

عوامل اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت؛ یک مطالعه کیفی

محمدجواد کبیر^۱، علیرضا حیدری^{۲*}، منصوره لطفی^۳، سیدمحمد حسینی^۴، علی شجاعی^۵، آناهیتا کشاورزی^۶

۱) دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ۲) استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی گلستان، گرگان، ایران. ۳) کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، واحد ارتباطات و کاربرد نتایج تحقیقات، معاونت تحقیقات و فناوری، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۴) پزشک عمومی، اداره کل بیمه سلامت استان گلستان، گرگان، ایران. ۵) دانشجوی دکتری تخصصی سیاست‌گذاری سلامت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. ۶) پزشک عمومی، سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران.

*نویسنده مسئول: گرگان، کوی گل‌ها، انتهای گلبرگ یکم، مرکز تحقیقات مدیریت سلامت و توسعه اجتماعی، تلفن: ۰۹۱۲۰۱۲۶۴۵۸، نمابر: ۰۱۷۳۲۱۶۰۳۳۱، پست الکترونیک: alirezaheidari7@gmail.com

دریافت: ۹۸/۵/۱۲ پذیرش: ۹۸/۸/۱۳

چکیده

مقدمه: ایران کشوری با ویژگی‌هایی همچون نابرابری اجتماعی و تحول اپیدمیولوژیک پیچیده است که گروهی از جمعیت آن بهره‌مندی و برخورداری کافی از خدمات سلامت ندارند. بیمه سلامت یک ابزار نویدبخش برای دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های بهداشتی می‌باشد. این مطالعه با هدف تبیین عوامل اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت انجام شد.

روش کار: در این مطالعه کیفی، ۱۵ نفر از مدیران ارشد وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از راهنمای مصاحبه و به روش مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته جمع‌آوری شد. داده‌ها پس از ضبط و پیاده‌سازی، با استفاده از روش تحلیل محتوا آنالیز گردید.

یافته‌ها: عناوین اصلی حاصل از تحلیل داده‌ها شامل عوامل مدیریتی، اجرایی، عوامل سیاستی، تکنولوژیکی، تشکیلاتی، اقتصادی و فرهنگی و ۲۵ عنوان فرعی بود.

نتیجه‌گیری: لزوم توجه بیشتر به عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده حاصل از مطالعه و انتخاب استراتژی‌های مناسب جهت بهبود وضعیت موجود، می‌تواند منجر به ارتقاء کمی و کیفی بیمه پایه سلامت گردد.

کلیدواژه‌گان: عوامل اثرگذار، بهبود، اثربخشی، بیمه پایه سلامت، مطالعه کیفی

مقدمه

پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت و نیز پایین بودن سهم هزینه‌های بخش بهداشت و درمان از مجموع هزینه‌های ناخالص ملی، بالا بودن سهم هزینه‌های بهداشت و درمان در کشور از عوامل محدودکننده در تأمین مالی بخش سلامت محسوب می‌شود [۳]. بر این اساس، هدف بسیاری از کشورهای جهان این است که نظام تأمین مالی سلامت خود را به گونه‌ای طراحی کنند که مردم را در برابر هزینه‌های تأمین سلامتی محافظت نموده و میزان دسترسی تمامی جمعیت را به خدمات سلامت فراهم نمایند. با توجه به این امر کشورهای عضو سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۵ مصوبه‌ای اعلام نمودند که کشورها را برای تدوین یک سیستم تأمین مالی سلامت برای ارائه پوشش همگانی تشویق نمود. پوشش همگانی را این‌طور تعریف می‌کنند: دسترسی مطمئن به تمام خدمات ارتقاءدهنده، پیشگیری

هزینه‌های مربوط به تشخیص و درمان به طور سریع و روزافزونی در حال گسترش است [۱]. بر اساس مطالعه سازمان جهانی بهداشت سالانه، بیش از ۴۴ میلیون خانوار با هزینه‌های سلامت اسفبار و بیش از ۲۵ میلیون خانوار با هزینه‌های سلامت منجر به فقر مواجه می‌شوند. مروری بر نتایج مطالعات انجام گرفته در ایران نشان می‌دهد که در طی سال‌های گذشته هزینه‌های دولت در بخش عمومی حدود بیش از ۱۷۲ برابر افزایش یافته و این در حالی است که اعتبارات بخش سلامت نسبت به قیمت جاری حدود ۸۵ برابر افزایش داشته است. پرداخت‌های مستقیم از جیب حجم عظیمی از تأمین‌های مالی مراقبت بهداشتی درمانی را به خود اختصاص داده و سالانه حدود ۱/۸ درصد از افراد جامعه را به زیر خط فقر فرو می‌برند [۲]. با توجه به روند اعتبارات و تنوع فعالیت‌ها در بخش بهداشت و درمان،

۱۳۹۵ انجام شد. جامعه پژوهش شامل صاحب نظران، مدیران ارشد وزارت بهداشت و مدیران ارشد سازمان بیمه سلامت بودند که به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. به دلیل تکرار اطلاعات قبلی یا به عبارت دیگر تکرار تم‌ها به حجم نمونه به تعداد ۱۵ نفر (۱۱ نفر سازمان بیمه و ۴ نفر وزارت بهداشت) بسنده گردید. ویژگی‌هایی شامل دانش تخصصی افراد، تجربه افراد و آشنایی آن‌ها با برنامه‌های بیمه‌ای، علاقه به مشارکت در پژوهش و مشارکت فعال در برنامه‌های بیمه‌ای برای انتخاب نمونه مصاحبه در نظر گرفته شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از راهنمای مصاحبه استفاده شد. روش جمع‌آوری اطلاعات استفاده از مصاحبه عمیق نیمه‌ساختاریافته با افراد صاحب نظر بود. تمامی مصاحبه‌ها توسط یکی از نویسندگان انجام شد. جهت تعیین زمان انجام مصاحبه، پس از هماهنگی حضوری یا تماس تلفنی با افراد مدنظر، وقت ملاقات گرفته شد. مکان مصاحبه جایی انتخاب شد که مصاحبه‌کنندگان احساس راحتی کنند. زمان هر یک از مصاحبه‌ها حداقل ۲۵ و حداکثر ۶۵ دقیقه به طول انجامید. در حین انجام مصاحبه یادداشت‌برداری انجام شد و همچنین مصاحبه ضبط گردید و سپس به صورت متنی پیاده‌سازی شد. نظرات در حین مصاحبه‌ها ضبط و یادداشت‌برداری شده تا مورد تحلیل نهایی واقع گردند. داده‌های به دست آمده در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت و درستی نتایج با آنها چک شد. در مطالعات کیفی به جای استفاده از واژه‌های روایی و پایایی داده‌ها از معیارهای مقبولیت، انتقال‌پذیری، قابلیت اطمینان و تأییدپذیری استفاده می‌شود [۱۳-۱۰]. در این مطالعه نیز برای افزایش مقبولیت از تلفیق در تحقیق و بازنگری ناظرین استفاده شد. به طوری که جهت جمع‌آوری داده‌ها زمان کافی تخصیص یافت و موضوع مدنظر از زوایای مختلف بررسی گردید. جهت بازنگری ناظرین نیز از نظرات تکمیلی و مرور دست نوشته‌ها توسط همکاران کمک گرفته شد. برای افزایش انتقال‌پذیری، نمونه‌های مناسب انتخاب و جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها همزمان انجام شد. برای افزایش همسانی، داده‌ها توسط محققان مختلف و ناظران خارجی تجزیه و تحلیل شد و نتایج مشابهی به دست آمد و برای افزایش تأییدپذیری تمام روند پژوهش از ابتدا تا انتها توضیح داده شد. اصول اخلاقی مطالعه شامل گمنام بودن افراد و مسئولیت‌اجرائی آنها در سازمان که امکان شناسایی آنها را در گزارش نهایی فراهم می‌کند، حفظ احترام و رعایت حقوق و کسب اعتماد هر یک از شرکت‌کنندگان در پژوهش، تشریح هدف و ماهیت پژوهش برای شرکت‌کنندگان در پژوهش، اجازه از مصاحبه‌شوندگان

کننده، درمانی و توان‌بخشی سلامت با یک قیمت قابل پرداخت. سازمان جهانی بهداشت بیمه سلامت را به‌عنوان یک ابزار نویدبخش برای دستیابی به پوشش همگانی مراقبت‌های بهداشتی در نظر گرفته است [۴]. در طی سال‌های گذشته روش‌های مختلفی برای حمایت از مردم در برابر هزینه‌های کمرشکن مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مورد توجه بوده که یکی از مهم‌ترین و در واقع اصلی‌ترین آنها بیمه‌های بهداشتی درمانی بوده است [۲]. بیمه سلامت مناسب‌ترین گزینه‌ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی موردنیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازد، بدون آنکه تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی قرار گیرد [۵]. بیمه عاملی مهم در گسترش و برقراری عدالت اجتماعی است [۴].

با تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، دولت موظف شد تا شرایط لازم برای تحت پوشش قراردادن تمام گروه‌ها و افراد جامعه را که متقاضی بیمه خدمات درمانی هستند، فراهم نماید و کلیه بیمارستان‌های کشور نیز موظف شدند نسبت به پذیرش و مداوای بیمه‌شدگان و ارایه مراقبت‌های پزشکی بر اساس این قانون اقدام نمایند [۶]. بند (ب) ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی کشور، دولت را موظف نمود که تا پایان برنامه چهارم باید تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع فراهم نماید [۷].

ایران با جمعیت بیش از ۷۷ میلیون نفر و با درآمد متوسط است که ویژگی‌هایی همچون نابرابری اجتماعی و تحول اپیدمیولوژیک پیچیده دارد. بنابراین جمعیت این کشور از نظر دسترسی به خدمات سلامت، به گروه‌های مختلفی تقسیم‌بندی می‌شوند. گروهی از افراد که در شرکت‌های دولتی و پولدار فعالیت دارند و عضو صندوق‌های بیمه‌ای ثروتمند هستند و سایر گروه‌ها که عضو صندوق‌هایی هستند که از نظر مالی وضعیت خوبی نداشته و پایداری مالی چندانی ندارند و به صورت پرداخت از جیب، هزینه‌های بهداشتی درمانی خود را می‌پردازند [۸]. هم‌اکنون تقریباً بیشتر بیمارستان‌های کشور با بیمه‌های پایه طرف قرارداد هستند. بیمارستان بخشی از هزینه‌ای را که برای درمان بیمار تقبل می‌کند از خود بیمار و مابقی را با ارسال صورت‌حساب از سازمان بیمه‌گر دریافت می‌کند و این سازمان‌ها مسئولیت پرداخت بخشی از هزینه‌های درمانی را بر عهده دارند [۹]. با توجه به لزوم بهبود وضع موجود و اجرای اثربخش بیمه پایه سلامت، این مطالعه با هدف تبیین عوامل اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت انجام شد.

روش کار

این مطالعه کیفی با رویکرد تحلیل محتوا در سال مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

حوزه بیمه‌ای استقلال دارد، این استقلال روی کاغذ به درد نمی‌خورد و استقلال زمانی است که سازمان بتواند بگوید من این خدمت A را نمی‌خرم به این دلیل منطقی و علمی و خدمت B را به جایش می‌خرم ولی اگر از بالا تکلیف شود که شما هم A را بخر و C را هم باید بخری. به منابع هم وصل شود، قصه همین است که با آن مواجه هستیم" (مشارکت‌کننده ۸)

۱-۵- ارزشیابی و اعتباربخشی مؤسسات توسط سازمان‌های بیمه‌گر

"..... چون ما در سازمان بیمه سلامت پرداخت کننده به مؤسسات هستیم، شایسته‌تر از همه هستیم برای اینکه بتوانیم روی کیفیت مؤسسات نظر دهیم؛ ولی الان در اعتباربخشی‌ها دخیل نیستیم" (مشارکت‌کننده ۳)

۲- عوامل اجرایی

تعهد به اجرای قانون، ایجاد یک بانک اطلاعاتی واحد، برآورد دقیق افراد فاقد پوشش بیمه و برقراری نظام پایش و ارزشیابی از مهم‌ترین عوامل اجرایی اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت عنوان شد.

۱-۲- تعهد به اجرای قانون

"تعهدی به اجرای قوانین وجود ندارد مشکل ما نبود قانون نیست ما قانون زیادی هم داریم، مشکل عدم تعهد به اجرای قانون داریم" (مشارکت‌کننده ۲)

۲-۲- برآورد دقیق افراد فاقد پوشش بیمه

"برآورد دقیقی از افراد فاقد پوشش بیمه نه وجود داشت و نه وجود دارد. هنوز کسی نمی‌تواند با قاطعیت بگوید بالاخره افراد فاقد پوشش بیمه چقدرند" (مشارکت‌کننده ۸)

۳-۲- ایجاد یک بانک اطلاعاتی واحد

"فقط اطلاعات بیمه شده‌های تأمین اجتماعی آن هم با یک ماه پشت سامانه ما بود؛ ما نمی‌توانستیم کسی که دفترچه بیمه یکی از بانک‌ها را داشت یا بیمه شده نیروهای مسلح بود را شناسایی کنیم، چون بانک اطلاعات این‌ها پشت بانک ما نبود. پس نداشتن یک بانک اطلاعاتی واحد از بیمه شده‌های همه سازمان‌های بیمه‌گر و ایجاد هم‌پوشانی یکی از مشکلات است هنوز هم وجود دارد. علتش هم عدم همکاری بقیه است" (مشارکت‌کننده ۱)

۴-۲- برقراری نظام پایش و ارزشیابی

"بیمه‌کارا باید نظام پایش و ارزشیابی درست داشته باشند" (مشارکت‌کننده ۹)

۳- عوامل سیاستی

تأکید بر بحث بیمه در قانون اساسی، توازن قوا و تقویت هماهنگی بین وزرای بهداشت و رفاه، لزوم فشار سیاسی برای

تابستان ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

جهت ضبط صدایشان، استفاده از عین کلمات افراد در تحلیل بدون کم و کاست بود. همچنین این مطالعه با کد اخلاق ۳۵۶۱۹۱۱۲۲۷۹۳ به تصویب کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گلستان رسید. با استفاده از روش تحلیل محتوای داده‌های حاصل از مصاحبه‌های نیمه‌ساختار یافته با بهره گرفتن از آنالیز درون‌مایه‌ای تحلیل گردید. جهت تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار استفاده نشد که دلیل استفاده از روش دستی به جای نرم‌افزارهای رایج، فارسی بودن متون و افزایش قابلیت خلاقیت در دسته‌بندی درون‌مایه‌ها بوده است.

یافته‌ها

۱- عوامل مدیریتی

لزوم ثبات مدیریتی، عدم وابستگی برنامه‌ها و سیاست‌ها به افراد و استقلال سازمان‌های بیمه‌گر از مهم‌ترین عوامل مدیریتی اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت عنوان شد.

۱-۱- ثبات مدیریتی

"در دوره قبل هر یک سال مدیرعامل سازمان ما عوض می‌شد، چند بار وزیر بهداشت عوض شد و این ضربه می‌زند" (مشارکت‌کننده شماره ۳)

۲-۱- عدم وابستگی برنامه‌ها و سیاست‌ها به افراد

"خیلی از تغییرات متأسفانه در کشور وابسته به اشخاص است و نه وابسته به اصلاح سیستم‌ها. یک فرد قدری در راس وزارت بهداشت قرار گرفته است توانسته است برود دولت مرا مجاب کند. مجلس را و سازمان برنامه را مجاب کند که پول بدهند" (مشارکت‌کننده ۲)

"سیاست‌ها مبتنی بر یک دوراندیشی و بلندنظری نبوده است موضوعات درازمدت دیده نشده است و وابسته به فرد بوده است. آقای ایکس آمده است مهره‌های خودش را بر اساس منویات خودش چیده است. ۴ سال حرکت کرده است و رفته است. در دنیا می‌گویند کارهای سیاست‌گذاری مثل دو ۴×۴۰ متری امدادی است. توی کشور ما همه می‌خواهند خودشان از خط پایان رد شوند به خاطر همین است که انرژی هدر می‌رود" (مشارکت‌کننده ۴)

۳-۱- استقلال رأی مدیران سازمان‌های بیمه

"در این سال‌ها مدیرعامل‌هایی آمده‌اند که از بدنه وزارت بهداشت به سازمان بیمه سلامت آمده‌اند، در ۹۰٪ موارد ناچار بودند که سیاست‌هایی که از آنجا دیکته شده است را اجرا کنند" (مشارکت‌کننده ۷)

۴-۱- استقلال سازمان‌های بیمه‌گر

"الان روی کاغذ در اساسنامه سازمان بیمه سلامت و در قانون برنامه ششم گفتند که سازمان بیمه سلامت یا

ادغام صندوق‌های بیمه و سیاست‌گذاری‌های استراتژیک از مهم‌ترین عوامل سیاسی اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت عنوان شد.

۱-۳- توجه به تأکید بر بحث بیمه در قانون اساسی

"قانون اساسی به بیمه خیلی اهمیت داده است. پس سیاست‌های کشور به سمت این بوده است که ما نظام بیمه‌ای داشته باشیم" (مشارکت‌کننده ۹)

۲-۳- لزوم توازن قوا و تقویت هماهنگی بین وزرای بهداشت و رفاه

"در این دوره ۴ ساله هماهنگی بین وزرای بهداشت و رفاه خیلی کم رنگ بود. برای ایجاد هماهنگی عوامل سیاسی لازم است که عزم از بالا باید وجود داشته باشد" (مشارکت‌کننده ۸)

۳-۳- لزوم فشار سیاسی برای ادغام صندوق‌های بیمه

"ما اگر می‌خواهیم بسته خدمت واحد داشته باشیم باید کار را با ادغام سازمان‌های بیمه‌گر جلو ببریم مثلاً اگر می‌خواهیم بخش درمان صدا و سیما را زیر مجموعه خودمان بیاوریم قطعاً این فشار سیاسی می‌خواهد، ما که زورمان نمی‌رسد که به صدا و سیما بگوییم درمانت را بده به ما. به وزارت نفت بگوییم درمانت را بده به ما. حتماً باید در سطح بالاتر سازمانی و با فشار سیاسی این اتفاق بیفتد" (مشارکت‌کننده ۱)

۴-۳- سیاست‌گذاری‌های استراتژیک

"در دوره‌ای وزیر رفاه از وزیر بهداشت قوی‌تر بود. در دوره‌ای وزیر بهداشت از وزیر رفاه قوی‌تر بود. افراد تعیین‌کننده بودند نه سیستم‌ها. در دولت بعد اگر این توازن قوای افراد به هم بخورد شما مطمئناً با تغییراتی در سیاست‌گذاری‌ها مواجه خواهید شد. بخاطر این است که سیاست‌گذاری‌ها استراتژیک نبوده است" (مشارکت‌کننده ۸)

۵-۳- تبیین جایگاه بیمه برای مسئولان کشور

"جایگاه بیمه در کل کشور برای کل مسئولین به درستی تبیین نشود. خیلی‌ها هنوز سازمان بیمه را به‌عنوان یک دستگاه خودپرداز می‌دانند؛ شاید کارهای ما در مدیریت منابع خیلی برجسته نشده است. ما الان کارگروه تحلیل هزینه‌ها داریم بعضی از سیاست‌ها را ما توانستیم از استان‌ها استخراج کنیم و کشوری‌اش بکنیم اینها را کسی نمی‌بیند ما باید جایگاه‌مان را بهتر نشان بدهیم عملکردمان را بهتر ارائه کنیم تا در سطح کلان نقش بیمه‌ها را باور کنیم. شاید این لازمه‌اش این باشد ما گزارش‌های خیلی محکم‌تر و بهتری تهیه کنیم و بتوانیم آنها را در مجامع مختلف ارائه کنیم تا جایگاه بیمه را در ارائه خدمات و کنترل کیفیت خدمات اثبات کنیم"

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

(مشارکت‌کننده ۹)

۴- عوامل تکنولوژیکی

تشکیل پرونده الکترونیک سلامت و ارتباط تحت وب سامانه‌های «سیب» و «ناب» از مهم‌ترین عوامل تکنولوژیکی اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت عنوان شد.

۱-۴- تشکیل پرونده الکترونیک سلامت

"اطلاعات ما مکانیزه نیست. قاعدتاً باید پرونده الکترونیک سلامت وجود داشته باشد. یک بانک اطلاعات مرکزی وجود داشته باشد که من یک خدمتی را برای یک نفر ۲ بار ۳ بار n بار پرداخت نکنم" (مشارکت‌کننده ۳)

"۵۰٪ هزینه‌های ما بستری است ولی ما هزینه‌های بستری را به صورت مکانیزه نداریم و از طرفی یکسری هم پزشکان غیرطرف قرارداد ما در سطح کشور هستند که چون طرف قرارداد ما نیستند ممکن است خیلی از اطلاعات آنها را نداشته باشیم" (مشارکت‌کننده ۶)

"ارتباط تحت وب سامانه‌های «سیب» و «ناب»

"سامانه‌های سیب و ناب در وزارت بهداشت هست که پزشکان خانواده دارند با آنها کار می‌کنند خیلی تحت وب با هم ارتباط ندارند. نرم‌افزارهایی که در مطب هست هم اکثراً همین‌طورند. ایجاد زیرساختی که این سامانه‌ها اطلاعاتشان تبادل الکترونیکی شود، زمان می‌برد"

(مشارکت‌کننده ۳)

۵- عوامل تشکیلاتی

سردرگمی ناشی از ادغام سازمان بیمه سلامت در وزارت بهداشت، تفکیک تولید از ارائه‌کننده خدمت و لزوم ایجاد یک ساختار بیمه واحد از مهم‌ترین عوامل تشکیلاتی اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت عنوان شد.

۱-۵- سردرگمی ناشی از ادغام سازمان بیمه سلامت در وزارت بهداشت

"سازمان بیمه سلامت به استناد برنامه ششم آمده است ذیل وزارت بهداشت قرار گرفته است و همچنان شورای عالی بیمه در وزارت رفاه است. ما الان یک مقدار دچار سردرگمی هستیم بعضی چیزها را وزارت رفاه باید به ما ابلاغ کند مثل تعرفه‌ها. در مورد بعضی چیزها زیر نظر وزارت بهداشت هستیم. مصوبات را وزارت بهداشت به ابلاغ می‌کند" (مشارکت‌کننده ۶)

۲-۵- تفکیک تولید از ارائه‌کننده خدمت

"تا وقتی که تولید ما درگیر ارائه خدمت باشد نمی‌تواند تولید خوبی برای نظام سلامت باشد. درست است که بیمارستان دارای درآمد است ولی باید از خیر این گذشت؛ به نفع تولید و به نفع سیاست‌گذاری و

است. چون در سال‌های گذشته سرانه هر بیمه شده که دولت مصوب کرده بود، ۳۱ هزار تومان بود. در حالی که سرانه عملکردی ما در سال ۹۵ نزدیک به ۴۰ هزار تومان است که همه ۳۱ هزار تومان مصوب را برای جمعیت جدید بیمه شده را هم دولت به سازمان بیمه نداد. به همین دلیل ما جمع کثیری را بیمه کردیم بدون اینکه سرانه‌اش به سازمان پرداخت شود“ (مشارکت‌کننده ۶)

۳-۶- اصلاح نظام پرداخت

”مکانیزم‌های پرداخت باید یک بازنگری اساسی شود. نهایتاً امروز بهترین نظام پرداخت مبتنی بر عملکرد است“ (مشارکت‌کننده ۹)

”ما الان قیمت تمام شده را نمی‌دانیم کماکان نظام پرداخت مان کارانه است معلوم است که با تقاضای القایی مواجه خواهیم بود“ (مشارکت‌کننده ۱۳)

۴-۶- تخصیص و توزیع کامل اعتبارات

”تخصیص اعتبار را مجلس توی بودجه می‌بیند قانون‌گذار می‌گوید a ریال را به سازمان بیمه سلامت بدهید. بعد همان a ریال هم داده نمی‌شود. یعنی در مرحله تخصیص به دلایل مختلف بودجه کم است وزارت بهداشت می‌گیرد. خودش هزارتا چاله و چوله دارد به ما نمی‌دهد“ (مشارکت‌کننده ۶)

۷- عوامل فرهنگی

۱-۷- افزایش آگاهی مردم

”ما می‌توانیم مردم را با حقوقشان آشنا کنیم و آنها به ما در این زمینه کمک کنند از آن طرف هم ما هرکار جدیدی که بخواهیم انجام دهیم هر توسعه‌ای که بخواهیم انجام دهیم مثل پزشک خانواده و نظام ارجاع قبل از هر زیرساختی فرهنگ‌سازی مردم لازم است“ (مشارکت‌کننده ۱۵)

۲-۷- مشارکت مردم

”ما دوست داریم که مردم مشارکت داشته باشند حتی در نظارت ما بر مؤسسات ما دوست داریم که مردم مشارکت داشته باشند حتی در نظارت ما بر مؤسسات چون آنها هستند که از این خدمات استفاده می‌کنند و در بررسی کیفیت یکی از گروهایی که می‌توانند نقش داشته باشند، مردم هستند“ (مشارکت‌کننده ۱)

۳-۷- افزایش رضایت مردم

”اگر بهترین نرم‌افزارهای دنیا را داشته باشیم کلی هم پول بیاوریم وسط، ولی مردم آمادگی پذیرش آن را نداشته باشند کار شکست می‌خورد. ولی اگر مردم بپذیرند که این سیستم به نفع آنها می‌خواهد عمل کند با همه سختی‌هایش کنار ما قرار می‌گیرند و به بهترین شکل ما می‌توانیم کاری را که می‌خواهیم انجام دهیم.

تابستان ۹۹، دوره بیست‌وسوم، شماره دوم، پیاپی ۸۹

سیاست‌گذاران الزاماً کسانی باشند که تضاد منافع نداشته باشند“ (مشارکت‌کننده ۸)

۳-۵- ایجاد یک ساختار بیمه واحد

”برای موفق شدن باید یک ساختار بیمه واحد داشته باشیم اینکه الان سازمان بیمه سلامت جدا شده و طرف وزارت بهداشت آمده است. تأمین اجتماعی زیر نظر وزارت رفاه، نیروهای مسلح و بقیه برای خودشان فعالیت می‌کنند، سیاست‌گذاری‌های واحد و یکسان و یکپارچه‌ای نمی‌تواند وجود داشته باشد“ (مشارکت‌کننده ۹)

۶- عوامل اقتصادی

تجمیع منابع در سازمان بیمه، دریافت حق بیمه منطقی، اصلاح نظام پرداخت و تجمیع اعتبارات صندوق‌های بیمه‌ای از مهم‌ترین عوامل اقتصادی اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت عنوان شد.

۱-۶- تجمیع منابع در سازمان بیمه

”من اعتقاد این است که الان که سازمان بیمه سلامت آمده است در وزارت بهداشت باید منابع موجود سلامت همه‌اش بر اساس سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری شیف‌ت کند و بیاید در بیمه. اگر استراتژی تجمیع منابع در بیمه محقق نشود مطمئناً نظام بیمه نمی‌تواند کارایی و اثربخشی لازم را داشته باشد“ (مشارکت‌کننده ۹)

”تجمیع اعتبارات صندوق‌های بیمه‌ای لازم است و جزء سیاست‌هایی است که سازمان جهانی بهداشت هم توصیه می‌کند و با تجمیع بیمه‌ای مسلماً کارآمدتر می‌شود“ (مشارکت‌کننده ۱۰)

۲-۶- دریافت حق بیمه منطقی

”ما قبل از صندوق‌های بیمه‌ای باید سازوکار پرداخت حق بیمه مان را مشخص کنیم یعنی سهم پرداخت حق بیمه مردم بر اساس سازوکار قابل قبولی باشد“ (مشارکت‌کننده ۱۴)

”طبق قانون بیمه همگانی، بسته خدمت ما بر اساس قیمت واقعی و سرانه واقعی طراحی می‌شود. نه بسته خدمات ما قیمت واقعی دارد و نه سرانه ما بر اساس قیمت واقعی تعیین شده است و نه درآمدهای ما. من باید یک بسته حداقلی داشته باشم؛ بر اساس قیمت این بسته باید مبلغ مشخصی سرانه بگیریم در حالی که هیچ وقت در کشور چنین اتفاقی نیفتاده است. بسته بیمه‌ها قیمت واقعی ندارد. قانون بیمه همگانی ما می‌گوید بسته بیمه پایه بر اساس قیمت واقعی طراحی شده است نه سرانه. بنابراین ما همیشه بین ارائه خدمت و سرانه فاصله داریم همیشه یک کسری در سیستم وجود دارد“ (مشارکت‌کننده ۷)

”قرار بود سرانه این جمعیتی که قرار بود بیمه شوند به ما پرداخت شود که این سرانه به ما پرداخت نشده

و بزرگ‌ترین عاملش همین نارضایتی مردم است چون اگر مردم راضی باشند سیستم سلامت هم راضی است" (مشارکت‌کننده ۱۵)

ولی اگر مردم باور نکنند و این فرهنگ در میان آنها جا نیفتد و نهادینه نشود ما در طرح‌هایمان خیلی موفق نمی‌شویم. مسئله در فارس و مازندران خیلی عینی است

جدول ۱- عوامل اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت

| مضامین | زیرمضامین |
|------------------|---|
| عوامل مدیریتی | ثبات مدیریتی |
| | عدم وابستگی برنامه‌ها و سیاست‌ها به افراد |
| | استقلال رأی مدیران سازمان‌های بیمه |
| عوامل اجرایی | استقلال سازمان‌های بیمه‌گر |
| | تعهد به اجرای قانون |
| | ایجاد یک بانک اطلاعاتی واحد |
| عوامل سیاستی | برآورد دقیق افراد فاقد پوشش بیمه |
| | برقراری نظام پایش و ارزشیابی |
| | تأکید بر بحث بیمه در قانون اساسی |
| عوامل تکنولوژیکی | توازن قوا و تقویت هماهنگی بین وزرای بهداشت و رفاه |
| | لزوم فشار سیاسی برای ادغام صندوق‌های بیمه |
| | سیاست‌گذاری‌های استراتژیک |
| عوامل تشکیلاتی | تشکیل پرونده الکترونیک سلامت |
| | ارتباط تحت وب سامانه‌های «سیب» و «تاب» |
| | سردرگمی ناشی از ادغام سازمان بیمه سلامت در وزارت بهداشت |
| عوامل اقتصادی | تفکیک تولید از ارائه‌کننده خدمت |
| | ایجاد یک ساختار بیمه واحد |
| | تجمع منابع در سازمان بیمه |
| عوامل فرهنگی | دریافت حق بیمه منطقی |
| | اصلاح نظام پرداخت |
| | تجمع اعتبارات صندوق‌های بیمه‌ای |
| | تخصیص و توزیع کامل اعتبارات |
| | افزایش آگاهی مردم |
| | افزایش مشارکت مردم |
| | افزایش رضایت مردم |

بحث

بر اساس نتایج مطالعه عوامل مدیریتی، اجرایی، سیاستی، تکنولوژیکی، تشکیلاتی، اقتصادی و فرهنگی به‌عنوان عوامل اثرگذار در بهبود و اثربخش نمودن بیمه پایه سلامت استخراج شد. سازمان جهانی بهداشت نیز در گزارش خود، برای پوشش فراگیر بیمه‌ای عوامل مختلفی از جمله عوامل اقتصادی، عوامل جمعیت‌شناختی، عوامل اجتماعی و فرهنگی را بر می‌شمارد و در کنار این عوامل تأکید ویژه‌ای به نقش تولید و سیاست‌گذاری توسط سازمان‌های بهداشتی دارد [۱۴].

از دیدگاه اکثر صاحب‌نظران، ثبات مدیریتی و عدم وابستگی برنامه‌ها و سیاست‌ها به افراد از عوامل مدیریتی عنوان شد. بر اساس نتایج مطالعه مقدسی و همکاران، تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام بهداشت و درمان و سازمان‌های متولی بیمه درمانی و منسجم نبودن روش‌های

تصمیم‌گیری موجب بی‌نتیجه ماندن فعالیت‌ها می‌شود. در تمام بخش‌های دخیل در حوزه درمان نوعی تمرکزگرایی شدید در محیط‌های سیاست‌گذاری و اجرا وجود دارد. اتفاقی که در شرایط کنونی در نظام بهداشت و درمان کشور افتاده، این است که سیاست‌گذاران نقش سیاست‌گذاری خود را فراموش نموده و درگیر کارهای اجرایی و دخالت در امور اجرایی شده‌اند [۱۵]. نتایج مطالعه رئیسی و همکاران نیز نشان داد که اجرای سیاست‌ها در نظام بیمه درمانی کشور قائم به افراد است. این نظام با تعویض زود هنگام مدیران و ناپایداری سیاسی رو به‌رو است [۵]. همچنین تانگ چارون سادین^۱ و همکاران معتقدند که بسیاری از کشورهای در حال توسعه به دلیل نداشتن ظرفیت مناسب مدیریتی در بخش بیمه نتوانسته‌اند به پوشش همگانی دست یابند [۱۶].

¹ Tangcharoensathien

صندوق‌ها دانسته است [۲۶]. چندپارگی صندوق‌ها ممکن است باعث شود که گروه‌هایی از جامعه به خصوص اقشار کم‌درآمد، در برابر خطر مالی ناشی از بیماری کمتر محافظت شوند، زیرا صندوق این افراد درآمد کمتری داشته و بسته خدمتی آن هم محدودتر خواهد شد [۲۷]. وجود صندوق‌های بیمه‌ای متعدد در نظام تأمین مالی کشور، رسالت اساسی سازمان بیمه را که تجمیع سرمایه و کاهش ریسک می‌باشد، نقض می‌کند. سازمان‌های بیمه‌ای موجود در کشور هریک رویکرد خاص خود را دارند. در داخل خود هر سازمان بیمه‌ای نیز به هم ریختگی پوشش خدمات برای جمعیت‌های تحت پوشش وجود دارد [۵]. تجربه نشان داده است که هرچا بیمه اجباری است از نظر تجمیع منابع و همچنین تأمین هزینه‌های سلامت کشور با مشکلات کمتری مواجه بوده‌ایم [۴].

دریافت حق بیمه منطقی نیز به‌عنوان یکی از عوامل اقتصادی مطرح گردید. نتایج مطالعه ملکی نیز غیرعلمی بودن روش محاسبه حق بیمه را نشان داد. به جز سازمان تأمین اجتماعی که محاسبه حق بیمه آن بر اساس آکچواری^۲ است، مبنای حق بیمه در سایر سازمان‌های بیمه‌ای (روش سرانه) مبتنی بر روش‌های شناخته شده علمی نیست. سرانه هر ساله تغییر می‌کند و میزان درآمد سازمان‌های بیمه‌ای که از این روش استفاده می‌کنند، نیز قابل پیش‌بینی نیست چون عوامل مختلف و غیر قابل کنترلی بر آن مؤثرند [۸].

افزایش رضایت بیمه شده‌ها به‌عنوان یکی از عوامل فرهنگی ذکر شد. مطالعات جعفری و همکاران [۲۸]، اشرفیان امیری و همکاران [۲۹] و کشتکاران و همکاران [۳۰] با هدف افزایش رضایت مردم به سنجش میزان رضایت آنها از خدمات درمانی پرداخته‌اند. برطرف کردن نارضایتی در بیماران انگیزه لازم را در آنها ایجاد می‌کند که خدمات را به دیگر بیماران، بستگان و آشنایان توصیه نماید. این مسأله علاوه بر بازاریابی خدمات، توزیع مناسب بیماران بین مراکز و عدم ازدحام بیماران در بیمارستان‌های مشهورتر و در نهایت بهبود کیفیت خدمات را به دنبال دارد [۳۱].

به‌عنوان یکی از محدودیت‌های مطالعه، جلب همکاری برخی از مشارکت‌کنندگان مشکل بود که با پیگیری مستمر و توجیه اهمیت مطالعه این مشکل رفع شد. به‌منظور تکمیل یافته‌های این مطالعه کیفی، استفاده از تحلیل اسناد به‌عنوان روش مکمل پیشنهاد می‌گردد. در ضمن در مطالعات آینده می‌توان در قالب مطالعات کمی به اولویت‌بندی این عوامل و راهکارهای اجرایی آن پرداخت.

نتیجه‌گیری

لزوم توجه بیشتر به عوامل تسهیل‌گر و بازدارنده حاصل

ایجاد یک بانک اطلاعاتی واحد و برآورد دقیق افراد فاقد پوشش بیمه از دیدگاه اکثر صاحب‌نظران به‌عنوان عوامل اجرایی مطرح شد. وجود نظام اطلاعات جامع بیمه‌شدگان در مطالعه صدیقی و همکاران بیشترین تأثیر را در استقرار بیمه پایه خواهد داشت [۴]. نامعین بودن میزان دقیق پوشش و هم‌پوشانی در آمار در مطالعه ملکی و همکاران نیز گزارش شد. دلایل عمده برای مشکل بالا از نظر شرکت‌کنندگان در این مطالعه نبود بانک اطلاعاتی جامع، نبود توافق بین سیاست‌مداران در مورد مفهوم پوشش همگانی و عدم هماهنگی بین بیمه‌ها برای تعیین تعداد بیمه شده‌ها عنوان شد [۸]. در کشور تاکنون جهت ایجاد پوشش همگانی «بانک واحد بیمه ملی سلامت» تشکیل شد که اطلاعات جامع در مورد افراد ثبت‌نام شده و همچنین اطلاعات مرتبط با میزان مصرف درآمد آنان و میزان مالیات و سهم بیمه‌ای که باید بپردازند، برقرار شده است [۱۷]. در کشور آمریکا استفاده از فرایند تبادل الکترونیک داده‌ها در صنعت مراقبت بهداشتی به‌عنوان بهترین راه‌حل از سوی سیاست‌گذاران صنعت مراقبت بهداشتی برای مشکلات نظام بیمه درمانی در دهه ۹۰ مطرح شد [۱۸]. پیش‌زمینه موفقیت و دسترسی به یک پوشش عادلانه در نظام بیمه‌ای در هر کشوری، وجود زیرساخت‌های اطلاعاتی قوی در آن کشور می‌باشد. به‌طوری که تجارب کشورهای مختلف نشان داده است که برای پوشش مناسب و فراگیر گروه‌های نیازمند بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی، داشتن اطلاعات ریز و معتبر جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی امری غیرقابل اجتناب می‌باشد [۱۹-۲۲].

لزوم تشکیل پرونده الکترونیک سلامت از عوامل تکنولوژیکی مطرح شده بود. نتایج مطالعه کاهویی و همکاران نشان داد که ۶۳/۵٪ عدم فرهنگ‌سازی در مردم، ۷۲/۷٪ عدم همکاری پزشک و بیمار، ۷۳٪ نگرانی به خاطر دسترسی غیرمجاز و ۲۷/۳٪ مقاومت پرسنل را به‌عنوان مهم‌ترین مانع در مسیر پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت بیان کردند. همچنین ۵۸/۸٪ از آنها نقش دولت و ۱۵/۲٪ نقش مردم را به‌عنوان اولویت اول در پیشرفت پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت انتخاب کردند [۲۳]. مطالعه عامری و همکاران نیز نشان داد که محدودیت‌های فنی، تخصصی و نگرشی-رفتاری مهم‌ترین موانع پیاده‌سازی پرونده الکترونیک سلامت می‌باشند [۲۴]. برای استفاده از فرصت‌ها و غلبه بر چالش‌های پیش روی مستندسازی الکترونیک باید استراتژی مناسب، شناسایی شود و با انسجام عوامل فنی، انسانی و ساختاری زمینه اجرای موفق این فناوری نوین اطلاعاتی فراهم شود [۲۵]. از دیدگاه اکثر صاحب‌نظران، تجمیع منابع در سازمان بیمه به‌عنوان یکی از عوامل اقتصادی مطرح گردید. سازمان بهداشت جهانی، ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را یکی از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی

² Actuary

ابعاد مدیریتی، اجرایی، سیاستی، تکنولوژیکی، تشکیلاتی، اقتصادی و فرهنگی استخراج شده می‌توانند شرایط استقرار مطلوب بیمه پایه سلامت را فراهم نمایند. در ضمن، مطالعه حاضر می‌تواند چارچوبی را جهت مطالعات بیشتر در سیاست‌گذاری و اجرای بهینه و اثربخش بیمه سلامت فراهم آورد.

تشکر و سپاسگزاری

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند از جناب آقای صدراالله عباسی که در انجام این مطالعه صمیمانه همکاری نمودند و همچنین از سازمان بیمه سلامت که اعتبارات مالی طرح را تأمین نموده است، تشکر و قدردانی نمایند.

Reference

- 1- Sadeghi Mazidi A, Kharazmi E, Javanbakht M, Heidari A, Bayati M. Cost of diabetes in type II diabetic patients. *Payesh*. 2012; 11(4): 443-449. [in Persian]
- 2- Karimi I, Maleki M, Nasiripoor A, Janfada H. Supportive Health Insurance Around the world: Comparative Study of in Selected Countries. *Toloo-e-Behdasht*. 2015; 14 (3):123-138. [in Persian]
- 3- Rasoolian M. Strategies for financing in health insurance plan in Iran. *Journal of Strategic Management Research*. 2016; 22(62):135-153. [in Persian]
- 4- Seddighi S, Hesam S, Maleki M. Effective components in establishment of basic health insurance in Iran. *Journal of healthcare management*. 2012; 4(9):7-19. [in Persian]
- 5- Raeisi AR, mohamadi E, Nuhi M. Significant Improvement Points and Offering Strategies to Improve the Quality and Quantity of Health Insurance in Iran: A Qualitative Study. *Health INF Manage*. 2013; 10(2): 1-8. [in Persian]
- 6- Jaafari-pooyan E, Pourreza A, Kheirollahi F. Communication Challenges between Insurance Companies and Hospitals: an Exploratory Study in Tehran. *SJSPH*. 2017; 15 (3):225-238. [in Persian]
- 7- Babazadeh Gashti A, Jafari N, Kabir M J, Heidari A, Behnam-pour N, Honarvar MR, et al. Assessing Rural Family Physicians Performance According to Healthcare Managers, Family Physicians, and Patients in Golestan Province, Iran. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016; 25 (132):23-32. [in Persian]
- 8- Maleki MR, Ebrahimipour H, Karimi I, Gouhari MR. Sustainable universal health insurance coverage barriers in Iran: 2007. *Payesh*. 2010; 9 (2): 173-187. [in Persian]
- 9- Nasiriad N, Rashidian A, Joodaki H, Akbari Haghighi F, Arab M. Assessing issues and problems in relationship between basic insurance organizations and university hospitals: a qualitative research. *JHOSP*. 2010; 9 (1 and 2):5-18. [in Persian]
- 10- Etemad K, Heidari A, Panahi MH, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. Challenges of Access to Data of Ministry of Health from the Perspective of Policy-makers, Producers, and Consumers of Data: A Qualitative Study. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2017; 13 (3): 174-182. [in Persian]
- 11- Damari B, Hajebi A, Bolhari J, Heidari A. Developing a Training Course for Spiritual Counselors in Health Care: Ev-

از مطالعه و انتخاب استراتژی‌های مناسب جهت بهبود وضعیت موجود، می‌تواند منجر به ارتقاء کمی و کیفی بیمه پایه سلامت گردد. برای این منظور، ثبات مدیریتی و عدم وابستگی برنامه‌ها و سیاست‌ها به افراد، ایجاد یک بانک اطلاعاتی واحد و برآورد دقیق افراد فاقد پوشش بیمه، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت، تجمیع منابع در سازمان بیمه، دریافت حق بیمه منطقی و افزایش رضایت بیمه شده‌ها باید مورد توجه سیاست‌گذاران قرار گیرد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

سیاست‌گذاران و مدیران ارشد با بررسی هر یک از

- 12- Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B. Challenges of implementation of the national phenylketonuria screening program in Iran: a qualitative study. *Electronic physician*. 2016; 8(10): 3048.
- 13- Heidari A, Arab M, Etemad K, Damari B, lotfi M. National phenylketonuria screening program in Iran; why and how. *SJSPH* 2018; 16(2):148-163. [in Persian]
- 14- Carrin G, James C. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. *World Health Organization: Switzerland, Geneva*. 2004: 1-44.
- 15- Moghaddasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaceli M. Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. *Journal of health administration*. 2011; 11(44):71-80. [in Persian]
- 16- Tangcharoensathien V, Wibulpholprasert S, Nitayaramphong S. Knowledge-based changes to health systems: the Thai experience in policy development. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 750-6.
- 17- Kantamaturapoj K, Kulthanmanusorn A, Witthayapipopsakul W, Viriyathorn S, Patcharanarumol W, Kanchanachitra C, et al. Legislating for public accountability in universal health coverage, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization* 2020; 98:117-125.
- 18- Asadi F, Hosseini A, Moghaddasi H, Esmaceli M. A Study of HIPAA and the Possibility of Its Implementation in Iran. *Health Information Management*. 2012; 8(6): 900-907. [in Persian]
- 19- Nelson DE, Thompson BL, Davenport NJ, Penaloza LJ. What people really know about their health insurance: a comparison of information obtained from individuals and their insurers. *Am J Public Health*. 2000; 90(6):924-8.
- 20- Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D, Bulterys S. Does enhanced information exchange between social insurance physicians and occupational physicians improve patient work resumption? A controlled intervention study. *Occup Environ Med*. 2006; 63(7):495-502.
- 21- Health Insurance and Financial Information for Patients. *J Oncol Pract*. 2009; 5(2):0924501.
- 22- Park YT, Yoon JS, Speedie SM, Yoon H, Lee J. Health In-

- urance Claim Review Using Information Technologies. *Healthc Inform Res*. 2012; 18(3):215-24.
- 23- Kahouei M, Fouladiyan S, Bayat S, Kouhestaniyan M, Abbaspour S. The challenges of implementing (EHR) in family physician plan from health providers' perspective. *J Research Health*. 2014, 4(2): 728-736. [in Persian]
- 24- Ameri A, Khajouei R, Ghasemi Nejad P. Barriers to Implementing Electronic Health Records from the Perspective of IT Administrators and Hospital Managers in Kerman. *JHA* 2017; 20 (69):19-30. [in Persian]
- 25- Gorzin A, Samadbeik M, Ahmadi R. Opportunities and Challenges Electronic Health Records Documentation from the Perspective of Nurses. *J Clin Res Paramed Sci* 2016; 4(4):292-300. [in Persian]
- 26- Langfeld M. *Health Systems: Improving Performance*. World Health Report: Switzerland, Geneva. 2000: 99-104.
- 27- Carrin G. Social health insurance in developing countries: a continuing challenge. *International Social Security Review* 2002; 55: 57-69.
- 28- Jafari H, Esmaceli R, Nasiri E, Haydari J, Mohammadpour R, Mahmmodi G. Assessment of Satisfaction Rate among the Working Staff of Mazandaran University of Supplemental Insurance Company in 2005. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2007; 17 (58):117-124. [in Persian]
- 29- Ashrafiyan Amiri H, Mikaniki E, Nasrollahpour Shirvani S, Kabir M, Jafari N, Rahimi kolomrodi H, et al. Satisfaction of Patients with Rural Insurance in Terms of the First and Second Levels of Health Services Presentation in Northern Provinces of Iran. *Jour guilan uni med sci*. 2014; 23 (90):14-23
- 30- Keshtkaran A, Tafe V, Keshtkaran V, Heiadari A, Shahmohammadi J, Dehbozorgi M, Lotfi M. Client tribute pan and patient satisfaction in Shiraz hospital. *Payavard Salamat* 2017; 11(1):115-123.
- 31- Keshtkaran A, Heidari A, Keshtkaran V, Taft V, Almasi A. Satisfaction of outpatients referring to teaching hospitals clinics in Shiraz, 2009. *Payesh* 2012; 11(4): 459-465.

Factors Affecting the Improvement and Effectiveness of Basic Health Insurance: A Qualitative Study

Mohammad Javad Kabir¹, Alireza Heidari^{2*}, Mansoureh Lotfi³, Seyed Mohammad Hosseini⁴, Ali Shojaee⁵, Anahita Keshavarzi⁶

1- *Associated Professor, Health Management and Social Development Research Center, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.*

2- *Asistant Professor, Health Management and Social Development Research Center, Department of Public Health, Faculty of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran.*

3- *Msc, Health Services Management, Office of Knowledge Translation and Research Utilization, Vice Chancellery for Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

4- *General Physician, Headquarters of Golestan Health Insurance Organization, Gorgan, Iran.*

5- *Ph.D Candidate of Health Policy, Health Management & Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.*

6- *General Physician, Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran.*

Abstract

Introduction: Iran is a country with characteristics such as social inequality and complex epidemiological evolution, in which a group of its population does not have adequate health services. Health insurance is a promising tool to achieve universal health coverage. This study aimed to explain the factors affecting the improvement and effectiveness of basic health insurance.

Methods: In this qualitative study, 15 senior managers of the Ministry of Health and the Health Insurance Organization were selected by purposive sampling. The data were collected using interview guidelines and semi-structured in-depth interviews. All interviews were transcribed. Data were analyzed using the content analysis method with in-situ analysis.

Results: By analyzing the data, seven categories (managerial, executive, political, technological, organizational, economic, and cultural factors) and 25 sub-categories were identified.

Conclusion: It is necessary to consider facilitators and inhibiting factors extracted from the study and select appropriate strategies to improve the current situation. It can lead to the quantity and quality improvement of basic health insurance.

Keywords: Effective Factors, Improvement, Effectiveness, Basic Health Insurance, Qualitative Study

Please cite this article as follows:

Kabir MJ, Heidari A, Lotfi M, Hosseini SM, Shojaee A, Keshavarzi A. Factors Affecting the Improvement and Effectiveness of Basic Health Insurance: A Qualitative Study. *Hakim Health Sys Res.* 2020; 23(2): 179-188.

***Corresponding Author:** Health Management and Social Development Research Center, Department of Public Health, Faculty of Health, Golestan University of Medical Sciences, Gorgan, Iran. Tel: (+98)9120126458, Fax: (+98)1732160331, E-mail: alirezaheidari7@gmail.com