

Factors Affecting Organizations Affiliated to Iran's Health Insurance System

Masoud Kavosi ¹, Seyed Jamaledin Tabibi ^{1,*}, Mahmoud Mahmoudi Majdabadi Farahani ¹, Kamran Hajinabi ¹

¹ Faculty of Science and Technology, Department of Science and Research, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Seyed Jamalodin Tabibi, Professor, Faculty of Science and Technology, Department of Science and Research, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: sj.tabibi@yahoo.com

Received: 20 Jun 2019

Revised: 16 Feb 2019

Accepted: 25 Feb 2019

Online Published: 15 Mar 2019

Abstract

Introduction: The boundaries of providing health care to patients are so widespread that providing all these services in the form of health insurance is not feasible, at least economically. In many countries, supplementary insurance is used to provide health care. The current study aimed at determining the effective factors on organizations supporting the supplementary health insurance system in the selected countries and Iran.

Methods: The current study had descriptive-analytical, cross sectional design with applied approach. The study data were collected using a questionnaire to check texts and field studies. Reliability of the questionnaire was confirmed by experts and limited content validity method. The data were transferred into SPSS version 25 to analyze descriptive and inferential statistics. Then, the exploratory factor analysis was performed with AMOS software.

Results: Men with a postgraduate degree and 17 years of service experience contributed to the current study. Supportive organizations such as the Ministry of Health and Medical Education, and the targeting subsidy organization, had the least impact on supplementary care insurance.

Conclusions: The results of the current study indicated that the Ministry of Health and Medical Education played a significant role in optimal utilization of supplementary health insurance and improved patient satisfaction as well as community health.

Keywords: Supplementary Health Insurance, Insurance Organizations, Sponsors

Citation:

Kavosi M, Tabibi SJ, Mahmoudi Majdabadi Farahani M, Hajinabi K. Factors affecting organizations affiliated to Iran's supportive health insurance system. *Iran J Health Insur.* 2019;1(4):165-172.

تعیین عوامل مؤثر بر سازمان‌های حامی نظام بیمه خدمات درمانی تکمیلی ایران در سال ۱۳۹۷

مسعود کاوسی^۱، سید جمال‌الدین طبیبی^{۱*}، محمود محمودی مجدآبادی فراهانی^۱، کامران حاجی نبی^۱

^۱ دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سید جمال‌الدین طبیبی، استاد، دکترای مدیریت آموزشی، دانشکده علوم و فناوری‌های پزشکی، واحد علوم و تحقیقات دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: sj.tabibi@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۶

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۱۱/۲۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۳۰

چکیده

مقدمه: هر چه جامعه به سمت توسعه بیشتر پیش می‌رود، خطرات و ریسک‌های جدیدی حیات و آرامش انسان‌ها را تهدید می‌نماید. اینجاست که نقش سازمان‌های بیمه‌گر در تأمین آینده افراد، آرامش خاطر اجتماع، توسعه اقتصادی، اجتماعی و رفاه بشری آشکارتر می‌شود. مرزهای ارائه خدمات درمانی به بیماران آنقدر گسترش یافته است که فراهم کردن تمامی این خدمات در قالب بیمه‌های درمانی حداقل از نگاه اقتصادی مقرون به‌صرفه نمی‌باشد. در بسیاری از کشورها برای ارائه خدمات درمانی از بیمه تکمیلی استفاده می‌شود. این پژوهش به منظور عوامل مؤثر بر ساختار بیمه خدمات درمانی تکمیلی در کشورهای منتخب و ایران انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی-تحلیلی، مقطعی و کاربردی است. داده‌های این پژوهش با بررسی متون و مطالعات میدانی از طریق پرسشنامه جمع‌آوری گردیده که پس از تأیید اعتبار آن از سوی خبرگان و روش‌های کمی روایی محتوایی، پایایی سؤالات مورد تأیید واقع شد. داده‌ها به منظور محاسبه آماره‌های توصیفی و استنباطی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ تحلیل شد و سپس از طریق نرم‌افزار AMOS تأییدیه تحلیل عاملی اکتشافی حاصل شد.

یافته‌ها: نتایج بررسی‌های متون و آماره‌های توصیفی و استنباطی در پژوهش حاضر نشان داد که ۵۱ درصد مشارکت‌کنندگان مرد و بقیه زن با میانگین سنی ۴۲ سال بودند. شش عامل مکنون شامل: نحوه تأمین منابع مالی ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌ای، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجراء سازمان‌های حامی، ساختار سازمانی سیستم‌های ارائه‌دهنده، مکانیسم کنترل، ساختار عملکردی سازمان‌های بیمه‌گر در نظام بیمه خدمات درمانی تکمیلی ایران تأثیرگذار بوده‌اند.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش بیانگر آن است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نقش بسزایی در نحوه تأمین مالی پوشش‌های هزینه‌های بیمه‌ای و سازمان‌های حامی در بهره‌برداری مطلوب از بیمه خدمات درمانی تکمیلی و بهبود سطح رضایتمندی بیماران و در نهایت ارتقاء سطح سلامت جامعه داشته است.

واژگان کلیدی: ب بیمه درمان تکمیلی، سازمان‌های بیمه‌گر، حامی

مقدمه

خدمات سلامت عمومی به کار بسته است. برای دستیابی به اهداف خود نیز روی نظام بازار آزاد تأمین و ارائه خدمات سلامت و اجرای نظام بیمه‌ای ملی سلامت متمرکز شده است [۲].

داشتن نظام سلامت کارآمد برای رشد افراد، خانواده و جوامع ضروری و هدف نهایی آن در هر کشوری ارتقاء سطح سلامت جامعه است؛ تا افراد بتوانند با برخورداری از سلامت‌های مربوطه در فعالیت‌های اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی جامعه خود بصورت فعال شرکت کنند [۴].

در زندگی فعال و پر ریسک امروزی بیمه یک نیاز مبرم و احتیاج است. هر چه جامعه توسعه بیشتری می‌یابد، خطرات و ریسک‌های جدیدی حیات و آرامش انسان‌ها را تهدید می‌کند و نقش سازمان‌های بیمه‌گر در تأمین آینده افراد، آرامش خاطر اجتماع، توسعه اقتصادی، اجتماعی و رفاه بشری آشکارتر می‌شود [۵]. بنابراین، بیمه به‌عنوان یک روش مقابله با خطر پاسخی به شرایط نامطمئن و پرمخاطره است [۶].

یکی از بحث‌های کلیدی که از دیر باز تاکنون همواره ذهن برنامه‌ریزان، اقتصاددانان، سیاستگذاران و سایر متصدیان عمومی را به خود معطوف داشته، ایجاد رفاه عمومی و امنیت اجتماعی است [۱]. در دنیای امروز که شاهد تغییر و تحولات شگرف در زمینه‌های مختلف هستیم، موضوع سلامت از اولویت‌های اصلی زندگی افراد بوده و حفظ و گسترش آن در رفاه اجتماعی و توسعه پایدار امری لازم و ضروری است. نظام‌های سلامت نقش بسیار مهمی در بهبود کیفیت زندگی افراد جامعه ایفاء می‌نمایند.

دولت‌مردان و سران نظام بهداشتی - درمانی جوامع باید به اولویت‌های بهداشتی پایبند بوده و تحت سیاست‌های ملی به عمل بپردازند. موفقیت‌های بلند مدت نیازمند راهنمایی، حمایت و تعهد رهبری به سیاست‌های ملی و بین‌المللی خواهد بود [۲]. مار چیلدون در کره جنوبی، بیان نموده دولت یک نظام کامل برای تأمین و حفظ سلامتی برای تمام عمر مردم طراحی کرده است و در این راستا، وزارت سلامت و رفاه اجتماعی، برنامه‌های خود را برای هدایت و توسعه برنامه‌های

پزشکی انجام شده را تا حداکثر مبلغی که در متن قرار داد فی مابین تعهد شده پرداخت نماید [۱۴].

متأسفانه در ایران، با توجه به گستردگی تنوع پوششی بیمه‌های اشخاص، این بیمه کمتر از ۱۵ درصد حق بیمه تولیدی در سال ۱۳۸۶ را در به خود اختصاص داده و عمدتاً با حدود ۸ درصد حق بیمه تولیدی و ۹ درصد خسارت پرداختی، به دلیل سنگین بودن هزینه‌های درمانی از بیمه تکمیلی درمان استقبال نشده است [۱۵]. به عبارتی دیگر، سازمان‌های بیمه‌گر اولیه و بیمه‌گر تکمیلی، هر یک بخشی از هزینه‌های درمانی را پوشش می‌دهند و گاهی ممکن است هم پوشانی نیز داشته باشند [۱۵-۱۷].

در حال حاضر ایران با سهمی کمتر از ۱ درصد از کل حق بیمه‌های تولیدی در دنیا و با سرانه‌ای معادل با ۵۷/۹ دلار در رتبه ۴۸ این صنعت در دنیا قرار دارد که در مقایسه با کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه و حتی کشورهای رقیب در خاور میانه، رتبه پایینی را احراز کرده است [۱۸].

بنابراین، با توجه به اهمیت بیمه‌های درمان در سلامت افراد و رشد و توسعه اقتصادی جامعه، در پژوهش حاضر سعی شده است تا متغیرهای اثرگذار بر ساختار نظام بیمه خدمات درمانی تکمیلی در کشورهای انگلیس، ایالات متحده، آلمان، مالزی، هلند و ایران مورد بررسی قرار گیرد و عوامل مؤثر بر سازمان‌های حامی نظام بیمه خدمات درمانی تکمیلی ایران تعیین شوند. واضح است که با بررسی ویژگی‌ها و وجه تمایز این متغیرها و نیز با برنامه‌ریزی‌های منسجم می‌توان به رونق و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی تکمیلی پرداخت.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی می‌باشد که در سال ۱۳۹۷ صورت پذیرفت. ابتدا بررسی متون و مطالعه کتابخانه‌ای شامل فیش کارت، جداول تطبیقی و جستجوی اینترنت انجام گرفت؛ در این مرحله کشورهای انگلیس، ایالات متحده، آلمان، مالزی، هلند برای مطالعه تطبیقی و بر اساس پیشرو بودن در ارائه خدمات بیمه تکمیلی انتخاب شدند. در مرحله بعدی که به صورت مطالعه میدانی صورت انجام شده است، تعداد ۱۷۰ نفر از کارشناسان خبره سازمان‌های حامی از جمله وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی، سازمان بیمه سلامت ایران، سازمان تأمین اجتماعی، شرکت مدیریت سرمایه بیمه سلامت ایرانیان و شرکت بیمه آتیه‌سازان حافظ به صورت تصادفی با تکمیل پرسشنامه جهت جمع‌آوری داده‌ها برای انجام روش تحلیل عاملی استفاده شد. سؤالات این پرسشنامه شامل: الف) اطلاعات دموگرافیک (ب) حیطه‌ها و گویه‌های موضوع پژوهش با طیف لیکرت بوده است. اعتبار صوری (شکلی) ابعاد و سؤالات پرسشنامه از سوی اعضای خبرگان و روایی محتوایی با استفاده از دو ضریب نسبت روایی محتوا و شاخص روایی محتوا تأیید شده است. مقدار شاخص روایی محتوا $(CVR=0/42)$ محاسبه شده از فرمول با توجه به مقدار متناظر آن در جدول مقایسه‌ها و تصمیم‌گیری بدست آمده و میانگین مقدار $(CVI=0/8)$ بالاتر از ۰/۷۹ بوده است [۱۹]. بنابراین، روایی پرسشنامه هم تأیید شد. برای سنجش پایایی ابزار پژوهش، پرسشنامه به صورت تصادفی در اختیار ۳۰ نفر از افراد نمونه جهت محاسبه آزمون ضریب آلفای کرونباخ قرار گرفت که مقدار عددی آن برابر با ۰/۸۷۱ بدست آمد.

یکی از خطرات پیش‌روی بشر بیماری است که مخارج درمانی زیادی را به بیماران تحمیل می‌کند. خطر بیماری را می‌توان از طریق بیمه درمان جبران کرد. بیمه‌های درمان با توزیع احتمال خسارت بین افراد بیمه‌شده، هزینه‌های بیماری را در بین تعداد زیادی از افراد تقسیم کرده و نه تنها بار هزینه‌ها را برای بیماران کاهش می‌دهد، بلکه برای کلیه بیمه‌شدگان اطمینان خاطر را به ارمغان می‌آورد [۷]. سازمان بهداشت جهانی حفاظت مردم در برابر هزینه‌های بیماری را به‌عنوان یکی از سه هدف اصلی نظام سلامت تعیین کرده است [۱].

پرداخت مستقیم از جیب بیماران یکی از ساده‌ترین، ضعیف‌ترین و در عین حال کم‌اثرترین شیوه‌های پرداخت هزینه‌های درمانی می‌باشد. در این شیوه در زمان ارائه خدمات فرد پول را مستقیم به ارائه‌کننده خدمات می‌پردازد. علی‌رغم وجود اشکالات این روش حجم زیادی از پرداخت‌ها را به خود اختصاص داده است [۸، ۹]. این شیوه پرداخت باعث می‌شود تا خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه شوند [۱۰]. پرداخت هزینه‌های درمان از جیب مردم می‌تواند تأثیر زیادی بر روی بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت و در نهایت بر روی وضعیت سلامت آنها داشته باشد [۱۱]. بر این اساس بیمه‌ها برای جبران زیان احتمالی یک بیمه‌گذار در صورت وقوع یک حادثه در یک دوره زمانی خاص شکل گرفتند.

بیمه‌ها به دو صورت بیمه‌های اجتماعی و خصوصی (تجاری) ارائه می‌شود. با توجه به وسعت و گستردگی خدمات درمانی، ارائه کامل این خدمات در چارچوب بیمه پایه از دیدگاه اقتصادی مقرون به صرفه نمی‌باشد. ورود فناوری‌های پزشکی گران‌قیمت، پیشرفت‌های علم پزشکی و ابداع روش‌های جدید، سیر صعودی هزینه‌های تشخیصی، پوشش تمامی هزینه‌های درمانی از طریق بیمه پایه سلامت عملاً غیر ممکن می‌باشد [۱۲].

بنابراین، ادامه این روند سبب ورود بیمه‌های خصوصی به عرصه خدمات درمانی خواهد بود که ضرورت ایجاد و توسعه این نوع بیمه‌ها را آشکار کرده است. از خصوصیات بارز این بیمه‌ها اختیاری بودن آنها است. مؤسسات بیمه‌های تجاری تحت نظر بیمه مرکزی ایران در زمینه ارائه خدمات بیمه درمان خصوصی فعالیت دارند. با وجود اینکه از سال ۱۲۶۹ مؤسسات و شرکت‌های بیمه‌ای به صورت امروزی در ایران شروع به فعالیت کرده‌اند. ولی اعداد و ارقام نشان می‌دهد که این مؤسسات از رشد چشمگیری در ارتباط با بیمه درمان تکمیلی بر خوردار نبوده‌اند. بطور کلی صنعت بیمه در ایران دارای قدمتی بیش از ۷۰ سال دارد و دامنه حضور و فعالیت‌های آن در مناطق و در بخش‌های مختلف اقتصادی بتدریج گسترش یافته است [۱۳].

همانطور که بیان شد، بیمه‌های درمان از جمله بیمه‌های رایج در ایران است. این بیمه‌ها به دو صورت بیمه درمان پایه (اجباری) و بیمه درمان تکمیلی (اختیاری) تقسیم می‌شود. در دهه‌های اخیر، با پیشرفت دانش و تکنولوژی پزشکی و ناتوانی سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه پایه، سازمان‌های بیمه‌گر برای رفع نگرانی خانواده‌ها و تأمین بخش عمده درمان، به عرصه بیمه درمان وارد شده و بیمه‌های درمان تکمیلی موسوم به بیمه‌گروهی مازاد درمان را به متقاضیان عرضه می‌کنند. در این نوع بیمه سازمان‌های بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه مقرر، متعهد می‌شوند که اگر چنانچه بیمه‌شده در طول مدت قرارداد خویش بیمار شده یا در اثر حادثه آسیب یا ضایعه‌ای به او وارد شود. هزینه‌های

یافته‌ها

نرخ پاسخگویی در بین ۱۷۰ نمونه تعیین شده برای پژوهش ۱۰۰ درصد بوده و در این زمینه مشارکت بسیار خوبی داشته‌اند. تمامی کسانی که پرسشنامه برای آنها ارسال شده، به تمامی سؤالات پاسخ داده و سپس تمامی داده‌های حاصله مورد تحلیل قرار گرفتند. یافته‌های این پژوهش در سه مرحله بدست آمد. در مرحله اول، با بررسی متون و مطالعات کتابخانه‌ای و اینترنت و... تعدادی از شاخص‌های نظام بیمه سلامت و مدل‌های ارائه شده کشورهای منتخب احصاء شده که در جدول ۱ به شرح زیر آورده شده است.

نتایج فوق بیانگر آن است که داده‌ها از مقبولیت خوبی برخوردار بوده و می‌توان تحلیل عاملی را بر روی آنها انجام داد. داده‌های حاصل از مطالعات میدانی پس از جمع‌آوری و بهینه‌سازی آیتم‌ها و تشکیل بانک داده‌ها به منظور محاسبات آماری توصیفی و آماره مشخص استنباطی توسط پژوهشگر وارد نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۵ گردید. در ابتدا شاخص‌های آماری توصیفی شامل: درصد فراوانی‌ها، میانه، میانگین، مد و انحراف معیار متغیرهای دموگرافیک محاسبه شد. سپس محاسبه آماره‌های مشخص استنباطی با روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی بر روی داده‌های مربوطه انجام گرفت.

جدول ۱. مدل‌های بیمه خدمات درمانی تکمیلی از منظر ساختار تشکیلاتی نظام سلامت

انگلستان	هلند	آلمان	مازی	آمریکا	ایران
ساختار کلان متولیان نظام بیمه سلامت	NHS, NGO	وزارت سلامت رفاه و مجلس	مجمع و مجلس متحده فدرال، وزارت سلامت فدرال، وزارت کار و تامین اجتماعی	بخش دولتی، مدیکر و مدیکید	وزارت بهداشت، شورای عالی بیمه
ساختار تشکیلاتی	ملی	منطقه‌ای	ایالتی زیر نظر دولت مرکزی	ایالتی زیر نظر قائم‌مقام وزارتی	ملی
اجرای طرح‌های بیمه خدمات درمانی تکمیلی	غیر متمرکز	غیر متمرکز	غیر متمرکز	غیر متمرکز	مختلط
ساختار تشکیلاتی سازمان‌های ارائه کننده بیمه خدمات درمانی تکمیلی	دولتی و خیریه	خصوصی	خصوصی	خصوصی	دولتی و خصوصی
مراکز ملی تعامل با بخش دولتی در حمایت از صندوق بیمه درمان تکمیلی	NGO، تراستها	NGO، سازمان بیمه مرافبت‌های خاص، ZFW	SHI خصوصی (غیرانتفاعی خودگردان)	دولتی	دولتی
مشارکت سایر سازمان‌ها در ساختار بیمه درمان تکمیلی	دولتی، خصوصی، خیریه	خصوصی، خیریه	کمک‌های مردمی و غیر دولتی	کمک‌های مردمی و غیردولتی	کمک‌های مردمی و دولتی
کنترل خدمات در سطح ملی	متمرکز	متمرکز	غیر متمرکز	غیر متمرکز	متمرکز
کنترل از سوی مراکز در سطح غیر ملی	تراست‌های NHS	کمیسیون بیمه مراقبت سلامت	دولتی	دولتی	کنترل بیمه مرکزی ایران، وزارت بهداشت و درمان
کنترل کمک‌های دولتی	تمام سطوح	تمام سطوح	تمام سطوح	تمام سطوح	تمام سطوح

آمده است. جدول گویای این است که شاخص $KMO < 0.6$ بود. لذا انجام تحلیلی عاملی بر روی داده‌های پژوهش امکان‌پذیر شد. بالا بودن مقادیر ویژه (واریانس داده‌ها) بیشتر از یک در جدول ۴ بیانگر مناسب بودن عامل‌ها بود. یافته‌های این جدول نشان می‌دهد که ۶ عامل نهایی شامل: نحوه تأمین منابع مالی ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌ای، سیاستگذاری و برنامه‌ریزی و اجرا، سازمان‌های حامی، ساختار سازمانی سیستم‌های ارائه دهنده بیمه تکمیلی، مکانیسم کنترل، ساختار عملکردی سازمان‌های بیمه‌گر در سازمان‌های حامی نظام بیمه خدمات درمانی تکمیلی تأثیرگذارند. این عامل‌های استخراج شده در مجموع ۶۰/۵ درصد واریانس تمامی متغیرهای پژوهش را به خود اختصاص داده‌اند. سپس ماتریس همبستگی یا وزن متغیرها پس از چرخش (روش واریامکس) محاسبه شد. بررسی ماتریس همبستگی مطابق جدول ۵ نشان می‌دهد که مقادیر ماتریس همبستگی متغیرها برای عامل یابی مناسب بوده و این مقادیر بین ۰/۳ تا ۰/۷۷۲ بوده است. نتایج جدول ۶ نشان داد که شش فاکتور و ۳۰ متغیر مشاهده شده بر روی سازمان‌های حامی بیمه خدمات درمانی تکمیلی تأثیر دارند.

در مرحله دوم، داده‌های مربوط به متغیرهای جنس، سن، میزان تحصیلات، سابقه کار خدمتی افراد شرکت کننده در پژوهش جمع‌آوری شد و مورد آزمون‌های توصیفی قرار گرفت. ۵۱/۲ درصد از مشارکت‌کنندگان آقایان و ۴۸/۸ درصد خانم که ۶۶/۵ درصد آنان دارای تحصیلات کارشناسی ارشد به بالا بودند. بیشترین میزان سابقه کار خدمتی در بین گروه‌های ۱۰ تا ۲۰ سال سنوات خدمتی و بیشترین افراد شرکت‌کننده در پژوهش رسمی بودند (جدول ۲).

در مرحله سوم، آزمون‌های استنباطی تحلیل عاملی بر روی داده‌های استخراج شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS صورت پذیرفت. در این قسمت یافته‌های مشتمل بر ۶ حیطه با تعداد ۳۰ گویه پس از بررسی و مطالعات میدانی و با استفاده از روش تحلیل عاملی حاصل شد. پژوهشگر در ابتدا به منظور بررسی وجود شرایط لازم برای انجام تحلیل عاملی از شاخص کفایت نمونه‌برداری KMO استفاده نموده است، که معیاری برای سنجش برازش کفایت نمونه مدل تحلیلی داده‌های مورد نظر است. نتایج آزمون شاخص کفایت نمونه این پژوهش در جدول ۳

در این پژوهش با نظر خبرگان از نرم افزار AMOS جهت ارزیابی و صحت و درستی روش تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. مقادیر محاسبه شده در شکل ۱ بیانگر آن است که عوامل و متغیرهای حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی مورد تأیید می باشد.

پژوهشگر به منظور بهینه سازی و اصلاح مقادیر گزارش شده روش تحلیل عاملی تأییدی و افزایش مقادیر بار عاملی با نظر خبرگان از روش پیرایشی (اصلاح) در بین عامل اول با آیت‌های ۲۶ با ۳۰، عامل دوم با آیت‌های ۲ با ۴، عامل چهارم با آیت‌های ۱۸ با ۲۲، عامل پنجم با آیت‌های ۸ با ۳۲ در شکل شماره یک استفاده نموده است.

مقادیر گزارش شده در جدول ۶ بیانگر آن است که این آمارها از سطح قابل قبولی برخوردار بود. روش تحلیل عاملی تأییدی یافته‌های بدست آمده از روش تحلیل عاملی اکتشافی را تأیید نمود.

نتایج این پژوهش بیانگر آن است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با ضریب عاملی ۰/۷۲ بیشترین تأثیر خود را از طریق اتخاذ سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های راهبردی در سطح ملی (متمرکز) و اجرای آن در سطح منطقه‌ای (غیر متمرکز) به نسبت سایر متغیرهای مشاهده شده سازمان‌های حامی (عامل سوم) را داشت. در این میان سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها با ضریب عاملی ۰/۵۴ کمترین تأثیر را در بین آیت‌های شماره ۱۰-۱۳-۱۵-۱۷-۲۱ داشته است. میزان ضریب همبستگی بارهای عاملی متغیرهای تأثیرگذار بر سازمان‌های حامی در شکل ۱ نیز ذکر شده است.

جدول ۳. آزمون شاخصی کفایت نمونه (KMO) و پارتلت

شاخص کفایت نمونه برداری (KMO)	درجه آزادی	کای دو	سطح معنی داری (Sig)
۰/۹۲۴	۴۳۵	۲۳۹۸۲۷۱	۰/۰۰۰

جدول ۴. یافته‌های حاصل از تحلیل عاملی اکتشافی

عامل‌ها	مقادیر ویژه	درصد واریانس تبیین شده	درصد واریانس تجمعی
عامل اول	۱۱/۰۱۶	۳۶/۷۲۰	۳۶/۷۲۰
عامل دوم	۲/۰۴۲	۶/۱۸۲۰	۴۳/۵۴۰
عامل سوم	۱/۵۸۲	۵/۲۷۳	۴۸/۸۱۳
عامل چهارم	۱/۲۵۳	۴/۱۷۶	۵۲/۹۸۹
عامل پنجم	۱/۱۸۶	۳/۹۵۳	۵۶/۹۴۲
عامل ششم	۱/۰۶۵	۳/۵۵۱	۶۰/۴۹۳

بحث

در پژوهش حاضر ۶ عامل شامل: تأمین منابع مالی ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌ای، سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجرا، سازمان‌های حامی، ساختار سازمانی سیستم‌های ارائه‌دهنده بیمه تکمیلی، عوامل مربوط به مکانسیم کنترل و ساختار عملکردی سازمان‌های بیمه‌گر استخراج شده از روش تحلیل عاملی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌های این پژوهش در زمینه نحوه تأمین مالی ارائه‌دهندگان خدمات بیمه درمانی تکمیلی با یافته‌های سازمان بهداشت جهانی [۲] در یک راستا بوده ولی با یافته‌های برکر و سیگما [۲۰] و متقی [۲۱] مغایرت دارد. نتایج یافته‌های این پژوهش در خصوص سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجرا با یافته‌های بیگهول [۲۲] هم‌راستا می‌باشند. پژوهش حاضر نشان می‌دهد که ارائه خدمات بیمه درمان تکمیلی در کشورهای مورد

جدول ۲. یافته‌های دموگرافیک افراد شرکت کننده در پژوهش

جنس	(درصد فراوانی)
زن	۸۳ (۴۸/۸)
مرد	۸۷ (۵۱/۲)
تحصیلات	
دکتری	۳۸ (۲۲/۴)
فوق لیسانس	۷۵ (۴۴/۱)
لیسانس	۵۱ (۳۰)
کاردانی	۵ (۲/۹)
دیپلم	۱ (۰/۶)
سابقه خدمت	
۱-۱۰ سال	۵۲ (۲۸/۹)
۱۰-۲۰ سال	۶۲ (۳۵/۸)
۲۰-۳۰ سال	۵۶ (۳۵/۳)
وضعیت تأهل	
مجرد	۴۷ (۲۷/۶)
متاهل	۷۲/۴ (۴۵/۶)
وضعیت استخدام	
رسمی	۹۶ (۵۶/۵)
پیمانی	۲۱ (۱۲/۴)
قراردادی	۴۹ (۲۸/۸)
شرکتی	۴ (۲/۴)

مطالعه توسط بخش خصوصی یا دولتی و یا به صورت مختلط بوده ولی سیستم نظارت و ارزیابی این کشورها به غیر از ایالات متحده به صورت سازمان‌های مستقل غیر انتفاعی و تحت نظارت دولت فعالیت دارند. در نحوه تأمین مالی سازمان‌های حامی ارائه‌دهندگان خدمات بیمه درمانی تکمیلی رابطه مثبت و معناداری بین متغیرهای پوشش‌های هزینه‌ای و ساختار بیمه خدمات درمانی تکمیلی وجود داشت. به طوری که تأمین منابع مالی از محل دریافت مالیات‌های عمومی توسط دولت تأثیر ناچیزی در عملکرد سازمان‌های حامی بیمه خدمات درمانی تکمیلی داشته است. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های سازمان بهداشت جهانی [۳] در یک راستا بوده ولی با یافته‌های برکر و سیگما [۲۰] و متقی [۲۱] مغایرت دارد.

جدول ۵. عامل‌ها و متغیرهای مشاهده شده پس از چرخش (روش واریانس)

متغیرها	سؤالات پرسشنامه	بار عاملی
تأمین منابع مالی ارائه‌دهندگان خدمات بیمه‌ای		
سازمان‌ها و مؤسسات بیمه‌ای کاملاً مستقل	۷	۰/۵۱۰
شورای عالی بیمه سلامت	۲۴	۰/۵۰۰
سازمان‌های بیمه‌گر و ارائه دهنده خدمات	۲۶	۰/۴۴۲
ارائه خدمات از طریق سازمان‌های بیمه‌گر دولتی	۲۹	۰/۷۲۰
ارائه خدمات از طریق سازمان‌های بیمه‌گر غیر دولتی	۳۰	۰/۷۰۳
ارائه خدمات درمانی سرپایی و بستری، آزمایشگاهی، دارویی، رادیولوژی	۲۸	۰/۶۰۲
پوشش هزینه‌های بیمه خدمات درمانی تکمیلی	۳۱	۰/۶۸۱
پوشش تلفیقی (هزینه‌ای - خدمتی) بیمه‌ای	۳۳	۰/۴۹۰
پرداخت فرانشیز و حق بیمه	۲۰	۰/۵۸۳
پرداخت از محل مالیات عمومی	۱۹	۰/۵۱۵
سیاستگذاری، برنامه‌ریزی و اجرا		
سیاستگذاری های دولت در سطح ملی	۱	۰/۶۳۴
سیاستگذاری های دولت در سطح منطقه‌ای	۲	۰/۷۷۲
برنامه‌ریزی و اجرای آن در سطح ملی	۳	۰/۴۹۶
برنامه‌ریزی و اجرای آن در سطح منطقه‌ای	۴	۰/۷۵۱
برنامه‌ریزی در سطح ملی و اجرای آن در سطح منطقه‌ای	۵	۰/۶۸۱
سازمان‌های حامی		
وزارت بهداشت و درمان عضو شورای عالی بیمه	۱۰	۰/۵۸۰
سازمان نظام پزشکی عضو شورای عالی بیمه	۱۳	۰/۶۴۰
سازمان بیمه سلامت عضو شورای عالی بیمه	۱۵	۰/۶۳۳
سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح عضو شورای عالی بیمه	۱۷	۰/۶۶۹
پرداخت یارانه‌های دولتی	۲۱	۰/۶۱۰
ساختار سازمانی سیستم‌های ارائه‌دهنده بیمه تکمیلی		
مؤسسات بیمه‌ای مستقل ولی از نظر مالی وابسته به دولت	۶	۰/۵۰۱
کمیته امداد امام خمینی (ره)	۱۸	۰/۶۴۹
مشارکت افراد خیر و کمک‌های بین‌المللی	۲۲	۰/۷۴۸
نمایندگان مجلس شورای اسلامی	۲۷	۰/۵۵۴
عوامل مربوط به مکانیسم کنترل		
ساختار سازمانی کاملاً متمرکز	۸	۰/۴۰۲
سازمان تأمین اجتماعی عضو شورای عالی بیمه	۱۶	۰/۴۶۴
سازمان برنامه و بودجه عضو شورای عالی بیمه	۱۲	۰/۷۲۶
پوشش خدمتی بیمه درمان تکمیلی	۳۲	۰/۵۷۸
ساختار عملکردی سازمان‌های بیمه‌گر		
ساختار سازمانی غیر متمرکز	۹	۰/۷۴۱
سازمان بیمه مرکزی عضو شورای عالی بیمه	۱۴	۰/۵۰۷

جدول ۶. شاخص‌های برازش الگوی تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول

شاخص برازش مدل	مقادیر مناسب	مقدار گزارش شده
ریشه میانگین مربعات خطای برآورد (RMSEA)	کوچک‌تر مساوی ۰/۰۸	۰/۰۵۶
کای اسکور بهنجار شده (CMIN/DF)	کوچک‌تر مساوی ۳	۱/۵۲۸
ریشه میانگین مربعات خطا (RMR)	کوچک‌تر مساوی ۰/۰۵	۰/۰۸۵
شاخص نیکویی برازش (GFI)	بزرگ‌تر مساوی ۰/۹	۰/۷۸۹
شاخص نیکویی برازش اصلاح‌شده (AGFI)	بزرگ‌تر مساوی ۰/۸	۰/۷۵۳
شاخص برازش تطبیقی (CFI)	بزرگ‌تر مساوی ۰/۹	۰/۹۰۵
شاخص برازش هنجار شده (NFI)	بزرگ‌تر مساوی ۰/۹	۰/۷۳۳
شاخص تاکر- لوئیس (TLI)	بزرگ‌تر مساوی ۰/۹	۰/۸۶۵
شاخص برازش افزایشی (IFI)	بزرگ‌تر مساوی ۰/۹	۰/۸۸۰

و شرکت‌های خصوصی آن طور که باید و شاید نتوانسته‌اند در این زمینه نقش آفرینی و گسترش یابند.

نتیجه‌گیری

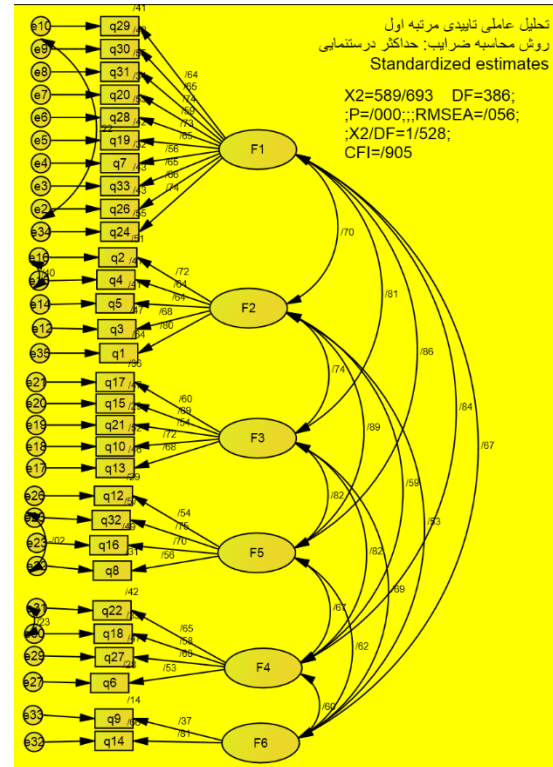
از نتایج پژوهش چنین بر می‌آید در ایران بخش دولتی به‌ویژه وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، علیرغم وجود سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی حجم عمده‌ای از خدمات سلامت را بر عهده دارد و بیشترین تأثیرگذاری را از طریق شورای عالی سلامت مستقر در آن وزارتخانه بر روی ساختار بیمه‌های درمانی تکمیلی می‌گذارد. اعضای شورای عالی بیمه سلامت عبارتند از نماینده یا نمایندگانی از وزارتخانه‌ها و سازمان‌های ذیل می‌باشند:

- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی
- سازمان برنامه و بودجه کشور
- وزارت اقتصاد و دارایی
- سازمان نظام پزشکی
- سازمان تأمین اجتماعی
- سازمان بیمه سلامت
- کمیته امداد حضرت امام خمینی (ره)
- سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح
- نماینده مجلس و عضو کمیسیون بهداشت و درمان مجلس شورای اسلامی به‌عنوان ناظر در شورا (بدون داشتن حق رأی)
- نماینده مجلس و عضو کمیسیون برنامه و بودجه و محاسبات مجلس شورای اسلامی به‌عنوان ناظر در شورا (بدون داشتن حق رأی)

این شورا با تشکیل کمیته‌هایی وظایفی را به شرح ذیل برعهده دارد:

- تعیین تعرفه خدمات تشخیصی و درمانی
 - تعیین سرانه حق بیمه خدمات درمانی
 - بازنگری ارزش نسبی خدمات
 - مطالعه و بررسی لیست تعهدات بیمه پایه و تکمیلی سلامت
- لذا با عنایت به مراتب فوق، تدوین و تبیین سیاست‌ها و اجرای آن توسط یک نهاد دولتی، با توجه به وسعت و حجم خدمات این نهادها منجر به بروز اختلالاتی در عملکرد این سازمان‌ها خواهد شد. از سوی دیگر نادیده گرفتن امکانات و تسهیلات هر منطقه، امکان ارائه راه‌حل‌ها و تفکرات جدید را از سایر مؤسسات می‌گیرد. از این رو ایجاد ساختار سازمانی به صورت غیر متمرکز در اجرا و متمرکز در سیاستگذاری و برنامه‌ریزی کلان به منظور مشارکت بخش غیر دولتی، زیر نظر مراکز ذیصلاح می‌تواند گامی مؤثر در راستای کاهش وظایف اجرایی دولت، ایجاد رقابت و در نتیجه بهبود کیفیت خدمات و ایجاد اشتغال را در بر باشد.

بنابراین، شورای عالی بیمه سلامت به‌عنوان یکی از مهمترین واحدهای حمایتی بیمه خدمات درمانی تکمیلی پس از تدوین سیاستگذاری‌ها در سطح ملی با رویکرد عدم تمرکز در ارائه بیمه درمان تکمیلی نسبت به اجرای بیمه‌های درمانی تکمیلی به شکل منطقه‌ای و غیر متمرکز نظارت داشته باشند. لذا پژوهش حاضر نشان داد، با توجه به نقش مجلس شورای اسلامی در ساختار تشکیلاتی سازمان‌های بیمه‌گر و تأثیر سازمان بیمه مرکزی در ساختار حیطة عملکردی بیمه‌های



شکل ۱. روش تحلیل عاملی تأییدی مرتبه اول با روش استانداردسازی

شورای عالی بیمه در وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی به‌عنوان تولید نظام سلامت نقش تدوین سیاستگذاری‌ها و برنامه‌ریزی‌های اجرایی در حوزه بیمه‌های را بر عهده دارند. یافته‌های بدست آمده از عامل سیاستگذاری و برنامه‌ریزی‌های اجرایی در سازمان‌های حامی بیانگر آن است که وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از طریق سازمان بیمه سلامت بیشترین تأثیر را با اتخاذ سیاستگذاری و برنامه‌های راهبردی در سطح ملی و اجرای آن به صورت غیر متمرکز در سطح منطقه‌ای برعهده داشت. نتایج یافته‌های این پژوهش با یافته‌های بیگهول [۲۲] هم راستا می‌باشند. با بررسی اجمالی بر روی متغیرهای مشاهده شده و حیطة سازمان‌های حامی، چنین به نظر می‌رسد که این متغیرها به‌عنوان بخشی از نظام سلامت با مسائل گوناگونی از جمله شناخت ناکافی از بیمه درمان تکمیلی، عدم جامعیت و کفایت خدمات و فقدان مرز مشخص بین بیمه درمان پایه و تکمیلی روبرو هستند.

مقادیر ویژه و درصد واریانس‌های تبیین شده و تجمعی سازمان‌های حامی یا پشتیبان (سازمان بیمه سلامت) به ترتیب به ۱/۵۸۲، ۵/۲۷۳، ۴۸/۸۱۳ بوده است. این مقادیر گویای آن است که در بین سازمان‌های حامی، وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی (سازمان بیمه سلامت) با ضریب عاملی ۰/۷۲ تأثیر زیادی را بر روی عملکرد نظام بیمه خدمات درمانی تکمیلی داشت و گام‌های مؤثری در بهبود و توسعه نظام بیمه‌ای بر داشته است. در این مطالعه سازمان هدفمندسازی یارانه‌ها وابسته به سازمان برنامه و بودجه با ضریب عاملی ۰/۵۴ کمترین نقش را در این مقوله ایفاء نموده است.

تحقیقات نشان داده است، علی‌رغم وجود سازمان‌های بیمه‌گر خصوصی هنوز حجم عمده‌ای از خدمات بیمه درمانی تکمیلی با نظارت و تصدی‌گری دولت (سازمان بیمه سلامت) صورت می‌گیرد. مؤسسات

تکمیلی و بهبود سطح رضایتمندی بیماران و در نهایت ارتقاء سطح سلامت جامعه داشته است.

خدمات درمانی تکمیلی دارند وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نقش بسزایی در نحوه تأمین مالی پوشش‌های هزینه‌های بیمه‌ای و سازمان‌های حامی در بهره‌برداری مطلوب از بیمه خدمات درمانی

References

- Nosratnejad S, Purreza A, Moieni M, Heydari H. Factors Affecting the demand for private health insurance in Tehran. *J Hospital*. 2014;13(2):37-44.
- World Health Organization. Health system; improving performance. Geneva: WHO, 2000.
- World Health Organization. Health system. Geneva: WHO, 2008.
- Salehi JM. Translation of life insurance and others insurance. Tehran: Central Insurance of Iran; 1993.
- Ober L. Life insurance other Personal insurance. Tehran 2004.
- Fransva J. Theoretical and Practical Basis of Insurance. Tehran: Iranian Central Insurance; 2004. 46-7 p.
- Price E. Health Expenditure Insurance. *J Insu*. 2003;38(3).
- Asefzade S. Health Care Economic. 2nd ed. Qazvin, Iran: Qazvin University of Medical Sciences; 2007.
- Asefzade S. Health Care Economic. 3rd ed. Qazvin, Iran: Qazvin University of Medical Sciences and Hadise Emroz Press; 2009.
- World Health Organization. Out of Pocket Health Payments and Catastrophic Expenditure 2018 [updated 2019; cited 2018]. Available from: https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/en/.
- Jahanmehr N. Hospital Performance assesment of Tehran university of medical sciences. Tehran: Tehran University of Medical Siences; 2009.
- Pourreza A. Health economics for developing countries: a practical guide. Iran: Institute for Management and Planning Studies; 2005.
- Vafaei N, Karimi I, Sadaghiani E. [A comparative study of supplementary healthcare services packages in selected countries and presenting a model for Iran]. *Health Info Manag*. 2007;3(1):51-62.
- Daghighi Asli AR, Faghieh Nasiri M, Aghasi Kermani S. [Estimation of demand function of complementary health insurance in the country's insurance industry]. *J Insur Indust*. 2011;25(3):119-43.
- Central Portal Insurance of Iran Tehran, Iran 2011 [updated 2018; cited 2011]. Available from: <https://www.centinsur.ir>.
- Ayoubian A. [Necessity to improve the status of complementary group and individual treatment insurance in the health system]. *J Iran Health Insur*. 2018;1(3):48-9.
- Riahifar M, Hosseini SM, Pirouzian A, Ayoubian A. Solutions for promoting the health system and supplementary medical insurance in Iran. *Int J Med Rev*. 2018;4(1):7-16. doi: 10.29252/ijmr-040103
- Zare H. Introduction to Supplementary Therapies Insurance. *Gen Health Insur Servi*. 2003;5(19):20-32.
- Hajizadeh E, Asghari M. Methods and statistical analysis with looking to research method in the life sciences and health: Jahad Daneshgahi Publication; 2011.
- Re S. World Insurance in 2012: Progressing on the long and winding road to recovery: Sigma; 2013.
- Motaghy M. Deigning a Chronic Patients Services Management model for Iranian Health System. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2016.
- Beaglehole R, Bonita R, Alleyne G, Horton R, Li L, Lincoln P, et al. UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet*. 2011;378(9789):449-55. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60879-9 pmid: 21665266