

## بازسازی نظام بیمه سلامت ایران

جهان‌آرامی‌خانی<sup>۱\*</sup>

<sup>۱</sup> گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

\* نویسنده مسئول: جهان‌آرامی‌خانی، پزشک و دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران  
پست الکترونیک: mamikhani@gmail.com

### Citation:

Mamikhani J. Reconstruction of the Iran's health insurance system. Iran J Health Insur. 2021;4(1):80-2

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۴۰۰/۰۳/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۳/۰۱

تاریخ تصحیح: ۱۴۰۰/۰۲/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۰۸

### سردبیر محترم

با توجه به تغییر دولت در سال جاری، فرصت مناسبی برای بازاندیشی عمیق و بازسازی نظام بیمه سلامت ایران پیش آمده است. نظام بیمه سلامت ایران تاکنون جایگاه فلسفی و مطلوب خویش را پیدا نکرده و هنوز عنوان و سازوکار صندوق را دارد و از سازوکار صنعت بیمه دور است. هنوز کسانی وجود دارند که برای سازمان بیمه سلامت فقط نقش پرداخت‌کننده هزینه خدمات انجام شده را قائل هستند. فلسفه بیمه، محافظت مالی از بیمه‌شدگان است [۱] و این محافظت مالی به مشارکت در تصمیم‌گیری در مورد بسته خدمات، راهنماهای بالینی [۲]، ساختار شبکه و زنجیره ارائه خدمت [۳] و ایجاد مفاهیمی چون دروازه‌بانی و وکالت اطلاعاتی علاوه بر وکالت مالی گسترش یافته است. یکی از نواقص مهم در نظام بیمه سلامت عدم شمول بیمه‌های تکمیلی و رعایت نشدن سیاست‌های بالادستی در وظایف بیمه‌های تکمیلی [۴] است. در این نامه خلاصه نتایج مطالعه‌ای به سفارش موسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی برای شناسایی و تحلیل دیدگاه‌های خبرگان در مورد نظام بیمه‌ای ارائه می‌شود، شاید بازاندیشی عمیق در نظام بیمه سلامت رخ دهد.

با بررسی مقالات علمی و منابع مختلف از وبسایت‌های رسمی سازمان‌های جهانی مؤلفه‌های مؤثر بر تصمیم‌گیری در بیمه سلامت شناسایی و برای هر مؤلفه، حالت‌های به کار رفته در سایر کشورها و یا حالت‌های ممکن در داخل کشور شناسایی شده و پس از طرح در پانل خبرگان و اصلاح ۲۰ مؤلفه فهرست شد که با مفهوم‌سازی در قالب ۸ مفهوم، طی ۸ پرسشنامه برای تعیین حالات ارجح بدیل‌ها،

مجددا در اختیار خبرگان قرار داده شد (جدول ۱).

برای طراحی سناریوها، ابتدا تحلیل آثار متقابل CIA [۵] انجام شد و مؤلفه‌ها به ۴ دسته سیاستی، استراتژیک، اندیکاتورها و خنثی (نشان داده نشده) تقسیم شده و با تکنیک بُردا رتبه‌بندی شدند (جدول ۲).

پس از ارزیابی مزایا و معایب/ریسک‌ها، با متد تصمیم‌گیری چندمعیاره اولویت‌ها تعیین شد و در مجموع ۷ سناریو طراحی شد. **سناریوی پیشنهادی** (سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح تابع مقررات وزارت دفاع است):

با استفاده از نیروهای انسانی و تشکیلات همگن در سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت‌های بهداشت و رفاه «سازمان بیمه مرکزی سلامت» به‌عنوان رگولاتور با اختیارات مناسب در حوزه‌های مقررات (ابلاغ رهنمودهای بالینی و سایر مصوبات شورایی عالی بیمه سلامت)، نظارت، مدیریت منابع مالی سلامت، توزیع منابع یکپارچه شده مالی راه‌اندازی شود و سازمان‌های بیمه‌گر پایه و تکمیلی سلامت را تحت پوشش بگیرد تا مبادله بسته خدمات بین بیمه‌گرهای پایه و تکمیلی را به‌عنوان راهکار کمک‌کننده در افزایش سطح محافظت مالی از بیماران و جامعه و نیز افزایش ظرفیت منابع مالی پیش‌پرداخت ترویج و تسهیل کند. سازمان بیمه سلامت و تأمین اجتماعی، صندوق مشترک داشته باشند که در سازمان بیمه مرکزی سلامت مستقر شود. دولت حق بیمه دو سازمان بیمه‌گر را گردآوری کند و برای توزیع، همراه با بودجه و کمک‌های دولتی به سازمان بیمه مرکزی سلامت بدهد. سازمان بیمه مرکزی سلامت به شیوه‌های گوناگون از جمله سرمایه‌گذاری، افزایش سرمایه داشته

جدول ۱ | تجمیع نظر خبرگان در مورد مؤلفه‌های مؤثر بر تصمیم‌گیری در نظام بیمه سلامت

| مؤلفه‌ها  | تجمیع نظر خبرگان  |
|---|---|
| ثبت اطلاعات، مدیریت پایگاه داده بیمه‌شدگان، صدور دفترچه بیمه                          | پایگاه داده هر ۳ بیمه‌گر اصلی یکپارچه شده و در سازمان بیمه مرکزی سلامت مستقر باشد. بیمه‌گرها، اطلاعات متقاضیان/بیمه‌شده‌ها را در این دیتابیس درج کنند. کارت بیمه با استفاده از این دیتابیس صادر شود.  |
| تأمین منابع مالی از محل گردآوری حق بیمه و بودجه/کمک دولت (مالیات‌ها و درآمدهای عمومی) | گردآوری حق بیمه: دولت حق بیمه را برای بیمه سلامت و نیروهای مسلح گردآوری کند (تأمین اجتماعی مستقل است). حق بیمه هر ۳ سازمان در اختیار سازمان بیمه مرکزی سلامت قرار گیرد. توزیع بودجه و کمک‌های دولتی: بیمه مرکزی سلامت بودجه و کمک دولت را بین بیمه سلامت و نیروی مسلح توزیع کند. تأمین اجتماعی مستقل است. سازمان برنامه و بودجه این توزیع را انجام دهد. توزیع کلیه منابع گردآوری شده توسط سازمان بیمه مرکزی سلامت انجام شود.  |
| تأمین منابع مالی از محل سرمایه‌گذاری، کمک‌های مردمی و خیریه                           | سازمان بیمه سلامت سپرده‌ها را سرمایه‌گذاری کند و از سود آن استفاده کند. نیروهای مسلح تابع ضوابط داخلی خود بماند. همه بیمه‌گرها از کمک‌های مردمی و خیرین استفاده کنند. در صورت راه‌اندازی سازمان بیمه مرکزی سلامت، این امور توسط بیمه مرکزی انجام می‌شود.  |
| مالکیت صندوق، محل استقرار و اداره‌کننده صندوق   | حالات پیشنهادی:<br>هر سازمان صندوق مستقل خود را داشته و خود اداره کند.<br>صندوق مجازی در سازمان بیمه سلامت مستقر و توسط این سازمان اداره شود.<br>صندوق مشترک در سازمان بیمه مرکزی سلامت مستقر شده و اداره شود.  |
| طراحی و انعقاد قرارداد با مراکز ارائه‌دهنده خدمت، خرید راهبردی                        | طراحی قرارداد با مراکز:<br>اگر صندوق هر بیمه‌گر مستقل باشد، دو حالت پیشنهاد شده است: سازمان بیمه سلامت به نیابت از بیمه‌گرها قرارداد تیپ طراحی کند یا هر بیمه‌گر مستقلاً تیپ قرارداد خودش را طراحی کند.<br>اگر صندوق مشترک در سازمان بیمه مرکزی باشد، طراحی توسط سازمان بیمه مرکزی انجام شود.<br>اگر صندوق مجازی وجود داشته باشد، طراحی توسط سازمان بیمه سلامت انجام شود.<br>انعقاد قرارداد با مراکز ارائه خدمت:<br>اگر صندوق هر بیمه‌گر مستقل باشد، هر بیمه‌گر مستقلاً قرارداد ببندد.<br>اگر صندوق مشترک در سازمان بیمه مرکزی باشد دو حالت پیشنهاد شده یا هر بیمه‌گر مستقلاً و یا سازمان بیمه مرکزی سلامت قرارداد با مراکز را ببندد.<br>اگر صندوق مجازی وجود داشته باشد، سازمان بیمه سلامت قراردادهای بیمه‌ای با مراکز را ببندد.<br>خرید راهبردی:<br>اگر صندوق هر بیمه‌گر مستقل باشد، هر بیمه‌گر مستقلاً خرید راهبردی را مدیریت کند.<br>اگر صندوق مشترک در بیمه مرکزی سلامت باشد، خرید راهبردی توسط این سازمان مدیریت شود.<br>اگر صندوق مجازی وجود داشته باشد، خرید راهبردی توسط سازمان بیمه سلامت مدیریت شود. |
| رسیدگی به اسناد پزشکی، بازپرداخت و مرجع حل اختلاف بیمه‌گر با مراکز درمانی و تشخیصی    | رسیدگی به اسناد پزشکی:<br>اگر صندوق هر بیمه‌گر مستقل باشد، یا کمیته مشترک بیمه‌گرها و یا سازمان مستقل غیردولتی و غیرانتفاعی رسیدگی را هدایت کند (رسیدگی مکانیزه) یا انجام دهد.<br>بازپرداخت:<br>اگر صندوق هر بیمه‌گر مستقل باشد، هر بیمه‌گر مستقلاً بازپرداخت کند.<br>اگر صندوق مشترک در سازمان بیمه مرکزی باشد، بازپرداخت را سازمان بیمه مرکزی انجام دهد.<br>مرجع حل اختلاف بیمه‌گر با مراکز درمانی و تشخیصی:<br>چه صندوق هر بیمه‌گر مستقل باشد و چه صندوق مشترک در سازمان بیمه مرکزی باشد، کمیته مشترک بیمه‌گرها مرجع حل اختلاف است.  |
| نظارت بر کیفیت و کمیت خدمات تشخیصی و درمانی   | اولویت اول: سازمان مستقل غیردولتی و غیرانتفاعی بر کیفیت و کمیت خدمات درمانی نظارت کند.<br>اولویت دوم: سازمان بیمه مرکزی سلامت بعنوان رگولاتور نظام بیمه سلامت نظارت کند.<br>اولویت سوم: کمیته مشترک بیمه‌گرها (همراه تمام ذی‌نفعان) نظارت کنند.   |
| اعتباربخشی مراکز ارائه‌دهنده خدمات تشخیصی و درمانی                                    | اولویت اول: سازمان مستقل غیردولتی و غیرانتفاعی مراکز درمانی را اعتباربخشی کند.<br>اولویت دوم: بیمه مرکزی سلامت (رگولاتور نظام بیمه) به همراه وزارت بهداشت اعتباربخشی کند.   |

## جدول ۲ | رتبه نهایی مؤلفه‌های ارجح

| مؤلفه‌های ارجح   | دسته‌بندی مؤلفه‌ها                              |
|--|---|
| روش تأمین مالی از طریق حق بیمه، سهم حق بیمه در تأمین مالی مدیریت صندوق سلامت، روش تأمین مالی از طریق بودجه عمومی | سیاستی<br>(تأثیرگذاری بالا، تأثیرپذیری کم)      |
| خرید راهبردی، مرجع ثبت اطلاعات و پایگاه داده‌های متقاضیان/ بیمه‌شدگان طراحی قرارداد با مراکز ارائه‌دهنده خدمات   | استراتژیک<br>(تأثیرگذاری بالا، تأثیرپذیری بالا) |
| نظارت بر کیفیت و کمیت خدمات، بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات  | اندیکاتورها<br>(تأثیرگذاری کم، تأثیرپذیری بالا) |

توصیه می‌شود. بیمه‌گرهای تکمیلی سلامت تحت نظارت دقیق بیمه مرکزی سلامت، ضوابط بسته خدمت و تعرفه و فرانشیز را رعایت کنند.

تازمان راه‌اندازی سازمان بیمه مرکزی سلامت ایران می‌توان از راهکار «صندوق مجازی سلامت» استفاده کرد. هماهنگ‌سازی دیتابیس متقاضیان/ بیمه شده‌ها انجام شود. سازمان‌های بیمه‌گر ظرفیت‌های ساختاری و نیروی انسانی و مقرراتی و فنی و اجرایی خود را برای مشارکت در تولید و نظارت بر اجرای رهنمودهای بالینی و مشارکت در طراحی و نظارت بر اجرای نظام پزشکی خانواده و ارجاع و نظارت بر کیفیت خدمات درمانی براساس استانداردها و ضوابط ابلاغی از طرف مراجع ذی‌صلاح افزایش دهند.

## References

1. Dey P, Bach PB. The 6 functions of health insurance. JAMA. 2019;321(13):1242-3.
2. Tofghi S. Clinical guidelines. Innovative Management Journal. 2016;1(3):41-44.[Persian]
3. USA Coverage Institute. Health Insurance Quotes. Available from: <https://www.usacoverage.com/health-insurance/what-is-managed-care-plan.html>
4. General Health Policy Document, Clause 9-3, 2013.[Persian]
5. Weimer-Jehle W. Cross-impact balances: A system-theoretical approach to cross-impact analysis. Technological Forecasting and Social Change. 2006;73(4):334-61.

باشد. بیمه‌گرهای پایه از کمک‌های مردمی استفاده کنند. پایگاه داده همه متقاضیان/ بیمه‌شدگان یکپارچه شده و در سازمان بیمه مرکزی سلامت مستقر شود. کارگزاری‌های بیمه‌گرها ثبت نام را انجام داده و اطلاعات را در پایگاه داده بیمه مرکزی درج و کارت بیمه را صادر کنند. بیمه مرکزی سلامت با همکاری بیمه‌گرهای پایه و ذی‌نفعان بر کیفیت و کمیت خدمات درمانی نظارت کند. سازمان غیردولتی و غیرانتفاعی مستقلی مسئول اعتباربخشی مراکز درمانی باشد. بیمه مرکزی سلامت مسئول تدوین مقررات و ضوابط عملکرد بیمه‌های سلامت از جمله مشارکت در تدوین/ ابلاغ رهنمودهای بالینی، مشارکت در تعیین تعرفه و فرانشیز، هدایت خرید راهبردی، طراحی اصول و ضوابط و چارچوب قرارداد بیمه‌گرها با مراکز ارائه خدمت است. عقد قرارداد بیمه‌گرها با مراکز ارائه خدمات مستقلاً انجام شود. رسیدگی به اسناد پزشکی منطبق با رهنمودهای بالینی مورد تایید بیمه مرکزی سلامت، تا حد امکان به‌صورت مکانیزه و توسط هر بیمه مستقلاً و تحت نظارت بیمه مرکزی سلامت انجام شود. بیمه‌گرها بازپرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات را مستقلاً با نظارت بیمه مرکزی سلامت انجام دهند. در صورت بروز اختلاف بین بیمه‌گرها و ارائه‌دهندگان، بیمه مرکزی سلامت مرجع حل اختلاف خواهد بود. برای اداره مراکز درمانی و تشخیصی ملکی بیمه‌گرها، تدوین خط‌مشی آنها، برنامه‌ریزی و اداره این مراکز، مدل PPP