

## چکیده پژوهش

با افزایش روز افزون هزینه های خدمات درمانی، بیمه درمان بعنوان یکی از مهمترین راههای تأمین منابع مالی خدمات درمانی، بهبود کارآیی در استفاده از منابع و دسترسی برابر مردم به این خدمات در بسیاری از کشورهای جهان مورد توجه خاص قرار گرفته است. بطوری که بدون وجود یک نظام بیمه درمانی کارآمد امکان دسترسی عامه مردم بویژه طبقات کم درآمد و آسیب پذیر جامعه به خدمات درمانی مناسب غیرممکن به نظر می رسد.

در کشور ما نیز با تأکید اصل بیست و نهم قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و براساس قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور - مصوب ۱۳۷۳ - دولت مکلف گردید ظرف مدت پنج سال پوشش همگانی بیمه خدمات درمانی را تحقق بخشد.

یکی از موانع گسترش پوشش بیمه همگانی خدمات درمانی عدم تناسب تعرفه های خدمات درمانی با هزینه های تمام شده این خدمات و کم اعتبار بودن دفترچه های بیمه خدمات درمانی در استفاده از امکانات درمانی بخش خصوصی می باشد. بگونه ای که بیمه شدگان بستری شده در بیمارستانهای خصوصی با مراجعه به دفاتر اسناد پزشکی سازمان بیمه خدمات درمانی، براساس تعرفه های مصوب در بیشتر موارد تنها موفق به دریافت یک سوم و گاهی اوقات یک چهارم هزینه های پرداختی خود می گردند و این هزینه ها فشار غیرقابل تحملی را به بیمه شدگان بویژه اقشار آسیب پذیر وارد می نماید.

با اجرای طرح بیمه خدمات درمانی مکمل و پوشش هزینه های خدمات درمانی بستری

در بخش خصوصی توسط بیمه خدمات درمانی، ضمن حذف رابطه پولی بین پزشک و بیمار

موجبات گسترش فرهنگ بیمه و همکاری کلیه پزشکان و مراکز تشخیصی و درمانی با سازمان بیمه خدمات درمانی فراهم می گردد.

بررسی هزینه های خدمات درمانی ارائه شده در بخش خصوصی و محاسبه حق سرانه بیمه خدمات درمانی مکمل در استان تهران در سال ۱۳۷۵ هدف اصلی این پژوهش می باشد. برای نیل به این هدف صورتحسابهای بیمارستانی بیمه شدگان بستری شده در بیمارستانهای خصوصی که در شش ماهه دوم سال ۱۳۷۵ برای دریافت هزینه درمان بستری در بخش خصوصی به اداره کل بیمه خدمات درمانی استان تهران مراجعه نموده اند مورد بررسی قرار گرفت و هزینه های پرداخت شده در پرسشنامه ثبت گردید. همچنین نظرات بیمه شدگان در مورد هزینه درمان، کیفیت خدمات بیمارستانی و رضایت از نتیجه درمان مورد سؤال قرار گرفت.

پس از استخراج و پردازش اطلاعات میانگین هزینه هر یک از خدمات تشخیصی و درمانی ارائه شده در بخش خصوصی براساس صورتحسابهای بیمارستانها و نیز براساس تعرفه های مصوب محاسبه گردید. بطور مثال مشخص شد که میانگین هزینه اکوکاردیوگرافی در بخش خصوصی ۸۷۸۴۴ ریال و میانگین هزینه مذکور براساس تعرفه های مصوب ۳۳۵۷۱ ریال بوده است. بررسی نسبت میانگین هزینه های بخش خصوصی به تعرفه های مصوب نشان داد که این نسبت از ۱۰/۳ در مورد پلتیسموگرافی تا ۱ در مورد دارو و پروتز متفاوت است. بررسی سهم هزینه هر یک از خدمات از مجموع هزینه ها نشان داد که حق العمل جراح با ۱۸/۹ درصد بیشترین سهم را از مجموع هزینه های خدمات درمانی تمام

بیمه شدگان به خود اختصاص داده است.

توزیع میانگین هزینه اعمال جراحی و خدمات درمانی انجام شده در بیمارستانهای خصوصی نشان داد که تعویض دریچه آئورت با میانگین هزینه ۱۳۲۲۷۷۱۸ ریال بیشترین هزینه و درمان اوتیت میانی با هزینه ۱۸۷۵۰۰ ریال کمترین هزینه را در برداشته است. بررسی فراوانی علل بستری مشخص نمود که در بین ۱۹۹۶ نمونه مورد بررسی، سزارین با ۱۸۸ مورد (۹/۴ درصد علل بستری) بیشترین فراوانی را دارا می باشد. همچنین نسبت تعداد موارد سزارین به تعداد موارد زایمان طبیعی ۲/۸ می باشد.

گروه بندی هزینه درمان بیماریها مشخص نمود که در بخش خصوصی هزینه درمان ۵۱/۹۲ درصد از بیماریها و موارد بستری بیش از ۱۰۰۰۰۰۰ ریال است، در حالی که براساس تعرفه های مصوب هزینه درمان فقط ۱۱ درصد از بیماریها بیش از ۱۰۰۰۰۰۰ ریال بوده است.

بطور کلی مجموع و میانگین هزینه خدمات درمانی بستری ارائه شده در بخش خصوصی براساس صورتحسابهای بیمارستانها به ترتیب ۳/۰۱۱/۳۶۷/۱۰۲ ریال و ۱/۵۰۸/۷۰۱ ریال بوده است. همچنین مجموع و میانگین هزینه خدمات درمانی بستری ارائه شده در بخش خصوصی براساس تعرفه های مصوب به ترتیب برابر ۱/۱۹۲/۷۲۱/۳۳۷ ریال و ۵۹۷/۵۵۶ ریال بوده است. بنابراین نسبت میانگین هزینه خدمات درمانی بستری در بخش خصوصی به تعرفه مصوب ۲/۵ می باشد. در نهایت با محاسبات انجام شده (که در فصل چهارم ارائه شده است) دو مبلغ ۶۲۸۸ ریال و ۹۳۵۸ ریال برای حق سرانه بیمه خدمات درمانی مکمل در استان تهران در سال ۱۳۷۵ پیشنهاد گردید، با توجه به اطلاعات

موجود در مورد هزینه های خدمات درمانی در بخش خصوصی رقم دوم منطقی تر بنظر می رسد. بدین ترتیب بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی در استان تهران در سال ۱۳۷۵ با پرداخت حق سرانه پیشنهادی (علاوه بر ۴۸۶۰ ریال حق سرانه در سال مذکور) می توانستند در بیمارستانهای خصوصی بستری و درمان شوند و بجز فرانشیز مابقی هزینه درمان خود را از بیمه دریافت کنند. این حق سرانه با اعمال نرخ تورم برای سالهای بعد نیز قابل محاسبه می باشد. لازم بذکر است که هزینه های درمان نازایی و اعمال جراحی که صرفاً به منظور زیبایی انجام می شود در شمول تعهدات بیمه خدمات درمانی قرار ندارند.

نتایج حاصل از بررسی ویژگیهای سنی و جنسی بیمه شدگان، مدت زمان بستری، درجات ارزشیابی بیمارستانها، نوع صندوق بیمه ای بیمه شدگان، رضایت از نتیجه درمان، نظرات بیمه شدگان در مورد هزینه درمان و کیفیت خدمات بیمارستانی نیز در فصل چهارم ارائه شده است.