

# Attributes Related to Dissatisfaction with Health Insurance Coverage in Patients Visiting to Dental Clinics in Tehran City

Jamileh Vahidi<sup>1,2</sup>, Amirhossein Takian<sup>3,4,5</sup>, Mostafa Amini-Rarani<sup>6</sup>, Maryam Moeini<sup>7</sup>\*

<sup>1</sup> School of Management & Medical Information Sciences, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>2</sup> Baharloo Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>3</sup> Department of Management and Health economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>4</sup> Department of Global Health & Public Policy, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>5</sup> Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

<sup>6</sup> Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

<sup>7</sup> Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

\*Corresponding Author: Maryam Moeeni, Assistant Professor, Social Determinants of Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. Email: mmoeini1387@gmail.com

Received: August 11, 2020

Revised: November 22, 2020

Accepted: November 28, 2020

Online Published: December 1, 2020

## Abstract

**Introduction:** The patients' satisfaction with health service is one of the five indicators of quality evaluation in health care programs. This study aimed to identify the attributes related to the non-satisfaction of insurance coverage among patients visited to dental clinics.

**Methods:** In the framework of a qualitative study conducted in Tehran city, six private and public dental clinics were selected in regions with variant socio-economic status. Face-to-face interviews with the head of household or their spouses who visited to selected dental clinics were carried out and sampling continued until saturation. Data collection lasted from October until February 2018. Thematic analysis was used for content analysis and MAXQDA12 software was applied for data analysis.

**Results:** 54 interviews were conducted and overall 14 codes were extracted. Peculiarity and non-peculiarity attributes were identified as two main attributes related to dissatisfaction of the basic and complementary health insurance. To more detail, both basic and complementary insured interviewees expressed dissatisfaction with high premiums, inadequate service packages, as well as rarity of contract centers. Moreover, the interviewees with basic insurance were highly dissatisfied with quality of health services, and those of complementary coverage were dissatisfied with reimbursement system of insurance.

**Conclusion:** The findings suggest that in order to improve the level of satisfaction with insurance coverage, it is necessary for policy makers to consider the affordability of insurance coverage, insurance packages, and also the quality of health services provided by insurers.

**Keywords:** Health Insurance, Patient satisfaction, Dental clinics, Qualitative Research

## Citation:

Vahidi J, Takian A, Amini-Rarani M, Moeini M. Attributes related to dissatisfaction with health insurance coverage in patients visiting to dental clinics in Tehran city. Iran J Health Insur. 2020;3(3):222-33.

## مؤلفه‌های نارضایتی از پوشش بیمه درمان در مراجعه کنندگان به مراکز دندان پزشکی شهر تهران

جمیله وحیدی<sup>۱،۲</sup>، امیرحسین تکیان<sup>۳،۴</sup>، مصطفی امینی رازانی<sup>۵</sup>، مریم معینی<sup>۶،۷</sup>

<sup>۱</sup> دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
<sup>۲</sup> بیمارستان بهارلو، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۳</sup> گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۴</sup> گروه سلامت جهان و سیاست‌گذاری عمومی، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۵</sup> مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران  
<sup>۶</sup> مرکز تحقیقات مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران  
<sup>۷</sup> مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

\* نویسنده مسئول: مریم معینی اصفهان، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.  
پست الکترونیک: mmoeini1387@gmail.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۹/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۹/۰۸

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۹/۰۹/۰۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۵/۲۱

چکیده

**مقدمه:** میزان رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات سلامت، یکی از ۵ شاخص ارزیابی کیفیت برنامه‌های مرتبط با سلامت محسوب می‌شود. هدف این مطالعه، شناسایی مؤلفه‌های مرتبط با نارضایتی از پوشش بیمه در مراجعه کنندگان به مراکز دندان پزشکی بود. **روش بررسی:** در قالب یک مطالعه کیفی در شهر تهران، ۶ مرکز دندان پزشکی خصوصی و دولتی واقع در مناطقی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت انتخاب شدند. مصاحبه عمیق چهره به چهره با سرپرستان خانوار یا همسرانشان که به مراکز دندان پزشکی منتخب مراجعه کرده بودند، انجام شد و نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع، ادامه یافت. نمونه‌گیری از نیمه دوم مهر تا نیمه اول بهمن ۱۳۹۷ انجام شد. برای تحلیل محتوا، روش تحلیل مضمون و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۲ استفاده شد. **یافته‌ها:** پس از انجام ۵۴ مصاحبه، مؤلفه‌های مالی و غیرمالی دو مؤلفه اصلی شناسایی شده در نظر گرفته شدند. در مجموع ۵ مضمون اصلی و ۱۷ مضمون فرعی نهایی (کد)، جنبه‌های مختلف نارضایتی بیمه‌شدگان را تشریح کردند. در هر ۲ گروه بیمه شامل بیمه پایه و تکمیلی، صرفه‌ناداشتن اقتصادی، نحوه پوشش خدمات و وضعیت مراکز ارائه خدمات از مضامین اصلی مطرح شده بودند. علاوه بر این، مخاطرات اخلاقی مرتبط با بیمه در بیمه‌های پایه، و فرایند اداری بیمه در بیمه تکمیلی نیز از مضامین شناسایی شده مرتبط با نارضایتی بیمه‌شدگان بودند.

**نتیجه‌گیری:** برای ارتقای سطح رضایت‌مندی از پوشش بیمه، لازم است به‌طور هم‌زمان استطاعت مالی برای پوشش بیمه‌ای، نوع تسهیلات و کیفیت ارائه خدمات بیمه‌ای در سیاست‌گذاری مرتبط با بیمه مدنظر قرار گیرد.

**واژگان کلیدی:** بیمه سلامت، رضایت‌مندی بیمار، درمانگاه‌های دندان پزشکی، تحقیق کیفی

مقدمه

شده، لی نشان داد که رضایت، مفهومی انتزاعی و چندبعدی است و به درک، انتظارات و استانداردهای ذهنی افراد وابسته است [۳]. بر مبنای تعریف ارائه شده توسط لیندر و همکاران، رضایت بیمار عبارت است از ارزیابی مثبت فرد از ابعاد مشخص مراقبت‌های بهداشتی [۴]. همچنین بنا بر تعریف این مفهوم در درگاه اصطلاح‌نامه تخصصی پزشکی Mesh، رضایت‌مندی نمره‌ای است که فرد به مفید، مؤثر یا سودمند بودن خدمات مراقبت‌های بهداشتی، محصول یا شیوه ارائه

سازمان جهانی بهداشت، میزان رضایت‌مندی دریافت‌کنندگان خدمات سلامت را یکی از ۵ شاخص کیفیت ارائه خدمات سلامت معرفی کرده است و به‌همین دلیل، سیاست‌گذاران بهداشت و درمان به بررسی متغیرهای مؤثر بر رضایت بیمار، توجه ویژه‌ای دارند. این شاخص کلیدی در ارزیابی کیفیت برنامه‌های مرتبط با سلامت اهمیت بالایی دارد [۱، ۲]. در حالی که تعاریف متعددی برای رضایت بیمار ارائه

خدمات بیمه درمان با استفاده از مصاحبه عمیق (از منظر بیمه‌گذاران) دسترسی پیدا نکردند. بنابراین با توجه به خلأ موجود، در این مطالعه سعی شد با استفاده از روش تحقیق کیفی، مؤلفه‌های مرتبط با نارضایتی از پوشش بیمه پایه و تکمیلی در استفاده‌کنندگان از خدمات درمانی در مراکز منتخب دندان پزشکی شهر تهران شناسایی شوند.

### روش بررسی

#### نمونه پژوهش

این پژوهش، مطالعه‌ای کیفی با رویکرد تحلیل مضمون است. جامعه آماری پژوهش را سرپرستان خانوار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های دولتی و خصوصی دندان پزشکی در مناطق ۲۲ گانه شهر تهران یا همسران آنها تشکیل دادند. برای انتخاب مناطق از نمونه‌گیری غیراحتمالی خوشه‌ای استفاده شد. معیار انتخاب خوشه‌ها، حداکثر تغییرات در سطح توسعه اقتصادی - اجتماعی بود. برای رتبه‌بندی مناطق، پس از بررسی و مراجعه به متون، در نهایت از داده‌های طرح سنجش عدالت در شهر تهران استفاده شد. این پیمایش برای سنجش وضعیت و تعیین نابرابری عوامل اجتماعی، اقتصادی و محیطی مؤثر بر سلامت توسط مرکز توسعه بهداشت سازمان بهداشت جهانی انجام شده است. در این پژوهش، از داده‌های دور دوم این طرح که در سال ۱۳۹۰ و در ۳۵۴ محله تهران به انجام رسید، استفاده شد. از بین متغیرهای موجود، ۵ شاخص مختلف ساخته شد. این شاخص‌ها با ترکیب متغیرهای نرخ بی‌سوادی (درصد افراد بی‌سواد ۱۵ تا ۴۹ سال)، فقر (درصد خانوارهای زیر خط فقر)، نرخ بیکاری (درصد افراد ۱۵ سال و بالاتر که شاغل نیستند)، میانگین نسبت هزینه سرمایه‌گذاری سالیانه خانوارها، میانگین نسبت پس‌انداز سالیانه خانوارها و درصد خانوارهای فاقد فریزر به دست آمدند.

در هر ۵ شاخص، متغیرهای منتخب با وزن یکسان با میانگین هندسی محاسبه شدند. در نهایت هر ۵ شاخص در جدولی تنظیم و رتبه‌بندی مناطق در هر شاخص براساس برخورداری از رتبه‌بندی مناطق در هر شاخص براساس برخورداری از رتبه‌بندی مناطق در هر شاخص انجام شد. برای داشتن یک شاخص واحد، ابتدا غیربرخورداری از رتبه‌بندی مناطق در هر شاخص براساس برخورداری از رتبه‌بندی مناطق در هر شاخص انجام شد. برای داشتن یک شاخص واحد، ابتدا مناطق که در هر ۵ گروه فوق در یک رتبه قرار گرفته بودند استخراج شدند که به این ترتیب جایگاه منطقه یک در رتبه نهم و منطقه ۱۷ در رتبه بیست و دوم قرار گرفت. در مرحله بعدی مناطقی که حداقل در ۴ شاخص در رتبه‌های همسان قرار گرفته بودند، استخراج شد و به همین ترتیب ادامه یافت تا در نهایت، جایگاه هر منطقه در جدول رتبه‌بندی مناطق مشخص شد. ۳ منطقه به صورت هدفمند

خدمات توسط ارائه‌دهنده نسبت می‌دهد [۵].

از آنجا که بیماران به‌عنوان مشتری، کالا و خدمات بهداشتی را خریداری می‌کنند و نارضایتی بیماران می‌تواند بر رفتار آینده آنها در خرید خدمات بیمه تأثیرگذار باشد، شناسایی مؤلفه‌های مرتبط با نارضایتی بیماران، به سیاست‌گذاران در درک مشکلات و اتخاذ استراتژی‌های مناسب کمک خواهد کرد [۶].

عوامل مرتبط با رضایت‌مندی از پوشش بیمه در مطالعات متعددی در جهان بررسی شده است. در این مطالعات که مبتنی بر روش‌های کمی یا کیفی هستند، خصوصیات جمعیت‌شناختی، ویژگی‌های طرح بیمه، نگرش و آگاهی عمومی از طرح بیمه، تجارب افراد، رابطه مالی با بیمه، مقرون به‌صرفه بودن آن و رابطه سالم بین بیماران و ارائه‌دهندگان خدمت، از جمله عوامل مؤثر بر ایجاد رضایت‌مندی یا نارضایتی از طرح‌های بیمه پایه و تکمیلی عنوان شده است. از دیگر عوامل مؤثر بر رضایت‌مندی از بیمه‌ها، تنوع بسته خدمات و مزایای بیمه، دسترسی به خدمات، نوع خدمت دریافت‌شده، سطح پوشش و کیفیت خدمات ارائه‌شده بوده است. در برخی مطالعات نیز میزان دسترسی به مراکز ارائه خدمات، بوروکراسی، رفتار ارائه‌دهندگان خدمات، میزان هزینه‌ها و سهم پرداخت از جیب، فاصله زمانی تا بازپرداخت مخارج و التزام به تعهدات بیمه‌ای به‌عنوان عوامل اثرگذار بر رضایت‌مندی از طرح بیمه مطرح شده است [۷-۱۰].

عوامل متعددی امکان بهره‌مندی بیمه‌شدگان از خدمات مربوطه را محدود ساخته است. در این میان خدمات دندان پزشکی به‌عنوان یکی از پرهزینه‌ترین خدمات درمانی سرپایی اهمیت ویژه‌ای برای سیاست‌گذاران سلامت و بیمه دارد. در سال ۱۳۸۹ سهم هزینه‌های بهداشت دندان در دو صندوق بزرگ بیمه کشور (صندوق بیمه خدمات درمانی ایران و بیمه تأمین اجتماعی که حدود ۸۰ درصد از کل جمعیت بیمه‌شده را پوشش می‌دهند)، حدود یک درصد از کل هزینه‌های بهداشتی آنها بود. در بیمه‌های تکمیلی نیز با وجود اینکه این بیمه‌ها بسته‌های مناسب‌تری را به اعضای خود ارائه می‌کنند، فقط ۷ درصد از هزینه‌های دندان پزشکی را در قالب سقف تعیین‌شده پرداخت کرده‌اند و مازاد بر آن به‌صورت پرداخت از جیب بوده است. از سوی دیگر طبق گزارش بیمه مرکزی (در سال ۱۳۹۰)، فقط ۱۵ درصد جمعیت کشور از پوشش خدمات تکمیلی دندان پزشکی برخوردار بوده‌اند [۳۹].

نویسندگان این مقاله در بررسی مستندات موجود به مطالعه‌ای در زمینه شناسایی مؤلفه‌های مؤثر بر نارضایتی استفاده‌کنندگان از

مصاحبه‌ها از اپلیکیشن ضبط صدای گوشی تلفن همراه استفاده شد و هم‌زمان با آن، یادداشت‌برداری برای ثبت نکات مهم و کلیدی نیز توسط مصاحبه‌کننده انجام شد. مصاحبه با این سؤال کلی که «در صورت برخورداری از بیمه پایه/تکمیلی، از آن رضایت دارید یا خیر؟» شروع می‌شد. از مراجعه کنندگانی که بیان می‌کردند از پوشش بیمه‌ای خود رضایت کافی ندارند، درخواست می‌شد در مورد دلایل نارضایتی خود از پوشش بیمه صحبت کنند. مصاحبه‌های ضبط‌شده بدون دخل و تصرف بعد از انجام مصاحبه، پیاده‌سازی و به صورت متن نوشتاری در نرم‌افزار Word ذخیره شد. هر مصاحبه با آگاهی نسبت به نتایج مصاحبه‌های قبلی انجام شد.

#### تحلیل داده‌ها

برای تحلیل محتوا، از روش تحلیل مضمون استفاده شد. پس از تهیه متن نوشتاری مصاحبه‌های انجام شده، فرایند استخراج مضامین توسط مصاحبه‌کننده انجام شد. هدف از تحلیل، شناسایی مؤلفه‌های کلیدی مرتبط با نارضایتی مصاحبه‌شوندگان از پوشش بیمه‌ای و دسته‌بندی آنها براساس مضامین اصلی و فرعی بود. فهرستی از ایده‌ها و واحدهای معنایی موجود تشکیل شد و مضامین اولیه با مدنظر قراردادن اهداف مطالعه، موضوع‌های مطرح‌شده توسط پاسخ‌دهندگان، دیدگاه‌ها و تجاربشان استخراج شد. تجزیه و تحلیل تطبیقی توسط پژوهشگران همکار انجام شد. سپس مضامین کلیدی و زیرشاخه‌ها براساس کدهای با معنای مشابه، تدوین و نام‌گذاری شدند. همچنین از نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۱۲ برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شد.

#### یافته‌ها

با توجه به نتایج به دست آمده، مشاهده شد که نمونه‌گیری در خوشه‌های منتخب به صورت نسبتاً متوازن انجام شده است. در مجموع ۴۷ مصاحبه انجام شد که با توجه به حضور هم‌زمان همسران در برخی مصاحبه‌ها با ۵۴ شخص حقیقی مصاحبه شد (جدول ۱).

بیش از نیمی از شرکت کنندگان در مصاحبه‌ها را زنان تشکیل دادند. بیش از دو سوم تحصیلات دانشگاهی نداشتند و اکثر آنها متأهل بودند. بیش از ۹۶ درصد دارای پوشش بیمه پایه بودند اما حدود ۶۴ درصد فاقد بیمه تکمیلی بودند. هر چند کمتر از نیمی از بیمه شدگان در جامعه دارای بیمه تامین اجتماعی می‌باشند، در این پژوهش بیش از ۸۰ درصد مصاحبه شونده‌گان بیمه تامین اجتماعی داشتند. (جدول ۲). همچنین، محدوده سنی مصاحبه شونده‌گان بین

به عنوان خوشه‌ها انتخاب شدند که شامل منطقه ۲ (رتبه اول جدول)، به عنوان بر خوردارترین منطقه تهران و منطقه ۱۷ (رتبه آخر جدول) به عنوان نابر خوردارترین منطقه و منطقه ۱۱ نیز در میانه جدول بود. در هر خوشه منتخب، حداقل یک مرکز خدمات جامع سلامت شهری به عنوان مرکز دولتی ارائه‌دهنده خدمات دندان پزشکی و یک مطب به عنوان مرکز خصوصی ارائه‌دهنده خدمات دندان پزشکی انتخاب شدند. مصاحبه شونده‌گان در هر مرکز به صورت هدفمند و برای دستیابی به نمونه‌گیری بر اساس حداکثر تنوع دموگرافیک و اقتصادی انتخاب شدند.

معیار ورود به مطالعه، حضور و پاسخ‌دهی سرپرست خانوار یا همسر بود. افراد مطلقه، خودسرپرست یا مجرد که بیمه شده اصلی بودند نیز وارد مطالعه شدند. در مجموع ۵۴ مصاحبه انجام شد و به طور متوسط هر مصاحبه حدود ۲۰ دقیقه به طول انجامید. نمونه‌گیری نیز تا رسیدن به اشباع در هر مرکز ادامه یافت.

#### گردآوری داده‌ها

داده‌ها از طریق مصاحبه عمیق با مراجعه کنندگان به کلینیک‌های دندان پزشکی عمومی و خصوصی جمع‌آوری شدند. برای طراحی راهنمای مصاحبه، ابتدا با استفاده از متون و نظر پژوهشگران همکار، راهنمای مصاحبه عمیق طراحی شد که دارای ۲ بخش بود: در بخش اول اطلاعات دموگرافیک مورد پرسش قرار گرفت که شامل سن، جنس، تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، ابعاد خانواده (تعداد افرادی که تحت تکفل سرپرست خانوار هستند)، نوع بیمه پایه و بیمه تکمیلی سرپرست و همسر بود. در بخش بعدی و در صورت نارضایتی از بیمه پایه و بیمه تکمیلی، دلایل آن در قالب یک سؤال باز، شناسایی شد. نمونه‌گیری از نیمه دوم مهر تا نیمه اول بهمن ۱۳۹۷ انجام شد. نمونه‌گیری از مناطق برخوردار شروع شد و به ترتیب در مراکز سلامت شهری مناطق ۲، ۱۱ و ۱۷ انجام شد. پس از آن، نمونه‌گیری در مطب‌ها از منطقه نابر خوردار ادامه یافت. به دلیل دسترسی نداشتن به مطب در منطقه ۱۷، منطقه ۱۹ با رتبه بیستم در رتبه‌بندی مناطق، جایگزین شد. سپس نمونه‌گیری در مناطق ۱۱ و ۲ انجام شد.

مصاحبه‌ها به صورت حضوری در مراکز درمانی و همگی توسط یکی از اعضای تیم پژوهش انجام شد. مصاحبه‌کننده پس از معرفی خود، با توضیح هدف از انجام مصاحبه و اعلام محرمانه ماندن مصاحبه، در صورت رضایت شفاهی مراجعه‌کننده، مصاحبه را شروع می‌کرد. از مصاحبه‌شونده برای ضبط مکالمات اجازه گرفته شد. برای ثبت

جدول ۲ | آمار توصیفی نمونه پژوهش

| مشخصات            | فراوانی (درصد فراوانی)                    |
|-------------------|---|
| جنسیت             | زن ۳۰ (۶۳,۳۸٪)                            |
|                   | مرد ۱۰ (۲۱,۲۷٪)                           |
|                   | مصاحبه همزمان با سرپرست و همسر ۷ (۱۴,۸۹٪) |
| وضعیت تأهل        | متاهل ۴۱ (۸۷,۲۳٪)                         |
|                   | مجرد ۳ (۶,۳۸٪)                            |
|                   | مطلقه ۲ (۴,۲۵٪)                           |
|                   | بیوه ۱ (۲,۱۲٪)                            |
| تحصیلات           | کمتر از دیپلم ۱۱ (۲۰,۳۷٪)                 |
|                   | دیپلم ۲۲ (۴۰,۷۴٪)                         |
|                   | فوق دیپلم ۵ (۹,۲۵٪)                       |
|                   | کارشناسی و بالاتر ۱۶ (۲۹,۶۲٪)             |
| شغل               | خانه‌دار ۲۹ (۵۳,۷۰٪)                      |
|                   | کارمند شرکت خصوصی ۷ (۱۲,۰۹٪)              |
|                   | شغل آزاد ۷ (۱۲,۰۹٪)                       |
|                   | دولتی ۵ (۹,۲۵٪)                           |
|                   | غیره ۶ (۱۱,۱۱٪)                           |
| وضعیت بیمه پایه   | بدون بیمه ۲ (۳,۷۰٪)                       |
|                   | بیمه تأمین اجتماعی اجباری ۲۳ (۴۲,۵۹٪)     |
|                   | بیمه تأمین اجتماعی اختیاری ۲۰ (۳۷,۰۳٪)    |
|                   | بیمه سلامت ۳ (۵,۵۵٪)                      |
|                   | بیمه درمان متفرقه و سؤال نشده ۳ (۵,۵۵٪)   |
| وضعیت بیمه تکمیلی | بدون بیمه ۳۰ (۶۳,۹۱٪)                     |
|                   | دارای بیمه ۱۶ (۳۴,۱۶٪)                    |
|                   | سؤال نشده ۱ (۲,۱۱٪)                       |
| جمع               | ۵۴ (۱۰۰٪)                                 |

۲۵ سال تا ۶۷ سال و متوسط سن آنها ۳۷,۸۸ بود و متوسط تعداد افراد تحت تکفل سرپرست خانوار ۳,۴۳ بود.

نتایج اولیه نشان داد مضامین مرتبط با نارضایتی بیمه‌شدگان از نوع پوشش بیمه پایه و مکمل، تفاوت محدودی دارند. در مجموع پس از انجام مقایسه‌های متعدد میان مضمون‌های فرعی شناسایی شده، ۱۷ مضمون فرعی نهایی (کد) استخراج شد که ۱۲ مورد، جنبه‌های مختلف نارضایتی بیمه‌شدگان از بیمه پایه و ۹ مورد، جنبه‌های مختلف نارضایتی بیمه‌شدگان از بیمه تکمیلی را تشریح کرد که این مضامین فرعی در ۵ مضمون اصلی خلاصه شدند. مضامین استخراج شده (برای هر ۲ پوشش بیمه‌ای) شامل ۲ مؤلفه اصلی یکسان بودند؛ در واقع مؤلفه‌های مالی و غیرمالی، دیدگاه بیمه‌شدگان درباره نارضایتی از بیمه را تشریح می‌کردند (جدول ۳ و ۴). مؤلفه‌های استخراج شده در قالب مضامین اصلی و مضامین فرعی متفاوتی طبقه‌بندی شدند که در ادامه به ترتیب توضیح داده شده است.

#### ۱- مؤلفه‌های مالی

با توجه به روند روبه‌رشد هزینه‌های درمانی، مؤلفه‌های مالی تأثیر قابل توجهی در رضایت از بیمه درمانی پایه و بیمه تکمیلی داشت. در هر ۲ بیمه، بالا بودن حق بیمه ماهانه یکی از مضامین فرعی مؤثر بر میزان نارضایتی از بیمه بود. تعدادی از مراجعه‌کنندگان نیز سقف پایین پرداخت‌ها را عاملی برای نارضایتی از بیمه تکمیلی می‌دانستند که در مواردی باعث قطع رابطه با بیمه‌گر شده بود. در مواردی نیز افراد به‌رغم داشتن بیمه تکمیلی، به‌دلیل نداشتن استطاعت مالی برای پرداخت اولیه، از گرفتن خدمت انصراف داده بودند.

«... همین داروخانه پایین دفترچه رو بردم. گفتم با دفترچه چقدر میشه؟ گفت ۵۲ هزار تومن. گفتم بدون دفترچه چقدر میشه؟»

جدول ۱ | مشخصات مراکز درمانی

| مناطق    | مراکز درمانی                            | فراوانی (درصد فراوانی) | عنوان اختصاری  |
|----------|---|------------------------|----------------|
| منطقه ۲  | مرکز خدمات جامع سلامت شهید کاظمیان      | ۸ (۱۷,۰۰٪)             | D <sub>1</sub> |
|          | مطب منطقه ۲                             | ۷ (۱۴,۰۹٪)             | D <sub>2</sub> |
| منطقه ۱۱ | مرکز خدمات جامع سلامت فرمانفرمایان      | ۱۲ (۲۵,۲۳٪)            | D <sub>3</sub> |
|          | مطب منطقه ۱۱                            | ۸ (۱۷,۰۰٪)             | D <sub>4</sub> |
| منطقه ۱۷ | مرکز خدمات جامع سلامت شهید احمدی قهرودی | ۴ (۸,۵۰٪)              | D <sub>5</sub> |
|          | مطب منطقه ۱۹                            | ۸ (۱۷,۰۰٪)             | D <sub>6</sub> |
| جمع      |   | ۴۷ (۱۰۰٪)              |                |

گفت ۶۰ هزار تومان! این خدمات نیست که...»  
 - «باید خدمات طلایی داشته باشیم، اونم که ماهی ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومان در ماه باید بدیم. ارزش نداره...»  
 یک مصاحبه شونده نیز بیان کرد:  
 - «قبلاً بیمه ۵۰۰ هزار تومان بهمون می‌دادند. این ۵۰۰ هزار تومان هم شامل یه دندان نمی‌شد... می‌گفتند اون ۵۰۰ هزار تومان برای چند تا دندان هستش. باید چند تا دندان پُر می‌کردید تا به سقف ۵۰۰ هزار تومان می‌رسید.»

جدول ۳ | مؤلفه‌های مرتبط با نارضایتی از بیمه پایه

| مؤلفه                                      | مضمون اصلی             | مضمون فرعی                   |
|--|------------------------|------------------------------|
| مؤلفه مالی                                 | فقدان صرفه اقتصادی     | حق بیمه بالا                 |
|  |                        | پوشش خدمات ناکافی            |
| مؤلفه‌های غیر مالی                         | پوشش خدمات             | پوشش خدمات زائد              |
|  |                        | کیفیت نامطلوب خدمات          |
|  |                        | مشکلات نوبت گرفتن            |
|  | وضعیت مراکز ارائه خدمت | لیست انتظار طولانی           |
|  |                        | محدودیت مراکز                |
|  |                        | معطلی در مراکز               |
|  |                        | شلوغی مراکز                  |
|  |                        | نظافت نامناسب مراکز          |
|  |                        | مسائل اخلاقی (مربوط به بیمه) |
|  |                        | مسائل اخلاقی بیمه‌گر         |
| ارجاع به مراکز خصوصی توسط ارائه‌دهنده خدمت |                        |                              |

جدول ۴ | مؤلفه‌های مرتبط با نارضایتی از بیمه تکمیلی

| مؤلفه              | مضمون اصلی         | مضمون فرعی                    |
|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| مؤلفه مالی         | فقدان صرفه اقتصادی | حق بیمه بالا                  |
|                    |                    | سقف پرداخت پایین              |
| مؤلفه‌های غیر مالی | فرایند اداری بیمه  | مشکلات ثبت نام                |
|                    |                    | مشکلات تمدید قرارداد          |
|                    |                    | مشکلات فرایند اداری بازپرداخت |
|                    |                    | مشکلات تأیید مدارک توسط بیمه  |
|                    | پوشش خدمات         | خدمات ناکافی                  |
|                    |                    | خدمات زائد                    |
|                    |                    | وضعیت مراکز ارائه خدمت        |

خدمات دندان پزشکی متنوع تر و در گروه های سنی مختلف در این مراکز ارائه شود.

«مادرم بیمارستان... رفته بود و وقتی اومد، کیست دندان پیدا کرد. گفتند به دلیل پُر کردن غیر اصولی دندان بوده. یک میلیون و ۲۰۰ هزار تومن هم به ضرر ما شد.»

«من یه بار اومدم اینجا دندونم رو پُر کردم راضی بودم... به نظرم بهتره بقیه کارهام رو هم اینجا انجام بدم...»

## ۲-۲- وضعیت مراکز ارائه دهنده خدمت

محدودیت مراکز، شلوغی مراکز، لسیت انتظار طولانی، مشکلات نوبت گرفتن، نظافت نامناسب مراکز و معطلی در مراکز، از عوامل نارضایتی از وضعیت مراکز بیمه پایه بود؛ تا جایی که در مواردی، شلوغی مراکز، بر تصمیم بیمه گذاران پایه برای استفاده از خدمات تأثیرگذار بود. توصیف ها و تجربه های بیمه گذاران حاکی از طی روندی پُر زحمت برای گرفتن نوبت و دسترسی به خدمات، به خصوص در مراکز ملکی بیمه پایه بود.

«...رفتم بینم عصب کشی و پُر کردن داره یا نه. واقعا شلوغی جمعیت رو که دیدم، ترجیح دادم بدون اینکه سؤال کنم برگردم...»  
«الان بیمارستان... یک ماه بعد وقت می ده. دیگه اون فرد دندانش پوسیده به درد نمی خوره.»

مراجعه کننده دیگری نیز اظهار داشت:

«هفته ها طول می کشه وقت بگیری. تلفنی هم که وقت نمی دن. سایت رو هم که همه ندارند، حتی با گوشی که نت هم داشته باشی باز هم سخته.»

«من امروز از ۷:۳۰ تا ۱۲ رفتم بیمارستان... فقط برای جرم گیری. خوب اگر ۵ تا مرکز مثل... بود هم توی وقت رفت و آمدم صرفه جویی می شد هم وقت ۵ ساعته که اونجا بودم می شد یک ساعت.»

از دید تعدادی از مراجعان هم نظافت مناسب مراکز و محیط فیزیکی، علاوه بر زیبایی بصری، باعث اطمینان بیمه گذاران شده و بازتابی از وضعیت بهداشت و خدمات استاندارد مراکز بهداشتی درمانی بود.

«... این همه مریضی هست. دندان پزشکی باید یه جایی باشه که خیلی تمیزی رعایت بشه. آدم می ترسه مخصوصا الان. من بچه ها رو جای عمومی نمی تونم ببرم...»

## ۲-۳ مخاطرات اخلاقی مرتبط با بیمه

مخاطرات اخلاقی (بیمه ای) مرتبط با بیمه گر و ارجاع به مراکز

در مقابل مراجعان به مراکز سلامت شهری مناسب بودن هزینه های این مرکز (به خصوص در خدمات مرتبط با کودکان) را یکی از دلایل مراجعه خود ذکر کردند که با توجه به نارضایتی گسترده دیگران، موضوع جالب توجهی بود.

«با ۲۰ تا ۲۵ هزار تومن میام این مرکز با دفترچه بیمه... جرم گیری انجام میدم. هیچ مرکزی این کار رو انجام نمی ده با این قیمت.»

## ۲- مؤلفه های غیرمالی

تعداد قابل توجهی از افراد مصاحبه شونده نیز مؤلفه های غیرمالی را در میزان رضایت مندی از خدمات دریافتی مؤثر می دانستند. پوشش نامناسب خدمات و وضعیت مراکز ارائه خدمت از مؤلفه های فرعی مطرح شده در هر ۲ بیمه بود. مشکلات فرایند اداری در بیمه تکمیلی و مخاطرات اخلاقی در بیمه نیز در بیمه پایه مطرح شد.

### ۲-۱ پوشش خدمات

این مضمون به صورت خدمات ناکافی، پوشش خدمات زائد در هر ۲ بیمه مورد اشاره قرار گرفت. عده ای نیز در کنار خدمات فعلی، ارائه سایر خدمات از جمله خدمات دندان پزشکی را لازم می دانستند. گروهی از بیمه گذاران نیز خواستار حق انتخاب بیشتر بودند.

«... شوهر من ناراحتی قلبی داره. من می خواستم یه مرکزی ببرم دندونش رو که می خوان بکشن خدایی نکرده خونریزی کرد و مشکلی پیش اومد، دسترسی به دکتر هست. فکر کن... اونجا توی بیمارستان گفتند ما دندون نمی کشیم!»

«... سمعک و عینک احتیاج ندارم، اما اجباری هست... اما برای بیمه دندان که احتیاج دارم، خیلی تعرفه پایینی داره...»  
مراجعه کننده دیگری نیز اظهار داشت:

«پدرم ۲۷ ساله بیمه... داره. تا حالا یه بار هم عکس ام آر آی نگرفته. من اگر باشم یه سری عکس برداری های خاص که ۳۰۰ تا ۴۰۰ هزار تومن هزینه دارند رو حذف می کردم... ترجیح می دادم به جاش خدمات دندان پزشکی داشته باشم.»

علاوه بر این ۲ مضمون فرعی، کیفیت نامطلوب خدمات در بیمه پایه نیز با نارضایتی همراه بود. در مواردی تجربیات بیمه گذاران از مراکز ملکی بیمه، علاوه بر ایجاد نارضایتی و هزینه های مالی مضاعف، مشکلات سلامت و بار عاطفی منفی نیز برای آنها به همراه داشت. برخلاف این تجربیات ناخوشایند، مراجعه کنندگان به مراکز سلامت شهری از کیفیت خدمات راضی به نظر می رسیدند و مایل بودند

ارتقای خدمات ارائه‌شده و افزایش میزان رضایت‌مندی بیمه‌شدگان باشد. در این مطالعه، مجموعه‌ای از مؤلفه‌های مالی و غیرمالی در ارتباط با نارضایتی بیمه‌شدگان از پوشش‌های بیمه‌ای شناسایی شدند. عوامل مرتبط با رضایت‌مندی یا نارضایتی از پوشش بیمه‌ای در مطالعات دیگر بررسی شده است. این مطالعات عمدتاً با تکیه بر پیمایش‌های محلی و منطقه‌ای، بر جنبه‌های مختلفی از رضایت‌مندی بیمه‌گذاران تأکید داشتند. تعدادی از مطالعات حق بیمه اولیه و هزینه-سودمند بودن حق بیمه را عاملی مهم در تصمیم‌گیری خانوار برای دریافت بیمه و ماندن در طرح بیمه عنوان کردند؛ تا جایی که در گروه‌های آسیب‌پذیر، بالا بودن حق بیمه به خودداری از خرید بیمه منجر شده بود. دالینگجون و همکاران (۲۰۱۲) در غنا نیز پرداخت حق بیمه بالا را یکی از عوامل نارضایتی و ایجاد نگرش منفی نسبت به بیمه ملی سلامت اعلام کردند [۱۱-۱۸]. اما پیمایش انجام‌شده در ایران روی ۱۴۰ مراجعه‌کننده به مراکز درمانی فوق تخصصی، نشان داد مراجعه‌کنندگان دارای بیمه پایه از میزان حق بیمه رضایت دارند [۱۹]. مطالعه ریسی و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد دارندگان بیمه خدمات روستایی که عضو طرح پزشک خانواده هستند از هزینه پرداختی برای دریافت خدمات رضایت بالایی دارند که البته می‌تواند به دلیل تعرفه پایین خدمات و پرداخت نشدن حق بیمه باشد [۲۰]. دوتی و همکاران (۲۰۱۰) و همچنین زالم و همکاران (۲۰۱۵) گزارش کردند بیمه‌های تکمیلی در آمریکا در بیش از ۸۰ درصد موارد، تقریباً تمام یا نیمی از هزینه‌ها را پرداخت می‌کنند [۲۱، ۲۲]. در این مطالعه، مصاحبه‌شوندگان حق بیمه تکمیلی را بالا گزارش کرده و در مواردی نیز از بیمه شدن منصرف شده بودند؛ حتی در بیمه پایه نیز کسانی که بیمه اختیاری بودند حق بیمه خود را بالا توصیف کردند. بادو و همکاران (۲۰۱۸) بسته خدمات و مزایا را یکی از عوامل تعیین‌کننده در وجود رضایت‌مندی از بیمه عنوان کردند [۲۳]. یافته‌های بواتنگ و همکاران (۲۰۱۸) در غنا نیز نشان داد بسته‌هایی که خدمات بهداشتی کودکان را ارائه می‌کنند با رضایت بالاتری همراه هستند [۶]. در این مطالعه نیز تعدادی از مصاحبه‌شوندگان انتظار داشتند بسته بیمه پایه متنوع‌تر بوده و افراد در مورد سبد بیمه‌ای خود حق انتخاب داشته باشند. ایشان انتظار داشتند با حذف برخی خدمات پرهزینه، مثل تصویربرداری کامپیوتری یا خدماتی که کاربرد کمتری داشت راه برای دریافت خدمات کاربردی (مثل دندان‌پزشکی) هموارتر شود. تعدادی از پژوهش‌ها، کیفیت پایین خدمات بهداشتی را منبع

خصوصی، باعث نگرانی عمیق تعدادی از بیمه‌گذاران در رابطه کارگزاری با بیمه پایه شده بود. «ما در حقیقت اینجا سرمایه‌هایمون داره هرز میره. یه سری افراد سوءاستفاده می‌کنند. یک سیستم اطلاعات جامع باشه چیزی که همیشه می‌گن و انجام نمی‌دن.» «... وقتی پزشک خودش مستقیماً ذی‌نفع نیست توی اون کار، اون رو ارجاع می‌ده به مطب خودش. مثل معلم که میگه کلاس جبرانی می‌ذارم، کلاس فوق‌العاده می‌ذارم بیاید اونجا... میگه ما این قدر وقت نمی‌ذاریم این رو باید بری توی یه جای خصوصی...»

#### ۴-۲ فرایند اداری بیمه

مستخدمان مشاغلی که بیمه اختیاری بودند و مستخدمان مشاغل دولتی که در مرحله شروع بازنشستگی بودند، درباره رابطه با تمدید قرارداد و تعویض سالانه بیمه‌های تکمیلی مشکلاتی را مطرح کردند. اطلاع‌رسانی نامناسب نیز تا حدودی بر مشکلات اداری افزوده و باعث سردرگمی این افراد شده بود. «چون شوهرم با شریکش باهم خودشون رو بیمه کردند، نتوانستند دیگه چون باید چند نفر می‌شدند که بتونند با هم بیمه گروهی بشن، چون تعدادشون به حد نصاب نرسید...» در این میان بخشی از هزینه‌ها به دلیل تأییدنشدن مدارک قابل وصول نبود یا با فرایند نسبتاً دشواری وصول می‌شد. زمان پرداخت طولانی نیز نارضایتی‌هایی به دنبال داشت. «متأسفانه این مدارک تا زمانی که بره بیمه و بررسی بشه و برگرده توی کارهای اداری، همش زمان بره. یعنی مرحله به مرحله امضا و بررسی می‌خواد.» بیمه‌شده دیگری نیز اظهار داشت: «به خاطر یک میلیون اسیر می‌کنند. نوبت بگیر، اسیر شو، برو آخرش هم اونقدر ایراد می‌گیرند. مثلاً توی نامه یک خط اضافه گذاشته. اینو اونطوری نوشته.. آخر هم نگرفتم.» «دیر پرداخت می‌کنند. هزینه رو ما پرداخت کردیم. حالا چقدر باید دوندگی کنیم...»

#### بحث

رضایت بیماران از خدمات ارائه‌شده یکی از شاخص‌های مؤثر بر کیفیت ارائه خدمات سلامت است و درک مؤلفه‌های مؤثر بر میزان رضایت‌مندی گیرندگان خدمت می‌تواند ابزاری مناسب برای بهبود و



به خدمات را تضمین کند [۳۲]. در ایالات متحده گروهی از افراد به‌رغم داشتن توانایی مالی برای بیمه‌شدن، فقط به دلیل بسته خدمات نامناسب و مقرون به‌صرفه نبودن، تمایلی به بیمه‌شدن نداشتند [۳۳]. در مقابل بررسی کانوا و همکاران (۲۰۱۹) در روسیه نشان داد که امکان دسترسی سریع به خدمات در بیمه تکمیلی، یکی از دلایل رضایت از این بیمه است [۳۴]. در این مطالعه دسترسی نامناسب و محدود بودن مراکز ارائه خدمات بیمه پایه باعث صرف زمان و هزینه برای دسترسی به خدمات شده بود که با ناراضی گسترده‌ای همراه بود. افراد انتظار داشتند با افزایش مراکز ملکی و دسترسی مناسب‌تر بتوانند از مزایای بیمه خود بهره‌مند شوند که البته در مراکز جامع سلامت، رضایت‌مندی بالایی از دسترسی به خدمات گزارش شد.

برخی از مطالعات انجام‌شده روی طرح‌های ملی بیمه درمانی در سایر کشورها، رفتارهایی مثل تجویز بیش از نیاز داروها، ویزیت‌های غیرضروری و مکرر توسط ارائه‌دهندگان خدمات بهداشتی درمانی و دریافت هزینه برای خدمات ارائه‌نشده را گزارش دادند، تا جایی که در مطالعه‌ای بیمه‌شدگان هندی ابراز داشتند تا زمان ترخیص، بیمه خود را مخفی نگه می‌داشتند. یاسون و همکاران (۲۰۱۸) به این نتیجه رسیدند که با قرار دادن سقف دفعات برای ویزیت می‌توان به تغییر رفتار کمک کرد [۶، ۱۲، ۲۵، ۳۵]. هرچند تومین و همکاران (۲۰۱۱) در فنلاند، گزارش کردند در بیمه عمومی و خصوصی شواهدی به‌نفع مخاطره اخلاقی ارائه‌دهنده خدمت وجود ندارد [۳۶]. در این مطالعه افراد با اشاره به تجربیات خود در مراکز بیمه اظهار داشتند، در مواردی ارائه‌دهندگان خدمات اقدام به ارجاع به مراکز خصوصی کرده یا بیمه‌شدگان تکمیلی با تهیه فاکتورهای صوری اقدام به دریافت سهم بیمه کرده بودند. این رفتار می‌تواند باعث احساس متضرر شدن و سلب اعتماد سایر بیمه‌شدگان و به گسترش رفتارهای غیرمسئولانه برای جبران خسارت و مسایل اخلاقی در گروه‌های مختلف مرتبط با بیمه، منجر شود.

در حالی که هر کدام از مطالعات اشاره‌شده بر جنبه‌های خاص و محدود از رضایت‌مندی بیمه‌شدگان اشاره داشتند، در این پژوهش تلاش شد براساس روش کیفی مؤلفه‌های مختلف مرتبط با ناراضی‌ت از بیمه در نمونه‌ای منتخب از شهروندان تهرانی با وضعیت اقتصادی-اجتماعی متفاوت شناسایی شود.

این مطالعه با محدودیت‌هایی نیز مواجه بود که اولین محدودیت مربوط به نمونه‌گیری است. مصاحبه‌ها در مطب‌ها و مراکز سلامت انجام شد. به دلیل محدودیت دسترسی، از مراکز بیمارستانی صرف‌نظر

اصلی ناراضی‌ت در بیمه درمانی مبتنی بر جامعه عنوان کردند [۱۱، ۱۵، ۱۸، ۲۴، ۲۵]. برطبق مطالعه‌ای در هند، با وجود اینکه کیفیت خدمات از نظر فنی نامطلوب گزارش شده بود، میزان رضایت به شکل قابل توجهی بالا بود [۲۵]. به‌نظر می‌رسد رضایت از کیفیت خدمات می‌تواند تحت تأثیر عوامل مختلفی مثل انتظارات افراد، تجربیات و حق بیمه پرداختی باشد [۱۷، ۲۶]. در مطالعه حاضر نیز گروهی از بیمه‌شدگان از کیفیت خدمات ارائه‌شده ناراضی بودند. ایشان اظهار داشتند در مواردی به دلیل کیفیت نامطلوب خدمات در مراکز بیمه‌ای مجبور به هزینه مجدد و تکرار خدمت شده‌اند که بار مالی آن با فلسفه بیمه‌شدن (محافظت مالی) مغایرت دارد و از سوی دیگر باعث تجربه ناخوشایند و مشکلات سلامتی در بیمه‌گزاران شده است.

در مغولستان، باتباتار و همکاران (۲۰۱۷) با تمرکز بر ارتباط بین کیفیت مراکز ارائه‌دهنده خدمت و رضایت‌مندی، دسترسی راحت، کوتاه بودن زمان انتظار، مناسب بودن محل دریافت خدمت، سریع بودن فرایند پذیرش، گرفتن وقت ملاقات با کمترین تلاش و در کوتاه‌ترین زمان را از دلایل رضایت‌مندی بیماران عنوان کردند [۱۱]. زمان انتظار برای دریافت خدمت در سیستم خدمات بهداشتی ملی انگلیس نیز بر رضایت بیماران از پوشش بیمه مؤثر بود که علت آن گسترش گسترش بیمه تکمیلی و در نتیجه، کاهش زمان انتظار بود [۲۷، ۲۸]. سارکر و همکاران (۲۰۱۷) و مظاهری و همکاران (۲۰۱۸) نیز محیط فیزیکی مرکز مراقبت‌های بهداشتی را از عوامل رضایت‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی در بیمه اختیاری سلامت معرفی کردند [۲۹، ۳۰]. در این مطالعه نیز کیفیت نامناسب راه‌های برقراری ارتباط با مراکز ارائه خدمت مثل، ناکارآمدی پاسخ‌گویی تلفنی و مشکلات دسترسی به خدمات اینترنتی (میز خدمت)، باعث ایجاد سردرگمی و ناراضی‌ت از تسهیلات نوبت‌گیری شده بود. زمان انتظار برای دریافت خدمت نیز از عوامل مؤثر در رضایت‌مندی از بیمه بود. با توجه به توصیف مصاحبه‌شوندگان از تجربیات خود، طولانی بودن زمان انتظار برای دریافت خدمت (به دلیل تشدید مشکلات سلامت) گاهی باعث انصراف از گرفتن خدمت در این مراکز و مراجعه به مراکز خصوصی شده بود. این عوامل تشدیدکننده ناراضی‌ت از بیمه پایه بودند. دارندگان بیمه تکمیلی نیز از تعداد مراکز طرف قرارداد ناراضی بودند.

تعدادی از مطالعات با اشاره به موانع دسترسی به خدمات، دوری از مراکز خدمات درمانی را باعث ناراضی‌ت و انصراف از عضویت در بیمه اعلام کردند [۱۵، ۱۸، ۳۱]. لانگ و دیموک (۲۰۱۵) در آمریکا نشان دادند حتی بسته خدمات و مزایای بیمه‌ای نیز نمی‌تواند دسترسی

برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران سلامت برای رصد شرایط و اتخاذ تصمیم‌ها مناسب خواهد بود.

### تعارض منافع

نویسندگان این مقاله، وجود هرگونه تعارض منافع را رد می‌کنند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته اقتصاد بهداشت با عنوان «شناسایی ترجیحات خانوارها برای بیمه دندان پزشکی در شهر تهران: کاربرد مدل ترجیحات اظهارشده» با کد اخلاق IR.MUI.RESEARCH.REC.1397.031 و مصوب در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان است. نویسندگان مقاله از بیماران شرکت کننده در این پژوهش و کارکنان مراکز درمانی مربوطه که نهایت همکاری را داشتند، تشکر و قدردانی می‌نمایند. همچنین از دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی تهران و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ایران بابت همکاری در مرحله جمع‌آوری داده‌ها، قدردانی می‌شود.

### References

1. Ebrahimnia M, Ameriun A, Azizabadi Farahani M, HR KV. Satisfaction rate of hospitalized patients in military hospitals from presented services. *Journal Mil Med*. 2010;12(2):101-5. [Persian]
2. Karaca A, Durna Z. Patient satisfaction with the quality of nursing care. *Nurs Open*. 2019;6(2):535-45.
3. Lee DS, Tu JV, Chong A, Alter DA. Patient satisfaction and its relationship with quality and outcomes of care after acute myocardial infarction. *Circulation*. 2008;118(19):1938-45.
4. Linder-Pelz S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med & medicine*. 1982;16(5):577-82.
5. ncbi.nlm.nih.gov/mesh [homepage on the Internet]. Maryland: National Library of Medicine; 1999 [updated 1992; cited 2002 April 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68017060>
6. Nsiah-Boateng E, Asenso-Boadi F, Andoh-Adjei F-X, Aikins M. Knowledge and satisfaction of health insurance clients: a cross-sectional study in a tertiary hospital in Ghana. *J Public Health*. 2019;27(6):713-21.
7. Mohammed S, Sambo MN, Dong H. Understanding client satisfaction with a health insurance scheme in Nigeria: factors and enrollees experiences. *Health Res Policy Syst* 2011;9(1):20.
8. Shan L, Li Y, Ding D, Wu Q, Liu C, Jiao M, et al. Patient satisfaction

شد. محدودیت دوم مربوط به مرحله استخراج مؤلفه‌هاست. در این مطالعه در مواردی، تجربه مراجعه کنندگان در رابطه با خدمات دریافتی گذشته مورد سؤال قرار گرفت که ممکن است به دلیل خطا در یادآوری، تورش دار باشد. مصاحبه‌ها در مراکز دندان پزشکی و هنگام انتظار برای دریافت خدمت انجام شد که ممکن است بر پاسخ‌گویی مراجعان تأثیرگذار باشد.

هرچند هدف این مطالعه سنجش رضایت مراکز نبود، اما رضایت نسبی مشاهده شده در مصاحبه‌های مراکز سلامت شهری می‌تواند نشان دهنده این باشد که تنوع خدمات ارائه شده در این مراکز، کیفیت خدمات ارائه شده و دسترسی جغرافیایی مناسب با تجربه مثبت مراجعان همراه بوده است. به نظر می‌رسد می‌توان با اطلاع‌رسانی مناسب درباره این مراکز، به خصوص در شبکه‌های اجتماعی، به‌روزرسانی سایت‌های مربوطه و افزایش آگاهی جامعه درباره این مراکز با صرف کمترین هزینه، حق انتخاب افراد درباره مراکز دریافت خدمات اولیه بهداشتی را افزایش داد و با کاهش بار مراکز درمانی متعلق به بیمه، رضایت‌مندی بیمه‌شدگان را نیز فراهم کرد.

### نتیجه‌گیری

هدف این مطالعه، شناسایی مؤلفه‌های نارضایتی از پوشش بیمه درمان در مراجعه کنندگان به مراکز دندان پزشکی از منظر بیمه‌گذاران است. عوامل شناسایی شده در این مطالعه به مؤلفه‌های مالی و مؤلفه‌های غیرمالی طبقه‌بندی شدند. نکته حائز اهمیت در این پژوهش، اشاره مصاحبه‌شوندگان به نیازها و مشکلات خود در رابطه با بیمه‌ها و تقاضا برای ارائه خدمات در قالب بسته‌های متنوع براساس سطوح مختلف در بازپرداخت‌ها و حق بیمه بود. ایشان انتظار داشتند با فعال کردن سیستم کارت‌های هوشمند بیمه و فراهم کردن امکانات نرم‌افزاری برای اتصال به مراکز بیمه، در بسترهای تحت وب و بدون نیاز به رابطه مستقیم و حضوری بیمه‌شده، امکان ارائه مدارک خدمات دریافت شده و بازپرداخت‌ها فراهم شود.

هم‌زمان انتظار داشتند خدمات متنوع، از جمله خدمات پرهزینه تشخیصی و آزمایشگاهی، خدمات دندان پزشکی، ایمپلنت و تجهیزات کمک پزشکی، داروهای پرهزینه، جراحی‌های زیبایی و... (با حق بیمه متفاوت براساس درخواست سال‌های عضویت در بیمه)، به‌صورت بسته‌های انتخابی مجزا و براساس انتخاب بیمه شده ارائه شود. موارد ذکر شده علاوه بر افزایش سطح رضایت‌مندی از بیمه، به شفاف‌تر شدن اطلاعات نیز کمک کرده و ابزاری کارآمد برای

- with hospital inpatient care: effects of trust, medical insurance and perceived quality of care. *PloS One*. 2016;11(10):e0164366.
9. Maftoon F, Mousavi B, Mohammad K, Soroush M, Ganjparvar Z. Satisfaction of martyrs' families of supplemental insurance in receiving of paraclinical services. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2015;7(4):225-32. [Persian]
  10. Jafari H, Esmaeeli R, Nasiri E, Haydari J, Mohammadpour RA, Mahmmodi GH. Assessment of Satisfaction Rate Among the Working Staff of Mazandaran University of Supplemental Insurance Company in 2005. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2007;17(58):117-24. [Persian]
  11. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137(2):89-101.
  12. Debpuur C, Dalaba MA, Chatio S, Adjuik M, Akweongo P. An exploration of moral hazard behaviors under the national health insurance scheme in Northern Ghana: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15(1):469.
  13. Mulupi S, Kirigia D, Chuma J. Community perceptions of health insurance and their preferred design features: implications for the design of universal health coverage reforms in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):474.
  14. Dalinjong PA, Laar AS. The national health insurance scheme: perceptions and experiences of health care providers and clients in two districts of Ghana. *Health Econ Rev*. 2012;2(1):13.
  15. De Allegri M, Sanon M, Sauerborn R. "To enrol or not to enrol?": a qualitative investigation of demand for health insurance in rural West Africa. *Social science & medicine*. 2006;62(6):1520-7.
  16. Rudmik L, Drummond M. Health economic evaluation: important principles and methodology. *Laryngoscope*. 2013;123(6):1341-7.
  17. Jehu-Appiah C, Aryeetey G, Agyepong I, Spaan E, Baltussen R. Household perceptions and their implications for enrolment in the National Health Insurance Scheme in Ghana. *Health Policy Plan*. 2011;27(3):222-33.
  18. Kusi A, Enemark U, Hansen KS, Asante FA. Refusal to enrol in Ghana's National Health Insurance Scheme: is affordability the problem? *International journal for equity in health*. 2015;14(1):2.
  19. Ferdosi M. The investigation of the patients' satisfaction from social care insurance and complementary insurance in medical centers in Tehran. *Health Information Management*. 2005;2:8-15. [Persian]
  20. Raeissi P, Ghorbani A, Tabarraie Y. Factors determining satisfaction with family Practitioner program from the perspective of rural insurance card holders affiliated with Sabzevar University of Medical of Sciences 2011. *Journal of Health Administration*. 2012;15(49):69-76. [Persian]
  21. Doty P, Cohen MA, Miller J, Shi X. Private long-term care insurance: value to claimants and implications for long-term care financing. *Gerontologist*. 2010;50(5):613-22.
  22. Zallman L, Nardin R, Sayah A, McCormick D. Perceived affordability of health insurance and medical financial burdens five years in to Massachusetts health reform. *Int J Equity Health*. 2015;14(1):113.
  23. Badu E, Agyei-Baffour P, Ofori Acheampong I, Opoku MP, Addai-Donkor K. Perceived satisfaction with health services under National Health Insurance Scheme: Clients' perspectives. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(1):e964-e975
  24. Atafu A, Kwon S. Adverse selection and supply-side factors in the enrollment in community-based health insurance in Northwest Ethiopia: A mixed methodology. *Int J Health Plann Manage*. 2018;33(4):902-14.
  25. Devadasan N, Criel B, Van Damme W, Lefevre P, Manoharan S, Van der Stuyft P. Community health insurance schemes & patient satisfaction-evidence from India. *Indian J Med Res*. 2011;133(1):40.
  26. Murray CJ, Kawabata K, Valentine N. People's experience versus people's expectations. *Health Affairs*. 2001;20(3):21-4.
  27. Appleby J, Robertson R. Public satisfaction with the NHS in 2015. *The King's Fund*. 2016.
  28. Bíró A, Hellowell M. Public-private sector interactions and the demand for supplementary health insurance in the United Kingdom. *Health Policy*. 2016;120(7):840-7.
  29. Sarker AR, Sultana M, Mahumud RA, Ahmed S, Islam Z, Morton A, et al. Determinants of enrollment of informal sector workers in cooperative based health scheme in Bangladesh. *PloS One*. 2017;12(7):e0181706.
  30. Mazaheri MH, Abadi F, Tabesh H, Vakili-Arki H, Abu-Hanna A, Eslami S. Evaluation of patient satisfaction of the status of appointment scheduling systems in outpatient clinics: Identifying patients' needs. *J Adv Pharm Technol Res*. 2018;9(2):51-5.
  31. Dong H, De Allegri M, Gnawali D, Souares A, Sauerborn R. Drop-out analysis of community-based health insurance membership at Nouna, Burkina Faso. *Health Policy*. 2009;92(2-3):174-9.
  32. Long SK, Dimmock TH. Consumer Satisfaction with Health Insurance Coverage in Massachusetts. *AMA J Ethics*. 2015;17(7):656-64.
  33. Bundorf MK, Pauly MV. Is health insurance affordable for the uninsured? *J Health Econ*. 2006;25(4):650-73.
  34. Kaneva M, Gerry CJ, Avxentiev N, Baidin V. Attitudes to reform: Could a cooperative health insurance scheme work in Russia? *Int*

- J Health Econ Manag. 2019;19(3-4):371-94.
35. Yawson A, Biritwum R, Nimo P. Effects of consumer and provider moral hazard at a municipal hospital out-patient department on Ghana's National Health Insurance Scheme. *Ghana Med J*. 2012;46(4):200-10.
36. Tuominen R, Eriksson AL. A study on moral hazard in dentistry: costs of care in the private and the public sector. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2011;39(5):458-64.