

# تحلیلی بر توسعه پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت در کشورهای منتخب

## با رویکردی بر بیمه‌ی اجتماعی سلامت\*

احمد رضا رئیسی<sup>۱</sup>، عفت محمدی<sup>۲</sup>، نورالدین منگلی زاده<sup>۳</sup>

### مقاله مروری نقلی

### چکیده

دسترسی به خدمات سلامت از حقوق اساسی افراد در جوامع محسوب می‌شود. پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت با کاهش موانع مالی یکی از مهم‌ترین راهکارها جهت دسترسی به خدمات سلامت است. دست‌یابی به پوشش همگانی فرایند ساده‌ای نیست، در بسیاری از کشورها که هم‌اکنون به پوشش همگانی دست یافته‌اند، اغلب اجرای آن چند دهه طول کشیده است. مطالعه‌ی سیر تاریخی بیمه‌ی درمان کشورهای مختلف می‌تواند در بومی‌سازی بعضی از موقعیت‌ها با توجه به شرایط بومی، فرهنگی و اسلامی کشور کمک نماید و از بسیاری از دوباره‌کاری‌ها و خطاهای غیر عمد جلوگیری نماید و در تسریع اجرای این روند در کشور اثربخش باشد. مقاله‌ی حاضر با استفاده از مرور متون، تجربه‌ی کشورها در توسعه‌ی پوشش همگانی از طریق بیمه‌ی اجتماعی سلامت در ۵ کشور را مورد تحلیل و ارزیابی قرار داد. منابع جمع‌آوری اطلاعات با بهره‌گیری از پایگاه‌های اطلاعاتی اینترنتی شامل ۲۸ مطالعه به زبان انگلیسی بود که از سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۱۱ میلادی انجام گرفته بودند. واژه‌های کلیدی که در جستجوی مقالات استفاده شد **Social health insurance**، **Social security** و **Universal coverage** بودند. یافته‌ها نشان داد که همه‌ی کشورهای مورد بررسی در زمینه‌ی پوشش همگانی رویکرد فزاینده‌ای را دنبال کردند و توسعه‌ی نظام در بعضی از آن‌ها نسبت به بقیه، مدت زمان بیش‌تری طول کشیده است. بیش‌ترین دوره‌ی انتقال به کشور آلمان با ۱۲۷ سال و کم‌ترین آن به کشور کره جنوبی با ۲۶ سال اختصاص داشت. در تمام کشورهای مورد بررسی حرکت برای پوشش کامل بیمه‌ی اجتماعی سلامت فرایندی رو به رشد با گسترش نظام‌مند پوشش جمعیت در دوره‌ی انتقال داشت. اما مقدمات سازمان‌یافته‌ی ارابه شده برای رسیدن به این گسترش متفاوت بود. عضویت در صندوق‌های بیماری در بعضی از کشورها افزایش ثابتی داشت و در آغاز به‌صورت اختیاری بود، اما در کشورهای دیگر گسترش عضویت به وسیله‌ی سازمان مرکزی بیمه‌ی درمانی با هدایت دولت انجام می‌گرفت.

**واژه‌های کلیدی:** بیمه‌ی سلامت؛ پوشش همگانی؛ بیمه‌ی اجتماعی

سلامت شده‌اند تا بتوانند کل جمعیت کشور را تحت پوشش قرار دهند (۲).

دریافت مقاله: ۹۱/۸/۸ اصلاح نهایی: ۹۱/۱۲/۱۶

پذیرش مقاله: ۹۲/۱/۱۰

**ارجاع:** رئیسی احمد رضا، محمدی عفت، منگلی زاده نورالدین. **تحلیلی بر توسعه‌ی پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت در کشورهای منتخب با رویکردی بر بیمه‌ی اجتماعی سلامت.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۵): ۷۷۷-۷۷۰.

\* این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد و همچنین طرح تحقیقاتی به شماره‌ی ۳۹۱۲۵۷ با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشکده‌ی مدیریت و اطلاع‌رسانی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد.

۱- دانشیار، مدیریت اطلاعات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: efat.mohamadi@gmail.com

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

### مقدمه

بیمه‌ی اجتماعی سلامت یکی از روش‌های اصلی تأمین مالی بخش سلامت می‌باشد. بیست و هفت کشور اصول پوشش همگانی را از این طریق ایجاد کرده‌اند (۱). به‌تازگی کشورهایی با درآمد کم و متوسط علاقه‌مند به توسعه‌ی بیمه‌ی اجتماعی

افزایش داده و خطر مالی ناشی از مواجهه با بیماری را به حداقل کاهش می‌دهد. همچنین وجود ساز و کار مناسب بیمه‌ای کاهش هزینه‌های کمرشکن داروی اقشار آسیب پذیر را در پی دارد (۹). اساس و پایه‌ی بیمه‌ی همگانی بر عدالت و تأمین منابع استوار است، به این مفهوم که مشارکت افراد براساس توانایی پرداخت آن‌ها می‌باشد و هزینه‌های درمانی به‌صورت پیش پرداخت تأمین می‌شود و نه در زمان بیماری و به‌صورت پرداخت از جیب (۱۰).

دست‌یابی به پوشش همگانی فرایند ساده‌ای نیست. در بسیاری از کشورها که در حال حاضر به پوشش همگانی دست یافته‌اند، اغلب اجرای آن چند دهه طول کشیده است (۱۱). برای کشورهایی که علاقه‌مند به گسترش پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت هستند، دانستن این‌که چه چیزی اجرای خوب برنامه را مشخص می‌کند و این‌که انتقال از پوشش ناقص به همگانی چه مدت طول می‌کشد، بسیار مهم است. مقاله‌ی حاضر نیز در همین جهت با هدف تحلیلی بر توسعه‌ی پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت در کشورهای منتخب به‌صورت مروری نگاشته شده است.

### روش بررسی

این مطالعه از دسته مطالعات مروری نقلی است که به‌منظور ارزیابی تجربه‌های کشورها در زمینه‌ی انتقال به پوشش همگانی از طریق بیمه‌ی اجتماعی سلامت، از اطلاعاتی درباره‌ی توسعه‌ی قوانین بیمه‌ی سلامت در ۵ کشور با نظام بیمه‌های اجتماعی سلامت و همچنین قوانین مصوب در این زمینه استفاده شده است. کشورهای مورد مطالعه عبارت‌اند از: آلمان، کره جنوبی، مصر، استرالیا و لوکزامبورگ. در انتخاب این کشورها به تنوع مناطق جغرافیایی در دوره‌ی انتقال و همچنین سطح توسعه‌یافتگی آن‌ها توجه شده است. اطلاعات مورد نیاز این پژوهش از طریق جستجوی اینترنتی در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی و مطالعه‌ی کتابخانه‌ای جمع‌آوری شد. ۴۶ مقاله و سایت رسمی مرتبط یافت شد که بعد از مطالعه و بررسی این مقالات، تعدادی از آن‌ها به دلیل اطلاعات مشابه در نظر گرفته شدند و در نهایت مجموع ۱۵ مقاله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به‌منظور گردآوری این مقالات از پایگاه‌های اطلاعاتی

هدف بیمه‌ی اجتماعی سلامت رسیدن به پوشش همگانی است که دسترسی قطعی به مراقبت‌های سلامتی کافی را برای همگان با قیمت قابل پرداخت ارایه می‌کند (۳). پوشش همگانی دو بعد پوششی مختلف را دربر دارد: پوشش مراقبت‌های سلامت (مراقبت‌های کافی سلامت) و پوشش جمعیت (مراقبت‌های سلامت برای همه). مفهوم اصلی سیاست‌های تأمین مالی بخش سلامت در جهت پوشش همگانی، تجمع ریسک در جامعه است که به موجب آن تمام افراد و خانواده‌ها در کل هزینه‌های مراقبت سلامت سهیم می‌شوند. هرچه میزان تجمع ریسک در نظام تأمین مالی بخش سلامت بیش‌تر باشد، افراد کم‌تری مجبورند عواقب مالی ریسک‌های سلامت خود را تحمل کنند و احتمال دسترسی بیش‌تر آن‌ها را به مراقبت‌های مورد نیاز فراهم می‌کند (۴).

در کل برای رسیدن به پوشش همگانی دو امکان اصلی وجود دارد. یکی نظام تأمین مالی بخش سلامت است که به موجب آن درآمدهای ناشی از مالیات‌های عمومی منبع اصلی بخش سلامت است (۵). راه دوم بیمه‌ی اجتماعی سلامت است که بر اصل عضویت اجباری تمام جمعیت استوار شده است. کارکنان دولت، خویش‌فرمایان، موسسات و دولت حق بیمه‌ها را به صندوق بیمه‌ی اجتماعی سلامت می‌پردازند. مبنای حق بیمه‌ی کارکنان دولت و موسسات عموماً حقوق کارکنان است (۶). علی‌رغم تلاش و کوشش بسیار و تصویب قوانین متعدد و گسترش انواع بیمه‌های درمانی در کشور، متأسفانه تعداد قابل توجهی از مردم کشور فاقد بیمه‌ی درمانی بوده و بخش قابل توجهی از هزینه‌های درمانی به‌طور مستقیم از جیب پرداخت می‌گردد (۷) و این بدین معنی است که هم دامنه‌ی پوشش جمعیتی و هم بسته‌ی پوشش خدمات و مراقبت‌های درمانی در کشور نامناسب می‌باشد (۸، ۷). در همین راستا به نظر می‌رسد ارایه‌ی پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت به مفهوم این‌که تمامی شهروندان به خدمات مناسب اعم از مراقبت‌های پیشگیری، درمانی و بازتوانی و یا خدماتی که باعث ارتقای سلامتی آن‌ها می‌شوند و در زمان نیاز و با هزینه‌ی قابل پرداخت دسترسی داشته باشند، امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر باشد. پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت، دسترسی مردم به خدمات درمانی را

اولین قانون مربوط به پوشش بیمه‌ی اجباری درمانی در سال ۱۸۵۴ بود، زمانی که پوشش بیمه‌ی درمانی برای همه‌ی کارگران معدن اجباری شد (۱۲).

وقتی Bismark بیمه‌ی اجتماعی سلامت را برای دیگر گروه‌های حرفه‌ای معرفی کرد، نقطه‌ی عطف مهمی در سال ۱۸۸۳ میلادی ایجاد شد. در ابتدا قانون بیمه‌ی درمانی سال ۱۸۸۳ میلادی، کارگران صنایع منتخب، صنعت‌گران و دیگر متخصصان منتخب را پوشش داد. تخمین زده می‌شود که این قانون پوشش بیمه‌ی درمانی را از ۵ درصد به ۱۰ درصد کل جمعیت رساند. پس از سال ۱۸۸۳ میلادی، رویکرد توسعه‌یافته‌ی پوشش بیمه‌ای با دعوت از گروه‌های مختلف حرفه‌ای به بیمه‌ی اجباری به‌طور نظام‌مند ادامه یافت (۱۳).

تا سال ۱۹۱۰ و ۱۹۳۰ میلادی، پوشش جمعیت به ۳۷ درصد و ۵۰ درصد رسید. در سال ۱۹۵۰ میلادی پوشش بیمه ۷۰ درصد جمعیت را در برمی‌گرفت. یکی از آخرین قوانین در سال ۱۹۸۱ میلادی هنرمندان و روزنامه‌نگاران را به عضویت نظام بیمه‌ی اجتماعی سلامت دعوت کرد. هر چند تا سال ۲۰۰۰ میلادی در نظام بیمه‌ی اجتماعی سلامت ۸۸ درصد جمعیت آلمان عضو بودند و جمعیت تحت پوشش بیمه‌ی اجتماعی سلامت ۱۰۰ درصد نیست، اما افراد با سطح درآمد خاصی که دارند می‌توانند از نظام بیمه‌ی اجتماعی سلامت کناره بگیرند و تحت پوشش بیمه‌ی خصوصی قرار گیرند (۱۲).

## ۲. کره‌ی جنوبی

در سال ۱۹۶۳ میلادی قانون بیمه‌ی خدمات درمانی موجب حرکت به سوی پوشش میلادی بیمه‌ی درمانی همگانی شد. اما تا سال ۱۹۷۷ میلادی بیمه‌ی درمانی اختیاری باقی ماند. چندین موسسه، بیمه‌ی درمانی اختیاری را به‌صورت آزمایشی سازمان‌دهی کردند که بیش از ۰/۲ درصد جمعیت را پوشش می‌داد. از سال ۱۹۷۷ میلادی به بعد بیمه‌ی اجباری پیاپی برای گروه‌های مختلف شغلی کشور تثبیت شد. در همان سال بیمه‌ی درمانی کارمندان شاغل در شرکت‌هایی با بیش از پانصد مستخدم برای آن‌ها و وابستگان‌شان اجباری شد و بعدها پوشش به‌طور نظام‌مند افزایش داده شد. در سال ۱۹۷۹ میلادی پوشش بیمه‌ی کارگران فعال در شرکت‌ها، با حداقل سیصد کارگر، اجباری شد. هم‌چنین مقامات

The National Library of Medicine PubMed و Springerlink، Scopus، ScienceDirect، EMBASE هم‌چنین از Google Scholar برای یافتن مقالات بیش‌تر استفاده شد. به‌علاوه منابع علمی هر کدام از مقالات جهت یافتن مطالعات بیش‌تر مورد جستجو قرار گرفت. واژه‌های کلیدی که در جستجوی مقالات استفاده شد عبارت بودند از: Social health insurance, Social security, Universal coverage

## شرح مقاله

توسعه‌ی پوشش همگانی، دوره‌ی انتقال پوشش همگانی، سال‌های بین قانون اول مرتبط با بیمه‌ی سلامت تا قانون نهایی اجرای پوشش همگانی بیمه تعریف می‌شود. تعداد سال‌های انتقال در کشورهای مورد مطالعه عبارت‌اند از: آلمان: ۱۲۷ سال، کره‌ی جنوبی: ۲۶ سال، مصر: در حال تکمیل، استرالیا: ۲۷ سال و لوکزامبورگ: ۷۲ سال، تعداد متوسط سال‌های انتقال پنجاه سال می‌باشد که قابل تأمل است. همه‌ی پنج کشور ذکر شده، رویکرد فزاینده‌ای را دنبال کردند. توسعه‌ی نظام بعضی از آن‌ها نسبت به بقیه مدت زمان بیش‌تری طول کشیده است. در کشورهای آلمان و لوکزامبورگ دوره‌ی انتقال نسبتاً زیاد و بالای چهل سال بود و کشورهای کره و استرالیا دوره‌ی انتقال زیر چهل سال را داشته‌اند. اکنون مراحل مختلفی که این کشورها در انتقال پوشش همگانی تجربه کردند را مرور خواهیم کرد.

## ۱. آلمان

سه مرحله‌ی توسعه‌ی فزاینده برای معرفی Bismark، بیمه‌ی اجتماعی سلامت، که نظام جامع و ملی و سراسری است، در سال ۱۸۸۳ میلادی طی شد. به‌عبارت دیگر، در اواخر قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم قوانینی تصویب شد که یکی از قوانین جامع آن چگونگی سازمان‌دهی صندوق‌های اختیاری بیماری بود. این قوانین شامل شرایطی با در نظر گرفتن حق بیمه‌ها، بسته‌های مزایا، شرایط ثبت و مدیریت صندوق می‌شد. در مرحله‌ی دوم که از سال ۱۸۴۳ میلادی آغاز شد، قوانین مفهوم عضویت اجباری را بیان کردند. در سال ۱۸۴۹ میلادی نیز عضویت اجباری برای گروه‌های خاص امکان‌پذیر شد. در مرحله‌ی سوم قوانینی در سطوح ملی، قابلیت اجرا پیدا کردند.

میلاادی با هدف حفاظت از هزینه‌های سلامتی از طرف کارگران استخدام شده با درآمد متوسط و بالا تشکیل شد. این‌ها صندوق‌های غیرانتفاعی الگوبرداری شده‌ای از صندوق‌های بیماری دوجانبه‌ی اروپایی بودند. بسیاری از این صندوق‌ها پزشکانی را با نظام پرداخت سرانه استخدام کردند. اولین فعالیت استرالیا در این زمینه براساس قانون سلامت مصوب ۱۹۵۳ میلادی بود که به دولت اجازه می‌داد، یارانه‌های دولتی را به بیمه‌ی سلامت خصوصی اختصاصی اجباری ارائه دهد. انجمن‌های دوستانه در حدود ۷۰ درصد جمعیت را، زمانی که اولین نظام بیمه‌ی اجتماعی سلامت اجباری تحت عنوان Medibank بر مبنای قانون تشکیل شد، تا سال ۱۹۷۲ میلادی تحت پوشش قرار داده بودند. Medibank در سال ۱۹۷۵ میلادی از طریق تأمین مالی با درآمدهای ناشی از مالیات‌های عمومی برای پوشش خدمات سلامتی تحت نظارت کمیسیون بیمه‌ی سلامت شروع به کار کرد. جمعیت هدف، همه‌ی شهروندان و سایر ساکنان قانونی استرالیا بودند. یک سال پس از اجرا، این برنامه به مدیکیر تغییر نام داد. استرالیا از سال ۱۹۷۵ میلادی تاکنون سازوکارهای موزاری را برای تحت پوشش قرار دادن جوامع مختلف و مزایای مختلف پوشش همگانی به کار گرفته است (۱۶).

#### ۵. لوکزآمبورگ

در سال ۱۹۰۱، بیمه‌ی درمانی اجباری برای کارکنان صنعتی و تولیدی ایجاد شد. هر چند که بیمه‌ی اجباری کارکنان صنعت و تولید از طریق قانون سابق ۱۸۸۳ میلادی آلمان نیز اجباری شده بود. بیمه‌ی درمانی توسعه یافت، به طوری که تا سال ۱۹۰۳ میلادی، ۷۳ صندوق بیماری فعال بودند. بعدها در سال ۱۹۲۵ میلادی قانونی برای تنظیم بخش بیمه‌ی درمانی ارائه شد که بسیار پیچیده بود. هم‌چون دیگر کشورهای اروپایی، بیمه‌ی اجتماعی سلامت بعد از جنگ جهانی دوم بیش‌تر توسعه یافت. اولین گروه جدیدی که تحت پوشش قرار گرفتند، افراد بازنشسته بودند. سپس در سال ۱۹۵۲ میلادی بیمه‌ی درمانی برای کارمندان دولت و کارکنان بخش عمومی اجباری شد. در سال ۱۹۵۸، ۱۹۶۳ و ۱۹۶۴ میلادی قوانین بیمه‌ی اجباری به ترتیب برای مشاغل مستقل، کشاورزان و مشاغل مستقل فکری (پزشکان، معمارها، وکلا و غیره) به کار گرفته شد. یعنی تا سال

دولتی و معلمان مدارس خصوصی در این سال تحت پوشش بیمه‌ی اجباری قرار گرفتند. سپس در سال ۱۹۸۱ و ۱۹۸۳ میلادی پوشش بیمه به ترتیب به کارگران شرکت‌ها با حداقل صد نفر و شانزده نفر کارگر افزایش یافت. مرحله‌ی آخر در سال ۱۹۸۱ میلادی با برنامه‌های بیمه‌ی درمانی برای افراد خویش فرما در مناطق روستایی و شهری دنبال شد. در نهایت در سال ۱۹۸۸ و ۱۹۸۹ میلادی بیمه‌ی درمانی برای افراد روستایی و افراد خویش فرمای شهری اجباری و همگانی شد. بنابراین توسعه‌ی پوشش همگانی از زمان وضع قانون بیمه‌ی خدمات درمانی در سال ۱۹۶۳ میلادی، ۲۶ سال طول کشید (۱۴).

#### ۳. مصر

سیستم بیمه‌ی سلامت در کشور مصر به عنوان یکی از شاخه‌های بیمه‌ی اجتماعی سلامت (Social Health Insurance) با هدف دستیابی به پوشش همگانی در سال ۱۹۶۴ میلادی بنیان‌گذاری شد (۱۳). این سازمان به صورت یک واسطه برای حمایت مالی از طریق تجمیع ریسک و جلوگیری از آسیب‌های ناشی از هزینه‌های کمرشکن می‌تواند افراد زیادی را در این کشور از فقر برهاند. اما متأسفانه این سازمان تاکنون نتوانسته تمامی جمعیت را تحت پوشش خود درآورد. این سازمان ملزم است که با منابع ناکافی تحت اختیار خود، خدمات مناسب در دسترس را به اعضای تحت پوشش خود ارائه دهد. نهایتاً این مسأله باعث بروز ناکارایی‌های مدیریتی در سازمان‌دهی وظایف و مسؤولیت‌ها می‌شود. هم‌چنین پیامدهای این مسأله به افراد بیمه شده آسیب می‌رساند، به این صورت که افراد را مجبور می‌کند تا برای دریافت خدمات مورد نیاز خود مبالغ زیادی را بپردازند. از سال ۱۹۹۳ میلادی، برنامه‌ی بیمه‌ی سلامت دانش‌آموزان (Student Health Insurance Program; SHIP) با پوشش ۱۵ میلیون دانش‌آموز اجرا شد. این پوشش تا سال ۱۹۹۵ به ۲۰ میلیون نفر و تا سال ۲۰۰۲ به ۳۰ میلیون نفر افزایش یافت. هم‌اکنون ۵۰ درصد جمعیت این کشور تحت پوشش بیمه‌ی اجتماعی سلامت قرار دارند (۱۵).

#### ۴. استرالیا

طرح‌های بیمه‌ی خصوصی در استرالیا از طریق انجمن‌های دوستانه (Friendly Societies) معرفی شد که در دهه‌ی ۱۸۵۰

جدول ۱ مراحل اصلی توسعه پوشش همگانی و بیمه‌ی اجتماعی سلامت را در کشورهای مورد بررسی براساس تغییرات قانونی اصلی خلاصه می‌کند.

۱۹۷۳ میلادی تمام جمعیت از طریق بیمه‌ی اجتماعی سلامت پوشش داده شد. بنابراین دوره‌ی توسعه از تاریخ اولین ابلاغ قانون در سال ۱۹۰۱ میلادی، ۷۲ سال طول کشیده بود (۱۷).

جدول ۱: خلاصه دوره‌ی توسعه پوشش همگانی و بیمه‌ی اجتماعی سلامت در کشورهای منتخب

کشورهای منتخب	سرعت انتقال	مراحل مهم در توسعه بیمه‌ی اجتماعی سلامت
آلمان	۱۸۵۴-۱۹۸۸ (۱۲۷ سال)	۱. صندوق‌های اختیاری دو جانبه (اوایل و اواسط قرن نوزدهم) ایجاد شد. ۲. عضویت اجباری در صندوق بیمه‌ی درمانی (۱۸۴۳) برای گروه‌های خاص شغلی (۱۸۴۹) ۳. تصویب اولین قانون در سطح ملی که بیمه‌ی درمانی را برای تمام کارگران معدن اجباری می‌کرد (۱۸۵۴) ۴. در سال ۱۸۸۳ بیمه‌ی اجتماعی سلامت به‌عنوان نظام جامع سراسری اعلام شد، با ثبت‌نام نظام‌مند گروه‌های مختلف شغلی (تا ۱۹۸۸) طول کشید.
کره جنوبی	۱۹۶۳-۱۹۸۹ (۲۶ سال)	۱. تأیید قانون اول بیمه‌ی درمان (در سال ۱۹۶۳) با چند برنامه‌ی بیمه‌ی درمانی اختیاری آزمایشی (۱۹۶۳-۱۹۷۷) ۲. بیمه‌ی اجباری برای کارکنان افراد وابسته به آن‌ها در شرکت‌هایی با پانصد کارمند (۱۹۷۷)، شرکت‌هایی با صد کارمند (۱۹۸۱) و شرکت‌هایی با شانزده کارمند (۱۹۸۳) ۳. افزایش پوشش به سایر بخش‌های جمعیت مثل خویش‌فرمایان (تا ۱۹۸۹)
مصر	در حال تکامل - ۱۹۶۴	۱. بیمه‌ی سلامت در سال (۱۹۶۴) به‌عنوان یکی از شاخه‌های بیمه‌ی اجتماعی به هدف دست‌یابی به پوشش همگانی آغاز به کار کرد. ۲. در سال (۱۹۹۳) برنامه‌ی بیمه‌ی سلامت دانش‌آموزان (SHIP)، آغاز شد و تا سال ۲۰۰۲ تکمیل شد. ۳. تا سال (۲۰۱۱) برنامه‌ی بیمه به پوشش ۵۰ درصد رسید، توسعه‌ی بیمه‌ی اجتماعی سلامت در این کشور ادامه دارد.
استرالیا	۱۹۵۳-۱۹۸۴ (۳۱ سال)	۱. در سال (۱۹۵۳) ارایه‌ی یارانه توسط دولت به بیمه‌های خصوصی اختیاری ۲. اولین نظام بیمه‌ی اجتماعی سلامت تحت عنوان Medibank در سال (۱۹۷۵) با درآمدهای حاصل از مالیات‌های عمومی شروع به کار کرد. ۳. معرفی مدیکیر در سال (۱۹۸۴) تحت پوشش قرار دادن تمامی ساکنین بومی کشور استرالیا
لوکزامبورگ	۱۹۰۱-۱۹۷۳ (۷۲ سال)	۱. بیمه‌ی درمانی اجباری برای کارکنان صنعتی و تولیدی (۱۹۰۱). ۲. گسترش بازنشسته‌ها (بعد از جنگ جهانی دوم)، کارمندان دولت یا بخش عمومی (۱۹۵۲)، گروه‌های اجتماعی شغلی (۱۹۵۸-۱۹۶۴)

افزایش ثابتی داشته و در آغاز به‌صورت اختیاری بوده، اما در کشورهای دیگر گسترش عضویت به وسیله‌ی سازمان مرکزی بیمه‌ی درمانی با هدایت دولت انجام شده است. همچنین سرعت انتقال در هر کشوری متفاوت بوده است. با نگاهی به سال‌های انتقال کشورهای مختلف و تاریخ شروع فرایند پوشش همگانی می‌توان به‌وجود رابطه‌ای مستقیم بین این دو متغیر پی برد، به

## بحث و نتیجه‌گیری

در تمام کشورهای مورد بررسی، حرکت برای پوشش کامل بیمه‌ی اجتماعی سلامت فرایندی رو به رشد با گسترش نظام‌مند پوشش جمعیت در دوره‌ی انتقال بوده است. اما مقدمات سازمان‌یافته‌ی ارایه شده، برای رسیدن به این گسترش متفاوت می‌باشد. عضویت در صندوق‌های بیماری در بعضی از کشورها



سلامت تأیید می‌کند. البته در برخی از آن‌ها مانند کشور آلمان برنامه‌هایی انعطاف‌پذیر برای گروه‌های جمعیتی مرفه در نظر گرفته شده است که اجبار برای عضویت در سازمان بیمه را منتفی می‌کند (۱۳).

روند گسترش بیمه‌ی اجتماعی سلامت و دست یافتن به پوشش همگانی با توجه به عوامل گوناگون اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در هر کشور متفاوت می‌باشد. بررسی و مطالعه‌ی این روندها در کشورهای گوناگون با هدف بهره‌گیری از تجربیات آن‌ها می‌تواند دیدگاهی جدید را در نقد و تحلیل بیمه‌ی سلامت کشور فراهم آورد. در این راستا بررسی موانع دستیابی به پوشش همگانی در کشور، تحلیل عوامل سرعت‌دهنده به این روند و چگونگی اثرگذاری هریک از آن‌ها در گذار به سمت پوشش همگانی برای تسریع در اجرایی‌سازی قوانین تصویب شده در کشور و همچنین تحلیل ذی‌نفعان مرتبط با اجرایی‌سازی قوانین بیمه‌ی همگانی سلامت در کشور پیشنهاد می‌شود.

این صورت که هرچه قدمت اجرای قوانین کم‌تر می‌شود، زمان دستیابی به پوشش همگانی کم‌تر می‌شود. از این موضوع می‌توان نتیجه گرفت که کشورها از تجربیات یکدیگر جهت تسریع در دستیابی به پوشش همگانی استفاده می‌کنند. البته باید توجه داشت که عوامل زیادی مانند سطح عمومی درآمد کشورها و نرخ رشد اقتصادی، ساختار اقتصاد ملی، قابلیت اداری کشورها، سطح همبستگی اجتماعی درون کشورها در این روند تأثیرگذار می‌باشد، چه بسا کشور مصر پس از گذشت ۴۹ سال هنوز موفق به تکامل طرح نشده است.

در کشور ما نیز حرکت به سمت پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت با تصویب ماده ۷ قانون بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی کشور در تاریخ ۱۳۷۴/۳/۱۷ آغاز شده است (۱۸). در قوانین چهارم و پنجم توسعه در جهت اجرای این قانون بر توسعه‌ی کمی و کیفی بیمه‌های سلامت تأکید شده است (۲۰، ۱۹).

مطالعه‌ی کشورها اجباری بودن را برای پوشش همگانی بیمه‌ی

## References

1. Carrin G, James C. Reaching Universal Coverage Via Social Health Insurance: Key Design Features in the Transition Period. Health Financing Policy Issue Paper. Geneva: WHO; 2012.
2. Social health insurance: a contribution to the international development policy debate universal systems of social protection. Federal Ministry for Economic Cooperation and Development[Online]; 2005. Available from: URL: <http://www.gtz.de/de/dokumente/en-contribution-international-policy-debate.pdf>.
3. Doherty J, McIntyre D. Social health insurance. Health Systems Trust [Online]; 2001. Available from: URL: <http://www.hst.org.za/publications/social-health-insurance>.
4. Carrin G, James C. Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. International Social Security Review 2005; 58(1): 45-64.
5. Mohamadi E, Karampori Sh. Examine the feasibility of implementing social health insurance in Iran. Journal of National Medical Council of the Islamic Republic of Iran; 2011. [In Persian]
6. Mark R, William C, Rich M. The Reform of Health Care: A Guide for justice and efficiency. Ahmadvand A, Trans. Tehran: Ibn Sina Institute of Scientific and Cultural great; 2004: 271-97. [Book in Persian]
7. Mohamadi E. Study of Significant improvement points and offer strategies to improve the quality and quantity of health insurance in Iran; Qualitative study. Journal of national Medical council of the Islamic Republic of Iran 2011. [In Persian]
8. Mohamadi E, Nuhi M. Pathology of relationship between health insurance companies and the drug system in Iran. Proceeding of the Health Economics Seminar. Tehran: Shahid Beheshti University of Medical sciences; 2011. [In Persian].
9. Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Iranian families health costs of equity financing. Journal of Health Management 2010; 13(40): 51-62. [In Persian]
10. Samani S. Health insurance and its place in the Fifth Development Plan. Journal of Medical Council 2011. [In Persian]
11. Maarse H, Paulus A. Has solidarity survived? A comparative analysis of the effect of social health insurance reform in four European countries. J health polit policy law 2003; 28(4): 585-614.
12. Schramm M, Ernadersl K. Social Health Insurance Systems of Solidarity Experiences From German Development Cooperation. Berline: Federal Ministry for Economic Cooperation and Development; 2002: 36-7.

13. 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? Soc Sci Med 2002; 54(10):1559-87.
14. Young JS. The South Korean Health Care System. JMAJ 2009; 52(3): 206° 9.
15. Rannan-Eliya RP, Blanco-Vidal C, Nandakumar AK. The Distribution of Health Care Resources in Egypt: Implications for Equity, an Analysis Using a National Health Accounts Framework [Online]. Available from: URL: <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-81.PDF>.
16. WHO. Social Health Insurance, Selected Case Story from Asia and Pacific. Manila; New Delhi: WHO; 2005; 12-3.
17. Arab H. The social health insurance system. Tehran: Jahad daneshgahi; 2010. [Book in Persian]
18. Universal Insurance Act of Health Service in Iran [Online]. 1994 [Cited 2012 Nov 16]; Available from: URL: <http://www.bih.ir/20080917686>.
19. Law of the Fourth Economic, Social and Cultural Islamic Republic of Iran [Online]. 2004 [Cited 2012 Dec 7]. Available from: URL: [http://www.dadkhahi.net/law/hoghoogh/h\\_edari\\_estekhdami/ghanoon\\_barbameh\\_4.htm](http://www.dadkhahi.net/law/hoghoogh/h_edari_estekhdami/ghanoon_barbameh_4.htm).
20. Law of the Fifth Economic, Social and Cultural Islamic Republic of Iran [Online]. 2010 [Cited 2012 Dec 7]. Available from: URL: <http://just1.persianblog.ir/post/246>.



## An Analysis of Universal Health Insurance Coverage Development in the Selected Countries with Social Insurance Approach to Health \*

Ahmad Reza Raeisi<sup>1</sup>; Efat Mohamadi<sup>2</sup>; Nooredin Menglizadeh<sup>3</sup>

### Review Article

#### Abstract

Access to health care is a fundamental right of people in communities. Universal health insurance coverage by reducing financial barriers to access to health services is one of the important strategies. Achieving universal coverage is not a simple process. Many countries already have universal coverage, most of it has lasted decades. Studying of health insurance history in different countries is helpful to localizing certain situations due to local conditions, culture and Islamic countries and the many other intent to prevent errors and accelerate the implementation process effectively. The present article analyzed and evaluated the past experience of the development of universal coverage by social health insurance in 5 countries use of reviews the literature. Results show that all countries have increasingly followed the approach and development of the system, some took longer than others. The maximum transition period of 127 years was in Germany and the lowest South Korea to 26 years. In all countries surveyed, the process moves to full coverage health insurance, a growing community with a population coverage of a systematic expansion in terms of the transfer. However, the preliminary findings are presented to achieve this expansion is different. Membership in the sickness fund was raising stable in some countries, but in other countries the expansion of membership by the Central Government has led medical insurance.

**Keywords:** Insurance, Health; Universal Coverage; Social Security

Received: 30 Oct, 2012

Accepted: 30 Mar, 2013

**Citation:** Raeisi AR, Mohamadi E, Menglizadeh N. An Analysis of Universal Health Insurance Coverage Development in the Selected Countries with Social Insurance Approach to Health. Health Inf Manage 2013; 10(5): 777.

\* This article is derived from MSc thesis and research plan (No. 391257) supported by Vice Chancellery, Faculty of Management and Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

1- Associate Professor, Health Information Management, Health Management and Economic Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- MSc student, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences. Isfahan. Iran (Corresponding Author)  
Email: efat.mohamadi@gmail.com

3- MSc student, Health Services Management, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan. Iran