

Qualitative explanation of factors affecting the development of insurance coverage with a treatment-oriented approach in the Social Security Organization

Mahbubeh Mahmoudsani

Department of Public Administration, Astara Branch, Islamic Azad University, Astara, Iran.

Bahman Kargar Shahamat

Department of Management and Accounting, Astara Branch, Islamic Azad University, Astara, Iran.

Seyyed Hamed Hashemi

Department of Public Administration, Tehran Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Abstract

Given the existing challenges in health insurance coverage and the quality of healthcare services provided by the Social Security Organization—particularly in Mazandaran Province—this study aimed to design an optimal conceptual model for expanding insurance coverage and enhancing healthcare services. Issues such as limited equitable access to medical services, inefficiencies in covering vulnerable groups, and insufficient attention to the needs of underprivileged regions highlighted the necessity of this research. The present study was conducted using a qualitative approach and thematic analysis methodology. Data were collected through semi-structured interviews with 14 experts in insurance, health, and health policy. The data analysis led to the identification of key concepts and main categories, based on which four primary pillars for improving the current situation were recognized: development of healthcare infrastructure, formulation of targeted and efficient policies, implementation of digital monitoring and evaluation systems, and the design of innovative solutions for sustainable financing. Additionally, strategies such as the use of advanced technologies, strengthening mobile healthcare services, and enhancing private sector participation were proposed as part of the implementation framework. The results of this study can provide a scientific foundation for policymakers and managers of the Social Security Organization to improve equity in access, service quality, and the efficiency of the health insurance system at both provincial and national levels.

Keywords: Health insurance, Social Security Organization, Healthcare services, Health policy, Sustainable financing

How to Cite: Mahmoudsani, M. , kargarshahamat, B. and Hashemi, S. H. (2025). Qualitative explanation of factors affecting the development of insurance coverage with a treatment-oriented approach in the Social Security Organization. Journal of Intelligent Strategic Management, 4(1), 331-370.

doi: bumara .3.2.15564.35879847021



Intelligent Strategic Management (JISM) in Development and Evolution is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial 4.0 International License.

© Authors

– Corresponding Author: b.k.shahamat@gmail.com

Original Research

Accepted: 2024/01/14

Review: 2025/03/07

Received: 2025/04/19

eISSN: 2891-4128

تبیین کیفی عوامل مؤثر بر توسعه پوشش بیمه‌ای با رویکردی درمان‌محور در سازمان تأمین اجتماعی

محبوبه محمودثانی

گروه مدیریت دولتی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران.

بهمن کارگر شهامت*

گروه مدیریت و حسابداری، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران.

سید حامد هاشمی

گروه مدیریت دولتی، واحد تهران، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

با توجه به چالش‌های موجود در حوزه پوشش بیمه‌ای و کیفیت خدمات درمانی سازمان تأمین اجتماعی، به‌ویژه در استان مازندران، این پژوهش با هدف طراحی الگوی مفهومی بهینه برای توسعه پوشش بیمه‌ای و ارتقاء خدمات درمانی انجام شد. کمبود دسترسی عادلانه به خدمات درمانی، ناکارآمدی در پوشش گروه‌های آسیب‌پذیر، و تمرکز ناکافی بر نیازهای مناطق محروم از جمله مسائلی هستند که ضرورت انجام این مطالعه را آشکار ساختند. پژوهش حاضر با رویکرد کیفی و با استفاده از روش تحلیل مضمون انجام گرفته و داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته با ۱۴ نفر از خبرگان حوزه بیمه، سلامت و سیاست‌گذاری سلامت گردآوری شد. تحلیل داده‌ها منجر به استخراج مفاهیم کلیدی و مقوله‌های اصلی شد که بر اساس آن، چهار محور اساسی برای بهبود وضعیت فعلی شناسایی گردید: توسعه زیرساخت‌های درمانی، تدوین سیاست‌های هدفمند و کارآمد، استقرار سامانه‌های نظارت و ارزیابی دیجیتال، و طراحی راهکارهای نوآورانه برای تأمین مالی پایدار. همچنین، پیشنهاداتی نظیر به‌کارگیری فناوری‌های نوین، تقویت خدمات درمانی سیار و افزایش مشارکت بخش خصوصی به‌عنوان بخشی از راهبردهای اجرایی مطرح شدند. نتایج این پژوهش می‌تواند مبنای علمی برای تصمیم‌گیری سیاست‌گذاران و مدیران سازمان تأمین اجتماعی جهت بهبود عدالت در دسترسی، کیفیت خدمات و کارایی سیستم بیمه درمانی در سطح استانی و ملی فراهم آورد.

کلیدواژه‌ها: بیمه درمانی، سازمان تأمین اجتماعی، خدمات درمانی، سیاست‌گذاری سلامت، تأمین مالی پایدار

استناد به این مقاله: محمودثانی، محبوبه و کارگر شهامت، بهمن و هاشمی، سید حامد. (۱۴۰۴). تبیین کیفی عوامل مؤثر بر توسعه پوشش بیمه‌ای با رویکردی درمان‌محور در سازمان تأمین اجتماعی. مدیریت استراتژیک هوشمند، ۴(۱)، ۳۷۰-۳۳۱.



مدیریت استراتژیک هوشمند (JISM) در توسعه و تکامل تحت مجوز بین‌المللی کربتو کامنز با شرایط انتساب-غیرتجاری ۴٫۰ منتشر می‌شود.

©نویسندگان

* نویسنده مسئول: b.k.shahamat@gmail.com

مقدمه

در دنیای امروز، سیستم‌های بیمه درمانی به‌عنوان یکی از ارکان اساسی در تأمین سلامت و رفاه عمومی شناخته می‌شوند. سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان نهاد کلیدی در ارائه خدمات بیمه‌ای، نقش ویژه‌ای در دسترسی افراد به خدمات بهداشتی و درمانی ایفا می‌کند. با توجه به پیچیدگی‌های روزافزون نیازهای درمانی و محدودیت‌های منابع مالی در بسیاری از کشورها، ضروری است که مدل‌های بیمه‌ای موجود مورد بازنگری و به‌روزرسانی قرار گیرند تا هم‌راستا با تحولات اجتماعی، اقتصادی و تکنولوژیک، کارایی خود را حفظ کنند. در این راستا، یکی از چالش‌های اصلی سازمان‌های بیمه‌گر، به‌ویژه در حوزه درمان، توسعه مدل‌های پوشش بیمه‌ای است که بتوانند ضمن برآورده ساختن نیازهای درمانی جامعه هدف، منابع مالی محدود را به شکلی مؤثر و پایدار مدیریت کنند. برای سازمان تأمین اجتماعی که مسئولیت پوشش بیمه‌ای بخش وسیعی از جمعیت را بر عهده دارد، طراحی الگوی بهینه و کارآمد توسعه پوشش بیمه‌ای درمانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. پژوهش حاضر با هدف طراحی الگوی جامع و نوآورانه برای توسعه پوشش بیمه‌ای در جهت افزایش کیفیت و دسترسی به خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی، به بررسی ابعاد مختلف این موضوع از منظر تحلیلی و کیفی می‌پردازد. این تحقیق با استفاده از روش‌شناسی کیفی و تحلیل مضمون، به شناسایی مولفه‌های کلیدی در راستای طراحی مدلی مؤثر برای بهبود پوشش بیمه‌ای پرداخته و تلاش دارد تا به پرسش‌های اساسی در مورد نیازهای بیمه‌شدگان، موانع موجود در ارائه خدمات درمانی و شیوه‌های بهینه‌سازی منابع پاسخ دهد. در این پژوهش، توجه خاصی به تحلیل چالش‌های نهادی، فرهنگی و اقتصادی موجود در نظام بیمه‌ای کشور خواهد شد و مدل پیشنهادی بر اساس رویکردی جامع و سیستماتیک، ضمن در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص جمعیت هدف، به دنبال ارائه راهکارهایی عملی و اجرایی برای بهبود وضعیت موجود است. این تحقیق همچنین سعی خواهد کرد تا با ارزیابی و نقد مدل‌های بیمه‌ای موجود، زمینه‌ساز توسعه استراتژی‌های نوین و متناسب با مقتضیات و نیازهای درمانی روزافزون جامعه باشد.

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان یکی از ارکان اساسی رفاه اجتماعی و سیستم‌های حمایتی در جوامع مدرن، نقش حیاتی در فراهم‌آوری دسترسی عادلانه به خدمات درمانی، اجتماعی و مالی ایفا می‌کند. این سازمان، با هدف پوشش دهی به اقشار مختلف جامعه در مواجهه با مخاطرات اجتماعی و اقتصادی از جمله بیماری، بیکاری، پیری، و از کارافتادگی، به یک ابزار کلیدی در کاهش فقر، نابرابری‌های اجتماعی و ارتقای کیفیت زندگی تبدیل شده است. در همین راستا، ایران نیز با توجه به تحولات جمعیتی، اقتصادی و اجتماعی، تحت تأثیر چالش‌های متعدد، به‌ویژه در زمینه تأمین منابع مالی و گسترش پوشش بیمه‌ای، با مشکلات عمده‌ای روبروست.

در طول سال‌ها، سازمان تأمین اجتماعی ایران هم‌زمان با پیشرفت‌های در حوزه توسعه اجتماعی، با بحران‌های متعدد اقتصادی، نوسانات ارزی، کمبود منابع مالی و افزایش نیاز به خدمات درمانی روبرو بوده است. از آنجایی که بخشی از جمعیت کشور در شرایط خاص اقتصادی و شغلی به‌ویژه در بخش‌های غیررسمی، مهاجران، و خویش‌فرمایان فعالیت دارند، این گروه‌ها از پوشش کافی بیمه‌ای و درمانی محروم مانده‌اند (بی‌همتا و همکاران،

۱۴۰۱). بنابراین، سازمان تأمین اجتماعی در مواجهه با پیچیدگی‌های ناشی از افزایش جمعیت سالمند، کاهش نرخ رشد اقتصادی و بحران‌های ساختاری موجود، به‌ویژه در بخش‌های غیررسمی و مهاجر، نتوانسته است به‌طور مؤثر تمام افراد جامعه را تحت پوشش خدمات درمانی قرار دهد و این امر به تهدیدی جدی برای پایداری و اثربخشی خدمات بیمه‌ای و درمانی تبدیل شده است.

در این راستا، جلب توجه به اهمیت توسعه پوشش بیمه‌ای برای گروه‌های هدف همچون کارگران غیررسمی، زنان خانه‌دار، کارگران مهاجر و افراد شاغل در بخش‌های کشاورزی و شیلات یکی از چالش‌های اساسی سازمان‌های تأمین اجتماعی در کشورهای در حال توسعه و به‌ویژه ایران به‌شمار می‌رود. این گروه‌ها به دلیل ویژگی‌های خاص اقتصادی، اجتماعی و شغلی خود معمولاً از خدمات بیمه‌ای محروم هستند که در نتیجه آن، بروز مشکلات گسترده‌ای در حوزه رفاه اجتماعی و اقتصاد کلان می‌شود (دولژانسکی و همکاران، ۲۰۲۱).

با توجه به این مشکلات، گسترش پوشش بیمه‌ای در این حوزه یکی از اولویت‌های اساسی در سیاست‌گذاری‌های رفاهی و اقتصادی است. سازمان تأمین اجتماعی ایران در تلاش است با تدوین برنامه‌هایی مبتنی بر اصول منظم و هوشمند، شکاف‌های موجود در نظام بیمه‌ای را پر کرده و پوشش درمانی و اجتماعی را به تمامی اقشار، به‌ویژه افراد آسیب‌پذیر، گسترش دهد. از سوی دیگر، الگوهای موجود در سطح جهانی نظیر سیاست‌های اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA) و بانک جهانی به‌ویژه در زمینه گسترش پوشش بیمه‌ای برای گروه‌های غیررسمی، به‌عنوان مدل‌های راهبردی در توسعه بیمه‌های درمانی و اجتماعی در ایران نیز مطرح است (World Social Protection Report, 2017).

همچنین، مسأله ناتوانی سازمان تأمین اجتماعی در تأمین منابع مالی لازم برای گسترش پوشش بیمه‌ای و خدمات درمانی به‌ویژه در شرایط اقتصادی بحران‌زده ایران، موضوعی است که نیازمند بررسی و تحلیل دقیق و مداوم است. با توجه به کاهش درآمدهای بیمه‌ای ناشی از نوسانات اقتصادی، افزایش هزینه‌های درمانی و مستمری‌های بازنشستگی، و تأثیرات منفی مشکلات ساختاری در نظام تأمین اجتماعی، ایجاد یک مدل توسعه‌ای به‌منظور بهینه‌سازی پوشش بیمه‌ای و ارتقای کیفیت خدمات درمانی در این سازمان یک ضرورت غیرقابل انکار است (علیپور و همکاران، ۱۳۹۹).

با در نظر گرفتن تمامی این مؤلفه‌ها، پژوهش حاضر به دنبال طراحی یک الگوی توسعه پوشش بیمه‌ای در جهت افزایش کیفیت خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی است. بررسی چالش‌های موجود، تحلیل راهکارهای مبتنی بر نوآوری و استفاده از فناوری‌های نوین و به‌ویژه ایجاد بستری مناسب برای پوشش بیمه‌ای گروه‌های غیررسمی و مهاجر، ازجمله محورهای اصلی این تحقیق به‌شمار می‌آید. این تحقیق درصدد است تا راهکارهایی علمی و عملی برای بهبود نظام‌های بیمه‌ای و درمانی سازمان تأمین اجتماعی ارائه دهد و از این طریق، در مسیر تحقق اهداف کلان رفاهی و اقتصادی کشور گام بردارد.

بنابراین، مسئله اصلی که این تحقیق به آن پرداخته، طراحی مدل بهینه توسعه پوشش بیمه‌ای در راستای افزایش کیفیت خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی است که از منظر تحلیلی و علمی، اهمیت زیادی دارد. بررسی

عوامل مؤثر بر بهبود این فرایند می‌تواند تأثیرات مستقیمی بر بهبود سطح رفاه اجتماعی، کاهش نابرابری‌ها و ارتقای کیفیت خدمات درمانی و بیمه‌ای در کشور داشته باشد.

تحولات اخیر و چشم‌انداز آینده خدمات بیمه‌ای در سازمان تأمین اجتماعی

تحولات اخیر در حوزه خدمات بیمه‌ای، به‌ویژه در سازمان تأمین اجتماعی، نشان‌دهنده روندهای تحول‌آفرینی در ارائه خدمات و بهبود دسترسی به آن‌ها است. در سال‌های اخیر، با رشد فناوری‌های نوین و روند دیجیتالی‌شدن خدمات، سازمان تأمین اجتماعی گام‌های بلندی در راستای به‌کارگیری تکنولوژی‌های جدید برداشته است. این تغییرات نه تنها منجر به افزایش کارایی و ارتقای کیفیت خدمات شده است، بلکه به کاهش نابرابری‌ها و تسهیل دسترسی به خدمات درمانی برای اقشار مختلف جامعه کمک کرده است. با این حال، با وجود این پیشرفت‌ها، چالش‌های پیچیده‌ای همچنان در مسیر بهبود خدمات بیمه‌ای وجود دارند که نیازمند برنامه‌ریزی دقیق و مدیریت بهینه منابع است. در این بخش به بررسی تحولات اخیر، چالش‌های موجود و چشم‌انداز آینده خدمات بیمه‌ای در سازمان تأمین اجتماعی پرداخته می‌شود.

تجزیه و تحلیل سیاست‌های کنونی بیمه درمانی

بررسی قوانین و مقررات جاری

سیاست‌های بیمه درمانی در نظام سلامت کشورها از ارکان بنیادین تأمین عدالت اجتماعی و ارتقاء شاخص‌های بهداشت عمومی محسوب می‌شوند. در ایران نیز سازمان تأمین اجتماعی، به‌عنوان مهم‌ترین نهاد ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای، مسئولیت اجرای سیاست‌هایی را بر عهده دارد که هدف آن‌ها پوشش حداکثری خدمات درمانی، کاهش هزینه‌های مستقیم بیماران و افزایش دسترسی گروه‌های مختلف جامعه به امکانات بهداشتی و درمانی است. بررسی قوانین جاری بیمه درمانی در ایران نشان می‌دهد که چارچوب‌های قانونی و آیین‌نامه‌های مربوطه با هدف تضمین حداقل‌های بهداشتی برای تمامی اقشار تدوین شده‌اند. قانون تأمین اجتماعی، قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، و مصوبات شورای عالی بیمه سلامت، مهم‌ترین اسناد حقوقی و اجرایی در این حوزه به‌شمار می‌روند. این قوانین نه تنها به صراحت مسئولیت‌های دولت و کارفرمایان در قبال پرداخت حق بیمه و تأمین منابع مالی را مشخص می‌کنند، بلکه حمایت‌های مشخصی را برای بیمه‌شدگان در برابر ریسک‌های ناشی از بیماری، حوادث و هزینه‌های درمانی در نظر گرفته‌اند (اله‌یاری و همکاران، ۲۰۲۴).

از دیگر ابعاد مهم مقررات جاری، تعرفه‌گذاری خدمات درمانی است. تعرفه‌هایی که سالانه توسط شورای عالی بیمه تعیین می‌شود، مبنای پرداخت‌ها از سوی بیمه‌ها به مراکز درمانی است. این تعرفه‌ها باید به گونه‌ای تنظیم شوند که ضمن حفظ منافع بیمه‌شدگان و جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین به خانوارها، انگیزه لازم برای ارائه‌دهندگان خدمات نیز حفظ گردد. اما در عمل، تفاوت فاحش میان تعرفه‌های بخش دولتی و خصوصی و عدم بازنگری به‌موقع آن‌ها، موجب نارضایتی‌هایی در میان پزشکان، بیماران و مدیران درمانی شده است.

در زمینه نظارت و پایش اجرای این سیاست‌ها، سازمان تأمین اجتماعی از مکانیسم‌هایی همچون بازرسی‌های حضوری، سامانه‌های ثبت شکایات، و ارزیابی‌های دوره‌ای عملکرد مراکز درمانی استفاده می‌کند. این سامانه‌ها با هدف تضمین اجرای صحیح قوانین، مقابله با تخلفات احتمالی و بهبود مستمر کیفیت خدمات ایجاد شده‌اند. با این وجود، نبود یکپارچگی اطلاعات و محدودیت در ظرفیت‌های نظارتی، از چالش‌های مهم در این حوزه محسوب می‌شود.

نکته قابل توجه، تمرکز سیاست‌های موجود بر گسترش پوشش بیمه‌ای در مناطق محروم و برای اقشار آسیب‌پذیر است. این سیاست‌ها در چارچوب اهداف کلان توسعه اجتماعی تدوین شده‌اند و در افزایش عدالت اجتماعی و کاهش نابرابری‌های سلامت نقش مؤثری ایفا کرده‌اند (آدابی و همکاران، ۲۰۲۴). به‌ویژه طرح‌هایی نظیر بیمه روستاییان و بیمه رایگان برای اقشار خاص، از مصادیق موفق در این زمینه به شمار می‌آیند.

با این حال، نیاز به بازنگری و به‌روزرسانی مداوم قوانین و مقررات برای هماهنگی با تحولات جمعیتی، اقتصادی و فناوری امری اجتناب‌ناپذیر است. چالش‌هایی نظیر افزایش هزینه‌های درمانی، پیر شدن جمعیت و شیوع بیماری‌های مزمن، سیستم بیمه درمانی را با فشارهای فزاینده‌ای روبه‌رو کرده است. در این راستا، استفاده از ابزارهای حقوقی جدید، ایجاد مقررات انعطاف‌پذیر و مبتنی بر شواهد، و افزایش شفافیت در فرآیندهای مالی و اجرایی، از جمله راهکارهای قابل توجه هستند.

ارزیابی کارایی و اثربخشی سیاست‌های موجود

برای سنجش موفقیت سیاست‌های بیمه درمانی، باید به ارزیابی‌های چندبعدی توجه کرد که شاخص‌هایی همچون دسترسی، کیفیت، هزینه‌اثربخشی و رضایتمندی را شامل می‌شود. کارایی، به معنای بهره‌برداری بهینه از منابع برای تولید حداکثر خدمات درمانی، و اثربخشی، به معنای تحقق اهداف سلامت از طریق این خدمات است. نخستین شاخص، **گسترش دسترسی به خدمات درمانی** است. سازمان تأمین اجتماعی طی سال‌های اخیر با توسعه مراکز ملکی، همکاری با بخش خصوصی، و به‌کارگیری سامانه‌های دیجیتال، توانسته دامنه دسترسی را به‌طور چشمگیری افزایش دهد. امروزه بخش عمده‌ای از جمعیت کشور تحت پوشش بیمه درمانی قرار دارند که دستاوردی مهم در راستای تحقق اهداف عدالت اجتماعی است (قربانی و همکاران، ۲۰۲۳).

اما در حوزه **کیفیت خدمات درمانی**، نتایج ارزیابی‌ها نشان می‌دهد که هنوز موانع مهمی وجود دارد. نبود تجهیزات مدرن، کمبود متخصصین و ازدحام در مراکز درمانی، به‌ویژه در شهرستان‌ها، منجر به کاهش کیفیت خدمات شده است (Jafari et al., 2023). این مشکلات نه‌تنها رضایتمندی بیماران را کاهش داده بلکه هزینه‌های ثانویه‌ای همچون مراجعات مکرر یا خوددرمانی را افزایش داده است.

یکی از معضلات کلیدی، **تأخیر در پرداخت مطالبات به ارائه‌دهندگان خدمات درمانی** است. این تأخیرها باعث می‌شود مراکز درمانی با کمبود نقدینگی مواجه شوند و نتوانند خدمات باکیفیت ارائه دهند. این امر همچنین بر انگیزه نیروی انسانی تأثیر منفی دارد (Feizi-Ali et al., 2023). اصلاح سازوکارهای پرداخت، تخصیص بودجه زمان‌بندی‌شده، و افزایش کارایی سیستم‌های مالی، برای حل این مشکل حیاتی است.

مسائل مالی و هزینه‌های درمانی از دیگر چالش‌ها هستند. ساختار کنونی تأمین منابع مالی بیمه درمانی با رشد سریع هزینه‌ها همگام نیست. سهم قابل توجهی از بودجه تأمین اجتماعی صرف درمان‌های پرهزینه می‌شود، بدون آنکه سیستم به سمت پیشگیری و مدیریت بیماری‌های مزمن سوق پیدا کند. (WHO, 2023) از این‌رو، تغییر رویکرد سیاستی از درمان‌محوری به پیشگیری‌محوری، می‌تواند پایداری مالی سیستم را تقویت کند.

در زمینه **رضایتمندی بیمه‌شدگان**، مطالعات اخیر حاکی از نارضایتی‌های نسبی به دلیل کیفیت پایین خدمات، زمان‌بر بودن فرایندها و تعامل ناکافی با سامانه‌های پاسخگویی است. (Smith et al., 2023) بهبود تجربه کاربر از طریق تسهیل فرآیندهای ثبت و پیگیری، آموزش بیمه‌شدگان و توسعه خدمات غیرحضوری، از راهکارهای قابل اجرا در این راستا هستند.

فناوری‌های نوین مانند **سیستم‌های اطلاعات سلامت (HIMS)**، **هوش مصنوعی** برای ارزیابی پرونده‌های پزشکی و **داده‌کاوی سلامت** برای شناسایی الگوهای بیماری، ظرفیت بالایی برای بهینه‌سازی عملکرد بیمه‌ها دارند. سازمان تأمین اجتماعی می‌تواند با سرمایه‌گذاری در این حوزه، از داده‌ها برای پیش‌بینی هزینه‌ها، ارزیابی اثربخشی مداخلات و اصلاح رویه‌های بیمه‌ای استفاده کند.

همچنین بهره‌گیری از فناوری **بلاک‌چین** برای ثبت شفاف اطلاعات مالی و درمانی، می‌تواند به کاهش فساد، جلوگیری از دوباره‌کاری و افزایش اعتماد عمومی کمک کند. این فناوری امکان ردیابی دقیق مسیر پرداخت‌ها و صحت اطلاعات درمانی را فراهم می‌سازد. (Smith et al., 2023)

الگوگیری از کشورهای موفق در اجرای بیمه سلامت نیز فرصت مناسبی برای ارتقاء سیاست‌های داخلی فراهم می‌آورد. سیستم‌های سلامت اسکاندیناوی با محوریت عدالت، یا کشورهای چین و کره جنوبی با تمرکز بر سلامت جامعه و مشارکت بخش خصوصی، نمونه‌هایی از این الگوها هستند که می‌توان با بومی‌سازی، از آن‌ها بهره‌برد. (WHO, 2023)

در پایان، موفقیت سیاست‌های بیمه‌ای منوط به **بازنگری مستمر، مشارکت ذی‌نفعان، و نهادینه‌سازی نوآوری** است. طراحی سازوکارهای بازخوردگیری از بیمه‌شدگان، گزارش‌گیری هوشمند از مراکز درمانی و اصلاح ساختارهای ستی مدیریتی، از ضرورت‌های آینده نظام بیمه سلامت در ایران به‌شمار می‌روند. با اتخاذ رویکردی جامع، منسجم و مشارکتی، می‌توان مسیر سیاست‌گذاری بیمه درمانی را به‌سوی کارایی و اثربخشی پایدار سوق داد.

پیشینه تحقیق

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در ایران

کریمی و همکاران، ۱۴۰۳ در تحقیقی به طراحی مدل ارائه بیمه مکمل خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آمده است انسان همیشه در معرض خطر انواع مختلف بیماری‌هاست و به‌ناچار برای بهبود و معالجه، متقبل هزینه‌های سنگین پزشکی و مخارج بیمارستانی می‌شود. به‌منظور کمک به مردم در

چنین مواردی، طرح‌های گوناگون بیمه درمان به صورت پایه و مکمل، اما به صورت مجزا توسط سازمان‌ها و شرکت‌های مختلف بیمه‌گر ارائه می‌شود. هدف این پژوهش طراحی مدل ارائه همزمان بیمه پایه و مکمل در سازمان تأمین اجتماعی ایران، برای حل مسائل بیمه درمانی جامعه هدف و نیز سازمان در این حوزه است. روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی با رویکردی ترکیبی بوده که در بخش کیفی بر اساس روش داده بنیاد و با تمرکز بر مصاحبه نیمه ساختاریافته و در بخش کمی بر اساس روش اکتشافی و استنباطی اجرا شده است. جامعه آماری آن شامل مدیران و کارشناسان خبره در زمینه بیمه درمانی در سازمان تأمین اجتماعی کشور هستند که نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام و در بخش کیفی تا رسیدن مقوله‌ها به اشباع (۱۵ نمونه) ادامه یافت.

بدلی و همکاران، ۱۴۰۲ در تحقیقی به عملکرد سازمان تأمین اجتماعی در تحقق عدالت اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آمده است: عدالت اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین آرمان‌های بشری از دیرباز مورد توجه اندیشمندان و صاحب نظران بوده است و نابرابری و یا احساس نابرابری مهمترین عامل ایجاد احساس بی عدالتی است. لذا تحت تاثیر نظریه‌های ارائه شده در این زمینه و خواست و اراده ملت‌ها برای کاهش نابرابری و تحقق عدالت به ویژه در دنیای مدرن نهادها و سازمان‌های مختلفی ایجاد شده‌اند. هدف این مطالعه بررسی عملکرد سازمان تأمین اجتماعی در تحقق عدالت اجتماعی است.

صابری و همکاران، ۱۴۰۲ در تحقیقی بررسی جایگاه خدمات درمانی و پزشکی در بستر حقوق تأمین اجتماعی ایران پرداختند. در این پژوهش آمده است: حقوق تأمین اجتماعی به مثابه ابزاری برای توزیع مجدد درآمدها، مظهر استقرار و تضمین امنیت و عدالت اجتماعی و موجد آرامش خاطر و عزت نفس در افراد، می‌تواند اهمیت و نقش بسزایی در حمایت از جامعه در برابر کلیه مخاطرات ناشی از بحران‌های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایفا نماید، بنابراین پرداختن به این حقوق در شرایطی که سرلوحه برنامه‌های دولت جمهوری اسلامی توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور است از اهمیت بسزایی برخوردار است. شرط تعالی و موفقیت هر نظام در تدوین، بکارگیری و اجرای دقیق و صحیح این اصول می‌باشد. مواد و روش انجام این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی می‌باشد. روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت کتابخانه‌ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات انجام گرفته است.

نائل بفروئی و همکاران، ۱۴۰۱ در تحقیقی به نقش عوامل انسانی در الگوی پیشنهادی توزیع عادلانه امکانات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آمده است: تمام افراد جامعه بایستی دسترسی عادلانه به امکانات بهداشتی و درمانی داشته باشند. عدم تأمین و توزیع نیروی انسانی متخصص یکی از عوامل اصلی ایجاد کننده نابرابری در خدمات بهداشتی و درمانی است. این پژوهش با هدف شناسایی عوامل انسانی موثر بر توزیع عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی در سازمان تأمین اجتماعی انجام گرفته است.

آذری پور ماسوله و همکاران، ۱۳۹۹ در تحقیقی به طراحی الگوی مدیریت سلامت الکترونیک در سازمان تأمین اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آمده است: سازمان تأمین اجتماعی با بیش از ۴۰ میلیون بیمه شده در بخش درمان خود به تقریباً بیش از نیمی از جمعیت کشور خدمت ارائه می‌نماید. این حجم از خدمات نیازمند برنامه ریزی،

سازماندهی، هماهنگی، استخدام نیرو و بودجه ریزی مناسب و به هنگام است. سلامت الکترونیک در جهان حاضر ابزار مناسبی برای کمک به مدیریت سازمان تامین اجتماعی در تحقق سریع، دقیق و به هنگام این وظایف اصلی مدیریت است. این پژوهش با هدف طراحی الگوی مدیریت سلامت الکترونیک در سازمان تامین اجتماعی صورت پذیرفته است. روش کار پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و به روش توصیفی-تحلیلی انجام شد. براساس نتایج مطالعه پژوهش ها و مستندات داخلی و خارجی و مطالعه تطبیقی سلامت الکترونیک در کشورهای منتخب شامل ترکیه، هندوستان، انگلستان، استونی، سوئد، و پاکستان، یک مدل مفهومی طراحی و پرسشنامه ای تهیه شد که پس از محاسبه روائی و پایائی و انجام اصلاحات مورد نیاز، پرسشنامه توسط ۵۵۷ نفر از مدیران درمان و کارشناسان ستادی مدیریت های درمان، همچنین روسای مراکز درمانی بیمارستانی و سرپائی و مدیران بیمارستانهای تامین اجتماعی و روسا و کارشناسان دفاتر اسناد پزشکی سراسر کشور تکمیل گردید. سپس به منظور تأیید و برازش عوامل به دست آمده از تحلیل عامل اکتشافی و تحلیل عامل تأییدی استفاده شد.

مروری بر پژوهش های انجام شده در خارج از ایران

وائل همیرتا و همکاران، ۲۰۲۳ در تحقیقی به بیمه و ریسک ژئوپلیتیکی شواهد تجربی تازه پرداختند. در این پژوهش آمده است: محققان همچنان به بحث در مورد چگونگی تأثیر رویدادهای ژئوپلیتیکی بر توسعه مالی ادامه می دهند. ما با زیر سوال بردن امکان پیوندهای نامتقارن بین شاخص ریسک ژئوپلیتیکی و حق بیمه برای ۱۴ کشور در دوره سالانه ۲۰۱۹-۲۰۲۰ به این بحث کمک می کنیم. با استفاده از به روزترین چارچوب تأخیر توزیع شده خود رگرسیون غیرخطی، ما به طور همزمان پاسخ های نامتقارن کوتاه مدت و بلندمدت حق بیمه را از طریق تجزیه مجموع جزئی مثبت و منفی تغییرات در مورد بررسی می کنیم. شاخص ریسک ژئوپلیتیکی یافته های ما نشان می دهد که ریسک ژئوپلیتیکی به جز هند به صورت نامتقارن و غیرخطی بر حق بیمه ها تأثیر می گذارد، اما مکانیسم انتقال یکسان نیست. علاوه بر این، برای اکثر کشورهای نوظهور، ما نشان می دهیم که تأثیر آن در بلندمدت بسیار بیشتر از کوتاه مدت است. در نهایت، نتایج از تقاضای فرضیه زیر برای برخی از کشورهای موجود در نمونه ما پشتیبانی می کند. این مطالعه به بیمه گران و سیاست گذاران توصیه می کند که پویایی نامتقارن حق بیمه را برای به حداقل رساندن ریسک مربوط به عدم قطعیت منفی بلندمدت ژئوپلیتیک داخلی و جهانی در نظر بگیرند.

النا نبولسینا^۱ در سال ۲۰۲۳ در تحقیقی به تأثیر همه گیری کووید-۱۹ بر تقاضای بیمه، وقفه در کسب و کار در ایالات متحده پرداخت. در این پژوهش بیان شد بررسی تغییرات مرتبط با همه گیری کووید-۱۹ در تقاضا برای خدمات بیمه در ایالات متحده به دلیل وقفه های تجاری با استفاده از مدل های رگرسیون بردار در مجموعه داده های پانل پویا از ۵۰ ایالت و ناحیه کلمبیا برای سه دوره زمانی می پردازد: ۰۱ ژانویه، ۲۰۰۴ تا ۲۸ ژوئن، ۲۰۲۰؛ ۰۱ ژانویه ۲۰۰۴ تا ۲۱ ژانویه ۲۰۲۰ (دوره قبل از کووید). ۲۲ ژانویه ۲۰۲۰ تا ۲۸ ژوئن ۲۰۲۰ (دوره کووید). این مقاله اولین تلاش برای به دست آوردن تخمین ها با استفاده از Google Trends با کلمه کلیدی جستجو "بیمه وقفه در کسب و کار" است. داده ها توسط ایالت های ایالات متحده در وسیع ترین بازه زمانی ممکن جمع آوری و به یک

¹ Elena Nebolsina

مقیاس کاهش یافت. بازدیدهای Google Trends و مطالبات اولیه برای مزایای بیمه بیکاری به عنوان متغیرهای درون زا در حالت ساخته شده استفاده می شود. در مدل های ساخته شده، تاثیر آن متغیر برونزا موارد جدید کووید مورد مقایسه قرار گرفته است با بلایای طبیعی بیش از میلیارد دلاری آمریکا. پاسخ های تکانه نشان دهنده رابطه مثبت بین بازدیدهای Google Trends و ادعاهای اولیه با فاکتور Covid که تأثیر قابل توجهی بر پاسخ ها دارد. تحلیل های انجام شده نشان می دهد که می توان انتظار داشت تقاضا برای خدمات بیمه به دلیل شیوع کووید-۱۹ در ایالات متحده ۲ تا ۶ برابر کاهش یابد و مجموع هزینه های متحمل شده برای اقتصاد ناشی از ویروس از ۰,۳ تا متغیر باشد. ۷ درصد از تولید ناخالص داخلی ایالات متحده-۲۰۱۹. نتایج پایه ای را برای توصیه به شرکت کنندگان در بازار بیمه ایجاد می کند تا برای اتخاذ طرح های حمایتی دولتی-خصوصی لابی کنند تا بتوانند پاسخ کارآمدتری به خسارات مربوط به همه گیری که ممکن است در آینده رخ دهد، تضمین کنند.

نایاک^۲ در سال ۲۰۲۲ در تحقیقی به تبیین نقش فناوری های نوظهور و قابلیت های شرکت در دستیابی به مزیت رقابتی در شرکت های خدمات بیمه سلامت پرداختند. در این پژوهش بیان شد مزیت رقابتی شرکت ها مفهومی پویا بوده است که با تغییر واقعیت های تجاری در حال تکامل است. فناوری های نوظهور وارد محدوده منابعی شده اند که شرکت ها برای مزیت رقابتی باید فعالانه پیش بینی و مدیریت کنند. این مطالعه به بررسی ایده مزیت رقابتی در زمینه شرکت های بیمه سلامت و چگونگی آن پرداخته است فناوری های نوظهور می توانند قابلیت های موجود را برای رسیدن به این هدف افزایش دهند. ماهیت حیاتی بیمه سلامت به عنوان یک ضرورت اجتماعی و کاربرد فناوری های نوظهور در مراقبت های بهداشتی، نیاز به تعیین شایستگی های لازم برای شرکت های بیمه سلامت برای مزیت رقابتی مبتنی بر فناوری را توجیه می کند. برای تبیین عوامل از روش کیفی با استفاده از تکنیک دلفی اصلاح شده در ترکیب متوالی با ۴۳ مصاحبه تخصصی عمیق استفاده شد. داده ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی و کمی و تحلیل شدت موضوعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت گیری افراد سازمانی و قابلیت های ارائه خدمات به عنوان پایه های یک چارچوب مزیت رقابتی معاصر برای شرکت های بیمه سلامت با پشتیبانی از تخصص فنی، شیوه های مدیریت دانش و استراتژی های نوآوری محصول پدیدار شد. نتایج نشان داد که مدیریت فناوری های نوظهور برای ایجاد یک چارچوب مزیت رقابتی معاصر، یک اثر گرانشی بر شایستگی های شرکت اعمال می کند. این مطالعه دانش رقابتی را غنی کرد.

روش اجرای پژوهش

با توجه به اینکه هدف پژوهش طراحی الگوی توسعه پوشش بیمه ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی است. در این مطالعه، روش پژوهش برحسب هدف، کاربردی؛ از حیث نوع داده، کیفی از نوع اکتشافی متوالی هدایت شده؛ برحسب زمان گردآوری داده، مقطعی باشد. تحقیق اکتشافی به پژوهشی اطلاق می شود که برای بررسی مسئله ای مورد استفاده قرار می گیرد که به وضوح تعریف نشده یا جنبه های تصادفی دارد.

² Bishwajit Nayak

معمولاً این روش را محققان برای درک بهتر مسئله موجود انجام می‌دهند. برای چنین تحقیقاتی، یک محقق با یک ایده کلی شروع می‌کند و از این تحقیق به عنوان ابزاری برای شناسایی موضوعاتی بهره می‌برد که می‌تواند کانون تحقیقات آینده باشند. یک جنبه مهم در تحقیقات یا پژوهش اکتشافی این است که محقق باید مایل به تغییر جهت نظریه خود بوده و قبول کند که ممکن است داده‌های حاصل از نمونه، به استنباطی منجر شوند که در جهت عکس نظریه او قرار دارند. چنین تحقیقی معمولاً هنگامی انجام می‌شود که مسئله در مرحله مقدماتی است. محققین این روش را اغلب به عنوان رویکردی مبتنی بر تئوری یا تحقیقات تفسیری یا توصیفی شناخته و به کار می‌برند زیرا برای پاسخ به سوالاتی مانند «چه چیز»، «چرا» و «چگونه» مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به موضوع این پژوهش برای شناسایی الگوی توسعه پوشش بیمه‌ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی در چارچوب یک تحقیق اکتشافی عوامل تاثیر گذار را توسط خبرگان و کارشناسان شناسایی می‌کنیم. این اقدام موجب هدایت تحقیق در یک مسیر تعریف شده و منطقی می‌گردد و عملاً عوامل غیر مرتبط حذف و فیلتر خواهند شد. این رویکرد یک رویکرد پژوهشی کاربردی - توسعه‌ای است. پژوهش‌های توسعه‌ای، پژوهشی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روش‌ها، ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی و نهایتاً با هدف پاسخ دهی به یک نیاز در جامعه انجام می‌شود.

در انجام این پژوهش در مرحله کیفی با گروهی از اساتید و خبرگان سازمان تامین اجتماعی مصاحبه عمیق انجام شد تا مهمترین عوامل موثر در طراحی الگوی توسعه پوشش بیمه‌ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی شناسایی گردد. مصاحبه به صورت نیمه ساختاریافته انجام گرفت و تا رسیدن به اشباع نظری (تکراری شدن مفاهیم موجود در مصاحبه‌ها) ادامه یافت.

آمار استنباطی با رویکرد تحلیل مضمون

کد گذاری باز

کد گذاری، روند تجزیه و تحلیل داده‌ها است. کد گذاری باز بخشی از فرایند تحلیل داده‌ها است که به خرد کردن، مقایسه سازی، نام گذاری و مقوله بندی داده‌ها پرداخته می‌شود. طی کد گذاری باز، داده‌ها به بخش‌های مجزا خرد شده و به بدست آوردن مشابهت‌ها و تفاوت‌هایشان مورد بررسی قرار می‌گیرند. همانطور که در جدول زیر مشاهده می‌شود کدهای مختلف در دسته بندی‌های مشابهی قرار گرفته است.

جدول ۱: مشخصات کدگذاری باز

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۱.	افزایش پوشش جغرافیایی مراکز درمانی	P4	Q3	۶	۴/۵
۲.	ارائه خدمات درمانی سیار (کلینیک‌های سیار)	P10	Q8	۷	۲/۶
۳.	توسعه خدمات درمانی روستایی و مناطق محروم	P12	Q1	۱۳	۶/۱۱
۴.	ایجاد شبکه ارتباطی یکپارچه بین مراکز درمانی	P3	Q4	۲	۸/۱
۵.	ایجاد مراکز درمانی تخصصی برای بیماری‌های خاص	P1	Q5	۷	۲/۶
۶.	تعداد مراکز درمانی تحت پوشش	P7	Q2	۱۷	۲/۱۵
۷.	توزیع جغرافیایی مراکز درمانی	P14	Q7	۲	۸/۱
۸.	امکانات پزشکی مراکز درمانی	P2	Q6	۳	۷/۲
۹.	فاصله مراکز درمانی تا مناطق مختلف	P5	Q8	۷	۲/۶
۱۰.	توسعه خدمات درمانی در ساعات غیر اداری	P9	Q2	۴	۶/۳
۱۱.	ایجاد کلینیک‌های شبانه‌روزی تخصصی	P15	Q1	۵	۵/۴
۱۲.	استفاده از خدمات درمانی سیار برای مناطق دورافتاده	P6	Q3	۶	۴/۵
۱۳.	تأسیس مراکز درمانی تخصصی روان‌شناسی و سلامت روان	P11	Q4	۳	۷/۲
۱۴.	ایجاد خدمات درمانی چندزبانه برای مهاجران و اتباع خارجی	P8	Q6	۳	۷/۲
۱۵.	گسترش خدمات درمانی ویژه سالمندان و بازنشستگان	P13	Q7	۱۰	۹/۸
۱۶.	افزایش دسترسی به خدمات درمانی از راه دور (Telemedicine)	P4	Q5	۵	۵/۴
۱۷.	ارتقاء کیفیت خدمات درمانی ارائه شده	P1	Q3	۱۴	۵/۱۲
۱۸.	افزایش تعداد پزشکان و پرستاران مجرب	P12	Q8	۶	۴/۵
۱۹.	توسعه مراکز تخصصی و فوق تخصصی	P7	Q4	۱۴	۵/۱۲
۲۰.	دیجیتال‌سازی و الکترونیکی‌سازی خدمات	P3	Q1	۹	۸
۲۱.	استفاده از تجهیزات پزشکی پیشرفته	P10	Q7	۱۶	۳/۱۴
۲۲.	توسعه استانداردهای ارائه خدمات	P5	Q2	۱۰	۹/۸
۲۳.	رضایت بیمه‌شدگان از خدمات دریافتی	P9	Q6	۱۱	۸/۹
۲۴.	آموزش مستمر پزشکان و کادر درمانی	P14	Q5	۱۴	۵/۱۲
۲۵.	توسعه برنامه‌های مراقبت طولانی‌مدت برای بیمه‌شدگان با بیماری‌های مزمن	P6	Q8	۹	۸
۲۶.	استفاده از ابزارهای پوشیدنی و اینترنت اشیا برای نظارت بر سلامت بیمه‌شدگان	P2	Q1	۱۶	۳/۱۴
۲۷.	ارائه خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روانی در پوشش بیمه‌ای	P13	Q7	۷	۲/۶

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۲۸.	تدوین استانداردهای ایمنی و بهداشت کاری برای بیمه شدگان	P11	Q4	۲	۸/۱
۲۹.	توسعه سیستم های مدیریت اطلاعات درمانی	P8	Q2	۴	۶/۳
۳۰.	پیاده سازی سیستم های هوش مصنوعی برای تشخیص بیماری	P15	Q6	۶	۴/۵
۳۱.	استفاده از بسترهای آنلاین برای ارتباط با بیمه شدگان	P4	Q3	۱۵	۴/۱۳
۳۲.	توسعه اپلیکیشن های موبایل برای دریافت خدمات درمانی	P1	Q8	۱۳	۶/۱۱
۳۳.	دیجیتال سازی پرونده های بیمه ای و درمانی	P10	Q5	۱۵	۴/۱۳
۳۴.	پیاده سازی سیستم های نوبت دهی آنلاین	P6	Q1	۱۵	۴/۱۳
۳۵.	آگاهی از وجود خدمات آنلاین مورد نیاز	P12	Q7	۱	۹/۰
۳۶.	مشاوره های پزشکی آنلاین	P7	Q4	۱۵	۴/۱۳
۳۷.	راه اندازی سیستم های خودکار ارزیابی سلامت	P9	Q2	۶	۴/۵
۳۸.	توسعه سامانه های تحلیل داده های سلامت بیمه شدگان	P3	Q8	۱۵	۴/۱۳
۳۹.	استفاده از فناوری بلاکچین در مدیریت پرونده های بیمه ای	P5	Q6	۴	۶/۳
۴۰.	پیاده سازی الگوریتم های یادگیری ماشینی برای پیش بینی نیازهای درمانی	P14	Q3	۱۳	۶/۱۱
۴۱.	سیستم های احراز هویت بیومتریک برای دریافت خدمات درمانی	P8	Q5	۲	۸/۱
۴۲.	ایجاد پلتفرم های متمرکز برای هماهنگی بین مراکز درمانی و بیمه ها	P11	Q1	۱۱	۸/۹
۴۳.	ایجاد برنامه های تحلیل پیش بینی سلامت برای مدیریت بهتر ریسک بیمه ای	P2	Q8	۹	۸
۴۴.	توسعه کیف پول های دیجیتال برای تسویه حساب های بیمه ای	P15	Q7	۱۲	۷/۱۰
۴۵.	اصلاح قوانین مربوط به پوشش بیمه ای خدمات درمانی	P13	Q2	۴	۶/۳
۴۶.	تدوین سیاست های جدید برای گسترش خدمات درمانی	P12	Q4	۳	۷/۲
۴۷.	بررسی و به روز رسانی مقررات موجود با قوانین روز دنیا	P4	Q3	۱۰	۹/۸
۴۸.	اعمال قوانین جدید برای کاهش هزینه های درمانی	P6	Q6	۱۷	۲/۱۵
۴۹.	توسعه مقررات برای ارتقاء عدالت در دسترسی به خدمات	P10	Q5	۱۰	۹/۸
۵۰.	تنظیم قوانین حمایت از بیمه شدگان کم درآمد	P3	Q1	۷	۲/۶
۵۱.	ایجاد مقررات خاص برای بیمه شدگان سالمند	P7	Q7	۱۷	۲/۱۵

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۵۲	طراحی برنامه‌های حمایت از بیمه‌شدگان در دوره‌های رکود اقتصادی	P9	Q2	۴	۶/۳
۵۳	تدوین مقررات برای افزایش شفافیت در ارائه خدمات درمانی	P1	Q8	۱۳	۶/۱۱
۵۴		P14	Q4	۱۳	۶/۱۱
۵۵	تنظیم سیاست‌های ملی برای ترویج خدمات پیشگیرانه	P2	Q5	۱	۹/۰
۵۶	تدوین مقررات ویژه برای پوشش بیمه‌ای درمان‌های نوین (مانند سلول درمانی)	P11	Q6	۱۷	۲/۱۵
۵۷	طراحی سیاست‌های حمایتی برای بیمه‌شدگان دچار بیماری‌های نادر	P5	Q3	۱۲	۷/۱۰
۵۸	بهبود فرآیندهای ارزیابی خسارت و پرداخت غرامت بیمه‌شدگان	P8	Q1	۲	۸/۱
۵۹	اصلاح قوانین برای پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و توان‌افزایی	P15	Q7	۶	۴/۵
۶۰	توسعه بیمه‌های بین‌المللی درمانی با تفاهم‌نامه‌های مشترک	P13	Q2	۱۱	۸/۹
۶۱	ایجاد کمپین‌های آگاهی‌بخشی با محوریت سلامت پیشگیرانه	P10	Q8	۱۱	۸/۹
۶۲	آموزش استفاده از خدمات بیمه‌ای دیجیتال برای سالمندان	P3	Q4	۱۷	۲/۱۵
۶۳	ترویج فرهنگ خودمراقبتی و سلامت شخصی‌سازی‌شده در بیمه‌شدگان	P6	Q5	۱۰	۹/۸
۶۴	برگزاری مسابقات و چالش‌های سلامت برای بیمه‌شدگان	P9	Q6	۱	۹/۰
۶۵	همکاری با اینفلوئنسرها و افراد تاثیرگذار برای ترویج خدمات بیمه‌ای	P7	Q3	۲	۸/۱
۶۶	استفاده از فناوری هولوگرافیک در مراکز عمومی	P1	Q1	۴	۶/۳
۶۷	طراحی برنامه‌های تلویزیونی و پادکست‌های آموزشی	P12	Q7	۵	۵/۴
۶۸	استفاده از ربات‌های گفتگو (Chatbots) در پلتفرم‌های دیجیتال	P14	Q8	۹	۸
۶۹	ایجاد وبینارها و لایوهای تعاملی در شبکه‌های اجتماعی	P5	Q2	۷	۲/۶
۷۰	توسعه کتابخانه‌های دیجیتال با محتوای چندرسانه‌ای	P11	Q4	۵	۵/۴
۷۱	برگزاری جشنواره‌ها و نمایشگاه‌های سلامت و بیمه	P2	Q5	۱۷	۲/۱۵
۷۲	برگزاری جلسات حضوری آموزشی در مراکز سالمندان	P8	Q6	۱۷	۲/۱۵
۷۳	ایجاد پلتفرم‌های تعاملی واقعیت افزوده (AR)	P15	Q3	۱۱	۸/۹
۷۴	برگزاری کمپین‌های بازی‌محور	P4	Q1	۳	۷/۲

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۷۵	ارسال پیام‌ها و یادآوری‌های شخصی‌سازی شده	P13	Q7	۱۴	۵/۱۲
۷۶	راه‌اندازی سیستم‌های امتیازدهی آنلاین به مراکز درمانی بر اساس نظرات و تجربیات بیمه‌شدگان	P6	Q8	۱۰	۹/۸
۷۷	ارزیابی مستمر عملکرد پزشکان و پرسنل درمانی با استفاده از بازخوردهای دیجیتالی و گزارش‌های خودکار	P7	Q2	۱۳	۶/۱۱
۷۸	ایجاد سیستم‌های ارزیابی ۳۶۰ درجه برای سنجش عملکرد کارکنان بیمه و مراکز درمانی بر اساس معیارهای چندگانه (کیفیت، زمان، رضایت)	P10	Q4	۹	۸
۷۹	توسعه برنامه‌های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل‌های داده‌محور و پیشنهادات سیستم‌های هوشمند	P9	Q5	۶	۴/۵
۸۰	استفاده از مدل‌های شبیه‌سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده‌سازی	P1	Q6	۲	۸/۱
۸۱	توسعه برنامه‌های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل‌های داده‌محور و پیشنهادات سیستم‌های هوشمند	P11	Q3	۸	۱/۷
۸۲	استفاده از مدل‌های شبیه‌سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده‌سازی	P2	Q1	۲	۸/۱
۸۳	سیستم‌های مدیریت اطلاعات بیمه‌ای	P14	Q8	۱۳	۶/۱۱
۸۴	تحلیل شکایات و بازخوردها	P5	Q7	۵	۵/۴
۸۵	نظارت بردیافت هزینه‌های درمانی مبتنی بر قوانین	P12	Q2	۱۶	۳/۱۴
۸۶	استفاده از ابزارهای تحلیل داده‌ها برای تصمیم‌گیری	P8	Q4	۲	۸/۱
۸۷	نظارت مبتنی بر KPI پویا	P3	Q5	۶	۴/۵
۸۸	رتبه‌بندی پویا مراکز درمانی	P13	Q6	۵	۵/۴
۸۹	داشبوردهای عملکرد تجزیه و تحلیل شده	P4	Q3	۱۳	۶/۱۱
۹۰	ارزیابی مبتنی بر داده‌های ترکیبی	P15	Q1	۷	۲/۶
۹۱	نظارت تطبیقی با تغییرات فوری	P6	Q8	۱۶	۳/۱۴
۹۲	پیاده‌سازی سیستم‌های نظارتی مبتنی بر هوش مصنوعی و یادگیری ماشینی برای تحلیل رفتار بیمه‌شدگان و پیش‌بینی نیازها	P7	Q7	۱	۹/۰
۹۳	استفاده از داشبوردهای مدیریتی دیجیتال برای نظارت بر عملکرد مراکز درمانی به صورت لحظه‌ای	P10	Q2	۱۲	۷/۱۰
۹۴	توسعه الگوریتم‌های تشخیص تقلب در سیستم‌های بیمه‌ای با استفاده از تحلیل داده‌های بزرگ (Big Data)	P1	Q4	۱۶	۳/۱۴
۹۵	بهره‌گیری از تحلیل‌های پیشرفته داده برای شناسایی الگوهای نارضایتی بیمه‌شدگان و اصلاح فرآیندهای نظارتی	P9	Q5	۱۴	۵/۱۲

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۹۶	طراحی پلتفرم‌های نظارتی مبتنی بر فناوری بلاکچین برای افزایش شفافیت و صحت داده‌های بیمه‌ای و درمانی	P11	Q6	۷	۲/۶
۹۷	استفاده از قراردادهای هوشمند (Smart Contracts) برای تسویه حساب‌ها و پرداخت‌ها با مراکز درمانی به صورت خودکار و شفاف	P2	Q3	۱۲	۷/۱۰
۹۸	طراحی سیستم‌های هشدار دهنده مالی برای شناسایی و جلوگیری از هزینه‌های اضافی و غیر ضروری در فرآیندهای درمانی	P5	Q1	۷	۲/۶
۹۹	ارزیابی مداوم عملکرد مالی بر اساس شاخص‌های عملکرد کلیدی (KPIs) و تحلیل‌های پیش‌بینی کننده	P8	Q8	۱۵	۴/۱۳
۱۰۰	هشدارهای بهبود کیفیت هوشمند	P12	Q7	۱۴	۵/۱۲
۱۰۱	نقشه سفر مشتری (بیمار) دیجیتال	P14	Q2	۸	۱/۷
۱۰۲	طراحی مدل‌های بیمه‌ای مبتنی بر داده‌های بزرگ (Big Data)	P13	Q4	۶	۴/۵
۱۰۳	توسعه خدمات بیمه برای پیشگیری از بیماری‌های وابسته به سبک زندگی	P3	Q5	۱۶	۳/۱۴
۱۰۴	پیاده‌سازی ابزارهای هوش مصنوعی برای مشاوره و راهنمایی بیمه‌شدگان	P7	Q6	۳	۷/۲
۱۰۵	طراحی بیمه‌های ترکیبی (سلامت، عمر و حوادث) برای گروه‌های خاص	P6	Q3	۱۷	۲/۱۵
۱۰۶	استفاده از داده‌های زیست‌محیطی و جغرافیایی برای تخصیص دقیق تر منابع بیمه‌ای	P11	Q1	۱۲	۷/۱۰
۱۰۷	تأمین مالی خلاقانه با کمک بانک‌ها	P1	Q8	۴	۶/۳
۱۰۸	تنوع بخشی به منابع درآمدی	P9	Q7	۵	۵/۴
۱۰۹	افزایش سرمایه گذاری‌ها	P4	Q2	۴	۶/۳
۱۱۰	جذب منابع از بخش خصوصی	P12	Q4	۱۱	۸/۹
۱۱۱	استفاده از اوراق بدهی	P15	Q5	۴	۶/۳
۱۱۲	مدیریت نقدینگی بیمه	P8	Q6	۱۰	۹/۸
۱۱۳	تدوین استراتژی‌های پس انداز	P2	Q3	۲	۸/۱
۱۱۴	تحلیل ریسک سرمایه گذاری	P10	Q1	۳	۷/۲
۱۱۵	طراحی مدل‌های درآمدی جدید مبتنی بر نفع کسب و کاری نه خدمات دولتی	P13	Q8	۳	۷/۲
۱۱۶	تحلیل اقتصادی بلندمدت	P5	Q7	۱۶	۳/۱۴

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۱۱۷.	پیش بینی تغییرات اقتصادی	P14	Q2	۷	۲/۶
۱۱۸.	ارزیابی تأثیر نوسانات ارز	P7	Q4	۱۱	۸/۹
۱۱۹.	تحلیل ریسک اقتصادی	P1	Q5	۱	۹/۰
۱۲۰.	طراحی سناریوهای مالی	P6	Q6	۱۶	۳/۱۴
۱۲۱.	مدل سازی اقتصادی بیمه	P9	Q3	۱۰	۹/۸
۱۲۲.	تحلیل روندهای بازار درمان	P12	Q1	۹	۸
۱۲۳.	ارزیابی هزینه های آینده	P3	Q8	۲	۸/۱
۱۲۴.	پایش تأثیرات تورم	P10	Q7	۴	۶/۳
۱۲۵.	تدوین استراتژی های مالی پویا	P14	Q2	۱۷	۲/۱۵
۱۲۶.	نظارت بر جریان های نقدینگی	P5	Q4	۱۱	۸/۹
۱۲۷.	کنترل هزینه های اضافی	P8	Q5	۱۴	۵/۱۲
۱۲۸.	پایش دقیق هزینه ها	P11	Q6	۱۵	۴/۱۳
۱۲۹.	تحلیل هزینه-فایده خدمات	P2	Q3	۱	۹/۰
۱۳۰.	بودجه بندی هوشمند درمان	P15	Q1	۱۳	۶/۱۱
۱۳۱.	کاهش هزینه های غیر ضروری	P13	Q8	۱۴	۵/۱۲
۱۳۲.	استاندارد سازی تعرفه ها	P4	Q7	۸	۱/۷
۱۳۳.	شفاف سازی هزینه ها	P6	Q2	۱۲	۷/۱۰
۱۳۴.	ارزیابی پیوسته هزینه ها	P1	Q4	۱۷	۲/۱۵
۱۳۵.	مدیریت اقتصادی منابع	P9	Q5	۳	۷/۲
۱۳۶.	کاهش قیمت تجهیزات پزشکی	P7	Q6	۹	۸
۱۳۷.	بهینه سازی هزینه های جاری	P10	Q3	۱۲	۷/۱۰
۱۳۸.	برگزاری دوره های تخصصی برای ارتقاء دانش کارکنان در حوزه بیمه و سلامت	P12	Q1	۲	۸/۱
۱۳۹.	توسعه برنامه های آموزشی مداوم برای به روزرسانی مهارت های کارکنان	P5	Q8	۱	۹/۰
۱۴۰.	ایجاد برنامه های آموزشی ترکیبی (آنلاین و حضوری) برای کارکنان جدید	P8	Q7	۱	۹/۰
۱۴۱.	آموزش استفاده از فناوری های نوین و سیستم های دیجیتال در ارائه خدمات بیمه ای	P13	Q2	۷	۲/۶
۱۴۲.	برگزاری کارگاه های عملی برای افزایش توانایی های ارتباطی و مدیریتی کارکنان	P2	Q4	۷	۲/۶
۱۴۳.	آموزش مبتنی بر سناریوهای واقعی برای بهبود تصمیم گیری در شرایط پیچیده	P15	Q5	۱۳	۶/۱۱

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۱۴۴.	آموزش مدیریت تعارض و حل اختلاف در محیط کار	P4	Q6	۶	۴/۵
۱۴۵.	توسعه مهارت‌های چندوظیفه‌ای در کارکنان جهت بهبود کارایی	P11	Q3	۳	۷/۲
۱۴۶.	برگزاری آزمون‌های منظم برای سنجش دانش و مهارت‌های به‌روز شده کارکنان	P6	Q3	۵	۵/۴
۱۴۷.	ایجاد برنامه‌های پاداش دهی بر اساس عملکرد کارکنان	P9	Q8	۲	۸/۱
۱۴۸.	طراحی طرح‌های تشویقی مالی و غیرمالی برای کارکنان موفق	P3	Q1	۹	۸
۱۴۹.	برنامه‌های ارتقای شغلی و مسیر رشد مشخص برای کارکنان	P7	Q4	۱	۹/۰
۱۵۰.	ایجاد برنامه‌های نگهداشت استعدادها از طریق افزایش رضایت شغلی	P1	Q5	۸	۱/۷
۱۵۱.	استفاده از سیستم‌های بازخورد دوسویه برای بهبود تعاملات کاری	P12	Q2	۱	۹/۰
۱۵۲.	ارتقاء فرهنگ سازمانی از طریق تقویت روحیه تیمی و همکاری	P10	Q7	۱۳	۶/۱۱
۱۵۳.	طراحی برنامه‌های کاهش استرس و بهبود بهداشت روانی در محیط کار	P14	Q6	۸	۱/۷
۱۵۴.	ایجاد طرح‌های انگیزشی برای بهبود بهره‌وری در کارکنان	P5	Q8	۱۰	۹/۸
۱۵۵.	نظارت بر عوامل کاهش دهنده انگیزه و اجرای برنامه‌های جبرانی	P8	Q2	۱۵	۴/۱۳
۱۵۶.	توسعه سیستم‌های پاداش دهی مبتنی بر عملکرد برای افزایش بهره‌وری	P2	Q1	۱۰	۹/۸
۱۵۷.	تحلیل داده‌های عملکردی برای شناسایی استعدادها و کارکنان با عملکرد بالا	P11	Q3	۱۰	۹/۸
۱۵۸.	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی	P13	Q4	۱۶	۳/۱۴
۱۵۹.	آموزش مدیران میانی برای توسعه مهارت‌های رهبری اثربخش	P15	Q6	۸	۱/۷
۱۶۰.	طراحی برنامه‌های منتورینگ و کوچینگ برای کارکنان مستعد جهت پرورش رهبران آینده	P6	Q7	۴	۶/۳
۱۶۱.	ارزیابی مستمر عملکرد مدیران و بهبود مهارت‌های رهبری آنها بر اساس نتایج	P4	Q5	۱۲	۷/۱۰

ردیف	کدهای استخراج شده	شخص پاسخ دهنده	سوال مربوطه	فراوانی	نسبت فراوانی به کل (%)
۱۶۲	برگزاری دوره‌های مدیریت تغییر برای هماهنگی با تحولات سریع در صنعت بیمه و سلامت	P9	Q3	۶	۴/۵
۱۶۳	توسعه برنامه‌های رهبری تحول‌آفرین برای افزایش بهره‌وری سازمانی	P7	Q8	۷	۲/۶
۱۶۴	آموزش‌های ویژه برای مدیریت بحران و ریسک در شرایط غیرقابل پیش‌بینی	P1	Q4	۶	۴/۵
۱۶۵	طراحی برنامه‌های جانشین‌پروری برای اطمینان از ثبات سازمانی در دوره‌های تغییر	P10	Q1	۱	۹/۰
۱۶۶	ایجاد نظام‌های مدیریت عملکرد شفاف و مبتنی بر نتایج در میان مدیران	P12	Q7	۸	۱/۷
۱۶۷	ارزیابی و بازطراحی ساختار سازمانی جهت تسهیل فرآیندهای کاری و کاهش بروکراسی	P3	Q2	۳	۷/۲
۱۶۸	پیاده‌سازی سیستم‌های مدیریت منابع انسانی هوشمند برای بهبود کارایی	P8	Q6	۹	۸
۱۶۹	استفاده از تکنولوژی‌های پیشرفته برای تحلیل داده‌های منابع انسانی و تصمیم‌گیری دقیق‌تر	P5	Q5	۲	۸/۱
۱۷۰	ایجاد تیم‌های کاری چابک برای افزایش سرعت تصمیم‌گیری و اجرا	P14	Q8	۱۷	۲/۱۵
۱۷۱	بهینه‌سازی فرآیند جذب و استخدام بر اساس تحلیل داده‌ها و هوش مصنوعی	P13	Q1	۱۳	۶/۱۱
۱۷۲	طراحی سیستم‌های یکپارچه برای مدیریت اطلاعات کارکنان و ارزیابی عملکرد	P2	Q7	۱۶	۳/۱۴
۱۷۳	ایجاد برنامه‌های توسعه شغلی پویا و انعطاف‌پذیر بر اساس نیازهای سازمانی	P6	Q4	۱	۹/۰
۱۷۴	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی	P11	Q2	۵	۵/۴
۱۷۵	پیاده‌سازی سیستم‌های ارزیابی مبتنی بر نتایج و KPIهای شفاف و قابل اندازه‌گیری	P15	Q6	۱۲	۷/۱۰

کدگذاری محوری

کدگذاری محوری مرحله دوم تجزیه و تحلیل در نظریه پردازی تحلیل مضمون است. هدف این مرحله برقراری رابطه بین مقوله‌های تولید شده در مرحله کدگذاری باز است. این کدگذاری، به این دلیل محوری نامیده شده که کدگذاری حول محور یک مقوله تحقق می‌یابد. در این مرحله پژوهشگر یکی از مقولات را به عنوان مقوله محوری

انتخاب کرده، آن را تحت عنوان پدیده محوری در مرکز فرایند، مورد کاوش قرار داده و ارتباط سایر مقولات را با آن مشخص می کند.

در کدگذاری محوری نوع سوالاتی که پرسیده می شوند بر نوع روابط دلالت دارند. مثلاً برای مقایسه مقوله ای با مقوله دیگر ممکن است این سوال مطرح شود که آیا مقوله الف پیامدی از راهبردها برای مقوله ب است؟ پژوهشگر این کار را همراه با جستجوی شواهد و وقایع برای تایید یا تکذیب سوال انجام می دهد. هنگامی که داده ها سوال را تایید کردند رابطه دو مقوله مشخص شده و می توان به نوعی گزاره تبدیل شود.

جدول ۲: کدگذاری محوری (مقوله فرعی و کدها)

میزان توافق جمعیتی (%)	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی
۹۱	افزایش پوشش جغرافیایی مراکز درمانی	بهبود دسترسی به خدمات درمانی (b)
۸۵	ارائه خدمات درمانی سیار (کلینیک های سیار)	
۷۷	توسعه خدمات درمانی روستایی و مناطق محروم	
۷۸	ایجاد شبکه ارتباطی یکپارچه بین مراکز درمانی	
۸۷	ایجاد مراکز درمانی تخصصی برای بیماری های خاص	
۹۲	تعداد مراکز درمانی تحت پوشش	
۹۲	توزیع جغرافیایی مراکز درمانی	
۷۴	امکانات پزشکی مراکز درمانی	
۹۵	فاصله مراکز درمانی تا مناطق مختلف	
۷۹	توسعه خدمات درمانی در ساعات غیر اداری	
۸۹	ایجاد کلینیک های شبانه روزی تخصصی	توسعه خدمات درمانی (t)
۷۶	استفاده از خدمات درمانی سیار برای مناطق دورافتاده	
۹۱	تأسیس مراکز درمانی تخصصی روان شناسی و سلامت روان	
۹۳	ایجاد خدمات درمانی چندزبانه برای مهاجران و اتباع خارجی	
۸۴	گسترش خدمات درمانی ویژه سالمندان و بازنشستگان	
۷۴	افزایش دسترسی به خدمات درمانی از راه دور (Telemedicine)	
۷۴	ارتقاء کیفیت خدمات درمانی ارائه شده	
۷۵	افزایش تعداد پزشکان و پرستاران معرب	
۷۹	توسعه مراکز تخصصی و فوق تخصصی	
۷۶	دیجیتال سازی و الکترونیک سازی خدمات	
۷۴	استفاده از تجهیزات پزشکی پیشرفته	
۷۸	توسعه استانداردهای ارائه خدمات	
۸۲	رضایت بیمه شدگان از خدمات دریافتی	

میزان توافق جمععی (%)	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی
۷۶	آموزش مستمر پزشکان و کادر درمانی	توسعه و بهبود خدمات دیجیتال (d)
۸۵	توسعه برنامه‌های مراقبت طولانی مدت برای بیمه‌شدگان با بیماری‌های مزمن	
۸۰	استفاده از ابزارهای پوشیدنی و اینترنت اشیا برای نظارت بر سلامت بیمه‌شدگان	
۹۵	ارائه خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روانی در پوشش بیمه‌ای	
۹۰	تدوین استانداردهای ایمنی و بهداشت کاری برای بیمه‌شدگان	
۸۳	توسعه سیستم‌های مدیریت اطلاعات درمانی	
۸۲	پیاده‌سازی سیستم‌های هوش مصنوعی برای تشخیص بیماری	
۹۲	استفاده از بسترهای آنلاین برای ارتباط با بیمه‌شدگان	
۸۸	توسعه اپلیکیشن‌های موبایل برای دریافت خدمات درمانی	
۸۶	دیجیتال‌سازی پرونده‌های بیمه‌ای و درمانی	
۹۲	پیاده‌سازی سیستم‌های نوبت‌دهی آنلاین	
۸۰	آگاهی از وجود خدمات آنلاین مورد نیاز	
۹۱	مشاوره‌های پزشکی آنلاین	
۹۴	راه‌اندازی سیستم‌های خودکار ارزیابی سلامت	
۷۲	توسعه سامانه‌های تحلیل داده‌های سلامت بیمه‌شدگان	
۸۸	استفاده از فناوری بلاکچین در مدیریت پرونده‌های بیمه‌ای	
۸۱	پیاده‌سازی الگوریتم‌های یادگیری ماشینی برای پیش‌بینی نیازهای درمانی	تنظیم و تدوین سیاست‌ها (t)
۷۵	سیستم‌های احراز هویت بیومتریک برای دریافت خدمات درمانی	
۸۵	ایجاد پلتفرم‌های متمرکز برای هماهنگی بین مراکز درمانی و بیمه‌ها	
۷۵	ایجاد برنامه‌های تحلیل پیش‌بینی سلامت برای مدیریت بهتر ریسک بیمه‌ای	
۹۵	توسعه کیف پول‌های دیجیتال برای تسویه حساب‌های بیمه‌ای	
۸۰	اصلاح قوانین مربوط به پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی	
۸۰	تدوین سیاست‌های جدید برای گسترش خدمات درمانی	
۹۳	بررسی و به‌روزرسانی مقررات موجود با قوانین روز دنیا	
۷۴	اعمال قوانین جدید برای کاهش هزینه‌های درمانی	
۹۱	توسعه مقررات برای ارتقاء عدالت در دسترسی به خدمات	
۷۸	تنظیم قوانین حمایت از بیمه‌شدگان کم‌درآمد	
۷۸	ایجاد مقررات خاص برای بیمه‌شدگان سالمند	
۷۲	طراحی برنامه‌های حمایت از بیمه‌شدگان در دوره‌های رکود اقتصادی	
۸۳	تدوین مقررات برای افزایش شفافیت در ارائه خدمات درمانی	
۸۹		

میزان توافق جمع‌ی (%)	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی
۹۴	تنظیم سیاست‌های ملی برای ترویج خدمات پیشگیرانه	فرهنگ‌سازی و آگاهی‌بخشی (f)
۸۳	تدوین مقررات ویژه برای پوشش بیمه‌ای درمان‌های نوین (مانند سلول درمانی)	
۹۳	طراحی سیاست‌های حمایتی برای بیمه‌شدگان دچار بیماری‌های نادر	
۹۰	بهبود فرآیندهای ارزیابی خسارت و پرداخت غرامت بیمه‌شدگان	
۸۴	اصلاح قوانین برای پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و توان‌افزایی	
۹۱	توسعه بیمه‌های بین‌المللی درمانی با تفاهم‌نامه‌های مشترک	
۹۳	ایجاد کمپین‌های آگاهی‌بخشی با محوریت سلامت پیشگیرانه	
۸۱	آموزش استفاده از خدمات بیمه‌ای دیجیتال برای سالمندان	
۹۵	ترویج فرهنگ خودمراقبتی و سلامت شخصی‌سازی‌شده در بیمه‌شدگان	
۸۳	برگزاری مسابقات و چالش‌های سلامت برای بیمه‌شدگان	
۹۴	همکاری با اینفلوئنسرها و افراد تاثیرگذار برای ترویج خدمات بیمه‌ای	
۸۰	استفاده از فناوری هولوگرافیک در مراکز عمومی	
۹۳	طراحی برنامه‌های تلویزیونی و پادکست‌های آموزشی	
۷۱	استفاده از ربات‌های گفتگو (Chatbots) در پلتفرم‌های دیجیتال	
۸۶	ایجاد وبینارها و لایوهای تعاملی در شبکه‌های اجتماعی	
۸۳	توسعه کتابخانه‌های دیجیتال با محتوای چندرسانه‌ای	
۷۹	برگزاری جشنواره‌ها و نمایشگاه‌های سلامت و بیمه	
۸۵	برگزاری جلسات حضوری آموزشی در مراکز سالمندان	
۷۳	ایجاد پلتفرم‌های تعاملی واقعیت افزوده (AR)	
۸۱	برگزاری کمپین‌های بازی‌محور	
۹۴	ارسال پیام‌ها و یادآوری‌های شخصی‌سازی‌شده	
۷۶	راه‌اندازی سیستم‌های امتیازدهی آنلاین به مراکز درمانی بر اساس نظرات و تجربیات بیمه‌شدگان	ارزیابی عملکرد و بهبود فرآیندها (a)
۷۹	ارزیابی مستمر عملکرد پزشکان و پرسنل درمانی با استفاده از بازخوردهای دیجیتال و گزارش‌های خودکار	
۹۴	ایجاد سیستم‌های ارزیابی ۳۶۰ درجه برای سنجش عملکرد کارکنان بیمه و مراکز درمانی بر اساس معیارهای چندگانه (کیفیت، زمان، رضایت)	
۷۹	توسعه برنامه‌های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل‌های داده‌محور و پیشنهادات سیستم‌های هوشمند	
۸۹	استفاده از مدل‌های شبیه‌سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده‌سازی	

میزان توافق جمعیتی (%)	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی
۷۲	توسعه برنامه‌های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل‌های داده‌محور و پیشنهادات سیستم‌های هوشمند	
۸۸	استفاده از مدل‌های شبیه‌سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده‌سازی	
۹۳	سیستم‌های مدیریت اطلاعات بیمه‌ای	
۷۱	تحلیل شکایات و بازخوردها	
۷۶	نظارت بردریافت هزینه‌های درمانی مبتنی بر قوانین	
۸۹	استفاده از ابزارهای تحلیل داده‌ها برای تصمیم‌گیری	
۷۷	نظارت مبتنی بر KPI پویا	
۹۳	رتبه‌بندی پویا مراکز درمانی	
۷۷	داشبوردهای عملکرد تجزیه و تحلیل شده	
۹۰	ارزیابی مبتنی بر داده‌های ترکیبی	
۷۸	نظارت تطبیقی با تغییرات فوری	
۸۹	پیاده‌سازی سیستم‌های نظارتی مبتنی بر هوش مصنوعی و یادگیری ماشینی برای تحلیل رفتار بیمه‌شدگان و پیش‌بینی نیازها	
۷۰	استفاده از داشبوردهای مدیریتی دیجیتال برای نظارت بر عملکرد مراکز درمانی به صورت لحظه‌ای	
۹۱	توسعه الگوریتم‌های تشخیص تقلب در سیستم‌های بیمه‌ای با استفاده از تحلیل داده‌های بزرگ (Big Data)	
۷۴	بهره‌گیری از تحلیل‌های پیشرفته داده برای شناسایی الگوهای نارضایتی بیمه‌شدگان و اصلاح فرآیندهای نظارتی	
۹۱	طراحی پلتفرم‌های نظارتی مبتنی بر فناوری بلاکچین برای افزایش شفافیت و صحت داده‌های بیمه‌ای و درمانی	مدیریت هوشمند و نظارت دیجیتال
۸۵	استفاده از قراردادهای هوشمند (Smart Contracts) برای تسویه حساب‌ها و پرداخت‌ها با مراکز درمانی به صورت خودکار و شفاف	(d)
۷۷	طراحی سیستم‌های هشداردهنده مالی برای شناسایی و جلوگیری از هزینه‌های اضافی و غیرضروری در فرآیندهای درمانی	
۷۸	ارزیابی مداوم عملکرد مالی بر اساس شاخص‌های عملکرد کلیدی (KPIs) و تحلیل‌های پیش‌بینی‌کننده	
۸۷	هشدارهای بهبود کیفیت هوشمند	
۹۲	نقشه سفر مشتری (بیمار) دیجیتال	
۹۲	طراحی مدل‌های بیمه‌ای مبتنی بر داده‌های بزرگ (Big Data)	

میزان توافق جمعی (%)	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی
۷۴	توسعه خدمات بیمه برای پیشگیری از بیماری‌های وابسته به سبک زندگی	
۹۵	پیاده‌سازی ابزارهای هوش مصنوعی برای مشاوره و راهنمایی بیمه‌شدگان	
۷۹	طراحی بیمه‌های ترکیبی (سلامت، عمر و حوادث) برای گروه‌های خاص	
۸۹	استفاده از داده‌های زیست‌محیطی و جغرافیایی برای تخصیص دقیق‌تر منابع بیمه‌ای	
۷۶	تأمین مالی خلاقانه با کمک بانک‌ها	جذب و تخصیص منابع مالی (j)
۹۱	تنوع‌بخشی به منابع درآمدی	
۹۳	افزایش سرمایه‌گذاری‌ها	
۸۴	جذب منابع از بخش خصوصی	
۷۴	استفاده از اوراق بدهی	
۷۴	مدیریت نقدینگی بیمه	
۷۵	تدوین استراتژی‌های پس‌انداز	
۷۹	تحلیل ریسک سرمایه‌گذاری	
۷۶	طراحی مدل‌های درآمدی جدید مبتنی بر نفع کسب و کاری نه خدمات دولتی	تحلیل اقتصادی و برنامه‌ریزی مالی (t)
۷۴	تحلیل اقتصادی بلندمدت	
۷۸	پیش‌بینی تغییرات اقتصادی	
۸۲	ارزیابی تأثیر نوسانات ارز	
۷۶	تحلیل ریسک اقتصادی	
۸۵	طراحی سناریوهای مالی	
۸۰	مدل‌سازی اقتصادی بیمه	
۹۵	تحلیل روندهای بازار درمان	
۹۰	ارزیابی هزینه‌های آینده	
۸۳	پایش تأثیرات تورم	
۸۲	تدوین استراتژی‌های مالی پویا	مدیریت هزینه‌های درمانی (h)
۹۲	نظارت بر جریان‌های نقدینگی	
۸۸	کنترل هزینه‌های اضافی	
۸۶	پایش دقیق هزینه‌ها	
۹۲	تحلیل هزینه-فایده خدمات	
۸۰	بودجه‌بندی هوشمند درمان	
۹۱	کاهش هزینه‌های غیرضروری	
۹۴	استانداردسازی تعرفه‌ها	
۷۲	شفاف‌سازی هزینه‌ها	

میزان توافق جمعیتی (%)	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی
۸۸	ارزیابی پیوسته هزینه‌ها	آموزش و توسعه مهارت‌ها (a)
۸۱	مدیریت اقتصادی منابع	
۷۵	کاهش قیمت تجهیزات پزشکی	
۸۵	بهینه‌سازی هزینه‌های جاری	
۷۵	برگزاری دوره‌های تخصصی برای ارتقاء دانش کارکنان در حوزه بیمه و سلامت	
۹۵	توسعه برنامه‌های آموزشی مداوم برای به‌روزرسانی مهارت‌های کارکنان	
۸۰	ایجاد برنامه‌های آموزشی ترکیبی (آنلاین و حضوری) برای کارکنان جدید	
۸۰	آموزش استفاده از فناوری‌های نوین و سیستم‌های دیجیتال در ارائه خدمات بیمه‌ای	
۹۳	برگزاری کارگاه‌های عملی برای افزایش توانایی‌های ارتباطی و مدیریتی کارکنان	
۷۴	آموزش مبتنی بر سناریوهای واقعی برای بهبود تصمیم‌گیری در شرایط پیچیده	
۹۱	آموزش مدیریت تعارض و حل اختلاف در محیط کار	مدیریت انگیزه و رضایت کارکنان (r)
۷۸	توسعه مهارت‌های چندوظیفه‌ای در کارکنان جهت بهبود کارایی	
۷۸	برگزاری آزمون‌های منظم برای سنجش دانش و مهارت‌های به‌روز شده کارکنان	
۷۲	ایجاد برنامه‌های پاداش‌دهی بر اساس عملکرد کارکنان	
۸۳	طراحی طرح‌های تشویقی مالی و غیرمالی برای کارکنان موفق	
۸۹	برنامه‌های ارتقای شغلی و مسیر رشد مشخص برای کارکنان	
۹۴	ایجاد برنامه‌های نگهداشت استعدادها از طریق افزایش رضایت شغلی	
۸۳	استفاده از سیستم‌های بازخورد دوسویه برای بهبود تعاملات کاری	
۹۳	ارتقاء فرهنگ سازمانی از طریق تقویت روحیه تیمی و همکاری	
۹۰	طراحی برنامه‌های کاهش استرس و بهبود بهداشت روانی در محیط کار	
۸۴	ایجاد طرح‌های انگیزشی برای بهبود بهره‌وری در کارکنان	مدیریت انگیزه و رضایت کارکنان (k)
۹۱	نظارت بر عوامل کاهش‌دهنده انگیزه و اجرای برنامه‌های جبرانی	
۹۳	توسعه سیستم‌های پاداش‌دهی مبتنی بر عملکرد برای افزایش بهره‌وری	
۸۱	تحلیل داده‌های عملکردی برای شناسایی استعدادها و کارکنان با عملکرد بالا	
۹۵	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی	
۸۳	آموزش مدیران میانی برای توسعه مهارت‌های رهبری اثربخش	مدیریت انگیزه و رضایت کارکنان (k)
۹۴	طراحی برنامه‌های منتورینگ و کوچینگ برای کارکنان مستعد جهت پرورش رهبران آینده	
۸۰	ارزیابی مستمر عملکرد مدیران و بهبود مهارت‌های رهبری آن‌ها بر اساس نتایج	

میزان توافق جمعیتی (%)	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی
۹۳	برگزاری دوره‌های مدیریت تغییر برای هماهنگی با تحولات سریع در صنعت بیمه و سلامت	
۷۱	توسعه برنامه‌های رهبری تحول‌آفرین برای افزایش بهره‌وری سازمانی	
۸۶	آموزش‌های ویژه برای مدیریت بحران و ریسک در شرایط غیرقابل پیش‌بینی	
۸۳	طراحی برنامه‌های جانشین‌پروری برای اطمینان از ثبات سازمانی در دوره‌های تغییر	
۷۹	ایجاد نظام‌های مدیریت عملکرد شفاف و مبتنی بر نتایج در میان مدیران	
۸۵	ارزیابی و بازطراحی ساختار سازمانی جهت تسهیل فرآیندهای کاری و کاهش بروکراسی	
۷۳	پیاده‌سازی سیستم‌های مدیریت منابع انسانی هوشمند برای بهبود کارایی	
۸۱	استفاده از تکنولوژی‌های پیشرفته برای تحلیل داده‌های منابع انسانی و تصمیم‌گیری دقیق‌تر	
۹۴	ایجاد تیم‌های کاری چابک برای افزایش سرعت تصمیم‌گیری و اجرا	
۷۶	بهینه‌سازی فرآیند جذب و استخدام بر اساس تحلیل داده‌ها و هوش مصنوعی	
۷۹	طراحی سیستم‌های یکپارچه برای مدیریت اطلاعات کارکنان و ارزیابی عملکرد	
۹۴	ایجاد برنامه‌های توسعه شغلی پویا و انعطاف‌پذیر بر اساس نیازهای سازمانی	
۷۹	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی	
۸۹	پیاده‌سازی سیستم‌های ارزیابی مبتنی بر نتایج و KPIهای شفاف و قابل اندازه‌گیری	

کدگذاری انتخابی

کدگذاری انتخابی عبارت است از فرایند انتخاب دسته بندی اصلی، مرتبط کردن نظام آن با دیگر دسته بندی ها، تایید اعتبار این روابط و تکمیل دسته بندی هایی که نیاز به اصلاح و توسعه بیشتری دارند. کدگذاری انتخابی بر اساس نتایج کدگذاری و کدگذاری محوری، مرحله اصلی نظریه پردازی است. به این ترتیب که مقوله محوری را به شکل نظام مند به دیگر مقوله ها ربط داده و ان روابط را در چارپوب یک روایت ارائه کرده و مقوله هایی را که به بهبود و توسعه بیشتری نیاز دارند، اصلاح می کند.

غربالگری و پالایش شاخص ها $\neq$

پس از تلخیص شاخص ها، می توانیم آن‌ها را مطابق جداول زیر غربالگری کنیم.

کدگذاری انتخابی و انتخاب تم‌ها

جدول ۳: مشخصات مقوله‌ها و کدگذاری حاصل از بخش مصاحبه

نام گذاری	مقوله اصلی	مقوله فرعی	کدهای استخراج شده	کد
Zb1	بهبود دسترسی به خدمات درمانی	(b)	افزایش پوشش جغرافیایی مراکز درمانی	Zb1
Zb2			ارائه خدمات درمانی سیار (کلینیک‌های سیار)	Zb2
Zb3			توسعه خدمات درمانی روستایی و مناطق محروم	Zb3
Zb4			ایجاد شبکه ارتباطی یکپارچه بین مراکز درمانی	Zb4
Zb5			ایجاد مراکز درمانی تخصصی برای بیماری‌های خاص	Zb5
Zb6			تعداد مراکز درمانی تحت پوشش	Zb6
Zb7			توزیع جغرافیایی مراکز درمانی	Zb7
Zb8			امکانات پزشکی مراکز درمانی	Zb8
Zb9			فاصله مراکز درمانی تا مناطق مختلف	Zb9
Zbv1	زیرساخت‌های خدمات درمانی	(z)	توسعه خدمات درمانی در ساعات غیر اداری	Zbv1
Zbv2			ایجاد کلینیک‌های شبانه‌روزی تخصصی	Zbv2
Zbv3			استفاده از خدمات درمانی سیار برای مناطق دورافتاده	Zbv3
Zbv4			تأسیس مراکز درمانی تخصصی روان‌شناسی و سلامت روان	Zbv4
Zbv5			ایجاد خدمات درمانی چندزبانه برای مهاجران و اتباع خارجی	Zbv5
Zbv6			گسترش خدمات درمانی ویژه سالمندان و بازنشستگان	Zbv6
Zt1	توسعه خدمات درمانی	(t)	افزایش دسترسی به خدمات درمانی از راه دور (Telemedicine)	Zt1
Zt2			ارتقاء کیفیت خدمات درمانی ارائه شده	Zt2
Zt3			افزایش تعداد پزشکان و پرستاران مجرب	Zt3
Zt4			توسعه مراکز تخصصی و فوق تخصصی	Zt4
Zt5			دیجیتال‌سازی و الکترونیکی‌سازی خدمات	Zt5
Zt6			استفاده از تجهیزات پزشکی پیشرفته	Zt6
Zt7			توسعه استانداردهای ارائه خدمات	Zt7
Zt8			رضایت بیمه‌شدگان از خدمات دریافتی	Zt8
Zt9			آموزش مستمر پزشکان و کادر درمانی	Zt9
Ztv1	سلامت بیمه‌شدگان		توسعه برنامه‌های مراقبت طولانی مدت برای بیمه‌شدگان با بیماری‌های مزمن	Ztv1
Ztv2			استفاده از ابزارهای پوشیدنی و اینترنت اشیا برای نظارت بر سلامت بیمه‌شدگان	Ztv2

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Ztv3	ارائه خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روانی در پوشش بیمه‌ای		
Ztv4	تدوین استانداردهای ایمنی و بهداشت کاری برای بیمه‌شدگان		
Zd1	توسعه سیستم‌های مدیریت اطلاعات درمانی		
Zd2	پیاده‌سازی سیستم‌های هوش مصنوعی برای تشخیص بیماری		
Zd3	استفاده از بسترهای آنلاین برای ارتباط با بیمه‌شدگان		
Zd4	توسعه اپلیکیشن‌های موبایل برای دریافت خدمات درمانی		
Zd5	دیجیتال‌سازی پرونده‌های بیمه‌ای و درمانی		
Zd6	پیاده‌سازی سیستم‌های نوبت‌دهی آنلاین		
Zd7	آگاهی از وجود خدمات آنلاین مورد نیاز		
Zd8	مشاوره‌های پزشکی آنلاین		
Zd9	راه‌اندازی سیستم‌های خودکار ارزیابی سلامت		
Zdv1	توسعه سامانه‌های تحلیل داده‌های سلامت بیمه‌شدگان	توسعه و بهبود خدمات دیجیتال	
Zdv2	استفاده از فناوری بلاکچین در مدیریت پرونده‌های بیمه‌ای	(d)	
Zdv3	پیاده‌سازی الگوریتم‌های یادگیری ماشینی برای پیش‌بینی نیازهای درمانی		
Zdv4	سیستم‌های احراز هویت بیومتریک برای دریافت خدمات درمانی		
Zdv5	ایجاد پلتفرم‌های متمرکز برای هماهنگی بین مراکز درمانی و بیمه‌ها		
Zdv6	ایجاد برنامه‌های تحلیل پیش‌بینی سلامت برای مدیریت بهتر ریسک بیمه‌ای		
Zdv7	توسعه کیف پول‌های دیجیتال برای تسویه حساب‌های بیمه‌ای		
St1	اصلاح قوانین مربوط به پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی		
St2	تدوین سیاست‌های جدید برای گسترش خدمات درمانی		
St3	بررسی و به‌روزرسانی مقررات موجود با قوانین روز دنیا	تنظیم و تدوین	سیاست‌ها و مقررات
St4	اعمال قوانین جدید برای کاهش هزینه‌های درمانی	سیاست‌ها	
St5	توسعه مقررات برای ارتقاء عدالت در دسترسی به خدمات	(t)	(s)
St6	تنظیم قوانین حمایت از بیمه‌شدگان کم‌درآمد		
St7	ایجاد مقررات خاص برای بیمه‌شدگان سالمند		

نام گذاری کد	مقوله اصلی	مقوله فرعی	کدهای استخراج شده
St8	فرهنگ سازی و آگاهی بخشی (f)		طراحی برنامه های حمایت از بیمه شدگان در دوره های رکود اقتصادی
St9			تدوین مقررات برای افزایش شفافیت در ارائه خدمات درمانی
Stv1			
Stv2			تنظیم سیاست های ملی برای ترویج خدمات پیشگیرانه
Stv3			تدوین مقررات ویژه برای پوشش بیمه ای درمان های نوین (مانند سلول درمانی)
Stv4			طراحی سیاست های حمایتی برای بیمه شدگان دچار بیماری های نادر
Stv5			بهبود فرآیندهای ارزیابی خسارت و پرداخت غرامت بیمه شدگان
Stv6			اصلاح قوانین برای پوشش بیمه ای خدمات توانبخشی و توان افزایی
Stv7			توسعه بیمه های بین المللی درمانی با تفاهم نامه های مشترک
Sf1			ایجاد کمپین های آگاهی بخشی با محوریت سلامت پیشگیرانه
Sf2			آموزش استفاده از خدمات بیمه ای دیجیتال برای سالمندان
Sf3			ترویج فرهنگ خودمراقبتی و سلامت شخصی سازی شده در بیمه شدگان
Sf4			برگزاری مسابقات و چالش های سلامت برای بیمه شدگان
Sf5			همکاری با اینفلوئنسر ها و افراد تاثیر گذار برای ترویج خدمات بیمه ای
Sf6			استفاده از فناوری هولوگرافیک در مراکز عمومی
Sf7			طراحی برنامه های تلویزیونی و پادکست های آموزشی
Sf8			استفاده از ربات های گفتگو (Chatbots) در پلتفرم های دیجیتال
Sf9			ایجاد وینارها و لایوهای تعاملی در شبکه های اجتماعی
Sfv1			توسعه کتابخانه های دیجیتال با محتوای چند رسانه ای
Sfv2			برگزاری جشنواره ها و نمایشگاه های سلامت و بیمه
Sfv3			برگزاری جلسات حضوری آموزشی در مراکز سالمندان
Sfv4			ایجاد پلتفرم های تعاملی واقعیت افزوده (AR)
Sfv5			برگزاری کمپین های بازی محور
Sfv6			ارسال پیام ها و یادآوری های شخصی سازی شده

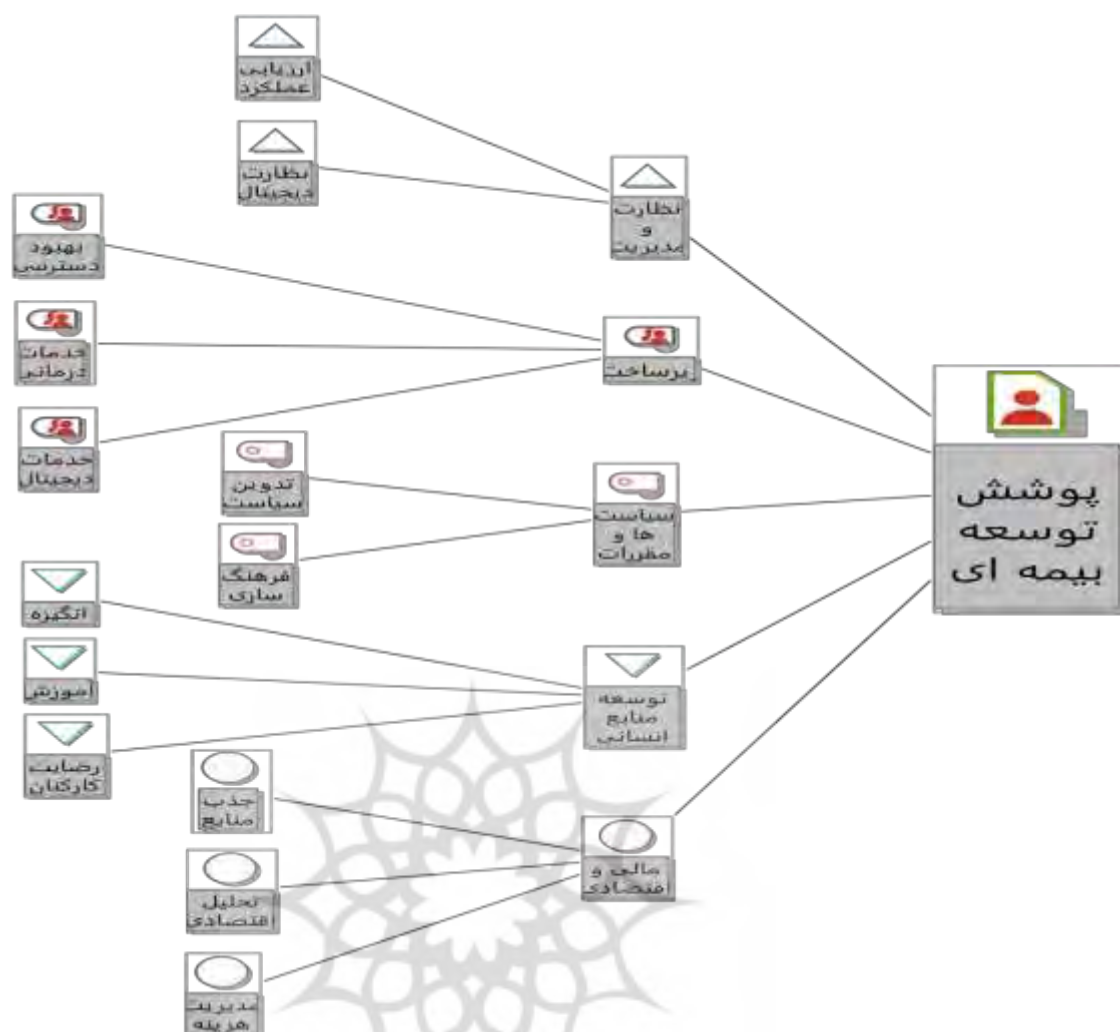
نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله اصلی	مقوله فرعی
Na1	راه اندازی سیستم های امتیازدهی آنلاین به مراکز درمانی بر اساس نظرات و تجربیات بیمه شدگان	ارزیابی عملکرد و بهبود فرآیندها	(a)
Na2	ارزیابی مستمر عملکرد پزشکان و پرسنل درمانی با استفاده از بازخوردهای دیجیتالی و گزارش های خودکار		
Na3	ایجاد سیستم های ارزیابی ۳۶۰ درجه برای سنجش عملکرد کارکنان بیمه و مراکز درمانی بر اساس معیارهای چندگانه (کیفیت، زمان، رضایت)		
Na4	توسعه برنامه های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل های داده محور و پیشنهادات سیستم های هوشمند		
Na5	استفاده از مدل های شبیه سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده سازی		
Na6	توسعه برنامه های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل های داده محور و پیشنهادات سیستم های هوشمند		
Na7	استفاده از مدل های شبیه سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده سازی		
Na8	سیستم های مدیریت اطلاعات بیمه ای	نظارت و مدیریت (N)	
Na9	تحلیل شکایات و بازخوردها		
Nav1	نظارت بردیافت هزینه های درمانی مبتنی بر قوانین		
Nav2	استفاده از ابزارهای تحلیل داده ها برای تصمیم گیری		
Nav3	نظارت مبتنی بر KPI پویا		
Nav4	رتبه بندی پویا مراکز درمانی		
Nav5	داشبوردهای عملکرد تجزیه و تحلیل شده		
Nav6	ارزیابی مبتنی بر داده های ترکیبی		
Nav7	نظارت تطبیقی با تغییرات فوری		
Nd1	پیاده سازی سیستم های نظارتی مبتنی بر هوش مصنوعی و یادگیری ماشینی برای تحلیل رفتار بیمه شدگان و پیش بینی نیازها	مدیریت هوشمند و نظارت دیجیتال (d)	
Nd2	استفاده از داشبوردهای مدیریتی دیجیتال برای نظارت بر عملکرد مراکز درمانی به صورت لحظه ای		
Nd3	توسعه الگوریتم های تشخیص تقلب در سیستم های بیمه ای با استفاده از تحلیل داده های بزرگ (Big Data)		
Nd4	بهره گیری از تحلیل های پیشرفته داده برای شناسایی الگوهای نارضایتی بیمه شدگان و اصلاح فرآیندهای نظارتی		

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Nd5	طراحی پلتفرم های نظارتی مبتنی بر فناوری بلاکچین برای افزایش شفافیت و صحت داده های بیمه ای و درمانی		
Nd6	استفاده از قراردادهای هوشمند (Smart Contracts) برای تسویه حساب ها و پرداخت ها با مراکز درمانی به صورت خودکار و شفاف		
Nd7	طراحی سیستم های هشداردهنده مالی برای شناسایی و جلوگیری از هزینه های اضافی و غیر ضروری در فرآیندهای درمانی		
Nd8	ارزیابی مداوم عملکرد مالی بر اساس شاخص های عملکرد کلیدی (KPIs) و تحلیل های پیش بینی کننده		
Nd9	هشدارهای بهبود کیفیت هوشمند		
Ndv1	نقشه سفر مشتری (بیمار) دیجیتال		
Ndv2	طراحی مدل های بیمه ای مبتنی بر داده های بزرگ (Big Data)		
Ndv3	توسعه خدمات بیمه برای پیشگیری از بیماری های وابسته به سبک زندگی		
Ndv4	پیاده سازی ابزارهای هوش مصنوعی برای مشاوره و راهنمایی بیمه شدگان		
Ndv5	طراحی بیمه های ترکیبی (سلامت، عمر و حوادث) برای گروه های خاص		
Ndv6	استفاده از داده های زیست محیطی و جغرافیایی برای تخصیص دقیق تر منابع بیمه ای		
Mj1	تأمین مالی خلاقانه با کمک بانک ها		
Mj2	تنوع بخشی به منابع درآمدی		
Mj3	افزایش سرمایه گذاری ها		
Mj4	جذب منابع از بخش خصوصی	جذب و تخصیص	منابع مالی و اقتصادی
Mj5	استفاده از اوراق بدهی	منابع مالی	
Mj6	مدیریت نقدینگی بیمه	(j)	(M)
Mj7	تدوین استراتژی های پس انداز		
Mj8	تحلیل ریسک سرمایه گذاری		
Mj9	طراحی مدل های درآمدی جدید مبتنی بر نفع کسب و کاری نه خدمات دولتی		

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله اصلی	مقوله فرعی
Mt1	تحلیل اقتصادی بلندمدت	تحلیل اقتصادی و برنامه ریزی مالی (t)	
Mt2	پیش بینی تغییرات اقتصادی		
Mt3	ارزیابی تأثیر نوسانات ارز		
Mt4	تحلیل ریسک اقتصادی		
Mt5	طراحی سناریوهای مالی		
Mt6	مدل سازی اقتصادی بیمه		
Mt7	تحلیل روندهای بازار درمان		
Mt8	ارزیابی هزینه های آینده		
Mt9	پایش تأثیرات تورم		
Mtv1	تدوین استراتژی های مالی پویا	مدیریت هزینه های درمانی (h)	
Mtv2	نظارت بر جریان های نقدینگی		
Mh1	کنترل هزینه های اضافی		
Mh2	پایش دقیق هزینه ها		
Mh3	تحلیل هزینه-فایده خدمات		
Mh4	بودجه بندی هوشمند درمان		
Mh5	کاهش هزینه های غیر ضروری		
Mh6	استاندارد سازی تعرفه ها		
Mh7	شفاف سازی هزینه ها		
Mh8	ارزیابی پیوسته هزینه ها	بهبود و توسعه منابع انسانی (E)	
Mh9	مدیریت اقتصادی منابع		
Mhvv1	کاهش قیمت تجهیزات پزشکی		
Mhvv2	بهینه سازی هزینه های جاری		
Ea1	برگزاری دوره های تخصصی برای ارتقاء دانش کارکنان در حوزه بیمه و سلامت		
Ea2	توسعه برنامه های آموزشی مداوم برای به روز رسانی مهارت های کارکنان	آموزش و توسعه مهارت ها (a)	
Ea3	ایجاد برنامه های آموزشی ترکیبی (آنلاین و حضوری) برای کارکنان جدید		
Ea4	آموزش استفاده از فناوری های نوین و سیستم های دیجیتال در ارائه خدمات بیمه ای		
Ea5	برگزاری کارگاه های عملی برای افزایش توانایی های ارتباطی و مدیریتی کارکنان	آموزش و توسعه مهارت ها (a)	

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله اصلی	مقوله فرعی
Ea6	آموزش مبتنی بر سناریوهای واقعی برای بهبود تصمیم گیری در شرایط پیچیده	مدیریت انگیزه و رضایت کارکنان (r)	
Ea7	آموزش مدیریت تعارض و حل اختلاف در محیط کار		
Ea8	توسعه مهارت های چندوظیفه ای در کارکنان جهت بهبود کارایی		
Ea9	برگزاری آزمون های منظم برای سنجش دانش و مهارت های به روز شده کارکنان		
Er1	ایجاد برنامه های پاداش دهی بر اساس عملکرد کارکنان		
Er2	طراحی طرح های تشویقی مالی و غیرمالی برای کارکنان موفق		
Er3	برنامه های ارتقای شغلی و مسیر رشد مشخص برای کارکنان		
Er4	ایجاد برنامه های نگهداشت استعدادها از طریق افزایش رضایت شغلی		
Er5	استفاده از سیستم های بازخورد دوسویه برای بهبود تعاملات کاری		
Er6	ارتقاء فرهنگ سازمانی از طریق تقویت روحیه تیمی و همکاری	مدیریت انگیزه و رضایت کارکنان (k)	
Er7	طراحی برنامه های کاهش استرس و بهبود بهداشت روانی در محیط کار		
Er8	ایجاد طرح های انگیزشی برای بهبود بهره وری در کارکنان		
Er9	نظارت بر عوامل کاهش دهنده انگیزه و اجرای برنامه های جبرانی		
Erv1	توسعه سیستم های پاداش دهی مبتنی بر عملکرد برای افزایش بهره وری		
Erv2	تحلیل داده های عملکردی برای شناسایی استعدادها و کارکنان با عملکرد بالا		
Erv3	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی		
Ek1	آموزش مدیران میانی برای توسعه مهارت های رهبری اثربخش	مدیریت انگیزه و رضایت کارکنان (k)	
Ek2	طراحی برنامه های منتورینگ و کوچینگ برای کارکنان مستعد جهت پرورش رهبران آینده		
Ek3	ارزیابی مستمر عملکرد مدیران و بهبود مهارت های رهبری آنها بر اساس نتایج		

نام گذاری کد	مقوله اصلی	مقوله فرعی	کدهای استخراج شده
Ek4	برگزاری دوره‌های مدیریت تغییر برای هماهنگی با تحولات سریع در صنعت بیمه و سلامت		
Ek5	توسعه برنامه‌های رهبری تحول‌آفرین برای افزایش بهره‌وری سازمانی		
Ek6	آموزش‌های ویژه برای مدیریت بحران و ریسک در شرایط غیرقابل پیش‌بینی		
Er7	طراحی برنامه‌های جانشین‌پروری برای اطمینان از ثبات سازمانی در دوره‌های تغییر		
Ek8	ایجاد نظام‌های مدیریت عملکرد شفاف و مبتنی بر نتایج در میان مدیران		
Ek9	ارزیابی و بازطراحی ساختار سازمانی جهت تسهیل فرآیندهای کاری و کاهش بروکراسی		
Ekv1	پیاده‌سازی سیستم‌های مدیریت منابع انسانی هوشمند برای بهبود کارایی		
Ekv2	استفاده از تکنولوژی‌های پیشرفته برای تحلیل داده‌های منابع انسانی و تصمیم‌گیری دقیق‌تر		
Ekv3	ایجاد تیم‌های کاری چابک برای افزایش سرعت تصمیم‌گیری و اجرا		
Ekv4	بهینه‌سازی فرآیند جذب و استخدام بر اساس تحلیل داده‌ها و هوش مصنوعی		
Ekv5	طراحی سیستم‌های یکپارچه برای مدیریت اطلاعات کارکنان و ارزیابی عملکرد		
Ekv6	ایجاد برنامه‌های توسعه شغلی پویا و انعطاف‌پذیر بر اساس نیازهای سازمانی		
Ekv7	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی		
Ekv8	پیاده‌سازی سیستم‌های ارزیابی مبتنی بر نتایج و KPIهای شفاف و قابل اندازه‌گیری		



شکل ۱: گراف خروجی نرم افزار میکس کیو ۱۸۱ (مدل استخراجی تحقیق)

پروژه گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

نتیجه گیری

نتیجه گیری این پژوهش با تمرکز بر ارائه مدلی جامع و کارآمد برای توسعه زیرساخت های بیمه ای و درمانی، بر پایه چهار محور کلیدی بنا شده است: ارتقاء زیرساخت های خدمات درمانی، تدوین سیاست های هدفمند، به کارگیری ابزارهای نظارت دیجیتال و تأمین مالی خلاقانه. یافته ها نشان می دهند که تقویت این چهار ستون می تواند بستری مناسب برای تحول در نظام بیمه ای کشور، به ویژه در سازمان تأمین اجتماعی فراهم آورد. نخست، گسترش پوشش بیمه ای نه تنها به کاهش فشار مالی بر خانوارها و افزایش قدرت خرید آن ها می انجامد، بلکه با بهبود توان اقتصادی اقشار مختلف جامعه، زمینه ساز رشد پایدار اقتصادی خواهد بود. از سوی دیگر، دسترسی عادلانه به خدمات درمانی موجب کاهش بار مستقیم دولت در تأمین سلامت عمومی شده و می تواند منابع را به سمت سیاست گذاری های پیشگیرانه تر سوق دهد. در بعد سیاسی، ارائه خدمات درمانی مؤثر و حمایت گرایانه از سوی دولت، اعتماد عمومی را تقویت می کند و حس امنیت اجتماعی را افزایش می دهد. این اعتماد متقابل می تواند مشارکت اجتماعی و سیاسی را افزایش داده و موجب تحکیم انسجام ملی گردد. به ویژه در شرایطی که نارضایتی عمومی ناشی از ناکارآمدی خدمات درمانی می تواند تهدیدی برای ثبات سیاسی باشد، بهبود سیاست های بیمه ای می تواند نقش تعیین کننده ای ایفا کند. از منظر اجتماعی، توسعه عدالت محور در نظام درمانی و پوشش بیمه ای تضمین کننده کاهش نابرابری ها و افزایش رضایت عمومی خواهد بود. تمرکز بر خدمات تخصصی، توسعه مراکز شبانه روزی و کلینیک های چندزبانه، به ارتقاء کیفیت خدمات و تضمین برابری در دسترسی کمک شایانی می کند. این اقدامات، بیمه درمانی را از یک نظام حمایتی صرف، به ابزاری برای ارتقای کیفیت زندگی تبدیل می سازد. در نهایت، تأمین مالی خلاقانه و استفاده از راهکارهای نوین در مدیریت منابع، کلید موفقیت بلندمدت هر نظام بیمه ای و درمانی است. تنوع بخشی به منابع مالی، استفاده از ظرفیت های بخش خصوصی و تدوین استراتژی های پایدار، نه تنها تضمین کننده بقای ساختارهای بیمه ای خواهد بود، بلکه امکان پاسخ گویی انعطاف پذیر به تحولات اقتصادی و جمعیتی را نیز فراهم می آورد. در مجموع، این پژوهش نشان می دهد که با تلفیق هوشمندانه بین سیاست گذاری، فناوری، تأمین مالی و ارتقاء خدمات، می توان الگویی پایدار و پاسخگو برای نظام بیمه درمانی کشور طراحی کرد. الگویی که نه تنها در ابعاد اقتصادی، بلکه در سطوح سیاسی و اجتماعی نیز، منجر به رضایتی فراگیر و تقویت سرمایه اجتماعی گردد. این رویکرد چندلایه و مبتنی بر شواهد، مسیر تحول در سازمان تأمین اجتماعی و نظام سلامت کشور را هموار می سازد.

منابع

- احمدوند، صوفی مجیدپور، مسعود، محمودزاده، محمود. (۲۰۲۳). آثار سیاست‌های پولی و مالی بر مصارف سازمان تأمین اجتماعی. نشریه بیمه سلامت ایران، ۶(۳)، ۱۸۹-۱۹۶.
- آدابی، حاجی حیدری، نسترن، وارث، سید حامد. (۲۰۲۴). توسعه مدل بیمه دیجیتال با رویکرد داده‌بنیاد. مدیریت بازرگانی، ۱۶(۲)، ۵۱۸-۵۳۹.
- ادبی، باقر، محرمی بالان، هوشمند گهر. (۲۰۲۳). مقایسه تطبیقی نظام بیمه و ضمانت صادرات ایران با کشورهای منتخب و ارائه پیشنهادهایی برای ایران. بررسی‌های بازرگانی، ۲۰(۱۱۷)، ۸۱-۹۸.
- ادیب نیا، عبیری، کلانی، نوید، رعیت دوست، چگین. (۲۰۲۳). شناسایی علل کسورات بیمه ای بیمارستان پیمانه و راهکارهای کاهش آن: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۶).
- آذریپوند، دانیال. (۲۰۲۳). دامنه مسئولیت بیمه گر در قراردادهای بیمه در تجارت بین الملل. حقوق و مطالعات نوین، ۱۰(۴)، ۱۷۰-۱۸۹.
- اصانلو، بهاره و خدای، سهیلا. (۱۳۹۰). سنجش کیفیت خدمات ادراک شده مشتریان با رویکرد حس گرایی بازار. فصلنامه مدیریت بازرگانی، دوره سوم، شماره ۱۰، صص ۱-۱۸.
- اعرابی، سید محمد و اکرامی. (۱۳۹۲). ارتباط بین کیفیت خدمات دریافتی کارکنان سازمان با قابلیت خدمت رسانی آنها به مشتری. فصلنامه مطالعات مدیریت، شماره ۳۹ و ۴۰.
- اکبر هوشیار، علیرضا روستا، فرزاد آسایش، محمود غالمی. (۲۰۲۳). پیش‌آیندها و پس‌آیندهای ارزش‌آفرینی در صنعت خدمات بیمه‌ای با تمرکز بر فناوری زنجیره بلوکی: رویکرد پژوهشی آمیخته. *Iranian Journal of Insurance Research (IJIR)*, ۱۲(۲).
- امام قلی پور، عرب، محمد، یحوی دیزج، جعفر. (۲۰۲۳). میزان بهره‌مندی خانوارهای ایرانی از خدمات دندان پزشکی قبل و بعد از شیوع ویروس کووید-۱۹. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۴۱(۷۲۸)، ۵۸۴-۵۹۳.
- امیریان، ج. (۱۴۰۲). چالش‌ها و فرصت‌های سیستم تأمین اجتماعی در ایران. نشریه مطالعات اجتماعی و اقتصادی ایران، ۴۵(۱).
- بیک زاد، جعفر؛ مولوی، زهرا و اسکندری، علی. (۱۳۹۰). رابطه کیفیت خدمات الکترونیکی با رضایت الکترونیکی دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب. فصلنامه فن آوری اطلاعات و ارتباطات در علوم تربیتی، سال اول، شماره ۳.
- پوربابایی، زهره. (۲۰۲۳). ارائه مدلی بر پایه فرآیند مبادله در کیفیت خدمات الکترونیکی. ماهنامه بانکداری الکترونیک، شماره ۲۴، صص ۲۶-۳۱.
- جعفری، محمد، پروین، خیراله، صادقی، محمد. (۲۰۲۳). اصول حقوقی و نظام‌های اقتصادی حاکم بر نظام بیمه سلامت. نشریه بیمه سلامت ایران، ۶(۳)، ۱۶۸-۱۹۹.
- جوادین، سیدرضا و یزدانی، شمسی. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر قصد استفاده مشتریان از خدمات بانکداری اینترنتی (مطالعه موردی بانک سامان). فصلنامه دانش مدیریت، شماره ۷۰، صص ۴۵-۶۱.
- حسینی زارع، سیده محبوبه، باباپور، جعفر، باسخر، محسن زاده، ... خراسانی. (۲۰۲۴). بررسی علل کسورات پرونده‌های بستری بیماران تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی در بیمارستان توانبخشی رفیده در سال ۱۴۰۰. فصلنامه آرشیو توانبخشی، ۲۵(۱)، ۱۰۰-۱۱۵.

حسینی زارع، سیده محبوبه، باباپور، جعفر، باسحا، محسن زاده، ... خراسانی. (۲۰۲۴). بررسی علل کسورات پرونده‌های بستری بیماران تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی در بیمارستان توانبخشی رفیده در سال ۱۴۰۰. فصلنامه آرشیو توانبخشی، ۲۵(۱)، ۱۰۰-۱۱۵.

حسینی، ف.، همکاران، (۱۴۰۰). اثرات نوسانات اقتصادی بر پوشش بیمه‌ای و کیفیت خدمات تأمین اجتماعی. پژوهش‌های اقتصادی ایران، ۱۲(۴).

حمیدرضا اله یاری، کرمانی، مسعود ایمانیان اردبیلی. (۲۰۲۴). تحلیل کیفی پدیده فرار بیمه‌ای: سودجویی کوتاه‌مدت ذی‌نفعان و ناپایداری بلندمدت در تولید رفاه اجتماعی. رفاه اجتماعی، ۲۴.

خادمی آراسته، حاجی عزیزی، بیژن، رضوانی مفرد. (۲۰۲۳). اثر حقوقی اشتباه در واقعه حقوقی ایفای ناروا در قلمرو حقوق تأمین اجتماعی. پژوهشهای حقوقی، ۵۵(۲۲)، ۱۹۵-۲۱۵.

طالقانی، م و صدرائی، ع. (۱۳۸۹). ارائه مدل مفهومی به منظور فرآیند کیفیت -رضایت- وفاداری در صنعت بانکداری (مطالعه موردی: بانک ملت حوزه شرق گیلان گیلان). بانک مقالات بازاریابی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت. عادل پور، احسان. (۱۳۸۸). ارزیابی نقش و تاثیر کیفیت خدمات الکترونیکی، کیفیت کلی خدمات و رضایت مشتری بر فرآیند تصمیم‌گیری خریدهای آنلاین. پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما دکتر حسین وظیفه دوست، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور.

عباسی دره‌بیدی، نصیری‌اقدام، عرب‌مازازی‌خرد پویا. اقتصاد باثبات، ۱۰(۴)، ۹۶-۱۱۹.

علیپور، م.، همکاران، (۱۳۹۹). چالش‌های نظام تأمین اجتماعی در ایران: بررسی مقایسه‌ای و ارزیابی عملکرد. مجله علوم اجتماعی ایران، ۳۴(۲).

فرهادی، حسینی، ماهر. (۲۰۲۳). رابطه پوشش بیمه‌ای خدمات دندانپزشکی با سلامت دهان و دندان. نشریه بیمه سلامت ایران، ۱۶(۱)، ۵۷-۶۴.

فیضی علی، حافظ‌ی بهار، باقری فرادنبه سعید، توفیقی شهرام. (۲۰۲۳). تحلیل عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات بهداشت دهان و دندان: مطالعه موردی.

قربانی، زانیار، قرانی، زانکو. (۲۰۲۳). رابطه آزادی اقتصادی با صنعت بیمه (بیمه‌های زندگی) در ایران. همایش پژوهش‌های مدیریت و علوم انسانی در ایران، ۱۱(۱۱)، ۳۰-۴۰.

کاتلر، فلیپ و آمسترانگ، گری. (۱۳۸۶). اصول بازاریابی. ترجمه بهمن فروزنده، اصفهان، نشر آموخته.

محمدحسینی، نعامی، عبدالزهره، بشلیده، هاشمی. (۲۰۲۴). تأثیر سرمایه‌های روانشناختی و شخصیت پویا بر انگیزه آموزش و رفتار خودتوسعه‌ای با میانجی‌گری سرزندگی در کار در کارکنان بیمه تأمین اجتماعی اهواز. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی.

محمودی، پ. (۱۴۰۱). ارزیابی تأثیر تغییرات جمعیتی بر هزینه‌های نظام تأمین اجتماعی در ایران. مجله مدیریت منابع انسانی، ۱۹(۳).

مرتضوی سرائی، کیوان، محمودزاده، محمود، ایزدبخش. (۲۰۲۳). آثار همه‌گیری کووید-۱۹ بر عملکرد صندوق بیمه بیکاری با رویکرد پویایی‌شناسی سیستم: مطالعه موردی سازمان تأمین اجتماعی ایران. نشریه بیمه سلامت ایران، ۱۶(۱)، ۱۳-۲۲.

موسوی، پریا، الله‌دادی، شقایق، اکبرشاهی، نگار. (۲۰۲۴). بررسی ابعاد حقوقی خدمات بیمه و حوادث حین کار. کنفرانس بین‌المللی مطالعات بین‌رشته‌ای در مدیریت و مهندسی، ۹(۹)، ۲۰۳-۲۰۸.

مولوی، زهرا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین کیفیت خدمات الکترونیکی با رضایت الکترونیکی کاربران شعبه مرکزی بانک کشاورزی تبریز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بناب.

نورمحمدان، فرید. (۲۰۲۳). بررسی ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی از منظر حق سلامتی. مجله سلامت کار/ایران، ۲۰(۱)، ۰-.

- Green, P., Johnson, M., & Smith, L. (2021). Policy reform in healthcare: Addressing inequalities through strategic regulation. *Public Health Policy Review*, 22(3), 315-332. <https://doi.org/10.1177/0890117121100293>
- Green, P., Johnson, M., & Smith, L. (2021). Policy reform in healthcare: Addressing inequalities through strategic regulation. *Public Health Policy Review*, 22(3), 315-332. <https://doi.org/10.1177/0890117121100293>
- Guang lee, G., & Fen Lin, H. (2005). Customer perceptions of e-servicequality in online shopping. *International Journal of Retail & Disterbution Management*, 33(2), pp:161-176.
- Gupta, R., et al. (2024). Impact of Human Resources on the Quality of Healthcare Services. *Journal of Health Services Research*.
- Hayes, J., & Dredge, F. (2023). Managing customer service. USA: Gower.
- Herington, C., & Weaven, S. (2009). E-retailing by banks: e-service quality and its importance to customer satisfaction. *European Journal of Marketing*, 43(9/10), pp:1220-1231.
- Hossain, M. S., Rahman, M. F. (2023). Customer sentiment analysis and prediction of insurance products' reviews using machine learning approaches. *FIIB Business Review*, 12(4), 386-402.
- Jiang, H., & Luo, J. (2023). Development of Human Resources in Healthcare and Insurance Sectors. *Human Resource Development Quarterly*.
- Larson, S., & Susanna, H. (2004). Managing customer loyalty in the automobile industry, Department of Business Administration and Social Sciences.
- Lee, J.H., Kim, H.B., Ko, Y., & Sagas, M. (2010). The infulance of servise quality on satisfaction and intention: A Gender segmentation strategy. *Sport Management Review*, pp:1-10.
- Loiacono, E., Watson, R., & Goodhue, D. (2002). WebQual™: A Measure of Web Site Quality. American Marketing Association, winter 2002.
- Mahmoudi, M., et al. (2023). Impact of Healthcare Service Quality on Patient Satisfaction: A Review. *International Journal of Healthcare Management*.
- Mensah, G. B., Mijwil, M. M., Abotaleb, M. (2024). Examining Ghana's National Health Insurance Act, 2003 (Act 650) to Improve Accessibility of Artificial Intelligence Therapies and Address Compensation Issues in Cases of Medical Negligence. *Mesopotamian Journal of Computer Science*, 2024, 28-33.
- Miller, K., & Davies, S. (2020). Economic planning in healthcare: Navigating through financial uncertainties. *Health Economics Review*, 30(4), 389-406. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01165-7>

- Tafreshi, M., & Ghasemi, M. (2024). Benefits of Patient Satisfaction in the Health Insurance System. *International Journal of Insurance and Health*.
- Vogel, T., et al. (2023). Quality Monitoring Systems in Healthcare Services. *Journal of Public Health and Policy*.
- Webb, H.W., & Webb, L.A. (2004). SiteQual: An integrated measure of website quality. *The Journal of Enterprise Information Management*, 17(6), pp:430-440.
- World Health Organization. (2023). Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. World Health Organization.
- Yuldashev, O. T. (2023). Ways of Development of Accumulative Life Insurance in Uzbekistan. *Central Asian Journal of Innovations on Tourism Management and Finance*, 4(1), 99-107.
- Zarifis, A., Holland, C. P., Milne, A. (2023). Evaluating the impact of AI on insurance: The four emerging AI-and data-driven business models. *Emerald Open Research*, 1(1).
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Malhotra, A. (2002). Service quality delivery through web sites: A critical review of extant knowledge. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(4), pp: 362-375.
- Zhang, K., Xie, Y., Noorkhah, S. A., Imeni, M., Das, S. K. (2023). Neutrosophic management evaluation of insurance companies by a hybrid TODIM-BSC method: a case study in private insurance companies. *Management decision*, 61(2), 363-381.

