

بررسی تاثیر طرح تحول سلامت بر فرآیندهای اجرائی، ضوابط و مقررات سازمان های بیمه پایه سلامت

عفت محمدی^۱، علیرضا اولیایی منش^{۲*}، سید رضا مجدزاده^۳، محمد جواد کبیر^۴، مجتبی عطری^۵، کامران اصغری^۶، محمدرضا مبینی زاده^۷، سید موسی طباطبایی^۸، مانی یوسف وند^۹، زهرا گودرزی^{۱۰}

۱- دکتری سیاست گذاری سلامت، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲- دانشیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران / مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۳- استاد، مرکز تحقیقات بهره برداری از دانش سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴- استادیار، گروه مدیریت خدمات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گلستان، ایران ۵- دکتری حرفه ای پزشکی، سازمان بیمه دانا، بیمه مرکزی، تهران، ایران ۶- دکتری حرفه ای داروسازی، سازمان تامین اجتماعی، تهران، ایران ۷- استادیار، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۸- دکتری حرفه ای پزشکی، معاونت درمان، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران ۹- دانشجوی دکتری سیاست گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۱۰- دانشجوی دکتر اقتصاد دارو، گروه مدیریت و اقتصاد دارو، دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

*نویسنده مسئول: تهران، شهرک غرب، ساختمان وزارت بهداشت، بلوک C، دبیرخانه شورای عالی بیمه سلامت. موبایل: ۰۹۱۲۴۱۱۷۶۱۰، پست الکترونیک: arolyae@gmail.com

دریافت: ۹۷/۲/۱۱ پذیرش: ۹۷/۵/۵

چکیده

مقدمه: طرح تحول نظام سلامت از نخستین سال اجرا تا کنون تاثیرات متعددی بر رفتار عاملین نظام سلامت داشته است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرائی، ضوابط و مقررات سازمان های بیمه پایه سلامت تدوین شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع کیفی است و با استفاده از مصاحبه های نیمه ساختار یافته و تحلیل اسناد انجام شد. تحلیل داده ها با بهره گیری از روش تحلیل محتوای کیفی و رویکرد جزء به کل انجام شد. مصاحبه ها با استفاده از نرم افزار Maxqda نسخه ۱۱، تحلیل شد. جامعه پژوهش شامل صاحب نظران و مدیران ارشد حوزه بیمه سلامت و روش انتخاب افراد، مبتنی بر هدف بود.

یافته ها: چهار موضوع و ۱۱ تم شامل پوشش جمعیت، خدمات، هزینه خدمت، فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد، فرآیند پرداخت مطالبات، تاثیر بسته های طرح تحول، تعاملات سازمان های بیمه گر با وزارت بهداشت و بیمارستان ها، قوانین و ضوابط، ساختارها و حجم کاری سازمان های بیمه به همراه ۷۵ زیرتم شناسایی شد.

نتیجه گیری: تجربه کشور در اجرای طرح تحول نظام سلامت تشریح کرد که دسترسی اولیه به مراقبت های سلامتی در کشوری با سطح درآمد متوسط برای همه افراد هدفی دست یافتنی است، اگرچه همواره گمانه زنی هایی پیرامون پایداری و کمیت آن وجود دارد. اصلاحات اصلی در تامین مالی برنامه ها مستلزم تغییراتی است که نیازمند سرمایه گذاری دولتی و تعهد بلندمدت برای غلبه بر چالش ها می باشد.

کل واژگان: طرح تحول، اصلاحات، نظام سلامت، بیمه سلامت

مقدمه

منابع مالی مورد نیاز برای تامین هزینه های بخش سلامت از طرق مختلفی از جمله مالیات، حق بیمه های اجتماعی و پرداخت های مستقیم توسط بیماران تامین می گردد. تناسب میان منابع مختلف مالی و روش های تامین منابع در شاخص عدالت در تامین منابع مالی تاثیرگذار است. موضوعی که به علت عدم وجود این تناسب، سهم پرداخت از جیب بیماران را در کشورهای مختلف تحت تاثیر قرار داده تا جایی که در برخی از کشورها این رقم بسیار بالاتر از استاندارد تعیین شده توسط سازمان جهانی بهداشت (۲۰٪) است (۴). دستیابی

عدالت در سلامت و برقراری آن در سطح کلان جامعه در گرو اتخاذ سیاست های مناسب از سوی سیاست گذاران و متولیان نظام سلامت می باشد و در این میان، سیاست های سلامت مرتبط با نظام های تامین منابع مالی و پرداخت هزینه ها، به ویژه رویکردهای بیمه سلامت، به علت نقش آن ها در جمع آوری منابع بخش سلامت و هدایت آن ها به سمت افراد نیازمند و نیز کاهش ارتباط مالی ارائه دهنده خدمت و بیمار، تاثیر به سزایی بر کارایی و کنترل مطلوب هزینه های نظام سلامت دارند (۱-۳).

عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز نمود. با توجه به این که بخش مهمی از برنامه‌های این طرح اختصاصاً به ابعاد پوشش همگانی سلامت و اصلاح زیرساخت‌های بیمه‌های پایه کشور می‌پردازد، فرآیندهای اجرایی این سازمان‌ها تحت تاثیر قرار گرفتند. با توجه به متفاوت بودن سازمان‌های متولی بیمه و ارائه دهنده خدمات سلامت، پیش از اجرای طرح تحول، چالش‌هایی از قبیل شفاف نبودن دستورالعمل‌های مالی بیمه‌ای، عدم ارتباط میان سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها و نبود داده‌های ثبت شده قابل استناد در بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر وجود داشت. دستورالعمل‌های اجرایی متعددی طی اجرای طرح تحول در جهت مرتفع نمودن این چالش‌ها برای سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها ابلاغ شد.^۵ لذا چنین پیش‌بینی شد که این طرح تا حد زیادی فرآیندهای اجرایی، ضوابط و مقررات سازمان‌های بیمه پایه سلامت در کشور را تحت تاثیر قرار دهد؛ به عبارتی، این طرح از نخستین سال اجرا تأثیرات متعددی بر رفتار گیرندگان و ارائه‌دهندگان خدمت، عاملین تامین مالی نظام سلامت و ارتباط میان ایشان داشت. بررسی و تحلیل این تأثیرات می‌تواند سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را در جهت اصلاح و بهبود مستمر اهداف نهایی نظام سلامت یاری رساند.

مطالعه حاضر که با هدف بررسی تاثیر اجرای طرح تحول نظام سلامت بر فرآیندهای اجرایی، ضوابط و مقررات سازمان‌های بیمه پایه سلامت کشور انجام شد، تغییرات در تعاملات میان سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز ارائه خدمت، فرآیندهای بیمه‌گری سازمان‌ها از قبیل رسیدگی به اسناد و بازپرداخت مطالبات مراکز ارائه خدمت و سایر ضوابط میان آنها را شناسایی نمود.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات کیفی می‌باشد. در این مطالعه از رویکرد مثلث‌سازی^۶ در جمع‌آوری داده‌ها، جهت اطمینان از پایایی^۷ آنها، بهره‌گرفته شد. این مطالعه در سال ۱۳۹۵ انجام شد؛ با توجه به این که طرح تحول از سال ۱۳۹۳ آغاز شد، تغییرات صورت گرفته طی دو سال پس از آغاز طرح تحول، مورد تحلیل و شناسایی قرار گرفتند. جمع‌آوری داده‌ها از ۱۳۹۴/۶/۱ تا ۱۳۹۴/۱۲/۱۵ انجام گرفت و نحوه جمع‌آوری به شرح زیر بود:

مصاحبه: در چندین مرحله از روند پژوهشی مطالعه حاضر، از مصاحبه استفاده شد. مصاحبه‌ها به صورت

به این استاندارد در سطح کشورها، احتمالاً مستلزم انجام اصلاحاتی در نظام سلامت و تامین مالی است. اجرای این اصلاحات در نظام‌های سلامت جزء راهبردی‌ترین مباحثی است که در سراسر دنیا مورد مطالعات جدی قرار گرفته است (۵).

در زمینه‌ی اصلاحات در سیستم تامین مالی سلامت، جهان مطالعات متعددی در کشورهای مختلف صورت گرفته است. این مطالعات به توصیف تغییرات و فاکتورهای قابل ارزیابی پرداخته‌اند. یک نظام تامین مالی باید به گونه‌ای طراحی شده باشد که با توجه به زیرساخت‌ها و قوانین موجود، مانع ائتلاف منابع شود (۶).

لایحه حمایت از بیماران و اجرای مراقبت‌های قابل دستیابی^۱ در کشور آمریکا توسط باراک اوباما در ۲۳ مارس ۲۰۱۰ تصویب شد. طبق این قانون، سازمان‌های بیمه‌گر، بیمارستان‌ها و پزشکان ملزم شدند شیوه‌های خود را از لحاظ مالی، فن‌آوری و بالینی برای بهبود نتایج سلامتی، کاهش هزینه‌ها و بهبود روش‌های توزیع و دسترسی تغییر دهند (۷، ۸). برای افزایش کیفیت و استطاعت بیمه سلامت نیز، کاهش میزان پرداخت از جیب و حق بیمه از طریق گسترش پوشش بیمه دولتی و خصوصی و کاهش هزینه‌های مراقبت سلامت برای مردم و دولت به تصویب رسید (۸).

اصلاحات پوشش همگانی سلامت در کشور تایلند با عنوان پروژه 30 baht در سال ۲۰۰۱ معرفی شد و توانست با اصلاحات اساسی در نظام تامین مالی سلامت، به یکی از معدود کشورهای با درآمد متوسط که به پوشش همگانی دست یافته‌اند، تبدیل شود (۹). کشور ترکیه نیز تلاش‌هایی را در راستای اصلاحات جامع سلامت انجام داده که «برنامه تغییرشکل سلامت^۲» نام گرفته و هدف کلیدی آن افزایش دسترسی به خدمات و حذف تجزیه در تامین مالی با ادغام کردن آنها و ایجاد طرح‌های بیمه سلامتی (شامل برنامه گرین کارت) در طرح بیمه همگانی سلامت^۳ است که توسط موسسه امنیت اجتماعی مدیریت می‌گردد. اجرای این طرح، ارتقای پوشش قابل ملاحظه بیمه سلامت در این کشور و همچنین بهبود شاخص‌های کلیدی نظام سلامت را به همراه داشت (۱۰، ۱۱).

نظام سلامت کشور ایران نیز طرح تحول نظام سلامت را با استناد به اسناد و قوانین بالادستی از جمله قوانین پنج ساله توسعه، سیاست‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری و چشم‌انداز بیست ساله کشور و با اهداف کلی حفاظت مالی از مردم، ایجاد

¹ Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)

² Health Transformation Program (HTP)

³ Universal Health Insurance

⁴ Social Security Institution

⁵ دستورالعمل‌های نام برده در سایت زیر قابل دستیابی می‌باشند: <http://treatment.sbm.ac.ir/index.jsp?pageid=23815&p=1>

⁶ Triangulation

⁷ Validity

مطالعات کیفی و متناسب با موضوع مورد پژوهش انجام شد. جهت تحلیل داده‌های متنی و مصاحبه‌ها، از تحلیل محتوای کیفی^{۱۰} و رویکرد تحلیل جزء به کل (استنتاجی^{۱۱}) استفاده شد. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، متن برای مشارکت‌کننده ارسال شد تا مندرجات بر اساس مصاحبه انجام شده تایید شود. سپس با مطالعه و مرور عمیق آن‌ها، فرآیند کدبندی توسط دو نفر از اعضای تیم پژوهش انجام شد. فرآیند تحلیل به این گونه بود که پس از عنوان طرح یا نظام تم‌ها، فرآیند کدبندی آغاز شد. در این مرحله واحدهای تحلیل شناسایی شده و به تم‌ها تخصیص یافت (۶). مصاحبه‌ها تا سطح سوم (موضوع، تم و زیرتم) و با استفاده از نرم افزار Maxqda نسخه ۱۱ تحلیل شدند.

یافته‌ها

طی تحلیل تاثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی و ضوابط سازمان‌های بیمه سلامت، ۴ موضوع؛ ابعاد بیمه‌های پایه سلامت، فرآیندهای اجرایی سازمان، ساختار و مقررات و چالش‌ها و راهکارها، ۱۲ تم شامل پوشش جمعیت، پوشش خدمات، پوشش هزینه خدمت، فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد، فرآیند پرداخت مطالبات، تاثیر بسته‌های طرح تحول، تعاملات سازمان‌های بیمه‌گر با وزارت بهداشت و بیمارستان‌ها، قوانین و ضوابط، ساختارها، حجم کاری سازمان‌های بیمه، محدودیت‌ها و چالش‌ها و پیشنهادها و راهکارها و ۷۵ زیرتم شناسایی شد. در ادامه، یافته‌های تحلیل کیفی به تفکیک هر یک از موضوع‌های شناسایی شده ارائه می‌شوند (جدول ۱).

نیمه‌ساختارمند بود تا بدین طریق هم پرسش‌های مورد نظر پژوهشگر پاسخ داده شود و هم مصاحبه شونده آزادی بیشتری برای پاسخ دادن به پرسش‌ها داشته باشد. با توجه به اهداف مطالعه، چارچوب مفهومی سوالات مصاحبه^۸ تدوین شد و روایی محتوایی آنها توسط تیم نویسندگان بررسی و تایید گردید.

بررسی اسناد و مدارک: تحلیل محتوای قوانین، آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های مرتبط با اجرای طرح تحول نظام سلامت و همکاری‌های بیمه‌های سلامت در این خصوص یکی از منابع مهم جمع‌آوری اطلاعات مطالعه حاضر می‌باشد. دسترسی به این اطلاعات از طریق مطالعه اسناد بالادستی موجود در کتاب‌ها، گزارش‌ها و سایت‌های مرتبط صورت گرفت.

جامعه پژوهش متشکل از صاحب‌نظران، مدیران ارشد حوزه‌های بهداشت و درمان وزارت بهداشت و وزارت رفاه و مدیران ارشد سازمان‌های بیمه‌گر (سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تامین اجتماعی، نیروهای مسلح) و معاونت راهبردی ریاست جمهوری، تعدادی از معاونین بهداشت و درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و اساتید صاحب نظر دانشگاهی بود. در مطالعه حاضر، شیوه انتخاب افراد به صورت مبتنی بر هدف بود و مصاحبه‌ها تا جایی انجام شد که داده‌های به دست آمده به اشباع رسید^۹ (۱۲)؛ در نهایت ۲۰ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند. میانگین مدت زمان مصاحبه ۴۵ دقیقه بود. در ابتدای مصاحبه، موضوع پژوهش توسط مصاحبه‌کننده شرح داده شد و پس از اطمینان دادن در مورد حفظ محرمانگی اطلاعات، سوالات به ترتیب پرسیده و ضبط شد.

تحلیل داده‌ها با بهره‌گیری از روش‌های معمول

جدول ۱: تاثیر طرح تحول بر فرآیندهای اجرایی و ضوابط سازمان‌های بیمه سلامت

موضوع	تم	زیرتم
ابعاد بیمه‌های پایه سلامت	پوشش جمعیت	در نظر گرفته شدن پوشش جمعیت به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت بیمه شدن افراد فاقد پوشش بیمه با مدیریت سازمان بیمه سلامت تحت پوشش قرار گرفتن افراد، بدون پرداخت هزینه و حق بیمه امکان بیمه شدن افراد در بیمارستان‌ها در اوایل اجرای برنامه تحول پوشش ۱۰ میلیونی مردم در قالب اجرای برنامه تحول افزایش بار مالی سازمان بیمه سلامت در نتیجه افزایش تعداد بیمه‌شدگان
		پوشش خدمات
پوشش هزینه خدمت	پوشش هزینه خدمت	در نظر گرفته شدن پوشش هزینه خدمات به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت تحت پوشش قرار گرفتن هزینه دارو و لوازم پزشکی از سوی بیمه‌ها کاهش پرداخت از جیب مردم در بخش بستری بیمارستان‌های دولتی کم‌کردن تعهدات هزینه‌ای در برخی از خدمات تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر پایه

¹⁰ Qualitative content analysis

¹¹ Inductive

⁸ Topic Guide

⁹ Data saturation

فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد

ایجاد تغییرات وسیع در نحوه تنظیم و تبادل اسناد بیمه‌ای تدوین و ابلاغ دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه یکسان شدن کدهای ارزش نسبی سامانه‌های مدیریت اطلاعات یکسان شدن صورت حساب مالی پرونده‌های مالی بیماران افزایش میزان کسورات بیمارستانی به دلیل تطبیق بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر با کتاب ارزش نسبی پیچیده‌تر شدن نحوه تنظیم و رسیدگی به اسناد به دلیل اضافه شدن وزارت بهداشت، به عنوان یکی از پرداخت کننده‌های خدمات سلامت در بخش دولتی و روش محاسبات کتاب ارزش نسبی و جزء فنی و غیره ایجاد تاثیر مثبت اما پیچیده در فرآیند تنظیم رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه طولانی‌تر شدن فرآیند رسیدگی به دلیل افزایش حجم اسناد

فرآیند پرداخت مطالبات

ایجاد تاخیر غیرعادی در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها تاثیر افزایش بار مالی ۱۰۰٪ کتاب ارزش نسبی در دیرکرد پرداخت مطالبات تاثیر افزایش پوشش جمعیت و ایجاد هزینه‌های ناشی از آن در دیرکرد پرداخت مطالبات تاثیر طولانی‌تر شدن فرآیند رسیدگی به اسناد در دیرکرد پرداخت مطالبات تاثیر عدم تخصیص منابع به بیمه سلامت در دیرکرد پرداخت مطالبات رو به رو شدن بیمارستان‌ها با مشکلات ارائه خدمت به دنبال تاخیر در دریافت مطالبات عدم پیش‌بینی صحیح بار مالی ناشی از اجرای کتاب ارزش نسبی و سایر تغییرات برنامه تحول در بودجه سالانه بهره‌گیری سازمان تامین اجتماعی از روش عامل سوم برای پرداخت مطالبات بهره‌گیری سازمان بیمه سلامت از خرید اوراق قرضه برای پرداخت مطالبات

فرآیندهای اجرایی سازمان

تاثیر بسته‌های طرح تحول

بسته کاهش پرداختی بیماران بستری به عنوان تاثیرگذارترین بسته بر بیمه‌های پایه ایجاد تداخل در عملکرد بیمه‌های پایه با تعریف نقش پرداخت‌کننده در وزارت بهداشت تاثیر مستقیم برنامه کاهش فرانشیز بر پرداخت از جیب بیماران بستری افزایش خرید خدمت و ویزیت از بخش دولتی توسط بیمه‌ها با ایجاد بسته ارتقای ویزیت افزایش ارائه خدمت در بخش‌های دولتی و تاثیر بر بار مالی بیمه‌ها با ایجاد بسته ماندگاری افزایش تعداد پزشکان تمام وقت و در نتیجه تاثیر بر بار مالی بیمه‌ها با ایجاد بسته ماندگاری افزایش ارائه خدمت زایمان طبیعی رایگان برای بیماران دارای بیمه پایه با ایجاد بسته توزیع زایمان طبیعی تاثیر برنامه پرداخت مبتنی بر عملکرد بر حجم و نحوه ارائه خدمت و در نتیجه بالاتر رفتن میزان کارانه‌ها افزایش بار مالی ۱۰۰٪ سازمان‌های بیمه پایه به دنبال ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات تغییر الگوی ارائه خدمت در بخش دولتی با تغییر فرآیندهای پرداخت مالی و انگیزش‌ها و در نتیجه بر بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر طولانی‌تر شدن فرآیند رسیدگی به اسناد طولانی‌تر شدن فرآیند پرداخت مطالبات تغییر در سطح تعهدات خدمتی و هزینه‌های بیمه‌های پایه سلامت عدم در نظر گرفتن اصول اقتصادی مربوط به ساختارهای بیمه پایه کشور در اجرای برنامه تحول

تعاملات سازمان‌های بیمه‌گر با وزارت بهداشت و بیمارستان‌ها

ایجاد تمارضات متعدد میان سازمان‌های بیمه‌گر و بیمارستان‌ها ایجاد پیشخوان‌های بیمه در ابتدای طرح تحول برای بیمه نمودن افراد در بیمارستان‌ها و خارج شدن آن‌ها پس از یکسال تصمیم بر رسیدگی به اسناد یارانه سلامت توسط سازمان بیمه سلامت و معوق ماندن آن ایجاد مشکل برای بیمارستان‌ها در نتیجه دیرکرد در پرداخت مطالبات از سوی بیمه بهبود روش تنظیم اسناد بیمارستان‌ها ممنوع شدن خرید دارو و تجهیزات توسط بیمار از خارج از بیمارستان و الزام نظارت سازمان بیمه سلامت بر آن افزایش تعاملات میان سطح ستاد وزارت بهداشت و ستاد بیمه‌های پایه به دلیل تغییرات ساختاری ایجاد شده افزایش تعاملات میان بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر پایه در استان‌ها به دلیل تغییرات ساختاری ایجاد شده

قوانین و ضوابط

بازمهندسی قوانین و مقررات تعاملات بیمه‌ای یکسان شدن صورتحساب‌های مالی در بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر قرار گرفتن تجهیزات و لوازم پزشکی در صورتحساب بیمه‌ها تغییر قوانین مرتبط با تنظیم و رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه سلامت تغییر قوانین مرتبط با قراردادهای میان بیمارستان‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر تغییر قوانین مرتبط با نحوه محاسبه و پرداخت K پزشکان اجرایی شدن قانون تمام وقتی در برنامه‌ماندگاری پزشکان ایجاد قانون زنجیره تامین خدمت که سازمان‌های بیمه‌گر در اجرای برنامه تحول موظف به پرداخت آن شدند یکسان شدن قیمت دارو و تجهیزات در سازمان غذا و دارو و بیمه‌ها در نظر گرفته شدن حداقل قیمت برای دارو و تجهیزات پزشکی

ساختار و مقررات

ساختارها

ایجاد نقش جدید وزارت بهداشت به عنوان خریدار خدمت ایجاد تغییر در ساختار تعاملات میان وزارت بهداشت و بیمه‌ها ایجاد ساختار جدید عامل سوم در پرداخت مطالبات سازمان تامین اجتماعی کم‌رنگ شدن برخی از نقش‌های سازمان‌های بیمه‌گر در انجام خرید راهبردی بهبود ساختار نظارتی سازمان‌های بیمه‌گر پایه ساختارمند شدن سامانه مدیریت اطلاعات بیمارستانی و بیمه‌ای

حجم کاری سازمان‌های بیمه

افزایش حجم و بار کاری سازمان‌های بیمه پایه تاثیر بیشتر بر حجم کاری سازمان بیمه سلامت به دلیل اجرای برنامه‌های بیمه نمودن افراد برگزاری دوره‌های تخصصی آموزشی برای کارکنان به دلیل تغییر در فرآیندهای رسیدگی و نظارت ایجاد هزینه بالا برای رسیدگی به اسناد یارانه سلامت در سازمان بیمه سلامت

موضوع ۱: ابعاد پوشش همگانی سلامت

سه تم شناسایی شده در موضوع ۱ شامل: پوشش جمعیت، پوشش خدمات و پوشش هزینه خدمت و ۱۵ زیرتم بود.

✓ پوشش جمعیت

پوشش جمعیت از مهمترین ابعاد^{۱۲} UHC است. یکی از برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت که با تولید سازمان بیمه سلامت صورت گرفت، فرصت تحت پوشش قرار گرفتن در صندوق همگانی سازمان بیمه سلامت بود. این برنامه با آغاز طرح تحول نظام سلامت آغاز شد و این امکان در دفاتر پیشخوان دولت و بیمارستان‌های دولتی کشور برای همه فراهم گردید.

«یکی از برنامه‌هایی که با شروع طرح تحول شروع شد، بحث بیمه شدن افراد فاقد بیمه بود که با مدیریت سازمان بیمه سلامت صورت گرفت و بالغ بر ۱۰ میلیون نفر تحت پوشش قرار گرفتند. چون طرح تحول، پوشش بیمه‌ای و پذیرش بیماران را در بیمارستان‌های دولتی ملزم به داشتن دفترچه بیمه پایه کرده بود، هم‌زمانی این دو طرح منجر به استقبال بیشتری از سوی مردم شد» (م ۱).

✓ پوشش خدمات

مرحله سوم برنامه تحول نظام سلامت عبارت بود از تدوین و ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات سلامت که در آن به اصلاح و واقعی‌تر شدن تعرفه خدمات پزشکی پرداخته شد. در این کتاب با ستاره‌دار و غیرستاره‌دار نمودن خدمات، سطح پوشش خدمات را مشخص نمودند؛ به این ترتیب که خدماتی که ستاره‌دار بودند از تعهد بیمه‌های پایه سلامت خارج شدند.

«برنامه تحول در گام اول که در مهر ماه کتاب ارزش‌های نسبی ابلاغ شد، تغییراتی را در بسته تعهد به‌وجود آورد. تأثیرش بر بسته خدمت این بوده که خدمات خارج از پوشش بیمه را تحت پوشش بیمه قرار داده است» (م ۸). به دنبال اجرای این فرآیند، برخی کدهای موجود در کتاب کالیفرنیا شفاف‌تر شد و بعضاً یک کد خدمت به چندین کد تفکیک شد، که این موضوع باعث شد تعداد خدمات تحت پوشش بیمه‌های پایه سلامت بیشتر شوند و به نوعی اعتبار دفترچه‌های بیمه سلامت بیشتر شود. «یک سری از خدمات در بیمارستان‌های دولتی ارائه نمی‌شد و هرکدام تدبیری برای بحث بیمه‌ای داشتند. کتاب ارزش نسبی باعث می‌شد یک سری خدماتی که در بخش دولتی ارائه نمی‌شد، با اصلاح تعرفه آن در بخش دولتی هم ارائه شود و مردم از آن خدمات استفاده کنند. در صورتی که قبلاً دفترچه فقط یه کاغذ بی مصرف بود. پس طرح تحول از این نظر که به دفترچه بیمه اعتبار داد، خوب بود» (م ۶).

✓ پوشش هزینه خدمت

ضمن اجرای برنامه تحول نظام سلامت، پوشش هزینه خدمات سلامت بیمه‌های پایه تحت تأثیر قرار گرفت. به این ترتیب که هزینه دارو و لوازم پزشکی که قبلاً بیمار به صورت مستقیم و در خارج از بیمارستان تهیه می‌نمود، بر عهده سازمان‌های بیمه‌گر و طرح تحول قرار گرفت؛ همچنین هزینه خدماتی که تحت پوشش قرار گرفتند نیز مشمول بیمه و یارانه قرار گرفت. اما در مواردی سازمان‌های بیمه تعهدات قیمتی خود را کم کردند. به طور کلی، پرداخت از جیب بیماران برای خدمات بستری تحت تعهد در بیمارستان‌های دولتی کمتر شد.

«کمیت‌ه امداد و نیروهای مسلح و چند مورد دیگر سهم سازمان‌شان را تغییر دادند؛ در واقع تعهدات هزینه‌ای خود را کم کردند» (م ۲).

«قبلاً بیمار بستری من یک خدمت سرپایی از ام آر آی می‌گرفت و یا تجهیزات پزشکی لازم بود و هزینه آن را پرداخت می‌کرد، اما حالا بیماری که بیمه تامین می‌گیرد هزینه را به من پرداخت می‌کند» (م ۵).

موضوع ۲: فرآیندهای اجرایی سازمان

چهار تم شناسایی شده در موضوع ۲ شامل فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد، فرآیند پرداخت مطالبات، تأثیر بسته‌های طرح تحول و تعاملات سازمان‌های بیمه‌گر با وزارت بهداشت و بیمارستان‌ها و ۳۹ زیرتم بود.

✓ فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد

فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه سلامت تحت تأثیر چندین برنامه قرار گرفت و به همین دلیل، ضمن اجرای طرح تحول تغییراتی در آن اعمال شد. اولین موضوع ناشی از اجرای برنامه کاهش پرداختی بیماران بود که به دنبال آن خریداران خدمت تغییر یافته و وزارت بهداشت به عنوان یکی از پرداخت‌کننده‌های خدمات سلامت به فهرست سازمان‌های بیمه‌گر اضافه شد؛ در نتیجه صورت‌حساب بیمار و بیمه تغییر کرد و صورت‌حسابی یک شکل تدوین و ابلاغ شد و در نتیجه نحوه محاسبه، تنظیم و رسیدگی به اسناد تغییر یافت. «در مورد تنظیم اسناد باید گفت چون ما سهم بیمار و سهم بیمه و وزارت بهداشت را تغییر دادیم که منجر به یک تغییر بسیار زیاد در تنظیم اسناد شد و منجر به ابلاغ صورت‌حساب یک شکل شد» (م ۴).

دومین تغییر مهم در فرآیند رسیدگی به اسناد، ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات بود که در مرحله دوم طرح تحول نظام سلامت رخ داد. کتاب ارزش نسبی با ایجاد تغییراتی در نحوه محاسبه k پزشکان و جزء فن-حرفه‌ای خدمات پزشکان همراه بود، که خود به نوعی تغییر دهنده نحوه رسیدگی به اسناد است.

¹² Universal Health Coverage

به بیمارستان‌های دولتی، ایجاد بار مالی با اجرای کتاب ارزش نسبی (مرحله دوم طرح تحول) و غیره بود. چراکه به گفته سازمان‌های بیمه‌گر، این میزان افزایش که با افزایش بار مراجعه به بیمارستان‌ها و استفاده از خدمات سلامت همراه بود، در بودجه سالیانه پیش‌بینی نشد و در واقع بیمارستان‌ها با کسری بودجه مواجه شدند.

«بار مالی که بر دوش بیمه‌ها قرار گرفت خیلی سنگین بود و هم‌زمان با آن مرحله دوم طرح تحول، کتاب ارزش‌های نسبی اجرا شد که تقریباً بار مالی صد در صدی شد و نزدیک به دو برابری برای بیمه‌ها بود و این باعث شد که بیمه‌ها پرداخت‌هایشان را با تاخیر انجام دهند» (م ۳).

✓ تاثیر بسته‌های طرح تحول

مهم‌ترین بسته از طرح تحول که بر نقش و جایگاه بیمه‌ها تاثیر گذار بود، بسته کاهش پرداختی بیماران بود که متعاقب آن وزارت بهداشت به عنوان یک خریدار خدمت در نظام سلامت تعریف شد.

«مهم‌ترین بسته‌ای که روی ساختار بیمه‌ای اثر گذاشت، بسته کاهش فرانشیز بود که با این هدف آمد که پرداختی بیمار کم شود. پس در نتیجه مهم‌ترین بسته‌ای که تاثیرگذار بود و باعث بحث کاهش اوت اف پاکت و اختیارات مالی از بیمه‌ها شده بود، موضوع کاهش فرانشیز بود که نقش مستقیم داشت» (م ۱).

بسته ارتقای ویزیت که در بیمارستان‌های دولتی اجرا شد، با انتقال خرید خدمات ویزیت بیمه‌ها از بخش خصوصی به بخش دولتی بر میزان هزینه‌ها و بار مراجعه سازمان‌های بیمه‌گر تاثیر گذاشت؛ چرا که گیرندگان خدمات به جای خرید خدمت با تعرفه خصوصی، آن را با تعرفه دولتی خریداری می‌کردند. از طرفی، چون بیش‌تر مراکز بخش خصوصی با بیمه‌ها قرارداد نداشتند، به دنبال اجرای این طرح میزان استفاده از خدمات ویزیت و سرپایی بالا رفت.

«بسته ارتقای ویزیت است که ساختار ارائه خدمت را تغییر داد، یعنی به جای اینکه از بخش خصوصی خدمت ویزیت را بخرد، بیاید از بخش دولتی بخرد» (م ۵).

بسته ماندگاری پزشکان در مناطق محروم، که به استقرار پزشک در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها منجر شد، به طور مستقیم بر بار ارائه خدمت و به طور غیرمستقیم بر هزینه‌های سازمان بیمه پایه تاثیر گذاشت.

«بسته‌ی ماندگاری پزشکان که در واقع دسترسی مردم به خدمات را بیشتر می‌کند و از طریق این دسترسی‌ها، به صورت غیرمستقیم روی فراهم بودن خدمات و نقش سازمان‌های بیمه‌گر در تامین این خدمات تاثیر می‌گذارد. زمانی که پزشک در بیمارستان دولتی به صورت ۲۴ ساعته در دسترس باشد، در نتیجه خدمتی هم که ارائه می‌دهد تحت پوشش بیمه است و از این طریق بر سازمان‌های بیمه‌گر اثر گذار خواهد بود» (م ۸).

«نمی‌توانم بگویم برنامه تحول دقیقاً چه تاثیری بر رسیدگی به اسناد داشته، اما با توجه به این‌که حجم اسناد تغییر کرده، مراجعات تغییر کرده و نحوه رسیدگی به لحاظ اینکه کتاب ارزش نسبی به وجود آمد تغییر کرده، در کل به نظر من تغییر مستقیمی صورت نگرفت» (م ۸).

سومین تغییر و مهم‌ترین آن، که به نظر کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر نمی‌توان آن را منتصب به برنامه‌های تحول دانست، تدوین دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه سلامت بود که در شهریور ماه ۱۳۹۴ و با هدف همگن‌سازی روند تنظیم و رسیدگی به اسناد و در نتیجه کوتاه‌تر نمودن این فرآیند صورت گرفت. پس از ابلاغ این دستورالعمل، تمامی محاسبات و تنظیمات پرونده بر مبنای آن قرار گرفت و تغییر فرآیند، زمان تنظیم و ارسال اسناد از طرف بیمارستان و همچنین زمان رسیدگی به اسناد از طرف بیمه‌های پایه سلامت را با تاخیر مواجه ساخت. اما این موضوع نمی‌تواند نشان دهنده تاثیر منفی ابلاغ دستورالعمل باشد، چرا که در ابتدای اعمال هر تغییر، چنین تاخیراتی قابل پیش‌بینی است.

«دستورالعمل رسیدگی برای همه بیمه‌ها یکسان شد...» (م ۵).

تغییر دیگری که در رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه با تاثیر از برنامه تحول صورت گرفت، زیاد شدن درصد کسورات بیمه‌ای بود؛ به طوری که به نظر کارشناسان، رشد درصد کسورات غیرعادی بوده که دلیل آن می‌تواند ناشی از بار مالی تحمیل شده بر سازمان‌های بیمه و افزایش بیش از حد ارائه خدمات در بیمارستان‌ها باشد. «نحوه‌ی کسورات بیمه‌ها خیلی تغییر کرد و در واقع زیاد شد. چون برنامه جدیدی آمده، بیمارستان‌ها هنوز نتوانستند کتاب را دقیق اجرا کنند. پس روی تنظیم اسناد و پرداخت مطالبات‌شان و تنظیم قراردادهای سازمان‌ها و پرداختی‌هایشان تاثیر گذار است» (م ۱).

✓ فرآیند پرداخت مطالبات

منظور از فرآیند پرداخت مطالبات، بازپرداخت مطالبات بیمارستان‌ها از سازمان‌های بیمه‌گر است. با تغییراتی که با اجرای برنامه تحول نظام سلامت رخ داد، این فرآیند نیز تحت تاثیر قرار گرفت و به طور کلی، در نتیجه بالا رفتن بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر، باعث بروز دیرکرد و تاخیر طولانی در بازپرداخت این مطالبات شد که این دیرکرد همان‌طور که در قسمت قبل توضیح داده شد، با میزان بالای کسورات همراه بود.

«...که به دلیل بار مالی و هزینه‌ای که برای بیمه‌ها در سال دوم ایجاد شد، پرداخت‌شان به بیمارستان‌ها و زیرمجموعه وزارت بهداشت با تاخیر انجام شد» (م ۱۰).

یکی از دلایل ایجاد تاخیر طولانی مدت (بیش از ۸ ماه) در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها، افزایش مراجعات

یا محاسبه می‌کردیم که فرد بیش‌تر از فرانشیز مصوب شده، مبلغی پرداخت نکند و این جزو تکالیف ما بود. در سال اول تاثیر زیادی داشت، اما در سال دوم و سوم تقریباً جا افتاد و این مسئولیت از دوش ما برداشته شد و وزارت خانه دیگر از ما توقع نداشت که این کار را انجام دهیم» (م ۲).

موضوع ۳: ساختار و مقررات

سه تم شناسایی شده در موضوع ۳ شامل قوانین و ضوابط، ساختارها و حجم کاری سازمان‌های بیمه و ۲۰ زیرتم بود.

✓ قوانین و ضوابط

با اجرای طرح تحول سلامت، قوانین مرتبط با تنظیم صورت‌حساب‌ها و رسیدگی به اسناد تغییر کرد و قوانین محاسبه تعرفه خدمت و کارانه پزشکان (K اعمال جراحی و ...) با تغییرات اساسی مواجه شد. همچنین، فرمت قراردادهای میان بیمارستان‌ها با بیمه‌های پایه و تکمیلی، مورد تجدید نظر و بازبینی قرار گرفت و در اکثر موارد از فرمت قراردادهای یکسان استفاده شد.

«مهم‌ترین تغییری که انجام شد، بازمهندسی قوانین و مقررات تعاملات بیمه‌ای بود که از جمله این تعاملات، دستورالعمل رسیدگی به اسناد بود» (م ۳).

یکی از مهم‌ترین تغییرات در قوانین، که بسیار بر خرید و عرضه دارو و تجهیزات پزشکی تاثیرگذار بود، یکسان شدن قیمت دارو و تجهیزات پزشکی توسط سازمان غذا و دارو و بیمه‌های پایه بود. به این ترتیب که فهرست این قیمت‌ها به همراه نشان تجاری آن‌ها به صورت مصوب در سایت Imed قرار داده شد و با اجرای طرح تحول نظام سلامت، این ارقام در صورت‌حساب بیمار درج شده و هزینه آن‌ها توسط یارانه سلامت و سازمان‌های بیمه پایه پرداخت شد.

«تجهیزات پزشکی که در قالب صورت‌حساب قرار گرفت و قرار بر این شد که بیمه‌ها پرداخت کنند؛ قوانین پرداخت تجهیزات و لوازم پزشکی و دارویی بازنگری شد و یا نحوه ی پرداخت مطالبات یا گردش مالی که وزارت بهداشت باید پول را به بیمه یا بیمارستان‌ها می‌پرداخت و سازمان‌های بیمه‌گر باید این را تایید می‌کردند...» (م ۱۰).

✓ ساختارها

مهم‌ترین تغییرات ایجاد شده در ساختارها مربوط به منابع مالی تامین کننده نظام سلامت بود؛ به نحوی که عامل وزارت بهداشت، با ایفای نقش خریدار خدمت، وارد فهرست خریداران خدمت شد و از طرفی با اجرای برنامه تحول و بسته‌های متفاوت، به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر فلسفه و نقش سازمان‌های بیمه‌گر تاثیر گذاشت و در واقع نقش اقتصادی آن‌ها، به عنوان سازمان بیمه‌ای که باید خرید راهبردی خدمت انجام دهد، را تحت تاثیر قرار داد.

«البته هم‌زمان با برنامه‌ی ماندگاری که در برنامه اول طرح تحول شروع شد، منوط به این کردند که پزشکان جدیدی که به عنوان ضریب کار به شهرستان‌ها می‌روند، حتماً مقیم بخش دولتی باشند و حق فعالیت در بخش خصوصی را ندارند. این کار باعث می‌شد تعداد پزشکان تمام وقت بیشتر شود و روی بار مالی پرداختی بیمه‌ها برای پزشکانی که تمام وقت هستند به صورت (۷:۲۰) صورت بگیرد» (م ۵). ایجاد انگیزش در ارائه‌دهندگان خدمت و بیماران جهت انجام زایمان طبیعی در بیمارستان‌های دولتی در بسته ترویج زایمان طبیعی نیز بر فراوانی انجام این زایمان و انتقال هزینه خدمت از سزارین به زایمان طبیعی در سازمان‌های بیمه تاثیر گذار بود.

«...قطعا انگیزش‌هایی که طرح تحول برای زایمان طبیعی ایجاد کرده بود، مبنی بر این که در بخش دولتی به این نوع زایمان به صورت رایگان انجام می‌گردد، در نتیجه، هم تعداد مراجعه‌کنندگان و هم هزینه‌های ناشی از آن برای بیمه‌گر و فرد بیمه شده، تحت تاثیر قرار گرفت» (م ۲).

بیش‌ترین تاثیر بر بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر ناشی از تدوین و اجرای کتاب ارزش نسبی خدمات بود که با زیاد شدن تعرفه‌ها و در نتیجه وجود سیستم پرداخت کارانه و به دنبال آن تشویق ارائه‌دهندگان به ارائه خدمت بیشتر، در حالی که گایدلانی برای کنترل ارائه خدمت وجود نداشت، فراوانی خدمت بیش از پیش تحت تاثیر قرار گرفت؛ از طرفی دیگر، با کمتر شدن پرداختی بیماران، تقاضا جهت دریافت خدمت بیش‌تر شد. بر اساس توضیحات ارائه شده، واضح است که ایجاد این تغییرات، افزایش ارائه خدمت و در نتیجه افزایش بار مالی دور از انتظاری را برای سازمان‌های بیمه را در پی داشت.

✓ تعاملات سازمان‌های بیمه‌گر با وزارت بهداشت و بیمارستان‌ها

با اجرای طرح تحول نظام سلامت و به دنبال آن تغییرات قابل توجه در نظام سلامت، برگزاری جلسات هماهنگی امری، ضروری گردید که متأسفانه از این نظر، استفاده بهینه از ظرفیت‌های طرفین، صورت پیدا نمود. وظایف تعریف شده برای بیمه‌ها در سازمان تامین اجتماعی و بیمه سلامت متفاوت است؛ چرا که وظیفه رسیدگی به اسناد مربوط به طرح تحول سلامت به سازمان بیمه سلامت واگذار گردید که حجم فعالیت کارشناسان و تعداد کارشناسان آن سازمان را تحت تاثیر قرار داد. به دلیل تغییر در سطح تعهدات هزینه‌ای و خدمتی و همچنین دیرکرد در بازپرداخت مطالبات بیمارستان‌ها، تعارضاتی هرچند اندک میان سازمان‌های بیمه و بیمارستان‌ها رخ داد.

«باید کنترل می‌کردیم که به غیر از مواردی که در بیمارستان ارائه می‌شود، چیزی از بیرون خریداری نشود و

«شاید فلسفه اصلی این بسته و هدف نهایی که دنبال می‌کند، یک شرح وظیفه و سازوکار بیمه‌ای باشد. یعنی اصلاً وظیفه بیمه است که پرداختی بیمار را کم کند و مدیریت کند و با شروع طرح تحول، این نقش را وزارت بهداشت به جای بیمه‌ها اجرا کرد» (م ۲).

تغییرات مهم ساختاری که در بیمه‌ها و بیمارستان‌ها رخ داد، همانا مدیریت اطلاعات به واسطه توسعه سیستم‌های اطلاعاتی بیمارستانی بود که باعث شد ساختار نظارتی و کنترلی سازمان‌های بیمه‌گر از یک سو و ساختار تنظیم اسناد بیمارستان‌ها از سوی دیگر بهبود یابند.

«به طور غیرمستقیم چند اثر جدی داشته است. از جمله ایجاد سامانه نظارت مدیریتی به منظور بهبود ضوابط تنظیم و ارسال اسناد و وصول مطالبات» (م ۶).

✓ حجم کاری سازمان‌های بیمه

سازمان بیمه سلامت به دلیل عهده‌دار شدن نقش رسیدگی به اسناد یارانه سلامت در سال اول اجرای برنامه تحول و همچنین فرآیند بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه ضمن اجرای پوشش همگانی سلامت، هم‌زمان با طرح تحول نظام سلامت، بیش‌ترین حجم و بار کاری را متحمل شد که به تبع نیاز به جذب نیروهای جدید، آموزش کارشناسان و در نهایت اختصاص هزینه داشت. «در برنامه اول چون رسیدگی به اسناد به عهده بیمه سلامت بود، پس باید به اسناد تامین اجتماعی هم رسیدگی می‌کرد؛ پس تعداد افراد بیشتری لازم داشت. هزینه این افزایش نیرو در کنار هزینه آموزش، هزینه زیادی را ایجاد نمود» (م ۲).

بحث

یافته‌های مطالعه حاضر پیرامون ابعاد پوشش همگانی سلامت، مویید افزایش آن در سه بعد پوشش جمعیت، خدمت و هزینه خدمات بود. در مورد فرآیندهای اجرایی سازمان، فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد و همچنین فرآیند بازپرداخت مطالبات تحت تاثیر اجرای طرح تحول سلامت قرار گرفت. فرآیند تنظیم و رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه سلامت، متاثر از چندین برنامه شد و به همین دلیل ضمن اجرای طرح تحول، تغییراتی در آن صورت گرفت. اولین موضوع ناشی از اجرای برنامه کاهش پرداختی بیماران بود که متاثر از تغییر در خریداران خدمت و اضافه شدن وزارت بهداشت به سازمان‌های بیمه‌گر بود؛ در نتیجه صورت‌حساب بیمار و بیمه تغییر کرد و یک صورت‌حساب همگن تدوین و ابلاغ شد و در نتیجه، نحوه محاسبه، تنظیم و رسیدگی به اسناد تغییر یافت. دومین تغییر مهم در فرآیند رسیدگی به اسناد، ابلاغ کتاب ارزش نسبی خدمات بود که در مرحله دوم طرح تحول نظام سلامت رخ داد. کتاب ارزش نسبی با ایجاد تغییراتی در نحوه محاسبه k پزشکان و جزء فنی-

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

حرفه ای خدمات پزشکان همراه بود، که خود به نوعی نحوه رسیدگی به اسناد را دستخوش تغییر کرد. سومین تغییر و مهم‌ترین آن، که به نظر کارشناسان سازمان‌های بیمه‌گر نمی‌توان آن را منتصب به برنامه‌های تحول دانست، تدوین دستورالعمل یکسان رسیدگی به اسناد بیمه‌های پایه سلامت بود که در شهریور ماه ۱۳۹۴، با هدف همگن‌سازی روند تنظیم و رسیدگی به اسناد و در نتیجه کوتاه‌تر نمودن این فرآیند صورت گرفت. پس از ابلاغ این دستورالعمل، تمامی محاسبات و تنظیمات پرونده بر مبنای آن قرار گرفت و تغییر فرآیند، زمان تنظیم و ارسال اسناد از طرف بیمارستان و همچنین زمان رسیدگی به اسناد از طرف بیمه‌های پایه سلامت را با تاخیر مواجه ساخت. اما این موضوع نمی‌تواند نشان دهنده تاثیر منفی ابلاغ دستورالعمل باشد، چرا که در ابتدای اجرای هر تغییری، چنین تاخیراتی قابل پیش بینی است. در فرآیند پرداخت مطالبات، تغییراتی که با اجرای برنامه تحول سلامت رخ داد، این فرآیند را نیز تحت تاثیر قرار داد و به طور کلی در نتیجه افزایش تعداد بیمه شدگان سازمان بیمه سلامت و بالا رفتن بار مالی سازمان‌های بیمه‌گر، دیرکرد و تاخیر طولانی مدت در بازپرداخت مطالبات رخ داد که با میزان بالای کسورات همراه بود. با اجرای برنامه تحول و بالاتر رفتن ارائه خدمات از یک سو و دیرکرد در پرداخت مطالبات بیمارستان‌ها از سوی دیگر، مشکلاتی برای ارائه خدمت در بیمارستان‌ها به وجود آمد؛ چرا که تمامی خدمات، دارو و ملزومات می‌بایست با تولیت بیمارستان انجام شود.

همان‌طور که در مقدمه ذکر شد، کشور ترکیه نیز با هدف دستیابی به پوشش همگانی سلامت، اصلاحاتی در تامین مالی نظام سلامت اجرا کرد که در نتیجه این طرح، پوشش بیمه سلامت رسمی در ترکیه به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش یافت و بیش از ۹۵ درصد از جمعیت را در بر گرفت (۱۰).

اصلاحات پوشش همگانی سلامت در کشور تایلند در سال ۲۰۰۱ معرفی شد و به دنبال آن این کشور یکی از معدود کشورهای با درآمد متوسط رو به پایین بود که موفق به پیاده‌سازی این طرح گردیده‌اند. بر این اساس، مراقبت‌های بهداشتی برای خانواده‌های کم‌درآمد در قالب یک طرح بیمه جدید و جامع تحت عنوان پروژه 30 baht ارائه شد. مردم با پیوستن به این طرح یک کارت طلایی دریافت می‌کنند که امکان دسترسی به خدمات سلامت در منطقه، یا در صورت نیاز به درمان تخصصی به منطقه دیگر، را فراهم می‌کند. به نظر می‌رسد اجرای چنین طرح‌هایی، که به لحاظ تلاش در جهت افزایش پوشش همگانی مشابه ایران است، خطر اهرم‌های بزرگ اقتصادی را در پی داشته باشد. اصلاحات رادیکالی منجر به دستیابی به اهداف

و استانداردهای مضاعفی منجر شده که اطمینان عمومی نسبت به این طرح را کاهش داده است. اگرچه دسترسی غیربرابر مردم به مراقبت های سلامت پدیده‌ی جدیدی نیست، ولی اصلاحات تا حدی انتظارات مردم را افزایش داده که به سختی رضایت عمومی را برآورده می‌سازد.

کاربرد در تصمیم های مرتبط با سیاست گذاری در نظام سلامت

- ✓ بیمه نمودن افراد فاقد پوشش بیمه با تدوین و اجرای ضوابط مشخص، به گونه‌ای که افراد واجد شرایط از این تسهیلات بهره‌مند گردند
- ✓ در نظر گرفتن پوشش خدمت به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت و سامان دهی به حجم و ترکیب بسته بیمه پایه سلامت بر اساس شواهد و روش‌های علمی
- ✓ در نظر گرفتن پوشش هزینه خدمات به عنوان یکی از ابعاد پوشش همگانی سلامت و مدیریت صحیح میزان پوشش هزینه خدمات سلامت و دارو
- ✓ اصلاح و سیستماتیک نمودن فرآیند تنظیم و تبادل اسناد بیمه‌ای
- ✓ همگن نمودن هرچه بیشتر سیاست‌های سازمان‌های بیمه‌گر و وزارت بهداشت در راستای اجرای صحیح‌تر برنامه‌ها و کاهش سردرگمی در سطوح اجرایی
- ✓ تدوین برنامه‌هایی به منظور ارتقای کارایی مالی در اجرای برنامه‌های طرح تحول نظام سلامت
- ✓ بازاندیشی در تعریف نقش‌های وزارت بهداشت به عنوان «پرداخت‌کننده در طرح تحول نظام سلامت»
- ✓ در نظر گرفتن اصول اقتصادی مربوط به ساختارهای بیمه پایه کشور در اجرای برنامه تحول
- ✓ بهبود ساختار نظارتی سازمان‌های بیمه‌گر پایه

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از موسسه ملی تحقیقات سلامت به سبب حمایت مالی و اطلاعاتی به شماره قرارداد ۹۳۲۳۸/م/۲۴۱ و نیز کارشناسان سازمان‌های بیمه سلامت، تامین اجتماعی، کمیته امداد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به جهت مشارکت در این مطالعه تشکر و قدردانی می‌گردد.

می‌گردد، اما در صورت عدم قطعیت سیاسی و اقتصادی، همواره با مشکلاتی همراه است (۹).

بررسی اصلاحات در نظام سلامت ترکیه (۱۳) و نظام سلامت تایلند (۹)، که در راستای پوشش همگانی صورت گرفت، نشان می‌دهد که اصلاحات صورت گرفته در این کشورها به نسبت ایران وسیع‌تر بوده است. در این کشورها، هم‌زمان با اجرای اصلاحات اساسی در منابع تامین مالی نظام سلامت، اصلاحاتی در روش خرید خدمات و بازپرداخت خدمات سلامت، روش‌های ارائه خدمت و سایر ابعاد ارائه خدمت انجام شده که هم‌زمان با تضمین کیفیت، مانع از افزایش ناکارایی در بهره‌گیری از منابع می‌شود؛ در واقع این کشورها اهرم‌های کنترل بیشتری را هدف قرار داده‌اند. البته شایان ذکر است که عمر اجرای این طرح‌ها در کشورهای مورد اشاره بیش‌تر از ایران است؛ به همین دلیل، تأثیرات اجرای طرح را می‌توان به صورت شفاف‌تری نسبت به ایران بررسی و تحلیل نمود.

نتیجه‌گیری

از مهم‌ترین اهداف طرح تحول نظام سلامت، افزایش کیفیت ارائه خدمات در بخش دولتی و همچنین کاهش پرداخت از جیب بیماران می‌باشد. اجرای این برنامه، که با مشارکت سایر دستگاه‌های دولتی همچون سازمان‌های بیمه پایه سلامت همراه بود، تأثیراتی بر آنها داشته است. در این پژوهش سعی شد با انجام مطالعه کیفی عمیق، تأثیر این برنامه بر فرآیندهای اجرایی سازمان‌های مذکور شفاف شود.

تجربه کشور در اجرای طرح تحول نظام سلامت تشریح کرد که دسترسی اولیه به مراقبت‌های سلامتی در کشور با سطح درآمد متوسط برای همه افراد دست‌یافتنی است، اگرچه همواره گمانه‌زنی‌هایی پیرامون پایداری و کمیت آن انجام می‌شود. اصلاحات اصلی در تامین مالی برنامه‌ها مستلزم تغییراتی است که نیازمند سرمایه‌گذاری دولتی و تعهد بلندمدت برای غلبه بر چالش‌ها است. بسیاری از مفسران بر این باورند که تمایلات سیاسی محدود و سرمایه‌گذاری ناپایدار، به اهداف اصلی اصلاحات آسیب رسانده است. کمبود بودجه به مشکلات کیفی

References

- 1- Mills A, Ataguba JE, Akazili J, Borghi J, Garshong B, Makawia S, et al. Equity in financing and use of health care in Ghana, South Africa, and Tanzania: implications for paths to universal coverage. *The Lancet*. 2012;380(9837):126-33.
- 2- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*. 2013;91(8):602-11.
- 3- Mark RW, C. Rich M. *The Reform of Health Care: A Guide for justice and efficiency*: Ibn Sina Institute of Scientific and Cultural great; Summer 2004.
- 4- Xu K, Saksena P, Jowett M, Indikadahena C, Kutzin J, Evans DB. Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World health report*. 2010(19).
- 5- Health Mo. *Health sector Evolution 2012* [cited 2017 06/9]. Available from: http://www.mui.ac.ir/sites/default/files/up_file/link/pdf/100.89p1.pdf.
- 6- Kutzin J, Cashin C, Jakab M. *Implementing health financing reform*. Geneva: World Health Organisation. 2010.

- 7- Fernandez B, editor Grandfathered Health Plans Under the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA)2010: Congressional Research Service, Library of Congress.
- 8- Latuska R, Obremsky A, Sethi MK. The 2010 Patient Protection and Affordable Care Act: What Is It and How Will It Change Health Care? An Introduction to Health Policy: Springer; 2013. p. 235-49.
- 9- 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.
- 10- Aran MA, Hentschel J. Protection in good and bad times? The Turkish green card health program. 2012.
- 11- Aran MA, Hentschel JS. Protection in good and bad times? The Turkish green card health program: The World Bank; 2012.
- 12- Oskouei F PH. Qualitative Research in Nursing. 1 ed. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2005.
- 13- Menon R, Mollahaliloglu S, Postolovska I. Toward Universal Coverage: Turkey's Green Card Program for the Poor. 2013.

Effect of the Health Transformation Plan (HTP) on Implementation Processes, Rules and Regulations of Basic Health Insurance Organizations in Iran

Efat Mohamadi¹, Alireza Oliaeemanesh^{1,2*}, Reza Majd Zade^{3,4,5}, Mohamad Javad Kabir⁶, Mojtaba Atri⁷, Kamran Asghari⁸, Mohammad Reza Mobini Zadeh⁹, Mosa Tabatabaei¹⁰, Mani Yusefvand¹¹, Zahra Goudarzi¹²

¹ Health Equity Research Center, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³ Center for Community Based Participatory Research Centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ Center for Knowledge Utilization Research Centre, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁵ Iran's National Institute of Health Research, Tehran, Iran

⁶ Department of Health Services Management, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran

⁷ Dana Insurance Company, Central Insurance, Tehran, Iran

⁸ Social Security Organization, Tehran, Iran

⁹ National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹⁰ Deputy Treatment, Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

¹¹ Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

¹² Department of Health Management and Economics, School of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract

Introduction: From the first year of implementation, the Health Transformation Plan (HTP) has had many effects on the practice of health system actors. The present study was designed to investigate the effect of the HTP on the implementation processes, rules, and regulations of the basic health insurance organizations.

Methods: This qualitative study was conducted using semi-structured interviews and document analysis. Data were analyzed using qualitative content analysis with an inductive approach. The interviews were analyzed using MAXQDA version 11 software. The research population consisted of experts and senior managers of the health insurance sector selected using purposive sampling.

Results: Four topics and 11 themes were identified, including population coverage, service coverage, cost of services, process of arranging and manipulating documents, the process of paying claims, the impact of HTP packages, the interactions of insurance companies with the Ministry of Health and hospitals, rules and regulations, structures, and workload of insurance agencies. They all constituted 75 subthemes.

Conclusions: The experience of implementing the HTP in Iran shows that primary access to healthcare services for all is an achievable goal for any middle-income country although there are always questions about their sustainability and quantity. Major reforms in the financing of plans need changes that require government investment and long-term commitment to overcome challenges.

Keywords: Transformation Plan; Reform; Health System; Health Insurance

Please cite this article as follows:

Mohamaadi E, Oliaeemanesh AR, Majdzade R, Kabir MJ, Atri M, Asghari K et al. Identification of the Impact of the Health Transformation Plan on processes, standards and regulations of the Basic Health Insurance Organizations in Iran. *Hakim Health Sys Res* 2019; 21(4): 255- 265.

*Corresponding Author: Associate Professor, National Institute for Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Tel: +98-9124117610, Email: arolyaee@gmail.com

زمستان ۹۷، دوره بیست و یکم، شماره چهارم، پیاپی ۸۳