

Design and Validation of a Tool to Measure Universal Health Insurance Coverage in Iran

Sadeghi G¹, Riahi L^{*2}, Nikravan A³, Mirzaei A⁴

1. PhD Candidate, Department of Health Services management, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2. Associate Professor, Department of Health Services management, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

3. Assistant Professor, Department of Health Services management, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

4. Associate Professor, Department of Health care management, Faculty of Health, Tehran Medical Science, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989121131901 , Fax: +9821448694420, E-mail: l.riahi@srbiau.ac.ir

Received: Sep 22, 2022 Accepted: Oct 20, 2022

ABSTRACT

Background & objectives: According to the recommendation of the World Health Organization, health insurance is an effective tool to achieve the global goal of universal health care coverage. The present study was conducted to design and determine a valid and reliable questionnaire to measure universal health insurance coverage in Iran.

Methods: This descriptive-applied study was conducted in 2022. Based on the data obtained from the review and comparative study, an initial questionnaire was prepared based on the balanced scorecard model. Content validity was measured using a panel of 15 experts and content validity ratio (CVR) and content validity index (CVI) for each question. The test-retest method was used in a sample of 30 people to determine the reliability. Data were analyzed using Excel and SPSS 20 software.

Results: Validity assessment was done in two stages. The final questionnaire was approved with a total content validity index score of 0.85 and a content validity ratio of 0.67. The results of Spearman's correlation coefficients for the four dimensions of the questionnaire showed the acceptable reliability of the questionnaire components.

Conclusion: Considering that the designed questionnaire was approved in terms of validity and reliability, it can be a suitable tool for determining the requirements for achieving universal health insurance coverage in Iran.

Keywords: Validity; Reliability; Questionnaire; Universal Coverage; Health Insurance

طراحی و روایی سنجی ابزار دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران

قربان صادقی دابانلو^۱، لیلا ریاحی^{۲*}، انیسه نیک روان^۳، اباسط میرزایی^۴

۱. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 ۲. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 ۳. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 ۴. دانشیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده بهداشت، علوم پزشکی تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۲۱۱۳۱۹۰۱ فکس: ۰۲۱۴۴۸۶۹۴۴۲۰ ایمیل: l.riahi@srbiau.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: به توصیه سازمان بهداشت جهانی بیمه سلامت یک ابزار اثربخش برای دستیابی به هدف جهانی پوشش همگانی مراقبت های سلامتی می باشد. مطالعه حاضر با هدف طراحی و تعیین روایی و پایایی پرسشنامه الزامات دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع توصیفی- کاربردی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. بنا بر داده های به دست آمده از مرحله مطالعه مروری و تطبیقی، نسبت به تهیه پرسشنامه اولیه بر اساس مدل کارت امتیازی متوازن اقدام شد. سنجش روایی محتوا با استفاده از پانل خبرگان ۱۵ نفری و نسبت روایی محتوا (CVR) و شاخص روایی محتوا (CVI) برای هر سوال انجام شد. برای تعیین پایایی ابزار سنجش از روش آزمون- بازآزمون در یک نمونه ۳۰ نفری استفاده شد. تحلیل داده ها با کمک نرم افزار Excel و SPSS-20 انجام گرفت.

یافته ها: سنجش روایی در دو مرحله انجام گرفت. پرسشنامه نهایی با ۳۵ سوال الزامات دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت، با امتیاز کل شاخص روایی محتوایی ۰/۸۵ و نسبت روایی محتوایی برابر با ۰/۶۷ مورد تأیید قرار گرفت. نتایج ضرایب همبستگی اسپیرمن برای ابعاد چهارگانه پرسشنامه نشان از پایایی قابل قبول مولفه های پرسشنامه داشت.

نتیجه گیری: با توجه به این که پرسشنامه طراحی شده، از نظر روایی و پایایی مورد تأیید قرار گرفت، لذا می تواند ابزار مناسبی برای تعیین الزامات دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران باشد.

واژه های کلیدی: روایی، پایایی، پرسشنامه، پوشش همگانی، بیمه سلامت

دریافت: ۱۴۰۱/۶/۳۱ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۲۸

مقدمه

نظام سلامت جهت تامین عادلانه سلامتی برای همه از سال ۲۰۰۵، هنوز پوشش بهداشتی فراگیر در اکثریت کشورها محقق نشده است. گزارش های سازمان بهداشت جهانی نشان می دهد در حال حاضر، حداقل نیمی از مردم جهان خدمات بهداشتی مورد نیاز خود را دریافت نمی کنند. بیش از ۹۳۰ میلیون نفر حداقل

دستیابی به پوشش همگانی سلامت^۱ (UHC) یکی از اهداف اساسی نظام های سلامت تمام کشورها می باشد (۱). در سطح بین المللی با وجود پیشنهاد محور قراردادن پوشش همگانی سلامت در تقویت

^۱ Universal Health Coverage

۱۰ درصد در آمد خانوار خود را برای مراقبت‌های بهداشتی درمانی صرف می‌کنند و هر ساله حدود ۱۰۰ میلیون نفر به دلیل هزینه‌های مستقیم از جیب برای سلامتی، تحت فشار فقر شدید قرار می‌گیرند (۲). در ایران نیز علی‌رغم این که از سال ۱۳۷۳ قانون پوشش همگانی خدمات سلامت در کشور به اجرا در آمده است، متأسفانه دسترسی به پوشش همگانی هنوز حاصل نشده و آمار و ارقام متفاوتی در زمینه افراد تحت پوشش صندوق‌های بیمه‌ای کشور وجود دارد (۱). برای رسیدن به پوشش همگانی دو امکان اصلی وجود دارد. الگوی نخست، همان تأمین مالی نظام سلامت از طریق مالیات عمومی است که به الگوی بوریچ معروف است و الگوی دوم بیمه سلامت اجتماعی است که به الگوی بیسمارک شهرت دارد و در آن عضویت در نظام بیمه‌ای اجباری است (۳). در این میان سازمان جهانی بهداشت بیمه سلامت را به عنوان یک ابزار نویدبخش برای دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته است (۴). در پوشش همگانی تأکید بر مراقبت‌های هزینه اثربخش پیشگیرانه و مداخلات کلیدی سلامت صورت گرفته است. دولت‌ها باید بکوشند با به دست آوردن اطلاعات دقیق جمعیت هدف از طریق نیازسنجی جمعیتی با اولویت جمعیت‌های آسیب‌پذیر و نیازمند، مداخلات مورد نیاز کلیدی سلامت را طراحی و شناسایی کنند. سپس با استفاده از سطح‌بندی دقیق و تعدیل‌شده مراقبت‌های کلیدی پیشگیرانه در نظام سلامت، الزامات پوشش همگانی را اجرایی کنند (۵). در پوشش همگانی که با هدف حفاظت مالی از مردم در مقابل مخاطرات هزینه‌های کمرشکن سلامت و همچنین ارائه حداکثری مراقبت‌های مورد نیاز مردم طراحی شده است، یک جزء خیلی مهم نحوه تأمین مالی نظام سلامت است (۵). از دیگر اهداف مهم پوشش همگانی سلامت که توسط خرید راهبردی تحت تأثیر قرار می‌گیرد، توزیع عادلانه منابع بعلاوه بهبود پاسخگویی ارائه‌کنندگان و خریداران به جامعه

است (۶). بیمه سلامت مناسب‌ترین گزینه‌ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازد، بدون آنکه تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی قرار گیرد (۷). بیمه عاملی مهم در گسترش و برقراری عدالت اجتماعی است (۸). در دنیای مدرن بیمه‌ها نقش مهمی در عرصه سلامت ایفا می‌کنند. گزارش‌ها نشان می‌دهد که در کشورهای توسعه یافته پوشش بیمه‌ای خدمات سلامت تا ۹۷ درصد می‌رسد (۹). بنابراین به بیمه‌ها به عنوان سرمایه برای پشتیبانی از نظام سلامت جوامع نگاه می‌شود. معمولاً بیمه‌ها نقش یک سازمان میانجی را در انتقال سرمایه از مصرف‌کننده خدمات سلامت به ارائه‌کننده آن ایفا می‌کنند (۱۰). متأسفانه در ایران، علی‌رغم تلاش و کوشش بسیار و تصویب قوانین متعدد و گسترش انواع بیمه‌های درمانی، تعداد قابل توجهی از مردم کشور فاقد بیمه درمانی بوده و بخش قابل توجهی از هزینه‌های درمانی به‌طور مستقیم از جیب پرداخت می‌گردد و این بدین معنی است که هم دامنه پوشش جمعیتی و هم بسته پوشش خدمات و مراقبت‌های درمانی در کشور نامناسب می‌باشد (۱۱). کیخا و همکاران در مطالعه خود که به شناسایی و اولویت بندی موانع پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت پرداختند، آنها گزارش کردند که هر سه بعد مورد بررسی مطالعه یعنی بعد زمینه‌ای، ساختاری، و محتوایی در ارتباط با بیمه سلامت نیازمند توجه جدی می‌باشند (۱۲). صدیقی و همکاران در پژوهش خود اجباری بودن پوشش جمعیت، ایجاد بانک اطلاعات جامع بیمه‌شدگان، پیش‌رونده بودن تأمین مالی، اجرای کامل طرح پزشکی خانواده، تعریف دقیق بسته خدمات و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه‌شده را بعنوان شش مولفه موثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران معرفی نمودند (۸). محمدی نیز در مطالعه‌ای که به منظور بررسی عوامل موثر بر دوره گذار از پوشش ناکامل به

پوشش همگانی بیمه سلامت انجام داد به پایدار بودن روش تامین منابع مالی سلامت در رسیدن به پوشش همگانی بیمه سلامت تاکید کرد (۱۳). بنا به ضرورت زمان و تأخیر رشد ناشی از توقف در تفکرهای سلیقه‌ای و الزام قانون برنامه سوم، چهارم، پنجم و ششم توسعه جمهوری اسلامی ایران، کشور در حال تحولی بزرگ در نظام بیمه درمانی می‌باشد و این تحول عظیم مسلماً مانند هر تغییر دیگری در نظام بیمه‌ای که هدف آن همگانی کردن باشد، نیازمند یک دیدگاه و بررسی نظام‌مند می‌باشد (۸). این بررسی باید ضمن داشتن آگاهی کافی نسبت به مشکل، راه‌حل‌ها و زیرساخت‌های موجود را بررسی نموده و گزینه‌های لازم را جهت اجرای مناسب در حصول به اهداف کلی ارائه نماید. از این رو لازم است تا معیارهای مناسب، مهم و کاربردی جهت پیاده‌سازی بیمه سلامت در مسیر رسیدن به پوشش همگانی بیمه سلامت شناسایی گردند. برای این امر نیاز به ابزار مناسب جمع‌آوری داده‌های لازم برای مطالعه می‌باشد. از میان ویژگی‌های لازم برای هر نوع ابزار اندازه‌گیری نیز، روایی و پایایی دارای اهمیت ویژه‌ای است و بایستی قبل از بکارگیری ابزار اندازه‌گیری توسط پژوهشگران، طی فرایند روایی سنجی مورد بررسی و تأیید قرار گیرد (۱۴). بنابراین مطالعه حاضر با هدف طراحی و تعیین روایی و پایایی پرسشنامه محقق ساخته الزامات دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع توصیفی- کاربردی بود که در سال ۱۴۰۱ انجام شد. بنا بر داده‌های به‌دست آمده از مرحله مطالعه مروری و تطبیقی، نسبت به تهیه پرسشنامه اولیه اقدام شد. در طراحی پرسشنامه از مدل کارت امتیازی متوازن^۱ استفاده شد. در کارت امتیازی متوازن، اهداف و شاخص‌های عملکردی در

چهار منظر فرایندهای داخلی، مالی، رشد و یادگیری، و مشتری دسته‌بندی می‌گردد. این مدل می‌تواند به سازمان‌ها در جهت پیاده‌سازی استراتژی و اطمینان از اجرای بدون انحراف آن کمک شایانی نماید (۱۵،۱۶). پرسشنامه طراحی شده در این مرحله متشکل از ۴ سؤال دموگرافیک (محل اشتغال، سن، جنس، میزان تحصیلات)، و ۳۴ گویه مربوط به الزامات پیاده‌سازی پوشش همگانی بیمه سلامت در کشور بر اساس ۴ بعد کارت امتیازی متوازن شامل ۱۲ گویه مربوط به بعد فرایندهای داخلی، ۸ گویه بعد مالی، ۸ گویه بعد رشد و یادگیری و ۶ گویه مربوط به بعد مشتری بود. جامعه پژوهش برای سنجش روایی پرسشنامه متخصصین رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت و نیز مسئولین و کارشناسان خبره بیمه سلامت بودند. از آنجا که داشتن دانش تخصصی در زمینه بیمه سلامت و نیز تمایل اعضای پانل برای شرکت در پژوهش از معیارهای ورود به مطالعه بود، بنابراین در هر زمانی امکان انصراف از ادامه همکاری برای ایشان فراهم بود. نمونه انتخاب شده برای تعیین روایی پرسشنامه شامل ۱۵ نفر به شرح جدول ۱ بود.

بررسی روایی پرسشنامه

به منظور تعیین روایی محتوای روش‌های پیشنهادی چادویک و همکاران (۱۷) و لاوشه (۱۸) استفاده شد. بنابراین، سنجش روایی محتوایی با استفاده از پانل خبرگان انجام و نسبت روایی محتوایی^۲ (CVR) و شاخص روایی محتوایی^۳ (CVI) برای هر سوال محاسبه شد. به گونه‌ای که برای تعیین ضریب نسبت روایی محتوایی (CVR) یک‌یک سوالات پرسشنامه به صورت تفکیک شده در جداولی که برای این منظور در طیف سه قسمتی «ضروری است»، «مفید است ولی ضرورتی ندارد» و «ضروری نیست» درجه‌بندی گردیده بود قرار گرفت. همچنین جهت تعیین ضریب شاخص

^۲ Content Validity Ratio

^۳ Content Validity Index

^۱ Balanced Score Card (BSC)

بررسی تکرارپذیری یا پایایی پرسشنامه

به منظور تعیین پایایی (تکرارپذیری) ابزار سنجش از روش آزمون-بازآزمون^۱ استفاده شد (۲۰،۲۱). بدین ترتیب که پرسشنامه روایی سنجی شده شامل دو بخش حاوی ۴ سؤال دموگرافیک (محل اشتغال، سن، جنس، میزان تحصیلات) و ۳۵ سؤال با مقیاس لیکرت ۵ گزینه‌ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم به ترتیب با امتیاز ۵ الی ۱ امتیاز) در دو نوبت به فاصله ده روز بین یک نمونه ۳۰ نفری از جامعه مورد پژوهش شامل مجریان برنامه در وزارت بهداشت، سازمان بیمه، افراد صاحب نظر دانشگاهی اعم از کارشناسان خبره در حوزه ستادی، استانی، شهرستانی و کارشناسان درگیر در برنامه پوشش همگانی بیمه سلامت که بیش از ۵ سال سابقه و اشتغال عملی داشتند، توزیع و جمع‌آوری گردید. آنگاه همبستگی بین نمره مرتبه اول و دوم پرسشنامه با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن^۲ محاسبه گردید. قابل قبول‌ترین آزمون جهت تعیین ثبات (آزمون پایایی) آزمون شاخص همبستگی درون خوشه‌ای^۳ است. چنانچه این شاخص بالاتر از ۰/۸ باشد میزان ثبات مطلوب است (۲۰). تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های آماری میانگین، انحراف معیار، درصد فراوانی و ضریب همبستگی و با کمک نرم افزار Excel و SPSS-20 انجام گرفت.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1400.249 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات می‌باشد. در کلیه مراحل پژوهش ضمن بیان اهداف مطالعه رضایت مشارکت‌کنندگان در مطالعه اخذ گردید.

روایی محتوا (CVI) سه معیار (ساده و روان بودن، مربوط یا اختصاصی بودن و واضح یا شفاف بودن) به صورت مجزا در طیف لیکرتی ۴ قسمتی برای هر سؤال مدنظر قرار گرفت. پرسشنامه‌ها به صورت حضوری یا از طریق ایمیل در اختیار پانل متخصصین قرار داده شد و از آن‌ها خواسته شد تا نظرات خود را درباره هر آیتم در مقایسه قضاوتی که تعیین شده بود لحاظ نمایند. همچنین از اعضا خواسته شد تا در مورد سوالات و ابعاد پرسشنامه نظرات اصلاحی خود را ارائه نمایند تا امکان افزودن سوالات دیگر فراهم شود. پرسشنامه‌ها طی دو دوره پانل تخصصی در اختیار متخصصین قرار گرفت. پس از جمع‌آوری نظرات متخصصان مشارکت‌کننده در این بخش، با استفاده از رابطه زیر، نسبت روایی محتوا برای هر سؤال تعیین گردید:

$$CVR = \frac{n_E - N/2}{N/2}$$

که در فرمول بالا n_E تعداد افراد خبره‌ای است که در پاسخ به سوالات پرسشنامه، گزینه «ضروری است» را انتخاب نموده‌اند و N تعداد کل افراد خبره‌ای است که در مطالعه حاضر تعداد ۱۵ نفر بودند. مقدار CVR محاسبه شده برای هر آیتم بر اساس جدول لاوشه برای ۱۵ نفر باید حداقل مساوی یا بیشتر از ۰/۴۹ باشد (۱۸).

همچنین امتیاز شاخص روایی محتوایی برای هر سؤال، بوسیله تقسیم تعداد متخصصان موافق با عبارت دارای رتبه ۳ و ۴ (کاملاً مرتبط یا خیلی مرتبط، کاملاً واضح یا واضح، کاملاً ساده یا ساده) بر تعداد کل متخصصان مطابق با فرمول زیر محاسبه شد:

$$CVI = \frac{\text{تعداد متخصصینی که به گویه نمره ۳ و ۴ داده اند}}{\text{تعداد کل متخصصین}}$$

مقادیر شاخص روایی محتوا برای سوال‌هایی که بیشتر از ۰/۷۹ بود مورد تأیید قرار گرفت (۱۹).

¹ Test-Retest

² Spearman

³ Interclass Correlation Coefficient

جدول ۱. مشخصات اعضای پانل سنجش روایی پرسشنامه

عنوان	تعداد
اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی در رشته‌های مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، اقتصاد و سیاستگذاری سلامت	۵
مسئولین ارشد مرتبط با موضوع بیمه در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی	۴
سازمان بیمه سلامت	۳
سازمان تامین اجتماعی	۳
تعداد کل	۱۵

یافته‌ها

گردید. پس از اعمال اصلاحات مد نظر افراد پانل، سوالات مجدداً برای سنجش روایی در اختیار ایشان قرار گرفت. در نهایت پرسشنامه اصلاح شده با ۴ سوال مربوط به مشخصات دموگرافیک و ۳۵ سوال شامل ۱۲ سوال در بعد فرایندهای داخلی، ۱۰ سوال در بعد مالی، ۶ سوال در بعد رشد و یادگیری و ۷ سوال در بعد مشتری، با امتیاز کل شاخص روایی محتوایی ۰/۸۵ و نسبت روایی محتوایی برابر با ۰/۶۷ به شرح جدول ۲، در این مرحله مورد تأیید قرار گرفت.

با توجه به اینکه در مرحله تعیین نسبت روایی محتوا تمامی ۳۴ سوال طراحی شده مقادیر بالای ۰/۴۹ را کسب نمودند هیچ سوالی از پرسشنامه حذف نگردید. در مرحله تعیین شاخص روایی محتوا ۸ سوال مقادیر پایین‌تری از ۰/۷۹ را کسب نمودند که با توجه به نظرات متخصصان مورد اصلاح قرار گرفتند. ۲ سوال نیز از بعد رشد و یادگیری به بعد مالی جابجا گردید. همچنین با پیشنهاد متخصصان مشارکت‌کننده در این مرحله، یک سوال نیز به بعد مشتری پرسشنامه اضافه

جدول ۲. نتایج بررسی نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا برای سوالات پرسشنامه

CVI	CVR	گویه‌های پرسشنامه
		بعد فرایندهای داخلی
۰/۹۱	۰/۶۰	۱- تعهد سیاسی دولت، تصویب قوانین ملی سلامت و بیمه و نهادینه کردن آن‌ها در همه سیاستگذاری‌ها جزء اولین گام‌ها در مسیر اجرای پوشش همگانی بیمه سلامت می‌باشد.
۰/۹۳	۰/۷۳	۲- مشخص نمودن متولی / متولیان نظام سلامت از مسائل مهم سیاستگذاری بیمه سلامت می‌باشد.
۰/۸۹	۰/۶۰	۳- مشخص نمودن متولی / متولیان نظام بیمه سلامت از مسائل مهم سیاستگذاری بیمه سلامت می‌باشد.
۰/۸۷	۰/۶۰	۴- اجباری بودن عضویت (عضویت همگانی) در صندوق‌ها/ طرح‌های بیمه از الزامات پوشش فراگیر بیمه سلامت می‌باشد.
۰/۸۰	۰/۶۰	۵- استفاده از رویکرد پوشش تدریجی جمعیت بصورت مرحله ای متناسب با ظرفیت زیرساختی کشور به منظور افزایش قابلیت امکان پذیری در اجرا (حرکت از کارکنان و کارگران بخش رسمی به کارگران شرکت‌های کوچک و افراد تبعه آن‌ها)، روش مناسبی برای پوشش همگانی گروه‌های مختلف جمعیت می‌باشد.
۰/۸۰	۰/۶۰	۶- استفاده از صندوق‌های بیمه ای چندگانه روش مناسبی برای پوشش همگانی گروه‌های مختلف جمعیت می‌باشد.
۰/۸۲	۰/۷۳	۷- گسترش پوشش بیمه سلامت برای افراد مهاجر، کارگران موقت خارجی، پناهندگان بدون تابعیت و ... روشی مناسب برای دستیابی به پوشش فراگیر بیمه می‌باشد.
۰/۸۴	۰/۶۰	۸- فراهم نمودن پوشش بیمه سلامت برای برخی گروه‌های خاص نظیر فقرا، افراد دارای ناتوانی، پناهندگان، یا موارد مشابه بایستی از محل یارانه‌های دولتی و بصورت رایگان و غیرمشارکتی باشد.
۰/۸۷	۰/۷۳	۹- ایجاد رقابت بین صندوق‌های بیمه/ طرح‌های بهداشتی موجب افزایش کیفیت خدمت رسانی و پاسخگویی می‌گردد.
۰/۸۰	۰/۸۷	۱۰- استفاده از ظرفیت بخش خصوصی/ غیردولتی در ارائه خدمات سلامت نقش موثری در تامین پوشش همگانی و ارتقای کیفیت خدمات دارد.

۰/۷۳	۰/۸۴	۱۱- بیمه سلامت ثانویه / خصوصی داوطلبانه ضمن اینکه می‌تواند نقش تکمیلی در تحت پوشش قرار دادن جمعیت ایفا نماید، منجر به رفع نگرانی افرادی که دغدغه بیشتری در مورد هزینه و کیفیت مراقبت‌ها دارند، می‌شود.
۰/۶۰	۰/۹۱	۱۲- از فعالیت بیمه‌های تخصصی (از قبیل بیمه مراقبت‌های طولانی مدت) در جهت جبران پوشش خدمات خارج از تعهد بیمه پایه می‌توان استفاده نمود.
بعد مالی		
۰/۶۰	۰/۸۹	۱- استفاده از روش‌های تامین مالی مراقبت‌های سلامت (مالیات عمومی، مالیات بر حقوق، مالیات بر درآمد، حق بیمه سلامت و ...) بایستی متناسب با زیرساخت کشور انجام شود.
۰/۶۰	۰/۸۰	۲- استفاده از منابع مختلف درآمدی بابت تامین هزینه‌های سلامت بر حسب جمعیت تحت پوشش هر صندوق به پایداری تامین مالی طرح بیمه همگانی کمک می‌کند. (مالیات عمومی، مالیات بر حقوق، مالیات بر درآمد، حق بیمه‌های بیمه شده، سهم کارفرما، کمک‌های خیریه، پرداخت‌های مشارکتی بیمه شدگان)
۰/۶۰	۰/۸۲	۳- اختصاص درآمد مالیات بر کالاهای زیان آور سلامت (سیگار، مواد غذایی مضر و...) به بیمه سلامت بعنوان بخشی از تامین مالی صندوق‌های بیمه ای به تقویت و پایداری تامین مالی طرح بیمه همگانی کمک می‌کند.
۰/۶۰	۰/۸۴	۴- ایجاد مشارکت سه جانبه (فرد، دولت، کارفرما) و سهم کردن کارفرمایان در حق بیمه‌های پرداختی افراد، به پایداری تامین مالی بیمه کمک می‌کند.
۰/۶۰	۰/۸۴	۵- استفاده از استراتژی تسهیم هزینه سمت عرضه (مشارکت دادن ارائه کنندگان خدمات سلامت در هزینه‌ها از قبیل پرداخت سرانه، پاداش عملکرد بجای پرداخت در ازای خدمت، بودجه ثابت سالیانه با لحاظ سقف پرداخت) از روش‌های موثر کنترل هزینه طرح‌های بیمه‌ای می‌باشد.
۰/۷۳	۰/۹۱	۶- استفاده از استراتژی تسهیم هزینه سمت تقاضا (مشارکت دادن افراد در هزینه و پرداختی توسط بیماران از قبیل Copayment، Deductibles، Coinsurance، Coverage ceilings) از روش‌های موثر در کنترل هزینه طرح‌های بیمه ای می‌باشد.
۱/۰۰	۰/۸۹	۷- استفاده از عملکرد دروازه بانی (Gate keeper) مانند پزشک خانواده و سیستم ارجاع روش موثری در پوشش دادن نیازهای سلامتی جمعیت و کنترل هزینه‌ها می‌باشد.
۰/۷۳	۰/۸۷	۸- معاف نمودن فقرا، نیازمندان و گروه‌های خاص از پرداخت‌های مشارکتی زمان دریافت خدمت، با استفاده از یارانه‌های دولت روشی مناسب برای دستیابی به پوشش فراگیر بیمه سلامت می‌باشد.
۰/۶۰	۰/۸۰	۹- استفاده از خرید راهبردی خدمات سلامت (چه چیزی بخریم؛ برای چه کسی بخریم؛ با چه قیمتی بخریم؛ چگونه بخریم و از چه کسانی بخریم) ازجانب صندوق/ سازمان بیمه باعث می‌شود تا ارائه دهندگان مراقبت سلامت در جهت مهار هزینه‌ها و افزایش کیفیت و بهره وری حرکت نمایند.
۰/۶۰	۰/۸۰	۱۰- ارزیابی فناوری سلامت در خصوص اتخاذ تصمیم برای تحت پوشش بیمه قرار دادن یا ندادن خدمات تشخیصی درمانی به خرید خدمات هزینه اثربخش منجر می‌شود. (انجام تحلیل هزینه اثربخشی، حفاظت مالی، ارزیابی آثار بودجه ای، عدالت، ملاحظات اخلاقی و ... در تصمیم گیری‌ها)
بعد رشد و یادگیری		
۰/۶۰	۰/۸۴	۱- در طرح بیمه همگانی سلامت، طراحی بسته خدمات سلامت با تمرکز بر مراقبت‌های اولیه بایستی صورت گیرد.
۰/۶۰	۰/۸۹	۲- جدایی خریدار (سازمان/ صندوق بیمه گر) و ارائه دهنده خدمات سلامت باعث افزایش کیفیت و کنترل هزینه‌های مراقبت‌های سلامت خواهد شد.
۰/۶۰	۰/۸۷	۳- توسعه نظام اطلاعات سلامت و پایگاه‌های داده ای مدیریتی به منظور کار بر روی داده‌ها برای پایش وضعیت موجود و میزان پیشرفت و موفقیت طرح پوشش همگانی از موارد لازم و ضروری است.
۰/۷۳	۰/۸۴	۴- نظارت از جانب صندوق‌های بیمه سلامت بر ارائه خدمات سلامت در چارچوب راهنماهای بالینی گامی در مسیر تضمین کیفیت خدمات سلامت ارائه شده می‌باشد.
۰/۶۰	۰/۸۰	۵- اعتباربخشی مراکز و افراد ارائه کننده خدمات سلامت و ممیزی‌های پزشکی در نظام بیمه سلامت همگانی می‌تواند گامی در مسیر تضمین کیفیت خدمات سلامت ارائه شده باشد.
۰/۷۳	۰/۸۲	۶- ایجاد زیرساخت‌های الکترونیکی و شبکه سلامت الکترونیک در راستای پرونده الکترونیک سلامت از الزامات پیاده سازی موفق طرح بیمه همگانی سلامت می‌باشد.

بعد مشتری

۰/۸۷	۰/۶۰	۱- آموزش و توانمندسازی مردم در جهت ارتقای سواد بهداشتی و بیمه سلامت از عوامل موثر در موفقیت پوشش همگانی بیمه سلامت خواهد بود.
۰/۸۲	۰/۷۳	۲- اعطای حق انتخاب صندوق‌های بیمه / طرح‌های سلامتی به مشتری (افراد) از جنبه‌های مشتری مداری و موجبات رضایتمندی آن‌ها می‌باشد.
۰/۸۷	۰/۶۰	۳- اعطای حق انتخاب ارائه کننده خدمات سلامت به مشتری (افراد) در چارچوب تعیین شده از جنبه‌های مشتری مداری و موجبات رضایتمندی آن‌ها می‌باشد.
۰/۸۴	۱/۰۰	۴- در نظر گرفتن امکان حرکت اعضا از یک طرح / صندوق به طرح / صندوق دیگر (تغییر طرح / صندوق بیمه) به پویایی طرح بیمه کمک می‌کند.
۰/۸۲	۰/۶۰	۵- ارائه اطلاعات جامع به ذینفعان از جمله مردم (در خصوص بیمارستانها، داروخانه‌ها، نشانی و تعداد پزشکان شاغل، ساعت مشاوره، تجهیزات و امکانات آنها و ...) از جنبه‌های مشتری مداری و موجبات رضایتمندی آن‌ها می‌باشد.
۰/۹۳	۰/۸۷	۶- انجام رضایت سنجی‌های بیماران (مشتریان) در شناسایی انتظارات آن‌ها و سنجش نقاط ضعف و قوت و میزان موفقیت طرح‌های بیمه ای موثر است.
۰/۸۰	۰/۶۳	۷- پاسخگویی اجتماعی و شفافیت در عملکرد صندوق‌ها / طرح‌های بیمه از الزامات موفقیت پوشش همگانی بیمه سلامت می‌باشد.

نشده است (۲۳) و این در حالی است که سازمان جهانی بهداشت بیمه سلامت را به عنوان راهکاری برای دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته است (۴). اصول حاکم بر بیمه‌های اجتماعی سلامت به گونه‌ای است که عدم رعایت هر کدام از اصول سه‌گانه آن مشتمل بر همبستگی اجتماعی، یارانه متقاطع و اجبار قانونی، ساختار این نوع بیمه را متزلزل کرده و جامعه را از اهداف عدالت اجتماعی دور می‌سازد (۲۴). بنابراین ضروری است که در طراحی و پیش‌بینی الزامات لازم برای استقرار بیمه همگانی سلامت در کشور، کلیه جوانب امر سنجیده شده و نگاه سیستماتیک به موضوع داشته باشیم. از آنجا که شناسایی معیارهای مناسب برای اجرای بیمه سلامت در راستای رسیدن به پوشش همگانی بیمه نیازمند یک ابزار مناسب برای جمع‌آوری داده‌های لازم می‌باشد هدف مطالعه حاضر سنجش روایی پرسشنامه محقق ساخته بود. شبانکاره و همکاران که در مطالعه خود به بررسی میزان سنجش روایی در مقالات چاپ شده پرداخته بودند با بررسی ۱۷۶۳ عنوان از مقالات پژوهشی، گزارش کردند که تنها در ۳۲/۳۸ درصد از مقالات مورد بررسی روش تعیین روایی ابزار ذکر شده بود و در ۳۶/۸۷ درصد

نتایج مربوط به بررسی میزان پایایی پرسشنامه همبستگی درون خوشه‌ای مناسبی را برای ابعاد چهارگانه پرسشنامه نشان داد. بگونه ای که بر اساس جدول ۳، ضریب همبستگی برای ابعاد مختلف پرسشنامه عبارت بود از:

جدول ۳. ضریب همبستگی ابعاد مختلف پرسشنامه

ابعاد پرسشنامه	ضریب همبستگی اسپیرمن
بعد فرایندهای داخلی	۰/۸۷۴
بعد مالی	۰/۸۵۳
بعد رشد و یادگیری	۰/۸۲۳
بعد مشتری	۰/۸۲۷

بیشترین همبستگی مربوط به بعد فرایندهای داخلی ($r = 0.874$) و کمترین همبستگی مربوط به بعد رشد و یادگیری ($r = 0.823$) بود. با توجه به بالاتر بودن میزان همبستگی از ۰/۸ پایایی پرسشنامه نیز مورد تأیید قرار گرفت.

بحث

نظام‌های سلامت در سراسر جهان در حال حرکت به سمت پوشش همگانی هستند (۲۲). علی‌رغم تلاش‌های گوناگون کشورهای در حال توسعه در این زمینه، هنوز پوشش بهداشتی فراگیر در این کشورها محقق

از مقالات مورد بررسی آن‌ها هیچ اشاره‌ای به تعیین روایی ابزار نشده بود. در ۴/۳۱ درصد از مقالات، نویسندگان بیان کرده بودند که روایی ابزار در مطالعات پیشین تأیید شده و بنابراین، خود به تعیین روایی ابزار نپرداخته بودند. در ۳۲/۲۲ درصد مقالات بدون اشاره به روش و فرایند تعیین روایی، تنها به بیان این نکته که روایی ابزار تأیید شده است، اکتفا شده بود. همچنین از نظر روش‌های مورد استفاده جهت سنجش روایی ابزار نیز بیشترین فراوانی مربوط به روش روایی محتوایی با ۲۰/۳۰ درصد بود. بعد از آن به ترتیب روش روایی صوری، روش روایی معیار و روش روایی سازه با ۱۶/۶۶، ۱۷/۰ و ۵/۲۶ درصد مورد استفاده پژوهشگران قرار گرفته بود (۲۵). در مطالعه حاضر با توجه به ضرورت انجام فرایند تعیین روایی، از روش روایی محتوا استفاده گردید. البته باید دقت کرد که ساده‌ترین روش علمی برای بررسی روایی ابزارهای اندازه‌گیری، ارزیابی صوری است که گاهی با روایی محتوا اشتباه گرفته می‌شود. این در حالی است که روایی محتوا یک مفهوم آماری است، ولی روایی صوری بر اساس قضاوت شخصی است (۲۶). علیرغم اهمیت روایی صوری در ارزیابی ابزار، بسیاری از پژوهشگران روایی صوری را به عنوان نوعی از سنجش روایی نمی‌پذیرند (۲۷). گویه‌های پرسشنامه مورد بررسی در این پژوهش از طریق بررسی مقالات، گزارش‌ها و مطالعات موجود و انجام مطالعه تطبیقی طراحی شده بود. جهت تعیین اعتبار محتوای پرسشنامه چنانچه متداول است در بیشتر مطالعات (۲۵، ۲۸-۳۰) از پانل متخصصین استفاده می‌شود. در مطالعه حاضر نیز از یک پانل تخصصی ۱۵ نفره به منظور کسب اطمینان از مناسب بودن پرسشنامه طراحی شده بهره گرفته شد. نتایج حاصل از این پژوهش، بیانگر روایی مناسب و پایایی مطلوب ابزار طراحی شده بود، به گونه‌ای که نسبت روایی محتوا (CVR) برای پرسشنامه برابر با ۰/۶۷ و شاخص روایی محتوا (CVI) برابر با ۰/۸۵ به دست آمد. در

بین ۳۵ سوال نهایی شده در ابعاد چهارگانه پرسشنامه بیشترین میزان CVR برابر با یک و کمترین میزان آن ۰/۶۰ بود که در قیاس با حداقل مقدار نسبت روایی محتوایی پیشنهادی لوشه (۱۸) برای یک پانل خبرگان ۱۵ عضوی (که برابر با ۰/۴۹ است) میزان مناسبی می‌باشد. از نظر شاخص روایی محتوا نیز بیشترین میزان برابر با ۰/۹۳ و کمترین میزان برابر با ۰/۸۰ بود که در قیاس با میزان قابل قبول این شاخص (۰/۷۹) (۱۹) میزان مطلوبی محسوب می‌شود. این نتایج می‌تواند حاکی از این باشد که تمام گزینه‌های این پرسشنامه به خوبی طراحی شده است. در بحث سنجش پایایی پرسشنامه نیز بر اساس نتایج آزمون همبستگی اسپیرمن بعد فرایندهای داخلی با ضریب همبستگی ۰/۸۷۴، جزء اولین مؤلفه‌های تأثیرگذار پرسشنامه دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت شناسایی شد. ضمن اینکه سه بعد دیگر پرسشنامه نیز ضرایب همبستگی قابل قبولی را کسب نمودند. سنجش‌های بعد فرایندهای داخلی در مدل کارت امتیازی متوازن برگرفته از عواملی هستند که بیشترین تأثیر را بر اجرا، زمان، کیفیت، و بهره‌وری دارند. سنجش‌های بعد مالی نیز ناظر بر مسائل مالی، عملکرد مالی، میزان و نحوه استفاده از منابع مالی مورد استفاده هستند. بعد رشد و یادگیری عملکرد را از دید سرمایه انسانی، تکنولوژی، فرهنگ، زیرساخت‌ها و دیگر مواردی که باعث تغییر در اجرا می‌شوند را مورد ارزیابی قرار می‌دهد و در نهایت بعد مشتری به ما می‌گوید که مشتریان از ما چه انتظاراتی دارند؟ برای انتخاب سنجش‌های مربوط به منظر مشتری، باید به دو سؤال حیاتی پاسخ داد: اول اینکه چه کسانی مشتری هدف ما هستند؟ دوم اینکه ارزش‌های پیشنهادی ما برای آنان چیست؟ (۳۱). عواملی نظیر تعهد سیاسی دولت، تصویب قوانین ملی سلامت و بیمه، نهادینه کردن آن‌ها در همه سیاستگذاری‌ها در کنار مشخص بودن متولی/ متولیان نظام سلامت و نظام بیمه سلامت و همچنین

طراحی شده مطالعه حاضر گنجانده شده است که با توجه به مقادیر روایی و پایایی محاسبه شده برای مولفه‌ها و ابعاد چهارگانه پرسشنامه حاضر می‌توان گفت نشان از جامعیت ابزار طراحی شده دارد.

از آنجا که مطالعه حاضر در حوزه روایی‌سنجی پرسشنامه دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران جزء اولین مطالعات می‌باشد، لذا پژوهشگران در مقایسه نتایج آن با مطالعات مشابه با محدودیت‌هایی مواجه بودند.

نتیجه گیری

طراحی ابزار مناسب جمع‌آوری داده‌های لازم برای هر پژوهش و علی‌الخصوص پژوهش‌های کمی، از مهم‌ترین مراحل در فرایند پژوهش می‌باشد؛ چرا که استفاده از ابزار نامناسب منجر به جمع‌آوری اطلاعات و داده‌های نادرست و در نتیجه، تفسیر غیرعلمی یافته‌های پژوهش خواهد شد. نتایج مطالعه حاضر نشان داد کمترین ضریب روایی گزینه‌های این پرسشنامه و کمترین ضریب همبستگی ابعاد چهارگانه آن از حداقل قابل قبول بالاتر است که می‌تواند حاکی از این باشد که تمام گزینه‌های این پرسشنامه به‌خوبی طراحی شده و ابزار مناسبی برای تعیین الزامات دستیابی به پوشش همگانی بیمه سلامت در ایران است.

تشکر و قدر دانی

این مقاله بخشی از رساله مقطع دکترای تخصصی در رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی با کد اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1400.249 مورخ ۱۴۰۰/۷/۶ می‌باشد. نویسندگان قدردان کلیه خبرگان و افرادی هستند که در سنجش روایی و پایایی ابزار طراحی شده برای پژوهش نهایت همکاری را داشتند.

اجباری بودن عضویت در صندوق‌ها/ طرح‌های بیمه و استفاده از رویکرد پوشش تدریجی جمعیت با قرار گرفتن در بعد فرایندهای داخلی پرسشنامه از نخستین الزامات لازم در مسیر حرکت به سمت پوشش همگانی بیمه سلامت می‌باشند. کبیر و همکاران نیز که در مطالعه خود عوامل اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت را مورد بررسی قرار داده بودند، تأکید بر بحث بیمه در قانون اساسی، تعهد بر اجرای قانون، تبیین جایگاه بیمه برای مسئولان کشور را گزارش نمودند. در مطالعه آن‌ها سردرگمی ناشی از ادغام سازمان بیمه سلامت در وزارت بهداشت، تفکیک تولید از ارائه‌کننده خدمت و لزوم ایجاد یک ساختار واحد بیمه از مهمترین عوامل تشکیلاتی اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت عنوان شد (۳۲). یافته‌های مطالعه صدیقی و همکاران، ۶ مولفه اجباری بودن پوشش جمعیت، ایجاد بانک اطلاعات جامع بیمه‌شدگان، پیش‌رونده‌بودن تأمین مالی، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، تعریف دقیق بسته خدمات و نظارت بر کیفیت خدمات ارائه شده را بعنوان مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران گزارش نمودند (۸). موهبتی نیز که به نقد پیکربندی بیمه سلامت در کشورهای در حال توسعه پرداخته است، از دیدگاه محققان (۱۰، ۳۳) راهکار برون‌رفت از نابسامانی‌های نظام‌های بیمه‌ای را منوط به تحقق سه تغییر کلان در ساختار بیمه‌ای کشورها دانسته است: اول ایجاد نظام بیمه‌ای پایه فراگیر برای همه آحاد جامعه؛ دوم ایجاد نظام جامع پایش کیفیت خدمات و یکسان‌سازی تعرفه‌های ارائه‌دهندگان خدمات سلامت؛ و سوم حمایت از گسترش بیمه‌های خصوصی و مکمل درمان در یک بازار آزاد رقابتی (۳۴). اکثر عوامل فوق‌الذکر (گاهی با ادبیاتی دیگر) در بعد فرایندهای داخلی و برخی دیگر نیز در سایر ابعاد پرسشنامه

References

- 1- Nosrat Nejad S, Rashidian A, Jafari N, Mahboob Ahari A. Universal health insurance coverage and reasons for non-health insurance coverage in Iran: Secondary analysis of the national study. *Depiction of Health*. 2009; 2(4):28-35 (in Persian).
- 2- World Health Organization (WHO). *The World Health Report (2013): Research for universal health coverage*. WHO library, Cataloguing in publication data. 2013.
- 3- Naghavi M, Jamshidi H. *Utilization of health services in 1381 in Iran*. Iran: Tandis. 2005 (book in Persian).
- 4- World Health Organization (WHO). *Health system financing: the path to universal coverage*. World health report (2010). Geneva.
- 5- Mehroolhassani MH, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R, et al. A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. *Irje*. 2017; 12: 74-84. (in Persian).
- 6- Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013; 91(8): 602-11.
- 7- Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaeili M. Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. *Journal of health administration*. 2011; 11(44):71-80 (in Persian).
- 8- Seddighi S, Hesam S, Maleki MR. Effective components in the establishment of basic health insurance in Iran. *Health and treatment management*. 2012; 4(1-2): 7-19 (in Persian).
- 9- Van de Ven WP, Schut FT. Universal mandatory health insurance in the Netherlands: a model for the United States? *Health Aff (Millwood)*. 2008; 27(3): 771-81.
- 10- Cutler DM, Zeckhauser RJ. The anatomy of health insurance. In: Culyer AJ, Newhouse JP, editors. *Handbook of health economics*: Elsevier; 2000. p. 563-643.
- 11- Raeisi AR, Mohammadi E, Nuhi M. Significant improvement points and offering strategies to improve the quality and quantity of health insurance in Iran: A qualitative study (short article). *Health information management*. 2013; 10(2): 1-8 (in Persian).
- 12- Kikha A, Sarani M. Identifying and prioritizing obstacles to the implementation of the health insurance system based on the three-pronged theory (case study of Zahedan city). *Insurance research paper*. 2017; 32(4): 105-123 (in Persian).
- 13- Mohamadi E, Raeisi AR, Nuhi M, Goudarzi Z. Investigating the factors affecting the transition period from incomplete coverage to universal health insurance coverage through social health insurance. *The second health economics seminar*. 2012 (in Persian).
- 14- Shakurnia AH, Fakour M, Elhampour H, Taherzadeh M. Evaluation of Validity and Reliability of the Questionnaire of Student Evaluation of Teaching. *Jundishapur Scientific Medical Journal*. 2011; 10(6): 583-593 (in Persian).
- 15- Maltz Alan C, Shenhar Aaron J, Reilly Richard R. Beyond the Balanced Score Card: Refining the Search for Organizational Success Measures. *Long Range Planning*. 2003; 36(2): 187-204.
- 16- Kaplan R S, Norton D P. The balanced score card - measures that drive performance. *Harvard Business Review*. 1992; 70(1): 71-79.
- 17- Chadwick BA, Bahr HM, Albrecht SL. *Social science research methods*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. 1984.
- 18- Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975; 28: 563-575.
- 19- Hassanzadeh Rangi N, Allahyari T, Khosravi Y, Zaeri F, Saremi M. Development of an Occupational Cognitive Failure Questionnaire (OCFQ): evaluation validity and reliability. *Iran Occupational Health*. 2012; 9(1): 29-40 (in Persian).
- 20- Kerlinger F.N. *Foundations of behavioral research*. 1966.
- 21- Haji Maghsoudi M, Naseri N, Noorizadeh SH, Jalayi SH. Evidence of Reliability for Persian version of the "Cumberland Ankle Instability Tool (CAIT)" in Iranian athletes with lateral ankle sprain. *Archive of rehabilitation (Journal of Rehabilitation)*. 2016; 16(4): 304-311 (in Persian).
- 22- Cotlear D, Nagpal S, Smith O, Tandon E, Kertz R. *Going universal: how 24 developing countries are implementing universal health coverage reforms from the bottom up*. 2015. ed. 1. 2020.

- 23- Preker A.S, Carrin G. Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing. World Bank Publications. 2004.
- 24- Hassanzadeh A. Pathology of Health Insurance System in Iran. Iranian Journal of Health Insurance. 2018; 1(3): 50-58 (in Persian).
- 25- Shabankareh Kh, Hamidi A. Validity Assessment in the Knowledge & Information Science Researches. Iranian Journal of Information Processing and Management. 2019; 34(3): 1103- 1124 (in Persian).
- 26- McGoey K. E, Cowan R. J, Rumrill P. P, LaVogue C. Understanding the psychometric properties of reliability and validity in assessment. Work. 2010; 36(1): 105-11.
- 27- DeVon H. A, Block M. E, Moyle-Wright P, Ernst D. M, Hayden S. J, Lazzara D. J, et al. A psychometric toolbox for testing validity and reliability. J Nurs Scholarsh. 2007; 39(2): 155-64.
- 28- Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of Measurement in Health Applied Researches. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015; 13(12): 1153-1170.
- 29- Shokri A, Dabaghi F, Mahmoudi GH. Investigating the Validity and Reliability of the Questionnaire of Modern Health Services Management Model for Middle-aged People. Journal of Health. 2020; 11(4): 541-554 (in Persian).
- 30- Hosseini Z, Ghorbani Z, Ebn Ahmady A. Face and Content Validity and Reliability Assessment of Change Cycle Questionnaire in Smokers. Journal of Mashhad Dental School. 2015; 39(2): 147-154 (in Persian).
- 31- Latifi M, Ashneh M. Pathology of Installation and implementation of balanced scorecard in performance management system in health & insurance organization. Interdisciplinary Studies on Strategic Knowledge. 2017; 1(1): 34-71 (in Persian).
- 32- Kabir MJ, Heidari A, Lotfi M, Hosseini SM, Shojaee A, Keshavarzi A. Factors Affecting the Improvement and Effectiveness of Basic Health Insurance: A Qualitative Study. Hakim Health Sys Res. 2020; 23(2): 179-188 (in Persian).
- 33- Liao CH, Lu N, Tang CH, Chang HC, Huang KC. Assessing the relationship between healthcare market competition and medical care quality under Taiwan's National Health Insurance programme. Eur J Public Health. 2018; 28(6): 1005-1011.
- 34- Mohebati T. Critique of health insurance configuration in developing countries. J Iran Health Insur. 2018; 1((1-2)): 1-2 (in Persian).