

تعیین ویژگی‌ها و سطوح بیمه سلامت: مطالعه ای کیفی

محمد رنجبر^۱، علی کاظمی کریانی^۲، میلاد شفیعی^۳، الهام طایفی^{۴*}

^۱ دانشیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
^۲ استادیار، مرکز تحقیقات عوامل محیطی مؤثر بر سلامت، پژوهشکده سلامت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران
^۳ استادیار، مرکز تحقیقات مدیریت و سیاستگذاری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران
^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

* نویسنده مسؤول: الهام طایفی

e.tayefi2020@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: بیمه سلامت یکی از مکانیسم‌های تأمین مالی در بخش سلامت است که هزینه‌های گران و پیش‌بینی نشده ناشی از مراقبت‌های سلامت برای خانوارها را کاهش می‌دهد و این هزینه‌ها را به حق بیمه‌های قابل پیش‌بینی تبدیل می‌کند. هدف این مطالعه شناسایی ویژگی‌ها و سطوح مناسب برای بیمه سلامت است که قادر به توصیف مناسب خدمات مراقبت سلامت باشد.

روش پژوهش: مطالعه حاضر حاصل فاز کیفی روش تحلیل توامان است که در سال ۱۳۹۶ در شهر یزد انجام شد و شامل چندین مرحله بود. ابتدا بررسی متون از طریق جست و جو در سایت‌های معتبر انجام شد و ویژگی‌های مرتبط شناسایی شد. سپس از طریق مصاحبه با ۸ نفر از متخصصان بیمه سلامت و سیاستگذاری سلامت که به روش گلوله برفی انتخاب شده بودند، ویژگی‌های مربوط به بیمه درمانی مشخص و وزن‌دهی انجام گرفت. نهایتاً تیم تحقیق در مورد گنجاندن صفات و سطوح در طرح نهایی پس از چند جلسه پانل با خبرگان، تصمیم گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از این مطالعه نشان داد مهمترین ویژگی‌های بیمه سلامت شامل پوشش خدمات بستری در بخش دولتی، پوشش خدمات بستری در بخش خصوصی، پوشش خدمات سرپایی، پوشش خدمات دارو، پوشش خدمات دندانپزشکی، پوشش هزینه‌های جانبی، پوشش هزینه آزمایش و تصویر برداری و در نهایت حق بیمه است.

نتیجه گیری: سیاست‌گذاران و سازمان‌های بیمه سلامت برای بهبود و ارتقاء بیمه در این حوزه باید به بسته‌های مزایای خدمات سلامت و حق بیمه متناسب با توانایی پرداخت مردم و تورم جامعه توجه داشته باشند. تأکید بر این ویژگی‌ها می‌تواند به ترجیحات و تمایل افراد به پرداخت بیمه سلامت کمک کند و موجب تغییر در نظام بیمه‌ای کشور، برنامه ریزی جهت بهبود بیمه‌های پایه و افزایش مطلوبیت ناشی از بسته‌های بیمه گردد.

واژه‌های کلیدی: بیمه سلامت، پوشش همگانی، بسته بیمه، ترجیحات

کاربرد مدیریتی: تهیه بسته بیمه سلامت با انطباق حداکثری با ترجیحات جامعه هدف

ارجاع: رنجبر محمد، کاظمی کریانی علی، شفیعی میلاد، طایفی الهام. تعیین ویژگی‌ها و سطوح بیمه سلامت: مطالعه‌ای کیفی. راهبردهای مدیریت در نظام سلامت ۱۳۹۹؛ ۸(۱): ۶۰-۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۳۰

تاریخ اصلاح نهایی: ۱۳۹۹/۰۳/۲۶

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۳/۲۶

مقدمه

از طرح تحول بر مبنای سال ۲۰۱۱، ۲/۴ درصد کاهش یافته است اما این مقدار هنوز با توجه به مقدار استاندارد آن بالا است (۵).

طیف گسترده‌ای از موضوعات بر بهره‌وری، کیفیت و برابری خدمات ارائه شده توسط سیستم مراقبت‌های بهداشتی ایران تأثیر گذاشته است. اولین و مهمترین گام در جهت افزایش کارایی، عدالت و کیفیت سیستم بیمه درمانی، تمرکز بر سیاست گذاری مبتنی بر شواهد برای تولید اصلاحات عملی، معقول و جامع است (۱). به همین دلیل بهبود سیستم تأمین مالی همواره توجه سیاست‌گذاران را به خود جلب نموده است. یکی از مناسب‌ترین راه‌های تأمین مالی سلامت ایجاد یک سیستم بیمه‌ای مناسب است که بتواند افراد را در برابر هزینه‌های غیرمنتظره سلامت محافظت کند. در کشور ایران، سازمان‌های بیمه‌گر متعددی وجود دارد که دارای نقاط ضعف زیادی هستند. از جمله وابستگی جدی آن‌ها به سیستم دولتی، نبود شفافیت کافی، فقدان زمان انتظار برای دریافت خدمات، مهم نبودن محاسبات بیمه‌ای و دقیق نبودن حق بیمه‌ها است و تعداد زیادی از این نقاط ضعف مربوط به بسته خدمات سلامت و ویژگی‌های آن است (۶).

مطالعات متعددی در زمینه شناسایی سطوح و ویژگی‌های بیمه سلامت انجام گرفته است؛ کاظمی کرمانی و همکاران (۲۰۱۸) در ایران، آبیرو و همکاران (۲۰۱۴) در مالایو، وان در (۲۰۱۳) در نپال و کانانوراک و همکاران (۲۰۱۳) در تایلند در مطالعات مشابهی ویژگی‌های مهم و اثرگذار بیمه، از قبیل پوشش هزینه‌های سرپایی و یستری، پوشش هزینه‌های پاراکلینیکی، پوشش هزینه‌های مراقبت‌های طولانی مدت و حق بیمه و غیره را مورد بررسی قرار داده‌اند و نتایج قابل تأملی نیز در این زمینه گزارش نموده‌اند (۷-۱۰).

با توجه به محدود بودن شواهد علمی مربوط به ترجیحات مردم ایران در مورد ویژگی‌های بیمه سلامت و نیز با توجه به اهمیت این شواهد در سیاست‌گذاری بیمه سلامت و ایجاد یک سیستم بیمه پویا و متناسب با ترجیحات مردم، هدف این مطالعه تعیین ویژگی‌ها و سطوح مربوط به آن‌ها برای تشخیص ترجیحات مردم شهر یزد برای بیمه سلامت در نظر گرفته شد.

نظام بهداشت و درمان ایران در درجه اول یک سیستم مبتنی بر بیمه است. این ساختار تأثیر مهمی در بهره‌وری و عدالت در ارائه خدمات درمانی در ایران دارد (۱). بیمه سلامت یکی از مکانیسم‌های تأمین مالی سلامت است که در اکثر کشورها از آن به اشکال مختلف استفاده می‌شود. بیمه سلامت موجب می‌شود که هزینه‌های گران و پیش‌بینی‌نشده ناشی از مراقبت‌های سلامت برای خانوارها کاهش یابد و این هزینه‌ها به حق بیمه‌های قابل پیش‌بینی تبدیل شود که این امر تأثیر بسزایی در حفاظت اجتماعی و توسعه اقتصادی افراد جامعه و خصوصاً اقشار آسیب‌پذیری مانند روستاییان دارد (۲).

فقدان پوشش بیمه‌ای مناسب، پرداخت‌های مستقیم برای خدمات سلامت را افزایش می‌دهد و افراد را مجبور می‌کند تا در زمان دریافت خدمات، هزینه آن را بپردازند. این موضوع مردم را از دریافت خدمات اولیه سلامت باز می‌دارد. گسترش پوشش بیمه همگانی، نظام‌های سلامت را از طریق اشکال مختلف پیش‌پرداخت (مانند حق بیمه یا مالیات) به سمت افزایش منابع سوق می‌دهد. با انباشت این منابع می‌توان ریسک را در بین مردم پخش نمود. بنابراین این نوع پوشش بیمه‌ای نظام‌های تأمین مالی را برمی‌انگیزاند تا از این منابع به نحوی مؤثر و عادلانه بهره‌گیری کنند (۳).

یکی از مهمترین عوامل مؤثر در برنامه‌ریزی برای گسترش پوشش بیمه سلامت و تعیین میزان حق بیمه یا ارزش‌گذاری افراد جامعه برای بیمه سلامت، بررسی تمایل به پرداخت مردم است که این می‌تواند راهی برای گسترش پوشش بیمه سلامت و جلوگیری از هزینه‌های پرداخت از جیب و افزایش حفاظت مالی باشد. می‌توان گفت که در مجموع ۳ عامل تجمیع ریسک، ترجیحات جامعه و تمایل به پرداخت آن‌ها، عوامل بسیار مهمی در ایجاد سیستم بیمه سلامت مناسب برای هر جامعه‌ای است (۴).

همان‌طور که قبلاً هم گفته شد در بسیاری از موارد پرداخت از جیب بالا موجب کاهش بهره‌وری از خدمات ضروری سلامت توسط افراد جامعه می‌شود. براساس گزارش وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی ایران در سال ۲۰۱۶ میلادی، میزان پرداخت از جیب مردم نسبت به قبل

روش پژوهش

مطالعه حاضر حاصل فاز کیفی روش تحلیل توامان است که در سال ۱۳۹۶ در شهر یزد انجام گرفت و شامل چند مرحله بوده است. در اولین مرحله، ویژگی‌های مختلف بیمه سلامت مورد شناسایی واقع شدند. اگر ویژگی‌ها شناخته شده نباشند برای شناسایی ویژگی‌ها معمولاً از روش‌های مختلفی مانند مرور متون علمی، بحث گروهی، مصاحبه و پانل خبرگان یا ترکیبی از این روش‌ها استفاده می‌شود (۱۱،۱۲). رایج ترین روش‌های انتخاب ویژگی‌ها در این مطالعات شامل بحث گروهی (focus group)، مرور منابع و مصاحبه با خبرگان بود (۱۲). به علاوه، برخی مطالعات بیش از یک روش برای انتخاب ویژگی‌های نهایی استفاده کرده بودند.

مراحل تعیین ویژگی‌ها و سطوح آن‌ها به صورت زیر بود که ابتدا با بررسی متون علمی مربوط به بیمه سلامت، خصوصیات و ویژگی‌های مهم بسته مزایای بیمه سلامت به دست آمد و فهرستی از آن‌ها تهیه شد. به منظور افزایش دسترسی به منابع و بررسی حجم مناسبی از منابع مرتبط، از یک استراتژی جستجوی گسترده استفاده شد. در این مرحله، انواع بسته خدمات بیمه سلامت، ویژگی‌های بسته‌ها، ویژگی‌های بیمه، سطوح هر ویژگی، انواع بیمه سلامت (health insurance, design features, attributes, attribute-levels) و مواردی از این دست بررسی گردید. این داده‌ها با استفاده از مطالعات کتابخانه‌ای و نیز با استفاده از بانک‌های اطلاعاتی Pubmed، Scopus، Science، Emerald، Google Scholar، Embase، SID و Iran Medex، Direct و نیز موتورهای جستجوی عمومی اینترنت مانند Google، بررسی وبسایت وزارت بهداشت، وبسایت سازمان‌های بیمه سلامت و وبسایت‌های مرتبط با بیمه در کشورهای مختلف و به خصوص کشور ایران از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ جمع‌آوری شد. جستجوی پایگاه داده در خرداد ۱۳۹۶ انجام شد.

معیار ورود عبارت بودند از؛ زبان مقاله که به فارسی یا انگلیسی باشد، بازه زمانی ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ باشد، پژوهش اصیل بوده و متن کامل مقاله در دسترس باشد. مطالعاتی که به صورت مروری، نامه به سردبیر یا گزارش کوتاه بودند، حذف شدند. از جستجو در پایگاه‌های علمی مورد نظر در مجموع به ۸۷ مقاله رسیدیم که با توجه به معیارهای ورود و

خروج، در نهایت ۱۲ پژوهش، وارد مرور نقلی شد. با این بررسی لیستی از ویژگی‌های مختلف و ممکن بیمه سلامت به دست آمد. برخی از ویژگی‌های بیمه سلامت عبارتند از: حق بیمه، پوشش هزینه‌های بستری، پوشش هزینه‌های سرپایی، زمان انتظار برای بستری شدن، زمان انتظار برای دریافت خدمات سرپایی، زمان انتظار برای ویزیت پزشک متخصص، زمان انتظار برای ویزیت پزشک عمومی، پوشش مراقبت‌های طولانی مدت، حق انتخاب بیمارستان-های خصوصی، حق انتخاب نوع دارو، پوشش هزینه‌های دارویی، پوشش هزینه درمان بیماری‌های خاص (سرطان، بیماری‌های کلیوی و غیره)، پوشش خدمات دندان پزشکی، حق انتخاب پزشک معالج و غیره.

پس از تهیه لیست ویژگی‌های بیمه سلامت برای تأیید و تکمیل آن‌ها و تعیین سطوح مرتبط با هر ویژگی با ۸ نفر از متخصصان بیمه سلامت، سیاستگذاری سلامت و کارشناسان تأمین اجتماعی در نیمه دوم سال ۱۳۹۶ مصاحبه شد. معیار ورود متخصصان به مطالعه داشتن حداقل ۵ سال تجربه کار مرتبط با بیمه سلامت و رضایت برای شرکت در مطالعه بود. برای نمونه‌گیری از روش گلوله برفی استفاده شد و رسیدن به اشباع ملاک تعیین حجم نمونه بود.

سؤالات مصاحبه نیمه ساختار یافته به گونه‌ای طراحی شده بودند که از کارشناسان به صورت مستقیم و غیر مستقیم در مورد ویژگی‌های بیمه سلامت سؤال می‌شد. محتوای سؤالات مربوط به ویژگی‌های استخراج شده از بیمه-های درمانی، نقاط قوت و ضعف بیمه‌های درمانی فعلی، عوامل مؤثر بر توانایی برای پراخت، خدمات تحت پوشش، اصلاح الزامات بیمه درمانی فعلی کشور و انتظارات مردم برای بیمه سلامت بود. پس از اتمام مصاحبه خصوصیات مهم بیمه سلامت استخراج شدند. با توجه به نتایج به دست آمده از مصاحبه، لیست نهایی ویژگی‌ها و سطوح بیمه سلامت به دست آمد.

از آنجایی که برای وارد نمودن تعداد ویژگی‌ها و سطوح، محدودیت‌هایی در مطالعات تحلیل توامان وجود دارد که حداقل و حداکثر تعداد ویژگی‌های گزارش شده به ترتیب ۲ و ۱۲ مورد باشد و متوسط تعداد ویژگی‌ها در مطالعات گذشته کمتر از ۸ مورد بوده است (۹،۱۱)، باید ویژگی‌ها و سطوح اولویت‌بندی می‌شد. به این منظور ویژگی‌ها و سطوح، مجدداً با نظر ۸ متخصص بیمه سلامت وزن دهی شدند.

(تعداد مراکز تحت پوشش بیمه)، پوشش ارایه دهندگان دولتی و خصوصی، مراقبت‌های طولانی مدت (برای سالمندان، بیماران مزمن و صعب‌العلاج)، پوشش خدمات پاراکلینیکی، پوشش خدمات توانبخشی، پوشش خدمات روانپزشکی و مشاوره‌ای، زمان انتظار، پوشش هزینه‌های غیرمستقیم و ناملموس، پوشش خدمات پیشگیری و غربالگری، پوشش خدمات بازتوانی، پوشش مراقبت‌های بارداری، پوشش جراحی‌های خاص مانند جراحی قلب و عروق، درمان نازایی.

همانطور که گفته شد بعد از مصاحبه و نظرسنجی از متخصصان، ویژگی‌های نهایی برای استخراج ترجیحات افراد مشخص شد. در نهایت ویژگی‌های نهایی به دست آمده حاصل از مصاحبه‌ها دسته بندی شدند که عبارتند از: پوشش خدمات بستری در بخش دولتی، پوشش خدمات بستری در بخش خصوصی، پوشش خدمات سرپایی، پوشش خدمات دارویی، پوشش خدمات دندانپزشکی، پوشش خدمات جانبی، پوشش هزینه‌های آزمایش و خدمات تصویربرداری و حق بیمه.

وزن دهی ویژگی‌ها و سطوح بیمه توسط متخصصان

روی هم رفته ۲۸ ویژگی از مرور نقلی و مصاحبه‌ها استخراج شد که توسط متخصصین بیمه رتبه بندی شدند. ۱۳ ویژگی هم در مرور منابع و هم در مصاحبه‌ها بیان شده بودند. از این ۱۳ ویژگی ۶ مورد وارد سناریوهای نهایی شدند. ۲ ویژگی نهایی باقیمانده از فهرست ویژگی‌های استخراج شده از مصاحبه‌ها بود. ویژگی‌هایی مانند "هزینه به ازای هر ویزیت دکتر"، "مزایای چشم پزشکی"، زمان انتظار بیمارستان"، "متوسط زمان انتظار برای ویزیت سرپایی"، "مزایای فیزیوتراپی" و "حمل و نقل" که از مرور منابع استخراج شده بودند رتبه‌های بیشتر از ۸ را کسب نمودند و در طراحی نهایی وارد نشدند. ۸ ویژگی پوشش خدمات بستری در بخش دولتی (عمومی)، خدمات بستری در بخش خصوصی، خدمات سرپایی، دارو، خدمات دندانپزشکی، هزینه‌های جانبی (خدمات مشاوره و روانپزشکی، عصاره، عینک و غیره)، خدمات آزمایشگاهی و تصویر برداری و حق بیمه ماهانه (به ازای هر نفر) پس از وزن دهی متخصصان و نظر تیم پژوهش به عنوان ویژگی‌های نهایی انتخاب شدند. ویژگی‌های حاصل از مرور نقلی و مصاحبه با متخصصان بیمه و ویژگی‌های نهایی انتخاب شده پس از رتبه بندی توسط خبرگان در جدول ۱ آمده است.

هریک از ویژگی‌ها وزن ۱ تا ۸ گرفتند و در نهایت با جمع بندی وزن‌های محاسبه شده، ویژگی‌های مهمتر اولویت بندی شدند. برای اولویت بندی سطوح مرتبط با هر ویژگی نیز، طیفی از سطوح ممکن با نظر تیم پژوهش تعیین شد و از متخصصان درخواست شد که ۳ سطح مناسب برای هر یک از ویژگی‌ها را انتخاب نمایند. سپس با جمع بندی تعداد دفعاتی که هر سطح از یک ویژگی انتخاب شده بود، سطوح پیشنهادی هر یک از ویژگی‌ها اولویت بندی شد. در نهایت طی ۲ جلسه ویژگی‌ها و سطوح، توسط تیم پژوهش بررسی و تایید نهایی شدند.

لازم به ذکر است که تاییدیه اخلاق به شماره IR.SSU.SPH.REC.1396.148 نیز از دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد برای انجام این پژوهش اخذ گردید و تمام موارد اخلاقی نیز مد نظر پژوهشگر قرار گرفت.

یافته‌ها

مروری بر منابع

رایج ترین روش‌های انتخاب ویژگی‌ها در این مطالعات شامل بحث گروهی، مرور منابع و مصاحبه با خبرگان بود (۱۲). به علاوه، برخی مطالعات بیش از یک روش برای انتخاب ویژگی‌های نهایی استفاده کرده بودند. حداقل و حداکثر تعداد ویژگی‌های گزارش شده به ترتیب ۲ (۱۰) و ۱۲ مورد بود (۱۳-۱۴). از جست و جو در پایگاه‌های علمی مورد نظر بین سال‌های ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ در مجموع به ۸۷ مقاله رسیدیم. با توجه به معیارهای ورود و خروج در نهایت به ۱۲ پژوهش وارد مرور نقلی شد.

مصاحبه با خبرگان

با ۸ نفر از متخصصان بیمه سلامت مصاحبه نیمه ساختار یافته انجام شد. در این مصاحبه‌ها، بیشتر متخصصان کیفیت، دسترسی به خدمات، سطح پوشش خدمات، حق بیمه، نقاط قوت و ضعف بیمه‌های کنونی و ویژگی‌های یک بیمه ایده آل را مورد بحث قرار دادند. ویژگی‌های بیمه که در این مصاحبه‌ها به آن‌ها اشاره شد بیشتر شامل بسته مزایای خدمات سلامت بود. ویژگی‌هایی که مصاحبه شونده‌ها بر آن‌ها تاکید داشتند عبارتند از: پوشش خدمات بستری، پوشش خدمات سرپایی، مقدار حق بیمه، کیفیت خدمات، پوشش تجهیزات پزشکی (مانند پروتز، ارتز و غیره)، پوشش خدمات دندانپزشکی، دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمات

جدول ۱: ویژگی‌های استخراج شده از مرور منابع و مصاحبه با خبرگان و ویژگی‌های نهایی

ردیف	ویژگی	منبع مرور منابع	مصاحبه	تایید نهایی (Y/N)*	ردیف	ویژگی	منبع مرور منابع	مصاحبه	تایید نهایی (Y/N)*
۱	انتخاب بیمارستان	•	•	N	۱۵	حمل و نقل	•	•	N
۲	حق بیمه ماهیانه	•	•	Y	۱۶	مراقبت‌های طولانی مدت	•	•	N
۳	هزینه هر ویزیت پزشک	•	•	N	۱۷	کیفیت مراقبت (بستری/سرپایی)	•	•	N
۴	هزینه داروهای تجویزی	•	•	Y	۱۸	مزایای بیماری‌های خاص مانند سرطان و بیماری‌های کلیوی	•	•	N
۵	حق انتخاب دارو (ژنریک/برند)	•	•	N	۱۹	مزایای مشاوره روانپزشکی و مشاوره	•	•	Y
۶	مزایای مراقبت‌های پیشگیری	•	•	N	۲۰	مزایای خدمات نازایی	•	•	N
۷	خدمات دندانپزشکی	•	•	Y	۲۱	مزایای مراقبت‌های بارداری	•	•	N
۸	مزایای چشم پزشکی	•	•	N	۲۲	مزایای بیمارستان‌های عمومی	•	•	Y
۹	پوشش خدمات بستری	•	•	Y	۲۳	مزایای بیمارستان‌های خصوصی	•	•	Y
۱۰	مزایای فیزیوتراپی	•	•	N	۲۴	تعداد مراکز سرپایی و بستری	•	•	N
۱۱	زمان انتظار بیمارستان	•	•	N	۲۵	مزایای تجهیزات پزشکی (مانند اروتر، پزوتز، لنز و...)	•	•	N
۱۲	متوسط زمان انتظار برای بخش سرپایی	•	•	N	۲۶	خدمات پاراکلینیکی	•	•	Y
۱۳	دسترسی به دارو پوشش هزینه‌های	•	•	N	۲۷	آزمایشات غربالگری	•	•	N
۱۴	ناملموس (رفت و آمد، روزهای غیبت از کار، زمان انتظار و ...)	•	•	N	۲۸	هزینه جراحی	•	•	N

Yes/No*

سطوح پوشش، بدون پوشش و فقط خدمات پیشگیری به عنوان سطوح نهایی در نظر گرفته شد. همچنین برای هزینه‌های جانبی، سطوح ۷۰ درصد، ۵۰ درصد و عدم پوشش انتخاب گردید. در طراحی نهایی حق بیمه‌ها در سطح ۳۰ هزار، ۴۰ هزار و ۵۰ هزار تومان وارد شدند (جدول ۲).

در نهایت پوشش ۷۰، ۸۰ و ۹۰ درصدی، برای هزینه‌های بستری در بخش دولتی و هزینه‌های دارویی به عنوان سطوح این ویژگی‌ها انتخاب شد. سطوح پوشش ۵۰، ۷۰ و ۹۰ درصدی، برای هزینه‌های بستری در بخش خصوصی و هزینه‌های سرپایی و هزینه‌های آزمایش و تصویر برداری انتخاب شد. برای خدمات دندانپزشکی

جدول ۲: ویژگی‌های استخراج شده برای بیمه پایه سلامت و سطوح آن

ردیف	ویژگی‌ها	سطح ۱	سطح ۲	سطح ۳
۱	حق بیمه ماهیانه برای هر نفر	۳۰۰۰۰ تومان	۴۰۰۰۰ تومان	۵۰۰۰۰ تومان
۲	پوشش هزینه‌های بستری در بخش دولتی	۷۰ درصد	۸۰ درصد	۹۰ درصد
۳	پوشش هزینه‌های بستری خصوصی	۵۰ درصد	۷۰ درصد	۹۰ درصد
۴	پوشش هزینه‌های سرپایی	۵۰ درصد	۷۰ درصد	۹۰ درصد
۵	پوشش هزینه‌های دارویی	۷۰ درصد	۸۰ درصد	۹۰ درصد
۶	پوشش خدمات دندانپزشکی	بدون پوشش	فقط خدمات پیشگیری	-
۷	پوشش هزینه‌های جانبی از قبیل آمبولانس، عینک، عصا و مشاوره و روانپزشکی و سایر موارد	۷۰ درصد	۵۰ درصد	عدم پوشش
۸	پوشش هزینه‌های آزمایش و خدمات تصویربرداری	۵۰ درصد	۷۰ درصد	۹۰ درصد

بحث

این مطالعه با هدف استخراج ویژگی‌ها و سطوح بیمه سلامت انجام شد. ویژگی‌های اولیه با عبور از چند فیلتر مناسب پالایش شدند که در نهایت بر اساس یافته‌های این مطالعه مهمترین ویژگی‌های بیمه سلامت شامل پوشش خدمات بستری در بخش دولتی (شامل ۳ سطح ۷۰ درصد، ۸۰ درصد و ۹۰ درصد)، پوشش خدمات بستری در بخش خصوصی (شامل ۳ سطح ۵۰ درصد، ۷۰ درصد و ۹۰ درصد)، پوشش خدمات سرپایی (شامل ۳ سطح ۵۰ درصد، ۷۰ درصد و ۹۰ درصد)، خدمات دندانپزشکی (شامل ۲ سطح بدون پوشش و فقط خدمات پیشگیری)، خدمات پاراکلینیکی (شامل ۳ سطح ۵۰ درصد، ۷۰ درصد و ۹۰ درصد)، دارو (شامل ۳ سطح ۷۰ درصد، ۸۰ درصد و ۹۰ درصد) و پوشش هزینه‌های جانبی (شامل ۳ سطح ۷۰ درصد، ۵۰ درصد و عدم پوشش) بودند.

این نکته قابل ذکر است که شرایط هر کشوری از نظر ویژگی‌های بیمه سلامت با سایر کشورها متفاوت است. اما با توجه به اینکه مطالعات داخلی در مورد ویژگی‌های بیمه سلامت خیلی اندک بود، از مطالعات کشورهای دیگر هم استفاده شد. همچنین برای اطمینان از مناسب بودن ویژگی‌های انتخاب شده، از روش‌های مکملی مانند روش‌های کیفی از جمله مصاحبه هم بهره گرفته شد، که این کار به تکمیل فهرست ویژگی‌ها و نهایی کردن آن‌ها و تعدیل ویژگی‌ها بر اساس شرایط جامعه هدف کمک می‌کند (۱۲). آبیرو و همکاران (۲۰۱۴) پس از مرور منابع و تعیین ویژگی‌های اولیه برای تکمیل ویژگی‌های نهایی بیمه سلامت در کشور مالاوی از مصاحبه و بحث گروهی استفاده نمودند (۷). کوست و همکاران (۲۰۱۲) اعتقاد دارند مصاحبه برای انتخاب ویژگی‌های مورد مطالعه روش مناسبی است و معتقدند مصاحبه در این گونه مطالعات می‌تواند در شناسایی ویژگی‌ها مفید باشد و فرآیند استخراج آن‌ها را تقویت کند (۱۴). در مطالعه حاضر نیز برای تکمیل فهرست اولیه ویژگی‌ها با متخصصین بیمه سلامت مصاحبه به عمل آمد. ویژگی‌های حاصل از مرور منابع و مصاحبه توسط کارشناسان و متخصصین بیمه وزن دهی شد، که این کار چارچوب نسبتاً مناسبی را برای انتخاب سطوح ایجاد کرد.

در ایران بخش خصوصی و دولتی در ارائه سطح دوم و سوم خدمات سلامت نقش دارند. بسیاری از خدمات سطح

دوم و سوم پر هزینه هستند و در سال‌های اخیر بخش قابل توجهی از خدمات سلامت با پرداخت از جیب تامین مالی می‌شود (۱۵). بنابراین کاهش پرداخت از جیب مردم برای خدمات سلامت مورد توجه بسیاری از سیاست‌گذاران سلامت و دولت است. در مطالعه حاضر اکثر مصاحبه‌شوندگان، هم معتقد بودند یک بیمه مناسب باید سطح بالایی از پوشش هزینه‌ها و محافظت مالی برای خدمات مختلف را فراهم کند.

کارشناسان معتقدند از آنجایی که بستری در بیمارستان یکی از خدمات پر هزینه است، نیازمند پوشش بیمه‌ای مناسب می‌باشد. شواهد مطالعه کاووسی و همکاران (۲۰۱۲) در ایران نشان داد بین مراقبت‌های بستری و افزایش پرداخت مستقیم از جیب و هزینه‌های اسفبار ارتباط معنی داری وجود دارد (۱۶). از آنجایی که اعتقاد بر این است که بخش خصوصی خدمات با کیفیت بالاتری را ارائه می‌دهد، پوشش بیمه‌ای برای بخش خصوصی می‌تواند افراد را به سوی بیمه سوق دهد. از طرف دیگر بستری در بخش خصوصی احتمال تحمیل شدن هزینه‌های اسف بار را افزایش می‌دهد (۱۵). بنابراین در این مطالعه ۲ ویژگی پوشش هزینه‌های بستری در بخش خصوصی و دولتی به عنوان ۲ ویژگی جداگانه در نظر گرفته شد.

در این مطالعه طبق نظر متخصصین پوشش هزینه‌های بستری در بخش خصوصی و دولتی، پوشش هزینه‌های سرپایی، پوشش هزینه‌های دارویی، پوشش خدمات دندانپزشکی، پوشش هزینه‌های جانبی و پوشش هزینه‌های آزمایشگاهی و خدمات تصویربرداری به عنوان ویژگی‌های بیمه سلامت، لحاظ شد. کانانوراک (۲۰۱۵) در مطالعه خود در تایلدن هزینه‌های مراقبت‌های سلامت بخش بستری، هزینه‌های مراقبت سلامت در بخش سرپایی، هزینه مراقبت‌های طولانی مدت، هزینه از دست رفته به ازای هر روز بستری در بیمارستان و حق بیمه سلامت را به عنوان ویژگی‌های بیمه سلامت اختیاری در تایلدن در نظر گرفته است (۱۷). پژوهشی که توسط آبس و همکاران (۲۰۱۶) در اتیوپی انجام شد، چندین ویژگی که عبارتند از: نوع ارائه دهنده خدمات سلامت، پوشش خدمات بستری، پوشش خدمات سرپایی و پوشش هزینه‌های دارویی را نظر گرفتند (۱۸). ون دن برگ و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود در

سیاست‌های بیمه‌ای مورد نظر فراهم می‌کند و همخوانی نتایج مدل‌های برآورد شده در پژوهش با انتظارات پژوهشگر و شواهد علمی، بیانگر اعتبار تئوریک قوی رویکرد تحلیل توامان می‌باشد.

به هر حال این مطالعه نیز همانند سایر مطالعات با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که از آن جمله می‌توان فرضی بودن سناریوهای پیشنهاد شده برای بیمه سلامت اشاره نمود یا به عبارت دیگر ترجیحات آشکار شده با تصمیماتی که افراد در دنیای واقعی می‌گیرند متفاوت است.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که بسته‌های مزایای بیمه سلامت و حق بیمه از مهمترین ویژگی‌هایی هستند که باید در طراحی بسته‌های مربوط به ویژگی‌های نهایی برای ایرانیان گنجانده شوند. سیاست‌گذاران و سازمان‌های بیمه سلامت برای بهبود و ارتقاء بیمه در این حوزه باید به بسته‌های مزایای خدمات سلامت و حق بیمه متناسب با توانایی پرداخت مردم و تورم جامعه توجه داشته باشند. تأکید بر این ویژگی‌ها می‌تواند به ترجیحات و تمایل افراد به پرداخت بیمه سلامت کمک کند و موجب تغییر در نظام بیمه‌ای کشور، برنامه ریزی جهت بهبود بیمه‌های پایه و افزایش مطلوبیت ناشی از بسته‌های بیمه گردد.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله از کلیه افرادی که در انجام این مطالعه ایشان را یاری نموده‌اند تشکر و قدردانی نمایند.

مشارکت نویسندگان

طراحی پژوهش: م. ر. الف. ط. ع. ک. ک. م. ش

جمع‌آوری داده‌ها: الف. ط

تحلیل داده‌ها: ع. ک. ک. م. ر. الف. ط

نگارش و اصلاح مقاله: م. ر. الف. ط. ع. ک. ک. م. ش

سازمان حمایت‌کننده

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی با کد ۴۷۹۸-می-باشد که توسط دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد مورد حمایت قرار گرفته است.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

هلند کیفیت خدمات بهداشتی درمانی مراکز درمانی، کیفیت خدمات مشتری مداری و حق بیمه را به عنوان ویژگی‌های مورد بررسی برای بیمه سلامت در نظر گرفتند (۱۹). مطالعه کاظمی کریان و همکاران (۲۰۱۸) در مورد ترجیحات مردم ایران در مورد بیمه سلامت، هزینه‌های بستری در بخش خصوصی و دولتی، پوشش خدمات سرپایی، پوشش خدمات دندانپزشکی، پوشش خدمات پاراکلینیکی و توانبخشی، مراقبت‌های طولانی مدت و حق بیمه ویژگی‌های بیمه سلامت در نظر گرفته بودند (۹).

در مطالعه حاضر پوشش محدود خدمات سرپایی و دندانپزشکی نیز یکی دیگر از نقاط ضعف بیمه‌های سلامت کشور شناخته شد. مطالعه کاوسی و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که خدمات سرپایی، دندانپزشکی نیز شانس مواجهه با هزینه‌های کمرشکن را در ایران افزایش می‌دهد (۱۶). همچنین پوشش هزینه‌های این خدمات ممکن است تأثیر بسزایی در جستجوی درمان در موقع نیاز داشته باشد (۲۰). یافته‌های فاز اول مطالعه همچنین نشان داد که پوشش بیمه‌های کنونی ایران برای خدمات پاراکلینیکی، توان بخشی و تجهیزات پزشکی (شامل پروتز، ارتوز و غیره) مناسب نیست. بنابراین افزایش پوشش این خدمات و کاهش شکاف موجود در پوشش این خدمات ممکن است باعث افزایش تمایل به پرداخت افراد برای بیمه‌های سلامت شود. بنابراین این ویژگی‌ها برای بررسی تأثیر آن‌ها وارد مطالعه شد. مطالعه آبیرو و همکاران (۲۰۱۴) در ملاوی نیز خدمات پاراکلینیکی را به عنوان یک ویژگی نهایی در نظر گرفته است (۲۱).





در انتها لازم به یادآوری است که این مطالعه از نقاط قوت و مزایایی برخوردار بوده است که اعتبار مطالعه را تقویت می‌کند. از جمله مهمترین نقاط قوت این مطالعه می‌توان به روایی و پایایی بالای مطالعه به واسطه استفاده از رویکرد تحلیل توامان اشاره نمود. رویکرد تحلیل توامان که یکی از تکامل یافته‌ترین رویکردها مبتنی بر ترجیحات اظهار شده می‌باشد برخلاف روش ارزش گذاری مشروط به واسطه پرسش غیرمستقیم از مخاطبان، تورش‌های حاصل از پاسخ‌های رفتاری و استراتژیک را به حداقل رسانده و با بهره‌گیری از مدل‌های پیچیده رگرسیونی، امکان ارزشگذاری مؤلفه‌های مؤثر بر ترجیحات مخاطبان را فراهم می‌سازد. همچنین این مطالعات مبتنی بر انتخاب، چارچوبی را برای سنجش واکنش‌های جامعه هدف برای



References

- 1) Davari M, Haycox A, Walley T. The Iranian Health Insurance System; Past Experiences, Present Challenges And Future Strategies. *Iranian J Publ Health* 2012; 41(9): 1-9.
- 2) Ogundeji YK, Akomolafe B, Ohiri K, Butawa NN. Factors influencing willingness and ability to pay for social health insurance in Nigeria. *PloS ONE* 2019; 14(8): e0220558. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220558>.
- 3) Gbadeyan RA, Aremu MA, Adeoti JO. A Study on Sources of Health Financing in Nigeria: Implications for Health care Marketers and Planners. *J of Economics and Business Research* 2016; 22(1): 90-109.
- 4) Nanna A. Health insurance in developing countries: willingness to pay for health insurance in Thailand using discrete choice experiment methods [Ph.D. Thesis]. Australia: Curtin University, Centre for International Health; 2011.
- 5) Peikanpour M, Esmaeli S, Yousefi N, Aryaeinezhad A, Rasekh H. A review of achievements and challenges of Iran's health transformation plan. *Payesh* 2018; 17(5): 481-94. [Persian]
- 6) Ramezani M, Abolhalaj M, Bastani P, Fazl Hashemi SE, Hamidi H. Islamic Republic of Iran Health System Financing: Weak and Strength Points with a Qualitative Attitude. *World J Med Sci* 2013; 8(3): 231-7. doi: 10.5829/idosi.wjms. 2013. 8.3.73163.
- 7) Abihiro GA, Leppert G, Mbera GB, Robyn PJ, De Allegri M. Developing attributes and attribute-levels for a discrete choice experiment on micro health insurance in rural Malawi. *BMC Health Services Research* 2014; 14(1): 235-50.
- 8) Kananurak P. An Economic Analysis of Voluntary Health Insurance after Retirement [Ph.D. Thesis]. Thailand: School of Development Economics; 2013.
- 9) Kazemi Karyani A, Rashidian A, Akbari Sari A, Emamgholipour Sefiddashti S. Developing attributes and levels for a discrete choice experiment on basic health insurance in Iran. *Med J Islam Repub Iran* 2018; 32(1): 147-50. doi: 10.14196/mjiri.32.26.
- 10) Van der HS. Demand and Willingness-to-pay for Health Insurance and Health Cooperatives in Nepal: a Discrete Choice Experiment [Msc. Thesis]. Netherlands: Wageningen University and Research Centre, 2013.
- 11) de Bekker-Grob EW, Bliemer MCJ, Donkers B, Essink-Bot ML, Korfaage IJ, Roobol MJ, et al. Patients' and Urologists' Preferences for Prostate Cancer Treatment: A Discrete Choice Experiment. *Br J Cancer* 2013; 109(3): 633-40. doi: 10.1038/bjc.2013.370.
- 12) de Bekker-Grob EW, Ryan M, Gerard K. Discrete Choice Experiments in Health Economics: A Review of the Literature. *Health Econ* 2012; 21(2): 145-72. doi: 10.1002/hec.1697.
- 13) Kerssens JJ, Groenewegen PP. Consumer Preferences in Social Health Insurance. *Eur J Health Econ* 2005; 6(1): 8-15. doi: 10.1007/s10198-004-0252-3.
- 14) Coast J, Al-Janabi H, Sutton EJ, Horrocks SA, Vosper AJ, Swancutt DR, et al. Using Qualitative Methods for Attribute Development for Discrete Choice Experiments: Issues and Recommendations. *Health Econ* 2012; 21(6): 730-41. doi: 10.1002/hec.1739.
- 15) Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments?. *International Journal of Health Care Finance and Economics* 2011; 11(4): 267-85.
- 16) Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour AR, et al. Inequality in Household Catastrophic Health Care Expenditure in a Low-Income Society of Iran. *Health Policy Plan* 2012; 27(7): 613-23. doi: 10.1093/heapol/czs001.
- 17) Kananurak P. Willingness to Pay for Voluntary Health Insurance after Retirement in Thailand. *NIDA Development Journal* 2015; 54(2): 117-57.
- 18) Obse A, Ryan M, Heidenreich S, Normand Ch, Hailemariam D. Eliciting preferences for social health insurance in Ethiopia: a discrete choice experiment. *Health Policy Plan* 2016; 31(10): 1423-32. doi: 10.1093/heapol/czw084.
- 19) Van den Berg B, Van Dommelen P, Stam P, Laske-Aldershof T, Buchmueller T, Schut FT. Preferences and choices for care and health insurance. *Social Science & Medicine* 2008;66(12): 2448-2459.
- 20) Hajizadeh M, Nghiem HS. Hospital care in Iran: an examination of national health system performance. *International Journal of Healthcare Management* 2013; 6(3): 201-10. doi: <https://doi.org/10.1179/2047971913Y.0000000042>.
- 21) Abihiro GA, Torbica A, Kwalamasa K, De Allegri M. Eliciting Community Preferences for Complementary Micro Health Insurance: A Discrete Choice Experiment in Rural Malawi. *Soc Sci Med* 2014; 120:160-8. doi: 10.1016/j.socscimed. 2014.09.021.

Determining Health Insurance Attributes and Levels: A qualitative study

Mohammad Ranjbar¹ , Ali Kazemi Karyani² , Milad Shafiei³ ,
Elham Tayefi^{4*} 

¹ Associate Professor, Health Policy and Management Research Center, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

² Assistant Professor, Environmental Determinants of Health Research Center, Health Institute, Kermanshah University of Medical Sciences, Kermanshah, Iran

³ Assistant Professor, Health Policy and Management Research Center, Department of Healthcare Management, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

⁴ MSc student in Healthcare Management, Health Policy and Management Research Center, School of Public Health, Shahid Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd, Iran

* **Corresponding Author:** Elham Tayefi
e.tayefi2020@gmail.com

ABSTRACT

Citation: Ranjbar M, Kazemi Karyani A, Shafiei M, Tayefi E. Determining Health Insurance Attributes and Levels: A qualitative study. *Manage Strat Health Syst* 2020; 5(1): 60-8.

Received: January 20, 2020

Revised: June 15, 2020

Accepted: June 15, 2020

Funding: This study has been supported by Shahid Sadoughi University of Medical Sciences (NO 4798).

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

Background: Health insurance is one of the financing mechanisms in the health sector that reduces expensive and unforeseen costs of the health care for households and converts these costs into predictable premiums. The purpose of this study was to identify the appropriate attributes and levels using the discrete choice experiments for health insurance, which can describe health care services appropriately.

Methods: The present study is the result of a qualitative phase of the simultaneous analysis that was conducted in 2017 in Yazd and included several stages. First, the literature was reviewed through a search on valid websites to identify the related features. Later, 8 health insurance and health policy makers, sampled by snowball method, were interviewed and specific health insurance weighting characteristics were assessed. Eventually, the research team decided to include the traits and levels in the final design after several panel meetings with the experts.

Results: The findings of this study showed that the most important attributes of health insurance included: public hospitals, and private hospitals benefits, outpatient services, drug service coverage, dental insurance coverage, Para clinical services, medication and medical equipment cost coverage, and monthly premium.

Conclusion: Policymakers and health insurance organizations need to focus on health and premium benefit packages appropriate to people's ability to pay and community inflation to improve insurance coverage in this area. These attributes can help individuals to pay for health insurance and lead to changes in the insurance system of the country. They also enhance planning to improve basic insurance and increase the benefits of insurance packages.

Key words: Health insurance, Public coverage, Insurance package, Preferences