

Systematic Relationship Analysis of Health Insurance Integration Benefits in Iran

Majid Akbari¹, Khalil Alimohammadzadeh^{1,2*}, Ali Maher¹, Seyed Mojtaba Hosseini¹, Mohammadkarim Bahadori³

¹ Department of Health Services Management, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Health Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

³ Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

*Corresponding Author: Khalil Alimohammadzadeh, MD, PhD, Associate Professor, Department of Health Services Management, School of Management and Social Sciences, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. Email: dr_khalil_amz@yahoo.com

Received: November 15, 2019

Revised: December 28, 2019

Accepted: February 14, 2020

Online Published: March 11, 2020

Abstract

Introduction: Given the importance of health as a valuable asset and achieving universal health coverage, Enjoyment the benefits of health insurance are essential to achieving health for all. So identifying and analyzing the benefits of integrating health insurance funds can be an effective step in this regard. This study aimed to analyze the Systematic Relationship of Health Insurance Integration Benefits in Iran.

Methods: This descriptive study was conducted on 68 health insurance experts in two stages of systematic identification and analysis of the benefits of health insurance integration in Iran. Data collection tool was a 40-item Likert-type questionnaire in the Delphi phase and a paired comparisons questionnaire in the systematic analysis stage. Delphi phase analysis was performed using SPSS software and one-sample t-test and factor weighting were performed using FUZZY DEMATEL technique using MATLAB software.

Results: In total, 40 benefits were identified for integration of health insurance in Iran, and 29 benefits were accepted through Delphi phase. The results of Systematic Relationship Analysis also showed that the component of Stewardship with coordinates (1.31 and 1.31) as the most influential component and the component of operational processes with coordinates (0.959 and -0.959) as the most influential component.

Conclusion: Considering the importance of the Stewardship component, cost control and improving the efficiency of the health system in the current conditions of the country can be considered through the implementation of infrastructure reforms in the Stewardship. Also, achieving service-based benefits, general population coverage, financing, and operational processes can be achieved through medium-term and long-term plans.

Keywords: Health Insurance, Integration, Iran, Dematel

Citation:

Akbari M, Alimohammadzadeh K, Maher A, Hosseini SM, Bahadori M. Systematic relationship analysis of health insurance integration benefits in Iran. Iran J Health Insur. 2020;2(4):176-183.

تحلیل روابط سیستماتیک مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران

مجید اکبری^۱، خلیل علی محمدزاده^{۱*}، علی ماهر^۱، سیدمجتبی حسینی^۱، محمدکریم بهادری^۲

^۱ گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات سیاست‌گذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

^۳ مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: خلیل علی محمدزاده، دانشیار، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و علوم اجتماعی، واحد تهران شمال، پست الکترونیک: dr_khalil_amz@yahoo.com

دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۲۰

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۱۰/۰۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۲۰

مقدمه

مقدمه: با توجه به اهمیت سلامت به‌عنوان سرمایه‌ای ارزشمند و دستیابی به پوشش همگانی سلامت، برخورداری از مزیت‌های بیمه‌های سلامت لازمه دستیابی به سلامت برای همه است و برهمین اساس شناسایی و تحلیل مزیت‌های تجمیع صندوق‌های بیمه‌های سلامت می‌تواند گامی موثر در این خصوص باشد. مطالعه حاضر با هدف تحلیل روابط سیستماتیک مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران به انجام رسید.

روش بررسی: مطالعه توصیفی حاضر در دو مرحله شناسایی و تحلیل سیستماتیک مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران روی ۶۸ نفر از خبرگان و متخصصان بیمه سلامت انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات در مرحله دلفی، پرسشنامه‌ای ۴۰ سوالی در طیف لیکرت و در مرحله تحلیل سیستماتیک، پرسشنامه مقایسات زوجی بود. تحلیل نتایج فاز دلفی با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمون تی تک نمونه‌ای و وزن‌دهی مزیت‌ها با استفاده از تکنیک دیمتل فازی (FUZZY DEMATEL) و با بهره‌گیری از نرم افزار MATLAB انجام گرفت.

یافته‌ها: در مجموع ۴۰ مزیت برای تجمیع بیمه سلامت در ایران شناسایی شد که با انجام فاز دلفی، ۲۹ مزیت مورد پذیرش قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل روابط سیستماتیک نیز نشان داد مزیت تولید با مختصات (۱/۳۱ و ۱/۳۱) به‌عنوان تأثیرگذارترین و مزیت فرایندهای عملیاتی با مختصات (۰/۹۵۹ - و ۰/۹۵۹) به‌عنوان تأثیرپذیرترین هستند.

نتیجه‌گیری: با توجه به اهمیت مزیت‌های تولید و تأمین مالی و تأثیرگذاری آنها بر روی سایر مزیت‌ها، تمرکز بر تقویت این مزیت‌ها در راستای حرکت به سمت تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای و فراهم‌سازی زیرساخت‌های آن، می‌تواند گام موثری در این خصوص باشد. همچنین دستیابی به مزیت‌های بسته پایه خدمتی، پوشش همگانی جمعیت، تأمین مالی و فرایندهای عملیاتی می‌تواند در قالب برنامه‌های میان‌مدت و بلندمدت محقق شود.

واژگان کلیدی: بیمه سلامت، تجمیع، ایران، تکنیک دیمتل

مقدمه

از پیش به پوشش همگانی سلامت و نقش بیمه‌های اجتماعی و سلامت را افزایش داده است. هدف بیمه اجتماعی سلامت، رسیدن به پوشش همگانی است که دسترسی قطعی به مراقبت‌های سلامت کافی را برای همگان با قیمت قابل پرداخت، ارائه می‌کند [۲].

امروزه مقوله بیمه‌های سلامت به‌عنوان یکی از مسیرهای دستیابی به پوشش همگانی از جمله مباحث مهم در حوزه تأمین مالی سلامت

سلامت، سرمایه‌ای ارزشمند است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهم‌ترین تلاش‌های زندگی روزمره انسان‌ها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامت برای بهره‌مندی انسان‌ها از مواهب الهی امری ضروری است و برهمین اساس، توجه به سلامت و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است [۱]. این امر توجه بیش

پوشش همگانی و کارایی سیستم‌های بیمه‌ای، یکپارچه‌سازی صنعت بیمه سلامت است. پوشش همگانی بیمه سلامت، دسترسی مردم به خدمات درمانی را افزایش و خطر مالی ناشی از مواجهه با بیماری را به حداقل کاهش می‌دهد. اساس و پایه بیمه همگانی بر عدالت و تأمین منابع استوار است، به این مفهوم که مشارکت افراد براساس توانایی پرداخت آنهاست و هزینه‌های درمانی به صورت پیش پرداخت تأمین می‌شود و نه در زمان بیماری و به صورت پرداخت از جیب [۱۴].

هدف از انباشت منابع، کاهش پرداخت از جیب بیماران هنگام استفاده از خدمات سلامت و تضمین محافظت مالی در برابر پرداخت‌های کمرشکن سلامت و عدالت در استفاده از خدمات است [۱۵]. پراکندگی صندوق‌های بیمه سلامت باعث ایجاد سیستمی چندلایه با بسته خدمات ناعادلانه برای جمعیت‌های مختلف می‌شود. خطر دیگر حاصل از چنین پراکندگی، این است که هر یک از صندوق‌ها، بخش‌های مشخصی از جمعیت را تحت پوشش قرار دهند که معمولاً اعضای هر کدام از این گروه‌های جمعیتی از نظر شرایط اقتصادی، اجتماعی، میزان آسیب‌پذیری و نیازهای سلامت به هم شبیه هستند؛ امری که توزیع بارانه‌های متقاطع را میان گروه‌های مختلف جمعیتی محدود می‌کند. چنین وضعیتی برخلاف اصل همبستگی اجتماعی بوده و تبعات منفی زیادی از نظر عدالت در دسترسی به خدمات را به دنبال خواهد داشت [۱۶، ۱۷]. انباشت بزرگ‌تر در سیستم‌های طب ملی یا از طریق بیمه، هم برای مصرف‌کنندگان و هم برای ارائه‌کنندگان مفید است. افرادی که بیمه هستند، تحت پوشش سیستم‌های دولتی قرار دارد که هنگام استفاده از خدمات، هزینه کمتری می‌پردازند. انتظار می‌رود افراد تحت پوشش برنامه‌های انباشت ریسک نسبت به آنهایی که هزینه‌ها را مستقیماً از جیب پرداخت می‌کنند، از خدمات سلامت بیشتری استفاده کرده و پرداخت‌های کمتری را گزارش کنند [۱۵]. در همین راستا به نظر می‌رسد ارائه پوشش همگانی بیمه سلامت امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است که این مهم، در گرو وجود سیستم یکپارچه بیمه‌ای در بخش سلامت است. مطالعه حاضر با هدف تحلیل روابط سیستماتیک مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران به انجام رسید.

روش بررسی

این مطالعه به روش کیفی- کمی و با بهره‌گیری از تکنیک دلفی و پژوهش عملیاتی صورت پذیرفت. محیط پژوهش را سازمان‌های مرتبط با بیمه‌های درمانی اعم از سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، موسسه عالی تأمین اجتماعی و پژوهشکده بیمه، وزارت بهداشت و دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران دربر می‌گرفت. جامعه و نمونه آماری ۶۸ نفر از خبرگان و متخصصان در جایگاه‌های شغلی شورای عالی بیمه، مدیرکل سازمان‌های

محسوب می‌شود و گاهی سیاست‌مداران و دولت‌مردان از اصلاحات در حوزه بیمه‌های سلامت به عنوان وسیله‌ای برای اهداف تبلیغاتی خود استفاده می‌کنند و گاهی به واسطه آن، موفق به پیشبرد اهداف تبلیغاتی خود نیز می‌شوند. در ایران نیز بیمه‌های سلامت در شکوفایی سلامت کشور سهم و نقش انکارناپذیری تا به امروز ایفا کرده‌اند؛ زیرا سازمان‌های بیمه‌گر یکی از تأمین‌کنندگان اصلی منابع درمانی هستند [۳، ۴].

در ایران سازمان‌های موازی زیادی وجود دارد که تمام یا بخشی از فعالیت آنها را بیمه درمانی تشکیل می‌دهد. سازمان‌های بیمه‌ای نظیر سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، کمیته امداد امام خمینی^(۵) و همچنین صندوق‌های وابسته به آنها از جمله صندوق کارکنان دولت، صندوق سایر اقشار، صندوق روستاییان و عشایر، صندوق بیمه درمان ایرانیان و صندوق بیمه سلامت همگانی، عمده‌ترین فعالیت‌های بیمه‌ای کشور را انجام می‌دهند [۵].

طبق اصل ۳۳ قانون اساسی، بر خورداری از تأمین اجتماعی، خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حق همگانی است و دولت وظیفه دارد طبق قوانین خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای کلیه افراد کشور تأمین کند؛ اما با توجه به تغییرات و تحولات بازار سلامت و ایجاد تقاضاهای جدید در این حوزه و همچنین، در راستای سیاست‌های کلی اصل ۴۴ قانون اساسی، بیمه‌های خصوصی نیز به وجود آمده‌اند. علاوه بر آن، کیفیت پایین‌تر خدمات سلامت مراکز درمانی تحت پوشش بیمه‌های پایه و دولتی نسبت به سایر مراکز درمانی خصوصی نیز مزید علت شده است [۶]. با وجود تلاش و کوشش بسیار، تصویب قوانین متعدد و گسترش انواع بیمه‌های درمانی در کشور، متأسفانه تعدادی از مردم کشور فاقد بیمه درمانی بوده و بخش قابل توجهی از هزینه‌های درمانی به طور مستقیم از جیب پرداخت می‌شود و این بدین معناست که هم دامنه پوشش جمعیتی و هم بسته پوشش خدمات و مراقبت‌های درمانی در کشور، نامناسب هستند [۷].

در کشورهایی که صندوق‌های بیمه‌ای رسمی، بزرگ و اجباری وجود دارد، یک راه مناسب برای بهبود و تقویت انباشت خطر و افزایش کارایی و عدالت، ادغام و تجمیع صندوق‌های موجود با هم است [۸]. ادغام صندوق‌های پیش‌پرداخت با هم و در بهترین حالت در یک صندوق در عوض حفظ آنها در صندوق‌های جداگانه در گزارش‌های ۲۰۰۸ و ۲۰۱۰ سازمان جهانی بهداشت مورد تأکید قرار گرفته است [۹، ۱۰]. سطح پراکندگی و بزرگی صندوق‌های انباشت ریسک به عنوان یکی از نگرانی‌های اصلی سازمان جهانی بهداشت در حوزه تأمین مالی سلامت در گزارش‌های سالانه در سال ۱۹۹۹، ۲۰۰۰، ۲۰۰۸ و ۲۰۱۰ مورد تأکید قرار گرفته است [۹-۱۳]. بر همین اساس یکی از راهکارهای اساسی برای

شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش اخذ شد. بلافاصله در همان روز عمل پیاده‌سازی مطالب ضبط شده، انجام شد. مطالب یادداشت شده و همچنین موضوعات کلیدی مهم استخراج شده از هر مصاحبه، به‌طور خلاصه در یک فرم مخصوص، ثبت شد. برای تحلیل یافته‌های کیفی از روش تحلیل چارچوب استفاده شد و در فرایند تحلیل داده‌های کیفی به این روش، مراحل آشنا شدن، شناسایی چارچوب موضوعی، کدگذاری، نمودارسازی و در نهایت، طرح‌ریزی و تفسیر انجام شد.

با جمع‌بندی مزیت‌های به‌دست آمده از تحلیل محتوای متون و پاسخ مصاحبه‌های خبرگان درباره مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران، ۴۰ مزیت استخراج و در ۶ مزیت اصلی دسته‌بندی شدند. به دلیل زیاد بودن تعداد مزیت‌های شناسایی شده و کاهش ورودی‌ها، همچنین تعیین اهمیت ورودی‌ها نسبت به یکدیگر، محدودیت وزنی در مدل اعمال شد. برای انجام این کار از نظرسنجی خبرگان استفاده شد؛ بدین صورت که ۴۰ سوال (هر سوال بیانگر یک خرده‌مقوله) در اختیار نمونه‌ها قرار گرفت. این سوالات براساس طیف ۵ گزینه‌ای لیکرت، از خیلی زیاد تا خیلی کم قید شده است. برای رسیدن به توافق روی مزیت‌های استخراج شده از مراحل قبلی تحقیق، از روش دلفی در یک راند استفاده شد. برای تأیید مزیت‌های حاصل از فاز دلفی، میانگین توافق برابر ۷۵ درصد لحاظ شد و مقدار ۳/۷۵، ملاک آزمون تی قرار گرفت و بر مبنای آن، دو معیار مثبت بودن اختلاف از میانگین و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ به عنوان پذیرش مزیت‌ها قلمداد شد.

برای تحلیل روابط سیستماتیک بین مزیت‌های کلی، از روش دیمتل استفاده شد. بدین منظور پرسشنامه‌ای در قالب مقایسات زوجی تهیه شد. گویه‌های این پرسشنامه مقایسات زوجی شامل مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران بود که خبرگان با مطالعه این مزیت‌ها و مطابقت دادن دوه‌دو آنها با یکدیگر به صورت مقایسه زوجی، در مورد میزان تأثیر آنها بر همدیگر در مقیاس پنج درجه‌ای نمره‌گذاری کردند. پژوهشگر ضمن ارائه توضیحات کافی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، شخصاً پرسشنامه تدوین شده را به صورت حضوری در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار داد. تکنیک دیمتل مبتنی بر گراف‌های جهت‌دار (دی‌گراف‌ها) است که می‌توانند مؤلفه‌های دخیل را به دو گروه علت و معلول تفکیک کنند. این دی‌گراف‌ها، رابطه وابستگی میان عناصر یک سیستم را به تصویر می‌کشند. دی‌گراف علی با ترسیم زوج‌های مرتب $(D_k + R_k, D_k - R_k)$ حاصل می‌شود که در آن محور افقی $(D + R)$ به نام «برتری» با اضافه کردن R_k به D_k و محور عمودی $(D - R)$ به نام «رابطه» با تفریق R_k از D_k ساخته می‌شوند. وقتی مقدار $(D_k - R_k)$ مثبت باشد، آن معیار متعلق به گروه علت است و اگر مقدار $(D_k - R_k)$ منفی باشد، آن معیار متعلق به گروه معلول خواهد بود. از این رو، دی‌گراف‌های علی می‌توانند روابط علی

بیمه درمانی و مدیران کل سابق این سازمان‌ها، معاونان بیمه‌های سلامت و تأمین اجتماعی و اعضای هیئت‌مدیره بیمه سلامت و تأمین اجتماعی بودند که به روش هدفمند، بررسی شدند. معیارهای ورود نمونه‌ها، سابقه اجرایی در زمینه بیمه سلامت، دارا بودن تحصیلات دانشگاهی و تمایل به شرکت در مطالعه بود. در مجموع ۷۶ درصد خبرگان سابقه مدیریتی بالای ۲۰ سال داشتند. ۹۱ درصد خبرگان مرد و ۹ درصد نیز زن بودند. در متغیر سن نیز ۸۲ درصد خبرگان، بالاتر از ۴۰ سال داشتند.

برای شناسایی مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران، ابتدا محقق با مطالعه ادبیات نظری تحقیق و سایر پژوهش‌های این حوزه و در ادامه با مصاحبه خبرگان، اقدام به شناسایی مزیت‌ها کرد. در بررسی ادبیات نظری، تجربه کشورهای دیگر در زمینه جمع‌شدن صندوق‌های درمان و آشنایی با مزایای ادغام صندوق‌ها بررسی شد. به منظور دستیابی به حداکثر منابع مرتبط با موضوع از استراتژی جستجوی گسترده استفاده شد. برای دستیابی به مقالات و منابع الکترونیکی فارسی و انگلیسی مرتبط با موضوع، سایت‌های پایمید، Cochrane Library, Science Direct, web of science, SID, Iran medex, Google Scholar جستجو شدند. همچنین وب‌سایت‌های سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی نیز بررسی شدند. کلیدواژه‌های فارسی مورد جستجو شامل بیمه‌های سلامت، پوشش همگانی، بیمه‌های درمانی، ادغام بیمه‌ها، جمع‌شدن صندوق‌های بیمه‌ای، سازمان بیمه سلامت، انباشت منابع، پیش‌نیازهای ادغام صندوق‌های بیمه‌ای و الزامات تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران، بود. کلیدواژه‌های انگلیسی مورد جستجو نیز social health insurance, universal coverage, health insurance choice, health insurance reform, merging/consolidation/integration of health insurance schemes, merging sick funds, risk pooling بودند. پس از جمع‌آوری مقالات یافت شده، عنوان آنها بررسی و مقالات نامرتب و مقالاتی تکراری از مطالعه حذف شد. سپس خلاصه مقالات باقی‌مانده بررسی و مقالات نامرتب از مطالعه حذف شدند.

در مرحله کیفی نیز به منظور شناسایی مزیت‌های جمع‌بندی بیمه‌ها، ابزار گردآوری، راهنمای مصاحبه کیفی نیمه‌ساختار یافته بود. در این گام که اخذ نظرات و دیدگاه‌های افراد کلیدی در ارتباط با موضوع مورد پژوهش است، از مصاحبه نیمه‌ساختارمند به صورت چهره‌به‌چهره استفاده شد. مصاحبه‌ها در بازه زمانی اردیبهشت تا شهریور ۱۳۹۸ و بعضاً در محل کار افراد انجام شد. پژوهشگر تلاش کرد مصاحبه‌ها در فضای غیررسمی، بدون پیش‌داوری و جهت‌دهی و پرهیز از اظهارنظر درباره درست یا نادرست بودن پاسخ‌ها انجام شود. مصاحبه‌ها بین ۳۰ تا ۴۵ دقیقه به طول انجامید. قبل از شروع مصاحبه ضمن بیان مجدد اهداف پژوهش، رضایت

جدول ۱ | مزایای یکپارچه سازی بیمه سلامت بر اساس نظرات خبرگان در فاز دلفی

حیطه ها	ردیف	مزیت ها	میانگین	مقدار t	سطح معناداری	اختلاف میانگین	وضعیت
تولیت (R1)	۱	پاسخگویی بیمه در قبال نیاز و خواسته های بیمه شده	۳۸۸	۰.۹۴	۰.۳۵۳	۰.۱۳	رد
	۲	کنترل هزینه های سلامت و بهره وری سازمانی	۴۰۳	۲.۰۶	۰.۰۴۳	۰.۲۸	پذیرش
	۳	تمرکز سیاست گذاری و تولید در حوزه بیمه	۴۰۱	۱.۸۱	۰.۰۷۴	۰.۲۶	رد
	۴	برنامه ریزی و هدف گذاری منسجم و واحد	۴۱۶	۳.۲۵	۰.۰۰۲	۰.۴۱	پذیرش
	۵	بهبود قدرت نظارت	۴۱۶	۳.۰۸	۰.۰۰۳	۰.۴۱	پذیرش
	۶	بهبود اسناد پزشکی با یکی شدن خریدار و فروشنده	۳۴۳	-۱.۸۶	۰.۰۶۸	-۰.۳۲	رد
	۷	ایجاد بستر قانونی مناسب برای تعیین بسته خدمات پایه	۴۳۲	۵.۶۵	۰.۰۰۰	۰.۵۷	پذیرش
بسته پایه خدمتی (R2)	۸	ورود خدمات پیشگیری به بسته پایه (ایجاد بسته سلامت محور)	۳۹۴	۱.۳۳	۰.۱۸۷	۰.۱۹	رد
	۹	رفتار یکسان در برخورد با تغییرات بازار و تغییر بسته	۳۹۴	۱.۶۴	۰.۱۰۵	۰.۱۹	رد
	۱۰	توجه به سلامت در بیمه، نه فقط پرداخت هزینه درمان	۳۹۷	۱.۷۸	۰.۰۸۰	۰.۲۲	رد
	۱۱	کاهش تفاوت بین جمعیت ها از نظر میزان آزادی دسترسی به مراکز درمانی مختلف	۴۰۴	۲.۳۹	۰.۰۲۰	۰.۲۹	پذیرش
	۱۲	شفافیت مرز بین بیمه پایه و بیمه مکمل	۴۱۹	۳.۷۷	۰.۰۰۰	۰.۴۴	پذیرش
	۱۳	تقویت بسته پایه و ساماندهی وضعیت بیمه مکمل	۴۳۲	۵.۳۲	۰.۰۰۰	۰.۵۷	پذیرش
	۱۴	تعیین بسته خدمات و مصارف مبتنی بر منابع	۴۱۹	۳.۵۵	۰.۰۰۱	۰.۴۴	پذیرش
پوشش همگانی جمعیت (R3)	۱۵	افزایش میزان پوشش جمعیت (تعداد بیمه شدگان)	۴۱۵	۳.۳۴	۰.۰۰۱	۰.۴۰	پذیرش
	۱۶	بهبود نحوه عضویت جمعیت تحت پوشش	۴۱۵	۳.۶۳	۰.۰۰۱	۰.۴۰	پذیرش
	۱۷	اطلاع رسانی و رفتار سازی بیمه ای بین جمعیت	۴۲۱	۴.۰۷	۰.۰۰۰	۰.۴۶	پذیرش
	۱۸	شناسایی اقشار آسیب پذیر و کم درآمد	۴۰۱	۱.۸۱	۰.۰۷۴	۰.۲۶	رد
	۱۹	رفع همپوشانی بین بیمه ها و چندپوششی	۴۶۲	۱۱.۰۶	۰.۰۰۰	۰.۸۷	پذیرش
	۲۰	ایجاد رقابت در ارائه کنندگان با خریدار واحد	۴۲۴	۴.۱۵	۰.۰۰۰	۰.۴۹	پذیرش
	۲۱	کاهش تفاوت بین بیمه ها در خرید خدمات از بخش خصوصی یا دولتی	۴۰۳	۲.۲۶	۰.۰۲۷	۰.۲۸	پذیرش
نحوه انتخاب عقد قرارداد و روش پرداخت به ارائه کنندگان (R4)	۲۲	کنترل بهتر و در چارچوب قراردادن راحت تر ارائه کننده	۴۰۱	۲.۵۰	۰.۰۱۵	۰.۲۶	پذیرش
	۲۳	افزایش قدرت چانه زنی سازمان بیمه	۴۰۴	۲.۲۶	۰.۰۲۷	۰.۲۹	پذیرش
	۲۴	تقویت خرید راهبردی با تجمیع	۴۱۲	۲.۹۹	۰.۰۰۴	۰.۳۷	پذیرش
	۲۵	تعرفه های یکسان برای پرداخت به طرف قرارداد در سازمان های بیمه	۳۸۵	۰.۸۴	۰.۴۰۴	۰.۱۰	رد
	۲۶	کاهش مدت زمان بازپرداخت اسناد پزشکی به طرف قرارداد	۳۷۹	۰.۳۴	۰.۷۳۹	۰.۰۴	رد
	۲۷	تسهیل روابط بین بیمه و مراکز ارائه دهنده	۴۰۷	۲.۹۰	۰.۰۰۵	۰.۳۲	پذیرش
	۲۸	نظارت بهتر بر ارائه کننده با تمرکز فعالیت دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی	۴۲۸	۵.۲۹	۰.۰۰۰	۰.۵۳	پذیرش
فراوندهای عملیاتی (R5)	۲۹	یکسان شدن و ارتقای قوانین و مقررات، آیین نامه ها و بخشنامه ها	۴۴۶	۷.۶۴	۰.۰۰۰	۰.۷۱	پذیرش
	۳۰	بیمه گری و عضویت پذیری	۴۱۵	۳.۸۵	۰.۰۰۰	۰.۴۰	پذیرش
	۳۱	نظارت و ارزشیابی بیمه بر ارائه کننده	۴۴۳	۷.۳۵	۰.۰۰۰	۰.۶۸	پذیرش
	۳۲	احتمال افزایش بروکراسی و پیچیدگی با اجرای تجمیع	۳۴۴	-۲.۰۴	۰.۰۴۶	-۰.۳۱	رد
تأمین مالی (R6)	۳۳	بهبود محاسبات اکچواری و سرانه بیمه ها	۴۲۸	۵.۵۳	۰.۰۰۰	۰.۵۳	پذیرش
	۳۴	مشارکت یکسان بیماران در هزینه	۳۶۵	-۰.۷۳	۰.۴۶۵	-۰.۱۰	رد
	۳۵	برآورد دقیق تر، تزریق منطقی تر و جهت دهی به منابع با تجمیع	۴۱۰	۳.۲۳	۰.۰۰۲	۰.۳۵	پذیرش
	۳۶	انتقال بهتر یارانه های متقاطع	۴۰۴	۲.۷۳	۰.۰۰۸	۰.۲۹	پذیرش
	۳۷	محافظت مالی بیماران	۴۰۷	۲.۸۰	۰.۰۰۷	۰.۳۲	پذیرش
	۳۸	افزایش ماندگاری مالی و رسیدن به اصل قانون اعداد بزرگ در بیمه	۴۰۴	۲.۷۸	۰.۰۰۷	۰.۲۹	پذیرش
	۳۹	لزوم مدیریت و استفاده بهتر از حق بیمه ها توسط بیمه ها	۴۱۶	۳.۹۶	۰.۰۰۰	۰.۴۱	پذیرش
	۴۰	آزاد شدن و صرفه جویی منابع مالی با تجمیع	۴۰۹	۳.۱۲	۰.۰۰۳	۰.۳۴	پذیرش

می‌تواند هزینه‌های سلامت را کنترل کند [۲۲] و از قدرت بیشتر برای کنترل هزینه‌های سلامت برخوردار است [۲۰].

بهبود قدرت نظارت نیز از جمله مزیت‌های مهم در حوزه تولید است. پرداخت‌کننده واحد از قدرت بیشتری در نظارت بر خریدار و همچنین در چانه‌زنی با ایجاد انحصار در خرید خدمات برخوردار است [۲۲]. بیمه واحد این ظرفیت و تمایل را دارد که محتاطانه به خرید مراقبت‌های پزشکی بپردازد که باعث افزایش کارایی سیستم جدید خواهد شد.

تأمین مالی نیز از جمله تأثیرگذارترین مزایای تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای مطرح شد. در این مزیت، بهبود محاسبات اکچواری و سرانه بیمه‌ها، محافظت مالی بیماران و لزوم مدیریت و استفاده بهتر از حق بیمه‌ها توسط بیمه‌ها از جمله مزیت‌های این مؤلفه بودند که امتیاز بالاتری کسب کردند. تجمیع صندوق‌ها و تغییر جریان‌های مالی و قدرتی که بیمه واحد به دست می‌آورد، می‌تواند در حوزه عدالت در تأمین مالی پیامدهای مثبت و قابل ملاحظه‌ای به همراه داشته باشد. همسو با نتایج این تحقیق، نتایج تجمیع در کره جنوبی نشان داد که سهم پرداخت از جیب مردم از کل هزینه‌های سلامت از ۶۳ درصد در سال ۱۹۸۳ به ۳۸ درصد در ۲۰۰۴ کاهش یافته است [۲۱]. هزینه‌های پرداخت از جیب ترکیه در سال ۲۰۰۶، یعنی ۳ سال بعد از اجرای برنامه

یکپارچه‌سازی میان معیارها را به یک مدل ساختاری قابل مشاهده تبدیل کنند و بینش دقیقی برای حل مسئله به وجود آورند. به علاوه با کمک دیگرام علی و تشخیص تفاوت میان معیارهای علت و معلول می‌توانیم تصمیم‌های درستی اتخاذ کنیم [۱۹، ۱۸].

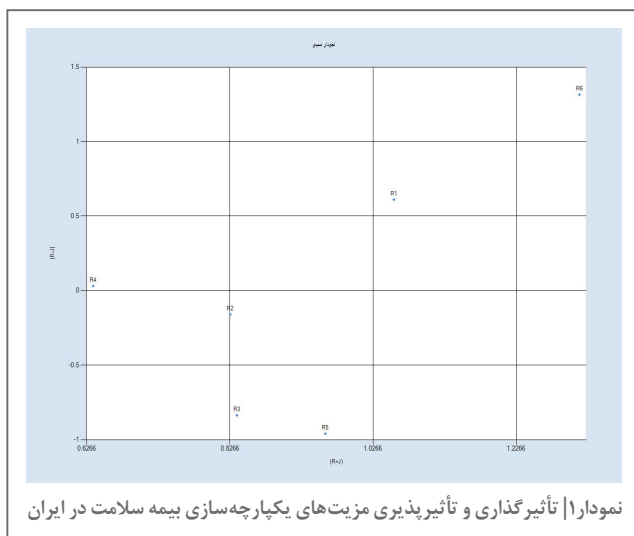
برای تأیید یا رد مزیت‌ها در مرحله دلفی، از نرم‌افزار SPSS، آزمون تی تک‌نمونه‌ای استفاده شد. وزن دهی نیز با استفاده از تکنیک دیمتل فازی (FUZZY DEMATEL) و بهره‌گیری از نرم‌افزار MATLAB انجام شد.

یافته‌ها

نتایج حاصل از فاز دلفی روی ۴۰ مزیت، نشان داد ۲۹ مزیت پذیرفته شدند. برای تحلیل روابط سیستماتیک بین مزیت‌ها نیز از تکنیک دیمتل استفاده شد. نتایج جدول ۲ و نمودار علی، نشان می‌دهد بین مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران، مزیت تأمین مالی و تولید به‌عنوان تأثیرگذار و مزیت‌های بسته پایه خدمتی، پوشش همگانی جمعیت، نحوه انتخاب، عقد قرارداد و روش پرداخت به ارائه‌کنندگان و فرایندهای عملیاتی به‌عنوان تأثیرپذیر شناسایی شدند. همچنین مزیت تولید با مختصات (۱/۳۱ و ۱/۳۱) به‌عنوان تأثیرگذارترین و مزیت فرایندهای عملیاتی با مختصات (۰/۹۵۹- و ۰/۹۵۹) به‌عنوان تأثیرپذیرترین شناسایی شد.

بحث

بین مزیت‌های شش‌گانه مورد بررسی به‌عنوان مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران، تولید به‌عنوان تأثیرگذارترین مزیت شناخته شد. در این مزیت، کنترل هزینه‌های سلامت و بهره‌وری سازمانی از جمله مزیت‌های مهم در تولید بودند. این امر بیانگر صرفه‌جویی در مقیاس است که صندوق بزرگ‌تر، صرفه‌جویی به مقیاس را بهبود خواهد داد. همسو با این نتایج، نتایج مطالعات انجام شده در اندونزی نشان می‌دهد هزینه‌های اداری بعد از تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای به‌صورت معناداری کاهش یافته بود [۲۰]. نتایج مطالعه‌ای در کره نیز نشان داد هزینه‌های اداری برای طرح بیمه سلامت دولت و کارکنان مدارس (صندوق واحد بیمه) ۴،۸ درصد بوده که بعد از تجمیع به ۴ درصد کل هزینه‌ها کاهش یافته است [۲۱]. نتایج مطالعات نشان می‌دهد سیستم پرداخت واحد، بهتر



جدول ۲ | سلسله‌مراتب مزیت‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران

نتیجه	R	J	R+J	R-J
R6	1.3148	0	1.3148	1.3148
R1	0.8333	0.2222	1.0556	0.6111
R2	0.3333	0.4938	0.8272	-0.1605
R4	0.3333	0.3025	0.6358	0.0309
R5	0	0.9599	0.9599	-0.9599
R3	0	0.8364	0.8364	-0.8364

در سال ۲۰۱۱ رسید [۲۵].

در مزیت فرایندهای عملیاتی، نظارت و ارزشیابی بیمه بر ارائه‌کننده، یکسان شدن و ارتقای قوانین و مقررات، آیین‌نامه‌ها و بخشنامه‌ها از جمله مزیت‌های تجمیع مطرح شد. بیمه واحد باعث متمرکز شدن فرایندها و سیستم اطلاعات و آمار بیمه‌شده‌ها خواهد شد. همسو با این نتایج، در بیمه ملی سلامت اندونزی سیستم اطلاعات بیماران و شماره تأمین اجتماعی با استفاده از شماره تأمین اجتماعی واحد برای هر نفر برای تمام طرح‌های تأمین اجتماعی دیگر، یکی شد. سیستم اطلاعات یکپارچه باعث کاهش همپوشانی پوشش و عضویت و به کارایی بیشتر و آسانی انتقال مزایا در بازار کار پویا منجر خواهد شد [۲۰]. در ترکیه نیز تجمیع بیمه‌ها ضمن ایجاد بانک اطلاعاتی یکسان و کمک به کاهش همپوشانی‌ها، زمینه بهره‌مندی از اطلاعات بیماران برای امور مختلف را فراهم کرد [۲۶].

شایان ذکر است، هرچه R+J بیشتر باشد، بدین معناست که این مؤلفه نقش بیشتری در فعالیت‌های سازمان دارد، استراتژیک‌تر است و بسیار محتاطانه باید با آنها کار کرد؛ زیرا کوچک‌ترین لغزش می‌تواند آثار نامطلوبی به بار آورد. هرچه R-J بالاتر باشد، یعنی خالص اثرگذاری بالاتری دارد و باید روی آنها بیشتر سرمایه‌گذاری کرد و هرچه R-J کمتر و منفی‌تر باشد، به معنای اثرپذیرتر بودن است و به عنوان اندیکاتور یا شاخص تأثیر مؤلفه‌های تأثیرگذار، استفاده می‌شوند.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج مطالعه حاضر، مزیت‌های تولید و تأمین مالی به‌عنوان مزیت‌های تأثیرگذار در تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت در ایران شناخته شدند. این نتایج نشان می‌دهد از دو مزیت کمتر تأثیر می‌پذیرند و با توجه به اینکه روی مزیت‌های دیگر بیشترین تأثیر را دارا هستند، برای بهره‌مندی حداکثری از مزیت‌های تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای و در مقابل، به‌منظور معافیت تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای، ایجاد زمینه‌های تقویت تولید و تأمین مالی می‌تواند مدنظر سیاست‌گذاران این عرصه باشد.

با توجه به مزیت‌های تأمین مالی در تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای و به‌منظور دستیابی به این مزیت‌ها، لازم است آمادگی و امکان‌پذیری آن از نظر شرایط اقتصادی کشور به‌خوبی مورد توجه قرار گیرد. ابعاد سیاسی، قانونی، اجتماعی فرهنگی و به‌ویژه زیرساخت‌های فیزیکی و ظرفیت‌های اجرایی و مدیریتی کشور نیز باید به‌درستی برای اجرای این قانون، در نظر گرفته شوند.

References

1. Rannan-Eliya RP, Anuranga C, Manual A, Sararaks S, Jailani AS, Hamid AJ, et al. Improving health care coverage, equity, and financial protection through a

با ۱۹ درصد از کل هزینه‌های سلامت، به‌طور نسبی پایین بود. همچنین در خصوص پایداری تأمین مالی و کارایی انباشت خطر در حوزه تأمین مالی نیز، پرداخت‌کننده واحد از ارجحیت بیشتری برخوردار است. با تجمیع، جمع‌آوری مشارکت‌ها با دیگر صندوق‌های تأمین اجتماعی یکپارچه خواهد شد. در سیستم بیمه واحد، جمع‌آوری حق بیمه‌ها بسیار کارتر از جمع‌آوری مشارکت‌ها توسط هر کدام از آژانس‌های بیمه و سیستم پراکنده خواهد بود [۲۰].

در حیطه پوشش همگانی سلامت، افزایش میزان پوشش جمعیت (تعداد بیمه‌شدگان) از طریق اجباری کردن و رفع همپوشانی بین بیمه‌ها و چند پوششی، بالاترین امتیاز را کسب کردند. معمولاً یکی از نتایج تعدد بیمه‌ها این است که به‌رغم فعالیت سازمان‌های مختلف در حوزه بیمه سلامت، بخشی از جمعیت به دلایل مختلف تحت پوشش بیمه نیستند. رسیدن به پوشش همگانی در بعد جمعیت را می‌توان یکی از مزایای دانست که در تجمیع صندوق‌های بیمه می‌توان انتظار داشت. نتایج مطالعه صدیقی نشان داد که اجباری بودن عضویت در بیمه سلامت، یکی از عوامل مؤثر در اجرای کامل بیمه بوده و دولت برای دستیابی به پوشش همگانی باید این امر را به شکل اجباری، اجرا کند [۲۳]. نتایج مطالعه‌ای در تایلند نیز نشان داد بعد از تجمیع و در سال ۲۰۱۴ حدود ۹۹ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه بودند [۲۴].

در حیطه بسته پایه خدمتی، تقویت بسته پایه و ساماندهی وضعیت بیمه مکمل و ایجاد بستر قانونی مناسب برای تعیین بسته خدمات پایه، بالاترین امتیاز را کسب کردند. در شرایط کنونی سازمان‌های بیمه‌گر پایه در برخی موارد پوشش خدمات بسته بیمه درمان پایه را به‌صورت یکسانی انجام نمی‌دهند. این امر موجب شده که برخی خدمات یکسان، توسط سازمان‌های بیمه‌گر پایه مختلف به‌صورت متفاوتی ارائه شود. بنابراین در درجه اول، تعیین متولی مناسب و مشخص در تدوین بسته و به‌علاوه، یکسان‌سازی ضوابط مورد عمل بیمه‌ها در ارائه خدمات بسته در کشور ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین بیمه واحد می‌تواند به تقویت بسته بیمه و پوشش جمعیت به سود جمعیت‌های غیربرخوردار و اعضای بیمه‌های با بسته ضعیف‌تر منجر شود. به‌عنوان نمونه، نتایج بررسی‌ها در اندونزی نشان می‌دهد بسته خدمت واحد برای مستخدمان دولتی و کارکنان خصوصی، عدالت و شفافیت بیشتر و درک بهتر از بسته خدمت برای اعضا و ارائه‌کنندگان ایجاد کرد [۲۰]. در ترکیه نیز با اینکه طرح کارت سبز ابتدا به‌عنوان صندوقی جدا برای فقرا به‌وجود آمد؛ اما در سال ۲۰۱۲ به‌عنوان بخشی از بیمه همگانی سلامت توسط موسسه تأمین اجتماعی مدیریت شد. توسعه طرح کارت سبز همراه با افزایش مزایایی از قبیل پوشش داروهای سرپایی و کاهش هزینه‌های پرداختی برای بسیاری از خدمات سلامت بود. در سال ۲۰۰۳، طرح کارت سبز حدود ۲/۴ میلیون نفر را تحت پوشش داشت، در حالی که ۱۹ میلیون نفر از جمعیت ترکیه در طبقه افراد فقیر قرار گرفته بودند. این تعداد به ۸/۳ میلیون نفر در سال ۲۰۰۵ و سپس به حدود ۱۰/۲ میلیون نفر

- hybrid system: Malaysia's experience. *Health Affairs*. 2016;35(5):838-46.
2. McIntyre D, Doherty J, Gilson L. A tale of two visions: the changing fortunes of Social Health Insurance in South Africa. *Health Policy and Planning*. 2003;18(1):47-58.
 3. Mehrolhassani M, 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. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017;12(0):74-84.
 4. Ahangar A, Ahmadi AM, Mozayani A, FarajiDizaji S. Key Health Financing Policies with Approach Risk-Sharing to Promote Health Systems in Poor and Developing Countries; Africa and Eastern Mediterranean (WHO) Regions. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2018;6(2):200-2.
 5. Ghaderi S. The Impact of medical Insurances on out-of-pocket payments among urban households in Iran: A Double-Sample selection Model. *Journal of Health Administration*. 2019;22(2):41-54.
 6. Mohebbati T. Critique of health insurance configuration in developing countries. *J Iran Health Insur*. 2018;1(1-2):1-2.
 7. Raeisi ar, mohamadi 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.
 8. Bärnighausen T, Sauerborn R. One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle-and low-income countries? *Social science & medicine*. 2002;54(10):1559-87.
 9. The World Health Report 2008: Primary health care (now more than ever); World Health Organization; 2008.
 10. The World Health Report[2010]: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage: World Health Organization; 2010.
 11. World Health Report 1999: Making a Difference: World Health Organization Geneva; 1999.
 12. Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S. Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling. *Health Policy*. 2004;68(1):17-30.
 13. Organization WH. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
 14. Samani S. Health insurance and its place in the Fifth Development Plan. *Journal of Medical Council*. 2011.
 15. Pooling Health Funds and Risks. https://iegworlbankgrouporg/Data/reports/chapters/health_finance_chap3_updatepdf.
 16. Iran health in fifth Economic, Social and Cultural Development Plan (Persian). 2009.
 17. Wang H, Switlick K, Ortiz C, Zurita B, Connor C. Health insurance handbook: how to make it work: World Bank Publications; 2012.
 18. Tzeng G-H, Chiang C-H, Li C-W. Evaluating intertwined effects in e-learning programs: A novel hybrid MCDM model based on factor analysis and DEMATEL. *Expert systems with Applications*. 2007;32(4):1028-44.
 19. Wu W-W, Lee Y-T. Developing global managers' competencies using the fuzzy DEMATEL method. *Expert systems with Applications*. 2007;32(2):499-507.
 20. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*. 2012;380(9845):933-43.
 21. Organization WH. Community based health insurance schemes in developing countries: facts, problems and perspectives. Geneva: World Health Organization; 2003.
 22. Wang H, Switlick K, Ortiz C, Zurita B, Connor C. Health insurance handbook: how to make it work: The World Bank; 2011.
 23. Sedighi S, Hesam S, Maleki M. Effective Factors in Establishing Basic Health Insurance in Iran. *Journal of healthcare management*. 2012;4(1,2):7-19.
 24. Hsiao W, Shaw R, Fraker A, Hanvoravongchai P, Jowett M, Pinto D, et al. Social health insurance for developing nations. *WBI Development Studies*, The World Bank, Washington DC. 2006.
 25. W. The World Health Report 2010: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage: World health organization (WHO); 2010.
 26. Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*. 2013;382(9886):65-99.