

## شناسایی و ارائه مدل موانع استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای

### (مورد مطالعه: بیمه سلامت اهواز)

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۲/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۹۹/۰۵/۱۰

#### خلاصه

**مقدمه:** خدمات الکترونیک مزایایی چون افزایش سرعت، افزایش میزان دسترسی و کاهش هزینه‌ها را به دنبال دارد و عدم الکترونیکی شدن خدمات بیمه‌ای، افت و کاهش سرعت خدمات‌رسانی را در پی دارد و منجر به نارضایتی بیمه شدگان خواهد شد. همچنین در شرایط فعلی که بیماری کرونا در دنیا رشد پیدا کرده است و تاریخ کن شدن آن، سال‌ها زمان می‌برد، لازم است که بیشتر به سمت ارائه بیشتر خدمات الکترونیکی حرکت کنیم.

**روش کار:** هدف این تحقیق، شناسایی موانع استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای در بیمه سلامت شهر اهواز است که در آن روش تحقیق به لحاظ هدف، کاربردی و به لحاظ ماهیت در دسته تحقیقات آمیخته (کیفی و کمی) جای می‌گیرد. در مرحله اول با استفاده از روش دلفی پرسشنامه‌ای در اختیار خبرگان موضوع قرار گرفت و نهایتاً ۸ مانع به عنوان موانع استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای شناسایی شدند: موانع فرآیندی، موانع زیرساختی، موانع حمایتی، موانع فرهنگی، موانع دانشی، موانع مالی، موانع نیروی انسانی، موانع اجرایی. در مرحله دوم تحقیق پرسشنامه‌ای بر اساس موانع شناسایی شده طراحی و در اختیار کارکنان شعب بیمه سلامت قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد موانع شناسایی شده به ترتیب اهمیت شامل موانع فرآیندی، زیرساختی، فرهنگی، نیروی انسانی، مالی، دانشی، حمایتی و اجرایی تأثیر معناداری بر استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای داشتند.

**نتیجه گیری:** به منظور استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای باید موانع مورد نظر بر حسب اولویت شناسایی و بر حسب مدل موانع به آنها رسیدگی کرد.

**کلمات کلیدی:** بیمه سلامت، بیمه الکترونیک، خدمات الکترونیک، دولت الکترونیک.

محترم بابا احمدی تنگه گزی<sup>۱</sup>  
دکتر سیروس کرراهی مقدم<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت دولتی، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجد سلیمان، ایران

<sup>۲</sup> استادیار گروه مدیریت دولتی، واحد مسجد سلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران

Email: s\_korahi@yahoo.com

## مقدمه

سلامت، حقی اساسی برای انسان‌ها و سرمایه‌ای ارزشمند برای تمام کشورها است. تقریباً تمام کشورها از این حق مهم به عنوان اساسی‌ترین حق مردم خود نام برده اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای بخش سلامت را از مهم‌ترین وظایف دولت‌های خود می‌دانند (۱). سلامت به عنوان یکی از مهم‌ترین بخش‌های سیاست‌گذاری اجتماعی محور اصلی توسعه اجتماعی به شمار می‌رود که سهم تعیین‌کننده و به‌سزایی در ساختن و پویایی بخشیدن به دیگر عرصه‌های توسعه از جمله عرصه توسعه اقتصادی و سیاسی دارد. سلامت و امنیت از حقوق اولیه هر یک از افراد جامعه می‌باشد که دولت و حکومت در هر کشور موظف به تأمین آن‌ها به صورت مساوی و با رعایت حق عدالت می‌باشد. توجه به عوامل تعیین‌کننده در سلامت مؤید این حقیقت است که مجموعه سیاست‌گذاری‌ها، دسترسی به مراقبت‌ها و خدمات در محیط اجتماعی و محیط فیزیکی افراد بر رفتار و بیولوژی آنان بسیار اثرگذار می‌باشد، با این طرز دیدگاه، اقتصاددانان بخش بهداشت و درمان معتقدند بر اساس تئوری سرمایه انسانی، سلامت پیش‌نیاز دستیابی به رفاه اجتماعی در مردم می‌باشد. در ایران از سال ۱۳۵۳ تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت خوب که بتواند به تمامی نیازهای مردم جامعه پاسخ دهد در تمام نقاط کشور صورت گرفته است؛ مهمترین این تلاش‌ها در سال ۱۳۶۴ طراحی و استقرار نظام شبکه بهداشتی و درمانی کشور بوده است که در زمان خود، تغییرات شگرفی در ارائه خدمات سلامت ایجاد کرده است، امروزه پس از سالها تغییر در نظام سلامت کشور سیستم خدمات الکترونیک در حوزه سلامت بسیار مورد توجه قرار گرفته است که بخشی از آن به حوزه بیمه سلامت مربوط می‌شود.

در عصر فناوری اطلاعات، در بخش بهداشت و درمان استفاده از سیستم‌های اطلاعاتی کارآمد برای تحقق اهداف کارایی، اثربخشی و کیفیت خدمات و نیز رضایتمندی مراجعین ضرورتی انکارناپذیر به شمار می‌رود. بر کسی پوشیده نیست که سازماندهی و ارائه خدمات بهداشتی- درمانی مستلزم دست و پنجه نرم کردن با حجم انبوهی از اطلاعات است. به همین منظور برای بهینه کردن عملیات درمانی، مراکز بهداشتی- درمانی قطعاً نیازمند مدیریت

مکانیزه و الکترونیکی اطلاعات هستند و با توجه به تکامل طبیعی محیط کسب و کار، صنایع خدماتی را به سمت یک محیط فشرده فناوری اطلاعات سوق داده است، که در آن فرآیند تجارت صنعتی و مصرفی، فرآیندهای کاری و تعاملات، دیجیتالی می‌شوند (۲).

از طرفی تجارت الکترونیک برای شرکت‌ها ضروری است زیرا درک آن‌ها از نیازهای مشتری و محصولات و خدمات موجود در بازار را بهبود می‌بخشد (۳) و یک موضوع مشترک در بین محققان کشورهای در حال توسعه این است که تجارت الکترونیکی نوعی نوآوری است که در آن طرف‌های تعامل الکترونیکی برای انجام یک یا چند مورد از خدمات زیر با یکدیگر تعامل می‌کنند: (۱) ارتباطات، مانند ارائه اطلاعات، محصولات/خدمات یا پرداخت از طریق خطوط تلفن، رایانه، شبکه‌ها یا هر وسیله دیگری؛ (۲) استفاده از فناوری در جهت اتوماسیون معاملات تجاری، و گردش کار؛ (۳) برآوردن تمایل شرکت‌ها، مصرف‌کنندگان و مدیریت برای کاهش هزینه‌های خدمات ضمن بهبود کیفیت کالاها و افزایش سرعت ارائه خدمات؛ (۴) فراهم آوردن قابلیت خرید و فروش محصولات و اطلاعات موجود در اینترنت و سایر خدمات آنلاین (۴). در این میان، شکل‌های مختلفی از کسب و کارها به سمت تجارت الکترونیک سوق پیدا کردند، از جمله: خدمات خرید بلیط، آموزش، مشاوره، بانکداری و غیره. یکی از صنایع خدماتی که به سمت الکترونیکی شدن حرکت کرده است، خدمات بیمه‌ای هستند. ارائه خدمات بیمه‌ای به صورت الکترونیک، فرصت‌هایی را فراهم می‌کند تا کیفیت خدمات ارائه شده به شهروندان بهبود یابد و آن‌ها قادر باشند در هر دقیقه از شبانه روز به خدمات بیمه‌ای دسترسی داشته باشند (۵).

بیمه از نقطه نظر اجتماعی، یک ابزار اقتصادی برای کاهش و حذف ریسک از طریق فرآیند تلفیق تعدادی از ریسک‌های یکسان جهت پیش‌بینی زیان‌های احتمالی یک گروه در کل می‌باشد. باید توجه داشت که بیمه نه از بروز زیان پیشگیری می‌کند و نه هزینه‌های زیان‌های وارده به اقتصاد را در کل کاهش می‌دهد. بیمه در حقیقت یک تاثیر منفی بر روی زیان و افزایش

خود است که فشار مضاعفی را به کارکنان وارد می‌سازد. بنابراین اولویت اصلی این بیمه، حرکت به سمت ارائه خدمات غیرحضوری است. بیمه سلامت برای عقب نماندن از رقابت با رقبای بیمه‌ای خود و افزایش سهم بازار، به دنبال افزایش دامنه‌ی خدمات الکترونیک در شعب خود است. در واقع هدف این شرکت، خلق یک کسب و کار کاملاً الکترونیک در صنعت بیمه‌ای است.

با توجه به تجزیه و تحلیل‌های آماری بدست آمده از تحقیقات خصوصاً در سال‌های اخیر و نتایج حاصله می‌توان دریافت: در صورت عدم الکترونیک شدن خدمات بیمه‌ای در بیمه سلامت، سرعت خدمات رسانی افت پیدا می‌کند و منجر به نارضایتی بیمه شدگان خواهد شد. عدم حرکت بیمه سلامت به سمت الکترونیک شدن، منجر به افزایش هزینه‌های سازمان، کاهش بهره‌وری و ایجاد فشار مضاعف کاری بر روی کارکنان خواهد شد. همچنین پیامدهای منفی مانند کاهش میزان رضایت بیمه‌شوندگان را خواهد داشت که قطعاً عملکرد مالی بیمه سلامت را نیز تحت الشعاع قرار می‌دهد. از طرف دیگر، در شرایط فعلی که بیماری کرونا در دنیا رشد پیدا کرده است و تاریشه‌کن شدن آن، سال‌ها زمان می‌برد، لازم است که بیشتر به سمت ارائه خدمات الکترونیک حرکت کنیم. بیمه سلامت نیز به تبع این تغییرات محیطی به دنبال استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای است. اما موانعی بر سر راه استقرار این سیستم وجود دارد که به همین منظور، محقق به دنبال شناسایی موانع استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای در بیمه سلامت اهواز است. دستیابی به این مدل و ارائه راهکارهای اجرایی برای غلبه‌ی بر موانع می‌تواند کمک بزرگی به تصمیم‌گیری مدیران برای سرعت بخشی به حرکت به سمت دنیای الکترونیک و تجارت الکترونیک داشته باشد. در واقع سؤال اصلی تحقیق حاضر بدین شرح تدوین می‌شود:

چه موانعی برای استقرار خدمات الکترونیک بیمه‌ای در بیمه سلامت اهواز وجود دارد؟  
آیا موانع شناسایی شده به لحاظ میزان اهمیت، در یک رتبه قرار دارند؟

هزینه مربوط به آن برای اقتصاد دارد (۶). الکترونیک کردن خدمات بیمه‌ای علاوه بر مزایایی که در تحقیق‌های گذشته به آن‌ها اشاره شده و در بالا ذکر گردید، منجر به افزایش رضایت مراجعین بیمه نیز می‌گردد. افزایش رضایت مراجعین بیمه یکی از اولویت‌های اصلی مدیران در بیمه سلامت است و بر این اساس استقرار بیمه‌های الکترونیک و استفاده از فناوری اطلاعات در تعامل میان شرکت‌های بیمه و مشتریان می‌تواند مزایای بی‌شماری همچون قابلیت ارائه خدمات در تمام شبانه روز، عدم مراجعه حضوری برای دریافت خسارات و یا اسناد بیمه‌ای، ارائه خدمات سریع و مطمئن، جلوگیری از بروز خطا و تقلب و افزایش درآمد شرکت بیمه را در پی داشته باشد (۷) و البته به این موارد باید کاهش امکان ابتلا به بیماری‌های ناشی از تجمعات مانند بیماری کرونا را نیز اضافه کرد. صادقی و همکاران (۱۳۹۲) معتقدند که در جهان کنونی به علت مشابهت محصولات بیمه‌ای، رقابت در قیمت برای بیمه‌گران مشکل است و با توجه به اینکه بحث رقابت و سهم رقابتی در بازار باعث تمایز در خدمات در میان بیمه‌گران در ارائه خدمات می‌باشد (۸)، بنابراین تدارک الکترونیک برای فروش خدمات بیمه‌ای از اهمیت ویژه‌ای جهت کاهش هزینه و افزایش سرعت برخوردار است. شرکت‌های بیمه‌ای برای عقب نماندن از سایر کسب و کارهای خدماتی و همچنین همگام بودن با سرعت تغییرات محیطی و نوآوری‌های تکنولوژیکی اتفاق افتاده در محیط، باید به سمت استقرار زیرساخت‌های الکترونیک حرکت کنند و خود را بیش از پیش بر بستر فناوری اطلاعات استقرار دهند (۷)

به طور کلی، بیمه سلامت به دنبال الکترونیک کردن خدمات خود است، با منظور کاهش هزینه‌های مدیریتی و اداری از طریق پروسه اتوماسیون کسب و کار، بهبود اطلاعات مدیریتی، همچنین کاهش کارمزد پرداختی به واسطه‌ها از طریق فروش مستقیم بیمه‌نامه به مشتری بیمه الکترونیک، افزایش سرعت ارائه خدمات و غیره. این موضوع برای بیمه سلامت از آن نظر اهمیت دارد که باید با گسترش فناوری‌های نوین و همچنین پیدایش اپیدمی‌هایی مثل بیماری کرونا، بیشتر به سمت ارائه خدمات غیرحضوری حرکت کند. در حال حاضر بیمه سلامت دارای شلوغی در شعب

### ابزار پژوهش

در این تحقیق، مراحل و گام‌های زیر (متناسب با روش دلفی) انجام شد:

گام اول: تعیین جامعه آماری خبره و متخصص، در تحقیق حاضر منظور از خبرگان، مدیران شعب بیمه سلامت در اهواز می‌باشند. ملاک خبرگی این بود که فرد خبره در تحقیق حاضر باید دارای تحصیلات کارشناسی و بالاتر بوده و حداقل ۱۵ سال سابقه کاری در صنعت بیمه داشته باشد و حداقل ۳ سال سابقه‌ی مشاغل سطح مدیریتی/سرپرستی را در بیمه سلامت تجربه کرده باشد. در مرحله ی دوم و بعد از شناسایی اولیه‌ی متغیرهای تحقیق، کارکنان بیمه سلامت جامعه‌ی آماری تحقیق بودند تا با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بتوان به دسته بندی متغیرها و ارائه ی مدل پرداخت. برای نمونه‌گیری در مرحله‌ی اول (بخش کیفی) از روش نمونه‌گیری هدفمند (قضاوتی) استفاده شد و حجم نمونه در این مرحله معادل ۱۰ تا ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. در مرحله‌ی دوم نیز از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. در این مرحله برای تعیین حجم نمونه‌گیری از جدول کرجسی-مورگان برای نمونه‌گیری جامعه‌ی محدود استفاده گردید. با توجه به اینکه جامعه آماری شامل ۲۵۰ نفر کل کارکنان شعب بیمه سلامت در اهواز بودند، ۱۶۰ نفر حجم نمونه محاسبه شد؛

گام دوم: طراحی پرسشنامه اولیه به تعداد ۵۰ سؤال با استفاده از نظرات متخصصان (۱۵ نفر متخصص مجرب از جامعه آماری)؛ گام سوم: توزیع مجدد پرسشنامه اولیه بین همان ۱۵ نفر متخصص به منظور ارزیابی اولیه پرسش‌ها (روایی و پایایی پرسشنامه) جهت مرتفع نمودن ابهامات و ایرادات گویه‌ها و پرسش‌ها از نظر ساختاری و نگارشی به طوری که بعد از نهایی شدن عوامل اصلی موانع استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای، تعیین شاخص‌های مهم برای هر یک از معیارها بر اساس نظر خبرگان و با استفاده از تکنیک دلفی، شکل نهایی پرسشنامه که شامل ۳۷ سؤال بود، استخراج شد؛ بعد از جمع‌آوری پرسشنامه اولیه، ضریب هماهنگی کندال بین پرسشنامه‌ها محاسبه شد (جدول ۱).

چه راهکارهایی می‌توان برای غلبه بر موانع پیشنهاد کرد؟

### روش کار

با توجه به هدف اصلی این پژوهش که شناسایی و ارائه مدل موانع استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای است، پژوهش حاضر از نوع ترکیبی بوده و تحلیل داده‌ها با استفاده از روش‌های کیفی و کمی صورت گرفته است. در مرحله‌ی کیفی از تکنیک دلفی و در مرحله‌ی کمی از تحلیل عاملی اکتشافی و تکنیک معادلات ساختاری استفاده شده است. روش دلفی یک روش چندمرحله‌ای برای استخراج نظرات از یک گروه متخصص در مورد یک موضوع و رسیدن به اجماع گروهی از طریق راندهای پرسش‌نامه‌ای با حفظ گمنامی پاسخ‌دهندگان و بازخورد نظرات به اعضای پانل تا زمان دستیابی به اجماع نظرات است (۴) روش دلفی شامل چندین راند بوده و معمولاً به دو یا سه راند تعدیل می‌گردد. این تکنیک توسط دالچی و هلمر در شرکت راند طراحی و ابداع گردید. پایه این روش بر این است که نظر متخصصان هر قلمرو علمی در مورد پیش‌بینی آینده صاحب‌ترین نظر است؛ بنابراین بر خلاف روش‌های پژوهش پیمایشی، اعتبار این روش به اعتبار علمی متخصصان شرکت‌کننده بستگی دارد. مهم‌ترین نکته در روش دلفی، غلبه بر نکات منفی موجود در کمیته‌های متعارف است. عدم افشای هویت، بازخورد کنترل شده و پاسخ‌های مبتنی بر آمار، مهم‌ترین مشخصه‌های روش دلفی است. تکنیک دلفی می‌تواند به بسیاری از پرسش‌های مربوط به چگونگی رشدیابی و تقاضای آینده پژوهی پاسخ دهد و از مداخلات روان‌شناسی کنترل نشده‌ی بین متخصصین با ایجاد تعاملات مستقیم غیر ممکن اجتناب می‌کند (۸) از مزایای دلفی می‌توان به امکان استفاده گسترده از نظرات، اجماع قوی و مستحکم از نظرات، به‌خصوص در موارد عدم وضوح و کمبود شواهد تجربی، استفاده در سطح جغرافیایی وسیع و ارائه دید بی‌طرفانه همراه با صداقت در بیان ایده‌ها و گزینه‌ها اشاره نمود. علاوه بر آن، این تکنیک از هدر رفتن زمان و انرژی برای تصمیمات نامربوط یا مغرضانه جلوگیری می‌کند چراکه پیش‌بینی‌های دلفی با یک روش تحلیلی و نظام دار صورت می‌گیرد.

کندال بین پرسشنامه‌های گام سوم و گام چهارم شد. مقدار ضریب کندال به دست آمده در جدول ۳ مشخص است. با توجه به اینکه مقدار ضریب کندال در گام چهارم نیز بالاتر از ۰/۷ و نزدیک به مقدار گام سوم بود، می‌توان گفت که اعضا به اتفاق نظر رسیده‌اند و نمرات به دست آمده برای ۳۷ عامل، مورد اتفاق نظر کارگروه می‌باشد.

جدول ۳. ضریب همبستگی کندال گام چهارم

میانگین ۴	میانگین ۳	ضریب همبستگی	میانگین
880/0**	000/1	ضریب همبستگی	3
000/0		معناداری	ب
15	15	تعداد	کندا
000/1	880/0**	ضریب همبستگی	4
000/0		معناداری	ل
15	15	تعداد	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

گام پنجم: استفاده از آزمون فریدمن برای مقایسه میانگین رتبه معیارها و شاخص‌ها.

بعد از اینکه عوامل شناسایی شدند، در گام پنجم اقدام به طراحی پرسشنامه ی ۳۷ سؤالی برای توزیع در بین کارکنان شعب بیمه سلامت شد. قبل از توزیع پرسشنامه در این تحقیق برای تعیین پایایی سؤالات از آلفای کرونباخ با مقدار به دست آمده با ۰/۸۸ و برای روایی ظاهری، پرسشنامه در اختیار اساتید دانشگاهی و مدیران و رؤسای بیمه سلامت قرار گرفت و تغییراتی در جملات سؤالات داده شد. بعد از آن، نسخه ی اصلی پرسشنامه مجدداً برای بررسی روایی محتوا با استفاده از ضریب CVR، در اختیار همان ۱۵ فرد خبره قرار گرفت و اقدام به محاسبه ی ضرایب مذکور شد که نتایج آن در جدول ۴ قابل مشاهده است.

جدول ۴. نتایج روایی محتوا

سؤال	CVR	سؤال	CVR
سؤال ۱	867/0	سؤال ۱۹	867/0
سؤال ۲	734/0	سؤال ۲۰	6/0
سؤال ۳	6/0	سؤال ۲۱	734/0
سؤال ۴	734/0	سؤال ۲۲	867/0
سؤال ۵	734/0	سؤال ۲۳	6/0
سؤال ۶	6/0	سؤال ۲۴	734/0
سؤال ۷	734/0	سؤال ۲۵	867/0

جدول ۱. ضریب همبستگی کندال گام دوم

میانگین ۲	میانگین ۱	ضریب همبستگی	میانگین
683/0	000/1	ضریب همبستگی	1
000/0		معناداری	ضریب کندال
15	15	تعداد	
000/1	683/0	ضریب همبستگی	2
000/0		معناداری	
15	15	تعداد	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

باتوجه به اینکه مقدار ضریب کندال بین گام اول و گام دوم کمتر از ۰/۷ بود اقدام به برگزاری گام سوم شد. برای گام سوم، آن دسته از عواملی که در گام دوم میانگین کمتر از ۳ به دست آورده بودند، یعنی از نظر اعضا نمره‌ای زیر متوسط به دست آورده بودند حذف شدند و پرسشنامه ی گام سوم با تعداد ۳۷ عامل در اختیار اعضای کارگروه قرار گرفت. البته در این گام هم میانگین نظرات گام دوم و عواملی که حذف شده بودند نیز جهت اطلاع به اعضای کارگروه ارائه شد. بعد از جمع آوری، اقدام به محاسبه ی ضریب هماهنگی کندال بین پرسشنامه‌های گام دوم و گام سوم شد (جدول ۲).

جدول ۲. ضریب همبستگی کندال گام سوم

میانگین ۳	میانگین ۲	ضریب همبستگی	میانگین
842/0	000/1	ضریب همبستگی	2
000/0		معناداری	ضریب کندال
15	15	تعداد	
000/0	842/0	ضریب همبستگی	3
000/0		معناداری	
15	15	تعداد	

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

گام چهارم: باتوجه به اینکه مقدار ضریب کندال بین گام دوم و گام سوم بالاتر از ۰/۷ بود، می‌توانستیم فرآیند را در اینجا متوقف کنیم ولی برای اطمینان بیشتر، گام چهارم نیز با همان ۳۷ عامل و با درج میانگین نظرات اعضا در گام سوم، طراحی و اجرا شد. بعد از جمع آوری، اقدام به محاسبه ی ضریب هماهنگی

زیر به عنوان موانع مؤثر بر استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای شناسایی شدند:

بوروکراسی زیاد نظام بیمه‌ای، عدم یکپارچگی سامانه‌های شرکت‌های بیمه، عدم پوشش کامل انتظارات و نیازهای بیمه شونده‌گان، وجود مفاسد اداری، عدم اجبار بیمه شونده‌گان از سوی دولت، عدم امکان انتقال سریع پرونده‌ها به سامانه الکترونیک، عدم شفاف بودن روش محاسبه حق بیمه برای بیمه شونده، رفتار نامناسب کارکنان با ارباب رجوع، عدم امکان پایش آنلاین خدمات در حال ارائه، مقاومت کارکنان بیمه در برابر تغییر، فقدان حمایت‌های دولتی، آنلاین نبودن نظام تعرفه گذاری، عدم اطلاع رسانی کافی از سوی بیمه گذار، عدم آموزش کافی جامعه از سوی بیمه گذار، فقدان دوره‌های آموزشی تخصصی برای کارکنان، ضعف بسترهای مخابراتی، ضعف بسترهای ساختاری، نبود انگیزه‌های مالی و غیرمالی برای مشارکت کارکنان، ضعف بسترهای قانونی، فقدان حمایت از سوی سایر شرکت‌های بیمه‌ای، عدم تناسب سرانه هزینه بیمه شدگان با منابع حاصله، کمبود نیروی انسانی متخصص و متبحر، ضعف بسترهای نرم افزاری، فقدان حمایت از سوی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، عدم دسترسی جامعه به اینترنت پرسرعت، وجود فرآیندهای کاری موازی، وجود تفکر سنتی در جامعه نسبت به ریسک تکنولوژی، ضعف بسترهای سخت افزاری، عدم وجود عدالت در پرداخت‌ها، فقدان انعطاف پذیری در ساختار بیمه، کاهش سطح اعتماد جامعه نسبت به بیمه، ترس از نبود حریم شخصی در محیط الکترونیک، مقاومت جامعه در برابر تغییر، فقدان حمایت از سوی جامعه، وجود گروه‌های هدف کم سواد و بی سواد، پیچیدگی فرآیند ارائه خدمات غیرحضور، عدم یکپارچگی سامانه بیمه با سایر ارگان‌های دولتی.

در انجام تحلیل عاملی اکتشافی، برای بررسی اینکه تعداد داده‌های موجود برای تحلیل عاملی مناسب هستند یا خیر؟ از شاخص  $KMO$  و آزمون بارتلت استفاده می‌شود. اگر مقدار شاخص  $KMO$  نزدیک به یک باشد، داده‌های مورد نظر برای تحلیل عاملی مناسب هستند و اگر زیر  $0/7$  باشد، نتایج تحلیل

سؤال ۸	867/0	سؤال ۲۶	734/0
سؤال ۹	734/0	سؤال ۲۷	734/0
سؤال ۱۰	867/0	سؤال ۲۸	867/0
سؤال ۱۱	734/0	سؤال ۲۹	734/0
سؤال ۱۲	734/0	سؤال ۳۰	867/0
سؤال ۱۳	867/0	سؤال ۳۱	734/0
سؤال ۱۴	867/0	سؤال ۳۲	734/0
سؤال ۱۵	734/0	سؤال ۳۳	867/0
سؤال ۱۶	734/0	سؤال ۳۴	867/0
سؤال ۱۷	867/0	سؤال ۳۵	734/0
سؤال ۱۸	867/0	سؤال ۳۶	734/0
		سؤال ۳۷	734/0

همچنین برای روایی سازه از روش‌های تحلیل عاملی اکتشافی و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. برای انجام تحلیل عاملی اکتشافی به محاسبه بارهای عاملی پرداخته می‌شود که روش تحلیل به این صورت است که با در نظر گرفتن سطح اطمینان  $0/95$ ، بارهای عاملی با مقدار  $0/5$  و بالاتر معنادار شناخته می‌شوند و گویه‌های مربوط به آن‌ها در مدل باقی می‌مانند (کاسالو و همکاران، ۲۰۰۸، ۴۰۹). سؤالاتی که بارهای عاملی مربوط به آن‌ها معنادار نباشند، از پرسشنامه حذف می‌گردند و مجدداً بدون در نظر گرفتن آن‌ها محاسبات تکرار می‌شوند. همچنین در این تحقیق برای انجام این محاسبات از نرم افزار اس پی اس و لیزرل استفاده شده است.

## نتایج

تعداد ۱۶۰ پرسشنامه بین کارکنان شعب بیمه سلامت توزیع و تعداد ۱۵۸ پرسشنامه جمع‌آوری شد. نتایج جمعیت شناختی نشان داد  $60/1$  درصد از افراد پاسخگو زنان و  $39/9$  درصد مردان بودند. بیشتر افراد با  $43/2$  درصد در فاصله سنی  $36$  تا  $45$  سال قرار داشتند و از لحاظ تحصیلات نیز بیشترین افراد با  $46/2$  درصد دارای مدرک تحصیلی کارشناسی هستند.

بعد از انجام ۴ گام از فرآیند دلفی با ۱۵ نفر از خبرگان موضوع (مدیران و رؤسای بیمه سلامت در اهواز) تعداد ۳۷ عامل

q21	000/1	698/0
q22	000/1	689/0
q23	000/1	672/0
q24	000/1	709/0
q25	000/1	802/0
q26	000/1	662/0
q27	000/1	787/0
q28	000/1	595/0
q29	000/1	577/0
q30	000/1	617/0
q31	000/1	581/0
q32	000/1	771/0
q33	000/1	682/0
q34	000/1	665/0
q35	000/1	738/0
q36	000/1	714/0
q37	000/1	711/0

عاملی برای داده‌های مورد نظر چندان مناسب نیست. همچنین در آزمون بارتلت از مقدار معنی‌داری (sig) کوچکتر از ۵ درصد باشد فرض واحد بودن ماتریس همبستگی رد می‌شود.

جدول ۵. مقادیر شاخص KMO و بارتلت

مقدار شاخص KMO		884/0
مقدار آماره	نتایج آزمون	6590/253
درجه آزادی	بارتلت	666
سطح معنی‌داری (sig)		000/0

جدول ۶ به ترتیب مقادیر اشتراک اولیه و اشتراک استخراجی را نشان می‌دهد. اشتراک یک متغیر برابر مربع همبستگی چندگانه (R2) برای متغیرهای مربوطه با استفاده از عاملها (به عنوان پیش‌بینی کننده‌ها) است. چون ستون اشتراک اولیه، اشتراک‌ها را قبل از استخراج عامل‌ها بیان می‌کند، تمامی اشتراک‌های اولیه برابر ۱ است. هرچه مقادیر اشتراک استخراجی بزرگ‌تر باشد، عامل‌های استخراج شده، متغیرها را بهتر نمایش می‌دهند. عامل‌هایی که مقادیر اشتراک آن‌ها کمتر از ۰/۵ باشند از محاسبات حذف می‌شوند.

جدول ۶. مقادیر اشتراک اولیه و اشتراک استخراجی داده‌ها

عامل‌ها	مقادیر اشتراک	
	اولیه	استخراجی
q1	000/1	580/0
q2	000/1	593/0
q3	000/1	559/0
q4	000/1	670/0
q5	000/1	617/0
q6	000/1	697/0
q7	000/1	677/0
q8	000/1	522/0
q9	000/1	608/0
q10	000/1	722/0
q11	000/1	715/0
q12	000/1	743/0
q13	000/1	682/0
q14	000/1	786/0
q15	000/1	547/0
q16	000/1	569/0
q17	000/1	693/0
q18	000/1	716/0
q19	000/1	670/0
q20	000/1	613/0

جدول ۷ حاوی سه بخش است. بخش اول مربوط به مقادیر ویژه بوده و تعیین کننده عامل‌هایی است که در تحلیل باقی می‌مانند (عامل‌هایی که دارای مقادیر ویژه کمتر از ۱ هستند از تحلیل خارج می‌شوند). عوامل خارج شده از تحلیل، عواملی هستند که حضور آن‌ها باعث تبیین بیشتر واریانس نمی‌شود. بخش دوم مربوط به مقادیر ویژه عوامل استخراجی بدون چرخش است. بخش سوم نشان دهنده مقدار ویژه عوامل استخراجی با چرخش است. در تحقیق حاضر عوامل ۱ الی ۸ دارای مقدار ویژه بزرگتر از ۱ هستند و در تحلیل به عنوان متغیرها باقی می‌مانند. این ۸ عامل مجموعاً می‌توانند ۶۶/۶ درصد از تغییرپذیری (واریانس) متغیرها را توضیح دهند.

جدول ۸، ماتریس چرخیده شده اجزا را نشان می‌دهد که شامل بارهای عاملی هر یک از متغیرها در عامل‌های باقی مانده پس از چرخش است. هرچقدر مقدار قدرمطلق این ضرایب بیشتر باشد، عامل مربوطه نقش بیشتری در کل تغییرات (واریانس) متغیر مورد نظر دارد. با توجه به ۸ عاملی که شناسایی شدند، هر سؤال در ستون عاملی که بیشترین مقدار بار عاملی را دارد، جای می‌گیرد و بدین ترتیب سؤالات تحقیق در دسته‌های (متغیرهای) ۸ گانه دسته بندی می‌شوند.

جدول ۷. مقادیر ویژه تحلیل عاملی اکتشافی

عامل‌ها	مقادیر ویژه عوامل استخراجی بدون چرخش		مقادیر ویژه عوامل استخراجی با چرخش	
	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی
مجموع	درصد	درصد تجمعی	درصد	درصد تجمعی
واریانس	واریانس	واریانس	واریانس	واریانس

1	897/9	749/26	749/26	897/9	749/26	749/26	828/3	345/10	345/10
2	874/3	470/10	219/37	874/3	470/10	219/37	399/3	186/9	531/19
3	590/2	999/6	218/44	590/2	999/6	218/44	395/3	175/9	706/28
4	016/2	448/5	666/49	016/2	448/5	666/49	150/3	514/8	221/37
5	841/1	976/4	641/54	841/1	976/4	641/54	854/2	715/7	935/44
6	639/1	431/4	072/59	639/1	431/4	072/59	812/2	601/7	537/52
7	524/1	119/4	191/63	524/1	119/4	191/63	772/2	493/7	030/60
8	271/1	435/3	626/66	271/1	435/3	626/66	441/2	596/6	626/66
9	852/0	303/2	930/68						
10	790/0	134/2	064/71						
11	754/0	037/2	101/73						
12	709/0	916/1	017/75						
13	693/0	873/1	890/76						
14	627/0	693/1	583/78						
15	582/0	573/1	156/80						
16	553/0	493/1	649/81						
17	511/0	382/1	031/83						
18	475/0	285/1	316/84						
19	445/0	202/1	518/85						
20	437/0	181/1	699/86						
21	419/0	132/1	831/87						
22	406/0	096/1	928/88						
23	378/0	022/1	949/89						
24	367/0	991/0	940/90						
25	351/0	948/0	888/91						
26	331/0	895/0	784/92						
27	324/0	875/0	659/93						
28	305/0	825/0	484/94						
29	283/0	764/0	248/95						
30	275/0	742/0	990/95						
31	255/0	688/0	678/96						
32	240/0	649/0	327/97						
33	222/0	599/0	927/97						
34	209/0	566/0	492/98						
35	198/0	535/0	028/99						
36	193/0	520/0	548/99						
37	167/0	452/0	000/100						

جدول ۸. ماتریس چرخیده شده عوامل

	Component							
	1	2	3	4	5	6	7	8
q1	647/0	029/0	143/0	133/0	301/0	160/0	062/0	055/0
q2	689/0	100/0	191/0	061/0	260/0	001/0	007/0	009/0
q3	257/0	161/0	149/0	110/0-	132/0	005/0-	048/0-	643/0
q4	202/0	104/0	165/0	082/0	146/0	080/0	042/0	745/0
q5	103/0	153/0	729/0	081/0	140/0	090/0	018/0-	129/0
q6	066/0	218/0	072/0	197/0	049/0	117/0	066/0-	762/0
q7	200/0	142/0	121/0	095/0	142/0	750/0	011/0	102/0
q8	110/0	222/0	009/0	255/0	108/0	140/0	603/0	028/0-
q9	156/0	012/0-	111/0	092/0	046/0	103/0	188/0	717/0
q10	013/0	109/0	031/0	094/0	015/0	088/0	831/0	035/0
q11	189/0	214/0	772/0	075/0	103/0	116/0	077/0-	053/0
q12	115/0	178/0	286/0	111/0	152/0	756/0	015/0	094/0
q13	257/0	022/0	054/0	094/0	763/0	057/0	051/0-	125/0
q14	104/0	019/0	157/0	049/0-	856/0	104/0	006/0	071/0
q15	120/0	102/0	022/0	003/0	714/0	058/0	016/0-	095/0
q16	063/0	632/0	230/0	092/0	132/0	182/0	200/0	120/0
q17	091/0	731/0	258/0	103/0	131/0	140/0	137/0	133/0
q18	015/0-	170/0	011/0	127/0	068/0-	015/0-	813/0	070/0
q19	045/0	663/0	171/0	203/0	029/0	236/0	269/0	170/0
q20	054/0	117/0	696/0	130/0	087/0	217/0	114/0	167/0
q21	058/0	151/0	131/0	070/0	022/0	757/0	226/0	161/0



q22	002/0	108/0	093/0	068/0	025/0-	079/0	811/0	021/0
q23	087/0	752/0	217/0	111/0	024/0-	117/0	113/0	113/0
q24	180/0	218/0	775/0	042/0	090/0	124/0	052/0	032/0
q25	001/0-	072/0	034/0	866/0	040/0	070/0	164/0	109/0
q26	769/0	078/0	184/0	028/0	081/0	088/0	006/0	124/0
q27	061/0	121/0	094/0	860/0	006/0-	034/0	114/0	069/0
q28	064/0	718/0	060/0	187/0	024/0	160/0	082/0	062/0
q29	063/0	415/0	194/0	067/0	015/0	597/0	032/0	008/0-
q30	738/0	003/0	030/0-	005/0	158/0	111/0	057/0	177/0
q31	095/0	470/0	163/0	577/0	152/0	427/0	129/0	035/0-
q32	099/0	152/0	046/0	851/0	016/0-	023/0	104/0	020/0
q33	129/0	185/0	215/0	739/0	009/0	137/0	128/0	065/0
q34	131/0	187/0	694/0	094/0	090/0	226/0	160/0	194/0
q35	207/0	084/0	226/0	027/0-	786/0	112/0	072/0	042/0
q36	818/0	081/0	097/0	102/0	040/0	006/0-	057/0-	116/0
q37	789/0	080/0	092/0	022/0	042/0	150/0	061/0	210/0

برای بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. همانطور که در جدول ۱۰ مشاهده می شود، مقادیر خطا بیشتر از حد مجاز است و بنابراین از آزمون پارامتریک استفاده می گردد. در واقع به این دلیل که مقدار خطا بیشتر از ۵ درصد شده است، بنابراین فرض نرمال بودن داده های تحقیق، تأیید می شود.

جدول ۱۰. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف

مقدار آماره	مقدار خطا	متغیر
074/0	062/0	موانع فرآیندی
062/0	069/0	موانع زیرساختی
073/0	058/0	موانع حمایتی
059/0	071/0	موانع فرهنگی
058/0	059/0	موانع دانشی
066/0	060/0	موانع مالی
082/0	059/0	موانع نیروی انسانی
071/0	061/0	موانع اجرایی

جدول ۱۱ شاخص های برازندگی مدل تحقیق را نشان می دهد و حاکی از برازش نسبتاً مناسب مدل است.

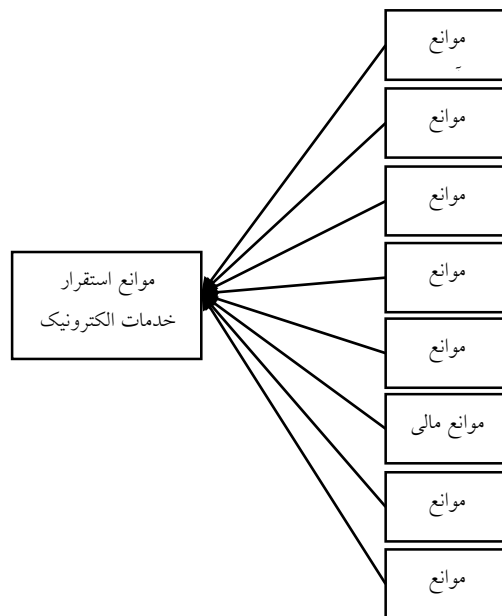
جدول ۱۱. شاخص های برازندگی

شاخص	مقدار
Chi-Square	81/1503
df	583
GFI	89/0
AGFI	87/0
RMSEA	05/0
RMR	06/0
NFI	95/0
NNFI	95/0
CFI	96/0
RFI	94/0

باتوجه به دسته بندی سؤالات که از طریق تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد، تحقیق حاضر شامل ۸ متغیر با ترکیب سؤالاتی که در جدول ۹ آمده است، می باشد که باتوجه به محتوای سؤالات و بررسی ادبیات موضوعی تحقیق، هر دسته (متغیر) نامگذاری شد.

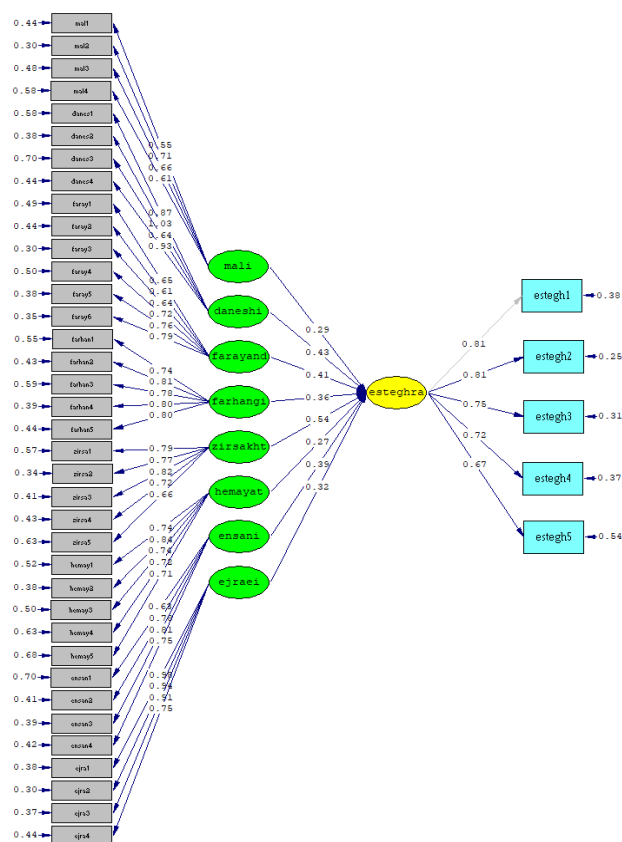
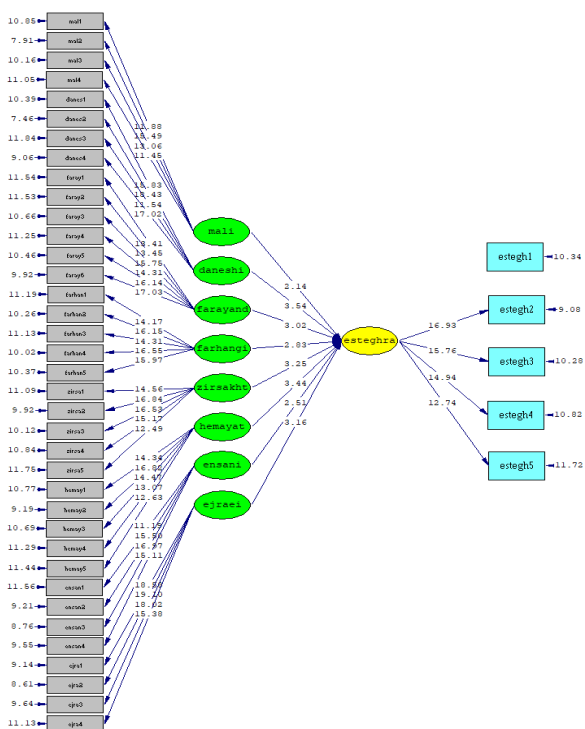
جدول ۹. ترکیب متغیرهای شناسایی شده

نام متغیر	سؤالات
موانع فرآیندی	1-2-26-30-36-37
موانع زیرساختی	16-17-19-23-28
موانع حمایتی	5-11-20-24-34
موانع فرهنگی	25-27-31-32-33
موانع دانشی	13-14-15-35
موانع مالی	7-12-21-29
موانع نیروی انسانی	8-10-18-22
موانع اجرایی	3-4-6-9



شکل ۱. مدل شناسایی شده موانع استقرار خدمات الکترونیک بیمه ای

برای انجام تحلیل عاملی تأییدی به محاسبه بارهای عاملی پرداخته می‌شود و با محاسبه آماره  $t$  معناداری مقادیر بارهای عاملی بررسی می‌شود. سؤالاتی که بارهای عاملی مربوط به آن‌ها معنادار نباشند، از پرسشنامه حذف می‌گردند و مجدداً بدون در نظر گرفتن آن‌ها محاسبات تکرار می‌شوند. در این تحقیق برای انجام این محاسبات از نرم افزار لیزرل استفاده شده است. همانگونه که در شکل ۲ و ۳ قابل مشاهده است، تمامی گویه‌های پرسشنامه دارای مقادیر آماره  $t$  معنادار بوده و نیازی به حذف هیچ یک از آن‌ها نیست.



شکل ۳. مقادیر آماره  $t$  متغیرهای مدل تحقیق

از آنجایی که در این تحقیق سطح اطمینان  $0.95$  یا سطح خطای  $0.05$  مدنظر است، برای فرضیه‌هایی که رابطه معکوس را می‌سازند، ضرایب مسیر منفی با مقدار آماره  $t$  کوچکتر از  $1.96$  - معنادار شناخته می‌شوند و برای فرضیه‌هایی که رابطه مثبت را می‌سازند، ضرایب مسیر مثبت با مقدار آماره  $t$  بزرگتر از  $1.96$  معنادار شناخته می‌شوند و فرضیه پژوهشی مرتبط با آن‌ها مورد تأیید قرار می‌گیرد. براساس مدل تحقیق و متغیرهای شناسایی شده، در جدول ۱۲ روابط ذیل مفروض می‌باشد:

شکل ۲. مقادیر بار عاملی متغیرهای مدل تحقیق

جدول ۱۲. خلاصه‌ی نتایج تحقیق

نتیجه	آماره $t$	بارعاملی	فرضیه
تأیید	02/3	41/0	موانع فرآیندی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.
تأیید	25/3	54/0	موانع زیرساختی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.
تأیید	44/3	270	موانع حمایتی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.
تأیید	38/2	36/0	موانع فرهنگی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.
تأیید	54/3	43/0	موانع دانشی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.
تأیید	14/2	29/0	موانع مالی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.
تأیید	51/2	39/0	موانع نیروی انسانی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.
تأیید	16/3	32/0	موانع اجرایی بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای تاثیر معنادار دارد.

فیزیکی و کاغذبازی‌های اداری به سمت محیط سایبری و الکترونیک، برخوردار باشد. همچنین باید ساختار خدمات الکترونیک بسیار ساده و کاربرپسند باشد. بسیاری از مخاطبان بیمه سلامت، افراد سالخورده و بازنشسته هستند. بدیهی است که استقرار سیستم‌های پیچیده خدمات الکترونیک بیمه‌ای نمی‌تواند عاملی انگیزشی برای ترغیب آنان باشد.

دومین مانع شناسایی شده، موانع زیرساختی است. ضعف بسترهای مخابراتی، ضعف بسترهای قانونی، ضعف بسترهای ساختاری، ضعف بسترهای نرم افزاری، ضعف بسترهای سخت افزاری از جمله موانع این دسته هستند. کشور ما به لحاظ ضریب نفوذ اینترنت و آسانی در دسترسی به اینترنت به گزارش بانک جهانی در سال ۲۰۲۰، رتبه ی ۱۱۸ را در دنیا کسب کرد. کشورهای منطقه مثل عراق، عربستان، بحرین، قطر، امارات، ترکیه، ازبکستان، ارمنستان و غیره به مراتب رتبه ی بالاتری را داشتند. سرعت پایین اینترنت و عدم پوشش دهی همه ی مناطق کشور، می‌تواند یک مانع بسیار کلیدی بر سر راه تحقق بیمه‌ی الکترونیک باشد. همچنین به لحاظ نرم افزاری و سخت افزاری نیز باید زیرساخت‌های لازم فراهم شود. نرم افزارهای فعلی مورد استفاده در شعب بیمه‌ی سلامت، امکان انتقال به بستر اینترنت و شبکه شدن با سایر سازمان‌های مرتبط مثل بیمارستان‌ها، ثبت احوال، دارایی، سازمان آراستگان‌ها، هلال احمر و غیره را ندارد. این مجموعه عوامل به عنوان موانع زیرساختی، دومین رتبه ی اهمیت را داشتند.

مانع سومی که شناسایی شد، مانع فرهنگی بود. وجود تفکر سنتی در جامعه نسبت به ریسک تکنولوژی، کاهش سطح اعتماد جامعه نسبت به بیمه، ترس از نبود حریم شخصی، عدم دسترسی جامعه به اینترنت پرسرعت، مقاومت جامعه در برابر تغییر، از جمله عوامل این دسته بودند. جامعه ی ما هنوز درگیر فرآیندهای سنتی است. یا حداقل می‌توانیم بگوییم، بخشی از جامعه ی ما درگیر این رویکرد است. وجود تفکر سنتی و تمایل به انجام کارها به صورت حضوری مخصوصاً در متولدین دهه‌های بیست تا پنجاه شمسی به وضوح به چشم می‌خورد. طبیعتاً این روحیه و رویکرد، مانعی در برابر تغییر ایجاد می‌کند. انسان‌ها به خودی خود از تغییر

بعد از شناسایی موانع ۸گانه مؤثر بر عدم استقرار سیستم الکترونیک خدمات بیمه‌ای، رتبه بندی این عوامل از نظر میزان اهمیت است. برای این منظور از آزمون فریدمن استفاده می‌شود. با توجه به اینکه مقدار sig کمتر از ۵ درصد است که نشان می‌دهد عوامل هشت گانه از نظر اهمیت باهم یکسان نیستند. به عبارت دیگر از نظر میزان اهمیت بین عوامل اختلاف وجود دارد.

جدول ۱۳. نتیجه آزمون فریدمن

تعداد	334
کای مربع	277/159
درجه آزادی	7
مقدار معنی داری	000/0

## a. Friedman Test

جدول ۱۴. رتبه بندی عوامل

رتبه	متغیر	میانگین رتبه
1	فرآیندی	34/5
2	زیرساختی	25/5
3	فرهنگی	83/4
4	نیروی انسانی	54/4
5	مالی	47/4
6	دانشی	17/4
7	حمایتی	74/3
8	اجرایی	66/3

## بحث و نتیجه گیری

هدف تحقیق حاضر شناسایی موانع استقرار سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای در بیمه سلامت اهواز بود. برای این منظور با استفاده از تکنیک دلفی و جمع آوری نظرات خبرگان موضوع و استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی، ۸ عامل به عنوان موانع شناسایی شدند. این موانع به ترتیب اهمیت عبارتند از:

موانع فرآیندی: اشاره دارد به وجود فرآیندهای کاری موازی، عدم یکپارچگی سامانه‌های شرکت‌های بیمه، بوروکراسی زیاد نظام بیمه‌ای، فقدان انعطاف پذیری در ساختار بیمه، پیچیدگی فرآیند ارائه خدمات غیر حضوری، عدم یکپارچگی سامانه بیمه با سایر ارگان‌های دولتی. فرآیندهای کاری موازی و بوروکراسی زیاد نظام بیمه‌ای قطعاً منجر به فرسودگی نظام اداری بیمه خواهد شد و امکان تحقق خدمات الکترونیک بیمه‌ای را میسر نخواهد کرد. نظام بیمه‌ای باید از انعطاف پذیری بالایی در انتقال بسترهای

و عدم وجود عدالت در پرداخت‌ها، از جمله دلایل موانع مالی هستند. شفافیت در تعیین حق بیمه برای بیمه‌شوندگان می‌تواند عاملی برای ترغیب آن‌ها به سمت محیط الکترونیک باشد. بسیاری از بیمه‌شوندگان از عدم شفافیت محاسبه‌ی حق بیمه ناراضی‌تری دارند و نسبت به این موضوع در محیط الکترونیک، ترس بیشتری دارند.

مانع ششم، مانع دانشی است. عدم اطلاع‌رسانی کافی از سوی بیمه‌گذار، عدم آموزش کافی جامعه از سوی بیمه‌گذار، فقدان دوره‌های آموزشی تخصصی برای کارکنان، وجود گروه‌های هدف کم‌سواد و بی‌سواد از جمله موارد مانع دانشی هستند. بیمه‌گذار باید در زمینه‌ی اطلاع‌رسانی و آموزش به اقشار جامعه به نحوی عمل کند که احساس ترس از سوی گروه‌های مخاطب نسبت به تغییر سیستم وجود نداشته باشد. آموزش یکی از ارکان اساسی استقرار موفقیت‌آمیز هر نوع تکنولوژی نوین محسوب می‌شود. همچنین باید توجه کرد که بخش نسبتاً بزرگی از مخاطبان بیمه سلامت، افراد کم‌سواد و بی‌سواد هستند که در کاربری با تکنولوژی‌های نوین مثل اینترنت و بستر الکترونیک، آموزش ندیده‌اند و برای آن‌ها استفاده از این ابزارها دشوار است. پس بدیهی است که عدم توجه به این مقوله‌ی آموزش می‌تواند کار را سخت کند و مانعی بر سر راه استقرار موفقیت‌آمیز خدمات الکترونیک بیمه‌ای باشد.

مانع هفتم، مانع حمایتی است. باید درخصوص تشویق مردم به استفاده از خدمات بیمه الکترونیک، دولت حمایت‌های لازم را انجام دهد. این حمایت‌ها هم باید نقش انگیزشی و تشویقی داشته باشند، و هم نقش بازدارندگی. عدم اجبار بیمه‌شوندگان از سوی دولت، فقدان حمایت‌های قانونی، فقدان حمایت از سوی سایر شرکت‌های بیمه‌ای، فقدان حمایت از سوی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی، فقدان حمایت از سوی جامعه اینها مواردی بودند که در حوزه‌ی موانع حمایتی شناسایی شدند. علاوه بر دولت، سایر شرکت‌های بیمه‌ای و بیمارستان‌ها نیز باید نقش حمایتی خود را ایفا کنند و با فراهم ساختن بسترهای خدمات بیمه الکترونیک، به سمت یکپارچگی گسترده این نوع خدمات حرکت کنند. اگر در برخی بیمه‌ها همچنان سیستم سنتی و کاغذبازی پابرجا باشد و همچنین

ترس دارند زیرا نمی‌دانند که به دنبال این تغییر چه اتفاقاتی برای آن‌ها رقم می‌خورد. همین نکته‌ی کلیدی می‌تواند مقاومت آن‌ها را در برابر تغییر بسیار زیاد کند. برخی از این مقاومت نیز ریشه در کاهش اعتماد جامعه دارد. به طور کلی در دهه‌های اخیر، میزان اعتماد عمومی جامعه نسبت به سازمان‌ها و دستگاه‌ها کاهش یافته است. کاهش اعتماد نیز ترس از تغییر را افزایش خواهد داد و طبیعتاً چنین جامعه‌ای از تکنولوژی‌های نوظهور استقبال نمی‌کند. مانع چهارم، مانع نیروی انسانی بود. نیروی انسانی یکی از عوامل اصلی در هر تغییر سیستمی است. نیروی انسانی می‌تواند با حمایت‌های خود، همچون یک کاتالیزور عمل کرده و سرعت تغییرات را افزایش دهد و یا اینکه سد محکمی بر سر راه تغییر باشد. درخصوص مانع نیروی انسانی، عواملی مانند: مقاومت کارکنان در برابر تغییر، نبود انگیزه‌های مالی و غیرمالی برای مشارکت کارکنان، کمبود نیروی انسانی متخصص و متبحر، رفتار نامناسب کارکنان با ارباب رجوع مشاهده شده است. انگیزه‌های مالی و غیرمالی باید برای ترغیب کارکنان در نظر گرفته شود. بدیهی است در صورتیکه از ابزارهای انگیزشی استفاده نشود، میل به مشارکت کاهش خواهد یافت. کارکنان نیز مانند مردم، ممکن است در برابر تغییر مقاومت کنند. شاید احتمال بروز مقاومت در بین آن‌ها بیشتر از مردم عادی باشد. دلیل اصلی این مقاومت، نبود انگیزه و ترس از ناشناخته‌ها است. بنابراین باید ابتدا این سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای را برای کارکنان تشریح کرد و سعی کرد ابهامات آن‌ها را برطرف ساخت تا از میزان مقاومت آن‌ها کاسته شود. یکی دیگر از معیارهای مانع نیروی انسانی، کمبود نیروی انسانی متخصص و متبحر در راستای استقرار و استفاده از سیستم خدمات الکترونیک بیمه‌ای است. باید کارکنانی را تربیت کرد که بتوانند ضمن حمایت و مشارکت از این سیستم، توان آموزش به اقشار جامعه را نیز داشته باشند.

مانع پنجم، مانع مالی است. قطعاً پیاده‌سازی همچنین تکنولوژی‌هایی نیازمند منابع مالی بسیار زیادی است تا بتوان زیرساخت‌های سخت‌افزاری و نرم‌افزاری مورد نیاز را فراهم کرد. عدم شفاف بودن روش محاسبه حق بیمه، آنلاین نبودن نظام تعرفه‌گذاری، عدم تناسب سرانه هزینه بیمه‌شدگان با منابع حاصله

افزایش کاربران خدمات بیمه الکترونیک و کاهش میزان بوروکراسی‌های اداری از طریق گسترش حوزه ی خدمات بیمه الکترونیک برای بیمه شوندگان و برگزاری دوره‌های آموزشی خدمات بیمه الکترونیک برای کارکنان و همچنین ساخت و انتشار کلیپ‌های آموزشی در این حوزه برای عامه ی مردم و در آخر برگزاری جلسات هماهنگی با سایر بیمه ها و بیمه مرکزی در راستای حرکت هماهنگ و یکپارچه ی تمامی شرکت‌های بیمه به سمت الکترونیکی شدن صورت گیرند.

به علت مشغله کاری مدیران، معاونان و سرپرستان و از طرف دیگر، به دلیل شرایط کرونا و دورکاری برخی از ایشان که به‌عنوان نمونه برای انجام مصاحبه انتخاب شدند، مشکلات و محدودیت‌هایی در روند انجام مصاحبه پیش آمد که برای هر محقق‌ی ایجاد مشکل می‌کرد. سایر محدودیت‌ها این بود که اگر امکان آن فراهم می‌شد و می‌توانستیم در سازمان بیمه‌ای دیگری هم به مصاحبه پردازیم، احتمال داشت ابعاد دیگری نیز شناسایی شود، که فقط وابسته به این سازمان بیمه سلامت نبود. آگاهی مدیران و مصاحبه‌شوندگان با مفاهیم بیمه و موانع موجود در آن متفاوت بود و برخی از مدیران پاسخ‌هایی می‌دادند که به دلیل عدم شناخت مفاهیم بیمه‌ای نارسا بود. عدم وجود تحقیقات مشابه در موضوع این تحقیق و پراکندگی تحقیقات انجام گرفته، محقق را خاصه در پیشینه تحقیق دچار مشکلاتی کرد که مقایسه یافته‌های تحقیق را دشوار کرد. انجام همین تحقیق در میان سازمان‌های بیمه‌ای خصوصی و دولتی در شهر اهدواز و بالتبع در سراسر استان خوزستان به‌عنوان یک راهبرد در حصول نتایج موانع موجود در استقرار نظام خدمات الکترونیک بیمه‌ای ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی تأثیر متغیرهای تعدیل گر مثل جنسیت، سن، میزان دسترسی به اینترنت را بر تمایل به استفاده از سیستم خدمات بیمه الکترونیک برای انجام پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد.

### تشکر و قدردانی

از امور بیمه و افرادی که در پژوهش حاضر ما یاره نموده اند تشکر می‌نمایم.

بیمارستان‌ها و مراکز درمانی به صورت سنتی فرآیندهای مربوط به بیمار را انجام دهند، وجود صرفاً بیمه سلامت به صورت الکترونیک، نه تنها نمی‌تواند انگیزه ای برای مردم ایجاد کند بلکه آن‌ها را خسته از کارهای تکراری و چندپارگی سیستم‌ها می‌کند. همین موضوع قطعاً مانعی در مسیر تحقق اهداف ایجاد خواهد کرد. آخرین مانع نیز موانع اجرایی هستند. عدم پوشش کامل انتظارات و نیازهای بیمه شوندگان، وجود مفاسد اداری، عدم امکان انتقال سریع پرونده‌ها به سامانه ی الکترونیک، عدم امکان پایش آنلاین خدمات در حال ارائه، از جمله موارد شناسایی شده در این دسته از موانع هستند. باید تمامی نیازهای بیمه شوندگان در بستر محیط الکترونیک فراهم شود. عدم پوشش کامل انتظارات و نیازهای آنها، حتماً تأثیرات منفی در میل مشارکت خواهد داشت. وجود مفاسد اداری نیز در این مسیر اثرگذار است.

با توجه به یافته‌های پژوهش مهم‌ترین دانش‌افزایی نظری تحقیق حاضر، شناسایی و توجه به موانع موجود در استقرار نظام خدمات الکترونیک بیمه‌ای در بیمه سلامت اهواز بود، لازم است شرایطی برای فراهم شود تا مدیران و مسئولان بیمه سلامت بتوانند با توجه به موانع شناسایی شده حداکثر تلاش و توانایی‌های خود را در راستای کاهش موانع استقرار نظام خدمات الکترونیک بیمه‌ای به کار گیرند و این مدل می‌تواند به‌عنوان یک مدل جامع و غنی از موانع شناسایی شده مورد استفاده قرار گیرد و در این راستا می‌توان پیشنهاد کرد بیمه سلامت اقدام به استقرار سیستم مهندسی مجدد فرآیندهای کسب و کار کند تا بتواند با حذف فعالیت‌های زائد/موازی سرعت انجام فرآیندها را افزایش داده و از میزان پیچیدگی آن‌ها کم کند و از سیستم‌های مدیریت کیفیت مثل ایزو ۹۰۰۱ و یا ایزو ۱۰۰۰۴ استفاده شود که از جمله اهداف آن تعیین فرآیندهای کاری و شاخص‌های عملکردی برای بهبود کیفیت فرآیندهای خدمات رسانی بیمه‌ای است. همچنین برون سپاری فعالیت‌ها و خدمات اجرایی فناوری اطلاعات و ارتباطات و حفظ فعالیت‌های امنیتی و مدیریتی در بیمه در جهت چابک سازی و تسریع در ارائه خدمات بیمه الکترونیک صورت بگیرد. از طرفی پیشنهاد می‌گردد تدوین سیاست‌های انگیزشی در حوزه ترغیب بیمه شوندگان و کارکنان بیمه به منظور توسعه بازار هدف و

- Electronic Insurance in Asia Insurance Company, Insurance Industry Quarterly, Volume ۲۵, Number ۱, ۱۵۷-۱۷۷. (in Persian)
6. Hasanzadeh, A (1397). Pathology of Health Insurance System in Iran, Iranian Journal of Health Insurance, Volume ۱, Number ۳, -۵۸ .۵۰. (in Persian)
  7. Sazour, A., Hosseini, M.H., Farahmand, M. (۱۳۹۰). Providing a Model for Improving Business Intelligence in Electronic Insurance Industry Marketing, Management Improvement Quarterly, Fifth Year, No. ۳, -۶۴ .۴۳. (in Persian)
  8. Sadeghi, N., Sajjadi, A., Aghili, and. (۱۳۹۲). The role of e-government on the effectiveness of insurance companies, Quarterly Journal of Urban Management Studies, Fifth Year, No. ۱۶, .۹۷-۱۰۷. (in Persian)

## References

1. Akhavan Behbahani, A., Alidoost, S., Masoudi Asl, A., Rahbari Bonab, M. (۱۳۹۷). Investigating the performance of the Health Insurance Organization and providing solutions for improvement, Iranian Journal of Health Insurance, ۱(۳), .۸۹-۹۶. (in Persian)
2. Hua, N., Morosan, C., DeFranco, A. (2015). The other side of technology adoption: Examining the relationships between e-commerce expenses and hotel performance, International Journal of Hospitality Management, 45, pp. 109–120.
3. Cui, M., Pan, S.L. (2014). Developing focal capabilities for e-commerce adoption: A resource orchestration perspective, Information & Management, 52(2), 200-209.
4. Kabanda, S., Brown, I. (2017). A structuration analysis of Small and Medium Enterprise (SME) adoption of E-Commerce: The case of Tanzania, Telematics and Informatics, 34, pp.118–132.
5. Amirkhani, A.H., Mottaqi Sabet, M. (۱۳۸۹). Investigating Barriers to the Development of

*Original Article***Identify and present a model of barriers to the establishment of electronic insurance services system  
(Case study: Ahwaz Health Insurance)**

Received: 29/02/2020 - Accepted: 31/07/2020

Mohtaram Baba Ahmadi Tange Gazi<sup>1\*</sup>  
Sirus Karrahi Moghaddam<sup>2\*</sup><sup>1</sup> Master of Public Administration  
Student, Masjed Soleiman Branch,  
Islamic Azad University, Masjed  
Soleiman, Iran<sup>2</sup>Assistant Professor, Department  
of Public Administration, Masjed  
Soleiman Branch, Islamic Azad  
University, Iran

Email: s\_korahi@yahoo.com

**Abstract**

**Introduction:** E-services have advantages such as increasing speed, increasing access and reducing costs, and non-electronic insurance services lead to a decrease in the speed of service delivery and will lead to dissatisfaction of the insured. Also, in the current context in which coronary heart disease has grown in the world and it will take years to eradicate it, we need to move more towards providing more e-services.

**Methods:** The purpose of this study is to identify the obstacles to the establishment of electronic insurance services in Ahwaz health insurance. The research method is applied in terms of purpose, and in terms of nature, it falls into the category of mixed research (qualitative and quantitative). In the first stage, a questionnaire was provided to the experts using the Delphi method, and finally 8 barriers were identified as barriers to the establishment of the electronic insurance services system: process barriers, infrastructure barriers, support barriers, cultural barriers, knowledge barriers, financial barriers, manpower barriers. Human, executive barriers. In the second phase of the research, a questionnaire was designed based on the identified barriers and provided to the staff of health insurance branches.

**Results:** The results showed that the identified barriers, including process, infrastructure, cultural, manpower, financial, knowledge, support and executive barriers, had a significant impact on the establishment of the electronic insurance services system, respectively.

**Conclusion:** In order to establish an electronic insurance services system, the desired barriers should be identified in order of priority and addressed according to the barrier model.

**Key words:** health insurance, e-insurance, e-services, e-government.