



گزارش پژوهشی

بیمه‌های درمان و رفتار مصرف‌کنندگان
(مطالعه موردی: کشور آمریکا)

گزارش پژوهشی، شماره ۱۰۷
تابستان ۱۴۰۰

پژوهشکده بیمه
گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص/میز تخصصی درمان

شناسنامه عمومی گزارش پژوهشی	
عنوان گزارش	بیمه‌های درمان و رفتار مصرف‌کنندگان (مطالعه موردی: کشور آمریکا)
مستندات و شماره قرارداد	تعریف شده ذیل میز تخصصی درمان
کارفرما	پژوهشکده بیمه
مجری گزارش	دکتر نسرين حصارمقدم (عضو هیات علمی گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص)
همکاران اصلی گزارش	مریم غفور بروجردی (کارشناس پژوهشکده بیمه)
ناظر علمی گزارش	دکتر میترا قنبرزاده (عضو هیات علمی و مدیر گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص)
تاریخ شروع اجرای گزارش	بهار ۱۴۰۰
مدت تمدید قرارداد	-
تاریخ اتمام گزارش	تابستان ۱۴۰۰

پیشگفتار

بیمه درمان از جمله بیمه‌های رایج در ایران است که به دو شکل کلی بیمه درمان اولیه (پایه یا اجباری) و بیمه درمان تکمیلی (اختیاری) ارائه می‌شود. گرچه بیمه درمان اولیه تا حدودی برای پوشش برخی هزینه‌های درمانی خانواده‌ها مناسب است اما در دهه‌های اخیر، با پیشرفت دانش و تکنولوژی پزشکی و ناتوانی سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه درمانی اولیه در جریان هزینه‌های درمان، استفاده از بیمه درمان تکمیلی ناگزیر شده است. بیمه درمان تکمیلی امکان خرید خدمات و پوشش بیمه‌ای بیشتر و گسترده‌تر را برای افراد فراهم نموده و آنها را در مواجهه با مخارج سنگین درمانی محافظت می‌نماید. در این نوع بیمه، بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه مقرر، متعهد می‌شود که اگر بیمه شده در طول مدت قرارداد، بیمار شود یا در اثر حادثه آسیب یا ضایعه‌ای به بدن و سلامتی او وارد شود، هزینه‌های پزشکی انجام شده را تا حداکثر مبلغی که در قرارداد تعهد کرده است پرداخت کند.

بر این اساس و نظر به اهمیت و جایگاه بیمه درمان تکمیلی در حمایت از حفظ سلامتی افراد جامعه، شناسایی و سنجش رفتار و ترجیحات بیمه‌گذاران بیمه درمان در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی امری مهم و ضروری به ویژه از منظر سیاستگذاران حوزه سلامت تلقی می‌شود که در این گزارش پژوهشی سعی شده است به آن پرداخته شود.

در اینجا از سرکار خانم دکتر نسرین حضارمقدم، عضو هیات علمی پژوهشکده بیمه و راهبر میز تخصصی درمان و همکار ایشان سرکار خانم مریم غفوربروجردی بابت مشارکت در تدوین این گزارش پژوهشی و همچنین سرکار خانم دکتر میترا قنبرزاده، عضو هیات علمی و مدیر گروه پژوهشی بیمه‌های اشخاص، که امر نظارت بر این گزارش پژوهشی را بر عهده داشتند، تشکر می‌نمایم.

حمید کردبچه

رئیس پژوهشکده بیمه

خلاصه مدیریتی

نظر به اهمیت و جایگاه بیمه درمان تکمیلی در حمایت از حفظ سلامتی افراد جامعه، یکی از مهم‌ترین مسائل روبروی سیاستگذاران، شناخت رفتار بیمه‌گذاران یا مصرف‌کنندگان بیمه درمان تکمیلی است. تا حدی که می‌توان گفت عدم شناخت رفتار مصرف‌کنندگان بیمه‌های تکمیلی یکی از موانع اصلی گسترش صنعت بیمه در این رشته می‌باشد.

همچنین باید به این نکته توجه نمود که سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در جهان در اوج تغییرات قابل توجهی می‌باشد و در چنین شرایطی ارائه دهندگان، سیستم‌های بیمارستانی و بیمه‌گران در حال بررسی راه‌حل‌های بالقوه برای افزایش ارزش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از دو منظر قیمت و کیفیت هستند. در همین زمان، کارفرمایان و شرکت‌های بیمه گزینه‌های بیشتری برای پوشش به افراد و خانواده‌ها ارائه می‌دهند. اکنون مصرف‌کنندگان باید هنگام تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مسئولیت بیشتری را به عهده بگیرند. چه دربارهٔ ثبت نام در یک طرح، انتخاب یک ارائه دهنده و یا تصمیم‌گیری در مورد محل دریافت خدمات بهداشتی و نحوه پرداخت هزینه آنها، انتظار می‌رود که مصرف‌کنندگان نقش فعالی در مدیریت خدمات درمانی و مزایای خود داشته باشند. این حرکت به سمت انتخاب و مسئولیت‌پذیری بیشتر مصرف‌کنندگان، (نه به صورت یک روند گذرا) همان چیزی است که بسیاری از کارشناسان آن را "عصر مصرف‌گرایی در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی" می‌نامند.

به این ترتیب می‌توان گفت شناسایی و سنجش رفتار و ترجیحات بیمه‌گذاران بیمه درمان تکمیلی در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی امری مهم و ضروری تلقی می‌شود که هدف اصلی انجام گزارش پژوهشی پیش رو است. لذا جهت تحقق هدف مذکور، این گزارش پژوهشی در ۷ بخش سازمان‌دهی شده است. در بخش اول و دوم، مقدمه و بیان مساله بیان می‌گردد. در بخش سوم به بیان هدف تحقیق و در بخش چهارم به بیان روش تحقیق و جامعه آماری پرداخته می‌شود. در بخش پنجم نیز که پاسخگوی هدف اصلی این گزارش پژوهشی است، نتایج حاصل از یک مطالعه پیمایشی در آمریکا که در حوزه رفتار مصرف‌کنندگان در بیمه درمان انجام پذیرفته است، آورده می‌شود. ارائه این بخش با توجه به آنکه بیمه درمان در آمریکا همچون ایران به نسبت زیادی مبتنی بر کارفرمایان است، می‌تواند موثر و کاربردی باشد. در نهایت، در بخش پنجم، یافته‌های پژوهش آورده شده و در بخش ششم و هفتم به جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و ارائه توصیه‌های سیاستی پرداخته می‌شود.

مطالعه پیمایشی مذکور، توسط شرکت مراقبت درمانی FAIR در کشور آمریکا انجام شده است. مشخصات این نظر سنجی عبارت است از:

- این نظرسنجی ۵ الی ۸ مارس ۲۰۱۵ توسط ORC^۱ انجام شده است.
 - در این مطالعه از دو نمونه احتمال استفاده شده است: شماره تلفن ثابت و تلفن همراه، که هر دو به طور تصادفی انتخاب شده اند.
 - نمونه ترکیبی ۱۰۱۱ نفر از بزرگسالان مستقر در ایالات متحده آمریکا می باشد.
 - حاشیه خطا در سطح اطمینان ۹۵ درصد، $\pm 3/08$ درصد می باشد.
- همچنین سوالات مربوط به این نظرسنجی، در چهار بخش به ترتیب زیر سازمان‌دهی شده است.
- (۱) انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی؛ که نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی در این موضوع به تفکیک چهار عامل نژاد، سن، درآمد و تحصیلات ارائه شده است.
 - (۲) صورت حساب‌های درمانی غافلگیرکننده؛ که نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی در این موضوع نیز به تفکیک بر اساس کل جمعیت مورد بررسی و همچنین بر اساس جنسیت و سن آنها ارائه شده است.
 - (۳) خرید آنلاین خدمات؛ که نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی در این موضوع بر اساس میزان استقبال گروه‌های سنی مختلف از خرید آنلاین خدمات و همچنین میزان استقبال از خرید آنلاین خدمات مختلف در گروه‌های سنی متفاوت ارائه شده است.
 - (۴) انتخاب بیمه درمان؛ که نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی در این موضوع به تفکیک گروه‌های سنی و اینکه چه عاملی به هنگام انتخاب یک پوشش بیمه درمان برای افراد ارجحیت دارد، ارائه شده است.
 - (۵) انتخاب پزشک؛ که نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی در این موضوع به تفکیک در دو گروه زنان و مردان و بر اساس سن، نژاد، بعد خانوار و گروه‌های درآمدی ارائه شده است.

^۱ International's Telephone CARAVAN

نتایج حاصل از این مطالعه به طور خلاصه در جدول ذیل ارائه شده است.

ردیف	موضوع	نتایج
۱	محل خدمات	نگرش در مورد محل خدمات مراقبت‌های غیر اضطراری به طور قابل توجهی در گروه‌های جمعیتی مختلف، متفاوت است: <ul style="list-style-type: none"> • مردم لاتین تقریباً دو برابر بیشتر از مردم عادی اذعان داشتند که به اتاق‌های اورژانس برای مراقبت‌های غیراورژانسی اعتماد خواهند کرد. • نسل هزاره (سنین ۱۸ تا ۳۴) و افراد جوان‌تر نسل ایکس (سنین ۳۵ تا ۴۴)، نسبت به افراد مسن‌تر، بیشتر به برنامه‌های فوری اطمینان داشتند. • مصرف‌کنندگان ۴۵ سال و بیشتر، نسبت به بزرگسالان جوان‌تر بیشتر به مراقبت‌های اولیه وابسته بودند.
۲	صورت‌حساب‌های درمانی غافلگیرکننده	<ul style="list-style-type: none"> • نیمی از مصرف‌کنندگان ایالات متحده اظهار داشتند که از میزان هزینه‌های پزشکی از جیب مردم شگفت زده شده‌اند. افرادی که بین ۵۵ تا ۶۴ سال بودند بیشتر محتمل بودند که اذعان نمایند که معمولاً هزینه‌های پزشکی بیشتر از آنچه انتظار داشتند بود.
۳	مقایسه خرید خدمات پزشکی و دندانپزشکی	<ul style="list-style-type: none"> • بیشتر مصرف‌کنندگان آمریکایی گفته‌اند که برای مقایسه خرید یا بررسی قیمت‌های خدمات پزشکی یا دندانپزشکی از اینترنت استفاده نمی‌کنند. • نسل‌های هزاره خریدارانی هستند که برای مقایسه‌های آنلاین بسیار مشتاق می‌باشند و به هواخواهان تکنولوژی بودن نیز معروف‌اند. با این حال اگرچه نسل‌های هزاره بیش از سایر گروه‌های سنی بیشتر از اینترنت برای خرید لوازم الکترونیکی و ابزارهای مصرفی استفاده می‌کردند، اما تفاوت معناداری بین هزاره‌ها و نسل‌های قدیمی در رابطه با جستجوی آنلاین خدمات پزشکی و دندانپزشکی وجود نداشت.
۴	انتخاب مزایای سلامتی و پزشکان	<ul style="list-style-type: none"> • در میان خریداران جوان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (زیر ۴۵ سال)، هنگام ثبت‌نام در یک برنامه بهداشتی، هزینه ماهانه حقیقه‌ها به عنوان مهم‌ترین دغدغه‌ها رتبه‌بندی می‌شود، درحالی که در میان مصرف‌کنندگان مسن‌تر (۴۵ سال به بالا) دسترسی به پزشکان درون شبکه‌ای خود در رتبه بالاتری قرار دارد. • هنگام انتخاب پزشک، زنان به طور معناداری بیشتر از مردان هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند. • مصرف‌کنندگان در تمامی گروه‌های سنی، بیشتر علاقمند بودند تا اطمینان حاصل نمایند که پزشکان خانوادگی / مراقبت‌های اولیه خود در شبکه برنامه‌هایشان (و نه تعداد پزشکانی که درون شبکه هستند) حضور داشته باشند.
۵	سایر نتایج	مرکز درمانی FAIR، علاوه بر مصرف‌کنندگان طیف وسیعی از سهامداران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، از جمله سازمان‌های دولتی، بیمه‌گران، کارفرمایان، کارگزاران، بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و کارشناسان تحقیق را نیز مورد مطالعه قرار

<p>داده است. نتایج این داده‌ها از انواع موارد ذیل حمایت می‌کند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • انجام تحقیقات پزشکی و دندانپزشکی • ارزیابی بیمه‌نامه‌های عمومی و مداخلات بهداشتی عمومی • اطلاع‌رسانی دربارهٔ جداول هزینه‌های درون‌شبکه‌ای و برون‌شبکه‌ای • ایجاد برنامه‌های هزینهٔ جبران خسارت کارگران • برنامه ریزی استراتژیک پیشرفته • پشتیبانی از همه پایگاه‌های ادعای خسارات پرداخت‌کننده • حل اختلافات حقوقی • ترتیب دادن روند ادعای خسارات برون‌شبکه‌ای • توسعه سواد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و ابزارهای شفاف‌سازی از جمله آنلاین محاسبه‌گرهای آنلاین هزینه‌های معالجه 	
---	--

فهرست مطالب

۱- مقدمه	۱۰
۲- بیان مساله و ضرورت بررسی رفتار مصرف‌کنندگان بیمه درمان	۱۱
۳- هدف تحقیق	۱۴
۴- روش‌شناسی تحقیق و جامعه آماری	۱۴
۵- یافته‌های پژوهش	۱۴
۵-۱- انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی	۱۵
۵-۱-۱- تاثیر نژاد بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی	۱۵
۵-۱-۲- تاثیر سن بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی	۱۶
۵-۱-۳- تاثیر درآمد بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی	۱۶
۵-۱-۴- تاثیر تحصیلات بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی	۱۷
۵-۲- صورت‌حساب‌های درمانی غافلگیرکننده	۱۸
۵-۲-۱- تجربه افراد در هنگام پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی	۱۹
۵-۲-۲- جنسیت و تجربه افراد در هنگام پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی	۲۰
۵-۲-۳- سن و تجربه افراد در هنگام پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی	۲۰
۵-۳- خرید آنلاین خدمات	۲۱
۵-۳-۱- تاثیر سن بر میزان استقبال از خرید آنلاین خدمات	۲۲
۵-۳-۲- میزان استقبال از خرید آنلاین خدمات مختلف در گروه‌های سنی متفاوت	۲۲
۵-۴- بررسی رفتار مصرف‌کنندگان در انتخاب بیمه درمان	۲۳
۵-۵- بررسی رفتار مصرف‌کنندگان در انتخاب پزشک	۲۵
۵-۵-۱- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس جنسیت	۲۵
۵-۵-۲- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس سن	۲۶
۵-۵-۳- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس نژاد	۲۶
۵-۵-۴- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس بعد خانوار	۲۷
۵-۵-۵- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس گروه‌های درآمدی	۲۸
۶- جمع‌بندی	۲۸
۶-۱- محل خدمات	۲۸
۶-۲- صورت‌حساب‌های درمانی غافلگیرکننده	۲۹
۶-۳- مقایسه خرید خدمات پزشکی و دندانپزشکی	۲۹
۶-۴- انتخاب مزایای سلامتی و پزشکان	۲۹

۳۰	۶-۵- سایر نتایج
۳۰	۷- توصیه‌های سیاستی
۳۱	۷-۱- راه اندازی کمپین‌های آموزشی در طول سال
۳۲	۷-۲- تشویق برنامه‌ریزی پیش از موعد
۳۲	۷-۳- بیان ساده و هوشمندانه
۳۳	۷-۴- همکاری با پذیرهنویسان اولیه و نسل‌های هزاره
۳۳	۷-۵- تمرکز بر تنوع و ارتباطات فرهنگی
۳۳	۷-۶- مراقبت از مرحله زندگی، درآمد و تفاوت‌های نسلی
۳۵	منابع

فهرست نمودارها

۱۵	نمودار ۱: درصد تعداد افراد از هر نژاد از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از مراقبت‌های غیراورژانسی
۱۶	نمودار ۲: درصد تعداد افراد رنج‌های سنی مختلف از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از مراقبت‌های غیراورژانسی
۱۷	نمودار ۳: درصد تعداد افراد گروه‌های درآمدی مختلف از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از مراقبت‌های غیراورژانسی
۱۷	نمودار ۴: درصد تعداد افراد با سطوح تحصیلاتی متفاوت از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از مراقبت‌های غیراورژانسی
۱۸	نمودار ۵: تجربه افراد در خصوص میزان پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۰	نمودار ۶: تجربه زنان و مردان در خصوص میزان پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی
۲۱	نمودار ۷: تجربه افراد گروه‌های سنی مختلف در خصوص میزان پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۲	نمودار ۸: مقایسه خرید آنلاین در گروه‌های سنی مختلف (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۳	نمودار ۹: مقایسه خرید آنلاین خدمات مختلف در گروه‌های سنی متفاوت (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۴	نمودار ۱۰: مهم‌ترین موارد هنگام انتخاب پوشش بیمه درمان (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۵	نمودار ۱۱: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک در دو گروه زنان و مردان
۲۶	نمودار ۱۲: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک گروه‌های سنی مختلف (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۷	نمودار ۱۳: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک نژادهای مختلف (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۷	نمودار ۱۴: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک خانوارهای دارای فرزند و خانوارهای بدون فرزند (درصد از شرکت‌کنندگان)
۲۸	نمودار ۱۵: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک بر اساس گروه‌های درآمدی مختلف

۱- مقدمه

بیمه‌های درمان از جمله بیمه‌های رایج در ایران است که به دو شکل کلی بیمه درمان اولیه (پایه یا اجباری) و بیمه درمان تکمیلی (اختیاری) ارائه می‌شود. گرچه بیمه درمان اولیه تا حدودی برای پوشش برخی هزینه‌های درمانی خانواده‌ها مناسب است اما در دهه‌های اخیر، با پیشرفت دانش و تکنولوژی پزشکی و ناتوانی سازمان‌های ارائه‌دهنده بیمه درمانی اولیه، استفاده از بیمه درمان تکمیلی ناگزیر است. بیمه درمان تکمیلی از شاخه‌های اصلی بیمه اشخاص است (شیخان، ۱۳۹۱) و امکان خرید خدمات و پوشش بیمه‌ای بیشتر و گسترده‌تر را به افراد می‌دهد و آنها را در مواجهه با مخارج سنگین درمانی محافظت می‌نماید (جعفری صمیمی، ۱۳۹۸). در این نوع بیمه، بیمه‌گر در مقابل دریافت حق بیمه مقرر، متعهد می‌شود که اگر بیمه شده در طول مدت قرارداد، بیمار شود یا در اثر حادثه آسیب یا ضایعه‌ای به بدن و سلامتی او وارد شود، هزینه‌های پزشکی انجام شده را تا حداکثر مبلغی که در قرارداد تعهد کرده است پرداخت کند (شیخان، ۱۳۹۱).

بر این اساس و نظر به اهمیت و جایگاه بیمه درمان تکمیلی در حمایت از حفظ سلامتی افراد جامعه، یکی از مهم‌ترین مسائل روبروی سیاستگذاران، شناخت رفتار بیمه‌گذاران یا مصرف‌کنندگان بیمه درمان تکمیلی است. تا حدی که می‌توان گفت عدم شناخت رفتار مصرف‌کنندگان بیمه‌های تکمیلی یکی از موانع اصلی گسترش صنعت بیمه در این رشته می‌باشد. لذا شناسایی و سنجش رفتار و ترجیحات بیمه‌گذاران بیمه درمان در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی امری مهم و ضروری تلقی می‌شود که در این گزارش سعی شده است به آن پرداخته شود. به این منظور، گزارش پژوهشی پیش رو در ۷ بخش به ترتیب ذیل سازمان‌دهی شده است. در بخش اول مقدمه ارائه گردید. در بخش دوم، بیان مساله و ضرورت بررسی رفتار مصرف‌کنندگان توسط بیمه‌گر طرح خواهد شد. در بخش سوم به بیان هدف تحقیق و در بخش چهارم به بیان روش تحقیق و جامعه آماری پرداخته می‌شود. در بخش پنجم نیز که پاسخگوی هدف اصلی این گزارش پژوهشی است، نتایج حاصل از یک مطالعه پیمایشی در آمریکا که در حوزه رفتار مصرف‌کنندگان در بیمه درمان انجام پذیرفته است، آورده می‌شود. ارائه این بخش با توجه به آنکه بیمه درمان در آمریکا همچون ایران به نسبت زیادی مبتنی بر کارفرمایان است، می‌تواند موثر و کاربردی باشد. در نهایت، در بخش پنجم، یافته‌های پژوهش آورده شده و در بخش ششم و هفتم به جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و ارائه توصیه‌های سیاستی پرداخته می‌شود.

۲- بیان مساله و ضرورت بررسی رفتار مصرف‌کنندگان بیمه درمان

اینکه چه نوع خدمات با چه میزان و توسط چه گروه‌هایی از مردم مصرف می‌شود و چه عواملی در تعیین و شکل‌گیری این پدیده نقش آفرینند، مسأله بسیار مهمی در سیاست‌گذاری و عرضه و کنترل احتمالی تقاضا برای خدمات بهداشتی درمانی بشمار می‌رود. برخورداری از تصویر صحیح مصرف خدمات می‌تواند برنامه ریزی برای دسترس یا ارتقای کیفیت یا هدایت بهتر جریان مصرف را در پی داشته باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

افراد جامعه در مواجهه با احساس کسالت یا بیماری و برای رهایی از این مشکل پیش آمده، راه‌هایی را انتخاب می‌کنند که از آن تحت عنوان رفتار در جستجوی درمان یاد می‌شود. این رفتار، (۱) عدم توجه به بیماری، (۲) اقدام به درمان با مراجعه به ارایه‌کنندگان خدمات درمانی و (۳) خود درمانی را در بر می‌گیرد (MacKian، ۲۰۰۳). این رفتار در سطح جمعی و کلان می‌تواند تقاضا برای مصرف خدمات بهداشتی درمانی را سامان داده و آن را به شدت تحت تأثیر قرار دهد.

برای تعیین نوع و میزان تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی، جوامع و جمعیت‌های مورد نظر باید تحت بررسی قرار گیرند. بدون تردید گروه‌های مختلف اجتماعی، الگوهای متفاوتی از تقاضا به مراقبت‌های بهداشتی و درمانی دارند. در بین گروه‌های مذکور عوامل مختلف از قبیل جنسیت، قومیت، باورها و توانایی‌های مالی و اقتصادی، نگرش‌های اجتماعی، رفتار و عادات گروه‌های انسانی را تحت تأثیر قرار می‌دهند. مثلاً زنان معمولاً بیش از مردان تقاضای دسترسی به تسهیلات بهداشتی و درمانی از خود نشان می‌دهند. دسترسی اقتصادی بیمه‌شدگان، مصرف خدمات درمانی را در بین آنان افزایش می‌دهد. گروه‌های فقیر جامعه عموماً بیشتر بیمار و کمتر درمان می‌شوند. باورهای اجتماعی افراد نیز در مراجعه به تسهیلات نوین درمانی، خوددرمانی یا استفاده از خدمات درمان گران سستی نقش مهمی دارند. پزشکان نیز بر روی عامل تقاضا اثر مهمی می‌گذارند. به این ترتیب که آنان می‌توانند افراد را برای استفاده خاص از مراقبت‌ها و خدمات بهداشتی و درمانی ترغیب و تحریک کنند. از سوی دیگر، تردیدی نیست که تمامی تقاضاهای مطرح شده نمی‌تواند برآورده شود. میزان یا حجم تقاضاهای برآورده شده را می‌توان از میزان فهرست‌های انتظار برای تعیین وقت و پذیرش در بیمارستانها استخراج کرد. البته این بررسی‌ها دارای ارزش محدودی است، چرا که منعکس‌کننده تقاضاهای سرکوب شده،

از جمله خوددرمانی به علت عدم دسترسی، روی گردان شدن از درمان به علت فقر مادی، و سایر عوامل اقتصادی و فرهنگی و اجتماعی نخواهد بود (صدقیانی، ۱۳۸۵).

از دیدگاه مصرف‌کننده، تقاضای افراد و خانواده‌ها برای خدمات درمانی از عوامل بسیاری تأثیر می‌پذیرد. برخی از این عوامل عبارتند از: نیاز عینی آنان در مورد بیماری که از آن رنج می‌برند، یا حساسیت و آسیب‌پذیری نسبت به یک بیماری، درک آنها از آن بیماری، علت آن و این که چه درمانی برای آن مناسب است، دسترسی به خدمات، با توجه به شرایط جغرافیایی (مکان)، توان تأمین خدمات (قدرت پرداخت بابت خدمات) و در نهایت مقبولیت خدمات و این که روش ارائه خدمات، بیماران بالقوه را جذب یا دفع می‌کند. از جمله مسائلی که ممکن است کمتر قابل کنترل باشد، موقعیت پائین زنان در برخی مناطق است که می‌تواند مانعی برای درمان باشد، به ویژه اگر بستگان آنها نسبت به تقبل هزینه و صرف زمان مورد نیاز برای تکمیل یک دوره طولانی درمان بی‌میل باشند. در این صورت آنچه مهم است نه دیدگاه بیمار یا مصرف‌کننده، بلکه دیدگاه اعضای مسلط خانواده است (پوررضا، ۱۳۹۳). بر همین اساس است که گفته می‌شود: تحقق دسترسی در مصرف خدمات است نه تنها در وجود تسهیلات و این بدان معناست که بهره‌مندی از خدمات مصداق دسترسی تحقق‌پذیر است (Allin, ۲۰۰۶).

اینکه چه کسی از خدمات نظام سلامت استفاده می‌نماید و چه کسی از آن بهره‌ای نمی‌برد، سوالی اساسی است که در مباحث سازماندهی خدمات سلامت مطرح می‌شود. اولویت عموماً پذیرفته شده، ارائه خدمات سلامت کافی برای کسانی است که دارای نیاز بیشتری می‌باشند (Else-Karin و همکاران، ۲۰۰۳). کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف در جامعه از اهداف اصلی سیاست‌گذاران سلامت می‌باشد. اما حتی در کشورهایی با نظام خدمات سلامت ملی که پوشش همگانی فراهم است، تفاوت‌هایی در مصرف خدمات وجود دارد. طبق قانون درمان معکوس^۱ که توسط Hart در اوایل دهه ۱۹۷۰ ارائه شد، سطح مصرف خدمات سلامت برای افراد دارای نیاز بیشتر کمتر است (Cynthia, ۲۰۰۵). لذا شناخت عوامل تأثیرگذار بر مصرف خدمات موضوع اقتصادی و بهداشتی بسیار مهم می‌باشد و درک بهتر اینکه چه عاملی منجر به استفاده

^۱ Inverse Care Law

افراد از خدمات سلامت می‌گردند به منظور ارزیابی عملکرد سیاستهای مرتبط با دسترسی در نظام سلامت بسیار حائز اهمیت است (Anderson and Newman, ۲۰۰۵).

پژوهش‌ها در زمینه رفتار در جستجوی درمان افراد، بطور کلی در دو شاخه انجام شده است. شاخه اول شامل فرآیند تفکر درونی می‌باشد که در نهایت منجر به استفاده از خدمات می‌گردد. بطورمثال فرد باید ابتدا مشکل را درک و سپس احساس نماید که مشکل آنقدر جدی است که نیاز به توجه تخصصی دارد؛ اگر فرد به این مرحله نرسد احتمال استفاده از خدمات وجود ندارد. دومین شاخه پژوهش‌ها بر عوامل بیرونی تاثیرگذار نظیر مکان ارائه خدمات بر تصمیم فرد در استفاده از خدمات تاکید می‌نمایند. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه، تقریباً هر دو گروه عوامل را مد نظر قرار داده‌اند (Brown, ۲۰۰۴).

تعداد کمی از کشورها اطلاعاتی درباره رفتارهای جستجوی سلامت یا مصرف خدمات توسط افراد در قالب یک طرح ملی جامع جمع‌آوری کرده‌اند. حتی تعداد کمتری از کشورها این اطلاعات را بر حسب سطح درآمد، گروه‌های جنسی یا آسیب‌پذیر در سطحی محدودتر از سطح ملی طبقه‌بندی کرده‌اند. بدون این اطلاعات، ارزیابی اثربخشی مداخلات بهداشتی درمانی بسیار دشوار می‌نماید چرا که به‌کارگیری یک مداخله خاص برای جمعیت‌های مختلف ممکن است اثرات متفاوتی در پی داشته باشد.

بر این اساس و با در نظر گرفتن این موضوع که سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی در جهان در اوج تغییرات قابل توجهی می‌باشد، ارائه دهندگان، سیستم‌های بیمارستانی و بیمه‌گران در حال بررسی راه‌حل‌های بالقوه برای افزایش ارزش مراقبت‌های بهداشتی و درمانی از دو منظر قیمت و کیفیت هستند. در همین زمان، کارفرمایان و شرکت‌های بیمه گزینه‌های بیشتری برای پوشش به افراد و خانواده‌ها ارائه می‌دهند.

اکنون مصرف‌کنندگان باید هنگام تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مسئولیت بیشتری را به عهده بگیرند. چه درباره ثبت نام در یک طرح، انتخاب یک ارائه دهنده و یا تصمیم‌گیری در مورد محل دریافت خدمات بهداشتی و نحوه پرداخت هزینه آنها، انتظار می‌رود که مصرف‌کنندگان نقش فعالی در مدیریت خدمات درمانی و مزایای خود داشته باشند. این حرکت به سمت انتخاب و مسئولیت‌پذیری بیشتر مصرف‌کنندگان، (نه به صورت یک روند گذرا) همان چیزی است که بسیاری از کارشناسان آن را "عصر مصرف‌گرایی در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی" می‌نامند.

بر این اساس، سنجش رفتار بیمه‌گذاران بیمه درمان در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی از اهمیت زیادی برخوردار است که هدف از تدوین این گزارش پژوهشی است.

۳- هدف تحقیق

بر اساس مطالب ارائه شده در بخش قبل، هدف اصلی از انجام این گزارش پژوهشی عبارت است از:

- سنجش رفتار بیمه‌گذاران بیمه درمان در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی

۴- روش‌شناسی تحقیق و جامعه آماری

روش تحقیق حاضر از لحاظ نوع روش توصیفی-پیمایشی است. که توسط شرکت مراقبت درمانی FAIR به منظور سنجش رفتار بیمه‌گذاران بیمه درمان در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی و از طریق نظرسنجی در کشور آمریکا انجام شده است. مشخصات این نظر سنجی عبارت است از:

- این نظرسنجی ۵ الی ۸ مارس ۲۰۱۵ توسط ORC^۱ انجام شده است.
- در این مطالعه از دو نمونه احتمال استفاده شده است: شماره تلفن ثابت و تلفن همراه، که هر دو به طور تصادفی انتخاب شده اند.
- نمونه ترکیبی ۱۰۱۱ نفر از بزرگسالان مستقر در ایالات متحده آمریکا می‌باشد.
- حاشیه خطا در سطح اطمینان ۹۵ درصد، $\pm 3/08$ درصد می‌باشد.

۵- یافته‌های پژوهش

در این بخش از گزارش، به ارائه تفصیلی نتایج حاصل از مطالعه پیمایشی انجام شده توسط شرکت مراقبت درمانی FAIR در کشور آمریکا پرداخته می‌شود. با توجه به ساختار سوالات مربوط به این نظرسنجی، نتایج حاصله در چهار بخش به ترتیب زیر ارائه می‌شود.

- انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی
- صورت حساب‌های درمانی غافلگیرکننده
- خرید آنلاین خدمات
- انتخاب بیمه درمان و انتخاب پزشک

^۱ International's Telephone CARAVAN

۱-۵- انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی

نظر به آنکه عوامل جمعیت شناختی از جمله نژاد، سن، درآمد و تحصیلات از مهمترین عوامل موثر بر رفتار مصرف‌کنندگان بیمه درمان در انتخاب مکان خدمات درمانی است؛ یکی از سوالاتی که در این نظرسنجی از مصرف‌کنندگان بیمه درمان پرسیده شده است آن است که در مواقع نیاز به خدمات درمانی غیراورژانسی یا در موقعیتی که حادثه غیرمرگباری رخ داده است، ترجیح می‌دهید که برای معالجه به کجا بروید؟

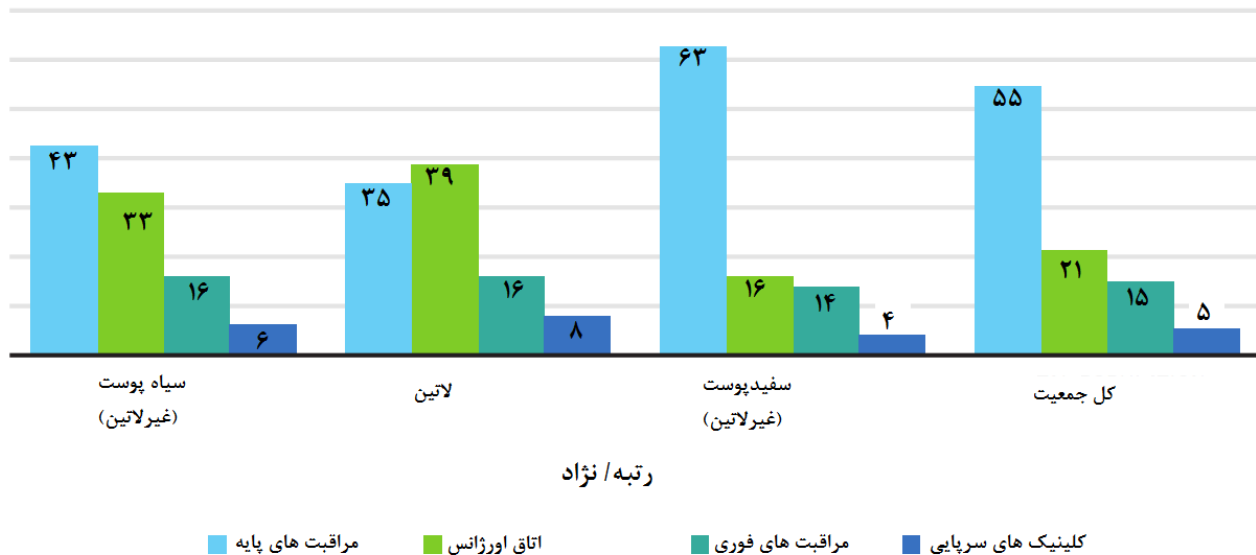
نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی به تفکیک چهار عامل نژاد، سن، درآمد و تحصیلات در ذیل آورده شده است.

۱-۱-۵- تاثیر نژاد بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی

در نمودار ۱، درصد تعداد افراد از هر نژاد به کل نمونه مورد بررسی را در تمایل به استفاده از مراقبتهای پایه^۱، اتاق اورژانس^۲، مراقبتهای فوری^۳ و کلینیک‌های سرپایی^۴ در زمان نیاز به خدمات مراقبتهای غیراورژانسی نشان داده شده است.

نمودار ۱: درصد تعداد افراد از هر نژاد از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از مراقبتهای

غیراورژانسی



منبع: fairhealth.۲۰۱۵

^۱ Primary care
^۲ Emergency room
^۳ Urgent care
^۴ Retail clinic

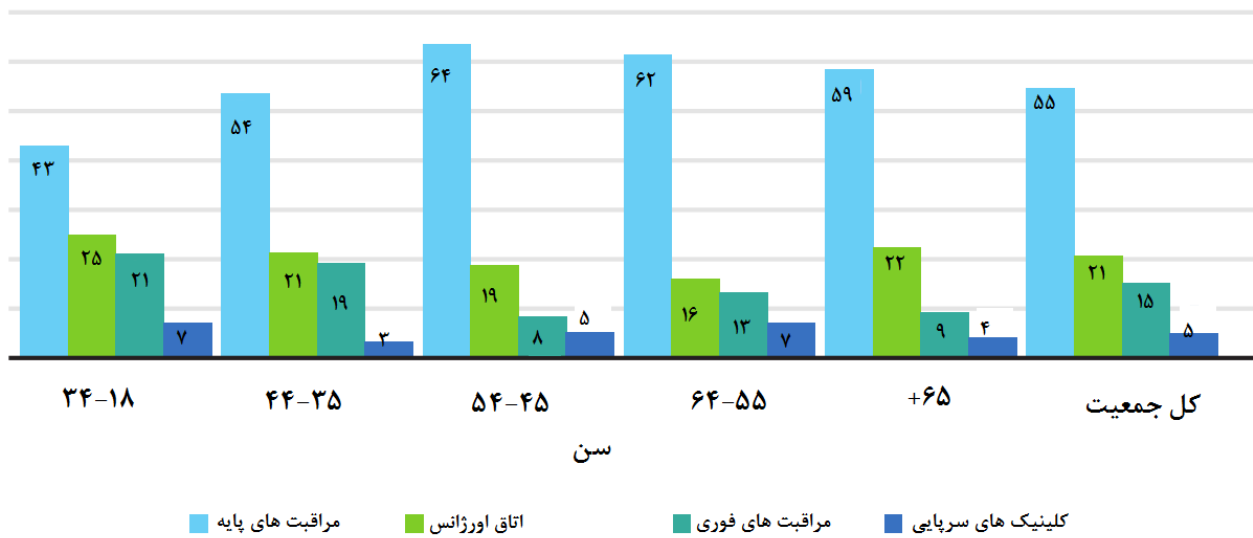
همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود، نتایج حاصل گویای آن است که لاتین‌ها و آفریقایی-آمریکایی‌ها نسبت به بقیه افراد بیشتر تمایل داشتند که برای مراقبت‌های غیراورژانسی به اتاق‌های اورژانس بروند.

۵-۱-۲- تاثیر سن بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی

در نمودار ۲، درصد تعداد افراد رنج‌های سنی مختلف (۵ گروه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال، ۵۵ تا ۶۴ سال و بالاتر از ۶۵ سال) از کل نمونه مورد بررسی را در تمایل به استفاده از مراقبت‌های پایه، اتاق اورژانس، مراقبت‌های فوری و کلینیک‌های سرپایی در زمان نیاز به خدمات مراقبت‌های غیراورژانسی نشان می‌دهد.

نمودار ۲: درصد تعداد افراد رنج‌های سنی مختلف از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از

مراقبت‌های غیراورژانسی



منبع: *fair health*. ۲۰۱۵

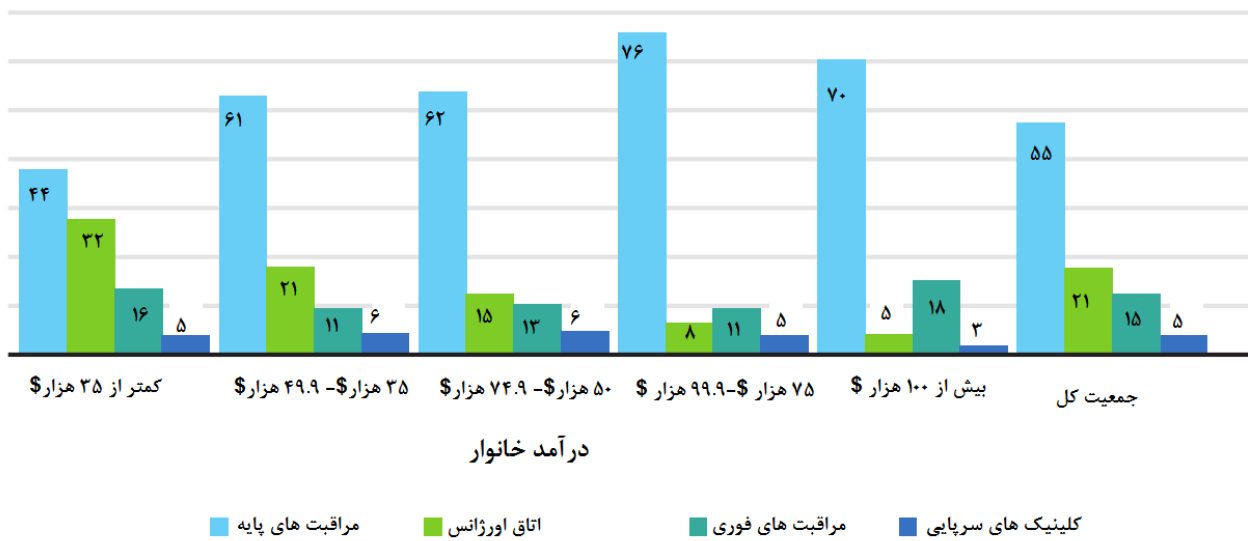
همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود، نسل‌های هزاره و افراد جوان‌تر نسل ایکس، نسبت به افراد مسن‌تر، به استفاده از برنامه‌های فوری در زمان رخداد حوادث غیرمرگبار اطمینان بیشتری دارند. این در حالی است که مصرف‌کنندگان با سن ۴۵ سال و بیشتر، تمایل بیشتری به استفاده از مراقبت‌های اولیه دارند.

۵-۱-۳- تاثیر درآمد بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی

در نمودار ۳، درصد تعداد افراد گروه‌های درآمدی مختلف (۵ گروه درآمدی) از کل نمونه مورد بررسی را در تمایل به استفاده از مراقبت‌های پایه، اتاق اورژانس، مراقبت‌های فوری و کلینیک‌های سرپایی در زمان نیاز به

خدمات مراقبت‌های غیراورژانسی نشان می‌دهد. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود، افرادی که درآمد کمتری داشتند نسبت به افراد ثروتمندتر، بیشتر به اتاق‌های اورژانس برای مراقبت‌های غیراورژانسی اطمینان دارند.

نمودار ۳: درصد تعداد افراد گروه‌های درآمدی مختلف از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از مراقبت‌های غیراورژانسی



منبع: fairhealth.۲۰۱۵

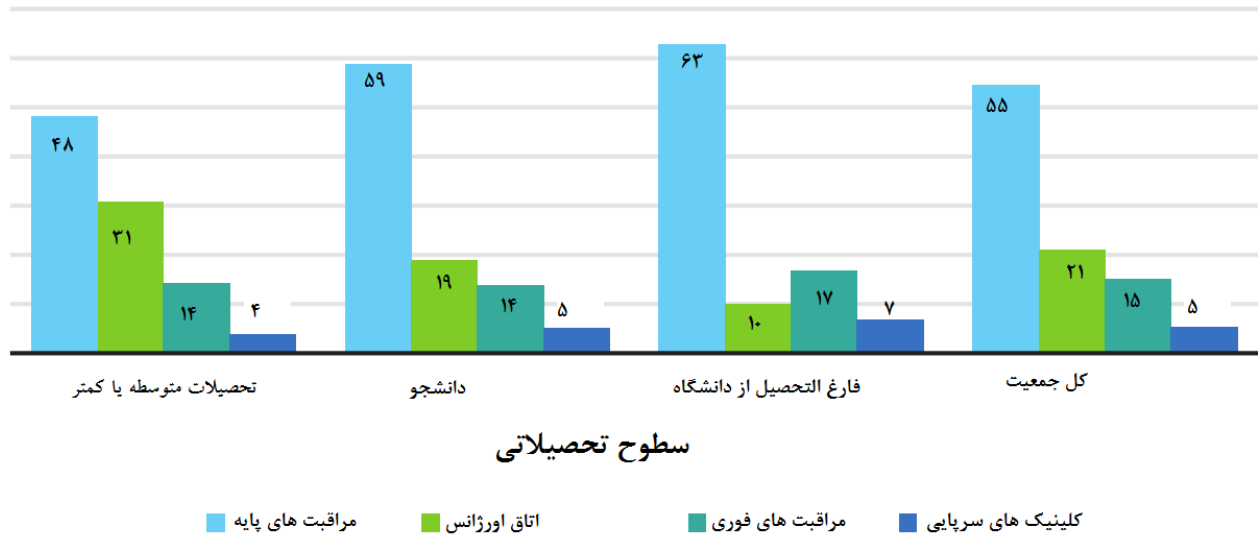
۵-۱-۴- تاثیر تحصیلات بر انتخاب مکان خدمات درمانی غیراورژانسی

در نمودار ۴، درصد تعداد افراد با سطوح تحصیلاتی متفاوت (۳ سطح تحصیلاتی) به کل نمونه مورد بررسی را در تمایل به استفاده از مراقبت‌های پایه، اتاق اورژانس، مراقبت‌های فوری و کلینیک‌های سرپایی در زمان نیاز به خدمات مراقبت‌های غیراورژانسی نشان می‌دهد. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود، افرادی که تحصیلات متوسطه یا کمتر^۱ داشتند نسبت به افرادی که تحصیلات دانشگاهی^۲ داشتند، بیشتر به اتاق‌های اورژانس برای مراقبت‌های غیراورژانسی اطمینان داشتند.

^۱ HS GRADUATE OR LESS

^۲ SOME COLLEGE & COLLEGE GRADUATE

نمودار ۴: درصد تعداد افراد با سطوح تحصیلاتی متفاوت از کل نمونه مورد بررسی در تمایل به استفاده از مراقبت‌های غیراورژانسی



منبع: *fair health*. ۲۰۱۵

۲-۵- صورت حساب‌های درمانی غافلگیرکننده

گاهی ممکن است صورت حساب مصرف‌کنندگان مورد انتظار آن‌ها نباشد و آنان را غافلگیر کند؛ جهت بررسی این موضوع در رفتار مصرف‌کنندگان بیمه درمان از آنان سوال شده است که کدام یک از عبارات نامبرده، به بهترین شکل تجربه شما را در هنگام پرداخت از جیب هزینه‌های پزشکی توصیف می‌نماید؟ عباراتی که برای بیان احساسات افراد در این سوال درج شده است، شامل ۷ عبارت به شرح ذیل است:

- خیلی بیشتر از حد انتظار^۱
- کمی بیشتر از حد انتظار^۲
- آنچه انتظار داشتم^۳
- کمی کمتر از حد انتظار^۴
- خیلی کمتر از حد انتظار^۵

^۱ Much more than expected
^۲ Slightly more than expected
^۳ What I expected
^۴ Slightly less than expected
^۵ Much less than expected

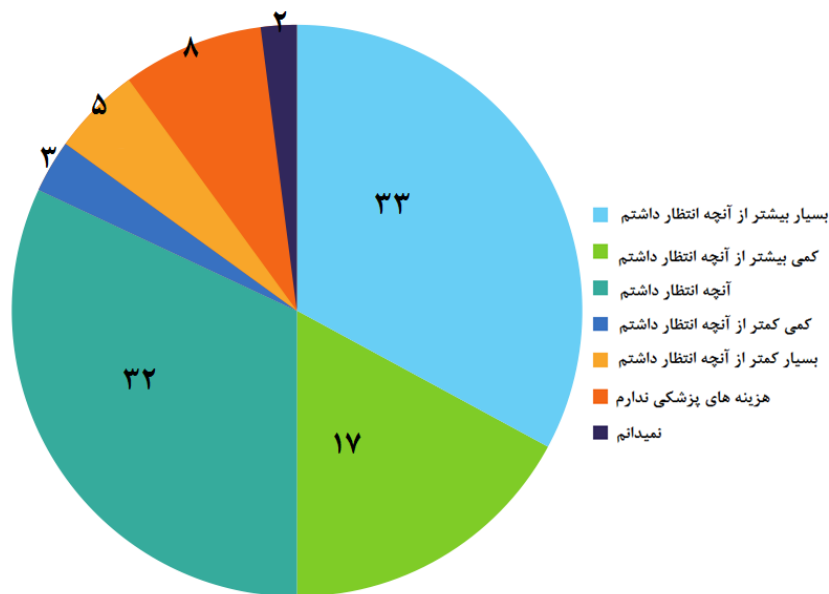
- صورتحساب پزشکی ندارم^۱
- نمی‌دانم^۲

نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی به این سوال نیز به تفکیک بر اساس کل جمعیت مورد بررسی و همچنین بر اساس جنسیت و سن آنها در این بخش ارائه می‌شود.

۵-۲-۱- تجربه افراد در هنگام پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی

نتایج حاصل از پاسخ افراد در نمونه مورد بررسی به این سوال، در نمودار ۵ نشان داده شده است. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود نیمی از مصرف‌کنندگان ایالات متحده آمریکا اظهار داشته‌اند که از میزان پرداخت از جیب خود بابت هزینه‌های پزشکی شگفت زده شده‌اند و به بیان دیگر این میزان هزینه خیلی بیشتر از حد انتظار آنها می‌باشد.

نمودار ۵: تجربه افراد در خصوص میزان پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی (درصد از شرکت‌کنندگان)



منبع: fairhealth.۲۰۱۵

^۱ Don't have medical bills

^۲ Don't know

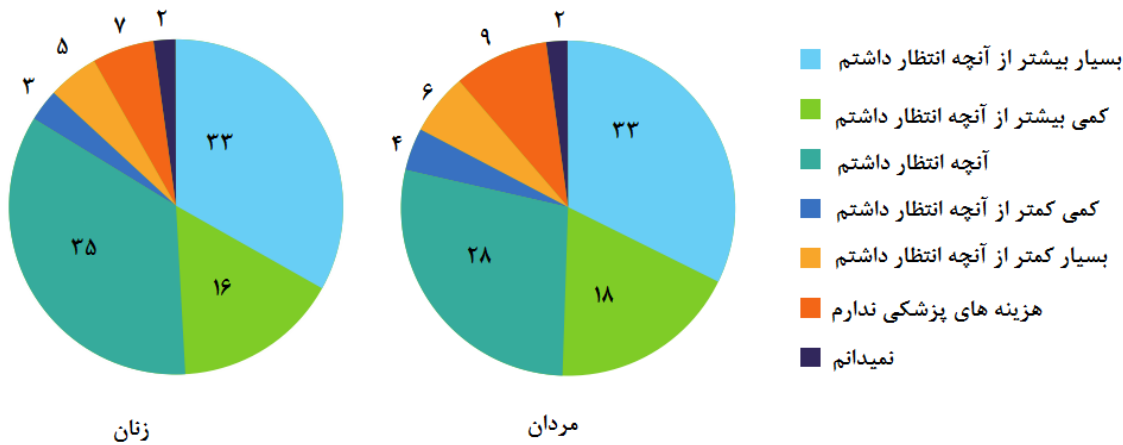
۲-۲-۵- جنسیت و تجربه افراد در هنگام پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی

همچنین پاسخ‌های دریافتی برای این سوال، به تفکیک پاسخ‌دهندگان زن و مرد نیز بررسی شده است. همانطور که در نمودار ۶ مشاهده می‌شود:

- درصد زنان و مردانی که میزان پرداخت از جیب را برای هزینه‌های پزشکی "خیلی بیشتر از حد انتظار" توصیف نموده‌اند، با هم برابر و معادل ۳۳ درصد است. این نسبت در تحلیل پاسخ‌ها و بدون در نظر گرفتن جنسیت نیز همین مقدار را نشان می‌دهد.
- درصد مردانی که میزان پرداخت از جیب را برای هزینه‌های پزشکی "کمی بیشتر از حد انتظار" توصیف نموده‌اند (۱۸٪)، از زنان (۱۶٪) بیشتر است.
- زنان (۳۵٪) بیشتر از مردان (۲۸٪) اذعان داشتند که میزان پرداخت از جیب برای هزینه‌های پزشکی مطابق با انتظاراتشان بوده است.

نمودار ۶: تجربه زنان و مردان در خصوص میزان پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی

(درصد از شرکت‌کنندگان)

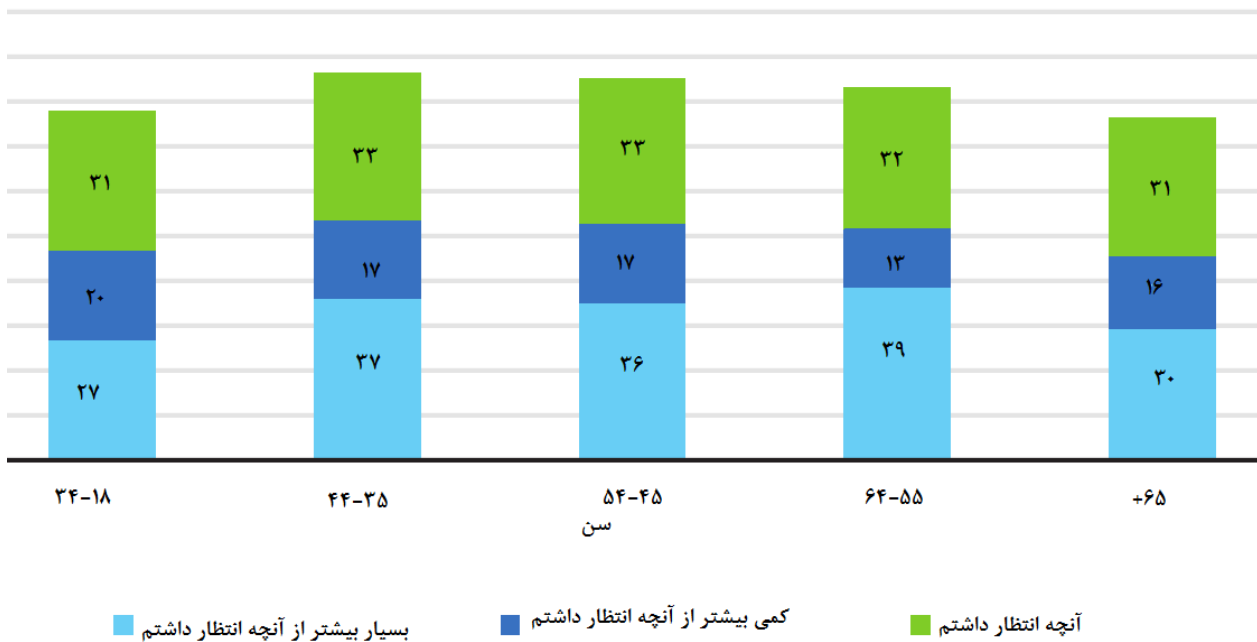


منبع: fairhealth.۲۰۱۵

۳-۲-۵- سن و تجربه افراد در هنگام پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی

همچنین تجربه افراد در مواجهه با میزان پرداخت از جیب آنها بابت هزینه‌های پزشکی، در گروه‌های سنی مختلف (۵ گروه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال، ۵۵ تا ۶۴ سال و بالاتر از ۶۵ سال) نیز مورد

بررسی قرار گرفته است. همانطور که در نمودار ۷ نشان داده شده است، افراد با افزایش سن واکنش بیشتری نسبت به هزینه‌های پرداختی از جیب بابت خدمات درمانی دارند. به نحوی که افراد در گروه سنی ۵۵ تا ۶۴ سال بیشتر از سایر گروه‌های سنی اذعان نموده‌اند که هزینه‌های پزشکی بیشتر از آنچه انتظار داشتند، می‌باشد. نمودار ۷: تجربه افراد گروه‌های سنی مختلف در خصوص میزان پرداخت از جیب بابت هزینه‌های پزشکی (درصد از شرکت‌کنندگان)



منبع: fairhealth.۲۰۱۵

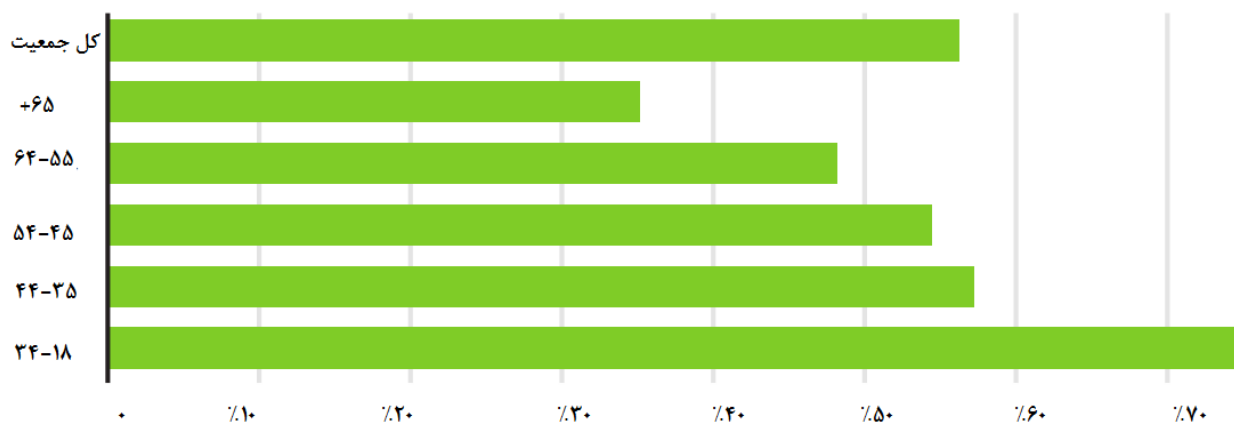
۳-۵- خرید آنلاین خدمات

سوال دیگری که در این نظرسنجی از مصرف‌کنندگان پرسیده شده است آن است که آیا در یک سال گذشته از تلفن هوشمند، موبایل یا کامپیوتر برای چک کردن هزینه‌ها یا مقایسه خرید وسایل الکترونیکی مصرفی، مواد غذایی، خدمات پزشکی یا دندانپزشکی، کارت‌های اعتباری، نرخ رهن یا وام و یا اتومبیل استفاده نموده‌اید؟ نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی به این سوال بر اساس میزان استقبال گروه‌های سنی مختلف از خرید آنلاین خدمات و همچنین میزان استقبال از خرید آنلاین خدمات مختلف در گروه‌های سنی متفاوت در این بخش ارائه شده است.

۵-۳-۱- تاثیر سن بر میزان استقبال از خرید آنلاین خدمات

در نمودار ۸، درصد تعداد افراد رنج‌های سنی مختلف (۵ گروه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال، ۵۵ تا ۶۴ سال و بالاتر از ۶۵ سال) از کل نمونه مورد بررسی را در تمایل به خرید آنلاین خدمات شامل وسائل الکترونیکی مصرفی، مواد غذایی، خدمات پزشکی یا دندانپزشکی، و یا مقایسه هزینه‌های کارت‌های اعتباری، نرخ رهن یا وام و یا اتومبیل نشان می‌دهد. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود، بیش از نیمی از مصرف‌کنندگان اذعان داشته‌اند که حداقل در یکی از پنج دسته گفته شده در بالا مقایسه آنلاین برای خرید انجام داده‌اند. همچنین نتایج گویای آن است که بالاترین درصد مربوط به نسل هزاره^۱ (سنین ۱۸ تا ۳۴) (۷۴٪) و پایین‌ترین درصد مربوط به سالمندان می‌باشد.

نمودار ۸: مقایسه خرید آنلاین در گروه‌های سنی مختلف (درصد از شرکت‌کنندگان)



■ مقایسه خرید آنلاین برای ۵ دسته مختلف

منبع: *fai r heal th*. ۲۰۱۵

۵-۳-۲- میزان استقبال از خرید آنلاین خدمات مختلف در گروه‌های سنی متفاوت

در نمودار ۹، درصد تعداد افراد رنج‌های سنی مختلف (۵ گروه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال، ۵۵ تا ۶۴ سال و بالاتر از ۶۵ سال) از کل نمونه مورد بررسی را در تمایل به انجام خدمات آنلاین در ۵ دسته ذیل را نشان می‌دهد.

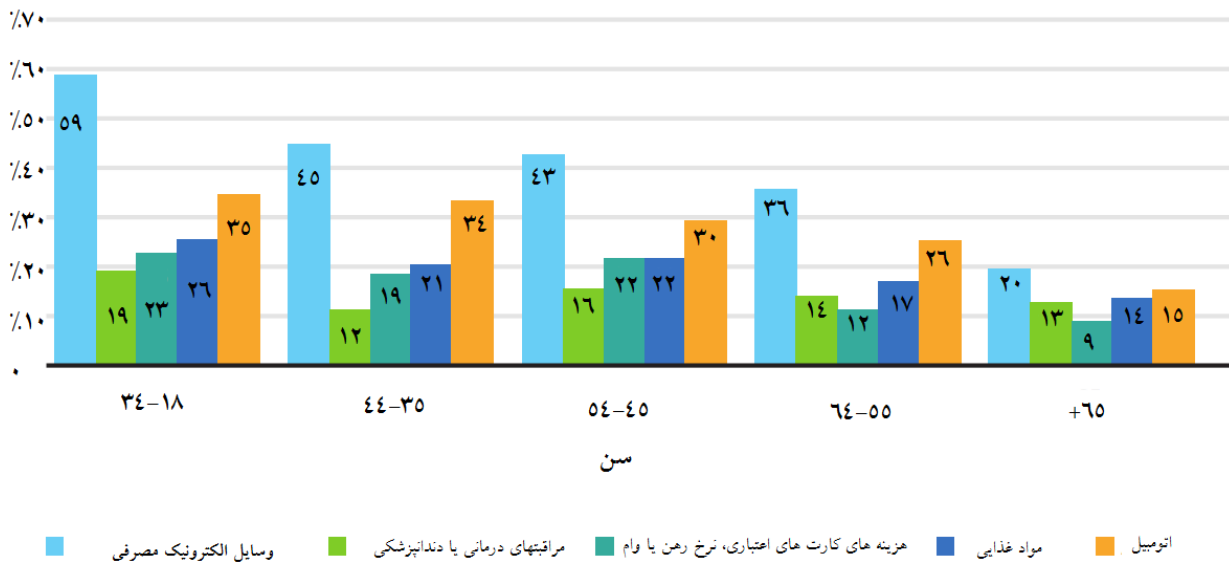
- وسایل الکترونیک مصرفی

^۱ Millennials

- مراقبتهای درمانی یا دندانپزشکی
- مقایسه هزینه‌های کارت‌های اعتباری، نرخ رهن یا وام
- مواد غذایی
- اتومبیل

همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود نسل‌های هزاره خریدارانی هستند که برای مقایسه‌های آنلاین بسیار مشتاق بودند، مخصوصاً برای خرید ابزارهای الکترونیکی و اتومبیل؛ اما به هنگام نرخ‌هایی که در آن قیمت خدمات پزشکی و دندانپزشکی به صورت آنلاین مقایسه می‌شود، تنها تفاوت کمی بین نسل هزاره و نسل‌های دیگر وجود داشت.

نمودار ۹: مقایسه خرید آنلاین خدمات مختلف در گروه‌های سنی متفاوت (درصد از شرکت‌کنندگان)



منبع: fairhealth.۲۰۱۵

۵-۴- بررسی رفتار مصرف‌کنندگان در انتخاب بیمه درمان

دیگر سوال مطرح در این نظرسنجی به شرح زیر است:

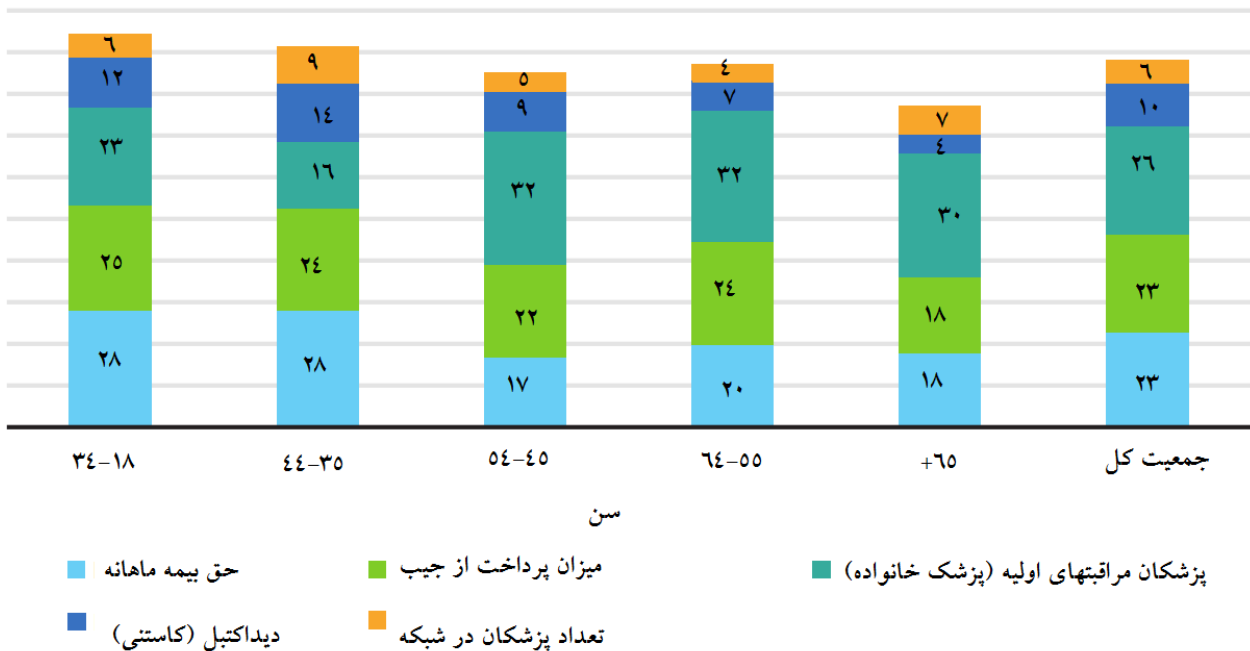
کدام یک از موارد زیر به هنگام انتخاب یک پوشش بیمه درمان برای شما ارجحیت دارد؟

- میزان حق بیمه ماهانه
- پزشکان مراقبتهای اولیه (پزشک خانواده)

- تعداد پزشکان در شبکه
- میزان پرداخت از جیب
- دیداکتیل یا کاستنی^۱

نتایج حاصل از پاسخ‌های داده شده به این سوال در نمودار ۱۰ آورده شده است.

نمودار ۱۰: مهم‌ترین موارد هنگام انتخاب پوشش بیمه درمان (درصد از شرکت‌کنندگان)



منبع: fair health، ۲۰۱۵

همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود در میان خریداران جوان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (زیر ۴۵ سال)، هنگام ثبت‌نام در یک برنامه بهداشتی، هزینه ماهانه حق‌بیمه‌ها به عنوان مهم‌ترین دغدغه رتبه‌بندی می‌شود، در حالی که در میان مصرف‌کنندگان مسن‌تر (۴۵ سال به بالا)، دسترسی به پزشکان درون شبکه‌ای در رتبه بالاتری قرار دارد. همچنین مصرف‌کنندگان در تمامی گروه‌های سنی، بیشتر علاقمند به آن هستند تا اطمینان حاصل نمایند که پزشکان خانوادگی / مراقبت‌های اولیه خود در شبکه برنامه‌هایشان (و نه تعداد پزشکانی که درون شبکه هستند) حضور داشته باشند.

^۱Deductible: بخشی از خسارت قابل پرداخت است که بیمه‌گر نسبت به آن تعهدی ندارد و آن را از خسارتی که می‌پردازد، کسر می‌کند و همواره جبران مقدار به عهده بیمه‌گذار باقی می‌ماند یا به اصطلاح سهم بیمه‌گذار از خسارت است.

۵-۵- بررسی رفتار مصرف‌کنندگان در انتخاب پزشک

آخرین سوال مطرح در این نظرسنجی عبارت است از آنکه:

هزینه‌ها چگونه بر انتخاب پزشک شما تاثیر می‌گذارند؟

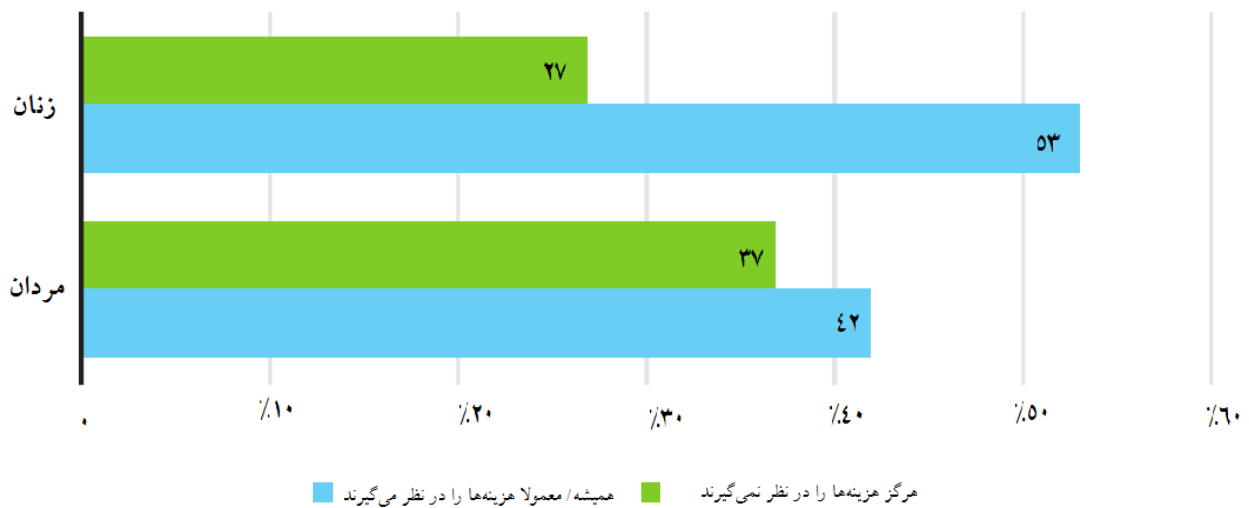
نتایج حاصل از پاسخ‌های دریافتی به این سوال به تفکیک بر اساس جنسیت، سن، نژاد، بعد خانوار و گروه‌های درآمدی در این بخش ارائه شده است.

۵-۵-۱- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس جنسیت

در نمودار ۱۱، نتایج حاصل از نظرسنجی در خصوص تاثیر هزینه در انتخاب پزشک به تفکیک در دو گروه زنان و مردان ارائه شده است. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود در هنگام انتخاب پزشک، زنان به طور معناداری بیشتر از مردان هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند.

نمودار ۱۱: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک در دو گروه زنان و مردان

(درصد از شرکت‌کنندگان)

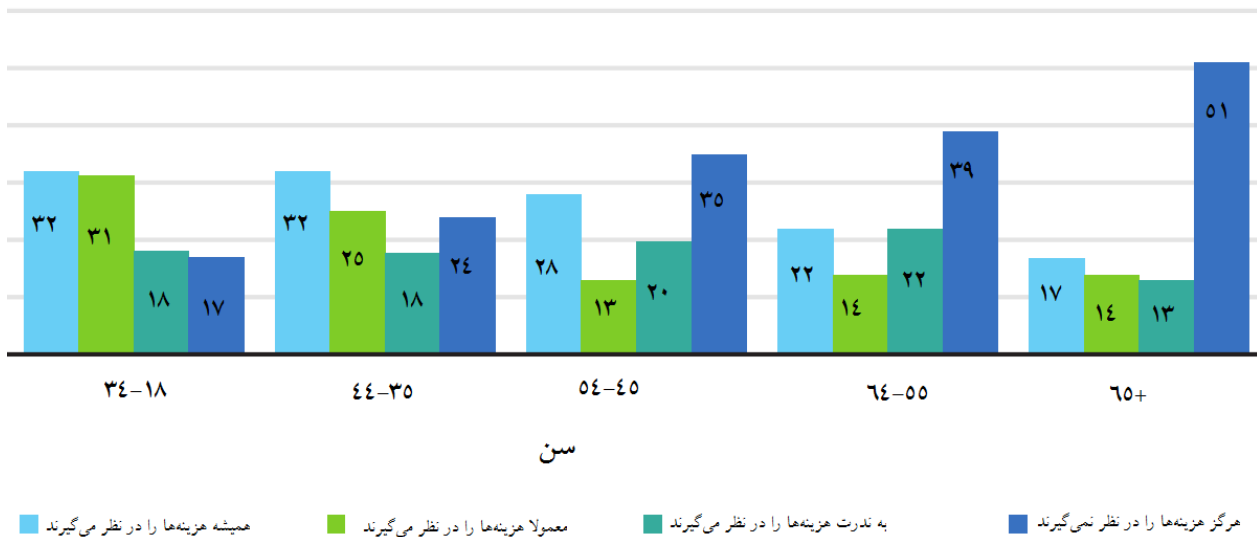


منبع: fair health. ۲۰۱۵

۵-۵-۲- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس سن

در نمودار ۱۲، نتایج حاصل از نظرسنجی در خصوص تاثیر هزینه در انتخاب پزشک به تفکیک گروه‌های سنی مختلف (۵ گروه سنی ۱۸ تا ۳۴ سال، ۳۵ تا ۴۴ سال، ۴۵ تا ۵۴ سال، ۵۵ تا ۶۴ سال و بالاتر از ۶۵ سال) ارائه شده است. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود افراد مسن‌تر به هنگام انتخاب پزشک، کمتر هزینه‌ها را مدنظر قرار می‌دهند.

نمودار ۱۲: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک گروه‌های سنی مختلف (درصد از شرکت‌کنندگان)

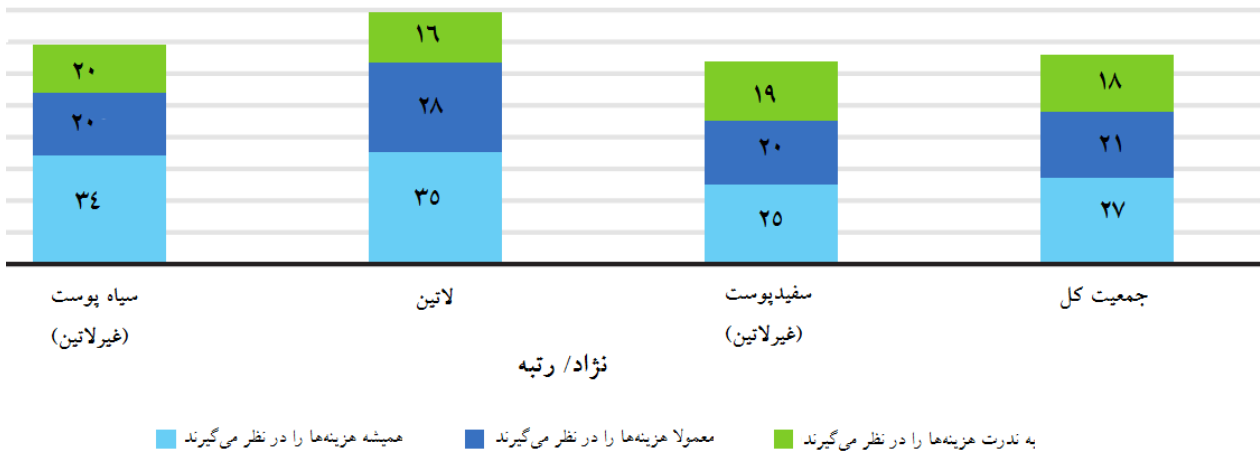


منبع: fairhealth.۲۰۱۵

۵-۵-۳- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس نژاد

در نمودار ۱۳، نتایج حاصل از نظرسنجی در خصوص تاثیر هزینه در انتخاب پزشک به تفکیک نژادهای مختلف ارائه شده است. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود بیشتر لاتین‌ها (۶۳٪) نسبت به جمعیت عمومی (۴۸٪) اذعان داشته‌اند که به هنگام انتخاب پزشک، همیشه یا بیشتر اوقات هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند.

نمودار ۱۳: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک نژادهای مختلف (درصد از شرکت‌کنندگان)

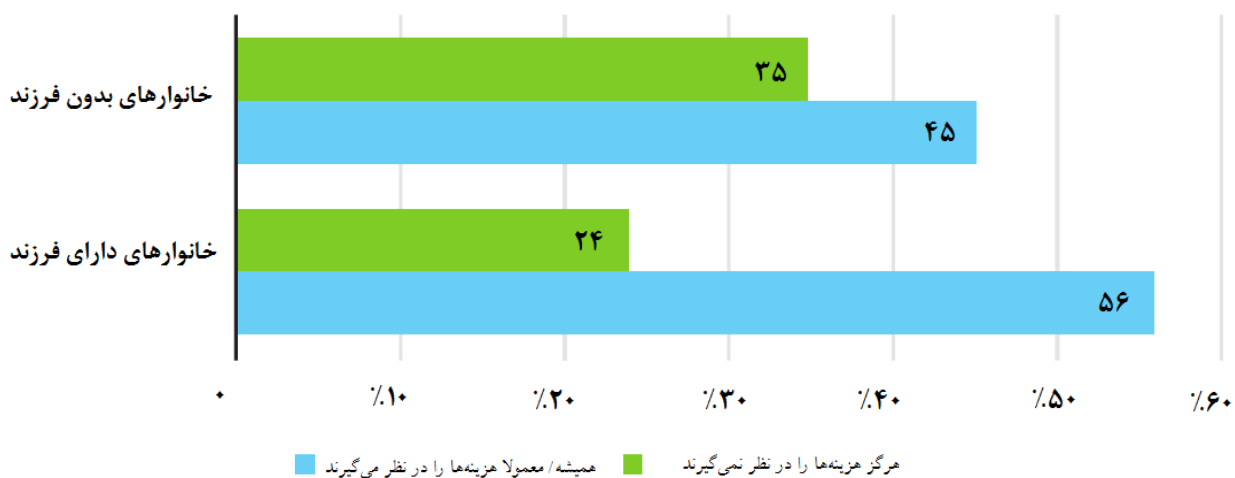


منبع: fairhealth.۲۰۱۵

۵-۵-۴- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس بعد خانوار

در نمودار ۱۴، نتایج حاصل از نظرسنجی در خصوص تاثیر هزینه در انتخاب پزشک به تفکیک خانوارهای دارای فرزند و خانوارهای بدون فرزند ارائه شده است. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود بیش از نیمی از مصرف‌کنندگان (۵۶٪) که در خانه فرزند داشتند، در مقایسه با ۴۵٪ از شرکت‌کنندگان بدون فرزند در خانه، اذعان داشتند که همیشه یا بیشتر اوقات به هنگام انتخاب پزشک، هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند.

نمودار ۱۴: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک به تفکیک خانوارهای دارای فرزند و خانوارهای بدون فرزند (درصد از شرکت‌کنندگان)



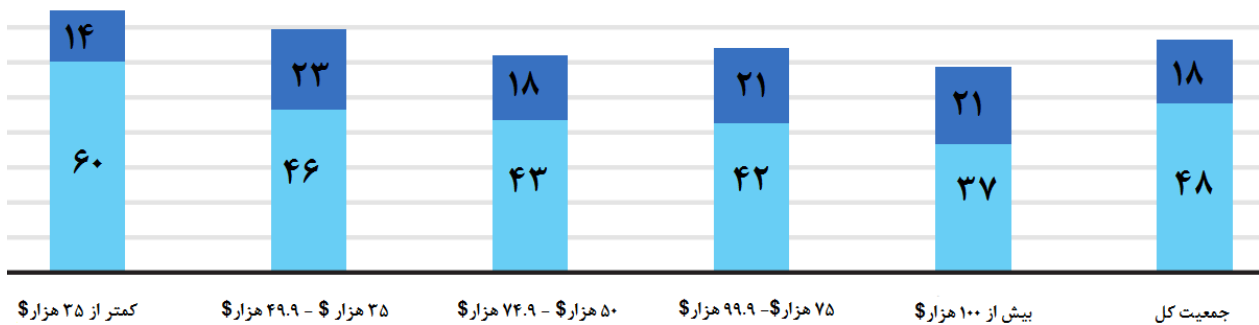
منبع: fairhealth.۲۰۱۵

۵-۵-۵- تاثیر هزینه بر انتخاب پزشک بر اساس گروه‌های درآمدی

در نمودار ۱۵، نتایج حاصل از نظرسنجی در خصوص تاثیر هزینه در انتخاب پزشک به تفکیک گروه‌های درآمدی مختلف ارائه شده است. همانطور که در این نمودار مشاهده می‌شود ۶۰٪ از شرکت‌کنندگانی که درآمد خانوارشان کمتر از \$۳۵,۰۰۰ بود، در مقایسه با ۴۸٪ جمعیت عمومی، اذعان داشته‌اند که همیشه یا بیشتر اوقات به هنگام انتخاب پزشک، هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند.

نمودار ۱۵: چگونگی تاثیر هزینه‌ها بر انتخاب پزشک بر اساس گروه‌های درآمدی مختلف

(درصد از شرکت‌کنندگان)



درآمد خانوار

همیشه/معمولاً هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند (رنگ روشن آبی) / به ندرت هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند (رنگ تیره آبی)

منبع: fairhealth.۲۰۱۵

۶- جمع‌بندی

نتایج حاصل از نظرسنجی انجام شده در کشور آمریکا، اختلافات قابل توجهی را در رده‌های نسلی، اجتماعی-اقتصادی و نژادی و قومی نشان می‌دهد که در ذیل آورده شده است.

۶-۱- محل خدمات

نگرش در مورد محل خدمات مراقبت‌های غیر اضطراری به طور قابل توجهی در گروه‌های جمعیتی مختلف، متفاوت است:

- مردم لاتین تقریباً دو برابر بیشتر از مردم عادی اذعان داشتند که به اتاق‌های اورژانس برای مراقبت‌های غیراورژانسی اعتماد خواهند کرد.

- نسل هزاره (سنین ۱۸ تا ۳۴) و افراد جوان‌تر نسل ایکس (سنین ۳۵ تا ۴۴)، نسبت به افراد مسن‌تر، بیشتر به برنامه‌های فوری اطمینان داشتند.
- مصرف‌کنندگان ۴۵ سال و بیشتر، نسبت به بزرگسالان جوان‌تر بیشتر به مراقبت‌های اولیه وابسته بودند.

۲-۶- صورت‌حساب‌های درمانی غافلگیرکننده

- نیمی از مصرف‌کنندگان ایالات متحده اظهار داشتند که از میزان هزینه‌های پزشکی از جیب مردم^۱ شگفت زده شده‌اند. افرادی که بین ۵۵ تا ۶۴ سال بودند بیشتر احتمال بودند که اذعان نمایند که معمولاً هزینه‌های پزشکی بیشتر از آنچه انتظار داشتند بود.

۳-۶- مقایسه خرید خدمات پزشکی و دندانپزشکی

- بیشتر مصرف‌کنندگان آمریکایی گفته‌اند که برای مقایسه خرید یا بررسی قیمت‌های خدمات پزشکی یا دندانپزشکی از اینترنت استفاده نمی‌کنند.
- نسل‌های هزاره خریدارانی هستند که برای مقایسه‌های آنلاین بسیار مشتاق می‌باشند و به هواخواهان تکنولوژی بودن نیز معروف‌اند. با این حال اگرچه نسل‌های هزاره بیش از سایر گروه‌های سنی بیشتر از اینترنت برای خرید لوازم الکترونیکی و ابزارهای مصرفی استفاده می‌کردند، اما تفاوت معناداری بین هزاره‌ها و نسل‌های قدیمی در رابطه با جستجوی آنلاین خدمات پزشکی و دندانپزشکی وجود نداشت.

۴-۶- انتخاب مزایای سلامتی و پزشکان

- در میان خریداران جوان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی (زیر ۴۵ سال)، هنگام ثبت‌نام در یک برنامه بهداشتی، هزینه ماهانه حق‌بیمه‌ها به عنوان مهم‌ترین دغدغه‌ها رتبه‌بندی می‌شود، در حالی که در میان مصرف‌کنندگان مسن‌تر (۴۵ سال به بالا) دسترسی به پزشکان درون شبکه‌ای^۲ خود در رتبه بالاتری قرار دارد.
- هنگام انتخاب پزشک، زنان به طور معناداری بیشتر از مردان هزینه‌ها را در نظر می‌گیرند.

^۱ out-of-pocket
^۲ in-network

- مصرف‌کنندگان در تمامی گروه‌های سنی، بیشتر علاقمند بودند تا اطمینان حاصل نمایند که پزشکان خانوادگی / مراقبت‌های اولیه خود در شبکه برنامه‌هایشان (و نه تعداد پزشکانی که درون شبکه هستند) حضور داشته باشند.

۶-۵- سایر نتایج

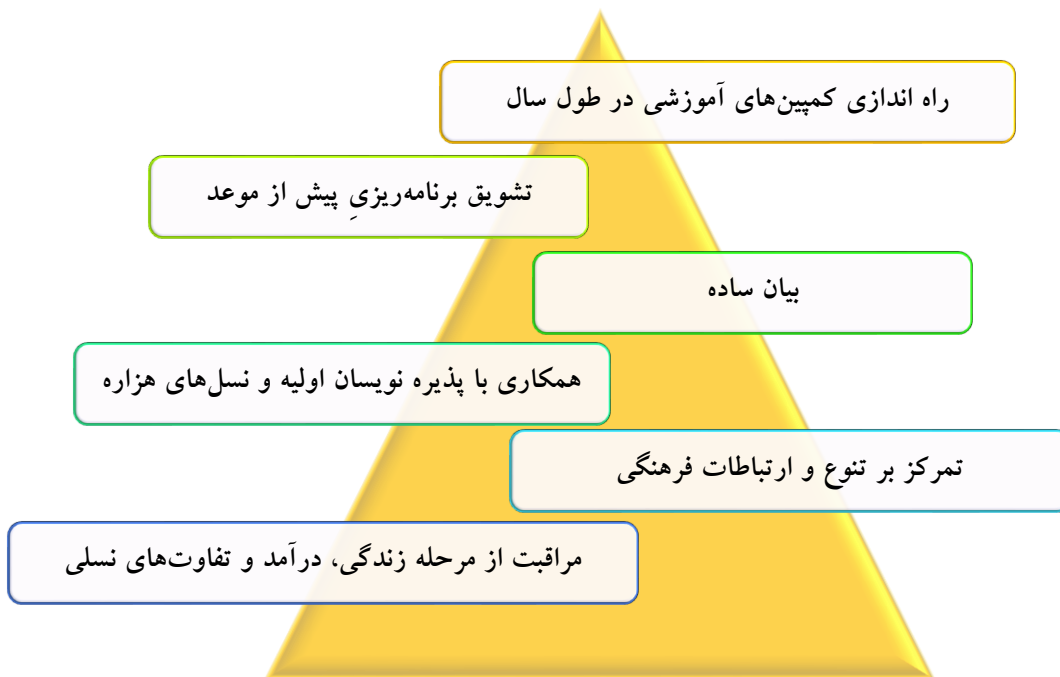
مرکز درمانی FAIR، علاوه بر مصرف‌کنندگان طیف وسیعی از سهامداران مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، از جمله سازمان‌های دولتی، بیمه‌گران، کارفرمایان، کارگزاران، بیمارستان‌ها، مراکز درمانی، متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و کارشناسان تحقیق را نیز مورد مطالعه قرار داده است. نتایج این داده‌ها از انواع موارد ذیل حمایت می‌کند:

- انجام تحقیقات پزشکی و دندانپزشکی
- ارزیابی بیمه‌نامه‌های عمومی و مداخلات بهداشتی عمومی
- اطلاع رسانی درباره جداول هزینه‌های درون شبکه‌ای و برون شبکه‌ای
- ایجاد برنامه‌های هزینه جبران خسارت کارگران
- برنامه ریزی استراتژیک پیشرفته
- پشتیبانی از همه پایگاه‌های ادعای خسارات پرداخت کننده
- حل اختلافات حقوقی
- ترتیب دادن روند ادعای خسارات برون شبکه‌ای
- توسعه سواد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی و ابزارهای شفاف‌سازی از جمله آنلاین محاسبه‌گرهای آنلاین هزینه‌های معالجه

۷- توصیه‌های سیاستی

اگرچه اکنون عصر ابر داده‌ها و تلفن‌های هوشمند است، اما همه مصرف‌کنندگان از اطلاعاتی که به راحتی در دسترس است و می‌تواند آن‌ها را نسبت به تصمیم‌گیری در مورد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مهم آگاه سازد، استفاده نمی‌کنند. اگرچه امروزه ابزار و منابع بسیاری وجود دارد (همانطور که بررسی‌ها و نظرسنجی نشان می‌دهد)، تلاش‌های بیشتری برای افزایش آگاهی مصرف‌کنندگان در مورد در دسترس بودن و ارزش آن‌ها نیاز است.

پس از دهه‌ها در صندلی شاگرد نشستن، اکنون از مصرف‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خواسته می‌شود که محرک تصمیمات کلیدی در زمینه بهداشت و درمان باشند. مانند هر راننده جدیدی که می‌خواهد در یک سیستم پیچیده رانندگی کند، مصرف‌کنندگان با دست اندازهایی در جاده روبرو می‌شوند، اما در نهایت استفاده از منابع موجود می‌تواند به آن‌ها در انتخاب بهتر کمک نماید. بر اساس نتایج نظرسنجی انجام شده، چند توصیه مهم به شرح زیر استخراج شده است که می‌تواند به بهبود تصمیم‌گیری مراقبت‌های بهداشتی و درمانی مصرف‌کننده کمک نماید.



همچنین توضیحات مربوط به هر یک از این توصیه‌ها در ذیل آورده شده است.

۷-۱- راه اندازی کمپین‌های آموزشی در طول سال

علیرغم نیاز به مدیریت موثر مزایای بیمه درمانی در طول سال، تلاش برای آموزش مصرف‌کنندگان در مورد انتخاب و مدیریت برنامه‌های خود، محدود به فصل‌های آزاد ثبت‌نام شده است. در حالی که راهنمایی در فصل ثبت‌نام به مصرف‌کنندگان کمک می‌کند تا برنامه اولیه را انتخاب نمایند، مواد آموزشی باید موجود باشد و در طول سال به راحتی در دسترس باشد تا افراد از مزایای آن استفاده کنند. به عنوان مثال، مطالعه مرکز درمانی FAIR نشان می‌دهد که بسیاری از مصرف‌کنندگان، به ویژه آفریقایی-آمریکایی‌ها و افراد لاتین، همچنان

اورژانس را به عنوان مکانی مناسب برای مراقبت‌های غیر اضطراری می‌بینند. در حالی که تعدادی از عواملی که فراتر از شفافیت هزینه‌ها و آموزش هستند به این روند کمک می‌کنند. افزایش سواد مراقبت‌های بهداشتی و درمانی می‌تواند نقش مهمی در پرورش گزینه‌های بهتر مراقبت‌های بهداشتی و درمانی ایفا نماید. یک تلاش آموزشی قوی و مداوم می‌تواند به اعضای برنامه کمک کند تا طیف گسترده‌ای از گزینه‌های مراقبت موجود را شناسایی نموده و در نتیجه هزینه‌های کلی مراقبت‌های بهداشتی و درمانی را کاهش و پس‌انداز خود را افزایش دهند.

۷-۲- تشویق برنامه‌ریزی پیش از موعد

باید خانواده‌ها را تشویق کرد که در صورت امکان از قبل، برنامه بهداشت و درمان را برنامه‌ریزی کنند و با پوشش و نوع برنامه بهداشتی که به بهترین وجه نیازهای آنها را برآورده می‌کند، آشنا شوند. از برآوردگرهای هزینه‌های درمان می‌توان برای کمک به خانواده‌ها، در برنامه‌ریزی هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی خود بر اساس مراقبت‌های معمول یا مورد انتظار در طول سال استفاده نمود. استفاده از این ابزارها ممکن است به ویژه برای کسانی که دارای بیماری‌های مزمن هستند، مفید باشد. درک هزینه‌های گزینه‌های مختلف درمان یا مقایسه هزینه‌های مراقبت درون یا برون‌شبکه‌ای می‌تواند به مصرف‌کنندگان کمک کند تا در زمان دسترسی به مراقبت، آگاهانه انتخاب کنند. برنامه‌ریزی پیش از موعد، با توجه به رشد مبادلات بیمه درمان دولتی و خصوصی (که در آن افراد اکنون باید طیف وسیعی از تصمیمات را اتخاذ کنند که بر سلامتی و زندگی مالی آنها تأثیر گذار است) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

۷-۳- بیان ساده و هوشمندانه^۱

بخش قابل توجهی از نیروی کار با ۱۴۰ کاراکتر یا کمتر ارتباط برقرار می‌کند، فیلم‌های ده ثانیه‌ای را تماشا می‌کند و حجم زیادی از اطلاعات را با کیفیت‌های مختلف بصورت آنلاین مرتب می‌کنند. بازارهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی باید تلاش کنند تا مطالب مختصر، اما جذاب و متناسب با جمعیت هدفشان، ارائه دهند. به عنوان مثال، رسانه‌های اجتماعی، محتوای وب و برنامه‌های تلفن همراه که نکاتی را برای صرفه جویی

^۱ **keep it simple**: این اصل بیان می‌کند که اکثر سیستم‌ها چنانچه ساده و به‌دور از پیچیدگی بمانند، عملکرد بهتری خواهند داشت؛ بنابراین، سادگی

باید هدف اصلی طراحی سیستم‌ها باشد و از پیچیدگی‌های بی‌هوده اجتناب کرد.

در هزینه و استفاده هوشمندانه از بیمه درمانی ارائه می‌دهند می‌توانند مفید واقع شوند و احتمالاً مورد علاقه نسل هزاره و سایر مصرف‌کنندگان خواهان تکنولوژی باشد.

۷-۴- همکاری با پذیره‌نویسان اولیه و نسل‌های هزاره

اگرچه ابزارهای دیجیتالی شفافیت هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی هنوز در مراحل ابتدایی قرار دارند، اما استفاده از آنها به سرعت رشد کرده است. نسل‌های هزاره - خریداران مشتاق آنلاین - به دلیل جوانی نسبتاً سالم هستند، اما با افزایش سن و نیاز به مراقبت‌های پیچیده‌تر، آنها می‌توانند از هواخواه تکنولوژی بودن خود برای استفاده کامل از این ابزارها استفاده کنند. گام بعدی کمک به آنها برای استفاده از تخصص فنی خود در خریدهای مراقبت‌های بهداشتی و درمانی است.

۷-۵- تمرکز بر تنوع و ارتباطات فرهنگی

جمعیت ایالات متحده آمریکا تاکنون از نظر فرهنگی اینچنین متنوع نبوده است. ارائه اطلاعات مرتبط با فرهنگ در مورد سیستم مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، بیمه و هزینه‌ها، افراد بیشتری را جذب خواهد کرد و به آنها کمک می‌کند تا مصرف‌کنندگان آگاه‌تر و دقیق‌تری در مورد هزینه‌ها باشند. ترجمه زبان و استفاده از کانال‌های متنوع برای تلاش‌های گسترده حیاتی است، اما کافی نیست. با غوطه‌وری فرهنگی و ایجاد روابط با سازمان‌ها و کارشناسانی که ارتباط عمیقی با جوامع هدف دارند، این اطمینان حاصل خواهد شد که پیام در بین مخاطبان مورد نظر طنین‌انداز می‌شود.

۷-۶- مراقبت از مرحله زندگی، درآمد و تفاوت‌های نسلی

اقتصاددانان و سایر متخصصان همچنان بر افزایش نابرابری درآمد در ایالات متحده آمریکا و پس‌انداز ناکافی برای تأمین هزینه‌های بهداشت و درمان از جیب خود مردم تأکید می‌کنند. بسیاری از آمریکایی‌ها نیز در زمانی که هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی همچنان رو به افزایش است، با بدهی قابل توجه وام‌های دانشجویی نیز مواجه هستند. مقایسه خرید برای مراقبت‌های پزشکی و دندانپزشکی می‌تواند به مصرف‌کنندگان در پس‌انداز کمک نماید. علاوه بر این، مهم است که تشخیص دهیم که ویژگی‌های خاص برنامه بیشتر در مصرف‌کنندگان خاص (بر اساس مرحله زندگی، سن و درآمد آنها) طنین‌انداز می‌شود. به عنوان مثال، نظرسنجی مرکز درمانی FAIR نشان می‌دهد که افراد دارای فرزند و مصرف‌کنندگان جوان کمتر از ۴۵ سال

نسبت به قیمت حساسیت بیشتری دارند و هنگام انتخاب مزایای سلامتی خود، بیشتر بر هزینه حق بیمه ماهانه تمرکز می‌کنند. برعکس، مصرف‌کنندگان مسن، بالای ۴۵ سال، عمدتاً علاقمند به حفظ ارتباط با پزشک مراقبت‌های اولیه خود هستند.

منابع
فارسی

- (۱) جعفری صمیمی، احمد؛ کرمی پتانلار، سعید؛ محمدی، تیمور و تاتار، موسی (۱۳۹۸)، برآورد تمایل به پرداخت برای بیمه درمانی تکمیلی با استفاده از روش ارزشگذاری مشروط (CV) و مدل رگرسیون لجیت، دو فصلنامه علمی بررسی مسائل اقتصاد ایران، پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، سال ششم، شماره ۱.
- (۲) شهرکی، مهدی و قادری، سیمین (۱۳۹۸)، تأثیر انواع بیمه‌های درمانی بر پرداخت از جیب خانوار شهری ایران: مدل انتخاب نمونه مضاعف، مدیریت سلامت، سال ۲۲، شماره ۲.
- (۳) شیخان، ناهید (۱۳۹۱)، بیمه تکمیلی درمان در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال سیزدهم، شماره ۴۸.
- (۴) صدقیانی، ابراهیم (۱۳۸۵)، استفاده از استانداردها در مراقبت‌های بهداشتی و درمانی، فصلنامه بیمارستان. دوره ۵، شماره ۵ و ۶، صفحات ۱۹-۲۴.
- (۵) پوررضا، ابوالقاسم (۱۳۹۳)، اقتصاد بهداشت: برای کشورهای در حال توسعه "راهنمای عملی"، موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی.
- (۶) پوررضا، ابوالقاسم؛ خبیری، رقیه؛ عرب، محمد؛ اکبری ساری، علی؛ رحیمی، عباس و طل، آذر (۱۳۸۸)، بررسی رفتار در جستجوی درمان ساکنان شهر تهران و عوامل موثر بر آن، مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دوره ۷، شماره ۲، صفحات ۱۳-۱.

انگلیسی

- (۷) fairhealth (۲۰۱۵), Understanding Consumer HealthInsurancePreferences, CONSUMER SURVEY, SPRING ۲۰۱۵
- (۸) Karimi I, Maleki M, Nasiripoor A, Janfada H. Supportive Health insurance aaround the world: comparative study of in selected countries. Toloee behdasht. ۲۰۱۵; ۱۴(۳): ۱۲۳-۳۸.
- (۹) WHO., ۲۰۰۰. World Health Report ۲۰۰۰: Health Systems: Improving Performance. Geneva: WHO.
- (۱۰) MacKian, S., ۲۰۰۳. A review of health seeking behaviour: problems and prospects. Health Systems Development Programme, University of Manchester.
- (۱۱) Allin, S., ۲۰۰۶. Equity in the use of health services in Canada and its Provinces. Working Paper Number ۳.
- (۱۲) Cynthia, J.B., ۲۰۰۵. The decision-making Process of health care utilization in Mexico. Health Policy, ۷۲(۳), pp. ۸۱-۹۱.
- (۱۳) Adamson, J., Ben-Shlomo Y., Chaturvedi N. and Donovan J., ۲۰۰۵. Ethnicity, socioeconomic Position and gender--do they affect reported health-care seeking behaviour? Social Science & Medicine, ۵۷(۶), pp.۸۹۵-۹۰۴.
- (۱۴) Brown, A.D., ۲۰۰۴. Factors that influence health services utilization for emotional or mental health reasons among university student. Thesis in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of MSc in the Department of Community Health and Epidemiology. University of Saskatchewan Saskatoon.