



Presenting and Explaining the Strategic Model for Promoting Insurance Policies in Iran's Health System

Fatemeh Asadnejad¹ MA, Karamallah Daneshfard¹ PhD, Reza Najafbeigi¹ PhD

¹Department of Public Management, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

*Correspondence to: Karamallah Daneshfard, Email: Daneshfard@srbiu.ac.ir

Received: June 23, 2022

Revised: November 27, 2022

Accepted: February 14, 2023

Online Published: May 27, 2023

Abstract

Introduction: Today, health insurance plays an important role in improving the health of society and the level of well-being of people. Moreover, the World Health Organization also pursues important goals to improve the state of health and public health in countries. In our country, health insurances have shortcomings, many of which are related to policy issues and defects in the strategic management of such insurances, which require correction and improvement. In this regard, this article has been prepared with the aim of presenting and explaining a strategic model for the promotion of insurance policies in Iran's health system.

Methods: which is developmental-applicative in terms of its purpose and is placed in the group of analytical and cross-sectional studies. In the qualitative phase, using the topic analysis method to design the research model, 26 academic and executive experts in the field of health insurance were interviewed in a targeted manner, and in the quantitative phase, structural equation modeling and Smart PLS software were used. The sample size was calculated using Cochran's formula and 186 managers and professionals active in the field of health insurance were randomly asked for their opinions with a questionnaire.

Results: After analyzing and coding the responses, findings including five strategies for improving macro management in health insurance, improving insurance services, improving insurance justice, managing resources and using a sustainable approach were identified, which form the basis of the designed model of variables related to drivers, factors They are contextual, strategies and consequences. The data analysis of these findings with the structural equation modeling method showed that the components of the research model were approved and all the estimated path coefficients were significant.

Conclusion: In the end, the results obtained from the different stages of the research indicate that by providing the interests of the beneficiaries and also considering all the variables influencing the policy making, it is possible to take a path towards improvement and improvement in the policy making process of health insurance in the country.

Keywords: Insurance, Health System, Strategic Model, Insurance Policies

Highlights

1. Improving health insurance policies requires a set of strategies that should be effective considering the underlying conditions.
2. Moving forward in the health insurance sector due to its multidimensionality and multiplicity of stakeholders and effective variables is a multidimensional phenomenon that requires the use of a holistic and systematic approach.

Citation:

Asadnejad F, Daneshfard K, Najafbeigi R. Presenting and explaining the strategic model for promoting insurance policies in Iran's health system. Iran J Health Insur. 2023;6(1):23-34.



ارائه و تبیین الگوی راهبردی ارتقای سیاست‌های بیمه در نظام سلامت ایران

فاطمه اسدزاد^۱ MA، کرماله دانش‌فرد^۱ PhD، رضا نجف‌بیگی^۱ PhD

^۱ گروه مدیریت دولتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: کرماله دانش‌فرد، پست الکترونیک: daneshfard@srbiu.ac.ir

انتشار آنلاین: ۱۴۰۲/۰۳/۰۶

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۲۵

تصحیح: ۱۴۰۱/۰۹/۰۶

دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲

چکیده

مقدمه: امروزه بیمه‌های سلامت نقش مهمی در ارتقای سلامت جامعه و سطح رفاه افراد دارند. بیمه‌های بهداشت و درمان دارای کاستی‌هایی هستند که بسیاری از آنها به مسائل سیاست‌گذاری و نقص در مدیریت راهبردی این گونه بیمه‌ها مربوط می‌شود که نیازمند اصلاح و بهبود است. در همین راستا، این مطالعه با هدف ارائه و تبیین الگوی راهبردی برای ارتقای سیاست‌های بیمه در نظام سلامت ایران صورت پذیرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر از نوع تحلیلی و کاربردی است که در دو فاز کمی و کیفی صورت پذیرفت. در مرحله کیفی با استفاده از روش تحلیل موضوعی برای طراحی الگوی پژوهش، با ۲۶ نفر از خبرگان دانشگاهی و اجرایی در زمینه بیمه سلامت به صورت هدفمند مصاحبه انجام شد و در مرحله کمی از مدل‌سازی معادلات ساختاری و نرم‌افزار Smart PLS استفاده شد. حجم نمونه با استفاده از فرمول کوکران محاسبه و به شکلی تصادفی از ۱۸۶ نفر از مدیران و متخصصان فعال در زمینه بیمه سلامت با پرسشنامه نظرخواهی شد.

یافته‌ها: پس از تحلیل و کدگذاری پاسخ‌ها، 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 که مبنای تشکیل‌دهنده الگوی طراحی شده متغیرهای مربوط به پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها و پیامدها هستند. تحلیل داده‌های این یافته‌ها با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری نشان داد که اجزای الگوی پژوهش مورد تأیید بوده و کلیه ضرایب مسیر برآورد شده معنادار است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاکی از این است که با تأمین منافع ذی‌نفعان و همچنین در نظر گرفتن کلیه متغیرهای تأثیرگذار بر سیاست‌گذاری، می‌توان مسیری رو به ارتقا و بهبود در فرایند سیاست‌گذاری بیمه‌های بهداشتی درمانی کشور طی کرد.

واژگان کلیدی: بیمه، نظام سلامت، الگوی راهبردی، سیاست‌های بیمه

نکات ویژه

- ۱- ارتقای سیاست‌های بیمه سلامت نیازمند مجموعه‌ای از راهبردهاست که انجام آن باید با در نظر گرفتن شرایط زمینه‌ای تأثیرگذار باشد.
- ۲- حرکت در مسیر روبه جلو در بخش بیمه‌های سلامت با توجه به چندبعدی بودن آن و تعدد ذی‌نفعان و متغیرهای تأثیرگذار، پدیده‌ای چندبعدی است که نیازمند بهره‌گیری از رویکرد سیستمی و جامع‌نگر است.

مقدمه

با درآمد کم و متوسط برای دستیابی به 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 نیز هست. کمالینکه پوشش همگانی سلامت هم در محیط‌های پردرآمد و هم در محیط‌های کم‌درآمد، به ویژه در مناطقی که نابرابری بین ثروتمندان و فقرا بیشتر به نظر می‌سد، از اهمیت

بهبود سلامت و رفاه مردم اغلب به عنوان هدف اصلی سیستم‌های مراقبت سلامت ذکر می‌شود [۱]. دسترسی به خدمات بهداشتی مناسب، ضرورتی انکارناپذیر و کاهش بار مالی این خدمات برای همه افراد بدون در نظر گرفتن توانایی پرداخت آنها از اهداف اصلی پوشش همگانی بیمه سلامت است. طرح‌های مختلف بیمه سلامت به تازگی در کشورهای

اجتماعی حیاتی برخوردار است [۳].

یکی از اهداف مطلوب هر نظام سلامت، این است که سازوکارهای مناسب تأمین مالی را به منظور حمایت از خانوارها به هنگام نیاز به این خدمات ارائه کند [۴]. توسعه کمی و کیفی بیمه‌های بهداشتی درمانی از ضروریات یک سیستم سلامت بهینه محسوب می‌شود که این امر با استقرار پوشش همگانی خدمات سلامت در کنار توجه به کمیت و کیفیت خدمات میسر است [۵]. سیاست‌گذاران سلامت نیز در سراسر جهان بر اهمیت مراقبت‌های بهداشتی مناسب برای همه تأکید دارند. اما کماکان یکی از موانع مهم برای تأمین، حفظ و ارتقای خدمات در نظام‌های سلامت، هزینه‌های زیاد مراقبت‌های سلامت نسبت به درآمد افراد و یا نسبت به سرانه تولید ناخالص داخلی است که اغلب باعث کاهش سطح کیفی چنین مراقبت‌هایی می‌شود [۶].

در نظام بیمه سلامت ایران چندین صندوق بیمه وجود دارد که اغلب بدون مقررات کافی برای انتقال و یا توزیع مجدد یارانه متقابل هستند. این پراکندگی صندوق‌های بیمه ممکن است منجر به جلوگیری از تجمیع ریسک و جمع‌آوری منابع و کاهش قدرت چانه‌زنی آنها شود. علاوه بر این، فقدان اطلاعات باعث ایجاد برخی از مشکلات شده است، از جمله همپوشانی بیمه شده‌ها و پوشش ندادن برخی مردم که در نهایت ناکارآمدی در سیستم‌های بیمه سلامت و حفاظت مالی کم در برابر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی برای بیمه شده را در پی دارد [۷]. این در حالی است که در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور، خلأ قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد. آنچه به عنوان محدودیت عمده مطرح است، روش اجرا و تعهد به قوانین است که چالش‌های اساسی در ارتباط با حفاظت مالی ایجاد کرده و رفع آن مستلزم حمایت سیاسی کافی و ایجاد درک واحد بین ذی‌نفعان در سطوح مختلف سیاست‌گذاری و اجرا و انطباق برنامه‌های اجرایی با زیرساخت‌هاست [۸]. بر همین اساس، بدیهی است که فقدان الگوی راهبردی در این زمینه، ضرورت انجام پژوهش حاضر را ایجاب می‌کند.

با مطالعه پیشینه موضوع، مشخص شد که بحث بیمه‌های سلامت در تعدادی از مطالعات داخلی و خارجی مطرح شده که نتایج تعدادی از آنها در ادامه ارائه می‌شود. مهردوست و همکاران [۹] در پژوهش خود به بررسی عوامل مؤثر بر توسعه

بیمه سلامت در ایران پرداختند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که ۵ عامل اساسی شامل عامل ساختاری، عامل فرهنگ، عامل کیفیت خدمات، عامل فردی و عامل تأمین و پشتیبانی برای توسعه بیمه سلامت لازم است. اکبری و همکاران [۱۰] 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 مطالعه شمس‌الدینی و هرمز [۱۱] نشان داده 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 [۱۲] نیز در پژوهشی به بررسی عوامل مؤثر 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. اعتمادی و اشتریان [۱۳] نیز با الهام از رخداد انقلاب صنعتی چهارم، تصمیم‌ها و واکنش‌های سیاستی را مستلزم داشتن دانش مناسب، گفتمان مناسب مدیریتی و توان گسترش این گفتمان در سطح جامعه دانسته‌اند و معتقدند که براساس تحلیل اسناد بالادستی و گفتمان مقامات رسمی در حوزه سلامت، این شرایط سه‌گانه محقق نشده است. در مجموع، نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که با وجود اهمیت زیاد بیمه‌های سلامت و ناکارآمدی‌هایی که وجود دارد، تاکنون راهبرد مشخصی که برخاسته از نظر خبرگان حوزه بیمه سلامت باشد، ارائه نشده است. این در حالی است که با رشد هزینه‌های سرسام‌آور درمان، نیاز است که شاخص‌های جدیدی در این زمینه شناسایی و ارائه شود. با این وجود نسبت به اینکه چه راهبردی و طی چه اقداماتی باید انجام گیرد و چه متغیرهایی در این زمینه تأثیرگذارند، آگاهی کافی وجود ندارد. از این رو، در این مطالعه سعی شده از طریق مطالعه علمی، الگویی برای ارتقای سیاست‌های بیمه در نظام سلامت ایران ارائه شود.

روش بررسی

مطالعه حاضر، از نظر هدف کاربردی و در زمره مطالعات آمیخته (ترکیبی) قرار گرفته و از نوع تحلیلی و مقطعی است. همچنین، پارادایم پژوهش از نوع تفسیرگرایی است. به طوری که متغیرهای مستقل و وابسته از قبل تعریف نشده‌اند اما بر پیچیدگی کامل معنابخشی انسانی متمرکز است [۱۴]. این پژوهش در یک بازه چهارساله از ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۱ صورت گرفته و حوزه مکانی آن، مراکز و موسسات تحقیقات سیاست‌گذاری سلامت وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی کشور بوده که در تدوین برنامه‌ها و خط‌مشی‌های حوزه سلامت و بیمه کشور نقش داشته‌اند. مشارکت‌کنندگان در مراحل مختلف پژوهش از سازمان‌های مختلفی مانند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، بیمه‌های سلامت و شورای عالی بیمه سلامت، کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی، مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی، معاونت راهبردی ریاست جمهوری، سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی و دانشگاه‌های علوم پزشکی انتخاب شدند. همچنین این پژوهش، در دو مرحله کیفی با روش تحلیل تم و کمی با روش مدل‌سازی معادلات ساختاری انجام شده که در ادامه هر یک از این مراحل به طور مجزا بررسی شده است.

مرحله کیفی: در مرحله کیفی به منظور طراحی مدل پژوهش، روش تحلیل تم و از نرم‌افزار MAXQDA ویرایش ۱۰ استفاده شد. تحلیل تم روشی برای تعیین، تحلیل و بیان الگوهای (تم‌ها) موجود درون داده‌هاست. این روش در خود، داده‌ها را سازمان‌دهی و در قالب جزئیات توصیف می‌کند، اما براساس نظر براون و کلارک می‌تواند از این فراتر رفته و جنبه‌های مختلف موضوع پژوهش را تفسیر کند. در مرحله کیفی، به منظور طراحی مدل از ۹ نفر از اساتید دانشگاهی و ۱۷ نفر از خبرگان اجرایی در زمینه بیمه سلامت مصاحبه به عمل آمد. شرکت‌کنندگان، از میان افرادی در سطح ملی، منطقه‌ای و محلی انتخاب شدند که درگیر سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت در بخش درمان بودند و تجربیات و دیدگاه‌های خاصی درباره آن داشتند. معیارهای اولیه ورود مشارکت‌کنندگان، برخورداری از آگاهی و تجربه، مشارکت در سیاست‌گذاری طرح تحول سلامت و اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه بود.

خبرگان دانشگاهی مشارکت‌کننده، ضمن داشتن مدرک

دکتری، در رشته‌های مرتبط تحصیل کرده بودند و در زمینه موضوع، کار پژوهشی داشتند. خبرگان اجرایی نیز 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. همچنین برای تحلیل داده‌های کیفی از ابزار مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته استفاده شده است. شرح مشخصات مشارکت‌کنندگان به این شکل است که به لحاظ جنسیت ۱۰ زن و ۱۶ مرد بودند که ۱۵ نفر آنان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و ۱۱ نفر دارای دکتری بوده‌اند. ۹ نفر از این تعداد دارای سابقه کاری ۱۰ تا ۲۰ سال، ۱۵ نفر آنان دارای سابقه ۲۱ تا ۲۵ سال و ۲ نفر نیز سابقه کاری بیشتر از ۲۵ سال داشته‌اند. مراحل طی شده به منظور طراحی مدل پژوهش براساس دیدگاه براون و کلارک با بهره‌گیری از روش تحلیل مضمون در پنج گام صورت گرفته که نتایج آن در یافته‌های بخش کیفی به تفصیل اشاره شده است.

همچنین، از آنجا که برای اطمینان از قابل اعتماد بودن یافته‌های مطالعه (تضمین)، محققین باید شواهدی را درمورد چهار معیار اصلی شامل باورپذیری، اطمینان‌پذیری، تأییدپذیری و انتقال‌پذیری بیان کنند، براساس معیار گوبا و لینکلن باورپذیری پژوهش از طریق حفظ و گسترش ارتباط با پاسخگویان که دارای شایستگی حرفه‌ای و آشنا به بنیان‌های فلسفی پژوهش بودند به دست آمده است. اطمینان‌پذیری پژوهش نیز از طریق به کارگیری روش‌های تحلیل آماری و اعتبار پاسخگو که از طریق بررسی و کنترل مفروضات محقق با یک یا چند نفر از افراد مطلع انجام می‌شود، حاصل شده است. همچنین دقت نظر و توجه به تمام جزئیات مورد مطالعه که در فرایند طراحی سوالات و جمع‌آوری و کدگذاری پاسخ‌های خبرگان صورت گرفته، به عنوان دلیل تأییدپذیری پژوهش مطرح است و از آنجایی که نتایج این مطالعه بنا بر اعتبار بیرونی، به صورت کاربردی می‌تواند مورد استفاده سیاست‌گذاران و مسئولان امر قرار گیرد و قابلیت کاربرد در محیط واقعی را دارد، بنابراین معیار انتقال‌پذیری مناسبی را با خود به همراه دارد [۱۵].

مرحله کمی: در مرحله کمی این پژوهش، از روش مدل‌سازی معادلات ساختاری بر پایه روش حداقل مربعات جزئی (PLS) از

به لحاظ ماهیت سؤالات پژوهش که ماهیتی تحلیلی و تبیینی دارد، از روش ترکیبی (کمی و کیفی) در گردآوری و تحلیل داده‌ها استفاده شده است. از این رو یافته‌های بخش کیفی شامل به دست آوردن بینش عمیق و تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی و غیرعددی است که برای درک مفاهیم و کسب نظرات و تجربیات خبرگان نسبت به موضوع مورد بررسی صورت گرفته و یافته‌های بخش کمی شامل نتایج روشی سیستماتیک و علمی است که براساس جمع‌آوری و پردازش داده‌ها انجام شده است. در ادامه یافته‌های هر بخش به تفکیک مورد اشاره قرار می‌گیرد.

یافته‌های بخش کیفی

بخش اصلی یافته‌های کیفی پژوهش در پنج مرحله به دست آمده است، در مرحله نخست، پس از بررسی محتوای مصاحبه‌ها، تمام نکات مطرح شده استخراج شده و پس از یادداشت‌برداری از محتوای مصاحبه‌ها، محقق به بررسی چندباره یادداشت‌های تهیه شده و محتوای آنها پرداخت. در مرحله دوم کدهای اولیه شناسایی شد، به نحوی که هر کد تعریف شده یک ویژگی داده را معرفی می‌کند. داده‌های کدگذاری شده از واحدهای تحلیل یعنی تم‌ها متفاوت هستند. برای محتوای مطرح شده توسط خبرگان که به موضوع خاصی اشاره داشت، یک کد استخراج شد. نمونه‌ای از متن مصاحبه و کدهای استخراج شده برای اجزای تشکیل شده مدل پژوهش در جدول ۱ ذکر شده است.

یافته‌های مرحله سوم شامل محتواهایی بود که از کدهایی مرحله قبلی استخراج شده و از نظر محتوایی دارای اشتراک بودند، ادغام این کدها موجب ایجاد تم‌ها شد. در مرحله چهارم، تم‌ها مجدداً بررسی و نتایج به دست آمده از کدگذاری با نتایج شناسایی تم‌ها منطبق شد. همچنین نقشه تم‌ها مورد بررسی قرار گرفت که نشان داد دارای ساختاری قابل قبول است. یافته‌ای که از پنجمین مرحله حاصل شد شامل نهایی شدن نقشه تم‌ها، نام‌گذاری و دسته‌بندی بود.

یافته‌هایی که پس از استخراج کدهای اولیه، به دست آمده، شامل چهار دسته متغیر شامل پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها (اقدامات) و پیامدهاست که در کدگذاری محوری شناسایی شده‌اند. در جدول ۲، نتایج تحلیل تم برای پیشران‌ها و راهبردها (اقدامات) ارائه شده است.

نرم‌افزار Smart PLS برای آزمون مدل الگوی پژوهش استفاده شد. بدین صورت که در ابتدا برای اعتبارسنجی مدل، باید از کفایت نمونه که ۱۸۶ نفر از مدیران و متخصصان در زمینه بیمه‌های بهداشت و درمان (۱۵۲ مرد و ۳۴ زن) بودند، با معیار داشتن آگاهی لازم، سابقه فعالیت در این حوزه و در دسترس بودن برای جمع‌آوری پرسشنامه‌ها اطمینان حاصل می‌شد. سپس برای بررسی کفایت حجم نمونه از شاخص KMO (مقدار آن همواره بین صفر تا ۱ در نوسان است) استفاده شد. از سوی دیگر، برای اطمینان از مناسب بودن داده‌ها مبنی بر اینکه ماتریس همبستگی‌هایی که پایه تحلیل قرار می‌گیرد در جامعه برابر با صفر نیست، از آزمون بارتلت (t) استفاده شد. با توجه به مقدار شاخص KMO و همچنین مقدار آماره بارتلت که به ترتیب برابر با ۰/۸۲۹ و ۰/۰۰۰ است، نتایج نشان‌دهنده کفایت نمونه‌هاست. روش نمونه‌گیری از نوع تصادفی و برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوکران که در آن N حجم جامعه و n حجم نمونه است، استفاده شد:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0 - 1}{N}}$$

به منظور گردآوری داده‌ها، از ابزار پرسشنامه محقق‌ساخته دارای ۵۸ سوال در طیف لیکرت پنج‌تایی استفاده شده که روایی آن توسط ۳ نفر از خبرگان تأیید شد. پایایی پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ مقدار ۰/۷۸۵ محاسبه شد که مقداری مناسب است. همچنین در این پژوهش به منظور ارتقای اعتبار و اطمینان از روایی مرحله کیفی از راهبردهای «تطبیق به‌وسیله اعضا» و «کثرت‌گرایی» بهره گرفته شده است. در راهبرد تطبیق به‌وسیله اعضا از دیدگاه‌های مشارکت‌کنندگان در پژوهش برای اطمینان یافتن از یافته‌ها و تفاسیر استفاده شد. بدین منظور از دیدگاه پنج نفر از مشارکت‌کنندگان در فرایند تحلیل کدها و انجام مراحل کدگذاری استفاده و با انجام اصلاحاتی مدل پژوهش مورد تأیید آنها قرار گرفت. همچنین به منظور انجام راهبرد کثرت‌گرایی محققان از منابع، داده‌های پژوهش حاصل مصاحبه با ترکیبی از خبرگان دانشگاهی و اجرایی در زمینه بیمه‌های سلامت است. همچنین محقق در جریان فرایند تحلیل مضامین داده‌ها به مبانی نظری و مطالعات پیشین در زمینه موضوع پژوهش توجه داشته است.

یافته‌ها

همان‌طور که در بخش روش مطالعه بیان شد، در این پژوهش،

همچنین درمورد اینکه چه راهبردها و اقداماتی برای بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان باید انجام گیرد، براساس نظرات خبرگان و انجام مراحل تحلیل تم، یافته‌هایی حاصل شد که در جدول ۳ قابل مشاهده است. نهایتاً براساس جمع‌بندی عوامل به دست آمده و نظرخواهی از خبرگان، الگوی نهایی مدل پژوهش استخراج شد که در شکل ۱ مشاهده می‌شود. مدل شامل چهار جزء عوامل پیشران، عوامل زمینه‌ای، اقدامات و راهبردها و نهایتاً پیامدهاست.

یافته‌های بخش کمی: اعتبارسنجی مدل

یافته‌های بخش کمی شامل نتایج به‌دست آمده از تحلیل‌های عاملی اکتشافی و تأییدی که به وسیله نرم‌افزار Smart PLS-V3

جدول ۳ | یافته‌های تحلیل تم راهبردها و اقدامات

بعد	مولفه	گویه‌ها
ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان	توسعه مدیریت واحد و یکپارچه	یکپارچه‌سازی صندوق‌های بیمه‌ای، برقراری تعامل بین سازمان‌های بیمه‌ای در کشور، ایجاد نظام ملی بیمه درمان، اتخاذ تصمیمات کلان به شکل متمرکز، برنامه‌ریزی در سطح ملی و منطقه‌ای و اجرا در مناطق، حذف اقدامات موازی در بیمه بهداشت و درمان، شواهدمحوری و نگاه علمی در سیاست‌گذاری و توسعه بانک اطلاعاتی بیمه‌شدگان
	مدیریت ذی‌نفعان در فرایند سیاست‌گذاری	ایجاد تعامل هر چه بیشتر وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ذی‌نفعان در فرایند سیاست‌گذاری، تأمین منافع ذی‌نفعان مختلف در فرایند سیاست‌گذاری، توجه به خواسته‌ها و انتظارات ذی‌نفعان مختلف، کاهش تأثیر گروه‌های فشار و قدرت بر فرایند سیاست‌گذاری و مقابله با تعارض منافع در بیمه بهداشت و درمان
بهبود خدمات بیمه	ارتقای بسته‌های خدمت	تدوین صحیح بسته‌های بیمه پایه سلامت، تعریف دقیق بسته‌های خدمات بیمه، نظارت بر کیفیت خدمات و شفاف‌سازی مرز بین بیمه‌های پایه و مکمل
	توسعه خدمات بیمه	تدوین صحیح بسته‌های بیمه پایه سلامت، اجرای کامل طرح پزشک خانواده، گسترش پوشش بیمه‌ای، توسعه بیمه‌های مکمل درمان و توسعه خدمات الکترونیک
ارتقای عدالت بیمه‌ای	عدالت هزینه‌ای	ارتقای دسترسی به خدمات بیمه‌ای ارزان برای آحاد جامعه، کاهش سهم هزینه‌های مردم از خدمات سلامت، تعیین مبنای پوشش بیمه‌های سلامت براساس منطقه سکونت و توانایی پرداخت، تعرفه‌گذاری خدمات براساس درآمد و توان مالی افراد و تعرفه‌گذاری خدمات سلامت براساس شواهد علمی (هزینه تمام شده) و براساس ارزش افزوده
	توسعه بیمه اقشار خاص	توجه بیشتر به وضعیت اقشار محروم روستایی و عشایری، توجه به روند رو به بهبود صندوق توسعه بیمه درمان بیماران خاص و صعب‌العلاج، هدفمند کردن خدمات بیمه‌ای برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر و افزایش ارزش خدمات بیمه‌ای برای بیکاران، بازنشستگان و سالمندان و...
مدیریت منابع	بهبود مدیریت مالی	تنوع‌بخشی به منابع درآمدی، تخصیص بهینه منابع مالی، بهره‌گیری از روش‌های نوین تأمین مالی و کاهش وابستگی به منابع ناپایدار و مقطعی
	توسعه منابع انسانی	توانمندسازی منابع انسانی موجود، بهره‌گیری از مدیران لایق و توانمند، شایسته‌سالاری، جانشین‌پروری، مدیریت و پرورش استعدادها و گسترش بدنه خبره و دانشی
بهره‌گیری از رویکرد پایداری	پیگیری رویکرد توسعه محور	توسعه جهت‌گیری استراتژیک در بیمه، حرکت در مسیر بهبود مستمر در بیمه بهداشت و درمان، سیاست‌گذاری واحد و منسجم در بیمه بهداشت و درمان، بهره‌گیری از تجارب کشورهای موفق، شناسایی و مدیریت ریسک‌ها در بیمه بهداشت و درمان و توسعه متوازن و یکپارچه
	مسئولیت اجتماعی	اخلاق‌مداری در تمامی ابعاد آن، توسعه رویکرد بشردوستانه و انسان‌محور، قانون‌مداری، پیگیری و تأمین منافع ملی، ارتقای شفافیت در تمامی ابعاد آن و صیانت از محیط زیست

جدول ۱ | نمونه‌ای از متن مصاحبه و کدهای استخراج شده متن مصاحبه کد استخراج شده

متن مصاحبه	کد استخراج شده
«در کشور تعدادی زیادی سازمان بیمه‌گر داریم که هر کدام ساز خودش را می‌زند و هیچ‌گونه هماهنگی بین بیمه‌ها دیده نمی‌شود.»	وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ
«در خیلی از موارد به دلیل ارتباط ضعیفی که بین سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز درمانی وجود دارد، بیماران دچار مشکل می‌شوند و شکایت می‌کنند.»	نبود ارتباط صحیح بین سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز بهداشت و درمان
«بیمه‌های درمانی در کشور فاقد ساختار یکپارچه و منسجم هستند و هریک به سمت و سویی که به نظرشان درست حرکت می‌کنند. این مسئله باعث دوری از بهره‌گیری درست از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های موجود می‌شود.»	جزیره‌ای عمل کردن بیمه‌های درمانی در کشور
«متأسفانه بیمه‌های تکمیلی بیش از آنکه به دنبال بهبود خدمات خود و افزایش کارایی باشند، به دنبال رقابت و جذب مشتریان بیشتر هستند. این موضوع تا حدودی به بیمه‌های تکمیلی هم سرایت کرده، به طوری که برخی بیش از حد رویکرد اقتصادی پیدا کرده‌اند و در این مسیر منافع بیمه‌شدگان کمتر مدنظر قرار می‌گیرد.»	رقابت کاذب بین سازمان‌های بیمه‌گر
«متأسفانه تعارض منافع در بخش بهداشت و درمان زیاد است و این مسئله به بخش بیمه هم تسری یافته است. این مسئله مانع اتخاذ تصمیمات درست و قابل قبول برای توسعه بیمه‌های بهداشت و درمان شده است.»	تعارض منافع در نظام بیمه‌ای کشور
«نظام بیمه درمانی در کشور جهت‌گیری مشخصی برای آینده ندارد و فقدان جهت‌گیری و برنامه بلندمدت بیشتر درگیر مسائل و مشکلات فعلی است.»	فقدان جهت‌گیری و برنامه بلندمدت در نظام بیمه‌ای کشور

جدول ۲ | یافته‌های تحلیل تم محرک‌ها و پیشران‌ها

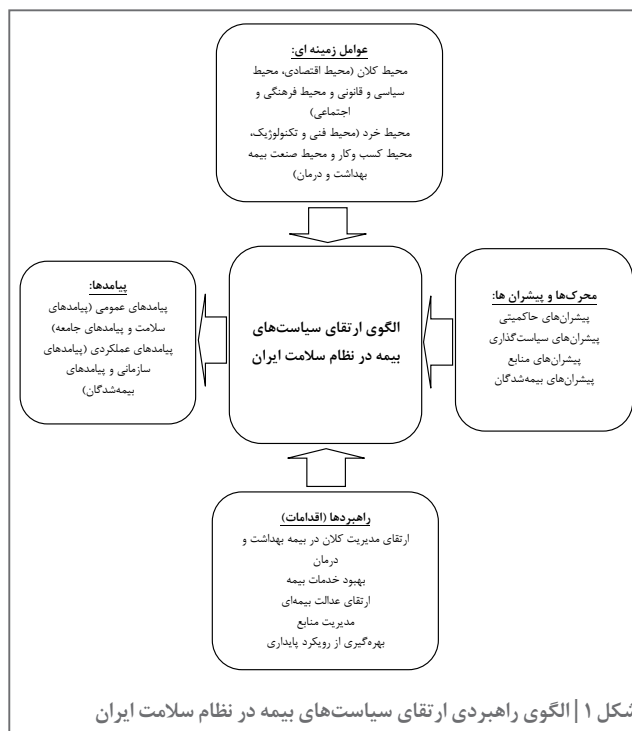
ابعاد	مولفه	گویه‌ها
پیشران‌های حاکمیتی	مسائل سازمان‌های بیمه‌گر	وجود سازمان‌های بیمه‌ای متعدد و ناهماهنگ، نبود ارتباط صحیح بین سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز بهداشت و درمان، جزیره‌ای عمل کردن بیمه‌های درمانی در کشور و رقابت کاذب بین سازمان‌های بیمه‌گر در سطح بیمه پایه سلامت
	مسائل نظام بیمه‌ای کشور	از هم گسسته بودن ساختار نظام بیمه‌ای کشور، فقدان جهت‌گیری و برنامه بلندمدت در نظام بیمه‌ای کشور، تعارض منافع در نظام بیمه‌ای کشور و تضاد و تعارض بین سازمان‌های بیمه‌گر و بخش بهداشت و درمان
پیشران‌های سیاست‌گذاری	پیشران‌های مربوط به سیاست‌گذاری	نامتناسب بودن سیاست‌ها با شرایط واقعی، تأمین نشدن منافع ذی‌نفعان مختلف در تدوین سیاست‌ها، پشتوانه علمی ضعیف و ابهام سیاست‌ها و فقدان پیوستگی و انسجام سیاست‌ها
	پیشران‌های مربوط به اجرای سیاست‌ها	فقدان آگاهی و دانش محدود مجریان، زد و بند و سیاسی کاری در مرحله اجرا، نبود قوانین شفاف و محکم در حمایت از اجرای سیاست‌ها و ضعف تشکیلات اداری سازمان مجری
پیشران‌های منابع	پیشران‌های مربوط به متولی سیاست‌گذاری	مشخص نبودن نقش دولت و میزان مداخله آن در حیطه‌های بیمه‌ای- درمانی، تعدد وظایف وزارت بهداشت به عنوان سیاست‌گذار، ارائه‌دهنده و خریدار خدمت و شفاف نبودن نقش شورای عالی بیمه
	تأمین مالی نامناسب	تأمین مالی پس رونده، جریان مالی غیرشفاف، پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت، پایین بودن بودجه مورد نیاز برای برخی طرح‌های جدید (مانند طرح دارویار) و ناپایداری منابع مالی
پیشران‌های مشکلات هزینه‌ای بیمه‌شدگان	شکاف عرضه و تقاضا	ساختار دگرگونی جمعیت در ایران، تقاضای مصرف بیشتر خدمات بهداشت و درمان در نسل‌های جدید، شیوع بیماری‌های همه‌گیر و مشکلات سلامت در نسل‌های جدید، نبود پاسخگویی مناسب به تقاضای موجود و فقدان زیرساخت‌های مطلوب
	مسائل مربوط به پوشش بیمه‌شدگان	نبود پوشش همگانی، نامشخص بودن آمار بیمه‌شده‌ها، تعرفه‌گذاری خدمات بدون توجه به تعادل منابع و مصارف و قیمت واقعی و فقدان توجه ویژه به بیمه‌شدگان دارای بیماری‌های خاص مانند بیماری‌های صعب‌العلاج، هموفیلی و سرطانی و... (بیماری‌هایی که هزینه‌های کم‌رشدی به فرد تحمیل می‌کنند)
پیشران‌های مشکلات هزینه‌ای بیمه‌شدگان	مسائل مربوط به پوشش بیمه‌شدگان	هزینه‌زا بودن و سلامت‌نگر نبودن نظام پرداخت، بالا بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان خانوار از مجموع هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور، سهم زیاد پرداخت از جیب توسط بیمه‌شده، هزینه‌های رو به افزایش بهداشت و درمان و توزیع ناعادلانه پرداخت‌های بیمه‌ای در دهک‌های مختلف هزینه‌ای

کرونباخ برای همه متغیرها بزرگتر از ۰/۷ و تأیید شدند.

* یافته‌های میزان همبستگی یک سازه با شاخص‌های خود از طریق روایی همگرا استخراج شده از معیار AVE (میانگین واریانس استخراج شده) به دست آمده که مشخصاً هر چه این همبستگی بیشتر باشد، برازش نیز بهتر است. فورنل و لارکر معیار AVE را برای سنجش روایی همگرا ارائه و مقدار بحرانی برای آن را مقدار ۰/۵ بیان کردند. مقادیر محاسبه شده AVE همگی بالای ۰/۵ است، نشان‌دهنده این است که روایی همگرای متغیرهای پژوهش مناسب است.

* درمورد یافته‌های سنجش برازش مدل ساختاری که از طریق معیار روایی و اگر بررسی شده، می‌توان گفت از آنجایی که به زعم فورنل و لارکر، روایی و اگر 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 پژوهش باشد، باتوجه به نتایج جدول ۵ می‌توان گفت که روایی و اگر زمانی در حد قابل قبولی است که جذر میانگین واریانس استخراج شده ($\sqrt{AVE}$) برای هر متغیر بیشتر از همبستگی آن متغیر با سایر متغیرهاست. بنابراین روایی و اگرای متغیرهای پرسشنامه پژوهش مورد تأیید است.

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 مطالعه، برازش



انجام شده، به شرح زیر است:

* باتوجه به اینکه مدل چندسطحی است (بیشتر از دو سطح دارد) از روش آماری تحلیل عاملی چندسطحی استفاده شد. در ابتدا، روایی شاخص یعنی سؤالات پرسشنامه به وسیله بار عاملی مورد سنجش قرار گرفت. به این ترتیب که بار عاملی زیر ۰/۵ باید حذف شود (بار عاملی تا ۰/۴ هم قابل قبول است به شرطی که روایی همگرا زیر سؤال نرود) این مرحله در اصل «اصلاح مدل» نامیده می‌شود که اصلاحات موردنیاز در مدل اولیه انجام و مدل اصلاح شده، نهایی حاصل شد.

* پایداری درونی متغیرها از طریق آلفای کرونباخ که معیاری کلاسیک برای ارزیابی پایایی و سنجش مناسب برای بررسی پایداری درونی (سازگاری درونی) است به مقدار آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ به دست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول است. از آنجا که آلفای کرونباخ یک روش سنتی برای تعیین پایایی سازه‌هاست، معیار مدرن‌تری نسبت به آلفا به نام CR یا پایایی ترکیبی به کار می‌رود. این معیار توسط التیگا و همکاران [۱۶] معرفی شد و برتری آن نسبت به آلفای کرونباخ در این است که پایایی سازه‌ها نه به صورت مطلق، بلکه با توجه به همبستگی سؤالاتشان با یکدیگر محاسبه می‌شود (همبستگی سؤالات یک متغیر در مدل). باتوجه به جدول ۴ مقدار پایایی ترکیبی و آلفای

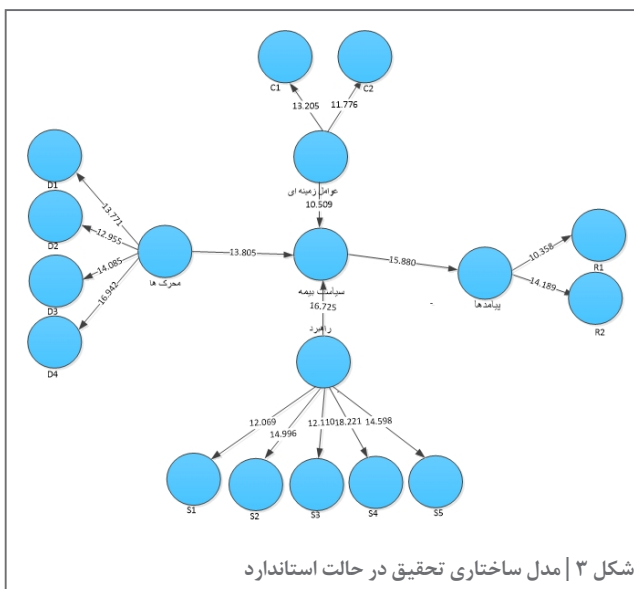
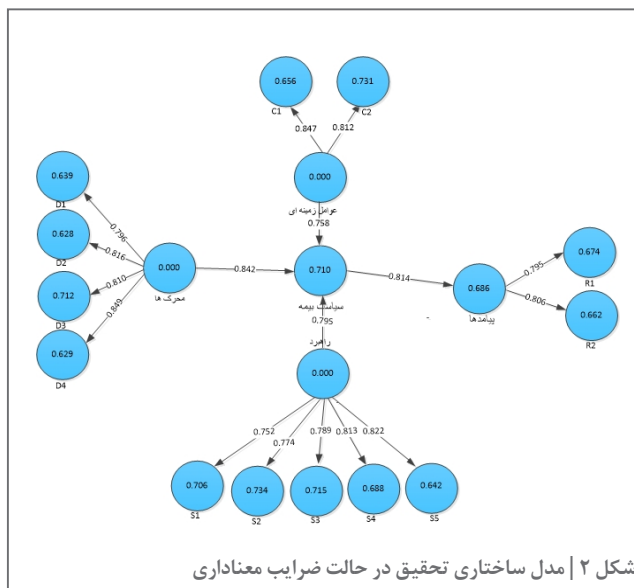
جدول ۴ | مقادیر آلفای کرونباخ، پایایی ترکیبی و AVE

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

جدول ۵ | محاسبات مربوط به روایی و اگر

متغیر	محرك‌ها	عوامل زمینه‌ای	راهبردها (اقدامات)	پیامدها
محرك‌ها	۰/۸۱۰			
عوامل زمینه‌ای	۰/۳۷۰	۰/۷۹۱		
راهبردها (اقدامات)	۰/۲۱۸	۰/۳۴۲	۰/۸۳۴	
پیامدها	۰/۳۶۲	۰/۳۱۸	۰/۲۸۲	۰/۷۵۴

سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ 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 R2 برای سیاست بیمه ۰/۷۱۰ و برای متغیر پیامدها ۰/۶۸۶ محاسبه شد



جدول ۶ | نتایج تحلیل مسیر

ردیف	مسیر	ضرایب مسیر	ضرائب استاندارد	نتیجه
۱	محرک‌ها	۰/۸۴۲	۱۳/۸۰۵	تایید
۲	راهبرد	۰/۷۹۵	۱۶/۷۲۵	تایید
۳	عوامل زمینه‌ای	۰/۷۵۱	۱۰/۵۰۹	تایید
۴	پیامدها	۰/۸۱۴	۱۵/۸۸۰	تایید

مدل ساختاری با استفاده از معیارهای ضریب تعیین (R2)، معیار GOF، Q2 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 ۰/۴ داشته باشد، مسیر بردآورد شده مطلوب است. شکل ۲ مدل مفهومی پژوهش را در حالت معناداری ضرایب نشان می‌دهد.

مطابق با اطلاعات ارائه شده در شکل ۳، تمام روابط تدوین شده در مدل مفهومی پژوهش تأیید قرار گرفت. زیرا مقدار آماره t که برای آنها گزارش شده، بیشتر از مقدار بحرانی ۱/۹۶ در سطح اطمینان ۹۵ درصد است. ضمناً، شکل ۳ مدل مفهومی پژوهش را در حال تخمین ضرایب استاندارد نشان می‌دهد. در این شکل شدت تأثیرگذاری متغیرها بر یکدیگر مشخص شده است. در درون یک مدل معادلات ساختاری هر اثر مستقیم، رابطه‌ای را میان یک متغیر وابسته و متغیر مستقل، مشخص و بیان می‌کند. اگرچه یک متغیر وابسته در یک اثر مستقیم دیگر می‌تواند متغیر مستقل باشد و برعکس.

همچنین جدول ۶ روابط بین اجزای مدل را براساس نتایج مدل‌سازی معادلات ساختاری نمایش داده است. همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، کلیه ضرایب استاندارد محاسبه شده معنادار هستند. بنابراین روابط تعریف شده در مدل پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند.

براساس نتایج معادلات ساختاری، ضرایب استاندارد مسیر محرک‌ها، راهبردها، عوامل زمینه‌ای و پیامدها به سیاست بیمه همگی بزرگ‌تر از ۱/۹۶ است. بنابراین رابطه بین این متغیر و سیاست بیمه معنادار است. همچنین ضرایب مسیر به دست آمده نشان می‌دهد که رابطه مثبتی بین این متغیرها وجود دارد. همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود، کلیه ضرایب مسیر محاسبه شده معنادار هستند و بنابراین روابط تعریف شده در مدل پژوهش مورد تأیید قرار گرفتند. همچنین ضریب تعیین (R2) معیاری است که نشان‌دهنده میزان تغییرات در هریک از متغیرهای وابسته مدل است که به وسیله متغیرهای مستقل تبیین می‌شود. مقدار R2 تنها برای متغیرهای درون‌زای مدل محاسبه می‌شود. هرچه مقدار R2 سازه‌های درون‌زای مدل بیشتر باشد، نشان از برازش بهتر مدل خواهد بود. ارکورفول

شامل ارتقای مدیریت کلان در بیمه بهداشت و درمان، بهبود خدمات بیمه، ارتقای عدالت بیمه‌ای، مدیریت منابع و بهره‌گیری از رویکرد پایداری برای ارتقای سیاست‌های بیمه سلامت شناسایی شد.

نخستین راهبرد به این مسئله می‌پردازد که نیاز است که در بخش بیمه‌های درمان، مدیریت واحد و یکپارچه حاکم شود و منافع ذی‌نفعان مختلف در فرایند سیاست‌گذاری مدنظر قرار گیرد. همچنین در راستای ارتقای هماهنگی و جهت‌گیری واحد در بین بیمه‌های سلامت لازم است که تولید (سیاست‌گذاری و نظارت) بیمه‌ها توسط وزارت بهداشت و برنامه‌ریزی در سطح ملی و منطقه‌ای اتخاذ شود و اجرای سیاست‌ها براساس شرایط منطقه‌ای انجام شود. این راهبرد با نتایج مطالعات اکبری و همکاران [۱۰] و راثی و همکاران [۱۷] هم‌راستاست و همچنین این موضوع در مطالعه افری و همکاران [۲] مبنی بر اهمیت مدیریت یکپارچه در بخش بیمه سلامت تأکید شده است. بازار و همکاران [۱۸]، نیز با مطرح کردن بحث ادغام و یکپارچگی که با هدف تحلیل سیاست آینده‌نگر کیفی انجام شده، به نتایج مشابهی در حوزه راهبرد مدیریت واحد و یکپارچه رسیده‌اند.

از طرفی، راهبرد بهبود خدمات بیمه بر این موضوع تأکید دارد که بسته‌های خدمات بیمه به شکل هدفمندتری باید ارائه شود و خدمات بیمه‌ای نیز به شکل متوازنی توسعه پیدا کند. همچنین درمورد راهبرد ارتقا و بهبود بسته‌های خدمت باید گفت که بسته‌های خدمت موجود در بخش بیمه کیفیت مطلوبی ندارند و متأسفانه نتوانسته بار مالی بیمه‌شدگان را کاهش دهد و دغدغه آنها در این زمینه را کاهش دهد. از این رو نیاز است که بسته‌های بیمه پایه سلامت به شکل درستی تدوین شوند، به‌صورتی که بیمه‌شدگان را در تأمین حداقل سلامت خود کمک کند و از طرفی منافع اقتصادی شرکت‌های بیمه را نیز تأمین کند. این راهبرد نیز با سیاست‌های کلی سلامت و یافته‌های مطالعه کریمی و همکاران [۱۹]، اخوان بهبهانی و همکاران [۲۰] و کبیر و همکاران [۲۱] مبنی بر بازنگری بسته خدمات بیمه پایه 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 کم‌درآمد جامعه و همچنین توسعه بیمه برای اقشار خاص تأکید دارد.

که مقادیری قابل قبول و مناسب هستند.

ضمناً شاخص Q2 توسط استون و گیزر 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 Q2 درمورد 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 و مدل نیاز به اصلاح دارد. هنسler و همکاران درمورد شدت قدرت پیش‌بینی درمورد سازه‌های درون‌زا سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را مشخص کردند. معیار Q2 برای متغیر سیاست بیمه مقدار ۰/۳۲ و پیامدها مقدار ۰/۲۹ محاسبه شد که مقادیر مناسبی هستند. نهایتاً معیار GOF نیز مربوط به برازش کلی مدل ساختاری است؛ بدین معنا که با این معیار، محقق می‌تواند پس از بررسی برازش بخش اندازه‌گیری و بخش ساختاری مدل پژوهش، برازش کلی را نیز کنترل کند. سه مقدار ۰/۲۵، ۰/۳۵ و ۰/۳۵ به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF بیان شده‌اند 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 آسیب‌پذیرترین حوزه‌هاست 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. یافته‌های مطالعه نشان داد که سیاست‌گذاری در بخش سلامت مسئله‌ای پیچیده و چندبعدی است و برای تأمین منافع ذی‌نفعان مختلف، نیاز است مجموعه‌ای از راهبردها و اقدامات مورد استفاده قرار گیرد.

براساس یافته‌های پژوهش، این الگوی راهبردی مجموعه‌ای از محرک‌ها و پیشران‌ها، عوامل زمینه‌ای، راهبردها (اقدامات) و پیامدها را در بر می‌گیرد. براساس یافته‌های پژوهش، پنج راهبرد

طور پیوسته دنبال کند و علاوه بر شناسایی کاستی‌ها، دائمی اصلاحات لازم را به عمل آورد. همچنین مسیر حرکت در بخش بیمه سلامت باید متناسب با منافع و اهداف ملی کشور باشد و اسناد بالادستی و الزامات آنها را رعایت کند. همچنین حفاظت از محیط زیست باید به عنوان یک اصل جهانی و همگانی برای تحقق توسعه پایدار مدنظر قرار گیرد. این راهبرد کمتر در مطالعات دیگر مورد توجه قرار گرفته است. هرچند به طور ضمنی در مطالعات پیشین اشاره شده، اما نتایج مطالعه حاضر همراستا با نتایج به دست آمده توسط قلی‌خانی و همکاران [۲۶]، مبنی بر فاصله وضعیت فعلی بیمه پایه سلامت با وضعیت مطلوب طبق اسناد بالادستی است.

همچنین در این مطالعه مجموعه‌ای از پیشران‌ها شناسایی شد که بر ضرورت بهبود سیاست‌های بیمه سلامت تأکید دارد. پیشران‌ها در چهار حوزه حاکمیت، سیاست‌گذاری، منابع و بیمه‌شدگان بودند که به منظور ایجاد بهبود و ارتقا در آنها، مجموعه از راهبردها شناسایی شد که در قسمت قبل بررسی شد. 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 بیمه سلامت تأثیرگذار هستند و با توجه به اینکه شرایط این متغیرها به ویژه شرایط اقتصادی به شدت متغیر است، گاهی این عوامل موانع عمده‌ای بر سر راه اجرای راهبردهای بهبود ایجاد می‌کنند. نهایتاً براساس الگوی پژوهش، مجموعه‌ای از پیامدها برای 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.

نتیجه‌گیری

در مجموع براساس آنچه در این مطالعه حاصل شد، می‌توان نتیجه گرفت بیمه سلامت در حوزه‌های مختلف دارای کاستی‌هایی است که نیاز است مجموعه‌ای از راهبردها برای غلبه بر آنها مورد استفاده قرار گیرد. این راهبردها براساس نتایج پژوهش، در ابعاد ارتقای مدیریت کلان، بهبود خدمات بیمه، مدیریت منابع، بهره‌گیری از رویکرد پایداری و ارتقای عدالت بیمه‌ای، تعریف شده‌اند. البته ارتقای سیاست‌های بیمه در نظام

دستیابی به عدالت را یکی از آرمان‌های نظام سلامت می‌توان در نظر گرفت که بیمه‌ها نقشی تعیین‌کننده در این زمینه دارند. بدین‌منظور، باید دولت‌ها حمایت ویژه‌ای از اقشار کم‌درآمد برای بهره‌مندی از خدمات بیمه و گسترش این بهره‌مندی به آحاد جامعه داشته باشند و شرایطی فراهم شود که مردم بتوانند با حداقل هزینه و براساس میزان درآمد خود حق بیمه پرداخت کنند و از خدمات آن بهره‌مند شوند. این راهبرد با اصول قانون اساسی، قانون برنامه پنجم توسعه کشور و سیاست‌های کلی سلامت و نیز یافته‌های زارع و همکاران [۲۲]، مهرالحسنی و همکاران [۲۳] و دشمن‌گیر و همکاران [۲۴] مبنی بر توجه به وضعیت ساختار، سازمان و مدیریت تعرفه‌ها هم‌راستا است. همچنین، سازمان بهداشت جهانی از سال 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 برای بهبود بیمه‌های بهداشت و درمان تأکید دارد. محدود بودن منابع ایجاد می‌کند که از منابع محدود در بخش بیمه به شکل بهینه و در راستای اهداف مهم استفاده شود. قطعاً، تأمین تجهیزات و توسعه علمی و دانشی که از منابع مهم دیگر هستند نیز به مدیریت درست منابع مالی بستگی دارد. بنابراین بخش بیمه نیاز دارد که برای توسعه منابع مالی خود، منابع درآمدی جدید مانند استفاده از ظرفیت بورس یا سرمایه‌گذاری در بخش‌های پرارزده ایجاد کند. این راهبرد نیز علاوه بر اینکه توسط سازمان بهداشت جهانی مورد تأکید قرار گرفته، با یافته‌های مطالعه سعادتی و همکاران [۲۵] درخصوص اینکه مدیریت بهینه منابع در سیستم‌های بیمه‌ای اجتماعی، بیمه‌های ملی و سیستم ملی بهداشتی می‌تواند عملکرد مناسبی در محافظت مالی افراد جامعه نشان دهند، دارای نتایج یکسانی است. البته قابل ذکر است که انتخاب مدل بیمه‌ای در کشورها باید براساس منابع و زیرساخت‌های موجود هر کشور صورت پذیرد تا بتواند به‌خوبی نقش خود را ایفا کند.

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. از این رو بخش بیمه سلامت باید در تمامی ابعاد آن مسیر رشد و بهبود را به

6. Ahangar A, Ahmadi A M, 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):200-2. doi: [10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.r200](https://doi.org/10.30699/acadpub.ijhehp.6.2.r200).
7. Khodayari M, Azimzadeh S, Torkzadeh L. Take a look at health insurance integration: Challenges and horizons ahead. Payesh. 2019;18(4):419-21. [Persian]
8. 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. J Dev Econ. 2020;144:102416. doi: [10.1016/j.jdeveco.2019.102416](https://doi.org/10.1016/j.jdeveco.2019.102416).
9. Mehrdost A, Alavi Matin Y, Rostam Zadeh R, Iran Zadeh S. Factors affecting the development of mental health insurance in Iran. Razi J Med Sci. 2021;28(5):116-24. [Persian]
10. 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. J Mil Med. 2021;23(1):90-8. [Persian]
11. Shamsoddini M, Hormoz B. Investigating the effect of financial reform policies on health insurance development in developing countries. Iran J Health Insur. 2020;3(2):104-15. [Persian]
12. 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. [Persian]
13. Ashtarian K, Etemadi M. Fourth industrial revolution; Readiness to change health policy. Iran J Health Insur. 2018;1(3):59-66. [Persian]
14. Diani MH, Fattahi R. Phenomenology: A qualitative research method in the field of information retrieval studies. Library and Information Organization Studies. 2019;2(Successive 118):18-38. [Persian]
15. Mohammadpour A. Quality assessment in qualitative research: principles and strategies for validation and generalizability. Social Sciences. 2010;17(48):73-107. [Persian]
16. Alatinga KA, Williams JJ. Mixed methods research for health policy development in Africa: The case of identifying very poor households for health insurance premium exemptions in Ghana. J Mix Methods Res. 2019;13(1):69-84. doi: [10.1177/1558689816665056](https://doi.org/10.1177/1558689816665056).
17. Rasi V, Ghafari S, Fazaali 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. Assembly and Strategy. 2019;2(3):206-99. [Persian]
18. Bazayr M, Rashidian A, Kane S, Mahdavi MR, Sari AA,

سلامت باید با در نظر گرفتن شرایط زمینه‌ای تأثیرگذار باشد. همچنین، حرکت در مسیر رو به جلو در بخش بیمه‌های سلامت با توجه به چندبعدی بودن آن، تعدد ذی‌نفعان و متغیرهای تأثیرگذار، پدیده‌ای چندبعدی است که نیازمند بهره‌گیری از رویکرد سیستمی و جامع‌نگر است. در نهایت پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی موانع اجرای سیاست‌های ارتقای بیمه‌های سلامت و راهکارهای غلبه بر آنها مورد بررسی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری رشته مدیریت دولتی با گرایش خط‌مشی‌گذاری عمومی است. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه افرادی که در فرایند پژوهش همکاری کرده‌اند، سپاسگزاری کنند. **تأییدیه اخلاقی:** مطالعه حاضر مورد تأیید دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات قرار گرفت.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است. **سهم نویسندگان:** کرم‌الله دانش‌فرد: طراحی و سرپرست مطالعه به میزان ۴۰ درصد، فاطمه اسدندژاد: جمع‌آوری داده‌ها به میزان ۳۰ درصد و رضا نجف‌بیگی: تحلیل داده‌ها به میزان ۳۰ درصد. همه نویسندگان در نگارش و انجام اصلاحات نقش یکسانی داشتند.

منابع مالی: مطالعه حاضر توسط هیچ سازمانی مورد حمایت قرار نگرفته است.

References

1. Fan H, Yan Q, Coyte PC, Yu W. Does Public Health Insurance Coverage Lead to Better Health Outcomes? Evidence from Chinese Adults. Inquiry. 2019;56(2):004695801984200. doi: [10.1177/0046958019842000](https://doi.org/10.1177/0046958019842000).
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. Int J Equity Health. 2022;21(21):1-12. doi: [10.1186/s12939-021-01608-x](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01608-x).
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. doi: [10.1371/journal.pone.0219731](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219731).
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):207-24. [Persian]
5. 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;21:471-89. doi: [10.1007/s11115-020-00498-x](https://doi.org/10.1007/s11115-020-00498-x).

- Doshmangir L. Policy options to reduce fragmentation in the pooling of health insurance funds in Iran. *Int J Health Policy Manag.* 2015;5(4):253. doi: [10.15171/ijhpm.2016.12](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.12).
19. Karimi I, Maleki M, Nasiripoor A, Janfada H. Supportive Health Insurance Around the world: Comparative Study of in Selected Countries. *Tolooebehdasht.* 2015;14(3):123-38. [Persian]
 20. Akhavan Behbahani A, Alidoost S, Masoudi Asl I, Rahbari Bonab M. Investigating the performance of Iran's health insurance organization and providing solutions for improvement: A mixed method study. *Iran J Health Insur.* 2018;1(3):39-47. [Persian]
 21. Kabir M, Heidari A, Jafari N, Khatirnamani Z, Honarvar MR. Dimensions and components for designing the basic health services package in Iran: Exploratory and confirmatory factor analyses. *Payesh.* 2020;19(5):511-22. [Persian] [10.29252/payesh.19.5.511](https://doi.org/10.29252/payesh.19.5.511).
 22. Zare H, Akhavan Behbahani A, Azadi M, Masoudi Asl I. Examining the methods of determining medical service tariffs in developed countries and proposing a model for Iran. *Assembly and Strategy.* 2013;20(74):5-34. [Persian]
 23. 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(5):74-84. [Persian]
 24. Doshmangir L, Bazayr M, Rashidian A, Gordeev VS. Iran health insurance system in transition: equity concerns and steps to achieve universal health coverage. *Int J Equity Health.* 2021;20(1):1-4. doi: [10.1186/s12939-020-01372-4](https://doi.org/10.1186/s12939-020-01372-4).
 25. Saadati M, Rezapour R, Derakhshani N, Nakhshi M. A comparative study of justice in financing in health insurance models. *Health and Treatment management.* 2015;7(4):65-73. [Persian]
 26. Gholikhani R, Ebadi Fard Azar F, Kabir MJ, Tadayon MM. Analysis of Current and Desirable Status of Iran's Basic Health Insurance. *Jorjani Biomedicine Journal.* 2018;6(4):53-61. doi: [10.29252/jorjanibiomedj.6.4.53](https://doi.org/10.29252/jorjanibiomedj.6.4.53).