



بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی در دنیا: مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب

نویسندگان: ایرج کریمی^۱، محمدرضا ملکی^۲، امیراشکان نصیرپور^۳، حسن جان فدا^۴

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

۲. استاد گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران

۳. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران

۴. نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران تلفن تماس: ۰۹۱۳۳۵۱۳۰۳۷ E-mail: Dr.janfada@gmail.com

چکیده

مقدمه: بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی یکی از مهمترین روش ها برای ارائه خدمات سلامت به مردم می باشند. با توجه به تجارب کشورهای مختلف در این زمینه هدف از انجام این مطالعه بررسی تطبیقی بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی در کشورهای منتخب می باشد.

روش بررسی: این مطالعه از نوع مطالعات تطبیقی می باشد. حوزه پژوهش شامل مدل های بیمه بهداشتی درمانی حمایتی در کشورهای مختلف و ایران می باشد. کشورهای مورد بررسی در این پژوهش را آمریکا، پاراگوئه، انگلستان، سوئد، فرانسه، تایلند، استرالیا و ژاپن تشکیل می دهند. که بر مبنای تقسیم بندی گاردن در تقسیم بندی نظام های بیمه ای انتخاب شده اند. تحلیل اطلاعات در محورهای سیاستگذاری، برنامه ریزی کلان، ساختار و معیار و مبنای پوشش انجام گرفته است.

یافته ها: نتایج نشان داد که وزارت های بهداشت تولید بیمه های درمانی را بر عهده دارند. در زمینه برنامه ریزی، برنامه ریزی در سطح ملی و منطقه ای پیشنهاد شده است و در بیشتر کشورها این برنامه ها به صورت غیرمتمرکز در شهرها و روستاهای هر منطقه اجرا می گردد. تمایل و گرایش بیشتری برای سازماندهی دولتی در ارائه بیمه بهداشتی درمانی حمایتی وجود دارد. در بحث مبنای پوشش نیز عدالت و توجه به فقرا بیشترین تاثیر را دارد.

نتیجه گیری: براساس نتایج مطالعه حاضر، طراحی مدل بیمه ای درمان حمایتی که تولید آن در اختیار وزارت بهداشت و برنامه ریزی آن در سطح ملی و منطقه ای ولی اجرا در سطح مناطق باشد و از یک ساختار دولتی تبعیت کند و عامل فقر را شرط پوشش قرار دهد توصیه می شود.

واژه های کلیدی: بیمه بهداشتی درمانی حمایتی، سیاست گذاری، برنامه ریزی، ساختار، پوشش خدمات، مطالعه تطبیقی

طلوع بهداشت

دو ماهنامه علمی پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال چهاردهم

شماره: سوم

مرداد و شهریور ۱۳۹۴

شماره مسلسل: ۵۱

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۱/۲۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۳/۲

**مقدمه**

در طول تاریخ موضوع سلامت همواره به عنوان یکی از نیازهای اساسی و پایه ای انسان ها مطرح بوده است (۱). خدمات بهداشتی درمانی حق آشکار هر شهروندی محسوب می شود که این موضوع نباید تحت تاثیر عواملی چون درآمد و ثروت واقع گردد (۲). برابر گزارش سازمان جهانی بهداشت حفاظت مالی و موضوع عادلانه بودن تامین مالی به عنوان یکی از اهداف نظام سلامت در راستای اطمینان یافتن از دسترسی مالی تمام افراد به مراقبت های سلامت فردی و اثربخش و نیز از بین بردن امکان ناتوانی پرداخت فرد برای دریافت چنین مراقبت ها و یا تهیدست و فقیر شدن فرد به دلیل پرداخت هزینه هاست (۳).

بر اساس مطالعه سازمان جهانی بهداشت سالانه بیش از ۴۴ میلیون خانوار با هزینه های سلامت اسف بار و بیش از ۲۵ میلیون خانوار با هزینه های سلامت منجر به فقر مواجه می شوند (۴). مروری بر نتایج مطالعات انجام گرفته در ایران نشان می دهد که در طی سالهای گذشته هزینه های دولت در بخش عمومی حدود بیش از ۱۷۲ برابر افزایش یافته و این در حالی است که اعتبارات بخش سلامت نسبت به قیمت های جاری حدود ۸۵ برابر افزایش داشته است. پرداخت های مستقیم از جیب حجم عظیمی از تامین های مالی مراقبت بهداشتی درمانی را به خود اختصاص داده و سالانه حدود ۱/۸ درصد از افراد جامعه را به زیر خط فقر فرو می برند (۵).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت هزینه های جهانی سلامت در سال ۲۰۰۷ بالغ بر ۵/۳ تریلیون دلار بوده که در این بین

هزینه های عمومی دولت در سلامت ۳۵ درصد، بیمه های اجتماعی ۲۵ درصد، بیمه خصوصی ۱۸ درصد، پرداخت از جیب ۱۸ درصد و سایر موارد ۴ درصد از کل هزینه ها را پوشش داده اند (۶).

در طی سالهای گذشته روش های مختلفی برای حمایت از مردم در برابر هزینه های کمرشکن مراقبت های بهداشتی و درمانی مورد توجه بوده که یکی از مهمترین و در واقع اصلی ترین آنها نظام بیمه های بهداشتی درمانی بوده است (۷). مطالعه و بررسی نظام های بیمه های بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف، نشان می دهد که در طی سالهای گذشته این نظام ها برای پوشش هزینه های سلامت و حفاظت از مردم تغییر و تحولات زیادی را تجربه کرده است و هر کشوری متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، بهداشتی و فرهنگی خود مدل های مختلفی از بیمه ها را گسترش داده اند (۸).

بنابراین استفاده از تجارب کشورهای مختلف می تواند در طراحی یک مدل بیمه ای کارا و اثربخش مفید باشد. از اینرو مطالعه حاضر با هدف بررسی تطبیقی بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی در کشورهای منتخب و ایران طراحی و انجام گرفته است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع مطالعات تطبیقی می باشد که به روش توصیفی - تطبیقی در سال ۱۳۹۲ انجام گرفته است. حوزه پژوهش شامل مدل های بیمه بهداشتی درمانی حمایتی در کشورهای مختلف و ایران می باشد. در بررسی وضعیت موجود در ایران کلیه مستندات و مدارک موجود از سال ۱۳۷۶ تا کنون بررسی شده است. برای



د- سیستم بیمه ای تلفیقی: که شامل تلفیقی از سیستم بیمه بیماری سنتی و سیستم بیمه ملی. سلامت است. کشورهای استرالیا، ایسلند، ژاپن و آمریکا در این گروه قرار می گیرند (۹).

تحلیل اطلاعات در قالب جداول تطبیقی و آنالیز کیفی در محورهای سیاستگذاری، برنامه ریزی، ساختار، معیار پوشش جمعیت و اولویت گروههای تحت پوشش استفاده شده است. قابل توضیح است که در مورد عنوان بحث یعنی بیمه بهداشتی درمانی حمایتی، در کشورها اصطلاحات یکسان به کار نمی رود ولی مفاهیم بحث شده یک هدف را دنبال می کند، آن هم کاهش آسیب های مالی ناشی از بیماری است، هدف پژوهشگر مفهوم عنوان پژوهش بوده است.

یافته ها

نتایج این مطالعه حاضر در ۴ حیطه: شیوه سیاستگذاری نظام مدیریت بیمه بهداشتی درمانی حمایتی، شیوه برنامه ریزی کلان نظام مدیریت بیمه بهداشتی درمانی حمایتی، ساختار سازمانی نظام مدیریت بیمه بهداشتی درمانی حمایتی و مبنای و شرایط تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت در نظام بیمه بهداشتی درمانی حمایتی ارائه گردیده است.

الف- شیوه سیاستگذاری نظام مدیریت بیمه بهداشتی درمانی حمایتی:

در کشورهای مورد مطالعه تولید اصلی نظام بیمه بهداشتی درمانی حمایتی بیمه بهداشتی درمانی حمایتی به عهده وزارت سلامت و یا وزارت سلامت و رفاه اجتماعی می باشد، در این کشورها وزارت

بررسی مدل های موجود در کشورهای مختلف گزارشات رسمی منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی از سال ۱۹۸۵، وب سایت های مرتبط، مقالات و کتب در دسترس مورد مطالعه قرار گرفته است.

کشورهای مورد بررسی در پژوهش حاضر را ایالات متحده آمریکا، پاراگوئه، انگلستان، سوئد، فرانسه، تایلند، استرالیا و ژاپن تشکیل می دهند. که بر مبنای تقسیم بندی گاردن در تقسیم بندی نظام های بیمه ای انتخاب شده اند.

تقسیم بندی گاردن: تیپولوژی بیمه سلامت با توجه به مزایا تقسیم بندی می شود که بوسیله گاردن صورت پذیرفته است. در این سیستم کشورها به چهار گروه عمده به شرح زیر تقسیم میشوند:

الف- کشورهای با سیستم بیمه سنتی (Traditional Sickness Insurance): در این کشورها ساختار بیمه بر مبنای بیمه های خصوصی و سوبسیدهای ایالتی استوار است. کشورهای اتریش، بلژیک، فرانسه و آلمان در این گروه قرار می گیرند.

ب- کشورهای با سیستم بیمه ملی سلامت (National Health Insurance): که شامل سیستم بیمه درمان در سطح ملی هستند. کشورهای کانادا، فنلاند و سوئد در این گروه قرار میگیرند.

ج- سیستم طب ملی (National Health System): که ارایه خدمات را به صورت ایالتی در دستور کار خود قرار داده است. کشورهای دانمارک، یونان، ترکیه و انگلستان در این گروه قرار می گیرند.



خانه ها و سازمان های دیگری نیز در این زمینه نقش دارند که در جدول ۱ نشان داده شده اند.

جدول ۱: مقایسه سیاستگذاری نظام بیمه درمان حمایتی به جمعیت نیازمند در کشورهای منتخب و ایران

کشور	وزارتخانه پاسخگو
ایالات متحد (۱۰)	وزارت سلامت و نیروی انسانی
انگلستان (۱۱)	وزارت آموزش و اشتغال، وزارت تأمین اجتماعی، وزارت درآمد داخلی، وزارت بهداشت
استرالیا	وزارت بهداشت
ترکیه	وزارت بهداشت
پاراگوئه	وزارت بهداشت
فرانسه (۱۱)	وزارت سلامت، وزارت تأمین اجتماعی، وزارت استخدام و تعاون، وزارت کشاورزی و شیلات، وزارت بهداشت و امور اجتماعی، وزارت صنایع، استخدام و ارتباطات
سوئد (۱۰)	وزارت بهداشت عمومی
تایلند (۱۲، ۱۳)	وزارت بهداشت و رفاه
ژاپن (۱۳)	وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی
ایران (۱۰)	

به متمرکز و از دولتهای محلی به سمت دولت مرکزی حرکت می کنند.

د- مبنای شرایط تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت در نظام بیمه بهداشتی درمانی حمایتی: آن چه که از نتایج مطالعات استنباط می شود، رویکرد کشورها در قالب رویکرد های ترکیبی با محوریت عواملی چون سن، فرد یا خانوار، وضعیت درآمدی، اقامت در شهر یا روستا، ایجاد عدالت در برخورداری از خدمات و دیدگاههای سیاسی در اجرای نظام بیمه درمان همگانی است. در جدول ۴ این موضوع در کشورهای مختلف مقایسه شده است

همانطور که در جدول ۱ دیده می شود در بیشتر کشورهای مورد مطالعه، وزارت بهداشت عهده دار تولید و سیاست گذاری بیمه بهداشتی درمانی حمایتی می باشد.

در کشورهای انگلستان، سوئد و فرانسه بیشتر از سایر کشورها سازمان های دیگری در این زمینه نقش دارند.

ب- شیوه برنامه ریزی کلان نظام مدیریت بیمه بهداشتی درمانی حمایتی:

همانطور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد بسته به وضعیت توسعه یافتگی و نیافتگی کشورها ساختار سازمانی از ساختار غیرمتمرکز



جدول ۲: شیوه برنامه ریزی کلان نظام مدیریت بیمه درمان حمایتی به جمعیت نیازمند در کشورهای مورد مطالعه و ایران

کشور	شیوه برنامه ریزی کلان
ایالات متحده آمریکا	پوشش بیمه های مدیکیر برنامه دولت فدرال از سال ۱۹۶۵ با توجه به مصوبه قانونی OBRA بوجود آمده که افراد ۶۵ ساله به بالا و بیماران مزمن کلیوی را تحت پوشش دارد. مدیکیر در دو بخش A و B ارائه می شود. بخش A خدمات پزشکی را ارائه می نماید و در اختیار بخش خصوصی و بیمه های مکمل قرار دارد. بخش B خدمات بیمارستانی را ارائه می نماید. بیش از ۱۰۰۰ شرکت بیمه های خصوصی در ایالات متحده فعالیت می کنند و بیمه نامه هایی را به صورت گروهی و فردی ارائه می نمایند. علاوه بر این موارد برنامه های صلیب آبی و سپر آبی و سازمانهای مراقبتهای مدیریت شده و سازمانهای حفظ سلامت نیز در این کشور بطور گستردهای فعالیت دارند.
انگلستان	افراد مقیم انگلستان می توانند از بین مراقبت های سلامتی خصوصی یا دولتی (مبنی بر نظام مراقبت های سلامتی ملی) انتخاب کنند. در نظام طب ملی اقدامات از طریق پزشک عمومی صورت می پذیرند و در صورت نیاز به متخصصین یا بیمارستان و آزمایشگاه، ارجاع داده می شوند. نظام طب ملی توسط دولت های منطقه ای یا ناحیه ای به اجرا در می آید.
استرالیا	نظام اصلی ارائه خدمات سلامتی در استرالیا «مدیکر» است که از سال ۱۹۸۴ به عنوان یک نظام همگانی بیمه درمانی در استرالیا شروع به فعالیت کرد. بر مبنای این نظام برای تمام استرالیاییها دسترسی به مراقبتهای سلامتی، داروهای تجویزی با قیمتهای مصوب و مراقبتهای بیمارستانی تدارک دیده شده است، در حدود ۷۰ درصد منابع مراقبتهای سلامتی استرالیا از طرف دولت تامین مالی می شود.
ترکیه	بیمه دولتی متشکل از دو برنامه است: بیمه های پزشکی سالمندان و کمیسیون بیمه سلامتی. بیمه های پزشکی سالمندان خدمات بهداشتی اولیه و مراقبتهای قابل ارائه در بیمارستانهای آموزشی را با حداقل هزینه یا به صورت رایگان در اختیار همه افراد قرار می دهند. نظام بیمه های درمان حمایتی در ترکیه از طریق ۲ سیستم فعالیت می کند: الف) سیستم بیمه های اجتماعی و ب) سیستم بیمه های حمایتی و بهزیستی (افراد نیازمند و سالمندان).
	سازمان بیمه های اجتماعی با ۳ طرح زیر، حدود ۷۵ درصد از مردم را تحت پوشش دارد: سازمان بیمه تامین اجتماعی کارگران (Social Security Authority): در این سازمان ارائه مزایا بطور مستقیم از طریق بیمارستان های دانشگاهی صورت می گیرد
	طرح بیمه ای بگ کور (Bag kur): یک طرح بیمه ای برای خویش فرمایان است و برای اصناف و مشاغل آزاد پوشش بیمه ای ارائه می کند.
	طرح بازنشستگی مأموران دولت (EN Ekilis andigl): این صندوق برای مستخدمین شهری فعال و بازنشسته فعالیت می کند که مزایای بهداشتی و درمانی مستمری را به این افراد ارائه می دهد؛
	سیستم بیمه های حمایتی و بهزیستی: این سازمان مراکزی تحت عنوان خانه سالمندان دارد که افراد بالای ۶۵ سال بیسرپرست و نیازمند در آنها نگهداری می شوند. این نظام بسیار شبیه نظام موجود در مدیکد است که در آمریکا وجود دارد.
پاراگوئه	وزارت بهداشت و رفاه اجتماعی؛ شبکه ای از امکانات و تسهیلات عمومی را برای جمعیت فقیر تهیه و سرمایه گذاری کرده است و دانشگاه ملی درمانهای کم هزینه را برای اقشار بی بصاعت ارائه میکند. سازمان بیمه اجتماعی، که بیمه درمان و بازنشستگی را با هم ترکیب نموده اند؛ تنها به بخش اداری محدود مانده است. به استثنای کارکنان شهری که ناگزیرند از بیمه نامه های انفرادی تبعیت کنند. در حال حاضر خدمات



- فرانسه
 پزشکی ارتش و پلیس منحصراً به کارکنان ارتش و خانواده هایشان محدود شده است. ترکیبی از بخش دولتی و خصوصی در فرانسه فعالیت دارد. بیمه درمان مکمل دولتی برای افراد با بضاعت مالی اندک ارائه می شود (انجمن مزایای دو جانبه) سیستم نظارت و ارزیابی دولتی است. تلاش های اخیر تاکید بر پوشش مساوی بیمه درمان مکمل در بین اقشار مختلف دارد. علت رجوع افراد به بخش خصوصی افزایش نرخ باز پرداخت می باشد. تعرفه خدمات در مناطق مختلف، تحت ضوابط خاص متفاوت است. دستیابی به بیمه ارتباطی با وضعیت سلامت ندارد.
- سوئد
 به جز پوشش بیمه ای بیکاران که تحت پوشش وزارت صنایع، استخدام و ارتباطات قرار دارد، سایر بخش های بیمه های تأمین اجتماعی تحت قوانین وزارت بهداشت و امور اجتماعی فعالیت می کند. بخش پایه، پوشش بیمه ای بیماری ها، آسیب های ناشی از کار و علاوه بر آن پوشش های پایه و مکمل مستمری بگیران، پوشش های ناتوانی مستمری بگیران و مستمری های پاره وقت را تحت پوشش خود قرار می دهد. هر شخصی که بیش از ۱۶ سال سن داشته باشد و مقیم سوئد باشد، بدون توجه به ملیت تحت پوشش بیمه قرار می گیرد. هیأت فعلی بیمه اجتماعی که یک بدنه ایالتی است، مسئولیت مدیریت و نظارت مرکزی بر تأمین اجتماعی را به عهده دارد. در سطوح منطقه ای و محلی در حدود ۲۱ دفتر بیمه ای و منطقه ای و ۳۲۰ دفتر بیمه ای محلی وجود دارد.
- تایلند
 طرح پوشش همگانی " طرح ۳۰ بت" که در اکتبر ۲۰۰۱ به صورت ملی ارائه شد و تمام افراد را با هدف جایگزین کردن طرح رفاه اجتماعی موجود با طرح کارت رایگان در برمی گرفت. هدف آن الحاق ۳۰٪ جمعیت غیربیمه شده به طرح جداگانه بیمه اجتماعی سلامت بود. طرح پوشش همگانی، ایجاد پوشش مراقبت های سلامتی - تقریباً بدون پرداخت مشارکت توسط مصرف کنندگان و جدا از هزینه های ناچیز ۳۰ بت - برای هر ویزیت یا پذیرش بیمارستان است. این طرح از طریق درآمد عمومی و یارانه های دولتی تأمین مالی میشود. پوشش طرح ۳۰ بت تا پایان سال ۲۰۰۲ حدود ۷۶٪ جمعیت کل کشور را شامل می شد.
- ژاپن
 قانون بیمه سلامت جامعه محور توسط رژیم ژاپن در سال ۱۹۳۵ تصویب و در سال ۱۹۸۵ اجرا شد. سیستم اولیه برای رفع نیازهای خانواده های کم درآمد در روستاهای تحت پوشش طراحی شد، اما تصریح میکرد که عضویت برای کلیه گروه های جمعیتی آزاد است در نتیجه، عضویت بطور خارقالعاده ای افزایش یافت.
- ایران
 اولین سیستم پیشپرداخت اجباری بخش رسمی برای خدمات سلامتی براساس آزمایش یک الگوی آلمانی معرفی شده در سال ۱۹۰۵ صورت گرفت و برای کارکنان منتخب دولت نظیر کارگران راه آهن و فولاد اجرا شد. با تصویب قانون بیمه کارگران این سیستم به کلیه کارکنان حقوق بگیر از سال ۱۹۲۲ گسترش یافت.
- بر مبنای ماده ۵ و ماده ۱۰ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی تأمین حداقل شمول و سطح خدمات پزشکی و دارو شامل خدمات پزشکی اورژانس، عموم یو تخصصی (سرپائی و بستری) که انجام و ارایه آن در نظام بیمه خدمات درمانی به عهده سازمانهای بیمه گر قرار میگیرد به جز مواردی که تحت پوشش بیمه های مکمل قرار می گیرد، به سازمان بیمه خدمات درمانی واگذار شده است. این سازمان مأموریت دارد موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه های اجتماعی را در سطح کشور تأمین کند.



جدول ۳: ساختار سازمانی نظام مدیریت بیمه درمان حمایتی در کشورهای مورد مطالعه و ایران

کشور	ساختار سازمانی
ایالات متحد	ترکیبی از بخش خصوصی و دولتی در آمریکا فعالیت دارد. مرکز مدیکر و مدیکد که سازمان تغییر شکل یافته مدیریت مالی مراقبتهای بهداشتی و درمانی وزارت سلامت و نیروی انسانی ایالات متحد است، مدیریت مالی مراکز سلامت دولت فدرال را به صورت متمرکز به عهده دارد.
انگلستان	وزارت بهداشت در قالب نظام سلامت ملی پوشش تمامی گروههای جمعیتی را برعهده دارد، هر چند در نظام حمایتیهای اجتماعی سازمانها و وزارتخانه هایی چون وزارت آموزش و اشتغال، وزارت تأمین اجتماعی، وزارت درآمد داخلی، وزارت بهداشت دولت مرکزی را کمک می کنند، وزیر بهداشت و درمان مسئولیت خود را از طریق ادارات تابعه وزارتخانه شامل ادارات منطقه ای، ناحیه ای و ... اعمال می کند. همه این ادارات از استقلال نسبی برخوردار هستند
استرالیا	تامین اجتماعی در استرالیا مسوولیت حمایت از فقرا و افراد بیکار را بر عهده دارد و ساختار سازمانی امور بیمه سلامت از نظام تامین اجتماعی جداست. از ۱۰۰ درصد مردمی که تحت پوشش بیمه درمان مدیکر هستند در حدود ۳۲ درصد علاوه بر بیمه دولتی تحت پوشش بیمه خصوصی نیز قرار دارند. با معرفی مدیکر در سال ۱۹۸۴ تغییر عمدهای در تعادل منابع مالی مراقبتهای سلامتی بوجود آمد. این نظام عمدتاً به صورت دولتی و از طریق درآمدهای مالیاتی با استفاده از مدل توزیع درآمد تامین مالی می شود.
ترکیه	افراد بیمه نشده و نیازمند دارای کارت سبز درمان رایگان هستند. در این کشور حدود ۲/۸ میلیون نفر از کارت سبز استفاده می کنند که این افراد توسط کمیته ای متشکل از فرماندار، فرماندهی، ژاندارمری محل یا بخش، شهردار منطقه، پزشک محله، رئیس ثبت اسناد و املاک محل انتخاب می شوند.
پاراگوئه	بیشتر برنامه های بیمه ای باعنايت به ساختار جمعیتی این کشور، طرح های بیمه ای مبتنی بر جامعه و با محوریت بخش های روستایی با تولیت وزارت بهداشت و با همکاری بخش خصوصی، خیریه و کمک های بین المللی انجام می گیرد.
فرانسه	در این کشور نظام بیمه درمان همگانی تمامی افراد را تحت پوشش قرار داده است، این نظام ترکیبی از نظام متمرکز در طرح کلی و عدم تمرکز در طرحهای کوچک و محلی است. سه نوع بیمه درمان پایه، حدود ۹۶٪ جمعیت را پوشش می دهد. طرحهای کوچک برای رده های خاص (مانند معدن کاران، ملوانان) که سهم هر کدام از طرحهای اصلی، به صورت مجزا جمع آوری می شود.
سوئد	وزارت بهداشت و رفاه مسوولیت سلامت جامعه را بر عهده دارد (۲۱). دولت محلی نسبت به ارائه خدمات سلامتی که هر کدام براساس تفسیر خودشان از اینکه به چه خدمات سلامت و از چه طریقی باید دستیابی شود، در سیستم های سلامت خود مسئول می باشند.
تایلند	مهمترین طرح بیمه درمان این کشور طرح ۳۰ بیتی است که به صورت یک طرح متمرکز اکثر گروههای بدون پوشش بیمه ای را فقط با پرداخت ۳۰ بت تحت پوشش قرار داده است.
ژاپن	بیماران مجبور به انتخاب هستند تا از خدمات و مؤسسات تحت پوشش بیمه اجتماعی استفاده کنند یا از مؤسسات خصوصی استفاده کرده و کل مبلغ را خود پردازند و یا این که از بیمه سلامت خصوصی استفاده کنند.
ایران	سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح فعالیت های بیمه ای را در کشور انجام می دهند. کمیته امداد حضرت امام خمینی، سازمان بهزیستی و بنیادهای متعددی در کشور فعالیت های حمایتی را انجام می دهند. علاوه بر این شرکت های بیمه ای بازرگانی، بانک ها، شرکت نفت و شهرداری تهران نیز فعالیت های بیمه ای را برای کارکنان خود ارائه می نمایند. از شهریور سال ۱۳۸۱ بدنبال تصویب قانون شرکت های بیمه ای خصوصی شرکت های چندی در کشور شروع به



فعالیت نموده اند. شرکت های بیمه ای البرز، دانا، ایران و آسیا بیشتر در قالب بیمه های درمانی مکمل فعالیت می کنند. شرکت بیمه SOS و شمیم کوثر وسینا از جمله شرکت های بیمه ای خصوصی محسوب می شوند.

جدول ۴: مقایسه مبنای تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت نیازمند در بیمه بهداشتی درمانی حمایتی در کشورهای منتخب و ایران

کشورها	مبنا
ایالات متحده ۶۵ سالگی (۵)، استرالیا (۱۷، ۱۸)، ترکیه (۵)، ژاپن (۳)	سن:
تایلند (۱۳)، ایران، ترکیه، ایالات متحده، انگلستان (۴)	فرد:
سوئد (۵)، انگلستان، ژاپن، استرالیا، تایلند (طرح پوشش کارکنان)، ایران در بیمه های اجتماعی (۳)، پاراگوئه (۱۹)	خانوار:
پاراگوئه، تایلند (پوشش بیمه مبتنی بر جامعه)،	اقامت در روستا:
همه کشورها به جز آمریکا، انگلستان، ترکیه، پاراگوئه	پوشش همگانی:
در تمامی کشورها	وضعیت درآمدی

جدول ۵: مقایسه شرایط تحت پوشش قرار گرفتن جمعیت نیازمند در بیمه بهداشتی درمانی حمایتی در کشورهای منتخب و ایران

ساختار سازمانی

کشور

ایالات متحده	واجدین شرایط مدیکیر: افراد ۶۵ سال و بالاتر و مبتلایان به بیماریهای کلیوی و واجدین شرایط مدیکید: زنان بیوه و افراد زیر ۱۹ سالی که بوسیله دولت ایالتی واجد شرایط تشخیص داده شوند. سایر افراد بسته به میزان درآمد و میزان پرداخت حق بیمه میتوانند از مزایای بیمه های بخش خصوصی در بستریهای مختلف ارایه شده استفاده کنند.
انگلستان	افراد مقیم انگلستان می توانند از بین مراقبت های سلامتی خصوصی یا دولتی (مبنی بر نظام مراقبت های سلامتی ملی) انتخاب کنند.
استرالیا	در این کشور نظام حمایتیهای اجتماعی و کمک های اجتماعی و مستمری حرفه ای بیمه ای وجود دارد. نظام کمک های اجتماعی (تأمین اجتماعی) تمامی افراد مقیم و نظام مستمری حرفه ای اجباری تمامی افراد شاغل بالاتر از ۱۷ سال و پایین تر از ۷۰ سال را با درآمد ماهانه بیش از ۴۵۰ دلار استرالیا تحت پوشش قرار می دهد.
ترکیه	در مقام تئوری پوشش همگانی فراهم است. اما در اجرا گروهی از افراد هیچ پوشش بیمه ای ندارند. افراد بیمه نشده و نیازمند دارای کارت سبز درمان رایگان هستند.
پاراگوئه	مادران جوان و کودکان زیر ۵ سال
فرانسه	همه افرادی که به صورت قانونی در فرانسه اقامت دارند.
سوئد	تمام ساکنین (بر پایه محل اقامت) در تمام مناطق
تایلند	تایلند طرح ملی رفاه اجتماعی را در سال ۱۹۷۵ برای خانواده های فقیر و کم درآمد ارائه داد. طرح رفاه پزشکی افراد کم درآمد (Low-Income Medical Welfare Scheme) در آغاز برای فراهم کردن مراقبتهای پزشکی رایگان برای خانوارهای کارگران فقیر ارائه شد اما بعدها برای پوشش افراد بالای ۶۰ سال، بچه های زیر ۱۲ سال، دانش آموزان دبیرستانی، معلولین، سربازها و راهبین



گسترش پیدا کرد.	
قانون رفاه سالمندی (Elderly Welfare Law) در سال ۱۹۶۳ خدمات سلامتی را به صورت رایگان به شهروندان سالمند بالای ۶۵ سال ارائه میکرد.	ژاپن
سازمان بیمه تامین اجتماعی: تمامی کارگران که بر مبنای قانون کار فعالیت میکنند و اعضای خانواده آنها که مشمول قانون تامین اجتماعی هستند + خویش فرمایان	ایران
سازمان بیمه خدمات درمانی: روستائیان، کارکنان دولت، خویش فرمایان و سایر اقشار که مشمول قانون بیمه همگانی خدمات درمانی هستند + بیمه نشدگان شهری ناتوان	
سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح: تمامی نظامیان و بستگان آنها که مشمول قانون بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح هستند.	

بحث و نتیجه گیری

اهداف نظام سلامت در راستای اطمینان یافتن از دسترسی مالی تمام افراد به مراقبت های سلامت شخصی و اثربخش و نیز از بین بردن امکان عدم توان پرداخت فرد برای دریافت چنین مراقبت ها و یا تهیدست و فقیر شدن فرد به دلیل پرداخت هزینه هاست (۳).

سازمان جهانی بهداشت در گزارش سال ۲۰۰۴ خود، برای پوشش فراگیر بیمه ای عوامل مختلفی از جمله عوامل اقتصادی (سطح درآمدها، ساختار اقتصادی)، عوامل جمعیت شناختی (پراکندگی جمعیت، توزیع جنسی و سنی)، عوامل اجتماعی (خدمدیریتی)، عوامل فرهنگی را بر می شمارد و در کنار این عوامل تاکید ویژه ای به نقش تولید و سیاست گذاری توسط سازمانهای بهداشتی دارد (۱۶).

مقام معظم رهبری جمهوری اسلامی ایران در نیز در ابلاغ سیاست های کلی سلامت ایران بیان می کنند که "مدیریت منابع سلامت از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و همکاری سایر مراکز و نهادها.. می باشد (۱۷).

امروزه با توجه به ارتباطات و روابط تنگاتنگ کشورها، هر کشوری که تمایل داشته باشد به سمت ایجاد یک نظام جامع تامین اجتماعی و گسترش پوشش بیمه ای جمعیت حرکت کند، نیازمند استفاده از تجارب سایر کشورها و بررسی اطلاعات آنها می باشد. مطالعه حاضر اطلاعات لازم در این زمینه را از کشورهای مختلفی که بر اساس تقسیم بندی گاردن انتخاب شده بودند، جمع آوری و ارائه نمود. (۱۴).

بررسی شیوه سیاست گذاری بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی در کشورهای مورد مطالعه، نشان داد که در وزارت بهداشت و درمان و در حالت کلی نظام سلامت کشورها تولید و حاکمیت بیمه های درمانی را بر عهده دارند. سیستم مراقبت سلامت باید خدمات مورد نیاز را سازمان دهی نماید، منابع جدید را برای تدارک آن خدمات ایجاد کند و تامین مالی این خدمات را تضمین نماید که این امور مستلزم تولید و حاکمیت (رهبری و مدیریت) خوب است (۱۵). برابر گزارش سازمان جهانی سلامت حفاظت مالی و موضوع عادلانه بودن تامین مالی به عنوان یکی از



کم بضاعت و مدیریت بودجه‌های اجتماعی را به مؤسسات دولتی واگذار می‌کند، که هدف آن پوشش افراد کم بضاعت در مناطق شهری و روستایی است (۲۱، ۲۰، ۱۴).

با این وجود بررسی کشورهای مختلف نشان می‌دهد که کشورهای چگون پاراگوئه، تایلند، و حتی در بین کشورهای توسعه یافته استرالیا و ترکیه (اگر با عضویت ترکیه در اتحادیه اروپا این کشور را توسعه یافته تلقی کنیم) و جمهوری اسلامی ایران با توجه به حرکت اصل ۴۴ در خصوصی سازی و گسترش بخش تعاونی، معتقد به تشریک مساعی با سازمانهای غیردولتی و دیگر گروهها به عنوان مثال شرکتهای تعاونی دارند. اگر گروههای سازمان یافته به خوبی مدیریت شوند، حتی در موقعیتی هستند که می‌توانند کاربردهای اداری را از مؤسسات بیمه بگیرند (۲۶-۲۲).

در مسأله توجه به اقشار کم بضاعت، تعهد دولت مسأله‌ای بسیار مهم است. به اقشار کم بضاعت کارت‌های سلامت رایگان یا ضمانت‌نامه یا پول نقد برای استفاده از مزایا، اعطا می‌شود. این طرحها دستاوردهای قابل مقایسه‌ای دارد و در مقایسه با تهیه خدمات سلامت رایگان برای این اقشار با طرحهای بیمه اجتماعی سازگاری و انطباق بیشتری دارد. اگرچه دستیابی به روش درست در این زمینه و تضمین حفظ بقای آن از مسایل رایج و مورد توجه است. با این وجود، دولت به کمک صندوق‌های خیریه نقش مهمی را در ارائه پوشش بیمه برای کلیه آحاد جامعه، ایفا می‌کند. به عنوان مثال، طرح پوشش بیمه درمان مددجویان تحت پوشش کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره) و بهزیستی و

با توجه به این موارد و تجارب اکثر کشورهای دیگر در این زمینه، بنظر می‌رسد تولید و سیاست گذاری بیمه های سلامت در صورتی که در هر کشوری در اختیار بالاترین سطح بخش سلامت قرار گرفته و در اجرا و ارزشیابی آن از سایر سازمانها و حکومت های محلی کمک گرفته شود، شاهد اثربخش و کارایی بیشتری خواهیم بود. البته این در صورتی خواهد بود که نظام سلامت هر کشوری در نقش سیاست گذاری و تولید خود مهارت و توانمندی لازم را داشته باشد.

با بررسی شیوه برنامه ریزی کلان نظام مدیریت بیمه درمان حمایتی و ساختار دهی آن، متوجه خواهیم شد که در اکثر کشورهای دنیا یک تمایل و گرایش برای برنامه ریزی و سازماندهی دولتی در ارائه بیمه حمایتی درمانی وجود دارد (امریکا در این زمینه تفاوت های زیادی دارد، زیرا در این کشور تمایل بیشتری به بحث بازارهای آزاد وجود دارد). از آنجایی که بنا به دلایل عدالت و فلسفی، نیاز شدید به حمایت از فقرا و افراد نیازمند در مقابل هزینه های کمرشکن مراقبت های بهداشتی درمانی وجود دارد و بخش خصوصی در این زمینه زیاد تمایل و رغبتی از خود نشان نمی دهد، بنابراین ورود دولت ها و برنامه ریزی، سازماندهی و ارائه خدمات دولتی به این افراد امری ضروری بنظر می رسد (۱۹، ۱۸).

وضعیت موجود در کشورهای مورد بررسی از جمله تایلند، ایران، پاراگوئه و ترکیه و کشورهایی که در ادبیات نظری بررسی شد، مواردی چون هند، شیلی، فیلیپین و ویتنام اثبات کره است که دولتها غالباً مسئولیت اجرای برنامه های مربوط به اقشار



با میزان درآمد آنها و میزان مالیات و سهم بیمه ای که باید پردازند برقرار شده است.

در سالهای اخیر با عنایت به رویکرد سازمان بهداشت جهانی و بانک جهانی مبنی بر اتخاذ رویکرد هدفگیری فقرا طرح های بیمه بهداشتی درمانی حمایتی با هدف ارایه مزایا به فقرا و نیازمندان و با هدف جهت دهی یارانه ها به این گروه تنظیم شده است. سید جمال الدین طبیبی در سال ۱۳۸۷ در مقاله ای پژوهشی با عنوان "ساختار مدیریت در نظام سلامت ایران از نگاه عدالت" این چنین نتیجه می گیرد که: برای ارائه خدمات سلامت به توده های مردم و برخورداری عادلانه از امکانات و خدمات سلامت بررسی و تحول در ساختار مدیریت نظام سلامت ایران ضروری است (۳۳). سایر نتایج نشان می دهد که در کشورهای در حال توسعه خانواده های فقیر، به نسبت ثروتمندان، درصد بیشتری از درآمد خود را برای سلامت صرف می کنند (۳۴،۳۵).

وجود بی عدالتی در حوزه تامین مالی مراقبت سلامت باعث می شود نه تنها خانوارها از بار بیماری بلکه بیشتر از بار اقتصادی ناشی از آن رنج ببرند، دچار هزینه های اسف بار سلامت شده و فقر ناشی از مخارج سلامت را تجربه کنند. عدم حفاظت مالی مخارج سلامت حتی باعث تشدید فقر در خانوارهای فقیر نیز می شود (۳۶). مهمترین پیامدهای خطرناک مخارج اسف بار برای خانواده های فقیر اتفاق می افتد، چه بسا آن ها ممکن است نیازهای حیاتی خود را از جمله غذا و پناهگاه به خطر بیندازند و از دست بدهند (۳۷) در صورت ابتلا به مخارج اسف بار سلامت،

طرح پوشش بیمه درمان ایرانیان در جمهوری اسلامی ایران نمونه ای از این طرح هاست (۲۷).

در زمینه شرایط و مبنای پوششی افراد، آن چه که از نتایج مطالعات استنباط می شود، رویکرد کشورها در قالب رویکرد های ترکیبی با محوریت عواملی چون سن، فرد یا خانوار، وضعیت درآمدی، اقامت در شهر یا روستا، ایجاد عدالت در برخورداری از خدمات و دیدگاه های سیاسی در اجرای نظام بیمه درمان همگانی است.

پیش زمینه موفقیت و دسترسی به یک پوشش عادلانه در نظام بیمه ای در هر کشوری، وجود زیرساخت های اطلاعاتی قوی در آن کشور می باشد. بطوری که تجارب کشورهای مختلف نشان داده است که برای پوشش مناسب و فراگیر گروه های نیازمند بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی داشتن اطلاعات ریز و معتبر جمعیتی، اقتصادی، اجتماعی و ... امری غیر قابل اجتناب می باشد (۲۸-۳۱).

ابراهیمی پور در پژوهش خود با عنوان "طراحی مدل بیمه درمان همگانی" به این نتیجه رسیده است که اطلاعات جمعیتی یکی از بخش های مهم و مورد نیاز سیاست گذاران است. این اطلاعات می تواند برای ارزیابی اهمیت مشکلات جمعیتی، هدف گذاری و ارزیابی اثربخشی سیاست ها مورد استفاده قرار گیرد (۳۲). در کشور تایلند نیز به هنگام ایجاد پوشش همگانی یک بانک اطلاعاتی جامع تحت عنوان "بانک واحد بیمه ملی سلامت" تشکیل شد که اطلاعات جامع در مورد افراد ثبت نام شده و همچنین اطلاعات مرتبط با میزان مصرف آنها و همچنین ارتباط



ارائه نگردیده است و یا این که روش هایی غیر از اینترنت برای دسترسی به آنها وجود ندارد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که در امر سیاست گذاری بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی، بیشتر وزارت خانه های سلامت درگیر هستند. در امر برنامه ریزی و ساختار نیز نتایج نشان که در اکثر کشورهای مورد مطالعه یک تمایل و گرایش برای برنامه ریزی و سازماندهی دولتی در ارائه بیمه حمایتی درمانی وجود دارد. در بحث شرایط و مبنای پوشش نیز از متغیرهای مختلفی همچون سن، فرد یا خانوار، وضعیت درآمدی، اقامت در شهر یا روستا استفاده کرده اند ولی در این زمینه عدالت و توجه به فقرا بیشترین تاثیر را دارد. آموزه های کسب شده از این مبحث نشانگر این مطلب است که امکان استخراج قوانین کلی که بتوانند برای پروژه های بعدی در دیگر کشورها مورد استفاده واقع شوند، وجود دارد. اگرچه، تجارب کسب شده به قدری متنوع است که هر کشوری که مایل به استفاده از آنها باشد باید با دقت هرچه تمامتر از مکانیزم های پیوند دهنده ویژه ای با توجه به شرایط خاص خود، استفاده کند.

رفاه خانوارها مورد تهدید واقع شده و همچنین آن ها به مرور با از دست دادن پس انداز و دارایی های خود، زمینه سرمایه گذاری کمتر انسانی را برای فرزندان خود فراهم می آورند و متعاقباً توان تولید خانوارهای مبتلا به این موضوع به عنوان یک عامل کلیدی در فرایند تولید ملی تقلیل می یابد (۳۸). در صورت بی عدالتی در حوزه تامین مالی، خانوارها با توجه به ظرفیت پرداختشان سهم ناعادلانه ای برای مراقبت سلامت پرداخت خواهند نمود و عملاً با این عمل، نابرابری در توزیع درآمدها در جامعه افزایش خواهد یافت. وقتی که خانواده هایی بطور کمرشکن سهم عمده ای از درآمد خود را جهت مراقبت های پزشکی هزینه می کنند، نابرابری شدیدی رخ می دهد (۳۹). از اینرو شناسایی افراد نیازمند و تحت پوشش قرار دادن آنها در برنامه های بیمه ای ضرورتی اجتناب ناپذیر بنظر می رسد. یکی از محدودیت های مطالعه حاضر کمبود اطلاعات مربوط به کشورهای مختلف در ایران می باشد از مهمترین محدودیت ها است. چرا که بسیاری از اطلاعات در شبکه جهانی اینترنت

Reference

- 1-Charlton BG. Health equity for all: capitalism is a force for good. *BMJ: British Medical Journal*. 2007;335(7621):628.
- 2-Mooney G. Equity in the finance and delivery of health care, an international perspective. *Journal of epidemiology and community health*. 1993;47(4):338-9.
- 3-Reinhardt UE, Cheng T-m. The world health report 2000-Health systems: improving performance. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000;78(8):1064-.
- 4-Van Lerberghe W. The world health report 2008: primary health care: now more than ever: *World Health Organization*; 2008.



5. rezapoor a, al. e. equity in health care financing. health information management. 2008;2.
- 6- G.H.E.D.A.f. <http://apps.who.int/nha/database>.
- 7-Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. The Lancet. 2008;372(9650):1661-9.
- 8-Hassan Zadeh, A. Basic Health Benefit Packages, an Article Translated from the Riyaz-ben-Abbas, Social Security Org:2004 [In Persian].
- 9-Noland & Esmith. Economic of health and health care. Garden. 2003: 532.
- 10.Zare H. The health care system in the world. 2 ed. Tehran: Health insurance organization; 2007.
- 11-Zare H, Jamali M, Rashidi R. The health care system in the world. 1 ed. Tehran: Health insurance organization; 2006.
- 12-Viroj Tangcharoensathien, Overview of Health Insurance Systems, Chapter 2, Health Insurance System in Thailand, HSRI, Thailand, 2002; and presentations made the regional meetings on SHI in WHO-SEARO and Bangkok and Ponpisut Jongudomsuk, Achieving universal coverage of health care in Thailand through 30 Bhat scheme, paper presented at SEAMIC conference in January 2002.
- 13-Zare H. Comparative study of universal health insurance system in selected countries and presenting a model for Iran. Social Security Quarterly Journal. 2012;32 & 33:79-103.
- 14-Lademel I. The welfare paradox. Scandinavian University Press, 1997.
- 15-Dragomiristeanu A. Reducing inequities in healthcare: a priority for European policies and measures. Management in Health. 2010;14(3).
- 16-World Health Organization. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Geneva: WHO, 2004.
- 17-General Healty Policies in Iran. 2014 [cited 2014]; Available from: <http://www.leader.ir>.
- 18-Ha D. Social Health Insurance as a means to achieving universal coverage and more equitable health outcomes. Hanoi: UNICEF, 2011.
- 19-Thanh NX, Curt L, Chuc NTK, Niklas R, Anders E, Lars L. People's preferences for health care financing options: a choice experiement in rural Vietnam. Umeå: Umeå University, 2005.
- 20-Londono JL. 2000: Managing competition in the tropics (IDB Workshop on Comparative Study on Health) (draft).



- 21-Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *Int Soc Secur Rev* 2002; 55: 57-69.
- 22-Davari M, Haycox A, Walley T. Health Care Financing In Iran; Is Privatization A Good Solution? *Iranian J Publ Health*. 2012;41(7):14-23.
- 23-Dundar M, Subasioglu Uzak A, Karabulut Y. Healthcare in overview of Turkey. *EPMA J*. 2010;1(4):587-94.
- 24-World Bank. Turkey Reforming the Health Sector for Improved Access and Efficiency. 2003. http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2003/05/03/000094946_03042404004721/Rendered/PDF/multi0page.pdf accessed 25 November 2009.
- 25-Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Mills A. Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation within a complex health system. *BMC Health Services Research*. 2014;14(2):121.
- 26-Radosch U. Provision of Health Care Services in Austria. A Time Series Approach. *Health Economics*. 1998;4(6):479-83.
- 27-Karimi M. Health Insurance and Social Security System. *Social Security Quarterly Journal*, Social Security Research Institute (SSRI). 2002;10:1381.
- 28-Nelson DE, Thompson BL, Davenport NJ, Penaloza LJ. What people really know about their health insurance: a comparison of information obtained from individuals and their insurers. *Am J Public Health*. 2000;90(6):924-8.
- 29-Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006;63(7):495-502.
- 30-Health Insurance and Financial Information for Patients. *J Oncol Pract*. 2009;5(2):0924501.
- 31-Park YT, Yoon JS, Speedie SM, Yoon H, Lee J. Health Insurance Claim Review Using Information Technologies. *Healthc Inform Res*. 2012;18(3):215-24.
- 32-Ebrahimipoor H. Design Model for Public Health Insurance. [PhD thesis] school of Management and Medical information Sciences. Iran University of Medical Sciences; 2007. [In Persian].
- 33-Tabibi SJ. The management structure of the Iran health system from the perspective of justice. *Journal of Social Security* 28(9):81-96.



- 34-Ruger J, Kress D. Health financing and insurance reform in Morocco. *Health Affaires (Project Hope)*. 2007;26:1009-16.
- 35-Cisse B, Luchini S, Moatti J. Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa? *Health Policy* 2007;80:51-68.
- 36-Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet*. 2006;368(9549):1828-41.
- 37-O'Donnell OA, Wagstaff A. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation: World Bank-free PDF; 2008.
- 38-Wagstaff A. Reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index. *Health Economics*. 2002;11(2):103-15.
- 39-Xu K, Klavus J, Evans DB, Hanvoravongchai P, Zeramdini R, Murray CJL. The impact of vertical and horizontal inequality on the fairness in financial contribution index. *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism* Geneva: World Health Organization. 2003.



Supportive Health Insurance Aaround the world: Comparative Study of in Selected Countries

Karimi I(Ph.D)¹, MalekI MR (Ph.D)², Nasiripoor AA(Ph.D)³, Janfada H(Ph.D)⁴

1. Assistant Professor of health Service Management Department Science and Research Branch ,Islamic Azad University ,Tehran ,Iran
2. Professor Department of Health Services Management, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran,
3. Associate Professor, Health Care Management Department, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran
4. Corresponding author: PhD Student Health Service Management, Science and Research Islamic Azad University, Tehran, Iran

Abstract

Introuduction: Health insurance (HI) is an important way to support the people in receiving health. Regarding the different experiences of different countries in this area, this study aimed to compare the supportive HI systems of the selected countries.

Methods: This comparative study. Research area included the HI models in some countries and Iran. The studied countries are USA, Paraguay, Britain, Sweden, France, Thailand, Australia, and Japan. These countries are selected based on Garden's classification. The data analysis was in the aspects of policy making, planning, structure, and the basis for coverage.

Results: Findings of the study showed that the Ministries of Health had the stewardship and governance role for the HI. Planning is suggested to be in national and regional level. In most of the studied countries, there is a tendency to governmental HI. In issue of coverage equity and poor are important.

Conclusion: This study found that it is better that the stewardship of the HI lay in the Ministry of Health, planning be done in national and regional levels but implemented in regional level, structure is better to be governmental and take poverty as the basis for coverage.

Keywords: Supportive Health Insurance, Policy Making, Planning, Structure, Coverage, Comparative Study