



مؤسسه ملی تحقیقات سلامت
جمهوری اسلامی ایران

عنوان طرح:

شناسایی شکاف های دانشی در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران در راستای
دستیابی به پوشش همگانی سلامت

شماره طرح:

۹۸۰۱۰۷

همکاران پروژه:

- مجری طرح: دکتر علیرضا محبوب اهری
- همکاران: یگانه پرتوی



فهرست:

- ۱- خلاصه اجرایی:
- ۲- مقدمه:
- ۳- زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات.....
- ۴- روش مطالعه:
- ۵- نتایج

۱- خلاصه اجرایی طرح

مطالعه یک پژوهش ترکیبی چند روشی است که در دو مرحله شامل انجام مرور گسترده متون (scoping review) و مطالعه کیفی خواهد بود. در مرحله اول به کمک اسناد و قوانین بالادستی شامل برنامه های ۱۰۴،۲ و ۶ توسعه کشور، سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری، سند چشم انداز توسعه ۲۵ ساله کشور، سیاست های کلان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، اولویت های پژوهشی براساس اسناد بالادستی استخراج می شوند. سپس با استفاده از چارچوب 5پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی برای ارزیابی عملکرد تامین مالی سلامت(OASIS)) که شامل یک چک لیست ارزیابی وضعیت تامین مالی کشور می باشد، سایر حوزه های اهمیت دار و همچنین شکافهای موجود برای تامین شواهد ارزیابی را شناسایی می کنیم. در مرحله بعدی به کمک کلیدواژه های مشخص شده در سایتها و پایگاههای اطلاعاتی مختلف جستجو با توجه به معیارهای ورود و خروج انجام خواهد گرفت. یافته های حاصل از مطالعه در قالب خلاصه شواهد موجود به متخصصان ارسال شده و از آنها خواسته می شود شکافهایی که در این زمینه وجود دارد در قالب چهار سوال زیر شناسایی و ارایه کنند. در مرحله بعد پس از استخراج شواهد و مطالعات از مرور گسترده متون، به کمک پژوهش کیفی نظرات متخصصین، کارشناسان و صاحب نظران حوزه های مختلف نظام سلامت از قبیل بیمه های سلامت، اقتصاد سلامت، مدیران ارشد و سایر کارشناسان حوزه سلامت طبق راهنما و چارچوب مذکور جمع آوری خواهد شد. در نهایت نظرات توسط تیم پژوهشی جمع بندی شده، موضوعات نهایی ارائه خواهد شد.

۲- مقدمه و اهداف:

سلامت و بهداشت، حق حیاتی انسان، دارایی اجتماعی و شرط لازم جهت کسب درآمد می باشد. در کشورهای در حال توسعه، نبود سلامت یکی از عواملی است که در شکل گیری چرخه معیوب فقر نقش تعیین کننده دارد. بنابراین تضمین استانداردهای مناسب سلامت و برقراری نظام های بیمه، جهت ارایه پوشش حمایتی در مقابل خطرات اجتماعی و اقتصادی بیماری، عناصر اصلی محافظت اجتماعی را تشکیل می دهند(۱).

نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان ها و فعالیت هایی است که هدف اولیه آنها حفظ و ارتقای سلامت می باشد. بر اساس تعریف ارایه شده توسط سازمان بهداشت جهانی، هدف غایی نظام های سلامت آحاد جامعه و پاسخگویی به انتظارات آن ها به گونه ای عدالت محور و حفاظت از آن ها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری ها می باشد، در راستای رسیدن به این هدف متعالی این سازمان چهار کارکرد: ۱- تولیت، ۲- تولید منابع، ۳- تامین منابع مالی و ارائه خدمت را معرفی می نماید(۲).

امروزه موضوع تامین مالی سلامت به چندین بخش و فعالیت با اهداف، اولویتها و محدودیت های خاص خود تقسیم شده است. این مجموعه، بخش تامین مالی تجمیعی نام گرفته و فعالیتهای آن

شامل جمع آوری منابع و تجمیع منابع است که در سیستم ارائه خدمات مورد استفاده قرار می گیرد، بخش جمع آوری منابع، روندی شفاف داشته و از طریق شیوه های متفاوت عمومی و خصوصی (شامل مالیات، عوارض، هدایا، وام، بیمه و ...) فراهم می شود. بخش تجمیع منابع و مشارکت در مخاطره پذیری (ریسک) موجب می شود هزینه بیماری ها بین فقیر و غنی، سالم و بیمار، جوان و پیر و شاغل و بیکار تقسیم شود. به طور خلاصه تامین و تخصیص منابع مالی در نظام سلامت از سه کارکرد فرعی درآمدزایی (تامین)، انباشت منابع و خرید خدمات تشکیل شده است (۳).

انباشت عبارت است از تجمیع و مدیریت درآمدها به گونه ای که اطمینان حاصل شود خطر مالی پرداخت برای مراقبت سلامت بر دوش همه اعضای صندوق است نه تک تک آنها به صورت فردی (۲). انباشت خطر در طرح های بیمه ای امری ضروری است. این قطعیت هم برای پایداری اقتصادی و هم برای پخش نمودن خطرات فردی بین همه افراد بیمه شده وجود دارد. انباشت خطر با عملکرد مرسوم بیمه، همسان در نظر گرفته می شود جایی که خطرات مالی سلامت بین همه اعضای یک گروه به اشتراک گذارده می شود. به طور کلی، این اصل پذیرفته شده است که هر چند تعداد بیمه شدگان یک صندوق بیمه بیشتر باشد، نتایج خطر فردی یک بیماری که به درمان گران قیمت نیاز دارد، بر دوش افراد بیشتری گذارده می شود. بنابراین مهم است که همه گروه های اجتماعی را در بر گیرد زیرا اگر یک طرح بیمه سلامت بر افراد کم درآمد یا با خطر بالای بیماری محدود گردد، احتمال شکست آن به علت درآمد ناکافی یا هزینه های بالا افزایش می یابد. از آنجا که خطرات سلامتی به طور بسیار ناهمگون بین گروه های درآمدی گوناگون پخش شده است، انباشت مناسب، تنها در طرح بیمه همگانی اجباری که همه گروه های اجتماعی را پوشش می دهد، تحقق خواهد یافت (۴).

انباشت خطر، با عدالت در تامین مالی یک نظام سلامت مرتبط است. در گزارش ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت آمده است: "مهم ترین عامل تعیین کننده عادلانه بودن تامین مالی در یک نظام سلامت، میزان پیش پرداخت در کل هزینه هاست. پرداخت مستقیم از جیب نزولی ترین روش پرداخت برای سلامتی است و شیوه ای است که مردم را بیشتر در معرض خطرات مالی فاجعه با قرار می دهد" (۲). نمونه هایی از این موضوع در هند، ویتنام، آذربایجان، اکراین و بسیاری از کشورهای آمریکای لاتین مشاهده می شود. در همه نظام های سلامت، رابطه روشی بین میزان پرداخت مستقیم از جیب و میزان به هم خوردن تعادل بین هزینه های مصرفی سلامت و هزینه های غیر سلامت مردم وجود دارد (۵-۹).

به طور کلی، صندوق های بیمه سلامت خصوصی، حق بیمه را بر اساس خطر تعیین نموده و جهت انباشت خطر تلاش می نمایند که به نفع شرکت بیمه باشد. در مدل های مبتنی بر بازار و نظام های بیمه سلامت با ارکان بخش خصوصی مثل ایالات متحده، سوئیس، شیلی، کلمبیا و آفریقای جنوبی نابرابری های مشخص اجتماعی در دسترسی به سلامت به شیوه های متفاوتی بروز می نماید و هزینه های سلامت، خطر مالی قابل توجهی برای خانوارهای فقیر ایجاد می نماید، همچنین طرح های کوچک بیمه ای، تنها می تواند به انباشت خطر حداقلی، بعلاوه اندازه کوچکشان و این حقیقت که عضویت در بیشتر آنها اختیاری است، دست یابند. این طرح ها با مشکلات بیشتری نسبت به سایر طرح های بیمه در دفاع از خود در برابر اثرات انتخاب معکوس روبه رو هستند (۱۰-۱۴).

از نقطه نظر عدالت و پوشش همگانی سلامت، در اصل بهترین گزینه ها عبارتند از خدمات سلامت عمومی مبتنی بر مالیات (طرح بوریچ) و بیمه سلامت اجتماعی (طرح بیسمارک)، که شیوه های مناسبی از انباشت منابع و جمع آوری حق بیمه ها در این دو طرح دیده می شود.

سازمان جهانی بهداشت یکی از شاخص های گسیختگی تامین مالی در نظام سلامت را انباشت پراکنده در صندوق های بیمه ای می داند (۱۵). انباشت پراکنده، یکی از مسائل و مشکلات حیاتی در تامین مالی مراقبت سلامت در ایران است که منجر به افزایش هزینه های اداری بیمه اجتماعی شده است. به علاوه، یارانه های متقاطع به خوبی از سالم به بیمار و از غنی به اقشار کم درآمد انتقال نمی یابد. در نتیجه، به عدم قطعیت های ذاتی در هزینه های مراقبت سلامت به خوبی توجه نمی شود. به عبارت دیگر، تنها ۲۵.۶٪ در صندوق های انباشت و تحت کنترل مدیریت و توزیع ریسک بوده و مابقی به صورت پراکنده به خدمات مراقبت سلامت تخصیص می یابد که از این میزان، حدود ۵۶.۱٪ در ارتباط مستقیم مصرف کننده و ارائه دهنده خدمت بوده و بار مالی سنگینی را بر دوش افراد خصوصا فقرا تحمیل نموده است (۱۶).

طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰، ایران در بین ۱۹۱ کشور جهان از نظر عدالت در تامین منابع مالی در رتبه ۱۱۲ قرار دارد. عملکرد ضعیف ایران از نظر عدالت نشان دهنده این است که بسیاری از مردم (در آن زمان) فاقد بیمه سلامت بوده و پرداخت از جیب مانند بسیاری از کشورهای در حال توسعه و دارای درآمد متوسط به پایین مقدار بالایی دارد (۲۷). به طوریکه در آمار سال ۲۰۰۶ سازمان جهانی بهداشت آمده است که پرداخت از جیب در ایران، ۵۰ درصد از هزینه های سلامت ایران را تشکیل می دهد (۲۸). با توجه به اهمیت این قضیه و برای جلوگیری از تحمیل هزینه های کمرشکن و ارتقای سطح عدالت چندین برنامه اصلاحاتی از جمله بیمه

روستاییان و عشایر، بیمه بستری شهری در کشور طرح ریزی شده است. در برنامه چهارم، پنجم و ششم توسعه، سیاست های ابلاغی مقام معظم رهبری اشاره شده است که پرداخت از جیب باید به ۳۰ درصد کاهش یافته و شاخص عدالت در تامین مالی نیز به ۰.۹ درصد افزایش یابد. با این حال دولت در دستیابی به این هدف موفقیتی نداشته است. با توجه به اهمیت این موضوع، هدف مطالعه حاضر تهیه مستندی جامع در خصوص وضعیت حوزه انباشت منابع مالی در ایران و تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در حوزه مذکور می باشد.

اهداف اصلی طرح^۸

تحلیل وضعیت موجود حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران با هدف شناسایی شکاف

های دانشی

اهداف اختصاصی طرح^۹:

۱. شناسایی مطالعات مرتبط با سیاست ها و عملکرد کنونی در حوزه انباشت منابع مالی

سلامت ایران؛

۲. شناسایی ابعاد مورد بررسی و استخراج شکاف های دانشی موجود در حوزه انباشت

منابع مالی سلامت ایران

اهداف کاربردی طرح^{۱۰}:

تهیه و ارائه شواهد جامع در خصوص وضعیت حوزه انباشت منابع مالی در ایران و

تعیین مهمترین سوالات پژوهشی در جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت

۳- زمینه نظری پژوهش و مروری بر مطالعات:

Carrin و همکاران در مطالعه خود بر اهمیت و تاثیر انباشت منابع از بین ۴ کارکرد معرفی شده از طرف سازمان جهانی بهداشت در توسعه بیمه های سلامت اجتماعی در کشورهای در حال توسعه اشاره نموده و بهترین حالت برای داشتن بیشترین انباشت مالی را صندوق های بیمه اجتماعی معرفی نموده و با تاکید بر این نکته که با تقویت انباشت منابع مالی می توان شاهد رخداد پیشرفت های بسیار زیادی در نظام سلامت در رسیدن به اهدافی مثل پاسخدهی، عدالت در سلامت و ارتقای عملکرد بیمه اجتماعی بار دیگر به اهمیت این موضوع در تامین مالی اشاره می نماید (۱۷).

Chris James در مطالعه خود، برای هر یک از ۴ کارکرد نظام سلامت شاخص های عملکردی معرفی می نماید. سپس توجه سیاستگذاران نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته را به این شاخص ها در توسعه برنامه های بیمه های اجتماعی و شناسایی نقاط قابل بهبود، دستیابی به پوشش همگانی سلامت اشاره می نماید. به عنوان مثال او در انباشت منابع در نظام سلامت ۳ شاخص عملکردی ترکیب صندوق بیمه، میزان پراکندگی آن و مدیریت صندوق بیمه را معرفی می نماید و بیان می نماید بهترین حالت انباشت منابع جهت دستیابی به اهداف نظام سلامت زمانی است که هرچقدر تعداد و ترکیب افراد تشکیل دهنده صندوق بیمه در صندوق بیمه ای واحد با مدیریت موفق و اثربخش باشد انباشت منابع در آن صندوق بیمه در حداکثر حالت خود قرار داشته و چنین صندوقی می تواند پاسخگوی نیازهای سلامتی افراد تشکیل دهنده خود باشد (۱۸).

Kwon در مطالعه خود بیان می نماید که کره جنوبی در سال ۱۹۷۷ بیمه های بهداشتی اجباری اجتماعی برای کارگران صنعتی در شرکت های بزرگ را معرفی کرد و آن را به طور فزاینده ای به کارفرمایان خود گسترش داد تا اینکه در سال ۱۹۸۹ تمام جمعیت را تحت پوشش قرار داد. سی سال بیمه درمانی ملی در کره می تواند درس های ارزشمندی در مورد مسائل کلیدی در سیاست های تامین مالی مراقبت های بهداشتی ارائه کند که در حال حاضر بسیاری از کشورهای کم درآمد و متوسط با هدف دستیابی به پوشش خدمات بهداشتی جهانی با آن روبرو هستند مسائلی مانند: مالیات عمومی یا بیمه اجتماعی؛ پوشش جامع یا پوشش موثر و نقش سیاست و تعهد سیاسی.

بیمه سلامت ملی در کره جنوبی در بسیج و انباشت منابع برای ارائه خدمات سلامتی موفق بوده و به سرعت در حال گسترش پوشش جمعیت، جمع آوری منابع عمومی و خصوصی برای خرید مراقبت های بهداشتی برای کل جمعیت و هزینه های مراقبت های بهداشتی است.

در پایان سه نکته کلیدی را به عنوان تجربه موفق و کاربردی برای استفاده در سایر کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته بیان می دارد که عباراتند از :

۱. ترکیبی از بیمه اجتماعی و مالیات می تواند به خوبی برای سیستم های تامین مالی مراقبت های بهداشتی در کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته مناسب بوده و انباشت منابع مالی برای نظام سلامت را تضمین نماید.
۲. تعهد سیاسی دولت در یک کاسه کردن منابع مالی می تواند در حرکت به سوی پوشش همگانی سلامت مفید باشد.
۳. خرید مراقبت های بهداشتی موثر و قوانین وضع شده توسط دولت برای ارائه دهندگان سلامت، می تواند از عوامل کلیدی در پایداری تامین مالی مراقبت های بهداشتی به شمار آید (۱۹).

ابوالحلاج و همکاران در مطالعه خود که به بررسی چالش ها و فرصت های تامین مالی در نظام سلامت ایران پرداختند چالش های شناسایی شده را در ۹ حوزه شامل : سیاست، اعتبار، بی عدالتی، ناکارایی و ناکارآمدی، تخصیص نامناسب، تامین مالی، بیمه، چالش های اقتصادی و اجرایی طبقه بندی نمودند. در حوزه بیمه به موضوع عدم انباشت مناسب در صندوق های بیمه اذعان داشتند. وی و همکارانش در این پژوهش انجام مداخلات بین بخش و فرابخشی را به عنوان یک اقدام ضروری برای کمک به دسترسی به سیستم تامین مالی بیشتر در آینده نزدیک را پیشنهاد نمودند (۲۰).

دهنوی و همکاران در مطالعه خود که با هدف بررسی تامین مالی نظام سلامت ایران و ارائه تجاربی برای سیاستگذاران جهت دستیابی به پوشش همگانی به این نتیجه دست یافتند که ۷ مانع اساسی در رسیدن ایران به پوشش همگانی سلامت نقش دارد این ۷ عامل عبارتند از : میزان نامشخص افراد تحت پوشش بیمه ؛ تامین مالی گذشته نگر و جریان مالی غیرقابل شفاف؛ صندوق های بیمه ای متفرق و غیر اجباری؛ بسته های خدمات طراحی شده غیر علمی ؛ سیستم پرداخت گران قیمت؛ مطالبات غیرقابل کنترل؛ و ناکارایی اداری می باشد. در ادامه برای برون رفت از مشکلات فوق را طراحی و اجرای یک برنامه منظم درازمدت که بر اساس اصول پاسخگویی، شفافیت، عدم تبعیض و مشارکت ذینفعان باشد را عنوان می نماید (۲۱).

Achoki و همکاران در مطالعه خود به اصلاحات در تامین مالی نظام سلامت؛ چالش ها و فرصت های پیش رو در آفریقا پرداختند. آنان به این نتیجه رسیدن که مهم ترین گام برای رسیدن به یک

صندوق بیمه ای پایدار انباشت منابع می باشد که این گام حتی می تواند به توسعه بیمه در آفریقا منجر گردد. همچنین به این موضوع نیز اشاره می نماید که اگر این اصل رعایت نشود منجر به ایجاد تقاضایی القایی در خصوص استفاده از خدمات می شود (۲۲).

Cavagnero در مطالعه خود که به بررسی اصلاحات در نظام سلامت آرژانتین و نحوه عملکرد تامین مالی نظام سلامت این کشور پرداخته است. عمده اصلاحات این کشور در کارکردهای معرفی شده از سوی سازمان جهانی بهداشت در حیطه تامین مالی بوده است به عنوان مثال در انباشت منابع صندوق های بیمه ای این کشور قبل از انجام اصلاحات دارای بازار انحصاری بوده و از پراکندگی زیادی برخوردار بودند به طوری قبل از اصلاحات تعداد صندوق های بیمه ای در این کشور از ۳۱۲ صندوق بود که این رقم بعد از اصلاحات به ۵۰ صندوق دارای بازار رقابتی کاهش یافت. در طول این مدت زمان یک صندوق بیمه مرکزی تشکیل گردید که وظیفه ای این صندوق بیمه ای تقسیم کارگران در بین این ۵۰ صندوق بیمه ای ادغام شده بود. اقدام سومی که در حیطه انباشت منابع در این کشور انجام گردید افزایش ۱۵ الی ۲۰٪ حق بیمه افراد تشکیل دهنده صندوق بود. نتیجه گیری که این پژوهش در انتهای پژوهش خود می گیرد این است که اصلاحات انجام گرفته شده را برای نظام سلامت آرژانتین مفید و اثربخش خوانده و معتقد است که دولت های با تقویت کارکرد تولیت و وضع قوانین و مقررات در مورد ارائه خدمات بخش خصوصی و اصلاح نظام های پرداخت می توان در ارائه خدمات منصفانه و به دور از پرداخت های کمرشکن و مشارکت عادلانه مردم در تامین مالی نظام سلامت قدم برداشت (۲۳).

Kutzin در مطالعه خود یک چارچوب توصیفی برای تجزیه و تحلیل تامین مالی در نظام سلامت کشور ارائه می نماید و اشاره می کند که سیاست های تامین مالی سلامت با سردرگمی بین ابزارهای سیاست و اهداف سیاست، به ویژه در کشورهای با درآمد پایین و متوسط، مواجه بوده است. وی در این مقاله تلاش می کند تا با ارائه یک چارچوب مفهومی که هدف آن افزایش کارکرد بیمه (دسترسی به مراقبت های مورد نیاز بدون فقر مالی) در نظام سلامت می باشد، این مشکل را حل کند. وی این چارچوب را به عنوان ابزاری برای تجزیه و تحلیل توصیفی از عوامل تاثیرگذار، سیاست ها و تعاملات در نظام سلامت موجود و به همان اندازه به عنوان یک ابزار برای کمک به شناسایی و ارزیابی اولیه گزینه های سیاست ارائه می نماید. تجزیه و تحلیل تامین مالی نظام های سلامت با استفاده از این چارچوب، با تاکید بر تاثیر تعاملات سیاست های مختلف بر همدیگر در نظام سلامت و نیاز به طراحی یک بسته خدمات یکپارچه را به جای انجام اصلاحات هماهنگ و تمرکز بر اشکال سازمانی خاص بیمه درمانی را برجسته می کند (۲۴).

Kwon در مقاله خود که به بررسی تامین مالی در نظام های سلامت کشورهای آسیایی می پردازد. عناصر اصلی تامین مالی مراقبت های بهداشتی مانند محافظت از خطر مالی، تولید منابع، انباشت منابع، خرید خدمت و نظام های پرداخت را بررسی می کند. وی در این مطالعه درس های کلیدی را از تامین مالی در نظام سلامت کشورهای آسیایی و چالش های آن را مورد بحث قرار می دهد. با بیان این موضوع که همه کشورهای آسیایی به استثنای ژاپن، کره، تایوان و تایلند، محافظت از خطر مالی بسیار محدودی دارند. وی بر نقش برنامه های پیش پرداخت عمومی مانند مالیات و بیمه های اجتماعی را در کشورهای که شاخص محافظت از خطر مالی پایینی دارند را تاکید نموده و پرداخت مستقیم از جیب را منبع اصلی تامین مالی در این کشورها برمی شمرد. همچنین وجود بخش غیررسمی بزرگ را چالش عمده ای برای کشورهای کم درآمد آسیا مطرح می نماید. در پایان پیاده سازی سیستم های موثر پرداخت را برای کنترل رفتار ارائه دهندگان خدمات بهداشتی را یکی از عوامل کلیدی در موفقیت اصلاحات تامین مالی نظام های سلامت در آسیا عنوان می کند (۲۵).

Liu در مطالعه خود به انجام اصلاحات در بیمه شهری چین می پردازد. وی با بیان این که نظام بیمه بهداشت شهری چین اساساً شامل طرح های بیمه کار (LIS) و بیمه کارکنان دولت (GIS) می باشد. LIS یک سیستم خود بیمه ای مبتنی بر واحد کاری است که هزینه های پزشکی را برای کارگران و اغلب وابستگان آنها نیز پوشش می دهد. GIS کارکنان موسسات دولتی را پوشش می دهد و از درآمدهای عمومی تامین مالی می شود. از دهه ۱۹۸۰، چین تعدادی از اصلاحات در نظام بیمه درمانی خود را اجرا کرده است، که در دسامبر سال ۱۹۹۸ به تصویب دولت وقت رسی، که سیاست اصلی دولت ایجاد یک برنامه بیمه اجتماعی برای کارگران شهری بود. در مقایسه با سیستم های قدیمی بیمه تحت LIS و GIS، سیستم جدید پوشش بیمه را به کارکنان بخش خصوصی گسترش می دهد و تامین مالی با ثبات بیشتری به واسطه انباشت بیشتر منابع را در سطح شهر فراهم می کند. وی انباشت زیاد منابع را یکی از نقاط برجسته و کلیدی اصلاحات بیمه شهری چین بیان داشته و معتقد است موفقیت کارکرد های دیگر نظام سلامت با این کارکرد ارتباط مستقیمی دارد. در ادامه وی با اشاره به وجود این مزایا، اجرای برنامه اصلاحات بیمه در چین با چندین چالش عمده مانند: انتقال خطر از واحدهای کاری (کارگاه ها) به دولت های شهری، نیازهای متنوع و تقاضا برای مزایای بیمه درمانی، نقش های غیرواقعی دولت های مرکزی و منطقه ای مواجه می سازد. و نتیجه گیری می کند که این چالش ها ممکن است مشکلات عملی در اجرای سیاست ها و منجر به وجود بعضی نقص ها در طراحی برنامه اصلی را نشان دهند (۲۶).

۳. روش پژوهش (فقط هدف اول: شناسایی مطالعات مرتبط با سیاست‌ها و عملکرد

کنونی در حوزه انباشت منابع مالی سلامت ایران؛ گزارش می شود):

روش شناسی مرور گستره متون با توجه به سوالات طرح، PCC بصورت اولیه طراحی شد: Populatio شامل:

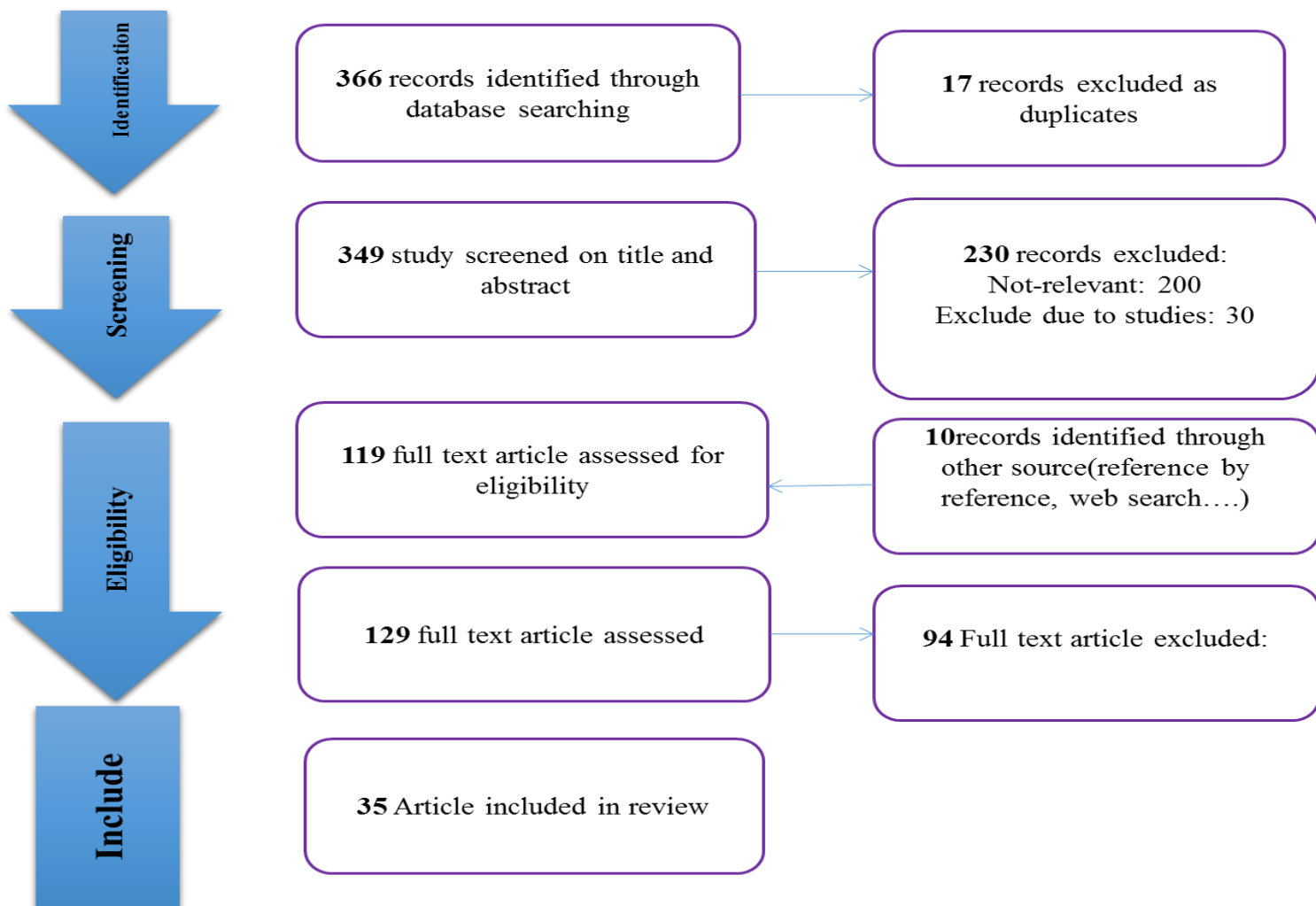
جامعه ایران می باشد Concept: انباشت منابع مالی Context: بخش سلامت

Iranian, Iran, Fund, risk sharing, pooling, risk equalization, risk pooling, financing, out of pocket, cost sharing pool composition, health insurance, (تجمیع صندوق) (کلید واژه های فارسی شامل توزیع خطر، انباشت منابع، تجمیع منابع، بیمه، pooling, financing, out of pocket, cost sharing pool composition, health insurance) استفاده از مرتبط (MeSH(pooling) موارد مورد نیاز از استراتژی های جستجوی متفاوت از قبیل یافتن واژه (بدون محدودیت انجام خواهد truncation عملگرهای بولین براساس مترادفات و ...، استفاده از بریده سازی) شد. معیار ورود شامل مطالعات در حیطه کارکرد انباشت منابع تامین مالی نظام سلامت، بیمه های سلامت، عملکرد ان ها، چالشها و مشکلات مطرح شده، شاخص های عملکردی مطرح شده در این حیطه خواهد بود. جستجوی اطلاعات در PubMed، Cochrane، (شامل بخشهای CENTRAL، DARE و ...)، Web of science، scupos، TRIP database، Google scholar، EMBASE انجام خواهد گرفت. جستجو در سایتها و پایگاههای اطلاعاتی فارسی زبان از قبیل Elmanet، magiran، Irandoc، google، Civilica، Iranmedex و غیره و نیز سایتهای وزارت بهداشت، تامین اجتماعی و سازمانهای بیمه، مراکز تحقیقات مرتبط، مخزن های پایان نامه دانشگاهها، مجلات اقتصاد، مدیریت و سیاستگذاری سلامت جهت یافتن منابع و اطلاعات بومی مرتبط نیز انجام خواهد گرفت.

کلیه مطالعات توسط دو نفر مرورگر مستقل که مسلط به ادبیات تامین مالی سلامت باشند غربالگری و نقادی خواهند شد. در مواردی که یافته ها به شکل کمی و قابل تجمیع باشند از متاآنالیز بهره خواهیم جست.

۴- نتایج (به تفکیک مراحل انجام طرح):

طبق جستجوهای بعمل آمده ۳۶۶ مطالعه از پایگاههای خارجی و داخلی پیدا شد که از این تعداد با لحاظ موارد تکراری و معیارهای ورود و خروج ۳۵ مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. دیاگرام جستجو در زیر آمده است.



خلاصه یافته ها در جدول خروجی:

ردیف	نوع مطالعه	سال مطالعه	حیطه
۱	توصیفی تحلیلی	۱۳۹۶	بیمه (مخاطرات اخلاقی)
۲	کیفی	۱۳۹۵	تحلیل قوانین
۳	کیفی	۱۳۹۲	مولفه های استقرار بیمه
۴	توصیفی	۱۳۸۹	مشکلات نظام بیمه
۵	تطبیقی	۱۳۸۵	بیمه مکمل
۶	پیمایشی	۱۳۹۱	ناکارایی بیمه
۷	پیمایشی	۱۳۹۰	پوشش بیمه
۸	توصیفی، تحلیلی	۱۳۸۹	پوشش بیمه

چالش های بسته درمان پایه	۱۳۹۰	کیفی	۹
چالش های بیمه همگانی	۱۳۸۹	کیفی	۱۰
چالش و راهکار نظام بیمه	۱۳۹۲	کیفی	۱۱
ذینفعان نظام بیمه	۲۰۱۸	کیفی	۱۲
بیمه و کتاب ارزش نسبی خدمات	۲۰۱۷	کیفی	۱۳
تولیت و بیمه اجتماعی	۲۰۱۸	تطبیقی و تحلیل اسناد	۱۴
ترجیحات افراد نسبت به بیمه	۲۰۱۸	توصیفی	۱۵
بدهی سازمانهای بیمه	۲۰۱۷	کیفی	۱۶
چالش بسته بیمه پایه	۲۰۱۷	نامه به سردبیر	۱۷
قوانین و مقررات	۲۰۱۳	تحلیل سیاست	۱۸
بیمه تکمیلی (انتخاب نامطوب)	۲۰۱۲	مدلسازی (توصیفی)	۱۹
چالش بیمه	۲۰۱۲	ترکیبی	۲۰
ادغام صندوق بیمه	۲۰۱۶	کیفی	۲۱
پرداخت از جیب	۲۰۱۱	پیمایشی	۲۲
تقاضا برای بیمه تکمیلی	۲۰۱۵	توصیفی	۲۳
تمایل به پرداخت بیمه اجتماعی	۲۰۱۴	توصیفی	۲۴
هزینه های کمرشکن	۲۰۱۹	توصیفی	۲۵
اسناد و مقررات	۲۰۱۷	تحلیل اسناد	۲۶
موانع حفاظت مالی	۲۰۱۷	کیفی	۲۷
مشارکت در هزینه و بهره مندی	۲۰۱۸	توصیفی	۲۸
تقاضا برای بیمه	۲۰۱۶	توصیفی	۲۹
مشکلات پوشش	۲۰۱۱	کیفی	۳۰
ادغام صندوق	۲۰۱۸	کیفی	۳۱
بیمه مکمل	۲۰۱۶	توصیفی	۳۲
بسته بیمه پایه	۲۰۱۹	کیفی	۳۳
هزینه کمرشکن	۲۰۲۰	مرور نظامند	۳۴

ادغام صندوق	۲۰۲۰	کیفی	۳۵
-------------	------	------	----

یافته ها در جنبه تشریحی:

- ۱- مطالعه ای در مورد ادغام صندوق های بیمه ای و چالش ها و ملاحظات سازمانی انجام شده است. ترکیب صندوق های بیمه دارای چالش هایی از قبیل سازوکارهای تامین مالی، پوشش جمعیت، بسته مزایا، مشارکت ارائه دهنده، ساختار سازمانی و ارائه خدمات درمانی و فرآیندهای عملیاتی، پایش و ارزشیابی و امکان پذیری طراحی و اجرای بیمه خواهد داشت. صندوق های جزیره ای باعث افزایش نابرابری بین گروههای مختلف جمعیت در دسترسی به خدمات سلامت، ناکارآمدی در سیستم درمانی ایران، هزینه های بالای پرداخت از جیب، حفاظت مالی پایین برای افراد بیمه شده، نرخ بالای سهم مشارکت برای بیمه شده، پوشش چند بیمه ای یک فرد، فقدان شفافیت و نبود داده و آمار قابل اتکا سیاستگذاری بیمه سلامت می شود. در تمام ۴ صندوق ایران از نظر بسته مزایا، سهم مشارکت، پوشش اجباری یا داوطلبانه، سرانه هزینه های سلامت، و استفاده از یارانه های مالی دولتی تفاوت های چشمگیری دارند. این مطالعه پیشنهاد می کند که در هر برنامه ای برای ادغام ۱۱ عنصر باید در نظر گرفته شود و برای هر ۱۱ عنصر چالش های عملیاتی و موانع کلیدی نیز بررسی شود. توجه روند ادغام و امکان پذیری آن قبل از ادغام باید مشخص شود. سر این مدل تولید بوده که وظیفه رهبری و کنترل عناصر دیگر را بر عهده دارد. در آن مدل بین سه عامل تامین مالی، ویژگی های جمعیت و بسته مزایا در برنامه بیمه ای رابطه تنگاتنگی وجود دارد که سیاستگذاران در مراحل اولیه ادغام بر روی این عوامل باید تمرکز نمایند. پس از آن سیاستگذاران باید بر روی تفاوت ها بین طرح های مختلف بیمه ای از نظر نحوه انعقاد قرارداد با ارائه دهندگان و چگونگی ارائه خدمت به گیرندگان خدمت فکر کنند. ما معتقدیم تغییر ساختارهای سازمانی و فرآیندهای عملیاتی طرحهای بیمه درمانی در مراحل بعدی ادغام باید اتفاق افتند و نهایتاً همه مراحل و کل فرایند ادغام باید پایش شده و پیامدهای بلند مدت و کوتاه مدت ادغام باید ارزیابی شده تا ببینیم اثرات مورد انتظار ادغام محقق شده است یا خیر.
- ۲- ۵۳ مطالعه مرتبط شناسایی شده که ۴۰ مطالعه در سطح جمعیت و ۱۳ مطالعه مربوط به بیماریهای خاص می باشد. در سطح جمعیت نرخ هزینه های کمرشکن ۴.۷ درصد و در بین بیماری ها هزینه های کمر شکن مربوط به سرطان ۲۵.۳ درصد و بیماران دیالیزی با ۵۴.۵ بالاترین درصد بودند. مهمترین فاکتورهای تاثیر گذار در نرخ هزینه های کمرشکن وضعیت بیمه سلامت، داشتن فرد ۶۰-۶۵ ساله در بین خانوار، جنسیت سرپرست خانوار و استفاده از خدمات بستری و سرپایی، سن، سطح تحصیلات خانوار، داشتن فرد ۱۲ سال و پایین تر در خانوار، داشتن یک عضو خانواده معلول یا بیماری مزمن، وضعیت اقتصادی خانوارها، مخارج خانوار، درآمد، بوده است. بیشتر مطالعات نشان داد که داشتن بیمه هزینه های اسف بار را کاهش داده است. عوامل مربوط به بیماریها شامل فراوانی استفاده از خدمات بستری، پذیرش در مراکز خصوصی، دفعات استفاده از خدمات سرپایی بوده است. در نهایت در این مطالعه نیز به طراحی بسته خدمتی، تعیین میزان هزینه های تسهیم شده بین بیماران اشاره شده که جای کار دارد.
- ۳- تم های اصلی این مطالعه الزامات را در ۳ سطح بیمه گر، بیمه گذار و ارائه دهنده خدمت بیان کرده است. در سطح بیمه گر زیر تم هایی با عناوین تامین مالی بسته بیمه، ساختار سازمانی، تعرفه گذاری بسته خدمات، ادغام سیاست ها، خرید بسته های مزایا در سطح الزامات ارائه دهنده خدمت زیر تم های تعیین ضروریات، ارائه خدمت، وظایف مربوط به اقدامات و خدمات پوشش داده شده بوده است. در سطح الزامات مربوط به شهروندان و بیمه شدگان زیر تم های گسترش پوشش جمعیت، حق بیمه مطرح شده بود.
- ۴- نتایج نشان داد که داشتن بیمه تکمیلی برای بیماران سن بالا و با درآمد پایین طول مدت اقامت را افزایش می دهد.

در این مطالعه دینفغان کلیدی از جمله مردم، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان

تامین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی، ۱۷ صندوق نهادی وابسته به شرکت های مختلف، اتحادیه کارگری، سازمان برنامه و بودجه، مجلس، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کمیسیون سیاست گذاری سلامت، وزارت کار، رفاه و تعاون، نظام پزشکی، ارائه دهندگان خدمات سلامت (انجمن داروسازان، پرستاران، رادیولوژی و...) و نوع مشارکت آنها مورد تحلیل قرار گرفته است. در مرحله بعدی مزایایی که هر یک از دینفغان ذکر شده با ادغام صندوق های بیمه ای می توانند بدست بیاورند یا از دست بدهند مورد تحلیل قرار گرفته شده است. این مزایا در ۵ تم شامل مزایای مربوط به صندوق های بیمه سلامت (تمایل به حفظ استقلال سازمانی، اجتناب از شفافیت در آمارها، اطلاعات و فعالیتهای سازمانی، نگرانی ها در مورد انباشت خطر و به اشتراک گذاری مزایا با گروههای خاص در نتیجه ادغام، نگرانی ها در مورد مدیران ارشد و پرسنل در مورد اوضاع مالی و سازمانی) مزایای مربوط به دولت و مجلس (عدم تمایل دولت و قانونگذاران به افزایش حق بیمه و به عهده گرفتن مسئولیت مالی بیشتر) مزایای مربوط به مراکز درمانی وابسته به طرح های بیمه ای (تضاد منافع ایجاد شده از ارائه خدمات توسط مراکز درمانی وابسته به طرح های بیمه ای، نگرانی در مورد از دست دادن یا تسهیم رایگان خدمات درمانی در مراکز با سایر گروههای بیمه شده، پرداخت تعرفه و حق بیمه های بالاتر در در طرح بیمه سلامت اجتماعی برای مراکز درمانی خودشان، اقتدار مالی کمتر و امکان مواجهه با منابع مالی کمتر) مزایای مربوط به سازمان تامین اجتماعی (تعامل بسته مزایای سلامت با انواع تعهدات بلند مدت سازمان تامین اجتماعی، تضاد منافع ناشی از شرکت های دارویی) مزایای مربوط به وزارت بهداشت و وزارت کار، رفاه و تعاون (بعد از ادغام چه کسی مسئول سازمان بیمه سلامت و شورای عالی بیمه سلامت خواهد بود؟ تسلط پزشکان در فرآیندهای سیاسی سلامت به عنوان یک مانع مهم در اجرای هر نوع اصلاحات درمانی که مخالف با منافع آنها می باشد) در نتیجه دولت تمایلی به تعهد مالی زیاد ندارد. سازمان تامین اجتماعی و صندوق های بیمه سلامت (۱۷ صندوق) و اتحادیه های کارگری راضی به از دست دادن استقلال سازمانی و مالی خود ندارند و مزایای خود را با سایر گروههای عضو در طرح های دیگر تسهیم کنند. مدیران و پرسنل هم نگران از دست دادن شغل، حقوق و موقعیت سازمانی خود هستند. وزارت کار، رفاه و تعاون هم تمایل ندارد کنترل خود را بر روی طرح های بیمه ای از دست دهد. وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت ایران از جمله بازیگرانی هستند که از ادغام حمایت می کنند.

در این مطالعه ۷ تم اصلی شامل میزان پوشش بیمه تعیین شده (میزان متوسط پوشش، همپوشانی در آمارهای پوشش) تامین مالی (نقش دولت: تفاوت روی تعهدات تامین مالی، جریانات مالی غیر شفاف، پرداخت ناعادلانه تعهدات مالی، کسری یارانه های حمایتی، - مشارکتها: سهم کاهشی، محاسبات غیر علمی، - پرداخت از جیب: پوشش کم خدمات یا خدمات پوشش داده نشده، پرداختهای زیرمیزی یا جبران خسارت پایین) سازمانی (صندوقهای جدا جدا، عضویت غیر اجباری) بسته های مزایای اساسی (رویکرد غیر علمی در تعریف بسته مزایا، طراحی یک بسته مزایای همگانی) مکانیسم پرداخت (هزینه های مدیریتی بالا) بهره مندی (کنترل تقاضا، فقدان گایدلاین های بالینی استاندارد، فقدان سیستم ارزیابی فناوری) کارایی مدیریت (تعهد دولت، فقدان سیستم اطلاعاتی جامع، تفاوت در دیدگاهها بر روی مفهوم بیمه، مدیریت غیر پایدار، الزامات قانونی و ساختاری) مطرح شده است. و نهایتا در انتهای مطالعه مواردی مانند فقدان اطلاعات، تامین مالی نزولی، میزان بالای پرداخت از جیب، انباشت جزیره ای، فقدان بسته مزایای استاندارد، سیستم پرداخت، فقدان سیستم مدیریتی حامی به عنوان چالش های اصلی شناسایی شده است. در این مطالعه ذکر شده از انجایی که اعضای برخی از صندوق های بیمه مانند صندوق خویش فرما، روستایی و بستری های شهری از گروههای درامدی کمتر تشکیل شده و حفاظت مالی کمتر در مقابل هزینه های سلامت برای آنها ایجاد می نماید انباشت خطر در این صندوق ها چون مقدار کل مشارکت پایین است بطور کامل نبوده و بسته های مزایای محدودتری را پوشش خواهد داد. این مطالعه پیشنهاد می هد حداقل در کوتاه مدت صندوق های سازمان تامین اجتماعی باید نگه داشته شده و تمام صندوق های بیمه خدمات درمانی جهت ایجاد انباشت بزرگتر باهم ادغام شوند. و نهایتا تمام صندوق های کوچک با وجوه جزئی با این سه صندوق ادغام شده تا دسترسی مالی را افزایش دهند. این کار باعث کاهش هزینه های اداری بواسطه یکی کردن انعقاد قراردادها و مطالبات شود.

- ۷- هدف این مطالعه ای بررسی عواملیست که در تقاضا برای بیمه خویش فرمای سلامت موثر است. سن، درآمد، سطح تحصیلات سرپرست خانوار ارتباط مستقیم با تقاضای برای بیمه خویش فرمای دارد.
- ۸- در این مطالعه ذکر شده مه در ایران با وجود پوشش بالای بیمه درمانی نسبت خانوارهایی که با هزینه های سلامت کمرشکن مواجه هستند بسیار بالا بوده و این احتمالاً به دلیل بسته های مزایای نامناسب با تسهیم هزینه های بالا بوده است. این مطالعه برروس ۱۵۳۶ بیمار انجام شده است. نتایج نشان داد میانگین استفاده از خدمات پزشک عمومی ۰.۷۶ بود و میانگین تسهیم هزینه بالای ۰.۸۱ بوده است. بیش از ۸۷ درصد جمعیت با تسهیم هزینه بالا مواجه هستند. نتایج نشان داد افرادی با تسهیم هزینه زیاد از خدمات پزشکی نسبت به افراد با تسهیم هزینه کم زیاد استفاده می کنند. هم چنین در صورت افزایش تسهیم هزینه، افراد با سطح سلامت پایین استفاده از خدمات پزشکی را در قیاس با افراد با سطح سلامت خوب کاهش می دهند. و این امر احتمال مواجهه با هزینه های کمر شکن را افزایش می دهد. هم چنین بین درآمد و میزان مصرف خدمات پزشکی رابطه وجود دارد. هم چنین بین پوشش بیمه ای و مصرف خدمات پزشکی رابطه ای وجود نداشت این به این دلیل است که طراحی و اجرای طرح های بیمه ای عمومی بدون توجه به فاکتورهای مهم مانند وضعیت اقتصادی اجتماعی، متغیرهای دموگرافیکی، الگوی اپیدمیولوژی بیماریها در کشور انجام شده که کارایی لازم را نیز ندارند.
- ۹- در این مطالعه در ۳ تم اصلی شامل زمینه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی (دیدگاه سیاستمداران و دولتمردان در مورد حفاظت مالی، سیاست های عمومی و ساختار اقتصادی کشور، تعریف یک حاکمیت متحد و مرکزی برای حفاظت مالی، نقش موسسات غیر دولتی و خیریه در ایجاد حفاظت مالی)، ساختار نظام سلامت ایران (بهبود کارایی نظام سلامت ایران برای توسعه حفاظت مالی، اولویت پایین حفاظت مالی برای سیاست گذاران سلامت، تقویت نظام کنترل و مراقبت در نظام سلامت) ابعاد پوشش همگانی سلامت (فقدان سیستم اطلاعاتی جامع و ادغام یافته، فقدان برنامه اجرایی تعریف شده برای پوشش فقرا) از موانع دستیابی به حفاظت مالی بیان کرده اند. در سطح ملی قانونگذاران بارها و بارها حفاظت مالی را در دستور کار اسناد و قوانین قرار داده اند اما در مرحله اجرایی دولت به وظایف خود عمل نکرده است. چالشهای اقتصادی در کشور مانند کاهش نرخ رشد اقتصادی، افزایش نرخ بیکاری، افزایش محدودیت ها و تحریمها از طرفی مانع رسیدن به حفاظت پایدار شده است.
- ۱۰- یک مطالعه بر اساس تحلیل سند سیاستی است. اسناد قانونی کشور را در زمینه حمایت مالی از افراد فقیر برای مراقبت های بهداشتی پس از انقلاب ارزیابی می نماید. از روش تحلیل شبکه اجتماعی استفاده شده است. در این تحلیل نشان داده شد که قدرتمندین نقش افرین کمیته امداد امام خمینی است که در عمل افراد فقر زیادی تحت پوشش ان نیستند. دومین نهاد قدرتمند سازمان رفاه اجتماعی می باشد. قدرت کمیته امداد و سازمان رفاه ظرفیت مناسبی برای سیاستگذاری فراهم می سازد و تعیین دقیق جمعیت هدف بسیار ضروری است و تقسیم شفاف عملکردهای این دو سازمان برای اجتناب از دوباره کاری و تداخل ضروری می باشد. در این تحلیل سازمان بیمه سلامت ایرانیان از موقعیت متمرکز تر و قدرت و نفوذ بیشتری نسبت به سایر صندوق های بیمه ای، موسسات و وزارتخانه ها و بیمه های تکمیلی برخوردار است. وزارت بهداشت سومین موسسه از نظر ارتباطات و قدرتمندترین موسسه واسطه ای است. دانشگاههای علوم پزشکی در جاتی از قدرت تصمیم گیری در برنامه ریزی و تخصیص منابع و ارائه خدمات در هر استان را دارند. تحلیل نشان داد ارتباط اداره کار اجتماعی با دیگر موسسات حامی مانند کمیته امداد سازمان رفاه و موسسات خیریه ضروری بوده که در تعهدات قانونی به شکل صحیح در نظر گرفته نشده است. موسسات شبه دولتی در این تحلیل در جایگاه مناسب نبوده که استقلال آنها از دولت دلیلی بر کنار گذاشتن آنها از اسناد ملی می باشد. وزارت کار، رفاه و تعاون از موقعیت مناسب در شبکه برخوردار نبوده و ارتباطات این وزارتخانه با سایر نهادها مساعد نمی باشد و از قدرت واسطه گری زیادی برخوردار نیست. مرکزیت و قدرت شورای عالی رفاه و امنیت اجتماعی برای هماهنگی سیاست های اجتماعی از جمله بهداشت مطلوب نمی باشد با این حال موقعیت غالب شورای عالی در شبکه در قیاس با شورای عالی بیمه سلامت که جایگاه مناسبی ندارد قابل توجه است. شورای عالی بیمه قدرت واسطه گری ضعیفی دارد و چون تعدادی از صندوق های بیمه ای کوچک با منابع مالی خوب تحت سیاست های این شورا فعالیت نمی کنند. تولید این شورا بر روی

سیستم بیمه سلامت کشور به منظور تدوین سیاست های حمایتی مالی از فقرا کفایت نمی کند. بعلاوه نقش شورای عالی سلامت و الزام قانونی آن برای ارائه حمایت مالی در هیچ یک از اسناد ذکر نشده است. که این یک شکاف سیاستگذاری را نشان می دهد. سازمان رفاه، کمیته امداد و وزارت بهداشت که بودجه دولتی دریافت می کنند نقش افرینان اصلی شبکه هستند و بیشتر ارتباطات بین این سه نهاد اتفاف می افتد ولی به دلیل موقعیت نامناسب آنها در شبکه هیچ ارتباطی بین دیگر اعضای این شبکه وجود ندارد که این موضوع منجر به توزیع نامناسب قدرت شده است.

۱۱- در این مطالعه ۵۴.۸ درصد بیماران در معرض هزینه های اسف بار بودند. بیشترین نرخ بیماران تحت پوشش صندوق بیمه سلامت همگانی در معرض هزینه های اسف بار بودند و افراد دارای بیمه روستایی بیشترین هزینه درمان را پرداخت می کردند. روستایی بودن، مدت اقامت طولانی، تحصیلات پایین سرپرست خانواده؛ عدم پوشش بیمه تکمیلی و تحت پوشش بیمه سلامت همگانی بودن با قرار گرفتن افراد در مواجهه با هزینه های اسف بار رابطه معنی داری داشت.

۱۲- در این مطالعه نشان داد که تحصیلات بالاتر سرپرست خانواده، درآمد و داشتن شغل، اندازه خانواده و تعداد خانوار در تمایل به پرداخت برای بیمه موثر بوده است. تمایل به پرداخت به طور مستقیم با عداد اعضای بیمه شده هر خانوار افزایش یافته و به شکل معکوس با اندازه خانوار نیز افزایش می یابد.

۱۳- در سال ۲۰۱۲ ۸۰.۴ درصد جمعیت ایران از بیمه های تکمیلی استفاده کردند. تقاضا برای بیمه تکمیلی تابع سن سرپرست خانوار، درآمد خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، اندازه خانوار ارتباط مستقیم دارد. این مطالعه بیان کرد که شرکت های بیمه باید سیاست های بیمه ای خود را طبق نیازهای بیماران، ویژگی های خانوار و درآمدهای آنها سازگار نمایند. هم چنین سیاستگذاران باید با ایجاد سازوکارهایی خانوارهای با وضعیت اقتصادی پایین از نظر دهک درآمدی را شناسایی کرده و با تدوین برنامه هایی دسترسی مالی آنها به خدمات سلامت را ارتقا دهند. با توجه به اینکه تقاضا برای بیمه تکمیلی رابطه مستقیم با وضعیت اقتصادی و درآمد خانوار دارد و خانواده های فقیر تقاضایی برای بیمه تکمیلی ندارند از این رو مداخلاتی مانند پرداخت یارانه حق بیمه از بودجه عمومی برای اطمینان از پوشش فقرا و عضویت آنها در این طرح های بیمه ای انجام شود به طوریکه پرداخت یارانه های بیمه متناسب با توزیع درآمد در جامعه و شرایط محلی باشد.

۱۴- هدف این مطالعه ارائه درکی از نابرابری و عوامل تعیین کننده پرداخت از جیب و هزینه های کمرشکن مراقبتهای بیمارستانی با استفاده از داده های پیمایشی در سراسر کشور و اطلاعات مربوط به نظرسنجی بهره مندی از خدمات سلامت در سال ۲۰۰۳ می باشد. تحلیل نابرابری نشان می دهد که هزینه های کمرشکن در افراد با وضعیت اقتصادی پایین متمرکز شده است. نتیجه مدل حکمن نشان داد که عواملی مانند طول اقامت، پذیرش در یک بیمارستان خصوصی یا وابسته به وزارت بهداشت و زندگی در مناطق دور افتاده رابطه مستقیم با افزایش پرداخت از جیب دارد. نتیجه مدل پرویت نیز نشان داد که طول مدت اقامت، شاخص رفاه خانوار پایین، پذیرش در بیمارستان خصوصی فاکتورهای موثر در افزایش هزینه های کمر شکن هستند. هم چنین بیماران ساکن در اذربایجان شرقی، کردستان و سیستان و بلوچستان بیشتر در معرض خطر هزینه های کمر شکن قرار دارند. بر اساس یافته ها سیستم بیمه مبتنی بر کارفرما حمایت برابر برای خدمات و هزینه های بیمارستانی ارائه نمی دهد و باید یک برنامه بیمه همگانی سلامت به شکل مجزا برای همه ایرانیان صرف نظر از وضعیت اشتغال آنها جهت حمایت خانوارها از هزینه های کمرشکن طراحی و اجرا شود.

۱۵- این مطالعه به شکل تحلیل سیاست بوده که مصاحبه با افراد کلیدی و تحلیل اسناد انجام گرفته شده است. در نتیجه ۳ گزینه سیاستی با مزایا و معایب هر کدام ارائه شده است. هم چنین در قسمت مقدمه مقاله تمام صندوق هاوبرنامه های بیمه ای به تفکیک ویژگی های هر کدام از قبیل اینکه چه کسانی بیمه شده اند؟ اندازه جمعیت تحت پوشش، سهم مشارکت ها، سرانه هزینه ها، بسته های مزایا، پرداختهای مصرف کنندگان در یک جدول توضیح داده شده است. گزینه اول سیاستی حفظ تکه های ساختاری موجود طرح بیمه اجتماعی سلامت اما اجرای یک استراتژی جامع به اسم ادغام سیاست که این گزینه مزایایی مانند -مقاومت کمتر نسبت به طرح های بیمه ای موجود- تجربه قبلی در برخی از مناطق ایران -حمایت از هماهنگی و همکاری در حوزه های غیر بحث برانگیز و اجتناب از تماس با حوزه های بحث برانگیز مانند

استقلال مالی - پذیرش استقلال سازمانهای بیمه سلامت و عدم تغییر ساختار فیزیکی آنها (بدنه) - مقبولیت در نزد سازمانهای بیمه سلامت - حذف تفاوتها در فعالیتهای کاری و سیاستهای اجرایی در بین طرحهای بیمه ای سلامت بوده است. معایب گزینه سیاستی اول نیز به شرح زیر بوده است. توزیع مجدد ریسک، و یارانه متقاطع بین صندوقهای بیمه ای بهبود نخواهد یافت - پتانسیل بالا برای برگشت عدم تجانس سیاستها در طی زمان. گزینه دوم سیاستی ادغام صندوقهای بیمه ای موجود و ایجاد طرح ملی بیمه سلامت واحد و منفرد. مزایای گزینه دوم - بهبود انباشت خطر و یارانه متقاطع بین جمعیت - بهبود عدالت در دسترسی به خدمات سلامت بین جمعیت - ایجاد یک روزه سیاستی جدید برای پیشرفت های بیشتر در سیستم بیمه ای کشور و کمک به دستیابی به سایر اصلاحات در حوزه سلامت - یادگیری از تجارب سایر کشورها در ادغام - تقویت خرید استراتژیک. معایب گزینه دوم سیاستی - یک تصمیم سیاسی سخت بوده زیرا ادغام ساختاری و مالی اتفاق می افتد که همراه با مقاومت سیاسی خواهد بود - مواجهه با چالش های مختلف در حوزه های مختلف بیمه سلامت مانند بسته مزایا، مکانیسم های تامین مالی، ساختار سازمانی، فرایندهای عملیاتی، و تعامل ارائه دهندگان خدمات - نیاز به یک برنامه جامع اجرایی که در کشورهای در حال توسعه سخت اجرا می شود/ اما گزینه سوم سیاستی شامل کاهش عدم تجانس از طریق ادغام صندوق های کوچک با منابع جزئی و ایجاد ۲-۳ صندوق بیمه ای بزرگتر تحت پوشش سازمان های موجود که مزایایی از قبیل - کاهش عدم تجانس در انباشت خطر تا حد زیاد (اما کامل نیست) - مقاومت سیاسی کمتر از سازمان های کوچک بیمه به دلیل دولتی بودن - بهبود انباشت خطر بین طرح های بیمه ای کوچک - عملیاتی شدن بعنوان یک برنامه پایلوت به منظور یادگیری از آن برای ایجاد یک طرح واحد در آینده - تقویت خرید استراتژیک معایب این گزینه شامل عدم بهبود انباشت خطر و عدالت در کل سیستم بیمه درمانی

۱۶- این مطالعه به شکل ترکیبی شامل مطالعه مرور سیستماتیک و مصاحبه نیمه ساختار یافته بوده است. در این مطالعه ۵ تم اصلی در مورد مشکلات و چالش های بیمه شناسایی گردید. تم اول افزایش هزینه های مراقبت های بهداشتی درمانی بودند ۲- فقدان ارزیابی های نظاممند فناوری های سلامت ۳- منابع مالی محدود که برخی از مشکلات این حیطه به روش تعیین حق بیمه مربوط می شود ۴- مدیریت و تصمیم گیری (۴ سازمان اصلی بیمه که هر کدام مدیریت خاص خودش را دارد، مشکلات مربوط به همپوشانی جمعیت که هیچ امار دقیقی وجود ندارد) ۵- جمعیت بیمه نشده (تعداد قابل توجهی از افراد وجود دارد که به طور بالقوه واجد شرایط عضویت در بیمه کمیته امداد هستند اما به دلیل محدودیت منابع نمی توانند تحت پوشش قرار بگیرند.

۱۷- گروه مورد مطالعه ۴۲۰ پزشک بودند. از دو مدل رگرسیون لجستیک به منظور تعیین تأثیر ویژگی های فردی بر تصمیم گیری به خرید پوشش بیمه سلامت استفاده شد. یافته ها نشان داد افراد با سطح تحصیلات و درآمد بالاتر بیمه تکمیلی را کمتر خریداری کرده و نسبت به سایرین ادعا و مطالبه کمتری دارند و ارتباط مثبت بین وقوع ادعا و تصمیم برای خرید بیمه درمانی تکمیلی وجود دارد.

۱۸- به تشریح اجزای برنامه توسعه پنجم پرداخته است. در بخشی از مقاله در قسمت تامین مالی چالش هایی با عناوین فقدان دورنما در بیمه های درمانی، عدم انسجام در انباشت خطر (روش های مختلف تعیین حق بیمه، چندین صندوق بیمه ای) مطرح شده و در قسمتی هم به استراتژی ها در قسمت تامین مالی اشاره شده بود. این استراتژیها ۱۰ درصد از منابع موجود در قانون هدفمندی یارانه ها سالانه به وزرات بهداشت پرداخت شود، بهبود کمی و کیفی بیمه های درمانی با سازماندهی مجدد ساختار صندوق های بیمه ای، استفاده از منابع داخلی صندوق ها و پشتیبانی مالی دولت، بیمه پایه سلامت همگانی و اجباری بوده، ایجاد سازمان بیمه سلامت با ادغام کلیه صندوق های درمانی در سازمان بیمه خدمات درمانی، به استثنای صندوق بیمه تامین اجتماعی و خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت اطلاعات، ایجاد شورای عالی بیمه سلامت، پرداخت های بیشتر برای بسته مزایای خدمات اساسی از طریق بیمه های مکمل ممنوع است. خدمات بیمه پایه برای جمعیت تعریف شده یکسان بوده و به تدریج اجرا می شود. جق بیمه پایه نسبتی از درآمد محاسبه می شود.

۱۹- بررسی شرایط موجود در سیستم بیمه ای نشان می دهد که تدوین و تجدید نظر در بسته مزایای اساسی همواره یکی از مهمترین چالش های نظام بیمه سلامت بوده است. این سازمان همواره با این سوال مواجه است که با توجه به پویایی نظام سلامت معرفی داروها و تجهیزات جدید در بازار سلامت، تغییر بار بیماریها در طی زمان و محدودیت های منابع چه فرایندهایی برای تدوین و بررسی خدمات بسته باید در نظر گرفته شود. این سوال هیچگاه به طور صحیح در سازمان بیمه سلامت ایران پاسخ داده نشده است. با وجود اینکه ماده ۱۰ قانون بیمه عمومی در ایران به تعیین حداقل دامنه و سطح خدمات درمانی و دارویی اشاره داشته اما در عمل هیچ معیار و فرایند خاصی برای بررسی بسته پایه ذکر نشده است. اسناد نشان می دهد که از زمان تاسیس سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۹۹۴، تعداد خدمات پوشش داده شده در بسته بیمه افزایش یافته است. و فرایندی برای بررسی خروج خدمات از بسته پایه وجود ندارد. و بسته پایه بروز رسانی نمی شود. هم چنین شورای عالی بیمه سلامت قدرت کارشناسی لازم برای تحلیل علمی و تصمیم گیری برای ورود و خروج خدمات از بسته پایه را ندارد. همچنین دیگر چالشها مشارکت کم گروههای دیگر از جمله بخش خصوصی، سازمانهای مردم نهاد و اقتصاددانان بهداشت است. بنابراین سیاستگذاران باید بر اساس یک فرایند مبتنی بر شواهد برای بررسی مفاد بسته خدماتی اعمال نمایند. هم چنین از متخصصان حرفه ای و از ابزارها و معیارهای علمی برای ارزیابی خدمات نیز استفاده شود.

طبق مدل ارائه شده در این مطالعه ۲ مشکل حل خواهد شد: تسویه بدهی های گذشته و اجتناب از بدهی های آینده -20

۲۱- این مطالعه به دنبال تدوین ویژگی ها و ویژگی های سطوح بیمه درمانی برای جمعیت ایران بوده است. از این ویژگی ها و سناریوهای مربوط می توان در استخراج اولویت ها و ترجیحات افراد در مورد بیمه درمانی استفاده کرد. ویژگی ها شامل پوشش خدمات درمانی در بخش دولتی و خصوصی، پوشش بیمه ای خدمات پاراکلینیکی و توانبخشی، پوشش خدمات دندانپزشکی، پوشش مراقبت های طولانی مدت، حق بیمه بود که در ترجیحات مردم دارای اولویت بودند. در نهایت یافته ها نشان داد که ویژگی های مربوط به بسته مزایای خدمات و حق بیمه به عنوان مهمترین عوامل در انتخاب ترجیحات افراد دارای بیمه درمانی در ایران است. خدمات اصلی مراقبت های بهداشتی نسبت به سایر خدمات بالاتر مانند خدمات ناباروری و تست های غربالگری دارای اولویت هستند.

۲۲- ابتدا یک بررسی متون و مقایسه متونی انجام شده است و بعد به کمک مطالعه کیفی نتایج کامل تر شده است. نتایج بررسی متون در دو حیطه جمع اوری درآمد و انباشت خطر آمده است. که تجارب سایر کشورها را بیان کرده است. در قسمت مرور متون ژاپن، فرانسه، افریقا، مکزیک مورد بررسی قرار داده بودند. در حیطه انباشت خطر مکانیسم های تعاملاتی این کشورها یارانه متقاطع، استفاده از بیمه سلامت جامعه محور، پیشنهاد اولیه بیمه اختیاری و در مراحل بعدی بیمه اجباری، شناسایی افراد بیمه نشده بوده است. نتایج نشان داد که تعامل کمتری بین تولیت و بیمه های اجتماعی سلامت در حوزه جمع اوری درآمد و انباشت خطر وجود دارد. نقش مشاوره ای تولیت و پیشنهادات برای پوشش افراد بیمه نشده و تحلیل ریسک نمونه هایی از چنین تعاملات بود. در نظام سلامت ایران تولیت نقش مهمی در ارائه خدمات داشته، اساس تعاملات قراردادهای، نظام پرداخت و زمانبندی پرداختها است. بر اساس یافته های این مطالعه دستیابی به اصلاحات غیر ساختاری در زمینه تامین مالی سلامت از طریق رویکرد هماهنگ شده و ایجاد تعامل بین مجموعه های تاثیر پذیر امکان پذیر می باشد. پیشنهاد پوشش گروههای جمعیتی که بیمه سلامت پایه ندارند می تواند تعامل بین وزارت بهداشت و بیمه اجتماعی سلامت را نشان دهد. در نهایت مطالعه پیشنهاد داد که ساختار اداری و اجرایی مناسب در شورای عالی بیمه ایجاد شود. وجود واحد مشترک در سطح برنامه ریزی وزارت بهداشت و بیمه اجتماعی سلامت و فعالیتهای کارشناسانه مشترک در تعامل موثر می باشد.

۲۳- نتیجه مطالعه نشان داد تجدید نظر در کتاب ارزش نسبی خدمات تغییرات زیادی در سازمان بیمه سلامت اتفاق افتاد. این تغییرات شامل تشکیل یک کمیته جهت مدیریت هزینه و رسیدگی به اسناد بیمه، ایجاد سیستم کدگذاری یکنواخت برای خدمات سلامت، طراحی مجدد فرایند رسیدگی به اسناد، افزایش سهم صندوق های بیمه از مخارج سلامتی، ۳۰۰ خدمت جدید با توجه به تغییرات کتاب ارزش نسبی خدمات به صندوق اضافه شده. تغییر در روش پرداخت گلوبال بر اساس

کتاب جدید، تاخیر در پرداخت مطالبات، افزایش کسورات به دلیل پرداخت خدمات گران قیمت موجود در پروتکل‌های درمانی، برگزاری دوره‌های آموزشی دوره‌ای و آموزش کتاب جدید بوده است. تم‌های اصلی مربوط به تغییرات به صورت جزئی شامل تاثیر گذاری در ساختار سازمانی (تشکیل یک کمیته جهت مدیریت هزینه و رسیدگی به اسناد بیمه، ایجاد سیستم کدگذاری یکنواخت برای خدمات سلامت)، تغییر در منابع مالی و حق بیمه‌ها (افزایش سهم صندوق‌های بیمه از مخارج سلامتی، افزایش عملکرد سرانه متناسب با افزایش حقوق) تغییر جمعیت و انباشت صندوقها (تغییر در اندازه جمعیت پوشش داده شده) بسته پوشش بیمه (۳۰۰ خدمت جدید با توجه به تغییرات کتاب ارزش نسبی خدمات به صندوق اضافه شده، آماده سازی بسته پایه بر اساس کتاب جدید، سیاست‌های جدید جهت کاهش خدمات غیر ضروری، کاهش سهم مشارکتی co-payment برای بیماران بستری و سرپایی) بوده است.

۲۴- در این مدل ۳۴ ذینفع شناسایی گردید که در ۹ فعالیت مهم سازمان بیمه مشارکت داشتند. اکثر ذینفعان ماهیت دولتی داشتند. دولت، سازمان برنامه و بودجه، وزارت بهداشت، وزارت رفاه، شورای عالی بیمه سلامت، نظام پزشکی ذینفعانی بودند که همزمان از قدرت ملی، تصمیم‌گیری و سیاسی بالایی برخوردار بودند و مجلس و کمیسیون بهداشت، دولت، سازمان برنامه و بودجه و وزارت بهداشت بیشترین تاثیر را بر سایر ذینفعان داشتند.

۲۵- نقاط بهبود شامل مشکلات مرتبط با عدم وجود پوشش همگانی، مشکلات ناشی از وجود سازمانهای بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ، مشکلات مربوط به منبع هزینه‌ای و سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده‌ها، مشکلات مربوط به واقعی نبودن تعرفه‌ها بود که راهکارهای زیر شامل یکپارچه سازی بیمه‌های سلامت بر اساس قوانین موجود و تدوین الگوی مشخص و تعریف شده، گسترش پوشش بیمه‌ای در راستای اجرای قوانین موجود، تعریف ارتباط بین بیمه شده‌ها، سازمانهای بیمه و مراکز ارائه خدمات سلامت در جهت قطع ارتباط مالی بیمه شده‌ها و مراکز ارائه خدمات، ایجاد همبستگی اجتماعی، تدوین صحیح بسته بیمه پایه سلامت و شفاف سازی مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل، تعامل صحیح بین وزارت بهداشت، رفاه و تامین اجتماعی و نظام پزشکی. در این مطالعه پیشنهاد برای مطالعات آتی در زمینه‌های بررسی دقیق چگونگی تعیین حق بیمه و فرانشیز بیمه شدگان، شفاف سازی ارتباط بین بیمه و ارائه دهندگان خدمات و دولت؛ انجام مطالعات تطبیقی در خصوص ساختار مناسب برای بیمه یکپارچه سلامت، بررسی موانع اجرایی سازی بیمه سلامت یکپارچه و عدم اجرای قوانین

۲۶- این مطالعه با هدف تعیین مشکلات نظام پوشش همگانی بیمه سلامت و ارائه پیشنهادهایی به سیاست‌گذاران برای بهبود وضعیت موجود انجام شده است. نامشخص بودن آمار بیمه شده‌ها (نامعین بودن میزان دقیق پوشش، همپوشانی در آمار)، تأمین مالی پسرونده (۱- نقش دولت، اختلاف در مورد میزان تعهدات، عدم شفافیت جریان مالی؛ بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات، هدفمند نبودن بارانه‌ها ۲- حق بیمه، پسرونده بودن، غیرعلمی بودن، مشکلات سیاستگذاری در مورد حق بیمه)، جریان مالی غیرشفاف، گسیخته بودن ساختار نظام بیمه‌ای کشور (گسیختگی در سازماندهی صندوقها، اجباری نبودن عضویت)، غیراجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه (تعیین بسته به روش غیرعلمی، تعیین بسته خدمتی همگانی)، هزینه‌زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان در کارایی مدیریتی، ۷ مشکل اساسی بود ه اند.

۲۷- در این مطالعه کیفی عوامل موثر بر تعیین بسته بیمه درمان پایه به ۱۲ مورد تقسیم بندی شد. هر یک از تم‌ها به همراه زیر تم‌ها شامل موارد زیر می‌شود. مفهوم ۱- توافق بر سر کلیات (مفهوم بسته درمان پایه، اصول حاکم بر بسته) مفهوم ۲- معیارهای تدوین (معیارهای تدوین بسته، اهمیت و تعامل میان معیارهای تدوین بسته) مفهوم ۳- سازماندهی (یکسان نمودن ضوابط مورد عمل بیمه‌ها، روند طولانی ورود خدمات به بسته، تشکیل گروه کارشناسی تدوین بسته، همکاری گروه‌های مختلف با ترکیبی فرابخشی، ایجاد فرایند بازنگری مناسب در بسته، فراهم آوردن داده‌های لازم، تفکیک وظایف گروه‌های مؤثر در تدوین بسته، فراهم آوردن دانش مناسب نسبت به قضیه) مفهوم ۴- تأمین مالی (در نظر گرفتن منابع مالی برای پوشش خدمات پیشگیری در بسته، ایجاد مشارکت مالی مناسب، رفع مشکلات مربوط به سرانه و تعرفه در کشور، هدفمند نمودن بارانه‌ها عادلانه نمودن نظام تأمین مالی، ایجاد نظام مناسب شناسایی افراد فقیر، جمع‌آوری مناسب منابع، تزریق مناسب عوارض) مفهوم ۶- قوانین و مقررات (رفع تناقض و نقص در قوانین کشوری در راستای

تدوین بسته، وضع قوانین کافی برای تدوین بسته) مفهوم ۷- حدود تعهدات (ترکیب مناسب خدمات بسته موجود، توجه کردن به آموزش و مشاوره در بسته، توجه کردن به تمامی سطوح پیشگیری در بسته، ضرورت تدوین نظام لایه ای در بسته)، مفهوم ۸- ترکیب و نحوه پوشش جمعیتی، (مناسب نمودن تعیین مبنای پوشش) مفهوم ۹- هماهنگی (ایجاد هماهنگی بین خدمات بسته، ایجاد هماهنگی بین سازمان ها، ایجاد هماهنگی بسته با سایر نظام ها، ایجاد هماهنگی بسته بیمه با سطح مراقبت های اولیه و سطح مکمل) مفهوم ۱۰- رفتار (توجه به اصلاح رفتار در بسته، فرهنگ سازی) مفهوم ۱۱- سیاستگذاری (ایجاد ثبات و انسجام در سیاستگذاری، ایجاد عزم و تعهد همه جانبه، تعیین متولی برای نظام بیمه ای کشور، تعیین متولی برای نظام بیمه ای کشور) مفهوم ۱۲- نظارت و کنترل

۲۸- دو سؤال اصلی در این تحقیق عبارت بود از این که: آیا سیاستهای دولت برای پوشش کشوری جمعیت فعال در بخش غیررسمی موفق بوده است؟ و این که آیا طرح بیمه درمان خویشفرمایان توانسته است هزینه درمان در بخش غیررسمی را متناسب با این هزینه ها برای کارکنان در بخش رسمی کاهش دهد. نتیجه تحقیق نشان می دهد که سیاستهای عمومی دولت از طریق سازمان بیمه خدمات درمانی در سالهای ۱۳۸-۱۳۷۵

تلاش داشته است تا سهم مشارکت بخش غیررسمی را افزایش دهد، و توجهی نیز به عدم امکان مشارکت بیکاران در گروه جمعیت فعال شهری در هزینه بیمه درمانی نداشته است. این سیاست موجب افزایش جمعیت فعال بیمه نشده شهری تا حدود یک میلیون نفر در طول دوره مورد بررسی شده است. همچنین در سیاستهای دولت سازوکارهای مناسب برای ایجاد انگیزه در گروه جمعیت فعال شاغل در بخش غیررسمی برای مشارکت آنها از طریق پرداخت حق بیمه وجود نداشته است.

۲۹- ۸۵ درصد از خانوارهای مورد مطالعه دارای حداقل یک بیمه و ۱۵ درصد فاقد هر نوع پوشش بیمه ای بودند. بیمه خدمات درمانی بالاترین فراوانی (۵۹.۲۷) و بیمه خصوصی پایه کمترین فراوانی (۰.۲) پوشش بیمه ای برای خانوارها را فراهم می سازد. ۵۱ درصد از خانوارها عدم توانایی مالی، ۱۳ درصد عدم نیاز به بیمه درمان پایه، ۱۲ درصد عدم شناخت و اطلاعات کافی در زمینه بیمه شدن، ۱۲ درصد بیکاری، ۱۰ درصد فرار ماز بیمه کردن کارگران خود، ۲ درصد بی فایده بودن بیمه را از علت های موثر بر عدم بیمه بودن خود و خانواده هایشان بیان کردند. علی رغم اهمیت بالای داده ها و اطلاعات مربوط به بیمه شده ها برای صندوق های بیمه ای و سیاستگذاران بیمه های سلامت، همچنان مشکلات فراوانی در زمینه دسترسی سهل و آسان به این اطلاعات مشاهده می شود. تحلیل داده های حاصل از پیمایش "چگونگی بهره مندی جامعه از خدمات سلامتی" نشان می دهد که ۱۵٪ از افراد جامعه تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نیستند. نقص اطلاعات و عدم وجود هماهنگی بین بیمه ها موجب ارایه پوشش بیمه مضاعف (علیرغم عدم پوشش ۱۵ درصدی (به برخی افراد شده است.

۳۰- نتیجه مطالعه نشان داد پرداختهای شخصی افراد باری هزینه های سلامتی سبب افزایش نرخ فقر در مناطق شهری و روستایی شده است. به طوریکه در سال ۸۸ در مناطق روستایی نرخ فقر خانوارها بر اثر تحمیل هزینه های سلامت ۴ درصد افزایش یافته است در مناطق شهری نیز بیشترین میزان افزایش فقر بر اثر هزینه های سلامت مربوط به سال ۷۹ با نرخ معادل ۳.۷ می باشد. به طور کلی افزایش سهم پرداختی از جیب هزینه های سلامت موجب شده است نرخ فقر کل کشور در سال ۶۳ حدود ۲.۱ درصد در سال ۶۸ معادل ۱.۶ درصد، سال ۷۴، ۷۹ درصد سال ۸۴ حدود ۳ درصد و در سال ۸۸ درصد افزایش می یابد.

۳۱- پوشش ناکافی خدمات بیمه درمان همگانی بعنوان مهمترین عامل در انتخاب بیمه درمان مکمل تعیین شد. در الگو از میان نهادهای متولی امر بیمه، شورای عالی سلامت مسئول تصویب خدمات بیمه درمان مکمل تعیین گردید (۷۸ درصد) ضمن آنکه ساختار سازمانی سیستم های ارائه دهنده بیمه درمان مکمل در اجرا غیر متمرکز ولی در سیاستگذاری و برنامه ریزی متمرکز (۹۲.۵ درصد) بود و حق بیمه های پوشش های بیمه درمان مکمل بر اساس مزایای بسته های خدمتی و میزان تعهدات شرکتهای بیمه ای (۷۸ درصد) تعیین گردید.

۳۲- بزرگترین چالش نظام بیمه کشور مشکلات موجود بر سر راه یکپارچه سازی بیمه های درمانی در کشور است که این مشکلات را می توان در ابعاد سیاستگذاری (عدم شفافیت رویکرد بیمه ای موجود در بخش های درمانی، عدم شفافیت رویکرد بیمه ای موجود در داخل سازمان بیمه، عدم شفافیت رویکرد بیمه در پوشش جمعیت)، قوانین و مقررات (قوانین فعلی پاسخگوی بیمه درمانی نیست، نقش شورای عالی سلامت بعنوان متولی سلامت و رفاه مشخص نیست، نقش وزارت بهداشت با توجه به شرایط جدید تعریف نشده است، نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه های بیمه ای، حمایتی و امدادی مشخص نیست، نقصان وجود نهاد قانونگذار در بخش بهداشت و درمان کاملاً شفاف است، بیمه ها در مقوله کاهش خطر و ارتقای سلامت مداخله ای ندارند)، ساختار سازمانی (نظام تصمیم گیری متمرکز، نظام ارائه خدمات یکپارچه و مبتنی بر نیاز جامعه نیست، شورای عالی بیمه خدمات درمانی دارای ترکیبی کاملاً دولتی می باشد و نقش

طرف های مختلف دران مشخص نیست ، تعدد سازمانهای بیمه گر در امر درمان با روش ها و ضوابط یکسان و بدون رقابت، تکلیف دولت در زمینه مالکیت، تصدی گری، مدیریت و نظارت بر بیمه های درمانی پایه شفاف نیست، انجام فعالیت های موازی و فقدان نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه شدگان) و تامین منابع مالی (شفاف نبودن سیاست های تامین منابع مالی بخش بهداشت، واقعی نبودن تعرفه خدمات، دسته بندی نمود.

۳۳- اجباری بودن پوشش جمعیت، ایجاد بانک اطلاعات جامع بیم هشدگان، پی شونده بودن تامین مالی، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، تعریف دقیق بسته خدمات و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده، 6 مؤلفه موثر بوده اند.

۳۴- در پاسخگویی به بهبود وضعیت شاخص های حفاظت مالی ، سیاست ها و برنامه های این حوزه در ۱۰ مضمون در ۴ طبقه جمع آوری منابع، مدیریت و انباشت منابع، تخصیص منابع و خریدهای راهبردی کالاها و خدمات شناسایی شد. از مهمترین سیاست ها و برنامه ها می توان به یکپارچه سازی صندوق های بیمه ای، افزایش منابع پایدار و تخصیص هدفمند یارانه ها، اولویت بندی خدمات سلامت، استقرار و بهبود نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تاکید بر یکسان سازی جز حرفه ای در بخش دولتی و خصوصی اشاره کرد.

۳۵- یافته های این مطالعه نشان داد که مخاطرات اخلاقی در بیمه های درمان پایه (خدمات درمانی و تامین اجتماعی) و بیمه مکمل وجود دارد. هم چنین در طی این سه سال مطالعه افراد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی با متوسط کسش ۲.۷۸ دارای کمترین میزان مخاطرات و افراد تخت پوشش بیمه تکمیلی با متوسط کسش ۳.۸ دارای بیشترین میزان مخاطرات بوده اند.