مقاله پژوهشی

تبیین چالش‌های سقف‌گذاری بیمه سلامت و ارائه راهکارهای پیشنهادی از دیدگاه صاحبنظران

اعظم دلاوری‌نژاد [۱]، الهه هوشمند [۲]، جواد مقری [۳]، علی وفائی‌نجار [۴*]

۱ کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، مشهد، ایران
۲ دانشیار ، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، ایران
۳ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، ایران
۴ استاد، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مشهد، ایران

* **نویسنده مسؤول:** علی وفائی نجار
vafaeea@mums.ac.ir

ارجاع: دلاوری‌نژاد اعظم، هوشمند الهه، مقری جواد، وفائی‌نجار علی. تبیین چالش‌های سقف‌گذاری بیمه سلامت و ارائه راهکارهای پیشنهادی از دیدگاه صاحبنظران. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۴۰۱؛ ۷(۱): ۱۰۷-۹۷.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۰/۰۶
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۱/۰۳/۱۷
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۲۵

چکیده

زمینه و هدف: سقف‌گذاری بیمه سلامت به منظور مدیریت هزینه از سوی سازمان بیمه سلامت اجرا شد. در این طرح برای تعیین سقف پرداخت هر مرکز درمانی، عملکرد سال ۱۳۹۵ مبنا شده‌است و نباید بیشتر از عملکرد سال ۱۳۹۵ یا ۱۰ درصد کمتر هزینه ایجاد کند. این مسئله منجر به ایجاد چالش‌هایی در بیمارستان‌های دولتی شده بود، لذا هدف از این مطالعه، تبیین چالش‌های سقف‌گذاری بیمه سلامت از دیدگاه صاحبنظران و ارائه راهکارهای پیشنهادی بود.

روش پژوهش: این مطالعه از نوع کیفی و به روش تحلیل محتوا در سال ۱۴۰۰ انجام شد. به منظور گردآوری داده‌ها از مصاحبه‌های عمیق و نیمه‌ساختاریافته استفاده شد. جامعه پژوهش شامل صاحب‌نظران نظیر مدیران ستادی و بیمارستان، مدیران گروه‌های پزشکی، مدیران و کارشناسان بیمه بودند. نمونه‌گیری به شکل هدفمند انجام گردید. جمع‌آوری داده‌ها تا زمان تکمیل کدها ادامه یافت که در نهایت با ۱۷ نفر مصاحبه انجام شد. تحلیل داده‌ها نیز در هر فاز هم‌زمان با گردآوری داده‌ها و با استفاده از روش تحلیل محتوا و به وسیله نرم افزار MaxQDA 10 انجام پذیرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه ۲ مفهوم اصلی، چالش‌های مدیریتی (شامل زیرمفاهیم انگیزش، ارزیابی عملکرد، پذیرش بیماران و هزینه بیمارستان‌ها) و چالش‌های برنامه‌ریزی (شامل زیرمفاهیم آموزش، زیرساخت‌ها، هماهنگی بین بخشی و آینده نگری) بودند.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های مطالعه و چالش‌های بیان شده، سازمان بیمه سلامت می‌تواند با در نظر گرفتن پیش‌نیازهای لازم و ارائه راهکارهایی از قبیل راه اندازی سیستم نظارتی ارزیابی عملکرد، مدیریت هزینه، آموزش گروه‌های هدف، شفاف سازی و اطلاع رسانی مناسب، گام‌هایی در جهت ارتقای طرح مذکور بردارد.

واژه‌های کلیدی: سقف‌گذاری بیمه سلامت، بیمه سلامت، بیمارستان

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

مقدمه

بیمارستان یکی از مهمترین اجزای نظام سلامت است که بخش قابل توجهی از بودجه نظام سلامت را به خود اختصاص می‌دهد. طبق مطالعات گسترده بانک جهانی بیمارستان‌ها حدود ۸۰-۵۰ درصد هزینه کل بخش بهداشت و درمان را به مصرف می‌رسانند (۱). لذا بیمارستان به عنوان یک بنگاه اقتصادی، سازمان پیچیده‌ای است که نیاز به ساختار اقتصادی قدرتمند دارد (۲). تامین منابع مالی در بیمارستان‌های دولتی، عمدتاً از طریق منابع مالی دولت، پرداخت‌های سازمان‌های بیمه‌گر و پرداخت‌های مستقیم به وسیله دریافت‌کنندگان خدمات سلامت است (۳).

در ایران بعد از اجرای طرح تحول سلامت و بیمه‌کردن تعداد زیادی از افراد فاقد بیمه، منجر به افزایش مراجعه بیماران به بیمارستان‌ها به ویژه بیمارستان‌های دولتی-دانشگاهی شد، که فشار زیادی به سازمان‌های بیمه سلامت وارد ساخت (۴). بنابراین سازمان‌های بیمه سلامت با به‌کارگیری اقداماتی نظیر کاهش افقی و عمودی، بسته‌های حمایتی بیمه، اعمال کسورات بیشتر بر صورت حساب‌های ارسالی بیمارستان‌ها، تاخیر در بازپرداخت صورت حساب‌های بیمارستان‌ها، به‌کارگیری روش-های پرداخت ثابت و خرید مبتنی بر ارزش خدمات سلامت سعی در کنترل هزینه‌ها داشتند (۵). به عبارتی سازمان‌های بیمه سلامت پرداختی به بیمارستان‌ها را کاهش می‌دهند. درحالیکه هزینه دارو، تجهیزات، ملزومات و کارکنان بیمارستان‌ها در حال افزایش است. در نتیجه بیمارستان‌ها با محدودیت منابع مواجه خواهند شد و از طرفی تقاضا برای خدمات بیمارستانی هم به صورت روزافزون در حال افزایش است (۶). یکی از اقدامات صورت‌گرفته از سمت بیمه برای کاهش هزینه‌های بیمارستانی، سقف‌گذاری بیمه سلامت است. سقف گذاری بیمه سلامت از سال ۱۳۹۶ اجرا شد و مبنای آن بر اساس عملکرد مالی سال قبل بوده است. سقف گذاری به این معناست که مرکز درمانی نباید بیشتر از ۹۰ درصد عملکرد سال قبل خود، هزینه ایجاد کند. سقف بیمه سلامت در ابتدا به صورت سالانه و سپس به صورت ماهانه تعیین شد. هدف سازمان بیمه سلامت از این طرح مدیریت هزینه‌ها به‌گونه‌ایکه سطح ارائه خدمت به مردم کاهش نیابد (۷). در نتیجه باید مطالعاتی انجام شود تا نشان دهد که مدیریت هزینه بیمارستان‌ها بر دسترسی به خدمات اورژانس و مراقبت از بیمار تأثیر منفی نمی‌گذارد (۸).

از طرح‌های مشابه سقف گذاری بیمه سلامت در خارج از ایران بودجه گلوبال را می‌توان نام برد. بودجه گلوبال یک روش پرداخت است که هدف آن مدیریت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی است (۸). این روش را می‌توان پرداخت برای پوشش تمام هزینه‌ها در یک مدت زمان مشخص به حساب آورد. در بلندمدت این روش پرداخت معمولاً می‌تواند منجر به کاهش هزینه‌ها یا حداقل عدم افزایش آن‌ها و حتی منجر به کاهش حجم خدمات شود (۹). روبرتس و همکاران (۲۰۱۸) با هدف بررسی پیامدهای استفاده از برنامه‌های کنترل هزینه در ۸ بیماستان در ایالت مریلند نشان می‌دهد در بودجه گلوبال ۲ چالش کلی وجود دارد. اول پرداختی به پزشکان و انگیزه آن‌ها را برای مراقبت و درمان کاهش می‌دهد. دوم بودجه گلوبال به صورت سالانه تعیین می‌شد اما پرداخت این بودجه به موقع انجام نمی‌شد و مدیریت هزینه‌های بیمارستان با بودجه اندک موجب کاهش انگیزه بیمارستان‌ها برای کنترل هزینه‌های خود می‌شد (۱۰). نتایج مطالعه یان و همکاران (۲۰۱۹) از طریق بررسی و تحلیل نظرات ۱۱۰ پزشک، با هدف شناسایی اثرات سیاست و اقدامات کنترل هزینه در چین نشان داد بودجه گلوبال به کاهش رضایت بیمار، کاهش پذیرش بیماران الکتیو، کاهش استفاده از داروهای تجاری و افزایش کل هزینه بیماران به دلیل افزایش دفعات مراجعه به بیمارستان‌ها و کاهش انگیزه پزشکان منجر می‌شود (۱۱).

تعیین سقف به صورت بالقوه می‌تواند چالش‌هایی را برای جامعه و ارائه کننده خدمت به‌وجود آورد. با توجه به زائرپذیر بودن، وجود بیمارستان‌های ریفرال و تخصصی در شمال شرق کشور، کلان شهر بودن شهر مشهد و مراجعه بالای بیماران، چالش‌های حاصل از سقف‌گذاری در این شهر می‌تواند جدی‌تر باشد. از آن‌جا که طرح سقف‌گذاری بیمه سلامت در کشور ایران جدید بوده و مطالعات انجام شده در این زمینه محدود است، لذا این پژوهش به صورت کیفی به منظور تبیین چالش‌های سقف-گذاری بیمه سلامت از دیدگاه صاحبنظران انجام شده است.

روش پژوهش

این مطالعه به صورت کیفی با رویکرد تحلیل محتوا در

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

بیمارستان‌های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مشهد و سازمان بیمه سلامت مشهد در سال ۱۴۰۰ انجام شد. در این مطالعه نمونه گیری به روش هدفمند انجام شد. جمع‌آوری داده‌ها تا رسیدن به مرحله اشباع یعنی هنگامی‌که مطالب جدیدی از سوی مشارکت‌کنندگان مطرح نشد و مطالب تکراری بود، ادامه یافت. در مجموع با ۱۷ نفر مصاحبه شد.

مشارکت‌کنندگان در این مطالعه، صاحبنظران شامل مدیر بیمارستان، مدیر گروه‌های پزشکی، مدیران سازمان بیمه سلامت شامل مدیرکل، مدیر امور بیمارستانی و کارشناسان مرتبط؛ مدیران ستادی شامل مدیر اقتصاد درمان و کارشناسان مربوطه معاون درمان بودند. معیار ورود در این مطالعه مدیران با حداقل ۵ سال سابقه کار مدیریتی، مدیر گروه‌های آموزشی بالینی با حداقل ۱ سال سابقه کار، عضویت در کارگروه مربوطه در بیمارستان و در سازمان بیمه سلامت حداقل ۶ ماه و معیارهای خروج عدم تمایل به ادامه همکاری و در دسترس‌نبودن متخصصین مورد نظر بود.

به منظور تدوین راهنمای مصاحبه جهت انجام مصاحبه-های نیمه ساختار یافته به بررسی متون و مصاحبه‌های عمیق با صاحب‌نظران مربوطه در بیمارستان پرداخته شد. این ذی-نفعان به‌صورت هدفمند و با توجه به تجربیات و آشنایی ایشان از بین مدیران بیمارستانی وگروه‌های بالینی، کارشناسان بیمه سلامت و کارشناسان اقتصاد درمان، در خصوص موضوع مورد نظر انتخاب شدند. با استفاده از اطلاعات حاصل از بررسی متون، و همچنین مصاحبه‌های عمیق، راهنمای مصاحبه جهت انجام مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته، تدوین شد.

بعد از مشخص شدن مشارکت‌کنندگان، معرفی‌نامه رسمی پژوهشگر خطاب به مشارکت‌کننده از طرف دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد صادر گردید. پژوهشگر ضمن مراجعه به محل کار مشارکت‌کننده، در ابتدا خود را معرفی نموده و معرفی‌نامه رسمی خود را ارائه نمود و سپس هدف پژوهش را شرح داد. مصاحبه‌ها در محل کار مشارکت‌کنندگان صورت گرفت و رضایت از ایشان به صورت شفاهی و آگاهانه، اخذ و محرمانگی اطلاعات شرکت کنندگان حفظ شد. در پژوهش حاضر محقق شخصاً تمام مصاحبه‌ها را انجام داده است. روایی و پایایی این پژوهش بر اساس معیارهای گابا و لینکن انجام شده‌است. جهت اطمینان از اعتبار و مقبولیت مطالعه، مصاحبه‌های اولیه به‌صورت عمیق و بدون ساختار و با مرور مصاحبه‌ها به مصاحبه‌های نیمه ساختاریافته تغییر یافت. برای تهیه راهنمای مصاحبه، ابتدا اسناد و اخبار، مقالات و مجلات انتشار یافته در این زمینه بررسی و معیارهای اصلی و سوالات اولیه، شناسایی و جهت تدوین سوالات، مصاحبه‌های اولیه به صورت عمیق و بدون ساختار انجام شد. تمام مصاحبه‌ها به‌طور کامل توسط ام‌پیفور پلیر ضبط و سپس پیاده‌سازی شد. علاوه بر این خلاصه موضوعات مهم مطرح شده در طی مصاحبه، به رویت مصاحبه‌شونده رسانده شد تا اطمینان حاصل گردد که درک پژوهشگر با مصاحبه‌شونده یکسان است. به‌این‌صورت که در حین مصاحبه، خلاصه مطالب و موارد مبهم را یادداشت و در انتهای هر جلسه، خلاصه مطالب یادداشت شده را به کمک مصاحبه‌شوندگان مرور نموده و در صورت نیاز مطالب یادداشت شده به‌ویژه نکات کلیدی اصلاح یا تعدیل شدند. سپس مصاحبه‌ها تایپ و وارد نرم‌افزار $MaxQDA_{10}$ شدند. تحلیل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به‌موازات انجام مصاحبه‌ها شروع شد. متن‌ها چندین بار مطالعه شدند تا درکی کلی از متن به دست آمد و سپس متن خط به خط خوانده شد تا در مورد تک‌تک جملات نیز تصوری به دست آید وچارچوب مفهومی (conceptual Framework) به دست آمد.

برای تجزیه تحلیل داده‌ها از روش تحلیل محتوا استفاده شد. ابتدا کدگذاری سطح اول یا کدگذاری باز (open coding) انجام شد که شامل خرد کردن، مقایسه کردن، مفهوم پردازی و مقوله‌بندی داده‌ها می‌باشد. روش کدگذاری باز، نه تنها به کشف مقوله‌ها می‌انجامد بلکه خصوصیات و ابعاد آن‌ها را نیز روشن می‌سازد. به این معنی که واحدهای تحلیل یعنی جملاتی که پاسخ سؤالات هستند مشخص شدند. واحدهای معنایی از مفاهیم اصلی در واحدهای تحلیل درآورده شده و به هر واحد معنایی یک کد داده شد. با مقایسه کدها با یکدیگر فهرستی از کدهای اصلی و فرعی به دست آمد. در کدگذاری سطح دوم یا کدگذاری محوری (axial coding) که پس از کدگذاری باز انجام می‌شود تا با برقراری پیوند بین مقوله‌ها، اطلاعات را به شیوه‌های جدیدی با یکدیگر مرتبط سازند، کدهای اصلی و فرعی بازخوانی شدند

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

و سپس کدهای اصلی بامعنای مشابه با یکدیگر دسته‌بندی‌شده و طبقات را تشکیل دادند. درکدگذاری انتخابی (selective coding) بعد از کدبندی و تعیین طبقات، کدهای تعیین‌شده با یکدیگر مقایسه شد و در موارد اختلاف، بعد از تعیین کد نهایی و پیاده کردن مصاحبه‌ها از مشارکت‌کنندگان درخواست شد تا مطالب پیاده شده را مطالعه کنند و صحت‌وسقم آن‌ها را ارزیابی نمایند. جهت اطمینان از تائید پذیری، متن تعدادی از مصاحبه‌ها، کدها و طبقات استخراج‌شده در اختیار همکاران پژوهشگر و ۲ نفر از اعضا هیات علمی که با نحوه‌ی آنالیز تحقیقات کیفی آشنا بوده و در تحقیق شرکت نداشتند، گذاشته شد و ارزیابی توافق بین چند پژوهشگر بررسی شد و مورد تائید قرار گرفت.

ضمناً این مطالعه با کد اخلاق IR.MUMS.FHMPM.REC.1400.013 در دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی مشهد مورد تایید قرار گرفته‌است.

یافته‌ها

در مجموع با ۱۷ نفر مصاحبه شد. ۳۳ درصد شرکت کنندگان در مطالعه پزشک متخصص بوده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱: اطلاعات دموگرافیک شرکت کنندگان

ویژگی دموگرافیک		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۲	۱۱/۸
	مرد	۱۵	۸۸/۲
مدرک تحصیلی	لیسانس	۴	۲۳/۵
	فوق لیسانس	۵	۲۹/۴
	دکتری	۳	۱۷/۶
	پزشک متخصص	۵	۲۹/۴
سابقه کار	زیر ۵ سال	۲	۱۱/۷
	۵-۱۰ سال	۷	۴۱/۱
	بالای ۱۵ سال	۸	۴۷
سمت	مدیران دانشگاه و بیمه سلامت	۴	۲۳/۵
	معاون دانشگاه و بیمه سلامت	۳	۱۷/۶
	کارشناسان دانشگاه و بیمه سلامت	۱۰	۵۸/۸

چالش‌های سقف‌گذاری بیمه سلامت از دیدگاه صاحب-نظران در برگیرند. ۲ مفهوم اساسی (چالش‌های مدیریتی و برنامه‌ریزی)، ۸ زیرمفهوم (آموزش، زیرساخت‌ها، هزینه بیمارستان‌ها، هماهنگی بین‌بخشی، آینده‌نگری، انگیزش، ارزیابی عملکرد و پذیرش بیماران) بود (جدول ۲).

جدول۲: چالش‌های سقف‌گذاری بیمه سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران در سال ۱۴۰۰

مفاهیم اصلی (themes)	زیرمفهوم (sub-themes)	موارد (items)
برنامه ریزی	آموزش	آموزش ناکافی به پزشکان
		آموزش ناکافی به نیروهای ستادی
		آموزش ناکافی به نیروهای عملیاتی درگیر فرایند
	زیرساخت‌ها	در نظر نگرفتن تنوع بخش‌ها و ارایه خدمات
		اطلاع رسانی قبلی ناکافی به بیمارستان‌ها در خصوص طرح
		عدم اصلاح روش‌های بازپرداخت بیمه‌ای
		در نظر نگرفتن افزایش تعرفه خدمات
		درنظر نگرفتن جمعیت تحت پوشش بیمارستان‌ها
		عدم تفکیک بیمارستان‌ها براساس نوع تخصص
	هماهنگی بین بخشی	مشارکت ناکافی دانشگاه‌های علوم پزشکی برای تصمیم گیری درمورد تعیین سقف
		عدم پیش بینی ارتباط بین بیمارستان‌ها و ارجاع بیمار از شهرستان‌ها
	آینده نگری	افزایش تعداد متخصصین
		نرخ رشد جمعیت در طولانی مدت
		پیش بینی توسعه یا گسترش بیمارستان
		بیمارهای نوظهور و اپیدمی‌ها
مدیریتی	انگیزش	بی انگیزگی پزشک برای ماندن در طرح تمام وقتی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

	توجه ناکافی به بهره وری پزشکان و نبود سیستم تشویقی مناسب برای پزشک
	عدم وجود مشوق برای بیمارستان‌ها با بهره وری بالا
	بی انگیزگی بیمارستان‌ها برای مدیریت هزینه
ارزیابی عملکرد	عدم طرح ریزی سامانه کنترل عملکرد پزشک
	عدم توجه به عملکرد و بهره وری بیمارستان
	عدم وجود سیستم نظارتی قوی
پذیرش بیماران	اطلاع رسانی نامناسب به بیماران در خصوص سقف گذاری
	عدم پذیرش بیماران الکتیو
	ثبت نام بیمار به نام پزشکی به غیر از پزشک معالج
	عدم تفکیک بیماران الکتیو و اورژانس
	ایجاد لیست انتظار طولانی گیرندگان خدمت
	اورژانسی تشخیص دادن بیمار الکتو
	اجبار در ارجاع بیمار به علت پرشدن سقف
	افزایش پرداخت از جیب بیماران
هزینه بیمارستان‌ها	افزایش هزینه دارو
	افزایش هزینه هتلینگ بیمارستان
	افزایش هزینه مواد مصرفی بیمارستان
	افزایش هزینه‌های انرژی
	هزینه استهلاک دستگاه‌ها
	افزایش هزینه پرسنلی
	کاهش و تاخیر در پرداخت‌ها
	افزایش نرخ تورم و نوسات ارزی
	تعدد اسناد مالی پرداخت نشده در بیمارستان
	افزایش هزینه خدمات پشتیبانی (شرکت‌های تجهیزات پزشکی، خدماتی و غیره)

چالش‌های مربوط به آموزش

یکی از چالش‌های بیان شده درخصوص سقف‌گذاری بیمه سلامت عدم آموزش پزشکان، نیروهای ستادی و عملیاتی بود. طبق نظر متخصصین با توجه به اینکه سقف‌گذاری یکی از طرح‌های جدید این سازمان است به پرسنل درگیر با این طرح به خصوص پزشکان، آموزش کافی داده نشده است. در همین راستا مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند: «سقف گذاری هیچ آموزشی داده نشده یک دستور بالادستی توسط سازمان‌های بیمه‌گر به عنوان یک سازمان ارائه خدمت، تصمیم گرفتند خریدشون رو راهبردی کنند. اما برای خرید راهبردی به نظر بنده، راهکار درستی رو اتخاذ نکردند» (مصاحبه شونده ۳).

چالش‌های مربوط به زیرساخت‌ها

تعرفه خدمات درمانی و حق بیمه سرانه هر ساله متناسب با نرخ عمومی دولت‌ها (تورم) افزایش می‌یابد. طبق اظهار نظر شرکت‌کنندگان یکی از مواردی که برای محاسبه سقف در این طرح در نظر گرفته نشده است، افزایش تعرفه خدمات است.

در نظر نگرفتن تعرفه خدمات

افزایش تعرفه خدمات بالینی منجر به افزایش هزینه بیمارستان‌ها می‌شود. به بیان شرکت کنندگان این طرح افزایش تعرفه در تعیین سقف در نظر گرفته نشده است: «بعد از سقف‌گذاری موادی که خریداری می‌شد گرون شد و هزینه‌ها رفت بالا و با سقفی که گذاشته بودن هم‌خوانی نداشت. وقتی تعرفه سال ۹۷ رو برای سال ۹۸ در نظر می‌گیرند افزایش تعرفه‌ها هزینه دارو و غیره را در نظر نمی‌گیرند» (مصاحبه شونده ۱۰).

چالش‌های مربوط به هماهنگی بین‌بخشی

شرکت کنندگان در این طرح، تعامل ضعیف با ذی‌نفعان کلیدی مانند وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

پزشکی و درنظر نگرفتن تعامل بین بیمارستان‌ها، را به عنوان چالش‌های این طرح بیان کردند. عدم پیش‌بینی ارتباط بین بیمارستان‌ها و ارجاع بیمار باعث اعزام بیمارانی که نیاز به ماندگاری و خدمات درمانی طولانی مدت دارند از سایر دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در خراسان رضوی به مشهد می‌شود. در نتیجه بیمارستان‌هایی که به عنوان مراکز ارجاع و دارای تخصص های خاص هستند زودتر از موعد به سقف تعیین شده می‌رسند. علاوه براین ارجاع بیمار به علت پرشدن سقف و عدم پذیرش بیماران الکتیو در بیمارستان‌های دولتی موجب افزایش پرداخت از جیب بیمار می‌شود. برای حل این موضوع پیشنهاد می‌شود اعتبار مربوط به بیمار، بعد از ارجاع او از بیمارستان مبدا به بیمارستان مقصد انتقال پیدا کند. بدین وسیله از ارجاع‌هایی که به علت پر شدن سقف بیمه سلامت صورت می‌گیرد نیز جلوگیری خواهد شد.

عدم پیش‌بینی ارتباط بین بیمارستان‌ها و ارجاع بیمار

«بیمارانی که از بیمارستان شهرستان ارجاع داده شدند به استان، باید از اعتبارات شهرستان سقف رو کاهش بدن و سقف رو به بیمارستان استان انتقال بدن. ما استان معین هستیم. شاید به بیماران استان‌های هم‌جوار مجبور بشیم در برخی سانترها مثلاً نورولوژی یا سوختگی ارائه خدمت بدیم. ممکنه از اطراف بیمار پذیرش کنیم، ولی بابت اون هیچ اعتباری دریافت نکنیم. چون ممکنه به اون سقفی که بیمه تعیین کرده برسیم و بزنیم بالا» (مصاحبه شونده ۹).

چالش‌های مربوط به آینده‌نگری

از آن‌جا که بیمه سلامت عملکرد سال قبل هر بیمارستان به مقدار ۱۰ درصد کمتر را برای تعیین سقف در نظر گرفته بود. به نظر می‌رسد که راهکاری برای تعیین مبلغ سقف تخصص و بخش‌های جدید یا بیمارستان‌های جدیدالتاسیس در نظر گرفته نشده است: «سقفی که گذاشته بودند بر اساس اسناد سال قبل بود. مشکل برای بیمارستان‌های تازه تاسیس بود. هیچ ضریبی رو برای این پیش‌بینی نکردند که اگر تعداد تخت فعال این بیمارستان افزایش پیدا کنه یا تخت جدید ایجاد کنیم چه نوع سقفی رو در نظر بگیریم» (مصاحبه شونده ۳).

چالش‌های مربوط به انگیزش

عدم وجود مشوق برای بیمارستان‌های با بهره‌وری بالا

سقف‌گذاری بیمه سلامت به بی انگیزگی بیمارستان‌ها شدت می‌بخشد. در ازای پذیرش بیماران اورژانسی بالاتر از مبلغ سقف تعیین شده، مبلغی توسط بیمه به بیمارستان‌ها پرداخت نمی‌شود و حتی اگر بیمارستانی موفق به افزایش بهره‌وری و کنترل هزینه‌های خود شود مزیتی برای بیمارستان به همراه نخواهد داشت و منجر به کاهش درآمد نیز خواهد شد. بیمه سلامت می‌تواند با رتبه بندی بیمارستان‌ها براساس عملکرد، اعلام لیست بیمارستان‌های بهره‌ور و افزایش مبلغ سقف آن‌ها، برای مدیریت هزینه در بیمارستان‌ها ایجاد رقابت و انگیزه کند.

«باید به مراکزی که گرید بهتری دارند پول سریع‌تر پرداخت بشه اما با توجه به شرایط کنونی کشور، سریع‌تر پرداخت نمی‌شه. زمانیکه این طرح تشویقی رعایت بشود و به موسسه‌ای که گرید a شده سریع‌تر پرداخت صورت بگیرد، موسسه‌های دیگر که گرید پایین‌تر دارند تشویق می‌شوند بهتر کارکنند و به سمت a شدن حرکت کنند» (مصاحبه شونده ۱۴).

چالش‌های مربوط به ارزیابی عملکرد

ارزیابی عملکرد کارکنان فرایندی بسیار مهم و از حساسترین مسائلی است که مسئولان سازمان با آن روبه‌رو هستند. جهت ارزیابی عملکرد کادر درمان نیاز به شاخص‌ها و معیارهای مشخص است. اما متاسفانه سیستم ارزیابی عملکرد رسمی و نظام مندی برای ارزیابی پزشکان و مدیران طراحی نشده است. درخصوص مشکلات مربوط به ارزیابی این طرح مواردی مانند زیر بیان گردید.

عدم وجود سیستم نظارتی قوی

به نظر شرکت‌کنندگان این طرح برای مدیریت هزینه‌ها نیاز به سیستم نظارتی قوی برای کنترل عملکرد پزشک می‌باشد. سقف گذاری بیمه سلامت موجب کاهش درآمد پزشک می‌شود در نتیجه ممکن است برخی پزشکان بیماران خود را به سمت سیستم خصوصی سوق بدهند یا بیماران خود را به نام پزشکی دیگر ثبت کنند. می‌توان با طراحی و اجرای سیستم نظارتی جامع و قوی از وقوع چنین مشکلاتی جلوگیری نمود.

«پیش‌نیاز، یک سری نرم افزارهای وابسته بود که همه رو کنترل می‌کرد که یک پزشک اینجا بیمار داره بیمار رو نبره یک سیستم دیگه کارش رو انجام بده. ما همچین سیستمی نداشتیم و عملاً به ضرر بیماران تموم شد» (مصاحبه شونده ۲).

چالش‌های مربوط به پذیرش بیماران

سقف‌گذاری و کاهش درآمد بیمارستان‌ها موجب محدودیت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

آن‌ها در پذیرش بیماران الکتیو و ایجاد لیست انتظار طولانی می‌شود. این موضوع به دلیل عدم وجود فرهنگ صف انتظار برای بیمار منجر به نارضایتی بیماران می‌گردد. در این زمینه پیشنهاد می‌شود با تدوین سامانه لیست انتظار بیماران الکتیو، شفاف سازی و اطلاع رسانی، از نارضایتی بیماران جلوگیری شود.

ویزیت بیمار به نام پزشک دیگر

«بیمار خودش پزشکش رو انتخاب می‌کنه و این باعث می‌شد سقف بعضی پزشکان پر بشه و بیمارش رو به اسم پزشک دیگری ثبت کنه. وقتی بیمار این پزشکه نباید به اسم پزشک دیگه‌ای ثبت بشه و این یک اشتباهی بود چون همه تعهداتش و مسائل مالی‌اش می‌ره به سمت پزشک دیگه» (مصاحبه شونده ۱۲).

عدم تفکیک بیماران الکتیو و اورژانس

«جاهایی که ورودی اورژانس زیادی دارن بیمارستان متضرر میشه. چون اصلاً کار دیگه‌ای نمیتونن بکنن. مریض اورژانس رو مجبورن پذیرش کنن. بهش ارائه خدمت بکنن و در عین حال اگر از سقف هم بره بالا، بیمه هزینه‌اش رو نمی‌ده» (مصاحبه شونده ۴).

چالش‌های مربوط به هزینه بیمارستان‌ها

سازمان بیمه سلامت، باید متغیرهای اقتصادی و مالی مورد نیاز برای محاسبه سقف هر دانشگاه و بیمارستان را در نظر بگیرد. اما طبق نظر شرکت‌کنندگان این طرح در محاسبه مقدار عددی سقف، شفافیت وجود ندارد. علاوه بر این علی‌رغم مراجعه بالای بیماران اورژانس و هزینه بالای پرونده این بیماران، بیمه سلامت اسناد بالاتر از سقف تعیین شده را به بیمارستان‌ها پرداخت نمی‌کند. پیشنهاد می‌شود برای رفع این مشکل، مبلغ سقف برای بیماران اورژانس و الکتیو به صورت جداگانه تعیین شود.

افزایش نرخ تورم و نوسانات ارزی

«وقتی می‌گین از سقف سال قبل ۱۰ درصد کمتر معلومه که ۳۰ درصد بودجه‌تون کم شده چون شما ۳۰ درصد تورم دارید. یعنی بودجه تقریباً نصف شده و تقریبا نصف بیمارای سال قبل رو می‌تونین تحت پوشش قرار بدین» (مصاحبه شونده ۶).

بحث

نتایج این مطالعه در برگیرنده ۲ مفهوم اساسی (چالش‌های مدیریتی و برنامه‌ریزی) ۸ زیرمفهوم (آموزش، زیرساخت‌ها، هزینه بیمارستان‌ها، هماهنگی بین‌بخشی، آینده‌نگری، انگیزش، ارزیابی و پذیرش بیماران) بود. یکی از چالش‌های بیان شده درخصوص سقف‌گذاری بیمه سلامت عدم آموزش پزشکان، نیروهای ستادی و عملیاتی بود. طبق نظر شرکت‌کنندگان با توجه به اینکه سقف گذاری یکی از طرح‌های جدید این سازمان است نیاز به آموزش پرسنل درگیر با این طرح به خصوص پزشکان، احساس شد. همین‌طور طبق مطالعه بهمنی و فراهانیان (۱۳۹۶) با هدف بررسی چالش‌های اثرگذار بر طرح تحول نظام سلامت از دیدگاه کارمندان و مدیران بیمارستان‌های استان تهران، جهت افزایش کارایی نظام سلامت قبل از هر چیز باید به امر آموزش صحیح نیروهای متخصص و تربیت مدیران پرداخته شود (۱۲).

عدم اطلاع رسانی به بیمارستان‌ها در خصوص سقف گذاری بیمه سلامت و عدم وجود فرصت کافی، مانع از برنامه ریزی بیمارستان‌ها و آمادگی برای کنترل هزینه‌های مالی آن‌ها شد. همچنین طبق مطالعه اسکندری و همکاران (۱۳۹۸) که با هدف تبیین چالش‌های مدیریتی طرح تحول نظام سلامت در حوزه بهداشت شهر قم انجام شد، از دیدگاه پرستاران اجرای شتاب‌زده طرح و مهیا نبودن زیرساخت‌های لازم برای اجرای برنامه به عنوان چالش‌های این طرح بیان شد (۱۳).

طبق نظر شرکت‌کنندگان این طرح در محاسبه مقدار عددی سقف، شفافیت وجود ندارد. سازمان بیمه سلامت، باید هزینه‌های بیمارستان و علت ایجاد هزینه‌ها برای محاسبه سقف هر دانشگاه و بیمارستان را در نظر می‌گرفت. طبق نتایج مطالعه اعتماد و همکاران (۱۳۹۵) با هدف تبیین چالش‌های پیاده سازی این بسته در نظام سلامت ایران در گلستان، یکی از چالش‌های اقتصادی مطرح شده تخصیص ناکافی اعتبارات برخی برنامه‌ها بوده و متناسب با بار بیماری‌ها، شیوع و بروز بیماری‌ها و عوامل خطر نمی‌باشد. همچنین موانع مالی برای تامین دارو و تجهیزات وجود دارد (۱۴). همچنین نتایج مطالعه گان و همکاران (۲۰۲۰) در چین نشان داد در محاسبه بودجه گلوبال، بودجه مربوط به هزینه بستری بیمار و دارو کاهش یافته است که منجر به ایجاد مشکلات در روند پذیرش بیمار در بیمارستان‌های دولتی شده است (۱۵).

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

بسیاری از مسائل مربوط به سلامت مستلزم مشارکت بخش-های مختلف است. تعامل ضعیف با ذی‌نفعان کلیدی مانند وزارت بهداشت و درمان و دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌تواند مشکلاتی برای برنامه‌های سلامت به وجود آورد (۱۶). یکی از چالش‌های این طرح در زمینه هماهنگی بین بخشی و در نظر نگرفتن ارتباط بین بیمارستان‌ها بود که باعث اعزام بیمارانی که نیاز به ماندگاری و خدمات درمانی طولانی مدت دارند از سایر دانشکده‌ها و دانشگاه‌های علوم پزشکی مستقر در خراسان رضوی به مشهد شد. در نتیجه بیمارستان‌هایی که به عنوان مراکز ارجاع و دارای تخصص‌های خاص هستند زودتر از موعد به سقف تعیین شده می‌رسند. این نتیجه با نتایج مطالعه محمدیان و همکاران (۱۳۹۵) که با هدف بررسی چالش‌های طرح پزشک خانواده از دیدگاه مدیران و پزشکان در استان خراسان شمالی انجام شد، هم‌خوانی داشت. بر اساس نتایج مطالعه محمدیان، یکی از چالش‌های برنامه پزشک خانواده، عدم وجود هماهنگی بین‌بخشی لازم بین وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت بوده است (۱۷). همچنین طبق مطالعه دان و همکاران (۲۰۱۹) که در ایالت مریلند آمریکا انجام شد، بودجه گلوبال منجر به اعزام بیمار به سایر بیمارستان‌ها یا ویزیت بیمار به صورت آزاد می‌شد (۱۸).

سقف‌گذاری بیمه سلامت به بی انگیزگی بیمارستان‌ها شدت می‌بخشد. چراکه در ازای پذیرش بیماران اورژانسی بالاتر از مبلغ سقف تعیین شده، مبلغی توسط بیمه به بیمارستان‌ها پرداخت نمی‌شود و حتی اگر بیمارستانی موفق به افزایش بهره-وری و کنترل هزینه‌های خود شود، مزیتی برای بیمارستان به همراه نخواهد داشت و منجر به کاهش درآمد نیز خواهد شد. طبق نظر سواین (۲۰۰۵) در نقد و بررسی بودجه گلوبال، بودجه گلوبال برای کنترل هزینه، می‌تواند انگیزه کارکنان را تا حدی کاهش دهد. بنابراین بیمارستان‌ها باید برای پرسنل خود انگیزه‌ای نو ایجاد کنند. به عنوان مثال، بیمارستان‌ها می‌توانند برای کادر درمانی که اقدامات کنترل هزینه را به درستی انجام داده‌اند، پاداش بیشتری در نظر بگیرند (۱۹).

سقف گذاری بیمه سلامت موجب کاهش درآمد پزشک می‌شود. در نتیجه ممکن است برخی پزشکان بیماران خود را به سمت سیستم خصوصی سوق بدهند یا بیماران خود را به نام پزشکی دیگر ثبت کنند. می‌توان با طراحی و اجرای سیستم نظارتی جامع و قوی از وقوع چنین مشکلاتی جلوگیری نمود. در مطالعه امیدوار و جنگی (۱۳۹۹) که باهدف شناسایی و طراحی مدل مطلوب مهندسی هزینه در بیمارستان‌های دولتی در سطح بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد، بیان شده است که تدوین سیستم نظارتی و کنترل مستمر می-تواند نقش مهمی در به‌کارگیری شیوه‌های موثر در کاهش و مدیریت هزینه‌ها داشته باشد (۲۰). همچنین در مطالعه انجام شده در چین توسط یان و همکاران (۲۰۱۹) تحت عنوان تاثیر سیاست جدید چین برای کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی بر اساس بودجه گلوبال از دیدگاه ۱۱۰ پزشک بیان شده است که یک راهکار بهبود طرح بودجه گلوبال، ایجاد سامانه کنترل کیفیت مراقبت‌های بهداشتی است (۱۱).

طبق نظر شرکت‌کنندگان این مطالعه سقف گذاری بیمه سلامت منجر به چالش‌هایی در پذیرش بیماران از جمله اطلاع-رسانی نامناسب به بیماران، ایجاد لیست انتظار برای بیماران و اجبار در ارجاع بیمار به علت پرشدن سقف شده‌است. این موضوع به دلیل عدم وجود فرهنگ صف انتظار برای بیمار منجر به نارضایتی بیماران می‌گردد. طبق مطالعه اعتماد و همکاران (۱۳۹۵) اطلاع‌رسانی و فرهنگ‌سازی ناکافی در مردم به عنوان یکی از چالش‌های برنامه‌های وزارت بهداشت بیان شده است (۱۴). همچنین بر طبق نتایج مطالعه حاضر، بسیاری از اقدامات کنترل هزینه توسط بیمارستان‌ها بر بیماران تأثیر منفی می-گذارد، که با هدف بیمارستان‌های دولتی مغایرت دارد. بیمارستان‌های دولتی باید خدمات بهداشتی کامل را به بیماران ارائه دهند (۱۱)؛ درحالیکه بعد از سقف‌گذاری بیمه‌سلامت، بیمار را برای انجام برخی آزمایشات به مراکز سرپایی خارج از بیمارستان به علت جلوگیری از رسیدن به سقف تعیین شده ارجاع داده‌اند.

نتایج مطالعه یان و همکاران (۲۰۱۹) از طریق بررسی و تحلیل نظرات ۱۱۰ پزشک، با هدف شناسایی اثرات سیاست و اقدامات کنترل هزینه در چین نشان داد محدودیت‌های مالی و پذیرفتن بیماران کمتر، بیماران را مجبور به مراجعه به بیمارستان‌های دیگر می‌کند. این موضوع منجر به پرداخت هزینه بیشتر توسط آن‌ها می‌شود (۱۱).

این مطالعه برای اولین بار به بررسی چالش‌های سقف گذاری بیمه سلامت از دیدگاه مشارکت کنندگان و مطلعین

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

مختلف پرداخته‌است. از نقاط قوت این پژوهش می‌توان به نوع طراحی مطالعه اشاره داشت. در این مطالعه برای بررسی چالش مزبور از رویکرد کیفی استفاده گردید، که با توجه به عدم وجود مطالعات مرتبط و دانش پیشین در این زمینه بهترین روش بود. برای جمع آوری داده‌ها نیز مصاحبه با صاحبنظران و مطلعین کلیدی در جایگاه‌های مختلف صورت پذیرفت، که این تنوع جایگاه‌ها منجر به ایجاد درکی جامع از موضوع مورد بررسی شد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به عدم وجود مطالعات منسجم درباره طرح سقف گذاری بیمه سلامت و همچنین خلأ دانشی در زمینه مبحث سقف گذاری بیمه‌ای در مطالعات داخلی و خارجی اشاره کرد، که امکان قیاس یافته‌های مطالعه حاضر را با سایر پژوهش‌ها از پژوهشگران گرفت. از دیگر محدودیت‌های پژوهش انجام مطالعه، تنها در یکی از کلان شهرهای کشور بود، که به‌واسطه محدودیت‌های مالی و زمانی و همچنین بیماری کرونا از ابتدا این محیط پژوهش برای کار انتخاب گردید. هرچند که در مطالعات کیفی بحث تعمیم پذیری مطرح نیست، اما ممکن است به‌واسطه این محدودیت برخی از چالش‌های احتمالی سقف گذاری بیمه سلامت که خاص شهرهای کوچک است، در این مطالعه به خوبی شناسایی و تبیین نشده باشد.

نتیجه گیری

این مطالعه با هدف تبیین چالش‌های سقف گذاری بیمه سلامت از دیدگاه صاحب‌نظران در سال ۱۴۰۰ انجام شد. یکی از مشکلات اصلی طرح سقف گذاری بیمه سلامت عدم شفافیت روش محاسبه سقف و درنظر نگرفتن هزینه‌های بیمارستان از قبیل افزایش هزینه دارو، افزایش هزینه هتلینگ بیمارستان، افزایش هزینه مواد مصرفی بیمارستان، افزایش هزینه استهلاک دستگاه‌ها، افزایش هزینه خدمات فیزیکی و افزایش هزینه پرسنلی است. با افزایش هزینه‌های بیمارستان به دنبال افزایش نرخ تورم و نوسانات ارزی، اکثر بیمارستان‌ها از میزان سقف تعیین شده تجاوز کرده‌اند که این مبالغ توسط بیمه سلامت پرداخت نمی‌شود. این مسئله به نوبه خود موجب عدم پذیرش بیماران الکتیو، ایجاد لیست انتظار طولانی، تعدد اسناد مالی پرداخت نشده در بیمارستان و در نهایت افزایش پرداخت از جیب بیماران شده‌است. به دلیل عدم وجود فرهنگ صف انتظار برای بیمار منجر به نارضایتی بیماران می‌گردد. در این زمینه پیشنهاد می‌شود با تدوین سامانه لیست انتظار بیماران الکتیو، شفاف سازی و اطلاع رسانی، از نارضایتی بیماران جلوگیری شود.

بیمارستان‌ها و پزشکان برای مدیریت هزینه نیاز به انگیزش دارند. در این طرح، کاهش هزینه بیمارستان منجر به کاهش درآمد آن‌ها می‌شود. در نهایت عدم توجه سازمان بیمه سلامت به مسائل انگیزشی موجب افت کارایی پزشکان، بی انگیزگی پزشک برای ماندن در تمام وقتی و بی انگیزگی مدیران برای مدیریت هزینه می‌شود.

سپاسگزاری

نویسندگان این مقاله تشکر و سپاس خود را از مدیران، کارشناسان و پزشکان شرکت کننده در این مطالعه، همچنین معاونت محترم پژوهشی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد ابراز می‌دارند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: الف. د، ع. و، ج. م، الف. ه

جمع آوری داده‌ها: الف. د

تحلیل داده: الف. د، ع. و، ج. م، الف. ه

نگارش و اصلاح مقاله: الف. د، ع. و، ج. م، الف. ه

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کد ۹۹۱۴۵۱ می‌باشد که توسط کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی مشهد مورد حمایت مالی قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

References

1) Mosadeghrad AM. Essentials of healthcare organization and management. Tehran: Dibagran Tehran; 2015: 17. [Persian]
2) Mosadeghrad AM, Afshari M, Nasrolahi R, Daneshgar S, Corani Bahador R. The impact of health transformation plan on deductions imposed on Imam Khomeini hospital complex's bills. J Hosp 2018; 17(2): 71–9. [Persian]
3) Heydarian N, Vahdat Sh. The Impact of healthcare reform plan to pay out of pocket patients in public hospitals of Isfahan. Journal of Medical Council of I.R.I 2015; 3(3): 187-94. [Persian]
4) Neamatshahi M, Ebrahimipour H, Keyvanlo Z, Khajedaluee M, Keykhosravi A. Assessment of health budget during the first to fifth socioeconomic developmental programs in Iran. Manage Strat Health Syst 2020; 5(2):85-8. [Persian]
5) Mosadeghrad AM, Esfahani P, Afshari M. Strategies to improve hospital efficiency in Iran: a scoping review. Payesh 2019; 18(1): 7-21. [Persian]
6) Nejati Zarnaqi B, Mohammad Ebrahimi H, khalilifar O, Shahraki S. An investigation of organizational structure in selected hospitals of Tehran and its relationship with hospital performance indicators. EBNESINA 2016; 18(2):40-7. [Persian]
7) Hashemi H. New health insurance program and payment ceiling for insurance booklets and hospitals. Available from URL: https://www.icana.ir/Fa/News/336079. Last access: jun 6, 2017. [Persian]
8) Viganego F, Um EK, Ruffin J, Fradley MG, Prida X, Friebel R. Impact of global budget payments on cardiovascular care in Maryland: an interrupted time series analysis. Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes 2021; 14(3): e007110. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.120.007110.
9) Stryckman B, Kuhn D, Gingold DB, Fischer KR, Gatz JD, Schenkel SM, et al. Balancing efficiency and access: discouraging emergency department boarding in a global budget system. West J Emerg Med 2021; 22(5): 1196. doi: 10.5811/westjem.2021.5.51889.
10) Roberts ET, Hatfield LA, McWilliams JM, Chernew ME, Done N, Gerovich S, et al. Changes in hospital utilization three years into Maryland's global budget program for rural hospitals. Health Affairs 2018; 37(4): 644–53. doi: 10.1377/hlthaff.2018.0112.
11) Yan J, Lin HH, Zhao D, Hu Y, Shao R. China's new policy for healthcare cost-control based on global budget: a survey of 110 clinicians in hospitals. BMC Health Serv Res 2019; 19(1): 1–11. doi: 10.1186/s12913-019-3921-8.
12) Bahmani A, Farhanian A. Investigating the challenges affecting the health system development plan from the viewpoint of the managers and employees of Tehran province hospitals. Manag Strateg Health Syst 2018; 3(1):80–9. [Persian]
13) Eskandari N, Raisi M, Abbasi M. Explanation of the management challenges of health system reform in health care domain city QOM: a qualitative study (Iran). Qom Univ Med Sci J 2019; 13(2): 78–89. [Persian]
14) Etemad K, Heidari A, Panahi M, Lotfi M, Fallah F, Sadeghi S. A challenges in implementing package of essential noncommunicable diseases interventions in Iran's healthcare system. J Health Res Community 2016; 2(3): 32–43. [Persian]
15) Guan X, Zhang C, Hu H, Shi L. The impact of global budget on expenditure, service volume, and quality of care among patients with pneumonia in a secondary hospital in China: a retrospective study. BMC Public Health 2020; 20(1): 1–6. doi: 10.1186/s12889-020-08619-3.
16) Sohrabi R, Tourani S, Jafari M, Joudaki H, Doshmangir L, Moghri J, et al. A scoping review of public hospitals autonomy in Iran: from budgetary hospitals to corporate hospitals. BMC Health Serv Res 2021; 21(662):1–16.
17) Mohammadian M, Vafaee Najar A, Nejatzadehgan Eidgahi Z, Jajarmi H, Hooshmand E. Reviewing the challenges of family physician program from the perspective of managers and doctors in North Khorasan province 2017. J Paramed Sci Rehabil 2018; 7(1):14–24. [Persian]
18) Done N, Herring B, Xu T. The effects of global budget payments on hospital utilization in rural Maryland. Health Serv Res 2019; 54(3): 526–36. doi: 10.1111/1475-6773.13162.
19) Swayne LC. Pay for performance: pay more or pay less? J Am Coll Radiol 2005; 2(9):777–81. doi: 10.1016/j.jacr.2005.02.020.
20) Omidvar N, Jangi S. An approach to identifying and designing the optimal cost engineering model in public hospitals (with emphasis on the core process). Journal of Accounting and Management Vision 2020; 3(37): 90-105. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]

Manage Strat Health Syst

Research Article

Elaborating the Challenges of Health Insurance Extent of Coverage and Proposing Solutions from Experts Perspectives

Azam Delavarinejad [1], Elahe Hooshmand [2], Javad Moghri [3], Ali Vafaeenjar [4*]

[1] MSc in Health Services Management, Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran
[2] Associate Professor, Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Iran
[3] Assistant Professor, Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Iran
[4] Professor, Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Iran

* **Corresponding Author:** Ali Vafaeenjar
mums.ac.ir@vafaeea

Citation: Delavarinejad A, Hooshmand E, Moghri J, Vafaeenjar A. Elaborating the Challenges of Health Insurance Extent of Coverage and Proposing Solutions from Experts Perspectives. Manage Strat Health Syst 2022; 7(1): 97-107.

Received: December 27, 2021
Revised: June 07, 2022
Accepted: June 15, 2022

Funding: This study has been supported by Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences (NO 991451).

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: The health insurance extent of coverage was decided by the Health Insurance Organization in order to manage costs. In this plan, to determine the extent of payment by each medical center, the performance of the year 2017 was considered the base point. Furthermore, it should not cost more than the performance of the year 2017 or 10 % less. This issue had caused challenges in public hospitals; so, the purpose of this study is to explain the challenges of health insurance extent of coverage from the perspectives of the experts from Mashhad University of Medical Sciences and propose solutions.

Methods: This was a qualitative study conducted through content analysis method in 2022. In-depth and semi-structured interviews were used to collect data. The research population included experts such as staff and hospital managers, Medical group managers, and insurance managers and experts. It was done through purposeful sampling. Data collection continued until the codes were completed, and finally 17 people were interviewed. In each phase, data analysis and data collection were performed simultaneously, using content analysis method and $MaxQDA_{10}$ software.

Results: In this study, the 2 main concepts were management challenges (including sub-concepts of motivation, performance evaluation, patient admission, and hospital costs), and planning challenges (including sub-concepts of education, infrastructures, cross-sectional coordination, and foresight).

Conclusion: Based on the findings of this study and the challenges expressed, Health Insurance Organization can take steps toward upgrading the plan by considering the necessary prerequisites and providing solutions such as performance monitoring evaluation system, cost management, training the target groups, and appropriate clarification and announcements.

Keywords: Health insurance ceiling, Health insurance, Hospital

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1401.7.1.6.1]
[DOI: 10.18502/mshsj.v7i1.9722]