

تحلیل هزینه منفعت نظام بیمه‌های بهداشتی درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹

دکتر سید محمد تقی آیت‌اللهی * سیده مریم حسینی **

Cost - benefit analysis of medical health insurance system in Shiraz (2001)

M. T. Ayatollahi

M. Hosseini

□ Abstract

Background : Cost- benefit analysis is a main index for assessing medical health services.

Objective : To present a quantitative model for estimating cost- benefit of medical insurances of Shiraz medical insurance organization.

Methods : The medical insurance organization services were divided into seven distinct sections based on the types of medical insurance and care (out patient and long stay services). Data was obtained by direct method and benefit- cost ratios were calculated appropriately.

Findings: Benefit - cost ratios were calculated as 0.8 for governmental staff, supportive and other classes medical insurances. The figures decreased to 0.6 for self medical insurance. It was estimated as 9.3 for rural medical insurance. The overall ratio was obtained as 2.6.

Conclusion : A fundamental change for improving economic outcomes of public sector's personnel insurance as well as other ones is necessary so as to increase the benefit- cost ratio to more than unity figure.

Keywords: Cost- Benefit, Medical Health Insurances, National Insurances

□ چکیده

زمینه: تحلیل هزینه منفعت یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی خدمات بهداشتی- درمانی است.

هدف: این مطالعه به منظور ارائه یک الگوی کمی برای تعیین هزینه منفعت بیمه‌های سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس انجام شد.

مواد و روش‌ها: فعالیت سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس به تفکیک انواع بیمه‌ها در خصوص ارائه مراقبت‌های سرپایی و بستری در سال ۱۳۷۹ در هفت بخش مجزا ترسیم شد. اطلاعات مربوط به فراوانی مراجعه بیمه‌شدگان، عملکرد سازمان در خصوص پرداخت هزینه‌ها، میزان درآمد و تعیین سرانه بار مراجعه افراد تحت پوشش ثبت و با محاسبه شاخص‌های اقتصادی به ویژه تحلیل هزینه منفعت در رابطه با سود (زیان) سازمان بیمه‌گر نتیجه‌گیری شد.

یافته‌ها: تحلیل هزینه منفعت این بیمه‌ها نشان داد که این شاخص در بیمه‌های کارمندی، حمایتی و سایر اقشار تقریباً برابر و معادل ۰/۸ و در بیمه خویش فرما معادل ۰/۶ بود. حاصل این شاخص برای بیمه روستایی معادل ۹/۳ و برای کل سازمان ۲/۶ به دست آمد.

نتیجه‌گیری: ایجاد تحول بنیادی در بازدهی اقتصادی بیمه‌های کارمندی، سایر اقشار، حمایتی و خویش فرما و افزایش شاخص هزینه منفعت به رقم بالاتر از یک، ضروری است.

کلید واژه‌ها: هزینه منفعت، بیمه‌های بهداشتی- درمانی، بیمه‌های ملی

□ مقدمه:

سیستم برنامه ریزی، تشکیلات و نحوه ارائه خدمات بهداشتی - درمانی در هر کشوری تحت تأثیر عوامل سیاسی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی آن کشور قرار دارد و نظام‌های عرضه خدمات بهداشتی - درمانی در جهان به سه شکل معاونت عمومی، بیمه بهداشتی و طب ملی ارائه می‌شوند. (۴) از طرفی، اجرای بیمه همگانی خدمات درمانی از مهم‌ترین وظایف دولت‌های جهان و یکی از اصول عدالت اجتماعی به شمار می‌رود. اهمیت اصل بیمه همگانی خدمات درمانی به حدی است که اکثر کشورها آن را به عنوان یکی از اصول مهم در قانون اساسی خود مطرح و با ایجاد انواع مختلف پوشش‌های بیمه‌ای درمان، هدف یکسانی را دنبال می‌کنند. (۱)

در میان انواع پوشش‌های بیمه‌ای که توسط سازمان‌های بیمه گر ارائه می‌شوند، پوشش‌های بیمه خدمات درمانی از دو نظر اهمیت دارند: یکی نقش آنها در تأمین سلامت جامعه و حفظ حیات و پویایی اجتماع و دیگری اهمیت اقتصادی آن برای همه مردم به ویژه اقشار کم درآمد و محروم. (۲ و ۱۴) از این رو ارزنده‌ترین روش برای حمایت مردم در مقابل هزینه‌های سرسام‌آور خدمات بهداشتی - درمانی، ایجاد نوعی مشارکت بیمه‌ای میان دولت و مردم است. در واقع نظام بیمه‌ای که بر اثر این همکاری متقابل و همه جانبه شکل گیرد و به اجرا درآید، بهترین روشی است که امنیت اجتماعی را در ابعاد بهداشت و درمان جامعه تضمین می‌کند. (۳)

یکی از اصول اساسی نظام بیمه درمانی اصل فراهم بودن (Availability) است که به معنای فراهم شدن

امکانات و منابع مالی بیمه درمانی به نسبت جمعیت بیمه شده در کشور و مناطق مختلف با توجه به سطح بندی انجام شده است که باید به هنگام گسترش این سیستم مورد توجه قرار گیرد. (۶)

نقش اساسی اقتصاد بهداشت و به طور کلی علم اقتصاد در خدمات بهداشتی - درمانی تعیین این مطلب است که برنامه‌ریزی و اجرای عملیات چگونه با روش‌های اقتصادی صورت گیرند تا از منابع به کاررفته ستاده‌های بیشتری حاصل آید. برای این منظور از روش تجزیه هزینه (Cost Analysis) بهره گرفته می‌شود. (۱۱ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۶) بنابراین هم زمان با رفع نیازهای بهداشتی - درمانی کشور بررسی وضعیت پوشش‌های بیمه‌ای درمان از طریق پژوهش ضروری به نظر می‌رسد، به طوری که این ارزیابی اقتصادی، سیستم را در دستیابی به اهداف یاری نماید.

اگرچه ارزیابی صرفاً اقتصادی از خدمات بهداشتی - درمانی به دلیل طبیعت و ماهیت انسانی و بشر دوستانه این خدمات کاری بیهوده است، ولی هرگاه این ارزیابی در راستای سنجش کارایی و استفاده مؤثرتر از منابع به کار رود بسیار سودمند خواهد بود و از این طریق می‌توان ویژگی‌های اساسی مطرح شده در الگوی ملی اقتصادی (عدالت، تناسب با نیازهای جامعه، بهره‌وری بالا و کیفیت مطلوب) را ارزیابی نمود. (۱۵ و ۵)

لذا این مطالعه به منظور تحلیل هزینه منفعت بیمه‌های خدمات درمانی استان فارس انجام شد.

▣ مواد و روش‌ها:

تحت پوشش بیمه این سازمان در سال ۱۳۷۹ بود. سود و زیان سازمان در ارتباط با هر نوع بیمه از تفاضل درآمد سازمان و هزینه پرداختی سازمان در خصوص همان بیمه برآورد شد و سود (زیان) هر یک از بیمه‌گذاران نیز از تفاضل حق بیمه سرانه و هزینه سرانه خدمات دریافتی تعیین گردید.

همه شاخص‌های فوق در بررسی عملکرد سازمان بیمه خدمات درمانی بسیار مؤثر بودند، اما مهم‌ترین شاخص اقتصادی که در این پژوهش مورد تحلیل و ارزیابی قرار گرفت، شاخص هزینه منفعت بود که از تقسیم دو عامل درآمد کل و هزینه کل قابل محاسبه و سنجش است. همچنین به دلیل این که ارقام آماری سازمان در رابطه با پرداخت هزینه و کسب درآمد به راحتی مورد بحث قرار گیرد، درصد عملکرد سازمان در رابطه با هر یک از فعالیت‌ها نیز محاسبه شد.

▣ یافته‌ها:

جمعیت تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در پایان سال ۱۳۷۹، در حدود ۲۲۷۹۱۰۹ نفر بود که از این تعداد ۱۷/۶ درصد در صندوق کارکنان دولت، ۱/۹ درصد در صندوق خویش‌فرمایان، ۷۶/۸ درصد در صندوق روستایی و عشایر، ۱/۲ درصد در صندوق حمایتی و ۲/۵ درصد در صندوق سایر اقشار تحت پوشش بیمه قرار داشتند. در مجموع این سازمان ۵۴ درصد از جمعیت کل استان را تحت پوشش خود داشت.

در سال ۱۳۷۹ درآمد کل سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس ۲۹۸۱۸۲۳۳۰۰۰۰ ریال بود که به

این مطالعه تحلیلی بر روی بیمه‌های درمانی ارائه شده از سوی اداره کل بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ انجام شد. با استفاده از داده‌های آماری که مبتنی بر عملکرد این سازمان در خصوص هر یک از انواع بیمه‌ها بود و با به کار بردن روش برآورد هزینه‌ها، میزان حق بیمه پرداختی جمعیت مذکور به تفکیک نوع بیمه تعیین شد و درآمد حاصله از آن با استفاده از روش شخص - سال محاسبه گردید.

درآمد به دست آمده از هر یک از صندوق‌ها نیز از حاصل ضرب تعداد افراد تحت پوشش در حق بیمه پرداخت شده از سوی بیمه‌گذاران در طول یک سال محاسبه شد. سپس با این فرض که همه افراد برای دوازده ماه حق بیمه سازمان را پرداخت نموده‌اند، کل درآمد سازمان از مجموع درآمدهای به دست آمده از پنج صندوق محاسبه شد.

هزینه پرداخت شده به مراکز درمانی در خصوص هر یک از انواع بیمه‌ها براساس اطلاعات مالی به دست آمده از سازمان بیمه خدمات درمانی که بابت خدمات سرپایی و مراقبت‌های بستری بر مبنای تعرفه‌های درمانی و اسناد پزشکی محاسبه و پرداخت شده بود در نظر گرفته شد.

میانگین درآمد سازمان برای هر یک از انواع بیمه‌ها از تقسیم کل درآمد در هر بیمه بر تعداد افراد تحت پوشش به دست آمد که در واقع معادل با حق بیمه پرداخت شده از سوی هر یک از بیمه‌شدگان در طول سال ۱۳۷۹ بود.

هزینه سرانه خدمات نیز بیانگر نسبت میان کل هزینه پرداخت شده از سوی سازمان به مجموع افراد

اختصاص دادند. بیمه حمایتی و سایر اقشار نیز به ترتیب ۳/۳ درصد و ۵/۸ درصد مراجعات را با دربرگرفتن ۴/۲ درصد و ۶/۴ درصد کل هزینه شامل شدند.

هزینه سرانه خدمات در بیمه خویش فرما ۳۰۸۴۵۱ ریال بود که بالاترین رقم را به خود اختصاص می‌داد و کمترین هزینه سرانه خدمات مربوط به بیمه شدگان روستایی ۱۳۸۹۵ ریال بود. از آن جا که هزینه سرانه خدمات دریافتی در بیمه‌های کارمندی، خویش فرما، حمایتی و سایر اقشار از حق بیمه دریافت شده در سال ۱۳۷۹ بیشتر بوده است بنابراین بیمه‌گزاران در کل با سود مواجه بودند (جدول شماره ۳)

در نهایت این سازمان در پایان سال ۱۳۷۹ سودی معادل ۱۸۱۵۳۱۶۹۳۹۵۶ ریال داشت که این سود منحصرأ از صندوق بیمه روستایی کسب شده و صندوق‌های دیگر با زیان همراه بودند (جدول شماره ۴).

دریافت خدمات سرپایی ۷۵ درصد مربوط به بیمه کارمندی بود که این بیمه ۷۱/۳ درصد کل هزینه پرداخت شده را نیز به خود اختصاص می‌داد. ۱۰/۵ درصد از کل هزینه پرداخت شده نیز مربوط به خویش فرمایان بود که ۸/۷ درصد مراجعات سرپایی را به مراکز درمانی شامل می‌شد. بیمه شدگان سایر اقشار و بیمه‌شدگان روستایی به ترتیب ۱۰/۷ درصد و ۲/۲ درصد مراجعات را داشتند و ۹/۴ درصد و ۵/۴ درصد کل هزینه را شامل می‌شدند. همچنین بیمه شدگان حمایتی با داشتن ۳/۴ درصد مراجعه، ۳/۳ درصد کل هزینه را به خود اختصاص دادند.

در خصوص مراقبت‌های بستری نیز ۳۵/۷ درصد مراجعات مربوط به بیمه شدگان کارمندی بود که ۳۹/۶ درصد کل هزینه را در این بخش شامل می‌شد. بیمه‌شدگان خویش فرما ۱۰/۳ درصد کل مراجعه برای دریافت مراقبت‌های بستری و ۱۱/۲ درصد از کل هزینه در این خصوص را داشتند. بیمه شدگان روستایی نیز ۴۴/۹ درصد مراجعات و ۳۸/۶ درصد کل هزینه را در بخش مراقبت‌های بستری به خود

جدول ۳ :

وضعیت سود (زیان) هر یک از بیمه‌گزاران سازمان بیمه خدمات درمانی استان فارس در سال ۱۳۷۹ (به ریال)

جمع	سایر اقشار	حمایتی	روستاییان	خویش فرما	کارمندی	نوع بیمه عملکرد
۸۱۲۸۶۲	۱۶۲۶۴۷	۱۶۴۰۰۹	۱۳۸۹۵	۳۰۸۴۵۱	۱۶۳۸۶۰	هزینه سرانه خدمات
۷۱۶۴۰۰	۱۲۹۶۰۰	۱۲۹۶۰۰	۱۲۹۶۰۰	۱۹۸۰۰۰	۱۲۹۶۰۰	حق بیمه پرداختی
۹۶۴۶۲	۳۳۰۴۷	۳۴۴۰۹	۱۱۵۷۰۵	۱۱۰۴۵۱	۳۴۲۶۰	سود (زیان) هر نفر

