مقاله پژوهشی

مدلسازی عوامل مدیریتی مؤثر در الگوی مقررات‌گذاری و نظارت بر صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور

محمدهاشم بت‌شکن [1*]، محمدعلی دهقان دهنوی [2]، محمدجواد محقق نیا [2]، حسین اصلی پور [3]، سیدمحمد عباس‌نیا [4]

[1] دانشیار، گروه مالی و بانکداری، دانشکدهٔ مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[2] استادیار، گروه مالی و بانکداری، دانشکدهٔ مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[3] استادیار، گروه مدیریت دولتی، دانشکدهٔ مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
[4] دانشجوی دکتری مدیریت مالی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

* **نویسنده مسؤول:** محمدهاشم بت‌شکن
mh.botshekan@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: در راستای دستیابی به اهداف تأمین اجتماعی و نظام سلامت، ارتقای سطح کارآمدی صندوق‌های بیمه اجتماعی ضرورت دارد. بدین منظور چالش‌های بهبود تنظیم‌گری در این صندوق‌ها لازم است تعیین و مرتفع گردند. از این‌رو هدف مطالعه حاضر شناسایی چالش‌های کلیدی تنظیم‌گری و مدلسازی شبکه عوامل مؤثر مدیریتی بر آن بود.

روش پژوهش: این پژوهش یک تحقیق آمیخته با تقدم بخش کیفی است که در بخش کیفی از روش مرور سیستماتیک و تحلیل مضمون با نرم‌افزار MaxQDA 10 و در بخش کمّی از روش مدلسازی ساختاری- تفسیری و تحلیل میک مک بهره گرفته شد. گردآوری داده‌ها در بخش کیفی از طریق مرور اسناد و پژوهش‌های مرتبط و در بخش کمّی از طریق مراجعه به خبرگان منتخب با روش نمونه گیری هدفمند از طریق ابزار پرسشنامه انجام شده و ۱۴ نفر از خبرگان حوزه بیمه‌های اجتماعی مورد نظرسنجی قرار گرفته‌اند.

یافته‌ها: ۹ عامل به‌عنوان چالش کلیدی در تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی شناسایی شده‌اند که عبارتند از: ۱- عدم ثبات مدیریتی؛ ۲- عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی؛ ۳- تعدد صندوق‌های بیمه‌ای؛ ۴- گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها؛ ۵- عدم جامعیت قوانین و مقررات؛ ۶- ضعف مقام تنظیم‌گری؛ ۷- ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی؛ ۸- ناهماهنگی در نظام تعرفه گذاری بیمه‌ای کشور؛ ۹- پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی. که با روش مدلسازی ساختاری- تفسیری شبکه مضامین در یک مدل ۴ سطحی ترسیم شد.

نتیجه گیری: چالش‌های تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور، ترکیبی از عواملی است که نیاز به شکل گیری رگولاتور واحد را جهت ساماندهی این صندوق‌ها نشان می‌دهد تا ضمن اصلاح ساختار مقررات گذاری و نظارت، بتواند با رویکردی جامع، بیطرف و تخصصی، متولی رفع چالش‌های کلیدی در لایه‌های ۴ گانه‌ی احصا شده در مدل حاصل از این پژوهش شود.

واژه‌های کلیدی: مقررات گذاری دولت، بازنشستگی، بیمه اجتماعی، عوامل اقتصاد اجتماعی

کاربرد مدیریتی: مؤثر بودن در انتخاب اولویت‌های راهبردی اصلاح صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور توسط سیاستگذاران و مدیران کلان حوزه تأمین اجتماعی

ارجاع: بت‌شکن محمدهاشم، دهقان دهنوی محمدعلی، محقق نیا محمدجواد، اصلی پور حسین، عباس‌نیا سیدمحمد. مدلسازی عوامل مدیریتی مؤثر در الگوی مقررات‌گذاری و نظارت بر صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۸؛ ۴(۲): ۱۱۳-۹۷.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۲/۱۸
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۸/۰۴/۱۸
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۴/۲۶

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

مقدمه

تأمین اجتماعی به‌عنوان محور کلیدی سیاست‌های اجتماعی و یکی از مهمترین ابزارهای دولت‌ها برای مبارزه با فقر و رفع نابرابری‌ها در جامعه، پس از ظهور در کشورهای توسعه یافته و تسری آن به سایر کشورهای جهان، همچنان در حال استمرار مسیر تکاملی خود، متأثر از تغییرات اقتصادی و اجتماعی جهان است (۱).

در زمان صدارت بیسمارک در آلمان (۱۳۸۱)، برای نخستین بار قانون بیمه‌های اجتماعی به تصویب رسید و چند سال بعد اولین نظام بیمه‌های اجتماعی در آلمان پایه‌گذاری شد و به‌سرعت به دیگر کشورهای صنعتی اروپا تسری پیدا کرد تا اینکه در سال ۱۹۴۸ و در ماده ۲۲ اعلامیه جهانی حقوقی بشر، مصوب مجمع عمومی سازمان ملل متحد این جمله گنجانده شد: «همه افراد به‌عنوان عضو جامعه، حق برخورداری از تأمین اجتماعی را دارند» و تأمین اجتماعی به عنوان یک حق بشری مطرح گردید (۱). همچنین تأمین اجتماعی علاوه بر تأمین نیازهای اساسی دوران بازنشستگی، می‌تواند موجب کاهش نابرابری درآمدی و فقر، مدیریت مخاطرات ناشی از بیماری، بیکاری و سالمندی و غیره، مدیریت مخاطرات اساسی، رشد اشتغال و کمک به توسعه اقتصادی گردد. این نهاد در درون خود راهبرد «بیمه‌های بازنشستگی» و «بیمه‌های سلامت» را به عنوان ۲ جزء لاینفک دارد (۲).

در ایران نیز نظام تأمین اجتماعی نظام گسترده‌ای است که در سازمان‌ها و صندوق‌های متعددی وظیفه ارائه خدمات اجتماعی را بر عهده دارند و به جهت تکالیفی که اصل ۲۹ قانون اساسی بر دوش دولت گذارده است، اهمیتی مضاعف می‌یابد و به موجب این اصل، برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی سرپرستی، درراه‌ماندگی، حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. دولت موظف است طبق قوانین از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت‌های مالی فوق را برای یکایک افراد کشور تأمین کند. لذا همانگونه که مشاهده می‌شود، حقوق تأمین اجتماعی یکی از حقوق قهری عام و فراگیر و از حقوق طبیعی شناخته شده در قانون اساسی است که شامل مرور زمان نیز نخواهد شد (۳). موضوع قانون تأمین اجتماعی مصوب ۱۳۵۴ نیز حسب ماده «۳» شامل الف: حوادث و بیماری‌ها، ب: بارداری، ج: غرامت دستمزد، د: از کارافتادگی، هـ: بازنشستگی، و: مرگ می‌باشد. انجام تعهدات ناشی از ماده «۳» قانون حسب قانون الزام سازمان در بند الف و ب به عهده بخش درمان سازمان و تعهدات بندهای ج ، د ، هـ و به عهده بخش بیمه‌ای سازمان می‌باشد (۴).

صندوق‌های بیمه اجتماعی امروزه مناسب‌ترین گزینه‌ای است که به عنوان نهاد واسط عملیاتی کردن اهداف تأمین اجتماعی، از طریق بیمه بازنشستگی و بیمه درمانی، با ماهیتی مستقل، منابع مالی مورد نیاز خود را از طریق مشارکت عمومی افراد تأمین و نیاز این افراد را در زمان بیماری مرتفع می‌سازد (۵،۶). در شرایطی که رشد روزافزون هزینه‌های نظام سلامت در سراسر دنیا به یکی از دغدغه‌های اصلی مدیران و تصمیم‌گیران نظام‌های سلامت و متولیان تأمین اجتماعی تبدیل شده است (۷)؛ بیمه‌های اجتماعی که شامل محدوده‌ی وسیعی از برنامه‌های بیمه‌ای است، جایگاه بسیار پررنگی را در نظام مراقبت‌های بهداشتی کشورها دارد و عاملی مهم در گسترش و برقراری عدالت اجتماعی هستند (۸،۹).

صندوق‌ها و سازمان‌های بیمه‌گر، در کنار ۲ بعد بیمار و ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، مثلث نظام مراقبت بهداشتی را شکل می‌دهند (۱۰). لذا بهبود عملکرد این صندوق‌ها می‌تواند بر ارتقای سطح خدمات نظام مراقبت بهداشتی مؤثر واقع گردد. لذا با توجه به تأثیر ویژه‌ای که خط‌مشی‌ها و سیاستگذاری در صندوق‌های بیمه اجتماعی بر رفاه اجتماعی و به طور خاص بر نظام سلامت دارد، موضوع تنظیم‌گری (regulation) صندوق‌های بیمه اجتماعی به یکی از موضوعات اصلی بحث در نظام رفاهی کشورها تبدیل شده است. تنظیم‌گری به مفهوم مقررات‌گذاری و نه دخالت، یکی از کارکردهای اصلی نظام حکمرانی نوین بوده که در کنار سایر کارکردها مانند سیاستگذاری، باز توزیع، تسهیل‌گری و نیز کارکرد سنتی ارائه کالا و خدمات، چارچوب کلان نظام حکمرانی مدرن را شکل می‌دهد (۱۱).

در واقع، تنظیم‌گری عبارت است از مجموعه‌ای از مداخلات حاکمیتی توسط نهاد تنظیم‌گر با استفاده از ابزار حقوقی، قانونی و اقتصادی و با هدف تحقق اهداف اقتصادی یا اجتماعی توسط بخش دولتی و غیردولتی و تضمین

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

منفعت عمومی. امروزه مقررات‌گذاری علاوه بر یک روش حکمرانی، به عنوان هنر حکومت، واقعیتی نهادی و همچنین به عنوان یک حوزه مطالعاتی مستقل مورد توجه قرار می‌گیرد و حتی در حال تبدیل شدن به یک گفتمان عمومی در حوزه‌های پیش گفته می‌باشد (۱۲،۱۳). تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی از نقطه نظرات مختلفی مانند تنظیم رفتار بازار، مقررات‌گذاری احتیاطی، مقررات‌گذاری شفافیت یا اطلاعات و غیره قابل بررسی است (۱۴).

مطالعه مقدماتی شرایط نظام بیمه‌ای کشور ایران نشان از آن دارد که نظام بیمه‌ای با مشکلات عدیده‌ای به ویژه در بخش تنظیم‌گری روبرو است (۸). عدم ۳ جانبه‌گرایی واقعی، عدم انسجام نظام تصمیم‌گیری، نادیده گرفته شدن موضوع نظارت و پاسخگویی را می‌توان از جمله تعارضات و ایرادات این حوزه دانست. عدم تصویب قانون اهداف و وظایف وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی بعد از گذشت ۷ سال از تشکیل آن، عدم تصویب اساسنامه سازمان تأمین اجتماعی پس از ایراد هیئت تطبیق مصوبات مجلس شورای اسلامی در سال ۱۳۸۷ و مواردی از این قبیل گواهی بر مدعای وجود چالش در بخش تنظیم‌گری بیمه‌های اجتماعی است (۳). همچنین بعد از گذشت سال‌ها از سیاست توسعه بیمه اجتماعی درمان در ایران، نظام تأمین مالی و مراقبت‌های درمانی از طریق نقش بیمه‌های اجتماعی درمان نتوانسته است ترکیب تأمین مالی و ارائه مراقبت‌ها برای بیمه‌شدگان را در قالب محصولی واحد امکان‌پذیر کند (۶).

گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی (۱۳۹۶) تصریح می‌کند که سازمان تأمین اجتماعی به‌عنوان بزرگترین صندوق از نظر تعداد مشترکان در بیمه‌های اجتماعی و درمانی، با پوششی قریب به ۴۲ میلیون نفر در آینده نزدیک با بحران‌های جدی مواجه خواهد شد که می‌تواند زمینه ناآرامی‌های اقتصادی و اجتماعی گسترده‌ای را در کشور پدید آورد و اگرچه هیچ راهکار فوری و سریعی برای حل مشکلات آن وجود ندارد اما نیاز به اقدام فوری در مواردی چون اصلاح در مدیریت و کارکرد سازمان تأمین اجتماعی، پرهیز دولت از دخالت در امور صندوق، تعیین تکلیف بخش درمان، شفاف‌سازی، اجتناب از تصویب قوانین مغایر با اصول بیمه‌ای و تعهدآور می‌باشد (۳).

منوچهری‌راد (۱۳۹۶) در مطالعه فرموله کردن خط‌مشی نهادسازی در حوزه تنظیم‌گری قوانین سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی، به این نتیجه رسیده است که باتوجه به مسئله‌ی بروز چالش‌ها و مخاطرات به‌ویژه در حوزه پایداری مالی نظام بازنشستگی ایران، نیاز به ایجاد نهاد تنظیم‌گر (رگولاتور) وجود دارد (۲). همچنین مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه مروری بر سیاست‌های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران نشان دادند در حوزه تأمین مالی نظام سلامت کشور، خلاء قانونی و سیاستی عمده‌ای وجود ندارد. مشکل عمده در روش اجرا، نظارت و تعهد به قوانین می‌باشد که چالش‌های اساسی در ارتباط با حفاظت مالی ایجاد کرده است (۱۵).

در بررسی پیشینه تحقیقات صورت گرفته ۲ دسته مطالعه وجود دارد: مطالعاتی که صرفاً به موضوع بیمه‌های درمان و سلامت از حیث ابعادی همچون تحلیل جایگاه آن‌ها در نظام تأمین اجتماعی، اصول، ساختار و پوشش و نیز مقایسه تطبیقی در کشورهای منتخب پرداخته‌اند و مطالعاتی که در آن صرفاً موضوع تنظیم‌گری به‌عنوان یک ضرورت در حکمرانی و یا در سایر بخش‌های اجتماعی و اقتصادی بررسی شده است (۲،۵،۶،۸،۱۱،۱۴،۱۶). اما پژوهشی که به طور مشخص عوامل مدیریتی مؤثر بر تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور را مطالعه کرده باشد، یافت نشد. حال با توجه به اهمیت شناخت مسائل مربوط به تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه‌ای اجتماعی و یافتن راهبردهای بهبود فرآیند مقررات گذاری و نظارت در این صندوق‌ها، هدف مطالعه حاضر شناسایی عوامل مدیریتی مؤثر بر الگوی تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور با توجه به تعهدات آن‌ها بر حمایت‌های درمانی بوده و علاوه بر آن با رهیافت مدلسازی ساختاری- تفسیری بتواند سطوح ارتباطی این عوامل را نیز از طریق استخراج شبکه مضامین، تبیین و با بهره‌گیری از تحلیل میک مک قدرت اثرگذاری و اثرپذیری هر یک از این عوامل را مشخص نماید. بر این مبنا سؤالات اصلی این پژوهش عبارتند از: ۱- مضامین پایه و سازمان‌دهنده عوامل مدیریتی مؤثر بر تنظیم‌گری صندوق-های بیمه اجتماعی کشور در بخش سلامت چیست؟ ۲- شبکه مضامین عوامل مؤثر مدیریتی بر تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور در بخش سلامت چه الگویی دارد؟

روش پژوهش

تحقیق حاضر از جهت نتایج و هدف یک تحقیق

Published by: Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
www.mshsj.ssu.ac.ir
[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

کاربردی- اکتشافی، از نظر فرآیند اجرا در زمره تحقیقات آمیخته با تقدم بخش کیفی محسوب می‌شود و استراتژی اصلی آن کثرت‌گرایی روش‌شناختی با بهره‌گیری از ۲ استراتژی است. به این صورت که جهت پاسخ به سؤال اول تحقیق، ابتدا در بخش کیفی با استفاده از روش مطالعه مروری نظام‌مند، گزاره‌های مدیریتی مؤثر بر تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور استخراج و با استفاده از رویکرد تحلیل مضمون و با نرم‌افزار MaxQDA 10، عوامل کلیدی تعیین و کدگذاری شدند. سپس برای پاسخ سؤال دوم از روش کمّی استفاده شد و با استفاده از مدلسازی ساختاری- تفسیری (Interpretive Structural Modelling (ISM))، روابط بین این عوامل به صورت شبکه مضامین مدلسازی و با بهره‌گیری از تحلیل میک مک (MICMAC) میزان اثرگذاری و اثرپذیری عوامل بر یکدیگر شناسایی گردید. الگوی استخراج شده نیز از حیث هدف، یک الگوی توصیفی است که برای تشریح وضعیت عوامل مدیریتی مؤثر بر مقررات‌گذاری و نظارت صندوق‌های بیمه اجتماعی استفاده می‌شود و از جهت میزان انتزاع، یک الگوی شماتیک به حساب می‌آید.

الف) مرحله کیفی پژوهش

در این مرحله پایگاه‌های علمی و سازمانی داخلی و خارجی در پاییز و زمستان سال ۱۳۹۷، مورد جستجو قرار گرفتند. پایگاه‌های علمی بین‌المللی جستجو شده شامل Emerald، ProQuest و Google Scholar و پایگاه‌های علمی داخلی شامل پایگاه‌های SID و Irandoc بود. در بخش پایگاه‌های سازمانی خارجی نیز پایگاه سازمان همکاری و توسعه اقتصادی، بانک جهانی، سازمان بهداشت جهانی و نیز سازمان بین‌المللی نظارت بر صندوق‌های بازنشستگی و در سازمان‌های داخلی پایگاه وزارت بهداشت، سازمان تأمین اجتماعی، مؤسسه تحقیقات بازنشستگی صندوق بازنشستگی کشوری (صبا) و مرکز پژوهش‌های مجلس شورای اسلامی جستجو گردید.

کلیدواژه‌های «بیمه اجتماعی»، «صندوق‌های بازنشستگی»، «بیمه درمان»، «تنظیم‌گری» و «تأمین اجتماعی» و معادل لاتین آن ها شامل «Social insurance»، «Pension funds»، « Health insurance»، «Regulation» و «Social security» در پایگاه‌های ذکر شده جستجو شد. بین واژگان بیمه اجتماعی، تأمین اجتماعی، صندوق‌های بازنشستگی از عملگر OR و بین این واژگان و کلیدواژه تنظیم‌گری از عملگر AND استفاده شد. در این جستجو با توجه به اینکه در مطالعات تنظیم‌گری ۳ عبارت regulatory، regulation و regulator کاربرد دارد، جهت تدقیق جستجوها عملگر OR بین آن‌ها مورد استفاده قرار گرفت. در پایگاه‌های داخلی نیز عبارات «نهاد ناظر» و «مقام ناظر» به عنوان مفاهیم متناظر با تنظیم‌گر در جستجوها با عملگر OR جستجو شد. همچنین جهت اطمینان از کفایت نظری، منابع و مأخذ استفاده شده بر اساس سطح ارتباط با موضوع پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند.

پژوهش‌های استخراج شده پس از غربالگری بر اساس عنوان و چکیده، به صورت هدفمند به ۲ بخش تقسیم شدند، مواردی که قابلیت استفاده در بخش مطالعات نظری و مبنایی تحقیق را دارا بودند و پژوهش‌هایی که می‌توانستند به‌عنوان ورودی جهت کدگذاری در تحلیل مضمون انتخاب شوند. معیار ورود اصلی مقالات به بخش تحلیل مضمون آن بود که به جهت تأمین هدف بومی بودن الگوی نتایج و کاربردی بودن آن برای سیاستگذاری کلان در حوزه تأمین اجتماعی، چالش‌ها و مسائل مرتبط با مقررات‌گذاری و نظارت بر صندوق‌های بیمه اجتماعی در حوزه جغرافیایی ایران را بررسی کرده باشند. با اعمال این محدودیت از بین پژوهش‌های استخراج شده، ۸ پژوهش که بیشترین ارتباط را با موضوع تحقیق داشتند جهت ورود به‌عنوان متن قابل کدگذاری به مرحله تحلیل مضمون و نرم‌افزار MaxQDA 10 انتخاب شدند. همچنین در ۱ مورد با توجه به اینکه متن کامل پژوهش در تاریخ اجرای این مطالعه هنوز توسط پایگاه اطلاعات مربوطه منتشر نشده بود، به منظور کسب اطلاعات بیشتر با یکی از نویسندگان تماس حاصل شد و اطلاعات مورد نیاز جمع‌آوری گردید.

روش تحلیل مضمون: روش «تحلیل مضمون» به‌عنوان یکی از روش‌های متعارف و کاملاً نظام‌مند در تحلیل داده‌های کیفی به ویژه داده‌های متنی مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۷). این روش برای شناسایی، تحلیل و گزارش تم‌های موجود در داخل متن انتخاب شد. در اجرای آن، ابتدا متن‌ها چندین بار با هدف غوطه‌وری داده‌ها خوانده و گزاره-های کلیدی تقطیع شد. مرحله‌ی اول با حذف مشابهت‌ها، ۱۱۷ کد اولیه با نرم‌افزار MaxQDA 10 استخراج شد. سپس برای استخراج مضامین پایه، محققان کدها و مفاهیمی که

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

بیشترین قرابت معنایی را نسبت به هم داشتند کنار هم قرار داده و به خلق معنا و عبارات جدید پرداختند و سرانجام ۴۰ مضمون پایه حاصل گردید. در گام بعدی مضامین پایه به‌دست آمده در قالب ۹ مضمون سازمان‌دهنده قرار داده شدند. جدول ۱ نمونه‌ای از استخراج مفاهیم و دستیابی به مضامین از داده‌های متنی را نشان می‌دهد. همچنین در خصوص سنجش اعتبار و یا ارزیابی کیفیت مضامین استخراج شده به کمک روش تحلیل مضمون، اقداماتی توسط پژوهشگران صورت گرفت. بدین منظور برای افزایش قوام و صحت نتایج مطالعه، از معیارهایی که توسط گوبا و لینکولن (۱۹۸۲) پیشنهاد گردیده است (۱۸) به شرح زیر استفاده شد:

- مقبولیت و تأییدپذیری: برای این مورد از درگیری طولانی مدت و بازبینی توسط همکاران و شرکت‌کنندگان و استفاده از نظرات متخصصین و افراد صاحبنظر استفاده شد.
- قابلیت وابستگی: برای این مورد نیز از ۲ نفر برای کدگذاری استفاده شد.
- قابلیت انتقال: برای این مورد از نظرات صاحبنظران و افراد خبره و همچنین نمونه‌گیری مبتنی بر هدف استفاده گردید.

ب) مرحله‌ی کمّی پژوهش

مدلسازی ساختاری- تفسیری (ISM): این روش در واقع کاربردی سیستمی از نشانه‌گذاری نظریه گراف‌ها برای ایجاد و فهم روابط میان عناصر یک سیستم پیچیده به کار می‌رود (۱۹). مدلسازی ساختاری- تفسیری یک مدل تفسیری است زیرا این قضاوت گروه است که تعیین می‌کند کدام یک از عناصر با هم رابطه دارند و اینکه چه رابطه ای دارند. در این مرحله با استفاده از مضامین حاصله در مرحله تحلیل مضمون، پرسشنامه‌ای از نوع ساختاریافته شامل ۹ مؤلفه طراحی گردید به این صورت که خبرگان منتخب بایستی اثرگذاری هر یک از عوامل را بر سایر عوامل با اعداد ۰، ۱، ۲ و ۳ مشخص می‌کردند. عدد ۰ بیانگر کمترین اثرگذاری و عدد ۳ بیانگر بیشترین اثرگذاری بود. همچنین روایی محتوای پرسشنامه با استفاده از نظر متخصصین (خبرگان اجرایی و دانشگاهی مرتبط در حوزه‌های صندوق‌های بازنشستگی و صندوق‌های بیمه درمان) مورد تأیید قرار گرفت. روش بررسی پایایی پرسشنامه، روش موازی یا استفاده از آزمون‌های همتا بود. نتایج حاصل از محاسبه همبستگی میان پاسخ‌ها نشان دهنده ۸۱ درصد همبستگی میان پاسخ‌ها بود، که این عدد مؤید پایایی پرسشنامه است.

از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف برای انتخاب شرکت‌کنندگان استفاده گردید و با توجه به اینکه تعداد خبرگان شرکت کننده در روش مدلسازی ساختاری- تفسیری معمولاً بین ۱۳ تا ۲۰ نفر انتخاب می‌شوند (۲۰)، ۱۵ نفر به صورت هدفمند انتخاب و بین آن‌ها پرسشنامه توزیع گردید که در نهایت پس از پیگیری‌های لازم ۱۴ پرسشنامه ارجاع شد و مبنای این پژوهش قرار گرفت. برای مشارکت افرادی که شناخت بیشتری از تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی دارند، سابقه‌ی حداقل ۲ سال مدیریت در یکی از صندوق‌های بیمه اجتماعی جهت خبرگان اجرایی و انتشار حداقل ۲ اثر علمی به صورت کتاب یا مقاله جهت خبرگان دانشگاهی، ملاک انتخاب قرار گرفت. بر این اساس مشخصات نمونه آماری در مرحله کمّی پژوهش عبارت است از رؤسا و معاونان صندوق‌های بیمه اجتماعی (۲ نفر)؛ مدیران میانی صندوق‌های بیمه اجتماعی (۶ نفر)؛ کارشناسان و کارشناسان ارشد صندوق‌های بیمه اجتماعی (۴ نفر) و خبرگان دانشگاهی (۳ نفر).

در خصوص ملاحظات اخلاقی، افراد جهت شرکت در مطالعه آزاد بودند، توضیحات روشن در مورد اهداف مطالعه به طور شفاهی به آن‌ها داده شد و پس از رضایت آگاهانه ایشان، پرسشنامه به‌صورت حضوری ارائه و تکمیل گردید. همچنین با توجه به حساسیت موضوع به افراد پاسخ‌دهنده اطمینان داده شد که اطلاعات دریافتی بدون ذکر نام آنان، مورد بررسی و تحلیل قرار خواهد گرفت.

روش مدلسازی ساختاری- تفسیری در ۵ مرحله به شرح زیر اجرا گردید.

مرحله نخست- تعیین ابعاد/عناصر: ISM با شناسایی متغیرها یا مضامینی شروع می‌شود که مربوط به مسأله یا موضوع می‌باشند. این متغیرها از طریق مطالعه ادبیات موضوع یا از طریق مصاحبه با خبرگان به‌دست می‌آید.

مرحله دوم- به‌دست آوردن ماتریس خود تعاملی ساختاری (Structural Self-Interaction Matrix (SSIM)): این ماتریس، یک ماتریس به ابعاد عناصر می باشد که این عناصر در سطر و ستون اول آن، به ترتیب ذکر می‌شوند. آنگاه روابط ۲ به ۲ متغیرها توسط نمادهایی مشخص می‌شوند. برای تعیین روابط بین عناصر از یک طیف ۴ تایی (به‌صورت ۳:

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

عامل سطر i روی عامل ستون j کاملاً مؤثراست (تأثیر زیاد)، ۲: عامل سطر i روی عامل ستون j مؤثراست (تأثیر متوسط)، ۱: عامل سطر i روی عامل ستون j تأثیر ناچیزی دارد (تأثیر اندک، ۰: عامل سطر i روی عامل ستون j بی تأثیراست (بدون تأثیر) استفاده شد.

نتایج به‌دست آمده از پرسشنامه‌هایی که جمع آوری گردید، با هم جمع شده و در جدول وارد می‌گردد. بنابراین حداقل عددی که در هریک از خانه‌های این جدول قرار می‌گیرد، ۰ و حداکثر عددی که قرار می‌گیرد برابر با حاصل ضرب بالاترین عدد طیف یعنی عدد ۳ در تعداد افراد پاسخ دهنده به پرسشنامه خواهد بود.

مرحله سوم- طراحی ماتریس دستیابی: ماتریس دستیابی با تعیین روابط به صورت ۰ و ۱ از روی ماتریس به‌دست آمده در مرحله قبل و طی ۲ مرحله به‌دست می‌آید. در مرحله اول ابتدا یک مقیاس عددی واحد در نظرگرفته و اعداد جدول مرحله قبل با آن مقایسه می‌شود. در صورتی که عدد مربوطه در جدول از مقیاس بزرگتر باشد، در جدول جدید از عدد ۱ و در غیر این‌صورت از ۰ استفاده می‌شود. بولانوس و همکاران (۲۰۰۵) برای یافتن عدد مقیاس از فرمول زیر استفاده می‌کنند.

$$m = 2 \times n$$

m = عدد مقیاس؛ n = تعداد پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده

برای پژوهش حاضر عدد مقیاس، ۲۸ به‌دست آمد.

$$m = 2 * 14 = 28$$

در مرحله دوم، ماتریس به دست آمده در مرحله اول با ماتریس واحد جمع می‌شود.

$$RM = M + I$$

RM = ماتریس دستیابی

M = ماتریس بدست آمده در مرحله اول

I = ماتریس واحد

$$M = \begin{cases} a_{ij} = 1 & if \quad a_{ij} \geq m \\ a_{ij} = 0 & if \quad a_{ij} < m \end{cases}$$

حاصل این محاسبات ماتریس دستیابی است.

مرحله چهارم- تعیین سطح عوامل: برای تعیین سطح و اولویت عوامل، مجموعه دستیابی (reachability set) و مجموعه پیش‌نیاز (antecedent set) برای هر عامل تعیین می‌شود. مجموعه دستیابی هر عامل، شامل عواملی می‌شود که از این عامل تأثیر می‌پذیرند و مجموعه پیش‌نیاز شامل عواملی می‌شود که بر این عامل تأثیر گذارند. این تأثیر و تأثرها با استفاده از ماتریس دستیابی به دست می‌آید.

پس از تعیین مجموعه دستیابی و پیش‌نیاز هر عامل، عناصر مشترک این ۲ مجموعه برای هر عامل شناسایی می‌شود. سپس نوبت به تعیین سطح عوامل می‌رسد. در اولین جدول، عاملی دارای بالاترین سطح می‌باشد که مجموعه دستیابی و عناصر مشترک آن کاملاً یکسان باشند. پس از تعیین این عامل یا عوامل، آن‌ها را از جدول حذف نموده و با سایر عناصر باقیمانده، جدول بعدی تشکیل می‌شود. در جدول دوم نیز همانند جدول اول، متغیر سطح دوم مشخص می‌شود و این کار تا تعیین سطح همه متغیرها ادامه می‌یابد.

مرحله پنجم- ترسیم الگوی/ مدل مضامین: پس از تعیین سطح عوامل، می توان روابط آن‌ها با یکدیگر را در قالب یک مدل براساس اطلاعات به‌دست آمده ماتریس دستیابی، به نمایش درآورد (۲۱).

تحلیل میک مک: هدف در این نوع تحلیل، تشخیص و تحلیل قدرت هدایت و وابستگی متغیرهاست. در این تحلیل، متغیرها بر اساس قدرت هدایت که از طریق جمع ضرایب یک عوامل در سطر به‌دست می‌آید و درجه وابستگی که به وسیله جمع ضرایب یک عامل در ستون مشخص می‌شود به ۴ دسته تقسیم می‌گردند. دسته اول متغیرهای خودمختار هستند. عوامل این دسته عواملی هستند که هم قدرت هدایتی (عامل تقویت کننده عقلایی در سایر عوامل) کمی دارند و هم وابستگی آن به سایر عوامل کم است. دسته دوم نیز متغیرهای وابسته هستند که قدرت هدایتی کمی بر سایر متغیرها دارد اما وابستگی آن به سایر عوامل زیاد است. عوامل دسته سوم یعنی متغیرهای پیوندی، هدایت گر سایر عواملند و هم وابسته به آن‌ها؛ بنابراین تغییر در آن‌ها کل سیستم را متأثر خواهد نمود و چهارمین دسته "متغیرهای مستقل" می‌باشد که دارای قدرت هدایت قوی ولی وابستگی ضعیف می‌باشند (۲۲). داده‌های این مرحله از تحقیق نیز توسط همان پرسشنامه‌ی استفاده شده در روش مدلسازی ساختاری- تفسیری و بر اساس امتیازات داده شده توسط خبرگان بر میزان اثرگذاری هر عامل بر سایر عوامل مدیریتی مؤثر بر مقررات‌گذاری و نظارت صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور، به‌دست آمد.

ضمناً این مطالعه در تاریخ ۱۳۹۶/۰۷/۲۵ با شماره

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

۸۱۷/۷۰۲۳۹ در دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبایی تهران مورد تأیید قرار گرفته است.

یافته‌ها

مراحل و گام‌های مدلسازی ساختاری- تفسیری

مرحله نخست- تعیین ابعاد/ عناصر

مضامین به‌دست آمده با استفاده از روش تحلیل مضمون عوامل مدیریتی مؤثر بر تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور در بخش سلامت به صورت جدول ۱ به‌دست آمد.

جدول ۱: مضامین مدیریتی مؤثر بر تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور

ردیف	گزاره متنی	مضمون پایه	مضمون سازمان دهنده	منبع
۱	تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی نظام بهداشت و درمان و سازمان‌های متولی بیمه درمانی و منسجم نبودن روش‌های تصمیم گیری موجب بی نتیجه ماندن فعالیت‌ها می‌شود.	تغییر و تحول مداوم در سطوح مدیریتی- عدم انسجام در روش‌های تصمیم گیری	عدم ثبات مدیریتی	(۲۳،۲۴)
۲	مشخص نیست که رویکرد نهایی دولت بر بخش بیمه همگانی یا حمایت‌های اجتماعی متمرکز است و این وضعیت باعث شده که سازمان‌های بیمه در کشور هر یک رویکرد خاص خود را داشته باشند.	رویکرد دولت بر بخش بیمه همگانی- تمرکز دولت بر حمایت‌های اجتماعی- رویکرد خاص در سازمان‌های بیمه	عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی	(۲۵)
۳	سازمان جهانی بهداشت، ایجاد صندوق‌های متعدد بیمه‌ای را از شاخص‌های گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها می‌داند که در داخل سازمان‌های بیمه‌ای ایران نیز گسیختگی صندوق‌ها وجود دارد.	صندوق‌های متعدد بیمه‌ای-شاخص گسیختگی- سازمان‌های بیمه‌ای ایران	تعدد صندوق‌های بیمه‌ای- گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها	(۲۶)
۴	تعدد قوانین و مقررات غیر جامع، موردی و کوتاه مدت که بیش از هر چیزی از فقر تئوریک رنج می‌برد موجب گردیده است که قوانین از جامعیت کافی برخوردار نباشد و به سمتی حرکت کند که بیشتر مسئولیت‌های مالی و اجتماعی را متوجه مصرف کنندگان سازد.	تعدد قوانین و مقررات غیر جامع- عدم جامعیت قوانین- بار مالی برای مصرف کنندگان	ضعف مقام تنظیم‌گری- عدم جامعیت قوانین و مقررات	(۲۶)
۵	نقصان وجود نهاد تنظیم‌گر در بخش بهداشت و درمان کاملاً شفاف و ملموس است.	نهاد تنظیم‌گر در بخش بهداشت و درمان	ضعف مقام تنظیم‌گری	(۲۷)
۶	در بخش سلامت، نظام تصمیم‌گیری متمرکز و جوابگوی نیازهای محلی و منطقه ای نمی‌باشد. نظام ارائه خدمات یکپارچه و مبتنی بر نیاز جامعه نیست. وجود فعالیت‌های موازی و فقدان نظام هماهنگ اطلاعات جامع بیمه‌شدگان از اطلاعات قابل تأمل این بخش است.	تصمیم گیری غیر متمرکز- فعالیت‌های موازی- فقدان نظام هماهنگ اطلاعات	گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها	(۵،۲۵)
۷	در بخش تأمین منابع مالی به وضوح عدم کفایت منابع ملموس است. پراکندگی اعتبارات تخصیص داده شده علناً اجازه فعالیت سازمان‌های بیمه را به‌عنوان عامل موثر در کیفیت خدمات مختل کرده است.	پراکندگی اعتبارات- عدم کفایت منابع	ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی	(۲۶،۲۷)
۸	مکانیسم پرداخت به ارائه دهندگان خدمات و به‌طور کلی هزینه بخش بهداشت تأثیر فراوانی بر عملکرد آن دارد و این بخش نیازمند یک الگوی مناسب پرداخت می‌باشد تا کارایی، کیفیت و دسترسی به خدمات را به‌طور مستقیم متأثر نماید.	مکانیسم پرداخت- هزینه بخش بهداشت- الگوی مناسب پرداخت	ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی	(۵)
۹	یکی از موارد تعیین کننده در ارائه مناسب خدمات، تعرفه خدمات است. بدون داشتن نظام تعرفه گذاری مناسب، خدمات به‌صورت	اهمیت تعرفه خدمات-نظام تعرفه گذاری نامناسب- ناهماهنگی شورای	ناهماهنگی در نظام تعرفه گذاری بیمه‌ای	(۲۳)

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

	نامناسب ارائه خواهد گردید. از جمله مشکلات، تفاوت تعرفه‌ها در بخش دولتی و خصوصی است. تعرفه بخش دولتی را شورای عالی بیمه و تعرفه بخش خصوصی را نظام پزشکی تعیین می‌کند.	عالی بیمه و نظام پزشکی	کشور	
۱۰	حجم بالای مشاغل غیر رسمی از کل شاغلان در کشور یکی از عوامل دخیل در وضعیت صندوق‌های بازنشستگی است. میزان عدم پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی در ایران حدود ۶۰ درصد است که با توجه به اشتغال حدود ۸ میلیون نفر در مشاغل غیر رسمی می‌تواند تأثیر بسیار زیادی بر آینده صندوق‌ها داشته باشد.	مشاغل غیر رسمی- عدم پوشش بیمه	پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی	(۲۸)
۱۱	نبود سیاستگذار واحد و نهاد ناظر بر بیمه‌های اجتماعی یکی از عوامل بحرانی شدن صندوق‌ها است. در بیمه‌های تجاری بیمه مرکزی ایران این نقش را بر عهده دارد و در بیمه‌های اجتماعی که بخش وسیع‌تری از جامعه را تحت پوشش قرار می‌دهند، تقریباً نظارتی وجود ندارد.	نبود سیاستگذار واحد و نهاد ناظر- بیمه‌های تجاری و اجتماعی	گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها	(۲۸)
۱۲	یکی از عوامل بحران‌زا در حوزه بیمه‌های بازنشستگی پایین بودن سطح دستمزدها در ایران است. پایین بودن دستمزد، کفایت برنامه‌های تأمین اجتماعی در دوران بازنشستگی را نیز به چالش می‌کشاند. این موضوع باعث می‌شود تا در بلندمدت شکاف بین دستمزد و خط فقر افزایش یابد و دولت ناگزیر به افزایش حقوق بازنشستگان برای جبران قدرت خرید آن‌ها شود. این موضوع به‌طور مداوم بر حجم بدهی‌های دولت به سازمان تأمین اجتماعی می‌افزاید و برای صندوق‌ها نیز چالش‌هایی ایجاد می‌کند.	پایین بودن سطح دستمزدها- شکاف بین دستمزد و خط فقر-افزایش حقوق بازنشستگان- حجم بدهی‌های دولت	ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی	(۲۸)
۱۳	تأمین منابع مالی کافی، تأمین پوشش کشوری خدمات بهداشتی و درمانی، اصلاح کارایی‌ها و برقراری شرایط و انگیزه لازم برای گسترش خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی، ارتقای سطح بهره‌مندی از خدمات، تسهیل در دسترسی به خدمات و گسترش عدالت در بخش بهداشت و درمان و اصلاح نظام مبادله و نرخ‌گذاری از نگرانی‌های دولت در بخش بهداشت و درمان می‌باشد.	تأمین منابع مالی- اصلاح نظام مبادله و نرخ‌گذاری-تأمین پوشش کشوری	ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی	(۲۹،۳۰)
۱۴	قانون مربوط به مشاغل سخت و زیان‌آور ۲ دسته پیامدها را برای نظام تأمین اجتماعی کشور در پی داشته است. از یکسو سازمان‌ها و نهادهای ذی‌نفوذ در حوزه سیاستگذاری توانسته‌اند در دوره‌های گذشته خود را در زمره مشاغل سخت و زیان‌آور قرار دهند. از سوی دیگر تلاش نظارتی بر کارگاه‌ها و صنایع واجد شرایط سخت و زیان آور به‌منظور تعدیل و اصلاح شرایط زیان‌آور کاری به حداقل رسیده یا به‌طور کلی رها شده است.	قانون مربوط به مشاغل سخت و زیان‌آور- کارگاه‌ها و صنایع واجد شرایط سخت و زیان آور- تعدیل و اصلاح شرایط زیان‌آور کار	عدم جامعیت قوانین و مقررات	(۲۸)
۱۵	چندپارگی صندوق‌ها ممکن است باعث شود که گروه‌هایی از جامعه به خصوص اقشار کم درآمد، در برابر خطر مالی ناشی از بیماری کمتر محافظت شوند، زیرا صندوق این افراد درآمد کمتری داشته و بسته خدمتی آن هم محدودتر خواهد بود. صندوق‌های بیمه‌ای در ایران حالت گسیخته دارند، چون دولت می‌خواسته پوشش بیمه‌ای را به‌صورت تدریجی و با پوشش گروه‌های مختلف جمعیتی گسترش دهد.	چندپارگی صندوق‌ها- اقشار کم درآمد	گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها- تعدد صندوق‌های بیمه‌ای	(۲۴)

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

همانطور که مشاهده می‌شود، مضامین سازمان دهنده عوامل مدیریتی مشتمل بر مفاهیم زیر است که مدل سازی براساس آن‌ها صورت می‌گیرد. به‌عبارت دیگر ابعاد و عناصر این تحقیق عبارتند از: ۱- عدم ثبات مدیریتی؛ ۲- عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی؛ ۳- تعدد صندوق‌های بیمه‌ای؛ ۴- گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها؛ ۵- عدم جامعیت قوانین و مقررات؛ ۶- ضعف مقام تنظیم‌گری؛ ۷- ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی؛ ۸- ناهماهنگی در نظام تعرفه گذاری بیمه‌ای کشور؛ ۹- پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی.

مرحله دوم- به‌دست آوردن ماتریس خود تعاملی ساختاری (SSIM)

نتایج به‌دست آمده از پرسشنامه‌ها، با هم جمع شده و اعداد به دست آمده در جدول ۲ آمده است. در هر یک از خانه‌های این جدول اعدادی بین ۰ تا ۴۲ قرار گرفت.

مرحله سوم- طراحی ماتریس دستیابی

حاصل محاسبات ماتریس دستیابی در جدول ۳ نشان داده شده است.

مرحله چهارم- تعیین سطح عوامل

پس از تعیین مجموعه دستیابی و پیش‌نیاز هر عامل، نوبت به تعیین سطح عوامل می‌رسد که در ۴ سطح استخراج گردید و طی جداول ۴ تا ۷ تبیین شده است.

طبق یافته‌های جدول ۴، تنها در ۳ عامل هفتم، هشتم و نهم یعنی ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی؛ ناهماهنگی در نظام تعرفه‌گذاری بیمه‌ای کشور و پوشش بیمه‌ای مشاغل غیررسمی مجموعه دستیابی و مشترک به طور کامل یکسان هستند؛ یعنی این عوامل است که در مدل نهایی بیشترین تأثیرپذیری را از سایر عوامل و کمترین تأثیرگذاری را بر آن‌ها دارند و به همین خاطر، بالاترین سطح مدل را به خود اختصاص می‌دهند. با حذف عامل هفتم، هشتم و نهم، جدول ۵ نیز سطح دوم عوامل را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ماتریس خود تعاملی ساختاری مضامین

مضامین کلیدی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱		۳۲	۱۵	۴۰	۳۱	۳۰	۳۹	۹	۳۳
۲	۲۱		۳۵	۳۷	۳۶	۲۵	۳۲	۳۹	۳۶
۳	۴۰	۲۴		۳۸	۲۲	۳۴	۳۸	۴۱	۱۶
۴	۳۸	۳۵	۳۰		۳۹	۴۱	۳۵	۱۵	۲۲
۵	۳۴	۳۷	۱۹	۲۲		۳۸	۳۰	۲۹	۳۶
۶	۳۵	۱۶	۳۸	۳۴	۳۶		۳۳	۳۹	۲۵
۷	۲۶	۳۸	۲۰	۲۴	۱۸	۳۷		۱۸	۳۸
۸	۲۲	۳۴	۳۸	۲۱	۳۴	۱۴	۱۹		۳۷
۹	۲۴	۳۹	۲۲	۲۶	۴۱	۱۹	۳۰	۳۷	

جدول ۳: ماتریس دستیابی مضامین

مضامین کلیدی	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	قدرت نفوذ
۱		۱	۰	۱	۱	۱	۱	۰	۱	۶
۲	۰		۱	۱	۱	۰	۱	۱	۱	۶
۳	۱	۰		۱	۰	۱	۱	۱	۰	۵
۴	۱	۱	۱		۱	۱	۱	۰	۰	۶
۵	۱	۱	۰	۰		۱	۱	۱	۱	۶
۶	۱	۰	۱	۱	۱		۱	۱	۰	۶
۷	۰	۱	۰	۰	۰	۱		۰	۱	۳
۸	۰	۱	۱	۰	۱	۰	۰		۱	۴
۹	۰	۱	۰	۰	۱	۰	۱	۱		۴
وابستگی	۴	۶	۴	۴	۶	۵	۷	۵	۵	

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

جدول ۴: تعیین سطح عوامل (سطح اول)

عوامل	مجموعه دستیابی	مجموعه پیش نیاز	مشترک	سطح
۱	۲, ۴, ۵, ۶, ۷, ۹	۳,۴,۵, ۶	۴,۵,۶	-
۲	۳, ۴,۵,۷,۸,۹	۱,۴,۵,۷,۸,۹	۴,۵,۷,۸,۹	-
۳	۱,۴,۶,۷,۸	۲,۴,۶,۸	۴,۶,۸	-
۴	۱,۲,۳,۵,۶,۷	۱,۲,۳,۶	۱,۲,۳,۶	-
۵	۱,۲,۶,۷,۸,۹	۱,۲,۴,۶,۸,۹	۱,۲,۶,۸,۹	-
۶	۱,۳,۴,۵,۷,۸	۱,۳,۴,۵,۷	۱,۳,۴,۵,۷	-
۷	۲,۶,۹	۱,۲,۳,۴,۵,۶,۹	۲,۶,۹	اول
۸	۲,۳,۵,۹	۲,۳,۵,۶,۹	۲,۳,۵,۹	اول
۹	۲,۵,۷,۸	۱,۲,۵,۷,۸	۲,۵,۷,۸	اول

باتوجه به جدول ۵، عامل پنجم و ششم (عدم جامعیت قوانین و مقررات و ضعف مقام تنظیم‌گری) نیز در سطح دوم مدل قرار می‌گیرد. با حذف عوامل سطح دوم در جدول ۶، عوامل سطح سوم نشان داده می‌شوند.

باتوجه به جدول ۶، عامل چهارم (گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها) نیز در سطح سوم مدل قرار می‌گیرد. با حذف عوامل سطح سوم در جدول ۷، عوامل سطح چهارم نشان داده می‌شوند.

جدول ۵: تعیین سطح عوامل (سطح دوم)

عوامل	مجموعه دستیابی	مجموعه پیش نیاز	مشترک	سطح
۱	۲, ۴, ۵, ۶	۳,۴,۵, ۶	۴,۵,۶	-
۲	۳, ۴,۵	۱,۴,۵	۴,۵	-
۳	۱,۴,۶	۲,۴,۶	۴,۶	-
۴	۱,۲,۳,۵,۶	۱,۲,۳,۶	۱,۲,۳,۶	-
۵	۱,۲,۶	۱,۲,۴,۶	۱,۲,۶	دوم
۶	۱,۳,۴,۵	۱,۳,۴,۵	۱,۳,۴,۵	دوم

جدول ۶: تعیین سطح عوامل (سطح سوم)

عوامل	مجموعه دستیابی	مجموعه پیش نیاز	مشترک	سطح
۱	۲, ۴	۳,۴	۴	-
۲	۳, ۴	۱,۴	۴	-
۳	۱,۴	۲,۴	۴	-
۴	۱,۲,۳	۱,۲,۳	۱,۲,۳	سوم

جدول ۷: تعیین سطح عوامل (سطح چهارم)

عوامل	مجموعه دستیابی	مجموعه پیش نیاز	مشترک	سطح
۱	۲	۳	-	چهارم
۲	۳	۱	-	چهارم
۳	۱	۲	-	چهارم

طبق یافته‌های جدول ۷، عاملی یافت نمی‌شود که عوامل مشترک با عوامل دستیابی آن‌ها یکی باشد. لذا تمامی عوامل فوق یعنی ۱,۲,۳ در سطح چهارم قرار می‌گیرند.

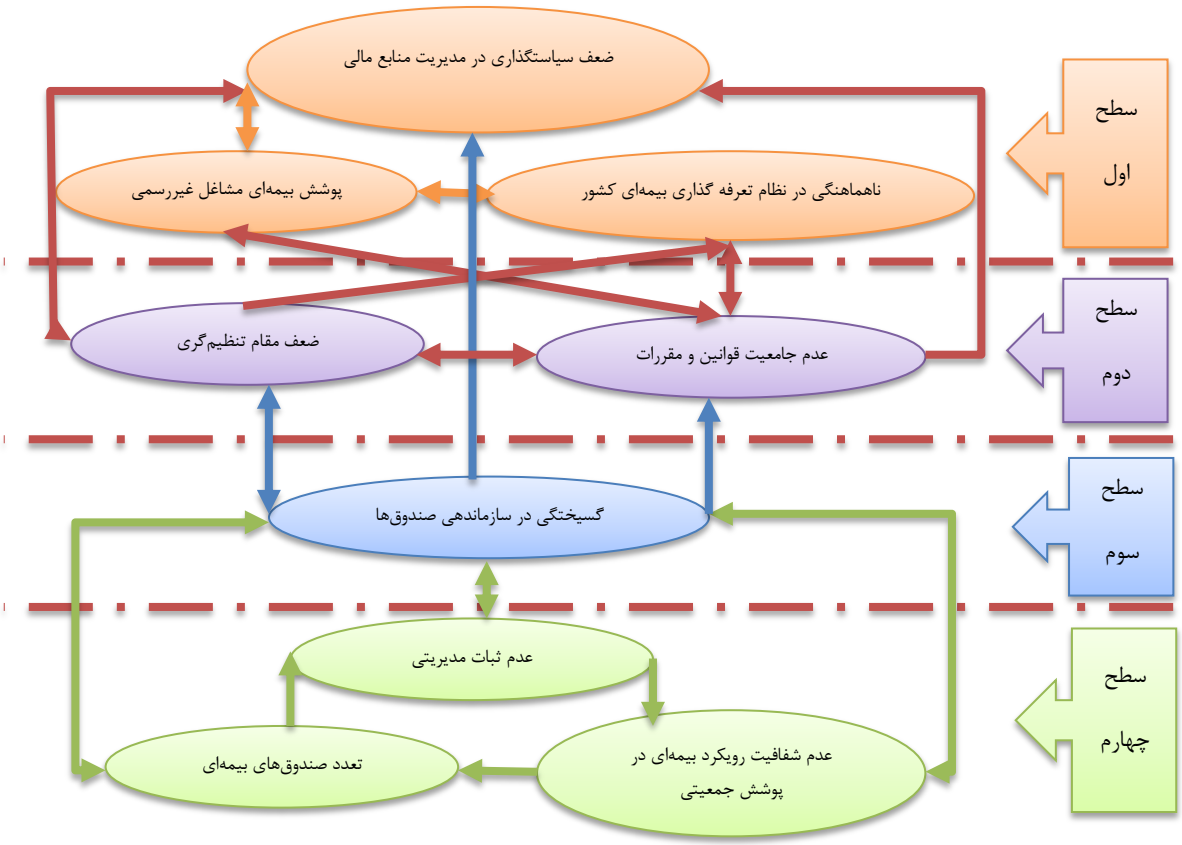
مرحله پنجم- ترسیم الگوی/ مدل مضامین

بر اساس جداول تعیین سطح، ۳ عامل هفتم، هشتم و نهم یعنی «ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی»؛ «ناهماهنگی در نظام تعرفه گذاری بیمه‌ای کشور» و

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

«پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی» در سطح اول یعنی در بالای مدل قرار گرفتند و سایر عوامل پایین‌تر از آن‌ها بودند. البته بر اساس جدول ۴ این ۳ با یکدیگر روابط متقابل نیز دارند و بر هم اثرگذارند.

درسطح دوم، عوامل «عدم جامعیت قوانین و مقررات» و «ضعف مقام تنظیم‌گری» قرار گرفتند که در واقع به عنوان عوامل تعیین کننده و تقویت کننده عوامل سطح اول عمل می‌نمایند. سطح سوم شامل مولفه‌ی «گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها» بود که در حقیقت عامل واسطه بین عوامل بسترساز و پایه در سطح چهارم و عوامل بنیادین سطح دوم قرار می‌گیرد. در سطح چهارم عوامل «عدم ثبات مدیریتی»؛ «عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی»؛ و «تعدد صندوق‌های بیمه‌ای» به عنوان عوامل بسترساز و پایه‌ای مطرح بودند.



شکل ۱: الگوی/ مدل مضامین

مرحله تحلیل میک مک

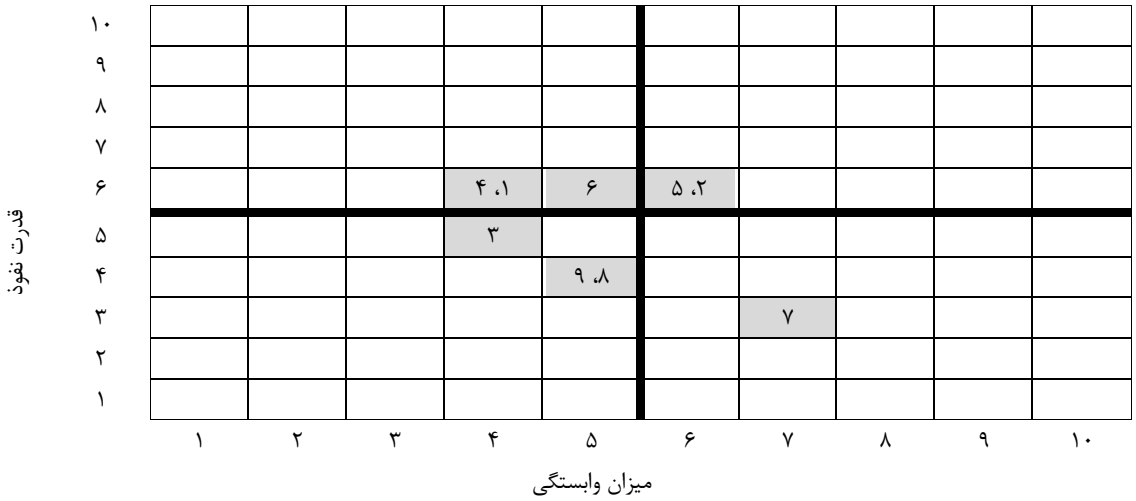
قدرت نفوذ و میزان وابستگی هریک از عوامل مدیریتی مؤثر بر مقررات‌گذاری و نظارت صندوق‌های بیمه اجتماعی کشور که از پرسشنامه‌های دریافتی تعیین گردید در جدول ۸ بیان شده است.

بر این مبنا، ماتریس قدرت نفوذ و وابستگی طبق شکل ۲ به‌دست آمد. براساس این ماتریس، عوامل ۳، ۸ و ۹ یعنی تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، ناهماهنگی در نظام تعرفه گذاری بیمه‌ای کشور و پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی، در دسته متغیرهای خودمختار قرار گرفتند. همچنین محاسبات نشان داد که عامل شماره ۷ یعنی ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی در دسته متغیرهای وابسته و عوامل ۲ و ۵ که مربوط به عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی و عدم جامعیت قوانین و مقررات بود، در گروه متغیرهای پیوندی قرار گرفتند. چهارمین دسته نیز متغیرهای مستقل بودند که شامل عوامل شماره ۱، ۴ و ۶ یعنی عدم ثبات مدیریتی، گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها و ضعف مقام تنظیم‌گری بود.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

جدول ۸: تحلیل میک مک

عوامل	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
قدرت نفوذ	۶	۶	۵	۶	۶	۶	۳	۴	۴
میزان وابستگی	۴	۶	۴	۴	۶	۵	۷	۵	۵



شکل ۲: ماتریس قدرت نفوذ و وابستگی عوامل

بحث

با توجه به یافته‌های پژوهش، قرار گرفتن ۳ مضمون «ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی»، «ناهماهنگی در نظام تعرفه گذاری بیمه‌ای کشور» و «پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی» در سطح اول مدل حاصل از پژوهش، نشان داد که سیاست‌ها و برنامه‌های تنظیم‌گری در صندوق‌های بیمه اجتماعی جهت تقویت توان حمایت درمانی بایستی بر مبنای کارکردهای اصلی نظام سلامت شکل گیرد که این موضوع با تأکید سازمان جهانی بهداشت به سنجش کارکردها بر اهداف نظام سلامت نیز همخوانی دارد (۳۱). کارکردهای اصلی نظام سلامت شامل تولیت، تأمین منابع مالی، ارائه خدمات سلامت و تولید منابع است (۳۲) که ۳ کارکرد نخست در مضامین سطح اول مدل نمود پیدا کرده‌اند. نتایج پژوهش جباری و بخشیان (۱۳۸۶) در بین ۱۰ کشور (فرانسه، انگلستان، سوئد، ترکیه، شیلی، مکزیک، فلیپین، تایلند، زامبیا و غنا) دارای تجارب تمرکززدایی در ۴۰ سال اخیر و با هدف استخراج الگوی پیشنهادی برای ایران، مبنی بر اینکه در حال حاضر نارسایی‌ها و ناکارآمدی نظام سلامت کشورمان در بخش درمان و کارکردهای تولیت و تأمین مالی قابل توجه بوده است با یافته‌های این بخش از پژوهش همخوانی دارد (۳۳). در واقع مسیر اصلاح تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی باید رویکرد نتیجه‌گرا داشته باشد.

قرار گرفتن عامل «پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی» در بین متغیرهای اصلی شبکه مضامین چالش‌های تنظیم‌گری و ورود آن به سطح اول مدل پژوهش را با توجه به مطالعات صورت گرفته می‌توان علاوه بر اثر مقررات‌گذاری در پوشش بیمه‌ای، گواهی بر ضرورت تسریع در شکل‌گیری شبکه جامع و ملی اطلاعات در کشور دانست. زیرا همانگونه که در مطالعه ابراهیمی‌پور (۱۳۸۶) در بین ۶ کشور منتخب (جمهوری کره، تایلند، سنگاپور، آلمان، ژاپن و استرالیا) و با هدف طراحی الگویی برای پوشش همگانی بیمه‌ی درمان ایران و دسترسی مردم به خدمات اساسی سلامت از طریق بیمه نیز تبیین شده است (۳۴)، اطلاعات جمعیتی از بخش‌های مهم و مورد نیاز سیاستگذاران است که می‌تواند در هدف گذاری و ارزیابی اثربخشی سیاست‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

سطح دوم شبکه مضامین چالش‌های تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی اشاره به مقوله «عدم جامعیت

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

قوانین و مقررات» و «ضعف نهاد تنظیم‌گری» دارد. در واقع این سطح نشان داد برای رفع چالش‌های کلیدی دسته اول بایستی به اصلاح نهاد تنظیم‌گری و زیرساخت قوانین و مقررات پرداخت. مؤلفه‌های سطح دوم ذیل کارکرد تولیت در نظام سلامت قرار می‌گیرند که این موضوع همراستا با تأکید سازمان جهانی بهداشت بر مسئولیت دولت در حوزه تأمین سلامت مردم است (۳۵).

شواهد نشان می‌دهد که کانون‌های برنامه‌ریزی در نظام بهداشت و درمان کشور دارای انسجام کافی نبوده و حتی در خود وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، وجود نزدیک به ۱۰۰ شورا، کمیته و کمیسیون مرتبط با برنامه ریزی، مانع بزرگی بر سر راه تنظیم‌گری مؤثر و مطلوب در این حوزه است (۳۶). مطالعه جلیلی (۱۳۸۸) در بین کارشناسان و مدیران سازمان بازنشستگی کشوری تهران، در خصوص تأیید چالش مقررات‌گذاری و نظارت در بیمه-های اجتماعی کشور ایران نیز با این نتیجه همخوانی دارد (۳۷). گزارش مرکز پژوهش‌های مجلس اسلامی نیز بیانگر عدم توازن در وضع برخی قوانین و مقررات حوزه بیمه‌های اجتماعی است. به‌طوریکه برخی موضوعات نیازمند قانون جدید هست و در پاره‌ای از بخش‌ها، قوانین زیادی وضع شده است. تورم قوانین و تناقض برخی قوانین این بخش با یکدیگر می‌تواند مسبب آسیب‌هایی نظیر سردرگمی مجریان، پایین آمدن ضریب امنیت، از دست رفتن اعتماد اجتماعی، پایین آمدن مشارکت اجتماعی و سست شدن انسجام اجتماعی گردد (۳۸). وجود نهاد تنظیم‌گری متمرکز در صندوق‌های بیمه اجتماعی می‌تواند از طریق ایفای نقش در مقررات‌گذاری و نظارت با بهبود کارکرد تولیت در نظام سلامت بر اصلاح مکانیسم تأمین منابع مالی، پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی و نیز نظام تعرفه-گذاری بیمه‌ای کشور موثر واقع گردد.

قرار گرفتن مضمون «گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها» در سطح سوم مدل نشان داد برای رفع چالش-های سطح دوم یعنی ضعف نهاد تنظیم‌گری و نیز زیرساخت‌های قوانین و مقررات باید سازماندهی صندوق-های بیمه اجتماعی را اصلاح نمود. در حال حاضر تمامی سازمان‌های بیمه در ایران به صورت مستقل از یکدیگر فعالیت دارند و سیستم ارزیابی یکپارچه‌ای ندارند. این مسأله باعث شد که شواری عالی بیمه سلامت در سطح مرکزی تأسیس شود و سپس این شورا، زمینه را برای ایجاد وحدت رویه‌ی صندوق‌های بیمه تحت عنوان سازمان بیمه سلامت ایران فراهم آورد. اما از کل منابع مالی حوزه سلامت، تنها ۵/۶ درصد وارد چرخه انباشت می‌شود (۳۹). مطالعه خیاط زاده و همکاران (۲۰۱۶) بین مسئولین تدوین و اجرای طرح و برنامه‌های سلامت در استان کرمان و مطالعه‌ی رد (۲۰۰۹) در آفریقا، نیز همراستا با نتایج این بخش از پژوهش، نشان داده است که چالش عمده در تنظیم‌گری این حوزه مرتبط با تعهد به اجرای قوانین و سیاست‌ها و سازوکارها و روش اجرای این سیاست‌ها و برنامه‌ها است (۴۰،۴۱). مطالعه‌ی مصطفوی و رشیدیان (۱۳۹۶) با بررسی متون و مصاحبه با خبرگان نظام سلامت و مصاحبه‌های نیمه ساختار یافته با۳۰ نفر از آن‌ها از سطوح خرد، میانه و کلان و با هدف بررسی نقش لابی‌گری و تضاد منافع در تصمیم‌گیری‌های نظام سلامت کشور نیز با این یافته از پژوهش همخوانی دارد و دلیل آن را چنین بیان می‌کند که رقابت میان سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه سلامت ایرانیان یا رقابت میان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی برای دریافت بودجه بیشتر؛ باعث شکل‌گیری رفتارها و برخوردهای نابه‌هنجار میان آن‌ها می‌گردد و موضوع تجمیع بیمه‌ها به علت تعارض آشکار میان وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تبدیل به موضوعی لاینحل شده که هیچ یک از وزارت‌خانه‌های پیشگفت، اقدامی مثبت برای حل این مشکل انجام نداده است (۴۲). در این مسأله که حاصل حمایت سیاسی پایین، تضاد منافع، نبود درک مشترک و واحد بین ذی‌نفعان در سطوح مختلف سیاستگذاری است، تنظیم‌گر می‌تواند با بر عهده گرفتن نقش نظارتی در رفع این چالش مؤثر باشد.

سطح چهارم شبکه مضامین در مدل استخراج شده، به عوامل و چالش‌های بستر ساز و یا زمینه ساز تنظیم گری در صندوق‌های بیمه اجتماعی اشاره دارد. این بدان معناست که اگر به این موارد پرداخته نشود، تأثیر سطح سوم کمرنگ خواهد شد. مضامین مستخرج در سطح چهارم شامل عدم ثبات مدیریتی، تعدد صندوق‌های بیمه‌ای و عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی می‌بایست مرتفع گردد تا با سازماندهی صندوق‌های بیمه اجتماعی

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

بتوان نهاد تنظیم‌گری و زیرساخت‌های قانونی و مقرراتی را در سطح دوم، اصلاح نمود.

یافته‌های حاصل از تحلیل میک مک نشان داد که تعدد صندوق‌های بیمه‌ای، ناهماهنگی در نظام تعرفه‌گذاری بیمه‌ای کشور و پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی، در دسته متغیرهای خودمختار قرار گرفتند، لذا هم قدرت هدایتی (عامل تقویت کننده عقلایی در سایر عوامل) کمی دارند و هم وابستگی آن به سایر عوامل کم است که با مطالعه ابراهیمی‌پور (۱۳۸۶) در بین ۶ کشور منتخب، با هدف دسترسی مردم به خدمات اساسی سلامت از طریق بیمه (۳۴)، پژوهش مهرالحسنی و همکاران (۱۳۹۵) با هدف سیاست‌های تأمین مالی در مسیر دستیابی به پوشش همگانی سلامت در ایران (۱۵) و دهنویه (۱۳۸۷) مبنی براستفاده از مکانیسم‌های مناسب تأمین مالی، پرداخت و به همراه آن نظارت مناسب (۲۳)، همخوانی دارد.

همچنین ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی در دسته متغیرهای وابسته قرار گرفت و بیانگر این است که این متغیر بیشتر از آنکه یک مؤلفه‌ی هدایتگر در میان سایر عوامل مدیریتی باشد، عاملی دارای وابستگی و اثرپذیری از سایر عوامل است که با تأکید سازمان جهانی بهداشت به سنجش کارکرد تأمین منابع مالی بر اهداف نظام سلامت (۳۱) و همچنین مطالعه دهنویه (۱۳۸۷) نیز همخوانی دارد (۲۳).

یافته‌های میک مک همچنین نشان داد که عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی و عدم جامعیت قوانین و مقررات در گروه متغیرهای پیوندی قرار می‌گیرند که هم هدایت‌گر سایر عوامل و هم وابسته به آن‌ها هستند که این موضوع نیز همراستا با تأکید سازمان جهانی بهداشت بر مسئولیت دولت در حوزه تأمین سلامت مردم است (۳۵) و سرانجام عوامل عدم ثبات مدیریتی، گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها و ضعف مقام تنظیم‌گری در چهارمین دسته متغیرها به عنوان متغیرهای مستقل قرار گرفتند که دارای وابستگی ضعیفی نسبت به سایر عوامل هستند اما در فرآیند اثرگذاری، از قدرت نفوذ بالایی برخوردارند که با مطالعه جلیلی (۱۳۸۸) در بین کارشناسان و مدیران سازمان بازنشستگی کشوری تهران مطابقت دارد (۳۷).

از محدودیت‌های مطالعه حاضر کمبود مطالعات علمی پیشین در زمینه تنظیم‌گری و نیز دسترسی مشکل به برخی خبرگان به دلیل تصدی مسئولیت‌های عالی بود. این تحقیق، از حیث شناسایی کامل عوامل مدیریتی مؤثر در مقررات‌گذاری و نظارت صندوق‌های بیمه اجتماعی و طراحی مدل تعاملی دارای نوآوری و قوت بوده و می‌تواند خلاءهای موجود در ادبیات پیشین را پوشش دهد. نوع روش تحقیق به کار گرفته شده در این پژوهش نیز از نقاط قوت آن به شمار می‌رود. آمیخته شدن تکنیک‌های کیفی و کّمی در این مطالعه، ضمن افزایش دقت نتایج، سبب شده است یافته‌ها مبتنی بر مسائل بومی و جاری ایران استخراج شده و قابلیت بهره‌گیری در تصمیمات کلان حوزه تأمین اجتماعی کشور را داشته باشد.

نتیجه گیری

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، این نتیجه به‌دست آمد که ۹ مؤلفه به عنوان عوامل مدیریتی مؤثر بر تنظیم‌گری صندوق‌های بیمه اجتماعی وجود دارند. این مؤلفه‌ها در الگوی شبکه مضامین به دست آمده از روش مدلسازی ساختاری-تفسیری، در ۴ سطح قرار گرفتند که در آن عوامل «ضعف سیاستگذاری در مدیریت منابع مالی»؛ «ناهماهنگی در نظام تعرفه گذاری بیمه‌ای کشور» و «پوشش بیمه‌ای مشاغل غیر رسمی» در سطح اول، عوامل «عدم جامعیت قوانین و مقررات» و «ضعف مقام تنظیم‌گری» در سطح دوم، عامل «گسیختگی در سازماندهی صندوق‌ها» در سطح سوم و در نهایت عوامل «عدم ثبات مدیریتی»؛ «عدم شفافیت رویکرد بیمه‌ای در پوشش جمعیتی» و «تعدد صندوق‌های بیمه‌ای»در سطح چهارم الگو قرار گرفتند. با توجه به مطالعات گروه تحقیق و نتایج و یافته‌های حاصل از بررسی نظرات خبرگان، جهت رفع موانع تنظیم‌گری در صندوق‌های بیمه اجتماعی و تسریع در اصلاح روند سیاستگذاری و خط‌مشی‌گذاری در این صندوق‌ها پیشنهاد می‌گردد، نهاد ناظر تنظیم‌گری به صورت واحد و مستقل در کشور ایجاد گردد تا با اصلاح ساختار مقررات گذاری و نظارت، بتواند با رویکردی جامع، بی‌طرف و تخصصی، متولی رفع چالش‌های کلیدی در لایه‌های ۴ گانه‌ی احصا شده در مدل حاصل از این پژوهش شود.

سپاسگزاری

نویسندگان، برخود لازم می‌دانند بدینوسیله از

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

همکاری گروه مالی دانشکده مدیریت و حسابداری دانشگاه علامه طباطبائی تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م ه. ب، م ع. د د، م ج. م

جمع آوری داده‌ها: س م. ع

تحلیل داده‌ها: س م. ع، ح. الف

نگارش و اصلاح مقاله: س م. ع

سازمان حمایت کننده

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته مدیریت مالی می‌باشد که از سوی دانشگاه علامه طباطبائی مورد حمایت قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

References

1) Amiri M, Mahmoudi V, Raghfar H, Parvandi Y. Theoretical-Adaptive Surveys of Social Security Systems: Routing Development of the Three-Layer Social Security System of Iran. Public Policy Journal 2017; 2(4): 9- 28. [Persian]
2) Manochehri Rad R. Formulating the institutionalization policy in the area of regulating social insurance organizations. Congresses of retirement funds of bottlenecks and solutions; Tehran: Social Security Organization Research Institute; 2016: 68-137. [Persian]
3) Akhavan Bebahani A. Examine the status of the social security organization and the necessity of fundamental reforms in it (causes and immediate action required). Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic of IRAN: Iran, Tehran. 2018: 10-43. [Persian]
4) Social Security Organization. Structure, duties, obligations and support of the Social Security Organization. Available from URL: https://tamin.ir/News/item/2018. Last Access: Jan 27, 2019. [Persian]
5) Khalegh Nejad A, Rezaee Ghale H, Karimi M, Maleki MR. The Position of Health Insurance in Social Security system. 1st ed. Social Security Research Institute: Iran, Tehran. 2001: 9- 11. [Persian]
6) Hassanzade A. Recognition and Analysis of Fifty-Years of Social Security in the Territory of Health Insurance. Social Security Journal 2003 ; (15). [Persian]
7) Walley T, Haycox A, Boland A. Pharmacoeconomics. 1st ed. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone; 2004: 2-11.
8) Zare H. Basic Health Insurance: Principles, Structure, Coverage and Regulation. Tehran: Medical Services Insurance Organization Press; 2006: 37-45. [Persian]
9) Taleb M. Social Security. Mashhad: Astan e Ghods Publishers; 1991: 37-46. [Persian]
10) Wise DA, Yashiro N. Health Care Issues in the United States and Japan (National Bureau of Economic Research Conference Report). 1st ed. USA: University of Chicago Press; 2006.
11) Emamian MS, Zolfaghari AA, Mohammadzadeh E, Zamanian M. National system of regulation 1. The concept of regulation and its relation to the governance system. Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic Of IRAN: Iran, Tehran. 2018: 14-37. [Persian]
12) Hadifar D. Regulatory legal entities; Structure and executive mechanism. Tehran: New Etrat Press; 2010: 225-41. [Persian]
13) Zarei MH, Shams E. Income on the concepts and theories of economic regulation. Journal of Legal Research 2013; (62): 163- 234. [Persian]
14) Yazdan-Panah A. Study of how to supervise insurance companies in several countries (Case Study of the United Kingdom). Insurance Research Institute: Iran, Tehran. 2005: 34-52. [Persian]
15) Mehrolhassani MH, Najafi B, Yazdi Feyzabadi V, Abolhallaje M, Ramezanian M, Dehnavieh R, et al. A Review of the Health Financing Policies towards Universal Health Coverage in Iran. Irje 2017; 12(5): 74-84. [Persian]
16) Esmaeiliyan M, Nazemi A. Provides a template for the new audiovisual media outlet regulator based on the steady-state decision-making method. Journal of Strategic Studies in Public Policy 2018; 8(26): 119-36. [Persian]
17) Khan Mohammadi H, Aslipour H. The design of the themes of the general policy of the family system based on the method of structural modeling. Cultural Women and Family Journal 2017; 12(39): 107- 40. [Persian]
18) Guba EG, Lincolne YS. Epistemological and Methodological Bases of Naturdistic Inquiry. Educational Communication and Technology 1982; 30(4): 233-52.
19) Latifi M, Abdolhosseinzadeh M, Azarfar A. The Design of Succession Planning Model in Public Sector Organizations with Interpretive Structural Modelling (ISM). Quarterly Journal of Public Administration 2016; 4(4): 33- 50. [Persian]
20) Aliakbari E, Akbari M. Structural Modeling of Factors Affecting the Livability of Tehran Metropolis. The Journal of Spatial Planning 2017; 21(1): 1-31. [Persian]
21) Bolanos R, Emilio F, Alfredo N, Pablo P.

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

Using interpretive structural modelling in strategic decision-making groups. Management Decision 2005; 43(6): 877–95. Doi: https:// doi.org /10. 1108/00251740510603619.
22) Yavari V. Designing a Conceptual Model for Organizational Performance Management for the Endowment and Charity Organization [Ph.D. Thesis]. Allameh Tabatabaei University; 2012. [Persian]
23) Dehnavieh R. Design model of basis Health Insurance Package for IRAN [Ph.D. Thesis]. Iran University of Medical Sciences, School of Management and Medical Information Science; 2007. [Persian]
24) Maleki M, Ebrahimipour H, Karimi I, Gohari M. The Challenges of Sustainable Universal Insurance in Iran. Journal of Control 2010; 9(2): 187-73. [Persian]
25) Zare H, Goodarzi A. Organization and management of providers of health care packages (Part I, comparative studies). Social Security Quarterly 2007; 28: 135-78. [Persian]
26) Moghadasi H, Hosseini A, Asadi F, Esmaeili M. Problems of Health Insurance Systems and the Need for Implementation of a Reform Approach. Jha 2011; 14(44): 71-80. [Persian]
27) Zare H, Masoudi Asl Y, Akhavan Behbahani A. Social Health Insurance in the World and Iran (Proposed Model). Iran: Research Center of the Islamic Consultative Assembly of Iran Press; 2010: 516-49. [Persian]
28) Omidi R, Khorshidi M. Social insurance, the necessity of inclusive development (Familiarity with Social Security Organization; Challenges and Solutions). Social Security Organization Research Institute: Iran. 2016. [Persian]
29) Mohammadzadeh Y. The nature and importance of socio-economic inequalities in the health sector of Iran [Ph.D. Thesis]. Tarbiat Modarres University; 2013. [Persian]
30) Rasoulian M. Financing Strategies in Health Insurance Plan in Iran. Journal of Strategic Management Research 2016; 22(62); 135-53. [Persian]
31) Smith PC. Measuring health system performance. The European Journal of Health Economics 2002; 3(3): 145- 8. doi: https://doi.org/ 10. 1007/s10198-002-0138-1.
32) World Health Organization. The world health report 2000: health systems: Improving performance. WHO: Switzerlan, Geneva. 2000: 1.
33) Jabbari H, Bakhshiyan F. Decentralization in Function of Stewardship of Health Systems in Different countries and Propose Appropriate Model for IRAN. Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences 2007; 29(1): 7-8. [Persian]
34) Ebrahimipoor H. Design Model for Public Health Insurance [Ph.D. Thesis]. Iran University of Medical Sciences, School of Management Medical Information Science; 2007. [Persian]
35) Zare H, Yazdani N, Azadi M, Ahmad Pour MH, Kashef Ghorbanpoor R, Akbarian A, et al. Designing a model for private health insurance in Iran. Teb VA Tazkiyeh 2011; 20(1-2): 35-53. [Persian]
36) Ministry of Health and Medical Education. Achievements, Challenges and Horizons of the Health System of the Islamic Republic of Iran. Ministry of Health and Medical Education Policy Council: Iran, Tehran. 2010. [Persian]
37) Jalili T. Prioritizing the Factors Affecting the Facilitation of Multilayer System Implementation in the National Pension Fund [Master Thesis]. Allameh Tabataba'i University, School of Management and Accounting; 2009. [Persian]
38) Akhavan Behbahani A, Khalili A. A look at the legislation on welfare and insurance (retirement and treatment) in the eight sessions of the Islamic Consultative Assembly (welfare and welfare committee), health insurance, social security, budget laws and programs. Islamic Parliament Research Center of the Islamic Republic Of IRAN: Iran, Tehran. 2015: 14-33. [Persian]
39) Barati Marnani A, Teymourzadeh E, Bahadori MK, Ravangard R, Saeid Pour J. Challenges of a Large Health Insurance Organization in Iran: A Qualitative Study. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health 2012; 4(6): 1050-62.
40) Khayatzadeh-Mahani A, Sedoghi Z, Mehrolhassani MH, Yazdi-Feyzabadi V. How Health in All Policies are developed and implemented in a developing country? A case study of a HiAP initiative in Iran. Health Promot Int 2016; 31(4): 769-81. Doi: 10.1093/ heapro/ dav062.
41) Ridde V. Policy Implementation in an African State: An Extension of Kingdon's Multiple-Streams Approach. Public Administration 2009; 87(4): 938-54. Doi: https://doi.org/10.1111/ j. 1467-9299.2009.01792.x.
42) Mostafavi H, Rashidian A. The Role of Lobbying and Conflict of Interests on the Iranian Health System Decision-making. Hakim Health Sys Res 2017; 20(1): 27- 34. [Persian]

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]
[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]

Research Article

Modeling the Effective Management Factors in the Pattern of Regulation and Supervision of Social Insurance Funds of Iran

Mohammad Hashem Botshekan [1*], Mohammad Ali Dehghan Dehnavi [2], Mohammad Javad Mohagheghnia [2], Hosein Aslipour [3], Seyyed Mohammad Abbasnia [4]

[1] Associate Professor, Department of Finance & Banking, School of Management & Accounting, Alame University, Tehran, Iran
[2] Assistant Professor, Department of Finance & Banking, School of Management & Accounting, Alame University, Tehran, Iran
[3] Assistant Professor, Department of Governmental Management, School of Management & Accounting, Alame University, Tehran, Iran
[4] Ph.D. student of Financial Management, School of Management & Accounting, Alame University, Tehran, Iran

*** Corresponding Author:** Mohammad Hashem Botshekan
mh.botshekan@gmail.com

Citation: Botshekan MH, Dehghan Dehnavi MA, Mohagheghnia MJ, Aslipour H, Abbasnia SM. Modeling the Effective Management Factors in the Pattern of Regulation and Supervision of Social Insurance Funds of Iran. Manage Strat Health Syst 2019; 4(2): 97-113.

Received: May 08, 2019
Revised: July 09, 2019
Accepted: July 17, 2019

Funding: This study has been supported by Alame University.

Competing Interests: The authors have declared that no competing interest exist.

A B S T R A C T

Background: To achieve the objectives of social security and health system, it is essential to enhance the level of efficiency of social insurance funds. To hit this target, the challenges of regulation improvement should be identified and addressed in these funds. Therefore, the present study aimed at identifying the key challenges of regulation and modeling the network of management and its effective factors.

Methods: This was a cross-sectional qualitative study. In the qualitative part, a systematic review and thematic analysis were conducted using MaxQDA $_{10}$ software. Qualitative data were collected by reviewing the relevant documents and related studies. In the quantitative part, the structural-interpretative modeling and Mick-Mac analysis methods were employed. The data were collected by referring to the 14 experts selected by targeted sampling method using a questionnaire.

Results: 9 factors were identified as the key challenges in regulation of social insurance funds, including 1) management inconsistency; 2) non-clear insurance approach in population coverage; 3) multiplicity of insurance funds; 4) failure to organize the funds; 5) lack of integrity of rules and regulations; 6) weakness of regulatory authority; 7) weak policy making in management of financial resources; 8) inconsistencies in the country's insurance tariff system; and 9) insurance cover for informal jobs. The content network was formed in a 4-level model by structural- interpretative modeling method.

Conclusion: Regulation challenges of the social insurance funds include a combination of factors showing the need for the formation of a unit regulator to organize these funds. The aim is to meet the key challenges in 4 layers of the proposed model and modify the regulatory and supervisory structure with a comprehensive, impartial, and specialized approach.

Keywords: Government's regulation, Retirement, Social insurance, Social economy factors

[Downloaded from mshsj.ssu.ac.ir on 2024-10-12]

[DOR: 20.1001.1.24766879.1398.4.2.3.9]
[DOI: 10.18502/mshsj.v4i2.1406]