

طراحی الگوی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران

فاطمه اسدنژاد^۱، کرمان الله دانش‌فرد^{۲*}، رضا نجف بیگی^۳

چکیده

زمینه و هدف: امروزه، بیمه‌های بهداشت و درمان نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه و سطح رفاه افراد دارند. در کشور ما، بیمه‌های بهداشت و درمان دارای کاستی‌هایی هستند که بسیاری از آن‌ها به مسائل سیاست‌گذاری مربوط می‌شود. از این رو، هدف تحقیق حاضر، طراحی الگوی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران است.

روش بررسی: تحقیق حاضر از نظر هدف، توسعه‌ای- کاربردی و در گروه تحقیقات آمیخته اکتشافی قرار می‌گیرد. در مرحله کیفی این تحقیق، از روش تحلیل تم و در مرحله کمی از مدل‌سازی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. در مرحله کیفی به منظور طراحی الگوی تحقیق، با ۲۶ نفر از خبرگان دانشگاهی و اجرایی در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان که به صورت هدفمند انتخاب شدند، مصاحبه شد. همچنین، در مرحله کمی از ۱۸۶ نفر از مدیران و متخصصان در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان که به شکل تصادفی انتخاب شدند، با پرسشنامه نظرخواهی شد.

یافته‌ها: براساس یافته‌ها، ۵ راهبرد شامل ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان، بهبود خدمات بیمه، ارتقای عدالت بیمه‌ای، مدیریت منابع و بهره‌گیری از رویکرد پایداری شناسایی شدند. همچنین، الگوی طراحی شده شامل متغیرهای مربوط به پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها است. یافته‌های تحلیل داده‌ها با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که اجزای الگوی تحقیق مورد تایید هستند و کلیه ضرایب مسیر برآورد شده معنادار است. نتیجه‌گیری: نهایتاً، نتایج تحقیق نشان داد که با تامین منافع ذینفعان و همچنین در نظر گرفتن کلیه متغیرهای تاثیرگذار بر سیاست‌گذاری، می‌توان مسیری رو به بهبود در فرآیند سیاست‌گذاری بیمه‌های بهداشت و درمان طی نمود.

کلمات کلیدی: بیمه بهداشت و درمان، الگوی بهبود، سیاست‌گذاری، تحلیل تم

۱. دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

۲.* نویسنده مسئول. استاد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران Daneshfard@srbiau.ac.ir

۳. استاد مدیریت دولتی، دانشکده مدیریت و اقتصاد، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

مقدمه

بهبود سلامت و رفاه مردم اغلب به عنوان هدف اصلی سیستم‌های مراقبت سلامت ذکر می‌شود (۱). تضمین دسترسی به خدمات بهداشتی با کیفیت ضروری و کاهش مشکلات مالی برای همه افراد بدون در نظر گرفتن توانایی پرداخت آن‌ها از اهداف اصلی پوشش همگانی سلامت است. طرح‌های بیمه درمانی مختلفی به تازگی در کشورهای با درآمد کم و متوسط برای دستیابی به هر دوی این اهداف اجرا شده است (۲). از طرفی، بهبود عدالت در استفاده از خدمات و تضمین حمایت مالی برای همه افراد بدون در نظر گرفتن توانایی پرداخت آن‌ها از اهداف کلیدی در اهداف پوشش جهانی بهداشت جهانی است. پوشش همگانی سلامت هم در محیط‌های پردرآمد و هم در محیط‌های کم درآمد، جایی که نابرابری بین ثروتمندان و فقیر به ویژه بزرگ به نظر می‌رسد، از اهمیت اجتماعی حیاتی برخوردار است (۳).

یکی از اهداف مطلوب هر نظام سلامت، ارائه سازوکارهای مناسب تامین مالی به منظور حمایت از خانوارها به هنگام نیاز به خدمات سلامت است (۴). توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت (Health insurance) در کشور یکی از ضروریات سیستم سلامت کشور می‌باشد و این امر با استقرار پوشش همگانی خدمات سلامت در کنار توجه به کمیت و کیفیت خدمات میسر است (۵). سیاست‌گذاران سلامت در سراسر جهان بر اهمیت تضمین مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه تأکید دارند. یکی از موانع مهم برای اهداف تأمین، حفظ و ارتقا در نظام‌های سلامت، هزینه‌های رایج و اغلب زیاد برای مراقبت‌های سلامت نسبت به درآمد افراد (و یا سرانه تولید ناخالص داخلی) است و نیاز به چنین مراقبت‌هایی اغلب نامطلوب است (۶).

تلاش‌های فزاینده‌ای که برای دستیابی به اهداف پوشش سلامت همگانی انجام می‌شود و در بسیاری از کشورها، سازمان بیمه سلامت ملی نهاد نظارتی مسئول طرح بیمه سلامت است (۷). بیمه سلامت یکی از پیچیده‌ترین، پرهزینه‌ترین و گیج‌کننده‌ترین خدماتی است که مصرف‌کنندگان خریداری می‌کنند (۸). علی‌رغم تلاش‌های

عمده دولت‌ها، طرح‌های بیمه سلامت در کشورهای با درآمد کم و متوسط عموماً به جمعیت‌های کم‌درآمد مورد نظر نمی‌رسند و عمدتاً از گروه‌های جمعیتی بالاتر حمایت می‌کنند. طرح‌های فعلی بیمه سلامت باید به دقت مورد بررسی قرار گیرد، و اینکه تا چه حد می‌توان از بیمه سلامت برای حمایت از آسیب‌پذیرترین جمعیت‌ها استفاده کرد، مجدداً ارزیابی شوند (۲). یافته‌های تحقیق سونی (۲۰۲۰) همراه با شواهد حاصل از مطالعات قبلی، نشان می‌دهد که گسترش بیمه عمومی ممکن است باعث تغییر فوری در رفتارهای سلامت نشود، اما افرادی که در رفتارهای سالم مشارکت می‌کنند را در طول زمان افزایش می‌دهند (۹).

طرح‌های بیمه سلامت در حال حاضر در سطح جهان نه تنها به عنوان یک مکانیسم تامین مالی سلامت، بلکه به عنوان یک استراتژی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت و به عنوان وسیله‌ای برای کاهش نابرابری بین گروه‌های جمعیتی مورد توجه قرار گرفته‌اند (۱۰). گسترش بیمه درمان از جمله راهکارهای دولت‌ها (به ویژه دولت‌های مردم‌سالار) برای نیل به جامعه‌ای سالم با سلامت پایدار است؛ به طوری که با توسعه بیمه‌ها، کلیه ابعاد زندگی افراد در جامعه تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد (۱۱). مطالعه و بررسی نظام‌های بیمه‌های بهداشتی درمانی در کشورهای مختلف، نشان می‌دهد که در طی سال‌های گذشته این نظام‌ها برای پوشش هزینه‌های سلامت و حفاظت از مردم تغییر و تحولات زیادی را تجربه کرده است و هر کشوری متناسب با شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، بهداشتی و فرهنگی خود مدل‌های مختلفی از بیمه‌ها را گسترش داده است (۱۲). بیمه ممکن است با کاهش اثرات مورد انتظار شوک‌های سلامت، یک مزیت روان‌شناختی ایجاد کند (۱۳).

در نظام بیمه سلامت ایران چندین صندوق بیمه وجود دارد بدون مقررات کافی برای انتقال و یا توزیع مجدد یارانه متقابل بین آن‌ها که این پراکندگی صندوق‌های بیمه ممکن است منجر به عدم تجمیع ریسک و جمع‌آوری منابع و کاهش قدرت چانه‌زنی آن‌ها می‌شود. علاوه بر این، فقدان اطلاعات باعث ایجاد برخی از مشکلات می‌شود،

نیز در مطالعه خود ۲۸ مانع برای یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ایران شناسایی کردند. در بین عوامل بالاترین میانگین مربوط به «رفتارهای سیاسی و مقاومت در پذیرش یکپارچه‌سازی بیمه‌ها» و پایین‌ترین میانگین مربوط به «پزشک خانواده و نظام ارجاع» بود. همچنین، مانع «ساختار نظام سلامت» به عنوان تأثیرگذارترین مانع و مانع «زیرساخت‌های فرهنگی-اقتصادی» به عنوان تأثیرپذیرترین مانع شناسایی شدند. یافته‌های تحقیق شمس الدینی و هرمز (۱۳۹۹) نشان داد که دخالت‌های زیاد دولت‌ها در کشورهای در حال توسعه یکی از عوامل بازدارنده در سیستم‌های مالی و تأثیرگذاری آن‌ها بر بخش بیمه است. نتایج این مطالعه نشان داد که اکثر سیاست‌های اصلاحات مالی به صورت مستقل یا تحت تأثیر متغیرهای شرطی، تأثیر خالص مثبتی بر توسعه بیمه درمان دارند. احمدی و طاهری (۱۳۹۶) نیز در پژوهشی به بررسی عوامل موثر بر هزینه‌های سلامت خانوارها در ایران پرداختند. براساس یافته‌ها، خانوارهایی که نه تنها از لحاظ اقتصادی، بلکه از نظر موقعیت اجتماعی وضعیت بهتری دارند، مخارج سلامت بالاتری داشته‌اند. همچنین، پیشنهاد می‌شود که دولت یک بسته بیمه پایه را در نظر بگیرد که از نظر کیفیت خدمات ارائه شده برای همه خانوارها یکسان باشد و از نظر حق بیمه نیز عادلانه باشد. همچنین مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۵) مطالعه‌ای در مورد مروری بر سیاست‌ها و برنامه‌های اتخاذ شده در حوزه تأمین مالی بخش سلامت انجام دادند. در این تحقیق برای پاسخگویی به بهبود وضعیت شاخص‌های حفاظت مالی سیاست‌هایی از جمله یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای، افزایش منابع پایدار و تخصیص هدفمند یارانه‌ها، اولویت‌بندی خدمات سلامت، استقرار و بهبود نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد با تأکید بر یکسان‌سازی جزءحرفه‌ای در بخش دولتی و خصوصی شناسایی شد. کریمی و همکاران (۱۳۹۴) نیز به مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب در زمینه بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی پرداختند. نتایج نشان داد که وزارت‌های بهداشت تولید بیمه‌های درمانی را بر عهده دارند. در زمینه برنامه‌ریزی، برنامه ریزی در سطح ملی و منطقه‌ای پیشنهاد شده است و در بیشتر کشورها این برنامه‌ها به صورت غیرمتمرکز در شهرها

از جمله همپوشانی بیمه شده‌ها و عدم پوشش برخی مردم که در نهایت ناکارآمدی در سیستم‌های بیمه درمانی و حفاظت مالی کم در برابر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برای بیمه شده در پی دارد (۱۴). براساس نتایج در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور، خلاء قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد. آنچه به عنوان محدودیت عمده شناسایی شد، روش اجرا و تعهد به قوانین می‌باشد که چالش‌های اساسی در ارتباط با حفاظت مالی ایجاد کرده است و رفع آن مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذینفعان در سطوح مختلف سیاستگذاری و اجرا و انطباق طراحی برنامه‌های اجرایی با زیرساخت می‌باشد (۱۵).

توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمان در اسناد بالادستی کشور مورد تأکید قرار گرفته است. در بند ۷ سیاست‌های کلی سلامت به انجام تولید (سیاستگذاری و نظارت) سلامت توسط وزارت بهداشت، مدیریت منابع از طریق نظام بیمه با محوریت وزارت بهداشت، تدارک خدمات توسط بخش دولتی، خصوصی و عمومی اشاره شده است. در بند ۹ همین سند نیز به توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی و درمانی با هدف پوشش کامل نیازهای پایه درمان توسط بیمه‌ها و ایجاد بازار رقابتی برای ارائه خدمات بیمه درمان اشاره شده است. قانون برنامه پنجم توسعه نیز به همگانی و اجباری شدن بیمه پایه سلامت و اجازه به دولت برای ادغام بخش درمانی صندوق‌های بیمه و تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران اشاره دارد. همچنین بند ۹ سیاست‌های کلی نظام سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری بر توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی تأکید دارد.

بحث بیمه‌های سلامت در تعدادی از تحقیقات داخلی و خارجی بررسی شده که نتایج تعدادی از آن‌ها در ادامه ارائه می‌گردد. مهردوست و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهش خود به بررسی عوامل مؤثر بر توسعه بیمه سلامت روان در ایران پرداختند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که پنج عامل اساسی شامل عامل ساختاری، عامل فرهنگ، عامل کیفیت خدمات، عامل فردی و عامل تأمین و پشتیبانی برای توسعه بیمه سلامت روان لازم است. اکبری و همکاران (۱۴۰۰)

و روستاهای هر منطقه اجرا می‌گردد.

همچنین، براساس یافته‌های تحقیق آفریی و همکاران (۲)، تجارب کشورها حاکی از آن است که راهبردهای فعلی برای بهبود پوشش جمعیت‌های آسیب‌پذیر در طرح‌های بیمه سلامت به هدف خود یعنی برابری و عدالت دست نیافته است. شواهد همچنین نشان می‌دهد کشورهایی که در حال برنامه‌ریزی برای ایجاد طرح‌های بیمه سلامت با هدف برابری برای جمعیت‌های آسیب‌پذیر هستند، ممکن است با توجه به یافته‌های این بررسی، رویکرد خود را مجدداً ارزیابی کنند. یافته‌های تحقیق وری و همکاران (۱۹) در آمریکا نشان داد که افراد دارای بیمه خصوصی در مقایسه با افرادی که تحت پوشش برنامه‌های بیمه حمایت دولتی قرار می‌گیرند، احتمال دسترسی ضعیف به مراقبت، هزینه‌های بالاتر مراقبت و رضایت کمتری از مراقبت را داشتند. نتایج نشان می‌دهد که تلاش‌هایی برای افزایش تعداد افراد تحت پوشش برنامه‌های بیمه عمومی یا بهبود حمایت‌ها از افراد تحت پوشش بیمه خصوصی در برابر افزایش هزینه‌ها مورد نیاز است. همچنین یافته‌های موندیکو و همکاران (۲۰) در غنا بیان می‌کند که طرح بیمه سلامت رسمی باعث می‌شود احتمال اینکه خانواده‌هایی که شوک سلامتی را تجربه می‌کنند فرزندانشان را از مدرسه رفتن منع می‌کنند تا آن‌ها را به کار بگمارند، کاهش می‌دهد. از این رو، اجتناب از چنین مکانیسم‌های مقابله‌ای پرهزینه‌ای، به طور بالقوه بخش مهمی از ارزش اجتماعی بیمه درمانی رسمی است. همچنین، نتایج تحقیق هاشوفر و همکاران (۱۳) در کنیا نشان داد که بیمه سلامت ممکن است استرس را در محیط کاهش دهد، اما مزایای آن محدود است. نایاک و همکاران (۲۱) نیز در یافته‌های تحقیق خود بر کاربرد فناوری‌های دیجیتال در بیمه سلامت برای رفاه اجتماعی مشتریان کم درآمد در هند تاکید کردند. نهایتاً، یافته‌های فن و همکاران (۱) نشان داد که بیمه سلامت عمومی به طور قابل توجهی وضعیت سلامت جسمی و روانی دینفعان بیمه سلامت را پس از کنترل سایر متغیرهای کمکی بهبود می‌بخشد. نتایج بررسی‌ها نشان داد که با وجود اهمیت زیاد بیمه‌های درمان بهداشت و ناکارآمدی‌هایی که وجود دارد، تاکنون تحقیقی به بررسی

سیاست‌های بهبود در این زمینه نپرداخته است. این در حالی است که با رشد هزینه‌های سرسام‌آور درمان و همچنین ظهور بیماری کووید ۱۹، نیاز است اصلاحات و بهبودهایی در این زمینه ایجاد گردد؛ اما با این وجود نسبت به اینکه چه راهبردها و اقداماتی باید انجام گیرد و چه متغیرهایی در این زمینه تاثیرگذارند، آگاهی کافی وجود ندارد. از این رو، در این تحقیق الگویی برای بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران ارائه می‌گردد.

روش بررسی

هدف این تحقیق، طراحی الگوی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران است. تحقیق حاضر، از نظر هدف توسعه‌ای- کاربردی و از نوع تحقیقات آمیخته اکتشافی است. با توجه به اینکه نتایج تحقیق حاضر می‌تواند برای ارتقای سیاستگذاری توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران بکارگرفته شود، تحقیق از نوع کاربردی است. این تحقیق به این دلیل که به دنبال توسعه مبانی سیاستگذاری در زمینه بیمه‌های بهداشتی و درمان و ارائه مدلی بومی در این زمینه است، از نوع تحقیقات توسعه‌ای محسوب می‌شود. ضمناً، پارادایم پژوهش از نوع تفسیرگرایی است. این پژوهش، در دو مرحله کیفی و کمی انجام شده که در ادامه هر یک از این مراحل بررسی شده است.

مرحله کیفی: در مرحله کیفی به منظور طراحی مدل تحقیق، از روش تحلیل تم استفاده شد. تحلیل تم روشی برای تعیین، تحلیل و بیان الگوهای (تم‌ها) موجود درون داده‌ها است. این روش در خود، داده‌ها را سازماندهی و در قالب جزئیات توصیف می‌کند، اما می‌تواند از این فراتر رفته و جنبه‌های مختلف موضوع پژوهش را تفسیر کند (۲۲). در مرحله کیفی، به منظور طراحی مدل از ۹ نفر از اساتید دانشگاهی و ۱۷ نفر از خبرگان اجرایی در زمینه بیمه‌های بهداشتی و درمان مصاحبه به عمل آمد. خبرگان دانشگاهی مشارکت‌کننده، ضمن داشتن مدرک دکتری، در رشته‌های مرتبط تحصیل کرده بودند و در زمینه موضوع تحقیق کار پژوهشی داشتند. خبرگان اجرایی نیز

یافته‌ها

یافته‌های بخش کیفی

در این پژوهش، برای تحلیل داده‌های کیفی که از مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته به دست آمد و همچنین به منظور طراحی الگوی تحقیق، از روش تحلیل تم استفاده شد. مراحل طی شده به منظور طراحی مدل تحقیق براساس دیدگاه براون و کلارک (۲۲) با بهره‌گیری از روش تحلیل تم به صورت زیر است. **گام اول - آشنایی با داده‌ها:** در مرحله اول محقق به بررسی محتوای مصاحبه‌ها پرداخت. مصاحبه‌ها توسط محقق در بازه زمانی ۱۵ روزه دوبار گوش داده شد تا تمام نکات مطرح شده استخراج شود. پس از یادداشت‌برداری از محتوای مصاحبه‌ها، محقق به بررسی چندباره یادداشت‌های تهیه شده پرداخت و محتوای آن‌ها را به دقت بررسی کرد.

گام دوم - ایجاد کدهای اولیه: در این گام، پس از اینکه محتوای مصاحبه‌ها دقیق بررسی شد، محقق به شناسایی کدهای اولیه پرداخت. کد تعریف شده یک ویژگی داده‌ها را معرفی می‌کند که از دیدگاه محقق جالب به نظر می‌رسد. داده‌های کدگذاری شده از واحدهای تحلیل یعنی تم‌ها متفاوت می‌باشند (۲۲). روش انجام کار به این شکل بود که محقق برای محتوای مطرح شده توسط خبرگان که به موضوع خاصی اشاره می‌کرد، یک کد استخراج نمود. نمونه‌ای از متن مصاحبه و کدهای استخراج شده برای اجزای تشکیل شده مدل تحقیق در ادامه آمده است.

مرحله ۳ - جستجوی تم‌ها: در این گام، کدهایی که از مرحله قبلی استخراج شده بودند و از نظر محتوایی دارای اشتراک بودند، توسط محقق ادغام گردید و تم‌ها را ایجاد کردند.

مرحله ۴ - بازبینی تم‌ها: در این گام، محقق تم‌ها را مجدداً مورد بررسی قرار داد و نتایج به دست آمده از کدگذاری را با نتایج شناسایی تم‌ها انطباق داد. همچنین، نقشه تم‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد دارای ساختاری قابل قبول است.

ضمن داشتن حداقل مدرک کارشناسی ارشد، دارای حداقل ۱۰ سال سابقه کاری در زمینه بیمه بهداشت و درمان بودند. روش نمونه‌گیری در مرحله کیفی، از نوع هدفمند بود و مصاحبه‌ها تا آنجا ادامه یافت که داده‌ها به حد اشباع برسد. در زمان انجام مصاحبه‌ها، پژوهشگر در شیوه مطرح کردن سؤال‌ها دقت زیادی کرده است تا کیفیت و اعتبار موقعیت مصاحبه‌دار نشود.

مرحله کمی: در مرحله کمی این تحقیق، به منظور اعتبارسنجی مدل طراحی شده، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم افزار smart PLS استفاده شد. قبل از انجام مدل‌سازی معادلات ساختاری، کفایت حجم نمونه با بهره‌گیری از شاخص KMO و آزمون بارتلت و همچنین، نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف آزمون شد که نتایج نشان داد که حجم نمونه کافی است و داده‌ها برای انجام محاسبات مدل‌سازی معادلات ساختاری مناسب است. نمونه آماری در این مرحله، ۱۸۶ نفر از مدیران و متخصصان در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان بودند. در مرحله کمی، حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه گردید و روش نمونه‌گیری نیز از نوع تصادفی بود. به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد که روایی آن توسط ۳ نفر از خبرگان تایید شد. پرسشنامه دارای ۵۸ سوال بود و در آن از طیف ۵ تایی لیکرت استفاده شد. همچنین، پایایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۸۵ محاسبه شد که مقداری مناسب است. مشخصات نمونه آماری در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات نمونه آماری

جنسیت	
۱۳۸	مرد
۴۸	زن
سابقه کاری	
۴۳	زیر ۱۰ سال
۸۸	بین ۱۰ تا ۳۰ سال
۵۵	بیش از ۳۰ سال
مدرک تحصیلی	
۴۱	کارشناسی
۸۵	کارشناسی ارشد
۴۲	دکترت و بالاتر

جدول ۲. نمونه ای از متن مصاحبه و کدهای استخراج شده

کد استخراج شده	متن مصاحبه
وجود سازمان های بیمه ای متعدد و ناهماهنگ	"در کشور تعدادی زیادی سازمان بیمه گر داریم که هر کدام ساز خودش را می زند و هیچ گونه هماهنگی بین بیمه ها دیده نمی شود".
عدم ارتباط صحیح بین سازمان های بیمه گر و مراکز بهداشت و درمان	"در خیلی از موارد به دلیل ارتباط ضعیفی که بین سازمان های بیمه گر و مراکز درمانی وجود دارد، بیماران دچار مشکل می شوند و شکایت می کنند".
جزیره ای عمل کردن بیمه های درمانی در کشور	"بیمه های درمانی در کشور فاقد ساختار یکپارچه و منسجم هستند و هریک به سمت و سویی که به نظرشان درست حرکت می کنند. این مساله باعث عدم بهره گیری درست از ظرفیت ها و توانمندی های موجود می شود".
رقابت کاذب بین سازمان های بیمه گر	"متاسفانه بیمه ها بیش از آنکه به دنبال بهبود خدمات خود و افزایش کارایی باشند، به دنبال رقابت و جذب مشتریان بیشتر هستند. بیمه های بهداشت و درمان بیش از حد رویکرد اقتصادی دارند و در این مسیر منافع بیمه شدگان کمتر مدنظر قرار می گیرد".
تعارض منافع در نظام بیمه ای کشور	"متاسفانه تعارض منافع در بخش بهداشت و درمان زیاد است و این مساله به بخش بیمه هم تسری یافته است. این مساله مانع اتخاذ تصمیمات درست و قابل قبول برای توسعه بیمه های بهداشت و درمان شده است".
فقدان جهت گیری و برنامه بلندمدت در نظام بیمه ای کشور	"نظام بیمه درمانی در کشور جهت گیری مشخصی برای آینده ندارد و بیشتر درگیر مسائل و مشکلات فعلی است".

صاحب نظر، از راهبردهایی استفاده کنند. در این پژوهش برای اطمینان از روایی مرحله کیفی از راهبردهای "تطبیق به وسیله اعضا" و "کثرت گرایی" بهره گرفته شد. در راهبرد تطبیق به وسیله اعضا، محقق از دیدگاه های مشارکت کنندگان در تحقیق برای اطمینان یافتن از یافته‌ها و تفاسیر استفاده می‌کند. بدین منظور در این پژوهش، از دیدگاه ۵ نفر از مشارکت کنندگان در فرآیند تحلیل کدها و انجام مراحل کدگذاری استفاده شد و با انجام اصلاحاتی مدل پژوهش مورد تایید آن‌ها قرار گرفت. همچنین، به منظور انجام راهبرد کثرت گرایی محققان از منابع، روش‌ها، محققان و نظریه‌های متفاوت و چندگانه برای به دست آوردن شواهد تقویت کننده نتایج کار خود استفاده می‌کنند. بدین منظور، داده‌های پژوهش حاصل مصاحبه با ترکیبی از خبرگان دانشگاهی و اجرایی در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان است. همچنین، محقق در جریان فرآیند تحلیل تم داده‌ها به مبانی نظری و تحقیقات پیشین در زمینه موضوع پژوهش توجه داشته است.

مرحله ۵- تعریف و نام گذاری تم‌ها: پس از اینکه نقشه تم‌ها نهایی شد و دسته‌بندی انجام گرفت، محقق نسبت به نام گذاری تم‌ها اقدام نمود.

پس از استخراج کدهای اولیه، کدگذاری محوری انجام گرفت و ۴ دسته متغیر شامل پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها (اقدامات) و پیامدها شناسایی شدند. در جدول ۳، نتایج تحلیل تم برای پیشران‌ها و راهبردها (اقدامات) ارائه شده است.

همچنین، در مورد اینکه چه راهبردها و اقداماتی برای بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان باید انجام گیرد، براساس نظرات خبرگان و انجام مراحل تحلیل تم، یافته‌هایی ایجاد شد که در جدول ۴ قابل مشاهده است.

نهایتاً، براساس جمع‌بندی عوامل به دست آمده و نظرخواهی از خبرگان، ساختار مدل تحقیق استخراج گردید که در شکل ۱ مشاهده می‌شود. مدل شامل ۴ جزء عوامل پیشران، عوامل زمینه‌ای، اقدامات و راهبردها و نهایتاً، پیامدها است.

به منظور ارتقای اعتبار پژوهش‌های کیفی براساس دیدگاه افراد

جدول ۳. یافته های تحلیل تم محرک ها و پیشران ها

شخص	مؤلفه	بعد
وجود سازمان های بیمه ای متعدد و ناهماهنگ، عدم ارتباط صحیح بین سازمان های بیمه گر و مراکز بهداشت و درمان، جزیره ای عمل کردن بیمه های درمانی در کشور و رقابت کاذب بین سازمان های بیمه گر	مسائل سازمان های بیمه گر	پیشران های حاکمیتی
گسیخته بودن ساختار نظام بیمه ای کشور، فقدان جهت گیری و برنامه بلندمدت در نظام بیمه ای کشور، تعارض منافع در نظام بیمه ای کشور و تضاد و تعارض بین سازمان های بیمه گر و بخش بهداشت و درمان	مسائل نظام بیمه ای کشور	
عدم تناسب سیاست ها با شرایط واقعی، عدم تامین منافع ذینفعان مختلف در تدوین سیاست ها، پشتوانه علمی ضعیف و ابهام سیاست ها و عدم پیوستگی و انسجام سیاست ها	پیشران های مربوط به سیاست گذاری	
عدم آگاهی و دانش محدود مجریان، زد و بند و سیاسی کاری در مرحله اجرا، فقدان قوانین شفاف و محکم در حمایت از اجرای سیاست ها و ضعف تشکیلات اداری سازمان مجری	پیشران های مربوط به اجرای سیاست ها	پیشران های سیاست گذاری
مشخص نبودن نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه های بیمه ای - درمانی، تعدد وظایف وزارت بهداشت به عنوان سیاستگذار، ارائه دهنده و ... و شفاف نبودن نقش شورای عالی بیمه	پیشران های مربوط به متولی سیاست گذاری	
تأمین مالی پسروده، جریان مالی غیر شفاف، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت، پایین بودن سهم هزینه های بخش بهداشت و درمان از مجموع هزینه های ناخالص ملی و ناپایداری منابع مالی	تأمین مالی نامناسب	پیشران های منابع
سالخوردگی جمعیت در ایران، تقاضای مصرف بیشتر خدمات بهداشت و درمان در نسل های جدید، افزایش بیماری ها و مشکلات سلامت در نسل های جدید، عدم پاسخگویی مناسب به تقاضای موجود و فقدان زیرساخت های مطلوب	شکاف عرضه و تقاضا	
عدم وجود پوشش همگانی، نامشخص بودن آمار بیمه شده ها، تعرفه گذاری خدمات بدون توجه به جمع جهات و عدم توجه ویژه به بیمه شدگان داری شرایط خاص	مسائل مربوط به پوشش بیمه شدگان	
هزینه زا بودن و سلامت نگر نبودن نظام پرداخت، بالا بودن سهم هزینه های بهداشت و درمان خانوار از مجموع هزینه های بهداشت و درمان در کشور، سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه شده، هزینه های رو به افزایش بهداشت و درمان و توزیع ناعادلانه پرداخت های بیمه ای در دهک های مختلف هزینه ای	مشکلات هزینه ای بیمه شدگان	پیشران های بیمه شدگان

یافته های بخش کمی: اعتبارسنجی مدل

برای بررسی کفایت حجم نمونه وجود دارد که از جمله آن ها شاخص KMO می باشد که مقدار آن همواره بین ۰ تا ۱ در نوسان است. از سوی دیگر، برای اطمینان از مناسب بودن داده ها مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی هایی که پایه تحلیل قرار می گیرد در جامعه برابر با صفر نیست، از آزمون Bartlett استفاده گردید. با توجه به مقدار شاخص KMO و همچنین مقدار آماره بارتلت که به ترتیب برابر با ۰/۸۲۹ و ۰/۰۰۰ است، نتایج نشان دهنده کفایت نمونه ها است.

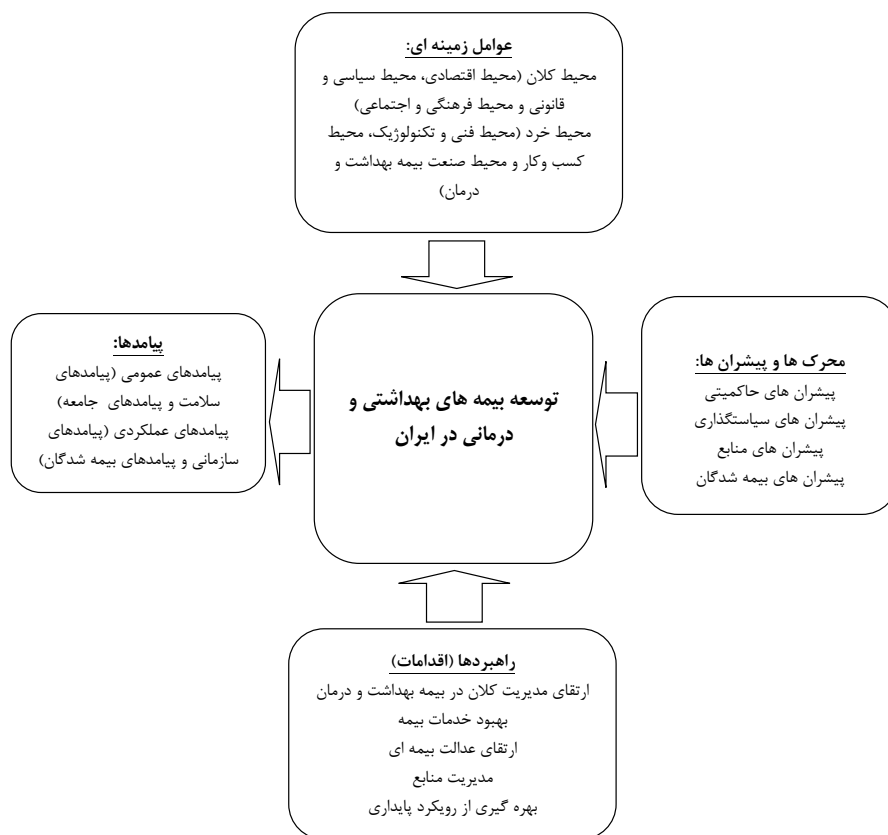
در تحقیق حاضر، از روش مدل سازی معادلات ساختاری بر پایه روش حداقل مربعات جزئی (PLS) برای آزمون مدل الگوی بهبود سیاست های توسعه بیمه های بهداشتی و درمانی در ایران استفاده شد. بدین منظور، نرم افزار Smart PLS استفاده شد. در ابتدا برای اعتبارسنجی مدل، باید از کفایت نمونه که ۱۸۶ نفر از متخصصان و کارشناسان صنعت بیمه بود، اطمینان حاصل کرد. روش های متعددی

جدول ۴. یافته‌های تحلیل تم راهبردها و اقدامات

شخص	مولفه	بعد
یکپارچه سازی صندوق های بیمه ای، برقراری تعامل بین سازمان های بیمه ای در کشور، ایجاد نظام ملی بیمه درمان، اتخاذ تصمیمات کلان به شکل متمرکز، تولیت (سیاستگذاری و نظارت) بیمه ها توسط وزارت بهداشت، برنامه ریزی در سطح ملی و منطقه ای و اجرا در مناطق، حذف اقدامات موازی در بیمه بهداشت و درمان، شواهدمحوری و نگاه علمی در سیاستگذاری و توسعه بانک اطلاعاتی بیمه شدگان	توسعه مدیریت واحد و یکپارچه	ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان
ایجاد تعامل هر چه بیشتر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ذینفعان در فرآیند سیاستگذاری، تامین منافع ذینفعان مختلف در فرآیند سیاستگذاری، توجه به خواسته ها و انتظارات ذینفعان مختلف، کاهش تاثیر گروه های فشار و قدرت بر فرآیند سیاستگذاری و مقابله با تعارض منافع در بیمه بهداشت و درمان	مدیریت ذینفعان در فرآیند سیاستگذاری	
تدوین صحیح بسته های بیمه پایه سلامت، تعریف دقیق بسته های خدمات بیمه، نظارت بر کیفیت خدمات و شفاف سازی مرز بین بیمه های پایه و مکمل	ارتقای بسته های خدمت توسعه خدمات بیمه	بهبود خدمات بیمه
تدوین صحیح بسته ای بیمه پایه سلامت، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، گسترش پوشش بیمه ای، توسعه بیمه های مکمل درمان و توسعه خدمات الکترونیک	توسعه خدمات بیمه	
ارتقای دسترسی به خدمات بیمه ای ارزان برای آحاد جامعه، کاهش سهم هزینه های مردم از خدمات بیمه، تعیین مبنای پوشش بیمه های سلامت براساس منطقه سکونت و توانایی پرداخت، تعرفه گذاری بیمه براساس درآمد و توان مالی افراد و تعرفه گذاری خدمات سلامت براساس شواهد علمی (هزینه تمام شده) و براساس ارزش افزوده	عدالت هزینه‌ای	ارتقای عدالت بیمه ای
توسعه بیمه های درمانی ویژه روستاییان، توسعه بیمه درمان بیماران خاص و صعب العلاج، هدفمند کردن خدمات بیمه ای برای حمایت از اقشار آسیب پذیر و افزایش ارزش خدمات بیمه ای برای بیکاران، بازنشستگان و سالمندان و ...	توسعه بیمه اقشار خاص	
تنوع بخشی به منابع درآمدی، تخصیص بهینه منابع مالی، بهره گیری از روش های نوین تامین مالی و کاهش وابستگی به منابع ناپایدار و مقطعی	بهبود مدیریت مالی	مدیریت منابع
توانمندسازی منابع انسانی موجود، بهره گیری از مدیران لایق و توانمند، شایسته سالاری، جانشین پروری، مدیریت و پرورش استعدادها و گسترش بدنه خبره و دانشی	توسعه منابع انسانی	
توسعه جهت گیری استراتژیک در بیمه، حرکت در مسیر بهبود مستمر در بیمه بهداشت و درمان، سیاستگذاری واحد و منسجم در بیمه بهداشت و درمان، بهره گیری از تجارب کشورهای موفق، شناسایی و مدیریت ریسک ها در بیمه بهداشت و درمان و توسعه متوازن و یکپارچه	پیگیری رویکرد توسعه محور	بهره گیری از رویکرد پایداری
اخلاق مداری در تمامی ابعاد آن، توسعه رویکرد بشردوستانه و انسان محور، قانون مداری، پیگیری و تامین منافع ملی، ارتقای شفافیت در تمامی ابعاد آن و صیانت از محیط زیست	مسئولیت اجتماعی	

می رود. این معیار توسط ورتس و همکاران (۱۹۷۴) معرفی شد و برتری آن نسبت به آلفای کرونباخ در این است که پایایی سازه‌ها نه به صورت مطلق، بلکه با توجه به همبستگی سوالاتشان با یکدیگر محاسبه می شود. با توجه به جدول ۵ مقدار پایایی ترکیبی و آلفای کرونباخ برای همه متغیرها تأیید شد، زیرا بزرگتر از ۰/۷ هستند.

پس از تأیید کفایت حجم نمونه، باید پایایی و روایی بررسی گردد. آلفای کرونباخ، معیاری کلاسیک برای ارزیابی پایایی است. مقدار آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷، بیانگر پایایی قابل قبول است. از آنجا که آلفای کرونباخ یک روش سنتی برای تعیین پایایی سازه‌ها است، معیار مدرن‌تری نسبت به آلفا به نام پایایی ترکیبی به کار



شکل ۱. مدل تحقیق

همچنین، برای بررسی روایی همگرا از معیار AVE میانگین واریانس استخراج شده) استفاده گردید که نشان دهنده میزان همبستگی یک سازه با شاخص‌های خود است و هر چه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بهتر است. فورنل و لارکر (۱۹۸۱) معیار AVE را برای سنجش روایی همگرا ارائه کردند. مقادیر محاسبه شده AVE چون همگی بالای ۰/۵ است، نشان دهنده این است که روایی همگرای متغیرهای تحقیق مناسب است.

جدول ۵. مقادیر آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE

متغیر	آلفای کرونباخ	پایایی ترکیبی	AVE
محرك‌ها	۰/۸۲	۰/۸۵	۰/۷۵
عوامل زمینه‌ای	۰/۸۰	۰/۸۳	۰/۶۸
راهبردها (اقدامات)	۰/۸۵	۰/۸۶	۰/۷۴
پیامدها	۰/۸۴	۰/۸۶	۰/۷۱

روایی واگرا سومین معیار سنجش برازش مدل‌های ساختاری است. به زعم فورنل و لارکر، روایی واگرا وقتی قابل قبول است که میزان میانگین واریانس استخراج شده برای هر سازه، بیش از واریانس اشتراکی بین آن سازه و سازه‌های دیگر در مدل تحقیق باشد. با توجه به جدول ۶ می‌توان گفت که روایی واگرا زمانی در حد قابل قبولی است که جذر میانگین واریانس استخراج شده (\sqrt{AVE}) برای هر

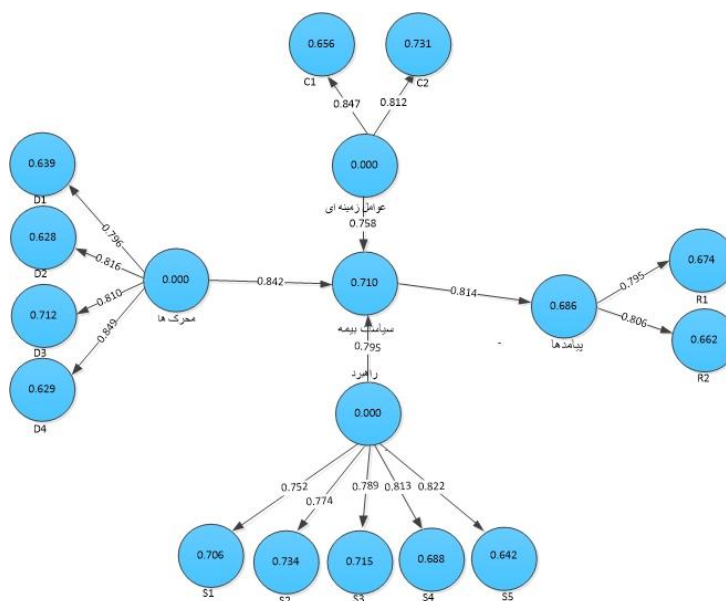
متغیر بیشتر از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرها است. بنابراین رویای رواگرای متغیرهای پرسشنامه تحقیق مورد تایید است.

جدول ۶. محاسبات مربوط به رویای واگرا

متغیر	محرك ها	عوامل زمینه ای	راهبردها (اقدامات)	پیامدها
محرك ها	۰/۸۱۰			
عوامل زمینه ای	۰/۳۷۰	۰/۷۹۱		
راهبردها (اقدامات)	۰/۲۱۸	۰/۳۴۲	۰/۸۳۴	
پیامدها	۰/۳۶۲	۰/۳۱۸	۰/۲۸۲	۰/۷۵۴

همچنین، بخش ساختاری مدل برخلاف مدل‌های اندازه‌گیری، به پرسش‌ها و متغیرهای آشکار نیازی ندارد و تنها به متغیرهای پنهان و روابط میان آن‌ها توجه می‌شود. در این تحقیق، برازش مدل ساختاری با استفاده از معیارهای ضریب تعیین (R^2)، معیار Q^2 ، GOF و ضرایب معناداری انجام گرفت. برای سنجش رابطه بین سازه‌ها در مدل‌های معادلات ساختاری، اعداد معناداری t و مقادیر ضریب مسیر مورد بررسی قرار می‌گیرد. اگر مقدار ضریب مسیر مقادیری بیشتر از $0/4$ داشته باشد، مسیر بردآورد شده مطلوب است. شکل شماره ۲ مدل مفهومی تحقیق را در حالت معناداری ضرایب نشان می‌دهد.

همچنین، بخش ساختاری مدل برخلاف مدل‌های اندازه‌گیری، به پرسش‌ها و متغیرهای آشکار نیازی ندارد و تنها به متغیرهای پنهان و روابط میان آن‌ها توجه می‌شود. در این تحقیق، برازش مدل ساختاری با استفاده از معیارهای ضریب تعیین (R^2)، معیار Q^2 ، GOF و ضرایب معناداری انجام گرفت. برای سنجش رابطه بین



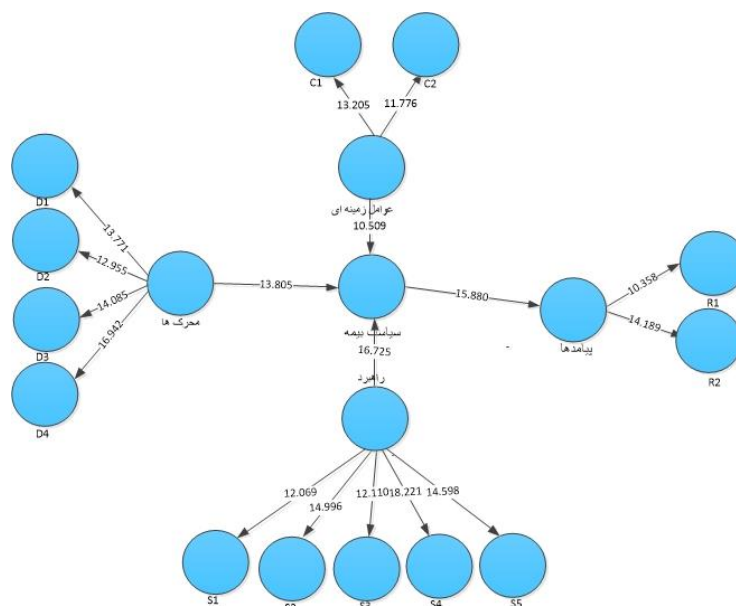
شکل ۲. مدل ساختاری تحقیق در حالت ضرایب معنی‌داری

در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. ضمناً، شکل ۳ مدل مفهومی تحقیق را در حال تخمین ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این شکل شدت تاثیرگذاری متغیرها بر یکدیگر مشخص شده است.

مطابق با اطلاعات ارائه شده در شکل شماره ۲، تمام روابط تدوین شده در مدل مفهومی تحقیق تایید قرار گرفت. زیرا مقدار آماره t که برای آن‌ها گزارش شده است، بیشتر از مقدار بحرانی $1/96$

یک متغیر وابسته در یک اثر مستقیم دیگر می‌تواند متغیر مستقل باشد و برعکس.

درون یک مدل معادلات ساختاری هر اثر مستقیم، رابطه‌ای را میان یک متغیر وابسته و متغیر مستقل، مشخص و بیان می‌کند. اگرچه



شکل ۳. مدل ساختاری تحقیق در حالت استاندارد

سه مقدار $0/۱۹$ ، $0/۳۳$ و $0/۶۷$ را به عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی بودن برازش بخش ساختاری مدل به وسیله معیار ضریب تعیین تعریف کرده است. مقدار R^2 برای سیاست بیمه $0/۷۱$ و برای متغیر پیامدها $0/۶۸۶$ محاسبه گردید که مقادیری قابل قبول و مناسب هستند.

ضمناً، شاخص Q^2 توسط استون و گیزر (۱۹۷۵) معرفی شد که این شاخص، قدرت پیش‌بینی مدل را نشان می‌دهد. از دیدگاه آن‌ها، مدل‌هایی که دارای برازش بخش ساختاری مناسبی هستند، باید قابلیت پیش‌بینی شاخص‌های مربوط به سازه‌های درون‌زای مدل را داشته باشد. در صورتی که مقدار Q^2 در مورد یک سازه درون‌زا صفر و یا کمتر از صفر باشد، نشان می‌دهد که روابط بین سازه‌های دیگر مدل و آن سازه درون‌زا به خوبی تبیین نشده است و مدل نیاز به اصلاح دارد. هنسلر و همکاران (۲۰۰۹) در مورد شدت قدرت پیش‌بینی در مورد سازه‌های درون‌زا سه مقدار $0/۰۲$ ، $0/۱۵$ و $0/۳۵$

همچنین، جدول روابط بین اجزای مدل را براساس نتایج مدل سازی معادلات ساختاری نمایش داده است. همانگونه که ملاحظه می‌شود، کلیه ضرایب مسیر محاسبه شده معنادار هستند.

براساس نتایج معادلات ساختاری، مقدار آماره t مسیر محرک‌ها به سیاست بیمه است، بزرگتر از $۱/۹۶$ است؛ لذا رابطه بین این دو متغیر معنی‌دار است و ضریب مسیر $0/۸۴۲$ نشان می‌دهد که رابطه مثبتی بین این دو متغیر وجود دارد. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود، کلیه ضرایب مسیر محاسبه شده معنادار هستند و بنابراین، روابط تعریف شده در مدل تحقیق مورد تایید قرار گرفتند. همچنین، ضریب تعیین (R^2) معیاری است که نشان دهنده میزان تغییرات در هر یک از متغیرهای وابسته مدل است که به وسیله متغیرهای مستقل تبیین می‌شود. مقدار R^2 تنها برای متغیرهای درون‌زای مدل محاسبه می‌شود. هرچه مقدار R^2 سازه‌های درون‌زای مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل خواهد بود. چین (۱۹۹۸)

را مشخص کردند. معیار Q^2 برای متغیر سیاست بیمه مقدار ۰/۳۲ و پیامدها مقدار ۰/۲۹ محاسبه گردید که مقادیر مناسبی هستند. نهایتاً، معیار GOF نیز مربوط به برازش کلی مدل ساختاری است؛ بدین معنی که با این معیار، محقق می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل تحقیق، برازش کلی را نیز کنترل کند. سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۵ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF بیان شده اند که حصول عدد ۰/۳۲ برای این مدل، نشان از برازش مناسب مدل تحقیق دارد.

بحث

امروزه در کشور ما، بخش سلامت یکی از پرچالش‌ترین و آسیب پذیرترین حوزه‌ها است که نیاز است مورد توجه جدی قرار گیرد. بیمه‌های بهداشت و درمان با عملکرد مطلوب خود می‌توانند تا حدود زیادی از چالش‌های بخش سلامت بکاهند و دستیابی به یک جامعه سالم را محقق کند؛ اما این در حالی است که شرایط سیاست‌گذاری در بخش بیمه‌های درمانی چندان مطلوب نیست و نیاز است اصلاحاتی در این بخش انجام پذیرد. از این رو، در این تحقیق به طراحی الگویی برای بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران پرداخته شد. یافته‌های این تحقیق نشان داد که سیاست‌گذاری در بخش سلامت مسأله‌ای پیچیده و چندبعدی است و برای تأمین منافع ذینفعان مختلف، نیاز است مجموعه‌ای از راهبردها و اقدامات مورد استفاده قرار گیرد.

براساس یافته‌های تحقیق، الگویی برای بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی طراحی شد که مجموعه‌ای از محرک‌ها و پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها (اقدامات) و پیامدها را دربرمی‌گیرد. براساس یافته‌های تحقیق، ۵ راهبرد شامل ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان، بهبود خدمات بیمه، ارتقای عدالت بیمه‌ای، مدیریت منابع و بهره‌گیری از رویکرد پایداری را برای بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان شناسایی شد. نخستین راهبرد، به این مسأله می‌پردازد که نیاز است که در بخش بیمه‌های درمان،

مدیریت واحد و یکپارچه حاکم شود و منافع ذینفعان مختلف در فرآیند سیاست‌گذاری مدنظر قرار گیرد. این راهبرد با نتایج تحقیق اکبری و همکاران (۱۴۰۰) و رئیسی و همکاران (۱۳۹۲) همراستا است و همچنین، در تحقیق افری و همکاران (۲۰۲۲) بر اهمیت مدیریت یکپارچه در بخش بیمه سلامت تأکید شده است. از طرفی، راهبرد بهبود خدمات بیمه بر این موضوع تأکید دارد که بسته‌های خدمات بیمه به شکل هدفمندتری باید ارائه گردد و خدمات بیمه‌ای نیز به شکل متوازی توسعه پیدا کند. این راهبرد نیز با سیاست‌های کلی سلامت و یافته‌های تحقیق راثی و همکاران (۱۳۹۷)، کریمی و همکاران (۱۳۹۴) و صدیقی و همکاران (۱۳۹۱) سازگار است و آن‌ها را تأیید می‌کند.

راهبرد دیگر، ارتقای عدالت بیمه‌ای است که بر ارتقای عدالت در هزینه‌های بهداشت و درمان و حمایت از اقشار کم درآمد جامعه و همچنین، توسعه بیمه برای اقشار خاص تأکید دارد. دستیابی به عدالت را یکی از آرمان‌های نظام سلامت می‌توان در نظر گرفت که بیمه‌ها نقشی تعیین‌کننده در این زمینه دارند. این راهبرد نیز با اصول قانون اساسی، قانون برنامه پنجم توسعه کشور و سیاست‌های کلی سلامت و نیز یافته‌های تحقیق اکبری و همکاران (۱۴۰۰) و مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۵) همراستا است و نتایج تحقیق افری و همکاران (۲۰۲۲) و ارلانگا و همکاران (۲۰۱۹) نیز بر عدالت در بخش بیمه سلامت تأکید دارد. همچنین، سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰)، عدالت را به عنوان یکی از آرمان‌های بخش سلامت تعریف کرده است. چهارمین راهبرد شناسایی شده، مدیریت منابع است که بر مدیریت مطلوب منابع مالی و همچنین سایر منابع در جهت بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان تأکید دارد. این راهبرد توسط سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۰) به عنوان یکی از کارکردهای نظام سلامت مورد تأکید قرار گرفته است. نهایتاً، بهره‌گیری از رویکرد پایداری آخرین راهبرد شناسایی شده است که بر توسعه متوازن و یکپارچه در بخش بیمه سلامت و توجه به مسائل مسئولیت اجتماعی تأکید دارد. این راهبرد کمتر در تحقیقات دیگر مورد توجه قرار گرفته

بهره‌مندی از این خدمات را ندارند و از طرفی، بسیاری از مردم تحت پوشش بیمه‌ها نیستند.

همچنین، بهبود سیاست‌های بیمه سلامت از مجموعه‌ای از عوامل زمینه‌ای که در سطح کلان و خرد تعریف می‌شوند، تشکیل می‌شوند. این عوامل بر بهبود سیاست‌های بیمه‌های درمان تأثیرگذار هستند و با توجه به اینکه شرایط این متغیرها به ویژه شرایط اقتصادی به شدت متغیر است، گاهی این عوامل مانع عمده‌ای بر سر راه اجرای راهبردهای بهبود ایجاد می‌کنند. عوامل کلان شامل عوامل محیط اقتصادی، محیط سیاسی و قانونی و محیط فرهنگی و اجتماعی است. همچنین؛ عوامل خرد شامل عواملی است که نسبت به محیط کلان به بخش بیمه سلامت نزدیک‌تر است و شدت تأثیر بالاتری دارد. نهایتاً، براساس الگوی تحقیق، مجموعه‌ای پیامدها از بهبود بیمه‌های سلامت ایجاد می‌شود که منافع آن هم در سطح عمومی برای بهبود سلامت جامعه و هم در سطح سازمانی و برای بیمه‌شدگان و دیگر ذینفعان قابل توجه است. پیامدهای عمومی مربوط به پیامدهای سلامت و پیامدهای جامعه است. از یک طرف، با بهبود سیاستگذاری سطح سلامت جامعه ارتقا می‌یابد و مواردی چون ارتقای سطح سلامت افراد و بهبود کیفیت خدمات سلامت محقق می‌شود. از طرف دیگر، پیامدهای جامعه مربوط به کل جامعه است و شامل مواردی چون افزایش نشاط جامعه، بهبود کیفیت نیروی انسانی فعال جامعه و بهبود رفاه جامعه می‌باشد. همچنین، علاوه بر پیامدهای عمومی، یکسری پیامدهای عملکردی نیز به دست می‌آید. از طرف دیگر، عملکرد سازمانی در شرکت‌های بیمه بهبود می‌یابد و اثربخشی سازمانی، سرعت و دقت در خدمات، سودآوری و اعتبار و برند سازمانی آن‌ها بهبود می‌یابد. نهایتاً، برای بیمه‌شدگان نیز نتایجی چون کاهش سهم هزینه پرداختی بیمه‌شدگان و رضایت آن‌ها حاصل می‌شود.

نتیجه‌گیری

در مجموع براساس آنچه در این تحقیق حاصل شد، می‌توان

است؛ هرچند به طور ضمنی در تحقیقات پیشین اشاره شده، اما مورد اشاره صریح قرار نگرفته است.

همچنین، در این تحقیق مجموعه‌ای از پیشران‌ها شناسایی گردید که بر ضرورت بهبود سیاست‌های بیمه بهداشت و درمان تأکید دارد. پیشران‌های شناسایی شده در این تحقیق در واقع دلایل و عواملی هستند که بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران را ضروری می‌سازد. به عبارتی، پیشران‌ها چرایی بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌های بهداشتی و درمانی در ایران را بیان می‌دارد. این پیشران‌ها در ۴ حوزه حاکمیت، سیاستگذاری، منابع و بیمه‌شدگان بودند که به منظور ایجاد بهبود در آن‌ها، مجموعه از راهبردها شناسایی گردید که در قسمت قبل بررسی شد. پیشران‌های حاکمیتی در مورد مسائل کلان در بخش بیمه سلامت است و به عبارتی مطرح می‌کند که مسائلی در سطح کلان وجود دارد که لزوم بهبود سیاست‌های توسعه بیمه‌ها را ضروری می‌سازد. این عوامل هم شامل مسائل مربوط به سازمان‌های بیمه گر و هم مسائل نظام بیمه‌ای کشور است. در مورد پیشران‌های سیاستگذاری باید گفت که متأسفانه سیاستگذاری بیمه سلامت چندان شریط مطلوبی ندارد. پیشران‌های سیاستگذاری هم مربوط به فرآیند سیاستگذاری و هم اجرای سیاست‌ها می‌شود و البته موارد مربوط به نهادهای متولی سیاستگذاری را در برمی‌گیرد. پیشران‌های منابع اشاره دارد که متأسفانه شرکت‌های بیمه و دولت شرایط چندان مطلوبی از نظر مالی ندارند و از طرفی، در بخش بیمه سلامت تناسب خوبی بین عرضه و تقاضا وجود ندارد و بیم آن می‌رود افزایش این شکاف در آینده‌ای نزدیک و بحران مالی، بخش بیمه سلامت را به سمت فروپاشی سوق دهد. نهایتاً، در مورد پیشران‌های بیمه‌شدگان می‌توان بیان کرد که در حال حاضر بیمه‌شدگان با دو مساله عدم پوشش مناسب و نیز حمایت نامطلوب مالی و هزینه‌ای از سوی بیمه‌ها مواجه هستند و این دو مساله سطح سلامت در جامعه را به سمت روند نزولی سوق می‌دهد. به عبارتی، مردم از یک طرف با افزایش هزینه‌های درمان و کاهش حمایت بیمه‌ها، توان مالی

نتیجه گرفت که بیمه‌های بهداشت و درمان در حوزه‌های مختلف دارای کاستی‌هایی هستند که نیاز است مجموعه‌ای از راهبردها برای غلبه بر آن‌ها مورد استفاده قرار گیرد. البته، بهبود سیاست‌های بیمه‌های درمانی باید با در نظر گرفتن شرایط زمینه‌ای تاثیرگذار باشد. همچنین، حرکت در مسیر روبه جلو در بخش بیمه‌های سلامت با توجه به چندبعدی بودن آن و تعدد ذینفعان و متغیرهای تاثیرگذار، پدیده‌ای چندبعدی است که نیازمند بهره‌گیری از رویکرد سیستمی و جامع‌نگر است. پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی موانع اجرای سیاست‌های بهبود بیمه‌های سلامت و راهکارهای غلبه بر آن‌ها بررسی گردد. نهایتاً، مهم‌ترین محدودیت تحقیق این است که یافته‌های این پژوهش مربوط به بیمه‌های بهداشت و درمان در ایران می‌باشد و قابل تعمیم به سایر موارد مشابه نیست. ضمناً، با توجه به بحران بیماری کرونا، در دسترسی به خبرگان محدودیت‌هایی وجود داشت که با پیگیری محقق رفع شد. براساس یافته‌های پژوهش، پیشنهادات کاربردی به شکل زیر است:

- پیشنهاد می‌گردد با مشارکت کلیه ذینفعان مختلف، برنامه استراتژیک بخش بیمه سلامت تدوین شود و با لحاظ کردن قوت‌ها و ضعف‌ها و همچنین فرصت‌ها و تهدیدات پیش‌روی این صنعت، راهبردهایی که می‌تواند رشد و توسعه آن را فراهم کند، شناسایی گردد.

- پیشنهاد می‌گردد برنامه میان‌مدت و بلندمدت برای یکپارچه کردن بیمه‌های بهداشت و درمان در کشور تدوین شود و مسئولیت‌ها و نحوه نقش‌آفرینی هر یک از ذینفعان در تحقق اهداف آن مشخص گردد.

- پیشنهاد می‌گردد تیمی متشکل از خبرگان و متخصصان صنعت بیمه تشکیل شود و مسئولیت پایش محیط خرد و کلان صنعت بیمه بهداشت و درمان و نیز طراحی برنامه متناسب با سناریوهای پیش‌روی این صنعت را برعهده گیرد.

- پیشنهاد می‌گردد به منظور ایجاد تعامل هر چه بیشتر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ذینفعان در فرآیند سیاست‌گذاری، میزهای گفت‌وگو و کمیته‌های کارشناسی ایجاد شود و زمینه همفکری و ایجاد درک

مشترک فراهم گردد.

- پیشنهاد می‌گردد زمینه تعامل و ارتباط هرچه بیشتر با کشورهای موفق در زمینه بیمه‌های سلامت ایجاد گردد و از تجربیات و دانش آن‌ها پس از بومی‌سازی با شرایط کشور استفاده گردد.

- پیشنهاد می‌گردد نگاه علمی و مبتنی بر اصول حسابداری برای محاسبه قیمت تمام شده خدمات بیمه‌های سلامت استفاده گردد و سپس نسبت به قیمت‌گذاری خدمات اقدام گردد.

- پیشنهاد می‌گردد به منظور مدیریت مطلوب منابع مالی در بخش بیمه سلامت، از متخصصان و خبرگان مدیریت مالی و سرمایه‌گذاری در قالب تیم‌های مشاور و کارشناسی استفاده گردد.

- پیشنهاد می‌گردد در بخش بیمه‌های بهداشت و درمان سیستم‌های جان‌نشین‌پروری و مدیریت استعدادها پیاده‌سازی گردد تا این صنعت بتواند نیازهای آتی خود به کارکنان دانشی و خبره را برطرف کند.

- پیشنهاد می‌گردد با توجه به اینکه بیم آن می‌رود صنعت بیمه سلامت با بحران‌های متعددی در آینده ای نزدیک روبه‌رو شود، تیم‌های کارشناسی و خبره چند رشته‌ای و متخصص در امور مختلف از جمله مدیریت، مالی، بازاریابی، علوم اجتماعی، جمعیت‌شناسی، بهداشت و درمان و ... تشکیل گردد و برنامه‌های پیشگیرانه جهت غلبه بر بحران‌ها تدوین گردد.

- پیشنهاد می‌گردد با تولیت وزارت بهداشت و با تاکید بر تامین منافع کلیه ذینفعان، بیمه‌های بخش بهداشت و درمان یکپارچه و همراستا و زمینه‌های تعارض منافع شناسایی و رفع گردد.

- پیشنهاد می‌گردد با بهره‌گیری از ظرفیت فناوری اطلاعات، سیستم‌های اطلاعاتی جامع از بیمه‌شدگان و سایر ذینفعان مخاطب بیمه‌های بهداشت و درمان شناسایی گردد و در برنامه‌ریزی‌ها و اتخاذ تصمیمات استفاده گردد.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در فرآیند پژوهش همکاری کرده‌اند، سپاسگزاری کنند.

1. Fan H, Yan Q, Coyte PC, Yu W. Does Public Health Insurance Coverage Lead to Better Health Outcomes? Evidence from Chinese Adults. *Inquiry: a Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*. 2019; 56(2): 1-14.
2. Afriyie DO, Krasniq B, Hooley B, Tediosi F, Fink G. Equity in health insurance schemes enrollment in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Equity in Health*. 2022; 21(21): 1-12.
3. Erlangga D, Suhrcke M, Ali S, Bloor K. The impact of public health insurance on health care utilisation, financial protection and health status in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One*. 2019; 14(8):e0219731.
4. Ghiasvand H, Hadian M, Maleki MR. Relationship between Health Insurance and Catastrophic Medical Payment in Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Science; 2009. *Journal of economic research*. 2011; 1(1): 207-224.
5. Rasi V, Ghafari, S, Fazaeli, AA, Azizi F, Doosti F. Strategies for quantitative and qualitative development of health insurance, article 9 of General Health Policy Statement by the Supreme Leader of the Islamic Republic of Iran. 2019; 2 (3): 206-299.
6. 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 . *Iran J Health Educ Health Promot*. 2018; 6 (2): 200-202.
7. Arkorful VE, Lugu BK, Hammond A, Basiru I, Afriyie FA, Mohajan B. Examining Quality, Value, Satisfaction and Trust Dimensions: An Empirical Lens to Understand Health Insurance Systems Actual Usage. *Public Organization Review*. 2021; 21:471-489.
8. Paez A, Mallery C. A Little Knowledge Is a Risky Thing:Wide Gap inWhat People Think They Know about Health Insurance and What They Actually Know. 2014 AIR, <https://www.air.org/>.
9. Soni A. The effects of public health insurance on health behaviors: Evidence from the fifth year of Medicaid expansion. *Health Economics*. 2020; 29(12): 1586-1605.
10. McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J. Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. *Bull World Health Organ*. 2008; 86(11):871-876.
11. Shamsoddini M, Hormoz B. Investigating the Effect of Financial Reform Policies on Health Insurance Development in Developing Countries. *Iran Journal of Health Insurance*. 2020; 3(2):104-115.
12. Karimi I, Maleki M, Nasiripoor A, Janfada H. Supportive Health Insurance Around the world: Comparative Study of in Selected



- Countries. The Journal of Toloo-e-behdasht. 2015; 14 (3):123-138.
13. Haushofer J, Chemin M, Jang C, Abraham J. Economic and psychological effects of health insurance and cash transfers: Evidence from a randomized experiment in Kenya. Journal of Development Economics. 2020; 144:102416.
 14. Khodayari M, Azim zadeh S, Tork zadeh L. Take a look at health insurance integration: Challenges and horizons ahead. Payesh, 2019; 18(4): 419-421.
 15. Mehroolhassani M, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezani M, Dehnavieh R. A Review of the Health Financing Policies Towards Universal Health Coverage in Iran. Iranina journal of epidemiology. 2017; 12 :74-84
 16. Mehrdošt A, Alavi Matin Y, RoštamZadeh R, IranZadeh S. Factors affecting the development of mental health insurance in Iran. Razi Journal of Medical Sciences. 2021; 28(5) :116-124
 17. Akbari M, Alimohamadzadeh K, Maher A, Hosseini S, Bahadori M. Systematic Analysis the Barriers to the Integration of Health Insurance in Iran Using the Dematel Approach. Journal of Militari Medicine. 2021; 23 (1): 90-98.
 18. Ahmadi A, Taheri E. Factors Affecting Health Expenditures of Households in Iran: Application of Ordered Probit Model. Journal of health administration. 2017; 20(67):89-98.
 19. Wray CM, Khare M, Keyhani, S. Access to Care, Cost of Care, and Satisfaction With Care Among Adults With Private and Public Health Insurance in the US. JAMA Network Open. 2021; 4(6): e2110275.
 20. Mandicó SG, Reichert A, Strupat C. The Social Value of Health Insurance: Results from Ghana. Journal of Public Economics. 2021; 194:104314.
 21. Nayak B, Bhattacharyya SS, Krishnamoorthy B. Application of digital technologies in health insurance for social good of bottom of pyramid customers in India. International Journal of Sociology and Social Policy. 2019; 39(9):752-77.
 22. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006; 3(2). 77-101.

Designing an Improving Model for Health Insurance Development Policies in Iran

Fatemeh asadnejad¹, karamolah daneshfard^{2*}, Reza najafbagy²

Abstract

Background and Objective: Today, health insurance has an important role in promoting community health and well-being. In our country, health insurance has shortcomings that are mainly related to policy issues. Therefore, the purpose of this study is to design a model for improving health insurance development policies in Iran.

Methods and Materials: The present study is developmental-applied in terms of purpose and is in the group of exploratory mixed research. In the qualitative stage of this research, the theme analysis method was used and in the quantitative stage, structural equation modeling was used. In the qualitative stage, in order to design a research model, 26 academically and executive experts in the field of health insurance who were purposefully selected were interviewed. Also, in a quantitative phase, 186 managers and specialists in the field of health insurance who were randomly selected, were polled with a questionnaire.

Results: Based on the findings, 5 strategies were identified, including promoting macro-management in health insurance, improving insurance services, promoting insurance justice, resource management and using a sustainability approach. Also, the designed model includes variables related to drivers, contextual factors, strategies and consequences. Findings of data analysis by structural equation modeling showed that the components of the research model are approved and all estimated path coefficients are significant.

Conclusion: Finally, the results showed that by providing the interests of stakeholders and also considering all the variables affecting policy-making, it is possible to improve the health insurance policy-making process.

Keywords: Health insurance, Improvement model, Policy, Theme analysis

1. Ph.D. Candidate in Public Management, Faculty of Management and Economics, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

2*. Corresponding author. Professor of Public Management, Faculty of Management and Economics, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
Daneshfard@srbiau.ac.ir

3. Professor of Public Management, Faculty of Management and Economics, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

