چالش‌های بیمه همگانی پایدار در ایران

محمدرضا ملکی: استادیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
حسین ابراهیمی‌پور: * دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی ـ درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
ایرج کریمی: استادیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران
محمدرضا گوهری: استادیار، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران

فصلنامه پایش
سال نهم شماره دوم بهار ۱۳۸۹ صص ۱۸۷-۱۷۳
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۷/۴/۱۰
[نشر الکترونیک پیش از انتشار-۴ اردیبهشت ۱۳۸۹]

چکیده

این مطالعه با هدف تعیین مشکلات نظام پوشش همگانی بیمه سلامت و ارایه پیشنهادهایی به سیاست‌گذاران برای بهبود وضعیت موجود انجام شده است. مطالعه از نوع کیفی، توصیفی و مقطعی است که در سال ۱۳۷۷ انجام شده است. جامعه مورد پژوهش ۲۵ نفر از صاحب‌نظران و دست‌اندرکاران بیمه سلامت کشور و ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه بوده است. از این افراد در خصوص ۳ وظیفه اصلی نظام تأمین مالی سلامت، سؤالاتی به صورت باز پرسیده شده است. تحلیل داده‌ها به روش تحلیل چارچوبی داده‌های کیفی انجام شده است. نامشخص بودن آمار بیمه‌شده‌ها، تأمین مالی پسرونده، جریان مالی غیرشفاف، گسیخته بودن ساختار نظام بیمه‌ای کشور، غیراجباری بودن بیمه، عدم وجود بسته خدمتی پایه که بر اساس اصول علمی تعیین شده باشد، هزینه‌زا بودن و سلامت‌نگر نبودن نظام پرداخت، عدم کنترل تقاضا و نقصان در کارایی مدیریتی، ۷ مشکل اساسی بوده‌اند.

ایجاد پوشش همگانی پایدار سلامت در ایران، نیازمند دیدگاهی نظام‌مند به این مقوله و طراحی یک برنامه بلندمدت است. این برنامه باید بتواند مشکلات بالا را به صورت نظام‌مند حل نماید.

کلیدواژه‌ها: بیمه سلامت، ایران، پوشش جمعیتی، پوشش همگانی

* نویسنده پاسخگو: مشهد، خیابان دانشگاه، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، گروه بهداشت و مدیریت
E-mail: hebrahimip@gmail.com

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

مقدمه

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 کند. هدف بعدی، ایجاد پوشش همگانی خدمات سلامت است؛ یعنی مردم به خدمات سلامتی کافی، با هزینه مناسب دسترسی داشته باشند. این پوشش دو وجه مختلف دارد: پوشش خدمات و پوشش افراد [۱].

روش‌های مختلف دستیابی به پوشش همگانی

به صورت کلی با دو الگوی مختلف می‌توان به پوشش همگانی خدمات سلامتی دست یافت: الگوی نخست، همان تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات عمومی است که به الگوی بوریج معروف است. الگوی دوم، بیمه سلامت اجتماعی است که به الگوی بیسمارک شهرت دارد و در آن عضویت در نظام بیمه‌ای، اجباری است. تمام مردم، کارگران، خویش‌فرمایان، شرکت‌ها، حق بیمه؛ یعنی درصدی از حقوق و دستمزد خود را به صندوق بیمه سلامت واریز می‌نمایند و دولت، حق بیمه افرادی را که توانایی پرداخت ندارند می‌پردازد [۱، ۲].

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه تنها بخشی از مردم در برابر خطر مالی ناشی از نیاز به خدمات سلامتی محافظت می‌شوند [۳] که مهم‌ترین دلیل آن عدم وجود تعهد در دولتمردان، کمبود منابع مالی برای پوشش تمام جمعیت و نبود توانایی مدیریتی برای مدیریت صندوق‌های بیمه‌ای است. به همین دلایل هم تنها برخی از کشورهای در حال توسعه توانسته‌اند پوشش همگانی خدمات سلامتی در کشور خود ایجاد نمایند [۴]. در گروه کشورهای در حال توسعه با درآمد متوسط، تنها کشورهای تایلند، کره جنوبی، ترکیه و مکزیک توانسته‌اند به طور کامل یا نسبی به این هدف دست یابند [۵].

ایران با جمعیت بیش از ۷۰ میلیون نفر در سال ۱۳۷۷، کشوری با درآمد متوسط است که ویژگی‌هایی همچون نابرابری اجتماعی و تحول اپیدمیولوژیک پیچیده دارد [۶]. بنابراین جمعیت این کشور از نظر دسترسی به خدمات سلامت، به گروه‌های مختلفی تقسیم‌بندی می‌شوند. گروهی از افراد که در شرکت‌های دولتی و پولدار فعالیت دارند و عضو صندوق‌های بیمه‌ای ثروتمند هستند و سایر گروه‌ها که عضو صندوق‌هایی هستند که از نظر مالی وضعیت خوبی نداشته و پایداری مالی چندانی ندارند و به صورت پرداخت از جیب، هزینه‌های بهداشتی ـ درمانی خود را می‌پردازند. ایران ۷/۸ درصد از تولید ناخالص داخلی (Gross Domestic Product) خود را به بخش بهداشت و درمان اختصاص می‌دهد.

دو بسته خدمات سلامتی در ایران به عنوان بسته‌های پایه خدمات توسط نظام سلامت، تأمین مالی می‌شوند:

بسته نخست: بسته خدمات اولیه بهداشتی؛ بعد از کنفرانس آلماتا، ایران با هدف رسیدن به بهداشت و درمان برای همه تا سال ۲۰۰۰ اقدام به تأسیس شبکه‌های بهداشتی ـ درمانی به عنوان بستری برای ارایه خدمات اولیه بهداشتی ـ درمانی برای تمامی جمعیت در سال ۱۹۸۴ نمود. در حدود ۳۰ تا ۳۵ درصد از هزینه‌های بخش بهداشت و درمان به این بسته خدمتی اختصاص می‌یابد که این هزینه‌ها کاملاً توسط دولت، پرداخت می‌شود. شبکه‌های بهداشتی که تقریباً در تمامی بخش‌های کشور در دسترس هستند، خدمات بهداشتی اولیه را مردم ارایه می‌دهند [۷، ۸].

بسته دوم، بسته خدمات درمانی است که تأمین مالی آن توسط سازمان‌های بیمه‌ای کشور که زیر نظر وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت می‌کنند صورت می‌گیرد. عمده‌ترین سازمان‌های بیمه‌ای پایه کشور عبارتند از:

الف- بیمه تأمین اجتماعی: خدمات تحت پوشش این سازمان عبارتند از: بازنشستگی، بی‌کاری، از کار افتادگی، بیمه سلامت و غیره برای افراد شاغل در شرکت‌های خصوصی، افرادی که به صورت قراردادی در سازمان‌های دولتی فعالیت دارند و خویش‌فرمایان. سازمان تأمین اجتماعی، یک سازمان خودگردان و وابسته به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی است [۹]. منابع مالی این سازمان، ۳۰ درصد از حقوق و دستمزد افراد عضو است که ۲۰ درصد از آن توسط کارفرما، ۷ درصد توسط کارگر و ۳ درصد توسط دولت پرداخت می‌گردد. سقف حقوق هم ۸۰۰ هزار تومان است. از کل منابع ذکر شده در بالا، ۳۰ درصد به بخش بیمه درمان اختصاص می‌یابد [۱۰]. این سازمان خدمات خود را به دو صورت مستقیم ـ از طریق واحدهای ملکی سازمان ـ و غیرمستقیم ـ از طریق بستن قرارداد با سایر ارایه‌کنندگان خدمت ـ ارایه می‌کند.

ب) بیمه درمانی نیروهای مسلح: افراد عضو این نیروها و خانواده‌های آنان تحت پوشش این بیمه قرار دارند. منابع مالی آن ۷۰ درصد توسط دولت و ۳۰ درصد توسط بیمه‌شده تأمین می‌شود. نیروهای مسلح، خدمات خود را به دو صورت مستقیم و غیرمستقیم ارایه می‌دهند.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

ج) سازمان بیمه خدمات درمانی کشور: این سازمان گروه‌های مختلف جمعیتی را تحت پوشش خود قرار می‌دهد و تمامی خدمات خود را به صورت غیرمستقیم فراهم می‌کند. گروه‌های مختلف جمعیتی عضو این سازمان، هر کدام دارای یک صندوق مخصوص به خود شامل موارد زیر هستند:

۱- صندوق کارکنان دولت: که تأمین مالی آن مانند صندوق بیمه نیروهای مسلح است.

۲- صندوق خویش‌فرمایان: افراد عضو این صندوق باید حق بیمه سالیانه خود را به صورت کامل بپردازند.

۳- صندوق روستاییان و عشایر: تقریباً تمام منابع مالی آن توسط دولت تأمین می‌شود.

۴- صندوق اقشار خاص: افراد مختلفی عضو این صندوق هستند؛ از جمله دانشجویان، طلاب، خانواده شهدا، اقشار آسیب‌پذیر، زنان سرپرست خانوار، خانواده افراد زندانی و غیره که سهم حق بیمه آنان هم بر اساس گروه بین صفر تا ۲۵ درصد متفاوت است.

۱- صندوق بیمه بستری شهری: این صندوق، اقشار آسیب‌پذیر شهری فاقد بیمه را در بخش خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی تحت پوشش قرار می‌دهد و تقریباً تمامی منابع مالی آن توسط دولت تأمین می‌گردد.

د) کمیته امداد امام خمینی (ره): تأمین مالی این سازمان از طریق خیریه، منافع فعالیت‌های اقتصادی و همچنین دولت تأمین شده و افراد فقیر و نیازمند را تحت پوشش قرار می‌دهد. این سازمان دارای نظام ارجاع مخصوص به خود است و از پزشکان عمومی به عنوان دروازه‌بان نظام سلامت استفاده می‌کند. برای ارایه سایر خدمات تخصصی هم با سایر ارایه‌کنندگان خدمات قرارداد دارد [۷].

ه) صندوق‌های بیمه‌ای خرد: برخی از شرکت‌های بزرگ دولتی و غیردولتی در طول زمان، سیستم بیمه‌ای مخصوص به خود را ایجاد کرده‌اند و تأمین مالی این سازمان‌ها توسط کارگر و کارفرما صورت می‌گیرد و خدمات خود را بیشتر به صورت غیرمستقیم ارایه می‌دهند.

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، ایران را در بین ۱۹۱ کشور جهان از نظر وضعیت بهداشتی ـ درمانی در رتبه ۹۳ و از نظر عدالت در تأمین منابع مالی در رتبه ۱۱۲ جهان رتبه‌بندی کرد [۱۱]. عملکرد ضعیف ایران از نظر عدالت در تأمین مالی حاکی از این است که بسیاری از مردم [در آن زمان] فاقد بیمه سلامت و حمایت مالی بوده و پرداخت از جیب در ایران، مانند بسیاری از کشورهای دارای درآمد متوسط و پایین و کشورهای دارای درآمد متوسط در حال گذار از توسعه اقتصادی کاملاً رایج است [۱۲]. نتایج سایر مطالعات هم حاکی از این بود که به صورت کلی، سالانه ۲۹ درصد از افرادی که از خدمات بستری در بیمارستان‌ها استفاده می‌کنند ـ به طور کلی ۱/۸ درصد از کل مردم ـ به دلیل بستری در بیمارستان دچار ورشکستگی مالی شده یا به ورطه فقر سقوط می‌کنند [۱۳]. علاوه بر این، گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶ هم حاکی از این بود که ۵۰ درصد از هزینه‌های سلامت در کشور، از جیب پرداخت می‌شود [۱۴، ۱۵]. در آن زمان جلوگیری از مواجهه با هزینه‌های کمرشکن به دلیل استفاده از خدمات سلامت و ارتقای سطح عدالت، یکی از اولویت‌های سیاست‌گذاری دولت در بخش بهداشت و درمان شد. برای حل این مشکل، اصلاحاتی در نظام تأمین مالی سلامت ایجاد شد؛ از جمله بیمه روستاییان و عشایر گسترش یافت و بیمه بستری شهری ایجاد شد تا حفاظت مالی برای خانواده‌های فاقد بیمه ایجاد شود. همچنین در برنامه چهارم توسعه کشور، بنا شد که پرداخت از جیب در طول ۵ سال به ۳۰ درصد کاهش یافته و شاخص عدالت در تأمین مالی (Fairness in Financial Contribution) هم به ۰/۹ درصد افزایش یابد [۱۵]، اما در حال حاضر که ۴ سال از این برنامه گذشته است، بسیاری اعتقاد دارند که دولت در دست‌یابی به این هدف موفقیتی نداشته است [۱۶، ۱۷]. با توجه به اهمیت این موضوع، این پژوهش با هدف درک بهتر وضعیت نظام تأمین مالی سلامت کشور، ارایه پیشنهاداتی برای بهبود وضعیت موجود و دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران انجام شده است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر، یک پژوهش کیفی، توصیفی و مقطعی است که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته است. در این مطالعه، نمونه پژوهش (۲۵ نفر) به صورت هدفمند انتخاب شده و شامل افراد داری تحصیلات و پژوهش‌های مرتبط (۵ نفر)، افراد دارای تجربه در ۶ سازمان درگیر در امر بیمه سلامت ایران شامل: معاونت راهبردی و برنامه‌ریزی ریاست جمهوری (۳ نفر)، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی (۳ نفر)، بیمه درمان سازمان تأمین اجتماعی (۵ نفر)، بیمه خدمات درمانی (۵ نفر)، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (۲ نفر) و کمیته امداد امام خمینی (۲ نفر) بودند. این افراد با مشورت ۳ نفر از افراد درگیر در این پژوهش و مصاحبه‌شوندگان و با استفاده از روش

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

گلوله برفی (Snowball) بر اساس معیارهای زیر انتخاب شده‌اند: داشتن تجربه مدیریتی مرتبط، عضویت در کمیته‌ها یا گروه‌های پژوهشی مرتبط و داشتن تألیفات و انتشارات دارای اهمیت در زمینه بیمه سلامت. برای انجام مصاحبه با افراد مورد نظر به صورت تلفنی تماس گرفته شد و سپس نامه‌ای حاوی هدف طرح، معرفی پژوهشگر و درخواست تنظیم قرار ملاقات برای افراد فرستاده شد و تا حد ممکن سعی گردید که مصاحبه در دفتر کار افراد انجام شود تا افراد احساس راحتی بیشتری داشته باشند.

تعداد ۲۵ مصاحبه رو در رو به همراه ۶ مصاحبه تکمیلی از طریق تلفن در سال ۱۳۸۷ انجام شد. تمامی مصاحبه‌ها ضبط و پیاده‌سازی شدند. متوسط زمان مصاحبه‌ها ۵۵ تا ۸۰ دقیقه بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط یکی از نویسندگان (حسین ابراهیمی پور) انجام شدند [۱۸]. سؤالات مصاحبه به گونه‌ای طراحی شده بودند که بتوانند دیدگاه‌ها و اعتقادات افراد مورد مصاحبه را در مورد موضوع، مورد پرسش قرار دهند. در ابتدا ۴ مورد از مصاحبه‌ها به صورت عمیق انجام شد تا فهم بهتری از موضوع پیدا شود و مواردی که باید در حین مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته مورد نظر قرار گیرند، شناسایی شوند تا بتوان بر اساس آن مجموعه مناسبی از سؤالات برای این مصاحبه‌ها تدوین نمود.

برای تحلیل داده‌ها نیز از روش تحلیل چارچوبی (Framework Analysis) مشتمل بر ۵ مرحله «آشناسازی» (Familiarization)، «شناخت چارچوب مفهومی» (Identifying Thematic Framework)، «کدگذاری» (Indexing)، «ترسیم جدول‌ها» (Charting) و «نگاشت و تفسیر» (Mapping and Interpretation) استفاده شده است [۱۹]. این روش تحلیلی بیشتر برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعات سیاست‌گذاری مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۹]. طی مرحله آشنایی، فرمی حاوی اطلاعات مربوط به افراد و خلاصه‌ای از محتوای هر مصاحبه تدوین شد. برای تدوین فرم راهنمای مفهومی اولیه، جلسات مکرری بین پژوهشگران برگزار شده و در این مورد بحث و تبادل نظر انجام شد. سپس این چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها ـ مرحله آشنایی ـ مورد بررسی قرار گرفت. یکی از نویسندگان (حسین ابراهیمی پور) هر کدام از مصاحبه‌ها را به صورت جداگانه کدگذاری کرده و فهرستی از این کدها به همراه ارتباط آنها با چارچوب مفهومی از این مصاحبه‌ها استخراج کرد [۱۹]. در این مرحله، به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها یک یا دو کد اختصاص داده شد [۲۰]. سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شدند. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چند بار تکرار شد. سپس مرحله ترسیم جدول‌ها انجام گرفت تا نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی با یکدیگر مقایسه گردد و ارتباط بین هر کدام از اجزای مدل با زیرمجموعه آن مشخص شود. در هر جا که لازم بود برای درک بهتر گفته‌های افراد، به اصل مصاحبه نیز رجوع و مطالب لازم به آن اضافه شد. تفسیر هر کدام از اجزای مدل مفهومی نیز در فرایندی مشابه مرحله کدگذاری صورت گرفت. ضمن آن که در تمامی مراحل بالا از نرم‌افزار Atlas-Ti استفاده گردید.

چارچوب مفهومی در فرایند انجام تحلیل بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت [۲۱]؛ به این معنی که اگرچه چارچوب اولیه شامل ۷ مفهوم بود و تقریباً بدون تغییر باقی ماند، اما زیرگروه‌های هر کدام از این اجزای مفهومی، طی این فرایند، بارها تغییرات اساسی پیدا کردند. در این پژوهش از هر کدام از افراد مورد مصاحبه، رضایت اولیه به صورت شفاهی گرفته شد، اما بابت همکاری پولی به آنها پرداخت نگردید.

یافته‌ها

در انتهای این فرایند، ۷ مفهوم اساسی و ۲۵ زیرگروه به شرح زیر شناسایی شدند (جدول شماره ۱).

مفهوم ۱: روشن بودن تعداد بیمه‌شده‌ها

نامعین بودن میزان دقیق پوشش

در مورد میزان پوشش، ۲ دیدگاه عمده در بین شرکت‌کنندگان وجود داشت. دیدگاه اول اعتقاد داشت که تمام افراد کشور تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار ندارند. اما در مورد میزان دقیق افراد فاقد بیمه، اتفاق نظری وجود نداشت و برآورد آنها بین ۵ تا ۲۰ درصد بود.

«میزان پوشش جمعیتی کشور ما در حدود ۸۰ درصد است» (م۱۳) «بیشتر افراد خویش‌فرما تحت پوشش بیمه نیستند» (م۸) «بی‌کاری‌های افزایش‌یابنده در سال‌های اخیر باعث شده که بخشی از جمعیت تحت پوشش تأمین اجتماعی به هر دلیلی، از این سازمان خارج شده و اگر سازمان‌های دیگر آنها را تحت پوشش قرار ندهند عملاً بدون بیمه می‌مانند» (م۶) «میزان پوشش جمعیتی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

کشور ما قبل از اجرای بیمه روستایی در حدود ۷۵ درصد بود و با اجرای این طرح فقط ۱۰ درصد افزایش یافته است» (م۲)

دیدگاه دوم اعتقاد دارد که تمامی افراد کشور کارت بیمه‌ای دارند و به عبارتی تحت پوشش بیمه هستند، اما بیمه به معنای «پوشش در برابر خطرات ناشی از نیاز به خدمات بهداشتی ـ درمانی و همچنین محافظت در برابر هزینه‌های کمرشکن» به آنان ارایه نمی‌شود؛ به عبارتی افراد، تحت پوشش هستند، اما خدمات به اندازه کافی تحت پوشش قرار ندارند.

«با ایجاد طرح بیمه بستری شهری تمام جمعیت ما حداقل در بخش بستری تحت پوشش هستند» (م۱۱) «من فکر می‌کنم که پوشش اولیه شکل گرفته اما کیفیت و کارایی لازم برای محافظت از خطر را به صورت کامل ندارد» (م۲۰) «من اعتقاد دارم که تمام افراد تحت پوشش هستند اما عمق پوشش مهم است که در بسیاری از بخش‌ها این پوشش عمیق نیست» (م۱۷)

همپوشانی در آمار:

گزارش‌های سازمان‌های بیمه‌ای حاکی از این است که برای بیش از ۱۰۰ درصد از جمعیت کشور کارت بیمه درمان صادر شده است، اما در عین حال درصدی از جمعیت هم به دلایلی فاقد کارت بیمه درمانی هستند. این موضوع نشان می‌دهد که برخی از افراد بیشتر از یک کارت بیمه دارند و استخراج همپوشانی‌های بیمه‌ای هم با استفاده از سیستم موجود، بسیار مشکل است. از طرفی زیاد نشان دادن تعداد بیمه شده‌ها برای سازمان‌های بیمه‌ای موجب افزایش میزان درآمد می‌شود، بنابراین این سازمان‌ها با هدف افزایش سهم خود از بودجه دولتی سعی می‌کنند که تعداد بیمه‌شده‌های خود را زیادتر نشان دهند.

«ما درگزارشات آماری خودمان همپوشانی بیمه‌ای داریم» (م۱۰) ما برای بیش از ۱۰۰ درصد از جمعیت کارت بیمه‌ای صادر کرده‌ایم و در عین حال ۱۰ درصد از جمعیت کشور هم فاقد کارت بیمه‌ای هستند، این موضوع به دلیل همپوشانی در آمار سازمان‌های بیمه‌ای است» (م۱۷) «هیچ مرکزی برای تطبیق آمار سازمان‌های بیمه‌ای وجود ندارد، یا حداقل مرکزی که تمام دفترچه‌های بیمه‌ای از آنجا صادر شود و بتوان میزان همپوشانی را کم کرد» (م۱۳).

دلایل عمده برای مشکل بالا از نظر شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارتند از «[نبود] بانک اطلاعاتی جامع» (م۱۲)، « [نبود] توافق بین سیاستمداران در مورد مفهوم پوشش همگانی» (م۵) و «[عدم] هماهنگی بین بیمه‌ها برای تعیین تعداد دقیق بیمه‌شده‌ها» (م۲۰)

این مشکل در کشورهایی که دارای گسیختگی نظام بیمه‌ای هستند مانند کشور ما به چشم می‌خورد [۲۲]. این مشکل زمانی حادتر جلوه می‌کند که ملاک اختصاص منابع به سازمان‌ها و برنامه‌های بیمه‌ای بر اساس برآوردهای آماری باشد [۲۳]. به علاوه هنگامی که دولت نقش پیاده‌کردن بیمه سلامت اجتماعی را در جامعه به عهده دارد، دولتمردان به اطلاعات دقیق و به روز نیاز دارند تا بتوانند برنامه‌ها را ارزیابی کرده و روند آن را از نظر تعداد بیمه‌شده‌ها، خصوصیات جمعیتی گروه‌های بیمه‌شده و نشده و نحوه گسترش پوشش، پایش کنند [۲۴].

مفهوم ۲: تأمین مالی

نقش دولت در تأمین مالی: نتایج نشان می‌دهد که دولت ایران برجسته‌ترین نقش را در تأمین مالی بخش سلامت به عهده دارد. تعهدات دولت به شرح زیر است:

۱- حداقل ۱۰ درصد از منابع مالی تأمین اجتماعی
۲- نقش کارفرمایی در بیمه کارکنان دولت و نیروهای مسلح
۳- پرداخت تقریباً کل هزینه در بیمه روستایی و بستری شهری
۴- پرداخت بین ۷۰ تا ۱۰۰ درصد منابع در بیمه اقشار خاص
۵- پرداخت بخشی از حق بیمه در بیمه درمان کمیته امداد
۶- پرداخت مستقیم بودجه به مراکز دولتی ارایه خدمات

نتایج نشان می‌دهند که بیمه‌های خدمات درمانی در بخشی که دولت، نقش تأمین کننده مالی را به عهده دارد با مشکلات زیر مواجه هستند:

اختلاف در مورد میزان تعهدات

میزان بدهی‌های دولت به سازمان تأمین اجتماعی جزو موارد اختلاف است و دلیل آن هم مشخص نبودن دقیق تعداد بیمه‌شده‌های سازمان تأمین اجتماعی از دیدگاه دولت است. این مشکل هم از نبود بانک اطلاعات مورد اعتماد دو طرف ناشی می‌گردد.

«چطور دولت تعهدات خود (۱۰ درصد) را به سازمان تأمین اجتماعی پرداخت نمی‌کند؟ همیشه با یک دلیل. دولت می‌گوید که [آمار] تعداد بیمه‌شده‌های شما درست نیست. آنها هم رئیس هستند و پول هم دست آن‌هاست ما می‌خواهیم چه کاری بکنیم؟» (م۲). دولت همیشه تعهدات خود را پرداخت نمی‌کند یا به موقع پرداخت نمی‌کند. که باعث می‌شود بخش درمان از آن بی‌بهره باشد» (م۱).

بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

در بیمه درمان کارکنان دولت و نیروهای مسلح و سایر بیمه‌هایی که دولت نقش کارفرما را به عهده دارد، ملاک محاسبات به صورت سرانه‌ای گذاشته شده است. این موضوع باعث شده که سهم کارفرما (در اینجا دولت) نسبت به کارفرمایانی که به سازمان تأمین اجتماعی حق بیمه پرداخت می‌کنند کاهش یابد. علاوه بر این، خود ملاک سرانه‌ای حق بیمه باعث شده که دولت هر ساله بر اساس منابع خود میزان سرانه را بالا یا پایین کند. بنابراین یک نوع بی‌عدالتی در این قسمت وجود دارد. «دولت به نسبت سایر کارفرمایان کمتر به سازمان‌های بیمه‌ای پرداخت می‌کند» (م۴) «دولت به هر شکل که می‌تواند سعی می‌کند که میزان پرداخت خودش را به سازمان‌های بیمه‌ای کاهش دهد، حال چه با تعیین سرانه به عنوان ملاک پرداخت و چه با بالا و پایین کردن سرانه. این قدر سرانه را تغییر می‌دهند که مطابق بودجه‌ای شود که به بخش بهداشت و درمان اختصاص داده شده، در حالی که باید این برعکس باشد» (م۱۸).

عدم شفافیت جریانات مالی

یافته‌ها نشان می‌دهند که دولت بخشی از منابع مالی بخش بهداشت و درمان را به صورت مستقیم به برخی از بیمارستان‌های دولتی پرداخت می‌کند. این موضوع باعث ایجاد عدم شفافیت در جریان مالی نظام سلامت و همچنین غیرواقعی شدن تعرفه‌ها در بخش دولتی می‌شود. به علاوه این موضوع به دو دلیل باعث کاهش میزان پرداخت دولت در بخش بهداشت و درمان می‌شود: اول این که پایین آمدن غیرواقعی تعرفه، میزان سرانه و در نتیجه تعهدات دولت را هم کاهش خواهد داد. به علاوه دولت تنها برای بخشی از افراد جامعه که به بیمارستان‌ها مراجعه می‌کنند، پول پرداخت می‌کند، نه تمامی افراد بیمه‌شده.

«دولت تعهدات خود را با پرداخت مستقیم بودجه به صورت ردیف حقوق و مزایا و ... به بیمارستان‌های دولتی کاهش داده است. این مسئله باعث می‌شود که دولت حق بیمه برای همه افراد پرداخت نکند، بلکه فقط هزینه کسانی که به بیمارستان مراجعه می‌کنند را بپردازد» (م۸) «این وضعیت باعث بر هم خوردن معادلات بیمه‌ای می‌شود» (م ۱۱) همچنین «تعرفه غیرواقعی ایجاد کرده و سازمان‌های بیمه‌ای را ضعیف می‌کند» (م۲۳).

همچنین پرداخت‌های دولت در بخش حمایتی و در بخش بیمه‌ای به صورت کامل قابل تفکیک نیستند و این موضوع باعث تضعیف سازمان‌های بیمه‌ای می‌گردد. «شفافیت کافی در تعهدات دولت در بخش‌های حمایتی و بیمه‌ای وجود ندارد» (م۲۲) «کمیته امداد یک سازمان حمایتی است، اما می‌بینید که بودجه‌ای که به این سازمان می‌دهند را به عنوان بودجه بهداشت و درمان محاسبه می‌کنند، در حالی که تعهدات دولت در این دو بخش باید از هم تفکیک شود» (م۶) «چون معادلات بیمه‌ای با معادلات مربوط به حمایت اجتماعی همخوانی ندارد» (م۳).

هدفمندنبودن یارانه‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهند که نبود نظام جامع شناسایی میزان درآمد افراد در کشور باعث شده که بیمه‌های درمان برای شناسایی اقشار آسیب‌پذیر از سایر ملاک‌ها مانند ملاک جغرافیایی و غیره استفاده کنند. این ملاک‌ها در عین سادگی، دچار مشکلاتی همچون هدفگیری ناکامل می‌شوند. «ما سیستم برآورد توانایی پرداخت به خصوص برای بخش غیررسمی اقتصاد نداریم» (م۱۱) « بیمه روستایی و بستری شهری روش‌های خوبی [برای پرداخت یارانه] نیستند» (م۱).

برای دست‌یابی به این هدف و افزایش کیفیت تأمین مالی و ارایه خدمت، بسیاری از کشورها سعی می‌کنند تا نظامی برای شناسایی میزان توانایی افراد برای پرداخت ایجاد کنند [۲۵، ۲۶]. ایجاد این نظام البته نیازمند یک زیرساختار قوی است که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه وجود ندارد. بنابراین از روش‌هایی مانند شناسایی گروه‌های نیازمند و آسیب‌پذیر استفاده می‌شود. اما این روش هم اگر به درستی مدیریت و پایش نشده و شاخص‌های درستی برای آن تعریف نشود، می‌تواند باعث هدر رفتن منابع شود [۲۵].

حق بیمه: دو نوع عمده حق بیمه در سازمان‌های بیمه درمان ایران وجود دارد. در سازمان تأمین اجتماعی، روش درصدی از حقوق و دستمزد (Pay Roll Tax) استفاده می‌شود. سایر سازمان‌ها از روش سرانه برای تأمین منابع مالی خود استفاده می‌کنند. سرانه هم هر ساله توسط دولت تعیین می‌شود و ارتباطی به میزان درآمد یا سایر مشخصات جمعیتی جمعیت ندارد. در این روش، سهم دولت و بیمه‌شده‌ها در صندوق‌های مختلف، متفاوت است.

پسرونده بودن (Regressive Financing)

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

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

[۲۷]. یافته‌ها نشان می‌دهند که روش سرانه، روشی کاملاً پسرونده است، زیرا یارانه متقاطع (Cross-Subsidization) از افرادی که در دهک‌های بالایی درآمدی جامعه هستند، به گروه‌های پایین وجود ندارد. «روش سرانه روشی کاملاً غیرعادلانه است. فردی با درآمد ۲ میلیون تومان همان پولی را می‌پردازد که فرد دارای درآمد ۲۰۰ هزار تومان» (م۹) «ما ۲۰ درصد از حقوق یک خانواده فقیر را به عنوان حق بیمه می‌گیریم، در حالی که یک فرد پولدار ممکن است کمتر از ۱ درصد درآمد خود را پرداخت کند» (م۲) روش درصدی از حقوق و دستمزد که در سازمان تأمین اجتماعی استفاده می‌شود، به نسبت روش سرانه پیشرونده است. اما حق بیمه این سازمان نیز بالاتر از سقف درآمدی پسرونده است. « ما [تأمین اجتماعی] هم برای درآمد سقف داریم که حق بیمه بعد از آن پسرونده می‌شود» (م۱۶) سایر نتایج نشان می‌دهد که در کشورهای در حال توسعه خانواده‌های فقیر، به نسبت ثروتمندان، درصد بیشتری از درآمد خود را برای سلامت صرف می‌کنند [۲۶، ۲۸].

غیرعلمی بودن روش محاسبه حق بیمه

به جز سازمان تأمین اجتماعی که محاسبه حق بیمه آن بر اساس محاسبات اکچواری (Actuary) است، مبنای محاسبه حق بیمه در سایر سازمان‌های بیمه‌ای (روش سرانه) مبتنی بر روش‌های شناخته شده علمی نیست. سرانه هر ساله تغییر می‌کند و میزان درآمد سازمان‌های بیمه‌ای که از این روش استفاده می‌کنند، نیز قابل پیش‌بینی نیست، چون عوامل مختلف و غیرقابل کنترلی بر آن مؤثرند.

«میزان سرانه هر ساله تغییر می‌کند» (م۵) و تابعی است از «هزینه‌های سال قبل سازمان، میزان درآمد دولت» (م۱۴)، «تورم، فشارهای سیاسی و اولویت سلامت در برنامه‌های بلندمدت دولت» (م ۱۸).

بنابراین به نظر می‌رسد که سازمان‌هایی که تأمین مالی سرانه‌ای دارند، بیشتر محاسبات بودجه‌ای دارند تا بیمه‌ای. یعنی نظام آنها به نظام بودجه‌ای نزدیک‌تر است، زیرا درآمد آن قابل پیش‌بینی نیست و عوامل بسیار زیادی بر آن تأثیر دارد که خارج از معادلات بیمه‌ای است. «صندوق کارکنان دولت ساختار بودجه‌ای دارد» (م۶) و «اگر بخواهد این صندوق سر و سامان بگیرد باید شکل تأمین مالی آن تغییر کند» (م ۲۲).

مشکلات سیاست‌گذاری در مورد حق بیمه

متفاوت بودن روش محاسبه حق بیمه در سازمان‌های مختلف باعث شده که سیاست‌های مالی شورای عالی بیمه تأثیرات متفاوتی بر سازمان‌های مختلف داشته باشد که بعضی مواقع ممکن است به نفع تمام سازمان‌های بیمه‌ای نباشد. به عنوان مثال «سازمان تأمین اجتماعی هر ساله با افزایش سرانه مخالف است، چون دولت مابه‌التفاوت سرانه و حق بیمه را به این سازمان پرداخت نمی‌کند» (م۱۷) یعنی افزایش سرانه «باعث افزایش هزینه‌های سازمان می‌شود اما بر درآمد آن تأثیری ندارد» (م۱۴).

پرداخت از جیب: در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، پرداخت از جیب، سهم مهمی از کل هزینه‌های بهداشت و درمان را تشکیل می‌دهد [۲۹]. این مسئله می‌تواند باعث ایجاد مشکلات مالی و حتی فقر شود [۲۹، ۳۰]. نتایج این پژوهش حاکی از این است که تقریباً تمامی جامعه مورد پژوهش اعتقاد داشته‌اند که میزان پرداخت از جیب در طول چند سال گذشته افزایش داشته است. «هیچ کس کار علمی برای بررسی موضوع انجام نداده، اما شواهد حاکی از افزایش آن است» (م ۱۲) «دلیل این موضوع هم سیاستگذاری‌های نادرست است» (م ۵). نتایج پژوهش نشان می‌دهند که مهم‌ترین دلایل زیاد بودن پرداخت از جیب در کشور به شرح زیر است:

عدم پوشش یا پوشش ناکافی خدمات

بر اساس قانون، سازمان‌های بیمه‌ای موظفند تمامی خدمات ضروری مورد نیاز مردم را تحت پوشش داشته باشند. اما در عمل در مورد کلمه ضروری، اتفاق نظری تاکنون ایجاد نشده و به دلیل این که این سازمان‌ها توانایی مالی تحت پوشش گرفتن تمام خدمات را ندارند، برخی خدمات را از پوشش خارج کرده یا تعهدات خود را در مورد آنها کاهش داده‌اند. « بسیاری از خدمات با بخشنامه از پوشش خارج شده یا تعهدات نسبت به این خدمات کم شده است» (م۷). اما با این روش، خدماتی بیشتر از پوشش خارج می‌شوند که هزینه بیشتری داشته باشند، نه خدماتی که ضرورت کمتری دارند. بسیاری از کشورهایی که توانسته‌اند پوشش همگانی ایجاد کنند، از جمله تایلند، کره جنوبی، سنگاپور و شیلی ابتدا بر اساس ضرورت خدمت و توانایی صندوق بیمه، بسته خدمات اساسی را تعریف کرده و با افزایش توانایی مالی آن را گسترش داده‌اند [۱، ۴، ۵، ۲۵، ۳۱، ۳۲].

تعرفه غیرواقعی و پرداخت‌های زیرمیزی

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

در بسیاری از کشورها، بازپرداخت سازمان‌های بیمه‌ای بر اساس جدول تعرفه رسمی صورت می‌گیرد [۳۳]. تعرفه باید بر اساس هزینه خدمت محاسبه شود، اما در قانون بیمه همگانی ایران، یکی از عوامل مؤثر در تعیین تعرفه‌ها، میزان سرانه یا به عبارتی حق بیمه است، در حالی که باید این رابطه حالت عکس داشته باشد [۳۴]. این مسئله یکی از عواملی است که باعث ایجاد تعرفه‌های غیرواقعی در کشور شده است. تعرفه غیرواقعی باعث ایجاد تقاضای القایی و همچنین درخواست پرداخت‌های زیرمیزی می‌شود که در هر دو حالت میزان پرداخت از جیب افزایش می‌یابد. « تعرفه‌های غیرواقعی در بخش دولتی و خصوصی باعث ایجاد تقاضای القایی می‌شود، چون ارایه‌کنندگان حس می‌کنند که درآمد کافی ندارند» (م۱۸) «این تعرفه‌ها باعث می‌شوند که بسیاری از پزشکان از بیماران بخواهند که هزینه‌های زیرمیزی پرداخت کنند» (م۸). در بسیاری از کشورها، تعیین تعرفه توسط دولت باعث ایجاد نارضایتی در بین ارایه‌کنندگان خدمت شده است، زیرا این افراد اعتقاد دارند که تعرفه تعیین شده حتی به سختی هزینه‌های ارایه خدمت را جبران می‌کند [۳۳]. بنابراین ارایه‌کنندگان برای افزایش درآمد، خدماتی به بیماران ارایه می‌کنند که تحت پوشش بیمه نباشند و این موضوع باعث افزایش پرداخت از جیب می‌گردد [۳۳].

مفهوم ۳: سازماندهی

گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها (Fragmented Pools)

سازمان بهداشت جهانی، ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها دانسته است [۱۱]. چند پارگی صندوق‌ها ممکن است باعث شود که گروه‌هایی از جامعه به خصوص اقشار کم‌درآمد، در برابر خطر مالی ناشی از بیماری کمتر محافظت شوند، زیرا صندوق این افراد درآمد کمتری داشته و بسته خدمتی آن هم محدودتر خواهد بود [۳۵].

در حال حاضر ۹ صندوق بیمه سلامت پایه عمده در کشور وجود دارد که هر کدام از آنها گروه یا گروه‌های خاصی از افراد جامعه را تحت پوشش دارند. بنابراین «صندوق‌های بیمه‌ای در ایران حالت گسیخته دارند، چون دولت می‌خواسته پوشش بیمه‌ای را به صورت تدریجی و با پوشش گروه‌های مختلف جمعیتی گسترش دهد» (م۱۲). علاوه بر این میزان منابع مالی این صندوق‌ها یا به عبارتی همان سرانه هم در این صندوق‌ها با همدیگر متفاوت است «در صندوق بیمه روستایی و صندوق بیمه بستری شهری، میزان سرانه در حدود نصف صندوق‌هایی مانند بیمه کارکنان دولت و نیروهای مسلح است و در برخی از صندوق‌ها این اختلاف بسیار زیادتر است» (م۶).

بنابراین به نظر می‌رسد که صندوق‌های بیمه‌ای در ایران دارای سازماندهی گسیخته ـ ترکیبی از صندوق‌های فقیر و صندوق‌های پولدارتر ـ هستند. بر اساس دیدگاه سازمان بهداشت جهانی، یکی از راه‌های دستیابی به پوشش همگانی، به خصوص در کشورهای در حال توسعه، کاهش میزان گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها یا ترکیب صندوق‌های فقیر و پولدارتر و افزایش میزان تجمیع خطر است [۲۶]. این کاهش باعث افزایش دسترسی مالی به خدمات شده و می‌تواند هزینه‌های مدیریتی سیستم را هم کاهش دهد [۳۵، ۳۶].

اجباری نبودن عضویت

صندوق‌هایی که عضویت در آن‌ها اجباری است عبارتند از صندوق تأمین اجتماعی، صندوق کارکنان دولت و نیروهای مسلح. ساز و کار بیمه روستایی هم به گونه‌ای قرار داده شده که همه روستاییان، تحت پوشش قرار گیرند، اما ساز و کار اجباری در این صندوق وجود ندارد. در بقیه صندوق‌ها عضویت حالت اجبار ندارد. تقریباً تمامی افراد مورد پژوهش اعتقاد دارند که دستیابی به پوشش همگانی بر پایه نظام بیمه اجتماعی بدون استفاده از ساز و کار اجبار، امکان‌پذیر نیست. «اگر دولت برنامه رسیدن به پوشش همگانی را دارد، بدون اجباری کردن بیمه نخواهد توانست به این هدف برسد» (م۱۶) «اگر با سیستم فعلی ما پوشش بیمه‌ای خود را گسترش دهیم، در نهایت به یک گروه بیمه‌نشده بر خواهیم خورد و آن هم افرادی هستند که توانمند کامل یا نسبی هستند، اما فرهنگ بیمه‌ای ندارند» (م۲۰) یافته‌های مطالعات مشابه هم حاکی از این هستند که دولت برای دستیابی به پوشش همگانی باید بیمه را اجباری کند [۳۷، ۳۸].

مفهوم ۴: بسته خدمتی پایه

منابع گردآوری شده در صندوق بیمه درمان برای خرید مجموعه‌ای از مداخلات بهداشتی ـ 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 [۱]. یافته‌های پژوهش، نشان می‌دهند که در ایران بسته خدمتی، بسیار گسترده بوده و تمامی خدمات ـ به جز موارد استثنا ـ را تحت پوشش قرار می‌دهد[۳۹]. بنابراین خدمات درمانی در ایران دارای بسته تعیین شده به روش علمی نیست.

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

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 [۴۰].

سازمان بهداشت جهانی به کشورهای در حال توسعه‌ای که هدف رسیدن به پوشش همگانی دارند، روش اول را پیشنهاد می‌کند [۱۱]. بانک جهانی هم قویاً اعتقاد دارد که هر کشور، یک بسته خدمتی پایه بر اساس توانایی پرداخت کشور طراحی کند [۴۰]. یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند قوانین ایران (قانون تأمین اجتماعی و قانون بیمه همگانی) که بسته خدمتی در چارچوب آنها تدوین شده، بسته خدمتی را بسیار باز در نظر گرفته‌اند، یعنی بر اساس این قوانین تمام خدمات ضروری باید تحت پوشش قرار گیرند [۷، ۳۹]. « ما اقیانوسی از خدمات داریم که عمق آن فقط یک میلیمتر است» (م۱) «در زمینه مفهوم خدمات ضروری که در قانون بر آن تأکید شده، بین صاحب‌نظران اتفاق نظر وجود ندارد. به همین دلیل هم هیچ گاه به صورت نظام‌مند، این بسته تعیین نشده است» (م۱۶). از دیدگاه جامعه مورد پژوهش، کشور ایران با مشکلات زیر در زمینه تعیین بسته خدمتی پایه درمانی مواجه است:

تعیین بسته به روش غیرعلمی

«ما بسته خدمتی تعیین شده به روش علمی نداریم» (م۲۴)، اما تعیین نشدن بسته به صورت نظام‌مند باعث شده که این بسته با توجه سایر عوامل دخیل در نظام سلامت که غیرعلمی هم هستند به مرور زمان شکل بگیرد. «واقعیت این است که منافع ارایه‌کنندگان خدمت و سازمان‌های بیمه‌ای هستند که چند و چون بسته خدمتی را تعیین می‌کند» (م۳). «ارایه‌کنندگان خدمت تعیین می‌کنند که چه نوع خدماتی باید ارایه شود» (م۶) «محدودیت‌های مالی سازمان‌های بیمه‌ای هم باعث محدود شدن بسته [خدمتی] می‌شود» (م۱۳) اما «نوع دیدگاه [این سازمان‌ها] برای محدود کردن بسته بیشتر دیدگاه اقتصادی است» (م۱۹)؛ یعنی بیشتر خدماتی که هزینه‌بر هستند حذف می‌شوند، نه خدمات غیرضروری. بنابراین بسته خدمتی بر اساس «منافع ارایه‌کنندگان خدمت، فشارهای سیاسی» (م۱۳)، «خواست بیمه‌شده‌ها» (م۱۹)، «منافع شرکت‌های دارویی و شرکت‌های تجهیزات پزشکی» (م۷) و «محدودیت‌های مالی سازمان‌های بیمه‌ای» (م۱۷) تعیین می‌شود، در حالی که باید بر اساس مهم‌ترین مشکلات سلامتی مردم و خدماتی که بیشتر نقش پیشگیری دارند شکل بگیرد [۴۱].

تعیین بسته خدمتی پایه همگانی

اگر چه قوانین عمده بیمه‌ای ایران دسترسی به خدمات ضروری را حق همه دانسته و بر همین اساس هم شورای عالی بیمه نقش سیاست‌گذاری در زمینه تعیین بسته خدمتی پایه را به عهده گرفته است، اما گسیختگی در ساختار صندوق‌های بیمه‌ای باعث شده که توانایی این صندوق‌ها از نظر مالی با هم تفاوت داشته و بنابراین شکل‌گیری بسته خدمتی پایه با سازماندهی فعلی امکان‌پذیر نباشد. مثلاً یافته‌ها حاکی از این هستند که سرانه دولتی صندوق‌های بیمه روستایی و بیمه بستری شهری از سرانه صندوق بیمه کارکنان دولت کمتر است، بنابراین «توانایی مالی صندوق‌ها با هم فرق می‌کند و نمی‌توان برای همه یک بسته خدمتی یکسان تعریف کرد» (م۹).

نتایج سایر مطالعات نیز نشان می‌دهند که تعیین بسته خدمتی پایه، یکی از اجزای سیستم بیمه در بسیاری از کشورهایی است که توانسته‌اند پوشش همگانی ایجاد کنند [۵، ۲۵، ۴۲]. سیاست‌گذاران کشورهایی که بیمه درمان خود را اجباری می‌کنند، باید بسته خدمتی خود را ابتدا محدود کرده و سپس بر اساس توانایی نظام بیمه‌ای تغییر نیازها، ارزش‌ها و وضعیت اقتصادی گسترش دهند [۳۸].

مفهوم ۵: سیستم پرداخت

حساس نبودن ارایه‌کنندگان نسبت به هزینه

نظام پرداخت، علاوه بر این که هزینه‌های خرید خریداران را جبران می‌کند، آنها را تشویق می‌کند که کارایی خود را افزایش دهند، یا خدماتی ارایه کنند که هزینه / اثربخشی بالایی داشته باشد. بنابراین نحوه پرداخت، تأثیر زیادی بر تصمیم‌گیری‌های درمانی ارایه‌کنندگان و کارایی و عدالت نظام بهداشت و درمان دارد [۴۳].

در ایران به صورت عمده از دو روش پرداخت توسط سازمان‌های بیمه‌ای استفاده می‌شود: روش کارانه برای بخش بستری و روش پرداخت موردی برای سرپایی. از دیدگاه جامعه مورد پژوهش، این دو روش، تأثیر مخربی برای سازمان‌های بیمه‌ای به لحاظ مالی دارند. زیرا ارایه‌کنندگان را تشویق به ارایه خدمات بیشتر می‌نمایند.

«یکی از متخصصین ما برای ۹۶ درصد از بیماران قلبی خود تست ورزش و نوار قلب تجویز کرده است» (م۱۴) «خیلی از

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

پزشکان، بیماران را بی‌خود می‌برند و می‌آورند چون به ازای ویزیت پول می‌گیرند » (م۱۱).

یافته‌های سایر مطالعات هم نشان می‌دهند که روش کارانه باعث افزایش میزان ارایه خدمات و تغییر ترکیب ارایه خدمات می‌شود، زیرا پزشکان، انگیزه بیشتر برای ارایه خدماتی دارند که سود بیشتری داشته باشد[۳۶]. روش جایگزینی که می‌تواند هزینه‌ها را کنترل کند و در عین حال، پیچیدگی سیستم پرداخت موردی را هم نداشته باشد، روش پرداخت سرانه است که در بسیاری از کشورها مانند آرژانتین، برزیل و تایلند با موفقیت اجرا شده است [۴۴، ۴۵]. این روش در عین این که در کنترل هزینه‌ها بسیار مؤثر است، اما می‌تواند تأثیر منفی بر کیفیت خدمات هم داشته باشد [۴۶].

هزینه‌های مدیریتی زیاد سیستم پرداخت

«از نظر مدیریتی، کارانه روش گرانی است» (م۵) «در سازمان ما از هر ۳ نفر، دو نفر در بخش نظارت نسخ فعالیت می‌کنند» (م۱۳) «ما اگر ارایه‌کنندگان را در هزینه‌ها شریک کنیم، یکی از مهم‌ترین بخش‌های هزینه‌ای که کنترل نسخ است را کم کرده‌ایم» (م۲۲).

برخی از کشورها از سیستم تک پرداختی (Single-Payer System) برای پرداخت هزینه‌های سلامت خود استفاده می‌کنند [۳۶]. نظام بیمه تایوان با پیاده‌سازی این سیستم توانست اطلاعات کاملی را در مورد هر کدام از ارایه‌کنندگان کسب کند که بر اساس آن موارد احتمالی مانند ادعاهای دروغ، گزارش نادرست بیماری و تجویز بی‌مورد آزمایش‌ها قابل پی‌گیری باشد [۳۶]. تا قبل از ایجاد این سیستم، ارایه‌کنندگان قادر بودند که برای یک نوع درمان خاص، از بیمه‌های مختلف، مبالغ گوناگونی درخواست نمایند، اما این سیستم مشکل بالا را کنترل کرد [۳۶].

مفهوم ۶: مصرف

کنترل تقاضا

نظام ارجاع یا پزشک خانواده به طور گسترده‌ای توسط کشورهای مختلف استفاده شده است [۴۷]. این سیستم دسترسی به متخصصان را از طریق ارایه‌کنندگان خدمات اولیه محدود می‌کند [۴۸].

یافته‌ها حاکی از آن هستند که نظام ارجاع یا پزشک خانواده جامعی در ایران وجود ندارد. «ما در بیمه روستایی و بیمه درمانی کمیته امداد، سیستم ارجاع داریم، اما سیستم جامع ارجاع یا پزشک خانواده نداریم» (م۱) «ما در کشور سیستم مدیریت تقاضا نداریم، بیمار به هر تخصصی دوست داشت مراجعه می‌کند و او هم هر طور که خواست درمان می‌کند» (م۳). شواهد حاکی از آن است که مدل‌های دروازه‌بانی (Gate Keeping) سلامت می‌تواند هزینه‌ها و استفاده نابجا از خدمات متخصصان را کاهش دهد. یک برنامه بیمه‌ای، دارای نظام دروازه‌بانی می‌تواند تا ۶ درصد هزینه کل برنامه را نسبت به برنامه بدون این ساز و کار کاهش دهد. اما اختلاف زیادی در هزینه‌های بستری ایجاد نمی‌کند [۴۸].

نبود دستورالعمل‌های درمانی استاندارد

از دیدگاه جامعه مورد پژوهش، نبود دستورالعمل‌های درمانی استاندارد باعث شده که سازمان‌های بیمه‌ای نتوانند از نظر کیفیت خدمات و همچنین هزینه‌های تحمیلی به سیستم، ارایه‌کنندگان خدمات را کنترل کنند. «ما [بیمه] هیچ دخالتی در فرایند درمان نمی‌توانیم بکنیم و هر چه پزشک نوشت باید بپردازیم» (م۲۱) «کنترل کیفیت فرایند ارایه خدمت بدون داشتن دستورالعمل استاندارد مورد توافق ممکن نیست» (م۱۱). افزایش هزینه‌های بهداشتی ـ درمانی، تفاوت در نحوه درمان با این پیش‌فرض که این تفاوت‌ها باعث کاهش کیفیت درمان می‌شود و تمایل ذاتی ارایه‌دهندگان و بیماران به داشتن خدمات با کیفیت باعث حرکت به سمت استفاده از دستورالعمل‌های درمانی در سطح بین‌المللی شده است [۴۹]. بنابراین سازمان‌های بیمه‌ای و متخصصان امر باید تدوین دستورالعمل‌های درمانی را در دستور کار قرار دهند.

نبود سیستم ارزیابی تکنولوژی

نظام‌های سلامت در جهان با مشکلاتی همچون نیاز به استفاده منطقی از منابع بخش بهداشت و درمان و بهبود مداوم مواجه هستند و تکنولوژی‌های ارایه شده در بخش بهداشت و درمان باید مورد بررسی قرار گیرد [۵۰]. یافته‌ها نشان می‌دهند که ما سیستم نظام‌مندی برای ارزیابی تکنولوژی در ایران نداریم. «شما می‌بینید که تکنولوژی‌های جدید وارد سیستم بهداشت و درمان ما می‌شود، حالا به انواع روش‌ها و بعد که ملکه کار پزشک ما و ارایه‌کننده ما شد، سازمان‌های بیمه‌ای مجبورند آن را جزو خدمات خود بگذارند» (م۵) «من سؤالم این است که چه کسی مشخص می‌کند که ما به چند دستگاه ام آر آی در کشور نیاز داریم؟ هیچ‌کس» (م۱۳).

در یک رویکرد نظام‌مند، سیاست‌گذاران بخش بهداشت و درمان باید با بررسی عملی تصمیم بگیرند که آیا یک تکنولوژی برای بیماران کشور مناسب هست؟ آنگاه بر اساس این بررسی‌ها آن را توسط بیمه‌ها پوشش دهند [۵۰]. بنابراین به نظر می‌رسد تدوین

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

سیستم ارزیابی تکنولوژی‌های سلامت یکی از نیازهای کشور در زمینه کنترل هزینه و بهبود کیفیت و دستیابی به پوشش همگانی بیمه‌ای پایدار باشد.

مفهوم ۷: کارایی مدیریتی

تعهد دولت

شرکت‌کنندگان در این پژوهش اعتقاد داشته‌اند که «اصلاحات انجام شده در طول ۲۵ سال گذشته در بخش بهداشت و درمان ـ نظام شبکه، قانون بیمه همگانی و پزشک خانواده ـ نشان می‌دهند که دولت نسبت به موضوع پوشش خدمات سلامت در کشور تعهد لازم را داشته است» (م۱۳) و «بیشتر مشکلات، مربوط به سیاست‌های اتخاذ شده و انجام کار قوی علمی برای پیاده‌سازی و مدیریت این برنامه‌هاست» (م۴) و این که «برنامه‌های ما شاخص برای پایش ندارند» (م۱۷) یافته‌های سایر پژوهش‌ها هم حاکی از این است که در بین کشورهای در حال توسعه فقط تعداد کمی توانسته‌اند به پوشش همگانی دست یابند. مشکل اصلی آنها هم متعهد نبودن دولت نسبت به موضوع بوده است [۴].

اجرای پوشش همگانی نیاز به سرپرستی مداوم دولت دارد. علاوه بر این، موضوع پایش و ارزیابی سیستم، اطمینان از ظرفیت مدیریتی و ارایه خدمات نیز باید مدام مورد توجه دولتمردان باشد [۱].

نبود سیستم جامع اطلاعات کشوری

اطلاعات جاری جمعیتی، یکی از بخش‌های مهم اطلاعات مورد نیاز سیاست‌گذاران است. این اطلاعات می‌توانند برای ارزیابی اهمیت مشکلات جمعیتی از جمله شناخت اقشار نیازمند، هدف‌گذاری برای سیاست‌ها و ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها مورد استفاده قرار گیرند [۵۱].

یافته‌های پژوهش حاکی از این هستند که یکی از مهم‌ترین مشکلات نظام بیمه‌ای کشور نبود، بانک جامع اطلاعات ایرانیان است. این موضوع به خصوص در بخش مالی، مشکلات زیادی برای سازمان‌های بیمه‌ای ایجاد می‌کند. «سیستم‌های اطلاعاتی موجود یا ناقص است یا با یکدیگر همخوانی ندارد» (م۶) «نبود نظام اطلاعاتی جامع و مورد وثوق باعث اختلاف بین [سازمان] تأمین اجتماعی و دولت در مورد بدهی‌های دولت به سازمان شده است» (م۸).

نتایج سایر پژوهش‌ها هم حاکی از این است که داشتن شواهد علمی و اطلاعات ابزاری مؤثر برای اجرایی کردن پوشش همگانی است[۳].

ناپایداری مدیریتی

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که کشور ایران در طول چند سال گذشته نتوانسته است برنامه بلندمدت برای بخش بیمه داشته باشد. دلیل اصلی آن هم تغییر مداوم مدیران بخش بیمه‌ای و وابسته بودن برنامه‌ها به مدیران است. «ناپایداری سیاسی و تغییرات مداوم مدیران در کشور باعث شده که نظام بیمه‌ای کشور ما نتواند برای خود برنامه درازمدت تنظیم کند» (م۳) «وقتی که وزارت رفاه در ۶ سال، ۵ تا وزیر عوض می‌کند معلوم است که قادر به داشتن برنامه بلندمدت نیست» (م۲۲) تأمین منابع مالی کافی و همچنین کارکرد مناسب مدیریت از ابزارهای بسیار مهم برای موفقیت هر برنامه هستند [۴۰]. بسیاری از کشورهای در حال توسعه به دلیل نداشتن ظرفیت مناسب مدیریتی در بخش بیمه نتوانسته‌اند به پوشش همگانی دست یابند [۴].

مشکلات قانون

قانون‌گذاری، یکی از مهم‌ترین مراحل هر برنامه است. مهم‌ترین موضوع در مسئله قانونگذاری اجباری شدن بیمه بر اساس قانون است. قانون بیمه همگانی که به صورت مشخص وظیفه همگانی کردن بیمه را دارد، از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش دارای اشکالات زیر است: «ایجاد ساز و کار تأمین مالی برای سازمان بیمه‌ای به صورت سرانه‌ای» (م۱۶) «گسترده دیدن بسته خدمتی» (م۱۳) «گسیختگی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای» (م۲۴) و «نگذاشتن ضمانت‌های اجرایی لازم در قانون» (م۲۵). اما مهم‌ترین این مشکلات از نظر جامعه پژوهش «اجباری نشدن بیمه» (م۲) است. به عبارتی «اجبار دولت [به بیمه کردن مردم] و اختیار برای بیمه‌شده [برای بیمه شدن]» (م۶). نتایج سایر پژوهش‌ها نشان می‌دهند که موفقیت هر برنامه بیمه‌ای به داشتن قانونی است که ابعاد اصلی برنامه را از قبیل ویژگی‌های اصلی برنامه و برنامه زمانی برای ایجاد این ساختار، به صورت دقیق مشخص کرده باشد [۳۵]. به صورت کلی، قانونگذاری جزئی مهم است، اما دستیابی به هدف پوشش همگانی را تضمین نمی‌کند [۴۰].

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

جدول شماره ۱- عوامل مؤثر در اجرای بیمه همگانی سلامت در ایران

مفهوم ۱: روشن بودن تعداد بیمه‌شده‌ها			
نامعین بودن میزان دقیق پوشش	همپوشانی در آمار		
مفهوم ۲: تأمین مالی			
نقش دولت	اختلاف در مورد میزان تعهدات	عدم شفافیت جریانات مالی	
	بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات	هدفمند نبودن یارانه‌ها	
حق بیمه	پسرونده بودن	غیرعلمی بودن	مشکلات سیاستگذاری در مورد حق بیمه
پرداخت از جیب	عدم پوشش یا پوشش ناکافی خدمات	بازپرداخت ناکافی به ارایه‌کنندگان	
مفهوم ۳: سازماندهی			
گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها	اجباری نبودن عضویت		
مفهوم ۴: بسته خدمتی پایه			
تعیین بسته به روش غیرعلمی	تعیین بسته خدمتی همگانی		
مفهوم ۵: سیستم پرداخت			
حساس نبودن ارایه‌کنندگان نسبت به هزینه	هزینه‌های مدیریتی بالای سیستم پرداخت		
مفهوم ۶: مصرف			
کنترل تقاضا	نبود دستورالعمل‌های درمانی استاندارد	نبود سیستم ارزیابی تکنولوژی	
مفهوم ۷: کارایی مدیریتی			
تعهد دولت نبود سیستم اطلاعات کشوری	اختلاف دیدگاه‌ها در مورد مفهوم بیمه	ناپایداری مدیریتی	
مشکلات قانون			

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]

[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

بحث و نتیجه گیری

ایران برای دستیابی به پوشش همگانی بیمه، نیاز به یک برنامه بلند مدت برای اصلاحات در نظام تأمین مالی سلامت خود دارد. این برنامه باید موضوعات زیر را در خود داشته باشد:

۱- قابل اعتمادتر کردن گزارش‌های آماری با استفاده از ایجاد نظام اطلاعاتی مناسب یکسان یا همخوان در سازمان‌های بیمه‌ای

۲- ایجاد تأمین مالی تناسبی (Proportional) برای بیمه افراد بخش‌های رسمی اقتصاد. یعنی: الف: بیمه کارکنان دولت، نیروهای مسلح و ب: استفاده از سایر ظرفیت‌های کشور مانند نظام مالیاتی یا سایر روش‌های برآورد درآمد برای تعیین توانایی پرداخت افراد در بخش غیررسمی اقتصاد

۳- شفاف کردن جریان مالی بخش سلامت با الف: تعیین دقیق تعرفه در بخش‌های دولتی و خصوصی، ب:پرداخت منابع مالی بخش درمان به سازمان‌های بیمه‌ای و ج: جدا کردن تعهدات بیمه‌ای و تعهدات حمایتی دولت

۴- کاهش میزان گسیختگی سازماندهی بیمه‌ای با هدف افزایش تجمیع خطر، یارانه متقاطع و کاهش هزینه‌های مدیریتی

۵- ایجاد نظام شناسایی اقشار آسیب‌پذیر و کم درآمد

۶- اجباری کردن بیمه پایه در کشور

۷- تعیین بسته خدمتی پایه با روش علمی با هدف الف: کاهش میزان پرداخت از جیب مردم و ب: اجازه دادن به سایر سازمان‌ها برای رقابت در مورد خدمات مکمل

۸- تغییر نظام پرداخت به نظام‌هایی که ارایه‌کنندگان را در سود و زیان سازمان‌های بیمه‌ای شریک کند و هزینه مدیریتی کمتری داشته باشد.

۹- گسترش طرح پزشک خانواده به کل کشور و ایجاد نظام‌مندی در بخش تقاضا

۱۰- تعیین نظامی برای ارزیابی تکنولوژی و همچنین تعیین دستورالعمل‌های درمانی برای افزایش کیفیت و مدیریت هزینه‌ها

منابع

1- Carrin G, James C. *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*. WHO, Department of Health Systems Financing and Resource Allocation: Geneva, 2004

2- Asgary A, Willis K, Taghvaei AA, Rafeian M. Estimating rural householdsÆ willingness to pay for health insurance. *The European Journal of Health Economics* 2004; 5: 209-15

3- Knaul FM, Frenk J. Health Insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform. *Health Affaires (Project Hope)* 2005; 24: 1467-76

4- Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 750-6

5- Hughes D, Songkramchai L. Universal Coverage in the Land of Smiles: Lessons from Thailand's 30 Baht Health Reforms. *Health Affaires (Project Hope)* 2007; 26: 999-1008

6- World Bank Groups. *Development results in middle income countries an evaluation of the world banks support*. The World Bank: Washington DC, 2007

7- Schieber G, Klingen N. *Islamic Republic of Iran, Health Financing Reform in Iran: Principles and Possible Next Steps*. Tehran, Iran: Social Security Research Institute. Health Economic Congress, Oct 1999

8- Shadpour K. Primary health care networks in the Islamic Republic of Iran. *East Mediterranean Health Journal* 2000; 6: 822-5

9- Nikoopour H. *Business Cycles and Policy Making in Social Insurance Systems the Case of Iran (1962-2004)*. Social Security Organization: Tehran, 2000

10- International Social Security Association. *Social Security Programs throughout the World: Asia and the Pacific, 2006*. Geneva, Switzerland: International Social Security Association, 2007

11- World Health Report 2000, *Health Systems: Improving Performance*. WHO: Geneva, 2000

12- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJL. Household catastrophic health expenditure: a multi country analysis. *The Lancet* 2003; 362: 111-7

۱۳- نقوی محسن، جمشیدی حمیدرضا. *بهره‌مندی از خدمات سلامت، سال ۱۳۸۱ جمهوری اسلامی ایران*، چاپ اول، تندیس، تهران ۱۳۸۴

14- The World Health Report 2006: *working together for health*. World Health Organization: Geneva, 2006

15- Management and Planning Organization. *Law of the Fourth Economic, Social and Cultural*

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

29- Carrin G, Evans D, Xu K. Designing health financing policy towards universal coverage. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85: 652-57

30- Xu K, Evans DB, Carrin G, guilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Affaires (Project Hope)* 2007; 26: 972-83

31- Seoul K. *Performance of Universal Health Insurance: Lessons from South Korea*. World Health & Population, 2007

32- World Health Organization. *Social Health Insurance, Selected Case Studies from Asia and the Pacific*. New Delhi: Regional Office for South-East Asia, 2005

33- Kwon S. Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy and Planning* 2003; 18: 84-92

۳۴- دانش‌دهکری نوشین. *بیمه همگانی خدمات درمانی از منظر قانون*. چاپ اول، سازمان بیمه خدمات درمانی: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، تهران ۱۳۸۴

35- Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *International Social Security Review* 2002; 55: 57-69

36- Lu JFR, Hsiao WC. Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan. *Health Affaires (Project Hope)* 2003; 22: 77-9

37- Barnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle and low income countries? *Social Science & Medicine* 2002; 54: 1559-87

38- WHO Executive Board. *Social health insurance. World Health Organization*; 2004 Feb 12. Report No.: EB115/8 115th Session, Provisional agenda item 4.5.

۳۹- *قانون بیمه همگانی، سایت خانه ملت، ۱۳۷۳*، Availabel at: http://law majlis ir/Law/Lawview asp?key=6752 2008

40- Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy* 2004; 68: 17-30

41- Center for Global Development. *Improving the health of the poor in Mexico*. World's Reproductive Health Literature 2007

42- Moon S, Shin J. Performance of universal health insurance: lessons from South Korea. *Health Care Quarterly* 2007; 10: 116 -30

Development Plan of Islamic Republic of Iran, 2005-2009. Management and Planning Organization of Iran: Tehran, 2004

۱۶- *خبرگزاری خانه ملت، اعتراض مرکز پژوهش‌های مجلس به افزایش تعرفه بخش خصوصی توسط نظام پزشکی، خبرگزاری خانه ملت، ۱۳۸۶*. Available from: URL: http://www.majles.ir/mhtml/modules.php?name=News&file=article&sid=209

۱۷- *انتقاد کمیسیون بهداشت مجلس از عملکرد وزارت، سایت سازمان نظام پزشکی، رفاه، ۱۳۸۶*، Available from: URL: http://www.irimc.org/NewsList.aspx?id=6573

18- Morse JM, Field PA. *Principles of data collection, nursing research: the application of qualitative approaches*. 2nd Edition, Chapman and Hall: London, 1996

19- Lacey A, Luff D. *Trent focus for research and development in primary health care: an introduction to qualitative analysis*. Unpublished manuscript, Trent Focus 2001

20- Pope C, Ziebland S, Mays N. Qualitative research in health care: analyzing qualitative data. *British Medical Journal* 2000; 320: 114-19

21- Bryman A, Burgess RG. *Analyzing Qualitative Data*. Routledge, 1994

22- Call KT, Davern M, Blewett LA. Estimates of health insurance coverage: comparing state surveys with the current population survey. *Health Affaires (Project Hope)* 2007; 26: 269-78

23- Fronstin P. Counting the uninsured: a comparison of national surveys. *EBRI Issue Brief* 2000; 225: 1-19

24- Blewett LA, Good MB, Call KT, Davern M. Monitoring the uninsured: a state policy perspective. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2004; 29: 107-45

25- Bitran R, Munoz J, Aguad P, Navarrete M, Ubilla G. Equity in the financing of social security for health in Chile. *Health Policy* 2000; 50: 171-96

26- Ruger JP, Kress D. Health financing and insurance reform in Morocco. *Health Affaires (Project Hope)* 2007; 26: 1009-16

27- Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics* 2000; 1: 1803-62

28- Cisse B, Luchini S, Moatti JP. Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa? *Health Policy* 2007; 80: 51-68

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]

43- Pauly M. Insurance reimbursement. *Handbook of health economics*. 1st Edition, AJ Culyer and JP Newhouse: Amsterdam, 2000
44- Barnum H, Kutzin J, Saxenian H. Incentives and provider payment methods. *International Journal of Health Planning and Management* 1995; 10: 23-45
45- Bitran R, Yip WC. *A review of health care provider payment reform in selected countries in Asia and Latin America*. Major Applied Research 2. Working Paper 1. Bethseda: Maryland, Partnerships for Health Reform, Abt Associates; 1998
46- Wilton P, Smith RD. Primary care reform: a three country comparison of budget holding'. *Health Policy* 1998; 44: 149-66
47- Pati S, Shea S, Rabinowitz D, Carrasquillo O. Does gate keeping control costs for privately insured children? Findings from the 1996 medical expenditure panel survey. *Pediatrics* 2003; 111: 456-60
48- Martin DP. Effect of a gatekeeper plan on health services use and charges: a randomized trial. *American Journal of Public Health* 1989; 79: 1628-32
49- Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guidelines. *Health Technology Assessment* 2001; 5: 1-69
50- Park SH, Lee SM. Evidence-based decision-making and health technology assessment in South Korea. *Value Health* 2008; 11: 163-64
51- Morrato EH, Elias M, Gericke CA. Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA. *Journal of Public Health* 2007; 29: 463-71

[Downloaded from payeshjournal.ir on 2026-11-02]
[DOR: 20.1001.1.16807626.1389.9.2.7.7]