

## Systematic Analysis the Barriers to the Integration of Health Insurance in Iran Using the Dematel Approach

Majid Akbari <sup>1</sup>, Khalil Alimohamadzadeh <sup>1,2\*</sup>, Ali Maher <sup>3</sup>, Seyed Mojtaba Hosseini <sup>1</sup>,  
Mohammadkarim Bahadori <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Department of Health Services Management, School of Management, North Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Health Economics Policy Research Center, Tehran Medical Sciences, Islamic Azad University, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Department of Health Policy, School of Medical Education and Management, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Health Management Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Received: 23 June 2020 Accepted: 2 December 2020

### Abstract

**Background and Aim:** Achieving public health coverage is a prerequisite for the sustainable development of countries, and this is highly dependent on patient financing in the form of health insurance. Therefore, improving the efficiency of health insurance through the consolidation of insurance funds is very important. The aim of this study was to structuring the barriers to the integration of health insurance in Iran using the Dematel approach.

**Methods:** The Mixed study was done in three stages qualitative, Delphi technique and systematic analysis of barriers to health insurance integration in Iran on experts and specialists in health insurance (12 samples in the interview and 68 samples in the quantitative phase). The data collection tool in the "Qualitative Stage" was the interview guide, in the "Delphi Stage" was a questionnaire in the Likert, and in the "Systematic Analysis Stage" was a pairwise comparison questionnaire. Qualitative phase analysis was performed by conceptual framework method, Delphi stage using SPSS software and simple sample type test and weighting of factors using FUZZY DEMATEL technique and MATLAB software.

**Results:** Out of 36 identified barriers to health insurance integration in Iran, 28 barriers have been accepted in the Delphi phase. Among the factors accepted in the Delphi phase, the highest average was related to "political behavior and resistance to accepting the integration of insurance" and the lowest average was related to "family physician and referral system". The results of systematic relation analysis showed that "obstructing the structure of the health system" with coordinates (1.30 and 1.30) as the most effective barrier and "preventing cultural-economic infrastructure" with coordinates (1.11 and -1.11) were identified as the most effected barrier.

**Conclusion:** According to the results regarding the impact of financing and structural barriers, it is suggested that while performing accurate statistical and financial data calculations, the share of each insured group to accumulate funds be determined. Health and insurance policymakers need to anticipate sustainable financing. Also, to lay the foundation for the basic infrastructure of this system, in accordance with the conditions of the Ministry of Health and Social Insurance.

---

**Keywords:** Barriers, Health insurance, Integration.

## تحلیل سیستماتیک موانع ادغام بیمه های درمانی در ایران با استفاده از رویکرد دیماتل

مجید اکبری<sup>۱</sup>، خلیل علی محمدزاده<sup>۱،۲\*</sup>، علی ماهر<sup>۳</sup>، سیدمجتبی حسینی<sup>۱</sup>، محمدکریم بهادری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup> گروه مدیریت خدمات بهداشتی- درمانی، دانشکده مدیریت، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران شمال، تهران، ایران

<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات سیاستگذاری اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی آزاد اسلامی تهران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> گروه سیاستگذاری سلامت، دانشکده آموزش پزشکی و مدیریت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

<sup>۴</sup> مرکز تحقیقات مدیریت سلامت، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

### چکیده

**زمینه و هدف:** دستیابی به پوشش همگانی سلامت، لازمه توسعه پایدار کسورهایست و این امر وابستگی زیادی به تأمین مالی بیماران در قالب بیمه‌های سلامت دارد. لذا ارتقاء کارایی بیمه‌های سلامت از طریق تجمیع صندوق‌های بیمه‌ای از اهمیت به‌سزایی برخوردار است. مطالعه حاضر با هدف ساختاردهی به موانع ادغام بیمه های درمانی در ایران با استفاده از رویکرد دیماتل به انجام رسید.

**روش‌ها:** مطالعه ترکیبی حاضر در سه مرحله کیفی، تکنیک دلفی و تحلیل سیستماتیک موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران بر روی خبرگان و متخصصین بیمه سلامت (۱۲ نفر مصاحبه و ۶۸ نفر فاز کمی) انجام گرفت. ابزار گردآوری اطلاعات در «مرحله کیفی» راهنمای مصاحبه، در «مرحله دلفی» پرسشنامه‌ای ۳۶ سوالی در طیف لیکرت و در «مرحله تحلیل سیستماتیک» پرسشنامه مقایسات زوجی بود. تحلیل نتایج فاز کیفی به روش چهارچوب مفهومی، مرحله دلفی با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون تی تک‌نمونه‌ای و وزن‌دهی عوامل با استفاده از تکنیک دیماتل (FUZZY DEMATEL) و با بهره‌گیری از نرم‌افزار MATLAB انجام گرفت.

**یافته‌ها:** در مجموع ۳۶ مانع برای یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران شناسایی شد که با انجام فاز دلفی، ۲۸ مانع مورد پذیرش قرار گرفته است. در بین عوامل مورد پذیرش در فاز دلفی، بالاترین میانگین مربوط به «رفتارهای سیاسی و مقاومت در پذیرش یکپارچه‌سازی بیمه‌ها» و پایین‌ترین میانگین مربوط به «پزشک خانواده و نظام ارجاع» بود. نتایج حاصل از تحلیل روابط سیستماتیک نشان داد: «مانع ساختار نظام سلامت» با مختصات (۱/۳۰ و ۱/۳۰) به عنوان تأثیرگذارترین مانع و «مانع زیرساخت‌های فرهنگی-اقتصادی» با مختصات (۱/۱۱- و ۱/۱۱) به عنوان تأثیرپذیرترین مانع شناسایی شدند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج در خصوص تأثیرگذاری موانع تأمین مالی و ساختاری، پیشنهاد می‌شود ضمن انجام محاسبات دقیق داده‌های آماری و مالی، سهم هر یک از گروه‌های بیمه شده برای تجمیع صندوق‌ها مشخص شود. ضروری است تا سیاست‌گذاران سلامت و بیمه، ضمن پیش‌بینی تأمین منابع مالی پایدار، برای این برنامه و بسترسازی زیرساخت‌های اولیه این نظام، متناسب با شرایط وزارت بهداشت و بیمه‌های اجتماعی، اقدام کنند.

**کلیدواژه‌ها:** موانع، بیمه سلامت، یکپارچه سازی.

## مقدمه

سیستم مالی برای استفاده از خرید راهبردی به منظور ایجاد تغییر در سطح ارائه‌کنندگان را محدود کند (۹).

ایران از نظر انباشت ریسک، در وضعیت سیستم انباشت ریسک پراکنده قرار دارد. چندین صندوق در حوزه انباشت ریسک فعالیت می‌کنند. در این زمینه، می‌توان به صندوق‌های بیمه‌گر پایه (مانند سازمان بیمه سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، بیمه نیروهای مسلح، و کمیته امداد)، بیمه‌های بازرگانی دولتی و غیردولتی، سازمان‌های با ماهیت بیمه‌ای مثل شهرداری تهران، و گروه‌های دولتی با امتیازات ویژه بیمه‌ای (مثل سازمان بهداشت و درمان شرکت نفت، بیمه بانک‌های دولتی، بیمه کارکنان صداوسیما، بیمه موجود در بعضی از وزارتخانه‌ها و...) اشاره کرد. این پراکندگی در منابع بیمه‌ای سلامت، باعث شده بسیاری از این گروه‌ها که فاقد بیمه‌پایه هستند، در فضای کمبود شدید منابع و کسری اعتبارات بخش سلامت و حتی ورشکستگی صندوق بیمه خدمات درمانی، با حق بیمه سرانه تا چندین برابر بیمه‌های پایه، در تأمین مالی بیمه پایه هیچ‌گونه مشارکتی نداشته باشند. آنان سعی کرده‌اند با اعتبارات ویژه، دسترسی مناسب به خدمات درمانی فراهم کنند و این موضوع، اصل همبستگی اجتماعی که ویژگی اصلی بیمه‌های اجتماعی است را زیر سوال می‌برد (۶).

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» است (۲). بعضی از کشورها، از این رویکرد برای توسعه اندازه صندوق‌های بیمه و تقویت عدالت و انباشت خطر استفاده کرده‌اند. ادغام صندوق‌های بیمه‌ای در چین (۱۰)، پرو (۱۱) و اندونزی (۱۲) از آن جمله هستند.

لازم به ذکر است که در طول سالیان گذشته قوانین مختلفی در ایران در جهت کاهش پراکندگی در سیستم بیمه سلامت و رفع مشکلات ناشی از این پراکندگی تصویب شده است که با درجات مختلفی از موفقیت همراه بوده‌اند. با وجود تصویب این قوانین در طول دو دهه گذشته، عملاً این قوانین در دستیابی به اهداف مورد نظر ناکام بوده‌اند و نهایتاً ماندگاری مشکلات و تفاوت در عملکرد و همچنین ناعدالتی میان بیمه‌های سلامت، تصمیم‌گیران و قانونگذاران را بر آن داشت تا در برنامه پنجم توسعه، ادغام بخش‌های درمانی کلیه صندوق‌های بیمه درمان را در دستور کار قرار دهند و با تشکیل بیمه سلامت ایران، کلیه فعالیت‌های برنامه ریزی، سیاستگذاری در حوزه بیمه سلامت را در این سازمان متمرکز نماید (۱۳، ۱۴).

شاید بتوان مهمترین چالش در مسیر راه اندازی سازمان بیمه سلامت را نبود زیرساخت‌های لازم جهت بنیان نهادن این نهاد سازمان دانست، موانعی چون تعدد صندوق‌های بیمه درمانی در کشور سبب شده است که سازمان‌های بیمه در کشور هر یک رویکرد خاص خود را داشته باشند. چالش‌ها و اختلافات موجود در

امروزه بیمه‌های سلامت به عنوان یکی از مسیرهای دست‌یابی به پوشش همگانی از جمله مباحث مهم در حوزه تامین مالی سلامت می‌باشد و گاهاً 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 می‌شوند (۱). دلایل اصلی برای انتخاب بیمه اجتماعی سلامت به عنوان روش تامین مالی مراقبت‌های سلامت این است که بیمه سلامت می‌تواند یک منبع درآمد ثابت و پایدار، یک جریان مشخص پول به نظام سلامت و ترکیبی از انباشت خطر همراه با حمایت دو طرفه فراهم کند (۲). پوشش همگانی به عنوان دسترسی تمام مردم به خدمات سلامت (پیشگیری، ارتقاء سلامت، درمانی، بازتوانی و تسکینی) بدون مواجه شدن با موانع و مشکلات مالی تعریف می‌شود (۳).

علیرغم تلاش و کوشش بسیار و تصویب قوانین متعدد و گسترش انواع بیمه‌های درمانی در کشور ایران، هنوز بخشی از مردم کشور، فاقد بیمه درمانی بوده و بخشی از هزینه‌های درمانی به‌طور مستقیم از جیب پرداخت می‌شود و این بدین معنی است که هم‌چنان، هم دامنه پوشش جمعیتی و هم بسته پوشش خدمات و مراقبت‌های درمانی در کشور ایده‌آل نیست (۴). یکی از راه کارهای اساسی برای تحقق پوشش همگانی و کارایی سیستم‌های بیمه‌ای، یکپارچه‌سازی صنعت بیمه سلامت است تا ضمن افزایش دسترسی مردم به خدمات درمانی، خطر مالی ناشی از مواجهه با بیماری را به حداقل کاهش دهد (۵). با این حال در کشور ایران، وجود صندوق‌های متعدد درمانی و پراکندگی صندوق‌ها، برقراری پوشش همگانی، دسترسی مردم به خدمات سلامت و کاهش پرداخت از جیب را با مشکلاتی روبرو ساخته است.

پراکندگی صندوق‌های بیمه سلامت، باعث ایجاد سیستمی چند لایه با بسته خدمات ناعادلانه برای جمعیت‌های مختلف می‌شود. از طرفی هر یک از این صندوق‌ها، بخش‌های مشخصی از جمعیت را تحت پوشش قرار می‌دهند که معمولاً از نظر شرایط اقتصادی، اجتماعی، میزان آسیب‌پذیری و نیازهای سلامتی به هم شبیه هستند، و این امر، توزیع یارانه‌های متقاطع را در میان گروه‌های مختلف جمعیتی محدود می‌کند. چنین وضعیتی، بر خلاف اصل همبستگی اجتماعی بوده و تبعات منفی زیادی از نظر عدالت در دسترسی به خدمات را به دنبال خواهد داشت (۶، ۷).

پراکندگی منابع، میزان بازتوزیع بالقوه در سطح مشخصی از منابع پیش پرداخت را محدود می‌کند. این خود مانعی برای نیل به اهداف اصلی پوشش همگانی یعنی حذف موانع مالی در دسترسی تمام افراد نیازمند خدمات سلامت و محافظت جمعیت در برابر ریسک مالی استفاده از خدمات است (۸). از این گذشته، پراکندگی در منابع، خود عامل افزایش ناکارایی سیستم است که می‌تواند به افزایش و دوباره‌کاری هزینه‌های اداری منجر شود و ظرفیت

گرفت. مصاحبه‌ها تا حد امکان در محل کار مصاحبه‌شونده‌ها و به صورت رو در رو انجام شد. تمایل به همکاری و دارا بودن سابقه مدیریت در حوزه بیمه سلامت از جمله معیارهای ورود در مطالعه بود. پس از کسب اطلاعات جدید و مطالعه اسناد و منابع ذکر شده در مصاحبه‌های فردی و دریافت دید کامل‌تر و جامع‌تر نسبت به موضوع، مصاحبه‌های بعدی انجام گرفت. از راهنمای مصاحبه، برای انجام مصاحبه‌ها استفاده شد. مصاحبه‌ها معمولاً با موضوعات ساده و کلی شروع می‌شد و به سمت سوالات خاص پیش می‌رفت. در طول مصاحبه نیز با استفاده از سوالات ژرف‌کاو، اطلاعات دقیق‌تر و عمیق‌تری از افراد به‌دست آمد. در ابتدای هر مصاحبه، با ارائه توضیحات لازم و کافی در مورد اهمیت ضبط مصاحبه و دادن اطمینان از محرمانه ماندن محتوای مصاحبه‌ها، و با کسب اجازه از آن‌ها، مصاحبه‌ها برای اطمینان با ۲ دستگاه ضبط صوت ثبت می‌شد. تحلیل داده‌های کیفی به روش چهارچوب مفهومی در «پنج مرحله» آشناسازی، تدوین چارچوب مفهومی، فهرست‌بندی، ترسیم جدول و نگاشت و تفسیر انجام گرفت. به‌منظور روایی و پایایی مصاحبه‌ها از اعتبار، انتقال‌پذیری، همسانی و تأییدپذیری استفاده شد.

ب) در «مرحله دلفی»، ابزار گردآوری اطلاعات شامل؛ پرسشنامه‌ای مشتمل بر دو قسمت است. در قسمت اول پرسشنامه، مشخصات دموگرافیک پاسخ‌گویان از قبیل سن، جنس، مدرک تحصیلی، وضعیت تأهل و سابقه خدمت بررسی شد و در بخش دوم پرسشنامه، متغیرهای مرتبط با موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در کشور مورد ارزیابی قرار گرفتند. سوالات فاز دلفی بر اساس تحلیل محتوای بخش کیفی انجام گرفت. در این مرحله، حجم جامعه و نمونه شامل ۶۸ نفر از افراد صاحب‌نظر و کارشناسان آگاه به موضوع در سطوح و لایه‌های مختلف در سازمان‌های مرتبط بودند. داده‌های استخراج‌شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون آماری تی مستقل تک نمونه‌ای در سطح ۷۰ درصد توافق انجام شد.

ج) در «مرحله تحلیل روابط سیستماتیک»، ابزار گردآوری اطلاعات شامل؛ پرسشنامه‌ای مشتمل بر متغیرهایی بودند که در قالب مقایسات زوجی و بر اساس نظرات خبرگان و بررسی نتایج مرحله دلفی تهیه شدند. این پرسشنامه، شامل موانع مرتبط با یکپارچگی بیمه بود که صاحب‌نظران و خبرگان با مطالعه این موانع و مطابقت دادن دو به دو آن‌ها با یکدیگر به صورت مقایسه زوجی، در مورد میزان تأثیر آن‌ها بر هم‌دیگر، در «مقیاس پنج‌درجه‌ای» نمره‌گذاری کردند. لذا بر اساس عوامل مورد توافق خبرگان در فاز دلفی، عوامل نهایی به فاز دیماتل وارد شدند. پژوهشگر ضمن ارائه توضیحات کافی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه، شخصاً پرسشنامه تدوین‌شده را به صورت حضوری در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار داد و پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری شد. در این مرحله نیز، حجم جامعه و نمونه شامل همان ۶۸ نفر از افراد

حوزه‌های مختلف تامین مالی، پوشش جمعیتی، بسته خدمت، ساختار سازمانی، فرایندهای اجرایی، نحوه قراردادبندی و خرید خدمت روند ادغام و تشکیل سازمان بیمه سلامت را با مشکل روبرو کرده است. از این رو است که بسیاری از سازمان‌های بیمه‌ای در برابر ادغام حالت تدافعی داشته و در نتیجه انسجام ساختاری موجود در متن قانون را در ضديت با ماهیت وجودی سازمان‌های خود دانسته و در برابر تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران موانعی را ایجاد می‌نمایند. مادامی که پیش‌نیازهای این امر، محقق نشود ادغام صندوق‌های بیمه اجتماعی درمان نه تنها کمکی به تحقق شعار عدالت اجتماعی نمی‌کند بلکه اصول آن را نیز زیر پا می‌گذارد.

با وجود تلاش دست‌اندرکاران صنعت بیمه سلامت برای توسعه همه‌جانبه این صنعت و یکپارچه‌سازی آن، هم‌چنان این بیمه سلامت در آرزوی دست‌یافتن به یک سیستم واحد برای اقشار جامعه است و با وجود طرح این مسئله از سوی متولیان بیمه‌ای، موانع زیادی در این زمینه وجود دارد. لذا بررسی مشکلات موجود در مسیر یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی و ایجاد نظام هماهنگ اطلاعات، بزرگ‌ترین زیرساختی است که به منظور یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی در کشور لازم است. در این راستا، مطالعه حاضر با هدف ساختاردهی به موانع ادغام بیمه‌های درمانی در ایران با استفاده از رویکرد دیماتل به انجام رسید.

## روش‌ها

پژوهش حاضر به صورت «ترکیبی» در طی سال‌های ۱۳۹۸-۱۳۹۶ در سه مرحله «مصاحبه کیفی»، «روش دلفی» و «تحلیل روابط سیستماتیک» انجام شد.

الف) «مرحله کیفی»، به صورت تحلیل محتوا با هدف کسب اطلاعات لازم از کارشناسان خبره حوزه نظام سلامت و بیمه سلامت برای تحلیل تمام جوانب ادغام صندوق‌های درمان بود. ابزار گردآوری داده‌ها در این مرحله، راهنمای مصاحبه کیفی نیمه‌ساختاریافته بود. محیط پژوهش را وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان‌های بیمه درمانی شامل؛ سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان بیمه تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح، موسسه عالی تأمین اجتماعی و پژوهشکده بیمه و هم‌چنین دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران و کتابخانه‌های وابسته بود. جامعه آماری را متخصصین مرتبط مانند مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مدیریت اطلاعات پزشکی، اقتصاد سلامت، پزشکی و رفاه اجتماعی تشکیل می‌داد.

در طی مصاحبه‌های اولیه از طریق نمونه‌گیری گلوله‌برفی و با نظرخواهی از افراد مصاحبه‌شونده و هم‌چنین اطلاعاتی که از تحلیل مصاحبه‌ها و تحلیل اسناد به‌دست آمد، سایر ذی‌نفعان و افراد صاحب‌نظر شناسایی و به نمونه اولیه اضافه شدند. با رسیدن به حالت اشباع، تعداد ۱۲ مصاحبه فردی و تماماً توسط پژوهشگر انجام

۱۶ درصد سابقه‌ای بین ۱۵ تا ۲۰ سال و مابقی سابقه بین ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند. ۱۸ درصد سنی کمتر از ۴۰ سال، ۴۱ درصد سنی بین ۴۰ تا ۵۰ سال و مابقی سن بالاتر از ۵۰ سال داشتند. در «مرحله کمی» نیز از مجموع ۶۸ شرکت‌کننده، ۳۰/۹ درصد سابقه کمتر از ۵ سال، ۲۲/۱ درصد سابقه بین ۵ تا ۱۰ سال، ۱۶/۲ درصد سابقه بین ۱۰ تا ۲۰ سال و مابقی سابقه بیش از ۲۰ سال را دارا بودند. در تحصیلات، ۳۹/۷ درصد مدرک کارشناسی‌ارشد، ۱۴/۷ درصد مدرک دکتری تخصصی، ۲۷/۹ درصد مدرک دکتری عمومی و ۷/۴ درصد متخصص بودند. ۸۳/۸ درصد از این افراد متأهل و مابقی مجرد بودند.

الف) در «مرحله کیفی»، موانع و چالش‌های یکپارچه‌سازی بیمه سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران و خبرگان در بخش مصاحبه در ۱۲ عنوان شامل؛ یک‌دست‌نبودن بسته‌های بیمه پایه و تکمیلی در صندوق‌های مختلف، نامتناسب بودن حق بیمه و بسته خدمتی، اختلاف‌نظر اعضای شورای عالی بیمه، نبود زیرساخت‌های قانونی، اجرایی و حقوقی، نظام اطلاعاتی بیمه‌های ضعیف، تفاوت‌های زیاد در جمعیت تحت پوشش بیمه‌ها، تأمین مالی متفاوت بیمه‌ها، تفاوت در ساختارها و فرآیندهای بیمه‌ها، تعارض منافع بین سازمان‌های بیمه‌گر، مشکلات تجمیع منابع، تفاوت در نظام‌های پرداخت و عدم یکپارچه‌سازی زیر نظر سازمان مشخص تقسیم‌بندی شدند.

ب) در «مرحله دلفی»، از مجموع ۳۶ مانع مورد بررسی، ۸ مانع مورد تأیید صاحب‌نظران و خبرگان قرار نگرفت. میانگین توافق برابر ۷۵ درصد لحاظ شد و لذا مقدار ۳/۷۵ ملاک آزمون تی قرار گرفت و بر مبنای آن، دو معیار «مثبت بودن اختلاف از میانگین» و «سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۵»، به عنوان پذیرش عوامل قلمداد شد. در بین عوامل مورد پذیرش بالاترین میانگین مربوط به «رفتارهای سیاسی و مقاومت در پذیرش یکپارچه‌سازی بیمه‌ها» و پایین‌ترین میانگین مربوط به «پزشک خانواده و نظام ارجاع» بود.

صاحب‌نظر و کارشناسان آگاه نظام بیمه بودند. در این مرحله، تعیین اولویت‌ها و روابط علت و معلولی بین عوامل و متغیرهای شناخته‌شده مورد هدف بود و لذا وزن عوامل با استفاده از تکنیک دیماتل و با بهره‌گیری از نرم‌افزار دیماتل تعیین و اولویت‌های آن‌ها مشخص شد.

تکنیک دیماتل، مبتنی بر گراف‌های جهت‌داری است که می‌تواند مؤلفه‌های دخیل را به دو گروه «علت» و «معلول» تفکیک کند. این دیاگرام‌ها، رابطه وابستگی میان عناصر یک سیستم را به تصویر می‌کشند. «دیاگرام علی» با ترسیم زوج‌های مرتب (Rk+Dk, Rk-Dk) حاصل می‌شود: محور افقی (R+D) به نام «برتری» با اضافه‌کردن Rk به Dk ساخته می‌شود و محور عمودی (R-D) به نام «رابطه» با تفریق Dk از Rk ساخته می‌شود. از این‌رو، دیاگرام‌های علی (سببی)، می‌توانند روابط علی پیچیده میان معیارها را به یک مدل ساختاری قابل مشاهده تبدیل کنند و بینش دقیقی برای حل مسئله به‌وجود آورند. به‌علاوه، با کمک «دیاگرام علی» و تشخیص تفاوت میان معیارهای علت و معلول، می‌توان تصمیمات درستی اتخاذ کرد. تحلیل نتایج در این مرحله با استفاده از تکنیک دیماتل (FUZZY DEMATEL) و با بهره‌گیری از نرم‌افزار MATLAB انجام گرفت.

در این تحقیق کد اخلاق (IR.IAU.TNB.REC.1399.005) اخذ گردید. همچنین در کلیه مراحل تحقیق ضمن رعایت محرمانگی اطلاعات اخذ شده، اهداف مطالعه برای نمونه‌های تحقیق تشریح شد و هر یک از افراد در هر مرحله از تحقیق امکان انصراف از همکاری را داشتند.

## نتایج

در «مرحله کیفی» از مجموع ۱۲ نفر، ۷۶ درصد سابقه مدیریتی بالای ۲۰ سال داشتند. ۸ درصد خبرگان سابقه کمتر از ۱۵ سال،

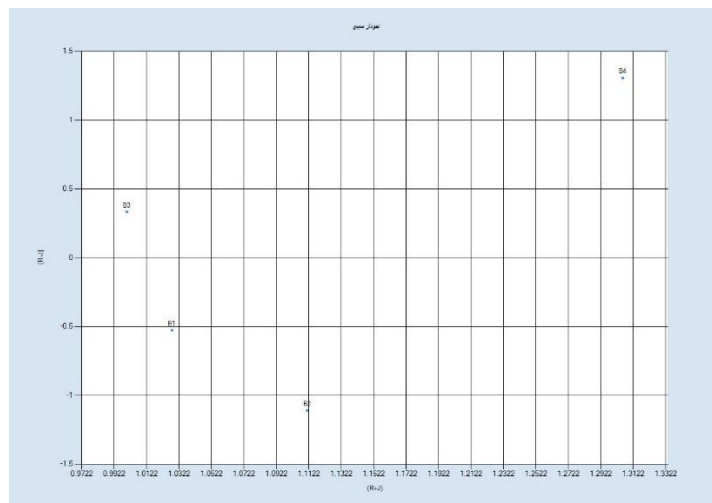
جدول-۱. نتایج بررسی میزان پذیرش متغیرها بر اساس نظرات صاحب‌نظران و خبرگان در فاز دلفی «موانع موثر بر یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران»

حیطه‌ها	ردیف	سازه پژوهش	میانگین	مقدار t	سطح معنی‌داری	اختلاف میانگین	وضعیت
زیرساخت‌های خدماتی	۱	مشخص‌نبودن متولی بسته خدمات پایه سلامت	۳/۷۴	-۰/۰۹	۰/۹۲۷	-۰/۰۱	رد
	۲	دقیق‌نبودن تعریف بسته خدمات سلامت و مرز بین بیمه پایه و بیمه مکمل	۴/۰۶	۲/۳۳	۰/۰۲۳	۰/۳۱	پذیرش
	۳	تعهد پایین در ارائه خدمات بسته پایه	۳/۸۱	۰/۴۵	۰/۶۵۱	۰/۰۶	رد
	۴	عدم توجه به عوامل اجتماعی در تعیین بسته	۳/۹۶	۱/۷۳	۰/۰۸۹	۰/۲۱	رد
	۵	تفاوت‌های ساختاری و سازمانی موثر بر بسته خدمت	۴/۱۰	۳/۲۳	۰/۰۰۲	-۰/۳۵	پذیرش
فرهنگی - اقتصادی	۶	رفتارهای سیاسی و مقاومت در پذیرش یکپارچه‌سازی بیمه‌ها	۴/۰۶	۱۱/۶۸	۰/۰۰۰	-۰/۸۵	پذیرش
	۷	عدم توجه به مبانی بیمه‌گری و تشکل‌های کارگری	۴/۲۵	۵/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۵۰	پذیرش
	۸	بی‌اعتمادی به دولت	۴/۱۶	۳/۷۴	۰/۰۰۰	۰/۴۱	پذیرش
	۹	شرایط عدم ثبات اقتصادی	۴/۲۴	۴/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۴۹	پذیرش
تأمین منابع مالی	۱۰	سازوکار متعدد و بعضاً نامشخص پرداخت به ارائه‌دهندگان خدمات	۴/۱۶	۳/۶۴	۰/۰۰۱	-۰/۴۱	پذیرش
	۱۱	تعرفه‌گذاری خدمات بدون توجه به جمیع جهات	۴/۰۶	۲/۳۱	۰/۰۲۴	۰/۳۱	پذیرش
	۱۲	روش‌های متفاوت محاسبه و دریافت حق بیمه	۴/۱۰	۳/۲۶	۰/۰۰۲	-۰/۳۵	پذیرش

رد	پذیرش	۰/۳۱	۰/۰۱۰	۲/۶۶	۴/۰۶	مشکلات مربوط به انباشت منابع مالی	۱۳
پذیرش	۰/۳۲	۰/۰۰۳	۳/۰۳	۴/۰۷	استفاده، توزیع و تخصیص نامناسب منابع	۱۴	
پذیرش	۰/۵۲	۰/۰۰۰	۵/۰۲	۴/۲۷	ناپایداری منابع مالی	۱۵	
پذیرش	۰/۲۵	۰/۰۴۸	۲/۰۲	۴/۰۰	پرداخت از جیب بیش از حد	۱۶	
پذیرش	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۳/۵۱	۴/۱۲	بدهی و پرداخت دیر هنگام حق بیمه برخی بیمه گذارها به سازمان بیمه سلامت	۱۷	
پذیرش	۰/۴۴	۰/۰۰۰	۴/۳۳	۴/۱۹	حق بیمه های متفاوت، اما بسته خدمات یکسان	۱۸	
پذیرش	۰/۶۰	۰/۰۰۰	۵/۸۵	۴/۳۵	عدم وجود نظام تصمیم گیری متمرکز	۱۹	
رد	۰/۰۷	۰/۶۱۴	۰/۵۱	۳/۸۲	ترکیب کنونی شورای عالی بیمه	۲۰	
رد	۰/۱۱	۰/۴۰۲	۰/۸۴	۳/۸۶	تعدد سازمان های بیمه گر	۲۱	
پذیرش	۰/۵۴	۰/۰۰۰	۴/۴۲	۴/۲۹	تعدد وظایف وزارت بهداشت به عنوان سیاست گذار، ارائه دهنده و ...	۲۲	
پذیرش	۰/۵۲	۰/۰۰۰	۴/۶۱	۴/۲۷	فقدان نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه شدگان	۲۳	
پذیرش	۰/۶۹	۰/۰۰۰	۷/۱۲	۴/۴۴	متجانس نبودن ماهیت صندوق های ادغام شده	۲۴	
پذیرش	۰/۳۷	۰/۰۰۰	۳/۷۱	۴/۱۲	شفاف نبودن نقش شورای عالی بیمه	۲۵	
پذیرش	۰/۲۷	۰/۰۲۵	۲/۳۰	۴/۰۲	نامشخص بودن نقش وزارت بهداشت	۲۶	
پذیرش	۰/۴۳	۰/۰۰۰	۴/۱۸	۴/۱۸	مشخص نبودن نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه های بیمه های درمانی	۲۷	
پذیرش	۰/۳۷	۰/۰۰۱	۳/۶۲	۴/۱۲	مسائل سازمانی تجمیع	۲۸	
پذیرش	۰/۳۰	۰/۰۱۹	۲/۴۰	۴/۰۵	مسائل مرتبط با نیروی انسانی	۲۹	
پذیرش	۰/۴۸	۰/۰۰۰	۴/۱۹	۴/۲۳	نبود تعریف روشن از ادغام به عنوان مانعی برای اجرای آن	۳۰	
پذیرش	۰/۴۸	۰/۰۰۰	۴/۴۴	۴/۲۳	تفاوت آیین نامه های اداری مالی بین بیمه ها	۳۱	
پذیرش	۰/۳۱	۰/۰۱۸	۲/۴۴	۴/۰۶	پاسخ گویی نبودن قوانین موجود	۳۲	قوانین و مقررات
رد	۰/۲۵	۰/۰۵۱	۱/۹۹	۴/۰۰	نقصان وجود نهاد قانون گذار در بخش سلامت	۳۳	
پذیرش	۰/۴۶	۰/۰۰۰	۴/۰۸	۴/۲۱	نظام عرضه خدمات خارج از کنترل بیمه	۳۴	درمانی ارائه خدمات
رد	۰/۲۰	۰/۰۸۰	۱/۷۸	۳/۹۵	ارائه خدمات درمانی مستقیم توسط سازمان های بیمه گر به بیمه شده	۳۵	
رد	-۰/۲۵	۰/۱۳۱	-۱/۵۳	۳/۵۰	پزشک خانواده و نظام ارجاع	۳۶	

جدول-۲. سلسله مراتب «موانع یکپارچه سازی بیمه سلامت در ایران»

نتیجه	(R-D) رابطه	(R+D) برتری	ستونی (D)	سطری (R)	موانع یکپارچه سازی بیمه سلامت
تأثیر گذار	۱/۳۰۵۶	۱/۳۰۵۶	۰	۱/۳۰۵۶	ساختمان نظام سلامت B4
تأثیر گذار	۰/۳۳۳۳	۱	۰/۳۳۳۳	۰/۶۶۶۷	تأمین منابع مالی B3
تأثیر پذیر	-۰/۵۲۷۸	۱/۰۲۷۸	۰/۷۷۷۸	۰/۲۵	تدوین بسته پایه خدمتی B1
تأثیر پذیر	-۱/۱۱۱۱	۱/۱۱۱۱	۱/۱۱۱۱	۰	زیرساخت های فرهنگی - اقتصادی B2



شکل-۱. نمودار علی (سببی) موانع یکپارچه سازی بیمه سلامت در ایران

شرایط و ساختار قانونی نیز می‌تواند یکی از تسهیل‌کننده‌ها یا موانع اجرای تجمیع صندوق‌های بیمه باشد. در طول سالیان گذشته قوانین محکم‌زادی برای توسعه و بهبود عملکرد کیفی و کمی بیمه‌های سلامت تصویب شده‌اند که هر کدام در راستای هدفی خاص بوده‌اند. تاریخچه و روند طی شده تا حال حاضر برای درک موانع قانونی پیش روی تجمیع مفید می‌باشد. چنین تحلیلی تناقضات و عدم هماهنگی احتمالی بین قوانین را مشخص می‌کند. هر چند استفاده از ظرفیت‌های قانونی موجود و تصویب قانون تجمیع در بند ب ماده ۲۸ قانون برنامه پنجم و همچنین تصویب اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران را باید به عنوان اولین تسهیل‌کننده اجرای تجمیع صندوق‌ها در نظر گرفته شود، اما نباید فراموش کرد که یکی از دستاویزهای اصلی مقاومت و مخالفت مخالفین تجمیع ناشی از موانع و ابهامات قانونی بود. به طوری که در برنامه‌هایی که در طول این سال‌ها برای بحث در مورد چالش‌های اجرایی این قانون برگزار شد، بیشترین وقت و انرژی صرف تفسیر قانون شد که در نهایت نیز جواب روشنی برای آن ارائه نشد. تشویق رقابت در پاره‌ای از قوانین در گذشته یا زمینه‌های شکل‌گیری قانون الزام سازمان تأمین اجتماعی خود موانعی را برای تجمیع ایجاد کرده است که باید به درستی مورد توجه قرار بگیرند. بنابراین لازم است چنین ابهاماتی در قانون مورد توجه قرار بگیرد و جواب شفاف و صریح در خصوص آنها ارائه شود و اگر نیازی به تصویب قانونی جدید برای تجمیع صندوق‌های درمان است در آن قانون تمام این ابهامات برطرف شود.

در تحلیل سیستماتیک نیز موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران در ۴ حیطه «تدوین بسته پایه خدمتی»، «زیرساخت‌های فرهنگی-اقتصادی»، «تأمین منابع مالی» و «ساختار نظام سلامت» مورد بررسی قرار گرفت.

الف) در بین موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران، «موانع تأمین منابع مالی» به عنوان موانع تأثیرگذار شناسایی شدند. در خصوص موانع تأمین مالی، نتایج سایر کشورها نیز حاکی از اهمیت این مولفه دارد. در تایلند، چالش‌های بلندمدت تأمین مالی که قرار بود از طریق بودجه عمومی و مالیات تأمین مالی شود، به یکی از نگرانی‌های کارشناسان در وزارت مالی تبدیل شد. آن‌ها بر این عقیده بودند، معرفی طرح پوشش همگانی به افزایش بدهی‌های عمومی که از قبل نیز بالا بودند منجر خواهد شد (۱۷). در ترکیه نیز ثبات اقتصادی و رشد سریع درآمد ملی که در سال‌های ۲۰۰۳ تا ۲۰۱۲ به دست آمد، فضای مالی لازم را فراهم کرد تا دولت در بخش‌های اجتماعی سرمایه‌گذاری کند. هم‌زمان با رشد اقتصادی، دولت ترکیه توانست هزینه‌های سلامت را افزایش دهد و در بخش سلامت سرمایه‌گذاری کند، از طرف دیگر، سرمایه‌گذاری بخش خصوصی در سلامت نیز در حال افزایش بود. در کنار رشد پایدار در درآمد ملی، قوانین و روش‌های جدید برای بهبود جمع‌آوری مالیات، سیاست‌های اقتصادی متعادل باعث افزایش در اخذ مالیات،

ج) در «مرحله تحلیل روابط سیستماتیک (دیما تال)»، موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران در ۴ حیطه «تدوین بسته پایه خدمتی» (B1)، «زیرساخت‌های فرهنگی-اقتصادی» (B2)، «تأمین منابع مالی» (B3) و «ساختار نظام سلامت» (B4) مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج تحلیل روابط سیستماتیک و نمودار سببی نشان می‌دهد، در بین موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران، موانع «تأمین منابع مالی» و «ساختار نظام سلامت» به عنوان موانع تأثیرگذار و موانع «تدوین بسته پایه خدمتی» و «زیرساخت‌های فرهنگی-اقتصادی» به عنوان موانع تأثیرپذیر شناسایی شدند. همچنین مانع «ساختار نظام سلامت» با مختصات (۱/۳۰ و ۱/۳۰) به عنوان تأثیرگذارترین مانع و مانع «زیرساخت‌های فرهنگی-اقتصادی» با مختصات (۱/۱۱- و ۱/۱۱) به عنوان تأثیرپذیرترین مانع شناسایی شدند.

## بحث

نتایج فاز کیفی تحقیق نشان داد از مجموع مصاحبه‌های مورد بررسی در مجموع دوازده موضوع کلی به عنوان موانع پیش روی یکپارچه‌سازی در صنعت بیمه شناسایی شدند. این نتایج نشان می‌دهد که در تعیین سیاست تجمیع صندوق‌های بیمه سلامت به عنوان راه کاری برای حل مشکلات حوزه بیمه سلامت موضوع توجه به عوامل زمینه‌ای مانند عوامل اقتصادی، اجتماعی، سیاسی فرهنگی خیلی مد نظر نبوده است. در تایلند نیز چالش‌های بلند مدت مالی طرح پوشش همگانی که قرار بود از طریق بودجه عمومی و مالیات تأمین مالی شود به یکی از نگرانی‌های کارشناسان در وزارت مالی تبدیل شد. آنها بر این عقیده بودند که معرفی طرح پوشش همگانی به افزایش بدهی‌های عمومی که از قبل نیز بالا بودند منجر خواهد شد (۱۵). این در حالی است که یکی از عوامل کمک‌کننده در اجرای طرح پوشش همگانی در تایلند قابلیت اجرایی آن از نظر اقتصادی و توان مالی دولت بود. بدین معنی که قبل از اجرای طرح، مطالعات و بررسی‌های صورت گرفته، نیازمندی‌های مالی اجرای طرح را پیش‌بینی کرده بودند و آن را در توان دولت می‌دیدند (۱۵). در کره جنوبی نیز توسعه بیمه سلامت به خویش‌فرمایان یا کارگران بخش غیر رسمی یک چالش مهم در پوشش همگانی برای جمعیت بود. عوامل اقتصادی و سیاسی به توسعه سریع بیمه به خویش‌فرمایان که آخرین گروهی بودند که به بیمه ملی سلامت پیوستند کمک کرد. رشد اقتصادی دهه ۱۹۸۰ توانایی خویش‌فرمایان را برای پرداخت برای بیمه افزایش داد. در آن دوره رشد اقتصادی تا حدود ۱۲ درصد افزایش پیدا کرد. دولت هم دارای توانایی مالی برای پرداخت یارانه برای خویش‌فرمایان بود. رژیم سیاسی مقتدر و رشد اقتصادی قابل توجه در ثبت نام اجباری بیمه و همکاری کارفرماها برای پرداخت نیمی از حق بیمه کارکنان موثر بود و مشکلات خیلی کمی در رابطه با گزارش غلط دستمزد و یا فرار از ثبت نام به وجود آمد (۱۶).

کاهش تورم و کاهش بیکاری شد. افزایش درآمدهای مالیاتی دولت، پروسیجرهای خصوصی سازی و سرمایه گذاری خارجی، این امکان را فراهم آورد تا دولت از درآمدهای بودجه عمومی، پوشش کارت سبز را توسعه دهد و طرح بیمه یکپارچه سلامت عمومی را ایجاد کند (۱۸).

ب) «موانع ساختاری نظام سلامت»، به عنوان مانع تأثیرگذار در جایگاه دوم قرار گرفت. به علت تفاوت های ساختاری بین نظام های سلامت در کشورهای مختلف، مقایسه و ارزیابی تأثیرات جدایی خریدار از فروشنده بر نظام سلامت دشوار است (۱۹). به همین دلیل، شواهد علمی نتایج متفاوت و بحث برانگیزی در مورد تأثیرات جدایی خریدار از فروشنده بر سلامت مانند افزایش کارایی و بهبود کیفیت وجود دارد. جدایی خریدار از فروشنده، به عنوان اقدامی تعریف شده است که در آن خریدار به عنوان کسی که تصمیم می گیرد، چه خدماتی باید توسط ارائه کننده ارائه شود، از ارائه کننده که باید خدمات و خروجی هایی که مورد توافق قرار گرفته اند را فراهم کند تفکیک می شود. در ایران با جدایی خریدار از فروشنده به علت عدم هماهنگی میان دو وزارتخانه و عدم اعتماد بین آنها، عملاً چنین سیاستی مشکلات و چالش های زیادی برای اجرای برنامه های اصلاحی و تولید نظام سلامت ایجاد کرده است. جایگاه بیمه ها در طول سالیان قبل، همیشه مورد بحث و جدل بین کارشناسان دو وزارتخانه بوده است. غالباً تلاش ها در راستای انتقال بیمه ها به وزارت بهداشت، موانع و تردیدهایی را در مورد اجرای تجمیع بیمه ها ایجاد کرده است و باعث شده کارشناسان بیمه درمان به دیده تردید به موضوع تجمیع صندوق ها نگاه کنند. چنین اقداماتی، باعث شده است بعضاً وزارت رفاه و کارشناسان بیمه، در برابر تجمیع بیمه ها موضع دفاعی گرفته و با عدم اجرای تجمیع به عنوان مقدمه انتقال آنها به وزارت بهداشت، مانع اجرای چنین برنامه ای شوند (۱۹). این در حالی است که در برخی کشورها مثل تایلند که به سمت ادغام صندوق ها و پوشش همگانی حرکت کردند در کنار آن، سیاست جدایی خریدار از فروشنده را اجرا کردند. در تایلند، کارگروه پوشش همگانی پیشنهاد کرد در کنار طرح پوشش همگانی که به معنی اصلاحات عمده در تأمین منابع مالی بود، بر تقویت مراقبت های اولیه هزینه-اثر بخش تمرکز کنند و جدایی بین خریداران و ارائه کنندگان صورت گیرد (۲۰).

ج) در حیطه «بسته پایه خدمتی»، موانعی از قبیل دقیق نبودن تعریف بسته خدمات سلامت و مرز بین بیمه پایه و بیمه مکمل و تفاوت های ساختاری و سازمانی موثر بر بسته خدمت مطرح بود. در شرایط کنونی، سازمان های بیمه گر پایه در برخی موارد، پوشش خدمات بسته بیمه درمان پایه را به صورت یکسان انجام نمی دهند. این امر موجب شده برخی خدمات یکسان، توسط سازمان های بیمه گر پایه مختلف به صورت متفاوتی ارائه شود. بنابراین در درجه اول تعیین متولی مناسب و مشخص در تدوین بسته و به علاوه یکسان کردن ضوابط مورد عمل بیمه ها در ارائه خدمات بسته در

ک) «موانع اقتصادی-اجتماعی» نیز موانعی از قبیل رفتارهای سیاسی و مقاومت در پذیرش یکپارچه سازی بیمه ها، عدم توجه به مبانی بیمه گری و تشکل های کارگری، بی اعتمادی به دولت و شرایط عدم ثبات اقتصادی مطرح بود. در همین خصوص، نتایج مطالعه ای در ترکیه نشان داد، موانع مرتبط با ثبات اقتصادی و رشد سریع درآمد ملی، می تواند یکپارچه سازی بیمه های سلامت را دچار اختلال کند (۱۸). در کره جنوبی نیز رفع موانع اقتصادی و سیاسی به توسعه سریع بیمه به خویش فرمایان که آخرین گروهی بودند که به بیمه ملی سلامت پیوستند کمک کرد (۱۶). با این حال تفاوت در نتایج مطالعات مختلف می تواند به شرایط نظام سلامت کشورها، شیوه های تامین مالی، سیاست های حکومتی و تولیتی مرتبط باشد.

### محدودیت های پژوهش

در این مطالعه به منظور جمع آوری اطلاعات، از اکثر صندوق های بیمه ای و خبرگان و صاحب نظران نظام سلامت استفاده شد. همچنین از جمله مزیت های تحقیق می تواند به استفاده از ترکیب رویکردها و روش های مختلف کیفی و کمی اشاره نمود.

«حساسیت و سیاسی بودن موضوع»، این احتمال را افزایش می دهد که افراد خودسانسوری را در پیش بگیرند و به دلیل نگرانی از جایگاه شغلی، از بیان برخی از چالش ها یا پیش نیازها خودداری کنند یا حتی به علت مخالفت با موضوع، از بیان بعضی از حقایق دریغ کنند و بیشتر به بیان دیدگاه های سازمانی بپردازند. در برخی موارد، صاحب نظران به علت همین مسائل، از ضبط مصاحبه امتناع کردند و محقق به ناچار مجبور به یادداشت برداری شد. از دیگر محدودیت های مطالعه، «نبود ادبیات قوی و جامع» در حیطه تجمیع صندوق های بیمه درمان در سایر کشورها بود.

### نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، یکپارچه سازی صندوق های بیمه سلامت در ایران علی رغم دارا بودن مزیت های مختلف، دارای موانع زیرساختی زیادی است که رفع این موانع می تواند گام نخست برای حرکت به سمت تجمیع قلمداد شود. در مطالعه حاضر، «مانع تأمین منابع مالی» و «مانع ساختاری نظام سلامت»، به عنوان دو مانع تأثیرگذار و موانع «تدوین بسته پایه خدمتی» و «زیرساخت های فرهنگی-اقتصادی» به عنوان دو مانع تأثیرپذیر شناخته شدند. در



متناسب با شرایط وزارت بهداشت و بیمه‌های اجتماعی، اقدام کنند. در این زمینه، برنامه‌ریزی برای رفع موانع موجود و اقداماتی از قبیل تدوین بسته‌های خدمتی و زیرساخت‌های فرهنگی ضروری است. اجرای این قانون، باید به درستی تمام منابع قدرت و منافع آن‌ها را مورد توجه قرار دهد.

**تضاد منافع:** نویسندگان تصریح می‌کنند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه حاضر وجود ندارد.

## منابع

- Allcock SH, Young EH, Sandhu MS. Sociodemographic patterns of health insurance coverage in Namibia. *International journal for equity in health*. 2019;18(1):16. doi:10.1186/s12939-019-0915-4
- 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. doi:10.1016/S0277-9536(01)00137-X
- The World Health Report [2010]: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage: World Health Organization; 2010.
- 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.
- Samani S. Health insurance and its place in the Fifth Development Plan. *Journal of Medical Council*. 2011;15.
- Iran health in fifth Economic, Social and Cultural Development Plan. 2009. (In Persian).
- Wang H, Switlick K, Ortiz C, Zurita B, Connor C. *Health insurance handbook: how to make it work*: World Bank Publications; 2012.
- Maeda A, Araujo E, Cashin C, Harris J, Ikegami N, Reich MR. *Universal health coverage for inclusive and sustainable development: a synthesis of 11 country case studies*: World Bank Publications; 2014.
- Health systems financing, the path to universal coverage. World Health Organization, Technical Brief Series - Brief No 5; 2010.
- Huang X, Wu B. Impact of urban-rural health insurance integration on health care: Evidence from rural China. *China Economic Review*. 2020;64:101543. doi:10.1016/j.chieco.2020.101543
- Velasquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Health sector reform in Peru: Law, governance, universal coverage, and responses to health risks. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*. 2016;33(3):546-55. doi:10.17843/rpmesp.2016.333.2338
- 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. doi:10.1016/S0140-6736(12)61147-7
- The regulations of fifth Economic, Social and Cultural Development Plan. Tehran: Iranian Parliament; 2011.
- Health insurance in fifth Economic, Social and Cultural Development Plan, requirements for creating Iran health insurance organization. Islamic Parliament Research Center; 2011. Contract No.: 12068.
- 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.
- Kwon S. Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea. Social Security Policy and Development Branch, International Labour Office. 2002;Working Paper No.1.
- Hsiao W, Shaw RP. *Social health insurance for developing nations*: The World Bank; 2007.
- 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. doi:10.1016/S0140-6736(13)61051-X
- Takian A, Rashidian A, Doshmangir L. The experience of purchaser-provider split in the implementation of family physician and rural health insurance in Iran: an institutional approach. *Health policy and planning*. 2015;30(10):1261-71. doi:10.1093/heapol/czu135
- Pitayarangsarit S. The introduction of the universal coverage of health care policy in Thailand: policy responses: National Health Security Office and International Health Policy Program; 2010.
- World Health Organization. *The World Health Report: Health Systems Financing: the Path to Universal Coverage*. Geneva: World Health Organization, 2010. (Accessed June 13, 2012).