



صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران

معاونت سیاسی

اداره پژوهش های سیاسی

بیمه و نظام سلامت

نقش بیمه های کار آمد در ارتقای سلامت جامعه



فرآورده های خبری و تولیدات پژوهشی در بخش های زیر قابل دسترس است:

– وب سایت خبرگزاری صدا و سیما (سرویس پژوهش) <http://www.iribnews.ir>

پژوهشگر: مریم بیگ پور

فهرست مطالب

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۲	* نکات برجسته
۲	* مقدمه
۳	* سیاست های کلی سلامت
۳	* اهداف سازمان های بیمه گر سلامت
۳	* تعداد بیمه شدگان در کشور
۴	* مشکلات موجود در بخش هزینه های درمان و ناکارآمدی بیمه ها
۴	* علل ناکارآمدی بیمه ها
۶	* چالش بیمه ها در سالهای آینده و لزوم تغییر نگرش
۶	* موفقیت نظام سلامت در گرو بیمه کارآمد
۶	* راهکارهای مهم برای کارآمد کردن بیمه های سلامت
۶	* کلام آخر



- ❖ بر اساس ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه کشور باید ۳۰ درصد هزینه های درمان را مردم بپردازند.
- ❖ پوشش فراگیر بیمه سلامت، ارتقای بسته خدمتی و کاهش پرداخت از جیب مردم سه رسالت اصلی بیمه
- ❖ بیش از ۸۶ میلیون نفر در کشور تحت پوشش بیمه پایه درمانی
- ❖ برای قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار نیازمند یک بیمه قدرتمند هستیم.
- ❖ برای کارآمد شدن بیمه ها باید برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع و حذف رابطه مالی بین پزشک و بیمار انجام شود که زیرساخت آن پرونده الکترونیک سلامت است.
- ❖ بیمه ها با مدیریت کارآمد و مستمر، بازگشت به قانون و ساماندهی مدیریت اطلاعات، نقش بزرگی در افزایش رضایتمندی و ارتقاء رفاه اجتماعی ایفا می کنند.

* مقدمه

گسترش پوشش های بیمه ای و حمایتی در کشور، نقش مهمی در افزایش امید به زندگی، بهبود کیفیت زندگی افراد، افزایش سطح بهداشت و سلامت، کاهش فقر و گسترش عدالت دارد. نتایج مطالعات نشان می دهد، توسعه و تعمیق نظام های بیمه ای و پوشش های همگانی می تواند در کنار سایر عوامل در جامعه به بهبود شاخص توسعه انسانی کمک کند.

توسعه و تعمیق نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهمترین فرامین مورد تاکید در سیاست های کلی سلامت، ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان های بیمه گر سلامت است. با تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، در کنار سازمان تامین اجتماعی، یکی از بزرگترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن نهاد شده و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه شدگان، رفع همپوشانی بیمه ای و بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم شده است. از این رو بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمیع سازمان های بیمه گر، سازمان بیمه سلامت ایران اول مهر ۹۱ تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب دو سازمان اصلی ارائه شود. امروزه نظام سلامت در حال تحول و نیازمند همدلی و همگرایی بین تأمین منابع، سیاستگذاری و نظام ارائه خدمات است.^۱ ارکان نظام سلامت موظف به حفظ و تأمین سلامت برای آحاد جامعه هستند و سازمان های بیمه گر نیز سه رسالت پوشش فراگیر بیمه سلامت، ارتقای بسته خدمتی و کاهش پرداخت از جیب مردم را برعهده دارد و برای تحقق این سه رسالت باید همه ظرفیت های خود را به کار گیرند.^۲ متأسفانه در سال های گذشته بیمه ها در جایگاه واقعی خود قرار نگرفته اند و از کارکرد اصلی خود که ارتقای سطح سلامت مردم است غفلت کرده اند. بیمه ها، سلامت محور نیستند و نتوانسته اند جلوی هزینه های القایی و غیرضروری را بگیرند و از داده های خود برای ارتقای خدمات پیشگیرانه استفاده کنند. در حالی که در سیاست های کلان سلامت و قانون برنامه ششم به این موضوع توجه شده است.

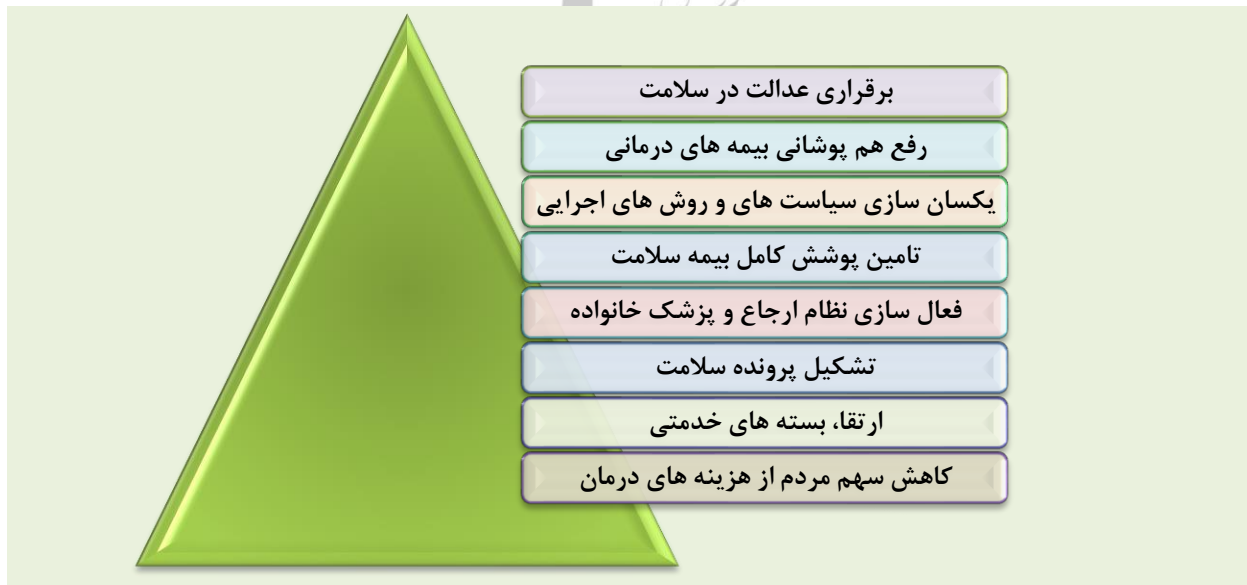
۱. موفقیت نظام سلامت در گرو بیمه کارآمد، جهان امروز، ۹۴/۲/۱۹

۲. همان

***سیاست های کلی سلامت** حضرت آیت الله خامنه‌ای رهبر معظم انقلاب اسلامی فروردین سال ۹۳ در اجرای بند یک اصل ۱۱۰ قانون اساسی سیاستهای کلی «سلامت» را که پس از مشورت با مجمع تشخیص مصلحت نظام تعیین شده است، ابلاغ کردند. ابر اساس این سیاست‌ها وظایف مهمی برای سازمانهای بیمه‌گر تعیین شده است.^۲



***اهداف سازمان های بیمه گر سلامت**



***تعداد بیمه شدگان در کشور**

تعداد بیمه شدگان تحت پوشش سازمان بیمه سلامت تا پایان شهریور سال ۹۹ برابر با ۴۱ میلیون و ۸۷۴ هزار و ۳۷۹ نفر بوده است. بیشترین بیمه شدگان این سازمان تحت پوشش صندوق روستاییان قرار دارند و پس از آن، صندوق بیمه سلامت همگانی، صندوق کارکنان دولت، صندوق سایر اقشار و صندوق بیمه سلامت ایرانیان است.^۳ همچنین بر اساس اعلام سازمان تأمین اجتماعی، ۴۴ میلیون و ۴۷۲ هزار نفر در کشور تحت پوشش این سازمان قرار دارند.^۴

۱. ابلاغ سیاست‌های کلی «سلامت»، پایگاه اطلاع رسانی رهبر معظم انقلاب، ۹۳/۱/۱۸

۲. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی، پایگاه خبری تأمین اجتماعی، ۹۳/۱/۲۶

۳. بیش از ۴۱ میلیون نفر تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند، ایرنا، ۹۹/۸/۲

۴. چند میلیون ایرانی بیمه تأمین اجتماعی هستند، خبرگزاری مهر، ۰۰/۲/۵

*مشکلات موجود در بخش هزینه های درمان و ناکارآمدی بیمه ها

بیمه‌های سلامت در کشور سال‌هاست که با مشکلات ریز و درشت سر می‌کنند. آنها با جان‌سختی خود را سر پا نگه داشته‌اند، بدهی‌های آنها هزاران میلیاردی است، نه رضایت مردم را دارند، نه پزشکان. دو سازمان اصلی بیمه‌گر سلامت در ایران شامل سازمان تامین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایرانیان هر کدام بیش از ۴۰ میلیون ایرانی را تحت پوشش قرار داده‌اند، اما هر کدام از آنها به علل مختلف توان ارائه خدمات مناسب را به بیمه‌شدگان‌شان ندارند و هر کدام بین هشت تا ۱۴ ماه به بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و مراکز بهداشتی و درمانی بدهکارند.

*علل ناکارآمدی بیمه ها

❖ ۱- ساختار سنتی سازمان‌های بیمه گر

سازمان‌های بیمه‌گر در ایران هنوز به شکل سنتی اداره می‌شوند و فقط نقش صندوق پولی را بازی می‌کنند که باید صورت‌حساب مراکز درمانی را پرداخت کنند. نه خبری از پوشش خدمات پیشگیرانه، بهداشتی و آموزش مردم وجود دارد و نه در برقراری عدالت و ارتقای سلامت مردم موفق شده‌اند. قطعاً برای قطع رابطه مالی بین پزشک و بیمار نیاز به یک بیمه قدرتمند است. اکنون بیمه‌ها به دلایل مختلفی درست عمل نمی‌کنند به همین علت هزینه‌های زیادی به نظام سلامت تحمیل و این هزینه‌ها هر روز سنگین‌تر می‌شود.^۱

❖ ۲- ناکافی بودن سرانه و تعرفه‌ها

سرانه‌ها برای بیمه‌ها ناکافی است و قدرت پرداخت ندارند. رابطه مالی پزشک و بیمار به دلیل برخی مشکلات از سوی بیمه‌ها مختل است و این مساله به جامعه صدمه می‌زند. بیمه‌ها سلامت‌محور نیستند و نتوانسته‌اند جلوی هزینه‌های غیرضروری را بگیرند و از داده‌های خود برای ارتقای خدمات پیشگیرانه استفاده نکرده‌اند، در حالی که در سیاست‌های کلان سلامت و قانون برنامه ششم توسعه به این موضوع توجه شده است.^۲

❖ ۳- مشکلات موجود در قرارداد پزشکان با بیمه ها

باید قبول کنیم مشکل مردم بیشتر در مورد دفترچه‌های بیمه است. بسیاری از پزشکان متخصص با بیمه‌ها قرارداد ندارند، چون بیمه‌ها قادر به پرداخت سقف دستمزدی که این پزشکان مطالبه می‌کنند، نیستند یا آن را پرداخت نمی‌کنند و چنانچه قراردادی هم میان پزشک و بیمه برقرار باشد، به علت تعرفه کم بیمه، پزشکان مابه‌التفاوت را از بیمار دریافت می‌کنند. به عنوان مثال، وقتی ویزیت پزشکی ۶۰ هزار تومان است و ۱۸ هزار تومان آن را بیمه پرداخت می‌کند پس بیمار باید ۴۲ هزار تومان آن را خودش به پزشک پرداخت کند، این در حالی است که باید بر اساس ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه کشور تنها ۳۰ درصد هزینه‌های درمان را مردم بپردازند.^۳

❖ ۴- نبود پوشش بیمه ای خدمات سلامت روان

در حال حاضر شرکت‌های بیمه‌ای، هزینه‌ای برای مراجعه به روانشناس و دریافت خدمات مشاوره‌ای تقبل نمی‌کنند و این موضوع موجب شده مردم نتوانند جهت بهبود و یا ارتقای سلامت روح و روان از مشاوره‌ها استفاده کنند و این مشکل موجب افزایش تعارضات و اختلالات روانی در آنها شده است. قطعاً مراجعه افراد به مراکز مشاوره برای رفع نیاز روحی موجب نشاط اجتماعی، کاهش آسیب‌ها، نگرانی و ناامیدی و بهبود رفتارهای فردی و اجتماعی خواهد شد.

هزینه‌های بالای مشاوره، نیاز به چندین بار مراجعه به روانشناس، نداشتن توانایی مالی برخی مردم و یا اولویت اندک این موضوع نسبت به سایر نیازها، عاملی برای کاهش استقبال مردم به مراکز مشاوره شده که با توجه به درگیری تعداد قابل

۱. بیمه‌های ناکارآمد، جهان صنعت، شناسه خبر ۲۱۸۵۳

۲. بیمه‌های ناکارآمد، جهان صنعت، شناسه خبر ۲۱۸۵۳

۳. درصد پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت توسط مردم، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره هجدهم / پاییز ۱۳۹۲

شماری از مردم با مشکلات روانشناختی و خانوادگی در دنیای امروز، نیاز است که دستگاه‌های مرتبط از جمله بیمه‌های سلامت، تأمین اجتماعی و خدمات درمانی، نسبت به زیر پوشش قرار دادن خدمات مشاوره‌ای گام بردارند.^۱

«قطعاً اگر از منظر اقتصادی به موضوع نگاه کنیم، پوشش بیمه‌ای خدمات روان‌درمانی می‌تواند هزینه‌های کلی نظام سلامت را کاهش دهد. تحقیقات مختلف نشان می‌دهند که بخش بزرگی از مراجعات طبی به اورژانس‌ها، تصویربرداری‌ها و مداخلات تشخیصی مکرر و حتی بستری‌ها، ناشی از مشکلات روانی و روان‌تنی است که بار مالی آن دیده نمی‌شود، در حالی که هزینه کردن برای درمان این اختلالات، می‌تواند جلوی هزینه‌های هنگفت دیگر را بگیرد.»^۲

❖ ۵- هزینه نکردن در بخش پیشگیری

سازمان‌های بیمه‌گر باید برای بهبود کیفیت زندگی مردم، پیشگیری از عوامل خطر ساز سلامت، افزایش امکانات ورزشی، گسترش ورزش همگانی و کاهش مصرف قند و شکر هزینه کنند، زیرا یکی از مهم‌ترین عوامل بروز این بیماری‌ها مصرف بالای قند و شکر در ایران است، قنادی‌ها در ایران همیشه با صف‌های مشتریان مواجه است و بیشترین میزان مصرف نوشابه‌های قندی دنیا را ایرانیان دارند. در حالی که در دنیا بیمه‌ها با جایگزین کردن قندهای گیاهی مانند استیویا یا برنامه‌های ملی کاهش فشار خون و اضافه وزن برای کاهش هزینه‌ها و ارتقای سطح سلامت مردم هزینه می‌کنند و حتی برای مردم باشگاه ورزشی می‌سازند تا کمتر بیمار شوند و سطح سلامت جامعه بالا برود.^۳

آمارها نشان می‌دهد هزینه‌های سازمان بیمه سلامت ایران از سال ۹۰ تا ۹۸ از حدود ۲۶۰۰ میلیارد تومان به ۲۵ هزار میلیارد تومان افزایش یافته و حدود ۱۰ برابر شده است.^۴

❖ ۶- تأمین نشدن اعتبار سازمان‌های بیمه‌گر

به طور متوسط افزایش هر یک میلیون نفر بیمه‌شده حدود ۵۰۰ میلیون تومان هزینه دارد. بیمه شدن ۱۰ میلیون نفر بیش از پنج هزار میلیارد تومان به هزینه‌های سازمان بیمه سلامت اضافه کرد، در حالی که این میزان اعتبار تأمین نشده بود و همین امر موجب کسری بودجه شدید سازمان بیمه سلامت شد.^۵

❖ ۷- تاخیرهای چندین ماهه در پرداخت طلب مراکز درمانی

مشکل تاخیرهای چندین ماهه در پرداخت طلب مراکز درمانی، بیمارستان‌ها، داروخانه‌ها و... از سوی سازمان‌های بیمه‌گر همچنان پابرجاست. مساله‌ای که همواره ارائه خدمات درمانی و دارویی در کشور را با چالش مواجه کرده است. در عین حال پرداخت نکردن بدهی‌های چندین ماهه بیمارستان‌ها از سوی بیمه‌ها هر از چندگاهی موجب می‌شود که زمزمه‌هایی مبنی بر اعمال محدودیت در ارائه خدمات درمانی و یا قطع ارائه خدماتی مانند تهیه دارو و تجهیزات مورد نیاز بیماران در داخل بیمارستان و یا خدمت ندادن به بیماران تحت پوشش بیمه‌های خاص بر سر زبان‌ها افتد. بیمارستان‌ها یکی از اصلی‌ترین حلقه‌های زنجیره سلامت هستند که در نبود نقدینگی فشار زیادی را تحمل می‌کنند. با وجود این، تأکید همیشگی وزارت بهداشتی‌ها این است که سلامت مردم نباید قربانی مشکلات مالی بین دو وزارتخانه و دستگاه دولتی شود. بنابراین برای حل چنین چالش‌هایی باید رفتار بیمه‌ها اصلاح و پرداخت‌هایشان به موقع انجام شود.^۶

۱. پوشش بیمه‌ای برای بهبود و ارتقا سلامت روان جامعه لازم است، ایران، ۹۹/۲/۱۳

۲. نقش نظام تأمین اجتماعی بر توسعه انسانی در ایران، فصلنامه اقتصاد مالی، بهار ۹۲

۳. ایرانی‌ها ۱۰ سال زودتر از مردم دنیا به بیماری‌های قلبی مبتلا می‌شوند، قدس آنلاین، ۹۸/۹/۲۳

۴. سال آینده، سخت‌ترین سال برای بیمه سلامت، خبر آنلاین، ۹۸/۹/۲۳

۵. سال آینده، سخت‌ترین سال برای بیمه سلامت، خبر آنلاین، ۹۸/۹/۲۳

۶. بدهی ۱۲۰۰۰ میلیاردی دو بیمه اصلی به وزارت بهداشت/بیمه‌ها رفتار مالی‌شان را اصلاح کنند، چاپک آنلاین، ۹۸/۱۰/۴

❖ ۸- اجرا نشدن کامل برنامه نظام ارجاع و پرونده الکترونیک سلامت

برای کارآمد شدن بیمه‌ها باید برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع، راهنماهای بالینی و حذف رابطه پزشک و بیمار انجام شود که زیرساخت آن، پرونده الکترونیک سلامت است. اگر سازمان‌های بیمه‌گر نتوانند از این ابزار و داده‌ها استفاده کنند، فقط به سازمان‌هایی برای پرداخت صورتحساب بیمارستان‌ها و مراکز درمانی و دارویی تبدیل می‌شوند و نمی‌توانند نقش خود را در برقراری عدالت در سلامت که کانون اصلی تحقق آن هستند، ایفا کنند.^۱

چالش بیمه‌ها در سالهای آینده و لزوم تغییر نگرش

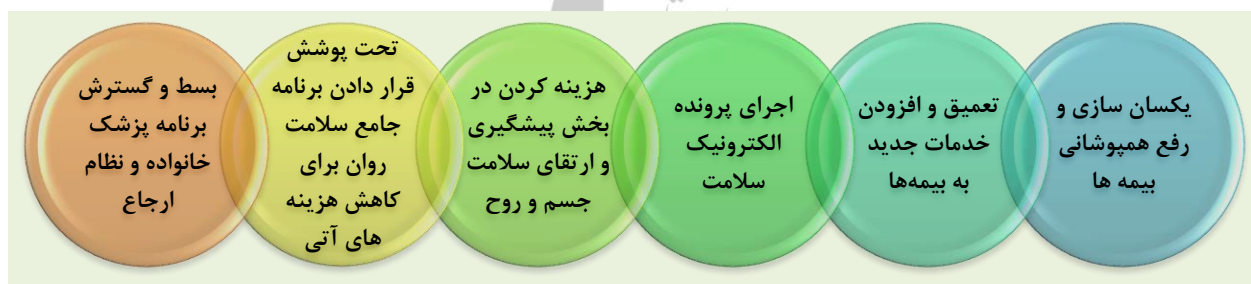
بیماری‌ها و هزینه‌های آن در کشور رو به افزایش است. ۱۰ درصد مردم دیابت دارند، ۳۵ درصد به کبد چرب مبتلا هستند، سرطان‌ها، بیماری‌های قلبی و آلزایمر در کنار پیر شدن جامعه، هزینه‌های بیمه‌های سلامت را به شدت بالا می‌برند و در سال‌های آینده چالش اصلی بیمه‌ها خواهند بود و آنها را ورشکسته می‌کند.

روند پیر شدن جمعیت کشور و افزایش ناتوانی‌ها، سرطان‌ها و آلزایمر چالش بسیار جدی بیمه‌ها و نظام سلامت در آینده است که هزینه‌های بسیار سرسام‌آوری را تحمیل می‌کند، در حالی که با پیشگیری از هم‌اکنون می‌توانیم با هزینه‌های بسیار کمتری در آینده مواجه شویم.

موفقیت نظام سلامت در گرو بیمه کارآمد

موفقیت نظام‌های سلامت براساس شواهد و مستندات در گرو وجود یک بیمه کارآمد مستقل و پاسخگو است. نظام بیمه نیازمند تحول اساسی است چرا که در اساسنامه نیز تأکید شده که باید به عنوان وکلای بیمه‌شدگان از حقوق آنها صیانت کنیم و براساس منویات مقام معظم رهبری باید کاری انجام دهیم که حفاظت مالی از مردم در بخش درمان صورت گیرد.

راهکارهای مهم برای کارآمد کردن بیمه‌های سلامت



کلام آخر

با توجه به اهمیت جایگاه سازمانهای بیمه‌گر و نقش بسیار تعیین‌کننده آن در حفظ و ارتقا سلامت جامعه، باید تحول و ساماندهی لازم در این خصوص صورت گیرد، تا دسترسی عادلانه به خدمات سلامت، کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان، افزایش رضایتمندی و ارتقاء شاخصهای رفاه اجتماعی صورت گیرد. قطعاً یکی از وظایف مهم دولت توجه به بخش بهداشت و درمان و بیمه‌های سلامت است و باید طرح تحول در نظام بیمه‌ای دقیق و درست صورت گیرد، چرا که بر اساس آمارها حدود شش تا هشت میلیون همپوشانی بیمه‌ای در کشور وجود دارد و بین چهار تا شش میلیون نفر هم فاقد دفترچه بیمه هستند.^۲ در حال حاضر بیمه‌هایی مثل شرکت نفت، نیروی انتظامی، شهرداری، بانک‌ها و... وجود دارند که هر کدام تعرفه‌های خود را دارند، چنانچه این بیمه‌ها با یکدیگر تلفیق شوند، عدالت در درمان نیز به جامعه تزریق می‌شود. متأسفانه با توجه به تلاش ویژه‌ای که در مجلس صورت می‌گیرد، اما هنوز بر روی یکسان‌سازی بیمه‌ها موفقیتی حاصل نشده است،^۳ قطعاً سازمان‌های بیمه‌گر که مهم‌ترین وظیفه‌شان گسترش کمی و کیفی بیمه، پوشش فراگیر و حفاظت از مردم در پرداخت هزینه‌های خدمات سلامت است، می‌توانند با مدیریت کارآمد و مستمر، بازگشت به قانون و ساماندهی مدیریت اطلاعات، نقش بزرگی در افزایش رضایتمندی و ارتقاء رفاه اجتماعی ایفا کنند.^۴

۱. بیمه‌های ناکارآمد، جهان صنعت، شناسه خبر ۲۱۸۵۳

۲. بیمه‌های ناکارآمد، جهان صنعت، شناسه خبر ۲۱۸۵۳

۳. بیمه نقش مهمی در سلامت جامعه دارد، خبرگزاری خانه ملت، ۸۹/۴/۲۳

۴. بیمه سلامت به عنوان بزرگترین نهاد بیمه درمانی کشور نقش مهمی در رضایت مندی مردم دارد، خبرگزاری برنا، ۹۸/۸/۳