

## تحلیل هزینه منفعت نظام بیمه‌های بهداشتی درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹

دکتر سید محمد تقی آیت‌اللهی \* سیده مریم حسینی \*\*

### Cost - benefit analysis of medical health insurance system in Shiraz (2001)

M. T. Ayatollahi

M. Hosseini

#### □ Abstract

**Background :** Cost- benefit analysis is a main index for assessing medical health services.

**Objective :** To present a quantitative model for estimating cost- benefit of medical insurances of Shiraz medical insurance organization.

**Methods :** The medical insurance organization services were divided into seven distinct sections based on the types of medical insurance and care (out patient and long stay services). Data was obtained by direct method and benefit- cost ratios were calculated appropriately.

**Findings:** Benefit - cost ratios were calculated as 0.8 for governmental staff, supportive and other classes medical insurances. The figures decreased to 0.6 for self medical insurance. It was estimated as 9.3 for rural medical insurance. The overall ratio was obtained as 2.6.

**Conclusion :** A fundamental change for improving economic outcomes of public sector's personnel insurance as well as other ones is necessary so as to increase the benefit- cost ratio to more than unity figure.

**Keywords:** Cost- Benefit, Medical Health Insurances, National Insurances

#### □ چکیده

**زمینه:** تحلیل هزینه منفعت یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی خدمات بهداشتی- درمانی است.

**هدف:** این مطالعه به منظور ارائه یک الگوی کمی برای تعیین هزینه منفعت بیمه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** فعالیت سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس به تفکیک انواع بیمه‌ها در خصوص ارائه مراقبت‌های سرپایی و بستری در سال ۱۳۷۹ در هفت بخش مجزا ترسیم شد. اطلاعات مربوط به فراوانی مراجعه بیمه‌شدگان، عملکرد سازمان در خصوص پرداخت هزینه‌ها، میزان درآمد و تعیین سرانه بار مراجعه افراد تحت پوشش ثبت و با محاسبه شاخص‌های اقتصادی به ویژه تحلیل هزینه منفعت در رابطه با سود (زیان) سازمان بیمه‌گر نتیجه‌گیری شد.

**یافته‌ها:** تحلیل هزینه منفعت این بیمه‌ها نشان داد که این شاخص در بیمه‌های کارمندی، حمایتی و سایر اقشار تقریباً برابر و معادل ۰/۸ و در بیمه خویش فرما معادل ۰/۶ بود. حاصل این شاخص برای بیمه روستایی معادل ۹/۳ و برای کل سازمان ۲/۶ به دست آمد.

**نتیجه‌گیری:** ایجاد تحول بنیادی در بازدهی اقتصادی بیمه‌های کارمندی، سایر اقشار، حمایتی و خویش فرما و افزایش شاخص هزینه منفعت به رقم بالاتر از یک، ضروری است.

**کلید واژه‌ها:** هزینه منفعت، بیمه‌های بهداشتی- درمانی، بیمه‌های ملی

## □ مقدمه:

سیستم برنامه ریزی، تشکیلات و نحوه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در هر کشوری تحت تأثیر عوامل سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آن کشور قرار دارد و نظام‌های عرضه خدمات بهداشتی - درمانی در جهان به سه شکل معاونت عمومی، بیمه بهداشتی و طب ملی ارائه می‌شوند. (۴) از طرفی، اجرای بیمه همگانی خدمات درمانی از مهم‌ترین وظایف دولت‌های جهان و یکی از اصول عدالت اجتماعی به شمار می‌رود. اهمیت اصل بیمه همگانی خدمات درمانی به حدی است که اکثر کشورها آن را به عنوان یکی از اصول مهم در قانون اساسی خود مطرح و با ایجاد انواع مختلف پوشش‌های بیمه‌ای درمان، هدف یکسانی را دنبال می‌کنند. (۱)

در میان انواع پوشش‌های بیمه‌ای که توسط سازمان‌های بیمه گر ارائه می‌شوند، پوشش‌های بیمه خدمات درمانی از دو نظر اهمیت دارند: یکی نقش آنها در تأمین سلامت جامعه و حفظ حیات و پویایی اجتماع و دیگری اهمیت اقتصادی آن برای همه مردم به ویژه اقشار کم درآمد و محروم. (۲ و ۱۴) از این رو ارزنده‌ترین روش برای حمایت مردم در مقابل هزینه‌های سرسام‌آور خدمات بهداشتی - درمانی، ایجاد نوعی مشارکت بیمه‌ای میان دولت و مردم است. در واقع نظام بیمه‌ای که بر اثر این همکاری متقابل و همه جانبه شکل گیرد و به اجرا درآید، بهترین روشی است که امنیت اجتماعی را در ابعاد بهداشت و درمان جامعه تضمین می‌کند. (۳)

یکی از اصول اساسی نظام بیمه درمانی اصل فراهم بودن (Availability) است که به معنای فراهم شدن

امکانات و منابع مالی بیمه درمانی به نسبت جمعیت بیمه شده در کشور و مناطق مختلف با توجه به سطح بندی انجام شده است که باید به هنگام گسترش این سیستم مورد توجه قرار گیرد. (۶)

نقش اساسی اقتصاد بهداشت و به طور کلی علم اقتصاد در خدمات بهداشتی - درمانی تعیین این مطلب است که برنامه‌ریزی و اجرای عملیات چگونه با روش‌های اقتصادی صورت گیرند تا از منابع به کاررفته ستاده‌های بیشتری حاصل آید. برای این منظور از روش تجزیه هزینه (Cost Analysis) بهره گرفته می‌شود. (۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۶) بنابراین هم زمان با رفع نیازهای بهداشتی - درمانی کشور بررسی وضعیت پوشش‌های بیمه‌ای درمان از طریق پژوهش ضروری به نظر می‌رسد، به طوری که این ارزیابی اقتصادی، سیستم را در دستیابی به اهداف یاری نماید.

اگرچه ارزیابی صرفاً اقتصادی از خدمات بهداشتی - درمانی به دلیل طبیعت و ماهیت انسانی و بشر دوستانه این خدمات کاری بیهوده است، ولی هرگاه این ارزیابی در راستای سنجش کارایی و استفاده مؤثرتر از منابع به کار رود بسیار سودمند خواهد بود و از این طریق می‌توان ویژگی‌های اساسی مطرح شده در الگوی ملی اقتصادی (عدالت، تناسب با نیازهای جامعه، بهره‌وری بالا و کیفیت مطلوب) را ارزیابی نمود. (۵ و ۲)

لذا این مطالعه به منظور تحلیل هزینه منفعت بیمه‌های خدمات درمانی استان فارس انجام شد.

## مواد و روش‌ها:

تحت پوشش بیمه این سازمان در سال ۱۳۷۹ بود. سود و زیان سازمان در ارتباط با هر نوع بیمه از تفاضل درآمد سازمان و هزینه پرداختی سازمان در خصوص همان بیمه برآورد شد و سود (زیان) هر یک از بیمه‌گذاران نیز از تفاضل حق بیمه سرانه و هزینه سرانه خدمات دریافتی تعیین گردید.

همه شاخص‌های فوق در بررسی عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی بسیار مؤثر بودند، اما مهم‌ترین شاخص اقتصادی که در این پژوهش مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفت، شاخص هزینه منفعت بود که از تقسیم دو عامل درآمد کل و هزینه کل قابل محاسبه و سنجش است. همچنین به دلیل این که ارقام آماری سازمان در رابطه با پرداخت هزینه و کسب درآمد به راحتی مورد بحث قرار گیرد، درصد عملکرد سازمان در رابطه با هر یک از فعالیت‌ها نیز محاسبه شد.

## یافته‌ها:

جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در پایان سال ۱۳۷۹، در حدود ۲۲۷۹۱۰۹ نفر بود که از این تعداد ۱۷/۶ درصد در صندوق کارکنان دولت، ۱/۹ درصد در صندوق خویش‌فرمایان، ۷۶/۸ درصد در صندوق روستایی و عشایر، ۱/۲ درصد در صندوق حمایتی و ۲/۵ درصد در صندوق سایر اقشار تحت پوشش بیمه قرار داشتند. در مجموع این سازمان ۵۴ درصد از جمعیت کل استان را تحت پوشش خود داشت.

در سال ۱۳۷۹ درآمد کل سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس ۲۹۸۱۸۲۳۳۰۰۰۰ ریال بود که به

این مطالعه تحلیلی بر روی بیمه‌های درمانی ارائه شده از سوی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ انجام شد. با استفاده از داده‌های آماری که مبتنی بر عملکرد این سازمان در خصوص هر یک از انواع بیمه‌ها بود و با به کار بردن روش برآورد هزینه‌ها، میزان حق بیمه پرداختی جمعیت مذکور به تفکیک نوع بیمه تعیین شد و درآمد حاصله از آن با استفاده از روش شخص - سال محاسبه گردید.

درآمد به دست آمده از هر یک از صندوق‌ها نیز از حاصل ضرب تعداد افراد تحت پوشش در حق بیمه پرداخت شده از سوی بیمه‌گذاران در طول یک سال محاسبه شد. سپس با این فرض که همه افراد برای دوازده ماه حق بیمه سازمان را پرداخت نموده‌اند، کل درآمد سازمان از مجموع درآمدهای به دست آمده از پنج صندوق محاسبه شد.

هزینه پرداخت شده به مراکز درمانی در خصوص هر یک از انواع بیمه‌ها براساس اطلاعات مالی به دست آمده از سازمان بیمه خدمات درمانی که بابت خدمات سرپایی و مراقبت‌های بستری بر مبنای تعرفه‌های درمانی و اسناد پزشکی محاسبه و پرداخت شده بود در نظر گرفته شد.

میانگین درآمد سازمان برای هر یک از انواع بیمه‌ها از تقسیم کل درآمد در هر بیمه بر تعداد افراد تحت پوشش به دست آمد که در واقع معادل با حق بیمه پرداخت شده از سوی هر یک از بیمه‌شدگان در طول سال ۱۳۷۹ بود.

هزینه سرانه خدمات نیز بیانگر نسبت میان کل هزینه پرداخت شده از سوی سازمان به مجموع افراد

خدمات بستری بود. همچنین از این مجموع، ۷۴/۴ درصد مراجعه مربوط به بیمه کارمندی، ۸/۸ درصد مراجعه خویش‌فرمایان، ۲/۷ درصد مراجعه بیمه شدگان روستایی، ۳/۴ درصد و ۱۰/۷ درصد به ترتیب مربوط به بیمه‌شدگان حمایتی و سایر اقشار بود. هریک از بیمه‌شدگان این سازمان به طور متوسط ۳/۱۳ بار به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه داشتند (جدول شماره ۲).

تفکیک انواع بیمه‌ها و براساس میزان حق بیمه و تعداد افراد تحت پوشش محاسبه شد. بالاترین درآمد (۷۶ درصد) مربوط به صندوق بیمه روستایی و عشایر و کمترین درآمد (۱/۲ درصد) مربوط به بیمه حمایتی بود (جدول شماره ۱). از مجموع ۷۱۳۸۲۱۰ بار مراجعه بیمه شدگان سازمان به مراکز درمانی، ۷۰۵۸۰۸۰ بار مراجعه (۹۸/۹ درصد) برای دریافت خدمات سرپایی و ۸۰۱۳۱ بار مراجعه (۱/۱ درصد) برای دریافت

جدول ۱ :

توزیع افراد تحت پوشش بیمه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ و محاسبه درآمد حاصله

| نوع بیمه   | تعداد افراد تحت پوشش | درصد افراد تحت پوشش | حق بیمه برای هر نفر در طول یک سال | مجموع درآمد حاصله (ریال) | درصد مجموع درآمد |
|------------|----------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------|
| کارمندی    | ۴۰۲۳۷۲               | ۱۷/۶                | ۱۲۹۶۰۰                            | ۵۲۱۴۷۴۱۱۲۰۰              | ۱۷/۵             |
| خویش فرما  | ۴۱۰۷۹                | ۱/۹                 | ۱۹۸۰۰۰                            | ۸۱۳۳۶۴۲۰۰۰               | ۲/۷              |
| روستاییان  | ۱۷۵۱۵۹۳              | ۷۶/۸                | ۱۲۹۶۰۰                            | ۲۲۷۰۰۶۴۵۲۸۰۰             | ۷۶/۱             |
| حمایتی     | ۲۶۵۸۸                | ۱/۲                 | ۱۲۹۶۰۰                            | ۳۴۴۵۸۰۴۸۰۰               | ۱/۲              |
| سایر اقشار | ۵۷۴۷۷                | ۲/۵                 | ۱۲۹۶۰۰                            | ۷۴۴۹۰۱۹۲۰۰               | ۲/۵              |
| جمع        | ۲۲۷۹۱۰۹              | ۱۰۰                 | ۷۱۶۴۰۰                            | ۲۹۸۱۸۲۳۳۰۰۰۰             | ۱۰۰              |

جدول ۲ :

سرانه بار مراجعه افراد تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی در استان فارس در سال ۱۳۷۹ براساس نوع بیمه

| نوع بیمه مورد        | کارمندی | خویش فرما | روستاییان | حمایتی | سایر اقشار | جمع     |
|----------------------|---------|-----------|-----------|--------|------------|---------|
| تعداد افراد تحت پوشش | ۴۰۲۳۷۲  | ۴۱۰۷۹     | ۱۷۵۱۵۹۳   | ۲۶۵۸۸  | ۵۷۴۷۷      | ۲۲۷۹۱۰۹ |
| تعداد مراجعه         | ۵۳۱۳۶۶۷ | ۶۲۵۶۲۴    | ۱۹۵۳۱۰    | ۲۴۲۴۶۱ | ۷۶۱۱۴۸     | ۷۱۳۸۲۱۰ |
| سرانه بار مراجعه     | ۱۳/۲۰   | ۱۵/۲۰     | ۰/۱۲      | ۹/۱۰   | ۱۳/۳۰      | ۳/۱۳    |

سریایی و بستری به ترتیب ۳/۰ و ۷/۲ درصد کل هزینه سازمان را تشکیل می‌داد.

بیش از ۹۵ درصد مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی دانشگاهی، دولتی غیر دانشگاهی، خصوصی و خیریه برای دریافت خدمات سریایی بود. اما مراجعه این مجموعه به مراکز غیر طرف قرار داد با سازمان برای دریافت خدمات بستری بیش از ۵۹ درصد موارد بود.

از مجموع پرداخت‌های سازمان به مراکز درمانی دانشگاهی ۷۱ درصد بابت ارائه خدمات بستری و ۲۹ درصد برای خدمات سریایی بود. ۶/۹ درصد کل پرداخت به مراکز درمانی دولتی غیر دانشگاهی برای خدمات بستری و ۴/۹۰ درصد به منظور خدمات سریایی بود. ۱/۹۰ درصد از کل پرداخت‌ها و ۹/۹ درصد آن نیز به مراکز درمانی خصوصی و خیریه به ترتیب برای خدمات ارائه شده سریایی و بستری در این مراکز بود. بنابراین بیش از ۷۰ درصد پرداخت‌ها به مراکز دانشگاهی در خصوص خدمات بستری بود. حال آن که پرداخت به منظور ارائه خدمات سریایی به بیمه شدگان سازمان، از سوی مراکز دولتی غیر دانشگاهی و خصوصی و خیریه بیش از ۹۰ درصد را شامل می‌شد.

در مجموع ارتباط سازمان بیمه خدمات درمانی با مراکز دانشگاهی بیش از مراکز دیگر بود و این مراکز بیشترین خدمات را به بیمه شدگان سازمان در سال ۱۳۷۹ ارائه نمودند و پس از آن به ترتیب مراکز درمانی خصوصی، خیریه و مراکز دولتی غیر دانشگاهی قرار داشتند.

از مجموع مراجعات بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ جهت

از طرفی سرانه بار مراجعه هر یک از بیمه شدگان این سازمان در خصوص مراقبت‌های بستری کمتر از یک بار در سال بود.

۲/۲۳ درصد کل مراجعه بیمه شدگان سازمان به مراکز درمانی دانشگاهی بود که این مراکز ۵/۲۲ درصد از کل مراجعات سریایی بیمه شدگان و ۴/۸۷ درصد از کل مراجعات بستری را به خود اختصاص دادند.

همچنین این مراکز ۵/۳۱ درصد کل هزینه پرداخت شده از سوی سازمان به مراکز درمانی را در بخش سریایی و ۷/۸۸ درصد را به بخش بستری شامل شدند.

۱/۱ درصد کل مراجعه بیمه شدگان به مراکز درمانی دولتی غیر دانشگاهی صورت گرفته بود که ۲/۱ درصد کل خدمات سریایی و ۴/۰ درصد کل خدمات بستری از سوی این مراکز به بیمه شدگان ارائه شده بود. این مراکز نیز ۲/۳ درصد از کل هزینه پرداخت شده برای خدمات سریایی و ۴/۰ درصد را برای خدمات بستری به خود اختصاص دادند.

مراکز درمانی خصوصی و خیریه ۶/۷۵ درصد بیمه شدگان این سازمان را پذیرش دادند، در بخش سریایی ۳/۷۶ درصد مراجعه بیمه شدگان و برای دریافت مراقبت‌های بستری ۲/۱۰ درصد مراجعات به این مراکز بود.

سهام مراکز درمانی خصوصی و خیریه از پرداخت‌های سازمان در بخش مراقبت‌های سریایی ۹/۶۴ درصد و در بخش بستری ۱/۸ درصد بود.

بیمه شدگان سازمان ۲۷۶۴ بار به مراکز دیگری که طرف قرارداد با سازمان نبودند مراجعه داشتند که کمتر از ۱/۰ درصد کل مراجعات را شامل می‌شد و هزینه پرداخت شده به این مراکز در بخش مراقبت‌های

اختصاص دادند. بیمه حمایتی و سایر اقشار نیز به ترتیب ۳/۳ درصد و ۵/۸ درصد مراجعات را با دربرگرفتن ۴/۲ درصد و ۶/۴ درصد کل هزینه شامل شدند.

هزینه سرانه خدمات در بیمه خویش فرما ۳۰۸۴۵۱ ریال بود که بالاترین رقم را به خود اختصاص می‌داد و کمترین هزینه سرانه خدمات مربوط به بیمه شدگان روستایی ۱۳۸۹۵ ریال بود. از آن جا که هزینه سرانه خدمات دریافتی در بیمه‌های کارمندی، خویش فرما، حمایتی و سایر اقشار از حق بیمه دریافت شده در سال ۱۳۷۹ بیشتر بوده است بنابراین بیمه‌گزاران در کل با سود مواجه بودند (جدول شماره ۳)

در نهایت این سازمان در پایان سال ۱۳۷۹ سودی معادل ۱۸۱۵۳۱۶۹۳۹۵۶ ریال داشت که این سود منحصراً از صندوق بیمه روستایی کسب شده و صندوق‌های دیگر با زیان همراه بودند (جدول شماره ۴).

دریافت خدمات سرپایی ۷۵ درصد مربوط به بیمه کارمندی بود که این بیمه ۷۱/۳ درصد کل هزینه پرداخت شده را نیز به خود اختصاص می‌داد. ۱۰/۵ درصد از کل هزینه پرداخت شده نیز مربوط به خویش فرمایان بود که ۸/۷ درصد مراجعات سرپایی را به مراکز درمانی شامل می‌شد. بیمه شدگان سایر اقشار و بیمه‌شدگان روستایی به ترتیب ۱۰/۷ درصد و ۲/۲ درصد مراجعات را داشتند و ۹/۴ درصد و ۵/۴ درصد کل هزینه را شامل می‌شدند. همچنین بیمه شدگان حمایتی با داشتن ۳/۴ درصد مراجعه، ۳/۳ درصد کل هزینه را به خود اختصاص دادند.

در خصوص مراقبت‌های بستری نیز ۳۵/۷ درصد مراجعات مربوط به بیمه شدگان کارمندی بود که ۳۹/۶ درصد کل هزینه را در این بخش شامل می‌شد. بیمه‌شدگان خویش فرما ۱۰/۳ درصد کل مراجعه برای دریافت مراقبت‌های بستری و ۱۱/۲ درصد از کل هزینه در این خصوص را داشتند. بیمه شدگان روستایی نیز ۴۴/۹ درصد مراجعات و ۳۸/۶ درصد کل هزینه را در بخش مراقبت‌های بستری به خود

### جدول ۳ :

وضعیت سود (زیان) هر یک از بیمه‌گزاران سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ (به ریال)

| جمع    | سایر اقشار | حمایتی | روستاییان | خویش فرما | کارمندی | نوع بیمه<br>عملکرد   |
|--------|------------|--------|-----------|-----------|---------|----------------------|
| ۸۱۲۸۶۲ | ۱۶۲۶۴۷     | ۱۶۴۰۰۹ | ۱۳۸۹۵     | ۳۰۸۴۵۱    | ۱۶۳۸۶۰  | هزینه سرانه<br>خدمات |
| ۷۱۶۴۰۰ | ۱۲۹۶۰۰     | ۱۲۹۶۰۰ | ۱۲۹۶۰۰    | ۱۹۸۰۰۰    | ۱۲۹۶۰۰  | حق بیمه<br>پرداختی   |
| ۹۶۴۶۲  | ۳۳۰۴۷      | ۳۴۴۰۹  | ۱۱۵۷۰۵    | ۱۱۰۴۵۱    | ۳۴۲۶۰   | سود (زیان)<br>هر نفر |

جدول ۴:

مقایسه و بررسی وضعیت عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ (به ریال)

| جمع          | سایراقشار  | حمایتی     | روستاییان    | خویش‌فرما   | کارمندی     | نوع بیمه<br>عملکرد   |
|--------------|------------|------------|--------------|-------------|-------------|----------------------|
| ۳۹۷۱۸۲۳۳۰۰۰۰ | ۷۴۴۹۰۱۹۲۰۰ | ۳۴۴۵۸۰۴۸۰۰ | ۳۲۷۰۰۶۴۵۲۸۰۰ | ۸۱۳۳۶۴۲۰۰۰  | ۵۲۱۴۷۴۱۱۲۰۰ | کل درآمد             |
| ۱۱۶۶۵۰۶۳۶۰۴۴ | ۹۳۴۸۴۵۱۷۹۰ | ۴۳۶۰۶۷۱۵۶۱ | ۲۴۳۳۷۸۰۴۶۹۲  | ۱۲۶۷۰۸۴۵۴۶۰ | ۶۵۹۳۲۸۶۲۵۴۱ | کل هزینه             |
| ۱۸۱۵۳۱۶۹۳۹۵۶ | ۱۸۹۹۴۳۲۵۹۰ | ۹۱۴۸۶۶۷۶۱  | ۲۰۲۶۶۸۶۴۸۱۰۸ | ۴۵۳۷۲۰۳۴۶۰  | ۱۳۷۸۵۲۵۱۳۴۱ | سود (زیان)<br>سازمان |

□ بحث و نتیجه‌گیری:

درمانی در شرایطی که امکان دریافت همان مراقبت‌ها در سطوح پایین‌تر وجود داشته جلوگیری کرده است. هر چند که این نظام در خصوص مراقبت‌های بستری نیز اعمال گردیده است، اما به دلیل این که خدمات بستری با تشخیص پزشک و بر اساس نیاز به بیمار ارائه شده و هزینه‌های مربوط به آن نیز مورد تأیید سازمان است تأثیر آن در کاهش هزینه بسیار محسوس نبوده است. از این رو به نظر می‌رسد که اجرای نظام ارجاع در ارائه خدمات سرپایی به سایر بیمه شدگان سازمان و بیمه خدمات درمانی می‌تواند در کاهش هزینه‌های سازمان و در نتیجه افزایش شاخص هزینه منافع مؤثر واقع شود.

در میان بیمه شدگان سازمان، روستاییان بالاترین مراجعه به مراکز درمانی جهت دریافت خدمات بستری را داشتند. حال آن‌که مراجعه آنها به مراکز درمانی برای دریافت خدمات سرپایی کمترین مقدار را در مقایسه با انواع دیگر بیمه‌ها نشان داد. دلیل این موضوع از یک سو وجود خانه‌های بهداشت و ارائه خدمات سرپایی در این مراکز به صورت رایگان است که پایین بودن درصد مراجعه بیمه شدگان روستایی برای دریافت خدمات سرپایی حاکی از عملکرد موفق سیستم ارائه

تحلیل هزینه منافع بیمه‌های کارمندی، حمایتی و سایر اقشار بیانگر این مطلب است که سازمان در خصوص این نوع بیمه‌ها در سال ۱۳۷۹ با زیان مواجه شده، زیرا حاصل این شاخص در ارتباط با این سه نوع بیمه کمتر از ۱ (معادل ۰/۸) بوده است.

در این میان بیمه خویش فرما کمترین هزینه منافع را در این استان داشت، به طوری که حاصل شاخص تحلیل هزینه منافع بیمه خویش فرما برابر ۰/۶ بود که زیان بیشتری را برای سازمان ایجاد نمود. اما بیمه روستاییان بالاترین میزان را (۹/۳) شامل می‌شد. این شاخص برای کل سازمان برابر ۲/۶ به دست آمد که این امر نشان دهنده وضعیت مطلوب این سازمان است، هرچند که این شاخص در چهار نوع بیمه کمتر از یک بود.

این نتیجه، عملکرد بسیار مطلوب بیمه روستاییان را در مقابل سایر بیمه‌ها نشان می‌دهد. با بررسی دلایل تأثیرگذار بر افزایش هزینه منافع این نوع بیمه مشخص می‌گردد که برقراری نظام ارجاع برای بیمه شدگان روستایی در کاهش هزینه‌های مربوط به خدمات سرپایی بسیار مؤثر بوده است، به طوری که از مراجعه مکرر و مستقیم بیماران به تخصص‌های بالای

### مراجع:

۱- آصف زاده سعید. اقتصاد بهداشت. تهران، نشر دانش امروز وابسته به انتشارات امیرکبیر، ۱۳۷۱، ۶۱-۷۲

۲- آیت اللهی سید محمد تقی. مقایسه هزینه اثر بخشی برنامه‌های بهداشتی- درمانی در نظام آموزش پزشکی جامعه نگر و بالینی. دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، سمینار پزشکی جامعه‌نگر، ۱۳۷۷

۳- رضایی قلعه حمید. فرهنگ بیمه در گذر زمان. ماهنامه بیمه همگانی خدمات درمانی، ۱۳۷۹، شماره ۱۰، ۲-۲۱

۴- صادقی حسن آبادی علی. کلیات بهداشت عمومی. شیراز، انتشارات کوشامهر، ۱۳۷۵، ۹-۱۰۸

۵- صدری حمید. فارماکواکونومی. ماهنامه دارویی رازی، ۱۳۷۴، شماره ۵، ۷-۴۰

۶- کریمی ایرج. شکنندگی نظام بیمه درمان و نوسازی آن در جمهوری اسلامی ایران. ماهنامه بیمه همگانی خدمات درمانی، ۱۳۷۹، سال چهارم، ۲-۵

۷- نشاط تهرانی مصطفی. نقش شرکت‌های بیمه در تأمین هزینه‌های درمانی. فصلنامه صنعت بیمه، ۱۳۷۴، شماره ۳۹، ۷-۱۳۳

۸- نوذری علی. مقایسه عملکرد تعرفه گلوبال بیمه و بیمارستان در اعمال جراحی گلوبال بیماران بیمارستان شهید فقیهی شیراز. پایان نامه کارشناسی رشته اداره امور بیمارستان‌ها، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ۱۳۷۸

۹- یزدانی نظام آبادی سیف الله. بررسی ضرورت و زمینه‌های سرمایه‌گذاری در سازمان بیمه خدمات درمانی. ماهنامه بیمه همگانی خدمات درمانی، ۱۳۷۹، شماره ۱۳، ۵-۳

10. Ellwein LB, Thyllasiraj RD, Boulter AR,

خدمات بهداشتی- درمانی در سطوح اولیه و برقراری سیستم ارجاع می‌باشد. از سوی دیگر موفقیت مطلوب این بیمه به دلیل پرداخت به موقع حق بیمه از سوی دولت برای این گروه از بیمه شدگان است که این عامل یکی از عوامل مؤثر در مطلوب بودن عملکرد سازمان‌های بیمه‌گر در کشورهای موفق در خصوص ارائه بیمه‌های درمانی محسوب می‌شود.

نتایج نشان داد بیمه شدگان روستایی در بیمه‌گذاری خود در این سازمان با نوعی زیان مواجه بودند، زیرا علی‌رغم برابر بودن حق بیمه پرداخت شده از سوی این بیمه‌گذاران با حق بیمه‌های کارمندی، سایر اقشار و حمایتی، این بیمه کمترین هزینه سرانه خدمات را در میان بیمه‌های دیگر داشت و حق بیمه پرداخت شده از هزینه سرانه خدمات بیشتر بود.

البته با توجه به این که حق بیمه روستاییان از سوی دولت پرداخت می‌شود و تنها در شرایط خاصی درصدی از حق بیمه توسط بیمه‌شدگان پرداخت می‌شود، می‌توان نتیجه گرفت که کلیه بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ از مشارکت بیمه‌ای خود، در کنار سود سازمان، سود برده‌اند.

با عنایت به این موضوع لزوم بازنگری در وضعیت هزینه منافع این نوع بیمه‌ها به منظور ارتقاء سطح بهره‌وری آنها ضروری است و این امر ضرورت انجام مطالعه جدیدی را جهت دستیابی به علل ناکامی‌های اقتصادی این چهار نوع بیمه نشان می‌دهد.

### سپاسگزاران:

از حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شیراز در اجرای این طرح تحقیقاتی تشکر می‌شود.



- Dhital SP. Estimating costs of programme services and products using information provided in standard financial statements. *Bulletin of the WHO* 1998; 76(5): 459-67
11. Normand Ch. Economics, health, and economics of health. *British Medical Journal* 1991; 303: 1572-7
12. Robinson R. Cost- effectiveness analysis. *British Medical Journal* 1993; 307: 793-5
13. Robinson R. Cost- benefit analysis. *British Medical Journal* 1993; 307: 924-6
14. Russell LB, Gold MR, Siegel JE, Daniels N, Weinstein MC. The role of Cost- effectiveness analysis in health and medicine. *JAMA* 1996; 276(14): 1172-7
15. Siegel JE, Weinstein MC, Russell LB, Gold MR. Recommendations for reporting Cost- effectiveness analysis. *JAMA* 1996; 276(15): 1339-41
16. Zornke KB, Levine MAH, O'Brien BJ. Cost- benefit analysis in the health- care literature: don't judge a study by its label. *J Clin Epidemiol* 1997; 50(7): 813-22