



ORIGINAL RESEARCH PAPER

Determining the characteristics and levels of supplementary health insurance and estimating consumers' willingness to pay

N. Hozarmoghadam^{1*}, M. Ghanbarzadeh¹, M. Bazyar², M. Abbasi³

¹ Department of Personal Insurance Research, Iranian Insurance Research Center, Tehran, Iran

² Department of Health Economics and Management, Faculty of Health, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

³ Department of Management Sciences and Health Economics, Faculty of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ARTICLE INFO

Article History:

Received 02 September 2023

Revised 31 December 2023

Accepted 06 January 2024

Keywords:

Discrete choice experiment

Joint analysis technique

Supplementary health insurance

Willingness to pay

*Corresponding Author:

Email: hozarmoghadam@irc.ac.ir

Phone: +9821 22084084

ORCID: [0000-0002-3162-1024](https://orcid.org/0000-0002-3162-1024)

DOI: [10.22056/ijir.2024.03.01](https://doi.org/10.22056/ijir.2024.03.01)

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Despite the great importance of supplementary health insurance, one of the obstacles to its expansion is that the willingness to pay for it is not known. The disregard for insurance calculations in the law and the supportive views of policy makers in this area have meant that premiums have been set by the insurer and for this reason may not match the costs incurred. With this in mind, the main objective of this article is to identify the factors that influence consumers' willingness to pay for supplementary health insurance and to estimate their willingness to pay.

METHODS: To achieve these objectives, the library study, expert panel, and discrete choice experiment methods were used along with the common analysis technique.

FINDINGS: Based on the results of the qualitative part, eight features were extracted for the health insurance package at four levels. The results of the quantitative part also showed that people in Tehran derive the most benefit from insurance coverage for inpatient services. This benefit is greater for inpatient services in the private sector than in the public sector. In addition, coverage of outpatient services carries more weight in people's preferences than other characteristics. Also, the desirability and willingness to pay for coverage of dental services was significant and for coverage of long-term care, paraclinical services and rehabilitation was rated as moderate. Medical devices have the least benefit to people and the presence of this feature in the supplementary health insurance package has the least impact on people's willingness to pay. The insurance premium also has a negative influence on the choice of supplementary insurance. The results also show that the demographic (topical) and socioeconomic characteristics of the insured can influence people's preferences.

CONCLUSION: People are most willing to pay for "dental services", "home care" and "numerous medical centers under contract", which should be considered by insurers when drafting policies.





مقاله علمی

تعیین ویژگی‌ها و سطوح بیمه درمان تکمیلی و برآورد تمایل به پرداخت مصرف‌کنندگان

نسرین حصارمقدم^{۱*}، میترا قنبرزاده^۱، محمد بازبار^۲، محیا عباسی^۳

^۱ گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص، پژوهشکده بیمه، تهران، ایران

^۲ گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران

^۳ گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده:

پیشینه و اهداف: به‌رغم اهمیت بالای بیمه درمان تکمیلی، یکی از موانع گسترش آن، مشخص نبودن میزان تمایل به پرداخت برای این نوع بیمه‌نامه است. بی‌توجهی به محاسبات بیمه‌ای در قانون و دیدگاه‌های حمایتی سیاست‌گذاران در این زمینه، به تعیین حق بیمه‌ها از سوی مراجع بیمه‌گر منجر می‌شود و به همین دلیل ممکن است با هزینه‌های انجام‌شده تطابق نداشته باشد. بر این اساس، هدف اصلی در این مقاله شناسایی عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت مصرف‌کنندگان بیمه درمان تکمیلی، و برآورد میزان تمایل به پرداخت آنهاست.

روش‌شناسی: در راستای پاسخگویی به این اهداف از روش‌های مطالعه کتابخانه‌ای، پانل خبرگی و روش آزمون انتخاب گسسته در کنار روش تحلیل توأمان استفاده شد.

یافته‌ها: براساس نتایج بخش کیفی، هشت ویژگی برای بسته بیمه درمانی در چهار سطح استخراج شد. یافته‌های بخش کمی نیز نشان داد افراد در شهر تهران بیشترین میزان مطلوبیت را از پوشش خدمات بستری به دست می‌آورند. این مطلوبیت در خدمات بستری بخش خصوصی بیشتر از بخش عمومی است. به‌علاوه پوشش خدمات سرپایی نیز نسبت به سایر ویژگی‌ها وزن بیشتری در ترجیحات افراد دارد. همچنین مطلوبیت و تمایل به پرداخت در مورد پوشش خدمات دندان‌پزشکی، قابل توجه و در مورد پوشش مراقبت‌های طولانی‌مدت، خدمات پاراکلینیکی و توان‌بخشی در حد متوسط ارزیابی شد. تجهیزات پزشکی کمترین مطلوبیت را برای افراد ایجاد می‌کند و وجود این ویژگی در بسته تحت پوشش بیمه درمان تکمیلی کمترین تأثیر را در تمایل به پرداخت مردم دارد. همچنین حق بیمه تأثیری منفی بر انتخاب بیمه درمان تکمیلی دارد. به‌علاوه، یافته‌ها نشان داد که ویژگی‌های دموگرافیک (زمینه‌ای) و اجتماعی-اقتصادی بیمه‌شده‌ها می‌تواند بر ترجیحات افراد مؤثر باشد.

نتیجه‌گیری: بیشترین تمایل به پرداخت افراد، برای «خدمات دندان‌پزشکی» و «ارائه مراقبت در منزل» و «تعدد مراکز درمانی تحت قرارداد» است که باید در تنظیم قراردادها مورد توجه بیمه‌گران قرار گیرد.

اطلاعات مقاله

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۱ شهریور ۱۴۰۲

تاریخ داوری: ۱۰ دی ۱۴۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۶ دی ۱۴۰۲

کلمات کلیدی:

آزمون انتخاب گسسته

بیمه درمان تکمیلی

روش تحلیل توأمان

تمایل به پرداخت

* نویسنده مسئول:

ایمیل: hozarmoghadam@irc.ac.ir

تلفن: +۹۸۲۱ ۲۲۰۸۴۰۸۴

ORCID: 0000-0002-3162-1024

DOI: 10.22056/ijir.2024.03.01

توجه: مدت‌زمان بحث و انتقاد برای این مقاله تا ۱۱ اکتبر ۲۰۲۴ در وب‌سایت IJIR در «نمایش مقاله» باز است.

(رضایت، وفاداری) مرتبط است. به بیانی شفاف، تمایل به پرداخت ابزاری روش‌شناختی برای برآورد ظرفیت پرداخت گروه‌های مشخص اجتماعی به‌منظور تعیین کردن ارزش پولی یک برنامه فرضی بهداشتی درمانی است. این مفهوم به‌طور گسترده‌ای در مبانی نظری، به‌ویژه در مباحث مربوط به بازاریابی، اقتصاد محیط زیست، اقتصاد حمل، بهداشت و مراقبت‌های درمانی مطالعه و بررسی شده است. امروزه بیشترین سهم مطالعات بر امکان‌سنجی اندازه‌گیری مستقیم تمایل به پرداخت اشخاص یا خانوارها برای کالاهایی که بازار ندارند، یا به‌کارگیری روش‌های مورد بررسی، تمرکز کرده است. با این حال، تمایل به پرداخت در مباحث مربوط به مراقبت‌های درمانی، به‌طور گسترده‌ای بررسی نشده است (Jafari Samimi et al., 2019).

این در حالی است که هزینه‌های درمانی در بسیاری موارد، برای خانوارها زیاد و خارج از توان پرداخت آنهاست و در نتیجه به زیر خط فقر رفتن این خانوارها منجر می‌شود. همچنین وجود این نوع هزینه‌ها ممکن است باعث پیگیری نکردن درمان و یا درمان ناقص از طرف بعضی از خانوارها شود که در نهایت باعث تشدید یا مزمن شدن بیماری و افزایش بار مالی برای نظام سلامت شود. دولت‌ها اکثراً در بازار بیمه سلامت وارد عمل می‌شوند و با اعمال قانون و مقررات در مسائلی مانند قیمت‌گذاری خدمات سلامت، مقدار حق‌بیمه و درصد مشارکت در پرداخت هزینه دخالت می‌کنند تا هزینه‌های خارج از توان به مصرف‌کنندگان وارد نشود و در نتیجه باعث افزایش سطح رفاه اجتماعی شود.

بر این اساس، بررسی تقاضای بیمه و تمایل به پرداخت برای آن، به سیاست‌گذاران کمک می‌کند تا حق‌بیمه را به روشی دقیق تعیین کنند و همچنین این مطالعات مشخص می‌کند که آیا تمایل به پرداخت، هزینه‌های سلامت را پوشش می‌دهد یا خیر. به این ترتیب می‌توان میزان باراندهی دولت بابت حق‌بیمه افراد فقیر را هم تعیین کرد. همچنین در بسیاری از کشورها سازمان‌های بیمه‌گر تلاش کرده‌اند تا با روش‌هایی مانند سنجش ترجیحات و تمایل به پرداخت مردم، راهبردهای خاصی را برای مقرون‌به‌صرفه کردن و افزایش استقبال مصرف‌کنندگان از طرح‌های بیمه اتخاذ کنند.

در سال ۲۰۱۲، مجمع عمومی سازمان ملل متحد در خصوص پوشش همگانی سلامت، اعضایش را «دعوت کرد تا شرایطی را فراهم کنند که در آن نظام تأمین مالی به‌نحوی سازمان‌دهی شود که در آن مردم از پرداخت مستقیم تا حد امکان پرهیز کنند، روش‌هایی را برای تقویت پیش‌پرداخت و همچنین انباشت منابع به‌منظور پیشگیری از هزینه‌های کمرشکن و فقیرسازنده طراحی کنند». این موضوع به‌معنای جمع‌آوری منابع کافی برای دستیابی به پوشش همگانی سلامت است که نیازمند پاسخگویی به چند پرسش می‌باشد: آیا افراد و خانوارها تمایل به پرداخت هزینه برای بیمه سلامت دارند؟ و اگر دارند، به چه میزان؟ چه عواملی تمایل به پرداخت هزینه برای بیمه سلامت را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ (Nosratnejad et al., 2016).

بنابراین برای سنجش میزان مشارکت‌های مالی بالقوه، مطالعاتی

بیمه درمان نقش مهمی در دستیابی افراد جامعه به پوشش فراگیر خدمات سلامت و کاهش بار مالی هزینه‌های درمان و محافظت افراد در مقابل هزینه‌های سنگین درمانی‌ای دارد که عمدتاً غیرمنتظره‌اند. سیستم‌های خدمات درمانی همواره با کمبود منابع مالی مواجه‌اند. در نتیجه، بیمه‌های درمانی که دولت‌ها ارائه می‌دهند شامل خدمات محدودی هستند و در بیشتر موارد افرادی که از خدمات درمانی و بهداشتی استفاده می‌کنند، باید بخشی از هزینه‌ها را پرداخت کنند. از این رو، با وجود پوشش بیمه‌ای در برخی موارد افراد با هزینه‌های سنگین خدمات درمانی مواجه می‌شوند. این در حالی است که بیمه درمان تکمیلی، امکان خرید خدمات درمانی را فراهم می‌کند که تحت پوشش بیمه درمان پایه نیست و آنها را در مواجهه با مخارج سنگین درمانی و پرداخت از جیب محافظت می‌کند. به‌رغم اهمیت این نوع بیمه درمان، یکی از موانع گسترش آن، مشخص نبودن میزان تمایل به پرداخت برای آن است. بی‌توجهی به محاسبات بیمه‌ای در قانون و دیدگاه‌های حمایتی سیاست‌گذاران در این زمینه و اداره امور بیمه‌های درمان عمدتاً به‌صورت حمایتی به این منجر شده است که حق‌بیمه‌های دریافتی توسط مراجع بیمه‌گر تعیین شود و به همین دلیل با هزینه‌های انجام‌شده تطابق نداشته است (Jafari Samimi et al., 2019).

بر این اساس، اهداف مورد انتظار از انجام مقاله حاضر، عبارت‌اند از:

۱. تعیین عناصر و ویژگی‌های بسته بیمه درمان تکمیلی
 ۲. تعیین سطوح مناسب برای هر یک از ویژگی‌های شناسایی‌شده بسته بیمه درمان تکمیلی
 ۳. تعیین سناریوهای ممکن برای بیمه‌نامه‌های درمان تکمیلی
 ۴. تعیین اهمیت نسبی عناصر و ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی (وزن) و تمایل به پرداخت نهایی برای هر ویژگی
 ۵. تعیین عوامل اصلی مؤثر بر میزان تمایل به پرداخت برای بیمه درمان تکمیلی
 ۶. برآورد میزان تمایل به پرداخت برای بیمه درمان تکمیلی بر این اساس، ادامه مقاله به شرح زیر ساختار یافته است:
- ابتدا مبانی نظری و تجربی موضوع مطالعه و بررسی می‌شود. سپس روش‌شناسی پژوهش تشریح و در نهایت نتایج حاصل از این پژوهش به تفکیک اهداف مورد انتظار ارائه می‌شود و براساس آن به جمع‌بندی و ارائه پیشنهادها پرداخته می‌شود.

مبانی نظری پژوهش

مفهوم تمایل به پرداخت

مفاهیم متفاوت زیادی در ادبیات بازاریابی برای مطالعه عکس‌العمل مشتری در برابر قیمت به کار می‌روند. به‌عنوان بخشی از فرایند ادراک قیمت، تمایل به پرداخت (Willingness to pay) به قضاوت درباره قیمت (قیمت مرجع، قابل قبول بودن قیمت) نزدیک‌تر است و با دیگر متغیرها که بر فرایند تصمیم‌گیری تأثیر می‌گذارند

ترجیحات کامل و پایداری برای ارزش‌گذاری کالا هستند و دوم آنکه افراد تمایل دارند و قادرند مؤلفه‌های مورد ارزش‌گذاری را مبادله کنند. این فرض نشان می‌دهد که معمولاً سطحی از یک مؤلفه وجود دارد (مثل کاهش کیفیت خدمت) که با کاهش سطح مؤلفه دیگری (مانند هزینه) قابل جبران است. مطالعات DCE از سطح هزینه فراتر رفته‌اند و میزان جبران یک سطح از یک مؤلفه مانند «زمان انتظار» را با سطحی از یک مؤلفه غیر پولی مانند «ماهیت درمان» بررسی می‌کنند. در مطالعه DCE اگر هزینه به‌عنوان یک مؤلفه وارد سناریوها شود می‌توان تمایل به پرداخت برای بیمه را محاسبه کرد.

آزمون انتخاب گسسته بر این فرضیه استوار است که هر کالا یا خدمتی با خواص (ویژگی‌های) خود به بهترین نحو تعریف می‌شود و اینکه ارزش هر کالا یا خدمتی به ماهیت و سطح این ویژگی بستگی دارد. آزمون انتخاب گسسته یک شاخص سنجش و ارزیابی فرضی مبتنی بر ویژگی است و قضیه ثابت‌شده آن این است که یک خانوار منطقی همیشه جایگزینی انتخاب می‌کند که دارای بالاترین سطح مطلوبیت انتظاری است. آزمون انتخاب گسسته این امکان را برای پژوهشگر فراهم می‌سازد که سیاست را با این هدف مدل‌سازی کند که برای ویژگی‌های مربوطه قابل مشاهده و عینی باشد و اولویت‌ها را برای این ویژگی‌های مختلف تعیین کند (Jafari Samimi et al., 2019).

این روش رویکرد بسیار مهمی برای اولویت‌گذاری عمومی در زمینه‌هایی مانند ترجیحات و تمایل به پرداخت جامعه برای بیمه سلامت است. همچنین DCE روش قابل اعتمادی است، زیرا همه ویژگی‌ها (و از جمله قیمت) در بین سناریوهای مورد بررسی تغییر می‌کند و این امکان را برای محقق فراهم می‌سازد تا نرخ نهایی جانشینی (marginal rates of substitution) بین همه ویژگی‌ها را از پاسخ‌های شرکت‌کنندگان استخراج کند. بنابراین ترجیحات و تمایل به پرداخت آن‌ها با دقت بالاتری استخراج می‌شود.

همچنین ارزش‌گذاری مشروط یکی از ابزارهای استاندارد و انعطاف‌پذیر است و برای اندازه‌گیری ارزش‌های غیرمصرفی و ارزش‌های مصرفی غیربازاری کالاها و خدمات به کار می‌رود. در این روش تلاش می‌شود تا تمایل به پرداخت تحت سناریوهای بازار فرضی تعیین شود. به‌عبارت‌دیگر، روش ارزش‌گذاری مشروط تلاش می‌کند تا بفهمد چطور پاسخگویان تحت سناریوهای بازار فرضی مطمئن، راضی به دریافت و پرداخت هستند.

بر این اساس و با توجه به آنکه معمولاً از روش آزمون انتخاب گسسته در کنار روش تحلیل توأمان در جهت بررسی ترجیحات بهره گرفته می‌شود؛ در پژوهش حاضر نیز در راستای تحقق دو هدف آخر، از روش آزمون انتخاب گسسته استفاده خواهد شد. شایان ذکر است که این مطالعه از نقاط قوت و مزایایی برخوردار است که اعتبار مطالعه را تقویت می‌کند. از جمله مهم‌ترین نقاط قوت این مطالعه می‌توان به روایی و پایایی (validity and reliability) بالای مطالعه به‌واسطه استفاده از رویکرد تحلیل توأمان اشاره کرد. رویکرد تحلیل توأمان که یکی از تکامل‌یافته‌ترین رویکردها مبتنی بر ترجیحات آشکار شده است، برخلاف روش ارزش‌گذاری مشروط

برای تخمین میزان تمایل به پرداخت برای بیمه درمان انجام شده است که فقط بر حق بیمه درمان و تخمین تمایل به پرداخت تمرکز دارد و امکان بررسی سایر ویژگی‌های بسته بیمه درمان را برای محققان فراهم نمی‌کند. اما با استفاده از روش تحلیل توأمان علاوه بر تخمین تمایل به پرداخت افراد برای بیمه درمان، می‌توان تمایل به پرداخت نهایی جامعه برای ویژگی‌های مختلف این بیمه مانند سطح پوشش خدمات، زمان انتظار برای دریافت خدمت، حق بیمه و ... را هم بررسی کرد. با این اوصاف، سیاست‌گذاران با استفاده از نتایجی که از روش تحلیل توأمان به دست می‌آید می‌توانند تمایل به پرداخت برای بیمه درمان و نیز ارزش هر ویژگی بیمه درمان را از دیدگاه افراد جامعه دریابند. این نتایج همچنین در تعیین حق بیمه متناسب با بسته مزایای سلامت استفاده می‌شود. علاوه بر این، از آنجا که تقاضا برای بیمه درمان تا حد زیادی به این بستگی دارد که آیا ویژگی‌های طرح‌های بیمه درمان، ترجیحات مصرف‌کنندگان را برآورده می‌کنند و آیا ارزش خریدن را دارند، طراحی بسته‌های بیمه درمان با شناخت نیازهای مصرف‌کنندگان، ترجیحات و انتظارات آن‌ها ضروری است.

عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت در بیمه درمان

مطالعات مختلف نشان می‌دهد متغیرهایی از جمله دسترسی به خدمات سلامت، کیفیت خدمات مراکز درمانی، هزینه‌های سلامت، سطح درآمد خانوار و فرد، سطح تحصیلات، سن، بعد خانوار، و تعداد افراد مسن در خانواده بر تقاضا برای خرید بیمه سلامت و به تبع آن میزان تمایل به پرداخت تأثیرگذار است (Asgary et al., 2004). از دیگر عوامل بهبود تقاضا و خرید بیمه درمان (پایه یا تکمیلی)، بهبود خدمات بسته خدمت است و اینکه چه خدماتی باید در بسته خدمت بیمه گنجانده شود که با ترجیحات مردم تناسب بیشتری داشته باشد و اینکه به‌طور متوسط تمایل به پرداخت مردم برای خرید چنین بیمه‌ای چقدر خواهد بود؟ (Sydavong et al., 2019). از دیگر مسائلی که ترجیحات مردم را برای بیمه درمان تکمیلی ضروری می‌کند این است که در شرایط فعلی معمولاً پوشش بیمه‌ای را سازمان‌ها برای کارکنانشان به‌صورت گروهی خریداری می‌کنند و بخشی از هزینه حق بیمه را نیز سازمان‌ها و کارفرماها پرداخت می‌کنند. در چنین شرایطی امکان بررسی ترجیحات افراد به‌تنهایی امکان‌پذیر نخواهد بود. پرداخت بخشی از هزینه حق بیمه از سوی کارفرما، بیمه‌شده‌ها را برای خرید بسته‌های جامع‌تر تشویق می‌کند (Hershey et al., 1984).

روش‌های اندازه‌گیری WTP

در ادبیات اقتصادی، دو روش اصلی که به‌طور گسترده‌ای برای تعیین تمایل به پرداخت استفاده شده است، آزمون انتخاب گسسته (Discrete Choice Experiment) که با عنوان تجزیه و تحلیل ترکیبی نیز شناخته می‌شود و روش ارزش‌گذاری مشروط (Contingent Valuation) است (Bonet and Karama, 2018). این روش‌ها دارای دو فرض اساسی می‌باشند. اول آنکه مردم دارای

- تعیین روش تولید داده‌ها در تحلیل توأمان
 - جمع‌آوری داده‌ها
 - تجزیه و تحلیل نتایج
 - ارزیابی پایایی و روایی مدل.
- بخش دوم «آزمون انتخاب گسسته» است که برای پاسخگویی به اهداف نام‌برده در زیر استفاده می‌شود:
- تعیین عوامل اصلی مؤثر بر میزان تمایل به پرداخت برای بیمه درمان تکمیلی
 - برآورد میزان تمایل به پرداخت برای بیمه درمان تکمیلی

جامعه و نمونه آماری پژوهش

جامعه آماری مورد استفاده در این مقاله در بخش اولیه پژوهش (تعیین عناصر و ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی)، اعضای تیم پژوهش و کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه بیمه درمان و در بخش دوم پژوهش (برآورد تمایل به پرداخت مشتریان برای بیمه درمان تکمیلی)، بیمه‌شدگان شرکت بیمه دی (به دلیل ورود به حوزه بیمه‌های انفرادی و تعداد بیمه‌شدگان بالای این بخش و امکان دسترسی به اطلاعات آنها) است که نمونه‌ای از آنها برای تکمیل پرسش‌نامه و تحلیل‌های متعاقب آن انتخاب شده است. براساس مطالعات موجود در تحلیل توأمان، برای تعیین حجم نمونه، قاعده مشخصی وجود دارد که می‌توان از آن برای محاسبه حجم نمونه استفاده کرد. تعیین حجم نمونه براساس قاعده کلی زیر صورت می‌گیرد:

$$\frac{n \times t \times a}{c} \geq 500$$

که در آن، n تعداد کل پاسخ‌دهنده‌ها، t تعداد مجموعه انتخاب‌هایی است که هر فرد پاسخ می‌دهد، a تعداد آلترناتیوهای در مجموعه انتخاب‌ها و c حداکثر تعداد سطح در بین ویژگی‌های مورد بررسی است. آستانه ۵۰۰، حداقل آستانه است و بهتر است برای افزایش دقت مطالعه آستانه ۱۰۰۰ را در نظر گرفت. رویکرد دیگری نیز وجود دارد که برای هر زیرگروه از پیش تعیین شده (مانند جنسیت، قومیت و سطح تحصیلات و ...) حداقل ۳۰ نمونه لازم باشد.

بر این اساس، ۵۳۴ نفر پرسش‌نامه بلوک ۱ و ۳۹۳ نفر بلوک ۲ را تکمیل کردند و جمعاً ۹۲۷ نفر در مطالعه شرکت کردند که بیشتر از حد آستانه یادشده است. برای بررسی اینکه افراد از میان هر دو سناریو، گزینه بیمه‌ای صحیح را متناسب با علاقه‌شان و به‌دقت و نزدیک به واقعیت انتخاب کرده‌اند، دو سناریوی اول دارای گزینه غالب بود، یعنی گزینه اول از هر نظر نسبت به گزینه دوم برتر بود و قاعده‌تاً باید افراد مطالعه گزینه اول را در سناریوی غالب انتخاب می‌کردند. از میان تمامی افراد مطالعه، ۸ درصد یعنی ۷۶ نفر گزینه اشتباه را در سناریو غالب انتخاب کرده بودند؛ به همین دلیل این افراد از مطالعه کنار گذاشته شدند و در واقع اطلاعات ۸۵۱ نفر وارد تحلیل‌ها شد.

به‌واسطه پرسش غیرمستقیم از مخاطبان، تورش‌های حاصل از پاسخ‌های رفتاری و راهبردی را به حداقل می‌رساند و با بهره‌گیری از مدل‌های پیچیده رگرسیونی، امکان ارزش‌گذاری مؤلفه‌های مؤثر بر ترجیحات مخاطبان را فراهم می‌سازد.

مروری بر پیشینه پژوهش

در راستای پاسخگویی به اهداف، مطالعات انجام‌شده در خصوص موضوع این مقاله، در دو بخش اصلی زیر بررسی شده است که نظر به تعدد آنها، به‌روزترین موارد به‌صورت خلاصه در **جدول ۱ و ۲** ارائه شده است.

۱. مطالعات انجام‌شده در خصوص شناسایی عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت برای بیمه‌های درمان و برآورد آن
۲. مطالعات انجام‌شده در خصوص ویژگی‌های بسته بیمه درمان و سطوح آنها

روش‌شناسی پژوهش

روش پژوهش

روش پژوهش مورد استفاده در این مطالعه را براساس اهداف مورد انتظار از انجام پژوهش، می‌توان در دو بخش اصلی دسته‌بندی کرد.

بخش اول «روش تحلیل توأمان» است که برای پاسخگویی به چهار هدف اول این مقاله استفاده می‌شود. در واقع با این روش، تلاش بر آن است که ضمن شناسایی عناصر و ویژگی‌های بسته بیمه درمان تکمیلی (انتخاب بیمارستان، حق بیمه ماهیانه، پوشش خدمات بستری، خدمات سرپایی، خدمات پاراکلینیکی و ...)، سطوح مناسب برای هریک از ویژگی‌ها تعریف و ترجیحات بیمه‌گذاران را نسبت به این ویژگی‌ها در قالب سناریوهای مختلف، با استفاده از تحلیل توأمان مطالعه و بررسی کند. در مرحله نخست، برای شناسایی ویژگی‌های بسته بیمه درمان تکمیلی که بر ترجیحات بیمه‌گذاران اثرگذار است، به پیشینه پژوهش در این حوزه مراجعه و برای تکمیل آن، بحث گروهی، مصاحبه، پانل خبرگان و یا ترکیبی از آنها سازمان‌دهی می‌شود. پس از آن، معیارهای شناسایی‌شده توسط خبرگان ارزیابی و بازبینی شده تا برای استفاده در پرسش‌نامه مبتنی بر روش تحلیل توأمان برگزیده شود.

مبنای مفهومی تحلیل توأمان «نظریه تقاضای مصرف‌کننده» است. این نظریه، کالای اقتصادی را مجموعه‌ای از ویژگی‌ها در نظر می‌گیرد و به پژوهشگران امکان می‌دهد تا بتوانند ترجیحات افراد را مطالعه و مدل‌سازی نمایند و بهترین ترجیحات آنان را شناسایی کنند. در واقع تحلیل توأمان، روشی برای تعیین اهمیت نسبی معیارها و سطوح آنها از نظر افراد است.

گام‌های اساسی در روش تحلیل توأمان، عبارت‌اند از:

- انتخاب محصول
- تعیین خصیصه‌های محصول
- تعیین سطح هر خصیصه

جدول ۱. خلاصه «عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت برای بیمه‌های درمان و برآورد آن» براساس مطالعات بررسی شده
Table 1. Summary of “factors affecting the willingness to pay for health insurance and its estimation” based on the reviewed studies

ردیف	نویسندگان	جامعه هدف	اهداف مطالعه	روش	نتایج
1	Jafari Samimi et al. (2019)	کارکنان کارگاه‌های صنعتی کوچک در هفت منطقه تهران، شیراز و بندرعباس	برآورد تمایل به پرداخت برای بیمه درمانی و تکمیلی و شناسایی عوامل مؤثر بر آن	روش ارزش‌گذاری مشروط و مدل رگرسیون لاجیت	<ul style="list-style-type: none"> میزان تمایل به پرداخت 70 هزار تومان محاسبه شده و وضعیت تحصیلی، اشتغال، درآمد واقعی، سابقه بیماری، وضعیت سلامتی، تعداد مراجعه به پزشک، هزینه واقعی سلامت و رضایت از خدمات درمانی به‌عنوان عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت افراد شناسایی شده است.
2	Moeeni and Nosratnejad (2019)	پوشش بیمه پایه و 300 نفر با پوشش بیمه پایه، اما بدون داشتن پوشش بیمه درمان تکمیلی	اندازه‌گیری تمایل به پرداخت برای بیمه پایه و درمان تکمیلی در ایران براساس سه روش مختلف	سه روش شامل سوالات باز (OE)، یا بردارش یا ولش کن (TIOLI)، انتخاب دوگانه دوطرفه (DBDC)	<ul style="list-style-type: none"> میانگین ماهانه تمایل به پرداخت برای بیمه پایه براساس روش سوالات باز 101.900 ریال یا تقریباً 4 دلار و میانگین ماهانه تمایل به پرداخت برای بیمه پایه براساس دو روش TIOLI و DBDC به ترتیب 156.208 ریال (6.2 دلار) و 137.00 ریال (5.5 دلار) برآورد شده است. میزان تمایل به پرداخت برای بیمه تکمیلی بالاتر از بیمه پایه است.
3	Nguyen and Hoang (2017)	بررسی تمایل به پرداخت برای بیمه سلامت اجتماعی و عوامل مؤثر بر آن در ویتنام مرکزی	ارزش‌گذاری مشروط و پرسش‌نامه‌ای ساختاریافته و مصاحبه	گروه قومیتی، محل سکونت، ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی شامل سطح تحصیلات، نوع شغل، وضعیت تأهل، شرایط اقتصادی، متوسط درآمد ماهانه سرانه، تعداد افراد تحت تکفل، داشتن بیمه در گذشته و داشتن بیماری مزمن از عوامل مؤثر بر میزان تمایل به پرداخت شناسایی شده است.	
4	Nosratnejad et al. (2016)	مطالعات موجود در تمامی پایگاه‌های اطلاعاتی تا فوریه 2016	بررسی تمایل به پرداخت بیمه درمانی در کشورهای با درآمد کم و متوسط و شناسایی عوامل مؤثر بر آن	مرور سیستماتیک	<ul style="list-style-type: none"> مهم‌ترین دلایل برای نخریدن بیمه نیز عدم توانایی پرداخت حق بیمه و احساس سالم بودن ذکر شده است. مهم‌ترین عامل مؤثر بر خرید بیمه، دانش بیمه‌ای افراد استخراج شده است. میانگین تمایل به پرداخت 1/18 درصد تولید ناخالص داخلی و 1/39 درصد درآمد سرانه ملی تعدیل‌شده، برآورد شده است. اعداد مذکور در سطح خانوار به ترتیب 1/82 درصد و 2/16 درصد است. افزایش در بعد خانوار، سطح آموزش و درآمد ارتباط مستقیم با افزایش تمایل به پرداخت برای بیمه و افزایش سن ارتباط معکوسی با تمایل به پرداخت دارد. عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت برای بیمه در پنج دسته تقسیم‌بندی شده است: <ol style="list-style-type: none"> عوامل جمعیتی شناختی: شامل وضعیت تأهل، داشتن بچه زیر 5 سال، بعد خانوار، سن، و زنان سرپرست خانوار. عوامل اجتماعی-اقتصادی: سطح درآمد، سطح آموزش، زندگی در روستا، و وضعیت اشتغال. خدمات سلامت: نزدیکی به مراکز بهداشتی و درمانی درک نیاز به خدمات: تجربه بستری شدن در بیمارستان، هزینه‌های درمان در گذشته، و وضعیت نامناسب سلامت بیمه سلامت: داشتن تجربه قبلی پوشش بیمه
5	Nazari and Asharipour (2016)	383 بیمه‌گذاران درمان تکمیلی در شرکت بیمه ایران در شهر تهران	برآورد میزان تمایل به پرداخت بیمه‌گذاران بیمه درمان تکمیلی و بررسی رضایت قیمتی آنها و بررسی ارتباط بین رضایت قیمتی و میزان تمایل به پرداخت	روش ارزیابی مشروط به صورت کارت	<ul style="list-style-type: none"> میانگین تمایل به پرداخت افراد برای تمدید بیمه درمان تکمیلی 46462 تومان به‌ازای هر نفر در ماه محاسبه شده و رضایت قیمتی به میزان 84 درصد از تغییرات تمایل به پرداخت را تبیین می‌کند. در بین ابعاد رضایت قیمتی، نسبت قیمت کیفیت بیشترین تأثیر و اعتمادپذیری قیمت کمترین تأثیر را بر تمایل به پرداخت بیمه‌گذاران را دارد.

نیز در این زمینه بررسی شد که به‌منظور خلاصه شدن بحث، از پرداختن به آنها صرف‌نظر می‌شود، اما نتایج آنها در پژوهش منعکس شده است.

همچنین مطالعات (Nosratnejad et al. (2016)، (Asgary et al. (2004)، (Babatunde et al. (2012)، (Mohammadi et al. (2015)، (Noor Aizzuddin et al. (2012)

جدول ۲. خلاصه «ویژگی‌های بسته بیمه درمان و سطوح آنها» براساس مطالعات بررسی شده
Table 2. Summary of "features of health insurance package and their levels" based on the reviewed studies

ردیف	نویسندگان (سال چاپ)	جامعه هدف	اهداف مطالعه	روش پژوهش	ویژگی‌های [سطوح] نهایی
1	Sydavong et al. (2019)	مناطق روستایی استان ساوانناکت (Savannakh) (et)	تقاضای مردم برای یک بیمه جامعه‌محور داوطلبانه در روستای لائو	بررسی متون و مصاحبه با کارکنان بیمه اجتماعی، نارضایتی بیمه‌شده‌های فعلی	• حق بیمه ماهانه، تخفیف پرداخت حق بیمه به‌صورت یکجا برای یک سال، پوشش بیمه برای مشاوره‌های پزشکی، بستری در بیمارستان، حوادث ترافیکی، دارو و حمل‌ونقل
2	Obse et al. (2016)	کارکنان رسمی اتیوپی	بیمه سلامت اجتماعی	discrete choice experiment	• حق بیمه، ثبت‌نام، استثناها، ارائه‌کننده‌ها، پوشش خدمات بستری، خدمات سرپایی، داروها و آزمایش‌ها
3	Howlader (2015)	دارندگان بیمه سلامت خرد (MHIP) در بنگلادش	برنامه‌های بیمه‌های سلامت کوچک در بنگلادش	two-stage model	• پوشش نسخه، صلاحیت پزشکان، پوشش مراقبت سلامت مادران و کودک، و کیفیت ارائه‌دهنده خدمت، پوشش خدمات بینایی، پوشش خدمات بیمارستانی، معاینه پزشک، ویزیت بچه‌های سالم، و واکسیناسیون
4	Abiuro et al. (2014)	814 سرپرست خانوار و/یا همسر آنها در دو منطقه روستایی	بررسی ترجیحات برای طرح بیمه سلامت خرد (MHI) آتی	مرور منابع، مطالعات کیفی (12 بحث گروهی متمرکز (focus group) و 8 مصاحبه عمیق)	• واحد ثبت‌نام [فرد، خانواده هسته‌ای، خانواده گسترده] • مدیریت [Bvumbwe SACCO، یک NGO خارجی، کمیته مشترک] • بسته مزایای خدمت سلامت [پایه: فقط دارو، متوسط: داروها، آزمون‌های آزمایشگاهی، رادیولوژی، جامع: داروها، آزمون‌های آزمایشگاهی، رادیولوژی و اعمال جراحی] • فرانشیز [50٪، 25٪، بدون فرانشیز] • حمل‌ونقل [بدون حمل‌ونقل، فقط در موارد ارجاع و اورژانسی، همیشه: از خانه تا مرکز بهداشتی در زمان بیماری] • حق بیمه ماهیانه سرانه [100، 300، 500 کواچا مالوی] • مخارج مراقبت‌های سرپایی [3000 بات برای 6 بار در سال، 5000 بات برای 12 بار در سال] • مخارج مراقبت سلامت بستری [100000 بات در سال، 300000 بات در سال] • مخارج مراقبت‌های طولانی‌مدت [500 بات در روز و حداکثر تا 90 روز، 1000 بات در روز و حداکثر تا 90 روز] • جبران خدمت روزانه در حین بستری [1000 بات برای 20 روز در سال، 1000 بات برای 45 روز در سال] • حق بیمه سلامت [500، 800، 1000، 2000 بات در ماه]
5	Kananurak (2014)	300 نفر از کارکنان تحت پوشش بیمه سلامت اجتماعی با سن بیش از 40 سال	ارزیابی WTP بیمه سلامت بعد از بازنشستگی برای بیمه‌شده‌های بیمه سلامت اجتماعی تایلد	مصاحبه‌های عمیق با عوامل بیمه سلامت، مطالعه سیاست‌های بیمه‌ای، و بحث گروهی متمرکز (focus group) با کارکنان	

همچنین مطالعات (Van der Haar (2013); Gates et al. (2000); Kerssens and Groenewegen (2005); (2011). Becker and Zweifel (2008); Van den Berg et al. (2008); Vroomen and Zweifel (2011); (2011). Abiuro et al. (2014); Robyn et al. (2012); Boyle (2011); Nanna (2011); Noordewier et al. (1989) نیز در این زمینه بررسی شد که به‌منظور خلاصه شدن بحث، از پرداختن به آنها صرف‌نظر می‌شود، اما نتایج آنها در پژوهش منعکس شده است.

نتایج و بحث

در این بخش از مقاله، به یافته‌های مطالعه به تفکیک اهداف مورد انتظار پرداخته می‌شود.

نتایج پژوهش در خصوص هدف اول: تعیین عناصر و ویژگی‌های بسته بیمه درمان تکمیلی

بررسی مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که براساس نیازهای جامعه و سطح توسعه‌یافتگی نظام سلامت و همچنین انتظارات بیمه‌شدگان، خدمات مختلفی را به‌عنوان حق انتخاب برای بررسی ترجیحات بیماران در نظر می‌گیرند که از جمله مهم‌ترین آنها، عبارت‌اند از: فرانشیز، دداکتیبل، محدودیت فرانشیز (حداکثر مقدار دلاری که فرد باید هزینه کند تا فرانشیز به آن تعلق بگیرد)، ارائه‌دهندگان خدمات درمانی، کیفیت کار پزشک، انتخاب بیمارستان، حق بیمه ماهیانه، شبکه پزشکان انتخابی (انتخاب نیمی از پزشکان همراه با پزشک شخصی فعلی، یک چهارم پزشکان همراه با پزشک شخصی فعلی، نیمی از پزشکان بدون پزشک شخصی، یک چهارم پزشکان بدون پزشک شخصی فعلی)، هزینه به‌زای هر ویزیت پزشک، پوشش نسخ دارویی، پوشش خدمات دندان پزشکی (چکاپ و پر کردن، فقط چکاپ، فاقد پوشش)، تخفیف عدم خسارت، مقدار بروکراسی، انتخاب پزشکان خانواده، مزایای فیزیوتراپی، مزایای هومئوپاتی، درمان‌های جایگزین (وضعیت موجود: برخی از روش‌های درمانی پوشش داده می‌شوند، روش‌های درمانی جایگزین بیشتری

پوشش داده می‌شوند)، انتظار بیمارستان، سیستم تشویق، درمان محترمانه (کارکنان کلینیک به شما احترام می‌گذارند، کارکنان به شما احترام نمی‌گذارند)، موجود بودن داروها، مدیریت (دولت کلینیک را مدیریت می‌کند یا یک NGO کلینیک را مدیریت می‌کند)، میانگین زمان انتظار برای بخش سرپایی، مخارج مراقبت‌های طولانی‌مدت، مخارج مراقبت سلامت بستری، حمل‌ونقل (بدون حمل‌ونقل، فقط در موارد ارجاع و اورژانسی، همیشه: از خانه تا مرکز بهداشتی در زمان بیماری)، آزمایش‌ها، حوادث ترافیکی، صلاحیت پزشکان، پوشش مراقبت سلامت مادران و کودک، و کیفیت ارائه‌دهنده خدمت، پوشش خدمات بینایی، پوشش خدمات بیمارستانی، معاینه پزشک، ویزیت بچه‌های سالم، و واکسیناسیون، فیزیوتراپی، مراقبت‌های پیشگیری/رفاهی، و خدمات پاراکلینیک، پوشش مابه‌التفاوت تعرفه بخش دولتی و خصوصی، روان‌شناسی، خدمات ناباروری، مراقبت‌های زایمان، و مراقبت‌های غربالگری، تجهیزات پزشکی مانند پروتز و ارتوز.

نتایج پژوهش در خصوص هدف دوم: تعیین سطوح مناسب برای هریک از ویژگی‌های شناسایی شده بسته بیمه درمان تکمیلی پس از استخراج عناصر و ویژگی‌های بسته بیمه درمان تکمیلی براساس پژوهش‌های انجام شده در این حوزه، بیش از ۱۲۰ ویژگی استخراج شد. در این مرحله با تشکیل پانل خبرگی با حضور اعضای تیم پژوهش و کارشناسان و صاحب‌نظران حوزه بیمه درمان، ۸ ویژگی

جدول ۳. ویژگی‌های شناسایی شده بسته بیمه درمان تکمیلی و سطوح انتخاب شده برای انجام تحلیل ارتوگونال

Table 3. Identified features of supplementary health insurance and selected levels to perform orthogonal analysis

ردیف	سطح ویژگی	یک	دو	سه	چهار
1	حق بیمه ماهانه	ریال 1.350.000	ریال 2.400.000	ریال 3.000.000	ریال 4.000.000
2	ویزیت و دارو	1 میلیون تومان	3 میلیون تومان	5 میلیون تومان	10 میلیون تومان
3	خدمات بستری، جراحی و ...	10 میلیون تومان	30 میلیون تومان	50 میلیون تومان	100 میلیون تومان
4	خدمات دندان پزشکی	1 میلیون تومان	3 میلیون تومان	5 میلیون تومان	10 میلیون تومان
5	خدمات پاراکلینیک و توان بخشی	1 میلیون تومان	3 میلیون تومان	5 میلیون تومان	10 میلیون تومان
6	شبکه ارائه خدمات (داروخانه‌ها، مراکز بستری، مراکز تشخیصی)	هیچ مرکزی طرف قرارداد نیست.	فقط مراکز بیمارستانی طرف قرارداد است.	مراکز بیمارستانی و کلینیک‌ها طرف قرارداد است.	مراکز بیمارستانی، کلینیک‌ها، داروخانه و مراکز تشخیصی طرف قرارداد است.
7	میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات (سرعت صدور بیمه‌نامه، مدت زمان پرداخت خسارت، مرکز تماس شبانه‌روزی، پاسخگویی به شکایت مردم و ...)	1 روز	3 روز	7 روز	15 روز
8	ارائه خدمات درمانی در منزل، ارائه خدمات غیر بیمه‌ای مانند ارائه مشاوره‌های درمانی، نوبت‌دهی، ارائه دارو در منزل و ...	ارائه می‌شود	ارائه نمی‌شود		

دو نفره، ۳۰ درصد سه نفره، ۲۵ درصد چهار نفره، ۹ درصد پنج نفره و ۳ درصد شش نفره بود. همچنین ۶۲ درصد از این نمونه، هیچ فرزند زیر ۱۰ سالی نداشتند و در مقابل ۲۸ درصد دارای یک فرزند زیر ده سال و ۹ درصد دارای دو فرزند زیر ده سال و فقط یک درصد دارای ۳ و بیشتر فرزند زیر ده سال بودند. به علاوه، تعداد افراد بالای ۶۰ سال خانوار، در ۱۲/۵ درصد نمونه، یکی و در ۹ درصد نمونه، دو تا و در کمتر از یک درصد نمونه، ۳ و بیشتر بود.

آمار توصیفی متغیرهای مرتبط با وضعیت سلامت شرکت‌کنندگان وضعیت سلامت مردم می‌تواند بر ترجیحات آنها برای ویژگی‌های مختلف بسته بیمه درمان تکمیلی تأثیرگذار باشد.

براساس اطلاعات جمع‌آوری شده در پرسش‌نامه‌ها:

- ۷ درصد نمونه سیگاری بودند و ۹۳ درصد سیگاری نبودند؛
- ۸۹ درصد برای مدت طولانی، دارویی خاصی مصرف نکرده و فقط ۱۱ درصد آنها برای مدت طولانی داروی خاصی را مصرف می‌کنند؛
- ۸۶ درصد طی یک ماه گذشته احساس بیماری نداشتند و ۱۴ درصد احساس بیماری داشتند؛
- ۵۶ درصد ورزش می‌کردند و ۴۴ درصد ورزش نمی‌کردند؛
- ۹۰ درصد به‌طور مستقل به انجام کارهای روزمره خود می‌پرداختند و ۱۰ درصد فاقد این توانایی بودند؛
- ۳۸ درصد سابقه جراحی نداشتند و ۶۲ درصد سابقه جراحی داشتند؛
- ۸۸ درصد در حال حاضر نیاز به درمان نداشتند و ۱۲ درصد نیاز به درمان داشتند؛
- ۶۳ درصد سابقه ناراحتی در گردن و کمر نداشتند و ۳۷ درصد سابقه ناراحتی در گردن و کمر داشتند؛
- ۸۶ درصد سابقه بستری در بیمارستان در یک سال گذشته نداشتند و ۱۴ درصد داشتند؛
- ۵۸ درصد، سابقه ابتلای اعضای خانواده به انواع بیماری‌های مزمن نداشتند و ۴۲ درصد داشتند؛
- ۹۸ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های خونی در طول ۵ سال گذشته نداشتند و ۲ درصد داشتند؛
- ۹۱ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های گوارشی در طول ۵ سال گذشته نداشتند و ۹ درصد داشتند؛
- ۹۵ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های گوش، حلق، بینی و چشم در طول ۵ سال گذشته نداشتند و ۵ درصد داشتند؛
- ۹۱ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های استخوان و مفاصل در طول ۵ سال گذشته نداشتند و ۹ درصد داشتند؛
- ۹۴ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های غدد در طول ۵ سال گذشته نداشتند و ۶ درصد داشتند؛
- ۸۰ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های دندانی در طول ۵ سال گذشته نداشتند و ۲۰ درصد داشتند؛
- ۹۶ درصد سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی - عروقی در طول ۵ سال گذشته نداشتند و ۴ درصد داشتند.

و سطوح مختلف برای هریک از آنها تعیین و برای انتخاب تعداد مشخصی از سناریوها وارد مرحله ارتوگونال شد. فهرست ویژگی‌ها همراه سطوح مربوط به هریک از آنها در جدول ۳ آورده شده است. نتایج پژوهش در خصوص هدف سوم: تعیین سناریوهای ممکن بیمه‌ای برای بیمه‌نامه‌های درمان تکمیلی

در این مرحله با روش ارتوگونال ۳۲ سناریو انتخاب و به دو بلوک ۱۶ تایی تقسیم شد. در بلوک‌بندی سعی بر آن بود که همه سطوح مربوط به هریک از ویژگی‌ها تا حد امکان به‌طور مساوی در هر دو بلوک توزیع شوند. سپس در هر بلوک ۱۶ سناریو به ۸ جفت سناریو تبدیل شد. در جفت کردن سناریوها با هم نیز سعی شد تا کمترین مشابهت در سطوح مربوط به هر کدام از ویژگی‌ها وجود داشته باشد و همچنین تلاش شد تا حد امکان تمام سطوح مختلف هر ویژگی به‌طور زوجی با هم مقایسه شوند. به علاوه، دو پرسش‌نامه براساس ترکیب سناریوهای مربوطه طراحی شد که پایه تحلیل‌های بعدی قرار گرفت.

نتایج پژوهش در خصوص اهداف چهارم تا ششم

پاسخگویی به سه هدف آخر، مستلزم تحلیل جزء-به-جزء پرسش‌نامه است که در این بخش انجام می‌پذیرد. در این مقاله، داده‌ها با استفاده از رگرسیون لاجستیک تحلیل شده است. داده‌ها در دو مدل متغیرهای کمی و کیفی تحلیل می‌شود. در مدل کمی با ویژگی‌های وارد شده در تحلیل توأمان به‌صورت داده‌های کمی برخورد شده، اما در مدل کیفی، داده‌های مربوط به ویژگی به‌صورت کیفی (رتبه‌ای) تحلیل شده است. در ابتدا این تحلیل‌ها برای کل داده‌ها انجام می‌شود. سپس برای بررسی ترجیحات افراد شرکت‌کننده برحسب ویژگی‌های دموگرافیک (زمینه‌ای) و اجتماعی - اقتصادی، تحلیل‌ها براساس این ویژگی‌ها انجام خواهد شد. این تحلیل‌ها امکان مقایسه ترجیحات افراد را در گروه‌های مختلف فراهم می‌کند. در آخر نیز تمایل به پرداخت نهایی برای ویژگی‌های بیمه درمان به‌صورت کلی و در دو مدل کمی و کیفی برای متغیرهای مورد مطالعه محاسبه می‌شود. این تمایل به پرداخت براساس نرخ جانشینی بین ویژگی‌های مختلف و حق بیمه به دست آمد.

ویژگی‌های دموگرافیک

براساس پرسش‌نامه‌های جمع‌آوری شده مشخص شد که ۵۵ درصد پاسخ‌دهندگان، مرد و ۴۵ درصد آنها زن بودند. همچنین ۲۸ درصد، مجرد و ۷۰ درصد متأهل بودند (دو درصد نیز گزینه «سایر» را انتخاب کرده‌اند). از نظر تحصیلات نیز، ۲ درصد زیر دبیرستان، ۹ درصد فوق‌دیپلم، ۵ درصد لیسانس، ۲۷ درصد فوق‌لیسانس و ۴ درصد تحصیلات بالاتر دارند. به علاوه ۴۹ درصد نمونه، سرپرست خانوار بوده و ۵۱ درصد، سرپرست خانوار نبودند. از نظر اشتغال، ۸ درصد شاغل در بخش دولتی، ۷۳ درصد شاغل در بخش خصوصی، ۵ درصد خانه‌دار و ۳ درصد بیکار بودند (بازده درصد نیز گزینه «سایر» را انتخاب کرده‌اند). بعد خانوار در نمونه مورد بررسی، ۴ درصد تک‌نفره، ۲۴ درصد

جدول ۴. نتایج مدل رگرسیونی متغیرهای کمی برای استخراج ترجیحات شرکت‌کنندگان در مورد ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی
Table 4. The results of the regression model of quantitative variables for extracting the preferences of the participants regarding the characteristics of supplementary health insurance

انتخاب	ضریب	S.E.	z	P>z	فاصله اطمینان 95%
خدمات بستری و جراحی	0.0070	0.0005	13	0.000	0.006
خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی	0.001	0.005	0.19	0.846	- 0.009
خدمات ویزیت و دارو	- 0.0066	0.005	- 1.18	0.239	- 0.175
خدمات دندان‌پزشکی	0.0656	0.0049	13.26	0.000	0.0559
مراکز طرف قرارداد	0.20211	0.0177	11.41	0.000	0.167
ارائه خدمات درمانی در منزل	0.0878	0.027	3.18	0.001	0.0337
میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات	- 0.01	0.003	- 2.76	0.006	- 0.017
حق بیمه ماهانه به‌ازای هر نفر	- 0.0008629	0.243	- 3.55	0.000	- 1.339
تعداد پاسخ‌دهندگان: 851	تعداد مشاهدات: 13616				

McFadden's R2 = 0.287

p > chi2 = 0.0000

P value F test = 0.012

P value for normality test of residuals = 0.63

جدول ۵. نتایج مدل رگرسیونی متغیرهای کمی برای استخراج ترجیحات شرکت‌کنندگان در مورد ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی (نسبت شانس)
Table 5. The results of the regression model of quantitative variables for extracting the preferences of the participants regarding the characteristics of supplementary health insurance (odds ratio)

انتخاب	نسبت شانس	S.E.	Z	P>z	فاصله اطمینان 95%
خدمات بستری و جراحی	1.007	0.00054	13.02	0.000	1.006
خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی	1.001	0.0053	0.19	0.846	0.990
خدمات ویزیت و دارو	0.9934	0.0055	- 1.18	0.239	0.9825
خدمات دندان‌پزشکی	1.0678	0.0052	13.26	0.000	1.05
مراکز طرف قرارداد	1.22	0.021	11.41	0.000	1.18
ارائه خدمات درمانی در منزل	1.09	0.03	3.18	0.001	1.03
میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات	0.99	0.0035	- 2.76	0.006	0.982
حق بیمه ماهانه به‌ازای هر نفر	0.4219	0.1026	- 3.55	0.000	0.26
تعداد پاسخ‌دهندگان: 851	تعداد مشاهدات: 13616				

McFadden's R2 = 0.301

p > chi2 = 0.0000

P value F test = 0.02

P value for normality test of residuals = 0.58

خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی نیز در این مدل معنادار نشده است. در این بخش نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک آمده است. از نرم‌افزار استاتا (Stata) برای انجام تحلیل‌ها استفاده شد. در جدول ۴ ویژگی‌ها به‌عنوان متغیرهای کمی وارد مدل شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، مراکز طرف قرارداد، ارائه خدمات در منزل، و خدمات دندان‌پزشکی به‌ترتیب بیشترین میزان مطلوبیت را دارند و خدمات دارو و ویزیت، میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات و همچنین حق بیمه مطلوبیت منفی دارند و با افزایش آنها مطلوبیت حاصله کاهش پیدا کرده است که برای دو مورد آخر این امر انتظار می‌رود. شایان ذکر است، ضریب

در این بخش نتایج حاصل از مدل رگرسیون لجستیک آمده است. از نرم‌افزار استاتا (Stata) برای انجام تحلیل‌ها استفاده شد. در جدول ۴ ویژگی‌ها به‌عنوان متغیرهای کمی وارد مدل شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، مراکز طرف قرارداد، ارائه خدمات در منزل، و خدمات دندان‌پزشکی به‌ترتیب بیشترین میزان مطلوبیت را دارند و خدمات دارو و ویزیت، میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات و همچنین حق بیمه مطلوبیت منفی دارند و با افزایش آنها مطلوبیت حاصله کاهش پیدا کرده است که برای دو مورد آخر این امر انتظار می‌رود. شایان ذکر است، ضریب

و نسبت شانس براساس سطوح هریک از ویژگی‌ها به‌عنوان متغیرهای رتبه‌ای بررسی می‌شود. جدول ۶ ضرایب مطلوبیتی را نشان می‌دهد که به‌ازای هر سطح از خدمات به دست می‌آید. این جدول، اطلاعات بیشتر و دقیق‌تری در خصوص ویژگی‌های بسته بیمه درمان تکمیلی به‌خصوص سطوح ویژگی‌ها ارائه می‌کند.

نتایج رگرسیون لجستیک نشان می‌دهد که بالاترین سطح مطلوبیت، مربوط به ارائه پوشش ۱۰ میلیون تومانی خدمات دندان‌پزشکی است (۰/۹۷). همچنین ارائه پوشش ۱۰۰ میلیون تومانی برای خدمات جراحی و بستری (نسبت به پوشش ۱۰ میلیون تومانی) و همچنین عقد قرارداد با تمامی مراکز (مراکز بیمارستانی، کلینیک‌ها، داروخانه و مراکز تشخیصی) نسبت به وضعیتی که با هیچ مرکزی قرارداد عقد نشود، به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۷ مطلوبیت ایجاد خواهند کرد. شایان ذکر است پوشش ۳ و ۵ میلیون تومانی برای ویزیت و دارو باعث افزایش مطلوبیت خواهد شد، اما پوشش بالاتر

مراکز طرف قرارداد ۴ سطح تعیین شده و هر سطح نسبت به سطح قبل مراکز بیشتری طرف قرارداد قرار گرفته است، تفسیر مدل کمی، چندان مناسب نیست، زیرا فاصله بین لایه‌ها مساوی نیست، لذا برای چنین ویژگی‌هایی در تحلیل توأمان، مدل‌های کیفی و سطوح مختلف را نسبت به سطح اول مقایسه می‌کند، مناسب‌تر و منطقی‌تر است). خدمات دارو و ویزیت، میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات و همچنین حق‌بیمه دارای نسبت شانس کمتر از یک بودند و این موضوع نشان می‌دهد با افزایش مقدار این ویژگی‌ها، شانس انتخاب بسته کاهش خواهد یافت. شایان ذکر است که نسبت شانس برای دو خدمت ویزیت و دارو و خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی معنادار نشده است.

ارائه نتایج رگرسیون برای سطوح مختلف ویژگی‌های بسته خدمت در مدل‌های کیفی در این قسمت برای کل جمعیت مطالعه، میزان تغییرات مطلوبیت

جدول ۶ نتایج مدل رگرسیونی متغیرهای کیفی برای استخراج ترجیحات شرکت‌کنندگان در مورد ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی

Table 6. The results of the regression model of qualitative variables for extracting the preferences of the participants regarding the characteristics of supplementary health insurance

فصله اطمینان	P value	انحراف استاندارد	ضریب	سطح پوشش	خدمت
0.32	0.12	0.000	0.0532	0.2252	30 خدمات بستری و جراحی (پایه 10 میلیون تومان)
0.37	0.15	0.000	0.0536	0.2649	50
1.006	0.78	0.000	0.0557	0.8975	100
- 0.08	- 0.29	0.001	0.055	- 0.18	3 خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی (پایه 1 میلیون تومان)
- 0.31	- 0.53	0.000	0.055	- 0.42	5
- 0.02	- 0.23	0.016	0.053	- 0.12	10
0.46	0.24	0.000	0.056	0.35	3 خدمات ویزیت و دارو (پایه 1 میلیون تومان)
0.26	0.05	0.002	0.05	0.16	5
0.06	- 0.14	0.5	0.05	- 0.03	10
0.8	0.59	0.000	0.05	0.69	3 خدمات دندان‌پزشکی (پایه 1 میلیون تومان)
0.55	0.34	0.000	0.05	0.44	5
1.08	0.87	0.000	0.05	0.97	10
0.29	0.08	0.001	0.05	0.18	تنها مراکز بیمارستانی
0.83	0.61	0.000	0.05	0.72	مراکز طرف قرارداد (هیچ مرکزی طرف قرارداد نیست)
0.98	0.76	0.000	0.05	0.87	مراکز بیمارستانی، کلینیک‌ها، داروخانه و مراکز تشخیصی
0.359	0.208	0.000	0.05	0.28	ارائه خدمات درمانی در منزل (پایه صفر معادل عدم ارائه)
0.216	0.002	0.045	0.05	0.1	3 میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات (پایه 1 روز)
- 0.26	- 0.48	0.000	0.05	- 0.37	7
0.14	0.069	0.484	0.05	0.038	15
0.2	- 0.576	0.371	0.2	- 0.18	حق‌بیمه ماهانه به‌ازای هر نفر
			13616		تعداد مشاهدات

McFadden's R2 = 0.359

p > chi2 = 0.0000

P value F test = 0.03

P value for normality test of residuals = 0.48

جدول ۷. نتایج مدل رگرسیونی متغیرهای کیفی برای استخراج ترجیحات شرکت‌کنندگان در مورد ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی (نسبت شانس)
Table 7. The results of the regression model of qualitative variables for extracting the preferences of the participants regarding the characteristics of supplementary health insurance (odds ratio)

فاصله اطمینان	P value	انحراف استاندارد	نسبت شانس	سطح پوشش	خدمت
1.39	1.12	0.000	0.066	1.25	30
1.44	1.17	0.000	0.069	1.3	50
2.73	2.1	0.000	0.13	2.4	100
0.92	0.74	0.001	0.045	0.82	3
0.72	0.58	0.000	0.036	0.65	5
0.97	0.79	0.016	0.047	0.87	10
1.59	1.28	0.000	0.08	1.4	3
1.3	1.06	0.002	0.06	1.17	5
1.07	0.86	0.5	0.05	0.96	10
2.2	1.8	0.000	0.1	2	3
1.7	1.4	0.000	0.08	1.5	5
2.9	2.3	0.000	0.14	2.6	10
1.3	1.08	0.001	0.06	1.2	تنها مراکز بیمارستانی
2.2	1.8	0.000	0.11	2.06	مراکز بیمارستانی و کلینیک‌ها
2.66	2.14	0.000	0.13	2.3	مراکز بیمارستانی، کلینیک‌ها، داروخانه و مراکز تشخیصی
1.4	1.2	0.000	0.05	1.3	ارائه خدمات درمانی در منزل (پایه صفر معادل عدم ارائه)
1.24	1.002	0.045	0.06	1.1	3
0.76	0.61	0.000	0.037	0.68	7
1.15	0.93	0.48	0.057	1.039	15
1.2	0.56	0.371	0.16	0.9998	حق بیمه ماهانه به‌ازای هر نفر (واحد هزار تومان)
13616					تعداد مشاهدات
McFadden's R2 = 0.212					
p > chi2 = 0.0000					
P value F test = 0.002					
P value for normality test of residuals = 0.71					

این ویژگی‌هاست. حق بیمه نیز دارای نسبت شانس کمتر از ۱ است و نشان می‌دهد با هر هزار تومان افزایش در حق بیمه، شانس انتخاب بسته ۲ صدم درصد کمتر می‌شود.

ترجیحات برحسب متغیرهای دموگرافیک (زمینه‌ای) و اجتماعی - اقتصادی شرکت‌کنندگان در ادامه تأثیر متغیرهای دموگرافیک (زمینه‌ای) و اجتماعی - اقتصادی شرکت‌کنندگان همچون جنسیت، سن، وضعیت تأهل، تحصیلات، سرپرست بودن، نوع بیمه و ابتلا به بیماری‌های مزمن بر ترجیحات آنها بررسی می‌شود. شایان ذکر است که به دلیل محدودیت در حجم مقاله، از ارائه جداول مربوط به خروجی‌های رگرسیونی خودداری و صرفاً به ارائه نتایج بسنده می‌شود.

جنسیت

• مطلوبیت خدمات بستری و جراحی در مردان بیشتر از زنان است.

یعنی ۱۰ میلیون تومانی باعث کاهش مطلوبیت خواهد شد هرچند که این کاهش از لحاظ آماری معنادار نیست. جالب توجه اینکه برحسب خروجی رگرسیون لجستیک، خدمات پاراکلینیک و توان بخشی دارای تأثیر کاهشی بر مطلوبیت بسته بیمه درمان تکمیلی بوده است. ارائه خدمات مراقبت در منزل دارای ضریب مثبت ۰/۲۸ است و حق بیمه و همچنین افزایش تعداد روزهای پاسخگویی به بیمه‌شده‌ها دارای ضریب منفی بوده و باعث کاهش مطلوبیت آنها خواهد شد.

در جدول ۷، نسبت شانس پذیرش بیمه درمان تکمیلی براساس سطوح مختلف ویژگی‌های آن آمده است. مشابه جدول قبل، بالاترین نسبت شانس مربوط به پوشش ۱۰۰ میلیون تومانی و پوشش خدمات دندان پزشکی تا ۱۰ میلیون تومان و عقد قرارداد با تمامی مراکز است، به طوری که این سه مورد به ترتیب ۲/۴، ۲/۶ و ۲/۰۶ برابر نسبت شانس انتخاب بسته را افزایش می‌دهند. برای خدمات پاراکلینیک و توان بخشی و همچنین سرعت پاسخگویی به شکایات و انجام فرایندهای اداری با افزایش سطح، نسبت شانس کمتر از ۱ است و این به معنی کاهش شانس انتخاب بسته با افزایش سطوح

پوشش بیمه پایه (دارند یا ندارند)

• اغلب ضرایب برای گروه فاقد پوشش بیمه پایه غیرمعنادار است. حق بیمه در گروه فاقد پوشش بیمه پایه دارای ضریب مثبت است و نسبت شانس بالاتر از ۱ است، اما از نظر آماری معنادار نیست.

نوع پوشش بیمه پایه/افراد

• ضرایب مطلوبیت و نسبت شانس برای خدمات بستری و جراحی در گروه غیر تأمین اجتماعی برای دو سطح ۳۰ و ۵۰ میلیون تومان بیشتر از افراد با بیمه تأمین اجتماعی است.

• خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی در هر دو گروه برای هر سه سطح دارای ضرایب منفی است.

• مراکز طرف قرارداد و ارائه خدمات مراقبت در منزل، در هر دو گروه دارای ضرایب و نسبت شانس تقریباً برابری است.

• حق بیمه در هر دو گروه دارای ضریب منفی است و نسبت شانس کمتر از ۱ است، اما از نظر آماری معنادار نیست.

وضعیت مصرف دارو برای مدت طولانی

• ضرایب مطلوبیت و نسبت شانس در گروه با مصرف دارو برای مدت طولانی برای هر سه سطح خدمات بستری و جراحی و همچنین مراقبت در منزل بیشتر از افراد بدون مصرف طولانی مدت دارو است.

• تقاضا و مطلوبیت خدمات دندان‌پزشکی در گروه بدون مصرف طولانی مدت دارو بیشتر از گروه با مصرف طولانی مدت دارو است.

• خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی در هر دو گروه برای هر سه سطح دارای ضرایب منفی است.

• دارو و ویزیت در سطح سوم دارای ضریب منفی است، ولی در هر دو گروه معنادار نیست.

• حق بیمه در هر دو گروه دارای ضریب منفی و نسبت شانس کمتر از ۱ است، اما از نظر آماری معنادار نیست.

وضعیت شغلی/افراد

• ضرایب مطلوبیت و نسبت شانس در هر سه گروه برای هر سه سطح خدمات بستری و جراحی و همچنین مراقبت در منزل تقریباً شبیه به هم است و تفاوت جهت‌داری در آن دیده نمی‌شود.

• تقاضا و مطلوبیت خدمات دندان‌پزشکی در گروه شاغل در بخش خصوصی بیشتر از دو گروه دیگر است.

• خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی در هر سه گروه برای هر سه سطح دارای ضرایب منفی است، ولی روند یا تفاوت مشخصی بین سه گروه از نظر ترجیحات دیده نمی‌شود.

• در هر سه گروه با افزایش تعداد مراکز طرف قرارداد، مطلوبیت بیشتری ایجاد می‌شود و ضرایب بالاتر می‌رود. همچنین نسبت شانس انتخاب بسته در هر سه گروه با افزایش تعداد و تنوع مراکز طرف قرارداد بیشتر می‌شود.

• دارو و ویزیت در سطح سوم در شاغلان دولتی دارای ضرایب

• بالاترین ضریب مطلوبیت برای خدمات دندان‌پزشکی ۱۰ میلیون تومان برای زنان و در هر سه سطح، مطلوبیت زنان برای خدمات دندان‌پزشکی بیشتر از مردان است.

• مراکز طرف قرارداد نیز با ضریب‌های بالا و تقریباً یکسان برای هر دو جنس از اهمیت تقریباً یکسانی برخوردار است.

• ضریب خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی برای هر سه سطح نسبت به سطح پایه برای هر دو جنس دارای ضریب منفی و این ضریب در مردان بیشتر از زنان است.

• ضریب حق بیمه در زنان مثبت و همچنین نسبت شانس در زنان برای حق بیمه بیشتر از یک است که نشان می‌دهد با افزایش حق بیمه، مطلوبیت و نسبت شانس آنها بالاتر رفته، هرچند این عدد از نظر آماری معنادار نیست.

وضعیت تأهل

• برای خدمات دندان‌پزشکی، ضرایب و نسبت شانس در مجردها در تمامی سطوح بیشتر از متأهلان است.

• در هر دو گروه در تمامی سطوح مطلوبیت، خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی دارای ضریب منفی است. همچنین خدمات بستری و جراحی و پاراکلینیک و توان‌بخشی، از نظر ضرایب مطلوبیت و نسبت شانس تفاوت قابل توجهی با هم نداشتند.

• در هر دو گروه حق بیمه دارای ضریب منفی و نسبت شانس کمتر از یک است. در مجردان و متأهلان به ترتیب با افزایش یک هزار تومان در حق بیمه، نسبت شانس انتخاب ۲ و ۴ صدم درصد کمتر می‌شود.

وضعیت سرپرست خانوار

• برای خدمات دندان‌پزشکی، ضرایب و نسبت شانس در کسانی که سرپرست خانوار نیستند (مشابه مجردها در جدول قبل) نسبت به سرپرستان خانوار بالاتر است.

• گروه غیرسرپرستان خانوار خدمات مراقبت در منزل را بیشتر از گروه سرپرستان خانوار جذاب دانسته و ضرایب و نسبت شانس آن در تمامی سطوح این خدمت در بیشتر است.

• در هر دو گروه در تمامی سطوح مطلوبیت خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی دارای ضریب منفی است.

• مراکز طرف قرارداد در هر دو گروه دارای بالاترین ضرایب در میان تمامی سطوح خدمات بوده و این ضرایب و همچنین نسبت شانس آن در گروه غیرسرپرستان بیشتر از سرپرستان خانوار است.

• خدمات بستری و جراحی و پاراکلینیک و توان‌بخشی از نظر ضرایب مطلوبیت و نسبت شانس تفاوت چشمگیری با هم ندارند.

• ضریب حق بیمه در گروه غیرسرپرستان مثبت و همچنین نسبت شانس آن بالاتر از یک است. برخلاف آن، حق بیمه در گروه سرپرستان خانوار دارای ضریب منفی و نسبت شانس کمتر از یک است.

خدمات ارائه می‌شود، سپس در جدول ۸ تمایل به پرداخت نهایی برای سطوح مختلف ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی در مدل کیفی بیان خواهد شد.

مدل متغیرهای کمی: با در نظر گرفتن متغیرهای کمی، تمایل به پرداخت شرکت‌کنندگان در مطالعه برای هر یک میلیون افزایش در پوشش خدمات بیمه درمان محاسبه شده است. طبق نتایج، تمایل به پرداخت شرکت‌کنندگان برای افزایش ۱۰ میلیون تومانی در افزایش پوشش، ۸۲۱۱ ریال افزایش در حق بیمه است. نتایج نشان داد که بیشتر تمایل به پرداخت نهایی مربوط به خدمات مراکز طرف قرارداد با ۲۳۴۲۲۲ ریال و ارائه مراقبت در منزل با ۱۰۱۸۲۲ ریال است. بین پوشش خدمات، بیشترین تمایل به پرداخت برای خدمات دندان‌پزشکی است، با ۷۶۰۲۶ ریال به‌ازای هر یک میلیون افزایش در پوشش دندان‌پزشکی. در مورد خدمات ویزیت و دارو و میانگین سرعت ارائه خدمات، عدد تمایل به پرداخت منفی است، به این معنی که افراد حاضرند بابت عدم دریافت این خدمات چقدر از حق بیمه‌شان کمتر بشود (هرچند در مدل کیفی، تمایل به پرداخت برای ۲ سطوح اول مقایسه، یعنی ۳ و ۵ میلیون تومان ویزیت و دارو مثبت است و فقط در سطح آخر که پوشش ۱۰ میلیون تومان است، علامت آن منفی است). مدل متغیرهای کیفی: جدول ۹ تمایل به پرداخت را به‌ازای حرکت در سطوح مختلف ویژگی‌ها نشان می‌دهد و بیان می‌دارد افراد بابت افزایش پوشش از یک سطح به سطح بعدی چقدر حاضرند پرداخت کنند. تمایل به پرداخت برای سطوح مختلف ویژگی‌های بیمه درمان تکمیلی نشان داد که بیشترین مقدار تمایل به پرداخت مربوط افزایش پوشش خدمات دندان‌پزشکی به ۱۰ میلیون تومان است و افراد حاضرند بابت آن ۵۴۰۲۷۶۴ ریال بپردازند. بعد از آن بالاترین نرخ تمایل به پرداخت برای پوشش خدمات عمل جراحی با ۱۰۰ میلیون تومان و عقد قرارداد با مراکز بیمارستانی، کلینیک‌ها، داروخانه و مراکز تشخیصی به‌ترتیب با ۴۹۵۸۷۴۶ و ۴۸۱۶۹۴۲ ریال است. تمایل به پرداخت نهایی برای خدمات پاراکلینیکی در همه سطوح منفی بود و در واقع این مقدار نشان‌دهنده تمایل به قبول است.

منفی و در دو گروه دیگر مثبت است، ولی از نظر آماری در هر سه گروه معنادار نیست.

• حق بیمه در هر دو گروه شاغل در بخش دولتی و شاغل در بخش خصوصی دارای ضریب منفی است و نسبت شانس کمتر از ۱ است، و در گروه «سایر» دارای ضریب مثبت است، ولی از نظر آماری در هر سه گروه معنادار نیست.

وضعیت پوشش بیمه درمان تکمیلی/افراد

- ضرایب مطلوبیت و نسبت شانس در گروهی که دارای بیمه درمان تکمیلی انفرادی است، بیشتر از دو گروه دیگر است.
- تقاضا و مطلوبیت خدمات دندان‌پزشکی در گروه با بیمه درمان تکمیلی گروهی بیشتر از دو گروه دیگر است.
- خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی در هر سه گروه برای هر سه سطح دارای ضرایب منفی است، ولی روند یا تفاوت مشخصی بین سه گروه از نظر ترجیحات دیده نمی‌شود.
- در هر سه گروه با افزایش تعداد مراکز طرف قرارداد، مطلوبیت بیشتری ایجاد می‌شود و ضرایب بالاتر می‌رود. همچنین نسبت شانس انتخاب بسته در هر سه گروه با افزایش تعداد و تنوع مراکز طرف قرارداد بیشتر می‌شود.
- خدمات ویزیت و دارو در گروه فاقد بیمه درمان تکمیلی در دو سطح ۵ و ۱۰ میلیون تومانی دارای ضرایب منفی است. اما در سطح ۳ میلیون تومان در هر سه گروه دارای ضریب مثبت است، ولی از نظر آماری معنادار نیست.
- حق بیمه در گروه دارای بیمه درمان تکمیلی انفرادی، دارای ضریب مثبت و نسبت شانس بیشتر از ۱ است، ولی در دو گروه دیگر دارای ضرایب منفی و نسبت شانس بیشتر از ۱ است.

تمایل به پرداخت

در این بخش، ابتدا تمایل به پرداخت برای هر یک میلیون افزایش در پوشش بیمه درمان تکمیلی، ارائه مراقبت در منزل و همچنین سطوح مختلف شبکه مراکز طرف قرارداد و سرعت پاسخگویی و ارائه

جدول ۸. تمایل به پرداخت نهایی شرکت‌کنندگان برای افزایش در پوشش خدمات

Table 8. Final Willingness to pay of participants for an increase in service coverage

تمایل به پرداخت نهایی (تومان)	انتخاب
8211	خدمات بستری و جراحی
1198	خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی
-7652	خدمات ویزیت و دارو
76026	خدمات دندان‌پزشکی
234222	مراکز طرف قرارداد
101822	ارائه خدمات درمانی در منزل
-11622	میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات

جدول ۹. تمایل به پرداخت نهایی شرکت‌کنندگان برای سطوح مختلف ویژگی‌های هفت‌گانه بسته بیمه درمان تکمیلی
Table 9. Final Willingness to pay of the participants for different levels of the seven supplementary health insurance features

ضریب	سطح پوشش	خدمت
1244278	30	خدمات بستری و جراحی (پایه 10 میلیون تومان)
1463742	50	
4958746	100	
-1045126	3	خدمات پاراکلینیک و توان‌بخشی (پایه 1 میلیون تومان)
-2356278	5	
-712015	10	
1987436	3	خدمات ویزیت و دارو (پایه 1 میلیون تومان)
900726	5	
-198209	10	
3861709	3	خدمات دندان‌پزشکی (پایه 1 میلیون تومان)
2476862	5	
5402764	10	
1038502	فقط مراکز بیمارستانی	مراکز طرف قرارداد (هیچ مرکزی طرف قرارداد نیست)
4004087	مراکز بیمارستانی و کلینیک‌ها	
4816942	مراکز بیمارستانی، کلینیک‌ها، داروخانه و مراکز تشخیصی	
1570219	ارائه می‌شود	ارائه خدمات درمانی در منزل (پایه صفر معادل عدم ارائه)
605659	3	میانگین سرعت پاسخگویی و ارائه خدمات (پایه 1 روز)
-2082210	7	
214216	15	

قرارداد با همه مراکز، به‌ویژه مطب‌ها و داروخانه و مراکز تشخیصی نشان داده‌اند. در ایران بیشترین مراجعه سرپایی مردم برای مطب‌ها، داروخانه‌ها و مراکز تشخیصی مانند سونوگرافی، سی‌تی‌اسکن، آزمایشگاه و ... است و نقش بخش خصوصی در این زمینه پررنگ‌تر است. از طرفی با توجه به اینکه عمده مردم در ایران دارای پوشش بیمه پایه هستند، سهم بیمه درمان تکمیلی در این خدمات اغلب مبلغ ناچیزی است و مردم زمان کافی برای ارائه مدارک به بیمه و دریافت هزینه را ندارند. لذا بهترین گزینه برای آنها عقد قرارداد بیمه درمان تکمیلی با این مراکز و دریافت خدمت رایگان است و ترجیح بر این است که خود مراکز سرپایی اقدام به جمع‌آوری و ارائه مدارک کنند. در هر دو مدل کمی و کیفی، خدمات دندان‌پزشکی نیز دارای تمایل به پرداخت بالایی بود که مجدداً با توجه به عدم پوشش خدمات دندان‌پزشکی در بیمه‌های پایه ایران، این یافته‌ها با شرایط موجود کشور همخوانی دارد. در مورد خدمات ویزیت و دارو و میانگین سرعت ارائه خدمات، عدد تمایل به پرداخت منفی است، به این معنی که افراد حاضرند بابت عدم دریافت این خدمات چقدر از حق بیمه‌شان کمتر بشود (هرچند در مدل کیفی، تمایل به پرداخت برای ۲ سطوح اول مقایسه، یعنی ۳ و ۵ میلیون تومان ویزیت و دارو مثبت است و فقط در سطح آخر که پوشش ۱۰ میلیون تومان است، علامت آن منفی است).

جمع بندی و پیشنهادها

براساس نتایج حاصل از پژوهش، افراد مطلوبیت بیشتری

شایان ذکر است که برای بررسی تمایل به پرداخت نهایی، استفاده از مدل‌های کیفی ارجح‌تر از مدل‌های کمی است و میزان هزینه‌ای را که افراد حاضرند بابت دریافت سطح بعدی هر ویژگی پرداخت کنند، مشخص می‌کند. به همین دلیل برای ویژگی‌های پوشش هزینه‌های خدمات مختلف از جمله بستری، پاراکلینیک و توان‌بخشی، دارو، ویزیت و دندان‌پزشکی، تمایل به پرداخت در مدل کیفی بسیار بالاتر از مدل کمی است که منطقی است. شایان ذکر است برای ویژگی‌های کیفی اسمی و یا رتبه‌ای مثل ارائه خدمات در منزل، سرعت پاسخگویی و انجام فعالیت، و مراکز طرف قرارداد، از آنجاکه اختلاف سطوح آنها دارای ارزش کمی مشخصی نیستند، استفاده از مدل‌های کیفی منطقی‌تر است. یعنی به‌طور مثال مردم چقدر حاضرند بابت حرکت از سطح اول ویژگی مراکز طرف قرارداد که «هیچ مرکزی تحت قرارداد نیست» به سطح بعدی که «فقط مراکز بیمارستانی تحت قراردادند» پرداخت کند. تفاوت بین این دو سطح به هیچ وجه از نظر ارزشی و عددی برابر با اختلاف دو سطح بعدی، یعنی «مراکز بیمارستانی و درمانگاه‌ها» و «مراکز بیمارستانی و درمانگاه‌ها، داروخانه‌ها، مطب‌ها و مراکز تشخیصی» نیست. به همین دلیل در چنین شرایطی استفاده از مدل‌های کیفی منطقی‌تر به نظر می‌رسد. در هر دو مدل، مردم بیشترین تمایل به پرداخت را برای خدمات دندان‌پزشکی و ارائه مراقبت در منزل و مراکز درمانی تحت قرارداد داشته‌اند. بزرگی این عدد، نشان می‌دهد مردم ارزش زیادی برای سطوح بالاتر این ویژگی‌ها دارند. یعنی همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد مردم ارزش زیادی برای سطح چهارم، یعنی عقد

از خدمات بستری کسب می‌کنند. لذا به نظر می‌رسد تقویت پوشش بیمه‌های درمان تکمیلی از نظر این خدمات مطلوبیت و اثرات رفاهی بیشتری برای جامعه داشته باشد. پوشش هزینه‌های بستری به ویژه در بخش خصوصی تأثیر زیادی بر رفاه افراد جامعه دارد. اما با در نظر گرفتن هزینه بیشتر بستری در بخش خصوصی، افزایش نسبتاً بیشتر پوشش خدمات بستری عمومی نیز می‌تواند همین اثرات را برای افراد داشته باشد. به علاوه، نتایج نشان می‌دهد که مطلوبیت خدمات بستری و جراحی در گروه مردان بیشتر از گروه زنان است. از طرفی شواهد نشان می‌دهد در ایران زنان نسبت به مردان بیشتر احتمال دارد درصدد استفاده از مراقبت‌های سلامت برآیند. همچنین زنان سطح بالاتر پوشش خدمات سرپایی و مردان سطح بالاتر خدمات بستری را ترجیح می‌دهند.

مشارکت نویسندگان

نسرين حضارمقدم و محيا عباسي: مفهوم و طرح موضوع، نسرين حضارمقدم و محمد بازيار: مروري بر ادبيات پژوهش، جمع‌آوری مطالعات مرتبط و تدوين مدل پژوهش، نسرين حضارمقدم: کنترل چهارچوب تدوين و استانداردهای پژوهشی، محمد بازيار و ميترا قنبرزاده: پایایی و روایی پرسش‌نامه و نتیجه‌گیری.

تشکر و قدردانی

از پیشنهادهای داوران محترم که به غنای علمی مقاله کمک کردند، بسیار سپاسگزاریم.

تعارض منافع

نویسنده (گان) اعلام می‌دارند که در خصوص انتشار این مقاله تضاد منافع وجود ندارد. علاوه بر این، موضوعات اخلاقی شامل سرقت ادبی، رضایت آگاهانه، سوءرفتار، جعل داده‌ها، انتشار و ارسال مجدد و مکرر توسط نویسندگان رعایت شده است.

دسترسی آزاد

کپی‌رایت نویسنده (ها) ©2024: این مقاله تحت مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution 4.0 اجازه استفاده، اشتراک‌گذاری، اقتباس، توزیع و تکثیر را در هر رسانه یا قالبی مشروط بر درج نحوه دقیق دسترسی به مجوز CC و منوط به ذکر تغییرات احتمالی بر روی مقاله می‌داند. لذا به استناد مجوز یادشده، درج هرگونه تغییرات در تصاویر، منابع و ارجاعات یا سایر مطالب از اشخاص ثالث در این مقاله باید در این مجوز گنجانده شود، مگر اینکه در راستای اعتبار مقاله به اشکال دیگری مشخص شده باشد. در صورت درج نکردن مطالب یادشده و یا استفاده فراتر از مجوز بالا، نویسنده ملزم به دریافت مجوز حق نسخه‌برداری از شخص ثالث است.

به منظور مشاهده مجوز بین‌المللی Creative Commons Attribution 4.0 به نشانی زیر مراجعه شود:

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

یادداشت ناشر

ناشر نشریه پژوهشنامه بیمه با توجه به مرزهای حقوقی در نقشه‌های منتشرشده بی‌طرف باقی می‌ماند.

از خدمات بستری کسب می‌کنند. لذا به نظر می‌رسد تقویت پوشش بیمه‌های درمان تکمیلی از نظر این خدمات مطلوبیت و اثرات رفاهی بیشتری برای جامعه داشته باشد. پوشش هزینه‌های بستری به ویژه در بخش خصوصی تأثیر زیادی بر رفاه افراد جامعه دارد. اما با در نظر گرفتن هزینه بیشتر بستری در بخش خصوصی، افزایش نسبتاً بیشتر پوشش خدمات بستری عمومی نیز می‌تواند همین اثرات را برای افراد داشته باشد. به علاوه، نتایج نشان می‌دهد که مطلوبیت خدمات بستری و جراحی در گروه مردان بیشتر از گروه زنان است. از طرفی شواهد نشان می‌دهد در ایران زنان نسبت به مردان بیشتر احتمال دارد درصدد استفاده از مراقبت‌های سلامت برآیند. همچنین زنان سطح بالاتر پوشش خدمات سرپایی و مردان سطح بالاتر خدمات بستری را ترجیح می‌دهند.


همچنین پوشش خدمات دندان‌پزشکی یکی از ویژگی‌هایی است که نسبت به سایر خدمات، مطلوبیت بالایی برای افراد ایجاد می‌کند. ضمن آنکه مطلوبیت زنان برای خدمات دندان‌پزشکی بیشتر از مردان است. شواهد نشان می‌دهد بیمه‌شده‌های تأمین اجتماعی مطلوبیت بیشتری از این ویژگی به دست می‌آورند و سایر افراد تقریباً نسبت به پوشش این خدمت بیمه‌ای بی‌تفاوت بودند. به نظر می‌رسد با توجه به ارائه خدمات دندان‌پزشکی به بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی، این افراد تجربه بیشتری در استفاده از این خدمات دارند که این باعث افزایش توجه این افراد به این خدمات شده است. بنابراین به نظر می‌رسد تجربه استفاده از خدمات بر مطلوبیت آتی آن‌ها تأثیرگذار باشد.

به علاوه، در میان خدمات مورد بررسی، سطح پایین پوشش خدمات پاراکلینیکی و توان‌بخشی، کمترین مقدار مطلوبیت و تمایل به پرداخت را برای افراد دارد و حتی دارای مطلوبیت منفی بود. همین‌طور، اهمیت حق بیمه و عدم مطلوبیت آن برای افراد برحسب سن، جنسیت، درآمد، تحصیلات و سایر خصوصیات متفاوت است. بنابراین نباید همه افراد جامعه حق بیمه یکسانی بپردازند. لذا لازم به نظر می‌رسد دولت بر تعیین حق بیمه نظارت کند و حق بیمه افراد با استطاعت مالی پایین را بارانده‌ی کند.

از دیگر نتایج، آن است که افراد در زیرگروه‌های مختلف ترجیحات و تمایل به پرداخت متفاوتی نسبت به خدمات تحت پوشش بیمه سلامت دارند. ارائه خدمات یک‌شکل در بسته بیمه درمان تکمیلی می‌تواند مطلوبیت افراد را کاهش دهد. همچنین در صورت اختیاری بودن، احتمال خروج افراد از طرح‌های بیمه درمان تکمیلی را افزایش می‌دهد. بنابراین ارائه بیمه‌های دارای بسته‌های مزایای متنوع موجب خواهد شد تا افراد براساس ترجیحات خود بیمه مناسب را انتخاب کنند. این کار تا حد زیادی انتخاب معکوس را کاهش می‌دهد. یکی از راهکارهایی که می‌توان پیشنهاد داد ایجاد بسته‌های بیمه در چند سطح و با حق بیمه‌های متفاوت است.

- Abihiro, G.A.; Leppert, G.; Mbera, G.B.; Robyn, P.J.; De Allegri, M., (2014). Developing attributes and attribute-levels for a discrete choice experiment on micro health insurance in rural Malawi. *BMC. Health. Serv. Res.*, 14(1): 1-15 **(15 Pages)**.
- Asgary, A.; Willis, K.; Taghvaei, A.K.; Rafeian, M., (2004). Estimating rural households' willingness to pay for health insurance. *Eur. J. Health. Econ.*, 5(3): 209-215 **(7 Pages)**.
- Babatunde, O.A.; Akande, T.M.; Salaudeen, A.G.; Aderibigbe, S.A.; Elegbede, O.E.; Ayodele, L.M., (2012). Willingness to pay for community health insurance and its determinants among household heads in rural communities in north-central Nigeria. *Int. Rev. Social. Sci. Humanit.*, 2(2): 133-142 **(10 Pages)**.
- Becker, K.; Zweifel, P., (2008). Age and choice in health insurance. *Springer. Int. Acad. Health. Preference. Res.*, 1(1): 27-40 **(14 Pages)**.
- Boyle, S., (2011). United Kingdom (England): health system review. *Organ. WH.*, 13(1): 1-483 **(483 Pages)**.
- Gates, R.; McDaniel, C.; Braunsberger, K., (2000). Modeling consumer health plan choice behavior to improve customer value and health plan market share. *J. Bus. Res.*, 48(3): 247-257 **(11 Pages)**.
- Hershey, J.C.; Kunreuther, H.; Schwartz, J.S.; Williams, S.V., (1984). Health insurance under competition: Would people choose what is expected?. *Inq. J. Med. Care. Organ. Provision. Financ.*, 21(4): 349-360 **(12 Pages)**.
- Howlader, M., (2015). A conjoint analysis of micro-health insurance programmes in Bangladesh. *SSRN.*, 1-10 **(10 Pages)**.
- Jafari Samimi, A.; Karimi Petanlar, S.; Mohammadi, T.; Tatar, M., (2019). Estimating willingness to pay for supplementary health insurance using conditional valuation (CV) method and logit regression model. *J. Iran. Econ. Issues.*, 6(1): 61-80 **(20 Pages)**. [In Persian]
- Jofre-Bonet, M.; Kamara, J., (2018). Willingness to pay for health insurance in the informal sector of Sierra Leone. *PLoS ONE.*, 13(5): 1-18 **(18 Pages)**.
- Kananurak, P., (2014). Willingness to pay for voluntary health insurance after retirement in Thailand. *NIDA. Dev. J.*, 54(2): 117-157 **(41 Pages)**.
- Kerssens, J.J.; Groenewegen, P.P., (2005). Consumer preferences in social health insurance. *Eur. J. Health. Econ.*, 6(1): 8-15 **(8 Pages)**.
- Moeeni, M.; Nosratnejad, S., (2019). Never will i give advice till you please to ask me thrice: Estimating willingness to pay for health insurance using different methods with evidence from Iran. *Int. J. Health. Plann. Manag.*, 34(1): 594-601 **(8 Pages)**.
- Mohammadi, B.; Goudarzi, R.; Amiresmaili, M.R.; Barouni, M., (2015). Measuring willingness to pay for supplementary health insurances by contingent value method in Kerman. *Hakim. J.*, 18(2): 130-138 **(9 Pages)**. [In Persian]
- Nanna, A., (2011). Health insurance in developing countries: Willingness to pay for health insurance in Thailand using discrete choice experiment methods. *Curtin university. Centre for international health.*
- Nazari, M.; Asharipour, M.J., (2016). Investigating the price satisfaction and willingness to pay of insurance policyholders for supplementary treatment insurance (Case study: An insurance company). *Iran. J. Insur. Res.*, 5(2): 118-132 **(15 Pages)**. [In Persian]
- Nguyen, L.H.; Hoang, A.T.D., (2017). Willingness to pay for social health insurance in central Vietnam. *Front. Public. Heal.*, 5(89): 1-7 **(7 Pages)**.
- Noor Aizuddin, A.; Sulong, S.; Aljunid, S.M., (2012). Factors influencing willingness to pay for healthcare. *BMC. Public. Health.*, 12(2).
- Noordewier, T.G.; Rogers, D.; Balakrishnan, P.V., (1989). Evaluating consumer preference for private longterm care insurance. *J. Health. Care. Mark.*, 9(4): 34-40 **(7 Pages)**.
- Nosratnejad, S.; Rashidian, A.; Dror, D.M., (2016). Systematic review of willingness to pay for health insurance in low and middle income countries. *PLoS ONE.*, 11(6): 1-14 **(14 Pages)**.
- Obse, A.; Ryan, M.; Heidenreich, S.; Normand, C.; Hailemariam, D., (2016). Eliciting preferences for social health insurance in Ethiopia: A discrete choice experiment. *Health. Policy. Plan.*, 31(10): 1423-1432 **(10 Pages)**.
- Robyn, P.J.; Bärnighausen, T.; Souares, A.; Savadogo, G.; Bicaba, B.; Sié, A.; Sauerborn, R., (2012). Health worker preferences for community-based health insurance payment mechanisms: A discrete choice experiment. *BMC. Health. Serv. Res.*, 12(159): 1-14 **(14 Pages)**.
- Sydavong, T.; Goto, D.; Kawata, K.; Kaneko, S.; Ichihashi, M., (2019). Potential demand for voluntary community-based health insurance improvement in rural Lao people's democratic republic: A randomized conjoint experiment. *PLoS ONE.*, 14(1): 1-21 **(21 Pages)**.
- Van den Berg, B.; Van Dommelen, P.; Stam, P.; Laske-Aldershof, T.; Buchmueller, T.; Schut, F.T., (2008). Preferences and choices for care and health insurance. *Soc. Sci. Med.*, 66(12): 2448-2459 **(12 Pages)**.
- Van der Haar, S., (2013). Demand and willingness-to-pay for health insurance and health cooperatives in Nepal: A discrete choice experiment. *Wageningen university and research centre.*
- Vroomen, J.M.; Zweifel, P., (2011). Preferences for health insurance and health status: Does it matter whether you are Dutch or German. *Eur. J. Health. Econ.*, 12(1): 87-95 **(9 Pages)**.

AUTHOR(S) BIOSKETCHES	معرفی نویسندگان
<ul style="list-style-type: none">Email: hozarmoghadam@irc.ac.irORCID: 0000-0002-3162-1024Homepage: https://www.irc.ac.ir/hozarmoghadam	نسرین حصارمقدم، استادیار گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص، پژوهشکده بیمه، تهران، ایران
<ul style="list-style-type: none">Email: ghanbarzadeh@irc.ac.irORCID: 0000-0003-3486-1338Homepage: https://www.irc.ac.ir/ghanbarzadeh	میترا قنبرزاده، استادیار گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص، پژوهشکده بیمه، تهران، ایران
<ul style="list-style-type: none">Email: bazyar.mohamad@gmail.comORCID: 0000-0003-2543-1862Homepage: https://health.medilam.ac.ir/mhe/	محمد بازاریار، استادیار گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، گروه آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایلام، ایلام، ایران
<ul style="list-style-type: none">Email: Ma-abbasi@razi.tums.ac.irORCID: 0000-0001-6372-9948Homepage: https://sph.tums.ac.ir/	محیا عباسی، دانشجوی دوره دکتری، گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

HOW TO CITE THIS ARTICLE	
<p>Hozarmoghadam, N.; Ghanbarzadeh, M.; Bazyar, M.; Abbasi, M., (2024). Determining the characteristics and levels of supplementary health insurance and estimating consumers' willingness to pay. <i>Iran. J. Insur. Res.</i>, 13(3): 189-206.</p> <p>DOI: 10.22056/ijir.2024.03.01</p> <p>URL: https://ijir.irc.ac.ir/article_160319.html?lang=en</p>	

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی