

مقاله اصلی

طراحی و اعتبارسنجی مدل اجرای خط مشی های بیمه (مورد مطالعه: بیمه سلامت)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۱۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۲۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل اجرای خط مشی های بیمه در بیمه سلامت انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، آمیخته و مبتنی بر پارادایم استقرایی-قیاسی است. در بخش کیفی، داده ها از طریق مصاحبه های نیمه ساختاریافته با ۲۲ نفر از خبرگان و اساتید حوزه خط مشی گذاری، با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند و تا دستیابی به اشباع نظری گردآوری شد. داده های کیفی با بهره گیری از روش تحلیل مضمون و نرم افزار MAXQDA 2020 مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش کمی نیز، به منظور اعتبارسنجی مدل پیشنهادی، پرسشنامه محقق ساخته در اختیار مدیران ارشد و میانی سازمان بیمه سلامت قرار گرفت و داده ها با استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری مبتنی بر حداقل مربعات جزئی و نرم افزار SmartPLS تحلیل شدند.

نتایج: یافته های بخش کیفی منجر به شناسایی ۱۹ مضمون فراگیر، ۴۵ مضمون سازمان دهنده و ۱۵۰ مضمون پایه شد که در قالب سه بعد اصلی الزامات، راهبردها و پیامدهای اجرای خط مشی های بیمه طبقه بندی شدند. نتایج بخش کمی نیز نشان داد که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار بوده و تمامی روابط میان سازه های مدل از نظر آماری معنادار هستند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش، اجرای موفق خط مشی های بیمه مستلزم فراهم بودن الزامات نهادی، مدیریتی، قانونی، مالی، فناورانه و انسانی، به کارگیری راهبردهای مناسب در حوزه برنامه ریزی، مدیریت، هماهنگی، توسعه ظرفیت ها و بهبود فرآیندها و در نهایت دستیابی به پیامدهایی نظیر ارتقای کیفیت خدمات، افزایش کارایی، پایداری مالی، بهبود حکمرانی، افزایش رضایت ذی نفعان و توسعه نظام بیمه سلامت است. از آنجا که تاکنون مدل جامعی برای اجرای خط مشی های بیمه در حوزه بیمه سلامت ارائه نشده است، مدل پیشنهادی این پژوهش می تواند به عنوان چارچوبی علمی و کاربردی برای مدیران، سیاست گذاران و تصمیم گیران نظام بیمه سلامت در طراحی، اجرا، پایش و ارزیابی خط مشی های بیمه مورد استفاده قرار گیرد و زمینه توسعه ادبیات نظری و پژوهش های آینده در این حوزه را فراهم سازد.

کلمات کلیدی: اجرای خط مشی، بیمه، بیمه سلامت، تحلیل مضمون، مدلیابی معادلات ساختاری

علیرضا فتحی^{۱*}

غلامرضا معمارزاده طهران^۱

زهرا مقیمی^۲

یوسف محمدی مقدم^۳

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

^۲گروه مدیریت دولتی، واحد سمندان، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

^۳گروه مدیریت قضائی، دانشگاه علوم قضائی و خدمات اداری، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: علیرضا فتحی، گروه مدیریت دولتی،

واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Email: a.fathi0406@iau.ac.ir

مقدمه

اجرای خط‌مشی یکی از پیچیده‌ترین، چندلایه‌ترین و حساس‌ترین مراحل چرخه خط‌مشی عمومی است؛ مرحله‌ای که در آن تصمیمات، اسناد، برنامه‌ها و نیات سیاستگذاران باید از سطح تصمیم به عمل تبدیل شوند (چریک و همکاران^۱ ۲۰۲۳). در ادبیات خط‌مشی، همواره تأکید شده که یک خط‌مشی ضعیف اجرا شده، عملاً تفاوت چندانی با یک خط‌مشی بد طراحی شده ندارد؛ زیرا شکست اصلی نه در سطح ایده‌پردازی، بلکه در سطح تحقق و عملیاتی‌سازی رخ می‌دهد. اجرای خط‌مشی، فرآیندی است پرچالش که تحت تأثیر عوامل گوناگونی همچون ساختارهای اداری، ظرفیت نهادی، هماهنگی بین‌بخشی، منابع مالی، ویژگی‌های مجریان خط‌مشی، نگرش مخاطبان، بسترهای قانونی، و حتی شرایط اقتصادی-سیاسی قرار دارد (اولو^۲ ۲۰۲۵). دانشمندان حوزه خط‌مشی، اجرای موفق را تنها اجرای متن مصوب نمی‌دانند، بلکه آن را تعبیر، ترجمه، سازگاری و بومی‌سازی خط‌مشی در محیط واقعی تلقی می‌کنند. در رویکردهای کلاسیک، مانند دیدگاه «از بالا به پایین»، فرض بر این بود که اگر خط‌مشی درست تدوین شود و سلسله‌مراتب اداری منسجم باشد، اجرا به‌خوبی پیش خواهد رفت. اما پژوهش‌های جدیدتر از جمله دیدگاه «از پایین به بالا» نشان دادند که برداشت مجریان خط‌مشی، استقلال آن‌ها، اختیارات عملیاتی، شبکه‌های بین‌سازمانی، ساختار انگیزشی و حتی انگیزه فردی کارکنان می‌تواند مسیر اجرای خط‌مشی را تغییر دهد (ویلنگو و همکاران^۳ ۲۰۲۵).

به تدریج، رویکردهای نوینی همچون «اجرای شبکه‌ای»، «حکمرانی مشارکتی» و «تحلیل پیچیدگی در اجرا» ظهور کرد که اجرای خط‌مشی را نه یک جریان خطی، بلکه یک فرآیند تعاملی و سیستمی می‌دانند. در این نگاه، سازمان‌ها به‌تنهایی قادر به اجرا نیستند و موفقیت خط‌مشی‌ها در گرو همکاری میان دستگاه‌های دولتی، بخش خصوصی، نهادهای محلی، گروه‌های حرفه‌ای و حتی مردم

است (کی و وو^۴ ۲۰۲۴). در بخش سلامت، اجرای خط‌مشی پیچیده‌تر است؛ زیرا با ذی‌نفعان متعدد، ساختار چندسطحی ارائه خدمات، تنوع گروه‌های حرفه‌ای، و محدودیت منابع مواجهیم. به‌خصوص بیمه‌های سلامت که به‌عنوان نهادهای مالی-اجتماعی نقش «تنظیم‌گری»، «خرید راهبردی خدمات»، «تخصیص منابع» و «پوشش جمعیت» را بر عهده دارند، در قلب اجرای خط‌مشی‌های سلامت قرار می‌گیرند. بنابراین، هرگونه ضعف در اجرای این خط‌مشی‌ها، به‌طور مستقیم بر عدالت مالی، دسترسی مردم به خدمات، کیفیت مراقبت، رضایت بیمه‌شدگان و پایداری منابع تأثیر می‌گذارد (والکر و همکاران^۵ ۲۰۲۱).

با وجود افزایش اهمیت بیمه‌های اجتماعی و به‌ویژه بیمه سلامت ملی در ایران، همچنان یکی از اصلی‌ترین چالش‌های نظام سلامت، شکاف جدی بین سیاست‌های مصوب و نتایج حاصل از اجرا است. اسناد بالادستی، قوانین، برنامه‌های توسعه، مصوبات شورای عالی بیمه سلامت و سیاست‌های وزارت بهداشت، تصویری مطلوب از عدالت، کارآمدی، مدیریت هزینه‌ها، خرید راهبردی، پوشش همگانی و کیفیت خدمات ارائه می‌دهند؛ اما آنچه در عمل مشاهده می‌شود، فاصله قابل توجه میان «آنچه باید باشد» و «آنچه هست» است. این شکاف، هسته اصلی مسئله پژوهش حاضر را شکل می‌دهد. در سال‌های اخیر، بیمه سلامت در معرض فشارهای متعددی قرار گرفته است: محدودیت منابع، افزایش هزینه‌های سلامت، پیچیدگی مقررات، ناهماهنگی بین سطوح مختلف تصمیم‌گیری، ناپایداری مالی، نابرابری در تخصیص منابع، گسترش تقاضای القایی، تفاوت در مدل‌های اجرایی استان‌ها، و تنوع غیرقابل‌اجتناب ارائه‌دهندگان خدمات. این شرایط باعث می‌شود خط‌مشی‌های بیمه سلامت در مرحله اجرا با مشکل مواجه شوند. اجرای سیاست‌های واحد در استان‌های مختلف با تفسیرها و رویکردهای متفاوت انجام می‌شود. تفاوت در برداشت اجرایی، وجود رویه‌های محلی، نبود یکپارچگی در سیستم‌های اطلاعاتی و محدودیت اختیارات یا برعکس، استقلال بیش از اندازه شعب، به ناهماهنگی اجرایی منجر می‌شود و پیامد آن،

¹ Chriqui² Olowu³ Mwilongo⁴ Qiu, Z., & Wu⁵ Walker

بی‌ثباتی و نابرابری در ارائه خدمت به بیمه‌شدگان در نقاط مختلف کشور است. بسیاری از خط‌مشی‌های بیمه سلامت در قالب اسناد رسمی تصویب می‌شوند اما فاقد چارچوب اجرایی، مدل پیاده‌سازی یا نقشه عملیاتی هستند. در نتیجه، متن سیاست در سطح ستاد باقی می‌ماند و به دلیل نبود مکانیزم‌های شفاف اجرا، به‌صورت سلیقه‌ای عملیاتی می‌شود. مسئله اجرا در بیمه سلامت، یک مسئله استراتژیک با آثار بلندمدت ملی است. در شرایطی که هزینه‌های سلامت با سرعت بالا افزایش می‌یابد، منابع مالی محدود است، انتظارات جامعه رو به رشد است و فشارهای اقتصادی بر خانوارها شدت گرفته تنها راه مدیریت پایدار نظام سلامت، تقویت اجرای خط‌مشی‌ها است. بنابراین سوال پژوهش عبارت است از: مدل اجرای خط‌مشی‌های بیمه سلامت چگونه است؟

روش کار

روش پژوهش حاضر بر مبنای روش آمیخته و بصورت کیفی و کمی در پارادایم پراگماتیسم (عملگرا) می‌باشد. در این پژوهش با بهره‌گیری از روش کیفی و با بررسی مصاحبه‌ها و کدگذاری داده‌های حاصل از مصاحبه با روش تحلیل تم، مدل استخراجی پژوهش مشخص شد. از نظر استراتژی‌های پژوهش یک پژوهش آمیخته است که با استفاده از روش تحلیل مضمون، به تحلیل اطلاعات پرداخته شده و با استفاده از روش پژوهش کمی مبتنی بر حداقل مربعات جزئی اعتبار مدل بررسی می‌شود. از نظر اهداف پژوهش نیز توصیفی اکتشافی به حساب

می‌آید. تحلیل مضمون روشی برای شناخت، تحلیل و گزارش الگوهای موجود در داده‌های کیفی است. این روش فرآیندی برای تحلیل داده‌های متنی است و داده‌های پراکنده و متنوع را به داده‌هایی غنی و تفصیلی تبدیل می‌کند (براون و کلارک، ۲۰۰۶؛ عابدی جعفری و همکاران، ۱۳۹۰). جامعه آماری این پژوهش شامل خبرگان سازمانی و دانشگاهی خط‌مشی‌گذاری است که با توجه به هدف پژوهش، نمونه‌گیری در این پژوهش به صورت هدفمند با استفاده از تکنیک گلوله برفی و به تعداد ۲۲ نفر انجام شده است. تعیین حجم نمونه با استفاده از اصل اشباع نظری صورت گرفته است به نحوی که پس از انجام مصاحبه با نفر بیست و یکم دیگر عامل جدیدی شناسایی نگردید و فرایند مصاحبه با نفر بیست و دوم به پایان رسید. پروتکل مصاحبه مطابق با جدول ۱ است. مصاحبه‌ها به صورت چهره‌به‌چهره و با سوالات باز انجام شد و سپس با استفاده از فرآیند کدگذاری مولفه‌ها در قالب ۴۵ مؤلفه شناسایی شدند. برای اطمینان از صحت کدگذاری و استخراج مفاهیم، کدهای بدست آمده از مصاحبه‌ها مجدداً در اختیار مصاحبه‌شوندگان قرار گرفت تا از تأیید کدهای استخراج شده توسط مصاحبه‌شوندگان اطمینان حاصل شود. هدف رسیدن به ایده اصلی مصاحبه‌شونده است. جامعه آماری بخش کمی مدیران ارشد و میانی سازمان بیمه سلامت می‌باشد که در راستای اعتبارسنجی پژوهش بهره‌برده شد.

پروتکل مصاحبه

بسمه تعالی	
با سلام و احترام؛ فرم پیشرو پیرامون پژوهش علمی با عنوان «طراحی مدل اجرای خط‌مشی‌های بیمه سلامت» می‌باشد. لازم به یادآوری است که پاسخ‌های جنابعالی محرمانه بوده و صرفاً در کشف مفاهیم، مقوله‌ها و روابط بین آنها مورد استفاده قرار خواهد گرفت.	
شماره مصاحبه:	تاریخ مصاحبه:
الف. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (دموگرافیک) مصاحبه‌شونده:	
جنسیت	۱.مرد ☐ ۲.زن ☐
سابقه خدمت:	

تحصیلات	۱. کارشناسی	۲. کارشناسی ارشد	۳. دکتری تخصصی	شغل:
	☐	☐	☐	

ب. سوالات مصاحبه

۱. به نظر شما معنا و مفهوم اجرای خط مشی ها در صنعت بیمه چیست؟

۲. چه عواملی بایستی در اجرای خط مشی های بیمه سلامت در نظر گرفته شود؟

۳. به نظر شما چه استراتژی هایی برای اجرای خط مشی های بیمه سلامت وجود دارد؟

۴. اجرای خط مشی های بیمه سلامت منجر به چه پیامدهایی می شود؟

مشترک مناسب است یا خیر. به منظور بررسی کفایت نمونه، از شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. نتایج نشان داد مقدار شاخص KMO برابر با ۰.۸۱۲ است که در سطح بسیار مطلوب قرار دارد و بیانگر کفایت مناسب حجم نمونه و وجود همبستگی کافی میان متغیرهای پژوهش است.

در بخش کمی حجم نمونه ۱۸۹ نفر بود که با توجه به قاعده ده برابری در مدل‌های PLS و نیز تعداد مسیرهای ورودی به متغیرهای درون‌زا، از کفایت آماری لازم برخوردار است. همچنین به منظور بررسی کفایت نمونه، از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. این آزمون میزان همبستگی بین متغیرهای پژوهش را ارزیابی می‌کند و مشخص می‌سازد که آیا ماتریس همبستگی برای استخراج عوامل

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی مصاحبه شوندگان

جنسیت	تحصیلات	شغل	سابقه کار	جنسیت	تحصیلات	شغل	سابقه کار
مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۲	مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۶
مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۳	زن	دکتری	عضو هیئت علمی	۸
زن	دکتری	عضو هیئت علمی	۴	مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۷
مرد	دکتری	مدیر	۲۰	مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۱
مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۵	مرد	کارشناسی ارشد	مدیر	۲۲
مرد	کارشناسی ارشد	مدیر	۱۸	زن	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۵
زن	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۰	مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۱
زن	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۹	مرد	کارشناسی ارشد	مدیر	۱۸
مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۳	مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۱
مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۴	زن	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۰
مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۱	مرد	دکتری	عضو هیئت علمی	۱۲

اعتبار و پایایی داده‌های کیفی

به منظور افزایش اعتبار داده‌های کیفی، از راهبردهای مختلفی استفاده شد. ابتدا، نتایج اولیه کدگذاری در اختیار برخی از مشارکت کنندگان قرار گرفت تا میزان انطباق تفسیر پژوهشگر با دیدگاه آنان بررسی شود. همچنین، فرآیند تحلیل داده‌ها از طریق بحث و تبادل نظر با پژوهشگران آگاه به موضوع مورد بازبینی قرار گرفت. در راستای سنجش پایایی، کدگذاری

داده‌ها به صورت مستقل توسط سه پژوهشگر انجام شد و میزان توافق بین کدگذاران با استفاده از شاخص کاپا کوهن محاسبه گردید که مقدار آن نشان‌دهنده سطح قابل قبول توافق است. این اقدامات، به افزایش قابلیت اعتماد و استحکام یافته‌های کیفی پژوهش کمک کرده است.

نتایج

در این پژوهش با در نظر گرفتن مفهوم هر یک از این کدها، هر یک در مفهومی مشابه دسته بندی شدند و به این ترتیب، مفاهیم پژوهش مشخص شد. بر اساس تحلیل های صورت گرفته به کمک روش تحلیل مضمون مصاحبه ها در مجموع ۱۹ مضمون فراگیر، ۴۵ مضمون سازمان دهنده و ۱۵۰ مضمون پایه شناسایی و استخراج شد. یافته های حاصل

از این مرحله بیانگر آن است که تاکنون چنین مطالعه نظام مند و جامعی انجام نشده و هر یک از مطالعات، بر جنبه خاصی تمرکز داشته اند و به صورت چارچوبی جامع و نظاممند ارائه نشده اند. در جدول ۳، کدهای نهایی استخراج شده نشان داده شده است.

جدول ۱. نمونه نقل قول و متن مصاحبه خبرگان

کد	نقل قول	شماره خبره
تدوین برنامه عملیاتی	اگر برای اجرای هر سیاست بیمه ای یک برنامه عملیاتی مشخص با زمان بندی، مسئول اجرا و شاخص های پیگیری تدوین نشود، معمولاً اجرای آن در حد بخشنامه باقی می ماند.	7
تعیین اولویت ها	در حوزه بیمه سلامت همیشه منابع محدود است؛ بنابراین باید ابتدا اولویت های اصلی مشخص شوند تا منابع روی اقدامات اثرگذار متمرکز شوند.	15
هدف گذاری مبتنی بر شاخص	وقتی اهداف اجرای خط مشی بر اساس شاخص های کمی تعریف شوند، می توان میزان موفقیت یا عدم موفقیت برنامه را به صورت دقیق اندازه گیری کرد.	3
مدیریت مقاومت	در هر تغییری بخشی از کارکنان به دلیل نگرانی از افزایش مسئولیت یا تغییر رویه ها مقاومت می کنند و مدیر باید این مقاومت را مدیریت کند.	19
ایجاد فرهنگ تغییر	اجرای موفق سیاست ها زمانی اتفاق می افتد که فرهنگ پذیرش تغییر در سازمان شکل بگیرد و کارکنان احساس کنند این تغییر به بهبود خدمات منجر می شود.	11
حمایت مدیران ارشد	اگر مدیران ارشد سازمان پشت اجرای خط مشی نباشند، حتی بهترین برنامه ها هم در سطوح پایین سازمان به نتیجه نمی رسند.	21
پایش مستمر	فرایند اجرای سیاست باید به صورت مستمر رصد شود تا مشکلات در همان مراحل اولیه شناسایی و اصلاح شوند، نه اینکه در پایان پروژه متوجه آن ها شویم.	5
ارزیابی عملکرد	ارزیابی عملکرد باید بر اساس شاخص های از پیش تعیین شده انجام شود تا مشخص شود هر واحد سازمانی تا چه اندازه اهداف مورد انتظار را محقق کرده است.	14
بازخورد اصلاحی	نتایج ارزیابی زمانی ارزشمند هستند که به مدیران و مجریان بازخورد داده شود و بر اساس آن اصلاحات لازم در روند اجرا صورت گیرد.	9

جدول ۲. مضامین مرتبط با الزامات اجرای خط مشی های بیمه

مضامین فراگیر	مضامین سازمان دهنده	مضامین پایه
حکمرانی و سیاست گذاری	انسجام سیاستی	- هماهنگی قوانین - ثبات سیاست ها - هم راستایی اسناد بالادستی
	چارچوب قانونی	- کفایت قوانین - شفافیت مقررات - ضمانت اجرایی قوانین

• نظام پایش • پاسخگویی مدیران • ارزیابی عملکرد	راهبری و نظارت	
• شفافیت وظایف • تفکیک مسئولیت‌ها • انعطاف ساختاری	ساختار سازمانی	ظرفیت نهادی و سازمانی
• شایستگی کارکنان • آموزش تخصصی • انگیزش نیروی انسانی	منابع انسانی	
• تأمین مالی پایدار • تخصیص بهینه بودجه • کنترل هزینه‌ها	منابع مالی	منابع و زیرساخت‌ها
• پرونده الکترونیک • یکپارچگی سامانه‌ها • امنیت اطلاعات	زیرساخت فناوری اطلاعات	
• تعامل سازمان‌های بیمه‌گر • همکاری وزارت بهداشت • هماهنگی با ارائه‌دهندگان خدمت	هماهنگی بین‌سازمانی	هماهنگی و مشارکت ذی‌نفعان
• مشارکت بیمه‌شدگان • مشارکت بخش خصوصی • مشارکت انجمن‌های تخصصی	ذی‌نفعان	
• تعیین اهداف عملیاتی • زمان‌بندی اجرا • تدوین برنامه اقدام	برنامه‌ریزی اجرایی	مدیریت اجرایی
• استانداردسازی فرآیندها • مدیریت ریسک • بازمهندسی فرآیندها	مدیریت روندها	
• ثبات اقتصادی • کنترل تورم • پایداری منابع عمومی	شرایط اقتصادی	محیط و بستر اجرای خط‌مشی
• فرهنگ بیمه • اعتماد عمومی • آگاهی بیمه‌شدگان	شرایط اجتماعی و فرهنگی	
• مستندسازی تجربیات • انتقال دانش • بهبود مستمر	قابلیت یادگیری سازمان	مدیریت دانش و شواهد
• استفاده از داده‌ها • بهره‌گیری از پژوهش‌ها • تحلیل شاخص‌های عملکرد	داده کاوی	

جدول ۳. مضامین مرتبط با راهبردهای اجرای خط مشی های بیمه

مضامین فراگیر	مضامین سازمان دهنده	مضامین پایه
راهبردهای مدیریتی و حکمرانی	برنامه ریزی راهبردی	• تدوین برنامه عملیاتی • تعیین اولویت ها • هدف گذاری مبتنی بر شاخص
	رهبری و مدیریت تغییر	• مدیریت مقاومت • ایجاد فرهنگ تغییر • حمایت مدیران ارشد
	نظام نظارت و ارزیابی	• پایش مستمر • ارزیابی عملکرد • بازخورد اصلاحی
	مدیریت ریسک	• شناسایی ریسک ها • کنترل ریسک • برنامه های جایگزین
راهبردهای توسعه ظرفیت اجرایی	توانمندسازی کارکنان	• آموزش مستمر • ارتقای مهارت ها • نظام انگیزشی
	توسعه زیرساخت ها	• یکپارچه سازی سامانه ها • هوشمندسازی خدمات • توسعه زیرساخت دیجیتال
	مدیریت منابع مالی	• بودجه ریزی مبتنی بر عملکرد • کنترل هزینه ها • تنوع بخشی منابع مالی
	مدیریت دانش	• مستندسازی تجارب • انتقال دانش • نوآوری در فرایندها
راهبردهای تعامل و هماهنگی	هم افزایی	• ایجاد کار گروه های مشترک • تبادل اطلاعات • توافقات بین سازمانی
	حکمرانی ذی نفع محور	• مشارکت بیمه شدگان • مشارکت ارائه دهندگان خدمت • مشارکت بخش خصوصی
	ارتباطات و اطلاع رسانی	• اطلاع رسانی شفاف • فرهنگ سازی • مدیریت ارتباط با ذی نفعان
	اصلاح فرایندهای اجرایی	• ساده سازی فرایندها • استانداردسازی خدمات • کاهش بروکراسی

• استقرار استانداردهای کیفیت • سنجش رضایت بیمه‌شدگان • بهبود دسترسی به خدمات	ارتقای کیفیت خدمات	
• تحلیل داده‌های بیمه‌ای • استفاده از نتایج پژوهش‌ها • بهره‌گیری از شاخص‌های عملکرد • نظام گزارش‌دهی هوشمند	تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد	

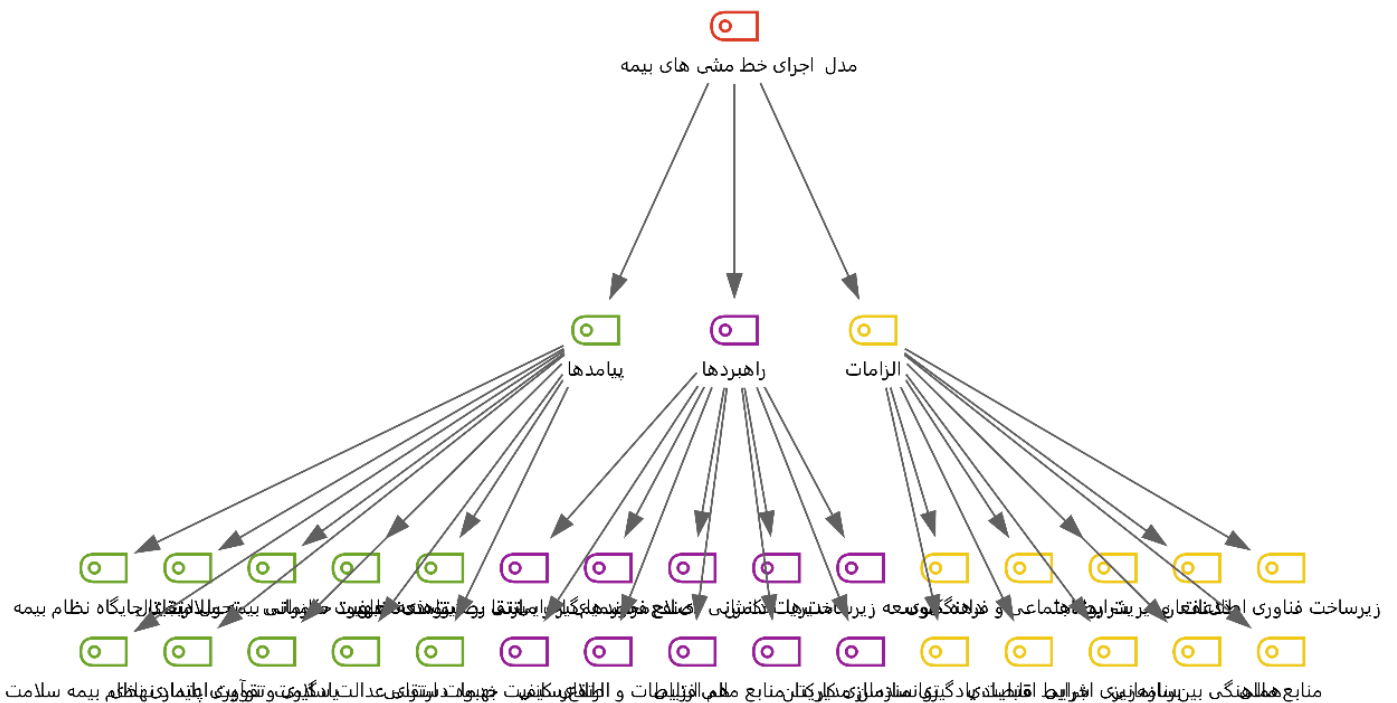
جدول ۳. مضامین مرتبط با پیامدها اجرای خط مشی‌های بیمه

مضامین فراگیر	مضامین سازمان‌دهنده	مضامین پایه
پیامدهای عملکردی	بهبود کارایی	• کاهش هزینه‌های اجرایی • افزایش بهره‌وری • کاهش اتلاف منابع • بهبود زمان ارائه خدمات
	ارتقای اثربخشی	• تحقق اهداف خط‌مشی • افزایش کیفیت تصمیمات • بهبود نتایج اجرایی • افزایش موفقیت برنامه‌ها
پیامدهای مالی و اقتصادی	پایداری مالی	• تعادل منابع و مصارف • کاهش کسری بودجه • مدیریت بهینه منابع • افزایش پایداری مالی
	کنترل هزینه‌ها	• کاهش هزینه‌های درمان • مدیریت هزینه‌های بیمه • جلوگیری از هزینه‌های غیرضروری
پیامدهای خدماتی	ارتقای کیفیت خدمات	• افزایش کیفیت خدمات درمانی • استانداردسازی خدمات؛ افزایش ایمنی خدمات • کاهش خطاهای اجرایی
	بهبود دسترسی	• افزایش پوشش بیمه‌ای • تسهیل دسترسی به خدمات • کاهش نابرابری در دسترسی • کاهش زمان انتظار
پیامدهای اجتماعی	ارتقا رضایت ذی‌نفعان	• رضایت بیمه‌شدگان • رضایت ارائه‌دهندگان خدمت • رضایت کارکنان • افزایش اعتماد عمومی
	ارتقای عدالت سلامت	• توزیع عادلانه خدمات • کاهش نابرابری سلامت • حمایت از گروه‌های آسیب‌پذیر

پیامدهای سازمانی	توسعه ظرفیت سازمانی	• تقویت سرمایه انسانی • بهبود ساختار سازمانی • ارتقای فرهنگ سازمانی • افزایش چابکی سازمان
	یادگیری و نوآوری	• توسعه دانش سازمانی • مستندسازی تجربیات • تقویت نوآوری • یادگیری مستمر
پیامدهای حکمرانی	بهبود حکمرانی بیمه سلامت	• افزایش شفافیت • ارتقای پاسخگویی • تقویت هماهنگی بین سازمانی • بهبود نظام نظارت
	تقویت اعتماد نهادی	• افزایش مشروعیت سازمان • افزایش اعتماد ذی‌نفعان • ارتقای سرمایه اجتماعی
پیامدهای فناوریانه	تحول دیجیتال	• توسعه خدمات الکترونیک • یکپارچه‌سازی اطلاعات • افزایش دقت داده‌ها
پیامدهای راهبردی و توسعه‌ای	پایداری نظام بیمه سلامت	• تاب‌آوری نظام بیمه • تداوم اجرای خط‌مشی • سازگاری با تغییرات محیطی • توسعه پایدار نظام سلامت
	ارتقای جایگاه نظام بیمه	• افزایش اعتبار سازمان • بهبود رقابت‌پذیری • تقویت حکمرانی سلامت • افزایش ارزش آفرینی برای جامعه
خروجی های نرم افزار Maxqda		

ارائه یافته

بر اساس مطالعه پژوهش های پیشین و کدهای استخراج شده با استفاده از روش تحلیل تم، مضامین اجرای خط مشی های بیمه شامل الزامات، راهبردها و پیامدها می باشند.



شکل ۱. مدل اجرای خط مشی های بیمه (منبع: پژوهش حاضر)

برازش مدل پژوهش

فرآیند تبدیل یافته‌های کیفی به سازه‌های کمی

در این پژوهش، به‌منظور توسعه مدل کمی، سازه‌های تحقیق بر اساس نتایج مرحله کیفی و کدگذاری داده‌ها استخراج شدند. بدین صورت که کدهای محوری به‌عنوان ابعاد مفهومی و کدهای باز به‌عنوان شاخص‌های قابل اندازه‌گیری در نظر گرفته شدند. سپس، گویه‌های پرسشنامه با الهام از این کدها طراحی گردید و به‌منظور بررسی روایی محتوایی، در اختیار جمعی از خبرگان حوزه خط مشی قرار گرفت. در این مرحله، گویه‌ها از نظر شفافیت، ارتباط و ضرورت مورد ارزیابی قرار گرفته و اصلاحات لازم اعمال شد. در نهایت، سازه‌های نهایی به‌صورت عملیاتی تعریف شده و در مدل‌سازی معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی (PLS) مورد آزمون قرار گرفتند.

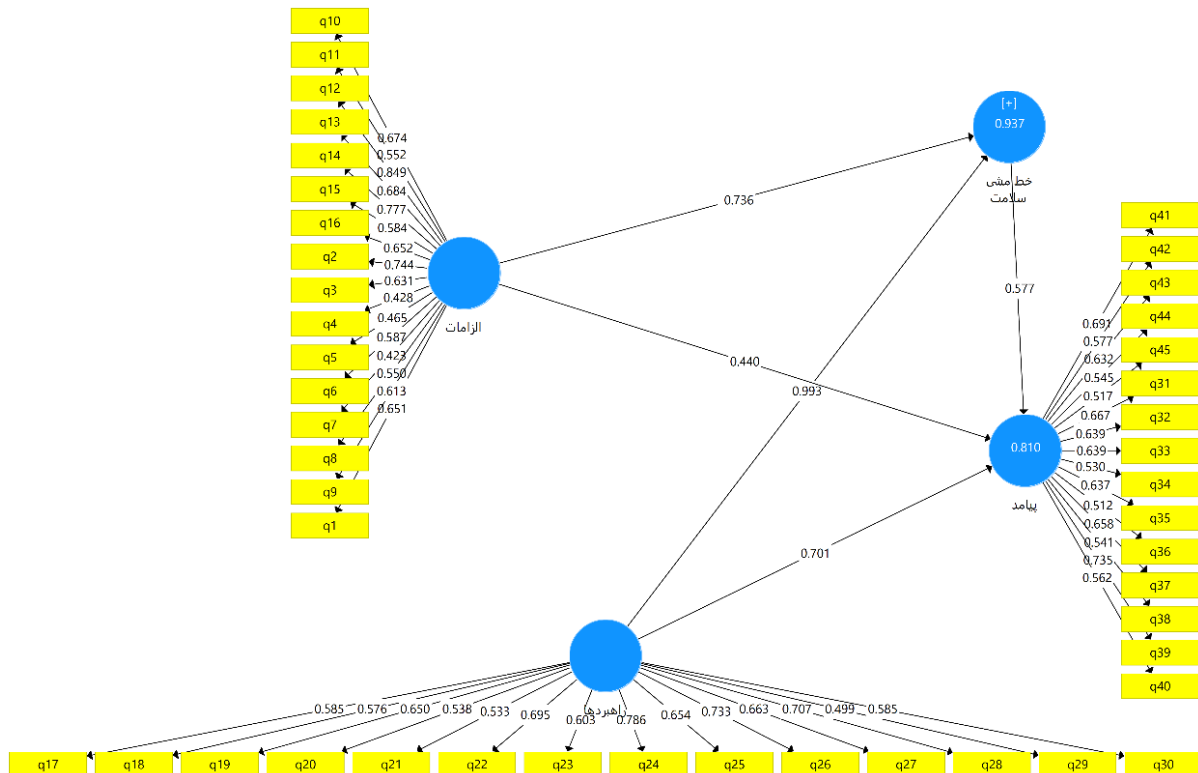
این فرآیند، پیوند منطقی میان یافته‌های کیفی و تحلیل کمی را برقرار ساخته و انسجام رویکرد آمیخته پژوهش را تضمین می‌کند. در این مطالعه همچنین جهت سنجش برازش کلی مدل با استفاده از شاخص اشتراکی و ضریب تعیین، شاخص نیکویی برازش (GOF^1) از طریق فرمول ۱ محاسبه مورد محاسبه قرار گرفته است. مقدار GOF برابر بود با ۰/۴۸۲ که نشان از برازش بالا دارد.

فرمول ۱)

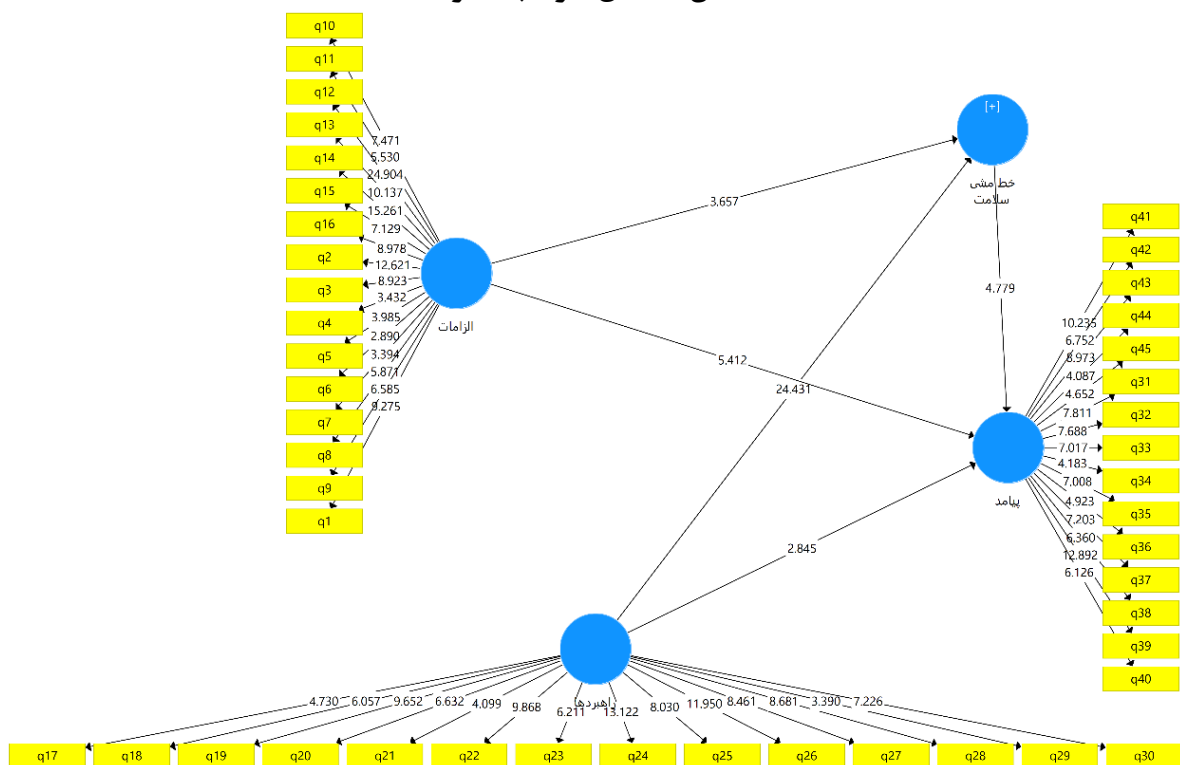
$$GOF = \sqrt{Communality \times R^2} = 0.48$$

شاخص نیکویی برازش			
متغیر	ضریب تعیین	شاخص اشتراکی	نیکویی برازش
الزامات	۰/۴۲۹	۰/۷۵۶	۰/۴۸۲
راهبردها	۰/۴۰۹	۰/۷۸۰	
پیامد	۰/۴۴۱	۰/۸۶۲	

آماره تی و ضرایب مسیر مدل پژوهش به شرح شکل ۴-۹ ارائه شده است. همانگونه که در شکل ۴ مشاهده می‌شود با استناد به مقدار آماره تی در سطح اطمینان ۹۵ درصد که به منظور تایید مدل می‌بایست در بیشتر از ۱/۹۶ حاصل شود، می‌توان بیان نمود که مدل این مطالعه مورد تایید است.



شکل ۴. مدل ضرایب مسیر



شکل ۵. مدل آماره تی

بحث و نتیجه گیری

اجرای خط‌مشی‌های بیمه، مرحله‌ای بنیادین در چرخه سیاست‌گذاری عمومی محسوب می‌شود که طی آن، اهداف، برنامه‌ها و تصمیمات اتخاذ‌شده در مرحله تدوین، به اقدامات عملیاتی، برنامه‌های اجرایی و خدمات قابل ارائه به ذی‌نفعان تبدیل می‌شوند. در واقع، موفقیت یا شکست هر خط‌مشی، بیش از آنکه به کیفیت تدوین آن وابسته باشد، به نحوه اجرای آن بستگی دارد. بسیاری از خط‌مشی‌هایی که با بهره‌گیری از مطالعات کارشناسی و پشتوانه‌های علمی تدوین می‌شوند، در صورت اجرای نامناسب، قادر به دستیابی به اهداف مورد انتظار نخواهند بود. از این‌رو، اجرای خط‌مشی به‌عنوان حلقه اتصال میان تصمیم‌گیری و تحقق نتایج، جایگاه ویژه‌ای در نظام حکمرانی و مدیریت بخش عمومی دارد.

در حوزه بیمه، اجرای خط‌مشی‌ها از پیچیدگی بیشتری نسبت به بسیاری از بخش‌های دیگر برخوردار است؛ زیرا نظام بیمه سلامت متشکل از مجموعه‌ای گسترده از ذی‌نفعان شامل دولت، سازمان‌های بیمه‌گر، وزارت بهداشت، مراکز ارائه‌دهنده خدمات درمانی، پزشکان، مراکز تشخیصی، داروخانه‌ها، شرکت‌های بیمه، بیمه‌شدگان و سایر نهادهای مرتبط است. هر یک از این بازیگران دارای اهداف، انتظارات، منابع و مسئولیت‌های متفاوتی هستند و هماهنگی میان آن‌ها، شرط اساسی اجرای موفق خط‌مشی‌های بیمه به شمار می‌رود. در چنین شرایطی، اجرای خط‌مشی صرفاً به معنای اجرای یک دستورالعمل یا آیین‌نامه نیست، بلکه فرآیندی پویا، چندبعدی و مستمر است که نیازمند مدیریت، هماهنگی، نظارت و ارزیابی مستمر است. اجرای خط‌مشی‌های بیمه شامل مجموعه‌ای از فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده است که از مرحله ابلاغ سیاست‌ها آغاز شده و تا استقرار کامل برنامه‌ها، ارزیابی نتایج و اصلاح مستمر فرآیندها ادامه می‌یابد. در این فرآیند، منابع مالی، سرمایه انسانی، فناوری اطلاعات، قوانین و مقررات، ساختارهای سازمانی، فرهنگ سازمانی، مشارکت ذی‌نفعان و نظام‌های نظارتی، همگی نقش تعیین‌کننده‌ای در موفقیت اجرای خط‌مشی دارند. هرگونه ضعف در یکی از این مؤلفه‌ها می‌تواند موجب کاهش اثربخشی سیاست‌ها، افزایش هزینه‌های اجرایی، نارضایتی بیمه‌شدگان و در نهایت، عدم تحقق اهداف کلان نظام سلامت

شود. یکی از ویژگی‌های مهم اجرای خط‌مشی‌های بیمه، وابستگی آن به شرایط محیطی و تغییرات اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فناورانه است. نظام بیمه سلامت همواره تحت تأثیر عواملی نظیر رشد هزینه‌های درمان، تغییر الگوی بیماری‌ها، افزایش تقاضا برای خدمات سلامت، محدودیت منابع مالی، تحولات جمعیتی، پیشرفت فناوری‌های پزشکی و تغییر انتظارات شهروندان قرار دارد. بنابراین، اجرای موفق خط‌مشی‌ها مستلزم برخورداری از انعطاف‌پذیری، توانایی مدیریت تغییر و ظرفیت انطباق با شرایط متغیر محیطی است. سازمان‌های بیمه‌گر باید بتوانند ضمن حفظ ثبات در اجرای برنامه‌ها، در مواجهه با شرایط جدید نیز تصمیمات مناسب و به‌موقع اتخاذ کنند. اجرای خط‌مشی‌های بیمه بدون وجود نظام حکمرانی مناسب امکان‌پذیر نیست. حکمرانی مطلوب مستلزم وجود قوانین شفاف، تقسیم دقیق مسئولیت‌ها، پاسخگویی مدیران، شفافیت در تصمیم‌گیری، مشارکت ذی‌نفعان، نظارت مستمر و سازوکارهای مؤثر ارزیابی عملکرد است. هرچه سطح حکمرانی در نظام بیمه سلامت ارتقا یابد، احتمال موفقیت اجرای سیاست‌ها نیز افزایش خواهد یافت. همچنین، وجود نظام اطلاعاتی یکپارچه و داده‌های دقیق، امکان پایش مستمر عملکرد، شناسایی نقاط ضعف و اتخاذ تصمیم‌های مبتنی بر شواهد را فراهم می‌سازد و موجب افزایش کارایی و اثربخشی اجرای خط‌مشی‌ها می‌شود. پژوهش حاضر با هدف طراحی مدل اجرای خط‌مشی‌های بیمه با مطالعه موردی بیمه سلامت انجام شد. ضرورت انجام این پژوهش از آنجا ناشی می‌شود که اگرچه در سال‌های اخیر خط‌مشی‌ها و برنامه‌های متعددی در حوزه بیمه سلامت تدوین و ابلاغ شده‌اند، اما در بسیاری از موارد، فاصله قابل‌توجهی میان مرحله تدوین خط‌مشی و اجرای اثربخش آن وجود داشته است. این فاصله موجب شده است که بسیاری از اهداف مورد انتظار از جمله ارتقای عدالت در سلامت، افزایش کارایی نظام بیمه، بهبود کیفیت خدمات و پایداری منابع مالی به طور کامل محقق نشوند. شناسایی عوامل مؤثر بر اجرای موفق خط‌مشی‌های بیمه و ارائه یک مدل جامع و بومی برای هدایت این فرآیند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این پژوهش، با بهره‌گیری از رویکرد آمیخته، ابتدا از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با و تحلیل

مضمون، ابعاد و مؤلفه‌های مؤثر بر اجرای خط‌مشی‌های بیمه شناسایی شد. در ادامه، با استفاده از روش کدگذاری، مضامین استخراج‌شده در قالب مضامین پایه، سازمان‌دهنده و فراگیر طبقه‌بندی شدند و مدل مفهومی پژوهش شکل گرفت. سپس، در بخش کمی پژوهش، مدل پیشنهادی از طریق گردآوری داده‌های پرسشنامه‌ای و بهره‌گیری از مدل‌یابی معادلات ساختاری اعتبارسنجی شد و روابط میان ابعاد مختلف مدل مورد آزمون قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که اجرای موفق خط‌مشی‌های بیمه حاصل تعامل مجموعه‌ای از عوامل در سه بعد اصلی الزامات، راهبردها و پیامدها است. در بخش الزامات، عواملی نظیر حکمرانی و سیاست‌گذاری، ظرفیت نهادی و سازمانی، منابع و زیرساخت‌ها، هماهنگی و مشارکت ذی‌نفعان، مدیریت اجرایی، محیط و بستر اجرای خط‌مشی و مدیریت دانش و شواهد به عنوان مهم‌ترین پیش‌نیازهای اجرای اثربخش خط‌مشی‌ها شناسایی شدند. همچنین، نتایج نشان داد که صرف وجود قوانین و مقررات مناسب برای موفقیت اجرای خط‌مشی کافی نیست، بلکه فراهم بودن زیرساخت‌های سازمانی، منابع مالی، سرمایه انسانی، فناوری اطلاعات و هماهنگی میان بازیگران مختلف نظام سلامت نیز از اهمیت اساسی برخوردار است. در بخش راهبردها، پژوهش نشان داد که تحقق اهداف خط‌مشی‌های بیمه مستلزم به‌کارگیری مجموعه‌ای از اقدامات مدیریتی و اجرایی است. راهبردهایی مانند برنامه‌ریزی عملیاتی، مدیریت تغییر، پایش و ارزیابی مستمر، توسعه ظرفیت اجرایی، مدیریت منابع، ارتقای فناوری اطلاعات، تعامل مؤثر با ذی‌نفعان، اصلاح فرآیندها، ارتقای کیفیت خدمات و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، مهم‌ترین سازوکارهایی هستند که می‌توانند زمینه تحقق اهداف خط‌مشی‌ها را فراهم کنند. این یافته بیانگر آن است که اجرای خط‌مشی فرآیندی پویا و مستمر بوده و نیازمند مدیریت فعال، انعطاف‌پذیر و مبتنی بر یادگیری سازمانی است. در بخش پیامدها نیز نتایج نشان داد که اجرای موفق خط‌مشی‌های بیمه، پیامدهای گسترده‌ای در ابعاد عملکردی، مالی، خدماتی، اجتماعی، سازمانی، حکمرانی، فناورانه و توسعه‌ای به همراه دارد. ارتقای کیفیت خدمات بیمه‌ای، افزایش رضایت بیمه‌شدگان، بهبود عدالت در دسترسی به خدمات سلامت،

افزایش شفافیت، ارتقای پاسخگویی، پایداری مالی، توسعه فناوری‌های نوین و افزایش تاب‌آوری نظام بیمه سلامت از مهم‌ترین نتایج مورد انتظار اجرای اثربخش خط‌مشی‌ها به شمار می‌روند. بر اساس نتایج حاصل از تحلیل مضمون، در مجموع ۱۹ مضمون فراگیر، ۴۵ مضمون سازمان‌دهنده و ۱۵۰ مضمون پایه شناسایی و در قالب مدل نهایی اجرای خط‌مشی‌های بیمه طبقه‌بندی شدند. پس از طراحی مدل اجرای خط‌مشی‌های بیمه بر پایه یافته‌های حاصل از مرحله کیفی پژوهش و استخراج ابعاد، مؤلفه‌ها و شاخص‌های مدل، در گام بعدی اعتبار مدل از طریق رویکرد کمی و با بهره‌گیری از مدل‌یابی معادلات ساختاری مبتنی بر حداقل مربعات جزئی مورد بررسی قرار گرفت. هدف از این مرحله، ارزیابی میزان برازش مدل پیشنهادی با داده‌های تجربی، سنجش قدرت تبیین سازه‌های پژوهش و بررسی معناداری روابط میان متغیرهای پنهان بود. در این راستا، ابتدا مدل اندازه‌گیری از نظر روایی و پایایی مورد ارزیابی قرار گرفت و پس از تأیید شاخص‌های مربوطه، مدل ساختاری پژوهش از منظر ضرایب مسیر، ضرایب تعیین، معناداری روابط و شاخص برازش کلی مدل مورد آزمون قرار گرفت.

نتایج اعتبارسنجی نشان داد که مدل طراحی‌شده از انسجام مفهومی و ساختاری مناسبی برخوردار است و روابط میان ابعاد اصلی مدل، یعنی الزامات، راهبردها و پیامدها، از نظر آماری معنادار هستند. این موضوع بیانگر آن است که مدل استخراج‌شده از تحلیل مضامین، علاوه بر برخورداری از پشتوانه نظری، از شواهد تجربی نیز حمایت می‌شود و می‌تواند به عنوان چارچوبی معتبر برای تبیین اجرای خط‌مشی‌های بیمه مورد استفاده قرار گیرد. بر اساس نتایج مدل ساختاری، الزامات اجرای خط‌مشی تأثیر مستقیم و مثبتی بر راهبردها دارد و ضریب مسیر استاندارد این رابطه برابر با ۰/۹۹۳ به دست آمده است که نشان‌دهنده وجود رابطه‌ای بسیار قوی میان این دو سازه است. همچنین، الزامات بر پیامدها نیز اثر مستقیم و معناداری داشته و ضریب مسیر آن ۰/۴۴۰ محاسبه شده است. علاوه بر این، نتایج نشان داد که راهبردها نیز با ضریب مسیر ۰/۷۰۱ تأثیر مثبت و معناداری بر پیامدهای اجرای خط‌مشی‌های بیمه دارند. همچنین،

تأثیر راهبردها بر تحقق اجرای موفق خط‌مشی‌های بیمه با ضریب 0/736 تأیید شد. این یافته‌ها بیانگر آن است که هرچه الزامات اجرای خط‌مشی در سازمان‌های بیمه‌ای بیشتر فراهم شود، امکان استقرار راهبردهای مؤثر افزایش یافته و در نتیجه پیامدهای مطلوب‌تری برای نظام بیمه سلامت حاصل خواهد شد. یکی دیگر از شاخص‌های مهم در ارزیابی مدل ساختاری، ضریب تعیین (R^2) است که میزان قدرت تبیین متغیرهای درون‌زا توسط متغیرهای برون‌زا را نشان می‌دهد. مطابق نتایج حاصل از تحلیل، مقدار ضریب تعیین برای سازه اجرای خط‌مشی‌های بیمه برابر با 0/937 و برای سازه پیامدها برابر با 0/810 به دست آمد. بر اساس معیارهای ارائه‌شده در ادبیات مدل‌یابی معادلات ساختاری، مقادیر بالاتر از 0/۶۷ نشان‌دهنده قدرت تبیین قوی مدل هستند. بنابراین، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که متغیرهای مستقل توانسته‌اند بخش قابل‌توجهی از تغییرات سازه‌های وابسته را تبیین کنند و از این منظر، مدل پیشنهادی از قدرت تبیین مطلوبی برخوردار است. به‌منظور بررسی معناداری روابط میان سازه‌ها، آزمون بوت‌استرپ نیز اجرا شد. نتایج این آزمون نشان داد که تمامی ضرایب مسیر دارای مقدار آماره t بزرگ‌تر از ۱/۹۶ هستند؛ بنابراین، تمامی روابط در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار ارزیابی شدند. به‌طور مشخص، مقدار آماره t برای رابطه میان الزامات و اجرای خط‌مشی‌های بیمه 3/657، برای رابطه میان الزامات و پیامدها 5/412، برای رابطه میان راهبردها و اجرای خط‌مشی‌های بیمه 24/431، برای رابطه میان راهبردها و پیامدها 2/845 و برای رابطه میان اجرای خط‌مشی‌های بیمه و پیامدها 4/779 به دست آمد. مقادیر مذکور بیانگر آن است که روابط پژوهش مورد تأیید قرار گرفته و روابط میان سازه‌های مدل از پشتوانه آماری کافی برخوردار هستند. بررسی بارهای عاملی شاخص‌های اندازه‌گیری نیز نشان داد که اغلب گویه‌های پرسشنامه دارای بار عاملی قابل قبول و بالاتر از حداقل مقدار توصیه‌شده هستند. این موضوع بیانگر آن است که هر یک از گویه‌ها توانسته‌اند سازه مربوط به خود را به‌خوبی اندازه‌گیری کنند و شاخص‌های طراحی‌شده از روایی همگرا و قدرت تبیین مناسبی برخوردارند. همچنین، نتایج روایی

و اگرآ نیز نشان داد که هر سازه استقلال مفهومی خود را نسبت به سایر سازه‌ها حفظ کرده است و همپوشانی نامناسبی میان ابعاد مختلف مدل مشاهده نمی‌شود. برازش کلی مدل از طریق شاخص نیکویی برازش (GOF) مورد بررسی قرار گرفت. این شاخص که از ترکیب میانگین واریانس استخراج‌شده و میانگین ضرایب تعیین محاسبه می‌شود، تصویری کلی از کیفیت مدل ارائه می‌دهد. بر اساس نتایج به‌دست‌آمده، مقدار شاخص GOF برابر با 0/482 محاسبه شد. با توجه به اینکه مقدارهای 0/۱۰، 0/۲۵ و 0/۳۶ به ترتیب نشان‌دهنده برازش ضعیف، متوسط و قوی مدل هستند، مقدار به‌دست‌آمده در این پژوهش بیانگر برازش قوی و مطلوب مدل است. می‌توان نتیجه گرفت که مدل پیشنهادی از توانایی مناسبی در تبیین روابط میان سازه‌های پژوهش برخوردار بوده و از منظر شاخص‌های برازش، قابلیت استفاده در محیط‌های واقعی و مطالعات مشابه را داراست.

نتایج مربوط به میانگین اشتراکی نشان داد که سازه الزامات دارای مقدار 0/756، سازه راهبردها دارای مقدار 0/780 و سازه پیامدها دارای مقدار 0/842 است. این مقادیر بیانگر آن است که هر سه سازه بخش قابل توجهی از واریانس شاخص‌های خود را تبیین کرده و از کیفیت اندازه‌گیری مطلوبی برخوردار هستند. از سوی دیگر، مقادیر ضرایب تعیین برای سازه‌های درون‌زا نیز نشان داد که مدل از قدرت پیش‌بینی مناسبی برخوردار بوده و متغیرهای مستقل توانسته‌اند بخش عمده‌ای از تغییرات متغیرهای وابسته را توضیح دهند. یافته‌های حاصل از اعتبارسنجی مدل بیانگر آن است که مدل طراحی‌شده برای اجرای خط‌مشی‌های بیمه از اعتبار نظری و تجربی مطلوبی برخوردار است. هم معناداری روابط ساختاری، هم قدرت تبیین بالای متغیرهای درون‌زا و هم مقدار مناسب شاخص برازش کلی، نشان می‌دهند که مدل پیشنهادی توانایی مناسبی در تبیین فرآیند اجرای خط‌مشی‌های بیمه دارد. به بیان دیگر، نتایج این مرحله تأیید می‌کند که فراهم بودن الزامات اجرایی، زمینه‌ساز استقرار راهبردهای مناسب بوده و اجرای اثربخش این راهبردها، دستیابی به پیامدهای مطلوب در نظام بیمه سلامت را تسهیل می‌کند. مدل ارائه‌شده می‌تواند به‌عنوان یک چارچوب معتبر،

موجب کاهش هزینه‌ها، افزایش شفافیت و بهبود نظارت بر فرآیندهای اجرایی خواهد شد.

توانمندسازی سرمایه انسانی و توسعه شایستگی‌های مدیریتی

اجرای موفق خط‌مشی‌های بیمه مستلزم برخورداری از نیروی انسانی توانمند و مدیران آشنا با اصول سیاست‌گذاری و مدیریت اجرای خط‌مشی است. پیشنهاد می‌شود برنامه‌های آموزشی مستمر برای مدیران و کارشناسان در زمینه مدیریت خط‌مشی عمومی، مدیریت تغییر، تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد، مدیریت پروژه، تحلیل داده و ارزیابی عملکرد طراحی و اجرا شود. همچنین ایجاد نظام انگیزشی مناسب می‌تواند مشارکت کارکنان در اجرای موفق برنامه‌ها را افزایش دهد.

نهادینه‌سازی تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد و مدیریت دانش

پیشنهاد می‌شود تصمیمات مربوط به طراحی و اجرای خط‌مشی‌های بیمه بر پایه داده‌های معتبر، نتایج پژوهش‌های علمی و تحلیل شاخص‌های عملکرد اتخاذ شود. ایجاد بانک دانش سازمانی، مستندسازی تجربیات موفق و ناموفق، تشکیل گروه‌های تخصصی تحلیل سیاست و استفاده از ظرفیت دانشگاه‌ها و مراکز پژوهشی، می‌تواند کیفیت تصمیم‌گیری را ارتقا داده و احتمال موفقیت اجرای خط‌مشی‌ها را افزایش دهد. افزایش مشارکت ذی‌نفعان در فرآیند اجرای خط‌مشی‌های بیمه پیشنهاد می‌شود مشارکت بیمه‌شدگان، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، انجمن‌های علمی، بخش خصوصی و سایر نهادهای مرتبط در تمامی مراحل اجرای خط‌مشی تقویت شود. برگزاری نشست‌های تخصصی، دریافت بازخورد ذی‌نفعان، انجام نظرسنجی‌های دوره‌ای و ایجاد بسترهای ارتباطی مستمر میان سازمان بیمه سلامت و ذی‌نفعان، موجب افزایش پذیرش سیاست‌ها، کاهش مقاومت در برابر تغییر و ارتقای کیفیت اجرای خط‌مشی‌های بیمه خواهد شد.

بومی و کاربردی برای مدیران، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان حوزه بیمه سلامت در طراحی، اجرا، پایش و بهبود خط‌مشی‌های بیمه مورد استفاده قرار گیرد.

بر این اساس پیشنهادهای ذیل ارائه می‌شوند:

تقویت نظام حکمرانی و هماهنگی بین‌سازمانی در اجرای خط‌مشی‌های بیمه با توجه به نقش محوری الزامات حکمرانی در موفقیت اجرای خط‌مشی‌ها، پیشنهاد می‌شود سازوکارهای هماهنگی میان سازمان بیمه سلامت، وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، سازمان‌های بیمه‌گر و مراکز ارائه‌دهنده خدمات سلامت تقویت شود. تشکیل کمیته‌های دائمی اجرای خط‌مشی، تعیین مسئولیت‌های شفاف برای هر دستگاه و ایجاد نظام پاسخگویی مشترک، می‌تواند از موازی کاری جلوگیری کرده و اثربخشی اجرای سیاست‌های بیمه‌ای را افزایش دهد.

استقرار نظام پایش و ارزیابی مستمر اجرای خط‌مشی‌ها

به مدیران ارشد سازمان بیمه سلامت پیشنهاد می‌شود نظامی جامع برای پایش مستمر اجرای خط‌مشی‌ها طراحی و اجرا کنند. این نظام باید مبتنی بر شاخص‌های عملکردی مشخص، گزارش‌های دوره‌ای، داشبوردهای مدیریتی و ارزیابی مستمر نتایج باشد تا انحرافات اجرایی به‌موقع شناسایی و اقدامات اصلاحی در کوتاه‌ترین زمان ممکن انجام شود. بازخورد مستمر، زمینه بهبود کیفیت تصمیم‌گیری و افزایش اثربخشی برنامه‌ها را فراهم خواهد کرد.

توسعه زیرساخت‌های هوشمند و یکپارچه فناوری اطلاعات

پیشنهاد می‌شود توسعه سامانه‌های هوشمند بیمه‌ای، یکپارچه‌سازی بانک‌های اطلاعاتی، تکمیل پرونده الکترونیک سلامت، توسعه نسخه‌نویسی الکترونیک و استفاده از تحلیل کلان‌داده‌ها در اولویت برنامه‌های سازمان بیمه سلامت قرار گیرد. این اقدام علاوه بر افزایش سرعت و دقت ارائه خدمات،

منابع

ابوالحسنی محمد صادق، ضیاءالدینی محمد، نیک بخش محمد علی. ۱۴۰۳. شناسایی و اولویت بندی اقدامات کاهنده شکست اجرای خط‌مشی‌های نظام سلامت بر اساس تکنیک واکاوی حالات نقص و اثرات آن و تاپسیس فازی. فصلنامه علمی تخصصی طب کار. قاضوی، سمیرا و سلاجقه، سنجر و منظری توکلی، علیرضا، ۱۴۰۱، طراحی الگوی مفهومی ریسک‌های مدیریتی مرتبط با میزان اجرای خط‌مشی‌های بیمه‌ای در صنعت بیمه جمهوری اسلامی ایران

کاظمی رهبر، مجتبی و مهدیزاده، سمانه، ۱۴۰۳، بررسی موانع اجرای خط‌مشی‌های عمومی با مهارت‌های مدیران در شعب بیمه ایران، یازدهمین کنفرانس بین‌المللی مطالعات نوین مدیریت و حسابداری در ایران، تهران

AlJohani, B. A., & Bugis, B. A. (۲۰۲۴). Advantages and challenges of implementation and strategies for health insurance in Saudi Arabia: a systemic review. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, ۶۱, .۰۰۴۶۹۵۸۰۲۴۱۲۳۳۴۴۷

Chen, B., & Yao, N. (2024). Evolution characteristics of cultivated land protection policy in China based on smith policy implementation. *Agriculture*, 14(7), 1194.

Chriqui, J. F., Asada, Y., Smith, N. R., Kroll-Desrosiers, A., & Lemon, S. C. (۲۰۲۳). Advancing the science of policy implementation: a call to action for the implementation science field. *Translational Behavioral Medicine*, ۱۳(۱۱), ۸۲۰–۸۲۵. <https://doi.org/۱۰.۱۰۹۳/tbm/ibad۰۳۴>

Eze, O. I., Iseolorunkanmi, A., & Adeboye, D. (۲۰۲۴). The National Health Insurance Scheme (NHIS) in Nigeria: current issues and implementation challenges. *Journal of Global Health Economics and Policy*, ۴, e.۲۰۲۴۰۰۲

Guo, S. (2023). Exploring low-carbon pilot city policy implementation: Evidence from China. *Climate Policy*, 23(8), 1045-1057.

Hasibuan, H. Y., Syarifudin, E., & Santosa, C. A. H. F. (2023). Ethnoscience as the policy implementation of kurikulum merdeka in science learning: a systematic literature review. *Jurnal Penelitian Pendidikan IPA*, 9(8), 366-372.

Kajwang, B. (۲۰۲۲). CHALLENGES FACING IMPLEMENTATION OF CONTINUOUS DEVELOPMENT PROGRAMS (CPDS) IN THE INSURANCE SECTOR IN KENYA. *Journal of Human Resource and Leadership*, ۷(۱), ۷۱–۸۱. <https://doi.org/۱۰.۴۷۶۰۴/jhrl.۱۶۰۳>

Lusianti, D., Nasrullah, M., Yusoff, R., & Setyawan, R. (۲۰۲۴). National Health Insurance: An Implementation Framework of Nizam Al Mulk's Social, Economic, and Political Thoughts. *International Journal of Islamic Business and Economics (IJIBEC)*, ۸(۱), ۱۴–۱

Mubarok, S., Zauhar, S., Setyowati, E., & Suryadi, S. (2020). Policy implementation analysis: exploration of george edward iii, marilee s grindle, and mazmanian and sabatier theories in the policy analysis triangle framework. *Journal of Public Administration Studies*, 5(01), 33-38.

Mulyadi, H., Darmawan, A. B., Yulyani, N., Sutrisno, E., & Permana, I. (۲۰۲۴). The Implementation of National Health Insurance Policy in Rural Health Center. *Jurnal Health Sains*, ۵(۷), ۴۹۹–۴۹۳

- Mwilongo, N., Kaamo, K., & Tumbo, E. (۲۰۲۵). Challenges in Public Policy Implementation in Local Government Authorities: Who to Blame for Policy Failure? *Eminent Journal of Business and Management*, ۱(۱), ۱۹-۳۵. <https://doi.org/10.70582/v1j9cq87>
- Olowu, A. (۲۰۲۵). Policy Implementation and Good Governance for Sustainable Development in Nigeria. *Journal of Sustainable Development Law and Policy (The)*, ۱۶(۱), ۵۲-۶۷. <https://doi.org/10.4314/jsdlp.v16i1.3>
- Qiu, Z., & Wu, S. (۲۰۲۴). Analysis of the Deviation of Local Government Public Policy Implementation and its Correction Exploration. *Frontiers in Humanities and Social Sciences*, ۴(۵), ۱۳۸-۱۴۴. <https://doi.org/10.54691/zqvva8x76>
- Sager, F., & Gofen, A. (2022). The polity of implementation: Organizational and institutional arrangements in policy implementation. *Governance*, 35(2), 347-364.
- Walker, L. S., & Trautman, D. E. (۲۰۲۱). Healthcare Policy. In *Nurses Contributions to Quality Health Outcomes* (pp. ۲۱-۳۸). Springer International Publishing. https://doi.org/2-69063-030-3-978101007_2
- Yang, L., Wu, Y., Yue, Q., & Ma, Y. (۲۰۲۴). Working together: an RACM model of policy implementation capacity. *Global Public Policy and Governance*, ۴(۱), ۵۶-۸۵. <https://doi.org/10.1007/s4-00087-024-43508>
- Yang, X., Yuan, S., & Hu, Y. (۲۰۲۵). Long-term care insurance and implementation for older people in China: a systematic review of textual evidence protocol. *JBIEvidence Synthesis*, ۲۳(۳), ۵۶۳-۵۵۴
- Zhelyazkova, A., & Thomann, E. (2021). Policy implementation. In *Environmental Policy in the EU* (pp. 220-240). Routledge.

*Original Article***Design and Validation of an Insurance Policy Implementation Model
(Case Study: Health Insurance)**

Received: 10/08/2025 - Accepted: 12/12/2025

Alireza Fathi^{1*}
 Gholamreza Memarzadeh Tehran¹
 Zahra Moghimi²
 Yousef Mohammadi Moghadam³

¹ Department of Public Administration ,
 SR.C., Islamic Azad University ,
 Tehran , Iran.

² Department of Public Administration,
 Semnan Branch, Islamic Azad
 University , Semnan , Iran.

³ Department of Judicial Management,
 University of Judicial Sciences and
 Services Administrative, Tehran , Iran.

Corresponding author: Alireza
 Fathi, Department of Public
 Administration , SR.C., Islamic
 Azad University , Tehran , Iran.

Email: a.fathi0406@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of designing a model for implementing insurance policies in health insurance.

Method: This study is applied in terms of purpose and mixed in terms of method and is based on the inductive-deductive paradigm. In the qualitative part, data were collected through semi-structured interviews with 22 experts and professors in the field of policy-making, using the purposive sampling method and until theoretical saturation was achieved. Qualitative data were analyzed using the content analysis method and MAXQDA 2020 software. In the quantitative part, in order to validate the proposed model, a researcher-made questionnaire was provided to senior and middle managers of the health insurance organization, and the data were analyzed using the structural equation modeling method based on partial least squares and SmartPLS software.

Results: The findings of the qualitative section led to the identification of 19 overarching themes, 45 organizing themes, and 150 basic themes, which were classified into three main dimensions of requirements, strategies, and consequences of implementing insurance policies. The results of the quantitative section also showed that the proposed model had a good fit and that all relationships between the model's constructs were statistically significant.

Conclusion: Based on the research findings, the successful implementation of insurance policies requires the provision of institutional, managerial, legal, financial, technological, and human requirements, the application of appropriate strategies in the areas of planning, management, coordination, capacity development, and process improvement, and ultimately achieving outcomes such as improving service quality, increasing efficiency, financial sustainability, improving governance, increasing stakeholder satisfaction, and developing the health insurance system. Since no comprehensive model has been presented so far for implementing insurance policies in the field of health insurance, the model proposed in this study can be used as a scientific and practical framework for managers, policymakers, and decision-makers of the health insurance system in designing, implementing, monitoring, and evaluating insurance policies, and it can pave the way for the development of theoretical literature and future research in this field.

Keywords: Hypercalciuria, Urinary Tract Infections, pediatrics