



Legal Principles and Economic Systems Governing Iran Health Insurance

Mohammad Jafari¹, Kheirollah Parvin^{1,2*}, Mohammad Sadeghi^{1,3}

¹ Department of Public Law, Qeshm Branch, Islamic Azad University, Qeshm, Iran

² Department of Public Law, Faculty of Law and Political Science, University of Tehran, Tehran, Iran

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

*Correspondence to: Kheirollah Parvin, Email: khparvin@ut.ac.i

Received: April 28, 2023

Revised: August 17, 2023

Accepted: September 30, 2023 Online Published: October 28, 2023

Abstract

Health is one of the most basic needs of all humans, and the main function of the health system of any country is to provide services in this area. The purpose of this research was to answer the question of how health services are provided, by which institution and according to what principles. After the victory of the Islamic Revolution, the expansion of social security in the 29th principle of the constitution, based on the fact that all people enjoy the benefits of social security as a universal right, was put on the agenda. Based on this, the main institutions, organizations, institutions and funds in the fields of insurance, support and aid of this system were obliged to carry out their executive and business affairs in the field of production and provision of services and related legal obligations by means of contracts whose terms are proposed by the Ministry of Cooperatives. Work and social welfare and the approval of the Supreme Council of Welfare and Social Security will be assigned to brokerage institutions. Although in Iran's legal system, various institutions are responsible for providing health services to different sections of the society, but the main institutions that provide insurance services are the Iran Health Insurance Organization and the Social Security Organization, and each of these organizations, according to the duties and obligations are responsible for providing health services in the community.

Keywords: Health Insurance, Health System, Legal Principles

Highlights

1. With the establishment of the Iran Health Insurance Organization, one of the biggest reforms of the social welfare system was carried out and the ground for the realization of lofty goals such as justice-oriented, improving the level of quality in the provision of health services was provided throughout the country.
2. Due to the fact that the market system does not pay attention to the creation of justice and equality, it is necessary for the government to pay attention to financing and managing the activities of the health sector.

Citation:

Jafari M, Parvin k, Sadeghi M. Legal principles and economic systems governing Iran health insurance. Iran J Health Insur. 2023;6(3):159-72.



اصول حقوقی و نظام‌های اقتصادی حاکم بر بیمه سلامت ایران

محمد جعفری^۱، خیراله پروین^{۲،*}، محمد صادقی^{۳،۱}

^۱ گروه حقوق عمومی، واحد قشم، دانشگاه آزاد اسلامی، قشم، ایران

^۲ گروه حقوق عمومی، دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

^۳ مرکز مطالعات و تحقیقات هرمز (پژوهشکده هرمز)، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران

* نویسنده مسئول: خیراله پروین، پست الکترونیک: khparvin@ut.ac.ir

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۸/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۰۸

تصحیح: ۱۴۰۲/۰۵/۲۶

دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۰۸

چکیده

سلامت یکی از اساسی‌ترین نیازهای همه انسان‌ها محسوب می‌شود و اصلی‌ترین کارکرد نظام سلامت هر کشوری، ارائه خدمات این حوزه است. هدف انجام این تحقیق، پاسخ به این پرسش بود که خدمات سلامت، چگونه، توسط چه نهاد و با توجه به چه اصولی ارائه می‌شوند. بعد از پیروزی انقلاب اسلامی گسترش تأمین اجتماعی در اصل ۲۹ قانون اساسی با تکیه بر برخورداری همه مردم از مزایای تأمین اجتماعی به عنوان حقی همگانی سرلوحه کار قرار گرفت. بر این اساس نهادها، سازمان‌ها، مؤسسات و صندوق‌های اصلی در قلمروهای بیمه‌ای، حمایتی و امدادی این نظام مکلف شدند امور اجرایی و تصدی‌گری خود در زمینه تولید و ارائه خدمات و تعهدات قانونی مربوط را به موجب قراردادهایی که ضوابط آن با پیشنهاد وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و تصویب شورای عالی رفاه و تأمین اجتماعی تعیین خواهد شد به مؤسسات کارگزاری محول کنند. هرچند در نظام حقوقی ایران، نهادهای مختلفی مسئول ارائه خدمات حوزه سلامت به اقشار مختلف جامعه هستند، اما اصلی‌ترین نهادهای ارائه دهنده خدمات بیمه‌ای، سازمان بیمه سلامت ایران و سازمان تأمین اجتماعی هستند و هر یک از این سازمان‌ها با توجه به وظایف و تعهداتی که بر عهده دارند، اقدام به ارائه خدمات سلامت در جامعه می‌کنند.

واژگان کلیدی: بیمه سلامت، نظام سلامت، اصول حقوقی

نکات ویژه

- ۱- با تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی انجام و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت‌محوری، ارتقای سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، در سراسر کشور فراهم شد.
- ۲- با توجه به آنکه نظام بازار به ایجاد عدالت و برابری توجهی ندارد، توجه دولت به تأمین مالی و مدیریت فعالیت‌های بخش بهداشت و سلامت، ضروری است.

مقدمه

خدمات بهداشتی و درمانی، به عنوان یک کالای عمومی در تمامی کشورها عمدتاً از طرف دولت تأمین می‌شود، اما ارائه خدمات سلامت می‌تواند علاوه بر دولت، با توجه به مقتضیات و ظرفیت و توانایی مالی بخش‌های خصوصی و غیرانتفاعی هر کشور، به صورت ترکیبی از هر سه بخش نیز ارائه شود. مروری اجمالی بر نظام سلامت کشورهای جهان نشان می‌دهد تمامی دولت‌ها پذیرفته‌اند که سلامت حقی است همگانی که دولت‌ها موظف به تأمین و استیفای آن هستند و تفاوت میان کشورها، فقط در نحوه، میزان و اولویت‌بندی هزینه‌های دولت‌هاست. در حال حاضر در برخی کشورها، عمده خدمات بهداشتی و درمانی، توسط بخش دولتی ارائه می‌شود و فقط برخی از فعالیت‌ها مانند داروخانه‌داری و پوشش‌های حمایتی، توسط بخش غیردولتی ارائه می‌شود. این در حالی است

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 تعمیم بهداشت و درمان به همگان، باید بر اساس رفع تبعیض بین گروه‌های مختلف جامعه تعیین شود [۱]. در این میان، محدوده ارائه خدمات درمانی، بیش از آن که یک وسیله تجاری به شمار رود، به عنوان یک حق اصلی در نظر گرفته می‌شود و از این رو، جامعه متعهد است که حداقل خدمات درمانی را برای تمام افراد فراهم کند که تحقق بخشیدن به این حق عمومی، بستگی به شیوه‌های تأمین‌کننده خدمات برای تمام افراد داشته، بدون آنکه در این راستا به توانایی فرد در پرداخت هزینه‌ها یا پرداخت نشدن حق بیمه‌ها از سوی آنان توجهی کند [۲].

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 موردنظر سیاست‌گذاران است. بنابراین ایجاد بانک جامع اطلاعات بیمه‌شدگان در حال حاضر، یک امر مورد نیاز در نظام بیمه‌ای - درمانی، به‌منظور گسترش پوشش خدمات بیمه‌ای است و ایجاد این بانک می‌تواند میزان دقیق پوشش بیمه‌ای کشور را تعیین کرده 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 در هزینه‌های نظام سلامت مشارکت کنند و افراد ثروتمندتر، بیشتر [۱۱].

روش سرانه کاملاً پسروده است، زیرا یارانه متقاطع از افرادی که در دهک‌های بالایی درآمدی جامعه هستند، به گروه‌های پایین وجود ندارد [۱]. در کشورهای در حال توسعه، خانواده‌های فقیر به علت پسروده بودن روش‌های تأمین مالی، به نسبت ثروتمندان، درصد بیشتری از درآمد خود را برای سلامت صرف می‌کنند [۱۲]. همان‌طور که در قانون برنامه پنجم توسعه نیز ذکر شده، کسر از حقوق و دستمزد برای بیمه پایه سلامت منظور شده که بر اساس نتایج مطالعات زیرساختی، مناسب و لازم برای اجرای عادلانه حق بیمه است. به همین دلیل باید تلاش در راستای استفاده هرچه تمام از ظرفیت‌های کشور برای تعیین توانایی پرداخت افراد، هم در بخش رسمی و هم غیررسمی صورت گیرد. اجرای کامل طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع در راستای دسترسی همه اقشار به خدمات سلامت، به عنوان عاملی مؤثر در اجرای هرچه تمام‌تر بیمه پایه سلامت خواهد بود. از این حیث که رها نشدن بیمار در نظام بهداشت و درمان و هدایت پروسه درمان او تحت نظارت نظام ارجاع و مراجعه‌اش به تخصص‌های لازم برای تشخیص، باعث جلوگیری از هدررفت منابع سازمان‌های بیمه‌ای و همچنین کاهش پرداخت از جیب و مواجه نشدن افراد با هزینه‌های کمرشکن خواهد شد. یک برنامه بیمه‌ای، دارای نظام دروازه‌بانی، می‌تواند تا ۶ درصد هزینه کل برنامه را نسبت به برنامه بدون این سازوکار کاهش دهد [۱۳].

منابع گردآوری شده در صندوق بیمه درمان برای خرید

که در برخی کشورها، عمده خدمات به عهده بخش غیردولتی بوده و در این نظام‌ها، هزینه‌کرد دولت، عمدتاً معطوف به ارائه مشوق‌های اقتصادی لازم برای عرضه خدمات بهداشتی است [۳]. برای ارائه خدمات سلامت به توده‌های مردم و برخورداری عادلانه از امکانات و خدمات سلامت، بررسی و تحول در ساختار مدیریت نظام سلامت کشور ضروری است [۴].

مؤلفه‌های مؤثر بر استقرار بیمه سلامت در ایران

بیمه سلامت یک راهکار مالی برای تجهیز صندوق‌ها و یک کاسه کردن خطرات 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 [۵]. در حال حاضر، ارائه مراقبت‌های بهداشتی برای تمام افراد و با هزینه‌ای منطقی، چالش پیش روی تمام کشورهای جهان است [۶]. بنابراین انتخاب نظام تأمین مالی سلامت از سوی یک کشور می‌بایست به نحوی باشد که کشور را به مسیر دستیابی به پوشش فراگیر با هزینه قابل پرداخت از طریق پیش پرداخت و تجمیع منابع و استفاده از منابع در خرید خدمات، به شیوه‌ای کارا و عادلانه سوق دهد [۷]. بنابراین، اصلاحات در نظام درمانی ایران نیز باید ضمن به‌کارگیری تجربه‌های جهانی، با تکیه بر مسائل و تنگناهای نظام بهداشت و درمان، در مسیر رسیدن به اهداف فوق انجام گیرد [۸].

پیش از اجرای قانون برنامه پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران، بر اساس مطالعات وضعیت نظام بیمه درمانی ایران، بزرگ‌ترین چالش نظام بیمه درمانی، مشکلات بر سر راه یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی بوده است [۹]. در بُعد پوشش جمعیت، اجباری بودن عضویت جمعیت تحت پوشش به عنوان عامل تأثیرگذار در استقرار مناسب بیمه همگانی سلامت در کشور است. به طور کلی، بیمه اجتماعی سلامت، سه مشخصه اصلی دارد که اساسی‌ترین آن، اجباری بودن است که نقطه اعظم افتراق از سایر بیمه‌های خصوصی اختیاری است [۵]. 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 [۱۰]. تجربه نشان داده که هرچا بیمه اجباری است، از نظر تجمیع منابع و همچنین تأمین

مدیران کشوری واقع شود. چرخه اصلاح نظام بیمه درمانی، مشابه دیگر چرخه‌های تصمیم‌گیری در سایر مسائل اساسی کشور است و مناسب آن است که مشکلات و زیرساخت‌های آن از ابتدا ریشه‌یابی شده و نقشه علمی آن پس از طراحی، ترسیم شود تا بهترین گزینه‌ها بر حل مشکل حاصل شود [۹]. بنابراین، 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، یک ضرورت است که می‌تواند از بروز همپوشانی‌ها، ناهماهنگی‌ها و هدررفت منابع جلوگیری کند. باتوجه 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 [۱۶].

میزان و نحوه مداخله دولت در بخش سلامت

سیاست‌های مرتبط با سلامت، یکی از ابعاد سیاست‌های اقتصادی - اجتماعی است که به عنوان یکی از وظایف دولت‌ها در نظر گرفته می‌شود. دامنه مداخله دولت در بازار سلامت بسیار وسیع است، به طوری که از خرید خدمات تا در برخی موارد ارائه خدمات را در بر می‌گیرد. در این راستا یکی از سؤالات اساسی که همواره به منظور بهبود خدمات بخش سلامت مدنظر است، میزان و نحوه مداخله دولت در بخش سلامت است [۱۷]. دولت‌ها به فراخور نوع کالا در بازارها مداخله می‌کنند، اما این مداخله در بازار سلامت، وسیع‌تر و جدی‌تر است، به طوری که دولت‌ها به نمایندگی از مصرف‌کننده، خدمات را خریداری و حتی آن را تولید می‌کنند. علت مداخله دولت‌ها، به این موضوع بازمی‌گردد که هیچ‌یک از فرضیه‌های مربوط به بازارهای کامل، در بازار سلامت کاربرد ندارد و دولت‌ها به لحاظ دیدگاه اجتماعی و اهداف جامعه‌گرایانه در این بازار مداخله می‌کنند. در این راستا، یکی از سؤالات اساسی که همواره به منظور بهبود خدمات بخش سلامت مدنظر است، میزان و نحوه مداخله دولت در بخش سلامت است. در برخی کشورها، عمده خدمات بهداشتی و درمانی توسط بخش دولتی ارائه می‌شود و فقط برخی از فعالیت‌ها مانند داروخانه‌داری و پوشش‌های حمایتی توسط بخش غیردولتی

مجموعه‌ای از مداخلات بهداشتی - درمانی استفاده می‌شوند که تمام افراد عضو صندوق بیمه، واجد دریافت آن هستند. این بسته خدمتی، باید با توجه به محدودیت منابع صندوق تا حد ممکن جامع باشد. تعریف دقیق بسته خدمات سلامت و وجود نظارت دقیق بر کیفیت خدمات و نحوه ارائه خدمات، عاملی مؤثر در اجرای مناسب بیمه پایه در راستای رسیدن به هدف کلی پوشش فراگیر در کشور خواهد بود. در سطح جهانی، دیدگاه‌های مختلفی در مورد تعیین بسته خدمتی وجود دارد. برخی کشورها تنها یک بسته خدمتی تعیین 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 به صورت یکسان انجام نمی‌دهند. این امر موجب شده که برخی خدمات یکسان، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه مختلف، به صورت متفاوتی ارائه شود. بنابراین، در درجه اول، تعیین متولی مناسب و مشخص در تدوین بسته و به علاوه، یکسان‌سای ضوابط مورد عمل بیمه‌ها در ارائه خدمات بسته در کشور ضروری به نظر می‌رسد. این امر، مستلزم تشکیل گروه کارشناسی خبره در این زمینه است که تدوین به نحوی عادلانه و کارآ صورت گیرد که از فقیرترین یا غنی‌ترین قشر، توانایی و رضایت از ارائه خدمات را داشته باشند. تجارب سایر کشورها نیز نشان می‌دهد که تصمیم‌گیری در مورد خدمات بسته بیمه توسط گروهی خبره، تأثیرگذاری بیشتری در بین دریافت‌کنندگان خدمات خواهد داشت [۱۴].

دهنویه در پژوهش خود با عنوان «چالش‌های تعیین بسته بیمه درمان پایه در ایران»، برای رفع این مشکل، پیشنهاداتی نظیر سیاست‌گذاری آموزش، آموزش متخصصان، بازنگری در سیستم‌های آموزشی و استفاده از دانش مشاوران خارجی ارائه داد [۱۵].

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. بنابراین مشخص ساختن متولی مناسب و واگذاری منابع کافی، برای تدوین بسته‌ای عادلانه و اثربخش، از یک‌سو و نظارت و کنترل متمادی بسته خدمتی و ارائه‌دهندگان خدمات، امری است که باید در راستای استقرار سریع‌تر و مناسب بیمه پایه سلامت، مورد توجه سیاست‌گذاران و

۴۰ درصد و سهم بخش خصوصی، حدود ۶۰ درصد است. در این چارچوب، عمده‌ترین مؤسسات و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات درمانی در ایران به چهار دسته تقسیم می‌شوند که به ترتیب شامل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بخش خصوصی، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان‌های خیریه هستند. از نقطه نظر مالکیت فضایی و مکانی، سهم بخش دولتی اعم از مراکز درمانی دولتی و شبه‌دولتی، به تنهایی حدود ۸۰ درصد، سهم بخش خصوصی حدود ۱۸ درصد و سهم سازمان‌های خیریه حدود ۲ درصد است. شایان توجه آنکه، به لحاظ کیفیت در ارائه خدمات بیمارستانی، بخش دولتی پس از بخش خصوصی و سازمان تأمین اجتماعی قرار می‌گیرد که این امر عمدتاً از فقدان سرمایه‌گذاری در نوسازی و بازسازی واحدهای بهداشتی تابعه آن ناشی می‌شود. فعالیت‌های بیمه‌های کشور عمدتاً از طریق سازمان‌ها و شرکت‌های بیمه‌گری چون سازمان تأمین اجتماعی (پوشش‌دهنده تمامی کارگران و خویش‌فرمایان)، سازمان سلامت ایرانیان (پوشش‌دهنده کارکنان دولت، روستاییان بیمه‌نشده‌گان ناتوان شهری همچون افراد تحت پوشش کمیته امداد و سازمان بهزیستی و غیره)، سازمان تأمین اجتماعی، نیروهای مسلح (پوشش‌دهنده تمامی نظامیان و خانواده‌های آنان) و شرکت‌های بیمه‌ای چون، شرکت بیمه دانا، ایران و آسیا صورت می‌گیرد.

نکته‌ای که در این بین با اهمیت به نظر می‌رسد، آن است که سازمان‌ها و بنیادهایی همچون کمیته امداد امام خمینی و سازمان بهزیستی، در چارچوب یاد شده، پوشش‌های حمایتی خود را از اقشار ضعیف جامعه و جامعه هدف انجام می‌دهند، به نحوی که از افراد بیمه‌شده هیچ‌گونه حق بیمه‌ای دریافت نمی‌شود. اما در حالت معمول، سیستم حق بیمه در ایران بر اساس درصدی از درآمد است که ۲۰ درصد کارفرمایان، ۷ درصد کارگران و ۳ درصد را دولت می‌پردازد. درخصوص هزینه‌های بستری، سازمان‌های بیمه‌گر حدوداً بین ۹۰ تا ۹۵ درصد هزینه‌های بستری را مطابق تعرفه‌های مصوب پرداخت می‌کنند. اما از آنجا که این تعرفه‌ها مطابق با انتظارات پزشکان نیست، مابه‌التفاوت‌ها به صورت زیرمیزی از بیماران دریافت می‌شود. از نظر تأمین هزینه داروهای کمرشکن و خاص، متأسفانه رویه واحد و جامعی در حوزه درمان وجود ندارد. به نحوی که مثلاً سازمان بیمه خدمات درمانی، تنها بخشی از هزینه دارویی بیماران خاص را تقبل می‌کند و در مقابل، سازمان تأمین اجتماعی، هزینه

ارائه می‌شود. این در حالی است که در برخی کشورها، عمده خدمات به عهده بخش غیردولتی بوده و در این نظام‌ها دولت با ارائه قوانین و مشوق‌های اقتصادی لازم، ارائه خدمات بهداشتی را تنظیم و کنترل می‌کند [۱۷].

در واقع، در نظام خدمات سلامت، بازارهای آزاد به ندرت وجود دارد و غالب نظام‌های سلامت در دنیا با درجات متفاوتی، تحت نظارت دولت‌ها هستند. در چنین وضعیتی، این سؤال مطرح می‌شود که بازار چگونه می‌تواند در تأمین و تخصیص منابع نظام سلامت، ایفای نقش کند. اما تقریباً شروط اساسی بازار رقابت کامل در بازار سلامت نقض می‌شود و از این‌رو، این بازار با شکست مواجه شده و راه برای مداخله دولت هموار می‌شود [۱۷].

در نظام بهداشت و درمانی ایران، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مسئولیت سلامت کشور را عهده‌دار است. در ایران، سیستم بهداشتی در قالب یک شبکه متمرکز و منسجم فعالیت می‌کند که به طور کلی از سه سطح تشکیل شده است. سطح اول، آن دسته از واحدهایی را شامل می‌شود که به نوعی، خدمات مراقبتی و پیشگیری‌های اولیه بهداشتی را ارائه می‌کنند. این سطح، شامل واحدهایی نظیر خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانگاهی روستایی و شهری است. سطح دوم، شامل واحدهایی هستند که قادرند خدمات بهداشتی و درمانی را در سطح تخصصی‌تری ارائه دهند که این واحدها عمدتاً شامل مراکز بهداشت و بیمارستان شهرستان‌ها را شامل می‌شوند و بالاخره سطح سوم، مجموعه خدمات تخصصی و فوق تخصصی و مکمل سطح دوم است.

در سطح سوم، می‌توان به بیمارستان‌های تخصصی و فوق تخصصی مستقر در مراکز استان‌ها اشاره کرد. شایان توجه آنکه، حرکت بیماران بین سطوح مذکور و در قالب سیستم ارجاع پیش‌بینی شده عملیاتی می‌شود، اما اجرای این پروسه برای بخشی از جمعیت کشور که همانا روستاییان هستند، ناقص است. در مقام تئوری، اگرچه تمامی افراد کشور تحت پوشش مزایای بستری قرار دارند، اما با توجه به آمارهای موجود بین ۵ تا ۶ درصد از جمعیت کشور، پوشش بیمه‌ای برای استفاده از مزایای سربایی ندارند.

در ایران همچون بسیاری از کشورهای دنیا، بخش دولتی و خصوصی در کنار هم ارائه خدمات مختلف بهداشتی و درمانی را به عهده دارند. سهم دولت در پرداخت هزینه‌های سلامت، حدود

دارویی بیماران مبتلا به بیماری‌های مشخص شده‌ای همچون سرطان را ۱۰۰ درصد تقبل می‌کند [۱۷].

مهم‌ترین موارد شکست تدابیر دولت در اقتصاد سلامت

در تمامی کشورها، مقوله بهداشت و درمان به عنوان خدمتی عمومی تلقی می‌شود. مهم‌ترین عوامل شکست بازار در نظام سلامت را می‌توان به مواردی مانند مخاطرات اخلاقی، انتخاب نامطلوب ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات، پیامدهای بیرونی، انحصار طبیعی و توزیع درآمد نسبت داد. از این رو تقریباً تمامی دولت‌ها در سرمایه‌گذاری و تأمین یارانه در این بخش مسئولیت دارند. بنابراین، دخالت، نظارت و کمک دولت در این عرصه، برای تمامی کشورها، امری قابل قبول و پذیرفته شده است. در ایران، در حالی است که اصول ۳ و ۲۹ و ۴۳ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و 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 [۱۷]. مهم‌ترین موارد شکست بازار در اقتصاد سلامت عبارت است از:

مخاطرات اخلاقی: یکی از علل شکست بازار در بخش سلامت، مخاطرات اخلاقی است. مخاطرات اخلاقی را می‌توان به عنوان یک رفتار استراتژیک تعریف کرد که در یک قرارداد، یکی از دو طرف اطلاعات بیشتری نسبت به دیگری در اختیار داشته باشد. در بازار بیمه سلامت مخاطرات اخلاقی، یک امر مسلم است، زیرا هر فرد بر اساس احتمال مورد انتظار درخصوص استفاده از خدمات سلامتی و از میان انواع قراردادهای پیشنهاد شده از طرف شرکت‌های بیمه‌گر، دست به انتخاب می‌زند. در حالت افراطی، به ازای هر حق بیمه و پوشش خدمتی، افرادی که تصمیم به خرید بیمه درمان دارند، افرادی هستند که انتظار دارند، هزینه‌های خدمات درمانی آنها بیشتر یا برابر با حق بیمه پرداختی باشد. بنابراین، با هر نرخ بیمه، شرکت بیمه در نهایت با زیان مواجه خواهد شد. شرکت‌های بیمه‌گر نیز این‌گونه رفتار افراد را پیش‌بینی کرده و افراد را پیش از عقد قرارداد، غربال می‌کنند، اما چنانچه مقرراتی وجود داشته باشد که اجازه ندهد حق بیمه‌های درمانی بر اساس ریسک هر فرد باشد (محدودیت در نرخ حق بیمه) یا اینکه اجازه کسب اطلاعات در مورد سلامتی هر یک از مشتریان بالقوه پیش از عقد قرارداد نداشته نباشد، استراتژی غربالگری نیز در بازار با مشکل مواجه خواهد شد. اما در هر حال، اجرای غربالگری توسط شرکت‌های بیمه‌گر مانع از

دست یافتن به یک ادغام مؤثر ریسک در بین افراد خواهد شد [۱۷].

انتخاب نامطلوب: این امر از نبود تقارن 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 مالک عمل قرار می‌دهد که به آن «رتبه‌بندی ریسک جامعه» می‌گویند. بنابراین، در چنین جامعه‌ای که افراد کم مخاطره از بیمه شدن پرهیز می‌کنند، حق بیمه، ریسک جامعه بالاتر می‌رود. این فرایند که به دنبال آن ریسک‌های خوب از گروه بیمه‌شدگان خارج می‌شود و ریسک‌های بد تجمع پیدا می‌کنند، «انتخاب نامطلوب» گفته می‌شود. به دنبال بروز انتخاب نامطلوب، دو گروه از افراد بیمه نشده باقی می‌مانند؛ افراد کم‌ریسک که به علت احساس نکردن خطر خود را بیمه نمی‌کنند و افراد پرمخاطره که به علت هزینه بالا، دسترسی به مراقبت‌های سلامتی ندارند. برای گروه اول، شکست بازار به دلیل منتقل نشدن اطلاعات از یک سمت به سمت دیگر بازار انجام می‌گیرد 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 به دنبال خود پدید می‌آورد [۱۷].

ناقص و نامتقارن بودن اطلاعات: اطلاعات ممکن است، به شکل نابرابر در میان عوامل مختلف توزیع شود یا دانش همه عوامل درگیر در مبادله ناقص باشد که هر دوی این حالت‌ها موجب مخاطرات و نا اطمینانی‌هایی به شرح زیر 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 سوءاستفاده کنند. این وضعیت را «اطلاعات نامتقارن» می‌نامند. مصرف‌کنندگان به عنوان دریافت‌کنندگان اصلی خدمات درمانی، باید از پتانسیل اقدامات درمانی در بهبود سلامت‌شان و همچنین هزینه کل آنها مطلع باشند. ارزیابی پیامدهای اقتصادی و بالینی اضافه شده «افزوده» یک مداخله می‌بایست 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 کارآ از مداخلات مراقبت سلامت بوده و می‌تواند منجر به شکست بازار شود [۱۷].

کمک‌های مردمی تأمین می‌شود [۲۰].

بر اساس اصل (۲۹) قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و اصل جامعیت و فراگیری، ارائه خدمات سلامت از وظایف دولت بوده و همه اقشار جامعه برای دریافت این خدمات از حقوق برابر برخوردارند. برآورده شدن این نیاز در گذر تاریخ، دچار دگرگونی‌های زیادی شده و هر تمدنی نگاه متفاوتی به آن داشته است.

الف- اصل جامعیت

مطابق اصل جامعیت، خدمات سلامت باید از جامعیت برخوردار باشد. بدین معنا که نظام خدمات سلامت باید همه خدمات مورد نیاز اشخاص را تأمین کند. از این رو باید خدمات مورد تعهد سازمان‌های بیمه‌ای شامل خدمات سلامت برای جامعه ضروری باشد.

نظام تأمین اجتماعی باید به منظور تأمین حداقل استانداردهای زندگی، همه وضعیت‌ها و اوضاع و احوالی را که درآمد شخص و توانایی و سلامت او را تهدید می‌کند، تحت پوشش قرار دهد. در مقاله نامه شماره ۱۰ سازمان بین‌المللی کار «استانداردهای حداقل تأمین اجتماعی» که در ۲۸ ژوئن ۱۹۵۲ از سوی کنفرانس بین‌المللی کار به تصویب رسیده، شاخه‌ای از حمایت‌های تأمین اجتماعی به عنوان «استانداردهای حداقل تأمین اجتماعی» تعیین شده که عبارتند از:

- الف- مراقبت پزشکی
- ب- حمایت ایام بیماری
- پ- حمایت ایام بیکاری
- ت- حمایت ایام سالمندی
- ث- حادثه کار
- ج- حمایت خانواده
- چ- حمایت ایام بارداری
- ح- حمایت از کارافتادگی
- خ- حمایت از بازماندگان.

برطبق این اصل، فردی که تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی قرار می‌گیرد، حق برخورداری از کلیه خدمات مصرّحه در قانون را دارد. بند الف ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، این اصل را در قالب یکی از سیاست‌های نظام مذکور بیان کرده است. در نظام تأمین اجتماعی ایران هنوز زمینه‌های اجرای این اصل به‌طور کامل فراهم نشده و تعداد زیادی از بیمه‌شدگان مشمول نظام

پیامدهای بیرونی: پیامدهای بیرونی هنگامی اتفاق می‌افتد که یک فعالیت اقتصادی، تأثیر مثبتی روی افراد دیگری داشته باشد که به صورت مستقیم در آن عمل مشارکت نداشته‌اند. در سلامت، این بحث هنگامی مطرح می‌شود که مصرف مراقبت‌های بهداشتی و درمانی توسط یک فرد، منجر به نفع‌رسانی به افراد دیگر می‌شود. به طور کلی هر هزینه‌ای که پیرامون مراقبت‌های بهداشتی و درمانی صورت می‌گیرد، 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. پیامدهای بیرونی در اقتصاد ممکن است، به ناکارایی منجر شوند زیرا ایجادکنندگان آن، هیچ انگیزه‌ای برای اهمیت دادن به اثر اقدامات‌شان بر دیگران ندارند [۱۷].

انحصار طبیعی: ناهمگنی خدمات پزشکی، مقایسه کیفیت و قیمت را مشکل کرده 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 محصولات آن بنگاه‌ها بستگی دارد [۱۸].

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. بنابراین 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 [۱۹].

اصول حاکم بر ارائه خدمات سلامت و بیمه درمان

در نظام بیمه‌ای برخورداری از مزایای تأمین اجتماعی منوط به پرداخت مبلغی تحت عنوان حق بیمه و داشتن حرفه‌ای مشخص یا وابستگی خانوادگی به فرد شاغل است. در این معنا تأمین اجتماعی یعنی تأمین اقتصادی شاغلان و افراد خانواده آنها در برابر رویدادهایی که منجر به کاهش یا قطع درآمد و افزایش هزینه‌های آنان می‌شود. در نظام غیربیمه‌ای، فرد مورد حمایت، قدرت مشارکت مالی در نظام بیمه‌ای را ندارد و قادر به پرداخت هزینه‌های نظام بیمه‌ای نیست و منابع مالی آن از محل گرفتن مالیات، درآمدهای عمومی و

شبکه بهداشت و درمانی کشور است. از این رو لازم است تدبیرهای مناسبی برای حضور بخش غیردولتی، شامل پزشکان و نیروی انسانی بهداشتی-درمانی، در روستاها به کار گرفته شود. شاید طرح پزشک خانواده که در دستور کار قرار گرفته، برای رفع این مشکل چاره مناسبی باشد [۲۵].

سطح‌بندی خدمات سلامت به لحاظ ایجاد دسترسی در ارائه خدمات به مردم در اقصی نقاط کشور همواره به عنوان یکی از راهبردهای مهم عدالت در برنامه‌های توسعه سلامت مطرح بوده است. به گونه‌ای که پس از انقلاب اسلامی، شبکه بهداشتی-درمانی برای ارائه خدمات سلامت به صورت رایگان برای آحاد مردم به ویژه در نقاط روستایی راه‌اندازی شد.

۲- فراهم بودن کالاها، خدمات، مراکز سلامت عمومی و مراقبت سلامت و متخصصان مربوطه باید به حد کافی در سطح ملی موجود و فراهم باشند. عوامل تعیین‌کننده سلامت نظیر ایمنی و بهداشت و امکانات بهداشتی و درمانی، باید در حد کافی در سطح ملی و کشوری فراهم باشد [۲۲].

امکانات و منابع مالی بیمه خدمات سلامت باید به نسبت جمعیت بیمه شده در کشور و مناطق مختلف فراهم شود. با توجه به این که سازمان‌های بیمه‌گر، حق بیمه مشخصی از بیمه‌شدگان خود دریافت می‌کنند، لازم است امکانات و منابع خود را برای استفاده افراد زیر پوشش به صورت عادلانه و با توجه به سطح‌بندی خدمات در کشور فراهم کنند که متأسفانه در کشور ما مردم از چنین فرصتی برخوردار نیستند. با توجه به پراکندگی سازمان‌های بیمه‌گر و همچنین پیشرفت روزافزون فناوری پزشکی و عوامل آلاینده‌ای که در اثر توسعه صنعتی به وجود آمده، لازم است به صورت پویا، بسته‌های خدمات سلامت مشخص شود که این امر در کشور ما به صورت جامع ارائه نمی‌شود یا اگر ارائه می‌شود درصد کمی را سازمان‌های بیمه‌گر پوشش می‌دهند [۲۶].

خدمات سلامت مورد تعهد بیمه درمان کارکنان دولت، تقریباً همان خدماتی است که در بیمه درمان به کارگران زیر پوشش سازمان تأمین اجتماعی ارائه می‌شود و فقط خدمات جانبی درمان مانند هزینه مسافرت ارائه نمی‌شود. در ضمن، به دلیل نداشتن مؤسسات درمانی همه خدمات به صورت غیرمستقیم ارائه می‌شود و بیمه شده باید بهای خدمات را بپردازد. بنابراین، در پیروی از اصل جامعیت و برای اینکه بتوان همه خدمات ضروری را در همه مقاطع

بیمه‌ای مانند: صاحبان حرف و مشاغل آزاد، بیمه‌شدگان اختیاری، قالیبافان، روستاییان و عشایر، رانندگان حمل و نقل بار و مسافر بین شهری و بیشتر افراد تحت پوشش نظام‌های حمایتی از مزایای کوتاه‌مدت مانند کمک عائله‌مندی، کمک بارداری و زایمان، کمک ازدواج، کمک هزینه به خاکسپاری محرومند و بیمه بیکاری نیز تنها به مشمولان قانون کار تعلق گرفته و سایر بیکاران، حتی کارمندان بیکار شده دولت، امکان برخورداری از آن را ندارند [۲۰].

اصل جامعیت، آثاری به دنبال دارد که در قالب اصول و شرایط زیر مطرح می‌شود [۲۱]:

۱- در دسترس بودن کالاها و خدمات و مراکز سلامت باید بدون تبعیض برای همگان در دسترس باشند. این امر شامل دوری از تبعیض، دسترسی فیزیکی، دسترسی اقتصادی و دسترسی به اطلاعات می‌شود [۲۲]. همه بیمه‌شدگان باید دسترسی کامل به خدمات درمان ضروری مورد تعهد بیمه درمانی داشته باشند. توزیع عادلانه خدمات سلامت و میزان دسترسی افراد جامعه در مناطق شهری و روستایی به عنوان مهم‌ترین وظیفه و رسالت شناخته می‌شود [۲۳].

بعضی از بیمه‌های پایه مانند بیمه‌های تأمین اجتماعی و نیروهای مسلح، به لحاظ دسترسی به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها از تسهیلات و شرایط ویژه‌ای برخوردارند، اما در بیمه خدمات درمانی این امکانات به طور مستقیم وجود ندارد و به صورت خرید خدمت و قرارداد با مراکز مختلف امکان استفاده از خدمات سلامت وجود دارد [۲۴].

در اغلب شهرها، به خصوص کلانشهرها، به دلیل واقعی نبودن تعرفه‌ها، مؤسسات درمانی طرف قرارداد سازمان بیمه‌ای نیستند و این مغایر با اصل در دسترس بودن خدمات سلامت است. هرچند دسترسی به خدمات سلامت در شهرها در حد قابل قبولی وجود دارد، اما روستائینانی هستند که به دلیل ویژگی‌های جمعیتی، اقلیمی، اقتصادی، اجتماعی، شغلی و درآمدی جامعه روستایی، محدودیت دسترسی به پزشک و تسهیلات درمانی، جامع نبودن خدمات، کافی نبودن منابع مالی و... آنان را دچار تنگنا کرده است، زیرا دسترسی به پزشک در نقاط روستایی، کم است؛ در حالی که کمترین حد انتظار این است که به ازای هر یک هزار نفر، یک پزشک در دسترس باشد. از سویی، سیاست‌های عمومی دولت مبنی بر پرهیز از توسعه تشکیلات دستگاه‌های دولتی و نیز محدودیت منابع عمومی برای ایجاد تسهیلات فیزیکی، مانعی برای گسترش

نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۸۳ به عنوان یکی از اصول بنیادین نظام تأمین اجتماعی مورد تأکید قرار گرفته است. در نظام تأمین اجتماعی ایران حمایت‌های بیمه‌ای به اعتبار اشتغال است. از این رو، زنان و دخترانی که به فعالیت‌های مربوط به خانه‌داری می‌پردازند از لحاظ اقتصادی به عنوان جمعیت غیرفعال محسوب می‌شوند و از تأمین آینده مناسب برخوردار نیستند. هر چند شمار زیادی از آنان که شوهر دارند تنها طبق مقررات قانون مدنی می‌توانند از شوهرشان نفقه بگیرند یا چنانچه شاغل باشد، تحت پوشش برخی از حمایت‌های نظام بیمه‌ای (مانند درمان و مستمری بازماندگان) قرار گیرند، اما آنها نیز به دلایلی مانند طلاق یا مرگ شوهر ممکن است از شمول خارج شوند. بنابراین لازم است خود اصالتاً تحت پوشش نظام بیمه‌ای باشند [۲۸].

برای حل این مشکل می‌باید «خانه‌دار بودن» به عنوان یک شغل به رسمیت شناخته شود و آن دسته از زنان خانه‌داری که تابع نظام بیمه‌ای نیستند از طریق نظام بیمه اجباری یا بیمه حرف و مشاغل آزاد مورد حمایت قرار بگیرند و دولت بخشی از حق بیمه آنها را پرداخت کند. همچنین بیکاران غیرمشمول قانون بیمه بیکاری مصوب ۱۳۶۹، افراد غیرفعال کسانی که سن آنها بیشتر از ۶۵ سال است، زنان خودسرپرست، کودکان بدون سرپرست در قالب نظام بیمه‌ای حمایت نشده و از طریق نظام حمایتی نیز کمک موثری به آنها نمی‌شود. برخی از بیمه‌شدگان مشمول نظام بیمه‌ای ممکن است قبل از رسیدن به سن بازنشستگی یا احراز شرایط دریافت مستمری از کارافتادگی از نظام بیمه‌ای خارج شوند. چنین افرادی که مدتی سابقه پرداخت حق بیمه دارند و برای این که از این سابقه در برخورداری از مزایای بلندمدت تأمین اجتماعی استفاده شود، باید بتوانند بیمه خود را به صورت اختیاری ادامه دهند. تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی به این نکته توجه کرده و به کسانی که به هر علتی از ردیف بیمه‌شدگان اجباری خارج می‌شوند و تحت پوشش نظام بیمه‌ای اجباری دیگری قرار نمی‌گیرند، اجازه داده تا برای بهره‌مندی از تمام یا قسمتی از حمایت‌های قانون تأمین اجتماعی بیمه خود را به صورت اختیاری، بر اساس آیین‌نامه‌ای که به تصویب خواهد رسید ادامه دهند. در راستای اجرای این تبصره، شورای عالی تأمین اجتماعی در تاریخ ۱۳۸۵/۶/۱۴ آیین‌نامه‌ای را تصویب کرد که در این آیین‌نامه ادامه بیمه به صورت اختیاری منوط به داشتن حداقل ۳۰ روز سابقه بیمه اجباری با شرط سنی (حداکثر ۵۵ سال

زمانی و شرایط خاص ارائه داد باید دولت، بحث تعیین اولویت‌ها را در دستور کار خود قرار دهد [۲۶].

با بررسی وضعیت موجود بیمه‌های درمانی کشور این حقیقت، آشکار می‌شود که بسته خدمات سلامت در سازمان‌های مختلف ارائه‌دهنده یکسان نیست. بنابراین، ضروری است که از بسته خدمات سلامت یک تعریف واحد، ارائه و خدمات ضروری و غیرضروری در این تعریف مشخص شود تا اصل جامعیت تحقق پیدا کند [۲۷].

بخش قابل توجهی از نیازهای مردمی روستاییان، خارج از نظام بیمه درمان و به صورت آزاد، تأمین می‌شود در واقع، سامانه شبکه و ارجاع بیمار، گنجایش لازم را برای پاسخگویی به نیاز واقعی روستاییان را ندارد [۲۵].

از طرفی، به منظور ارائه خدمات سلامت بستری به آن بخش از جمعیت کشور که پوشش بیمه‌ای ندارند طرح پوشش بیمه‌ای برای جمعیت بیمه نشده شهری از اسفند ۱۳۸۱ به طور رسمی آغاز شد. ماهیت طرح کاملاً حمایتی بوده و با هدف کمک به اقشار آسیب‌پذیر جامعه صورت گرفت. دریافت نکردن حق بیمه، خود دلیل واضحی بر حمایتی بودن این طرح است. انتقادی که بر این طرح وارد است، جامعیت خدمات و زیر پوشش قرار ندادن خدمات سرپایی است، با توجه به گسترش حیطه جمعیتی در طرح بیمه درمان روستاییان همپوشانی زیادی با این طرح به وجود آمده و در صورت اتخاذ نکردن تصمیم مناسب، تشدید خواهد شد [۲۶].

دولت تاکنون به تعهداتی مانند تأمین اجتماعی، حمایت‌های مالی، بهداشتی و درمانی که بر اساس اصل (۲۹) قانون اساسی عهده‌دار شده، عمل نکرده است. به نحوی که بسیاری از مشمولان بیمه‌های اجتماعی در عین حال که حق بیمه خود را به طور قانونی پرداخت می‌کنند، مجبورند از بیمه‌های خصوصی و تکمیلی نیز استفاده کنند یا اینکه خدمات سلامت سازمان را در حد قابل استفاده برای خود و خانواده نمی‌دانند.

ب- اصل فراگیری

اصل فوق لازم می‌دارد تا نظام جامع تأمین اجتماعی احاد جامعه را فارغ از رنگ پوست و تعلق قومی و جغرافیایی در بر گیرد. این اصل در موارد ۲۲ و ۳۵ اعلامیه جهانی حقوق بشر، ماده ۹ میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی، اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و بند ج ماده ۹ قانون ساختار

آن از تکالیف دولت‌هاست در صورتی که درباره شمول قانون تأمین اجتماعی یا بعضی حمایت‌های مندرج در آن بر بعضی افراد یا گروه‌ها تردید براساس اصل فراگیر بودن تأمین اجتماعی باید به شمول قانون بر افراد یا گروه‌های یادشده نظر دارد. با توجه به این اصل باید معتقد بود قوانینی که محدودکننده پوشش و حمایت‌های تأمین اجتماعی هستند خلاف اصل فوق بوده و باید تفسیر مضیق شوند [۲۹].

در آلمان، واقع در مرکز اروپا جمعیت حدود ۸۰/۷ میلیون نفر دارای نظام بیمه سلامت اجتماعی است. حدود ۸۵ درصد مردم تحت پوشش حدود ۱۶۰ صندوق بیمه سلامت غیردولتی و غیرانتفاعی مستقل هستند. ده درصد مردم تحت پوشش بیمه‌های خصوصی و ۴ درصد هم به طور مستقیم خدمات سلامت را از دولت دریافت می‌کنند [۳۰].

کشور انگلستان واقع در شمال غربی قاره اروپا، دارای وسعت ۱۳۰۳۹۵ کیلومتر مربع و جمعیت حدود ۶۴/۷ میلیون نفر است. این کشور از سال ۱۹۴۸ میلادی دارای نظام سلامت ملی بوده و خدمات رایگان پزشکی و بیمارستانی به همه ساکنان کشور ارائه میشود. ایالات متحده آمریکا، کشوری در آمریکای شمالی با مساحت ۹۵۲۵۰۶۷ کیلومتر مربع (رتبه ۴ جهان) دارای جمعیت حدود ۳۲۱/۷ میلیون نفر است. نظام سلامت آمریکا از نوع مختلط (ترکیبی) است و بیمه‌های عمومی و خصوصی در کنار هم در این کشور وجود دارند. برنامه بیمه مدیکر که ابتدا برای افراد سالمند بالای ۶۵ سال در نظر گرفته شد، به مرور زمان معلولان زیر ۶۵ سال، بیماران کلیوی و بیماران آخرین مراحل زندگی را هم شامل شد [۳۱].

در ایران، سازمان تأمین اجتماعی (کارگران و خانواده آنها در حدود ۲۶ میلیون نفر)، سازمان بیمه سلامت ایران (کارکنان دولت، روستاییان، خویش‌فرمایان و سایر اقشار در حدود ۳۸ میلیون نفر)، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی نیروهای مسلح و کمیته امداد امام خمینی (ره) (نیازمندان در حدود چهار میلیون نفر) به دلیل همپوشانی بیمه‌ای، جمعیت بیمه شده در ایران، از جمعیت کل کشور بیشتر شده است [۲۶].

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که خدمات سلامت بر مبنای اصل فراگیر بودن نیست. خدمات سلامت باید با کمیت و کیفیت یکسان به همه بیمه‌شدگان ارائه شود. به همین دلیل در ارائه خدمات سلامت نباید تبعیض وجود داشته باشد. بنابر مفاد ماده (۲) اعلامیه جهانی حقوق بشر، تمام انسان‌ها بدون در نظر گرفتن نژاد، رنگ، جنس، زبان،

برای مردان و زنان) شده است و متقاضیانی که دارای شرط سنی و سابقه مندرج در آیین‌نامه یاد شده نباشند، امکان ادامه بیمه به صورت اختیاری را ندارند و اگر دوباره مشمول نظام بیمه اجباری قرار نگیرند، سابقه‌ای که قبلاً احراز کرده‌اند در عمل هیچ فایده‌ای ندارد و این در حالی است که در تبصره ماده ۸ قانون تأمین اجتماعی چنین محدودیتی وجود ندارد و به نظر می‌رسد که آیین‌نامه شورای عالی از این لحاظ فراتر از قانون است. از نظام جامع تأمین اجتماعی که یکی از اصول اساسی آن «فراگیر بودن» است انتظار می‌رود که ترتیبی اتخاذ کند که این افراد بتوانند بیمه خود را نزد صندوق بیمه قبلی یا صندوق تأمین اجتماعی که صندوق پایه است، ادامه دهند. در برخی از صندوق‌ها مانند صندوق بازنشستگی کشوری به جای ادامه ارتباط بیمه‌ای، استرداد حق بیمه پیش‌بینی شده که راه‌حلی منطقی نیست. زیرا، اولاً با توجه به نرخ تورم و کاهش ارزش پول مبلغ قابل استرداد بسیار ناچیز است. ثانیاً این امر با اصول حاکم بر تأمین اجتماعی که پرداخت مزایا به صورت مستمری و تأمین معاش خانواده بیمه‌شده در طول زمان را مورد تأکید قرار می‌دهد، مغایر است [۲۰].

طبق اصل فراگیری خدمات سلامت باید برای همه آحاد جامعه تأمین و تضمین شود و عدالت نیز اقتضا می‌کند که همه افراد جامعه حق برخورداری از خدمات سلامت را داشته باشند (بند «ج» ماده (۹) قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی). همه افراد جامعه حق دارند که زیر پوشش بیمه درمانی قرار گیرند، حتی اگر درآمد نداشته باشند و نتوانند حق سرانه بیمه درمانی را بپردازند یا در موقع دریافت خدمات نتوانند مشارکت مالی داشته باشند. در نظام بیمه مبتنی بر عدالت اجتماعی، همه خدمات مورد تعهد، بدون در نظر گرفتن مذهب، نژاد و ملیت به همه بیمه‌شدگان عرضه می‌شود. بیمه‌شدگان باید دسترسی کامل به خدمات سلامت و ضروری مورد تعهد بیمه درمانی را داشته باشند و خدمات سلامت باید با کمیت و کیفیت یکسان به همه آنها ارائه شود [۲۰].

در اصل (۲۹) قانون اساسی، بند «۱۲» اصل (۳) قانون اساسی، ماده (۲۲) اعلامیه جهانی حقوق بشر و ماده (۹) میثاق بین‌المللی حقوق اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی و حتی در قوانین عادی هم مورد تصریح قرار گرفته است. بند «ج» ماده (۹) قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، سیاست فراگیر بودن خدمات تأمین اجتماعی را از جمله اصول و سیاست‌های این نظام دانسته است. برخورداری از تأمین اجتماعی، از حقوق شهروندان و تأمین

در پرداخت هزینه‌های درمانی شریک کرده تا از انجام اقدامات درمانی زائد و غیرضروری باز دارد. برابر اصل ۲۹ قانون اساسی، دولت موظف است از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی را برای یک یک افراد کشور تأمین کند. این قسمت از اصل ۲۹ قانون اساسی، مبین اصل مشارکت مردم است. همچنین طبق ماده (۹۰) برنامه چهارم توسعه بر مشارکت عادلانه مردم در تأمین هزینه‌های سلامتی و کاهش ۳۰ درصدی نقش مردم در تأمین هزینه‌های سلامت تأکید شد. در سازمان تأمین اجتماعی بیمه‌شدگانی که خارج از مراکز تأمین اجتماعی از خدمات سلامت استفاده می‌کنند بها پرداخت می‌کنند [۳۳].

برای دریافت حق بیمه از روستاییان، سازوکار اجرایی و ابزار قانونی مشخص تعیین نشده است. بنابراین، صندوق بیمه اجتماعی روستاییان و عشایر در حال حاضر به عنوان واسطه انتقال کمک‌های دولت به افراد زیر پوشش است که هنوز نتوانسته مشارکت مردم را برای پرداخت حق بیمه جلب کند [۲۵].

دلایل پذیرش پایین بیمه اجتماعی به عواملی همچون ناشناخته بودن صندوق بیمه نزد مخاطبان، نامشخص بودن شرایط بیمه، نداشتن شرایط احراز، نداشتن توانایی مالی، پوشش ندادن بیمه درمان، ضعف ساختار اجرایی و عملیاتی صندوق و عوامل محیطی و پیرامونی (عواملی که بر درآمد و قدرت خرید تأثیرگذار است همانند خشکسالی، کاهش سودآوری تولید در بخش کشاورزی، بیکاری و نداشتن شغل، تغییرات اقلیمی و وارد آمدن خسارت به تولید) است. در یک دهه گذشته، تلاش‌های بسیاری برای همگانی شدن پوشش نظام تأمین اجتماعی انجام شده است. در حال حاضر، قوانین و مقررات موجود، امکان پوشش بیمه‌ای را برای بخش عمده‌ای از جمعیت کشور فراهم کرده ولی این امر لزوماً به معنای تحقق آن نیست. تجربه‌های جهانی و نیز کشورما نشان می‌دهد که در لایه‌های بیمه‌ای، فقط پوشش اجباری موفق است و بیمه‌های اختیاری تداوم چندانی ندارند [۳۴].

به دلیل آنکه پوشش بیمه‌ای و دریافت حق بیمه همواره در زمان سلامتی افراد انجام می‌گیرد، تمایل و رغبت به عضویت در صندوق‌های بیمه، برای افرادی که وقوع خطر را جدی نمی‌گیرند کم است. در پوشش‌های بیمه‌ای پایه مشارکت جامعه بیشتر باید حول و محور «مصرف خدمات» متمرکز شود و بیشتر بر الگوی «درست مصرف کردن» و «همه‌نگی» در اجرای بهتر بیمه استوار

مذهب، نوع عقیده و سیاست، تبعه یا بیگانه، بومی یا غیربومی باید به طور یکسان از خدمات تأمین اجتماعی بهره‌مند شوند.

بر مبنای این اصل سعی بر این است که همه افراد به امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی دسترسی یکسان داشته باشند. نحوه ارائه خدمات سلامت در سازمان‌های بیمه‌ای متفاوت است که نگرانی‌هایی را برای بیمه‌شدگان به وجود آورده است. سازمان تأمین اجتماعی به دلیل دارا بودن مراکز درمانی به صورت مستقیم و رایگان به بیمه‌شدگان خدمات ارائه می‌کند، لذل در سازمان بیمه خدمات سلامت این کار به صورت خرید خدمت از طرف مؤسسات درمانی انجام می‌شود. از طرفی ادارات و سازمان‌هایی وجود دارند که ماهیت بیمه‌ای ندارند اما عملاً اقدام به بیمه کردن کارکنان کرده‌اند؛ مانند شرکت نفت، بانک‌ها، صدا و سیما و... اما در رفتار ارائه خدمات سلامت این بیمه‌شدگان با سایر بیمه‌شدگان سازمان‌های بیمه‌ای تفاوت‌هایی وجود دارد [۲۶].

سازمان تأمین اجتماعی که بیش از یک سوم جمعیت کشور را زیر پوشش قرار داده، مرکزی است که خدمات سلامت را در کشور ارائه می‌دهد. هرچند کیفیت این خدمات و رضایتمندی بیمه‌شدگان جای پرسش دارد، اما در مقایسه با دیگر سازمان‌های بیمه‌گر نوعی تبعیض به چشم می‌خورد زیرا افراد بیمه شده‌ای که به مراکز درمانی تحت پوشش تأمین اجتماعی مراجعه می‌کنند هیچ‌گونه وجهی بابت فرانشیز نمی‌پردازند اما دیگر بیمه‌ها باید فرانشیز مصوب را پرداخت کنند [۳۲].

با اینکه بیشتر خدمات سلامت در بخش دولتی ارائه می‌شود، اما به علت کمبود بودجه، نپرداختن حق‌الزحمه پزشکان، کمبود تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی و نبود نظام صحت‌مدیریتی از کیفیت لازم برخوردار نیست، در حالی که بخش خصوصی این ایرادات را کمتر دارد، اما به علت تعرفه‌های بالا و پوشش ندادن این تعرفه‌ها از سوی سازمان‌های بیمه‌گر، فقط بخش کوچکی از جامعه می‌توانند از این خدمات بهره‌مند شوند. همچنین تعداد و مراکز درمانی از نظر کمی به‌طور عادلانه در سراسر کشور توزیع نشده که این خود نوعی تبعیض و برخلاف اصل عمومیت است.

پ- اصل مشارکت

مشارکت مالی بیمه‌شدگان، کارفرمایان و دولت در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است و بیمه شده را

دلیل حمایت از اشخاص شاغل و مزد و حقوق بگیر برنامه‌ریزی شده و علی‌الاصول شاغل در قسمت غیررسمی، خارج از پوشش این برنامه‌ها باقی می‌مانند. معنای بیمه برابر اصل تجمیع ریسکها استوار است. این کار متضمن این است که اشخاص تحت پوشش با پرداخت حق بیمه خویش، در فرض بروز یکی از حالات تعیین شده در قانون و در فرضی که حق بیمه کافی طی دوره مشخصی پرداخت کرده باشند، به وسیله صندوق، مورد حمایت قرار می‌گیرند. اصلی‌ترین خصوصیت راهبرد بیمه‌ای، در حیطه نظام جامع تأمین اجتماعی، عبارت است از مشارکت اشخاص زیر پوشش در تأمین منابع مالی آن از راه پرداخت حق بیمه متعلقه و رابطه نزدیک حق بیمه پرداختی با مقدار تعهدات و حمایت‌های ارائه شده به آنان.

در برنامه‌های بیمه‌ای، درصد مشخصی از درآمد اشخاص شاغل به عنوان حق بیمه متعلقه از طرف صندوق بیمه مشخص و اخذ می‌شود تا در هنگام قطع یا از دست دادن درآمد بالا، تعهدات صندوق در برابر شخص بیمه شده برابر آخرین درآمد مبنای محاسبه حق بیمه شامل شود. با اینکه در نظام بیمه‌های اجتماعی، حق بیمه پرداختی برابر مقدار درآمد اشخاص تحت پوشش مبنای اصلی تعهدات بیمه‌ای در برابر آنان محسوب می‌شود، اما کوشش بر آن است که حتی‌الامکان، افزون بر موارد بیان شده، علل تعادلی منبعث از اصل همبستگی اجتماعی نیز در مقدار پرداخت‌ها لحاظ شود [۳۷].

نتیجه‌گیری

حق سلامت به‌عنوان یک حق ذاتی، به این معناست که هر کس حق دارد تا به بالاترین استاندارد سلامت فیزیکی و روانی دستیابی داشته باشد و این حق همه خدمات پزشکی، بهداشت عمومی، غذای کافی، مسکن مناسب، محیط کار و محیط‌زیست سالم را شامل می‌شود. وجود ابعاد مختلف برای سلامتی، حوزه‌های گوناگون مرتبط با سلامتی و عوامل متنوع تأثیرگذار بر آن، موجب دشواری تعریف حق مزبور شده و دولت‌ها برای تأمین امکان یک زندگی سالم ملزم به اتخاذ اقدامات در حوزه وسیعی هستند که برخی از این تعهدات، مستلزم اقدام فوری هستند و برخی دیگر در طول زمان باید تحقق پیدا کنند. از همین روی، کشور ایران نیز با تصویب قوانین و مقررات مختلف در زمینه سلامت و همچنین پیوستن به کنوانسیون‌های مختلف بین‌المللی این حق را به رسمیت شناخته و مورد حمایت قرار داده است. ارائه خدمات سلامت از

باشد تا مشارکت در هزینه [۳۵]. این اصل نیز به‌طور کامل رعایت نشده است. بنابراین، پیشنهاد می‌شود سرانه بیمه روستاییان در قالب طرح هدفمندی یارانه‌ها از طریق یارانه نقدی که در اختیار آنها قرار می‌گیرد از آنها کسر و به صندوق بیمه‌ای واریز شود تا بحث مشارکت روستاییان در این زمینه ارتقا یابد و عدالت در این موضوع نیز برقرار شود. شورای عالی بیمه خدمات درمانی، دارای ترکیبی کاملاً دولتی است و نقش طرف‌های مختلف در آن متناسب نیست و این بدان معناست که اصل مشارکت، رعایت نشده است [۲۷].

ت- اصل کفایت

اصل کفایت محک حقیقی در کارایی نظام تأمین اجتماعی بوده و با به‌کارگیری این اصل، دو اصل دیگر منظور فراگیری و جامعیت ارزش پیدا می‌کنند. در تجدید سازمان‌دهی دستگاه‌های نظام تأمین اجتماعی اولویت با اصل کفایت است که شایبیت نظام تأمین اجتماعی بوده است. در این اصل که جزو اصلی‌ترین اصول تأمین اجتماعی به شمار آمده، ضروری است که مزایا و حمایت‌های موضوع مقوله‌نامه شماره ۱۰۲ سازمان بین‌المللی کار بایستی به شکلی باشد که قادر باشد زندگی مناسب و شایسته‌ای را برای اشخاص مهیا کند و همه مخارج یا قسمت عمده‌ای از آن را تحت پوشش قرار داده و سطح مزایای قابل ارائه بایستی کافی و متناسب باشد.

این اصل که در بند «ب» ماده ۹ قانون ساختار نظام جامع تأمین اجتماعی نیز پیش‌بینی شده، مبتنی بر ارتقای سطح خدمات بیمه‌های اجتماعی به‌منظور پوشش همه احتیاجات برابر شروط اقتصادی، فرهنگی، قومی و مذهبی هر جامعه می‌باشد. در این اصل تأکید بر این شده که در مرحله اول بایستی حداقل احتیاجات اساسی جامعه تأمین شود و در مرحله دوم کمیت و کیفیت خدمات در حدی که برای رفع نیازهای بیمه‌شدگان کفایت نسبی برآورده شود، ارتقا پیدا کند [۳۶].

ث- اصل پیشگیری

بیمه اجتماعی بیش از صد سال قبل و برای نخستین بار در آلمان تأسیس شد. بیمه اجتماعی است که با اخذ حق بیمه اجباری از کارگران و کارفرمایان تأسیس شده و اشخاص تحت پوشش را در فرض داشتن شروط و ایجاد حوادثی مثل بیماری، بیکاری، سالمندی، ازکارافتادگی و مرگ حمایت اشخاص می‌کند. بیمه اجتماعی به

References

1. Vafaei Najar A, Karimi I, Sedghiani E. A comparative study of supplementary healthcare services packages in selected countries and presenting a model for Iran. *Health Information Management*. 2006;3(1):51-56. [Persian]
2. Zakeri M, Olyaeemanesh A, Zanganeh M, Kazemian M, Rashidian A, Abouhalaj M, et al. The financing of the health system in the Islamic Republic of Iran: A National Health Account (NHA) approach. *Med J Islam Repub Iran*. 2015;29:243.
3. Khoshnevisan M, Ghasemianpour M, Samadzadeh H, Baez R. Oral health status and healthcare system in IR Iran. *J Contemp Med Sci*. 2018;4(3):107-18.
4. Shams L, Yazdani S, Nasiri T. The value framework governing Iran's health system policy: a practical gap. *Int J Prev Med*. 2022;13:96.
5. Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *Int Soc Secur Rev*. 2002;55(2):57-69. doi: [10.1111/1468-246X.00124](https://doi.org/10.1111/1468-246X.00124).
6. Hanson MJ, Callahan D. The goals of medicine: The forgotten issues in health care reform: Georgetown University Press; 2000. doi: [10.1353/book52429](https://doi.org/10.1353/book52429).
7. Victora CG, Hanson K, Bryce J, Vaughan JP. Achieving universal coverage with health interventions. *Lancet*. 2004;364(9444):1541-8. doi: [10.1016/S0140-6736\(04\)17279-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17279-6).
8. Shadpur K. Health system reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal*. 2006;9(3):1-8. [Persian]
9. Sedighi S, Hesam S, Maleki M. Effective components in the establishment of basic health insurance in Iran. *Health Management Journal*. 2013;4(1,2):7-19. [Persian]
10. Carrin G, James C. Social health insurance: key factors affecting the transition towards universal coverage. *Int Soc Secur Rev*. 2005;58(1):45-64. doi: [10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2005.00209.x).
11. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. *Handbook of Health Economics*. 2000;1:1803-62. doi: [10.1016/S1574-0064\(00\)80047-5](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80047-5).
12. Ruger JP, Kress D. Health financing and insurance reform in Morocco. *Health Aff*. 2007;26(4):1009-16. doi: [10.1377/hlthaff.26.4.1009](https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.1009).
13. Mills A, Bennett S, Siriwanarangsun P, Tangcharoensathien V. The response of providers to capitation payment: a case-study from Thailand. *Health Policy*. 2000;51(3):163-80. doi: [10.1016/S0168-8510\(00\)00059-2](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(00)00059-2).
14. Dehnavieh R, Rahimi H. Basic health insurance package in Iran: revision challenges. *Iran J Public Health*. 2017;46(5):719.
15. Dehnaviyeh R, Rashidian A, Maleki M. The challenges of determining the basic treatment insurance package in Iran. *Payesh*. 2011;10(2):273-83. [Persian]

جمله حمایت‌هایی است که به لحاظ ارتباط با سلامت بیمه‌شدگان و خانواده آنان و استمرار آن در طول مدت بیمه بودن هر فرد، از اهمیت بسیاری، هم برای بیمه‌شدگان و هم برای نهادهای ارائه دهنده این خدمات برخوردار است.

با تصویب قانون الزام، سازمان تأمین اجتماعی از سال ۱۳۶۹ عهده دار ارائه خدمات سلامت به بیمه‌شدگان به صورت مستقیم گردید و در عین حال مجاز شد خدمات سلامت را یا خود تأمین و به بیمه‌شدگان ارائه کند یا از بخش‌های دولتی و خصوصی تأمین کند. توسعه نظام بیمه سلامت کشور همانا یکی از مهم‌ترین فرمان‌های مورد تأکید در سیاست‌های کلی سلامت مقام معظم رهبری در اجرای بند ۱ اصل ۱۱۰ قانون اساسی ابلاغی ۱۳۹۳/۱/۱۸، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران است. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور برعهده آن نهاده شده و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت‌محوری، ارتقای سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، در سراسر کشور فراهم شد.

بر اساس ابلاغ اساسنامه تشکیل سازمان در تاریخ ۱۳۹۱/۵/۲۲ و بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمع سازمان‌های بیمه‌گر کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در اول مهر ۱۳۹۱ تشکیل شد تا بدین ترتیب، خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارائه شود. به این صورت با عهده‌دار شدن سازمان بیمه سلامت و سازمان تأمین اجتماعی برای ارائه خدمات سلامت در کشور، همه جمعیت کشور زیر پوشش نظام سلامت قرار می‌گیرند، به طوری که می‌توان گفت دیگر هیچ فردی فاقد پوشش خدمات سلامت در کشور نخواهد بود.

تأییدیه اخلاقی: موردی گزارش نشده است.
تعارض منافع: نویسندگان این مقاله اعلام داشتند که هیچگونه تعارض منافی وجود ندارد.
سهم نویسندگان: همه نویسندگان سهم برابر در نگارش این مقاله مروری داشتند.
منابع مالی: مقاله حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

16. Karimi M. Health insurance in the fifth plan; Requirements for the establishment of health insurance. Tehran: Majlis Research Center; 2020. [Persian]
17. Tabibi M, Davoudi A. Determining the priorities of the government's intervention in the health system in Iran based on a survey of method experts (AHP). *Journal of Financial and Economic Policy*. 2017;5(19):105-38.
18. Kermani S. Health Economics. Tehran: Samt Publications; 2006. [Persian]
19. Bhattacharya J, Hyde T, Tu P. Health economics: Bloomsbury Publishing; 2018.
20. Badini H, Esmati Z. Backgrounds for the realization of the principles governing the social security rights of the Islamic Republic of Iran. *Social Welfare*. 2012;12(14):199-230. [Persian]
21. Badisar S. Evaluation of Medical Services in Social Security Law of Iran. *Parliament and Strategy*. 2012;18(68):33-62. doi: [10.54648/BULA2012016](https://doi.org/10.54648/BULA2012016).
22. Islamitabar S. Fundamentals of Health Law. Tehran: Majd; 2015. [Persian]
23. Tarighat Monfared M. Principles and foundations of national health policy (comparative study). Tehran: Office of Social Studies, Research Center of the Islamic Council. 2008. [Persian]
24. Moslemi A. Recognition of Rural Society of Iran from the Perspective of Social Security. *Social Security Quarterly*. 2005;7(20):239-64. [Persian]
25. Karimi M. The position of health insurance in the comprehensive social security system. *Social Security Quarterly*. 2001;3(10):192-216. [Persian]
26. Zare MH, Samimifar SG. A Review of Health Insurance Coverage and Services in the Health Insurance Organization. *Social Security Quarterly*. 2008;8(26):173-97. [Persian]
27. Danesh Dehkordi N. Public health insurance from the perspective of law. Tehran: Health Insurance Organization; 2005. [Persian]
28. Sarukhani B. Basic Principles in Compiling a Comprehensive Social Security System. *Social Security Quarterly*. 2007;1(1):70-98. [Persian]
29. Iraqi S. Introduction to Social Security Law. Tehran: Higher Institute of Social Security Research. 2007. [Persian]
30. Smith PC, Anell A, Busse R, Crivelli L, Healy J, Lindahl AK, et al. Leadership and governance in seven developed health systems. *Health Policy*. 2012;106(1):37-49. doi: [10.1016/j.healthpol.2011.12.009](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.009).
31. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003;362(9378):111-7. doi: [10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5).
32. Nasiri M. The legal status of the Social Security Organization in the macro-structure of the country's management. *Journal of Social Security*. 2003;22:41-56. [Persian]
33. Qaani H. Obtaining a deductible from the insured to cover incurable diseases. Tehran, Iran newspaper. 2010;12(68):33-62. [Persian]
34. Brugman GM. Wisdom and aging. *Handbook of the psychology of aging*: Elsevier; 2006. p. 445-76. doi: [10.1016/B9-78-012101-2/64950-0239](https://doi.org/10.1016/B9-78-012101-2/64950-0239).
35. Abolshams Asghari B. A Comparative Study of the Health Services Package of Complementary Health Insurance Providers in Selected Countries and Proposing a Service Package for Iran. [Masters Thesis]. Tehran: Islamic Azad University, Science and Research Branch; 2006. [Persian]
36. Badini H. The position of social security law in the legal system. *Social Security Quarterly*. 2007;9(30):123-50. [Persian]
37. Behbahani A. Principles and Foundations of Social Insurance. Tehran: Higher Institute of Social Security Research. 2017. [Persian]