Short Communication

The Iranian Journal of Health Insurance | Volume 8, Issue 4, Winter 2026 | Pages: 301-310

journal.ihio.gov.ir

A Comparative Study of the Indices of Utilizing Supplemental Health Insurance Services in a Semi-Public Non-Governmental Organization (2018-2021)

Faranak Farzadi[1] PhD, Ali Asghar Haeri-Mehrizi[2] PhD, Afsoon Aeenparast[2*] PhD, Hoda Tafazoli Harandi[2] PhD, Fatemeh Riazi[2] PhD, Hasan Baslanpour[3] MA, Abolfazl Taghavizadeh[3] MA, Mahsa Behravesh[3] MA

[1] Department of Women's Health, Academy of Medical Sciences of the Islamic Republic of Iran, Tehran, Iran
[2] Health Services Management Group, Health Metrics Research Center, Iranian Institute for Health Sciences Research, ACECR, Tehran, Iran
[3] Department of Human Capital Excellence and Welfare Development, Logistical Deputy, Academic Center for Education, Culture and Research (ACECR), Tehran, Iran

***Correspondence to:** Afsoon Aeenparast, Email: Aeenparast@acecr.ac.ir

Received: October 11, 2025 **Revised:** December 25, 2025 **Accepted:** January 20, 2026 **Online Published:** February 8, 2026

Abstract

Introduction: This study aims to analyze the status of utilizing supplemental health insurance services by members of the Academic Jahad Organization during the years 2018 to 2021.

Method: This research was a cross-sectional study. Data related to the extent of utilization of supplemental insurance services were extracted and analyzed within a specific time frame. No sampling was conducted in this study; instead, all extracted data from the database were analyzed. Descriptive statistics were used to describe the current status and to compare the indices across different time periods.

Results: The findings of the study indicated that during the period from December 2018 to December 2019, the highest usage of supplemental health insurance services was allocated to medical visits, followed by medications. The annual per capita demand for utilizing supplemental health insurance services was estimated at approximately 12 requests, while the per capita monetary coverage for the entire Academic Jahad Organization exceeded 13 million rials per year. In the third period of supplemental insurance (2020–2021), this changed to less than 12 requests and 38 million rials.

Conclusion: Supplementary health insurance is a useful way to improve health status and satisfaction of organizations' workforce. Service coverage should be defined by assessing the utilization of health services. this assessment will improve the effectiveness of the resourse allocation in this field as well as proper utilization of health services.

Keywords: Health, Welfare, Supplementary Insurance, Utilization, Compensation

Highlights:

1. Demographic characteristics and disease pattern are important factors in determining the health needs of the population
2. Continuous monitoring of utilization of health services plays an important role in tailoring the package of health services covered by supplementary health insurance.

Citation:
Farzadi F, Haeri-Mehrizi AA, Aeenparast A, Tafazoli Harandi H, Riazi F, Baslanpour H, et al A Comparative study of the indices of utilizing supplemental health insurance services in a semi-public non-governmental organization (2018-2021). Iran J Health Insur. 2026;8(4):301-10.

Copyright © 2026 The Author(s); Published by National Center for Health Insurance Research. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

مقاله کوتاه

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران | دوره ۸، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۴ | صفحات ۳۰۱ تا ۳۱۰

بررسی مقایسه‌ای شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بیمه تکمیلی درمان یک سازمان عمومی غیردولتی (۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰)

فرانک فرزادی[۱] PhD، علی‌اصغر حائری مهریزی[۲] PhD، افسون آیین‌پرست[۲*] PhD، هدی تفضلی هرندی[۲] PhD، فاطمه ریاضی[۲] PhD، حسن بسلان‌پور[۳] MA، سید ابوالفضل تقوی‌زاده[۳] MA، مهسا به‌روش[۳] MA

[۱] گروه علمی سلامت زنان، فرهنگستان علوم پزشکی، تهران، ایران
[۲] گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، تهران، ایران
[۳] اداره کل تعالی سرمایه انسانی و توسعه رفاه، معاونت پشتیبانی و مدیریت منابع جهاد دانشگاهی، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** افسون آیین‌پرست، پست الکترونیک: Aeenparast@acecr.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۱۹ تصحیح: ۱۴۰۴/۱۰/۰۴ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۰/۳۰ انتشار آنلاین: ۱۴۰۴/۱۱/۱۹

چکیده

مقدمه: هدف این مطالعه تحلیل نیازهای سلامت و الگوی بهره‌مندی از خدمات سلامت تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان اعضای جهاد دانشگاهی در طول سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ است.

روش بررسی: این مطالعه یک بررسی مقطعی بود. داده های مرتبط با میزان بهره‌مندی از بیمه تکمیلی در یک مقطع زمانی استخراج و مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه نمونه‌گیری انجام نشد و کلیه داده‌های مستخرج از پایگاه داده‌ها مورد تحلیل قرار گرفت. با استفاده از آمار توصیفی به توصیف وضعیت موجود و مقایسه شاخص‌ها در دوره‌های زمانی مختلف پرداخته شد.

یافته‌ها: یافته‌های مطالعه نشان داد که در دوره زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸، بیشترین استفاده از خدمات بیمه تکمیلی به ویزیت و سپس به دارو اختصاص داشته است. سرانه تقاضا برای استفاده از خدمات بیمه تکمیلی در سال حدود ۱۲ درخواست و سرانه پوشش ریالی در کل جهاد دانشگاهی بالاتر از ۱۳ میلیون ریال در سال برآورد شده بود. که در دوره سوم بیمه تکمیلی (سال ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰) به ۳۸ میلیون ریال تغییر پیدا کرده بود.

نتیجه‌گیری: بیمه تکمیلی درمان یکی از ابزار های مناسب برای حفظ و ارتقای سلامتی کارکنان است. تحلیل روند مصرف خدمات سلامت تحت پوشش بیمه در تعیین چارچوب قرارداد های بیمه تکمیلی بسیار موثر است زیرا به طراحی بسته خدمتی متناسب با نیاز جمعیت هدف منجر می شود و اثر بخشی منابع صرف شده برای بیمه کارکنان را افزایش می دهد.

واژگان کلیدی: سلامت، رفاه، بیمه تکمیلی، بهره‌مندی، خسارت دریافتی

نکات ویژه

۱- ساختار جمعیتی و الگوی بیماریها نقش مهمی در شکل دهی به نیاز های سلامت جمعیت دارد.

۲- پایش مداوم شاخص های بهره مندی از خدمات تحت پوشش بیمه سلامت، نقش مهمی در متناسب سازی بسته خدمات تحت پوشش بیمه سلامت دارد.

مقدمه

بیمه به عنوان یک روش مقابله با خطر، پاسخی به شرایط نامطمئن و پر مخاطره است که از جمله این خطرات، بیماری است. بیماری از لحاظ اقتصادی ضربات سنگینی بر پیکره اجتماع وارد می‌کند و در بسیاری از موارد هزینه‌های ناشی از آن بار سنگینی بر دوش افراد جامعه می‌گذارد [۱]. با وجود توسعه یافتگی جوامع و ارتقای سطح دانش بشری، ترس از بیماری و حوادث همچنان نگرانی‌هایی را برای بشر ایجاد کرده که منجر به ابداع روش‌های جدیدی مانند بیمه شده است. بیمه درمان یکی از راه‌های مناسب برای حمایت از وضعیت اقتصادی خانواده و گذر از موقعیت‌های اضطراری ناشی از بیماری‌ها و حوادث است. بیمه درمان به افراد ریسک‌گریز این

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

امکان را می‌دهد تا از بی‌اطمینانی رها شوند و با پرداخت حق بیمه، زیان و مخارج ناشی از بیماری را کاهش دهند و رفاه خود را افزایش دهند [۲].

بیمه تکمیلی به عنوان یکی از ابزارهای مهم در حوزه مدیریت منابع انسانی سازمان‌ها و شرکت‌های موفق، باعث آسودگی خاطر، احساس امنیت کاری، ترغیب و تهییج کارکنان به نوآوری و پویایی می‌شود. سازمان‌ها با استفاده از خدمات بیمه تکمیلی، وام‌ها و تسهیلات رفاهی، میزان رضایتمندی کارکنان را به سطح مطلوب می‌رسانند و وفاداری و تعهد آنها نسبت به سازمان و محیط کار را افزایش می‌دهند [۳]. بیمه درمان تکمیلی برای جبران هزینه‌های درمان مازاد بر تعرفه‌های خدمات درمانی، تأمین اجتماعی و سایر بیمه‌های پایه ارائه می‌شود و تلاش می‌کند نگرانی بیمه‌شدگان را از پرداخت هزینه‌های هنگفت درمان برطرف کند. سازمان‌ها با استفاده از این ابزار، آرامش و اطمینان خاطر کارکنان خود را تأمین می‌کنند و در هنگام بروز بیماری یا حادثه، همچون دوستی در کنار کارمند خود قرار دارند [۴].

بیمه درمان به عنوان راهی برای جبران هزینه‌های سنگین درمان، مورد توجه بسیاری از دولت‌ها قرار گرفته است. این دولت‌ها با پی‌ریزی سیاست‌هایی، جمعیت کشورشان را تحت پوشش نظام بیمه‌ای قرار داده‌اند [۵]. هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی به دلیل پیشرفت‌های تکنولوژیکی، تغییر الگوی بیماری‌ها و افزایش میانگین سن جمعیت افزایش یافته است. بیمه‌های درمانی به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع تأمین مالی این هزینه‌های رو به رشد، توسط موسسات دولتی و خصوصی ارائه می‌شوند و باعث دسترسی آسان به خدمات درمانی و کاهش استرس افراد تحت پوشش می‌شوند [۶].

مطالعات نشان داده که برخی افراد تمایل بیشتری به استفاده از خدمات بهداشتی درمانی نسبت به سایر افراد دارند و این تمایل می‌تواند براساس خصوصیات جمعیت‌شناختی، اجتماعی و انگیزشی-اعتقادی پیش‌بینی شود. بهره‌مندی از خدمات بهداشتی نیازمند مهیا بودن شرایطی مانند درآمد کافی، بیمه بهداشتی، موجود بودن خدمات و دسترسی به آنهاست [۷].

بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت در سازمان‌های بیمه‌گر می‌تواند تفاوت میان نیاز و بهره‌مندی واقعی را شناسایی کند و به تصمیم‌گیری‌های بهتر در سازمان کمک کند. همچنین، امکان شناسایی و تعدیل رفتارهای درمان‌جویی نامناسب از طریق مطالعات بهره‌مندی فراهم می‌شود [۸].

مطالعات زیادی درمورد بهره‌مندی از خدمات درمانی در کشورهای توسعه‌یافته انجام شده، اما اطلاعات کمی درباره کشورهای در حال توسعه وجود دارد. اختلافات فرهنگی میان کشورها در مفهوم سلامت و بیماری نیز تاثیرگذار است و در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، اعتقادات مذهبی و فرهنگی بر الگوهای مصرف خدمات درمانی اثر می‌گذارد. به عقیده اندرسن، بهره‌مندی از خدمات درمانی تحت تأثیر سه دسته از عوامل است: زمینه‌ساز (سن، جنسیت، وضعیت تأهل، طبقه اجتماعی، تحصیلات و باورها درباره سلامتی)، توانمندساز (درآمد، بیمه درمان، دسترسی به خدمات) و نیاز (نشانه‌های بیماری یا میزان شیوع بیماری) [۷]. این عوامل مشابه عواملی هستند که بر بهره‌مندی از بیمه تکمیلی تأثیر می‌گذارند.

عواملی که بر بهره‌مندی از بیمه تکمیلی اثرگذار هستند مشابه با عوامل اثرگذار بر بهره‌مندی از خدمات درمانی ارزیابی می‌شوند. برخی مطالعات به صورت ویژه، عواملی که بر بهره‌مندی از بیمه درمانی تکمیلی اثرگذارند را شناسایی کرده‌اند. به عنوان مثال، مطالعات نشان می‌دهد که مشابه با عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمات درمانی، عوامل جمعیت‌شناسی به ویژه سن، جنسیت و وضعیت تأهل بر تصمیم برای خرید و بهره‌مندی از بیمه درمان تکمیلی اثر می‌گذارد. همچنین عوامل اجتماعی-اقتصادی مانند تحصیلات، درآمد، وضعیت اشتغال و محل اقامت، بر احتمال خرید بیمه تکمیلی تاثیر می‌گذارد [۹]. یکی از عوامل مؤثر در بهره‌مندی از بیمه درمان تکمیلی، قومیت و نژاد است. به طور مثال مطالعات نشان داده که افراد سفیدپوست نسبت به افراد سیاه پوست بیشتر از بیمه درمان تکمیلی بهره‌مند بوده‌اند [۱۰].

با توجه به نقش حیاتی بیمه درمان تکمیلی در حمایت

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

اقتصادی از خانواده‌ها و افزایش رفاه کارکنان سازمان‌ها، بررسی شاخص‌های بهره‌مندی از این خدمات اهمیت ویژه‌ای دارد. افزایش هزینه‌های درمانی، تغییر الگوی بیماری‌ها و رشد جمعیت سالمند، فشار مضاعفی بر نظام سلامت و منابع مالی افراد وارد کرده است. در این میان، بیمه درمان تکمیلی به عنوان ابزاری کلیدی برای جبران هزینه‌های مازاد درمان و کاهش نگرانی‌های مالی کارکنان مطرح می‌شود. با این حال، بهره‌مندی واقعی از این خدمات می‌تواند تحت تأثیر عوامل جمعیت‌شناختی، اجتماعی-اقتصادی و فرهنگی قرار گیرد و در نتیجه، میزان رضایتمندی و وفاداری کارکنان به سازمان را تحت تأثیر قرار دهد. هدف این مطالعه، بررسی و مقایسه شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بیمه درمان تکمیلی در یک سازمان عمومی غیر دولتی طی سال‌های ۱۳۹۷ تا ۱۴۰۰ است تا ضمن شناسایی نقاط قوت و ضعف، زمینه بهبود سیاست‌های رفاهی و ارتقای سلامت کارکنان فراهم شود. این بررسی می‌تواند به تصمیم‌گیری‌های مبتنی بر شواهد برای مدیران سازمان کمک کند و راهکارهای بهینه برای افزایش پوشش و رضایتمندی بیمه‌شدگان ارائه دهد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که در کلیه واحدهای جهاد دانشگاهی در سطح کشور انجام شد. زمان مطالعه نیز در مقاطع مختلف جمع‌آوری داده‌ها از سال ۱۳۹۷ (داده‌های مربوط به بهره‌مندی از خدمات بیمه تکمیلی شرکت بیمه‌گر اول) تا سال ۱۴۰۰ (داده‌های مربوط به بهره‌مندی از خدمات بیمه تکمیلی شرکت بیمه‌گر سوم) گسترده بود. جمعیت مطالعه شامل داده‌های بهره‌مندی از خدمات بیمه تکمیلی کلیه اعضای مجموعه جهاد دانشگاهی در سطح کشور بود.

در این مطالعه، نمونه‌گیری انجام نشد و تمامی داده‌های ثبت شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر در دوره‌های زمانی تعریف شده به صورت سرشماری در مطالعه بررسی شد. در این مطالعه از آمار و اطلاعاتی که توسط شرکت بیمه ثبت شده بود، استفاده شد. داده‌ها از پایگاه داده سازمان بیمه‌گر اخذ شد که پس از بررسی اولیه و پاکسازی، مورد استفاده قرار گرفت. گزارش‌های ارسالی از پایگاه داده‌های سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد جهاد دانشگاهی، ابزار جمع‌آوری داده‌ها بود. با استفاده از آمار توصیفی، به توصیف وضعیت موجود و مقایسه شاخص‌ها در دوره‌های زمانی مختلف پرداخته شد.

ملاحظات اخلاقی طبق راهنماهای عمومی و اختصاصی اخلاق در پژوهش انجام شد. کد اخلاق در پژوهش پیش از شروع مطالعه اخذ شد.

یافته ها

ویژگی‌های جمعیتی

طبق اطلاعات ارائه شده توسط معاونت پشتیبانی و مدیریت منابع در سال ۱۴۰۳ تعداد ۱۶۶۸۵ نفر از بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی استفاده کرده بودند که ۳۸/۷ درصد آنان بیمه‌شدگان اصلی (۶۴۶۶ نفر) و ۶۱/۳ درصد بیمه‌شدگان تبعی بودند (۱۰۲۱۹ نفر). ۶۰ درصد از بیمه شدگان اصلی مرد و ۴۰ درصد زن بودند. با این حال با در نظر گرفتن بیمه‌شدگان تبعی تعداد زنان تحت پوشش بیمه تکمیلی جهاد دانشگاهی بیشتر از مردان بودند (جدول ۱).

بررسی توزیع سنی بیمه‌شدگان نشان داد که اکثر بیمه‌شدگان در گروه سنی ۴۰ تا ۴۹ سال قرار دارند (۲۵/۶ درصد). با این حال گروه بالای ۶۰ سال نیز بیش از ۱۴ درصد جمعیت تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان را تشکیل می‌دادند. زنان تحت پوشش بیمه تکمیلی در سنین باروری (۲۰ تا ۳۹ سال) حدود ۱۵/۵ درصد جمعیت را تشکیل می‌دادند (جدول ۲).

وضعیت سهم بیمه تبعی همکاران زن و مرد در جدول۳ ارائه شده است. نتایج نشان داد که به طور متوسط همکاران زن کمتر از یک نفر (۰/۸۴) و همکاران مرد بیشتر از ۲ نفر (۲/۰۲) بیمه شده تبعی به مجموع بیمه‌شدگان تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی اضافه کرده‌اند. (جدول بیمه‌شدگان تبعی نیز عمدتاً فرزند همکاران بودند. نسبت بیمه‌شدگان تبعی در جدول ۴ آمده است. بیش از ۸۱/۲ درصد از بیمه‌شدگان تبعی همسر و فرزندان همکاران بودند و جزو گروه‌های سنی پر

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

خطر بیمه سلامت محسوب نمی‌شوند (جدول ۴).

لازم به ذکر است که داده‌های فوق از بانک اطلاعاتی معاونت پشتیبانی اتخاذ شده و به منظور ترسیم تصویر وضعیت موجود ارائه شده است.

جدول ۱- توزیع جنسیت افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در سال ۱۴۰۳

		بیمه شده (%) N	
		بیم شده اصلی	بیمه شده تبعی
جنس	مرد	۴۰۷۴ (۶۳)	۳۵۴۴ (۳۴/۷)
	زن	۲۳۹۲ (۳۷)	۶۶۷۲ (۶۵/۳)
	جمع	۶۴۶۶ (۱۰۰)	۱۰۲۱۹ (۱۰۰)

جدول ۲- تتوزیع سنی و جنسی افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در سال ۱۴۰۳

		بیمه شده (%) N	
		زن	مرد
گروه سنی	سال ۰-۵	۲۹۰ (۲/۳)	۳۴۱ (۴/۵)
	سال ۶-۱۱	۶۶۴ (۷/۳)	۷۶۳ (۱۰/۰)
	سال ۱۲-۱۹	۷۸۲ (۸/۶)	۸۳۴ (۱۰/۹)
	سال ۲۰-۲۹	۷۷۲ (۸/۵)	۵۵۶ (۷/۳)
	سال ۳۰-۳۹	۱۸۰۷ (۱۹/۹)	۱۱۵۵ (۱۵/۲)
	سال ۴۰-۴۹	۲۴۰۶ (۲۶/۵)	۱۸۷۲ (۲۴/۶)
	سال ۵۰-۵۹	۱۲۸۵ (۱۱/۷)	۱۰۰۸ (۱۳/۲)
	سال و بالاتر ۶۰	۱۲۸۵ (۱۴/۲)	۱۰۸۹ (۱۴/۳)
	جمع	۹۰۶۷ (۱۰۰/۰)	۷۶۱۸ (۱۰۰/۰)

جدول ۳- تتوزیع سنی و جنسی افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در سال ۱۴۰۳

جنسیت	تعداد	میانگین تعداد بیمه‌شدگان تبعی	انحراف معیار تعداد بیمه‌شدگان تبعی
زن	۲۳۹۲	۰/۸۴	۱/۰۵
مرد	۴۰۷۴	۲/۰۲	۱/۲۸
مجموع	۶۴۶۶	۱/۵۸	۱/۳۳

جدول ۴- نسبت خانوادگی بیمه شدگان تبعی با بیمه شده اصلی (سرپرست)

نسبت خانوادگی	تعداد	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
همسر	۳۶۱۱	۳۵/۳	۳۵/۳
فرزند	۴۶۹۹	۴۵/۹	۸۱/۲
والدین	۱۹۰۹	۱۸/۸	۱۰۰/۰
جمع	۱۰۲۱۹	۱۰۰/۰	-

الگوی اســتفاده و بهره‌مندی از بیمــه تکمیلی درمان اعضای جهاد دانشگاهی

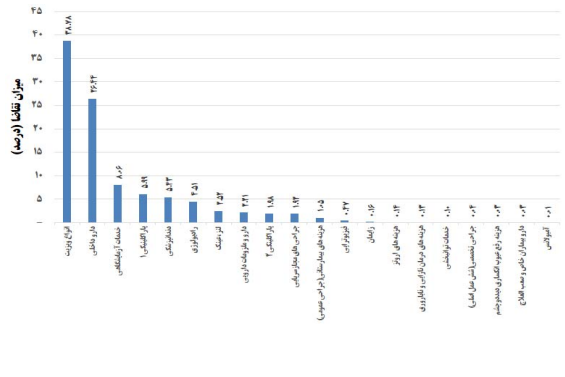
بررسی الگوی استفاده و بهره‌مندی از بیمه تکمیلی درمان بر اساس داده‌های موجود در پایگاه داده حاصل از گزارش‌های سازمان‌های بیمه‌گر طرف قرارداد جهاد دانشگاهی انجام شد. پیش از تحلیل پایگاه داده‌ها، بر اساس مستندات علمی و در مطالعه‌ای جداگانه شاخص‌های استفاده و بهره‌مندی از بیمه تکمیلی درمان پیشنهاد شدند. تعریف و فرمول محاسبه هر یک از شاخص‌ها مشخص شدند و زیرشاخص‌های لازم برای امکان مقایسه شاخص‌ها نیز تعیین شد. عنوان، زیرشاخص‌ها و فرمول محاسبه شاخص‌های پیشنهادی در جدول ۵ ارائه شده است.

الگوی استفاده و بهره‌مندی از بیمه تکمیلی درمان اعضا جهاد دانشگاهی در دوره زمانی۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸

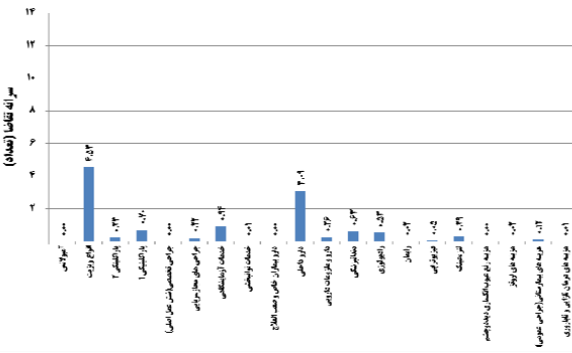
در این دوره زمانی شرکت بیمه‌گر اول بیمه تکمیلی درمان را بر عهده داشت بر اساس داده‌های ارائه شده توسط این شرکت بیمه‌گر در این دوره زمانی و شاخص‌های الگوی استفاده و بهره‌مندی از بیمه تکمیلی درمان اعضا جهاد دانشگاهی محاسبه شد. نتایج حاصل در نمودارهای ۱ تا ۴ ارائه شده است.

نتایج نشان داد که بیشترین خدمات مورد تقاضا شامل ویزیت، دارو و خدمات آزمایشگاهی بود و کمترین خدمت مورد تقاضا آمبولانس و داروی بیماران خاص بود. سرانه تقاضای ویزیت بیش از ۴ بار در سال، دارو بیش از ۳ بار در سال و آزمایش حدود ۱ بار در سال محاسبه شد. پوشش ریالی اکثر خدمات بالای ۹۰ درصد بود و میانگین پوشش ریالی برای همه خدمات حدود ۹۲ درصد برآورد شد. سرانه خسارت دریافتی برای خدمات دندانپزشکی بیش از ۵ میلیون ریال، خدمات بیمارستانی بیش از ۱/۷ میلیون ریال و دارو ۱/۴ میلیون ریال بود. در مجموع سرانه ریالی خسارت

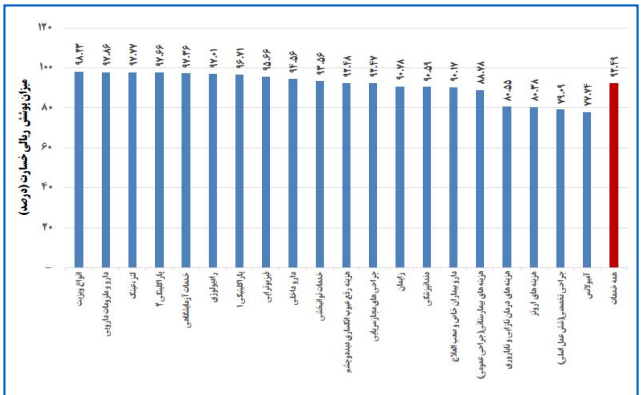
[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]



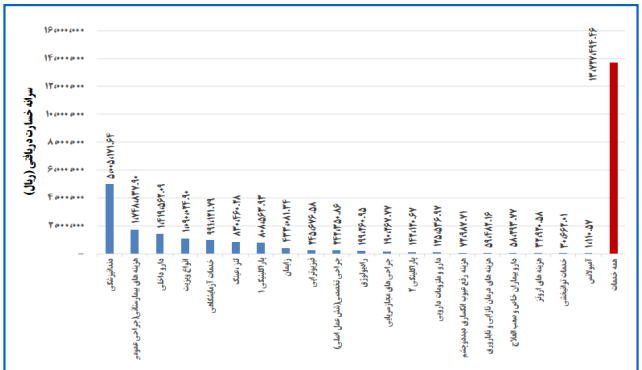
▲نمودار۱- نمودار ستونی میزان تقاضا خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸



▲نمودار۲- نمودار ستونی سرانه تقاضا به تفکیک خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸



▲نمودار۳- نمودار ستونی میزان پوشش ریالی خسارت خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸



▲نمودار۴- نمودار ستونی سرانه خسارت دریافتی به تفکیک نوع خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸

▼جدول ۵- شاخص‌های پیشنهادی الگوی استفاده و بهره‌مندی از بیمه تکمیلی درمان اعضا جهاد دانشگاهی

ردیف	شاخص	زیر شاخص	فرمول	تعریف شاخص
۱	میزان تقاضا خدمات بیمه تکمیلی درمان	به تفکیک واحد	تعداد کل پرونده برای هر خدمت به مجموع کل پرونده‌ها در صد	نسبت تقاضای خسارت به تفکیک انواع خدمات درمانی تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی به کل تقاضاهای خسارت از بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در بازه زمانی مشخص است.
۲	سرانه تقاضا بیمه تکمیلی درمان	به تفکیک نوع خدمت، واحد	مجموع کل پرونده‌ها به میانگین جمعیت	متوسط تعداد تقاضای خسارت هر بیمه شده برای انواع خدمات درمانی تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در بازه زمانی مشخص است.
۳	میزان پوشش خدمات بیمه تکمیلی درمان	به تفکیک نوع خدمت، واحد	تعداد پرونده دارای حواله به تعداد کل پرونده در صد	نسبت تقاضای خسارت تایید شده توسط سازمان بیمه‌گر به کل تقاضاهای خسارت از بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در بازه زمانی مشخص است.
۴	میزان پوشش ریالی خسارت	به تفکیک نوع خدمت، واحد	سهم بیمه مکمل دارای حواله به سهم بیمه مکمل در صد	نسبت مبلغ خسارت تایید شده توسط سازمان بیمه‌گر به کل مبلغ خسارت تقاضا شده از بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در بازه زمانی مشخص است.
۵	میزان خسارت دریافتی	به تفکیک نوع خدمت، واحد	مبلغ حواله به سهم بیمه مکمل دارای حواله درصد	نسبت مبلغ دریافت شده توسط بیمه‌شدگان از سازمان بیمه‌گر به کل مبلغ خسارت تایید شده توسط سازمان بیمه‌گر در بازه زمانی مشخص است.
۶	سرانه خسارت دریافتی	به تفکیک نوع خدمت، واحد	میزان خسارت دریافتی به میانگین جمعیت	متوسط مبلغ دریافتی خسارت توسط هر بیمه شده برای خدمات درمانی تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در بازه زمانی مشخص است.
۷	سرانه ماهانه خسارت دریافتی	به تفکیک نوع خدمت، واحد	میزان خسارت دریافتی به میانگین جمعیت در بازه زمانی	متوسط مبلغ دریافتی خسارت توسط هر بیمه شده برای خدمات درمانی تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در یک ماه از قرارداد بیمه است.
۸	میزان خسارت تایید نشده	به تفکیک نوع خدمت، واحد	خسارت پیش‌بینی شده برای پرونده بدون حواله به خسارت کل با احتساب معوقات و میانگین معرفی‌نامه در صد	نسبت مبلغ خسارت تایید نشده خدمات بیمه تکمیلی درمان به مجموع خسارت تایید شده و مبلغ پیش‌بینی شده مربوط به خسارات تایید نشده بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در بازه زمانی مشخص است.

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

دریافتی بیش از ۱۳ میلیون ریال محاسبه شد.

الگوی استفاده از بیمه تکمیلی درمان اعضای جهاد دانشگاهی در دوره زمان ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹

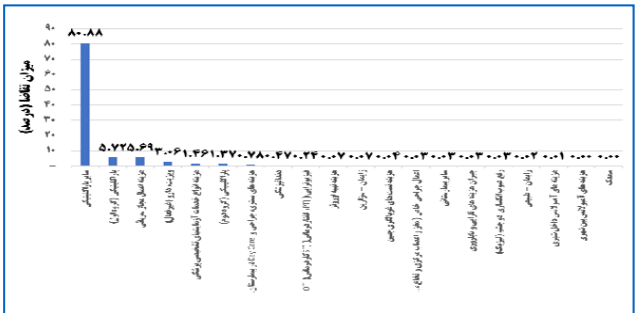
اطلاعات ارائه شده توسط شرکت بیمه‌گر دوم مناسب برای تولید شاخص‌های مطرح شده نبود، به همین دلیل از تحلیل کنار گذاشته شد.

الگوی استفاده از بیمه تکمیلی درمان اعضای جهاد دانشگاهی در دوره زمان ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

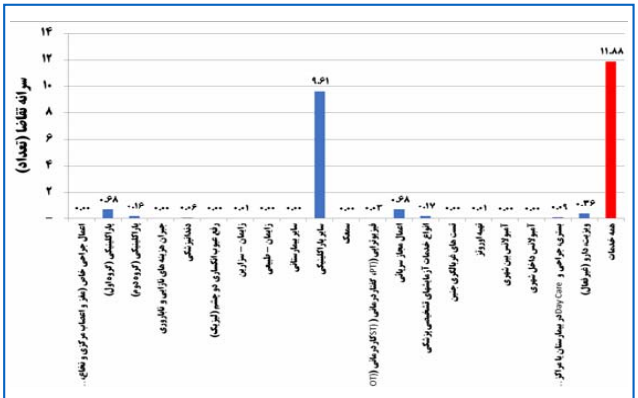
در این دوره زمانی شرکت بیمه‌گر سوم بیمه تکمیلی درمان را بر عهده داشت. بر اساس داده‌های این دوره زمانی و شاخص‌های الگوی استفاده و بهره‌مندی از بیمه تکمیلی درمان اعضای جهاد دانشگاهی محاسبه شد. نتایج حاصل در نمودارهای ۵ تا ۸ ارائه شده است. لازم به ذکر است که الگوی بهره‌مندی بر اساس داده‌های موجود در شرکت‌های بیمه‌گر محاسبه شده و امکان محاسبه همه شاخص‌های پیشنهادی وجود نداشت.

در این دوره بیشترین تقاضا برای خدمات سایر پاراکلینیکی، پاراکلینیکی اول و اعمال مجاز سرپایی بود. کمترین تقاضا نیز برای سمعک و خدمات آمبولانس بود. سرانه تقاضا برای سایر خدمات پاراکلینیکی بیش از ۹/۶ بار در سال، خدمات پاراکلینیکی گروه اول ۰/۷ بار در سال و اعمال مجاز سرپایی ۰/۷ بار در سال بود. پوشش ریالی خدمات برای سمعک ۱۰۰ درصد و برای سایر خدمات کمتر از ۹۰ درصد محاسبه شد. میانگین پوشش ریالی برای همه خدمات ۷۰/۱ درصد بود. سرانه خسارت دریافتی برای سایر خدمات پاراکلینیکی ۲۴ میلیون ریال، خدمات بستری و جراحی ۶/۷ میلیون ریال و پاراکلینیکی گروه اول ۲/۵ میلیون ریال برآورد شد. در مجموع سرانه ریالی خسارت دریافتی بیش از ۳۸ میلیون ریال محاسبه شد.

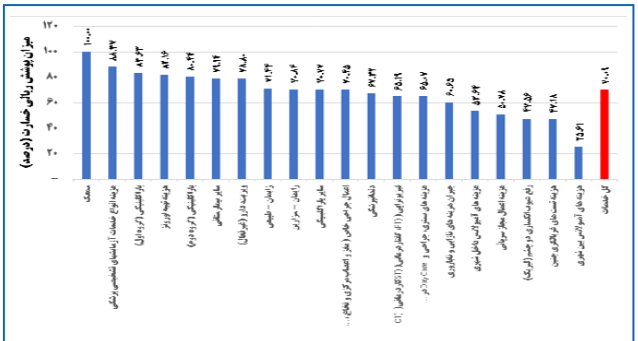
لازم به ذکر است که دسته بندی خدمات از سوی شرکت بیمه گر انجام شده بود و زیر گروه دسته های اصلی برای تیم پژوهش مشخص نبود.



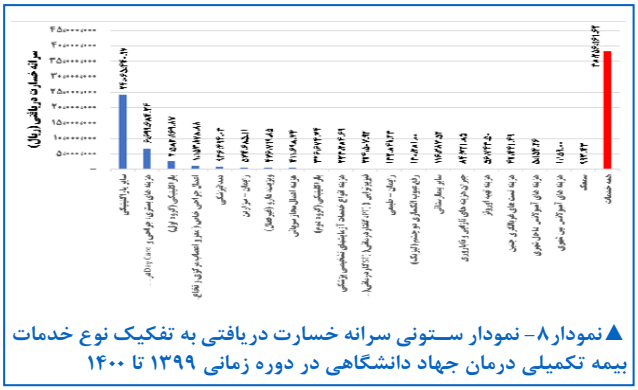
▲نمودار۵- نمودار ستونی میزان تقاضا خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰



▲نمودار۶- نمودار ستونی سرانه تقاضا به تفکیک خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰



▲نمـودار۷- نمودار ستونی میزان پوشش ریالی خسارت خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰



▲نمودار۸- نمودار ستونی سرانه خسارت دریافتی به تفکیک نوع خدمات بیمه تکمیلی درمان جهاد دانشگاهی در دوره زمانی ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

بحث

یکی از راهکارهای متناسب‌سازی بیمه‌های تکمیلی توجه به نیازهای سلامت جمعیت تحت پوشش است. چارچوب کلی نیازهای سلامت جمعیت تحت پوشش بیمه می‌تواند از ساختار سنی و جنسیتی و تقاضای جمعیت برای خدمات احصا شود. بررسی تقاضا به تفکیک سن و جنس و روند آن در دوره‌های زمانی مختلف می‌تواند به پیش‌بینی خدمات مورد نیاز و بسته خدمتی مناسب در دوره‌های بعدی کمک کند. نیازهای سلامت زنان با مردان و کودکان و بزرگسالان با سالمندان متفاوت است. بررسی متغیرهای جمعیتی افراد تحت پوشش بیمه تکمیلی جهاد دانشگاهی نشان داد که تعداد زنان تحت پوشش بیمه تکمیلی بیشتر از مردان است. بر این اساس بسته خدمات بیمه تکمیلی باید در برگیرنده نیازهای سلامت این گروه جنسی باشد. زنان به دلیل باروری و ویژگی‌های بیولوژیک خدمات سلامت متفاوتی نسبت به مردان نیاز دارند. خدمات بهداشت باروری، زایمان و ناباروری و خدمات تشخیصی وابسته می‌تواند بیشتر در بسته خدمتی مورد توجه قرار گیرد.

برخی گروه‌های سنی خاص مانند کودکان، زنان در سنین باروری و سالمندان نیز بر اساس داده‌های جمعیتی قابل محاسبه بود که در یافته‌ها ارائه شده است. این گروه‌های سنی و جمعیتی خدمات سلامت ویژه‌ای نیاز دارند و نوع و میزان خدمات سلامت مورد نیاز این گروه‌ها متفاوت است که می‌تواند در تصمیم‌گیری برای پوشش برخی خدمات خاص مانند سلامت باروری، مراقبتهای مادر و کودک و تعیین کننده باشد. افزایش روند سالمندی نیز می‌تواند افزایش نیاز به مراقبتهای بیماریهای مزمن، خدمات مراقبت در منزل، ارتز و پروتز و تجهیزات پزشکی کمک حرکتی را پیش‌بینی کند.

طبق نتایج پژوهش، در دوره ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ بیشترین تقاضا مربوط به انواع ویزیت، خدمات دارویی و سپس خدمات آزمایشگاهی بوده در حالی که در دوره ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ بیشترین تقاضا برای انجام انواع خدمات پاراکلینیکی بوده است و در مراحل بعدی مربوط عمل‌های جراحی مجاز سرپایی و انواع ویزیت پزشک بوده است. به نظر می‌رسد شروع کووید-۱۹ در سال ۱۳۹۹ احتمالاً نیاز به برخی خدمات پاراکلینیکی را افزایش داده است. همچنین بالا رفتن سطح آگاهی بیمه‌شدگان درباره اهمیت تشخیص زودهنگام می‌تواند تقاضا را به سمت خدمات پاراکلینیکی سوق داده باشد. [۱۳-۱۱].

در این مطالعه سرانه تقاضا در دوره ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ تعداد ۱۱/۶۸ تقاضا بوده و در دوره ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ به ۱۱/۸۸ خدمت افزایش یافته است. اگر چه میزان سرانه تغییر قابل توجهی نداشته است با این حال به نظر می‌رسد، پاندمی کووید-۱۹ در سال ۱۳۹۹تا۱۴۰۰، سرانه تقاضا را تغییر داده باشد. همچنین تورم شدید در طی این سال‌ها ممکن است بیمه‌شدگان را به استفاده گزینشی‌تر از خدمات سوق داده باشد و تمرکز بر خدمات پاراکلینیکی پرهزینه‌تر ممکن است از افزایش بیشتر تقاضا جلوگیری کرده باشد [۱۵-۱۴].

در این مطالعه پوشش ریالی خسارت در دوره ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸، ۹۲/۴۹ درصد و در دوره ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰، ۷۰ درصد بوده است، به عبارت دیگر پوشش ریالی خسارت در دوره دوم کاهش یافته است. در ایران، تورم بالا در سال‌های ۱۳۹۹ و ۱۴۰۰ در بخش سلامت می‌تواند توانایی مالی شرکت بیمه برای جبران خسارت‌ها را محدود کرده باشد. نتایج مطالعه کالتر و همکاران (۲۰۲۰) در آمریکا نشان داد که در دوران رکود، برخی شرکت‌های بیمه به دلیل افزایش تقاضا برای خدمات گران‌قیمت (مثل خدمات تشخیصی) و کاهش درآمد حق بیمه، درصد پوشش خسارت را کاهش دادند [۱۶]. این الگو با کاهش مشاهده شده در این مطالعه هم‌راستاست. همچنین مطالعه اسمیت و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد که در شرایط بحران اقتصادی، شرکت‌های بیمه گاهی پوشش خسارت را محدود کردند تا از ورشکستگی جلوگیری کنند، به‌ویژه در مواردی که هزینه‌های درمانی به طور غیرمنتظره‌ای افزایش یافت [۱۷].

تغییرات قابل بررسی دیگر در این دو دوره تغییر سرانه خسارت کل از ۱۳ میلیون به ۳۸ میلیون ریال است. یکی

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

دیگر از دلایل اصلی افزایش سرانه خسارت دریافتی، افزایش روند تورم در بخش بهداشت و درمان در سال‌های مطالعه است نه افزایش تقاضا. بررسی سرانه تقاضا نشان داد که تغییر قابل توجهی در این دو دوره در شاخص سرانه تقاضا مشاهده نشده است. پس خدمات دریافتی پر هزینه‌تر شده است. البته این هزینه در ازای حق بیمه بالاتر پرداخت شده است. سرانه حق بیمه پرداختی افراد در دوره اول معادل ۹۰ هزار تومان در ماه و در دوره بعدی ۱۴۹ هزار تومان در ماه بوده است که حدود ۶۶ درصد رشد داشته است که کمتر از تورم مرکب سال‌های ۱۳۹۷ و ۱۳۹۸ که معادل ۷۱ درصد بوده است، محاسبه شده است (تورم ۲۶/۸۵ درصدی سال ۱۳۹۷، تورم ۳۴/۸۳ درصدی سال۱۳۹۸). البته با توجه به آنکه خدمات بیمه تکمیلی درمان بیشتر متاثر از تورم بخش سلامت است، میزان تورم بخش سلامت در این سال‌ها ۴۷/۵ درصد بوده است [۱۸]. افزایش سرانه خسارت حدود ۱۹۲ درصد رشد داشته است و شیب تندتری نسبت به افزایش سرانه حق بیمه داشته است. به نظر می‌رسد شرکت بیمه برای جبران روند فزاینده هزینه‌های درمان، درصد جبران خسارت را کاهش داده است تا بتواند از زیان دهی در این بازه زمانی جلوگیری کند. به عبارت دیگر شرکت بیمه با تغییر در میزان پوشش و کاهش درصد جبران خسارت، تلاش کرده است بتواند تا پایان دوره به تعهدات خود عمل کند.

در این مطالعه بیشترین سرانه خسارت دریافتی در دوره ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ مربوط به خدمات دندانپزشکی (۵ میلیون ریال)، سپس هزینه‌های بیمارستانی و جراحی، ملزومات دارویی، انواع ویزیت و خدمات آزمایشگاهی و کمترین آن مربوط به آمبولانس بوده و کل سرانه خسارت دریافتی ۱۳ میلیون ریال بوده است. در حالی که در دوره ۱۳۹۹ تا ۱۴۰۰ بیشترین سرانه خسارت دریافتی مربوط به خدمات پاراکلینیکی (۲۴ میلیون ریال)، هزینه‌های بستری و جراحی (۶ میلیون ریال)، دندانپزشکی (۹۲۶ هزار ریال) و کل سرانه خسارت دریافتی در این سال ۳۸ میلیون ریال بوده است. به‌طور کلی سرانه خسارت دریافتی در دوره دوم افزایش یافته است. افزایش سرانه خسارت پاراکلینیکی در ۱۴۰۰-۱۳۹۹ به دلیل نیاز به تشخیص بیماری‌های مرتبط با شیوع کووید (مثل تصویربرداری ریه) و کاهش خدمات دندانپزشکی به دلیل ماهیت غیرضروری و محدودیت‌های قرنطینه قابل توجیه است. در مورد خدمات دندانپزشکی علت می‌تواند متفاوت باشد. وضعیت قرارداد بیمه در دوره زمانی ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۸ خدمات دندانپزشکی سقف شناور برای خانواده داشت و همین مساله موجب شده بود تا افراد بتوانند از خدمات دندانپزشکی مورد نیاز خود استفاده کنند و از سقف حق بیمه ارائه شده در این زمینه بهره ببرند. به همن دلیل احتمالا در سال‌های بعد نیاز کمتری به خدمات دندانپزشکی داشتند.

طبق گزارش سازمان بیمه سلامت ایران (۱۴۰۰) خدمات دندانپزشکی به دلیل هزینه بالا و پوشش خوب بیمه تکمیلی، بیشترین خسارت را داشت [۱۹]، اما در دوران پاندمی، خدمات پاراکلینیکی به دلیل نیاز به تشخیص کووید-۱۹ و عوارض آن در اولویت قرار گرفت. این یافته در مطالعه موینیهان و همکاران نیز مشاهده شده که هزینه‌های مربوط به خدمات تشخیصی (پاراکلینیکی) در بیمه‌ها افزایش چشمگیری داشت، در حالی که خدمات انتخابی مثل دندانپزشکی کاهش یافت [۱۵].

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج این مطالعه حاکی تغییر اولویت خدمات سلامت مورد استفاده، تغییر پوشش ریالی و سرانه خسارت دریافتی به دلیل چالش‌های مالی و سیاستی شرکت‌های بیمه در شرایط تورم اقتصادی و همین‌طور بحران‌های سلامت مانند شیوع اپیدمی‌هاست. در نهایت، این تغییرات بازتابی از تلاش برای تعادل بین جبران خسارت و پایداری مالی در مواجهه با فشارهای اقتصادی و بهداشتی بی‌سابقه است.

در این خصوص به نظر می‌رسد پایش مداوم شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات تحت پوشش بیمه تکمیلی درمان، نقش مهمی در جهت‌دهی به قراردادهای بیمه تکمیلی در راستای نیازهای سلامت افراد خواهد داشت. یکی از چالش‌های این مطالعه دستیابی به اطلاعات از طریق شرکت‌های بیمه‌گر بود،

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]

به نظر می‌رسد طراحی یک پایگاه داده مستقل برای دستیابی به شواهد مدیریتی لازم برای معاونت پشتیبانی از پیش نیازهای لازم در این زمینه باشد. این اقدام نه تنها دسترسی به موقع اطلاعات را تسهیل می کند، بلکه دسته‌بندی خدمات و دسترسی به اطلاعات جزئی خدمات را نیز امکان‌پذیر می‌سازد که امکان مقایسه دقیق تقاضا و مصرف خدمات در دوره‌های مختلف را فراهم می‌کند. در حال حاضر اقدامات بسیار موثری در این زمینه انجام شده است و در حال توسعه نیز هست.

به نظر می‌رسد بازبینی دوره‌ای شاخص‌های مصرف خدمات و بررسی تغییرات ساختار جمعیت تحت پوشش نیز می‌تواند در بازنگری شرح خدمات قرارداد بیمه تکمیلی مفید باشد.

تشکر و قدردانی: این طرح توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی طراحی و اجرا شده و توسط معاونت پشتیبانی و توسعه رفاه جهاد دانشگاهی تامین اعتبار شده است. بدین‌وسیله از کلیه همکارانی که در مراحل مختلف طراحی و اجرای مطالعه مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: مطالعه حاضر با کد IR.ACECR.IBCRC.REC.1400.023مورد تأیید پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی قرار گرفت.

سهم نویسندگان: فرانک فرزدی: طراحی و اجرای مطالعه، بازبینی و تکمیل مقاله؛ افسون آیین پرست: همکاری در اجرای مطالعه، تدوین مقاله؛ علی اصغر حائری مهریزی: طراحی ابزار و تحلیل داده‌ها، بازبینی و تکمیل مقاله؛ هدی تفضلی هرندی: بررسی مستندات علمی، بازبینی مقاله؛ فاطمه ریاضی: همکاری در اجرای مطالعه و تدوین گزارش، بازبینی مقاله؛ حسن بسلانپور: همکاری در طراحی ابزار و جمع آوری داده‌ها، بازبینی مقاله؛ ابوالفضل تقوی‌زاده: همکاری در طراحی ابزار و جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی مقاله؛ مهسا به روش: همکاری در طراحی ابزار و جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی مقاله.

تضاد منافع: نویسندگان این مقاله اعلام داشتند که هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

منابع مالی: مطالعه حاضر مورد حمایت مالی پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی قرار گرفت.

References

1. Abbasi E, Taghiabadi M. The effect of economic factors on the demand for supplementary health insurance. Insurance Research Journal Insurance Industry 2011;26:57-80 [Persian]
2. Najjar V, Houshmand A. Designing a model for supplementary health insurance in Iran. Hakim Research Quarterly 2019;22:138-150 [Persian]
3. Armstrong C, Powell T. The impact of health insurance on employee well-being and productivity. Journal of Health Economics 2020;34:345-360
4. Smith J, Williams K. The role of supplementary health insurance in enhancing employee satisfaction and loyalty A case study. Journal of Human Resource Management 2019;45:223-240
5. Sheikhan N. Supplementary health insurance in Iran. Social Welfare 2013;13:247-270 [Persian]
6. Emamvardi G, Ahmadi P. Adverse selection and moral hazards in supplementary health insurance. Iranian Health Insurance Journal 2020;3:298-307 [Persian]
7. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Quarterly 2005;83:Online-only
8. Ferdosi M, Rezayatmand MR, Feyz Bakhsh A, Dehghani H, Aghili Dehkordi G, et al. Treatment incidents recorder A tool for evaluating the insured's use of health services. Health System Management Strategies 2019;4:57-66 [Persian]
9. Hofter RH. Private health insurance and utilization of health services in Chile. Applied Economics 2006;38:423-439
10. Currie J, Thomas D. Medical care for children Public insurance, private insurance, and racial differences in utilization. Journal of Human Resources 1995;135-162
11. Ghabadi N. Analysis of Iran's economic growth under sanctions. Donya-e-Eqtesad 2024 [Persian]
12. Hazar Moghadam N, Ghanbarzadeh M, Hamzeh E, Ghafoor Boroujerdi M. Examining the effects of the COVID-19 pandemic on life insurance, supplementary health insurance, and travel insurance. Iranian Health Insurance Journal 2020;3:148-161 [Persian]
13. Anderson T, Brown P, Johnson M, Smith R, Taylor L, Williams J, et al. Impact of health crises on diagnostic and paraclinical services demand in the US A case of pandemics. Journal of Health Economics 2019
14. Jensen T, Brown P, Taylor R, Anderson T, Johnson M, Smith R, et al. The impact of economic crises and pandemics on healthcare demand in Europe. European Journal of Health Economics 2020;21:567-580
15. Moynihan R, Sanders S, Michaleff ZA, Cook N, Taylor R, Brown P, et al. Impact of COVID-19 pandemic on utilisation of healthcare services A systematic review. BMJ Open 2020;11:e045343
16. Cutler DM, Summers LH. The COVID-19 pandemic and the $16 trillion virus. Journal of Health Economics 2020;75:102409
17. Smith J, Brown P, Taylor R. Insurance coverage adjustments during economic crises Lessons from the COVID-19 pandemic in the UK. Health Policy 2021;125:567-574
18. Statistical Center of Iran, Price indices, economic statistics, Statistical data. Accessed from: https://amar.org.ir/ at 12.07.2025
19. Iran Health Insurance Organization. Statistical Report on Medical Expenses, 2021, accessed from https://B2n.ir/w16531 at 25.6.2024

[DOI: 10.66224/ihio.8.4.301]