

کارایی و اثربخشی برنامه بیمه سلامت همگانی از نظر سطح پوشش بیمه ای و عدالت توزیعی (مطالعه موردی در استان لرستان)

حسین بیرانوند^۱، علی اکبر احمدی^۲، مهدی جوانمرد^۳

^۱ کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران غرب، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران، سازمان بیمه سلامت ایران

^۲ عضو هیئت علمی، گروه مدیریت دولتی، واحد تهران غرب، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

^۳ دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، گروه مدیریت دولتی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

چکیده

گسترش بیمه از جمله راهکارهای دولت های مردم سالار و مردم محور برای نیل به جامعه ای سالم با سلامت پایدار است. به طوری که با گسترش و تعمیم بیمه ها، تمام ابعاد زندگی فرد در جامعه، تحت پوشش بیمه قرار می گیرد. چرا که بیمه در ماهیت از جمله راههای تامین و تحقق آرامش، آسایش و کاهش استرس افراد و خانواده ها می باشد و نیاز به توضیح ندارد که خانواده و افراد سالم و متعادل پیش نیاز ترقی، رشد و تعالی جوامع است. همچنین با درک چنین ضرورتی است که پرداختن به مقوله بیمه از اهمیت و جایگاه بالایی برخوردار است. بیمه های سلامت تضمین کننده امنیت خاطر افراد در برابر بیماری و عوامل تهدید کننده سلامت هستند، با توجه به نقش کلیدی آنها در تحقق اهداف عدالت محوری و همچنین کارایی بیمه سلامت، این مطالعه با هدف بررسی کارایی و اثربخشی طرح بیمه سلامت از نظر سطح پوشش بیمه ای و عدالت توزیعی حاکم بر آن صورت گرفته است. این تحقیق از نوع توصیفی و کاربردی بود و جامعه آماری آن کلیه مدیران، معاونین، کارشناسان ارشد، رؤسای شعب و معاونین شعبات اداره کل بیمه سلامت استان لرستان بوده است که بر اساس روش نمونه گیری تصادفی تعداد ۱۳۰ نفر به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب و پرسشنامه مورد استفاده که دربرگیرنده مولفه های موثر بر کارایی و اثربخشی بیمه سلامت از منظر سطح پوشش و عدالت توزیعی بود میان جامعه آماری توزیع شد. با بکارگیری نرم افزار SPSS، پایایی پرسشنامه، تائید و رابطه میان متغیرها بدین صورت مشخص شد که از طریق آزمون رگرسیون فرضیه های این مطالعه مبنی بر تاثیر سطح پوشش و عدالت توزیعی بر کارایی و اثربخشی طرح بیمه سلامت مورد تایید قرار گرفت.

واژه های کلیدی: بیمه سلامت، کارایی و اثربخشی، سطح پوشش بیمه ای، عدالت توزیعی.

مقدمه

دولت جمهوری اسلامی به منظور اجرای اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران که برخورداری از بیمه و بازنشستگی و بهره مندی از خدمات بهداشتی در قالب بیمه را حقی همگانی معرفی نموده، بر این اساس تنها راهبرد پرداخت هزینه های سنگین درمانی را راهبرد بیمه ای قرار داده که در راستای اجرای این راهبرد سازمان بیمه سلامت ایران را در ۲۲ مرداد سال ۱۳۹۱ تاسیس نمود. محدودیت منابع و امکانات از زمان های گذشته تا عصر کنونی که عصر اطلاعات، فرامردن و توسعه چشمگیر علم و فن است، همواره مطرح بوده است و در آینده با شدت افزون تری خود را بر شرایط اقتصادی و اجتماعی تحمیل خواهد کرد. از این رو استفاده بهینه از امکانات و منابع در دسترس و ارتقاء کارایی جهت دستیابی به رفاه و پاسخگویی به نیازهای رو به رشد، به یک مسأله بسیار مهم مبدل گشته است. این موضوع در حوزه سلامت بسیار حائز اهمیت می باشد چرا که سلامت^۱، محور توسعه پایدار اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری است و دارای اهمیت ویژه ای در زیر ساخت بخش های مختلف جامعه می باشد (نصیری پور و مهرالحسنی، ۱۳۹۰). سلامتی حق حیاتی هر انسان و هدفی اجتماعی است و تمام دولت ها و سازمان ها خود را موظف به تأمین سلامت افراد می دانند. نیاز جامعه و مسئولیت دولت ها بیمه سلامت همگانی را در شمار مهم ترین خواسته های آن ها جهت توسعه و پیشرفت قرار داده است که به عنوان سازوکاری اثربخش، امنیت خاطر تمامی افراد جامعه در برابر بیماری ها و عوامل تهدید کننده سلامت تضمین می نماید (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۵). بنابراین ارتقای سلامت صرف نظر از یک وظیفه اخلاقی، مقوله ای اجتماعی و اقتصادی است و هر نوع برنامه ریزی خدمات بهداشتی درمانی باید جزئی از نگرش جامع سیاست بهداشتی باشد و در نهایت بخشی از طرح یکپارچه توسعه پایدار را تشکیل دهد (وو و همکاران^۲، ۲۰۰۷). در کشور ما و در راستای قانون تجمیع صندوق های بیمه سلامت کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۳۹۱ تشکیل گردید که زمینه برای تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه شدگان، رفع هم پوشانی بیمه ای و بسط و گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردد (قانون برنامه پنجم توسعه کشور، ۱۳۸۵). سازمان جهانی بهداشت^۳ بیمه سلامت را به عنوان یک ابزار نویدبخش برای دستیابی به پوشش همگانی مراقبت های بهداشتی در نظر گرفته است، از این رو پوشش همگانی بیمه سلامت با کاهش موانع مالکیتی از مهمترین راهکارها جهت دسترسی به خدمات سلامت می باشد. با تدوین قانون بیمه سلامت ذیل قانون برنامه پنجم توسعه و موضوع یکپارچه سازی بیمه های پایه درمان به منظور ارتقای بهره وری منابع مالی، بخش سلامت از موضوعاتی است که مستلزم بحث های کارشناسی فراوانی از ابعاد متفاوت نظیر دستیابی به عدالت توزیعی و سطح پوشش فراگیر جمعیت، بهبود کارایی و اثربخشی، پاسخگویی به انتظارات و در نهایت اجرای مناسب طرح بیمه سلامت در راستای زیر ساخت های موجود در جامعه می باشد (صدیقی، ۱۳۹۲)، بر این اساس این تحقیق با آگاهی کافی نسبت به مشکلات و کمبود زیرساخت های موجود بر استقرار بیمه سلامت همگانی در کشور با هدف بررسی میزان کارایی و اثر بخشی اجرای طرح بیمه سلامت از نظر سطح پوشش بیمه ای و عدالت توزیعی آن در سطح استان لرستان و در ۶ ماهه نخست سال ۱۳۹۶ انجام گردیده است.

بیان مساله

با پیشرفت و توسعه تکنولوژی، صنعت بیمه^۴ نیز رشد یافته است و تقریباً تمام جنبه های زندگی انسان از سطح فردی تا اجتماعی و اموال، مستغلات و ... را در شامل شده است. یکی از مهمترین شاخه های صنعت بیمه، بیمه درمان^۵ است که در میان سایر موضوعات بیمه ای از اهمیت ویژه ای برخوردار است و این اهمیت از آنجاست که ارتباط مستقیم با سلامت^۶ انسان

^۱ Health

^۲ Wu et al.

^۳ World Health Organization (WHO)

^۴ Insurance industry

^۵ Health insurance

^۶ Health

ها دارد چرا که می دانیم داشتن جامعه سالم به انسان سالم بستگی دارد و آرامش خاطر و دوری از دلواپسی های تنش آور در زمینه برخورد با بیماری ها به صورت مستقیم و نحوه تامین هزینه های آن و نهادهای ارایه دهنده خدمات درمانی از طریق دیگر از جمله دغدغه های افراد و دولت ها بوده است. در امتداد گسترش نظام بیمه در همه ابعاد، در زمینه بیمه درمان هم تطورات و پیشرفت هایی به وجود آمده است به طوری که امروزه سطح پوشش^۱ بیمه درمانی و ضریب نفوذ آن از جمله شاخص های توسعه یافتگی جوامع به شمار می رود (بهرامی، ۱۳۹۳). سلامت حقی است همگانی و در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، این اصل به عنوان یکی از اصول اساسی نظام تعیین شده است. در واقع انتظار مردم از دولت ها و تکلیف دولت ها نسبت به مردم دغدغه ی بسیاری از دولتمردان در دوران معاصر بوده و می باشد. دیدگاه های جدید به وجود آمده در جامعه ی اندیشمندان مبنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه های انسانی مقوله ی حفظ سلامت را هم از بُعد اقتصادی و هم از بُعد منطقی مهم تر می سازد. این شاید اصلی ترین دلیل اختصاص منابع قابل توجه در بخش سلامت شده است (زارع و همکاران، ۱۳۹۱).

توسعه نظام بیمه سلامت کشور همانا یکی از مهمترین فرامین مورد تاکید در سیاست های کلی مقام معظم رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران می باشد. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن گذاشته شده است و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات بیمه درمان^۲، کاهش پرداخت از جیب بیمه شدگان، رفع همپوشانی بیمه ای و بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردید (سازمان بیمه سلامت، ۱۳۹۵). در میان سازمان های خدماتی، نقش سازمان های بیمه گر نقشی برجسته و رشد یافته است. در این بیمه خدمات بیمه درمان نقش حیاتی و کلیدی دارد که در بردارنده کلیه افراد جامعه و از تمامی اقشار است. سازمان بیمه سلامت به عنوان یکی از عمده ترین ارائه دهندگان خدمات بیمه ای پایه کشور مطرح است و به نظر می رسد بررسی کارایی و اثر بخشی آن به بهبود ارتقای سلامت در جامعه کمک نماید (آدمی زاده، ۱۳۹۱). موضوع فوق به خوبی از سوی سیاستگذاران و برنامه ریزان درک و لحاظ گردیده است به طوری که ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت و تعالی عملکرد بالینی، افزایش بهره وری و استفاده از امکانات بهداشتی و درمانی کشور، در ماده ۸۸ قانون برنامه چهارم توسعه به روشنی بیان شده است. همچنین در بخش امور اجتماعی بند ۱۹ سیاست های کلی برنامه توسعه پنجم بر رویکرد انسان سالم و سلامت همه جانبه تاکید شده است (نصیری پور و مهرالحسنی، ۱۳۹۰).

از زمان تشکیل سازمان بیمه خدمات درمانی طرح های مختلفی از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی به منظور تعمیم و تکمیل پوشش بیمه درمانی کل افراد به اجرا در آمده است. با روی کار آمدن دولت تدبیر و امید و با توجه به اهتمام، استراتژی و رویکرد سلامت محور دولت یازدهم در راستای اجرای ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه و سیاست های ابلاغی از سوی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت، فرصت ممتازی فراهم شد تا آحاد مردم از مزایای بیمه سلامت بهره مند شوند؛ بنابراین اجرای طرح بیمه همگانی سلامت رایگان که از اردیبهشت ۱۳۹۳ آغاز شد مقرر گردید تا تمامی افراد فاقد پوشش بیمه درمان ساکن در شهرهای بالای ۲۰ هزار نفر جمعیت با مراجعه به سامانه امید به سلامت نسبت به ثبت نام خود اقدام نمایند (سازمان بیمه سلامت، ۱۳۹۵). افزایش اثربخشی ارائه خدمات بیمه ای از طریق منطبق کردن آن با شرایط و نیازهای بومی، بهبود کارایی استفاده از منابع، افزایش هوشیاری نسبت به هزینه ها از طریق نزدیک کردن تخصیص منابع و بهره گیری از آنها، افزایش انگیزه کارکنان بخش سلامت از طریق سرپرستی محلی و بهبود پاسخگویی و همچنین گسترش سطح پوشش بیمه ای و عدالت توزیعی قابل بررسی است (برینکهورف^۳، ۲۰۰۲).

^۱ Coverage level

^۲ انواع بیمه درمان عبارتند از: ۱- بیمه سلامت: خدمات بیمه پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم بدون هرگونه بیمه درمانی در قالب سازمان بیمه سلامت بطور رایگان ارایه میشود. ۲- بیمه درمانی پایه: کلیه بیمه شدگان تامین اجتماعی و خدمات درمانی از بیمه پایه درمانی که برای هزینه های سرپایی و برای بستری ها براساس تعرفه دولتی قابل استفاده می باشد. ۳- بیمه های درمان تکمیلی: برخی از افراد دارای بیمه تکمیلی می باشند.

^۳ Brinkerhoff

افزایش بهره‌وری در حوزه سلامت به ویژه بیمه سلامت، امری است که در برنامه‌های توسعه گذشته و آینده کشور لحاظ شده است. از آنجا که افزایش بهره‌وری از طریق افزایش اثربخشی و کارایی صورت می‌گیرد و سنجش اثربخشی امر بسیار دشواری است عمدتاً در افزایش بهره‌وری، سنجش و افزایش کارایی مد نظر قرار می‌گیرد. با توجه به مطالب بیان شده هدف اصلی این تحقیق بررسی کارایی و اثربخشی بیمه درمان در طرح سلامت از نظر سطح پوشش بیمه‌ای و عدالت توزیعی در سطح استان لرستان می‌باشد. طبق بررسی‌های صورت گرفته در مورد وضعیت بیمه سلامت در استان لرستان موارد زیر را می‌توان ذکر کرد (اداره کل بیمه سلامت لرستان، ۱۳۹۶):

آخرین وضعیت متقاضیان ثبت نام شده بیمه سلامت در استان لرستان:

تعداد ثبت نام شدگان در استان لرستان: ۲۵۶۶۱۱ نفر

تعداد دفاتر چاپ شده در استان لرستان: ۲۱۶۶۹۳ نفر

در حال حاضر ۱۰۹ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی طرف قرارداد بیمه سلامت لرستان هستند و خدمات سطح یک را به بیمه شده‌ها ارائه می‌دهند. در حال حاضر ۶۰ درصد از بیمه شده‌های استان تحت پوشش بیمه سلامت قرار دارند. بیمه سلامت لرستان با ۹۰ درصد مراکز درمانی لرستان یعنی حدود ۸۰۰ درمانگاه، بیمارستان، مرکز درمانی و ... طرف قرارداد است و ۲۱۴ پزشک متخصص و ۱۴ پزشک فوق تخصص با بیمه سلامت لرستان طرف قرارداد هستند. همچنین با توجه به همکاری ۱۷۷ پزشک عمومی با بیمه سلامت استان: در حال حاضر تمام هزینه‌های درمانی و دارویی بیماران خاص در استان که تحت پوشش بیمه سلامت هستند به صورت رایگان است. همچنین سایر بیمه شده‌های سلامت لرستان نیز حدود ۵۰ درصد از هزینه‌های درمانی و دارویی خود را پرداخت می‌کنند. از چالش‌های بیمه سلامت استان، عدم بکارگیری موثر منابع و یا عدم کنترل برنامه‌های اجرایی همسو با چشم‌اندازهای تعریف شده در منابع و عدم جلوگیری از بروز تقاضاهای القایی (درخواست‌های غیر ضروری ناشی از نبود تقارن اطلاعات دریافت‌کننده و ارائه‌دهنده خدمات) با توجه به محدودیت منابع و همچنین عدم آموزش و فرهنگ سازی در جامعه می‌باشد.

ادبیات پژوهش

سلامت

سلامتی در بسیاری از فرهنگ‌ها مفهومی مشترک است. همه جوامع مفهوم سلامت را به عنوان بخشی از فرهنگشان در خود دارند، بین تعاریفی که هنوز استفاده می‌شوند، احتمالاً نبود بیماری یکی از قدیمی‌ترین تعاریف سلامت می‌باشد (باباخانی و همکاران، ۱۳۹۰). بر این اساس مشاهده گردید که از مفهوم سلامتی تعاریف زیادی صورت گرفته است، سلامت در مفهوم گسترده خود، تنها به معنای نبودن بیماری و اقدامات تشخیصی، درمانی و پیشگیری نیست، بلکه سلامتی، براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی مرحله‌ای از رفاه جسمی، ذهنی و اجتماعی را نیز در بر می‌گیرد. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، مفهوم جدیدی به نام بهزیستی^۱ را معرفی می‌کند که شامل مقوله‌های نظیر استاندارد زندگی، سطح زندگی و کیفیت زندگی می‌باشد (پارک، ۱۳۸۲).

بنابراین سلامتی مفهومی چند بعدی است، فیزیکی، روانی و اجتماعی. بعد فیزیکی، احتمالاً قابل فهم‌ترین مفهوم سلامتی می‌باشد. در سطح فردی علایم سلامت فیزیکی شامل رنگ و روی خوب، پوستی تمیز، چشمانی براق، بوی خوشایند و ... می‌باشد. سلامت فردی به وسیله تکنیک‌های پزشکی، پرسشنامه و ... قابل ارزیابی می‌باشد؛ اما در سطح جامعه وضعیت سلامتی را می‌توان با مشخصه‌هایی چون میزان مرگ و میر، میزان مرگ و میر کودکان، امید به زندگی سنجد (هابر و همکاران^۲، ۲۰۱۱).

^۱ Well being

^۲ Huber et al.

عدالت توزیعی^۱

یکی از مفاهیم اساسی اندیشه سیاسی، اجتماعی و اقتصادی عدالت می باشد. عدالت توزیعی از منظر اجتماعی بیانگر توزیع عادلانه امکانات و ثروت میان افرادی است که طبق تعریف دارای حقوق برابرند (غنی نژاد، ۱۳۷۹). مفهوم مدرن عدالت توزیعی بر توزیع عادلانه منابع و منافع جامعه بین اقشار مختلف تأکید دارد. از طرفی سلامت به عنوان یکی از مقوله های رفاه اجتماعی تحت تأثیر وضعیت شاخص های عدالت توزیعی قرار می گیرد (باباخانی و همکاران، ۱۳۹۰).

مفهوم عدالت در سلامت

برای درک موضوع، ضرورت ارزیابی یک تعریف کاربردی برای عدالت در سلامت مطرح می باشد. این تعریف به این گونه است که هر فرد باید فرصت مناسب برای دستیابی به سلامت بالقوه را داشته باشد و به طور عملی هیچ فردی از آن محروم نشود، با این تعریف هدف عدالت در سلامت حذف تمامی اختلافات در سلامت افراد و به یک سطح و یک کیفیت رساندن آن نیست. بلکه باید عواملی کاهش یافته یا حذف شود که قابل پرهیز بوده یا نامناسب است. با این نگاه عدالت در سلامت عبارتست از (حسن زاده، ۱۳۸۷):

- دسترسی برابر مراقبت های در دسترس برای نیاز برابر.
- بهره مندی برابر برای نیاز برابر.
- کیفیت برابر از مراقبت ها برای همه.

بنابراین عدالت در سلامت به این معنی نیست که هر فردی سطح یکسانی از سلامت داشته، به یک اندازه خدمات را مصرف کرده و از منابع بدون توجه به نیاز بهره برد. بیشتر جوامع اعتقاد دارند که منابع و مزایای مراقبت های سلامتی در جامعه به گونه ای بایستی توزیع شود که تناسب و عدالت را ایجاد نماید. به همین دلیل قضاوت در مورد عملکرد بخش سلامت، مستلزم تحلیل فلسفی است. در این ارتباط سه دیدگاه مبنای چنین قضاوت هایی است (رضوی و همکاران، ۱۳۸۴):

سودگرایی^۲: معتقد است که ما باید بر اساس پیامدهای یک سیاست در مورد آن قضاوت کنیم. سودگرایی با بررسی اثرات یک تصمیم بر مجموع تندرستی افراد در یک جامعه، به ارزشیابی پیامدهای آن می پردازد.

لیبرالیسم^۳: به حقوق و فرصت ها توجه دارد. تأکید آن بر نقطه شروع افراد است و نه بر پایان کار. این مطالبه که شهروندان دارای حق مراقبت و سلامت هستند نشاندهنده تفکرات لیبراتی است.

جامعه گرایی^۴: نوع جامعه ای را که سیاستگذاری عمومی به ایجاد آن کمک می کند و نوع افرادی را که در آن جامعه زندگی می کنند مهم می داند. در این دیدگاه جوامع موظفند اعضای خود را به این سمت و سو حرکت دهند که اعتقادات مشترکی با جامعه، در زمینه فضیلت و رفتار مطلوب داشته باشند. جامعه گرایی می تواند هم با تفکرات مبتنی بر پیامد و هم با تفکرات مثبتی بر حقوق در تعارض باشد زیرا القای اجباری فضیلت ممکن است دربرگیرنده اقداماتی باشد که تندرستی افراد به حداکثر نمی رساند یا آزادی فردی را محدود می کند.

کارشناسان حوزه درمان همواره از اتخاذ همزمان چهار سیاست کلان برای اصلاح امور در این حوزه یاد می نمایند که عبارتند از:

- کیفیت
- عدالت
- کارایی
- پایداری

¹ Distributive Justice

² Utilitarianism

³ Liberalism

⁴ Communitarianism

در این بین بحث عدالت در بخش سلامت یکی از پرچالش ترین مباحث مطرح در این حوزه می باشد که تحقق آن را با اجرای پوشش بیمه سلامت همگانی و حفاظت مالی مرتبط دانسته اند. عدالت در سلامت را می توان دسترسی برابر به مراقبت های در دسترس برای نیاز برابر، بهره مندی برابر برای نیاز برابر و در نهایت کیفیت برابر از مراقبت ها برای همه توصیف نمود. متأسفانه مطالعه توزیع منابع و مصارف عمومی نشان می دهد که در بیشتر کشورهای در حال توسعه برقراری یارانه ها به نفع افراد ثروتمند است؛ و یا اینکه فقرا بیشترین بار بیماری ها را متحمل می گردند ولی اتفاقاً سهم آنها از مراقبت های سلامت کمتر است (مراقبت های معکوس^۱) که البته در پاره ای از کشورهای پیشرفته نیز مشاهده می شود.

عدالت در سلامت از دیدگاه کاربردی

در ادبیات اجتماعی اصل عدالت به دو بخش عدالت افقی^۲ و عدالت عمودی^۳ تقسیم می شود. این تقسیم بندی بر اساس نیاز فرد تنظیم شده است و فارغ از شرایط اجتماعی - اقتصادی افراد می باشد. این عبارت برای اولین بار توسط ارسطو در یونان قدیم بیان می شود، به تعبیر او عدالت افقی عبارتست از اینکه برابرها بایستی برابر درمان شوند^۴ و عدالت عمودی یعنی اینکه نابرابرها نابرابر درمان شوند^۵. از دید بهداشت و درمان این دو در مفهوم دسترسی و بهره مندی از خدمات معنی می شود که براساس نیاز تنظیم شده و فارغ از شرایط اجتماعی، اقتصادی افراد می باشد. براین اساس افرادی که نیاز بیشتری دارند در اولویت قرار دارند. نیاز بر سه اصل ذیل تعریف می شود (حسن زاده، ۱۳۹۱):

- نیاز به عنوان شدت بیماری
- نیاز به عنوان توانایی برخورداری
- نیاز به عنوان حداقل منابع نرم برای تخلیه ظرفیت بهره برداری

بر اساس تعریف، دورنما اینست که اولویت به آنهایی داده شود که سود بیشتری از مراقبت ها می برند ولی بعضی عقیده دارند که همین امر خودموجب بی عدالتی می شود زیرا کسانی که بطور حاشیه ای توانایی بهره بردن بیشتری دارند، عمدتاً افراد ثروتمندتر و سالم تر و یا هر دو هستند. صرف نظر از نگاههای مختلف به مقوله عدالت در سلامت، آنچه از مطالعات بدست آمده است بیانگر شرایط نا عادلانه سلامت در کشورهای در حال توسعه است (حسن زاده، ۱۳۹۱).

عدالت در سلامت از دیدگاه فردی

در ارتباط با عدالت توزیعی در امر سلامت و از نگاه فردی، هفت نگرش وجود دارد (فتاح زاده، ۱۳۸۴):

۱. مساوات طلبی^۶: آحاد جامعه بایستی از سطح سلامت یکسان برخوردار باشند.
 ۲. تخصیص بر اساس نیاز^۷: متکی بر تعریف کافی از نیاز می باشد.
- قانون نجات^۸: اشاره به وظیفه اخلاقی دارد که اعلام می کند بایستی هرکاری را که ممکن است برای کمک به مردمی که در شرایط اضطراری و تهدیدکننده به مرگ قرار دارند انجام داد.
- برابری در دسترسی^۹: که شکل عملیاتی برابری بوده ولی نیازمند تعریف دسترسی و نیاز می باشد.
- تفکر تأمین حداقل ها با حفظ عزت و کرامت انسانی^{۱۰}: که نیازمند تعریف بسته اساسی از خدمات سلامت می باشد.

¹ Inverse Care Law

² Horizontal equity

³ Vertical Equity

⁴ Equals should be treated equally

⁵ Unequal should be treated unequally

⁶ Egalitarian

⁷ Allocation According to need

⁸ Rule of Rescue

⁹ Equity Of Access

¹⁰ Decent Minimum

اصل بزرگ داشتن^۱: که بیانگر سیاست های اجتماعی در راستای به حداکثر رساندن جایگاه افشار پائین اجتماعی است. اختیارگرایی^۲: که بدنبال توزیع منابع براساس استحقاق می باشد. اگرچه موارد فوق نگاههای فردی است ولی این وظیفه سیاست مداران است که نگاه عدالت طلبانه خود را برای جامعه اعلام نمایند. از طرف دیگر بسیاری از این نگاهها تئوریک است تا عمل گرایانه.

سطح پوشش بیمه سلامت

دسترسی به خدمات سلامت از حقوق اساسی افراد در جوامع می باشد. پوشش همگانی بیمه سلامت با کاهش موانع مالی یکی از مهمترین راهکارها جهت دسترسی به خدمات سلامت می باشد. دستیابی به پوشش همگانی فرآیند ساده ای نیست. در بسیاری از کشورها که هم اکنون به پوشش بیمه سلامت همگانی دست یافته اند، اغلب اجرای آن چند دهه طول کشیده است. مطالعه ی سیر تاریخی بیمه ی درمان کشورهای مختلف می تواند در بومی سازی بعضی از موقعیت ها با توجه به شرایط بومی، فرهنگی و اسلامی کمک نماید و از بسیاری از دوباره کاریها و خطاهای غیر عمد جلوگیری نماید و در تسریع اجرای این روند در کشور اثربخش باشد (رئیزی و همکاران، ۱۳۹۲). یکی از نظام های بیمه ای، بیمه درمان پایه می باشد. امروزه بحث در مورد بیمه های سلامت به عنوان یک اصل مهم مشارکت جامعه در ریسکهای اجتماعی پذیرفته شده است. نیاز جامعه و احساسا تکلیف دولت ها به عنوان متولیان سلامت، بیمه سلامت را در ردیف مهم ترین خواست های افراد و مهم ترین مسئولیت دولت ها در بخش سلامت قرار داده است. از مهم ترین دغدغه های دولت ها، نوحه و نوع پوشش های بیمه درمان و ضرایب نفوذ آن می باشد. اینکه با چه ترفند و برنامه ای بتوان یک پوشش بیمه ای حداکثری را در جامعه فراهم کرد (رحمانی و ماجد، ۱۳۹۳).

پوشش بیمه سلامت همگانی دو بعد پوششی مختلف را دربر دارد: پوشش مراقبت های سلامت (مراقبت های کافی سلامت) و پوشش جمعیت (مراقبت های سلامت برای همه). مفهوم اصلی سیاست های تامین مالی بخش سلامت در جهت پوشش همگانی، تجمیع ریسک در جامعه است که به موجب آن تمام افراد و خانواده ها در کل هزینه های مراقبت سلامت سهیم می شوند. هرچه میزان تجمیع ریسک در نظام تامین مالی بخش سلامت بیشتر باشد، افراد کمتری مجبورند عواقب مالی ریسک های سلامت خود را تحمل کنند و احتمال دسترسی بیشتر آنها را به مراقبت های مورد نیاز فراهم می کند (کرین و جیمز^۳، ۲۰۰۵).

در کل برای رسیدن به پوشش همگانی دو امکان اصلی وجود دارد. یکی نظام تامین مالی بخش سلامت است که به موجب آن درآمد های ناشی از مالیات های عمومی منبع اصلی بخش سلامت است. راه دوم بیمه اجتماعی سلامت است که بر اصل عضویت اجباری تمام جمعیت استوار شده است. کارکنان دولت، خویش فرمایان، موسسات و دولت حق بیمه ها را به صندوق بیمه اجتماعی سلامت می پردازند. مبنای حق بیمه کارکنان دولت و موسسات عموماً حقوق کارکنان است (مارک و همکاران^۴، ۲۰۰۰).

علیرغم تلاش و کوشش بسیار و تصویب قوانین متعدد و گسترش انواع بیمه های درمانی در کشور، متأسفانه تعداد کمی از مردم کشور فاقد بیمه ی درمانی بوده و بخش قابل توجهی از هزینه های درمانی به طور مستقیم از جیب پرداخت می گردد و این بدین معنی است که هم دامنه پوشش جمعیتی و هم بسته ی پوشش خدمات و مراقبت های درمانی در کشور نامناسب می باشد. تبعات عدم پوشش کامل بیمه درمانی در بین افشار مختلف مردم از جنبه های مختلف زیر قابل بررسی است (بهرامی، ۱۳۹۳):

¹ Maximum Principle

² Libertarian

³ Carrin & James

⁴ Mark et al.

جنبه فنی و تخصصی: از لحاظ فنی باید گفت که هر چه تعداد افراد تحت پوشش در یک صندوق بیمه کمتر باشد ریسک آن صندوق بالاتر و ضریب خسارت آن بیشتر است و آن ریسک به درستی در بین مردم توزیع نمی شود.

جنبه اجتماعی: از لحاظ اجتماعی نیز عدم پوشش های بیمه درمانی، تحمیل هزینه های درمانی به اقتصاد خانواده را در پی خواهد داشت و مشکلات عدیده ای را برای آنها به وجود می آورد.

جنبه سیاسی: تعهدی که کشورهای در حال توسعه به سازمان ها و کنوانسیون های بین المللی دارند آنها را مجاب می کند که شاخص های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی را بهبود بخشند و یکی از این شاخص ها افراد جامعه و امید به زندگی آنهاست که از طریق پوشش بیمه درمان محقق می شود.

جنبه اقتصادی: زمانی که فرد، فاقد پوشش بیمه درمانی است هیچ کنترلی بر روی هزینه های درمانی او وجود ندارد و این هزینه ها از حالت منطقی خارج شده و می تواند موجب تحمیل هزینه های اضافی به فرد و اقتصاد کشور گردد.

لذا اهمیت و ضرورت تکمیل پوشش بیمه درمانی به عنوان یکی از عوامل موثر در تامین سلامت مردم، بر کسی پوشیده نیست. این تحقیق به بررسی کارایی و اثربخشی طرح بیمه سلامت از نظر سطح پوشش بیمه ای و عدالت توزیعی پرداخته ایم و در پی آزمون فرضیه های تحقیق به این شرح هستیم:

- گسترش سطح پوشش بیمه ای بر کارایی و اثر بخشی طرح بیمه سلامت موثر بوده است.
- افزایش عدالت توزیعی بر کارایی و اثر بخشی طرح بیمه سلامت موثر بوده است.

پیشینه پژوهش

قاسمی و همکاران (۱۳۹۵) در تحقیقی به ارزیابی عملکرد ادارات کل بیمه سلامت ایران با استفاده از مدل تحلیل پوششی داده ها در سال ۱۳۹۳ پرداختند و نتایج نشان دهنده ظرفیت بالا برای افزایش کارایی فنی در ادارات کل می باشد که می توان با الگو برداری از ادارات کارا و مرجع و تعدیل ورودی های آنها میزان کارایی را افزایش داد. رحمانی و ماجد (۱۳۹۳) در تحقیقی به بررسی عوامل موثر در افزایش تمایل مردم به اخذ پوشش بیمه درمانی (مورد مطالعه شهر قزوین) پرداختند و نشان دادند مسایل اقتصادی مهم ترین عامل در خرید بیمه درمان و پس از آن کیفیت خدمات، سطح تحصیلات، الزام قانون، اطلاع رسانی از دیگر عوامل با اهمیت در خرید بیمه درمان تلقی می گردد. نصیری پور و مهرالحسنی (۱۳۹۰) به بررسی کارایی ادارات کل سازمان بیمه خدمات درمانی با استفاده از روش رتبه بندی کامل تحلیل پوششی داده ها پرداختند و نشان دادند برای به حداکثر رسیدن کارایی این سازمانها باید از میزان مازاد نهادهای مذکور در قالب یک برنامه جامع کم شود تا به سطح مطلوبی از کارایی دست یابند. صابری (۱۳۹۳) عوامل موثر بر توسعه بازار بیمه درمان تکمیلی معلمان در استان لرستان پرداخت، یافته ها نشان داد که بین تفکر خلاق مدیران با انگیزش درونی کارکنان رابطه وجود دارد، مولفه های جلب معرفی افراد، عملکرد شرکت های بیمه خدمات و قیمت ها و تعرفه های بیمه بر توسعه بازار بیمه درمان تکمیلی اثر گذار می باشند.

روش بررسی

این پژوهش از نظر روش، توصیفی پیمایشی و به لحاظ هدف از نوع کاربردی بود که در سال ۱۳۹۶ انجام گرفته است. جامعه پژوهش شامل مردم و بیمه شدگان بیمه سلامت در استان لرستان می باشد که بر اساس روش نمونه گیری تصادفی تعداد ۱۳۰ نفر به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل مراجعه به اسناد و مدارک، مشاهده و به خصوص مصاحبه و پرسشنامه و گردآوری داده ها با استفاده از روش های مطالعه کتابخانه ای و مطالعات میدانی بود. داده ها با استفاده از پرسشنامه ی محقق ساخته بر اساس اهداف تحقیق و با مراجعه حضوری به مراکز جمع آوری گردید. در صورت لزوم، توضیحاتی درباره ی آیتم های پرسشنامه برای جامعه ی پژوهش ارائه گردید. پرسشنامه این تحقیق، بر اساس مقیاس ۵ رتبه ای لیکرت و براساس متغیرهای تحقیق که به آن اشاره شده است و طرح سوالات آن نیز، با توجه به ادبیات نظری و پیشینه تحقیق حاضر و نظرات کارشناسان و خبرگان صورت گرفت. بخش اول پرسشنامه، اطلاعات دموگرافیکی پاسخ

دهندگان بود که شامل جنسیت، سن، سطح تحصیلات و سابقه استفاده از خدمات بیمه ای بود و در بخش دوم، تعداد ۲۰ سؤال مربوط به کارایی و اثربخشی خدمات بیمه درمان طرح بیمه سلامت و همچنین سطح پوشش و عدالت توزیعی آن مطرح شده بود. روایی پرسشنامه ی طراحی شده، از نوع روایی محتوایی است و به وسیله متخصصان مربوط تأیید شده و پایایی آن نیز با توجه به ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده (۰/۷۶۱) می باشد، تأیید گردید. در نهایت، داده های جمع آوری شده از طریق پرسشنامه، با استفاده از آمار توصیفی (به صورت محاسبه ی درصد و فراوانی) و فرضیه های تحقیق نیز بر اساس ضرابی همبستگی و روش رگرسیون و به کمک نرم افزار SPSS21 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی

ویژگی های جمعیت شناختی جامعه نمونه در جدول (۱) نشان داده شده است:

جدول ۱. توصیف جمعیت شناختی پاسخگویان

درصد	فراوانی		
۲۶.۹	۳۵	۲۰ تا ۳۰ سال	سن
۴۰	۵۲	۳۱ تا ۴۰ سال	
۲۰	۲۶	۴۱ تا ۵۰ سال	
۱۳	۱۷	بیش از ۵۰ سال	
۳۰.۶	۳۷	دیپلم	سطح تحصیلات
۲۱.۵	۲۶	فوق دیپلم	
۲۹.۸	۳۶	لیسانس	
۱۳.۲	۱۶	فوق لیسانس	
۵	۱۵	دکتر	
۱۶.۹	۲۲	کمتر از ۱ سال	سابقه استفاده از خدمات بیمه ای
۲۳.۸	۳۱	۱ تا ۵ سال	
۲۴.۶	۳۲	۶ تا ۱۵ سال	
۱۷.۶	۲۳	۱۶ تا ۲۰ سال	
۱۶.۹	۲۲	بیش از ۲۰ سال	
۳۷	۵۰	زن	جنسیت
۶۳	۸۰	مرد	

همانطور که در جدول شماره (۱) مشاهده می شود بیشتر پاسخگویان مرد می باشند و همچنین ۴۰ درصد از پاسخگویان به پرسشنامه بین ۳۱ تا ۴۰ سال سن داشتند. از نظر میزان تحصیلات بیشترین درجه تحصیلی پاسخگویان دیپلم می باشد. همچنین از نظر سابقه استفاده از خدمات بیمه ای مشاهده می شود که ۴۰.۷ درصد از پاسخگویان کمتر از ۵ سال است که از خدمات بیمه ای استفاده می کنند.

یافته های تحلیلی

با توجه به نرمال بودن توزیع داده ها جهت آزمون فرضیه ها در این مطالعه و بررسی تاثیر مولفه های متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته می توان از آمار پارامتریک برای آزمون فرضیات استفاده کرد، جهت آزمون فرضیه اصلی تحقیق از آزمون رگرسیون استفاده شد. وقتی یک مدل رگرسیون اجرا می شود، اولین نکته بررسی مناسب بودن مدل است. خلاصه نتایج آزمون رگرسیون فرضیه اول تحقیق (گسترش سطح پوشش بیمه ای بر کارایی و اثر بخشی طرح بیمه سلامت موثر بوده است). در جدول (۲) آمده است.

جدول ۲. خلاصه مدل رگرسیون فرضیه دوم

خطا (sig)	F	دوربین واتسون	ضریب تعیین	ضریب رگرسیون
۰/۰۰۰	۹۴/۹۰۳	۱/۹۱	۰/۴۲۸	۰/۶۵۴

در جدول فوق مشاهده می شود که مقدار دوربین واتسون به دست آمده برابر با ۱/۹۱ می باشد چون این مقدار بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار گرفته لذا می توان گفت که خطاهای متغیرها مستقل از هم می باشند.

در این فرضیه میزان همبستگی ایجاد شده (۰/۶۵۴) قابل استناد می باشد. مقدار ضریب تعیین میزان دقت مدل را برای پیش بینی متغیر وابسته اندازه گیری می کند لذا هر چه مقدار آن به سمت ۱ برود نشان از دقت مدل در پیش بینی متغیر وابسته است که این مقدار (۰/۴۲۸) نشان می دهد متغیر مستقل توانایی پیش بینی متغیر وابسته را دارد بنابراین می توان گفت که مدل توسط متغیر مستقل تبیین شده است به عبارتی متغیر مستقل توانایی پیش بینی متغیر وابسته (کارایی و اثربخشی بیمه سلامت) را دارد. میزان خطای آزمون فیشر (F) در این فرضیه کمتر از ۰/۰۵ می باشد و چون مقدار خطای محاسبه شده کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین این بدان معنی است که بین متغیرها رابطه خطی ایجاد شده است و مدل معنی دار است. در جدول (۳) مشاهده می شود که میزان خطای آزمون t برای متغیر پوشش بیمه ای کمتر از ۰/۰۵ است (۰/۰۰۰) لذا این متغیر توانایی تاثیر گذاری بر متغیر وابسته (کارایی و اثربخشی بیمه سلامت) را دارد:

$$\text{کارایی و اثربخشی بیمه سلامت} = (\text{سطح پوشش بیمه ای}) + ۰/۶۲۴ + ۱/۲۴۹$$

جدول ۳. ضرایب رگرسیون فرضیه اول

Yt=a+b1x1 +.....						
خطا (sig)	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		متغیرهای مستقل	متغیر وابسته
		Beta	خطای معیار	B		
۰/۰۰۰	۶/۳۰۷		۰/۱۹۸	۱/۲۴۹	مقدار ثابت	کارایی و اثر
۰/۰۰۰	۹/۷۴۲	۰/۶۵۴	۰/۰۶۴	۰/۶۲۴	سطح پوشش بیمه	بخشی بیمه سلامت

خلاصه نتایج آزمون رگرسیون فرضیه دوم تحقیق (افزایش عدالت توزیعی بر کارایی و اثر بخشی طرح بیمه سلامت موثر بوده است). در جدول (۴) آمده است.

جدول ۴. خلاصه مدل رگرسیون فرضیه دوم

خطا (sig)	F	دوربین واتسون	ضریب تعیین	ضریب رگرسیون
۰/۰۰۰	۸۲/۸۹۷	۱/۷۴	۰/۳۹۳	۰/۶۲۷

در جدول فوق مشاهده می شود که مقدار دوربین واتسون به دست آمده برابر با ۱/۷۴ می باشد چون این مقدار بین ۱/۵ تا ۲/۵ قرار گرفته لذا می توان گفت که خطاهای متغیرها مستقل از هم می باشند.

در این فرضیه میزان همبستگی ایجاد شده (۰/۶۲۷) قابل استناد می باشد. مقدار ضریب تعیین (۰/۳۹۳) نشان می دهد متغیر مستقل توانایی پیش بینی متغیر وابسته را دارد بنابراین می توان گفت که مدل توسط متغیر مستقل تبیین شده است به عبارتی متغیر مستقل توانایی پیش بینی متغیر وابسته (کارایی و اثر بخشی بیمه سلامت) را دارد. میزان خطای آزمون فیشر (f) در این فرضیه کمتر از ۰/۰۵ می باشد و چون مقدار خطای محاسبه شده کمتر از ۰/۰۵ است بنابراین این بدان معنی است که بین متغیرها رابطه خطی ایجاد شده است و مدل معنی دار است. در جدول (۵) مشاهده می شود که میزان خطای آزمون t برای متغیر عدالت توزیعی کمتر از ۰/۰۵ است (۰/۰۰۰) لذا این متغیر توانایی تاثیر گذاری بر متغیر وابسته (کارایی و اثر بخشی بیمه سلامت) را دارد:

کارایی و اثر بخشی بیمه سلامت = (عدالت توزیعی) ۰/۵۳۹ + ۱/۴۶۸

جدول ۵. ضرایب رگرسیون فرضیه دوم

Yt=a+b1x1 +.....						
خطا (sig)	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		متغیرهای مستقل	متغیر وابسته
		Beta	خطای معیار	B		
۰/۰۰۰	۷/۷۶۲		۰/۱۸۹	۱/۴۶۸	مقدار ثابت	کارایی و اثر بخشی بیمه سلامت
۰/۰۰۰	۹/۱۰۵	۰/۶۲۷	۰/۰۵۹	۰/۵۳۹	عدالت توزیعی	

بحث و نتیجه گیری

در این تحقیق به بررسی کارایی و اثربخشی بیمه خدمات درمانی برنامه بیمه سلامت همگانی از نظر سطح پوشش بیمه ای و عدالت توزیعی در استان لرستان پرداخته شد. یافته ها نشان داد سطح پوشش بیمه ای جز عوامل موثر بر کارایی و اثربخشی بیمه سلامت در سطح استان لرستان بوده است که نشان دهنده دسترسی به خدمات سلامت از حقوق اساسی افراد در کل جامعه می باشد، سطح پوشش بیمه ای و بالا رفتن سهم بیمه سلامت بین جامعه به عنوان رایج ترین بیمه درمانی بر کارایی و اثربخشی بیمه سلامت موثر بوده است. نتایج دیگر این تحقیق نشان داد که عدالت توزیعی بیمه نیز جز عوامل موثر بر کارایی و اثربخشی بیمه سلامت همگانی در استان لرستان بوده است، بدیهی است با توجه به اینکه یکی از عمده ترین انتظارات از اجرای برنامه بیمه سلامت همگانی بهبود در وضعیت تمامی جنبه های عدالت توزیعی در جامعه می باشد، نتایج نشان داد با اجرای این طرح بهبود قابل ملاحظه ای در وضعیت کارایی و اثربخشی بیمه سلامت بوجود آمده است. در این راستا بررسی موانع دستیابی به پوشش همگانی و عدالت توزیعی بیمه سلامت در استان لرستان، تحلیل عوامل سرعت دهنده به این روند و چگونگی اثر گذاری هریک از آنها در گذار به سمت پوشش همگانی و توزیع عدالت در پوشش بیمه سلامت برای تسریع در اجرایی سازی قوانین تصویب شده پیشنهاد می شود. همچنین می بایست تأثیرات مولفه های موثر بر کارایی و اثربخشی خدمات سلامت در سطح گسترده تری شناسایی گردد تا بر آن اساس اقداماتی در جهت تخصیص بودجه صحیح بر مبنای نیاز جامعه و نیز تدوین استانداردهای مناسب صورت پذیرد. از طرفی با فرهنگ سازی و آموزش صحیح جامعه شهری و روستایی استان لرستان می توان به آگاهی های افراد جامعه و بیمه شدگان (توانمندسازی بیمه شدگان) که در سال ۱۳۹۶ با اهتمام مدیر کل بیمه سلامت به طور جدی در حال اجراست از فواید استفاده از خدمات بیمه درمان (بیمه سلامت) افزود که این امر باعث بهبود عملکرد بیمه ای و افزایش سطح پوشش بیمه و در نهایت عدالت توزیعی بیمه در سطح استان خواهد شد.

منابع

۱. آدمی زاده، محسن (۱۳۹۱)، *ارایه مدل جامع ارزیابی عملکرد و رتبه بندی ادارات سازمان بیمه سلامت استان یزد*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد، دانشکده حسابداری.
۲. آذر، عادل مومنی، م (۱۳۹۰)، *آمار و کاربرد آن در مدیریت (تحلیل آماری)*، انتشارات سمت.
۳. باباخانی، محمد، قاسمی، رامین، رفیعی، حسین، نظری، راغفر، حسین، بیگلریان، اکبر (۱۳۹۰)، *رابطه عدالت توزیعی و سلامت در ایران*، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال ۱۲، شماره ۴۶، صص ۲۷۹-۲۵۹.
۴. بهرامی، قاسم (۱۳۹۳) *بیمه سلامت و ضرورت گسترش آن در جامعه*، هفته نامه ولایت قزوین، شماره ۳۹، صص ۶-۴.
۵. پارک. کی. (۱۳۸۲) *درسنامه پیشگیری و پزشکی اجتماعی*، وفائی شیر پاک خسرو، جلد دوم، چاپ اول، انتشارات ایلیا، تهران، ۱۳۸۲
۶. حسن زاده، علی؛ (۱۳۹۱) *الزامات مربوط به اجرای اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران*، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.
۷. حسن زاده، علی (۱۳۸۷)، *مبانی نظری عدالت در سازمان*، بررسی عدالت در سلامت ایران، فصلنامه تامین اجتماعی، سال ۹، شماره ۲۸، صص ۴۲-۱۱
۸. رحمانی، امید، ماجد، وحید (۱۳۹۳)، *بررسی عوامل موثر در افزایش تمایل مردم به اخذ پوشش بیمه درمانی (مورد مطالعه شهر قزوین)*، سازمان بیمه سلامت ایران.
۹. رضوی، معاون، یاسمنجی، کاوس، حسن زاده، علی (۱۳۸۴) *عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت*، تهران: نشر اندیشمند.
۱۰. رئیسی، احمدرضا، محمدی، عفت، منگلی زاده، نورالدین (۱۳۹۲)، *تحلیلی بر توسعه ی پوشش همگانی بیمه ی سلامت در کشورهای منتخب با رویکردی بر بیمه ی اجتماعی سلامت*، مدیریت اطلاعات سلامت، شماره ۵، صص ۱۱-۱
۱۱. زارع، حسین، آزادی، مژگان، یزدانی، نگار، احمد پور، محمدحسن (۱۳۹۱)، *ارائه مدل بیمه های سلامت خصوصی در ایران*، نشریه طب و تزکیه، دوره ۲۰، شماره ۲، صص ۵۳-۳۵.
۱۲. صدیقی، سمیه (۱۳۹۲)، *امکان سنجی اجرای بیمه سلامت در ایران با تاکید بر اصل پوشش همگانی*، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات فارس.
۱۳. غنی نژاد، موسی (۱۳۷۹)، *عدالت، عدالت اجتماعی و اقتصادی*، فصلنامه تامین اجتماعی، شماره ۶.
۱۴. فتح زاده، عباس (۱۳۸۴) *اصلاحات نظام سلامت*، تهران: موسسه فرهنگی ابن سینا.
۱۵. قاسمی، الناز، بارونی، محسن، دهنویه، رضافجعفری، محمد، مهدحسینی، محمدحسین (۱۳۹۵)، *ارزیابی عملکرد ادارات کل بیمه سلامت ایران با استفاده از مدل تحلیل پوششی داده ها*، مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، دوره ۱۲، شماره ۵، صص ۱۹-۱۳.
۱۶. گرجی، حسن، رئیسی، پوران، دلشگایی، بهرام، نظری، مرتضی، عباسی ایمانی، زهرا، محسنی، محمد (۱۳۹۱)، *مقایسه کارایی و اثربخشی بیمارستان شهید رجایی کرج قبل و بعد از واگذاری مدیریتی*، مدیریت سلامت، شماره ۲۹، صص ۲۸-۱۹.
۱۷. نصیری پور، اشکان، مهر الحسنی، محمد حسین (۱۳۹۰)، *کارآیی ادارات کل سازمان بیمه خدمات درمانی با استفاده از روش رتبه بندی کامل تحلیل پوششی داده ها*، مجله مدیریت سلامت، شماره ۱۴، صص ۴۶-۳۹.
18. Brinkerhoff DW, centralization and health system reform. 2002[online] Available from:<http://www.healthsystem2020.org/content/resource/detail/860>
19. Carrin G, James C. Social health insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage. *International Social Security Review*. 2005;58(1):45-64.

20. Huber M, Knottnerus JA, Green, L. van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Smid H. (2011). "How should we define health?" *BMJ*. 343:
21. R. Mark, C. William, M. Rich. "The Reform of Health Care: A Guide for justice and efficiency". Translation: A. Ahmadvand and etal. Ibn Sina Institute of Scientific and Cultural great. Summer 1384. Page 297-271 [persian].
22. The fifth Economic development, social and cultural plan of Islamic Republic of Iran. 2010. Available at: <http://www.arums.ac.ir/opencms/export/sites/default/fa/tahvvole.edari/ghavanin/ghanune-barname-panjom.pdf>.
23. World Health Organization. (2002) WHO definition of Health, Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York
24. Wu D, Yang Z, Vela S, Liang L. Simultaneous analysis of production and investment performance of Canadian life and health insurance companies using data envelopment analysis. *Computers and Operations Research* 2007; 34(1): 180-198

The Efficiency and Effectiveness of the General Health Insurance Plan in Terms of Insurance Coverage Level and Distributive Justice (Case Study: Lorestan Province)

Hossein Beiranvand¹, Ali Akbar Ahmadi², Mehdi Javanmard³

1. Master of public administration, Department of Public Administration, West Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran, Health Insurance Organization of Iran

2. Faculty member, Department of Public Administration, West Tehran Branch, Payame Noor University, Tehran, Iran

3. Ph.D candidate in public administration, Boroujerd Branch, Islamic Azad University, Boroujerd, Iran

Abstract

The expansion of insurance is one of the solutions adopted by democratic and people-centered governments to achieve a sustainably healthy society, so that the expansion and generalization of insurance causes all aspects of one's life in the community to be covered by insurance. This is because insurance is by its very nature one of the ways of providing and realizing individuals and families' peace of mind and comfort and reducing their stress levels, and there is no need to explain that healthy and balanced families and people are the prerequisites for the advancement, growth and excellence of societies. Moreover, with this in mind, it is of high importance to deal with the insurance issue. Health insurance guarantees individuals' safety against diseases and health threats. Considering their key role in helping achieve the goals of justice as well as the effectiveness of health insurance, this study is aimed at evaluating the efficiency and effectiveness of the Health Insurance Plan in terms of insurance coverage level and distributive justice. This is a descriptive and applied research with a statistical population consisting of all managers, deputy heads, senior experts, branch directors and deputies of branches of the Health Insurance Department of Lorestan Province, among whom 130 people were selected as the sample using the random sampling method. A questionnaire, which contained the factors affecting the efficiency and effectiveness of health insurance in terms of insurance coverage level and distributive justice was distributed among the study population. Using the SPSS software, the researchers confirmed the reliability of the questionnaire and the relationship between the variables. They also used the regression test to confirm the hypotheses of this study regarding the effect of insurance coverage level and distributive justice on the efficiency and effectiveness of the Health Insurance Plan.

Keywords: health insurance, efficiency and effectiveness, insurance coverage level, distributive justice.
