



Designing an Insurance Coverage Expansion Model to Increase Medical Services in the Social Security Organization

Mahboubeh Mahmoudsani¹, Bahman Kargar Shahamat^{*2}, Seyed Hamed Hashemi³

1- PhD student in public administration, Astara Branch, Islamic Azad University, Astara, Iran.

2*- Assistant Professor, Department of Management and Accounting, Astara Branch, Islamic Azad University, Astara, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Public Administration, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Abstract

This research has been done with the aim of designing a model for the development of insurance coverage to improve medical services in the social security organization. The research method was mixed and qualitatively and quantitatively. In the qualitative section, the qualitative content analysis method was used with the participation of 14 experts and specialists in the field of insurance and health, and the validity and reliability of this section was evaluated and confirmed using the method of validation by participants and review by colleagues. In the quantitative part, data was collected through a questionnaire that was distributed among 300 social security insured people. Quantitative data analysis was done using structural equation technique with the help of Smart PLS software. In this section, validity and reliability were evaluated and confirmed using existing methods such as Cronbach's alpha, factor loadings, composite reliability, and convergent and divergent validity. The findings of the research showed that the development of health service infrastructure, formulation of efficient policies, strengthening of digital monitoring and management of financial resources are the four main axes to improve performance and increase access to insurance and health services. In the axis of infrastructure development, improving access to medical services in deprived areas, expanding mobile and digital services, and equipping medical centers with advanced technologies were among the key solutions. In the axis of digital monitoring and resource management, the use of big data analysis, artificial intelligence and blockchain technology is suggested to improve transparency, data security and increase the quality of monitoring. Also, the creation of online evaluation systems based on the feedback of the insured and the implementation of predictive algorithms for better service management are among the innovations proposed in this research. Finally, creative financing with the cooperation of banks, attracting private sector investments and designing new income models for the sustainability of insurance systems were introduced as solutions to guarantee financial resources. By presenting a comprehensive model, this research aims to improve the quality of insurance and medical services and can be used as a guide for policy makers and managers in this field.

Keywords: Coverage Expansion, Insurance and Medical Services, Social Security Organization, Insurance Increase

Citation:

Mahmoudsani, M., Kargar Shahamat, B., & Hashemi, S. H. (2024). Designing an Insurance Coverage Expansion Model to Increase Medical Services in the Social Security Organization. *Journal of Intelligent Marketing Management*, 5(2), 252-281.



طراحی الگوی توسعه پوشش بیمه ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی

محبوبه محمودثانی^۱، بهمن کارگر شهامت^{۲*}، سید حامد هاشمی^۳

۱- دانشجوی دکتری مدیریت دولتی، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران.

۲- استادیار، گروه مدیریت و حسابداری، واحد آستارا، دانشگاه آزاد اسلامی، آستارا، ایران.

۳- استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

چکیده

این پژوهش با هدف طراحی الگوی توسعه پوشش بیمه‌ای برای بهبود خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی انجام شده است. روش پژوهش ترکیبی و به صورت کیفی و کمی بوده است. در بخش کیفی، از روش تحلیل محتوای کیفی با مشارکت ۱۴ نفر از خبرگان و متخصصان حوزه بیمه و سلامت استفاده شد و روایی و پایایی این بخش با استفاده از روش اعتبارسنجی توسط مشارکت کنندگان و بررسی توسط همکاران ارزیابی و تأیید گردید. در بخش کمی، داده‌ها از طریق پرسشنامه‌ای که بین ۳۰۰ نفر از بیمه‌شدگان تامین اجتماعی توزیع شد، جمع‌آوری گردید. تحلیل داده‌های کمی با استفاده از تکنیک معادلات ساختاری و با کمک نرم‌افزار Smart PLS انجام شد. در این بخش، روایی و پایایی با استفاده از روش‌های موجود نظیر آلفای کرونباخ، بارهای عاملی، پایایی ترکیبی و روایی همگرا و واگرا ارزیابی و تأیید شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که توسعه زیرساخت‌های خدمات درمانی، تدوین سیاست‌های کارآمد، تقویت نظارت دیجیتال و مدیریت منابع مالی، چهار محور اصلی برای بهبود عملکرد و افزایش دسترسی به خدمات بیمه‌ای و درمانی هستند. در محور توسعه زیرساخت‌ها، بهبود دسترسی به خدمات درمانی در مناطق محروم، گسترش خدمات سیار و دیجیتال، و تجهیز مراکز درمانی به فناوری‌های پیشرفته از جمله راهکارهای کلیدی مطرح شدند. در محور نظارت دیجیتال و مدیریت منابع، بهره‌گیری از تحلیل داده‌های بزرگ، هوش مصنوعی و فناوری بلاکچین برای بهبود شفافیت، امنیت داده‌ها و افزایش کیفیت نظارت پیشنهاد شده است. همچنین، ایجاد سیستم‌های ارزیابی آنلاین بر اساس بازخورد بیمه‌شدگان و پیاده‌سازی الگوریتم‌های پیش‌بینی کننده برای مدیریت بهتر خدمات، از جمله نوآوری‌های مطرح شده در این پژوهش است. در نهایت، تأمین مالی خلاقانه با همکاری بانک‌ها، جذب سرمایه‌گذاری‌های بخش خصوصی و طراحی مدل‌های درآمدی جدید برای پایداری سیستم‌های بیمه‌ای به‌عنوان راهکارهایی برای تضمین منابع مالی معرفی شد. این پژوهش با ارائه مدلی جامع، بهبود کیفیت خدمات بیمه‌ای و درمانی را هدف قرار داده و می‌تواند به‌عنوان راهنمایی برای سیاست‌گذاران و مدیران در این حوزه مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: توسعه پوشش، بیمه و خدمات درمانی، سازمان تامین اجتماعی، افزایش بیمه.

استناد:

محمودثانی، محبوبه و کارگر شهامت، بهمن و هاشمی، سید حامد. (۱۴۰۳). طراحی الگوی توسعه پوشش بیمه ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی.. مدیریت بازاریابی هوشمند، ۵(۲)، ۲۵۲-۲۸۱.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۰۸

تاریخ ویرایش: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۴/۲۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۰۵/۰۱

<https://doi.org/JABM.3.2.15564.35125656565047>

نشریه مدیریت بازاریابی هوشمند، ۱۴۰۳، دوره ۵، شماره ۲، پیاپی ۲۴

ناشر: نشریه مدیریت بازاریابی هوشمند

نوع مقاله: علمی پژوهشی

© نویسندگان



مقدمه

در نظام‌های تأمین اجتماعی، توسعه پوشش بیمه‌ای به ویژه در حوزه خدمات درمانی یکی از عناصر کلیدی در ارتقاء سلامت عمومی، کاهش نابرابری‌های اجتماعی، و افزایش عدالت در دسترسی به خدمات درمانی به شمار می‌آید. در چارچوب اقتصاد سلامت و رفاه اجتماعی، پوشش فراگیر بیمه‌ای نه تنها به عنوان یک حق اجتماعی، بلکه به عنوان ابزاری استراتژیک برای مدیریت منابع بهینه در نظام سلامت مطرح است. با توجه به پیچیدگی‌ها و چالش‌های موجود در ساختارهای اجتماعی، اقتصادی و مدیریتی کشورها، ارائه الگوهای توسعه‌ای متناسب با نیازها و ظرفیت‌های جامعه، امری ضروری است. از دید کلان، نظام تأمین اجتماعی کشور با چالش‌های متعددی نظیر محدودیت منابع مالی، افزایش هزینه‌های درمانی، تنوع نیازهای بیمه‌شدگان، و ناکارآمدی سازوکارهای مدیریتی مواجه است. در این راستا، طراحی و اجرای الگوهای توسعه‌ای توسعه‌ای که به بهینه‌سازی تخصیص منابع، افزایش اثربخشی خدمات درمانی و کاهش نابرابری‌های جغرافیایی و طبقاتی کمک کند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. مسئله اصلی در این حوزه، ناتوانی ساختار فعلی در پوشش جامع و کارآمد تمامی اقشار جامعه به خصوص گروه‌های کم‌درآمد و آسیب‌پذیر است. از دید جزئی، سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یکی از بزرگترین نهادهای ارائه‌دهنده خدمات بیمه‌ای در کشور، با چالش‌هایی چون ناهماهنگی بین تأمین مالی و هزینه‌ها، ضعف در مدیریت ریسک، و کمبود نوآوری در خدمات مواجه است. یکی از راهکارهای پیشنهادی برای حل این چالش‌ها، بازنگری در ساختارهای مدیریتی و مالی، طراحی مدل‌های بیمه‌ای ترکیبی و انعطاف‌پذیر، و بهره‌گیری از فناوری‌های نوین در حوزه مدیریت سلامت است. این پژوهش با هدف طراحی الگویی جامع برای توسعه پوشش بیمه‌ای در راستای بهبود خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی، به بررسی و تحلیل نقاط ضعف و قوت موجود پرداخته و تلاش دارد تا راهکارهایی عملیاتی و مبتنی بر شواهد علمی ارائه دهد. این الگو می‌تواند با تأکید بر اصول عدالت، کارآمدی و پایداری، نقش مؤثری در بهبود کیفیت خدمات درمانی و ارتقای رضایت بیمه‌شدگان ایفا کند و در نهایت به تقویت زیرساخت‌های سلامت اجتماعی کشور منجر شود.

مبانی نظری و پیشینه تحقیق

صنعت بیمه باثبات باعث رشد و توسعه اقتصادی می‌شود، زیرا یک بخش بیمه با عملکرد خوب، روابط تجاری و اقتصادی را با گسترش ریسک ساده می‌کند و سرمایه‌گذاری پایدار و ثبات مالی را ارائه می‌دهد. (احمدوند و همکاران، ۱۴۰۲) چشم انداز رقابتی خدمات مالی شرکت‌ها را به کشف راه‌های جدیدتر برای تمایز سوق داده است. (آدایی و همکاران، ۱۴۰۳). هدف اصلی هر سازمان و رای فروش محصول خود، ایجاد نوعی رابطه و پیوند پایدار بین محصول و گروه خاصی از مشتریان است که عصاره آن نوعی تعهد و وفاداری مشتری نسبت به محصول سازمان خواهد بود. ایجاد چنین تعهدی طی فرآیندی صورت می‌گیرد که شامل آشنا شدن مشتری با محصول، شناخت پیدا کردن نسبت به آن و سپس ترجیح محصول است. در صورت موفقیت آمیز بودن این فرآیند وفاداری مشتری، موفقیت سازمان و مایوس شدن سایر رقبا تضمین خواهد شد. (صدقی و همکاران، ۱۳۹۰). سازمان بهداشت جهانی هدف غایی دولت‌ها را سلامت آحاد جامعه و و حفاظت از آنها در مواجهه با صدمات و بار مالی بیماری‌ها تعریف کرد. شعار این سازمان در سال ۲۰۱۸ " پوشش همگانی سلامت برای همه در همه جا" بود. که این اصل به منظور اطمینان از دسترسی همه ی افراد به خدمات بهداشتی درمانی کافی در هر مکان و زمانی که به آن نیاز دارند بدون رنج و مشقت و مشکلات مالی است.

(سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۳) در باره نقش بیمه‌های فراگیر می‌گوید: پوشش بیمه‌های سازمان یافته این امکان را به مردم می‌دهد که به خدمات مراقبت‌های پزشکی دسترسی پیدا کنند و در برابر هزینه‌های کمرشکن مراقبت‌های بهداشتی محافظت بشوند.

در مطالعه ای در مرکز موسسه پژوهش عالی تامین اجتماعی با همکاری دکتر جعفر صادق تبریزی آمده است: بر اساس ارزیابی انجام گرفته مبتنی بر الگوی سنجش کیفیت خدمات سلامت در بخش درمان سازمان تامین اجتماعی در بیمارستان های مورد بررسی مشخص شد که بیمارستان ها از سیاست واحدی برای محاسبه برخی شاخص ها استفاده نمی کنند. همچنین عدم گزارش نتایج برای برخی شاخص ها می تواند نشان دهنده ی ضعف در بیمارستان ها در راستای نظام گزارش دهی و ثبت اطلاعات باشد؛ لذا انتظار می رود که با اجرایی شدن الگوی سنجش کیفیت خدمات سلامت در بخش درمان سازمان تامین اجتماعی، به صورت سراسری بیمارستان ها به صورت واحد از یک سیاست مشخص برای محاسبه و گزارش شاخص های کیفیت در فواصل زمانی تعیین شده استفاده کنند. از سوی دیگر برخی شاخص های گزارش شده که وابسته به جمعیت تحت پوشش می باشند (نرخ پذیرش، نرخ ترخیص و ...)، نیازمند آن است که بیمارستان ها بر اساس جامعه تحت پوشش خود که در هر منطقه برای آن ها تعریف شده است اقدام به محاسبه این شاخص ها کنند که در حال حاضر به دلیل عدم تعریف جمعیت تحت پوشش برای بیمارستان ها این کار صورت نمی گیرد (عباسی دره بیدی و همکاران، ۱۴۰۲). در خصوص برخی شاخص ها نیز با وجود تعریف شاخص ها در قالب نسبت (میزان جا ماندن جسم خارجی پس از عمل جراحی، میزان پارگی یا سوراخ شدگی اتفاقی، میزان ترومای مادر و نوزاد و ...) به نظر می رسد به دلیل تعداد محدود این شاخص ها گزارش آن ها به صورت موردی انجام می شود که لازم است با اجرایی شدن الگوی سنجش کیفیت خدمات سلامت در بخش درمان سازمان تامین اجتماعی به صورت سراسری بیمارستان ها این شاخص ها را به صورت شاخص هایی همسان گزارش کنند. لذا برخی از این شاخص ها می توانند به صورت منطقه ای یا ملی گزارش شوند. مدل ارتقای کیفیت در بیمارستان های تامین اجتماعی شامل ۹۳ شاخص ارزیابی عملکرد (کیفیت) در هشت حیطه و در سه سطح ساختار، فرآیند و پیامد می باشد. مدل طراحی شده ترکیبی بوده و تأکید فراوانی بر پاسخگویی مبتنی بر جنبه های بالینی و عملکردی دارد. برای اجرای این مدل، تک تک بیمارستان های تامین اجتماعی باید در سامانه ارتقای کیفیت سازمان ثبت نام و مشخصات بیمارستان خود را به صورت کامل وارد کنند. هر بیمارستان در فواصل زمانی مشخص (هر شش ماه یک بار) باید شاخص های تعیین شده را محاسبه و در سامانه بارگذاری کند. ورود داده به صورت مبتنی بر وب (web-based) و بر خط خواهد بود. برای هر شاخص شناسنامه تدوین شده است که منابع و نحوه جمع آوری داده ها و محاسبه شاخص ها را به صورت شفاف مشخص کرده است. شناسنامه شاخص ها شامل اطلاعاتی از قبیل نام شاخص، کد شاخص، حیطه شاخص، اهمیت شاخص، تعریف شاخص، نوع شاخص، صورت کسر، مخرج کسر، شیوه ی محاسبه، نحوه گزارش شاخص، منبع استخراج داده، واحد مسئول، میزان هدف، منبع تعیین هدف، بازه زمانی گزارش دهی، نوع بیمارستان و منابع علمی می باشد و در قالب راهنمایی عملیاتی شاخص ها تهیه می شود و در اختیار همه بیمارستان ها قرار خواهد گرفت (صفرزاده، ۲۰۲۳).

برای مدیریت صحیح داده ها باید واحد مربوط به ارتقای کیفیت خدمات و مراقبت های بیمارستانی در سازمان تامین اجتماعی مسئولیت هماهنگی و مدیریت داده ها و اطلاعات مربوط به ارزیابی، تحلیل، نشر و زمینه سازی برای بهبود کیفیت را به عهده بگیرد و تمام بیمارستان ها را ملزم به بهبود کیفیت خدمات و مراقبت ها کند. بازنگری در شاخص ها بر حسب صلاح دید سازمان تامین اجتماعی بوده و پیش بینی اولیه هر دو سال یک بار می باشد؛ به طوری که بر حسب ضرورت های سازمانی و اولویت های کاری امکان تغییر تعدادی از شاخص ها و یا اصلاح آن ها در بازه زمانی دو ساله فراهم می باشد. داده های وارد شده در سامانه توسط سازمان تامین اجتماعی اعتبارسنجی و راستی آزمایی شده و پس از تایید، تحلیل می شود. پس از تحلیل داده ها به تفکیک شاخص و حیطه های بهبود کیفیت، گزارش کامل برای هر بیمارستان و مقایسه نتایج آن با متوسط کشوری و میزان هدف تهیه و ارسال می شود؛ گزارش ها در قالب جداول و نمودارهای قابل درک خواهند بود. در آینده این گزارش ها باید ترند تغییرات شاخص را در فواصل زمانی مشخص

نشان داده و وضعیت بیمارستان در هر شاخص و حیطة را در قالب نمودار جریان داده مشخص کنند. گزارش های تهیه و توزیع شده فقط قابل استفاده برای سازمان تامین اجتماعی می باشد (آذر پیوند و همکاران، ۲۰۲۳).

بیمارستان هایی که در هر شاخصی عملکرد ضعیف یا کیفیت پایینی داشته باشند، باید برنامه بهبود کیفیت خود را تنظیم کنند و به مرحله اجرا درآورند. نتایج برنامه های ارتقای کیفیت و بهترین عملکردها در سامانه ارتقای کیفیت سازمان تامین اجتماعی ثبت و با هدف ارتقای دانش، مهارت و الگو برداری توسط سایر بیمارستان ها منتشر می شود. گزارش های منتشر شده شفافیت عملکردی و مسئولیت پذیری در قبال کیفیت خدمات و مراقبت ها را در بیمارستان ها افزایش می دهد و بیمارستان ها را برای ارتقای کیفیت و بهبود وضعیت خود در اعتبارسنجی آماده می کند.

تعریف کیفیت

وقتی از واژه کیفیت استفاده می شود، معمولاً محصول یا خدمتی را در نظر می گیریم که یا انتظارات ما را برآورده می سازد یا از آنها پیش می افتد. این انتظارات بر مبنای استفاده مورد نظر و قیمت فروش آن محصول می باشد. بر طبق استاندارد آ.اس.کیو.سی، آ.ان.اس.آی^۱ که در سال ۱۹۸۷ تدوین شده، کیفیت عبارت است از: "مجموعه خصوصیات و ویژگی های یک محصول یا خدمت که دربرگیرنده توانایی آن در برآوردن نیازهای تلویحی و معین باشد." نیازهای معین توسط قرارداد مشخص شده و محدودیت نامیده می شوند ولی نیازهای تلویحی تابعی از بازار هستند. این نیازها بایستی شناخته و تعریف شده باشند در تعریف دیگری از کیفیت آمده است که: "کیفیت مفهومی و وسیع از بخش های گوناگون سازمان است که سازمان نسبت به آن تعهد بوده و هدف آن افزایش کارایی کل مجموعه است، به طوریکه مانع پدید آمدن عوامل مخل کیفیت شده و در نهایت با حداقل هزینه و با هدف افزایش قابلیت رقابت. کل این مجموعه را با مشخصات مورد نظر مشتری مطابقت دهد."

یا در تعریف دیگری از کیفیت گفته شده است:

"کیفیت مجموعه ای از خصوصیات و مشخصات یک کالا یا خدمت است که احتیاجات و رضایت مصرف کننده را تامین می کند و توسط مشتری تعیین می شود نه توسط تولیدکننده یا سرویس دهنده."

کیفیت یک محصول یا خدمت، درجه تطبیق آن با استاندارد تعریف شده برای آن محصول یا خدمت است (روحانیان، ۱۴۰۲).

➤ لاگروسن و همکاران^۲ تعاریف کیفیت را در پنج گروه اصلی طبقه بندی کرده است:

۱- تعارف آرمانی: این تعاریف ذهنی و شخصی هستند. این دسته تعاریف تغییر ناپذیرند، لیکن فراتر از سنجش و شرح منطقی می باشند. این تعاریف به مفاهیمی همچون زیبایی و عشق مرتبط می شوند.

۲- تعاریف محصول محور: کیفیت به عنوان متغیری قابل سنجش دیده می شود. مبانی سنجش صفات عینی محصول می باشند.

۳- تعاریف کاربر محور: کیفیت وسیله ای برای رضایت مشتری است. موضوع رضایت مشتری این تعارف را فردی و تا اندازه ای ذهنی می کند.

۴- تعاریرف تولید محور: کیفیت بعنوان انطباق با الزامات و مشخصات دیده می شود.

¹ <https://iranthinktanks.com/provide-a-model-for-measuring-the-quality-of-health-services-in-the-treatment-department-of-the-social-security-organization/>

². ANSI, ASQC

³. Lagrosen et al.

۵- تعاریف ارزش محور: این دسته تعاریف کیفیت را در رابطه با هزینه تعریف می کنند. کیفیت بعنوان ارائه ارزش مناسب در برابر هزینه دیده می شود

۶- با تعاریفی که از کیفیت ارایه شد، مشخص گردید که، هدف از کیفیت یک محصول یا یک خدمت برآورده کردن احتیاجات و رضایت مصرف کننده است. هرگز نباید از یاد ببریم که، کسی جز خریدار، خوبی یا بدی کیفیت محصولات یا خدمات ارایه شده به او را تعیین نمی کند و همواره بایستی توجه داشته باشیم که مشتریان را ضی منبع سود برای شرکت ها هستند. (مرتضوی سرایی و همکاران، ۱۴۰۲)

تعریف خدمت

تعاریف گوناگونی در زمینه خدمت و سیستم های خدماتی وجود دارد. خدمت اینگونه تعریف شده است: "خدمت فعالیتی یا منفعتی نامحسوس و لمس نشدنی است که یک طرف به طرف دیگر عرضه می کند و مالکیت چیزی را بدنبال ندارد. تولید خدمت ممکن است به کالای فیزیکی و ایسته باشد یا نباشد مانند سپردن پول به بانک، مسافرت با هواپیما، تماشای یک مسابقه ورزشی و... که همه مستلزم خرید خدمت هستند." (ال آدمات و همکاران، ۲۰۲۳).

➤ خدمات را می توان به روش های مختلف طبقه بندی نمود از جمله:

- تقسیم خدمات بر اساس منشأ ایجاد آن:

منظور از این تقسیم بندی آن است که آیا منشاء ایجاد خدمت، انسان است یا ماشین خدمات ماشینی، بسته به آن که خودکار باشند یا نیازمند نظارت افراد ماهر یا نیمه ماهر، متفاوت هستند، خدمات انسانی نیز از این نظر که توسط افراد ماهر، نیمه ماهر یا حرف های انجام شوند نیز با هم فرق دارند.

- تقسیم خدمات بر اساس نوع نیاز:

خدمات از این نظر که، برطرف کننده نیاز شخصی یا نیاز غیر شخصی نیز باشند با یکدیگر متفاوت هستند. به عنوان مثال، میزان وجهی که پزشکان از بیماران خصوصی خود دریافت می کنند با مبلغی که بر اساس قرارداد از کارکنان شرکت های دولتی دریافت می کنند متفاوت است (گورانگ و همکاران، ۲۰۲۳).

تجزیه و تحلیل سیاست های کنونی بیمه درمانی

سیاست های بیمه درمانی در هر کشوری به عنوان بخش مهمی از نظام سلامت، نقش حیاتی در تأمین سلامت جمعیت آن دارند. در ایران، سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یکی از اصلی ترین نهادهای ارائه دهنده خدمات بیمه ای، سیاست های متعددی را در راستای افزایش دسترسی بهمناسب و ارتقاء کیفیت خدمات درمانی پیاده سازی کرده است. این سیاست ها شامل قوانین و مقرراتی است که به منظور تسهیل دسترسی به خدمات درمانی، تعیین تعرفه های درمانی و کنترل هزینه های بیمارستانی طراحی شده اند.

بررسی قوانین و مقررات جاری بیمه درمانی نشان می دهد که این سیاست ها تلاش دارند تا با پوشش دهی گسترده تر، موانع مالی بر سر راه دسترسی به خدمات درمانی را برطرف سازند. به عنوان مثال، قانون تأمین اجتماعی ایران بر این اصل استوار است که هر فرد شاغل و خانواده اش باید از خدمات بیمه درمانی بهره مند شوند، که این امر شامل دسترسی به دارو، درمان های تخصصی و حتی جراحی های

پیچیده می‌شود. این قوانین همچنین به وضوح تکالیف کارفرمایان را در قبال پرداخت حق بیمه تعیین می‌کنند و از حقوق بیمه‌شدگان در برابر تأخیر یا تعلل در پرداخت خسارت حمایت می‌کنند (موسوی و همکاران، ۱۴۰۲).

با این حال، سیاست‌های بیمه درمانی همچنان با چالش‌هایی مواجه هستند که نیازمند توجه و بازنگری مستمر است. این چالش‌ها شامل نیاز به افزایش بودجه، بهبود فرآیندهای بیمه‌ای و تسریع در پرداخت خسارت‌ها می‌شود. برای حل این مسائل، لازم است سازمان تأمین اجتماعی به همراه دولت و سایر نهادهای ذی‌ربط، به تدوین راهکارهای جدید و کارآمد پردازند که می‌تواند شامل افزایش همکاری‌های بین‌بخشی، به‌کارگیری فناوری‌های نوین و توجه بیشتر به تحقیق و توسعه در حوزه بیمه سلامت باشد. به‌طور کلی، سیاست‌های بیمه درمانی سازمان تأمین اجتماعی نقش بسیار مهمی در ارتقاء سطح بهداشت و سلامت در ایران داشته‌اند. این سیاست‌ها، در کنار قوانین و مقررات جاری، به تدریج به ساختاری جامع و فراگیر تبدیل شده‌اند که قادر است پاسخگوی نیازهای متغیر جامعه در زمینه بهداشت و درمان باشد. با این وجود، موفقیت در اجرای این سیاست‌ها به تعامل مستمر بین نهادهای دولتی، خصوصی و جامعه مدنی وابسته است تا اطمینان حاصل شود که هر فرد ایرانی به خدمات درمانی کافی و مناسب دسترسی دارد (هوشیار و همکاران، ۱۴۰۲).

چالش‌های پیش‌روی سازمان تأمین اجتماعی در ارائه خدمات درمانی

- مشکلات مالی و بودجه‌ای

سازمان تأمین اجتماعی به عنوان یکی از مهم‌ترین نهادهای بیمه‌ای و درمانی در ایران، با چالش‌های متعددی در ارائه خدمات درمانی مواجه است که بسیاری از این مشکلات به مسائل مالی و بودجه‌ای مربوط می‌شود. این چالش‌ها می‌توانند تأثیر قابل توجهی بر کارایی و پایداری خدمات ارائه شده توسط این سازمان داشته باشند.

یکی از مهم‌ترین چالش‌های مالی که سازمان تأمین اجتماعی با آن مواجه است، کمبود بودجه‌ای است که به‌طور مستقیم بر توانایی سازمان در پرداخت هزینه‌های درمانی تأثیر می‌گذارد. این کمبود بودجه ممکن است ناشی از عوامل مختلفی باشد، از جمله کاهش درآمدهای دولت، افزایش هزینه‌های بهداشتی و درمانی، و نیز بار مالی سنگین ناشی از بیماری‌های مزمن و پیچیده‌ای که نیازمند درمان‌های طولانی‌مدت و پرهزینه هستند. (نورمحمدان، ۱۴۰۳).

- محدودیت‌های منابع انسانی

یکی از عمده‌ترین چالش‌های سازمان تأمین اجتماعی، کمبود نیروی انسانی متخصص است. این کمبود به ویژه در بخش‌هایی مانند پزشکان متخصص، پرستاران، و تکنسین‌های پزشکی احساس می‌شود. عوامل متعددی مانند مهاجرت متخصصان به خارج از کشور، شرایط کاری نامطلوب، و پایین بودن حقوق و دستمزدها در مقایسه با بخش‌های خصوصی یا بین‌المللی، به این کمبود دامن زده‌اند (طالقانی و همکاران، ۱۳۹۶).

- محدودیت‌های تجهیزات

در کنار کمبود نیروی انسانی، محدودیت‌های تجهیزات پزشکی نیز یکی از مشکلات بزرگ سازمان تأمین اجتماعی است. اغلب تجهیزات پزشکی در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی تحت پوشش این سازمان قدیمی و فرسوده هستند و نیاز به به‌روزرسانی دارند. فرآیند تجهیز و نوسازی این تجهیزات اغلب به دلیل محدودیت‌های بودجه‌ای با تأخیر مواجه می‌شود (ادبی و همکاران، ۲۰۲۳).

بررسی مطالعات موردی و تجارب بین‌المللی

بررسی و مقایسه سیستم‌های بیمه‌ای در کشورهای مختلف می‌تواند نقش مهمی در بهبود و اصلاح نظام بیمه‌ای داخلی ایفا کند. با مطالعه تجارب موفق در کشورهای مختلف، می‌توان به نقاط قوت و ضعف سیستم‌های بیمه‌ای پی برد و با بهره‌گیری از این دانش، راهکارهایی مناسب برای بهبود خدمات و افزایش کارایی در کشور خود ارائه داد (ادیب‌نیا و همکاران، ۱۴۰۲).

مقایسه سیستم بیمه‌ای ایران با کشورهای دیگر

سیستم بیمه‌ای ایران بیشتر به مدل بیمه اجتماعی نزدیک است، اما با چالش‌هایی مانند نابرابری در دسترسی به خدمات درمانی، ناکارآمدی در مدیریت منابع و پوشش ناکافی هزینه‌های درمانی مواجه است. در مقایسه با کشورهای دیگر، چندین نقطه قابل توجه وجود دارد:

پوشش همگانی: در کشورهایی مانند انگلستان و کانادا، پوشش همگانی با تمرکز بر عدالت اجتماعی به خوبی پیاده‌سازی شده است. این کشورها توانسته‌اند با تأمین مالی از طریق مالیات و مدیریت کارآمد منابع، دسترسی به خدمات درمانی را برای تمامی اقشار جامعه تضمین کنند. در ایران، هرچند پوشش بیمه‌ای گسترده است، اما به دلیل محدودیت منابع و مشکلات ساختاری، این پوشش به طور کامل برای همه خدمات و تمامی اقشار کارآمد نیست (شمس و همکاران، ۱۴۰۲).

مدیریت منابع و هزینه‌ها: در کشورهایی مانند آلمان و ژاپن، سیستم‌های بیمه‌ای بر پایه مشارکت کارگران و کارفرمایان طراحی شده است. این مدل‌ها توانسته‌اند با ایجاد توازن بین منابع ورودی و هزینه‌های درمانی، پایداری مالی سیستم بیمه‌ای را حفظ کنند. در ایران، نبود تعادل در تأمین مالی و افزایش هزینه‌های درمانی به دلیل پیر شدن جمعیت و رشد بیماری‌های مزمن، از چالش‌های اصلی است. کیفیت و دسترسی به خدمات: در کشورهای پیشرفته، زیرساخت‌های بهداشتی و درمانی به خوبی توسعه یافته‌اند و دسترسی به خدمات درمانی با کیفیت در سراسر کشور تضمین شده است. در ایران، تفاوت‌های جغرافیایی و توزیع نابرابر منابع منجر به نابرابری در دسترسی به خدمات شده و بسیاری از مناطق روستایی و محروم از خدمات تخصصی محروم هستند (عادل پور و همکاران، ۱۳۹۸).

پیشینه تحقیق:

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در ایران

اصانلو و همکاران، ۱۴۰۳ در تحقیقی به طراحی مدل ارائه بیمه مکمل خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آمده است انسان همیشه در معرض خطر انواع مختلف بیماری‌هاست و به‌ناچار برای بهبود و معالجه، متقبل هزینه‌های سنگین پزشکی و مخارج بیمارستانی می‌شود. به‌منظور کمک به مردم در چنین مواردی، طرح‌های گوناگون بیمه درمان به صورت پایه و مکمل، اما به صورت مجزا توسط سازمان‌ها و شرکت‌های مختلف بیمه‌گر ارائه می‌شود. هدف این پژوهش طراحی مدل ارائه همزمان بیمه پایه و مکمل در سازمان تأمین اجتماعی ایران، برای حل مسائل بیمه درمانی جامعه هدف و نیز سازمان در این حوزه است. روش این پژوهش از نظر هدف کاربردی با رویکردی ترکیبی بوده که در بخش کیفی بر اساس روش داده بنیاد و با تمرکز بر مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و در بخش کمی بر اساس روش اکتشافی و استنباطی اجرا شده است. جامعه آماری آن شامل مدیران و کارشناسان خبره در زمینه بیمه درمانی در سازمان تأمین اجتماعی کشور هستند که نمونه‌گیری به صورت هدفمند انجام و در بخش کیفی تا رسیدن مقوله‌ها به اشباع (۱۵ نمونه) ادامه یافت.

بدلی وند و همکاران، ۱۴۰۲ در تحقیقی به عملکرد سازمان تامین اجتماعی در تحقق عدالت اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آمده است: عدالت اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین آرمان های بشری از دیرباز مورد توجه اندیشمندان و صاحب نظران بوده است و نابرابری و یا احساس نابرابری مهمترین عامل ایجاد احساس بی عدالتی است. لذا تحت تاثیر نظریه های ارائه شده در این زمینه و خواست و اراده ملت ها برای کاهش نابرابری و تحقق عدالت به ویژه در دنیای مدرن نهادها و سازمان های مختلفی ایجاد شده اند. هدف این مطالعه بررسی عملکرد سازمان تامین اجتماعی در تحقق عدالت اجتماعی است.

صابری و همکاران، ۱۴۰۲ در تحقیقی بررسی جایگاه خدمات درمانی و پزشکی در بستر حقوق تامین اجتماعی ایران پرداختند. در این پژوهش آمده است: حقوق تامین اجتماعی به مثابه ابزاری برای توزیع مجدد درآمدها، مظهر استقرار و تضمین امنیت و عدالت اجتماعی و موجد آرامش خاطر و عزت نفس در افراد، می تواند اهمیت و نقش بسزایی در حمایت از جامعه در برابر کلیه مخاطرات ناشی از بحران های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ایفا نماید، بنابراین پرداختن به این حقوق در شرایطی که سرلوحه برنامه های دولت جمهوری اسلامی توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور است از اهمیت بسزایی برخوردار است. شرط تعالی و موفقیت هر نظام در تدوین، بکارگیری و اجرای دقیق و صحیح این اصول می باشد. مواد و روش انجام این تحقیق از نوع نظری بوده و روش تحقیق به صورت توصیفی تحلیلی می باشد. روش جمع آوری اطلاعات به صورت کتابخانه ای است و با مراجعه به اسناد، کتب و مقالات انجام گرفته است.

نائل بفرئی و همکاران، ۱۴۰۱ در تحقیقی به نقش عوامل انسانی در الگوی پیشنهادی توزیع عادلانه امکانات درمانی در سازمان تامین اجتماعی پرداختند. در این پژوهش آمده است: تمام افراد جامعه بایستی دسترسی عادلانه به امکانات بهداشتی و درمانی داشته باشند. عدم تامین و توزیع نیروی انسانی متخصص یکی از عوامل اصلی ایجاد کننده نابرابری در خدمات بهداشتی و درمانی است. این پژوهش با هدف شناسایی عوامل انسانی موثر بر توزیع عادلانه امکانات بهداشتی و درمانی در سازمان تامین اجتماعی انجام گرفته است.

مروری بر پژوهش های انجام شده در خارج از ایران

هایس و همکاران، ۲۰۲۳ در تحقیقی به بیمه و ریسک ژئوپلیتیکی شواهد تجربی تازه پرداختند. در این پژوهش آمده است: محققان همچنان به بحث در مورد چگونگی تأثیر رویدادهای ژئوپلیتیکی بر توسعه مالی ادامه می دهند. ما با زیر سوال بردن امکان پیوندهای نامتقارن بین شاخص ریسک ژئوپلیتیکی و حق بیمه برای ۱۴ کشور در دوره سالانه ۲۰۰۰-۲۰۱۹ به این بحث کمک می کنیم. با استفاده از به روزترین چارچوب تأخیر توزیع شده خود رگرسیون غیرخطی، ما به طور همزمان پاسخ های نامتقارن کوتاه مدت و بلندمدت حق بیمه را از طریق تجزیه مجموع جزئی مثبت و منفی تغییرات در مورد بررسی می کنیم. شاخص ریسک ژئوپلیتیکی یافته های ما نشان می دهد که ریسک ژئوپلیتیکی به جز هند به صورت نامتقارن و غیرخطی بر حق بیمه ها تأثیر می گذارد، اما مکانیسم انتقال یکسان نیست. علاوه بر این، برای اکثر کشورهای نوظهور، ما نشان می دهیم که تأثیر آن در بلندمدت بسیار بیشتر از کوتاه مدت است. در نهایت، نتایج از تقاضای فرضیه زیر برای برخی از کشورهای موجود در نمونه ما پشتیبانی می کند. این مطالعه به بیمه گران و سیاست گذاران توصیه می کند که پویایی نامتقارن حق بیمه را برای به حداقل رساندن ریسک مربوط به عدم قطعیت منفی بلندمدت ژئوپلیتیک داخلی و جهانی در نظر بگیرند.

جانسون^۱ در سال ۲۰۲۲ در تحقیقی به تبیین نقش فناوری‌های نوظهور و قابلیت‌های شرکت در دستیابی به مزیت رقابتی در شرکت‌های خدمات بیمه سلامت پرداختند. در این پژوهش بیان شد مزیت رقابتی شرکت‌ها مفهومی پویا بوده است که با تغییر واقعیت‌های تجاری در حال تکامل است. فناوری‌های نوظهور وارد محدوده منابعی شده‌اند که شرکت‌ها برای مزیت رقابتی باید فعالانه پیش‌بینی و مدیریت کنند. این مطالعه به بررسی ایده مزیت رقابتی در زمینه شرکت‌های بیمه سلامت و چگونگی آن پرداخته است. فناوری‌های نوظهور می‌توانند قابلیت‌های موجود را برای رسیدن به این هدف افزایش دهند. ماهیت حیاتی بیمه سلامت به عنوان یک ضرورت اجتماعی و کاربرد فناوری‌های نوظهور در مراقبت‌های بهداشتی، نیاز به تعیین شایستگی‌های لازم برای شرکت‌های بیمه سلامت برای مزیت رقابتی مبتنی بر فناوری را توجیه می‌کند. برای تبیین عوامل از روش کیفی با استفاده از تکنیک دلفی اصلاح شده در ترکیب متوالی با ۴۳ مصاحبه تخصصی عمیق استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل محتوای کیفی و کمی و تحلیل شدت موضوعی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. جهت گیری افراد سازمانی و قابلیت‌های ارائه خدمات به عنوان پایه‌های یک چارچوب مزیت رقابتی معاصر برای شرکت‌های بیمه سلامت با پشتیبانی از تخصص فنی، شیوه‌های مدیریت دانش و استراتژی‌های نوآوری محصول‌پدیدار شد. نتایج نشان داد که مدیریت فناوری‌های نوظهور برای ایجاد یک چارچوب مزیت رقابتی معاصر، یک اثر گرانشی بر شایستگی‌های شرکت اعمال می‌کند. این مطالعه دانش رقابتی را غنی کرد.

ظریفیس^۲ و همکاران (۲۰۲۳)، مدلی از چگونگی اثر گذاری تصویر ذهنی کیفیت خدمات و رضایت بر وفاداری مشتری ارائه کرده است؛ یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد، که تصویر ذهنی بصورت غیر مستقیم و از طریق رضایت بر وفاداری اثر می‌گذارد؛ بعلاوه در این تحقیق مشخص شد که قابلیت اعتبار و جایگاه در بازار محرک‌های نسبتاً مهم اثر گذار بر وفاداری به خدمات بانکی به شمار می‌روند.

ژانگ^۳ و همکاران (۲۰۲۰) در تحقیقی به بررسی اهمیت کیفیت خدمات ادراک شده خدمات بانکی برای مشتریان تجاری بزرگ که در صنعت بانکداری در کشور پرتغال پرداخت. نتایج تحقیق به شناسایی فاکتورهای موثر در ایجاد تصویر ذهنی مثبت مشتریان از کیفیت خدمات بانکی بود که متغیرهای موثر را: پاسخگویی، تنوع خدمات، قیمت، قابلیت اطمینان و روابط میان افراد می‌باشد (خدمتگذار و حنفی زاده، ۱۳۹۹).

روش اجرای پژوهش

با توجه به اینکه هدف پژوهش طراحی الگوی توسعه پوشش بیمه‌ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی است. در این مطالعه، روش پژوهش برحسب هدف، کاربردی؛ از حیث نوع داده، آمیخته (کیفی-کمی) از نوع اکتشافی متوالی هدایت شده؛ برحسب زمان گردآوری داده، مقطعی و برحسب روش گردآوری داده‌ها و یا ماهیت و روش پژوهش در بخش کمی توصیفی-پیمایشی است. تحقیق اکتشافی به پژوهشی اطلاق می‌شود که برای بررسی مسئله‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد که به وضوح تعریف نشده یا جنبه‌های تصادفی دارد. معمولاً این روش را محققان برای درک بهتر مسئله موجود انجام می‌دهند. برای چنین تحقیقاتی، یک محقق با

¹ Johnson

² Zarifis

³ Zhang

یک ایده کلی شروع می‌کند و از این تحقیق به عنوان ابزاری برای شناسایی موضوعاتی بهره می‌برد که می‌تواند کانون تحقیقات آینده باشد. یک جنبه مهم در تحقیقات یا پژوهش اکتشافی این است که محقق باید مایل به تغییر جهت نظریه خود بوده و قبول کند که ممکن است داده‌های حاصل از نمونه، به استنباطی منجر شوند که در جهت عکس نظریه او قرار دارند. چنین تحقیقی معمولاً هنگامی انجام می‌شود که مسئله در مرحله مقدماتی است. محققین این روش را اغلب به عنوان رویکردی مبتنی بر تئوری یا تحقیقات تفسیری یا توصیفی شناخته و به کار می‌برند زیرا برای پاسخ به سؤالاتی مانند «چه چیز»، «چرا» و «چگونه» مورد استفاده قرار می‌گیرد. با توجه به موضوع این پژوهش برای شناسایی الگوی توسعه پوشش بیمه‌ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی در چارچوب یک تحقیق اکتشافی عوامل تاثیر گذار را توسط خبرگان و کارشناسان شناسایی می‌کنیم. این اقدام موجب هدایت تحقیق در یک مسیر تعریف شده و منطقی می‌گردد و عملاً عوامل غیر مرتبط حذف و فیلتر خواهند شد. این رویکرد یک رویکرد پژوهشی کاربردی - توسعه‌ای است. پژوهش‌های توسعه‌ای، پژوهشی است که با استفاده از نتایج تحقیقات بنیادی به منظور بهبود و به کمال رساندن رفتارها، روش‌ها، ابزارها، وسایل، تولیدات، ساختارها و الگوهای مورد استفاده جوامع انسانی و نهایتاً با هدف پاسخ دهی به یک نیاز در جامعه انجام می‌شود.

در انجام این پژوهش در مرحله کیفی با گروهی از اساتید و خبرگان سازمان تامین اجتماعی مصاحبه عمیق انجام شد تا مهمترین عوامل موثر در طراحی الگوی توسعه پوشش بیمه‌ای در جهت افزایش خدمات درمانی در سازمان تامین اجتماعی شناسایی گردد. مصاحبه به صورت نیمه ساختاریافته انجام گرفت و تا رسیدن به اشباع نظری (تکراری شدن مفاهیم موجود در مصاحبه‌ها) ادامه یافت. در بخش کمی، به منظور آگاهی از دیدگاه خود مشتریان و درک کامل و نزدیکتر به واقعیت از خود آنان نیز نظرسنجی به کمک پرسشنامه به عمل آمد. جامعه مورد مطالعه جامعه آماری شامل خبرگان به خصوص اساتیدی که دارای پیشینه پژوهشی در حوزه تحقیق هستند و حداقل ۱۵ سال سابقه فعالیت توامان در حوزه تدریس دانشگاهی و فعالیت به عنوان مشاور در بیمه تامین اجتماعی بوده‌اند. همچنین کلیه کارشناسان یا خبرگان صنعت بیمه که حداقل ۲۰ سال سابقه اجرایی، مشاوره‌ای، مدیریتی در شرکت‌های بیمه‌ای در ایران را داشته‌اند

کد گذاری باز

کدگذاری، روند تجزیه و تحلیل داده‌ها است. کدگذاری باز بخشی از فرایند تحلیل داده‌ها است که به خرد کردن، مقایسه سازی، نام گذاری و مقوله بندی داده‌ها پرداخته می‌شود. طی کدگذاری باز، داده‌ها به بخش‌های مجزا خرد شده و به بدست آوردن مشابهت‌ها و تفاوت‌هایشان مورد بررسی قرار می‌گیرند.

کدگذاری محوری

کدگذاری محوری مرحله دوم تجزیه و تحلیل در نظریه پردازی تحلیل مضمون است. هدف این مرحله برقراری رابطه بین مقوله‌های تولید شده در مرحله کدگذاری باز است. این کدگذاری، به این دلیل محوری نامیده شده که کدگذاری حول محور یک مقوله تحقق می‌یابد. در این مرحله پژوهشگر یکی از مقولات را به عنوان مقوله محوری انتخاب کرده، آن را تحت عنوان پدیده محوری در مرکز فرایند، مورد کاوش قرار داده و ارتباط سایر مقولات را با آن مشخص می‌کند.

کدگذاری انتخابی

کدگذاری انتخابی عبارت است از فرایند انتخاب دسته بندی اصلی، مرتبط کردن نظام آن با دیگر دسته بندی ها، تایید اعتبار این روابط و تکمیل دسته بندی هایی که نیاز به اصلاح و توسعه بیشتری دارند. کدگذاری انتخابی بر اساس نتایج کدگذاری و کدگذاری محوری، مرحله اصلی نظریه پردازی است. به این ترتیب که مقوله محوری را به شکل نظام مند به دیگر مقوله ها ربط داده و ان روابط را در چارپوب یک روایت ارائه کرده و مقوله هایی را که به بهبود و توسعه بیشتری نیاز دارند، اصلاح می کند.

کدگذاری انتخابی و انتخاب تمها

جدول ۱: مشخصات مقوله‌ها و کدگذاری حاصل از بخش مصاحبه

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Zb1	افزایش پوشش جغرافیایی مراکز درمانی		
Zb2	ارائه خدمات درمانی سیار (کلینیک‌های سیار)		
Zb3	توسعه خدمات درمانی روستایی و مناطق محروم		
Zb4	ایجاد شبکه ارتباطی یکپارچه بین مراکز درمانی		
Zb5	ایجاد مراکز درمانی تخصصی برای بیماری‌های خاص		
Zb6	تعداد مراکز درمانی تحت پوشش		
Zb7	توزیع جغرافیایی مراکز درمانی	بهبود دسترسی به	
Zb8	امکانات پزشکی مراکز درمانی	خدمات درمانی	
Zb9	فاصله مراکز درمانی تا مناطق مختلف	(b)	
Zbv1	توسعه خدمات درمانی در ساعات غیر اداری		
Zbv2	ایجاد کلینیک‌های شبانه‌روزی تخصصی		
Zbv3	استفاده از خدمات درمانی سیار برای مناطق دورافتاده		
Zbv4	تأسیس مراکز درمانی تخصصی روان‌شناسی و سلامت روان		زیرساخت‌های
Zbv5	ایجاد خدمات درمانی چندزبانه برای مهاجران و اتباع خارجی		خدمات درمانی
Zbv6	گسترش خدمات درمانی ویژه سالمندان و بازنشستگان		(z)
Zt1	افزایش دسترسی به خدمات درمانی از راه دور (Telemedicine)		
Zt2	ارتقاء کیفیت خدمات درمانی ارائه شده		
Zt3	افزایش تعداد پزشکان و پرستاران مجرب		
Zt4	توسعه مراکز تخصصی و فوق تخصصی		
Zt5	دیجیتال‌سازی و الکترونیکی‌سازی خدمات	توسعه خدمات	
Zt6	استفاده از تجهیزات پزشکی پیشرفته	درمانی	
Zt7	توسعه استانداردهای ارائه خدمات	(t)	
Zt8	رضایت بیمه‌شدگان از خدمات دریافتی		
Zt9	آموزش مستمر پزشکان و کادر درمانی		
Ztv1	توسعه برنامه‌های مراقبت طولانی‌مدت برای بیمه‌شدگان با بیماری‌های مزمن		
Ztv2	استفاده از ابزارهای پوشیدنی و اینترنت اشیا برای نظارت بر سلامت بیمه‌شدگان		
Ztv3	ارائه خدمات مشاوره تغذیه و سلامت روانی در پوشش بیمه‌ای		

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Ztv4	تدوین استانداردهای ایمنی و بهداشت کاری برای بیمه‌شدگان		
Zd1	توسعه سیستم‌های مدیریت اطلاعات درمانی		
Zd2	پیاده‌سازی سیستم‌های هوش مصنوعی برای تشخیص بیماری		
Zd3	استفاده از بسترهای آنلاین برای ارتباط با بیمه‌شدگان		
Zd4	توسعه اپلیکیشن‌های موبایل برای دریافت خدمات درمانی		
Zd5	دیجیتال‌سازی پرونده‌های بیمه‌ای و درمانی		
Zd6	پیاده‌سازی سیستم‌های نوبت‌دهی آنلاین		
Zd7	آگاهی از وجود خدمات آنلاین مورد نیاز		
Zd8	مشاوره‌های پزشکی آنلاین		
Zd9	راه‌اندازی سیستم‌های خودکار ارزیابی سلامت	توسعه و بهبود	
Zdv1	توسعه سامانه‌های تحلیل داده‌های سلامت بیمه‌شدگان	خدمات دیجیتال	
Zdv2	استفاده از فناوری بلاکچین در مدیریت پرونده‌های بیمه‌ای	(d)	
Zdv3	پیاده‌سازی الگوریتم‌های یادگیری ماشینی برای پیش‌بینی نیازهای درمانی		
Zdv4	سیستم‌های احراز هویت بیومتریک برای دریافت خدمات درمانی		
Zdv5	ایجاد پلتفرم‌های متمرکز برای هماهنگی بین مراکز درمانی و بیمه‌ها		
Zdv6	ایجاد برنامه‌های تحلیل پیش‌بینی سلامت برای مدیریت بهتر ریسک بیمه‌ای		
Zdv7	توسعه کیف پول‌های دیجیتال برای تسویه حساب‌های بیمه‌ای		
St1	اصلاح قوانین مربوط به پوشش بیمه‌ای خدمات درمانی		
St2	تدوین سیاست‌های جدید برای گسترش خدمات درمانی		
St3	بررسی و به‌روزرسانی مقررات موجود با قوانین روز دنیا		
St4	اعمال قوانین جدید برای کاهش هزینه‌های درمانی	تنظیم و تدوین	
St5	توسعه مقررات برای ارتقاء عدالت در دسترسی به خدمات	سیاست‌ها	سیاست‌ها و مقررات
St6	تنظیم قوانین حمایت از بیمه‌شدگان کم‌درآمد	(t)	(s)
St7	ایجاد مقررات خاص برای بیمه‌شدگان سالمند		
St8	طراحی برنامه‌های حمایت از بیمه‌شدگان در دوره‌های رکود اقتصادی		
St9	تدوین مقررات برای افزایش شفافیت در ارائه خدمات درمانی		

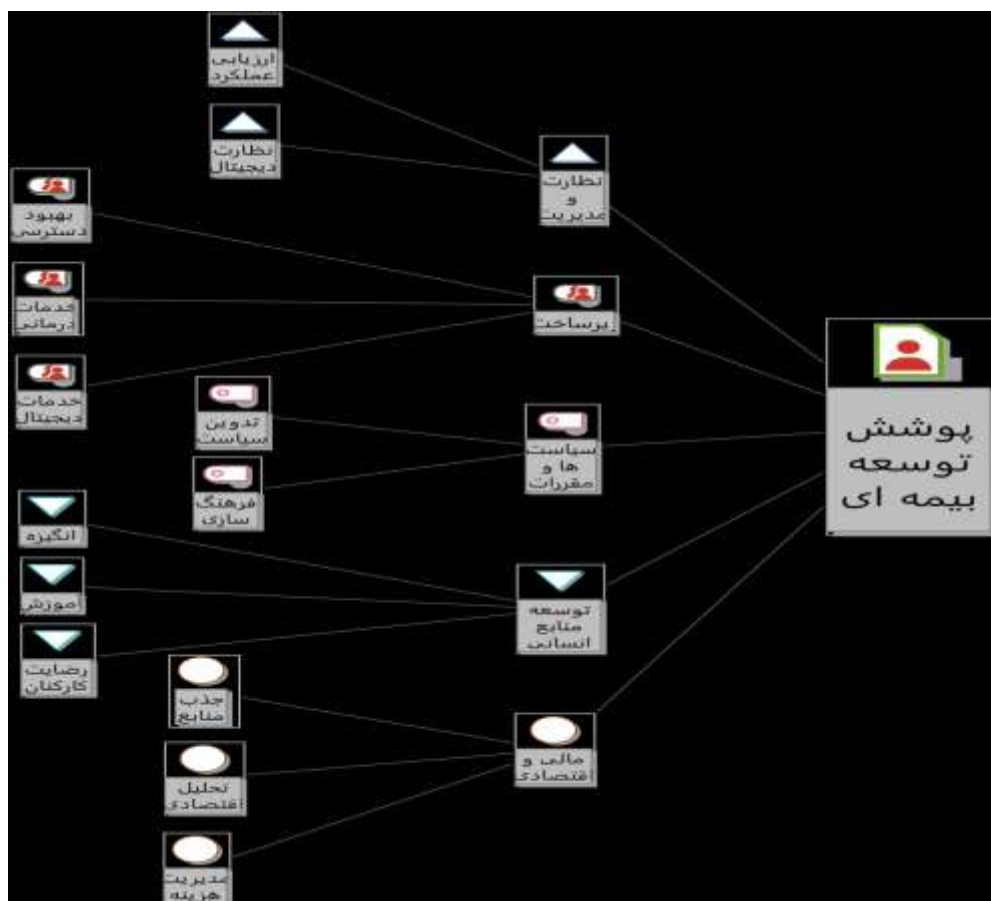
نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Stv1			
Stv2	تنظیم سیاست‌های ملی برای ترویج خدمات پیشگیرانه		
Stv3	تدوین مقررات ویژه برای پوشش بیمه‌ای درمان‌های نوین (مانند سلول درمانی)		
Stv4	طراحی سیاست‌های حمایتی برای بیمه‌شدگان دچار بیماری‌های نادر		
Stv5	بهبود فرآیندهای ارزیابی خسارت و پرداخت غرامت بیمه‌شدگان		
Stv6	اصلاح قوانین برای پوشش بیمه‌ای خدمات توانبخشی و توان‌افزایی		
Stv7	توسعه بیمه‌های بین‌المللی درمانی با تفاهم‌نامه‌های مشترک		
Sf1	ایجاد کمپین‌های آگاهی‌بخشی با محوریت سلامت پیشگیرانه		
Sf2	آموزش استفاده از خدمات بیمه‌ای دیجیتال برای سالمندان		
Sf3	ترویج فرهنگ خودمراقبتی و سلامت شخصی سازی شده در بیمه‌شدگان		
Sf4	برگزاری مسابقات و چالش‌های سلامت برای بیمه‌شدگان		
Sf5	همکاری با اینفلوئنسرها و افراد تاثیرگذار برای ترویج خدمات بیمه‌ای		
Sf6	استفاده از فناوری هولوگرافیک در مراکز عمومی		
Sf7	طراحی برنامه‌های تلویزیونی و پادکست‌های آموزشی	فرهنگ‌سازی و	
Sf8	استفاده از ربات‌های گفتگو (Chatbots) در پلتفرم‌های دیجیتال	آگاهی‌بخشی	
Sf9	ایجاد وینارها و لایوهای تعاملی در شبکه‌های اجتماعی	(f)	
Sfv1	توسعه کتابخانه‌های دیجیتال با محتوای چندرسانه‌ای		
Sfv2	برگزاری جشنواره‌ها و نمایشگاه‌های سلامت و بیمه		
Sfv3	برگزاری جلسات حضوری آموزشی در مراکز سالمندان		
Sfv4	ایجاد پلتفرم‌های تعاملی واقعیت افزوده (AR)		
Sfv5	برگزاری کمپین‌های بازی‌محور		
Sfv6	ارسال پیام‌ها و یادآوری‌های شخصی سازی شده		
Na1	راه‌اندازی سیستم‌های امتیازدهی آنلاین به مراکز درمانی بر اساس نظرات و تجربیات بیمه‌شدگان		
Na2	ارزیابی مستمر عملکرد پزشکان و پرسنل درمانی با استفاده از بازخوردهای دیجیتالی و گزارش‌های خودکار	ارزیابی عملکرد و بهبود فرآیندها (a)	نظارت و مدیریت (N)
Na3	ایجاد سیستم‌های ارزیابی ۳۶۰ درجه برای سنجش عملکرد کارکنان بیمه و مراکز درمانی بر اساس معیارهای چندگانه (کیفیت، زمان، رضایت)		

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Na4	توسعه برنامه‌های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل‌های داده‌محور و پیشنهادات سیستم‌های هوشمند		
Na5	استفاده از مدل‌های شبیه‌سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده‌سازی		
Na6	توسعه برنامه‌های خودکار بهبود فرآیندها بر اساس تحلیل‌های داده‌محور و پیشنهادات سیستم‌های هوشمند		
Na7	استفاده از مدل‌های شبیه‌سازی برای ارزیابی تأثیر تغییرات مدیریتی و فرآیندهای نظارتی پیش از پیاده‌سازی		
Na8	سیستم‌های مدیریت اطلاعات بیمه‌ای		
Na9	تحلیل شکایات و بازخوردها		
Nav1	نظارت بردیافت هزینه‌های درمانی مبتنی بر قوانین		
Nav2	استفاده از ابزارهای تحلیل داده‌ها برای تصمیم‌گیری		
Nav3	نظارت مبتنی بر KPI پویا		
Nav4	رتبه‌بندی پویا مراکز درمانی		
Nav5	داشبوردهای عملکرد تجزیه و تحلیل شده		
Nav6	ارزیابی مبتنی بر داده‌های ترکیبی		
Nav7	نظارت تطبیقی با تغییرات فوری		
Nd1	پیاده‌سازی سیستم‌های نظارتی مبتنی بر هوش مصنوعی و یادگیری ماشینی برای تحلیل رفتار بیمه‌شدگان و پیش‌بینی نیازها		
Nd2	استفاده از داشبوردهای مدیریتی دیجیتال برای نظارت بر عملکرد مراکز درمانی به صورت لحظه‌ای		
Nd3	توسعه الگوریتم‌های تشخیص تقلب در سیستم‌های بیمه‌ای با استفاده از تحلیل داده‌های بزرگ (Big Data)	مدیریت هوشمند	
Nd4	بهره‌گیری از تحلیل‌های پیشرفته داده برای شناسایی الگوهای نارضایتی بیمه‌شدگان و اصلاح فرآیندهای نظارتی	و نظارت دیجیتال (d)	
Nd5	طراحی پلتفرم‌های نظارتی مبتنی بر فناوری بلاکچین برای افزایش شفافیت و صحت داده‌های بیمه‌ای و درمانی		
Nd6	استفاده از قراردادهای هوشمند (Smart Contracts) برای تسویه حساب‌ها و پرداخت‌ها با مراکز درمانی به صورت خودکار و شفاف		

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Nd7	طراحی سیستم‌های هشداردهنده مالی برای شناسایی و جلوگیری از هزینه‌های اضافی و غیرضروری در فرآیندهای درمانی		
Nd8	ارزیابی مداوم عملکرد مالی بر اساس شاخص‌های عملکرد کلیدی (KPIs) و تحلیل‌های پیش‌بینی‌کننده		
Nd9	هشدارهای بهبود کیفیت هوشمند		
Ndv1	نقشه سفر مشتری (بیمار) دیجیتال		
Ndv2	طراحی مدل‌های بیمه‌ای مبتنی بر داده‌های بزرگ (Big Data)		
Ndv3	توسعه خدمات بیمه برای پیشگیری از بیماری‌های وابسته به سبک زندگی		
Ndv4	پیاده‌سازی ابزارهای هوش مصنوعی برای مشاوره و راهنمایی بیمه‌شدگان		
Ndv5	طراحی بیمه‌های ترکیبی (سلامت، عمر و حوادث) برای گروه‌های خاص		
Ndv6	استفاده از داده‌های زیست‌محیطی و جغرافیایی برای تخصیص دقیق‌تر منابع بیمه‌ای		
Mj1	تأمین مالی خلاقانه با کمک بانک‌ها		
Mj2	تنوع‌بخشی به منابع درآمدی		
Mj3	افزایش سرمایه‌گذاری‌ها		
Mj4	جذب منابع از بخش خصوصی	جذب و تخصیص	
Mj5	استفاده از اوراق بدهی	منابع مالی	
Mj6	مدیریت نقدینگی بیمه	(j)	
Mj7	تدوین استراتژی‌های پس‌انداز		
Mj8	تحلیل ریسک سرمایه‌گذاری		منابع مالی و
Mj9	طراحی مدل‌های درآمدی جدید مبتنی بر نفع کسب‌وکاری نه خدمات دولتی		اقتصادی
Mt1	تحلیل اقتصادی بلندمدت		(M)
Mt2	پیش‌بینی تغییرات اقتصادی		
Mt3	ارزیابی تأثیر نوسانات ارز		
Mt4	تحلیل ریسک اقتصادی	تحلیل اقتصادی و	
Mt5	طراحی سناریوهای مالی	برنامه‌ریزی مالی	
Mt6	مدل‌سازی اقتصادی بیمه	(t)	
Mt7	تحلیل روندهای بازار درمان		
Mt8	ارزیابی هزینه‌های آینده		

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Mt9	پایش تاثیرات تورم		
Mtv1	تدوین استراتژی‌های مالی پویا		
Mtv2	نظارت بر جریان‌های نقدینگی		
Mh1	کنترل هزینه‌های اضافی		
Mh2	پایش دقیق هزینه‌ها		
Mh3	تحلیل هزینه-فایده خدمات		
Mh4	بودجه‌بندی هوشمند درمان		
Mh5	کاهش هزینه‌های غیرضروری	مدیریت	
Mh6	استانداردسازی تعرفه‌ها	هزینه‌های درمانی	
Mh7	شفاف‌سازی هزینه‌ها	(h)	
Mh8	ارزیابی پیوسته هزینه‌ها		
Mh9	مدیریت اقتصادی منابع		
Mhv1	کاهش قیمت تجهیزات پزشکی		
Mhtv2	بهینه‌سازی هزینه‌های جاری		
Ea1	برگزاری دوره‌های تخصصی برای ارتقاء دانش کارکنان در حوزه بیمه و سلامت		
Ea2	توسعه برنامه‌های آموزشی مداوم برای به‌روزرسانی مهارت‌های کارکنان		
Ea3	ایجاد برنامه‌های آموزشی ترکیبی (آنلاین و حضوری) برای کارکنان جدید		
Ea4	آموزش استفاده از فناوری‌های نوین و سیستم‌های دیجیتال در ارائه خدمات بیمه‌ای	آموزش و توسعه	
Ea5	برگزاری کارگاه‌های عملی برای افزایش توانایی‌های ارتباطی و مدیریتی کارکنان	مهارت‌ها (a)	
Ea6	آموزش مبتنی بر سناریوهای واقعی برای بهبود تصمیم‌گیری در شرایط پیچیده		
Ea7	آموزش مدیریت تعارض و حل اختلاف در محیط کار	بهبود و توسعه منابع	
Ea8	توسعه مهارت‌های چندوظیفه‌ای در کارکنان جهت بهبود کارایی	انسانی	
Ea9	برگزاری آزمون‌های منظم برای سنجش دانش و مهارت‌های به‌روز شده کارکنان	(E)	
Er1	ایجاد برنامه‌های پاداش دهی بر اساس عملکرد کارکنان		
Er2	طراحی طرح‌های تشویقی مالی و غیرمالی برای کارکنان موفق	مدیریت انگیزه و	
Er3	برنامه‌های ارتقای شغلی و مسیر رشد مشخص برای کارکنان	رضایت کارکنان	
Er4	ایجاد برنامه‌های نگهداشت استعدادها از طریق افزایش رضایت شغلی	(r)	
Er5	استفاده از سیستم‌های بازخورد دوسویه برای بهبود تعاملات کاری		
Er6	ارتقاء فرهنگ سازمانی از طریق تقویت روحیه تیمی و همکاری		

نام گذاری کد	کدهای استخراج شده	مقوله فرعی	مقوله اصلی
Er7	طراحی برنامه‌های کاهش استرس و بهبود بهداشت روانی در محیط کار		
Er8	ایجاد طرح‌های انگیزشی برای بهبود بهره‌وری در کارکنان		
Er9	نظارت بر عوامل کاهش دهنده انگیزه و اجرای برنامه‌های جبرانی		
Erv1	توسعه سیستم‌های پاداش دهی مبتنی بر عملکرد برای افزایش بهره‌وری		
Erv2	تحلیل داده‌های عملکردی برای شناسایی استعدادها و کارکنان با عملکرد بالا		
Erv3	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی		
Ek1	آموزش مدیران میانی برای توسعه مهارت‌های رهبری اثربخش		
Ek2	طراحی برنامه‌های منتورینگ و کوچینگ برای کارکنان مستعد جهت پرورش رهبران آینده		
Ek3	ارزیابی مستمر عملکرد مدیران و بهبود مهارت‌های رهبری آن‌ها بر اساس نتایج		
Ek4	برگزاری دوره‌های مدیریت تغییر برای هماهنگی با تحولات سریع در صنعت بیمه و سلامت		
Ek5	توسعه برنامه‌های رهبری تحول‌آفرین برای افزایش بهره‌وری سازمانی		
Ek6	آموزش‌های ویژه برای مدیریت بحران و ریسک در شرایط غیرقابل پیش‌بینی		
Er7	طراحی برنامه‌های جانشین‌پروری برای اطمینان از ثبات سازمانی در دوره‌های تغییر	مدیریت انگیزه و رضایت کارکنان	
Ek8	ایجاد نظام‌های مدیریت عملکرد شفاف و مبتنی بر نتایج در میان مدیران		
Ek9	ارزیابی و بازطراحی ساختار سازمانی جهت تسهیل فرآیندهای کاری و کاهش بروکراسی	(k)	
Ekv1	پیاده‌سازی سیستم‌های مدیریت منابع انسانی هوشمند برای بهبود کارایی		
Ekv2	استفاده از تکنولوژی‌های پیشرفته برای تحلیل داده‌های منابع انسانی و تصمیم‌گیری دقیق‌تر		
Ekv3	ایجاد تیم‌های کاری چابک برای افزایش سرعت تصمیم‌گیری و اجرا		
Ekv4	بهینه‌سازی فرآیند جذب و استخدام بر اساس تحلیل داده‌ها و هوش مصنوعی		
Ekv5	طراحی سیستم‌های یکپارچه برای مدیریت اطلاعات کارکنان و ارزیابی عملکرد		
Ekv6	ایجاد برنامه‌های توسعه شغلی پویا و انعطاف‌پذیر بر اساس نیازهای سازمانی		
Ekv7	تمرکز بر تنوع و شمولیت در فرآیندهای استخدام و ارتقاء شغلی		
Ekv8	پیاده‌سازی سیستم‌های ارزیابی مبتنی بر نتایج و KPIهای شفاف و قابل اندازه‌گیری		



شکل ۱: خروجی نرم افزار مکس کیو د ۱۸ (مدل استخراجی تحقیق)

در تحلیل استنباطی، همواره محقق با جریان نمونه گیری و انتخاب یک گروه کوچک موسوم به نمونه سروکار دارد. هدف از تحلیل استنباطی تعمیم نتایج حاصله از مشاهدات محقق در نمونه انتخابی خود به جمعیت اصلی می باشد و محقق بر مبنای ارزش های حاصله در نمونه انتخابی به آزمون فرضیه متوسل می شود. در انجام این قسمت از مدل سازی معادلات ساختاری برای آزمون فرضیه ها تحقیق استفاده شد.

بر اساس روش سنجش اعتبار سازه ای و با کمک نرم افزار SmartPLS.3 تحلیل عاملی ابعاد پژوهش انجام شده است که نتایج در جدول زیر آورده شده است. بر اساس قرارداد آماری مقادیر بار عاملی بایستی بالاتر از ۰/۶ درصد باشد تا بتوان گویه مورد نظر را در تحلیل نگه داشت. در جدول هر بخش مشخص است که مقادیر بار عاملی در تمامی موارد بالاتر از ۰/۶ درصد می باشد. همچنین مشاهده می شود مقدار آلفای کرونباخ بالای ۰/۷، پایایی ترکیبی بالای ۰/۷، AVE بالای ۰/۵ می باشد که روایی همگرا و پایایی تایید می شود. با توجه به اینکه مدل پژوهش حاضر، روابط بین چندین متغیر پنهان (متغیرهای اصلی پژوهش) را به طور هم زمان اندازه گیری می کند، بنابراین به منظور تحلیل داده ها و آزمون فرضیه ها از مدل سازی معادلات ساختاری استفاده شد. در این پژوهش برای کسب نتایج دقیق تر،

شکل ۲: خروجی مدل بیرونی (اندازه گیری)-ضرایب استاندارد مدل پژوهش در نرم افزار SMART PLS

پس از سنجش پایایی و روایی همگرا، روایی واگرا یا آزمون فورنل-لاکر باید گرفته شود. معیار فورنل لارکردا می کند که یک متغیر باید در مقایسه با معرفه‌ای سایر متغیرهای مکنون، پراکندگی بیشتری را در بین معرفه‌ای خودش داشته باشد. بنابراین از نظر آماری، AVE هر متغیر مکنون باید بیشتر از بالاترین توان دوم همبستگی آن متغیر با سایر متغیرهای مکنون باشد. برای کاهش محاسبات می توان از روش معادل یعنی مقایسه جذر AVE با همبستگی‌ها بهره برد.

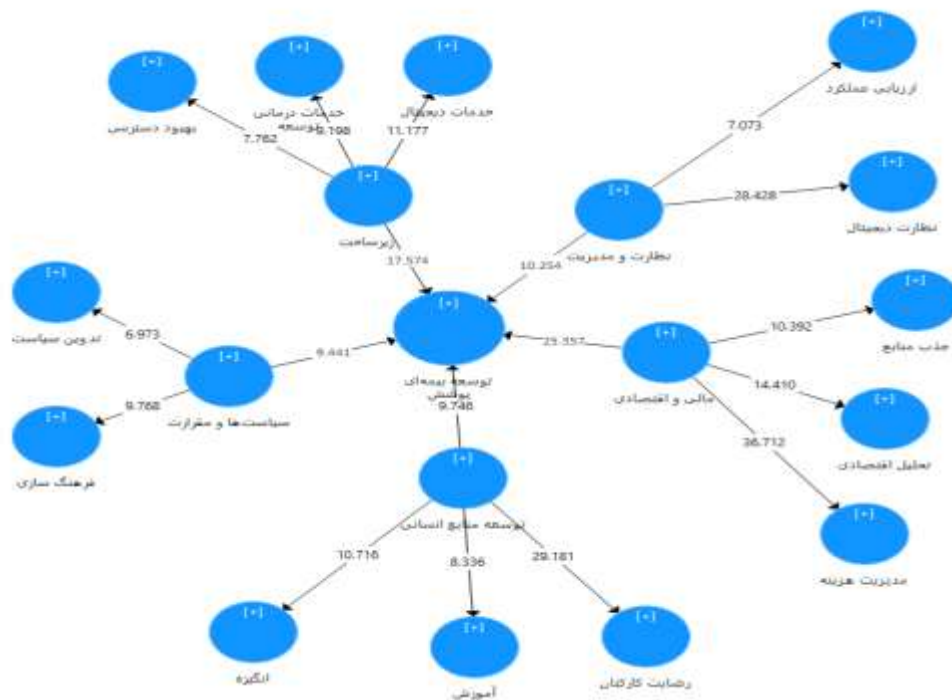
جدول ۲: معیار Fornell-Larcer

	بهبود و توسعه منابع انسانی	منابع مالی و اقتصادی	نظارت و مدیریت	سیاست‌ها و مقررات	زیرساخت‌های خدمات درمانی
بهبود و توسعه منابع انسانی	۰/۹۰۹				
منابع مالی و اقتصادی	۰/۸۵۴	۰/۹۲۸			
نظارت و مدیریت	۰/۷۸۵	۰/۵۷۱	۰/۹۳۰		
سیاست‌ها و مقررات	۰/۵۹۹	۰/۷۷۵	۰/۵۷۳	۰/۹۵۶	
زیرساخت‌های خدمات درمانی	۰/۸۲۳	۰/۵۲۲	۰/۷۶۶	۰/۸۴۶	۰/۹۰۶

همان‌طور که در (جدول ۲) مشاهده می کنید، در بررسی معیار Fornell-Larcker نشان داده شده است که مقادیر موجود در روی قطر اصلی ماتریس (ریشه دوم مقادیر واریانس شرح داده شده (AVE))، از کلیه مقادیر موجود در سطر و ستون مربوطه بزرگ‌تر می باشند. این امر نیز نشان‌دهنده همبستگی شاخص‌ها با سازه وابسته به آن‌هاست. با توجه به نتایج به دست آمده از مدل اندازه‌گیری در نرم‌افزار اسمارت پی.ال.اس که در بررسی روایی و پایایی مدل نشان داده شد و با توجه به توضیحات مربوط به آستانه قبولی برای شاخص‌های مذکور در (جدول ۲)، تمامی نتایج به دست آمده در مدل اندازه‌گیری مورد تأیید قرار می دهند. لذا نتیجه می گیریم که مدل از برازش مناسبی برخوردار است. بنابراین مدل نهایی توانسته است به گونه مناسبی روابط بین سؤالات توصیف کننده متغیر را بیان کنند. در مرحله بعد که تحلیل مسیر (یا همان مدل ساختاری) مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

مدل درونی (برازش مدل ساختاری تحقیق)

در مرحله بعد مدل ساختاری و روابط بین سازه‌ها باید مورد بررسی قرار گیرد. برای این منظور از تابع Bootstrapping استفاده می‌شود. تعداد نمونه آماری در این پژوهش ۳۰۰ می‌باشد و تعداد ۵۰۰ به‌عنوان نمونه‌های آزمون Bootstrap در نظر گرفته شده است. مقدار عددی در رابطه‌ها نشان‌دهنده آماره تی (t-value) می‌باشد که در واقع ملاک اصلی تأیید یا رد فرضیه‌ها است. اگر این مقدار آماره به ترتیب از ۱,۶۴، ۱,۹۶ و ۲,۵۷ بیشتر باشد نتیجه می‌گیریم که آن فرضیه در سطوح ۹۰، ۹۵ و ۹۹ درصد تأیید می‌شود.



شکل ۳: خروجی مدل درونی (معادلات ساختاری) مدل پژوهش در نرم افزار smart pls.

معیار ضریب تعیین

متداول‌ترین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری در یک پژوهش ضرایب R2 مربوط به متغیرهای پنهان درون‌زای (وابسته) مدل است. R2 معیاری است که نشان از تأثیر یک متغیر برون‌زا بر یک متغیر درون‌زا را دارد، و سه مقدار ۰,۱۹، ۰,۳۳ و ۰,۶۷ به‌عنوان مقدار ملاک برای مقادیر ضعیف، متوسط، و قوی R2 در نظر گرفته می‌شود. مطابق با جدول زیر، مقدار R2 برای سازه‌های درون‌زای پژوهش محاسبه شده است که با توجه به سه مقدار ملاک مناسب بودن برازش مدل ساختاری را تأیید می‌سازد.

جدول ۳: R Square

نتیجه	R Square
قوی	۰/۶۸۶

در جدول ۳ این مقادیر را مشاهده می‌کنیم که اعداد در بازه مناسب قرار دارند.

معیار استون گیسر^۱

معیار دیگر قدرت پیش‌بینی مدل را نشان می‌دهد و در صورتی که مقدار استون گیسر در مورد یک متغیر وابسته (درون‌زا) سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ را کسب نماید، به ترتیب نشان از قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی متغیر یا متغیرهای مستقل (برون‌زا) مربوط به آن متغیر وابسته است. در واقع کیفیت مدل ساختاری را برای هر بلوک درون‌زا اندازه‌گیری می‌کند.

جدول ۴: شاخص حشو (Q²)

نتیجه	Q ²	متغیر
نسبتاً قوی	۰/۳۲۰	توسعه پوشش بیمه‌ای

در جدول ۴ مقادیر مربوط به Q² را مشاهده می‌کنیم که با توجه به مقدار ملاک نشان از قدرت مدل برای پیش‌بینی مناسب است و برازش مدل ساختاری بار دیگر مورد تأیید است.

نتایج آزمون فرضیه‌ها

فرضیه اول: زیرساخت‌های خدمات درمانی بر توسعه پوشش بیمه‌ای تأثیر معناداری دارد.

جدول ۵: نتایج فرضیه اول

سطح معناداری	آماره تی	خطای استاندارد	ضریب مسیر	مسیر فرضیه
۰/۰۰۰	۱۷/۵۷۴	۰/۰۱۱	۰/۸۳۱	زیرساخت‌های خدمات درمانی ← توسعه پوشش بیمه‌ای

بر اساس خروجی مدل و تحلیل مسیر به دست آمده در حالت ضریب استاندارد و معناداری مدل، با توجه به اینکه مقدار آماره (t) در مسیر فرضیه اول بزرگ‌تر از ۲,۵۷ می‌باشد، می‌توان چنین بیان کرد که در سطح اطمینان ۹۹,۹۹ درصد و سطح خطای ۰,۰۱ زیرساخت‌های خدمات درمانی بر توسعه پوشش بیمه‌ای، تأثیر معناداری دارد.

¹ Q2 (Stone-Geisser Criterion)

فرضیه دوم: نظارت و مدیریت بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

جدول ۶. نتایج فرضیه دوم

مسیر فرضیه	ضریب مسیر	خطای استاندارد	آماره تی	سطح معناداری
نظارت و مدیریت ← توسعه پوشش بیمه‌ای	۰/۸۵۴	۰/۰۹۲	۱۰/۲۵۴	۰/۰۰۰

بر اساس خروجی مدل و تحلیل مسیر به دست آمده در حالت ضریب استاندارد و معناداری مدل، با توجه به اینکه مقدار آماره (t) در مسیر فرضیه دوم بزرگ‌تر از ۲,۵۷ می‌باشد، می‌توان چنین بیان کرد که در سطح اطمینان ۹۹,۹۹ درصد و سطح خطای ۰,۰۱ نظارت و مدیریت بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

فرضیه سوم: منابع مالی و اقتصادی بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

جدول ۷. نتایج فرضیه سوم

مسیر فرضیه	ضریب مسیر	خطای استاندارد	آماره تی	سطح معناداری
منابع مالی و اقتصادی ← توسعه پوشش بیمه‌ای	۰/۸۰۱	۰/۰۷۹	۲۵/۳۵۷	۰/۰۰۰

بر اساس خروجی مدل و تحلیل مسیر به دست آمده در حالت ضریب استاندارد و معناداری مدل، با توجه به اینکه مقدار آماره (t) در مسیر فرضیه سوم بزرگ‌تر از ۲,۵۷ می‌باشد، می‌توان چنین بیان کرد که در سطح اطمینان ۹۹,۹۹ درصد و سطح خطای ۰,۰۱ منابع مالی و اقتصادی بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

فرضیه چهارم: بهبود و توسعه منابع انسانی بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

جدول ۸. نتایج فرضیه چهارم

ضریب مسیر	خطای استاندارد	آماره تی	سطح معناداری	
بهبود و توسعه منابع انسانی ← توسعه پوشش بیمه‌ای	۰/۷۸۸	۰/۰۷۳	۹/۷۴۶	۰/۰۰۰

بر اساس خروجی مدل و تحلیل مسیر به دست آمده در حالت ضریب استاندارد و معناداری مدل، با توجه به اینکه مقدار آماره (t) در مسیر فرضیه چهارم بزرگ‌تر از ۲,۵۷ می‌باشد، می‌توان چنین بیان کرد که در سطح اطمینان ۹۹,۹۹ درصد و سطح خطای ۰,۰۱ بهبود و توسعه منابع انسانی بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

فرضیه پنجم: سیاست و مقررات بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

جدول ۹. نتایج فرضیه پنجم

سطح معناداری	آماره تی	خطای استاندارد	ضریب مسیر	سیاست و مقررات ← توسعه پوشش بیمه‌ای
۰/۰۰۰	۹/۴۴۱	۰/۰۰۵	۰/۸۴۴	

بر اساس خروجی مدل و تحلیل مسیر به دست آمده در حالت ضریب استاندارد و معناداری مدل، با توجه به اینکه مقدار آماره (t) در مسیر فرضیه پنجم بزرگ تر از ۲,۵۷ می باشد، می توان چنین بیان کرد که در سطح اطمینان ۹۹,۹۹ درصد و سطح خطای ۰,۰۱ سیاست و مقررات بر توسعه پوشش بیمه‌ای تاثیر معناداری دارد.

نتیجه گیری

هدف این پژوهش ارائه مدل جامع و کارآمدی برای توسعه زیرساخت‌های بیمه‌ای و درمانی با تأکید بر بهبود خدمات و گسترش پوشش بیمه‌ای در سازمان تأمین اجتماعی بوده است. بر اساس تحلیل‌های انجام شده، چهار محور اصلی در موفقیت این الگو تأثیرگذار هستند: بهبود زیرساخت‌های خدمات درمانی، تنظیم و تدوین سیاست‌های کارآمد، مدیریت نظارت و ارزیابی دیجیتال، و تأمین مالی خلاقانه. در بخش بهبود زیرساخت‌های خدمات درمانی، تأکید بر افزایش پوشش جغرافیایی مراکز درمانی و توسعه خدمات در مناطق محروم و روستایی قرار دارد. گسترش خدمات درمانی سیار، ایجاد شبکه‌های ارتباطی یکپارچه، و تجهیز مراکز درمانی به امکانات پیشرفته، از جمله اقداماتی هستند که می‌توانند بهبود چشمگیری در دسترسی به خدمات درمانی ایجاد کنند. همچنین، تمرکز بر ارائه خدمات تخصصی و توسعه کلینیک‌های شبانه‌روزی و چندزبانه، باعث افزایش کیفیت و عدالت در ارائه خدمات می‌شود. این استراتژی‌ها منجر به افزایش رضایت بیمه‌شدگان و بهبود سلامت عمومی جامعه خواهد شد. در محور تنظیم و تدوین سیاست‌های کارآمد، اصلاح و به‌روزرسانی مقررات به منظور افزایش شفافیت، کاهش هزینه‌های درمانی و ارتقاء عدالت در دسترسی به خدمات، اهمیت ویژه‌ای دارد. طراحی برنامه‌های حمایتی برای بیمه‌شدگان کم‌درآمد و سالمندان و توسعه سیاست‌های ملی برای ترویج خدمات پیشگیرانه، از دیگر اولویت‌ها در این زمینه است. تنظیم مقررات برای پوشش بیمه‌ای درمان‌های نوین و حمایت از بیمه‌شدگان با بیماری‌های خاص، از دیگر اقدامات کلیدی است که منجر به بهبود کیفیت زندگی این گروه‌ها می‌شود. مدیریت نظارت و ارزیابی دیجیتال، محور دیگری است که با بهره‌گیری از سیستم‌های هوش مصنوعی و تحلیل داده‌ها، به بهبود کیفیت خدمات و افزایش شفافیت منجر می‌شود. ایجاد سیستم‌های امتیازدهی آنلاین بر اساس نظرات بیمه‌شدگان، پیاده‌سازی سیستم‌های ارزیابی ۳۶۰ درجه و توسعه داشبوردهای مدیریتی دیجیتال، از جمله راهکارهایی هستند که امکان نظارت لحظه‌ای و بهینه‌سازی فرآیندها را فراهم می‌کنند. همچنین، استفاده از فناوری‌های بلاکچین و قراردادهای هوشمند برای افزایش امنیت و صحت داده‌ها، یکی از نوآوری‌های مهم در این حوزه است. در نهایت، تأمین مالی خلاقانه و مدیریت منابع اقتصادی نقش کلیدی در پایداری سیستم‌های بیمه‌ای و درمانی دارد. همکاری با بانک‌ها برای تأمین مالی پروژه‌ها، تنوع‌بخشی به منابع درآمدی و استفاده از مدل‌های درآمدی جدید، به افزایش پایداری مالی کمک می‌کند. مدیریت نقدینگی، تحلیل ریسک سرمایه‌گذاری و تدوین استراتژی‌های مالی پویا نیز از عوامل مؤثر در موفقیت این سیستم‌ها هستند. این اقدامات به سازمان‌های بیمه‌ای کمک می‌کند تا در مواجهه با تحولات اقتصادی، بهترین تصمیمات مالی را اتخاذ کرده و از منابع خود بهینه استفاده کنند. با توجه به این محورها، می‌توان نتیجه گرفت که ترکیب بهینه این عوامل و استراتژی‌ها، منجر به توسعه پایدار و موفقیت‌آمیز زیرساخت‌های بیمه‌ای

و درمانی در کشور خواهد شد. این رویکردها نه تنها به بهبود دسترسی و کیفیت خدمات درمانی کمک می‌کند، بلکه با مدیریت هوشمند و نوآورانه منابع و فرآیندها، زمینه‌ساز افزایش رضایت و بهبود کیفیت زندگی بیمه‌شدگان می‌شود.

منابع:

- احمدوند، صوفی مجیدپور، مسعود، محمودزاده، محمود. (۱۴۰۲). آثار سیاست‌های پولی و مالی بر مصارف سازمان تأمین اجتماعی. نشریه بیمه سلامت ایران، ۶(۳)، ۱۸۹-۱۹۶.
- آدابی، حاجی حیدری، نسترن، وارث، سید حامد. (۱۴۰۳). توسعه مدل بیمه دیجیتال با رویکرد داده‌بنیاد. مدیریت بازرگانی، ۱۶(۲)، ۵۱۸-۵۳۹.
- ادبی، باقر، محرمی بالان، هوشمند گهر. (۲۰۲۳). مقایسه تطبیقی نظام بیمه و ضمانت صادرات ایران با کشورهای منتخب و ارائه پیشنهادهایی برای ایران. بررسی‌های بازرگانی، ۲۰(۱۱۷)، ۸۱-۹۸.
- ادیب‌نیا، عیسی، کلانی، نوید، رعیت دوست، چگین. (۱۴۰۲). شناسایی علل کسورات بیمه‌ای بیمارستان پیمانیه و راهکارهای کاهش آن: یک مطالعه کیفی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۶).
- آذریپوند، دانیال. (۲۰۲۳). دامنه مسئولیت بیمه‌گر در قراردادهای بیمه در تجارت بین‌الملل. حقوق و مطالعات نوین، ۱۰(۴)، ۱۷۰-۱۸۹.
- اصائلو، بهاره و خدای، سهیلا. (۱۴۰۳). طراحی مدل ارائه بیمه مکمل خدمات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی. فصلنامه مدیریت بازرگانی، دوره سوم، شماره ۱۰، صص ۱۸-۱.
- روحانیان. (۱۴۰۲). بررسی ارتباط بین کیفیت ارائه خدمات بیمه‌ای و بهبود عملکرد نمایندگان بیمه ایران در شهر مشهد. مطالعات اقتصاد، مدیریت مالی و حسابداری، ۴۰(۹)، ۱۴۴-۱۵۷.
- بدلی‌وند، ایمان، تقوی‌فرد، سهرابی، امیرحسینی. (۱۴۰۲). بررسی جایگاه خدمات درمانی و پزشکی در بستر حقوق تأمین اجتماعی ایران. پژوهشنامه بیمه، ۱۵۲(۳۸)، ۲۵۲-۲۶۴.
- زیتهمال، والرئ و پارسورامان، آ. (۲۰۲۳). کیفیت خدمات: بررسی و نقد مدل سروکوال و ارائه مدل‌های نوین. ترجمه کامبیز حیدرزاده و علی حاجی‌ها، تهران، کساکوش. (۲۰۰۴).
- شمس، رحمانی، روح‌اله، حیدرزاده. (۱۴۰۲). نقش تکنیک‌های حسابداری مدیریت در اهداف نظام اطلاعاتی حسابداری به واسطه کارایی خدمات دولت الکترونیک (مطالعه موردی: شعب و کارگزاری بیمه تأمین اجتماعی مشهد). حسابداری و بودجه ریزی بخش عمومی، ۱۲(۴)، ۲-۲۶.
- صابری، حبیب‌پورگتسابی، کرم، ازکیا. (۱۴۰۲). بررسی جایگاه خدمات درمانی و پزشکی در بستر حقوق تأمین اجتماعی ایران، ۵۴(۱۴)، ۱۰۶-۱۴۶.
- صدقی، عباس؛ قاضی‌زاده، مصطفی و مقبولی، محمد مهدی. (۱۳۹۰). شناسایی رابطه کیفیت خدمات و تصویر شرکت با رضایت مندی و وفاداری مشتریان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد.
- صفرزاده، سالاریه. (۲۰۲۳). تاثیر صنعت بیمه بر سرمایه‌گذاری در اقتصاد ایران. پژوهشنامه بیمه، ۱۲(۱)، ۳۷-۵۰.

- طالقانی، م و صدرائی، ع. (۱۳۹۶). ارائه مدل مفهومی به منظور فرآیند کیفیت -رضایت -وفاداری در صنعت بانکداری (مطالعه موردی :بانک ملت حوزه شرق گیلان گیلان). بانک مقالات بازاریابی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت.
- عادل پور، احسان. (۱۳۹۸). ارزیابی نقش و تاثیر کیفیت خدمات الکترونیکی، کیفیت کلی خدمات و رضایت مشتری بر فرآیند تصمیم گیری خرید های آنلاین. پایان نامه کارشناسی ارشد، استاد راهنما دکتر حسین وظیفه دوست، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور.
- عباسی درهیدی، نصیری اقدم، عرب مازاریزی. (۱۴۰۲). پیش بینی تراز مالی و جمعیتی صندوق بازنشستگی تأمین اجتماعی با استفاده از مدل شبیه سازی خرد پویا. *اقتصاد باثبات*, ۱۰(۴), ۹۶-۱۱۹.
- مرتضوی سرایی، کیوان، محمودزاده، محمود، ایزدبخش. (۲۰۲۳). آثار همه گیری کووید-۱۹ بر عملکرد صندوق بیمه بیکاری با رویکرد پویایی شناسی سیستم: مطالعه موردی سازمان تأمین اجتماعی ایران. *نشریه بیمه سلامت ایران*, ۶(۱), ۱۳-۲۲.
- موسوی، پریا، الله دادی، شقایق، اکبرشاهی، نگار. (۱۴۰۲). بررسی ابعاد حقوقی خدمات بیمه و حوادث حین کار. *کنفرانس بین المللی مطالعات بین رشته ای در مدیریت و مهندسی*, ۹(۹), ۲۰۳-۲۰۸.
- نورمحمدان، فرید. (۱۴۰۳). بررسی ماده ۸۹ قانون تأمین اجتماعی از منظر حق سلامتی. *مجله سلامت کار ایران*, ۲۰(۱), ۰-۰.
- هوشیار، روستا، آسایش، غلامی، محمود. (۱۴۰۲). تدوین مدل ارزش آفرینی در صنعت بیمه با تمرکز بر فناوری بلاکچین. *مدیریت نوآوری در سازمان های دفاعی*, ۶(۱), ۸۳-۱۰۸.
- نائل بفرونی، کرمانی، ایمان اردبیلی. (۱۴۰۱). نقش عوامل انسانی در الگوی پیشنهادی توزیع عادلانه امکانات درمانی در سازمان تأمین اجتماعی, ۹۲(۲۴), ۲۷۷-۳۱۸.

- Al-Adamat, A. M., Alkhawaldeh, M. I. G., Mansour, S. S., Eldahamsheh, M. M., Mohammad, A. A. S., Alshura, M. S. K., ... Al Kurdi, D. B. (2023). The effect of electronic marketing on customer satisfaction of the insurance companies in Jordan. In *The effect of information technology on business and marketing intelligence systems* (pp. 2249-2264). Cham: Springer International Publishing.
- Guang lee, G., & Fen Lin, H. (2023). Customer perceptions of e-servicequality in online shopping. *International Journal of Retail & Disterbution Management*, 33(2), pp:161-176.
- Hayes, J., & Dredge, F. (2023). *Managing customer service*. USA: Gower.
- Herington, C., & Weaven, S. (2009). E-retailing by banks: e-service quality and its importance to customer satisfaction. *European Journal of Marketing*, 43(9/10), pp:1220-1231.
- Hossain, M. S., Rahman, M. F. (2023). Customer sentiment analysis and prediction of insurance products' reviews using machine learning approaches. *FIIB Business Review*, 12(4), 386-402.
- Johnson, M., & Ambrose, T. (2022). Telemedicine as a solution for healthcare accessibility in remote areas. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 25(5), 303-310. <https://doi.org/10.1177/1357633X1987342>
- Webb, H.W., & Webb, L.A. (2004). SiteQual: An integrated measure of website quality. *The Journal of Enterprise Information Management*, 17(6), pp:430-440.
- World Health Organization. (2023). *Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report*. World Health Organization.

- Yuldashev, O. T. (2023). Ways of Development of Accumulative Life Insurance in Uzbekistan. *Central Asian Journal of Innovations on Tourism Management and Finance*, 4(1), 99-107.
- Zarifis, A., Holland, C. P., Milne, A. (2023). Evaluating the impact of AI on insurance: The four emerging AI-and data-driven business models. *Emerald Open Research*, 1(1).
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Malhotra, A. (2002). Service quality delivery through web sites: A critical review of extant knowledge. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 30(4), pp: 362-375.
- Zhang, K., Xie, Y., Noorkhah, S. A., Imeni, M., Das, S. K. (2020). Neutrosophic management evaluation of insurance companies by a hybrid TODIM-BSC method: a case study in private insurance companies. *Management decision*, 61(2), 363-381.