



وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

**بررسی ارتباط خرید خدمات بیمه گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با میزان
رضایت مندی بیمه شدگان در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی
(با استفاده از مدل سرو کووال)**

نژوهشگر: داوود رهبری فرد

دیماه ۱۳۹۴



وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

**بررسی ارتباط خرید خدمات بیمه گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت بامیزان
رضایت مندی بیمه شدگان در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی
(با استفاده از مدل سرو کووال)**

نژوهشگر: داوود رهبری فرد

دیماه ۱۳۹۴



تقدیم و سپاسگذاری

بر خود لازم می‌دانم از زحمات مدیرکل محترم استان جناب آقای دکتر آرمیده که در مراحل مختلف این تحقیق با صبر و حوصله بسیار، ما را در تهیه این اثر یاری نموده و نکات اساسی و ایرادات و مشکلات آن را گوشزد نمودند، کمال تشکر و قدردانی را نمایم و از خداوند منان برای ایشان طول عمر پربرکت خواستارم

چکیده

به منظور ایجاد امکانات مبسوط و کامل در جهت ارائه ی هرچه بهتر خدمات، پاسخگویی کارا و توام با جلب رضایت حداکثری مشتریان، استراتژی واگذاری ارائه خدمات بیمه گری به دفاتر پیشخوان خدمات دولت از سوی سازمان بیمه سلامت صورت پذیرفت، که در این تحقیق به بررسی ابعاد مختلف و تأثیرات این مهم بر میزان رضایت مندی بیمه شدگان استان خراسان شمالی پرداخته شده است. جامعه این تحقیق شامل جمعیت بیمه شدگان تحت پوشش اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی و به تعداد ۶۹۰ هزار نفر می باشند. با توجه به این که این پژوهش از روش پیمایشی بوده و جامعه آماری آن را کلیه بیمه شدگان تحت پوشش اداره کل بیمه سلامت استان خراسان شمالی تشکیل می دهند، داده ها توسط ابزار پرسشنامه جمع آوری شده و برای تجزیه تحلیل داده نیز از آمار توصیفی و برای تحلیل عاملی SPSS۲۰ استفاده شده است. براساس ستاده دریافتی از ابزارهای آماری و نتایج به دست آمده در حوزه این پژوهش؛ کلیه فرضیات تحقیق تأیید گردیده است.

شایان ذکر است که نتایج به دست آمده از ارتباط معنادار خرید خدمات بیمه گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت بلمیزان رضایت مندی بیمه شدگان در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی.

کلید واژه ها: رضایت مندی مشتریان، سازمان بیمه سلامت، دفاتر پیشخوان خدمات دولت، خدمات بیمه گر، صدور اولیه بیمه نامه، تمدید بیمه نامه، ابطال بیمه نامه، المثنی، مدل سروکووال

فهرست مطالب

عنوان

صفحه

فصل اول کلیات

۱-۱-۱- مقدمه.....	۱
۲-۱- بیان مسئله.....	۱
۷-۱- تعاریف مفهومی.....	۴
۱-۷-۱- تعریف مفهومی برونسپاری.....	۴
۲-۷-۱- تعریف مفهومی رضایتمندی.....	۴
۸-۱- تعاریف عملیاتی.....	۴
۱-۸-۱- تعریف عملیاتی برونسپاری.....	۴
۲-۸-۱- تعریف عملیاتی رضایتمندی.....	۵
۳-۸-۱- واژگان پرکاربرد عمومی.....	۵
۴-۸-۱- واژگان پرکاربرد فنی.....	۶

فصل دوم ادبیات موضوع

۱-۲- مقدمه.....	۹
۲-۲- مبانی نظری تحقیق.....	۹
۱-۲-۲- صنعت بیمه، بیمه‌های درمان و بیمه‌های اجتماعی.....	۹
۱-۱-۲-۲- صنعت بیمه.....	۹
۱-۱-۲-۲-۱- صنعت بیمه در جهان.....	۹
۲-۱-۲-۲-۲- صنعت بیمه در ایران.....	۱۲
۲-۱-۲-۲- بیمه‌های درمان و بیمه‌های اجتماعی.....	۱۵
۲-۲-۲- سازمان بیمه سلامت.....	۱۷
۲-۲-۲-۱- آشنایی با اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی.....	۱۹
۳-۲-۲- استراتژی برونسپاری.....	۲۰
۱-۳-۲-۲- تعاریفی از برونسپاری.....	۲۰
۲-۳-۲-۲- تاریخچه برونسپاری.....	۲۱
۳-۳-۲-۲- دلایل برونسپاری.....	۲۱
۴-۳-۲-۲- دلایل عمده عدم تمایل به برونسپاری.....	۲۲
۵-۳-۲-۲- معایب برونسپاری.....	۲۲
۶-۳-۲-۲- مشکلات برونسپاری.....	۲۳
۷-۳-۲-۲- چه خدماتی را می‌توان برونسپاری کرد.....	۲۳
۸-۳-۲-۲- برونسپاری در بخش دولتی.....	۲۳
۹-۳-۲-۲- برونسپاری در ایران.....	۲۴

۲۵	۱۰-۳-۲-۲- برونسپاری و خصوصیسازی در صنعت بیمه
۲۵	۱۱-۳-۲-۲- برونسپاری در سازمان بیمه سلامت
۲۶	۱۲-۳-۲-۲- برونسپاری در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی
۲۷	۴-۲-۲- دفتر پیشخوان خدمات دولت
۲۸	۵-۲-۲- رضایتمندی مشتری (بیمهشدگان)
۲۸	۱-۵-۲-۲- مقدمه بر رضایتمندی مشتری
۲۹	۲-۵-۲-۲- مدل های سنجش رضایتمندی مشتری
۲۹	۱-۲-۵-۲-۲- مدل سنجش رضایتمندی کانو
۳۰	۲-۲-۵-۲-۲- مدل سنجش رضایتمندی سروکووال
۳۱	۳-۲-۵-۲-۲- مدل سنجش رضایتمندی سوئدی
۳۱	۴-۲-۵-۲-۲- مدل سنجش رضایتمندی مشتری در آمریکا
۳۱	۵-۲-۵-۲-۲- مدل سنجش رضایتمندی مشتری در اروپا
۳۲	۶-۲-۵-۲-۲- مدل سنجش رضایتمندی نروژی
۳۳	۳-۵-۲-۲- مفهوم رضایتمندی در بیمه های درمان
۳۴	۴-۵-۲-۲- رضایتمندی و برونسپاری
۳۴	۳-۲- بررسی اجمالی پیشینه تحقیق
۳۶	فصل سوم روشناسی تحقیق
۳۷	۱-۳- مقدمه
۳۷	۲-۳- روش تحقیق
۳۷	۳-۳- جامعه آماری و چگونگی نمونه گیری
۳۷	۴-۳- نمونه و روش نمونه گیری
۳۸	۵-۳- داده های مورد نیاز، متغیرهای تحقیق و روشهای محاسبه
۳۹	۱-۶-۳- مطالعات کتابخانهای
۳۹	۲-۶-۳- مطالعات میدانی
۳۹	۷-۳- مدل آزمون فرضیه
۳۹	۸-۳- طرح آزمونهای آماری
۴۲	فصل چهارم یافته های تحقیق
۴۳	۴-۱- مقدمه
۴۳	۴-۲- توصیف آماری داده های پژوهش
۵۱	فصل پنجم نتیجه گیری و پیشنهادات
۵۲	۱-۵- مقدمه
۵۲	۲-۵- مرور نتایج تحقیق
۵۲	۳-۵- بحث و نتیجه گیری
۵۵	۴-۵- پیشنهادات تحقیق
۵۶	۵-۵- نتیجه گیری نهایی
۵۷	فهرست منابع
۵۷	الف) منابع فارسی
۵۸	ب) منابع انگلیسی
۶۰	Abstract

فهرست جداول

صفحه	عنوان
۴۳.....	جدول ۴-۱) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک جنسیت.....
۴۴.....	جدول ۴-۲) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک سن.....
۴۵.....	جدول ۴-۳) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک رشته تحصیلی.....
۴۷.....	جدول ۴-۴) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک وضعیت شغلی.....
۴۸.....	جدول ۴-۵) توزیع فراوانی نمونه آماری بر حسب نوع بیمه.....
۴۹.....	جدول ۴-۶) توزیع فراوانی نوع خدمات دریافتی.....
۴۹.....	جدول ۴-۷) توزیع فراوانی بر حسب تعداد مراجعات.....

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۴۴.....	نمودار توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت (۱-۴)
۴۵.....	نمودار توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب وضعیت سنی (۲-۴)
۴۶.....	نمودار (۳-۴) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک مدرک تحصیلی
۴۷.....	نمودار (۴-۴) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک مدرک تحصیلی

فصل اول

کلیات

موضوع تحقیق

بررسی ارتباط خرید خدمات بیمه‌گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با میزان رضایت‌مندی بیمه‌شدگان در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی، (با استفاده از مدل سروکووال)

۱-۱- مقدمه

در روزگار فعلی، موضوع فراگیری دانش و امر دانستن یکی از محورهای شاخص‌های اصلی پیشرفت و تعالی جوامع به‌شمار می‌رود، و لزوماً سنجش سطح دانستگی‌ها به میزان تولید و مصرف اطلاعات و گسترش دانایی به دسترسی سریع و آسان به منابع علمی معتبر پیوند خورده است. اطلاعات ما یا با مطالعه‌ی منابع اطلاعاتی موجود و یا بنا به پژوهش‌هایی که خود انجام می‌دهیم، به‌دست می‌آید. پژوهش در هر موضوع، به هرگونه و در هر سطحی که انجام شود، تلاشی منسجم و نظام مند در راستای توسعه‌ی دانش موجود درباره موضوع‌هایی است که با آن‌ها سروکار داریم. پژوهش کوششی است برای یافتن بهترین راهکارهای ممکن برای حل مشکلات موجود در عرصه‌های فعالیت بشری بصورت علمی و مدون. اما امروزه همراه و همگام با تحولات اقتصادی و فناورانه در سطوح متفاوت جهانی، منطقه‌ای و محلی رفتار و عملکرد سازمان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بر همین اساس یکی از ویژگی‌های بارز مدیران و رهبران سازمان‌های پیشرو، درک و شناخت محیط و سازگاری فعال با الزامات و دلالت‌های آن است (رحمانی، نصراله، ۱۳۹۲).

لیکن موضوع برون‌سپاری و سنجش رضایت‌مندی مشتریان و کنترل بازخوردهای آن جزو این الزامات می‌باشد و از طرفی مسائلی چون افزایش فشارهای رقابتی، دشواری‌های کسب و کار، محدودیت منابع، پیچیدگی‌های تکنولوژیک و تخصصی شدن کارها، افزایش هزینه‌ها، بزرگ شدن بیش از اندازه‌ی برخی از سازمان‌ها و نیز محدودیت‌های قانونی باعث شده است تا سازمان‌ها در الگوهای مدیریتی خود تجدید نظر کرده و برای دستیابی به مزیت‌های رقابتی در دنیای کنونی کسب و کار، به استراتژی‌های جدید روی آورند، که به‌منظور فراهم کردن امکان پاسخگویی کارا، توأم با سطح خدمات مطلوب و جلب رضایت‌مندی مشتریان و دستیابی به انعطاف‌پذیری بیشتر و کاهش هزینه، استراتژی برون‌سپاری توسط بسیاری از سازمان‌ها به‌کار گرفته شده است. برون‌سپاری اگر با مطالعه انجام شود باعث کاهش هزینه‌ها، افزایش راندمان و ... می‌شود و در نهایت باعث بهبود عملکرد سازمان می‌گردد. هدف از انجام این پژوهش نیز، بررسی وضعیت رضایت‌مندی بیمه‌شدگان به‌لحاظ خدمات بیمه‌گری واگذار شده به دفاتر پیشخوان خدمات دولت بعد از پیاده‌سازی فرآیند برون‌سپاری در سازمان بیمه سلامت و بالاخص اداره کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی می‌باشد.

۱-۲- بیان مسئله

در دهه‌های قبل از ۱۹۸۰ اغلب سازمان‌ها به‌منظور بقاء در بازارهای رقابتی تصمیم به یکپارچه‌سازی عمودی می‌گرفتند که باعث رشد هزینه‌های سازمانی، دشواری اعمال مدیریت می‌شد. چنین سازمان‌هایی همواره با چالش‌های مختلف روبه‌رو بودند به طوری که از تمرکز بر روی قابلیت‌های اصلی سازمان که ضامن رشد و بقاء آن به شمار می‌آید تا حد زیادی دور می‌شدند در چنین شرایطی سازمان‌ها به سختی می‌توانستند خود را با تغییرات محیط منطبق سازند این در حالی بود که آهنگ ظهور تئوری‌های بهینه‌سازی فعالیت‌های سازمان‌ها و شرکت‌ها و تغییرات تکنولوژی در جهت تغییر مشاغل و خدمات روزبه‌روز در حال گسترش بوده و به موازات آن ذائقه‌ها و نیازهای مشتریان نیز دائماً در حال دگرگونی بود. در چنین وضعیتی دو راه در مقابل مدیریت پویای یک سازمان خودنمایی می‌کرد: تداوم در جهت رشد حجمی سازمان و به‌دنبال آن افزایش هزینه‌های مربوط یا چابک کردن سازمان و یا همگام شدن با تغییرات محیطی با نگرش به محیط پیرامون و استفاده بهینه از منابع بالقوه و بالفعل موجود در محیط. از این رو سازمان‌های دولتی نیز همسو با این تغییرات قدم در این مسیر گذاشته و خود را از این حیث مستثنی ننموده‌اند.

خصوصی‌سازی و کاهش تصدی‌گری دولت در فعالیت‌های اقتصادی، بخش عمده سیاست‌های تعدیل ساختار اقتصادی را تشکیل می‌دهد. گسترش خصوصی‌سازی نه تنها مشارکت بخش غیردولتی را در اداره امور تصدی‌گری اقتصاد افزایش می‌دهد و به انگیزه‌ی کارآفرینی، ابتکار و نوآوری قوت می‌بخشد؛ بلکه توان کارشناسی دولت را برای انجام پژوهش‌های لازم جهت اتخاذ سیاست‌های کلان اقتصادی مؤثر و کارآمد به کار خواهد گرفت.

اما یکی از حوزه‌هایی که در ایران گام در این امر مهم نهاده است حوزه‌ی نظام سلامت و بیمه‌های اجتماعی می‌باشد؛ چرا که عدم کارایی نظام سلامت در کشورهای در حال توسعه من جمله ایران، باعث شده است که سیاست‌گذاران حوزه سلامت و بیمه‌های اجتماعی را ترغیب به استفاده از گزینه‌های بخش خصوصی و بهره‌گیری از پتانسیل‌های موجود در بخش‌های غیردولتی نماید. اما آنچه در این راستا الزامیست توجه به رضایت مشتری و خواسته‌ها، نیازها و علایق او در ساختارهای عمومی و دولتی می‌باشد که نایبستی با ورود دولت‌ها و سازمان‌های دولتی به استراتژی‌های برون‌سپاری^۱ و یا خصوصی‌سازی^۲ خلل و یا صدمه به آن وارد آید. در نتیجه شناخت راهکارهای لازم در راستای جذب مشتری و تلاش برای جلب رضایت وی، از مرحله پژوهش و نیازسنجی تا خدمات پس از فروش، در بلند مدت پایدار و ثبات را برای سازمان‌ها به دنبال خواهد داشت. بر این اساس مشتری‌مداری به عنوان یکی از مهم‌ترین ارزش‌ها و مفاهیم اصلی مطرح گردیده است (ریاحی کرد، و رضایی پنجاب، ۱۳۹۱).

لذا در این تحقیق نیز سعی بر این است که به: «بررسی ارتباط خرید خدمات بیمه‌گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت بل میزان رضایت‌مندی بیمه‌شدگان در اداره‌ی کل بیمه سلامت خراسان شمالی» پرداخته شود تا به نحوی میزان رضایت‌مندی بیمه‌شدگان (مشتریان) را از دریافت خدمات بیمه‌گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت طرف قرارداد را در حوزه استان خراسان شمالی سنجیده و نتایج آن مورد بهره‌برداری قرار گیرد.

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

سازمان‌های بیمه‌گر در راستای جلب رضایت مشتریان با مشکلات زیادی از جمله فزونی جمعیت هدف (بالفعل و بالقوه) روبه‌رو هستند، که این امر موجب کندی فرآیند خدمت رسانی می‌گردد. لذا تنها با برنامه‌ریزی‌های کاملاً دقیق و حساب شده که مبتنی بر واقعیات، مقتضیات و سطح انتظارات جامع‌ی کنونی ایران باشد، می‌توان بر این مشکلات فائق آمد (جباری، ۱۳۸۱).

نیاز به تأمین نیازهای درمانی امری غریزی است، و از دیرباز انسان همواره در کنار جست و جو و تأمین احتیاجات جسمی، اقتصادی، اجتماعی به آن توجهی ویژه داشته است. ایجاد تأمین در جامعه از ویژگی‌های بارز صنعت بیمه می‌باشد. بیمه درمان یکی از پوشش‌های بیمه‌ای است که سازمان‌های بیمه‌گر در کشور آن را تحت عنوان بیمه‌نامه‌های پایه، تکمیلی یا مازاد درمان ارائه می‌دهند. شرکت‌های بیمه با ارائه‌ی این رشته بیمه‌ای و با جبران خسارت‌های مالی مشتریان (بیمه‌شدگان) نقش بسیار مؤثری در جبران هزینه‌های درمان، رشد و توسعه جامعه و بهبود شرایط درمانی و کاهش دغدغه‌های بیماران بر عهده دارند. بیمه‌شدگان علت اصلی تشکیل و ادامه‌ی فعالیت یک سازمان بیمه‌گر محسوب می‌شود؛ از این رو یکی از رسالت‌ها اصلی شرکت‌های بیمه ارضای نیازهای بیمه‌گذاران از طریق عرضه‌ی خدمات بیمه‌ای با کیفیت برتر می‌باشد.

تأمین نیازهای مشتریان و جلب رضایت آن‌ها از محورهای مهمی است که در همه‌ی صنایع و از جمله صنعت بیمه باید به آن توجه داشت؛ لذا صاحب‌نظران مدیریت، کسب رضایت مشتری را از مهم‌ترین اولویت‌های مدیریت شرکت‌ها برشمرده و لزوم پایبندی همیشگی و پایدار مدیران عالی به جلب رضایت مشتریان را پیش شرط اصلی موفقیت به حساب آورده‌اند. در صنعت بیمه کسب رضایت مشتریان تنها از طریق ارائه‌ی خدمات متناسب با پوشش ریسک^۳ مورد نظر امکان‌پذیر خواهد بود.

هزاران نفر نیز روزانه در کشور ما با مراکز ارائه‌دهنده‌ی خدمات سلامت اعم از خصوصی یا دولتی سروکار دارند (جهان،

۲۰۰۴). الزامات فوق برای پاسخ به این سؤال می‌باشد:

^۱ Outsourcing Strategic

^۲ Privatization

^۳ Risk Cover

آیا بین خرید خدمات بیمه گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با میزان رضایت مندی بیمه شدگان^۱ در اداره‌ی کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه منطقی وجود دارد؟

اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی با تحت پوشش قرار دادن بیش از ۶۹۰/۰۰۰ هزار نفر از جمعیت ۸۶۷/۷۲۷ نفره استان (سالنامه مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰) و با ضریب نفوذ ۸۰٪ در بازار بیمه‌های پایه‌ی درمان در میان تمامیه بیمه‌گران این عرصه بیشترین سهم بازار را دارا می‌باشد. لیکن این مهم اکنون با اجرای فرآیند برون سپاری صورت گرفته در مجموعه‌ی این اداره‌ی کل و واگذاری امور مربوط به خدمات بیمه گری از طریق نمایندگی‌ها و دفاتر پیشخوان خدمات دولت به بیمه شدگان تحت پوشش در حال انجام می‌باشد.

لازم به ذکر است کلیه‌ی فرآیندهای بیمه‌گری قابل انجام به تعداد ۳۶۰ هزار رکورد (بصورت میانگین) در سال و شامل فرآیندهای (صدور، تمدید، تعویض و المثنی و ...) و در قالب چهار صندوق کارکنان دولت، سایر اقشار، روستا بمان و خویش فرمایان ارائه می‌گردد، که این مهم هم چنان که قبلاً اشاره گردید از طریق ۲۶ واحد دفتر پیشخوان خدمات دولت (تا پایان سال ۱۳۹۳) در سطح استان خراسان شمالی در حال انجام می‌باشد. همچنین با توجه به طرح گسترش ارائه‌ی خدمات فوق از طریق افزایش تعداد دفاتر مزکور و انعقاد قراردادهای جدید این موضوع به ذهن می‌رسد که «آیا» با وجود گذشت بیش از ۳ سال از پیاده‌سازی این طرح (برون سپاری) در سطح کشور و به خصوص در استان خراسان شمالی در می‌زان رضایت مندی بیمه شدگان در راستای دریافت خدمات بیمه‌گری از بخش خصوص (دفاتر پیشخوان خدمات دولت) تفاوت معنی‌داری حاصل گردیده است یا خیر؟

از طرفی دیگر آنچه که ضرورت تحقیق و پژوهش را در این خصوص الزامی می‌نماید عدم وجود یک اظهار نظر متقن در خصوص موفقیت طرح مزبور و از آن مهم تر نبود یک نتیجه‌گیری نهایی از تأثیر واگذاری خدمات بیمه گری به دفاتر پیشخوان خدمات دولت و بازخورد همراه با رضایت مندی و یا عدم آن بر بیمه شدگان این استان می‌باشد. همچنین نتیجه این تحقیق می‌تواند زمینه‌ی مناسب را برای تصمیم‌گیرندگان بیمه‌های اجتماع‌ی در برخورد با فرآیند و ح-وزه‌های قابل برون سپاری فراهم نماید و این امکان به تصمیم‌گیرندگان و مدیران ارشد داده شود تا با برنامه ریزی کوتاه، میان و بلندمدت بتوانند برون سپاری را ضمن لحاظ رضایت مندی مشتریان در تمام مراحل، در جهت رشد کیفی و چابک کردن سازمان و همگام شدن با تغییرات محیطی جهت ارائه‌ی خدمات بهتر و تخصصی‌تر هدایت کنند.

آگاهی و اطلاعات کافی از نتایج پیاده‌سازی فرآیند برون سپاری در شرکت‌هایی که از این استراتژی استفاده نموده‌اند، خود می‌تواند در نگرش مدیران ارشد در استفاده علمی و با برنامه‌ریزی دقیق از این فرآیند مؤثر واقع گردد.

۱-۴- اهداف تحقیق

اهداف کلی: دستیابی به یک جمع‌بندی جامع و کامل در جهت دریافت ادراکات بیمه شدگان از موضوع دریافت خدمات در دفاتر پیشخوان خدمات دولت از منظر مشتری مداری

اهداف اختصاصی: هدف از این تحقیق بررسی ارتباط خرید خدمات بیمه گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت بر میزان رضایت مندی بیمه شدگان در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی با استفاده از روش سروکووال می‌باشد
اهداف کاربردی: سنجش میزان رضایتمندی بیمه شدگان استان و متعاقباً اصلاح رویه‌های موجود در جهت افزایش میزان رضایت بیمه شدگان اسلتن از دریافت خدمات بیمه گری دفاتر پیشخوان طرف قرارداد

۱-۵- پرسش تحقیق

۱) عوامل مؤثر بر رضایت مندی بیمه شدگان از دریافت خدمات دفاتر پیشخوان دولت در حوزه اداره‌ی کل بیمه سلامت خراسان شمالی کدامند؟

۲) رتبه‌بندی عوامل مؤثر بر رضایت مندی بیمه‌شدگان از دریافت خدمات دفاتر پیشخوان دولت در حوزه اداره‌ی کل بیمه سلامت خراسان شمالی به چه صورت است؟

۶-۱- فرضیه‌های تحقیق

۱) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه‌ی ارائه‌ی خدمات و تسهیلات بیمه‌گری (ضمانت) در حوزه‌ی اداره کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

۲) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه اطلاع رسانی و تبلیغات (همدلی) در حوزه‌ی اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

۳) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل (اطمینان) دفاتر مذکور، در حوزه‌ی اداره‌ی کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

۴) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت به لحاظ امکانات و تسهیلات رفاهی (بعدظاهری و فیزیکی) و محیط اداری فراهم شده در دفاتر مذکور در حوزه‌ی اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

۵) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت به لحاظ در دسترس بودن محل دفاتر مذکور (مسئولیت پذیری) در حوزه‌ی اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

۷-۱- تعاریف مفهومی

تعریف مفهومی به تعریف یک واژه از واژه‌های انتزاعی و ملاک‌های فرضی اطلاق می‌شود و مفاهیم را با استفاده از مفاهیم دیگر تعریف می‌کنند (بیابانگرد، ۱۳۸۸). این نوع تعریف به شناسایی ماهیت یک پدیده کمک کرده و نقش مهمی را در فرآیند منطقی تدوین فرضیه‌ها ایفا می‌کند (سرمد و همکاران، ۱۳۸۹).

۷-۱-۱- تعریف مفهومی برون‌سپاری

کاکابادس (۲۰۰۲) برون‌سپاری را قرارداد بستن سیستماتیک و کارا با بیرون سازمان تعریف می‌کند. براساس تعریف دیگر برون‌سپاری به عنوان تهیه محصولات یا خدمات از منابع خارج از سازمان تعریف می‌شود. در برون‌سپاری یک شرکت از شرکت دیگر به‌عنوان پیمانکار استفاده می‌کند، در واقع برون‌سپاری به‌عنوان حرکت فرآیندهای کسب‌وکار از درون شرکت به تولیدکننده‌ی خارجی تعریف می‌شود (دونینگ و کلیک، ۲۰۰۵).

در این فرآیند به سازمان یا شرکت اصلی واگذارکننده‌ی فعالیت‌سپارنده یا برون‌سپار و به شرکتی که مسئولیت تحقق فعالیت برون‌سپاری شده را بر عهده دارد، تأمین‌کننده یا پذیرنده‌ی برون‌سپاری اطلاق می‌گردد (الوانی و اشرف‌زاده، ۱۳۸۷).

۷-۱-۲- تعریف مفهومی رضایت‌مندی

رضایت‌مندی، واکنش احساسی مشتری است که از تعامل با سازمان عرضه‌کننده یا مصرف‌محول حاصل می‌گردد (کاووسی، سقایی، ۱۳۸۴).

۸-۱- تعاریف عملیاتی

۸-۱-۱- تعریف عملیاتی برون‌سپاری

تعریف عملیاتی یعنی تعریف مفاهیم به شیوه‌ای که پژوهشگر آن‌ها را در عمل اندازه‌گیری می‌کند (بیابانگرد، ۱۳۸۸).

برون سپاری، واگذاری فعالیت هایی همانند فعالیت های بازاریابی و تبلیغات^۱، فروش محصولات^۲، خدمات پس از فروش محصولات، فعالیت های پشتیبانی همانند مسئولیت تأمین و تهیه ی منابع و مواد اولیه، فعالیت های تحقیقاتی و توسعه محصولات، تعمیر و نگهداری تجهیزات و ماشین آلات خریداری شده (استفاده از شرکتی غیر از شرکت گارانتی کننده) فعالیت های مشاوره ای در زمینه ی مدیریت، حقوقی و ...، نصب، راه اندازی و نگهداری سیستم ها و شبکه های کامپیوتری (فناوری اطلاعات) آموزش کارکنان، حسابداری، امور مربوط به استخدام نیروی کار جدید، برنامه ریزی و کنترل پروژه های کاری، ایاب و ذهاب کارکنان، امور مربوط به نظافت و آبدارخانه، امور تغذیه ی کارکنان و خدمات رفاهی و مسافرتی کارکنان به پیمانکاران (حقیقی یا حقوقی) یا شرکت های دیگری طی قراردادی رسمی و یا حتی غیررسمی (توافق غیررسمی طرفین) می باشد.

۱-۸-۲- تعریف عملیاتی رضایت مندی

در رابطه با مفهوم رضایت مندی مشتری تعاریف مختلفی از سوی نظریه پردازان بازاریابی ارائه شده است . کاتلر، رضایت مندی مشتری را به عنوان درجه ای که عملکرد واقعی یک شرکت انتظارات مشتری را برآورده کند، تعریف می کند. به نظر کاتلر اگر عملکرد شرکت انتظارات مشتری را برآورده کند، مشتری احساس رضایت و در غیر این صورت احساس نارضایتی می کند (دیو اندری و دلخواه، ۱۳۸۴).

۱-۸-۳- واژگان پر کاربرد عمومی

بیمه ی پایه درمان:^۳ براساس ضوابط و مقررات کشور جمهوری اسلامی ایران، هر فرد ایرانی بایستی حداقل دارای یک بیمه نامه جهت پوشش هزینه های درمانی پایه ی خود باشد و بر این اساس سازمان بیمه ی سلامت، سازمان تضمین اجتماعی، بیمه ی خدمات درمانی نیروهای مسلح و ...، وظیفه ی پوشش بیمه ی پایه ی درمان آحاد جامعه را به فراخور ضوابط و مقررات داخلی خود بر عهده دارند. لیکن بعضی از نهادها و ارگان های دیگر مانند وزارت نفت، اغلب بانک ها و ... به صورت خودگردان وظیفه ی پوشش بیمه های درمان کارکنان خود را بر عهده دارند؛ ضمناً بیمه گران پایه ی صدرا اشاره تا سطح تعهدات، مسئول پوشش هزینه - های درمان بیمه شدگان خود می باشند و هزینه های درمانی خارج از این موضوع، صرفاً در صورت انعقاد قرارداد با بیمه گران تکمیلی، قابل جبران خواهد بود.

بیمه گر:^۴ بیمه گر شخصیت حقوقی است که در مقابل دریافت حق بیمه از بیمه گذار تعهد جبران خسارت و یا پرداخت وجه معینی را در صورت وقوع حادثه در چهارچوب قرارداد بیمه به عهده می گیرد؛ یا به تعریفی دیگر، به سازمان ها و مؤسسات که امر بیمه نمودن را به عهده دارند اطلاق می شود و در این جا سازمان بیمه ی خدمات درمانی بیمه گر تلقی می شود.

بیمه گذار:^۵ بیمه گذار شخصیت حقیقی یا حقوقی است که با پرداخت حق بیمه ، جان و مال و یا مسئولیت خویش را در مقابل زیان وارد به اشخاص ثالث در مقابل حوادث مختلف تحت پوشش بیمه قرار می دهد. به گونه ای دیگر، بیمه گذار شخص، سازمان ها و یا مؤسساتی هستند که اقدام به بیمه نمودن خود، اعضای خانواده یا کارکنان خود می نمایند.

بیمه شده:^۶ بیمه شده شخصی است که احتمال تحقق خطر یا خطرات مشمول یک بیمه نامه، برای جان و مال و یا خطرهای ناشی از مسئولیت حقوقی وی موجب انعقاد بیمه نامه گردیده و مشخصات نامبرده در قرارداد بیمه نوشته شده است.

^۱ Marketing and Advertising

^۲ Product Sales

^۳ Basic health insurance

^۴ Insurer

^۵ Insured

^۶ The Insured

دفاتر پیشخوان خدمات دولت : به دفاتری گفته می‌شود که دولت برای ارائه‌ی خدمات الکترونیک به مردم در سطح

کشور احداث کرده‌است. کلیه‌ی دستگاه‌های اجرایی دولتی ایران موظفند خدمات الکترونیکی خود را از راه این دفاتر به آحاد مردم ارائه دهند. دفاتر خدمات ارتباطی ساختار اصلی خود را از سال ۱۳۷۸ با عنوان دفاتر امور مشترکین و ارایه‌ی خدمات تلفن سیار آغاز کردند.

در سال ۱۳۸۲ اولین دفاتر خدمات ارتباطی با ارایه‌ی پنج سرویس پست، پست بانک، تلفن راه دور، خدمات تلفن همراه و خدمات بار هوایی پیام، کار خود را آغاز نمودند. در سال ۱۳۸۸ با ابلاغ ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت کشور به استانداری‌ها، کارگروه‌های استانی با ترکیب نماینده‌ی استاندار، نماینده‌ی سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی و نماینده‌ی تشکل صنفی در هر استان با حق رأی، به عنوان بالاترین مقام اجرایی استان انتخاب شد و سپس با ابلاغ حکم عدم توسعه‌ی دفاتر تک‌منظوره، روند یکسان‌سازی تمام دفاتر خدماتی کشور (مانند پست، تلمین اجتماعی، شهرداری‌ها، خدمات ارتباطی، پلیس +۱۰ و ...) آغاز شده و تحت عنوان دفاتر پیشخوان خدمات دولت به فعالیت خود ادامه دادند.

سازمان بیمه‌ی سلامت: در سال ۱۳۵۲ سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی تاسیس گردید و در سال ۱۳۵۶ سازمان بیمه‌ی

خدمات درمانی و سازمان تلمین اجتماعی در وزارت بهداشتی ادغام شد تا این که پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۹ مجدداً سازمان تلمین اجتماعی از وزارت بهداشتی جدا گردید و به صورت مستقل فعالیت خود را ادامه داد و سازمان خدمات درمانی تحت عنوان بیمه‌گری و درآمد و اداره اسناد پزشکی در تشکیلات بهداشتی به فعالیت خود ادامه داد تا این که در مهرماه ۱۳۷۴ به صورت سازمانی مستقل و با نظام اداری مجزا تحت عنوان سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی تشکیل و به ارایه‌ی خدمت به اقشار جامعه مشغول گردید.

این روند تا مهرماه ۱۳۹۱ ادامه پیدا نمود تا این که با تغییراتی که در چشم انداز و اهداف سازمان پیش بینی گردید نام سازمان خدمات درمانی به سازمان بیمه سلامت تغییر پیدا نمود. اینک این سازمان جزو سازمان‌های زیرمجموعه‌ی وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مشغول به فعالیت می‌باشد.

۱-۸-۴- واژگان پرکاربرد فنی

صدور اولیه‌ی بیمه‌نامه: به فرآیند صادرنمودن بیمه‌نامه‌ی درمان جهت اولین بار برای مشمولین در یکی از صندوق - های سازمان بیمه‌ی سلامت را گویند.

تمدید بیمه‌نامه: در صورتی که اعتبار هریک از بیمه‌نامه‌های صادره برای بیمه شدگان در موعد مقرر به اتمام برسد و بیمه شده متقاضی و مشمول پوشش مجدد و تداوم ارایه‌ی خدمات به او باشد، فرآیند تمدید صورت خواهد پذیرفت.

تعویض دفاتر بیمه : در صورتی که اوراق دفترچه‌ی درمانی بیمه شده تا قبل از اتمام اعتبار آن به تمام و یا به نحوی غیرقابل استفاده گردد، بیمه‌گر موظف است نسبت به تحویل دفترچه‌ی درمانی جدید با همان تاریخ اعتبار قبلی به بیمه شده اقدام نماید.

صدور دفترچه درمانی المثنی : در صورت مفقود شدن و یا سرقت دفترچه‌ی بیمه‌ی درمانی بیمه شده، ذی‌نفع با مراجعه به شعب و ادارات بیمه‌ی سلامت نسبت به صدور مجدد و یا همان صدور المثنی دفترچه‌ی درمانی خود می‌نماید

ابطال بیمه‌نامه: در صورت انصراف بیمه شده از پوشش بیمه درمان خود، سازمان بیمه‌ی سلامت با دریافت علل منطقی و قانونی از بیمه شده نسبت به ابطال بیمه‌نامه درمانی ایشان اقدام خواهد نمود.

۱-۹- محدودیت‌های مطالعه

همواره پژوهشگران در تحقیقات خود با محدودیت‌هایی مواجه هستند که بخشی از آن‌ها حتی در ابتدای کار نیز خود را نشان می‌دهند. از عمده‌ترین ارکان تحقیق و پژوهش دسترسی به آمار و اطلاعات است. در این زمینه مشکلاتی وجود دارد که موجب شده خدمات تحقیقاتی از قبیل دسترسی به کتب، مجلات، آمار، بانک‌های اطلاعاتی و ... در کشور به راحتی ممکن نباشد. بخشی از این مشکل ناشی از فقدان یا کمبود هر یک از خدمات تحقیقات فوق است و از سوی دیگر فرهنگ غلط، سبب خصوصی تلقی کردن این موارد شده و در نتیجه افراد و مؤسسات به نوعی از انتقال یافته‌های خویش به دیگران خودداری می‌کنند. از سوی دیگر متغیرهای ناخواسته که ممکن است حاصل طرح‌ها و روش‌های ویژه‌ای باشند که در تحقیق به کار گرفته می‌شوند، غالباً به گونه‌های مختلف، اعتبار درونی و بیرونی تحقیق را به مخاطره می‌اندازند. باید آگاه بود که در تحقیقات علوم رفتاری، کنترل یا حذف کامل این نوع عوامل غیرممکن است. اما به هر حال سعی پژوهشگران بر آن است که این عوامل را حتی الامکان پیش‌بینی، شناسایی و تمام احتیاط‌های لازم را به منظور کاهش آن‌ها به کار برند.

از جمله موارد محدودکننده‌ی تحقیق عبارتند از:

- با وجود تلاش بسیار، محقق موفق به پیدا کردن پژوهشی که به‌طور مستقیم به این موضوع پرداخته باشد، این امر چندان محقق نگردد.

- هر کار تحقیقی در مراحل مختلف خود نیازمند صرف هزینه‌های مالی است که مسلماً این تحقیق نیز به دلیل شرایط خاص محقق از این موضوع مستثنی نیست.

- عدم پاسخگویی بی‌طرفانه و صحیح به سؤالات مطروحه.

- وجود بی‌میلی و عدم همکاری نمونه‌های انتخابی در ارائه‌ی پاسخ به سؤالات تحقیق.

- کمبود و یا فقدان منابع علمی قابل دسترس و استفاده.

- عدم درک صحیح پاسخ‌دهندگان با متغیرهای تحقیق و زمان‌بر شدن اقدامات توجیهی.

- عدم امکان صرف وقت کافی به دلیل مشکلات کاری و شغلی.

- گستردگی و کثرت منابع خارجی و دشواری ترجمه‌ی آن‌ها.

- اخذ مجوزات از مراجع مربوطه در جهت جمع‌آوری اطلاعات و توزیع پرسشنامه.

فصل دوم

ادبیات موضوع

۲-۱- مقدمه

در این فصل به طور مفصل به مبانی نظری مفاهیم برون سپاری و رضایت مندی و هم چنین ارتباط تنگاتنگ این دو مفهوم با یکدیگر پرداخته می شود و سپس در کنار توضیح و تبیین این دو موضوع، به تفصیل در خصوص سازمان بیمه سلامت، دفاتر پیشخوان خدمات دولت، و هم چنین ارتباط منطقی به وجود آمده مابین این مفاهیم و اثرات ملموس آن بر گیرندگان خدمات (مشتریان و به عبارتی دیگر بیمه شدگان) سازمان بیمه سلامت در ۵ آیت مشخص بحث و به بیان مطلب پرداخته خواهد شد.

در بخش اول این فصل ابتدا به ارایه مطالبی در خصوص وضعیت بیمه و هم چنین بیمه‌های اجتماعی درمانی پرداخته خواهد شد، و در بخش دوم، توضیحاتی چند در خصوص سازمان بیمه سلامت به عنوان تنها نهاد دولتی متولی در امر (صرفاً) بیمه‌های اجتماعی - درمانی^۱ (سلامت) ارائه خواهد گردید، و در ادامه ی فصول و به ترتیب در خصوص استراتژی برون سپاری، دفاتر پیشخوان خدمات دولت، رضایت مندی (مشتریان) بیمه شدگان توضیحات مفصلی ارائه می‌گردد.

۲-۲- مبانی نظری تحقیق

۲-۲-۱- صنعت بیمه، بیمه‌های درمان و بیمه‌های اجتماعی

۲-۲-۱-۱- صنعت بیمه

۲-۲-۱-۱-۱- صنعت بیمه در جهان

این که کدامین قوم یا ملت، نخستین بار با بیمه آشنا شد به درستی معلوم نیست. برخی معتقدند که تقسیم ریسک^۲ را که امروزه یکی از ویژگی‌های مهم حرفه‌ی بیمه‌گری محسوب می‌شود، چینی‌ها در سه هزار سال قبل از میلاد رعایت می‌کرده‌اند. بدین ترتیب که دریانوردان چینی مال‌التجاره‌ی خود را به‌جای حمل با یک کشتی یا قایق، با چندین کشتی و قایق حمل می‌کردند که هرگاه یکی یا چند وسیله دچار مخاطرات دریا شد یا دزدان دریایی به غارت بردند، کشتی‌ها و قایق‌های دیگر سالم به مقصد برسند و خسارت وارده به حداقل ممکن کاهش یابد. این همان اصل پراکندگی ریسک در اقصی نقاط جهان است که امروزه بین بیمه‌گران و بیمه‌گران اتکایی متداول است و رعایت می‌شود. به استناد پاپیروس به دست آمده از سنگ‌تراشان مصر باستان در ۴۵۰۰ ق م برای کمک به یکدیگر و پشتیبانی از خود در برابر حوادث و پیشامدهای زیان بار، صندوقی ترتیب داده بودند که هر یک از آنان سهمی می‌پرداختند و از کمک‌های صندوق بهره‌مند می‌شدند.

در ۲۲۵۰ ق م نیز هامورابی^۳، پادشاه قانون‌گذار بابل، قانونی برقرار کرده بود که بر پایه‌ی آن متصدیان حمل و نقل که آنان را دارماتا می‌گفتند، در خصوص حمل و نقل کالاها در برابر صاحبان آن‌ها مسئولیت داشتند. بدین معنا که دارماتا یا حمل و نقل‌کنندگان که حقوق و عوارض سنگینی برای اشتغال به این حرفه می‌پرداختند، بر پایه‌ی قواعد و ضوابط مقرر در برابر صاحب کالا جوابگو بودند و در صورتی که کالاها سالم و درست به مقصد نمی‌رسید، کیف‌های سنگینی مانند مصادره‌ی اموال و دارایی‌ها به غلامی و بردگی گرفتن اعضای خانواده گاه قتل متصدی حمل و نقل در این مقررات پیش‌بینی شده بود.

این قانون خشن و این کیف‌های سخت و سنگین موجب شد که کمتر کسی نامزد شغل حمل و نقل کالا شود؛ در نتیجه کار تجارت و داد و ستد دچار رکود شد. سرانجام ضرورت و بایستگی ادامه‌ی جریان بازرگانی و داد و ستد موجب تعدیل و بهبود مقررات شد و مقرر شد که اگر کالاها ی مورد حمل و نقل بدو ن احراز تقصیر متصدی باربری تلف شوند یا دزدیده شوند، متصدی باربری در برابر صاحب کالا مسئول نخواهد بود.

^۱ Social health insurance

^۲ Risk sharing

^۳ Hammurabi

در سال‌های ۶۴۰ - ۵۸۸ ق.م در آتن، انجمن‌هایی میان افراد یک صنف یا اعضای گروه‌های فلسفی، مذهبی و سیاسی به‌وجود آمد که آماج آن‌ها حمایت و پشتیبانی از اعضا در برابر پیشامدهای زیان بار و ناگوار بود. این انجمن‌ها صندوق‌های مشترکی تشکیل دادند که با دریافت سهم ماهانه از اعضا به‌هنگام ضرورت به افراد زیان‌دیده و آسیب‌خورده کمک می‌کردند. در رم باستان نیز انجمن‌ها و گروه‌هایی وجود داشت که با تشکیل صندوق‌های پشتیبانی به‌هنگام نیاز به اعضای خود یاری می‌رساندند. وجوه گردآوری شده در این صندوق‌ها که به صورت حق عضویت ماهانه یا حق ورود دریافت می‌شد، صرف هزینه‌ی کفن و دفن اعضای فوت شده می‌شد (رحمانی، ۱۳۹۲).

در قرون وسطی میان یونانی‌ها و رومی‌ها معمول بود که بازرگانان با وثیقه گرفتن کشتی و کالا، وامی با بهره‌ی زیاد به دریانوردان و حمل و نقل‌کنندگان کالا می‌دادند که شرط بازپرداخت اصل و بهره‌ی وام مذکور، فروش کالاها و مراجعت کشتی از سفر بود و چنانچه کشتی در امواج دریا و طوفان غرق می‌شد، وام‌دهنده حق مطالبه وام خود را نداشت و طلب او سوخت می‌شد.

بر عکس چنانچه کشتی و کالا سالم به مقصد می‌رسیدند و اجناس به فروش می‌رفت، وام‌دهنده نه‌تنها اصل وام خود را دریافت می‌کرد؛ بلکه برای جبران ریسکی که به‌عهده گرفته بود، سهم و بهره‌ی جالبی نصیب او می‌شد. حداقل این بهره ۱۵ درصد و حداکثر آن ۴۰ درصد بود. هرچند این عمل را مقدمه بیمه‌ی باربری دانسته‌اند، ولی در واقع این عمل نوعی صرافانی بوده است و با بیمه خیلی فرق دارد؛ زیرا در فن بیمه، حق بیمه قبل از تحقق و شروع خطر بین دو طرف تعیین و توافق می‌شود؛ در حالی که طبق این رسم، حق تضمین و هزینه‌ی قبول ریسک (بهره) بعد از پایان خطر وصول می‌شد و چه بسا به علت غرق کشتی یکسره وصول نمی‌شد مضاف بر این که مبلغ دریافتی بابت تضمین خطر هم تناسبی با ریسک قبول شده نداشت (رحمانی، ۱۳۹۲).

روحانیان و کلیسایان که در این زمان تنها قدرت حاکم و انحصاری جامعه بودند، این عمل را رباخواری به‌شمار آوردند، و پاپ گرگوار نهم^۱ در ۱۲۲۷ میلادی ضمن فرمانی آن را منع و تحریم کرد. برای گریز از این منع و تحریم بازرگانان و سوداگران شکل قضیه را تغییر دادند و ترتیبی اتخاذ کردند که به موجب آن با دریافت مبلغی که پیشاپیش بین دو طرف معین می‌شد، خسارت یا از بین رفتن کشتی کالا را تضمین می‌کردند و به‌عهده می‌گرفتند. این فرمول جدید دیگر متضمن مشارکت وام‌دهنده در منافع حاصل از فروش کالاها نبود؛ زیرا ضامن پیشاپیش مبلغی بابت تعهد و تضمین خود دریافت می‌کرد. این عمل مقدمه‌ی بیمه‌ی دریایی بود و بیمه‌ی حمل و نقل از همین جا شکل گرفت، و اولین قرارداد بیمه‌ی دریایی^۲ در اوایل قرن چهاردهم در ایتالیا منعقد شد؛ ولی باید توجه داشت که در قرون وسطی شرکت‌های معاضدت و مشارکت متقابل نیز وجود داشته است که رژیم فئودالیتة‌ی آن زمان تشکیل آن‌ها را تسهیل و تسریع می‌کرده است. چنان‌که مجامعی به نام ژیلد را افراد یک صنف و حرفه مانند پیشه‌وران و کسبه و هنرمندان و ... برای کمک و معاضدت به یکدیگر به‌وجود آوردند (کریمی، ۱۳۸۳).

بنابراین ملاحظه می‌شود که ایده یا تفکر بیمه در قرون وسطی شکل گرفته است، در واقع توسعه زندگی اقتصادی به - ویژه رونق تجارت در اروپا بازرگانان و بانکداران را به جست‌وجوی وسیله‌ی تأمین برای حفظ و حمایت سرمایه‌های خود ترغیب کرده است. البته آنچه بین بازرگانان و بانکداران معمول و مرسوم بود، بیمه به‌صورت امروزی نبود؛ بلکه قراردادها و نوشته‌هایی بود که از طریق تضمین و تعهد تسکین و آرامش خاطر به بازرگانان و بانکداران و دریانوردان آن زمان می‌داد. به‌موجب این قراردادها و نوشته‌ها ابتدا فروشنده‌ی کالا قبول ریسک می‌کرد و در ازای دریافت، بهره‌ی سنگینی متعهد می‌شد که کالا را صحیح و سالم در مقصد تحویل دهد.

^۱ Pope Gregory IX

^۲ Marine insurance

بعدها تحویل گیرنده‌ی کالا یا خریدار که در مبدأ جنس را تحویل می‌گرفت و بهای کالا می‌پرداخت، خسارت وارد به کالا را خود به‌عهده می‌گرفت؛ در واقع بعد از منع و تحریم وام روی کشتی و کالا (وام دریایی) بازرگانان به این فکر افتادند که قبل از حرکت کشتی، فروشنده مبلغ مقطوعی به خریدار بدهد و بدین ترتیب خریدار خود خسارت را به‌عهده می‌گرفت و به‌صورت بیمه‌کننده یا بیمه‌گر در می‌آمد. بدین‌منوال بیمه‌ی دریایی به‌صورت اولین رشته‌ی بیمه در اروپا به‌وجود آمد و به‌تدریج طی قرن-ها رشد و رونق پیدا کرد و مقررات و ترتیب‌هایی برای تنظیم این پدیده وضع شد. اولین قرار داد بیمه‌ی دریایی که در آرشیو شهر ژن در ایتالیا پیدا شده به تاریخ ۱۳۴۷ میلادی است.

در سال ۱۴۳۵ در اسپانیا به‌موجب فرمان پادشاه بارسلون، مقرراتی درخصوص قرارداد بیمه‌ی دریایی وضع شد که بعداً این مقررات در ایتالیا و انگلستان مورد استفاده و عمل قرار گرفت. در فرانسه کلبرت صدر اعظم فرانسه در سال ۱۶۸۱ مقررات بیمه‌ی دریایی را تنظیم و تدوین کرد که بعداً این مقررات در سال ۱۸۰۷ در قانون تجارت ناپلئون گنجانده شده و به‌صورت منشور بیمه‌ی دریایی فرانسه در آمد. اولین کنفرانسی که برای تدوین قوانین بیمه‌ی دریایی تشکیل شد، در سال ۱۸۸۷ در بندر آنورس بلژیک بود و چون در عمل بیمه‌گران نارسایی‌ها و کاستی‌هایی را در این مقررات و قانون‌ها مشاهده کردند، ناگزیر در سال ۱۸۹۸ در استکهلم کنفرانس دیگری مرکب از کارشناسان و متخصصان فن تشکیل و مقرراتی تدوین شد که اکثر آن‌ها هنوز قابل اجرا است (کریمی، ۱۳۸۳).

هم‌چنین در سده‌ی هفدهم میلادی، قهوه‌خانه‌های لندن محل ملاقات ادیبان، تجار و دلایان بود. در این قرن، قهوه‌خانه‌ها نقش مهمی در زندگی اجتماعی مردم انگلستان بازی می‌کردند. در قهوه‌خانه‌های لندن اخبار مهم روز رد و بدل می‌شد و مسأله‌ی اقتصادی و سیاسی نیز مورد بحث قرار می‌گرفت. هم‌چنین معاملات بزرگ و حتی حراج‌ها در قهوه‌خانه‌ها انجام می‌شد. همان‌طور که گفتیم یکی از این قهوه‌خانه‌ها متعلق به «ادوارد لوید» در «تاور استریت» بود که موقعیت مناسبی از نظر نزدیکی به اداره‌ی نیروی دریایی داشت. در سال ۱۶۹۱ «ادوارد لوید» از تاور استریت به محلی که نیش‌خیابان «لمبارد» و کوچه‌ی «آپ چرچ» قرار داشت نقل مکان کرد. در نزدیکی این محل سایر قهوه‌خانه‌های معروف آن زمان لندن نیز قرار داشتند و بیمه‌گران، دلایان، سفته‌بازان انگلیسی، ایتالیایی، فرانسوی، یهودی و دیگر تجار و نجیب‌زادگان به قهوه‌خانه‌های مزبور رفت‌وآمد می‌کردند.

از سال ۱۶۹۷ تا اوایل سال ۱۹۶۷، لوید به انتشار روزنامه‌ای پرداخت به‌نام اخبار لویدز که در آن اخباری از نقاط مختلف جهان که مورد توجه عموم بود و اخباری که مورد توجه‌ی خاص مشتریان وی قرارداشت، درج می‌شد. به هر حال در حدود بیست سال پس از انتشار نشریه‌ی لویدز، قهوه‌خانه‌ی مزبور مهم‌ترین مرکز معاملات بیمه‌ای شده بود. در سال ۱۷۶۰ نشریه‌ی دیگری موسوم به نشریه‌ی کشتیرانی و حمل و نقل کالاها منتشر شد. تا سال ۱۷۶۰، قهوه‌خانه-ی لوید مهم‌ترین مرکز برای بیمه‌کردن خطرهای دریایی بود. عملیات بیمه‌گران لویدز حدود ۱۵۴ سال در گوشه‌ی غربی طبقه-ی دوم عمارت بورس لندن ادامه داشت و پس از متجاوز از یک قرن و نیم فعالیت به عمارت اختص اصی لویدز منتقل شد (کریمی، ۱۳۸۳).

همان‌گونه که در پیش‌گفت به آن اشاره شد، نخستین نوع بیمه که قبل از سده‌ی نوزدهم مورد عمل قرار گرفته، بیمه‌ی باربری دریایی است. بقیه‌ی رشته‌ها کم و بیش بعد از انقلاب صنعتی به‌تدریج از این زمان به بعد شروع شده است. دومین رشته، بیمه‌ی آتش‌سوزی است که بعد از آتش‌سوزی مهیب لندن به فکر اندیشه‌گران رسید. عموماً با پیشرفت تکنولوژی و ورود فرآورده‌های صنعتی، با وجود رفاهی که برای بشر به ارمغان می‌آورند، بالقوه خطرهای جانی و مالی نیز در پی داشته‌اند؛ لیکن از این‌رو، بیمه‌گران مدام در فکر ارائه‌ی تأمین بیمه‌ای برای این دسته از خطرها بوده‌اند.

۲-۲-۱-۱-۲-۲- صنعت بیمه در ایران

در سال ۱۳۱۰ خورشیدی، فعالیت جدی ایران در زمینه بیمه آغاز شد. در این سال بود که قانون و نظامنامه ی ثبت شرکت‌ها در ایران به تصویب رسید و متعاقب آن بسیاری از شرکت‌های بیمه‌ی خارجی از جمله گسترخ^۱، آلیانس ایگل استار^۲، یورکشایر^۳، رویال^۴، ویکتوریا^۵، ناسیونال سویس^۶، فنیکس^۷، اتحاد الوطنی و ... به تاسیس شرعی با نمایندگی در ایران پرداختند (کریمی، ۱۳۸۳).

گسترش فعالیت شرکت‌های بیمه‌ی خارجی، مسرعتان کشور را متوجه ی ضرورت تاسیس یک شرکت بیمه ی ایرانی کرد و دولت در شانزدهم شهریور ۱۳۱۴ شرکت سهامی بیمه‌ی ایران را با سرمایه ی ۲۰ میلیون ریال تاسیس نمود. فعالیت رسمی شرکت سهامی بیمه‌ی ایران از اواسط آبان ماه همان سال آغاز شد. تاسیس شرکت سهامی بیمه‌ی ایران، نقطه‌ی عطفی در تاریخ فعالیت بیمه‌ای کشور به‌شمار می‌رود؛ زیرا از آن پس دولت با در اختیار داشتن تشکیلات اجرایی مناسب، قادر به کنترل بازار و نظارت بر فعالیت مؤسسات بیمه‌ی خارجی شد. دو سال پس از تاسیس شرکت سهامی بیمه‌ی ایران یعنی در سال ۱۳۱۶، قانون بیمه در ۳۶ ماده تدوین شد و به تصویب مجلس شورای ملی رسید.

پس از آن نیز مقررات دیگری در جهت کنترل و نظارت بر فعالیت مؤسسات بیمه از طریق الزام آن‌ها به واگذاری ۲۵ درصد بیمه‌نامه‌های صادره به‌صورت اتکایی اجباری به شرکت سهامی بیمه‌ی ایران وضع شد. در این رهگذر، الزام به بیمه کردن کالاهای وارداتی و صادراتی و اموال موجود در ایران و ایرانیان مقیم خارج از کشور نزد یکی از مؤسسات بیمه که در ایران به ثبت رسیده‌اند، بر استحکام شرکت‌های بیمه افزود (کریمی، ۱۳۸۳).

شرکت سهامی بیمه‌ی ایران با حمایت دولت به فعالیت خود ادامه داد و این حمایت منجر به تقویت نقش این شرکت در بازار بیمه ی کشور و توقف تدریجی فعالیت شعب و نمایندگی های شرکت های بیمه ی خارجی شد. این روند کماکان ادامه یافت تا آن که در سال ۱۳۳۱ بر اساس مصوبه‌ی هیئت دولت، کلیه‌ی شرکت‌های بیمه‌ی خارجی موظف شدند برای ادامه‌ی فعالیت خود در ایران مبلغ ۲۵۰ هزار دلار ودیعه نزد بانک ملی ایران تودیع نمایند، و پس از آن نیز منافع سالیانه خود را تا زمانی که این مبلغ به ۵۰۰ هزار دلار برسد بر آن بیفزایند. این تصمیم موجب تعطیل شدن کلیه‌ی نمایندگی‌ها و شعب شرکت‌های بیمه‌ی خارجی در ایران به‌استثنای دو شرکت بیمه‌ی «یورکشایر» و «اینگسترخ» گردید (کریمی، ۱۳۸۳).

نخستین شرکت بیمه‌ی خصوصی ایران به نام «بیمه‌ی شرق» در سال ۱۳۲۹ خورشیدی تاسیس شد. پس از آن تا سال ۱۳۴۳ به تدریج هفت شرکت بیمه‌ی خصوصی دیگر به‌نام‌های آریا، پارس، ملی، آسیا، البرز، امید و ساختمان و کار به ترتیب تاسیس شدند و به فعالیت بیمه‌ای پرداختند. همان‌طور که اشاره شد، از سال ۱۳۱۶ کلیه‌ی شرکت‌های بیمه‌ی ایران موظف شدند ۲۵ درصد از امور بیمه‌ای خود را به‌صورت اتکایی اجباری به شرکت بیمه‌ی ایران واگذار نمایند. این واگذاری عمدتاً از طریق لیست‌هایی به‌نام بردرو که حاوی کلیه اطلاعات راجع به بیمه‌نامه‌های صادره و خسارت‌های پرداخت شده‌ی این شرکت‌ها بود، انجام گرفت. بدیهی است ارائه‌ی اطلاعات به شرکت بیمه‌ی رقیب هیچ‌گاه نمی‌توانست مورد رضایت و علاقه‌ی شرکت‌های بیمه‌ی واگذارنده باشد. از سوی دیگر، با افزایش تعداد شرکت‌های بیمه، ضرورت اعمال نظارت بیشتر دولت بر این صنعت و تدوین اصول و ضوابط استاندارد برای فعالیت‌های بیمه‌ای به‌منظور حفظ حقوق بیمه‌گذاران و بیمه‌شدگان احساس می‌شد. به همین

^۱ Gostrakh

^۲ Eagle Star Alliance

^۳ Yorkshire

^۴ Royal

^۵ Victoria

^۶ National Switzerland

^۷ Phoenix

دلیل در سال ۱۳۵۰ بیمه مرکزی ایران به منظور تحقق هدف های فوق تأسیس شد. در ماده ۱ قانون تأسیس بیمه مرکزی ایران و بیمه‌گری چنین آمده است:

«به منظور تنظیم و تعمیم و هدایت امر بیمه در ایران و حمایت بیمه گذاران و بیمه شدگان و صاحبان حقوق آن ها، هم-چنین به منظور اعمال نظارت دولت بر این فعالیت، م و سسه‌ای به نام بیمه مرکزی ایران طبق این قانون به صورت شرکت سهامی تأسیس می گردد. این قانون از دو بخش تشکیل شده است. در بخش اول، سازمان ارکان، تشکیلات، نظارت و نحوه ی اداره ی بیمه ی مرکزی ایران تعیین شده و در بخش دوم، ضوابط مربوط به نحوه ی تأسیس و فعالیت شرکت های بیمه و ادغام و انحلال و ورشکستگی آن ها مشخص شده است. طبق این قانون بیمه ی مرکزی ایران، سازمانی است مستقل که هیچ گونه وابستگی تشکیلاتی و ارگانیک با هیچ یک از وزارت ها و سازمان های دیگر دولتی ندارد و تنها ارتباط آن با وزارت امور اقتصادی و دارایی این است که وزیر امور اقتصادی و دارایی رئیس مجمع عمومی بیمه ی مرکزی ایران است. وزیران بازرگانی و کار امور اجتماعی نیز عضو این مجمع هستند. رئیس کل بیمه ی مرکزی ایران، کلیه ی اختیارات ناشی از این قانون را دارد و بسته به صلاحدید می تواند به معاونان یا مدیران بیمه ی مرکزی تفویض درآمدهای ارزی و شروع فعالیت های عمرانی همزمان بود. بر اثر این درآمدها و براساس تشویق سرمایه گذاری های خارجی، مؤسسات بیمه ی خارجی نیز برای ورود به بازار بیمه ی ایران دست به کار شدند، اما اعمال نشد. صنعت بیمه در خطر هجوم مؤسسات بیمه ی خارجی که از هر جهت مجهزتر بودند، قرار گیرد. افزایش تعداد شرکت ها که با مشارکت مؤسسات بیمه ی خارجی همراه بود، موفقیت بازار ملی را به خطر می انداخت.

بیمه ی مرکزی ایران با همین اندیشه تأسیس شد تا نه اد نظارتی دولت در امر فعالیت های بیمه ای به منظور حفظ حقوق بیمه گذاران و بیمه شدگان باشد. بیمه ی مرکزی ایران مستقیماً فعالیت بیمه ای نمی کند، در نتیجه رقیبی برای مؤسسات بیمه ی کشور نیست. طبق قانون تأسیس بیمه ی مرکزی ایران و بیمه گری، نظارت بر کلیه ی فعالیت های بیمه ای به واحد نظارتی مستقل و صلاحیت دار سپرده شده؛ به طوری که بعد از تأسیس بیمه ی مرکزی ایران این قانون مورد تقلید تعدادی از کشورهای در حال توسعه قرار گرفت (کریمی، ۱۳۸۳).

تأسیس بیمه ی مرکزی ایران، قوام بیشتری به صنعت بیمه ی کشور داد و از آن پس «شورای عالی بیمه» که یکی از ارکان بیمه ی مرکزی ایران است، ضوابط و مقررات مختلفی در زمینه ی نحوه ی اجرای عملیات بیمه ای در کشور و نرخ و شرایط انواع بیمه نامه ها تصویب کرد. طبق ماده ی ۴ این قانون، بیمه ی مرکزی ایران تابع قوانین و مقررات عمومی مربوط به دولت و دستگاه هایی که با سرمایه ی دولت تشکیل شده اند، نیست؛ مگر آن که در قانون مربوط صراحتاً از بیمه ی مرکزی ایران نام برده شده باشد؛ ولی در مواردی که در این قانون پیش بینی نشده باشد، بیمه ی مرکزی ایران تابع قانون تجارت است. وظایف و اختیارات بیمه مرکزی ایران را ماده ۵ قانون تأسیس آن، به شرح زیر تعیین کرده است:

- ۱) تهیه ی آیین نامه ها و مقرراتی که با توجه به مفاد این قانون برای حسن اجرای بیمه در ایران لازم باشد.
- ۲) تهیه ی اطلاعات لازم از فعالیت های کلیه مؤسسات بیمه که در ایران کار می کنند.
- ۳) فعالیت در زمینه ی بیمه های اتکایی اجباری.
- ۴) قبول بیمه های اتکایی اختیاری از مؤسسات داخلی و خارجی.
- ۵) واگذاری بیمه های اتکایی به مؤسسات داخلی و خارجی در هر مورد که مقتضی باشد.
- ۶) اداره ی صندوق تئمین خسارت های بدنی و تنظیم آیین نامه ی آن موضوع ماده ی ۱ قانون بیمه ی اجباری مسرعتاً مدنی دارندگان وسایل نقلیه ی موتوری زمینی در مقابل شخص ثالث مصوب سال ۱۳۴۷.
- ۷) ارشاد، هدایت و نظارت بر فعالیت مؤسسات بیمه و حمایت از آن ها در جهت حفظ سلامت بازار بیمه و تنظیم امور نمایندگی و دلالی بیمه و نظارت بر امور بیمه ی اتکایی و جلوگیری از رقابت های ناسالم.

بیمه‌ی مرکزی ایران از نقش خاص و مهم برون مرزی خویش نیز غافل نبوده و با حضور فعال در صندوق بیمه‌ی اتکایی اکو^۱ و فدراسیون بیمه‌گران^۲ اتکایی آسیایی و افریقایی^۳ موسوم به «فیر» و سایر اجلاس‌های بین‌المللی از جمله اتحادیه-ی نظارت‌کنندگان بر مؤسسات بیمه نقش خود را در صحنه‌های بین‌المللی ایفا کرده است.

مؤسسات بیمه‌ی کشور تا قبل از پیروزی انقلاب اسلامی با ترکیبی از یک شرکت دولتی دوازده شرکت خصوصی و دو مؤسسه بیمه‌ی خارجی به صورت نمایندگی در سطح کشور فعالیت می‌کردند، در چهارم تیر ۱۳۵۸ بنا بر تصمیم شورای انقلاب دوازده شرکت خصوصی ملی اعلام شدند و پروانه‌ی فعالیت، دو نمایندگی خارجی بیمه نیز لغو گردید. بدین ترتیب براساس مقررات قانون ملی شدن مؤسسات بیمه و مؤسسات اعتباری تصدی امر بیمه و اداره‌ی دوازده شرکت بیمه‌ی ملی شده به دولت واگذار شد و با تصویب قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران در ۲۴ آبان ۱۳۵۸ که طی آن نظام اقتصادی کشور به سه بخش دولتی، تعاونی و خصوصی تقسیم گردید. صنعت بیمه در جوار شماری از صنایع مهم به صورت مالکیت عمومی در بخش دولتی در اختیار دولت قرار گرفت.

گاه‌شمار بیمه در جهان (کریمی، ۱۳۸۳):

- قرن سیزدهم - دوره‌ی رونق وام‌های دریافتی
- سال ۱۲۹۳ - تشکیل اولین شرکت بیمه با نام بیمه‌ی بروژ در بلژیک
- سال ۱۳۳۶ - پاپ گوگوار نهم کلیه‌ی معاملات رباخواری از جمله وام‌های دریافتی را ممنوع می‌کند و به همین دلیل بیمه‌های دریایی دچار رکود می‌شود.
- سال ۱۳۴۷ - عقد نخستین قرارداد بیمه‌ای در جنوا
- سال ۱۳۶۹ - تصویب اولین مقررات قانون بیمه در جمهوری جنوا
- سال ۱۳۸۰ - اجباری شدن بیمه‌ی کشتی توسط دولت‌ها
- سال ۱۵۰۰ - وضع قراردادهای بیمه
- سال ۱۵۲۴ - ثبت اولین دعوای بیمه‌ای در لندن
- سال ۱۵۶۳ - تدوین مقررات بیمه و کشتی‌رانی در آنتورپ
- سال ۱۵۹۳ - تشکیل اولین دادگاهی که منحصراً به دعوای بیمه رسیدگی می‌کرد.
- سال ۱۶۰۱ - تصویب قوانین مربوط به بیمه‌ی باربری دریایی
- سال ۱۶۶۹ - انتشار روزنامه‌ی اخبار لویدز
- سال ۱۶۹۶ - تأسیس شرکت بیمه‌ی آتش‌سوزی در لندن

گاه‌شمار بیمه در ایران:

- سال ۱۲۷۰ - واگذاری امتیاز بیمه‌گری به لازار پولیاکوف روسی برای مدت ۷۰ سال
- سال ۱۲۹۴ - تأسیس شعب دو شرکت بیمه‌ی روسی به نام نادژدا و کافکاز
- سال ۱۳۱۰ - تصویب قانون ثبت شرکت‌ها در ایران و فعالیت بیمه‌های خارجی
- سال ۱۳۱۴ - تأسیس اولین شرکت بیمه‌ی ایرانی به نام بیمه‌ی ایران
- سال ۱۳۱۶ - تصویب قانون بیمه در ۳۶ ماده

^۱ ECO Reinsurance Fund
^۲ Federation of Insurers
^۳ Asian and African Reinsurers

- سال ۱۳۲۹- تأسیس اولین شرکت بیمه‌ی خصوصی به نام بیمه‌ی شرق
- سال ۱۳۴۷- تصویب قانون بیمه‌ی اجباری مسئولیت مدنی دارندگان وسیله‌ی نقلیه‌ی موتوری زمینی در مقابل اشخاص ثالث
- سال ۱۳۵۰- تأسیس بیمه‌ی مرکزی ایران
- سال ۱۳۵۸- ملی شدن ۱۲ شرکت بیمه‌ی خصوصی با تصویب شورای انقلاب
- سال ۱۳۶۷- تصویب قانون نحوه‌ی اداره‌ی امور شرکت‌های بیمه
- سال ۱۳۷۰- تصویب آئین‌نامه‌ی مقررات و فعالیت مؤسسات بیمه در مناطق آزاد تجاری
- سال ۱۳۸۰- تصویب طرح تأسیس مؤسسات بیمه‌ی غیردولتی

۲-۱-۲- بیمه‌های درمان و بیمه‌های اجتماعی

سده‌ی هفدهم میلادی، آغازگر تاریخ پرسابقه‌ی نظام تأمین اجتماعی محسوب می‌شود. با شروع این سده، مسأله‌ی فقر و عدم تأمین اقتصادی افراد، ابعاد گسترده‌تری یافت. به همین دلیل، اقداماتی از جانب دولت‌های اروپایی در حمایت از قشر کم-درآمد شاغلان صورت پذیرفت.

اولین مصادیق این مسأله را می‌توان در اقدام هنری چهارم^۱ (پادشاه انگلستان) در سال ۱۶۰۴ یافت که دستور داد مبلغی از درآمد هر معدن در انگلستان را کسر کرده و برای خرید دارو و مداوای کارگران مصدوم شده در همان معادن اختصاص دهند. با این حال، از اواخر قرن ۱۹ و اوایل قرن ۲۰ به بعد بود که به تدریج قوانین و مقرراتی به منظور بهبود رفاه کارگران وضع شد. در سال ۱۸۸۱ و همزمان با امپراتوری ویلهلم اول^۲ و صدارت بیسمارک^۳ در آلمان، برای نخستین بار، قانون بیمه‌های اجتماعی به تصویب رسید. دولت آلمان در سال‌های بعد، انواع بیمه‌های بیماری، حوادث ناشی از کار، از کارافتادگی و پیری را به تصویب رساند و به این ترتیب، اولین نظام بیمه‌های اجتماعی در آلمان پایه گذاری شد و به سرعت به دیگر کشورهای صنعتی اروپا تسری یافت. بعد از سال ۱۸۹۸، قوانین مصوب در اروپا به تدریج دامنه‌ی جبران خسارت وارده ناشی از کار را به گروه‌های مختلف مزدبگیر توسعه دادند، که از آن جمله می‌توان به قانون حوادث ناشی از کشاورزی مکانیزه (در سال ۱۸۹۹)، بیمه‌ی کارکنان مؤسسات تجاری که با موتور سروکار دارند (به موجب قانون سال ۱۹۰۶) و بیمه‌ی مستخدمان منازل در برابر حوادث ناشی از کار (در سال ۱۹۱۴) اشاره کرد. در این میان، جنگ جهانی اول، نقطه‌ی عطفی در تاریخ تأمین اجتماعی به حساب می‌آید که با توسعه‌ی بیمه‌ی بیماری‌ها همراه شد. پس از جنگ جهانی اول و به‌ویژه در سال‌های پس از بحران اقتصادی آمریکا و اروپا (فاصله‌ی سال‌های ۱۹۲۹ تا ۱۹۳۳)، دوره‌ی نوین تأمین اجتماعی آغاز شد. اصطلاح تأمین اجتماعی برای اولین بار در لایحه‌ی سال ۱۹۳۵ دولت فدرال آمریکا به کار گرفته شد.

سپس در سال ۱۹۴۸ در ماده‌ی ۲۲ اعلامیه‌ی جهانی حقوق بشر مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد، این جمله گنجانیده شد که «همه‌ی افراد به عنوان عضو جامعه، حق برخورداری از تأمین اجتماعی را دارند.» افزون بر این، به منظور پایداری جنبه‌ی بین‌المللی امور تأمین اجتماعی، سازمان ملل متحد، سازمان بین‌المللی کار (ILO^۴) و اتحادیه‌ی بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA^۵)، تمهیداتی را در این زمینه پذیرفتند و ملزم به نظارت و اجرای آن شدند (مسعودی، بهبهانی، ۱۳۸۹). سابقه‌ی تأمین اجتماعی در ایران به تصویب اولین قانون استخدام-ی کشوری در سال ۱۳۰۱ باز می‌گردد که طی آن، نظامی برای بازنشستگی به وجود آمد. در این قانون، سه اصل تأمین اجتماعی که عبارت بودند از فراهم کردن «حقوق و

^۱ Henry IV

^۲ Wilhelm I

^۳ Bismarck

^۴ International Labour Organization

^۵ International Social Security Association

تأمین خاص» برای کسانی که پس از خدمت، توانایی فعالیت خود را از دست می‌دهند. «مقرری خاص» برای کسانی که به علت حادثه‌ای، علیل و از کار افتاده شوند و «حمایت کارفرمایان» از خانواده‌ی هر مستخدم که فوت شود، به چشم می‌خورد. در اولین اقدام، طرح تشکیل «صندوق احتیاط کارگران راه‌آهن» در سال ۱۳۰۹ به تصویب دولت رسید. در این مصوبه، دولت تسهیلات خاصی را برای کارگران ضایعه‌دیده یا فوت‌شده در حین احداث راه‌آهن پیش‌بینی کرد. در سال ۱۳۱۵ «نظام‌نامه‌ی کارخانجات و مؤسسات صنعتی» برای کارگران بخش صنعت به تصویب هیئت دولت رسید.

در سال ۱۳۲۵، قانون کار از تصویب هیئت دولت گذشت. طبق این قانون، کارفرمایان، علاوه بر این که مکلف به رعایت قانون بیمه‌ی کارگران بودند، باید دو صندوق شامل صندوق بهداشت (برای کمک به کارگر در مورد بیماری‌هایی که ناشی از کار نلبشد) و صندوق تعاون (برای کمک در امور ازدواج، عائله مندی، بیکاری، ازکارافتادگی، بازنشستگی، حاملگی و غیره) را در هر کارگاه تشکیل می‌دادند. در سال ۱۳۲۸، وزارت کار رسماً تأسیس گردید و طبق ماده ۱۶ قانون کار مصوب ۱۷ خرداد ۱۳۲۸ مقرر شد صندوقی به نام «صندوق تعاون و بیمه‌ی کارگران»^۱ برای معالجه و پرداخت غرامت کارگران تشکیل شود. در ادامه در اواخر سال ۱۳۳۱ و در دوره‌ی نخست‌وزیری دکتر محمد مصدق، «لایحه‌ی قانونی بیمه‌های اجتماعی کارگران» برای اولین بار به تصویب رسید و طبق آن سازمان مستقلی به نام «سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران» تأسیس شد. این سازمان مکلف و متعهد شد کمک‌ها و مزایای مقرر در لایحه را در مورد کارگران و کارمندانی که بیمه می‌شدند، اعمال کند.

در پی مجموعه تحولات یادشده، به موجب تصویب نامه‌ای که در فروردین ۱۳۴۲ به تصویب هیأت وزیران رسید، سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به «سازمان بیمه‌های اجتماعی» تغییر نام یافت تا زیر نظر وزارت کار و امور اجتماعی به فعالیت خود ادامه دهد. «بیمه‌های اجتماعی روستاییان»^۲ در سال ۱۳۴۷ به تصویب رسید که در سال ۱۳۵۴ سازمان تأمین اجتماعی ادغام شد. در سال ۱۳۵۱ با تصویب قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمان دولت، «سازمان تأمین خدمات درمانی» تشکیل شد. تشکیل وزارت رفاه اجتماعی، تحول دیگری بود که در سال ۱۳۵۳ روی داد. این وزارتخانه، تقریباً تمامی امور مربوط به بیمه‌ی درمان و رفاه اقشار مختلف جامعه را تحت پوشش خود قرار داد. در این میان، تصویب «قانون تأمین اجتماعی» در تیرماه ۱۳۵۴ و تشکیل «سازمان تأمین اجتماعی» را می‌توان آغازگر تحولی نو در نظام تأمین اجتماعی کشور دانست. در سال ۱۳۵۵ با تصویب قانونی که منجر به انحلال وزارت رفاه و تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی شد، سازمان تأمین اجتماعی به «صندوق تأمین اجتماعی» تغییر نام داد و تعهدات و امکانات درمانی آن به وزارت بهداشتی و بهزیستی محول شد. اما این تغییر، چندان دوام نیاورد و با تصویب لایحه‌ای در شورای انقلاب در سال ۱۳۵۸، سازمان تأمین اجتماعی دوباره احیا گردید (تفضلی، ۱۳۹۲).

همان‌گونه که قبلاً اشاره گر دید یکی از رشته های مهم و اساسی در راستای بیمه های اجتماعی، بیمه‌های درمانی و یا همان بیمه‌های سلامت می‌باشد؛ چرا که با دقت در وظیفه‌ی ذاتی این رشته از بیمه‌ی اجتماعی که همانا رسیدن به پوشش همگانی حداکثری در مدت زمانی قابل قبول می باشد، به گستردگی و اهمیت آن بیش از پیش پی خواهیم برد. معمولاً زمان استاندارد برای رسیدن به این مهم، ده تا دوازده سال بسته به رشد اقتصادی و جمعیت شاغل رسمی و نیز توسعه‌ی مؤسسات ملی و محلی بفرای موفقیت در بیمه‌ی اجتماعی سلامت بستگی دارد. دیدگاه توسعه‌ی نیز در این خصوص باید از طریق ایجاد انواع برنامه‌ریزی‌های مختلف برای بخش‌های متفاوت جمعیت طراحی و بیان گردد. از این رو، دولت‌ها از طراحی بیمه‌های اجتماعی سلامت، اهداف خاصی را دنبال می‌نمایند (مسعودی، بهبهانی، ۱۳۸۹).

(۱) بهبود سطح سلامت از طریق ایجاد دسترسی به خدمات سلامت با دستیابی به پوشش همگانی

(۲) تأمین مزیت‌های مناسب و با کیفیت

^۱ Cooperation fund and insurance workers

^۲ Rural social insurance

۳) استمرار و پایداری و امکان مراقبت های بهداشتی و درمانی با توجه به منابع کشور و شرایط اجتماعی، اقتصادی و سیاسی

در ادامه به پاره‌ای از مزایای بیمه‌های اجتماعی - درمانی اشاره می‌گردد: (مسعودی، بهبهانی، ۱۳۸۹).

- ۱) ارائه خدمات پزشکی، مشاوره، معاینه، درمان
- ۲) ارائه خدمات پیشگیری، توان بخشی
- ۳) ارائه خدمات تشخیصی درمانی
- ۴) خدمات اولیه ثانویه و ثالثه
- ۵) ارائه خدمات در سطوح محلی، منطقه‌ای، سطح ملی
- ۶) مراقبت‌های بیمارستانی بیماران در سطوح بستری و سرپایی و مراقبت‌های خانواده
- ۷) دارو و ذخایر دارویی

۲-۲-۲- سازمان بیمه سلامت

در سال ۱۳۲۶ اولین بیمه‌ی درمانی برای کارکنان شرکت دخانیات ایران ایجاد گردید و به دنبال آن تا سال ۱۳۲۸ تعدادی از سازمان‌های دولتی به‌طور پراکنده تحت پوشش بیمه‌ی درمانی قرار گرفتند. در این سال سازمانی تحت عنوان سازمان بیمه‌ی کارکنان دولت تأسیس شد که کارکنان دولت را تحت پوشش قرار می‌داد و تا سقف معینی هزینه‌های درمانی آن را تعهد می‌نمود. در سال ۱۳۵۲ سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی تأسیس گردید و در سال ۱۳۵۶ سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی و سازمان تأمین اجتماعی در وزارت بهداشت ادغام گردیدند تا این که پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران در سال ۱۳۵۹ مجدداً سازمان تأمین اجتماعی از وزارت بهداشت جدا شده و به‌صورت مستقل فعالیت خود را ادامه داد و سازمان خدمات درمانی تحت عنوان بیمه‌گری و درآمد و اداره اسناد پزشکی در تشکیلات بهداشتی به فعالیت خود ادامه داد تا این که در آبان‌ماه سال ۱۳۷۳ قانون بیمه همگانی کشور از سوی مجلس شورای اسلامی به تصویب رسید که متعاقب آن سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی در کشور تشکیل شد.

هدف این سازمان، رفع نیاز خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی در حوادث و سوانح بود. این سازمان با عقد قرارداد با کلیه‌ی بیمارستان‌ها و مراکز بهداشتی - درمانی - دولتی، برخی بیمارستان‌ها، درمانگاه‌ها، آزمایشگاه‌ها، داروخانه‌ها و پزشکان در بخش خصوصی به ارائه‌ی خدمات به بیمه‌شدگان خویش می‌پردازد. به این شکل که بیمه‌شدگان هنگام مراجعه به مراکز طرف قرارداد فقط بخشی از هزینه‌ی خویش را به‌عنوان فرانشیز پرداخت کرده و بقیه‌ی هزینه‌ی مراکز طرف قرارداد از سازمان ارائه‌ی خدمات درمانی اخذ می‌کنند. این سازمان در قالب چهار صندوق کارکنان دولت، سایر اقشار (شامل مددجویان بهزیستی، خانواده‌های معظم شهدا، جانبازان، آزادگان، طلاب و دانشجویان) و خویش‌فرمایان (شامل اقشار شهری جامعه که تحت پوشش هیچ نوع ارائه‌ی درمانی قرار نگرفته باشند)، و روستائیان می‌باشد (ویکی پدیا).

از آن جا که توسعه‌ی نظام ارائه‌ی سلامت کشور که همواره یکی از مهم‌ترین فرامین موردتأکید در سیاست‌های کلی مقام معظم رهبری، قانون برنامه‌ی پنجم توسعه و یکی از اهداف اصلی نظام درمانی کشور بوده است. از این-رو، با ابلاغ اساسنامه تشکیل سازمان ارائه‌ی سلامت در تاریخ ۹۱/۵/۲۲ و براساس ماده ۳۸ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه، با اهداف بلندی همچون (عدالت‌محوری، ارتقای سطح کیفیت در ارائه‌ی خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه‌شدگان، رفع هم‌پوشانی بیمه‌ای و بسط و گسترش برنامه‌ی پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور، تجمیع سازمان‌های بیمه‌گر در زمینه‌ی درمان)، سازمان ارائه‌ی خدمات درمانی به سازمان ارائه‌ی سلامت ایران (در تاریخ اول مهرماه سال ۹۱) تغییر نام پیدا نمود، تا به این ترتیب خدمات پایه سلامت به‌طور یکسان به تمامی مردم در قالب یک سازمان ارائه شود.

با این توضیح همه‌ی جمعیت ۷۵ میلیونی کشور از یک بیمه‌ی پایه‌ای درمان برخوردار می‌شوند و دیگر فردی فاقد پوشش ارائه‌ی درمان در کشور نخواهد بود. بر همین اساس از اول مهرماه ۱۳۹۱ سازمان ارائه‌ی سلامت ایران رسماً فعالیت خود را آغاز کرد و مأموریت یافت، انجام اقدامات لازم را به منظور تمرکز کلیه‌ی امور بیمه‌ی سلامت در سازمان از طریق تجمیع سریع بخش‌های بیمه‌های درمانی کلیه‌ی صندوق‌های موضوع ماده‌ی ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده‌ی ۵ قانون محاسبات عمومی کشور با رعایت مفاد ماده‌ی ۳۸ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه به انجام رساند تا به این ترتیب اهداف عالی مد نظر قانون‌گذار از جمله تجمیع منابع مالی سلامت، رفع هم‌پوشانی بیمه‌های درمانی، برقراری عدالت اجتماعی در بخش سلامت، تضمین پوشش کامل بیمه‌سلامت، یکسان‌سازی سیاست‌ها و روش‌های اجرایی حوزه‌ی بیمه‌ی سلامت، تشکیل امور مراکز طرف قرارداد، تشکیل پرونده‌ی سلامت، فعال‌سازی نظام ارجاع و پزشک خانواده و کاهش سهم مردم از هزینه‌های درمان به ۳۰٪ محقق شود. در ذیل اصول راهبردی و خطمشی سازمان بیمه‌ی سلامت بیان می‌گردد (سایت سازمان بیمه سلامت کشور):

- ۱) تکریم کارکنان به‌عنوان سرمایه‌های سازمان و توجه‌ی ویژه به جایگاه کارشناسی
- ۲) تعامل و همکاری با کلیه‌ی ذی‌نفعان و شرکای سازمان به‌ویژه دانشگاه‌های علوم پزشکی و تضمین‌کنندگان خدمات سلامت در راستای بهبود استانداردها و روابط فی مابین با رویکرد ارتقا‌ی مستمر فرآیندهای ارائه‌ی خدمات به بیمه‌شدگان و ایجاد همسویی در اجرای یکی از بزرگ‌ترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور که متضمن دسترسی عادلانه به خدمات سلامت و از اهداف دولت خدمتگذار می‌باشد.
- ۳) مدیریت و راهبری مقتدرانه برنامه‌ی ملی پزشک خانواده و نظام ارجاع در چاره‌ارچوب نظام بیمه‌ی سلامت کشور، سیاست‌ها و برنامه‌های ابلاغی ستاد کشوری و لزوم پیشگیری از هرگونه اختلال در روند برنامه
- ۴) بهبود نظام اقتصادی بیمه‌ی سلامت با شناسایی و تضمین منابع جدید، تجمیع منابع حوزه‌ی سلامت در سازمان و ایجاد بسترهای لازم برای وصول به موقع درآمد و رسیدن به نقطه‌ی تراز منابع و مصارف برای انجام مقتدرانه و به‌هنگام مأموریت‌های سازمان با اجرای مفاد ماده‌ی ۳۸ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه در جهت کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت و افزایش رضایت‌مندی مردم عزیز کشور
- ۵) استقرار نظام خرید راهبردی^۱، اصلاح و بهبود فرآیندهای سازمان بیمه‌ی سلامت با مشارکت کلیه‌ی ذی‌نفعان، افزایش رضایت‌مندی مردم و ارتباط منطقی بین تضمین‌کنندگان خدمات و بیمه‌شدگان
- ۶) ارتقا و بهبود کیفی و کم‌ی خدمات سازمان، به‌طوری که بیمه‌شدگان کلیه‌ی صندوق‌های ادغامی با افزایش کیفیت خدمات نسبت به قبل مواجه شوند و جای نگرانی در این خصوص وجود نداشته باشد.
- ۷) ساماندهی و بهبود ساختار سازمان و کارگزاری‌ها در راستای اجرای مأموریت‌های جدید و کاهش تصدی‌گری
- ۸) طراحی مدل‌های مؤثر در بهبود فرآیند نظام ارائه‌ی خدمات سلامت به جامعه در هر سه سطح بیمه‌ی پایه و مکمل، با توجه به تعدد روش‌های فعلی
- ۹) اهتمام جدی در بهره‌مندی از سامانه‌ی پرونده‌ی الکترونیک سلامت براساس قانون برنامه‌ی پنجم توسعه در سازمان
- ۱۰) قصد قربت و استعانت از الطاف بیکران الهی در جهت صیانت از این تصمیم و اقدام بزرگ دولت با همفکری همه‌ی اندیشمندان، سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان کشور و به تبع آن ارتقا‌ی شاخص‌های رفاه اجتماعی در سال‌های آتی. لذا با توجه به این امر سازمان بیمه‌ی سلامت ایران به‌عنوان یکی از مهم‌ترین مصوبات دولت خدمتگذار در راستای اجرای بند (ز) ماده‌ی ۳۸ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه به اراضی خدمات درمانی یکسان به بیمه‌شدگان در سراسر کشور می‌پردازد.

^۱ Strategic purchasing system

۲-۲-۱- آشنایی با اداره کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی

اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی خراسان شمالی که براساس منویات و اهداف عالی‌ی سازمان بیمه خدمات درمانی و به‌دنبال تأسیس استان خراسان شمالی تکوین و از مورخه ۸۴/۴/۱۸ شروع به فعالیت نمود و سپس از مهرماه سال ۱۳۹۱ با عنوان اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت استان به کار خود تداوم بخشیده است و در طول مدت زمان سپری شده کوشیده است تا با بهره‌گیری از دیدگاه‌ها و رهنمودهای مسئولین در سطوح بالاتر و هم‌چنین استفاده‌ی مؤثر از ظرفیت‌ها و پتانسیل موجود و مجموعه‌ی کارمندان در سراسر استان، زمینه‌ی خدمت‌رسانی به مردم را در راستای اهداف عالی‌ی سازمان بیمه‌ی سلامت را که همانا ارائه‌ی پوشش بیمه‌ی خدمات درمانی مطلوب و قابل قبول و رسیدن به رضایت‌مندی کلیه طرف‌های ذی‌نفع به‌ویژه بیمه‌شدگان - که در رأس همه‌ی آنها قرار دارد - را فراهم نماید. هرچند دوره‌ی طی شده به‌عنوان نخستین سال‌های تأسیس اداره‌ی کل بوده و بخشی از آن به تغییرات ساختاری و اجرایی سپری گردید.

از جمله توفیقات به‌دست آمده، ایجاد پوشش بیمه‌ای برای بالغ بر ۸۰٪ جمعیت استان، قرارگیری در زمره‌ی استان‌های برتر در ایجاد پوشش بیمه‌ای برای تمامی روستا، کلان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر استان، پرداخت مطالبات مؤسسات طرف قرارداد پیش از موعد و بالاخره اخذ گواهینامه‌ی بین‌المللی سیستم مدیریت کیفیت^۱ ISO ۹۰۰۱:۲۰۰۰ می‌باشد (سایت اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی).

تعمیم پوشش بیمه‌ی همگانی برای آحاد جامعه و گروه‌های اجتماعی، با اولویت اقشار محروم و نیازمند و مؤثر در تولید و استقلال کشور همزمان با تأسیس سازمان، و پس از آن ایجاد بهره‌مندی برای شهرنشینان فاقد پوشش بیمه، از طریق اجرای طرح بیمه‌ی سلامت موجبات گستره‌ای جامع و کامل از بیمه‌ی همگانی را در کشور فراهم نمود. به‌علاوه اجرای جشنواره بیمه‌ی درمان ایرانیان در استان در چندین نوبت توانست تحقق این هدف را دوچندان نماید.

در سال‌های اخیر و به‌منظور مدیریت بهینه‌ی منابع و خ‌رید راهبردی، کمیته‌های مربوطه در اداره‌ی کل من جمله کمیته‌ی بررسی نسخ، کمیته‌ی تحلیل هزینه‌ها، شورای علمی تخصصی و ... فعالیت خود را بیش از پیش قوت بخشیدند. هم‌چنین در راستای خدمت‌رسانی بهینه به بیمه‌شدگان، انعقاد قرارداد با دفاتر پیشخوان بوده است. در بخش خدمات غیرحضورى نیز می‌توان به تأیید اینترنتی نسخ دارویی، پذیرش اینترنتی اظهارنامه‌ها، ارائه‌ی خدمات بیمه‌گری از طریق پورتال و ... اشاره نمود.

اداره کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی با تحت پوشش قراردادن بیش از ۶۹۰/۰۰۰ هزار نفر از جمعیت ۸۶۷/۲۲۷ نفره استان (سرشماره نفوس و مسکن، سالنامه‌ی مرکز آمار ایران، ۱۳۹۰) و با ضریب نفوذ ۸۰٪ در بازار بیمه‌های پایه‌ی درمان در میان تمامیه‌ی بیمه‌گران این عرصه بیشترین سهم بازار را دارا می‌باشد. لازم به‌ذکر است کلیه‌ی فرآیندهای بیمه‌گری قابل انجام به تعداد ۳۶۰ هزار رکورد (به‌صورت میانگین) در سال و شامل فرآیندهای (صدور، تمدید، تعویض و المثنی و ...) و در قالب چهار صندوق کارکنان دولت، سایر اقشار، روستا، کلان و خویش فرمایان (بیمه‌ی سلامت اقشار شهری) ارائه می‌گردد، که این مهم از طریق ۲۶ واحد دفتر پیشخوان خدمات دولت (تا پایان سال ۱۳۹۳) در سطح استان خراسان شمالی در حال انجام می‌باشد (سایت اداره کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی).

^۱ International Organization for Standardization

۲-۳-۳- استراتژی برون سپاری

بررسی مقاله‌ها و متون علمی نشان می‌دهد که یکی از پاسخ‌های مؤثر و رو به توسعه‌ی شرکت‌ها به شرایط پیرامونی خود، استفاده از برون‌سپاری بوده است. آن‌ها فعالیت‌هایی را که قبلاً خود انجام می‌داده‌اند، اکنون توسط پیمانکاران بیرونی انجام می‌دهند. هنگامی که یک شرکت یا سازمان برای انجام بخشی از کارهای ضروری (که می‌تواند در درون شرکت یا سازمان انجام شود)، از خدمات بنگاه یا مؤسسه‌ای بیرونی بهره‌گیرد فرآیندی با عنوان برون سپاری را آغاز کرده است؛ البته برون‌سپاری با قراردادهای دست دوم و فرعی، خدمات برای یک پروژه خاص در محدوده زمانی معین خریداری می‌گردد (پهلوانیان و میرحسینی زواره، ۱۳۸۵).

در واقع تفاوت بین این دو در آن است که در برون سپاری، واگذاری مجموعه‌ی از فعالیت‌های ویژه‌ی سازمان به منابع خارج از آن از طریق تجزیه‌ی ساختار صورت می‌پذیرد؛ در حالی که در پیمانکاری فرعی صرفاً برخی از فعالیت‌های سازمان به پیمانکار سپرده می‌شود و تجدید ساختاری صورت نمی‌گیرد (امبلتون و رایت، ۱۹۹۸).

امروزه براساس دیدگاه منبع‌گرایی از منابع بازار برای به دست آوردن مزیت رقابتی و تقویت موقعیت سازمان در صحنه رقابت بازار بهره‌گرفته می‌شود؛ بنابراین خرید فعالیت‌ها و خدمات براساس این دیدگاه، تکیه بر قابلیت‌های تأمین‌کنندگان برون-سپاری است.

برون‌سپاری طی یک دهه‌ی گذشته به شکل‌های گوناگونی صورت پذیرفته است که برخی اشکال سنتی و بعضی رهنه‌های مدرن‌تری از آن را معرفی می‌نمایند. دفتر و کالت، مشاوران املاک، مهندسان مشاور، م‌و‌س‌سات تبلیغاتی، حسابداران خبره، شرکت‌های پیمانکاری نیروی انسانی، قراردادهای تعمیر و نگهداری تجهیزات، نمایندگی‌های فروش محصولات و ... از جلوه‌های علمی این راهبرد و راهکار به حساب می‌آیند (پهلوانیان، حسینی زواره، ۱۳۸۵).

همچنین امروزه سازمان‌ها در دنیایی به سر می‌برند که پویایی، تغییر و پیچیدگی جزو عناصر اصلی آن است و برای بهره‌وری از فرصت‌های زودگذر عصر، حاضر ناچار به ایجاد ساختار منعطف و بهره‌مندی از امکانات بیرون سازمان هستند. این راستا دیدگاه غالب در مدیریت، کاهش فعالیت‌های دولتی و حرکت به سمت کوچک‌سازی، مهندسی مجدد، خصوصی‌سازی، برون‌سپاری و پیمانکاری و ... می‌باشد (رفیعی، ۱۳۸۸).

۲-۳-۱- تعاریفی از برون‌سپاری

تاکنون، تعاریف زیادی از برون‌سپاری ارائه شده است که برخی از آن‌ها عبارتند از:

برون‌سپاری از ترکیب دو واژه **outside, resourcing** تشکیل شده (امیرخانی و جهانیان، ۱۳۸۸) و اختصاری از عبارت استفاده از «منابع خارجی» است (نایاک، ۲۰۰۷). بر طبق دیکشنری آکسفورد، برون‌سپاری به معنی عمل یا اقدامی به منظور فراهم‌آوری کالا یا خدمات به واسطه‌ی قراردادی از منابع خارجی، تعریف شده است (منگ، ۲۰۰۵).

محققان و نویسندگان تعاریف مختلفی برای برون‌سپاری ارائه داده‌اند. آرنولد (۲۰۰۰) برون‌سپاری را به کارگیری منابع خارج از سازمان تعریف نموده است. هاکنی و هانککس^۱ (۱۹۹۹) برون‌سپاری را طراحی فعالیت‌ها به وسیله‌ی شخص سوم معرفی نموده است، در مجلات تجاری عموماً برون‌سپاری انتقال‌داری‌ها از خارج سازمان به داخل آن تعریف شده است.

براساس این تعریف خرید دانش فنی، انتقال تکنولوژی و بهره‌برداری از نیروی انسانی از طریق بنگاه‌های کارایی همگی اشکالی از برون‌سپاری است.

^۱ Hackney and Hankkas

هل كمب و هیت^۱ (۲۰۰۷) بیان می‌دارند که برون‌سپاری، واگذاری انجام اموری که پیش از این در داخل سازمان انجام می‌پذیرفته است، یک عرضه‌کننده‌ی خارجی می‌باشد. گاهی این واگذاری قلمرویی گسترده دارد و فقط محدود به فعالیت های سازمان نمی‌شود؛ بلکه مجریان فعالیت‌ها نیز که بیشتر کارمند سازمان مربوطه بوده‌اند، به پیمانکار سپرده می‌شوند. مک‌کارتی (۲۰۰۳) برون‌سپاری را نوعی مزیت رقابتی بر می‌شمرد که فقط هنگامی ایجاد می‌شود که محصولات یا خدمات به شکل کارا تر و اثربخش‌تر به‌وسیله‌ی تأمین‌کنندگان بیرونی تولید شود.

- استفاده از تأمین‌کننده‌ای در خارج از سازمان برای ارائه‌ی کالا یا خدمتی که بیشتر به‌طور عادی در سازمان ارائه می‌شده است (رفیعی، ۱۳۸۸).

- پرداخت مبلغی به سایر سازمان‌ها به‌منظور تقلیل بخشی از کارهای سازمان (رفیعی، ۱۳۸۸).

- واگذاری وظایف تکراری به تأمین‌کننده در خارج از سازمان (رفیعی، ۱۳۸۸).

- برون‌سپاری شامل قراردادی بلندمدت بین تأمین‌کننده و سازمان ذی‌نفع است. در این روش، خطرات احتمالی تا حد زیادی، بین طرفین تقسیم می‌شود (رفیعی، ۱۳۸۸).

۲-۳-۲- تاریخچه‌ی برون‌سپاری

سازمان‌های صنعتی از دهه‌ی اول قرن بیستم با نگرش صرفه‌جویی مالی فعالیت‌های خود، برون‌سپاری را پیشه کردند و به‌دنبال این مسرعه بودند که با کاهش بهای تمام‌شده‌ی تولیدات و خدمات، سود بیشتری کسب کنند. پس از آن، به تدریج و همان‌طور که سایر مباحث مدیریتی از تحول و رشد و تکامل برخوردار شدند، برون‌سپاری هم دارای پیچیدگی‌های خاص شد. به‌عنوان مثال سازمان‌ها در ابتدا به مقولوی کیفیت، نگرش خیلی کم‌رنگی داشتند؛ تا این‌که به تدریج این بحث گسترش یافت و امروزه مباحث کیفیت در قالب‌های استانداردهای و ... مطرح شده‌اند.

امروزه مقولوی برون‌سپاری نیز همپای رشد سازمان‌ها دچار پیچیدگی شده است؛ به‌طوری‌که نه‌تنها از دیدگاه صرفه‌جویی مالی بلکه از دیدگاه‌های متفاوت از جمله بازار رقابتی، ضرورت پیوستن به بازارهای جهانی و بالا رفتن انتظارات مشتریان (مخاطبین) مطرح است و برون‌سپاری به یک نیاز و الزام و مسأله‌ی مبرم برای سازمان‌ها تبدیل شده است (رفیعی، ۱۳۸۸).

۲-۳-۲- دلایل برون‌سپاری

۱) امروزه خیلی از سازمان‌ها و شرکت‌های کوچک و بزرگ جهانی برون‌سپاری را به‌عنوان یکی از راهکارهای کاهش هزینه‌ها و افزایش از سوی سازمان‌ها برای کاهش هزینه، تمرکز روی فرآیندهای اصلی، بهبود خدمات و ارتقای مهارت می‌باشد. با اتخاذ سیاست برون‌سپاری، یک سازمان می‌تواند تنها بر فعالیت‌هایی تمرکز کند که به‌خاطر آن‌ها مأموریت یافته است و کارهایی را انجام دهد که دقیقاً به اهداف سازمان‌هاش مربوط است.

۲) در گذشته، برون‌سپاری زمانی مورد استفاده قرار می‌گرفت که سازمان‌ها نمی‌توانستند خوب عمل کنند، در رقابت ضعیف بودند، کاهش ظرفیت داشتند، با مشکل مالی روبرو بودند و یا از نظر فن‌آوری عقب و شکست خورده بودند؛ در حالی که امروزه سازمان‌هایی که کاملاً موفق هستند نیز از این ابزار برای تجدید ساختار سازمان‌شان استفاده می‌کنند و مدیران این سازمان‌ها به‌عنوان یک موضوع حیاتی این موضوع را درک کرده‌اند که ایجاد قابلیت‌هایی کلیدی برای برآورده نمودن نیازهای مشتری (مخاطب) ضروری بوده و باید در این راه تلاش صورت گیرد.

در همین رابطه، دلایل عمده‌ی برون‌سپاری را می‌توان به‌شرح زیر عنوان کرد:

۱) افزایش اثربخشی از طریق تمرکز روی آنچه سازمان در انجام دادن آن بهترین است.

۲) دستیابی به تخصص‌ها، مهارت‌ها و تکنولوژی‌هایی که بیش از این قابل دستیابی نبوده‌اند.

^۱ Hel Columbus and Hit

- ۳) کاهش سرمایه‌گذاری روی دارایی‌ها و استفاده‌ی بهتر از آن‌ها برای اهداف اصلی سازمان
- ۴) آزاد کردن منابع انسانی و سایر منابع برای اهداف دیگر
- ۵) افزایش سرعت انجام کارها و حذف بوروکراسی
- ۶) تبدیل هزینه‌های ثابت به هزینه‌های متغیر
- ۷) افزایش رقابت به منظور افزایش کیفیت خدمات، عملیات، کاهش و کنترل هزینه‌ی عملیات
- ۸) افزایش تمرکز سازمان بر یک فعالیت خاص و مدیریت وظایف مشکل یا کنترل‌ناپذیر
- ۹) در دسترس قرار گرفتن وجوه سرمایه و تقسیم خطرپذیری
- ۱۰) تسریع در کسب مزایای ناشی از تجدید ساختار
- ۱۱) استفاده از فرصت‌ها و ایجاد ساختار منعطف و افزایش بهره‌وری با استفاده از امکانات گسترده‌ی بیرون از سازمان
- ۱۲) استقرار نظام کار فردی به جای نظام وقت‌مزدی سنتی حاکم، بالاخص در ادارات دولتی
- ۱۳) ایجاد انگیزه‌ی کاری در کارکنان و پیمانکاران جهت دسترسی به منابع مناسب و بالطبع افزایش خدمات مطلوب و رضایت‌مندی بیشتر

۲-۳-۴- دلایل عمده‌ی عدم تمایل به برون‌سپاری

- ۱) هزینه‌های فعلی به‌خوبی درک نشده‌اند.
- ۲) برون‌سپاری‌های که در قالب پیمانکاری فعالیت کرده‌اند، در عمل چندان موفقیت‌آمیز نبوده‌اند.
- ۳) ارائه‌دهندگان خدمتی که در مقایسه با واحد داخلی فعلی خیلی برجسته باشند، وجود ندارند.
- ۴) کاهش کنترل بر روی ارائه‌دهندگان خدمت
- ۵) نگرانی از وابستگی به ارائه‌دهندگان خدمت
- ۶) این ایده که ممکن است برون‌سپاری به وفاداری کارکنان صدمه بزند و این که برون‌سپاری برای کارکنان باقی‌مانده در سازمان چه پیامی را به‌همراه خواهد داشت.
- ۷) موانع قانونی و واگذاری و موانع داخلی سازمان مقاومت در برابر تغییر

۲-۳-۵ معایب برون‌سپاری

اگر حوزه و یا فعالیت برون‌سپاری اشتباه تعریف، انتخاب و اجرا شود، می‌تواند تأثیرات ناخوشایندی بر سازمان بگذارد. از جمله معایبی که بر برون‌سپاری می‌توان برشمرد عبارتند از:

الف) کاهش کنترل:

- دشواری کنترل پیمانکار در مقایسه با کنترل کارکنان و وابستگی سازمان به پیمانکار
- وابستگی سازمان به پیمانکار
- کاهش انعطاف‌پذیری
- مدت طولانی قراردادهای برون‌سپاری
- تغییر در شرایط کاری سازمان در طول زمان (دشواری بازگشت به شرایط پیش از برون‌سپاری)

ب) تأثیر نیروی کارکنان

- دشواری‌های انتقال نیروی انسانی و کاهش احساس امنیت شغلی در کارکنان

ج) افزایش هزینه‌ها

- در نظر گرفتن سود از سوی پیمانکاران
- نیاز به سازماندهی یک سیستم برای نظارت بر پیمانکار
- تغییر ماهیت هزینه‌ها و افزایش ریسک از نظر مالیات‌ها

۲-۳-۶- مشکلات برون‌سپاری

- ۱) آشنا نبودن سازمان، با روش‌ها و استانداردهای بین‌المللی و نداشتن مدیریت پروژه
- ۲) کاستی در زیرساخت‌ها
- ۳) کمبود نیروی انسانی ماهر
- ۴) چه ارچوب قانونی ضعیف
- ۵) ضعف در پوشش تعهدات و ریسک
- ۶) احتمال از بین رفتن مزیت‌های رقابتی از طریق قوانین و مقررات و شرایط اقتصادی، اجتماعی و ...

۲-۳-۷- چه خدماتی را می‌توان برون‌سپاری کرد

- ۱) هرچه فعالیت خدماتی ملموس و شخصی‌تر باشد، تمایل به برون‌سپاری آن فعالیت بیشتر است.
- ۲) هرچه فعالیت خدماتی استانداردپذیرتر باشد، تمایل بیشتری به برون‌سپاری آن فعالیت وجود دارد.
- ۳) هرچه میزان تفکیک‌ناپذیری فعالیت‌ها از یکدیگر کمتر باشد، تمایل جهت واگذاری این‌گونه فعالیت کمتر است.
- ۴) هرچه پیچیدگی فعالیت‌های خدماتی بیشتر باشد، تمایل کمتری به برون‌سپاری آن فعالیت احساس می‌شود.
- ۵) هرچه تماس فعالیت‌های خدماتی مشترکین بیشتر باشد، تمایل جهت برون‌سپاری فعالیت کمتر است.
- ۶) هرچه فعالیت‌های خدماتی اصلی‌تر باشد، رابطه‌ی معکوس بین پیچیدگی، عدم تفکیک پذیری و تماس با مشتری و تقاضا برای گرایش برون‌سپاری ضعیف‌تر است.
- ۷) هرچه اهمیت فعالیت‌های خدماتی بیشتر باشد، ارتباط مستقیم بین عدم استانداردپذیری تعیین قیمت براساس رقابت و پیچیدگی فعالیت با تمایل به برون‌سپاری این‌گونه فعالیت‌ها ضعیف‌تر است.
- ۸) هرچه تأمین‌کنندگان و ارائه‌دهندگان فعالیت‌های خدماتی بیشتر باشد و فعالیت ملموس، استانداردپذیر و تفکیک‌پذیرتر باشد، گرایش به برون‌سپاری این‌گونه فعالیت‌ها قوی‌تر است.

۲-۳-۸- برون‌سپاری در بخش دولتی

بروز و ظهور ایدئولوژی لیبرال نوین و نقد آن در انحصارطلبی و ناکارآمدی بوروکراسی بخش دولتی که در آخ-ر نیز به رویکرد سیاسی راست نوین منجر شده بود (۱۹۹۷-۱۹۷۹) مباحث مربوط به خصوصی‌سازی و کوچک‌سازی دولت را پایه-گذاری نموده است: ۱- این ایدئولوژی در دو قالب شبه بازارها ۲- و نیز قالب‌های مربوط به دولت‌های پست بروکراتیک یا دولت پیمانی ۳- به منتهی ظهور رسیده است. در واقع نتیجه این تغییر و تحولات ترکیبی از خصوصی‌سازی مستقیم خدمات دولتی و اصول بازار محور مدیریت دولتی نوین به روابط پیمان محوری مبدل گردیده که خود به عنوان جایگزینی برای اصول اساسی ساختارهای بروکراتیک تلقی می‌گردند.

هرچند برخی اندیشمندان نیز رویکرد هزینه‌ی معاملات را در این مبحث دخیل می‌دانند. از طرفی نیز عواملی همچون هجوم تفکرات سیاسی و اقتصادی در غرب در جهت کوچک سازی دولت‌ها و بیانات مبتنی بر ناکارآمدی دولت های بزرگ خصوصاً در ارائه‌ی کارآمد خدمات دولتی و از همه مهم تر، تشکیل انحصارات دولتی از مهم ترین شاخص‌های اساسی در جهت

به‌کارگیری و بروز فرآیند برون سپاری به‌شمار می‌روند. اما با نگاهی ظریف تر نقش عواملی همچون افزایش انعطاف پذیری، اطمینان یافتن از کیفیت مطلوب محصولات و نیز برآورد نمودن انتظارات مشتریان را نیز در این بین پررنگ تر خواهیم دید. به‌لحاظ تئوریک نیز در بخش دولتی افت سازمان های وابسته را ارائه ی خدمات، افزایش توافقات هنجاری، بروز تغییرات ممتد فناوریانه و نیز دخالت قوانین دست و پاگیر، نیازی را به منظور ساختاردهی مجدد سازمان های عظیم الجثه که در جهت کاهش هزینه‌های خود تلاش می‌نمایند را به‌وجود آورده است که البته بدیهی است که برون سپاری به‌عنوان یکی از فرآیندهای کلیدی راه را در جهت نیل به اهداف مطروحه آسان تر می‌سازد؛ اما مشتری محوری^۱ و به‌عبارتی دیگر، مشتری‌سازی هم‌چنان نکته اتکاء بسیاری از سازمان‌ها در جهت حفظ بقای خود در جامعه‌ی پرتلاطم جهان امروز است. جدا از این مسائل نوع نگرش، بینش و شخصیت ذاتی مدیران نیز نقش به‌سزایی جهت هرچه موفقیت‌آمیزتر شدن به‌کارگیری فرآیند برون‌سپاری را ایفا خواهد نمود. اهم عوامل تأثیرگذار بر موفقیت آمیز بودن فرآیند برون سپاری بر خورداری از درک صحیحی نسبت به اهداف کوتاه و بلندمدت سازمان، طرح‌ریزی بر مبنای نگرش راهبردی، پیمانکاری قابل اعتماد، مدیریت لحظه به لحظه ی روابط (ایجاد یک تعامل همه‌جانبه میان سازمان‌ها و نهادهای خصوصی و دولتی)، حمایت و پشتیبانی مدیریت عالی، توجه و رسیدگی دقیق به عوامل انسانی، برخورد از توجیه مالی، به‌کارگیری کارشناسان خارجی، تشریح نقش‌های مرتبط با خریدار و فروشنده، ارزیابی اثربخشی عملکرد پیمانکار، رقابت پذیری، مشتری‌محوری، تعیین دقیق حوزه‌های عقد قرارداد، شناسایی شایستگی‌های کلیدی سازمان می‌باشند (رجب‌زاده، عادل، ۱۳۹۱).

۲-۳-۹- برون‌سپاری در ایران

براساس تحقیقات سازمان بین‌المللی در ۱۸ کشور جهان، برون‌سپاری می‌تواند میزان درآمد سالانه دولت را دو درصد افزایش دهد (گزارش کنفرانس سازمان ملل، تجارت و توسعه، ۲۰۰۲). در سیزده سال گذشته، سیاست خصوصی سازی و یا برون‌سپاری به دلیل ممنوعیت قانونی خصوصی‌سازی صنایع اصلی در کشور (ماده ۴۴ قانون اساسی) نتوانست به اهداف خویش نایل شود. ۷۵ تا ۸۰ درصد اقتصاد کشور در دست دولت است کارشناسان بر این باورند که با توجه به روند کُند خصوصی سازی یا برون‌سپاری در کشور، چندین سال طول می‌کشد تا دست کم نیمی از اقتصاد ملی کشور خصوصی شود. در ۱۳ سال گذشته، تصمیم‌گیران اقتصادی کشور کوشیده‌اند از راهی مشابه با دیگر کشورهای در حال توسعه برای رسیدن به اهداف خصوصی، به پیش بروند.

اهداف خصوصی‌سازی در کشور ایران، از یک قرن پیش و در زمانی که اصلاحات اقتصادی و دارایی در کشور مطرح شده بود، مورد توجهی مسئولان کشور قرار گرفت؛ ولی چهره‌ی واقعی این سیاست در عرصه ی اقتصادی کشور در سال ۱۹۹۱ مطرح شد. براساس برنامه‌ی توسعه‌ی چهارم (۲۰۰۵-۲۰۱۰)، سازمان خصوصی‌سازی ایران زیر نظر وزارت امور اقتصادی و دارایی کشور عمل می‌کند.

براساس قانون خصوصی‌سازی، برنامه سوم توسعه کشور، سهام همه شرکت‌های دولتی، که براساس قانون اساسی قابل انتقال به بخش خصوصی است (ملکی، حمید لاجوردی، اشرف، ۱۳۸۶).

در ایران اگر چه فکر اولیه برون‌سپاری خدمات با الگوبرداری از نظام‌های پیشرفته مدیریتی بوده و تدریجاً در قالب قوانین و مقررات خصوصی‌سازی تثبیت و بعضاً به دستگاه‌های دولتی تکلیف شده، اما این طرح با شتاب از مسیر اصلی منحرف شده و نتیجتاً تبعات منفی و حتی معضلاتی به‌دنبال داشته است.

^۱ Customer focus

به‌رغم نارسایی‌های گسترده در نحوه‌ی اجرای این روش، کماکان سازمان و شرکت‌های ذی‌نفع ارزیابی کارشناسی دقیقی برای اصلاح یا تجدیدنظر در روش‌ها، صورت نداده و رویکردها غالباً انفعالی بوده است (پاکدامن، ۱۳۹۱).

۲-۳-۱۰- برون‌سپاری و خصوصی‌سازی در صنعت بیمه

با توجه به این که صنعت بیمه به‌عنوان یکی از مهم‌ترین ارکان فعالیت‌های اقتصادی دنیای امروز، تضمین‌کننده حرکت اقتصادی تلقی می‌شود. بررسی‌های تجربی حاکی از آن است که خصوصی‌سازی نه‌تنها باعث رشد سودرسانی و کارایی بخش - های رقابتی اقتصادی می‌شود؛ بلکه بخش‌های انحصاری و غیررقابتی را نیز با موانع مواجه می‌سازد. با این حال چندین سال است که بسیاری از کشورها بر آن شده‌اند که مزایای حاصل از برنامه‌های خصوصی‌سازی به‌نحوی بلندپروازانه به‌ره‌مند گردند و در نتیجه معاملات خصوصی‌سازی خود را به نحو چشم‌گیری افزایش داده‌اند. ورود شرکت‌های بیمه خصوصی که از مدیریت دارایی‌ها و سرمایه‌گذاری‌های مستقل بهره‌مند هستند بر حجم سرمایه‌گذاری‌ها و عملیات در بازار سرمایه مؤثر خواهد بود؛ به‌طوری‌که نحوه‌ی تخصیص وجوه از طریق شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی، تجربه‌ای مفید برای شرکت‌های بیمه‌ی دولتی محسوب می‌گردد.

کار خصوصی‌سازی در فعالیت‌های بیمه‌گری در ایران به حدود بیست سال قبل بر می‌گردد که تعدادی از کارشناسان با تجربه در آن زمان، بعد از تحلیل‌های کارشناسانه خود به این نتیجه رسیدند که برای توسعه و فراگیرتر کردن صنعت بیمه راهی جز خصوصی‌سازی وجود ندارد طبیعی است این افراد با درک صحیح از مقررات دولتی فرا روی فعالیت بیمه‌گری به این نتیجه رسیده بودند که مقررات‌زدایی از این حوزه‌ی فعالیت اقتصادی می‌تواند راه‌گشایی برای توسعه‌ی فعالیت صنعت بیمه و در نتیجه بالا بردن ضریب نفوذ بیمه^۱ در رشد ناخالص ملی باشد. اکنون بعد از تغییر نگرش‌ها و درک ضرورت‌ها و همچنین ابلاغ دستور خصوصی‌سازی و اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی از سوی رهبر معظم انقلاب اسلامی، بسیج گسترده‌ای برای تحقق آن صورت پذیرفت که صنعت بیمه نیز از این موهبت مستثنی نگردید و در چرخه‌ی خصوصی و برون‌سپاری قرار گرفت (مولوی، صالحی، ۱۳۹۰).

۲-۳-۱۱- برون‌سپاری در سازمان بیمه سلامت

در یکی دو قرن اخیر فعالیت‌های بیمه‌ای در سرتاسر جهان توسعه یافته است. در کشورهای صنعتی بیمه نقش مهمی را در ثبات وضع اقتصادی بازی می‌کند و در کشورهای جهان سوم نیز مزایای اجتماعی و اقتصادی بیمه شناخته شده و عملیات بیمه‌ای به‌تدریج گسترش یافته است.

در سال‌های اخیر نیز سازمان‌های بیمه اجتماعی که توسط دولت‌ها و یا زیر نظر آن‌ها اداره می‌شوند، نقش قابل ملاحظه‌ای در توسعه‌ی بیمه‌ی بازنشستگی، بیمه‌ی عمر و حادثه‌ی شخصی کارگران و کارمندان و سایر حقوق‌بگیران به‌عهده گرفته‌اند. در ابتدا پیدایش بیمه‌های اجتماعی موجب رکود نسبی این نوع بیمه‌ها شد، ولی به تدریج تعارض بین بیمه‌های اجتماعی و بیمه‌های بازرگانی منتهی گردید؛ زیرا آشنایی با یک نوع بیمه موجب توجه‌ی افراد به سایر انواع آن شد.

خصوصی‌سازی و کاهش تصدی‌گری دولت در فعالیت‌های اقتصادی، بخش عمده‌ی سیاست‌های تعدیل ساختار اقتصادی را تشکیل می‌دهد. گسترش خصوصی‌سازی نه‌تنها مشارکت بخش غیردولتی را در اداره امور تصدی‌گری اقتصاد افزایش می‌دهد و به انگیزه‌ی کارآفرینی^۲، ابتکار و نوآوری قوت می‌بخشد؛ بلکه توان کارشناسی دولت را برای انجام پژوهش‌های لازم جهت اتخاذ سیاست‌های کلان اقتصادی مؤثر و کارآمد به‌کار خواهد گرفت (کامیابی، زیاری، ۱۳۹۰).

^۱ Insurance Penetration coefficient

^۲ Entrepreneurship

بر این اساس سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی (بیمه‌ی سلامت فعلی) در ۱۳۸۱ به استناد مصوبه هیئت مدیره‌ی خود، امور بیمه‌گری خود را به نمایندگی‌های واجد شرایط واگذار نمود و بر این اساس نمایندگی‌های مورد نظر بعد از طی مراحل آزمون کتبی و اخذ حداقل نمره، موفق به کسب مجوز فعالیت در حوزه ارائه‌ی خدمات بیمه‌گری در سطح منطقه‌ی جغرافیایی خود می‌گردیدند.

این شرایط تا سال ۱۳۸۹ به همان منوال ادامه پیدا نمود تا این که در راستای اجرای اصل ۴۴ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران و هم چنین اجرای ماده ۴۶ قانون برنامه‌ی پنجم توسعه‌ی کشور، طی مجوز شماره (۱۳۸۹/۸۹۱۵۸۱۴/۱۰۰۰ مورخ ۱۳۸۹/۹/۲) هیئت محترم وزیران، تفاهم‌نامه‌ی واگذاری خدمات حوزه‌ی فنی سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی با دفاتر پیشخوان خدمات دولت ابلاغ گردید.

بر همین اساس و طی بخشنامه شماره ی (۱۳۸۹/۱۲/ ۲۳ مورخ ۲۱۰۱۸۹۱۶۱۹۰۷) سهمیه هر یک از استان‌ها جهت اعطای مجوز انعقاد قرارداد با دفاتر پیشخوان مورد نظر ابلاغ و در این راستا کلیه ادارات کل بیمه‌ی سلامت هر یک از استان‌ها براساس روش اجرایی مربوطه اقدام به انعقاد قرارداد با دفاتر مورد نظر جهت هر یک از شهرستان‌های خود نمودند. لازم به ذکر است که این فرآیند صرفاً در حوزه‌ی واگذاری امور مربوط به عملیات بیمه‌گری به دفاتر پیشخوان خدمات دولت انجام پذیرفت و سایر امور مرتبط با عملیات پشتیبانی در ادارات کل استان‌ها، قبلاً از طریق برون سپاری به شرکت‌های ذی‌صلاح واگذار گردیده بود.

۲-۳-۱۲- برون سپاری در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی

اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی در ابتدا و از سال ۱۳۷۴ با عنوان اداره‌ی بیمه‌ی خدمات درمانی بجنورد آغاز به کار نمود. در سال‌های ابتدایی شروع به فعالیت، جز و ادارات تابعه اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی خراسان (قبل تقسیمات کشوری) بوده است. لیکن با تقسیم استان خراسان به سه استان خراسان شمالی، رضوی و جنوبی، اداره کل بیمه‌ی خدمات درمانی بجنورد نیز در ابتدای سال ۱۳۸۴ به اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی خراسان شمالی تغییر نام پیدا نمود.

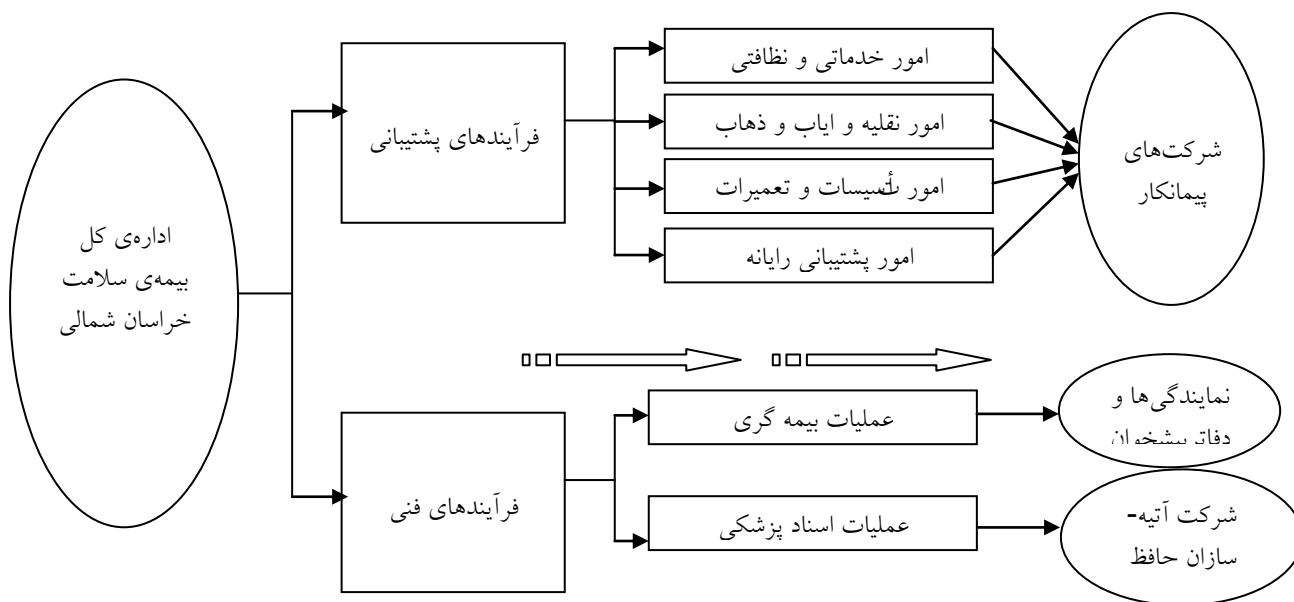
این روند تا سال ۱۳۸۹ ادامه پیدا نمود تا این که از ابتدای این سال بنا به مجوزات اخذ شده، واگذاری امور فنی این اداره کل در حوزه فعالیت‌های بیمه‌گری به دفاتر پیشخوان خدمات دولت اجرایی گردید و عملاً این روند با اعطای ۵ فقره مجوز فعالیت و انعقاد قرارداد با این دفاتر از ابتدای سال ۱۳۹۰ وارد فاز

اجرایی گردید. هم‌اکنون اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی با اخذ ۳۵ مجوز انعقاد قرارداد و اجرایی نمودن آن با ۲۶ دفتر پیشخوان خدمات دولت در سطح استان خراسان شمالی، جزو پیشگامان این امر در بین استان‌های سطح کشور می‌باشد.

ضمناً ذکر مواردی به صورت مختصر و به منظور روشن تر شدن زوایای دیگر این استراتژی (برون سپاری) در ذیل ضروری به نظر می‌رسد:

(۱) برون سپاری در موضوع فعالیت‌های مرتبط با حوزه‌ی اسناد پزشکی اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت از سال ۱۳۸۷ آغاز و تاکنون نیز در سطوح مختلف ادامه دارد.

(۲) سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی و به تبع آن اداره‌ی کل بیمه‌ی خدمات درمانی خراسان شمالی از مورخ ۱۳۹۱/۴/۱۸ بنا به الزامات قانونی و تغییر در اهداف و چشم‌اندازهای آن، به سازمان بیمه‌ی سلامت و اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی تغییر نام پیدا نمود.



فرآیند برون سپاری (عمومی- فنی) در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی (محقق ساخته)

۲-۴-۲- دفاتر پیشخوان خدمات دولت

دفاتر خدمات ارتباطی ساختار اصلی خود را از سال ۱۳۷۸ با عنوان دفاتر امور مشترکین، ارائه خدمات تلفن سیار آغاز کردند. در سال ۱۳۸۲ اولین دفاتر خدمات ارتباطی با ارایه پنج سرویس پست، پست بانک، تلفن راه دور، خدمات تلفن همراه و خدمات بار هوایی پیام، شروع به کار نمودند.

در سال ۱۳۸۷ آیین نامه دفاتر پیشخوان خدمات دولت، ذیل اصل ۴۴ قانون اساسی توسط پنج وزیر عضو ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت کشور، جهت واگذاری امور به بخش خصوصی به تصویب رسید. در سال ۱۳۸۸ با ابلاغ ستاد مدیریت حمل و نقل و سوخت کشور به استانداری‌ها، کارگروه‌های استانی با ترکیب: نماینده استاندار، نماینده سازمان تنظیم مقررات و ارتباطات رادیویی و نماینده تشکل صنفی در هر استان با حق رأی، به عنوان بالاترین مقام اجرایی استان انتخاب شد و سپس با ابلاغ حکم عدم توسعه‌ی دفاتر تک منظوره، روند یکسان سازی تمام دفاتر خدماتی کشور (مانند پست، تأمین اجتماعی، شهرداری‌ها، خدمات ارتباطی، پلیس ۱۰۱ و ...) آغاز شده و تحت عنوان دفاتر پیشخوان خدمات دولت به فعالیت خود ادامه دادند.

لازم به ذکر است آمار فعلی تعداد دفاتر پیشخوان دولت بالغ بر ۱۸ هزار دفتر می باشد که به گفته ی معاون نوسازی و تحول اداری معاونت توسعه ی مدیریت و سرمایه ی انسانی ریاست جمهوری، این تعداد تا پایان برنامه ی پنجم به ۳۰ هزار واحد افزایش می یابد.

دفاتر پیشخوان خدمات دولت نقش به سزایی در تسهیل و تسریع خدمات عمومی دولت در قالب مراکز عمده ی خدماتی اعم از پست، پست بانک، مخابرات، خدمات ارتباطات، ثبت و احوال، بیمه، شهرداری و ... ایفا می کنند. از جمله اهداف این دفاتر عبارتند از:

- تجمیع خدمات عمومی و دولتی و تمرکززدایی و افزایش بازدهی در سرعت و کیفیت خدمات کشوری.
- فرآیند و فرآورده های دفاتر پیشخوان خدمات دولت طبق منویات و رهنمودهای مقام معظم رهبری در جهت عدالت و رزی، کاهش فساد اقتصادی و اداری، سهل المسیر شدن دالان های بروکراتیک و استفاده عمومی و انعطاف پذیری سازمانی و رضایت بخش بودن اجتماع در ساحت دولت تکنوکرات و الکترونیک بر هیچ عقل سلیمی پوشیده نیست.
- کاهش تردهای شهری، مصرف سوخت، آلاینده های زیست محیطی و لئین سلامت روحی و جسمی افراد جامعه.

- رضایت‌مندی مردم از دسترسی به خدمات مورد نیاز در نزدیک‌ترین فاصله به منازل مسکونی یا محل کار.
- تکریم مردم و ارتقای کارایی دولت برای راهبرد نیازهای جامعه و صرفه‌جویی در هزینه‌های عمومی، دولتی و خانوار.

۲-۲-۵- رضایت‌مندی مشتری (بیمه‌شدگان)

۲-۲-۵-۱- مقدمه بر رضایت‌مندی مشتری

در دنیای امروز سازمان‌هایی موفق خواهند بود که بتوانند رضایت مشتریان خود را بیشتر تأمین کنند، چرا که مشتری مهم‌ترین دارایی هر سازمان می‌باشد. هم‌چنین می‌توان گفت امروزه سازمان‌های تولیدی یا خدماتی، میزان رضایت مشتری را به‌عنوان معیاری مهم برای سنجش کیفیت کار خود قلمداد می‌کنند و این روند در حال افزایش است. باید گفت در شرایط رقابتی امروز که پیش‌بینی می‌گردد در آینده نیز فشرده‌تر گردد، مشتری‌مداری، حفظ مشتری و کسب رضایت مشتری در سازمان‌ها از اهمیت فزاینده‌ای برخوردار است. این مقصود تنها از طریق شناخت دقیق عوامل مؤثر بر این رضایت از دیدگاه مشتری و تحلیل و اولویت‌بندی آن‌ها میسر و عملی خواهد بود.

در مورد اهمیت رضایت مشتری و کیفیت خدمات به عنوان هدف نهایی فراهم‌کننده خدمات تردیدی وجود ندارد، رضایت مشتری از خدمات دریافتی شاخص مهمی در ارزیابی عملکرد سازمانی به حساب می‌آید. بررسی ادبیات موجود در زمینه رضایت مشتریان نشان‌دهنده تنوع بسیار در تعریف این مسئله می‌باشد. در حالی که ادبیات این موضوع نشان‌دهنده تفاوت‌های بسیاری در تعاریف رضایت می‌باشد، ولی وقتی به‌صورت کلی نگریسته می‌شوند، در تمامی این تعاریف موارد مشترکی وجود دارد که عبارتند از (کاظمی، مهاجر، ۱۳۸۸):

- رضایت مشتریان در حقیقت یک پاسخ است (احساسی یا عقلایی)

- این پاسخ تأکید بر مورد خاصی است (انتظارات، کالا، خدمت و ...)

در گذشته به دلیل این که میزان تقاضا بیشتر از میزان تولید کالا و خدمت بود، تولیدکنندگان یا عرضه‌کنندگان محصولات و خدمات بر این باور بودند که هر محصول یا خدمتی را که تولید یا عرضه کنند، مشتریان آن را خواهند خرید. اما در دنیای امروز، با رقابتی شدن بازار و افزایش دسترسی مشتریان به عرضه‌کنندگان مختلف، این مشتریان هستند که تصمیم می‌گیرند چه کالا یا خدماتی با چه کیفیتی باید به آنان عرضه شود. در چنین شرایطی، ۹۱٪ مشتریانی که رضایت آن‌ها تأمین نگردد، دیگر هرگز از همان تأمین‌کننده خرید نخواهند کرد. این در حالی است که ضرر زیان از دست دادن یک مشتری، در حکم فرار ۱۰۰ مشتری دیگر نیز هست. به همین دلیل، جلب رضایت مشتریان و برآورده ساختن آن قبل از رقبا، شرایط اساسی موفقیت شرکت‌ها است از این رو، سازمان‌ها و بنگاه‌ها تلاش می‌کنند تا رضایت مشتریان خود را افزایش دهند. برای بهبود سطح رضایت مشتریان ضروری است ابتدا عوامل مؤثر بر رضایت مشتریان معین شود و سپس فعالیت‌ها منابع سازمان به گونه‌ای هدایت گردد تا رضایت مشتریان بیش از پیش تأمین شود (کاتلر و آمسترانگ، ۱۳۸۴).

اگرچه مدل‌های بسیاری برای سنجش رضایت مشتری ارائه شده است، به دلیل این که هر صنعت نیازهای خاص خود را دارد و به خصوص به دلیل تفاوت صنایع تولیدی و خدماتی، نیاز به ارزیابی مدل‌هایی متناسب با صنایع خدماتی احساس می‌گردد. آنچه خدمات را از محصولات جدا می‌کند، این است که اولاً خدمات ملموس نیستند و ثانیاً خدمت از ارائه‌کننده آن جداناپذیر است و در نهایت این‌که خدمات همگن هستند؛ بنابراین اندازه‌گیری کیفیت خدمات کار بسیار پیچیده‌ای است.

براساس اصل مشتری‌مداری، سازمانی که می‌خواهد سرآمد باشد باید ارزش پایدار برای مشتری ایجاد کرده و فراتر از انتظارات او عمل کند و بداند که مشتریان داوران نهایی کیفیت محصولات و خدمات سازمان می‌باشند. سازمان‌های سرآمد از طریق تمرکز بر انتظارات مشتریان و حفظ مشتریان، شاخص‌هایی چون سهم بازار، اعتماد و وفاداری مشتریان را به حداکثر می‌رسانند. این سازمان‌ها پاسخگوی انتظارات مشتریان هستند و برای این منظور میزان رضایت مشتریان خود را بررسی می‌کنند و سعی در بهبود آن دارند.

۲-۵-۲-۲- مدل های سنجش رضایت‌مندی مشتری

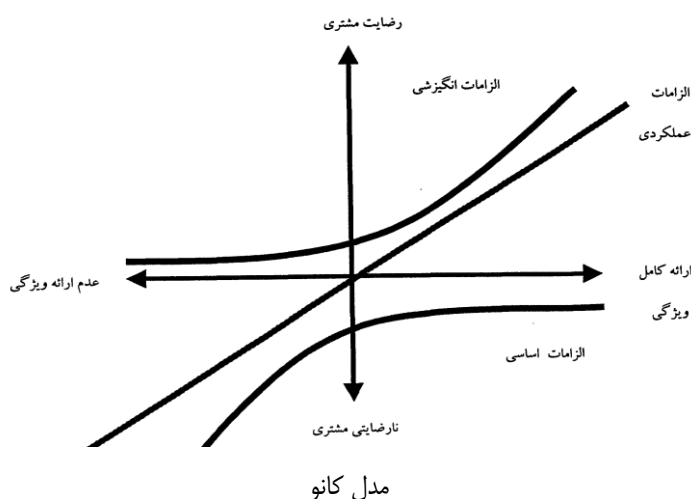
محققان نواندیش اعتقاد دارند که رضایت مشتری تنها به انتظارات آنان بر نمی‌گردد، بلکه توجه به نیازهای او به‌ویژه نیازهای اساسی مانند نیازهای ایمنی، احترام و عدالت، اهمیت دارد؛ زیرا نیازها با انتظارات فرق دارند. انتظارات، آگاهانه، مشخص، کوتاه‌مدت و سطحی‌اند، در حالی که نیازها تا زمانی که فعال نشده‌اند، ناآگاهانه، کلی، عمیق و درازمدت هستند. وقتی انتظارات برآورده نمی‌شوند، ناامید و ناراضی می‌شود، ولی وقتی نیازهای اساسی تأمین نمی‌شوند شاید خشمگین یا حتی برافروخته می‌شود.

اگر رضایت یک مشتری به دست نیاید او ناخرسند خواهد بود، اما اگر نیاز او را تأمین نکنید، او را از دست خواهید داد. بنابراین رضایت مشتری یعنی تأمین کامل نیازها، و خواسته‌های او درست در همان زمان و به همان روشی که وی می‌خواهد. اگر شرکت‌ها قصد دارند به رضایت مشتری دست یابند بایستی آن را اندازه‌گیری کنند؛ زیرا شما چیزی را که نتوانید اندازه‌گیری کنید نمی‌توانید مدیریت کنید (فیدی کوا، ۲۰۰۴).

۲-۵-۲-۱- مدل سنجش رضایت‌مندی کانو

نوری‌اکی کانو استاد دانشگاه ریکا توکیو و یکی از برجسته‌ترین صاحب‌نظران علم مدیریت کیفیت، مدلی را مطرح نمود که امروزه در اکثر الگوهای رضایت مشتریان مورد استفاده قرار می‌گیرد. وی در مدل خود نیازمندی‌های مشتریان و یا به عبارت دیگر، خصوصیات کیفی محصولات را به سه دسته تقسیم نمود و سه نوع نیازمندی را در یک نمودار دو بعدی نمایش داد.

محور عمودی میزان رضایت و یا خشنودی و محور افقی میزان ارائه‌ی الزام کیفی مورد نظر مشتری را نشان می‌دهد. بالاترین و پایین‌ترین نقطه از محور عمودی نمودار به ترتیب بیانگر نهایت رضایت مشتریان و عدم رضایت مشتریان است. محل تلاقی محور افقی و عمودی بیانگر جایی است که مشتری در حالت تعادل از نظر رضایت و عدم رضایت قرار دارد. سمت راست محور افقی، بیانگر جایی است که الزام کیفی مورد انتظار به طور کامل عرضه شده است. و در سمت چپ محور افقی، نقطه‌ی ارائه‌ی محصولی است که خصوصیات کیفی مورد انتظار را ندارد و الزام کیفی مورد نظر به هیچ عنوان در محصول یا خدمت مورد نظر اعمال نشده است (رضایی، حسینی آشتیانی، ۳۹:۱۳۸۰).



دسته‌ی اول خصوصیات، الزامات اساسی می‌باشند که از دید کانو، در صورت لحاظ شدن کامل آن‌ها در محصول، فقط از نارضایتی مشتری جلوگیری می‌شود و رضایت و خشنودی خاصی را در وی فراهم نمی‌آورد. به عبارت دیگر، ارضای کامل الزامات

اساسی محصول، تنها مقدمات حضور محصول را در بازار فراهم می آورد و برای پیروزی بر رقبا و در دست گرفتن بازار محصول به ما کمکی نمی کند. این مشخصه‌ها به طور کلی مواردی در ارتباط با ایمنی، پایداری و دوام محصول را تشکیل می دهند.

دسته‌ی دوم، خصوصیات کیفی، الزامات عملکردی محصول است که عدم برآورده ساختن آن ها موجب نارضایتی مشتریان می شود و در مقابل، برآورده ساختن کامل و مناسب آن‌ها رضایت و خشنودی مشتری را به دنبال خواهد داشت. اهمیت الزامات عملکردی محصول در آن است که شناسایی و لحاظ نمودن آن ها در محصول، حداقل تلاشی است که موجب حفظ موقعیت تجاری سازمان در بازار رقابتی می شود.

دسته‌ی سوم، خصوصیات کیفی در مدل کانو خواسته های انگیزشی هستند که در زمان کاربرد محصول به عنوان یک نیاز و الزام از دید مشتری تلقی نمی گردند و در نتیجه عدم برآورده ساختن این گروه از الزامات کیفی، موجب عدم رضایت مشتری نمی شود، ولی ارائه ی آن‌ها در محصول، هیجان و رضایت بسیار بالایی را در مشتری پدید می آورد. خصوصیت بارز الزامات انگیزشی این است که از طرف مشتری عنوان نمی شود.

۲-۲-۵-۲-۲- مدل سنجش رضایت‌مندی سروکووال

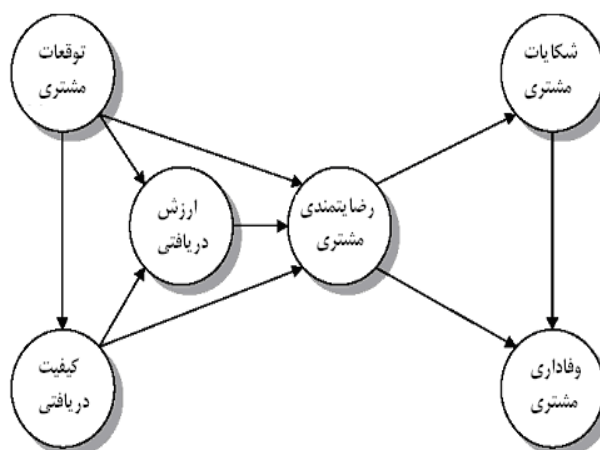
مدل سرو کووال زیرمجموعه ای از مدل های ذهنی می باشد که اداراک و عقاید مشتریان را نیز در نظر می گیرد. این مدل در اواسط دهه ی ۱۹۸۰ توسط پارسورمن و همکارانش بری و زدهمل و برای سنجش کیفیت خدمات توسعه داده شده است. این مدل سعی دارد که کیفیت خدمات را در محیط هایی بررسی و اندازه گیری کند که کیفیت خدمات به عنوان یک ضرورت برای درک یک مشتری، احساس می شود. به این مدل، انتقاداتی هم وارد شده است که مهم ترین آن‌ها این است که برای مواردی که علاوه بر خدمات، کالای ملموس هم وجود داشته باشد کافی نیست. به هر حال، در این مدل پنج بُعد به شرح زیر به ۲۲ متغیر اندازه گیری تفکیک می شود (دلخواه، دیواندری، ۱۳۸۴). لازم به یادآوریست که تحقیق حاضر با استفاده از مدل مزبور انجام می پذیرد

مؤلفه‌های سروکووال (پارسورمن)

بُعدِ همدلی	بُعدِ ایجاد اطمینان	بُعدِ پاسخگویی	بُعدِ اعتبار	بُعدِ کالای ملموس
توجه به تک‌تک مشتریان	ایجاد اعتماد در مشتریان	گفتن زمان دقیق انجام کار به مشتری	انجام کار، طبق قول داده شده در زمان معین	داشتن تجهیزات مدرن
ساعات کار مناسب برای مشتریان	ایجاد امنیت خاطر برای مشتریان در معامله	ارایه‌ی خدمات فوری به مشتریان	علاقه‌ی صمیمانه برای حل مشکلات مشتریان	ظاهر جذاب برای تسهیلات فیزیکی
توجه‌ی شخصی به مشتریان	احترام به مشتریان	تمایل همیشگی برای خدمت به مشتری	انجام خدمات درست دفعه اول	ظاهر مرتب و نظیف برای کارکنان خدمات
نشان دادن علاقه قلبی به مشتریان درک نیازهای ویژه مشتریان	داشتن دانش، برای پاسخگویی به سئوالات مشتریان	همیشه برای پاسخگویی به مشتری، وقت داشتن	انجام خدمات در زمان قول داده شده ثبت سوابق، بدون خطا	جزوات، ظاهری جذاب داشته باشند.

۲-۲-۵-۳- مدل سنجش رضایت‌مندی سوئدی

این مدل در سال ۱۹۹۲ به‌عنوان اولین مدل شاخص رضایت مندی تولیدات و خدمات در سطح ملی، در کشور سوئد معرفی شد. این شاخص ابتدا برای حدود ۱۳۰ واحد شرکت و ۳۲ واحد صنعتی در سوئد اندازه‌گیری گردید. مدل **SCSB** اولیه که در شکل زیر نمایش داده شده است، شامل دو محرک اولیه رضایت‌مندی است (ارزش دریافتی و توقعات مشتری). به‌طور دقیق‌تر ارزش دریافتی یا عملکرد دریافتی برابر است با سطح دریافت شده از کیفیت نسبت به قیمت پرداخت شده کیفیت نسبت به پول پرداختی یکی از شاخص‌هایی است که مشتری توسط آن محصولات و خدمات مختلف را با هم مقایسه می‌کند.



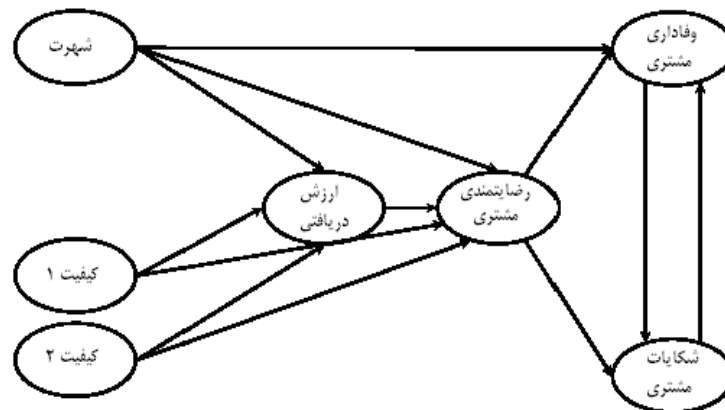
مدل SCSB

۲-۲-۵-۴- مدل سنجش رضایت‌مندی مشتری در آمریکا

این مدل در پاییز ۹۴ با همکاری مشترک انجمن کیفیت آمریکا و دانشکده‌ی تجارت دانشگاه میشیگان ارائه شد. مدل مذکور که نشأت گرفته از **SCSB** می‌باشد، شاخص **ACSI** که یک سنجش یکنواخت و شاخص قدرتمند اقتصادی است، همه ساله از سال ۹۴ برای ۷ قسمت اقتصادی، ۳۹ قسمت صنعتی و بیش از ۲۰۰ شرکت و آژانس محلی اندازه‌گیری می‌شود. یک پرسشنامه ۱۵ سئوالی جهت استخراج ۶ قسمت مدل فوق استفاده می‌شود. کلیه‌ی سرچشمه‌ی این پرسشنامه دارای امتیازی بین ۱ تا ۱۰ می‌باشد. اختلاف اصلی این مدل با مدل قبلی (**SCSB**) اضافه شدن کیفیت دریافتی به صورت مجزا می‌باشد.

۲-۲-۵-۵- مدل سنجش رضایت‌مندی مشتری در اروپا

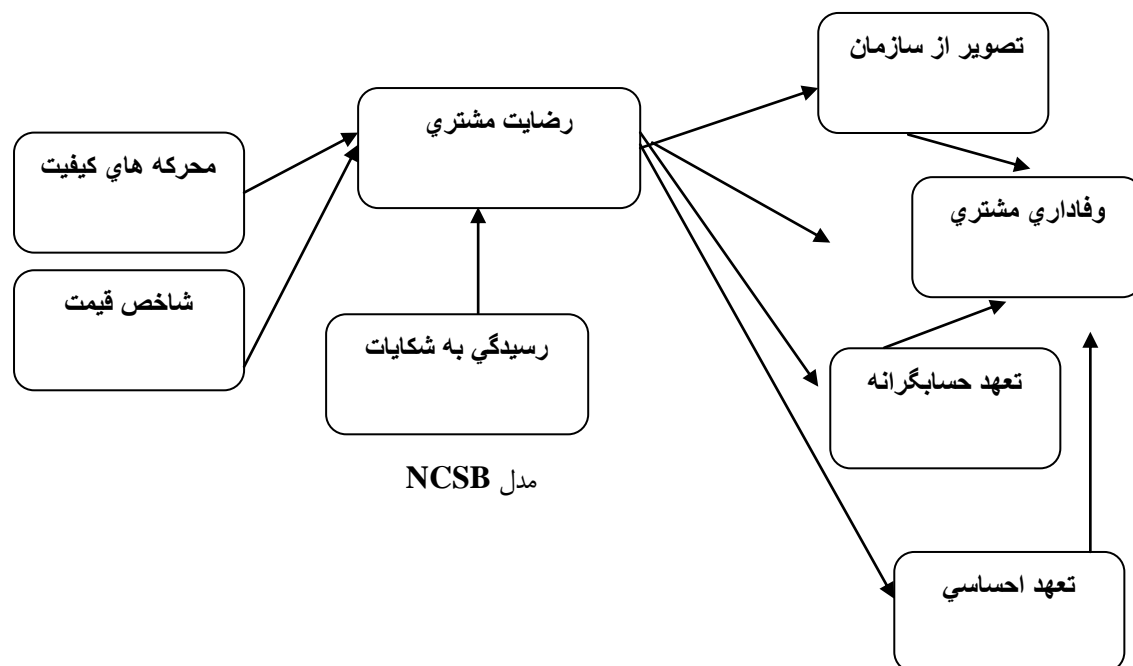
این مدل به‌واقع یکی از گونه‌های جدید و اصلاح شده **ACSI** می‌باشد که در سال ۲۰۰۰ ارائه گردیده است. انتظارات مشتری، کیفیت دریافتی، ارزش دریافتی و وفاداری مشتری دقیقاً مشابه مدل **ACSI** می‌باشد. نکته‌ی قابل توجه این مدل افزودن عامل شهرت شرکت است.



مدل ECSI

۲-۲-۵-۶- مدل سنجش رضایتمندی نروژی

این مدل تمامی نقاط ضعف مدل‌های قبلی را پوشش داده و تمامی نقاط قوت آنها را داراست. از نکات برجسته این مدل جایگزینی ارزش دریافتی با شاخص قیمت به عنوان یک محرک رضایتمندی و وفاداری و همچنین در نظر گرفتن ارتباط رسیدگی به شکایات با رضایتمندی می‌باشد.



مدل NCSB

۲-۳-۵-۳- مفهوم رضایت‌مندی در بیمه‌های درمان

بیمه در ورای نام کوچک خود دنیای عظیمی را شامل می‌شود و یکی از بزرگ‌ترین منابع اقتصادی کشور به حساب می‌آید. در کشور ما نیز که بحث تحریم‌های مقطعی و پیشگیری از توسعه علم و دانش از سوی کشورهای مختلف همواره مطرح بوده در عرصه درمان نیز نمود پیدا کرده و بیش از گذشته این حوزه را تحت تأثیر قرار داده است. بنابراین لزوم ایجاد محیط‌های پویا و تدبیر راهکارهای استراتژیک در این حوزه از هر زمان دیگری بیشتر احساس می‌شود که با سیاست‌های نوین در عرصه سلامت می‌توان نه تنها بر همه‌ی این مشکلات چیره شد؛ بلکه می‌توان چشم‌انداز جدید برای آینده ایران عزیز ترسیم نمود. صنعت بیمه نیز که همواره با مبحث درمان و سلامت با هم مطرح شده و از اجزای جدایی‌ناپذیر این حرفه به‌شمار می‌رود، نقش تعیین‌کننده‌ای در اجرای روند سیاست‌های پزشکی داشته و تأثیر مستقیم در بهبود کیفیت نظام سلامت ایفا می‌کند (محرمی، سامی، ۱۳۹۱).

در علم اقتصاد هنگامی که بازار عرضه و تقاضا به تعادل می‌رسند به مرور قیمت‌ها ثبات پیدا می‌کنند و مقدار تولید نیز مشخص می‌شود. به عبارتی، هر بنگاه با برآورد میزان تقاضای بازار به تولید می‌پردازد صنعت بیمه‌ای کشور نیز در زمینه‌ی امور درمان از این قاعده مستثنی نیست و این صنعت که از پردرآمدترین صنایع‌های هر کشور به‌شمار می‌رود، می‌بایست به‌صورت پویا با برآورد میزان تقاضا که در این‌جا انتظارات مردم از بیمه می‌باشد و میزان عرضه که تحت پوشش قرار دادن بهینه انتظارات مردم

می‌باشد، نقطه‌ی تعادل که همان رضایت بیمه شده می‌باشد را پیدا کرد و سیاست‌های کلان بیمه و راه‌های استراتژیک رسیدن به این مهم را طی بازه‌های زمانی مختلف ترسیم نمود که ارائه‌ی الگوهای پیشنهادی علمی جهت سنجش میزان انتظارات مردم از بیمه و تعیین جایگاه کنونی سازمان‌های بیمه مورد بررسی قرار گرفته است، رتبه‌بندی مؤسسات بیمه به شفاف‌سازی، افزایش کارایی و ایجـاد رقابت غیرقیمتی در بازار منجـر می‌شود. اطلاعات رتبه‌بندی، مورد استفاده ذی‌نفع‌های بسیاری از جمله، مصرف‌کنندگان، نهاد ناظر بر مؤسسات بیمه، سرمایه‌گذاران و بانک‌ها قرار می‌گیرد.

هدف اساسی از رتبه‌بندی، ارزیابی قابلیت اعتماد شرکت بیمه است؛ بنابراین با توجه به مطالب مذکور و ظرفیت‌های موجود در صنعت بیمه، جمهوری اسلامی در زمینه‌ی خدمات درمانی و نیز اهمیت روزافزون این صنعت در درآمدهای کشور و افزایش رفاه اجتماعی بررسی انتظارات مردم و حتی در مراحل بعد انتظارات پزشکان از سازمان‌های بیمه‌گر و بازخورد مناسب از سوی سازمان‌ها را امری اجتناب‌ناپذیر می‌نماید. لذا لازم است تا پژوهش‌های علمی متعددی در این باره صورت گیرد تا بتوان راهکارهای مناسبی برای بهبود نحوه‌ی ارائه بیمه‌های درمانی تدوین کرد و از سوی دیگر از آن جایی که در این زمینه در ایران تاکنون تحقیقات علمی قابل توجهی انجام نشده است.

بنابراین ضرورت انجام چنین تحقیقی احساس می‌شود، و از طرفی امروزه یکی از محورهای مهم توسعه‌ی پایدار، عدالت اجتماعی است که همواره مظلوم واقع شده است. از ارکان مهم عدالت اجتماعی برخورداری تمام اقشار جامعه از بهداشت و سلامت جسمی و روحی است که ناخواسته با اوضاع معیشتی مردم ارتباط تنگاتنگی دارد و صنعت بیمه برای تحقق عدالت واقعی در این زمینه می‌بایست با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی و ایجاد طرح‌های مختلف این مهم را برآورده سازد (محرمی، سامی، ۱۳۹۱).

بیمه‌ها همیشه سعی در فراهم آوردن آسودگی و آرامش مردم بوده‌اند و تأمین آینده‌ای با اطمینان خاطر بالا همیشه از دغدغه‌های مهم به‌شمار می‌رفته همان‌طور که رهبر معظم انقلاب فرمودند: ما می‌خواهیم اگر کسی در خانواده‌ای مریض شد، آن خانواده جز رنج بیماری‌داری، رنج دیگری نداشته باشد، که این خود چشم‌انداز بیمه‌های درمانی را در کشور مشخص می‌کند.

۲-۲-۵-۴- رضایت‌مندی و برون‌سپاری

در جهان صنعتی امروز، فضای رقابت، فضای انحصاری گذشته را در حیطه‌ی تولید و ارائه‌ی خدمات، در هم شکسته است، به گونه‌ای که در عرصه‌ی فعالیت‌های اقتصادی، کسب رضایت مشتری یکی از اصول کسب و کار تلقی می‌شود و عدم توجه به این اصل، احتمال حذف شدن از صحنه‌ی رقابت و بازار را در پی خواهد داشت. در بسیاری از کشورهای جهان، خصوصی‌سازی و برون‌سپاری شرکت‌های دولتی به عنوان راهی برای ارتقاء کارایی افزایش بهره‌وری، کاهش حجم تصدی‌گری دولت^۱ در فعالیت‌های غیرضروری، ایجاد تعادل اقتصادی، استفاده بهینه از امکانات کشور، استفاده بهینه از تخصص‌ها و مهارت‌ها و کاهش بار مالی دولت در اثر رقابت مورد توجه قرار گرفته است.

اجرای صحیح خصوصی‌سازی موجب افزایش بهره‌وری، تشویق سرمایه‌گذاری و ایجاد اشتغال شده است. نکته‌ی حساس در خصوصی‌سازی، در نظر گرفتن همه‌ی جوانب آن از جمله جنبه‌های اجتماعی در کنار جنبه‌های اقتصادی است؛ چرا که عدم نگاه جامع به خصوص‌سازی می‌تواند عواقب نامطلوبی را در پی داشته باشد، به نحوی که مزایای اقتصادی آن را نیز تحت‌الشعاع قرار دهد.

روتنبرگ^۲ حتی در مورد کشورهای پیشرفته نیز، علی‌رغم موفقیت‌های اولیه، درخصوص گرایش افراطی به سوی خصوصی‌سازی هشدار می‌دهد و می‌گوید هنوز شرایط تجربی و اصول نظری کافی وجود ندارد تا بتوان در این راه با شتاب حرکت کرد. و از طرفی اندازه‌گیری برداشت مشتریان و نتایج آنان، عامل مهمی در جنبش کیفیت سازمان‌های خصوصی است. رضایت مشتری و توجه به خواسته‌ها، نیازها و علایق او عنصری اساسی در سودآوری، رشد و توسعه‌ی شرکت محسوب می‌شود. در نتیجه شناخت راهکارهای لازم در راستای جذب مشتری و تلاش برای جلب رضایت وی، از مرحله پژوهش و نیازسنجی تا خدمات پس از فروش، در بلندمدت پایدار و ثبات را برای شرکت به دنبال خواهد داشت. بر این اساس مشتری‌مداری به عنوان یکی از مهم‌ترین ارزش‌ها و مفاهیم سرآمدی مدل تعالی^۳ محسوب می‌گردد (ریاحی، مهربان، ۱۳۹۱). اما تحقیق حاضر با الگوپذیری از اغلب مدل‌های پیش‌گفت و با دستیابی به بک‌الگوی محقق ساخته که مبنای اساسی آن برگرفته از عناصر اصلی بیمه‌های درمانی می‌باشد تهیه و ارائه گردیده است.

۲-۳- بررسی اجمالی پیشینه تحقیق

رئیس، قربانی، تیرایی (۱۳۹۰) در تحقیقی با عنوان «عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی دارندگان دفترچه‌ی بیمه‌ی روستایی از برنامه‌ی پزشک خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار» پرداختند. در مطالعه‌ای که توسط جعفری (۲۰۰۶) صورت پذیرفت بیشترین رضایت نسبت به مناسب بودن هزینه‌ی خدمات ابراز شده است. بین سن و رضایت‌مندی، همبستگی معکوس وجود داشت و رضایت‌مندی افراد با شغل، فاصله محل سکونت تا مرکز ودفعات مراجعه‌ی ایشان به مرکز بهداشتی ارتباط معنی‌دار آماری نشان داد؛ ولی این ارتباط با جنس، وضعیت تاهل، تعداد فرزندان و سطح تحصیلات مشاهده نشد. بین سطح تحصیلات افراد و رضایت‌مندی آنان نسبت به برخورد پرسنل، زمان انتظار، هزینه‌ی خدمات و آموزش و راهنمایی نیز ارتباط معناداری وجود داشت.

جمشیدی (۲۰۰۶) اهداف پژوهش خود را با موضوع مونیتورینگ^۴ پزشک خانواده در ایران بیان می‌کند؛ احیای نظام ارجاع، افزایش پاسخگویی در نظام سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی^۵، کاهش

^۱ Government Warden

^۲ Rothenberg

^۳ Excellence Model

^۴ Monitoring

^۵ Health Services

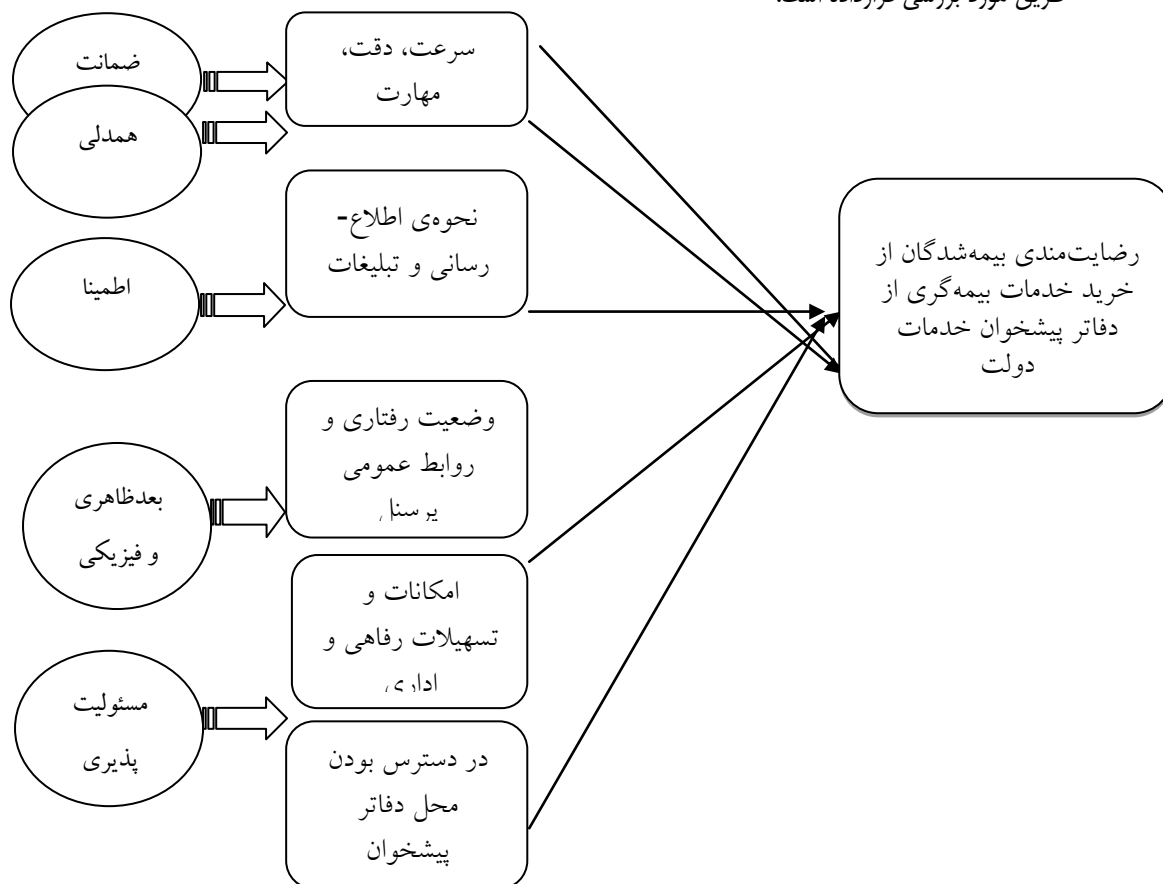
هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت، افزایش پوشش خدمات سلامت و از همه مهم‌تر، افزایش رضایت‌مندی مردم از خدمات سلامتی است.

(کمپل، ۲۰۰۲) در مطالعه کمپیل بین گروه‌های مختلف سنی، نژاد و وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران با رضایت آن‌ها از خدمات بهداشتی - درمانی اختلاف معنی داری وجود داشت. سفیدپوستان، افراد مسن‌تر و مرفه‌تر رضایت بیشتری از خدمات بهداشتی درمانی داشتند؛ ولی بین دو جنس، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

(بکر، ۱۹۹۰) نتایج پژوهش خود را با عنوان این‌گونه بیان می‌دارد که ارزیابی رضایت‌مندی بیماران به موضوع مهمی در ارزشیابی خدمات بهداشتی درمانی تبدیل شده و یکی از معیارهای کارایی در ارائه خدمات سلامت است. رضایت‌مندی، هم‌چنین در رسیدن به نتیجه‌ی مؤثر است؛ چرا که بیماران راضی مشارکت بیشتری در روند درمان دارند. علاوه بر این، میزان رضایت، منعکس‌کننده‌ی قضاوت بیماران درباره‌ی کیفیت خدمات است. افزایش اهمیت حمایت از مصرف‌کننده در خدمات بهداشتی نیز یکی از عناصر جامعه‌ی آزاد است.

فردوسی، محمدی‌زاده (۱۳۸۴)، در پژوهشی با عنوان میزان رضایت‌مندی بیمه‌شدگان استان تهران از خدمات بیمه‌های تکمیلی و پایه درمان به این موضوع پرداخته‌اند و به نتایج قابل قبولی در خصوص رضایت‌مندی نسبی بیمه‌شدگان از خدمات بیمه‌های تکمیلی دست یافته‌اند.

(دانیل، برایان^۱، ۲۰۱۰) در تحقیق خود با عنوان بررسی تأثیرات کیفیت خدمات بر رضایت‌مندی مشتریان با استفاده از مدل سروکووال به بررسی موضوع در فروشگاه‌های عرضه مواد غذایی پرداخته است و رفتار و انتظارات مصرف‌کننده را از این طریق مورد بررسی قرار داده است.



مدل مفهومی تحقیق - محقق ساخته

^۱ Daniyel and brayan

فصل سوم

روش‌شناسی تحقیق

۳-۱- مقدمه

امروزه پژوهش علمی تأثیر چشم گیری بر رشد و گسترش علوم و دانش بشری گذاشته است. هرچند که حصول توافق میان دانشمندان و پژوهشگران درباره‌ی تعریف پژوهش علمی چندان ساده نیست، اما یک تعریف علمی عبارتست از «مطالعه‌ی نظام‌دار، کنترل شده، تجربی و انتقادی یک یا چند قضیه‌ی فرضی در مورد احتمالی میان پدیده‌های طبیعی». هدف از انتخاب روش پژوهش آن است که پژوهشگر مشخص نماید که آغاز چه شیوه را و هرچه سریع‌تر و ارزان‌تر به پاسخ مورد نظر می‌رساند (رحمانی، ۱۳۹۲).

در این فصل به بیان روش تحقیق، جامعه آماری، روش ابزار جمع‌آوری داده‌ها و روایی و پایایی آن و در نهایت تجزیه و تحلیل داده‌ها پرداخته می‌شود.

۳-۲- روش تحقیق

تحقیق حاضر را می‌توان براساس هدف کاربردی دانست. این نوع تحقیقات با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به‌منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روش‌ها، ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی انجام می‌شود. هدف تحقیق کاربردی توسعه دانش کاربردی در یک زمینه‌ی خاص است (سرمد، ۱۳۸۷).

هم‌چنین این تحقیق براساس روش اجرا جزو تحقیقات توصیفی همبستگی می‌باشد. در این نوع تحقیقات رابطه میان متغیرها براساس هدف پژوهش تحلیل می‌گردد. در تحقیقات همبستگی اگر هدف پیش‌بینی متغیرهای وابسته براساس متغیرهای مستقل باشد؛ به متغیر وابسته، متغیر ملاک و به متغیر مستقل، متغیر پیش‌بین گویند. هم‌چنین وجه تمایز تحقیق همبستگی با تحقیق آزمایشی در این است که در این‌جا متغیرهای مستقل دست‌کاری نمی‌شوند.

هم‌چنین این تحقیق براساس روش جمع‌آوری داده‌ها پس‌رویدادی - پیمایشی می‌باشد در این نوع تحقیق هدف، بررسی توزیع ویژگی‌های یک جامعه است و بیشتر تحقیق‌های مدیریت از این نوع می‌باشد. در پژوهش پیمایشی پارامترهای جامعه بررسی می‌شوند. در این‌جا پژوهشگر با انتخاب نمونه‌ای که معرف جامعه است به بررسی متغیرهای پژوهش می‌پردازد.

۳-۳- جامعه‌ی آماری و چگونگی نمونه‌گیری

جامعه‌ی آماری به کل افرادی گفته می‌شود که از جهات خاص مربوط به نقطه نظرهای تحقیق دارای صفات مشترک بوده و مشمول نتایج پژوهش مورد نظر باشند. محقق باید قبل از آغاز کار پژوهش، چه‌ارچوب جامعه‌ی آماری آن تحقیق را مشخص و روشن کند تا هم تکلیف خودش معلوم باشد و هم بتواند آن را به سادگی به دیگران معرفی نماید. جامعه‌ی آماری را جامعه هدف نیز می‌گویند (سکاران، ۱۳۸۲). بنابراین جامعه آماری را می‌توان این‌گونه تعریف نمود:

«جامعه‌ی آماری عبارتست از کلیه‌ی عناصر و افرادی که در یک مقیاس جغرافیایی مشخص دارای یک یا چند صفت مشترک باشند» (حافظ‌نیا، ۱۳۸۷).

«صفت مشخصه صفتی است که بین همه‌ی عناصر جامعه‌ی آماری مشترک و متمایزکننده‌ی جامعه‌ی آماری از سایر جوامع باشد» (آذر و مؤمنی، ۱۳۸۵). جامعه‌ی آماری تحقیق حاضر به منظور انجام مطالعات میدانی شامل کلیه‌ی بیمه‌شدگان در اداره کل بیمه‌ی سلامت خراسان شمالی ۶۹۰ هزار نفر می‌باشند.

۳-۴- نمونه و روش نمونه‌گیری

از آن‌جا که جوامع آماری از حجم و وسعت جغرافیایی زیادی برخوردارند و امکان مراجعه محقق به تمام آن‌ها میسر نمی‌باشد، بنابراین ناگزیر به انتخاب جمعی از آن‌ها به‌عنوان نمونه و تعمیم نتایج آن به جامعه‌ی مورد مطالعه هستند، بنابراین محقق راه نمونه‌گیری را انتخاب می‌کند.

محقق به دو شکل ممکن است نمونه را انتخاب نماید، یک شکل آن این است که شانس انتخاب شدن را به تمامی افراد جامعه بدهد. روش دیگر، روش غیراحتمالی است، یعنی همه‌ی افراد جامعه شانس مساوی برای انتخاب شدن به‌عنوان عضو نمونه را نداشته باشد و در انتخاب افراد برای نمونه، نظریات محقق دخالت داشته باشد. بنابراین محقق وقتی قصد شناخت جامعه‌ی آماری از طریق مطالعه نمونه‌های از آن را دارد، باید حتماً روش اول را برای گزینش نمونه انتخاب کند تا از این طریق نمونه با جامعه مشابهت داشته باشد و صفات آن‌ها بر یکدیگر مطابقت نماید و نمونه معرف جامعه باشد. بدین ترتیب می‌توان نمونه را چنین تعریف کرد:

- «نمونه عبارتست از تعدادی از افراد که صفات آن‌ها با صفات جامعه مشابهت داشته، معرف جامعه بوده و از تجانس و همگنی با افراد جامعه برخوردار باشد» (حافظنیا، ۱۳۸۷).

- روش و حجم نمونه گیری در این تحقیق برطبق جدول مورگان (۳۸۴ عدد) و بر اساس روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای و در جامعه بیمه شدگان اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی (به میزان ۶۹۰ هزار نفر) تعیین گردیده است لذا با توجه به تعداد بار مراجعات و حجم آمار هر یک از دفاتر پیشخوان مستقر در شهرستان های بجنورد، شیروان، اسفراین نسبت به توزیع متناسب آن صورت گرفت.

۳-۵- داده‌های مورد نیاز، متغیرهای تحقیق و روش‌های محاسبه

متغیر یک مفهوم است که بیش از دو یا چند ارزش یا عدد به آن اختصاص داده می‌شود. به‌عبارت دیگر، متغیر به ویژگی‌هایی اطلاق می‌شود که می‌توان آن‌ها را مشاهده یا اندازه گیری کرد. و دو یا چند ارزش یا عدد را جایگزین آن‌ها نمود. عدد یا ارزش نسبت داده به متغیر، نشان دهنده‌ی تغییر از یک فرد به فرد دیگر یا از یک حالت به حالت دیگر است. می‌تواند مفهوم است نه متغیر، اما وزن می‌تواند متغیر است. مفهوم می‌تواند به تنهایی بر وجه‌ود ارزش‌های چندگانه دلالت نمی‌کند و برای مثال، به همین دلیل این مفهوم مشخص نمی‌سازد که چه ویژگی یا ویژگی‌هایی از آن مورد نظر است. و برای مثال، کدام یک از ویژگی‌های رنگ، وزن یا ارتفاع می‌تواند مشاهده یا اندازه‌گیری قرار گرفته است.

کرلینجر (۱۹۸۶) معتقد است متغیر یک نماد است که می‌توان عدد یا ارزش را جایگزین آن کرد. به‌عنوان مثال، X یک متغیر است، و در حقیقت نمادی است که می‌توان عدد یا ارزش را جانشین آن قرار داد. گاهی اوقات ویژگی‌هایی که در یک پژوهش اندازه گیری می‌شوند، ممکن است در پژوهش دیگر ثابت نگهداشته شوند. متغیر در مقابل ثابت قرار دارد. ثابت به ویژگی‌هایی اطلاق می‌شود که دارای ارزش مساوی و یکسان است و می‌توان آن در همه افراد یا اشیا یا حوادث به یک اندازه است. به‌عنوان مثال، اگر در پژوهشی دانش‌آموزان کلاس چهارم به‌عنوان آزمودنی به کار روند، «کلاس» ثابت است، یا اگر در یک پژوهش دانش‌آموزان ده ساله مشارکت داشته باشند، «سن» ثابت است. متغیر کمی است که در دامنه‌ی معین می‌تواند از یک فرد به فرد دیگر یا از یک مشاهده به مشاهده دیگری، مقادیر مختلفی را اختیار کند؛ بنابراین چیزی است که تغییر می‌پذیرد، نمادی است که ارزش‌ها یا اعداد به آن منتسب می‌شود (هویت، ۱۳۸۸).

در این تحقیق دو نوع متغیر وجود دارد: مستقل، وابسته.

عوامل مؤثر بر رضایت مندی بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت شامل: سرعت دقت مهارت، اطلاع رسانی و تبلیغات، رفتار و نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل دفاتر پیشخوان خدمات دولت، امکانات رفاهی و محیط مناسب اداری و هم‌چنین در دسترس بودن محل دفاتر پیشخوان از متغیرهای عمومی مستقل بوده و می‌توانند متغیرهای مربوط به متغیرهای وابسته یعنی رضایت مندی بیمه‌شدگان را تبیین و پیش‌بینی نمایند. هم‌چنین متغیرهای فنی تأثیرگذار بر متغیر وابسته شامل (نحوه صدور اولیه بیمه‌نامه، نحوه تمدید بیمه‌نامه نحوه تعویض بیمه‌نامه، نحوه صدور دفاتر درمانی ال‌مثنی، ابطال بیمه‌نامه، کیفیت نسخ، نحوه چاپ، نحوه صحافی و تحویل) را نام برد.

۳-۶- جمع‌آوری داده‌ها

یکی از مهم‌ترین مراحل تحقیق، گردآوری اطلاعات است. اطلاعات مورد نیاز برای انجام تحقیق را به طرق مختلف می‌توان جمع‌آوری نمود. ابزارهای گوناگونی مانند مشاهده، مصاحبه، پرسشنامه و اسناد و مدارک و غیره برای به دست آوردن داده‌ها وجود دارد. هر یک از این ابزارها معایب و مزایایی دارند که هنگام استفاده از آن‌ها باید مورد توجه قرار گیرند تا اعتبار پژوهش دچار خدشه نشود و از طرفی نقاط قوت ابزار تقویت گردد. هر پژوهشگر باید با توجه به ماهیت مسأله و فرضیه‌های طراحی شده یک یا چند ابزار را انتخاب نماید و پس از کسب شرایط لازم در مورد اعتبار این ابزارها، از آن‌ها در جهت جمع‌آوری داده‌ها بهره‌جوید تا در نهایت از طریق پردازش و تحلیل این داده‌ها، بتواند در مورد فرضیه‌ها قضاوت نماید. انتخاب ابزارها باید به گونه‌ای باشد که پژوهشگر بتواند از نحوه انتخاب ابزار خود دفاع کند و از این طریق دستاوردهای پژوهش خود را معتبر سازد (خاکی، ۱۳۷۸).

۳-۶-۱- مطالعات کتابخانه‌ای

از طریق این نوع مطالعه داده‌های ثانوی به دست می‌آیند که پیش از آغاز تحقیق توسط پژوهشگر بررسی می‌شوند، باشد. روش کتابخانه‌ای عمدتاً برای مطالعه ادبیات تحقیق، محورهای عمده پژوهش بر منابع کتابخانه‌ای شامل کتب فارسی و لاتینی، مقالات فارسی و انگلیسی، پایان‌نامه‌ها، سایت‌های اینترنتی می‌باشد. در این پژوهش از مقالات، کتب و سایت‌های معتبر علمی بهره‌جسته است.

۳-۶-۲- مطالعات میدانی

روش دیگری که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، روش میدانی با استفاده از پرسشنامه است. با توجه به این-که پرسشنامه یکی از ابزارهای رایج تحقیق و روشی برای کسب داده‌های پژوهش است و با ارزش‌گذاری کدگذاری و تجزیه و تحلیل، تعبیر و تفسیر پرسشنامه منظم به علت یکنواختی آن برای همه آزمودنی‌ها، آسان و راحت بوده؛ چرا که از پاسخگو خواسته می‌شود به جای انشای پاسخ، تنها یک علامت در مقابل یکی از پاسخ‌های پیش‌بینی شده بگذارد. در این پژوهش، محقق با استفاده از ابزار پرسشنامه به جمع‌آوری اطلاعات مورد نیاز خود در جهت اثبات و یا رد فرضیات مطرحه پرداخته است. در این پژوهش از یک پرسشنامه ۴۴ سؤالی استاندارد در زمینه سنجش رضایتمندی (با استفاده از روش سروکووال) بهره‌برده است.

۳-۶-۷- مدل آزمون فرضیه

برای تجزیه تحلیل داده‌های گردآوری شده از فنون آمار توصیفی و استنباطی استفاده می‌گردد. فراوانی، میانگین (پارامتر مرکزی) انحراف معیار (پارامتر پراکندگی) از جمله فنون توصیفی می‌باشد. ضریب همبستگی، رگرسیون از جمله فنون استنباطی که در این تحقیق استفاده خواهد شد.

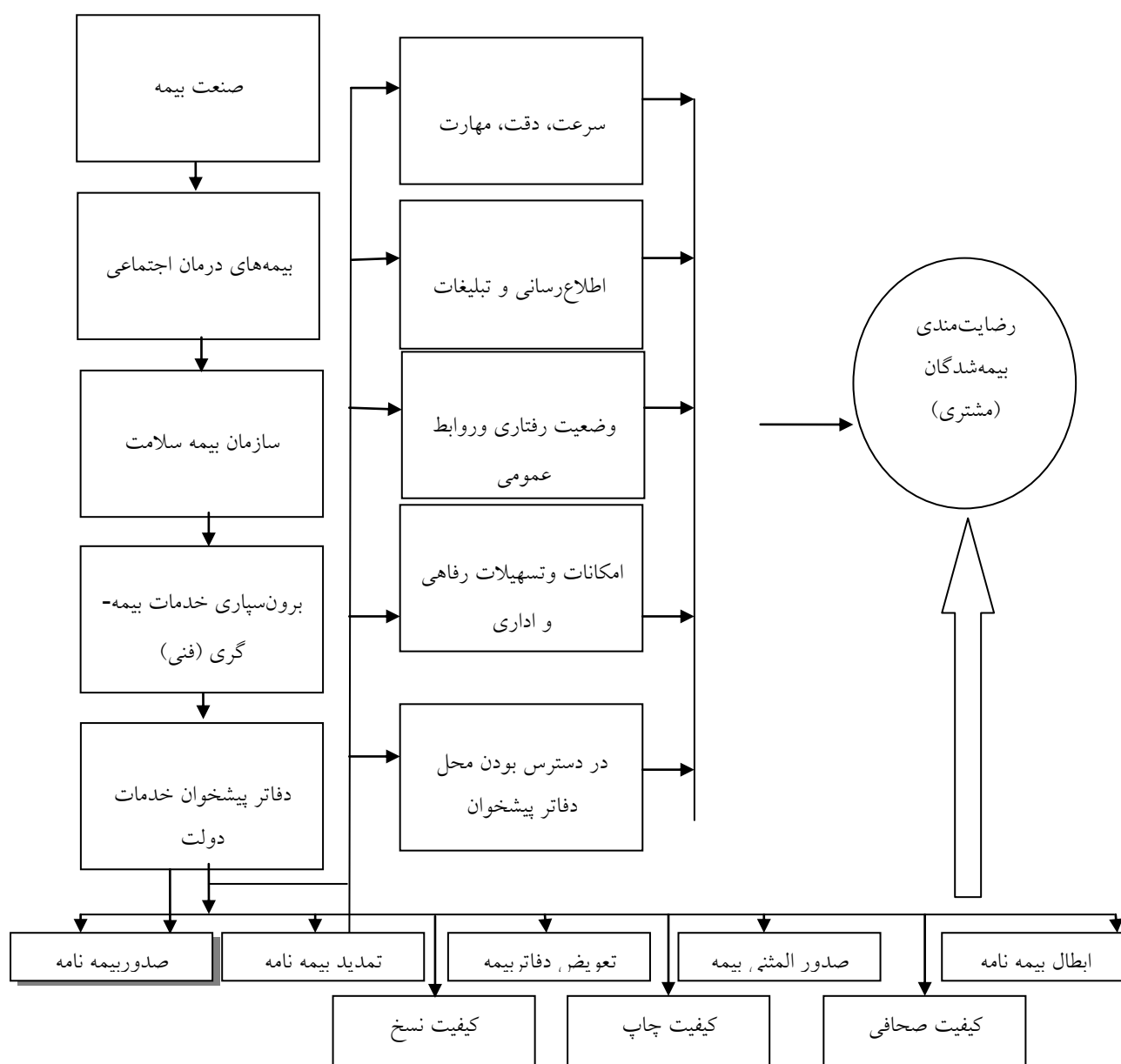
۳-۶-۸- طرح آزمون‌های آماری

پس از این‌که پژوهشگر روش تحقیق خود را مشخص کرد و با استفاده از ابزارهای مناسب، داده‌های مورد نیاز را برای آزمون فرضیه‌های خود جمع‌آوری کرد، اکنون نوبت آن است که با بهره‌گیری از تکنیک‌های آماری مناسبی که با روش تحقیق، نوع متغیرها و غیره، سازگاری دارد، داده‌های جمع‌آوری شده را دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل نماید و در نهایت فرضیه‌هایی را که تا این مرحله او را در تحقیق هدایت کرده‌اند، در بوته‌ی آزمایش قرار دهد و تکلیف آن‌ها را روشن کند و سرانجام بتواند پاسخی (راه‌حلی) برای پرسشی که تحقیق تلاش سیستماتیکی برای همدست آوردن آن بود، بیابد (خاکی، ۱۳۸۷).

برای تحلیل استنباطی داده ها لازم است در قدم اول محقق آزمون آماری مناسب را تشخیص دهد، به همین منظور وی باید به سؤالات زیر پاسخ دهد (رضوانی، ۱۳۹۰).

با توجه به داده‌های تحقیق باید از آزمون‌های پارامتری استفاده شود یا نل پارامتری؟
فرضیه تحقیق از چه نوعی است؟ تک متغیری، رابطه (همبستگی) و یا از نوع اختلاف.
مقیاس متغیر یا متغیرهای تحقیق از چه نوعی است؟ اسمی، رتبه‌ای، فاصله‌ای و یا نسبی.
در این تحقیق برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی و بررسی و همچنین تحلیل فرضیات تحقیق از نرم افزار **Spss۲۰** بهره برده شده است.

مدل‌یابی معادله ساختاری یک رویکرد جامع برای آزمون فرضیه‌هایی درباره روابط متغیرهای مشاهده شده و پنهان است در میان تمامی شیوه‌ی تحلیل چندمتغیره تنها روش معادلات ساختاری است که همزمان هم از تحلیل رگرسیون چندگانه و هم از تحلیل عاملی استفاده می‌کند.



ارتباط واژه‌ها و مفاهیم تحقیق - محقق ساخته

فصل چهارم

یافته های تحقیق

۱-۴-مقدمه

تجزیه و تحلیل داده‌ها برای بررسی صحت و سقم فرضیه برای هر نوع تحقیق از اهمیت خاصی برخوردار است. امروزه در بیشتر تحقیقاتی که متکی بر اطلاعات جمع آوری شده از موضوع مورد تحقیق می باشد، تجزیه و تحلیل اطلاعات از اصلی ترین و مهم ترین بخش های تحقیق محسوب می شود. داده‌های خام با استفاده از نرم افزار آماری مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرند و پس از پردازش به شکل اطلاعات در اختیار استفاده کنندگان قرار می گیرند. در این فصل، ابتدا تحلیل عاملی تحقیق انجام شده و بعد مدل اصلی پژوهش بررسی می شود. در نهایت فرضیات تحقیق آزمون می شوند. برای بررسی و تحلیل فرضیات تحقیق از روش معادلات ساختاری با استفاده از نرم افزار لیزرل نسخه ۸ بهره برده شده است. این روش این امکان را فراهم می کند تا صحت فرضیه های تحقیق را مورد آزمون قرار داده و معنادار بودن ضرایب بدست آمده را نشان داد.

۲-۴-توصیف آماری داده های پژوهش

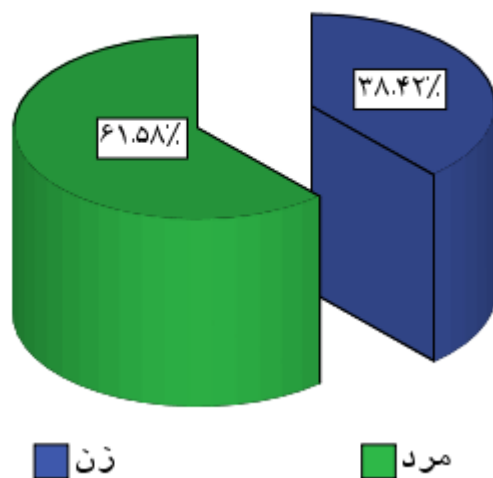
در این قسمت به ارائه آمار توصیفی، نمودارها و جداول ویژگی های جمعیت شناختی نمونه پرداخته می شود. ارائه آمار توصیفی از آن جهت مهم است که باعث شناخت بهتر از جامعه و ویژگی های عمومی آن و همچنین تحلیل بهتر ارتباط بین متغیرها می شود. در این تحقیق جنسیت، سن، عنوان رتبه شغلی، نوع بیمه، نوع بخش بستری، نوع بیمارستان آورده شده است.

جنسیت پاسخگویان

جدول ۴-۱: توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک جنسیت

جنس پاسخگویان	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
زن	۱۴۱	۳۶/۸	۳۸/۴
مرد	۲۲۶	۵۹	۱۰۰
جمع	۳۶۷	۹۵/۸	
عدم پاسخ	۱۶	۴/۲	
جمع کل	۳۸۴	۱۰۰	

وضعیت جنسیت حجم نمونه آماری تحقیق



نمودار (۱-۴) نمودار توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب جنسیت

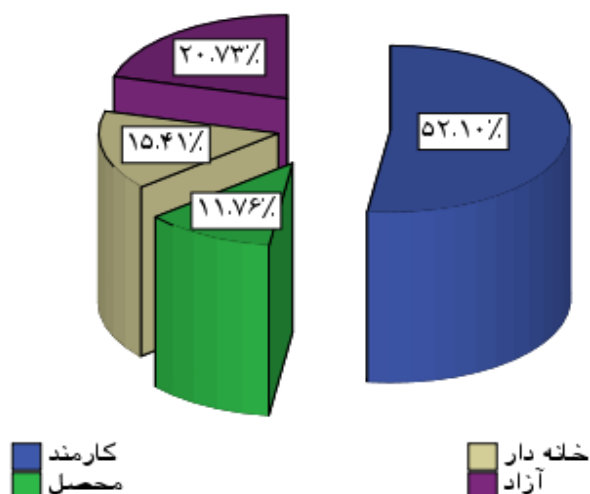
با توجه به جدول و نمودار فوق مشاهده می شود، بیشترین فراوانی پاسخگویان ۶۱/۵۸ درصد متعلق به مردان و کمترین فراوانی ۳۸/۴۲ درصد را زنان تشکیل می دادند.

وضعیت شغلی پاسخگویان

جدول ۲-۴: توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک وضعیت شغلی

وضعیت شغلی پاسخگویان	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
کارمند	۱۸۶	۴۸/۶	۵۲/۱
محصل	۴۲	۱۱	۶۳/۹
خانه دار	۵۵	۱۴/۴	۷۹/۳
آزاد	۷۴	۱۹/۳	۱۰۰
جمع	۳۵۷	۹۳/۲	
عدم پاسخ	۲۶	۶/۸	
جمع کل	۳۸۴	۱۰۰	

وضعیت شغلی حجم نمونه آماری تحقیق



نمودار (۲-۴) نمودار توزیع فراوانی پاسخگویان بر حسب تحصیلات

با توجه به جدول و نمودار فوق مشاهده می‌شود، بیشترین فراوانی پاسخگویان ۵۲/۱۰ درصد کارمند بودند.

وضعیت سن پاسخگویان

نمونه مورد تحقیق از لحاظ وضعیت سنی دارای میانگین سنی ۳۲/۷۹ سال بودند که حداقل سن ۱۵ سال و حداکثر سن ۶۰ سال بود.

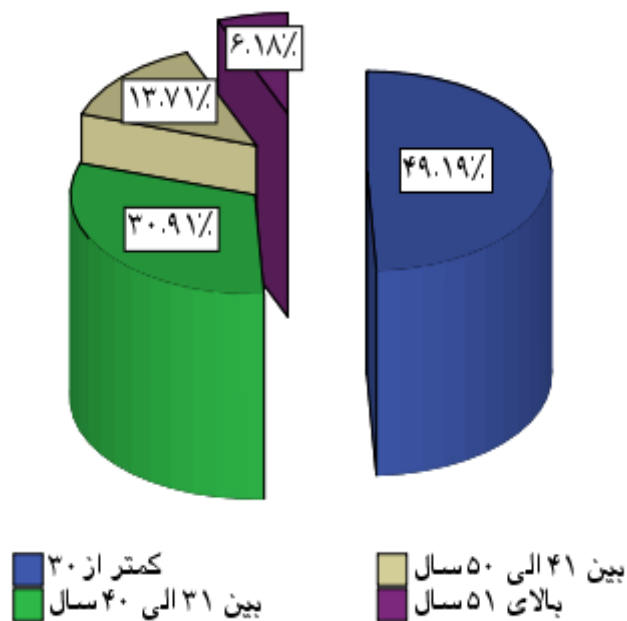
جدول ۳-۴: توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک وضعیت سنی

وضعیت سن پاسخگویان	فراوانی	درصد	درصد تجمعی
زیر ۳۰ سال	۱۸۳	۴۷/۸	۴۹/۲
بین ۳۱ تا ۴۰ سال	۱۱۵	۳۰	۸۰/۱
بین ۴۱ تا ۵۰ سال	۵۱	۱۳/۳	۹۳/۸
از ۵۱ سال به بالاتر	۲۳	۶	۱۰۰

	۹۷/۱	۳۷۲	جمع
	۲/۹	۱۱	عدم پاسخ
	۱۰۰	۳۸۴	جمع کل

در شکل زیر توزیع فراوانی وضعیت سنی پاسخگویان نشان داده شده است.

وضعیت سنی حجم نمونه آماری



نمودار (۳-۴) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک رده سنی

با توجه به جدول و نمودار فوق وضعیت رده سنی در پاسخگویان بیشترین فراوانی مربوط به کارکنان با رده سنی ۳۵ تا ۴۵ سال ۶۹/۰۹٪ بودند.

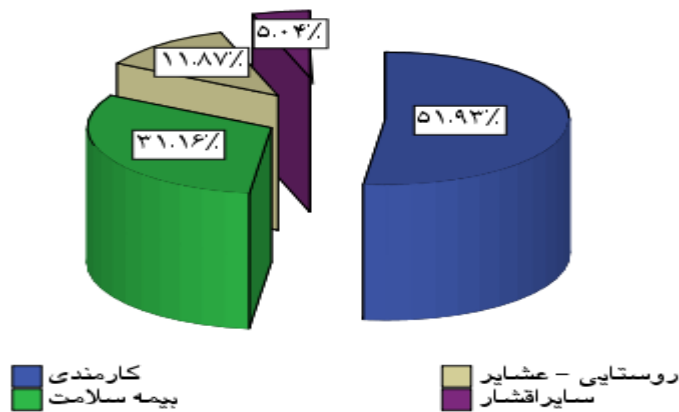
وضعیت نوع بیمه پاسخگویان

جدول ۴-۴: توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک نوع بیمه را نشان می دهد.

نوع بیمه	فراوانی	درصد	درصد جمعی
کارمندی	۱۷۵	۴۵/۷	۵۱/۹
بیمه سلامت	۱۰۵	۲۷/۴	۸۳/۱
روستایی - عشایر	۴۰	۱۰/۴	۹۵
سایر اقشار	۱۷	۴/۴	۱۰۰
جمع	۳۳۷	۸۸	
عدم پاسخ	۴۶	۱۲	
جمع کل	۳۸۴	۱۰۰	

در شکل زیر توزیع فراوانی حجم نمونه آماری بر حسب نوع بیمه نشان داده شده است.

وضعیت نوع بیمه حجم نمونه آماری تحقیق



نمودار (۴-۴) توزیع فراوانی پاسخگویان به تفکیک نوع بیمه

۳۱/۱۶

با توجه به جدول و نمودار فوق ۵۱/۹۳ درصد از حجم نمونه آماری دارای بیمه از نوع کارمندی بوده و

درصد از نوع بیمه سلامت، ۱۱/۸۷ درصد از نوع روستایی - عشایر می باشند.

۳-۴- تحلیل آماری داده های پژوهش

۱-۳-۴- سنجش ابعاد کیفیت خدمات سروکووال

به منظور آزمون فرضیات ابتدا آزمون همبستگی رتبه ای اسپیرمن با استفاده از نرم افزار Spss جهت سنجش همبستگی بین ابعاد کیفیت خدمات سروکووال استفاده شد به منظور بررسی وجودارتباط و نیز میزان آن بین متغیرها از آزمون همبستگی استفاده می شود. به دلیل اینکه در این تحقیق متغیرها کیفی هستند از همبستگی اسپیرمن استفاده شده است

ضرایب همبستگی اسپیرمن میان متغیرهای تحقیق

ابعاد ظاهری و فیزیکی	همدلی	مسئولیت پذیری	ضمانت	قابلیت اطمینان
۱	۰/۱۸۲	۰/۱۲۳	۰/۴۳۰	۰/۱۲۱
	۱	۰/۲۰۶	۰/۲۸۵	۰/۵۱۶
		۱	۰/۷۳۹	۰/۳۶۸
			۱	۰/۵۸۱
				۱

تحلیل فرضیه اول

فرضیه فرعی اول: بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه ارائه خدمات و تسهیلات بیمه گیری (سرعت، دقت و مهارت) در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۵. محاسبه ضریب همبستگی بین رضایت بیمه شدگان و تسهیلات بیمه گیری

متغیر ملاک	شاخص آماری	مؤلفه سروکووال	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
رضایت بیمه شدگان	متغیر پیش بین	ضمانت	۰/۴۹۸	۰/۰۰۲	۳۸۴
	تسهیلات بیمه گیری				

با توجه به جدول ۴-۵ در خصوص رابطه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه ارائه خدمات و تسهیلات بیمه گیری با توجه به ضریب همبستگی ۰/۴۹۸ سطح معنی داری ۰/۰۰۲ رابطه معنی دار وجود دارد. یعنی فرض صفر را رد و فرض خلاف را می پذیریم در نتیجه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه ارائه خدمات و تسهیلات بیمه گیری در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

تحلیل فرضیه دوم

فرضیه فرعی دوم: بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه اطلاع رسانی و تبلیغات در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۶. محاسبه ضریب همبستگی بین رضایت بیمه شدگان و نحوه اطلاع رسانی و تبلیغات

متغیر ملاک	شاخص آماری متغیر پیش بین	مولفه سرکوال	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
رضایت بیمه شدگان	نحوه اطلاع رسانی و تبلیغات	همدلی	۰/۳۴۵	۰/۰۰۳	۳۸۴

با توجه به جدول ۴-۶ در خصوص رابطه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه اطلاع رسانی و تبلیغات با توجه به ضریب همبستگی ۰/۳۴۵ سطح معنی داری ۰/۰۰۲ رابطه معنی دار وجود دارد. یعنی فرض صفر را رد و فرض خلاف را می پذیریم در نتیجه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با نحوه اطلاع رسانی و تبلیغات در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

تحلیل فرضیه سوم

فرضیه فرعی سوم: بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۷. محاسبه ضریب همبستگی بین رضایت بیمه شدگان و وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل

متغیر ملاک	شاخص آماری متغیر پیش بین	مولفه سرکوال	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
رضایت بیمه شدگان	وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی	بعداطمینان	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱	۳۸۴

با توجه به جدول ۴-۷ در خصوص رابطه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل دفاتر مذکور با توجه به ضریب همبستگی ۰/۵۰۸ سطح معنی داری ۰/۰۰۱ رابطه معنی دار وجود دارد. یعنی فرض صفر را رد و فرض خلاف را می پذیریم در نتیجه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

تحلیل فرضیه چهارم

فرضیه فرعی چهارم: بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با لحاظ امکانات و تسهیلات رفاهی و محیط اداری فراهم شده در دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۸. محاسبه ضریب همبستگی بین رضایت بیمه شدگان و با لحاظ امکانات و تسهیلات رفاهی و محیط اداری و کیفیت نسخ

متغیر ملاک	شاخص آماری		مولفه سرکوال	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
	متغیر پیش بین	متغیر پیش بین				
رضایت بیمه شدگان	امکانات و تسهیلات رفاهی و محیط اداری فراهم شده در دفاتر	ظاهری و فیزیکی	۰/۱۰۸	۰/۱۰۲	۳۸۴	

با توجه به جدول ۴-۸ در خصوص رابطه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با لحاظ امکانات و تسهیلات رفاهی و محیط اداری فراهم شده با توجه به ضریب همبستگی ۰/۱۳۸ سطح معنی داری ۰/۰۷۸ رابطه معنی دار وجود ندارد. یعنی فرض صفر را پذیرفته و فرض خلاف آن رد گردید. در نتیجه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود ندارد.

تحلیل فرضیه پنجم

فرضیه فرعی پنجم: بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با در دسترس بودن دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

جدول ۴-۹. محاسبه ضریب همبستگی بین رضایت بیمه شدگان و در دسترس بودن دفاتر

متغیر ملاک	شاخص آماری		مولفه سرکوال	ضریب همبستگی	سطح معناداری	تعداد
	متغیر پیش بین	متغیر پیش بین				
رضایت بیمه شدگان	در دسترس بودن دفاتر	مسئولیت پذیری	۰/۶۴۳	۰/۰۰۰	۳۸۴	

با توجه به جدول ۴-۹ در خصوص رابطه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با در دسترس بودن دفاتر مذکور با توجه به ضریب همبستگی ۰/۶۴۳ سطح معنی داری ۰/۰۰۰ رابطه معنی دار وجود دارد. یعنی فرض صفر را رد شده و فرض خلاف آن پذیرفته می شود. در نتیجه بین رضایت بیمه شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت با در دسترس بودن دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معناداری وجود دارد.

فصل پنجم

نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۵-۱- مقدمه

هر تحقیق علمی براساس هدف مشخصی انجام می شود؛ یعنی هدف محقق از انجام تحقیق یا مبنایی و بنیادی است که به گسترش حوزه معرفت می انجامد، یا کاربردی و عملی است که غرض از آن انجام آن مسئله و معضل یا ارتقای سطح کیفیت یا کمیّت است. بنابراین بایستی براساس نتایج حاصل از تحقیق پیشنهاداتی ارائه شود که یا حالت تبیینی داشته تا شناخت‌های جدیدی را در راستای توسعه‌ی قلمرو و دانش بیان کند و یا حالت کاربردی داشته تا راه‌حلی را برای حل مسئله، ارائه دهد.

این پژوهش با هدف «بررسی ارتباط خرید خدمات بیمه‌گری از دفاترپیشخوان خدمات دولت بر میزان رضایت‌مندی بیمه‌شدگان در اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی(با استفاده از روش سروکووال)» انجام شد و سرانجام در پایان، پژوهش به نتیجه‌گیری و ارائه‌ی پیشنهاد رسید. در این فصل ابتدا خلاصه‌ای از آنچه که انجام شده ارائه گردیده است. پس از آن با توجه به یافته‌های تحقیق به نتیجه‌گیری پرداخته، و در نهایت نیز این فصل با بیان محدودیت‌های تحقیق و پیشنهاداتی برای محققان به پایان رسیده است.

۵-۲- مرور نتایج تحقیق

- براساس اطلاعات ارائه شده در فصل چهارم، مهم‌ترین یافته‌های این پژوهش عبارتند از:
- ۱) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاترپیشخوان خدمات دولت با نحوه نحوه ارائه خدمات و تسهیلات بیمه‌گری (در سه آیت؛ سرعت و مهارت) در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معنی داری وجود دارد.
 - ۲) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاترپیشخوان خدمات دولت با نحوه اطلاع رسانی و تبلیغات در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معنی داری وجود دارد.
 - ۳) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاترپیشخوان خدمات دولت با وضعیت رفتاری، نحوه برخورد و روابط عمومی پرسنل دفاتر مذکور، در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معنی داری وجود دارد.
 - ۴) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت بلحاظ امکانات و تسهیلات رفاهی و محیط اداری فراهم شده در دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معنی داری وجود دارد.
 - ۵) بین رضایت بیمه‌شدگان از دفاتر پیشخوان خدمات دولت بلحاظ در دسترس بودن محل دفاتر مذکور در حوزه اداره کل بیمه سلامت خراسان شمالی رابطه معنی داری وجود دارد.

۵-۳- بحث و نتیجه‌گیری

براساس نتایج کلی به دست آمده و مقایسه‌ی آن با تحقیقات پیشین، در این پژوهش، رابطه‌ی معناداری مؤلفه‌های کیفیت خدمات مورد تأیید قرار گرفت که در تحقیق مولوی (۱۳۸۸)، با هدف بررسی رابطه‌ی بین کیفیت خدمات الکترونیکی و رضایت الکترونیکی کاربران بانک کشاورزی نیز مشاهده گردید که بین متغیرهای کیفیت شامل کارایی، امنیت، قابلیت پاسخگویی و ارتباط، رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. همچنین در مقاله‌ی بیگزاده، مولوی و اسکندری (۱۳۹۰) که مؤلفه‌هایی مانند کارایی، قابلیت پاسخگویی، امنیت و تماس در آن مورد مطالعه قرار گرفته است، نتیجه‌ی مشابه حاصل گردید. در پایان نامه عادل پور (۱۳۸۸) با هدف شناسایی عوامل مؤثر بر کیفیت کلی خدمات، عامل‌های زیباشناسی سایت، اطمینان، قابلیت پاسخگویی، و امنیت بررسی گردید و مشخص شد که فاکتور امنیت قوی‌ترین تأثیر را بر کیفیت خدمات دارد که با نتیجه به دست آمده در این تحقیق مطابقت دارد.

در پژوهش حاضر رابطه‌ی معناداری بین کیفیت خدمات (سرعت، دقت، مهارت و وضعیت رفتاری و روابط) و رضایت‌مندی بیمه‌شدگان از خرید خدمات بیمه‌گری از دفاتر پیشخوان خدمات دولت مورد تأیید قرار گرفت که این مطلب با نتیجه تحقیق نست و همکاران (۲۰۱۰)، هم‌خوانی دارد.

در غیاب تماس رو در رو، افراد نیاز به ایجاد اطمینان دارند، قبل از این‌که جزئیات شخصی خود را تسلیم دفاتر پیش‌خوان کنند. مشتریان ممکن است نگران این موضوع باشند که اطلاعات شخصی آن‌ها می‌تواند در دسترس یا استفاده‌ی اشخاص ثالث در اینترنت قرار گیرد. بنابراین فقدان تضمینی جهت امنیت، همواره به عنوان مانعی بزرگ که از تراکنش‌ها و یا خرید مشتریان به‌طور آنلاین جلوگیری می‌کند، مد نظر بوده است (هو و لی^۱، ۲۰۰۷).
ولفینلوگر و جیلی^۲ (۲۰۰۳) نشان دادند که نگرانی‌های حریم شخصی، شدیداً بر ادراکات مشتریان نسبت به کیفیت خدمات خریده‌فروشان اینترنتی مؤثر است.

پ) زیتامل و همکارانش (۲۰۰۲)، نشان دادند که پاسخگویی مربوط می‌شود به سرعت جوابگویی از طرف فروشگاه‌های اینترنتی به‌خصوص در مواردی که مشتریان سئوالاتی برای پرسش داشته یا با مشکلاتی مواجه می‌شوند.
برای مثال، چگونه می‌توان به سئوالات یا درخواست‌های مشتریان به سرعت و مؤثر پاسخ گفت؟ یا چگونه می‌توان به نیازها و شکایات مشتریان به‌طور مؤدبانه از طریق پست الکترونیک پاسخ داد؟ یا چگونه کارکنان یک وب-سایت به نگرانی‌های مشتریان در خصوص تکمیل معامله، رسیدگی می‌کنند؟ این موضوعات به‌عنوان اجزای بعد پاسخگویی نمود، می‌یابد (هو و لی، ۲۰۰۷، ص ۱۴۳۷).

زیتامل (۲۰۰۲)، معتقد است که پاسخگویی، توانایی یک شرکت را در ارائه‌ی اطلاعات مناسب به مشتری در زمان بروز مشکل و داشتن مکانیزمی جهت رسیدگی به عودت‌دادن‌ها و ارائه گارانتی‌های آنلاین، نشان می‌دهد.

در این پژوهش علاوه بر موارد فوق الذکر، عواملی همچون سطح فرهنگی، میزان تحصیلات و امکان برخورداری از امکانات و فناوری‌های نوین مانند اینترنت و ... در عدم رغبت بیمه‌شدگان در بهره‌مندی از خدمات غیرحضوری مؤثر می‌باشد؛ چرا که براساس اطلاعات به دست آمده قریب به ۷۲٪ جامعه‌ی آماری این تحقیق را بیمه‌شدگان صندوق روستایی و عشایر تشکیل می‌دهد که به‌لحاظ برخورداری از امکانات مورد نیاز فوق‌الذکر در حداقل میزان دسترسی بهسر می‌برند.

با توجه به این‌که یکی از معیارهای مهم کیفیت خدمات (سنتی)، نحوه‌ی برخورد کارکنان با مشتری و قابلیت پاسخگویی می‌باشد، توجه به معیارهای مشتری‌مداری در ارزیابی عملکرد کارکنان، به‌طوری که در نحوه رفتار کارکنان با مشتری تأثیر گذاشته و موجب رفع احساس تبعیض در بین مشتریان شود، می‌تواند یکی از اقدامات اساسی در راستای ارتقای عامل کیفیت به‌شمار رود.
از طرفی سازمان‌های امروز با مسائلی چون تغییرات سریع و غیرقابل پیش‌بینی، سفارشات خاص، انتظار دریافت سطح خیلی بالایی از خدمت و ... روبرو هستند؛ از این‌رو این سازمان‌ها برای بقا و حفظ موقعیت خود، شکل‌های متفاوتی به خود می‌گیرند. یکی از جدیدترین شکل‌های سازمانی، فرم سازمان‌های پاسخگویی سریع می‌باشد. این سازمان‌ها فراتر از انطباق با تغییرات می‌اندیشند و متمایل به استفاده از فرصت‌های بالقوه در یک محیط متلاطم و کسب یک موقعیت ثابت به خاطر نوآوری‌ها و شایستگی‌های خود می‌باشند.

لناریایی و تبلیغات همواره عاملی کارساز در فروش کالا و خدمات بوده است و بسته به تشخیص درست ذائقه و پذیرش مشتریان در خدمت به مشتریان اثرات معجزه‌گونه داشته است و دارد. اثر کارکردی تبلیغات چنانچه بعضی‌ها می‌پندارند نه فقط به سطح آگاهی و رشد فکری مشتریان بستگی دارد و نه فقط محصول کیفیت کالا و خدمت ارائه شده است، بلکه بیشتر نتیجه درک و تشخیص درست و منطقی نیازها و احساسات و توقعات مشتریان در آینده و همسوکردن تبلیغات با نیازهای متعدد آنان است.

^۱ Ho & Lee

^۲ Wolfenbarger & Gilly

وقتی گفته می‌شود «حق با مشتری است» می‌توان این‌طور تبیین کرد که در واقعیت امر، مشتری و ذائقه اوست که تعریف‌کننده چگونگی فعالیت عرضه‌کننده خدمت است.

در آمیخته‌ی بازاریابی، تبلیغ می‌تواند به چندین شکل نقش منحصربه‌فردی ایفا کند، شرکت از طریق تبلیغ می‌تواند با هزینه‌ی بسیار اندکی به انبوه‌ی از مشتریان پراکنده در نقاط مختلف جغرافیایی دسترسی پیدا کند. تبلیغ به فروشنده این امکان را می‌دهد که پیام‌ها را چندی بار تکرار کند و برای خریدار این امکان را به‌وجود می‌آورد که پیام‌های تبلیغاتی شرکت‌های رقیب را با هم مقایسه کند. از آن‌جا که تبلیغ، ماهیت عمومی و همگاری دارد، مصرف‌کنندگان، محصولات تبلیغ شده را در زمره‌ی محصولات استاندارد و معقول می‌گنجانند. تبلیغات گسترده می‌تواند مطالبی ارزنده درباره‌ی بزرگی، شهرت و موفقیت شرکت فروشنده به خریدار بدهد.

تبلیغات تجاری به‌ویژه در بازارهای مصرفی، اغلب اولین تبلیغات تجاری به‌ویژه در بازارهای مصرفی، اغلب اولین نقطه‌ی تماس بین بازاریابان و مشتریان آن‌هاست. رسانه‌های تبلیغاتی پولی شامل پخش تلویزیون و رادیو، چاپ (مجلات و روزنامه‌ها) و بسیاری از انواع رسانه‌های بیرونی است. به یقین باید گفت، کارکرد تبلیغات، کارکردی بسیار پیچیده است این دشواری، در چگونگی پاسخ مخاطبان به تبلیغات نهفته است که شامل پیچیدگی‌هایی در توجه، پردازش اطلاعات تبلیغ و به یادآوری و واکنش نسبت به جاذبه‌های تبلیغات توسط مخاطبان است.

فضای موجود در دوا می‌دولتی بیش از هر زمان دیگری پیچیده، پویا و متحول شده است. دگرگونی‌ها افزایش یافته و مدیران را با چالش‌های جدیدی روبرو ساخته است. بقا در چنین محیطی تنها با تغییر و سازندگی با پویایی امکان‌پذیر است. از این‌رو در پاسخ به این چالش‌ها در سالیان اخیر توجه بسیاری از مسئولین کشورهای جهان به سوی دولت الکترونیک معطوف شده است به گونه‌ای که تقریباً تمامی کشورها بخشی از توان خود را صرف رسیدن به آن نموده‌اند. در ایران نیز با درک این ضرورت حرکت به سمت ایجاد دولت الکترونیک اخیراً مورد توجه قرار گرفته است.

دولت الکترونیک به‌عنوان رویکرد جدید خدمات‌رسانی پاسخی به چالش‌های محیطی و سازگاری با دنیای جدید کسب‌وکار است که مورد توجه‌ی مدیریت دولتی در عصر اطلاعات و ارتباطات قرار گرفته است. مفهوم شهروندمداری در بنگاه عمومی از سال ۱۹۹۶ در ادبیات دولت مطرح شده است. ارزیابی موفقیت یک بنگاه عمومی از دیدگاه شهروندان، مهم‌ترین عامل در شناسایی نقاط قوت و ضعف سازمان و بهبود عملکرد آن محسوب می‌شود. ارتباط قوی میان کیفیت، رضایت و موفقیت بسیار واضح است و از طرف دیگر احتمال بازگشت شهروندان به سمت کسانی که به آن‌ها کمک رسانیده‌اند، بسیار بالاست و این بازگشت ضامن بقای سازمان است.

در سال‌های اخیر بسیاری از سازمان‌ها خدمات خود را به صورت الکترونیکی به شهروندان ارائه می‌نمایند. یکی از دغدغه‌های پیش روی دولت‌ها و سازمان‌ها در عصر حاضر مس‌بلی‌ی فقدان اعتماد شهروندان به این شکل از ارائه‌ی خدمات می‌باشد. هرچه سازمان‌ها بیشتر به سمت الکترونیکی شدن پیش می‌روند، این موضوع نیز اهمیت روزافزونی می‌یابد. اعتماد شهروندان به دولت و تکنولوژی با توجه به گسترش خدمات الکترونیکی یک ضرورت است. از جمله مهم‌ترین موضوعاتی که هر دولت خدمت‌گزار باید به صورت تشکیلاتی برای آن‌ها برنامه‌های شفاف و مشخصی ارائه کند، می‌توان به دریافت خدمات دولتی به صورت مساوی برای تمامی اقشار جامعه، شناسایی مجراهای ارتباطی و تکثیر کانال‌های ارتباطی، ایجاد سازوکارها و بسترهای لازم به‌منظور عرضه‌ی خدمات مناسب، در دسترس بودن مراکز خدمات و ... اشاره نمود.

در همین راستا و پیرو فرمایشات و منویات مقام معظم رهبری دولت برای انجام بهتر و مطلوب تر وظائف خود اقدام به تأسیس دفاتر پیشخوان دولت نمود که وظایفشان، ارائه‌ی بخشی از خدمات سازمان‌های دولتی در تمامی نقاط شهری و روستایی است. توسعه دولت الکترونیک و ارائه‌ی خدمت به مردم از طریق الکترونیکی با مشارکت بخش خصوصی از مهم ترین برنامه‌های دولت است که باعث افزایش سرعت انجام کار، ایجاد اشتغال، رضایت‌مندی مردم و افزایش دقت شده و در نهایت سلامت اداری را افزایش می‌دهد.

در حال حاضر حدود ۲۰ هزار دفتر پیشخوان خدمات دولت با عناوین مختلف، در کشور مشغول فعالیت هستند که نزدیک به ۱۱ هزار واحد آن در روستاها و حدود ۹ هزار واحد دیگر در شهرها به عرضه ی خدمات دولتی از قبیل خدمات مخابرات، پست - بانک، آب و برق و گاز، ثبت احوال و ... می‌پردازد. تجربه ی موفق واگذاری خدمات پستی و مخابراتی به دفاتر ارتباطی بخش خصوصی و الگوسازی برای فعالیت های مشابه در بخش خدمات تأمین اجتماعی، پلیس ۱۰+ و شهرداری و تنوع یافتن انواع دفاتر در دست تأسیس، دولت و مجلس شورای اسلامی را بر آن داشت که با مینا قرار دادن دفاتر سازمان یافته ی خدمات ارتباطی کشور که شامل حداقل ۲۰۰۰۰ دفتر فعال در گستره ی شهرها و روستاهای سراسر کشور می باشند و تجمیع تمامی خدمات قابل واگذاری به آنها در چارچوب نیازهای روزافزون جامعه به انواع خدمات قابل دسترسی و توزیع عادلانه ی این خدمات در شهرها و روستاها، با تدوین و ابلاغ قوانین و آیین نامه های لازم، بسترهای قانونی را برای فعال سازی دفاتر پیشخوان خدمات دولت و بخش عمومی غیردولتی در سطح کشور با نظارت دستگاه های مسئول فراهم کنند.

ضرورت و اهمیت این دفاتر در سال های اخیر بسیار میهن و روشن است و ماهیت و کاربرد این دفاتر بر هیچ یک از مراکز اداری پوشیده نیست.

۵-۴- پیشنهادات تحقیق

به نظر می رسد بررسی موضوع آموزش نیروی انسانی شاغل در دفاتر پیشخوان می بایست جزو اولویت های کاری کارگروه های استانی دفاتر پیشخوان دولت باشد. همچنین با حفظ پراکنش جغرافیایی دفاتر، تفکیک وظایف قابل ارائه توسط دفاتر باید در نظر گرفته شود تا با کاهش خدمات قابل ارائه ی دفاتر بتوان دقت و صحت ارائه ی خدمات را بالا برد. علی ایحال موضوع مهم دیگری که ضمانت ارائه ی خدمات مطلوب توسط دفاتر را می تواند افزایش دهد، حمایت منطقی و مطلوب دولت از دفاتر به - همراه ضمانت امنیت شغلی کارکنان این دفاتر می باشد.

در شاخص های نظارتی، با تشکیل گروه های بازرسی نظارتی قوی متشکل از تمامی ارگان های طرف قرارداد دفاتر پیشخوان دولت، امر پایش و رسیدگی به شکایات مردمی مرتبط با دفاتر پیشخوان دولت باید جزء اولویت های کاری کارگروه های استانی باشد.

- به طور کلی کار واگذاری خدمات دولتی به دفاتر پیشخوان دارای دو جنبه است : یکی دفاتر پیشخوان بایستی بستر اعتماد دستگاه ها را فراهم کنند تا خدماتشان در فضای امن و به بهترین شکل به مردم ارائه شود، جنبه ی دیگر نیز این است که دستگاه ها اداری می بایست خدمات خود را به شکل الکترونیکی جهت ارائه به دفاتر پیشخوان آماده و واگذار نمایند.

- همان گونه که مشاهده گردید نتایج تحقیق مبین استقبال نسبی بیمه شدگان سطح استان از خدمات غیرحضور بود که این امر می تواند نشأت گرفته از موضوعاتی نظیر سطح فرهنگ، میزان تحصیلات، میزان آشنایی افراد به قابلیت های رایانه و ... باشد که این خود می تواند موضوع پژوهش های بعدی از سوی دانشجویان و محققان علاقه مند قرار گیرد.

- بر طبق اطلاعات فصل دو و سه این تحقیق خدمات بیمه گری، سابقاً (تا قبل سال ۱۳۹۰) از سوی نمایندگی های مجاز سازمان بیمه ی سلامت ارائه می گردید؛ لیکن با واگذاری این خدمات به دفاتر پیشخوان خدمات دولت تغییراتی به صورت قطع در میزان رضایت مندی مشتریان ایجاد گردیده است که آن می تواند سوژه ی جدید برای پژوهشگران دیگر جهت مقایسه ی دو دوره ی پیش گفت فراهم آورد که نهایتاً نتایج حاصل به تصمیمات مدیران آتی کمک نماید.

- همچنین بررسی راهکارهای افزایش رضایت مندی بیمه شدگان سطح استان از کلیه ی خدمات قابل ارائه در دفاتر پیشخوان خدمات دولت می تواند از موضوعاتی باشد که محققان علاقه مند را جهت بررسی و کنکاش در آن مشغول نماید.

- بررسی میزان سود و فایده ی موضوع واگذاری خدمات بیمه گری به دفاتر پیشخوان خدمات دولت در استان در مقایسه با زمان ماقبل آن برای اداره ی کل بیمه سلامت خراسان شمالی نیز جزو پیشنهادات این مجموعه می باشد.

- نتایج این تحقیق درخصوص سایر استان‌ها با توجه به تفاوت‌های فرهنگی سطح تحصیلات و ... با این استان می‌تواند متفاوت باشد، لیکن این خود می‌تواند از سوی سایر علاقه‌مندان و محققین دیگر مورد بررسی و کار پژوهشی قرار گیرد.

۵-۵- نتیجه گیری نهایی

نتایج این تحقیق نشان دهنده رضایت نسبی بیمه شدگان (مشتریان) این استان از خدمات ارائه شده توسط دفاتر پیشخوان خدمات دولت می‌باشد که نتایج توصیفی و تحلیلی آن در فصول قبلی نمایان‌گر این موضوع می‌باشد. لذا با توجه به این نتایج سعی و تلاش بیش از پیش مجموعه اداره کل بیمه سلامت را در تداوم هرچه بیشتر این رضایتمندی مورد انتظار خواهد بود تا از این طریق ضمن تبدیل شدن به یک الگوی مطرح در سطح ملی، شرایط لازم نیز برای بهره‌مندی هرچه بیشتر بیمه شدگان استان از خدمات ارائه شده و همزمانی آن با یک رضایتمندی در حداعالی انتظار فراهم گردد.

فهرست منابع

الف) منابع فارسی

- ۱- الوانی، سیدمهدی؛ اشرفزاده، فرزاد (۱۳۸۷)، برون سپاری به‌سوی توسعه، انتشارات مبتکران.
- ۲- آذر، عادل؛ مؤمنی، منصور (۱۳۸۸)، **آمار و کاربرد آن در مدیریت (تحلیل آماری)**، جلد اول، تهران: انتشارات سمت.
- ۳- آرمسترانگ، مایکل (۱۹۲۸)، دستنامه مدیریت منابع انسانی، ترجمه ی پهلوانیان، حسین؛ میرحسینی زواره، مهدی؛ کمایی، جمشید، انتشارات نیکو روش.
- ۴- پاکدامن، رضا (۱۳۹۱)، **رویکردهای اجرایی و مبانی قانونی خصوصی سازی**، انتشارات مرکز آموزش صنعت.
- ۵- پاکدامن، رضا (۱۳۹۱)، **رویکردهای اجرایی و مبانی قانونی خصوصی سازی**، انتشارات مرکز آموزش و تحقیقات صنعتی ایران.
- ۶- جباری، حبیب (۱۳۸۱)، **بررسی مسائل و مشکلات اجتماعی و فنی مجریان طرح سامان سوابق بیمه بیمه شدگان در سازمان تأمین اجتماعی و راهکارهای رفع آن**. طرح پژوهشی مؤسسه‌ی عالی پژوهش تأمین اجتماعی.
- ۷- حافظ‌نیا، محمد (۱۳۷۷)، **مقدمه بر تحقیق در علوم انسانی**، انتشارات سمت.
- ۸- خاکی، غلامرضا (۱۳۹۱)، **روش تحقیق در مدیریت با رویکرد پیمایشی**، انتشارات فوژان.
- ۹- رئیس، پوران؛ قربانی، علیرضا؛ تبرایی، یاسر (۱۳۹۰)، **عوامل مؤثر بر رضایتمندی دارندگان دفترچه‌ی بیمه‌ی روستایی از برنامه پزشکی خانواده در جمعیت تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی سبزوار**، مجله‌ی مدیریت سلامت.
- ۱۰- دیواندری، علی؛ دلخواه، جلیل (۱۳۸۴)، **تدوین و طراحی مدلی برای سنجش رضایت مندی مشتریان در صنعت بانکداری و اندازه‌گیری رضایت‌مندی مشتریان بانک ملت براساس آن**، فصلنامه پژوهش‌های بازرگانی، شماره ۳۷.
- ۱۱- رجب‌زاده، علی؛ عادل، آذر (۱۳۹۱)، **تدوین و تحلیل مؤلفه‌های برون سپاری در بخش دولتی**، مجله‌ی راهبردهای بازرگانی، شماره ۲.
- ۱۲- رحمانی، نصراله (۱۳۹۲)، **بررسی وضعیت برون سپاری تاکتیکی در اداره ی کل بیمه ی سلامت خراسان شمالی**.
- ۱۳- ریاحی، بهروز؛ مهربان، ایمان (۱۳۹۱)، **خصوصی‌سازی و بررسی عوامل تأثیرگذار بر رضایت مندی مشتریان در شرکت مخابرات خراسان جنوبی**.
- ۱۴- رضوان، هادی (۱۳۸۹)، **اصول و روش تحقیق در مقالات علمی و پژوهشی**، انتشارات سمت.
- ۱۵- ربیعی، مجتبی (۱۳۸۸)، **برون‌سپاری فعالیت‌های پشتیبانی و تأثیر آن بر عملکرد مالی**، مطالعه موردی.
- ۱۶- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس؛ حجازی، الهه (۱۳۸۹)، **روش‌های تحقیق در علوم رفتاری**، تهران: انتشارات آگاه.
- ۱۷- سکاران، اوما (۱۳۸۶)، **روش تحقیق در مدیریت**، ترجمه صائبی، محمد؛ شیرازی، محمود، انتشارات مؤسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
- ۱۸- کریمی، آیت (۱۳۸۳)، **کلیات بیمه**، تهران: انتشارات بیمه مرکزی، پژوهشکده بیمه.
- ۱۹- کادوسی، محمدرضا؛ مقیاسی، عباس (۱۳۸۴)، **روش‌های اندازه‌گیری رضایت‌مندی مشتری**، انتشارات بندان.

- ۲۰- کامیابی، سعید؛ زبیری، سعید (۱۳۹۰)، جایگاه صنعت بیمه در ایران بعد از خصوصی سازی با تأکید بر رتبه بندی بیمه های خصوصی کشور.
- ۲۱- کاتلر و ارمرستراک (۱۳۸۴)، اصول بازاریابی، ترجمه پارسایان، علی، انتشارات ادبستان آیلر.
- ۲۲- ملکی، حمید؛ لاجوردی، اشرف (۱۳۸۶)، مدیریت دولتی تازه: خصوصی سازی و چالش های آن، مجله علمی علوم سیاسی - اقتصادی، شماره ۲۴۵ و ۲۴۶.
- ۲۳- مسعودی، ایروان؛ اخوان بهبهانی، علی (۱۳۸۹)، بیمه های اجتماعی در ایران و جهان «الگوی پیشنهادی»، دفتر مطالعات و پژوهش مجلس.
- ۲۴- محرمی، محمد؛ سامی، محمدعلی (۱۳۹۱)، بررسی انتظارات مردم از سازمان های ارائه دهنده بیمه های درمان تکمیلی و ارائه الگوی برای آن.
- ۲۵- معظمی، فریدون (۱۳۹۲)، تاریخ عقاید اقتصادی، انتشارات نشر نی.
- ۲۶- مولوی، مهران؛ صالحی، آرش (۱۳۹۰)، بررسی تأثیر خصوصی سازی بر رقابت پذیری صنعت بیمه ی ایران مطالعه موردی - آذربایجان غربی بیمه ایران.
- ۲۷- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۴)، مدل یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم افزار لیزرل. تهران: انتشارات سمت.

ب) منابع انگلیسی

- 28- Bettis R A, Bradley, S P, Hamel G. (1992). Outsourcing And Industrial decline; Academy Of Management Executive; (1). 10. David W Conklin. (2005). «Risks and Rewards in HR Business Process outsourcing»; Long Rang Planning 579- 598 .
- 29- Burt, R.S. (1976). Interpretational Confounding of Unobserved Variables in Structural Equation Models. Sociological Methods and Research.
- 30- Jamshidi H, et al. (2006). Performance Monitoring of Family medicine. National Office of Health Sector Reform. Nashre andishe. Tehran. (in Persian).
- 31- Baker R. (1990). Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultation in general practice. British Journal of General Practice, 487 -490 pp.
- 32- Campbell J L, Ramsay J, Green J. (2002). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patient's assessments of primary health care. Quality in Health Care Journal, No 10, 90-95 pp.
- 33- Fedikova .A. I. (2004). an index method for measurement of customer Satisfaction.; TQM magazine. vol.16, no.1, pp.57- 66.
- 34- Jafari F, Zaieri F, Johari Z, Ramezankhani A & Sayyah Iran Z. (2006). Evaluation of Satisfaction and its Determinants in health Center Customers. Daneshvare Salamat, 14 (66), p 15.
- 35- Jahan Pour K. (2004). The Compare of the Admitted Patient Satisfaction from Doctor and Nurses in the Alzahra Health Center [Thesis]. Isfahan: Isfahan University of Medical Sciences; [In Persian].

36- Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B. J., Anderson, R.E., Tatham, R. (2006). Multivariate Analysis (6th ed.). New Jersey: Pearson Education Inc.

37- Gallagher, D., Ting, L., Palmer, A. (2008). A Journey into the Unknown: Taking the Fear out of Structural Equation Modeling with AMOS for the First-Timer User. The Marketing, Review 255- 275 .

38- Kumar, V., Smart, P. A., Maddern, H., Maull, R. S. (2008). Alternative Perspectives on Service Quality and Customer Satisfaction. The Role of BPM. International Journal of Service Industry Management.

- [http:// www.wikipedia.org](http://www.wikipedia.org). - <http://www.unic-ir.org>.

- <http://www.amar.org.ir>. - <http://centinsur.ir>.

- <http://www.msio.org.ir>. - <http://n-kh.ihio.gov.ir>.

- <http://www.mgtsolution.com>.

Relationship buy Dfatrpyshkhvan Services Insurance of government services to the satisfaction of the Administration insured health insurance Northern

Abstract

In order to establish a comprehensive and complete in order to provide better services to respond efficiently and with maximum customer satisfaction, Insurance strategy of devolving services to office counter services by the government health insurance was carried out. In this study examines the various aspects and implications of this important North Khorasan Province has been insured satisfaction. The study population consisted of people insured under the Health Insurance Office of North Khorasan, and the number is 690 thousand. Since this study was to survey the population of all insured under the Health Insurance Office of North Khorasan up, The census method was used Data collected by questionnaire, interviews and data analysis of descriptive statistics spss software and software LISREL factor analysis and structural equation is used. The output from the statistical tools and results of this study, all hypotheses were confirmed It is worth noting that the results of the customer satisfaction (insured) received by the Insurance Services Office Dfatrpyskhvan government services in the field of health insurance North Khorasan is highlighted.

Key words: Customer satisfaction, health insurance organizations, Dfatrpyskhvan government services, insurance services, Servqual