

فصلنامه امنیت ملی
سال نهم، شماره ۳۱، بهار ۱۳۹۸
مقاله ششم از صفحه ۱۳۷ الی ۱۷۲

نقش بیمه سلامت در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران^۱

علی ربیعی^۲

رضا چاهی^۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۹/۱۸

چکیده:

تأمین سلامت و امنیت و آرامش لازم در خانواده‌ها در خصوص دسترسی آسان به خدمات سلامت با هزینه کم همواره مورد تأکید قانون اساسی و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) بوده است. هدف اصلی این پژوهش طراحی الگوی راهبردی نظام بیمه سلامت کشور و نقش آن در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران است. پژوهش از نظر هدف، کاربردی است. در قسمت اول مقاله از روش تحقیق کیفی و در قسمت دوم به منظور اعتبارسنجی مدل شناسایی شده از روش تحقیق کمی بهره گرفته شده و با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS و SPSS به تعیین برازش مدل پرداخته شد. مدل پژوهش شامل ۵ متغیر اصلی با عناوین کارکرد تأمین مالی سلامت، ابعاد نظام بیمه سلامت، شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت، افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، شاخص‌های امنیت ملی است. مؤلفه‌های هر بعد بدین شرح می‌باشد: (شاخص‌های امنیت ملی: کارآمدی نظام سیاسی، رضایتمندی، اعتماد، وجود مکانیسم‌های جبرانی، وجود شبکه کنترلی مؤثر)؛ (شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت: عدالت در تأمین مالی، پاسخگویی به انتظارات غیر درمانی مردم)؛ (ابعاد نظام بیمه سلامت: انباشت ریسک، مبنای پوشش، پایداری مالی)؛ (کارکرد تأمین مالی سلامت: تجمیع منابع، خرید راهبردی، تدارک خدمت).

کلیدواژه‌ها: امنیت ملی، بیمه سلامت، سلامت، نظام بیمه سلامت

۱- مقاله علمی - پژوهشی برگرفته از رساله دکتری می‌باشد.

۲- دانشیار دانشگاه پیام نور

۳- دانش آموخته دوره دکتری امنیت ملی دانشگاه عالی دفاع ملی (نویسنده مسئول) -

مقدمه:

تأمین سلامت برای یکایک مردم در هر جامعه‌ای از حقوق اساسی انسان‌هاست که باید به‌وسیله دولت‌ها و متولیان امور مورد توجه جدی قرار گیرد. سازمان‌های جهانی، از جمله سازمان جهانی بهداشت، حق سلامت را مهم‌ترین هدف اجتماعی یک جامعه و بهره‌مند بودن از سلامت را اساس توسعه پایدار و یکی از پایه‌های اصلی رسیدن به عدالت اجتماعی به شمار می‌آورند. افزایش شدید هزینه‌های درمانی در سال‌های اخیر و ناکارآمدی بیمه‌های درمانی در ارائه خدمات درمانی باعث شده تا بیمار و خانواده او در برابر این هزینه‌ها ناتوان باشند. هزینه‌های ناشی از تأمین، حفظ و ارتقای سلامت افراد یکی از مهم‌ترین هزینه‌های خانوار به شمار می‌آید که گاه می‌تواند سبب افت وضع مالی خانواده‌ها به زیر خط فقر گردد. همواره راهکارهای گوناگونی برای دسترسی آسان به خدمات سلامت و حفاظت خانواده‌ها و افراد در مقابل هزینه‌های سلامت به‌ویژه هزینه‌های کمرشکن مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهم‌ترین این راهکارها، بیمه‌های سلامت است که تا بتوانند سلامت افراد جامعه را با هزینه مناسب تأمین نمایند (عرب، ۱۳۸۹: ۱).

موضوع تأمین سلامت و تأمین امنیت و آرامش لازم در خانواده‌ها در خصوص دسترسی آسان به خدمات سلامت با هزینه کم همواره مورد تأکید قانون اساسی و سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری بوده است. ایشان در این خصوص می‌فرماید: «ما می‌خواهیم اگر در خانواده‌ای فردی مریض شد آن خانواده جز رنج مریض‌داری، رنج دیگری نداشته باشد» (امام خامنه‌ای (مدظله- العالی): ۱۳۸۹/۰۱/۰۱).

نقش بیمه‌ها و پوشش آن‌ها برای افراد جامعه موضوع مهمی است که سلامت در لوای آن می‌تواند پیشرفت یا تنزل داشته باشد و کمک کند به ارتقاء امنیت اجتماعی و اقتصادی و کاهش دغدغه مردم در دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی، جلوگیری از فقر در اثر بیماری، ایجاد جامعه سالم و پویا و رشد اقتصادی و... در نهایت منجر به تقویت امنیت ملی گردد. لذا از آنجایی که نظام بیمه سلامت به عنوان مهم‌ترین ابزار در تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت است، ناکامی نظام بیمه سلامت نیز در تحقق اهداف خود، موجبات دغدغه و اضطراب در جامعه، فقر ناشی از بیماری، رشد و توسعه و تضعیف امنیت ملی را به دنبال خواهد داشت. بنا بر آنچه به تفصیل ذکر گردید نیاز به یک الگوی راهبردی کارا در نظام بیمه سلامت و نقش آن در امنیت ملی به عنوان حلقه مفقودی و مسئله تحقیق می‌باشد که به آن پرداخته شده است. در باب اهمیت تحقیق می‌توان گفت با تولید الگوی راهبردی، مبانی نظری در خصوص چگونگی تأمین منابع پایدار، اولویت‌های

تأمین منابع مالی، مناسب‌ترین نظام خرید و پرداخت خدمات، شاخص‌های امنیت ملی متأثر از نظام بیمه سلامت مشخص می‌شود.

در باب ضرورت تحقیق می‌توان بیان داشت که اگر این تحقیق صورت نگیرد، نظام بیمه سلامت یک الگوی مدون تحت عنوان «طراحی الگوی راهبردی نظام بیمه سلامت ایران و نقش آن در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران» نخواهد داشت. خطر کسری منابع مالی، تداوم معضلات و چالش‌های نظام بیمه سلامت، تهدید امنیت ملی از جانب حوزه سلامت، هدر رفت منابع، سستی بودن روش‌های خرید و... به دنبال خواهد داشت، لذا با توجه موارد فوق انجام کار تحقیقاتی در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

هدف اصلی تحقیق: دستیابی به الگوی راهبردی نظام بیمه سلامت کشور و تبیین نقش آن در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران.

سؤال اصلی: الگوی راهبردی نظام بیمه سلامت و نقش آن در امنیت ملی کدام است؟ سؤالات فرعی: اول) الگوهای رایج نظام بیمه سلامت در کشورهای منتخب کدامند؟ دوم) ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های نظام بیمه سلامت کدامند؟ سوم) ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های امنیت ملی، متأثر از نظام بیمه سلامت چگونه است؟ پنجم) چالش‌های پیش روی سازمان بیمه سلامت کدامند؟ این پژوهش در بخش کیفی فاقد فرضیه است. فرضیه‌های پژوهش در بخش کمی بدین شرح می‌باشند:

فرضیه اصلی اول: کارکرد تأمین مالی سلامت بر ابعاد نظام بیمه سلامت تأثیر معناداری دارد. فرضیه اصلی دوم: ابعاد نظام بیمه سلامت بر شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت تأثیر معناداری دارد. فرضیه اصلی سوم: کارکرد تأمین مالی سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر معناداری دارد. فرضیه اصلی چهارم: ابعاد نظام بیمه سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر معناداری دارد. فرضیه اصلی پنجم: شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر معناداری دارد. فرضیه اصلی ششم: افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر بر شاخص‌های امنیت ملی تأثیر معناداری دارد. فرضیه اصلی هفتم: افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر نقش واسطه را در رابطه کارکرد تأمین مالی سلامت و شاخص‌های امنیت ملی ایفاء می‌کند. فرضیه اصلی هشتم: افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر نقش واسطه را در رابطه ابعاد نظام بیمه سلامت و شاخص‌های امنیت ملی ایفاء می‌کند. فرضیه اصلی نهم: افزایش رفاه مردم

♦ ۱۴۰ فصلنامه امنیت ملی، سال نهم، شماره سی و یکم، بهار ۱۳۹۸ —————
و جلوگیری از فقر نقش واسط را در رابطه شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت و شاخص‌های امنیت ملی ایفاء می‌کند.

پیشینه تحقیق: در مراکز مختلف، تحقیقاتی در خصوص نظام بیمه سلامت و امنیت ملی صورت گرفته که اهم آن‌ها بدین شرح می‌باشند: دکتر رجب‌پور در سال ۱۳۸۳ در پژوهشی با عنوان «مطالعه تطبیقی نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران» با روش تطبیقی، تکنیک دلفی به این نتیجه دست یافت که الگوی مناسب ایران را شرکت بیمه همگانی (ملی) سلامت ایران با ماهیت حقوقی مستقل زیر نظر مجمع عمومی و از مؤسسات مرتبط با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی معرفی می‌کند. نحوه اداره به صورت سازمان مجازی، کوچک شده و با روش‌های مدیریت نوین و وسایل ارتباطی پیشرفته است. مبنای پوشش جمعیت را ایرانی بودن می‌داند و کلیه خدمات شامل پیشگیری، درمان را مدنظر دارد. جایگاه آن در نظام سلامت تأمین منابع مالی بوده و خدمات را به صورت مستقیم و غیرمستقیم با رعایت سیستم ارجاع و اولویت‌بندی خدمات پیشگیری، ارائه می‌نماید. منابع مالی این نظام عمدتاً از طریق بودجه عمومی تأمین و بیمه شده در زمان استفاده از خدمت با پرداخت فرانشیز مشارکت می‌نماید. شیوه پرداخت را ترکیبی از سه روش با اولویت به ترتیب سرانه، موردی و کارانه، حسب مورد و با تصمیم مدیران شرکت توصیه می‌نماید.

در تحقیق دیگر دکتر فرزانه مفتون در سال ۱۳۸۸ در پروژه‌ای با بررسی میزان رضایتمندی بیمه‌شدگان روستایی تحت پوشش بیمه خدمات درمانی و ارائه‌دهندگان خدمات در طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده با روش مطالعات کیفی و مطالعه مقطعی به این نتایج دست یافت: رضایت بالایی در زمینه ارائه خدمات پزشکی، مامایی و تزریقات وجود دارد. ۷۳٫۹٪ مراجعین از ساعات ارائه خدمت رضایت بیش از متوسط دارند. میزان رضایت از هزینه درمان در موارد ارجاع به متخصص پایین است. بیش از ۴۵٪ پزشکان زمان ویزیت را جهت انجام فرایندهای ویزیت بیمار کافی نمی‌دانند. رضایت مراجعه‌کنندگان از نتیجه درمان پزشک خانواده سطح یک و سطح دو نسبتاً بالا است. به ترتیب ۷۸٫۸٪ و ۷۲٫۱٪ مراجعین رضایت بالاتر از سطح متوسط داشته‌اند.

دانشجویان دوره هشتم تهدیدات امنیت ملی دانشکده امنیت دانشگاه عالی دفاع ملی در مطالعه گروهی در سال ۱۳۹۲ با عنوان «الگوی تدوین راهبرد امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران» با روش توصیفی زمینه‌یابی یا پیمایشی به این نتیجه دست یافتند که هفت وجه تمایز میان راهبرد امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران با سایر کشورها وجود دارد.

۱. بنیان‌های نظری و تفسیری است که در سه محور هستی‌شناسی، معرفت‌شناسی و روش‌شناسی زیرساخت اصلی راهبرد امنیت ملی را شکل می‌دهند. ۲. ارزش‌ها و آرمان‌های امنیتی ایران با سایر کشورها متفاوت است. ۳. مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی) مهم‌ترین مرجع و نهاد امنیتی و هدایت‌کننده جامعه به سوی کمال است. ۴. گفتمان‌های امنیتی ایران، بسط محوری، رشد محوری و حفظ محوری است. ۵. رویکردهای امنیتی ایران بر اساس تعالیم وحیانی تعیین می‌شود. ۶. موقعیت ژئوپلیتیکی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران نقش تعیین‌کننده‌ای در تدوین راهبرد امنیت ملی آن دارد. ۷. نهادهای دینی غیر حکومتی مانند حوزه‌های علمیه و مراجع تقلید، با توجه به ماهیت دینی حکومت در تعیین راهبردهای امنیتی مؤثرند. خلاصه آنکه شورای عالی امنیت ملی می‌باید زیر نظر رهبری و مبتنی بر اسناد بالادستی و ارزش‌های بنیادین نسبت به برآورد قدرت ملی، تعیین اهداف امنیت ملی، اولویت‌بندی آن‌ها، تعیین راهبرد امنیت ملی و تعیین سیاست‌های موضوعی و بخشی اقدام نماید و نتایج نشان می‌دهد که الگوی مدنظر از سه سازه تشکیل شده است. سازه اول: حاصل تجزیه تحلیل داده است. سازه دوم رابطه طولی، عرضی و تعاملی فرایند را شکل می‌دهد. سازه سوم را نهادهای مؤثر در الگو تشکیل می‌دهد.

در تحقیقی دیگر که در سال ۱۳۷۹ توسط سودابه وطن‌خواه با عنوان مطالعه تطبیقی شیوه منابع مالی بیمه بهداشت و درمان در هفت کشور صنعتی جهان و ارائه الگو مناسب برای جمهوری اسلامی ایران (آمریکا، ژاپن، آلمان، سوئد، فرانسه، انگلستان و کانادا) به صورت تحقیقات کاربردی به روش توصیفی - تطبیقی به صورت مقطعی میدانی انجام شده این نتایج صورت گرفت که ۱- در تمام کشورهای مورد مطالعه منابع دولتی و مالیات به عنوان منابع حائز اهمیت در تأمین منابع مالی بیمه‌های بهداشتی درمانی هستند. ۲- در تمام کشورهای مورد مطالعه منابع دولتی و مالیات و حق بیمه به عنوان منابع حائز اهمیت در تأمین منابع مالی بیمه‌های بهداشتی درمانی هستند. ۳- در تمام کشورهای مورد مطالعه سهم بهداشت درمان از تولید ناخالص داخلی GDP در مقایسه با سایر کشورها سهم بالایی می‌باشند و استفاده از منابع بیمه‌های خصوصی تنها در آمریکا و آلمان به عنوان منابع مالی بیمه در نظر گرفته می‌شوند.

مبانی نظری:

نظام‌های سلامت در جهان با توجه به سابقه تاریخی و شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی هر کشور متفاوت است. به طوری که شاید بتوان گفت نظام سلامت هیچ دو کشور یکسان نیست، ولی

تشابه بخشی از عوامل و متغیرها باعث می‌شود که بتوان نظام‌های سلامت را دسته‌بندی کرد. شیوه مختلفی برای دسته‌بندی نظام‌های سلامت وجود دارد که در ذیل به آن‌ها اشاره خواهد شد. آنچه مهم است این است که قرار گرفتن یک کشور در یک گروه به معنی تعلق کامل آن دسته مذکور نیست و تنها وجود یکسری عوامل مشترک باعث شده است تا نظام سلامت یک کشور به سمت مذکور متمایل گردد. برای سهولت کار نظام سلامت در دو دسته تقسیم‌بندی بر اساس نحوه تأمین مالی و تقسیم‌بندی بر اساس کارکردهای نظام‌های سلامت طبقه‌بندی شده است. مدل‌های تقسیم‌بندی بر اساس نحوه تأمین منابع مالی، نظام‌های بیمه سلامت در جهان با نظام تأمین مالی آن‌ها شناخته می‌شوند که عبارتند از: نظام بیمه سلامت ملی^۱ / بیمه اجتماعی سلامت^۲ / نظام رقابتی بازار آزاد یا طرح‌های بیمه خصوصی تجاری^۳ (آمریکا) / مدل مستقیم

نظام بیمه ملی سلامت: پوشش همگانی است. مبنای پوشش قرار گرفتن افراد اقامت آن‌ها در کشور است. منابع از مالیات تأمین می‌شود. تدارک خدمات عمدتاً دولتی است. نظام پرداخت به فراهم‌کننده حقوق ثابت و برخی پرداخت‌های تشویقی است. کارکردهای سلامت (تولیت، پدیدآوری منابع، تأمین مالی، تدارک خدمات) از هم مستقل هستند، همه زیرمجموعه وزارت بهداشت است. جدایی خریدار از فراهم‌کننده در قالب بازار داخلی است. نظام واحد پرداخت بیمه‌ای اعمال می‌شود. محوریت بیمه در یک سازمان یا نهاد است. نهاد تولیت متکفل تدارک خدمات نیست. تولیت با اعمال سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، نظارت و ارزشیابی دستیابی به اهداف سلامت (پاسخگویی، تحقق عدالت، سلامت مطلوب و کیفی) را رصد می‌کند. این مدل به عنوان نظام بورلیچ یا نظام همگانی شناخته می‌شود و بیشتر در کشور انگلستان رایج است (حسن‌زاده، ۱۳۹۵: ۱۵۲).

نظام بیمه اجتماعی سلامت: پوشش استحقاق کسانی است که حق بیمه پرداخت نموده‌اند. منابع از مشارکت دستمزدی توسط کارفرما و کارگر تأمین می‌شود. تدارک خدمات دولتی و خصوصی است. نظام پرداخت به فراهم‌کننده از سرانه تا به ازای موردی متغیر است. حوزه‌های کارکردی کاملاً مستقل هستند. تولیت سلامت با وزارت بهداشت است. حوزه تأمین مالی بیمه‌ای و زیرمجموعه حوزه رفاه است. جدایی کامل خریدار از فراهم‌کننده وجود دارد. آلمان اولین نسخه

1- National Health Insurance

2- Social Health Insurance

3- Private Health Insurance

بیمه سلامت اجتماعی اجباری را اجرا نمود و طرح بیمه کارگران بیسمارک که هم اکنون تمام جمعیت را پوشش می‌دهد، پایه‌گذاری گردید (حسن‌زاده، ۱۳۹۵: ۱۵۳).

نظام رقابتی بازار آزاد یا طرح‌های بیمه خصوصی تجاری^۱ (آمریکا): خالص‌ترین نظام سلامت نظام تجاری ایالات متحده است. جایی که به‌طور عمده طرح‌های بیمه سلامت خصوصی، تأمین مالی خدمات سلامت را بر عهده دارند (عرب، ۱۳۸۹: ۲۱).

مدل آمریکایی بازار آزاد عبارت است از بیمه‌های خصوصی که در آن حق بیمه‌ها، بر اساس قراردادهای بیمه سلامت برای خرید خدمات از بخش خصوصی تخصیص داده می‌شود (حسن‌زاده، ۱۳۹۰: ۱۵).

مدل مستقیم: هیچ نهاد ثالثی وجود ندارد. رابطه مستقیم بین بیمار و پزشک است. هیچ واسطی وجود ندارد. هیچ نهادی نیست. بیمار پول می‌دهد و از پزشک خدمات دریافت می‌کند. تقسیم‌بندی بر اساس کارکردهای نظام سلامت، مدل‌های کارکردی مطرح در حوزه نظام‌های سلامت و جایگاه نظام بیمه سلامت در این مدل‌ها عبارتند از: ۱- مدل سازمان بهداشت جهانی ۲۰۰۰ (WHO 2000) ۲- مدل لوندونیو و فرنک ۳- مدل صندوق رفاه عمومی ۴- مدل میلز^۲ و رانسون^۳

روش‌های پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات در نظام بیمه سلامت: اصل مهم و قابل توجه برای مدیران نظام بیمه همگانی سلامت در انتخاب شیوه پرداخت و بهره‌وری و استفاده بهینه از منابع در اختیار است. روش‌های پرداخت عبارتند از: روش پرداخت کارانه، روش پرداخت موردی، روش هزینه روزانه، پرداخت تشویقی، روش میزان پرداخت ثابت، روش بودجه‌ای، روش سرانه، روش پرداخت‌های ویژه

بررسی نظام بیمه سلامت کشورهای منتخب آلمان- انگلستان - آمریکا - کره جنوبی- ترکیه- ایران: مطالعه تطبیقی علاوه بر این که می‌تواند در گسترش مرزها و مبانی دانش نظریه‌سازی و نظریه‌پردازی کمک کند، در حوزه علوم رفتاری و اجرا نیز در اتخاذ تصمیمات مناسب و انتخاب راه‌حل‌های صحیح جهت حل معضلات و مشکلات عینی مورد استفاده قرار می‌گیرد. البته بدیهی است که هدف از مطالعه تطبیقی در حوزه علوم رفتاری و اجرایی، به هیچ عنوان الگوبرداری

1-Private Health Insurance

2-Annej.Mills

3-M.kent ranson

۱۴۴ فصلنامه امنیت ملی، سال نهم، شماره سی و یکم، بهار ۱۳۹۸

صرف و تقلید محض نیست. بلکه آنچه به عنوان یکی از نتایج نظری و کاربردی مطالعه تطبیقی مدنظر است، مقایسه الگوهای مورد استفاده در یک زمینه خاص می‌باشد (مسعودی اصل، ۱۳۹۴: ۳۳). بر آن شدیم تا عوامل تأثیرگذار در شکل‌گیری نظام بیمه سلامت کشورهای مذکور، مورد بحث قرار گیرد. مواردی که بیشتر مدنظر قرار دارد عبارتند از تأمین منابع مالی / نحوه پوشش بیمه‌ای / تجمیع منابع / خرید راهبردی / ساختار و تشکیلات بیمه‌ای / تدارک خدمات و ...

به منظور انتخاب کشورهای نمونه، با توجه به مدل‌های نظام بیمه سلامت در کشورهای جهان مدل بیمه اجتماعی طرح بیسمارک / مدل بیمه سلامت همگانی بورچ / مدل بیمه خصوصی آمریکا / مدل مستقیم و کشورهای مطرح در الگوی های فوق و تشابه کشورهای که نظام بیمه سلامت آن‌ها به نظام بیمه سلامت ایران نزدیک است و اعلام نظر اساتید تصمیم بر آن شد کشورهای ذیل به عنوان کشورهای منتخب جهت بررسی و مطالعه مدنظر قرار گیرند.

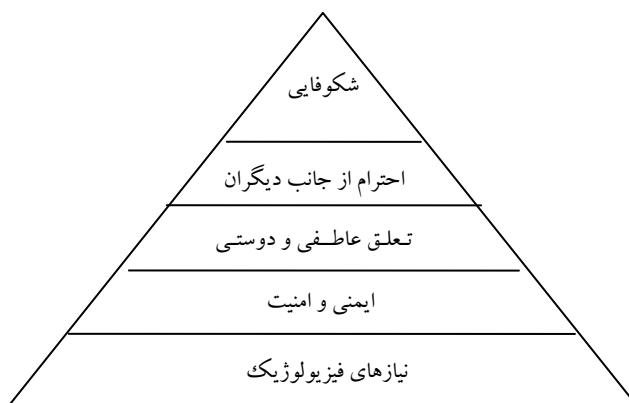
جدول شماره (۱): نظام بیمه سلامت کشور آلمان / انگلستان / آمریکا / ترکیه / کره جنوبی / ایران.

نام کشور	ساختار سازمان از نظر وابستگی	جایگاه و نقش بیمه در نظام سلامت	مبنا پوشش جمعیتی	پوشش خدمات	نحوه ارائه خدمات	نحوه اداره	تأمین منابع مالی
آلمان	تأمین اجتماعی	تأمین منابع مالی	اقامت و پرداخت حق بیمه	پیشگیری، درمان، توان‌بخشی	غیرمستقیم	عمومی غیرانتفاعی	حق بیمه / دولت
انگلستان	بهداشت و درمان	تلفیق در سیستم بهداشت و درمان	ملیت	پیشگیری، درمان، توان‌بخشی	مستقیم	دولتی	دولت
ایالات متحده	مستقل	تأمین منابع مالی	ملیت + شغل + حق بیمه	درمان	غیرمستقیم	دولتی	حق بیمه + دولت
کره جنوبی	تأمین اجتماعی	تأمین منابع مالی	اقامت + شغل	پیشگیری، درمان، توان‌بخشی	غیرمستقیم	شرکت دولتی	حق بیمه‌ها
ایران	بهداشت و درمان	تأمین منابع مالی و ارائه‌کننده خدمات	ملیت + شغل + حق بیمه + دیگر	درمان	مستقیم + غیرمستقیم	بخش عمومی + دولتی + سازمان خیریه	حق بیمه‌ها + یارانه دولت
ترکیه	وزارت سلامت	تأمین منابع مالی	ملیت / شغل	پیشگیری، درمان، توان‌بخشی	مستقیم + غیرمستقیم	عمدتاً دولتی	حق بیمه / دولت

مبانی نظری امنیت: امنیت انتظار نخست انسان‌ها از حکومت‌هاست که امروزه ابعاد گسترده و متنوعی یافته است. تأثیرپذیری امنیت از اقتصاد، فرهنگ، صنعت و جمعیت و تأثیرگذاری آن بر همه شاخه‌های توسعه و حیات انسانی به آن نقش بنیادین داده و همه فیلسوفان سیاسی گذشته و

حال را به تأمل در آن واداشته است. فیلسوفانی که دغدغه عدالت داشته‌اند، آن را شرط ضروری عدل دانسته‌اند و کسانی که به رفاه می‌اندیشیده‌اند، آن را عامل اصلی آسایش شمرده‌اند و آنان که بر توسعه سیاسی یا اقتصادی تکیه کرده‌اند، امنیت را «عامل» و نیز «حاصل» آن تلقی کرده‌اند و همه کسانی که برای حاکمیت ارزش‌های معنوی تلاش دارند، آن را مقدمه این واجب دانسته‌اند.

امنیت از جمله دیرپاترین آمال بشر بوده و یکی از لوازم و شروط بهزیستی و بهروزی وی تلقی گردیده و از دیدگاه مازلو، ابزار حرکت به سوی «خود شکوفایی انسانی» محسوب می‌شود. به طوری که وی در اولویت‌بندی نیازهای بشر، بلافاصله پس از نیازهای اولیه (شامل هوا، غذا، مسکن، پوشاک) نیاز به امنیت را جای داده و سایر نیازهای انسانی را علی‌رغم ضرورت غیرقابل انکار آنها، در اولویت‌های بعدی آورده است.



هرم نیازهای مازلو (پارسائیان و اعرابی، ۱۳۷۸: ۳۲۸)

ابعاد امنیت: گرچه ابعاد امنیت ملی را در اشکال مختلف تقسیم کردند، لیکن عمده ابعاد امنیت ملی را می‌توان بدین شرح تقسیم کرد. امنیت سیاسی / امنیت اقتصادی / امنیت نظامی / امنیت فرهنگی / امنیت اجتماعی (مرادیان، ۱۳۸۹: ۲۳)

احساس امنیت و مؤلفه‌های آن: امنیت در مفهوم وسیع و جامع خود، بیشتر به ویژگی‌ها و خصوصیات روان‌شناختی مردم یک جامعه فرضی برمی‌گردد. امنیت باید بتواند به شهروندان و اعضای جامعه، امنیت خاطری در حد نیازهای روان‌شناختی آن‌ها اعطاء کند. هیچ‌کس نمی‌تواند در محیط ترس‌آور، نگران و مضطرب کننده زندگی کند.

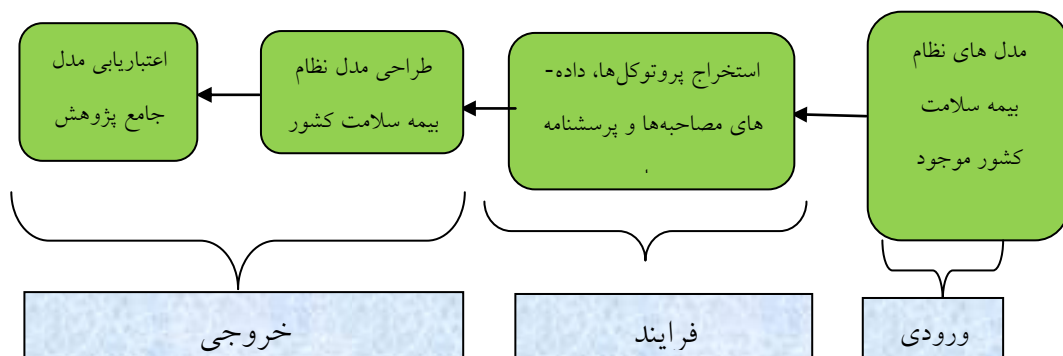
۱۴۶ ♦ فصلنامه امنیت ملی، سال نهم، شماره سی و یکم، بهار ۱۳۹۸

شاخص‌های جامعه امن: با توجه به گفتمان ایجابی که از امنیت معرفی می‌شود، می‌توان شاخص‌های جامعه امن را این‌گونه برشمرد: کارآمدی نظام سیاسی / رضایتمندی / وجود مکانیسم‌های جبرانی / وجود شبکه کنترلی مؤثر (افتخاری، ۱۳۸۲). اعتماد (روزنامه قدس، ۱۳۷۹: ۴). به‌طور کلی جامعه امن جامعه‌ای است که در آن سرانه ناامنی روبه کاهش است. یعنی آمار و ارقام به صورت درصدی نسبت به جمعیت، حاکی از کاهش بزه است و زمینه‌های اقبال به جرم بسیار کم بوده و تلاش در سالم‌سازی فضا است. امکان اقدام به جرم به علت نظارت و کنترل، کم و هزینه آن بالاست.

اهمیت امنیت و سلامت در کلام مقام معظم رهبری: ... مسئله سلامت جزء اولین مسائل مهم زندگی جوامع است. این حدیث معروف *نعمتان مجهولتان الصَّحَّةُ وَ الْأَمَانُ*. حقیقتاً انگشت اشاره‌ای است به یک امر اساسی و حیاتی. هم سلامت، هم امنیت در شمار نعمت‌های بزرگی است که انسان تا از آن نعمت‌ها محروم نباشد، اهمیت و ارزش آن را نمی‌فهمد؛ مثل هوا، مثل تنفس. تا وقتی انسان تنفس می‌کند، اهمیت این نعمت رایگان و همه‌جائی را درک نمی‌کند؛ تنفس که مشکل شد، انسان آن وقت احساس می‌کند چه نعمت بزرگی از دست رفته است. مجموعه پزشکی و پرستاری و بقیه دستگاه‌های سلامت، در واقع تأمین‌کننده این نعمت بزرگ برای جامعه‌اند (امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی): ۱/۲/۱۳۸۹).

در جدول (۲) کلیه اصطلاحات و لغات استفاده شده برای طراحی مدل آورده شده است:

الگوی راهبردی	الگویی است راهبردی که در آن ابعاد، مؤلفه‌ها، شاخص‌ها و روابط بین آن‌ها در فرایند تصمیم‌سازی و تصمیم‌گیری برای اداره امور کشور و طراحی الگوی بیمه سلامت تعریف شده و می‌تواند به عنوان مدلی مرجع و تصمیم‌پذیر در اداره حکومت به کار گرفته شود.
نظام بیمه سلامت	منظور پژوهشگر از بیمه سلامت در این پژوهش بیمه مخارج پزشکی، پیشگیری و توان‌بخشی با تعریف ذکر شده است و سایر انواع بیمه درمان را در بر نمی‌گیرد. در تقسیم‌بندی انواع بیمه، نظام بیمه سلامت در زیرمجموعه بیمه‌های تأمین اجتماعی قرار می‌گیرد.
نظام بیمه سلامت	منظور پژوهشگر کلیه نقش‌آفرینان حوزه بیمه‌ای که در راستای نظام سلامت انجام وظیفه می‌نمایند از جمله سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، بیمه سلامت کمیته امداد امام خمینی (ره).
امنیت	به معنی ایمن شدن و در امان بودن و بی‌بیمی است و همچنین به معنی اطمینان و آرامش خاطر است.
امنیت ملی	عبارت است از توانایی جامعه در جهت تأمین و صیانت از موجودیت فیزیکی، زیستی، معیشتی، فرهنگی و ارزشی مردم، سرزمین و نظام سیاسی و ارتقاء و بهینه‌سازی آن و تعقیب و نیل به اهداف و منافع ملی در دوران جنگ و صلح در قبال تهدیدات داخلی و خارجی... (کریمی‌مله و بابایی، ۱۳۹۲: ۲۸)



مدل مفهومی پژوهش

روش تحقیق:

پژوهش از نظر هدف از انواع پژوهش های کاربردی است. در قسمت اول بر اساس روش تحقیق کیفی با انجام مصاحبه بین ۵۰ نفر از افراد خبره و صاحب نظر در حوزه بیمه سلامت و امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران جمع آوری گردید. در این قسمت بر اساس روش تحقیق پدیدارشناختی به تحلیل تم ها پرداخته شد و مؤلفه های مدل شناسایی شد. در قسمت دوم به منظور اعتبارسنجی مدل شناسایی شده از روش تحقیق کمی بهره گرفته شد و با استفاده از مدل سازی معادلات ساختاری و نرم افزار *SPSS* و *AMOS* به تعیین برازش مدل پرداخته شد. در این راستا پرسشنامه محقق ساخته بر اساس الزامات مدیریت راهبردی و رویکرد امنیت ملی در مقیاس لیکرت ۰ تا ۹ نمره ای و شامل ۵۴ گویه بود که بین ۲۰۹ نفر از متخصصین و صاحب نظران در حوزه سلامت و امنیت توزیع شد. در این پژوهش در بخش کیفی از تحلیل محتوا استفاده شد. در بخش کمی برای تجزیه توصیفی داده ها از شاخص های گرایش مرکزی و برای تحلیل استنباطی داده ها از مقیاس رتبه بندی فریدمن، آزمون تحلیل واریانس، تحلیل عاملی از نوع تحلیل مؤلفه های اصلی و معادلات ساختاری استفاده شده است. در این تحقیق چون از مدل محقق ساخته استفاده می شود، لذا این احتمال وجود دارد متغیرهای مهم وارد مدل نشده باشند؛ برای همین از مدل معادلات استفاده می شود که در این راستا از دو نرم افزار *spss* و *AMOS* جهت تحلیل های آماری استفاده شده است.

در این پژوهش ترکیبی از روش های نمونه گیری هدفمند و غیرهدفمند تا حد اشباع داده ها انتخاب شده است. بدین صورت که در بخش کیفی جهت گردآوری اطلاعات به صورت مصاحبه نمونه شامل ۵۰ نفر بود. به دلیل خاص بودن جامعه آماری، از روش نمونه گیری گلوله برفی با

۱۴۸ فصلنامه امنیت ملی، سال نهم، شماره سی و یکم، بهار ۱۳۹۸ —◆
 انتخاب سرنخ از سوی محقق شد و حجم نمونه با اشباع نظری حاصل شد. در بخش کمی تحقیق از متخصصین و صاحب نظران در حوزه سلامت و امنیت استفاده شد. این افراد از طریق روش نمونه گیری تصادفی طبقه ای انتخاب شدند.

جدول شماره (۳): جامعه آماری پژوهش

متغیر / طبقه	مفهوم
مدیران کل	مدیران کل ستادی و استانی
معاونین	معاون بیمه خدمات سلامت / معاون توسعه مدیریت و منابع ستادی و استانی
روسای ادارات	روسای ادارات فنی (رییس اداره بیمه گری / اسناد پزشکی / نظارت) ستادی و استانی
کارشناسان مسئول	کارشناس مسئول ادارات فنی: (کارشناس مسئول اداره بیمه گری / اداره اسناد پزشکی / اداره نظارت) استانی و ستادی
مدیران امنیتی و اجتماعی	استانی و ستادی
سایر سازمانها	به نسبت تعداد جمعیت تعدادی برایشان برآورد شده است

برای تعیین حجم نمونه از روش های مختلفی استفاده می شود که از آن جمله می توان به فرمول

کوکران اشاره نمود. بر اساس این فرمول
$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N}(\frac{z^2 pq}{d^2} - 1)}$$
، برای حجم جامعه ۴۶۰ نفر؛ تعداد نمونه، ۲۰۹ نفر تعیین شد. جهت بررسی پایایی در این پژوهش از آلفای کرونباخ استفاده شد. روایی از تحلیل عاملی تأییدی بهره گرفته شد.

تجزیه تحلیل داده ها و یافته های تحقیق:

وضعیت متغیرهای جمعیت شناختی بررسی شده است. در این پژوهش متغیرهای جنسیت، سن، میزان تحصیلات و سابقه کاری به عنوان سیمای آزمودنی ها در نظر گرفته شده اند. روش این پژوهش، تحلیل محتوای کیفی میرینگ *Mayring* است. بر اساس تقسیم بندی که میرینگ از روش های تحلیل محتوا ارائه کرده است، تحلیل محتوا به سه شکل تحلیل محتوای کمی، تحلیل محتوای کیفی قیاسی و تحلیل محتوای کیفی استقرایی قابل انجام است. برای این پژوهش، روش تحلیل محتوای کیفی استقرایی انتخاب شد.

بررسی سؤال اول: الگوهای رایج نظام بیمه سلامت در کشورهای منتخب کدامند؟ در این پژوهش، نظام‌های بیمه سلامت در کشورهای مختلف به عنوان شکل‌هایی از روابط و پیام‌ها در نظر گرفته شده‌اند و پژوهش حاضر به دنبال شناسایی ابعاد و مؤلفه‌های آن‌هاست.

جدول شماره (۴): انواع مدل‌های نظام بیمه سلامت کشور (منبع: مطالعات نگارنده)

نام مدل	ابعاد مدل	هدف مدل
مدل سازمان بهداشت جهانی	ارائه خدمات سلامت/ تأمین مالی شامل (افزایش، انباشت، مدیریت و تخصیص درآمدها جهت خرید خدمات)/ تولید منابع (شامل سرمایه‌گذاری در منابع انسانی، ساختمانی و تجهیزات)/ تولید تلفیق	بهبود سلامت جمعیت
مدل بیمه کره	پوشش / مبنای پوشش جمعیتی/ تأمین منابع مالی	موازنه بین حمایت‌های اجتماعی برای همه
مدل بیمه آلمان	روش تأمین منابع مالی / مبنای پوشش بیمه‌ای/ نحوه خرید خدمات/ شیوه پرداخت/ تجمیع منابع	حفاظت مالی بیمه‌شدگان / ارتقاء سلامت/ جلوگیری از فقر ناشی از هزینه‌های سلامت
مدل بیمه انگلستان	روش تأمین منابع مالی / مبنای پوشش بیمه‌ای/ نحوه خرید خدمات/ شیوه پرداخت	دسترسی همگانی به خدمات / پوشش همگانی بیمه / صیانت مالی/ پوشش خدمات/ ارتقاء شاخص‌ها سلامت
مدل بیمه ترکیه	ساختار و تشکیلات نظام بیمه‌ای / تأمین منابع / مبنای پوشش بیمه‌ای / نحوه خرید خدمات/ شیوه پرداخت	دسترسی به خدمات / صیانت مالی پوشش خدمات / ارتقاء شاخص‌ها سلامت
مدل بیمه ایران	ساختار و تشکیلات نظام بیمه‌ای / تأمین منابع مالی / مبنای پوشش بیمه‌ای / نحوه خرید خدمات / شیوه پرداخت / اجزاء نظام بیمه سلامت	افزایش رفاه مردم / دسترسی به خدمات صیانت مالی بیمه‌شدگان / پوشش خدمات پوشش خدمات / ارتقاء شاخص‌ها سلامت
مدل بیمه آمریکا	شیوه خرید خدمت/ پوشش بیمه‌ای/ ساختار نظام بیمه سلامت/ تأمین مالی	تأمین خدمات/ دسترسی به خدمات/ ارتقاء شاخص‌های سلامت

بررسی سؤال دوم پژوهش: ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های نظام بیمه سلامت کدامند؟ در این مرحله مطالعه وارد مصاحبه با خبرگان شده و ابعاد و شاخص‌های مدل نظام بیمه سلامت را از دیدگاه ایشان مورد بررسی قرار داد. ۵۰ نفر مصاحبه شونده در این بخش همکاری نمودند که تلفیق پاسخ ایشان به سؤالات بخش اول مصاحبه بدین صورت بود:

جدول شماره (۵): شناسایی ابعاد مدل نظام بیمه سلامت از نظر خبرگان (فاز ۱)

شاخص‌های مدل نظام بیمه سلامت کشور	هدف از نظام
انباشت ریسک / وجود شبکه کنترلی مؤثر/ وجود مکانیسم‌های جبرانی/ اعتماد/ رضایتمندی/ رضایتمندی/ کارآمدی نظام سیاسی/ پیشبرد رفاه مردم/ کاهش فقر / پاسخگویی به انتظارات غیر درمانی مردم/ سلامت جامعه/ عدالت در تأمین مالی تدارک خدمات / مبنای پوشش بیمه‌ای/ مبنای پوشش بیمه‌ای / تجمیع منابع خرید راهبردی / پایداری مالی	دسترسی مالی همگان به خدمات سلامت/ استفاده بهینه از منابع/ پدیدآوری منابع پدیدآوری منابع (کافی و پایدار)/ رفاه اجتماعی/ دسترسی به حاکمیت بالا/ پیشبرد رفاه مردم/ سلامت جامعه/ احساس امنیت اجتماعی، انسانی، امنیت ملی/ مدیریت الزامات و حقوق اعضای و ذی‌نفعان/ فراهم کردن امکانات فراغت خاطر نسبت به تهدیدات اجتماعی/ حفاظت مردم در مقابل ریسک ناشی از بیماری

لازم به ذکر است، در فاز اول مصاحبه صورت گرفته با خبرگان، نگارنده به کدبندی ابعاد نظام بیمه سلامت پرداخت و نتایج به شرح جدول شماره ۵ است. در این راستا، مؤلفه‌هایی تکراری بودند که محقق از کد خارج نمود.

بررسی سؤال سوم پژوهش: ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های امنیت ملی، متأثر از نظام بیمه سلامت کدامند؟ برای پاسخ‌دهی به این سؤال، محقق بار دیگر به متون مراجعه نموده و به شناسایی ابعاد پرداخت. قابل توضیح است که در پاسخ به سؤال اول، رجوع به مطالعات صرفاً با نگاه خدمات سلامت و بیمه بوده است. در پاسخ به سؤال سوم پژوهش رویکرد امنیت ملی و نگاه ملی و جامع‌تر مدنظر بوده است که جدول ۶ به پاسخ به سؤال سوم پرداخته است.

جدول شماره (۶): شاخص‌های امنیت ملی، متأثر از نظام بیمه سلامت

ابعاد	منبع	مؤلفه	شاخص
ساختاری (اداری - مالی)	قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۸۳، اساسنامه سازمان بیمه سلامت	نحوه تأمین مالی (منابع درآمدی سازمان)	حق بیمه‌های دریافتی / کمک‌ها و هدایای اشخاص حقیقی و حقوقی / منابع حاصل از هدفمندی یارانه‌ها / وجوه حاصل از خسارات، جرائم و جرایم و جزایم نقدی با رعایت قوانین و مقررات مربوط یا احکام قطعی دادگاه‌ها درآمدهای حاصل / محل ثبت و صدور دفترچه بیمه‌شدگان / منابع حاصل از وقف در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی / منابع حاصل از خمس، زکات و سایر وجوه شرعی در قلمروها / نظام تأمین اجتماعی با مجوز مراجع تقلید / منابع حاصل از صدقات و نذورات در قلمروهای نظام تأمین اجتماعی / سایر درآمدهای متفرقه
	قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۸۳، اساسنامه سازمان بیمه سلامت	نحوه اداره	دولتی / خصوصی / غیرانتفاعی غیردولتی
	قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۸۳، - مسعودی اصل، اخوان بهبهانی، ایروان، علی، (۱۳۹۴)، اساسنامه سازمان بیمه سلامت	جایگاه و نقش بیمه سلامت در نظام سلامت	تأمین منابع مالی (حفاظت مالی) / تأمین‌کننده مالی و ارائه‌کننده خدمت / تلفیق در سیستم بهداشت درمان / بخش عمومی غیرانتفاعی

ابعاد	منبع	مؤلفه	شاخص
ساختاری (اداری - مالی)	قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی، قانون ساختار نظام جامع رفاه / مسعودی اصل، اخوان بهبهانی، ایروان، علی، (۱۳۹۴)، نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی.	ساختار سازمانی از نظر وابستگی	وابسته به وزارت بهداشت درمان / وابسته به وزارت تعاون و کار رفاه اجتماعی مستقل / وابسته به وزارت سلامت
تربید خدمت	(کریمی، ۱۳۸۰) (داودی، ۱۳۸۶)	نحوه پرداخت به مؤسسات درمانی	روش پرداخت کارانه / معایب روش کارانه / روش پرداخت موردی روش هزینه روزانه / پرداخت تشویقی / روش میزان پرداخت ثابت / روش پرداخت‌های ویژه / روش بودجه‌ای / روش حقوق بگیری / روش سرانه
	قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۱۳۸۳، اساسنامه سازمان بیمه سلامت	نوع خدمت خریداری شده (چه چیزی)	ویزیت پزشک / خدمات: دارویی / آزمایشگاهی / رادیولوژی / خدمات توانبخشی / بیمارستانی / دندانپزشکی
تربید خدمت	(دانش دهکردی، ۱۳۷۸)	نحوه خرید	مستقیم (مراکز ملکی نظام بیمه سلامت) غیرمستقیم (مراکز طرف قرارداد نظام بیمه سلامت)
	(حسن‌زاده، ۱۳۹۵: ۱۴۵) «تولیت در نظام سلامت»	استفاده‌کننده از خدمت / ذینفع (برای چه کسی)	پرداخت از طرف بیمه‌شده / فرانشیز / پرداخت از طرف سازمان / سهم سازمان
تربید خدمت	(حسن‌زاده، ۱۳۹۵: ۱۴۵) «تولیت در نظام سلامت»	خرید خدمت از چه کسی	اشخاص حقیقی
			اشخاص حقوقی
پوشش بیمه	قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی	مبنا پوشش نوع بیمه‌نامه	شغل / اقامت / ملیت / حق بیمه
			بیمه‌نامه کاغذی (دفترچه کاغذی) / بیمه‌نامه الکترونیکی (کارت الکترونیکی)

ابعاد	منبع	مؤلفه	شاخص
امنیت ملی	(مرادیان، ۱۳۹۱)	امنیت جانی / امنیت مالی امنیت فکری / امنیت جمعی	فقدان نگرانی در بهره‌مندی از پوشش بیمه / فقدان نگرانی گرفتاری در ورطه فقر ناشی از بیماری / فقدان نگرانی در تأمین هزینه‌های کمرشکن بیماری / فقدان نگرانی در تسهیل در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی / فقدان نگرانی در از دست رفتن درآمد خانوار / فقدان نگرانی فکری خانواده در تأمین هزینه‌های سلامت
امنیت ملی	- الگوی تدوین راهبرد امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران - مفهوم شناسی امنیت ملی - الگوی طراحی استراتژی امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران	- رضایتمندی / کارآمدی سیاسی / اعتماد وجود مکانیسم‌های جبرانی / وجود شبکه‌های کنترلی مؤثر	- داشتن پوشش بیمه‌ای / در دسترس بودن خدمات / پذیرش هزینه‌ها توسط بیمه‌ها / وجود متولی / دولت متولی امر نظام بیمه سلامت است. / مردم دولت را الگوی خدمتگزاری می‌دانند. / اعتماد مردم به خدمتگزاران (پایه سرمایه اجتماعی و امنیت) / طراحی شبکه‌های گسترده خدمات رفاهی و درمانی / گستردگی مؤسسات طرف قرارداد / پایین بودن سرانه نامنی در کشور / وجود آرامش در حوزه خدمات

بررسی سؤال چهارم: ارتباط بین ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های امنیت ملی متأثر از نظام بیمه سلامت چگونه است؟ برای پاسخ به سؤال چهارم پژوهش به تحلیل محتوای کلیه مصاحبه‌ها و مطالعات پرداخته می‌شود. پاسخ به سؤال چهارم نیاز به انجام تحلیل محتوا جهت شناسایی نهایی مؤلفه‌ها و شاخص‌ها دارد. همچنین پس از شناسایی این مؤلفه‌ها و ارائه مدل نهایی، پرسشنامه میان جامعه آماری جهت برازش و ارتباط سنجی مدل مفهومی توزیع گردید که در ادامه ابتدا نتایج تحلیل محتوا و سپس نتایج معادلات ساختاری آورده شده است.

مراحل اصلی انجام تجزیه و تحلیل محتوای مدل‌ها به این شرح بوده‌اند: بررسی مدل‌ها و حذف ابعاد مدل‌هایی که از نظر محتوا شباهت بسیاری با دیگر تعریف‌ها دارند. نتایج در جدول ۷ آورده شده است. در این راستا به علت تشابه واژه‌ها، برخی کدها حذف گردید. به‌عنوان مثال، کد ۱، ۲۲ و کد ۱۱ مشابه همدیگر بوده‌اند. مصاحبه‌شونده‌ای به‌طور کلی ارائه خدمات را مدنظر قرار داده است و مصاحبه‌شونده دیگری اعتقاد داشت که در بررسی نظام بیمه سلامت کشور فقط باید خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرد. با توجه به رویکرد مطالعه حاضر که ملی و فراملی است، لذا نگاه کلی‌تر، اتخاذ گردید، ارائه خدمات و نه صرفاً خدمات سلامت انتخاب گردید. لذا کد ۱۱ ماند و کد ۱ حذف گردید. کد ۳، ۱۷، ۲۴، ۲۶، ۲۹، نیز مشابه بوده، لذا فقط کد ۱۷ ماند و بقیه از گردونه مطالعه حذف گردید. کدهای ۵ و ۶، ۲۰ نیز مشابه بود که کد ۲۰ ماند. در مجموع، ۵۰ شاخص شناسایی شد که پس از حذف به تعداد ۴۲ شاخص تقلیل یافت. همچنین در هدف مدل،

کد ۳، ۶، ۱۳، ۱۹، ۲۷ مشابه بود که کد ۳ انتخاب شد. کدهای ۲، ۲۹، ۳۰، ۲۰ نیز مشابه بود که کد ۲ ماند. از کدهای ۲۱، ۲۳، ۱۶، ۲۸ نیز ۱۶ ماند. لذا این متغیر نیز از ۳۰ شاخص به ۲۰ شاخص تقلیل یافت.

جدول شماره (۷): بررسی مدل‌ها و حذف ابعاد مدل‌های مشابه (پس از انجام مصاحبات و مطالعه کتابخانه‌ای)

اهداف مدل		ابعاد مدل	
۱. ارائه خدمات سلامت	۲. پاسخگویی	۱. بهبود سلامت جمعیت	۲. امنیت ملی
۳. تأمین مالی	۴. تناسب مشارکت مالی	۳. تأمین مالی عادلانه	۴. استفاده بهینه از منابع
۵. پوشش جمعیتی	۶. پوشش	۵. پاسخ‌دهی	۶. پدیدآوری منابع
۷. تولید	۸. قابلیت پیش‌بینی	۷. دسترسی به حاکمیت بالا	۸. رفاه اجتماعی
۹. تأمین مالی	۱۰. مشارکت	۹. برآوردن نیازهای جمعیت	۱۰. کاهش قیمت خدمات درمانی
۱۱. ارائه خدمات	۱۲. پویایی	۱۱. ارائه خدمات بهداشتی	۱۲. پیشبرد رفاه مردم
۱۳. تلفیق	۱۴. پایداری مالی	۱۳. استفاده بهینه از منابع	۱۴. سلامت جامعه
۱۵. انسجام‌بخشی	۱۶. مدیریت منابع انسانی	۱۵. اجرای طرح بیمه همگانی	۱۶. مراقبت کارا و با ارزش بالا
۱۷. تأمین منابع مالی	۱۸. زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات	۱۷. رسیدن به زندگی‌های سالم، مولد و طولانی	۱۸. حفاظت مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری
۱۹. سازمان برنامه‌ها	۲۰. مبنای پوشش جمعیتی	۱۹. دسترسی مالی همگانی به خدمات سلامت	۲۰. احساس امنیت اجتماعی، انسانی،
۲۱. مدیریت	۲۲. ارائه خدمات	۲۱. مراقبت ایمن و با کیفیت بالا	۲۲. مدیریت الزامات و حقوق اعضا و ذی‌نفعان
۲۳. شفافیت در سرمایه‌گذاری	۲۴. تولید منابع و پشتیبانی اقتصادی	۲۳. دسترسی به مراقبت برای همه مردم	۲۴. فراهم کردن امکانات فراغت خاطر نسبت به تهدیدات اجتماعی
۲۵. وجود انحصار در خرید خدمات پزشکی (قدرت چانه‌زنی دولت)	۲۶. تولید منابع (شامل سرمایه‌گذاری در منابع انسانی، ساختمانی و تجهیزات)	۲۵. ظرفیت نظام جهت بهبود	۲۶. موازنه بین حمایت‌های اجتماعی برای همه
۲۷. ترکیب انباشت‌های ریسک	۲۸. سهم مشارکت‌ها و پوشش اعضا و خدمات و مزایای آن‌ها	۲۷. دسترسی مالی همگان به خدمات سلامت	۲۸. گسترش مزایای مراقبت‌های سلامتی
۲۹. روش تأمین مالی	۳۰. سطح تفرق	۲۹. امنیت اجتماعی	۳۰. امنیت فکری
۳۱. پاسخگویی به همه نیازهای بیماران و مسائل قانونی	۳۲. پوشش انواع خدمات ویزیت پزشکی؛ خدمات دارویی؛ خدمات آزمایشگاهی؛ خدمات رادیولوژی؛ خدمات توان‌بخشی؛ خدمات بیمارستانی، خدمات دندانپزشکی		

۳۳	نحوه مستقیم یا غیرمستقیم خرید بیمه	۳۴	مینا پوشش بیمه‌ای (ملیت بیمار، طبقه اجتماعی بیمار)
۳۵	نحوه اداره (دولتی، خصوصی، خصوصی با نظارت دولتی)	۳۶	روش تأمین منابع (تمام دولتی؛ تجمیع بودجه‌های پراکنده دولتی؛ مردمی؛ تلفیقی)
۳۷	شکل بیمه‌نامه (به شکل الکترونیکی باشد تا دفترچه کاغذی)	۳۸	ترکیب انباشت‌های ریسک
۳۹	سازوکارهای مناسب پرداختی بیمار	۴۰	بسته‌های مزایا و ترکیبی
۴۱	شفافیت اطلاعات نظام	۴۲	قابلیت پیش‌بینی قوانین
۴۳	برخورداري از نظام مشارکت بیماران	۴۴	دینامیک بودن نظام
۴۵	حفظ پایداری مالی نظام و زیر بخش‌ها	۴۶	شفافیت در سرمایه‌گذاری
۴۷	مدیریت منابع انسانی	۴۸	برخورداري از زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات
۴۹	یکپارچگی نظام‌های بازیابی و پشتیبانی مؤسسه	۵۰	نحوه پرداخت به مؤسسات درمانی

برای ساده شدن فرآیند شمارش واژگان پاک‌سازی شد. در این مطالعه از آنجا که هیچ واژه‌ای به دو مفهوم استفاده نشده، لذا دسته‌بندی در این رابطه نداشتیم. فراوانی واژه‌ها یا به عبارتی، تعداد رخداد هر یک از واژه‌های کلیدی در تعریف‌ها شمارش و ثبت گردید. در این مطالعه مقیاس فراوانی واژه‌ها از ۵۰ نفر مصاحبه‌شونده و ۳۰ مطالعه حاصل شده است، بدین معنا که به عنوان مثال، ارائه خدمات سلامت در ۸۰ مورد تکرار شده است، لذا ۸۰ از ۸۰ که درصد فراوانی ۱۰۰ است. لازم به توضیح است که هر متغیر جداگانه درصد بندی شده است. بدیهی است که جمع کلیه متغیرها ۱۰۰ درصد نباید بشود. بلکه معیار ما برای بقای مؤلفه‌ها کسب درصد فراوانی ۷۵ و بیشتر است.

واژه‌ها با توجه به شباهت‌های آن‌ها گروه‌بندی شدند. در این مرحله، واژه‌های مشابه از نظر مفهومی به یک واژه تغییر داده شدند.

واژه‌هایی که تنها یک بار در میان ابعاد مدل‌ها مورد استفاده قرار گرفته بودند و از نظر مفهومی ارزش چندانی نداشتند، همچنین حروف اضافه، حروف ربط و مانند آن نیز حذف شدند. با استفاده از فرآیند کدگذاری، واژه‌های کلیدی رمزگذاری شده و پس از تجزیه و تحلیل در دسته‌های خود قرار گرفتند. پس از پایان کدگذاری و دسته‌بندی واژه‌ها در گروه‌های بزرگ‌تر، برای افزایش اعتبار دسته‌ها، از دو نفر از متخصصان درخواست شد تا درستی اطلاعات را مورد بررسی قرار دهند. در سه مورد اختلاف نظر وجود داشت که پس از بررسی مفاهیم، اطلاعات اصلاح شدند.

جدول شماره (۸): فراوانی مؤلفه‌های مدل نظام بیمه سلامت

درصد فراوانی	تعداد	هدف مدل	درصد فراوانی	تعداد	هدف مدل
۹۵	۷۶	قابلیت پیش‌بینی	۱۲,۵	۱۰	تولیت
۹۲,۵	۷۴	پایداری مالی	۱۰	۸	تلفیق
۱۰۰	۸۰	ارائه خدمات	۳۰	۲۴	انسجام‌بخشی
۱۲,۵	۱۰	مدیریت	۹۰	۷۲	مدیریت منابع انسانی
۶۳,۷۵	۵۱	مبنای پوشش جمعیتی	۱۵	۱۲	سازمان برنامه‌ها
۴۳,۷۵	۳۵	مشارکت	۵	۴	شفافیت در سرمایه‌گذاری
۲,۵	۲	یکپارچگی نظام‌های بازایی و پشتیبان مؤسسه	۱,۲۵	۱	وجود انحصار در خرید خدمات پزشکی (قدرت چانه‌زنی دولت)
۲,۵	۲	سهم مشارکت‌ها و پوشش اعضاء و خدمات و مزایای آن‌ها	۳۶,۲۵	۲۹	ترکیب انباشت‌های ریسک
۳۲,۵	۲۶	سطح تفرق	۱۰۰	۸۰	روش تأمین مالی
۹۰	۷۲	پوشش انواع خدمات ویزیت پزشک؛ خدمات دارویی؛ آزمایشگاهی؛ رادیولوژی؛ توان‌بخشی؛ بیمارستانی، دندانپزشکی	۹۳,۷۵	۷۵	پاسخگویی به همه نیازهای بیماران و مسائل قانونی
۸۶,۲۵	۶۹	مبنا پوشش بیمه‌ای (ملیت بیمار، طبقه اجتماعی بیمار)	۸۱,۲۵	۶۵	نحوه مستقیم یا غیرمستقیم خرید بیمه
۴۸,۷۵	۳۹	نحوه پرداخت به مؤسسات درمانی	۷۷,۵	۶۲	نحوه اداره (دولتی، خصوصی، خصوصی با نظارت دولتی)
۴۲,۵	۳۴	ترکیب انباشت‌های ریسک	۲۲,۵	۱۸	شکل بیمه‌نامه (به شکل الکترونیکی باشد تا دفترچه کاغذی)

۳۰	۲۴	بسته‌های مزایا و ترکیبی	۷۸,۷۵	۶۳	سازوکارهای مناسب پرداختی بیمار
۷۶,۲۵	۶۱	قابلیت پیش‌بینی قوانین	۵	۴	شفافیت اطلاعات نظام
۸۰	۶۴	داینامیک بودن نظام	۱۱,۲۵	۹	برخورداری از نظام مشارکت بیماران
۵۲,۵	۴۲	برخورداری از زیرساخت فناوری اطلاعات و ارتباطات	۱۱,۲۵	۹	حفظ پایداری مالی نظام و زیر بخش‌ها

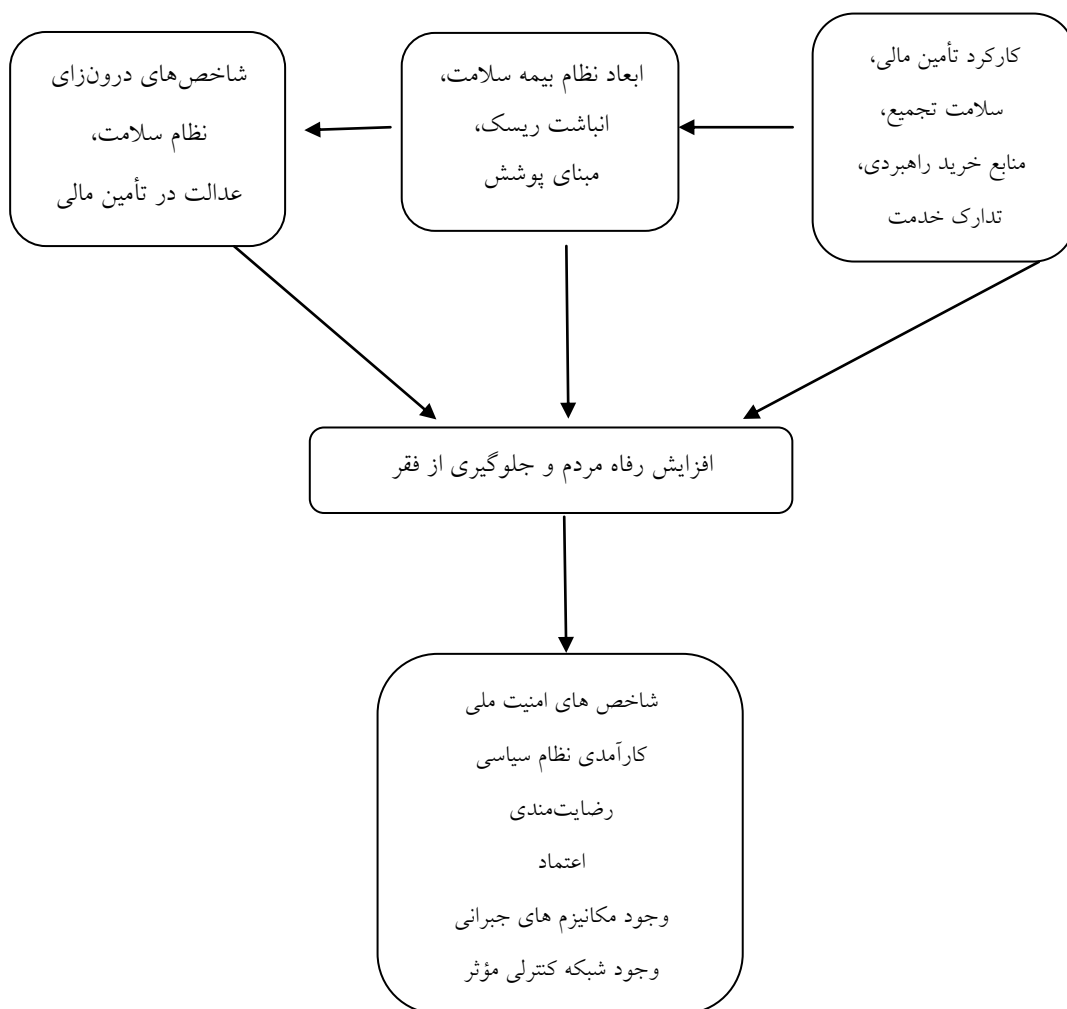
با توجه به جدول ۸ مؤلفه‌های زیر به عنوان مؤلفه‌های نهایی انتخاب شدند: انباشت ریسک، پایداری مالی، مینا پوشش بیمه‌ای، تجمع منابع، خرید راهبردی، تدارک خدمات، عدالت در تأمین مالی، سلامت جامعه، پاسخگویی به انتظارات غیر درمانی مردم، کاهش فقر، پیشبرد رفاه مردم، کارآمدی نظام سیاسی، رضایتمندی، اعتماد، وجود مکانیسم‌های جبرانی، وجود شبکه کنترلی مؤثر. در ادامه به فراوانی واژه‌های هدف مدل پرداخته شده است:

جدول شماره (۹): فراوانی هدف نظام بیمه سلامت

فراوانی	تعداد	هدف مدل	درصد فراوانی	تعداد	هدف مدل
۹۲,۵	۷۴	امنیت ملی	۱۲,۵	۱۰	دسترسی به حاکمیت بالا
۴۵	۳۶	استفاده بهینه از منابع	۱۲,۵	۱۰	تأمین مالی عادلانه
۳۶,۲۵	۲۹	ظرفیت نظام جهت بهبود	۷,۵	۶	پاسخدهی
۳,۷۵	۳	فراهم کردن امکانات فراغت خاطر نسبت به تهدیدات اجتماعی	۲,۵	۲	مدیریت الزامات و حقوق اعضا و ذی‌نفعان
۱۰۰	۸۰	کاهش قیمت خدمات درمانی	۵۱,۲۵	۴۱	برآوردن نیازهای جمعیت
۹۸,۷۵	۷۹	پیشبرد رفاه مردم	۲۰	۱۶	ارائه خدمات بهداشتی
۱۰۰	۸۰	سلامت جامعه	۱۳,۷۵	۱۱	موازنه بین حمایت‌های اجتماعی برای همه
۱۰۰	۸۰	مراقبت کارا و با ارزش بالا	۶۲,۵	۵۰	اجرای طرح بیمه همگانی
۱۰۰	۸۰	حفاظت مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری	۵۲,۵	۴۲	رسیدن به زندگی‌های سالم، مولد و طولانی

با توجه به جدول ۹ مؤلفه‌های زیر به عنوان مؤلفه‌های نهایی از هدف نظام بیمه سلامت انتخاب شدند: امنیت ملی، کاهش قیمت خدمات درمانی، پیشبرد رفاه مردم، سلامت جامعه، مراقبت کارا و با ارزش بالا، حفاظت مردم در مقابل ریسک مالی ناشی از بیماری.

لذا در مجموع، همان‌طور که نتایج پژوهش نشان می‌دهد، پس از حذف سلسله مراتبی شاخص‌ها و مؤلفه‌های هر دو بعد هدف نظام و شاخص نظام، نهایتاً ۳ مؤلفه به عنوان شاخص نظام بیمه سلامت و ۶ مؤلفه به عنوان هدف اصلی از نظام بیمه سلامت مطرح شد؛ بنابراین با در نظر گرفتن متغیرهای میانجی و هدف نهایی نظام سلامت مدل مفهومی پژوهش در شکل زیر آورده شده است. لازم به توضیح است متغیرهای کنترلی از آن جهت وارد مدل اصلی شد که هدف از انجام این مطالعه ارائه الگوی استراتژیک نظام بیمه بود، بنابراین، وجود این متغیرها الزامی و باعث القای نگاهی استراتژیک به پژوهش پیش رو می‌شود. بدین صورت پژوهش حاضر؛ در ادامه وارد تحلیل فاز دوم مطالعه، بخش کمی شده است.



مدل مفهومی «طراحی الگوی راهبردی نظام بیمه سلامت و نقش آن در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران»
بررسی مدل (بررسی نرمال بودن داده‌ها):

نرمال بودن داده‌ها نیز در نرم‌افزار آموس به وسیله دو شاخص کشیدگی و کجی سنجیده می‌شود. ضریب چولگی و ضریب کشیدگی، دو شاخص اساسی توزیع داده‌ها هستند که با داشتن این شاخص‌ها می‌توان به نرمال بودن یا نبودن توزیع داده‌ها پی برد. چولگی^۱ معیاری از تقارن یا عدم تقارن تابع توزیع است. کشیدگی^۲ نشان‌دهنده ارتفاع یک توزیع است. به عبارت دیگر کشیدگی معیاری از بلندی منحنی در نقطه ماکسیمم است. همیشه کشیدگی را با کشیدگی توزیع نرمال مقایسه می‌کنند. برای این مقادیر منابع مختلف مقادیر مختلف ارائه داده‌اند. به عنوان مثال چپو و همکاران (۱۹۹۸) مقادیر این دو شاخص را جهت نرمال بودن داده‌ها بین (۲ و -۲) می‌دانند.

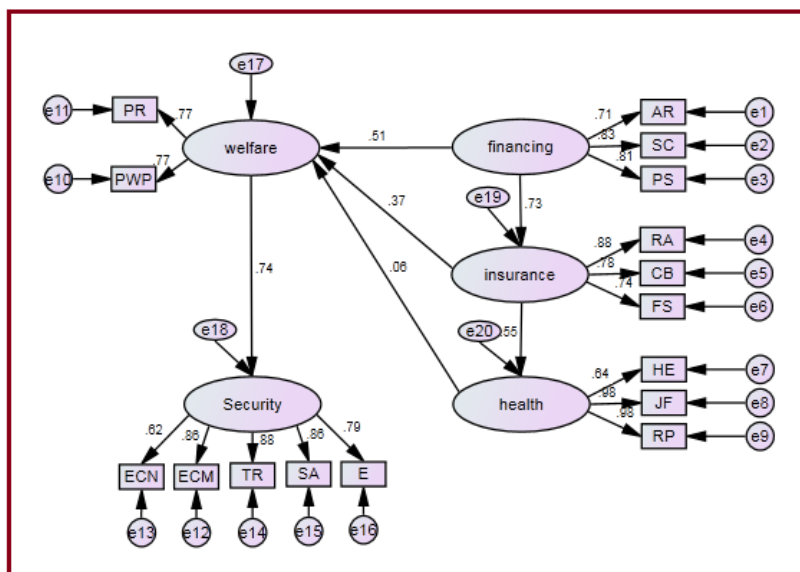
جدول شماره (۱۰): بررسی نرمال بودن داده‌ها

نام متغیر	چولگی	کشیدگی
انباشت ریسک	-۰/۳۸۰	-۰/۳۳۴
مبنای پوشش	-۰/۱۲۴	-۰/۶۱۸
پایداری مالی	-۰/۰۸۹	-۰/۴۷۱
تجمع منابع	-۰/۳۲۴	-۰/۴۶۱
خرید راهبردی	-۰/۲۵۲	-۰/۴۵۲
تدارک خدمت	-۰/۲۱۳	-۰/۳۸۶
سلامت	-۰/۴۳۴	۰/۲۳۵
عدالت در تأمین مالی	-۰/۴۴۰	۰/۲۰۱
پاسخگویی به انتظارات غیر درمانی مردم	-۰/۲۵۱	۰/۰۲۴
کاهش فقر	-۰/۳۴۸	-۰/۶۵۳
پیشبرد رفاه مردم	۰/۰۸۸	-۰/۷۲۶
کارآمدی نظام سیاسی	-۰/۱۸۴	-۰/۳۷۹
رضایتمندی	-۰/۶۴۱	۰/۰۹۰
اعتماد	-۰/۵۵۲	۰/۰۳۲
وجود مکانیسم‌های جبرانی	-۰/۱۸۵	-۰/۶۰۷
وجود شبکه کنترلی مؤثر	-۰/۲۸۳	-۰/۷۲۳

1- skewness

2 -kurtosis

برای بررسی فرضیه‌هایی که به اثرات مستقیم بین متغیرهای اصلی پژوهش می‌پردازند از مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده گردید که در ادامه نتایج آن مورد بحث قرار می‌گیرد. پس از اطمینان از روایی و پایایی ابزار پژوهش با تحلیل داده‌های پرسشنامه، مدل معادلات ساختاری زیر حاصل شده است.



مدل برازش شده پژوهش

تحلیل مدل ساختاری: برای تحلیل فرضیه‌ها، ابتدا باید مدل نظری تدوین شده برای هر فرضیه مورد پردازش قرار گیرد تا مشخص شود که داده‌های جمع‌آوری شده تا چه اندازه مدل نظری را مورد حمایت قرار می‌دهد که برای پاسخ به این سؤال از شاخص‌های کمی برازش مدل (CFI , GFI , RMR ...) استفاده می‌شود. در صورتی که شاخص‌های کلی قابل قبول بودند یا به عبارتی مدل نظری مورد تأیید قرار گرفت در آن صورت می‌توان به روابط درون مدل پرداخت که این روابط متقابل ضریب رگرسیونی (ضریب تأثیر) مربوط به فرضیه و بارهای عاملی مربوط به هر گویه می‌باشند که برای آزمون قابل قبول بودن این ضرایب (ضرایب تأثیر بارهای عاملی) از شاخص جزئی P استفاده می‌شود که مقدار آن برای مقادیر قابل قبول کم‌تر از $0/05$ است. جدول ۱۱ شاخص‌های برازش مدل به همراه مقادیر مطلوب را نشان می‌دهد.

جدول شماره (۱۱): شاخص‌های برازش مدل‌های تحلیل عاملی تأییدی

مدل اندازه‌گیری	مقدار مطلوب	نام شاخص
۸۲	-	درجه آزادی (df)
۱۹۳/۵۷۷	$2 df \leq \chi^2 \leq 3 df$	کای اسکوئر (χ^2)
۲/۳۶۱	از ۳ کم‌تر	کای اسکوئر بهینه شده (χ^2/df)
۰/۹۴۶	۰/۸ به بالا	نیکوئی برازش (NFI)
۰/۹۶۸	۰/۹	شاخص برازش تطبیقی (CFI)
۰/۰۸۱	زیر ۰/۹	ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)
۰/۶۶۱	بین ۰/۶ تا ۱	شاخص نیکویی برازش ایجازی (PCFI)
۰/۶۴۷	بین ۰/۶ تا ۱	شاخص برازش ایجازی هنجار شده (PNFI)

یکی از شاخص‌های عمومی شاخص کای اسکوئر بهنجار یا نسبی است که از تقسیم ساده مقدار کای اسکوئر به درجه آزادی مدل محاسبه می‌شود و اغلب مقادیر بین ۱ تا ۳ را برای این شاخص قابل قبول می‌دانند. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود این مقدار برای مدل مورد نظر ۲/۳۶۱ است که مقداری مناسب و قابل قبول است.

شاخص برازش تطبیقی یا *CFI* یکی از شاخص‌های تطبیقی است که مقادیر بین ۰/۹ تا ۰/۹۵ به عنوان قابل قبول بودن و مقادیر بالاتر از ۰/۹۵ برای این شاخص به عنوان برازش بسیار خوب داده‌ها به مدل تفسیر می‌شود. مقدار *CFI* برای مدل مذکور ۰/۹۶۸ که با توجه به اینکه بیشتر از ۰/۹۰ است می‌توان گفت که داده‌ها به‌طور بسیار مناسبی برازش یافته‌اند یا به عبارت دیگر مدل از مدل استقلال، فاصله و یک مدل اشباع نزدیک می‌شود.

شاخص ریشه دوم میانگین مربعات خطای برآورد یا *RMSEA* نیز بر مبنای تحلیل ماتریس باقی مانده قرار دارد. برازش مدل‌هایی که دارای مقادیر بالاتر از ۰/۱ هستند ضعیف برآورد می‌شود. مقدار *RMSEA* برای این مدل ۰/۰۸۱ به دست آمده که نشان‌گر قابل قبول بودن مدل می‌باشد. با توجه به مطالب بالا و شاخص‌های کمی برازش می‌توان نتیجه گرفت که مدل نظری مربوط به پژوهش مدلی قابل قبول است.

فرضیه ۱: کارکرد تأمین مالی سلامت بر ابعاد نظام بیمه سلامت تأثیر معناداری دارد. در بررسی اثرات کارکرد تأمین مالی سلامت بر ابعاد نظام بیمه سلامت، همان‌طور که در جدول ۱۲ ملاحظه می‌گردد؛ ضریب رگرسیونی به میزان (۰/۷۳) برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی

که برابر با ۰/۰۰۰ است و از سطح معناداری ۰/۰۵ کم تر می باشد و همچنین عدد معناداری که برابر با ۸/۴۷۷ شده و از عدد ۱/۹۶ بیشتر می باشد، می توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است، یعنی کارکرد تأمین مالی سلامت بر ابعاد نظام بیمه سلامت تأثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره (۱۲): ضریب رگرسیونی کارکرد تأمین مالی سلامت بر ابعاد نظام بیمه سلامت

فرضیه	مسیر مستقیم	ضریب مسیر	p-value	عدد معناداری	نتیجه
۱	ابعاد نظام بیمه سلامت ← کارکرد تأمین مالی سلامت	۰/۷۳	۰/۰۰۰	۸/۴۷۷	معنادار

فرضیه ۲: ابعاد نظام بیمه سلامت بر شاخص های درونزای نظام سلامت تأثیر معناداری دارد. در بررسی اثرات ابعاد نظام بیمه سلامت بر شاخص های درونزای نظام سلامت، همان طور که در جدول ۱۳ ملاحظه می گردد؛ ضریب رگرسیونی به میزان (۰/۵۵) برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی که برابر با ۰/۰۰۰ است و از سطح معناداری ۰/۰۵ کم تر می باشد و همچنین عدد معناداری که برابر با ۸/۰۸۷ شده و از عدد ۱/۹۶ بیشتر می باشد می توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است، یعنی ابعاد نظام بیمه سلامت بر شاخص های درونزای نظام سلامت تأثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره (۱۳): ضریب رگرسیونی ابعاد نظام بیمه سلامت بر شاخص های درونزای نظام سلامت

فرضیه	مسیر مستقیم	ضریب مسیر	p-value	عدد معناداری	نتیجه
۲	شاخص های درونزای نظام ← ابعاد نظام بیمه سلامت	۰/۵۵	۰/۰۰۰	۸/۰۸۷	معنادار

فرضیه ۳: کارکرد تأمین مالی سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر معناداری دارد. در بررسی اثرات کارکرد تأمین مالی سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، همان طور که در جدول ۱۴ ملاحظه می گردد؛ ضریب رگرسیونی به میزان (۰/۵۱) برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی که برابر با ۰/۰۰۰ است و از سطح معناداری ۰/۰۵ کم تر می باشد و همچنین عدد معناداری که برابر با ۴/۵۷۸ شده و از عدد ۱/۹۶ بیشتر می باشد می توان نتیجه گرفت که این ضریب

۱۶۲ فصلنامه امنیت ملی، سال نهم، شماره سی و یکم، بهار ۱۳۹۸ ♦
مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است، یعنی کارکرد تأمین مالی سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره (۱۴): ضریب رگرسیونی کارکرد تأمین مالی سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر

فرضیه	مسیر مستقیم	ضریب مسیر	p-value	عدد معناداری	نتیجه
۳	افزایش رفاه مردم و ← کارکرد تأمین مالی سلامت جلوگیری از فقر	۰/۵۱	۰/۰۰۰	۴/۵۷۸	معنادار

فرضیه ۴: ابعاد نظام بیمه سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر معناداری دارد. در بررسی اثرات ابعاد نظام بیمه سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، همان‌طور که در جدول ۱۵ ملاحظه می‌گردد؛ ضریب رگرسیونی به میزان (۰/۳۷) برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی که برابر با ۰/۰۰۰ است و از سطح معناداری ۰/۰۵ کم‌تر می‌باشد و همچنین عدد معناداری که برابر با ۳/۱۹۹ شده و از عدد ۱/۹۶ بیشتر می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است، یعنی ابعاد نظام بیمه سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره (۱۵): ضریب رگرسیونی ابعاد نظام بیمه سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر

فرضیه	مسیر مستقیم	ضریب مسیر	p-value	عدد معناداری	نتیجه
۴	افزایش رفاه مردم و ← ابعاد نظام بیمه سلامت جلوگیری از فقر	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۳/۱۹۹	معنادار

فرضیه ۵: شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر معناداری دارد. در بررسی اثرات شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، همان‌طور که در جدول ۱۶ ملاحظه می‌گردد؛ ضریب رگرسیونی به میزان (۰/۰۶) برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی که برابر با ۰/۰۰۰ است و از سطح معناداری ۰/۰۵ کم‌تر می‌باشد و همچنین عدد معناداری که برابر با ۰/۸۵۳ شده و از عدد ۱/۹۶ کمتر می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار نیست، یعنی شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیر مثبت و معناداری ندارد.

جدول شماره (۱۶): ضریب رگرسیونی شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر

فرضیه	مسیر مستقیم	ضریب مسیر	P-value	عدد معناداری	نتیجه
۵	افزایش رفاه ← شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت مردم و جلوگیری از فقر	۰/۰۶	۰/۳۹۴	۰/۸۵۳	غیر معنادار

فرضیه ۶: افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر بر شاخص‌های امنیت ملی تأثیر معناداری دارد. در بررسی اثرات افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر بر شاخص‌های امنیت ملی، همان‌طور که در جدول ۱۷ ملاحظه می‌گردد؛ ضریب رگرسیونی به میزان (۰/۷۴) برآورد شده است. با توجه به مقدار شاخص جزئی که برابر با ۰/۰۰۰ است و از سطح معناداری ۰/۰۵ کم‌تر می‌باشد و همچنین عدد معناداری که برابر با ۹/۱۶۱ شده و از عدد ۱/۹۶ بیشتر می‌باشد می‌توان نتیجه گرفت که این ضریب مسیر در سطح خطای ۰/۰۵ معنادار است، یعنی افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر بر شاخص‌های امنیت ملی تأثیر مثبت و معناداری دارد.

جدول شماره (۱۷): ضریب رگرسیونی افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر بر شاخص‌های امنیت ملی

فرضیه	مسیر مستقیم	ضریب مسیر	P-value	عدد معناداری	نتیجه
۶	شاخص‌های ← افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر امنیت ملی	۰/۷۴	۰/۰۰۰	۹/۱۶۱	معنادار

فرضیه ۷: افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر نقش واسطه را در رابطه کارکرد تأمین مالی سلامت و شاخص‌های امنیت ملی ایفاء می‌کند. این فرضیه به بررسی نقش میانجی‌گری افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر بر کارکرد تأمین مالی سلامت و شاخص‌های امنیت ملی پرداخته است. برای بررسی اثرات غیرمستقیم بین این متغیرها از آزمون بارون و کنی استفاده شد که در آن برقراری شروط زیر ضروری است:

- شروط اول این است که متغیر مستقل با متغیر وابسته رابطه معنادار داشته باشد.
- شروط دوم این است که معناداری رابطه بین متغیرهای مستقل و واسطه تأیید شود.
- شروط سوم نیز تأیید معناداری رابطه بین متغیر واسطه و وابسته می‌باشد.

شرط چهارم این است که وقتی متغیر میانجی گر وارد معادلات رگرسیونی می‌شود، رابطه بین متغیر مستقل و وابسته غیر معنادار شود که در این حالت متغیر مورد نظر، میانجی گر کامل است و یا اینکه این رابطه در حضور متغیر میانجی گر کاهش یابد (حداقل ۰/۱۰) ولی همچنان معنادار باقی بماند که در این حالت نقش متغیر میانجی گر، جزئی خواهد بود.

نتایج، حاکی از معنی داری روابط گفته شده در هر چهار گام می‌باشد. لذا فرضیه شماره ۶ مورد تأیید قرار می‌گیرد. در واقع در گام چهارم یعنی ورود متغیر میانجی گر نتایج مبین این است که در حضور متغیر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، بتای استاندارد برای رابطه بین کارکرد تأمین مالی سلامت و شاخص‌های امنیت ملی از ۰/۶۳۲ به ۰/۴۵۶ کاهش یافته ولی همچنان معنی دار باقی مانده است؛ بنابراین، نقش متغیر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، میانجی‌گری جزئی است و فرضیه ۲۳ پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که دو ستون اول معناداری مدل‌های رگرسیونی را نشان می‌دهد با توجه به کمتر شدن مقدار sig برای تمام مدل‌ها می‌توان از معنادار بودن آن‌ها اطمینان حاصل کرد.

جدول شماره (۱۸): نتایج تحلیل میانجی‌گری افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر در رابطه بین کارکرد تأمین

مالی سلامت و شاخص‌های امنیت ملی

گام	متغیر مستقل	متغیر وابسته	β	R	R2	Sig
۱	کارکرد تأمین مالی سلامت	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۶۳۲	۰/۶۳۲	۰/۴۰۰	۰/۰۰۰
۲	کارکرد تأمین مالی سلامت	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	۰/۶۲۳	۰/۶۲۳	۰/۳۸۸	۰/۰۰۰
۳	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۳۱۲	۰/۰۰۰
۴	کارکرد تأمین مالی سلامت	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۴۵۶	۰/۶۶۶	۰/۴۴۴	۰/۰۰۰
	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر		۰/۲۶۹			

فرضیه ۸: افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر نقش واسط را در رابطه ابعاد نظام بیمه سلامت و شاخص‌های امنیت ملی ایفاء می‌کند. در ارتباط با فرضیه شماره ۸، همان‌گونه که در جدول ۱۸ نشان داده شده است، نتایج، حاکی از معنی داری روابط گفته شده در سه گام نخست می‌باشد. در گام چهارم یعنی ورود متغیر میانجی گر نتایج مبین این است که در حضور متغیر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، بتای استاندارد برای رابطه بین ابعاد نظام بیمه سلامت و شاخص‌های امنیت ملی از ۰/۵۵۶ به ۰/۳۶۸ کاهش یافته ولی همچنان معنی دار باقی مانده است؛ بنابراین، نقش متغیر

افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، میانجی‌گری جزئی است و فرضیه ۸ پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که دو ستون اول معناداری مدل‌های رگرسیونی را نشان می‌دهد با توجه به کمتر شدن مقدار *sig* برای تمام مدل‌ها می‌توان از معنادار بودن آن‌ها اطمینان حاصل کرد.

جدول شماره (۱۹): نتایج تحلیل میانجی‌گری افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر در رابطه بین ابعاد نظام بیمه

سلامت و خلاقیت کارکنان

گام	متغیر مستقل	متغیر وابسته	β	R	R2	Sig
۱	ابعاد نظام بیمه سلامت	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۵۵۶	۰/۵۵۶	۰/۳۲۰	۰/۰۰۰
۲	ابعاد نظام بیمه سلامت	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	۰/۵۶۲	۰/۵۶۲	۰/۳۱۶	۰/۰۰۰
۳	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۳۱۲	۰/۰۰۰
۴	ابعاد نظام بیمه سلامت افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۳۶۸	۰/۶۳۶	۰/۴۰۵	۰/۰۰۰
			۰/۳۵۲			

فرضیه ۹: افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر نقش واسطه را در رابطه با شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت و شاخص‌های امنیت ملی ایفاء می‌کند. در ارتباط با فرضیه شماره ۲۵، همان‌گونه که در جدول ۱۹ نشان داده شده است؛ نتایج، حاکی از معنی‌داری روابط گفته شده در سه گام نخست می‌باشد. در گام چهارم یعنی ورود متغیر میانجی‌گر نتایج مبین این است که در حضور متغیر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، بنای استاندارد برای رابطه بین شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت و شاخص‌های امنیت ملی از ۰/۷۴۵ به ۰/۶۲۰ کاهش یافته ولی همچنان معنی‌دار باقی مانده است؛ بنابراین، نقش متغیر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، میانجی‌گری جزئی است و فرضیه ۹ پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. لازم به ذکر است که دو ستون اول معناداری مدل‌های رگرسیونی را نشان می‌دهد با توجه به کمتر شدن مقدار *sig* برای تمام مدل‌ها می‌توان از معنادار بودن آن‌ها اطمینان حاصل کرد.

جدول شماره (۲۰): نتایج تحلیل میانجی‌گری افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر در رابطه بین شاخص‌های

درونزای نظام سلامت و شاخص‌های امنیت ملی

گام	متغیر مستقل	متغیر وابسته	B	R	R2	Sig
۱	شاخص‌های درونزای نظام سلامت	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۷۴۵	۰/۷۴۵	۰/۵۵۵	۰/۰۰۰
۲	شاخص‌های درونزای نظام سلامت	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	۰/۴۲۵	۰/۴۲۵	۰/۱۸۱	۰/۰۰۰
۳	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۵۵۸	۰/۵۵۸	۰/۳۱۲	۰/۰۰۰
۴	شاخص‌های درونزای نظام سلامت	شاخص‌های امنیت ملی	۰/۶۲۰	۰/۷۹۱	۰/۶۲۶	۰/۰۰۰
	۰/۲۹۵		۰/۰۰۰			

خلاصه نتایج فرضیه‌ها و مدل پیشنهادی: پس از بررسی فرضیه‌های تحقیق می‌توان در مورد

فرضیه‌ها و مدل تحقیق به یک نتیجه‌گیری کلی دست یافت. نتایج کلی فرضیه‌های تحقیق در

جدول ۲۱ ارائه گردیده است.

جدول شماره (۲۱): خلاصه نتایج آزمون فرضیه

ردیف	فرضیه	ضریب مسیر	p-value	T-value	نتیجه آزمون
۱	ابعاد نظام بیمه سلامت ← کارکرد تأمین مالی سلامت	۰/۷۳	۰/۰۰۰	۸/۴۷۷	تأیید آزمون
۲	شاخص‌های درونزای نظام سلامت ← ابعاد نظام بیمه سلامت	۰/۵۵	۰/۰۰۰	۸/۰۸۷	تأیید آزمون
۳	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر ← کارکرد تأمین مالی سلامت	۰/۵۱	۰/۰۰۰	۴/۵۷۸	تأیید آزمون
۴	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر ← ابعاد نظام بیمه سلامت	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۳/۱۹۹	تأیید آزمون
۵	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر ← شاخص‌های درونزای نظام سلامت	۰/۰۶	۰/۳۹۴	۰/۸۵۳	عدم تأیید آزمون
۶	شاخص‌های امنیت ملی ← افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر	۰/۷۴	۰/۰۰۰	۹/۱۶۱	تأیید آزمون
*	فرضیه	از طریق			نتیجه آزمون
۷	شاخص‌های امنیت ملی ← کارکرد تأمین مالی سلامت	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر			تأیید آزمون
۸	شاخص‌های امنیت ملی ← ابعاد نظام بیمه سلامت	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر			تأیید آزمون
۹	شاخص‌های امنیت ملی ← شاخص‌های درونزای نظام سلامت	افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر			تأیید آزمون

پاسخ سؤال پنجم: چالش‌های پیش روی سازمان بیمه سلامت کدامند؟ با عنایت به مطالعه کتابخانه‌ای، بررسی متون، مصاحبه صورت گرفته مهم‌ترین چالش‌های حوزه سازمان بیمه سلامت به عنوان یک سازمان بیمه‌گر پایه کانونی به شرح ذیل احصاء گردید. وجود زیان انباشته سنواتی، بالا بودن پرداخت از جیب مردم به‌خصوص در خدمات سرپایی، یکسان نبودن ساختار بیمه‌ها، تعدد سازمان‌های بیمه‌گر، وجود هم‌پوشانی بیمه‌ای، عدم وجود ضوابط و راهنمایی‌های تشخیصی درمانی در تجویز مداخلات سلامت، نبود عدالت در اخذ حق بیمه (عدم اجرای آزمون وسع)، ناکافی بودن اعتبارات، سستی بودن بیمه‌نامه / روش‌های کاری / رسیدگی اسناد و... (عدم اجرای کامل سازمان الکترونیک)، عدم ضمانت اجرایی برای وصول حق بیمه‌های سرانه از دستگاه‌های دولتی

نتیجه‌گیری:

یکی از نیازهای مبرم هر کشوری جهت تأمین سلامت و امنیت خود، داشتن سندی تحت عنوان الگوی راهبردی در حوزه سلامت و امنیت ملی است. از این رو هر دولتی سعی می‌کند برای تأمین امنیت و سلامت خود به دنبال تولید الگوی راهبردی باشد. توسعه نظام بیمه سلامت و ارتقاء امنیت ملی کشور یکی از مهم‌ترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری (مدظله‌العالی)، قانون اساسی و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران به عنوان متولی اصلی بیمه سلامت کشور می‌باشد. در این مقاله بر این اساس، مدلی راهبردی ارائه شد که در صورت توجه به متغیرهای تأثیرگذار، خروجی و نتیجه آن چیزی جز بهبود شاخص‌های امنیت ملی نخواهد بود.

بعد از طی کردن دو مرحله مصاحبه و یک مرحله توزیع پرسشنامه، در نهایت مدل راهبردی نظام بیمه سلامت کشور و نقش آن در امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران ارائه شد. این مدل شامل ۵ مؤلفه اصلی (کارکرد تأمین مالی سلامت، ابعاد نظام بیمه سلامت، شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت، افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر، شاخص‌های امنیت ملی) و ۱۶ زیرمؤلفه می‌باشد.

بنا به مطالعات گذشته، محقق به این نتیجه دست یافت، مدل باید از کارکرد تأمین مالی سلامت آغاز شود. چراکه، نظام سلامت متشکل از تمامی افراد، سازمان‌ها و فعالیت‌هایی است که هدف اولیه آن‌ها حفظ و ارتقای سلامت می‌باشد. بر اساس تعریف ارائه شده توسط سازمان

بهداشت جهانی، هدف غایی نظام‌های سلامت آحاد جامعه و پاسخگویی به انتظارات آن‌ها به گونه‌ای عدالت محور و حفاظت از آن‌ها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری‌ها می‌باشد.

کارکردهای تأمین مالی بر نظام بیمه سلامت تأثیرگذارند و با انباشت ریسک، پایداری مالی و پوشش بیمه‌ای ارتباطات معناداری دارند. به عنوان مثال خرید راهبردی بنا به ماهیتی که دارد به تبلور مفهوم ریسک بیمه‌ای و انباشت آن جان می‌بخشد. زمانی که با دید راهبردی خرید صورت گیرد، پایداری مالی بیشتری احساس می‌شود و ریسک کنترل خواهد شد. همچنین تدارک خدمات و ارائه خدمات بر پوشش بیمه‌ای تأثیر معناداری دارد و می‌توان به نحوی خدمات نظام تأمین مالی را برنامه‌ریزی کرد که پوشش بیمه‌ای گسترده‌ای را در بر بگیرد.

لذا پس از تأثیراتی که کارکرد تأمین مالی سلامت بر نظام بیمه سلامت می‌گذارد، اثرات محسوسی بر شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت، نمود پیدا می‌کند. نتایج مطالعه حاضر نشان داد تأثیر و میزان این دو متغیر (کارکرد تأمین مالی سلامت، ابعاد نظام بیمه سلامت) بر میزان عدالت و پاسخگویی درک شده تأثیرگذار است. از طرفی، دسترسی به بیمه و خدمات درمانی امری کلیدی در سازمان‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی است.

دسترسی افراد به خدمات درمانی به عنوان یک حقوق اساسی و هدف اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است، یعنی تمام افراد مستحق دریافت مراقبت‌های سلامت هستند، ولو اینکه آن‌ها احتیاجی به دریافت آن نداشته باشند. بنابراین یکی از اهداف اساسی سیاست‌گذاران در بخش بهداشت و درمان هر کشور، تسهیل دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی بوده به نحوی که همه اقشار جامعه بتوانند از این خدمات به نحو مطلوب بهره‌مند گردند. در هر حال این هزینه‌ها باعث ایجاد مشکلات مالی برای خانوارها گردیده و ممکن است آنان را به دام فقر اندازد. لذا تعجب‌آور نیست که نگرانی در مورد هزینه‌های سلامت مردم، امروزه توجه سیاست‌گذاران و دانشگاهیان را در بسیاری از کشورها به خود جلب می‌کند. به هر روی سازمان جهانی بهداشت حفاظت مردم در برابر هزینه‌های بیماری را به عنوان یکی از سه هدف اصلی نظام‌های سلامت تعیین کرده است. طی دهه گذشته توجه بسیاری برای تحلیل و فهم عملکرد نظام سلامت در دستیابی به این هدف انجام شده است.

امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته شده است؛ روشن‌ترین نشانه آن این است که خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی، به عبارتی دیگر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و فقر ناشی از تأمین مالی سلامت خود

نیز رنج می‌برند. لذا در مجموع این سه متغیر (کارکرد تأمین مالی سلامت، ابعاد نظام بیمه سلامت، شاخص‌های درون‌زای نظام سلامت) بر افزایش رفاه مردم و جلوگیری از فقر تأثیرگذار می‌باشد در نهایت نیز، داشتن نظام بیمه سلامت کارآمد و سالم، امنیت ملی را به ارمغان می‌آورد.

پیشنهادات اجرایی:

تلاش در جهت بسط فرهنگ بیمه‌ای و سبک زندگی اسلامی ایرانی و آگاه‌سازی مردم (توانمندسازی)

جلوگیری از اتخاذ تصمیمات مغایر با قانون و تلاش در اجرایی کامل قوانین مصوب (ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم)

مسئولین و متولیان امر بایستی به دنبال اجرایی سازمان الکترونیک باشند. (کنترل و نظارت دقیق با هزینه کمتر)

مسئولین و متولیان امر بایستی به دنبال اجرایی طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع باشند. (خرید راهبردی)

مسئولین و متولیان امر بایستی به دنبال تدوین و اجرایی راهنمایی بالینی باشند. (باعث کنترل تقاضا و مدیریت هزینه و جلوگیری از هزینه‌های القایی و کاذب)

مسئولین بایستی به دنبال شناسایی منابع پایدار و شیوه‌های صحیح تأمین منابع مالی باشند. (اجرای آزمون وسع)

از آنجا که مسئولیت نهایی عملکرد نظام بیمه سلامت یک کشور بر عهده دولت‌هاست، دولت‌ها نباید نسبت به رفع چالش‌ها و موانع نظام بیمه سلامت کم‌توجه باشد.

مسئولین با اجرائی نمودن نتایج ارزشمند حاصل از این تحقیق حفظ، ارتقاء نظام سلامت و امنیت ملی کشور را تضمین نمایند.

پیشنهادات برای تحقیقات آینده:

طراحی الگوی راهبردی نظام بیمه سلامت برای اساس *swot*

طراحی بسته پایه خدمت در نظام بیمه سلامت

منابع:

- قرآن کریم.
- سایت امام خامنه‌ای (مدظله‌العالی) قابل دسترسی در: <http://farsi.khamenei.ir>
- قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.
- سند چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در افق ۲۰ سال آینده.
- ادیبانی، سیدمرتضی و همکاران، (۱۳۹۳)، گزارش جهانی سلامت (۲۰۱۰) - تأمین منابع در نظام سلامت، چاپ دوم، تهران: جهاد دانشگاهی.
- افتخاری، اصغر، (۱۳۸۲)، روش‌شناسی اثباتی در مطالعات امنیتی، تهران: فصلنامه مطالعات راهبردی.
- آقابخشی، علی، (۱۳۶۳)، فرهنگ علوم سیاسی، تهران: انتشارات تقریر.
- یوزان، باری، (۱۳۷۸)، مردم، دولت‌ها و هراس، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی
- پژوهشکده مطالعات راهبردی، (۱۳۸۴)، استراتژی امنیت ملی در جمهوری اسلامی، اول، تهران: پژوهشکده مطالعات راهبردی
- حسن‌زاده، علی، (۱۳۹۰)، عدالت، بیمه‌های اجتماعی و خرید راهبردی خدمات سلامت، جلد اول، چاپ اول، تهران: انتشارات بهرام.
- حسن‌زاده، علی، (۱۳۹۵)، تولید در نظام سلامت از نظر تا عمل، چاپ اول، تهران: انتشارات جدی‌کار
- حسن‌زاده، علی، (۱۳۹۳)، نظام‌های بازپرداخت دارو، چاپ اول، تهران: انتشارات گامی تا فرزندگان.
- دلاور، علی، کوشکی، شیرین، (۱۳۹۲) روش تحقیق آمیخته، چاپ دوم، تهران: نشر ویرایش.
- ربیعی، علی، (۱۳۸۷)، مطالعات امنیت ملی، تهران: دفتر مطالعات سیاسی و بین‌الملل وزارت خارجه.
- رجب‌پور، مجید، (۱۳۸۲)، مطالعه تطبیقی بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو مناسب برای ایران، تهران: دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات.
- روشندل، جلیل، (۱۳۷۲)، بررسی تهدیدات داخلی و خارجی، چاپ اول، تهران: دانشگاه علوم استراتژیک
- زارع حسین و همکاران، (۱۳۸۹)، بیمه‌های اجتماعی سلامت در جهان و ایران، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.

- طریقت، محمدحسن و همکاران، (۱۳۸۷)، سیاست ملی سلامت در ایران (مطالعه تطبیقی)، تهران: مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی.
- عرب، محمد و همکاران، (۱۳۸۹)، *نظام‌های بیمه سلامت*، چاپ اول، تهران: جهاد دانشگاهی.
- *قانون بیمه همگانی مصوب*، (۱۳۷۳)، تهران: مجلس شورای اسلامی.
- *قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی*، (۱۳۸۳)، چاپ اول، تهران: انتشارات علمی فرهنگی هنری آهنگ آتیه.
- کریمی‌مله، علی و همکاران، (۱۳۸۹)، *تهدیدات سیاسی امنیت ملی از دیدگاه امام خمینی (ره)*، تهران: فصلنامه مطالعات راهبردی.
- گروه مطالعاتی دانشگاه عالی دفاع ملی، (۱۳۹۲)، *الگوی تدوین راهبرد امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران*، چاپ اول، دعا.
- مجموعه مقالات، (۱۳۸۴)، *همایش امنیت اجتماعی*، تهران.
- مرادیان، محسن، (۱۳۹۱)، *مبانی نظری امنیت*، تهران: انتشارات دانشکده علوم و فنون فارابی.
- مسعودی‌اصل، ایروان و همکاران، (۱۳۹۴)، *نظام‌های بهداشتی درمانی تطبیقی*، چاپ اول، تهران: ساتل.
- مطالعه گروهی، (۱۳۹۲)، *الگوی تدوین راهبرد امنیت ملی جمهوری اسلامی ایران*، تهران: دعا،
- هاشمیان‌فرد، زاهد (۱۳۹۰)، *امنیت در اسلام*، تهران: دعا.

