

The Effect of Health System Evaluation Plan on Supplementary Health Insurance in Iran

Efat Mohamadi ¹, Taraneh Yousefinezhadi ², Ali Hassanzadeh ³, Mojtaba Atri ⁴, Mohammadreza Mobinizadeh ⁵, Zahra Goudarzi ⁶, Sara Mohamadi ⁷, Alireza Olyaeemanesh ^{1,*}

¹ National Institute for Health Research, Health Equity Research Center (HRC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² Safety Promotion and Injury Prevention Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ National Center for Health Insurance Research, Health Insurance Organization of Iran, Tehran, Iran

⁴ Dana Insurance Company, Central Insurance, Tehran, Iran

⁵ National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁶ Department of Health Management and Economics, School of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁷ School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Alireza Olyaeemanesh, National Institute for Health Research, Health Equity Research Center (HRC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: arolyae@gmail.com

Received: 10 Jun 2018

Revised: 11 Aug 2018

Accepted: 03 Oct 2018

Online Published: 20 Nov 2018

Abstract

Introduction: Implementation of the Health Transformation plan (HTP) has had many effects so far. The analysis of these impacts can help policymakers and planners to continuously improve the health system's ultimate goals. Considering that, health financing is one of the most impressive of health system functions from the HTP, the present study examines the effect of the HTP on supplementary health insurance as part of financial providers in the health system in Iran.

Methods: This is a descriptive study carried out using secondary data in 2017. Data were gathered using information systems of health insurance organizations and the statistical yearbook of central insurance of the country. Data analysis was performed using Excel and SPSS software. To analyze and report these data, descriptive statistics and analytical tests were used.

Results: The effect of the HTP on the share of health care providers has shown that in private financing, the share of households is the highest, and during the period 2002-2004, the average share of households from the total private sector share was 86.5%. During the period of 2002-2003, the share of the domestic government as the public sector was 54% on average. Findings in relation to supplementary health show that the net loss has been ascending and premium rate has been increasing.

Conclusions: The share of households in health expenditures has decreased since the implementation of the HTP, but the average pocket spending in the public and private sector has not decreased by more than 10%. The goal of creating competition and improving the quality of the public sector with the private sector and increasing the incentive for people to go to the public sector has largely been met by changing the frequency of contributions made by the financiers. In the long run, with the continuation of the implementation of the health system reform plan and the elimination of the way in which supplementary health insurers benefit from health subsidies, a high percentage of supplementary health insurance funds in the private sector is consumed, while it is better to adopt measures for the use of this resource in the public sector.

Keywords: Health System Development Plan, Health Insurance, Supplementary Insurance, Iran

Citation:

Mohamadi E, Yousefinezhadi T, Hassanzadeh A, et al. The effect of health system evaluation plan on supplementary health insurance in Iran. *Iran J Health Insur.* 2018;1(3):82-87.

بررسی تأثیر طرح تحول نظام سلامت بر بیمه‌های تکمیلی کشور

عفت محمدی^۱، ترانه یوسفی نژادی^۲، علی حسن زاده^۳، مجتبی عطری^۴، محمدرضا مبینی زاده^۵، زهرا گودرزی^۶، سارا محمدی^۷، علیرضا اولیایی منش^{۱*}

- ^۱ موسسه ملی تحقیقات سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۲ مرکز تحقیقات ارتقای ایمنی و پیشگیری از مصدومیت‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
^۳ مرکز ملی تحقیقات بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران
^۴ سازمان بیمه دانا، بیمه مرکزی، تهران، ایران
^۵ موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۶ دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
^۷ دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: علیرضا اولیایی منش، موسسه ملی تحقیقات سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
 ایمیل: arolyae@gmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۶/۰۸

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۰۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۳/۲۰

چکیده

مقدمه: اجرای طرح تحول نظام سلامت تاکنون تأثیرات متعددی داشته است. بررسی و تحلیل این تأثیرات می‌تواند سیاست‌گذاران و برنامه ریزان را در جهت اصلاح و بهبود مستمر اهداف نهایی نظام سلامت یاری رساند. با توجه به اینکه یکی از تأثیرپذیرترین عملکردهای نظام سلامت از طرح تحول، بعد تأمین مالی هست، مطالعه حاضر به بررسی تأثیر اجرای این طرح بر بیمه‌های تکمیلی سلامت، به‌عنوان بخشی از تأمین‌کنندگان مالی در نظام سلامت کشور، پرداخته است.

روش بررسی: مقاله حاضر، مطالعه‌ای توصیفی هست که با بهره‌گیری از داده‌های ثانویه در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. جهت گردآوری داده‌ها از سامانه‌های اطلاعاتی سازمان‌های بیمه سلامت و سالنامه آماری بیمه مرکزی کشور استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel و SPSS صورت گرفت. جهت گزارش داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها: بررسی تأثیر طرح تحول بر سهم تأمین‌کنندگان مالی نظام سلامت نشان داده 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 به‌طور متوسط ۵۴ درصد بوده است. یافته‌های مرتبط با بیمه‌های تکمیلی سلامت نشان می‌دهند که خالص خسارت روند صعودی کاهنده و میزان حق بیمه روند صعودی فزاینده داشته است.

نتیجه‌گیری: سهم خانوار در تأمین مالی هزینه‌های سلامت از اجرای طرح تحول، بعد سال ۱۳۹۳ و اجرای طرح تحول نظام سلامت کاهش یافته است، میانگین پرداخت از جیب مجموعاً در بخش دولتی و خصوصی بیش از ۱۰ درصد کاهش نیافته است. هدف ارتقای کیفیت و ایجاد رقابت در بخش دولتی با بخش خصوصی و افزایش انگیزه مردم به مراجعه به بخش دولتی با تغییر فراوانی که در سهم تأمین مالی رخ داده است تا حدود زیادی برآورده شده است. همچنین به نظر می‌رسد که در بلندمدت، با تداوم اجرای طرح تحول نظام سلامت و عدم اصلاح شیوه برخورداری بیمه‌شدگان تکمیلی از پارانه سلامت، درصد بالایی از منابع مالی بیمه‌های تکمیلی سلامت در بخش خصوصی مصرف شود، درحالی‌که بهتر است با اتخاذ تدابیری ظرفیت استفاده از این منبع در بخش دولتی فراهم گردد.

واژگان کلیدی: طرح تحول نظام سلامت، بیمه سلامت، بیمه تکمیلی، ایران

مقدمه

موردنیاز برای تأمین هزینه‌های بخش سلامت از طرق مختلفی از جمله مالیات، حق بیمه‌های اجتماعی و پرداخت‌های مستقیم توسط بیماران تأمین می‌گردد. تناسب بین منابع مختلف مالی و روش‌های تأمین منابع در شاخص عدالت در تأمین منابع مالی تأثیرگذار است. موضوعی که به علت سهم بالای پرداخت از جیب بیماران، در حال حاضر به‌شدت شاخص تأمین مالی عادلانه را تحت تأثیر قرار داده است. منطقی نمودن این شاخص در سطح کشورها احتمالاً نیازمند انجام اصلاحاتی در نظام

عدالت در سلامت و برقراری آن در سطح کلان جامعه درگرو اتخاذ سیاست‌های مناسب از سوی سیاست‌گذاران و متولیان نظام سلامت است و در این میان سیاست‌های سلامت و نظام‌های تأمین مالی و پرداخت هزینه‌ها به‌ویژه رویکردهای بیمه سلامت به علت نقش آن در جمع‌آوری منابع بخش سلامت و هدایت به سمت افراد نیازمند و نیز کاهش ارتباط مالی ارائه‌دهنده خدمت و بیمار تأثیر بسزایی بر کارایی و کنترل مطلوب هزینه‌های نظام سلامت دارند [۱-۳]. منابع مالی

روش بررسی

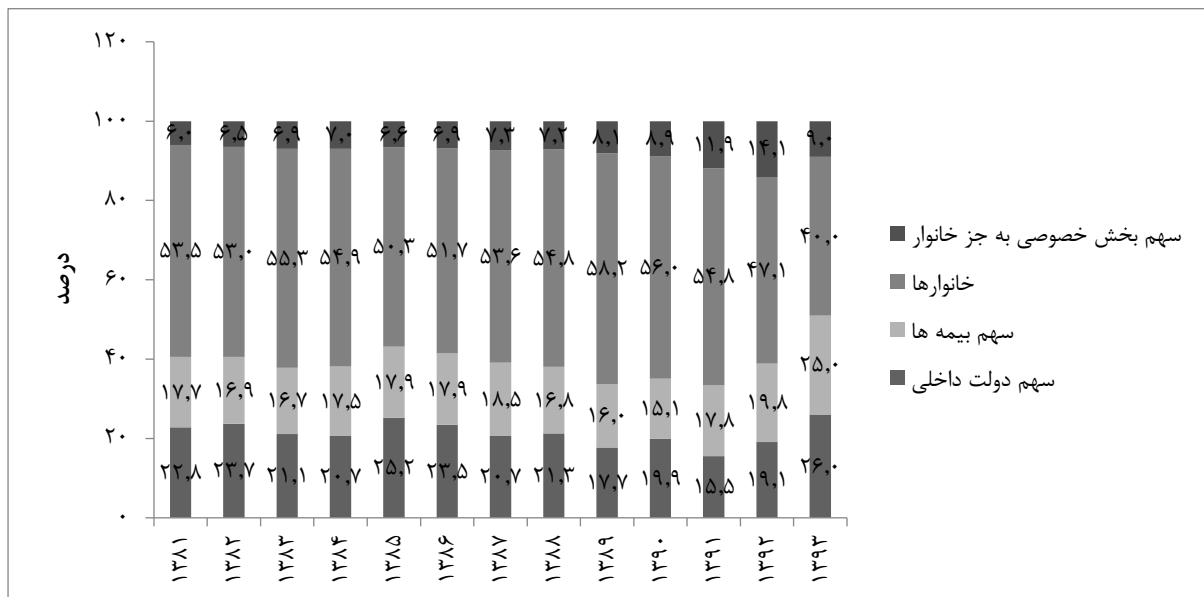
مقاله حاضر توصیفی تحلیلی می‌باشد که با بهره‌گیری از داده‌های ثانویه به بررسی تغییرات عملکرد بیمه‌های تکمیلی، سهم بیمه تکمیلی در تأمین مالی بیمارستان‌ها دولتی و تغییرات آن در مقایسه با سایر منابع تأمین مالی، متأثر از اجرای طرح تحول سلامت پرداخت. در این مطالعه جهت اطمینان از اعتبار داده‌ها، در جمع‌آوری داده از روش مثلث سازی استفاده شد و جمع‌آوری آن‌ها از چند منبع صورت گرفت. داده‌های متنوعی شامل داده‌های حساب‌های ملی سلامت کشور؛ آمارهای هریک از سازمان‌های بیمه سلامت کشور و آمارهای منتشره از بیمه مرکزی ایران در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفته است. این مطالعه در سال ۱۳۹۶ انجام شد. هدف پژوهش تحلیل روند هفت سال گذشته (۱۳۸۸ الی ۱۳۹۵) بود؛ که با توجه محدودیت در وجود و دسترسی به برخی از داده‌ها، محدوده کمتری از این سال‌ها مورد بررسی و توصیف قرار گرفت. داده‌ها بر اساس چک‌لیست محقق ساخته و بر اساس اهداف پژوهش تدوین شد و پس‌از آن به صورت هدفمند جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار Excel و SPSS صورت گرفت. جهت گزارش داده‌ها از آمار توصیفی استفاده شد.

یافته‌ها

بررسی تأثیر طرح تحول بر سهم تأمین‌کنندگان مالی نظام سلامت نشان داده 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 به‌طور متوسط ۵۴ درصد بوده است (تصویر ۱) [۶].

سلامت و تأمین مالی آن را می‌طلبد. انجام این اصلاحات در نظام سلامت، جز راهبردی‌ترین مباحثی است که در سراسر دنیا مورد مطالعات جدی قرار گرفته است [۴]. یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران کشور ما نیز، برقراری عدالت در سلامت و دسترسی به خدمات سلامتی است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی سلامت در کشور با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالادستی به‌ویژه سند چشم‌انداز ۲۰ ساله، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری در سال‌های اخیر اجرای طرح تحول سلامت را پس از یک مرحله مطالعاتی آغاز نمود. این تحول با سه رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شد [۵]. این طرح به‌عنوان یکی از مهم‌ترین برنامه‌های دولت با توجه به محور بودن دولت یازدهم تدوین و اجرا گردید. این مجموعه برنامه‌ها در حالی در دستور کار دولت یازدهم قرار گرفت که پیش‌از این احکام صریح برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه مبنی بر کاهش پرداخت مستقیم مردم از حدود ۵۷ درصد به ۳۰ درصد در حیطه اجرا نه تنها مغفول مانده بلکه بر اساس ارقام مرکز ملی آمار، این رقم در سال ۹۲ به بیش از ۶۰ درصد افزایش یافته بود. هدف این مجموعه برنامه‌ها برابری در فراهمی و دسترسی به مراقبت‌های پایه سلامت، برقراری عدالت در توزیع بار مالی ناشی از هزینه‌های خدمات بهداشتی، درمانی، پوشش همگانی خدمات اساسی سلامت و تأمین مالی کارا و پایدار بود.

اجرای این طرح تاکنون تأثیرات متعددی بر رفتار گیرندگان خدمت، ارائه‌دهندگان خدمت و عاملین تأمین مالی نظام سلامت داشته است. بررسی و تحلیل این تأثیرات می‌تواند سیاست‌گذاران و برنامه ریزان را در جهت اصلاح و بهبود مستمر اهداف نهایی نظام سلامت یاری رساند. پژوهش حاضر در همین جهت و باهدف بررسی تأثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر عملکرد بیمه‌های تکمیلی سلامت کشور، تدوین شد.



تصویر ۱: سهم بخش‌های مختلف در تأمین مالی هزینه‌های سلامت

خانوار که برابر ۷/۷ درصدی در سال ۹۲ نسبت به ۹۱ بوده است، منوط به افزایش سهم دولت، سهم بخش خصوصی به‌غیر از خانوار و سهم پرداختی بیمه به ترتیب به میزان: ۳/۶، ۲/۲ و ۱/۹ درصد است (جدول ۱) [۶].

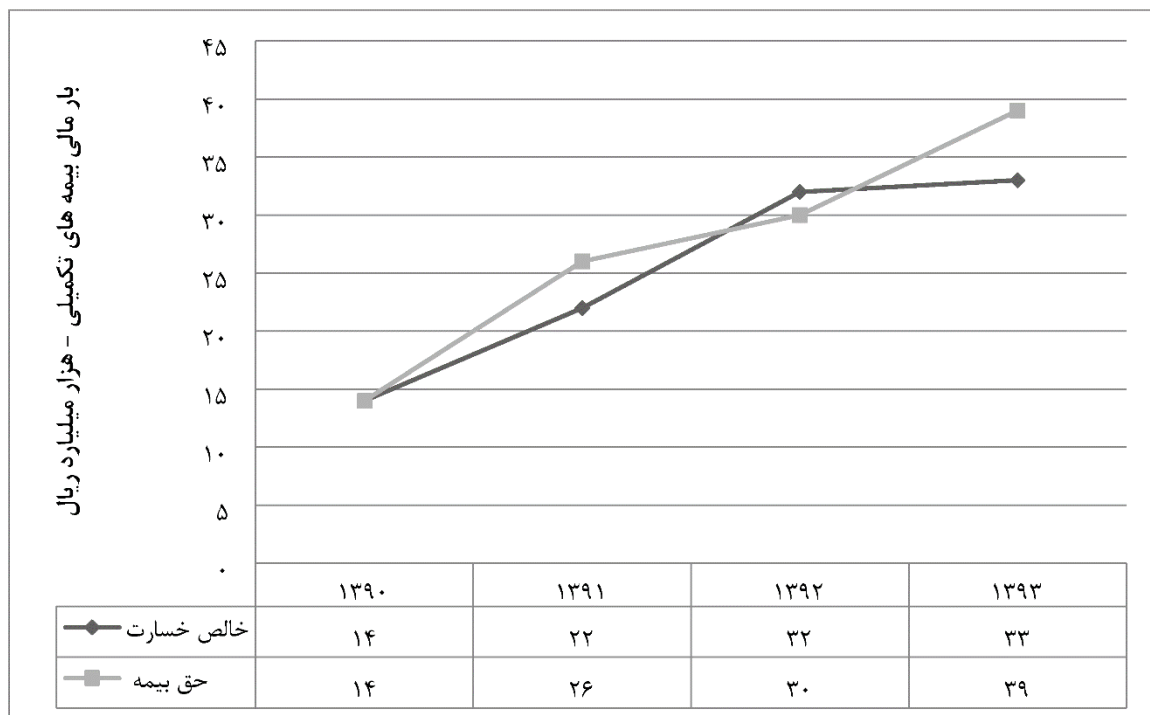
تغییرات بخش‌های تأمین‌کننده هزینه‌های سلامت در طی دوره ۱۳۸۱ تا سال ۱۳۹۳ در جدول ۱ نشان داده شده است. به ازای افزایش یا کاهش سهم هر یک از بخش‌های تأمین‌کننده مالی بخش سلامت، سهم سایر بخش‌ها کاهش و یا افزایش می‌یابد. بیشترین کاهش پرداختی

جدول ۱: تغییرات سهم تأمین‌کنندگان 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 به‌جز 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

نسبت به سال ۹۱، ۳۱ درصد رشد بوده است. آیتم 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 (تصویر ۲).

یافته‌های مرتبط با بیمه‌های تکمیلی سلامت نشان می‌دهند که دو آیتم خالص خسارت و حق بیمه طی سال‌های موردبررسی روند افزایشی داشته است. بیشترین میزان خالص خسارت در سال ۹۳، ۳۳ هزار میلیارد ریال بوده است، اما بیشترین رشد این آیتم در سال ۱۳۹۲



تصویر ۲: خالص خسارت و حق بیمه بیمه‌های تکمیلی سلامت

در آیتم‌های تعداد خدمات سرپایی، مبلغ خدمات سرپایی و سهم سازمان از خدمات سرپایی روند رشد صعودی مشاهده می‌شود که این میزان در سال‌های ۹۳ و ۹۴ بیشترین مقدار رخ داده است (جدول ۲).

بحث

یافته‌های مرتبط با روند تغییرات مرتبط با سهم تأمین‌کنندگان مالی نظام سلامت نشان می‌دهند که طی سال‌های ۸۳ تا ۹۳، سهم بیمه‌ها، دولت، خانوارها و بخش خصوصی با تغییراتی روبه‌رو بوده است.

یافته‌های مرتبط با بیمه‌شدگان تکمیلی و بانک‌ها که به بیمارستان‌های دولتی مراجعه نموده‌اند، نشان می‌دهد که تعداد بیماران بستری طی سال‌های موردبررسی روندی صعودی داشته است. این افزایش رشد در سال ۱۳۹۴، نسبت به سال ۹۳ بیشترین میزان بوده است (۸۶ درصد رشد). یافته‌ها نشان می‌دهند 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 یافته‌ها،

نیافته است. البته اجرای برنامه‌های ارتقا کیفیت هتلینگ بیمارستان‌ها، مقیمی پزشکان در مناطق محروم و ماندگاری پزشکان، باهدف رقابت ارتقا کیفیت بخش دولتی با بخش خصوصی و افزایش انگیزه مردم به مراجعه به بخش دولتی انجام شد که به نظر می‌رسد با تغییر فراوانی که در سهم تأمین مالی کنندگان رخ داده است تا حدود زیادی این مهم برآورده شده است.

مهم‌ترین تغییر مربوط به سهم خانوار هست که تا قبل از سال ۱۳۹۳ و اجرای طرح تحول نظام سلامت، به‌طور میانگین حدود ۵۰ درصد بود و با اجرای این طرح به ۴۰ درصد در بخش دولتی و خصوصی و کمتر از ۱۰ درصد در بخش دولتی رسید. اجرای طرح تحول نظام سلامت که باهدف قرار دادن بخش دولتی آغاز شد، بیش از هر چیزی بر پرداخت از جیب بیمار در همان بخش تأثیرگذار بود، به همین دلیل میانگین پرداخت از جیب در بخش دولتی و خصوصی بیش از ۱۰ درصد کاهش

جدول ۲. عملکرد بیمارستان‌های دولتی در بخش بیمه‌شدگان بیمه تکمیلی سلامت

س	تعداد بیماران بستری	مبلغ خدمات بستری (ریال)	سهم سازمان از خدمات بستری (ریال)	تعداد خدمات سرپایی	مبلغ خدمات سرپایی (ریال)	سهم سازمان از خدمات سرپایی (ریال)	تعداد کل مراجعین بستری و سرپایی	مبلغ کل (خدمات بستری و سرپایی) (ریال)	سهم سازمان از کل خدمات (ریال)
۸۹	۷۱,۶۳۳	۱۴۱,۱۳۷,۶۴۳,۴	۱۸۱,۴۴۱,۸۶۹,۰	۳۱۵,۳۱	۲۹,۲۲۱,۷۲۸,۷۷	۳۴,۱۴۵,۱۴۷,۵۰	۳۸۶,۹۴۹	۲۱۵,۵۸۷,۰۱۶,۵۷	۴
۹۰	۸۲,۱۳۰	۱۶۰,۰۳۹,۵۰۲,۹	۲۳۲,۵۷۹,۵۹۴,۵	۴۲۱,۲۲	۵۱,۷۸۶,۵۴۸,۷۴	۴۶,۷۷۱,۱۶۴,۴۹	۵۰۳,۴۳۰	۲۷۹,۳۵۰,۷۵۹,۰۳	۷
۹۱	۱۳۱,۶۶۰	۲۸۶,۱۵۹,۰۴۵,۰	۳۷۸,۴۶۹,۰۹۳,۰	۷۱۱,۲۶	۷۸,۱۵۱,۳۳۳,۵۰	۶۶,۱۴۵,۱۲۲,۸۰	۴۱۵,۵۲۹	۴۴۴,۶۱۴,۲۱۵,۹۰	۲
۹۲	۱۱۶,۱۳۶	۴۱۶,۳۰۳,۶۰۲,۲	۵۰۱,۸۸۷,۰۱۳,۹	۳۴۸,۲۷	۷۸,۰۳۱,۵۴۷,۹۳	۵۲,۱۹۷,۲۷۰,۲۰	۴۶۴,۴۱۵	۵۵۴,۰۸۴,۳۸۴,۱۴	۲
۹۳	۱۷۶,۱۲۵	۵۵۶,۰۵۳,۰۳۲,۳	۷۳۹,۹۵۰,۴۴۴,۶	۶۱۷,۳۶	۱۳۶,۲۱۹,۸۲۹,۵	۱۵۷,۹۱۷,۸۶۳,۶	۸۳۴,۳۵۷	۸۹۷,۸۶۸,۳۰۸,۳۳	۲
۹۴	۱,۲۶۲,۸	۷۱۵,۳۸۳,۰۰۹,۶	۸۴۹,۶۸۸,۹۳۴,۳	۷۶۳,۰۵	۱۸۲,۸۱۷,۹۴۷,۷	۲۳۶,۵۸۵,۶۳۲,۶	۲,۰۲۵,۸	۱,۰۸۶,۲۷۴,۵۶۶,۹	۳۳

کشورهایی که نظام سلامت آن‌ها مانند ایران در پنج سال اخیر دچار اصلاحات اساسی در نظام تأمین مالی و نظام بیمه سلامت خود شده شامل چهار کشور آمریکا، کره جنوبی، تایلند و ترکیه هستند. اصلاحات انجام‌شده در نظام سلامت کشور آمریکا که تحت عنوان اوباما کیر (Obama Care) شناخته می‌شود، بر بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه تأکید می‌نماید و بیان می‌کند که فردی که تحت پوشش بیمه سلامت نیست، لازم است تحت پوشش طرح درمانی یک کارفرما، مدیکید، مدیکیر یا دیگر برنامه‌های بیمه سلامت عمومی قرار داشته باشد تا سیاست‌های بیمه خصوصی تأییدشده تحقق یابند، مگر این که افراد عضو یک فرقه مذهبی یا قومی باشند که از این قانون مستثنا شده باشند. این قانون طبق ضرورت شامل کمک‌هزینه برای کمک به افراد کم‌درآمد نیز هست [۷-۹]. یکی از اصلاحات انجام‌شده در نظام سلامت آمریکا طی اجرای اوباما کیر، اصلاح سیستم بازپرداخت باهدف ارتقا کارایی نظام سلامت بود که روش پرداخت به ازای ارائه خدمت به‌طورکلی ملغی گشت [۱۰، ۱۱]. به نظر می‌رسد ایجاد اصلاحات اساسی در نظام پرداخت کشور ما مغفول مانده که این امر می‌تواند یکی از دلایل استفاده بیش‌ازحد خدمات سلامت، به‌ویژه در بخش خصوصی و با داشتن بیمه‌های تکمیلی باشد.

کشور کره جنوبی نیز در طول سه دهه گذشته تغییرات سریع و متنوعی را در حوزه‌های اقتصادی - اجتماعی تجربه کرده است. با اجرای اولین برنامه توسعه پنج‌ساله، وضع اقتصادی کشور به‌سرعت بهبود یافت و کیفیت زندگی مردم ارتقاء یافت. با توجه به‌سرعت توسعه شهرنشینی و صنعتی شدن، مسائل مربوط به خدمات اجتماعی نمود بیشتری پیدا کرده و انتظارات مردم نیز در این زمینه افزایش یافته است

بررسی یافته‌های مرتبط با بیمه‌شدگان تکمیلی و بانک‌ها که به بیمارستان‌های دولتی مراجعه نموده‌اند، نشان می‌دهد 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 بیمه‌های تکمیلی در تأمین مالی (به‌ویژه در بخش دولتی) در سال ۹۳ و ۹۴ کمتر شده است. به نظر می‌رسد که با اجرای طرح تحول نظام سلامت و ایجاد منبع مالی جدید در بیمارستان‌های دولتی با عنوان یارانه سلامت، مراجعه‌کنندگانی که دارای بیمه تکمیلی هستند، ترجیح می‌دهند که به‌جای استفاده از بیمه تکمیلی خود، از یارانه سلامت استفاده نمایند. یکی از قوانین استفاده از یارانه سلامت در بیمارستان‌های دولتی، نداشتن بیمه مکمل بود، به این معنی که افراد دارای پوشش بیمه تکمیلی، به‌جز 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 بیمارستان‌ها و اگذار 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 بیمارستان‌ها با بیمه‌های تکمیلی و در نتیجه طولانی شدن زمان دریافت مبلغ صرف شده از شرکت بیمه‌ای و همچنین به دلیل پوشش کمتر بیمه تکمیلی از یارانه سلامت در بسیاری از موارد)، این دستورالعمل به‌خوبی اجرا نشد و بسیاری از منابع یارانه سلامت صرف بیماران شد که دارای بیمه تکمیلی هستند. به همین دلیل میزان خسارت بیمه‌های تکمیلی در سال ۹۳ کمترین رشد خود را طی سال‌های قبل از آن داشته است.

در اجرای طرح تحول نظام سلامت ایران نیز مورد بررسی و تحلیل دقیق قرار گیرد. همچنین سازوکارهای سیستماتیک و دقیقی برای شناسایی افراد دارای پوشش بیمه تکمیلی جهت جلوگیری از صرف منابع یارانه سلامت برای افرادی که دارای بیمه تکمیلی هستند، توصیه می‌شود. در راستای اجرای این برنامه، مشاهده شد که مراجعه مردم به بیمارستان‌های دولتی بیشتر است، اما همچنان سهم خانوار در بخش دولتی و خصوصی بالاست و دستیابی کامل به این هدف انجام نشده است. پیشنهاد می‌شود علل و موانع دستیابی به این هدف بررسی شده و در راستای بهبود آن اقدام شود.

نتیجه‌گیری

سهم خانوار در تأمین مالی هزینه‌های سلامت از اجرای طرح تحول، بعد سال ۱۳۹۳ و اجرای طرح تحول نظام سلامت کاهش یافته است، اما میانگین پرداخت از جیب در بخش دولتی و خصوصی بیش از ۱۰ درصد کاهش نیافته است. هدف ایجاد رقابت و ارتقای کیفیت بخش دولتی با بخش خصوصی و افزایش انگیزه مردم به مراجعه به بخش دولتی با تغییر فراوانی که در سهم تأمین مالی کنندگان رخ داده است تا حدود زیادی برآورده شده است. همچنین به نظر می‌رسد که با تداوم اجرای طرح تحول نظام سلامت و عدم اصلاح شیوه برخورداری بیمه‌شدگان تکمیلی از یارانه سلامت، در بلندمدت، ۱۰۰ درصد منابع مالی بیمه‌های تکمیلی سلامت در بخش خصوصی مصرف شود، درحالی که باید ظرفیت استفاده از این منبع در بخش دولتی فراهم گردد.

[۱۲، ۱۳]. به این منظور دولت تلاش خود را در توسعه خدمت سلامتی و رفاه اجتماعی افزایش داده است. وزارت سلامت رفاه اجتماعی تلاش‌های مستماری را در زمینه ارتقای سلامت عمومی و رفاه اجتماعی انجام داد. طی تدوین و اجرای این اصلاحات، نحوه مشارکت بخش خصوصی در ارائه و تأمین مالی بخش سلامت شفاف شد [۱۴، ۱۵]. مشابه تجربه کره جنوبی، لزوم تفکیک بسته‌های خدمتی قابل پوشش توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی ضروری به نظر می‌رسد.

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 اولویت‌های ارائه‌شده از سوی دولت در دهه آخر را نشان می‌داد. افزایش هزینه عمومی به بهبودهای قابل ملاحظه‌تری در ارائه خدمات و بهبود دسترسی به جمعیت‌های روستایی و محروم منجر شد. این یک کانون تمرکز کلیدی روی اولویت‌بندی خدمات برای مادران و کودکان بود. طی اصلاحات صورت گرفته در این کشور، نقش بخش خصوصی و بیمه‌های تکمیلی در ارائه خدمات ضروری کم رنگ‌تر شد و منابع این بیمه‌ها به سمت خدمات سطح دوم و سوم و خدماتی که توسط بیمه اجتماعی پوشش داده نمی‌شد، گرایش پیدا کرد [۱۶]. اصلاحات پوشش همگانی سلامت در کشور تاکنون نیز در سال ۲۰۰۱ معرفی شد و این کشور، به یکی از تنها تعداد انگشت‌شماری از کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین تبدیل شد که پوشش همگانی بیمه سلامت دست یافته است [۱۷].

با توجه به اینکه این کشورها نیز مانند ایران، اهدافی را از اجرای این اصلاحات پیگیری می‌کردند و در این راستا دارای سیستم ارزشیابی دقیقی هستند، بنابراین پیشنهاد می‌شود کلیه شاخص‌های مورد اهمیت

References

- Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *Lancet*. 2012;380(9837):126-33. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60357-2 pmid: 22591542
- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91(8):602-11. doi: 10.2471/BLT.12.113985 pmid: 23940408
- Chen M, Chen W, Zhao Y. New evidence on financing equity in China's health care reform--a case study on Gansu province, China. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:466. doi: 10.1186/1472-6963-12-466 pmid: 23244513
- Mark RW, Rich M. [The Reform of Healthcare: A Guide for justice and efficiency]. Iran: Ibn Sina Institute of Scientific and Cultural great; 2004.
- Education MoHaM. Health sector Evolution Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2012 [cited 2017]. Available from: http://www.mui.ac.ir/sites/default/files/up_file/link/pdf/100_89p1.pdf.
- Statement of the Health System Development Plan, National Institute of Health Research. Series 1, numbers 1 to 20 2016 [updated 2017; cited 2016]. Available from: <http://nihr.tums.ac.ir/upfiles/307718014.pdf>.
- Public Law. 111th United States Congress; 2010; Washington, D.C: United States Government Printing Office.
- Medicare. More savings in the drug coverage gap coming through 2020: Centers for Medicare & Medicaid Services; 2013. Available from: Medicare.gov.
- Blendon RJ, Benson JM. Public opinion at the time of the vote on health care reform. *N Engl J Med*. 2010;362(16):e55. doi: 10.1056/NEJMp1003844 pmid: 20375397
- Aran MA, Hentschel JS. Protection in good and bad times? The Turkish green card health program. *The World Bank*, 2012 1813-9450.
- Castañeda T, Lindert K, de la Brière B, Fernandez L, Hubert C, Larrañaga O, et al. Designing and implementing household targeting systems: lessons from Latin America and the United States. *World Bank Soc Prot Discus Paper Series*. 2005;526.
- Kwon S. Healthcare financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency? *Int Soc Secur Rev* 2003;56(1):75-94. doi: 10.1111/1468-246x.00150
- Song YJ. The South Korean health care system. *JMAJ*. 2009;52(3):206-9.
- Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan*. 2009;24(1):63-71. doi: 10.1093/heapol/czn037 pmid: 19004861
- Moon R. The Korean Health Insurance Programme. Achieving Universal Coverage of Healthcare. Nontaburi: Office of Healthcare Reform, Ministry of Public Health; 1998.
- Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor. 2013.
- Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(4):999-1008. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.999 pmid: 17630443