

# The Role of Sustainable Economy Development on the Insurance Industry and Health

Beitollah Jafari<sup>1</sup>, Kheirollah Parvin<sup>1,2\*</sup>, Mohammad Sadeghi<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Law, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran

<sup>2</sup>Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran

<sup>3</sup>Department of Comparative Economic Law, Hormoz Studies and Research Center (Hormoz Research Institute), Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

**\*Corresponding Author:** Kheirollah Parvin Professor, Department of Public Law, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran and Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: khparvin@ut.ac.ir

**Received:** March 16, 2020

**Revised:** August 29, 2020

**Accepted:** September 9, 2020

**Online Published:** September 14, 2020

## Abstract

The present study explains and examines the role of sustainable economy development on the insurance industry and health with a case study of public and private health insurance in the Iranian legal system; Also, it pays attention only to the issue of health insurance and avoids entering into other aspects of social security and welfare, and intends to review the appropriate criteria for the implementation of basic health insurance in order to achieve universal insurance coverage and be assessed on the basis of priority. Paying attention to these areas, especially in developing countries, which face widespread resource constraints on the one hand and widespread health needs on the other, can strengthen organizational rationalism and planning and achieve greater resource utilization. The results of the present study indicate that cooperation between influential institutions is of great importance in the implementation of health programs. Another example of the impact of institutions on health is the international insurance coverage program. Another way is to attract private sector investors to the health sector. In Iran, the implementation of the Health Transformation Plan, if sustainable financial resources are developed, in addition to increasing patient satisfaction with public hospital services, can improve the quality of health services.

**Keywords:** Insurance, Health, Public, Private, Hospital, Development, Sustainable

## Citation:

Jafari B, Parvin K, Sadeghi M. The role of sustainable economy development on the insurance industry and health. Iran J Health Insur. 2020;3(2):82-91.

## نقش توسعه اقتصاد پایدار بر صنعت بیمه و سلامت

بیت‌اله جعفری<sup>۱</sup>، خیراله پروین<sup>۲\*</sup>، محمد صادقی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup>گروه حقوق عمومی، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران  
<sup>۲</sup>گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، تهران، ایران  
<sup>۳</sup>گروه حقوق اقتصادی تطبیقی، مرکز مطالعات و تحقیقات هرمز (پژوهشکده هرمز)، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

\* نویسنده مسئول: خیراله پروین، استاد تمام، گروه حقوق عمومی، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران و گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: khparvin@ut.ac.ir

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۶/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۱۹

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۶/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۲/۲۶

چکیده

این پژوهش به بررسی نقش توسعه اقتصاد پایدار در صنعت بیمه و سلامت با مطالعه موردی بیمه سلامت دولتی و خصوصی در نظام حقوقی ایران پرداخته است و بر همین اساس با توجه صرف به موضوع بیمه سلامت، از ورود به سایر جنبه‌های تأمین و رفاه اجتماعی اجتناب می‌کند و در نظر دارد معیارهای مناسب برای اجرای بیمه پایه سلامت را با هدف جهت رسیدن به پوشش همگانی بیمه بررسی و براساس اولویت‌ها، مورد سنجش قرار دهد. توجه به این عرصه‌ها، به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه که با محدودیت وسیع منابع از یک سو و نیازهای گسترده بهداشتی و درمانی از سوی دیگر مواجه هستند، می‌تواند خردگرایی سازمانی و برنامه‌ریزی را تقویت کرده و بهره‌مندی بیشتر از منابع را تحقق بخشد. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که همکاری بین نهادهای تأثیرگذار، اهمیت بالایی در تحقق برنامه‌های حوزه سلامت دارد. از نمونه‌های تأثیر نهادها بر سلامت، می‌توان به برنامه پوشش بیمه‌ای بین‌المللی و جذب سرمایه‌گذاران بخش خصوصی به حوزه سلامت اشاره کرد. اجرای طرح تحول سلامت در ایران، به شرط تضمین منابع مالی پایدار، ضمن افزایش رضایت بیماران از خدمات بیمارستان‌های دولتی، می‌تواند موجب ارتقای کیفیت خدمات سلامت شود.

واژگان کلیدی: بیمه، سلامت، دولتی، خصوصی، بیمارستان، توسعه، پایدار

### مقدمه

آینده، در تأمین نیازهای خود برآورده می‌کند. براساس این تعریف، قبل از اینکه هر جامعه‌ای بتواند به پایداری برسد، عدالت بین نسل‌ها و درون نسل‌ها را باید تأمین کند. توسعه اجتماعی و اقتصادی باید به گونه‌ای تحقق پذیرد که در هر زمان که بر نسل‌های آینده هزینه‌ای تحمیل شود، آثار فعالیت‌های اقتصادی را به حداقل برساند [۱]. توسعه بیمه‌ها در صنعت بیمه، نقش پایدار و فزاینده‌ای ایفا می‌کند. ارتباط بین صنعت بیمه و رشد اقتصادی داخلی با نقش این صنعت در بازارهای مالی کشورها، ارتباط مستقیم دارد و این ارتباط با افزایش سهم رشته‌های بیمه‌ای از کل صنعت بیمه تقویت می‌شود. عمق و کارایی بخش مالی، نشان‌دهنده تخصیص بهینه منابع در آن اقتصاد است. تأمین مالی از طریق ایجاد فرصت‌های بیشتر برای پس‌انداز، سرمایه‌گذاری و استقراض، تسریع در رشد اقتصادی را به دنبال می‌آورد.

اگرچه تعاریف متعدد و گاه متناقضی از مفهوم توسعه پایدار ذکر شده است، اما در هر حال این تعاریف دارای مفهوم هستند. شکل‌های ضعیف و قوی توسعه پایدار، قابل تشخیص بوده و معیارهای ابتدایی برای پایداری تنظیم شده است. اینکه اصول پایداری را تا چه اندازه می‌توان با دقت و به‌طور صحیح به مرحله اجرا درآورد، همچنان نامعلوم و نامشخص است، اما چارچوبی برای قوانین عمومی پایداری طرح‌ریزی شده و نیازمند آن است که با شرایط خاص اقتصادی تطبیق داده شود [۱]. تعاریف بسیاری از توسعه پایدار ارائه شده است که بعضاً با یکدیگر مغایرند. متداول‌ترین تعریف از پایداری، تعریفی است که کمیسیون جهانی محیط‌زیست و توسعه ارائه داده است: «توسعه‌ای که احتیاج‌های نسل حاضر را بدون آسیب رساندن به توانایی‌های نسل

نهاد مقررات‌گذار مستقل از دولت، با نظارت مناسب‌تر بر بازار و در عین حال، تضمین کیفیت خدمات بیمه‌ای، می‌تواند منافع بیشتری برای جامعه داشته باشد و صنعت بیمه را توسعه دهد [۴].

یکی از اهداف مطلوب هر نظام سلامت، ارائه سازوکارهای مناسب تأمین مالی به منظور حمایت از خانوارها هنگام تقاضا برای خدمات سلامت است [۵]. خدمات بهداشتی و درمانی، ماهیتی بسیار تخصصی و پیچیده داشته و بسیار هزینه‌زا هستند. رشد فناوری پزشکی در تشخیص و درمان بیماری‌ها، تغییر الگوی بیماری‌ها، تغییر هرم سنی جمعیت، تغییر شیوه زندگی، افزایش عرضه خدمات درمانی و افزایش دسترسی افراد به این خدمات، ظهور بیماری‌های نوپدید و بازپدید از جمله عوامل افزایش هزینه‌ها هستند؛ روندی که امکان تمرکز خدمات را فقط در بخش دولتی دشوار می‌سازد. اگرچه نمی‌توان دولتی بودن بیمه خدمات درمانی پایه را به خودی خود نامطلوب دانست، اما بهره‌گیری از ظرفیت بالقوه بخش غیردولتی در این زمینه، می‌تواند به کارآمدی بیشتر بیمه‌های دولتی، افزایش گزینه‌ها و حق انتخاب برای مردم و کاهش بیمه‌های درمان به منابع مالی منجر شود [۶]. بنابراین با توجه به روند تحولات جهانی صنعت بیمه، سیاست‌گذاری و نظارت، یکی از چالش‌های اساسی صنعت بیمه کشور است [۳].

کنترل تورم، همواره به‌عنوان یکی از مهم‌ترین اهداف اقتصاد کلان در هر کشوری محسوب می‌شود. تورم بالا و آثار مخرب آن بر رفاه مردم، موضوعی است که سیاست‌گذاران اقتصادی و اجتماعی همواره سعی می‌کنند با استفاده از ابزارهای مناسب، آن را تعدیل و کنترل کنند. تورم در نظام سلامت به موارد مختلفی از قبیل سالمندشدن جمعیت، مسائل بیمه‌ای (پوشش ناقص، مدیریت ضعیف و...) بهره‌وری پایین (نیروی انسانی شاغل در بخش سلامت، استفاده غیربهره‌یافته از تجهیزات و منابع نظام سلامت و...)، تغییرات تکنولوژیکی در ارائه خدمات سلامت، رشد جمعیت، نامتقارن بودن اطلاعات بین گیرنده و ارائه‌دهنده خدمات سلامت و تورم عمومی در هر کشور نسبت داده می‌شود که این میزان تورم، از تورم عمومی کشور بالاتر است که این موضوع درباره ایران نیز صدق می‌کند. علاوه بر موارد مذکور، برای درک بهتر تورم در بخش سلامت ایران، می‌توان به مباحثی همچون تأثیر تغییرات تکنولوژیکی بر افزایش قیمت‌ها در بخش سلامت، تعرفه‌های رسمی و غیررسمی در بخش غیردولتی و نقش سازمان‌های غیردولتی در تعیین تعرفه‌های پزشکی و پیراپزشکی اشاره کرد [۷]. از طرف دیگر، سیستم ارجاع و تعیین بسته‌های بیمه درمان، همواره یکی از چالش‌های اساسی سازمان‌های بیمه‌ای بوده و

آورد. در اغلب مطالعات بیمه‌ای، به‌ویژه بیمه‌های زندگی و سلامت، از درآمد سرانه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تعیین‌کننده تقاضا یاد می‌شود. دلالت ضمنی این مطالعات بر رشد نامحدود تقاضای بیمه و ضریب نفوذ آن در ازای درآمد سرانه کشورهاست [۲].

در اقتصاد مدرن، بازارهای مالی جزو بخش‌هایی هستند که مقررات نظارتی شدیدی برای آنها وضع می‌شود. بازارهای مالی جهان در ۲ دهه اخیر، رشد چشم‌گیری داشته و ضمن تحولات ساختاری، رویکردهای نظارتی آنها نیز به‌شدت تغییر کرده است. صنعت بیمه، یکی از اجزای بازارهای مالی است و توسعه این صنعت، از عوامل مهم توسعه اقتصادی و اجتماعی کشور محسوب می‌شود. نظارت بر بازارهای مالی و به‌ویژه صنعت بیمه، در فرایند رشد اقتصادی هر کشور نقش عمده‌ای ایفا می‌کند. برای توسعه مناسب فعالیت‌های صنعت بیمه، توجه به چگونگی اعمال نظارت و فرایند آن ضروری است. امر بیمه‌گری، مستلزم تحقق تعهدات در آینده‌ای نامطمئن است و بر همین اساس، شرکت‌های بیمه با ریسک‌های مالی و فنی مرتبط با تعهدات آینده خود نیز روبه‌رو می‌شوند.

با خصوصی‌شدن شرکت‌های بیمه، روش اداره کردن، راهبری و کنترل این شرکت‌ها اهمیت بسیاری می‌یابد و به همین دلیل شرکت‌های بیمه با توجه به ماهیت ریسک‌پذیری، باید با برقراری سیستم‌ها و سازوکارهای مناسب، ریسک‌های فراروی خود را در راستای اهداف سازمان به بهترین شکل شناسایی، ارزیابی و کنترل کنند. این مؤسسات بزرگ مالی علاوه بر سهام‌داران خود، ذی‌نفعان بسیاری دارند که این امر، لزوم اعمال نظارت را انکارناپذیر می‌سازد. مطالعه وضع موجود نشان می‌دهد که نظام تصمیم‌گیری در صنعت بیمه و شرکت‌های بیمه، ساختار بلندی دارد که در بسیاری از موارد، امکان انعطاف‌پذیری و چابکی را متناسب با تحول شرایط محیطی از آن گرفته است. تداخل امور، وجود قوانین و مقررات متعدد، گستردگی حوزه نظارت در صنعت، نبود استانداردهای لازم در امر نظارت و سطح نازل کارایی از جمله آثار نامطلوب تعدد نهادهای تصمیم‌گیری و حوزه‌های متعدد اقتدار در صنعت بیمه است. از این رو نیل به چشم‌انداز تحول صنعت بیمه کشور، مسیر بسیار ناهمواری دارد و برای رسیدن به آن، باید با تغییر ساختارها و نگرش‌ها و تبدیل سازوکارهای موجود به ساختارهای بهینه، طرحی نو در انداخت [۳].

یکی از نهادهای رسمی که می‌تواند عملکرد یک صنعت را متأثر کند، کیفیت مقررات حاکم بر آن صنعت است. فرایند اصلاح مقررات‌گذاری بیمه در جهان نشان می‌دهد که نظام نظارت مالی با

قراردادهای پیشنهاده شده از طرف شرکت‌های بیمه‌گر، دست به انتخاب می‌زند. به طور خلاصه، افرادی که پیش‌بینی می‌کنند مقدار بیشتری از خدمات درمانی استفاده می‌کنند، تمایل خواهند داشت از برنامه‌هایی که امکانات بیشتری را در اختیار می‌گذارد، استفاده کنند. در حالت افراطی به‌ازای هر حق بیمه و پوشش خدمتی، افرادی که تصمیم به خرید بیمه درمان دارند افرادی هستند که انتظار دارند هزینه‌های درمانی آنها بیشتر یا برابر با حق بیمه پرداختی باشد و بنابراین با هر نرخ بیمه، شرکت بیمه در نهایت با زیان مواجه خواهد شد. شرکت‌های بیمه‌گر نیز این‌گونه رفتار افراد را پیش‌بینی و افراد را پیش از عقد قرارداد، غربال می‌کنند. چنانچه مقرراتی وجود داشته باشد که اجازه ندهد حق بیمه‌های درمانی براساس ریسک هر فرد باشد (محدودیت در نرخ حق بیمه) یا اینکه اجازه کسب اطلاعات در مورد سلامت هر یک از مشتریان بالقوه پیش از عقد قرارداد نداشته باشد، استراتژی غربال‌گری نیز در بازار با مشکل مواجه خواهد شد. اما در هر حال، اجرای غربال‌گری توسط شرکت‌های بیمه‌گر مانع از دست یافتن به ادغام مؤثر ریسک بین افراد خواهد شد [۱۰].

**ب- انتخاب نامطلوب:** این امر از نامتقارن بودن اطلاعات در بازار بیمه‌های سلامت ناشی می‌شود، به طوری که خریدار از وضعیت مخاطرات خود اطلاع بیشتری نسبت به فروشنده بیمه‌نامه دارد. در این بازار اگر بیمه‌گر از وضعیت مخاطرات افراد اطلاعی نداشته باشد، در واقع ریسک عمومی جامعه را برای جمعیت بیمه شده خود ملاک عمل قرار می‌دهد که به آن «رتبه‌بندی ریسک جامعه» می‌گویند. در چنین جامعه‌ای که افراد کم‌مخاطره از بیمه‌شدن پرهیز می‌کنند، حق بیمه، ریسک جامعه بالاتر می‌رود. به این فرایند که به‌دنبال آن ریسک‌های خوب از گروه بیمه‌شدگان خارج می‌شود و ریسک‌های بد تجمع پیدا می‌کنند، «انتخاب نامطلوب» گفته می‌شود. به‌دنبال بروز انتخاب نامطلوب، ۲ گروه از افراد بیمه‌نشده باقی می‌مانند؛ افراد کم‌ریسک که به‌دلیل احساس نکردن خطر، خود را بیمه نمی‌کنند و افراد پر مخاطره که به‌دلیل هزینه بالا، دسترسی به مراقبت‌های سلامت ندارند. برای گروه اول، شکست بازار به‌دلیل منتقل نشدن اطلاعات از یک سمت به سمت دیگر بازار انجام می‌شود و در گروه دوم، اگرچه شکست بازار اتفاق نمی‌افتد، اما منابع کافی برای پوشش هزینه‌های بیمه در اختیار فرد قرار نمی‌گیرد. بنابراین، مقوله انتخاب نامطلوب، مشکلات جدی اجتماعی را به‌دنبال خود پدید می‌آورد [۱۰].

**پ- ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات:** اطلاعات ممکن است به شکل نابرابر میان عوامل مختلف توزیع شود یا دانش همه عوامل

پیش‌بینی نشدن نظامی مناسب برای تعیین حدود تعهدات بیمه پایه و مکمل، از مشکلات مهم نظام بیمه‌ای کشور است که شرایط موجود در سیستم بیمه‌ای اجتماعی کشور را با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو کرده است [۸]. اهمیت نظام ارجاع در سیستم سلامت تا آنجاست که گفته شده ۸۰ تا ۹۰ درصد بیماران در سطح اول مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، قابل تشخیص و درمان هستند و بر همین اساس اصلاح سیستم ارجاع نیز می‌تواند به میزان زیادی، بار مراجعه‌های تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان‌ها را کاهش دهد [۹]، اما به‌نظر می‌رسد توجه نکردن مسئولان و سیاست‌گذاران نظام سلامت کشور به طراحی سازوکارهای مناسب بیمه‌ای به دلیل مقتضیات کشور یعنی شرایط اقتصادی، اجتماعی، جمعیت‌شناختی و در نهایت، الگوها و اپیدمیولوژی بیماری‌ها، از مهم‌ترین علل ناکارآمدی نظام بیمه سلامت کشور در حمایت از بیماران باشد [۵].

### مهم‌ترین موارد توسعه بیمه‌های سلامت

بهداشت و درمان در تمام کشورهای دنیا به‌عنوان خدمتی عمومی تلقی می‌شود و موفق نبودن دولت‌ها در این زمینه باعث بروز مشکلات اقتصادی، اجتماعی و سیاسی و نادیده گرفتن حق ذاتی مردم و افراد جامعه می‌شود. مهم‌ترین عوامل شکست بازار در نظام سلامت و توسعه بیمه‌های سلامت را می‌توان به مواردی مانند مخاطره‌های اخلاقی، انتخاب نامطلوب ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات، پیامدهای بیرونی، انحصار طبیعی و توزیع درآمد نسبت داد. تقریباً تمامی دولت‌ها در سرمایه‌گذاری و تأمین بارانه در این بخش مسئولیت دارند و بنابراین، دخالت، نظارت و کمک دولت در این عرصه، برای تمامی کشورها امری قابل قبول و پذیرفته شده است. این در حالی است که اصول ۳، ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، برنامه‌های مختلف توسعه و تمامی اسناد بالادستی ناظر بر تأمین نیازهای اساسی از جمله بهداشت و سلامت برای کلیه آحاد جامعه و برقراری عدالت در تأمین مالی سلامت هستند [۱۰].

مهم‌ترین موارد شکست بازار در اقتصاد سلامت و توسعه بیمه‌های سلامت عبارت است از:

**الف- مخاطرات اخلاقی:** این موضوع را می‌توان به‌عنوان رفتاری استراتژیک تعریف کرد که در یک قرارداد، یکی از دو طرف اطلاعات بیشتری نسبت به دیگری در اختیار داشته باشد. مخاطرات اخلاقی در بیمه سلامت، امر مسلمی است؛ زیرا هر فرد براساس احتمال مورد انتظار در خصوص استفاده از خدمات سلامت و از میان انواع

آن هیچ انگیزه‌ای برای اهمیت دادن به اثر اقدامات‌شان بر دیگران ندارند. بنابراین پیامد تولید این‌گونه کالاها یا خدمات، ناکارایی خواهد بود. فعالیت‌های بسیار زیادی به پیامدهای بیرونی منفی مثل آلودگی منجر می‌شوند و فعالیت‌های چندانی وجود ندارند که اثر خارجی مثبت ایجاد کنند [۱۰].

**ث- انحصار طبیعی:** ناهمگنی خدمات پزشکی، مقایسه کیفیت و قیمت را مشکل و بنابراین از انتشار مؤثر اطلاعات جلوگیری می‌کند. اطلاعات ناقص نیز درجه رقابت مؤثر را کاهش می‌دهد. گاهی در بازارهای سلامت، بنگاه‌های انحصاری فعالیت می‌کنند که درجه انحصار آنها به نوع فعالیت و محصولاتشان بستگی دارد. به‌عنوان مثال، انحصار شرکت‌های داروسازی، محدودیت‌های ورود به مشاغل سلامت، قابلیت تبدیل شدن کلینیک‌های تخصصی‌تر به انحصارگر، ادغام شرکت‌های بیمه، محدودیت احداث بیمارستان در مناطق کم‌جمعیت و سایر محدودیت‌های طرف عرضه در بازارهای سلامت، این امکان را می‌دهد که به‌عنوان تعیین‌کننده متغیرهای بازار نقش آفرینی کند [۱۱].

**ج- عدالت اجتماعی و توزیع درآمد:** با توجه به ماهیت اجتماعی، آثار بیرونی مراقبت‌های بهداشتی و سلامت و همبستگی بین فقر و بیماری، این موضوع ارتباط تنگاتنگی با برابری و عدالت دارد. از این منظر و با توجه به آنکه نظام بازار به ایجاد عدالت و برابری توجهی ندارد، این امر دلیل مهمی برای تأمین مالی و مدیریت فعالیت‌های بخش بهداشت و سلامت، توسط دولت به شمار می‌رود [۱۲].

### صنعت بیمه و نقش آن در توسعه راهبردی بازارهای مالی ایران

صنعت بیمه یکی از مهم‌ترین ارکان توسعه اقتصادی کشورهاست. با مروری بر سهم صنعت بیمه در اقتصاد کشورهای توسعه‌یافته، می‌توان دریافت که بیمه در مقایسه با خدمات دیگر، نقش و اهمیت بیشتر و چشم‌گیرتری دارد. در ایران، اولین شرکت بیمه با نام «شرکت سهامی بیمه ایران» در سال ۱۳۱۴ تاسیس شد و پیرو آن شرکت‌های خصوصی بیمه نیز پا به عرصه وجود نهادند. نقش صنعت بیمه در بازارهای مالی به ۳ صورت ظاهر می‌شود: ابتدا تأثیری که این صنعت می‌تواند بر سایر بازارهای مالی اعمال کند که معمولاً به‌صورت یک پشتیبان برای کاهش ریسک سرمایه‌گذاری به کار می‌رود؛ دومین نقش آن جمع‌آوری و تجهیز منابع مالی با استفاده از عملیات بیمه‌گری است که برای سرمایه‌گذاری غیرمستقیم یا مستقیم به کار می‌رود و در نهایت، سرمایه‌گذاری مستقیم صنعت بیمه در فعالیت‌های اقتصادی کشور، مهم‌ترین نقش آن محسوب می‌شود. شرکت‌های بیمه، وجوه

درگیر در مبادله ناقص باشد که هر دو حالت موجب مخاطرات و نااطمینانی‌هایی می‌شوند. اولین نوع از اطلاعات ناقص، هنگامی رخ می‌دهد که اطلاعات بعضی عوامل اقتصادی بیش از دیگران باشد و این عوامل از برتری خود در این زمینه سوء استفاده کنند که به این وضعیت، اطلاعات نامتقارن می‌گویند. برای مثال، زمانی که بیمار به پزشک مراجعه می‌کند، دانش یا اطلاعات پزشک را در مقیاس وسیع خریداری می‌کند. در این حالت، بیمار باید به قضاوت پزشک در خصوص نوع تشخیص و داروی مورد نیاز اعتماد کند. ارزیابی نظر پزشک توسط بیمار به دلیل نداشتن تخصص، ممکن نیست. از سوی دیگر ممکن است در وضعیتی، همه عوامل با فقدان بنیادی اطلاعات مواجه باشند. اگر فرض کنیم هدف، دستیابی به استفاده مؤثر از منابع باشد، در این صورت برای هدایت فرایند تصمیم‌گیری هم باید داده‌های اقتصادی و بالینی کاملی وجود داشته باشد و هم مورد استفاده قرار گیرد. مصرف‌کنندگان به‌عنوان دریافت‌کنندگان اصلی خدمات درمانی، باید از پتانسیل اقدامات درمانی در بهبود سلامت‌شان و همچنین هزینه کل آنها مطلع باشند. ارزیابی پیامدهای اقتصادی و بالینی اضافه‌شده «افزوده» یک مداخله باید با گزینه درمانی کنونی مقایسه شود. بنابراین اطلاعات هم در مورد مداخله و هم گزینه درمانی کنونی مورد نیاز است. بنا بر تئوری اقتصادی، اطلاعات ناکامل یکی از موانع استفاده کارا از مداخلات مراقبت سلامت بوده و می‌تواند منجر به شکست بازار شود [۱۰].

**ت- پیامدهای بیرونی:** پیامدهای بیرونی هنگامی اتفاق می‌افتند که یک فعالیت اقتصادی، تأثیر مثبتی روی افراد دیگری داشته باشد که به‌صورت مستقیم در آن عمل مشارکت نداشته‌اند. در سلامت، این بحث هنگامی مطرح می‌شود که مصرف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی توسط یک فرد، به نفع‌رسانی به افراد دیگر منجر می‌شود. واکسیناسیون را می‌توان مثال روشنی برای این موضوع دانست، زیرا افرادی که واکسینه می‌شوند، خطر انتقال بیماری به دیگران را کاهش داده و آنان را منتفع می‌سازند. به‌طور کلی هر هزینه‌ای که برای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی انجام می‌شود، فرد را برای کار بیشتر و بهتر در جامعه آماده‌تر کرده و در نهایت، بهره‌وری، مشارکت و رفاه جامعه را افزایش می‌دهد. پیامدهای بیرونی منفی را نیز می‌توان در بازارهای سلامت متصور بود. آلودگی‌هایی که توسط شرکت‌های داروسازی یا بیمارستان‌ها ایجاد می‌شود و مخاطراتی که برای سایر افراد به وجود می‌آورد را می‌توان از جمله این آثار دانست. پیامدهای بیرونی در اقتصاد ممکن است به ناکارایی منجر شوند، زیرا ایجادکنندگان

وجود یک سیستم نظارتی قوی، رقابت‌ها می‌توانند در سازندگی و بهبود، نقش مؤثرتری ایفا کنند. از طرفی امکان جلب مشارکت مردم در بخش خصوصی بسیار بیشتر است، زیرا مصرف‌کنندگان و ارائه‌دهندگان خدمات در جامعه به صورت همگن‌تری با یکدیگر در حال مشارکت هستند. در ارائه خدمات بهداشتی، آگاهی رساندن و ارتقای فرهنگ بهداشتی جامعه یکی از مهم‌ترین ارکان ارائه خدمات است. در تحقیقات مختلف نشان داده شده است که بخش خصوصی، بهتر و مؤثرتر می‌تواند فرهنگ‌سازی کند. در نظام اقتصاد آزاد که دنیا به سمت آن حرکت می‌کند، رکن اصلی فعالیت‌ها، بخش‌های خصوصی است و بر همین اساس شاید بتوان با اطمینان بیان کرد که در آینده نه‌چندان دور، همه فعالیت‌ها از جمله ارائه خدمات بهداشتی باید در قالبی هم‌سو با سایر فعالیت‌های جهانی قرار گیرد. در حال حاضر نیز به راحتی این موضوع قابل لمس است، اما در شرایط فعلی و در سیستم بهداشتی ایران، این موضوع تقریباً فراموش شده و بخش خصوصی سهم کمتری از هزینه سلامت در مقابل دولت را داراست.

آنچه از تجربه موفق سایر کشورها و تفاوت با وضعیت فعلی ایران و زیرساخت‌های موجود برای حضور بخش خصوصی در نظام سلامت به نظر می‌رسد، این است که برای رشد بخش خصوصی، گسترش روابط خارجی اقتصادی ضروری است و ورود موفق بخش خصوصی به نظام سلامت، بدون وزارت بهداشت قوی که وظایف نظارت و تولید را به خوبی ایفا کند، ضمانتی ندارد. بنابراین باید به مدل‌های جدید پایش توجه داشت، زیرا کشورهایی که تجربه موفق داشته‌اند، ساختار قانونی برای انواع مشارکت‌های عمومی - خصوصی در وزارت بهداشت تأسیس کرده‌اند. حضور بخش خصوصی با اعتمادی ۲ طرفه آغاز می‌شود و با فراهم کردن زمینه رقابت آزادانه و عادلانه، ادامه می‌یابد. در همین رابطه، باید انعطاف‌پذیری در عقد قرارداد با بخش خصوصی را با توجه به مقتضیات بومی در نظر گرفت. از طرفی، باید مشوق‌های واقعی برای حضور بخش خصوصی در قالب قراردادهای مشارکت عمومی - خصوصی، مانند افزایش مدت بهره‌برداری از بیمارستان در صورت تحویل زودتر از موعد آن در نظر گرفت. در مدل‌های موفق مشارکت عمومی - خصوصی، از مدل‌های پرداخت مبتنی بر عملکرد استفاده شده است. در خصوص نظام‌های پرداخت شایان ذکر است، امروزه نظام‌های مختلفی برای پرداخت وجود دارد. این نظام‌ها براساس توانایی دستیابی به اهداف عمومی سلامت، ایجاد سطح قابل قبولی از کیفیت به طریق کارآمد بدون به مخاطره افکندن دسترسی بیماران به خدمات و حصول اطمینان از سود بیشتر ارائه‌کننده

بیمه‌گذاران را که به صورت ذخایر فنی در اختیار دارند، به عنوان دارایی سودآور به کار می‌گیرند و در فعالیت‌های مناسب اقتصادی سرمایه‌گذاری می‌کنند [۱۳].

### نقش دولت و بخش خصوصی در استقرار بیمه پایه سلامت

امروزه بهداشت و درمان برای ملت‌ها، به عنوان یک حق طبیعی از نظر اجتماعی و برای دولت‌ها به عنوان یک مسئله استراتژیک از نظر اقتصادی مطرح است. هدف پوشش بیمه سلامت برای همگان، باید براساس رفع تبعیض بین گروه‌های مختلف جامعه تعیین شود [۱۴]. از این‌رو، جامعه متعهد است حداقل خدمات سلامت را برای تمام افراد فراهم کند که تحقق بخشیدن به این حق عمومی، بستگی به شیوه‌های تأمین‌کننده خدمات سلامت برای تمام افراد داشته، بدون آنکه در این راستا به توانایی فرد در پرداخت هزینه‌ها یا پرداختن حق بیمه از سوی آنان توجهی کند [۱۵]. به دلایل مختلف به نظر می‌رسد ارائه خدمات از طریق بخش خصوصی و به ویژه خیریه‌ها، بسیار مؤثرتر از بخش دولتی باشد، زیرا به صورت یک اصل کلی معمولاً خدمات بخش دولتی، گران‌تر از بخش خصوصی است. در زمینه دلایل آن بحث‌های بسیار مفصلی وجود دارد، اما شاید مهم‌ترین دلیل آن، وجود بوروکراسی فزاینده در نظام سلامت و انگیزه کمتر افراد متخصص و دخیل در امر درمان به دلیل درآمد ناچیز در بخش دولتی باشد. البته در این زمینه کیفیت ارائه درمان نیز مؤثر است، زیرا در حال حاضر متخصصان علوم پزشکی با تمهیداتی چون افزایش ارفاقی حق الزحمه پزشکان متخصص (۲k)، کلینک‌های ویژه و... در بخش دولتی مشغول فعالیت هستند که کفاف کثرت بیماران را نمی‌دهد. همچنین سیستم‌های دولتی به دلیل ساختار گسترده و خشک خود، کمتر توانایی مانور دادن و سازگاری سریع با شرایط موجود منطقه را دارند. به عنوان مثال در حال حاضر شبکه ارائه خدمات بهداشتی در ایران به صورت یک ساختار بسیار گسترده در سراسر کشور، از مناطق شهری گرفته تا روستاهای بسیار دور افتاده، مشغول فعالیت است. با وجود موفقیت‌های شایان این سیستم تاکنون، بسیار ساده قابل درک است که نتواند به سرعت و آسان با مشکلات محلی که عموماً به صورت اپیدمی بروز می‌کنند، سازگاری یافته و نقش مؤثری، حداقل در کوتاه‌مدت ایفا کند. نوآوری و خلاقیت در بخش دولتی، بسیار کمتر از بخش خصوصی دیده می‌شود، زیرا حیات بخش خصوصی در گرو نوآوری است. همچنین برخلاف بخش دولتی، در بخش خصوصی رقابت کاملاً تعریف شده و اجرا شدنی است و به همین دلیل در صورت

بودن عضویت جمعیت تحت پوشش به عنوان عامل تأثیرگذار در استقرار مناسب بیمه همگانی سلامت در کشور محسوب می‌شود. به طور کلی، بیمه اجتماعی سلامت، ۳ مشخصه اصلی دارد که اساسی‌ترین آن، اجباری بودن است که نقطه اعظم افتراق از سایر بیمه‌های خصوصی اختیاری است [۱۷]. اجباری بودن عضویت در بیمه سلامت یکی از عوامل مؤثر در اجرای کامل بیمه بوده و دولت برای دستیابی به پوشش همگانی، باید این امر را به شکل اجباری برقرار کند [۲۲].

در سال‌های اخیر و براساس تکالیف برنامه ششم توسعه قدم‌های خوبی توسط سازمان بیمه سلامت برای گسترش بیمه سلامت برداشته شده، اما لازم است با تنظیم مقررات و تدوین قوانین جدید ادامه راه، هموارتر شود. بررسی‌های انجام‌شده نیز نشان می‌دهند صندوق‌هایی که عضویت در آنها اجباری است عبارتند از صندوق‌های تأمین اجتماعی، صندوق‌های بیمه‌ای سازمان بیمه سلامت ایران (کارکنان دولت، بیمه روستاییان و...) و نیروهای مسلح و در دیگر صندوق‌ها، عضویت حالت اجباری ندارد. تجربه نشان داده است هر جا بیمه اجباری باشد، از نظر تجمیع منابع و همچنین تأمین هزینه‌های سلامت کشور با مشکلات کمتری مواجه بوده‌ایم. وجود نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان نیز بیشترین تأثیر را در استقرار بیمه پایه خواهد داشت. ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات، بزرگ‌ترین زیرساختی است که مورد نظر سیاست‌گذاران است [۲۲].

ایجاد بانک جامع اطلاعات بیمه‌شدگان در حال حاضر، امری مورد نیاز در نظام بیمه‌ای - درمانی برای گسترش پوشش خدمات بیمه‌ای است و ایجاد این بانک می‌تواند میزان دقیق پوشش بیمه‌ای کشور را تعیین و از هدر رفتن منابع جلوگیری کند. از سوی دیگر در بُعد تأمین منابع مالی، پیش‌رونده بودن تأمین منابع مالی، بیشترین تأثیر را در استقرار مناسب بیمه پایه سلامت به همراه خواهد داشت. پیش‌رونده بودن تأمین مالی، یعنی افرادی که توانایی مالی کمتری دارند، به نسبت متوسط جامعه، کمتر و افراد ثروتمندتر، بیشتر در هزینه‌های نظام سلامت مشارکت داشته باشند [۲۳]. سرانه، روشی کاملاً پس‌رونده است، زیرا یارانه متقاطع از افرادی که در دهک‌های بالایی درآمدی جامعه هستند، به گروه‌های پایین وجود ندارد [۱۴]. در کشورهای در حال توسعه، خانواده‌های فقیر به دلیل پس‌رونده بودن روش‌های تأمین مالی درصد بیش‌تری از درآمد خود را به نسبت ثروتمندان برای سلامت صرف می‌کنند [۲۴]. در ایران روش سرانه در تمامی صندوق‌های سازمان بیمه سلامت، سازمان خدمات

خدمات گروه‌بندی شده‌اند. در نهایت، نظام‌های پرداخت در بُعد ثابت و متغیر و گذشته‌نگر، آینده‌نگر و سازوکارهای کارانه، موردی، هزینه روزانه، سرانه، نرخ ثابت، بودجه‌ای، حقوق‌بگیری، تشویقی و پرداخت‌های ویژه تشریح شده‌اند. هر کدام از این روش‌های پرداخت مزایا و معایبی به دنبال دارد. بهترین نظام پرداخت در حقیقت، استفاده از نقاط قوت نظام‌های مختلف پرداخت است «نظام پرداخت ترکیبی» است. به عنوان مثال، استفاده از نظام پرداخت سرانه به عنوان مبنای پرداخت، استفاده از نظام پرداخت کارانه، برای اقدامات خاص مثل واکسیناسیون، آموزش بهداشت، فعالیت‌های پیشگیری و استفاده از نظام پرداخت بودجه‌ای برای داروها و خدمات جانبی، مفید به نظر می‌رسد. نظام پرداخت مورد استفاده در ایران، نظام پرداخت کارانه‌ای است که ارائه‌دهنده، بابت هر خدمتی که انجام داده است، بدون توجه به هیچ فاکتور دیگری، مبلغی دریافت خواهد کرد [۱۶].

### مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه سلامت در ایران

پیش از برقراری و حین اجرای بیمه درمان سلامت، لازم است زمینه به خوبی شناخته شود. بیمه سلامت یک راهکار مالی برای تجهیز صندوق‌ها و تجمیع کردن خطر است. صندوق‌های جدید تجهیز شده باید برای فقرا و افراد کم‌درآمد تخصیص یابند تا دسترسی مالی این افراد نیز به خدمات بهداشتی - درمانی میسر شود. بیمه درمان سلامت ممکن است راه‌حلی برای مشکل سیستماتیک خدمات بهداشتی - درمانی یک کشور باشد، اما ضرورتاً راه‌حل تمام مشکلات نیست [۱۷]. در حال حاضر ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای تمام افراد و با هزینه‌ای منطقی، چالش پیش‌روی تمام کشورهای جهان است [۱۸] و بر همین اساس انتخاب نظام تأمین مالی سلامت از سوی یک کشور باید به نحوی باشد که کشور را در راستای دستیابی به پوشش فراگیر با هزینه قابل پرداخت از طریق پیش‌پرداخت، تجمیع منابع و استفاده از منابع در خرید خدمات به شیوه‌های کارا و عادلانه سوق دهد [۱۹]؛ بنابراین اصلاحات در نظام درمانی ایران نیز باید ضمن به کارگیری تجربه‌های جهانی، با تکیه بر مسائل و تنگناهای نظام بهداشت و درمان، در جهت رسیدن به اهداف فوق انجام شود [۲۰]. پیش از اجرای قانون برنامه پنجم توسعه، براساس مطالعات وضعیت نظام بیمه درمانی ایران، بزرگ‌ترین چالش نظام بیمه درمانی، مشکلات یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی بوده است [۲۱]؛ هر چند دولت نتوانست اقدام به ادغام بیمه‌های سلامت کند و یکی از قوانین مترقی تصویب‌شده بر زمین ماند. در بُعد پوشش جمعیت، اجباری

این امر مستلزم تشکیل کارگروهی خبره در این زمینه است که تدوین به‌نحوی عادلانه و کارا انجام شود تا مردم از فقیرترین یا غنی‌ترین قشر، توانایی برخورداری و رضایت از ارائه خدمات را داشته باشند. تجارب سایر کشورها نیز نشان می‌دهد تصمیم‌گیری در مورد خدمات بسته بیمه توسط گروهی خبره، تأثیرگذاری بیشتری بین دریافت‌کنندگان خدمات خواهد داشت [۲۵]. در فرایند تدوین، درگیر کردن عموم مردم، باعث افزایش پاسخ‌گویی و موجب می‌شود که مقامات به‌صورت شفاف‌تری در زمینه اولویت‌بندی عمل کنند. یکی از موانع جدی سر راه تدوین مناسب بسته، وجود نداشتن دانش کافی در خصوص روش‌های علمی مرتبط است. دهنویه در پژوهش خود با عنوان «چالش‌های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران»، برای رفع این مشکل، پیشنهادهایی مانند سیاست‌گذاری آموزش، آموزش متخصصان، بازنگری در سیستم‌های آموزشی و استفاده از دانش مشاوران خارجی ارائه داده است. در حال حاضر، تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام سلامت و سازمان‌های متولی بسته بیمه درمان پایه و منسجم نبودن روال تصمیم‌گیری، موجب بی‌نتیجه ماندن فعالیت‌ها برای تدوین بسته مناسب بیمه‌ای شده است و بر همین اساس مشخص کردن متولی مناسب و واگذاری منابع کافی برای تدوین بسته‌های عادلانه و اثربخش از یک سو و نظارت و کنترل متمادی بسته خدمتی و ارائه‌دهندگان خدمات از سوی دیگر، امری است که باید برای استقرار سریع‌تر و مناسب بیمه پایه سلامت از سوی توجه سیاست‌گذاران و مدیران کشور به آن توجه شود. چرخه اصلاح نظام بیمه سلامت، مشابه دیگر چرخه‌های تصمیم‌گیری در سایر مسائل اساسی کشور است و به همین دلیل، ضرورت دارد مشکلات و زیرساخت‌های آن از ابتدا ریشه‌یابی شده و با ترسیم نقشه علمی آن پس از طراحی، بهترین گزینه‌ها برای حل مشکل حاصل شود [۲۱].

ادغام بیمه‌های درمانی در یک سازمان برای دولت، یک مجوز و منوط بر ایجاد زیرساخت‌های لازم است، اما اگر دولت مصمم به اجرای آن باشد، بهتر است این کار با توجه به همه جوانب و رعایت مقدمات آن انجام شود تا با ایجاد تبعیض و بی‌عدالتی، موجب اعتراض و نارضایتی بیمه‌شدگان نشود. یکپارچگی و انسجام در ساختار بیمه‌های سلامت و سامان‌دهی اجزای مختلف آن، ضرورتی است که می‌تواند از بروز هم‌پوشانی‌ها، ناهماهنگی‌ها و هدرروی منابع جلوگیری کند. با توجه به تجربه‌های موفق جهانی، راهکار بیان شده در ماده ۲۷ قانون برنامه پنجم (نظام تأمین اجتماعی چند لایه) مناسب‌ترین راهبرد برای دستیابی به این هدف است [۲۶].

درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی<sup>(ع)</sup> و صندوق‌های بیمه‌ای کوچک کشور وجود دارد. باید در نظر داشت که روش کسر 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، جزو روش‌هایی است که از نظر پیش‌رونده بودن، متوسط هستند. البته در قانون برنامه پنجم توسعه حق بیمه درمان کسری از حقوق و دستمزد برای بیمه پایه سلامت تنظیم شد که براساس نتایج مطالعات، زیرساختی مناسب و لازم برای اجرای عادلانه حق بیمه است. بنابراین باید برای استفاده هرچه تمام از ظرفیت‌های کشور برای تعیین توانایی پرداخت افراد، هم در بخش رسمی و هم غیر رسمی تلاش کرد. همچنین اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع برای دسترسی همه اقشار به خدمات سلامت به‌عنوان عاملی مؤثر در اجرای هرچه تمام‌تر بیمه پایه سلامت، از این حیث که رها نشدن بیمار در نظام بهداشت و درمان و هدایت پروسه درمانی تحت نظارت نظام ارجاع و مراجعه به تخصص‌های لازم برای تشخیص، باعث جلوگیری از هدررفت منابع سازمان‌های بیمه‌ای و همچنین کاهش پرداخت از جیب و عدم مواجه شدن افراد با هزینه‌های کمرشکن خواهد شد، بسیار مؤثر و عالی است.

منابع مالی تجمیع و تحصیل شده در سازمان بیمه سلامت برای خرید مجموعه‌ای از مداخلات بهداشتی - درمانی استفاده می‌شوند که تمام بیمه‌شدگان تحت پوشش، واجد دریافت آن هستند. این بسته خدمتی باید با توجه به محدودیت منابع سازمان تا حد ممکن جامع باشد. تعریف دقیق بسته خدمات سلامت و وجود نظارت دقیق بر کیفیت خدمات و نحوه ارائه خدمات، عامل مؤثری در اجرای مناسب بیمه پایه برای رسیدن به هدف کلی پوشش فراگیر در کشور خواهد بود. در سطح جهانی، دیدگاه‌های مختلفی در مورد تعیین بسته خدمتی وجود دارد. برخی کشورها فقط یک بسته خدمتی معین کرده‌اند و تمام افراد کشور می‌توانند از آن برخوردار شوند. برخی هم یک بسته خدمتی پایه و یک بسته خدمتی برای خدماتی که هزینه کمرشکن دارند، تعیین کرده‌اند. در شرایط کنونی، سازمان‌های بیمه‌گر پایه در برخی موارد، پوشش خدمات بسته بیمه درمان پایه را به‌صورت یکسانی انجام نمی‌دهند و این امر موجب شده که برخی خدمات یکسان، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه مختلف، به‌صورت متفاوتی ارائه شود. بنابراین در درجه اول، تعیین متولی مناسب و مشخص برای تدوین بسته و به‌علاوه، یکسان‌سازی ضوابط جاری بیمه‌ها برای ارائه خدمات بسته در کشور ضروری به نظر می‌رسد.



- try. *Journal of Monetary Economics, Finance*. 2015;23(11):167. [Persian]
5. Ghiasvand H, Hadian M, Maleki M. Relationship between health insurance and high costs of medical services in hospitals related to Iran University of Medical Sciences. *Journal of Economic Research*. 2010;94:207. [Persian]
  6. Zare H. Health insurance privatization strategies, research plan. Health Insurance Organization, 2015. [Persian]
  7. Ahmadi AM, Yousefi M. Review and analysis of changes in the inflation index in the public sector and the sector Iran Health. *Journal of Economic Research (Sustainable Growth and Development)*. 2009;10(1):99. [Persian]
  8. Zareei V. Development of a model for classifying health services into two basic and complementary groups in Iran. *Journal of Studies Management and Accounting*. 2016;2(2):227. [Persian]
  9. Tavakoli F, Nasiripour AA, Riahi L, Mahmoudi M. The effect of insurance policy and structure in the health system on the referral system of Iranian urban family physician. *Journal of Health Management*. 2016;31:85. [Persian]
  10. Tabib M, Davoudi A. Determining of the Priorities of Government Intervention in the Health System in Iran Based on Survey of Experts (AHP Method). *Quarterly Journal of Fiscal and Economic Policies*. 2017;5(19):105-38. [Persian]
  11. Palmer G, Ho T. *Health economics: a critical and global analysis*. Macmillan International Higher Education; 2007 Sep 25.
  12. Witter S, Ensor T, Jowett M, Thompson R. *Health economics for developing countries: a practical guide*. London: Macmillan; 2000.
  13. Mirjalali FS, Abdollahzadeh R. Insurance Industry and Its Role in Strategic Development of Iranian Financial Markets. *International Conference on Financial Services Marketing, Non-Governmental Organizations and Centers, Volume 2, 2010*. [Persian]
  14. Rajabpour M. Comparative study of public health insurance systems in selected countries and presenting a model for Iran. [Ph.D. Thesis]. Tehran: Department of Health Services Management, Science and Research Branch, Islamic Azad University, 1998. [Persian]
  15. Baroni M. comparative study of methods of financing health insurance in selected countries and presenting a model for Iran. [M.A. Thesis]. Tehran: Department of Health Economic, Tehran University of Medical Sciences; 2004. [Persian]
  16. Pirozian F. Final report of the project on how to privatize the country's health sector, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services, Winter 2017. [Persian]
  17. Carrin G. Social health insurance in developing countries: a

## نتیجه گیری

ماهیت بیمه، مشارکت در خسارت و جایگزین کردن اطمینان به جای عدم اطمینان است. در ایران، خدمات بیمه‌های درمانی توسط سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ارائه می‌شود، اما این خدمات کافی نیست و باید قراردادهای تکمیلی دیگری هم کنار آنها وجود داشته باشد تا موجب رفاه نسبی افراد جامعه شود؛ به این معنا که مؤسسات بیمه خصوصی نیز وارد کار شده و ضررها را جبران کنند. هم در ایران و هم در سایر کشورهای جهان که از لحاظ منابع مالی ضعیف هستند، پیشرفت چندانی در این زمینه مشاهده نمی‌شود، اما مواردی از جمله اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع، رسیدگی به اورژانس‌های بیمارستانی، تعامل ادغام و هماهنگی بیشتر با سازمان‌های بیمه‌گر و مشخص کردن تعرفه‌ها از سوی شورای عالی سلامت، عوارض مالیات بر سلامت، واقعی کردن هزینه‌های درمان از جیب مردم تا سقف ۳۰ درصد و همچنین اختصاص ۱۰ درصد از هزینه‌های هدفمند کردن یارانه‌ها به حوزه سلامت، از جمله مواردی است که در قانون پنجم توسعه آورده شده و موجب پیشرفت بیمه درمان در کشور می‌شود؛ به شرط اینکه موارد قانونی به‌درستی اجرا شوند.

پیشنهاد‌های این مطالعه عبارتند از: به‌کارگیری راهبردهایی در سطح مدیریت خرد و کلان برای برطرف کردن مشکلات صنعت بیمه در کشور، حذف تشریفات دست‌وپا گیر مؤسسات بیمه از طریق ایجاد نهادهایی با مأموریت ویژه و خاص، آموزش کارگزاران بیمه برای ارائه خدمات به‌موقع و مناسب در راستای اجرای سیاست‌های کلی سلامت.

## References

1. Alae H, Yarali N. Sustainable Economy, Sustainable Development. Proceedings of the Eighth Conference in the Series of Regional Conferences of the Islamic Republic of Iran on the Horizon of 1404. Shahrekord: Islamic Azad University, Shahrekord Branch, 2009. [Persian]
2. Lotfinejad F. The relationship between insurance and economic growth in selected countries. [M.Sc. Thesis], Tehran: Allameh Tabatabai University, 2014. [Persian]
3. Mahdavi G. Optimal Supervision of Insurance Industry and Insurance Activities, Insurance Research Institute, Abstract of the 20th National Conference on Insurance and Development, 2012. [Persian]
4. Karimi M, Cheshmi A, Cheshmi M. Investigating the effect of regulatory quality on the development of the insurance indus-

- continuing challenge. *International Social Security Review*. 2002;55(2):57-69.
18. Saltman RB, Figueras J, Sakellarides C. Critical challenges for health care reform in Europe. McGraw-Hill Education (UK); October 1, 1998.
  19. Wong J. Achieving universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*. 2015;93:663-4.
  20. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal*. 2006;9(3):1-8. [Persian]
  21. Sedighi S, Hesam S, Maleki MR. Effective components in establishing basic health insurance in Iran. *Journal of Health Management*. 2012;4(1-2):7-19. [Persian]
  22. Ebrahimipour H. Design Model for Public Health Insurance. [Ph.D. Thesis]. Tehran: School of Management and Medical Information Science, Iran University of Medical Sciences; 2007. [Persian]
  23. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*. 2000;1:1803-62.
  24. Ruger JP, Kress D. Health financing and insurance reform in Morocco. *Health Affairs*. 2007;26(4):1009-16.
  25. Dehnavieh R, Rahimi H. Basic health insurance package in Iran: revision challenges. *Iran J Public Health*. 2017;46(5):719.
  26. Karimi M. Health insurance in the fifth plan, Requirements for the establishment of health insurance. Majlis Research Center; 2010. [Persian]