

شناسایی و اولویت‌بندی موانع پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت بر اساس نظریه سه‌شاخگی (مطالعه موردی: شهر زاهدان)

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۰۴
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۵/۰۲

عالمه کیخا^۱
مهديه سارانی^۲

چکیده

گسترش بیمه از جمله راهکارهای دولتها به‌ویژه دولتهای مردم‌سالار و مردم‌محور برای نیل به جامعه‌ای سالم با سلامت پایدار است. به‌طوری که با گسترش و تعمیم بیمه‌ها، تمام ابعاد زندگی فرد در جامعه، تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد. هدف از انجام این تحقیق شناسایی و اولویت‌بندی موانع پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت بر اساس مدل سه‌شاخگی در سه بُعد ساختاری، زمینه‌ای، و رفتاری است. روش تحقیق پژوهش حاضر، ترکیبی (کیفی- کمی) با رویکرد اکتشافی است. جامعه آماری تحقیق در بخش کیفی شامل ۳۰ نفر از خبرگان تأمین اجتماعی زاهدان است که با استفاده از مصاحبه، اطلاعات مربوط جمع‌آوری شد. در این بخش پس از مصاحبه با استفاده از روش تحلیل تیم به تحلیل محتوای مصاحبه پرداخته شد و زیربُدهای موانع سه‌گانه شناسایی و پس از شناسایی موانع با استفاده از روش تحلیل سلسله‌مراتبی و نرم‌افزار *Expert choice* رتبه‌بندی شاخصها انجام شد. نتایج تحلیل سلسله‌مراتبی در این بخش نشان داد که نرخ ناسازگاری این آزمون مقدار ۰/۰۳ است و چون کمتر از معیار ۰/۱ است، بنابراین پایایی ابزار تحقیق تأیید می‌شود. همچنین نتایج تحلیل سلسله‌مراتبی نشان داد که ابعاد زمینه‌ای با وزن ۰/۵۸۲ بیشترین اولویت را به خود اختصاص داده است و ابعاد ساختاری و رفتاری به‌ترتیب وزنها ۰/۲۷۹ و ۰/۱۳۹ را داشته‌اند. در بخش کمی نیز تعداد ۲۵۰ پرسشنامه بین کارکنان سازمان تأمین اجتماعی زاهدان به صورت تصادفی

۱. استادیار گروه آموزشی علم اطلاعات و دانش‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه زابل (نویسنده

مسئول)، aleme.keikha@yahoo.com

۲. کارشناس ارشد مدیریت اجرایی، مسئول مطالبات درآمد سازمان تأمین اجتماعی، زاهدان،

m.sarani1120@gmail.com

توزیع شد. نتایج آزمون میانگین یک جامعه نشان داد که همه ابعاد موانع رفتاری، زمینه‌ای، و ساختاری از دیدگاه پاسخگویان در پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت تأثیر دارند.

واژگان کلیدی: موانع ساختاری، موانع رفتاری، موانع زمینه‌ای، نظام بیمه سلامت.

۱. مقدمه

سلامت سرمایه ارزشمندی است که حفظ و ارتقای آن باید جزو مهم‌ترین تلاشهای زندگی روزمره انسانها محسوب شود. انسان سالم، محور توسعه پایدار بوده و سلامتی برای بهره‌مند شدن انسانها از مواهب الهی امری ضروری است، لذا توجه به سلامتی و تلاش برای حفظ و ارتقای آن همواره یک اولویت مهم بوده است. مأموریت اصلی نظام سلامت، ارتقای سطح سلامت و پاسخ‌گفتن به نیازهای مردم و جامعه است. این نیازها تحت تأثیر شرایط اقتصادی، اجتماعی، سیاسی، و محیطی پیوسته تغییر می‌کنند. با توجه به اهمیت موضوع، سلامت آحاد مردم به‌عنوان یک حق در قانون اساسی مورد توجه قرار گرفته و ارتقای سطح سلامت مردم نیز از مهم‌ترین اهداف در چشم‌انداز جمهوری اسلامی ایران در نظر گرفته شده است. در چشم‌انداز، جامعه‌ای آرمانی ترسیم شده که می‌بایست از حداکثر سلامت برای جامعه برخوردار باشد (نقشه تحول نظام سلامت، ۱۳۹۰). لذا، تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی یکی از چالشهای مهم در بسیاری از کشورهاست. علی‌رغم تلاشهای گوناگون کشورهای درحال توسعه در این زمینه، هنوز پوشش بهداشتی فراگیر در این کشورها محقق نشده است. در سراسر دنیا ۱/۳ میلیارد نفر هنوز به اعمال جراحی، داروهای لازم و مواد ضروری دیگر دسترسی ندارند (Coarrin and Preker, 2004).

سیستم تأمین منابع مالی از اجزای بسیار مهم یک نظام سلامت است؛ یعنی سازوکارهایی که پول از طریق آنها، جابه‌جا می‌شود تا فعالیتهای بخش سلامت را تأمین اعتبار کند. همچنین سازوکارهای نحوه استفاده از این پول یعنی تخصیص منابع مالی، موجودیتهای نظام سلامت را شامل می‌شود (احمدوند، ۱۳۹۰). بنابراین، وصول

درآمد، یک کاسه‌کردن سرمایه و خرید خدمات، سه وظیفه یک نظام تأمین مالی بهداشت و درمان هستند (حاجی‌زاده، ۱۳۸۶).

کشورهای مختلف از روشهای تأمین مالی متفاوتی استفاده می‌کنند. در مورد تعیین روشهای مختلف تأمین مالی، سیاست اجرایی دولت هر کشور بسیار حائز اهمیت است (آصف‌زاده و رضاپور، ۱۳۸۷). در این میان، سازمانهای بیمه درمانی مناسب‌ترین گزینه‌ای است که با ماهیتی مستقل، منابع مالی موردنیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد سالم تأمین می‌کند و نیاز این افراد را در زمان بیماری فراهم می‌سازد، بدون آنکه تحت تأثیر انگیزه‌های اقتصادی قرار گیرد (مقدسی و همکاران، ۱۳۹۰). در واقع با پیشرفت و توسعه تکنولوژی، صنعت بیمه نیز رشد یافت و تقریباً تمام جنبه‌های زندگی انسان از سطح فردی تا اجتماعی و اموال، مستغلات و ... را در بر گرفت. یکی از مهم‌ترین شاخه‌های صنعت بیمه، بیمه درمان است که در میان سایر موضوعات بیمه‌ای از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و این اهمیت از آنجاست که ارتباط مستقیم با سلامت انسانها دارد چرا که می‌دانیم داشتن جامعه سالم به انسان سالم بستگی دارد و آرامش خاطر و دوری از دلواپسیهای تنش‌آور در زمینه برخورد با بیماریها به صورت مستقیم و نحوه تأمین هزینه‌های آن و نهادهای ارائه‌دهنده خدمات درمانی از طریق دیگر از جمله دغدغه‌های افراد و دولتها بوده است (بهرامی، ۱۳۹۳).

با توجه به مطالب بیان‌شده، هدف سازمان‌های بیمه سلامت، ایجاد صندوقهایی برای انباشت سرمایه و کاهش خطر است. متأسفانه این دو فلسفه اساسی در سیستم بیمه سلامت در کشور ما با تعدد صندوقهای بیمه سلامت و سایر مسائل نادیده گرفته شده است (رئیسی و همکاران، ۱۳۹۲). همان‌طور که طبق ماده ۳۸ بیمه سلامت بیان می‌شود به منظور توسعه کمی و کیفی بیمه‌های سلامت، دستیابی به پوشش فراگیر و عادلانه خدمات سلامت و کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت به ۳۰ درصد از طرق مختلف مانند اصلاح ساختار صندوقها، مدیریت منابع، متناسب‌کردن تعرفه‌ها، استفاده از منابع داخلی صندوقها و در صورت لزوم از محل کمک دولت در قالب

بودجه سنواتی و در طول برنامه انجام می‌شود. بنابراین با توجه به چالشهای موجود در این حوزه، لزوم یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی بیشتر احساس می‌شود (بیات و همکاران، ۱۳۹۳). در این راستا بسیاری از طرحهای حوزه سلامت در کشور اجرایی نشده است، از جمله طرح پزشک خانواده، اختصاص ارز برای واردات دارو، قانونهای حوزه پرستاری و سازمان بیمه سلامت ایرانیان از مواردی است که به‌درستی اجرایی نشده است (رئیزی و همکاران، ۱۳۹۲).

از آنجا که یکپارچه‌سازی بیمه‌های درمانی زمینه شکوفایی حوزه سلامت را فراهم می‌کند، ایجاد سازمان بیمه سلامت در کشور علاوه بر یکپارچه‌سازی بیمه‌ای، منجر به جلوگیری از موازی‌کاری، توسعه کمی و کیفی ارائه خدمات درمانی، همکاری با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان مدعی ارائه خدمات مخصوصاً در برنامه پزشک خانواده شهری و نظام ارجاع شده است. البته گاهی نیز نبود مدیریت، پیگیری و نظارت بر اجرای درست طرحها، تخصیص نیافتن اعتبارات کافی، همگانی‌نکردن طرحهایی مانند بیمه سلامت و پزشک خانواده با کمبود منابع مالی که وجود دارد موانعی بر سر راه طرح سلامت ایجاد کرده است که نظام سلامت کشور همچنان به دنبال راه چاره‌ای برای برطرف‌ساختن این موانع است (خوش‌نیت، ۱۳۹۲). محققان بسیاری از جمله سلیمانی و همکاران (۱۳۹۳)، زری‌باف و همکاران (۱۳۹۲)، بادین و همکاران (۱۳۹۲)، صدیقی و همکاران (۱۳۹۱)، مشیری و همکاران (۱۳۹۱)، اسدی و همکاران (۱۳۹۰)، قیاسوند و همکاران (۱۳۹۰)، چو^۱ و همکاران (۲۰۱۴)، پتریش^۲ و همکاران (۲۰۱۳)، برند^۳ (۲۰۱۲) به بررسی مسائل مربوط به بیمه و سلامت جامعه پرداخته‌اند و همه به این مسئله اذعان داشته‌اند که مزایای یکپارچه‌سازی و اجرای نظام سلامت منجر به مراقبت برای افرادی با نیازهای پیچیده، خواهد شد و به بهبود سطح زندگی افراد در جوامع کمک خواهد کرد؛ لذا شناسایی

-
1. Chou
 2. Petrich
 3. Brand

عواملی که مانع اجرای مؤثر این نظام در سطح کشور و جوامع می‌شود از اولویت بالایی برخوردار است.

بنابراین با توجه به چالشها و موانعی که در استقرار سیستم یکپارچه‌سازی نظام بیمه سلامت ایران وجود دارد پژوهش حاضر درصدد شناسایی و رتبه‌بندی این موانع با استفاده از نظریه سه‌شاخگی در سه بُعد ساختاری، زمینه‌ای، و رفتاری در شهر زاهدان است.

منظور از شاخه ساختار، همه عناصر، عوامل و شرایط فیزیکی و غیرانسانی سازمانی است که با نظم و قاعده، قالب، پوسته و بدنه فیزیکی و مادی سازمان را می‌سازند. منظور از شاخه رفتار (محتوا)، روابط انسانی افراد در سازمان است که با فرمهای رفتاری، ارتباطات و الگوهای خاص به هم پیوسته و محتوای اصلی سازمان را شکل می‌دهند و منظور از شاخه زمینه، تمام شرایط و عوامل محیطی و برون‌سازمانی است که بر سازمان محیط بوده و سیستمهای اصلی یا ابرسیستمهای سازمان را شکل می‌دهند و علت نامگذاری این مدل به سه‌شاخگی آن است که ارتباط بین عوامل ساختاری، رفتاری، و زمینه‌ای به‌نحوی است که هیچ پدیده یا رویداد سازمانی نمی‌تواند خارج از تعامل این شاخه صورت گیرد (صفرزاده و جعفری، ۱۳۹۰) لذا محقق به دنبال پاسخ به این سوال است که موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت با استفاده از نظریه سه‌شاخگی کدام‌اند؟

۲. روش‌شناسی تحقیق

این تحقیق به لحاظ هدف کاربردی است. چون در تلاش است تا نتایج یافته‌ها را برای حل مسائل موجود در سازمان به کار گیرد. همچنین به لحاظ روش اجرا جزو پژوهشهای ترکیبی (کیفی - کمی) از نوع اکتشافی است. به این ترتیب که ابتدا موانع اجرای نظام بیمه سلامت از طریق مصاحبه و تحقیق اولیه کشف شد و سپس موانع شناسایی شده در جامعه آماری هدف مورد بررسی قرار گرفت و میزان تأثیر هر کدام از عوامل مشخص شد.

جامعه آماری بخش کیفی در این پژوهش را ۳۰ نفر از خبرگان، دست‌اندرکاران و متخصصان سازمان تأمین اجتماعی تشکیل می‌دهند که ویژگیهای زیر را داشته‌اند:

۱. سابقه کار ۱۰ سال به بالا،
۲. انگیزه کافی برای شرکت در فرایند تحلیل محتوا، به طوری که احساس کنند اطلاعات حاصل از یک توافق گروهی برای خود آنها نیز ارزشمند خواهد بود، و
۳. آشنایی کافی نسبت به طرح بیمه سلامت.

در بخش کمی نیز جامعه آماری تحقیق شامل ۲۵۵ نفر از کارکنان سازمان تأمین اجتماعی شهر زاهدان است. نمونه آماری در بخش کیفی تحقیق جامعه محدود به خبرگان است که تا رسیدن به اشباع نظری، تعداد ۳۰ نفر به عنوان اندازه نمونه انتخاب شدند. در بخش کمی نیز با توجه به جدول کرجسی و مورگان تعداد ۱۵۳ نفر به روش تصادفی ساده به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند.

برای جمع‌آوری اطلاعات از دو روش کتابخانه‌ای و میدانی استفاده شد. در مطالعات کتابخانه از طریق مطالعه متون، پایان‌نامه‌ها، کتب و مجلات به جمع‌آوری و نگارش مطالب پیرامون موضوع پرداخته شد. در بخش مطالعات میدانی برای شناسایی موانع بیمه سلامت از مصاحبه و در بخش تحلیل کمی نیز از پرسشنامه محقق‌ساخته استفاده شد. برای روایی پرسشنامه و فرم مصاحبه (نیمه‌ساختاریافته) تحقیق از روایی صوری و محتوا استفاده شد که توسط اساتید راهنما و مشاور مورد تأیید قرار گرفتند.

برای تأیید پایایی فرم مصاحبه، از نرخ ناسازگاری استفاده شد. در صورتی که این نرخ کمتر از ۰/۱ باشد، سازگاری فرم مصاحبه تأیید و داده‌های آن قابل اتکاست. با توجه به تحلیل انجام‌شده مشخص شد که نرخ ناسازگاری این تحقیق کوچکتر از ۰/۱ است، بنابراین سازگاری فرم مصاحبه تأیید و داده‌های آن قابل اتکا هستند.

پایایی پرسشنامه پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ و نرم‌افزار SPSS برابر با ۰/۸۶ محاسبه شد که حاکی از پایایی مناسب پرسشنامه پژوهش است. برای تحلیل داده‌ها از روشهای زیر استفاده شد:

- شناسایی معیارهای تحقیق با استفاده از روش تحلیل محتوا (تحلیل تم)،
- اولویت‌بندی معیارهای تحقیق با استفاده از روش تحلیل سلسله‌مراتبی (AHP)، و
- بررسی تأثیر متغیرها در اجرای نظام بیمه سلامت با استفاده از آزمون میانگین یک جامعه.

۳. یافته‌های تحقیق

۳-۱. تحلیل کیفی با رویکرد تحلیل محتوا

- **بعد زمینه‌ای:** در این بخش منظور از بعد زمینه‌ای در حوزه بیمه سلامت موانعی است که از حوزه‌های محیطی بر سازمان بیمه سلامت اعمال شده است. دسته‌های مفهومی مربوط به تم بعد زمینه‌ای بر اساس نتایج محتوای مصاحبه به ترتیب عبارت‌اند از: شناخته‌نشدن نیازهای عمومی، حمایت‌نکردن مدیران دولتی، فرهنگ عمومی اجتماع، حمایت‌نکردن سایر بیمه‌ها، نبود ثبات اقتصادی و زیرساختهای موردنیاز.

- **بعد ساختاری:** اشاره به موانعی دارد که بیشتر جنبه سازمانی دارد و مرتبط با ساختار و بدنه سازمان است. بر اساس نتایج مصاحبه موانع ساختاری به ترتیب تحت عنوان بوروکراسی بیش از حد، نبود تناسب شغلی، نبود دوره‌های تخصصی آموزشی، رعایت‌نکردن سلسله‌مراتب سازمانی، نبود انعطاف در ساختار سازمانی، شفاف‌نبودن وظایف و اختیارات کارکنان، نبود امکانات موردنیاز، کمبود مهارت‌های مدیریتی، نبود تفویض اختیار، نبود مزایای مالی و مناسب‌نبودن حقوق و شرایط پرداخت حقوق شناسایی شد.

- **بعد محتوایی:** اشاره به موانعی دارد که مربوط به انسان، نیروی کار و روابط انسانی در سازمان است. در این بعد موانع یکپارچه‌سازی بیمه سلامت شامل (کاهش سطح پذیرش تغییرات سازمانی در کارکنان یا به عبارت دیگر مقاومت در برابر تغییر، نبود مشارکت کارکنان در تصمیم‌گیری، رفتار نامناسب کارکنان با ارباب رجوع، نبود انگیزه در میان مردم و کارکنان و کاهش سطح اعتماد عمومی است).

۳-۲. اولویت‌بندی تحلیل سلسله‌مراتبی

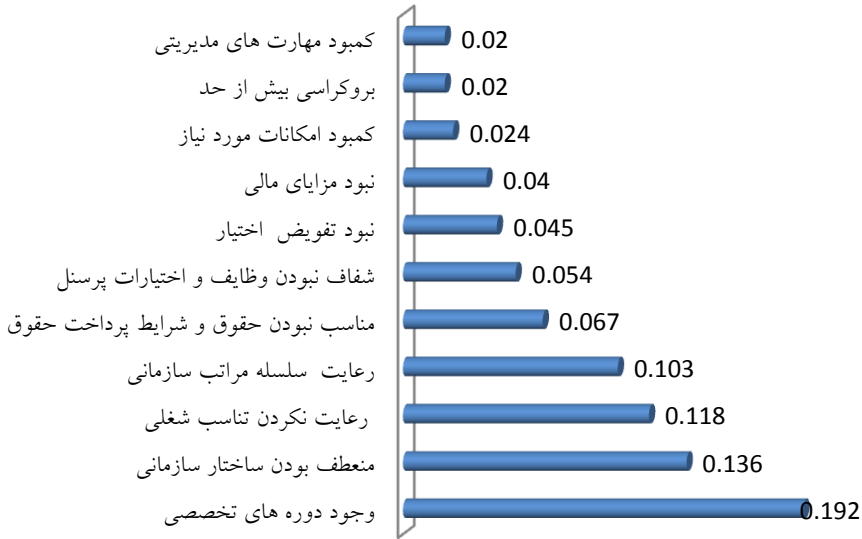
در بخش حاضر محقق بعد از شناسایی موانع موجود در سه شاخه مورد نظر، با رویکرد AHP به وزن‌دهی شاخصهای مورد نظر پرداخته است که نتایج آن در شکل‌های ۱ تا ۴ ارائه شده است.



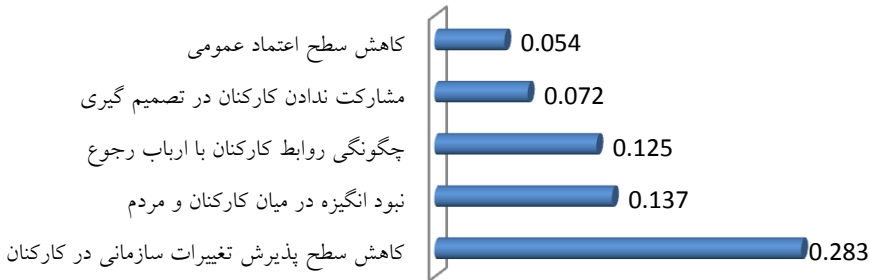
شکل ۱. اولویت‌بندی عوامل زمینه‌ای

نتایج شکل ۱ حاکی از آن است که موانع حمایت مدیران دولتی با وزن ۰/۲۴۳ بیشترین اولویت را در بعد عوامل زمینه‌ای به خود اختصاص داده است. بعد از این عامل، ابعاد زیرساخت‌های مورد نیاز (۰/۲۱۸)، فرهنگ عمومی اجتماعی (۰/۱۶۲)، شناخته نشدن نیازهای عمومی (۰/۰۷۹)، شرایط نبود ثبات اقتصادی (۰/۰۵۸)، و حمایت نکردن سایر بیمه‌ها (۰/۰۵۷)، به ترتیب بیشترین و کمترین اولویت را داشته‌اند.

نتایج شکل ۲ حاکی از آن است که وجود دوره‌های تخصصی با وزن ۰/۱۹۲ بیشترین اولویت را در بعد ساختاری به خود اختصاص داده است. بعد از این عامل، ابعاد منعطف بودن ساختار (۰/۱۳۶)، تناسب شغل با اختیارات (۰/۱۱۸)، رعایت سلسله مراتب (۰/۱۰۳)، مناسب نبودن حقوق و شرایط پرداخت (۰/۰۶۷)، شفاف نبودن وظایف (۰/۰۵۴)، نبود تفویض اختیار (۰/۰۴۵)، نبود مزایای مالی (۰/۰۴)، نبود امکانات مورد نیاز (۰/۰۲۴)، کمبود مهارت‌های مدیریتی (۰/۰۲)، بروکراسی بیش از حد (۰/۰۲) به ترتیب بیشترین و کمترین اولویت را داشته‌اند.



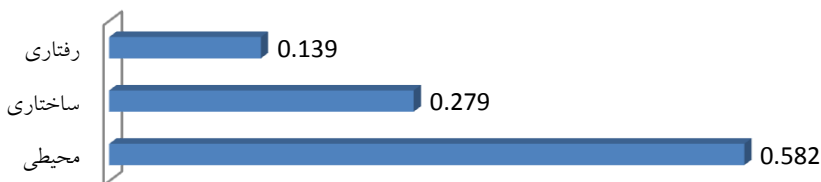
شکل ۲. اولویت‌بندی عوامل ساختاری



شکل ۳. اولویت‌بندی عوامل رفتاری

نتایج شکل ۳ حاکی از آن است که کاهش سطح پذیرش تغییرات با وزن ۰/۲۸۳ بیشترین اولویت را در بعد عوامل رفتاری به خود اختصاص داده است. بعد از این عامل، ابعاد نبود انگیزه در میان کارکنان و مردم (۰/۱۳۷)، چگونگی روابط کارکنان (۰/۱۲۵)، مشارکت‌ندادن نیروها (۰/۰۷۲)، کاهش سطح اعتماد عمومی (۰/۰۵۴)، به ترتیب بیشترین و کمترین اولویت را داشته‌اند.

در خصوص اولویت بندی سه شاخه اصلی پژوهش با استفاده از رویکرد AHP، نتایج شکل ۴ نشان می دهد که موانع شاخه زمينه ای با وزن ۰/۵۸۲ بیشترین اولویت را در این پژوهش به خود اختصاص داده است و موانع شاخه ساختاری و رفتاری به ترتیب وزنه ای ۰/۲۷۹ و ۰/۱۳۹ را داشته اند. بنابراین می توان نتیجه گرفت که موانع محیطی یا زمينه ای از دیدگاه خبرگان بیشترین چالشها را برای پیاده سازی نظام سلامت در شهر زاهدان ایجاد کرده است.



شکل ۴. اولویت بندی عوامل اصلی

۳-۳. تحلیل استنباطی

در این قسمت با استفاده از آزمون میانگین یک جامعه، به دنبال پاسخ به فرضیه های زیر هستیم:

فرضیه ۱: ابعاد موانع رفتاری بر پیاده سازی نظام بیمه سلامت در شهر زاهدان تأثیر گذار است.

جدول ۱. نتایج آزمون t تک نمونه ای در خصوص موانع رفتاری تأثیر گذار بر اجرای نظام بیمه سلامت

مقدار مورد آزمون=۳				شاخصهای مورد بررسی		
فاصله اطمینان ۹۵ درصد	اختلاف میانگین	پی - مقدار	درجه آزادی	آماره آزمون		
						حد پایین
۰/۴۱	۰/۳۲	۰/۴۲۱	۰/۰۰۱	۱۵۳	۸/۲۳	موانع رفتاری
۰/۶۱	۰/۴۵	۰/۵۳۱	۰	۱۵۳	۱۲/۸۴	کاهش سطح پذیرش تغییرات سازمانی در کارکنان
۰/۸۷	۰/۷	۰/۷۸۴	۰	۱۵۳	۱۷/۶۲	نبود انگیزه در میان مردم و کارکنان
۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۱۴۳	۰/۰۰۸	۱۵۳	۲/۶۸	چگونگی روابط کارکنان با ارباب رجوع
۰/۱۹	۰/۰۲	۰/۱۰۴	۰/۰۱۷	۱۵۳	۲/۴	مشارکت ندادن کارکنان در تصمیم گیری
۰/۱۹	۰/۰۲	۰/۱۰۴	۰/۰۱۷	۱۵۳	۲/۵۶	کاهش سطح اعتماد عمومی

براساس نتایج جدول ۱، پی- مقدار موانع رفتاری و ابعاد آن از ۰/۰۵ کوچکتر هستند، بنابراین تفاوت مشاهده‌شده به لحاظ آماری معنی‌دار است و با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به اینکه حد بالا و پایین هر دو مثبت است اغلب افراد بر تأثیرگذاری موانع رفتاری و ابعاد آن در پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت نظر موافق داده‌اند. در این میان نبود انگیزه در میان مردم و کارکنان بیشترین تأثیر را دارد.

فرضیه ۲: ابعاد موانع ساختاری بر پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت در شهر زاهدان تأثیرگذار است.

جدول ۲. نتایج آزمون t تک نمونه‌ای در خصوص موانع ساختاری تأثیرگذار بر اجرای نظام بیمه سلامت

مقدار مورد آزمون = ۳						شاخصهای مورد بررسی
فاصله اطمینان ۹۵ درصد		اختلاف میانگین	پی- مقدار	درجه آزادی	آماره آزمون	
حد بالا	حد پایین					
۰/۲۳	۰/۴۱	۰/۵۱	۰	۱۵۳	۸/۲۶	ساختاری
۰/۵۳	۰/۷۰	۰/۶۱۲	۰	۱۵۳	۱۴/۱۵	وجود دوره‌های تخصصی آموزشی
۰/۰۳	۰/۲۱	۰/۱۲	۰/۰۰۷	۱۵۳	۲/۶۹	منعطف‌بودن ساختار سازمانی در سازمانها
۰/۹۵	۰/۷۷	۰/۸۵۹	۰	۱۵۳	۱۹/۷۲	نبود تناسب شغلی
۱	۰/۸۸	۰/۹۴	۰	۱۵۳	۱۱/۹۲	رعایت نکردن سلسله‌مراتب سازمانی
۰/۲۵	۰/۴۸	۰/۳۶۲	۰	۱۵۳	۶/۱۳	مناسب نبودن حقوق و شرایط پرداخت حقوق
۰/۴۴	۰/۶۶	۰/۵۴۹	۰	۱۵۳	۹/۴۵	شفاف نبودن وظایف و اختیارات پرسنل
۰/۳۰	۰/۵۷	۰/۴۳۵	۰	۱۵۳	۶/۱۸	نبود تفویض اختیار
۰/۱۴	۰/۳۴	۰/۲۳۷	۰	۱۵۳	۴/۵۸	نبود مزایای مالی
۰/۳۷	۰/۶۵	۰/۵۱۰	۰	۱۵۳	۷/۳۹	نبود امکانات موردنیاز
۰/۱۲	۰/۰۹	۰/۰۱۳	۰/۰۱۱	۱۵۳	۳/۲۴	کمبود مهارت‌های مدیریتی

براساس نتایج جدول ۲، پی- مقدار موانع ساختاری و ابعاد آن از ۰/۰۵ کوچکتر است، بنابراین تفاوت مشاهده‌شده به لحاظ آماری معنی‌دار است و با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به اینکه حد بالا و پایین هر دو مثبت است بنابراین اغلب افراد با تأثیرگذاری موانع ساختاری و ابعاد آن بر پیاده‌سازی بیمه

سلامت در شهر زاهدان موافق بوده‌اند در این میان رعایت نکردن سلسله مراتب سازمانی به عنوان یکی از موانع ساختاری بیشترین تأثیر را در اجرانشدن موفق نظام بیمه سلامت داشته است.

فرضیه ۳: ابعاد موانع زمینه‌ای بر پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت در شهر زاهدان تأثیرگذار است.

جدول ۳. نتایج آزمون t تک‌نمونه‌ای در خصوص موانع زمینه‌ای تأثیرگذار بر اجرایی نظام بیمه سلامت

مقدار مورد آزمون = ۳						شاخصهای مورد بررسی
فاصله اطمینان ۹۵ درصد		اختلاف میانگین	بی- مقدار	درجه آزادی	آماره آزمون	
حد بالا	حد پایین					
۰/۴۱	۰/۲۳	۰/۵۲۱	۰	۱۵۳	۱۱/۲۴	موانع زمینه‌ای
۰/۷۴	۰/۵۷	۰/۶۵۹	۰	۱۵۳	۱۵/۴۲	موانع حمایت مدیران دولتی
۰/۲۵	۰/۰۱	۰/۱۳۳	۰/۰۳	۱۵۳	۲/۱۷	موانع زیرساخت‌های موردنیاز
۰/۶۰	۰/۴۲	۰/۵۱۰	۰	۱۵۳	۱۰/۶۲	فرهنگ عمومی اجتماع
۰/۸۷	۰/۷۹	۰/۸۳۱	۰	۱۵۳	۳۷/۰۳	شناخته‌نشدن نیازهای عمومی
۰/۹۲	۰/۶۷	۰/۷۹۷	۰	۱۵۳	۱۲/۷۱	حمایت نکردن سایر بیمه‌ها
۰/۴۰	۰/۱۸	۰/۲۸۹	۰	۱۵۳	۵/۰۴	شرایط نبود ثبات اقتصادی

بر اساس نتایج جدول ۳، بی- مقدار موانع زمینه‌ای و ابعاد آن از ۰/۰۵ کوچکتر است، بنابراین تفاوت مشاهده‌شده به لحاظ آماری معنی‌دار است و با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان نتیجه گرفت که با توجه به اینکه حد بالا و پایین هر دو مثبت است بنابراین اغلب افراد با تأثیرگذاری موانع زمینه‌ای و ابعاد آن بر پیاده‌سازی بیمه سلامت در شهر زاهدان موافق بوده‌اند. در این میان شناخته‌نشدن نیازهای عمومی بالاترین میانگین را داشته است که نشان می‌دهد کارکنان این بعد را تأثیرگذارتر از سایر ابعاد می‌دانند.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

گسترش بیمه از جمله راهکارهای دولتها برای نیل به جامعه‌ای سالم با سلامت پایدار است. به‌طوری که با گسترش و تعمیم بیمه‌ها، تمام ابعاد زندگی فرد در جامعه، تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرد. چرا که بیمه در ماهیت از جمله راه‌های تأمین و تحقق

آرامش، آسایش و کاهش استرس افراد و خانواده‌هاست و نیاز به توضیح ندارد که خانواده و افراد سالم و متعادل پیش‌نیاز ترقی، رشد و تعالی جوامع است.

در این پژوهش، موانع پیاده‌سازی نظام بیمه سلامت بر اساس مدل سه‌شاخگی در سه بعد ساختاری، زمینه‌ای، و رفتاری شناسایی و اولویت‌بندی شد. در بررسی اولویت‌بندی موانع شاخه زمینه‌ای، موانع حمایت مدیران دولتی با وزن ۰/۲۴۳ بیشترین اولویت را در این بعد به خود اختصاص داده است. بعد از این عامل، ابعاد زیرساخت‌های مورد نیاز (۰/۲۱۸)، فرهنگ عمومی اجتماعی (۰/۱۶۲)، شناخته‌نشده‌ن نیازهای عمومی (۰/۰۷۹)، حمایت‌نکردن سایر بیمه‌ها (۰/۰۵۷)، شرایط نبود ثبات اقتصادی (۰/۰۵۸)، به‌ترتیب بیشترین و کمترین اولویت را داشته‌اند. یادآوری این نکته لازم است که عوامل زمینه‌ای یا محتوایی از عوامل مؤثر بر توسعه نظام بیمه سلامت است و برداشتن موانع بالا در توسعه و افزایش سطح رفاه عمومی اعضای جامعه مؤثر خواهد بود. در این میان حمایت مدیران دولتی و نگرش آنان به بیمه و نظام سلامت یکی از عوامل اساسی در توسعه و اجرای موفق نظام سلامت است. همچنین فرهنگ هر ملت که مجموعه‌ای از عواملی است که ساختار زندگی آن ملت را تعیین می‌کند و به نوبه خود در تبیین نحوه رفتار، طرز تفکر، امیال، مقررات، تفاوتها و مشخصات روان‌شناسی مردم تأثیر قابل ملاحظه‌ای دارد در توسعه فرهنگ بیمه تأثیرگذار است. اگر فرهنگ به معنای نحوه زندگی مشترک اعضای جامعه باشد نوع نگرش به بیمه و استفاده از آن نیز نوعی زندگی مشترک است. منظور از فرهنگ بیمه عبارت است از آشنایی مردم کشور با بیمه، انواع و شناخت آن، استفاده و استقبال از پوشش‌های بیمه‌ای برای مقابله با خطرات احتمالی و پیش‌رو، ایجاد تعاملی پایدار و منطقی بین صنعت بیمه و آحاد مردم کشور و تقویت باور و نگرش مثبت مردم نسبت به صنعت بیمه و خدمات بیمه‌ای. فرهنگ می‌تواند استانداردهای بالای زندگی، تأکید بر اندیشه به‌عنوان ثروت واقعی، داشتن عدالت اجتماعی و توسعه پایدار، بهتر بودن فردا از امروز و توجه همه تلاشها به آینده‌ای پرامید را به‌عنوان زیرساخت جامعه بنیان کند. پس کشورها

مجبورند تا از تمامی ابزارهای موجود برای تغییر اذهان ملتها برای دستیابی به فرهنگ مناسب استفاده کنند؛ زیرا قدرت «فرهنگ عالی» معجزه‌ای مستمر برای کشورها به همراه خواهد داشت. و محقق معتقد است که تغییر در فرهنگ جوامع می‌تواند منجر به جلب حمایت مدیران، توسعه زیرساختها توسط آنان، تغییر فرهنگ عمومی اجتماع و پذیرش همگانی بیمه سلامت و شناسایی نیازهای مردم و در نهایت حمایت بیمه‌ها از همدیگر شود که به صورت مکمل به ارائه خدمات در سطح جوامع بپردازند. بنابراین، از آن جایی که بیمه می‌تواند به یک فرهنگ و ارزش تبدیل شود، باید یک نقطه شروع استراتژیک را به منظور نهادینه کردن فرهنگ بیمه تعیین کرد که این نقطه شروع استراتژیک می‌تواند آموزش و پرورش باشد. بنابراین در جمع‌بندی فرهنگ‌سازی بیمه در سطح ملی باید گفت که فرهنگ ملی، نقطه حساس و استراتژیکی برای اشاعه فرهنگ بیمه است و با توجه به آن می‌توان سیاست‌گذاران بیمه را در تحقق استراتژیهایشان کمک کرد. در این زمینه با شناسایی نقاط قوت و ضعف فرهنگ ملی می‌توان به شناخت آن کمک و سپس در خصوص برنامه‌ریزی برای فرهنگ‌سازی اقدام کرد. در این زمینه بیات و همکاران (۱۳۹۳)، رئیسی و همکاران (۱۳۹۲) و صدیقی و همکاران (۱۳۹۱) در تحقیقاتشان به نتایج مشابهی دست یافتند.

در شاخه ساختاری، بررسی وضعیت وزن شاخصهای مورد بررسی نشان داد که وجود دوره‌های تخصصی با وزن ۰/۱۹۲ بیشترین اولویت را در بعد ساختاری به خود اختصاص داده است. بعد از این عامل، ابعاد منعطف بودن ساختار (۰/۱۳۶)، تناسب شغل با اختیارات (۰/۱۱۸)، رعایت سلسله‌مراتب (۰/۱۰۳)، مناسب نبودن حقوق و شرایط پرداخت (۰/۰۶۷)، شفاف نبودن وظایف (۰/۰۵۴)، نبود تفویض اختیار (۰/۰۴۵)، نبود مزایای مالی (۰/۰۴)، نبود امکانات موردنیاز (۰/۰۲۴)، کمبود مهارتهای مدیریتی (۰/۰۲)، بروکراسی بیش از حد (۰/۰۲) به ترتیب بیشترین و کمترین اولویت را داشته‌اند. یادآوری این نکته لازم است که در کشورهایی که رقابت در بازار اهمیت زیادی دارد، تأمین رضایت مشتریان و توسعه بیمه در گرو ساختاری مؤثر و مناسب

است. به نحوی که، تصمیمات درست مدیران کارآمدتر و زمینه فعالیت کارکنان افزایش می‌یابد. ساختار بیمه باید از انعطاف لازم به منظور انطباق‌پذیری بیشتر با محیط برخوردار بوده و به گونه‌ای طراحی شود که در آن به سرعت عمل، کاهش تمرکز و پیچیدگی و به طور کلی سود بلندمدت توجه شود. از آنجا که ساختار وسیله‌ای برای نیل به اهداف و استراتژیهاست لذا هر نوع تغییر پیرامون ساختار باید با استراتژی هماهنگ شود. در این زمینه پتریچ و همکاران (۲۰۱۳) و برنند (۲۰۱۲) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.

در شاخه رفتاری بررسی وضعیت شاخصهای مورد بررسی نشان داد که کاهش سطح پذیرش تغییرات با وزن ۰/۲۸۳ بیشترین اولویت را به خود اختصاص داده است. بعد از این عامل، ابعاد نبود انگیزه در میان کارکنان و مردم (۰/۱۳۷)، چگونگی روابط کارکنان (۰/۱۲۵)، مشارکت‌ندادن نیروها (۰/۰۷۲)، کاهش سطح اعتماد عمومی (۰/۰۵۴)، به ترتیب بیشترین و کمترین اولویت را داشته‌اند. بنابراین بیمه‌گر موظف است که در سند بیمه هر آنچه نشان‌دهنده تعهدات اوست، چه از لحاظ کیفی و چه از نظر کمی، به وضوح ذکر کند این امر می‌تواند بر سطح پذیرش تغییرات و افزایش سطح اعتماد عمومی در جامعه و در بین مردم مؤثر واقع شود؛ همچنین ایجاد معناداری در کار برای کارکنان سبب ایجاد انگیزه و مشارکت بیشتر آنها و در نتیجه خلاقیت و چابکی سازمان شود. ملکی و همکاران (۱۳۸۹)، زری‌باف و همکاران (۱۳۹۲) و چو و همکاران (۲۰۱۵) در تحقیق خود به نتایج مشابه دست یافتند. همچنین نتایج تحلیل فرضیه اصلی پژوهش نشان داد که ابعاد زمینه‌ای با وزن ۰/۵۸۲ بیشترین اولویت را در این پژوهش به خود اختصاص داده است و موانع شاخه ساختاری و رفتاری به ترتیب وزنه‌ای ۰/۲۷۹ و ۰/۱۳۹ را داشته‌اند. با توجه به نتایج تحقیق، پیشنهادهای زیر ارائه می‌شوند:

- در زمینه یکپارچه‌سازی بیمه سلامت در ابتدا می‌بایست زیرساختهای موردنیاز برای توسعه بیمه شناسایی و سپس بر اساس منابع موجود، زیرساختهای ارائه‌شده بهبود و توسعه یابد.
- فرهنگ کار مشارکتی از جمله زیرساختهای مهم در توسعه بیمه‌ای است. بنابراین لازم است تا زمینه‌های فرهنگی موردنیاز برای جمع‌بندی بیمه‌ای صورت پذیرد.
- شناخت دقیق نیازهای ارباب رجوع در سطح اجتماع می‌بایست در زمینه یکپارچه‌سازی بیمه‌ها مورد توجه قرار گیرد.
- حمایت سایر بیمه‌ها از بیمه سلامت می‌تواند در توسعه سرعت پیاده‌سازی بیمه سلامت مفید باشد.
- نبود ثبات اقتصادی یکی از پیش‌نیازهای موردنیاز برای رشد هر سازمانی است. در این زمینه لازم است تا شرایط اقتصادی نیز در زمینه پیاده‌سازی سلامت سازمانی مورد توجه قرار گیرد.
- برگزاری دوره‌های آموزشی و همچنین توانمندسازی کارکنان در زمینه تخصصهای موردنیاز در هنگام یکپارچه‌سازی می‌تواند در آماده‌سازی سرمایه انسانی مؤثر باشد.
- لازم است تا سرمایه‌های اطلاعاتی سازمانی همچون مدیریت فرایندها و همچنین نرم‌افزارهای موردنیاز برای ذخیره‌سازی و تحلیل اطلاعات در سازمان مطابق با دوره رشد سازمانی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین موارد زیر به مدیران پیشنهاد می‌شود:
 - حمایت‌های مدیریتی در بخش بیمه‌ای به‌خصوص استفاده از تجارب مدیران در پیاده‌سازی و شکل‌گیری بیمه‌ها می‌تواند در توسعه و یکپارچه‌سازی بیمه‌ها مؤثر باشد.
 - تفویض اختیار مناسب بین واحدهای سازمانی می‌تواند در توسعه تواناییهای کارکنان مؤثر باشد.
- استفاده از پروژه‌های همسو در سازمان می‌تواند در ایجاد هماهنگی بین بخشهای مختلف سازمانی مؤثر باشد.

- متناسب‌سازی شغل با شاغل و به‌کارگیری افرادی که صلاحیت انجام شغل را داشته باشند و پیاده‌سازی نظام شایسته‌سالاری در سازمان می‌تواند مؤثر باشد.
- حذف بوروکراسیهای زائد اداری برای تسریع در یکپارچه‌سازی نظام بیمه سلامت می‌تواند مؤثر باشد.

منابع

۱. احمدوند، ع.، ۱۳۹۰. *اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارایی*. تهران: مؤسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ.
۲. اسدی، ف.، حسینی، ا.، مقدسی، ح. و اسماعیلی، م.، ۱۳۹۰. مطالعه قانون انتقال و پاسخگویی الکترونیک بیمه سلامت و نظرسنجی امکان پیاده‌سازی آن در ایران. مدیریت اطلاعات سلامت. دوره ۸، شماره ۶.
۳. آصف‌زاده، س. و رضایپور، آ.، ۱۳۸۷. مدیریت سلامت. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، دوره ۱۳، شماره ۴.
۴. بادین، م.، رحمتی‌نوده‌ی، ر. و حصارکی، ا.ح.، ۱۳۹۲. بررسی موانع و مشکلات پیاده‌سازی بیمه الکترونیک در صنعت بیمه ایران. *فصلنامه صنعت بیمه*. سال ۲۲، شماره ۳.
۵. بهرامی، ق.، ۱۳۹۳. بیمه سلامت و ضرورت گسترش آن در جامعه، *هفته‌نامه ولایت قزوین*، کدخبر: ۸۱۴۴۸۴۲۴ (۴۴۲۶۷۲۱).
۶. بیات، ف.، ابناحمدی، آ.، صمدزاده، ح. و خوشنویسان، م.ح.، ۱۳۹۳. مطالعه تطبیقی سیستمهای مراقبت از سلامت دهان و مدلهای بیمه‌ای در چند کشور برای ارزیابی الگوی مناسب در ایران، حکیم، دوره ۱۷، شماره ۱.
۷. حاجی‌زاده، م.، ۱۳۸۶. *اقتصاد سلامت*. تهران: نشر جامعه‌نگر.
۸. خوش‌نیت، ف.، ۱۳۹۲. چالشهای نظام سلامت درگفت‌وگوی ایسنا با سکان‌داران سلامت در مجلس، خبرگزاری دانشجویان ایران (ایسنا)، ۱۴ اسفند ۱۳۹۲، کدخبر: ۹۲۱۲۱۴۰۹۲۵۳.

۹. رئیسی ا.ر.، محمدی، ع. و نوحی، م. ۱۳۹۲. نقاط قابل بهبود و ارائه راهکارهای ارتقای کمی و کیفی بیمه‌ای سلامت ایران؛ مطالعه کیفی. *مدیریت اطلاعات سلامت*، دوره ۱۰، شماره ۲.
۱۰. زری باف، م.، کرباسی ور، ع.ر. و کیه، س. ۱۳۹۲. بررسی عوامل مؤثر در توسعه بیمه عمر با رویکرد کشف موانع در شهر تهران (مطالعه موردی: شرکت بیمه سامان). *فصلنامه پژوهشگر مدیریت*. سال ۱۰، شماره ۲۹.
۱۱. سلیمانی، س.، صادقی شاهدانی، م. و فطانت، م. ۱۳۹۳. طراحی صندوق سرمایه‌گذاری مشترک بیمه‌ای به منظور افزایش ظرفیت بیمه اتکایی. *فصلنامه علمی پژوهشی دانش سرمایه‌گذاری*، دوره ۳، شماره ۹.
۱۲. صدیقی، س.، حسام، س. و ملکی، م.ر. ۱۳۹۱. مؤلفه‌های مؤثر در استقرار بیمه پایه سلامت در ایران. *مدیریت بهداشت و درمان (نظام سلامت)*، دوره ۴، شماره ۱-۲.
۱۳. صفرزاده، ح. و جعفری، م.س. ۱۳۹۰. بررسی نقش عوامل مدل سه‌شاخگی مدیریت در استقرار حراج الکترونیک. *فصلنامه مدیریت*، دوره ۸، شماره ۲۳.
۱۴. قیاسوند، ح.، هادیان، م و ملکی، م. ۱۳۹۰. ارتباط بیمه سلامت و هزینه‌های سنگین خدمات درمانی در بیمارستانهای مرتبط با دانشگاه علوم پزشکی ایران. *مجله تحقیقات اقتصادی*، دوره ۴۶، شماره ۱.
۱۵. مشیری، ا.، تکیان، ا.ح.، رشیدیان، آ. و کبیر، م.ج. ۱۳۹۱. مصلحت‌اندیشی و تقارن در شکل‌گیری برنامه پزشکی خانواده و بیمه همگانی سلامت روستاییان در ایران. *مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم*. دوره ۱۵، شماره ۴.
۱۶. مقدسی، ح.، حسینی، آ.، اسدی، ف. و اسماعیلی، م. ۱۳۹۰. مشکلات نظام بیمه درمانی ایران و ضرورت اجرای رویکردی اصلاحی. *مدیریت سلامت*، دوره ۱۴، شماره ۴۴.
۱۷. ملکی، م.، ابراهیمی‌پور، ح.، کریمی، ا. و گوهری، م. ۱۳۸۹. چالشهای بیمه همگانی پایدار در ایران. *فصلنامه پایش، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی*، دوره ۹، شماره ۲.
۱۸. نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران مبتنی بر پیشرفت الگوی اسلامی - ایرانی، ۱۳۹۰. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی شورای سیاست‌گذاری.

19. Brand, D., 2012. Social and health care integration: (1) The individual dimension. *Journal of Integrated Care*, 20(6), pp. 371 -378.
20. Chou, S.Y., Grossman, M. and Liu, J.T. 2014. The impact of national health insurance on birth outcomes: a natural experiment in Taiwan. *Journal of Development Economics*, 111, pp. 75-91.
21. Petrich, M., Vijaya, L., Ramamurthy, D.H. and Suzanne R., 2013. Challenges and opportunities for integration in health systems: an Australian perspective. *Journal of Integrated Care*, 21(6), pp. 347-359.
22. Preker, A.S. and Carrin, G. (Eds.), 2004). *Health financing for poor people: resource mobilization and risk sharing*. World Bank Publications.

