

پوشش همگانی بیمه سلامت ایران: چالش‌های پیش‌رو

دکتر حسین ابراهیمی پور^۱
دکتر محمدرضا ملکی^۲

مقدمه:

در حال حاضر مشکل بسیاری از کشورهای دنیا در بخش سلامت این است که چگونه نظام مالی سلامت را تنظیم نمایند تا هزینه آن برای مردم قابل تحمل باشد.^۳ علاوه بر این تعداد زیادی از کشورهای جهان از دسترسی مردم به خدمات بهداشتی^۴ درمانی اطمینان ندارند، بنابراین سیاستگذاران این کشورها در تلاش‌اند که با ایجاد نظامی مناسب، اطمینان حاصل کنند که مردم تمام کشور به صورت یکسان و با هزینه قابل تحمل به خدمات بهداشتی درمانی دسترسی دارند.^۴

به صورت کلی با دو الگوی مختلف می‌توان به این هدف که همان پوشش همگانی خدمات سلامتی است دست یافت: الگوی نخست همان تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات عمومی^۵ است که به الگوی بورلیج^۶ معروف است. الگوی دوم بیمه سلامت اجتماعی^۷ است که به الگوی بیسمارک شهرت دارد و در آن عضویت در نظام بیمه‌ای اجباری است و تمام مردم، کارگران، خویش‌فرمایان، شرکت‌ها حق بیمه خود را به صندوق بیمه سلامت واریز می‌نمایند. در این روش مبنای محاسبه حق بیمه در مورد کارگران و شرکت‌ها، به طور معمول

۱. دکترای مدیریت خدمات بهداشتی درمانی - دانشگاه علوم پزشکی ایران، استادیار و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

Email: hebrahimip@gmail.com

۲. استادیار، عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران - دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی

۳. نقوی، محسن و حمید رضا جمشیدی، بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ جمهوری اسلامی ایران، انتشارات تندیس، تهران، ۱۳۸۴.

۴. خانه ملت، "گزارش آخرین دیدار خاتمی از مجلس، سایت مجلس شورای اسلامی"، تهران، ۱۳۸۴.

5. General Tax

6. Beveridge

7. Social Health Insurance

میزان حقوق افراد است، خویش‌فرمایان سهم حق بیمه ثابتی می‌پردازند یا حق بیمه آنها بر اساس برآورد میزان درآمد آنها محاسبه می‌شود و دولت حق بیمه افرادی را که توانایی پرداخت ندارند (افراد نیازمند یا کم‌درآمد) می‌پردازد^۱

نتایج بررسی‌ها حاکی از این است که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تنها بخشی از مردم در برای خطر مالی ناشی از نیاز به خدمات سلامتی محافظت می‌شوند یعنی نظام آنها گسیخته است.^۲ مهم‌ترین دلیل این موضوع، 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.^۳

مروری بر عملکرد عمومی بخش بهداشت و درمان ایران نشان می‌دهد که با وجود تلاش‌های صورت گرفته برای ارتقای سلامت، مشکلات مزبور در این بخش هنوز حل نشده است. به عنوان مثال آمار نشان می‌دهد که هنوز گروه‌هایی از جمعیت ایران فاقد پوشش بیمه‌ای هستند.^۴ پژوهشی که در سال ۱۳۸۴ و بعد از پوشش بیمه‌ای روستاییان انجام شده نشان می‌دهد که این رقم ۶/۵ درصد بوده است (۷) این در حالی است که در مجموع، صندوق‌های بیمه خدمات درمانی، صندوق تأمین اجتماعی، کمیته امداد، سازمان خدمات

۱. نقوی، محسن و حمید رضا جمشیدی، بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ جمهوری اسلامی ایران، انتشارات تندیس، تهران، ۱۳۸۴.

۲. ماهر، علی، "رابطه فقر و سلامتی در ایران"، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۱۸، سال پنجم، پاییز ۱۳۸۴.

۳. ظاهری، علی، «بررسی نگرش پزشکان شهرستان بابل در زمینه توسعه و تعمیم بیمه همگانی خدمات درمانی ۷۷-۱۳۷۶»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۷۷.

۴. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، تهران، ۱۳۸۳.

۵. دانش دهکردی، نوشین، بیمه همگانی خدمات درمانی از منظر قانون، تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی و انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۰.

درمانی نیروهای مسلح بیش از ۷۰ میلیون نفر را تحت پوشش دارند که این تعداد از جمعیت کشور نیز بیشتر است.^۱

بر اساس مطالعه‌های حساب‌های ملی سلامت ایران، بیش از نیمی از منابع بخش سلامت، در زمان بیماری به صورت مستقیم توسط خانوارها تأمین می‌شود. (۸) شاخص دیگری که برای اندازه‌گیری عدالت در نظام سلامت بکار می‌رود درصدی از خانوارها است که برای تأمین هزینه‌های بازیابی سلامت خود باید هزینه‌های کمرشکن پرداخت کنند.^۲ بر اساس مطالعه‌های انجام شده در سال ۸۱ حدود ۳۳/۳ درصد از خانوارهای مراجعه‌کننده به بیمارستان مواجه با پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامتی شده‌اند. مطالعه دیگری نشان داده که به صورت کلی هزینه‌های بهداشتی درمانی در ۲۹ درصد از موارد کمرشکن بوده است. (۶) بر اساس بررسی‌های صورت‌گرفته توسط پژوهشگر از سال ۱۳۸۱ به بعد، مطالعه دیگری در ایران انجام نگرفته است.

مشکلات بالا به دلایل زیر ممکن است رخ دهد یا این که تعداد زیادی از جمعیت ایران تحت پوشش بیمه نیستند یا بسته مزایا شامل مداخلات هزینه - اثربخش نیست یا این که دسترسی به وسیله میزان بالای فرانشیز محدود شده است. (۱) این مسئله به این معنی است که برنامه پوشش خدمات سلامت ایران با وجود پوشش جمعیتی بالا، خدمات زیادی را تحت پوشش نداشته و در حقیقت تعداد قابل توجهی از جمعیت ایران در حال حاضر دارای پوشش بیمه خدمات اساسی سلامتی نیستند.

باید توجه داشت که فراهم کردن خدمات بهداشتی درمانی مناسب و تأمین شرایط مطلوب برای زندگی کلیه افراد جامعه از جمله معلولان، ازکارافتادگان، افراد کم درآمد، نیازمندان، بیکاران و شهروندانی که تحت پوشش هیچ یک از بیمه‌ها نیستند در حال حاضر اصلی‌ترین برنامه دولت‌ها است. (۹) بر اساس ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه، دولت به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی، کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی

۱. دلیل این امر این است که معمولاً تعیین تعداد بیمه‌شدگان بر اساس شمارش دفترچه‌های بیمه و حق بیمه پرداخت شده همواره زیاده‌شماری‌هایی مانند افرادی که بیشتر از یک دفترچه دارند و .. را در بردارد.
 ۴. این هزینه‌ها می‌تواند هزینه‌های مستقیم یا غیرمستقیم، هزینه‌های جاری در طول سال یا هزینه‌های جبران یک بیماری که به صورت ناگهانی پیش آمده است باشد.

موظف است به گونه‌ای عمل کند که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به ۹۰ درصد ارتقا یابد، سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰ درصد افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های کمرشکن سلامت به ۱ درصد کاهش یابد. (۱۰) هم‌چنین ماده ۹۶ این قانون اظهار داشته است "دولت موظف است فعالیت‌های زیر را با هدف اثربخشی نظام سلامت انجام دهد: پوشش کامل (صد درصد) جمعیت، بیمه همگانی پایه خدمات درمانی و هدف‌مند نمودن فعالیت‌های حمایتی، توانمندسازی افراد تحت پوشش مؤسسات و نهادهای حمایتی در راستای ورود به پوشش بیمه‌ای" (۱۰).

در راستای تحقق موارد ذکر شده این پژوهش با هدف بررسی مشکلات موجود ایران، پیشنهادهایی برای همگانی کردن پوشش بیمه سلامت در ایران انجام شده است.

روش پژوهش

مطالعه: پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی، توصیفی و مقطعی است که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته است.

نوع مطالعه: پژوهش حاضر یک پژوهش کیفی، توصیفی و مقطعی است که در سال ۱۳۸۶ انجام گرفته است.

مصاحبه‌شوندگان: در این مطالعه، نمونه پژوهش (۲۵ نفر) به صورت هدف‌مند انتخاب شده و شامل افراد دارای 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 صندوق تأمین اجتماعی (۵ نفر)، بیمه خدمات درمانی (۵ نفر)، بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح (۲ نفر) و کمیته امداد امام خمینی (۲ نفر) بوده است.

مصاحبه: تعداد ۲۵ مصاحبه رو در رو به همراه ۶ مصاحبه تکمیلی از طریق تلفن در سال ۱۳۸۷ انجام شده است. تمامی مصاحبه‌ها ضبط شده و سپس پیاده‌سازی شد. (۱۱) سؤال‌های مصاحبه به گونه‌ای طراحی شده بود که بتواند دیدگاه‌ها و اعتقادات افراد مورد مصاحبه را در مورد موضوع مورد پرسش قرار دهد.

تحلیل داده‌ها: برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل چارچوبی^۱ استفاده شده است. (۱۲) این روش تحلیل بیشتر برای تحلیل داده‌های کیفی مطالعه‌های سیاست‌گذاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. (۱۲) ابتدا یک چارچوب مفهومی با بررسی مکرر هر کدام از مصاحبه‌ها تدوین شد سپس پژوهشگر 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. (۱۲) در این مرحله به هر کدام از بخش‌های دارای اطلاعات مرتبط در مصاحبه‌ها یک یا دو کد اختصاص داده شد (۱۳). سپس این کدها با برگزاری جلسه با سایر پژوهشگران مورد بررسی قرار گرفته و در صورت لزوم تغییر داده شد. این فرایند برای هر کدام از مصاحبه‌ها چندین بار تکرار شد. سپس مرحله ترسیم جداول انجام گرفت تا نظر مصاحبه‌شوندگان در مورد هر کدام از اجزای مدل مفهومی با یکدیگر مقایسه شود 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 شده و مطالب لازم به آن اضافه شد. تفسیر هر کدام از اجزای مدل مفهومی نیز در فرایندی مشابه مرحله کدگذاری صورت گرفت. در تمامی مراحل بالا از نرم‌افزار Atlas-Ti استفاده شد.

نتایج

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که نظام فعلی بیمه سلامت ایران به صورت کلی برای پایداری و همگانی شدن با مشکلات زیر مواجه است:

الف) نامشخص بودن میزان دقیق پوشش جمعیت؛

ب) بیمه‌ای نبودن ساختار تأمین مالی؛

ج) ناپایداری منابع مالی؛

د) پس‌رونده بودن (غیر عادلانه بودن حق بیمه)؛

ذ) غیرعلمی بودن روش محاسبه حق بیمه؛

ر) مشکل‌های مرتبط با نقش دولت در تأمین مالی؛

س) زیاد بودن میزان پرداخت از جیب؛

ش) مشکلات مرتبط با سازماندهی نظام؛

1. Framework Analysis

- ص) مشکلات مرتبط با بسته خدمتی؛
- ض) مشکلات مرتبط با مدیریت نظام تقاضا؛
- ط) مشکلات قانون؛
- ظ) نظام پرداخت.

الف) نامشخص بودن میزان دقیق پوشش جمعیت

به صورت کلی از دید مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، عواملی که باعث ایجاد دیدگاه‌های متفاوت در مورد تعداد بیمه‌شده‌ها در ایران شده را می‌توان به صورت کلی به چند گروه تقسیم کرد:

۱. در گروه‌بندی جمعیت و تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای میناهای مختلفی به کار برده شده است:

- شغل: صندوق تأمین اجتماعی، صندوق بیمه کارکنان دولت، صندوق بیمه نیروهای مسلح، خویش‌فرمایان: داشتن شغلی که به صورت اجباری تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار نگیرد.
- منطقه جغرافیایی: بیمه‌روستایی، بستری شهری.
- فقر: کمیته امداد، صندوق اقشار خاص سازمان بیمه خدمات درمانی.
- اقشار آسیب‌پذیر: بیمه بستری شهری.

به لحاظ منطقی میناهای بالا می‌توانند با هم همپوشانی داشته باشند

۲. نبود نظام شناسایی واحد افراد که مورد استفاده تمامی سازمان‌های بیمه‌ای باشد مانند شماره

تأمین اجتماعی یا شماره ملی.

۳. نبود بانک اطلاعات جامع ایرانیان.

۴. وجود مراکز تصمیم‌گیری متفاوت در سازمان‌های بیمه‌ای مختلف و عدم توانایی شورای

عالی بیمه برای ایجاد یک مرکزیت واحد.

۵. میزان پوشش جمعیت بر میزان درآمد سازمان‌های بیمه‌ای باعث شده که این سازمان‌ها

تمایل داشته باشند تا آمار خود را بالاتر از میزان واقعی گزارش کرده و به عبارتی تمایلی

هم برای رفع همپوشانی بیمه‌ای نداشته باشند.

۶. در هیچ کجای قانون معنی از عضویت در چندین سازمان بیمه‌ای در نظر گرفته نشده و سازوکاری هم برای این موضوع دیده نشده است

۷. تعریف واحدی از پوشش بیمه‌ای در کشور وجود ندارد. برخی فکر می‌کنند که به محض این که افراد همه‌دارای یک دفترچه یا کارت باشند بیمه همگانی شده است. در حالی که تعریف بیمه بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت دارای دو جزء پوشش خدمات و پوشش مردم است (۱) و بیمه باید بتواند مانع از مواجه شدن افراد با هزینه‌های کمرشکن شود.

بررسی‌های مشابه در سایر کشورها نشان می‌دهد که در کشورهایی که نظام جامع ثبت اطلاعات بیمه‌ای در کشور ندارند موضوع برآورد تعداد بیمه‌شده‌ها همیشه مسئله‌ساز بوده است. (۱۴-۱۷) سیاست‌گذاری‌هایی که در زمینه کاهش تعداد افراد بیمه‌نشده وجود دارد در صورتی توأم با موفقیت خواهد بود که برآوردی از تعداد دقیق از افراد بیمه‌نشده وجود داشته و خصوصیات جمعیت‌شناختی این افراد به صورت دقیق شناخته شود. (۱۷) به علاوه هنگامی که دولت نقش پیاده‌کردن بیمه سلامت اجتماعی را در جامعه به عهده‌دارد [مانند کشور ایران] در دست‌برداران نیاز به اطلاعات با کیفیت به روزداران، تا بتواند برنامه‌ها را ارزیابی کرده و روند آن را از نظر تعداد بیمه‌شده‌ها، خصوصیات جمعیتی گروه‌های بیمه‌شده و نشده و نحوه گسترش پوشش پایش کنند. (۱۸) در کشور تایلند نیز به هنگام ایجاد پوشش همگانی یک بانک اطلاعاتی جامع تحت عنوان «بانک واحد بیمه ملی سلامت» تشکیل شده که اطلاعات جامع در مورد افراد ثبت‌نام شده و همچنین اطلاعات مرتبط با میزان مصرف آنان و همچنین ارتباط با میزان درآمد آنان و میزان مالیات و سهم بیمه‌ای که باید بپردازند برقرار شده است. (۱۹)

بنابراین نیاز به ایجاد بانک جامع اطلاعات ایرانیان در حال حاضر به میزان زیادی وجود دارد. این بانک علاوه بر این که خواهد توانست میزان دقیق پوشش بیمه‌ای کشور را معین کرده و از هدر رفتن منابع جلوگیری کند می‌تواند اطلاعات جمعیت‌شناختی لازم را به سیاست‌گذاران ارائه کند تا شناخت بهتری از گروه‌های فاقد بیمه داشته باشند همچنین گروه‌های جمعیتی مختلف و نیازهای آنان را بشناسند و بتوانند سیاست‌های خود را بر پایه این شناخت قرار دهند.

ب) بیمه‌ای نبودن ساختار تأمین مالی

ساختار تأمین مالی سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح ساختار بیمه‌ای نیست و بیشتر ساختاری بودجه‌ای با مفهوم رایج آن در ایران - است زیرا به جای این که مبتنی بر محاسبه‌های علمی بیمه‌ای^۱ باشد متأثر متغیرهایی مانند میزان منابع دولت، میزان هزینه‌های سال قبل، قدرت چانه‌زنی مسئولان بهداشت و درمان نسبت به سایر بخش‌های دولت و همچنین اولویت بهداشت و درمان در دیدگاه دولتمردان است، نه برآوردهای آماری و بیمه‌ای از میزان توانایی مردم برای پرداخت. در این نظام، حق سرانه از تقسیم میزان بودجه تخصیص داده شده به تعداد بیمه‌شده‌ها بدست می‌آید نه محاسبه‌های آماری مربوط به میزان قدرت پرداخت مردم، وسعت بسته خدماتی و عمق پوشش.

ج) ناپایداری منابع مالی

منابع سازمان‌های بیمه‌ای در ایران را نظر پایداری به دو گروه عمده می‌توان تقسیم کرد صندوق‌هایی که در مجموع منابع پایدارتری دارند مانند صندوق تأمین اجتماعی، صندوق کارکنان دولت و نیروهای مسلح اما این صندوق‌ها هم به نسبتی که وابستگی به دولت دارند، پایداری منابع کمتری دارند. بنابراین پایدارترین صندوق در حال حاضر صندوق تأمین اجتماعی است. گروه دوم برخی از صندوق‌های سازمان بیمه خدمات درمانی مانند صندوق بیمه روستاییان و عشایر، صندوق بیمه بستری شهری، صندوق سایر اقشار هستند که در آنها وضعیت به گونه دیگری است و منابع آن بیشتر به دولت وابسته است. بنابراین بیمه‌ها به جای این که با یک سازوکار علمی سعی کنند درآمد خود را از مردم بگیرند باید با سازوکار چانه‌زنی این منابع را از بودجه دولت به خود اختصاص دهند. بنابراین منابع آن بیشتر به مباحث سیاسی، قدرت مدیران سازمان‌های بیمه‌ای و نفوذ آنها در دولت، شرایط سیاسی اقتصادی و اجتماعی، میزان آگاهی دولتمردان و اهمیتی که به مباحث بیمه‌ای می‌دهند و... وابسته می‌شود. باید توجه داشت که به منابع دولتی به خصوص هنگامی که نقش حمایتی پیدا می‌کند - بیشتر باید به عنوان منابعی کوتاه‌مدت نگریسته شود و طرح‌های کاملاً مبتنی بر دولت هم در بلندمدت باید تغییر جهت داده و وابسته به منابع پایدارتر شوند. بنابراین بیمه روستاییان و

هم‌چنین بیمه بستری شهری باید به عنوان دوره گذار تلقی شده و با سازوکارهای مناسب باید منابع آنها تا حد ممکن به منابع پایدارتر مثل مردم یا مالیات‌های نشان‌دار تغییر یابد.

د) پسرونده بودن (غیر عادلانه بودن حق بیمه)

هنگامی که خانواده‌ای که درآمد بیشتری داشته باشد میزان درصد بیشتری از درآمد خود را نسبت به کسانی که درآمد کمتری دارد بپردازد، تأمین مالی حالت پیش‌رونده یا پروگرسو دارد. اما اگر این موضوع به عکس اتفاق بیافتد یعنی کسی که درآمد کمتری دارد درصد بیشتری از درآمد خود را به نسبت فردی که درآمد بیشتری دارد بپردازد، تأمین مالی حالت رگرسیو یا پسرونده خواهد داشت. تأمین مالی که به صورت پروگرسو باشد نسبت به تأمین مالی رگرسیو عادلانه‌تر است. (۲۱،۲۰)

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که سازمان‌های بیمه‌ای کشور را از نظر عادلانه بودن نظام تأمین مالی می‌توان به دو گروه تقسیم کرد. گروه اول سازمان‌هایی هستند که از روش سرانه استفاده می‌کنند و بیشتر سازمان‌های بیمه‌ای ایران را تشکیل می‌دهند و گروه دوم که فقط صندوق تأمین اجتماعی در آن جای دارد از روش درصدی از حقوق و دستمزد استفاده می‌کند. روش سرانه، روشی کاملاً پسرونده است زیرا یارانه متقاطع^۱ از افرادی که در دهک‌های بالایی درآمدی جامعه است به گروه‌های پایین جامعه اتفاق نمی‌افتد. در این روش افراد بدون توجه به میزان درآمد یا وضعیت سلامتی میزان ثابتی از حقوق و دستمزد خود را به سازمان‌های بیمه‌ای می‌پردازند این وضعیت در تمامی صندوق‌های سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد و صندوق‌های بیمه‌ای کوچک کشور وجود دارد. روش درصدی از حقوق و دستمزد که در صندوق تأمین اجتماعی استفاده می‌شود به نسبت روش سرانه پیش‌رونده است اما این روش نیز در این طیف، جزء روش‌هایی است که از نظر پیش‌رونده بودن متوسط هستند. باید توجه داشت که حق بیمه این سازمان هم بالاتر از سقف حقوق و دستمزد پسرونده است.

در کشورهای در حال توسعه‌ای که بخش عمده‌ای از فعالیت‌های اقتصادی غیررسمی است و عمده جمعیت کشور درآمد کمتر از متوسط دارند، استفاده از یک حق بیمه ثابت به عنوان منبع عمده تأمین مالی بیمه می‌تواند باعث به مخاطره افتادن عدالت و هم‌چنین مشکلاتی در

1. Cross-Subsidization

سیاست‌گذاری شود. (۱۹) به عنوان مثال در کشور تایوان که توانسته بیمه سلامت ملی را اخیراً ایجاد کند بخشی از جمعیت که حقوق مشخص و کار ثابت دارند به صورت درصدی از حقوق و دستمزد، حق بیمه خود را می‌پردازند اما کسانی که اطلاعات درآمدی آنها مشخص نیست مبلغ مشخصی را بر اساس صنف این مبلغ متفاوت است. به عنوان حق بیمه می‌پردازند. (۱۹) بنابراین دریافت حق بیمه ثابت بدون توجه به میزان حقوق در کشور تایلند هم به هنگام ایجاد نظام بیمه همگانی سلامت ایجاد شد. با این تفاوت که این حق بیمه تنها برای کسانی بود که شغل آنها مزد و حقوق بگیر رسمی یا کارمند نبودند. کارمندان و مزد و حقوق‌بگیران درصدی از حقوق و دستمزد را به عنوان حق بیمه می‌پردازند. و نمی‌شد میزان درآمد آنان را به درستی مشخص کرد. علاوه بر این تایلند برای همه هم یک میزان ثابت حق بیمه مشخص نکرده است بلکه افراد بر اساس گروه صنفی گروه‌بندی شده‌اند و گروه‌هایی که متوسط درآمدی بالاتری دارند حق بیمه ثابت آنها بالاتر است. با این وجود باز هم تایلند نگران تاثیر استفاده از سرانه به عنوان روشی برای تأمین مالی بخش بهداشت و درمان خود است. (۱۹) دو تفاوت واضح بین نظام سرانه در کشور ما و تایلند این است که تایلند از این روش برای بخش رسمی اقتصاد خود استفاده نکرده است و علاوه بر این برای بخش غیررسمی اقتصاد هم مبلغ را بر اساس گروه‌های مختلف صنفی و متوسط درآمد آنها متفاوت فرض کرده است.

شواهد بالا نشان می‌دهد که نظام تأمین مالی سلامت در ایران به صورت کلی غیرعادلانه است. البته شواهد زیادی در این زمینه برای مقایسه با ایران در کشورهای در حال توسعه وجود ندارد. (۲۲) اما با همین مطالعه‌های محدود هم می‌توان گفت که به صورت کلی در کشورهای در حال توسعه، خانواده‌های فقیر درصد بیشتری از درآمد خود را به نسبت خانواده‌های ثروتمند برای بهداشت و درمان صرف می‌کنند. (۲۲، ۲۳)

ذ) غیرعلمی بودن روش محاسبه حق بیمه

به جز صندوق تأمین اجتماعی که محاسبه حق بیمه آن بر اساس محاسبه‌های اکچوئری است، روش محاسبه سرانه در بقیه سازمان‌های بیمه‌ای مبتنی بر روش‌های شناخته شده علمی نیست. میزان سرانه که ملاک تأمین مالی سایر سازمان‌های بیمه‌ای است، هر ساله تغییر می‌کند و میزان درآمد آن نیز برای این سازمان‌ها قابل پیش‌بینی نیست چون کاملاً مبتنی بر سیاست دولت

است.^۱ نتایج پژوهش حاکی از این است که عوامل مختلفی بر میزان سرانه مؤثر است که برخی از آنها به شرح زیر است، این عوامل حاکی از غیرعلمی بودن نحوه محاسبه سرانه است:

۱. عوامل قانونی به لحاظ قانونی ماده ۸ و ۹ قانون بیمه همگانی مبنای تعیین سرانه را مشخص کرده است؛
۲. میزان هزینه‌های سال قبل به عبارتی روند هزینه‌های سال گذشته، میزان منابع سال بعد را مشخص می‌کند؛
۳. خدمات تحت پوشش و همچنین عمق پوشش؛
۴. میزان بودجه دولت، میزان منابع؛
۵. نظر دولت و مجلس؛
۶. عمق پوشش، تعرفه؛
۷. سطح اقتصادی اجتماعی؛
۸. اولویت بهداشت و درمان و بیمه در سیاست‌های کلی دولت

این در حالی است که میزان سرانه باید بر اساس سطح خدماتی که باید تحت پوشش قرار گیرد مشخص شود. سپس توانایی جامعه بر اساس سنجش‌های علمی محاسبه شده و اگر اختلافی بین این دو رقم وجود داشت توسط دولت پر شود.

ر) مشکل‌های مرتبط با نقش دولت در تأمین مالی

دولت ایران برجسته‌ترین نقش را در تأمین مالی بخش سلامت به عهده دارد. به صورت خلاصه تعهدات دولت به شرح زیر است:

۱. حداقل ۱۰ درصد از منابع مالی تأمین اجتماعی؛
۲. پرداخت سهم کارفرمایی در بیمه کارکنان دولت و نیروهای مسلح؛
۳. در بیمه روستاییان و بیمه بستری شهری به تقریب تمام هزینه‌ها را پرداخت می‌کند؛
۴. در صندوق بیمه اقشار خاص بین ۷۰ تا ۱۰۰ درصد منابع را پرداخت می‌کند؛
۵. در بیمه درمان کمیته امداد امام خمینی (ره) بخشی از حق بیمه را پرداخت می‌کند؛

البته محاسبه‌های سازمان تأمین اجتماعی هم بسیار قدیمی است و بسیاری از مشارکت‌کنندگان اعتقاد داشتند که باید محاسبه‌ها تعدیل شود زیرا بافت جمعیت‌شناختی و همچنین بیماری‌ها در طول این مدت تغییرهای زیادی کرده است.

۶. به سازمان‌های ارائه‌کننده خدمات مانند بیمارستان‌های دولتی به صورت مستقیم بودجه پرداخت می‌کند.

در بخشی که دولت نقش تأمین‌کننده مالی را به عهده‌دارد نظام بیمه‌ای ما با مشکل‌های زیر مواجه است:

۱. اختلاف در مورد میزان تعهدات

میزان بدهی‌های دولت به صندوق تأمین اجتماعی جزء مواردی است که اختلاف بر سر آنها وجود دارد و دلیل آن هم مشخص نبودن دقیق تعداد بیمه‌شده‌های صندوق تأمین اجتماعی است. این مشکل هم از نبود بانک اطلاعات مورد وثوق دو طرف ناشی می‌شود. علاوه بر این نبود بانک اطلاعات جامع باعث شده که همپوشانی زیادی بین سازمان‌های آمار سازمان‌های مختلف بیمه‌ای وجود داشته باشد و این سازمان‌ها بتوانند منابع دولتی بیشتری دریافت کنند.

۲. بی‌عدالتی در پرداخت تعهدات

در بیمه درمان کارکنان دولت و نیروهای مسلح و سایر بیمه‌هایی که دولت نقش کارفرما را به عهده‌دارد ملاک محاسبه‌ها به صورت سرانه‌ای گذاشته شده است. این موضوع باعث شده که سهم کارفرما (در اینجا دولت) نسبت به کارفرمایانی که به صندوق تأمین اجتماعی حق بیمه پرداخت می‌کنند کاهش یابد. علاوه بر این خود ملاک سرانه‌ای حق بیمه باعث شده که دولت هر ساله هر شکل که بخواهد میزان سرانه را بالا یا پایین ببرد. بنابراین یک نوع بی‌عدالتی از نظر پرداخت حق کارفرمایی دولت به نسبت سایر کارفرمایان وجود دارد.

۳. عدم شفافیت جریان‌های مالی

دولت قسمتی 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 باعث می‌شود که میزان پرداخت دولت در بخش بهداشت و درمان کاهش یابد. به دو دلیل، 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 به عبارتی مفهوم تجمیع ریسک در این قسمت زیر سؤال می‌رود.

هم‌چنین پرداخت‌های دولت در بخش‌های حمایتی و بیمه‌ای به صورت کامل قابل تفکیک نیست. این موضوع باعث تضعیف سازمان‌های بیمه‌ای می‌شود. به عنوان مثال دولت در کمیته امداد، روستاییان و هم‌چنین بیمه بستری شهری و نیز بخشی از بیمه سایر اقشار را در قالب حمایت می‌پردازد. اما این منابع را جزء منابع بهداشت و درمان محاسبه می‌نمایند در حالی که قسمت اعظم این منابع حمایت اجتماعی است نه بیمه اجتماعی.

۴. هدف‌مند نبودن یارانه‌ها

نبود نظام جامع شناسایی میزان درآمد افراد در کشور باعث شده که بیمه‌های درمان برای شناسایی اقشار آسیب‌پذیر از سایر ملاک‌ها مانند ملاک جغرافیایی، سن، عضویت در گروه‌های خاص و... استفاده کنند. این ملاک‌ها در عین سادگی دچار مشکلاتی همچون هدفگیری ناکامل می‌شود. به عنوان مثال در بیمه روستایی و هم‌چنین بیمه بستری شهری به دلیل نبود نظام برآورد درآمد و هم‌چنین گروه‌بندی افراد بر اساس ملاک جغرافیایی میزان هدررفتن یارانه‌ها بسیار زیاد است. علاوه بر این بخش از یارانه‌هایی که به افراد تحت پوشش کمیته امداد و هم‌چنین بهزیستی تعلق می‌گیرد که به دلیل عدم هماهنگی بین این دو سازمان و موازی‌کاری برای پوشش برخی گروه‌ها، هدر می‌رود. دولت با هدف کاهش این موضوع و افزایش هماهنگی سازمان‌های بیمه‌ای اقدام به تشکیل وزارت رفاه و تأمین اجتماعی کرده است اما نتایج پژوهش حاکی از این است که این وزارتخانه نتوانسته است موفقیت چندانی در کاهش موازی‌کاری و افزایش کارایی سازمان‌های حمایتی و بیمه‌ای داشته باشد.

بسیاری از کشورها برای دستیابی به هدفمندی یارانه‌ها، افزایش کیفیت تأمین مالی و ارائه خدمات، سعی می‌کنند تا نظامی برای شناسایی میزان توانایی افراد برای پرداخت ایجاد کنند. (۲۳، ۲۴) البته ایجاد این نظام نیاز به یک زیرساختار بسیار قوی دارد که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه در دسترس نیست. بنابراین سایر روش‌ها مانند شناسایی گروه‌های نیازمند مدنظر قرار می‌گیرد البته این روش هم اگر به درستی مدیریت و پایش نشده و شاخص‌های درستی برای آن تعریف نشود می‌تواند باعث هدررفتن منابع مالی شود. استفاده از شاخص‌های پایش هم تا زمانی مفید است که هزینه‌های مدیریتی استفاده از آنها قابل توجهی باشد (۲۴) بنابراین به نظر می‌رسد که ایران باید با استفاده از نظام‌های موجود و هم‌چنین

پایه‌سازی نظامی برای شناسایی توانایی افراد برای پرداخت که از نظر مالی ه باشد میزان هدر رفتن یارانه‌ها را کاهش دهد. علاوه بر این جلوگیری یا کاهش د حوزه پوشش افراد بی‌بضاعت، می‌تواند به میزان زیادی هزینه‌های این بخش را ک حال حاضر نظام بیمه‌ای کشور می‌تواند از اطلاعات موجود مانند اطلاعات ن هم‌چنین اطلاعات مربوط به افرادی که در صف انتظار سازمان‌های حمایتی هست امداد به میزان زیادی افراد بی‌بضاعت را شناسایی کرده و آنها را تحت پوشش قرار دهد.

س) زیاد بودن میزان پرداخت از جیب

نتایج این پژوهش حاکی از این است که به تقریب تمامی جامعه مورد پژوهش ا: که میزان پرداخت از جیب در طول چند سال گذشته باوجود هدف برنامه چه افزایش داشته است. البته به دلیل عدم انجام بررسی علمی شواهد مستدل علمی وجود ندارد. مهم‌ترین دلایل زیاد بودن پرداخت از جیب در کشور از دیدگاه ش در پژوهش به شرح زیر است:

۱. عدم پوشش یا پوشش ناکافی خدمات

گسترده بودن بسته خدمتی (باز بودن بسته خدمتی) باعث می‌شود که با وجود مبنی بر محدود نبودن بسته خدمتی داده می‌شود، به هنگام دریافت خدمت تو، بسیاری از خدمات به دلایل مختلف از جمله ناتوانی سازمان‌های بیمه‌ای برای قرار دادن آن، تحت پوشش کامل نبوده یا تعهد سازمان‌های بیمه‌ای نسبت به باز کم باشد. بر اساس قانون، سازمان‌های بیمه‌ای موظفند تمامی خدمات ضروری م را تحت پوشش داشته باشند. اما به دلیل این که این سازمان‌ها توانایی مالی : گرفتن تمام خدمات را ندارند در عمل بسیاری از خدمات را از پوشش خود خار میزان تعهدات خود را درمورد آنها کاهش داده‌اند. اما با این روش خدماتی بیش خارج می‌شود که هزینه بیشتری به نظام بیمه تحمیل می‌کند نه خدماتی کمتری دارند. حتی در کشورهایی که پوشش همگانی خدمات سلامتی دارند اگر

۱. بر طبق برنامه چهارم توسعه میزان پرداخت از جیب باید در طول این برنامه از ۵۱ درصد به ۰ می‌یافت.

کوچک باشد یا محتوی خدمات هزینه‌اثربخش نباشد، منجر به مواجه شدن مردم با د کمرشکن می‌شود. (۲۵) بنابراین لازم است که بسته خدمتی با دیدگاهی علمی تعیین ش خدماتی که ضرورت دارند و خدماتی که خطر مالی زیادی برای جامعه ایجاد می‌کنند. علاوه بر این، برای جلوگیری از هزینه‌های کمرشکن بسته خدمتی و عمق پوشش مطابق با نیاز گروه‌های مختلف جمعیتی متفاوت باشد زیرا توانایی مالی افراد برای هزینه‌ها با همدیگر متفاوت است و آمارها نشان داده که به هنگام بررسی هزینه‌های بیم درمان، باید کلیه هزینه‌ها حتی هزینه ایاب و ذهاب افرادی که در مناطق دورتر به م خدمت زندگی می‌کنند تحت پوشش بیمه باشد.

۲ بازپرداخت ناکافی به ارائه‌کنندگان (تعرفه غیرواقعی و پرداخت‌های زیرمیزی) در بسیاری از کشورها، بازپرداخت سازمان‌های بیمه‌ای بر اساس جدول تعرفه رسمی می‌گیرد. (۲۶) این تعرفه‌ها باید بر اساس هزینه خدمات محاسبه شود. در بسیاری از تعیین تعرفه باعث ایجاد نارضایتی در بین ارائه‌کنندگان خدمت شده است. زیرا اعتقاد دارند که تعرفه تعیین شده حتی به سختی هزینه‌های ارائه خدمت را جبران می‌کند. این ارائه‌کنندگان برای افزایش درآمد خود یا خدماتی را به بیماران ارائه می‌کنند. پوشش بیمه نباشد و این موضوع باعث افزایش پرداخت از جیب می‌شود. (۲۶) پژوهش هم نشان می‌دهد که تعرفه‌های تعیین شده توسط دولت در ایران هم غیرواقعی بودن تعرفه از دیدگاه جامعه مورد پژوهش باعث افزایش پرداخت از جیب شدن افراد با هزینه‌های کمرشکن می‌شود. یعنی سازمان‌های بیمه‌ای یک مبلغی را خدمتی مشخص می‌کنند و می‌گویند که ما با این قیمت حاضریم این خدمت را بخر؛ طور معمول به دلیل پایین بودن سرانه، کمتر از قیمت واقعی آن است - اما فروشند، این مبلغ را نمی‌پذیرد و برای جبران هزینه‌های خود، تفاوت تعرفه با میزان مورد نظر از مشتری یا بیمار دریافت می‌کند.

یکی از دلایل غیرواقعی بودن میزان تعرفه این است که در قانون بیمه همگانی م با هم ارتباطی ندارند. به صورت نادرست به یکدیگر ارتباط داده شده‌اند. بر اساس همگانی سرانه بر مبنای میزان توانایی پرداخت مردم و تعرفه باید بر اساس میزان سر شود. در حالی که سرانه باید بر اساس میزان توانایی پرداخت مردم و تعرفه بر مبن

تمام شده پرداخت گردد و فاصله این دو توسط دولت پر شود در حالی که در حال حاضر این فاصله توسط مردم پر می‌شود. (۲۷) که نتیجه آن پرداخت از جیب بالاتر است.

۳. ناکارآمدی نظام مدیریت مصرف

نظامی برای کنترل میزان مصرف جامعه و واقعی کردن آن (نظام ارجاع، پزشک خانواده، گروه‌بندی خدمات و...) وجود ندارد. بنابراین سازمان‌های بیمه‌ای در یک جا پول مصارف غیرضروری را می‌دهند و درجایی هم خدماتی که واقعاً مورد نیاز جامعه است را پرداخت نمی‌کنند. یعنی تقاضای القایی توسط پزشکان زیاد شده و پزشکان به دلیل این که تعرفه برایشان صرف نمی‌کند اقدام به تولید خدمات غیرضروری به نرخ تعرفه می‌نمایند که میزان پرداخت بیماران به صورت فرانشیز را چند برابر می‌کند یا پزشکان این کمبود را با گرفتن پول مابه التفاوت تعرفه مورد نظر خود و تعرفه بیمه به صورت مستقیم از بیماران جبران می‌نمایند که در هر دو حالت میزان پرداخت از جیب بیماران افزایش خواهد یافت.

ش) مشکل‌های مرتبط با سازماندهی نظام

۱. گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها^۱

سازمان جهانی بهداشت ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها دانسته است (۲۸) چندپارگی صندوق‌ها ممکن است باعث شود که گروه‌هایی از جامعه به خصوص اقشار کم‌درآمد در برابر خطر مالی ناشی از بیمار شدن کمتر محافظت شوند زیرا صندوق این افراد درآمد کمتری داشته و بسته خدمتی آن هم محدودتر خواهد بود. (۲۹) برخی از کشورها اجازه می‌دهند که صندوق‌های بیمه‌ای زیادی در کشور ایجاد شود با این دیدگاه که رقابت بین صندوق‌ها باعث افزایش کیفیت خدمات و کاهش هزینه‌ها خواهد شد. اما این نوع سازماندهی نیاز به ایجاد استانداردهای مناسب و نظارت زیادی دارد تا از مشکل‌های مانند انتخاب معکوس و خامه‌گیری جلوگیری شود. (۳۰)

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که صندوق‌های متعددی در بیمه سلامت ایران با مبنای متفاوت برای عضویت وجود دارند که عبارتند از: صندوق کارکنان دولت، صندوق خویش‌فرمایان، صندوق تأمین اجتماعی، صندوق بیمه نیروهای مسلح، صندوق بیمه روستایی

و بیمه بستری شهری، صندوق سایر اقشار، کمیته امداد امام (ره) و سایر صندوق‌های خرد (در حدود ۱۸ مورد).

بنابراین صندوق‌های بیمه‌ای ایران سازماندهی گسیخته‌دارند. علاوه بر این، میزان منابع مالی این صندوق‌ها یا به عبارتی همان سرانه هم در این صندوق‌ها با همدیگر متفاوت است مثلاً در صندوق بیمه روستایی و صندوق بیمه بستری شهری میزان سرانه در حدود نصف صندوق‌هایی مانند بیمه کارکنان دولت و نیروهای مسلح است که در برخی از صندوق‌ها این اختلاف بسیار زیادتر هم هست.

به صورت کلی یکی از راه‌های افزایش پوشش بیمه‌ای و دستیابی به پوشش همگانی به خصوص در کشورهای در حال توسعه کاهش میزان گسیختگی صندوق‌ها و ترکیب کردن صندوق‌های فقیر با صندوق‌هایی است که درآمد بالاتری دارند مانند صندوق کارمندان دولت و کارگران بخش رسمی اقتصاد و متمرکز کردن تجمع خطر یا ایجاد سازوکار یکسان کردن خطر^۱ است (۲۳). برنامه یکسان کردن خطر می‌تواند از تأثیرهای مخرب انتخاب معکوس - اگر رقابت بین صندوق‌های بیمه‌ای وجود داشته باشد - جلوگیری نماید. (۳۱) در کشور تایوان، با وجود این که منابع مالی حمایتی مختلفی وجود داشت اما از سال ۱۹۹۵ اقدام به ترکیب کردن صندوق‌ها و ایجاد صندوق‌های کمتر کرده است و در نهایت این کشور در نظر دارد تا یک صندوق بیمه‌ای جامع در برنامه بلندمدت ایجاد کند. کشور کره جنوبی هم که تحت تأثیر موفقیت تایوان در این زمینه قرار گرفته است صدها صندوق بیمه‌ای خود را ترکیب کرده و در سال ۲۰۰۱ یک صندوق واحد بیمه‌ای برای تمام مردم کشور ایجاد کرده است. (۳۲)

با توجه به یافته‌های بالا به نظر می‌رسد ایران نیز باید به سمت کاهش تعداد صندوق‌های بیمه‌ای خود یا ایجاد سازوکار یکسان‌سازی خطر در بین صندوق‌ها پیش برود تا بتواند سازماندهی خود را در جهت افزایش پوشش و دسترسی به پوشش همگانی بیمه‌ای تنظیم نماید البته این موضوع پیش‌نیاز هم‌داری و آن این است که باید ابتدا نظام تأمین مالی صندوق‌ها یکسان شود. یعنی صندوق‌هایی که نظام تأمین مالی سرانه دارند باید حداقل به نظام درصدی از حقوق و دستمزد تبدیل شوند. بدون انجام این پیش‌نیاز، ترکیب کردن صندوق‌های متعدد

1. Risk Equalization

دولین برنامه براساس یک سازوکار معین، صندوق‌هایی که درآمد بیشتر و هزینه کمتری دارند در هزینه‌های سایر صندوق‌های پرخطر مشارکت می‌کنند.

جریان یارانه متقاطع را معکوس کرده و میزان منابع بخش بهداشت و درمان را کاهش خواهد داد.

۲. اجباری نبودن عضویت

به هنگام اختیاری بودن بیمه، در نهایت دو گروه بدون بیمه خواهند ماند یک گروه کسانی هستند که توانایی خرید بیمه را ندارند یا در عین توانایی نسبی، فرهنگ بیمه‌ای در آنها وجود ندارد و این افراد به هنگام بیماری با مشکلات بیشتری مواجه شده و جامعه را هم با مشکلات بیشتری مواجه می‌کنند و گروه دوم افراد ثروتمندی هستند که نیازی به خرید بیمه ندارند یا فرهنگ بیمه در آنها وجود ندارد. بنابراین افراد ثروتمند در هزینه‌های مرتبط با سلامت اجتماع مشارکت نمی‌کنند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که صندوق‌هایی که عضویت در آنها اجباری است، عبارتند از: صندوق تأمین اجتماعی، صندوق کارکنان دولت و نیروهای مسلح. سازوکار بیمه روستایی هم به گونه‌ای قرار داده شده که همه تحت پوشش قرار گیرند اما سازوکار اجباری در این صندوق وجود ندارد. در بقیه صندوق‌ها عضویت حالت اجبار ندارد به تقریب تمامی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش اعتقاد دارند که دستیابی به پوشش همگانی با نظام بیمه اجتماعی بدون ایجاد سازوکار اجباری بودن امکان نخواهد داشت و تجربه هم نشان داده است که هر جا بیمه اجباری است از نظر تجمیع منابع و همچنین تأمین هزینه‌های سلامت کشور با مشکلات کمتری مواجه بوده‌ایم یافته‌های مطالعه‌های مشابه هم حاکی از این است که دولت برای دستیابی به هدف پوشش همگانی باید بیمه را اجباری کند. (۳۳، ۳۱) البته یکی از پیش‌نیازهای این موضوع برقراری نظام شناسایی افراد نیازمند است.

ص: مشکلات مرتبط با بسته خدمتی

۱. عدم تعیین بسته خدمتی پایه: *پوشش‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی*
 به هنگام مطالعه تعریف سازمان جهانی بهداشت از پوشش همگانی بیمه (۳۳) می‌بینیم که تعریف پوشش از دیدگاه این سازمان بدین گونه است: "دسترسی به عوامل کلیدی ارتقا دهنده، پیشگیرنده، درمان‌کننده و توانبخشی سلامت برای تمام مردم با هزینه قابل تحمل از راه عدالت در دسترسی". آن چیزی که از این تعریف برای مبحث پوشش همگانی اهمیت بیشتری دارد این است که بحث پوشش همگانی علاوه بر این که بحث تمام مردم را مطرح

می‌کند. اشاره اصلی را به بحث قابل تحمل بودن هزینه‌های این پوشش یا عمق پوشش در سه بخش پیشگیری، درمان و توانبخشی می‌دهد. یعنی پوشش همگانی از دو بخش تشکیل شده است بخش اول پوشش مردم و بخش دوم پوشش خدمات (۱). بنابراین پوشش خدمات یا بحث بسته خدمتی یکی از دو جزء اصلی پوشش همگانی است.

از دیدگاه علمی وقتی بحث بیمه مطرح می‌شود بحث بسته خدمتی هم به همراه آن ایجاد می‌شود. زیرا منابع محدود و نیازهای نامحدود باعث می‌شود که میزان خدماتی که لازم است ارائه شود بر اساس این منابع تعیین شود بنابراین اولویت‌بندی نیازها یعنی خدماتی که سلامتی بیشتری در جامعه ایجاد می‌کنند یا بیشتر مورد نیاز جامعه هستند اهمیت پیدا می‌کند. در صورتی که این بسته تعیین نشود منابع مالی محدود ممکن است صرف خدماتی شود که اهمیت کمتری داشته یا سلامتی کمتری در جامعه ایجاد می‌کند.

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که بسته خدمتی تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌ای ایران که بر اساس قانون صندوق تأمین اجتماعی و قانون بیمه خدمات درمانی تعیین شده بسته‌ای بسیار گسترده است که تمامی خدمات به جز موارد استثنا را تحت پوشش قرار می‌دهد. (۳۴)

دیدگاه‌های مختلفی در مورد تعیین بسته خدمتی در جهان وجود دارد برخی تنها یک بسته خدمتی معین کرده‌اند که تمام افراد کشور می‌توانند از آن برخوردار شوند. برخی هم یک بسته خدمتی پایه و یک بسته خدمتی برای خدماتی که هزینه کم‌رشدن دارند تعیین کرده‌اند. (۳۲) سازمان جهانی بهداشت به کشورهای در حال توسعه‌ای که هدف رسیدن به پوشش همگانی دارند روش اول را پیشنهاد می‌کند. (۲۸) بانک جهانی هم قویاً پیشنهاد می‌کند که هر کشور یک بسته خدمتی پایه بر اساس توانایی پرداخت کشور طراحی کند. (۳۲) یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد قوانین ایران که بسته خدمتی بر اساس آنها گذاشته شده است همه بسته خدمتی را بسیار باز در نظر گرفته‌اند یعنی بر اساس این قوانین تمام خدمات ضروری باید تحت پوشش قرار گیرد. (۳۴، ۳۵)

به صورت کلی باید توجه داشته باشیم که به دلیل محدودیت منابع هیچ‌گاه بسته خدمتی نامحدود نخواهد بود زیرا به دلیل محدود بودن منابع نامحدود بودن آن غیرممکن است. بنابراین به صورت کلی می‌توان گفت که ایران دارای بسته خدمتی در بخش درمانی هم هست اما این بسته با سازوکار علمی تعیین نشده است.

۲. مسائل غیرعلمی مؤثر بر محتوای بسته خدمتی

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، کشور ایران دارای بسته خدمتی که با سازوکارهای علمی هزینه‌اتربخشی خدمات- تعیین شده باشد نیست بنابراین تعیین نشدن بسته به صورت نظام‌مند باعث شده که سایر عوامل دخیل در نظام سلامت که به طور عمده غیرعلمی هستند تعیین‌کننده بسته خدمتی باشند. این عوامل عبارتند از:

۱. منافع ارائه‌کنندگان خدمت. ارائه‌کنندگان سعی می‌کنند از بین روش‌های موجود برای ارائه خدمت روشی را انتخاب کنند که برایشان درآمد بیشتری به همراه داشته باشد.
۲. محدودیت‌های مالی سازمان‌های بیمه‌ای باعث شده که این سازمان‌ها بیشتر به خدماتی تمایل داشته باشند که هزینه کمتری داشته و به تعداد بیشتری افراد خدمت ارائه کند تا میزان رضایت مردم افزایش یابد. در حالی که این موضوع خلاف کارکرد بیمه‌های اجتماعی است. بیمه‌های اجتماعی باید در خطرهای بالا پوشش داشته باشند تا به بیمه‌شده‌ها در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن کمک کنند.
۳. فشارهای سیاسی، گروه‌هایی که نفوذ سیاسی بیشتری داشته باشند می‌توانند خدماتی را وارد بسته خدمتی سازمان‌های بیمه‌ای کنند.
۴. تقاضای بیمه‌شدگان یا فشارهای اجتماعی
۵. منافع شرکت‌های ارائه‌کننده تجهیزات و دارو

در حالی که بسته خدمتی پایه، باید بر اساس مهمترین مشکلات سلامت کشور و خدماتی که بیشتر نقش پیشگیری دارند تعیین شود. (۳۶)

ض) مشکل‌های مرتبط با مدیریت نظام تقاضا

۱. عدم کنترل تقاضا

استفاده از نظام ارجاع یا پزشک خانواده به طور گسترده توسط نظام‌های بیمه‌ای کشورهای مختلف استفاده شده است. (۳۷) در این نظام دسترسی به متخصصین از طریق ارائه‌کنندگان خدمات اولیه محدود می‌شود. (۳۸)

یافته‌ها حاکی از این است که نظام ارجاع یا پزشک خانواده جمعی در ایران وجود ندارد. یعنی به صورت کلی ما در کشور نظام مدیریت تقاضا نداریم و بیمار به هر تخصصی دوست داشت می‌تواند مراجعه کند. این امر باعث می‌شود که از یک سو بیمار در پیچ و خم نظام

بهداشت و درمان کشور سرگردان شود و از سوی دیگر فقط بیمار به هنگام مراجعه به نظام بهداشت و درمان تحت نظارت نظام باشد و در سایر موارد رها بوده و نیازهای بهداشتی درمانی وی مورد توجه و پایش قرار نگیرد و همچنین مراجعه افراد به تخصص‌های گوناگون برای تشخیص باعث هدر رفتن منابع سازمان‌های بیمه‌ای و همچنین افزایش پرداخت از جیب و مواجه شدن افراد با هزینه‌های کمرشکن شود. علاوه بر این مراجعه افراد به متخصصین برای بیماری‌های ساده، باعث افزایش هزینه‌های نظام بهداشت و درمان می‌شود.

به صورت کلی مشارکت‌کنندگان در این پژوهش اعتقاد دارند که نظام بهداشت و درمان ما به اندازه کافی پول برای سلامتی خرج می‌کند اما در جایی این پول را برای مراجعه‌های غیرضروری یا نادرست افراد می‌پردازد و در جایی نیازهای اساسی مردم را پوشش نمی‌دهد. شواهد اولیه حاکی از این است که یک برنامه بیمه‌ای دارای نظام دروازه‌بانی می‌تواند تا ۶ درصد هزینه کل برنامه را نسبت به برنامه بدون این سازوکار کاهش دهد. اما اختلاف زیادی در هزینه‌های بستری [هزینه‌های ضروری] ایجاد نمی‌کند. (۳۸)

۲. نبود دستورالعمل‌های درمانی استاندارد

علاقه به تدوین دستورالعمل‌های درمانی استاندارد موضوعی است که سال‌هاست در سطح بین‌المللی مورد توجه قرار گرفته است. دلایل مختلفی برای این موضوع وجود دارد از جمله: افزایش هزینه‌های بخش بهداشت و درمان، اختلاف در نحوه ارائه خدمات - که در خیلی از موارد می‌تواند باعث ارائه خدمات نادرست به بیماران شود- و علاقه پزشکان به ارائه و علاقه بیماران به دریافت خدمات مناسب. (۳۹) دستورالعمل‌های درمانی با ترکیب کردن اولویت‌ها یا ارزش‌های مورد نظر متخصصین و بیماران با شواهد علمی می‌تواند تصمیم‌های درمانی را مستدل، عینی و واضح کرده و اختلاف‌های بین ذی‌نفعان را در این مورد کاهش دهد. (۴۰)

از دیدگاه جامعه مورد پژوهش، نبود دستورالعمل‌های درمانی استاندارد باعث شده که سازمان‌های بیمه‌ای نتوانند از نظر کیفیت خدمات و همچنین هزینه‌های تحمیلی به نظام ارائه‌کنندگان خدمات را کنترل کنند. البته سکوت قانون در مورد نظارت سازمان‌های بیمه‌ای بر کیفیت خدمات باعث شده است که نظارت سازمان‌های بیمه‌ای بر ارائه‌کنندگان با مشکل مواجه شود. علاوه بر این خود سازمان‌های بیمه‌ای هم تا کنون کار زیادی برای تدوین این پروتکل‌ها انجام نداده‌اند.

افزایش هزینه‌های بهداشتی درمانی و تفاوت در نحوه درمان با این پیش فرض که این تفاوت‌ها باعث کاهش کیفیت درمان می‌شود و تمایل ذاتی ارائه‌دهندگان و بیماران به داشتن خدمات با کیفیت باعث تمایل به استفاده از دستورالعمل‌های درمانی در سطح بین‌المللی شده است. (۳۹) بنابراین به صورت کلی به نظر می‌رسد که سازمان‌های بیمه‌ای لازم است با تشکیل گروه‌های تخصصی و تدوین دستورالعمل‌های استاندارد هزینه‌های خود را کنترل کرده و کیفیت ارائه خدمات را هم تحت نظر بگیرند.

۳. نبود نظام ارزیابی فناوری

نظام‌های سلامت در جهان با مشکلاتی همچون نیاز به استفاده منطقی از منابع بخش بهداشت و درمان و بهبود مداوم مواجه هستند لذا فناوری‌های ارائه شده در بخش بهداشت و درمان باید مورد بررسی قرار گیرد. (۴۱) در یک رویکرد نظام‌مند، سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان باید با بررسی عملی تصمیم بگیرند که آیا یک فناوری برای بیماران کشور مناسب هست؟ آنگاه بر اساس این بررسی‌ها آن را توسط بیمه‌ها پوشش دهند. (۴۱) مثلاً کشور کره جنوبی با هدف اولویت‌بندی پوشش خدمات و استفاده منطقی از منابع بخش بهداشت و درمان اقدام به تأسیس مرکزی برای ارزیابی فناوری بخش سلامت نموده است. (۴۱، ۴۶)

یافته‌های پژوهش حاکی از این است که فناوری سلامت بدون انجام هیچ نوع ارزیابی وارد بازار سلامت ایران می‌شود و سازمان‌های بیمه‌ای هم به تبع در همان زمان یا بعد از مدتی در اثر فشار تقاضای مصرف‌کننده مجبورند که هزینه‌های آن را پردازند. این در حالی است که بسیاری از نوع شیوع بیماری‌ها و نوع فناوری مورد نیاز برای درمان آنها روش‌های اقتصادی‌تری هم دارد. در حال حاضر بسیاری از خدمات بسیار پیشرفته و گران قیمت وارد بازار سلامت ایران می‌شود و پزشکان و بیماران وابسته به آن می‌شوند و به مرور زمان سازمان‌های بیمه‌ای هم به دلیل عدم داشتن نظام ارزیابی فناوری و در اثر فشار تقاضا مجبور به پرداخت هزینه‌های آن هستند.

بنابراین به نظر می‌رسد تدوین نظام ارزیابی فناوری‌های سلامت یکی از نیازهای کشور در زمینه کنترل هزینه و بهبود کیفیت و دستیابی به پوشش همگانی پایدار بیمه باشد.

ط) مشکلات قانون

قانونگذاری یکی از مهم‌ترین مراحل هر برنامه است. مهم‌ترین موضوع در مسئله قانونگذاری برای بیمه این است که آیا در قانون اجبار بیمه گذاشته شود یا خیر؟ (۳۲) بند ۲۹ قانون اساسی، قانون تأمین اجتماعی و قانون بیمه همگانی ۳ قانونی هستند که در ایران به صورت مشخص به موضوع بیمه پرداخته‌اند. در این قوانین بیشتر بر وظیفه دولت تأکید شده اما اجبار دیده نشده است. اما قانون بیمه همگانی که به صورت مشخص وظیفه همگانی کردن بیمه را دارد از دیدگاه جامعه پژوهش‌دارای اشکال‌های زیر است:

۱. «اجباری نشدن بیمه» به عبارتی «در این قانون اجبار برای دولت و اختیار برای بیمه‌شده دیده شده است»؛
۲. ایجاد سازوکار تأمین مالی برای سازمان بیمه‌ای به صورت سرانه‌ای؛
۳. گسترده‌دیدن بسته خدمتی؛
۴. گسیختگی سازمان‌ها و صندوق‌های بیمه‌ای؛
۵. نادیده گرفتن تجربه‌های کشور در مورد تأمین مالی؛
۶. نگذاشتن ضمانت‌های اجرایی لازم در قانون؛
۷. در نظر گرفتن مبانی مختلف برای شناسایی گروه‌های جمعیت؛
۸. علاوه بر این وابسته‌کردن تأمین مالی به دولت که پایداری منابع آن را از بین برده است؛
۹. ارتباط نادرست تعرفه و سرانه و مشخص نشدن وضعیت بیمه‌های مکمل.

به صورت کلی می‌توان گفت که دستیابی به پوشش همگانی بدون استفاده از سازوکار اجبار قانون غیرممکن است. (۲۹، ۳۳) یافته‌های یک مطالعه تطبیقی در بین ۱۲ کشوری که در سال‌های اخیر توانسته‌اند به پوشش همگانی دست یابند از ساختار اجبار در قانون استفاده کرده‌اند. (۴۲) البته باید توجه داشت با وجود مهم بودن موضوع قانون، داشتن قانون خوب، دستیابی به هدف پوشش همگانی را تضمین نمی‌کند (۳۲) زیرا علاوه بر قانون منابع مالی کافی، مدیریت درست هم اجزای مهمی برای دستیابی به این هدف هستند. (۳۲) شواهد بالا نشان می‌دهد که ایران برای دستیابی به پوشش همگانی بیمه‌ای نیاز به بازبینی بندهایی از قانون بیمه همگانی کشور دارد.

ظ) نظام پرداخت

۱. حساس نبودن ارائه‌کنندگان 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 ارائه کنند که هزینه اثربخشی بالایی داشته باشد. بنابراین ارائه‌کنندگان خدمات تأثیر بسیار زیادی بر نوع و میزان مراقبت‌های سلامتی که مصرف می‌شود دارند. در این میان نحوه پرداخت به ارائه‌کنندگان تأثیر زیادی بر تصمیم‌گیری‌های درمانی آنها و کارایی و عدالت نظام بهداشت و درمان دارد. (۴۳)

در ایران به صورت عمده از روش کارانه و بودجه در بخش دولتی - برای پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات استفاده می‌شود. از دیدگاه جامعه مورد پژوهش روش کارانه، روش مخربی برای سازمان‌های بیمه‌ای به لحاظ مالی است. زیرا در حال حاضر نظام پرداخت به گونه‌ای است که به ایجاد بیماری بیشتر و بیمارتر بودن جامعه منافع مادی بیشتری برای پزشکان به همراه دارد. بنابراین ارائه‌کنندگان را تشویق به ارائه خدمات بهداشتی درمانی بیشتری می‌نماید. این ارائه‌کنندگان با تجویز بی‌مورد خدمات و تست‌های تشخیصی سعی در افزایش درآمد خود دارند علاوه بر این با هدف افزایش میزان رضایت مراجعه‌کنندگان خود سعی می‌کنند دارو و تست‌های تشخیصی زیاد برای آنان تجویز نمایند. علاوه بر این تحمیل هزینه به سازمان‌های بیمه‌ای تأثیری بر میزان درآمد آنها ندارد زیرا این ارائه‌کنندگان در سود و زیان سازمان‌های بیمه‌ای شریک نیستند یا به عبارتی حساس نسبت به هزینه^۱ نیستند.

یافته‌های سایر مطالعه‌ها هم نشان می‌دهد که روش کارانه باعث افزایش میزان ارائه خدمات و تغییر ترکیب ارائه خدمات می‌شود. زیرا پزشکان انگیزه بیشتر برای ارائه خدماتی دارند که سود بیشتری داشته باشد. (۴۴) روش پرداخت کارانه در تایوان در بین سال‌های ۱۹۸۰ تا ۱۹۹۴ مهم‌ترین عامل افزایش هزینه‌های سرانه بهداشت و درمان بوده است. در کشور کره هم به دلیل استفاده از نظام کارانه سهم هزینه‌های بهداشتی درمانی به عنوان درصدی از تولید ناخالص داخلی از ۲/۸ درصد در سال ۱۹۷۵ به ۴/۳ درصد در سال ۱۹۸۶ و ۷/۱ درصد در سال ۱۹۹۱ رسیده بود. (۴۵). این روند باعث شد که این کشورها و سایر کشورهای در حال توسعه به فکر استفاده از روش‌های جایگزین برای بازپرداخت به ارائه‌کنندگان باشند. (۴۵؛ ۲۶)

1. Cost Conscious

۲. هزینه‌های مدیریتی زیاد نظام پرداخت

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان در این پژوهش، روش کارانه از نظر مدیریتی، روش گرانی محسوب می‌شوند. بررسی تعداد افرادی که در سازمان‌های بیمه‌ای مشغول بررسی اسناد مالی هستند خود نشان‌دهنده این موضوع است. از دیدگاه مشارکت‌کنندگان با شریک کردن ارایه‌کنندگان در سود و زیان سازمان‌های بیمه‌ای یعنی تغییر نظام پرداخت به میزان زیادی هزینه‌های کنترل نسخ کاهش خواهد یافت.

برخی از کشورها از نظام تک پرداختی^۱ برای مدیریت هزینه‌های سلامت خود استفاده می‌کنند. (۴۴) این نظام در تایوان اطلاعات کاملی را در مورد هر کدام از ارائه‌کنندگان در اختیار سازمان بیمه‌ای قرار داد که بر اساس آن موارد احتمالی مانند ادعاهای دروغ، گزارش نادرست بیماری و تجویز بی‌مورد آزمایش‌ها قابل پیگیری است. (۴۴) تا قبل از ایجاد این نظام، ارائه‌کنندگان قادر بودند که برای یک نوع درمان خاص، از سازمان‌های بیمه‌ای مختلف مبالغ گوناگونی درخواست نمایند. اما این نظام، این نوع هزینه‌ها را کنترل کرد. (۴۴)

بنابراین با توجه به مباحث بالا تغییر نظام پرداخت در کشور کاملاً ضروری به نظر می‌رسد. روش‌های مختلف، پرداخت هر کدام دارای نقاط قوت و ضعفی است که باید به هنگام اجرا، آنها را مدنظر داشت علاوه بر این هر کدام از این روش‌ها پیش‌نیازها و زیرساختارهایی لازم دارد که باید به هنگام تصمیم‌گیری در مورد استفاده از آنها مدنظر قرار گیرند.

نتیجه‌گیری:

هر تغییری در نظام تأمین مالی ایران که هدف آن همگانی کردن پوشش باشد نیاز به یک دیدگاه نظام‌مند دارد این دیدگاه باید ضمن داشتن آگاهی کافی نسبت به مشکل، راه‌حل‌های ممکن را با توجه به تجربه‌های موجود در ایران و جهان شناخته و بتواند بهترین راهکار را برای آن انتخاب کند. علاوه بر این باید دقت کرد که انتخاب و استفاده از هر راهکاری، سایر بخش‌های نظام سلامت را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد زیرا تعادل موجود در نظام را به هم می‌زند. این تغییر در تعادل و توازن در صورتی که به همراه پیش‌بینی درست و برنامه‌ریزی صحیح برای اصلاح سایر بخش‌ها همراه نباشد به احتمال زیاد توأم با موفقیت نخواهد بود. با توجه به نتایج این تحقیق، به هنگام اصلاح در نظام تأمین مالی باید به تغییر در میزان پوشش

1. Single-Payer System

جمعیت، عمق پوشش، سازوکار دریافت منابع، سازماندهی نظام تأمین مالی، محتوا و عمق بسته خدمتی، نظام پرداخت، نظام مدیریت مصرف و خرید و هم‌چنین مسائل مدیریتی نظام از جمله قوانین و تعهد دولت توجه داشت.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع و مأخذ

منابع فارسی

۱. نقوی، محسن و حمید رضا جمشیدی، بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۸۱ جمهوری اسلامی ایران، انتشارات تندیس، تهران، ۱۳۸۴.
۲. خانه ملت، «گزارش آخرین دیدار خاتمی از مجلس، سایت مجلس شورای اسلامی»، تهران، ۱۳۸۴.
۳. ماهر، علی، «رابطه فقر و سلامتی در ایران»، فصلنامه علمی-پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۱۸، سال پنجم، پاییز ۱۳۸۴.
۴. ظاهری، علی، «بررسی نگرش پزشکان شهرستان بابل در زمینه توسعه و تعمیم بیمه همگانی خدمات درمانی ۷۷-۱۳۷۶»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، ۱۳۷۷.
۵. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور، تهران، ۱۳۸۳.
۶. دانش دهکردی، نوشین، بیمه همگانی خدمات درمانی از منظر قانون، تهران، سازمان بیمه خدمات درمانی و انتشارات علمی و فرهنگی، ۱۳۸۰.
۷. خانه ملت، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، سایت مجلس شورای اسلامی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع انگلیسی

1. Carrin, G., C. James, "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. Bayarsaikhan, D., "Current Challenges in Delivering Social Security Health Insurance, Current Needs and Challenges in Delivering Social Health Insurance in Asia and the Pacific Document Presentado en la Reunian de la AISS de", Directores de las Organizaciones de Seguridad Social de Asia y del Pacífico, Se-1, 2005, PP9-11.
3. Asgary A & K. Willis & AA. Taghvaei & M. Rafeian, "Estimating Rural Households Willingness to Pay for Health Insurance", The European Journal of Health Economics, 5(3): 2004, PP209-15.
4. Knaul FM & J. Frenk, "Health Insurance In Mexico: Achieving Universal Coverage Through Structural Reform", Health Aff, 24(6), 2005, P1467.
5. Tangcharoensathien V. & S. Wibulpholprasert & S. Nitayaramphong, Knowledgebased changes to health systems: the Thai Experience in Policy Development. Bulletin of the World Health Organization, 82(10),2004, PP750-6.
6. J.M.Morse and P.A.Field, Principles of data collection, Nursing research :the Application of Qualitative Approaches (2nd ed.), London, Chapman and Hall, 1996.
7. Lacey, A & D. Luff, "Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Analysis, Unpublished manuscript", Trent Focus 200.
8. Pope, C. & S. Ziebland & N. Mays, "Qualitative Research in Health Care: Analysing Qualitative Data", BMJ: British Medical Journal, 320(7227), 2000114.
9. Blewett, LA & MB. Good & KT. Call & M. Davern, Monitoring the Uninsured: a State Policy Perspective, J Health Polit Policy Law, Feb;29(1),2004, PP107-45.
10. Call, KT & M. Davern & LA. Blewett, Estimates of Health Insurance Coverage: Comparing State Surveys with the Current Population Survey, Health Aff (Millwood), 2007 Jan, 26(1), PP269-78.
11. Davern, M & J. Lepkowski & KT. Call & N. Arnold & TL. Johnson & K. Goldsteen, et al. Telephone Service Interruption Weighting Adjustments for State Health Insurance Surveys, Inquiry 2004;41(3), PP280-90.
12. Fronstin, P., Counting the Uninsured: a Comparison of National Surveys, EBRI Issue Brief, 2000 Sep, PP(225):1-19.

13. Coburn, AF & TD. McBride & EC. Ziller, Patterns of Health Insurance Coverage Among Rural and Urban Children, *Medical Care Research and Review* 2002;59(3), P272.
14. Huang, N, W. Yip & YJ. Chou & PJ.Wang, "The Distribution of Net Benefits Under the National Health Insurance programme in Taiwan", *Health Policy and Planning* 2006.
15. Rasell, E., "An Equitable Way to Pay for Universal Coverage", *International Journal of Health Services*,29(1), 1999, PP179-88.
16. Wagstaff, A & E. van Doorslaer, "Equity in Health Care Finance and Delivery", *Handbook of Health Economics*, 2000, 1, PP1803-62.
17. Cisse, B & S. Luchini & JP. Moatti, "Progressivity and Horizontal Equity in Health Care Finance and Delivery: What About Africa? *Health Policy*", 80(1), 2007, 51-68.
18. Ruger JP & D. Kress, "Health Financing And Insurance Reform In Morocco", *Health Aff*, 2007, 26(4), PP1009-16.
19. Bitran, R & J. Munoz & P. Aguad & M. Navarrete & G. Ubilla, "Equity in the Financing of Social Security for Health in Chile", *Health Policy*, 2000, 50(3), PP96-171.
20. Kawabata, K & K. Xu & G. Carrin, Preventing Impoverishment Through Protection Against Catastrophic Health Expenditure, *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, 80(8), P612.
21. Kwon, S., Payment System Reform for Health Care Providers in Korea, *Health Policy and Planning*, 2003, 18(1), PP84-92.
22. world health organization, "World Health Report 2000", *Health Systems: Improving Performance*, Geneva, Report No.: 328, 2000.
23. Carrin, G., Social Health Insurance in Developing Countries: A Continuing challenge, *International Social Security Review*, 2002;55(2), PP57-69.
24. Encinosa, W., "A comment on Neudeck and Podczeck's ôadverse selection and Regulation in Health Insurance Markets", *Journal of Health Economics*, 2001 ,20(4), PP667-73.
25. Barnighausen, T. & R. Sauerborn & "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(10), PP1559-87.
26. Pannarunothai, S. & D. Patmasiriwat & S. Srithamrongsawat, "Universal Health Coverage in Thailand: Ideas for Reform and Policy Struggling", *Health Policy* 2004, 68(1), PP17-30.

27. WHO Executive Board, "Social health insurance", World Health Organization, 2004 Feb 12. Report No.: EB115/8 115th Session, Provisional agenda item 4.5.
28. Schieber G. & N. Klingen, Islamic Republic of Iran, Health Financing Reform in Iran: Principles and Possible Next Steps, Tehran, Iran, Social Security Research Institute, Health Economic Congress, 1999.
29. Center for Global Development, "Improving the Health of the Poor in Mexico", World's Reproductive Health Literature 2007.
30. Pati S. & S. Shea & D. Rabinowitz & O. Carrasquillo, "Does Gatekeeping Control Costs for Privately Insured Children? Findings from the 1996 Medical Expenditure Panel Survey", Pediatrics, 2003 Mar, 111(3), PP456-60.
31. Martin, DP., "Effect of a Gatekeeper Plan on Health Services Use and Charges: a Randomized Trial", American Journal of Public Health, 79[12.1989.1632-1628], Am Public Health Assoc, Ref Type: Generic.
32. Eccles, M. & J. Mason, "How to Develop Cost-conscious Guidelines", Health Technol Assess, 2001;5(16) PP1-69
33. Meulen, RT. & D. Dickenson, "Into the Hidden World Behind Evidence-based medicine", Health Care Anal 2002;10(3), PP231-41.
34. Park, SH & SM. Lec, "Evidence-based Decision-making And Health Technology Assessment in South Korea", Value Health 2008 Mar;11 Suppl 1:S163-S164.
35. World Health Organization, "Social Health Insurance, Selected Case Studies from Asia and the Pacific", New Delhi: Regional Office for South-East Asia, 2005.
36. Pauly, M., "Insurance Reimbursement", Handbook of health economics, AJ. Culyer and JP. Newhouse, 2000., Amsterdam, Elsevier. Ref Type: Generic.
37. Lu, JFR & WC. Hsiao, "Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lessons From Taiwan", Health Aff 2003, 22(3), PP77-9.
38. Mills A. & S. Bennett & P. Siriwanarangsun & V. Tangcharoensathien, "The Response of Providers to Capitation Payment: a Case-study From Thailand", Health Policy 2000; 51(3), PP163-80.