

Research Paper

Presenting an Executive Model for the Integration of Health Insurance Funds in line with Regional Planning

Babak Dehghanpour¹, Akbar Etebarian^{*2}, Mojtaba Shahnoshi Foroushani³

1. Department of Public Administration, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2. Department of Public Administration, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
3. Department of Cultural Management and Planning, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

ARTICLE INFO

PP: 392-418

Use your device to scan and
read the article online



Keywords: Health Insurance, Health Insurance Funds, Integration, Adaptive approach.

Abstract

The purpose of this study was to present an executive model for integrating health insurance funds with a comparative approach (Japan-Singapore-Turkey-Sweden-Norway-China and Iran). The present study is a qualitative and quantitative study. The first statistical population of the study is health insurance experts who were selected as a sample size by a purposeful method available to 20 people. 384 people were selected as the sample size. A researcher-made questionnaire was used to collect data, which was validated by experts and Cronbach's alpha was 0.87 and confirmed. Qualitative analysis method and structural equations and AMOS software were used to analyze the data. Findings showed that the model has 7 dimensions and all structural, behavioral and environmental factors affect the processes by 0.83 with a value of 12.45 t and all structural, behavioral and environmental factors with a value of 0.75 and a value of 10.34 t on the results. Come will be effective. Also, all process dimensions (process management, information technology and human resource improvement) affect the results by 0.87 and 12.67 t, and it can be said that the causal relationships in the research model are confirmed and the model is appropriate.

Citation: Dehghanpour, B., Etebarian, A., Shahnoshi Foroushani, M. (2023). **Presenting an Executive Model for the Integration of Health Insurance Funds in line with Regional Planning.** Geography(Regional Planning), 13(52), 392-418.

DOI: 10.22034/JGEOQ.2022.337324.3648

DOR:

* **Corresponding author:** Akbar Etebarian, **Email:** etebarian@khuisf.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Health insurance organizations in Iran are an important part of the country's health system; But they are not sensitive to many unnecessary costs imposed by service providers and receivers. Therefore, the health system is facing a challenge due to the inefficiency of the insurance system, and in this regard, it can be said that increasing evidence indicates that health insurances in Iran are not well targeted, do not spend properly, and as a result, at the level of micro and macro economy. They create issues in terms of efficiency and justice. Provider payment systems are both complex and involve a series of perverse incentives. It seems that budget lines and urgent service payments by insurance companies cause excessive use of services and possibly providing unnecessary services. On the one hand, motivations fuel organizational inflexibility and prevent real changes in the organization, and on the other hand, they cause induced demands and increase costs, without having a real effect on people's health. Therefore, the strategic purchase of health services in the health insurance organization and other insurance organizations can play an important role in controlling costs and improving the health of individuals and society. On the other hand, some countries have tried to meet the challenges by improving their health insurance system. have been overcome that can improve the current state of health insurance in the country by following them as an example, that is why the present study aims at a comparative study of health insurance in selected countries and Iran.

Methodology

I The current research is a comparative qualitative and quantitative study. In the first stage, the health insurance situation in selected countries has been studied, and the components of health insurance management have been identified. Then, in the second stage, experts were asked to provide additional desired components using a semi-structured questionnaire based on the identified components. Finally, a model for unifying health insurance management in the

country was presented by combining the components from the comparative study and the input from the experts. The first statistical population of the research consists of health insurance experts, with a sample size of 20 people determined using targeted sampling methods. Additionally, the second statistical population includes health insurance policyholders, with a sample size of 384 people determined using simple random sampling and the Morgan table. Data collection was performed using a researcher-made questionnaire, validated by expert opinions, and with a reliability confirmed by Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Qualitative analysis, structural equations, and AMOS software were utilized for data analysis.

Results and Discussion

Redundancy index and coefficient of determination are used to check the quality of the model. Positive numbers indicate good model quality. The main criterion for structural model evaluation is the coefficient of determination. This index shows how many percent of dependent variable changes are made by independent variables. Table 6 shows that 77.6% of model changes are predicted by independent variables (model dimensions). If the redundancy index is greater than zero, the observed values are well reconstructed and the model has predictive ability. In this research, this index for the variable of health insurance service integration model is zero. In this section, considering how the conceptual model was determined, the sample size is appropriate, and all the identified dimensions are effective on the desired model, the model will be quantified using partial square technique and bootstrapping t-test. The results are as described in figures 1 and 2. The results of the above figure show that all the obtained coefficients for the dimensions of the model are positive and all the t values obtained are greater than 1.96 in the Z table, which can be concluded that the model is meaningful and the obtained results can be cited.

Conclusion

The results indicate that all structural, behavioral, and environmental factors influence the processes by 0.83 with a t-value of 12.45, and all structural, behavioral, and

environmental factors by 0.75 with a t-value of 10.34 will affect the obtained results. Additionally, all process dimensions (process management, information technology, and human resource improvement) have an effect of 0.87 with a t-value of 12.67 on the results. It can be inferred that the causal relationships in the research model are confirmed, and the model is appropriate. Increasing evidence suggests that health insurance in Iran is not well-targeted, leading to improper spending and consequently, efficiency and justice issues at both micro and macroeconomic levels. Provider payment systems are complex and entail a series of perverse incentives. It appears that budget allocations and urgent

service payments by insurers contribute to excessive service utilization and possibly unnecessary service provision. On one hand, motivations foster organizational inflexibility, hindering genuine organizational changes. On the other hand, they induce demands and escalate costs, with minimal impact on people's health outcomes. Therefore, strategic procurement of health services by health insurance organizations and other insurers can significantly control costs and enhance the health outcomes of individuals and society.

References

1. Agustu.F.(2018).Organization factors and customers motivations effects on insurance companies performance. : Journal of Business Research, Volume 68, Issue 7. Pages 1622–1629.
2. Anderson & et al(2017).Costumer satisfactory and sale increase. International journals of management.Vol.2,page.12.
3. Beck, T. and Webb, I., 2003. Economic, Demographic, and Institutional Determinants of Life Insurance Consumption Across Countries, World Bank Economic Review, 17, pp. 51-88.
4. Beenstock, M., Dickinson, G. and Khajuria, S., 1986. The Determination of Life Premiums: An International Cross-Section Analysis, Mathematics and Economics, 5, pp. 261-270.
5. Black, K.Jr. and Skipper H.D., 2003. Life and Health Insurance, Pearson Education, India.
6. Browne, MJ. and Kim, K., 1993. An International Analysis of Life Insurance Demand, The Journal of Risk and Insurance, 60(4), pp. 616-34.
7. Campbell, R.A., 1980. The Demand for Life Insurance: An Application of the Economics of Uncertainty, The Journal of Finance, 35(5), pp. 1155-72.
8. Chui, A.C.W. and Kwok, C.C.Y., 2009. Cultural Practices and Life Insurance Consumption: An International Analysis; Using Globe Scores, Journal of Multinational Financial Management, 273-90.
9. Chuma, H., 1994. Intended Bequest Motive, Saving and Life Insurance Demand, University of Michigan Press, PP.15-38.
10. Cummins, JD., 1973. An Econometric Model of the Life Insurance Sector of the U.S. Economy, The Journal of Risk and Insurance, 40(4), pp. 533-54.
11. Fischer, S.A., 1973. life Cycle Model Of Life Insurance Purchases, International Economic Review, 14(1), pp. 132-52.
12. Fortune, P.A., 1973. Theory of Optimal Life Insurance: Development and Test, The Journal of Finance, 28(3), pp. 587-600.
13. Hashemi, N., & Marzban, M. (2011). Comparative Study of Private Health Insurance in Selected Countries and Proposal for Iran. Comparative Study of Private Health Insurance, 16(3), 30-38. [In Persian]
14. Hashemi, S. A., Safari, A., & Kamali Dolatabadi, M. (2010). Evaluation of the Financial Capability Margin of Insurance Companies in Iran. Insurance Industry Quarterly, 2(98), 79-120. [In Persian]
15. Hwang, T. and Gao, S., 2003. The Determinants of Demand for Life Insurance in an Emerging Economy-The case of China, Managerial Finance, 29, pp. 82-96.
16. Hwang, T. and Greenford, B., 2005. An Examination of the Determinants of the Demand for Life Insurance in China, Hong Kong and Taiwan, presented at 2005

- ARIA Annual Meeting, insurance, 35 (2), pp. 247-256.
17. Kapfer, J., 2007. Three essays in empirical economics. 2 OctobeViewed 2010. http://www.edoc.ub.uni-muenchen.de/8004/1/kapfer_joy.pdf
 18. Kaplan & Norton(2016). Evaluating of performance in twelve insurance companies. International journal of insurance. Vol.5-page.4.
 19. Karimi, I. (2015). Supportive Health Insurance in the World: A Comparative Study of Selected Countries. Health Rise, 12(4), 123-134. [In Persian]
 20. Kjosevski, J., 2011. The Determinants of Life Insurance Demand In Central and Southeastern Europe, International Journal of Economics and Finance, 4(3), pp. 237-247.
 21. Lenten, L.J.A. & Rulli, D.N., 2006. A Time-Series Analysis of the Demand for Life Insurance Companies in Australia: An Unobserved Components Approach, Australian Journal of Management, 31(1), 41-66. <http://dx.doi.org/10.1177/031289620603100104>.
 22. Lewis, F.D., 1989. Dependants and the demand for life insurance, The American Economic Review, 3 (79), pp. 452-67.
 23. Li, D., Moshirian, F., Nguyen, P. and Wee, T., 2007. The Demand for Life Insurance in OECD Countries, The Journal of Risk and Insurance, 74(3), pp. 637-52.
 24. Li, M., 2008. Factors influencing household's demand of life insurance, A Thesis Presented to the Faculty of the Graduate School at the University of Missouri-Columbia, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Science
 25. Lim, C.C. and Haberman, S., 2004. Macroeconomic Variables And The Demand For Life Insurance in Malaysia, Faculty of Actuarial Science and Statistics, CASS Business School, City University London, pp. 1-21.
 26. Mehralhosseini, H. (2016). Review of Financial Provision Policies on the Path to Achieving Universal Health Coverage in Iran. Iranian Journal of Epidemiology, 12(5), 74-84. [In Persian]
 27. Moshayekh, S. (2014). Comparison of Financial Resource Mobilization Methods in the Health System in Iran with Some Countries. Second National Conference on an Approach to Accounting, Management, and Economics. Islamic Azad University of Fouman and Shaft. [In Persian]
 28. Mozlouni, N. (2009). Investigating the Barriers and Utilization of Modern Financial Supervision Systems in Iran. Sixteenth National Insurance and Development Conference. [In Persian]
 29. Park YT, Yoon JS, Speedie SM, Yoon H, Lee J.(2012) Health Insurance Claim Review Using Information Technologies. Healthc Inform Res.;18(3):215-24.
 30. Rahmani, S., Sharif Sheikh al-Islami, S. J., Rahami, M., & Mahloojiyan, M. (2014). A Comparative Study of Health Insurance in Iran and the United States: Providing Solutions. In First International Conference on Management, Accounting, and Economics (pp. 1-20). Hakim Arfie Shiraz International Institute of Higher Education and Technology. [In Persian]
 31. Rahmatollahi, H., & Mirzai, I. (2017). Examination of the Health System in the Social Security Laws of Iran and Germany. Journal of Religious and Legal Specialization, 15(1), 75-79. [In Persian]
 32. Reisi, A., Mohammadi, A., & Nouhi, M. (2014). Points for Improvement and Providing Solutions to Improve the Quantitative and Qualitative Aspects of Iran's Health Insurances: A Qualitative Study. Health Information Management, 10(2), 1-8. [In Persian]
 33. Romani, H., & Mirzakhani, A. (2000). The Necessity and Importance of Supervising the Financial Strength of Insurance Companies in Liberalization Conditions. Insurance Industry Quarterly, 59(15), 73-82. [In Persian]
 34. Rubayah, Y. and Zaidi, I., 2000. Prospek Industri Insurans Hayat Abad Ke-21, Utara Management Review, 1 (2), pp. 69-79.
 35. Ruger, JP, kress, D.(2017). health financing and insurance reform in morocco . Health affaires (project HOPE); 26:1009-16
 36. Sadeghi, S., Hassam, S., & Maleki, M. R. (2013). Effective Components in Establishing Basic Health Insurance in Iran. Health Management and Economics, 4(1), 7-26. [In Persian]

37. Simona Laura, D., 2014. Life and non-life insurance demand: the different effects of influence factors in emerging countries from Europe and Asia. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 27 (1), 169-180, DOI: 10.1080/1331677X.2014.952112.
38. Su, C.W., Chang, H.L. and Pan, G., 1996. Tests for Causality between Insurance Development and Economic Growth; Using Asymptotic and Panel Bootstrap Distributions. Doctoral Dissertation, University of Nebraska.
39. Subir, S., 2008. An Analysis of Life Insurance Demand Determinants for Selected Asian Economies and India, Madras School of Economics, Gandhi Mandapam Road, Working Paper 36, pp. 1-26. www.mse.ac.in
40. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Mills A(2014). Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation within a complex health system. *BMC Health Services Research*.;14(2):121
41. Truett DB, Truett L.J., 1990. The Demand for Life Insurance in Mexico and the United States: A Comparative Study, *Journal of Risk and Insurance*, 57(2): 321-328.
42. Vafaei, N., Karimi, I., & Navazi, M. (2007). Comparative Study of the Structure and Content of Supplementary Health Insurance in Selected Countries and Presentation of a Model for Iran. *Health Management Journal*, 10(28), 57-64. [In Persian]
43. Varian, H.R. (1993). *Intermediate microeconomics*. (3th ed.). New York, NY: Norton & Company, Inc.
44. Wen.M.L(2018). Intellectual capital and performance in the Chinese life insurance industry. : *Omega*, Volume 42, Issue 1, January 2014, Pages 65–74.
45. Yaari. M., 1965. Uncertain Lifetime, Life Insurance and the Theory of the Consumer, *Review of Economic Studies*, 32, pp. 137-5
46. Zare, H. (2015). Presentation of a Model for Private Health Insurances in Iran. *Journal of Medicine and Promotion*, 20(1), 1-20. [In Persian]
47. Zareei, M. (2016). Comparative Study of Justice in Financial Provision Models in Health Insurance Models. *Health Management and Economics*, 7(4), 65-73. [In Persian]



انجمن ژئوپلیتیک ایران

فصلنامه جغرافیا (برنامه ریزی منطقه‌ای)

دوره ۱۳، شماره ۵۲، پاییز ۱۴۰۲

شاپا چاپی: ۶۴۶۲-۲۲۲۸ شاپا الکترونیکی: ۲۱۱۲-۲۷۸۳

Journal Homepage: <https://www.jgeoqeshm.ir/>



مقاله پژوهشی

ارایه مدل اجرایی یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه سلامت در راستای برنامه‌ریزی منطقه‌ای

بابک دهقانپور - دانشجوی دکتری، گروه مدیریت دولتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

اکبر اعتباریان* - دانشیار، گروه مدیریت، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

مجتبی شاهنوشی فروشانی - گروه مدیریت و برنامه‌ریزی فرهنگی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

چکیده	اطلاعات مقاله
هدف تحقیق حاضر ارایه مدل اجرایی یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه سلامت با رویکرد تطبیقی (ژاپن - سنگاپور - ترکیه - سوئد - نروژ - چین و ایران) بود. تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی و کمی است. جامعه آماری اول تحقیق خبرگان بیمه سلامت هستند که با روش هدفمند در دسترس ۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین شدند. همچنین جامعه آماری دوم تحقیق بیمه شدگان بیمه سلامت هستند که با روش تصادفی ساده و جدول مورگان ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین گردید. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که روایی توسط نظرات خبرگان و پایایی با آلفای کرونباخ ۰.۸۷، بدست آمد و مورد تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کیفی و معادلات ساختاری و نرم‌افزار AMOS استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که مدل دارای ۷ بعد می‌باشد و کلیه عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی به میزان ۰.۸۳ با مقدار $t_{12,45}$ بر روی فرایندها تأثیر گذاشته و کلیه عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی به میزان ۰.۷۵ و مقدار $t_{10,34}$ بر روی نتایج بدست آمده مؤثر خواهد بود. همچنین کلیه ابعاد فرایندی (مدیریت فرایندها، فناوری اطلاعات و بهبود نیروی انسانی) به میزان ۰.۸۷ و مقدار $t_{12,67}$ بر روی نتایج تأثیرگذار هستند و می‌توان بیان داشت که روابط صحت علی موجود در مدل تحقیق تأیید شده و مدل نیز مناسب است.	شماره صفحات: ۳۹۲-۴۱۸ از دستگاه خود برای اسکن و خواندن مقاله به صورت آنلاین استفاده کنید  واژه‌های کلیدی: بیمه سلامت، صندوق‌های بیمه سلامت، یکپارچه سازی، رویکرد تطبیقی.

استناد: دهقانپور، بابک؛ اعتباریان، اکبر؛ شاهنوشی فروشانی، مجتبی. (۱۴۰۲). ارایه مدل اجرایی یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه سلامت در راستای برنامه‌ریزی منطقه‌ای. فصلنامه جغرافیا (برنامه‌ریزی منطقه‌ای)، ۱۳(۵۲)، صص ۳۹۲-۴۱۸.

DOI: 10.22034/JGEOQ.2022.337324.3648

DOR:

* نویسنده مسئول: اکبر اعتباریان، پست الکترونیکی: etebarian@khuif.ac.ir

مقدمه

در جوامع کنونی سلامتی به عنوان حق مسلم کلیه افراد جامعه می‌باشد و شاخص‌های نشان‌دهنده سلامت در جامعه از عوامل مهم در نمایش سطح توسعه یافتگی کشور است. بهداشت و درمان به عنوان یک کالای ضروری دارای حساسیت زیادی می‌باشد زیرا توجه ناکافی به این مقوله می‌تواند علاوه بر زیان‌هایی که بر سطح سلامت جامعه دارد باعث شود که منابع عظیمی که در این بخش صرف می‌شود به هدر رود. نظام بهداشتی و درمانی در ایران طی سالیان اخیر تحولات بسیاری داشته است (پارک و همکاران، ۲۰۱۲).

در طول سه دهه اخیر پیشرفت‌های چشمگیری در زمینه‌هایی همچون مرگ و میر نوزادان، مرگ و میر مادران، و افزایش سن امید به زندگی، بوده‌ایم. کلید این پیشرفت‌ها در کنار توسعه اجتماعی-اقتصادی ایران، تعهد پایدار دولت به مراقبت‌های اولیه سلامت و فراهم کردن مؤثر آن به عنوان پاسخی مناسب به اولویت‌های بهداشت و نیازهای مردم بوده است. ولی با این وجود، وسعت کشور، پراکندگی جمعیت و وجود شرایط اقلیمی متفاوت از عوامل مؤثر در استمرار مشکلات دسترسی و نابرابری در افراد و گروه‌های مختلف اقتصادی بوده است (حسینی، ۱۳۹۷).

رشد پر شتاب هزینه‌های بهداشتی و درمانی در کشور به طور عمده ناشی از عوامل مختلفی مانند رشد جمعیت، تغییر سطح انتظارات، گرایش روزافزون به استفاده از تکنولوژی نوین و گران قیمت درمانی می‌باشد. امروزه صنعت مراقبت سلامت با رشد و توسعه سریع و روز افزون خود توانسته است اهمیت زیادی را در مباحث اقتصادی کشور به خود اختصاص دهد. اطمینان از دسترسی به پوشش همگانی خدمات سلامت، در کشورهای با نظام سلامت کارآمد، با اتخاذ تصمیماتی جهت افزایش پیش پرداخت‌ها و کاهش پرداخت مستقیم خانوار صورت می‌گیرد.

سازمان بیمه خدمات درمانی یکی از متولیان ارائه بیمه درمانی در کشور محسوب می‌شود که به موجب قانون بیمه همگانی مصوب ۱۳۷۳ تشکیل گردید. با تصویب قانون برنامه پنجم توسعه و تصریح ماده ۳۸ این قانون مبنی بر تشکیل سازمان بیمه سلامت، با تصویب اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران توسط هیأت وزیران، این سازمان به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت در سال ۱۳۹۷ تشکیل گردید.

انواع بیمه‌گر در ایران (سلامت ایرانیان، تأمین اجتماعی - تأمین اجتماعی نیروهای مسلح) بیمه سلامت ایرانیان شامل کارمندان دولت، بیمه روستائیان، خانواده شهدا، جانبازان و آزادگان، دانشجویان افراد تحت پوشش کمیته امداد امام (ره) مددجویان و توانخواهان بهزیستی و روحانیون و طلاب که سهم تأمین اجتماعی ۳۹۰۹۹۳۸۰ نفر، ۱۳۵ ۳۴۹۶۰ نفر و نزدیک به نه میلیون نفر هم بدون هیچ‌گونه بیمه‌ای ثبت نام شده‌اند (محمدی، ۱۳۹۸). در طی سال‌های گذشته روش‌های مختلفی برای حمایت از مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد توجه بوده که یکی از مهمترین و در واقع اصلی‌ترین آن‌ها نظام های بیمه سلامت بوده است.

در طی سال‌های گذشته روش‌های مختلفی برای حمایت از مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد توجه بوده که یکی از مهمترین و در واقع اصلی‌ترین آن‌ها نظام بیمه‌های سلامت بوده است. مروری بر نتایج مطالعات انجام گرفته در ایران نشان می‌دهد که در طی سال‌های گذشته هزینه‌های دولت در بخش عمومی حدوداً بیش از ۱۷۲ برابر افزایش یافته و این در حالی است که اعتبارات بخش سلامت نسبت به قیمت‌های جاری حدود ۸۵ برابر افزایش داشته است (سوفیچیت و همکاران، ۲۰۱۴).

پرداخت‌های مستقیم از جیب حجم عظیمی از تأمین‌های مالی مراقبت بهداشتی درمانی را به خود اختصاص داده و سالانه حدود ۱/۸ درصد از افراد جامعه را به زیر خط فقر فرو می‌برند. (جباری، ۱۳۹۵) با توجه به مطالب بیان شده، هدف از سازمان‌های بیمه سلامت، ایجاد صندوق‌هایی جهت انباشت سرمایه و کاهش خطر می‌باشد. ولی این دو فلسفه‌ی اساسی در سیستم بیمه سلامت در کشور ما با تعدد صندوق‌های بیمه‌ی سلامت نادیده گرفته شده است

¹ Park

² Sofichet

همچنین چالش‌هایی که هم اکنون نظام بیمه‌های سلامت در کشور با آن‌ها مواجه است و همچنین اهمیت شناخت و چاره‌اندیشی در مورد آن‌ها نیازمند بررسی‌های علمی می‌باشد چرا که مطالعه و بررسی نظام‌های بیمه‌های سلامت در کشورهای مختلف، نشان می‌دهد که در طی سال‌های گذشته این نظام‌ها برای پوشش هزینه‌های 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 مدل‌های مختلفی از بیمه‌ها را گسترش داده‌اند. بنابراین استفاده از تجارب کشورهای مختلف می‌تواند در طراحی یک مدل بیمه‌ای کارا و اثربخش مفید باشد.

قانون برنامه پنجم توسعه به دولت اجازه داده است که بخش‌های بیمه‌های درمانی تمام صندوق‌های بیمه را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام کند. مطابق قانون برنامه، هدف از تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر «توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد» است (کرمانی، ۱۳۹۸).

مسئله تعداد سازمان‌های بیمه‌گر یکی از مسائلی است که در ادبیات اقتصاد درمان مورد توجه قرار گرفته است. بحث در این باره معمولاً به مقایسه بین ساختار بیمه درمان کشورهای چون کانادا و انگلستان در یک سر طیف با ساختار بیمه درمان کشوری مانند ایالات متحده در نقطه مقابل آنان می‌انجامد. در کشورهایی که نظام درمانی مشابه ژاپن - سنگاپور - ترکیه - سوئد - نروژ - چین دارند، دولت نقش بیمه‌کننده ضمنی را بر عهده دارد؛ به این صورت که به جای جمع‌آوری حق بیمه، مالیات بر درآمد مربوطه را از مردم اخذ می‌کند و خدمات درمانی را در مراکز درمانی دولتی و با هزینه‌های ناچیز و بر اساس نیازهای فوری مراجعه‌کنندگان ارائه می‌کند. در نقطه مقابل چنین نظامی، نظام بیمه درمان کشورهایی مانند آمریکا - آلمان و فرانسه قرار دارد که در آن سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی برای جذب مشتری با یکدیگر رقابت می‌کنند و خدمات درمانی در مراکز خدمات درمانی عموماً خصوصی بر اساس قراردادهای بیمه‌ای مشخص بین سازمان بیمه‌گر و فرد بیمه شده ارائه می‌شود (جوادی، ۱۳۹۷).

سازمان‌های بیمه‌گر سلامت در ایران بخش مهمی از نظام سلامت کشور به شمار می‌روند؛ اما به بسیاری از هزینه‌های غیرضروری تحمیل شده توسط ارائه‌دهندگان و دریافت‌کنندگان خدمات حساس نیستند. از این رو نظام سلامت به دلیل ناکارآمدی نظام بیمه‌ای با چالش مواجه است که در این خصوص می‌توان بیان داشت شواهد روزافزون حکایت از آن دارند که بیمه‌های سلامت در ایران به خوبی هدفمند نیستند، درست هزینه نمی‌کنند و در نتیجه در سطح اقتصاد خرد و کلان مسائلی را از نظر کارایی و عدالت پدید می‌آورند. نظام‌های پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات هم پیچیده و هم دربرگیرنده سلسله‌ای از انگیزه‌های نادرست است.

به نظر می‌رسد ردیف‌های بودجه و پرداخت‌های فوری سرویس از جانب بیمه‌ها سبب استفاده مفرط از خدمات و احتمالاً ارائه خدمات غیرضرور می‌شود. انگیزه‌ها نیز از یک سو انعطاف ناپذیری سازمانی و ممانعت از تغییرات واقعی در سازمان را دامن می‌زند و از سوی دیگر سبب تقاضاهای القایی و بالا رفتن هزینه‌ها می‌شود، بی آنکه اثر واقعی بر سلامت مردم داشته باشد. بنابراین خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند نقش مهمی در کنترل هزینه‌ها و ارتقای سلامت افراد و جامعه داشته باشد. از سوی دیگر برخی کشورهای مختلف سعی نموده‌اند تا با بهبود نظام بیمه سلامت خود به چالش‌های مطرح شده فائق آیند که می‌توان با الگوبرداری از آن‌ها موجب بهبود وضعیت فعلی بیمه سلامت در کشور شد که از این‌رو مطالعه حاضر با هدف بررسی تطبیقی بیمه‌های سلامت در کشورهای منتخب و ایران بوده است.

پیشینه پژوهش

رئیی و همکاران (۱۳۹۸) در مقاله‌ای با عنوان تحلیلی بر توسعه‌ی پوشش همگانی بیمه سلامت در کشورهای منتخب با رویکردی بر بیمه اجتماعی سلامت انجام دادند. یافته‌ها نشان می‌دهند که همه‌ی کشورهای مورد بررسی رویکرد فزاینده‌ای را دنبال کردند و توسعه‌ی نظام در بعضی از آن‌ها نسبت به بقیه مدت زمان بیشتری طول کشیده است. بیشترین دوره‌ی انتقال مربوط به کشور آلمان با ۱۲۷ سال و کمترین آن مربوط به کشور کره جنوبی با ۲۶ سال می‌باشد. در تمام کشورهای مورد بررسی، حرکت برای پوشش کامل بیمه اجتماعی سلامت فرآیندی رو به رشد با گسترش نظام‌مند پوشش جمعیت در دوره‌ی انتقال بوده است.

پیوند و همکاران (۱۳۹۷) در مقاله‌ای با عنوان بررسی وضعیت پوشش بیمه خانوارها بعد از اجرای طرح تحول سلامت: مطالعه مقطعی در جنوب شرق کشور انجام دادند. براساس نتایج مطالعه سرپرست ۲۲۰۰ خانوار (۷/۹۱) مرد می‌باشد، تعداد ۲۲۱۱ خانوار (۹۲،۱٪) دارای بیمه و ۱۸۹ (۷،۹٪) خانوار فاقد بیمه درمانی بودند. توزیع فراوانی نوع بیمه خانوارها تأمین اجتماعی ۵۸۷ (۲۴،۵٪)، خدمات درمانی ۲۱۶ (۹٪) نیروهای مسلح ۷۰ (۲،۹٪) سلامت همگانی ۴۹۸ (۲۰،۸٪) روستایی ۷۹۵ (۳۳،۱٪) و سایر بیمه‌ها ۵۳ (۲،۲٪) بود تعداد ۲۲۸۲ خانوار (۹۵،۱) فاقد بیمه مکمل بودند

رحمت الهی و میرزایی (۱۳۹۶) در مقاله‌ای با عنوان بررسی نظام سلامت در حقوق تأمین اجتماع ایران و آلمان انجام دادند. یافته‌ها نشان داد هرچند نظام سلامت اجرا شده در مجموعه تأمین اجتماعی ایران و آلمان در بعد حقوقی خود، معایب و مزایایی دارد، کشور آلمان به دلیل سابقه فراوان در امر بیمه‌های اجتماعی، نظام موفق‌تری در این حوزه دارد. برنامه‌های مرتبط با سلامت در ایران کاستی‌هایی دارد که شایسته است با توجه به تجربیات الگوهای موفق، مشکلات و موانع هنجاری و ساختاری در این زمینه رفع شود تا موجبات توفیق نظام تأمین اجتماعی در بعد سلامت حاصل گردد.

سعادت‌ی (۱۳۹۵) در مقاله‌ای با عنوان مطالعه تطبیقی عدالت در تأمین مالی در مدل‌های بیمه سلامت انجام دادند. یافته‌های مطالعه نشان داد سیستم‌های بیمه‌ای اجتماعی، بیمه‌های ملی و سیستم ملی بهداشتی می‌توانند عملکرد مناسبی در محافظت مالی افراد جامعه نشان دهند، بنابراین می‌توان گفت برقراری سیستم بیمه‌ای نقش بسزایی در محافظت مالی مردم در برابر هزینه‌ای سلامت داشته است.

کریمی (۱۳۹۴) در مقاله‌ای با عنوان بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی در دنیا: مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب انجام دادند نتایج نشان داد که وزارت‌های بهداشت تولید بیمه‌های درمانی را بر عهده دارند. در زمینه برنامه‌ریزی، برنامه‌ریزی در سطح ملی و منطقه‌ای پیشنهاد شده است و در بیشتر کشورها این برنامه‌ها به صورت غیرمتمرکز در شهرها و روستاهای هر منطقه اجرا می‌گردد. تمایل و گرایش بیشتری برای سازماندهی دولتی در ارائه بیمه بهداشتی درمانی حمایتی وجود دارد.

زارع (۱۳۹۴) در مقاله‌ای با عنوان ارائه مدل برای بیمه‌های سلامت خصوصی در ایران انجام دادند. یافته‌ها نشان داد خدمت به سازمان‌های بیمه‌ای، نمایندگی دولت، نمایندگی قوه قضائیه و بر اساس چک لیست‌های استاندارد شده صورت می‌پذیرد. همچنین نتایج نشان داد که ایجاد نمایندگی‌های بیمه‌ای می‌تواند نقش مهمی در بهبود روند بیمه سلامت داشته باشد.

رحمانی و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان مطالعه تطبیقی بیمه درمانی در ایران و ایالات متحده آمریکا: ارائه راهکار انجام دادند. یافته‌ها نشان داد تأکید بر خدمات درازمدت؛ پوشش خدمات کوتاه مدت و تنوع در سیستم ارائه خدمات مراقبتی بر جامعه در نظام آمریکا بارز می‌باشد. بهره‌گیری از بیمه‌ها در قالب بیمه درمان مکمل دولتی و خصوصی و ایجاد رقابت میان آن‌ها می‌تواند نقش بسزایی در ارتقا کیفیت خدمات بین درمان بالا، بالا بردن سطح رضایتمندی مصرف‌کننده خدمات و در نهایت بهبود سلامت جامعه می‌انجامد.

مشایخ (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان مقایسه روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در ایران با برخی از کشورهای جهان انجام دادند. یافته‌ها نشان داد ساختار تأمین مالی نظام مراقبت‌های سلامت در کشورهای با درآمد متوسط اروپای شرقی و آسیای مرکزی به دلیل نداشتن همخوانی بین بودجه و تقاضا برای خدمات ناکارآمد است. اگر چه این نظام‌ها در خصوص بیماری‌های واگیردار نتایج خوبی داشته‌اند، ولی در خصوص بیماری‌های غیر واگیردار کمتر به توفیق دست یافته‌اند.

صدیقی و همکاران (۱۳۹۲) در مقاله‌ای با عنوان مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران بیان داشتند که بر اساس نتایج حاصل، ایجاد پوشش همگانی بیمه سلامت در کشور، نیازمند ایجاد بدنه خبره در طراحی برنامه‌ای بلندمدت و نظام مند در جهت رفع موانع در استقرار و برقراری تعامل بین سازمان‌های بیمه‌ای در کشور خواهد بود

آگوستو فلیسیو (۲۰۱۸) در مقاله‌ای تحت عنوان عوامل سازمانی و تأثیر تحریک مشتریان بر عملکرد شرکت‌های بیمه‌ای اظهار نمودند که ضرورت‌های مشتریان و اطمینان مشتریان به شدت روی عوامل سازمانی تأثیر می‌گذارد و در عوض روی عملکرد شرکت‌های بیمه‌ای نیز تأثیرگذار است. نوع محصولات شرکت‌های بیمه‌ای و مدت آن‌ها نیز روی عملکرد مؤثر است.

ون مین لو (۲۰۱۸) در مقاله خود با عنوان تأثیر سرمایه فکری و عملکرد در صنعت بیمه عمر در چین اظهار داشتند که سرمایه های فکری یک سازمان می‌تواند به بهبود عملکرد سازمان کمک نماید. و با توجه به اینکه صنعت بیمه از پویایی بالایی در محیط رقابتی برخوردار است، سرمایه‌های فکری منجر به ایجاد مزیت رقابتی می‌گردد.

نتایج پژوهش اندرسون و همکاران (۲۰۱۷) در شرکت‌های بیمه و خدماتی نشان داد که در شرکت‌های بیمه رضایت مشتریان منجر به بهبود بهره‌وری می‌شود. در شرکت‌های خدماتی یک رابطه کاملاً متقابل و مثبت بین رضایت مشتری و افزایش میزان فروش و بازده بالا دارد.

کپلن و نورتون (۲۰۱۶) با انجام یک پروژه تحقیقاتی در باره ارزیابی عملکرد در دوازده شرکت بیمه که یک سال به طول انجامید، «ارزیابی متوازن» را به عنوان مجموعه‌ای از معیارها، که بررسی سریع ولی جامع واحد تجاری را برای مدیران ارشد امکان پذیر می‌کرد، برنامه‌ریزی و ایجاد کردند. آن‌ها با بیان اینکه معیارهای حسابداری مالی سنتی مانند بازده سرمایه‌گذاری و سود هرسهم ممکن است درباره فعالیت‌های نوآور و بهبود مداوم، که نیازهای محیط رقابت امروز است، سیگنال‌های گمراه‌کننده‌ای به آن‌ها بدهند تکنیک ارزیابی متوازن را به عنوان معیار سنجش عملکرد معرفی کردند.

مبانی نظری

بیمه سلامت

توسعه نظام بیمه سلامت کشور که همانا یکی از مهمترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری و ذکر شده در قانون برنامه پنجم توسعه است، یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن نهاده شده و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع همپوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردید (جعفری، ۱۳۹۸).

از این رو بر اساس ابلاغ اساسنامه تشکیل سازمان در تاریخ ۹۱/۵/۲۲ و بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهر ماه سال ۹۱ تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارایه شود. به این ترتیب همه جمعیت ۷۵ میلیونی کشور از یک بیمه پایه‌ای درمان برخوردار می‌شوند و دیگر فردی فاقد پوشش بیمه درمان در کشور نخواهد بود (کریمی، ۱۳۹۸).

بر همین اساس از اول مهر ماه ۱۳۹۱ سازمان بیمه سلامت ایران رسماً فعالیت خود را آغاز کرد و مأموریت یافت اقدامات لازم را به منظور تمرکز کلیه امور بیمه سلامت در سازمان بیمه سلامت ایران از طریق تجمیع سریع بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه صندوق‌های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور با رعایت مفاد ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه به انجام رساند تا به این ترتیب اهداف عالیه مد نظر قانون‌گذار از جمله تجمیع منابع مالی سلامت، رفع هم پوشانی بیمه‌های درمانی، برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت، تأمین پوشش کامل بیمه سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی حوزه بیمه سلامت، تشکیل امور مراکز طرف قرارداد، تشکیل پرونده سلامت، فعال‌سازی نظام ارجاع و پزشکی خانواده و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان به ۳۰٪ را تحقق بخشد. (غلامی، ۱۳۹۸).

بررسی تطبیقی نظام‌های بیمه‌ای

قانون برنامه پنجم توسعه به دولت اجازه داده است که بخش‌های بیمه‌های درمانی تمام صندوق‌های بیمه را در سازمان بیمه خدمات درمانی ادغام کند. مطابق قانون برنامه، هدف از تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر «توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد» است. برای تحقق تجمیع، سازمان بیمه سلامت ایران در سال ۱۳۹۱ تشکیل شد. با وجود این، تجمیع یا ادغام سازمان‌های بیمه‌گر هنوز تحقق نیافته است. (سلامی، ۱۳۹۸).

در یک سازمان بیمه‌گر مستقل، بخش عمده حق بیمه اخذ شده از بیمه‌شدگان صرف هزینه درمان آنان که به‌وسیله سازمان بیمه‌گر پرداخت می‌شود، می‌گردد. البته یک سازمان بیمه‌گر دو نوع هزینه دارد. هزینه‌های نوع اول همان پرداختی‌های سازمان برای هزینه‌های درمان بیمه‌شدگانش است که به‌عنوان سهم بیمه‌گر شناخته می‌شود. هزینه‌های نوع دوم هزینه‌های اداری، سازمانی، بازاریابی و ذخایر است که هزینه‌های سربار نامیده می‌شوند (فکری، ۱۳۹۸).

از طرف دیگر، مجموع حق بیمه‌های پرداخت شده به‌وسیله بیمه‌شدگان درآمدهای یک سازمان بیمه‌گر را تشکیل می‌دهند. نکته اصلی در اینجا آن است که برابری درآمدها و هزینه‌ها، یا برابری مجموع حق بیمه‌های جمع‌آوری شده با مجموع سهم بیمه‌گر و هزینه‌های سربار، برای بقای یک سازمان بیمه‌گر مستقل ضروری است (ستاری، ۱۳۹۸).

مسئله تعداد سازمان‌های بیمه‌گر یکی از مسائلی است که در ادبیات اقتصاد درمان مورد توجه قرار گرفته است. بحث در این باره معمولاً به مقایسه بین ساختار بیمه درمان کشورهایی چون کانادا و انگلستان در یک سر طیف با ساختار بیمه درمان کشوری مانند ایالات متحده در نقطه مقابل آنان می‌انجامد. در کشورهایی که نظام درمانی مشابه کانادا و انگلستان دارند، دولت نقش بیمه‌کننده ضمنی را بر عهده دارد؛ به این صورت که به جای جمع‌آوری حق بیمه، مالیات بر درآمد مربوطه را از مردم اخذ می‌کند و خدمات درمانی را در مراکز درمانی دولتی و با هزینه‌های ناچیز و بر اساس نیازهای فوری مراجعه‌کنندگان ارائه می‌کند (فکوری، ۱۳۹۸).

در نقطه مقابل چنین نظامی، نظام بیمه درمان کشوری مانند ایالات متحده قرار دارد که در آن سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی برای جذب مشتری با یکدیگر رقابت می‌کنند و خدمات درمانی در مراکز خدمات درمانی عموماً خصوصی بر اساس قراردادهای بیمه‌ای مشخص بین سازمان بیمه‌گر و فرد بیمه شده ارائه می‌شود (ناصری، ۱۳۹۸).

طرفداران نظام‌های نوع اول که به نظام‌های تک پرداخت‌کننده معروفند، استدلال می‌کنند که با حذف سازمان‌های بیمه‌گر از فراگرد درمان هزینه‌های سربار که دست کم ۱۵ درصد هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر را تشکیل می‌دهند، به صفر می‌رسند و به همین دلیل از صرف هزینه‌های اجتماعی کلانی جلوگیری می‌شود. همچنین آنان استدلال می‌کنند که یک نظام تک پرداخت‌کننده مساوات در بهره‌مندی از خدمات درمانی را در پی دارد. طرفداران نظام بیمه رقابتی، در مقابل، نظام تک پرداخت‌کننده را زائل‌کننده حق انتخاب افراد می‌دانند؛ به این معنی که افراد بر حسب ارزش‌گذاری‌شان برای خدمات درمانی ممکن است مایل باشند بسته‌های بیمه‌ای متفاوتی را بخرند (محمدی، ۱۳۹۸).

همچنین آنان استدلال می‌کنند که بخش مهمی از هزینه‌های سربار صرف تحقیق و بررسی برای پیدا کردن روش‌های نوآورانه برای کاهش هزینه‌های درمان می‌شود؛ بنابراین با حذف هزینه‌های سربار - در اثر حذف رقابت بین سازمان‌های بیمه‌گر - انگیزه کاهش هزینه‌های درمان از بین رفته و از این طریق هزینه‌های اجتماعی افزون‌تری بر جامعه تحمیل می‌شود (سوری، ۱۳۹۸).

در عمل، هر دو نظام یاد شده، با معضلات و گرفتاری‌های بزرگی دست و پنجه نرم می‌کنند. در نظام‌های تک پرداخت‌کننده، ارائه خدمات درمانی با قیمت بسیار پایین‌تر از قیمت واقعی موجب از بین بردن حساسیت مردم به قیمت‌ها و افزایش تقاضای غیر ضروری برای خدمات درمانی شده است. در نتیجه، با توجه به محدودیت امکانات و کارکنان، ارائه خدمات بر اساس شدت و فوریت بیماری اولویت‌بندی می‌شود. اولویت‌بندی ارائه خدمات و زمان انتظار طولانی برای دریافت خدمات، دسترسی به خدمات درمانی در چنین نظام‌هایی را به میزان قابل‌توجهی محدود کرده است. معضل دیگر نظام‌های تک‌پرداخت‌کننده بی‌توجهی به روش‌های پیشگیری و بهداشتی است؛ چراکه منابع مالی محدود لاجرم باید صرف نیازهای مبرم و فوری درمانی شوند. مشکلات دیگر نظام‌های تک‌پرداخت‌کننده مغفول گذاشتن تحقیق برای ارائه روش‌های نوآورانه ارائه خدمات درمان و کندی پیشرفت فناوری‌های درمانی هستند که هر دو، معلول محدودیت‌های دائمی بودجه چنین نظام‌هایی هستند (سلامی، ۱۳۹۸).

نظام با تعداد بیمه‌گران متعدد نیز مشکلات خاص خود را دارد. یکی از مهم‌ترین این مشکلات اطلاعات نامتقارن بین دو عامل اصلی درگیر در فراگرد درمان یعنی بیمارستان و بیمار است. برای روشن شدن موضوع، یک عمل جراحی قلب را در نظر بگیرید. به‌دلیل پیچیدگی‌ها و ظرافت‌های فنی آن عمل جراحی، لزوماً بیمار و پزشک (به‌عنوان نماینده بیمارستان) شناخت یکسانی از کیفیت عمل جراحی و هزینه‌های مورد نیاز برای انجام آن ندارند. نابرابری اطلاعات بین بیمار و پزشک در کنار این واقعیت که

یک خدمت درمانی همچون عمل جراحی قلب کالایی ضروری است که در شرایط ضرورت و تهدید جانی مبادله می‌شود، پزشک را در موقعیت برتری نسبت به بیمار در مبادله خدمات درمانی قرار می‌دهد (فکری، ۱۳۹۸).
بر این اساس، یک پزشک توانایی این را دارد که از این برتری سوءاستفاده کند و قیمت و هزینه عمل جراحی قلب انجام شده را به صورت مصنوعی بسیار بالا ببرد. البته، در صورت برخورداری از بیمه درمان، پزشک و بیمار به طور مستقیم با یکدیگر وارد مبادله نمی‌شوند (سوری، ۱۳۹۸).

روش پژوهش

تحقیق حاضر یک مطالعه کیفی و کمی از نوع تطبیقی است که در مرحله اول به مطالعه وضعیت بیمه سلامت در کشورهای منتخب به شناسایی مؤلفه‌های مدیریت بیمه سلامت پرداخته شده است. سپس در مرحله دوم با یک پرسشنامه نیمه ساختار یافته از خبرگان درخواست شده است تا با توجه به مؤلفه‌های شناسایی شده سایر مؤلفه‌های مورد نظر را ارایه دهند و در نهایت با تلفیق مؤلفه‌های مطالعه تطبیقی و خبرگان یک مدل جهت یکپارچه‌سازی مدیریت بیمه سلامت در کشور ارایه شد. جامعه آماری اول تحقیق خبرگان بیمه سلامت هستند که با روش هدفمند در دسترس ۲۰ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین شدند. همچنین جامعه آماری دوم تحقیق بیمه شدگان بیمه سلامت هستند که با روش تصادفی ساده و جدول مورگان ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه تعیین گردید. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که روایی توسط نظرات خبرگان و پایایی با آلفای کرونباخ ۰.۸۷ بدست آمد و مورد تأیید قرار گرفت. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کیفی و معادلات ساختاری و نرم افزار AMOS استفاده شد.

بحث و یافته‌های تحقیق

بررسی تطبیقی نظام مدیریت بیمه سلامت در کشورهای منتخب

صندوق‌های بیمه سلامت در کشور ایران

توسعه نظام بیمه سلامت کشور همانا یکی از مهم‌ترین فرامین مورد تأکید در سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی سازمان بیمه سلامت ایران می‌باشد. با تشکیل این سازمان، یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور به عهده آن نهاده شده و زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت محوری، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع همپوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردید. از این رو بر اساس ابلاغ اساسنامه تشکیل سازمان در تاریخ ۹۱/۵/۲۲ و بر اساس ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه، با تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر کشور، سازمان بیمه سلامت ایران در تاریخ اول مهرماه سال ۹۱ تشکیل شد تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارائه شود (حسینی، ۱۳۹۷).

صندوق‌های بیمه سلامت در کشور ژاپن

ژاپن یکی از کشورهای است که به دلیل داشتن نظام سلامت مناسب و قدرتمند خود در میان کشورهای صنعتی جهان به عنوان کشوری پیشرو شناخته می‌شود. نظام مراقبت‌های بهداشتی در ژاپن شامل معاینات، آزمایش‌های پزشکی، سلامت مادران باردار است که براساس قانون ۷۰ درصد از هزینه‌های پزشکی توسط دولت و ۳۰ درصد توسط بیمار پرداخت می‌شود. (لانو، ۲۰۱۹). در اوائل سال ۱۹۲۷ برای اولین بار نظام بیمه‌ای در این کشور مورد اجرا گذاشته شد. در سال ۱۹۶۱ تمام کارکنان و ساکنین کشور تحت پوشش بیمه قرار گرفتند. هم اکنون نیز تمامی مردم در عضویت بیمه‌های عمومی هستند. رعایت اولویت بهداشت و پیشگیری نسبت به درمان، توسعه شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور، گسترش پوشش درمانی اقشار جامعه، توسعه مراکز درمانی و تخصصی، گسترش تکنولوژی و تجهیزات پیشرفته پزشکی، بازنگری و اصلاح نظام اداری کشور از جمله سیاست‌های کلی بخش بهداشت و درمان کشور ایران است. خدمات مختلف بهداشتی و درمانی در بخش دولتی و خصوصی همزمان هم ارائه می‌شوند ولی عمدتاً بخش دولتی به ویژه وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی در این زمینه از سهم بیشتری برخوردار است.

صندوق‌های بیمه سلامت در کشور سنگاپور

سیستم بهداشتی سنگاپور مفهوم یک است سیستم بهداشتی استاندارد در سراسر منطقه آسیا و اقیانوس آرام. در واقع، با توجه به سازمان بهداشت جهانی رتبه‌بندی سیستم‌های بهداشت جهانی در ۲۰۰۰ سنگاپور ۶th در میان تمام کشورها رتبه‌بندی شد. در سال ۲۰۱۰، تا ۱۷ بیمارستان‌ها و مراکز درمانی در اطراف سنگاپور توسط کمیسیون مشترک بین‌المللی (JCI). بیمارستان‌های ۱۷ به تنهایی حساب ۳۳٪ از همه JCI معتبر است امکانات در آسیا. این ثابت می‌کند که کیفیت بهداشت و درمان و میزان موفقیت آن‌ها با استانداردهای بین‌المللی مطابقت دارد. بسیاری از مراکز پزشکی مشهور جهان، مانند جان هاپکینز و کلینیک غرب، در سنگاپور راه‌اندازی شده است (مانی، ۲۰۱۹).

تخصص پزشکی کشور سرفصل‌های جهان را برای بسیاری از روش‌های پیچیده و پیچیده مانند روش‌های جراحی نوین "دندان در چشم" به منظور باز کردن یک پسر کور در ۲۰۰۴ دوباره و همچنین موفقیت در جدا کردن یک ماه ۱۰ نپال در ۲۰۰۱ دولوها را متصل می‌کند. با تعداد زیادی محترم پزشکان آموزش و پرورش در بهترین مراکز در سراسر جهان، بیمارستان‌های بین‌المللی معتبر و مراکز تخصص، شهرت جهانی به عنوان یک کنوانسیون پزشکی و مرکز آموزش مرکز تحقیقات پایه و بالینی سریع رشد می‌کند، جای تعجب نیست که سنگاپور خود را به عنوان مرکز پزشکی پیشرو در آسیا تأسیس کرده است. بهداشت و درمان سیستم سنگاپور قصد دارد اطمینان حاصل کند که دسترسی به تمام مردمش و نیاز افراد به مالکیت خود در سلامت خود است. برای تضمین مقرون به صرفه بودن، دولت همه را متعهد می‌کند مؤسسات پزشکی برای پرداخت قبوض خود با توجه به شرایط، روش‌ها و کلاس‌های گروه. این به نوبه خود باعث شفافیت و رقابت می‌شود (ساندر، ۲۰۱۹).

صندوق‌های بیمه سلامت در کشور ترکیه

تشکیلات خدمات بهداشتی درمانی در ترکیه اساساً زیرمجموعه‌ای از وزارت سلامت این کشور است که توسط سازمان تامین اجتماعی، دانشگاه‌ها، وزارت دفاع، پزشکان خصوصی، دندان‌پزشکان و داروسازان اداره می‌شود. خدمات بهداشت و درمان در ترکیه ارائه شده توسط وزارت بهداشت و درمان به وسیله وزارت دارایی تأمین مالی می‌شود. با این حال وزارت دفاع به طور مجزا به مراقبت از سلامت پرسنل و وابستگان نظامی می‌پردازد و شورای آموزش عالی مسئول بیمارستان‌های دانشگاهی است. در ترکیه وزارت بهداشت نیز ارائه‌دهنده مراقبت‌های بیمارستانی، مراقبت بهداشتی و تنها ارائه‌کننده خدمات بهداشتی و درمانی است. اگرچه بیمارستان‌های خصوصی در ترکیه نیز خدمات ارائه می‌دهند، ولی ظرفیتشان کم است. در سطح مرکزی وزارت سلامت ترکیه، سیاست‌گذار سلامت و ارائه خدمات بهداشتی است و در سطح استانی، خدمات بهداشتی و درمانی ترکیه از طریق هیئت مدیره‌های سلامت در استان که از نظر مسئولیت، فرمانداران استانی هستند، انجام می‌شود (لی، ۲۰۱۹).

برخی از منتقدان نظام خدمات درمانی این کشور معتقدند که ساختار پیچیده خدمات درمانی ترکیه نشان‌دهنده آن است که براساس تحولات تاریخی شکل گرفته و براساس فرآیندهای برنامه‌ریزی منطقی بهداشت و درمان ترکیه شکل نگرفته است. گرچه خدمات درمانی توسط بخش‌های عمومی، نیمه‌دولتی، خصوصی و سازمان‌های بشردوستانه شکل گرفته، روابط میان این بخش‌ها چندان منسجم یا کنترل شده نیست.

کارشناسان می‌گویند با اینکه از زمان بهینه‌سازی حوزه سلامت در ترکیه ۱۲ سال می‌گذرد، نظام سلامت و درمانی ترکیه همچنان دارای نواقص چشمگیری است. به طور مثال در نظام سلامت ترکیه پزشک خانواده تعریف شده، اما نظام ارجاع ندارند. با این حال ترکیه به عنوان یک کشور در حال توسعه به خصوص در سال‌های اخیر سیاست‌های مختلفی را برای بهبود وضعیت بهداشت و درمان جامعه خود به اجرا گذاشته است. (مون، ۲۰۱۹).

تغییراتی که در نظام سلامت کشور ترکیه از سال ۱۳۸۲ به این سو رخ داده‌اند، توجه عده زیادی از سیاستگذاران نظام‌های سلامت، سازمان‌های بین‌المللی و سیاستمداران را به خود جلب کرده است. در مدت زمانی حدود ۱۰ سال این کشور توانست بخش

دولتی را توانمند سازد، هزینه بستری در بیمارستان‌های دولتی را تقریباً به صفر و در بیمارستان‌های خصوصی و غیردولتی به حد فراوانی کاهش دهد، پوشش بیمه‌ای قدرتمندی فراهم کند و خدمات اولیه سلامت و پزشکی خانواده راگسترش و تعمیق دهد. در همین مدت شاخص‌های سلامت مردم جامعه بهبود قابل توجهی داشتند. برای درک بهتر اهمیت این تغییر بد نیست بدانیم که قبل از تحول نظام سلامت، شاخص‌های سلامت مردم ترکیه از ایران و دیگر کشورهای درآمد متوسط عقب‌تر بود و بعد از تحول از شاخص‌های کشورمان و بسیاری کشورهای دیگر پیشی گرفت. جالب آنکه در طی این دوره ۱۰ ساله، به روایت مطالعات منظم مرکز آمار آن کشور، رضایت مردم از خدمات بهداشت و درمان افزایش یافت. البته و به حق چنین تغییراتی توجه دیگران را به خود جلب می‌کند (کام، ۲۰۱۹).

صندوق‌های بیمه سلامت در کشور سوئد

در سال‌های ۱۹۷۰، مسئولیت درمان و خدمات سلامتی و خدمات بیمارستانی از بخش ملی و دولتی به شورای محلی واگذار شد. در سال‌های ۱۹۸۰، مسئولیت برنامه‌ریزی خدمات سلامت از سطح ملی به شورای محلی منتقل شد. در سال ۱۹۸۲، قانون خدمات سلامت و پزشکی، اختیار تام به شوراهای محلی داد تا تمام خدمات مرتبط با سلامت را فراهم کرده و ارائه دهند. این مسئولیت نه تنها در فراهم کردن خدمات سلامت مفید واقع شد بلکه برای ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها سودمند بود. در سال ۱۹۹۲، مسئولیت فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد غیر بیمار و افراد مسن از شوراهای محلی به شهرداری‌ها واگذار شد. چهار سال بعد در سال ۱۹۹۶ شهرداری علاوه بر مسئولیت فراهم‌آوری خدمات برای افراد غیر بیمار و مسن، مسئول فراهم کردن خدمات سلامت برای افراد معلول، ناتوان و بیماری‌های روانی و ذهنی قرار گرفتند (کاندز، ۲۰۱۹).

در سال ۱۹۸۵، در بخش مالی سیستم سلامت اصلاحاتی صورت گرفت، که فرمول بازپرداخت متناسب با نیازهای اجتماعی و معیارهای پزشکی به جای پرداخت مستقیم به افراد تغییر یافت. در گذشته بازپرداخت‌های بیمه‌ای سلامت برای خدمات سیار از طریق شوراهای محلی بر اساس تعداد ویزیت‌های سرپایی بیماران پرداخت می‌شد، در سال ۱۹۹۸، با تلاش‌های فراوان در کنترل نسخ دارویی، شوراهای محلی به جای دولت مرکزی مسئول پرداخت حق نسخ دارویی شدند. در اواخر سال ۱۹۹۰، ترکیبی از بخش‌های بیمارستانی و شوراهای محلی به وجود آمد که هدف آن کاهش هزینه‌های اجرایی و افزایش کارایی بود.

صندوق‌های بیمه سلامت در کشور نروژ

تنظیم مقررات مربوط به نظارت و پایش کیفیت مراقبت‌ها بر عهده دولت است. با تفویض قدرت به مقامات محلی مستقل، برنامه‌ریزی در خصوص مراقبت‌های بهداشتی اولیه به صورت غیرمتمرکز انجام می‌شود. مقامات ملی، محلی و منطقه‌ای نیز نقش مهمی در اجرای برنامه تضمین کیفیت مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بر عهده دارند. در کشور نروژ، خدمات بیمه درمانی از کیفیت بسیار بالایی برخوردار است. اگر شما قصد دارید در کشور نروژ یا در اتحادیه اروپا تحصیل کنید، باید در کشوری که ساکن آن شده‌اید، (مثلاً نروژ) عضو برنامه تأمین اجتماعی باشید. به عنوان یک دانشجوی بین‌المللی لازم است در هر کشوری که تحصیل می‌کنید از همان ابتدا تحت پوشش خدمات بیمه قرار بگیرید. این که در کجا به عنوان ساکن ثبت نام کنید، تعیین کننده نیست. در کشور نروژ به عنوان یک دانشجوی، شما از نظر پزشکی قانوناً تحت بیمه درمانی قرار می‌گیرید، بدون توجه به اینکه در چه بخشی از این کشور زندگی می‌کنید (فاند، ۲۰۱۹).

خدمات درمانی در کشور نروژ اغلب رایگان نیستند و تنها در بعضی شرایط با توجه به ملیت دانشجوی و برخی توافق نامه‌ها که کشور نروژ با دیگر کشورها بسته است، تماماً رایگان خواهد بود. گسترده‌ترین توافق نامه‌های کشور نروژ با دیگر کشورهای اسکاندیناوی و اعضای اتحادیه اروپا است. مفاد موافقت نامه در مورد بیمه تأمین اجتماعی مقدم بر دیگر قوانین بیمه دانشجویان بین‌المللی در این کشور است. کنوانسیون Nordic مربوط به بیمه تأمین اجتماعی یک توافق مجزا است که بین کشورهای دانمارک، فنلاند، ایسلند، نروژ و سوئد برقرار شده است. دانشجویان کشورهای اسکاندیناوی که در حال تحصیل در نروژ هستند، به طور یکسان با شهروندان نروژی، از امکانات بیمه این کشور، به طور رایگان بهره‌مند خواهند بود.

کشور نروژ همچنین با ایالات متحده، کانادا، استرالیا و هند توافق‌های دو جانبه برقرار کرده است. اگر دانشجویان اهل کشوری باشد که نروژ با آن توافقنامه بیمه تأمین اجتماعی به امضا رسانده است، عضویت در سازمان بیمه و شرایط بیمه دانشجویی او بدون در نظر گرفتن ملیت، دقیقاً مانند دانشجویان نروژی خواهد بود و دانشجوی اتباع نیز همان حقوق و تعهدات دانشجویان بومی کشور را خواهد داشت. به بیان دیگر برای این قبیل دانشجویان، دیگر نیازی به پرداخت هزینه بابت بیمه تأمین اجتماعی دانشجویان در کشور اصلی او نخواهد بود. (مانو، ۲۰۱۹).

صندوق‌های بیمه سلامت در کشور چین

در سال ۱۹۶۳ قانون بیمه خدمات درمانی موجب حرکت به سوی پوشش بیمه درمانی همگانی شد. اما تا سال ۱۹۷۷ بیمه درمانی اختیاری باقی ماند. چندین مؤسسه بیمه درمانی اختیاری را به صورت آزمایشی سازمان دهی کردند که بیش از ۲٪ درصد جمعیت را پوشش می‌داد. از سال ۱۹۷۷ به بعد بیمه اجباری پیاپی برای گروه‌های مختلف شغلی کشور تثبیت شد. در همان سال بیمه درمانی کارمندان شاغل در شرکت‌هایی با بیش از پانصد مستخدم برای آن‌ها و وابستگان‌شان اجباری شد و بعدها پوشش به طور نظام‌مند افزایش داده شد. (کاندز، ۲۰۱۹).

نظام سلامت چین درگیر دو چالش اصلی است. یکی راه‌اندازی نظامی که توانایی برآمدن از عهده مشکل شیوع بیماری‌های عفونی و غیرعفونی را داشته باشد. دیگری، برپایی یک نظام خودکفای سلامت از نظر مالی است که این چالش پیش روی همه کشورها، چه در حال توسعه یا صنعتی قرار دارد. تلاش‌های اخیر دولت چین برای کاهش نقش دولت و هزینه بیمه‌ها به سوی نظامی که ۵۰ درصد هزینه از سوی بیمار پرداخت شود، می‌تواند روشی مؤثر در مهار هزینه‌ها و اتلاف منابع باشد. در هر صورت می‌توان یکی از مشکلات نظام جدید سلامت بر مبنای تمرکززدایی را کمبود پیوندهای سازمانی و نهادها در نسل جدید تعاونی‌های پزشکی با یکدیگر دانست. روند تصمیم‌گیری‌ها در چین با توجه به اطلاعات ناکافی و بوروکراسی عریض و طویل موجود دولتی که هنوز هم وجود دارند، برخوردهای به موقع را به تأخیر می‌اندازد و زمان حل مشکلات را به درازا می‌کشد.

در کشور چین صنعت بیمه به صورت یکباره به رشد رسیده است در کمتر از ۴ سال دارای فضای تسهیلات بیش از دو برابر شده است. در سه ماه نخست سال ۲۰۱۶ سیستم بیمه در این کشور رشد سه برابری داشته است و افراد زیادی را تحت پوشش خود قرار داده است. در نظر داشته باشید که کارگران در کشور چین همگی تحت پوشش بیمه هستند و فضای دولتی دقیق نیز فراهم شده است.

کارمندان در این کشور از درصدهای مشخصی از بیمه استفاده می‌کنند. تسهیلات درمانی در کشور چین شامل درمان‌های بیماری دهان و دندان نمی‌شود و در خصوص بیماری‌های مربوط به چشم نیز در حدود ۳۰ درصد را پوشش می‌دهد. این در حالی است که در کشور چین پوشش بیمه تکمیلی نیز روز کار آمده است و سبب می‌شود که برنامه‌های مستمری صورت بگیرد. هزینه‌های درمانی در این کشور در وضعیت دوره‌ای قرار دارد و هزینه‌های سنگین در کشور چین نیز به صورت یک سوم فراهم شده است. افراد مسن در کشور چین می‌توانند از پوشش‌های خوب مالی برای درمان بیماری‌های سخت استفاده نمایند. شغل‌هایی که دارای فضای ریسک و خطر بالایی است در این کشور از نظر الگوهای تجاری دارای پوشش‌های بیمه‌ای گسترده‌تری هستند و می‌توانند با تضمین‌های خدمت‌رسانی بیشتری همراه است. میانگین سود در کشور چین کمتر از سایر کشورها است و هزینه‌ای که بابت آن پرداخت می‌شود عموماً بیشتر از قبل است. شایان ذکر است که در این کشور هزینه‌های درمانی می‌تواند به چندین دسته بندی مختلف صورت بگیرد که هر یک برای شرایط خاص تعیین شده است.

با توجه به بررسی‌های صورت گرفته در نظام مدیریت بیمه سلامت در کشورهای منتخب شاخص‌هایی شناسایی شدند که بر روی الگوی یکپارچه‌سازی خدمات بیمه‌های سلامت مؤثر بوده‌اند که به شرح جدول ۱ است که شاخص‌های مرتبط با هر کشور نیز مشخص است.

جدول ۱- شاخص‌های شناسایی شده از مطالعه تطبیقی

کشور	شاخص‌ها
ژاپن	کاهش سطوح مدیریت

ژاین	ساختار مناسب بیمه سلامت
ژاین	بیمه همگانی افراد و برخورداری همه مردم از بیمه سلامت
ژاین	اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب‌ها
ژاین	پرداخت به موقع توسط بیمه به خدمات متخصصین براساس قرارداد بیمه‌ای و پزشک خانواده
ژاین	افزایش مشارکت بیمه شدگان
نروژ	ایجاد فرایند تصمیم‌گیری غیر متمرکز
نروژ	افزایش ارتباطات همه جانبه
نروژ	رسیدگی به پیشنهادات و انتقادات
نروژ	بهبود کمیت و کیفیت خدمات بیمه سلامت
نروژ	تعهد پاراکلینیک‌های بخش دولتی و خصوصی
نروژ	بسته‌های خدمتی مناسبی برای سطوح مختلف مردم
سنگاپور	وجود پاداش‌های بیمه‌ای برای متخصصان
سنگاپور	رعایت سیستم ارجاع، الزام قرارداد تمامی فوق تخصصان دولتی و خصوصی مطب‌دار
سنگاپور	بازنگری در شیوه اداره سازمان و کاهش هزینه‌ها
سنگاپور	بازنگری بسته خدمتی
سنگاپور	اخذ حق بیمه از متمکنین
سنگاپور	اجرای گاید لاین‌های درمانی
سنگاپور	بازنگری در طرح بیمه همگانی
سنگاپور	در اختیار گرفتن یارانه سلامت جهت کاهش پرداخت از جیب
سنگاپور	اجرای نظام ارجاع
سنگاپور	بازنگری کتاب ارزش نسبی
سنگاپور	الزامات مرتبط با مؤسسات بیمه گذار
سنگاپور	استفاده از فناوری‌های اطلاعاتی
سنگاپور	حذف فرایندهای ناکارآمد
سنگاپور	سلامت محور نمودن مراقبت‌های ارائه شده
سنگاپور	تخصصی نمودن مدیریت
ترکیه	بهبود کمیت و کیفیت نظارت‌های اعمال شده و اصلاح ساختار کارشناسی سازمان‌های بیمه‌گر
ترکیه	مدیریت هزینه‌ها
ترکیه	قوانین شفاف مالی برای بیمه شدگان
ترکیه	آینده پژوهی در سلامت
ترکیه	بهبود مقبولیت پرونده الکترونیک
ترکیه	برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت
ترکیه	تجميع منابع مالی سلامت
سوئد	تأمین پوشش کامل بیمه سلامت
سوئد	یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی
سوئد	تشکیل امور مراکز طرف قرارداد
سوئد	تشکیل پرونده سلامت
سوئد	فعال‌سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده
سوئد	تعامل و همکاری با کلیه ذینفعان و شرکای سازمان
چین	بهبود استانداردها و روابط فی مابین با رویکرد ارتقاء مستمر فرایندهای ارائه خدمات
چین	نظام ارجاع در چارچوب نظام بیمه سلامت کشور
چین	توسعه کمی و کیفی خدمات بیمه سلامت
چین	دستیابی به پوشش فراگیر خدمات سلامت
چین	دستیابی به پوشش عادلانه خدمات سلامت
ایران	یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی
ایران	تشکیل امور مراکز طرف قرارداد

ایران	تشکیل پرونده سلامت
ایران	فعال سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده
ایران	کاهش سهم مردم
ایران	رفع هم پوشانی بیمه ای
ایران	بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع

در ادامه با توجه به مصاحبه های صورت گرفته با خبرگان سعی شد تا شاخص هایی را که در ادبیات تجربی مورد توجه پژوهشگران نبوده است شناسایی گردند که نتایج به شرح جدول ۲ آمده است که این شاخص ها برای کشور ایران می باشد

جدول ۲- شاخص های شناسایی شده کشور ایران با نظرات خبرگان و نظام سلامت کشور

شاخص ها
ایجاد امنیت شغلی
افزایش اعتمادسازی مدیران
درک مشکلات کارکنان توسط مدیران
شفاف سازی و مشخص کردن گردش کار در سازمان
شایسته سالاری و ارزیابی عملکرد منصفانه
مشارکت کارکنان در تصمیم گیری و پیشنهادات
ارتقا پوشش همگانی
ایجاد الزام های قانونی در جهت تعهدات سازمانهای بیمه گر
نظارت و کنترل از سوی وزارت بهداشت،
تعهد بیمارستانهای بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده
تامین مناسب پزشک و نیروی مراقب سلامت برای برنامه پزشک خانواده،
تعهد متخصصین و فوق تخصصین بخش دولتی و خصوصی
بالاتر رفتن سرانه بهداشت و درمان
تعهد پاراکلینیکهای بخش دولتی و خصوصی
بسته های خدمتی مناسبی برای سطوح مختلف مردم
وجود پادشاهای بیمه ای برای متخصصان
رعایت سیستم ارجاع، الزام قرارداد تمامی فوق تخصصان دولتی و خصوصی مطبدار
بازنگری در شیوه اداره سازمان و کاهش هزینه ها
اخذ حق بیمه از متمکنین
سلامت محور نمودن مراقبت های ارائه شده
تخصصی نمودن مدیریت
بهبود کمیت و کیفیت نظارت های اعمال شده و اصلاح ساختار کارشناسی سازمان های بیمه گر
مدیریت هزینه ها
قوانین شفاف مالی برای بیمه شدگان
افزایش پوشش خدمات قابل ارائه
اصلاح فرآیندهای سازمانی
تقویت اطلاع رسانی
خرید راهبردی خدمات سلامت
افزایش پوشش جمعیتی
کاهش فرانشیز بستری
ایجاد وحدت رویه و یکسان سازی بسته خدمات و تعهدات بیمه های درمانی
مشارکت جدی سازمانهای بیمه گر در اعتباربخشی مراکز بستری دولتی و خصوصی
جایجایی منابع مالی برنامه های هدفمندی در راستای افزایش منابع مالی برای پوشش هزینه بیمه شدگان جدید

تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت
آینده پژوهی در سلامت
بهبود مقبولیت پرونده الکترونیک
برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت
تجميع منابع مالی سلامت
تامین پوشش کامل بیمه سلامت
یکسان سازی سیاست ها و روش های اجرایی
تشکیل امور مراکز طرف قرارداد
تشکیل پرونده سلامت
فعال سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده
کاهش سهم مردم
رفع هم پوشانی بیمه ای
بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
ارتقاء مستمر فرایندهای ارائه خدمات به بیمه شدگان
ساماندهی و بهبود ساختار سازمان
بهبود نظام اقتصادی بیمه سلامت
کاهش سطوح مدیریت
ساختار مناسب بیمه سلامت

با ترکیب شاخص های ادبیات پژوهشی و نظرات خبرگان و نظام بیمه سلامت شاخص های تکراری حذف شدند و شاخص های غیر تکراری باقی ماند و همانطور که گفته شد جهت بدست آوردن ابعاد مدل از رویکرد تحلیل محتوا استفاده شد که طی بررسی متون و ادبیات پژوهشی و نظرات خبرگان در ۷ مقوله عوامل ساختاری، رفتاری، محیطی، فرایندها، خروجی، پیامد و اثر، زیر مقوله های هر یک شناسایی شدند. در این خصوص می توان بیان داشت که با توجه به جدول ۳ هر یک از مفاهیم باز ابتدا تدوین و در نهایت با توجه به مفهوم اصلی عبارت، کد محوری شناسایی شده که همان زیر مقوله هر طبقه از مقولات تعیین شده هستند و در مقوله مربوط خود قرار گرفتند که می توانند بر الگوی یکپارچه سازی خدمات بیمه های سلامت مؤثر واقع گردند که با رویکرد دلفی به بررسی اجماع نظرات خبرگان پرداخته شده است.

جدول ۳- یافته های کیفی

شرح عوامل	زیرمؤلفه ها
عوامل ساختاری	کاهش سطوح مدیریت
	ساختار مناسب بیمه سلامت
	بیمه همگانی افراد بر خور داری همه مردم از بیمه سلامت
	اعمال محدودیت برای ارجاع بیماران در مطب ها
	پرداخت به موقع توسط بیمه به خدمات منحصصین بر اساس قرارداد بیمه ای و پزشک خانواده
	افزایش مشارکت بیمه شدگان
	ایجاد فرایند تصمیم گیری غیر متمرکز
	افزایش ارتباطات همه جانبه
	رسیدگی به پیشنهادات و انتقادات
	بهبود کمیت و کیفیت خدمات بیمه سلامت
عوامل رفتاری	تشویق به موقع و مناسب کارکنان
	ایجاد امنیت شغلی
	افزایش اعتماد سازی مدیران
	درک مشکلات کارکنان توسط مدیران

شفاف سازی و مشخص کردن گردش کار در سازمان	عوامل محیطی
شایسته سالاری و ارزیابی عملکرد منصفانه	
مشارکت کارکنان در تصمیم گیری و پیشنهادات	
ارتقا پوشش همگانی	
ایجاد الزام های قانونی در جهت تعهدات سازمان های بیمه گر	
نظارت و کنترل از سوی وزارت بهداشت،	
تعهد بیمارستان های بخش دولتی و خصوصی به سیستم ارجاع پزشک خانواده	
تأمین مناسب پزشک و نیروی مراقب سلامت برای برنامه پزشک خانواده،	
تعهد متخصصین و فوق تخصصین بخش دولتی و خصوصی	
بالا تر رفتن سرانه بهداشت و درمان	
تعهد پاراکلینیک های بخش دولتی و خصوصی	
بسته های خدمتی مناسبی برای سطوح مختلف مردم	
وجود پاداش های بیمه ای برای متخصصان	
رعایت سیستم ارجاع، الزام قرارداد تمامی فوق تخصصان دولتی و خصوصی مطبدار	فرایندها
بازنگری در شیوه اداره سازمان و کاهش هزینه ها	
بازنگری بسته خدمتی	
اخذ حق بیمه از متمکنین	
اجرای گاید لاین های درمانی	
بازنگری در طرح بیمه همگانی	
در اختیار گرفتن یارانه سلامت جهت کاهش پرداخت از جیب	
اجرای نظام ارجاع	
بازنگری کتاب ارزش نسبی	
الزامات مرتبط با مؤسسات بیمه گزار	
استفاده از فناوری های اطلاعاتی	
حذف فرایندهای ناکارآمد	
سلامت محور نمودن مراقبت های ارائه شده	
تخصصی نمودن مدیریت	
بهبود کمیت و کیفیت نظارت های اعمال شده و اصلاح ساختار کارشناسی سازمان	
های بیمه گر	
مدیریت هزینه ها	
قوانین شفاف مالی برای بیمه شدگان	
افزایش پوشش خدمات قابل ارائه	
اصلاح فرایندهای سازمانی	خروجی
تقویت اطلاع رسانی	
خرید راهبردی خدمات سلامت	
افزایش پوشش جمعیتی	
کاهش فرانشیز بستری	
ایجاد وحدت رویه و یکسان سازی بسته خدمات و تعهدات بیمه های درمانی	
مشارکت جدی سازمان های بیمه گر در اعتباربخشی مراکز بستری دولتی و خصوصی	
جابجایی منابع مالی برنامه های هدفمندی در راستای افزایش منابع مالی برای	
پوشش هزینه بیمه شدگان جدید	
تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت	
آینده پژوهی در سلامت	
بهبود مقبولیت پرونده الکترونیک	پیامد
برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت	

تجمع منابع مالی سلامت	
تأمین پوشش کامل بیمه سلامت	
یکسان سازی سیاست ها و روش های اجرایی	
تشکیل امور مراکز طرف قرارداد	
تشکیل پرونده سلامت	
فعال سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده	
تعامل و همکاری با کلیه ذینفعان و شرکای سازمان	
بهبود استانداردها و روابط فی مابین با رویکرد ارتقاء مستمر فرایندهای ارائه خدمات	
نظام ارجاع در چارچوب نظام بیمه سلامت کشور	
توسعه کمی و کیفی خدمات بیمه سلامت	اثر
دستیابی به پوشش فراگیر خدمات سلامت	
دستیابی به پوشش عادلانه خدمات سلامت	
کاهش سهم مردم	
رفع هم پوشانی بیمه ای	
بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع	
ارتقاء مستمر فرایندهای ارائه خدمات به بیمه شدگان	
ساماندهی و بهبود ساختار سازمان	
بهبود نظام اقتصادی بیمه سلامت	
کاهش سطوح مدیریت	
ساختار مناسب بیمه سلامت	

یافته های کمی

بررسی میانگین و انحراف معیار ابعاد مدل پژوهش

بررسی جدول ۴ نشان می دهد که بیشترین میانگین بعد به متغیر خروجی (۴/۹۸۵۴) با انحراف معیار ۰/۳۹۸۳ است. همچنین پایین ترین میانگین به عوامل ساختاری مرتبط می شود (۲/۸۷۶۴) با انحراف معیار ۰/۵۶۷۴، می باشد و سایر متغیرها نیز در جدول زیر قابل مشاهده هستند.

جدول ۴- بررسی میانگین و انحراف معیار ابعاد مدل

ابعاد مدل	میانگین	انحراف استاندارد
عوامل ساختاری	۲,۸۷۶	۰,۵۶۷۴
عوامل رفتاری	۳,۵۴۳	۰,۶۵۴۳
عوامل محیطی	۳,۲۸۷۵	۰,۷۲۲۲
فرایندها	۳,۶۶۲	۰,۶۷۲۲
خروجی	۴,۹۸۵۴	۰,۳۹۸۳
پیامد	۳,۹۸۵۵	۰,۳۶۵۵
اثر	۳,۸۲۷۲	۰,۴۹۹۳

بررسی روایی واگرا (تشخیصی) برای ابعاد مدل تحقیق

یکی از روش های سنجش این روایی آزمون فورنل - لاکر است. جدول ۵ نتایج بدست آمده برای ابعاد مدل پژوهش را نشان می دهد. جدول ذیل نشان می دهد که سازه ها کاملاً از هم جدا می باشند یعنی مقادیر قطارصلی برای هر متغیر پنهان از همبستگی آن بعد با سایر بعدهای پنهان انعکاسی موجود در مدل بیشتر است.

جدول ۵- شاخص فورنل لاکر جهت بررسی شاخص روایی تشخیصی یا واگرا

ردیف	ابعاد	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱	عوامل ساختاری	۱						
۲	عوامل رفتاری	۰/۶۵۵	۱					
۳	عوامل محیطی	۰/۷۶۴	۰/۷۵۵	۱				
۴	فرایندگرایی	۰/۸۹۴	۰/۶۵۴	۰/۴۳۳	۱			
۵	خروجی	۰/۶۷۷	۰/۴۶۵	۰/۳۴۴	۰/۳۵۵	۱		
۶	پیامد	۰/۳۲۲	۰/۶۵۵	۰/۶۵۴	۰/۷۶۶	۰/۷۶۵	۱	
۷	اثر	۰/۵۴۴	۰/۵۹۰	۰/۵۴۴	۰/۴۶۵	۰/۴۵۵	۰/۳۶۶	۱

بررسی کیفیت مدل

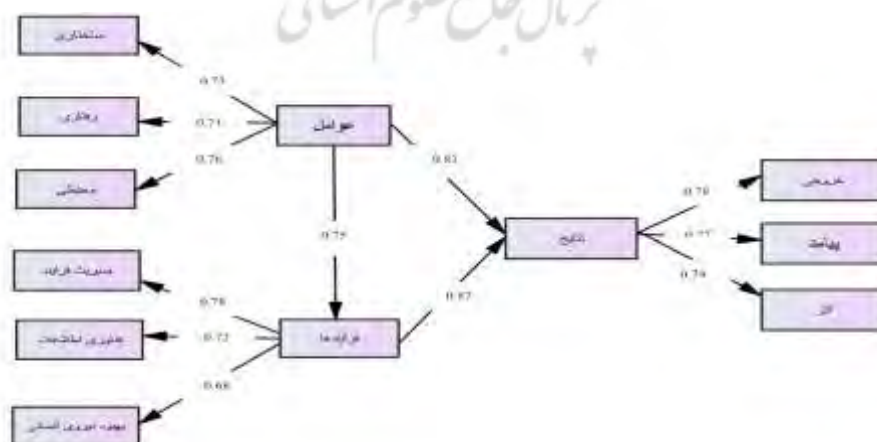
برای بررسی کیفیت مدل از شاخص بررسی افزونگی و ضریب تعیین استفاده می‌شود. اعداد مثبت نشانگر کیفیت مناسب مدل هستند. معیار اصلی ارزیابی مدل ساختاری، ضریب تعیین می‌باشد. این شاخص نشان می‌دهد چند درصد از تغییرات متغیر وابسته توسط متغیرهای مستقل صورت می‌گیرد. جدول ۶ نشان می‌دهد که $77/6\%$ درصد از تغییرات مدل توسط متغیرهای مستقل (ابعاد مدل) پیش‌بینی می‌شود. اگر شاخص افزونگی بیشتر از صفر باشد مقادیر مشاهده شده خوب بازسازی شده و مدل توانایی پیش‌بینی دارد. در این تحقیق این شاخص برای متغیر الگوی یکپارچه‌سازی خدمات بیمه‌های سلامت صفر می‌باشد.

جدول ۶- شاخص‌های بررسی کیفیت مدل

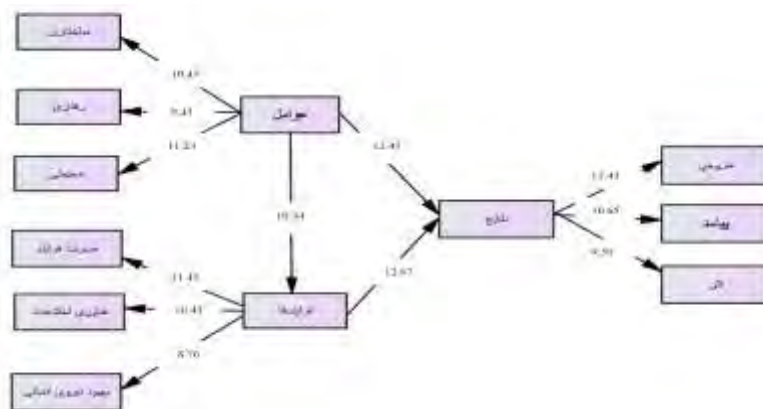
مدل	ضریب تعیین	افزونگی
الگوی یکپارچه‌سازی خدمات بیمه‌های سلامت	۰/۷۶۶	۰/۶۳۲

کمی‌سازی مدل

در این بخش با توجه به اینکه مشخص شد مدل مفهومی چگونه بوده، میزان حجم نمونه مناسب است و کلیه ابعاد شناسایی شده بر روی مدل مورد نظر مؤثر هستند با استفاده از تکنیک مربعات جزئی و آزمون t بوت استرپینگ به کمی‌سازی مدل پرداخته خواهد شد که نتایج به شرح شکل‌های ۱ و ۲ می‌باشند. نتایج شکل فوق نشان می‌دهد که کلیه ضرایب بدست آمده برای ابعاد مدل مثبت بوده و کلیه مقادیر بدست آمده t بیشتر از $1,96$ جدول Z بوده‌اند که می‌توان نتیجه گرفت مدل در معنادار بوده و می‌توان به نتایج بدست آمده استناد نمود.



شکل ۱- روابط علی میان متغیرهای مدل در حالت تخمین استاندارد



شکل ۲- روابط علی میان متغیرهای مدل در حالت تخمین معناداری

با توجه به جدول ۷ می توان بیان داشت که کلیه عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی به میزان ۰,۸۳ با مقدار t ۱۲.۴۵ بر روی فرایندها تأثیر گذاشته و کلیه عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی به میزان ۰,۷۵ و مقدار t ۱۰.۳۴ بر روی نتایج بدست آمده مؤثر خواهد بود و همچنین کلیه ابعاد فرایندی (مدیریت فرایندها، فناوری اطلاعات و بهبود نیروی انسانی) به میزان ۰,۸۷ و مقدار t ۱۲.۶۷ بر روی نتایج تأثیرگذار هستند و می توان بیان داشت که روابط صحت علی موجود در مدل تحقیق تأیید شده و مدل نیز مناسب است.

جدول ۷- نتایج آزمون مسیر

ردیف	از	به	ضرایب مسیر استاندارد	آماره T	نتیجه
۱	عوامل (ساختاری، رفتاری، محیطی)	نتایج (خروجی، پیامد، اثر)	۰,۸۳	۱۲,۴۵	تأیید
۲	عوامل (ساختاری، رفتاری، محیطی)	فرایندها (مدیریت فرایندها، فناوری اطلاعات و بهبود نیروی انسانی)	۰,۷۵	۱۰,۳۴	تأیید
۳	فرایندها (مدیریت فرایندها، فناوری اطلاعات و بهبود نیروی انسانی)	نتایج (خروجی، پیامد، اثر)	۰,۸۷	۱۲,۶۷	تأیید

در ادامه به برازش مدل با شاخص های نکوئی پرداخته شده است که می خواهد به مدل اعتبار ببخشد که در مبحث معادلات ساختاری برای ارزیابی مدل طراحی شده از شاخص های کای دو به درجه آزادی، شاخص برازندگی، شاخص تعدیل برازندگی، میانگین مجذور پس مانده ها، شاخص نرم شده برازندگی، شاخص نرم نشده برازندگی، شاخص برازندگی فزاینده، شاخص برازندگی تطبیقی و شاخص بسیار مهم ریشه دوم برآورد واریانس خطای تقریب استفاده شده است. جدول ۸ محدوده شاخص های برازش را نشان می دهد. که مقدارهای بدست آمده از مقدار مطلوب بیشتر می باشد.

جدول ۸- مقادیر شاخص های برازش مدل و نتیجه برازش

مقدار الگو	مقدار مطلوب	شاخص برازش
۱,۲۲	$< ۳/۰۰$	χ^2/df
۰,۹۳	$> ۰/۹۰$	Goodness of Fit Index (GFI)
۰,۹۴	$> ۰/۹۰$	Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
۰,۰۳	$< ۰/۰۵$	Root Mean square Residual (RMR)
۰,۹۳	$> ۰/۹۰$	Normed Fit Index (NFI)
۰,۹۱	$> ۰/۹۰$	Non-Normed Fit Index (NNFI)
۰,۹۳	$> ۰/۹۰$	Incremental Fit Index (IFI)
۰,۹۱	$> ۰/۹۰$	Comparative Fit Index (CFI)
۰,۰۸۳	$< ۰/۰۸$	Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)

شکل ۳- مدل عملیاتی پژوهش

هدف تحقیق حاضر ارائه مدل اجرایی یکپارچه سازی صندوق های بیمه سلامت با رویکرد تطبیقی (ژاپن - سنگاپور - ترکیه - سوئد - نروژ - چین و ایران) بوده است که بدین منظور ابتدا ادبیات پژوهشی مورد بررسی قرار گرفته و سؤالات مورد نظر جهت مصاحبه طراحی شدند که در نهایت ۷ مقوله عوامل ساختاری، رفتاری، محیطی، فرایندها، خروجی، پیامد و اثر و زیر مؤلفه های هر یک شناسایی شدند در ادامه با تکنیک معادلات ساختاری نیز مدل کمی شده که با استناد به جدول ۷ و شکل های ۱ و ۲ می توان بیان داشت که کلیه عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی به میزان ۰.۸۳ با مقدار $t = ۱۲.۴۵$ بر روی فرایندها تأثیر گذاشته و کلیه عوامل ساختاری، رفتاری و محیطی به میزان ۰.۷۵ و مقدار $t = ۱۰.۳۴$ بر روی نتایج بدست آمده مؤثر خواهد بود. همچنین کلیه ابعاد فرایندی (مدیریت فرایندها، فناوری اطلاعات و بهبود نیروی انسانی) به میزان ۰.۸۷ و مقدار $t = ۱۲.۶۷$ بر روی نتایج تأثیرگذار هستند و می توان بیان داشت که روابط صحت علی موجود در مدل تحقیق تأیید شده و مدل نیز مناسب است. شواهد روزافزون حکایت از آن دارند که بیمه های سلامت در ایران به خوبی هدفمند نیستند، درست هزینه نمی کنند و در نتیجه در سطح اقتصاد خرد و کالان مسائلی را از نظر کارایی و عدالت پدید می آورند. نظام های پرداخت به ارائه کنندگان خدمات هم پیچیده و هم دربرگیرنده سلسله ای از انگیزه های نادرست است. به نظر می رسد ردیف های بودجه و پرداخت های فوری سرویس از جانب بیمه ها سبب استفاده مفرط از خدمات و احتمالاً ارائه خدمات غیر ضرور می شود. انگیزه ها نیز از یکسو انعطاف ناپذیری سازمانی و ممانعت از تغییرات واقعی در سازمان را دامن می زند و ازسوی دیگر سبب تقاضاهای القایی و بالا رفتن هزینه ها می شود، بی آنکه اثر واقعی بر سلامت مردم داشته باشد. بنابراین خرید راهبردی خدمات سلامت در سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان های بیمه گر می تواند نقش مهمی در کنترل هزینه ها و ارتقای سلامت افراد و جامعه داشته باشد. در زیر مؤلفه ساختار سازمانی و تفویض اختیار با نتایج تحقیق (جوئن و همکاران، ۲۰۱۶). در زیر مؤلفه اجرای گاید لاین های درمانی با نتایج تحقیق (ونهاو همکاران، ۲۰۱۵). در زیر مؤلفه پاداش های بیمه ای برای متخصصان با نتایج تحقیق (فرانک و همکاران، ۲۰۱۵). ارتباطات سازمانی (رونیکا و همکاران، ۲۰۱۴)، در زیر مؤلفه اصلاح فرایندهای کاری و گردش کار با نتایج تحقیق (رونیکا و همکاران، ۲۰۱۴)، در زیر مؤلفه تفکر سیستمی، عملکرد فرایندی با نتایج تحقیقات (الوانی، ۱۳۸۳)، در زیر مؤلفه اصلاح و تجدید طراحی، عارضه یابی سازمانی با نتایج تحقیق (ژاوو، ۲۰۱۶)، در زیر مؤلفه انسجام و انعطاف پذیری ساختاری، تاب آوری ساختاری با نتایج تحقیق (دیتس، ۲۰۱۳) در زیر مؤلفه وجود پاداش های بیمه ای برای متخصصان، رعایت سیستم ارجاع، الزام قرارداد تمامی فوق تخصصان دولتی و خصوصی

مطلب دار، بازنگری در شیوه اداره سازمان و کاهش هزینه‌ها، بازنگری بسته خدمتی، اخذ حق بیمه از متمکین، اجرای گاید لاین های درمانی و بازنگری در طرح بیمه همگانی با نتایج تحقیق (ماکای، ۲۰۱۴)، در زیر مؤلفه در اختیار گرفتن یارانه سلامت جهت کاهش پرداخت از جیب، اجرای نظام ارجاع، بازنگری کتاب ارزش نسبی، الزامات مرتبط با مؤسسات بیمه‌گزار و استفاده از فناوری های اطلاعاتی با نتایج تحقیق (لین، ۲۰۱۷)، در زیر مؤلفه ارتباطات غیررسمی، روشن بودن نقش‌ها و وظایف کاری، دسترسی به اطلاعات، تحقیق و توسعه با نتایج تحقیق (لی، ۲۰۱۲)، در زیر مؤلفه سلامت محور نمودن مراقبت‌های ارائه شده، تخصصی نمودن مدیریت، بهبود کمیت و کیفیت نظارت‌های اعمال شده و اصلاح ساختار کارشناسی سازمان‌های بیمه‌گر و مدیریت هزینه ها و قوانین شفاف مالی برای بیمه شدگان با نتایج تحقیق (سان، ۲۰۱۶)، در زیر مؤلفه استعدادیابی، منش رفتاری و اخلاقی، رهبری مشارکتی، خود ارزیابی، تیم‌های دارای عملکرد با نتایج تحقیق (بیک، ۲۰۱۴)، در زیر مؤلفه اصلاح فرآیندهای سازمانی، تقویت اطلاع‌رسانی، خرید راهبردی خدمات سلامت، افزایش پوشش جمعیتی و کاهش فرانشیز بستری با نتایج تحقیق (طیبی و همکاران، ۱۳۸۸)، در زیر مؤلفه میزان رقابت‌پذیری، تغییرات محیطی، جهانی شدن با نتایج تحقیق (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۳)، در زیر مؤلفه استقرار فناوری و نیاز سنجی بازار، تأمین مناسب منابع با نتایج تحقیق (ژونگ، ۲۰۱۶)، در زیر مؤلفه ارزیابی عملکرد، برنامه‌ریزی آموزشی، تمرکز بر عملیات روزانه، افزایش خلاقیت و مسئولیت‌پذیری و اعضای شایسته و هم افزایی با نتایج تحقیق (لنتز، ۲۰۱۳)، در زیر مؤلفه میزان رقابت‌پذیری، تغییرات محیطی، جهانی شدن با نتایج تحقیق (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۸۳)، در زیر مؤلفه اخلاق کاری، پیشنهادات و انتقادات فردی با نتایج تحقیق (می‌انداری و همکاران، ۱۳۹۲)، در زیر مؤلفه با نتایج تحقیق (نوریانی و همکاران، ۲۰۱۴)، در زیر مؤلفه اجرای گاید لاین‌های درمانی با نتایج تحقیق (آرنون، ۲۰۱۱)، در زیر مؤلفه خود کنترلی، ایجاد انگیزه با نتایج تحقیق (گاوا، ۲۰۱۴)، در زیر مؤلفه تحقیقات مدیریت ارائه خدمات سلامت، آینده پژوهی در سلامت و بهبود مقبولیت پرونده الکترونیک و برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت با نتایج تحقیق (طیبی و همکاران، ۱۳۸۸)، در زیر مؤلفه شرایط اقتصادی با نتایج تحقیق (انصاری و محمدی، ۱۳۸۳)، در زیر مؤلفه تجمیع منابع مالی سلامت، تأمین پوشش کامل بیمه سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی، تشکیل امور مراکز طرف قرارداد و تشکیل پرونده سلامت با نتایج تحقیق (ژونگ، ۲۰۱۶) و در زیر مؤلفه پاسخگویی سریع و مناسب سازمان و خلق ارزش برای مشتریان، نوآوری با نتایج تحقیق (هونداز، ۲۰۱۲) همسو بوده و همخوانی دارند که هر یک از پژوهشگران فوق زیر مؤلفه‌های مورد نظر را بر روی ارائه مدل اجرایی یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه سلامت مؤثر دانسته‌اند که در پژوهش حاضر نیز مورد تأیید قرار گرفتند. یا توجه به یافته‌های تحقیق پیشنهادات زیر ارایه می‌گردند:

۱. حفظ ساختار بیمه‌ای چند تکه موجود با ایجاد یکپارچگی و ادغام در سیاست‌های سازمان های مختلف. تعیین نرخ حق بیمه و می‌زان مشارکت یکسان برای سازمان‌های مختلف و تعیین بسته‌های خدمتی یکسان برای بیمه شده‌ها.
۲. کاهش تقسیم‌بندی با ادغام صندوق‌های خیریه منحصر به فرد با هم و ایجاد صندوق‌های بزرگ بیمه زیر نظر سازمان‌های موجود. با این کار ناعدالتی موجود در بین سازمان‌های بیمه‌ای بزرگتر و کوچکتر از بین می‌رود و تأثیر سو آن‌ها در بازار سلامت نیز کاهش یافته و امکان اتحاد و افزایش قدرت چانه زنی آن‌ها افزایش می‌یابد.
۳. ایجاد یک نظام چند لایه که در دو حوزه سلامت و تأمین آتیه تأمین اجتماعی همبستگی ایجاد کند و یک نهاد وضع کننده مقررات ذیل ساختاری که هه لی نفعان در آن باشند. یعنی چیزی مثل بانک مرکزی و شعب بانک‌ها.
۴. اجرای نظام ارجاع و استفاده از گایدلاین‌های بالینی یکی دیگر از راهکارهای پیشنهادی توسط افراد شرکت کننده می‌باشند. استفاده از این ابزارها می‌تواند منجر به کاهش ارائه مراقبت‌های غیرضروری، افزایش کارآمدی بالینی و کنترل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت شود که با توجه به افزایش هزینه‌ها در سال‌های اخیر می‌تواند رویکرد مناسبی برای کنترل هزینه‌های سازمان‌های بیمه‌گر باشد.
۵. بازتعریف بسته خدمات پایه سلامت جهت ایجاد وحدت رویه و یکسان‌سازی بسته خدمات و تعهدات بیمه‌های درمانی سازمان های بیمه‌گر به عنوان یکی از اقدامات اساسی در سطح کل نظام سلامت است و در صورت اجرای صحیح می‌تواند باعث رفع بسیاری از چالش‌های سازمان‌های بیمه‌گر از جمله سازمان بیمه سلامت شود و باعث ارتقای کمی و کیفی نظام بیمه سلامت

- در کشور شود. بنابراین تعیین متولی مناسب و مشخص برای تدوین بسته خدمتی و همچنین یکسان نمودن ضوابط مربوط به پوشش بیمه‌ای ضروری می‌باشد.
۶. خود سازمان بیمه سلامت می‌تواند با بازنگری بسته خدمتی در راستای تحقق نیازهای سلامتی جامعه و در عین حال کاهش هزینه‌های سلامت اقدام نماید که در صورت اجرای خرید راهبردی می‌تواند نقش سازنده‌ای داشته باشد.
۷. یکی دیگر از راهکارهای پیشنهادی توسط صاحب‌نظران این حوزه، تقویت مشارکت سازمان‌های بیمه‌گر از جمله سازمان بیمه سلامت در اعتباربخشی مراکز درمانی می‌باشد.
۸. با توجه به اینکه سازمان بیمه سلامت زیرمجموعه وزارت بهداشت است و وزارت بهداشت به عنوان بزرگترین ارائه‌کننده خدمت مسئولیت اصلی اعتباربخشی مراکز درمانی را برعهده دارد، اجرای این راهکار می‌تواند سؤال‌های متعددی را بویژه به دلیل وجود تضاد منافع بین ارائه خدمت و اعتباربخشی مراکز درمانی مطرح نماید.
۹. بیمه‌های درمانی در ایران سلامت نگر نیستند و به میزان کافی نسبت به ایجاد هزینه‌های غیرضروری توسط ارائه‌کننده و گیرنده خدمت حساس نیستند در پوشش بیمه‌ای خدمات از شواهد مانند شواهد حاصل از ارزیابی‌های فناوری سلامت استفاده کافی نمی‌شود و اشکالات فراوان در فرآیندهای بیمه‌گری و رسیدگی به اسناد پزشکی وجود دارد. همچنین ناهمگونی در سیاست‌ها و عملکرد بین سازمان‌های بیمه پایه در بسته مورد تعهد به چشم می‌خورد. با توجه به اینکه منافع بیمه (به عنوان خریدار خدمت) در عدم پرداخت خسارت بر اثر بیماری‌هاست، لذا برخلاف بخش ارائه خدمت که از بیمار شدن افراد نفع می‌برد، انگیزه کافی برای حفظ سلامتی و پیشگیری از بیمار شدن افراد را دارد تا با صرفه‌جویی در هزینه‌ها نفع بیشتری ببرد.
۱۰. کاهش هزینه‌ها از طریق برون سپاری خدمات، یکی از راهکارهای پیش رو در همه سازمان‌هاست، اما تاکنون تجربه مشخص اندازه‌گیری شده‌ای مبنی بر اینکه آیا برونسپاری در سازمان‌های دولتی ایران با حفظ ساختار دولتی و با حفظ کیفیت و کمیت خدمات، کاهش یافته است یا نه وجود ندارد. اغلب برون سپاری‌ها شکلی است و احساس می‌شود موجب کاهش هزینه نشده است. لذا پیشنهاد میشود که چنانچه برای کاهش هزینه‌ها راهکار برونسپاری خدمات بیمه‌ای مد نظر باشد باید روشهای اندازه‌گیری اثربخشی هر برونسپاری نیز تدوین و ابزار مناسب برای پایش آن در دسترس قرار داشته باشد. در غیر این صورت نه تنها ممکن است موجب کاهش هزینه نشود بلکه ممکن است افزایش هزینه‌ها را نیز در برداشته باشد.
- در اجرای فعالیتهای پژوهشی همواره محدودیتهایی هست که بر نتایج پژوهش تأثیر گذارند و از اعتماد کردن و تعمیم‌پذیری آن می‌کاهد. این پژوهش نیز از این چنین محدودیتهایی دور نبوده است. جامعه آماری پژوهش به کشورهای منتخب مورد بررسی محدود بود. داده‌های این پژوهش در محیط شرکت‌های بیمه از طریق تکمیل پرسشنامه گردآوری شده‌اند و لذا ممکن است پاسخ دهندگان در زمان تکمیل پرسشنامه متأثر از محیط سازمان قرار گرفته باشند. همچنین با توجه به اهمیت موضوع به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا تأثیر ابعاد دیگری از یکپارچه‌سازی بیمه‌های سلامت بر اساس مدل‌های بیمه‌ای صاحب‌نظران دیگر را بر روی بهبود خدمات بیمه‌های سلامت بررسی کنند. و استفاده از بانک اطلاعاتی سایر کشورها جهت مطالعه تطبیقی مانند: آمریکا، انگلیس و می‌توانند به بهبود مدل کمک نماید.

منابع

۴۸. رحمانی، سارا؛ شریف‌الاسلامی، سیدجواد؛ راحمی، مجید؛ محلوچیان، محسن. (۱۳۹۳). مطالعه تطبیقی بیمه درمانی در ایران و ایالات متحده آمریکا؛ ارائه راهکار. اولین کنفرانس بین‌المللی مدیریت، حسابداری و اقتصاد، بصورت الکترونیکی، موسسه بین‌المللی عالی علوم و فناوری حکیم عرفی شیراز.
۴۹. رحمت‌الهی، حسین؛ میرزایی، ایرج. (۱۳۹۶). بررسی نظام سلامت در حقوق تأمین اجتماعی ایران و آلمان. فصلنامه تخصصی دین و قانون، ۱۵(۱)، ۷۵-۷۹.
۵۰. رومانی، حبیب؛ میرزاخانی، آتوسا. (۱۳۷۹). ضرورت و اهمیت نظارت بر توانگری مالی شرکت‌های بیمه در شرایط آزادسازی. فصلنامه صنعت بیمه، ۵۹(۱۵)، ۷۳-۸۲.

۵۱. رئیس، احمدرضا؛ محمدی، عفت؛ نوحی، مجتبی. (۱۳۹۳). نقاط قابل بهبود و ارایه راهکارهای ارتقای کمی و کیفی بیمه‌های سلامت ایران؛ مطالعه کیفی. مدیریت اطلاعات سلامت، ۱۰(۲)، ۸-۱.
۵۲. زارع، حسین. (۱۳۹۴). ارائه‌ی مدلی برای بیمه‌های سلامت خصوصی در ایران. نشریه طب و تزکیه، ۲۰(۱)، ۲۰-۱.
۵۳. زارعی، محمد. (۱۳۹۵). مطالعه تطبیقی عدالت در تامین مالی در مدل‌های بیمه سلامت. مدیریت بهداشت و درمان، ۷(۴)، ۶۵-۷۳.
۵۴. صدیقی، سمیه؛ حسام، سمیه؛ ملکی، محمدرضا. (۱۳۹۲). مؤلفه‌های موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران. مدیریت بهداشت و درمان، ۴(۱)، ۷-۲۶.
۵۵. کریمی، ایرج. (۱۳۹۴). بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی در دنیا: مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب. طلوع بهداشت، ۱۲(۴)، ۱۳۳-۱۳۴.
۵۶. مشایخ، شهناز. (۱۳۹۳). مقایسه روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در ایران با برخی از کشورهای جهان. دومین همایش ملی رویکردی بر حسابداری، مدیریت و اقتصاد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد فومن و شفت.
۵۷. مظلومی، نادر. (۱۳۸۸). بررسی موانع و به کارگیری سیستم‌های نوین نظارت مالی در ایران. شانزدهمین همایش ملی بیمه و توسعه.
۵۸. مهرالحسینی، حسین. (۱۳۹۵). مروری بر سیاست‌های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران، ۱۲(۵)، ۷۴-۸۴.
۵۹. وفایی، نجار؛ کریمی، ایرج؛ نوازی، محسن. (۱۳۸۶). مطالعه تطبیقی ساختار و محتوای بیمه درمان مکمل در چند کشورهای منتخب و ارائه الگوی برای ایران. نشریه مدیریت سلامت، ۱۰(۲۸)، ۵۷-۶۴.
۶۰. هاشمی، سیدعباس؛ صفری، امیر؛ کمالی دولت‌آبادی، مهدی. (۱۳۸۹). ارزیابی حاشیه توانگری مالی شرکت‌های بیمه در ایران. فصلنامه صنعت بیمه، ۲(۹۸)، ۷۹-۱۲۰.
۶۱. هاشمی، ندا؛ مرزبان، مریم. (۱۳۹۰). مطالعه تطبیقی بیمه خصوصی سلامت در کشورهای منتخب و ارایه پیشنهاد برای ایران. مطالعه تطبیقی بیمه خصوصی سلامت، ۱۶(۳)، ۳۰-۳۸.
62. Agustu.F.(2018). Organization factors and customers motivations effects on insurance companies performance. : Journal of Business Research, Volume 68, Issue 7. Pages 1622–1629.
63. Anderson & et al(2017). Costumer satisfactory and sale increase. International journals of management. Vol.2. page.12.
64. Kaplan & Norton(2016). Evaluating of performance in twelve insurance companies. International journal of insurance. Vol.5- page.4.
65. Wen.M.L(2018). Intellectual capital and performance in the Chinese life insurance industry. : Omega, Volume 42, Issue 1, January 2014, Pages 65–74.
66. Park YT, Yoon JS, Speedie SM, Yoon H, Lee J.(2012) Health Insurance Claim Review Using Information Technologies. Healthc Inform Res.;18(3):215-24.
67. Suphanchaimat R, Putthasri W, Prakongsai P, Mills A(2014). Health insurance for people with citizenship problems in Thailand: a case study of policy implementation within a complex health system. BMC Health Services Research.;14(2):121
68. Ruger, JP, kress, D,(2017). health financing and insurance reform in morocco . Health affaires (project HOPE); 26:1009-16
69. Beck, T. and Webb, I., 2003. Economic, Demographic, and Institutional Determinants of Life Insurance Consumption Across Countries, World Bank Economic Review, 17, pp. 51-88.
70. Beenstock, M., Dickinson, G. and Khajuria, S., 1986. The Determination of Life Premiums: An International Cross-Section Analysis, Mathematics and Economics, 5, pp. 261-270.
71. Black, K.Jr. and Skipper H.D., 2003. Life and Health Insurance, Pearson Education, India.
72. Browne, M.J. and Kim, K., 1993. An International Analysis of Life Insurance Demand, The Journal of Risk and Insurance, 60(4), pp. 616-34.
73. Campbell, R.A., 1980. The Demand for Life Insurance: An Application of the Economics of Uncertainty, The Journal of Finance, 35(5), pp. 1155-72.
74. Chui, A.C.W. and Kwok, C.C.Y., 2009. Cultural Practices and Life Insurance Consumption: An International Analysis; Using Globe Scores, Journal of Multinational Financial Management, 273-90.

75. Chuma, H., 1994. Intended Bequest Motive, Saving and Life Insurance Demand, University of Michigan Press, PP.15-38.
76. Cummins, J.D., 1973. An Econometric Model of the Life Insurance Sector of the U.S. Economy, The Journal of Risk and Insurance, 40(4), pp. 533-54.
77. Fischer, S.A., 1973. life Cycle Model Of Life Insurance Purchases, International Economic Review, 14(1), pp. 132-52.
78. Fortune, P.A., 1973. Theory of Optimal Life Insurance: Development and Test, The Journal of Finance, 28(3), pp. 587-600.
79. Hwang, T. and Gao, S., 2003. The Determinants of Demand for Life Insurance in an Emerging Economy-The case of China, Managerial Finance, 29, pp. 82-96.
80. Hwang, T. and Greenford, B., 2005. An Examination of the Determinants of the Demand for Life Insurance in China, Hong Kong and Taiwan, presented at 2005 ARIA Annual Meeting, insurance, 35 (2), pp. 247-256.
81. Kapfer, J., 2007. Three essays in empirical economics. 2 OctobeViewed 2010. http://www.edoc.ub.uni-muenchen.de/8004/1/kapfer_joy.pdf
82. K Josevski, J., 2011. The Determinants of Life Insurance Demand In Central and Southeastern Europe, International Journal of Economics and Finance, 4(3), pp. 237-247.
83. Lenten, L.J.A. & Rulli, D.N., 2006. A Time-Series Analysis of the Demand for Life Insurance Companies in Australia: An Unobserved Components Approach, Australian Journal of Management, 31(1), 41-66. <http://dx.doi.org/10.1177/031289620603100104>.
84. Lewis, F.D., 1989. Dependants and the demand for life insurance, The American Economic Review, 3 (79), pp. 452-67.
85. Li, D., Moshirian, F., Nguyen, P. and Wee, T., 2007. The Demand for Life Insurance in OECD Countries, The Journal of Risk and Insurance, 74(3), pp. 637-52.
86. Li, M., 2008. Factors influencing household's demand of life insurance, A Thesis Presented to the Faculty of the Graduate School at the University of Missouri-Columbia, In Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree Master of Science
87. Lim, C.C. and Haberman, S., 2004. Macroeconomic Variables And The Demand For Life Insurance in Malaysia, Faculty of Actuarial Science and Statistics, CASS Business School, City University London, pp. 1-21.
88. Rubayah, Y. and Zaidi, I., 2000. Prospek Industri Insurans Hayat Abad Ke-21, Utara Management Review, 1 (2), pp. 69-79.
89. Simona Laura, D., 2014. Life and non-life insurance demand: the different effects of influence factors in emerging countries from Europe and Asia. Economic Research-Ekonomska Istraživanja, 27 (1), 169-180, DOI: 10.1080/1331677X.2014.952112.
90. Su, C.W., Chang, H.L. and Pan, G., 1996. Tests for Causality between Insurance Development and Economic Growth; Using Asymptotic and Panel Bootstrap Distributions. Doctoral Dissertation, University of Nebraska.
91. Subir, S., 2008. An Analysis of Life Insurance Demand Determinants for Selected Asian Economies and India, Madras School of Economics, Gandhi Mandapam Road, Working Paper 36, pp. 1-26. www.mse.ac.in
92. Truett DB, Truett L.J., 1990. The Demand for Life Insurance in Mexico and the United States: A Comparative Study, Journal of Risk and Insurance, 57(2): 321-328.
93. Varian, H.R. (1993). Intermediate microeconomics. (3th ed.). New York, NY: Norton & Company, Inc.
94. Yaari, M., 1965. Uncertain Lifetime, Life Insurance and the Theory of the Consumer, Review of Economic Studies, 32, pp. 137-5