

A Study on the Coverage of Dental Services by the Armed Forces Medical Services Insurance Fund: A Potential Model for Initial Developments of Dental Insurance in Iran

Jadidfard M.P.^{1*} DDS PhD, Yazdani S.² MD
Khoshnevisan M.H.¹ PhD DMD DPHDent DrPH, Monazzam K.³ MD

¹Department of Community Oral Health, School of Dentistry, Shahid-Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²School of Medical Education, Shahid-Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

³Health Policy Council, Ministry Of Health & Medical Education, Tehran, Iran

Abstract

Aims: This study aimed to qualitatively analyze the current situation of the “Armed Forces Medical Services Insurance Fund” (AFMSIF) function with an emphasis on dental services. This was done in order to help improve its performance as well as employing its experiences to develop dental insurance in Iran.

Methods: A template of descriptive items was used to guide the interview with the informed people in AFMSIF regarding its function with an emphasis on dental services. By using supplementary information sources, a descriptive report was prepared, and its accuracy and adequacy was checked by the related interviewee.

Results: By describing the AFMSIF function with an emphasis on the dental sector, we got a picture of the dental services fund flow in AFMSIF in three financing sub-functions; namely, revenue collection, pooling of revenues and purchasing services. The individual characteristics are then discussed for their potential performance based on the current available evidence.

Conclusion: AFMSIF shows signs of rather active or strategic attempts particularly in the area of “how to purchase”. Among them are the establishment of mechanisms of cost containment and quality assurance for dental services and paying providers based on the quality evaluation of the contracted centers. These experiences would serve as a guide to extend dental insurance at a national level.

Keywords: Dental Insurance, Military Facilities, Health Policy, Dental Care, Health Care Financing Administration

مطالعه چگونگی پوشش خدمات دندانپزشکی در صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح: الگوی برای توسعه اولیه پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی در ایران

محمدپویان جدیدفرد*^۱ DDS PhD، شهرام یزدانی^۲ MD
محمدحسین خوشنویسان^۱ PhD DMD DPHDent DrPH، کامبیز منظم^۳ MD

*گروه سلامت دهان و دندانپزشکی اجتماعی، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران
دانشکده آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی، تهران، ایران
ادبیرخانه شورای سیاستگذاری، وزارتخانه بهداشت، درمان و آموزش پزشکی*

چکیده

اهداف: هدف این مطالعه شناخت و تحلیل کیفی وضعیت کنونی کارکرد صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (AFMSIF) ایران با تأکید بر بخش دندانپزشکی به منظور کمک به بهبود عملکرد آن و نیز آگاهی از تجربیات آن برای توسعه بیمه دندانپزشکی در کشور است. **روش‌ها:** قالبی از آیت‌های توصیفی برای هدایت مصاحبه با فرد آگاه شناسایی شده در AFMSIF درباره کارکرد این نهاد با محوریت خدمات دندانپزشکی بکار رفت. با استفاده از منابع تکمیلی، از مصاحبه متنی فراهم، و صحت و کفایت آن توسط مصاحبه‌شونده مربوطه چک شد.

یافته‌ها: با توصیف کیفی از کارکرد AFMSIF با محوریت خدمات دندانپزشکی تصویری از گردش مالی بخش دندانپزشکی در سه ساحت گردآوری و انباشت عواید و خرید خدمات در این صندوق به دست می‌آید که در راستای عملکردی مطلوب، کارا و عادلانه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری: با دقت در اجزای فرآیند خرید خدمات دندانپزشکی توسط AFMSIF، نشانه‌هایی از فعال و راهبردی بودن فرآیند خرید خدمت به‌ویژه در حیطه «چگونگی خرید» به چشم می‌خورد که از آن میان می‌توان به برقراری سازوکارهایی به‌منظور کنترل هزینه‌ها و تضمین کیفیت خدمات و پرداخت بر پایه ارزشیابی کیفی مراکز اشاره کرد که می‌تواند راهنمای خوبی فراراه توسعه بیمه دندانپزشکی در سطح ملی باشد.

کلیدواژه‌ها: بیمه دندانپزشکی، نیروهای مسلح، سیاست‌گذاری سلامت، خدمات دندانپزشکی، پژوهش در نظام سلامت

مقدمه

عدم توسعه مطلوب و متناسب بیمه دندانپزشکی در کشور همگام با افزایش پرشتاب شمار دندانپزشکان عمومی و متخصص در دهه‌های اخیر از علل اصلی افزایش سهم پرداختهای مستقیم از جیب (به حدود ۹۰٪) و تحمیل بار مالی هزینه‌های فزاینده آن به دوش خانواده‌ها بوده است [۱]. بنظر می‌رسد که در روند توسعه کشور، گردش مالی مراقبت سلامت و ساختارهای مرتبط با آن، طبق هدف‌گذاری بلندمدت و راهبردی سامان نیافته‌اند. بیمه‌های اجتماعی به عنوان شکلی از کارکرد گردش مالی، یکی از وجوه برجسته نظام سلامت ایران‌اند؛ هم‌اکنون چهار صندوق بیمه اجتماعی (پایه) در بخش درمان در کشور فعال‌اند که ذیل وزارت «تعاون، کار و رفاه اجتماعی» و با محوریت شوراییالی بیمه سلامت (به عنوان نهاد سیاستگذار) عمل می‌کنند؛ این چهار صندوق، صندوق بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه سلامت ایران)، سازمان تأمین اجتماعی، صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد هستند [۲].

یکی از وظایف اصلی شورای عالی بیمه سلامت، تعیین بسته پایه (حداقلی) خدمات سلامت است که برای همه صندوق‌های بیمه پایه، یکسان و تعهد به آن الزامی است. تعیین سالانه تعرفه‌های خدمات در دو بخش دولتی و خصوصی نیز وظیفه مهم دیگر این شورا است که پس از تأیید در هیات وزیران رسمیت می‌یابند. میزان همپردازی (فرانشیز) برای همه خدمات سرپایی (شامل دندانپزشکی) یکسان و به میزان ۳۰٪ تعرفه تعیین شده است؛ ازینرو، مبنای پرداخت صندوق‌های پایه، ۷۰٪ تعرفه دولتی برای خدمات مورد تعهد خواهد بود. تعرفه خدماتی که توسط متخصصین مربوطه انجام شود ۵۰٪ بیشتر از تعرفه ارائه‌کننده عمومی است [۳].

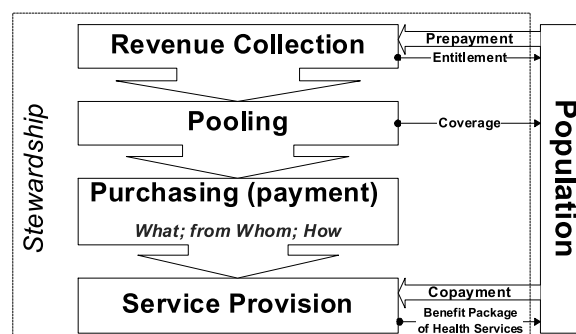
نقطه آغاز برای هرگونه اصلاح ساختار نظام‌های سلامت، ارزیابی وضعیت کنونی آن‌هاست [۴]. در ایران، همچون بسیاری از دیگر کشورها، صندوق جداگانه‌ای برای پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت نیروهای مسلح به عنوان قشر مهمی که وظیفه تأمین امنیت جامعه را عهده‌دارند برقرار است [۵]. این مطالعه کوششی است برای شناخت و بررسی کیفی کارکرد کنونی «صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح» (AFMSIF) در تأمین و تخصیص مالی به منظور ارائه مراقبت سلامت دهان و دندان به نیروهای مسلح در ایران.

روش‌ها

این مطالعه از نوع کیفی (مطالعه مورد) است. مورد مطالعه (توصیف)، کارکرد «صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح» در بخش دندانپزشکی از نظام سلامت ایران بوده است. چارچوب پنداشتی برگرفته از گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۰ برای شناخت نظام‌های گردش مالی مراقبت سلامت مبنای کار قرار گرفت (شکل ۱). بر مبنای این گزارش، گردش مالی به همراه تولید (stewardship)، تولید منابع و ارائه خدمات چهار کارکرد اصلی یک نظام سلامت را تشکیل می‌دهند. کارکرد گردش مالی، خود، دربردارنده سه زیرکارکرد اصلی است: گردآوری عواید، انباشت خطر (عواید) و خرید (پرداخت برای) خدمات [۶].

بمنظور دستیابی به تصویری از چگونگی کارکرد AFMSIF در بخش دندانپزشکی، از «مصاحبه نیمه‌ساختارمند» با فرد آگاه به عنوان ابزار اصلی گردآوری داده‌های مورد نیاز استفاده شد. قالبی (template) از آیتم‌های توصیفی براساس مطالعه‌ای که پیش‌تر انجام گرفته بود [۷] فراهم آمد که برای هدایت مصاحبه بکار رفت. آیتم‌های اصلی شکل‌دهنده این قالب در جدول ۱ آمده‌اند.

عنوان
جدول ۱. فهرست آیتم‌های اصلی در قالب توصیفی
جمعیت زیرپوشش صندوق (شمار و گونه)
نحوه گردآوری عواید
وجود انباشت جدا برای بخش دندانپزشکی
ورود در ارائه مستقیم خدمات دندانپزشکی و (اگر «بله»)
مزایای احتمالی آن برای بیمه‌شده
بسته خدمات دندانپزشکی و معیار گزینش
نوع ارائه‌کنندگان طرف قرارداد
تعرفه‌های مبنای پرداخت
روش پرداخت به ارائه‌کنندگان
میزان هم‌پردازی
چگونگی فرآیند قراردادی و سازوکارهای نظارتی
شامل کنترل هزینه و تضمین کیفیت خدمات
برقراری سامانه الکترونیک برای پیشینه دندانپزشکی بیمه‌شدگان
وجود بازپرداخت برای خدمات دریافت شده از مراکز غیر
ملکی و غیر طرف قرارداد
سهم پرداخت‌های دندانپزشکی از کل پرداخت‌ها
هرگونه برنامه در ارتباط با بخش دندانپزشکی



شکل ۱. چارچوب پنداشتی برای گردش مالی مراقبت سلامت برگرفته از کاتزین (۲۰۰۱) و گزارش سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) [۴، ۶]

سپس، به ترتیب، مراکز دولتی (شامل مراکز دانشگاهی و کلینیک‌های ویژه) و خصوصی است. توزیع جغرافیایی بیمه‌شدگان و ارزشیابی کیفی مراکز در قراردادبندی لحاظ می‌شود.

مبنای پرداخت ۷۰٪ تعرفه دولتی است؛ ولی بر اساس ارزشیابی انجام گرفته از مراکز طرف قرارداد تا ۱/۵ برابر تعرفه دولتی در مراکز نظامی و تا ۲ برابر تعرفه دولتی در مراکز خصوصی قابل پرداخت است. بر این اساس تعهدات سازمان برای همه خدمات و در همه مراکز ۷۰٪ تعرفه مرکز بر اساس ارزشیابی انجام گرفته است. هزینه مواد مصرفی برای خدمات مختلف به‌طور جداگانه برآورد شده که ۳۰٪ آن بر عهده بیمه‌شده است. کل هزینه‌های لابراتواری نیز بر عهده بیمار است. اگر خدمتی توسط متخصص مربوطه انجام شود ۵۰٪ به تعرفه پایه افزوده می‌شود (هزینه مواد مصرفی ثابت می‌ماند)؛ ولی سازوکاری برای پایش این که خدمت موردنظر به هر دلیل مانند پیچیدگی فرآیند ارائه، ورای مهارت و قلمرو کاری دندان‌پزشک عمومی است، وجود ندارد. روش پرداخت به ارائه‌کنندگان (دندان‌پزشکان عمومی و متخصص)، تماماً کارانه (Fee for Service-FFS) است. برخی خدمات (خدمات اورژانس، درآوردن ساده دندان، جرم‌گیری و بروساژ، پروتزها و ارتودنسی) در صورت دریافت از مراکز غیر طرف قرارداد و پس از تأیید کمیسیون فنی در شعب اداری بیمه، به میزان ۷۰٪ تعرفه دولتی بازپرداخت می‌شوند. در مناطقی که دسترسی به دندان‌پزشک محدود است و با نظر مسئول شعبه، پروتزهای متحرک (کامل و پارسیل) در صورت ارائه توسط «کمک‌دندانپزشک تجربی» دارای پروانه کار، به میزان ۵۰٪ تعرفه دندان‌پزشک عمومی بازپرداخت می‌شود.

قرار دادن سقف تعهدات برای برخی خدمات (پروتزها و ارتودنسی)، به‌کارگیری کمیسیون فنی در شعب و دندان‌پزشک معتمد در مراکز طرف قرارداد و لزوم تأیید پیش از ارائه برای برخی خدمات (جراحی‌ها)، نظارت‌های میدانی (بازدیدهای دوره‌ای و تصادفی از مراکز)، بررسی گزارش‌های سالانه سامانه الکترونیک اطلاعات و مقایسه الگوهای تفکیکی آماری، سازوکارهایی است که به‌منظور کنترل هزینه‌ها در نظر گرفته شده است. کنترل برخی طرح درمان‌های پیشنهادی توسط دندان‌پزشک معتمد و کمیسیون فنی پیش از ارائه، ارزشیابی مراکز برای عقد و تجدید قرارداد و تعیین ضریب تعرفه بر اساس ارزشیابی از آن‌ها، در تعهد بودن برخی خدمات (عمدتاً جراحی‌ها) تنها در صورت انجام توسط متخصص مربوطه و رسیدگی به شکایات نیز از سازوکارهایی است که به‌منظور تضمین یا بهبود کیفیت خدمات ارائه‌شونده به بیمه‌شدگان دیده شده است. در همین زمینه، معاونت نظارت و ارزیابی تشکیل شده که به‌طور تخصصی کیفیت خدمات ارائه‌شده را دنبال می‌کند. «هدفمند کردن هم‌پردازی‌ها» (کاهش هم‌پردازی (فرانشیز) برای خدمات پیشگیری (فیشرسیالانت و فلورایدتراپی) به ۱۰٪) به همراه تعیین ردیف جداگانه تعرفه برای آموزش بهداشت دهان از برنامه‌های

پس از شناسایی فرد آگاه درباره کارکرد AFMSIF با محوریت خدمات دندانپزشکی و کسب رضایتشان برای شرکت در مطالعه، مصاحبه در محل کار ایشان در خردادماه ۱۳۹۰ برگزار شد. مصاحبه ضبط و به فاصله کوتاهی از انجام، پیاده‌سازی شد. بخش پایانی مصاحبه به نظرات مصاحبه‌شونده درباره چالش‌های خرید بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی و نیز هر جنبه یا نکته مهمی که احیاناً در چارچوب قالب بکار رفته برای مصاحبه مطرح نگشت، اختصاص یافت. سند معرفی شده از سوی مصاحبه‌شونده برای کسب اطلاعات تکمیلی به دقت مطالعه شد. بر اساس مصاحبه، گزارشی فراهم آمد که توصیفی از کارکرد AFMSIF با محوریت بخش دندانپزشکی به دست می‌داد. از دیگر منابع در دسترس شامل وبسایت سازمانی و اسناد و گزارش‌های داخلی و خارجی درباره گردش مالی نظام سلامت ایران نیز برای تکمیل گزارش استفاده شد. گزارش فراهم آمده از طریق پست الکترونیک به مصاحبه‌شونده مربوطه فرستاده شد تا صحت و کفایت توصیف فراهم‌آمده را کنترل نمایند.

نتایج

توصیف سازمان (صندوق) بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (Army Forces Medical Services Insurance Fund; AFMSIF) با تأکید بر بخش دندانپزشکی: صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (AFMSIF)، یکی از چهار صندوق بیمه‌گر پایه کشور - ذیل وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی - است که کارکنان نیروهای مسلح کشور (شاغلین، بازنشستگان و سربازان وظیفه) و وابستگانشان (حدود ۵/۵٪ جمعیت کشور) را در پوشش دارد. AFMSIF، بیمه مکمل جمعیت زیر پوشش خود را نیز تأمین می‌کند؛ نوع عواید دریافتی، حق بیمه اجتماعی است که در بخش بیمه پایه، ۶٪ از حقوق و مزایا و در بخش بیمه مکمل نیز مقدار ثابت سرانه‌ایست که سالانه تعیین می‌شود و در هر مورد (پایه و مکمل) حدود ۳۰٪ توسط بیمه‌شده و ۷۰٪ توسط دولت تأمین می‌شود. بیمه مکمل نیروهای مسلح برخلاف بیمه مکمل (مازاد) درمان که توسط شرکت‌های بیمه بازرگانی ارائه می‌شود، با کارکردی حمایتی و بدون لحاظ سود بیمه‌ای در حق بیمه‌های دریافتی، فاقد سقف برای پرداخت هزینه‌هاست. پرداخت‌های دندانپزشکی از محل کل عواید در دو بخش (پایه و مکمل) تأمین می‌شود.

این صندوق در ارائه مستقیم خدمات ورودی ندارد و صرفاً به‌عنوان خریدار خدمت عمل می‌کند. مراکز ملکی نیروهای مسلح، جدا از صندوق بوده و ارائه خدمات برای شاغلین در مراکز درمانی یگانهای خود، رایگان (با دفترچه بیمه ولی بدون هم‌پردازی) است. با احتساب بیمه مکمل، بسته خدمات این صندوق، همه خدمات دندانپزشکی را که سالانه توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی اعلام و تعرفه‌گذاری می‌شود (بیشتر خدمات اصلی دندانپزشکی بجز ایمپلنت) را دربرمی‌گیرد. در قراردادبندی اولویت با مراکز نظامی و

بحث

این مطالعه نه کنکاشی در داده‌های آماری AFMSIF در بخش دندانپزشکی و جزییات اجرایی آن که کوششی برای توصیف کیفی آن بر پایه آیت‌هایی است که شواهد موجود امکان تحلیلشان را در راستای عملکردی - بالقوه - مطلوب، کارا و عادلانه با توجه به دیگر گزینه‌های کارکردی ممکن در هر مورد، فراهم می‌کند. جدول ۲ امکان مقایسه برخی جنبه‌های کارکردی AFMSIF با دیگر نهادهای اصلی بیمه اجتماعی درگیر در گردش مالی بخش دندانپزشکی کشور را فراهم می‌کند.

چگونگی و ساختار گردش مالی هم بر کیفیت و هم بر کمیت خدمات حوزه سلامت دهان و نیز هزینه‌های آن اثر می‌نهد [۸]. بنا بر یک برآورد کارشناسی و غیررسمی سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب در بخش دندانپزشکی کشور در سال ۲۰۱۰ حدود ۹۰٪ و سهم دیگر منابع (عمدتاً بیمه‌ها) حدود ۱۰٪ بوده؛ همچنین، داده‌های مرکز آمار ایران درباره درآمد و هزینه خانوارهای ایرانی، سهم پرداخت‌های دندانپزشکی از کل پرداخت‌های سلامت در سال

جدید به منظور تشویق مصرف خدمات پیشگیرانه و تقویت رویکرد سلامت‌محور است. ملاحظاتی در افزایش تعرفه خدمات ارائه‌شده در مناطق محروم به منظور حمایت از این مراکز و بهبود دسترسی به خدمات باکیفیت در این مناطق و نیز پوشش فوق‌العاده هزینه‌های دندانپزشکی جانبازان (تا ۱۰۰٪) از دیگر اقدامات تازه این سازمان به شمار می‌آید.

سهم پرداخت‌های دندانپزشکی از کل پرداخت‌های صندوق حدود ۸٪ برآورد می‌شود که در سال‌های اخیر رشد چشمگیری داشته؛ علت آن به جز افزایش تعرفه دولتی (K) دندانپزشکی، عمدتاً مربوط به طرح جدید تعیین ضریب تعرفه بر اساس ارزشیابی از مراکز است. در سال ۱۳۸۷، حدود ۲۰٪ اعتبارات بیمه مکمل صرف پرداخت‌های دندانپزشکی شد. همچنین صندوقی تحت عنوان صندوق حمایت درمانی در ستاد کل نیروهای مسلح هست که به صورت فوق‌العاده هزینه‌های درمانی بیمه‌شدگان با شرایط ویژه (مانند بیماران خاص و معسر)، شامل هزینه‌های دندانپزشکی‌شان را که در تعهد معمول سازمان نیست - از جمله ایمپلنت - تقبل می‌کند.

جدول ۲. چکیده ویژگی‌های نهادهای اصلی بیمه اجتماعی درگیر در گردش مالی بخش دندانپزشکی، بر اساس جدیدفرد (۲۰۱۳) [۳]

صندوق	روش گردآوری عواید	ارائه مستقیم خدمات	بسته خدمات	تعرفه مبنای پرداخت	سقف تعهدات (پرداخت)	ارائه‌کنندگان روش پرداخت به	بازپرداخت برای مراکز غیر طرف قرارداد	اطلاعات دندانپزشکی برای سامانه الکترونیک	سهم تقریبی پرداخت‌های دندانپزشکی
صندوق بیمه خدمات درمانی	در صندوق کارکنان دولت: تناسبی؛ در دیگر زیر صندوق‌ها: فرا کاهشی	خیر	بسته هماهنگ پایه	دولتی	خیر	FFS	خیر	خیر	کمتر از ۱٪
سازمان تأمین اجتماعی	تناسبی	بله	بسته هماهنگ پایه + ارائه برخی خدمات مکمل در مراکز ملکی	دولتی	خیر	FFS حقوق	خیر	خیر	۱٪
صندوق بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح	در بخش بیمه پایه: تناسبی؛ در بخش بیمه مکمل: فراکاهشی	خیر	بسته هماهنگ پایه + بسته مکمل	دولتی*	سقف تعهد برای برخی خدمات مکمل (پروتز و ارتودنسی)	FFS	بله (به طور محدود)	بله	۸٪
کمیته امداد	فراکاهشی	خیر	بسته هماهنگ پایه + پرداخت مکمل	دولتی	سقف پرداخت (برای بخش مکمل)	FFS	بله	خیر	۵٪
نهادهای ویژه	تناسبی	بله (برخی)	همه خدمات	خودش یا خصوصی	به طور محدود (مثلاً برای ایمپلنت‌ها)	FFS	بله	-	تا بیش از ۱۰٪

* با ضریب براساس ارزشیابی از مراکز

جدول ۳. سرانه مراجعه به دندان‌پزشک در جمعیت تحت پوشش صندوق‌های بیمه اصلی در سال ۱۳۸۴، براساس نوری و همکاران (۲۰۰۸) [۲۰]

صندوق	صندوق بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه سلامت ایران)	سازمان تأمین اجتماعی	AFMSIF	کمیته امداد
مراجعه سرانه به دندان‌پزشک	۰/۰۵۲	۰/۱۸۷	۰/۵۶	۰/۰۷۶

کاهش می‌یابد [۱۲]، به‌نظر می‌رسد که اندازه جمعیت زیرپوشش AFMSIF امکان مدیریت مطلوب منابع مالی و پیش‌بینی پرداخت‌های آن را ممکن می‌سازد. این موضوع به‌ویژه وقتی مهم می‌نماید که احتمالاً AFMSIF از ادغام صندوق‌های بیمه‌ای حوزه سلامت بر پایه قانون برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه کشور (در صورت اجرا) مستثنا خواهد بود.

چه بخیریم: بسته پایه خدمات دندانپزشکی در تعهد صندوق‌های بیمه اجتماعی (شامل AFMSIF)، بسته هماهنگ مصوب شورای عالی بیمه سلامت است که همه صندوق‌های پایه ملزم به پوشش آن هستند. AFMSIF با ورود در تأمین بیمه مکمل جمعیت زیر پوشش خود تقریباً همه خدمات اصلی و رایج دندانپزشکی (به‌جز ایمپلنت‌ها) را پوشش می‌دهد که بالاتر بودن سرانه مراجعه به دندان‌پزشک در AFMSIF نسبت به دیگر صندوق‌های بیمه‌گر پایه در کشور می‌تواند بازتابی از همین گستردگی پوشش باشد (جدول ۳). کمیته امداد نیز در ارائه بیمه مکمل به جمعیت زیر پوشش خود ورود دارد که البته چندچون این پوشش در مقایسه با AFMSIF بسیار متفاوت می‌نماید [۳].

در یک نگاه کلی، به‌نظر می‌رسد تنها توجیه پوشش بیمه‌ای عمومی برای خدمات دندانپزشکی وجود تقاضا برای این خدمات و کاهش بار مالی آن برای خانواده‌هاست [۷]. ولی از منظر فرابخشی و با لحاظ محدودیت منابع و لزوم اولویت‌بندی در تخصیص منابع، به‌نظر می‌رسد که اگر این ایفای نقش حمایتی، به پوشش فراگیر همه خدمات بینجامد، به چرخه معیوب فزاینده‌ی هزینه‌های دندانپزشکی (حتی در حضور سازوکارهای کنترل هزینه مانند سقف تعهدات) و تداوم رویکرد درمان‌نگر در این عرصه دامن می‌زند [۱۳]. امروزه، در بسیاری از کشورها شمول خدمات در بسته‌هایی که از محل منابع عمومی تأمین مالی می‌شوند بسیار سختگیرانه و روشمند می‌باشد که بازتابی از ضرورت اولویت‌بندی در تخصیص منابع محدود فراهم و توجه به پیامدهای سلامتی مترتب بر آن خدمات به ازای ارزش پولی آن‌هاست [۱۴]. نبود معیارهای عینی و مبتنی بر شواهد دال بر هزینه-اثربخشی در تنظیم بسته خدمات، آن را بالقوه به عاملی برای ناکارایی در تخصیص منابع تبدیل می‌کند که تا حدی برآمده از نبود ساختارهای تخصصی برای فراهم‌آوردن نظام‌مند دروندادهای لازم برای چنین تصمیم‌سازی‌های اساسی است.

از که **بخیریم:** هم‌اکنون صندوق‌های بیمه کشور (شامل AFMSIF) خدمات دندانپزشکی تحت پوشش خود را عمدتاً از دندان‌پزشکان عمومی خریداری می‌کنند؛ حال آنکه بخشی از خدمات تحت پوشش (به‌ویژه خدمات پایه)، کاملاً در حیطه وظایف

۱۳۸۸ را حدود ۱۵٫۵٪ نشان می‌دهد [۱]؛ در این میان سهم پرداخت‌های دندانپزشکی از کل پرداخت‌های درمانی در دو صندوق بیمه پایه اصلی (خدمات درمانی و تأمین اجتماعی) که حدود ۸۰٪ جمعیت کشور را در پوشش دارند، حدود ۱٪ است که به‌نوعی، توجیه‌کننده اطلاعات آماری یادشده می‌باشد [۲]. این سهم در AFMSIF، حدود ۸٪ است که علل اصلی آن ورود این صندوق در ارائه بیمه مکمل به جمعیت زیر پوشش خود و نیز ضریب تعرفه براساس ارزشیابی از مراکز است. از این‌رو این انتظار، منطقی خواهد بود که سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب در جمعیت زیرپوشش AFMSIF خیلی کمتر از میانگین کشوری باشد؛ گرچه به مطالعه مستقلی که تاییدگر این مهم باشد، برنخوریم.

گردآوری عواید: حق بیمه در AFMSIF در بخش بیمه پایه، همچون زیر صندوق کارکنان دولت از صندوق بیمه خدمات درمانی، تناسبی (Proportional) (درصدی از حقوق) بوده که به لحاظ عدالت در تأمین منابع مالی، دست‌کم در مقایسه با سه زیر صندوق دیگر صندوق بیمه خدمات درمانی (صندوق‌های روستاییان، ایرانیان و سایر اقشار) و نیز کمیته امداد (که در آن‌ها حق بیمه پایه، سرانه ثابتی است که سالانه براساس درصد مشخصی از حداقل حقوق و دستمزد تعیین می‌شود که به‌واسطه مشارکت یکسان افراد که بالقوه در سطوح گوناگون درآمدی هستند، فرا کاهشی (Regressive) و دور از عدالت تلقی می‌گردد [۹]، عادلانه‌تر است. ولی در بخش بیمه مکمل در AFMSIF، حق بیمه، برای همه کارکنان مبلغ سرانه یکسانی است که از حقوقشان کم می‌شود که به‌واسطه مشارکت یکسان افراد، فراکاهشی و دور از عدالت برآورد می‌شود؛ به‌ویژه که عمده پرداخت‌های دندانپزشکی نیز از محل عواید بیمه مکمل تأمین اعتبار می‌شود. به‌نظر می‌رسد که نیازی فوری برای مدیریت بهتر فرآیند تأمین اعتبار به‌ویژه به‌منظور بهبود عدالت در گردآوری حق بیمه‌ها هم در درون و هم در میان صندوق‌های بیمه اجتماعی هست که در مورد AFMSIF این مهم به‌ویژه در بخش بیمه مکمل، توجه جدی می‌طلبد.

انباشت عواید: وجود صندوقی جداگانه برای ارائه خدمات بیمه‌ای به نیروهای مسلح در بسیاری از کشورها متداول است که خود الزاماً -به‌واسطه گسست در انباشت عواید در سطح ملی- و در صورت مدیریت و تنظیم مناسب صندوق‌ها مشکل‌ساز نیست. در درون خود صندوق نیز مهم‌ترین مسئله‌ای که ذیل موضوع انباشت قابل اشاره است، اندازه صندوق (شمار جمعیت زیرپوشش آن) است [۱۱]؛ با توجه به شواهد که نشان می‌دهند برای جمعیت‌های بالای پانصد هزار نفر معمولاً عدم قطعیت در مخارج صندوق تا حد قابل قبولی

۳۰ درصدی مصوب برای هم‌پردازی خواهد بود. به دیگر سخن، هزینه تفاوت تعرفه و قیمت واقعی به بیمار منتقل می‌شود که به افزایش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب می‌انجامد. در این میان AFMSIF، کوشیده تا با تعیین تعرفه برای مواد مصرفی و تقبل ۷۰٪ آن (افزون بر سهم ۷۰ درصدی تعرفه هر خدمت) و توافق در قرارداد با ارائه‌کنندگان، و نیز اخیراً با پرداخت تا دو برابر تعرفه دولتی بر پایه ارزشیابی از مراکز طرف قرارداد، بار مالی تحمیلی به بیمه‌شدگانش را از محل منابع بیمه مکمل کنترل کند. اخیراً کوششی به‌منظور تعیین ارزش نسبی خدمات دندانپزشکی نیز انجام گرفته که می‌تواند گامی اولیه در راستای واقعی‌سازی تعرفه‌های دندانپزشکی باشد.

همچنین، تعرفه ارائه‌کنندگان (دندان‌پزشکان) متخصص در صورت ارائه خدمت مربوط به رشته تخصصی خود - طبق مصوبه شورای عالی بیمه سلامت - ۵۰٪ بیشتر از همکاران عمومی‌شان می‌باشد. حتی در AFMSIF نیز که بیشتر خدمات دندانپزشکی را به‌نوعی پوشش می‌دهد و خرید خدمت از دندان‌پزشکان متخصص چنانکه پیش‌تر اشاره شد، قابل توجه می‌نماید، هیچ سازوکاری برای پایش اینکه خدمات ارائه‌شده توسط متخصصین به لحاظ فنی، ورای مهارت دندان‌پزشک عمومی است وجود ندارد که بالقوه منبعی دیگر برای کاهش کارایی در تخصیص منابع خواهد بود.

در میان صندوق‌های بیمه پایه اجتماعی کشور به نظر می‌رسد که تنها در AFMSIF به ترتیبات قراردادی انتخابی (selective) براساس کیفیت مراقبت ارائه‌شده و عملکرد ارائه‌کنندگان تا حدودی توجه شده است [۱۹]. همچنین، تنها در AFMSIF، سامانه الکترونیک برای ثبت اطلاعات دندانپزشکی بیمه‌شدگان و نیز سازوکارهای پایش و نظارت مشخصی به‌صورت فعال و دائمی به‌منظور مرور مصرف و تضمین کیفیت خدمات ارائه‌شده به بیمه‌شدگان به چشم می‌خورد. نیز، بازپرداخت برای برخی خدمات ارائه‌شده در مراکز غیر طرف قرارداد تا حدودی حق انتخاب آزادانه ارائه‌کننده خدمت (دندان‌پزشک) از سوی بیمه‌شدگان را تأمین می‌کند.

نتیجه‌گیری

برخلاف دیگر صندوق‌های بیمه فعال در بخش سلامت کشور، با دقت در اجزای فرآیند خرید خدمات دندانپزشکی توسط AFMSIF، نشانه‌هایی از کوشش برای راهبردی (فعال و هدفمند) ساختن فرآیند خرید خدمت به‌ویژه ذیل حیطة «چگونگی خرید» به چشم می‌خورد که از آن میان می‌توان به برقراری سازوکارها و ساختارهایی به‌منظور کنترل هزینه‌ها و تضمین کیفیت خدمات، پرداخت بر پایه ارزشیابی کیفی مراکز و طرح هدفمند کردن هم‌پردازی‌ها اشاره کرد. همچنین، AFMSIF در حوزه عملکردی بخش دندانپزشکی خود می‌تواند اقداماتی را در راستای بهبود اجزای خرید خدمات دندانپزشکی و برقراری خریدی فعال و

نیروی کار مکمل یا حد واسط مانند بهداشت کاران دهان است. به دیگر سخن، بخش عمده خدمات پایه توسط پرسنل مکمل با هزینه کمتر و کیفیت مشابه دندان‌پزشکان عمومی قابل ارائه است که فلسفه پرورش این نیروها نیز می‌باشد [۱۵]. البته این مهم عمدتاً و به‌طور اولیه برآمده از سیاست‌های اتخاذی در پرورش نیروی انسانی به‌ویژه در دو دهه اخیر است که توجه زیادی به توسعه کمی دانشکده‌های دندانپزشکی و پرورش دندان‌پزشک و توسعه رشته‌های تخصصی‌شده و به پرورش نیروی انسانی مکمل توجه لازم نشده است؛ لذا صندوق‌های بیمه - جدا از ملاحظات قانونی - حتی اگر بخواهند، به‌طور اولیه نیروی کافی در این مشاغل وجود ندارد [۲]. مشخصاً در AFMSIF، خرید خدمت از دندان‌پزشکان متخصص به‌ویژه به‌واسطه اشتغال در کلینیک‌های تخصصی دندانپزشکی وابسته به نهادهای نظامی و پوشش خدمات مکمل قابل توجه است که در بحث درباره «چگونگی خرید» به آن اشاره خواهد شد. پرورش نسل نوی بهداشت کاران دهان که از پنج سال پیش برای بارگیری در شبکه بهداشتی-درمانی کشور آغاز شده، می‌تواند زمینه‌ای برای همکاری بیشتر صندوق‌های بیمه با این شبکه در خرید خدمات باشد.

چگونه بخریم: روش پرداخت در بخش خرید خدمت، تماماً کارانه یا پرداخت به ازای واحد خدمتی (FFS) است که بالقوه و به لحاظ انگیزشی، ارائه‌کننده را به ارائه خدمات بیشتر (و احياناً غیرضروری) در چارچوب بسته خدمات تشویق می‌کند و تورمزاست [۱۶]. بالقوه، این افزایش مصرف نیز منبعی دیگر برای کاهش کارایی در تخصیص منابع خواهد بود. حال آنکه ترکیبی از روش‌های پرداخت شامل سرانه (Capitation) به‌منظور ایجاد انگیزه‌های مناسب در ارائه‌کنندگان سفارش می‌شود [۴]. در همین زمینه، گرایش فزاینده‌ای به «پرداخت برای عملکرد» در ارائه مراقبت سلامت در نظام‌های پیشرفته‌تر به چشم می‌خورد [۱۷]. سهم هم‌پردازی (فرانشیز) بیمار نیز بنابر مصوبه شورای عالی بیمه برای همه خدمات سرپایی (شامل دندانپزشکی)، یکسان و به میزان ۳۰٪ تعیین شده؛ حال آنکه برخی منابع توصیه می‌کنند که هم‌پردازی برای خدمات پیشگیری کمتر باشد تا بالقوه انگیزه‌ای برای مصرف بیشتر این خدمات شود [۱۸]. در این صورت و به‌واسطه مشارکت این خدمات در ارتقای سلامت، از هزینه‌های بیمه‌ها در درازمدت کاسته می‌شود. در همین زمینه طرح «هدفمند کردن هم‌پردازی‌ها» در AFMSIF در دست انجام است که نتایج آن می‌تواند شواهد تجربی و باارزشی در تأیید یا رد ادعای بالا به دست دهد که در هر صورت قابل توجه خواهد بود.

تعرفه‌های دولتی که مبنای پرداخت صندوق‌های بیمه اصلی هستند، بسیار کمتر از (در بهترین حالت حدود نصف) قیمت‌های واقعی بخش خصوصی - که سهم غالب ارائه خدمات را به‌عهده دارد - هستند. لذا از آنجا که خرید خدمات از بخش خصوصی نیز با تعرفه دولتی است بالقوه سهم بیماران معمولاً خیلی بیشتر از سهم

راهبردی که دربردارنده ارتقای کارایی و عدالت در خدمات‌رسانی باشد انجام دهد. برخی از این اقدامات عبارت‌اند از تعریف بسته پایه خدمات دندانپزشکی براساس معیارهای توصیه‌شده (به‌ویژه هزینه-اثربخشی نسبی خدمات)، انتخاب نیروی کار مکمل مانند بهداشت‌کاران دهان و دندان برای خرید خدمات نیازمند درجات پایین‌تر مهارتی با تأکید بر پیشگیری و برقراری نظام ارجاع به‌ویژه به‌منظور ارائه خدمات توسط دندان‌پزشکان متخصص و معرفی روش‌های پرداخت ترکیبی به‌منظور ایجاد انگیزه‌های مطلوب در ارائه‌کنندگان خدمات و بیماران. بخشی از این اصلاحات وابسته به تغییر در سیاست‌های جاری مانند سیاست‌های پرورش نیروی انسانی است که ورای حوزه اختیارات بیمه‌گر می‌باشد. بخشی نیز نیازمند برپایی ساختارهایی به‌منظور تأمین دروندادهای لازم برای تصمیم‌سازی‌های آگاهانه مانند ارزیابی فن‌آوری‌های سلامت دهان

تشکر و قدردانی: از آقایان دکتر عباس سپهری (AFMSIF)، مهدی تدین (MSIF)، رضا حسین‌پور (وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی) و حمیدرضا صفیخانی برای همکاری و راهنمایی‌های ارزنده‌شان در انجام این مطالعه سپاسگزاریم.

منابع

- Hosseinpour R, Ebrahimi E, Mirmalek-Sani M, Shahsavari B. [A review of goals and functions of dental sector in Iran's health systems]. *Dandanpezeshki-e Emruz [Today's Dentistry]*. 2010;11(4):189-98. Persian.
- Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Social insurance for dental care in Iran: a developing scheme for a developing country. *Oral Health Dent Manag*. 2012;11(4):189-98.
- Jadidfard MP. Evaluation of the financing function for dental sector in Iran's health system [dissertation]. Tehran: Shahid-Beheshti University of Medical Sciences; 2013. Persian.
- Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 2001;56(3):171-204.
- Hyman JJ, Reid BC, Mongeau SW, York AK. The military oral health care system as a model for eliminating disparities in oral health. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(3):372-8.
- The World Health Report 2000 - Health systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization; 2000. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/en/>.
- Jadidfard MP, Yazdani S, Khoshnevisan MH. Developing a policy guidance for financing dental care in Iran using the RAND Appropriateness Method. *Community Dent Health*. 2013;30(4):227-33.
- Gift HC, Gerbert B, Kress GC, Reisine ST. Social, economic, and professional dimensions of the oral health care delivery system. *Ann Behav Med*. 1990;12:161-9.
- Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich MR. Getting health reform right: a guide to improving performance and equity. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2002.
- Islamic Republic of Iran, Health Sector Review: World Bank Group, Human Development Sector,

Middle East and North Africa; 2007. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/7960>

- Smith PC, Witter SN. Risk pooling in health care financing: the implications for health system performance. Washington: The World Bank; 2004. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/13651>.
- Martin S, Rice N, Smith PC. Risk and the general practitioner budget holder. *Soc Sci Med*. 1998;47(10):1547-54.
- Saekel R. China's oral care system in transition: lessons to be learned from Germany. *Int J Oral Sci*. 2010;2(3):158-76.
- Schreyogg J, Stargardt T, Velasco-Garrido M, Busse R. Defining the "Health Benefit Basket" in nine European countries. Evidence from the European Union Health BASKET Project. *Eur J Health Econ*. 2005;6(Suppl 1):2-10.
- Barnes D. Dental hygienists as health care providers. *Probe*. 1990;25(5 Spec No):19-23.
- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *Int J Health Plann Manag*. 1995;10(1):23-45.
- Voinea-Griffin A, Rindal DB, Fellows JL, Barasch A, Gilbert GH, Safford MM, et al. Pay-for-performance in dentistry: what we know. *J Healthc Qual*. 2010;32(1):51-8.
- Guay AH. The differences between dental and medical care: implications for dental benefit plan design. *J Am Dent Assoc*. 2006;137(6):801-6.
- Perrot J. Different approaches to contracting in health systems. *Bull World Health Organ*. 2006;84(11):859-66.
- Nouri M, Monazzam K. [An Assessment of the five-year performance of medical social insurances in Iran, studying secondary information]. Tehran: Ministry of Health and Medical Education, 2008.