

تدوین چارچوب راهبردی بهمنظور عملیاتی نمودن توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در راستای تحقق ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت ابلاغ شده توسط مقام معظم رهبری

نویسنده‌گان:

فرهاد حبیبی‌نوده^{۱*}، علیرضا اولیایی‌منش^۳، محمدرضا مبینی‌زاده^۴، زهرا گودرزی^۵، سید موسی طباطبایی^۶، غفت محمدی^۷

چکیده

مقدمه: مهم‌ترین اهداف بیمه‌های سلامت ایجاد پوشش همگانی، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، مشارکت عدالت‌هه و متناسب مردم و تأمین مالی نظام سلامت می‌باشد. لذا مطالعه حاضر با هدف شناسایی و اولویت‌بندی مداخلات بهمنظور دستیابی به سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری و بند ۹ آن یعنی توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در سال ۱۳۹۶ صورت گرفت.

روش کار: مطالعه حاضر در دو مرحله و چهار مرحله صورت گرفت. ابتدا با استفاده از مرور منابع و بررسی اسناد و قوانین مربوطه، مداخلات مربوط به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت شناسایی شدند. در مرحله دوم و بهمنظور دسته‌بندی نمودن و توافق بر روی راهکارهای حاصل شده از میز گرد کارشناسی استفاده شد؛ در مرحله سوم با استفاده از تکنیک CVR ضرورت وجود هر یک از عوامل با استفاده از پرسشنامه خودساخته مورد بررسی قرار گرفت. در مرحله چهارم مداخلات تعیین شده با استفاده از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن‌دهی ساده اولویت‌بندی شدند.

یافته‌ها: مهم‌ترین مداخلات اولویت‌بندی شده براساس ۷ بند موجود در ماده ۹ سیاست‌های کلان، عبارت بودند از: افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق تأمین بیمه برای افراد فاقد بیمه و اختصاص بیمه به اتباع خارجی، حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی، تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی، به کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت، به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی، اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع و به کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات.

نتیجه‌گیری: بهمنظور اجرای مداخلات پیشنهادی در راستای اجرای پوشش همگانی سلامت، این امر نیازمند تعامل و ارتباط همه‌جانبه بین سازمان‌های ذی‌نفع با وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی می‌باشد که اقدامات ذیل در این راستا پیشنهاد می‌شود:

بانک اطلاعات جامع و تبادل الکترونیک استناد به عنوان زیرساخت‌های اساسی مورد نیاز نظام بیمه‌های درمانی می‌باشد. ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه‌دهندگان به‌طوری که باعث افزایش کیفیت خدمات توسط ارائه‌دهندگان شده و از ارائه خدمات اضافی و تقاضای القایی جلوگیری کند، می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات اساسی در جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت مؤثر واقع شود. در نهایت ایجاد کارگروه ویژه و متخصص بهمنظور تدوین بسته خدمات پایه براساس گروه‌های هدف باید مد نظر سیاست‌گذاران قرار گیرد.

کلیدواژه: بیمه درمانی، چارچوب راهبردی، سیاست بهداشت

۱. دانش‌آموخته دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۲. مدیر منابع انسانی، بیمارستان بازرگانان، تهران، ایران.
۳. دانشیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. (نویسنده مستول).
۴. استادیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۵. موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.
۶. معاونت درمان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۷. دانش‌آموخته دکترای تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

مقدمه

توانایی مدیریتی برای مدیریت صندوق‌های بیمه‌ای است. به همین دلایل هم تنها برخی از کشورهای در حال توسعه توانسته‌اند پوشش همگانی خدمات سلامتی در کشور خود ایجاد کنند[۱۲]. در گروه کشورهای در حال توسعه با درآمد متوسط، تنها کشورهای تایلند، کره جنوبی، ترکیه و مکزیک توانسته‌اند به‌طور کامل یا نسبی به این هدف دست یابند[۱۳].

مهم‌ترین اهداف بیمه‌ای بهداشتی ایجاد پوشش همگانی، ارتقاء دسترسی به بسته خدمات سلامت، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت، مشارکت عادلانه و متناسب مردم و تأمین مالی نظام سلامت است، که به دلیل اهمیت آن‌ها در برخورداری از نظام سلامت پاسخگو، دولت در اسناد بالا دستی به تدوین ماده‌ها و تبصره‌هایی برای تسهیل دستیابی آن‌ها پرداخته است. از مهم‌ترین این اسناد ماده ۹۱ قانون چهارم توسعه، ماده ۳۵ و ۳۸ قانون پنجم توسعه و ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری می‌باشد. حال ممکن است این سؤال پیش آید که چرا علیرغم وجود این قوانین و همچنین پشتونه اجرایی آن‌ها، باز این سازمان‌ها با مشکلات مربوط به تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، عدم پوشش همگانی، سهم بالای پرداخت از جیب مردم و واقعی نبودن تعریف‌ها روبرو هستند؟[۱۴] در پاسخ به این سؤال می‌توان گفت یکی از مهم‌ترین دلایل ایجاد چنین شرایطی عدم تدوین برنامه اجرایی مناسب در مورد سیاست‌های تدوین شده می‌باشد. این مشکل در بسیاری از موارد باعث عدم دستیابی به اهداف برنامه‌ها در قالب زمانی تعیین شده برای آن و انتقال آن به برنامه‌های دوره‌های بعد خواهد شد. با توجه به آنچه در مورد بیمه‌های سلامت گفته شد و با در نظر داشتن این موضوع که در زمینه تدوین برنامه اجرایی ماده‌های تعیین شده در سیاست‌های کلان سلامت مطالعاتی وجود ندارد، در این پژوهش به تدوین برنامه اجرایی (تعريف مفاهیم و واژه‌ها، تعیین شاخص‌های رصد کلان آن، بررسی وضع موجود این شاخص‌ها و تحلیل آن، تعیین مداخلات و اولویت‌بندی آن‌ها، تحلیل ذی‌نفعان و ارزیابی انطباق اولویت‌های مداخله استخراج شده با برنامه‌های نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع) ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت با عنوان توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی به تفکیک هفت بند مربوط به آن خواهیم پرداخت.

امروزه بهداشت و درمان برای ملت‌ها به عنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای دولتها به عنوان مسئله‌ای استراتژیک از نظر اقتصادی مطرح می‌باشد. هدف تعمیم بهداشت و درمان به همگان باید براساس رفع تبعیض بین گروه‌های مختلف جامعه تعیین گردد[۱]. در این میان محدوده ارائه خدمات درمانی بیش از آنکه وسیله‌ای شود تجارتی به شمار رود، به عنوان حق اصلی در نظر گرفته می‌شود و از این رو جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی را برای تمام افراد فراهم کند. تحقق بخشیدن به این حق عمومی بستگی به شیوه‌های تأمین‌کننده خدمات برای تمام افراد دارد، بدون آنکه به توانایی فرد در پرداخت هزینه‌ها یا عدم پرداخت حق بیمه‌ها از سوی آنان توجه کند[۲]. در حالت کلی چهار نوع عمدۀ تأمین منابع مالی برای بخش سلامت وجود دارد[۳]: نوع اول، پرداخت به‌وسیله دولت است که در این روش، تأمین مالی از محل فعالیت‌های دولت مورد استفاده قرار می‌گیرند[۴] نوع دوم، بیمه اجتماعی سلامت است که دارای سه ویژگی شناخته شده است، اجباری به این معنی که هر کدام از افراد گروه مشمول، باید مشارکت و سهم حق بیمه خاص خود را پرداخت کند. سهم مشارکت در بیشتر موارد به صورت درصدی از حقوق تعیین می‌شود[۵]. نوع سوم، بیمه خصوصی است، وجه تمایز بیمه خصوصی آن است که مشتریان به صورت داوطلبانه به خرید بیمه از فروشنده‌گان مستقل و رقابتی (انتفاعی یا غیرانتفاعی) می‌پردازند[۶] نوع چهارم، پرداخت‌های مستقیم، چهارمین گزینه تأمین مالی به این صورت است که از تک تک بیماران بخواهیم تا به‌طور مستقیم و از جیب خودشان به ارائه کننده‌گان پول بپردازند[۷]. در این میان، سازمان‌های بیمه سلامت مناسب‌ترین گزینه‌ای هستند که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کنند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازند، بدون آن که تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی قرار گیرند[۸].

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه تنها بخشی از مردم در برابر خطر مالی ناشی از نیاز به خدمات سلامتی محافظت می‌شوند[۱۱] که مهم‌ترین دلیل آن عدم وجود تعهد در دولتمردان، کمبود منابع مالی برای پوشش تمام جمعیت و نبود

مصاحبه بود. در پایان این مرحله مداخلات حاصل شده تعیین و دسته‌بندی شدند. در مرحله کمی مطالعه جهت اطمینان از اینکه مهم‌ترین و صحیح‌ترین مداخله (ضرورت مداخله) انتخاب شده، از شاخص نسبت روایی محتوا (CVR) استفاده شد [۲۱-۱۹]. در این مرحله و براساس یافته‌های حاصل از برگزاری پانل کارشناسی، ۲۳ مداخله در قالب ۷ بند به صورت پرسشنامه‌ای محقق ساخته و به منظور تعیین ضرورت مداخلات در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت. جامعه پژوهش در این قسمت از مطالعه را متخصصین و سیاست‌گذاران شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، شورای عالی بیمه سلامت و دبیرخانه این شورا و دانشگاه علوم پزشکی تهران تشکیل داده‌اند. انتخاب حداقل نمونه مورد نیاز، یک ضرورت در تحقیق می‌باشد. محقق باید بین ۱۰ تا ۱۵ درصد تعداد نمونه را بیشتر از میزان برآورد شده توسط فرمول حجم نمونه، در نظر بگیرد تا ریزش احتمالی بیماران در طول بررسی را پوشش بدهد [۲۲]. در مطالعه‌ی که از تکنیک CVR استفاده می‌شود، توصیه شده است که تعداد متخصصین بیش از ۱۰ نفر در نظر گرفته شود [۲۳]، لذا پرسشنامه تهیه شده در اختیار ۱۵ نفر از خبرگان آگاه به مسئله با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس قرار گرفت. نحوه پاسخ دادن به سؤالات به این صورت بود که پرسشنامه اولیه تهیه شده در اختیار خبرگان قرار گرفت و از آنان درخواست شد که در خصوص هر یک از مداخلات با انتخاب اعداد ۱ تا ۱۵ کمترین ضرورت و ۵ بیشترین ضرورت) پاسخ دهند و همچنین نظراتشان را در رابطه با کیفیت گویه‌ها و کل پرسشنامه بیان کنند و چنانچه موردي از قلم افتاده است نیز ذکر نمایند. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از مراجعه حضوری صورت گرفت. برای محاسبه شاخص CVR از روش لاوش¹ استفاده شد. از آن جایی که در مطالعه حاضر برای سنجش اعتبار محتوا از ۱۵ ارزیاب یا خبره استفاده شد، حداقل مقدار قابل قبول CVR با حضور این تعداد افراد براساس جدول لاوش¹ می‌باشد [۲۰، ۲۳]. در نهایت تعیین ضرورت مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی

1. Lawshe

روش پژوهش

مطالعه حاضر در سه مرحله انجام شد. مرحله اول مطالعه به صورت مروری و به منظور استخراج واژه‌ها و مفاهیم اهداف هفت گانه ماده ۹ سیاست‌های کلان سلامت، شاخص‌های رصد کلان این اهداف و همچنین تعیین مداخلات و ذی‌نفعان موجود در راستای دسترسی به این اهداف صورت گرفت. برای این منظور قوانین و اسناد و همچنین مطالعات مرتبط با موضوع از طریق جست‌وجو در پایگاه‌های داده‌ای فارسی زبان شامل SID و پایگاه استنادی علوم جهان اسلام (Magiran) و همچنین کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، و مرکز پژوهش‌های مجلس مورد بررسی قرار گرفت. برخی از کلید واژه‌های مورد استفاده در این مرحله شامل "پوشش همگانی سلامت"، "بیمه‌های سلامت"، "پوشش مؤثر خدمات سلامت"، "توسعه بیمه‌های سلامت" و "چالش‌های بیمه بهداشتی" بود. متون مطالعات انتخابی، سیاست‌ها و قوانین موجود با استفاده از روش تحلیل موضوعی مورد تفسیر قرار گرفتند.

مرحله دوم مطالعه توصیفی و به صورت کیفی-کمی بود که به منظور شناسایی، اولویت‌بندی و انطباق مداخلات با برنامه نهادها و سازمان‌های ذی‌نفع صورت گرفت. در مرحله کیفی ابتدا و براساس یافته‌های حاصل از مرحله اول مطالعه، با استفاده از برگزاری پانل کارشناسی به صورت کیفی، نظرات خبرگان در مورد مداخلات حاصل شده و دسته‌بندی آن‌ها صورت گرفت. پنل کارشناسی در طی یک جلسه حدوداً ۴ ساعته صورت گرفت. پیش از شروع جلسه به افراد در مورد موضوع و اهمیت آن و همچنین مداخلات به دست آمده حاصل از مرور منابع توضیح داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا در مورد هر کدام از مداخلات نظرات خود را اعمال کنند. جامعه پژوهش در این مرحله از مطالعه شامل پنج نفر از سیاست‌گذاران اجرایی و علمی در حوزه سلامت بودند که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد. از معیارهای انتخاب خبرگان، داشتن شناخت در مورد بیمه‌های سلامت و علاقه به شرکت در

جدول ۱ - سیاست‌های اجرایی و مداخلات مورد نیاز در راستای دستیابی به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت

سیاست اجرایی	مدخله
	۱. تجمعی صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت
بند ۱ - همگانی ساختن بیمه پایه درمان	۲. افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی
	۳. برنامه کاهش فرانشیز بیماران
	۴. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان
	۵. اجرای کامل طرح پرشک خانواده و نظام ارجاع
بند ۲ - پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آhad جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	۱. حمایت از بیماران صعبالعلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی ۲. اصلاح قراردادهای خرید خدمات
بند ۳ - ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه‌های تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	۱. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی ۲. خرید کل خدمات پایه سلامت به وسیله خریدار واحد ۳. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به استاد (پرونده الکترونیک سلامت)
بند ۴ - تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع	۱. تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع ۲. اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۳. بهکارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت ۴. بازنگری بسته‌های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۵. طراحی و تدوین راهنمایی‌های بالینی مناسب بهمنظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان
بند ۵ - تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی	۱. توسعه بیمه‌های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته‌های خدمات پایه و ضروری ۲. بهکارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی
بند ۶ - تدوین تعریف خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی	۱. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع ۲. تعیین تعریف‌های خدمات سلامت براساس قیمت واقعی
بند ۷ - اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و تغییب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	۱. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عمکرد ۲. بهکارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات ۳. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطح دوم ۴. تغییب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش‌های انگیزشی مناسب بهمنظور ارائه خدمات در مناطق محروم

بیمه‌های سلامت با استفاده از نرم افزار Excel و محاسبه فرمول متخصصین و سیاست‌گذاران مرحله پیش می‌باشد. پس از شناسایی مداخلات، پرسشنامه محقق ساخته‌ای بهمنظور اولویت‌بندی مداخلات، پرسشنامه محقق ساخته‌ای بهمنظور اولویت‌بندی مداخلات به دست آمده طراحی و در اختیار جامعه پژوهش قرار گرفت و پس از جمع‌آوری مورد تجزیه و تحلیل قرار داده شد. این پرسشنامه دارای دو بخش مشخصات دموگرافیک افراد و مداخلات بهمنظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت می‌باشد. از افراد شرکت‌کننده در مطالعه خواسته شده تا به هریک از مداخلات براساس میزان ضرورت و قابلیت اجرا نمره ۱ تا ۵ دهنند. نمره ۱ به زیر صورت گرفت.

$$CVR = \frac{\frac{N}{2} - ne}{\frac{N}{2}}$$

تعداد ارزیابانی که به مداخله مورد نظر نمره ۴ و ۵ داده‌اند = ne
تعداد کل ارزیابان = N

در مرحله سوم از مطالعه بهمنظور اولویت‌بندی مداخلات حاصل شده در مرحله پیش از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن‌دهی ساده استفاده شد. جامعه پژوهش در این قسمت از مطالعه شامل

جدول ۲ - ویژگی‌های دموگرافیک خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه

درصد	تعداد	نام متغیر	
۸۰	۱۲	مرد	جنس
۲۰	۳	زن	
۶۶,۶۶	۱۰	کمتر از ۳۵ سال	سن
۳۳,۳۳	۵	بیشتر از ۳۵ سال	
۳۳,۳۳	۵	سیاست‌گذار آکادمیک	آموزش پزشکی
۳۳,۳۳	۵	سیاست‌گذار اجرایی	
۱۳,۳۳	۲	سیاست‌گذار آکادمیک	سایر
۲۶,۶۶	۴	سیاست‌گذار اجرایی	

یافته‌های حاصل از تعیین ضرورت مداخلات

(مرحله دوم مطالعه مرحله کمی)

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که از ۱۵ خبره شرکت‌کننده در مطالعه ۱۲ نفر مرد بوده‌اند. سن بیشتر از ۶۶ درصد خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه کمتر از ۳۵ سال بوده و همه آن‌ها دارای تحصیلات دکترا بوده‌اند. براساس یافته‌های جدول شماره دو بیشتر خبرگان شرکت‌کننده در مطالعه از سیاست‌گذاران اجرایی (۳۳,۳۳) و علمی (۳۳,۳۳) شاغل در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بوده‌اند. که عمدۀ این ذی‌نفعان از بدنۀ این وزارتخانه در معاونت درمان و دبیرخانه شورای عالی بیمه در این مطالعه شرکت داشته‌اند.

به منظور تعیین ضرورت مداخلات شناسایی شده جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت که پس از بررسی‌های

جامع متون علمی، اسناد و قوانین و همچنین برگزاری میزگرد

کارشناسی به دست آمد، از تکنیک لاوشۀ و محاسبه شاخص

روایی محتوا (CVR) استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳

آورده شده است. از آنجایی که حداقل مقدار قابل قبول

CVR با این تعداد پاسخ‌گو (۱۵ نفر) براساس جدول لاوشۀ ۰/۴۹

می‌باشد، امتیاز ۱۷ عامل از میزان عنوان شده بیشتر بود و

بنابراین این عوامل جهت تعیین وزن و اولویت‌بندی با

استفاده از تکنیک آنتروپی شانون وارد پرسشنامه اصلی

معنای کمترین میزان ضرورت و قابلیت اجرا و نمره ۵ به معنای بیشترین میزان ضرورت و قابلیت اجرا بود (میزان ضرورت هم در سنجش میزان CVR و هم استفاده از تکنیک آنتروپی شانون و مدل وزن دهی ساده به منظور اولویت‌بندی مداخلات نیاز است). روایی درجه‌ای از صحت نتایج مطالعه است و نشان می‌دهد که مطالعه تا چه اندازه‌ای چیزی را که قصد اندازه‌گیری آن را داشته است به درستی سنجیده است. پایایی درجه‌ای از یکسان بودن نتایج در طول زمان معین و تحت شرایط مشابه و با روش کار مشابه می‌باشد که با قابلیت تکرار و قابلیت تکثیر نتایج اندازه‌گیری می‌شود [۲۳-۲۵]. از آنجایی که پرسشنامه حاضر براساس نظر خبرگان در دور قبل تهییه شده بود نیاز به تأیید روایی وجود نداشت. حجم نمونه و روش نمونه‌گیری براساس مرحله قبل می‌باشد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از مرور منابع و میزگرد کارشناسی

(مرحله اول و دوم مطالعه)

همانطور که یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد در نهایت ۲۳ مداخله در قالب ۷ بند به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در ایران براساس بند ۹ سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری پس از مرور مطالعات، قوانین و اسناد و همچنین برگزاری میزگرد کارشناسی حاصل شد که به منظور تعیین میزان ضروری بودن هر مداخله و اولویت‌بندی آن‌ها در اختیار خبرگان مربوطه قرار گرفت.

جدول ۳- امتیاز عوامل مرتبط با توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران براساس تکنیک لاوش

نام بند	سیاست ابلاغی	نام مداخله	امتیاز
بند ۱	همگانی ساختن بیمه پایه درمان	۱. تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت ۲. افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی	۰/۶۰ ۰/۷۳
بند ۲	پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	۳. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان ۴. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع ۵. برنامه کاهش فرانشیز بیماران ۶. حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	۱/۰۰ ۰/۸۷ ۰/۴۷ ۰/۶۰
بند ۳	ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	۷. اصلاح قراردادهای خرید خدمات ۸. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی ۹. خرید کل خدمات پایه سلامت بهوسیله خریدار واحد ۱۰. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)	۰/۷۳ ۰/۲۰ ۰/۸۷
بند ۴	تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان	۱۱. تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع ۱۲. اصلاح ترکیب و وظایف شورای عالی بیمه با تولیت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ۱۳. به کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت ۱۴. بازنگری بسته‌های خدمات سلامت توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۰/۸۷ ۰/۲۰ ۰/۷۳ ۰/۴۷
بند ۵	تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی	۱۵. طراحی و تدوین راهنمایهای بالینی مناسب بهمنظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان ۱۶. توسعه بیمه‌های تکمیلی در جهت ارائه با کیفیت بسته‌های خدمات پایه و ضروری ۱۷. به کارگیری قوانین و مقررات به منظور رقابت در بازار بیمه‌های تکمیلی	۱/۰۰ ۰/۲۰ ۰/۶۰
بند ۶	تدوین تعریف خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیر دولتی	۱۸. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع ۱۹. تعیین تعریفهای خدمات سلامت براساس قیمت واقعی	۰/۸۷ ۰/۸۷
بند ۷	اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	۲۰. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عمکرد ۲۱. به کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات ۲۲. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم ۲۳. ترغیب ارائه‌دهندگان خدمات سلامت با استفاده از روش‌های انگیزشی مناسب بهمنظور ارائه خدمات در مناطق محروم	۰/۷۳ ۰/۶۰ ۰/۸۷ ۰/۴۷

جدول ۴ - اولویت‌بندی مداخلات بهمنظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت

رتبه در گروه	امتیاز مطلق کل	نام مداخله	سیاست	بند
۲	۰/۰۵۸	۱. تجمیع صندوق‌های بیمه در سطح خدمات پایه سلامت	همگانی ساختن بیمه پایه درمان	بند ۱
۱	۰/۰۶۷	۲. افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی		
۴	۰/۰۴۷	۳. وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان		
۳	۰/۰۵۴	۴. اجرای کامل طرح پژوهش خانواده و نظام ارجاع		
۱	۰/۰۶۲	۵. حمایت از بیماران صعب العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی	پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان تا آنجا که بیمار جز رنج بیماری دغدغه و رنج دیگری نداشته باشد.	بند ۲
۲	۰/۰۶۱	۶. اصلاح قراردادهای خرید خدمات		
۱	۰/۰۶۵	۷. تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی	ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف به‌گونه‌ای که کیفیت ارائه خدمات پایه درمانی همواره از مطلوبیت برخوردار باشد.	بند ۳
۲	۰/۰۶۱	۸. توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)		
۳	۰/۰۵۰	۹. تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع	تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و خرید آن‌ها توسط نظام بیمه‌ای و نظارت مؤثر تولیت بر اجرای دقیق بسته‌ها با حذف اقدامات زاید و هزینه‌های غیرضروری در چرخه معاینه و تشخیص بیماری تا درمان	بند ۴
۱	۰/۰۵۶	۱۰. به‌کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت		
۲	۰/۰۵۴	۱۱. طراحی و تدوین راهنمایهای بالینی مناسب بهمنظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان		
۱	۰/۰۵۷	۱۲. به‌کارگیری قوانین و مقررات به منظور رقابت در بازار بیمه‌های تکمیلی	تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی تدوین تعریفه خدمات و مراقبتهاي سلامت مبتنی بر شواهد و براساس ارزش افزوده با حق فنی واقعی یکسان برای بخش دولتی و غیردولتی	بند ۵
۱	۰/۰۶۳	۱۳. اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع		
۲	۰/۰۶۲	۱۴. تعیین تعریفهای خدمات سلامت براساس قیمت واقعی	اصلاح نظام پرداخت مبتنی بر کیفیت عملکرد، افزایش کارایی، ایجاد درآمد عادلانه و ترغیب انگیزه‌های مثبت ارائه‌دهندگان خدمات و توجه خاص به فعالیت‌های ارتقاء سلامت و پیشگیری در مناطق محروم	بند ۶
۲	۰/۰۶۷	۱۵. استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عمکرد		
۱	۰/۰۶۴۱	۱۶. به‌کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در سطح اول ارائه خدمات		
۳	۰/۰۵۶	۱۷. استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم		بند ۷

بحث و نتیجه‌گیری

پس از انجام چهار مرحله در نهایت ۲۳ مداخله براساس ۷ بند بهمنظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت به دست آمد. در مطالعه حاضر و بهمنظور دستیابی به پوشش همگانی مداخلات به ترتیب اولویت شامل "افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه نمودن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی"، "تجمیع صندوقهای بیمه در سطح خدمات پایه سلامت"، "اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع" و "وجود نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان" می‌باشند. براساس تعریف سازمان جهانی سلامت، پوشش همگانی به عنوان دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ترویج، پیشگیری، درمان و توانبخشی و در سطح هزینه‌ای که در استطاعت افراد بوده و از این طریق عدالت در دسترسی حاصل شود^[۳۷]. سازمان جهانی بهداشت بیمه سلامت را به عنوان یک ابزار اصلی بهمنظور دسترسی به پوشش همگانی جمعیت در نظر گرفته است^[۳۸]. در مورد پوشش همگانی سلامت در برنامه‌های توسعه اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشور به طور مداوم تأکید شده است. یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایرانیان نیز تحقق این هدف مهم بوده است که به نظر می‌رسد با اجرای مداخلات حاصل شده در این مطالعه می‌توان به این هدف دست یافت. در مستند ارائه شده توسط دبیرخانه سیاست‌گذاری سلامت که با هدف استقرار چارچوب سیاست‌های کلی سلامت انجام گرفت، افزایش پوشش مؤثر به عنوان یک استراتژی یا سیاست بهمنظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت در نظر گرفته شده بود که هم‌سو با مطالعه حاضر می‌باشد. البته به نظر می‌رسد یکی از راههای رسیدن به افزایش پوشش مؤثر استفاده از نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شدگان باشد که به عنوان یک زیرساخت مهم می‌تواند به منظور یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی به کار گرفته شود. در مطالعه انجام شده توسط صدیقی و همکاران در سال ۹۲، اجرای کامل طرح پزشک خانواده به عنوان یکی از مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه در ایران در نظر گرفته شد.

در مطالعه صورت گرفته توسط ابراهیمی پور یافته‌ها نشان داد که اطلاعات جمعیتی یکی از بخش‌های مهم و مورد نیاز سیاست‌گذاران است و می‌تواند در جهت هدف‌گذاری و ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها مورد استفاده قرار گیرد. در کشور تایلند

یافته‌های حاصل از اولویت‌بندی مداخلات (مرحله سوم)

برای اولویت‌بندی مداخلات به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت از تکنیک آنتروپی شانون استفاده شد.^{۱۷} مداخله که در مرحله پیش ضرورت آن‌ها توسط خبرگان تأیید شد، وارد پرسشنامه اصلی شده و براساس امتیازات و وزن‌های داده شده اولویت‌بندی شدند. همانطور که یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد به منظور همگانی ساختن بیمه پایه درمان (بند ۱) چهار مداخله حاصل شده است که از بین آن‌ها مداخله "افزایش پوشش مؤثر خدمات از طریق بیمه کردن افراد فاقد بیمه و بیمه نمودن اتباع خارجی" با امتیاز مطلق کل ۰/۰۶۷ در رتبه اول قرار دارد. در مورد بند ۲ سیاست‌های ابلاغی، دو مداخله مورد بررسی قرار گرفت که در نهایت مداخله "حمایت از بیماران صعب‌الالاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی" با میانگین امتیاز مطلق کل ۰/۰۶۲ در رتبه اول قرار گرفت. در مورد بند ۳ نیز ضرورت دو مداخله تأیید شد که در بین آن‌ها مداخله "تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی" با میانگین امتیاز ۰/۰۶۵ در اولویت اول قرار گرفت. به منظور دستیابی به بند ۴ توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت سه مداخله از دیدگاه خبرگان مورد تأیید قرار گرفت که در بین آن‌ها مداخله "به کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت" رتبه اول را با میانگین امتیاز مطلق کل ۰/۰۵۶ به دست آورد. در مورد بند ۵ تنها یک مداخله تحت عنوان "به کارگیری قوانین و مقررات در جهت رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی" به دست آمد. برای دستیابی به بند ۶ سیاست‌های ابلاغی دو مداخله مورد بررسی قرار گرفت که در این بین مداخله "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع" با امتیاز کل ۰/۰۶۳ در اولویت اول قرار گرفت. در نهایت در مورد بند ۷ سیاست‌های مقام معظم رهبری به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت ۳ مداخله از دیدگاه خبرگان ضرورت داشت که پس از امتیازدهی و تعیین وزن مداخله "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی‌نفع" با امتیاز ۰/۰۶۴۱ در اولویت اول قرار گرفت.

سوم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "تعیین استانداردهای ارائه خدمات توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی" و "توسعه تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد (پرونده الکترونیک سلامت)" می‌باشند. نبود دستورالعمل‌های درمانی استاندارد باعث می‌شود سازمان‌های بیمه‌ای نسبت به کنترل کیفیت و همچنین هزینه‌های اضافی ایجاد شده توسط ارائه‌دهندگان موفق باشند. در مطالعه ملکی و همکاران داشتن استانداردها توسعه سازمان‌های بیمه‌ای به‌منظور کنترل کیفیت ارائه خدمات عنوان شده بود [۶].

در مطالعه صورت گرفته توسط مقدسی و همکاران همه افراد عقیده داشتند که استفاده از فرآیند تبادل الکترونیک داده‌ها باعث کاهش هزینه‌ها در نظام بیمه درمانی کشور خواهد شد و نزدیک ۶۰ درصد افراد شرکت‌کننده بر این باور بودند که امکان اجرای این فرآیند در کشور در حد نسبتاً زیادی است [۷]. همچنین در کشور آمریکا نیز تبادل و رسیدگی الکترونیک به اسناد به عنوان بهترین راه حل به‌منظور حل مشکلات نظام بیمه درمانی در گذشته مطرح شده بود [۴۲].

به‌منظور تعیین بسته خدمات جامع بهداشتی درمانی در سطح بیمه‌های پایه و تکمیلی (بند چهارم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "به کارگیری ارزیابی فناوری در تعیین بسته خدمات سلامت"، "طراحی و تدوین راهنمایی‌های بالینی مناسب به‌منظور حذف هزینه‌های غیرضروری درمان" و "تدوین بسته‌های خدمات سلامت پایه توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی با همکاری سازمان‌های ذی‌نفع" می‌باشند. پیش از اجرای طرح تحول نظام سلامت بیمه‌های پایه دارای نقاط ضعف فراوانی از جمله ناهمگونی در سیاست‌ها و عملکرد، سلامت‌نگر نبودن، اشکالات در فرآیندهای بیمه‌گری و کسورات، عدم توجه به خرید راهبردی و هزینه اثربخش، عدم شفافیت در عملکرد بیمه‌های تکمیلی و تداخل عملکرد بیمه‌های تکمیلی در پوشش خدمات پایه وجود داشته است. با اجرای طرح تحول نظام سلامت همکاری نزدیک در اجرای بسته‌های طرح تحول توسط بیمه‌های پایه و تکمیلی صورت گرفته است و همچنین در روند ارتباط بین بیمه‌های تکمیلی و پایه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی بهبودی حاصل شده است.

به‌منظور ایجاد پوشش همگانی از یک بانک جامع اطلاعاتی استفاده شد که در آن اطلاعات افراد در مورد درآمد، مالیات و سهم بیمه‌ای ثبت شد [۳۹].

سازمان بهداشت جهانی ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها دانسته است [۴۰]. چندپارگی صندوق‌ها ممکن است باعث شود افراد کم درآمد جامعه در برابر خطرات مالی ناشی از بیماری کمتر محافظت شوند، زیرا صندوق این افراد درآمد کمتر داشته و بسته خدمتی این افراد محدودتر خواهد بود [۴۱]. در مطالعه مقدسی و همکاران، بزرگترین چالش نظام بیمه درمانی کشور، غلبه بر مشکلات موجود که این مشکلات در ابعاد سیاست‌گذاری، قوانین و مقررات، ساختار سازمانی و تأمین منابع مالی می‌باشد که همسو با مطالعه حاضر می‌باشد. همچنین در این مطالعه بیش از ۷۰ درصد شرکت‌کنندگان نظام هماهنگ اطلاعات بیمه‌شده‌گان را قابل اجرا دانسته بودند [۷].

به‌منظور پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها برای آحاد جامعه و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان (بند دوم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "حمایت از بیماران صعب‌العلاج و دارای بیماری‌های خاص با همکاری سازمان بهزیستی" و "اصلاح قراردادهای خرید خدمات" می‌باشند. در کشور ما به خاطر بالا بودن هزینه‌های درمانی که مردم پرداخت می‌کنند، ۴ تا ۵/۳ درصد مردم و خانواده‌ها وقتی یکی از اعضای خانواده بیمار می‌شود به علت مخارج سلامتی دچار هزینه‌های کمرشکن^۱ شده و مجبور به فروش لوازم منزل و سایر مسایل و معضلات می‌شوند و به زیر خط فقر سقوط می‌کنند [۸، ۴۲].

در طرح تحول نظام سلامت حمایت از بیماران صعب‌العلاج به عنوان بسته خدمتی مجزا در نظر گرفته شده است که به‌نظر می‌رسد می‌توان با اجرای آن در جهت رسیدگی به نیازهای پایه درمان موفق بود. به‌منظور انجام خرید راهبردی خدمات سلامت رعایت تعریفهای مصوب، حفظ تعهدات و ارتقاء پوشش خدمات، یکسان‌سازی تعهدات بیمه‌های سلامت و بستر سازی به کارگیری نظام پرداخت مناسب ضروری به‌نظر می‌رسد.

به‌منظور پوشش ارائه خدمات فراتر از بیمه پایه توسط بیمه تکمیلی در چارچوب دستورالعمل‌های قانونی و شفاف (بند

1. Catastrophic health expenditure

رقابتی شدن بازار بیمه‌های تکمیلی" مورد تأیید قرار گرفت. وضع قوانین و مقررات تنها در اختیار دولت است که می‌تواند بر رفتار سازمان‌های بهداشتی و درمانی اثرگذار باشد. به نظر می‌رسد وضع قوانین و مقررات جامع، موردي و کاربردي که از جامعیت کافی برخوردار باشد و به سمتی حرکت کند که بیشتر مسئولیت‌های اجتماعی را متوجه سازمان‌های بیمه‌ای کند، می‌تواند در جهت توسعه بیمه‌های تکمیلی اثرگذار واقع شود.

به منظور تدوین تعریف خدمات و مراقبت‌های سلامت مبتنی بر شواهد (بند ششم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "اصلاح ارزش نسبی خدمات از طریق سازمان‌های ذی نفع" و "تعیین تعریف‌های خدمات سلامت براساس قیمت واقعی" می‌باشند. یکی از عوامل تعیین‌کننده در ارائه مناسب خدمات، تعریف واقعی خدمات است. از جمله مشکلات اساسی در این زمینه می‌توان به تفاوت تعریف‌ها در بخش دولتی و خصوصی اشاره نمود. تعریف بخش دولتی توسط شورای عالی بیمه و بخش خصوصی توسط سازمان نظام پزشکی تعیین می‌شود. به نظر می‌رسد هماهنگی بین تعریف و میزان پرداخت سازمان‌های بیمه به ارائه دهنده‌گان امری ضروری باشد [۴۹]. در مطالعه انجام شده توسط رئیسی و همکاران در سال ۹۲، یافته‌ها نشان داد مشکلات مربوط به تعریف و عدم ارتباط صحیح بین سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان یکی از ضعف‌های اصلی بیمه‌های سلامت می‌باشد [۸]. مطالعه صدیقی و همکاران در سال ۹۲ نشان داد وجود نظام تعریف‌گذاری واقعی خدمات به طور معناداری بر استقرار بیمه‌های پایه اثرگذار خواهد بود [۳۴]. تعریف‌های واقعی باید براساس هزینه خدمت محاسبه شود، حال آنکه در قانون بیمه همگانی ایران یکی از عوامل اصلی در تعیین تعریف‌ها، میزان سرانه یا حق بیمه است، در حالی که باید این رابطه به طور عکس باشد [۵۰]. این مسئله یکی از عوامل اصلی در ایجاد تعریف‌های غیرواقعی در ایران است. تعریف غیرواقعی باعث ایجاد تقاضای القایی و همچنین گسترش زیرمیزی و در نهایت افزایش پرداخت مستقیم از جیب خواهد شد [۹].

به منظور اصلاح نظام پرداخت (بند هفتم) مداخلات به ترتیب اولویت شامل "به کارگیری نظام پرداخت ترکیبی سرانه و پاداش در

در کشورهای مختلف به منظور ارائه خدمات و استفاده منطقی منابع دچار مشکلاتی می‌باشند که به منظور غلبه بر آن‌ها ارزیابی تکنولوژی‌های ارائه شده در این بخش را مد نظر قرار داده‌اند. سیاست‌گذاران نظام سلامت قبل از هر چیز باید در مورد مناسب بودن یا نبودن تکنولوژی برای بیماران تصمیم‌گیری نمایند و سپس آن را توسط بیمه‌ها پوشش دهند [۴۴]. در مطالعه انجام گرفته توسط داوری و همکاران در سال ۲۰۱۲، یکی از مشکلات اصلی نظام سلامت ایران نبود ارزیابی فناوری سلامت نظاممند عنوان شده بود. عدم استفاده از روش‌های ارزیابی فناوری‌های سلامت به طور چشم‌گیری باعث افزایش هزینه‌های سلامت خواهد شد [۴۵، ۴۶]. در مطالعه صورت گرفته توسط رئیسی و همکاران نشان داد که به منظور ارتقای بیمه‌های سلامت نیاز به تدوین بسته‌های بیمه پایه سلامت و شفاف‌سازی مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل است [۸]. همچنین در مطالعه ملکی و همکاران در سال ۸۹ عدم وجود بسته خدمتی پایه به عنوان یکی از مشکلات اساسی نظام بیمه‌ای کشور عنوان شده بود [۹]. در تدوین بسته‌های خدمات پایه باید مواردی همچون تعریف دقیق بسته‌های بهداشتی، استفاده از افراد خبره در تعیین بسته، وجود نظارت بر کیفیت بسته پایه خدمات و ایجاد بستر قانونی به منظور تعیین بسته‌های پایه توجه شود. در برخی کشورها تنها یک بسته خدمتی تعیین شده در حالی که در برخی دیگر از کشورها هم یک بسته خدمتی پایه و یک بسته خدمتی برای هزینه‌های کمرشکن در نظر گرفته شده است. به نظر می‌رسد در ایران تعیین بسته‌های پایه براساس گروه‌های هدف راهکار مناسب به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت باشد. مطالعات نشان می‌دهد به منظور تدوین بسته‌های پایه در ایران باید از روش‌هایی همچون سیاست‌گذاری آموزشی، آموزش متخصصین و استفاده از دانش مشاوران خارجی استفاده کرد [۱۴، ۳۴]. نتایج برخی مطالعات حاکی از آن است که تعیین بسته خدمتی پایه یکی از اجزای اصلی بیمه در کشورهایی است که به پوشش همگانی دست یافته‌اند [۱۳، ۴۷، ۴۸].

به منظور تقویت بازار رقابتی برای خدمات بیمه درمانی (بند پنجم) تنها مداخله "به کارگیری قوانین و مقررات در جهت

استقرار پوشش همگانی سلامت، نیازمند تعامل و ارتباط همه جانبه بین سازمان‌های ذی نفع با وزارت بهداشت درمان و آموزش پژوهشی است که در این بین نقش وزارت رفاه، کار و تأمین اجتماعی نسبت به سایر سازمان‌ها بیشتر و ضروری‌تر خواهد بود. بانک اطلاعات جامع و تبادل الکترونیک اسناد به عنوان زیرساخت‌های اساسی مورد نیاز نظام بیمه‌های درمانی می‌باشد. با ایجاد آن‌ها می‌توان میزان دقیق پوشش بیمه‌ای کشور را تعیین نمود و از اتصال منابع جلوگیری کرد و سیاست‌گذاران با شناخت افراد فاقد بیمه می‌توانند در تصمیم‌گیری‌های سیاستی بهترین گزینه را انتخاب نمایند. تشکیل کارگروهی ویژه به منظور ایجاد نظام تعریفه‌گذاری با مشارکت تمامی سازمان‌های ذی نفع می‌تواند در جهت توسعه بیمه‌های سلامت راهکار مناسبی باشد.

ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه‌دهندگان به طوری که باعث افزایش کیفیت خدمات توسط ارائه‌دهندگان شده و از ارائه خدمات اضافی و تقاضای القایی جلوگیری کند، می‌تواند به عنوان یکی از مداخلات اساسی در جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت مؤثر واقع شود.

ایجاد فرهنگ مناسب و اطلاع‌رسانی به جامعه در مورد اثرات و مزایای استفاده از پزشک خانواده و نظام ارجاع می‌تواند به پوشش همگانی سلامت و در نهایت توسعه بیمه‌های سلامت در راستای دستیابی به سیاست‌های کلی سلامت اثرگذار باشد.

در نهایت ایجاد کارگروه ویژه و متخصص به منظور تدوین بسته خدمات پایه براساس گروههای هدف باید مد نظر سیاست‌گذاران قرار گیرد. تصمیم‌گیران و سیاست‌گذاران باید در تدوین بسته خدمات پایه همه گروههای جامعه را در نظر گرفته و مناسب با وضعیت افراد خدمات مناسب را ارائه دهند. همچنین در تدوین بسته خدمات بهتر است معیارهایی همچون قابلیت اجرایی، هزینه اثربخشی و عدالت در نظر گرفته شود که برای این کار می‌توان از روش‌های ارزیابی فناوری‌های سلامت استفاده کرد.

تقدیر و تشکر

این پژوهش به سفارش و حمایت مالی فرهنگستان علوم پژوهشی جمهوری اسلامی ایران تهیه و تنظیم گردیده است.

سطح اول ارائه خدمات، "استقرار نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد" و "استفاده از نظام پرداخت با محوریت بودجه گلوبال و پرداخت ترکیب موارد به همراه پاداش در سطوح دوم" می‌باشند. وجود سیستم پرداخت مناسب به ارائه‌دهندگان خدمات و ارائه یک الگوی پرداخت مناسب می‌تواند کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات را مناسب سازد [۵۱]، بنابراین نظام پرداخت تأثیر زیادی بر تصمیم‌گیری‌های درمانی ارائه‌دهندگان و کارایی و عدالت نظام بهداشت و درمان خواهد داشت [۵۲]. در ایران نظام پرداخت توسط بیمه‌ها به دو صورت کارانه برای بخش‌های بستری و پرداخت موردي برای سرپایی می‌باشد که این دو روش ارائه‌دهندگان را به ارائه خدمات بیشتر تشویق می‌کند [۶]. یافته‌های مطالعه صدیقی و همکاران حاکی از آن است که از نظر تأمین مالی، ارائه سازوکارهای پرداخت مناسب با ارائه‌دهندگان می‌تواند بر ارتقای استقرار بیمه‌های پایه بهداشتی بیافزاید [۳۴]. در مطالعه صورت گرفته توسط زارع و همکاران، یافته‌ها نشان می‌دهد که استفاده تنها از نظام پرداخت سرانه به علت پسروند بودن مناسب نیست و استفاده از این نظام پرداخت در کنار استفاده از سایر نظام‌ها توصیه شده است [۱]. افزایش هزینه‌ها و رویکرد غیر از سلامت‌نگری نظام پرداخت در ایران مشکلات زیادی را برای پوشش همگانی و نظام بیمه‌ای کشور ایجاد کرده است. در مطالعه ملکی و همکاران روش پرداخت سرانه به منظور پرداخت به ارائه‌دهندگان پیشنهاد شده است، هرچند این روش به تنهایی تأثیر منفی بر کیفیت ارائه خدمات بر جای خواهد گذاشت [۹]. از روش پرداخت سرانه در کشورهایی نظیر بزریل و تایلند استفاده شده است.

در مطالعه حاضر پرداخت مبتنی بر عملکرد به عنوان یکی از روش‌های پرداخت مناسب جهت توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت مدنظر خبرگان قرار گرفت. این روش نوعی از روش پرداخت به ازای خدمت است و با نگاه به کیفیت ارائه خدمات در کنار هر یک از روش‌های دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد و در کشورهایی مانند انگلستان، آمریکا و ترکیه به کار گرفته شده است [۵۴]. از آنجایی که در این روش حق الزحمه دریافتی تا حد زیادی متاثر از حجم فعالیت و با توجه ویژه به کیفیت خدمات ارائه شده می‌باشد [۵۵]، به نظر می‌رسد می‌توان از آن به عنوان یک نظام پرداخت مناسب استفاده کرد.

Designing The Operational Framework for Development of Health Insurances on the basis of the Health Policies (Article 9) issued by the Supreme Leader

Farhad Habibi Nodeh^{1,2}, Alireza Olyaeemanesh^{3*}, Mohammadreza Mobinizadeh⁴, Zahra Goudarzi⁵, Seyed Moussa Tabatabaei⁶, Efat Mohammadi⁷

Abstract

Introduction: The most important goals of health insurance are to achieve Universal Health Coverage (UHC), increase health financing risk protection and fair financial contribution. Therefore, the present study aimed to identifying and prioritizing interventions in order to achieve the upstream policies to development of health insurance, in 2017.

Method: This study was conducted in two phases and four stages. Initially, qualitative and quantitative health insurance interventions were identified by reviewing the sources and relevant documents and regulations. In the second stage, for the purpose of categorizing and agreeing on the solutions the expert panel was used. In the third stage, necessitated the existence of each of the factors using a self-made questionnaire was evaluated by using the CVR technique. In the fourth stage, the interventions were prioritized using Shannon entropy technique and Simple Additive Weighting (SAW).

Results: The most important prioritized interventions based on the line 7 in Article 9 of the upstream policy were as follow: to increase the effective services coverage by insuring non-insured individuals and insuring foreigners, supporting patients with rare illness with cooperation of the welfare organization, the establishment of standards and guidelines for the provision of services by basic and supplementary insurance, using the health technology assessment in development of health services benefit package, using rules and regulations for creating the competitive market of supplementary insurance, the modification of the relative value of services through the stakeholders and the introduction of a mix payment system (per capita and rewards) at the first level of service delivery.

Conclusion: In order to implement the proposed interventions in order to achieve UHC, this requires a comprehensive interaction between all of stakeholders and Ministry of Health and Medical Education; hence this recommendation will be proposed: creating a comprehensive database and health information system as basic infrastructure, developing a unique instruction to pay for providers in order to increase the quality of services and preventing induced demand and finally, the creation of a specialist and expert working group should be considered by policymakers in order to develop a basic benefit package based on target groups.

Keywords: Health Insurance, Health Policy, Intersectional Framework

1. Ph.D in Health Services Management, Dep. of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Human Resources Manager, Bazargan Hospital, Tehran, Iran.

3. Associate Professor, National Institute for Health Research and Health Equity Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. (Corresponding Author*).

* Corresponding Author: Associate Professor, National Institute of Health Research and Health Justice Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Assistant Professor, National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

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

6. Deputy of Curative Affairs, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran.

7. Ph.D in Health Policy, Health Equity Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

منابع

1. Vand rajabpour m, Comparative study of public health insurance systems in selected countries and presenting a model for Iran. Islamic Azad university; 1998.
2. Baroni M, comparative study of methods of financing health insurance in selected countries and presenting a model for Iran. Tehran University of Medical Sciences; 2004.
3. Hajizade M. Health economy. Tehran: Jameenegar Publication; 2008.
4. Doherty J. Social Health Insurance. . South Africa: Health Systems Trust; 2000.
5. Colombo F. Private Health Insurance in Ireland: A Case Study. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004.
6. Crystal S. Out-of-pocket health care costs among older Americans. *Journal of Gerontology: Social Sciences* 2000; 55(1): p. S51-S62.
7. Moghaddasi H.. Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. *Journal of Health Administration* 2011; 14(44): p. 71-80.
8. Mohamadi E, Raeisi AR, Nuhi M. Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study. *Health Information Management* 2013; 10(2): 7-10.
9. Maleki MR, Ibrahimipour H, Karimi I, Gohari MR. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. *Payesh* 2010; 9(2): 173-187. [In Persian]
10. Schieber G, Klingen N. Health financing reform in Iran: principles and possible next steps. in Social Security Research Institute Health Economic Congress, Tehran, Islamic Republic of Iran; 1999.
11. Knaul FM, Frenk J. Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health affairs* 2005; 24(6): 1467-1476.
12. Tangcharoensathien V, Wibulpolprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development . *Bulletin of the World Health Organization* 2004 82(10): 750-756.
13. Hughes D, Leethongdee S. Universal coverage in the land of smiles: lessons from Thailand's 30 Baht health reforms. *Health Affairs* 2007 26(4): 999-1008.
14. Dehnavieh R. Information Criteria for Basic Health Insurance Package in Iran from Health Insurance Organizationâ€™ s View. *Health Information Management* 2010; 7(2): 109-118.
15. comparative study of the position of supplementary insurances for medical services in other countries (the amount of coverage, fees and service package) and providing a model for Iran. *Health Insurance Organization*, 2014.
16. Guindo LA. From efficacy to equity: Literature review of decision criteria for resource allocation and healthcare decisionmaking. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2012; 10(1): 9.
17. Ekman B. Catastrophic health payments and health insurance: Some counterintuitive evidence from one low-income country. *Health policy* 2007; 83(2): 304-313.
18. Galárraga O. The impact of universal health insurance on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico: A model with an endogenous treatment variable. *Health Econometrics and Data Group Working Paper* 2008; 8: 12.
19. Polit DF, Beck CT. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health* 2006; 29(5): 489-497.
20. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity1. *Personnel psychology* 1975; 28(4): 563-575.
21. Newman I, Lim J , Pineda F. Content validity using a mixed methods approach its application and development through the use of a table of specifications methodology. *Journal of Mixed Methods Research* 2013; 7(3): p. 243-260.
22. Shahab Jahanloo A, Step by step guide on medical and health research. 1 ed ed. Tehran: Darya; 2011.
23. Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurmentS in Health Applied Researches. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2015; 13(12): 1153-1170.
24. Cook DA, Beckman TJ. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *The American journal of medicine* 2006; 119(2): 166. e7-166. e16.
25. DeVon HA. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. *Journal of Nursing scholarship* 2007; 39(2): 155-164.
26. Social, S.B.R.R.V.R.V.T. Strategic Program of the Ministry of Welfare and Social Security. Tehran: Atiyeh Musical Cultural Institute: Tehran.; 2008.
27. Davari M., Haycox A, Walley T. The Iranian health insurance system; past experiences, present challenges and future strategies. *Iranian journal of public health* 2012; 41(9): 1.
28. Bazyar M. Analysis for policy of merging social health insurance funds in Iran: understanding the challenges and requirements of, and developing an implementation plan for merging health insurance funds. *Tehran University Of Medical Sciences*; 2016.
29. Wang H. Health insurance handbook: how to make it work. Vol. 219 *World Bank Publications*; 2012.
30. Zurn P, Adams O. A Framework For Purchasing Health Care Labor. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*; 2004. 31597.
31. Sedigi Somayeh, Hossam Somayeh, and M.M., Effective components in the establishment of basic health insurance in Iran. *Health Management* 2013; 9(4):7-19 p.
32. Pitayarangsarit S. The introduction of the universal coverage of health care in Thailand: Policy responses. *London School of Hygiene & Tropical Medicine*; 2005.
33. Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever. *World Health Organization*; 2008.
34. Law of the Fifth Economic, Social and Cultural Islamic Republic of Iran; 2010.
35. world health organization, *Health system financing: the path to*

- universal coverage. Geneva: World health report; 2010.
36. Ebrahimipoor H, Design Model for Public Health Insurance, in School of management and Medical information science. Iran University of Medical sciences; 2007.
37. World Health Report, Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000.
38. Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. International Social Security Review 2002; 55: 57-69.
39. Health Policy Research Center. Ten Problems and Ten Solutions for health system of Iran; 2010.
40. Information Systems and Healthcare enterprises. USA: IGI Publishing: USA; 2008.
41. Park SH. Evidence-based decisionmaking and health technology assessment in South Korea. Value Health 2008; 11: 163-164.
42. Palesh M. Diffusion of magnetic resonance imaging in Iran. Int J Technol Assess Health Care 2007; 23(2): 278-285.
43. Palesh MTC, Fredrikson S, Jamshidi H, Tomson G, Emami A. , We noticed that suddenly the country has become full of MRI; Policy makers' views on diffusion and use of health technologies in Iran. Health Research Policy and Systems 2010; 8(9): 1-10.
44. Bitran RM.J, Aguad P, Navarrete M, Ubilla G. Equity in the financing of social security for health in Chile. Health Policy 2000; i(3): 171-196.
45. Moon S. Performance of universal health insurance: lessons from South Korea. . Health Care Quarterly; 2007; p. 116 -30.
46. Dehnavieh R. Design model of Basis Health Insurance Package for Iran, in School of management and medical Information science. Iran Univesity of Medical Sciences; 2007.
47. Dehkordi, N.D., Universal insurance of medical services from the point of view of law, ed. CH. First, 2005, Medical Services Insurance Organization: Scientific and Cultural Publications Company.
48. Khalegh nejad A, Karimi M, Maleki MR. The Position of Health Insurance in Social Security system. Tehran: Social Security Research Institute; 2001.
49. Pauly M. Insurance reimbursement. Handbook of health economics. Amsterdam AJ Culyer and JP Newhouse; 2000.
50. Bitran R. A review of health care provider payment reform in selected countries in Asia and Latin America. Major. Bethesda: Maryland, Partnerships for Health Reform, Abt Associates; 1998.
51. Molavi Verdkejani H. Methods of remuneration of general practitioners in the world: a Systematic Review on International Documents. journal of medical council of islamic republic of iran 2012; 30(4): 379-389.
52. Kondo K. Klmplementation Processes and Pay for Performance in Healthcare: A Systematic Review. Journal of General Internal Medicine 2016; 31(1): 61-69.