

## مطالعه تطبیقی نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران

دکتر مجید رجب پور (Ph.D., M.BA, M.D)<sup>۱</sup>

دکتر حسین زارع<sup>۲</sup>

### مقدمه و اهمیت موضوع

سلامتی حق طبیعی آحاد بشر بدون توجه به محل جغرافیایی اسکان، حکومت سیاسی، نژاد، زبان، رنگ، فرهنگ، دین و آیین متعلقه است. انسان برای دست یافتن به این مفهوم زندگی همواره تلاش خستگی‌ناپذیری را در طول قرون و اعصار از خود می‌ذول داشته و در نهایت با نگاهی حسرت‌آلود اما امیدوار، ادامه تلاش را به نسل‌های بعدی سپرده است.

با وجود پیشرفت‌های فوق‌العاده و معجزه‌آسا، تلاش گسترده همه انسانها به ویژه دانشمندان علم طب، فقط موفق به فائق آمدن به یک ویروس آبله و ریشه کنی قطعی آن بوده که جشن مهم و بزرگی را به همراه داشته است و در ادامه راه پس از سال‌ها تلاش و هزینه، هنوز بحث توفیق بر ویروس فلج اطفال ادامه دارد. لکن آنچه مهم و ارزشمند است تلاش بشریت و بهبود سطح سلامت و آگاهی انسان به تعریف کاملی از سلامتی است که امروزه بشر در حد دانش، فناوری و علم خود به توافق رسیده است و برای ایجاد فضایی مناسب و بهره‌وری حداکثر از امکانات محدود موجود، در برنامه‌ریزی، ساماندهی و مدیریت مطلوب، تدبیر و چاره‌اندیشی می‌کند.

۱. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران؛ پژوهشگر.

۲. دکترای تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران؛ فوق دکترای سلامت بین الملل از دانشگاه جان هاپکینز.

جوامع مختلف برای رسیدن به هدف سلامت با محتوای همان مفاهیم و تعاریف معین و توافق شده سلیقه‌های متفاوتی را مطابق فرهنگ، اقتصاد و مسائل سیاسی - اجتماعی خود در قالب الگوهای ارائه خدمات بهداشتی - درمانی طراحی و اجرا نموده‌اند. کشورهای در حال پیشرفت از آن جایی که اغلب علوم و دانش روز را از کشورهای پیشرفته (که سال‌ها قبل آنها را آموخته و به نتایج آن دست یافته‌اند) به تقلید یا اقتباس فرا گرفته‌اند. در این خصوص نیز ناچار به همان روش ادامه داده و الگوهای مربوطه را حداکثر پس از بومی‌سازی مورد استفاده قرار داده و می‌دهند.

نظام ارائه خدمات سلامت الگوهای متفاوتی دارد که این پژوهش درصدد بحث در مورد آن نیست. بلکه یکی از زیرنظام‌های آن یعنی موارد مربوط به بیمه همگانی (منابع مالی و نحوه تأمین و صرف هزینه‌ای یا تخصیص آن و ...) مورد بحث این پژوهش است.

از آنجایی که نگرانی انسان‌ها و اضطراب آنها از ناامنی‌های جوامع انسانی باعث پدید آمدن مشارکت هموعان طی قرون و اعصار شده و انسان‌ها به نوعی با مشارکت در رفع خطر، احساس می‌کنند که می‌توان میزان خطر را کاهش داد. به ویژه در دو قرن اخیر و به خصوص بعد از جنگ جهانی تلاش جمعی و مشارکت‌جویانه انسان در مقابل خطرات احتمالی با رویکرد ریسک‌پذیری، موضوع بیمه و سازمان‌های بیمه‌ای را به وجود آورده است و امروزه فرهنگ بیمه در دنیا با ابعاد گسترده تجاری - صنعتی - خدماتی، موضوع کاملاً آشنا و شناخته شده‌ای است.

توزیع خطرپذیری و رفع خطر تنها در مقابل عواملی که قابل مبادله هستند به مشارکت گذاشته می‌شود. لذا از آنجایی که سلامت قابل معامله کردن نیست نمی‌توان بیماری و عوارض آن را به مشارکت گذاشت اما می‌توان خطر مالی مربوطه را به مشارکت گذاشت. هرچند همین خطر مالی در خیلی اوقات باعث تهدید سلامتی می‌شود. به این ترتیب اهمیت بیمه در خصوص ابعاد سلامت انسان کاملاً واضح و آشکار است. بنابراین هدف پژوهش حاضر پس از نظر اجمالی به موضوع بیمه سلامت و انواع آن، تبیین محدوده فعالیت بیمه‌های سلامت و تعاریف مربوطه خواهد بود و از این رهگذر با استفاده از مستندات معتبر در خصوص تجربه کشورهای پیشرو و پیشرفته تلاش خواهد نمود که با استفاده از تجربه‌های مفید آن کشورها و لحاظ نمودن مختصات و ویژگی‌های کشورمان و با در نظر گرفتن وضع اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، اعتقادی و ساختار حاکمیتی و امکانات و ضعف‌های موجود کشور نسبت به طراحی الگوی مناسب اقدام و پس از اعمال دیدگاه‌های صاحب‌نظران و

اصلاح کاستی‌های آن یا تغییر کلی به نحوی که تجربه و نظرات صاحب‌نظران ملی حکم می‌نماید، الگوی مناسبی را جهت اجرا پیشنهاد نماید.

بنا به ضرورت زمانی و تأخیر رشد ناشی از توقف در تفکرهای سلیقه‌ای و الزام قانون برنامه سوم توسعه جمهوری اسلامی ایران، کشور در حال تحولی بزرگ از اقتصاد دولتی به سمت ترویج بخش خصوصی است و این تحول عظیم مسلماً بخش بهداشت و درمان را نیز بی‌تأثیر نخواهد گذاشت. در فردای این تحول به طور مطمئن تعرفه‌های واقعی جایگزین می‌شوند و به طور مسلم مردم مسئول پرداخت سوء مدیریت‌های مدیران دولتی متأثر از هرچه که تصمیم دولتی است نخواهند بود و به احتمال زیاد صندوق‌های بیمه‌ای در اختیار دولت نیز پرداخت‌های جبرانی را نخواهند نمود.

به طور حتم شیوه‌های امروزی مدیریت به ویژه در بخش بهداشت و درمان پاسخگو نخواهد بود نظارت عمومی به مدیریت صندوق‌های بیمه‌ای و مشارکت مستقیم در تأمین منابع و نظارت در نحوه هزینه کرد صندوق‌ها، دست آورد این تغییر خواهد بود. لکن هیچکدام از این اتفاقات از مسئولیت دولت در تأمین، حفظ و ارتقای سلامتی عموم مردم نخواهد کاست و دولت همچنان به عنوان مسؤوّل اجرای اصل بیست و نهم قانون اساسی باقی می‌ماند.

افزایش آگاهی‌های عمومی، ایجاد تقاضای وافر و مهم سلامت را در تمام ابعاد به ویژه حفظ و ارتقای آن به ارمغان آورده است. این توجه و عنایت مهم مردم در کنار تحول فوق، به طور مؤکد ایجاب می‌نماید که ساختار و نظام بیمه همگانی سلامت پایه‌ای این تحول و حتی به مثابه زمینه تأمین لازم قبل از تکمیل تحول، متحول شود و یک نظام بیمه همگانی سلامت واقعی آن‌گونه که لازم است و در وسع این کشور می‌گنجد و با فرهنگ و آداب و سنن و امکانات و تقاضای ملی سازگار است، جایگزین وضع آشفته فعلی شود.

در فضای اجتماعی فعلی یا اقتصاد تورمی توأم با رکود و حساسیتی که تأمین، حفظ و ارتقای سلامت برای مردم متعهد کشور دارد، اهمیت تنظیم برنامه تأمین و صرف منابع مالی یعنی بیمه همگانی سلامت به قدری واضح است که عدم توجه به آن می‌تواند باعث کندی چرخه توسعه کشور شود. برای تقویت حرکات توسعه‌ای کشور، نیاز به انسان‌های توسعه یافته، مطمئن از تأمین اجتماعی به ویژه در بعد سلامت دارد. مردم فعال کشور در ربع قرن گذشته مداومت خود در مشارکت امور را به مسئولین ثابت نموده‌اند و مسلماً هرگونه تدبیر اساسی و برنامه‌ریزی اصولی در این زمینه را نیز بدون پشتوانه مشارکتی خود رها نخواهند 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 الگوی نهایی را صرفاً به صورت طرح اجرایی و نه کلی، با تمام ابعاد یک نظام در این زمینه و نیز قابل اجرا ارائه نماید و از ورود به مباحث و تصمیم‌های کلی و خارج از این موضوع پرهیز می‌نماید.

بنابر موارد پیشگفت انتظار می‌رود که با انجام این پژوهش نسخه‌ای کامل در حد توان پژوهشگر برای حل مشکل بیمه همگانی سلامت کشور با راهکارهای مناسب تهیه و ارائه شود.

### نوع و روش پژوهش:

این پژوهش، مطالعه‌ای کاربردی<sup>۱</sup> با روش مطالعه تطبیقی<sup>۲</sup> و به صورت توصیفی<sup>۳</sup>، گذشته‌نظر<sup>۴</sup> و کتابخانه‌ای است که در بخشی از پژوهش نیز ارائه الگو براساس تکنیک دلفی<sup>۵</sup> سه مرحله‌ای استوار بوده است. با هدف مطالعه تطبیقی نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران صورت گرفته است. هدف کاربردی این پژوهش، پیشنهاد ساختار مناسب برای نظام بیمه همگانی سلامت در ایران است. سازمان‌ها و نهادهای استفاده‌کننده از این پژوهش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور (معاونت راهبردی ریاست جمهوری فعلی) و سازمان‌های بیمه درمانی در کشور هستند.

پژوهش حاضر، یک پژوهش کاربردی، توصیفی و تطبیقی است که در بخش ارائه الگو با استفاده از تکنیک دلفی سه مرحله‌ای صورت پذیرفته است. این پژوهش با هدف ارتقای سطح سلامت از طریق پوشش کامل بیمه سلامت با ساختار مطلوب سازمانی، کیفیت مناسب خدمات و تناسب هزینه‌ها و درآمدها، با عنوان مطالعه تطبیقی نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگوی مناسب برای ایران صورت پذیرفته است.

1. Applied Research
2. Comparative
3. Descriptive Study
4. Retrospective.
5. Delphi – Technique

کشورهای منتخب عبارتند از: آلمان، استرالیا، انگلستان، ایالات متحده آمریکا، ژاپن، سنگاپور، سوئد، سوئیس، شیلی، فرانسه، کانادا، کره جنوبی و کوبا که ملاک انتخاب نمونه را در دسترس بودن اطلاعات، قرار داشتن در یکی از محورهای تقسیم‌بندی گاردن، برخورداری از یکی از روش‌های نظام سلامت، قابلیت کسب تجربه و طراحی الگو، تشکیل می‌دهند. در جلسات تکنیک دلفی که طی ۳ مرحله اجرا شد، ۴۵ نفر از متخصصین، استادان و خبرگان دست‌اندرکار و مؤثر در نظام بیمه سلامت و نظام مراقبت‌های سلامتی کشور شرکت داشتند.

### روش تحلیل داده‌ها

اطلاعات از طریق کتابخانه‌ای و مستندات و انتشارات مکتوب و نیز انتشارات رسمی کشورها در اینترنت مورد استفاده قرار گرفته و در مورد تکنیک دلفی با روش ارائه الگو و مصاحبه جمع‌آوری شده‌اند. اعتبار پرسشنامه با استفاده از فرمول اسپیرمن براون محاسبه شده است و در کلیه مراحل تأیید خبرگان مد نظر پژوهشگر بوده است.

### جامعه آماری پژوهش

در بخش مطالعه‌های تطبیقی، جامعه آماری پژوهش را جمهوری اسلامی ایران و کشورهای زیر تشکیل می‌دهند: ۱. آلمان، ۲. استرالیا، ۳. انگلستان، ۴. ایالات متحده آمریکا، ۵. ژاپن، ۶. سنگاپور، ۷. سوئد، ۸. سوئیس، ۹. شیلی، ۱۰. فرانسه، ۱۱. کانادا، ۱۲. کره جنوبی، ۱۳. کوبا. جامعه آماری پژوهش ایران برای اجرای تکنیک دلفی در بخش دوم یعنی ارائه الگوی مناسب از ۴۵ نفر افراد شناخته شده که شامل متخصصین دانشگاهی و اساتید مجرب یا مدیران موفق و کارشناسان با تجربه که اکثراً در تصمیم‌گیری‌های نظام بیمه سلامت با نظام بهداشت و درمان کشور مؤثر هستند، تشکیل می‌شود که از بین آنها ۵ نفر خبرگان شناخته شده در مقوله بیمه سلامت در کشور هستند.

در مطالعه تطبیقی بیمه سلامت همگانی هشت ویژگی به شرح زیر مدنظر قرار گرفت.

۴. ساختار سازمانی؛
۵. جایگاه در نظام مراقبت‌های سلامتی؛
۶. نحوه اداره؛

۷. مبنا پوشش جمعیت؛

۸. پوشش خدمات؛

۹. نحوه ارائه خدمات؛

۱۰. تأمین منابع مالی؛

۱۱. شیوه پرداخت.

سایر ویژگی‌های نظام بیمه همگانی سلامت یا بررسی ساختار نظام مراقبت‌های سلامت یا نظام تأمین اجتماعی مورد نظر پژوهش نبوده است. در زمینه نظام بیمه همگانی سلامت هم موضوع هزینه‌های پزشکی مورد توجه قرار گرفته و دامنه پژوهش شامل سایر جنبه‌های بیمه‌های سلامت نمی‌شود.

در ارائه الگو نیز نظام بیمه همگانی سلامت با توجه به همان هشت ویژگی مورد کسب تجربه از مطالعه تطبیقی، به نظرخواهی متخصصان گذاشته شد.

### یافته‌های پژوهش

گسترش پوشش جمعیتی بیمه سلامت در ایران بر مبنای ملیت، وضعیت شغلی افراد و حمایت شکل گرفته است. بر این مبنا جمعیت کشور به قشرها و گروه‌های جداگانه‌ای تقسیم شده و هر کدام جداگانه و از طریق قوانین یا مقررات خاص تحت پوشش بیمه سلامت قرار گرفته‌اند. مهم‌ترین این قشرها را کارگران، کارکنان دولت، کارکنان نیروهای مسلح و خویش‌فرمایان تشکیل می‌دهند. در کنار این گروه‌ها از روستاییان به طور جداگانه نام برده شده است که منظور از آن کارگران و خویش‌فرمایان شاغل در نقاط روستایی هستند. از دیگر گروه‌های اجتماعی که در قوانین و مقررات از آنها نام برده شده است ولی با گروه‌های دیگر همپوشانی دارند می‌توان نیازمندان، ایثارگران، دانشجویان، طلاب، خانواده‌های شهدا و تحت عنوان سایر اقشار را نام برد.

قشرها و گروه‌های ذکر شده به وسیله سازمان‌های بیمه‌گر اصلی کشور تحت پوشش قرار گرفته‌اند، این سازمان‌ها عبارتند از:

۱. سازمان بیمه خدمات درمانی؛

۲. صندوق تأمین اجتماعی؛

۳. سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح.

علاوه بر این کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) به عنوان یک نهاد حمایتی، پوشش بیمه‌ای جمعیت نیازمندان کشور را به عهده دارد. لازم به ذکر است به دلیل شکاف قانونی موجود در قانون بیمه همگانی خدمات درمانی که کلیه شرکت‌های بیمه‌ای را مجاز دانسته است تا با رعایت حق سرانه مصوب در امور بیمه خدمات درمانی گروه‌های مختلف همکاری، مشارکت و فعالیت نماید، گروه قلیلی از جمعیت کشور از نظر پوشش بیمه‌ای پایه، تحت پوشش شرکت‌های بیمه‌ای بازرگانی قرار دارند.

در ایران به استناد اصل بیست و نهم قانون اساسی، تأمین اجتماعی از وظایف دولت بوده و کلیه اقشار برای دریافت خدمات تأمین اجتماعی از حقوق مساوی برخوردار هستند.

درآمد صندوق‌های بیمه از محل حق بیمه‌های پرداختی و کمک‌های دولتی و در مورد اقشار نیازمند توسط یارانه دولت صورت می‌پذیرد. در خصوص صندوق تأمین اجتماعی دولت ۳ درصد حقوق افراد تحت پوشش را کمک می‌کند.

در این قسمت وضعیت بیمه سلامت ایران براساس سازمان‌های مسئول امر به طور تفصیلی بیان می‌شود.

#### ۱. تطبیق و تحلیل نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب

موضوع مطالعات تطبیقی صرفاً مقایسه کمی متغیرهای مداخله‌گر در شرایط زمینه‌ای کاملاً برابر نمی‌باشد. در مواقعی که محور تطبیق گزینه مورد مطالعه، ثابت بوده باشد، می‌توان با وجود شرایط محیطی متفاوت، تأثیر برخی از متغیرهای اثرگذار را در گزینه مزبور بررسی کرد و با کسب تجربه نتایج بدست آمده را در شرایط محیطی و زمینه حضور گزینه مورد نظر با بهره‌گیری از نظرات خبرگان مورد استفاده قرار داد.

موضوع مطالعه بیمه همگانی سلامت برای حفظ و ارتقای سلامت انسان‌ها می‌باشد. انسان‌داری نیازهای یکسان طبیعی می‌باشد که این نیازها می‌توانند در شرایط محیطی متفاوت با تغییر آگاهی‌های انسان، تقاضاهای متفاوتی را ایجاد و بارز نمایند. لکن نیازهای طبیعی و قطعی انسان بعنوان حقوق وی در تمام جوامع باید تأمین گردد. در مطالعه حاضر تأثیر روش‌های مختلف مدیریتی بر روی تأمین سلامت از طریق بیمه‌های همگانی سلامتی مورد عنایت می‌باشد. لذا با کسب تجربه از موفقیت‌های جوامع پیشرو، می‌توان نتایج حاصله را با

نظرات متخصصین و خبرگان امر در مطالعه مورد هدف، بومی‌سازی نموده و با تطبیق مناسب، مورد بهره‌برداری قرار داد. در این قسمت جدول متغیرهای مورد بحث پژوهش در کشورهای منتخب آورده می‌شود.

تطبیق ساختار سازمانی بیمه همگانی سلامت

در خصوص تطبیق ساختار بیمه همگانی سلامت در کشورهای مورد بررسی نشان می‌دهد که کلیات ساختار سازمانی نظام بیمه همگانی سلامت از نظر وابستگی به وزارت سلامت یا سایر وزارتخانه‌ها و با نظام تأمین اجتماعی و یا بصورت مستقل مورد بررسی قرار گرفته است و وابستگی سازمانی

در خصوص وابستگی سازمانی در ۵۳/۸ درصد کشورهای منتخب نظام بیمه همگانی سلامت وابسته به وزارت بهداشت می‌باشد. در ایران نیز در حال حاضر هر دو نظام بیمه همگانی سلامت زیر نظر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی فعالیت می‌نمایند، فقط بخش اقسار آسیب‌پذیر و بیمه‌درمان نیروهای مسلح با نظارت شورای عالی بیمه خارج از حیطه مسئولیت وزارت مذکور عمل می‌نمایند که به نظر می‌رسد در ارائه الگو باید این موضوع مورد توجه باشد.

جایگاه نظام بیمه همگانی سلامت

در خصوص جایگاه نظام بیمه همگانی سلامت در بخش سلامت در ۷۷ درصد کشورهای منتخب نقش تأمین منابع مالی را به عهده‌دارد. در کشور ایران به استثنای ارائه خدمات درمانی توسط صندوق تأمین اجتماعی و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، در بقیه موارد جایگاه تأمین منابع مالی را عهده‌دار می‌باشد. در ارائه الگو باید به یگانگی جایگاه نظام بیمه همگانی سلامت به عنوان تأمین کننده منابع مالی نظام سلامت توجه شود.

پوشش جمعیت

مبنای پوشش در ۵۴ درصد کشورهای منتخب اقامت و در ۳۸/۵ درصد موارد ملیت می‌باشد. در واقع در ۹۲/۵ درصد موارد ملیت به عنوان مبنا پوشش مورد توجه دولت‌ها بوده است.



در ایران ضمن لحاظ کردن ملیت در سازمان‌های مختلف بیمه‌ای، رفتارهای مختلف وجود دارد. برای سهولت و کاهش هزینه‌های اداری و نظارتی، پیشنهاد مبنا قرار گرفتن ملیت صرف مورد توجه خواهد بود.

#### نحوه اداره

مؤسسات بیمه همگانی سلامت در ۵۴ درصد کشورهای منتخب به روش دولتی اداره می‌شوند و در ۳۱ درصد موارد بصورت عمومی و غیرانتفاعی اداره می‌شوند. در ایران بخش‌های عمومی، دولتی، خیریه در اداره مؤسسات بیمه همگانی سلامت دخیل هستند که در الگوی پیشنهادی روش بخش عمومی با نظارت دولت مد نظر می‌باشد.

#### شیوه پرداخت

در ۷۷ درصد کشورهای منتخب از شیوه کارانه یا ترکیبی از روش‌های دیگر استفاده می‌شود. در ایران هم شیوه پرداخت رایج کارانه است و در کنار آن در روش ارائه مستقیم با شیوه حقوق و کارانه پرداخت صورت می‌گیرد. با توجه به این‌که اخیراً روش سرانه در دستور کار بیشتر کشورها قرار گرفته است. جدول ۱ تا ۳ توزیع فراوانی موارد را در کشورهای مورد بررسی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. مقایسه فراوانی وابستگی، جایگاه، روش ارائه خدمات، نحوه اداره

مؤسسات و روش تأمین مالی بیمه همگانی سلامت در کشورهای مورد بررسی

درصد	فراوانی	۱. وابستگی
۵۳/۸	۷	وابستگی به نظام سلامت
۲۳/۱	۳	وابسته به نظام تأمین اجتماعی
۲۳/۱	۳	مستقل
۱۰۰	۱۳	جمع
درصد	فراوانی	۲. جایگاه
۷۶/۹	۱۰	تأمین منابع مالی
۲۳/۱	۳	تأثیر در نظام سلامت
۱۰۰	۱۳	جمع
درصد	فراوانی	۳. روش ارائه خدمات
۲۳/۱	۳	مستقیم
۵۳/۸	۷	غیر مستقیم
۲۳/۱	۳	مستقیم + غیرمستقیم
۱۰۰	۱۳	جمع
درصد	فراوانی	۴. نحوه اداره مؤسسات
۵۳/۸	۷	دولتی
۷/۷	۱	خصوصی
۷/۷	۱	دولتی + خصوصی
۲۰/۸	۴	عمومی، غیرانتفاعی
۱۰۰	۱۳	جمع

درصد	فراوانی	۵. پوشش تأمین منابع مالی
۳۸/۵	۵	دولت
۱۵/۴	۲	حق بیمه
۴۶/۲	۶	دولت + حق بیمه
۱۰۰	۱۳	جمع

منبع: یافته‌های پژوهش

تطبیق پوشش جمعیتی بیمه سلامت در کشورهای منتخب با توجه به این که در کشورهای منتخب تقریباً ۱۰۰ درصد جمعیت تحت پوشش خدمات سلامتی از طریق بیمه همگانی سلامت یا ارائه مستقیم خدمات توسط طب ملی هستند مبنای پوشش جمعیت مورد بررسی قرار گرفت که به شرح جدول زیر است.

جدول شماره ۴. توزیع فراوانی مبنای پوشش بیمه سلامت در کشورهای مورد بررسی

درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	مبنای پوشش
۵۳/۸	۷	۳۸/۵	۵	فقط اقامت
		۷/۷	۱	اقامت + حق بیمه
		۷/۷	۱	اقامت + حق بیمه + شغل
۳۸/۵	۵	۲۳/۱	۳	فقط ملیت
		۷/۷	۱	ملیت + حق بیمه
		۷/۷	۱	ملیت + حق بیمه + شغل
۷/۷	۱	۷/۷	۱	فقط پرداخت حق بیمه
۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	جمع

منبع: یافته‌های پژوهش

۲. تطبیق پوشش خدمات بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب

گستره پوشش خدمات مراقبت از سلامتی از خدمات کامل پیشگیری، درمان و توانبخشی تا درمان صرف در کشورهای منتخب متغیر است.

جدول شماره ۵. توزیع فراوانی گستره پوشش خدمات در بیمه سلامت کشورهای مورد بررسی

گستره پوشش خدمات		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پیشگیری + درمان + توانبخشی		۶	۴۶/۲	۶	۴۶/۲
درمان	درمان کامل	۲	۱۵/۴	۶	۴۶/۲
	درمان و توانبخشی	۱	۷/۷		
	درمان	۳	۲۳/۱		
متنوع		۱	۷/۷	۱	۷/۷
جمع		۱۳	۱۰۰	۱۳	۱۰۰

منبع: یافته های پژوهش

جدول شماره ۶. توزیع فراوانی شیوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمات در کشورهای مورد بررسی

درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	شیوه پرداخت	
				کارانه	حقوق
۷۶/۹	۱۰	۳۰/۸	۴	کارانه	کارانه
		۷/۷	۱	کارانه + سرانه	
		۲۳/۱	۳	کارانه + حقوق	
		۷/۷	۱	کارانه + سرانه + دیگر	
		۷/۷	۱	کارانه + ثابت + دیگر	
۲۳/۱	۳	۱۵/۴	۲	حقوق	حقوق
		۷/۷	۱	حقوق + سرانه	
۱۰۰	۱۳	۱۰۰	۱۳	جمع	

منبع: یافته‌های پژوهش

## الگوی مناسب نظام بیمه سلامت در ایران

### الگوی اول

پس از مطالعه در نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و تحلیل تطبیقی آنها و در نظر گرفتن نتایج مطالعه (جدول‌های ۱ و ۲) و با لحاظ نمودن محورهای اساسی بحث یعنی دیدگاه کلان ساختاری در بعد هشت ویژگی اثرگذار کلان بر ساختار نظام بیمه همگانی سلامت، الگوی پیشنهادی اولیه به شرح زیر تدوین شد:

۱. از نظر وابستگی، مؤسسه بیمه همگانی سلامت در ایران به صورت مؤسسه‌ای با هویت حقوقی مستقل و وظایف معلوم در چارچوب قانونی خود تا قبل از سال ۱۳۸۳ در ارتباط وزارت سلامت (بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) فعالیت می‌کرده پس از تصویب قانون

ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی و تشکیل وزارت رفاه، سازمان بیمه خدمات درمانی سازمان به وزارت رفاه و تأمین اجتماعی وابسته است.

۲. جایگاه نظام بیمه همگانی سلامت به عنوان تنها تأمین کننده منابع مالی بخش سلامت پذیرفته شود؛

۳. برای پوشش جمعیت، فقط ملیت ملاک و مبنای پوشش جمعیت قرار گیرد و سایر فروع و طبقه‌بندی‌ها حذف شوند؛

۴. کلیه خدمات پیشگیری سطح اول، دوم و سوم، گستره خدمات پوشش بیمه همگانی سلامت را تشکیل دهد؛

۵. مؤسسه بیمه همگانی به صورت یک شرکت و با ضوابط اداری و مالی بنگاه‌های اقتصادی با استفاده از روش‌های نوین مدیریتی، کوچک‌سازی شده و با بهره‌وری مورد قبول اداره شود؛

۶. کلیه خدمات مورد تعهد فقط به صورت غیرمستقیم و از طریق خرید خدمات از تولیدکنندگان بخش خصوصی، دولتی، عمومی یا خیریه صورت پذیرد. لکن محوریت موضوع بیمه‌شده و رضایتمندی او باشد؛

۷. تمامی منابع مالی مورد نیاز صندوق بیمه همگانی سلامت از طریق دولت و از محل تجمع بودجه‌های پراکنده دولتی که در این بخش هزینه می‌شود تأمین گردد؛

۸. شیوه پرداخت به ارائه دهندگان خدمت (پزشک خانواده) به روش سرانه انجام گیرد. با مشورت متخصصین و خبرگان امر، تصمیم بر این شد که بدون القاء نظرهای پژوهشگر و با طرح سؤالاتی در محور متغیرها، روش‌های مناسب دیگر در کنار الگوی اصلی آورده شود و به نظرخواهی متخصصین و کارشناسان گذاشته شود بنابراین الگوی پیشنهادی پیوست به نظرخواهی ۴۷ نفر از کارشناسان متخصصین و خبرگان گذاشته شد. دو نفر از متخصصین به دلیل عدم تسلط کافی به اطلاعات روز بیمه سلامت از نظردهی انصراف نمودند و ۴۵ نفر نظرهای خود را در مورد الگو اعلام داشتند.

### الگوی نهایی

الگوی نهایی با نظر خبرگان کشوری (انتخاب شده از بین ۴۵ نفر) تهیه شد. با عنایت به مباحث پیشگفت، الگوی مناسب نظام بیمه همگانی سلامت در ایران که با نظر کارشناسان، متخصصین و خبرگان موضوع تهیه شده است به شرح زیر است:

۱. کلیه آحاد ملت ایران، بدون در نظر گرفتن سایر خصوصیات باید تحت پوشش بیمه همگانی سلامت قرار گیرند؛
۲. تمام خدمات مراقبت‌های سلامتی به استثنای موارد اعمال زیبایی، بیماری‌های خاص، حوادث، دندانپزشکی و توانبخشی، شامل مراقبت‌های پیشگیری اولیه و درمان سرپایی و بستری باید در گستره پوشش خدماتی بیمه همگانی سلامت قرار گیرند و بسته‌های خدمات مراقبت‌های سلامتی باید به طور دقیق تعریف شده و برای بیمه‌شده، بیمه‌گذار و ارائه‌دهنده خدمات کاملاً شفاف و در دسترس باشد؛
۳. خدمات تحت پوشش بیمه همگانی سلامت با روش غیرمستقیم و از طریق خرید خدمات از ارائه‌کنندگان خدمات از هر سه بخش دولتی، خصوصی، عمومی با اعمال نظام ارجاع در اختیار بیمه‌شدگان قرار گیرند؛
۴. منابع مالی صندوق بیمه همگانی سلامت با نرخ ثابت سرانه از طریق دولت تأمین شود و به بیمه‌شدگان با رعایت سقف در زمان استفاده از مزایای بیمه با پرداخت فرانشیز در تأمین هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی ارائه‌دهندگان خدمات مشارکت نمایند؛
۵. محور پرداخت به ارائه‌کنندگان مراقبت‌های سلامتی شیوه سرانه باشد و در مواقع صلاحدید مدیریت نظام بیمه همگانی سلامت از سایر روش‌ها به ویژه کارانه استفاده شود؛
۶. جایگاه بیمه همگانی سلامت در نظام مراقبت‌های سلامتی کشور فقط به عنوان مصرف‌کننده کلان و تأمین‌کننده منابع مالی بخش پذیرفته شود؛
۷. اداره مؤسسه بیمه همگانی سلامت، به صورت شرکت با اعضای هیات مدیره منتخب مجمع عمومی و ترکیب مجمع عمومی به شرح نمودار بوده باشد و ادامه شرکت مذکور در قالب ضوابط نگاه‌های اقتصادی بدون اعمال روش‌های سستی دولتی، صورت پذیرد؛
۸. شرکت بیمه همگانی سلامت به عنوان یکی از مؤسسات مستقل، در ارتباط با وزارت رفاه و تأمین اجتماعی فعالیت نماید. اما مدیریت کلان وزارت مذکور حق اعمال نفوذ خارج از مصوبات مجمع عمومی در اداره شرکت را نداشته باشد؛
۹. برای تحقق اهداف، برنامه‌ریزی عملیاتی پنج‌ساله تدوین و با آرامش کامل و رعایت کلیه جوانب، اصلاحات صورت بگیرد و از ایجاد هر گونه تنش و وارد کردن شوک به جامعه احتراز شود.

## خلاصه یافته‌ها و نتیجه‌گیری

سالم زیستن و رضایتمندی از حیات، نیاز و تقاضای مسلم آحاد بشری است و چون سلامت جزء نیازهای طبیعی انسان است، جامعه‌ای که انسان در آن زندگی می‌کند نباید برای تأمین سلامتی انسان‌ها متفاوت باشد. این حق طبیعی انسان باید عادلانه و در تمام جوامع با شرایط یکسان در دسترس همه انسان‌ها فراهم باشد. هر چند این نگرش در شرایط کنونی جهان رویایی و غیرواقعی به نظر می‌رسد، لکن تلاش بشریت می‌تواند این آرمان را تحقق بخشد.

برای تأمین شرایط سلامتی و ارائه مراقبت‌ها و در واقع حفظ و ارتقای سلامت انسان‌ها، نظریه‌های متفاوتی ارائه شده است و این نظریه‌ها در جوامع انسانی تحقق عینی یافته است. برخی شخص انسان را مسؤول حفظ و ارتقای سلامتی خود می‌دانند و دیگران اجتماع را برای ایجاد زمینه‌های تعالی سلامت موظف قلمداد می‌کنند. به هر حال در جوامع امروزی با هر دیدگاه مفروض برای تأمین سلامت انسان‌ها و مراقبت از سلامتی او، نظام‌های گسترده سلامتی انجام وظیفه می‌نمایند و در تمام نظام‌های مربوطه نوعی مشارکت عمومی به چشم می‌خورد.

خطریذیری و توزیع آن در کنار مشارکت برای رفع خطر یا توزیع عوارض ناشی از خطر، حضور مؤسسه‌های بیمه‌ای را در جوامع، الزامی ساخته است. در مورد تأمین سلامتی نیز برای پیشگیری از بیماری یا به حداقل رساندن خسارات آن، ارائه مراقبت‌های سلامتی در قالب نظام‌های مشارکتی با تأمین منابع عمومی از طریق دولت‌ها یا خود مردم صورت می‌گیرد. نظام بیمه همگانی سلامت با ویژگی‌های مربوط به خود و مختصات زمینه‌ای هر جامعه شکل گرفته است. تأمین بیمه سلامت، از فروع نظام‌های تأمین اجتماعی محسوب می‌شده است ولی در تمام جوامع رویکردی به سمت استقلال نظام‌های بیمه سلامت رواج یافته و می‌رود که در کلیه جوامع با اشتراکات انسانی و توجه ویژه به انسان به عنوان محور توسعه و ضرورت تکامل و پیشرفت انسان در هر جامعه‌ای که بوده باشد، در حرکت به سوی جامعه جهانی، مؤسسه‌های بیمه سلامتی با تشابهات و روند حرکتی مشابه اعمال شود.

پیشرفت‌های علمی جدید، دیدگاه‌های اندیشمندان صنعت بیمه سلامتی و نظام مراقبت‌های سلامتی را به هم نزدیک می‌نماید. امروزه در کنار توجه به مبانی اقتصادی نظام ارائه خدمات سلامتی و احتساب هزینه - فرصت، هزینه - منفعت و هزینه - اثر بخشی، رویکرد جدی در ضرورت دخالت دولت‌ها به عنوان محورهای قدرت مردمی به منظور اعمال دموکراسی با نگرش حفظ و ارتقای سلامت و توجه به مراقبت‌های پیشگیری و هدف‌مند نمودن هزینه



اعتبارات، از طریق ایجاد زیر نظام تأمین منابع مالی نظام ارائه مراقبت‌های سلامتی، معطوف است. به این دلیل برای شفاف نمودن مسئولیت، وظایف و جایگاه این زیر نظام، نظام‌های بیمه همگانی سلامت با دقت و تفحص علمی و متناسب با هر جامعه و رعایت مشترکات در کلیه جوامع، طراحی و به مرحله اجرا درمی‌آید.

کشورهای در حال توسعه تلاش جدی در سرعت بخشیدن به روند توسعه‌ای کشورشان را مبذول می‌دارند و با کسب تجربه از اقدام‌های موفق کشورهای پیشرفته، متحول می‌شوند. تجربه‌اندوزی در زمینه نظام بیمه سلامت محور اصلی موضوع پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد که با استفاده از مطالعه تطبیقی کشورهای موفق در این زمینه صورت گرفته است.

ایران پس از انقلاب اسلامی، سلامت را حق طبیعی همه ملت می‌داند و در اصولی از قانون اساسی به ویژه اصل بیست و نهم، دولت‌ها را مسئول تأمین سلامتی مردم معرفی می‌نماید. قانون بیمه همگانی خدمات درمانی چندسالی است که به تصویب رسیده است ولی تعمیم پوشش خدمات بیمه‌ای در بعد سلامت برای تمام جمعیت به نحوی که آحاد ملت در این زمینه نگرانی نداشته باشند، دچار مشکل اساسی است. شیوه مدیریت دولتی و وابستگی سازمان‌های بیمه همگانی سلامت به دستگاه وسیع و گسترده مدیریت نظام سلامت با خصوصیات مربوطه، تصمیم‌های اجرایی مقطعی و یک طرفه از جانب مدیران دولتی دستگاه‌های بیمه‌ای، بی‌آنکه بیمه‌شده نقش یا نظری در آن داشته باشد یا حتی بدون در نظر گرفتن منافع بیمه‌شده، اعمال روش‌های متفاوت و ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای و نبود ساختار عملیاتی یکنواخت، ضرورت ایجاد اصلاحات در نظام بیمه همگانی سلامت را آشکار ساخته است.

یافته‌های پژوهش در قسمت مطالعه تطبیقی بیانگر مطالب زیر بود:

مؤسسه‌های بیمه همگانی سلامت به نوعی ارتباط و همکاری با دستگاه مسئول نظام مراقبت‌های سلامتی دارد، ولی این ارتباط اصولاً لطمه‌ای به استقلال عملکرد مؤسسه وارد نمی‌آورد. جایگاه بیمه همگانی سلامت در اکثر کشورها به عنوان تأمین کننده منابع مالی نظام سلامت پذیرفته شده است. اغلب کشورها اداره مؤسسه به صورت مؤسسه عمومی و غیرانتفاعی و خارج از نظام دولتی را ترجیح می‌دهند. مؤسسه بیمه همگانی سلامت در تمام کشورها پوشش کل جمعیت را مورد هدف قرار داده است و اخیراً در اکثر کشورها با رویکرد بهداشت و پیشگیری، خدمات تمام سطوح سلامتی مورد برنامه‌ریزی است.

حرکتی موزون و شتابان در کلیه جوامع، به سمت یگانگی صندوق‌های بیمه سلامت و نیز استقلال این صندوق‌ها، محسوس است. اغلب کشورها ارائه خدمات به طور غیرمستقیم را با روش خرید خدمات از ارائه‌کنندگان خدمات سلامتی و اکثراً با روش پرداخت کارانه اعمال می‌کنند، در اغلب این کشورها حرکت نوین به سمت تغییر روش پرداخت به سرانه ملاحظه می‌شود. در تمام کشورهای مورد مطالعه، وظیفه اصلی حفظ و ارتقای سلامت به عهده دولت است و به جز آمریکا که برای درمان کلیه افراد، پوششی ایجاد نموده است و صرفاً نیازمندان و سالمندان، کودکان و زنان بیوه را در قالب طرح‌های مدیکر و مدیکید تحت پوشش قرار داده است، در بقیه کشورها نسبت هزینه کرد بخش عمومی بر هزینه کرد بخش خصوصی رجحان دارد. در برخی کشورها، دولت‌ها کلیه هزینه‌ها را تقبل نموده‌اند که در این موارد نتایج و آثار آن در بهبود وضع سلامت در گزارش توسعه انسانی سازمان ملل مشهود است. تمام یافته‌های فوق با مشورت خبرگان و صلاحدید متخصصان در الگو لحاظ شد.

یافته‌های تکنیک دلفی منتج به ارائه الگوی مناسب ایران با ویژگی‌های زیر است.

نظام بیمه همگانی سلامت مناسب کشور ایران، شرکت بیمه همگانی سلامت است که به عنوان یکی از مؤسسه‌های مرتبط با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با هویت حقوقی مستقل ایفا مسئولیت می‌نماید. این شرکت به صورت شرکت سهامی عام با مدیران منتخب مجمع عمومی، زیر نظر مجمع عمومی متشکل از سه نفر نمایندگان ارائه‌دهندگان خدمات، سه نفر نمایندگان بیمه‌شده‌ها، وزیر رفاه و تأمین اجتماعی به عنوان نماینده دولت، نماینده صندوق تأمین اجتماعی و نماینده سازمان‌های حمایتی با ساختار سازمان‌های مجازی، وسایل ارتباطی مدرن و شیوه‌های نوین مدیریت اداره خواهد شد.

روش‌های مدیریتی مستقل از روش‌های دولتی و مختص شرکت بوده و جایگاه تأمین منابع مالی بخش سلامت در برنامه‌های پیشگیری اولیه و درمان سرپایی و بستری را به عهده خواهد داشت. مبنا پوشش جمعیت فقط ملیت ایرانی است و صددرصد جمعیت را هدف پوشش خوددارد و خدمات کامل سلامتی در سطوح پیشگیری و درمان را با اعمال نظام ارجاع عهده‌دار خواهد بود. تأمین منابع مالی در وهله اول از طریق مساعدت‌های دولت و اعتبارات دولت که به طور سرانه پرداخت می‌شود و در وهله دوم با بهبود وضع معیشتی مردم و افزایش سطح درآمد‌ها از طریق دریافت حق بیمه سرانه ثابت صورت خواهد گرفت. کلیه خدمات به روش غیرمستقیم و خرید خدمات از ارائه‌کنندگان دولتی، خصوصی و خیریه انجام می‌گیرد و در صورت ایجاد سازمان‌های حفظ سلامت و تعیین دقیق و شفاف بسته‌های خدمتی، از این

سازمان‌های برخوردار از نظام ارجاع خدمات، در دسترس بیمه‌شده‌ها قرار می‌گیرد. شیوه پرداخت حسب مورد و شرایط به صورت تلفیقی از سرانه، موردی و کارانه خواهد بود. برای پوشش خدمات توانبخشی، اعمال زیبایی، بیماری‌های خاص، دندانپزشکی و نیز حوادث، بیمه‌های مکمل اعمال خواهد شد.

## پیشنهادات

1. نگرش کلی سیاستگذاران و برنامه‌ریزان بخش سلامت، از دیدگاه درمان‌نگر و بیمه خدمات درمانی به سلامت‌نگر و طب پیشگیری و حفظ و ارتقای سلامت و در نهایت بیمه همگانی سلامت تغییر یابد؛
2. با تجدیدنظر در قانون بیمه همگانی، رویکرد طبقه‌بندی و مبنای پوشش از مبنای شغلی و اسکان منطقه‌ای به ملیت صرف تغییر یابد؛
3. برای توسعه پوشش خدمات بیمه همگانی سلامت از بیمه خدمات درمانی به پوشش خدمات پیشگیری، درمان سرپایی و درمان بستری برنامه‌ریزی شود؛
4. در جهت کاهش دخالت دولت در امر اجرا و واگذاری به بخش خصوصی یا عمومی با توجه به تجربه‌های جهانی و شرایط اقدام جدی صورت پذیرد؛
5. ابزار اجرایی لازم برای انتقال مسئولیت ارائه خدمات سلامت از وزارت بهداشت به عنوان سیاستگذار و مجری، به شرکت بیمه همگانی سلامت به عنوان پرداخت‌کننده واسط، از قبیل تخصیص اعتبار و جابجایی بودجه فراهم آید؛
6. برای تربیت مدیران، کارشناسان، تحلیل‌گران مورد نیاز نظام بیمه همگانی سلامت و نظام مراقبت‌های سلامتی با استفاده از فارغ‌التحصیلان رشته‌های مدیریت و اقتصاد سلامت در یک فاصله زمانی مناسب، برنامه‌ریزی شود؛
7. درخصوص ارائه خدمات سلامتی با توجه به قانون برنامه سوم اقدامات عملی و درخصوص ارائه خدمات به صورت غیرمستقیم و واگذاری تصدی‌گری به بخش غیردولتی و تعیین جایگاه شرکت بیمه همگانی سلامت به عنوان واسط صورت پذیرد؛
8. با اجرای برنامه‌های پایلوت روش‌های دیگر پرداخت به ویژه روش سرانه، مورد آزمایش قرار گیرند؛
9. با اصلاح قانون و تربیت مدیران لازم شرایط اجرای الگو فراهم آید؛

۱۰. برای اعمال هر تصمیم جدید مدیریتی، به دور از شتابزدگی، ضمن دریافت نظرهای خبرگان ابتدا با تدوین برنامه تفصیلی، در یک منطقه به صورت آزمایشی (پایلوت) اجرا و نتایج مثبت حاصل از مطالعه تعمیم داده شود.
۱۱. در تصمیم‌گیری‌ها و اعمال سلیقه‌ها، همواره هزینه - فرصت، هزینه - منفعت، هزینه - کارایی و هزینه - اثربخشی، مورد نظر مدیران قرار گیرد و حتی مسئولین بالاتر در این موارد از مجریان سؤال نمایند.
۱۲. برای ایجاد زمینه اجرایی لازم و به لحاظ ضرورت تغییر نگرش سیاستگذاران، مجریان بخش سلامت و بیمه همگانی سلامت، جلسه‌های توجیهی و آموزشی به طور مرتب برگزار نمایند.
۱۳. با تدوین مقاله‌های علمی توسط علمای بخش سلامت به ویژه اساتید مدیریت و اقتصاد سلامت و برگزاری جلسه‌های توجیهی مکرر توسط مسؤولان بخش، ضرورت توجه جدی و فوری دولت به افزایش سهم بخش از تولید ناخالص داخلی و نیاز به سرمایه‌گذاری در تأمین سلامت عموم و تعمیق نگرش به انسان به عنوان محور توسعه برای سیاستمداران متذکر شود.
۱۴. بدون تعلل و تأخیر، در تعیین تعرفه‌های واقعی با استفاده از روش‌های حسابداری صنعتی و احتساب قیمت تمام شده، با در نظر گرفتن سود مناسب برای سرمایه‌گذاری، ضمن پیشگیری از هرج و مرج حاکم بر بازار درمان کشور و با تعدیل بازار به روش‌های اصولی، زمینه مناسب لازم برای جلب سرمایه‌های سرگردان داخلی به سمت بخش بهداشت و درمان فراهم آید.

## منابع و مأخذ

### منابع فارسی

۹. انجمن علمی اداره امور بیمارستان‌های ایران، نشریه علمی، تخصصی، پژوهشی بیمارستان، سال چهارم، شماره ۱۲، اردیبهشت و خرداد ۱۳۸۲.
۱۰. رجیبی، محمد علی، "نقش و جایگاه و مدل‌های برنامه‌ریزی خدمات درمانی و بخش بیمه‌های"، نخستین کنگره شناخت تأمین اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۲.
۱۱. رستگار، شهرام، مقالاتی از سالنامه فدراسیون بین‌المللی بیمارستان، جلد ۱-ا، سرو، تهران، اسفند ۱۳۶۸.
۱۲. روشن ضمیر، ابراهیم، "مطالعه و مقایسه روش‌های مختلف ارائه خدمات بیمه خدمات درمانی و تعیین روش مورد درخواست و رضایت کارکنان"، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
۱۳. رضائی قلعه، حمید، بیمه درمان اجتماعی، انتشارات سیمای فرهنگ، طلوع آزادی، زمستان ۱۳۷۹.
۱۴. زارع، حسین، توسعه بیمه درمان و فقر زدایی در جمهوری اسلامی ایران، معاونت بیمه و درمان اداره کل مطالعات و پژوهش، تهران، آذر ۱۳۸۱.
۱۵. سازمان برنامه و بودجه، "برنامه کلان توسعه اقتصادی - اجتماعی"، فرهنگی پنج ساله اول (۱۳۶۱-۱۳۶۶) مصوب شورای اقتصاد، نهم شهریور ۱۳۶۱.
۱۶. سازمان بهره‌وری ملی ایران، مجموعه مقالات و سخنرانی‌های دومین کنگره ملی بهره‌وری ایران، بصیر، تهران، ۱۳۷۵.
۱۷. صندوق تأمین اجتماعی، اصول اساسی گزارش بوریج، ترجمه زهرا قاسمی‌جم و حمید حجت، اداره کل روابط عمومی و امور بین‌الملل، ۱۳۷۹.
۱۸. سازمان بهزیستی کشور، «تحلیل بر وضع موجود سازمان بهزیستی کشور»، دبیرخانه شورای برنامه‌ریزی، تهران، ۱۳۷۷.
۱۹. سازمان بهزیستی کشور، «طرح حمایت‌های مالی از مؤسسات و انجمن‌های خیریه»، دفتر امور خانواده‌های نیازمند و بی‌سرپرست، تهران.
۲۰. سازمان بهزیستی کشور، «کارنامه سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۱» معاونت طرح و برنامه، تهران، ۱۳۷۲.
۲۱. سازمان بهزیستی کشور، «کارنامه سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۷۵»، دفتر برنامه، بودجه و آمار، تهران، ۱۳۷۶.
۲۲. سازمان بهزیستی کشور، مجموعه قوانین و مقررات بهزیستی، دفتر حقوقی سازمان بهزیستی، تهران، ۱۳۷۶.

۲۳. صندوق تأمین اجتماعی، «ساختار تشکیل و کنترل هزینه در نظام بیمه درمان»، معاونت حقوقی، مجلس و امور بین‌الملل، مرداد ۱۳۷۳.
۲۴. صندوق تأمین اجتماعی، «کالبد شکافی منابع و مصارف صندوق تأمین اجتماعی»، تهران، دی ماه ۱۳۷۶.
۲۵. صندوق تأمین اجتماعی، «گزارش داخلی»، واحد آمار و اطلاعات، بهمن ماه ۱۳۷۲.
۲۶. صندوق تأمین اجتماعی، «گزارش مراحل تکوین نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی کشور»، سوم اسفند ۱۳۷۸.
۲۷. صندوق تأمین اجتماعی، «مجموعه مقالات و گزارشات امور بین‌الملل سال ۱۳۷۳»، ترجمه و تألیف اداره امور بین‌الملل، ۱۳۷۴.
۲۸. صندوق تأمین اجتماعی، «مجله سازمان در آینه مطبوعات (ویژه نامه هفته تأمین اجتماعی)»، روابط عمومی و امور بین‌الملل، ۱۳۷۲.
۲۹. صندوق تأمین اجتماعی، «معرفی و عملکرد صندوق تأمین اجتماعی (گزارش داخلی)»، خرداد ۱۳۷۴.
۳۰. صندوق تأمین اجتماعی، «نظام تأمین اجتماعی (گزارش داخلی)»، ۱۳۷۲.
۳۱. صندوق تأمین اجتماعی، «نقش بیمه و تأمین اجتماعی در ارتقای بهره‌وری ملی (گزارش داخلی)»، خرداد ۱۳۷۴.
۳۲. سازمان بیمه خدمات درمانی، ماهنامه خبری - آموزشی بیمه همگانی خدمات درمانی، ویژه‌نامه پژوهش، سال پنجم شماره ۱۷، تیر ۱۳۸۰.
۳۳. سازمان بیمه خدمات درمانی، ماهنامه خبری - آموزشی بیمه همگانی خدمات درمانی، ویژه‌نامه علمی - تخصصی، سال ششم و هفتم، شماره‌های ۲۰ و ۲۱ و ۲۳، شهریور ۸۱ تا آبان ۸۲.
۳۴. سازمان بیمه خدمات درمانی، «مجموعه قوانین و مقررات سازمان بیمه خدمات درمانی (جلد اول)»، انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، ۱۳۷۵.
۳۵. کریمی، ایرج، «اقتصاد بیمه درمان»، ماهنامه علمی - اقتصادی و علمی تازه‌های اقتصاد، بخش دوم، شماره ۷۱، سال ۱۳۷۷.
۳۶. وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، «آیین‌نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند موضوع تبصره (۱) قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور»، تصویب‌نامه هیات وزیران ۱۳۷۴-۵-۱۷.
۳۷. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. «تأمین، حفظ و ارتقای "سلامتی" به عنوان مقدمه ضروری برای تحقق "اعتلای انسانی" در جامعه ایرانی، مهر ۱۳۷۶.

## منابع انگلیسی

1. Bagchi, Kalyan, "Guidelines for the Management of Nutrition Programmes, World Health Organization Office for the Eastern Mediterranean, Egypt, 1989.
2. Baggott, Rob, Health and Health care in Britain, Macmillan press ltd, 1998.
3. Black/Jr, kenneth –skipper, Jr harold D., Life & Health Insurance, United States of America, 2000.
4. Bumgarner, J. & CD. richard "china: Hong-Term Issue and Options in the Health Transition," A world bank study, Washington, D.C, 1992.
5. Burns, M. Monica, "consultant in Mission to Iran, to Review the Administrative Arrangement for and Provision of Health Care, with Particular Alteration to the health Insurance Schemes and 19 the march", 1996, pp 1-50.
6. Cassens, brett J; Preventive Medicine and Public Health, Harwal publishing Company, Malvern, Pennsylvania, 1992.
7. Coyer A.J & J.P. Newhouse, Handbook of Health Economics, Elsevier Co, 2000.
8. Council of Europe, Comparative Tables of Social Security Schemes, 6th edition, situation at 1 July 1992.
9. Department of Public Information, "Basic facts About the United Nations", United nations, New York, 1989.
10. Eddy van, doorslaer & adan, Equity in the Financing and Delivery of Health Care Oxford Medical Publication", 1995, p:351.
11. Getzen, thomas E, "Health Economics Fundamentals and Flow of Funds", john wiley & sons, inc, 1996.
12. Gillionc-c., "Social Security and Protection, in the Developing World", Monthly Labour Review, 1994.
13. Health Care in Asia (HCA), 4 comparative studies of cost and financing, world bank, Washington D.C., 1992.
14. Islamic republic of Iran, "Health Insurance Seminar by Charles Normand". form London School of Hygiene and Tropical Medicine Department of Public Health and Policy, may 1998.
15. Islamic Republic of Iran Ministry of Health & Medical Education, "Implementation of strategies health for all by the year 2000", Third monitoring of Progress, 1994.
16. Jyvask'ylan, yliopisto, Problems of Social Security and Development in a Developing Country, by Umi Company, 1996.

17. Kongstvedt, peter R., The Managed Health Care Handbook, An Aspen Publication, 2001.
18. Kotler, Philip, "Marketing Management", Northwestern University, united states of America, 1976.
19. Mccarthy, robert L. & leenneth W. schafermeyer, Introduction to Health Care Delivery, An Aspen publication 2001.
20. Normand, Charles and Axel Weber, Social Health Insurance a Guide Book for Planning, World Health Organization International Labour, 1994.
21. Pileroudi, Cyrns, The District Health Care Network in IRAN, Translated by alireza vissigh, The Council for Expansion of PHC Networks Misery of Health and Medical Education With the Collaboration of United Nations Children's fund (UNICEF), November 2001.
22. Regional Office for the Eastern Mediterranean, "Hand in Hand Towards Health for All", world health organization, Switzerland, 1987.
23. Regional Office for the Eastern Mediterranean, "Regional programmed budget policy", world health organization, October 1986.
24. The Ministry of Health and Medical Education and Unicef, "Population and Health in the Islamic Republic of IRAN", pHs, October 2000.
25. The United Nations Development Program, Human Development Report, oxford University Press, Network, 1991-2002, Yearly Report, 12 Vol.
26. Welhrich, heincz-koontz, Harold, "Management a Global Perspective", 1988.
27. WHO. "Basic Documents", Geneva, France, 1988.
28. WHO. "Coping with Natural Disasters: the Role of Local Health Personnel and the Community", the world organization in collaboration with the League of Red Cross and Red Crescent Societies, Belgium, 1989.
29. WHO, division of strengthening of health services National health systems and policies conit by 1995.
30. WHO, "Facts about Who", Geneva, Switzerland, 1990.
31. WHO, "Four Decades of Achievement", Geneva, Switzerland, 1948-88.
32. WHO, "Form Alma - Ata to the year 2000", Geneva, 1988.
33. WHO, "Health for All", series vol 1,2,3. WHO and the united nations children's fund, Switzerland, 1978.
34. WHO, "Health Services in Europe", Regional Office for Europe, Copenhagen, 1975.
35. WHO, "Interregional Consultation on Health Insurance Reform Seoul"; republic of Korea; April 1995.
36. WHO, "Sixth Report on the World Health Situation (1973-77)", English, 1980.



37. WHO, "Who, What It Is, What It Does", Geneva, Switzerland, 1988.
38. Vries, De. & Margaret Garristen, "The Imf in Changing World: 1945-85", Washington, D.C. International Monetary Fund, 1986.
39. Dell, sidney, (ed.), "The International Monetary System and Its Reform (3 parts)", Papera Prepared for the Group of Twenty- Four by a United Nations Projects Directed by Sidney Dell, 1979-86, North Holland in Cooperation with the United Nations, New York, 1987.
40. Dimitri, vittas, "Sequencing Social Security, Pension, and Insurance Reform, Financial Sector Development Department, Washington, D.C., the World Bank, December 1995.

