

بررسی الگوهای مختلف در بهینه‌سازی نظام بیمه‌های بهداشتی - درمانی

دکتر عباس رضایی، دکتر علی دباغ
گروه ایمونولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

خلاصه

یکی از مهم‌ترین ارکان طراحی و ایجاد اصلاحات بهداشتی، وضعیت بیمه‌های بهداشتی - درمانی است که باعث افزایش دسترسی عادلانه مردم به مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد. در واقع هدف نهایی از بهبود سیستم بیمه‌های بهداشتی، درمانی دستیابی بهتر به توسعه همه جانبه است. در هر کشور، برای بهبود نظام بیمه باید ارکان مختلف آن نظام، مدنظر قرار گیرد و در جهت ارتقای آنها تلاش شود. از مهم‌ترین ارکان سیستم بیمه‌های بهداشتی - درمانی می‌توان به اصول «عدالت»، «کارایی»، «کیفیت» و «جلب رضایت مشتریان» و «توسعه سیستم‌های بیمه» اشاره نمود. در این مقاله، جنبه‌های مذکور، همراه با نگاهی مختصر به برخی از الگوهای کشورهای مختلف جهان همراه با آرایه برخی راهکارهای پیشنهادی بیان شده است. (۱) رعایت عدالت در دو جنبه عدالت اقتصادی و عدالت در آرایه خدمات فائق بررسی است. (۲) نظام‌های مختلفی برای بهبود کارایی سیستم‌ها مطرح شده که هر کدام از آنها، معایب و محاسنی دارند. (۳) کیفیت امروزه به عنوان مهم‌ترین عامل تعیین کننده میزان موفقیت در عرضه آرایه خدمات مطرح شده است و نظریه‌های مربوط به آن، هر روز بازبینی و تجدیدنظر می‌شود که از جمله آنها، به نظریه‌های تضمین کیفیت، ارتقای کیفیت و یکی از جدیدترین دیدگاه‌ها به نام مدیریت کیفیت جامع TQM می‌توان اشاره نمود. (۴) در نهایت، برخی از عواملی که می‌توانند بفرآیند توسعه و گسترش نظام‌های بیمه مؤثر باشد، عبارتند از: رشد اقتصادی، وضعیت نظام بانکی و پولی کشور، بهبود نظام اداری حاکم، وحدت منافع و تشریک مساعی و سهولت مکانیسم‌های پرداخت هزینه خدمات. واژگان کلیدی: بیمه، بهداشت، اصلاحات

مقدمه

دستیابی افراد جامعه به مراقبت‌های بهداشتی (است) اما در هر کشور، تنها نمی‌توان به راه‌اندازی نظام بیمه اکتفا نمود؛ بلکه لازم است نظام مذکور، به طور دایم مورد پایش قرار گیرد تا بتوان ضمن بهبود روزافزون آن، هر چه بیشتر به هدف غایی

طراحی، تنظیم، اجرا و بهبود نظام بیمه‌های بهداشتی - درمانی، موضوعی است که از ابزارهای اصلی سیستم بهداشتی هر کشور و از جمله کشور جمهوری اسلامی ایران (برای

این نظام دسترسی پیدا کرد.

بهبودسازی نظام بیمه در کشورهای مختلف جهان، در مراحل مختلف قرار دارد، که بسته به وضعیت اجتماعی، اقتصادی، بهداشتی، فرهنگی و... تفاوت می‌کند. اولویت‌هایی که در سیاست‌گذاری‌های بهداشتی مدنظر است، در هر کشور متفاوت است اما در هر حال، برخی راهکارهای کلی وجود دارند که برای ارتقای وضعیت نظام بیمه در اکثر موارد قابل اجرا می‌باشند (۱). به همین دلیل است که کاربرد تجربیات و مشارکت بین‌المللی می‌تواند منافع زیادی داشته باشد (۲). در این مقاله، تعدادی از اصول کلی و راهبردی بهبودی بهینه‌سازی نظام بیمه مطرح می‌گردند. اصولاً، در مباحثی که در قلمروهای مرتبط با علوم اجتماعی مطرح می‌گردد، هیچ‌گاه نمی‌توان تنها روی یک عامل به عنوان عامل مستقل تأکید نمود و بقیه عوامل وابسته بدان را یک عامل دانست؛ بلکه این قبیل بحث‌ها، همواره مباحث چند عاملی به حساب می‌آیند و در این مبحث نیز لازم است تا موضوع اخیر مدنظر قرار گیرد.

یکی از مهم‌ترین ارکان طراحی و ایجاد اصلاحات بهداشتی، وضعیت بیمه‌های بهداشتی - درمانی است که باعث افزایش دسترسی عادلانه مردم به مراقبت‌های بهداشتی می‌گردد.

۱- اصل عدالت (Equity)

اصل عدالت در نظام‌های بیمه، یکی از مواردی است که همواره اختلاف نظرهای زیادی

به همراه داشته است. در هر حال، یکی از مهم‌ترین اهداف ایجاد نظام بیمه، گسترش و توسعه عدالت در جامعه است و این اصل همیشه باید مدنظر متصدیان امر باشد (۲).

۱- الف - «عدالت اقتصادی»: نظام بیمه می‌تواند در صورت اجرای صحیح، توأم با گسترش عدالت اقتصادی در جامعه باشد. اما این موضوع، علاوه بر داشتن فواید، در صورت اجرای نامطلوب می‌تواند منجر به آثار زیانباری شود؛ در واقع آن دسته از سیستم‌های بیمه که به صورت نامطلوب به اجرا درآیند گناه حتی بی‌عدالتی‌های اقتصادی را تشدید می‌کنند. عدالت اقتصادی، بستگی به عوامل متعددی از جمله: ۱- میزان تحت پوشش قرار گرفتن؛ ۲- روش ایجاد پوشش؛ ۳- میزان سوددهی و ۴- ساختار مشارکتی در نظام بیمه دارد (۳).

در برخی از کشورهایی که پوشش بیمه صد در صد وجود ندارد (کشورهای آندونزی، تایلند، ویتنام، مراکش و مصر) مشخص شده که افراد تحت پوشش وضعیت اقتصادی - اجتماعی بهتری نسبت به افراد بیمه نشده دارند. معمولاً در این کشورها افراد بیمه شده، شامل کارمندان، شرکت‌های دولتی یا خصوصی هستند و افرادی که تحت پوشش بیمه نیستند، کشاورزان و افراد روستایی را شامل می‌گردند (۴). چنین وضعیتی، تا حدی در کشور ما هم وجود دارد. بیمه روستایی که اخیراً در کشور ما و در قالب نظام بهداشتی PHC در حال اجرا می‌باشد، می‌تواند تا حدی این نقیصه را برطرف کند.

در تعدادی از کشورهایی که نظام بیمه، کل افراد جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهد (کشور چین)، علت دیگری برای بی‌عدالتی اقتصادی

ایجاد می‌شود. در کشور چین، سه نوع سیستم بیمه حاکم است، که میزان حمایت دولت از این سه گروه تحت پوشش بیمه فرق می‌کند.

اول بیمه‌ای که مخصوص کارگران شهری و کارکنان مجتمع‌های صنعتی است، به طور کامل از اعتبارات رفاهی آن سازمان‌ها پرداخت می‌شود. دوم در مورد کارمندان دولتی و کارمندان غیر دولتی (یعنی بخش غیر خصوصی)، هزینه بیمه به عنوان یکی از مزایای حقوقی، به طور کامل از سوی دولت پرداخت می‌گردد و در نهایت، در سومین نظام، افراد روستایی قرار دارند و در کشور ما نیز حالتی

کیفیت امروزه به‌عنوان مهم‌ترین عامل تعیین‌کننده میزان موفقیت در عرصه ارائه خدمات از جمله بیمه‌های بهداشتی - درمانی مطرح شده است.

مشابه این حالت در میان افراد بیمه شده مشاهده می‌گردد. برخی از مؤسسات، وزارتخانه‌ها، بانک‌ها و... پوشش بیمه‌ای صد در صد دارند و حتی برخی موارد مثل هزینه عینک و... را می‌پردازند، در حالی که در سایر مؤسسات و سازمان‌ها، میزان پوشش متفاوت است. هم چنین، هراز چندگاهی برخی از سازمان‌های بیمه‌گر، بعضی از خدمات پزشکی یا اقلام دارویی را از سیستم بیمه حذف می‌کنند که گاه منجر به بروز مشکلاتی نیز می‌گردد. این قبیل موارد، حتی در برخی از کشورها مثل آلمان، ژاپن و کره جنوبی که نظام‌های بیمه کارآمدی دارند، ملاحظه می‌شود. چند نکته قابل توجه را

باید در این زمینه مدنظر قرار داد:

۱- بی‌عدالتی اقتصادی وقتی بیشتر می‌شود که دولت تنها به برخی از مؤسسات منتخب یارانه بدهد.

۲- اگر میزان سرمایه‌گذاری در شرکت‌های بیمه‌ای کم باشد، میزان سوددهی نیز به تبع آن کاهش خواهد یافت و در نهایت، نرخ بیمه‌گران‌تر خواهد شد. نتیجه این فرآیند، آن است که میزان دسترسی اقشار کم درآمد به خدمات بیمه به طور دایم محدودتر می‌گردد.

۳- جلب مشارکت‌های مردمی یک راه حل بسیار مهم برای افزایش عدالت در نظام بیمه است و در کشور ما بیمه‌های خویش فرما، تأمین اجتماعی، برخی شرکت‌های بیمه خصوصی و... می‌توانند در صورت اصلاح امور جاری خود و تطبیق بیشتر با واقعیت‌ها گام‌های مفیدی باشند (۵).

گاه تقسیم‌بندی شرکت‌های بیمه، منجر به افزایش بی‌عدالتی خواهد شد. به طور مثال، بعضی از مؤسساتی که مخصوص گروه‌های با درآمد مشخص و تضمین شده هستند. مؤسسات ثروتمندی به حساب می‌آیند ولی مؤسساتی که حجم زیادی از افراد تحت پوششان، افراد فقیر هستند، دارای قدرت پوشش کمتری می‌باشند.

اما آیا تنها با ایجاد پوشش کامل بیمه برای همه افراد جامعه می‌توان عدالت اقتصادی را در جامعه حاکم کرد؟ با مراجعه به تجربیات سایر کشورها به وضوح می‌توان درک کرد که پاسخ این سؤال همواره مثبت نیست. در کشورهای مذکور، گاه میزان ارجاع بیماران به سیستم‌های بهداشتی همکار نظام بیمه به قدری زیاد می‌شود که تراکم بیماران در این سیستم به شدت افزایش می‌یابد و در نتیجه، از کیفیت خدمات ارائه

گردیده از سوی این مراکز به دلیل شلوغی بیش از حد، کاسته می‌شود. در این حالت، افراد ثروتمند می‌توانند از مراکز خصوصی ارایه‌کننده خدمات بهداشتی استفاده نمایند که هم سرعت بیشتر و هم کیفیت بهتری دارند. به نظر می‌رسد ایجاد سیستم‌های هماهنگ و یکنواخت مراقبت‌های بهداشتی (از جمله نظام مراقبت‌های بهداشتی پیشنهادی از سوی WHO که همان نظام PHC = Primary Health Care است) بتواند تا حدی این نقص را برطرف کند (۲).

در برخی از کشورها مثل تایلند تلاش شده تا از روش اعطای یارانه به طبقه فقیر استفاده گردد ولی چگونه می‌توان طبقه فقیر جامعه را مشخص کرد؟ به نظر می‌رسد تعیین افراد مستحق یارانه در جامعه کار چندان آسانی نباشد.

۱- ب- «عدالت در ارایه خدمات»: عدالت در ارایه خدمات، به صورت عمده بستگی به موارد زیر دارد:

۱- الگوی حاکم بر کشور در ارایه خدمات،

۲- الگوی ارایه خدمات در قسمت‌های مختلف کشور، که بارزترین وجه آن، الگوی توزیع خدمات در شهر و روستا است.

۳- الگوی ارایه خدمات در بخش خصوصی و عمومی

۴- الگوی ارایه خدمات در قسمت‌های مختلف کشور

۵- الگوی ارایه خدمات در میان اقشار مختلف جامعه.

البته اگر در کشورهای مختلف، این معضل بررسی شود، متوجه می‌شویم که بی‌عدالتی در ارائه خدمات، دارای جنبه تاریخی است، که این اختلاف، به خصوص میان شهر و روستا، بیش از

پیش قابل توجه می‌باشد و حتی گاه در میان قسمت‌های مختلف یک کشور نیز تفاوت‌هایی مشاهده می‌گردد (۶، ۴، ۲). شاید بهترین راه برای تخفیف بی‌عدالتی‌های مذکور، ارتقای کیفیت در تمام قسمت‌ها باشد، به نحوی که نگرانی از جانب نقصان کیفیت در هیچ قسمت از نظام بهداشتی وجود نداشته باشد. در کشور ما نیز، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان مسئول اصلی کنترل روند ارایه خدمات، لازم است نقش نظارتی خود را بر کلیه واحدهای ارایه‌کننده خدمات بهداشتی، درمانی از جمله واحدهای همکار سیستم‌های بیمه تقویت نماید، تا عدالت در ارایه خدمات تضمین گردد.

یکی از مهم‌ترین اهداف ایجاد نظام بیمه، گسترش و توسعه عدالت در جامعه است و این اصل همیشه باید مدنظر متصدیان امر باشد.

۲- میزان کارایی (Efficiency)

امروزه مباحث اقتصادی بیش از پیش، وارد عرصه ارایه خدمات بهداشتی شده است و علمی نوین، تحت عنوان اقتصاد بهداشتی، گسترش زیادی پیدا کرده است (۷). یکی از شاخه‌های این علم، به بررسی تقابل میان منافع و مخارج ارایه خدمات بهداشتی می‌پردازد (Cost-benefit analysis). در این حال هر چه در یک سیستم، میزان اثربخشی به ازای هزینه‌ها و مخارج بیشتر باشد (یعنی نسبت $\frac{Cost}{Benefit}$ تا حد امکان کمتر شود) کارایی آن سیستم نیز بیشتر خواهد بود (۸). نظام بیمه‌ای که در تایلند به اجرا در می‌آید،

نمونه‌ای از یک نظام کارآمد و در عین حال کم‌خرج است. در این نظام که مخصوص بیمه اجباری کارمندان است، بیمارستان‌ها به ازای هر کدام از کارمندان هزینه سرانه‌ای می‌گیرند و به ازای آن با کلینیک‌های سطح اول یا بیمارستان‌های بالاتر و یا در صورت نیاز با بیمارستان‌های فوق تخصصی قرارداد می‌بندند. در واقع، درآمدها به شدت تحت نظارت قرار می‌گیرد و از سوی دیگر، مسئولین و کارکنان نظام بیمه نیز یک محرک بسیار قوی دارند که رایه مراقبت‌ها توسط آنها، کاملاً مقرون به صرفه باشد.

یکی از عوامل مؤثر بر کارایی نظام بیمه، روش پرداخت به رایه کنندگان خدمات (Payment system) است. روش پرداخت هزینه به ازای هر خدمت (Fee for service) یا همان پرداخت کارانه، گاه به روشی تبدیل می‌شود که کارایی کمی دارد و کارکنان شاغل، همواره سعی می‌کنند درآمدهای خود را به هر نحو ممکن افزایش دهند (۹). به طور کلی، در اکثر کشورهایی که نظام پرداخت کارانه (Fee for service) وجود دارد و بیمار باید حق الزحمه خدمات را بپردازد، اگر بهای حق‌الزحمه مشاوره با پزشک کم باشد ولی قیمت انجام اقدامات تشخیصی پزشک زیاد باشد، با توجه به این که تجویز آزمون‌های آزمایشگاهی و پاراکلینیک تشخیصی، وقت کمتری از پزشک می‌گیرد، در نتیجه، پزشک به سمت تجویز هر چه بیشتر این خدمات اضافه بهداشتی متمایل می‌گردد و دلیل این امر، آن است که قیمت خدمات گرانبها اغلب در سطحی بالاتر از حد واقعی نگه داشته می‌شود تا بیماران بهای اصلی آن را بپردازند (یعنی سهمی که بیمار می‌پردازد تقریباً با بهای اصلی خدمت برابر شود) (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳).

و اگر قیمت آن خدمت در حد کمتری می‌باشد، میزان استفاده از آن بیشتر خواهد شد. این امر یکی از معایب اصلی نظام پرداخت کارانه است. چندی است که سیستم کارانه در کشور ما نیز مرسوم شده است و لازم است معایب مذکور در مورد آن، بررسی گردد. برخی از معایب احتمالی دیگر در این نظام عبارتند از:

۱- این سیستم می‌تواند موقعیت‌هایی ایجاد کند که افراد یا سازمان‌های آرایه‌کننده خدمات بهداشتی بتوانند مبادرت به انجام کارهای توأم با تقلب نمایند و در نتیجه باعث کاهش کارایی سیستم شوند. این کارها ممکن است از سوی بیمار یا از طرف آرایه‌کنندگان خدمات انجام گردد. در روش پرداخت کارانه، میزان تقلب زیاد است. به طور مثال، بیمار در انتهای دوره قرارداد بیمه، وقتی می‌بیند استفاده چندانی از بیمه نداشته (چون بیمار نشده است) تصمیم می‌گیرد برای جبران بخشی از حق بیمه خود، توسط نسخه پزشک، داروهای متعدد و با ارزشی را به صورت ارزان قیمت به دست آورد و سپس آنها را توسط داروخانه با لوازم آرایشی-بهداشتی یا سایر اقلام گران قیمت تعویض کند.

۲- اجرای اصول صحیح سیستم ارجاع (Referral) توسط بیماران مختل می‌شود و بیمار تمایل دارد حتی برای کوچکترین ناراحتی نزد بیمارستان‌های فوق تخصصی برود.

۳- گاه پزشکان نیز تمایل پیدا می‌کنند به جای درمان سرپایی، بیماران را در بیمارستان‌های خصوصی کوچکی که به صورت مشارکت میان چند پزشک تأسیس شده بستری نمایند.

۴- اگر شرکت‌های کوچک و متعدد در نظام بیمه مشارکت داشته باشند، به دلیل تراکم اداری و

بوروکراسی حاکم، با افزایش تعداد شرکت‌ها و وجود شرکت‌های کوچک، میزان کارآیی کلی نظام بیمه باز هم کاهش بیشتری خواهد یافت.

۵- در یک مطالعه، نشان داده شد که نزدیک به نیمی از مخارج نظام بیمه در چنین حالتی، مربوط به داروهای بود که پزشکان نسخه می‌کردند و با افزایش کیفیت درمان توسط پزشکان و توجه بیشتر به آنها و در نهایت جلب همکاری آنها، بخشی از این مخارج کاهش یافت (۱۴). در حقیقت، چنین حالتی باعث اختلاف در روند مصرف منطقی دارو (Rational drug use) می‌شود که در کشور ما نیز این مشکل وجود دارد.

امروزه مباحث اقتصادی بیش از پیش، وارد عرصه ارائه خدمات بهداشتی شده، و علمی نوین تحت عنوان اقتصاد بهداشتی، گسترش زیادی پیدا کرده است.

۶- استفاده نابجا، بیش از حد و طولانی مدت از تخت‌های بیمارستانی که گاه با بستری کردن طولانی مدت بیماران و یا بستری کردن افراد پیر و بیماران مبتلا به بیماری مزمن همراه است (۱۶ و ۱۵)

ذکر این موارد، بدین دلیل است که نظام کارانه یکی از مرسوم‌ترین روش‌های پرداخت در سیستم درمانی کشور است، بنابراین لازم است تدابیری اتخاذ گردد تا موارد احتمالی مذکور، ایجاد نشود و تا حد امکان کارایی روش کارانه افزایش پیدا کند.

۳- کیفیت در نظام بیمه

از حدود سال‌های دهه ۱۹۳۰، با اقداماتی که

ابتدا توسط Walter Schwart سپس Juran و Deming انجام گرفت، کیفیت در ارائه خدمات مورد اقبال ویژه‌ای قرار گرفت. از آنجا که هم نظام‌های بیمه و هم نظام‌های بهداشتی، در واقع ارائه‌کنندگان خدمات (Service) هستند، کیفیت در موفقیت این نظام‌ها نیز نقش بسزایی دارد.

نظریه Schwart، بر مبنای کنترل آماری فرآیند مبتنی بود و او در واقع پایه‌های علم TQM یا CQI (Continuous Quality Improvement) را بنا نهاد. بر پایه همین نظریه SPC بود که Deming در سال‌های دهه ۱۹۵۰، تئوری‌های کیفیت خود را در دو عرصه خدمات و صنعت در کشور ژاپن بر پایه همین نظریه به اجرا درآورد و انقلابی در این زمینه ایجاد کرد. همزمان با او، Juran هم به اقدامات مشابهی دست زد. این دو دانشمند ادعا می‌کردند که در آن زمان، ۸۵ درصد از مشکلات مربوط به صنایع و مراکز خدماتی آمریکا، ناشی از نبود مدیریت مطلوب در سطح عالی است و نه بدی عملکرد کارکنان (۱۸، ۱۷). مهم‌ترین و اصلی‌ترین بخش برای اجرای این موارد، داشتن آمار و اطلاعات کافی و مناسب است که نیازمند بررسی‌های مفصل در سیستم می‌باشد (۱۸، ۱۷). اصولاً تعریف کیفیت، بر اساس نیازهای مشتریان است و مبنای نظریه کیفیت واقع، بر پایه دیدگاه Consumerism نهاده شده است (۱۷). تعریف کیفیت عبارتست از «برآورده ساختن توقعات مشتریان در حدی فراتر از انتظارات آنها» (۱۸). در حال حاضر به نظر می‌رسد دیدگاه‌های مدیریتی فوق، کاربرد بسیار زیادی در مدیریت عالی بیمه در کشور ما داشته باشد و بدون شک، می‌تواند منجر به رفع بخش قابل توجهی از معضلات گردد.

آن، فراتر از این مقاله می‌باشد. (۱۸، ۱۹).

۴- توسعه و پیشرفت

الگوهای کلی که در مورد توسعه و پیشرفت نظام بیمه ارایه می‌شود باید در هر کشور مطابق با وضعیت خاص آن کشور منطبق گردد. این اختلافات مربوط به فرهنگ، تاریخ و بسیاری از عوامل اجتماعی-اقتصادی دیگری است که در جوامع مختلف حاکم است. به طور کلی موارد زیر را باید در جهت توسعه و پیشرفت نظام‌های بیمه در نظر داشت:

یکی از عوامل مؤثر بر کارایی نظام بیمه، روش پرداخت به ارایه کنندگان خدمات است.

۴- الف- زمان: اجرای تمام برنامه‌های مذکور نیاز به گذشت زمان دارد. در برخی از کشورها مثل آلمان، ژاپن و جمهوری چک، این برنامه‌ها طی مدت ۴۰ تا ۱۰۰ سال به اجرا درآمده است. مطلوب‌ترین مثال، کشور کره جنوبی است که طی ۱۲ سال اصلاحات خود را به اجرا درآورد (۲). به هر حال، آنچه در کشور ما در برنامه‌ریزی‌های پنج ساله پیش بینی می‌شود، باید با در نظر گرفتن مدت زمان لازم برای اجرای برنامه باشد.

۴- ب- رشد اقتصادی: بدون شک مشارکت بیشتر عرصه اقتصادی و افزایش درآمد افراد تحت پوشش می‌تواند باعث رونق بیمه شود. نظام بیمه در کشور ما نیز، بدون شک تحت تأثیر سرعت رشد اقتصادی کشور است و در برنامه‌ریزی‌های کلان کشور، باید در توسعه سیستم‌های بیمه، رشد اقتصادی کشور به

کیفیت و مدیریت کیفیت، هم باید در خود نظام‌های بیمه اجرا شود و هم این‌که سازمان‌های بیمه‌گر، کیفیت ارایه خدمات را در سیستم‌های ارایه کننده خدمات بهداشتی درمانی طرف قرارداد، تحت نظارت قرار دهند (۱۸).

هم چنین، باید توجه داشت که در نظام بیمه، برای اجرای الگوهای کیفیت موارد زیر باید مورد توجه قرار گیرد:

۱- اطمینان از حصول کیفیت مطلوب در شهر و روستا

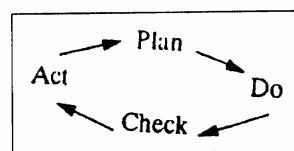
۲- اطمینان از وجود کیفیت مناسب قبل از بستن قرارداد همکاری با مراکز ارایه کننده خدمات بهداشتی-درمانی

۳- تلاش در جهت بهبود و ارتقای کیفیت در مراکز ارایه کننده خدمات و تلاش در جهت جایگزینی مراکز با کیفیت کمتر به سمت مراکز با کیفیت بهتر

۴- توجه خاص به جلب رضایت بیماران به عنوان یک شاخص اصلی در تعیین و ارتقای کیفیت.

بدون شک رعایت موارد فوق چندان آسان نخواهد بود (۲). در هر حال اجرای چرخه کیفیت که تحت عنوان Deming's Cycle شناخته می‌شود می‌تواند کلیات اقدامات مورد نیاز را برای ما شناسایی کند. اجزای این زنجیر عبارتند از:

1. Plan; 2. Do; 3. Check; 4. Act



که به صورت اختصار به عنوان الگوی PDCA معروف است و هر کدام نیازمند اقدامات بسیار مفصل و متعددی است که البته شرح مفصل اجزای

عنوان یک عامل تعیین کننده بسیار مهم، مورد محاسبه قرار گیرد و مد نظر باشد.

۴- ج- نظام پولی و بانکی کشور: ایجاد نظام بیمه بهداشتی همگانی در هر کشور، نیازمند حمایت‌های یک نظام پولی و بانکی مقتدر است اما این ویژگی را نمی‌توان به صورت اضطراری و عجله‌ای به دست آورد. بلکه نیاز به مطالعه و برنامه‌ریزی‌های مستمر دارد (۵). همکاری سیستم پولی و بانکی کشور، بالاخص بانک مرکزی و هم چنین سایر بانکها، باید به صورت تنگاتنگ و مستمر با نظام بیمه ادامه داشته باشد و در برنامه‌ریزی‌های کلان بیمه مشارکت نمایند.

۴- د- تشریک مساعی و وحدت منافع: برای رسیدن به اهداف نظام بیمه، باید تمام سیستم‌ها و سازمان‌های درگیر در این فرآیند، خود را واقعاً سهیم و مسؤول بدانند و مساعی خود را به کار برند. این موضوع، نیازمند درک ابعاد سیاسی، اقتصادی و اجتماعی اثرات ایجاد نظام بیمه است که شاید بهترین این اثرات، ارتقای عدالت اجتماعی برای تمام اقشار جامعه باشد (۹).

۴- ه- سلامت نظام بیمه: بدون شک برای دستیابی به اهداف عالی نظام بیمه، از جمله عدالت اجتماعی، لازم است از هر گونه خلاف کاری و تقلب در ایجاد و عملکرد این نظام پیشگیری کرد، چرا که نظام‌های بیمه بستر بسیار گسترده و مناسبی را برای سودجویی افراد فرصت طلب ایجاد می‌کند.

۴- و- اصلاح نظام‌های پرداخت به رایه کنندگان خدمات: اصلاح نظام‌های پرداخت به رایه کنندگان خدمات بهداشتی

(Health care provider payment) می‌تواند اثرات مهمی بر روند کنترل هزینه‌ها و مخارج خدمات داشته باشد. این قسمت نیازمند بررسی کامل است. شاید بیش از ۱۰ مکانیسم مختلف وجود دارند که به صورت رایج در کشورهای مختلف مورد استفاده قرار می‌گیرند. بخشی از این مبحث در مورد روش پرداخت کارانه گفته شد ولی بحث در این زمینه فراتر از حد مقاله حاضر است و بخش عمده‌ای از تحقیقات مربوط به نظام‌های بیمه در این زمینه انجام گرفته است (۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵).

۵- پیشنهاد راهکارهای اجرایی

این پیشنهادها بر اساس سرفصل‌های اصلی بحث تقسیم‌بندی و آرایه می‌گردد.

عدالت:

۱- تحت پوشش قرار دادن اقشار روستایی. محروم و آنهایی که شغل و درآمد ثابت ندارند.

۲- جلب مشارکت مردمی به خصوص اقشاری که توانایی همکاری دارند.

۳- اعطای یارانه از سوی دولت به سازمان‌ها یا مؤسساتی که اعتبارات مالی کمتری دارند به نحوی که این یارانه، فقط در جهت بهبود وضعیت بیمه صرف شود. به عبارت دیگر با این کار منابع مالی در سطح جامعه توزیع بهتری پیدا می‌کند.

۴- توجه به کیفیت خدمات در نظام ارجاع و هم‌چنین نظارت بر بخش غیر خصوصی.

کارآیی:

۱- نظارت بر روش پرداخت به رایه کنندگان خدمات و اصلاح عیوب روش‌های مختلف از جمله روش کارانه.

کیفیت:

۱- تعیین وضعیت حاکم پوشش بیمه در کل

کشور که از طریق جمع‌آوری دقیق داده‌ها و مشخص نمودن آمار و اطلاعات لازم میسر می‌گردد تا بتوان دیدگاه‌های مدیریت کیفیت را به جرادر آورد.

۲- ایجاد یک فرآیند دایمی و مستمر که به ارزیابی کیفیت در نظام بیمه پردازد و بتواند به طور دایم الگوهای مدیریتی کیفیت را به اجرا درآورد.

توسعه و پیشرفت:

۱- سیاست گذاری کلی در نظام بیمه به نحوی که مطمئن باشیم اولویت‌های مناسبی برای عملکرد -رازمدت این نظام، تهیه و تنظیم شده است و در عین حال، این سیاست‌گذاری، هراز چند گاه مورد

منابع:

بازبینی قرار می‌گیرد.

۲- جلب مشارکت همه طرف‌های شریک در ارائه خدمات بهداشتی -درمانی و سازمان‌های بیمه کرد.

۳- الگوگیری مناسب و بجا از کشورهای که در این راستا دارای موفقیت بوده‌اند و کارنامه درخشانی ارائه داده‌اند.

در هر حال، بهینه‌سازی نظام‌های بیمه یک فرآیند بسیار گسترده است و نیاز به مساعی افراد زیادی دارد، که انشاء... با مطالعه وسیع و گسترده به همراه اتخاذ سیاست‌های متناسب با وضعیت کشور از سوی مسئولین مربوط ربط به ثمر خواهد رسید.

1. Casey MM, Wellever A, Moscovice I. Rural health network development. J Health Polit Policy Law. 1997; 22(1): 23 - 47.
2. WHO regional consultative assembly on health insurance reform. WHO, 1995, April (3 - 7). Seoul, South Korea.
3. Blecher MB. Capital: Who's got it? How to get it? Hosp Health Netw. 1997; 71 (12): 38 - 40.
4. Pannarunothai S, Mills A. The poor pay more. Soc Sci Med. 1997; 44 (12): 178 - 190.
5. Bodenherimer T, Sullivan K. The logic of tax - based financing for health care. Int J Health Serv. 1997; 27 (3): 409 - 425.
6. Pappas G, Hadden WC, Potentially avoidable hospitalizations: incqualities in rates between US socioeconomic groups. Am J Public Health. 1997; 87(5): 811 - 816.
7. Mooney GH, Drummond MF. Essentials of health economics, Br Med J. 1982; 285: 949 - 950.
8. Detsky As, Naglie IG. A Clinician's guide to cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med. 1990; 113 (2): 147 - 157.
9. Rice T. Physician payment policies. Ann Rev Public Health, 1997; 18: 549 - 565.
10. Priester R. Investigational treatments: process, payment and priorities. JAm Med Assoc. 1997; 278 (17); 1403 - 1404.
11. Meador KJ. Investigational treatments: process, payment and priorities. JAm Med Assoc. 1997; 278 (17); 1403.
12. Goldschmid PG, Monaco GP. Investigational treatments: process, payment and priorities. JAm Med Assoc. 1997; 278 (17); 1403.
13. Zuber TJ. High lights on new 1996 medicare payment guidelines for teaching and attending physicians. Mich Med. 1996; 95(8): 36 - 37.
14. Eisenberg JM. A decade of physician payment reform. Acad Med. 1995; 70(2): 126 - 127.
15. Kauer RT. The effect of fixed payment on hospital costs. J Health Polit Policy Law. 1995; 20 (2): 303 - 327.
16. Lutjens LR. Hospital Payment source and length of stay. Nurs Sci Q. 1994; 7 (4); 174 - 179.
17. Mayer TA. Industrial models of continuous quality improvement. Emerg Med Clin N Am. 1992; 10 (3); 523 - 547.
18. Dean JW, Evans JR. Total quality management, organization and strategy. Minneapolis: West Publishing Company; 1994: 27 - 38.
۱۹. کارگاه آموزش مدیریت کیفیت جامع. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان؛ ۱۳۷۷.