات خصوصی یا دولتی منظور و

برای خدمات سلامت عمومی و سلامت خصوصی عرضه شوند(۶). از تمام چالش های حوزه ی سلامت آنچه به نظر می رسد ذهن سیاستمداران و مدیران را به شدت اشغال کرده و مدام بر اندیشه و اقدام آنها تاثیر خواهد گذاشت؛ هزینه ها، منابع مالی ناپایدار و محدود شدن تدریجی منابع می باشد(۹). از سوی دیگر روند اعتبارات و تنوع فعالیت ها در بخش سلامت، پائین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه ی عمومی دولت و پائین بودن سهم هزینه های بخش سلامت از مجموع تولید ناخالص ملی، بالا بودن سهم هزینه های سلامت خانوارها از مجموع هزینه های خانوارها در کشور، از عوامل منفی تاثیر گذار بر اقتصاد نظام سلامت و تامین کارا منابع مالی در بخش سلامت محسوب می شوند(۱۰).

چه به صورت تلویحی و چه به صورت صحیح و دقیق، هر کشور باید در مورد یک راهبرد تامین مالی به تصمیم نهایی برسد، یعنی اینکه قرار است از چه ترکیبی از روش های تامین مالی برای تامین اعتبارات نظام سلامت خود استفاده کند. پنج انتخاب کلی ممکن عبارتند از: درآمد های عمومی، بیمه ی اجتماعی، بیمه ی خصوصی، پرداخت مستقیم توسط بیماران و تامین مالی جامعه ای است(۴).

نظام تامین مالی در ایران از چندین جزء تشکیل شده است. جریان سرمایه در نظام سلامت ایران بیانگر آن است که درآمدهای دولت(از محل فروش دارائی های عمومی، مالیات ها...)، بیمه های سلامت (از محل حق بیمه ها و کمک های دولت) و پرداخت های خصوصی و مستقیم افراد عمده ترین منابع وصول درآمد را تشکیل می دهند(۶). نقش اصلی بودجه عمومی در تامین مالی خدمات سلامت ایران، بر پوشش خدمات بهداشتی متمرکز است. شبکه بهداشتی گسترده کشور (که در مناطق روستایی جامعیت بیشتری دارد) از بودجه کشور تامین می شود و ارایه خدمات آن نیز بیشتر توسط بخش دولتی است. اما نقش بودجه دولت به خدمات سطح بهداشت ختم نمی شود. بسیاری خدمات سطح دوم، به خصوص درمان های گرانقیمت بیماری های خاص (مانند هموفیلی، تالاسمی و درمان های جایگزین کلیه) از بودجه عمومی دولت استفاده می کنند. همینطور هزینه های زیرساخت بیمارستان های دولتی از بودجه دولت تامین می شود و یارانه دولت در جبران هزینه های تولید داروها نقش مهمی دارد (۶).

بیمه های اجتماعی درمان حدود ۹۰٪ جمعیت را برای خدمات درمانی نظیر خدمات سرپایی، تشخیصی و بستری پوشش می دهند. عمق این پوشش بسته به نوع خدمت و مکان ارایه، و تاحدودی بسته به سازمان بیمه گر متغیر است. بیمه گران اجتماعی خدمات سلامت شامل سازمان بیمه سلامت (گروه اصلی بیمه - شدگان شامل کارکنان دولت و وابستگان آنان)، سازمان تامین اجتماعی (گروه اصلی بیمه شدگان شامل کارکنان مشمول قانون کار و وابستگان آنان) و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح (پوشش نیروهای مسلح و وابستگان آنان) است. حق بیمه عمدتاً از حقوق کارکنان به صورت ماهانه برداشت می شود و کارفرما سهمی بزرگتری می پردازد. "صندوق های بیمه ای" متعددی تحت پوشش این سازمان ها قرار دارند. یک صندوق بزرگ بیمه اجتماعی درمان، صندوق بیمه روستایی (تحت پوشش سازمان بیمه خدمات سلامت) است که از سال ۱۳۸۴ تاسیس شده و تمامی ساکنین مناطق روستایی و شهرهای

کوچک (زیر ۲۰ هزار نفر) را پوشش می‌دهد. تقریباً تمام حق بیمه اعضای این صندوق از بودجه عمومی دولت پرداخت می‌شود.

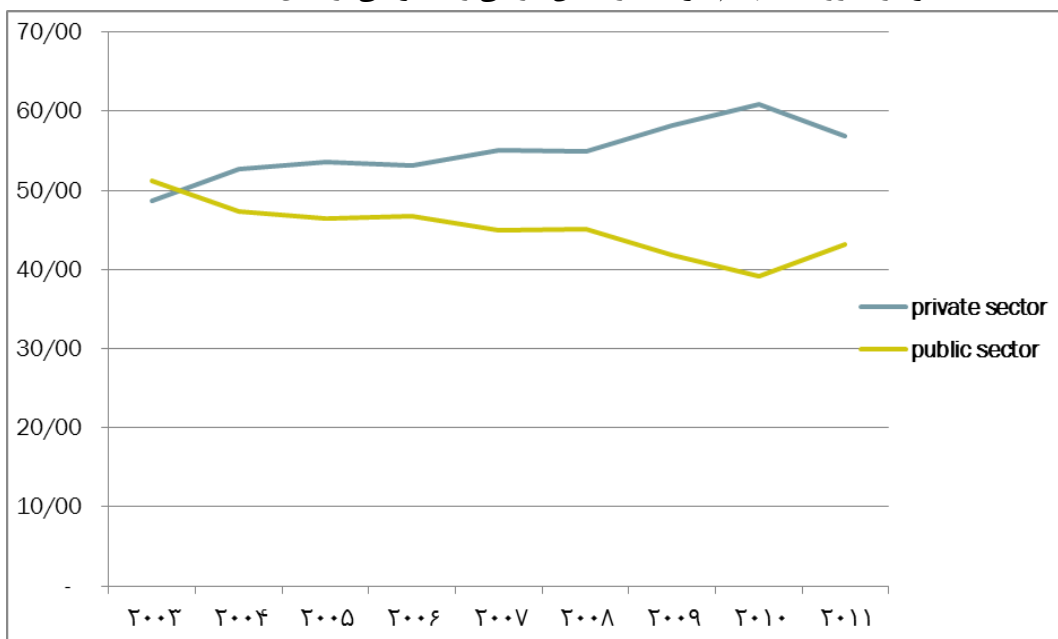
بخش مهمی از هزینه‌های خدمات سلامت در ایران توسط خانوار به صورت «پرداخت از جیب» در هنگام مصرف است. بیش از نیمی از هزینه‌های سلامت در کشور پرداخت مستقیم از جیب خانوار است (۱۱).

در ادامه به بررسی وضعیت منابع تامین مالی، بودجه سلامت در کشور و شاخص‌های تامین مالی در کشور پرداخته شده است. جداول و نمودارهای توصیفی و تحلیلی زیر که وضعیت شاخص‌های تامین مالی سلامت در کشور را توصیف می‌نمایند برآمده از داده‌های حساب‌های ملی سلامت، سامانه‌های وزارت بهداشت، درمان و آموزش و مرکز آمار ایران می‌باشد. عدم ارائه شاخص‌های مرتبط با سال‌های اخیر به دلیل محدودیت داده‌های NHA در کشور (تا سال ۱۳۹۰) می‌باشد.

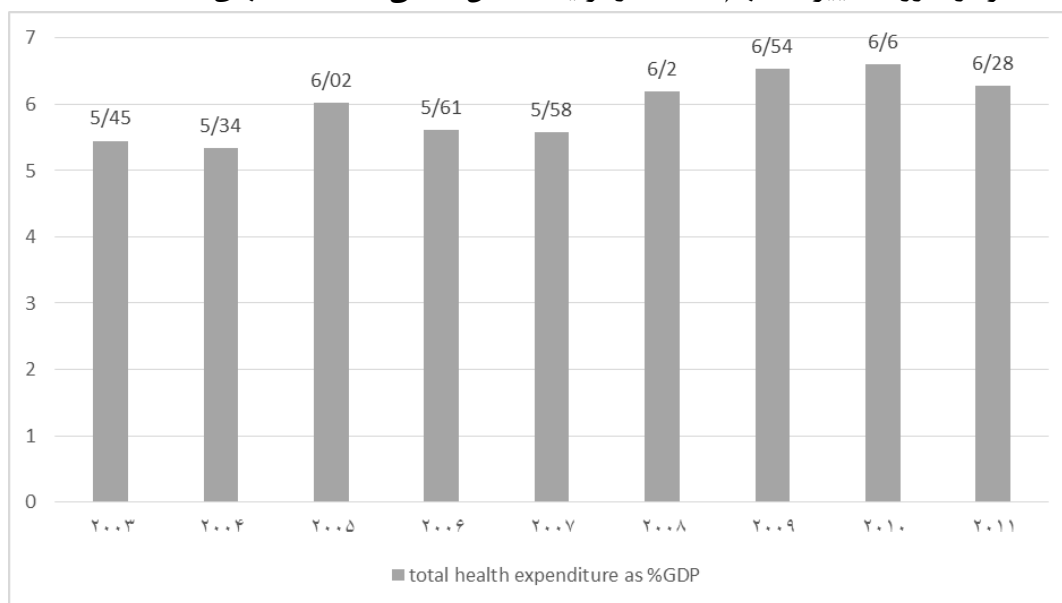
جدول ۱: سهم عاملین تامین مالی نظام سلامت کشور (۲۰۱۱، NHA) (۱۲)

جمع	دنبای خارج	بخش خصوصی						منابع عمومی دولت										عاملین تامین مالی	درصد سهم هریک از عاملین تامین مالی			
		شرکت‌ها		شرکت‌های بیمه تکمیلی	خانوارها	سازمان خدمات درمانی اجتماعی	صندوق‌های تامین اجتماعی	دولت داخلی					دولت مرکزی									
		بانک‌ها	سایر شرکت‌ها					موسسات غیرانتفاعی در خدمات خانوارها	شرکت‌های بیمه تکمیلی دولتی	شرکت‌های بیمه تکمیلی خصوصی	شهرداری	سازمان خدمات درمانی اجتماعی	سازمان تامین اجتماعی	سازمان خدمات درمانی صنعت نفت	سازمان خدمات دولتی مرکزی	نیروهای مسلح	دانشگاه‌های علوم پزشکی زیر مجموعه وزارت بهداشت			وزارت سلامت		
۱۰۰	۰.۰۱	۰.۰۱	۴.۳۹	۰.۱۱	۰.۷۸	۰.۰۱	۰.۱۱	۵۴.۰۲	۱.۳۸	۱.۹۳	۸.۶۶	۵.۳۷	۰.۱۱	۰.۰۸	۰.۸۸	۵.۲۱	۱.۵۱	۱۳.۹	۰.۳۸	۲۳.۰۶	۳۷.۴۹	
			۵.۰۷	۵۴.۱۳	۲.۳	۱۴.۴۳																
				۶۲.۵																		

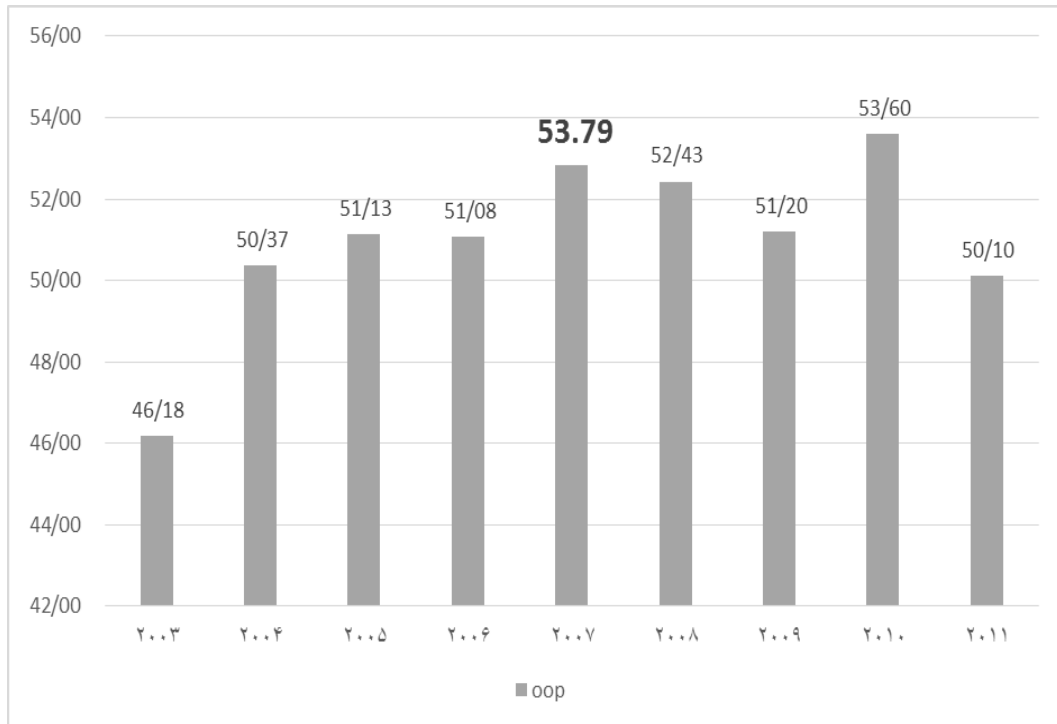
نمودار ۱: روند تسهیم هزینه در بخش دولتی و خصوصی از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۱



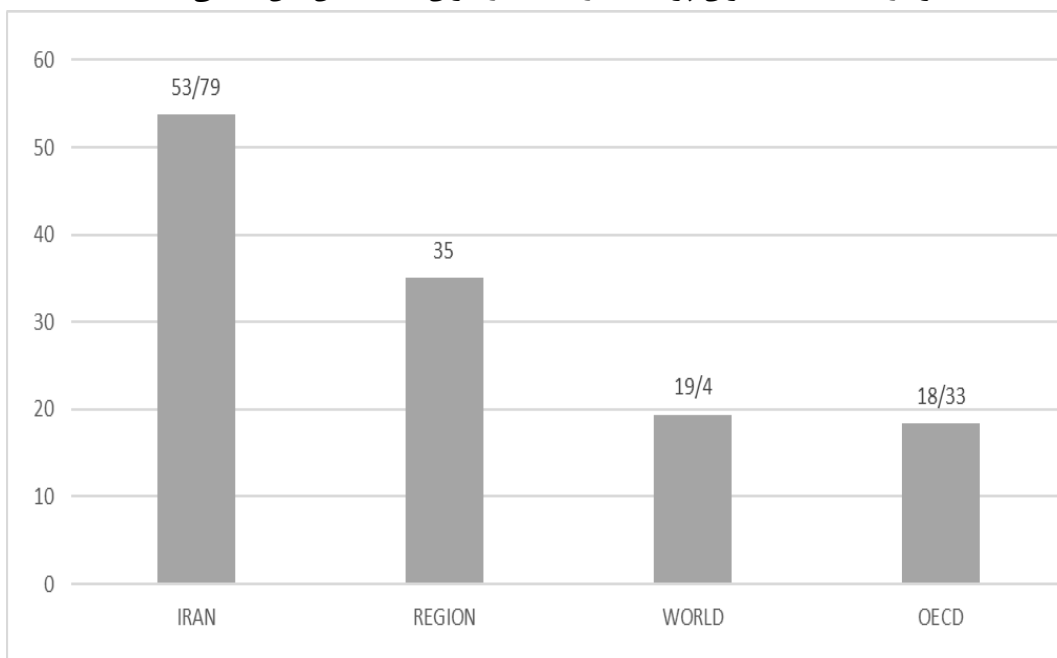
نمودار ۲: روند تغییرات سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP)، سالهای ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۱



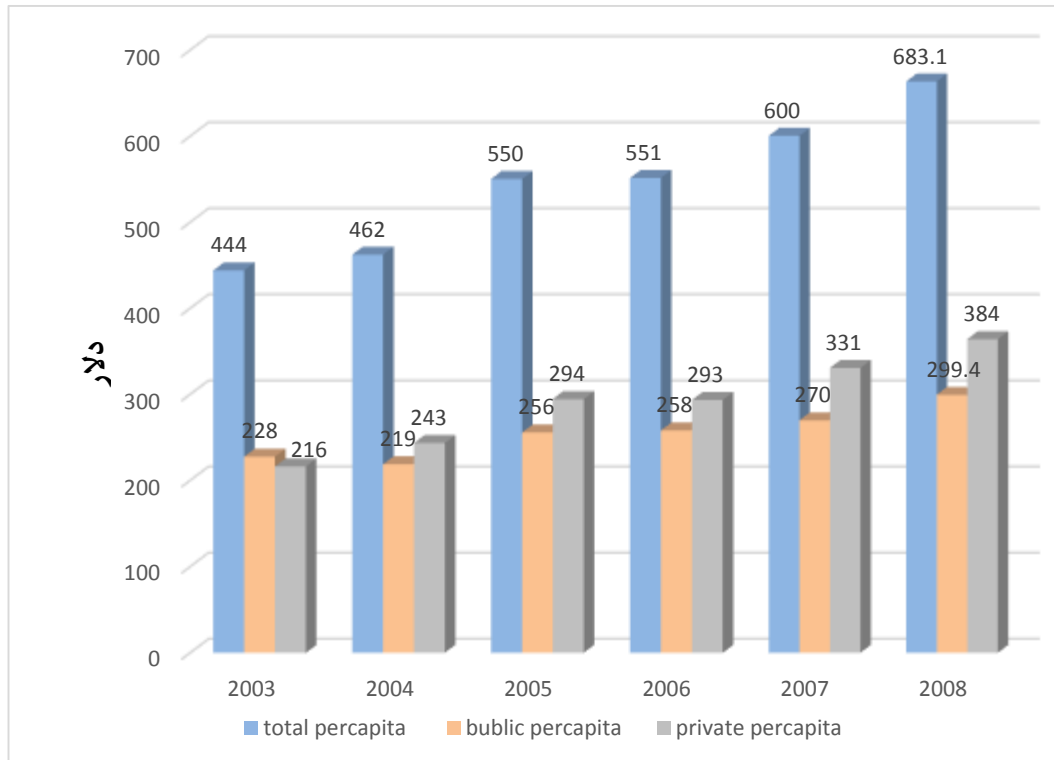
نمودار ۳: روند پرداخت از جیب مردم (Out of pocket) از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۱



نمودار ۴: مقایسه میزان پرداخت از جیب در ایران با میانگین بین المللی (۲۰۱۰)



نمودار ۵: روند تغییرات سرانه سلامت در کشور از سال ۲۰۰۳ تا ۲۰۰۸



جدول ۲: شاخص های تامین مالی نظام سلامت کشور (NHA، سامانه های اطلاعاتی وزارت بهداشت)

ردیف	شاخص های تامین مالی سلامت	واحد	سال پایه ۱۳۸۳	عملکرد سالهای برنامه چهارم					عملکرد سالهای برنامه پنجم
				۱۳۸۳	۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	
۱	رشد تعرفه ها در بخش دولتی	درصد	۸۱٪	۷۳٪	۷۱٪	۷۰٪	۶۸٪	۶۷٪	
۲	رشد تعرفه ها در بخش خصوصی	درصد	۱۳٪	۱۱٪	۱۰٪	۹٪	۸٪	۷٪	
۳	هزینه بیمه تکمیلی به کل هزینه های سلامت	درصد	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	۶۵٪	
۴	پوشش خدمات در تعهد بیمه پایه سلامت (بستری)	درصد	۷۷٪	۷۷٪	۷۷٪	۷۷٪	۷۷٪	۷۷٪	

ردیف	شاخص های تامین مالی سلامت	واحد	سال پایه ۱۳۸۳	عملکرد سالهای برنامه چهارم						عملکرد سالهای برنامه پنجم
				۱۳۸۴	۱۳۸۵	۱۳۸۶	۱۳۸۷	۱۳۸۸	۱۳۸۹	
۵	پوشش خدمات درتعهد بیمه پایه سلامت (پاراکلینیک)	درصد								۲۰۶۷٪
۶	درصد بار مالی خدمات فاقد پوشش بیمه از بار مالی کل خدمات	درصد								۵٪ ۵-۷٪
۷	میزان پرداخت از جیب مردم (O.O.P)	درصد								۴۵٪ ۴۸٪ ۶۰٪ ۶۷٪ ۷۱٪ ۷۵٪ ۸۱٪
۸	درصد سهم بودجه وزارت بهداشت از کل هزینه های دولتی سلامت	درصد								۱۷٪ ۵۰-۷۲٪ ۴۱٪ ۴۷٪ ۴۸٪ ۵۱٪ ۵۳٪
۹	سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی	درصد								۵۵٪ ۵۵٪ ۵۵٪ ۵۵٪ ۵۵٪ ۵۵٪ ۵۵٪
۱۰	رشد سرانه بار مراجعه (بستری، دانشگاهی)	درصد								۸۸٪ ۸۸٪ ۸۸٪ ۸۸٪
۱۱	رشد سرانه بار مراجعه (بستری، دانشگاهی)	درصد								۸۵٪ ۸۶٪ ۸۷٪ ۸۶٪

سیستم بیمه های سلامت کشور

با تصویب قانون بیمه همگانی سال ۱۳۷۴، تعداد سازمان های بیمه گر پایه (سازمان هایی که بخشی از منابع آنان با مشارکت قانونی دولت تامین می شود) به ۴ سازمان افزایش یافت که عبارتند از:

الف) سازمان تامین اجتماعی

ب) سازمان بیمه سلامت

ج) بیمه خدمات سلامت نیروهای مسلح

د) کمیته ی امداد امام خمینی (ره)

علاوه بر این سازمان ها، صندوق های متعدد دیگری وجود دارد که وابسته به سازمان های دولتی خاص هستند؛ همچنین پرداخت به ازاء مراقبت های بهداشت عمومی که به صورت رایگان، توسط دولت ارائه می شوند (۱۳).

اهمیت و جایگاه بیمه های درمانی اجتماعی در قانون اساسی، برنامه های توسعه اقتصادی اجتماعی کشور

قانون اساسی هر کشور به مثابه مادر قوانین و مقررات حاکم بر آن کشور بوده و نماد و مظهر تبلور اراده و خواست شهروندان و زمامداران آن کشور است. در قانون اساسی کشور ما نیز حقوق ملت با دقت و ظرافت خاصی تعریف و تبیین شده است. در فصل سوم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران رویکردهای گوناگون اقتصادی، فرهنگی و اجتماعی از حقوق حقه مردم یاد شده است. همچنین در اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران «برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره حقی است همگانی». در بخشی دیگر از این اصل، دولت مکلف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی مندرج در این اصل را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. (ماده ۳۶). یکی از راهکارهای تحقق حقوق شهروندان، استفاده از راهکار بیمه ای است (۱۳).

فعالیت های بیمه ای در دو بخش همگانی و مکمل انجام می شود. و تعهدات و خدمات هر بخش براساس ضوابط زیر تعیین می گردد (ماده ۳۷):

الف- خدمات بیمه همگانی که با مشارکت بیمه شده، کارفرما (در صورت وجود) و دولت (بر حسب تکالیف قانونی آن) تأمین می گردد شامل بیمه درمان، بازنشستگی، از کارافتادگی، بازماندگان و بیکاری است که کلیه بیمه شدگان از آن بهره مند خواهند شد.

ب- بخش مکمل بیمه های تأمین اجتماعی، شامل خدماتی است که سطح بالاتری از خدمات بیمه همگانی را در بر می گیرد و یا خدمات جدیدی را ارائه می کند و یا هزینه بیشتری نسبت به تعهد بیمه همگانی تأمین می نماید. این بخش از خدمات بیمه ای براساس توافق بیمه شدگان و بیمه گر و با تعهد پرداخت هزینه توسط بیمه شده فعالیت نموده و گسترش می یابد (۱۴).

مروری اجمالی بر نظام بیمه سلامت در ایران

سازمان بیمه سلامت

تشکیلات سازمان

در پی تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، اساسنامه سازمان بیمه سلامت در اسفندماه ۱۳۷۳ تصویب و این سازمان در سوم مهرماه سال ۱۳۷۴ شروع به کار نمود. صندوق های بیمه درمان این سازمان شامل صندوق های کارکنان دولت، روستاییان، ایرانیان و سایر اقشار (خانواده شهدا، جانبازان، روحانیون، دانشجویان، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...) می باشد (۱۵).

رسالت سازمان

مأموریت سازمان تعمیم پوشش بیمه پایه درمان برای کلیه اقشار بیمه نشده جامعه به منظور ایجاد دسترسی عادلانه و به هنگام به خدمات و مراقبت‌های درمانی است (۱۵).

اهداف سازمان

سازمان بیمه سلامت در اجرای ماده ۵ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در سال ۱۳۷۴ به منظور تأمین امکان بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، روستاییان، افراد نیازمند و سایر گروه‌های اجتماعی تشکیل شده است. هدف اصلی سازمان ارایه پوشش بیمه خدمات درمانی مطلوب و قابل قبول برای تمامی اقشار جامعه در سراسر کشور می باشد. به منظور دستیابی به این هدف و رسیدن به رضایتمندی کلیه بیمه شدگان، سازمان بیمه سلامت اهداف کلان زیر را به عنوان چارچوب سایر اهداف کیفی در نظر گرفته است (۱۵).

براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی اهداف سازمان عبارتند از:

- الف- تعمیم بیمه‌های پایه برای آحاد جامعه و گروه‌های اجتماعی با اولویت روستاییان و اقشار نیازمند
- ب- فراهم نمودن شرایط لازم برای دسترسی عادلانه همه افراد به امکانات تشخیصی، درمانی و دارویی
- ج- جلب مشارکت ارایه دهندگان خدمات درمانی و توزیع مناسب و عادلانه هزینه‌های درمان
- د- پایش مستمر کیفیت خدمات درمانی قابل ارایه به بیمه شدگان
- ه- گسترش فرهنگ بیمه و ایجاد زمینه مشارکت بیشتر بیمه شونده‌گان در نظام‌های نوین بیمه‌ای
- و- اصلاح چندگانگی در روش‌های موجود و ایجاد بستر اجرایی برای طرح جامع بیمه درمان

صندوق‌های سازمان بیمه سلامت

این سازمان بعد از اجرای طرح تحول با اضافه شدن صندوق «بیمه سلامت همگانی» و حذف صندوق «خویش فرمایان»، به طور کلی دارای ۴ صندوق می باشد، که شامل: صندوق کارکنان دولت، روستاییان، ایرانیان و سایر اقشار (خانواده شهدا، جانبازان، روحانیون، دانشجویان، مشمولین طرح نیروی انسانی و ...) می باشد.

صندوق کارکنان دولت

بیمه شدگان این صندوق از یارانه دولت بهره مند بوده و تنها ملزم به پرداخت بخشی از حق سرانه مصوب برای خود، همسر و سه فرزند اول خود می باشند. کلیه خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی و خصوصی طرف قرارداد با فرانشیز ۱۰ درصد و خدمات سرپایی در موسسات دولتی و خصوصی طرف قرارداد با فرانشیز ۳۰ درصد، در تعهد سازمان می باشد (۱۶).

صندوق سایر اقشار

بیمه شدگان تحت پوشش این صندوق بعضاً از یارانه دولت برخوردار می باشند مانند خانواده شهدا با پرداخت نسبتی از حق سرانه مصوب برای همسر، پدر، مادر و فرزندان شهدا و یا دانشجویان دانشگاه‌ها و

موسسات آموزش عالی، بیمه شدگان دیگر این صندوق از جمله بیمه شدگان کانون وکلا و سردفتران و اصناف و گروه ها ملزم به پرداخت تمام مبلغ حق سرانه می باشد. کلیه خدمات بستری در بیمارستان های دولتی و یا خصوصی طرف قرارداد با فرانشیز ۱۰ درصد و خدمات سرپایی در موسسات دولتی و خصوصی طرف قرارداد با فرانشیز ۳۰ درصد، در تعهد سازمان می باشد (۱۶).

ماده یک

در اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، افراد و خانواده هایی که به لحاظ موقعیت اجتماعی، اقتصادی عدم استطاعت مالی بدون پوشش بیمه ای خدمات درمانی هستند در شمول گروه ها و افراد تحت حمایت برنامه بیمه اقشار نیازمند قرار گرفته و مشمول استفاده از تسهیلات و امکانات منظور شده در برنامه یاد شده خواهند بود.

افراد مزبور عبارتند از:

- الف- از کارافتادگان و معلولان نیازمند که توانایی مالی اداره زندگی خود را ندارند و افراد تحت تکفل آنها
- ب- زنان و کودکان، زندانیان نیازمند در مدت زندانی بودن سرپرست خانواده
- ج- آسیب دیدگان ناشی از حوادث طبیعی، غیر طبیعی که امکانات اولیه زندگی خود یا وسایل اشتغال خود را از دست داده اند تا زمانی که امکانات اولیه یا وسایل اشتغال خود را به دست آورند.
- چ- عایله نیازمند تحت تکفل سربازانی که درآمدی برای اداره زندگی ندارند، در مدت سربازی و حداکثر تا پایان سال ۱۳۷۴

ح- مشمولان طرح شهید رجایی

خ- سایر مواردی که مشمول بندهای فوق نیستند و تحت پوشش سازمان های امدادی از جمله کمیته امام خمینی یا سازمان بهزیستی کشور هستند یا باید با تشخیص کمیته امداد امام تحت پوشش قرار گیرند (۱۶).

صندوق بیمه روستاییان

در پی تصویب مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۳، دفترچه بیمه درمانی برای تمام عشایر و روستاییان زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت صادر گردید و خدمات درمانی در قالب نظام ارجاع ارایه می گردد. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه های مشمول این قانون حداکثر ظرف ۵ سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین قانون انجام خواهد شد (۱۷).

بیمه ایرانیان

در این صندوق، کلیه افراد ایرانی فاقد پوشش بیمه، تحت پوشش بیمه قرار می گیرند. حق بیمه قابل پرداخت این افراد، جهت هر فرد در هر سال بر اساس نرخ مصوب هیأت محترم وزیران در همان سال تعیین می گردد. در سال جاری ۵۰٪ حق بیمه سرانه مصوب توسط دولت پرداخت می گردد و از ۵۰٪ باقیمانده ۳۵٪ در صورت تشخیص نیازمندی افراد توسط کمیته امداد امام خمینی (ره) و یا سازمان بهزیستی، بعنوان تخفیف به افراد فاقد تمکن مالی تعلق می گیرد که در اینصورت متقاضیان ملزم به

پرداخت ۱۵٪ از حق بیمه سرانه می باشند و برای بیمه شدگان دفترچه بیمه‌ای با تاریخ اعتبار یکساله صادر می شود (۱۶).

سازمان تامین اجتماعی

مهم ترین تعهدات و خدمات صندوق تامین اجتماعی بر مبنای قانون تامین اجتماعی و مقررات مربوطه به آن، به شرح زیر است:

- حمایت در برابر حوادث، بیماری‌ها و بارداری
- مستمری بازنشستگی
- مستمری از کارافتادگی
- مستمری بازماندگان
- مقرری بیمه بیکاری
- غرامت دستمزد ایام بیماری
- غرامت دستمزد ایام بارداری
- پرداخت هزینه وسایل کمک پزشکی
- کمک هزینه ازدواج
- کمک هزینه کفن و دفن (۱۸)

درمان مستقیم - درمان غیر مستقیم

درمان مستقیم و درمان غیر مستقیم، دو شیوه ارایه خدمات درمانی به بیمه شدگان تامین اجتماعی است. درمان مستقیم شیوه‌ای از درمان بیمه شدگان تامین اجتماعی است که در آن بیمه شده‌ای که دارای دفترچه درمانی معتبر است به یکی از بیمارستان‌ها و یا مراکز بهداشتی - درمانی متعلق به این صندوق مراجعه و خدمات درمانی و پزشکی مورد نیاز را به صورت رایگان دریافت می کند. درمان غیر مستقیم نیز شیوه‌ای است که در آن بیمه شده تامین اجتماعی از خدمات درمانی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی طرف قرارداد و غیر طرف قرارداد صندوق تامین اجتماعی در بخش دولتی و خصوصی استفاده می کند. اگر بیمه شده به مراکز درمانی طرف قرارداد تامین اجتماعی مراجعه کند، تنها فرانشیز هزینه‌های درمانی را می پردازد. اما در مراجعه به مراکز غیر طرف قرارداد، باید کل هزینه‌های درمانی را خود پرداخت کند و دفاتر اسناد پزشکی تامین اجتماعی، طبق تعرفه‌های مصوب هیأت وزیران در خصوص خدمات پزشکی بخشی از هزینه‌های درمانی چنین بیمه شده‌ای را به او بازپرداخت می کنند (۱۸).

سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح

اولین اساسنامه سازمان در اردیبهشت ماه سال ۱۳۵۳ تحت عنوان سازمان خدمات درمانی ارتش به تصویب مجلس شورای ملی وقت رسید و سپس براساس ماده ۸ قانون تشکیل وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و مطابق اساسنامه مصوب ۱۳۷۲/۱۰/۲۹ مجلس شورای اسلامی با ادغام سازمان خدمات درمانی ارتش و امکانات مشابه در وزارت سپاه، سازمان خدمات درمانی و نیروهای مسلح تشکیل و عهده-

دار تأمین خدمات درمانی کارکنان نیروهای مسلح و وزارت دفاع و سازمان های وابسته اعم از کادر ثابت، پیمانی، اعضاء ویژه بسیج، بازنشستگان و عایله تحت تکفل آنها و مستمری بگیران گردید به طوری که از سال ۱۳۷۳ به بعد، کارکنان سپاه انقلاب اسلامی و نیروهای انتظامی نیز افزون بر ارتش تحت پوشش این سازمان قرار گرفتند (۱۹).

سازمان تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح طی چند سال اخیر اقدامات را در جهت افزایش سطح کیفی و کمی درمان کارکنان نیروهای مسلح و خانواده های آنها انجام داده است که از جمله آنها اجرای طرح بیمه مکمل درمان به منظور پوشش هزینه های درمانی تکمیلی و مزاد بر تعرفه های مصوب دولت در جهت تأمین سلامت کامل بیمه شدگان و همچنین اقداماتی اساسی در زمینه مکانیزه نمودن سازمان، بهینه سازی نیروهای انسانی سازمان و گسترش مراکز درمانی طرف قرارداد به منظور تسهیل در ارایه خدمات به افراد تحت پوشش را می توان برشمرد (۱۹).

قانون اساسنامه پیشنهادی وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح در تاریخ ۱۳۷۲/۱۰/۲۹ از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشت و کماکان مبنای عملی سازمان می باشد.

جمعیت تحت پوشش: هم اکنون تعداد ۴/۵ میلیون نفر در بخش درمان و حدود ۵۰۰ هزار نفر بازنشسته تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح هستند، ضمن این که ۸۰۰ هزار نفر بیمه شده اصلی، تحت پوشش شرکت بیمه های اجتماعی نیروهای مسلح قرار دارند که مجموع آنها، خانواده های بزرگ نیروهای مسلح را تشکیل می دهند.

وضعیت بیمه سربازان: در حالی که حدود ۱۶ سال پیش قانون بیمه سربازان به تصویب رسیده بود، اما به مرحله اجرا درنیامد و سرانجام با تلاش این سازمان، از اواسط سال ۱۳۸۶ بیمه سربازان آغاز شد و تاکنون ۸۳۰ هزار نفر از سربازان کشور، تحت پوشش بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح قرار گرفته اند و این روند تا بیمه شدن تمامی سربازان کشور ادامه خواهد داشت (۱۹).

وظایف سازمان

عبارت است از تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمان های وابسته به آنها اعم از کادر ثابت، پیمانی و اعضاء ویژه بسیج، بازنشستگان، وظیفه بگیران و عایله تحت تکفل آنها و مستمری بگیران .

مأموریت سازمان

الف - بیمه اولیه (همگانی)

همانند بیمه درمانی عمومی کشور است که حق بیمه و تعهدات آن برای تمامی اقشار جامعه از جمله کارکنان دولت، نیروهای مسلح و غیره. به صورت یکسان می باشد. مقررات این بیمه پس از اظهار نظر شورای عالی بیمه خدمات درمانی و تصویب هیأت دولت برای کلیه سازمان های بیمه گر به جراء در می آید . سرانه بیمه اولیه در سال ۸۶ مبلغ ۴۴۰۰۰۰ ریال می باشد (۱۹).

ب- بیمه مکمل

این نوع بیمه در پی درخواست ستاد کل نیروهای مسلح در قالب طرح حکمت و موافقت فرمانده کل قوا از شهریور ماه ۷۹ و به منظور جبران کاستی‌های بیمه اولیه در سطح نیروهای مسلح و همچنین افزایش، منزلت و معیشت کارکنان و بازنشستگان نیروهای مسلح و عایله آنان به اجرا درآمده است (۱۹).

کمیته امداد امام خمینی (ره)

این موسسه در سال ۱۳۵۷ (چهاردهم اسفندما) براساس حکم امام خمینی برای مدت نامحدود تشکیل شد و هم اکنون زیر نظر ولی فقیه وقت فعالیت می کند. اساسنامه کمیته امداد در سال ۱۳۶۶ تنظیم و به تأیید امام خمینی رسید (۲۰).

اهداف و مأموریت

- تلاش در امر تحقیق، بررسی و شناخت انواع محرومیت های مادی و معنوی افراد و خانواده‌های محروم و اقدام به رفع آن در حد امکان
- پرداخت مستمری و کمک های نقدی و جنسی به محرومان و فراهم آوردن امکانات لازم جهت خودکفایی افراد محروم
- اعطای وام به خانواده های محروم جهت خودکفایی، درمان، مسکن، تحصیل، ازدواج و ...
- ایجاد مراکز درمانی برای افراد بی بضاعت و محروم
- تهیه وسایل کمک آموزشی و انجام خدمات فرهنگی و کمک های آموزشی (۲۰)

جمعیت تحت پوشش

- خانواده‌های بی سرپرست که توانایی امرار معاش را ندارند
- خانواده هایی که با وجود داشتن سرپرست به دلیل از کارافتادگی، معلولیت و غیره توان امرار معاش ندارند.
- سالمندان روستایی و بالای ۶۰ سال
- افرادی که بر اثر سوانح طبیعی هستی خود را از دست داده و معاش زندگی آنها مختل شده است.
- منابع مالی کمیته امداد به وسیله‌ی بودجه کل کشور و درآمدهای اختصاصی و عملکرد صندوق‌های صدقات تأمین می شود.
- سازمان‌های دیگر حمایتی و امدادی مانند بنیاد امور ایثارگران، پانزده خرداد و هلال احمر هر کدام به نحوی و برای جمعیتی حمایت های اجتماعی دارند که از آن جمله مسائل مربوط به امور سلامت افراد تحت پوشش است (۲۰).

سازمان بهزیستی کشور

این سازمان جزء نظام‌های حمایتی به شمار می رود که وظایف آن ارایه خدمات اجتماعی، خدمات توانبخشی، خدمات بازآموزی و بازپروری اجتماعی، خدمات پیشگیری، خدمات درمانی و حمایت از خانواده شهدا، آزادگان، جانبازان، خانواده زندانیان، معتادان، تأمین امکانات کمک آموزشی و تحصیلی، کمک به

تأمین هزینه های درمانی اقشار آسیب پذیر و حمایت و مراقبت از توان بخشی معلولین ذهنی - جسمی و روانی است.

هم اکنون سازمان های حمایتی فعال در کشور عبارتند از سازمان بهزیستی، کمیته امداد، بنیاد مستضعفان و جانبازان، بنیاد شهید و بنیاد پانزده خرداد.

ارایه آمار و اطلاعات دقیق در رابطه با جمعیت، برنامه های حمایتی، امدادی این سازمان ها دشوار است زیرا تنوع خدمات، نحوه مراجعه، نوع کمک ها، غیره در آن زیاد روشن نیست. اما برآورد می شود حدود ۷ میلیون نفر از اقشار کشور از حمایت این سازمان ها برخوردار باشند. سازمان بهزیستی با بهره گیری از بودجه عمومی دولتی به افراد نیازمند کمک می کند.

پیش از انقلاب اسلامی خدمات بهزیستی توسط سازمان های دولتی و غیر دولتی گوناگونی انجام می شد در برنامه چهارم عمرانی کشور در اسلا ۱۳۴۷ که سرآغاز برنامه ریزی برای بهزیستی کشور بود حدود ۶ دستگاه دولتی و ۱۴ دستگاه عام المنفعه غیر دولتیو تعداددستگاه خصوصی به ارایه خدمات بهزیستی مشغول بودند.

در برنامه پنجم عمرانی، وزارت رفاه اجتماعی تأسیس شد و قرار بود کلیه سازمان های بهزیستی زیر چتر آن فعالیت نمایند، اما پیش از شکل گیری آن، وزارت بهداشت، در وزارت بهداری ادغام شد(۲۱). پس از انقلاب، کلیه سازمان هایی که فعالیت بهزیستی داشتند در وزارت بهداری و بهزیستی ادغام شدند و با تشکیل سازمان بهزیستی در سال ۱۳۵۹ کلیه فعالیت های بهزیستی از وزارت بهداری جدا گردید.

اهداف و وظایف سازمان بهزیستی

- فراهم کردن موجبات زندگی متعارف برای افراد نیازمند، بی سرپرست و معلول
 - تلاش برای حفظ کیان خانواده های آسیب پذیر و پیشگیری از ناهنجاری های جسمی - روانی
 - نگهداری، مراقبت و توان بخشی معلولین و آماده سازی آنان برای زندگی عادی
 - توسعه پژوهش های کاربردی و بهبود نظام آمار و اطلاع رسانی
 - جلب مشارکت مردمی و بازپروری و اصلاح و ارشاد (ناسازگاران و منحرفان اجتماعی)
- بی تردید با توسعه صنعتی و تحولات اقتصادی و اجتماعی و افزایش شهرنشینی، جامعه با مشکلات گسترده ی اجتماعی به خصوص در شهرها مانند حاشیه نشینی، جوانان بی سرپرست و مشکل دار، پدیده اعتیاد و فقر و بزهکاری های اجتماعی روبه رو خواهد شد و این به مسئولیت های بهزیستی خواهد افزود(۲۱).

لیست مهمترین تفاوتها بین صندوقهای بیمه ای سلامت در ایران

جدول ۳: لیست مهمترین تفاوتها بین صندوقهای بیمه ای سلامت در ایران

عنوان تفاوت	حوزه
<p>۱. ارائه مستقیم خدمات سلامت توسط برخی بیمه ها، سازمان تامین اجتماعی، شرکت نفت، بانک ملی، تا حدودی نیروهای مسلح (هزینه های جاری بیمارستانهای نظامی توسط دولت پرداخت میشود نه از حق بیمه های درمان)، (از این نظر که بخشی از حق بیمه درمان برای چرخاندن مراکز ملکی استفاده می شود تعیین و تفکیک بخشی از ان برای بیمه پایه اهمیت پیدا میکند)</p> <p>۲. تفاوت بیمه ها از نظر رعایت سیستم ارجاع و پزشک خانواده (در برخی از بیمه ها مانند کمیته امداد، شرکت نفت، صندوق روستاییان ارائه خدمات از طریق سیستم ارجاع صورت میگیرد در بقیه بیمه ها نه)</p> <p>۳. تفاوت در جزئیات و سیستم نظارت و نحوه و میزان پرداخت به پزشکان خانواده و نحوه اجرای سیستم ارجاع و پزشک خانواده در بیمه های فوق</p>	ارائه خدمات
<p>۴. تفاوت در زمان وصول درآمدها بین بیمه ها، دریافت حق بیمه ها در بازه های زمانی متفاوت (حق بیمه گروه های دولتی بودجه است یک بار در سال تخصیص داده میشود، جمع اوری حق بیمه سه ماهه در بعضی گروه های سازمان تامین اجتماعی، دریافت ماهانه سهم کارمندان و...)</p> <p>۵. تفاوت بین بیمه شده ها از نظر سابقه پرداخت حق بیمه (بعضی گروه ها سالیان زیاد به امید دریافت مزایای خوب حق بیمه بالا پرداخت کرده اند)</p> <p>۶. تفاوت بین بیمه ها از نظر استفاده از محاسبات اکچواری برای محاسبه حق بیمه (گفته میشود این مساله در سازمان تامین اجتماعی رعایت می شود ولی در سایر بیمه ها نه)</p> <p>۷. حق بیمه های متفاوت اما بسته خدمات یکسان در صندوقهای بیمه سلامت</p> <p>۸. سرانه متفاوت حق بیمه سلامت گروه های مختلف بیمه شده (۸ هزار تومان صندوق روستاییان، ۱۳ هزار تومان کمیته امداد، کارکنان دولت ۲۲ هزار، تامین اجتماعی ۲۸ هزار، ۲۲ هزار نیروهای مسلح، ۷۰ هزار تومان بیمه ایران و بیمه شهرداری و...)</p> <p>۹. تفاوت در میزان مشارکت بیماران و فرانشیز پرداختی آنها در هزینه های درمان، (پرداخت هزینه بدون هیچ محدودیتی از طرف بانکهای قوی و کوچک، پرداخت متفاوت گروه های مختلف بیمه شده سازمان تامین اجتماعی در مراکز ملکی، این تفاوت در بخش خصوصی بیشتر است)</p> <p>۱۰. تفاوت بین بیمه ها از نظر توانایی اجبار قانونی برای جمع اوری و دریافت حق بیمه ها (برای مثال بیمه سلامت دارای طلبهای زیاد از بیمه گذارها هست ولی مثل تامین اجتماعی دارای اعمال قانون برای دریافت ان نیست).</p> <p>۱۱. سقفهای مختلف در پرداخت حق بیمه در بیمه های مختلف (سقف ۷ برابر در تامین اجتماعی، ۲ برابر در کارکنان دولت و نیروهای مسلح، یک برابر برای روستاییان و کمیته امداد، ۹ برابر در بیمه ایران و بیمه مرکزی و...)</p> <p>۱۲. تفاوت بین بیمه ها از نظر داشتن بیمه مکمل در کنار بیمه پایه و همچنین تفاوت بین بیمه ها از نظر ادغام یا منفک بودن بیمه پایه و مکمل آنها (ادغام حق بیمه پایه و مکمل در بیمه نیروهای مسلح و کمیته امداد)</p>	تامین مالی
<p>۱۳. تفاوت بین بیمه از نظر سرمایه گذاری حق بیمه های دریافتی (بعضی بیمه ها، حق بیمه ها را در جهت افزایش منابع مالی سرمایه گذاری میکنند در بقیه این موضوع وجود ندارد)</p>	انباشت منابع

عنوان تفاوت	حوزه
<p>۱۴. متفاوت بودن مکانیسم های انباشت در بیمه های مختلف</p> <p>۱۵. نبود انباشت ریسک و جریان منابع از غنی به فقیر در صندوقهای حمایتی با تامین مالی بودجه ای و با سقف ۱ برابر مثل صندوق کمیته امداد و روستاییان؛</p> <p>۱۶. تفاوت بین بیمه ها از نظر انباشت ریسک بین نسلی</p> <p>۱۷. و اینکه در تجمیع باید منابع مالی بیمه های مختلف تجمیع شود یا استقلال آنها حفظ شود؟ چگونه باید برخورد شود؟ و این واقعیت که در حال حاضر حسابهای بودجه ای و مالی صندوقهای بیمه سلامت جداگانه نگهداری میشود)</p>	
<p>۱۸. عدم مشارکت دولت در پرداخت هزینه های پرستلی درمان مستقیم سازمان تامین اجتماعی.</p> <p>۱۹. تفاوت صندوقها در میزان برخورداری از حمایتهای دولتی، برای مثال تفاوت بین کارگران و روستاییان</p>	<p>نحوه توزیع یارانه های دولتی</p>
<p>۲۰. تفاوت بسته خدمات بین بیمه ها هم از نظر سطح خدمات و هم از نظر عمق</p> <p>۲۱. تفاوت نگاه در ارائه خدمات سلامت بین بیمه ها: نگاهی ورای درمان صرف بیمه شدگان در بیمه درمان تامین اجتماعی، شرکت نفت، و...</p> <p>۲۲. تفاوت بین جمعیتهای مختلف بیمه شده از نظر میزان آزادی دسترسی به مراکز درمانی دولتی، خصوصی، ملکی (مثلاً بیمه شده های کمیته امداد، صندوقهای بیمه سلامت بیشتر تمرکز بر خرید از بخش دولتی است، در سازمان تامین اجتماعی بیمه شده ها بین دریافت خدمات بین مراکز ملکی و غیرملکی مختارند، در سایر بیمه ها آزادی و تمایل بیشتری برای دریافت از خدمات از بخش خصوصی وجود دارد)</p>	<p>بسته خدمت</p>
<p>۲۳. استفاده از معیارهای مختلف برای پوشش جمعیت در بیمه های مختلف (وضعیت اقتصادی در کمیته امداد، محل سکونت در صندوق روستاییان، کارمند دولت در صندوق کارکنان دولت، مضمولین قانون کار تامین اجتماعی در سازمان تامین اجتماعی، و...)</p> <p>۲۴. تفاوت جمعیتها در اختیاری یا اجباری بودن عضویت (در سازمان تامین اجتماعی، صندوق کارکنان دولت، نیروهای مسلح و... عضویت اجباری است، در سایر صندوقها مثل کمیته امداد، روستاییان و صندوق ایرانیان عضویت اختیاری است)</p> <p>۲۵. تفاوت جمعیتها از نظر ماندگاری و حضور آنها در بیمه و پرداخت حق بیمه (برای مثال در گروه های اختیاری سازمان تامین اجتماعی، کارگران فصلی، و صندوق ایرانیان سابق دارای حضور ماندگار نبودند)</p> <p>۲۶. یکسان نبودن نیازهای سلامتی گروه های بیمه شده مختلف (نیازهای سلامتی و میزان آسیب پذیری بیمه شدگان کمیته امداد بخاطر شرایط سنی و جنسی چون عمدتاً بانوان سالخورده هستند، کارگران بخاطر شرایط شغلیشان، بهزیستی، و... با هم متفاوت است)</p> <p>۲۷. یکسان نبودن رفتار جستجوی درمان بین گروه های مختلف (برای مثال روستاییان و بیمه شدگان کمیته امداد نسبت به سایر گروه ها افراد مطالبه گری نیستند و از نیازهای درمانی خود آگاه نیستند و نیازمند خدمت رسانی فعال هستند)</p> <p>۲۸. تفاوت در اندازه جمعیتهای تحت پوشش هر صندوق (برای مثال صندوق روستاییان با سرانه پایین دارای ۲۳ میلیون نفر جمعیت و بیمه های خرد و مرفه دارای جمعیت ناچیزی هستند)</p> <p>۲۹. یکسان نبودن انتظارات گروه های مختلف بیمه شده (بیمه شده ها از نظر سطح انتظارات با هم</p>	<p>جمعیت تحت پوشش</p>

عنوان تفاوت	حوزه
<p>متفاوت هستند به همین دلیل در برخی بیمه ها درمان بهتر و بسته قوی تر در جهت افزایش انگیزه و رضایت بیمه شده در کنار سایر مزایای شغلی ارائه می شود</p> <p>۳۰. تفاوت بسته برای بیماران خاص در بیمه های مختلف!!</p>	
<p>۳۱. تعرفه های مختلف برای پرداخت به طرف قرارداد بخش خصوصی و دولتی و مراکز درمان مستقیم در سازمانهای بیمه (پرداخت تعرفه دولتی توسط بیمه سلامت به تمام مراکز، تعرفه بالاتر به مراکز ملکی در سازمان تامین اجتماعی، پرداخت بر اساس تعرفه خصوصی به مراکز خصوصی در صندوقهای نیروهای مسلح و سایر بیمه ها، گروه بندی چهارگانه تعرفه در مراکز درمانی نظامی)</p> <p>۳۲. روش پرداخت سرانه در بعضی صندوقها (صندوق روستاییان، پزشک خانواده در کمیته امداد و شرکت نفت) و کارانه در بقیه صندوقها</p> <p>۳۳. لیست اعمال جراحی گلوبال نیروهای مسلح فراتر از لیست اعمال گلوبال وزارت بهداشت</p> <p>۳۴. پرداخت K بالاتر به بیمارستانهای ملکی در سازمان تامین اجتماعی</p> <p>۳۵. تفاوت در مدت زمان بازپرداخت اسناد پزشکی به طرف قرارداد بین بیمه ها (اولویت بیمه ها در پرداخت به مراکز ملکی خود، حتی تفاوت در زمان بازپرداخت بین صندوقهای بیمه خدمات سلامت در گذشته)</p> <p>۳۶. هنگام تجمیع صندوقها، در پرداخت اسناد پزشکی صندوقهای مختلف چگونه عمل خواهد شد؟ با همه یکسان برخورد خواهد شد همه باهم پرداخت خواهد شد یا استقلال صندوقها حفظ خواهد شد؟</p>	روش و فرایند پرداخت
<p>۳۷. خرید خدمت با قیمت‌های مختلف توسط بیمه های مختلف</p> <p>۳۸. قیمت گذاری</p> <p>۳۹. نحوه اعمال قیمت گذاری مرجع</p> <p>۴۰. لیست قیمت‌های مختلف داروهای تحت پوشش هر بیمه</p> <p>۴۱. تفاوت بین بیمه‌ها در خرید خدمت از بخش خصوصی یا دولتی، تمایل بیمه‌ها به خرید از درمان مستقیم</p>	خرید خدمت
<p>۴۲. بانکهای اطلاعاتی متفاوت</p> <p>۴۳. فهرست بانکهای داده ای موجود در سازمان های بیمه گر</p>	سیستم اطلاعاتی
<p>۴۴. لزوم توجه به نحوه مدیریت و استفاده از نیروی انسانی بعد از ادغام، عدم تحکم قانون وعدم تمایل پرسنل سازمان تامین اجتماعی به انتقال به بیمه سلامت</p> <p>۴۵. تفاوت در میزان حقوق و مزایا پرداختی به پرسنل در بیمه های مختلف</p> <p>۴۶. عدم تناسب نیروی انسانی بین سازمانهای بیمه (برای مثال برای تعداد مشخصی از جمعیت بیمه شده در بیمه های مختلف برای انجام کارهای مشابه نسبت نیروی انسانی متفاوتی مشغول به فعالیت هستند)</p>	نیروی انسانی
<p>۴۷. نامتجانس بودن ماهیت صندوقهای ادغام شونده (بیمه اجتماعی، بیمه درمان، بیمه حمایتی کمیته امداد، روستاییان و صندوق روستاییان، وابسته بودن بیمه ها به وزارتخانه های مختلف)</p> <p>۴۸. روابط سه جانبه (دولت، کارفرما، کارگر) در سازمان تامین اجتماعی و دوجانبه در سایر بیمه ها</p> <p>۴۹. تفاوت در آیین نامه های استخدامی بین بیمه ها</p> <p>۵۰. تفاوت آیین نامه های اداری بین بیمه ها</p> <p>۵۱. تفاوت آیین نامه های مالی بین بیمه ها</p>	ساختار

عنوان تفاوت	حوزه
۵۲. متفاوت بودن فرایندها سیاستها و خط مشی ها بین بیمه ها	
۵۳. تفاوت در عقد قرارداد	عقد قرارداد و نظارت بر ارائه کنندگان
۵۴. تفاوت در نظارت و ارزیابی ارائه کنندگان خدمات	
۵۵. تفاوت در لغو قرارداد و نحوه برخورد با ارائه کننده	

اصول و مبانی بیمه‌های مکمل درمانی و وضعیت آنها در کشور

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 می باشند. به عنوان مثال در انگلستان که ارائه خدمت به طور فراگیر و تحت سیستم طب ملی، 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 مدیکیر خدماتی را که توسط بیمه مدیکیر 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 میشود.

اصل بیمه بر فرایند مشارکت استوار است. در دیدگاه مشارکت، هر کس باید در حد توان خود در جهت پیشبرد اهداف از قبل طراحی شده گام بردارد. به طور کلی در طراحی و ایجاد بیمه‌های درمانی باید به چهار اصل زیر توجه داشت:

۱. توزیع برابر،
۲. مشارکت جامعه،
۳. همکاری بین بخشی،
۴. تکنولوژی مناسب.

بیمه های مکمل در اصل برای بهبود این چهار اصل به وجود آمده اند.

از این منظر ساختار اصلی بیمه های مکمل را می توان به سه شکل تقسیم بندی کرد:

۱. بیمه های مکملی که به عنوان تکمیل کننده خدمات طراحی شده اند.

۲. بیمه های مکملی که به عنوان تکمیل کننده هزینه ها طراحی شده اند.
۳. بیمه های مکملی که به عنوان تکمیل کننده هزینه ها و خدمات به صورت تلفیقی به وجود آمده اند.

این انواع بیمه های مکمل برای تأمین یکی از موارد زیر شکل یافته اند:

۱. شکاف خدمتی که در بیمه های پایه وجود دارد.
 ۲. شکاف هزینه ای که در بیمه های پایه وجود دارد.
- اگر بخواهیم تلفیقی بین ۳ مورد فوق و ۲ مورد اخیر برقرار کنیم می توان به این نتیجه رسید که شکاف خدمتی موجود در بیمه های پایه و در واقع شکاف هایی که در دستیابی بیمه شدگان به خدمات وجود دارد، در آنها این نیاز را به وجود آورده است که بعضی از خدمات را از بخش های دیگر تأمین کنند و بیمه مکمل به عنوان پلی این شکاف خدمتی را پوشش داده است و این اصل ریشه شکل گیری نظام های بیمه ای مکمل است (۲۲).

اسناد و قوانین بالادستی مرتبط با بیمه های سلامت در کشور

در این بخش ابتدا تمامی اسناد و سیاست های بالادستی مرتبط با بیمه های سلامت در کشور شناسایی و مورد مطالعه قرار گرفت، سپس کاربرگ اطلاعاتی برای توصیف و گزارش آنها بر اساس مهمترین آیتم های توصیف قانون تدوین گردید. مهمترین قوانین و سیاست ها با کاربرگ های اطلاعاتی مورد تحلیل قرار گرفت، که در ادامه به گزارش یافته های این قسمت در قالب کاربرگ های اطلاعاتی خلاصه شده پرداخته شده است.

کاربرگ اطلاعاتی اسناد					
۱	عنوان	اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران			
۲	نوع	قانون اساسی	برنامه توسعه	مصوبات دبیرخانه شورای بیمه سلامت	مصوبات شورای عالی بیمه
		*			سایر قوانین
۳	تاریخ	سال ۱۳۵۸			
۴	منبع (نویسنده) تدوین	مجلس خبرگان			
۵	مخاطب اصلی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، مردم			
۶	متن	برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات سلامت درمانی و مراقبت های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.			

کاربرگ اطلاعاتی اسناد					
۱	عنوان	قانون بیمه همگانی خدمات سلامت ایران			
۲	نوع	قانون اساسی	برنامه توسعه	مصوبات مجلس شورای اسلامی	مصوبات شورای عالی بیمه
				*	سایر قوانین
۳	تاریخ	۱۳۷۳/۰۸/۰۳			
۴	منبع (نویسنده) تدوین	مجلس شورای اسلامی			
۵	مخاطب اصلی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی، سازمان بیمه سلامت، شورای عالی بیمه سلامت			
۶	متن	<p>ماده - ۲ به منظور توسعه و تعمیم بیمه خدمات درمانی و اعمال وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، ایجاد هماهنگیهای اجرایی هدایت، نظارت و ارزشیابی سطح کمی و کیفی بیمه خدمات درمانی در چهارچوب این قانون شورای عالی بیمه خدمات درمانی کشور که بعد از این شورای عالی نامیده می‌شود، در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل می‌گردد.</p> <p>ماده - ۳ ترکیب شورای عالی به شرح زیر خواهد بود:</p> <p>۱- وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (رئیس شورای عالی)</p> <p>۲- وزیر کار و امور اجتماعی.</p> <p>۳- وزیر امور اقتصادی و دارایی.</p> <p>۴- رئیس سازمان برنامه و بودجه.</p> <p>۵- دبیر کل سازمان امور اداری و استخدامی کشور.</p> <p>۶- رئیس کل سازمان نظام پزشکی.</p> <p>۷- مدیر عامل سازمان تامین اجتماعی.</p> <p>۸- مدیر عامل سازمان بیمه سلامت.</p> <p>۹- مدیر عامل سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح.</p> <p>۱۰- سرپرست کمیته امداد امام خمینی (ره)</p> <p>۱۱- معاون امور درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (بدون حق رای).</p> <p>۱۲- دو نفر از نمایندگان مجلس شورای اسلامی از کمیسیونهای برنامه و بودجه و بهداری و بهزیستی (از هر کدام یک نفر) که در هر دوره مجلس به انتخاب مجلس تعیین خواهند شد، به عنوان ناظر در جلسات شورای عالی شرکت خواهند کرد.</p> <p>تبصره - دبیرخانه شورای عالی در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده و معاون امور درمان دبیر شورای عالی و مسئول ابلاغ مصوبات آن می‌باشد.</p> <p>ماده - ۴ دولت موظف است شرایط لازم را برای تحت پوشش قرار دادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید. پوشش و تعمیم بیمه خدمات درمانی برای کلیه گروه‌های مشمول این قانون حداکثر ظرف پنج سال پس از تصویب این قانون با اولویت نیازمندان و روستاییان طبق موازین این انجام خواهد شد.</p>			

کاربرگ اطلاعاتی اسناد	
<p>ماده - ۱۰ حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عمومی و تخصصی (سرپایی و بستری) که انجام و ارائه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه گر قرار می گیرد و لیست خدمات فوق تخصصی که مشمول بیمه های مضاعف (مکمل) می باشد به پیشنهاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تایید شورای عالی و تصویب هیات وزیران تعیین و اعلام می شود.</p> <p>ماده - ۱۱ تامین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی تابع وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام می شود همچنان رایگان است.</p> <p>تبصره - همه ساله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فهرست این گونه خدمات و اسامی و مشخصات داروها و ملزومات مصرفی رایگان در برنامه های استراتژیک بهداشتی را تعیین و اعلام می کند.</p>	

کاربرگ اطلاعاتی اسناد				
۱	عنوان	آیین نامه خرید راهبردی (بند ز ماده ۳۸ برنامه پنجم توسعه)		
۲	نوع	قانون اساسی	برنامه توسعه	مصوبات مجلس شورای اسلامی
			*	مصوبات شورای عالی بیمه
				سایر قوانین
۳	تاریخ	۱۳۹۳/۰۱/۲۰		
۴	منبع (نویسنده) تدوین	هیات وزیران		
۵	مخاطب اصلی	وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور		
۶	متن	<p>ماده ۲- سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخش های دولتی و غیردولتی با هدف دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت، ارتقای سطح سلامت بیمه شدگان تحت پوشش، افزایش و تسهیل دسترسی بیمه شدگان به خدمات سلامت و خرید با کیفیت ترین و هزینه اثربخش ترین خدمات برای بیمه شدگان، اقدام نماید؛</p> <p>ماده ۴- سازمان موظف است نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت با کیفیت، مطابق استانداردهای مصوب و مورد تعهد بیمه پایه سلامت از مراکز و فروشندگان کالاهای سلامت داخلی و خارجی با اولویت خرید از تولید کنندگان داخلی و توزیع مناسب آنها با هدف بهبود دسترسی بیمه شدگان و کاهش هزینه مستقیم مردم اقدام نماید. این اقدام در قالب حفظ فضای رقابتی تولید و واردات کالا و خدمات بخش سلامت و عدم ایجاد انحصار و بدون ورود مستقیم در تولید و عرضه کالا و خدمات توسط سازمان می باشد.</p> <p>تبصره- ساز و کار اجرایی و شیوه نامه خرید انبوه خدمات و کالاهای سلامت ظرف شش ماه پس از ابلاغ این آیین نامه توسط وزارت با همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تهیه و به</p>		

کاربرگ اطلاعاتی اسناد	
<p>تصویب شورای عالی می رسد.</p> <p>ماده ۶ - ملاک تعهد سازمانهای بیمه گر، فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس مصوبات هیئت وزیران می باشد.</p> <p>ماده ۷ - وزارتخانه های تعاون، کار و رفاه اجتماعی، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور همه ساله نسبت به بازنگری فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت براساس معیارهای علمی و روش شناختی (متدولوژی) مصوب، با اولویت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات اقدام و آن را از طریق شورای عالی برای تصویب به هیئت وزیران ارایه می نمایند.</p> <p>ماده ۸ - وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی موظف است نسبت به تهیه و تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات نظام سلامت به منظور ارتقای کیفیت خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت، هر ساله درخصوص حداقل پنجاه مورد اقدام نماید.</p> <p>تبصره - ورود خدمات نوین به فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت منوط به تدوین راهنماهای بالینی و استانداردهای خدمات مربوط می باشد.</p> <p>ماده ۱۱ - وزارت موظف است بار مالی اجرای این آیین نامه را سالانه برآورد و برای پیش بینی در لایحه بودجه سنواتی به معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور اعلام نماید.</p> <p>ماده ۱۳ - سازمان موظف است هر ساله گزارش عملکرد مالی خرید راهبردی خدمات و میزان تأثیر آن بر شاخص های سهم پرداخت مردم از هزینه های سلامت، کاهش هزینه های سلامت و توسعه عدالت در سلامت را به شورای عالی ارایه نماید.</p> <p>ماده ۱۵ - مراکز موظفند دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران را تهیه نمایند. موارد استثنا با توافق وزارت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ظرف شش ماه تهیه می شود.</p> <p>ماده ۱۶ - معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رییس جمهور موظف است اعتبارات مصوب سازمان در قوانین بودجه سنواتی را به موقع تخصیص دهد.</p> <p>ماده ۱۷ - مسئولیت نظارت بر حسن اجرای این آیین نامه بر عهده وزارت می باشد.</p>	

کاربرگ اطلاعاتی اسناد				
۱	عنوان	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی		
۲	نوع	قانون اساسی	برنامه توسعه	مصوبات مجلس شورای اسلامی
				مصوبات شورای عالی بیمه
				سایر قوانین
۳	تاریخ	۱۳۸۳/۰۲/۲۱		
۴	منبع (نویسنده) تدوین	تصویب: مجلس شورای اسلامی تایید: شورای نگهبان		
۵	مخاطب اصلی	سازمان تامین اجتماعی		

کاربرگ اطلاعاتی اسناد	
۶	<p>ماده ۲ - نظام جامع تأمین اجتماعی شامل سه حوزه می‌باشد:</p> <p>الف - حوزه بیمه‌ای : شامل بخش بیمه‌های اجتماعی از جمله بازنشستگی، بیکاری، حوادث و سوانح، از کارافتادگی و بازماندگان و بخش بیمه‌های درمانی (بهداشت و درمان) می‌باشد.</p> <p>تبصره - خدمات بیمه‌های اجتماعی و درمانی به دو سطح همگانی و تکمیلی تقسیم می‌شود به طوری که:</p> <p>۱ - حدود خدمات بیمه‌ای همگانی را قانون تعیین می‌کند.</p> <p>ماده ۳ - اهداف و وظایف حوزه بیمه‌ای به شرح زیر می‌باشد:</p> <p>الف - گسترش نظام بیمه‌ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه با اولویت دادن به بیمه‌های مبتنی بر بازار کار و اشتغال.</p> <p>ب - ایجاد هماهنگی و انسجام بین بخش‌های مختلف بیمه‌های اجتماعی و درمانی.</p> <p>ج - اجرای طرح بیمه اجباری مزدبگیران.</p> <p>د - تشکیل صندوقهای بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد(خویش‌فرمایان و شاغل غیردائم)، بیمه روستائیان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان.</p> <p>هـ - گسترش بیمه‌های خاص جبران خسارات ناشی از حوادث طبیعی از قبیل سیل، خشکسالی، زلزله و طوفان.</p> <p>و - پشتیبانی حقوقی از بیمه‌های تکمیلی.</p> <p>ز - نظارت بر عملکرد صندوقهای بیمه‌ای.</p> <p>ح - پیگیری اصلاح اساسنامه‌های شرکتها و صندوقهای بیمه‌ای به نحوی که اصل بنگاهداری برای شرکتها و صندوقهای بیمه‌ای لحاظ شود.</p> <p>ط - نظارت بر تعادل منابع و مصارف صندوقها بر اساس علم محاسبات بیمه‌ای.</p> <p>ی - اطلاع رسانی در خصوص خدمات بیمه‌ای.</p> <p>تبصره ۱ - هر صندوق بیمه‌ای می‌تواند در یکی از دو حوزه بیمه اجتماعی و درمانی و یا در هر دو فعالیت نماید.</p> <p>تبصره ۲ - دولت مکلف است ظرف مدت دو سال از تاریخ ابلاغ این قانون، امکان تحت پوشش بیمه قرار گرفتن اقشار مختلف جامعه از جمله روستائیان، عشایر و شاغلین فصلی را فراهم نماید.</p>

کاربرگ اطلاعاتی اسناد				
۱	عنوان	ماده ۳۸ ، برنامه پنجم توسعه		
۲	نوع	قانون اساسی	برنامه توسعه	مصوبات دبیرخانه شورای بیمه سلامت
			*	مصوبات شورای عالی بیمه
۳	تاریخ	مصوب جلسه علنی مورخ ۱۳۸۹/۱۰/۱۵ مجلس شورای اسلامی		
۴	منبع (نویسنده) تدوین	تدوین: معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی ریاست جمهوری تصویب: مجلس شورای اسلامی تأیید: مجمع تشخیص مصلحت نظام		

کاربرگ اطلاعاتی اسناد		
۵	مخاطب اصلی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، شورای عالی بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی، بیمه مرکزی و سایر شرکت های تجاری بیمه، معاونت برنامه ریزی و نظارت راهبردی رئیس جمهور، مردم
۶	متن	<p>به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت به سی درصد (۳۰٪) از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب نمودن تعرفه ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب بودجه سنواتی و در طول برنامه اقدامات زیر انجام می شود:</p> <p>ز- سازمان بیمه سلامت ایران مکلف است با رعایت نظام ارجاع و سطح بندی خدمات براساس سیاستهای مصوب نسبت به خرید راهبردی خدمات سلامت از بخشهای دولتی و غیردولتی اقدام نماید. آئین نامه اجرایی این بند مشتمل بر اصلاح نظام پرداخت و فهرست خدمات مورد تعهد بیمه پایه سلامت ظرف یک سال توسط وزارتخانه های رفاه و تامین اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت تهیه و به تصویب هیئت وزیران می رسد.</p>

کاربرگ اطلاعاتی اسناد				
۱	عنوان	سیاست های کلی سلامت		
۲	نوع	قانون اساسی	برنامه توسعه	مصوبات دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت
				مصوبات شورای عالی بیمه
				سایر قوانین *
۳	تاریخ	۱۳۹۳/۰۱/۱۸		
۴	منبع (نویسنده) تدوین	رهبر معظم انقلاب اسلامی با مشورت مجمع تشخیص مصلحت نظام، در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی		
۵	مخاطب اصلی	سه قوه ی مجریه، مقننه و قضائیه		
۶	متن	<p>۱- ارائه خدمات آموزشی، پژوهشی، بهداشتی، درمانی و توانبخشی سلامت مبتنی بر اصول و ارزش های انسانی- اسلامی و نهادینه سازی آن در جامعه.</p> <p>۵- ساماندهی تقاضا و ممانعت از تقاضای القائی و اجازه تجویز صرفاً بر اساس نظام سطح بندی و راهنماهای بالینی، طرح ژنریک و نظام دارویی ملی کشور و سیاست گذاری و نظارت کارآمد بر تولید، مصرف و واردات دارو، واکسن، محصولات زیستی و تجهیزات پزشکی با هدف حمایت از تولید داخلی و توسعه صادرات.</p> <p>۶- تأمین امنیت غذایی و بهره مندی عادلانه آحاد مردم از سبد غذایی سالم، مطلوب و کافی، آب و هوای پاک، امکانات ورزشی همگانی و فرآورده های بهداشتی ایمن همراه با رعایت استانداردهای ملی و معیارهای منطقه ای و جهانی.</p> <p>۷- تفکیک وظایف تولید، تأمین مالی و تدارک خدمات در حوزه سلامت با هدف پاسخگویی،</p>		

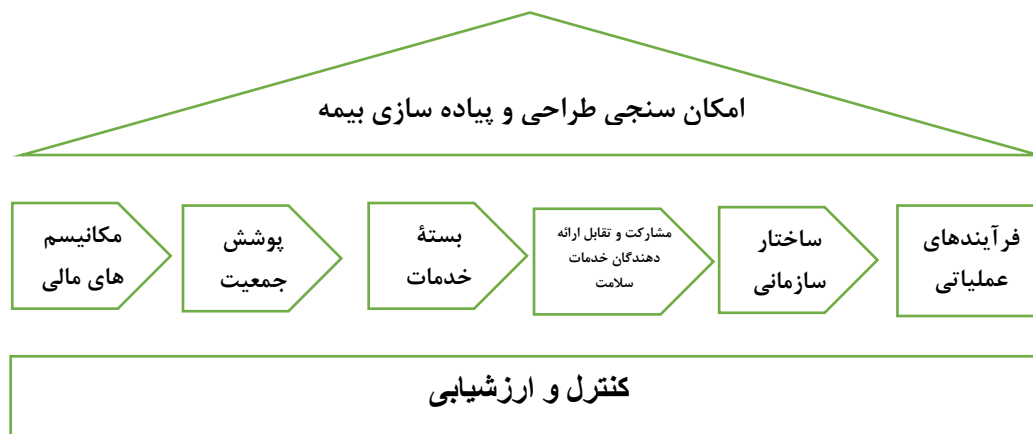
کاربرگ اطلاعاتی اسناد	
<p>تحقق عدالت و ارائه خدمات سلامت مطلوب به مردم به شرح ذیل:</p> <p>۷-۱- تولید نظام سلامت شامل سیاست‌گذاری‌های اجرایی، برنامه ریزی‌های راهبردی، ارزشیابی و نظارت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.</p> <p>۷-۲- مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.</p> <p>۹- توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف:</p> <p>۹-۱- همگانی ساختن بیمه پایه درمان.</p> <p>۹-۲- پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری، دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.</p> <p>۹-۳- 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.</p> <p>۹-۴- تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی و درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت سلامت و خرید آنها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولید بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه، تشخیص بیماری تا درمان.</p> <p>۹-۵- تقویت بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه سلامت.</p> <p>۱۰- تأمین منابع مالی پایدار در بخش سلامت با تأکید بر:</p> <p>۱۰-۱- شفاف سازی قانونمند درآمدها، هزینه‌ها و فعالیت‌ها.</p> <p>۱۰-۲- افزایش سهم سلامت، متناسب با ارتقاء کیفیت در ارائه خدمات سلامت و درمانی، از تولید ناخالص داخلی و بودجه عمومی دولت به نحوی که بالاتر از میانگین کشورهای منطقه باشد و اهداف سند چشم‌انداز تحقق یابد.</p> <p>۱۲- بازشناسی، تبیین، ترویج، توسعه و نهادینه نمودن طب سنتی ایران.</p>	

بررسی وضعیت ارکان بیمه‌های سلامت در کشور

در سازمان‌های بیمه‌گر اگر به جهات و ابعاد مختلف بررسی کنیم می‌بینیم که مهمترین مسئله در این سازمان‌ها تأمین منابع مالی می‌باشد. اگر مکانیزم تأمین منابع مالی صحیح و با برنامه‌ریزی نباشد و همچنین مدیریت منابع مالی درست و علمی انجام نشود بدون شک به اهداف آرمانی و کلی سازمان‌های بیمه‌گر نمی‌رسیم. برای سازمان‌های بیمه سلامت ارکانی تعریف شده است که عبارتند از:

- مؤلفه ۱: امکان طراحی و بکارگیری بیمه
- مؤلفه ۲: انتخاب مکانیسم‌های مالی
- مؤلفه ۳: پوشش جمعیت
- مؤلفه ۴: بسته خدمات
- مؤلفه ۵: بکارگیری انتخاب و تقابل تأمین کنندگان مراقبت‌های بهداشتی برای بیمه سلامت
- مؤلفه ۶: ساختار سازمانی

شکل (۱) شکل گیری رابطه میان این مؤلفه ها را نشان می دهد و ایجاد همه این مؤلفه ها در کنار هم، وابسته به امکانات موجود در محیط سیاسی اقتصادی و اجتماعی - فرهنگی کشور می باشد. کنترل و ارزشیابی پایه این مدل را می سازد. ذینفعان حاضر در فرآیند طراحی باید از این ارتباط درونی مطلع باشند چرا که هر تصمیم همزمان بر چند مؤلفه تأثیر می گذارد برای هر مؤلفه باید به شناسایی فرصت ها و موانع سیاسی، اقتصادی و مؤسسه ای و نیز روشهای مختلفی که سیاست گذاران و تکنسین ها می توانند بیمه سلامت را به سوی یک مسیر منطقی ممکن در کشور خود سوق دهند، کمک می کند(۲۴).



شکل ۱: ارکان بیمه های سلامت

تیم پژوهش با بررسی متون داخلی، جدول تطبیقی ارکان بیمه های پایه سلامت در کشور را با توجه به وضعیت موجود تدوین نموده است که در ادامه به بررسی آن خواهیم پرداخت (۲۰-۱۳).

تامین مالی

جدول ۳: رکن تامین مالی بیمه های پایه سلامت کشور

بیمه سلامت کمیته امداد	بیمه سلامت نیروهای مسلح	سازمان تامین اجتماعی	سازمان بیمه سلامت	سازمان - های بیمه
-بودجه اختصاصی از دولت -۶٪ حقوق و دستمزد که ۱۰۰ درصد آن را دولت می	- ۶ درصد حقوق و مزایای مستمر تا سقف ۲ برابر حق حقوق و دستمزد قانون کار سهم بیمه شونده دودرصد حقوق و مزایای مستمر تا	-۹/۲۷ از ۳۰٪ کل حقوق و دستمزد بیمه شده -۲۳٪ سهم کارفرما -۷٪ سهم بیمه شده	-تعریف سرانه: ۶٪ حقوق و دستمزد -کل حق بیمه کارکنان دولت اعم از شاغلین و بازنشستگان معادل ۷درصد حقوق و مزایای مستمر: ۲درصد سهم کارمند شاغل ۲ درصد حقوق ماهیانه مشمول کسور بازنشستگی، سهم کارمند بازنشسته و وظیفه بگیر و مستمری بگیر	تامین مالی

سازمان های بیمه	سازمان بیمه سلامت	سازمان تامین اجتماعی	بیمه سلامت کمیته امداد
	۱/۵ درصد - سهم دستگاههای بیمه گزار معادل سهم بیمه شده (برای شاغلین ۲ درصد و برای بازنشستگان ۱/۵ درصد) - ۳- سهم دولت برای شاغلین ۳ درصد و برای بازنشستگان ۴ درصد از حقوق (با مبانی بند ۲) - سهم بیمه شدگان در صندوق بیمه ایرانیان معادل پنجاه درصد سرانه مصوب روستائیان: سرانه برابر ۴۰ درصد سرانه شهر نشینان می باشد که توسط سازمان مدیریت و برنامه ریزی به سازمان بیمه سلامت پرداخت می گردد.		حد اکثر ۱۴۲۴۸۵۰۰ ریال - ۱،۹٪ سهم کارفرما - ۲٪ سهم دولت دهد. - کمک های مردمی

جمعیت تحت پوشش

جدول ۴: رکن جمعیت تحت پوشش بیمه های پایه سلامت کشور

سازمان های بیمه	سازمان بیمه سلامت	سازمان تامین اجتماعی	بیمه سلامت کمیته امداد
جمعیت تحت پوشش	تعداد	۴۰،۲۹۱،۶۶۴	۴۶۰،۰۰۰
افراد تحت پوشش	افراد تحت پوشش	کارکنان دولت، روستائیان، خویش فرمایان، سایر اقشار، بیمه همگانی	کارکنان نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران
افراد نیازمند و واجد شرایط		کارکنان دولت خویش فرمایان	

بسته خدمات تحت پوشش

جدول ۵: رکن بسته خدمات تحت پوشش بیمه های پایه سلامت کشور

سازمان های بیمه	سازمان بیمه سلامت	سازمان تامین اجتماعی	بیمه سلامت کمیته امداد
بسته خدمات	بسته خدمات	بسته خدمات	بسته خدمات
پایه سلامت در	پایه سلامت در	پایه سلامت در	پایه سلامت در
پوشش میانگین ۹۰٪ خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات	پوشش میانگین ۹۰٪ خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات	پوشش میانگین ۹۰٪ خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات	پوشش میانگین ۹۰٪ خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات

سازمان های بیمه	سازمان بیمه سلامت	سازمان تامین اجتماعی	بیمه سلامت کمیته امداد
	بیمارستان های دولتی - پوشش میانگین ۹۵٪ بار مالی خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات پایه سلامت در بیمارستان های دولتی	- پوشش میانگین ۹۵٪ بار مالی خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات پایه سلامت در بیمارستان های دولتی	بیمارستان های دولتی - پوشش میانگین ۹۵٪ بار مالی خدمات بستری و سرپایی بسته خدمات پایه سلامت در بیمارستان های دولتی - پوشش ۱۰۰ درصدی خدمات با تعریف بیمه تکمیلی اختصاصی

ارائه خدمت

جدول ۶: رکن ارائه خدمت بیمه های پایه سلامت کشور

سازمان های بیمه	سازمان بیمه سلامت	سازمان تامین اجتماعی	بیمه سلامت کمیته امداد
ارائه خدمت به صورت غیر مستقیم، خرید خدمت از مراکز ارائه دهنده خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه های دولتی مصوب دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت	ارائه خدمت به صورت غیر مستقیم، خرید خدمت از مراکز ارائه دهنده خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه های دولتی مصوب دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت	ارائه خدمت به صورت مستقیم و غیر مستقیم، غیر مستقیم: خرید خدمت از مراکز ارائه دهنده خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه های دولتی مصوب دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت	ارائه خدمت به صورت مستقیم و غیر مستقیم، غیر مستقیم: خرید خدمت از مراکز ارائه دهنده خصوصی و دولتی بر اساس تعرفه های دولتی مصوب دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت

ساختار و فرآیندهای عملیاتی

جدول ۷: ارکان ساختار و فرآیندهای عملیاتی بیمه های پایه سلامت کشور

سازمان های بیمه	سازمان بیمه سلامت	سازمان تامین اجتماعی	بیمه سلامت	بیمه سلامت کمیته امداد
ساختار	سازمان دولتی، وابسته به وزارت تعاون، کار و رفاه	سازمان عمومی غیردولتی، زیر نظر وزارت تعاون، کار و رفاه	سازمانی وابسته به نیروهای مسلح و تحت قوانین وزارت تعاون، کار و رفاه	سازمانی وابسته به دولت و تحت قوانین وزارت تعاون، کار و رفاه
فرآیندهای عملیاتی	-سازمان بیمه ای دولتی، زیر نظر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی -تحت قوانین شورای عالی بیمه سلامت -اجرای فرآیند های بیمه گری بر اساس دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های سلامت	-سازمان بیمه ای غیر دولتی -تحت قوانین و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی -شورای عالی بیمه سلامت - اجرای فرآیند های بیمه گری بر اساس دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های سلامت	-سازمان بیمه ای دولتی، زیر نظر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی -تحت قوانین و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی -شورای عالی بیمه سلامت -اجرای فرآیند های بیمه گری بر اساس دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های سلامت	-نهاد دولتی، -تحت قوانین و وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی شورای عالی بیمه سلامت -اجرای فرآیند های بیمه گری بر اساس دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های سلامت

در حال حاضر منابع عمومی نظام سلامت به طور پراکنده و با رویکردهای مختلف از قبیل تامین سهم دولت از حق بیمه پایه اقشار مختلف (اعم از کارکنان کشوری و لشکری، روستاییان، اقشار محروم، نیازمند و ...)، تامین هزینه های ارائه دهندگان خدمت در بخش دولتی شامل حقوق و دستمزد، خدمات و ...، کمک به هزینه های بیماران صعب العلاج، روانی و سوختگی و همچنین پرداخت حق بیمه تکمیلی گروه های خاص مانند بازنشستگان و افراد تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران صورت می پذیرد. از آنجا که این منابع به صورت پراکنده و طی برنامه های متفاوت به دستگا ههای اجرایی تخصیص می یابد میزان بهره مندی عموم جامعه از آن یکسان نمی باشد. از سوی دیگر منابع نظام سلامت در قالب سه جزء دولت، بیم هها و مردم (پرداخت از جیب) تامین می گردد و در بخش بیمه ها مدل یکسانی در کشور جاری نیست .

تامین حق بیمه روستاییان و اقشار محروم و مستضعف براساس بند ب ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه معادل ۶٪ حداقل حقوق و دستمزد به ازای هر خانوار تعریف شده است . که تقریباً سران های معادل ۱۰۰۰۰۰ ریال در ماه می باشد.

همچنین میزان مشارکت دولت (نه دستگاه اجرایی) برای کارکنان شاغل و بازنشسته تقریباً معادل ۷۱۵۰۰ ریال در ماه است (۲۵).

منابع عمومی قابل هزینه کرد از طریق بیمه

منابع عمومی قابل هزینه کرد از طریق بیمه به دو قسمت تقسیم م ی شود:

۱. اعتباراتی که در حال حاضر به عنوان مشارکت دولت در تامین حق بیمه اقشار مختلف از جمله کارکنان دولت، روستاییان و ... در ردیف های بودجه لحاظ شده است.
۲. اعتباراتی که ذیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران و یا سایر دستگاه های اجرایی قرار دارد و ماهیت عمومی و یا کمک داشته و قابل هزینه کرد از طریق بیمه می باشد. مانند اعتبارات کمک به هزینه های درمان بیماران خاص یا اجرای برنامه پزشک خانواده و ...

اعتبار لازم برای تامین حق بیمه کارکنان دولت به تفکیک سهم دستگاه اجرایی و دولت در بودجه هر سال پیش بینی و تصویب می گردد. اعتبار مربوط به سهم دستگاه اجرایی به هر دستگاه و اعتبار مربوط به سهم دولت به سازمان بیمه سلامت ایران اختصاص داده می شود.

در مورد نیروهای مسلح با توجه به یکی بودن بیمه گر و دستگاه اجرایی سهم دولت و دستگاه به میزان ۸۴۳۴ میلیارد ریال در اعتبارات سازمان تامین اجتماعی نیروهای مسلح دیده شده است، لیکن با توجه به اینکه در این برنامه به تجمیع اعتبارات سهم دولت برای بیمه پایه پرداخته ایم نیمی از اعتبارات این سازمان در محاسبات لحاظ شده است.

در خصوص بیمه شدگان تحت پوشش بنیاد شهید و ایثارگران نیز مجموع اعتبارات برابر ۶۸۸۰ میلیارد ریال می باشد.

بیمه شدگان سازمان بهزیستی نیز در قالب صندوق سایر اقشار، بیمه پایه خود را از سازمان بیمه سلامت ایران دریافت م ی نمایند که حق بیمه آنها برابر ۶٪ حداقل حقوق مشمولین قانون کار به ازای بیمه شده اصلی محاسبه میشود.

بر این اساس مجموع اعتباراتی که به عنوان سهم دولت و کارفرمایان در مشارکت حق بیمه پایه محاسبه می شود برابر ۹۰۹۳۹ میلیارد ریال می باشد که به ازای ۷۷ میلیون نفر جمعیت کشور، سران های معادل ۹۸۴۲۰ ریال در ماه حاصل می شود و تقریباً با این سرانه میتوان ۹۰٪ هزینه های بستری در بیمارستانهای دانشگاهی و ۷۰٪ داروی سطح یک تجویزی توسط پزشکان عمومی را پرداخت نمود (۲۵).

منابع بیمه اجتماعی

بخش دوم منابع پیش بینی شده برای نظام سلامت مشارکت بیمه شدگان و دستگاه اجرایی در تامین حق بیمه می باشد در حال حاضر در حدود ۵۰ میلیون نفر تحت پوشش بیمه های اجتماعی (اعم از درمان و بازنشستگی) بوده و در تامین حق بیمه خود مشارکت م ی نمایند. با توجه به مصوبات هیئت دولت و اخذ ۲٪ از حقوق برای بیمه شده و ۲٪ برای دستگاه اجرایی به عنوان حق بیمه درمان پیش بینی م ی شود سران های به طور متوسط ۱۳۳۰۰۰ ریال به ازای هر نفر تامین م یگردد. در سطح بیمه اجتماعی الزامی به تجمیع سازمانهای بیمه هگر نبوده و منابع موجود در سال اول م ی تواند بنا به درخواست هر سازمان بصورت جداگانه هزینه گردد (۲۵).

تعهدات بسته خدمات بیمه پایه سلامت

در صورت اجرای این طرح سازمان بیمه سلامت ایران، خدمات زیر را به مردم به صورت یکسان ارائه خواهد داد:

۱. انعقاد قرارداد با کارشناسان پروانه دار برای ارائه بخشی از خدمات سطح یک
۲. افزایش پرداخت به پزشکان عمومی برای اجرای برنامه پزشک خانواده . لازم بذکر است تا زمان اجرایی شده این برنامه می توان خدمات را از پزشکان عمومی طرف قرارداد خریداری نمود.
۳. پرداخت قیمت تمام شده هتلینگ به بیمارستانهای دولتی
۴. پرداخت دو برابر k بابت خدمات پزشکان در بیمارستانهای دولتی
۵. پرداخت بر اساس ۱۰۰٪ تعرفه دولتی و حذف فرانشیز بیمار بستری و یا پرداخت کلی بیمار به میزان ۳۰۰۰۰۰۰ ریال به ازای هر شب بستری و حداکثر تا ۱,۰۰۰,۰۰۰ ریال
۶. پرداخت ما به التفاوت قیمت دارو و لوازم مصرفی و یا تامین هزینه های لوازم مصرفی بیمارستان ها
۷. پرداخت هزینه های تصادفات در بیمارستان ها
۸. پرداخت هزینه های غربالگری در جمعیت روستایی و شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر
۹. پرداخت ۷۰٪ هزینه های پاراکلینیک بر اساس تعرفه های دولتی
۱۰. پرداخت ۷۰٪ هزینه ها دارویی با تعریف فرانشیز پلکانی برای کاهش هزینه های کمرشکن بیماران
۱۱. پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های دارویی و خدمات بیماران خاص
۱۲. پرداخت هزینه های دندانپزشکی کودکان و هزینه های آموزش و پیشگیری از بیمار یهای دهان و دندان (۲۵).

تعهدات بسته بیمه اجتماعی سلامت

با اجرای این طرح، بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و کارکنان دولت می توانند خدمات زیر را دریافت نمایند:

۱. پوشش ۶۰٪ هزینه های دندانپزشکی
۲. انجام غربالگری برای پیشگیری از بیمار یهای مزمن
۳. پرداخت ۱۰۰٪ هزینه های بستری در بیمارستان های تامین اجتماعی و نیروهای مسلح
۴. پرداخت هزینه های بستری در بیمارستان های خصوصی متناسب با تعرفه بیمارستان های تامین اجتماعی
۵. پرداخت هزینه های بستری در بخشهای VIP بیمارستان های دانشگاهی (۲۵).

سرانه تعریف شده در سطوح مختلف بیمه

منظور از سرانه میزان هزینه کرد به ازای هر بیمه شده در ماه است. با توجه به توزیع متفاوت جمعیت سالم و بیمار و میزان مراجعات در کشور از تقسیم کل هزینه ها به جمعیت سرانه هر خدمت محاسبه میشود.

سرانه مصوب در هر سال بر اساس عملکرد سال گذشته سازمانهای بیمه گر در پرداخت هزینه های درمانی و با احتساب رشد تعرفه ها در هر سال محاسبه میشود. در حال حاضر سهم هزینه های خدمات سطح یک شامل ویزیت پزشکان عمومی از پرداختی سازمانهای بیمه گر ناچیز بوده و به عبارت دیگر با پرداخت بیشتر هزینه های بستری و تخصصی در عمل رویکرد سلامت نگر و پیشگیری از پرداخت سازمانهای بیمه گر پایه حذف شده است. همچنین پیراپزشکان پروانه دار اعم از ماماها، روانشناسان بالینی، کارشناسان بهداشت و...

(به استثنای فیزیوتراپیست ها) که میتوانند بخش عمده های از خدمات سطح یک را ارائه نمایند. به صورت مستقل طرف قرارداد سازمانهای بیمه گر نبوده و سهمی از هزینه های درمانی این سازمانها را ندارند. این گروه از ارائه دهندگان خدمت عمدتاً در استخدام بیمارستان ها و شبکه های بهداشتی درمانی بوده و با نظام پرداخت حقوق و دستمزد مشغول به ارائه خدمات می باشند.

از سوی دیگر بیمارستان های دولتی عمدتاً با کسری اعتبارات مواجه بوده و علت آن پائین بودن تعرفه ها و عدم تناسب آن با قیمت تمام شده خدمات عنوان م یگردد. مقایسه سرانه بیمه پایه ۹۳ در این برنامه با سرانه ۹۲ نشان دهنده بیشترین رشد در سرانه پزشک عمومی و سطح یک و بستری م یباشد که به علت واقعی دیده شدن حق الزحمه پزشک عمومی به عنوان ناظم سلامت مردم Gate keeper و نیز افزایش تعرفه های هتلینگ بیمارستانها برای ایجاد رقابت با بخش خصوصی و پرداخت ۲K به پزشکان شاغل در بیمارستانهای دولتی برای حفظ و نگهداری آنها در این بخش و جلوگیری از شیفت بیمار به بخش خصوصی و نیز کاهش پرداخت از جیب بیمار در هنگام بستری می باشد(۲۵).

بررسی تجربیات ۴ کشور در خصوص اصلاحات در نظام تامین مالی سلامت

این بخش از پژوهش با هدف توصیف کامل کشورهای منتخب در خصوص نظام تامین مالی و اصلاحات رخ داده در آن با بهره گیری از مرور متون و پایگاه های اطلاعاتی (مطابق روش کار بیان شده در پروپوزال) تدوین شده است.

در این بخش تجربیات اصلاحات نظام سلامت در چهار کشور آمریکا، تایلند، ترکیه و کره جنوبی ارائه خواهد شد. در این مطالعه کشورهایی جهت بررسی انتخاب شدند که نظام سلامت آنها در پنج سال اخیر دچار اصلاحات اساسی در نظام تامین مالی و نظام بیمه سلامت خود بوده اند. با مطالعه این کشورها، مطالعه تطبیقی از روند ایجاد تغییرات، تاثیر تغییرات بر شاخص های مالی سلامت (میزان پرداخت از جیب، سهم GDP در بخش سلامت،...)، میزان و الگوی مصرف خدمات و... انجام خواهد شد، که این خروجی ها با تغییرات ایجاد شده در کشورمان بعد از اجرای طرح تحول سلامت (مطابق با اهداف پژوهش) مقایسه و تحلیل خواهند شد. نتیجه این مطالعه تطبیقی و تحلیل ها، می تواند در ارائه گزینه های سیاستی و پیشنهادات اصلاحی (در صورت لزوم) مورد استفاده قرار گیرد.

اصلاحات نظام سلامت آمریکا

جدول ۸: پروفایل سلامت کشور آمریکا (۲۶)

سهم بخش سلامت از GDP (%)	سرانه هزینه سلامت (دلار)	جمعیت
۱۷,۱	۹۱۴۶	۳۲۰۰۵۱۰۰۰

شاخص تخت بیمارستانی (در ۱۰۰۰ نفر)	مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ نفر	میانگین امید به زندگی
۲,۹	۷	۷۷

معرفی اصلاحات: لایحه حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (PPACA)

لایحه حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه (PPACA)^۱ که عموماً قانون مراقبت مقرون به صرفه (ACA)^۲ یا به صورت محاوره ای اوباماکیئر (Obamacare) (۲۷) نیز نامیده می شود، از قوانین فدرال ایالات متحده است که توسط باراک اوباما در ۲۳ مارس ۲۰۱۰ تصویب شد. این لایحه در کنار اصلاحیه قانون مراقبت های بهداشتی و اصلاحات آموزشی مهمترین مقررات پیاده شده در خصوص نظام سلامت آمریکا از زمان تصویب Medicare (مدیکیر) و Medicaid (مدیکید یا قانون بیمه مستنمندان) در ۱۹۶۵ است. طبق این قانون، بیمارستان ها و پزشکان و خانواده ها ملزم هستند شیوه های خود را از لحاظ مالی، فن آوری و بالینی برای بهبود نتایج سلامتی، کاهش هزینه ها و بهبود روش های توزیع و دسترسی تغییر دهند (۲۸،۲۹).

ACA برای افزایش کیفیت و استطاعت بیمه سلامت، کاهش میزان پرداخت از جیب و حق بیمه از طریق گسترش پوشش بیمه دولتی و خصوصی و کاهش هزینه های مراقبت های سلامت برای مردم و دولت به تصویب رسید. این قانون مکانیزم هایی نظیر صدور حکم، کمک هزینه ها و مبادلات بیمه را معرفی کرد. لایحه فوق شرکت های بیمه را ملزم می سازد تا تمامی متقاضیان را با حداقل استانداردهای جدید پوشش دهند و صرف نظر از شرایط قبلی یا جنسیت خدمات یکسان ارائه کنند. در سال ۲۰۱۱، دفتر بودجه کنگره مقرر داشت که ACA کسری های آینده و هزینه های مراقبت های سلامت را کاهش دهد (۳۰،۳۱).

^۱ Patient Protection and Affordable Care Act^۲ Affordable Care Act

در ۲۸ ژوئن سال ۲۰۱۲، دیوان عالی ایالات متحده دستورالعمل فردی ACA را به عنوان یک شیوه اعمال قانون مالیاتی کنگره در فدارسیون مالی کسب و کار مستقل و سبلیوس تأیید کرد. با این حال، دادگاه مقرر داشت طبق زبان های ناشی از کاهش منابع مالی خدمات سلامت ایالت ها ملزم نیستند در برنامه توسعه ACA شرکت کنند. از زمان وضع و اجرا این قانون با چالش هایی در کنگره و دادگاه های فدرال و برخی از دولت های ایالتی، گروه های محافظه کار، اتحادیه های کارگری و سازمان های کوچک مواجه شد. در ۲۵ ژوئن ۲۰۱۵، طبق ماده King v. Burwell، دادگاه عالی مقرر داشت که قانون کمک هزینه فدرال برای کمک به افراد جهت پرداخت بیمه سلامت در تمامی ایالت ها وضع شود و صرفاً محدود به کسانی که در مراکز مبادله یا نمایندگی های دولتی فعالیت دارند نباشد (۲۳،۳۳). در ماه مارس سال ۲۰۱۵، مراکز کنترل و پیشگیری از بیماری گزارش کردند که میانگین تعداد افراد بیمه نشده از ژانویه تا سپتامبر ۲۰۱۴ برابر ۱۱،۴ میلیون نفر بوده که کمتر از میانگین آن در سال ۲۰۱۰ بوده است. در آوریل ۲۰۱۵، موسسه گالوپ گزارش داد که درصد بزرگسالانی که فاقد بیمه هستند از ۱۸ درصد در سه ماهه سوم سال ۲۰۱۳ به ۱۱،۴٪ در سه ماهه دوم سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است (۳۴).

بررسی اجمالی مقررات

قانون مراقبت مقرون به صرفه (ACA) یا مراقبت اوباماکیور، شامل مقررات متعددی است که بین سال های ۲۰۱۰ و ۲۰۲۰ اجرا می شوند. سیاست های وضع شده قبل از سال ۲۰۱۰ بواسطه یک ماده مکتسبه قانونی بسیاری از تغییرات در استانداردهای بیمه را منع کرده است، اما این سیاست ها تحت تأثیر مقررات دیگر قرار می باشند. اصلاحات مهم که بیشتر آنها در ۱ ژانویه ۲۰۱۴ انجام شده اند، شامل موارد زیر است (۳۰):

- مفاد تضمینی این قانون بیمه گذاران را از هر نوع عدم پوشش بیمه فردی بخاطر شرایط موجود برحذر می دارد و درجه بندی عمومی آن شرکت های بیمه را ملزم می سازد قیمت حق بیمه یکسان را برای تمامی افراد با سن مشابه و مکان جغرافیایی یکسان بدون توجه به جنسیت یا شرایط موجود (بجز مصرف دخانیات) ارائه کنند (۳۱).
- حداقل استانداردها برای سیاست های بیمه سلامت وضع شوند (۳۲).
- فردی که تحت پوشش بیمه سلامت نیست، لازم است تحت پوشش طرح درمانی یک کارفرما، مدیکید، مدیکیر یا دیگر برنامه های بیمه سلامت عمومی قرار داشته باشد تا سیاست های بیمه خصوصی تأیید شده تحقق یابند، مگر این که افراد عضو یک فرقه مذهبی یا قومی باشند که توسط سرویس درآمد داخلی از این قانون مستثنی شده باشند. این قانون طبق ضرورت شامل کمک هزینه برای کمک به افراد کم درآمد نیز می باشد (۳۳).
- نمایندگی های (exchanges) بیمه سلامت به عنوان مسیرهایی عمل می کنند که از طریق آنها افراد و شرکت های کوچک در هر ایالتی می توانند بیمه نامه ها را مقایسه کرده و بیمه مورد نظر را خریداری کنند (در صورت واجد شرایط بودن با کمک هزینه دولتی). در سال اول اجرای بیمه، ثبت نام آزاد در مراکز بیمه از ۱ اکتبر ۲۰۱۳ تا ۳۱ مارس ۲۰۱۴ صورت گرفت.

- مهلت خرید اصلی ۱ ژانویه ۲۰۱۴ بود اما این مهلت کمی جلو انداخته شده و به ۲۳ دسامبر ۲۰۱۳ تغییر کرده و بعدها به ۲۴ دسامبر ۲۰۱۳ تغییر کرد. برای طرح هایی که در سال ۲۰۱۶ شروع می شوند، دوره ثبت نام پیشنهادی ۱ نوامبر ۲۰۱۵ تا ۳۱ ژانویه ۲۰۱۶ بود (۳۴).
- افراد کم درآمد و خانواده هایی که درآمد بین ۱۰۰٪ و ۴۰۰٪ سطح فقر فدرال دارند در صورتی که بیمه را از طریق یک نمایندگی خریداری کنند واجد شرایط دریافت کمک هزینه از دولت فدرال می باشند. ماده ۱۴۰۱ قانون PPACA اشعار می دارد که هر نوع کمک هزینه ای به عنوان یک اعتبار مالیاتی قابل استرداد و قابل توسعه ارائه خواهد شد و یک فرمول را برای محاسبه آن ارائه می کند. این فرمول در اصلاحات انجام شده در ۲۳ مارس ۲۰۱۰ در ماده ۱۰۰۱ تغییر کرد. در سال ۲۰۱۵، کمک هزینه برای خانوارهای تک نفره با درآمد ۴۶۶۸۰ در سال و درآمد ۹۵۴۰۰ دلار برای یک خانوار چهار نفره مقرر شد؛ مصرف کنندگان می توانند اعتبارهای مالیاتی خود را دریافت کنند و نماینده پول را مستقیماً هر ماه به شرکت بیمه گر ارسال می کند. شرکت های کوچک نیز مشمول دریافت کمک هزینه خواهند بود (۳۵، ۳۶).
 - مدیکید بطور منطقی برای افراد و خانوارهای درآمد تا ۱۳۳ درصد سطح فقر فدرال می باشد که شامل بزرگسالان بدون معلولیت و بدون فرزند وابسته می باشد. این قانون همچنین با عدم توجه به ۵ درصد درآمد، حد واجد شرایط درآمدی برای بیمه مدیکید را ۱۳۸ درصد سطح فقر در نظر گرفت. علاوه بر این، فرایند ثبت نام در برنامه بیمه درمان کودکان (CHIP) ساده شده است. با این حال، در فدراسیون ملی کسب و کار مستقل و سیلیوس، دادگاه عالی مقرر داشت که ایالت ها ممکن است فراتر از برنامه مدیکید عمل کنند و چندین بیمه را لحاظ کنند (۳۷).
 - اصلاحات در سیستم پرداخت مدیکیر به معنای افزایش کارایی در سیستم ارائه خدمات سلامت از طریق اصلاح ساختار بازپرداخت های مدیکیر می باشد. طبق سیستم پرداخت جدید، بجای پرداخت فردی برای سرویس دهندگان فردی، یک پرداخت واحد برای یک بیمارستان و یک گروه پزشک برای یک بخش تعریف شده مراقبت های درمانی در نظر گرفته شد. علاوه بر این، خلاء پوشش بخش D مدیکیر (با نام donut hole شناخته شده است) بتدریج و بطور کامل تا ۱ ژانویه ۲۰۲۰ از بین خواهد رفت (۳۸).
 - شرکت هایی که حداقل ۵۰ نفر را استخدام کنند اما بیمه سلامت را برای پرسنل تمام وقت منظور نکنند در صورتی که دولت یک برنامه درمانی تمام وقت را از طریق کسور مالیاتی یا ابزارهای دیگر اجرا کند، باید جریمه مالیاتی را پرداخت کنند. این برنامه عموماً به عنوان الزام کارفرما شناخته می شود. در ژولای ۲۰۱۳، سرویس درآمد داخلی اجرای این طرح را به مدت ۱ سال به تأخیر انداخت (۳۹).

تاریخچه قانون گذاری

سابقه

قانون حفاظت از بیمار و مراقبت مقرون به صرفه ترکیبی از اقدامات برای کنترل هزینه سلامت، و گسترش پوشش از طریق بیمه های دولتی و خصوصی می باشد. یک حکم فردی همراه با کمک هزینه ها برای بیمه خصوصی به عنوان ابزارهای مراقبت های بهداشتی جهانی بهترین راه برای جلب حمایت مجلس سنا در نظر گرفته شد زیرا در پیشنهادات اصلاحی هر دو حزب حاکم گنجانده شده است. این مفهوم دست کم به سال ۱۹۸۰ برمی گردد، زمانی که بنیاد میراث محافظه کار پیشنهاد یک حکم فردی را به عنوان یک جایگزین برای مراقبت های بهداشتی تک پرداختی ارائه کرد. این پیشنهاد برای مدت کوتاهی مورد حمایت اقتصاددانان و جمهوریخواهان به عنوان یک رویکرد مبتنی بر بازار به عنوان اصلاحات سلامت بر اساس مسئولیت فردی و اجتناب از مشکلات بهره وری بی هزینه بود. بطور خاص، چون قانون نیروی کار فعال و درمان پزشکی اضطراری (EMTALA) سال ۱۹۸۹ هر نوع مشارکت بیمارستان ها در مدیکیر را الزامی کرده بود تا مراقبت اضطراری برای هر فرد نیازمند ارائه شود، دولت غالباً بطور غیرمستقیم هزینه افرادی که قادر به پرداخت هزینه های درمانی نیستند را پرداخت می کرد (۴۰).

زمانی که بیل کلینتون، رئیس جمهور وقت لایحه اصلاح مراقبت های بهداشتی در سال ۱۹۹۳ که شامل یک دستور برای کارفرمایان جهت بیمه سلامت تمامی پرسنل از طریق یک بازار منظم از سازمان های سلامت بود را تقدیم مجلس سنا کرد، سناتورهای جمهوریخواه یک پیشنهاد جایگزین را ارائه کردند که پرسنل را ملزم می کرد بیمه را خریداری کنند نه کارفرمایان. در نهایت طرح کلینتون در میان موج بی امان تبلیغات گروه های محافظه کار سیاسی و صنعت بیمه سلامت و با توجه به نگرانی ناشی از پیچیده بودن آن با شکست مواجه شد. در سال ۱۹۹۷ پس از عدم موفقیت در انجام یک اصلاح جامع در نظام سلامت، کلینتون بجای تدوین برنامه بیمه درمان کودکان (CHIP) سازش با کنگره یکصدوپنجاهم را ترجیح داد (۴۱).

گزینه مورد نظر جمهوری خواهان که در سال ۱۹۹۳ توسط جاف چافبه به عنوان قانون امروزی اصلاح دسترسی و عدالت درمانی (HERT) معرفی شد، حاوی یک الزام پوشش جهانی با یک مجازات برای متخلفین به عنوان یک فرد و همچنین کمک هزینه های مورد استفاده در گروه های خریدار دولتی می باشد. حامیان این لایحه جمهوری خواهان برجسته ای همانند سناتور اورین هج، چاک گراسلی، باب بنت و کیت باند بودند که امروزه با یک دستور در این مورد مخالف می ورزند. از ۴۳ سناتور جمهوری خواه از سال ۱۹۹۳، ۲۰ نفر از قانون HEART حمایت کردند. پیشنهاد دیگر جمهوری خواهان که در سال ۱۹۹۴ توسط سناتور دان نیکلس ارائه شده بود، قانون امنیت درمان با انتخاب مصرف کننده بود که حاوی یک دستور فردی با یک ماده کیفری بود؛ با این حال نیکلس بعدها با حذف دستور از لایحه، اظهار داشت که دولت نباید مردم را مجبور کند بیمه سلامت را بخرند. در زمان این ارائه این طرح ها، جمهوری خواهان مسائل قانونی این دستور را مطرح نکردند. مارک پائولی که به تدوین یک طرح شامل یک دستور کار فردی برای جرج بوش کمک کرد، اظهار داشت من به یاد ندارم که این لایحه اصلاح

مطرح شده باشد. شیوه ای که دفتر بودجه کنگره در سال ۱۹۹۴ در نظر داشت به طور موثر عنوان مالیات تلقی می شد (۴۲).

در سال ۲۰۰۶، لایحه گسترش بیمه در سطح ایالت در ماساچوست وضع شد. این لایحه شامل یک دستور درمان فردی و یک بیمه سلامت بود. فرماندار جمهوریخواه میت رامنی به این دستور رای داد، اما پس از اینکه دموکرات ها و تو وی را لغو کردند، آنرا به صورت قانون در آورد. اجرای دستور کار فردی و بیمه سلامت در ماساچوست ابتدا از سوی جمهوری خواهان مورد تقدیر قرار گرفت. در طی مبارزات انتخاباتی ریاست جمهوری ۲۰۰۸ رامنی، سناتور جیم بارزات انتخاباتی ریاست جمهوری ۲۰۰۸ رامنی، سناتور جیمز دمینت توانایی رامنی برای طرح برخی ایده های محافظه کارانه خوب مانند بیمه سلامت خصوصی را تحسین کرد. رامنی در مورد دستور کار فردی اظهار داشت: من بخاطر کاری که انجام داده ام احساس غرور می کنم. اگر ماساچوست در اجرای این طرح موفق شود، الگویی برای کل کشور خواهد شد (۴۳).

در سال ۲۰۰۷، یک سال پس از اصلاحات ماساچوست، سناتور جمهوریخواه باب بنت و سناتور دموکرات ران وایدن قانون سلامت امریکا را ارائه کردند که یک دستور کار فردی را نشان داده و بازارهای بیمه دولتی را سازمان های حامی درمان دولتی خطاب قرار می داد. این لایحه در ابتدا حمایت هر دو حذف را بخود جلب کرد اما در کمیته رد شد. بسیاری از حامیان مالی و اسپانسرها در طی مبحث درمانی ۲۰۰۸ باقی ماندند (۴۴).

در سال ۲۰۰۸ بسیاری از دموکرات ها استفاده از این روش را مبنای اصلاحات بهداشتی و درمانی خود قرار دادند. کارشناسان اظهار داشته اند که این قانون در سال ۲۰۰۹ به تصویب کنگره رسید و در سال ۲۰۱۰ اجرا شد شباهت های زیادی را با لایحه ۲۰۰۷ داشته و بطور هدفمند پس از طرح سلامت ایالتی رامنی طرح ریزی شد. جاناتان گروبر، استاد اقتصاد در دانشگاه MIT و معمار اصلاح مراقبت های بهداشتی ماساچوست که در مبارزات انتخاباتی کلینتون و اوپاما در مورد مسائل بهداشتی شرکت کرده بود، به عنوان مشاور فنی دولت اوپاما منصوب شد و به پیش نویس لایحه ACA کمک کرد (۴۵).

پیامدهای اجرای طرح

سیاست عمومی

قانون مراقبت مقرون به صرفه مهم ترین اصلاحات قانونی نظام سلامت امریکا از زمان تصویب لایحه مدیکیر و مدیکاید در سال ۱۹۶۵ محسوب می شود. نیویورک تایمز تأثیر کلی قانون مراقبت مقرون به صرفه را در ابعاد مختلف در اکتبر ۲۰۱۴ ذکر کرد. تعداد افراد بیمه نشده بطور قابل توجه ای کاهش یافت. حدود ۷,۳ میلیون نفر از طریق نه بازار بیمه تحت پوش بیمه خصوصی قرار گرفتند؛ ۸۵ درصد از کسانی که واجد شرایط دریافت کمک هزینه فدرال بودند تحت پوشش بیمه قرار گرفتند. برای کسانی که از طریق مبادله فدرال واجد شرایط بودند، کمک هزینه ها هزینه را تا ۷۶ درصد میانگین افراد میان درآمد کاهش داد که چالش هایی را با هزینه ای حق بیمه به همراه داشت. هنوز خیلی زود است که بگوییم آیا قانون سلامت و بهداشت تحت تأثیر پیامدهای سلامت قرار گرفته است یا خیر. با وجود این

که هزینه های درمانی در سال های اخیر رشد کندتری را داشته اند ، تأثیر ACA روی این روند نامشخص است. صنعت سلامت بطور کلی بخاطر مشریان بیشتر آن توسط قانون حمایت شده است (۴۶).

تغییر در تعداد افراد بیمه نشده

ACA دو مکانیزم اصلی برای افزایش پوشش بیمه را دارد: افزایش پوشش بیمه: گسترش شایستگی مدیکید برای پوشش دادن افراد با سطح درآمد ۱۳۸ درصد سطح فقر فدرال و ایجاد مبادلات بیمه دولتی که در آن افراد و شرکت های کوچک بتوانند طرح های بیمه سلامتی را خریداری کنند و افرادی که درآمد بین ۱۰۰ درصد تا ۴۰۰ درصد سطح فقر فدرال را دارند نیز واجد شرایط کمک هزینه های دولت باشند. دفتر بودجه کنگره (CBO^۱) در ابتدا تخمین زده است که این قانون تعداد ساکنان بیمه نشده را تا ۳۲ میلیون نفر کاهش خواهد داد که در سال ۲۰۱۹ پس از عملی شدن این لایحه تنها ۲۳ میلیون بیمه نشده باقی خواهد ماند. با پوشش افراد سالمند توسط مدیکیر ، برآورد CBO نشان داد که قانون نسبت شهروندان غیرمسن بیمه شده را از ۸۳ درصد به ۹۴ درصد رساند. CBO در ژولای ۲۰۱۲ افزایش تعداد مورد انتظار بیمه نشده ها را تا ۳ میلیون نفر برآورد کرد که چالش های قانونی موفق به گسترش ACA مدیکیر را نشان می دهد(۴۷).

افرادی که هنوز بیمه نشده اند شامل:

- مهاجران غیرقانونی که حدود ۸ میلیون نفر برآورد شده اند و تقریباً یک سوم جمعیت ۲۳ میلیونی بیمه نشده را تشکیل می دهند واجد شرایط کمک هزینه بیمه و مدیکیدنیستند.
- شهروندانی که با وجود واجد شرایط بودن در مدیکیدثبت نام نکردند.
- شهروندانی که تحت پوشش نبوده و تمایلی به پرداخت سالیانه حق بیمه بخصوص ندارند بخصوص افراد جوان و مجرد.
- شهروندانی که پوشش بیمه آنها هزینه ای بیشتر از ۸ درصد درآمد خانوار می باشد و از پرداخت حق بیمه سالیانه معاف هستند.
- شهروندانی که در ایالت های خازج از پوشش مدیکید زندگی می کنند و کسانی که تحت پوشش مدیکید موجود یا کمک هزینه های بیمه ای جدید نمی باشند (۴۸).

تامین کنندگان ACA معتقد بودند که افزایش پوشش بیمه نه تنها به بهبود کیفیت زندگی بلکه به کاهش ورشکستگی پزشکی (در حال حاضر علت اصلی ورشکستگی در امریکا و فقدان شغل می باشد) نیز منجر شد. علاوه بر این ، بسیاری معتقدند که گسترش پوشش بیمه سلامت کمک می کند تا اطمینان حاصل شود که هزینه بطور موفق کارکرد را کنترل می کند ؛ ارائه دهندگان خدمات سلامت راحت تر می توانستند اصلاحات سیستم پرداختی را بپذیرند طوری که اگر هزینه های آنها تاحدودی جبران شود ، ارزش مشوق را می یابند برای مثال بیمارستان ها مراقبت های خیریه کمتر را انجام دهند و بیمه گران ریسک های باثبات تری را برای توزیع هزینه های بیشتر دارند.

^۱ Congressional Budget Office

با توجه به مقررات جدید تضمین شده، و مجاز بودن بیمه کودکان در طرح های والدین تا سن ۲۶ سالگی، چندین شرکت بیمه اعلان کردند که صدور سیاست های جدید صرفا فرزند را متوقف می کنند. با این حال چون کودکان هم اکنون تحت پوشش طرح های والدین خود قرار دارند، اداره آمار نشان می دهد که تعداد افراد بیمه نشده ۱۹ تا ۲۵ سال ۱,۶ درصد کاهش یافته است یعنی ۳۹۳۰۰۰ نفر در سال ۲۰۱۱. از ۱ ژانویه ۲۰۱۴ نمایندگی های بیمه درمان دولتی ملزم شدند یک گزینه پوشش صرفا کودک را ارائه کنند و مدیکید بطور مناسب برای ۱۶ میلیون فرد با درآمد زیر ۱۳۳ درصد سطح فقر فدرال اعمال شد (۴۹).

بر اساس قانون، کارکنانی که تحت پوشش بیمه مقرون به صرفه می باشند مجاز به دریافت کمک هزینه بیمه نیستند. برای این که مشمول این کمک هزینه باشند، هزینه بیمه سلامت کارفرمایی باید بیشتر از ۹,۵ درصد درآمد خانوار پرسنل باشد. در ژانویه ۲۰۱۳ سرویس درآمد داخلی مقرر داشت که تنها هزینه پوشش پرسنل فردی در تعیین هزینه پوشش بیمه ای بیشتر از ۹,۵ درآمد ملاک خواهد بود. با این حال، هزینه یک طرح خانواده اغلب بالاتر است، اما حکم بدان معنی است که این هزینه ها بالاتر در نظر گرفته نمی شود، حتی اگر حق بیمه اضافی هزینه پوششی بیشتر از ۹,۵ درصد آستانه درآمدی را در پی داشته باشد. نیویورک تایمز نوشت احتمالا ۲ تا ۴ میلیون امریکایی که قادر به پوشش دادن خانواده خود در طرح های پرسنل و کارفرما نیستند مجاز به دریافت کمک هزینه برای خرید بیمه در جای دیگر نیستند (۵۰).

چند تحقیق در سال های ۲۰۱۴ و ۲۰۱۵ و بررسی های میدانی نشان دادند که تعدد افراد بیمه نشده بخاطر گسترش طرح مدیکید و نمایندگی های بیمه سلامت ناشی از PPACA کاهش یافته است. این تحولات در تاریخ ۱ ژانویه ۲۰۱۴ مشخص شده اند.

- صندوق مشترک المنافع در جولای ۲۰۱۴ گزارش داد که ۹,۵ میلیون نفر دیگر در سنین ۱۹ تا ۶۴ سال تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفتند که تقریبا ۵ درصد جمعیت فعال محسوب می شوند.
- موسسه گالوب در آوریل ۲۰۱۵ گزارش داد که درصد افراد بیمه نشده ۱۸ سال و بالاتر از ۱۸ درصد در چهار ماهه سوم سال ۲۰۱۳ به ۱۱,۹ درصد در چهار ماهه اول سال ۲۰۱۵ کاهش یافته است.
- موسسه رند گزارش داد که در مارس ۲۰۱۴، ثبت نام در طرح های بیمه کارفرما تا ۸,۲ میلیون مورد افزایش یافت و ثبت نام در طرح مدیکید تا ۵,۹ میلیون نفر، اگرچه برخی از افراد در طول این دوره بیمه خود را از دست دادند. محققین نیز دریافتند که ۳,۹ میلیون نفر هم اکنون از طریق بازارهای فدرال و دولتی با نام نمایندگی های بیمه تحت پوشش بیمه قرار گرفته اند و کمتر از ۱ میلیون نفری که قبلا بیمه فردی بوده اند در این دوره بیمه آنها به اتمام رسید. با وجود این که این تحقیق نمی تواند بگوید آیا این گروه بخاطر لغو قانونی بیمه خود را از دست دادند یا بخاطر هزینه های زیاد آن، تعداد کل آن خیلی کم است و کمتر از ۱ درصد افراد ۱۸

تا ۶۴ سال را در برمی گیرد. داده های آگوست ۲۰۱۴ نشان دادند که ۷,۳ میلیون نفر از طریق نمایندگی ها ثبت نام کردند و حق بیمه خود را پرداخت کردند (۵۱).

نمایندگی های بیمه و الزام فردی

قانون نمایندگی های بیمه درمان دولتی را مقرر می کند. این نمایندگی ها بازارهای آنلاین را توسط دولت فدرال یا ایالتی دایر کرده اند که در آن افراد و شرکت های کوچک می توانند طرح های بیمه خصوصی را از ۱ اکتبر ۲۰۱۳ با پوشش بیمه ای تا ۱ ژانویه ۲۰۱۴ خریداری کنند. افراد با درآمد بین ۱۰۰٪ و ۴۰۰٪ از سطح فقر فدرال که طرح های بیمه را از طریق یک نمایندگی خریداری می کنند واجد شرایط دریافت کمک هزینه های فدرال برای پرداخت حق بیمه می باشند (۵۰).

نمایندگی هایی فرم وب سایت هایی را در نظر می گیرند که در آن طرح های خصوصی بیمه برای فروش به مشتریان تنظیم شده و با هم قابل مقایسه هستند. مشتریان قادر هستند این وب سایت ها را بازدید کرده یا به مرکز تلفن زنگ بزنند و طرح ها را برای پیشنهاد مقایسه کرده و یک فرم را به مقام رسمی که مجاز بودن کمک هزینه را مشخص می کند ارائه می کنند و سپس بیمه مورد نظر را از بین گزینه های مختلف در دوره های ثبت نام باز محدود انتخاب می کنند. دوره اول ثبت نام باز از ۱ اکتبر ۲۰۱۳ تا ۳۱ مارس ۲۰۱۴ می باشد که پس از این دوره افراد بیمه نشده بطور کلی ممکن است تا دوره بعدی نتوانند بیمه را از طریق یک نمایندگی خریداری کنند. در سال های بعدی، دوره ثبت نام باز در ۱۵ اکتبر شروع و در ۷ دسامبر به پایان می رسد (۵۲).

با وجود برخی اختلافات، اعضای کنگره و پرسنل آنها در این نظام مشارکت می کنند: آنها ملزم هستند بیمه درمان را از طریق نماینده ها یا طرح ها از طریق یک لایحه به تصویب برسانند بجای این که برنامه مزایای درمان پرسنل فدرال که اخیرا مورد استفاده قرار گرفته است را گسترش دهند.

نمایندگی های بیمه یک روش طراحی شده برای ایجاد یک بازار برای بیمه خصوصی است طوری که نقص های بازار همانند تعداد زیاد افراد بیمه نشده، ورشکستگی پزشکی، محدودیت پوشش، عدم استطاعت مالی و تورم از طریق قانون کاهش می یابند. تنها طرح های بیمه پیشنهادی که استانداردهای خاص را رعایت کنند مجاز هستند به فروش برسند و شرکت های بیمه از رد بیمه به مصرف کننده بر مبنای شرایط موجود منع شده اند. چندین روش برای مقرون به صرفه بودن این طرح ها ابداع شده است: کمک هزینه ها یکی از این روش ها می باشد. مقررات با هدف کاهش قیمت ها از طریق رقابت می باشد تا طرح ها و قیمت ها را شفاف تر و مقایسه قیمت ها برای مصرف کنندگان دارای اینترنت قابل دسترسی تر باشند و طرح های چندایالتی و فدرال تصویب شده بصورت مراکز ایالتی مرحله بندی خواهد شد تا یک تضمین گزینه های کافی کمک کند. و مقررات گذاری قیمت برای کمک به تضمین گزینه مناسب می باشد. و مقررات قیمت از جمله حداقل نسبت زیاد پزشکی و درج بندی جامعه نسبی انجمام می شود که مانع از تبعیض قیمت از طریق قیمت گذاری فردی خارج از بازار می شود که از طریق برنامه های غیرمقرون به صرفه یا افزایش هزینه بیمه شکل می گیرند (۵۳، ۵۴).

این مقررات بخاطر ضرورت فردی لازم الاجرا است و خرید بیمه یا پرداخت جریمه را اجبار می کند و محدودیتی را در ثبت نام باز ایجاد می کند بدون این که افراد سالم ممکن است تا زمانی که بیمار شوند خود را بیمه نکنند. در چنین وضعیتی، بیمه گران باید حق بیمه خود را مطابق با توان مالی جمعیت باقیمانده بیمه نشده (نسبتا بیمارتر و بنابراین نسبتا گران تر) افزایش دهند که می تواند یک دور باطل را ایجاد کند که در آن افراد بیشتر از پوشش بیمه سلامت خارج می شوند و نتیجه آن به عنوان ماریپیج مرگ بیمه معروف شده است. از طرف دیگر، فرایندهای بیمه گذاری می تواند با تعادل ثابت بر حق بیمه های نسبتا بالا برای پوشش کمتر بکار رود (و بنابراین بیماری بیشتر و ورشکستگی پزشکی). عدم وجود دستوری که احتمالا سبب نقص نمایندگی های بیمه به عنوان یک کل می شود و در نهایت مشابه با بازار بیمه خصوصی کنونی عمل می کند، طبق نظر حامیان آن بر مبنای مطالعات CBO، Rand Health و onathan Gruber می باشد. در مقابل، گنجانیدن دستور باعث افزایش اندازه و تنوع جمعیت بیمه شده می شود و خطر گسترش هزینه های بیمه به شیوه ای پایدار را در پی دارد. تجربه ای سیاست در نیوجرسی از یک سو و ماساچوست از سویی دیگر شواهدی از چنین پیامدهای متنوع را ارائه می دهد. در سپتامبر ۲۰۱۲، دفتر بودجه کنگره تخمین زده است که نزدیک به شش میلیون جریمه در سال ۲۰۱۶ اعمال شود (۵۵).

اجرا

اقدامات اجرایی اولیه برای نمایندگی های درمانی، بخصوص نمایندگی های دولت فدرال، تقریبا واکنش های منفی جهانی را در رسانه ها و از سوی سیاست مداران در پی داشت. وب سایت SCND که به افراد اجازه می دهد تا از طریق نمایندگی ها تحت نظر دولت فدرال بیمه ها را انتخاب کنند، با خرابی و مسائل در ماه پنجم مواجه شد. بسیاری از مصرف کنندگان نیز طرح های موجود را غیرجذاب یافتند. مسائل مداوم با وب سایت توسعه HealthSherpa را الزامی بخشیده که یک گزینه مستقل برای HealthCare.gov و شامل اطلاعات مصرف کننده می باشد.

کمیته های مختلف در هر دو جناح کنگره نگرانی هایی را در مورد مسائل امنیت سایبری مربوط به سایت HealthCare.gov داشته اند. کارشناسان در مورد آسیب پذیری این سایت در برابر حملات سایبری موافق نبودند.

از مارس ۲۰۱۳، "تبلیغات رادیویی اطلاعاتی را در مورد قانون مراقب مقرون به صرفه ارائه کردند که در اینوپیات، لاکوتا و ناواهو با توجه به شبکه رسانه ای پخش شد.

کمیته انرژی و بازرگانی مجلس در تاریخ ۳۰ آوریل سال ۲۰۱۴ گزارش داد که ۶۷ درصد از افراد و خانواده هایی که یک طرح بهداشتی در بازار فدرال آسان را انتخاب کرده بودند بیمه ماه اول خود را پرداخت کرده اند و ۲۵ درصد ثبت نام کننده ها ۱۸ تا ۳۴ سال سن داشتند. در همان روز، کمیته رتبه بندی اعضای هنری A. واکسمن با صدور بیانیه ای گفت که این گزارش نادرست بوده است. یک هفته بعد، نمایندگان شرکت های بیمه به اعضای کنگره اعلان کردند که بیشتر از ۸۰ درصد افرادی که تحت پوشش قانون بهداشت جدید قرار گرفتند حق بیمه خود را پرداخت کردند.

در ۳۰ جولای سال ۲۰۱۴، دفتر پاسخگویی دولت یک مطالعه غیر حزبی را انجام داد که شامل مدیریت دولت بود که شیوه های نظارت موثر یا برنامه ریزی کارآمد را در توسعه وب سایت HealthCare.gov ارائه نمی کرد (۵۶).

تغییر در استانداردهای بیمه

ACA شامل مقرراتی می باشد که استانداردهایی را برای بیمه وضع کرده اند و برخی در قانون مشخص شده اند و برخی دیگر پس از آن توسط وزیر بهداشت، درمان و خدمات انسانی تصویب شده اند. در میان این استانداردهای جدید، منع توانایی واگذاری بیمه ها در صورت بیمار شدن بیمه شونده ها وجود دارد و کودکان و وابستگان مجاز هستند تا سن ۲۶ سالگی تحت پوشش بیمه سلامت والدین قرار داشته باشند. تحت مجوز قانون، وزیر بهداشت، درمان مجموعه ای از تعریف "منافع بهداشتی"، را صادر کرد که در آن تمامی طرح های بیمه منظور شدند. شرکت های بیمه از اعمال پوشش های سالیانه یا پوشش های طول عمر در این مزایای اساسی منع شدند. این پوشش: شامل خدمات سرپایی بیمار، خدمات اضطراری؛ بستری؛ زایمان و مراقبت از نوزاد، خدمات اختلال در سلامت روان و مصرف مواد، از جمله درمان بهداشت رفتاری؛ داروهای تجویزی؛ توان بخشی و خدمات بازدارنده، ستگاه های. خدمات آزمایشگاهی؛ خدمات پیشگیرانه و سلامتی و مدیریت بیماری های مزمن؛ و خدمات کودکان، از جمله مراقبت از دهان و چشم می باشد. در تعیین آنچه که به عنوان سود ضروری واجد شرایط ذکر شد، قانون مقرر می دارد که قلمرو مزایای استاندارد باید برابر بایک طرح کارفرما باشد. دولت ها برخی اختیارات را در تعیین آنچه باید در طرح معیار در ضرورت های قانونی در نظر گرفته شود مشخص می کند و ممکن است شامل خدمات فراتر از موارد تعیین شده توسط وزیر باشد.

از جمله مزایای بهداشتی ضروری، مراقبت پیشگیرانه، واکسیناسیون کودکان و واکسیناسیون بزرگسالان، و غربالگری های پزشکی است که تحت پوشش یک طرح بیمه تحت پوشش می باشد و نمی تواند برای هر پرداخت مشترکی، بیمه مشارکتی باشد. مثال های خاص چنین خدمات تحت پوشش عبارتند از: ماموگرافی و کولونوسکوپی، غربالگری بارداری، تست HPV، مشاوره STI، غربالگری HIV و مشاوره، روشهای پیشگیری از بارداری مورد تایید FDA، پشتیبانی تغذیه با شیر مادر و تدارکات، و غربالگری خشونت خانگی و مشاوره می باشد.

علاوه بر این قانون چهار ردیف از پوشش را منظور کرد: طرح برنزی، طرح نقره ای، طرح طلایی و پلاتینیوم. تمامی طبقات همان مجموعه ای از فواید سلامتی ضروری را ارائه می کنند. آنچه طبقات مشخص می کنند بخش بندی حق بیمه ها و هزینه های خارج از سبد حمایتی است: طرح های برنزی کمترین حق بیمه ماهیانه و بیشترین هزینه های خارج سبد را دارند و طرح های پلاتینیوم عکس آن هستند. درصد هزینه های مراقبت های بهداشتی که طرح ها دارند انتظار می رود از طریق حق بیمه ها بطور متوسط ۶۰٪ (برنز)، ۷۰٪ (نقره)، ۸۰٪ (طلا)، و ۹۰٪ (پلاتین) باشد.

بیمه گران نیز به اجرای یک فرایند برای پوشش دادن و درخواست های طرح های جدید نیاز دارند. آنها همچنین به صرف حداقل ۸۰-۸۵٪ دلار حق بیمه در هزینه های سلامت و سود نیاز دارند؛ باید تخفیف ها برای بیمه گذاران عمر اعمال شود اگر نقض شده باشند (۵۷).

پوشش بیمه برای قرص های ضدبارداری

یک حکم در قانون مقرر کرده است که بیمه سلامت مراقبت های پیشگیرانه و غربال گری در زنان را پوشش دهد که توسط اداره بهداشت و درمان و خدمات (HRSA^۱) صادر شده است. HRSA دستورالعمل های خود را در ۱ اگوست ۲۰۱۱ منتشر کرد که شامل غذا و تجویز دارو و روشهای پیشگیری از بارداری، روش های عقیم سازی، و آموزش بیمار و مشاوره برای همه زنان با ظرفیت تولید مثل بود. این دستور شامل همه کارفرمایان و موسسات آموزشی به جز سازمان های مذهبی بود. این مقررات در توصیه های موسسه پزشکی منظور شد که نتیجه گرفته شد دسترسی به وسایل پیشگیری پزشکی برای تضمین سلامت زنان و سعادت آنها لازم است.

مقررات اولیه ثابت در میان گروه های مذهبی خاص بحث برانگیز بود، به ویژه مسیحیان انجیلی و لوتر، و به خصوص سلسله مراتب کلیسای کاتولیک روم، که بیمارستان ها، سازمان های خیریه و نهادهای آموزشی آموزش عالی، و همچنین شرکت های دیگر، مخالفت پیشگیری از بارداری در زمینه های اعتقادی بودند. برای رفع این نگرانی ها و در عین حال تضمین دسترسی به پیشگیری از بارداری، مقررات اصلاح شدند تا به سازمان های مذهبی اجازه داده شود نیاز خود شامل پوشش های کنترل بارداری در برنامه های بیمه کارکنان خود را تنظیم کنند. در این موارد، بیمه گران خود پوشش های پیشگیری از بارداری را برای ثبت نام بطور مستقیم بدون هزینه اضافی فراهم می کنند.

قانون پیشگیری از بارداری نیز توسط شرکتها به عنوان یک مسئولیت در برابر اعتقادات مذهبی آنها به چالش کشانده شد. اولین چالش در دیوان عالی کشور مطرح شد. این دادگاه مقرر داشت که شرکت هایی نظیر Hobby Lobby از قواعد پیشگیری از بارداری تحت قانون اصلاح آزادی مذهبی معاف هستند و برای مقرراتی اجرا می شود که بر فعالیت های حاکم بر شرکت های ذینفع دلالت دارد. در مورد یک پیگیری دادگاه عالی یک درخواست تجدیدنظر را صادر کرد که در آن کالج انجیلی در دیگر گروه های غیر انتفاعی مذهبی وابسته ایلینوی فرم ارائه شده برای موارد غیرسود مذهبی را پر نمی کرد که بطور موثر هزینه پرسنلی را به شرکت های بیمه منقل می کرد. کالج ویتون استدلال کرد که پر کردن فرم پوشش اضطراری پیشگیری از بارداری است و بنابراین در برابر باورهای مذهبی قرار داشت (۵۸).

تورم هزینه سلامت

در می ۲۰۱۰ CBO قانون هزینه بهداشت و بودجه فدرال را مقرر داشت که در آن افزایش هزینه های سلامت فشار زیادی را روی بودجه فدرال طی چند دهه بعدی می گذارد و فرار از آن خواهد بود. بنابه نظر CBO، قانون بهداشت مقرر داشت که این فشار کاهش نمی یابد.

^۱ Health Resources and Services Administration

علاوه بر این CBO مشخص کرد که اعمال بودجه فدرال در مسیر پایدار تقریباً بطور قطع به یک کاهش قابل توجه در رشد هزینه بهداشت فدرال نسبت به قانون کنونی نیاز دارد (شامل قانون گذاری سلامت این سال) و نتیجه گرفت :

سازگاری قابل توجه ای وجود دارد که در آن یک سهم قابل توجه از هزینه کنونی در مراقبت های بهداشتی ناچیز است اگر هر کاری برای سلامتی فردی مردم انجام شود و سرویس دهندگان و تحلیل گران سلامتی تلاش های مهمی را برای کارایی بیشتر سیستم بهداشت و درمان انجام داده اند. هر چند روشن نیست چه سیاست های خاصی را دولت فدرال می تواند برای ایجاد تغییرات بنیادی در سیستم سلامت بپذیرد ، یعنی مشخص نیست چه سیاست های خاصی پتانسیل صرفه جویی های قابل توجه در هزینه را در عمل دارند.

جوناتان کوهن تحلیل گر سیاست بهداشت اظهار کرد :

CBO نحوه اثرگذاری اصلاحات بر هزینه های کلی بهداشت را برآورد نمی کند یعنی مقدار سرمایه جامعه ما به عنوان یک کل که به مراقبت های بهداشتی اختصاص دارد. بطور دقیق مشخص شد که روند بلندمدت در جهت کاهش هزینه است و تورم پس از ده سال کندتر می شود. و روند بلندمدت مهم ترین مسئله است. کاهش هزینه صرفاً در نظریه روی نمی دهد بلکه در این فضای سیاسی امکان پذیر است.

او و همکارش ادعا کردند که CBO در مقررات صرفه جویی هزینه ها با هدف کاهش تورم سلامتی نقش نداشته است و اظهار می کنند که CBO یک سابقه طولانی در اهمیت ندادن به اثر قانون گذاری بهداشت را دارد.

جوناتان گروبر یک مشاور است که به توسعه اصلاحات سلامت ماساچوست تحت سرپرستی رامنی کمک کرد ادعا کرد که ACA افزایش هزینه های سلامت را تضمین نکرده است.

سوال واقعی این است که تا چه حد ACA در کند کردن رشد هزینه نقش داشته است. در این جا ، عدم قطعیت زیادی وجود دارد که عمدتاً به این خاطر است که این عدم قطعیت بطور کلی در مورد نحوه کنترل رشد هزینه در مراقبت های بهداشتی می باشد. هیچ کمبودی از ایده های خوب برای روش های انجام کار وجود ندارد. با این حال ، کمبود شواهد وجود دارد که در آن رویکردها در واقع بخوبی کار می کنند و بنابراین هیچ اتفاق نظری در مورد بهترین مسیر وجود ندارد. در مواجهه با چنین عدم قطعیتی ، ACA مسیر طیف وسیعی از روش های مختلف به کنترل هزینه های مراقبت های بهداشتی را در نظر گرفت. این که این سیاست ها بخودی خود بتوانند بطور کامل مسئله افزایش هزینه بهداشتی در بلندمدت در امریکا را حل کنند جای تردید دارد. با این حال ، ممکن است گام اول در جهت کنترل هزینه ها و شناخت آنچه انجام می شود و آنچه نمی شود باشد.

بنابراین قانون مرکز نوآوری مدیکیر و مدیکیدرا ایجاد کرد و برنامه های آزمایشی را ضروری کرد و مواردی وجود دارند که ممکن است بر هزینه های سلامت اثر بگذارند. این کاهش هزینه ها برای برآوردهای هزینه CBO فاکتورگیری نشدند.

میزگرد تجاری، یک انجمن مدیران اجرائی است، راه اندازی یک گزارش از شرکت مشاوره ewitt Associates در نظر گرفت و مقرر داشت که قانون گذاری می تواند بطور بالقوه خط روند را بیشتر از ۳۰۰۰ دلار برای هر پرسنل تا ۲۵۴۳۵ دلار با توجه به حق بیمه کاهش دهد. همچنین اظهار داشت که قانون "می تواند به طور بالقوه نرخ آینده افزایش مراقبت های بهداشتی از ۱۵ به ۲۰ درصد در سال ۲۰۱۹ را کاهش دهد. این گروه هشدار داد که تمامی این شرایط به موفقیت برنامه های آزمایشی دولت بستگی دارد که باید تماما در بازار خصوصی اعمال شود.

مرکز درمان و خدمات پزشکی در سال ۲۰۱۳ گزارش داد که، با وجود افزایش مداوم هزینه های سرانه، افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی سالانه از سال ۲۰۰۲ کند شد. از سال ۲۰۰۰ افزایش هزینه سرانه ای بطور متوسط ۵٫۴ درصد در سال بود. افزایش هزینه های مربوط به تولید ناخالص داخلی، از سال ۲۰۰۹ کند شده است. چندین تحقیق تلاش کردند تا کاهش میزان افزایش تورم را شرح دهند. دلایل مربوط به آن شامل:

- بیکاری با توجه به رکود اقتصادی ۲۰۰۸-۲۰۱۰، که توانایی مصرف کنندگان برای خرید خدمات سلامت را محدود کرد.
- پرداخت های خارج از سبد حمایتی و کسورات قانونی که مقدار پرداخت های فردی برای هزینه های سلامت را قبل از شروع دور بیمه افزایش داد. این افزایش هزینه ها بطور کلی سبب استفاده کمتر از خدمات سلامت و درمانی شد. نسبت کارگران با بیمه سلامت کارفرما به یک مقدار قابل کسر به حدود سه چهارم در سال ۲۰۱۲ از حدود نصف آن در سال ۲۰۰۶ نیاز داشت.
- *تغییرات ساختاری در سیستم سلامت توسط ACA که برای جابجایی سیستم سلامت از پرداخت برای مقدار به پرداخت هزینه بخاطر کیفیت انجام شده است. مثال هایی از این نوع شامل انگیزه های انگیزه برای کاهش عفونت های بیمارستانی و استفاده از سوابق پزشکی الکترونیکی، سازمان های مراقبت پاسخگو، و پرداخت همراه برای هماهنگی مراقبت و اولویت بندی کیفیت بر کمیت. برخی از این تغییرات به دلیل اقدام ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی در اجرای اصلاحات روی داده اند.

عدم اطمینان در مورد اندازه مسئولیت هر عامل برای کاهش اخیر در تورم سلامت و در مورد دوام روند کلی، که شامل کاهش در پیش بینی کسری بلند مدت به دلیل هزینه های مراقبت های بهداشتی می باشد. با این حال، مطالعات مختلف نشان داده اند که اثرات موقت رکود اقتصاد را نمی تواند بطور کامل برای تمامیت رکود در نظر گرفت و تحولات ساختاری نیز حداقل بر اعتبار جزئی نقش دارند.

یک مطالعه تخمین زده است که تغییرات در سیستم بهداشت و درمان مسبب حدود یک چهارم کاهش اخیر در تورم می باشد. پال کوزاک اظهار می کند که حتی اگر کنترل هزینه در کاهش مقدار صرف شده در سلامت در کاهش میزان هزینه صرف شده در سلامت موفق باشد، برای کاهش بار ناشی از تحولات جمعیتی و بخصوص رشد جمعیت در مدیکیر کافی نباشد (۵۹، ۶۰، ۶۱).

تغییرات در طرح های بیمه انفرادی کنونی

در هر زمانی و در زمان و پس از بحث در مورد ACA، اوباما اظهار داشت که اگر طرح بهداشت و سلامت خود را دوست دارید، قادر خواهید آنرا حفظ کنید. با این حال قانون grandfathers تنها شامل طرح های بیمه می باشد که در عمل قبل از وضع قانون وجود داشتند و بطور قابل توجه ای از این بعد تغییر کرده اند. طرح هایی که این معیارها را محقق کردند باید کنترل شوند اگر با نیازهای جدید قانونی برای استانداردهای بیمه منطبق نباشند. علاوه بر این، قانون شرکت های بیمه را از ارائه طرح های قدیمی به دلایل دیگر نظیر تعیین گران قیمت بودن یک طرح و تداوم آن منع کرد. از این رو، در پائیز ۲۰۱۳ میلیون ها امریکایی با خط مشی های فردی اعلامیه هایی را دریافت می کردند مبنی بر این که طرح های بیمه سلامت آنها لغو می شود و چند میلیون نفر دیگر در معرض خطر حذف طرح های کنونی قرار داشتند.

در ۷ نوامبر ۲۰۱۳، پرزیدنت اوباما اظهار کرد: متأسفانه که مردم طرح های خود را از دست می دهند و آنها را در این وضعیت مبتنی بر اطمینان از که من با آنها هستم می بینم و قوی می دهم به آنها کمک کنم تا در کنگره به مردم اجازه داد تا طرح های بیمه فردی کنونی خود را حفظ کنند. تضمین بدون ابهام قبلی اوباما این بود که مصرف کنندگان می توانستند طرح های خود را حفظ کنند که یک نقطه قانونی برای بحران ACA می باشد و یک مسئولیت سیاسی برای حامیان قانونی می باشد. این که اوباما می دانست که اظهارات وی در این زمان درست است یا نادرست مورد بحث است (۶۲).

مناقشه بازپرداخت هزینه های حسابرسی

تعمیر بازبایی دارایی مدیکید، با نام بازپرداخت هزینه حسابرسی، در سال ۱۹۹۳ توسط کنگره در واکنش به هزینه های اداری مدیکید وضع شد. ایالت ها مجبور بودند تلاش کنند تاهزینه های خدمات سلامت را کاهش دهند که از برنامه بیمه سلامت برای مراقبت بلندمدت استفاده کنند که از طریق خطوط واقع در یک محیط داخلی یا دارایی آنها قرار دارد. همچنین یک گزینه برای ایالت ها جهت بازبایی هزینه های مراقبت پزشکی عادی وجود دارد. گسترش خدمات سلامت تحت قانون مراقبت مقرون به صرفه ساکنان بیشتر برای مدیکید واجد شرایط انجام شد. قانون دولت فدرال و ایالتی در فوریه ۲۰۱۴ دستورالعمل های بازپرداخت هزینه دادرسی را مشخص نکردند که سبب افزایش شکایات مصرف کنندگان و گروه های حامی از عدم قطعیت شد (۶۳).

بیمارستان ها

از ابتدای سال ۲۰۱۰ تا نوامبر ۲۰۱۳، ۴۳ بیمارستان در نواحی طبق برنامه تحقیق بهداشت روستایی کارولینای شمالی بسته شدند. منتقدان این قانون مراقبت مقرون به صرفه اعلام کرده اند که قانون جدید باعث شده است که این بیمارستان ها بسته شوند. بسیاری از این بیمارستان های روستایی با استفاده از منابع مالی قانون هیل برتون سال ۱۹۴۶ برای افزایش دسترسی به خدمات پزشکی در نواحی روستایی تاسیس شده بودند. برخی از این بیمارستان به عنوان اشکال دیگر امکانات پزشکی مجددا دایر شدند، اما تنها تعداد کمی از آنها امکانات اورژانسی یا مراکز مراقبت های فوری را داشتند.

از ژانویه ۲۰۱۰، یک چهارم از پزشکان اتاق اورژانس (ER) اظهار کردند که آنها یک افزایش عمده بیماران اورژانسی را شاهد بودند، این در حالی است که تقریباً نیمی از آنها با افزایش نسبی بیماران مواجه شدند. هفت نفر از ده دکتر اورژانس اظهار می کنند که منابع افزایش پذیرش بیمار را ندارند. بزرگترین عامل در افزایش تعداد بیماران اورژانسی تعداد ناکافی مراقبت های اولیه برای رسیدگی به تعداد بیشتری از بیماران بیمه شده بود (۶۴).

عقیده عمومی در مورد طرح

نظر سنجی افکار عمومی نشان می دهد که ایالات متحده عمومی به طور کلی از اصلاحات سلامت، حمایت می کند، اما دیدگاه مردم در واکنش به طرح های خاص بحث شده در قانون گذاری سال های ۲۰۰۹ و ۲۰۱۰ بطور فزاینده منفی شده است. آمارهای نظرسنجی جمعیت عمومی عقیده منفی را نسبت به قانون در سال اول نشان می دهد که تقریباً ۴۰ درصد موافق در برابر ۵۱ درصد مخالف در ماه اکتبر بودند. حدود ۲۹٪ از سفید پوستان قانون را تأیید کردند در مقایسه با ۶۱ درصد از اسپانیایی و ۹۱ درصد آمریکایی های آفریقایی تبار، بر اساس یک نظرسنجی مرکز تحقیقی، در ۴ تا ۸ سپتامبر ۲۰۱۳، USA Today عقاید را برحسب سن افراد نسبت به قانون طبقه بندی کرد که اکثریت سالمندان بالای ۶۵ سال و افراد کمتر از ۴۰ سال با آن موافق بودند.

عناصر خاص بسیار محبوب در کل طیف سیاسی، به استثنای حکم خرید حق بیمه بودند. FiveThirtyEight با توصیف افکار عمومی اظهار کرد، با وجود این که نظرسنجی ها بطور قطع مشخص کردند که اکثریت مردم امریکا دید منفی نسبت به قانون مراقبت مقرون به صرفه دارند، اکثریت از عناصر قانونی آن حمایت می کنند. برای مثال، نظرسنجی رویتر در ژوئن ۲۰۱۲ نشان داد که ۴۴ درصد از آمریکایی ها از قانون حمایت می کنند. برحسب وابستگی حزبی، ۷۵ درصد از دموکرات ها، ۲۷٪ از گروه های مستقل، و ۱۴ درصد از جمهوری خواهان قانون کلی را قبول دارند. مقررات فردی قانون سطوح حمایت مختلفی را دریافت کرد: ۸۲ درصد به ممنوعیت شرکت های بیمه از لغو پوشش بیمه با شرایط از پیش موجود، ۶۱ درصد از بیمه کودکان تا سن ۲۶ سالگی توسط والدین، ۷۲ درصد از ملزم کردن شرکت های دارای ۵۰ نفر پرسنل بیشتر به بیمه پرسنل خود و ۳۹ درصد از ملزم کردن افراد به پرداخت حق بیمه خویش فرما حمایت کردند. برحسب وابستگی حزبی، ۱۹ درصد از جمهوری خواهان، ۲۷٪ از گروه های مستقل، و ۵۹ درصد از دموکراتها طرفدار این دستور قانونی بودند. سایر نظرسنجی ها نشان داد مقررات اضافی دریافت حمایت اکثریت شامل ایجاد مبادلات بیمه، ادغام کسب و کارهای کوچک و بیمه با سایر مصرف کنندگان می باشد به طوری که بیشتر مردم می توانند از مزایای گروه قیمت گذاری بزرگ، و ارائه یارانه به افراد و خانواده ها برای بیمه سلامت مقرون به صرفه تر استفاده کنند. دیگر ایده های خاص وضع نشدن آنها از اکثریت آنها از واردات داروهای تجویزی از کانادا، محدود کردن جرایم قصور، کاهش سن واجد شرایط مدیکیر و گزینه بیمه سلامت عمومی حمایت کردند (۶۵).

ملاحظات سیاسی طرح

عبارت اوباماکیئر

اصطلاح «اوباما» در ابتدا توسط مخالفان قانون مراقبت مقرون به صرفه به عنوان یک اصطلاح تحقیرآمیز به قانون ابداع شد. این عبارت اولین بار در مارس ۲۰۰۷ مطرح شد یعنی زمانی که جان اسکات در مجله صنعت سلامت می نویسد: ما به زودی شاهد یک برنامه مراقبت اوباما و جولیانی در راستای برنامه مراقبت مک کین و ادوارد و برنامه مراقبت هیلاری در دهه ۱۹۹۰ خواهیم بود. بر اساس پژوهش های ریوو در مجله آتلانتیک، عبارت اوباماکیئر اولین بار در اوایل سال ۲۰۰۷ استفاده شد که بطور کلی برای توصیف پوشش در حال گسترش افراد بیمه نشده توسط بکار می رفت. این عبارت اولین بار در کمپین سیاسی توسط ویت رامنی در می ۲۰۰۷ در آیوووا به صورت علنی مطرح شد. رامنی گفت: "در دولت، من در بخش سلامت در برخی زمان ها کار می کردم. ما نیم میلیون فرد بدون بیمه داشتیم و گفتم که چگونه می توانیم این افراد را بدون افزایش مالیات و بدون نیاز به کنترل دولت روی سلامت بیمه کنیم؟ و بگذارید به شما بگویم، اگر این کار را انجام ندهیم، دموکرات ها خواهند آمد. اگر دموکرات ها این کار را انجام دهند، پزشکی اجتماعی خواهد بود یعنی مراقبت تحت مدیریت دولت. این اقدام آنچه به عنوان Hillarycare یا اوباماکیئر باراک می شناسید را مشخص می کند.

در اواسط سال ۲۰۱۲، اوباماکیئر به رایج ترین عبارت محاوره ای مربوط به قانون توسط حامیان و منتقدین آن مبدل گشت. در مقابل، استفاده از قانون حمایت مقرون به صرفه و حفاظت از بیمار به استفاده های رسمی تر و اداری بیشتر محدود شده بود. استفاده از این عبارت با معنای مثبت توسط جان کانیرز دموکرات پیشنهاد شد. اوباما این نام مستعار را تأیید کرد و اظهار می کند من هیچ مسئله ای با افرادی که مراقبت های اوباما را به زبان می آورند ندارم. من مراقبت را انجام می دهد. بخاطر تعداد پرس و جوهای عبارت اوباماکیئر در موتور جستجو، وزارت بهداشت و خدمات انسانی خریداری تبلیغات گوگل را انجام داد که سبب شد مردم مستقیم به سایت رسمی HHS بروند. در مارس ۲۰۱۲، فعالیت های انتخاباتی اوباما با نام اوباماکیئر از سوی طرفداران وی برای ارسال پیام های I like Twitter because #Obamacare شروع شد. پس از آن این عبارت از سوی کنگره طبق تحلیل انجام شده توسط بنیاد Sunlight از ژولای ۲۰۰۹ تا ژوئن ۲۰۱۲ تقریباً ۳۰۰۰ بار در سخنرانی های کنگره استفاده شد.

در اکتبر سال ۲۰۱۳ اسوشیتدپرس و NPR کاهش استفاده از این عبارت را شروع کردند. استوارت سیدل، سردبیر NPR، گفت که این عبارت تا حدودی بین یک عبارت با بار سیاسی و یک بخش پذیرفته شده بومی جای می گیرد (۶۶).

چالش های قانونی

عنوان اصلی: چالش قانون اساسی برای قانون مراقبت مقرون به صرفه و حمایت از بیمار مخالفان قانون مراقبت مقرون به صرفه و حمایت از بیمار به دادگاه عالی برای به چالش کشاندن مطابقت آن با قانون اساسی شکایت کردند. در فدرال مل کسب و کار، که در ۲۸ ژوئن ۲۰۱۲ مشخص شد،

دادگاه عالی یک رای ۵ تا ۴ نفره را مقرر داشت که دستور فردی ان تحت توان مالیاتی کنگره قرار داشت، اگرچه قانون نمی توانست تحت قدرت قانون کنگره و طبق بندهای تجارت تأیید شود. دادگاه همچنین مقرر داشت که ایالت ها مجبور نیستند در گسترش مدیکید مشارکت کنند که بطور موثر به ایالت ها اجازه می داد تا این ماده را انتخاب کنند. به صورت کتبی ، ACA تأمین کل بودجه مدیکید از ایالت هایی که در این طرح کمتر مشارکت دارند را منع کرد. دادگاه عالی مقرر داشت که این رای تأمین بودجه الزامی نبوده و ایالت ها حق انتخاب مدیکید را بدون زیان های ناشی از بودجه خدمات سلامت از دولت فدرال دارند. تمامی مواد ACA در عمل ادامه خواهد داشت و اثر آن به صورت برنامه ریزی شده مشهود خواهد بود.

در ماه مارس ۲۰۱۲ کلیسای کاتولیک روم، در عین حال که حامی اهداف ACA بود ، از کنفرانس ایالت های امریکا در مورد جنبه های دستور پوشش بارداری مصنوعی و ضد عفونی کردن ابراز نگرانی کرد که قص حق متمم اول قانون اساسی در مورد وجدان و آزادی مذهب بود. اختلافات متعددی در مورد این رفع این نگرانی ها وجود دارد.

در ۲۵ ژوئن سال ۲۰۱۵، دیوان عالی ایالات متحده حکم داد که کمک هزینه های فدرال برای پرداخت های حق بیمه را می توان در ۳۴ ایالت اعطا کرد که مراکز مبادله بیمه خود را راه اندازی نکرده بودند (۶۷).

عدم پذیرش ایالتی برای گسترش مدیکید

پس از حکم دادگاه عالی در مورد NFIB V، سلیبوس، چندین ایالت دارای حاکمیت فرمانداری یا قانون گذاری که تحت کنترل جمهوری خواهان بودند پوشش خدمات سلامت توسط قانون را رد کردند. بیش از نیمی از جمیت بیمه نشده در این ایالت ها ساکن بودند. ر ژانویه ۲۰۱۶، ۳۱ ایالت و ناحیه کلمبیا گسترش خدمات سلامت را پذیرفتند. ایالت هایی که در گسترش مدیکید کوتاهی کردند تا قبل از ۲۰۱۴ ممکن است هنوز هم این سیاست را اتخاذ کنند.

تدوین کنندگان ACA برای مدیکید پوشش افراد و خانوارهای با درآمد تا ۱۳۳ درصد سطح فقر فدرال را با گسترش بیمه مدیکید ساده سازی روند ثبت نام CHIP در نظر داشتند. افراد و خانواده های کم درآمد بالاتر ۱۰۰ درصد سطح فقر و تا ۴۰۰ درصد سطح فقر فدرال کمک هزینه های فدرال را طبق مقیاس کشویی دریافت می کردند اگر بیمه را از طریق یک نمایندگی یا مرکز مبادله خرید می کردند. برای مثال ، افراد با درآمد بین ۱۳۳٪ و ۱۵۰٪ سطح فقر طوری کمک مالی می شدند که هزینه حق بیمه آنها ۳ تا ۴ درصد درآمد آنها خواهد بود. دادگاه عالی ایجاد پتانسیل شکاف پوششی را مقرر داشت. ایالت هایی که گسترش مدیکید را رد کرده بودند می توانستند آستانه های واجد شرایط دارا بودن این خدمات را تا زمان پذیرش آنها داشته اشند ، که در بسیاری از ایالت ها کمتر از ۱۳۳ درصد خط فقر برای بیشتر افراد بود. علاوه بر این، بسیاری از ایالت ها مدیکید را برای بزرگسالان دارای فرزند با هر سطح درآمدی نپذیرفتند. چون کمک هزینه های طرح های بیمه از طریق نمایندگی های خریداری شده بود برای افراد واقع در زیر povCHIP n آستانه مدیکید دولتی و با آستانه واجد شرایط کمک هزینه در دسترس نبود. برای مثال،

در کانزاس که تنها افراد بزرگسال سالم دارای فرزند و با درآمد کمتر از ۳۲ درصد خط فقر واجد شرایط طرح مدیکید بودند، افراد دارای درآمد ۳۲ تا ۱۰۰ درصد سطح فقر (۲۵۰ تا ۱۹۵۳۰ دلار برای یک خانواده سه نفره) واجد کمک هزینه های فدرال و مدیکید برای خرید بیمه نبودند. اگر بزرگسالان سالم در کانزاس فرزند بودند، فاقد شرایط این نوع طرح بودند (مطالعات اثر تصمیمات دولتی بر عدم پذیرش گسترش مدیکید، در جولای ۲۰۱۳، محاسبه می کند تا ۶,۴ میلیون امریکایی می توانند این شکاف پوششی را پر کنند).

برای ایالت هایی که مدیکید را گسترش دادند، دولت فدرل تا ۱۰۰ گسترش آنرا تا سال ۲۰۱۶ نوید داده است و کمک هزینه های آن تا سال ۲۰۲۰ به ۹۰ درصد کل حق بیمه خواهد رسید. چندین ایالت مخالف استدلال کردند که بار ۱۰ درصدی افزایش این طرح در سهم بودجه آنها فشار زیادی به بودجه آنها وارد خواهد کرد. بررسی ها نشان می دهند که رد گسترش هزینه های ایالتی برای توسعه مدیکید بیشتر از گسترش مدیکیدی باشد چون افزایش هزینه برای مراقبت های اضطراری را در پی دارد که برای پوشش های خدمات سلامت مدیکا صرف می شود (۶۸).

اصلاحات نظام سلامت ترکیه

جدول ۹: پروفایل سلامت کشور ترکیه (۶۹، ۷۰)

جمعیت	سرانه هزینه سلامت (دلار)	سهم بخش سلامت از GDP (%)
۷۴۹,۳۳	۱۰۵۳	۵,۶
میانگین امید به زندگی	مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال	شاخص تخت بیمارستانی
۷۳	در ۱۰۰۰ نفر	(در ۱۰۰۰ نفر)
	۱۹	۲,۵

در سال ۲۰۰۳، ترکیه تلاش هایی را در راستای اصلاحات جامع سلامت انجام داده است که «برنامه تغییر شکل بهداشت» (HTP^۱) خوانده شده و هدف کلیدی آن افزایش دسترسی به خدمات و حذف تجزیه در تأمین مالی با ادغام کردن آنها و ایجاد طرح های بیمه سلامتی (شامل برنامه گرین کارت) در طرح بیمه همگانی سلامت (UHI^۲) می باشد که توسط مؤسسه امنیت اجتماعی (SSI^۳) مدیریت می گردد.

در نتیجه، بهبود های قابل ملاحظه ای در عملکرد سیستم بهداشتی و نتایج بدست آمده در یک دوره نسبتاً کوتاه زمانی ظاهر شد. پوشش بیمه سلامت رسمی در ترکیه به صورت قابل ملاحظه ای افزایش یافت و بیش از ۹۵ درصد از جمعیت را در بر گرفت، در حالیکه در عین حال دولت ظرفیت مورد نیاز و

^۱ Health Transformation Program

^۲ Universal Health Insurance

^۳ Social Security Institution

اجرای ساختارهای مشوق برای تضمین دسترسی و افزایش دسترسی کارآمد به منابع را فراهم می ساخت.

نتایج کلیدی سلامت نیز بهبود یافت. نرخ مرگ و میر کودکان از ۲۸٫۵ در هر ۱۰۰۰ کودک متولد شده در سال ۲۰۰۳ به ۱۰٫۱ درصد در هر ۱۰۰۰ تولد در سال ۲۰۱۰ کاهش یافت. امید به زندگی در سال ۲۰۱۰ برابر ۷۴٫۳ سال در مقایسه با ۷۱٫۸ سال در سال ۲۰۰۲ بود. نسبت مرگ و میر مادران نیز از ۶۱ مگر در هر ۱۰۰٫۰۰۰ تولد در سال ۲۰۰۰ به ۱۶٫۴ مگر در هر ۱۰۰٫۰۰۰ تولد در سال ۲۰۱۰ رسیده بود (۷۱).

اصلاحات در بخش سلامت نیز روی توسعه دسترسی به خدمات برای افراد فقیر متمرکز شده بود که افزایش قابل ملاحظه ای را در محافظت مالی از افراد فقیر تحت پوشش HTP نشان می داد. برنامه گرین کارت برای افراد فقیر، برنامه محافظت اجتماعی بود که از سوی دولت ترکیه تعیین شده بود و نقش کلیدی را در این مرحله ایفا می کرد.

برنامه گرین کارت در سال ۱۹۹۲ معرفی شده و به دلیل مزایای و منافع بی شمار سریعاً گسترش یافت. از زمان اجرا و پیاده سازی HTP در سال ۲۰۰۳، تعداد مزایای آن سه برابر شد و از ۲٫۵ میلیون در سال ۲۰۰۳ به ۹٫۱ میلیون در سال ۲۰۱۱ افزایش یافت.

کلید اصلی در این افزایش به بسط و توسعه مزایای این برنامه برمی گشت. تا سال ۲۰۰۴، برنامه گرین کارت تنها هزینه های درمانی بیمار را پوشش می داد و جذب آن بسیار پایین بود. در سال ۲۰۰۴، مزایای آن برای پوشش خدمات سرپایی و بستری شدن در بیمارستان های عمومی گسترش یافت و در سال ۲۰۰۵، تجویز نسخه برای بیماران بستری شده نیز شامل آن شد. تقاضای بالا برای گرین کارت سبب شد که در سال ۲۰۰۶، ۸٫۳ میلیون نفر تحت پوشش این طرح قرار بگیرند. در طی سال ها، بسته مزایای آن به اندازه ای گسترش یافت که با باقیمانده طرح های UHI تراز بندی شد (۷۲).

هدف برنامه نیز به صورت اساسی بهبود یافت. در سال ۲۰۰۳، درحالی که ۵۵ درصد از مزایای برنامه برای دهک های کم درآمد پیش بینی شده بود، عملکرد اصلی آن در طی زمان بهبود یافت و ۷۱ درصد از مزایای آن به دهک های کم درآمد در انتهای جدول در سال ۲۰۰۸ رسید. در اوایل سال ۲۰۱۲ یک طرح هدفمند جداگانه ای برای افراد فقیر برنامه ریزی شد، و برنامه گرین کارت بخشی از طرح UHI شد که از سوی نهاد امنیت اجتماعی مدیریت می شد.

مراحل تدریجی طی شده برای توسعه و گسترش این پوشش، بهبود هدفمند سازی، و گسترش مزایای برنامه گرین کارت، همراه با بهبودهایی در ارائه خدمات در یک برنامه اصلاح جامع در بخش سلامت، این کشور را مثال منحصر به فردی در زمینه پوشش جهانی برای خدمات سلامت و سلامت ساخته است (۷۱).

در سال ۲۰۰۲، شاخص های سلامت ترکیه در پشت شاخص های تعیین شده از سوی سازمان توسعه و همکاری اقتصادی (OECD)^۱ و سایر کشورهای با سطح درآمد متوسط قرار گرفتند. امید به زندگی برابر

^۱ Organisation for Economic Co-operation and Development

۷۱,۹ سال بود که کمتر از میانگین ۷۸,۶ سال در کشور OECD بود و نرخ مرگ و میر کودکان و نسبت مرگ و میر مادران نیز در میان این کشورها بالاترین میزان را دارا بود (به میزان ۲۸,۵ مرگ در ۱۰۰۰ تولد و ۶۱ مرگ در هر ۱۰۰,۰۰۰ زایمان). تنها ۶۴ درصد از جمعیت تحت پوشش بیمه سلامت بودند و حتی افرادی که تحت پوشش بیمه بودند نیز دسترسی کافی به خدمات سلامت نداشتند.

تأمین مالی و سیستم عرضه خدمات سلامت بخش بندی شده بودند، و چهار طرح بیمه تأمین اجتماعی مجزا و گرین کارت برای افراد فقیر وجود داشت که هر یک دارای عناوین متفاوت و قوانین مجزایی برای دسترسی بودند. مباشرت و نظارت بر این سیستم از سوی وزارت بهداشت (MOH^۱) کافی نبود، هماهنگی اندکی بین وزارت بهداشت و وزارت کار و تأمین اجتماعی (MOLSS^۲) وجود داشت که تأمین کنندگان و حامیان مالی سیستم سلامت محسوب می شدند (۷۳).

دولت های متفاوت تلاش های قابل ملاحظه ای را برای بازسازی عرضه خدمات سلامت و تأمین مالی این سیستم انجام داده بودند که با موفقیت اندکی همراه بود. در سال ۲۰۰۳، فرصت منحصر به فردی ایجاد شد که دولت اهداف اصلاحاتی خود را تحت برنامه تغییرشکل سلامت (HTP) ارائه داده و نیاز به این تغییرشکل را در بخش مراقبت های سلامتی تأمین مالی، عرضه و سازماندهی و مدیریت کرد. هدف کلیدی HTP افزایش دسترسی و استفاده از خدمات در سراسر کشور بود. یک هدف کلیدی دیگر HTP نیز افزایش دسترسی به خدمات و کاهش بخش بندی تأمین مالی با ادغام همه طرح های بیمه سلامت (شامل برنامه گرین کارت) به صورت یک طرح بیمه سلامت جهان شمول (UHI) و مدیریت آنها از سوی مؤسسه امنیت اجتماعی (SSI) بود (۷۲).

در نتیجه، نتایج کلیدی سلامت نیز بهبود یافت. امید به زندگی در سال ۲۰۱۰ برابر ۷۴,۳ سال بود. نسبت مرگ و میر مادران و نرخ مرگ و میر کودکان به ۱۶,۴ مرگ در هر ۱۰۰,۰۰۰ تولد و ۱۰,۱ مرگ در هر ۱۰,۰۰۰ تولد منجر شده بود. با گسترش و توسعه مزایای این طرح و بهبود در هدفمندسازی، ترکیه به پوشش جهانی دست یافت. مطابق با آمارهای رسمی SSI، ۹۵ درصد از جمعیت ترکیه اکنون تحت پوشش بیمه سلامت بودند.

یک دهه اخیر دوره رشد سریع اقتصادی و توسعه و پیشرفت بود، این امر بعد از بحران ۲۰۰۱ بانکها به مدد مدیریت اقتصاد کلان و اصلاحات ساختاری میسر شد. در نتیجه، اقتصاد ترکیه به صورت میانگین ۵,۵ درصد بین سال های ۲۰۰۲ و ۲۰۱۱ به میزان ۵,۵ درصد در مقایسه با پیش از سال ۲۰۰۱ با رشد ۴ درصد رشد کرد. درآمد سرانه در طی این دوره سه برابر شد و در سال ۲۰۱۱ به ۱۰,۴۴۴ دلار آمریکا رسید (۷۱).

این طرح ابتدا در سال ۱۹۹۲ معرفی شد، برنامه گرین کارت یک برنامه توسعه سریع با مزایای متعددی بود و در نتیجه در سال ۲۰۰۳ برنامه HTP اجرا شد. بدین ترتیب، مزایای این برنامه از ۲,۵ میلیون در

^۱ Ministry of Health

^۲ Ministry of Labor and Social Security

سال ۲۰۰۳ به ۹٫۱ میلیون در سال ۲۰۱۱ افزایش یافت. بعلاوه، هردو پوشش و هدفمندی برنامه نیز بهبود قابل ملاحظه ای پیدا کرد. درحالیکه برنامه گرین کارت بعنوان یک طرح هدفمند مجزا برای افراد فقیر برنامه ریزی شده بود، در ژانویه ۲۰۱۲، بعنوان بخشی از طرح UHI بود که توسط SSI مدیریت شده بود. مراحل تدریجی در طی سال ها به گسترش و توسعه پوشش، بهبود هدف گذاری و توسعه مزایای برنامه گرین کارت و تراز بندی آن با UHI منجر شد. این برنامه در ترکیب با یک سری از اقدامات بهینه سازی شده در ارائه خدمات در اصلاحات جامع سلامت ترکیه را مثال منحصر به فردی برای پوشش جهان شمول خدمات سلامت کیفی کرده است (۷۱).

تغییر شکل سیستم سلامت ترکیه

پیش از سال ۲۰۰۳، تأمین مالی سیستم سلامت در ترکیه به پنج طرح مالی مستقل تقسیم شده بود و هر کدام نیز دارای عناوین و قوانین دسترسی متفاوتی بودند. سازمان بیمه تأمین اجتماعی برای کارمندان در بخش های دولتی و خصوصی شامل کارمندان بخش رسمی ترکیه بودند و سازمان بیمه تأمین اجتماعی برای بازرگانان، هنرمندان و کارفرمایان تنها کارفرمایان را پوشش می داد و سازمان بیمه تأمین اجتماعی برای خدمتگزاران مدنی فعال و بازنشسته نیز تنها خدمتگزاران مدنی را در دو طرح مجزا پوشش می داد. بعلاوه، طرح گرین کارت افراد فقیر را تحت پوشش قرار می داد و از سوی وزارت خزانه داری تأمین مالی شده و MOH نیز آن را اجرایی می کرد. HTP سعی در کاهش این بخش بندی در ارائه خدمات و تأمین مالی دارد. اصلاحات HTP روی بهبودهایی در ارائه خدمات از طریق ورود پزشک خانواده، پرداخت های مبتنی بر عملکرد در سطوح خدمات و افزایش خودمختاری و کیفیت بیمارستان ها متمرکز شده بود. ابتدا، در سال ۲۰۰۵، بیمارستان های^۱ SSK به سیستم بیمارستان MOH منتقل شده بود، بنابراین یک منبع اصلی تجزیه در سیستم تحویل عمومی حذف شده بود. دوم در سال ۲۰۰۶، سه طرح بیمه با یک خریدار، یعنی مؤسسه تأمین اجتماعی (SSI)، ادغام شد. سوم، طرح تأمین اجتماعی و قانون بیمه بهداشت جهای در سال ۲۰۰۸ منطبق شده و پایه نهادینه و قانونی را برای سیستم بیمه سلامت هماهنگ شده، بیمه بهداشت جهانی (UHI)، بزرگترین سیستم تأمین اجتماعی در ترکیه که تحت کنترل SSI بود را فراهم آورد. چهارم، در ژانویه ۲۰۱۰، طرح خدمتگزاران مدنی فعال به SSI منتقل شده بود و دو سال بعد برنامه گرین کارت دنبال شد. در طی همین دوره، تلاش های معینی برای هماهنگ کردن بسته مزایای این برنامه در طرح های مختلف صورت گرفت. امروزه، بسته مزایای مشابهی به همه گروه های تحت پوشش UHI تخصیص یافته است و توسط دستورالعمل اجرایی سلامت هدایت شد که به صورت سالانه منتشر می گردد. شکل ۱ مبنای زمانی اصلاحات در تأمین مالی مراقبت های بهداشتی و سلامت و عرضه خدمات سلامت در ترکیه را نشان می دهد.

^۱ Social Insurance Organization for Blue-collar Workers in the Public and Private Sectors, Sosyal Sigortalar Kurumu

در سال های اخیر، تغییرات رادیکالی در سطح و ترکیب سرمایه گذاری روی بخش خدمات سلامت در ترکیه صورت گرفته است. میزان هزینه کلی صرف شده برای سلامت بعنوان بخشی از تولید ناخالص داخلی (GDP) از ۴,۹ درصد در سال ۲۰۰۰ به ۶,۷ درصد در سال ۲۰۱۰ رسید، و از ۷۵,۲ درصد در مقایسه با ۶۲,۹ درصد در سال ۲۰۰۰ افزایش سرمایه یافته است (جدول ۱). تجزیه بیشتر منابع متفاوت صرف هزینه در ترکیه در سال ۲۰۱۰ را نشان می دهد، ۴۵,۲ درصد از منابع مالی از UHI، ۳۰ درصد از منابع دولتی، ۱۶ درصد از پرداخت های آزاد و ۸,۸ درصد از منابع بخش خصوصی نشأت گرفته بود (۷۴). هزینه بخش سلامت ترکیه در سال ۲۰۱۰ زیاد نبود، و این امر با کشورهای قابل مقایسه با سطوح درآمد مشابه در یک راستا بود و اولویت های ارائه شده از سوی دولت در دهه آخر را نشان می داد. همانطور که در زیر نشان داده شده است، افزایش هزینه عمومی به بهبود های قابل ملاحظه تری در ارائه خدمات و بهبود دسترسی به جمعیت های روستایی و محروم منجر شد. این یک کانون تمرکز کلیدی روی اولویت بندی خدمات برای مادران و کودکان بود.

شرایط و تأمین مالی خدمات سلامت در ترکیه

پیش از اجرا و پیاده سازی HTP، مراقبت های اولیه ضعیف بود، و اکثر جمعیت ترکیه در جستجوی مراقبت های سیار از طریق خدمات سرپایی در بیمارستان ها بودند. بعلاوه، ناسازگاری های منطقه ای بزرگ در کیفیت و دسترسی به مراقبت های بهداشتی وجود داشت که با نتایج بهداشتی و میزان کاربرد آن در استان به صورت قابل ملاحظه ای متغیر بود. با درک به نیاز برای بازسازی سیستم مراقبت های اولیه، دولت تصمیم به اجرا و پیاده سازی برنامه پزشک خانواده کرد. این برنامه که در سال ۲۰۰۵ در دوزجه اجرا شد، در انتهای سال ۲۰۱۰ جنبه ملی به خود گرفت. تأمین کنندگان پزشک خانواده نیز خدمات سلامت و سلامت یکپارچه ای را فراهم کردند که دامنه گسترده تری از خدمات مراقبت های اولیه را در بر می گرفت و سبب تأکید بیشتر روی پیشگیری از بیماری های مزمن شده بود. آنها پاسخگویی به واکسیناسیون های متفاوت، مراقبت های بهداشتی از سوی والدین و پیگیری کودکان، فعالیت هایی که پیشتر توسط قابله ها مدیریت می شد، را در نظر گرفتند. امروزه، مراقبت های اولیه و خدمات مراقبت های پیشگیرانه از طریق ۶,۴۶۳ مرکز بهداشت خانواده با ۲۰,۲۴۳ پزشک خانواده و ۲۰,۲۴۳ پرسنل بهداشت خانواده (پرستاران و قابله ها) و مراکز بهداشت جامعه محور ارائه می شوند. خدمات مراقبت های بهداشتی دوم و سوم نیز توسط بیمارستان های عمومی MOH (شامل بیمارستان های SSK از سال ۲۰۰۶)، بیمارستان های دانشگاه، و بیمارستان های خصوصی فراهم شد. در سال ۲۰۱۰، ۱,۴۳۹ بیمارستان در ترکیه وجود داشت که ۸۴۳ بیمارستان به MOH، ۶۳ بیمارستان به دانشگاه، ۴۸۹ بیمارستان به بخش خصوصی و ۴۵ بیمارستان نیز به بخش های عمومی و مراکز اجرایی محلی تعلق داشت.

در ترکیه، مراقبت های اولیه و خدمات پیشگیرانه از طریق بودجه ایالتی تأمین مالی می شوند. پرداخت های همزمانی در سطح مراقبت های اولیه وجود ندارد. مراقبت اولیه و خدمات پیشگیرانه توسط برنامه پزشک خانواده ارائه شده است. پزشکان اختصاصی و سایر کارمندان کلینیک با استفاده از قراردادهای مبتنی بر عملکرد براساس سرشماری مالیاتی قرارداد می بندند. بودجه ایالتی اکثریت هزینه های پرسنل بخش سلامتی را برای بیمارستان های عمومی در بر گرفته و تا سال ۲۰۱۲، هزینه ها برای دارندگان گرین کارت را مشمول می شد. برای بیمارستان های MOH، SSI بودجه جهانی را برای خدمات فراهم شده به لحاظ افرادی که از آن ذینفع بودند، انتقال داده بود. این سرمایه ها سبب تکامل و گسترش سرمایه هر بیمارستان و پوشش سایر هزینه ها شامل پرداخت های اضافی مبتنی بر عملکرد برای تأمین کنندگان شده بود. برای بیمارستان های بخش خصوصی و دانشگاهی، SSI درباره قراردادهای با تأمین کنندگان مذاکره کرده و با آنها به نتیجه می رسد که معمولاً بیش از یک سال به طول می انجامد (۷۴).

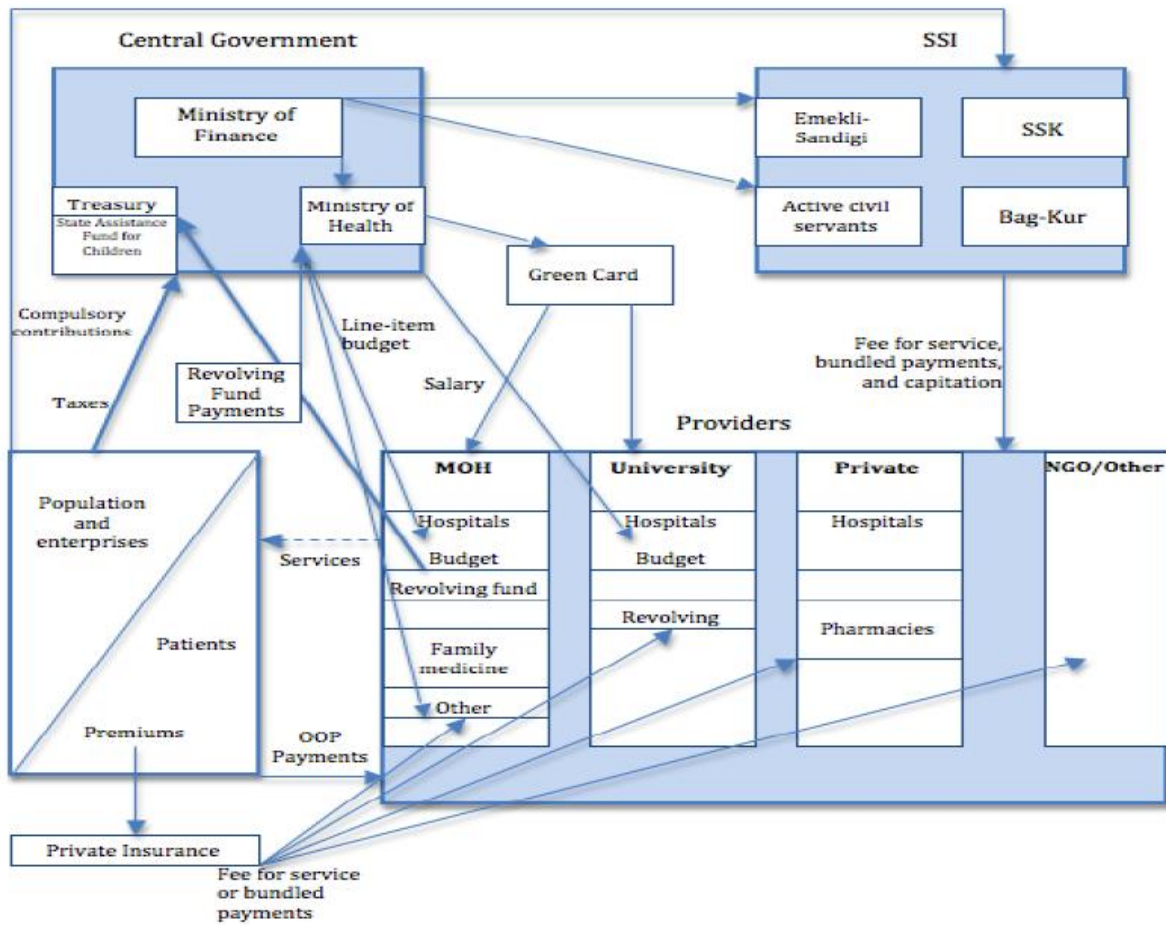
بیمارستان های دانشگاه دارای ساختار مشابه با بیمارستان های MOH بوده و سرمایه را از دولت برای پوشش دادن حقوق و سایر سرمایه گذاری ها دریافت می کند و سپس سرمایه را با استفاده از منبعی افزایش می دهد که درآمد را از SSI و بیماران بدست می آورد. از ژانویه ۲۰۱۰، سیستم طبقه بندی جدیدی برای بیمارستان های خصوصی ارائه شد که مطابق آن این بیمارستان ها به پنج دسته (از A تا E) براساس شاخص های کیفی مانند تعداد تخت ها و عمل های جراحی تقسیم شدند. تأسیسات خصوصی می توانند درخواست پرداخت اضافی را براساس طبقه بندی خود ارائه دهند. بعنوان مثال، بیمارستان در دسته A می تواند هزینه ۷۰ درصد اضافه بر تعرفه SSI را درخواست کند، درحالیکه بیمارستان های دسته E می توانند تا ۳۰ درصد اضافه بر تعرفه SSI درخواست کنند.

تقسیم هزینه از طریق پرداخت های همزمان به صورت مکانیسم ایجاد درآمد معرفی شده است و کاربرد مناسب مراقبت های بهداشتی را تشویق کرده و آن را برای همه ذینفعان اعمال می کند. ویزیت های بیماران سرپایی در بیمارستان های دانشگاه و MOH هزینه ۸ لیر ترکیه (TL) را تحمیل می کند درحالیکه ویزیت بیمارستان های خصوصی هزینه ۱۵ لیر ترکیه را در بردارد. برای کاهش هزینه تجویز اضافی، یک تخفیف ۳ لیری در صورتی ارائه می گردد که در طی ویزیت از بیمارستان دانشگاه، MOH یا بیمارستان های خصوصی هیچ نسخه ای تجویز نشده باشد. پرداخت همزمان برای داروها معمولاً شامل هزینه ۲۰ درصدی به استثنای افراد بازنشسته ای می باشد که ۱۰ درصد پرداخت می کنند (۷۴).

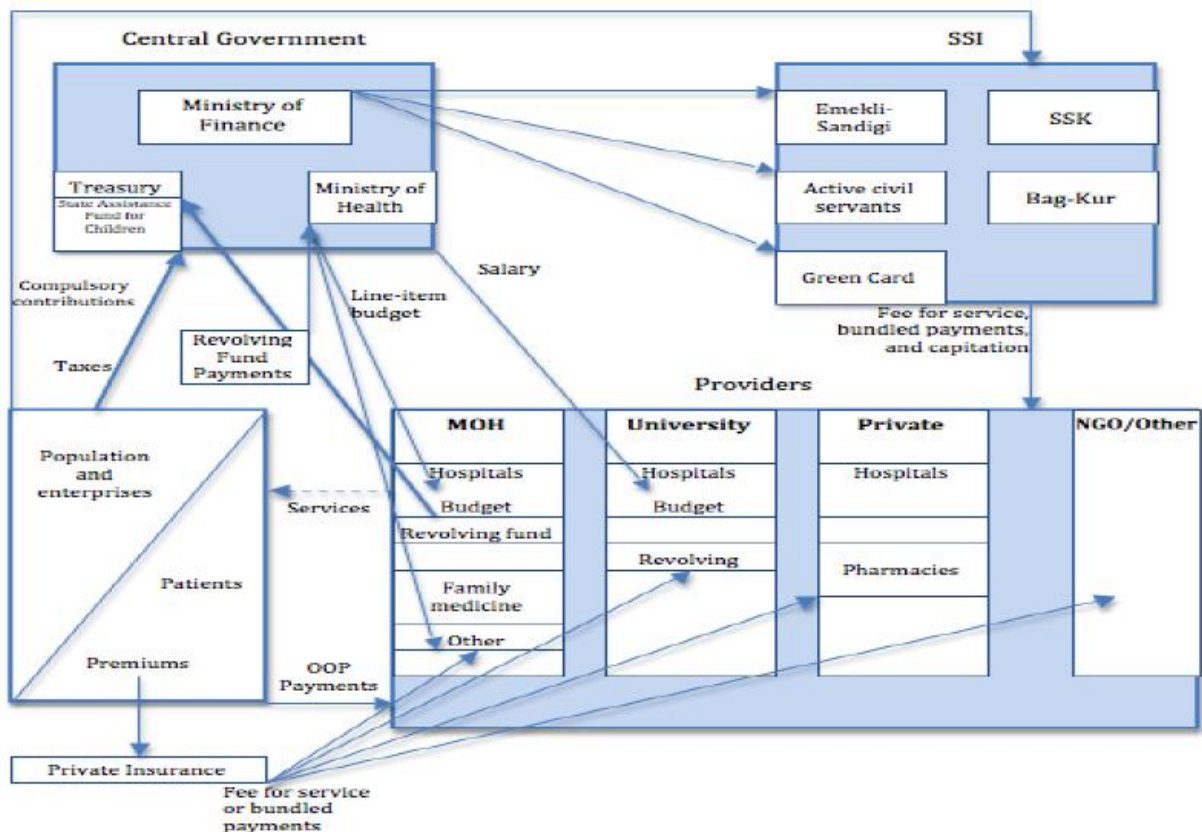
شکل ۲ جریان تامین مالی پیش از سال ۲۰۱۲ را نشان می دهد. همانطور که ذکر شده بود، در اول ژانویه سال ۲۰۱۲، برنامه گرین کارت به SSI منتقل شده بود. بنابراین، خدمات سلامت و سلامت برای هر پنج طرح از طریق طرح UHI واقع در SSI تأمین مالی می شد (شکل ۳و۲).

جریان منابع تامین مالی قبل و بعد از سال ۲۰۱۲

شکل ۲: جریان منابع تامین مالی، قبل از سال ۲۰۱۲ (۷۴)



شکل ۳: جریان منابع تامین مالی، قبل از سال ۲۰۱۲ (۷۴)



- تحت سیستم جدید، افراد به یکی از چهار گروه (G^۳-G^۰) بسته به سطح درآمد طبقه بندی شدند (۷۴):
- G^۰: خانوارهایی با درآمد سرانه کمتر از یک سوم حداقل دستمزد (۰ تا ۲۹۵ لیر ترکیه) که حق بیمه ای پرداخت نمی کنند. حق بیمه آنها از سوی دولت پوشش داده می شود.
 - G^۱: خانوارهایی با درآمد سرانه بین یک سوم حداقل میزان دستمزد و حداقل دستمزد (۲۹۵,۵۰ تا ۸۸۶,۵۰ لیر ترکیه) که حق بیمه برابر ۳۵,۴۶ لیر ترکیه را پرداخت می کردند (۱۲ درصد از یک سوم حداقل دستمزد).
 - G^۲: خانوارهایی که درآمد سرانه آنها بین حداقل دستمزد و دو برابر حداقل دستمزد بوده (۸۸۶,۵۰ تا ۱,۷۷۳ لیر ترکیه) که حق بیمه برابر ۱۰۶,۳۸ لیر ترکیه پرداخت می کنند (۱۲ درصد حداقل دستمزد).
 - G^۳: خانوارهایی که درآمد بیش از دو برابر حداقل دستمزد دارند (۱,۷۷۳ > لیر ترکیه) که حق بیمه برابر ۲۱۲,۷۶ لیر پرداخت می کنند (۱۲ درصد دو برابر حداقل دستمزد).

خط زمانی اصلاحات بخش سلامت در ترکیه

جدول ۱۰: خط زمانی اصلاحات بخش سلامت در ترکیه، ۱۲ - ۲۰۰۳ (۷۴)

سال	اصلاحات بخش سلامت
۲۰۰۳	خدمات رایگان آمبولانس مکانیسم هایی معرفی شده اند بنابراین سیستم بیماران در بیمارستان به گونه ای است که در ازای پرداخت هزینه ها از وثیقه استفاده می کند، پرداخت های مبتنی بر عملکرد در ده بیمارستان MOH پایلوت شده اند
۲۰۰۴	سیستم پرداخت تکمیلی مبتنی بر عملکرد در نهادهای MOH اجرا شدند. حق انتخاب سیستم درمانی اجرا شده در بیمارستان های MOH. دارندگان گرین کارت تحت بیمه درمان سرپایی نیز قرار گرفتند. کمیسیون بازپرداخت مسؤول تصمیمات بازپرداخت مطابق با قانون مصوبه وزارت امور مالی شد.
۲۰۰۵	دارندگان گرین کارت تحت پوشش بیمه تجویز درمان سرپایی نیز قرار گرفتند. داروخانه های SSK بسته شده و اعضای آن به تشکیلات خصوصی دسترسی یافتند. بیمارستان های SSK به MOH منتقل شد. پرداخت همزمان برای گرین کارت و داروخانه ها مورد نیاز بود. طرح پایلوت پزشک خانواده در دوزجه برای اولین بار اجرا شد.
۲۰۰۶	بودجه جهانی اجرایی برای بیمارستان های MOH اجرای قانون ۵۵۰۲ (ادغام نهادهای تأمین اجتماعی) آغاز شد پزشک خانواده در آدیامن، دنیزلی، ادیرنه، اسکی شهیر و گوموشانه آغاز شد سیستم پیگیری هزینه های دارویی در SGK برقرار شده و از ادعاهای مرتبط با آن و سیستم مدیریت SGK استفاده شد.
۲۰۰۷	پرداختی از سوی شهروندان برای مراقبت ها اولیه مورد نیاز نیست، حتی اگر تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی نباشند.

<p>خدمات آمبولانس در نواحی صعب العبور در زمستان فراهم شد. پزشک خانواده در الیازیگ، ایسپارتا، ازمیر و سامسون اجرا شد. مطابق با (a) نیازمندی مراجعان از بیمارستان MOH تا بیمارستان دانشگاه برای SGK و Ba-Kur منتقل شد، (b) بیماران با شرایط مزمن می توانند نسخه خود را در داروخانه بدون تأیید پزشک مجدداً پر کنند، (c) پرداخت دسته بندی شده (با قیمت ثابت) برای روش های درمان بیماران سرپایی و بیماران بستری شده براساس CPT و ICD-۱۰ در همه بیمارستان های MOH و دانشگاه و بیمارستان های خصوصی تحت قرارداد با SGK، (d) بیمارستان های تحت قرارداد با SSI نیازمند تأمین درمان های سرپایی و ابزارهای پزشکی (تحت پوشش بیمه) رایگان بوده و اگر از بیماران پول اخذ شود مشمول جریمه خواهند بود، (e) همه بیمارستان های MOH، دانشگاه و بیمارستان های خصوصی تحت قرارداد با SSI بایستی به MEDULA گزارش دهند.</p>	
<p>الحاقیه های بیمه تأمین اجتماعی و قانون UHI نیز از سوی مجمع بزرگ ملی پذیرفته شده و از سوی رئیس جمهور نیز امضا شد. دارندگان گرین کارت نیز منافع مشابه با ثبت نام کنندگان در سایر طرح های بیمه تحت UHI را دریافت کردند.</p>	۲۰۰۸
<p>برنامه پزشک خانواده در استان بورسا، ریز، تراپزون، تونجلی و اوساک اجرا شد. پرداخت سهم برای درمان بیماران سرپایی و آزمایش دندانپزشک نیز معرفی شد.</p>	۲۰۰۹
<p>پرداخت های مرتبط با بهداشت خدمتگزاران مدنی و وابستگان آنها به SSI تخصیص یافت. پزشک خانواده در سراسر کشور پیاده شد که شامل آنکارا و استانبول می شد.</p>	۲۰۱۰
<p>حکم صادره قانون شماره ۶۶۳ درباره سازمان و وظایف وزارت بهداشت و الحاقیه های آن تصویب شده و نهاد بهداشت عمومی و اتحادیه بیمارستان های عمومی تأسیس شد و MOH دارای نقش مشارکتی شده و از برقراری شرایط و تأمین مالی کنار گذاشته شد. حکم قانونی دارای مشوق های مثبت بود.</p>	۲۰۱۱
<p>انتقال برنامه گرین کارت به SSI</p>	۲۰۱۲

خلاصه

تغییراتی که در نظام سلامت کشور ترکیه از سال ۱۳۸۲ به این سو رخ داده اند، توجه عده زیادی از سیاستگذاران نظام های سلامت، سازمان های بین المللی و سیاستمداران را به خود جلب کرده است. در مدت زمانی حدود ۱۰ سال این کشور توانست بخش دولتی را توانمند سازد، هزینه بستری در بیمارستان های دولتی را تقریباً به صفر و در بیمارستان های خصوصی و غیردولتی به حد فراوانی کاهش دهد، پوشش بیمه ای قدرتمندی فراهم کند و خدمات اولیه سلامت و پزشکی خانواده را گسترش و تعمیق دهد. در همین مدت شاخص های سلامت مردم جامعه بهبود قابل توجهی داشتند. برای درک بهتر اهمیت این تغییر بد نیست بدانیم که قبل از تحول نظام سلامت، شاخص های سلامت مردم ترکیه از ایران و دیگر کشورهای درآمد متوسط عقب تر بود و بعد از تحول از شاخص های کشورهای کشورمان و بسیاری کشورهای دیگر پیشی گرفت. جالب آنکه در طی این دوره ۱۰ ساله، به روایت مطالعات منظم مرکز آمار آن کشور، رضایت مردم از خدمات سلامت افزایش یافت. البته و به حق چنین تغییراتی توجه دیگران را به خود جلب می کند.

ممکن است تصور شود که ترکیه برنامه‌ای برای تحول نظام سلامت طراحی و سپس آن را اجرا کرد. هر چند این تصور درست است اما تمام واقعیت را نشان نمی‌دهد. از دهه هفتاد شمسی و پیش از آن بارها برنامه‌های مختلف اصلاحی مانند پوشش همگانی بیمه و پزشک خانواده در آن کشور تصویب و هر یک با موفقیت محدود در عمل راه به جایی نبردند. آنچه در دهه اخیر رخ داد همراه‌سازی برنامه‌ای منسجم با اراده سیاسی و در زمان توانمندی شرایط اقتصادی کشور بود.

به عنوان مثال دولت ترکیه برنامه تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای را گام به گام و به گونه‌ای پیش برد که حمایت تمام اقشار جامعه به تدریج تامین شد. افزایش گام به گام پوشش هزینه‌ای و انواع خدمات اعتماد مردم را به دست آورد و زمانی که بیمارستان‌های سازمان تامین اجتماعی وقت ترکیه از آن سازمان جدا و به وزارت بهداشت ملحق شدند، عملاً جامعه کارگری آن را گامی در بهبود دسترسی به خدمات دید و نه محدودسازی آن. نتیجه نهایی تاسیس سازمان بیمه‌ای قدرتمند و مستقلاً بود که اکنون می‌تواند قیمت‌گذاری بخش دولتی و خصوصی را متعادل کند و عملاً بسیاری از خدمات را با قیمت یکسانی از هر ۲ بخش تهیه کند. در طول این مدت تعداد افراد بیمه شده افزایش یافت و هزینه خدمات برای آنها در درمانگاه‌های پزشکی خانواده و در هنگام بستری در بیمارستان‌های دولتی به صفر رسید.

اکنون حتی بستری برای بیماری‌های سرطانی و تخت‌های ویژه در بیمارستان‌های خصوصی برای بیمه شدگان هزینه‌ای نزدیک به صفر دارد. جالب آن که در سال‌های نخست برنامه، گروه‌های پزشکی با بخش‌های مختلف آن مخالفت کردند. اما در حال حاضر عموم پزشکان و کارکنان نظام سلامت از آرامش ایجاد شده و تامین حقوق معقول و منطقی رضایت یافته‌اند (۷۴).

اصلاحات نظام سلامت کره جنوبی

جدول ۱۱: پروفایل سلامت کشور کره جنوبی (۷۵)

سهم بخش سلامت از GDP (%)	سرانه هزینه سلامت (دلار)	جمعیت
۷,۲	۲۳۹۸	۴۹۲۶۳۰۰۰
شاخص تخت بیمارستانی (در ۱۰۰۰ نفر)	مرگ و میر کودکان زیر ۵ سال در ۱۰۰۰ نفر	میانگین امید به زندگی
۱۳,۲	۴	۷۹

کشور کره جنوبی در طول سه دهه ی گذشته تغییرت سریع و متنوعی ر در مسئله اقتصادی - اجتماعی تجربه کرده است. با اجرای اولین برنامه ی توسعه ی پنج ساله، وضع اقتصادی کشور به سرعت بهبود یافت و کیفیت زندگی مردم ارتقاء یافت. با اوجه به سرعت توسعه ی شهرنشینی و صنعتی شدن، مسائل مربوط به خدمات اجتماعی نمود بیشتری پیدا کرده و انتظارات مردم نیز در این زمینه افزایش یافته است.

به این منظور دولت تلاش خود را در توسعه ی خدمات سلامتی و رفاه اجتماعی افزایش داده است. وزارت سلامت رفاه اجتماعی تلاش های مستمری را در زمینه ی ارتقای سلامت عمومی و رفاه اجتماعی انجام داده و برای بهبود بخشیدن به سطح مراقبت های سلامت ملی دولت سیاست های زیر را به مرحله ی اجرا درآورده است:

۱. افزایش برنامه های حفظ و ارتقای سلامت؛
۲. کنترل بیماری های عفونی و بیماری های مزمن؛
۳. گسترش برنامه های بهداشت روان و بهداشت دهان و دندان؛
۴. ارتقای مدیریت منابع مالی بخش سلامت؛
۵. ارتقای مشارکت مالی در بخش سلامت.

به علاوه برای بهبود بخشیدن به خدمات رفاه اجتماعی وزارت سلامت و رفاه سیاست های زیر را دنبال می کنند:

۱. برنامه حمایت عمومی؛^۱
۲. خدمات رفاه اجتماعی برای افراد نیازمند از قبیل سالمندان، فقرا، زنان و کودکان و معلولان؛
۳. طرح مستمری ملی؛^۲
۴. نظام بیمه سلامت ملی و امداد پزشکی.^۳

به رغم اینکه رشد قابل توجهی در شاخص های سلامتی در طول چهل سال گذشته به وجود آمده، تلاش برای رسیدن به سطح کشورهای توسعه یافته بی وقفه ادامه دارد و هنوز برای رسیدن به رضایتمندی عمومی نظام ارائه ی خدمات سلامتی نیازمند پیشرفت زیادی است. با عنایت به تعریف سازمان جهانی بهداشت برای رسیدن به هدف های رضایتمندی جسمی، روانی و اجتماعی که امروز، جزء انتظارات مردم است، نیاز به اصلاح اساسی در نظام سلامت کره وجود دارد. چراکه نظام دولتی، در حال حاضر، توجه مقبولی به درمان بیماری ها دارد و طب پیشگیری در راس خدمات نیست. از طرفی جمعیت سالمندان روبه رشد است. بنابراین سیاست های مبتنی و متمرکز بر درمان جای خود را به سیاست های مبتنی بر پیشگیری و ارتقای سلامت می دهند (۷۶).

نحوه ی مدیریت سازمان بیمه ی اجتماعی سلامت

جمهوری کره نظام بیمه اجتماعی سلامت خود را با تصویب قانون بیمه سلامت در سال ۱۹۶۳ آغاز کرد. ابتدا بیمه اجباری سلامت، کارکنان بخش رسمی را (با بیش از پانصد کارگر) تحت پوشش قرار داد. در دهه ی ۱۹۸۰، نظام برای پوشش همه کارکنان دولت، معلمان و شرکت هایی با کمتر از سیصد کارمند گسترش یافت.

^۱ Public Assistance program

^۲ National Pension Scheme (NPS)

^۳ National Health Insurance System and Medical Aid (NHIS)

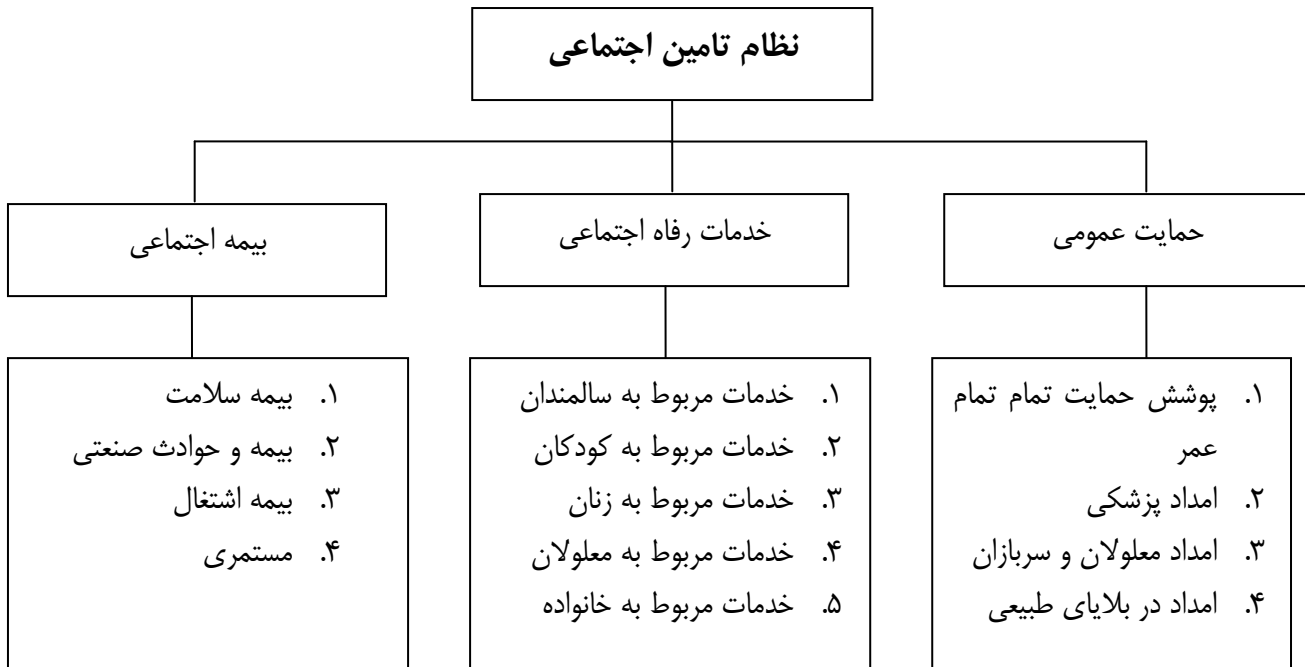
این امر به شرکت های کوچک با کمتر از شانزده کارمند و سپس، به مشاغل آزاد در تمامی نواحی شهرنشین و روستا نشین گسترش یافت. تا سال ۱۹۸۹ پوشش همگتتی گسترش یافته بود، در این سال تقریباً ۹۶ درصد از ۴۷ نفر از جمعیت کشور تحت نظام بیمه اجتماعی سلامت اجباری پوشش داده شدند. برنامه ی حمایت های اجتماعی برای فقرا ۴ درصد باقی جمعیت را پوشش داده بودند، که از طریق درآمدهای ناشی از مالیات های عمومی تامین مالی می شد.

در کشور کره جنوبی همه ی امور مربوط به سلامت، تامین و رفاه اجتماعی در قالب وزارت سلامت و رفاه اجتماعی و تحت امر وزیر مربوطه به انجام وظیفه مشغول اند. این وزارتخانه مسئول حفظ و ارتقای سلامت ملی است و همچنین، مسئولیت رفاه اجتماعی را بر عهده دارد. بنابراین به دو بخش اصلی تقسیم شده است که هر قسمت تحت امر معاون وزیر فعالیت می کند (۷۷).

یک معاون وزیر مسئول اجرای سیاست های رفاه اجتماعی است و دیگری مسئول طراحی، مدیریت و مراقبت های سلامت عمومی است. ساختار اصلی نظام تامین اجتماعی در کره به شرح شکل ۴. در سه بخش شکل گرفته است (۷۸).

وظیفه ی اصلی شرکت بیمه سلامتی کره به عنوان سازمان هماهنگ کننده، علاوه بر جمع آوری حق بیمه ها، وظیفه کنترل خدمات نیز هست. علاوه بر این، سازمان چانه زنی درمورد دستمزدهای ارائه دهندگان خدمت را نیز انجام می دهد. به تازگی بانک های اطلاعاتی گسترده، معرفی برخی از نوآوری هایی را برای ارتقای سلامت در قالب مزایای بیمه سلامت را میسر ساخته اند. اطلاعات در مورد نحوه ی بهره مندی از خدمات سلامتی امکان ایجاد برنامه ی پیشگیری ارتقای سلامت را فراهم ساخته است. بانک های اطلاعاتی منطقه ای ضمن معرفی جمعیت های آسیب پذیر هشدارهای لازم را برای ارائه و تدوین برنامه ی کنترل بیماری ها ارائه می دهند. این اطلاعات به بیمه شدگان کمک می کند تا درباره ی دستورالعمل های اقتصادی درست عمل کنند. گام دیگری که بیمه اجتماعی سلامت در جمهوری کره آغاز کرده ارتقای خدمات اورژانسی است. با آنکه ممکن است این امر به طور تنگاتنگی به عنوان ارتقای سلامت در نظر گرفته نشود، نقش ارتقای سلامت در کاهش عوارض و معلولیت های باقی مانده ناشی از نیاز به خدمات حاد، آسیب ها و در نهایت، کاستن از هزینه های خدماتی تولید شده از طریق صندوق های بیمه سلامت چشمگیر بوده است (۷۹).

شکل ۴: ساختار اصلی نظام تامین اجتماعی در کره



چگونگی جریان مالی سازمان بیمه اجتماعی سلامت

بیمه اجتماعی سلامت در کشور کره به صورت اجباری به همه ی گروه های جمعیتی، از جمله کشاورزان و مشاغل آزاد در شهرها و روستاها، نیازمند رشد سریع و بالای درآمد ناخالص ملی بود که میانگین آن در دوره ی ۱۹۸۹-۱۹۷۷ به ۱۳,۳ درصد رسید. از این منظر نظام های بیمه اجتماعی سلامت در جمهوری کره نمونه ی بارزی از موازنه بین حمایت های اجتماعی برای همه و گسترش مزایای مراقبت های سلامتی است و به منظور پایین نگه داشتن هزینه های بازار کار، میزان مشارکت برای کارگران حقوق بگیر در حدود ۳,۵ درصد حقوق تنظیم شده است که در سال ۲۰۰۳ به ۳,۹ درصد افزایش یافت. این میزان مشارکت پایین ممکن نیست همه ی خدمات را در قالب کارانه تامین مالی کند. به ویژه در مواردی که نرخ بهره مندی بالاتر باشد این موضوع بیشتر نمایان است(۷۷).

تبادل مالی از طریق وضع فرانشیزهای مناسب برای اکثر خدمات امکانپذیر است، به عبارتی، افراد مجبور هستند ۵۰ درصد از هزینه ها را در زمان بیماری از جیب پرداخت کنند. به همین دلیل، بسیاری از انواع خدمات تشخیصی پر هزینه نظیر ام.آر.آی در بسته های مزایای بیمه ای قرار نگرفته اند. فرانشیز فقط برای افراد تحت پوشش نظام حمایت های اجتماعی دریافت نمی شود. یک نظام ارائه ی خدمات سلامت خصوصی انتفاعی همواره ارائه ی بیشتر خدمات را در نظر دارد، درحالی که، صندوق های بیمه سلامت اجتماعی به دنبال آن هستند، تا از طریق کنترل هزینه ها سازوکارهای منحصر به فردی را برای پوشش جمعیت ارائه کنند(۷۷).

هزینه های خدمات سلامتی از طرف صندوق های بیمه ای و پرداخت از جیب بیماران در سال های اخیر افزایش یافته است. بالغ بر ۳۵۰ موسسه بیمه سلامت تا سال ۲۰۰۰ سازوکارهای مختلف بودجه بندی را به کار می بردند و مزایا در یک صندوق جداگانه ادغام می شد. به منظور ارتقای کیفیت خدمات سلامتی و همچنین دربرگرفتن هزینه های زیاد و رو به افزایش، مجلس کره قانون بیمه سلامت ملی را تصویب کرد، که ادغام تمامی صندوق های بیمه سلامتی را در یک صندوق مجزا اجباری و سطح سرمایه گذاری را به حداکثر مقدار رساند، این امر موفقیت عظیمی در نظام بیمه سلامت کره ایجاد کرد (۷۷).

جدول ۱۲: شاخص های کلیدی اقتصاد سلامت کشور کره

مقادیر	شاخص ها	ردیف
۵,۵	کل هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی	۱
۵۲,۶	هزینه های دولت در بخش سلامت (درصد از کل هزینه ها)	۲
۴۷,۴	هزینه های بخش خصوصی در بخش سلامت (درصد از کل هزینه ها)	۳
۱۰,۳	درصد هزینه های عمومی دولت در بخش سلامت به کل هزینه های دولت	۴
۰	منابع خارجی در بخش سلامت در قالب درصد از کل هزینه ها	۵
۷۹,۲	درصد هزینه های تامین اجتماعی در سلامت به کل هزینه های عمومی دولت در بخش سلامت	۶
۸۰,۴	پرداخت از جیب در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۷
۷,۱	برنامه های پیش پرداخت در قالب کل مخارج بخش خصوصی	۸
۷۷۷	سرانه مخارج بخش سلامت برحسب دلار آمریکا	۹
۱۱۳۵	سرانه مخارج بخش سلامت بر حسب نرخ برابری ارز	۱۰
۴۰۹	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت بر حسب دلار آمریکا	۱۱
۵۹۷	سرانه مخارج دولت در بخش سلامت بر حسب نرخ برابری ارز	۱۲

ارتباط بین بیمه شده ها و سازمان بیمه سلامت

عضویت تمامی ساکنان کره جنوبی بر حسب طبقه بندی شغلی می باشد و از طریق دو صندوق اصلی تحت پوشش قرار می گیرند. صندوق بیمه سلامت کارکنان دولتی یا خصوصی در موسسات بیش از پنج نفر کارمند را پوشش می دهند و افراد دو ماه پس از عضویت می توانند از مزایای بیمه استفاده کنند. هر دو صندوق بیمه شده ی اصلی و خانواده ی او به عنوان بستگان یا بیمه شده ی تبعی پوشش داده می شوند. بنابراین، مبنای پوشش ملیت و اشتغال و پرداخت حق بیمه است که در مورد نیازمندان و اقشار آسیب پذیر از منابع مالی دولتی یارانه تخصیص می یابد (۷۷).

جمع آوری، انباشت و تخصیص منابع مالی

منابع مالی صندوق بیمه از طریق جمع آوری حق بیمه های بیمه شدگان تامین می شود. حق بیمه در حدود ۳,۹ درصد حقوق و درآمد ماهیانه است که ۵۰ درصد آن را بیمه شده و ۵۰ درصد دیگر را کارفرما (اعم از دولتی یا خصوصی) پرداخت می کند. دولت در مورد خویش فرمایان ۲۰ درصد یارانه می دهد.

برای کسانی که خانواده شان در کره هستند ولی خودشان در کشورهای خارجی کار می کنند و نیز در جزایر ساکن هستند ۵۰ درصد تخفیف در نظر گرفته شده است. هرچند که پرداخت فرانشیز در زمان دریافت خدمات هم بخشی از منابع مالی است. منابع جمع آوری شده در صندوق بیمه اجتماعی که واحد می باشد جمع آوری و جهت خرید خدمات سلامت از ارائه دهندگان خصوصی برای افراد تخصیص می یابند (۷۷).

سیاست های خرید خدمات سلامت

در زمینه ی سلامت، فعالیت های سلامتی در سه سطح پیشگیری اول، دوم و سوم با نظام ارجاع ارائه می شود. شرکت بیمه ملی سلامت هم تنها موسسه ای است که مدیریت بیمه سلامت را به عهده دارد. آژانس بازبینی بیمه سلامت^۱ مسئول بررسی و بازبینی تعرفه های خدمات سلامتی و ارزیابی نحوه ارائه مراقبت های سلامتی است. شرکت بیمه سلامت مسئول اجرای نظام بیمه ملی سلامت شامل نگهداری اطلاعات بیمه شدگان و وابستگان آنها، جمع آوری گزارش های مربوط به خدمات سلامت و اقدامات مربوط به طرح های مرتبط است (۸۰).

بیش از ۹۰ درصد خدمات مربوط به مراقبت های سلامتی را بخش خصوصی عرضه می کند. تمام موسسات خصوصی، که به طور قانونی فعالیت می کنند، می توانند نظام بیمه ملی سلامت را پوشش دهند و در خدمت بیمه شدگان این نظام باشند.

نظام بیمه ملی سلامت برنامه ای است که موجب ارتقای سطح ملی سلامت در بین جمعیت کشور می شود. این برنامه به منظور تامین تمامی خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمان در زمان ابتلا به بیماری و توان بخشی در سطح قابل پرداخت بیمه شده و وابستگان او اجرا می شود، بنابراین، هر سه سطح سلامت را شامل می شود. استفاده از مزایای بیمه به روش پرداخت مستقیم به بیمه شده یا استفاده از خدمات مهیاست. تحویل داروهای تجویز شده هم تحت پوشش بیمه است (۸۰).

ارتباط سازمان های بیمه با ارائه دهندگان خدمات

بیمه سلامت خدمات سلامت را به صورت غیر مستقیم از طریق خرید خدمات و اغلب از بخش خصوصی خریداری می کند. بیمه شده می تواند به صورت استفاده از مراکز طرف قرارداد از خدمات بهره مند شود یا هزینه ها را شخصا بپردازد و سپس برای دریافت نقدی به شرکت بیمه سلامت مراجعه کند. وزارت سلامت و رفاه اجتماعی قیمت واحد خدمات را بر اساس محاسبات دقیق در اجرای تصمیمات متخذه از طریق کمیته بحث و هماهنگی بیمه ملی متشکل از نمایندگان بیمه شده ها، بیمه گزاران، کارفرمایان و ارائه دهندگان خدمات ابلاغ می کند. در هر حال، مدیر کل شرکت بیمه سلامت ملی و رئیس اداره ی تعرفه های پزشکی در تعیین قیمت واحد خدمات به طور سالیانه توافق می کنند. وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، سقف خسارات (هزینه های) دارو و تجهیزات پزشکی را معین می کند. به هر حال تلاش دولت کنترل تورم قیمت های پزشکی است. نحوه ی پرداخت هزینه های خدمات سلامتی هم به روش کارانه است (۸۰).

^۱ Health Insurance Review Agency (HIRA)

مشارکت بیمه شده ها در خرید خدمت

بیمه شده می تواند شخصا موسسه یا پزشک مورد نظر خود را انتخاب کند، ولی برای رجوع به بیمارستان و سطح دوم و سوم خدمات بیمار نیاز به معرفی نامه از سوی پزشک اولیه در سطح اول دارد. در این زمینه استثناهایی هم وجود دارد. اما در خصوص اورژانس ها و خدمات دندان پزشکی، زایمان و توانبخشی و بیماران خاص محدودیتی جود ندارد. در واقع جایگاه بیمه سلامت در نظام مراقبت های سلامت، فقط تامین منابع مالی است.

برای پیشگیری از سوء استفاده و استفاده بیش از حد از مزایای بیمه سلامت، بیمه شدگان در زمان استفاده از مزایا باید در هزینه ها مشارکت کنند. این مشارکت به طور متوسط حدود ۳۰ درصد هزینه های را شامل می شود (جدول ۴،۶). البته خدمات زیبایی، حتی در حد درمان آکنه و برخی بیماری های تناسلی، از پوشش بیمه خارج است. برای مشارکت در پرداخت سقف تعیین شده است (۸۰).

جدول ۱۳: میزان مشارکت در پرداخت در سیستم سلامت کره جنوبی

میزان مشارکت در پرداخت	طبقه بندی خدمات	
۲۰٪-۱۰٪ از کل هزینه درمان	خدمات بستری	
۵۰٪ هزینه ی هر ویزیت	بیمارستان های سطح سوم	خدمات سرپایی
۵۰٪ هزینه ی هر ویزیت	بیمارستان عمومی	
۳۰٪ هزینه	خدمات پاراکلینیک	
۳۰٪ هزینه ی دارو	دارو	

جایگاه سازمان بیمه ی اجتماعی سلامت

کشور کره تغییرات اجتماعی سریعی را پشت سر گذاشته است که این تغییرات ناشی از سرعت صنعتی شدن، مدرنیته و توسعه ی شهری است. این توسعه که از سال ۱۹۶۰ شروع شده باعث بروز مسائل اجتماعی و نیاز به طرح تامین اجتماعی شده است. این نیاز باعث شد از سال ۱۹۶۰ این کشور به فکر تاسیس نظام تامین اجتماعی موثر باشد.

اولین قانون تامین اجتماعی، قانون مستمری کارکنان دولت بود که در سال ۱۹۶۰ تصویب شد. در سال ۱۹۶۳ با تصویب قانون تامین اجتماعی برای پرسنل نظامی، قانون بیمه خسارت حوادث صنعتی و قانون بیمه سلامت پیگیری شد. این قوانین به طور جدی از سال ۱۹۷۰ به مرحله اجرا درآمدند.

در کره جنوبی نظام تامین اجتماعی از سه جزء اصلی تشکیل شده است:

۱. بیمه اجتماعی مشتمل بر بیمه سلامت، بیمه مستمری، بیمه اشتغال، بیمه خسارت حوادث صنعتی؛

۲. نظام حمایت عمومی مشتمل بر پوشش و حمایت تمام عمر، امداد پزشکی، کمک به معلولان، کمک به سربازان و کمک به صدمه دیدگان از بلایا؛
۳. خدمات رفاه اجتماعی شامل خدمات سالمندان، کودکان، زنان، معلولان و خانواده.
- از سال ۱۹۷۶ قانون بیمه سلامتی برای کارکنان موسسات بزرگ اجباری شد و به مرور دامنه آن به کارگاه های تا پنج نفر نیز ادامه یافت. از سال ۱۹۷۹ کارکنان دلت را هم پوشش داد، علاوه بر این، برنامه ی آزمایشی به منظور گسترش بیمه خویش فرمایان در سال ۱۹۸۸ شروع شد و دوازده سال از شروع برنامه دولت تا اجرای پوشش کامل شهروندان طول کشید.
- در سال ۱۹۷۷ با تصیب قانون بیمه ملی سلامت، تمامی انجمن های بیمه ای مربوط به سلامت و بیمه کارکنان دولت و بیمه کارکنان بخش خصوصی در هم ادغام شدند و شرکت بیمه سلامت ملی^۱ به وجود آمد. به مرور تا سال ۲۰۰۰ تمامی صندوق های بیمه خویش فرمایان، کارکنان و غیره در این شرکت ادغام و نظام واحد بیمه سلامت در کل کشور به وجود آمد (۸۰).

اصلاحات نظام سلامت تایلند

جدول ۱۴؛ پروفایل سلامت کشور تایلند (۸۱)

جمعیت	سرايه هزينه سلامت (دلار)	سهم بخش سلامت از GDP (%)
۶۷۰۱۰۰۰۰	۶۵۸	۴٫۶
ميانگين اميد به زندگي	مرگ و مير کودکان زير ۵ سال در ۱۰۰۰ نفر	شاخص تخت بيمارستاني (در ۱۰۰۰ نفر)
۷۱٫۷	۱۳	۲٫۵

بخش دولتی قسمت اعظم خدمات سلامت و درمانی در تایلند را ارائه می دهد. که شامل ۱۰۰۲ بیمارستان ها و ۹۷۶۵ ایستگاه های سلامت می باشد. سیستم خدمات مدنی رفاه برای کارمندان دولت و خانواده های آنها، امنیت اجتماعی برای کارکنان خصوصی، و طرح پوشش همگانی موجود به تمام اتباع دیگر تایلندی؛ مراقبت های بهداشتی جهانی است که از طریق سه برنامه ارائه شده است. برخی بیمارستان های خصوصی شرکت کنندگان در این برنامه ها هستند، هر چند بسیاری از آنها توسط پرداخت های بیمار و بیمه خصوصی تامین می شود. به گفته بانک جهانی، به دنبال اجرای این طرح، ۹۹٫۵ درصد از جمعیت تایلند تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند.

وزارت بهداشت متولی نظارت بر سیاست های ملی بهداشت و نیز اجرای آنها در بسیاری از مراکز سلامت کشور را بر عهده دارد. دفتر امنیت ملی بهداشت (NHSO) منابع مالی را از طریق برنامه پوشش همگانی اختصاص داده است. سایر سازمان های دولتی مرتبط با سلامت عبارتند از: موسسه پزشکی اورژانس تایلند (EMIT) سیستم تحقیقات سلامت (HSRI)، بنیاد توسعه سلامت تایلند (Thai

^۱ National Health Insurance Corporation (NHIC)

"Health"، دفتر کمیسیون بهداشت ملی (NHCO) و سازمان دارویی دولت. اگر چه سیاستهای ملی برای تمرکز زدایی وجود داشته است، مقاومت در اجرای چنین تغییرات شده است و وزارت بهداشت هنوز هم به طور مستقیم کنترل بسیاری از جنبه های مراقبت های سلامت را بر عهده دارد. اصلاحات پوشش همگانی سلامت در کشور تایلند در سال ۲۰۰۱ معرفی شد و این کشور به ، به یکی از تنها تعداد انگشت شماری از کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین که این کار را انجام داده است تبدیل شد. براساس ارزیابی مراقبت های بهداشتی برای خانواده های کم درآمد توسط یک طرح جدید بیمه و جامع تر، این طرح در اصل به عنوان پروژه baht ۳۰ شناخته می شود. مردم از پیوستن به این طرح یک کارت طلایی دریافت می کنند که اجازه می دهد تا آنها امکان دسترسی به خدمات سلامت در منطقه داشته باشند، و در صورت لزوم، برای درمان تخصصی به جای دیگر مراجعه کنند (۸۲).

اصلاحات تامین مالی و در دستور کار قرار گرفتن اصلاحات گسترده سلامت

- توسعه سریع پوشش، اگرچه چندین نسل از سیاست گذاران^۱ MoPH با ذهنیت ایجاد اصلاحات در جستجوی گسترش و توسعه این پوشش می باشند، دولت تمایلی به انجام اصلاحات اصلی از خود نشان نداده است. با پیروزی حزب تائی راک تائی (TRT) در انتخابات ژانویه ۲۰۰۱، برنامه توده پسندی ارائه شد که شامل مراقبت های سلامتی کم هزینه تر می شد و در نتیجه مسیر برای تغییرات باز شد. علی رغم توصیه های صورت گرفته از سوی اقتصاددانان ارشد در خصوص برنامه های پایلوت و اجرا و پیاده سازی تدریجی آن در طی سه سال، یک ائتلاف قدرتمند شکل گرفت که از اجرای سریع و ملی پوشش جهانی پشتیبانی می کرد. اصلاح طلبان MoPH، که پنجره محدودی از فرصت ها را دریافت کردند، همراه با سیاستمداران TRT، در انجام تعهدات انتخاباتی خود به خوبی عمل کرده و گروه های مدنی - اجتماعی را شکل دادند. یک مطالعه پایلوت تقریباً شش استان را در آوریل سال ۲۰۰۱ را مورد مطالعه قرار داد و سریعاً بعنوان اولین مرحله اجرای پوشش اصطلاحات شناخته شد. ۱۵ استان اضافی نیز در ژوئن سال ۲۰۰۱ بررسی شدند، و این برنامه به صورتی گسترش یافت که همه استان ها را در اکتبر ۲۰۰۱ در بر گرفت (به استثنای حوزه های بانکوک) (۸۲).

شعار سیاسی اصلاح طلبان بدین ترتیب بود: «نخست بایستی به این پوشش دست یافت». طرح ۳۰ Baht جمعیت بیمه شده را از ۲۵ میلیون نفر (۴۰ درصد از جمعیت) در سال ۲۰۰۱ تا بیش از ۲۹ میلیون نفر (۹۵٫۵ درصد) در سال ۲۰۰۴ افزایش داد. اگرچه طرح اصلی این سیاست گذاری برای یک سرمایه فراخوانده شد، این تصمیم گیری براساس تأخیر در ادغام طرح های بیمه عمومی استوار بود. این بدین معنی است که پوشش جهانی به مسیر سرهم بندی طرح های جدید و قدیمی بستگی دارد (شکل ۲). برخی از مشکلات اولیه که سبب مطرح شدن انتقاداتی از سوی رسانه ها شد، مانند عدم وجود شرایط مناسب برای تعامل با دارندگان کارت طلایی که دور از خانه خود هستند و این ادعا که طرح Baht ۳۰ مراقبت با کیفیت پایین تری را در مقایسه با طرح های سنتی فراهم می آورد. توسعه سریع پوشش بعنوان یک موفقیت اصلی در نظر گرفته شد.

^۱ Ministry of Public Health

- فرآیند شکل گیری سیاست. به دلیل گسترش سریع پوشش، بسیاری از مفسران به مورد تائی بعنوان مثالی از اصلاحات «انفجار بزرگ» رجوع می کنند. اصلاحات تائی در فرآیند شکل گیری سیاست های درازمدت ظاهر شده است که توجه دقیقی را به تجربیات بین المللی علاوه بر الگوی مشوق های اقتصادی و هزینه های مرتبط با مدل های متفاوت مالی معطوف کرده است. اگرچه پوشش اصلی به صورت قابل ملاحظه ای سریع صورت گرفته است ولی پروژه ۳۰ baht نیازمند تغییر شکل سیستم تخصیص منابعی است که در آن اصلاح طلبان می دانند که سال های متمادی به طول خواهد انجامید. این امر شامل ایجاد انشقاق بین خریدار - ارائه دهنده و سیستم جدید مالی مبتنی بر سرمایه گذاری است که سبب تحکیم مراقبت های اولیه می گردد. سیاست گذارانی که اصلاحات را با تغییرات قانونی مؤثر بر خدمات مدنی و رابطه بین دولت های مرکزی و محلی هماهنگ کرده اند. لایحه تمرکززدایی تصویب شده در سال ۱۹۹۹ نقش بزرگتری را برای دولت محلی در موارد اجرایی غیرمتمرکز سیستم سلامتی قایل شده و نیازمند ۳۵ درصد از منابع مالی عمومی بود که در سال ۲۰۰۶ برای دولت های محلی کانال بندی شد. لایحه امنیت سلامتی ملی مصوب ۲۰۰۲ به این قانون گذاری پاسخگو بوده و شرایطی را برای سازمان های خرید محلی فراهم آورد که شامل نمایندگانی از نهادهای سلامتی و دولت های محلی بود. جزئیات خرید محلی مبهم باقی مانده است، و سیاست گذاران مشخص کرده اند که ایجاد قابلیت بیشتر در دولت محلی پیش از اینکه این جنبه از اصلاحات اجرا شود، ضروری است (۸۲).

تفکیک خریدار - ارائه دهنده کننده در تایلند

دو ساختار متمایز در سیستم خریدار - ارائه دهنده تائی در ایجاد دفتر امنیت سلامت ملی (NHSO)^۱ در نظر گرفته شده است و سازمان خرید خودمختار را از MoPH جدا ساخته و پول های در جریان در سیستم واحدهای عقد قرارداد برای مراقبت های اولیه^۲ (CUP) را کانال بندی کرده است. سیستم «تفکیک» خریدار - ارائه دهنده در مقایسه با سیستم خدمات سلامت ملی بریتانیا که در آن خریداران ارائه دهندگان از سوی وزارتخانه مرکزی کنترل می شوند، بسیار رادیکال تر عمل می کند. دومین مورد نوآوری است زیرا سیستم به پیکره خرید محلی برای تعیین الگوهای خدمات منطقه ای وابسته نیست ولی این مسؤولیت برای هماهنگی سازمان ارائه دهنده می باشد.

هدف اصلی این سیاست این است که پول مورد استفاده توسط MoPH برای پشتیبانی از بیمارستان های عمومی و طرح های مشمول کارت سلامت و رفاه پزشکی به NHSO منتقل شود تا در طرح ۳۰ Baht سرمایه گذاری گردد. NHSO پول ها را به دفاتر خرید محلی انتقال می دهد که شامل شرکت های جدید یا شرکت های مرتبط با دولت های محلی بوده و با واحدهای عقد قرارداد از جانب ارائه دهنده وارد قرارداد می شوند. سیاست گذاران MoPH عقیده دارند که نقطه ضعف اصلی موجود در طرح تأمین امنیت اجتماعی انتخاب بیمارستان های بزرگ بعنوان پیمانکاران اصلی است که به تمرکز اضافی روی مراقبت های ثانویه منجر می گردد. آنها تصمیم گرفتند که طرح جدید جهت متفاوتی را انتخاب کرده و

^۱ National Health Security Office

^۲ Contracting Units for Primary Care

حجم وسیعی از سرمایه های جهانی را از طریق واحدهای عقد قرارداد برای مراقبت های اولیه کانال بندی کردند: CUP ها (۸۲).

- CUP ها بعنوان دارندگان محلی سرمایه. یکی از معمار های اصلی اصلاح طلبان، Sanguan Nitayrunphong، CUP را بعنوان «دارنده سرمایه» از سوی ارائه دهنده معرفی کرده است: یک «ارائه دهنده مراقبت های اولیه مورد اطمینان که دارای شرایط اصلی و اولیه برای ارائه مراقبت های جامع در بین جمعیت های ثبت شده می باشد». هر CUP برای جمعیت های محلی مراقبت های سلامتی محلی را فراهم آورده و در قبال آن سرمایه مبتنی بر آمار مالیاتی را دریافت می کند. CUP ها از سرمایه خودشان برای پشتیبانی از واحدهای خدمات محلی و پرداخت به مراجعان استفاده می کنند. Nitayrunphong استدلال کرد که مزایای اصلی این روش به شرح زیر است: (۱) پاسخگویی گسترده تر در نتیجه نزدیکی سیاست گذاران به جمعیت محلی و (۲) تأمین هزینه از طریق محافظت از مراجعان به CUP در بیمارستان های بزرگتر. بازپرداخت به مراجعان از طریق پرداخت های مبتنی بر گروه مرتبط تشخیصی (DRG^۱) به بیمارستان های استانی و منطقه ای انجام شده و حجم و میزان موارد مختلط را منعکس می کند. این موارد براساس توزین های نسبی در بیمارستان های خاص تنظیم می شوند. CUP ها بایستی روی تعداد خاصی از کارمندان حرفه ای اعمال شده و مراقبت جامع و کاملی را در سی دقیقه اول خدمات فراهم سازد. این خدمات شامل خدمات بیمارستانی و جامعه محور می باشد. اکثر CUP ها در بخش عمومی بوده ولی ارائه دهندگان خصوصی نیز می توانند شرایط CUP را بدست آورند در صورتی که قادر به عرضه دامنه کاملی از خدمات مورد نیاز باشند، که شامل ارتقا سلامتی و پیشگیری از بیماری ها می باشد.
- استدلال های مخالف با طرح CUP. بسیاری از جوانب این طرح مورد مجادله می باشد. عناصر محافظه کار در MoPH در برابر کندی اجرا و تأخیر در کنترل اصلاحات در NHSO اقدامات موفقیت آمیزی را در پیش گرفته اند. پروژه ۳۰ baht بیش از یک طرح بیمه بود زیرا مسیر سرمایه گذاری هایی را تغییر داد که برای بیمارستان های عمومی در نظر گرفته شده بود. سیستم کمک های مالی از سوی MoPH برای بیمارستان ها متوقف شده و جریان سرمایه مبتنی بر سرشماری مالیاتی جدیدی جایگزین آن شد که به CPU ها ختم می شد. MoPH دو امتیاز انحصاری کلیدی را در اختیار داشت: (۱) اجرای اصلاحات در یک دوره انتقالی اولیه که در ما می ۲۰۰۶ به پایان می رسید را پیش بینی کند و (۲) در این اثنا، بودجه پوشش جهانی را از طریق دفاتر سلامت استانی پرداخت کرده و به NHSO تفویض کند. این بدین معنی بود که از ابتدا سیستم فاقد خریدار محلی قوی بود. دفاتر استانی بعنوان پیکره های نظارتی در خط فرماندهی از MoPH تا واحدهای ارائه دهنده عمل کرده و به صورت همزمان در دفاتر بیمه منطقه نیز فعالیت می کنند. مسؤولیت غیررسمی برای فراهم کردن خدمات سلامتی منطقه ای

^۱ Diagnosis-Related Group

جامعه برعهده CPU ها است. این واحدها موقعیت نامتعارفی در سیستم ارائه دهنده - خریدار دارند که بسته به پیکره در سمت ارائه دهنده هماهنگ می شوند.

- دفاتر سلامت و سلامت ملی و استانی. NHSO عملیات را در اواخر سال ۲۰۰۲ آغاز کردند، ولی مقدماً مسؤلیت های آن تحت طرح Baht ۳۰ به خرید مراقبت های سلامت گران قیمت و خدمات اضطراری محدود شد. NHSO سریعاً دفاتر سلامت استانی را بعنوان شعبات محلی خود در نظر گرفت، ولی سیستم هدایت و فرمان سیستم موارد اضطراری از MoPH نشأت می گرفت که بودجه پوشش جهانی اصلی را تحت کنترل خود داشت. عدم توافق هایی درباره نحوه و میزان کنترل دفاتر استانی روی هزینه های بودجه در سطح محلی در MoPH وجود دارد. سیاست گذاران تصمیم گرفته اند که به دفاتر استانی امکان کنترل دو حوزه مهم را بدهند. آنها می توانند در موارد زیر تصمیم گیری کنند: (۱) سرمایه حقوقی را در دفاتر استانی نگاه دارند یا به CPU ها امکان پرداخت مستقیم حقوق را بدهد و (۲) مدل سرمایه گذاری در سطح محلی استفاده می شود. برخی از استان ها از پوشش جهانی به CPU تحت عنوان مدل جامع تغییر داده اند و همراه با مراجعانی است که به CPU مراجعه می کنند (۸۲).

دروسی برای سایر کشورها

- خطر اصلاحات «انفجار بزرگ». خطر اصلاحات «انفجار بزرگ» در یک کشور در حال توسعه این است که عناصر سیستم، مانند شکافت بین خریدار - ارائه دهنده، در کشورهای غربی در یک سری از تغییرات پله ای در طی سال های متمادی وارد شده و به صورت یک دوره زمانی کوتاه مدت غیرواقعی فشرده شده است. بعنوان مثال، اجرای موفقیت آمیز سیستم خریدار - ارائه دهنده بریتانیا به تغییرات مدیریت صورت گرفته به دنبال نوآرایی گریفت در یک دهه گذشته وابسته است. تغییرات در رابطه بین خریدار - ارائه دهنده در سیستم تائی بسیار مشکل است، زیرا پزشکان سنتی - مدیران روی MoPH و بیمارستان ها را کنترل می کنند و مقاومت فرهنگی قابل ملاحظه ای در برابر مفهوم مراقبت های سلامتی وجود دارد.
- محدودیت های اهرم های اقتصادی. اگرچه اهرم های اقتصادی نیز بخشی از این بازی می باشند، ولی تجربه تائی محدودیت های آن را کاملاً به خوبی توصیف کرده است. تصور اینکه سرشماری مالیاتی به تنهایی به توزیع مجدد منابع و افراد کمک خواهد کرد بسیار خوشبینانه است خصوصاً زمانی که از سوی افراد حرفه پزشکی و بخش های مدیریتی مواجه با مقاومت مواجه می شوند. به دلیل عدم وجود کنترل روی قدرت حرفه ای، سیستم CUP موجود به مشکلات هماهنگی خدمات و تخصیص منابع در سطح محلی منتهی می گردد. امید می رود که با انسجام طرح های بیمه موجود به صورت یک طرح دولتی در مواجه با مخالفان این امر اثبات گردد. بنظر می رسد که اصلاحات رادیکالی به دستیابی بهتر به اهداف منجر می گردد ولی این امر نیز در برابر عدم قطعیت سیاسی و خستگی اصلاحات مشکلاتی را به بار می آورد.

• سایر چالش ها، اصلاحات تائی یک مدل جذاب برای سایر کشورها با سطح درآمد متوسط به خاطر ثبت موفقیت آمیز پوشش و تمرکز روی مراقبت های اولیه در سیستم مالی می باشد. اصلاحات در دوره محدودیت مالی وارد شد، بنابراین اقتصاد و راندمان تبدیل به یک موضوع اساسی شد. بنابراین، جزئیات مکانیسم پرداخت در مراقبت های اولیه و ثانویه برای سایرین نیز سودمند خواهد بود. سایر کشورها بایستی توجه ویژه ای را به مشکلاتی معطوف کنند که در ایجاد اصلاحات اولیه و شاخص تغییر فرهنگی مورد نیاز ضروری می باشند. آنها بایستی دلایلی را بررسی کنند که چرا مدل انشقاق خریدار - ارائه دهنده تائی نمی تواند به خوبی عمل کند. مشخص و بدیهی است که پیکره قدرتمند از سوی ارائه دهنده به شکل CUP نیازمند انطباق با یک پیکره خرید محلی قوی می باشد. مزایای ایجاد یک سازمان خرید ملی مستقل به شکل NHSO، هنوز کاملاً اثبات نشده است. از الگوبرداری های دیگر از این روش بایستی اجتناب ورزید زیرا سبب همپوشانی در مسؤولیت های بین MoPH و NHSO می گردد که سبب بروز تنش در سیستم تائی شده است (۸۲).

بررسی فلسفه و اهداف طرح تحول نظام سلامت و جایگاه بیمه های سلامت در آن

(اطلاعات ارائه شده در این قسمت، حاصل بررسی دستورالعمل های مرتبط، مصوبه های ابلاغی دولت، گزارش های مستند سازی طرح تحول نظام سلامت در ایران و اخذ اطلاعات از افراد درگیر در تدوین و اجرای برنامه می باشد، که به صورت توصیفی بیان شده اند؛ رفرنس های ۵، ۸۳، ۸۴ و ۸۵؛ پیوست شماره ۱ تا ۸).

اهداف و اجزاء طرح تحول سلامت

در دنیای امروز دیدگاههای سلامت چشم اندازی وسیع تر یافته و به انتظارات غیر پزشکی توجه ویژه ای معطوف شده است. رشد انتظارات و توجه مردم نسبت به ایمنی، کیفیت و عدالت، فشار جهت ایجاد نظام سلامتی پاسخگو در برابر عملکرد را افزایش داده است.

قرار دادن موضوع عدالت در تدوین اهداف و چهارچوب تحلیلی نظامهای سلامت نه تنها با استراتژی بهایی که بیانگر تعهد به عدالت است قابل توجه است بلکه شواهد بیانگر این است که افراد در جوامع مختلف نیز اولویت بالایی به موضوع عدالت می دهند.

اگرچه در سالهای اخیر نظام سلامت توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت های بهداشتی اولیه به پیشرفت های چشم گیری در سطح کلی سلامت مردم و بالا رفتن شاخصهای مربوط به آن برسد، اما همچنان یکی از مهم ترین دغدغه های سیاستگذاران، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت در کشور با عنایت به وظایف و ماموریت های کلی و اسناد بالادستی بویژه سند چشم انداز ۲۰ ساله، سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه های دولت یازدهم اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی آغاز کرده است. تحول در نظام سلامت با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای

کیفیت خدمات اجرا می شود تا بتدریج با همکاری خدمتگذاران عرصه سلامت شاهد تحقق سیاست های کلی رهبری و ارتقای مورد انتظار در نظام سلامت باشیم.

ابلاغ سیاست های کلی سلامت از جانب مقام معظم رهبری (مدظله العالی) نشان دهنده توجه ویژه ایشان به حوزه سلامت بوده و وظیفه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را سنگین تر از پیش کرده است. همچنین حمایت های رئیس جمهور محترم الگویی را فرا روی مسئولان بهداشت و سلامت کشور قرار داد که این الگو می تواند منجر به اقدامی بنیادین در عرصه سلامت کشور شود و در آینده دستاوردهای بزرگی را به همراه داشته باشد. ساماندهی خدمات سلامت در سالی که بهار آن با بهار سلامت همراه است و بارقه های امید بر شاخه های درخت سلامت شکوفه زده، رسالتی است که برای اجرای صحیح آن تمامی دست اندرکاران حوزه سلامت را همگام و همراه نموده است .

لذا طرح تحول نظام سلامت سرلوحه فعالیت ها و برنامه های این وزارت قرار گرفت که در این راستا چندین نشست، همایش و اجلاس جهت هم اندیشی تخصصی طراحی نظام مذکور در قالب کارگروه های تخصصی و با هدف تدوین دستورالعمل های اجرایی این طرح با حضور روسا، معاونین درمان، بهداشت، غذا و دارو و اساتید دانشگاه های علوم پزشکی کشور، مسوولان و مدیران ارشد وزارت بهداشت و صاحب نظران حوزه بیمه و اقتصاد سلامت با مشارکت معاونت درمان وزارت بهداشت و شورای سیاستگذاری برگزار گردید .

این طرح به عنوان یکی از مهمترین برنامه های دولت با توجه به محور بودن دولت یازدهم تدوین و طی مراحل متوالی در حال اجراست. این مجموعه برنامه ها در حالی در دستور کار دولت یازدهم قرار گرفت که پیش از این احکام صریح برنامه های چهارم و پنجم توسعه مبنی بر کاهش پرداخت مستقیم مردم از حدود ۵۷ درصد به ۳۰ درصد در حیطه ی اجرا نه تنها مغفول مانده بلکه این رقم در سال ۹۲ به بیش از ۶۰ درصد افزایش یافته بود. هدف این مجموعه برنامه ها برابری در فراهمی و دسترسی به مراقبت های پایه سلامت، برقراری عدالت در توزیع بار مالی ناشی از هزینه های خدمات بهداشتی، درمانی، پوشش همگانی خدمات اساسی سلامت و تأمین مالی کارا و پایدار است.

طراحی و تدوین این مجموعه برنامه ها از مهرماه سال ۹۲ با در نظر گرفتن مهمترین نیازهای سلامتی مردم و با مشارکت اندیشمندان، کارشناسان و مدیران اجرایی بخش سلامت آغاز و با صرف ۱۵۰۰۰ نفر ساعت کار کارشناسی انجام شد و علیرغم تنگناهای مالی ناشی از شرایط تحریم گسترده علیه مردم کشورمان، تأمین و تخصیص منابع مورد نیاز در اولویت دولت قرار گرفت.

اهداف نهایی طرح تحول نظام سلامت

- افزایش پاسخگویی نظام سلامت؛
- کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم؛
- کاهش درصد خانوارهایی که بخاطر دریافت خدمات سلامت دچار هزینه کمرشکن شده اند؛
- بهبود پی آمدهای بیماران اورژانسی؛
- افزایش زایمان طبیعی.

مرحله اول طرح تحول نظام سلامت

برنامه تحول شامل ۹ برنامه (برنامه اول با تولیت سازمان بیمه سلامت ایران، سایر برنامه ها با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) به شرح زیر از نیمه اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ آغاز شده است (پیوست شماره ۱):

۱. برنامه بیمه نمودن افراد فاقد بیمه پایه سلامت
۲. برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت
۳. برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ (اقامت و خدمات) در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت
۴. برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم
۵. برنامه ترویج زایمان طبیعی
۶. برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان‌های دانشگاهی
۷. برنامه ارتقای کیفیت خدمات ویزیت پزشکان در کلینیک‌های ویژه
۸. برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند
۹. برنامه گسترش پوشش خدمات اورژانس هوایی

مرحله دوم طرح تحول نظام سلامت

طرح تحول نظام سلامت با برنامه های متعددی در حوزه بهداشت و پیشگیری برنامه ریزی و آغاز گردید: اولویت های برنامه تحول در بخش بهداشت عبارتند از: خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت بر خدمات سلامت در حوزه بهداشت، مناطق محروم، روستایی و عشایری، حاشیه شهرها، استمرار پایلوت برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران، تکمیل شبکه بهداشتی درمانی شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر جمعیت بر اساس طرح گسترش در سال ۹۳ و توسعه تدریجی برنامه پزشک خانواده به این شهرها از طریق پزشکان خانواده داوطلبی که بیش از ۵ سال در مناطق روستائی خدمت نموده اند (پس از جایگزینی آنان با پزشکان جدید) در سال ۹۴، برنامه ملی خودمراقبتی، برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین بخشی حوزه بهداشت در سطح ملی، کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان ها و متناظر آن در شهرستان ها.

مرحله سوم طرح تحول نظام سلامت

برنامه تحول سلامت که از اول مهر ماه ۱۳۹۳ شروع شده است، ابلاغ کتاب ارزش نسبی؛ در دو دهه‌ی گذشته به دلیل فقدان نگرش علمی به محاسبه و استقرار تعرفه های خدمات سلامت با مشکلات عدیده ای مواجه بودیم که بروز پدیده ی نرخ های غیر رسمی و بی اعتباری صندوقهای بیمه و پرداخت هزینه های سنگین از جیب مردم از مهمترین آنهاست. به همین دلیل تدوین و بومی سازی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت با اخذ نظرانجمن های علمی، دانشگاهها و سازمانهای بیمه گر سومین مرحله طرح تحول سلامت را رقم زد. این مرحله از اول مهرماه آغاز شده و با نظارت بر عملکرد گروههای ارایه کننده خدمت تا حذف کامل پرداخت‌های غیر رسمی پیش خواهد رفت. تا حلقه حفاظت

مالی از مردم در مقابل هزینه های سلامت به عنوان مهمترین هدف طرح تحول نظام سلامت را تکمیل کند.

تشریح بسته های طرح تحول نظام سلامت

برنامه پوشش بیمه سلامت افراد فاقد بیمه

این طرح در راستای ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و برنامه های دولت تدبیر و امید و همچنین اعلام وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی مبنی بر پوشش بیمه پایه همگانی و اجباری آحاد مردم اجرا شد. براساس این طرح افرادی که تحت پوشش هیچ یک از بیمه های پایه سلامت یا درمان نیستند بدون پرداخت حق بیمه تحت پوشش قرار می گیرند. داشتن هویت ایرانی و نداشتن هرگونه بیمه سلامت را از مهم ترین شرط های مشمولان این طرح می باشد.

آمار مشخص و شفاف در زمینه افراد فاقد پوشش بیمه وجود ندارد اما براساس تحقیقات میدانی انجام شده تقریباً سه درصد جمعیت ۲۳ میلیونی روستاها و حدود ۲۲ درصد جمعیت حاشیه کلان شهرها و حدود یک میلیون نفر از جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دفترچه بیمه ندارند که با اجرای این طرح تحت پوشش بیمه قرار خواهد گرفت.

مصوبه پوشش بیمه همگانی سلامت با تولید سازمان بیمه سلامت با لحاظ نمودن اهداف و فرآیند های زیر از سال ۱۳۹۳ اجرا شد:

- 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

کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستانهای دولتی

تمامی بیماران دارای بیمه پایه سلامت ساکن در شهرها که در بیمارستان های دولتی بستری م ی شوند تنها ۱۰ درصد از کل صورتحساب بیمارستان را پرداخت می کنند و بیماران روستایی، عشایر و ساکنان شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر که از طریق نظام ارجاع به بیمارستان های دولتی مراجعه می کنند ۵ درصد هزینه های درمان را پرداخت می کنند. همچنین بیماران و یا همراهان آنها برای تهیه دارو، خدمات آزمایشگاهی و تصویربرداری و سایر ملزومات پزشکی به بیرون از بیمارستان ارجاع داده نمی شوند.

نظر به اینکه اهداف اصلی برنامه نظام تحول سلامت حفاظت مالی از شهروندان در برابر هزینه های سلامت، ساماندهی خدمات بیمارستانی و ارتقاء کیفیت آن و دسترسی عادلانه مردم به خدمات سلامت است. حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت با محوریت افسار آسب پذیر، از طریق ساماندهی تأمین خدمات بیمارستانی و کاهش پرداخت سهم بیماران در بیمارستان های وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از ۱۵ اردیبهشت ماه ۱۳۹۳ در کشور اجرا شد که در مدت یک سال

میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های دولتی در خدمات مشمول برنامه از ۳۷٪ به ۴۵٪ رسیده است و هموطنان بستری واجد بیمه پایه سلامت تنها ۶٪ از مبلغ صورتحساب تنظیمی مشمول این برنامه را بر اساس تعرفه و قیمت مصوب پرداخت می نمایند از سوی دیگر روستائیان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر (دارای دفترچه بیمه روستایی) و سایر افرادی که از طریق نظام ارجاع به بیمارستانهای مشمول برنامه مراجعه می کنند، ۳ درصد از هزینه خدمات را پرداخت می کنند. بر اساس برآوردهای صورت گرفته طی اجرای این برنامه نزدیک به ۷/۵ میلیون نفر از این خدمات بهره مند شده اند. همچنین بیش از ۹ میلیون نفر دفترچه بیمه سلامت ایران را دریافت کرده اند و پوشش بیمه ای به ۹۵ درصد رسیده است.

بیمارستانهای مشمول از ابتدای اجرای برنامه به ارائه تمامی خدمات تشخیصی و درمانی، دارو، تجهیزات و ملزومات مصرفی پزشکی به تمامی بیماران بستری در همان بیمارستان و یا در زنجیره تامین خدمات مکلف شده اند، لذا بر اساس این برنامه در صورتی که بیمارستانی امکان ارائه همه خدمات مورد نیاز بیمار را نداشته باشد براساس زنجیره ارجاع بین بیمارستانی مصوب ستاد اجرایی دانشگاه، عمل خواهد نمود و مسئولیت و هزینه های نقل و انتقال بیماران (آمبولانس) و هزینه خدمات ارائه شده به عهده بیمارستان ارجاع دهنده می باشد.

حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم

ماندگاری پزشکان عمومی و متخصص در مناطق محروم یکی دیگر از بسته های خدمتی طرح تحول نظام سلامت است تا مناطق محروم کشور معضل کمبود پزشک نداشته باشند و مردم این مناطق ناچار نباشند برای انجام امور درمانی خود، با زحمت و مشقت به شهر دیگری مراجعه کنند. هدف از اجرای این بسته، حذف زیرمیزی در مناطق محروم و افزایش دسترسی مردم به خدمات تخصصی و عمومی از طریق افزایش میزان دریافتی پزشکان شاغل در این مناطق است تا بیماران مناطق محروم بتوانند کلیه خدمات درمانی مورد نیاز خود را از نزدیکترین مکان محل سکونت خود دریافت کنند.

یکی از چالش های عمده نظام ارائه مراقبت های سلامت در کشور، محدود بودن دسترسی مردم در مناطق محروم و کمتر توسعه یافته به خدمات و مراقبت های مورد نیاز بود که موجب مراجعه غیرضروری مردم به مراکز درمانی شهرستان های بزرگتر می گردید. این امر علاوه بر آن که مراکز درمانی شهرستان ها را به علت مراجعات بیش از حد و غیرضروری دچار مشکل می نمود، منجر به تحمل سختی و مشقت مازاد برای افرادی می شد که می بایست از خانه و محل سکونت خود فاصله گرفته و برای درمان به شهرستان دیگری مراجعه کنند و لذا علاوه بر دغدغه درمان بیماری، دغدغه سکونت و هزینه های غیرمستقیم ناشی از درمان را نیز داشتند.

لذا، در راستای عملیاتی نمودن مفاد قوانین برنامه پنجم توسعه کشور و قوانین بالادستی در راستای دستیابی به اهداف مواد بند (ب) ماده ۳۴، بند د ماده ۳۲ و بند الف ماده ۳۶ قانون برنامه پنجم توسعه، به منظور افزایش دسترسی مردم در مناطق کمتر توسعه یافته کشور به خدمات و مراقبت های سلامت، ایجاد پوشش همگانی و کاهش سهم پرداخت از جیب مردم، تقویت سامانه جامع و همگانی سلامت، تقویت

طرح تمام وقتی و در نهایت بهبود نظام ارجاع، دستورالعمل «برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم» تدوین و از سی اردیبهشت ماه اجرایی شد.

حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، توسعه جذب و ماندگاری پزشکان در مناطق کمتر توسعه یافته کشور، ارتقاء عدالت در دسترسی و بهره‌مندی مردم به خدمات سلامت در مناطق محروم، کاهش پرداخت از جیب مردم، ساماندهی مناسب‌تر نظام ارجاع در سطح تخصصی و فوق تخصصی مناطق کمتر توسعه یافته و اجرای صحیح نظام سطح بندی در بخش نیروی انسانی و خدمات سرپایی و بستری از اهداف کلی و اختصاصی این برنامه ملی می باشد .

قبل از اجرای برنامه تحول نظام سلامت در بیمارستان های مناطق کم برخوردار تنها ۱۴۰۰ متخصص حضور داشت که با حمایت از ماندگاری پزشکان در این مناطق، تعداد متخصصین شاغل در بیمارستان ها به ۳۹۰۰ نفر رسیده است.

حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستان های دولتی

به منظور افزایش پاسخگویی ۲۴ ساعته مراکز درمانی- آموزشی و تضمین دریافت خدمات سلامت مناسب در هر ساعت شبانه روز و در همه نقاط کشور و ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت‌های سلامت، دانشگاه‌های علوم پزشکی مکلف شدند در مراکز درمانی-آموزشی تابعه، از پزشکان متخصص یا فوق تخصص /فلوشیپ به عنوان پزشک مقیم استفاده نمایند.

از اهداف اختصاصی این برنامه می توان به ارائه به موقع خدمات درمانی، پاسخگویی ۲۴ ساعته مراکز درمانی-آموزشی، تعیین تکلیف بیماران توسط متخصص مربوط در بخش اورژانس در حداقل زمان ممکن، انجام به موقع ویزیت بیماران، اعمال جراحی و پروسیجرهای اورژانسی و در نهایت افزایش رضایت‌مندی مردم اشاره کرد.

این برنامه درسی اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ اجرایی شد و در حال حاضر در ۴۰۰ بیمارستان در ۲۹۱ شهر کشور، بیش از ۷۳۰۰ پزشک متخصص و فوق تخصص در ۱۷ رشته در حال خدمت به هموطنان گرامی می باشند. این در حالیست که در هر شب به طور متوسط ۸۵۶ کشیک حضور دارند و تعداد متخصصین مقیم قبل از اجرای برنامه تنها ۹۴۲ نفر بوده است.

طی ارسال بخشنامه به تمامی دانشگاه های علوم پزشکی سراسر کشور مقرر شده است تمامی بیمارستان های ۶۴ تا ۹۶ تخت فعال حتما باید دارای یک پزشک مقیم از یکی از رشته‌های تخصصی داخلی، جراحی عمومی و یا طب اورژانس باشند. همچنین ضروری است بیمارستان‌های درمانی - آموزشی جنرال با بیش از ۹۶ الی ۲۵۶ تخت فعال، دارای دو تا چهار پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی موردنیاز باشند. از سوی دیگر به دلیل بار بستری بیمار در بیمارستان‌های درمانی / آموزشی درمانی جنرال با بیش از ۲۵۶ تخت فعال، ضروری است این مراکز درمانی دارای چهار تا شش پزشک مقیم در رشته‌های تخصصی موردنیاز باشند.

حضور پزشک متخصص (داخلی، طب اورژانس، اطفال، جراحی عمومی، زنان و زایمان، بیهوشی مقیم اتاق عمل، ارتوپدی، قلب و عروق و هر متخصص دیگر به تشخیص بیمارستان)، به صورت شبانه روزی

در بیمارستان های دولتی بالای ۶۴ تخت امکان دسترسی مردم به پزشک متخصص برای بیماران اورژانسی را فراهم می کند. انجام به موقع معاینه و ویزیت بیماران، تع بین تکلیف بیماران اورژانسی در نخستین فرصت و پاسخگویی به موقع و بصورت ۲۴ ساعته در بیمارستان های دولتی، فعال بودن اتاق عمل در شیفت عصر و شب از ویژگی های این بسته حمایتی است.

ارتقای کیفیت هتلینگ در بیمارستان های دولتی

ارتقای کیفیت خدمات بیمارستان ها از دیگر برنامه های طرح تحول سلامت است که بر پایه آن چهره فیز کی بیمارستان های دولتی مانند وضعیت اتاق ها، سرویس های بهداشتی و تخت های آسیب دیده بهسازی و نوسازی می شود و خدمات هتلینگ و سروی سهای تغذیه و پرستاری ارتقا می یابد.

ارتقای کیفیت خدمات ویزیت در بیمارستان های دولتی

ارتقای کیفیت ویزیت در بیمارستان های دولتی، کلینیک ها و بیمارستان های وزارت بهداشت بسته دیگر طرح تحول سلامت است. این طرح در ۵۶۰ بیمارستان کشور اجرا می شود و در این طرح پزشکان متخصص، فوق تخصص و عمومی همکاری می کنند. استانداردهای خدمات ویزیت از طریق بهبود وضعیت کلینیکی و تجهیزات کلینیکی، استانداردهای زمان ویزیت همکاران پزشک و توجه ویژه به معاینات بالینی از جمله استانداردهای این طرح است. اجتناب از انجام تست های پاراکلینیکی بی مورد، جلوگیری از تکرار ویزیت های بی مورد و افزایش دسترسی مردم به پزشکان متخصص از دیگر دستاوردهای این طرح است.

به منظور ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات سرپایی و کاهش پرداخت از جیب مردم، عملیاتی شدن بند (د) ماده ۳۲ قانون پنجم توسعه کشور، ساماندهی مناسب تر نظام ارجاع، بهره-برداری مناسب از امکانات درمانی دانشگاه، افزایش ضریب اشغال تخت مراکز درمانی، ایجاد دسترسی در ساعات غیراداری برای بیماران، حفظ تمام وقت اعضا هیات علمی و در نهایت ارتقا کیفیت خدمات، دانشگاه های علوم پزشکی مکلف به مدیریت و توسعه کلینیک-های ویژه تخصصی و فوق-تخصصی شدند که در این راستا ۵۸۵ کلینیک ویژه به صورت کلینیک های ویژه داخل و خارج (اقماری) بیمارستان های دانشگاهی، کلینیک ویژه دانشگاه و کلینیک های بیمارستان های تابعه وزارت بهداشت در نوبتهای صبح و عصر ایجاد گردید.

کلینیک های ویژه واحدی دولتی و مستقل است که با استفاده از نیروهای تخصصی و فوق تخصصی هیات علمی تمام وقت، پزشکان غیرهیات علمی تمام وقت و غیر تمام وقت و پزشکان قراردادی اداره میشود. هدف از تبیین و اجرای این برنامه افزایش دسترسی به اساتید خبره دانشگاهی در ساعات غیراداری، گسترش تمام وقتی اعضای هیات علمی در دانشگاه های علوم پزشکی، استاندارد سازی ارائه خدمت ویزیت، افزایش رضایت بیماران مراجعه کننده، جلوگیری از عدم ارجاع های مکرر و افزایش فراهمی ارائه خدمت و بار مراجعه سرپایی در بخش دولتی است. لذا طی گذشت ۸ ماه از اجرای این برنامه، دانشگاه های علوم پزشکی کشور با ۹۵۰۰ پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص تحت

شمول این برنامه قرار گرفته اند و بیش از ۳۰ میلیون ویزیت انجام شده است. این در حالی است که مبلغ ویزیت بیمار توسط فوق تخصص ۳۶۰۰ و حق ویزیت متخصص ۳۰۰۰ تومان می باشد. طی اجرای این برنامه توسعه و استاندارد سازی کلینیک های ویژه و ویزیت های سرپایی مد نظر بوده و انجام شده است به گونه ای که تغییر رفتار پزشکان و ایجاد تمایل به سمت فعالیت در کلینیک های ویژه و بالطبع کاهش استفاده غیر ضروری از اقدامات پاراکلینیک و کاهش بستری ها و اعمال جراحی غیر ضروری فراهم آید که نهایتاً با بهبود فرآیندهای آموزشی از طریق افزایش کیفیت و زمان ویزیت سرپایی به افزایش رضایت بیماران مراجعه کننده دست خواهیم یافت.

برنامه ترویج زایمان طبیعی

برنامه ترویج زایمان طبیعی با هدف ارتقای سلامت مادر و نوزاد از اولین روز اجرای طرح تحول نظام سلامت در بیمارستان های کشور به اجرا درآمد. بر اساس این برنامه، کلیه بیمارستان ها ملزم به کاهش میزان سزارین می باشند. به منظور تشویق مادران به انجام زایمان طبیعی و کاهش پرداخت از جیب ایشان، زایمان طبیعی در بیمارستان های دولتی رایگان انجام می شود و بیمار هیچ هزینه ای بابت زایمان طبیعی پرداخت نمی نماید. به علاوه، به منظور حفظ حریم مادر و خوشایندسازی فرایند زایمان طبیعی برای مادر، بهینه سازی فضای فیزیکی بخش های زایمان مد نظر قرار گرفته است. تشویق مراکز دولتی و ارائه دهندگان خدمت به فراهم سازی روش های کاهش درد زایمان شامل روش های دارویی و غیردارویی از دیگر اقدامات انجام شده به شمار می رود. ترویج فرهنگ طبیعی بودن فرایند بارداری و زایمان با برگزاری کلاس های آمادگی برای زایمان برای مادران باردار و توانمندسازی ارائه دهندگان خدمت از دیگر اقدامات انجام شده در برنامه ترویج زایمان طبیعی می باشد.

بهبود وضعیت سلامت مادران و نوزادان از تعهدات بین المللی کشور در راستای اهداف توسعه هزاره است که با مضامینی چون "بهبود سلامت مادران در چارچوب بهداشت باروری" و "کاهش میزان مرگ و میر کودکان" در حال اجراست. دستیابی به این اهداف مستلزم کاهش شاخص میزان مرگ و میر مادران و نوزادان در اثر عوارض بارداری و زایمان، کاهش، میزان سزارین های بدون اندیکاسیون و ترویج زایمان طبیعی می باشد.

همچنین در راستای سیاست های جدید جمعیتی مبنی بر افزایش جمعیت، ترویج زایمان طبیعی، افزایش کیفیت خدمات بستری، کاهش پرداخت از جیب مردم، افزایش انگیزه ارائه دهندگان خدمات در بخش های دولتی و تدوین منطقی تعرفه زایمان طبیعی در قالب طرح تحول نظام سلامت و برنامه راهبردی دولت تدبیر و امید، برنامه ترویج زایمان طبیعی با رایگان نمودن آن در بیمارستان های دولتی از ۱۵ اردیبهشت ماه در سراسر کشور اجرا گردید و تاکنون بیش از ۳۴۰ هزار زایمان طبیعی رایگان در سراسر کشور انجام شده است.

در این برنامه علاوه بر رایگان نمودن زایمان طبیعی در مراکز دولتی به منظور تشویق مادران باردار به انجام زایمان طبیعی، تعرفه تشویقی مازاد بر تعرفه مصوب فعلی به دهندگان خدمت زایمان طبیعی اجرا شده است که منجر به کاهش ۶ درصدی سزارین در بیمارستان ها شده است.

برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند

برنامه حفاظت مالی از بیماران صعب‌العلاج، خاص و نیازمند یکی دیگر از بسته‌های حمایتی طرح تحول نظام سلامت است. در این برنامه بیماران مبتلا به بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج تحت عنوان مشترک بیماری‌های ویژه تحت پوشش معاونت درمان وزارت بهداشت قرار گرفته و هزینه‌های بالای تشخیصی و درمانی بیماری‌های آنها که مشمول این طرح می‌باشند، تحت حمایت قرار می‌گیرند.

راه‌اندازی اورژانس هوایی

با توجه به امکانات موجود و پوشش زمینی جاده‌های اصلی و امکانات مورد نیاز پشتیبانی اورژانس هوایی و با توجه به معیارها و استانداردها و شرایط و امکانات موجود برای پوشش ۷۰٪ حوزه سرزمینی، اورژانس زمینی با محدودیت جدی مواجه است و لذا احداث ۴۴ پایگاه اورژانس هوایی در راستای توسعه سامانه اورژانس پزشکی کشور امری ضروری محسوب می‌گردد.

ایران از کشورهای پرحادثه ترافیکی است به طوری که سالانه نزدیک به بیست هزار نفر در حوادث ترافیکی جان خود را از دست می‌دهند و بیش از هشتصد هزار نفر مجروح می‌شوند. از بهترین و مناسب‌ترین وسایل جهت پاسخگویی به حوادث ترافیکی، آمبولانس هوایی می‌باشد.

پوشش نقاط کور (دور از دسترس آمبولانس زمینی) شامل جاده‌های فرعی و روستایی؛ مناطق صعب‌العبور و جاده‌های پرتردد و عبور از مانع ترافیک ناشی از تصادف جهت کاهش زمان رسیدن بیماران به مراکز درمانی تخصصی بویژه در حوادث ترافیکی از اهداف اصلی این برنامه می‌باشد.

از دستاوردهای مهم این برنامه می‌توان به ایجاد پوششی در جاده‌های فرعی، روستایی، مسیرهای مال‌رو، کوهستان و روستاها با شعاع ۱۵۰ کیلومتر از محل استقرار بالگرد، ارتقاء توان پاسخگویی به حوادث پرتلفات و حوادث غیر مترقبه، ایجاد توانایی در ارزیابی هوایی از مناطق درگیر بحران و تعیین سریع سطح بحران جهت تدارک پاسخگویی متناسب با بحران پیش آمده، امکان انتقال تجهیزات و تیم پزشکی به محل حادثه در پشتیبانی از خدمات فوریت‌های پزشکی پیش بیمارستانی، حمایت از مادران باردار و نوزادان جهت انتقال هوایی و تخلیه از روستاهای دچار انسداد مسیرهای مواصلاتی به دلیل برف و یخبندان و ... اشاره کرد.

در مرحله نخست اجرای برنامه، ۱۴ پایگاه اورژانس هوایی با همکاری هوانیروز و ارتش جمهوری اسلامی راه‌اندازی شد و حدود یک سوم کشور تا شعاع ۱۵۰ کیلومتری تحت پوشش اورژانس هوایی قرار گرفت و انتظار می‌رود که دو سوم باقی مانده طی یکی تا دو سال آینده نهایی شود و به سرعت بتواند ارتقا و توسعه یابد.

ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات

در بیست سال گذشته به دلیل ثابت ماندن تعرفه‌های خدمات سلامت، با مشکلات عدیده‌ای مواجه بودیم که پرداخت هزینه‌های سنگین از جیب مردم از مهمترین آنهاست. به همین دلیل تدوین و بومی‌سازی کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت با اخذ نظرانجمن‌های علمی، دانشگاه‌ها و سازمانهای بیمه‌گر

سومین مرحله طرح تحول سلامت را رقم خورد. این مرحله با نظارت بر عملکرد گروههای ارایه کننده خدمت تا حذف کامل پرداختهای غیر قانونی توسط پزشکان و موسسات پیش خواهد رفت. تا حلقه حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه های سلامت به عنوان مهمترین هدف برنامه تحول نظام سلامت را تکمیل کند. از سوی دیگر پرداخت از جیب مردم جهت خدمات بستری در بیمارستان ها و بخش دولتی هیچ تغییری نخواهد کرد و مابه التفاوت هزینه ها از سوی دولت (از محل اعتبارات تحول نظام سلامت و بیمه های پایه) پرداخت خواهد شد.

با اجرای کتاب ارزش تعرفه سلامت که با تعیین ارزش نسبی متناسب برای خدمات پاراکلینیک در بخش دولتی بوده است، به طور ویژه پرداخت از جیب مردم برای خدمات آزمایشگاه تشخیصی-طبی، پاتولوژی، ژنتیک، رادیوگرافی، سونوگرافی، سی تی اسکن، ام.آر.آی، پزشکی هسته ای و رادیوتراپی، به علت کاهش فاصله تعرفه ای در بخش دولتی و خصوصی، به طور متوسط در حدود ۲۵٪ کاهش می یابد.

پیشرفت روزافزون علم پزشکی به خصوص ابداع شیوههای جدید در تشخیص و درمان و همچنین پیشرفت فناوری و صنایع پزشکی و ورود این فناوریها به سلامت کشور، تغییرات وسیعی را در نظام ارائه خدمات سلامت ایجاد نموده است. در سالهای اخیر، خدمات جدید بسیاری به مجموعه خدمات سلامت در کشور افزوده شده است که منجر به ارائه جراحی های بزرگ با تکنیکهای نوین و یا انجام خدمات پاراکلینیک مشکل با کمک دستگاههای جدید و با کیفیت بهتر و ظرف مدت زمان کوتاهی شده است. لذا ضروری است ارزش نسبی خدمات سلامت با چنین پیشرفتهایی هماهنگ و همگام گردد. بدین منظور در این مجموعه از آخرین متد و روشها برای نامگذاری خدمات سلامت استفاده گردید. مرجع اصلی برای این نامگذاری کتب منتشر شده توسط جامعه پزشکی آمریکا (AMA)، کتاب Current Procedural Terminology (CPT) بوده است که با تلاش وزارتین تعاون، کار و رفاه اجتماعی و بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، سازمانهای بیمه گر پایه، انجمن های علمی-تخصصی، بوردهای تخصصی و گروههای آموزشی سعی گردید که مجموعه ای فراهم آید که فرهنگ ارائه خدمت در نظام سلامت کشور هماهنگ گردد و به طور همزمان سعی گردید تا در راستای اهدافی مانند تسهیل رسیدگی به اسناد موسسات ارائه خدمت، ساده سازی و تجمیع شرح خدمات پیگیری گردد. هدف غایی از تدوین این کتاب، ایجاد توزان و تعادل در ارزشهای نسبی درون رشته های و بین رشته های خدمات تخصصی و ایجاد رویه های واحد برای محاسبه این ارزشهای نسبی در سطح کشور بوده است.

دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد

- برقراری عدالت در پرداخت ها
- افزایش بهره وری و راندمان بیمارستانهای دولتی
- تاکید بر کیفیت در پرداخت ها
- ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای پرداخت در سطح بیمارستان
- ۱. برقراری عدالت در پرداخت ها
- پرداخت متناسب با کمیت مراقبت ها

- پرداخت متناسب با سختی مراقبت ها و آسیب های شغلی
 - عادلانه شدن دریافتی ها در شیفیت های غیرموظف
 - بهره مندی کلیه کارکنان با هر نوع رابطه استخدامی از درآمدهای بیمارستان متناسب با عملکرد خود
۲. افزایش بهره وری و راندمان بیمارستانهای دولتی
- رفع کمبود جدی تخت های بیمارستانی و نیروی انسانی از طریق مدیریت بهینه منابع انسانی ، مالی و منابع فیزیکی
 - سهیم شدن همه کارکنان در ارتقای عملکرد بیمارستان
 - جلوگیری از اتلاف درآمد حاصل از خدمات و مراقبت های انجام شده در بیمارستان
 - همراستا شدن انگیزه پزشکان و غیرپزشکان
 - ایجاد تعادل بین هزینه و درآمد بیمارستان ها
 - دادن اختیارات به مدیریت بخش ها و واحدها جهت مدیریت بهینه بیمارستان
۳. تاکید بر کیفیت در پرداخت ها
- پرداخت متناسب با کیفیت خدمات و رضایت بیمار
 - توجه به کیفیت آموزش در پرداخت به اعضای هیات علمی
۴. ایجاد نظام جامع اطلاعاتی برای پرداخت در سطح بیمارستان
- ایجاد سامانه ملی برای پایش پرداختی ها
 - ایجاد شفافیت و انضباط مالی
 - مدیریت بهینه مالی در سطح بیمارستان

جایگاه بیمه های سلامت در طرح تحول نظام سلامت

بررسی جایگاه سازمان های بیمه سلامت، تاثیر عملکرد و فرآیندهای سازمان های بیمه بر اجرای طرح تحول نظام سلامت و تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر نظام بیمه ای از چهار جنبه زیر امکانپذیر می باشد:

- به عنوان متولی و مجری یکی از برنامه های طرح تحول نظام سلامت (بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه ای)؛
- همکاری با وزارت بهداشت جهت اجرای برنامه کاهش میزان پرداختی از جیب بیمار و اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات (پیوست شماره ۲)؛
 - ارتقا تعهدات ریالی
 - ارتقا تعهدات خدمتی
 - اصلاح فرآیندهای سازمانی

- 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 (پیوست شماره ۳).
- درگیر شدن سازمان های بیمه ای که خدمات سلامت مستقیم ارائه می دهند، جهت اجرای زنجیره ارائه خدمات طرح در بیمارستان های تابعه (پیوست شماره ۴) ؛
- تعریف و شفاف نمودن نقش شرکت های بیمه تکمیلی در ارائه مراقبت های سلامت و رفع هم پوشانی های موجود با طرح تحول نظام سلامت (پیوست شماره ۵).

بررسی تاثیر طرح تحول بر سهم تامین کنندگان مالی نظام سلامت

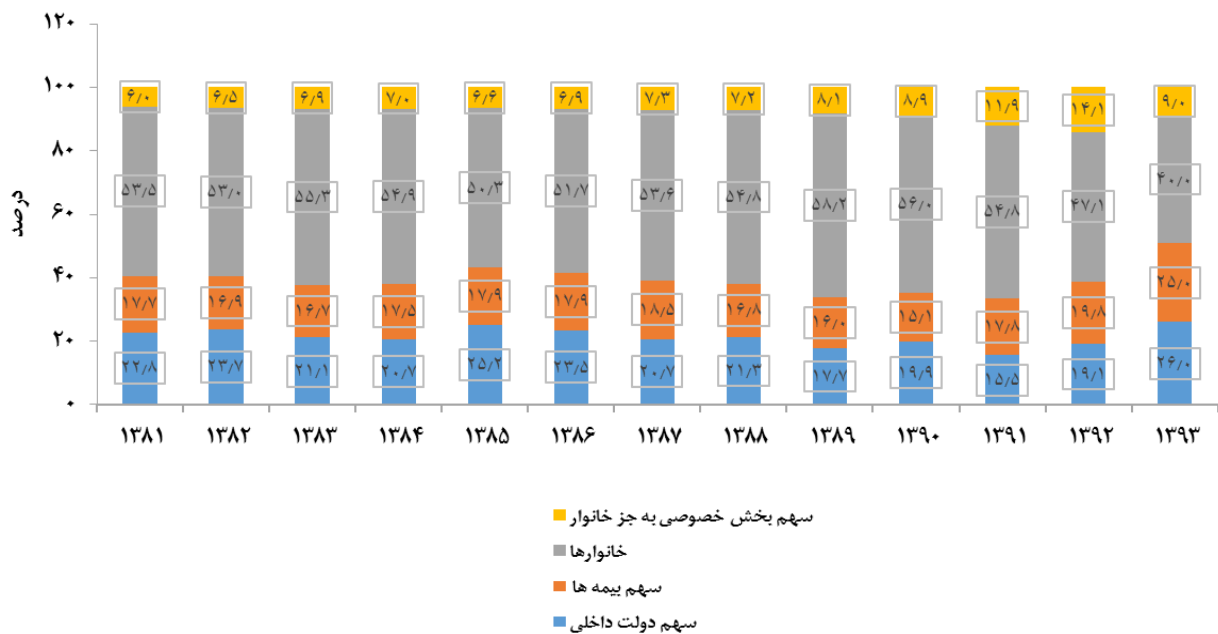
هزینه های سلامت به طور کلی از سه منبع اصلی تأمین می گردد، که عبارتند از بخش عمومی، بخش خصوصی و دنیای خارج. بخش عمومی شامل دولت داخلی و صندوق های تأمین اجتماعی می باشد و بخش خصوصی شامل شرکت های بیمه تکمیلی، خانوار، موسسات غیر انتفاعی در خدمت خانوار و شرکت ها می باشند. لازم به ذکر است که سهم دنیای خارج در مقابل دو بخش دیگر بسیار اندک بوده و قابل اغماض می باشد. در نمودار ۶، تغییرات بخش های تأمین کننده هزینه های سلامت در طی دوره ۱۳۸۱ تا سال ۱۳۹۳ نشان داده شده است. در تأمین مالی بخش خصوصی، بیشترین سهم مربوط به سهم خانوار است و در طی دوره ۱۳۸۱ تا ۱۳۹۳ متوسط سهم خانوار از کل سهم بخش خصوصی ۸۶٫۵ درصد بوده است. در طی دوره ۱۳۸۱-۱۳۹۳ سهم دولت داخلی به سهم بخش عمومی به طور متوسط ۵۴ درصد بوده است.

جدول ۱۵، نشان می دهد به ازاء افزایش یا کاهش سهم هر یک از بخش های تأمین کننده مالی بخش سلامت، سهم سایر بخش ها کاهش و یا افزایش می یابد. بیشترین کاهش پرداختی خانوار که برابر ۷٫۷ درصدی در سال ۹۲ نسبت به ۹۱ بوده است، منوط به افزایش سهم دولت، سهم بخش خصوصی به غیر از خانوار و سهم پرداختی بیمه به ترتیب به میزان: ۳٫۶، ۲٫۲ و ۱٫۹ درصد است.

جدول ۱۵: تغییرات سهم تامین کنندگان مالی نظام سلامت

۱۳۹۳	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	۱۳۸۷	۱۳۸۶	۱۳۸۵	۱۳۸۴	۱۳۸۳	۱۳۸۲
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

۶,۹	۳,۶	-۴,۴	۲,۲	-۳,۵	۰,۶	-۲,۸	-۱,۷	۴,۵	-۰,۵	-۲,۶	۰,۹	تغییرات سهم دولت (درصد)
۵,۲	۱,۹	۲,۷	-۰,۸	-۰,۸	-۱,۷	۰,۵	۰	۰,۵	۰,۸	-۰,۲	-۰,۹	تغییرات پرداختی بیمه (درصد)
-۷,۱	-۷,۷	-۱,۳	-۲,۲	۳,۴	۱,۲	۱,۹	۱,۴	-۴,۶	-۰,۴	۲,۳	-۰,۵	تغییرات پرداختی خانوار (درصد)
-۵,۱	۲,۲	۳	۰,۸	۰,۹	-۰,۱	۰,۴	۰,۳	-۰,۴	۰	۰,۴	۰,۵	تغییرات پرداختی بخش خصوصی به جز خانوار (درصد)
۱۲,۱	۵,۵	-۱,۷	۱,۳	-۴,۳	-۱,۱	-۲,۳	-۱,۷	۵	۰,۳	-۲,۸	۰	جمع تغییرات بخش دولتی
-۱۲,۱	-۵,۵	۱,۷	-۱,۳	۴,۳	۱,۱	۲,۳	۱,۷	-۵	-۰,۳	۲,۸	۰	جمع تغییرات بخش خصوصی

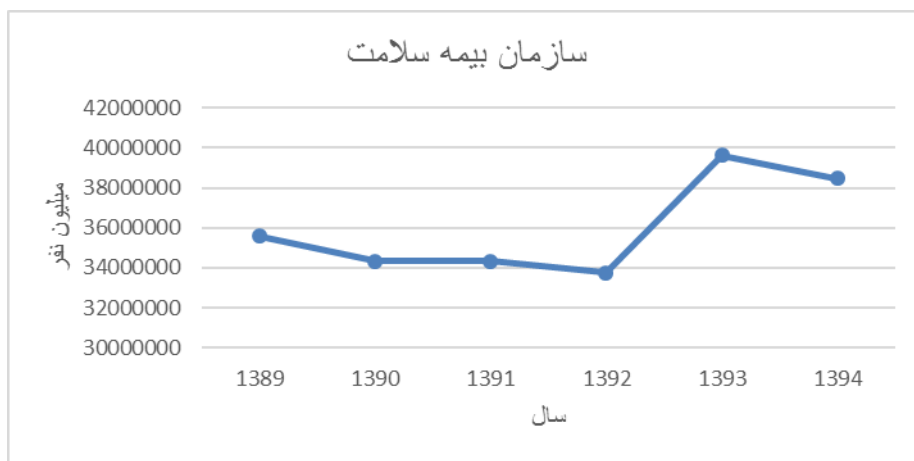


نمودار ۶: سهم بخش های مختلف در تأمین مالی هزینه های سلامت (حساب های ملی سلامت مرکز آمار ایران)

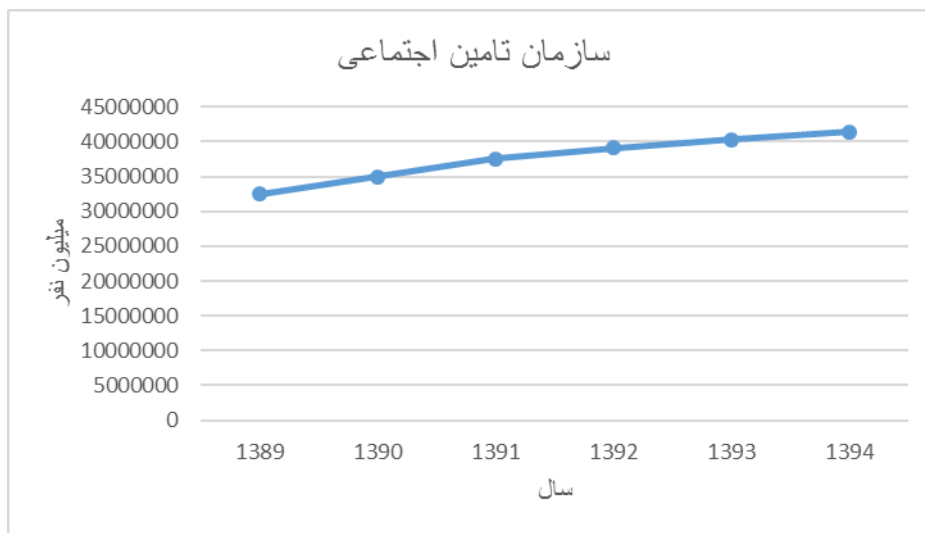
تعیین روند رشد جمعیت تحت پوشش سازمان های بیمه سلامت در اجرای طرح تحول نظام سلامت

یکی از مهمترین برنامه های طرح تحول نظام سلامت که بر تعداد بیمه شدگان تاثیر گذار بود، اجرای پوشش همگانی سلامت در بعد جمعیت بود. به این ترتیب که مردم با مراجعه به دفاتر پیشخوان دولت و بیمارستان های دولتی می توانستند تحت پوشش بیمه سلامت قرار بگیرند و از خدمات آن بهره مند شوند.

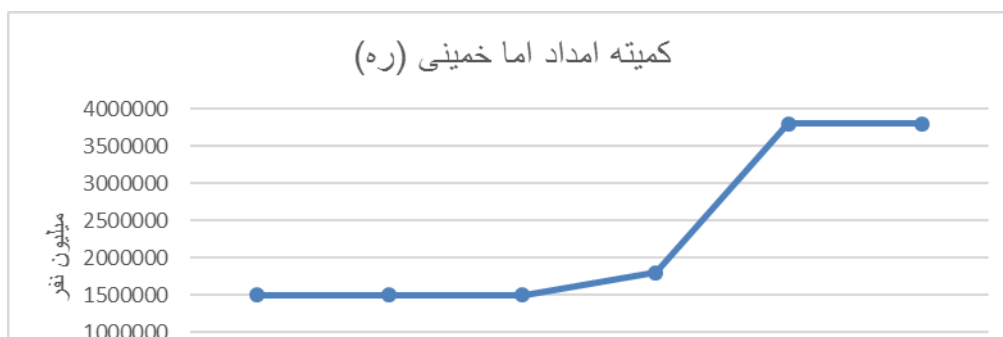
یافته ها تغییر محسوس جمعیت تحت پوشش در سازمان بیمه سلامت در سال ۱۳۹۳ و ایجاد جهش در نمودار را نشان می دهند که این تعداد نسبت به سال ۹۲ حدود شش میلیون نفر افزایش یافته است. روند تغییر جمعیت تحت پوشش در سازمان تامین اجتماعی سیری نرمال و پیوسته را دنبال می کند. کمیته امداد امام خمینی نیز در سال ۹۳ جهش در نمودار و افزایش دوهزار نفری جمعیت تحت پوشش را نشان می دهد (نمودارهای شماره ۷ تا ۱۰) (منبع داده ها: سامانه های اطلاعاتی سازمان های بیمه گر)
*داده های مرتبط با بیمه درمان نیروهای مسلح، متاسفانه به دلیل مسائل سازمانی در دسترس گروه پژوهش قرار نگرفت.

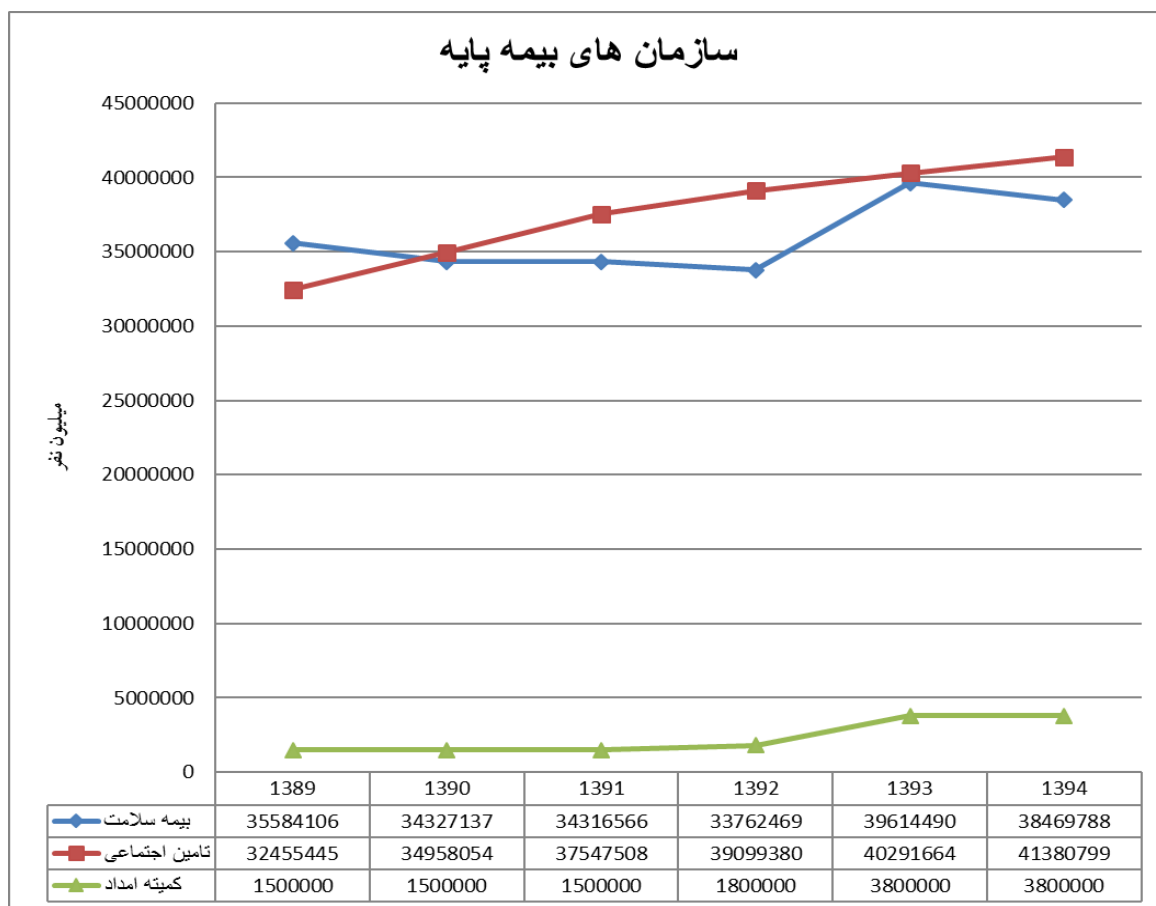


نمودار ۷؛ روند تغییرات جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت (سالهای ۹۳-۱۹)



نمودار ۸؛ روند تغییرات جمعیت تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی (سالهای ۹۳-۱۹)





نمودار ۱۰: روند تغییرات جمعیت تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه (سالهای ۹۳-۱۹)

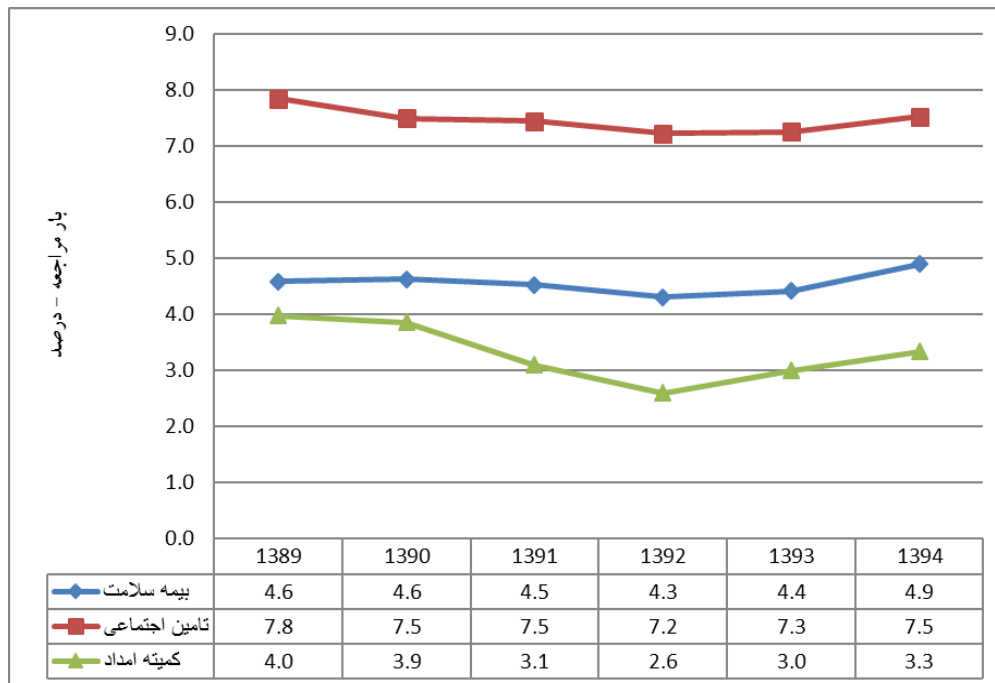
بررسی تاثیر طرح تحول بر روند بار مراجعه بیمه شدگان مشمول طرح تحول

روند تغییرات بار مراجعه به تفکیک آیتم های خدمتی در سازمان بیمه سلامت در سالهای مورد بررسی تغییرات محسوسی را نشان نمی دهد. بیشترین تغییر مربوط به مراجعه به داروخانه در سال ۹۴ بوده است که ۰,۱ درصد نسبت به سال قبل از آن بیشتر شده است.

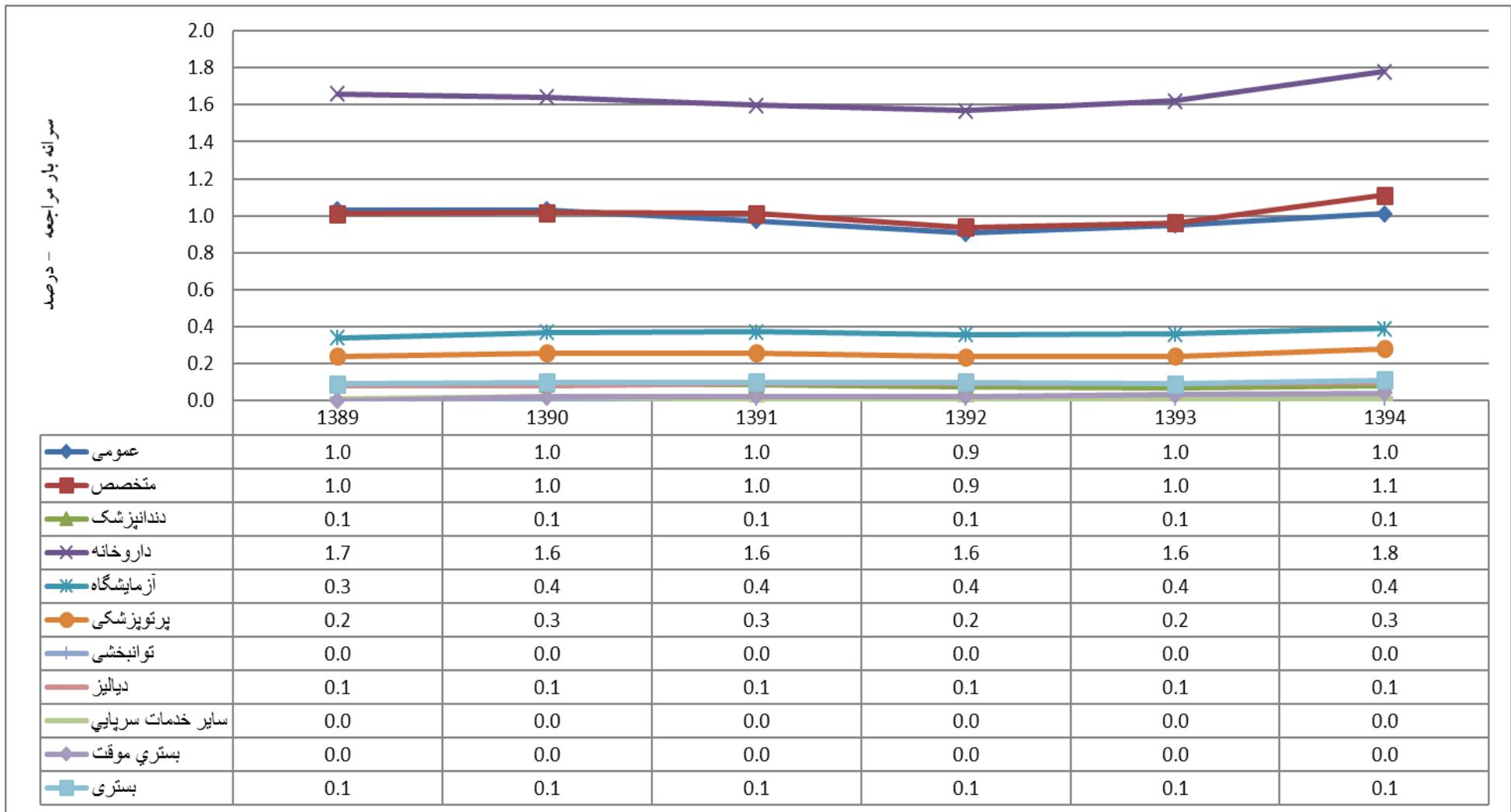
در سازمان تامین اجتماعی نیز تغییرات سرانه بار مراجعه معمولی و نرمال بوده است. این تغییرات در کمیته امداد امام خمینی (ره)، در داروخانه و خدمات تصویربرداری خود را بیشتر نشان می دهد؛ برای خدمات داروخانه در سال ۱۳۹۴ نسبت به سال ۹۲، ۰,۳ درصد و در خدمات تصویربرداری ۰,۲ درصد افزایش را نشان می دهد.

هزینه های مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت برای بیمه شدگان سه سازمان تغییرات قابل توجهی در سال ۱۳۹۳ و ۹۴ را نشان می دهد. بر اساس این یافته ها بیشترین افزایش در هزینه ها مراجعه در بیمه سلامت، در خدمات بستری (۶۱ هزار میلیارد ریال در سال ۹۴ نسبت به ۳۸ هزار میلیارد ریال در سال ۹۳) بود. رشد هزینه مراجعه در سازمان تامین اجتماعی و کمیته امداد امام خمینی در همه خدمات در سالهای ۹۳ و ۹۴ محسوس بوده است که بیشترین آنها مربوط به خدمات بستری و داروخانه می باشد (نمودار های ۱۱ تا ۱۸) (منبع داده ها: سامانه های اطلاعاتی سازمان های بیمه گر)

*داده های مرتبط با بیمه درمان نیروهای مسلح، متاسفانه به دلیل مسائل سازمانی در دسترس گروه پژوهش قرار نگرفت.
**داده های مربوط به سال ۱۳۹۳ کمیته امداد امام خمینی (ره) به دلیل نقص در سامانه اطلاعاتی آن سازمان در دسترس قرار نگرفت.

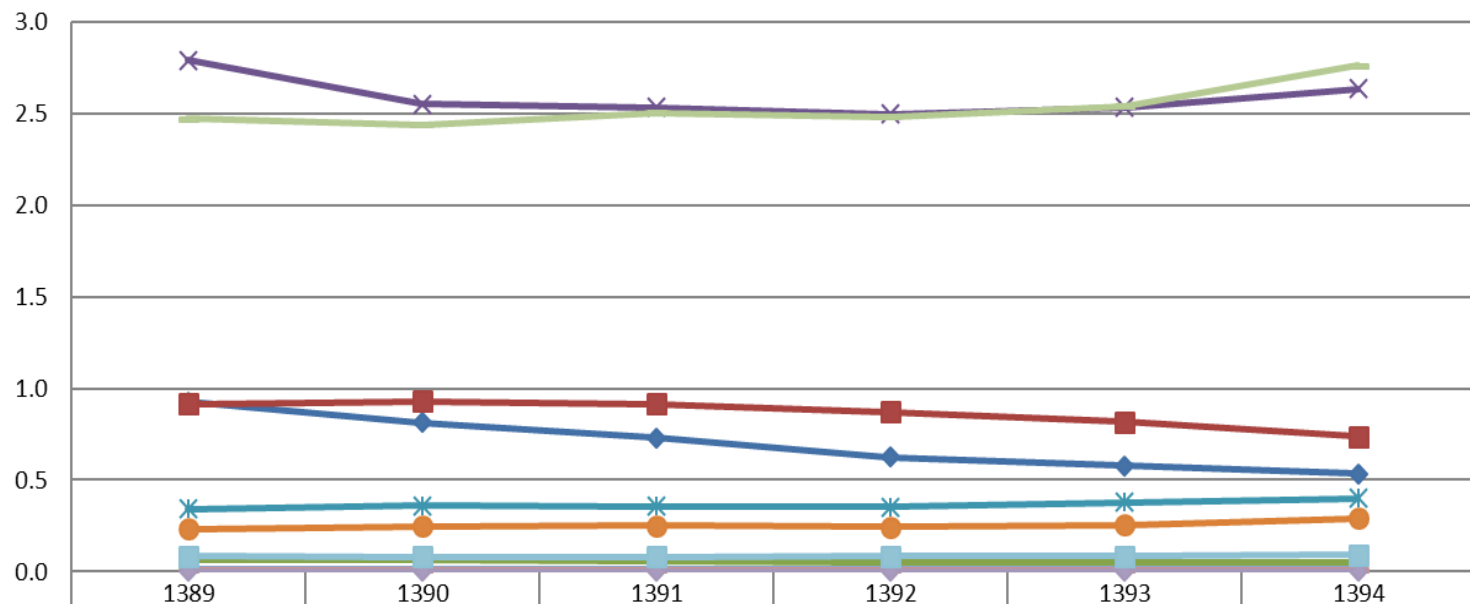


نمودار ۱۱: سرانه بار مراجعه سازمان های بیمه پایه سلامت



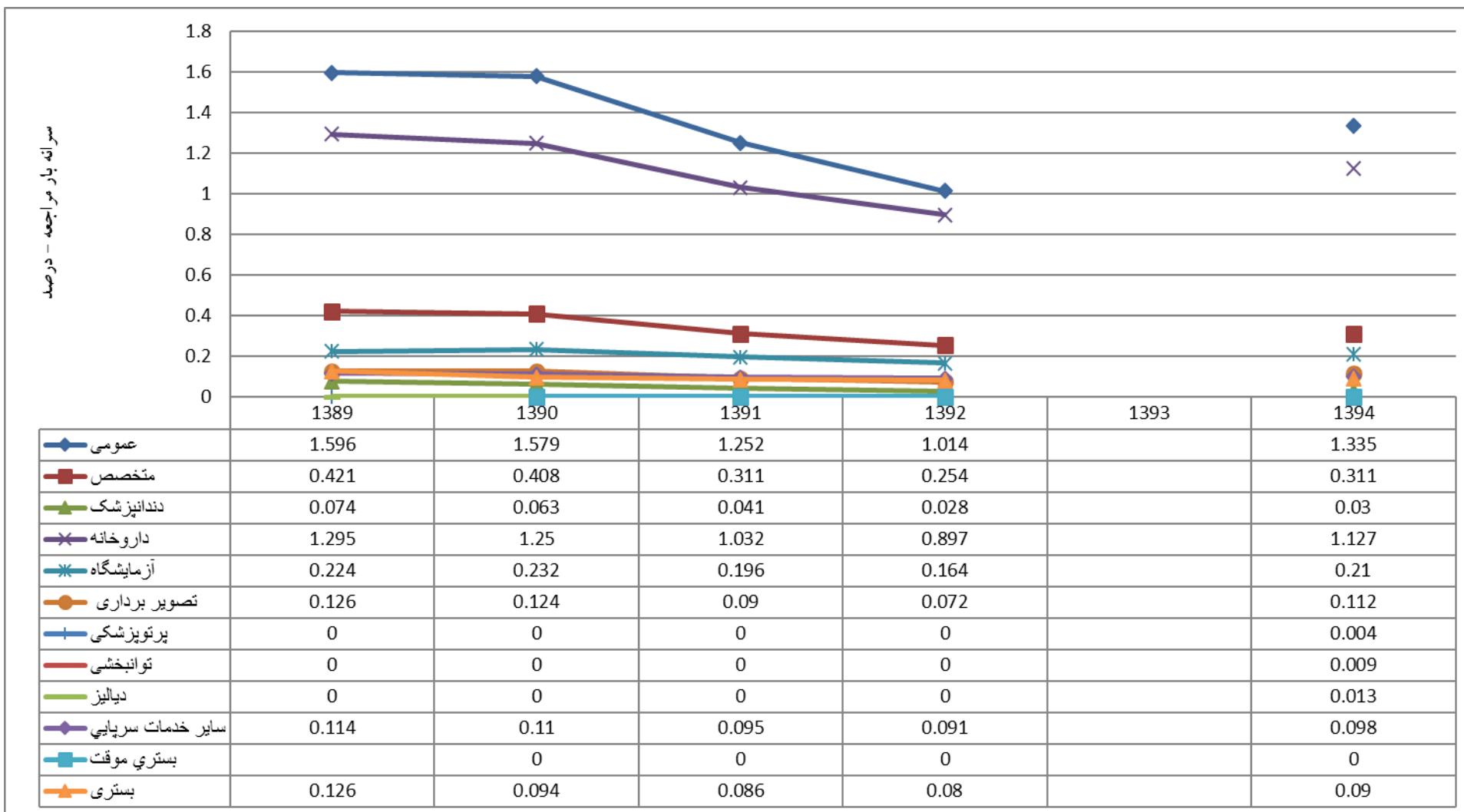
نمودار ۱۲؛ سرانه بار مراجعه سازمان بیمه سلامت به تفکیک آیتم های خدمتی

سرانه بار مراجعه - درصد

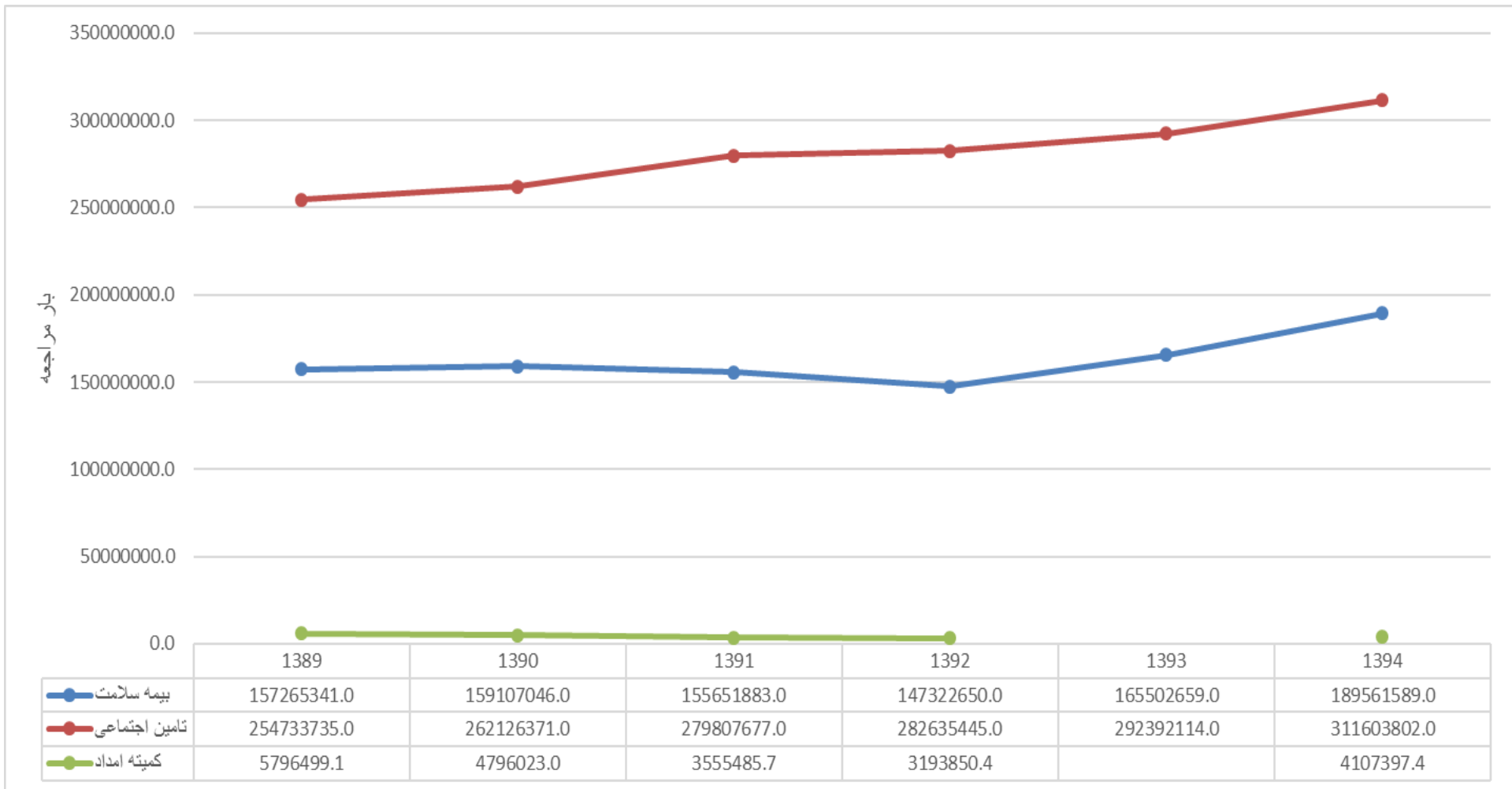


	1389	1390	1391	1392	1393	1394
عمومی	0.9	0.8	0.7	0.6	0.6	0.5
متخصص	0.9	0.9	0.9	0.9	0.8	0.7
دندانپزشکی	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
داروخانه	2.8	2.6	2.5	2.5	2.5	2.6
آزمایشگاه	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
پرتویزشکی	0.2	0.2	0.3	0.2	0.3	0.3
توانبخشی	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
دیالیز	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
سایر خدمات سرپایی	2.5	2.4	2.5	2.5	2.5	2.8
بستری موقت	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
بستری	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1

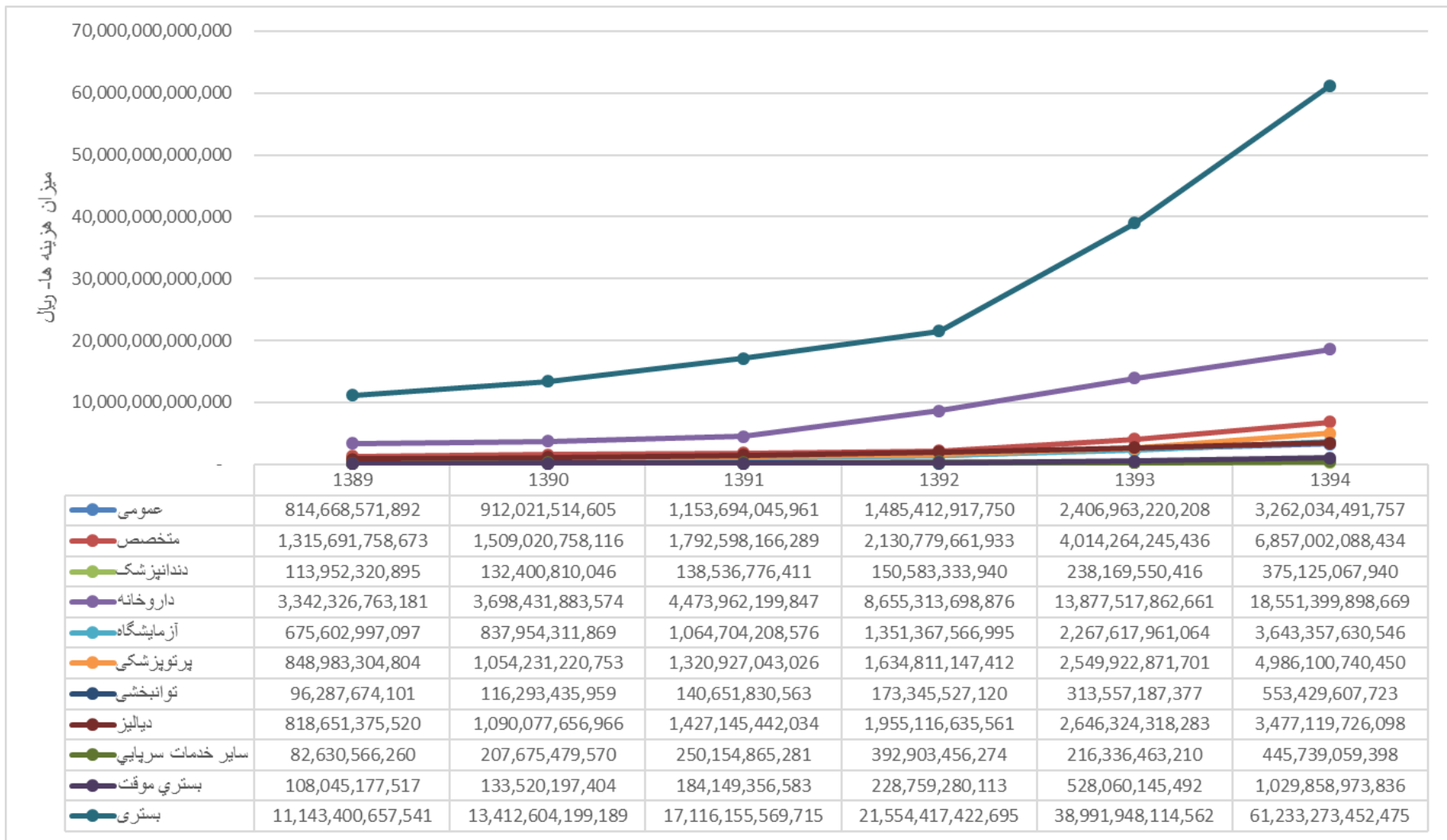
نمودار ۱۳: سرانه بار مراجعه سازمان تامین اجتماعی به تفکیک آیتم های خدمتی



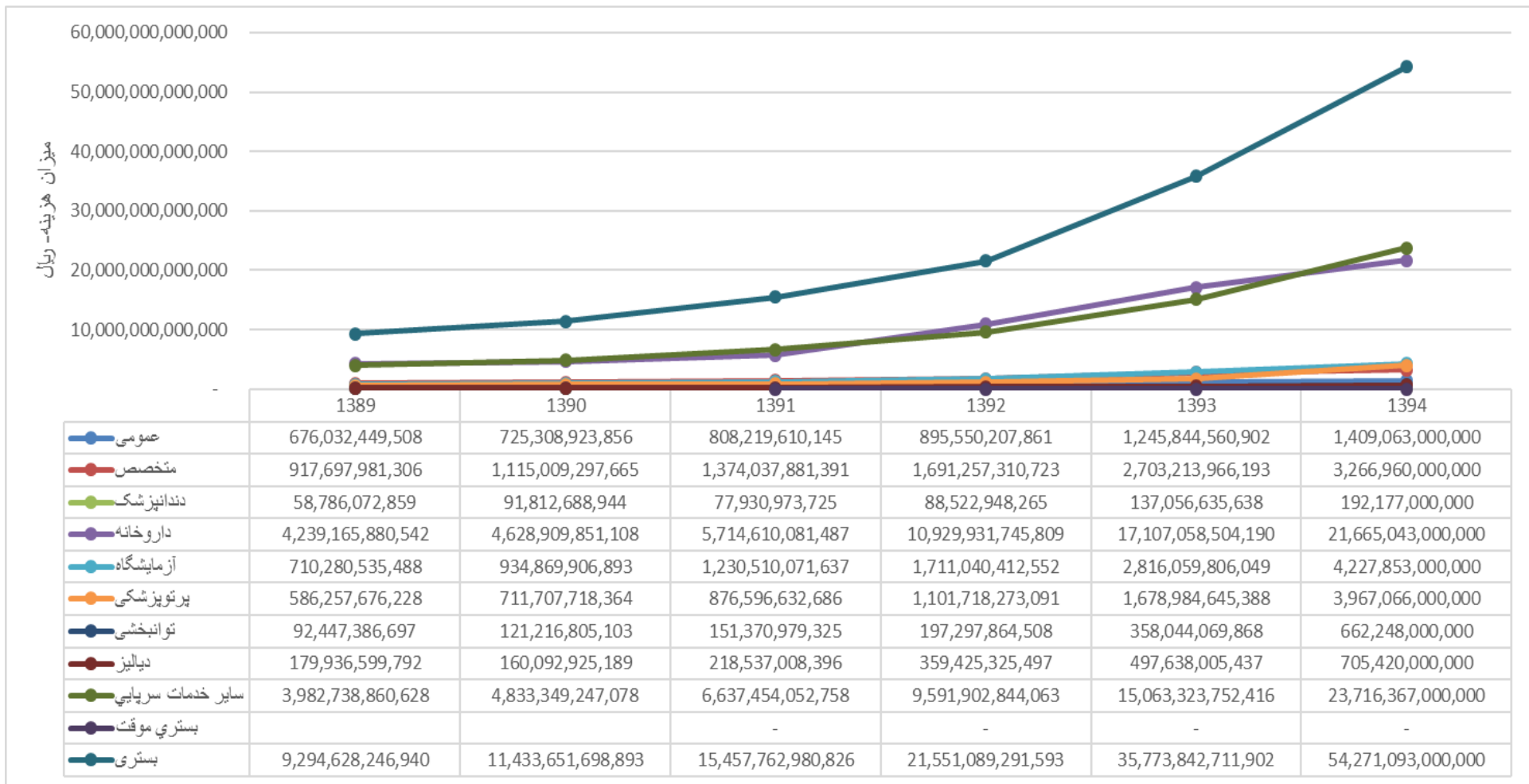
نمودار ۱۴: سرانه بار مراجعه کمیته امداد امام خمینی (ره) به تفکیک آیتم های خدمتی



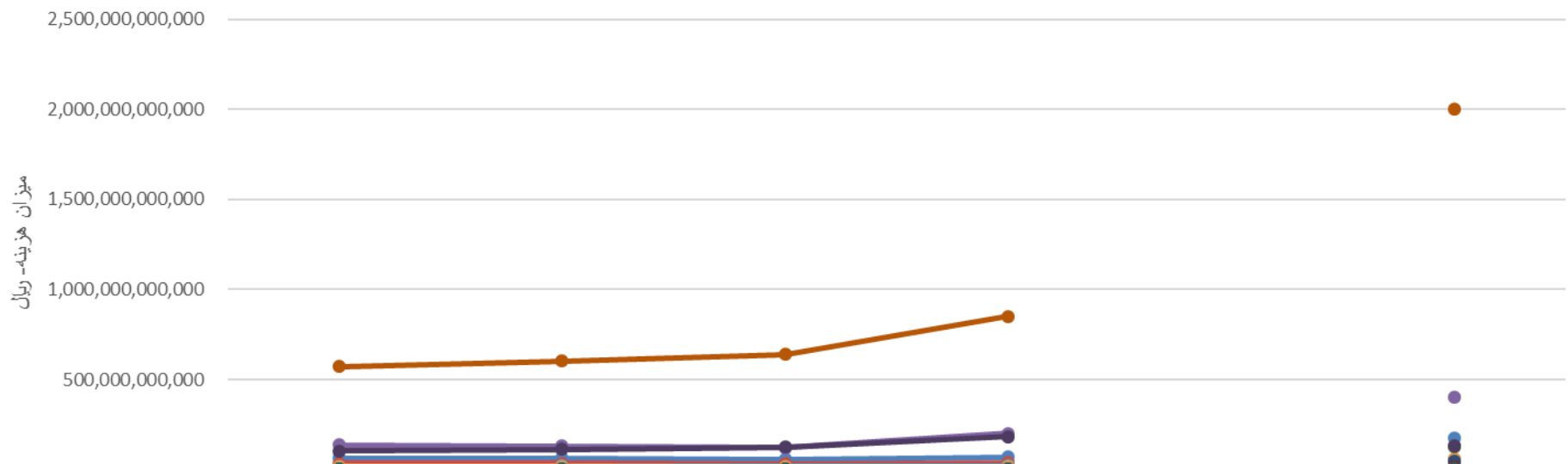
نمودار ۱۵: بار مراجعه سازمان های بیمه پایه



نمودار ۱۶: هزینه های مراجعه در سازمان بیمه سلامت به تفکیک آیتم های خدمتی



نمودار ۱۷: هزینه های مراجعه در سازمان تامین اجتماعی به تفکیک آیتم های خدمتی



	1389	1390	1391	1392	1393	1394
عمومی	61,364,538,688	63,235,363,500	56,684,066,548	67,440,894,769		172,776,646,042
متخصص	34,398,654,654	34,129,917,101	31,542,113,756	38,972,108,315		50,193,190,813
دندانپزشکی	15,960,718,737	13,923,268,109	9,766,417,506	13,353,366,519		9,211,467,173
داروخانه	137,265,897,018	128,564,224,606	122,035,386,912	200,802,910,794		403,296,001,640
آزمایشگاه	18,047,848,426	18,267,739,925	17,278,678,768	20,548,987,346		56,921,878,134
تصویر برداری	17,087,859,306	16,572,110,652	13,616,801,413	14,234,059,915		58,293,143,000
پرتو پزشکی	-	-	-	-		47,328,157,275
توانبخشی	-	-	-	-		13,430,728,089
دیالیز	-	-	-	-		126,637,129,216
سایر خدمات سرپایی	102,329,581,422	112,917,435,029	124,728,395,000	182,497,465,095		130,003,159,986
بستری موقت	-	-	-	-		-
بستری	572,720,722,533	601,909,378,939	639,981,692,675	852,269,598,234		2,004,670,202,000

نمودار ۱۸: هزینه های مراجعه در کمیته امداد امام خمینی (ره) تفکیک آیتم های خدمتی

بررسی تاثیر طرح تحول بر بار مالی سازمانهای بیمه پایه سلامت

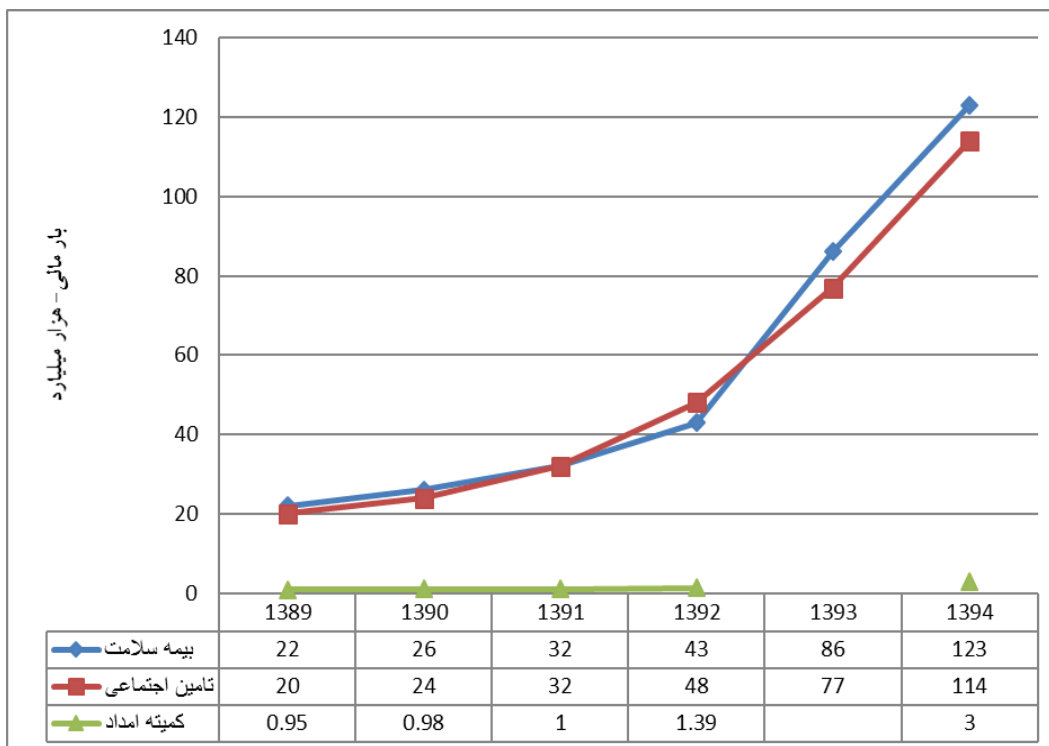
تغییرات ایجاد شده در بار مالی ایجاد شده در سازمان های های بیمه گر پایه در سال ۱۳۹۳ و ۹۴ که به دنبال اجرای طرح تحول نظام سلامت بوده است، رشد قابل ملاحظه ای را داشته است. تغییرات مربوط به سازمان بیمه سلامت (در سال ۱۳۹۳، ۸۶ هزار میلیارد ریال نسبت به ۴۳ هزار میلیارد ریال در سال ۹۲ و در سال ۹۴ نسبت به ۹۲ افزایش رشد ۳۵ درصد) بوده است. تغییرات ایجاد شده در بار مالی سازمان تامین اجتماعی در سال ۹۴ نسبت به ۹۲، ۳۵ درصد رشد را نشان می دهد (نمودار ۱۹).

یافته ها نشان می دهند که بار مالی ناشی از هزینه های بستری بیشترین تاثیر را بر افزایش بار مالی سه سازمان بیمه گر مورد بررسی داشته است و کمترین تاثیر مربوط هزینه خدمات سرپایی بیمارستانی بوده است (نمودار های ۲۰ تا ۲۲) (منبع داده ها: سامانه های اطلاعاتی سازمان های مورد بررسی بوده است).

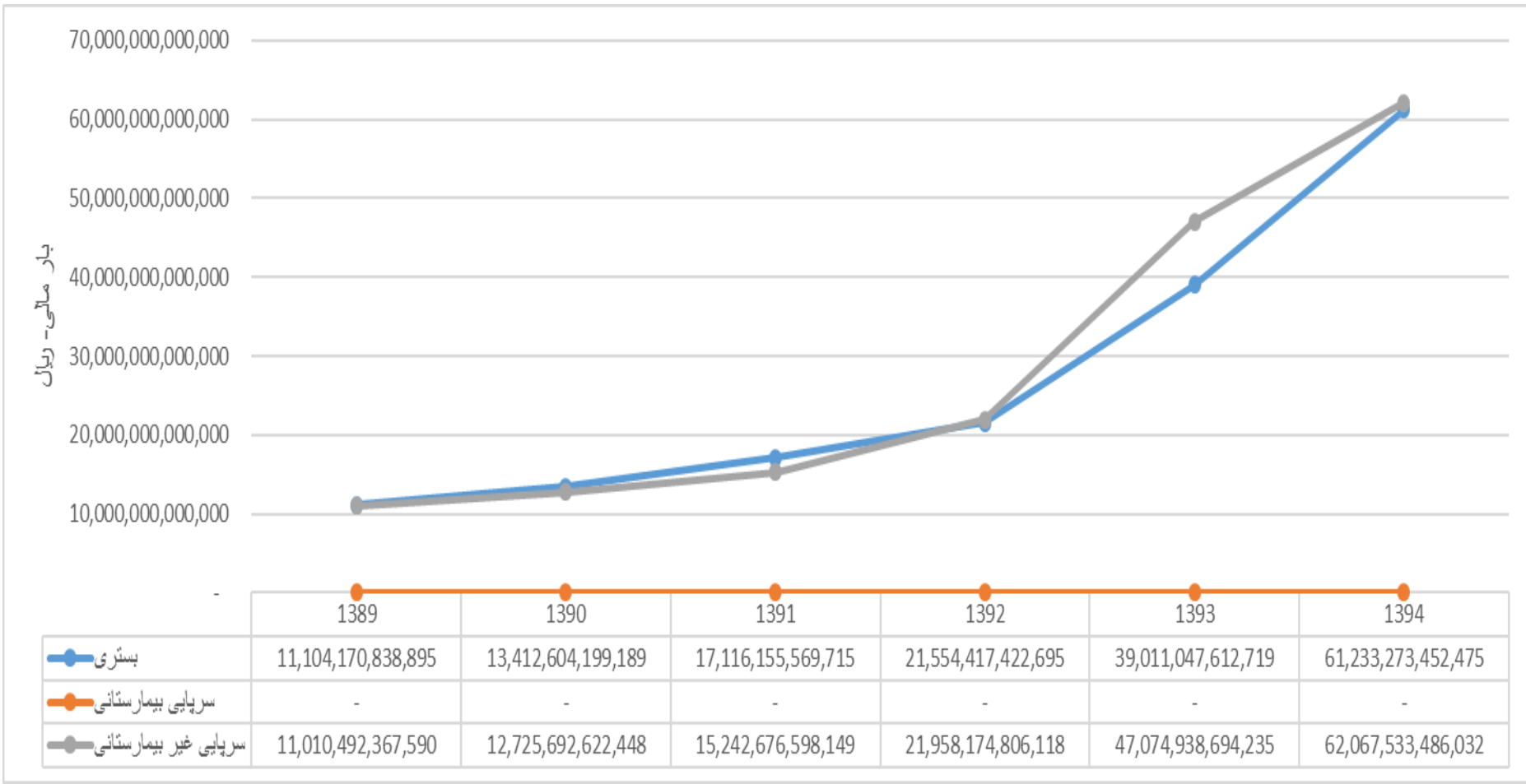
*داده های مرتبط با بیمه درمان نیروهای مسلح، متأسفانه به دلیل مسائل سازمانی در دسترس گروه پژوهش قرار نگرفت.
**داده های مربوط به سال ۱۳۹۳ کمیته امداد امام خمینی (ره) به دلیل نقص در سامانه اطلاعاتی آن سازمان در دسترس قرار نگرفت.

***آیتم "سرپایی غیر بیمارستانی" برای کمیته امداد امام خمینی، ثبت نمی شود.

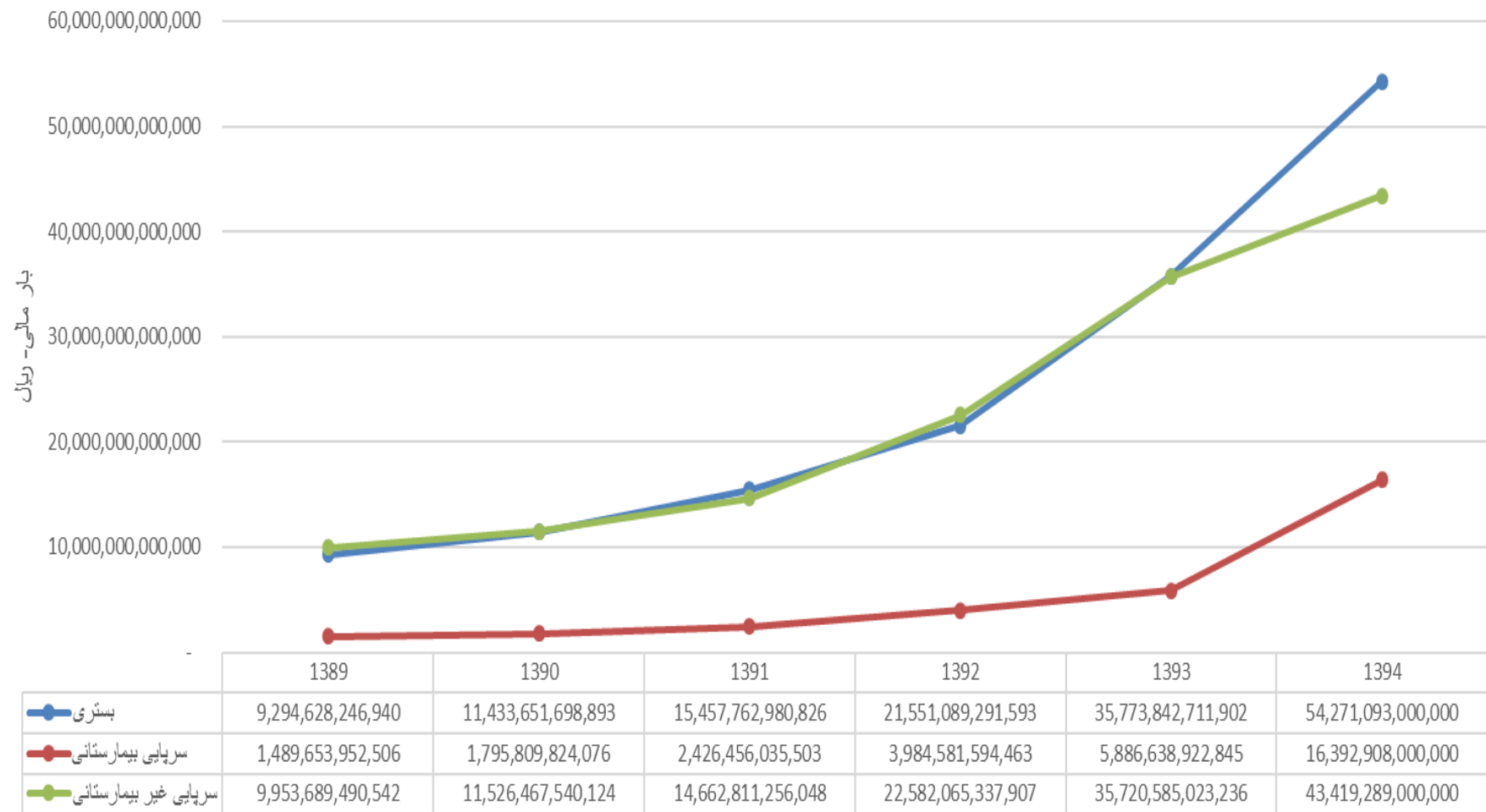
****آیتم "سرپایی بیمارستانی" برای سازمان بیمه سلامت، ثبت نمی شود.



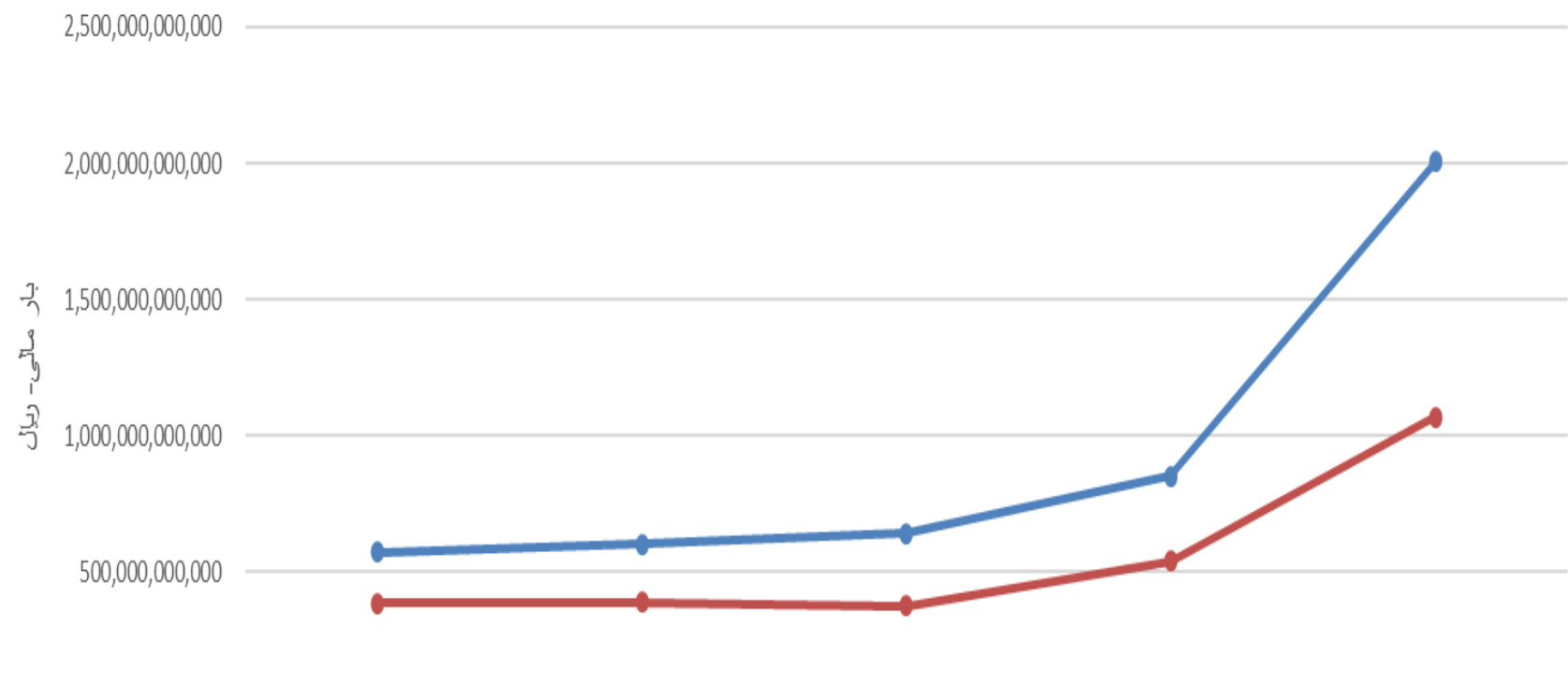
نمودار ۱۹: بار مالی سازمان های بیمه پایه



نمودار ۲۰؛ بار مالی سازمان بیمه پایه سلامت به تفکیک آیتم های هزینه ای



نمودار ۲۱: بار مالی سازمان تامین اجتماعی به تفکیک آیتم های هزینه ای

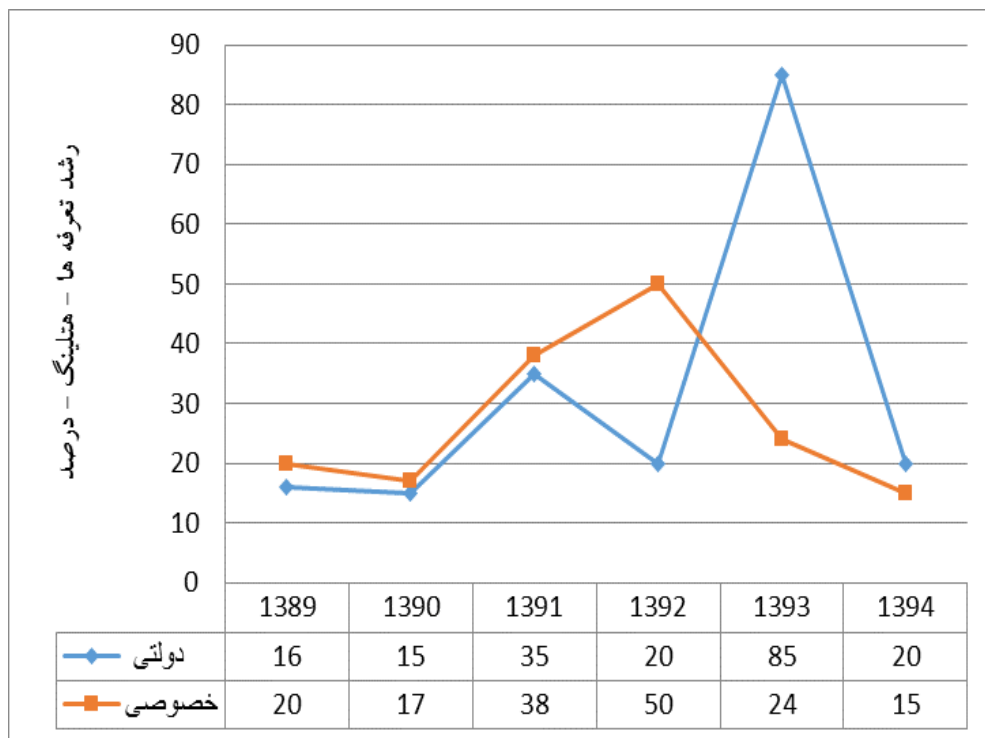


	1389	1390	1391	1392	1394
بستری	572,720,722,000	601,909,318,939	639,981,692,000	852,263,598,000	2,004,670,202,000
سرپایی بیمارستانی	386,555,098,250	387,610,058,000	375,651,841,000	537,849,792,000	1,068,083,901,911
سرپایی غیر بیمارستانی					

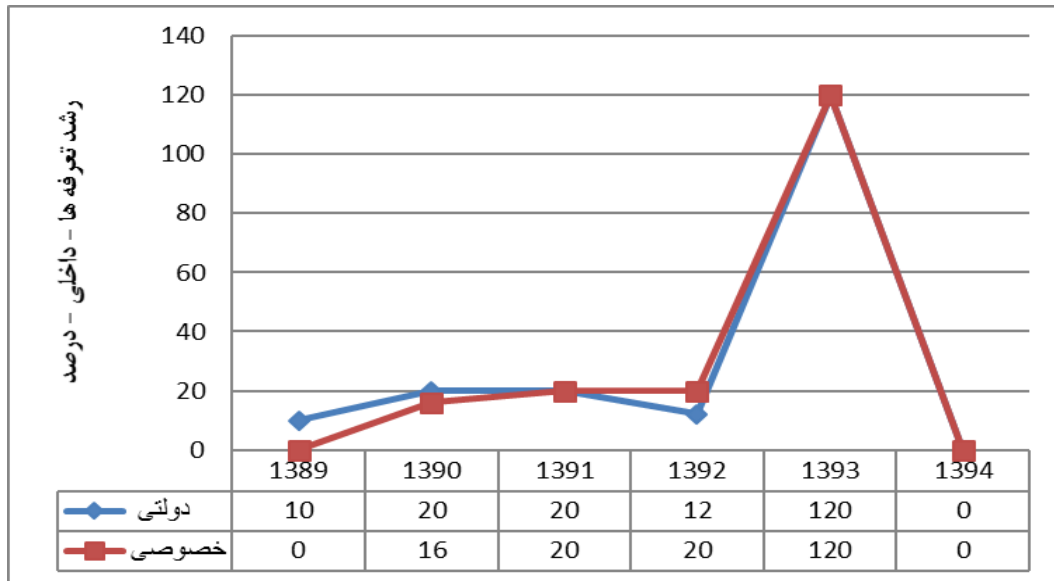
نمودار ۲۲: بار مالی کمیته امداد امام خمینی (ره) به تفکیک آیتم های هزینه ای

بررسی تاثیر طرح تحول بر رشد تعرفه خدمات سلامت

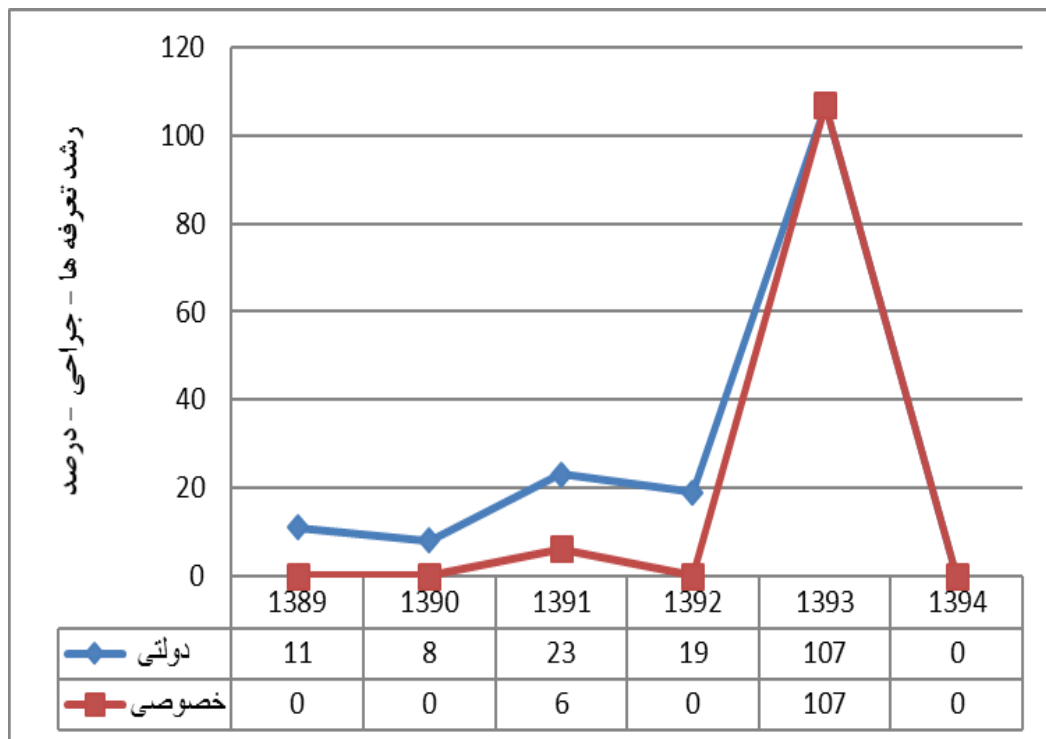
یکی از برنامه های مهم طرح تحول سلامت که در حرحله سوم این طرح اجرا شد، واقعی نمودن تعرفه ها و ابلاغ و اجرایی شدن کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت بود. یافته ها نشان می دهند که افزایش تعرفه ها در بخش دولتی نسبت به بخش خصوصی بیشتر بوده است، به طوری که میانگین رشد تعرفه ها در بخش دولتی در سال ۹۳، ۸۲ درصد و میانگین آن در بخش خصوصی ۵۵ درصد بوده است. یافته ها نشان می دهند که بیشترین رشد تعرفه در بخش دولتی، مربوط به خدمات بیهوشی و داخلی با ۱۲۴ و ۱۲۰ درصد رشد بوده است و کمترین آنها مربوط به دارو و لوازم و خدمات پزشک عمومی با ۲۵ و ۵۱ درصد رشد. همچنین در بخش خصوصی نیز، بیشترین رشد مربوط به خدمات بیهوشی و داخلی با ۱۲۴ و ۱۲۰ درصد رشد و کمترین آنها مربوط به خدمات تصویربرداری و آزمایشگاه با ۱۵ و ۲۰ درصد رشد، بوده است (نمودارهای ۲۳ تا ۳۲).



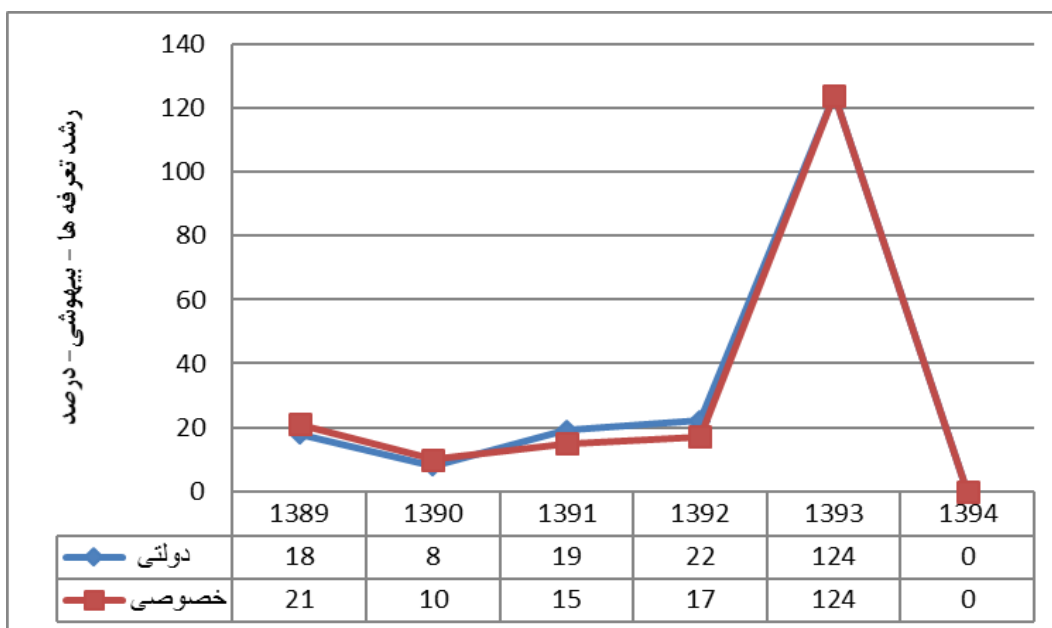
نمودار ۲۳؛ روند رشد تعرفه خدمات هتلینگ در بخش دولتی و خصوصی



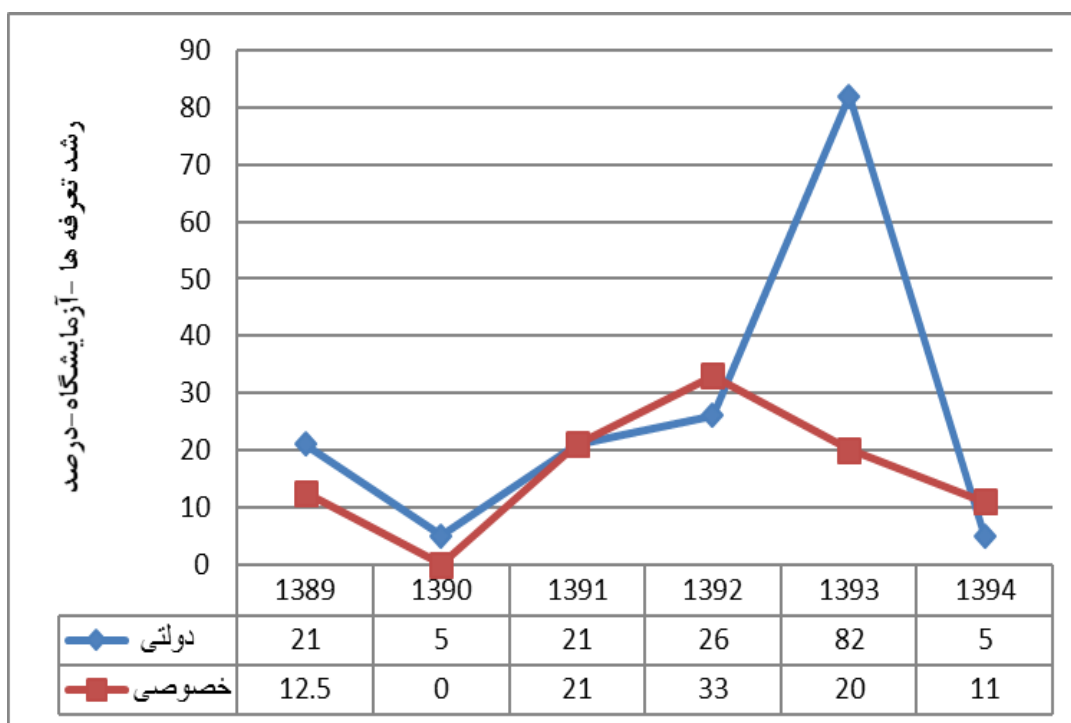
نمودار ۲۴: روند رشد تعرفه خدمات داخلی در بخش دولتی و خصوصی



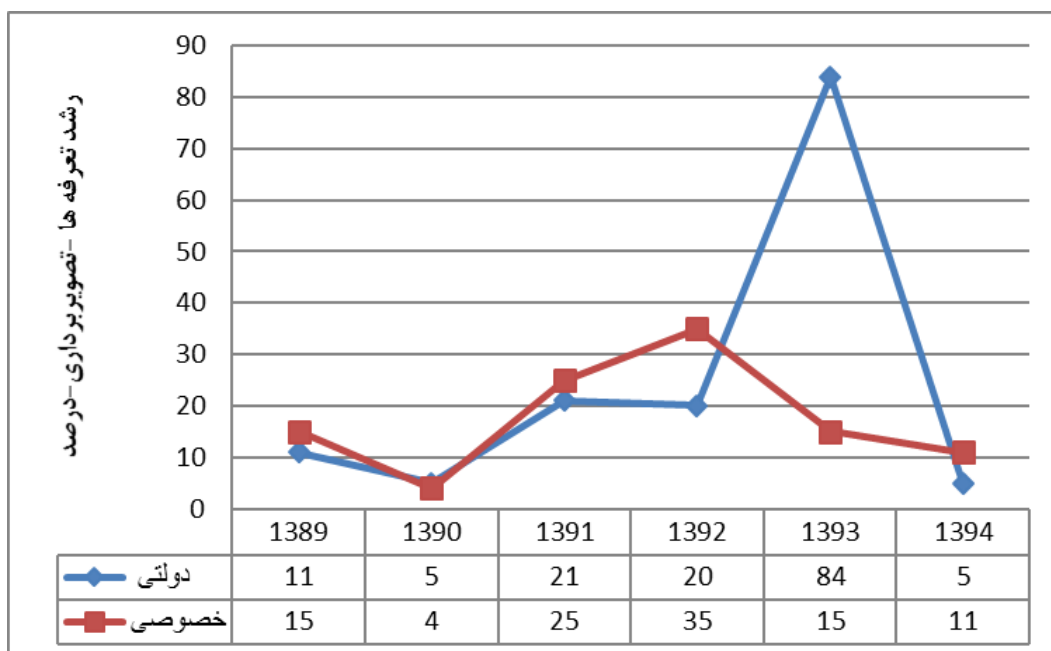
نمودار ۲۵: روند رشد تعرفه خدمات جراحی در بخش دولتی و خصوصی



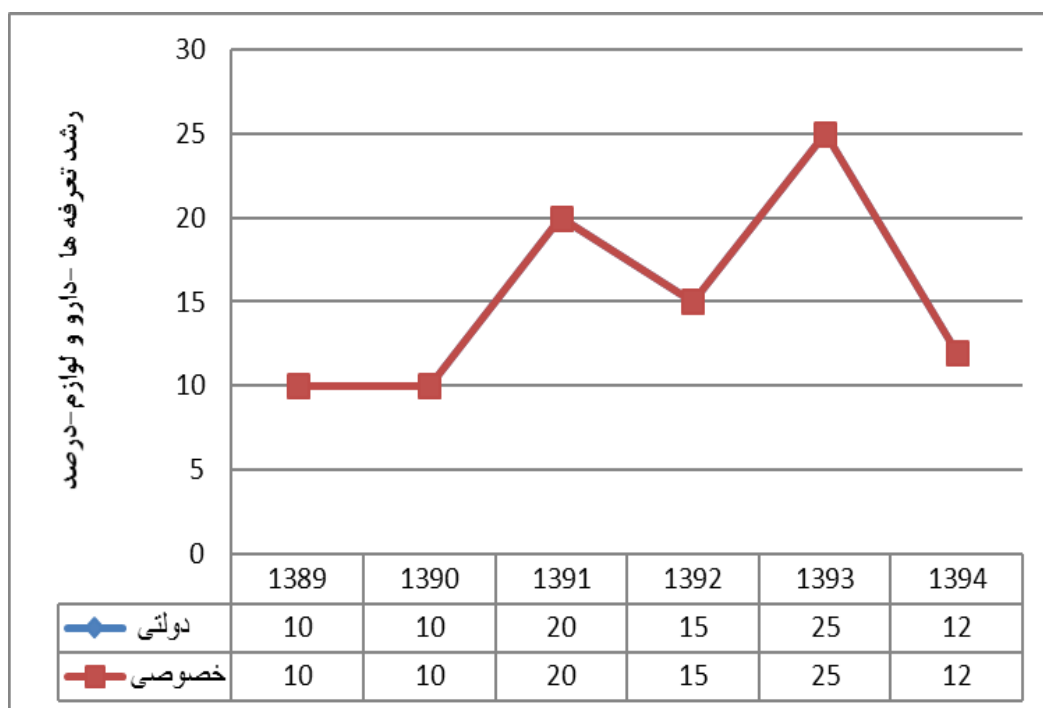
نمودار ۲۶: روند رشد تعرفه خدمات بیهوشی در بخش دولتی و خصوصی



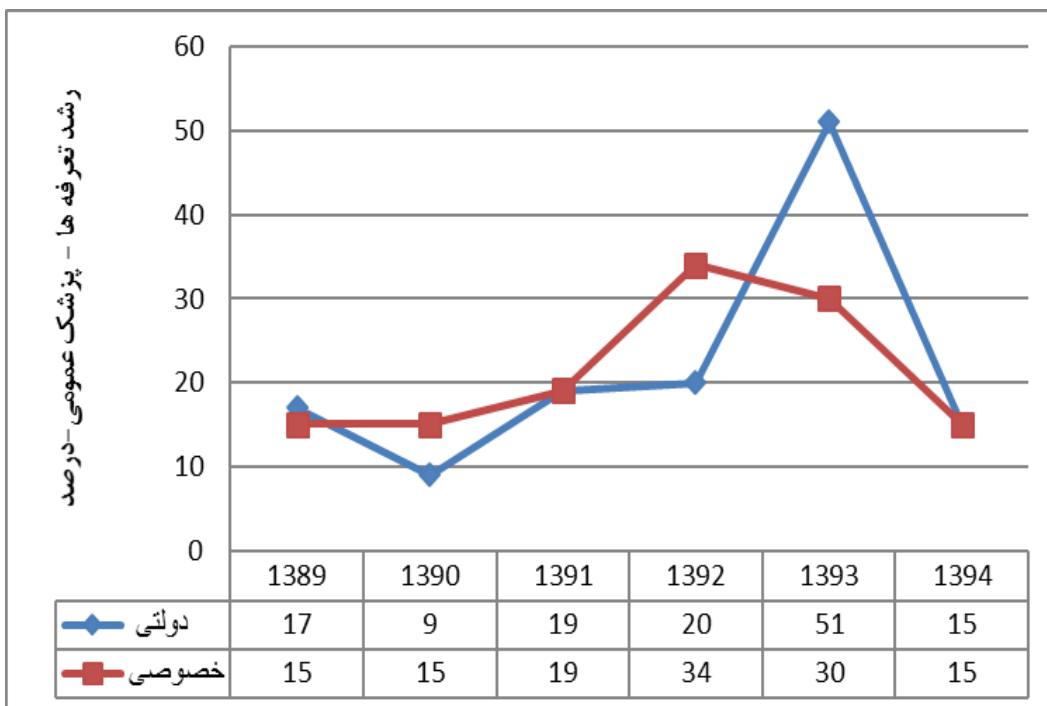
نمودار ۲۷: رشد تعرفه خدمات آزمایشگاه در بخش دولتی و خصوصی



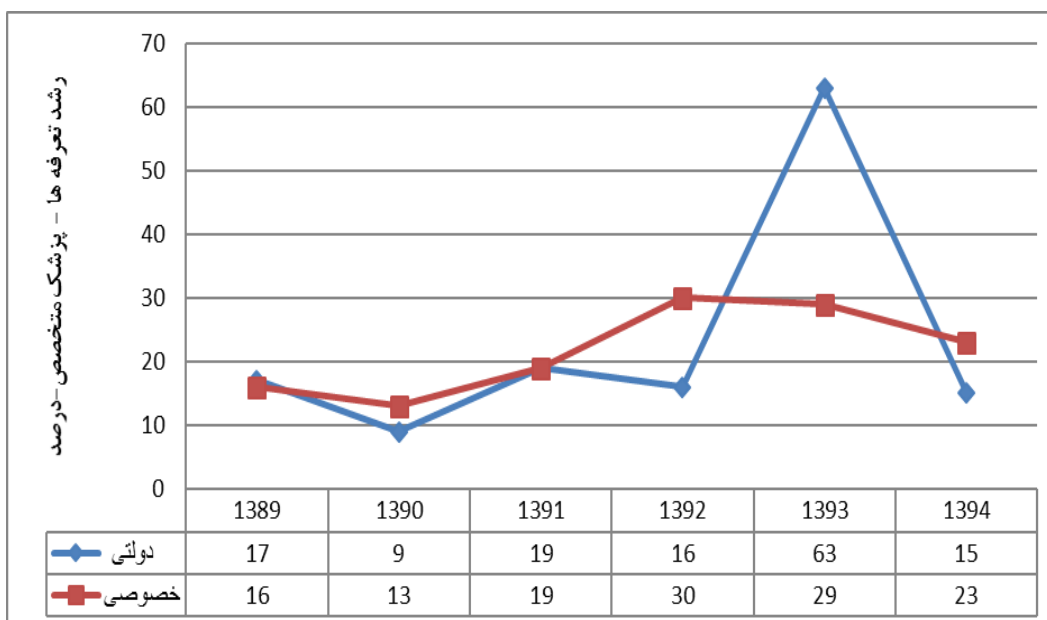
نمودار ۲۸: رشد تعرفه خدمات تصویربرداری در بخش دولتی و خصوصی



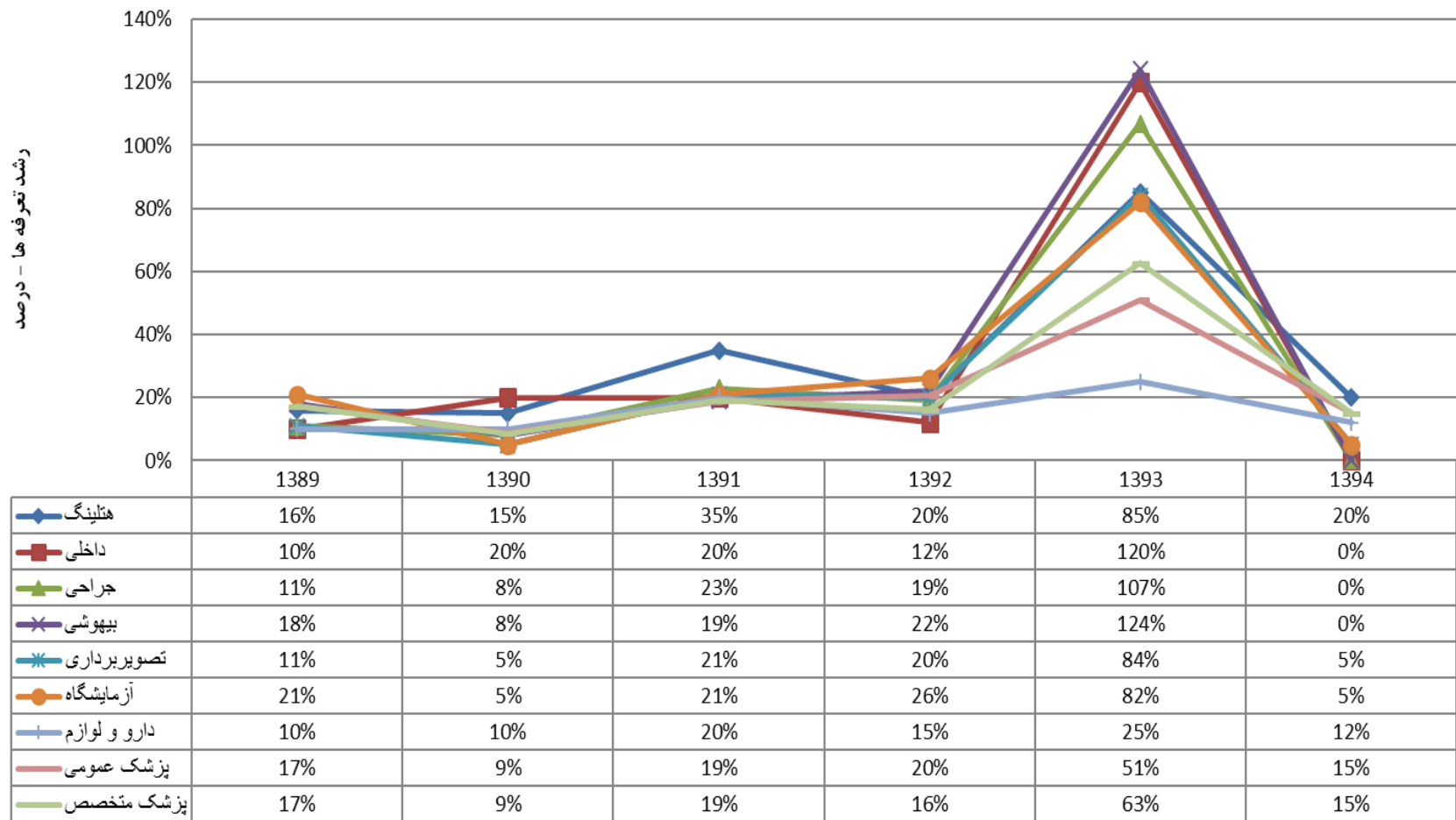
نمودار ۲۹: روند رشد تعرفه دارو و لوازم در بخش دولتی و خصوصی



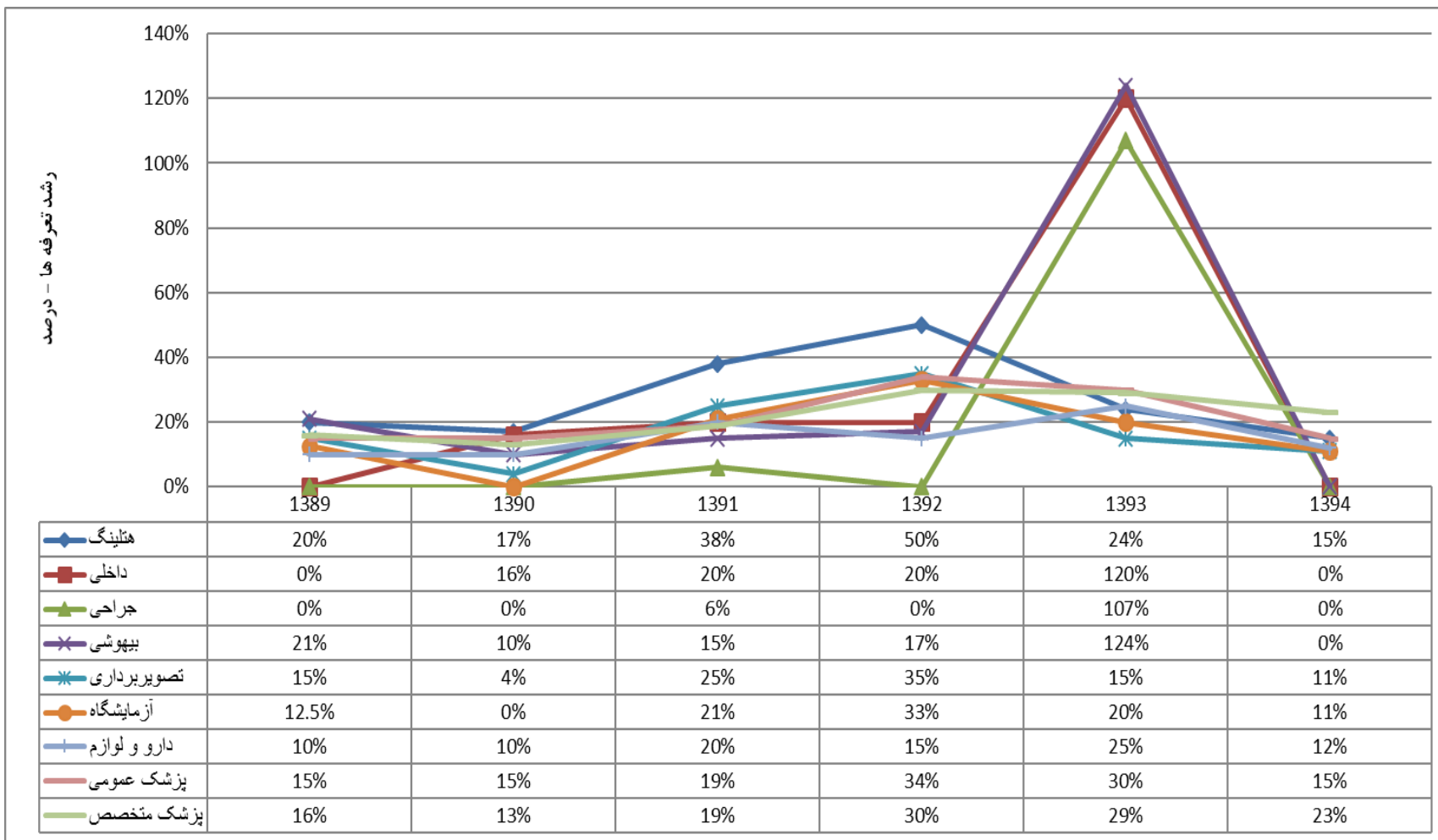
نمودار ۳۰: روند رشد تعرفه ویزیت پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی



نمودار ۳۱: روند رشد تعرفه ها در بخش دولتی و خصوصی



نمودار ۳۱؛ روند رشد تعرفه به تفکیک خدمات در بخش دولتی



نمودار ۳۲: روند رشد تعرفه به تفکیک خدمات در بخش خصوصی

بررسی تاثیر طرح تحول بر عملکرد بیمارستان های دولتی

در این قسمت به ارائه یافته های مرتبط با عملکرد بیمارستان های دولتی تحت پوشش دانشگاه های علوم پزشکی کشور طی سالهای ۸۹ تا ۹۴ می پردازیم. بر اساس این یافته ها تعداد بیماران بستری در سازمان بیمه سلامت بین سالهای ۸۹ تا ۹۳ روند نرمال با میانگین رشد ۱٫۲ درصد را طی می کند، اما در سال ۹۴ این میزان افزایش پیدا می کند و به رشد ۱۶٫۹ درصد می رسد. آیتم مبلغ خدمات بستری در سازمان بیمه سلامت، به دلیل افزایش سالانه تعرفه ها در همه سالها رشد مثبتی داشته است. بیشترین رشد مربوط به سالهای ۹۳ و ۹۴ با ۵۱ و ۴۰ درصد رشد بوده است و کمترین آنها مربوط به سال ۹۰ با ۱۸ درصد رشد بوده است. آیتم سهم سازمان از خدمات بستری نیز با روند افزایشی روبه رو بوده است که در سال ۹۳ بیشترین حد را داشته است (۴۹٫۶ درصد). مبلغ خدمات سرپایی نیز در این سازمان در سال ۹۳ بیشتر از سایر سالها بوده است (۴۹٫۶ درصد) (جدول ۱۶) (منبع داده ها: سامانه سجاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی).

جدول ۱۶: عملکرد بیمارستان های دولتی در بخش بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت

سال	تعداد بیماران بستری	مبلغ خدمات بستری	سهم سازمان از خدمات بستری	تعداد خدمات سرپایی	مبلغ خدمات سرپایی	سهم سازمان از خدمات سرپایی	تعداد کل مراجعین بستری و سرپایی	مبلغ کل (خدمات بستری و سرپایی)	سهم سازمان از کل خدمات
۸۹	۳.۷۵۶.۱۹۱	۶.۲۸۱.۱۳۶.۳۸۹.۹۷۵	۸.۴۰۳.۳۰۱.۰۱۳.۰۲۶	۱۹.۱۶۲.۳۲۹	۱.۴۰۵.۰۰۷.۹۶۰.۵۸۳	۱.۶۶۶.۷۳۶.۵۱۴.۴۸۸	۲.۹۱۸.۵۲۰	۷.۶۸۶.۱۴۴.۳۵۰.۵۵۸	۱۰.۰۷۰.۰۳۷.۵۲۷.۵۱۴
۹۰	۳.۱۳۳.۳۲۲	۷.۷۴۶.۶۳۳.۱۸۰.۹۵۰	۱۰.۹۲۹.۱۲۷.۴۷۸.۲۱۳	۴۳.۷۴۵.۵۹۸	۱.۹۱۵.۰۹۳.۳۵۰.۳۰۰	۲.۶۰۴.۳۹۳.۸۹۸.۴۳۱	۴۶.۸۷۸.۹۲۰	۹.۶۶۱.۷۲۶.۵۳۱.۲۵۰	۱۳.۵۳۳.۵۲۱.۳۷۶.۶۴۴
۹۱	۳.۹۷۴.۰۶۱	۱۱.۸۹۸.۹۱۳.۹۷۶.۸۹۴	۱۳.۹۹۱.۳۴۴.۹۴۸.۶۳۰	۷۰.۱۹۴.۶۹۹	۳.۶۵۱.۸۱۹.۹۹۵.۲۶۵	۳.۵۲۳.۸۱۶.۵۴۱.۱۸۵	۷۴.۱۶۸.۷۶۰	۱۵.۵۵۰.۷۳۳.۹۷۲.۱۵۹	۱۷.۵۱۵.۱۶۱.۴۸۹.۸۱۵
۹۲	۳.۲۰۹.۳۷۸	۱۵.۶۱۸.۹۳۲.۰۴۵.۷۰۰	۱۷.۱۵۸.۳۹۹.۱۳۸.۸۰۵	۳۶.۲۶۰.۱۹۷	۵.۵۳۱.۰۳۶.۱۸۸.۷۰۰	۵.۴۷۸.۸۸۴.۰۹۸.۳۰۶	۳۹.۴۶۹.۵۷۵	۲۱.۱۴۹.۹۶۸.۲۳۴.۴۰۰	۲۲.۶۳۷.۲۸۳.۲۳۷.۱۱۱
۹۳	۳.۶۵۳.۳۵۲	۳۲.۴۱۲.۸۹۶.۴۹۸.۳۹۲	۳۴.۱۰۰.۳۸۰.۹۳۱.۸۳۰	۷۹.۶۶۳.۲۰۸	۱۰.۵۶۹.۶۵۵.۹۳۲.۸۳۲	۱۰.۵۰۱.۴۴۹.۳۸۷.۷۳۸	۹۷.۱۷۸.۲۹۸	۴۲.۹۸۲.۵۵۲.۴۳۱.۲۲۴	۴۴.۶۰۱.۸۳۰.۳۱۹.۵۶۸
۹۴	۴.۲۷۲.۳۲۹	۵۴.۰۱۰.۸۹۳.۰۴۱.۱۴۹	۵۴.۴۱۰.۴۶۴.۶۷۴.۰۵۹	۱۴۸.۰۲۶.۵۲۷	۱۷.۵۱۷.۳۹۵.۲۸۵.۴۱۵	۱۶.۹۵۹.۶۰۱.۹۶۲.۲۳۱	۱۵۲.۲۹۸.۸۵۶	۷۱.۵۲۸.۲۸۸.۳۲۶.۵۶۴	۷۱.۳۷۰.۰۶۶.۶۳۶.۲۹۰

تعداد بیماران بستری تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی در سال ۹۳ و ۹۴ کاهش داشته است، اما مبلغ بستری و سهم سازمان از خدمات بستری با روند رشد افزایشی مواجه بوده است و در هر دو آیتام این میزان در سالهای ۹۳ و ۹۴ بیشترین میزان را داشته است. مبلغ خدمات بستری در سال ۹۴ نسبت به سال ۹۳، ۸۵ درصد رشد داشته است و در میانگین آیتام سهم سازمان از خدمات بستری سال ۹۳ و ۹۴ نسبت به ۹۲، ۴۰ درصد افزایش رشد وجود داشته است. یافته ها نشان می دهند که آیتام مبلغ خدمات سرپایی در سازمان تامین اجتماعی در سال ۹۴ با رشد ۹۲ درصد، بیشترین میزان رشد را نسبت به سالهای قبل داشته است (جدول ۱۷) منبع داده ها: سامانه سجاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی).

جدول ۱۷؛ عملکرد بیمارستان های دولتی در بخش بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی

سال	تعداد بیماران بستری	مبلغ خدمات بستری	سهم سازمان از خدمات بستری	تعداد خدمات سرپایی	مبلغ خدمات سرپایی	سهم سازمان از خدمات سرپایی	تعداد کل مراجعین بستری و سرپایی	مبلغ کل (خدمات بستری و سرپایی)	سهم سازمان از کل خدمات
۸۹	۲۱۵۶۴۱۶	۴.۱۶۲.۹۰۰.۰۹۱.۱۹۰	۵.۷۳۷.۶۲۷.۸۳۳.۵۹۵	۲۶.۷۹۰.۲۴۰	۱.۵۴۷.۴۷۹.۹۷۹.۰۲۲	۱.۶۸۳.۳۴۹.۰۵۵.۸۱۰	۲۸.۹۴۶.۶۵۶	۵.۷۱۰.۳۸۰.۰۷۰.۲۱۲	۷.۴۲۰.۹۷۶.۸۸۹.۴۰۵
۹۰	۱۳۹۱۰۶۳۸	۵.۲۰۱.۴۴۹.۳۰۴.۵۴۸	۷.۸۸۸.۲۵۱.۰۱۸.۵۸۹	۳۶.۵۷۸.۵۳۵	۲.۰۳۱.۹۰۲.۵۶۱.۶۵۴	۲.۸۹۴.۳۵۴.۸۵۰.۶۷۷	۵۰.۴۸۹.۱۷۳	۷.۲۳۳.۳۵۱.۸۶۶.۲۰۲	۱۰.۷۸۲.۶۰۵.۸۶۹.۲۶۶
۹۱	۲۹۳۱۴۴۵	۸.۹۹۵.۲۷۳.۹۶۴.۷۸۷	۱۰.۸۱۴.۸۸۹.۲۳۰.۴۸۰	۱۱۹.۰۴۷.۹۳۲	۴.۲۳۴.۷۲۶.۳۹۴.۸۰۶	۴.۲۳۱.۸۷۳.۷۹۷.۶۲۵	۱۲۱.۹۷۹.۳۷۷	۱۳.۲۳۰.۰۰۰.۳۵۹.۵۹۳	۱۵.۰۴۶.۷۶۳.۰۲۸.۱۰۵
۹۲	۱۷۱۹۵۱۷۸	۱۲.۴۰۱.۹۵۱.۷۵۶.۵۱۸	۱۳.۹۲۰.۰۹۳.۸۷۱.۶۸۵	۵۳.۹۳۴.۳۱۷	۷.۴۷۴.۷۴۷.۵۸۷.۸۸۸	۶.۸۳۵.۵۸۲.۷۵۲.۶۵۸	۷۱.۱۲۹.۴۹۵	۱۹.۸۷۶.۶۹۹.۳۴۴.۴۰۶	۲۰.۷۵۵.۶۷۶.۶۲۴.۳۴۳
۹۳	۳۲۵۳۲۱۵	۲۴.۷۴۲.۴۵۵.۹۶۸.۹۵۵	۲۶.۲۷۱.۷۵۶.۶۳۱.۰۳۶	۷۲.۶۱۱.۲۱۵	۱۲.۸۱۱.۸۶۷.۹۹۵.۷۴۷	۱۲.۰۲۶.۶۲۴.۴۱۱.۵۲۱	۷۵.۸۶۴.۴۳۰	۳۷.۵۵۴.۳۲۳.۹۶۴.۷۰۲	۳۸.۲۹۸.۳۸۱.۰۴۲.۵۵۷
۹۴	۳۳۵۸۶۷۷	۱۶۷.۲۴۱.۴۳۴.۵۵۶.۸۹۱	۳۹.۵۲۰.۶۲۲.۷۰۳.۰۳۲	۱۱۸.۹۴۴.۹۹۹	۱۷۱.۹۸۹.۷۷۴.۲۷۱.۵۸۵	۱۹.۱۰۳.۶۱۷.۶۰۶.۴۶۶	۱۲۲.۳۰۳.۶۷۶	۳۳۹.۲۳۱.۲۰۸.۸۲۸.۴۷۶	۵۸.۶۲۴.۲۴۰.۳۰۹.۴۹۸

یافته های مرتبط با بیمه شدگان کمیته امداد امام خمینی (ره) نشان می دهند که آیتم مبلغ خدمات بستری و سهم سازمان از خدمات بستری طی سالهای ۸۹ تا ۹۴ روند افزایشی داشته است. این افزایش در ساهای ۹۳ و ۹۴ بیشترین مقدار را داشته است. رشد آیتم مبلغ خدمات بستری در این سازمان در سال ۹۳ نسبت به سال ۹۲ ۴۹ درصد و در آیتم سهم سازمان از خدمات بستری ۴۵ درصد بوده است. یافته ها نشان می دهند که درایتم سهم سازمان از خدمات سرپایی نیز سیر صعودی وجود دارد که بیشترین میزان آن در سال ۹۳ نسبت به سال ۹۲ با ۴۲ درصد رشد بوده است (جدول ۱۸) (منبع داده ها: سامانه سجاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی).

جدول ۱۸؛ عملکرد بیمارستان های دولتی در بخش بیمه شدگان کمیته امداد امام خمینی

سال	تعداد بیماران بستری	مبلغ خدمات بستری	سهم سازمان از خدمات بستری	تعداد خدمات سرپایی	مبلغ خدمات سرپایی	سهم سازمان از خدمات سرپایی	تعداد کل مراجعین بستری و سرپایی	مبلغ کل (خدمات بستری و سرپایی)	سهم سازمان از کل خدمات
۸۹	۱۳۲،۷۲۶	۳۵۸،۰۴۰،۸۳۹،۱۵۷	۵۰۴،۶۸۸،۶۷۰،۹۷۰	۳۳۱،۲۸۵	۶۰،۹۷۰،۴۷۲،۵۵۶	۷۲،۸۶۰،۸۴۶،۷۷۹	۴۶۴،۰۱۱	۴۱۹،۰۱۱،۳۱۱،۷۱۳	۵۷۷،۵۴۹،۵۱۷،۷۴۹
۹۰	۳۰۴،۱۷۰	۳۶۴،۱۴۴،۲۷۰،۵۹۰	۵۵۷،۲۳۸،۴۸۳،۶۲۴	۳۴۰،۴۷۸	۷۱،۳۶۴،۶۳۹،۸۰۹	۹۷،۷۶۸،۳۹۴،۳۹۴	۴۷،۵۱۰،۱۶۲	۴۳۵،۵۰۸،۹۱۰،۳۹۹	۶۵۵،۰۰۶،۸۷۸،۰۱۸
۹۱	۹۹۸،۲۳۸	۵۰۲،۰۴۴،۱۹۱،۶۸۸	۶۲۹،۸۹۸،۷۲۳،۰۳۲	۲۶۹،۷۹۰	۹۳،۳۶۷،۳۲۹،۳۶۵	۱۲۱،۲۲۹،۹۲۴،۰۷۹	۱،۲۶۸،۰۲۸	۵۹۵،۴۱۱،۵۲۱،۰۵۳	۷۵۱،۱۲۸،۶۴۷،۱۱۱
۹۲	۹۴،۰۰۷	۷۰۶،۸۱۳،۷۹۳،۹۷۴	۸۰۳،۸۷۱،۵۱۸،۱۷۰	۲۵۷،۸۲۶	۱۴۸،۲۷۰،۵۰۹،۴۲۵	۱۵۷،۴۵۹،۹۵۲،۲۱۲	۳۵۱،۸۳۳	۸۵۵،۰۸۴،۳۰۳،۳۹۹	۹۶۱،۳۳۱،۴۷۰،۳۸۲
۹۳	۱۲۲،۱۹۰	۱،۳۸۳،۳۴۴،۲۶۱،۵۷۶	۱،۴۶۴،۰۵۶،۷۴۱،۷۵۳	۹۴،۳۱۲،۴۰۲	۲۵۸،۳۰۲،۷۰۶،۴۶۲	۲۷۲،۳۲۴،۴۲۵،۹۲۱	۹۴،۴۳۴،۵۹۲	۱،۶۴۱،۶۴۶،۹۶۸،۰۳۸	۱،۷۳۶،۳۸۱،۱۶۷،۶۷۴
۹۴	۱۲۵،۲۰۲	۱،۹۹۴،۵۶۳،۳۶۱،۳۶۶	۱،۹۹۹،۳۴۶،۹۰۶،۳۲۲	۴۷۶،۱۳۲	۳۷۶،۵۹۱،۸۰۲،۲۵۷	۳۸۷،۹۳۹،۶۲۸،۵۸۶	۶۰۱،۳۳۴	۲،۳۷۱،۱۵۵،۱۶۳،۶۲۳	۲،۳۸۷،۲۸۶،۵۳۴،۹۰۸

یافته های مرتبط با عملکرد بیمارستانهای دولتی در خصوص بیمه شدگان نیروهای مسلح نشان می دهند که تعداد بیماران بستری طی سالهای مورد بررسی روندی نامنظم داشته است که بیشترین میزان آن مربوط به سال ۹۱ با ۲۰ درصد رشد نسبت به سال ۸۹ می باشد. این میزان در سالهای ۹۳ و ۹۴ به ترتیب ۸ و ۹- درصد بوده است. اما در مورد آیتم های هزینه ای از قبیل مبلغ خدمات بستری، سهم سازمان از خدمات بستری و سهم سازمان از خدمات سرپایی، روند رشدی صعودی وجود دارد. بیشترین رشد مرتبط با سهم سازمان از خدمات بستری، در سال ۹۳ نسبت به ۹۲ مشاهده می شود، با ۴۲ درصد رشد و کمترین آن مربوط به سال ۹۱ با ۲۱ درصد رشد. تعداد خدمات سرپایی برعکس تعداد مراجعین بستری برای بیمه شدگان نیروهای مسلح طی این سالها رشد صعودی داشته است، که در سال ۹۴، رشدی ۸۸ درصدی نسبت به سال ۹۳ داشته است (جدول ۱۹) (منبع داده ها: سامانه سجاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی).

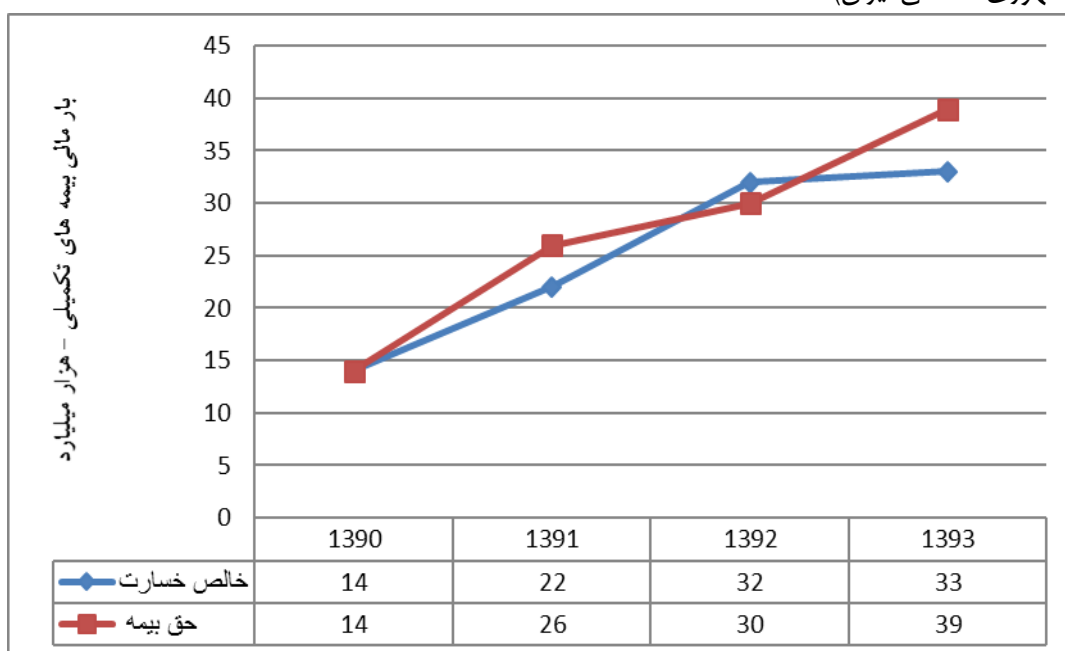
جدول ۱۹: عملکرد بیمارستان های دولتی در بخش بیمه شدگان بیمه سلامت نیروهای مسلح

سال	تعداد بیماران بستری	مبلغ خدمات بستری	سهم سازمان از خدمات بستری	تعداد خدمات سرپایی	مبلغ خدمات سرپایی	سهم سازمان از خدمات سرپایی	تعداد کل مراجعین بستری و سرپایی	مبلغ کل (خدمات بستری و سرپایی)	سهم سازمان از کل خدمات
۸۹	۳۵۰.۹۰۷	۶۰۸.۹۹۵.۹۲۱.۵۴۵	۹۱۲.۰۴۷.۴۸۹.۲۹۴	۳.۶۸۶.۸۷۹	۲۳۴.۵۵۲.۲۳۹.۸۸۵	۲۸۵.۲۵۶.۹۶۴.۵۰۵	۴۰.۳۷.۷۸۶	۸۴۳.۵۴۸.۱۶۱.۴۳۰	۱.۱۹۷.۳۰۴.۴۵۳.۷۹۹
۹۰	۴۴۲.۵۵۹	۶۷۶.۶۱۶.۳۸۶.۴۱۸	۱.۱۶۲.۶۸۵.۳۸۲.۹۳۱	۴.۵۱۳.۰۳۸	۳۰۵.۰۷۶.۲۹۳.۳۲۷	۵۷۹.۹۲۵.۷۱۴.۰۲۵	۴.۹۵۵.۵۹۷	۹۸۱.۶۹۲.۶۷۹.۷۴۵	۱.۷۴۲.۶۱۱.۰۹۶.۹۵۶
۹۱	۴۰۸.۹۹۳	۱.۱۹۷.۴۱۴.۰۳۳.۰۶۸	۱.۵۶۴.۲۸۴.۰۷۴.۰۸۹	۵.۴۱۳.۶۸۳	۶۷۴.۴۷۳.۱۳۳.۰۵۷	۸۲۲.۱۹۳.۲۴۲.۷۲۳	۵.۸۲۲.۶۷۶	۱.۸۷۱.۸۸۷.۱۶۶.۱۲۵	۲.۳۸۶.۴۷۷.۳۱۶.۸۱۲
۹۲	۳۸۸.۸۶۸	۱.۶۸۰.۹۸۶.۶۰۷.۴۰۵	۲.۰۱۰.۴۰۷.۶۲۷.۳۸۰	۶.۳۲۵.۷۱۱	۱.۲۴۶.۹۶۳.۹۰۲.۹۹۷	۱.۳۳۲.۲۰۹.۲۵۲.۱۷۷	۶.۷۱۴.۵۷۹	۲.۹۲۷.۹۵۰.۵۱۰.۴۰۲	۳.۳۴۲.۶۱۶.۸۷۹.۵۵۷
۹۳	۴۲۶.۱۵۹	۳.۱۲۹.۲۶۶.۰۶۱.۱۵۸	۳.۴۷۹.۶۱۰.۹۸۸.۹۵۵	۶.۷۵۸.۶۴۴	۱.۹۵۴.۱۹۰.۸۱۰.۳۳۲	۲.۰۳۴.۹۲۲.۸۳۱.۲۳۵	۷.۱۸۴.۸۰۳	۵.۰۸۳.۴۵۶.۸۷۱.۴۹۰	۵.۵۱۴.۵۳۳.۸۲۰.۱۹۰
۹۴	۳۸۹.۷۸۳	۴.۷۰۳.۰۰۴.۳۷۲.۶۳۵	۵.۰۶۲.۰۲۵.۰۹۹.۹۴۳	۵۶.۳۹۳.۰۴۷	۲.۸۸۷.۶۴۰.۸۵۲.۲۹۰	۲.۸۳۱.۵۴۳.۹۷۰.۶۱۶	۵۶.۷۸۲.۸۳۰	۷.۵۹۰.۶۴۵.۲۲۴.۹۲۵	۷.۸۹۳.۵۶۹.۰۷۰.۵۵۹

بررسی تاثیر طرح تحول بر بیمه های تکمیلی سلامت در کشور

یافته های مرتبط با بیمه های تکمیلی سلامت نشان می دهند که دو آئتم خالص خسارت و حق بیمه طی سالهای مورد بررسی روند افزایشی داشته است. بیشترین میزان خالص خسارت در سال ۹۳ با ۳۳ هزار میلیارد ریال بوده است، اما بیشترین رشد این ایتم در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۹۱ با ۳۱ درصد رشد بوده است.

آئتم حق بیمه نیز در سال ۹۳ بیشترین میزان را داشته است (۳۹ هزار میلیارد ریال) که این میزان نسبت به سال ۹۲، ۲۳ درصد رشد داشته است (نمودار ۳۳) منبع داده ها: سامانه اطلاعاتی بانک مرکزی جمهوری اسلامی ایران).



نمودار ۳۳: خالص خسارت و حق بیمه بیمه های تکمیلی سلامت

یافته های مرتبط با بیمه شدگان تکمیلی و بانک ها که به بیمارستان های دولتی مراجعه نموده اند، نشان می دهد که تعداد بیماران بستری طی سالهای مورد بررسی روندی صعودی داشته است. این افزایش رشد در سال ۱۳۹۴، نسبت به سال ۹۳ بیشترین میزان بوده است (۸۶ درصد رشد). یافته ها نشان می دهند که در آیتم مبلغ خدمات بستری و سهم سازمان از خدمات بستری، تغییر محسوسی ایجاد نشده است و بیشترین رشد آن در سال ۹۱ (۴۴ درصد) بوده است. بر اساس یافته ها، در آیتم های تعداد خدمات سرپایی، مبلغ خدمات سرپایی و سهم سازمان از خدمات سرپایی روند رشد صعودی مشاهده می شود که این میزان در سالهای ۹۳ و ۹۴ بیشترین مقدار رخ داده است (جدول ۲۰) منبع داده ها: سامانه سجاد وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی).

جدول ۲۰: عملکرد بیمارستان های دولتی در بخش بیمه شدگان بیمه تکمیلی سلامت

سال	تعداد بیماران بستری	مبلغ خدمات بستری	سهم سازمان از خدمات بستری	تعداد خدمات سرپایی	مبلغ خدمات سرپایی	سهم سازمان از خدمات سرپایی	تعداد کل مراجعین بستری و سرپایی	مبلغ کل (خدمات بستری و سرپایی)	سهم سازمان از کل خدمات
۸۹	۷۱،۶۳۳	۱۴۱،۱۳۷،۶۴۳،۴۲۶	۱۸۱،۴۴۱،۸۶۹،۰۷۳	۳۱۵،۳۱۶	۲۹،۲۲۱،۷۲۸،۷۷۶	۳۴،۱۴۵،۱۴۷،۵۰۱	۳۸۶،۹۴۹	۱۷۰،۳۵۹،۳۷۲،۲۰۲	۲۱۵،۵۸۷،۰۱۶،۵۷۴
۹۰	۸۲،۱۳۰	۱۶۰،۰۳۹،۵۰۲،۹۱۲	۲۳۲،۵۷۹،۵۹۴،۵۴۱	۴۲۱،۲۲۶	۵۱،۷۸۶،۵۴۸،۷۴۴	۴۶،۷۷۱،۱۶۴،۴۹۶	۵۰۳،۴۳۰	۲۱۱،۸۲۶،۰۵۱،۶۵۶	۲۷۹،۳۵۰،۷۵۹،۰۳۷
۹۱	۱۳۱،۶۶۰	۲۸۶،۱۵۹،۰۴۵،۰۹۶	۳۷۸،۴۶۹،۰۹۳،۰۹۷	۷۱۱،۲۶۰	۷۸،۱۵۱،۳۳۳،۵۰۷	۶۶،۱۴۵،۱۲۲،۸۰۵	۴۱۵،۵۲۹	۳۶۴،۳۱۰،۳۷۸،۶۰۳	۴۴۴،۶۱۴،۲۱۵،۹۰۲
۹۲	۱۱۶،۱۳۶	۴۱۶،۳۰۳،۶۰۲،۲۱۶	۵۰۱،۸۸۷،۰۱۳،۹۳۷	۳۴۸،۲۷۹	۷۸،۰۳۱،۵۴۷،۹۳۹	۵۲،۱۹۷،۳۷۰،۲۰۵	۴۶۴،۴۱۵	۴۹۴،۳۳۵،۱۵۰،۱۵۵	۵۵۴،۰۸۴،۳۸۴،۱۴۲
۹۳	۱۷۶،۱۲۵	۵۵۶،۰۵۳،۰۳۲،۳۳۶	۷۳۹،۹۵۰،۴۴۴،۶۸۸	۶۱۷،۳۶۶	۱۳۶،۲۱۹،۸۲۹،۵۴۸	۱۵۷،۹۱۷،۸۶۳،۶۴۴	۸۳۴،۳۵۷	۶۹۲،۲۷۲،۸۶۱،۸۸۴	۸۹۷،۸۶۸،۳۰۸،۳۳۲
۹۴	۱،۲۶۲،۸۱۵	۷۱۵،۳۸۳،۰۰۹،۶۲۲	۸۴۹،۶۸۸،۹۳۴،۳۱۸	۷۶۳،۰۵۱	۱۸۲،۸۱۷،۹۴۷،۷۹۶	۲۳۶،۵۸۵،۶۳۲،۶۱۵	۲،۰۲۵،۸۶۶	۸۹۸،۲۰۰،۹۵۷،۴۱۸	۱،۰۸۶،۲۷۴،۵۶۶،۹۳۳

تأثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی و ضوابط سازمان های بیمه سلامت

این قسمت از پژوهش به ارائه یافته های حاصل از تحلیل کیفی " تأثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی و ضوابط سازمان های بیمه سلامت"؛ که در جهت دستیابی به اهداف یازدهم و دوازدهم مطالعه می باشد، می پردازد. این اهداف عبارتند از بررسی تأثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی سازمان های بیمه پایه سلامت و بررسی تأثیر طرح تحول بر ضوابط و مقررات سازمان های بیمه پایه سلامت. جهت انجام این تحلیل که به صورت گذشته نگر صورت گرفت، از راهنمای موضوعی سوالات که به صورت نیمه ساختارمند تهیه شده بود بهره گرفته شد (پیوست شماره ۹).

طی تحلیل تأثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی و ضوابط سازمان های بیمه سلامت، ۴ موضوع؛ ابعاد بیمه های پایه سلامت، فرآیندهای اجرایی سازمان، ساختار و مقررات و چالش ها و راهکارها، ۱۲ زیر موضوع شامل؛ پوشش جمعیت، پوشش خدمات، پوشش هزینه خدمت، فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد، فرآیند پرداخت مطالبات، تأثیر بسته های طرح تحول، تعاملات سازمان های بیمه گر با وزارت بهداشت و بیمارستان ها، قوانین و ضوابط، ساختارها، حجم کاری سازمان های بیمه، محدودیت ها و چالش ها و پیشنهادات و راهکارها و ۷۵ زیر طبقه شناسایی شد. در ادامه، یافته های تحلیل کیفی به تفکیک هر یک از موضوع های شناسایی شده ارائه می شوند (جدول ۲۱). موضوع عای یک، دو و سه در این قسمت و موضوع چهار که شامل چالش ها و راهکارها می باشد در فصل بحث و نتیجه گیری ارائه خواهد شد.

موضوع ۱: ابعاد پوشش همگانی سلامت

سه طبقه شناسایی شده در موضوع یک شامل: پوشش جمعیت، پوشش خدمات و پوشش هزینه خدمت و ۱۵ زیر طبقه بود. ابعاد پوشش همگانی سلامت که شامل پوشش جمعیت، پوشش خدمت و پوشش هزینه خدمات می باشند، محورهایی هستند که سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۱۲ معرفی نمود و بیان کرد که این ابعاد سه بعد مکعب پوشش همگانی را تشکیل می دهند و دستیابی به پوشش همگانی ۱۰۰٪ به معنای پوشش ۱۰۰٪ این سه بعد می باشد (WHO.۲۰۱۲). تحلیل مصاحبه ها نشان داد که اجرای برنامه تحول نظام سلامت، بر این سه بعد سازمان های بیمه پایه سلامت به صورت مستقیم و غیر مستقیم تأثیر گذار بوده است.

• پوشش جمعیت

پوشش جمعیت از مهمترین ابعاد^۱ UHC در نظر گرفته می شود. یکی از برنامه های طرح تحول نام سلامت که با تولید سازمان بیمه سلامت صورت گرفت، فرصت تحت پوشش قرار گرفتن در صندوق همگانی سازمان بیمه سلامت بود. این برنامه با آغاز طرح تحول نظام سلامت آغاز شد و در ابتدا در دفاتر پیشخوان دولت و بیمارستان های دولتی کشور، این امکان برای همه فراهم شد.

«یکی از برنامه هایی که با شروع طرح تحول شروع شد، بحث بیمه شدن افراد فاقد بیمه بود که با مدیریت سازمان بیمه سلامت صورت گرفت و بالغ بر ۱۰ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفتند. چون

^۱ Universal Health Coverage

طرح تحول، پوشش بیمه‌ای و پذیرش بیماران را در بیمارستان‌های دولتی ملزم به داشتن دفترچه بیمه پایه کرده بود، همزمانی این دو طرح منجر به استقبال بیشتری از سوی مردم شد» (م ۱).
در اجرای این فرآیند افراد بدن پرداخت حق بیمه و هزینه ای خاص و با حمایت دولت تحت پوشش قرار گرفتند و به توانایی پرداخت بیمه شدگان و پیشینه بیمه ای افراد توجه ای نشد. حدود ۱۰ میلیون نفر با هزینه ای بالا تحت پوشش قرار گرفتند، اما در نهایت دولت توانست پوشش بیمه ای را در کشور تا بالای ۹۰ درصد ارتقا دهد.

«با آمدن این طرح متفاوت شد به این صورت که افراد مبلغی از حق بیمه را پرداخت می‌کردند تا تحت پوشش قرار می‌گرفتند اما برنامه اول طرح تحول افراد بدون هیچ هزینه‌ای تحت پوشش بیمه قرار می‌داد. هدف برنامه این بوده است که افراد بیشتری به بیمارستان دولتی مراجعه کنند، که در این میان ممکن است ۱۰-۲۰ درصد افراد غیر نیازمند مراجعه کنند. برنامه ما هدفش روی افراد نیازمند نبوده بلکه هدفش کل افراد بیمار مراجعه کننده بوده است» (م ۲).

• پوشش خدمات

مرحله سوم برنامه تحول نظام سلامت عبارت بود از تدوین و ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت که در آن به اصلاح و واقعی تر شدن تعرفه خدمات پزشکی پرداخته شد. در این کتاب با ستاره دار و غیر ستاره دار نمودن خدمات سطح پوشش خدمات را مشخص نمودند؛ به این ترتیب که خدماتی که ستاره دار بودند از تعهد بیمه های پایه سلامت خارج شدند.

«برنامه تحول در گام اول که در مهر ماه کتاب ارزش‌های نسبی ابلاغ شد تغییراتی را در بسته تعهد به وجود آورد. تاثیرش بر بسته خدمت این بوده است که خدمات خارج از پوشش بیمه را تحت پوشش بیمه قرار داده است» (م ۱).

ضمن اجرای این فرآیند برخی کدهای موجود در کتاب کالیفرنیا شفاف تر شد و بعضاً یک کد خدمت به چندین کد تفکیک شد، که این موضوع باعث شد تعداد خدمات تحت پوشش بیمه های پایه سلامت بیشتر شوند و به نوعی اعتبار دفترچه های بیمه سلامت بیشتر شود.

«در یک سری از خدمات بیمارستان‌های دولتی ارائه نمی‌شد و هرکدام تدبیری برای بحث بیمه‌ای داشتند. کتاب ارزش نسبی باعث می‌شد یک سری خدماتی که در بخش دولتی ارائه نمی‌شد، با اصلاح تعرفه آن در بخش دولتی هم ارائه شود و مردم از آن خدمات استفاده کنند. در صورتی که قبلاً دفترچه فقط یه کاغذ بی مصرف بود. پس طرح تحول از این نظر که به دفترچه بیمه اعتبار داد خوب بود» (م ۶).

• پوشش هزینه خدمت

ضمن اجرای برنامه تحول نظام سلامت پوشش هزینه خدمات سلامت بیمه های پایه تحت تاثیر قرار گرفت. به این ترتیب که هزینه دارو و لوازم پزشکی که قبلاً بیمار به صورت مستقیم و در خارج از بیمارستان تهیه می نمود، بر عهده سازمان های بیمه گر و طرح تحول قرار گرفت همچنین هزینه خدماتی که تحت پوشش قرار گرفتند نیز مشمول بیمه و یارانه قرار گرفت. اما در مواردی سازمان های

بیمه تعهدات قیمتی خود را کم کردند. به طور کلی پرداختی بیماران از جیب برای خدمات بستری تحت تعهد در بیمارستان های دولتی کمتر شد.

«کمیته امداد و نیروهای مسلح و چند مورد دیگر سهم سازمانشان را تغییر دادند در واقع تعهدات هزینه‌ای خود را کم کردند» (م ۲).

«قبلا بیمار بستری من یک خدمت سرپایی از ام آر آی می‌گرفت و یا تجهیزات پزشکی لازم بود و هزینه آن را پرداخت می‌کرد اما حالا بیماری که بیمه تامین می‌گیرد هزینه را به من پرداخت می‌کند» (م ۵).

موضوع ۲: فرآیند های اجرایی سازمان

چهار طبقه شناسایی شده در موضوع دو شامل: فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد، فرآیند پرداخت مطالبات، تاثیر بسته های طرح تحول و تعاملات سازمان های بیمه گر با وزارت بهداشت و بیمارستان ها و ۳۹ زیر طبقه بود. فرآیندهای اجرایی سازمان های بیمه گر با اجرای طرح تحول نظام سلامت به دلیل تغییراتی که در نحوه پرداخت بیماران صورت گرفت و همچنین بار مالی که برای ایشان ایجاد شده بود، دستخوش تغییرات وسیعی شد.

• فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد

فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد بیمه های پایه سلامت تحت تاثیر چندین برنامه قرار گرفت و به همین دلیل ضمن اجرای طرح تحول تغییراتی در آن صورت گرفت. اولین موضوع ناشی از اجرای برنامه کاهش پرداختی بیماران بود که با تغییر در خریداران خدمت و اضافه شدن وزارت بهداشت به سازمان های بیمه گر بود، در نتیجه صورتحساب بیمار و بیمه تغییر کرد و صورت حسابی یک شکل تدوین و ابلاغ شد و در نتیجه نحوه محاسبه، تنظیم و رسیدگی به اسناد را تغییر داد.

«در مورد تنظیم اسناد باید گفت چون ما سهم بیمار و سهم بیمه و وزارت بهداشت را تغییر دادیم منجر به یک تغییر بسیار زیاد در تنظیم اسناد شد و منجر به ابلاغ صورت حساب یک شکل شد» (م ۴).

دومین تغییر مهم در فرآیند رسیدگی به اسناد ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات بود که در مرحله دوم طرح تحول نظام سلامت رخ داد. کتاب ارزش نسبی با ایجاد تغییراتی در نحوه محاسبه k پزشکان و جز فنی و حرفه ای خدمات پزشکان همراه بود، که به نوعی خود تغییر دهنده نحوه رسیدگی به اسناد بود.

«نمی‌توانم بگویم برنامه تحول دقیقا چه تاثیری بر رسیدگی به اسناد داشته است، اما با توجه به اینکه حجم اسناد تغییر کرده، مراجعات تغییر کرده و نحوه رسیدگی به لحاظ اینکه کتاب ارزش نسبی به وجود آمد تغییر کرده، اما در کل به نظر من تغییر مستقیم صورت نگرفت» (م ۸).

سومین تغییر و مهمترین آن، که به نظر کارشناسان سازمان های بیمه گر نمی‌توان آن را منتصب به برنامه های تحول دانست، تدوین دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های پایه سلامت بود که در شهریور ماه ۱۳۹۴ و با هدف همگن سازی روند تنظیم و رسیدگی به اسناد و در نتیجه کوتاه تر نمودن این فرآیند صورت گرفت. پس از ابلاغ این دستورالعمل، تمامی محاسبات و تنظیمات پرونده بر مبنای آن قرار گرفت و تغییر فرآیند بر زمان تنظیم و ارسال اسناد از طرف بیمارستان و همچنین زمان رسیدگی به اسناد از طرف بیمه های پایه سلامت را با تاخیر مواجه ساخت. اما این موضوع نمی‌تواند نشان دهنده

تاثیر منفی ابلاغ دستورالعمل باشد، چراکه در ابتدای اجرای هر تغییری، چنین تاخیراتی قابل پیش بینی می باشد.

«دستورالعمل رسیدگی برای همه بیمه‌ها یکسان شد...» (م ۵).

تغییر دیگری که در رسیدگی به اسناد بیمه‌هی پایه با تاثیر از برنامه تحول صورت گرفت، زیاد شدن درصد کسورات بیمه‌ای بود، به طوری که به نظر کارشناسان رشد درصد کسورات غیر عادی بود و آن را به بار مالی ایجاد شده بالای سازمان‌های بیمه و افزایش بیش از حد ارائه خدمات در بیمارستان‌ها نسبت می دهند.

«نحوه‌ی کسورات بیمه‌ها خیلی تغییر کرد و در واقع زیاد شد. چون برنامه جدیدی آمده بیمارستان‌ها هنوز نتوانستند کتاب را دقیق اجرا کنند. پس روی تنظیم اسناد و پرداخت مطالباتشان و تنظیم قراردادهای با سازمان‌ها و پرداختی‌هایشان تاثیر گذار است» (م ۱).

• فرآیند پرداخت مطالبات

منظور از فرآیند پرداخت مطالبات بازپرداخت مطالبات بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر می باشد. با تغییراتی که با اجرای برنامه تحول نام سلامت رخ داد، این فرآیند نیز تحت تاثیر قرار گرفت و به طور کلی در نتیجه بالا رفتن بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر، باعث ایجاد دیرکرد و تاخیر طولانی مدت در بازپرداخت این مطالبات شد که این دیرکرد همانطور که در قسمت قبل توضیح داده شد، با میزان بالای کسورات همراه بود.

«که به دلیل بار مالی و هزینه‌ای که برای بیمه‌ها در سال دوم ایجاد شد، پرداختشان به بیمارستان‌ها و زیر مجموعه وزارت بهداشت با تاخیر انجام شد» (م ۱۰).

دلیل عمده ایجاد تاخیر طولانی مدت (بیش از ۸ ماه) در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها، ایجاد بار مالی ۱۰۰٪ با اجرای کتاب ارزش نسبی (مرحله دوم طرح تحول) بود. چراکه به گفته سازمان‌های بیمه‌گر این میزان افزایشی که با افزایش در بار مراجعه به بیمارستان‌ها و استفاده از خدمات سلامت ایجاد شد، در بودجه سالیانه پیش بینی نشد و در واقع با کسری بودجه مواجه شدند.

«بار مالی که بر دوش بیمه‌ها قرار گرفت خیلی سنگین بود و هم زمان با آن مرحله دوم طرح تحول، کتاب ارزش‌های نسبی اجرا شد که تقریباً بار مالی صد در صدی شد و نزدیک به ۲ برابری برای بیمه‌ها بود و این باعث شد که بیمه‌ها پرداخت‌هایشان را با تاخیر انجام دهند» (م ۳).

در نتیجه افزایش بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر و عدم تخصیص بودجه تصویب شده به آنها (سازمان بیمه سلامت)، سازمان‌های بیمه‌گر به ایجاد سازوکارهای جدید جهت جبران کسری بودجه اندیشیدند. به عنوان مثال سازمان تامین اجتماعی در دوره‌ای از عامل سوم بهره گرفت. عامل سوم به معنی استفاده از کارگزاری مثل بانک‌ها بین بیمه و وزارت بهداشت بود که در واقع این عامل سوم مسئول پرداخت به موقع به بیمارستان‌ها بود (بر اساس ضوابط تعیین شده بین سه عامل). بانک رفاه جهت عامل سوم بین تامین اجتماعی و وزارت بهداشت قرار گرفت که اجرای آن با محدودیت‌هایی رو به رو بود و خود به خود بعد از چند ماه متوقف شد.

سازمان بیمه سلامت نیز با خرید و انتشار اوراق قرضه سعی در جبران کسری بودجه و پرداخت مطالبات بیمارستان ها را داشت و این کار رو بعد از اینکه بیش از ۹ ماه از وصل صورتحساب ها گذشته بود، انجام داد و تا حد کمی توانست مطالبات را پرداخت نماید.

«رشد ناگهانی تعرفه و افزایش دو و دودهمی بار مالی سازمان های بیمه گر ناشی از کتاب ارزش نسبی و عدم رشد حقوق و دستمزد و همچنین عدم در نظر گرفتن بار مالی مربوطه در بودجه سالیانه کشور بدیهی است. تاثیر بسزایی در نتیجه مدیریت سازمان های بیمه گر داشته است و تاخیر قابل توجهی در پرداخت مطالبات طرف قرارداد ایجاد نموده است. به نحوی که سازمان تامین اجتماعی جهت پرداخت مطالبات مراکز دانشگاهی مجبور به اخذ وام و پرداخت مطالبات از طریق عامل سوم گردید» (م ۴).

با اجرای برنامه تحول و بالاتر رفتن ارائه خدمات از یک سو و دیرکرد در پرداخت مطالبات بیمارستان ها از سوی دیگر، مشکلاتی برای ارائه خدمت در بیمارستان ها به وجود آمد، چرا که تمامی خدمات دارو و ملزومات می بایست با تولید بیمارستان انجام شود.

«تاثیر منفی که داشته این است که برخی از برنامه های تحول چون در روند برخی از فرآیندها و بار مالی بیمه ها اثر داشته است، این روند کندتر و سخت تر و دچار اشکالاتی شده است و ارائه خدمت در بیمارستان ها را به دلیل کمتر شدن نقدینگی با چالش مواجه ساخته است» (م ۶).

• تاثیر بسته های طرح تحول

مهمترین بسته از طرح تحول که بر نقش و جایگاه بیمه ها تاثیر گذار بود، بسته کاهش پرداختی بیماران بود که وزارت بهداشت به عنوان یک خریدار خدمت در نظام سلامت تعریف شد.

«مهمترین بسته ای که روی ساختار بیمه ای اثر گذاشت. بسته کاهش فرانشیز بود که با این هدف آمد که پرداختی بیمار کم شود. پس در نتیجه مهمترین بسته ای که تاثیر گذار بود و باعث بحث کاهش اوت اف پاکت و اختیارات مالی از بیمه ها شده بود، موضوع کاهش فرانشیز بود که نقش مستقیم داشت» (م ۱).

بسته ارتقا ویزیت که در بیمارستان های دولتی اجرا شد با انتقال خرید خدمات ویزیت بیمه ها از بخش خصوصی به بخش دولتی بر میزان هزینه ها و بار مراجعه سازمان های بیمه گر تاثیر گذار بودف چرا که به جای اینکه خدمتی را با تعرفه خصوصی بخرد با تعرفه دولتی می خرد. از طرفی چون بیشتر بخش خصوصی با بیمه ها قرارداد نداشتند، پس با ارجیا این طرح میزان خدمات ویزیت و سرپایی بالا رفت.

«سته ارتقاء ویزیت است که ساختار ارائه خدمت را تغییر داد. یعنی به جای اینکه از بخش خصوصی خدمت ویزیت را بخرد، بیاید از بخش دولتی بخرد» (م ۵).

بسته ماندگاری پزشکان در مناطق محروم نیز که به استقرار پزشک در بیمارستان ها و درمانگاه ها منجر شد، به طور مستقیم بر بار ارائه خدمت و به طور غیر مستقیم بر هزینه های سازمان بیمه پایه تاثیر گذاشت.

«بسته ای ماندگاری و موکول پزشکان است که در واقع دسترسی مردم به خدمات را بیشتر می کند. و از طریق این دسترسی ها، به صورت غیر مستقیم بر روی فراهم بودن خدمات و نقش سازمان های بیمه گر در تامین این خدمات تاثیر گذار است. زمانی که پزشک در بیمارستان دولتی به صورت ۲۴ ساعته در

دسترس باشد، در نتیجه خدمتی هم که ارائه می‌دهد تحت پوشش بیمه است و از این طریق بر سازمان- های بیمه‌گر اثر گذار خواهد بود» (م ۸).

«البته هم زمان با برنامه‌ی ماندگاری که در برنامه اول طرح تحول شروع شد، منوت به این کردند که پزشکان جدیدی که به عنوان ضریب کار به شهرستان‌ها می‌روند حتماً مقیم بخش دولتی باشند و حق فعالیت در بخش خصوصی را ندارند. این کار باعث میشد تعداد پزشکان تمام وقت بیشتر شود و روی بار مالی پرداختی بیمه‌ها برای پزشکانی که تمام وقت هستند به صورت (۷:۲۰) صورت بگیرد» (م ۵).

ایجاد انگیزش در ارائه دهندگان خدمت و بیماران جهت انجام زایمان طبیعی در بیمارستان های دولتی در بسته ترویج زایمان طبیعی، نیز بر فراوانی انجام این زایمان و انتقال هزینه خدمت از سزارین به زایمان طبیعی در سازمان های بیمه تاثیر گذار بود.

«...قطعا انگیزش‌هایی که طرح تحول برای زایمان طبیعی با ایجاد کرده بود، مبنی بر این که در بخش دولتی به صورت رایگان انجام شود، بیمه شدگان بیشتری مراجعه خواهند کرد. در نتیجه هم تعداد مراجعه کنندگان و هم هزینه‌ای که برای بیمه‌ها و فرد بیمه شده داشت، تحت تاثیر قرار می‌داد» (م ۲).

همانطور که در قسمت های قبل هم بیان شد، بیشترین تاثیر بر بار مالی سازمان های بیمه گر را تدوین و اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات داشت که با زیاد شدن تعرفه ها و در نتیجه وجود سیستم پرداخت کارانه و به دنبال آن تشویق ارائه دهندگان به ارائه خدمت بیشتر در حالی که گایدلانی برای کنترل ارئه خدمت وجود نداشت، ارتقا فراوانی خدمت را بیش از پیش تحت تاثیر قرار داد، از طرفی دیگر چون پرداختی بیماران نیز کمتر شده بود، تقاضا جهت دریافت خدمت را نیز بیشتر کرد. بر اساس توضیحات ارائه شده، مشخص می‌شد که ایجاد این تغییرات به افزایش ارائه خدمت و در نتیجه افزایش بار مالی دور از انتظار سازمان های بیمه را در پی داشته است.

«در برنامه طرح تحول در مرحله دوم و سوم، در قسمت درمان بحث پرداخت عملکردی صورت گرفت که تقریباً درون وزارت بهداشت بود و بیشتر انگیزه ای ایجاد می‌کرد برای کارکنان از طریق شیوه‌ی جدیدی که در پرداخت کارانه آن‌ها ایجاد شده بود، و ارائه خدمت و نحوه‌ی برخورد با بیمه شده را تغییر می‌داد» (م ۲).

«بحث کتاب ارزش های نسبی را هم داریم که قطعاً از نظر بار مالی و همچنین از طریق انگیزش مالی که ایجاد می‌کرد تا پزشکان در بخش دولتی ارائه خدمت کنند، روی سیستم ارائه خدمت اثر داشت» (م ۵).

• تعاملات سازمان های بیمه گر با وزارت بهداشت و بیمارستان ها

با اجرای طرح تحول نظام سلامت، به علت تغییرات قابل توجه در نظام سلامت نیاز به برگزاری جلسات هماهنگی و افزایش تعاملات امری گریز ناپذیر بوده است، از دیدگاه تغییر نگاه فرایندی در برقراری تعاملات و استفاده بهینه از ظرفیتهای طرفین، تغییر قابل توجهی مشاهده نمی‌شود. با توجه به تفاوت وظایف تعریف شده برای بیمه ها در سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت متفاوت است. چرا که وظیفه رسیدگی اسناد به تفاوت‌های مربوط به طرح تحول سلامت به سازمان بیمه سلامت واگذار گردیده که

حجم فعالیت کارشناسان و تعداد کارشناسان آن سازمان را تحت تاثیر قرار داده است. به دلیل تغییر در سطح تعهدات هزینه ای و خدمتی و همچنین دیرکرد در بازپرداخت مطالبات بیمارستان ها، تا اندازه ای مناقشاتی بین سازمان های بیمه و بیمارستان ها ایجاد شد.

«باید کنترل می کردیم که به غیر مواردی که در بیمارستان ارائه می شود چیزی از بیرون خریداری نشود. و یا محاسبه می کردیم که فرد بیشتر از فرانشیز مصوب شده مبلغی پرداخت نکند. و این جزو تکالیف ما بود»

در سال اول تاثیر زیادی زیادی داشت اما در سال ۲ و ۳م تقریباً جا افتاد. و این مسئولیت از دوش ما برداشته شد و وزارت خانه دیگر از ما توقع نداشت که این کار را انجام دهیم» (م ۲).

«افزایش یا کاهش تعاملات سازمان های بیمه گر با بیمارستان ها و وزارت بهداشت می باشد بدیهی است که به علت تغییرات قابل توجه در نظام سلامت نیاز به برگزاری جلسات هماهنگی بوده است» (م ۶).

موضوع ۳: ساختار و مقررات

سه طبقه شناسایی شده در موضوع سه شامل: قوانین و ضوابط، ساختارها و حجم کاری سازمان های بیمه و ۲۰ زیر طبقه بود.

• قوانین و ضوابط

با اجرای طرح تحول سلامت، قوانین مرتبط با تنظیم صورتحساب ها و رسیدگی به اسناد تغییر کرد و قوانین محاسبه تعرفه خدمت و کارانه پزشکان (K اعمال جراحی و ...) با تغییرات اساسی مواجه شد. همچنین فرمت قرارداد های بین بیمارستان ها با بیمه های پایه و تکمیلی مورد تجدید نظر و بازبینی قرار گرفت و در اکثر موارد از فرمت قراردادهای یکسان استفاده شد.

«مهمترین تغییری که انجام شد، باز مهندسی قوانین و مقررات تعاملات بیمه ای بود. از جمله این تعاملات دستورالعمل رسیدگی به اسناد بود که با شروع طرح تحول و تغییراتی که در کتاب ارزش های نسبی صورت گرفت» (م ۳).

«باتغییر آن اصول پولی فروش هم تغییر کرد از جمله رسیدگی به اسناد. مثال بارزش این است که قبلاً می گفتند کمک جراح به اعمال جراحی تعلق می گیرد که کار و تعرفه آن ۱۵K باشد. با شروع طرح و ایجاد کتاب به اعمال ۳۰K تغییر پیدا کرد. قوانین و مقررات مربوط به، از جمله رسیدگی به اسناد و قراردادهای بازنگری شد» (م ۶).

یکی از مهمترین تغییرات در قوانین که بسیار بر خرید و عرضه دارو و تجهیزات پزشکی تاثیرگذار بود، یکسان شدن قیمت دارو و تجهیزات پزشکی توسط سازمان غذا و دارو و بیمه های پایه بود. به این ترتیب که لیست این قیمت ها به همراه مارک تجاری آنها به صورت مصوب در سایت Imed قرار داده شد. و با اجرای طرح تحول نظام سلامت قرار بر این شد که این اقلام در صورتحساب بیمار درج شوند و هزینه آنها توسط یارانه سلامت و سازمان های بیمه پایه پرداخت شوند.

«تجهیزات پزشکی که در قالب صورت حساب قرار گرفت و قرار بر این شد که بیمه ها پرداخت کنند، قوانین پرداخت تجهیزات و لوازم پزشکی و دارویی بازنگری شد و یا نحوه ای پرداخت مطالبات یا گردش

مالی که وزارت بهداشت باید پول را به بیمه یا بیمارستانها می پرداخت و سازمان های بیمه گر باید این را تایید می کردند، و بعد از تایید سازمان بیمه گر، وزارت بهداشت باید هزینه را به بیمارستان ها پرداخت می کرد. این تغییرات باعث شد که تفاهم نامه هایی بین وزارت بهداشت و سازمان بیمه گر به عنوان قوانین جدید به قوانین موجود اضافه شود. برخی قوانین قبلی نیز از نظر موضوعی بازنگری شد و تغییر کرد» (م ۱۰).

«افرادی که در زنجیره ی تامین خدمت قرار می گیرند، سازمان بیمه سلامت هزینه آن ها را پرداخت می کند» (م ۱).

اجرای شدن قانون تمام وقتی پزشکان در قالب بسته ماندگاری پزشکان نیز از دیگر تغییرات در قوانین و مقررات بود که از نظر بار ارائه خدمت بسیار بر سازمان های بیمه گر تاثیر گذر بود.

«برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم و یا برنامه حضور پزشکان متخصص و یا استادان دانشگاهی و یا... نیز با توجه به افزایش تعداد پزشکان مشمول ۲K بر سازمانهای بیمه گر تاثیر گذار بوده» (م ۴).

• ساختارها

مهمترین تغییرات ایجاد شده در ساختارها، تغییر در ساختار منابع تامین کننده مالی نظام سلامت می باشد به نحوی که عامل وزارت بهداشت با ایجاد نقش جدید خریدار خدمت وارد لیست خریداران خدمت شد و از طرفی با ایجاد برنامه تحول و بسته های متفاوتی که در بر داشت به صورت مستقیم و غیر مستقیم بر فلسفه و نقش سازمان های بیمه گر تاثیر گذاشت و در واقع نقش های اقتصادی آنها را به عنوان سازمان بیمه ای که باید خرید راهبردی انجام دهدف تحت تاثیر قرار داد.

«شاید فلسفه اصلی این بسته و هدف نهایی که دنبال می کند یک شرح وظیفه و سازوکار بیمه ای است. یعنی اصلا وظیفه بیمه است که پرداختی بیمار را کم کند و مدیریت کند. و با شروع طرح تحول این نقش را وزارت بهداشت به جای بیمه ها اجرا کرد» (م ۲).

تغییرات مهم ساختاری که هم در بیمه ها و هم در بیمارستان ها رخ داد، مدیریت اطلاعات به واسطه توسعه سیستم های اطلاعاتی بیمارستانی بود و باعث شد که ساختار نظارتی و کنترلی سازمان های بیمه گر از یک طرف و از طرف دیگر ساختار تنظیم اسناد بیمارستان ها بهبود پیدا کند.

«به طور غیر مستقیم چند اثر جدی داشته است. از جمله سامانه مدیریت شکل دهی شد و دستورالعملی شامل ضوابط تنظیم و ارسال اسناد و وصول مطالبات را هم داشته است. سیستم های نظارتی شان بهتر شده» (م ۶).

• حجم کاری سازمان های بیمه

سازمان بیمه سلامت به دلیل عهده دار شدن نقش رسیدگی به اسناد یارانه سلامت در سال اول اجرای برنامه تحول و همچنین فرآیند بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه در ضمن اجرای پوشش همگانی سلامت همزمان با طرح تحول نظام سلامت، بیشترین حجم و بار کاری را متحمل شد که به تبع نیاز به

جذب نیروهای جدید، آموزش کارشناسان جاری آنها و در نهایت اختصاص هزینه را برای این امر ایجاب می نمود.

«در برنامه اول چون رسیدگی به اسناد به عهده بیمه‌خ سلامت بود پس باید به اسناد تامین اجتماعی هم رسیدگی می کرد پس تعداد افراد بیشتری لازم داشت. هزینه این افزایش نیرو در کنار هزینه آموزش حدود ۱۰ میلیارد برآورد شد» (م ۳).

در سایر بیمه های پایه، افزایش حجم کاری به دنبال افزایش حجم ارائه خدمت و به دنبال آن افزایش میزان رسیدگی به اسناد و نظارت های متعاقب آن و همچنین تغییراتی که در نحوه رسیدگی به اسناد و دستورالعمل ها ایجاد شده بود، صورت گرفت.

«بعد از اینکه در کتاب ارزش نسبی تغییراتی در تنظیم اسناد رخ داد و نیروی زیادی هم از بیمه ها و هم از بیمارستان گرفت...» (م ۳).

«خصوص کارشناسان تامین اجتماعی تعداد نیروها افزایش نداشته لیکن به دلیل تغییراتی که در بندهای بالا توضیح داده شد حجم فعالیتها به طور قابل توجهی افزایش داشته است» (م ۵).

جدول ۲۱: تاثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی و ضوابط سازمان های بیمه سلامت

تم / موضوع	طبقات	زیرطبقات
ابعاد بیمه های پایه سلامت	پوشش جمعیت	۱. در نظر گرفته شدن پوشش جمعیت به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت
		۲. بیمه شدن افراد فاقد پوشش بیمه با مدیریت سازمان بیمه سلامت
		۳. تحت پوشش قرار گرفتن افراد بدون پرداخت هزینه و حق بیمه
		۴. امکان بیمه شدن افراد در بیمارستان ها در اوایل اجرای برنامه تحول
		۵. پوشش ۱۰ میلیونی مردم در قالب اجرای برنامه تحول
		۶. افزایش بار مالی سازمان بیمه سلامت در نتیجه افزایش تعداد بیمه شدگان
پوشش خدمات	پوشش خدمات	۷. در نظر گرفته شدن پوشش خدمت به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت
		۸. تحت تعهد قرار گرفتن خدمات فاقد پوشش در قالب کتاب ارزش نسبی
		۹. افزایش اعتبار دفترچه های بیمه سلامت به دنبال افزایش تعهدات خدمتی
		۱۰. خارج شدم برخی از خدمات، از بسته تعهدی بیمه تکمیلی سلامت، به دنبال اجرای برنامه تحول نظام سلامت
		۱۱. شفاف سازی و تفکیک کدهای ارزش نسبی و به دنبال آن افزایش حجم خدمات تحت پوشش بیمه های پایه

زیرطبقات	طبقات	تم / موضوع
<p>۱۲. در نظر گرفته شدن پوشش هزینه خدمات به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت</p> <p>۱۳. تحت پوشش قرار گرفتن هزینه دارو و لوازم پزشکی از سوی بیمه ها</p> <p>۱۴. کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری بیمارستان های دولتی</p> <p>۱۵. کم کردن تعهدات هزینه ای در برخی از خدمات تحت پوشش سازمان های بیمه گر پایه</p>	پوشش هزینه خدمت	
<p>۱۶. ایجاد تغییرات وسیع در نحوه تنظیم و تبادل اسناد بیمه ای</p> <p>۱۷. تدوین و ابلاغ دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های پایه</p> <p>۱۸. یکسان شدن کدهای ارزش نسبی سامانه های مدیریت اطلاعات</p> <p>۱۹. یکسان شدن صورت حساب مالی پرونده های مالی بیماران</p> <p>۲۰. افزایش میزان کسورات بیمارستانی به دلیل تطبیق بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر با کتاب ارزش مسی</p> <p>۲۱. پیچیده تر شدن نحوه تنظیم و رسیدگی به اسناد به دلیل اضافه شدم وزارت بهداشت، به عنوان یکی از پرداخت کننده های خدمات سلامت در بخش دولتی و روش محاسبات کتاب ارزش نسبی و جزء فنی و ...</p> <p>۲۲. ایجاد تاثیر مثبت اما پیچیده در فرآیند تنظیم رسیدگی به اسناد بیمه های پایه</p> <p>۲۳. طولانی تر شدن فرایند رسیدگی به دلیل افزایش حجم اسناد.</p>	فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد	
<p>۲۴. ایجاد تاخیر غیر عادی در پرداخت مطالبات بیمارستان ها</p> <p>۲۵. تاثیر افزایش بار مالی ۱۰۰٪ کتاب ارزش نسبی در دیرکرد پرداخت مطالبات</p> <p>۲۶. تاثیر افزایش پوشش جمعیت و ایجاد هزینه های ناشی از آن در دیرکرد پرداخت مطالبات</p> <p>۲۷. تاثیر طولانی تر شدن فرایند رسیدگی به اسناد در دیرکرد پرداخت مطالبات</p> <p>۲۸. تاثیر عدم تخصیص منابع به بیمه سلامت در دیرکرد پرداخت مطالبات</p> <p>۲۹. رو به رو شدن بیمارستان ها با مشکلات ارائه خدمت به دنبال تاخیر در دریافت مطالبات</p> <p>۳۰. عدم پیش بینی صحیح بار مالی ناشی از اجزای کتاب ارزش نسبی و سایر تغییرات برنامه تحول در بودجه سالیانه</p> <p>۳۱. بهره گیری سازمان تامین اجتماعی از روش عامل سوم برای پرداخت مطالبات</p> <p>۳۲. بهره گیری سازمان بیمه سلامت از خرید اوراق قرضه برای پرداخت مطالبات</p>	فرآیند پرداخت مطالبات	فرآیند های اجرایی سازمان

زیرطبقات	طبقات	تم / موضوع
<p>۳۳. بسته کاهش پرداختی بیماران بستری به عنوان تاثیرگذارترین بسته بر بیمه های پایه</p> <p>۳۴. ایجاد تداخل در عملکرد بیمه های پایه با تعریف نقش پرداخت کننده در وزارت بهداشت</p> <p>۳۵. تاثیر مستقیم برنامه کاهش فرانشیز بر پرداخت از جیب بیماران بستری</p> <p>۳۶. افزایش خرید خدمت و ویزیت از بخش دولتی توسط بیمه ها با ایجاد بسته ارتقا ویزیت</p> <p>۳۷. افزایش ارائه خدمت در بخش های دولتی و تاثیر بر بار مالی بیمه ها با ایجاد بسته ماندگاری</p> <p>۳۸. افزایش تعداد پزشکان تمام وقت و در نتیجه تاثیر بر بار مالی بیمه ها با ایجاد بسته ماندگاری</p> <p>۳۹. افزایش ارائه خدمت زایمان طبیعی رایگان برای بیماران دارای بیمه پایه با ایجاد بسته توزیع زایمان طبیعی</p> <p>۴۰. تاثیر برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بر حجم و نحوه ارائه خدمت و در نتیجه بالاتر رفتن میزان کارانه ها</p> <p>۴۱. افزایش بار مالی ۱۰۰٪ سازمان های بیمه پایه به دنبال ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات</p> <p>۴۲. تغییر الگوی ارائه خدمت در بخش دولتی با تغییر فرآیند های پرداخت مالی و انگیزش ها و در نتیجه بر بار مالی سازمان های بیمه گر</p> <p>۴۳. طولانی تر شدن فرآیند رسیدی به اسناد</p> <p>۴۴. طولانی تر شدن فرآیند پرداخت مطالبات</p> <p>۴۵. تغییر در سطح تعهدات خدمتی و هزینه ای بیمه های پایه سلامت</p> <p>۴۶. عدم در نظر گرفتن اصول اقتصادی مربوط به ساختارهای بیمه پایه کشور در اجرای برنامه تحول</p>	تاثیر بسته های طرح تحول	
<p>۴۷. ایجاد منقشات متعدد بین سازمان های بیمه گر و بیمارستان ها</p> <p>۴۸. ایجاد پیشخوان های بیمه در ابتدای طرح تحول برای بیمه نمودن افراد در بیمارستان ها و خارج شدن آن ها پس از یکسال</p> <p>۴۹. تصمیم بر رسیدگی به اسناد یارانه سلامت توسط سازمان بیمه سلامت و معوق ماندن آن</p> <p>۵۰. ایجاد مشکل برای بیمارستان ها در نتیجه دیرکرد در پرداخت مطالبات از سوی بیمه</p> <p>۵۱. بهبود روش تنظیم اسناد بر مبنای اصلاح تصمیم های اطلاعاتی بیمارستان ها</p> <p>۵۲. ممنوع شدن خرید دارو و تجهیزات توسط بیمار از خارج از بیمارستان و الزام نظارت سازمان بیمه سلامت بر آن</p> <p>۵۳. افزایش تعاملات بین سطح ستاد و وزارت بهداشت و ستاد بیمه های</p>	تعاملات سازمان های بیمه گر با وزارت بهداشت و بیمارستان ها	

تم / موضوع	طبقات	زیرطبقات
		<p>پایه به دلیل تغییرات ساختاری ایجاد شده</p> <p>۵۴. افزایش تعاملات بین بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر پایه در استان ها به دلیل تغییرات ساختاری ایجاد شده</p>
ساختار و مقررات	قوانین و ضوابط	<p>۵۵. بازمهندسی قوانین و مقررات تعاملات بیمه ای</p> <p>۵۶. یکسان شدن صورتحساب های مالی در بیمارستان ها و سازمان های بیمه گر</p> <p>۵۷. قرار گرفتن تجهیزات و لوازم پزشکی در صورتحساب بیمه ها</p> <p>۵۸. تغییر قوانین مرتبط با تنظیم و رسیدگی به اسناد بیمه های پایه سلامت</p> <p>۵۹. تغییر قوانین مرتبط با قرارداد های بین بیمارستان ها و سازمان های</p> <p>۶۰. تغییر قوانین مرتبط با نحوه محاسبه و پرداخت K پزشکان</p> <p>۶۱. اجرایی شدن قانون تمام وقتی در برنامه ماندگاری پزشکان</p> <p>۶۲. ایجاد قانون زنجیره تامین خدمت که سازمان های بیمه گر در اجرای برنامه تحول موظف به پرداخت آن شدند</p> <p>۶۳. یکسان شدن قیمت های دارو و تجهیزات در سازمان غذا و دارو و بیمه ها</p> <p>۶۴. در نظر گرفته شدن حداقل قیمت ها برای دارو و تجهیزات پزشکی</p>
		<p>۶۵. ایجاد نقش جدید وزارت بهداشت مبنی بر خریدار خدمت</p> <p>۶۶. ایجاد تغییر در ساختار تعاملات بین وزارت بهداشت و بیمه ها</p> <p>۶۷. ایجاد ساختار جدید عامل سوم در پرداخت مطالبات سازمان تامین اجتماعی</p> <p>۶۸. کم رنگ شدن برخی از نقش های سازمان های بیمه گر در انجام خرید راهبردی</p> <p>۶۹. بهبود ساختار نظارتی سازمان های بیمه گر پایه</p> <p>۷۰. ساختارمند شدن سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی و بیمه ای</p>
		<p>۷۱. افزایش حجم و بار کاری سازمان های بیمه پایه</p> <p>۷۲. تاثیر بیشتر بر حجم کاری سازمان بیمه سلامت به دلیل اجرای برنامه های بیمه نمودن افراد</p> <p>۷۳. برگزاری دوره های تخصصی آموزشی برای کارکنان به دلیل تغییر در فرآیندهای رسیدگی و نظارت</p> <p>۷۴. ایجاد حجم کاری و هزینه بالا برای رسیدگی به اسناد یارانه سلامت در سازمان بیمه سلامت</p> <p>۷۵. افزایش حجم کاری به دلیل افزایش حجم ارائه خدمت</p>

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر نظام بیمه ای کشور، در جهت شفاف سازی و اجرایی نمودن سیاست های بالادستی در این خصوص در بهمن و اسفند ماه سال ۱۳۹۳ طراحی شد. فرآیند تدوین و تصویب پیشنهاد پژوهش (پروپوزال) تا اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ به طول انجامید. جمع آوری داده های میدانی از خرداد ۹۴ آغاز شد. این فرآیند پس از انجام مطالعات اولیه و استخراج سوالات مصاحبه، با شناسایی افراد خبره در زمینه تامین مالی نظام سلامت، بیمه و طرح تحول نظام سلامت، جهت انجام مصاحبه ها و گردآوری داده های مرتبط با اهداف مطالعه صورت گرفت. همزمان مرور جامع مطالعات انجام شد و تا شهریور ۹۴ به طول انجامید. در این مدت مصاحبه ها صورت گرفتند و اسناد سیاستی با یک روش سیستماتیک مورد تحلیل و بررسی قرار گرفت. پس از اجرای مصاحبه ها پیاده سازی و تحلیل کیفی آنها صورت گرفت، که این فرآیند به مدت ۶ ماه تا خرداد ماه سال ۱۳۹۵ طول کشید. در این مدت مطالعات جمع بندی شد و گزارش مرحله اول پروژه تدوین و به موسسه ملی تحقیقات سلامت تقدیم شد. پس از آن جمع آوری و خالص نمودن داده های کمی پروژه که عمدتاً از سازمان های بیمه گر پایه و وزارت بهداشت بود، صورت گرفت. پس از پاک سازی داده هاف تحلیل کمی مطالعه آغاز شد و با بهره گیری از آن و نهایی نمودن تحلیل کیفی مطالعه، گزارش مرحله دوم و نهایی پروژه تدوین شد.

اکنون در این فصل، نتایج پژوهش مورد بحث قرار می گیرد و همچنین با نتایج سایر مطالعات مقایسه و تحلیل می شوند و در نهایت نتیجه گیری نهایی پژوهش ارائه می گردد. همچنین محدودیت های مطالعه و پیشنهاد برای پژوهش های آینده در انتهای این فصل ارائه شده است.

بحث و تفسیر یافته های پژوهش

در این بخش به تفکیک هر فاز مطالعه، خلاصه ای از نتایج کلی به دست آمده و همچنین بحث این یافته ها ارائه گردیده است و در ادامه به بحث و مقایسه نتایج با یافته های سایر مطالعات و شواهد موجود پرداخته شده است.

در حال حاضر تامین مالی نظام سلامت در کشور ما، توسط سازمان ها و منابع مختلفی صورت می گیرد. مهمترین آنها عبارتند از سازمان های بیمه گر پایه: سازمان بیمه سلامت، سازمان تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی و نیروهای مسلح، بیمه های تکمیلی سلامت و وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. علاوه بر سازمان های نام برده، ادارت و سازمان های متعددی با بیمه نمودن کارمندان خود، در تامین مالی نظام سلامت نقش ایفا می کنند. این موضوع به معنی وجود منابع مالی متعدد می باشد که به نظر می رسد می تواند بر عدالت در سلامت و عدالت در دسترسی افراد مختلف، با بیمه های متفاوت و در نتیجه دریافت مزایای متفاوت و پرداخت میزان حق بیمه و فرانشیز متفاوت تاثیرگذار باشد. بر اساس یافته های مطالعه، سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی در ارائه خدمت، تامین مالی، انباشت منابع، نحوه توزیع یارانه های دولتی، بسته خدمت، جمعیت تحت پوشش، روش و فرآیند پرداخت، خرید خدمت، سیستم های اطلاعاتی، نیروی انسانی، عقد قرارداد و نظارت بر ارائه کنندگان و ساختار باهم متفاوت

عمل می نمایند. بر خلاف قوانین بالادستی که بر افزایش عدالت در سلامت تاکید نموده و به تجمیع بیمه های پایه و ارتقا کمی و کیفی بیمه های تکمیلی سلامت اشاره می نمایند (۱۳، ۱۵)، تا کنون اقدامی جدی در این خصوص صورت نگرفته است و به تدوین دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های پایه سلامت بسنده شده است. در این خصوص احتمالاً تدوین سیاست ها و دستورالعمل های اجرایی در خصوص جاری نمودن قوانین بالادستی، می تواند بر کارایی منابع مالی صرف شده در نظام سلامت و افزایش عدالت و رضایت مندی مردم منجر شود.

بررسی داده های مرتبط با حساب های ملی سلامت نشان می دهند که میزان پرداخت از جیب در کنار سایر منابع مالی بسیار زیاد بوده است (۵۴ درصد)، این در حالی است که میانگین جهانی در این شاخص ۱۹ درصد بوده است و میانگین کشورهای منطقه ۳۴ درصد، گویا این موضوع مهمترین انگیزه تدوین و اجرای طرح تحول نظام سلامت از سوی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی بوده است. بررسی میزان سرانه سلامت در کشور و همچنین سهم سلامت از تولید ناخالص ملی نیز، نشان دهنده اهمیت پرداختن به موضوع ساماندهی به هزینه های نظام سلامت و سرمایه گذاری بیشتر از سوی دولت می باشد. البته راجع به این موضوع که این سرمایه گذاری به چه شکل و توسط چه سازمانی انجام شود، در این قسمت بحث نمی شود.

به نظر می رسد که افزایش سهم بیمه از منابع تامین مالی نظام سلامت از ۱۹ درصد به ۲۵ درصد به دلیل افزایش تعرفه های خدمات سلامت، افزایش جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت (اضافه شدن ده میلیون بیمه شده) و افزایش پوشش خدمات سلامت، بعد از اجزای طرح تحول نظام سلامت باشد. با توجه به دلایل بیان شده در خصوص افزایش درصد سهم بیمه، می توان این افزایش را در جهت ارتقا کارایی و اعتبار سازمان های بیمه گر پایه در کشور تفسیر نمود.

تامین مالی در نظام سلامت کشور آمریکا نیز توسط هم منابع دولتی و هم منابع خصوصی انجام می شود، این در حالی است که بیشترین سهم مربوط به بخش خصوصی می باشد و بخش دولتی در سطح فدرال و ایالت ها بیمه هایی برای حمایت از مستضعفان و ازکارافتادگان (مدیکیر و مدیکید) دارد. در بخش خصوصی نیز سازمان های متفاوتی که به روش های مختلف به بیمه نمودن و ارائه خدمات به مردم مشغول هستند، وجود دارد (۲۷).

کشور ترکیه در سال ۲۰۰۳، تلاش هایی را در راستای اصلاحات جامع سلامت انجام داد در حال حاضر، تامین مالی نظام سلامت با ادغام کردن سازمان های بیمه متفاوت و ایجاد طرح های بیمه سلامتی (شامل برنامه گرین کارت) در طرح بیمه همگانی سلامت (UHI) می باشد که توسط مؤسسه امنیت اجتماعی (SSI) مدیریت می گردد. در نتیجه، بهبود های قابل ملاحظه ای در عملکرد سیستم بهداشتی و نتایج بدست آمده در یک دوره نسبتاً کوتاه زمانی ظاهر شد. پوشش بیمه سلامت رسمی در ترکیه به صورت قابل ملاحظه ای افزایش یافت و بیش از ۹۵ درصد از جمعیت را در بر گرفت (۷۱).

^۱ Universal Health Insurance

^۲ Social Security Institution

بیمه اجتماعی سلامت در کشور کره به صورت اجباری به همه ی گروه های جمعیتی، از جمله کشاورزان و مشاغل آزاد در شهرها و روستاها را تحت پوشش قرار می دهد. از این منظر نظام های بیمه اجتماعی سلامت در جمهوری کره نمونه ی بارزی از موازنه بین حمایت های اجتماعی برای همه و گسترش مزایای مراقبت های سلامتی است و به منظور پایین نگه داشتن هزینه های بازار کار، میزان مشارکت برای کارگران حقوق بگیر در حدود ۳,۵ درصد حقوق تنظیم شده است که در سال ۲۰۰۳ به ۳,۹ درصد افزایش یافت. (۷۷).

بررسی یافته های مرتبط با ارکان بیمه های سلامت اعم از: امکان طراحی و بکارگیری بیمه، انتخاب مکانیسم های مالی، پوشش جمعیت، بسته خدمات، بکارگیری انتخاب و تقابل تأمین کنندگان مراقبت های بهداشتی برای بیمه سلامت و ساختار سازمانی نشان می دهند که در رکن تأمین مالی، بیشتر منابع سازمان بیمه سلامت به صورت سرانه و از محل بودجه دولتی، سازمان تأمین اجتماعی حق بیمه تعریف شده است که در کنار سایر کارکردهای تأمین اجتماعی (بازنشستگی، مستمری و ...)، نیروهای مسلح از طریق حق بیمه دریافتی از سوی کارفرما و کارمند و کمیته امداد امام خمینی از محل بودجه دولتی می باشد. این موضوع نشان دهنده تفاوت های عنوان شده در روش تأمین مالی سازمان های بیمه گر می باشد.

در مورد ارائه خدمت نیز تفاوت هایی در آنها مشاهده می شود، سازمان تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح به صورت مستقیم و غیر مستقیم به بیمه شدگان خدمات ارائه می نماید در حالی سازمان بیمه سلامت و کمیته امداد امام خمینی (ره) به صورت غیر مستقیم و با عقد قرارداد با مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت به بیمه شدگان تحت پوشش خود خدمت ارائه می نمایند.

به نظر می رسد که در حال حاضر منابع عمومی نظام سلامت به طور پراکنده و با رویکردهای مختلف از قبیل تأمین سهم دولت از حق بیمه پایه اقشار مختلف (اعم از کارکنان کشوری و لشکری، روستاییان، اقشار محروم، نیازمند و ...)، تأمین هزینه های ارائه دهندگان خدمت در بخش دولتی شامل حقوق و دستمزد، خدمات و ...، کمک به هزینه های بیماران صعب العلاج، روانی و سوختگی و همچنین پرداخت حق بیمه تکمیلی گروه های خاص مانند بازنشستگان و افراد تحت پوشش بنیاد شهید و امور ایثارگران صورت می پذیرد.

از آنجا که این منابع به صورت پراکنده و طی برنامه های متفاوت به دستگا ههای اجرایی تخصیص می یابد میزان بهره مندی عموم جامعه از آن یکسان نمی باشد. از سوی دیگر منابع نظام سلامت در قالب سه جزء دولت، بیم هها و مردم (پرداخت از جیب) تأمین می گردد و در بخش بیمه ها مدل یکسانی در کشور جاری نیست .

تأمین حق بیمه روستاییان و اقشار محروم و مستضعف براساس بند ب ماده ۳۸ قانون پنجم توسعه معادل ۶٪ حداقل حقوق و دستمزد به ازای هر خانوار تعریف شده است. که تقریباً سران های معادل ۱۰۰۰۰۰ ریال در ماه می باشد. همچنین میزان مشارکت دولت (نه دستگاه اجرایی) برای کارکنان شاغل و بازنشسته تقریباً معادل ۷۱۵۰۰ ریال در ماه است (۲۵).

در کشور تایلند، وزارت بهداشت متولی نظارت بر سیاست های ملی بهداشت و نیز اجرای آنها در بسیاری از مراکز سلامت کشور را بر عهده دارد. دفتر امنیت ملی بهداشت (NHSO) منابع مالی را از طریق برنامه پوشش همگانی اختصاص داده است. سایر سازمان های دولتی مرتبط با سلامت عبارتند از: موسسه پزشکی اورژانس تایلند (EMIT) سیستم موسسه تحقیقات سلامت (HSRI)، بنیاد توسعه سلامت تایلند ("Thai Health")، دفتر کمیسیون بهداشت ملی (NHCO) و سازمان دارویی دولت. اگر چه سیاستهای ملی برای تمرکز زدایی وجود داشته است، مقاومت در اجرای چنین تغییرات شده است و وزارت بهداشت هنوز هم به طور مستقیم کنترل بسیاری از جنبه های مراقبت های سلامت را بر عهده دارد (۸۲).

بررسی فلسفه و اهداف طرح تحول نظام سلامت در کشور بیانگر این موضوع است که سیاستگذاران بخش سلامت با هدف افزایش پاسخگویی نظام سلامت، کاهش پرداخت از جیب مردم و ارتقا کیفیت ارائه خدمت در مراکز دولتی که همه مردم توانایی مراجعه به آنها را دارند، می باشد. در این بین سیاست گذاران سلامت در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، با استناد به اسناد و قوانین بالادستی، از جمله قوانین توسعه و سیاست های کلی سلامت ابلاغ شده از دفتر مقام معظم رهبری، مجموعه برنامه های این طرح را تدوین و پس از تصویب در مجلس جهت اجرایی شدن به دانشگاه های علوم پزشکی، سازمان های بیمه گر و سایر ارگان های مرتبط ابلاغ نمودند. به نظر می رسد که تدوین و ابلاغ این طرح با اهداف عالی ای که دارد، با مشارکت و دخیل نمودن همه ذینفعان اجرایی و تامین مالی طرح تدوین نشده است، چراکه، در کنار ابلاغ و اجرای برنامه، پیش بینی هزینه هایی که در آینده ایجاد خواهد شد و همچنین برنامه های ارتقا کارایی و صرفه جویی در منابع تزریق شده به بخش سلامت، دیده نشده است. هرچند که وزارت بهداشت برای اجرای هر یک از برنامه های طرح تحول نظام سلامت دستورالعمل هایی کاملاً اجرایی تدوین و ابلاغ نمود و همچنین برنامه های نظارتی دوره ای در بیمارستان ها صورت گرفت و همچنین در خلال اجرای برنامه، جلسات همسویی با مشارکت بیمارستان هاف دانشگاه ها و سازمان های بیمه گر در راستای اجرای هر چه بهتر طرح، برگزار می شد، اما همانطور که عنوان شد جای خالی برنامه های کنترل تامین مالی مخصوصاً در شیوه های پرداخت به ارائه کنندگان و نحوه دریافت خدمت از سوی گیرندگان خدمت، به شدت احساس می شود. در مورد این موضوع پیشنهاد می شود که وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با مشارکت سایر ذینفعان به تدوین گایدلاین های بالینی و استاندارد ارائه خدمت و به دنبال آن، اجرایی نمودن آنها در بیمارستان ها بپردازد. همچنین اصلاح شیوه های پرداخت به ارائه کنندگان به صورتی که حداقل انگیزه تقاضای القایی وجود داشته باشد، پیشنهاد می شود.

مهمترین برنامه های طرح تحول نظام سلامت، از جمله: برنامه کاهش میزان پرداختی بیماران بستری در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، برنامه ارتقای کیفیت هتلینگ (اقامت و خدمات) در بیمارستان های تحت پوشش وزارت بهداشت، برنامه حمایت از ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، برنامه ترویج زایمان طبیعی، برنامه حضور پزشکان متخصص مقیم در بیمارستانهای دانشگاهی، برنامه

ارتقای کیفیت خدمات ویزیت پزشکان در کلینیک‌های ویژه و برنامه اصلاح تعرفه خدمات سلامت، مربوط به سطح ۲ و ۳ خدمات سلامت یعنی بیمارستان‌ها بود که بیش از ۹۰ درصد منابع رو به خود اختصاص داد، البته طرح تحول بهداشت نیز به عنوان یکی از مراحل اجرای طرح تحول نظام سلامت در جهت خدمات پیشگیری و ارتقای سلامت بر خدمات سلامت در حوزه بهداشت، مناطق محروم، روستایی و عشایری، حاشیه شهرها، استمرار پایلوت برنامه پزشک خانواده در دو استان فارس و مازندران، تکمیل شبکه بهداشتی درمانی شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر جمعیت بر اساس طرح گسترش در سال ۹۳ و توسعه تدریجی برنامه پزشک خانواده به این شهرها از طریق پزشکان خانواده داوطلبی که بیش از ۵ سال در مناطق روستائی خدمت نموده اند (پس از جایگزینی آنان با پزشکان جدید) در سال ۹۴، برنامه ملی خودمراقبتی، برنامه تقویت و نهادینه سازی همکاری های بین بخشی حوزه بهداشت در سطح ملی، کارگروه های تخصصی سلامت و امنیت غذایی استان‌ها و متناظر آن در شهرستان‌ها، اجرا شد.

اصلاحات انجام شده در نظام سلامت کشور آمریکا که تحت عنوان اوپاما کیر شناخته می شود، بر بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه تاکید می نماید و بیان می کند که، فردی که تحت پوشش بیمه سلامت نیست، لازم است تحت پوشش طرح درمانی یک کارفرما، مدیکید، مدیکیر یا دیگر برنامه های بیمه سلامت عمومی قرار داشته باشد تا سیاست های بیمه خصوصی تأیید شده تحقق یابند، مگر این که افراد عضو یک فرقه مذهبی یا قومی باشند که توسط سرویس درآمد داخلی از این قانون مستثنی شده باشند. این قانون طبق ضرورت شامل کمک هزینه برای کمک به افراد کم درآمد نیز می باشد (۳۳). این برنامه مشابه یکی از برنامه های طرح تحول نظام سلامت با عنوان " بیمه نمودن افراد فاقد بیمه " می باشد که با تولید سازمان بیمه سلامت صورت گرفت. تفاوت این دو برنامه در این است که در کشور امریکا شریط و ضوابطی برای افرادی که واجدالشرايط برای دریافت کمک دولت جهت بیمه شدن هستند، قرار دادند؛ در حالی که در کشور ما قانون و شرايطی برای این موضوع قرار داده نشد. به نظر می رسد یکی از دلایلی که باعث شد بسیاری از افراد که توانایی پرداخت هم داشتند، از بیمه سلامت معمولی خود انصراف دهند و وارد طرح بیمه همگانی شوند، همین موضوع بود.

از دیگر اصلاحات انجام شده در نظام سلامت امریکا طی اجرای اوپاما کیر، اصلاح سیستم بازپرداخت با هدف ارتقا کارایی نظام سلامت بود، که روش پرداخت به ازاء ارائه خدمت به طور کلی ملغی گشت (۳۸). بررسی اصلاحات در نظام سلامت ترکیه (۷۴) و نظام سلامت تایلند (۸۲) که در جهت پوشش همگانی صورت گرفت، نشان می دهد که اصلاحات صورت گرفته در کشور ما، به نسبت وسیعتر بوده است و شامل برنامه های گسترده تری می باشد، چراکه برنامه ایجاد پوشش همگانی تنها بخشی از برنامه های طرح تحول نظام سلامت بود.

یافته های مرتبط با روند تغییرات مرتبط با سهم تامین کنندگان مالی نظام سلامت نشان می دهند که طی سالهای ۸۳ تا ۹۳، سهم بیمه ها، دولت، خانوارها و بخش خصوصی با تغییراتی روبه رو بوده است. مهمترین تغییر مربوط به سهم خانوار می باشد که تا قبل از سال ۱۳۹۳ و اجرای طرح تحول نظام سلامت، به طور میانگین ۵۰ درصد بود و با اجرای این طرح به ۴۰ درصد در بخش دولتی و خصوصی و

کمتر از ۱۰ درصد در بخش دولتی رسد. اجرای طرح تحول نظام سلامت که با هدف بخش دولتی آغاز شد، بیش از هرچیزی بر پرداخت از جیب بیمار در همان بخش تاثیر گذار بود، به همین دلیل میانگین پرداخت از جیب در بخش دولتی و خصوصی بیش از ۱۰ درصد کاهش نیافته است. البته اجرای برنامه های ارتقا کیفیت هتلینگ بیمارستان ها، مقیمی پزشکان در مناطق محروم و ماندگاری پزشکان، با هدف رقابت ارتقا کیفیت بخش دولتی با بخش خصوصی و افزایش انگیزه مردم به مراجعه به بخش دولتی انجام شد، که به نظر می رسد با تغییر قابل ملاحظه ای که در سهم تامین مالی کنندگان رخ داده است تا حدود زیادی این مهم برآورده شده است.

همانطور که قبلا عنوان شد، یکی از مهمترین برنامه های طرح تحول نظام سلامت که بر تعداد بیمه شدگان تاثیر گذار بود، اجرای پوشش همگانی سلامت در بعد جمعیت بود. به این ترتیب که مردم با مراجعه به دفاتر پیشخوان دولت و بیمارستان های دولتی می توانستند تحت پوشش بیمه سلامت قرار بگیرند و از خدمات آن بهره مند شوند. متولی اجرای این برنامه، سازمان بیمه سلامت بود، به همین دلیل، یافته ها تغییر محسوس جمعیت تحت پوشش در سازمان بیمه سلامت در سال ۱۳۹۳ و ایجاد جهش در این مقطع زمانی را نشان می دهند که این تعداد نسبت به سال ۹۲ حدود شش میلیون نفر افزایش یافته است.

با اجرای برنامه پوشش همگانی، پوشش بیمه ای کشور به بیش از ۹۰ درصد رسید و افراد فاقد پوشش بیمه سلامت توانستند که با کمک دولت و با سرانه تعریف شده مشخص، با دفترچه بیمه سلامت از خدمات سلامت بهره مند شوند. اما به نظر می رسد، مساله ای که قابل بررسی می باشد، پرداختن به این موضوع است که چه تعداد از این افراد مستحق استفاده از این تسهیلات بودند و شاید بهتر بود که با تعیین ضوابط و مدارکی فرآیند بیمه نمودن انجام می شد، چرا که هدف اجرای برنامه، علاوه بر ارتقا دسترسی افراد، ارتقا عدالت در سلامت بود و از مناظر مهم عدالت در سلامت، پرداخت بر اساس توان می باشد، پس افرادی که دارای توانایی پرداخت خدمات سلامت می باشند، می بایست با تعیین شرایطی شناسایی و از این برنامه خارج می شدند. بررسی تجربه کشورهای مورد بررسی نیز که عمده اصلاحات آنها در ایجاد پوشش همگانی می باشد، نشان دهنده و موید این مطلب می باشد (۵۷،۷۴).

بررسی روند تغییرات بار مراجعه بیمه شدگان سازمان های بیمه گر پایه نشان می دهد که تغییر محسوسی که ناشی از برگزاری طرح تحول نظام سلامت باشد، دیده نمی شود، با توجه به این موضوع، احتمالاً تغییر عمده در بار مالی سازمان های بیمه گر و تاخیر در بازپرداخت های ایشان به بیمارستان ها، ناشی از مصرف بالای خدمات یک مراجعه کننده به بیمارستان (ایجاد تقاضای القایی) و قیمت بالای خدمات در اثر رشد تعرفه های خدمات سلامت می باشد؛ چراکه بررسی رشد تعرفه ها نشان می دهد که به طور میانگین این خدمات با اجرای مرحله سوم طرح تحول نظام سلامت و ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، بیش از ۵۰ درصد رشد داشته اند.

بر اساس یافته های بار مالی سازمان های بیمه گر، به نظر می رسد از آنجایی که تمرکز طرح تحول نظام سلامت بر بیماران بستری بوده است، بار مالی ناشی از هزینه های بستری بیشترین تاثیر را بر

افزایش بار مالی سه سازمان بیمه گر مورد بررسی داشته است و کمترین تاثیر مربوط هزینه خدمات سرپایی بیمارستانی بوده است.

رشد ناهمگن تعرفه ها، از جمله برنامه های مناقشه انگیز طرح تحول نظام سلامت بود که بیشتر نقدهای مربوط به این طرح را به خود اختصاص داد. همانطور که در یافته ها بیان شد، رشد این تعرفه ها در گروه های مختلف پزشکی بسیار متفاوت بود. بر اساس مصاحبه های کیفی صورت گرفته در این مطالعه، اختصاص این رشد ها در وزارت بهداشت و وزارت رفاه، بر اساس مصاحبه های کیفی صورت گرفته در این مطالعه، سیاست گذاری تعرفه لحاظ شده بود، ضمن اینکه بعد فنی خدمات نیز بر اساس روشی سیستماتیک مبنای تعیین تعرفه ها قرار گرفت. شاید اگر این دو وزارت منطق وجود این اختلاف در تعرفه ها را علنا بیان می نمودند تا نقدها شفاف تر شود، علاوه بر اینکه از میزان این نقدها کاسته می شد، به کیفیت و واقعی تر شدن تعرفه ها کمک می کرد. بیان این نکته قابل ذکر می باشد که رشد بالای تعرفه ها به میزان زیادی از پدیده پرداخت های خاکستری (زیر میزی) به ویژه در شهرستان های کشور کاست، مسلماً کاهش ۱۰۰ درصدی این پدیده به نظارت قوی تر و پیگیری بیشتر وزارت بهداشت و سازمان نظام پزشکی را می طلبد.

بررسی یافته های مرتبط با تاثیر طرح تحول بر عملکرد بیمارستان های دولتی نیز موید داده های بررسی شده از سازمان های بیمه گر ایه می باشد، ضمن اینکه به طور واضح درصد پرداخت از جیب مردم بین سالهای ۸۹ تا ۹۴ کاهش پیدا کرده است. این کاهش مربوط به سال ۹۳ می باشد که به نظر می رسد بیشتر به دلیل اجرای برنامه "کاهش پرداخت از جیب مردم" و " بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه" می باشد.

تعداد بیماران بستری تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی در سال ۹۳ و ۹۴ کاهش داشته است، اما مبلغ بستری و سهم سازمان از خدمات بستری با روند رشد افزایشی مواجه بوده است و در هر دو آیتام این میزان در سالهای ۹۳ و ۹۴ بیشترین میزان را داشته است. مبلغ خدمات بستری در سال ۹۴ نسبت به سال ۹۳، ۸۵ درصد رشد داشته است و در میانگین آیتام سهم سازمان از خدمات بستری سال ۹۳ و ۹۴ نسبت به ۹۲، ۴۰ درصد افزایش رشد وجود داشته است.

بررسی یافته های مرتبط با بیمه شدگان تکمیلی و بانک ها که به بیمارستان های دولتی مراجعه نموده اند، نشان می دهد که تعداد بیماران بستری طی سالهای مورد بررسی روندی صعودی داشته است. این افزایش رشد در سال ۱۳۹۴، نسبت به سال ۹۳ بیشترین میزان بوده است (۸۶ درصد رشد). این در حالی است که سهم بیمه های تکمیلی در تامین مالی (به ویژه در بخش دولتی) در سال ۹۳ و ۹۴ کمتر شده است. به نظر می رسد که با اجرای طرح تحول نظام سلامت و ایجاد منبع مالی جدید در بیمارستان های دولتی با عنوان " یارانه سلامت"، مراجعه کنندگانی که دارای بیمه تکمیلی هستند، ترجیح می دهند که به جای استفاده از بیمه تکمیلی خود، از یارانه سلامت استفاده نمایند. یکی از قوانین استفاده از یارانه سلامت در بیمارستان های دولتی، نداشتن بیمه مکمل بود، به این معنی که افراد دارای پوشش بیمه تکمیلی، به جز در موارد خاصی که خدمتی تحت پوشش بیمه تکمیلی نبود، حق استفاده از یارانه سلامت

را نداشتند. شناسایی افراد دارای بیمه تکمیلی نیز بر عهده بیمارستان ها واگذار شد، اما متأسفانه به دلیل عدم وجود سازوکارهای سیستماتیک شناسایی افراد دارای پوشش بیمه تکمیلی و علاوه بر آن به دلیل انگیزه پایین افراد برای معرفی بیمه مکمل خود (به دلیل عدم قرارداد اکثر بیمارستان ها با بیمه های تکمیلی و در نتیجه طولانی شده زمان دریافت مبلغ صرف شده از شرکت بیمه ای و همچنین به دلیل پوشش کمتر بیمه تکمیلی از یارانه سلامت در بسیاری از موارد)، این دستورالعمل به خوبی اجرا نشد و بسیاری از منابع یارانه سلامت صرف بیمارانی شد که دارای بیمه تکمیلی هستند. به همین دلیل میزان خسارت بیمه های تکمیلی در سال ۹۳ کمترین رشد خود را طی سالهای قبل از آن داشته است. به نظر می رسد که با تداوم اجرای طرح تحول نظام سلامت و عدم اصلاح شیوه برخورداری بیمه شدگان تکمیلی از یارانه سلامت، در بلند مدت، ۱۰۰ درصد منابع مالی بیمه های تکمیلی سلامت در بخش خصوصی مصرف شودف در حالی که باید ظرفیت استفاده از این منبع در بخش دولتی فراهم گردد.

یافته های بخش کیفی مطالعه در مورد ابعاد پوشش همگانی، نشان دهنده افزایش پوشش همگانی در سه بعد آن می باشد. در قسمت افزایش جمعیت تحت پوشش این یافته ها موید بخش کمی مطالعه و افزایش جمعیت می باشد. افزایش پوشش خدمات سلامت نیز با ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات و افزایش پوشش هزینه ای نیز با اجرای برنامه کاهش میزان پرداختی از جیب صورت گرفت.

در مورد فرآیند های اجرایی سازمان، فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد و همچنین فرآیند بازپرداخت مطالبات تحت تاثیر اجرای طرح تحول سلامت قرار گرفت. فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد بیمه های پایه سلامت تحت تاثیر چندین برنامه قرار گرفت و به همین دلیل ضمن اجرای طرح تحول تغییراتی در آن صورت گرفت. اولین موضوع ناشی از اجرای برنامه کاهش پرداختی بیماران بود که با تغییر در خریداران خدمت و اضافه شدن وزارت بهداشت به سازمان های بیمه گر بود، در نتیجه صورتحساب بیمار و بیمه تغییر کرد و صورت حسابی یک شکل تدوین و ابلاغ شد و در نتیجه نحوه محاسبه، تنظیم و رسیدگی به اسناد را تغییر داد. دومین تغییر مهم در فرآیند رسیدگی به اسناد ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات بود که در مرحله دوم طرح تحول نظام سلامت رخ داد. کتاب ارزش نسبی با ایجاد تغییراتی در نحوه محاسبه k پزشکان و جز فنی و حرفه ای خدمات پزشکان همراه بود، که به نوعی خود تغییر دهنده نحوه رسیدگی به اسناد بود. سومین تغییر و مهمترین آن، که به نظر کارشناسان سازمان های بیمه گر نمی توان آن را منتصب به برنامه های تحول دانست، تدوین دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه های پایه سلامت بود که در شهریور ماه ۱۳۹۴ و با هدف همگن سازی روند تنظیم و رسیدگی به اسناد و در نتیجه کوتاه تر نمودن این فرآیند صورت گرفت. پس از ابلاغ این دستورالعمل، تمامی محاسبات و تنظیمات پرونده بر مبنای آن قرار گرفت و تغییر فرآیند بر زمان تنظیم و ارسال اسناد از طرف بیمارستان و همچنین زمان رسیدگی به اسناد از طرف بیمه های پایه سلامت را با تاخیر مواجه ساخت. اما این موضوع نمی تواند نشان دهنده تاثیر منفی ابلاغ دستورالعمل باشد، چراکه در ابتدای اجرای هر تغییری، چنین تاخیراتی قابل پیش بینی می باشد.

در فرآیند پرداخت مطالبات، تغییراتی که با اجرای برنامه تحول نام سلامت رخ داد، این فرآیند نیز تحت تاثیر قرار گرفت و به طور کلی در نتیجه بالا رفتن بار مالی سازمان های بیمه گر، باعث ایجاد دیرکرد و تاخیر طولانی مدت در بازپرداخت این مطالبات شد که این دیرکرد همانطور که در قسمت قبل توضیح داده شد، با میزان بالای کسورات همراه بود.

دلیل عمده ایجاد تاخیر طولانی مدت (بیش از ۸ ماه) در پرداخت مطالبات بیمارستان ها، ایجاد بار مالی ۱۰۰٪ با اجرای کتاب ارزش نسبی (مرحله دوم طرح تحول) بود. چراکه به گفته سازمان های بیمه گر این میزان افزایشی که با افزایش در بار مراجعه به بیمارستان ها و استفاده از خدمات سلامت ایجاد شد، در بودجه سالیانه پیش بینی نشد و در واقع با کسری بودجه مواجه شدند. با اجرای برنامه تحول و بالاتر رفتن ارائه خدمات از یک سو و دیرکرد در پرداخت مطالبات بیمارستان ها از سوی دیگر، مشکلاتی برای ارائه خدمت در بیمارستان ها به وجود آمد، چرا که تمامی خدمات دارو و ملزومات می بایست با تولید بیمارستان انجام شود.

نتیجه گیری

نظام سلامت در سالهای اخیر توانسته است با استفاده از راهبرد مراقبت های بهداشتی اولیه به پیشرفت های چشم گیری در سطح کلی سلامت مردم و بالا رفتن شاخصهای مربوط به آن برسد، اما همچنان یکی از مهم ترین دغدغه های سیاستگذاران، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان متولی سلامت در کشور با عنایت به وظایف و مأموریت های کلی و اسناد بالادستی به ویژه سند چشم انداز ۲۰ ساله، سیاست های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، مواد قانونی مرتبط با سلامت در برنامه پنجم توسعه و برنامه های دولت یازدهم اجرای برنامه تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی آغاز کرده است. از مهمترین اهداف طرح تحول نظام سلامت، افزایش کیفیت ارائه خدمات در بخش دولتی و همچنین کاهش پرداخت از جیب بیماران می باشد. اجرای این برنامه که با مشارکت سایر دستگاه های دولتی مثل سازمان های بیمه پایه سلامت همراه بود، تاثیراتی بر آنها داشته است. در این پژوهش سعی شد تا با بررسی روند تغییرات هزینه ای، بار مراجعه و بار مالی بیمارستان های دولتی و سازمان های بیمه پایه و همچنین انجام مطالعه کیفی عمیق، تاثیر این برنامه بر سازمان های مذکور شفاف شود.

تجربه کشور در اجرای طرح تحول نظام سلامت تشریح کرد که دسترسی اولیه به مراقبت های سلامتی برای همه افراد یک هدف دست یافتنی در کشوری با سطح درآمد متوسط می باشند، اگرچه همواره سؤالاتی درباره پایداری و کمیت آن وجود دارد. همچنین، نشان داده شده است که اصلاحات بزرگی نظیر این طرح، نیز توسعه و پیشرفت های قابل ملاحظه ای دیده می شود که به سختی با انسجام شاخص های سیاست به پایداری می رسند. اصلاحات اصلی در تأمین مالی برنامه ها مستلزم یک سری از تغییراتی است که نیازمند سرمایه گذاری دولتی و تعهد بلندمدت برای غلبه بر چالش ها می باشد. بسیاری از مفسران قبول دارند که تمایلات سیاسی محدود و با سرمایه گذاری اندک و عدم همراهی در برخی از موارد از سوی سازمان های بیمه گر، به اهداف اصلی اصلاحات آسیب وارد ساخته است. کمبود

بودجه به مشکلات کیفی و استانداردهای مضاعفی منجر شده است که به اطمینان عمومی نسبت به این طرح آسیب وارد ساخته است. اگرچه دسترسی غیربرابر یک پدیده جدید نیست، ولی اصلاحات سبب افزایش انتظاراتی می گردد که به سختی رضایت عمومی را برآورده ساخته اند.

طرح تحول نظام سلامت با ایجاد بار مالی سنگین بر سازمان های بیمه گر، با رشد بالای تعرفه ها و عدم پیش بینی برنامه هایی جهت کنترل ارائه خدمت در مراکز دولتی ارائه دهنده خدمات سلامت، توانایی سازمان های بیمه گر را جهت بازپرداخت به بیمارستان هاف عمل به تعهدات خود و همراهی با اجرای طرح تحول، کاهش داد. بررسی تجربه سایر کشورها نیز نشان می دهد که جهت ارزیابی و ارزشیابی اصلاحات بزرگی همچون طرح تحول سلامت، نیاز به زمان وجود دارد، چراکه در بلند مدت و با تعریف شاخص های نهایی نظام سلامت، می توان ارزیابی دقیقی از ایجاد این تغییرات داشت، چراکه شاید مشخص شود که ایجاد این هزینه ها ارزش سرمایه گذاری در نظام سلامت را داشته است.

در نهایت به نظر می رسد که توجه به ابعاد ارتقا کارایی در جهت توانمند ساختن سازمان های بیمه گر و مستمر نمودن منابع مالی تامین کننده اجرای طرح تحول نظام سلامت، باید در اولویت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان های بیمه گر قرار گیرد.

پیشنهادهای و راهکارها

- بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه با تدوین و اجرای ضوابط مشخص، به گونه ای که افراد واجدالشرايط از این تسهیلات بهره مند گردند؛
- پیش بینی بار مالی سازمان های بیمه گر پایه به صورت واقعی به صورت سالیانه جهت جلوگیری از هزینه پیش بینی نشده و ورشکستگی سازمان ها؛
- در نظر گرفتن پوشش خدمت به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت و سامان دهی به حجم و ترکیب بسته بیمه پایه سلامت بر اساس شواهد و روش های علمی؛
- افزایش اثربخشی منابع مالی بیمه تکمیلی و مدیریت آنها در جهت استفاده از این منابع در بخش دولتی؛
- در نظر گرفتن پوشش هزینه خدمات به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت و مدیریت صحیح میزان پوشش هزینه خدمات سلامت و دارو؛
- اصلاح و سیستماتیک نمودن فرآیند تنظیم و تبادل اسناد بیمه ای؛
- انجام مطالعات هدفمند و اختصاصی تر در خصوص تاثیرات طرح تحول سلامت بر شاخص های فرآیندی و داده ای؛
- همگن نمودن هرچه بیشتر سیاست های سازمان های بیمه گر و وزارت بهداشت در جهت اجرای صحیح تر برنامه ها و کاهش سردرگمی سطوح اجرایی؛
- بهبود و شفاف سازی فرآیند رسیدگی به اسناد در جهت کاهش میزان کسورات بیمارستانی؛
- پاسخگو نمودن وزارت رفاه و سایر سازمان های بیمه گر پایه در خصوص بازپرداخت مطالبات بیمارستان ها؛

- تدوین برنامه هایی در جهت ارتقا کارایی مالی در اجرای برنامه های طرح تحول نظام سلامت؛
- کنترل تقاضای القایی ایجاد شده ناشی از اجرای طرح تحول نظام سلامت با برنامه هایی مثل اصلاح روش پرداخت، تدوین گایدلاین های بالینی و ...
- تعریف ارتباطی صحیح و به دور از تنش بین وزارت بهداشت درمان آموزش پزشکی و دانشگاه ها با وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر، جهت شفاف سازی اجرای سیاست ها و دستورالعمل های مشترک؛
- بازنهاندیشی در تعریف نقش های وزارت بهداشت در خصوص "پرداخت کننده در طرح تحول نظام سلامت"؛
- در نظر گرفتن اصول اقتصادی مربوط به ساختارهای بیمه پایه کشور در اجرای برنامه تحول؛
- بهبود ساختار نظارتی سازمان های بیمه گر پایه؛
- ساختارمند نمودن سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی و بیمه ای؛
- برگزاری دوره های تخصصی آموزشی برای کارکنان به دنبال تغییر در فرآیندهای رسیدگی و نظارت.

محدودیت های پژوهش

- یکی از منابع جمع آوری اطلاعات در این مطالعه، مرور جامع متون بود؛ محدودیتی که در این زمینه وجود داشت، عدم دسترسی به پایگاه های اطلاعاتی و مقالات منتشر شده در آنها به طور صد در صد بود و باعث شد گروه پژوهش از همه این منابع اطلاعاتی در پژوهش استفاده نکند. تیم پژوهش سعی نمود با تعریف استراتژی سرچ هدفمند، به بررسی تمام مطالعات در دسترس بپردازد؛
- محدودیت دسترسی به نرم افزار Maxqda (به عنوان ابزار اصلی تحلیل در بخش کیفی مطالعه)، یکی دیگر از محدودیت های پژوهش بود که دسترسی به ویرایش به روز نرم افزار را برای گروه پژوهش دشوار می نمود؛
- صرف زمان طولانی جهت انجام هماهنگی های لازم برای انجام مصاحبه ها، برگزاری جلسات و گردآوری داده ها؛
- محدودیت دسترسی به برخی از افراد کلیدی (اخذ نظرات خبرگان و صاحب نظران)؛
- دشواری در جمع آوری مستندات از سازمان های مختلف به دلیل عدم وجود نظام جامع مستندات و در نتیجه دشواری در تعیین اثرات اجرا در دستیابی به اهداف مورد نظر؛
- از مهمترین محدودیت های پژوهش موجود، جمع آوری داده های ثانویه سازمان های بیمه گر پایه و تکمیلی بود. دسترسی به این داده ها هم به دلیل نقص در سیستم های ثبت و نگهداری داده و هم به لحاظ ملاحظات سازمانی، با محدودیت شدید روبه رو بود که این امر موجب شد، تیم پژوهش زمان زیادی را صرف جمع آوری و پاک سازی داده ها و نهایتاً تحلیل آنها نمایند.

۱۴. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در ایران، قابل دسترس در :
<http://www.irteb.com/bimedarmanee/bime/20hamagane.htm>، تاریخ اخذ:
 ۱۳۹۱/۵/۵
۱۵. مجموعه قوانین و مقررات سازمان بیمه خدمات سلامت. جلد ۱. سازمان چاپ و انتشارات فرهنگ و ارشاد اسلامی. چاپ اول. ۱۳۷۵.
۱۶. سازمان بیمه سلامت ایران، قابل دسترس در : <http://msio.org.ir/Portal/Home>، تاریخ اخذ: ۱۳۹۱/۲/۵.
۱۷. صندوق بیمه اجتماعی روستائیان و عشایر، قابل دسترس در: <http://www.roostaa.ir/> تاریخ اخذ: ۱۳۹۱/۲/۵.
۱۸. پناهی، بهرام. تامین اجتماعی در ایران. موسسه عالی پژوهش تاریخ اجتماعی. ۱۳۸۵.
۱۹. وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح، قابل دسترس در: <http://mod.ir/content>، تاریخ اخذ: ۱۳۹۱/۲/۵.
۲۰. کمیته امداد امام خمینی، قابل دسترس در: <http://www.emdad.ir/central/khadamat/darmani.asp>، تاریخ اخذ: ۱۳۹۱/۲/۵.
۲۱. سازمان بهزیستی کشور، قابل دسترس در: <http://www.behzisti.ir/>، تاریخ اخذ: ۱۳۹۱/۲/۵.
۲۲. وفایی نجار علی، کریمی ایرج، and سیدنوزادی محسن. «مطالعه تطبیقی ساختار و محتوای بیمه درمان مکمل در چند کشور منتخب و آرایه الگویی برای ایران». ۵۷-۶۴.
۲۳. Complementary Health insurance in Selected county & Iran. Available in: <http://rc.majlis.ir/m/report/download/729062>. Access on: ۲۰۱۵/۱۱/۱۲.
۲۴. Wang, Hong, et al. Health insurance handbook: how to make it work. Vol. ۲۱۹. World Bank Publications, ۲۰۱۲.
۲۵. Universal health insurance, available in: <http://www.iransociald.ir/ArticleFiles/907a608f-3d8f-4b23-b20b-324efd9c8548.pdf>, access on: ۲۰۱۶/۰۲/۱۰.
۲۶. Health country profile, Available from: <http://www.who.int/countries/usa/en/>. access on: ۲۰۱۶/۰۲/۰۵.
۲۷. "Public Law ۱۱۱-۱۴۸". ۱۱۱th United States Congress. Washington, D.C.: United States Government Printing Office. March ۲۳, ۲۰۱۰. Retrieved ۲۰۱۳-۱۲-۲۲.
۲۸. Fernandez, Bernadette (April ۲۷, ۲۰۱۰). "Grandfathered Health Plans Under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)" (PDF). Congressional Research Service.
۲۹. Jump up to: ^a ^b U.S. Department of Health and Human Services (June ۲۸, ۲۰۱۰). "Patient Protection and Affordable Care Act; Requirements for Group Health Plans and Health Insurance Issuers Under the Patient

- Protection and Affordable Care Act Relating to Preexisting Condition Exclusions, Lifetime and Annual Limits, Rescissions, and Patient Protections; Final Rule and Proposed Rule". Federal Register ۷۵ (۱۲۳): ۳۷۱۸۷-۳۷۲۴۱. Retrieved July ۲۶, ۲۰۱۰.
۳۰. Jump up to: ^a ^b Pool, Gentrie (October ۷, ۲۰۱۰). "After PPACA: The Future of the Health Insurance Underwriter". Asjonline.com. Retrieved April ۹, ۲۰۱۲.
۳۱. "Selected Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) implementation dates of interest to RNs as caregivers, RNs as patients, and RNs as employees" (PDF). Nursingworld.org. Retrieved April ۹, ۲۰۱۲.
۳۲. slip opinion, National Federation of Independent Business v. Sebelius, U.S. Supreme Court , Pg ۵۵-۵۸, (June ۲۸, ۲۰۱۲)
۳۳. Barrett, Paul M. (June ۲۸, ۲۰۱۲). "Supreme Court Supports Obamacare, Bolsters Obama". BloombergBusinessweek. Retrieved June ۳۰, ۲۰۱۲.
۳۴. Kafka, Stephanie (July ۱۶, ۲۰۱۵). "U.S. Uninsured Rate at ۱۱,۴٪ in Second Quarter". Gallup Polling. PMID ۰۴۱۸۱۵.
۳۵. "Income levels that qualify for lower health coverage costs". Healthcare.gov. May ۱۷, ۲۰۱۵.
۳۶. Jump up to: ^a ^b "Small Business Health Care Tax Credit for Small Employers". Internal Revenue Service. December ۱۳, ۲۰۱۱. Retrieved January ۹, ۲۰۱۲.
۳۷. "Medicaid Expansion". American Public Health Association (APHA). Is Medicaid eligibility expanding to ۱۳۳ or ۱۳۸ percent FPL, and what is MAGI?. Retrieved July ۲۴, ۲۰۱۳.
۳۸. "More savings in the drug coverage gap coming through ۲۰۲۰". Medicare.gov. Centers for Medicare & Medicaid Services. Retrieved September ۲۷, ۲۰۱۳.
۳۹. Dorning, Mike; Wayne, Alex (July ۳, ۲۰۱۳). "Health-Law Employer Mandate Delayed by U.S. Until ۲۰۱۵". Bloomberg. Retrieved November ۱۹, ۲۰۱۳.
۴۰. Cooper, Michael (February ۱۴, ۲۰۱۲). "Conservatives Sowed Idea of Health Care Mandate, Only to Spurn It Later". The New York Times. Retrieved July ۲, ۲۰۱۲.
۴۱. Fouhy, Beth (October ۵, ۲۰۰۷). "Hillary Claims Credit for Child Program". Associated Press for NewsMax. Archived from the original on January ۲۳, ۲۰۰۸.

۴۲. "Chart: Comparing Health Reform Bills: Democrats and Republicans ۲۰۰۹, Republicans ۱۹۹۳". Kaiserhealthnews.org. February ۲۳, ۲۰۱۰. Retrieved July ۲۹, ۲۰۱۲.
۴۳. Ball, Molly (May ۳۱, ۲۰۱۲). "Was Mitt Romney a Good Governor?". The Atlantic. Retrieved October ۲۸, ۲۰۱۳.
۴۴. "Bill Summary & Status - S.۳۳۴". Library of Congress THOMAS. Retrieved September ۲۴, ۲۰۱۳.
۴۵. "Jonathan Gruber (economist)". MIT Department of Economics. Retrieved September ۲, ۲۰۱۳.
۴۶. "Is the Affordable Care Act Helping or Hurting?". The New York Times. October ۲۷, ۲۰۱۴. Retrieved October ۲۷, ۲۰۱۴.
۴۷. Fox, Emily Jane (July ۲۴, ۲۰۱۲). "۶ million will lose out on Medicaid expansion". CNNMoney (CNN). Retrieved July ۲۵, ۲۰۱۲.
۴۸. Trumbull, Mark (March ۲۳, ۲۰۱۰). "Obama signs health care bill: Who won't be covered?". The Christian Science Monitor. Retrieved March ۲۴, ۲۰۱۰..
۴۹. "Public- and Private-Sector Initiatives Are Reducing Health Disparities Among Children: A Conversation With Kathryn Santoro, MA, Director of Policy and Development for the National Institute for Health Care Management Foundation". Agency for Healthcare Research and Quality. ۲۰۱۳-۰۴-۲۴. Retrieved ۲۰۱۳-۰۹-۲۶.
۵۰. Cohn, Jonathan (February ۵, ۲۰۱۳). "Not-So-Universal Health Care". The New Republic.
۵۱. Young, Jeffrey (September ۱۴, ۲۰۱۴). "Almost All Obamacare Enrollees Are Paying For Coverage". Huffington Post. Retrieved ۲۰۱۴-۰۹-۲۳.
۵۲. Public Law ۱۱۱ – ۱۴۸, section ۱۳۱۲: "... the only health plans that the Federal Government may make available to Members of Congress and congressional staff with respect to their service as a Member of Congress or congressional staff shall be health plans that are (I) created under this Act (or an amendment made by this Act); or (II) offered through an Exchange established under this Act (or an amendment made by this Act)."
۵۳. Cox, Cynthia; Claxton, Gary; Levitt, Larry (June ۶, ۲۰۱۳). "Beyond Rebates: How Much Are Consumers Saving from the ACA's Medical Loss Ratio Provision?". Kaiser Family Foundation. Retrieved June ۹, ۲۰۱۳.
۵۴. Cohn, Jonathan (January ۱۸, ۲۰۱۱). "More Government in Health Care? Yes. You Got a Problem With That?". The New Republic.

۵۵. Cohn, Jonathan (August ۱, ۲۰۱۳). "Six Reasons Hipsters Will Bite on Obamacare". The New Republic.
۵۶. "Committee Learns Who's Paid for Obamacare: As of April ۱۰, Only ۱۷ Percent of Enrollees in Federal Marketplace Had Paid First Month's Premium". House Energy and Commerce Committee. April ۳۰, ۲۰۱۴.
۵۷. "Medical Loss Ratio Requirements Under the Patient Protection and Affordable Care Act". Federal Register. December ۷, ۲۰۱۱. p. ۷۶۵۷۳. Retrieved April ۱, ۲۰۱۲.
۵۸. Adler, Jonathan A. (۳ July ۲۰۱۴). "Supreme Court grants Wheaton College an injunction against contraception mandate accommodation". The Washington Post. Retrieved ۹ July ۲۰۱۴.
۵۹. "Health Costs and the Federal Budget". Congressional Budget Office. May ۲۸, ۲۰۱۰. Retrieved April ۱, ۲۰۱۲.
۶۰. Cohn, Jonathan (December ۱۱, ۲۰۰۹). "New Cost Estimate on Senate Bill". The New Republic.
۶۱. Krawzak, Paul (June ۱۴, ۲۰۱۳). "In Spending Debate, Baby Boomer Issue Remains a Headache for Legislators". Roll Call.
۶۲. Goldberg, Jonah (November ۵, ۲۰۱۳). "Jonah Goldberg: Obama health lie freaks Dems". USA Today.
۶۳. "Some Illinois Medicaid patients' assets at risk". chicagotribune.com. ۲۰۱۴-۰۲-۰۵. Retrieved ۲۰۱۴-۰۸-۰۴.
۶۴. Howell, Tom Jr. (May ۴, ۲۰۱۵). "ER visits up under Obamacare despite promises, doctors' poll finds". The Washington Times. Retrieved May ۶, ۲۰۱۵.
۶۵. Blendon RJ, Benson JM (April ۲۲, ۲۰۱۰). "Public opinion at the time of the vote on health care reform". N. Engl. J. Med. ۳۶۲ (۱۶): e۵۵. doi:۱۰.۱۰۵۶/NEJMp۱۰۰۳۸۴۴. PMID ۲۰۳۷۰۳۹۷.
۶۶. Gold, Hadas (October ۴, ۲۰۱۳). "AP, NPR to cut back on 'Obamacare'". Politico. Retrieved October ۱۹, ۲۰۱۳.
۶۷. Taylor, Audrey; Seanz, Arlette; Levine, Mike (June ۲۵, ۲۰۱۵). "Supreme Court Upholds Obamacare Subsidies, President Says ACA 'Is Here to Stay'". ABC News. Retrieved June ۲۵, ۲۰۱۵.
۶۸. Evan Soltas (June ۴, ۲۰۱۳). "Wonkbook: The terrible deal for states rejecting Medicaid". The Washington Post.

۶۹. Hospital beds (per ۱,۰۰۰ people), Available from: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS>, access on: ۲۰۱۶/۰۲/۰۵.
۷۰. Health country profile, Available from: <http://www.who.int/countries/tur/en/>, access on: ۲۰۱۶/۰۲/۰۵.
۷۱. Aran, M., and J. Hentschel. ۲۰۱۲. "Protection in Good and Bad Times? The Turkey Green Card Health Program." World Bank, Washington, DC.
۷۲. Castañeda, Tarsicio, and Kathy Lindert. ۲۰۰۵. "Designing and Implementing Household Targeting Systems: Lessons from Latin America and the United States." World Bank, Washington, DC.
۷۳. Ministry of Health. ۲۰۱۱. "Turkey Health Transformation Program Evaluation Report ۲۰۰۳-۲۰۱۰." Ministry of Health, Ankara. World Bank. ۲۰۱۲. "Turkey: Performance
۷۴. Menon, Rekha, Salih Mollahaliloglu, and Iryna Postolovska. "Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor." (۲۰۱۳).
۷۵. Health country profile, Available from: <http://www.who.int/countries/kor/en/>, access on: ۲۰۱۶/۰۲/۰۵.
۷۶. Young Joo SONG, The South Korean Health Care System, JMAJ ۵۲(۳): ۲۰۶-۲۰۹, ۲۰۰۹.
۷۷. Kwon, Soonman. "Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage." Health policy and planning ۲۴,۱: ۶۳-۷۱.(۲۰۰۹).
۷۸. Moon, Ok Ruyen. "The Korean Health Insurance Programme", in S. Nityarumphong and A. Mills (eds.), Achieving Universal Coverage of Healthcare. Nontaburi, Office of Healthcare Reform, Ministry of Public Health, ۱۹۹۸.
۷۹. Ramesh, Mishra. "Social security in South Korea and Singapore: Explaining the differences." Social Policy & Administration ۲۹,۳: ۲۲۸-۲۴۰. (۲۰۰۷).
۸۰. Kwon, Soonman. "Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency?." International Social Security Review ۵۶,۱ (۲۰۰۳): ۷۵-۹۴.
۸۱. Health country profile, Available from: <http://www.who.int/countries/tha/en/>, access on: ۲۰۱۶/۰۲/۰۵.
۸۲. Hughes, David, and Songkramchai Leethongdee. "Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's ۳۰ Baht health reforms." Health Affairs ۲۶,۴ (۲۰۰۷): ۹۹۹-۱۰۰۸.

۸۳. همایش ملی نقد عملکرد دولت یازدهم در حوزه سلامت، قابل دسترس در: <http://nihr.tums.ac.ir/wp-content/uploads/۲۰۱۵/۰۶/ebook.pdf>، تاریخ اخذ: ۲۰۱۶/۰۲/۱.
۸۴. ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت، قابل دسترس در: <http://sbmu.ac.ir/?siteid=۳۳۷&pageid=۲۶۶۰۹>، تاریخ اخذ: ۲۰۱۶/۰۲/۱.
۸۵. دستورالعمل پرداخت مبتنی بر عملکرد، قابل دسترس در: <http://p۴p.behdasht.gov.ir/?siteid=۴۴۲&pageid=۵۴۱۰۲>، تاریخ اخذ: ۲۰۱۶/۰۲/۱.