



# Developing a Policymaking Model for Empowering the Insured of the Iran Health Insurance Organization

Masoud Pakniyat Rad<sup>1</sup> MA, Mohammadbagher Tajeddin<sup>1\*</sup> PhD, Karam Habibpour Gatabi<sup>2</sup> PhD

<sup>1</sup> Department of Social Sciences, Faculty of Social Sciences, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran

<sup>2</sup> Department of Sociology, Faculty of Human Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran

\*Correspondence to: Mohammadbagher Tajeddin, Email: Mb\_tajeddin@yahoo.com

Received: May 2, 2022

Revised: July 25, 2022

Accepted: August 17, 2022

Online Published: September 3, 2022

## Abstract

**Introduction:** The present study seeks to design a health insurance empowerment model so that the insured can achieve an acceptable level of capabilities. The reason for choosing this group of insured persons is their large and considerable population in the country, which now include about 50% of Iran's population.

**Methods:** The methodological approach of this research is qualitative and based of the grounded theory, deep and semi-structured interview data retrieval techniques. For data mining, the theoretical coding method was used, which aims to achieve the main and secondary categories in line with the theoretical model setting. The sample number is 15 health insurance experts who were selected purposefully.

**Results:** The results show that the central phenomenon is community-oriented empowerment, which is based on causal conditions, contextual conditions, intervening conditions and strategies. The most important strategies are the right of the insured to access insurance services and opportunities. In the discussion of background conditions, important elements such as agency, sense of equality and inclusion (integration) and capacity building are emphasized. Also, the findings show that components such as maintaining the rights of the insured, enabling resources and the efficiency and quality of insurance services are considered as causal conditions.

**Conclusion:** According to the findings of the present study, three main categories of education and information, social participation and social support have been proposed as intervening conditions. Completing the chain of the paradigm model of the present study is based on the data theory method of the Consequences Foundation, which analyzed the empowerment in four main sections of social empowerment, cultural empowerment, economic empowerment and psychological empowerment of the insured.

**Keywords:** Community-Oriented Empowerment, Social Empowerment, Psychological Empowerment, Cultural Empowerment, Economic Empowerment, Health Insurance

## Highlights

1. The empowerment of the insured in the financial and economic field creates the necessary support, especially in times of various crises such as illness or unemployment and disability.
2. Community-oriented empowerment, while containing micro and macro elements and components of empowerment, puts both levels of activism and structure in a dialectical relationship and takes into account multilateral influence.

## Citation:

Pakniyat Rad M, Tajeddin M, Habibpour Gatabi K. Developing a policymaking model for empowering the insured of the Iran Health Insurance Organization. Iran J Health Insur. 2022;5(2):129-42.



# تدوین مدل سیاست گذاری برای توانمندسازی بیمه شدگان بیمه سلامت ایران

مسعود پاک نیت راد<sup>۱</sup> MA، محمدباقر تاج الدین<sup>۲</sup> PhD، کرم حبیب پور گنتابی<sup>۳</sup> PhD

<sup>۱</sup> گروه جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، ارتباطات و رسانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران  
<sup>۲</sup> گروه جامعه شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

\* نویسنده مسئول: محمدباقر تاج الدین، پست الکترونیک: mb\_tajeddin@yahoo.com

انتشار آنلاین: ۱۴۰۱/۰۶/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۲۶

تصحیح: ۱۴۰۱/۰۵/۰۳

دریافت: ۱۴۰۱/۰۲/۱۲

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر به دنبال طراحی مدل توانمندسازی بیمه شدگان بیمه سلامت است تا طی آن بیمه شدگان بتوانند به سطح قابل قبولی از توانمندی دست پیدا کنند. دلیل انتخاب این گروه از بیمه شدگان، جمعیت زیاد و قابل ملاحظه آنان در کشور است؛ به گونه ای که اکنون حدود ۵۰ درصد از جمعیت ایران را شامل می شوند.

**روش بررسی:** رویکرد روش شناختی این پژوهش کیفی و از نوع نظریه مبنایی، فنون داده یابی مصاحبه عمیق و نیمه ساختار یافته است. برای داده کاوی از روش کدگذاری نظری استفاده شد که دستیابی به مقولات اصلی و فرعی در راستای تنظیم مدل نظری مدنظر است. تعداد نمونه ۱۵ نفر از متخصصان و خبرگان حوزه بیمه سلامت است که به صورت هدفمند انتخاب شده اند.

**یافته ها:** نتایج پژوهش نشان می دهد که پدیده محوری توانمندی اجتماع محور است که مبتنی بر شرایط علی، شرایط زمینه ای، شرایط مداخله کننده و راهبردها به دست آمده است. مهم ترین راهبردها حق دسترسی بیمه شدگان به خدمات و فرصت های بیمه ای است. در بحث از شرایط زمینه ای مؤلفه های مهمی چون عاملیت، احساس برابری و شمول (ادغام) و ظرفیت سازی مورد تأکید است. همچنین یافته ها نشان می دهد مؤلفه هایی چون حفظ حقوق بیمه شدگان، منابع توانمندساز و کارآمد و کیفی بودن خدمات بیمه ای به عنوان شرایط علی مورد توجه هستند.

**نتیجه گیری:** بنا بر یافته های پژوهش حاضر ۳ مقوله اصلی آموزش و اطلاع رسانی، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی به عنوان شرایط مداخله گر مطرح شده اند. تکمیل کننده زنجیره مدل پارادایمی پژوهش حاضر مبتنی بر روش نظریه داده بنیاد پیامدها هستند که توانمندسازی را در ۴ بخش عمده توانمندی اجتماعی، توانمندی فرهنگی، توانمندی اقتصادی و توانمندی روانی بیمه شدگان مورد واکاوی قرار داده است.

**واژگان کلیدی:** توانمندی اجتماع محور، توانمندی اجتماعی، توانمندی روانی، توانمندی فرهنگی، توانمندی اقتصادی، بیمه سلامت

## نکات ویژه

۱. توانمندسازی بیمه شدگان در حوزه مالی و اقتصادی، پشتوانه لازم برای راهبردها و به ویژه در مواقع بروز بحران های گوناگون مانند بیماری یا بیکاری و از کارافتادگی، ایجاد می کند.
۲. توانمندی اجتماع محور، ضمن دربر داشتن عناصر و مؤلفه های خرد و کلان توانمندسازی، هر دو سطح کنشگری و ساختار را در یک رابطه دیالکتیکی قرار می دهد و تأثیر و تأثرات چندجانبه را مدنظر قرار می دهد.

## مقدمه

[۱]. توانمندسازی به عنوان فرآیندی شناخته می شود که از طریق آن افراد یا جوامع، کنترل زندگی و محیط اجتماعی پیرامون خود را به دست می گیرند و محیطی می سازند که در آن فرد می تواند مسئولیت زندگی خود را به عهده گرفته و به سلامت دست یابد [۲].

توانمندسازی فرآیندی است که طی آن انتظار می رود کنشگران اجتماعی بتوانند در جریان زندگی، انتخاب هایی را برای خود متصور شوند و در مسیر رسیدن به آن انتخاب، تلاش کنند

آموزش، وکالت، پاسخگویی، توانمندسازی مالی (از دو منظر افزایش و کنترل منابع مالی)، ظرفیت سازمانی و محلی و مشارکت خلاصه کرد. این رویکردها در بیش از ۱۰۰ کشور جهان به کار گرفته شده و توانسته‌اند بهبودهای بسیاری را در توانمندسازی افراد در این کشورها ایجاد کنند [۱].

باتوجه به تعاریف می‌توان بیان کرد که بیمه‌شده توانمند کسی است که در انتخاب هریک از شرکت‌های ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای و انواع بیمه (پایه، تکمیلی، اکمل و...)، آزاد و مخیر بوده و با علم و آگاهی کامل این کار را انجام می‌دهد. همچنین بیمه‌شده توانمند شخصی است که از هرگونه حمایت لازم دستگاه‌های متولی آموزش، بهداشت و درمان و پشتیبانی‌های قضایی در زمان بیماری برخوردار بوده و چنانچه نیازمند دریافت حمایت‌های مادی، معنوی، حقوقی و... باشد، این کمک‌ها به راحتی و در کوتاه‌ترین و مناسب‌ترین زمان در دسترس او قرار می‌گیرد. در این صورت بیمه‌شده، باتوجه به حفظ سلامت و ارتقای سطح کیفیت زندگی خود، اولاً کمتر در معرض آسیب و ابتلا به انواع بیماری‌ها بوده و ثانیاً سازمان بیمه‌اش را از آن خود دانسته و سعی و توان خود را برای پیشرفت آن سازمان معطوف می‌دارد و با کاستن از هزینه‌های احتمالی و القایی و... به حفظ سرمایه‌های سازمان بیمه کمک می‌کند تا مسئولان و مدیران آن سازمان بتوانند منابع صرفه‌جویی شده را برای امور مهم‌تری هزینه کنند.

درخصوص اهمیت پیشگیری نسبت به درمان و از سوابق و تجارب مشابهی که در دنیا وجود دارد می‌توان از کشور استرالیا نام برد که برنامه‌های کاهش آسیب خود را طی سال‌های ۲۰۰۰-۱۹۹۱ با ۱۳۰ میلیون دلار هزینه آغاز کرد که نتایج حاصل از آن پیشگیری از ۲۵۰۰۰ مورد ابتلا به HIV، ۲۱۰۰ مورد هپاتیت C و از هم‌گسیختگی ۵۰۰۰ خانوار بود. با این اقدام ۴،۲ الی ۷،۷ میلیارد دلار صرفه‌جویی در مخارج درمانی بیماران مبتلا به HIV-AIDS و هپاتیت به عمل آمد [۱۱]. هدف نهایی مداخلات بهداشتی و درمانی، بهبود سلامتی و کیفیت زندگی مردم و بیماران است. با وجود این، هزینه مداخلات بهداشتی و درمانی هم باید مورد توجه قرار گیرد تا امکان ارائه خدمات سلامت برای همه مردم جامعه فراهم باشد. سیاست‌گذاران و مدیران نظام سلامت در سال‌های اخیر تأکید

بنابراین می‌توان بیان کرد که توانمندسازی فرآیند به‌دست آوردن قدرت به‌صورت پویا، در طی زمان و به‌صورت ترکیبی از حمایت‌های بیرونی و حرکت‌های درونی است که در آن به افراد کمک می‌شود تا به خود کمک کنند یا به‌عبارتی افراد هدایت می‌شوند تا یاد بگیرند که خود را هدایت کنند. توانمندسازی را نمی‌توان به افراد داد یا برای آنان انجام داد، بلکه توانمندسازی حاصل فرآیندی است که افراد، خود را در طی آن توانمند می‌کنند. به‌عبارت بهتر، افراد حرکت خود را ایجاد کرده، توانایی‌های لازم را کسب کرده و از تغییرات مورد نیاز خود حمایت کنند. در این میان عوامل تغییردهنده خارجی تنها به‌عنوان تسریع‌کننده نقش داشته یا عرصه را برای فعالیت افراد فراهم می‌کنند [۳]. بنابراین توانمندسازی، فرآیند ساخت ظرفیت است با هدف ایجاد تغییرات اجتماعی و سیاسی برای کمک به تک افراد، گروه‌ها و اجتماعاتی که به دنبال کنترل بیشتر هستند [۴]. ریفکین، توانمندسازی را فرآیندی می‌داند که به‌واسطه آن افراد بر امور و کارهای خود تسلط بیشتری می‌یابند و با کسب قدرت بالا، کنترل بر منابع، اعتمادسازی، ظرفیت‌سازی و مشارکت فعال می‌توانند مسیر زندگی‌شان را به‌درستی هدایت کنند [۵]. تحقیقات مختلف حاکی از آن هستند که در میان متغیرهای زمینه‌ای، عواملی چون اشتغال، درآمد، تحصیلات، جنسیت و سن بیشترین تأثیر را بر توانمندی افراد دارند [۸-۶]. آمارتیا سن، توانمندسازی را نوعی آزادی تلقی می‌کند که هم ابزار است و هم هدف غایی. از نظر ایشان آزادی دستیابی به شیوه‌های گوناگون زیستن است و توانمندی نیز برگسترش این آزادی‌ها برای انسان به گونه‌ای که بتواند به همان شیوه که ارزشمند می‌شمارد زندگی کند، تأکید می‌ورزد [۹].

مزایای متعددی می‌توان برای توانمندسازی برشمرد که طیفی گسترده را در بر می‌گیرد؛ از برآورده شدن نیازهای اساسی گرفته تا دستاوردهای پیچیده‌تری مانند رضایتمندی، احساس تعلق و تعهد، تحقق اهداف، تقلیل هزینه‌ها و ارتقای سوددهی، تقویت عزت نفس، افزایش مشارکت، پرورش احساس مالکیت و خودباوری. ابعاد مختلفی برای توانمندسازی ذکر شده که می‌توان آنها را در ۶ بُعد بدین شکل خلاصه کرد: اقتصادی، سیاسی، روانی، اجتماعی، حقوقی و فرهنگی [۱۰]. برای توانمندسازی افراد در جامعه رویکردهای متعددی اتخاذ شده که می‌توان آنها را در ۶ محور اطلاع‌رسانی و

نیز به بیمه درمان مردم تخصیص یافته است.<sup>۱</sup> بالغ بر ۳۲ هزار میلیارد تومان بودجه مصوب به علاوه سایر درآمدهای سازمان بیمه سلامت ایران<sup>۲</sup> و بالغ بر ۷۰ هزار میلیارد تومان که در سازمان تأمین اجتماعی بابت درمان هزینه می‌شود، منبع مالی عظیمی است که مدیریت واجد شرایط و دارای صلاحیت را طلب می‌کند و چنانچه این گردش مالی، در پرداخت به ذی‌نفعان و رفع یا کاهش مشکلات ایشان دچار نقصان و ایراد شود، اثرات و تبعات اجتماعی، اقتصادی و حتی سیاسی شاید جبران‌ناپذیری به وجود خواهد آمد، به نحوی که حتی در موضوع و امر توسعه کشور اختلال ایجاد خواهد کرد. در شرایط کنونی و حتی زمانی که مشکلات امروز (از قبیل تحریم‌ها، رکود اقتصادی توأم با تورم، کاهش درآمدهای نفتی و افزایش نرخ خدمات و...) وجود نداشته باشد، عامل سلامت و درمان آحاد مردم موضوعی است که بودجه کلان و همت دولتمردان را طلب می‌کند. از طرفی همان گونه که توضیح داده شد، پیشگیری به مراتب سهل‌تر و کم‌هزینه‌تر بوده و چنانچه دقت عمل و برنامه استراتژیک دستگاه‌های ذی‌ربط، متمرکز بر برنامه‌های پیشگیری باشد، نتیجه حاصله دارای ارزش بیشتری بوده و با مدیریت صحیح می‌توان از منابع حفظ شده، بهره‌برداری‌های جامع و کامل‌تری کرد. از «توانمندسازی بیمه‌شدگان» می‌توان به عنوان عامل اصلی حفظ و ذخیره منابع نام برد و در صورتی که این اتفاق در قالب یک برنامه راهبردی طراحی و به اجرا درآید، اثرات فراوان و با ارزش آن در حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی قابل تأمل خواهد بود. با عنایت به موارد فوق، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این پرسش‌هاست: اساساً چرا باید در پی توانمندسازی بیمه‌شدگان بود، مدل اصلی این توانمندسازی چگونه باید باشد و سرانجام اینکه با چه سیاست‌ها و راهبردهایی می‌شود بیمه‌شدگان را توانمند ساخت؟

### روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع مطالعات کیفی و در قالب پارادایم تفسیری برساختی بوده و استراتژی انتخاب شده در پژوهش حاضر، استراتژی استقرایی و روش به کار گرفته شده، نظریه زمینه‌ای است که از این طریق اقدام به کشف مقوله‌های اصلی و فرعی مرتبط با توانمندسازی

زیادی بر کارایی در ارائه خدمات سلامت (حداکثر منافع و حداقل هزینه) دارند. مدیران باتوجه به محدودیت منابع و افزایش تقاضا برای خدمات سلامت باید از اثربخشی و کارایی مداخلات بهداشتی و درمانی اطمینان حاصل کنند [۱۲]. این محدودیت منابع برای سازمان بیمه سلامت ایران نیز کاملاً مشهود است. منابع این سازمان شامل حق بیمه‌های دریافتی از بیمه‌شدگان، سرانه‌های تعیین شده پرداختی توسط دولت و سهم ۲/۹ (دو نهم) از سرمایه‌گذاری‌های انجام شده‌اش است. این درآمدها که عمدتاً به صورت اقساطی وصول می‌شود، در مقابل ارائه خدمات بیمه‌ای درمان به بیش از ۴۰ میلیون نفر بیمه‌شده، ناچیز بوده و اگر مدیریت ارشد این سازمان، راهکار مناسب برای مدیریت صحیح منابع مالی به منظور جبران کاستی‌های درآمدی و همزمان را نیافته یا انتخاب نکند، با بحران شدید و نارضایتی‌های جامعه روبه‌رو خواهد شد، در حالی که این سازمان مستنداً به برخی اسناد بالادستی مکلف به توانمندسازی بیمه‌شدگان خود شده است. به عنوان نمونه می‌توان از مفاد بندهای (د) و (ز) ماده ۷ اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران نام برد که طی آن حفظ حقوق بیمه‌شدگان و ایجاد رقابت و کارایی در ارائه خدمات بیمه از طریق نظارت بر کمیت و کیفیت ارائه خدمات و مراقبت‌های بسته بیمه پایه سلامت به طور مستقیم یا از طریق موسسه‌های ذی صلاح در چارچوب قوانین و مقررات مربوط و اعمال استانداردها، پروتکل‌ها و راهنماهای بالینی مصوب در قراردادهای منعقد با واحدهای ارائه خدمات و مراقبت‌های سلامت برعهده سازمان قرار دارد [۱۳].

همان گونه که قبلاً اشاره شد، سازمان بیمه سلامت ایران حدود ۵۰ درصد از جمعیت ایران و سازمان بیمه تأمین اجتماعی نیز در حدود ۴۵ درصد دیگر از جمعیت کشور را تحت پوشش خود دارند. در راستای کمک به ذی‌نفعان (اعم از بیمه‌شدگان، فروشندگان و خریداران خدمات و سایر افراد و گروه‌هایی که در این زمینه ایفای نقش می‌کنند)، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تحول در نظام سلامت را طراحی و به اجرا درآورده و با حمایت‌ها و مصوبات مجلس شورای اسلامی، علاوه بر تزریق منابع معتنا به مالی برای اجرای آن یک درصد از درآمد حاصل از مالیات بر ارزش افزوده

۱. قانون مالیات بر ارزش افزوده مصوب ۱۷ اردیبهشت ماه سال ۱۳۸۷ مجلس شورای اسلامی ایران

۲. ردیف ۲۶۴۸۰۰ قانون بودجه سال ۱۴۰۱ کشور و بودجه شرکتی مندرج در جدول پیوست‌های قانون بودجه مذکور

تداوم یافت. ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بود و تحلیل داده‌ها بر مینا و شیوه کدگذاری باز، محوری و انتخابی صورت گرفت. در نهایت در کدگذاری انتخابی پژوهشگر به اتکالی روابط درونی مقوله‌های برون آمده از الگوی کدگذاری محوری نظریه پژوهشی خود را به رشته تحریر درآورد. برای اطمینان از قابلیت اعتماد یافته‌ها از تکنیک‌های ممیزی، مقایسه تحلیلی و اعتباریابی توسط مشارکت‌کنندگان استفاده شده است. در تکنیک ممیزی ۳ متخصص نظریه زمینه‌ای بر مراحل مختلف کدگذاری و استخراج مقولات نظارت داشتند و در مقایسه تحلیلی نگارندگان به داده‌های خام رجوع کردند و ساختار بندی نظریه را با آن مقایسه کردند و بالاخره در اعتباریابی از مشارکت‌کنندگان خواسته شد تا یافته‌ها را ارزیابی و درمورد صحت آن نظر دهند. بنابراین تا حد زیادی از قابلیت اعتماد یافته‌ها اطمینان حاصل شد.

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در قالب دو بخش ارائه شد. در آغاز ویژگی‌های پاسخگویان براساس متغیرهای زمینه‌ای در قالب جدول ۱ مورد بررسی قرار گرفت و سپس یافته‌های دیگر در قالب مقولات عمده

شده و در نهایت مدل پارادیمی از این مقولات ترسیم شده است. رویکرد نظریه داده‌بنیاد، روشی است که نظریه‌ها، مفاهیم، فرضیه‌ها و قضایا به جای استنتاج از پیش فرض‌های قبلی، سایر پژوهش‌ها یا چارچوب‌های نظری موجود، به‌طور مستقیم از داده‌ها کشف می‌شود [۱۴]. گلاسرو استراوس برای نخستین بار راهبرد نظریه‌پردازی داده‌بنیاد را به جامعه علمی معرفی کردند. بر اساس نظر استراوس و کوربین نظریه مبنایی عبارت است از آنچه که به‌طور استقرایی از مطالعه پدیده‌ای به دست آید و نمایانگر آن پدیده است. روش نظریه مبنایی یک روش تحقیق کیفی است که یک سلسله رویه‌های سیستماتیک را به کار می‌گیرد تا نظریه‌ای مبتنی بر استقرا درباره پدیده‌ای ایجاد کند [۱۵، ۱۶]. روش نمونه‌گیری، هدفمند و قضاوتی بود که با ۱۵ نفر از صاحب‌نظران و خبرگان حوزه بیمه سلامت مصاحبه عمیق صورت گرفت. در انتخاب نمونه‌ها سعی بر این بوده تا مواردی رعایت شود، از جمله اینکه «انتخاب مشارکت‌کنندگان در حد ممکن به‌صورتی باشد که محقق به نمونه‌های غنی و پرمایه به لحاظ اطلاعاتی دست یابد» [۱۶]. نمونه‌گیری تا زمانی که تمام مقوله‌ها اشباع شدند و دیگر داده تازه و مهمی به‌دست نیامد و مقوله‌ها از لحاظ ویژگی و ابعاد به قدر کافی تعیین پیدا کردند،

جدول ۱ | توصیف مشارکت‌کنندگان براساس متغیرهای زمینه‌ای

| ردیف | جنس | تحصیلات       | تخصص                                         | تجربه شغلی و کاری                                              |
|------|-----|---------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| ۱    | زن  | کارشناسی ارشد | مهندسی صنایع، سیستم‌های اطلاعاتی و بیمه      | هیئت علمی پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران                 |
| ۲    | مرد | دکتر          | سیاست گذاری اجتماعی                          | مدیرعامل اسبق سازمان بیمه خدمات درمانی، هیئت علمی دانشگاه شاهد |
| ۳    | مرد | دکتری         | سلامت، پزشکی و دندانپزشکی                    | مدیر سازمان بیمه سلامت، مشاور مدیر عامل                        |
| ۴    | زن  | کارشناسی ارشد | سلامت و پزشکی                                | مدیر پایه در سازمان بیمه سلامت                                 |
| ۵    | مرد | دکتر          | سلامت، پزشکی و طب سنتی                       | مدیر میانی در سازمان بیمه سلامت                                |
| ۶    | مرد | دکتری         | سلامت و پزشکی                                | مدیر سازمان بیمه سلامت                                         |
| ۷    | مرد | دکتر          | سلامت و پزشکی                                | مدیر سازمان بیمه سلامت                                         |
| ۸    | زن  | دکتر          | سلامت و پزشکی                                | کارشناس سازمان بیمه سلامت                                      |
| ۹    | مرد | کارشناسی ارشد | سلامت - سرمایه گذاری و فناوری اطلاعات        | مدیر سازمان بیمه سلامت                                         |
| ۱۰   | مرد | دکتری         | سلامت و پزشکی                                | مدیر پایه و کارشناس سازمان بیمه سلامت                          |
| ۱۱   | مرد | کارشناسی ارشد | برنامه‌ریزی رفاه اجتماعی                     | کارشناس سازمان بیمه سلامت ایران                                |
| ۱۲   | زن  | کارشناس ارشد  | آموزش پزشکی                                  | کارشناس سازمان بیمه سلامت ایران                                |
| ۱۳   | زن  | دکتر          | مهندسی صنایع، مدیریت دانش، سیستم‌ها راهکارها | استادیار دانشگاه خوارزمی                                       |
| ۱۴   | زن  | دکتری         | سلامت، پزشکی و آموزش منابع انسانی            | کارشناس سازمان بیمه سلامت ایران                                |
| ۱۵   | مرد | کارشناس ارشد  | مدیریت مالی، حسابداری و امور شرکت‌ها         | مدیر سازمان بیمه سلامت                                         |

جدول ۲ | مقولات اصلی و مقولات فرعی استخراج شده از داده‌های کیفی

| مقوله هسته (پدیده محوری) | مقولات اصلی                   | مقولات فرعی                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| توانمندی اجتماعی محور    | آموزش و اطلاع‌رسانی           | اطلاع‌رسانی/ فرهنگ‌سازی/ آموزش شهروندی/ مهارت‌های ارتباطی/ مشاوره/ سواد سلامت/ ایجاد انگیزه                                                                                                               |
|                          | مشارکت اجتماعی                | مشارکت تعاملی و دو طرفه/ تصمیم‌گیری مشترک/ مشارکت همدلانه/ مشارکت موثر و مفید/ مشارکت در سیاست‌گذاری/ مشارکت در نظارت/ فعالیت در انجمن‌ها                                                                 |
|                          | احساس برابری و شمولیت (ادغام) | ارتقای برابری/ عدالت مالی/ عدالت توزیعی/ عدالت در سلامت/ شمولیت (ادغام)/ حس برآورده شدن نیازها/ دریافت خدمات برابرانه سلامت                                                                               |
|                          | حفظ حقوق بیمه‌شدگان           | تدوین حقوق بیمه‌شدگان/ تضمین حقوق بیمه‌شدگان/ پوشش حداکثری بیمه‌ها/ پوشش مراقبت‌های پایه‌ای/ تأمین منابع مالی/ منافع بیمه‌شدگان                                                                           |
|                          | سلامت اجتماعی                 | رفتارهای پیشگیرانه/ خودمراقبتی/ اقتصاد سلامت/ ارزشمندی سلامت/ حفظ سلامت/ ترویج رفتار سلامت‌محور/ سبک زندگی سالم یا سلامت‌محور/ پایش سلامت/ اثربخشی برنامه‌های سلامت محور/ ارتقای سلامت                    |
|                          | کارآمد و کیفی بودن خدمات      | دریافت خدمات مطلوب/ پوشش حداکثری بیمه‌ها/ مراقبت‌های بهداشتی/ پوشش مراقبت‌های پایه‌ای/ تأمین منابع مالی/ پایش اثربخشی خدمات/ بهبود خدمات سلامت/ مطلوبیت خدمات/ ارتقای رفاه اجتماعی                        |
|                          | شفافیت و پاسخگویی             | پاسخگویی/ پایش اثربخشی/ دسترسی آزاد به اطلاعات بیمه‌ای/ حاکمیت قانون                                                                                                                                      |
|                          | عاملیت                        | قدرت تصمیم‌گیری/ حق تصمیم‌گیری/ خودکارآمدی/ تغییر نگاه و ذهنیت/ تغییر رفتار/ کسب مهارت/ مسئولیت‌پذیری/ توان انجام امور محوله                                                                              |
|                          | منابع توانمندساز              | ایجاد زیرساخت‌های خدمات اجتماعی یا سلامت/ پوشش حداکثری بیمه‌ها/ سیاست‌های تشویقی/ پرداخت‌های مشروط/ کاهش ریسک/ درآمد آفرینی/ اطمینان دادن                                                                 |
|                          | ظرفیت‌سازی                    | نیازسنجی/ واقع‌بینی/ نظام ارجاع/ ضرورت درمان/ تفویض اختیار/ برانگیختن/ به‌کارگیری قابلیت‌ها/ سیاست‌های تشویقی/ فرصت‌سازی                                                                                  |
|                          | حمایت اجتماعی                 | اعطای یارانه سلامت/ وکالت/ پوشش حداکثری بیمه‌ها/ مشارکت سازمان‌های مردم‌نهاد                                                                                                                              |
|                          | حق دسترسی                     | سهولت دسترسی/ دسترسی عادلانه/ دسترسی آزاد به اطلاعات بیمه‌ای/ دسترسی به خدمات مطلوب/ دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی موثر و مفید/ دسترسی به سیاست‌های تشویقی/ میزان دسترسی                                   |
|                          | توانمندی روانی                | توانمندی ادراکی و شناختی/ بروز استعدادها/ تصمیم‌گیری آگاهانه/ قدرت انتخاب/ بلندمدت‌نگری/ تقویت عزت نفس/ خوداثربخشی/ پرورش خودباوری                                                                        |
|                          | توانمندی اجتماعی              | برآورده شدن نیازهای اساسی/ رضایتمندی/ احساس تعلق و تعهد/ افزایش مشارکت/ مطالبه‌گری شهروندان/ حقوق شهروندی/ کاهش محرومیت اجتماعی/ کاهش فقر/ کاهش طرد اجتماعی/ تقویت سرمایه اجتماعی/ اعتمادسازی/ تعامل مثبت |
|                          | توانمندی فرهنگی               | اصلاح باورها/ آگاهی یافتن/ توجه به ارزش‌ها/ تقویت تفکر انتقادی/ سواد فرهنگی/ افزایش خودآگاهی/ استقلال فکری                                                                                                |
|                          | توانمندی اقتصادی              | سواد بیمه‌ای/ سواد مالی/ حمایت مالی/ حمایت بیمه‌ای/ حفظ و کنترل منابع/ شفاف‌سازی فعالیت‌های مالی/ استقلال داشتن/ تقلیل هزینه‌ها/ افزایش سوددهی/ پرورش احساس مالکیت                                        |

مقولات مهمی چون حفظ حقوق بیمه‌شدگان، کارآمد و کیفی بودن خدمات و همچنین منابع توانمندساز است.

**متخصص شماره ۴ در این زمینه معتقد است:**

«ما اگر بخواهیم واقعاً و حقیقتاً به توانمندی بیمه‌شدگان برسیم اصل اول اینه که به فکر حفظ حقوق بیمه‌شدگان باشیم چون اگه این اصل رعایت نشه، یعنی بیمه‌شدگان به حق و حقوق شون نرسن، دیگه چه انتظاری داریم که توانمند بشن. خب معلومه که توانمندی یعنی دستیابی به حقوق پایه‌ای و مسلمی که در این زمینه وجود داره»

**متخصص شماره ۹ هم درباره این موضوع می‌گوید:**

«من معتقدم دو سه تا اصل مهم و زیربنایی برای ایجاد

مستخرج از مصاحبه‌ها، مفاهیم و مقولات فرعی و هسته ارائه شد. به منظور دستیابی به مدل نهایی در پژوهش حاضر، ابعاد مختلف این مدل در قالب مقولات اصلی استخراج شده از یافته‌های پژوهش حاضر به شرح زیر مورد واکاوی قرار گرفت.

## ۱. شرایط علی

شرایط علی آن دسته از رویدادها و وقایعی است که بر پدیده‌ها تأثیر می‌گذارند [۱۵]. از نظر متخصصان و خبرگان حوزه سلامت و توانمندسازی که در پژوهش حاضر به آرای آنها رجوع شده، می‌توان استنباط کرد که رویدادها و وقایعی که در پدیده محوری این پژوهش، یعنی توانمندسازی بیمه‌شدگان اثرگذار است، بیانگر

معنای توانایی برای انجام کارهایی است که افراد قبلاً قادر به انجام آنها نبودند و سروسامان دادن به وضعیت‌هایی که کنترل آنها در گذشته از دستشان خارج شده است. اگر فرد تصمیم داشته باشد که به‌طور آگاهانه ظرفیت درونی خود را افزایش دهد، تغییر خواهد کرد و به پیشرفت چشمگیری دست پیدا می‌کند. آنچه که در این مقوله حائز اهمیت است، داشته‌های درونی افراد است.

**متخصص شماره ۷ در این زمینه معتقد است:**

«به نظر می‌رسد که ضرورت داشته باشد بیمه شده‌ها رو به عنوان عاملانی در نظر بگیریم که توان انجام برخی کارها و امور رو دارن. خب اگه چنین عاملیتی نباشه یا اونا را عامل تلقی نکنیم پس ما چه کسانی رو می‌خواهیم توانمند کنیم؟ یعنی اول باید فرد رو عاملی فرض کنیم که توانمندی‌های بالقوه‌ای داره که بشه اونا را به فعلیت رسوند و این خیلی مهمه»

**متخصص شماره ۲ هم درباره این موضوع می‌گوید:**

«حقیقتش ما باید بتونیم ظرفیت‌سازی کنیم، یعنی منظورم سازمان بیمه سلامتیه که بتونه چنین کار مهمی رو انجام بده. البته آدما که اینجا می‌شنن بیمه شده‌ها به‌هرحال یه سری ظرفیت‌هایی رو به‌طور بالقوه دارن که باید اونا رو به فعلیت رسوند تا زمینه توانمندی‌شون فراهم بشه»

**متخصص شماره ۵ هم درباره این موضوع می‌گوید:**

«به نظر بنده یکی از عوامل مهمی که توانمندی‌های افراد رو به مخاطره می‌ندازه وجود نابرابری‌های گسترده است. افراد بایستی حس برابری رو در خودشون داشته باشن و درک کنن که کم و بیش به‌طور برابر با اونا برخورد می‌شه. منظورم توی قضیه بیمه هستش و دادن خدمات و فرصت‌ها بهشون».

### ۳. شرایط مداخله‌کننده

شرایط مداخله‌کننده از آن دست شرایطی است که ممکن است سبب تغییراتی در شرایط علی شود یا اینکه به‌همراه عوامل محیطی تعدیل‌هایی در آن به وجود آید. بنا بر آنچه که در جدول ۲ آمده، مقولاتی چون آموزش و اطلاع‌رسانی، حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی به‌عنوان شرایط مداخله‌کننده مورد شناسایی قرار گرفته‌اند. آن‌گونه که تجارب بسیاری از سازمان‌ها نشان می‌دهد، وجود سازوکار مشخص و قوی در امر آموزش مداخله‌ای جدی و همه‌جانبه برای

توانمندسازی بیمه‌شدگان خیلی اثرگذاره. یکیش کارآمدی خدماتیه که به بیمه‌شدگان داده می‌شه و همچنین کیفیت داشتن این خدماته. چون اگه این خدماتی که سازمان بیمه سلامت به بیمه‌شدگان می‌ده هم کارآمد باشه و هم کیفی، به احتمال بسیار زیاد تأثیر خوبی در توانمندی اونا داره. یکی دیگه هم بحث منابعی هستش که می‌تونه در توانمندسازی کردن بیمه‌شدگان موثر و مفید واقع بشه. منابعی مثل پوشش حداکثری بیمه‌ها، ایجاد یه سری زیرساخت‌های خدماتی در حوزه سلامت و خود بیمه و مواردی از این قبیل»

بنابه گفته بسیاری از جامعه‌شناسان نظیر آنتونی گیدنز و دیگران، توجه و حفظ حقوق شهروندی از جمله پدیده‌های محوری مدرنیته بوده و در جهان مدرن برای توانمند ساختن شهروندان چاره‌ای جز تن دادن به این مقوله وجود ندارد. غالب مصاحبه‌شوندگان که به دو نمونه از آنها اشاره شد، بر این عقیده بودند که یکی از مهم‌ترین وجوه حقوق شهروندی، حفظ حقوق بیمه‌شدگان است و مادامی که چنین امری صورت نگیرد، دستیابی به شرایط توانمندی بیمه‌شدگان امکان‌پذیر نخواهد بود.

### ۲. شرایط زمینه‌ای

شرایط زمینه‌ای، موقعیت‌های خاص و ویژه‌ای است که بر راهبردها و تعاملات اثر می‌گذارد [۱۶]. شرایط زمینه‌ای در یک زمان و مکان خاص جمع می‌آید تا مجموعه‌ای از احوال یا مسائلی را به وجود آورد که اشخاص با عمل/تعامل‌های خود به آنها پاسخ می‌دهند [۱۵]. همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد، خوشه مقوله‌ای شرایط زمینه‌ای از ۳ مقوله فرعی ظرفیت‌سازی، عاملیت و احساس برابری و شمولیت (ادغام) تشکیل یافته است. ادغام اجتماعی به معنای برخورداری از حقوق شهروندی، برخورداری از فرصت‌های اجتماعاً ارزشمند و مشارکت فعال و مؤثر در تمامی موقعیت‌های اجتماعی است که طی آن هر یک از افراد جامعه به مثابه شهروندان آن جامعه از چنین پاداش‌های اجتماعی برخوردار می‌شوند [۱۷]. چنین وضعیتی که افراد بتوانند در جامعه خودشان ادغام شوند، به معنای بازگشت به نقطه تعادل بوده و فرد دوباره به جامعه برگشته و به مثابه شهروند از تمامی حقوق شهروندی برخوردار شده و دوباره فرصت‌های اجتماعی را به‌دست می‌آورد. افزایش ظرفیت درونی به

از سلامت اجتماعی، حق دسترسی و شفافیت و پاسخگویی. واقعیت این است که این ۳ راهبرد در کنار هم و به صورت هم‌افزا می‌توانند راهبردهای موثری برای توانمندسازی بیمه‌شدگان تلقی شوند. متخصص شماره ۷ در این زمینه معتقد است:

«برای توانمند ساختن بیمه‌شدگان طبیعی که برخی اقدامات مهم رو باید انجام داد که یکی از مهم‌ترین اونا بحث شفافیت و پاسخگویی سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌های دخیل در این موضوع هست. در واقع شفافیت و پاسخگویی می‌تونه بیمه‌شدگان رو بسیار امیدوار کنه که سازمان در راستای خواسته‌های اونا حرکت می‌کنه و انحرافی در این زمینه دیده نمی‌شه. ضمن اینکه با شفافیت و پاسخگویی سازمان خودش رو ملزم می‌کنه که فقط در مسیر برآورده ساختن منافع بیمه‌شدگان گام برداره».

متخصص شماره ۱۰ نیز چنین اعتقاد دارد:

«به نظرم می‌رسه که هر چقدر دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات و فرصت‌ها در زمینه بیمه سلامت آسان‌تر و بیشتر باشه، مسیری بسیار ارزشمند و تأثیرگذار برای توانمند ساختن اونها باشه. خب ممکنه نوعی تبعیض در این زمینه باشه یعنی یه عده‌ای دسترسی آسان‌تر و مطمئن‌تری به خدمات بیمه‌ای داشته باشن و بقیه چنین دسترسی‌ای نداشته باشن و روشنه که چنین وضعی نمی‌تونه توانمندی رو به‌همراه داشته باشه».

## ۵. پیامدها

آخرین اصطلاح پارادایمی در مدل استراوس و کربین، پیامدها یا تبعات به ما می‌گوید که در نتیجه اعمال و تعامل‌هایی که افراد و گروه‌ها در چنان شرایطی انجام داده‌اند یا نتوانسته‌اند در پاسخ به موقعیت خاص انجام دهند، چه اتفاقی پیش آمده یا می‌آید [۱۵]. به بیان دیگر، مجموع موجبات علی و راهبردهای اتخاذ شده به چه آثار و نتایجی منتهی می‌شود.

باتوجه به شرایط چندگانه‌ای که در پژوهش حاضر به آنها اشاره شد، یعنی شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌کننده و راهبردها، حالا می‌توان برخی پیامدها و نتایج به‌دست آمده را به‌شرح زیر مورد واکاوی قرارداد. از جمله مهم‌ترین پیامدها و نتایج به‌دست آمده عبارتند از توانمندی اجتماعی، توانمندی فرهنگی، توانمندی اقتصادی و توانمندی روانی. تقریباً تمام متخصصان حاضر

توانمندسازی خواهد بود. در کنار آموزش و اطلاع‌رسانی دو مقوله حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی نیز می‌تواند زمینه‌ساز بروز و ظهور توانمندی در میان بیمه‌شدگان باشد. متخصص شماره ۱ در این زمینه معتقد است:

«واقعیت اینه که آموزش یکی از اصول اساسی و مداخله‌کننده در امر توانمندسازی می‌تونه تلقی بشه. یعنی با آموزش بیمه‌شده‌ها بسیاری از امور مربوط به توانمندی رو می‌آموزن و یاد می‌گیرن و اگه این آگاهی براشون ایجاد نشه امکان دستیابی به توانمندی هم براشون فراهم نمی‌شه. به تجارب کشورهای پیشرفته‌ای چون ژاپن و کشورهای اسکاندیناوی مراجعه کنید تا ببینید که آموزش چه جایگاه رفیعی در این زمینه داره».

بنا بر اظهار نظر متخصص شماره ۳:

«از جمله مهم‌ترین شرایطی که می‌تونه به امر توانمندی منجر بشه بحث حمایت از بیمه‌شده‌هاست. به این صورت که نه فقط سازمانی مثل بیمه سلامت بلکه تمام سازمان‌هایی که به طور مستقیم و غیرمستقیم در این زمینه موثرند بتونن حمایت مفیدی از بیمه‌شده‌ها داشته باشن».

و بالاخره متخصص شماره ۶ چنین می‌گوید:

«ما باید بدونیم که در دنیای امروز یکی از زمینه‌های بسیار کلیدی و مهم مشارکت همه‌جانبه بیمه‌شدگان در بحث توانمندسازی هستش. این موضوع البته به مشارکت تمامی سازمان‌ها و نهادهای دیگه هم برمی‌گرده. در واقع اگه خود بیمه‌شدگان در گام نخست و سازمان‌های حمایتی در گام دوم مشارکت حداکثری و ضروری در این زمینه نداشته باشن، بسیار دور از ذهن خواهد بود که توانمندسازی بتونه محقق بشه».

## ۴. راهبردها

فراستخواه معتقد است در مدل پارادایمی استراوس و کربین، راهبردها نشان می‌دهند که کنشگران بر اثر موجبات علی، چه راهبردهای رفتاری و تاکتیک‌هایی را انجام می‌دهند، به چه اعمال و شیوه‌هایی مبادرت می‌کنند و چه تدابیری را به اقتضای زمینه‌ها و شرایط موجود در پیش می‌گیرند. بنا بر آنچه که در پژوهش حاضر بدان پرداخته شد و مقولات فرعی بیان می‌کنند ۳ راهبرد اساسی برای دستیابی به توانمندسازی در پیش گرفته می‌شود که عبارتند

اقتصادی هستش. به این معنا که بیشتر بیمه‌شدگان مشکلات اقتصادی خودشون رو نمی‌تونن حل کنن و چون این جوریه به سطح قابل قبولی از توانمندی هم نمی‌رسن. در واقع بیمه‌شدگان اگه بتونن مشکلات اقتصادی خودشون رو حل کنن اون وقت می‌شه گفته به سطحی از توانمندی رسیده‌اند و اگر نه که نه».

متخصص شماره ۵ در این زمینه معتقد است:

«به نظرم فرهنگ بسیار امر مهمیه و باید بتونیم کاری کنیم که بیمه‌شدگان به لحاظ فرهنگی توانا بشن. یعنی قدرت تفکر، حل مسئله، قدرت تغییر و آینده‌نگری داشته باشن. واقعاً فرهنگ زیربنای بسیار مهمی برای توانمندسازی محسوب می‌شه و تا چنین امری حاصل نشه بسیار دور از ذهنه که توانمندسازی هم حاصل بشه».

متخصص شماره ۷ در این زمینه معتقد است:

«من شخصاً دو تا موضوع رو برای اینکه فرد به نتیجه خوبی در

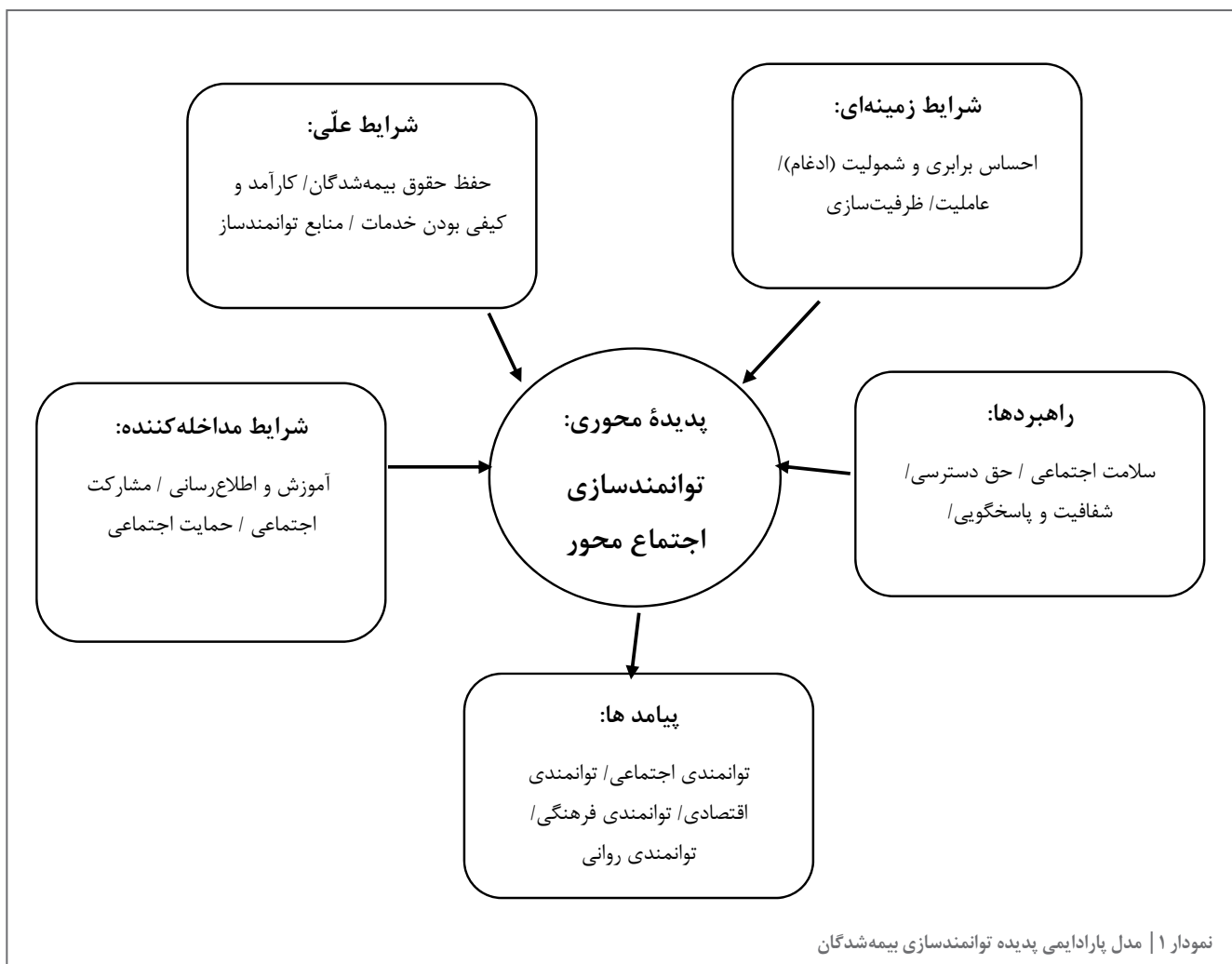
در این پژوهش ۴ گونه از توانمندی‌های مورد اشاره را به‌عنوان مهم‌ترین پیامدها و نتایج توانمندسازی بیمه‌شدگان مورد تأکید و توجه قرار داده‌اند.

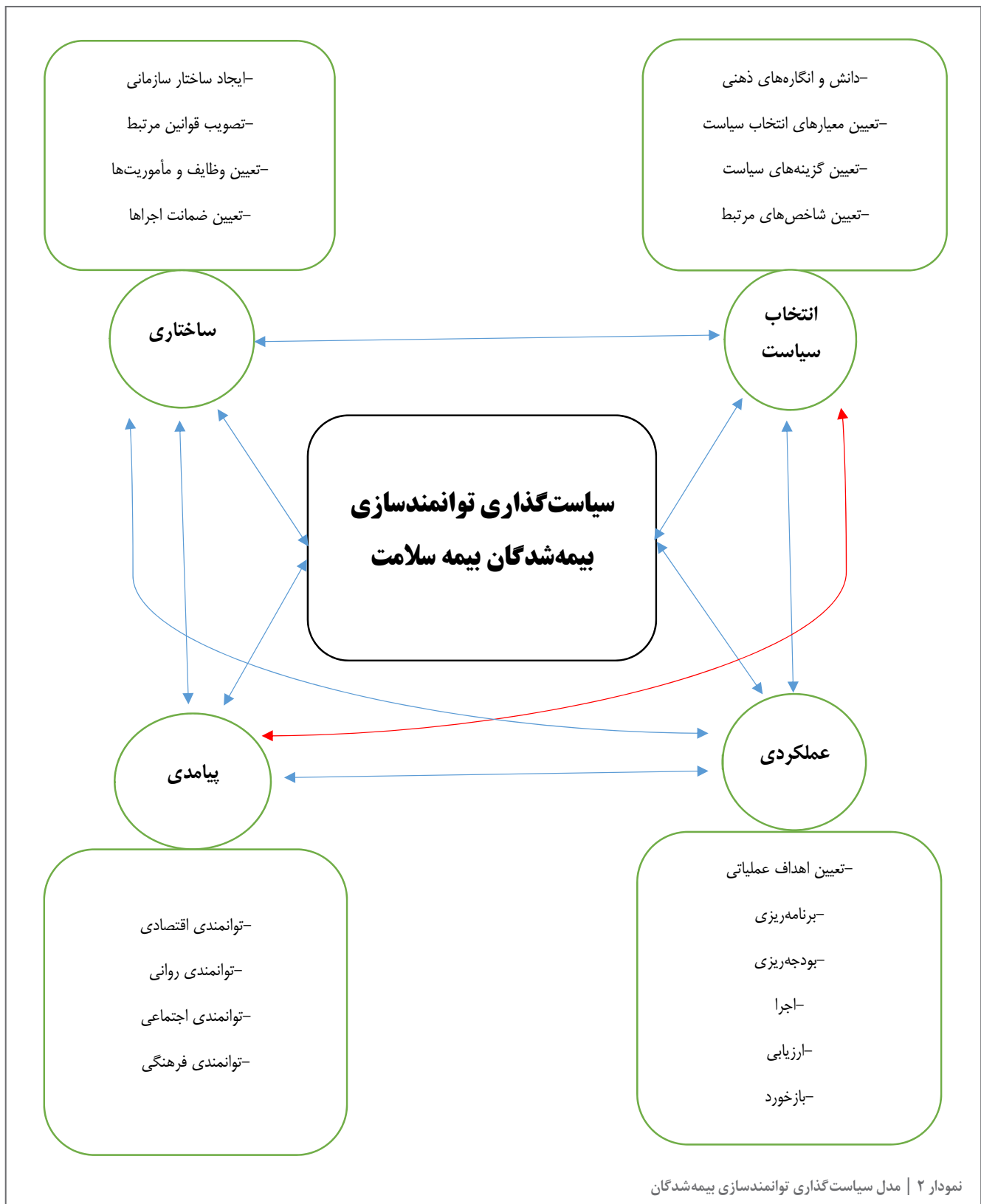
متخصص شماره ۸ در این زمینه معتقد است:

«در بحث توانمندسازی بیمه‌شدگان باید بتونیم دست کم دو تا نتیجه رو به دست بیاریم که یکی از اونا توانمند کردن بیمه‌شدگان به لحاظ روحی و روانی هستش و دیگری توانمند کردن به لحاظ اجتماعی. فرد بیمه‌شده هم به لحاظ روانی و هم به لحاظ اجتماعی باید به سطحی از توانمندی رسیده باشه که بتونه هم مشکلات فردی و شخصی خودش رو حل و فصل کنه و هم مشکلات اجتماعیش رو».

متخصص شماره ۲ چنین نظر می‌دهد:

«وقتی به موضوع توانمندسازی می‌پردازیم یکی از مشکلات جدی که در بین بیمه‌شدگان خیلی خودنمایی می‌کنه موضوع





اساسی‌ترین و ضروری‌ترین اقدامات برای توانمندسازی فرض کرده‌اند. به عبارت دیگر، فقدان حاکمیت قانون سبب افزایش اعمال سلیقه‌های فردی در امر بیمه سلامت شده و از سوی دیگر زمینه را برای افزایش فساد نیز فراهم می‌سازد و بدین طریق توانمندسازی بیمه‌شدگان به طور کامل تحت الشعاع قرار می‌گیرد یا حتی به دست فراموشی سپرده می‌شود.

در کنار شرایط راهبردی موضوع دیگری که مورد تأکید و توجه متخصصان این پژوهش بوده، شرایط زمینه‌ای است که طی آن به مؤلفه‌های مهمی چون عاملیت، احساس برابری و شمول (ادغام) و ظرفیت‌سازی اشاره داشته‌اند. عاملیت از جمله مهم‌ترین بحث‌هایی است که برخی جامعه‌شناسان و اقتصاددانان مانند آنتونی گیدنز و آمارتیا سن به آن توجه ویژه داشته‌اند، به گونه‌ای که وجود عوامل آزاد را که از کنش‌های فعال و خلاق در امور اجتماعی و اقتصادی برخوردارند، به نفع نظام اجتماعی تلقی کرده‌اند. در این زمینه آمارتیا سن، توانمندسازی را نوعی آزادی تلقی می‌کند که هم ابزار است و هم هدف غایی. از نظر ایشان آزادی دستیابی به شیوه‌های گوناگون زیستن است و توانمندی نیز بر گسترش این آزادی‌ها برای انسان به گونه‌ای که بتواند به همان شیوه که ارزشمند می‌شمارد زندگی کند، تأکید می‌ورزد [۹]. آنتونی گیدنز نیز عاملیت را از جمله زیربنایی‌ترین نیازها برای توانمندی اجتماعی تلقی کرده و کنشگران اجتماعی را به مثابه عوامل فعال و خلاق فرض کرده است [۱۷]. علاوه بر بحث عاملیت باید از مقوله احساس برابری و شمول (ادغام) به عنوان شرایط زمینه‌ای نام برد که مورد توجه و تأکید متخصصان این پژوهش بوده و طی آن ابراز داشته‌اند که اگر بیمه‌شدگان احساس نابرابری و فقدان شمولیت را با خود داشته باشند، هرگونه اقدام برای توانمند ساختن آنان ممکن است منجر به شکست شود. به بیان دیگر احساس برابری و شمولیت همان برخورداری به نسبت کامل از حقوق شهروندی به طور عام و در این جا به معنای برخورداری از حقوق بیمه‌ای به طور خاص است. تأکید بر این موضوع یادآور دیدگاه آنتونی گیدنز درباره برابری اجتماعی و ادغام اجتماعی است که طی آن شهروندان از تمامی حقوق اجتماعی، مدنی و سیاسی در نظام اجتماعی برخوردار می‌شوند. ناگفته نماند که مبتنی بر یافته‌های پژوهش مقولات فرعی احساس

توانمندسازی دست پیدا کنه مهم می‌دونم. یکی اقتصاد و دیگری فرهنگ. ما به هر جامعه‌ای نگاه کنیم که پیشرفت و توسعه مطلوبی دارن و شهروندان به سطحی از توانایی و قدرت رسیده‌اند به خوبی درمی‌یابیم که به دو مقوله بسیار زیربنایی اقتصاد و فرهنگ توجه شده است. حالا می‌تونم نتیجه بگیرم که ما هم باید بیش از همه توانمندی بیمه‌شدگان در این دو مقوله اقتصاد و فرهنگ رو خیلی دنبال کنیم و به فکرش باشیم».

### بحث

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که پدیده توانمندسازی بیمه‌شدگان تحت تأثیر شرایط علی، شرایط زمینه‌ای، شرایط مداخله‌کننده و راهبردهایی است که متخصصان و خبرگان مورد ارجاع بیان کرده‌اند و بر آنها تأکید داشته‌اند. از جمله مهم‌ترین راهبردهایی که در پژوهش حاضر مورد نتیجه بوده، حق دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات و فرصت‌های بیمه‌ای است که طی آن فرد بیمه‌شده بتواند به توانمندی‌های مورد نظر دست پیدا کند. این استراتژی شامل مدل پارادایمی است که طی آن مقولاتی چون سهولت دسترسی، دسترسی عادلانه، دسترسی آزاد به اطلاعات بیمه‌ای، دسترسی به خدمات مطلوب، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی موثر و مفید، دسترسی به سیاست‌های تشویقی و میزان دسترسی را دربر می‌گیرد (نمودار ۱).

مبتنی بر دریافت‌های پژوهش حاضر در بحث راهبردها علاوه بر پرداختن به مقوله حق دسترسی، مقوله‌های دیگری چون شفافیت و پاسخگویی از یک سو و سلامت اجتماعی از سوی دیگر نیز مورد نظر و توجه است. در واقع، خبرگان حاضر در این پژوهش تأکید دارند که سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌هایی که در امر توانمندسازی بیمه‌شدگان دخالت دارند، ضرورت دارد که هر ۳ راهبرد پیش‌گفته را یک‌جا و با تمامیت و دقت به کار گیرند تا زمینه برای توانمندی آنان فراهم شود. متخصصانی که به آنان رجوع شده، برای مقوله شفافیت و پاسخگویی برخی مقولات فرعی چون: پاسخگویی، پایش اثربخشی، دسترسی آزاد به اطلاعات بیمه‌ای و حاکمیت قانون را مطرح کرده‌اند و در بین این مقولات تأکید فراوانی بر روی حاکمیت قانون داشته‌اند، به گونه‌ای که بیشتر آنان این موضوع را از جمله

برابری و شمولیت (ادغام) مواردی چون ارتقای برابری، عدالت مالی، عدالت توزیعی، عدالت در سلامت، شمولیت (ادغام)، حس برآورده شدن نیازها و دریافت خدمات برابانه سلامت است.

همچنین یافته‌های پژوهش و تأکیدی که متخصصان بر اموری چون حقوق شهروندی و به‌طور خاص در اینجا حفظ حقوق بیمه‌شدگان داشته‌اند، در کنار مؤلفه‌هایی چون منابع توانمندساز و کارآمد و کیفی بودن خدمات بیمه‌ای سبب شده که بحث از شرایط علی به میان آید و طی آن زنجیره‌ای از شرایط برای فراهم آمدن مدل نظری پژوهش نیز فراهم شود. در بحث از شرایط علی همان گونه که اشاره شد ۳ مؤلفه کلیدی مورد توجه قرار گرفت و برای هر مقوله اصلی، برخی مقوله‌های فرعی نیز استخراج شد. برای مثال یافته‌های پژوهش بیان از این موضوع دارد که مقوله اصلی حفظ حقوق بیمه‌شدگان متشکل از برخی مقوله‌های فرعی چون تدوین حقوق بیمه‌شدگان، تضمین حقوق بیمه‌شدگان، پوشش حداکثری بیمه‌ها، پوشش مراقبت‌های پایه‌ای، تأمین منابع مالی و منافع بیمه‌شدگان است. مقوله حفظ حقوق بیمه‌شدگان در کنار دو مقوله فرعی دیگر یعنی منابع توانمندساز و کارآمد و کیفی بودن خدمات بیمه‌ای از آن رو به عنوان شرایط علی مطرح شده که در زمره رویدادها و وقایعی است که بر روی پدیده محوری پژوهش حاضر یعنی توانمندسازی اجتماع محور بیمه‌شدگان تأثیر به سزا و قابل توجهی دارد.

مبتنی بر پارادایم پژوهشی مورد تأکید استراوس و کربین در نظریه زمینه‌ای علاوه بر شرایط علی، شرایط زمینه‌ای و راهبردها ضرورت دارد که بر شرایط مداخله‌کننده نیز تأکید شود. شرایط مداخله‌کننده آن دسته از شرایطی هستند که سبب تعدیل و یا تغییر در شرایط علی می‌شوند. بنا بر یافته‌های پژوهش حاضر ۳ مقوله اصلی آموزش و اطلاع‌رسانی، مشارکت اجتماعی و حمایت اجتماعی به عنوان شرایط مداخله‌گر مطرح شده‌اند. پرداختن به امر آموزش از جمله زیربنایی‌ترین اموری است که در تمامی زمینه‌ها و حوزه‌های اجتماعی و فرهنگی مورد توجه و تأکید متخصصان است. به عبارت دیگر، علاوه بر آموزش رسمی که در مدارس و دانشگاه‌ها در جریان است، به منظور تکمیل فرآیند و زنجیره آموزش، به‌ویژه برای میانسالان و بزرگسالان، آموزش غیررسمی حائز اهمیت ویژه‌ای است. این موضوع بیش از همه برای امر توانمندسازی بیمه‌شدگان

از جایگاه رفیعی برخوردار است، از آن رو که دست‌کم بخشی از بیمه‌شدگان از آگاهی و دانش ضروری برای توانمندی خود برخوردار نیستند. موضوع دیگر سرعت تحولات و شتابناک بودن جهان مدرن است که هر روز امور جدیدی در زمینه توانمندسازی ارائه می‌شوند که در صورت فقدان آموزش و آگاهی لازم، بیمه‌شدگان دچار عقب ماندگی و تأخیر می‌شوند. در کنار آموزش و اطلاع‌رسانی به عنوان رکن مهم توانمندسازی بیمه‌شدگان، دو اقدام مهم دیگر نیز مورد تأکید متخصصان پژوهش حاضر بوده است که عبارتند از حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی. به عبارت دیگر، برای تکمیل زنجیره شرایط مداخله‌گر ضرورت دارد که در کنار اهتمام به امر آموزش دو امر حمایت اجتماعی و مشارکت اجتماعی توسط سازمان بیمه سلامت و سایر سازمان‌های دخیل در این حوزه نیز مورد توجه و تأکید قرار گیرد.

تکمیل‌کننده زنجیره مدل پارادایمی پژوهش حاضر مبتنی بر روش نظریه داده بنیاد، پیامدها هستند که توانمندسازی را در ۴ بخش عمده توانمندی اجتماعی، توانمندی فرهنگی، توانمندی اقتصادی و توانمندی روانی بیمه‌شدگان مورد واکاوی قرار داده است. مذاقه در دیدگاه‌های نظریه پردازان حوزه توانمندسازی به خوبی نشان می‌دهد که این ۴ بُعد از جمله پایه‌ای‌ترین ابعاد توانمندی محسوب می‌شوند. نایال و کبیر و دیگر نظریه پردازان این حوزه همگی بر این ۴ بُعد توانمندسازی به همراه دو بُعد حقوقی و سیاسی انگشت تأکید نهاده‌اند. در بُعد توانمندی اجتماعی مقولات مهمی چون برآورده شدن نیازهای اساسی، رضایت‌مندی، احساس تعلق و تعهد، افزایش مشارکت، مطالبه‌گری شهروندان، حقوق شهروندی، کاهش محرومیت اجتماعی، کاهش فقر، کاهش طرد اجتماعی، تقویت سرمایه اجتماعی، اعتمادسازی و تعامل مثبت مورد توجه و تأکید است. همان گونه که مشاهده می‌شود توانمندی اجتماعی بیش از همه بر کنشگری‌های فعال کنشگران اجتماعی (در اینجا بیمه‌شدگان) در عرصه‌های مختلف اجتماعی تأکید می‌ورزد، به گونه‌ای که افراد بتوانند ضمن مشارکت و حضور فعال در تمامی حوزه‌های اجتماعی، توانایی انجام امور اجتماعی‌ای که به آنان محول می‌شود را داشته باشند. در همین راستا در بُعد توانمندی فرهنگی تمام تأکید بر این است که بیمه‌شدگان دارای باورها،

مستفاد از نتایج مصاحبه‌ها و نظرات این متخصصان، می‌توان موضوع و امر سیاست‌گذاری توانمندسازی بیمه‌شدگان را در قالب ۴ محور (الف) انتخاب سیاست‌ها، (ب) ساختاری که باید سیاست‌های متخذه را عملیاتی کند، (ج) نحوه عملکرد و (د) پیامدهای مترتبه؛ تقسیم و تفکیک کرد که البته هر ۴ قسمت تأثیر و اثرات متقابلی بر بقیه خواهند داشت و از بقیه خواهند گرفت و نتیجه این تأثیرات در اصل سیاست‌گذاری به‌منصه ظهور می‌رسد (نمودار ۲).

### نتیجه‌گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش «توانمندی اجتماع‌محور» در هسته مرکزی قرار دارد، زیرا تمامی عناصر و مؤلفه‌های خرد و کلان توانمندسازی را با خود دارد، به‌گونه‌ای که در سطوح فردی، میانی و کلان تمامی جنبه‌های توانمندسازی را مورد توجه و مذاقه قرار داده است. همچنین هنگامی که گفته می‌شود «توانمندی اجتماع‌محور»، هر دو سطح کنشگری و ساختار یا عاملیت و ساختار را در یک رابطه دیالکتیکی قرار می‌دهد و تأثیر و تأثرات دوجانبه و حتی چندجانبه در این موضوع را مد نظر دارد. ضمن اینکه «توانمندی اجتماع‌محور» نتیجه بر ساختی است که خبرگان و متخصصان حوزه توانمندسازی آن را ارائه کرده‌اند. سیاست‌گذاران حوزه سلامت با استفاده از مدل ارائه شده، می‌توانند از طریق تدوین برنامه استراتژیک توأم با مدیریت صحیح، نسبت به پس‌انداز منابع و بهره‌برداری جامع و مناسب از داشته‌ها اقدام کنند، به‌نحوی که در نهایت، کشور از اثرات فراوان، قابل تأمل و با ارزش آن در حوزه‌های اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی بهره‌مند شود.

**تشکر و قدردانی:** مقاله حاضر مستخرج از پایان‌نامه در مقطع دکتری تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. پژوهشگر از تمامی خبرگان شرکت‌کننده در مصاحبه تقدیر و تشکر می‌کند.

**تأییدیه اخلاقی:** پژوهش حاضر توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی مورد تأیید قرار گرفته است.

**تضاد منافع:** نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی را اعلام نکرده‌اند.

**سهم نویسندگان:** مسعود پاک‌نیت راد؛ انجام مصاحبه، تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله به میزان ۴۰ درصد، محمدباقر تاج‌الدین؛ طراحی مطالعه، ویرایش مقاله، طراحی سوالات مصاحبه و تحلیل داده‌ها به میزان ۴۰ درصد، کرم حبیب‌پور گتایی؛ طراحی مطالعه، ویرایش مقاله و مشاوره در تحلیل داده‌ها به میزان ۲۰ درصد.

**منابع مالی:** این پژوهش مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

ارزش‌ها و هنجارها از یک سو و آگاهی، تفکر انتقادی، سواد فرهنگی، خودآگاهی و استقلال فکری از سوی دیگر باشند تا از این طریق خلاقیت و توانمندی فکری و فرهنگی برای توانا بودن را دارا باشند. توانمندی اقتصادی بیش از همه به‌دنبال توانا ساختن بیمه‌شدگان در حوزه مالی و اقتصادی است تا پشتوانه لازم برای را همیشه، به‌ویژه در مواقع بروز بحران‌های گوناگون مانند بیماری یا بیکاری و از کارافتادگی، داشته باشند. معنای دیگر توانمندسازی اقتصادی این است که بیمه‌شدگان قادر باشند ضمن برخورداری از سواد بیمه‌ای و سواد مالی در راستای حفظ و کنترل منابع از یک سو و شفاف‌سازی فعالیت‌های مالی، تقلیل هزینه‌ها، افزایش سوددهی و پرورش احساس مالکیت نیز از سوی دیگر، دخالت‌های جدی و تأثیرگذار داشته باشند. در همین زمینه روشن است که توانمندی روانی نیز به کمک این مجموعه می‌آید زیرا هر فرد بیمه‌شده ضمن برخورداری از توانمندی‌های پیش‌گفته ضرورت دارد از توانمندی روانی نیز برخوردار شود. این گونه به‌نظر می‌رسد که توانمندی روانی شرط ضروری برای توانمندی بیمه‌شدگان باشد و دارای مؤلفه‌های مهمی چون توانمندی ادراکی و شناختی، بروز استعدادها، تصمیم‌گیری آگاهانه، قدرت انتخاب، بلندمدت‌نگری، تقویت عزت نفس، خودآثربخشی و پرورش خودباوری باشد.

در نهایت اینکه حرکت به سمت و سوی نظریه داده‌بنیاد باید مبتنی بر تجربیات و دیدگاه‌های خبرگان و متخصصان حوزه سلامت و توانمندسازی و دستیابی به پدیده محوری توانمندی اجتماع‌محور باشد که در پژوهش حاضر به این امر مهم و بنیادین دست یافته است. توانمندی اجتماع‌محور از آن رو در هسته مرکزی این پژوهش قرار دارد که تمامی عناصر و مؤلفه‌های خرد و کلان توانمندسازی را با خود دارد، به‌گونه‌ای که در سطوح فردی، میانی و کلان، تمامی جنبه‌های توانمندسازی را مورد توجه و مذاقه قرار داده است. همچنین هنگامی که گفته می‌شود توانمندی اجتماع‌محور هر دو سطح کنشگری و ساختار یا عاملیت و ساختار را در یک رابطه دیالکتیکی قرار می‌دهد. یعنی تأثیر و تأثرات دوجانبه و حتی چندجانبه در این موضوع را مدنظر دارد، ضمن اینکه توانمندی اجتماع‌محور نتیجه بر ساختی است که خبرگان و متخصصان حوزه توانمندسازی آن را ارائه کرده‌اند.

## References

1. Kabere N. Gender and Empowerment. translated by Azam Khatam. Tehran: Agah Publications; 2010. [Persian]
2. Lau D. Patient empowerment--a patient-centred approach to improve care. Hong Kong Med J. 2002;8(5):372-4.
3. Amdam R. Planning in health promotion work: An empowerment model. Routledge; 2010 Oct 4. doi: [10.4324/9780203842522](https://doi.org/10.4324/9780203842522).
4. Laverack G. Public health: power, empowerment and professional practice. Macmillan International Higher Education; 2019 Feb 14.
5. Rifkin SB. A framework linking community empowerment and health equity: it is a matter of CHOICE. J Health Popul Nutr. 2003;21(3):168-80.
6. Ketabi M, Yazd Kb, Farokhi Rz. Women's empowerment for participation in development. Woman in Development and Politics. 2003;1(7). [Persian]
7. Schuler SR, Hashemi SM. Credit programs, women's empowerment, and contraceptive use in rural Bangladesh. Studies in Family Planning. 1994;26(2):65-76. doi: [10.2307/2138085](https://doi.org/10.2307/2138085).
8. Monkman K, Miles R, Easton P. The transformatory potential of a village empowerment program: The Tostan replication in Mali. Womens Stud Int Forum. 2007;30(6):451-64. doi: [10.1016/j.wsif.2007.09.005](https://doi.org/10.1016/j.wsif.2007.09.005).
9. Sen A. Development as freedom (1999). The globalization and development reader: Perspectives on development and global change. 2014 Oct 13;525.
10. Ghaffari Gh, Darabi H, and Jahangiri P. A Review of Empowerment Indicators with Emphasis on Women Heads of Households, Proceedings of the Second Conference on Empowerment and Empowerment of Women Heads of Households, General Department of Women in Tehran. 2010;Pp. 340-319.
11. Faramarzi H, Mousavi SM, Ansari Q. Prevention of risky spending or investment behaviors. The dawn of health. Tehran: Third National Congress of High Risk Behaviors, 2009. [Persian]
12. Mosadeghrad AM, Jaafari-pooyan E, Zamandi M. Cost-Benefit Analysis of Health Interventions: A Critical Review. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2017;14(4):97-109. [Persian]
13. Hassanzadeh A. Atewardship in Health System. Tehran: Jeddikar Publication; 2016. [Persian]
14. Mohammadpour A. Qualitative research method, anti-method. Tehran: Sociologists Publications; 1392.
15. Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research. Sage publications; 1990.
16. Creswell JA. Standards of quality and verification. Qualitative inquiry and research design. Choosing Among Five Traditions. 1998:193-218.
17. Giddens A. The third way: The renewal of social democracy. John Wiley & Sons; 2013 May 29.