

## مؤلفه‌های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران

سمیه صدیقی<sup>۱</sup> / سمیه حسام<sup>۲</sup> / محمدرضا ملکی<sup>۳</sup>

چکیده

**مقدمه:** چرخه اصلاح نظام بیمه درمانی، مشابه دیگر چرخه‌های تصمیم‌گیری در مسائل اساسی کشور است. لذا مناسب آن است که مشکلات و زیرساخت‌های لازم جهت استقرار از ابتداء ریشه‌یابی شده و نقشه علمی آن جهت دستیابی به پوشش فراگیر بیمه سلامت ترسیم گردد. این پژوهش نیز با هدف تعیین مؤلفه‌های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در سال شش ماهه اول سال ۱۳۹۲ انجام گردیده است.

**روش پژوهش:** پژوهش حاضر در بین ۳۰ نفر از خبرگان عرصه بیمه سلامت کشور از سازمان‌های بیمه‌گر اصلی انجام گردید. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمع‌آوری و توسط نرم‌افزار SPSS19 و آزمون تی تک نمونه‌ای مورد تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** اجباری بودن پوشش جمعیت، ایجاد بانک اطلاعات جامع بیمه‌شدگان، پیش‌رونده بودن تأمین مالی، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، تعریف دقیق بسته خدمات و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه‌شده، ۶ مؤلفه موثر بوده‌اند.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج حاصل، ایجاد پوشش همگانی بیمه سلامت در کشور، نیازمند ایجاد بدنه خبره در طراحی برنامه‌ای بلندمدت و نظام‌مند در جهت رفع موانع در استقرار و برقراری تعامل بین سازمان‌های بیمه‌ای در کشور خواهد بود.

**کلید واژه‌ها:** پوشش همگانی، بیمه سلامت، ایران، پوشش جمعیت، بسته خدمات

Archive of SID

۱- دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس، فارس، ایران  
۲- استادیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس، فارس، ایران، (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: [somayehh59@yahoo.com](mailto:somayehh59@yahoo.com)  
۳- دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

## مقدمه

عبارتند از میزان پوشش جمعیت، و عمق پوشش. با در نظر گرفتن این دو جنبه، در برخی از کشورها سال‌های زیادی طول می‌کشد تا پوشش همگانی ایجاد گردد.

باید توجه داشت که احتمال این که بسیاری از کشورهای کم‌درآمد بتوانند در کوتاه مدت تمام منابع مالی لازم برای پوشش همگانی را از منابع داخلی تأمین کنند، اندک است. در سال ۲۰۰۳ از ۵۹ کشور کم‌درآمد، ۴۸ کشور به صورت سرانه کمتر از ۳۰ دلار آمریکا برای سلامت سرانه کمتر از ۱۲ مورد از این کشورها، کل مخارج سلامت سرانه کمتر از ۱۰ دلار آمریکا بوده است. در کشورهایی که سطح مخارج سلامت پائین است، انواع گوناگون مالیات‌ها، منبع تأمین بیشتر مخارج سلامت دولت‌های این کشورهاست.

شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد که بیشتر اصلاحات که هدف آن ایجاد پوشش همگانی است به صورت تدریجی بوده است. [۶] به صورت کلی با دو الگوی مختلف می‌توان به هدف پوشش همگانی دست یافت. الگوی نخست، همان تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات عمومی است که به الگوی بورج معروف است و الگوی دوم بیمه سلامت اجتماعی است که به الگوی بیسمارک شهرت دارد و در آن عضویت در نظام بیمه‌ای اجباری است و تمام مردم، کارگران، خویش‌فرمایان، شرکت‌ها حق بیمه خود را به صندوق بیمه سلامت واریز می‌نمایند. [۷] مهمترین چالش برای دستیابی به پوشش همگانی این است که راهی پیدا کنیم که پرداخت مستقیم از جیب را تبدیل به یک نوع پیش‌پرداخت نماییم. راه‌حل‌های پیشنهادی برای این کار پیچیده است و باید توجه داشت که ماهیت و سرعت ایجاد سازوکارهای پیش‌پرداخت بسته به بافت‌های گوناگون اقتصادی، اجتماعی و سیاسی کشورها متفاوت خواهد بود.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، ایران را در بین ۱۹۱ کشور جهان از نظر وضعیت بهداشتی - درمانی در رتبه ۹۳ و از نظر عدالت در تأمین منابع مالی در رتبه ۱۱۲ جهان رتبه‌بندی کرد. [۸] تأمین مالی کشور ما در حال حاضر از مجموعه‌ای از روش‌های مختلف برای تأمین مالی مراقبت سلامت استفاده می‌کند. [۹] عدم پوشش کافی جمعیت یا عدم وجود مداخلات هزینه - اثربخش در بسته خدمات سلامت و یا دسترسی به وسیله میزان بالای فرانشیز

امروزه بهداشت و درمان برای ملت‌ها به عنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای دولت‌ها به عنوان یک مسئله استراتژیک از نظر اقتصادی مطرح می‌باشد. هدف تعمیم بهداشت و درمان به همگان باید بر اساس رفع تبعیض بین گروه‌های مختلف جامعه تعیین گردد. [۱] در این میان محدوده ارائه خدمات درمانی بیش از آنکه یک وسیله تجاری به شمار رود، به عنوان یک حق اصلی در نظر گرفته می‌شود و از اینرو جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی را برای تمام افراد فراهم نماید که تحقق بخشیدن به این حق عمومی بستگی به شیوه‌های تأمین‌کننده خدمات برای تمام افراد داشته بدون آنکه در این راستا به توانایی فرد در پرداخت هزینه‌ها یا عدم پرداخت حق بیمه‌ها از سوی آنان توجهی نماید. [۲] تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی یکی از چالش‌های مهم در بسیاری از کشورهاست. علی‌رغم تلاش‌های گوناگون کشورهای در حال توسعه در این زمینه، هنوز پوشش بهداشتی فراگیر در این کشورها محقق نشده است. در سراسر دنیا ۱/۳ میلیارد نفر هنوز به اعمال جراحی، داروهای لازم و مواد ضروری دیگر دسترسی ندارند. [۳]

نگاهی دقیق‌تر به این مسأله مشخص می‌سازد که بسیاری از معضلات بهداشتی، ریشه در مشکلات مالی در ارائه خدمات بهداشتی و درمانی در کشورهای در حال توسعه دارد. [۴] بر این اساس هدف بسیاری از کشورهای جهان این است که نظام تأمین مالی سلامت خود را به گونه‌ای طراحی کنند که مردم را در برابر هزینه‌های تأمین سلامتی محافظت نموده و میزان دسترسی تمامی جمعیت را به خدمات سلامت فراهم نمایند. [۵] با توجه به این امر کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ مصوبه‌ای اعلام نمودند که کشورها را برای تدوین یک سیستم تأمین مالی سلامت برای ارائه پوشش همگانی تشویق نمود. پوشش همگانی را اینطور تعریف می‌کنند، دسترسی مطمئن به تمام خدمات ارتقاءدهنده پیشگیری‌کننده، درمانی و توانبخشی سلامت با یک قیمت قابل پرداخت. بنابراین پوشش همگانی علاوه بر محافظت در مقابل خطرات مالی دو جنبه تکمیلی دیگر نیز دارد که

می‌باشد. این بررسی باید ضمن داشتن آگاهی کافی نسبت به مشکل، راه‌حل‌ها و زیرساخت‌های موجود را بررسی نموده و گزینه‌های لازم را جهت اجرای مناسب را جهت حصول به اهداف کلی ارائه نمود.

پژوهش حاضر توجه صرف به موضوع بیمه سلامت نموده و از ورود به سایر جنبه‌های تأمین و رفاه اجتماعی اجتناب می‌کند و در نظر دارد معیارهای مناسب برای اجرای بیمه پایه سلامت را در جهت رسیدن به پوشش همگانی بیمه بررسی و بر اساس اولویت مورد سنجش قرار دهد. بنابر موارد پیشگفت، انتظار می‌رود که با انجام این پژوهش نسخه‌ای کامل در حد توان پژوهشگر برای استقرار هر چه بهتر بیمه پایه سلامت در کشور تهیه و ارائه گردد.

### روش پژوهش

مطالعه حاضر یک بررسی توصیفی - تحلیلی بوده که به صورت مقطعی در سال ۱۳۹۲ انجام گردیده است. با توجه به هدف کلی این مطالعه، جامعه‌ی آماری از خبرگان و متخصصان مطلع و با تجربه در عرصه بیمه سلامت تشکیل شد. جهت انتخاب این افراد ترکیبی از تحصیلات، سابقه کار مرتبط با بیمه سلامت، پست سازمانی و داشتن اشراف کامل بر امر سیاست‌گذاری در عرصه بیمه بهداشت و درمان و قانون برنامه پنجم توسعه به عنوان معیارهای ورود افراد در این مطالعه هدف‌گذاری شد. بنابراین با نمونه‌گیری هدفمند و با مطالعه بر روی چهره‌های موثر در عرصه بیمه سلامت، ۳۰ تن از خبرگان و فعالان این عرصه انتخاب و سرشماری گردیدند. محیط پژوهش شامل کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی (۵ نفر)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۵ نفر)، سازمان تأمین اجتماعی (۵ نفر)، سازمان بیمه سلامت ایران (۵ نفر)، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی (۵ نفر)، مرکز پژوهش‌های مجلس (۵ نفر) می‌باشد. جهت جمع‌آوری داده‌های مورد نیاز از یک پرسشنامه تدوین شده توسط پژوهشگر، استفاده گردید. مقالات، کتب، قوانین و آیین‌نامه‌ها، روزنامه‌ها، دیتابیس‌های مقالات و پایان‌نامه‌های داخلی و خارجی منبع این مطالعات جهت تهیه و تنظیم

مشکلات عدیده‌ای را در نظام بیمه درمانی کشور در پی داشته است. [۱۰] وجود همین مشکلات سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان را بر آن داشت که قوانین جدیدی برای سیستم بیمه درمانی کشور اتخاذ نمایند. تدوین قانون بیمه سلامت در ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، نتیجه توجه به آشفتگی نظام بیمه سلامت در کشور بوده است. [۱۱] تدوین این قانون به نوعی ایجاد یک صندوق بیمه اجتماعی را در کشور رقم می‌زند. که به منظور ارتقای عدالت در دسترسی به خدمات بهداشتی، کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی تدوین گردیده است. [۱۲] در این روش بیمه توسط یک کارگزار عمومی اداره می‌شود. به طور قراردادی حق بیمه شکل مشارکت‌های اجباری را داشته که از حقوق و دستمزد به عنوان بخشی از درآمدها کسر می‌شود. [۱۳] لذا بیمه سلامت بالقوه برای کاهش موانع مالی از طریق به اشتراک گذاشتن خطرات ناشی از مراقبت‌های بهداشتی و حذف هزینه مازاد در لحظه استفاده از خدمات بهداشتی ایجاد می‌گردد. بنابراین بیمه سلامت میزان تقاضا برای مراقبت‌های بهداشتی را از طریق کاهش قیمت موثر خدمات افزایش خواهد داد. [۱۴]

سازمان جهانی بهداشت بیمه سلامت را به عنوان یک ابزار نویدبخش برای دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته است. [۱۵] با تدوین قانون بیمه سلامت و موضوع یکپارچه کردن بیمه‌های پایه درمان به منظور ارتقای بهره‌وری منابع مالی، بخش سلامت از موضوعاتی است که مستلزم بحث‌های کارشناسی فراوانی از ابعاد متفاوت نظیر دستیابی به عدالت، بهبود کارآمدی، پاسخگویی به انتظارات و اجرای مناسب بیمه سلامت در راستای زیرساخت‌های موجود در جامعه می‌باشد.

بنا به ضرورت زمان و تأخیر رشد ناشی از توقف در تفکرهای سلیقه‌ای و الزام قانون برنامه سوم، چهارم و پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، کشور در حال تحولی بزرگ در نظام بیمه درمانی می‌باشد و این تحول عظیم مسلماً مانند هر تغییر دیگری در نظام بیمه‌ای که هدف آن همگانی کردن باشد، نیازمند یک دیدگاه و بررسی نظام‌مند

از تکمیل و جمع‌آوری، کدگذاری گردیده و توسط نرم افزار آماري SPSS v19 در دو سطح آمار توصيفي و تحليلي مورد تجزيه تحليل قرار گرفتند. در سطح آمار استنباطي از آزمون پارامتری تی تک نمونه‌ای (به خاطر نرمال بودن توزیع داده‌ها) استفاده گردید. حد بحرانی (یا نقطه برش) در این آزمون نمره ۶ در نظر گرفته شد. همچنین جهت رتبه بندی تاثیرگذاري گويه‌ها بر استقرار نظام بیمه پایه سلامت از آزمون فریدمن استفاده گردید. بعلاوه سطح معناداری در کلیه سطوح آزمون تحلیلی ۰/۰۵ می‌باشد.

### یافته‌ها

متوسط سن خبرگان مورد مطالعه در حدود ۴۲ سال با انحراف معیار ۶ سال بوده و اکثریت آنها به میزان ۹۳/۳٪ از آنها را مردان تشکیل می‌دادند. نیمی از آنان دارای مدرک دکترای تخصصی، ۴۶/۷٪ فوق لیسانس و یک نفر دارای مدرک کارشناسی بود. متوسط سابقه کار پاسخ‌گویان در زمینه بیمه سلامت در حدود ۱۰ سال برآورد گردید.

گويه‌های پرسشنامه و ابزار این مطالعه بودند. پس از بررسی مطالعات صورت‌گرفته پرسشنامه اولیه تهیه و تدوین گردید. سپس پرسشنامه مذکور، جهت تأیید روایی به چند تن از اساتید علمی و یک مشاور آماری ارائه و پس از دریافت و اجرای نظرات آنان، پرسشنامه نهایی گردید. جهت سنجش میزان پایایی درونی ابزار نیز از آلفا کرونباخ بهره گرفته شد که میزان آن در حدود ۰/۹۲ بدست آمد که نشان از پایایی بسیار مطلوب پرسشنامه دارد. پرسشنامه از دو قسمت تشکیل شده که قسمت اول شامل ۵ متغیر زمینه‌ای پاسخ‌دهندگان (سن، جنس، سابقه کار، تحصیلات، پست سازمان) و قسمت دوم مشتمل بر ۴۶ گویه محتمل تاثیر گذار در استقرار بیمه پایه سلامت می‌باشد که این ۴۶ گویه در ۴ بعد کلی دسته بندی گردید. از گویه های شماره ۱ تا ۱۳ مربوط به بعد "پوشش همگانی بیمه"، ۱۴ تا ۲۳ مربوط به بعد "تامین منابع مالی"، ۲۴ تا ۳۲ مربوط به "یکپارچگی ساختار" و از گویه های شماره ۳۳ تا ۴۶ مربوط به بعد "بسته پایه خدمات سلامت" می‌باشد. طیف پاسخگویی نظرات بصورت نمره گذاری از ۱ تا ۱۰ بوده که نمره بالاتر نشان دهنده تاثیرگذاري بیشتر خواهد بود. پرسشنامه‌ها پس

جدول ۱ - آمار توصيفي متغیرهای زمینه‌ای آزمودنی‌های مطالعه

متغیر	مولفه	فراواني	درصد فراواني
تحصيلات	لیسانس	۱	۳.۳٪
	فوق لیسانس	۱۴	۴۶.۷٪
	دکتری تخصصی	۱۵	۵۰٪
	کل	۳۰	۱۰۰٪
جنسیت	زن	۲	۶.۷٪
	مرد	۲۸	۹۳.۳٪
	کل	۳۰	۱۰۰٪
سن	۲۷-۳۹	۷	۲۳.۳٪
	۴۰-۴۶	۱۶	۵۳.۳٪
سابقه کار در بیمه سلامت	۴۷-۵۴	۷	۲۳.۳٪
	کل	۳۰	۱۰۰٪
	کمتر از ۸ سال	۱۴	۵۳.۸٪
	۹-۱۷ سال	۷	۲۶.۹٪
پست سازمانی	۱۸-۲۶ سال	۵	۱۹.۲٪
	کل	۳۰	۱۰۰٪
	مدیران ارشد	۱۲	۴۴.۴٪
	مدیران میانی	۴	۱۴.۸٪
	کارشناسان	۱۱	۴۰.۷٪
	کل	۳۰	۱۰۰٪

"پوشش همگانی جمعیت" بعنوان یکی از ابعاد کلی در استقرار نظام سلامت است که شامل ۱۳ گویه در پرسشنامه می‌باشد. پس از انجام آزمون تی تک نمونه‌ای، از مجموع این ۱۳ گویه، ۴ گویه که عبارتند از "وجود مرکزی برای تطبیق آمار سازمان‌های بیمه‌ای"، "تعیین دقیق درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن"، "دسته‌بندی گروهی جمعیت تحت پوشش" و تعیین میزان دقیق جمعیت خویش‌فرما" از لحاظ آماری نمره تاثیرگذاری کمتر و یا مساوی ۶ داشته و از منظر خبرگان تاثیر معناداری در استقرار نظام پایه بیمه سلامت ندارند در جدول ۲ قابل بررسی می‌باشد.

سایر گویه‌های زیر مجموعه‌ی این بعد از منظر خبرگان تاثیرگذار بوده و خروجی آزمون فریدمن نشان از تفاوت رتبه تاثیرگذاری میان آنها دارد ( $\chi^2=55.1$ ,  $df=12$ ,  $P\text{-value}\leq 0.001$ ). بنابراین از لحاظ رتبه تاثیرگذاری، گویه‌های "اجباری بودن عضویت جمعیت تحت پوشش" و "وجود نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان" به ترتیب با رتبه میانگین ۸/۶۲ و ۹/۰۴ بیشترین تاثیر را از منظر خبرگان بر استقرار نظام پایه بیمه سلامت داشته‌اند. سایر مولفه‌ها و میزان تاثیرگذاری آنان در جدول ۲ قابل بررسی می‌باشد.

جدول ۲ - بررسی تاثیر گویه‌های زیر مجموعه بعد "پوشش همگانی جمعیت" و رتبه‌بندی آنها بر اساس میزان تاثیر بر استقرار بیمه پایه سلامت

مولفه‌های پرسشنامه	t	P-value	اختلاف میانگین با رتبه میانگین (آزمون فریدمن)	نمره ۶
معین بودن میزان دقیق پوشش جمعیت (تعداد بیمه‌شدگان)	۴.۲۵۷	$\leq 0.001$	۷.۸۱	۲
اجباری بودن عضویت جمعیت تحت پوشش	۸.۰۱	$\leq 0.001$	۹.۰۴	۲.۷۹
وجود نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان	۴.۹۱۴	$\leq 0.001$	۸.۶۲	۲.۰۳
اطلاع‌رسانی و رفتارسازی بیمه‌ای در بین جمعیت	۴	$\leq 0.001$	۷.۲۱	۱.۳۳
اجرای کامل تشکیل پرونده بیمه سلامت ایرانیان	۳.۴۸۶	۰.۰۰۲	۸.۱۳	۱.۶۳
رفع هم‌پوشانی در آمارهای بیمه‌ای سازمان‌های بیمه	۳.۹۷	$\leq 0.001$	۸.۲۵	۱.۷۳
وجود مرکزی برای تطبیق آمار سازمان‌های بیمه‌ای	۱.۴۳۲	۰.۱۶۳	۶	۰.۶۷
تعیین سازمان واحد جهت صدور کارت هوشمند سلامت	۱.۹۷۲	۰.۰۵۸	۶.۴۲	۰.۹۷
ایجاد نظام شناسایی اقشار آسیب‌پذیر و کم‌درآمد	۴.۷۰۸	$\leq 0.001$	۸.۵۲	۱.۷۶
تعیین دقیق درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن	۱.۰۴۹	۰.۳۰۳	۵.۶۷	۰.۵
ایجاد سازوکار پایش و بررسی شکایات بیماران	۳.۲۵	۰.۰۰۳	۶.۲۹	۰.۹۷
دسته‌بندی گروهی جمعیت تحت پوشش	۰.۲۶۵-	۰.۷۹۳	۴.۲۷	۰.۱۴-
تعیین میزان دقیق جمعیت خویش‌فرما	۰.۱۴۷-	۰.۸۸۴	۴.۷۷	۰.۰۷-

\* میزان درجه آزادی برای کلیه سطوح آزمون تی در این جدول برابر ۲۹ می‌باشد

\* دسته‌بندی گروهی جمعیت بر اساس صندوق‌های کارکنان دولت، سایر ۲۴ اقشار، خویش‌فرما (مشاغل آزاد)

منظر خبرگان تاثیرگذار بوده و خروجی آزمون فریدمن نشان از تفاوت رتبه میان سایر گویه‌ها دارد ( $\chi^2=39.9$ ,  $df=9$ ,  $P\text{-value}\leq 0.001$ ). بنابراین از لحاظ رتبه تاثیرگذاری، گویه "پیش‌رونده بودن تأمین مالی (مشارکت کمتر افراد با توانایی مالی کمتر در هزینه‌های سلامت و برعکس)" با رتبه میانگین  $7/63$  بیشترین تاثیر را از منظر آنان بر استقرار نظام پایه بیمه سلامت در بعد تأمین منابع مالی طرح داشته است. (جدول ۳)

بعد دیگر مورد بررسی در استقرار نظام بیمه پایه سلامت، بعد "تأمین منابع مالی" آن می‌باشد که از طریق ۱۰ گویه در پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. پس از انجام آزمون تی تک نمونه‌ای، از مجموع این ۱۰ گویه، تنها یک گویه یعنی "یکسان‌سازی نرخ حق بیمه و سهم هر یک از شرکاء (دولت، کارفرما، بیمه‌شده)" از لحاظ آماری معنادار و تاثیرگذار نمی‌باشد ( $P\text{-value}=0.075$ ). سایر گویه‌های زیر مجموعه‌ی بعد تأمین منابع مالی، از

جدول ۳ - بررسی تاثیر گویه‌های زیر مجموعه بعد "تأمین منابع مالی" و رتبه‌بندی آنها بر اساس میزان تاثیر بر استقرار بیمه پایه سلامت

رتبه میانگین (آزمون فریدمن)	اختلاف میانگین با نمره ۶	P-value	t	مولفه‌های پرسشنامه
۴۶۷	۱.۱۷	۰.۰۰۴	۳.۱۸۳	سازوکار پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات
۶.۱۵	۱.۹	$\leq 0.001$	۵.۵۳	وجود نظام تعرفه‌گذاری واقعی در خدمات
۴.۸۳	۱.۴۸	$\leq 0.001$	۴.۴۷	عدالت در پرداخت تعهدات دولت به سازمان‌های بیمه‌ای
۳.۸۳	۰.۸۶	۰.۰۷۵	۱.۸۵۵	یکسان‌سازی نرخ حق بیمه و سهم هر یک از شرکاء (دولت، کارفرما، بیمه‌شده)
۶.۳	۲.۰۴	$\leq 0.001$	۶.۷۴	نوع دریافت حق بیمه (سرانه / Pay Roll Tax)
۴.۷۲	۱.۲۹	۰.۰۰۱	۳.۸۹	یکسان‌سازی و منطقی کردن شیوه پرداخت هزینه‌ها هنگام دریافت خدمات (فرانشیز)
۷.۶۳	۲.۷۹	$\leq 0.001$	۱۱.۶۴	پیش‌رونده بودن (مشارکت کمتر افراد با توانایی مالی کمتر در هزینه‌های سلامت و برعکس) تأمین مالی
۴.۶۹	۱.۳۳	$\leq 0.001$	۴.۲۲	جدا کردن تعهدات بیمه‌ای و تعهدات حمایتی دولت
۶.۲۲	۲.۱۴	$\leq 0.001$	۷.۰۱۴	علمی بودن روش محاسبه حق بیمه
۵.۹۶	۲.۲۴	$\leq 0.001$	۷.۹	ایجاد سیستم انباشت ریسک واحد

بوده و خروجی آزمون فریدمن نشان از تفاوت رتبه میان آنها دارد ( $\chi^2=38.1$ ,  $df=8$ ,  $P\text{-value}\leq 0.001$ ). بنابراین از لحاظ رتبه تاثیرگذاری، گویه "اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در جهت دسترسی همه اقشار به خدمات سلامت" با رتبه میانگین  $7/02$  بیشترین تاثیر را از منظر آنان بر استقرار نظام پایه بیمه سلامت در بعد یکپارچگی ساختاری طرح داشته است. (جدول ۴)

بعد دیگر مورد بررسی در استقرار نظام بیمه پایه سلامت، بعد "یکپارچگی ساختار" آن می‌باشد که از طریق ۹ گویه در پرسشنامه مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. در مجموع، تنها یک گویه یعنی "تعدد سازمان‌های بیمه‌گر در امر درمان با روش‌ها و ضوابط یکسان بدون رقابت" از لحاظ آماری معنادار و تاثیرگذار نمی‌باشد ( $P\text{-value}=0.885$ ). سایر گویه‌های زیر مجموعه‌ی این بعد، از منظر خبرگان تاثیرگذار

جدول ۴ - بررسی تاثیر گویه‌های زیر مجموعه بعد "یکپارچگی ساختار" و رتبه‌بندی آنها بر اساس میزان تاثیر بر استقرار بیمه پایه سلامت

رتبه میانگین (آزمون فریدمن)	اختلاف میانگین با نمره ۶	P-value	t	مولفه‌های پرسشنامه
۳.۲۵	۰.۰۷-	۰.۸۸۵	۰.۱۵-	تعدد سازمان‌های بیمه‌گر در امر درمان با روش‌ها و ضوابط یکسان بدون رقابت
۴.۲	۰.۹۳	۰.۰۴۳	۲.۱۳	مشخص شدن اعضاء شورای عالی بیمه سلامت
۵.۱۳	۱.۶	۰.۰۰۱	۳.۶۹	مشخص شدن نقش شفاف شورای عالی بیمه سلامت
۵.۱۳	۱.۶۳	۰.۰۰۱	۳.۸۲	مشخص بودن وظایف شورای عالی بیمه سلامت
۴.۶۸	۱.۳۳	۰.۰۰۲	۳.۳۲	وجود قانون جامع در نظام بیمه درمانی جدید
۵.۱۴	۱.۷	$\leq 0.001$	۴.۴۶	شفافیت نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه‌های بیمه‌ای/ حمایتی/ امدادی
۴.۵۹	۰.۹۷	۰.۰۱۳	۲.۶۶	متجانس بودن ماهیت صندوق‌های ادغام شده
۷.۰۲	۲.۶۹	$\leq 0.001$	۷.۳۷	اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در جهت دسترسی همه اقشار به خدمات سلامت
۵.۸۸	۲.۳	$\leq 0.001$	۱۲.۷۵	عدم گسیختگی در صندوق‌های بیمه‌ای با هدف افزایش تجمیع خطر

در نهایت پس از تجمیع گویه‌های هر یک از ابعاد چهارگانه مورد انتظار در استقرار بیمه پایه سلامت، خود ابعاد مورد بررسی قرار گرفتند که خروجی آزمون از تاثیرگذاری کلیه ابعاد داشته  $P\text{-value} \leq 0.001$  ولی بر اساس خروجی آزمون فریدمن در مجموع هیچ یک از ابعاد بر دیگری برتری ندارند ( $\chi^2=70.1, df=13, P\text{-value} \leq 0.001$ ). (جدول ۶)

آخرین بعد مورد بررسی در این مطالعه مربوط به "بسته پایه خدمات سلامت" می‌باشد که از ۱۴ گویه تشکیل شده است. همه گویه‌ها از دیدگاه خبرگان در این بعد به جز گویه "گنجاندن امر مشاوره و آموزش در نحوه استفاده از بسته خدمات پایه" ( $P\text{-value}=0.086$ ) تاثیرگذار می‌باشند. سایر گویه‌های زیر مجموعه‌ی این بعد، از منظر خبرگان تاثیرگذار بوده و خروجی آزمون فریدمن نشان از تفاوت رتبه میان آنها دارد ( $P\text{-value} \leq 0.001$ ). در این میان گویه‌های "تعریف دقیق بسته خدمات سلامت" و "وجود نظارت بر کیفیت خدمات بسته پایه سلامت" با رتبه میانگین برابر ۹/۵۲، بیشترین تاثیرگذاری را در این بعد بر استقرار بیمه پایه سلامت دارند. سایر مولفه‌ها و رتبه تاثیرگذاری آنان در جدول ۵ قابل بررسی می‌باشد.

جدول ۵- بررسی تاثیر گویه‌های زیر مجموعه بعد "بسته پایه خدمات سلامت" و رتبه‌بندی آنها بر اساس میزان تاثیر بر استقرار بیمه پایه سلامت

رتبه میانگین (آزمون فریدمن)	اختلاف میانگین با نمره ۶	P-value	t	مولفه های پرسشنامه
۹.۱۵	۲.۴۷	≤۰.۰۰۱	۸.۱۶	تعیین متولی مشخص تعریف بسته خدمات پایه سلامت
۹.۵۲	۲.۵۷	≤۰.۰۰۱	۱۰	تعریف دقیق بسته خدمات سلامت
۸.۷۹	۲.۲۳	≤۰.۰۰۱	۷.۵۹	ایجاد بدنه کارشناسی خبره جهت تعیین خدمات بسته پایه
۷.۶۲	۱.۵۲	≤۰.۰۰۱	۴.۰۶	عمیق‌تر نمودن بسته خدمات پایه سلامت
۵.۵۸	۱	۰.۰۳۸	۲.۱۹	افزایش تعهدات در ارائه خدمات بسته پایه
۸.۵۲	۲.۳۳	≤۰.۰۰۱	۸.۱۹	تدوین دستورالعمل درمانی برای افزایش کیفیت خدمات و مدیریت هزینه‌ها
۹.۵۲	۲.۷۳	≤۰.۰۰۱	۱۲.۸	وجود نظارت بر کیفیت خدمات بسته پایه سلامت
۶.۱۲	۱.۵	≤۰.۰۰۱	۴.۵۳	ایجاد بستر قانونی مناسب جهت تعیین بسته خدمات پایه
۵.۵۸	۱.۳۸	≤۰.۰۰۱	۴.۴۸	شفاف‌سازی نقش شورای عالی بیمه در سیاستگذاری تعیین بسته خدمتی پایه
۶.۸۳	۱.۰۷	۰.۰۱۹	۲.۴۹	ایجاد بانک اطلاعاتی مناسب در خصوص شیوع بیماری‌ها، متوسط هزینه بیماری‌ها و میزان مصرف برخی داروها و ..
۸.۲۵	۲	≤۰.۰۰۱	۶.۴۵	ورود خدمات پیشگیری به بسته پایه (ایجاد بسته سلامت محور)
۴.۳۱	۰.۶۹	۰.۰۸۶	۱.۷۸	گنجاندن امر مشاوره و آموزش در نحوه استفاده از بسته خدمات پایه
۵.۹۲	۱.۲	≤۰.۰۰۱	۴.۹۷	وجود هماهنگی لازم بین ورود و خروج خدمات بسته پایه
۹.۳۱	۲.۴	≤۰.۰۰۱	۷.۱۸	تبادل الکترونیک داده‌ها در نظام بیمه درمانی کشور

جدول ۶- بررسی تاثیر ابعاد چهارگانه استقرار بیمه پایه سلامت و رتبه‌بندی آنها بر اساس میزان تاثیر

رتبه میانگین (آزمون فریدمن)	اختلاف میانگین با نمره ۶	P-value	t	مولفه‌های استقرار بیمه سلامت
۲.۲	۱.۲۵	≤۰.۰۰۱	۴.۱۹	پوشش همگانی جمعیت
۲.۴	۱.۷۷	≤۰.۰۰۱	۹	تأمین منابع مالی
۲.۴۳	۱.۴۶	≤۰.۰۰۱	۶.۸۳	یکپارچگی ساختار
۲.۹۷	۱.۸۱	≤۰.۰۰۱	۹.۵	بسته پایه خدمات سلامت



## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش، در بعد پوشش جمعیت، اجباری بودن عضویت جمعیت تحت پوشش به عنوان عامل تأثیرگذار در استقرار مناسب بیمه همگانی سلامت در کشور می‌باشد. به طور کلی بیمه اجتماعی سلامت سه مشخصه اصلی دارد که اساسی‌ترین آن، اجباری بودن است که نقطه اعظم افتراق از سایر بیمه‌های خصوصی اختیاری است. [۲۰]

ابراهیمی‌پور نیز در پژوهش خود با عنوان "چالش‌های بیمه همگانی پایدار در ایران" به این نتیجه رسیده است که اجباری بودن عضویت در بیمه سلامت یکی از عوامل مؤثر در اجرای کامل بیمه بوده و دولت برای دستیابی به پوشش همگانی باید این امر را به شکل اجباری برقرار نماید. [۲۱]

بررسی‌های صورت‌گرفته نیز نشان می‌دهد که صندوق‌هایی که عضویت در آنها اجباری است عبارتند از صندوق‌های تأمین اجتماعی، صندوق کارکنان دولت و نیروهای مسلح. در بقیه صندوق‌ها عضویت حالت اجبار ندارد. تجربه نشان داده است که هر جا بیمه اجباری است از نظر تجمیع منابع و همچنین تأمین هزینه‌های سلامت کشور با مشکلات کمتری مواجه بوده‌ایم. وجود نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان نیز در یافته‌های پژوهش حاضر به گفته خبرگان، بیشترین تأثیر را در استقرار بیمه پایه خواهد داشت. مقدسی و ابراهیمی‌پور نیز هر یک در پژوهش خود به این امر اذعان داشتند که ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات بزرگترین زیرساختی است که مورد نظر سیاست‌گذاران است. در کشور تاکنون نیز به هنگام ایجاد پوشش همگانی یک بانک اطلاعات جامع تحت عنوان "بانک واحد بیمه ملی سلامت" تشکیل شد که اطلاعات جامع در مورد افراد ثبت‌نام و همچنین اطلاعات مرتبط با میزان مصرف آنان و همچنین اطلاعات مرتبط با میزان مصرف آنان و همچنین ارتباط با میزان درآمد آنان و میزان مالیات و سهم بیمه‌ای که باید بپردازند برقرار شده است. [۲۲] لذا ایجاد بانک جامع اطلاعات بیمه‌شدگان در حاضر حاضر یک امر مورد نیاز

همانا پیش از برقراری و در حین اجرای بیمه درمان سلامت لازم است که زمینه به خوبی شناخته شود. بیمه سلامت یک راهکار مالی برای تجهیز صندوق‌ها و یک کاسه کردن خطرات است. صندوق‌های جدید تجهیز شده باید برای فقرا و افراد کم‌درآمد تخصیص یابند تا دسترسی مالی این افراد نیز به خدمات بهداشتی- درمانی میسر شود. بیمه درمان سلامت ممکن است راه‌حلی برای مشکل سیستماتیک خدمات بهداشتی- درمانی یک کشور باشد، اما ضرورتاً راه‌حل تمام مشکلات نیست. [۱۶]

در حال حاضر ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای تمام افراد و با هزینه‌ای منطقی، چالش پیش‌روی تمام کشورهای جهان. [۱۷] لذا انتخاب نظام تأمین مالی سلامت از سوی یک کشور می‌بایست به نحوی باشد که کشور را در جهت دستیابی به پوشش فراگیر با هزینه قابل پرداخت از طریق پیش‌پرداخت و تجمیع منابع و استفاده از منابع در خرید خدمات به شیوه کارا و عادلانه سوق دهد. [۱۸] بنابراین اصلاحات در نظام درمانی ایران نیز باید ضمن بکارگیری تجربه‌های جهانی با تکیه بر مسائل و تنگناهای نظام بهداشت و درمان در جهت رسیدن به اهداف فوق انجام گیرد. [۱۹]

پیش از اجرای قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، بر اساس مطالعات وضعیت نظام بیمه درمانی ایران، بزرگترین چالش نظام بیمه درمانی، مشکلات بر سر راه یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی بوده است. حال پس از گذشت دو سال از اجرای این قانون، و اقدامات ناتمام دولت در استقرار بیمه پایه سلامت در کشور، در ذیل یافته‌های این پژوهش که به بررسی زیرساخت‌های لازم و مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه سلامت در کشور پرداخته شد، با در نظر گرفتن نظرات خبرگان بیمه‌ای در کشور در ابعاد مختلف مؤلفه‌های مؤثر در اجرای بیمه پایه مورد سنجش واقع گردید.

در نظام بیمه‌ای درمانی جهت گسترش پوشش خدمات بیمه‌ای است و ایجاد این بانک می‌تواند میزان دقیق پوشش بیمه‌ای کشور را تعیین نموده و از هدر رفتن منابع جلوگیری نماید.

از سوی دیگر بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، در بعد تأمین منابع مالی به گفته خبرگان این پژوهش، پیش‌رونده بودن تأمین منابع مالی بیشترین تأثیر را در استقرار مناسب بیمه پایه سلامت به همراه خواهد داشت.

پیش‌رونده بودن تأمین مالی (Progressive) یعنی افرادی که توانایی مالی کمتری دارند به نسبت متوسط جامعه، کمتر در هزینه‌های نظام سلامت مشارکت نمایند و افراد ثروتمندتر بیشتر. [۲۳]

زارع در پژوهش خود نشان داد که روش سرانه روشی کاملاً پسرورنده است زیرا یارانه متقاطع از افرادی که در دهک‌های بالایی درآمدی جامعه هستند به گروه‌های پایین وجود ندارد. [۲۴] سایر نتایج نیز نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه، خانواده‌های فقیر به علت پسرورنده بودن روش‌های تأمین مالی، به نسبت ثروتمندان درصد بیشتری از درآمد خود را برای سلامت صرف می‌کنند. [۲۵] روش سرانه در تمامی صندوق‌های سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان خدمات درمانی (ره) و نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی (ره) و صندوق‌های بیمه‌ای کوچک کشور وجود دارد. روش درصدی از حقوق و دستمزد که در صندوق تأمین اجتماعی استفاده می‌شود به نسبت روش سرانه پیش‌رونده است اما این روش نیز در این طیف، جزء روش‌هایی است که از نظر پیش‌رونده بودن متوسط هستند. همانطور که قانون برنامه پنجم توسعه نیز ذکر گردیده است.

کسر از حقوق و دستمزد برای بیمه پایه سلامت منظور گردیده است که بر اساس نتایج مطالعات زیرساختی مناسب و لازم جهت اجرای عادلانه حق بیمه می‌باشد. لذا باید تلاش در جهت استفاده هر چه تمام از ظرفیت‌های کشور برای تعیین توانایی پرداخت افراد هم در بخش رسمی و هم غیررسمی صورت گیرد.

یافته‌های پژوهش حاضر در بعد یکپارچگی ساختار حاکی از آن است که به بیان خبرگان حاضر در این پژوهش، اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در جهت دسترسی همه اقشار به خدمات سلامت به عنوان عاملی موثر در اجرای هر چه تمام‌تر بیمه پایه سلامت خواهد بود. از این حیث که رهانشدن بیمه در نظام بهداشت و درمان و هدایت پروسه درمان وی تحت نظارت نظام ارجاع و مراجعه وی به تخصص‌های لازم برای تشخیص باعث جلوگیری از هدررفت منابع سازمان‌های بیمه‌ای و همچنین کاهش پرداخت از جیب و عدم مواجه شدن افراد با هزینه‌های کمرشکن خواهد شد. نتایج پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد که یک برنامه بیمه‌ای دارای نظام دروازه‌بانی می‌تواند تا ۶ درصد هزینه کل برنامه را نسبت به برنامه بدون این سازوکار کاهش دهد. [۲۶] منابع گردآوری شده در صندوق بیمه درمان برای خرید مجموعه‌ای از مداخلات بهداشتی - درمانی استفاده می‌شوند که تمام افراد عضو صندوق بیمه واجد دریافت آن هستند. این بسته خدمتی باید با توجه به محدودیت منابع صندوق تا حد ممکن جامع باشد. یافته‌های پژوهش حاضر در بعد بسته خدمات سلامت نیز بیان داشت که تعریف دقیق بسته خدمات سلامت و وجود نظارت دقیق بر کیفیت خدمات و نحوه ارائه خدمات عاملی موثر در اجرای مناسب بیمه پایه در جهت رسیدن به هدف کلی پوشش فراگیر در کشور خواهد بود.

در سطح جهانی دیدگاه‌های مختلفی در مورد تعیین بسته خدمتی وجود دارند. برخی کشورها تنها یک بسته خدمتی معین کرده‌اند و تمام افراد کشور می‌توانند از آن برخوردار شوند. برخی هم یک بسته خدمتی پایه و یک بسته خدمتی برای خدماتی که هزینه کمرشکن دارند تعیین کرده‌اند. در شرایط کنونی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در برخی موارد پوشش خدمات بسته بیمه درمان پایه را به صورت یکسانی انجام نمی‌دهند. این امر موجب شده که برخی خدمات یکسان، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه مختلف به صورت متفاوتی ارائه شود. بنابراین در درجه اول تعیین متولی مناسب و

ابتداء ریشه‌یابی شده و نقشه علمی آن پس از طراحی ترسیم تا بهترین گزینه‌ها بر حل مشکل حاصل شود. حال با توجه به مطالعه صورت‌گرفته و نتایج حاصل از بررسی نظرات خبرگان در عرصه بیمه سلامت کشور، و نظر به قابلیت اجرایی راهکارها، پیشنهادات زیر ارائه می‌گردد:

- برقراری دستورالعمل یکسان بین سازمان‌های بیمه‌ای به جهت اجباری نمودن بیمه پایه سلامت
- ایجاد بانک جامع اطلاعات بیمه‌شدگان با همکاری سازمان‌های ذینفع جهت رفع هم‌پوشانی آماری و جلوگیری از هدر رفت منابع سازمان‌های بیمه‌ای
- ایجاد دستورالعمل واحد در پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات جهت برقراری تعامل بین سازمان‌های بیمه‌ای و رفع تبعیضات
- فرهنگ‌سازی بین جمعیت تحت پوشش جهت استفاده از سیستم ارجاع با محوریت پزشک خانواده و تبیین فواید استفاده از آن در کاهش پرداخت از جیب برای دریافت‌کنندگان خدمات
- برقراری جلسات متعدد با مدیران و کارشناسان اجرایی سازمان‌های بیمه‌ای درمان جهت برقراری همکاری و تعامل و یکسان‌سازی اطلاعات بین سازمان‌ها
- قرار دادن مدت زمان مشخص برای سازمان‌های بیمه‌ای سلامت در پرداخت تعهدات در ذیل وظایف شورای عالی بیمه سلامت
- ایجاد گروه کارشناسی خبره در جهت تدوین بسته خدمات پایه در ذیل شرح وظایف شورای عالی بیمه سلامت کشور
- تشکیل گروه ناظر بر تدوین و ارائه خدمات بسته سلامت جهت بررسی کیفی و کمی خدمات
- تدوین بسته‌ای جامع به نحوی که از فقیرترین افراد تا غنی‌ترین افراد تمایل و رضایت به استفاده از خدمات داشته باشند

مشخص در تدوین بسته و بعلاوه یکسان نمودن ضوابط مورد عمل بیمه‌ها در ارائه خدمات بسته در کشور ضروری به نظر می‌رسد. این امر مستلزم تشکیل گروه کارشناسی خبره در این زمینه می‌باشد که تدوین به نحوی عادلانه و کارا صورت گیرد که از فقیرترین یا غنی‌ترین قشر توانایی و رضایت از ارائه خدمات را داشته باشند. تجارب سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری در مورد خدمات بسته بیمه توسط گروهی خبره تأثیرگذاری بیشتری در بین دریافت‌کنندگان خدمات خواهد داشت. [۲۷]

در فرآیند تدوین، درگیر نمودن عموم مردم باعث افزایش پاسخگویی شده و موجب می‌شود که مقامات به صورت شفاف‌تری در زمینه اولویت‌بندی عمل نمایند.

یکی از موانع جدی بر سر راه تدوین مناسب بسته، وجود نداشتن دانش کافی نسبت به روش‌های علمی مرتبط است. دهنویه در پژوهش خود با عنوان چالش‌های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران، برای رفع این مشکل، پیشنهاداتی نظیر سیاست‌گذاری آموزش، آموزش متخصصان، بازنگری در سیستم‌های آموزشی و استفاده از دانش مشاوران خارجی حائز اهمیت است.

در حال حاضر تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام سلامت و سازمان‌های متولی بسته بیمه درمان پایه و منسجم نبودن روال‌های تصمیم‌گیری موجب بی‌نتیجه ماندن فعالیت‌ها برای تدوین بسته مناسب بیمه‌ای شده است. لذا مشخص نمودن متولی مناسب و واگذاری منابع کافی جهت تدوین بسته‌ای عادلانه و اثربخش از یک سو و نظارت و کنترل متمادی بسته خدمتی و ارائه‌دهندگان خدمات امری است که باید در جهت استقرار سریع‌تر و مناسب بیمه پایه سلامت مورد توجه سیاست‌گذاران و مدیران کشوری واقع گردد.

چرخه اصلاح نظام بیمه درمانی مشابه دیگر چرخه‌های تصمیم‌گیری در سایر مسائل اساسی کشور است و مناسب آن است که مشکلات و زیرساخت‌های آن از

**References:**

1. Vand rajabpour m. Comparative study of public health insurance systems in selected countries and presenting a model for Iran. PHD. Thesis. Health care management. Islamic Azad university;1998 [Persian]
2. Baroni m. comparative study of methods of financing health insurance in selected countries and presenting a model for Iran. M.A.thesis. health economic. Tehran University of Medical Sciences;2004 [Persian]
3. Preker As, Coarrin G, health financing for poor people- resource mobilization and risk sharing, Washington world bank; 2004
4. WHO.report of commission on macroeconomic and health on investing in healthfor economic development. Geneva: WHO; 2001
5. Eddy,DM, Health system reform”JAMA, the journal of the American medical Association, (1772). 494(2): 442-456
6. Guy carrin, luke mathauer, david B Evans, Bulletin of the world health organization, november (2008), 86 (11)
7. Naghavi M, Jamshidi H. Utilization of health services in 1381 in Iran. Iran: Tandis. 2005 [book in Persian]
8. Health systems improving performance,World health report 2000, (2000), WHO: Geneva,
9. Mohamadi A,Nohi M, Raeesi A, Godarzi Z. Investigating the factors affecting the transition from incomplete coverage, universal coverage and social health insurance through the health insurance (7,8 bahman), Tehran: health economic department, 2012 [Persian]
10. Ebrahimipour H, maleki M. Universal coverage of health insurance: challenges OF That. journal of Tamin ejtemaee. 2008; 32(10): 105-134 [persian]

□ قرار دادن خدمات سلامت‌نگر و پیشگیری کننده در بسته خدمات به جهت ترغیب جمعیت تحت پوشش به استفاده از خدمات و ارتقاء سطح سلامت در کشور

□ ایجاد دوره‌های آموزشی برای سازمان‌های بیمه‌ای جهت آشنایی آنان با نظام‌های بیمه همگانی در سایر کشورها

□ سیاست‌گذاری مناسب در ذیل قوانین برای بیمه سلامت به صورت جزئی‌تر

□ ایجاد گروه نظارت بر اجرای بیمه سلامت و ارزیابی آن جهت دسترسی بهتر و مناسب به هدف کلی یعنی پوشش همگانی

در آخر بیان می‌داریم که ادغام بیمه‌های درمانی در یک سازمان برای دولت یک مجوز و منوط بر ایجاد زیرساخت‌های لازم است. اما اگر دولت مصمم به اجرای آن باشد، بهتر است این کار با توجه به همه جوانب و رعایت مقدمات آن انجام شود تا با ایجاد تبعیض و بی‌عدالتی، موجب اعتراض و نارضایتی بیمه‌شدگان نشود. یکپارچگی و انسجام در ساختار بیمه‌های سلامت و ساماندهی اجزای مختلف آن یک ضرورت است که می‌تواند از بروز همپوشانی‌ها، ناهماهنگی‌ها و هدرروی منابع جلوگیری کند. با توجه به تجربه‌های موفق جهانی، راهکار بیان شده در ماده (۲۷) قانون برنامه پنجم (نظام تأمین اجتماعی چندلایه) مناسب‌ترین راهبرد برای دستیابی به این هدف است. [۲۸]

11. Selection of fifth development plan,(2010) office of economic and social planning, social security organization (in persian)
12. Ebrahimipour H, maleki M. Universal coverage of health insurance: challenges OF That. journal of Tamin ejtemaee. 2008; 32(10): 105-134 [persian]
13. Normand, C and R. Busse social health insurance financing (2004) "funding health care: options for Europ:57
14. Budy, hidayat, hasbullah ,thabrany, the effects of mandatory health insurance on equity in access to outpatient care in Indonesia, (2004) Health policy and planning, 19(5): 322-335
15. world health organization, Health system financing: the path to universal coverage, World health report (2010). Geneva
16. salarianzadeh A, Zareh H. Social health insurance in developing countries. journal of Tamin ejtemaee. 2008; 32(9): 209-261 [persian]
17. International social security association. Current issues in health care reform, (1998) Geneva: ISSA
18. Ahmadkia daliri A, Haghparast H. Achieving universal coverage of health, development of financial system health. Journal of Tamin ejtemaee. 2008; 24(8): 81-92 [persian]
19. State unit of health system reform, Health system reform in Islamic Republic Of IRAN,(2004),1<sup>st</sup> ed. TEHRAN Andishmand publication; (Persian)
20. salarianzadeh A, Zareh H. Social health insurance in developing countries. journal of Tamin ejtemaee. 2008; 32(9): 209-261 [persian]
21. Ebrahimipour H, maleki M. Universal coverage of health insurance: challenges OF That. journal of Tamin ejtemaee. 2008; 32(10): 105-134 [persian]
22. Ebrahimipour H, design model for public health insurance,(2007).(PHD thesis) school of management and medical information science. Iran university of medical science (Persian)
23. wagstaff ,A, van, Doorslaer, equity in health care finance and delivery,(2000), Handbook of health economics;1:1803-62
24. Vand rajabpour m. Comparative study of public health insurance systems in selected countries and presenting a model for Iran. PHD. Thesis. Health care management. Islamic Azad university;1998 [Persian]
25. Ruger, JP, kress, D, health financing and insurance reform in morocco (2007), Health affaires (project HOPE); 26:1009-16
26. Mills ,A, S, Bennett , P, Siri wanarangsun, V, tangcharoensathien, the response of providers to capitation payment : a case- study from Thailand (2000), health policy: 51(3), 163-80
27. Dehnaviyeh R, tabibi J, maleki M, Rashidiysn A, Nori hekmat S. Information for the basic health insurance package of measures from the perspective of third parties based. Journal of information health system 2010; 2(7): 109-118
28. Karimi M. Health insurance in the Fifth PLAN (1) Requirements for the establishment of health insurance. Majlis Research Center. 12068. [Persian]