Factors Contributing to Development of Justice the Centrality Health Insurance Organization

Mostafa Piri[1], Reza Jalali[1*], Ali Akbar Amini[1]

[1] Faculty of Political Science, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

***Corresponding Author:** Reza Jalali, Faculty of Political Science, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Email: dr_rezajalali@yahoo.com

Received: October 15, 2019 **Revised:** December 23, 2019 **Accepted:** February 5, 2020 **Online Published:** March 11, 2020

Abstract

Introduction: Policy change is one of the most popular areas in public policy, and the establishment of justice in the health sector is one of the most important goals of government - oriented governments in this field. Accordingly, the present study aimed to explain the effective factors in promoting justice in health with centrality of Iran health insurance organization.

Methods: the present study is applied in terms of the practical purpose and the method is implemented in two qualitative and quantitative sectors in 1397. in the qualitative section after reviewing the literature, the delphi method and expert panel were used with the help of six experts who participated in the mixed sampling method and the snowball sampling in this study, the objective was evaluated and the conceptual model structure was constructed with four constructs and 20 variables. After examining the formal validity and content validity, 16 questions were finalised with a five - point Likert scale to examine in the quantitative section. in the quantitative part, structural validity was evaluated by cronbach's alpha by factor analysis and reliability. at this stage of the research, 190 members of the target community who had sufficient information on the subject of research were conducted. SPSS and excel software were used for data analysis.

Results: In this study, 65.7 percrent of male participants were male and 43.3 percent female. 57.3 percent of them are official employment and 57 percent have more than 20 years of work experience. More than 56 percent of the participants have master degrees and doctorate degrees. Reliability of the questionnaire proved to be 83 percent in this study. Validity was assessed and confirmed)Face validity, Content validity and Construct validity). All four constructs in this study were the reliability of over 70 percent. Confirmatory factor analysis also showed that construct validity was approved by the whole questionnaire

Conclusion: The results of this study indicate that the Iranian health insurance organization has a key role in health with the support provided by the government and the adoption of reason Influence in the study to satisfy the people of the society and ultimately in health.

Keywords: Justice in Health, Health Insurance, Health Care, Service Leveling, Expansive Testing

Citation:
Piri M, Jalali R, Amini AA. Factors contributing to development of justice the centrality health insurance organization. Iran J Health Insur. 2020;2(4):228-237.

فصلنامه علمی- پژوهشی بیمه سلامت ایران| دوره ۲، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۸

عوامل موثر بر ارتقای عدالت در سلامت با محوریت سازمان بیمه سلامت

مصطفی پیری [۱]، رضا جلالی [۱*]، علی اکبر امینی [۱]

[۱] دانشکده علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* **نویسنده مسئول:** رضا جلالی، دانشکده علوم سیاسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

پست الکترونیک: dr_rezajalali@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۷/۲۳ تاریخ تصحیح: ۱۳۹۸/۱۰/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۱۱/۱۶ تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۱۲/۲۱

چکیده

مقدمه: تغییر در سیاست یکی از حوزه‌های پرطرفدار رشته سیاست گذاری عمومی است و در این میان، ایجاد عدالت و ارتقای آن در بخش سلامت یکی از اهداف مهم و اصلی دولت‌ها و سیاست‌گذاران فعال در این رشته محسوب می‌شود. پژوهش حاضر نیز با هدف تبیین عوامل موثر بر ارتقای عدالت در سلامت با محوریت سازمان بیمه سلامت ایران انجام شده است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نظر نوع هدف، کاربردی و از نظر روش، در دو بخش کیفی و کمّی در سال ۱۳۹۷ اجرا شده است. در بخش کیفی پس از مرور متون از روش دلفی و پانل خبرگان استفاده شد. به کمک ۶ نفر از خبرگان که به روش ترکیبی نمونه‌گیری در دسترس و گلوله برفی در این مطالعه شرکت کردند، موضوع هدف ارزیابی شد و ساختار مدل مفهومی تحقیق با ۴ سازه و ۲۰ متغیر ساخته شد. پس از بررسی روایی صوری و محتوایی، ۱۶ سوال با طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای برای بررسی در بخش کمّی نهایی شدند. در بخش کمّی، روایی سازه توسط تحلیل عاملی تأییدی و پایایی توسط آلفای کرونباخ ارزیابی شد. در این مرحله از تحقیق به روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۹۰ نفر از اعضای جامعه هدف که در زمینه موضوع تحقیق اطلاعات کافی داشتند شرکت کردند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS و AMOS نسخه ۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: در این مطالعه ۶۵/۷ درصد از شرکت‌کنندگان مرد و ۴۳/۳ درصد زن بودند. ۵۷/۳ درصد از آنها استخدام رسمی بوده و ۵۷ درصد نیز بیش از ۲۰ سال سابقه کار دارند. بیش از ۵۶ درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد و دکترا بودند. پایایی پرسشنامه نهایی‌شده در این مطالعه ۰/۸۳ به‌دست آمد. تمامی ۴ سازه پرسشنامه در این مطالعه، مقدار پایایی بیش از ۰/۷ داشت. روایی به ۳ روش صوری، محتوایی و سازه ارزیابی و تأیید شد. نتایج این مطالعه نشان داد که ساختار عملکردی در بالاترین اولویت و تأمین منابع مالی در پایین‌ترین اولویت عدالت در سلامت با محوریت بیمه سلامت بوده است.

نتیجه‌گیری: کارشناسان و مسئولان بیمه سلامت به‌طور روزمره دغدغه تأمین مالی دارند و به‌همین دلیل، صاحب‌نظران و مسئولان بیمه سلامت ایران بیش از اینکه به قرار گرفتن در جایگاه مناسب و نقش‌آفرینی موثر در بهسازی و افزایش کارایی و اثربخشی نظام سلامت کشور، همچنین سیاست‌گذاری و ساختارسازی استراتژیک و بلندمدت که منشأ اکثر ناکامی‌ها و مشکلات بیمه سلامت هستند بیاندیشند، دل‌مشغول تأمین مالی هستند. این گرفتاری ذهنی و عملی روزمره مانع کنار گذاشتن تفکر صندوق و حاکم کردن تفکر نظام بیمه سلامت می‌شود.

واژگان کلیدی: عدالت در سلامت، بیمه سلامت، خدمات درمانی، سطح‌بندی خدمات، آزمون وسع

مقدمه

سازمان جهانی بهداشت، دولت‌ها را مسئول تأمین سلامت مردم می‌داند و این سازمان در اعلامیه جهانی سال ۲۰۰۰، حفاظت از خانوارها در برابر هزینه‌های خدمات سلامت را به‌عنوان سومین هدف و مسئولیت اصلی نظام‌های سلامت معرفی می‌کند[۲]. همین سازمان در سال ۲۰۱۲، هدف غایی دولت‌ها را سلامت آحاد جامعه و حفاظت از آنها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری‌ها تعریف کرد[۳]. شعار سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۸ (سلامت برای

همه: پوشش همگانی سلامت: برای همه، در همه جا) بر اساس این اصل بنا شـده که همهٔ افراد بتوانند به حق خود به بالاترین سـطح ممکن از سلامت دست یابند[۴].

پوشش همگانی سلامت برای اطمینان از این است که همه افراد بتوانند خدمات بهداشـتی درمانی کافـی را در هر مکان و زمانی که به آن نیاز دارند، داشـته باشند. دریافت این خدمات باید بدون رنج و مشقت و همچنین مشکلات مالی باشد. هیچ کس نباید بین سلامت خوب و دیگر نیازهای زندگی، یکی را انتخاب کند. در دنیای امروزی حدود ۱۰۰ میلیون نفر به‌دلیل پرداخت هزینه‌های اجباری خدمات بهداشـتی - درمانی در فقر شدید به‌سر می‌برند[۵]. همچنین حدود ۱۲درصد از جمعیت جهـان (۸۰۰ میلیون نفر) حداقل ۱۰درصد از بودجه خانوار را صرف هزینه‌های بهداشتی - درمانی خانوار می‌کنند. این نوع مخارج را مخارج فاجعه‌آمیز یا کمرشـکن می‌گویند که یک مشـکل جهانی محسـوب می‌شود. پوشـش همگانی سلامت به این معناسـت که همه افـراد و جوامع، خدمات بهداشـتی درمانی لازم را بدون تحمل رنج مالی، دریافت کنند. پوشـش همگانی سـلامت، همه را قادر می‌سـازد تا مهم‌ترین و اساسـی‌ترین خدمات درمانی و بهداشـتی و مرگ و میـر را دریافت کننـد و از کیفیت خدماتی که دریافت می‌کنند، اطمینان داشـته باشـند. تأمین خدمات بهداشتی و درمانی به‌عنوان یک کالای اساسـی و عمومی در بیشـتر کشورها، عمدتاً از طرف دولت تأمین می‌شود[۴].

دسترسـی افراد به مراقبت بهداشـتی درمانـی به‌عنوان حقوق اساسـی و هدف اجتماعی مورد توجه قرار گرفته اسـت، یعنی تمام افراد مستحق دریافت مراقبت‌های سلامت هستند[۶]. بنابراین یکی از اهداف اساسـی سیاسـت‌گذاران در بخش بهداشـت و درمان هر کشور، تسهیل دسترسی افراد به خدمات بهداشتی درمانی، به‌نحوی که همه اقشـار جامعه بتوانند از این خدمات به‌نحو مطلوب بهره‌مند شوند، محسوب می‌شود[۷].

ارائه خدمات سلامت می‌تواند علاوه‌بر دولت با توجه به مقتضیات و ظرفیت و توانایی مالی بخش‌های خصوصی و غیرانتفاعی هر کشور به‌صورت ترکیبی از هر ۳ بخش ارائه شـود. در حال حاضر در بیشتر کشـورها، به‌طور مثال کشـورهای عضو سـازمان همکاری و توسعه اقتصادی، عمده خدمات بهداشـتی و درمانی توسـط بخش دولتی و فقـط برخـی از فعالیت‌ها مانند ارائه خدمات دارویی و پوشـش‌های لوکـس و VIP توسـط بخش غیردولتی ارائه می‌شـود. نیاز جامعه و مسـئولیت دولت‌ها بیمه سلامت همگانی را در شمار مهم‌ترین عامل برای توسـعه و پیشـرفت قرار داده که به‌عنوان سازوکاری اثربخش، امنیت خاطر تمامی افراد جامعه را در برابر هزینه بیماری‌ها و عوامل تهدیدکننده سلامت تضمین می‌کند.

امـروزه و در دنیایـی مـدرن، بیمه‌هـا نقش مهمـی در عرصه سـلامت ایفا می‌کننـد و به‌همین دلیل به بیمه‌ها به‌عنوان سـرمایه برای پشـتیبانی از نظام سـلامت نگاه می‌کنند. معمولاً بیمه‌ها نقش سازمان میانجی در انتقال سرمایه را از مصرف‌کننده خدمات سلامت بـه ارائه‌دهندگان بـازی می‌کنند. منابع مالـی موردنیاز برای تأمین هزینه‌های بخش سـلامت از طـرق مختلفی ازجملـه مالیات، حق بیمه‌های اجتماعی و پرداخت‌های مسـتقیم توسـط بیماران تأمین می‌شود. تناسب بین منابع مختلف مالی و روش‌های تأمین منابع در شاخص عدالت در تأمین منابع مالی تأثیرگذار است[۸]. موضوعی که به‌دلیل سهم بالای پرداخت از جیب بیماران، در حال حاضر به‌شدت شـاخص تأمین مالی عادلانه را تحت تأثیر قرار داده اسـت. منطقی کردن این شاخص در سطح کشورها احتمالاً نیازمند انجام اصلاحاتی در نظام سلامت و تأمین مالی آن است. انجام این اصلاحات در نظام سـلامت، جزو راهبردی‌ترین مباحثی اسـت که در سراسر دنیا مورد مطالعات جدی قرارگرفته است.

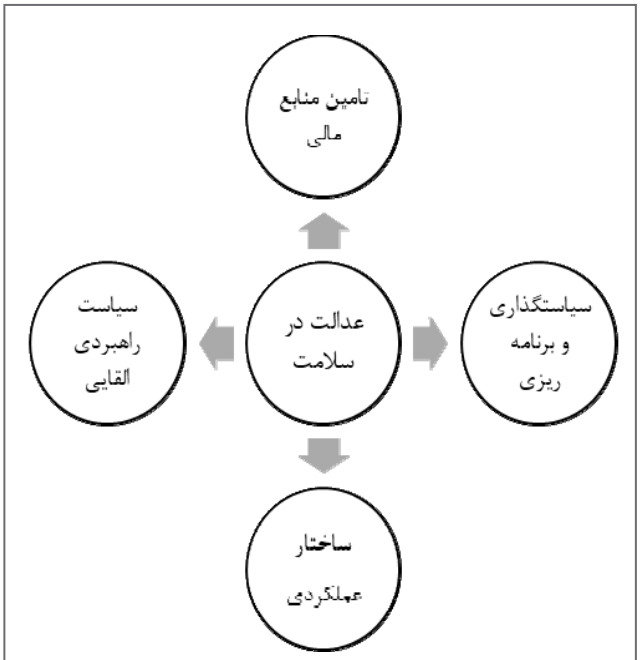
یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های سیاست‌گذاران کشور ما نیز برقراری عدالت در سـلامت و دسترسی به خدمات مرتبط با آن است. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به‌عنوان متولی سلامت در کشور با عنایت به وظایف و مأموریت‌های کلی و اسناد بالادستی، به‌ویژه سند چشـم‌انداز ۲۰ساله و سیاسـت‌های کلی سلامت ابلاغی مقام معظم رهبری، در سـال‌های اخیر اجرای طرح تحول سـلامت را آغاز کرده اسـت. این تحول با ۳رویکرد حفاظت مالی از مردم، ایجاد عدالت در دسترسی به خدمات سلامت و نیز ارتقای کیفیت خدمات اجرا شد. با توجه به اینکه عدالت در سلامت و برقراری آن در سطح کلان جامعه در گرو اتخاذ سیاست‌های مناسب از سوی سیاست‌گذاران و متولیان نظام سـلامت اسـت و در این میان سیاست‌های سلامت و نظام‌های تأمین منابع مالی و پرداخت هزینه‌ها، به‌ویژه رویکردهای بیمه سلامت به‌دلیل نقش آن در جمع‌آوری منابع بخش سلامت و هدایت به‌سمت افـراد نیازمند و نیز کاهش ارتباط مالـی ارائه‌دهنده خدمت و بیمار تأثیر به‌سـزایی بر کارایی و کنترل مطلوب هزینه‌های نظام سلامت دارد،[۹]، می‌توان گفت ارائه خدمات در حوزه بهداشـت و سـلامت برای همگان باید قابل دسترسـی بوده و این دسترسی باید به‌صورت عادلانـه صورت گیـرد. تحقق این امر در صـورت حمایت‌های مالی دولت، تسریع می‌شود و از طرفی موشکافی موضوع می‌تواند به کشف راهکار برای بهبود وضعیت سـلامت در جامعه منجر شـود. بنابراین پژوهش حاضر ضمن مطالعه در زمینه سـلامت و چگونگی برقراری عدالت در آن، به این پرسش پاسخ می‌دهد که عوامل تأثیرگذار برای

ارتقای عدالت در سلامت از طریق بیمه سلامت چه هستند؟ به‌همین منظور ابتدا برای بررسی بیشتر موضوع و سیاست‌های اتخاذشده در ایران در ۴ دههٔ بعد از انقلاب، عملکرد و سیاست‌های اتخاذشده در دولت‌های مختلف، مورد بررسی قرار گرفت و در جدول شماره ۱، به اختصار آورده شده است.

اگرچه اصلاح ساختار اقتصادی به همراه صیانت از اقشار کم‌درآمد و تأمین عدالت اجتماعی در بهداشت درمان همواره از سیاست‌های اقتصادی پس از انقلاب ۱۳۵۷ بوده است، بررسی سیاست‌های سلامت دولت‌ها نشان می‌دهد که این سیاست‌ها در راستای کارایی، عدالت و محدود کردن هزینه‌ها بوده است، اما اینکه تا چه اندازه این سیاست‌ها عملیاتی و اهداف مورد نظر محقق شده‌اند، نیاز به پژوهش‌های دیگری دارد. بدیهی است تکرار مشکلات و چالش‌های نظام سلامت در ایران، خود شاهدی بر استمرار و وجود مشکلات پایدار و فاصله تا دستیابی به اهداف تعیین شده است.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نظر نوع هدف، کاربردی و از نظر روش در ۲ بخش کیفی (روش دلفی) و کمّی (توصیفی- تحلیلی با رویکرد پیمایشی) در سال ۱۳۹۷ اجرا شده است. در بخش کیفی، ابتدا به بررسی متون و مطالعات کتابخانه‌ای شامل مقالات و کتب علمی (فارسی و انگلیسی) منطبق با هدف تحقیق پرداخته شد. سپس به‌کمک روش دلفی[۱۱] نظرات خبرگان جمع‌آوری شد. بر این اساس به روش نمونه‌گیری ترکیبی در دسترس و گلوله برفی، ۶ نفر از خبرگان با سابقه بیش از ۲۵ سال فعالیت در حوزه بیمه‌های سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، شرکت بیمه آتیه‌سازان و بیمه خدمات نیروهای مسلح که علاقه‌مند به شرکت در این مطالعه بودند، انتخاب شدند. در قدم اول نتایج به‌دست آمده از بررسی متون توسط تمامی افراد خبره حاضر در این مطالعه مورد بررسی قرار گرفت. نظرات و اطلاعات جمع‌آوری شده در ۳مرحله به‌صورت رفت و برگشت جمع‌آوری شد و یک ساختار مفهومی به‌صورت شکل ۱ با



شکل۱| ساختار مدل مفهومی تحقیق

جدول۱| سیاست‌های سلامت و اهداف آن در دولت‌ها از سال ۱۳۶۰ تا ۱۳۹۷ [۱۰]

دولت	سیاست سلامت	هدف سیاست سلامت
چپ سنتی موسوی	سیاست‌های پیشگیرانه (مراقبت‌های اولیه، سیاست جامع تغذیه، ارتقا سلامت، ریشه‌کنی بیماری‌ها) تغییر ساختار سازمانی، سیاست‌های اعتباری (بیمه‌های درمانی، جلب مشارکت‌های مردمی) سیاست‌های مربوط به هماهنگی‌های سازمانی، خدمات، پژوهش و هدایت امکانات.	کارایی، عدالت و کاهش هزینه‌ها
راست مدرن هاشمی رفسنجانی	سیاست‌های پیشگیرانه (سلامت عمومی، مراقبت های اولیه، کنترل جمعیت، تأمین تغذیه، کاهش مرگ و میر کودکان و مادران، تأمین آب آشامیدنی، ریشه کنی بیماریهای واگیردار)، طرح‌های عمرانی روستایی، سیاست‌ها در زمینه توزیع منابع و خدمات، اصلاح ساختار سازمانی، سیاست‌های اعتباری (بیمه‌های درمانی، جلب مشارکت‌های مردمی).	کارایی، عدالت و کاهش هزینه‌ها
چپ مدرن خاتمی	سیاست ارتقای سلامت، سیاست‌های راهبردی و تجاری و بازاریابی خدمات سلامت، سیاست ارتقای سلامت و سیاست‌های اعتباری (بیمه‌های درمانی، مشارکت عادلانه مردم در هزینه سلامت)	کارایی، عدالت و کاهش هزینه‌ها
اصولگرای رادیکال احمدی‌نژاد	سیاست‌های پیشگیرانه (بیماری‌های خطرساز)، سیاست‌های سازمانی و مدیریتی (هماهنگی و تمرکز در سیاست گذاری، برنامه‌ریزی و نظارت و تخصیص منابع عمومی). سیاست‌های ارتقای شاخص‌های سلامت (هوا، امنیت غذا، محیط و بهداشت جسمی و روحی، کاهش مخاطرات و آلودگی‌های تهدیدکننده سلامت اصلاح الگوی تغذیه)، سیاست‌های اعتباری (جلب مشارکت‌های غیردولتی، بیمه‌ها و تعرفه‌ها).	کارایی، عدالت و کاهش هزینه‌ها
اعتدال گرایی حسن روحانی	طرح تحول سلامت و بیمه سلامت همگانی مهم‌ترین برنامه دولت یازدهم در حوزه بهداشت و سلامت بوده و آثار اجتماعی گسترده‌ای نیز بر جا گذاشته است. طرح تحول سلامت و بیمه سلامت همگانی در شرایطی اجرا شد که هزینه‌های درمان به شدت بر مردم فشار می‌آورد و ضرورت داشت میزان پرداخت از جیب مردم کاهش یابد و جلوی سقوط بخش‌هایی از شهروندان به زیر خط فقر گرفته شود.	عدالت در دسترسی به خدمات، ارتقای کیفیت ارائه خدمات سلامت و حفاظت مالی بیماران

۴ سازه (فاکتور) و در مجموع ۲۰ متغیر (گویه) به‌دست آمد.

در انتهای بخش کیفی، به بررسی روایی صوری و روایی محتوایی[۲۰] با استفاده از نظرات خبرگان پرداخته شد. در این بخش غیر از خبرگان حاضر در تدوین مدل ساختار مفهومی، تعدادی دیگر از خبرگان با روش نمونه‌گیری گلوله برفی برای بررسی روایی به تحقیق اضافه شدند. در مجموع ۱۲ نفر از جامعه خبرگان پرسشنامه نهایی شامل ۴ سازه (فاکتور) و ۲۰ گویه (سوال) را ارزیابی کردند. برای تعیین روایی صوری (به‌صورت کیفی) از خبرگان خواسته شد نظراتشان را درخصوص ۳ معیار تناسب و ارتباط سوالات و سازه‌ها، ابهام و برداشت‌های نادرست و دشواری درک مفاهیم، به‌صورت کتبی ارائه کنند. روایی صوری در ۱۶ سوال با اصلاحاتی جزئی تأیید شد، اما در ۴ سوال، روایی صوری تأیید نشد. با نظر تیم تحقیق، این سوالات حذف نشد و برای ارزیابی روایی محتوایی نیز مورد استفاده قرار گرفت.

برای تعیین روایی محتوایی و تعیین ۲ شاخص CVR و CVI، پرسشنامه کامل در اختیار خبرگان (۱۲ نفر) قرار گرفت. از خبرگان خواسته شد برای تعیین میزان CVR در هر سوال، یکی از ۳گزینه (ضروری، مفید اما غیرضروری و غیرضروری) را انتخاب کنند. در نهایت شاخص محاسبه شده توسط جدول لاوشه ۱۹۷۵[۲۱] براساس ۱۲نفر خبره که در ارزیابی حاضر بودند، باید حداقل مقدار قابل قبول ۰.۵۶ باشد و بر این اساس پرسشنامه با ۲۰ سوال در اختیار خبرگان قرار گرفت. CVR مربوط به ۴ سوال که در بخش روایی صوری نیز ایرادهای اساسی از آنها گرفته شده بود، کمتر از حداقل مقدار قابل قبول (۰/۵۶) و در ۱۶ سوال باقی‌مانده بیش از ۰/۸ به‌دست آمد. برای تعیین CVI نیز از خبرگان خواسته شد برای هر یک از سوالات به تفکیک ۳ معیار سادگی و روان بودن، مرتبط و اختصاصی بودن و وضوح و شفافیت را با تعیین یکی از ۴گزینه (کاملا مرتبط و مناسب، مرتبط اما نیازمند بازبینی، نیاز به اصلاحات و کاملا نامرتبط) را تعیین کنند. میانگین شاخص CVI در کل پرسشنامه و معیارها به میزان ۰/۷۴ به‌دست آمد، اما با حذف ۴ سوالی که در روایی صوری و همچنین CVR تناسب لازم با موضوع سازه‌ها و پرسشنامه را نداشتند، میانگین CVI به میزان ۰/۸۹ افزایش یافت که از حداقل مقدار قابل قبول (۰.۷۹) بیشتر است. بنابراین روایی محتوایی پرسشنامه با ۱۶ سوال مورد تأیید قرار گرفت و ۴ سوال نیز حذف شد.

در بخش کمّی، پرسشنامه ۱۶ سوالی با مقیاس طیف لیکرت ۵گزینه‌ای (۱- مطلوبیت یکسان ۲- کمی مطلوب‌تر، مطلوبیت قوی ۳- مطلوبیت خیلی قوی ۵- کاملاً مطلوب‌تر) در ۴سازه (فاکتور) برای تعیین روایی سازه یا به‌عبارت دیگر، تعیین ساختار ریاضی دقیق و همچنین تعیین پایایی ارزیابی شد. برای رسیدن به این هدف، ۱۹۰نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس از جامعه آماری شامل تمامی کارشناسان، مدیران ارشد و میانی با سابقه کار در بیمه‌های سلامت، سازمان تأمین اجتماعی، شرکت بیمه آتیه‌سازان و بیمه خدمات نیروهای مسلح که اطلاعات کافی درخصوص موضوع هدف را داشتند و همچنین علاقه‌مند به شرکت در این مطالعه بودند انتخاب و پرسشنامه‌های تکمیل‌شده برای آنالیز آماری، استفاده شدند. برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش آلفای کرونباخ و برای

جدول۳| خلاصه اطلاعات جمعیت‌شناختی

متغیرهای جمعیت شناختی (n = ۱۹۰)		فراوانی	درصد
جنسیت	مرد	۱۲۵	۶۵/۷
	زن	۶۵	۴۳/۳
وضعیت تاهل	مجرد	۲۲	۱۲
	متاهل	۱۶۸	۸۸
میزان تحصیلات	دیپلم	۵	۲/۶
	کاردانی	۱۸	۹/۴
	لیسانس	۵۹	۳۱/۳
	فوق لیسانس	۸۳	۴۳/۶
	دکتری	۲۵	۱۳/۱
نوع استخدام	رسمی	۱۰۹	۵۷/۳
	پیمانی	۳۱	۱۶/۳
	قراردادی	۳۳	۱۷/۴
	شرکتی	۱۷	۸/۹
سابقه خدمت	کمتر از ۱۰ سال	۳۷	۱۸/۴
	۱۰ تا ۲۰ سال	۴۵	۲۳/۶
	بیش از ۲۰ سال	۱۰۸	۵۷

جدول۲| شاخص‌های برازش و مقادیر قابل قبول هریک از شاخص‌ها

شاخص کای-دو نسبی (Chi Sq./df)	معناداری (P)	شاخص RMSEA	شاخص CFI	شاخص GFI	شاخص AGFI	شاخص NFI	شاخص RMR
۲ تا ۵	< ۰/۰۵	< ۰/۰۸	> ۰/۹۰	> ۰/۹۰	> ۰/۸۵	> ۰/۹۰	< ۰/۱۰

تعیین روایی سازه از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. برای تهیه جداول فراوانی و تعیین پایایی به روش آلفای کرونباخ از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و برای تعیین روایی سازه با روش تحلیل عاملی تأییدی از نرم افزار AMOS نسخه ۲۲ استفاده شد. شاخص‌های برازش مدل[۲۲] در این مطالعه و مقادیر قابل قبول هریک نیز به شرح جدول زیر بودند. سطح معناداری آماری نیز در این مطالعه به میزان ۰.۰۵ درنظرگرفته شد.

یافته‌ها

۱۰۹ نفر (۵۷/۳ درصد) از شرکت کنندگان استخدام رسمی و فقط ۱۷ نفر (۸/۹ درصد) استخدام شرکتی بودند. ۱۰۸ نفر (۵۷درصد) سابقه خدمت بیش از ۲۰ سال و ۵۶/۷ درصد از شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و دکتری بودند(جدول ۳). برای بررسی روایی سازه از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج برازش مدل نشان می‌دهد با توجه به اینکه شاخص کای‌دو نسبی مقداری در دامنه ۲ تا ۵ و معنادار (P < ۰/۰۰۱) به‌دست آمد و همچنین شاخص‌های برازش مدل در مجموع نشان از برازش مناسب را می‌دهند، می‌توان اجرای مدل را تأیید کرد. با این حال بارهای عاملی هریک از گویه‌ها نشان می‌دهد که تمامی بارهای عاملی از مقدار ۰/۴ (حداقل مقدار قابل قبول) بیشتر و معنادار (P < ۰/۰۵) هستند[۱۳] که می‌توان روایی هر سازه و در نهایت روایی سازه در کل پرسشنامه را تأیید کرد (جدول۴).

جدول۴| ضرایب استاندارد (بارعاملی) هریک از سوالات و شاخص‌های برازش مدل در سازه تأمین منابع مالی

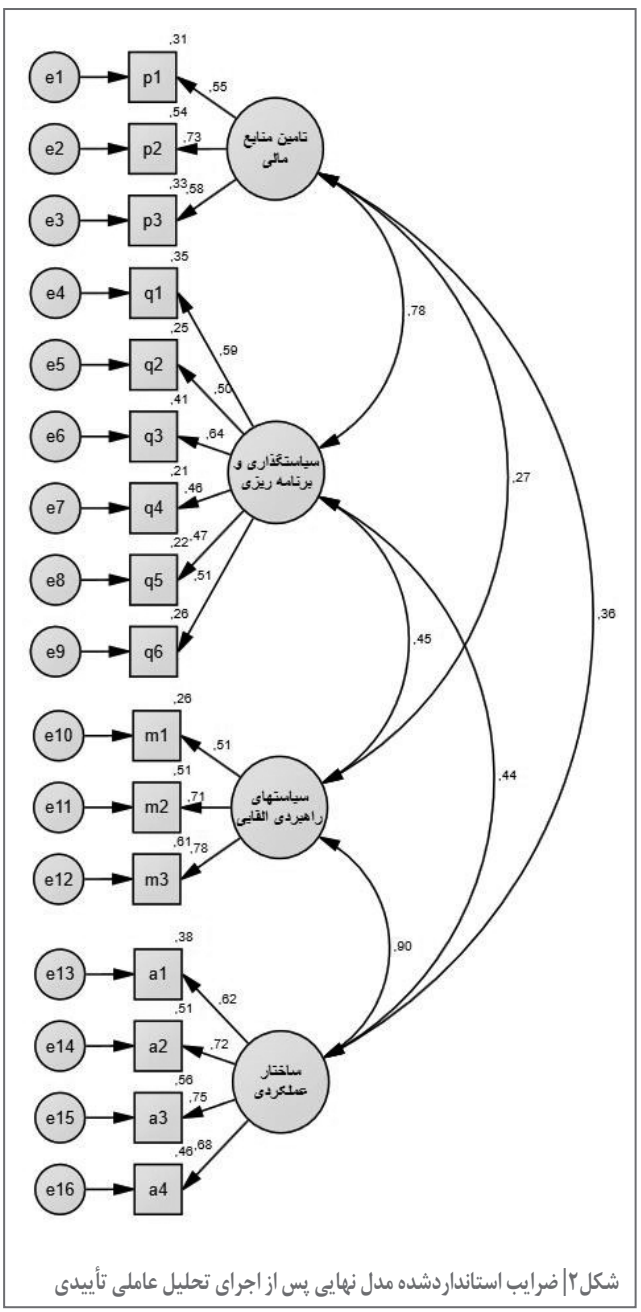
سازه	گویه	بار عاملی
تأمین منابع مالی	پیش بینی واقعی بودجه P1	۰/۵۵۲
	تخصیص منابع مالی P2	۰/۷۳۳
	شناسایی منابع مالی P3	۰/۵۷۸
سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی	تفکیک صندوق ها q1	۰/۵۹۲
	خدمات درمانی و بهداشتی در سطح یک q2	۰/۴۹۹
	طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع q3	۰/۶۴۳
	نظارت بخش خصوصی q4	۰/۴۵۸
	خدمات بهداشت و درمانی در سطح ۲ و ۳ q5	۰/۴۶۸
	واگذاری تولیت درمان و بهداشت q6	۰/۵۱۰
ساختار عملکردی	حذف دفاتر کاغذی بیمه a1	۰/۶۱۹
	دسترسی آسان به مراکز درمانی a2	۰/۷۱۶
	پلکانی نمودن اخذ حق بیمه a3	۰/۷۵۱
	الکترونیکی نمودن خدمات a4	۰/۶۸۱
سیاست‌های راهبردی القایی	خریداری خدمات وزارت بهداشت m1	۰/۵۱۲
	بیمه همگانی آحاد مردم m2	۰/۷۱۱
	تجمیع صندوقهای پایه درمان m3	۰/۷۸۱

شاخص‌های برازش مدل					
شاخص کای-دو نسبی (Chi Sq./df)	۲/۱۸۱	شاخص CFI	۰/۹۱۲	شاخص NFI	۰/۹۰۰
معناداری P	P<۰۰۱	شاخص GFI	۰/۹۱۸	شاخص RMR	۰/۰۸۱
شاخص RMSEA	۰/۰۷۸	شاخص AGFI	۰/۸۹۹		

همبستگی بین سازه‌های پرسشنامه نیز مقادیر معقول و معناداری (P < ۰/۰۵) دارا هستند که نشان‌دهنده ساختار متحد و تأیید روایی سازه در کل پرسشنامه است (شکل ۲).

پایایی کل پرسشنامه ۱۶سوالی به تفکیک سازه‌ها نیز با روش آلفای کرونباخ اجرا شد. نتایج نشان می‌دهد مقادیر آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷ بوده و تمامی سازه‌ها به‌صورت انفرادی دارای پایایی متناسب هستند. همچنین پایایی کل پرسشنامه نیز ۰/۸۳۰ به‌دست آمد که پایایی خیلی خوبی محسوب می‌شود (جدول ۵).

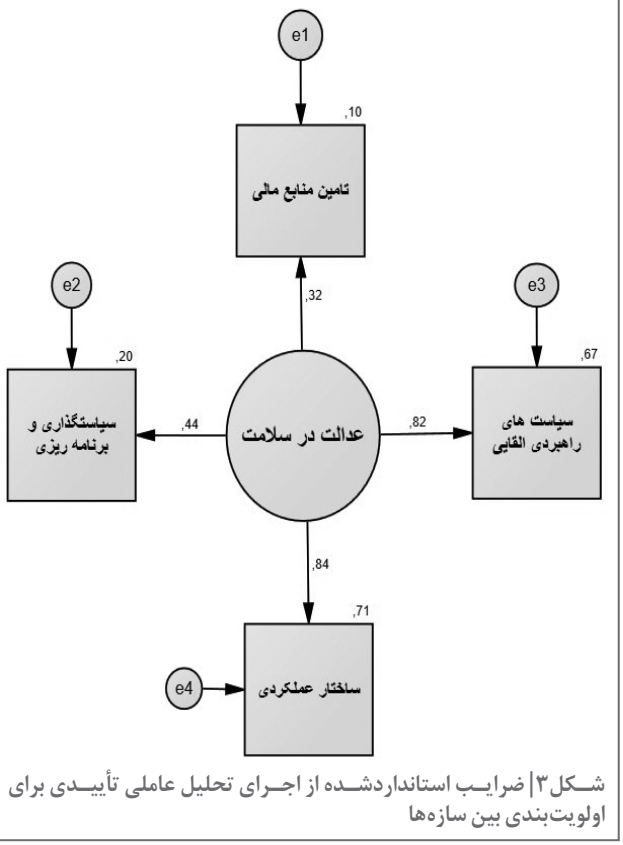
برای ارزیابی اولویت‌بندی بین سازه‌ها نیز از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج نشان داد که اولویت برای عدالت در سلامت از دید جامعه هدف این مطالعه به‌ترتیب اولویت شامل سازه ساختار عملکردی با بار عاملی ۰/۸۴، سازه سیاست‌های راهبردی القایی با بار عاملی ۰/۸۲، سازه سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی با بار عاملی ۰/۴۴ و سازه تأمین منابع مالی با بار عاملی ۰/۳۲ هستند.(شکل-۳).



شکل۲| ضرایب استانداردشده مدل نهایی پس از اجرای تحلیل عاملی تأییدی

جدول۵| خلاصه مقادیر پایایی سازه‌ها با آلفای کرونباخ

سازه	تعداد سوالات	آلفای کرونباخ
تأمین منابع مالی	۳	۰/۷۱۲
سیاست گذاری و برنامه‌ریزی	۶	۰/۷۰۲
ساختار عملکردی	۴	۰/۷۰۱
سیاست‌های راهبردی القایی	۳	۰/۷۸۱
کل پرسشنامه	۱۶	۰/۸۳۸



شکل۳| ضرایب استانداردشده از اجرای تحلیل عاملی تأییدی برای اولویت‌بندی بین سازه‌ها

بحث

براساس نتایج به‌دست آمده از تحلیل عاملی تأییدی برای مؤلفه تأمین منابع مالی و جبران هزینه‌ها در بخش درمان، تخصیص منابع مالی با بار عاملی ۰/۹۴۱ از سایر گزینه‌ها موثرتر بوده که ممکن است به این دلیل باشد که هزینه‌های سلامت در ایران در چند دهه اخیر با سرعت زیادی در حال افزایش است. در این خصوص مواردی همانند گسترش پوشش بیمه سلامت، افزایش تعداد تخت‌های بیمارستانی، افزایش مراکز ارائه‌کننده خدمات درمانی، افزایش ضریب ارزش نسبی خدمات سلامت شیوع بیماری‌های غیر واگیر افزایش جمعیت، افزایش سطح فرهنگ و آگاهی مردم، گسترش خدمات در نقاط روستایی و شهرهای زیر ۲۰هزار نفر و حومه شهرها، افزایش خدمات درمانی و پاراکلینکی و تخصصی‌شدن خدمات در طول این سال‌ها و افزایش سطح دسترسی و خدمات القایی غیرضروری، بوده است.

همه دولت‌ها در ایران در تلاش بودند با محوریت سازمان‌های حمایتی به‌عنوان واسطه بین ارائه‌کنندگان خدمت و استفاده‌کنندگان بتوانند درخصوص جلب رضایت مردم و آحاد جامعه و ارتقای سلامت موفق باشند. براساس نظر کارشناسان، این حیطه از بالاترین ضریب اهمیت برخوردار است، زیرا هنگامی که سازمان بتواند به‌عنوان میانجی بین ارائه‌کنندگان خدمت و گیرندگان هزینه‌های مراکز و ارائه‌کنندگان خدمت را به‌موقع و به‌روز پرداخت کند، این مراکز درخصوص خدمات‌رسانی بهتر و با کیفیت تلاش می‌کنند که این امر، باعث افزایش سطح کیفیت خدمات درمانی و رضایت آحاد جامعه و بالا بردن قدرت خرید سازمان می‌شود.

از طرف دیگر برای عامل سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اجرا، گزینه طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع از سایر موارد موثرتر بوده است. طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده راهکار ایجاد فرصت برای بهره‌مندشدن همه اقشار جامعه از خدمات درمانی با تعرفه دولتی است. در تحلیل عاملی مؤلفه سوم که عوامل مربوط به سیاست‌های راهبردی است، موثرترین گزینه آن براساس نتایج، اخذ مبلغ سرانه حق بیمه در هر سال به‌صورت پلکانی براساس آزمون وسع با بار عاملی ۰/۷۷۲ است. در صنعت بیمه که براساس انباشت و هزینه آن در زمان ریسک تعریف‌شده براساس نتایج تحقیق تمامی افراد جامعه با توجه اظهار استفاده از طرح حمایتی دولت براساس درآمدی که در سال داشته‌اند، به دهک‌های مختلف که براساس گزارش وزارت اقتصاد و امور دارایی در ایران، این دهک‌ها از یک تا ۱۰ دسته‌بندی شده‌اند و براساس این رتبه‌بندی و میزان استحقاق از کمک‌ها و حمایت‌های دولت برخوردار می‌شوند که روش فوق با تجمیع نظر کارشناسان مصداق عدالت و ارتقای آن است. برای چهارمین عامل (ساختار عملکردی) گزینه بیمه همگانی آحاد مردم از سایر گزینه‌ها موثرتر بوده است. نتیجه حاصله نشان‌دهنده آن است که در ایران نیز همانند تمامی دولت‌ها در جهان به‌دنبال ایجاد رفاه و اطمینان خاطر جامعه خود هستند که با تحت پوشش قرار دادن آنها درخصوص حمایت هنگام بیماری و حمایت مالی، سعی در محقق شدن این مهم دارند.

تخصیص منابع مالی مناسب برای جبران هزینه‌های درمان به سازمان بیمه سلامت ایران با هدف نیل به ایجاد عدالت در سلامت اثر مثبت و معناداری دارد که با یافته‌های سازمان بهداشت جهانی همسو بود. پیش‌بینی واقعی بودجه در هر سال براساس تورم سالانه بر شاخص عدالت موثر است که با یافته‌های سازمان بهداشت جهانی همسو بود. شناسایی منابع پایدار و تخصیص آن به بیمه سلامت در ایجاد عدالت در سلامت بین آحاد جامعه موثر ومعنادار است که با یافته‌های سازمان بهداشت جهانی همسو بود[۲،۳،۴]. تجمیع صندوق‌های بیمه‌های پایه درمان بر روند خدمات‌رسانی برای نیل به عدالت، اثر مثبت و معناداری دارد. دسترسی مناسب بیمه‌شدگان به مراکز درمانی و بهداشتی برای ارتقای عدالت اثر مثبت و معناداری دارد که با یافته‌های باس و همکارانش مطابقت دارد[۱۵].

ارائه طبقه‌بندی خدمات سلامت براساس طرح سطح‌بندی برای ایجاد عدالت در درمان اثر مثبت و معناداری دارد که با یافته‌های مارموت و همکارانش مطابقت دارد[۱۶]. تخصیص درصدی از صرفه‌جویی ایجادشده از محل یارانه‌ها به سازمان بیمه سلامت برای ارتقای عدالت تأثیر مثبت و معناداری داشت که با یافته‌های دشمنگیر مطابقت دارد[۸]. پلکانی کردن اخذ حق‌بیمه از بیمه‌شدگان براساس آزمون وسع در ایجاد عدالت اثر مثبت و معناداری دارد. اجرای طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع بر عدالت در درمان اثر معنادار و مثبتی داشته است. پوشش همگانی بیمه سلامت بر ارتقای عدالت بین آحاد جامعه تأثیر مثبت و معناداری دارد که با یافته‌های قاسمی الناز و همکاران مطابقت داشته است[۱۷]. ارائه خدمات درمانی در مراکز طرف قرارداد با کد ملی برای ایجاد عدالت بین آحاد جامعه اثر مثبت و معناداری دارد. الکترونیکی کردن تجویز خدمات در مراکز درمانی بر روند ایجاد عدالت در سلامت اثر مثبت و معناداری دارد. حذف دفاتر کاغذی بیمه برای صیانت از منابع اثر مثبت و معناداری داشت که با یافته‌های پژوهش واگوستف و همکاران مطابقت دارد[۱۸].

ایجاد دسترسی آسان برای برخورداری از خدمات با کیفیت بهداشتی درمانی بر ارتقای شاخص عدالت تأثیر مثبت و معناداری

دارد. واگذاری تولیت درمان و بهداشت کشور به وزارت بهداشت و درمان در ارتقای عدالت تأثیرگذار است که با یافته‌های پژوهش دشمنگیر مطابقت دارد[۱۹].

نتیجه گیری

عدالت در سلامت وارتقای آن با توجه به یافته‌های تحقیق توسط دولت در سطح کلان جامعه در گرو اتخاذ سیاست‌های مناسب از سوی سیاست‌گذاران و متولیان نظام سلامت است و در این میان سیاست‌های سلامت و نظام‌های تأمین منابع مالی و پرداخت هزینه‌ها به ویژه رویکردهای بیمه سلامت به‌دلیل نقش آن در جمع‌آوری منابع بخش سلامت،هدایت به سمت افراد نیازمند،کاهش ارتباط مالی ارائه‌دهنده خدمت و بیمار و سیاست‌های راهبردی و ساختار عملکردی سازمان بیمه سلامت تأثیر به‌سزایی بر کارایی و کنترل مطلوب هزینه‌های نظام سلامت دارند.

کارشناسان و مسئولان بیمه سلامت به‌طور روزمره دغدغه تأمین مالی را دارند و به‌همین دلیل صاحب‌نظران و مسئولان بیمه سلامت ایران بیشتر از اینکه به قرار گرفتن در جایگاه مناسب و نقش‌آفرینی موثر در بهسازی و افزایش کارایی و اثربخشی نظام سلامت کشور و به سیاست‌گذاری و ساختارسازی استراتژیک و بلندمدت که منشأ اکثر ناکامی‌ها و مشکلات بیمه سلامت هستند بیاندیشند، دل‌مشغول تأمین مالی هستند. این گرفتاری ذهنی و عملی روزمره در مسیر کنار گذاشتن تفکر صندوق و حاکم کردن تفکر نظام بیمه سلامت مشکل و مانع ایجاد می‌کند.

در ادامه پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:

* برنامه سامان‌دهی و مدیریت بیماری‌های ویژه، حمایت مالی از بیماران بستری در بیمارستان‌های وزارت بهداشت و برنامه‌ریزی برای حمایت هدفمندتر از گروه‌های آسیب‌پذیر اقتصادی و بیماران صعب العلاج.
* برای جلوگیری از هدررفت منابع و جلوگیری از تقاضای القایی، دفترچه‌های بیمه حذف و پروژه نسخه‌نویسی الکترونیک توسط وزارت بهداشت و سازمان بیمه سلامت به‌صورت جدی پیگیری شود.
* حمایت همه‌جانبه از برنامه آزمون وسع و پوشش همگانی بیمه سلامت و همه فازهای آن، چه به لحاظ مالی و چه حمایت سیاسی، در سطوح بالای تصمیم‌سازی صورت گرفته و همگان از مورد آسیب قرار گرفتن این طرح بزرگ پیشگیری کرده و اجازه ندهند حواشی مختلف، پیشرفت این طرح را تحت تأثیر قرار دهد.
* هماهنگی سازمان‌های بیمه‌گر درمانی در قالب اجرای قانون برنامه پنجم و یکپارچه‌سازی سازمان‌های بیمه‌ای آنان، به‌خصوص در سیاست‌های اجرایی و سپس ایجاد یک سازمان بیمه واحد سلامت مستقل با وزارت‌خانه مستقل می‌تواند نابسامانی‌های موجود را در حمایت برنامه‌ای و مالی را سامان‌دهی کند.
* تقویت زیرساخت‌های برنامه پزشک خانواده، نظام ارجاع در سراسر کشور از طریق آموزش نیروی انسانی کارآمد، به‌کارگیری منابع غیردولتی برای توسعه بستر ارائه خدمات، سپردن کار مردم به خود مردم و مشارکت آنان در امور پیشگیری و درمان می‌تواند هم هزینه‌های دولت را کاهش دهد و هم با فرهنگ‌سازی مناسب، زمینه ارتقای سلامت را فراهم کند.
* با توجه به ایجاد مشارکت بخش خصوصی و دولتی به‌نحو احسن و برای اینکه بار هزینه‌های ایجاد شده در درمان را با روش مناسب توزیع کرد، در محاسبه هزینه‌ها و جبران مالی آن از روش پلکانی مشارکتی استفاده شود؛ بدین‌معنا که در محاسبات براساس هزینه ایجادشده و نوع بیماری، آنها را به چند تیپ مشخص کرد و هر تیپ نیز دارای سهم مشخصی از هزینه باشد.
* برای جلوگیری از هزینه‌سازی و درخواست‌های القایی ارائه‌کنندگان خدمت یا گیرندان خدمت، سیستم کنترل و نظارتی طرح‌ریزی شود که با اعمال جرایم بازدارنده، بتواند از ایجاد هزینه جلوگیری کند.

پانویس‌ها

1. World Health Organization
2. Health for All.Universal health coverage: everyone, everywhere
3. Universal health coverage
4. Co-operation and Development (OECD)

References

1. Moyson S. Cognition and policy change: the consistency of policy learning in the advocacy coalition framework. Policy Soc. 2017;36(2):320-44.
2. World Health Organization (2000). The world health report , health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization. 2000: 1.
3. World Health Organization (2012). The world health report , health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization. 2012: 1
4. World Health Organization (2018). The world health report , health systems: Improving performance. Geneva: World Health Organization. 2018: 1.

5. Davari M, Haycox, & Walley T. Issues related to health care delivery system in Iran; Past experiences, current challenges and future strategies. Iranian Journal of Public Health 2012; 41(9): 1–9[Persian].
6. Khayatan M. Assessing the effective factors on person's access to health care services in Urban Health Care Centers by their staff's viewpoint in 2008[Thesis in Persian]. Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2008.
7. Qaed Amini R. Justice in access to health services: Solutions and challenges, Tabriz: Tabriz University of Medical Sciences, 5th Annual Conference of the Students of Health Care Management, 2007.
8. Karimi I, Salarian A, Anbari Z. A comparative study on equity in access to health services in developed countries and designing a model for Iran. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2010;12(4):92-104. [Persian]
9. Shahri S, Tabibi SJ, Nasiripour AA, Ghaffari F. Effect Functions on Goals of Health System in Iran. Journal of Payavard Salamat. 2017;11(3):247-58. [Persian]
10. Gharakhani M. Government and Health Policy in Iran (1980 to 2009), Asoomeh. Social Sciences (Allameh Tabatabai). 2013;2(61): 211-254.[Persian]
11. Hallowell M, Gambatese JA. Qualitative research: Application of the Delphi method to CEM research. Journal of Construction Engineering and Management,2010; 136(1), 99-107.
12. Taber, K. The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. Research in Science Education. 2017; https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2
13. Talebi S. Confirmatory factor analysis way to achieve validity. Iranian Journal of Medical Education. 2015; 14(11):1020-4. [Persian]
14. Barnard J., Rubin D. B. Small-sample degrees of freedom with multiple imputation. Biometrika,1999; 86, 948-955.
15. Buse K, Mays N, Walt G. Making health policy: McGraw-Hill Education (UK); 2012.M.5 1-288Page
16. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. The Lancet. 2015;386(10011):2442
17. Ghasemi E, Barooni M, Dehnavieh R, Jafari Sirizi M, Mehrolhassani M. Assessment of the Performance of Health Insurance Organizations using the DEA Approach; 2014. Iranian Journal of Epidemiology. 2017;12:13-9.
18. Wagstaff A, Lindelow M. Can insurance increase financial risk?: The curious case of health insurance in China. Journal of health economics. 2008;27(4):990-1005.
19. Doshmangir L, Doshmangir P, Abbasi M, Rashidian A. Infrastructures for Implementation of Urban Family Medicine in Iran: Infrastructures for Implementation of Urban Family Medicine in Iran. Hakim Research Journal. 2015;18(1):1-13.
20 Mohammadbeigi A, Mohammadsalehi N, Aligol M. Validity and Reliability of the Instruments and Types of MeasurmentS in Health Applied Researches. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015;13(12):1153-70.[Persian]
21 Lawshe CH. A quantitative approach to content validity 1. Personnel psychology. 1975; 28(4):563-75.
22 Byrne BM. Multivariate applications series. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2nd ed.). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group. 2010.