

Investigating the Performance of Iran's Health Insurance Organization and Providing Solutions for Improvement: A Mixed Method Study

Ali Akhavan Behbahani¹, Saeedeh Alidoost¹, Iravan Masoudi Asl¹, Maryam Rahbari Bonab^{2,*}

¹ Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran

² Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High – Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Maryam Rahbari Bonab, Community Based Participatory Research Center, Iranian Institute for Reduction of High – Risk Behaviors, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. E-mail: M.rahbari2003@yahoo.com

Received: 17 Jul 2018

Revised: 13 Sep 2018

Accepted: 10 Oct 2018

Online Published: 20 Nov 2018

Abstract

Introduction: The health insurance organizations in Iran are an important part of the health system. However, they are not conscious to many unnecessary costs incurred by providers and recipients, and the health system suffers from a lack of an efficient health insurance system. Therefore, it is essential to assess the performance of insurers and implement appropriate measures. This study aims to investigate the performance of Iranian health insurance organization and present solutions to the challenges.

Methods: This study employed an explanatory sequential mixed method. The quantitative part of the research is a descriptive cross-sectional study and the qualitative section is conducted through qualitative content analysis. Quantitative data were collected by a researcher-made tool and analyzed based on descriptive statistics. For the qualitative section, the focus group discussion method was used for collecting data.

Results: Quantitative results show an increase in the population covered, especially in Self-employed fund, and increase in the number of contracting providers except physicians and dentists. The analysis of indicators related to utilization of health services indicates that the distribution of health facilities varies in different provinces which Sistan and Baluchestan Province has the lowest ranking. Also, financial indicators show that overhead costs and medical expenses of health insurance organization have been rising significantly since 2014. The analysis of qualitative data led to identification of three themes including: factors affecting budget deficit, suggested solutions for health insurance organization and suggested solutions for the health system. Based on the findings, the increasing of tariffs, population covered and benefit packages coverage are the most important factors in increasing costs, which strategic purchasing and revising of basic benefit package can play a significant role in meeting challenges.

Conclusions: In recent years, the population covered by the health insurance organization and the number of contracting providers have risen, and the utilization of health services has increased. On the other hand, the costs of this organization experiencing a significant increase for various reasons. Therefore, it is vital to design and implement appropriate strategies to manage the costs.

Keywords: Health Insurance, Health Insurance Organization, Insurance Coverage

Citation:

Akhavan Behbahani A, Alidoost S, Masoudi Asl I, et al. Investigating the performance of Iran's health insurance organization and providing solutions for improvement: A mixed method study. Iran J Health Insur. 2018;1(3):88-96.

بررسی عملکرد سازمان بیمه سلامت و ارائه راهکارهایی برای بهبود: یک مطالعه

تلفیقی

علی اخوان‌بهبهانی^۱، سعیده علیدوست^۱، ایروان مسعودی‌اصل^۱، مریم رهبری‌بناب^{۲*}

^۱ مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، تهران، ایران

^۲ مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: مریم رهبری‌بناب، مرکز پژوهش‌های سلامت مبتنی بر مشارکت جامعه، پژوهشکده کاهش رفتارهای پرخطر، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران، ایمیل: M.rahbari2003@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۰۸/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۷/۱۸

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۰۶/۲۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۴/۲۶

چکیده

مقدمه: سازمان‌های بیمه‌گر سلامت در ایران بخش مهمی از نظام سلامت این کشور به شمار می‌روند؛ اما به بسیاری از هزینه‌های غیرضروری تحمیل شده توسط ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات حساس نیستند. از این رو نظام سلامت به دلیل ناکارآمدی نظام بیمه‌ای با چالش مواجه است. لذا ارزیابی عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر و اجرای اقدامات مناسب امری ضروری به نظر می‌رسد. هدف این مطالعه بررسی عملکرد سازمان بیمه سلامت و ارائه راهکارهایی برای رفع چالش‌ها می‌باشد.

روش بررسی: این مطالعه با استفاده از رویکرد تلفیقی متوالی در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. بخش کمی مطالعه از نوع توصیفی مقطعی بوده و بخش کیفی به روش تحلیل محتوایی کیفی انجام شده است. برای جمع‌آوری و تحلیل داده‌های کمی از ابزار محقق‌ساخته و آمار توصیفی استفاده شد. برای بخش کیفی نیز از روش بحث گروهی متمرکز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است.

یافته‌ها: بررسی داده‌های کمی نشان‌دهنده افزایش جمعیت تحت پوشش بویژه در صندوق خویش‌فرمایان و ایرانیان و افزایش تعداد ارائه‌دهندگان طرف قرارداد به جز پزشکان و دندانپزشکان می‌باشد. تحلیل شاخص‌های مربوط به بهره‌مندی خدمات سلامت نشان‌دهنده تفاوت توزیع مراکز در استان‌های مختلف کشور است که استان سیستان و بلوچستان در همه مراکز پایین‌ترین رتبه توزیع را به خود اختصاص داده است. تحلیل شاخص‌های مالی نیز نشان می‌دهد هزینه‌های درمانی و بالاسری سازمان به ویژه از سال ۱۳۹۳ به بعد رشد قابل توجهی داشته است. تحلیل داده‌های کیفی منجر به شناسایی سه طبقه اصلی شامل عوامل مؤثر بر کسری بودجه، راهکارهای پیشنهادی برای سازمان بیمه سلامت و راهکارهای پیشنهادی برای کل نظام سلامت می‌باشد. براساس این یافته‌ها افزایش تعرفه و افزایش پوشش بیمه‌ای و جمعیتی مهمترین عوامل مؤثر بر افزایش هزینه‌ها می‌باشند که خرید راهبردی خدمات سلامت و بازنگری بسته بیمه‌های پایه خدمات می‌تواند نقش به‌سزایی در رفع این چالش‌ها داشته باشد.

نتیجه‌گیری: در سال‌های اخیر، جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت و تعداد ارائه‌دهندگان طرف قرارداد افزایش زیادی داشته است و بهره‌مندی از خدمات سلامت وضعیت روبه‌رشدی دارد. از طرف دیگر، هزینه‌های این سازمان به دلایل مختلف افزایش قابل توجهی را تجربه می‌کند. لذا طراحی و اجرای اقدامات مناسب برای کاهش هزینه‌های این سازمان امری ضروری می‌باشد.

واژگان کلیدی: بیمه سلامت، سازمان بیمه سلامت، پوشش بیمه‌ای

مقدمه

از پیش تعیین شده یا صرفاً پرداخت صورت حساب‌های ارایه شده (یا راهبردی) (جستجوی مداوم به دنبال بهترین راه‌های به حداکثر رساندن عملکرد نظام سلامت) انجام شود. با توجه به اینکه تأمین مالی بخش عمده نظام سلامت ایران از طریق نظام بیمه‌ای صورت می‌گیرد لذا سازمان‌های بیمه‌گر نقش مهمی در تحقق اهداف نظام سلامت بویژه ارتقای سلامت و مشارکت مالی عادلانه دارند [۱، ۲].

سازمان بیمه خدمات درمانی یکی از متولیان ارائه بیمه درمانی در کشور محسوب می‌شد که به‌موجب قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ تشکیل گردید. با تصویب قانون برنامه پنجم توسعه و تصریح ماده ۳۸ این قانون مبنی بر تشکیل سازمان بیمه سلامت، با تصویب اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران توسط هیأت وزیران، این سازمان به‌منظور توسعه کمی

تأمین مالی سلامت یکی از کارکردهای اصلی نظام سلامت است که شامل جمع‌آوری درآمد و منابع مالی، انباشت و مدیریت درآمدها (انباشت خطر) و تخصیص منابع جهت تأمین نیازهای سلامت افراد و جامعه (خرید خدمت) می‌باشد. جمع‌آوری درآمد اغلب از طریق پرداخت‌های مستقیم از جیب، مالیات و بیمه‌های اجباری و اختیاری سلامت صورت می‌گیرد.

انباشت خطر، با هدف حصول اطمینان از توزیع ریسک بین همه افراد تحت پوشش صندوق‌ها انجام و به عنوان کارکرد بیمه‌ای تلقی می‌شود. در بخش سوم کارکرد تأمین مالی یعنی خرید خدمت ووجه انباشت شده برای ارائه مجموعه‌ای از مداخلات سلامت به ارائه‌کنندگان مختلف پرداخت می‌شود. فرآیند خرید خدمت می‌تواند به صورت منفرد (یعنی تبعیت از یک بودجه

جمعیت تحت پوشش

جمعیت تحت پوشش سازمان در پایان سال ۱۳۹۱ در حدود ۳۴۳۱۶۵۶۶ نفر بوده که تا سال ۱۳۹۵ رشد صعودی داشته است و بیشترین میزان افزایش به سال ۱۳۹۳ و صندوق خویش فرمایان و ایرانیان مربوط می‌باشد. جمعیت تحت پوشش همگی دارای دفترچه بیمه بوده و از بسته خدمتی یکسانی در بخش سرپایی و بستری بهره‌مند می‌شدند. بررسی جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت در ۴ صندوق اصلی نشان می‌دهد بیشترین جمعیت تحت پوشش در سال ۱۳۹۱ به ترتیب مربوط به صندوق روستاییان و عشایر، کارکنان دولت، خویش فرمایان و ایرانیان و سایر اقشار می‌باشد که در سال ۱۳۹۳ و با اجرای بیمه همگانی سلامت سهم صندوق خویش فرمایان و ایرانیان رشد قابل توجهی داشته است. جمعیت تحت پوشش سازمان در سال‌های ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۵ به تفکیک صندوق‌های بیمه‌ای در **جدول ۱** ارائه می‌شود.

بررسی جمعیت بیماران خاص تحت پوشش سازمان نشان می‌دهد تعداد این بیماران در پایان سال ۱۳۹۵ حدود ۶۳۶۵۷ نفر بوده است که ۴۱ درصد آنها در صندوق بیمه سلامت همگانی (خویش فرمایان) قرار داشتند و باعث بالا رفتن بیماردهی این صندوق بیمه‌ای شده‌اند. توزیع جمعیت بیماران خاص در صندوق کارکنان دولت (۲۳ درصد)، سایر اقشار (۷ درصد) و روستاییان (۲۹ درصد) می‌باشد.

مؤسسات طرف قرارداد

مؤسسات طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت شامل پزشک عمومی، پزشک متخصص و فلوشیپ، پزشک فوق تخصص، دندانپزشک، درمانگاه و پلی کلینیک، بیمارستان و مراکز جراحی، داروخانه، آزمایشگاه، مؤسسات پرتویزشکی، توانبخشی و مرکز درمان سوء مصرف مواد می‌باشد. بررسی تعداد مؤسسات طرف قرارداد سازمان نشان‌دهنده کاهش میزان قرارداد با پزشکان و دندانپزشکان و افزایش قرارداد با سایر مراکز تشخیصی و درمانی می‌باشد. تعداد واحدهای تشخیصی - درمانی طرف قرارداد سازمان از سال ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ در **جدول ۲** ارائه می‌شود.

بهره‌مندی از خدمات

بهره‌مندی از خدمات براساس تعداد مراجعات بیمه‌شدگان سازمان و توزیع مراکز طرف قرارداد بررسی می‌شود. بررسی داده‌های مربوط به تعداد مراجعات نشان می‌دهد در سال ۱۳۹۵ سرانه مراجعه به پزشک عمومی و پزشک متخصص و فوق تخصص به ترتیب ۱/۰۳ و ۱/۱۷ می‌باشد. البته شایان ذکر است درخصوص سطح یک روستاییان از آنجا که برگه دفترچه جدا نمی‌شود در آمار مراجعات نیامده، اما جمعیت در محاسبه لحاظ شده است. اگر جمعیت سطح یک را کم کنیم سرانه به ۲/۵۲ می‌رسد. نکته قابل توجه افزایش چشمگیر مراجعه به پزشک متخصص و فوق تخصص در سال ۱۳۹۵ نسبت به ۱۳۹۳ است. این افزایش چشمگیر درخصوص بستری موقت نیز دیده می‌شود که افزایش بیش از ۱۰۰ درصد را در سال ۱۳۹۵ نسبت به ۱۳۹۲ دارد. دلیل این امر تا حد زیادی به اجرای طرح تحول سلامت و ایجاد پرونده برای بیمه‌شدگان در مراکز بیمارستانی جهت برخورداری از این طرح می‌باشد. در **جدول ۳** تعداد مراجعات بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت به تفکیک مراکز طرف قرارداد در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۵ آورده شده است.

و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۲ تشکیل گردید [۳].

بهموجب قانون برنامه ششم توسعه این سازمان از ابتدای سال ۱۳۹۶ از زیرمجموعه وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی منتزع و به‌عنوان سازمان مستقل زیرمجموعه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار گرفت و اساسنامه آن نیز اصلاح گردید [۴].

این سازمان براساس اساسنامه موظف به اتخاذ تمهیدات و تأمین امکانات و اجرای بیمه همگانی پایه سلامت برای کلیه اتباع ایرانی براساس قوانین و مقررات می‌باشد. لذا این مطالعه با هدف بررسی عملکرد سازمان طی سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۶ در ابعاد مختلف شامل جمعیت تحت پوشش سازمان، مراکز طرف قرارداد، بهره‌مندی از خدمات و وضعیت مالی سازمان انجام شده است [۵].

روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه تلفیقی است و به روش متوالی تبیینی در سال ۱۳۹۶ انجام شده است. این مطالعه شامل دو بخش کمی و کیفی است و با توالی کمی-کیفی و با تأکید بر بخش کمی مطالعه انجام شده است (متوالی تبیینی) [۶]. بخش کمی پژوهش، یک مطالعه توصیفی مقطعی است و برای جمع آوری داده‌های کمی از ابزار محقق ساخته استفاده شده است. ابزار فوق شامل ۴ بخش اصلی: جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت، مؤسسات طرف قرارداد، بهره‌مندی از خدمات (بار مراجعات و توزیع مراکز) و وضعیت مالی سازمان (درآمد، هزینه و بدهی سازمان) می‌باشد که برای جمع‌آوری داده از سامانه‌های اطلاعاتی سازمان بیمه سلامت و گزارش‌های مربوطه استفاده شده است [۷-۱۰].

برای تحلیل داده‌ها آمار توصیفی (فراوانی و درصد) و نرم افزار Excel 2013 مورد استفاده قرار گرفت. بخش کیفی پژوهش به روش تحلیل محتوایی کیفی و با استفاده از روش بحث گروهی متمرکز انجام شده است. بحث گروهی متمرکز با هدایت فرد تسهیل کننده و یادداشت برداری منشی و همچنین با مشارکت ۱۰ نفر از صاحب نظران حوزه بیمه سلامت انجام شد. برای انتخاب افراد از روش نمونه‌گیری هدفمند و از نوع "نمونه‌گیری با حداکثر تنوع" استفاده شد و معیارهای ورود افراد شامل داشتن تحصیلات مرتبط، داشتن حداقل ۵ سال تجربه مدیریتی مرتبط با بیمه‌های درمانی و تمایل برای شرکت در مطالعه بود.

در ابتدای بحث گروهی فرد تسهیل کننده توضیحاتی در خصوص اهداف بحث، روش اجرای بحث گروهی و کلیات سوالات ارائه داد و از افراد مشارکت‌کننده اجازه ضبط صدا و یادداشت برداری اخذ شد. چارچوب کلی سوالات براساس اهداف پژوهش و یافته‌های حاصل از بخش کمی تدوین شد. بعد از اتمام بحث گروهی، فایل صوتی پیاده‌سازی شد و پس از بازخوانی و مطابقت با یادداشت‌ها کدگذاری داده‌های کیفی شروع گردید و سپس داده‌های کدگذاری شده براساس مفهوم تم‌بندی شدند.

یافته‌ها

تحلیل داده‌های کمی در ۴ بخش اصلی شامل؛ جمعیت تحت پوشش، مؤسسات طرف قرارداد، بهره‌مندی از خدمات و وضعیت مالی سازمان (هزینه‌ها، درآمد و بدهی) مورد بررسی قرار گرفت.

جدول ۱: جمعیت بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان در سال‌های ۱۳۹۱ تا پایان سال ۱۳۹۵

صندوق	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
کارکنان دولت	۶.۱۹۷۵۴۵	۶۱۲۳۳۴۶	۵.۹۵۷۶۷۳ (٪۱۵)	۵۸۴۷۶۰۱	۵۶۵۸۵۰۸
خویش‌فرمایان و ایرانیان	۳۲۰۶	۱	۰	۰	۰
خویش‌فرمایان	۳۰۱۴۰۳۳	۲۶۱۱۴۰۶	۵۷۷۴۰۲ (٪۲)	۱۲۶۱۸۹	۱۵۹۹۶
بیمه ایرانیان	۰	۰	۸۵۰۰۴۷۰ (٪۲۱)	۹۰۹۹۲۶۴	۸۸۰۱۳۷۷
بیمه همگانی	۱۸۷۰۵۹۷	۱۸۵۴۳۱۹	۱۷۲۱۱۷۴ (٪۴)	۱۶۷۳۲۶۸	۱۳۹۳۵۸۴
سایر اقشار	۲۳۳۳۱۱۸۵	۲۳۱۷۳۱۰۷	۲۲۸۵۷۷۷۱ (٪۵۷)	۲۱۸۲۵۸۷۸	۲۳۳۲۰۸۹۶
روستاییان و عشایر	۳۴۳۱۶۵۶۶	۳۳۷۶۲۴۶۸	۳۹۶۱۴۴۹۰	۳۸۶۷۱۵۰۰	۳۸۱۹۰۳۶۱
جمع کل					

جدول ۲: تعداد مؤسسات طرف قرارداد سازمان بیمه سلامت در سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۵

عنوان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	درصد رشد ۱۳۹۲ به ۱۳۹۵
پزشک عمومی	۱۱۸۲۰	۱۱۴۵۹	۱۱۰۲۲	۱۰۷۶۳	-۸/۹۴
پزشک متخصص و فلوشیپ	۱۱۲۴۴	۱۰۶۸۸	۱۰۱۸۲	۹۹۷۶	-۱۱/۲۸
پزشک فوق تخصص	۸۶۳	۹۱۲	۸۸۰	۸۷۰	۰/۸۱
دندانپزشک	۲۷۰۹	۲۶۶۵	۲۵۸۲	۲۵۰۳	-۷/۶۰
جمع پزشکان و دندانپزشکان	۲۶۶۳۶	۲۵۷۲۴	۲۴۶۶۶	۲۴۱۱۲	-۹/۴۸
درمانگاه و پلی کلینیک	۲۰۵۶	۲۱۰۳	۲۰۸۵	۲۳۰۴	۱۲/۰۶
بیمارستان و مراکز جراحی	۹۳۶	۹۶۵	۹۹۳	۱۰۲۶	۹/۶۲
داروخانه	۸۸۴۰	۸۸۲۸	۹۲۷۲	۹۶۲۲	۸/۸۵
آزمایشگاه	۱۹۷۲	۲۰۵۴	۲۱۲۳	۲۱۱۳	۷/۱۵
مؤسسات پرتوپزشکی	۱۳۰۳	۱۲۱۶	۱۲۷۱	۱۳۰۵	۰/۱۵
توانبخشی	۱۶۳۳	۱۷۵۵	۱۹۳۲	۲۰۲۳	۲۳/۸۸
مرکز درمان سوء مصرف مواد	۰	۰	۰	۲۴۵	-
جمع	۴۳۳۷۶	۴۲۶۴۵	۴۲۵۳۲	۴۲۷۵۰	-۱/۴۴

جدول ۳: تعداد بار مراجعات بیمه‌شدگان سازمان بیمه سلامت به مراکز طرف قرارداد در سال‌های ۱۳۹۱-۱۳۹۵

نوع خدمت	۱۳۹۱	درصد رشد	۱۳۹۲	درصد رشد	۱۳۹۳	درصد رشد	۱۳۹۴	درصد رشد	۱۳۹۵	درصد رشد سالیانه
پزشک عمومی	۳۳۴۸۷۹۳۶	-۵	۳۰۹۷۷۲۰۳	-۷	۳۵۶۸۰۹۲۸	۱۵	۳۹۰۲۳۱۴۸	۹/۳۷	۴۰۰۵۷۹۴۴	۳
پزشک متخصص فوق تخصص	۳۴۸۱۶۲۰۴	-۲	۳۲۰۷۸۱۵۴	-۸	۳۵۸۳۳۸۳۲	۱۲	۴۲۷۹۹۲۱۵	۱۹/۴۴	۴۵۳۶۳۵۳۸	۶
دندانپزشک	۲۹۰۴۱۶۲	-۵	۲۵۷۰۶۵۱	-۱۱	۲۶۷۴۶۶۶	۴	۲۹۲۰۰۷۷	۹/۱۸	۲۴۸۴۲۱۴	-۱۵
داروخانه	۵۴۹۰۱۵۹۱	-۳	۵۳۵۷۹۵۲۰	-۲	۶۰۵۱۳۹۰۱	۱۳	۶۸۶۸۸۴۲۲	۱۳/۵۱	۷۲۲۷۳۷۲۴	۵
آزمایشگاه	۱۲۷۸۳۵۱۰	۱	۱۲۱۹۶۸۷۳	-۵	۱۳۴۸۳۰۳۸	۱۱	۱۵۲۳۳۷۶۱	۱۲/۹۸	۱۶۱۴۰۵۶۹	۶
پرتوپزشکی	۸۸۲۴۱۴۴	۰	۸۱۳۶۰۵۸	-۸	۸۹۷۱۷۰۷	۱۰	۱۰۷۳۶۸۵۱	۱۹/۶۷	۱۱۷۴۱۰۰۷	۹
توانبخشی	۳۸۳۶۳۷	۵	۳۵۳۵۶۱	-۸	۳۶۱۶۰۱	۲	۳۸۷۲۵۴	۷/۰۹	۴۲۸۱۶۲	۱۱
دیالیز	۳۱۸۲۷۶۲	۱۳	۳۱۹۶۲۳۶	۰	۳۱۹۴۸۹۹	۰	۳۸۴۰۵۳۹	۲۰/۲۱	۴۳۲۵۲۹۳	۱۳
سایر خدمات (سرپایی)	۱۶۴۱۰۹	-۱۶	۱۵۴۲۱۱	-۶	۲۰۷۸۵۰	-۶	۲۶۶۵۹۴	۲۸/۲۶	۲۹۴۲۶۶	۱۰
بستری موقت	۷۶۴۵۰۵	۹	۷۲۴۵۱۰	-۵	۱۰۲۹۷۲۱	-۵	۱۵۰۷۱۳۳	۴۶/۳۶	۱۷۶۸۶۵۴	۱۷
بستری	۳۴۳۹۳۲۳	۲	۳۳۵۵۶۷۴	-۲	۳۵۵۰۵۱۶	-۲	۴۱۵۸۵۹۵	۱۷/۱۳	۴۳۶۸۷۲۳	۵
جمع کل	۱۵۵۶۵۱۸۸۳	-۲	۱۴۷۳۲۲۶۵۱	-۲	۱۶۵۵۰۲۶۵۹	-۲	۱۸۹۵۶۱۵۸۹	۱۴/۵۴	۱۹۹۲۴۶۰۹۳	۵

استان البرز است. پایین‌ترین رتبه در تمامی خدمات در این سال نیز متعلق به استان سیستان و بلوچستان است. در جدول ۴ بالاترین و پایین‌ترین رتبه‌های توزیع مراکز طرف قرارداد در کشور در سال‌های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۵ آورده شده است.

بررسی توزیع مراکز طرف قرارداد (تعداد به ازای جمعیت) نشان می‌دهد در پایان سال ۱۳۹۵ بالاترین رتبه در مؤسسات درمانی و پزشک عمومی متعلق به استان یزد، درخصوص داروخانه و پرتوپزشکی استان تهران درخصوص پزشک متخصص استان اصفهان و درخصوص آزمایشگاه

جدول ۴: بالاترین و پایین‌ترین رتبه‌های توزیع مؤسسات طرف قرارداد در کشور در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۲

۱۳۹۵		۱۳۹۴		۱۳۹۳		۱۳۹۲	
بالاترین رتبه	پایین‌ترین رتبه	بالاترین رتبه	پایین‌ترین رتبه	بالاترین رتبه	پایین‌ترین رتبه	بالاترین رتبه	پایین‌ترین رتبه
مؤسسات درمانی (هزار نفر)							
یزد	سیستان و بلوچستان	یزد	کردستان	کردستان	خراسان جنوبی	لرستان	یزد
۰/۵۴	۰/۰۴	۰/۴	۰/۰۹	۰/۱۳	۰/۵۷	۰/۱۸	۰/۲۶
پزشک عمومی (هزار نفر)							
یزد	سیستان و بلوچستان	یزد	کردستان	کردستان	یزد	کردستان	یزد
۲/۴۸	۰/۰۸	۱/۷۳	۰/۲۲	۲/۲۷	۲/۱۲	۰/۴۶	۰/۸۲
پزشک متخصص (هزار نفر)							
یزد	سیستان و بلوچستان	یزد	کردستان	کردستان	یزد	فارس	یزد
۲/۰۴	۰/۰۶	۱/۴۸	۰/۳۰	۰/۴۷	۱/۷۱	۰/۶۰	۰/۸۹
داروخانه (ده هزار نفر)							
البرز	سیستان و بلوچستان	اصفهان	کردستان	کردستان	البرز	ایلام	البرز
۱۶/۷۴	۰/۷۵	۷/۶۳	۲/۵۱	۲/۹۵	۹/۳۵	۴/۰۱	۷/۶۱
آزمایشگاه (صد هزار نفر)							
البرز	سیستان و بلوچستان	البرز	سیستان و بلوچستان	سیستان و بلوچستان	البرز	سیستان و بلوچستان	البرز
۴۱	۱/۲۷	۲۱/۱۱	۵/۱۷	۵/۲۳	۲۴/۴۶	۷/۳۴	۱۸/۳۴
پرتویزشکی (صد هزار نفر)							
تهران	سیستان و بلوچستان	بوشهر	سیستان و بلوچستان	سیستان و بلوچستان	بوشهر	فارس	تهران
۱۹/۹۷	۱/۰۴	۱۵/۲۵	۲/۰۷	۲/۷۵	۱۳/۵۶	۳/۱۹	۱۰/۲۳

وضعیت مالی سازمان بیمه سلامت

روستایی با وزارت بهداشت (بند «ط» تبصره «۹» قانون بودجه ۱۳۹۳) (۱ درصد مالیات بر ارزش افزوده)، تفاهم نامه پرداخت مابه‌التفاوت داروهای بیماران خاص و... و موافقتنامه با وزارت بهداشت بابت ارزش نسبی، تفاوت تعرفه، فرانشیز روستاییان نیز درآمدهایی کسب کرده است. در جدول ۵ بودجه مصوب سازمان در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۶ ارائه می‌شود. شایان ذکر است ارقام ارائه شده ارقام مصوب بودجه شرکتی سازمان است که به تصویب هیئت امناء رسیده است، اما رقم واقعی درآمد سازمان با آن متفاوت است.

عمده درآمدهای سازمان بیمه سلامت به دو بخش حق بیمه دریافتی از محل ردیف‌های بودجه‌ای و ارائه خدمات بیمه‌ای (وصول حق بیمه سهم بیمه‌شده و دستگاه اجرایی) اختصاص دارد. از آغاز طرح تحول سلامت نیز رقم دریافتی از محل تفاهمنامه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به این درآمدها افزوده شده است. مجموع ارقام مندرج در برنامه‌های متمرکز بودجه سالیانه ذیل ردیف سازمان بیمه سلامت در سال‌های ۱۳۹۲ - ۱۳۹۴ به ترتیب ۲۴۱۰۲۹۴۸، ۴۰۰۰۰۰۰ و ۴۸۸۰۰۰۰۰ میلیون ریال بوده است. علاوه بر ارقام فوق، سازمان از محل تفاهم نامه

جدول ۵: بودجه شرکتی مصوب سازمان در سال‌های ۱۳۹۰-۱۳۹۶ (میلیارد ریال)

سال	بودجه مصوب شرکتی	درآمد محقق شده
۱۳۹۰	۲۶۱۵۹	۲۶۱۵۹
۱۳۹۱	۲۹۸۴۱	۲۹۸۴۱
۱۳۹۲	۵۲۲۴۲	۵۲،۱۸۴
۱۳۹۳	۷۴۱۵۱	۷۵،۰۰۲
۱۳۹۴	۱۰۳۸۰۰	۸۹۲۹۰
۱۳۹۵	۱۵۴۵۸۳	۱۶۹۱۷۸
۱۳۹۶	۱۵۷۰۰	-

سرانه کفاف مخارج را نداده است و این به معنای اعلام عدد غیرواقعی سرانه است، اما این روند رویکرد افزایشی را در سال‌های اخیر نشان داده و شکاف منابع از مصارف بیشتر شده است. به شکلی که در سال ۱۳۹۵ سرانه مصوب تنها کفاف ۶۸ درصد هزینه‌ها را داده است.

بررسی هزینه‌های سلامت به تفکیک دارو، دستمزد پزشکان، آزمایشگاه، تصویربرداری پزشکی، هتلینگ و خدمات بیمارستانی و سایر هزینه‌ها (تجهیزات و...) حاکی از آن است که هزینه‌های دارو و تجهیزات پزشکی کاهش و سایر هزینه‌ها افزایش یافته است (جدول ۸).

بررسی هزینه‌های سازمان بیمه سلامت نشان‌دهنده افزایش قابل توجه هزینه‌های درمان و بالاسری و کسری بسیار بالا سازمان در سال ۱۳۹۳ می‌باشد. رشد هزینه‌های بالاسری سازمان نیز از سال ۱۳۹۲ - ۱۳۹۵ روند فزاینده‌ای به خود گرفته است به نحوی که از حدود ۲۲۰ میلیارد تومان به ۵۳۰ میلیارد تومان رسیده است یعنی رشدی در حدود ۱۴۱ درصد داشته است. سیمای درآمد و هزینه از سال ۱۳۹۲ لغایت سال ۱۳۹۵ در جدول ۶ ارائه شده است.

در جدول ۷ سرانه درمان و عملکرد هزینه سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۹۵ آورده شده است. نکته قابل توجه این است که در هیچ سالی

جدول ۶: وضعیت اعتبارات سازمان بیمه سلامت ایران در سال‌های ۱۳۹۵-۱۳۹۲ (میلیون ریال)

عنوان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
درآمد	۵۲۱۸۴۰۰۰	۷۵۰۰۲۱۶۵	۸۹۲۹۰۱۱۱	۱۶۹۱۷۸۵۹۱
هزینه‌های درمان	۴۳۵۱۲۵۹۲	۸۶۰۸۵۹۸۶	۱۲۲۸۵۲۲۷۲	۱۴۹۲۳۱۴۶۲
هزینه‌های بالاسری	۲۲۰۱۴۴۹	۳۶۱۸۸۴۸	۴۵۹۵۷۳۷	۵۳۵۱۸۱۴
جمع هزینه‌ها	۴۵۷۱۴۰۴۱	۸۹۷۰۴۸۳۴	۱۲۷۴۴۸۰۰۹	۱۵۴۵۸۳۲۷۶
کسری منابع به مصارف	۶۴۶۹۹۵۹	- ۱۴۷۰۲۶۶۹	- ۳۸۱۵۷۸۹۹	۱۴۵۹۵۳۱۵

جدول ۷: سرانه درمان و عملکرد هزینه سازمان بیمه سلامت ایران ۱۳۸۸-۱۳۹۵

۱۳۸۸	درصد رشد	۱۳۸۹	درصد رشد	۱۳۹۰	درصد رشد	۱۳۹۱	درصد رشد	۱۳۹۲	درصد رشد	۱۳۹۳	درصد رشد	۱۳۹۵
۷۰۰۰۰	۱۴	۸۰۰۰۰	۱۸	۹۴۰۰۰	۲۰	۱۱۲۸۰۰	۲۷	۱۴۳۰۰۰	۵۰	۲۱۵۰۰۰	۲۶	۳۱۰۰۰۰
سرانه مصوب (ریال)												
۶۸۱۰۱	۱۹	۸۱۲۸۲	۱۷	۹۴۹۲۶	۲۸	۱۲۱۲۴۸	۴۴	۱۷۴۹۵۰	۵۴	۲۶۹۶۹۵	۴۲	۴۴۲۴۴۳
سرانه عملکرد هزینه												
۷۱۷۴۸	۷۹	۸۵۳۷۱	۵۰	۱۰۰۳۱۱	۲۸	۱۲۸۱۰۱	۴۴	۱۸۴۷۶۱	۵۲	۲۸۱۰۳۳	۴۱	۴۵۸۳۱۰
هزینه تمام شده (عملکرد + سرپار)												
۱۰۳	- ۴	۹۸	۱	۹۹	- ۶	۹۳	- ۱۲	۸۲	- ۲	۸۰	- ۱۱	۷۰
منابع به مصارف (عملکرد هزینه) درصد												
۹۸	- ۴	۹۴	۰	۹۴	- ۶	۸۸	- ۱۲	۷۷	- ۱	۷۷	- ۱۱	۶۸
منابع به مصارف (هزینه تمام شده) درصد												

جدول ۸: تسهیم هزینه‌های سازمان بیمه سلامت در سال‌های ۱۳۹۲ تا ۱۳۹۵ (درصد)

عنوان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
دارو	۲۹/۹	۲۹/۵	۲۳/۴	۲۴/۶
دست‌مزد پزشکان	۳۰/۷	۳۴/۲	۳۳/۳	۳۶/۷
آزمایشگاه	۵/۲	۵/۶	۵/۱	۷/۲
تصویربرداری پزشکی	۴/۹	۴/۶	۵/۱	۵/۸
هتلینگ و خدمات بیمارستانی	۱۴/۸	۱۴/۸	۱۳/۱	۱۴/۲
سایر هزینه‌ها (تجهیزات و ...)	۱۴/۶	۱۱/۴	۱۹/۹	۱۱/۶

بررسی داده‌های مربوط به بدهی سازمان بیمه سلامت نشان می‌دهد این سازمان تا تاریخ ۱۳۹۶/۸/۲۰ از سال ۱۳۹۵ مبلغ ۳۲۰۸۰۷۸۱ میلیون ریال و در سال ۱۳۹۶ مبلغ ۴۷۸۲۵۱۴۷ میلیون ریال به مؤسسات طرف قرارداد بدهکار است یعنی در مجموع این سازمان حدود ۸۰۰۰ میلیارد تومان تا این تاریخ بدهی داشته است که لیست آن در جدول ۹ ارائه می‌شود. در جدول ۱۰ نیز سرجمع منابع، مصارف و سود و زیان سازمان بیمه سلامت در سال‌های ۱۳۹۲-۱۳۹۶ ارائه شده است.

یافته‌های کیفی

تحلیل داده‌های کیفی منجر به شناسایی ۳ طبقه شامل؛ عوامل مؤثر بر کسری منابع سازمان بیمه سلامت (۹ زیرطبقه)، راهکارهای پیشنهادی برای سازمان بیمه سلامت (۷ زیرطبقه) و راهکارهای کلان (۹ زیرطبقه) شد و در جدول ۱۱ ارائه می‌شوند.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی برخی از شاخص‌های عملکردی سازمان بیمه سلامت، عوامل مؤثر بر کسری منابع و ارائه راهکارهای پیشنهادی انجام شده است. شاخص‌های عملکردی بررسی شده شامل جمعیت تحت پوشش، مؤسسات طرف قرارداد، بهره‌مندی از خدمات سلامت و

وضعیت مالی سازمان بیمه سلامت می‌باشد. یافته‌های مربوط به جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه سلامت حاکی از کاهش این جمعیت در صندوق‌های کارکنان دولت، روستاییان و عشایر و سایر اقشار می‌باشد درحالی‌که جمعیت تحت پوشش صندوق خویش‌فرمایان و ایرانیان از سال ۱۳۹۳ و همزمان با طرح بیمه همگانی سلامت افزایش قابل توجهی تجربه کرده است. کاهش جمعیت بیمه‌شدگان بویژه در صندوق کارکنان دولت به علت روند کاهش استخدام‌های رسمی کارکنان دولت، خروج تدریجی افراد تحت پوشش و الزام به پرداخت ۱۵ درصد حق سرانه توسط بیمه‌شدگان ایرانیان و عدم تمایل به پرداخت حق بیمه بجز در شرایط بیماری‌های وخیم و در شرایط اورژانس می‌باشد که این امر دلایل مختلفی دارد که از آن جمله می‌توان به سطح معیشت خانوار اشاره کرد. کاهش جمعیت صندوق روستاییان بسیار ناچیز است و در واقع می‌توان جمعیت این صندوق را بدون تغییر محسوب کرد. نکته قابل توجه اینکه جمعیت ۳۳,۷۶۲,۴۶۹ نفری سازمان در سال ۱۳۹۲ علیرغم بیمه شدن بیش از ۸ میلیون نفر در صندوق بیمه همگانی به ۳۸,۱۹۰,۳۶۱ نفر در پایان سال ۱۳۹۵ رسید یعنی در عمل ۴/۴ میلیون نفر به جمعیت بیمه‌شدگان سازمان افزوده شده است. علت اصلی این امر جابجایی بیمه‌شدگان صندوق ایرانیان به بیمه همگانی است [۸، ۹].

جدول ۹: گزارش مانده بدهی سال‌های ۱۳۹۵ و ۱۳۹۶ سازمان بیمه سلامت ایران تا مورخ ۱۳۹۶/۸/۲۰ (میلیون ریال)

عنوان	۱۳۹۵	ماه پرداخت	۱۳۹۶	ماه پرداخت	جمع
جمع کل بدهی	۳۲۰۸۰۷۸۱	۸/۹	۴۷۸۲۵۱۴۷	-	۷۹۹۰۵۹۲۹
دولتی دانشگاهی	۲۷۱۵۱۷۸۶	۸/۱	۳۱۸۲۳۴۲۰	-	۵۸۹۷۵۲۰۶
دولتی غیردانشگاهی	۱۰۵۴۵۶۲	۹/۹	۲۶۱۹۴۲۲	-	۳۶۷۳۹۸۴
خصوصی	۳۷۸۸۹۷۳	۱۰/۶	۱۳۲۰۱۱۵۵	-	۱۶۹۹۰۱۲۸
خسارت متفرقه	۸۵۴۶۱	۱۱/۵	۱۸۱۱۵۰	۶	۲۶۶۶۱۱
داروخانه (جزئی از مؤسسات خصوصی)	۴۶۵۱۳۲	۱۲	۸۵۴۵۸۴۲	فروردین ۱۳۹۶	۹۰۱۰۹۷۴

جدول ۱۰: منابع و مصارف سازمان از سال ۱۳۹۲-۱۳۹۶ (میلیارد ریال)

عنوان	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵	۱۳۹۶
منابع ردیف ۱۲۹۱۰۹	۲۵۶۲۲	۳۶۲۴۲	۴۶۲۱۵	۵۱۸۴۴	۹۶۹۹۷
منابع داخلی (حق بیمه)	۱۳۰۵۹	۱۸۴۳۴	۱۸۹۳۳	۲۰۶۰۶	۱۵۹۶۴
سایر منابع (رد دیون، اوراق و...)	۰	۰	۰	۷۷۰۷۱	۲۳۸۷۱
منابع در اختیار وزارت بهداشت	۱۳۰۸۸	۱۹۲۱۴	۲۳۵۸۸	۱۹۴۹۴	۱۹۰۰۰
سایر درآمدها (چاپ و صدور دفترچه و...)	۴۱۵	۱۱۱۱	۵۵۹	۱۶۵	۱۱۶۸
جمع کل منابع	۵۲۱۸۴	۷۵۰۰۱	۸۹۲۹۵	۱۶۹۱۸۰	۱۵۷۰۰۰
مصارف درمان	۴۳۵۱۳	۸۶۰۸۶	۱۲۲۸۵۲	۱۴۹۲۳۱	۱۴۹۶۲۳
مصارف عملیاتی	۴۶۰	۱۰۱۶	۱۲۰۵	۱۳۱۲	۱۸۰۲
مصارف جاری (پرسنلی، اداری)	۱۹۸۱	۲۶۰۳	۳۳۹۱	۴۰۴۰	۵۵۷۵
جمع کل مصارف	۴۵۹۵۴	۸۹۷۰۵	۱۲۷۴۴۸	۱۵۴۵۸۳	۱۵۷۰۰۰
سود (زیان) سنواتی	۶۲۳۰	-۱۴۷۰۴	-۳۸۱۵۳	۱۴۵۹۷	۰
زیان انباشته ابتدای سال	-۱۲۲۸۱	-۶۰۵۱	-۲۰۷۵۵	-۵۸۹۰۸	-۴۴۳۱۲
زیان انباشته پایان سال	-۶۰۵۱	-۲۰۷۵۵	-۵۸۹۰۸	-۴۴۳۱۲	-

جدول ۱۱: طبقات و زیرطبقات شناسایی شده برای عملکرد سازمان بیمه سلامت

عوامل مؤثر بر کسری منابع سازمان بیمه سلامت
افزایش تعرفه‌ها
افزایش پوشش بیمه‌های خدمات
افزایش پوشش جمعیتی
افزایش هزینه‌های ناشی از ارتقای بسته بیمه پایه سلامت در نظام ارجاع روستایی
کاهش فرانشیز بستری
الزامات مرتبط با مؤسسات بیمه گذار
عدم تناسب سرانه هزینه بیمه شدگان و منابع مالی حاصل از حق بیمه و مالیات بر ارزش افزوده
در نظر گرفتن سقف دو برابر حداقل حقوق برای پرداخت حق بیمه در صندوق کارکنان دولت (تا پایان برنامه پنجم توسعه)
راهکارهای پیشنهادی برای سازمان بیمه سلامت
بازنگری در شیوه اداره سازمان و کاهش هزینه‌ها
خرید راهبردی خدمات سلامت
بازنگری بسته خدمتی
اخذ حق بیمه از متمکنین
اجرای گایدلاین‌های درمانی
بازنگری در طرح بیمه همگانی
در اختیار گرفتن یارانه سلامت جهت کاهش پرداخت از جیب
راهکارهای کلان در سطح نظام سلامت
افزایش شفافیت در هزینه کرد منابع سلامت
اجرای نظام ارجاع
بازنگری کتاب ارزش نسبی
اصلاح عدد قدر مطلق k
بازنگری وزارت بهداشت در پرداخت 2K اعضای هیأت علمی
حذف هم پوشانی‌های بیمه‌های وزارت بهداشت و وزارت رفاه
بازتعریف بسته خدمات پایه سلامت (ایجاد وحدت رویه و یکسان سازی بسته خدمات و تعهدات بیمه‌های درمانی)
مشارکت جدی سازمان‌های بیمه‌گر در اعتباربخشی مراکز بستری دولتی و خصوصی
جایجایی منابع مالی برنامه‌های هدفمندی در راستای افزایش منابع مالی برای پوشش هزینه بیمه‌شدگان جدید

عملکرد نظام سلامت است. این امر به معنای انتخاب فعال مداخلات با شیوه‌هایی چون قراردادهای انتخابی و برنامه‌های انگیزشی است که جهت دستیابی به عملکرد بهتر صورت می‌گیرد [۱۷، ۱۸].

بیمه‌های درمانی در ایران سلامت‌نگر نیستند و به میزان کافی نسبت به ایجاد هزینه‌های غیرضروری توسط ارائه‌کننده و گیرنده خدمت حساس نیستند در پوشش بیمه‌ای خدمات از شواهد مانند شواهد حاصل از ارزیابی‌های فناوری سلامت استفاده کافی نمی‌شود و اشکالات فراوان در فرآیندهای بیمه‌گری و رسیدگی به اسناد پزشکی وجود دارد. همچنین ناهمگونی در سیاست‌ها و عملکرد بین سازمان‌های بیمه پایه در بسته مورد تعهد به چشم می‌خورد. با توجه به اینکه منافع بیمه (به‌عنوان خریدار خدمت) در عدم پرداخت خسارت بر اثر بیماری‌هاست، لذا برخلاف بخش ارائه خدمت - که از بیمار شدن افراد نفع می‌برد - انگیزه کافی برای حفظ سلامتی و پیشگیری از بیمار شدن افراد را دارد تا با صرفه‌جویی در هزینه‌ها نفع بیشتری ببرد.

شواهد روزافزون حکایت از آن دارند که بیمه‌های سلامت در ایران به خوبی هدفمند نیستند، درست هزینه نمی‌کنند و در نتیجه در سطح اقتصاد خرد و کلان مسائلی را از نظر کارایی و عدالت پدید می‌آورند. نظام‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات هم پیچیده و هم دربرگیرنده سلسله‌ای از انگیزه‌های نادرست است. به‌نظر می‌رسد ردیف‌های بودجه و پرداخت‌های فوری سرویس از جانب بیمه‌ها سبب استفاده مفرط از خدمات و احتمالاً ارائه خدمات غیرضرور می‌شود. انگیزه‌ها نیز از یکسو انعطاف ناپذیری سازمانی و ممانعت از تغییرات واقعی در سازمان را دامن می‌زند و از سوی دیگر سبب تقاضاهای القایی و بالا رفتن هزینه‌ها می‌شود، بی‌آنکه اثر واقعی بر سلامت مردم داشته باشد. بنابراین خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند نقش مهمی در کنترل هزینه‌ها و ارتقای سلامت افراد و جامعه داشته باشد [۱۳].

اجرای نظام ارجاع و استفاده از گایدلاین‌های بالینی یکی دیگر از راهکارهای پیشنهادی توسط افراد شرکت کننده می‌باشند. استفاده از این ابزارها می‌تواند منجر به کاهش ارائه مراقبت‌های غیرضروری، افزایش کارآمدی بالینی و کنترل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت شود که با توجه به افزایش هزینه‌ها در سال‌های اخیر می‌تواند رویکرد مناسبی برای کنترل هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر باشد [۱۹].

نتیجه‌گیری

بازتعریف بسته خدمات پایه سلامت جهت ایجاد وحدت رویه و یکسان سازی بسته خدمات و تعهدات بیمه‌های درمانی سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان یکی از اقدامات اساسی در سطح کل نظام سلامت است و در صورت اجرای صحیح می‌تواند باعث رفع بسیاری از چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر از جمله سازمان بیمه سلامت شود و باعث ارتقای کمی و کیفی نظام بیمه سلامت در کشور شود. بنابراین تعیین متولی مناسب و مشخص برای تدوین بسته خدمتی و همچنین یکسان نمودن ضوابط مربوط به پوشش بیمه‌ای ضروری می‌باشد [۲۰، ۲۱]. از طرف دیگر خود سازمان بیمه سلامت می‌تواند با بازنگری بسته خدمتی در راستای تحقق نیازهای سلامتی جامعه و در عین حال کاهش هزینه‌های سلامت اقدام نماید که در صورت اجرای خرید راهبردی می‌تواند نقش

براساس یافته‌های مربوط به مؤسسات طرف قرارداد، تعداد اغلب مراکز تشخیصی درمانی افزایش یافته است اما تعداد مطب پزشک و دندانپزشک طرف قرارداد کاهش قابل توجهی را نشان می‌دهد که این امر می‌تواند به دلیل بی‌علاقگی پزشکان در خصوص عقد قرارداد با این سازمان، تمام‌وقت شدن برخی پزشکان در جریان طرح تحول (و طبعاً خروج آنها از قرارداد مستقل با سازمان) و انگیزه ایجاد شفافیت به علت فرار مالیاتی باشد [۱۱]. سهم بالای جمعیت پزشکان متخصص و فوق تخصص نسبت به جمعیت پزشکان عمومی یکی از نکات مهم می‌باشد که باید مورد توجه قرار بگیرد. یکی دیگر از مهمترین شاخص‌های بررسی شده در این مطالعه، شاخص‌های بهره‌مندی خدمات شامل بارمراجعات و توزیع مراکز طرف قرارداد می‌باشد. یافته‌های مطالعه حاضر نشان می‌دهد بار مراجعه به اغلب ارائه‌کنندگان از سال ۱۳۹۳ به بعد افزایش قابل توجهی داشته است و در سال ۱۳۹۴ بیشترین افزایش به ترتیب مربوط به بستری موقت، خدمات سرپایی، دیالیز، پروتوزشکی، ویزیت پزشک متخصص و فوق تخصص و بستری می‌باشد که این امر تا حد زیادی تحت تاثیر اجرای طرح تحول سلامت می‌باشد. یافته‌های مطالعات انجام شده نیز موید این مطلب است که افزایش تعداد پزشک، تغییرات هزینه ویزیت پزشکان و افزایش درآمد خانوار می‌تواند باعث افزایش مراجعه به پزشک و استفاده از خدمات سرپایی شود [۱۲، ۱۳].

بررسی یافته‌های مربوط به سهم هر یک از خدمات از هزینه‌های بیمه سلامت نیز نشان می‌دهد برخلاف دوره قبل (۱۳۸۹-۱۳۹۲) سهم دارو و تجهیزات پزشکی که بخش قابل توجهی از منابع را به‌خود اختصاص می‌داد، کاهش یافته (۴۴/۵ درصد در مقایسه با ۳۶/۲ درصد) و سهم دستمزد پزشکان، آزمایشگاه و تا حدودی تصویربرداری افزایش قابل توجهی داشته است (۴۰/۸ درصد در مقایسه با ۴۹/۷ درصد). افزایش هزینه‌های اغلب خدمات سلامت عمدتاً ناشی از اجرای سیاست طرح تحول سلامت و افزایش تعرفه‌ها به دلیل تغییر در کتاب ارزش نسبی و همچنین ناشی از آزادسازی ورود داروهای «تجاری» و «پرند ژنریک» و تحمیل آن به جیب مردم بوده است [۱۴-۱۶]. تحلیل داده‌های کیفی نشان می‌دهد افزایش تعرفه‌ها به دلیل اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات و افزایش پوشش جمعیتی و خدمات بیمه‌های مهمترین عوامل مؤثر بر کسری منابع مالی سازمان بیمه سلامت می‌باشند که با اقدامات مربوط به اجرای طرح تحول سلامت ارتباط دارند. براساس دیدگاه صاحب نظران شرکت کننده در مطالعه، راهکارهایی برای مقابله با چالش‌های فوق ارائه شده است که این چالش‌ها به سازمان بیمه سلامت و کل نظام سلامت تمرکز دارند.

نگاه به چالش‌های فوق بازنگری در چگونگی ارائه خدمات از اولویت‌های ملی کشور در عرضه خدمات سلامت کشور را ناگزیر نموده و در این رهگذر خرید راهبردی خدمات سلامت از واجب‌ترین اقداماتی است که سازمان‌های بیمه‌گر درمانی باید آن را دنبال کنند. خرید خدمات توسط بیمه‌ها فرآیندی است که به‌وسیله آن، وجوه انباشته شده به ارائه‌کنندگان پرداخت می‌شود تا مجموعه تعریف شده یا نشده‌ای از مداخلات سلامت را ارائه کنند. خرید خدمات را می‌توان به صورت منفعل یا راهبردی انجام داد. خرید منفعل شامل تبعیت از یک بودجه از پیش تعیین شده یا صرفاً پرداخت صورت حساب‌های ارائه شده است. خرید راهبردی شامل جستجوی مداوم راه‌هایی برای به حداکثر رساندن

بهداشت به عنوان بزرگترین ارائه‌کننده خدمت مسئولیت اصلی اعتباربخشی مراکز درمانی را برعهده دارد، اجرای این راهکار می‌تواند سوالات متعددی را بویژه به دلیل تضاد منافع بین ارائه خدمت و اعتباربخشی مراکز درمانی مطرح نماید.

سازنده‌ای داشته باشد. یکی دیگر از راهکارهای پیشنهادی توسط صاحب نظران این حوزه، تقویت مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر از جمله سازمان بیمه سلامت در اعتباربخشی مراکز درمانی می‌باشد. با توجه به اینکه سازمان بیمه سلامت زیرمجموعه وزارت بهداشت است و وزارت

References

- World Health Organization. Toolkit on monitoring health systems strengthening. Geneva: WHO, 2009.
- World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000 924156198X.
- The 5th Five-Year Plan of the Islamic Republic of Iran Development (1390-1394), (2009).
- The sixth 5-year Plan of the Islamic Republic of Iran economical, social and cultural Development (1395).
- Statute of Iran Health Insurance Organization, (2011).
- Cameron R. A sequential mixed model research design: Design, analytical and display issues. *Int J Multiple Res Approaches*. 2009;3(2):140-52.
- Board of Trustees of the Social Security Organization. Approved budget of Health Insurance Organization. Iran: Social Security Organization, 2017.
- Health Insurance Organization. Report on the performance of the 2015 Health Insurance Organization. Iran: Health Insurance Organization, 2016
- Health Insurance Organization. The four-year performance report of the board of directors of the Health Insurance 2013-2017. Iran: Health Insurance Organization, 2017.
- Yearly Budget rules (2013-2017), (2013).
- Jaafaripooyan E, Pourreza A, Kheirollahi F. Communication Challenges Between Insurance Companies and Hospitals: an Exploratory Study in Tehran. *J Sch Public Health Instit Public Health Res* 2017;15(3):225-38.
- Alinia S, Akbarisari A, N M, A P. Factors Affecting MSIO Insured Utilization Rate from GPs Services in Iran Using Panel Data [Persian]. *Hakim J*. 2012;15(4):300-8.
- Amir Esmaili M, Fattahpoor A, Barooni M, Rafiee N. [Causes of Physical Therapy Induced Demand for Providing Services to Health Insurance Contributors: Isfahan Province Case Study, 2013]. *J Knowledge Health*. 1396;12(1).
- Mohamadi E, Zareei G. Investigating the Effect of Health Care Improvement Plan on the Payment of the Insured in Iranian Health Insurance Organization (Case Study: Hospitalized Patients in Collegiate Hospitals of Ilam City in December 2013 and 2014). *J Ilam Univ Med Sci*. 2017;24(6):178-88.
- Ghiasvand H, Hadian M, Maleki M. [Relationship between health insurance and heavy costs of health services in hospitals affiliated to Iran University of Medical Sciences]. *J Econ Res*. 2010;46(1): 207-24.
- Maharloo H, Barati O, Maher M. [A Comparative Study on the Cost of Hospital Services for Cardiac Patients before and after Health Promotion Project (Case Study of Alzahra Heart Hospital in Shiraz)]. *J Health Adm*. 2015;7(2):31-8.
- Preker AS, Liu X, Velenyi EV. Public ends, private means: strategic purchasing of health services: The World Bank; 2007.
- Wagstaff A. Social health insurance reexamined. *Health Econ*. 2010;19(5):503-17. doi: 10.1002/hec.1492 pmid: 19399789
- Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*. 2008;14(5):888-97. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x pmid: 19018923
- Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaili M. Problems of health insurance systems and the need for implementation of a reform approach. *J Health Adm*. 2011;14(44).
- Raeisi AR, Mohamadi E, Nuhi M. [Significant improvement points and offering strategies to improve the quality and quantity of health insurance in iran: a qualitative study (short article)]. *Health Inf Manage* 2013;10(2):357-64.