

خصائص خدمة التأمين الصحي الأكثر تفضيلاً لدى الأفراد: دراسة باستخدام تقنية التحليل المشترك "Conjoint Analysis"

الدكتور أسامة نايف الفراج

قسم إدارة الموارد البشرية

المعهد العالي للتنمية الإدارية

جامعة دمشق

الملخص

يعدّ التأمين الصحي للعاملين في المؤسسات من خلال شركات التأمين الخاصة وإشراف مباشر من الدولة على نشاطاتها، خطوة في الاتجاه الصحيح، وما دام التأمين الصحي بهذه الصيغة ما زال في طور التجربة والتطوير، جاء هذا البحث ليسلط الضوء على الخصائص الأكثر تفضيلاً لدى الأفراد لبرامج التأمين الصحي التي تعظم من قيمة المنفعة لديهم، وتجعلهم أكثر رضاً وتحفزهم على الاشتراك فيها، كون هذا الاشتراك يُعد مصدراً لتمويل خدمات الرعاية الصحية وتحسين جودتها.

استخدم الباحث عينة مكونة من 247 فرداً من المشتركين في برنامج التأمين الصحي في مؤسسات خدمية لسبر آرائهم في المواصفات المفضلة لخدمة التأمين الصحي المأمولة مقارنةً بالمواصفات المتاحة حالياً.

- ولتحقيق أهداف البحث طُبِّقَت تقنية إحصائية متقدمة تُسمى التحليل المشترك Conjoint Analysis ، للوصول إلى الخصائص المفضلة لدى عينة الدراسة، ولبيان مدى استعدادهم للدفع Willingness To Pay مقابل كل سمة أو خاصية على حدة والأهمية النسبية لكل سمة.
- وقد استخلص الباحث النتائج الآتية:
- يتصف برنامج التأمين الصحي المفضل لدى أفراد عينة الدراسة بمجموعة من الخصائص التي تعظم حجم المنفعة لديهم وهي:
 - قيمة قسط التأمين تعادل 250 ليرة سورية.
 - الحد الأقصى للاستفادة من العمليات الجراحية، وما يرتبط بها لكل حالة دخول إلى المشفى /سنوياً يعادل 750000 ليرة سورية.
 - الحد الأقصى للاستفادة من خدمات التشخيص والعلاج (مخبر، أشعة، تصوير، تخطيط) /سنوياً يعادل 50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط.
 - الحد الأقصى للاستفادة من الأدوية للأمراض غير المزمنة المبينة في الوصفات الطبية /سنوياً يعادل 100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط.
 - الحد الأقصى للاستفادة من زيارات الأطباء والعيادات /سنوياً يعادل 100000 ل.س على أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط.
 - الحد الأقصى للاستفادة من الأدوية للأمراض المزمنة المبينة في الوصفات الطبية /سنوياً يعادل 100000 ل.س على أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط.
 - الحد الأقصى للاستفادة من الاستشفاء في الحالات الطارئة في المشافي غير المعتمدة لدى شركة التأمين يعادل 85% من قيمة الفاتورة.
 - المؤمن هو الذي يختار مقدم الخدمة الذي يراه مناسباً.
 - يزداد مقدار المنفعة المشتق من برنامج التأمين الصحي بزيادة مجموع المنافع الجزئية الناجمة عن الخصائص المتعددة لذات البرنامج، وقد وُجد أن الخاصية ذات المرتبة الأولى في الأهمية النسبية هي قيمة قسط التأمين، وفي المرتبة الثانية حرية اختيار مقدم الخدمة، وفي المرتبة الثالثة مقدار الإفادة من خدمات التشخيص والعلاج كالمخبر والأشعة والتصوير والتخطيط.
 - أبدى الأفراد مرونة عالية في الدفع للحصول على سمة زيادة الحد الأقصى للاستشفاء في الحالات الطارئة في المشافي غير المعتمدة لدى شركات التأمين.
 - من خلال المتغيرات التي اعتمدتها الدراسة فقد فُسِّرَ ما نسبته 45% من درجة تفضيل الفرد لبرنامج تأمين صحي على آخر، وهي نسبة جيدة.

1- مقدمة:

تتباين خدمات الرعاية الصحية في مستوياتها فهي تبدأ بتقديم العلاج للمرضى ومتابعة حالاتهم المرضية في المنزل أو المراكز الطبية، لترتقي إلى تقديم العلاج الدوائي والجراحي في مجالات الجراحة العامة والباطنية والنسائية والتوليد والأطفال في أثناء مكوث المرضى في المستشفيات، ثم إلى تقديم العلاج في مجالات الطب التخصصية الدقيقة، وأخيراً إلى خدمات المرضى الطبية والعلاجية التي تحتاج إلى مدة زمنية طويلة (كبار السن، الأمراض المزمنة، الإعاقات، التخلف العقلي، الشلل).

تزداد تكلفة الخدمات الطبية ازدياداً مطرداً، وأصبحت، وفاتورة الاستشفاء من المرض أصبحت عبأً كبيراً على المرضى الذين يسددون فواتيرهم نقداً، يسهم في انتشار برامج التأمين الصحي التي تقدمها شركات التأمين بأشكال وخصائص متنوعة.

ومن ثم فإن قناعة الفرد المؤمن (المستفيد) بخصائص الخدمات التي تقدمها شركات التأمين وجودتها وضمان استمراريتها دون انقطاع بحيث تحقق الرضا للمستفيدين منها، يعد أمراً ضرورياً لبقاء هذه الشركات في سوق خدمات الرعاية الصحية.

وتقع مسؤولية توفير هذه الخدمات على سوق خدمات الرعاية الصحية الذي يتكون من ثلاث فئات أساسية تتمثل في (1) مستهلكي الخدمات الطبية الاستشفائية (المرضى) و (2) الأطر الطبية والتمريضية و (3) شركات التأمين الصحي. يركز هذا البحث على التفاعل بين المرضى وشركات التأمين الصحي.

التأمين الصحي ليس تأميناً ضد فقدان الشخص لصحته، بل هو سدّ نفقات للخطر المشتق، أي خطر تكبد نفقات مالية ناجمة عن استهلاك الخدمات الاستشفائية والطبية. إذاً من خلال التأمين الصحي يمكن سدّ النفقات المترتبة على استهلاك الخدمات الطبية، ومن هنا تظهر أهمية دراسة قرارات الأفراد المتعلقة برغبتهم بالاشتراك في التأمين الصحي، وكذلك خصائص هذه الخدمة وسماتها المؤثرة في قراراتهم؛ لأن حجم المبلغ المالي الذي يرغبون بدفعه عن قناعة يسهم في تمويل ومن ثمّ تفعيل خدمة صحية لائقة.

وأخيراً فإن المشترك في التأمين الصحي يؤدي دوراً مهماً في تمويل خدمات الرعاية الصحية. وقد بينت إحدى الدراسات أن إسهام التأمين الصحي في عملية تمويل خدمات المستشفيات بلغت 36% من إجمالي التمويل (Heshmat, 1993). مما يعني ضرورة توفير برامج تأمين صحي وبمواصفات مقبولة تجذب الأفراد على الاشتراك فيها.

2- مشكلة البحث:

إن التأمين الصحي ليس تأميناً ضد المرض، ولكنه تأمين ضد تكلفة الخدمة الطبية، أي إن الفرد يدفع مقدماً بطريقة منتظمة مبلغاً محدداً من المال، يُفترض أنه لا يشكل عبئاً اقتصادياً، وهذا المبلغ المحدد هو ما يطلق عليه لفظ "قسط التأمين".

قبل ظهور شركات التأمين الصحي الخاصة العاملة في سوق التأمين السورية، كان قسط التأمين الصحي إلزامياً للعاملين وأسرهم، وتقوم الدولة بسدّ النفقات مقابل اقتطاع نسبة من أجر العامل تكاد لا تذكر.

وعادةً فإن نظم التأمين الصحي الإلزامي تلجأ إلى تقديم الخدمات الطبية بإحدى وسيلتين، إما بالتشغيل المباشر للعيادات والمستشفيات وتقديم الخدمة في مؤسسات يمتلكها النظام، أو بالتعاقد مع مؤسسات القطاع الخاص الموجودة في المجتمع، وذلك بتقديم خدمات ينص عليها النظام حسب أسعار يُتَّفَقُ عليها مسبقاً. وقد كانت الخيارات أو البدائل المتاحة أمام الفرد محدودة جداً، فضلاً عن انعدام مستوى الرضا تقريباً من الطرفين المؤمن ومقدم الخدمة. وقد سعت الدولة في المدة الأخيرة إلى الارتقاء بمستوى الخدمات التي تقدمها للمشاركين فيها، فأدخلت شركات التأمين الصحي كطرف ثالث بينها وبين المستفيد إذ إنَّ الهدف الأساسي لهذه الشركات هو الربح. تلجأ الشركات عادةً إلى تحديد من يمكنهم الاشتراك في النظام وتدرج قيمة الاشتراك حسب حجم الخطر المتوقع لكل منهم. فوقع الاختيار على العاملين في بعض المؤسسات دون أسرهم واستمرت التجربة مدة من الزمن دون أن تحقق مستوى ملموساً في رضا الطرفين (المستفيدين ومقدم الخدمة) كما أظهرت دراسة استقصائية قام بها الباحث ببيّن أن متوسط رضا مقدم الخدمة عن قبوله التعامل مع المشمولين بالتأمين الصحي بلغ 4.1 بانحراف معياري مقداره 2.284 عن المتوسط الافتراضي 5.5، وذلك وفقاً لتقديرات المستفيدين من التأمين الصحي. وتجري الآن محاولات للارتقاء في مستوى الخدمات المقدمة عبر التأمين الصحي للخروج من مأزق عدم الرضا، وذلك قبل تعميم هذه التجربة على العاملين جميعاً في مؤسسات الدولة.

تسعى هذه الدراسة للإجابة عن التساؤل الآتي:

- ما مزيج الخدمات الملانم الذي يسعى للحصول عليه الفرد المستفيد من خلال اشتراكه في برنامج التأمين الصحي؟

وتبقى مشكلة مقدم الخدمة في عدم رضاه عن الإجراءات التي يحصل بموجبها على أتعابه وأجوره، قائمة ولن يستقيم نظام التأمين الصحي إلا برضا الطرفين المستفيد ومقدم الخدمة.

في هذا البحث اقترحنا حلاً للمشكلة المتعلقة بالطرف الأول وهو المستفيد (الفرد).

3- أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في المكانة التي يحتلها التأمين الصحي من حيث إنه ركن أساسي في تأمين خدمات الرعاية الصحية للأفراد فضلاً عن أنه وسيلة لتحويل هذه الخدمات كشريك للدولة في سدّ النفقات الصحية؛ ممّا يسهم في رفع مستوى جودة هذه الخدمات.

ومن ناحية أخرى توفر هذه الدراسة النموذج الأفضل لبرنامج التأمين الصحي الذي يلقي قبلاً وإجماعاً عاماً على فاعليته من قبل المشتركين فيه، مما يوفر قاعدة متينة لأصحاب القرار لتبني البرنامج الملانم الذي يلبي متطلبات المستفيدين منه ورغباتهم.

وأخيراً فإن هذه الدراسة تبيّن الأهمية النسبية لكل سمة أو ميزة في برنامج التأمين الصحي؛ ممّا يعني لفت انتباه المعنيين برسم سياسات التأمين الصحي إلى أهم العوامل التي يجب التركيز عليها لدى تبنيهم برنامج تأميني محدد.

4- أهداف البحث:

يسعى البحث إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- تحديد مواصفات برنامج خدمة التأمين الصحي الأمثل وخصائصه بالنسبة إلى المستفيد /المؤمن/.
- تحديد الأهمية النسبية لكل سمة أو خاصية تدخل في تكوين برنامج خدمة التأمين الصحي.
- اقتراح نموذج لقياس المنفعة التي يحصل عليها المستفيد من جراء مزيج متنوع للخصائص المقترحة لبرنامج خدمة التأمين الصحي.

5- الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات التي تناولت موضوع التأمين الصحي من جوانب مختلفة، وركز معظمها على البحث في ماهية الخصائص التي يجب أن يتسم فيها برنامج التأمين الصحي، ومن هذه الدراسات الآتي:

- دراسة (Jan J. Kerssens, 2005) بعنوان : Consumer Preferences in Social Health Insurance

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد برنامج التأمين الصحي المفضل لدى عينة البحث المكونة من 361 فرداً؛ وذلك ضمن مجموعة من الخصائص والسمات المقترحة. وانطلقت الدراسة من الاعتقاد بأن عرض المزيد من الخيارات المتعلقة ببرامج التأمين الصحي أمام الأفراد سيكون المفتاح الرئيسي لجودة عالية وتكلفة منخفضة لخدمات التأمين الصحي.

وقد عُدَّت الدراسة المتغيرات الآتية: قسط التأمين، والحسومات الممنوحة للمؤمن نتيجة عدم الاستخدام، ورفع قيمة الخدمات التأمينية، ووجود مكتب للمساعدة الطبية، والإجراءات الروتينية، وحرية اختيار مقدم الخدمة، والعلاجات السنية، والعلاجات الفيزيائية، والوصفات الطبية، والعلاج المنزلي). وقد استخدمت تقنية التحليل المشترك Conjoint Analysis للوصول إلى النتائج المتمثلة بما يأتي: إن أكثر من 90% من خطط التأمين الصحي يجب أن تشمل بالدرجة الأولى العلاجات السنية، وبالدرجة الثانية تضمن حرية اختيار المستفيد لمقدم الخدمة. ومن ناحية أخرى تبين أن العمر والجنس والمعاونة من مرض ما، هي عوامل لا أثر جوهري لها في ترتيب المستفيدين لأفضليتهم، في حين الدخل كان له أثر ذو دلالة في ترتيب الأفضليات.

-دراسة (Karolin L., 2014) بعنوان: Preferences for Health Insurance in Germany and the Netherland – a Tale of Two Countries

هدفت الدراسة إلى قياس أفضليات الأفراد لخصائص عقود التأمين الصحي وسماتها المرغوب فيها كل من ألمانيا وهولندا وذلك بعد الإصلاحات التي أُجريت على النظام الصحي في كلا البلدين عام 2006، إذ انطلق البحث من التساؤل الآتي: هل تفضيلات الأفراد لخصائص وسمات عقود التأمين الصحي متماثلة في كلا البلدين؟

وقد تم التركيز على متغيرات مثل: حرية اختيار الطبيب، ووجود حسم لعدم استخدام عقد التأمين، وتعويض لعدم تقديم شكوى، وتعويض نتيجة اتباع سلوك مرغوب فيه، وتقديم خدمات إضافية.

وقد أُجريت الدراسة على عينة مكونة من 1000 فرد، وعُرِضَ 24 عقداً بخصائص متباينة لترتيب أفضلياتهم على أساسها، إذ استخدمت تقنية الخيارات التجريبية المنقطعة DCE والنموذج الاحتمالي ذو الآثار العشوائية Random Effect Probit وقد تبين بنتيجة الدراسة أن الأفراد في كلا البلدين غير راضين عن طريقة إدارة عقود التأمين الصحي ومضمونها بخصائصه الحالية بعد عملية إصلاح النظام الصحي، مع وجود حالة أفضل في ألمانيا لجهة أنها تمنح الفرد حرية اختيار الطبيب.

- دراسة (John Cawley, 2015) بعنوان: The Impact of the Macroeconomy on Health Insurance Coverage: Evidence from the Great Recession

هدفت الدراسة إلى إظهار العلاقة بين معدل البطالة في أمريكا والمقدرة على سدّ قسط التأمين من قبل الأفراد، وذلك باستخدام بيانات مسح الدخل الذي جرى في السنوات (2004-2010)، وهي المدة ذاتها التي عانى منها الاقتصاد الأمريكي من ظاهرة الكساد الاقتصادي خلال (2007-2009).

وقد وجدت الدراسة أن زيادة نقطة مئوية واحدة في معدل البطالة يؤدي إلى انخفاض بمقدار 1.67 (أي 2.12%) في احتمال أن الرجال يتمتعون بتأمين صحي، وظهر هذا التأثير بين خريجي الجامعات والبيض وكبار السن (50-64 سنة) أما بالنسبة إلى النساء والأطفال فلا توجد علاقة بين معدل البطالة والقدرة على التغطية.

-دراسة (Thomas M. Selden, 2015) بعنوان: Many Families May Face Sharply Higher Costs if Public Health Insurance for their Children is Rolled Back

هدفت هذه الدراسة إلى اقتراح البديل المناسب لسدّ قسط التأمين الصحي للأفراد من ذوي الدخل المحدود وعائلاتهم في ظل انخفاض حجم التمويل المقدم من الدولة لبرامج التأمين الصحي الوطني الأمريكي. وقد اعتمدت الدراسة على مسح البيانات المخزنة لدى شركات التأمين لعامي 2012 و 2013. وبالنتيجة فقد أظهرت الدراسة أن المسار الأفضل لسدّ قسط التأمين يكون من خلال رب العمل (المؤسسة التي يعمل فيها الفرد)، أي إشراك رب العمل في سدّ النفقات المالية لبرامج التأمين الصحي الموجهة للعاملين وعائلاتهم.

- دراسة (Tara F., 2015) بعنوان: Rates of Psychiatrist's Participation in Health Insurance Networks

هدفت الدراسة إلى وصف الاتجاهات الحديثة المتعلقة بمدى قبول أطباء الصحة النفسية الانضمام إلى شبكة التأمين الصحي مقارنة بأطباء من تخصصات أخرى، وقد اعتمدت الدراسة في حساب معدلات القبول من عدمه على البيانات الرسمية المتاحة مكتب الأطباء المعتمدين في الولايات المتحدة

الأمريكية، وذلك عن السنوات (2005-2010) ، وتوصلت الدراسة إلى أن ما يقارب من 86% من أطباء الصحة النفسية لا يقبلون الانضمام إلى شبكة التأمين الصحي مقابل 14% للأطباء من باقي الاختصاصات.

وما يميز هذا البحث عن الدراسات السابقة هو عدّه عدداً كبيراً من الخصائص غير المعتبرة في الدراسات السابقة فضلاً عن تطبيق تقنية إحصائية متقدمة تسمى التحليل المشترك، وهي غير مألوفة في الدراسات العربية.

6- فروض البحث:

انطلاقاً من مشكلة البحث وتحقيقاً لأهدافه صيغت الفرضيات الآتية:

- توجد علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين درجة تفضيل الفرد لبرنامج تأمين صحي ومجموع الخصائص التي يتسم بها هذا البرنامج (قيمة قسط التأمين، قيمة خدمات التشخيص والعلاج، وقيمة الوصفات الطبية للأمراض المزمنة أو غير المزمنة، والبدل النقدي لزيارات الأطباء والعيادات الخاصة، وقيمة التعويض للاستشفاء في الحالات الطارئة في المشافي غير المعتمدة لدى شركات التأمين، وحرية اختيار المريض لمقدم الخدمة)

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين آراء المبحوثين، لتفضيلهم لبرنامج تأمين صحي على آخر، تُعزى للدخل أو للعمر أو للجنس أو للمعاناة من مرض مزمن أو غير مزمن.

الإطار النظري للبحث:

انطلاقاً من العلاقة الوثيقة بين الوضع الاقتصادي لأي دولة ومستوى الإنفاق على الخدمات الصحية، أظهرت البيانات أنه في البلدان النامية انخفض متوسط الإنفاق العام على الصحة من 6.1% عام 1972 إلى 3% عام 1995، وازدادت هذه النسبة في الدول الصناعية وفي الفترة نفسها من 9.9% إلى 13% (خياط، 2007).

ومع هذا لا ينبغي أن تكون العوامل الاقتصادية ذريعة لتدني مستوى الخدمات في القطاع الصحي، فيمكن الاستفادة من الموارد المحدودة المتاحة على نحو أفضل، ووضع حد لتبديدها وزيادة فعاليتها عن طريق التخطيط السليم والإدارة الجيدة للموارد، ومن جملة ما يمكن فعله هو مشاركة القطاعات الأخرى غير الحكومية، والقطاع الخاص بشكل قوي في النشاطات الصحية جميعها التي تُنفَّذ على المستويات كلّها.

أ- تكلفة خدمات الرعاية الصحية:

أصبحت الصحة حقاً من حقوق المواطن، وعلى الدولة أن توفر له العناية الصحية اللانقطة، ممّا أدى إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية واضطر الدولة أن توسع شبكة المرافق الصحية لتأمين هذا الحق الأساسي للمواطن، وهذا أدى إلى زيادة كبيرة في عدد المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية والتشخيصية، ومن ثمّ انتقلت مهمة تمويل الخدمات الصحية من الفرد إلى الشركات على أنواعها، أصبحت مثلاً إسهامات الدولة في الفاتورة الصحية في دول الجوار على الشكل الآتي (الأردن 44%، فلسطين 50%، لبنان 18%) (خياط، 2007)؛ ممّا يعني أن الدولة لا تستطيع أن تتحمل أعباء الفاتورة الصحية بمفردها بسبب زيادة التكاليف، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى، أدى التطور العلمي السريع في فروع الطب والعلوم الصحية والتخصصات الدقيقة إلى تغيير جوهري في مفهوم الصحة والعلاج وأصبحت تكلفة الخدمات الصحية من أبرز القضايا التي تتطلب تدخلاً حاسماً من قبل الجهات المسؤولة، ومن هذه التغيرات زيادة نسبة العاملين في القطاع الصحي، وتطور التكنولوجيا في قطاع الصحة ذات التكلفة العالية.

ولهذه الأسباب أصبح من الصعب على الفرد أن يتحمل تكاليف الخدمة الطبية، مما سهل ذلك إدخال طرف ثالث لتحصيل تكلفة العلاج، وهنا بدأ دور شركات التأمين ينشط.

ب- التأمين الصحي والطرف الثالث (شركات التأمين):

يرتكز النظام الصحي على فريقين أساسيين هما المريض والطبيب، وبعد تطور النظم الصحية برزت فكرة التأمين الصحي الذي يقوم بأعبائه الفريق الثالث (شركات التأمين) إذ تتكفل بسدّ تكلفة الطبابة والاستشفاء.

يقوم التأمين الصحي على مبدأ توزيع خطر المرض والطبابة على أفراد المجتمع كافة، وبذلك يعيل الشخص الصحيح، الشخص المريض خلال مدة زمنية محددة، كما يعيل الشاب المسن؛ وهذا أساس التكافل والتضامن الاجتماعي.

ج- تنظيم التأمين الصحي:

اعتمد التأمين الصحي في بادئ الأمر مبدأ التعويض المالي المحدود المدفوع للمؤمن الذي يدخل المستشفى فتسدد شركة التأمين تعويضاً مالياً يومياً في أثناء وجوده في المستشفى، إذ يقوم المريض

بتسديد فاتورة المستشفى ويستلم التعويض من شركة التأمين. تسمح هذه الطريقة للمريض باختيار طبيبه والمرفق الذي يريده، ويحصل على العناية الطبية التي يختارها ضمن التعويض الذي تسدده شركة التأمين، ويفرض على المؤمن تسديد الفرق من حسابه الخاص إذا تجاوز السقف المعين للتعويض. برزت بعد مدة وجيزة مهمة جديدة لشركات التأمين، وهي مهمة توفير العناية الصحية للمريض فضلاً عن تحمل كلفتها، فأصبحت التعويضات مبنية على الخدمات الطبية وليس على التعويض المالي المقطوع. أي إن شركة التأمين تقوم بتسديد الأعمال الصحية بنفسها فيستفيد المريض منها دون تحمل كلفتها، ولا يحصل من ثم المريض على تعويض مادي مقطوع، وهنا أصبحت شركات التأمين طرفاً ثالثاً لتوفير العلاج من خلال مرافقها الخاصة أو التعاقد مع مرافق قائمة .

أدى هذا التحول إلى دخول شركات التأمين في عملية ترشيد الإنفاق، إذ أصبحت هي أيضاً معنية بالكلفة وبطرائق تخفيضها وتطوير النظم الصحية التي بإمكانها كبح ارتفاع الأسعار، كما أصبحت معنية أيضاً بتوفير العناية الجيدة وبمراقبة جودتها .

بدأت شركات التأمين تتعاقد مع مرافق صحية مستقلة؛ وذلك ضمن تعريفات مالية محددة لكل عمل طبي، أو لكل إقامة مرضية، أو لكل يوم مرضي، فتحصل شركات التأمين على تخفيضات من المرافق الصحية المتعاقدة التي تستفيد هي الأخرى من تمويل المرضى لها، وتأتي التخفيضات بسبب حجم التعاقد؛ فكلما كثر المراجعون أصبح من الطبيعي أن يخفض المرفق الصحي تعريفته المالية.

وقد خدم هذا النوع من التعاقد الفرقاء كافة من أصحاب المستشفيات (التي توفر لها عدد كبير من المراجعين) والأطباء (إذ أصبحوا يعالجون مرضاهم ضمن مرافق استشفائية مميزة)، وكذلك المرضى الذين يحصلون على رعاية صحية جيدة، وفي مرفق واحد مع سهولة الدخول دون تحمل كلفة العلاج .

أدى هذا الأمر إلى ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية بنسبة كبيرة، فأخذت شركات التأمين تزيد أقساط التأمين.

ولما كان أرباب العمل هم الذين يسددون قسماً من أقساط التأمين ويسبب ارتفاع هذه الأقساط اشتد الضغط لترشيد الإنفاق وتخفيض كلفة الرعاية الصحية، فأخذت شركات التأمين والدولة واقتصاديو الصحة يدرسون ويجربون أنماطاً جديدة ومبتكرة من التنظيمات الصحية، وذلك لكبح ارتفاع التكلفة، وفيما يأتي أهمها:

- المشاركة في أقساط التأمين: فعوضاً عن أن يدفع رب العمل كامل القسط طلب إلى الموظف أو العامل المشاركة بنسبة من هذا القسط .

- يُدخّل مبدأ المبلغ الأولي الذي لا يشمل التأمين الصحي (المبلغ المقتطع)؛ وهذا هو المبلغ من المال على المشترك أن يسدده قبل أن تباشر شركة التأمين دفع نفقة الأعمال الطبية. ومن الممكن أن يكون هذا المبلغ المقتطع لكل إقامة استشفائية، و لكل معاينة خارجية ضمن مدة زمنية محددة كالسنة.

وهدف هذا المبلغ الأولي تشجيع المشارك على تقديم طلب التعويض من شركات التأمين، دون عناء مادي، وهذه محاولة لترشيد الإنفاق.

- ثم اعتمد مبدأ المشاركة في تسديد الفاتورة الصحية، وهذا يعني أن على المريض تحمل نسبة من الفاتورة على أن تسدد شركة التأمين النسبة المتبقية المحددة سلفاً، وذلك بعد أن يكون المريض قد سدد المبلغ الأولي المذكور سابقاً.

وهدف المشاركة في تسديد الفاتورة هو تخفيض كلفتها على شركات التأمين ومشاركة الفرد فيها دون تحمله عناء مادي لا يستطيع تحمله، وبذلك يجري أيضاً ترشيد الإنفاق، كما استحدث سقف للمشاركة من قبل المريض يجب ألا تتعداه مشاركته في الفاتورة. فإذا ما أصبحت نسبة مشاركة المريض أكبر من هذا السقف تحملت شركات التأمين الكلفة المتبقية كلها بعد تجاوز هذا السقف.

- وأخيراً اعتمد سقف أعلى للرعاية الصحية لكل مشترك يُجدد سنوياً، وبالإمكان تحديد سقف ثانوية لبعض الأعمال الطبية، فإذا تجاوزها المشترك عليه تسديد الفرق أو الحصول على دعم مادي من جهات أخرى غير شركة التأمين.

د- أنواع التأمين الصحي:

يشمل تمويل الخدمات الطبية الأنواع الآتية:

- تمويل الخدمات الطبية من ميزانية الدولة: من خلال وزارات الصحة أو الدفاع أو التعليم العالي، من خلال بطاقة صحية لقاء مبلغ رمزي من المال، كما قد يُطلب إليه المشاركة في تسديد نفقة بعض الأعمال الطبية.

- تمويل الخدمات من خلال نظام الضمان الصحي الاجتماعي: اعتمد نظام الضمان الاجتماعي الذي يتكون من صناديق مستقلة تُعنى بالنواحي الاجتماعية، وتضم عادة صناديق مستقلة للمرض والأمومة، وصندوق التعويضات العائلية، وصندوق نهاية الخدمة، وصندوق الإصابات المهنية. وتُعذى هذه الصناديق من أطراف ثلاثة: صاحب العمل والعامل والدولة، ومن خلال نسبة مئوية

محددة لكل من هؤلاء الفرقاء فتحتسب مشاركة كل من هذه الأطراف من راتب العامل وتُحسم عند استلام الراتب لتغذية هذه الصناديق حسب نسبة مئوية محددة لكل صندوق.

يستفيد من تقديمات هذه الصناديق المشترك مع أفراد أسرته، فيسدد نسبة مئوية هي ذاتها مهما علا الراتب (ضمن سقف أعلى محدد قانوناً) ولما كان الراتب هو المعيار ولما كان الراتب يُعدّل حسب التضخم أو حسب التدرج في السلم الوظيفي تكون تغذية الصناديق مؤمنة ومتوافرة، كما يسمح للصناديق بإبقاء الوفر عند حصوله ليشمل الضمان الصحي الخدمات الصحية كلّها، وللمشترك الحق في اختيار المرفق أو الطبيب الذي يريده إنما هنالك تعريفات محددة لكل عمل طبي تأخذ بالحسبان كلفة عمل طبي مقارنة بغيره، ويسدد صندوق المرض والأمومة نسبة من التعرفة المتعارف والمتفق عليها مع المرافق الصحية والشركات، فيشارك المريض بنسبة معينة ويسدد الصندوق النسبة الباقية ضمن التعرفة المحددة، فإذا أراد المريض تجاوز هذه التعرفة فيمكنه تسديد الفرق من حسابه الخاص. -تمويل الخدمات الطبية من خلال شركات التأمين: تُموّل الخدمات الطبية من خلال شركات التأمين الصحي في العديد من الدول، فبعض شركات التأمين هي حكومية لا تبتغي الربح كما هو الوضع في كندا، أو شركات خاصة إنما لا تبتغي الربحية مثل الوضع في بعض الدول الأوروبية مثل ألمانيا، أو مشتركة في القطاعين العام والخاص كما هو الحال في الدول الإسكندنافية، أو خاصة تبتغي الربح مثل الوضع في العديد من الدول الأخرى.

تقوم شركات التأمين على مبدأ توزيع الخطر المشتق من المرض على أوسع قاعدة سكانية، وعلى خفض الكلفة الإدارية قدر الإمكان، وعلى مشاركة المشترك في تسديد الفاتورة، وعلى التعاقد مع مجموعات من الأطباء والمرافق الصحية، وعلى مبدأ الاشتراك عن طريق تسديد قيمة بطاقة التأمين سنوياً أو مرحلياً، كما تقوم شركات التأمين بمراقبة الفاتورة الصحية الخاصة بكل مشترك للتأكد من شرعيتها ومقارنتها بالتعريفات المتفق عليها، ويتوافر شروط الاستفادة من التأمين.

على شركات التأمين ولاسيما الخاصة منها أن تعمل على إعادة التأمين لدى شركات عالمية درعاً لخطر الإفلاس، أو لدى الدولة إذا كانت شركة تأمين حكومية؛ وذلك لتأمين حقوق المشتركين، ومن شأن ذلك أن يرفع من قيمة بطاقة التأمين في الشركات الخاصة.

كما يفضل خبراء الإدارة الصحية أن تشمل شركات التأمين تسديد النفقات المادية فقط دون تقديم الخدمات مباشرة من قبل شركات التأمين إذ إنّ هذه الازدواجية قد تضر بمصالح المشتركين، فالأفضل هو الفصل بين التمويل وتقديم الخدمات والمراقبة، وهي مهمات ثلاث أساسية في تقديم الخدمات الصحية وتمويلها.

الإطار العملي للبحث أولاً- أداة جمع البيانات:

اعتمد الباحث على الاستبانة للحصول على بيانات الدراسة، وكانت الاستبانة مكونة من جزأين: الأول يتضمن معلومات عامة عن عينة الدراسة (العمر، الجنس، الدخل، وجود مرض مزمن أو لا). أما الثاني فاحتوى على عرض ستة عشر برنامجاً للتأمين الصحي، يختلف كل واحد عن الآخر بسمه أو أكثر، وطلب إلى عينة الدراسة ترتيب هذه البرامج بحسب أفضليتها لديهم، ويرتّب البرنامج الأكثر تفضيلاً أولاً، وهكذا وصولاً إلى البرنامج الأقل تفضيلاً (السادس عشر).

ثانياً- حجم العينة:

حجم العينة المستخدم في التحليل المشترك Conjoint Analysis، متباين، فقد أكد (Cattin e Wittink , 1982) أن حجم العينة الأمثل لمثل هذا النوع من التحليل يراوح بين 100 و 1000 شخص، والحجم النمطي للعينة يراوح بين 300 و 500 شخص.

بينما في دراسة أخرى لـ (Akaah e KorganKar , 1988) فقد تبين أنه يكفي حجم عينة أقل من 100 شخص لإجراء التحليل الإحصائي وتعميم النتائج.

عموماً كلما ازداد حجم العينة، كانت النتائج موثوقاً بها أكثر. لذلك فقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على عينة بحجم 300 شخص، وزعت الاستبانة عليهم وحُلّت للحصول على البيانات اللازمة.

ثالثاً- اختبار صدق أداة الدراسة وثباتها:

استخدم معامل ألفا لكرونباخ (Cronbach's Coefficient Alpha) لقياس مدى اتصاف المقياس بالثبات الداخلي وقد بلغت قيمة هذا المعامل ($\alpha = 0.857$)؛ ممّا يدل على وجود موثوقية وثبات داخلي عالٍ. وقد عكست نتائج الاستبيان بشكل أساسي آراء الأغلبية مقارنة بالآراء الفردية المتطرفة.

رابعاً- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

استخدم الباحث تقنية التحليل المشترك Conjoint Analysis التي تعود أصول تطبيقها إلى بحوث التسويق، إذ وُظِّفَتْ لتحديد العوامل المؤثرة في الطلب على منتج ما، وكذلك تحديد المتغيرات ذات التأثير الأكبر في تعظيم حجم المبيعات.

استخدمت هذه التقنية على نطاق واسع في مجالات عديدة، مثل: قطاع الاتصالات والنقل والبيئة والتنبؤ بحصة السوق وتحديد أسعار المنتجات. وفي مجال الرعاية الصحية طُبِّقَتْ لبيان أكثر العوامل أهمية بالنسبة للاستفادة من خدمات الرعاية الصحية الأولية (المستوى الأول) (Julie, 1999). كما طُبِّقَتْ هذه التقنية لتحديد العوامل المؤثرة في البدائل المتاحة للمريض لاختيار المشفى المفضل لديه. كما استُخدمَتْ في اقتصاد الصحة لتحديد القيمة النقدية للوقت المستغرق في الانتظار.

وأخيراً استُخدمَتْ في اختبار مدى تنازل الأفراد عن ميزة للحصول على أخرى "Trade-off".

يمكن تطبيق تقنية التحليل المشترك بخمس خطوات (Mandy, 1998):

1. تحديد المتغيرات التي يجب تشميلها في الدراسة.
 2. بيان المستويات المتعددة لكل متغير تم اعتباره في الدراسة.
 3. عرض البدائل المختلفة (مصفوفة الميزات) على الأفراد.
 4. الحصول على أفضليات (أسبقيات) الأفراد للبدائل المعروضة عليهم.
 5. تحليل البيانات.
- وفيما يأتي طُبِّقَتْ هذه الخطوات على تفضيلات الأفراد لمزيج الخدمات التي يمكن أن يقدمها برنامج التأمين الصحي.

المرحلة الأولى: تحديد متغيرات الدراسة:

تتوافر طرائق عديدة لتحديد المتغيرات موضع اهتمام الدراسة، مثل مراجعة أدبيات موضوع التأمين الصحي، والمقابلات الفردية والمناقشات الجماعية واستفسارات الأفراد عن الموضوع. كان مصدر المعلومات الأساسي هو المتغيرات التي أُخِذَتْ بالحسبان في برامج التأمين الصحي السابقة والحالية، والمقابلات الشخصية مع المسؤولين عن إدارة شؤون برامج التأمين الصحي ومتابعتها، وقد أُخِذَ بالحسبان بعض المتغيرات التي رأى الباحث أنها قد تؤثر في مستوى تفضيل الفرد لبرنامج تأمين محدد.

ويمكن وصف المتغيرات المعتبرة في هذه الدراسة في الجدول رقم (1)

الجدول رقم (1) - المتغيرات المعتمدة في الدراسة ودلالات رموزها

وصف المتغير (Attributes)	رمز المتغير	مستويات التغير (Levels)	رمز مستوى التغير
القسط التأميني/شهرياً	C	250 ل.س. ، 500 ل.س. ، 750 ل.س.	C1, C2, C3
الحد الأقصى للاستفادة من العمليات الجراحية وما يرتبط بها لكل حالة دخول إلى المشفى/سنوياً	D	300000 ل.س. 750000 ل.س.	D1 D2
الحد الأقصى للاستفادة من خدمات التشخيص والعلاج (مخبر، أشعة، تصوير، تخطيط)/سنوياً	E	50000 ل.س. على أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط 100000 ل.س. مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	E1 E2
الحد الأقصى للاستفادة من الأدوية للأمراض غير المزمنة المبينة في الوصفات الطبية/سنوياً	F	50000 ل.س. على أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط 100000 ل.س. على أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	F1 F2
الحد الأقصى للاستفادة من زيارات الأطباء والعيادات/سنوياً	G	50000 ل.س. على أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط 100000 ل.س. على أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	G1 G2
الحد الأقصى للاستفادة من الأدوية للأمراض المزمنة المبينة في الوصفات الطبية/سنوياً	K	50000 ل.س. على أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط 100000 ل.س. مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	K1 K2
الحد الأقصى للاستفادة من الاستشفاء في الحالات الطارئة في المشافي غير المعتمدة لدى شركة التأمين	L	75% من قيمة الفاتورة 85% من قيمة الفاتورة	L1 L2
مقدم الخدمة	M	أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً تبيين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن أختار من بينها	M1 M2

إن عدَّ قسط التأمين متغيراً مهماً في معادلة أفضلية الفرد يساعد في حساب المدى الأقصى لاستعداد الفرد لدفع القسط (WTP) Willingness To Pay لقاء ميزات الخدمة المحددة، وبالطبع يمكن حسابه من خلال المعدل الحدي للإحلال (MRS) Marginal Rate of Substitution (Mandy, et al., 1998).

المرحلة الثانية: تحديد مستويات التغيير في كل متغير:

إن المستويات التي حُدِّثَتْ في الجدول رقم (1) هي مستويات حقيقية وموضوعية ومستوحاة من رغبات الأفراد، ومن استعداد شركات التأمين لتطويرها لتناسب تطلعات الأفراد المشتركين في برامج التأمين الصحي.

المرحلة الثالثة: تكوين السيناريوهات (البدايل) وعرضها على الأفراد:

كما يُلاحظ من الجدول رقم (1) أن عدد المتغيرات المدروسة، ثمانية، ولكل متغير مستويان باستثناء "قسط التأمين" فله ثلاثة مستويات، إذاً سيكون عدد المصفوفات (البدايل) التي يمكن تشكيلها معادل لـ 384 سيناريو ($3 \times 2^7 = 384$)

وباستخدام الإجراءات المتبعة في البرنامج SpssOrthoplan خُفِّضَ عدد هذه البدايل إلى 16 بديلاً قابلة للمقارنة (إذ يستطيع الفرد أن يقارن بين 9 إلى 16 بديلاً) (Mandy, 1997) وهي موضحة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (2) - خصائص برامج التأمين الصحي المقترحة

المقغيرات								اسم البرنامج
M	L	K	G	F	E	D	C	
M1	L2	K2	G2	F1	E1	D1	C2	البرنامج 1
M2	L2	K1	G2	F1	E2	D2	C2	البرنامج 2
M2	L1	K2	G2	F1	E1	D2	C1	البرنامج 3
M1	L2	K2	G1	F2	E2	D2	C1	البرنامج 4
M2	L2	K1	G1	F2	E1	D1	C1	البرنامج 5
M2	L1	K2	G2	F2	E1	D1	C3	البرنامج 6
M2	L2	K1	G1	F1	E1	D2	C3	البرنامج 7
M2	L1	K2	G1	F1	E2	D2	C1	البرنامج 8
M2	L1	K2	G1	F2	E2	D1	C2	البرنامج 9
M1	L1	K1	G2	F2	E2	D2	C3	البرنامج 10
M2	L2	K1	G2	F2	E2	D1	C1	البرنامج 11
M1	L2	K2	G1	F1	E2	D1	C3	البرنامج 12
M1	L1	K1	G1	F2	E1	D2	C2	البرنامج 13
M1	L2	K2	G2	F2	E1	D2	C1	البرنامج 14
M1	L1	K1	G1	F1	E1	D1	C1	البرنامج 15
M1	L1	K1	G2	F1	E2	D1	C1	البرنامج 16

ويجب أن نلاحظ أن ترتيب البرامج من 1 إلى 16 كما هو واضح في الجدول رقم (2)، هو ترتيب عشوائي ولا يعبر عن أفضليات الأفراد لبرنامج محدد.

المرحلة الرابعة: الحصول على أفضليات الأفراد لهذه البدائل الست عشرة:

في هذه المرحلة تُخلق قاعدة البيانات المبنية على أساس تفضيل الفرد لكل بديل مقترح. ووفقاً للإجراءات المتبعة في تقنية التحليل المشترك CA توجد ثلاث طرائق لجمع البيانات وتسجيلها (Chan, 2005):

1- طريقة النقاط (Score): يُطلب إلى الأفراد وضع تقدير للأفضلية لكل بديل على مجال يراوح من 1 نقطة إلى 100 نقطة، إذ إنَّ التقدير الأعلى يشير إلى البديل الأفضل لدى الفرد.

2- طريقة الرتبة (Rank): يُطلب إلى الأفراد وضع رتبة لكل بديل، ويراوح عدد الرتب من 1 إلى n (إذ n هو العدد الكلي للمتغيرات المعتبرة في كل بديل). مثلاً، إذا كان لدينا 16 بديلاً فإن عدد الرتب المتاحة للفرد هي من 1 إلى 16 مع ملاحظة أنه يمكن وضع الرتبة نفسها لأكثر من بديل. (ويجب ملاحظة أنه كلما كانت الرتبة أقل كان البديل أكثر تفضيلاً للفرد).

3- طريقة الترتيب (Sequence): هنا يُطلب إلى الأفراد ترتيب البدائل المعروضة عليهم بحسب أفضلياتهم إذ إنَّ البديل الأكثر تفضيلاً يأخذ الرقم 1 والأقل منه 2 وهكذا حتى يُوضع أسوأ بديل في الترتيب الأخير (هنا نلاحظ أن كل بديل يأخذ رقماً مختلفاً عن الآخر، ولا يمكن أن يكون هناك ترتيب واحد لأكثر من بديل).

يستخدم هذا البحث الطريقة الثالثة (Sequence)، إذ طُلب إلى الأفراد ترتيب البدائل الست عشرة بدءاً من الأكثر تفضيلاً وحتى الأقل تفضيلاً.

المرحلة الخامسة: تحليل البيانات:

إن عملية ترتيب السيناريوهات أو البدائل أو البرامج وإقرار أيها أفضل يجري عبر المقارنة بين البدائل المعروضة على الفرد، أي المقارنة بين دوال المنفعة غير المباشرة Indirect Utility Functions، ومن ثمَّ تحليل البيانات في إطار نظرية المنفعة العشوائية Random Utility Theory.

خامساً - صياغة النموذج الرياضي:

يمكن تعريف دالة أو تابع المنفعة غير المباشرة للفرد i المتحققة من البديل j باستخدام نموذج المنفعة العشوائية، كما يأتي:

$$(1) \quad U_{ij} = V(W_i, Prog_j) + \varepsilon_{ij}$$

إذ إنَّ:

U_{ij} تمثل المنفعة الكلية المتحققة للفرد "i" من البديل "j"

W_i تمثل خصائص الفرد وسماته "i" الديموغرافية (كالعمر والجنس والدخل)

$Prog_j$ تمثل خصائص برنامج التأمين الصحي "j" المقترح وسماته

ε_{ij} تمثل العوامل والمتغيرات العشوائية، أو التصادفية التي لم يستخدمها في الدراسة، وفي الوقت

نفسه لها أثر في درجة تفضيل الفرد "i" لبرنامج تأمين صحي ما "j"

ولما كانت دالة المنفعة معروفة لدى الفرد وليست معروفة لدى الباحث، وجب أن يتضمن النموذج المقترح ما يعبر عن خطأ التقدير الناجم عن المتغيرات غير المُعتبرة في الدراسة، وسنرمز له بالرمز θ ، ومن ثمَّ يمكن صياغة دالة المنفعة كما يأتي:

$$U_{ij} = V_{ij} + \theta_{ij}$$

$$(2) \quad U_{ij} = \beta_0 + \beta_1(C) + \beta_2(D) + \beta_3(E) + \beta_4(F) + \beta_5(G) + \beta_6(K) + \beta_7(L) + \beta_8(M) + \theta_{ij}$$

إذ إنَّ C, D, E, F, G, K, L, M هي خصائص برنامج التأمين الصحي الموصوفة في الجدول رقم (1).

$\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6, \beta_7, \beta_8$ هي معاملات النموذج التي ستقدَّر وهي تعبر عن مقدار المنفعة الجزئية المتحققة من كل متغير، وتُسمى (Part-Worth Utility)، ومن ثمَّ فإنَّ نسبة أي زوجين من هذه المعاملات يُظهر المعدل الحدي للإحلال MRS بين المتغيرات المُعتبرة. ولحساب مدى استعداد الفرد لدفع قسط التأمين WTP نُقسِّم معاملات المتغيرات المُعتبرة كُلِّها والتي ستقدَّر على معامل قسط التأمين،

$$\text{أي } \beta_1 / \beta_j \text{ (إذ } j = 2, 3, 4, \dots, 8)$$

θ تمثل الخطأ غير المُشاهد في النموذج

β_0 تمثل ثابت النموذج وتعبّر عن مقدار المنفعة لدى الفرد عندما لا يولي أهمية خاصة لأي متغير (خاصية أو سمة)، أي إنَّ المتغيرات جميعها بالنسبة إليه من حيث الأهمية سواء.

سيفضل الفرد "i" البديل "j" الذي يحقق له مستوى أعلى من المنفعة، ومن ثم سيقدر في النهاية البديل الأفضل بناءً على مستوى المنفعة المتحقق من المقارنة بالبدائل الأخرى، ثم الأقل تفضيلاً، ثم الأقل وصولاً إلى الترتيب النهائي للبدائل جميعها وفقاً للقاعدة الآتية:

$$V_i(Prog_1) > V_i(Prog_2) > V_i(Prog_3) > \dots > V_i(Prog_J) \quad S_{IJ} =$$

إذ إن:

S_{IJ} الترتيب الذي يعتمد عليه الفرد "i" للبدائل المتاحة "J"

(بحيث إن: $i = 1, 2, \dots, J$ و $J = 1, 2, \dots, J$)

(.) تمثل دالة المنفعة التجريبية غير المباشرة لبرنامج التأمين الصحي موضوع الترتيب إن احتمال أن يفضل الفرد برنامجاً أو بديلاً ما على آخر ويضعه بترتيب معين يمكن قياسه بالعلاقة الآتية:

: (Jiwoon, 2006)

$$(3) \quad P_{ij} = P_{ij} = \frac{e^{V_{ij}}}{\sum_{k=1}^J e^{V_{ik}}}$$

سادساً - تحليل النتائج ومناقشتها:

وُزعت (300) استبانة على مجموعة من الأفراد العاملين في مؤسسات خدمية في النصف الأول من عام 2015، وقد استُخلصت (247) استبانة مستكملة بياناتها كلها، ما يعني أنه رُفِضَتْ (53) استبانة، أي ما نسبته (17%). ومن ثم فإن النتائج المدونة في متن هذه الدراسة تستند إلى ما نسبته (83%) من إجمالي الاستبيانات الموزعة على الأفراد. وقد استُخدمت الرزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS لاستخلاص النتائج.

الجدول رقم (3) يبين وجود علاقة ارتباط بين قيم الأفضلية التي عبر عنها الأفراد وباقي سمات برنامج التأمين الصحي وخصائصه بوصفها متغيرات مستقلة ($r = 0.67$) ويُعتد بهذه العلاقة إحصائياً ($P < 0.002$)، كما أن قيمة R-Square ($R^2 = 0.45$) تبين أن الخصائص المقترحة في برامج التأمين الصحي المقترحة يمكن أن تفسر ما يقارب من 45% من التشتت الموجود في قيم أفضليات الأفراد، وهي نسبة جيدة. وإذا كان هناك عدد كبير من برامج التأمين الصحي يملك الترتيب نفسه الذي عبر عنه الأفراد، كما هو واقع الحال في هذه الدراسة، فإن معامل ارتباط Kendall يُعدُّ مؤشراً أكثر دقة من معامل ارتباط Pearson ومع أنَّ قيمة الارتباط هنا ($P(r=0.52, < 0.003)$) وهي أقل من معامل ارتباط Pearson إلا أنها قوية وتعبّر عن الاتجاه نفسه والدلالة ذاتها، وهذا ما يؤيد وجود علاقة ارتباط قوية.

كما يظهر الجدول ذاته وفي العمود الثاني منه قيم المنفعة الجزئية (*Part-Worth Utility*) عند كل مستوى لكل متغير، والخطأ المعياري المرافق لكل مستوى الذي يظهر في العمود الثالث، كما يلاحظ أنه توجد علاقة ارتباط سلبية بين قيمة قسط التأمين وقيمة المنفعة المشتقة الناجمة عن هذا القسط، إذ إنَّ قيم متزايدة في قسط التأمين تؤدي إلى منافع متناقصة، ونلاحظ أن قيمة المنفعة تكون في أدنى مستوى لها (-0.617) عندما يكون قسط التأمين (750 ليرة سورية). أمَّا باقي المتغيرات فنلاحظ فيها ازدياد قيمة المنفعة عندما تتغير الخصائص درجة واحدة نحو الأعلى. مع ملاحظة أن المتغير الذي رُمِّز بـ (M) والذي يعبر عن حرية اختيار الفرد لمقدم الخدمة، أن قيمة المنفعة تتناقص إذا وُضع الفرد أمام خيارات تضعها شركة التأمين لاختيار مقدم الخدمة. أي إنَّ منفعة الفرد تزداد إذا أُتيحت له حرية اختيار مقدم الخدمة وليس من خلال بدائل تعرضها عليه شركة التأمين.

كما تجب الإشارة إلى أن قيمة المنفعة الكلية تعادل (3.550) إذا كانت خصائص برنامج التأمين الصحي جميعها سواء بالنسبة إلى الفرد.

وفي العمود الرابع من الجدول ذاته نلاحظ قيم الأهمية النسبية لكل خاصية أو سمة تم اعتبارها في برنامج التأمين الصحي، حيث احتل متغير (قيمة قسط التأمين) المرتبة الأولى بأهمية نسبية تعادل (16.31%) و(حرية اختيار مقدم الخدمة) المرتبة الثانية بأهمية نسبية تعادل (13.29%)، وفي المرتبة الثالثة (مقدار الاستفادة من خدمات التشخيص والعلاج كالمخبر والأشعة والتصوير والتخطيط) بأهمية نسبية تعادل (12.67%)، يلي ذلك باقي المتغيرات وفق القيم المدرجة في العمود.

الاستعداد للدفع (ليرة سورية) WTP	المعاملات B_0 β_8	الأهمية النسبية % Importance Values	الخطأ المعياري Std. Error	المنفعة الجزئية المقدرة Part-Worth Utility Estimate	المتغيرات Attributes
-	3.550		4.305	3.550	Constant
-	- 0.206	16.307			C
			0.298	- 0.206	C1
			0.597	- 0.411	C2
			0.895	- 0.617	C3
52	0.128	11.092			D
			0.330	0.128	D1
			0.825	0.321	D2
240	0.592	12.667			E
			0.495	0.592	E1
			0.989	1.184	E2

168	0.415	11.472			F
			0.495	0.415	F1
			0.989	0.830	F2
278	0.687	12.586			G
				0.687	G1
				1.374	G2
149	0.368	10.194			K
			0.495	0.368	K1
			0.989	0.737	K2
756	1.867	12.394			L
			3.711	1.867	L1
			4.205	2.11	L2
37	0.092	13.288			M
			0.247	0.092	M1
			0.247	- 0.092	M2
Pearson's R = 0.67 (Sig. = 0.002) , $R^2 = 0.45$ Kendall's tau = 0.52 (Sig. = 0.003)					درجة الارتباط ومعامل التحديد

الجدول رقم (3) - النتائج الإحصائية لدالة المنفعة غير المباشرة والأهمية النسبية والرغبة القصوى للدفع

أما في العمود الخامس فتظهر قيم معاملات الانحدار الخطي المتعدد لكل متغير على حدة، (وهي تعبر في الوقت ذاته عن قيم المنفعة الناجمة عن توافر كل خاصية أو سمة في برنامج التأمين الصحي)، تساعد هذه المعاملات في حساب القيمة القصوى لاستعداد الفرد للدفع (WTP) مقابل توافر ميزة أو سمة أو خاصية في برنامج التأمين الصحي المقترح، وهذا ما تدل عليه القيم المدرجة في العمود السادس التي حُسِبَتْ وفق الآتي: إن الفرد يحصل على (0.206 وحدة منفعة) عندما تنخفض قيمة قسط التأمين بمقدار 250 ليرة سورية (من 750 إلى 500 إلى 250 ليرة)، ومن ثمَّ فإن قيمة وحدة المنفعة الواحدة $(405=250/0.206)$ ليرة سورية). ومن ثمَّ فإن الحد الأقصى للمبلغ الذي يستعد الفرد لدفعه مقابل زيادة الحد الأقصى للاستفادة من العمليات الجراحية لكل حالة دخول إلى المستشفى تعادل $(52=405 \times 0.128)$ ليرة سورية، و (240 ليرة) لزيادة الحد الأقصى للاستفادة من خدمات التشخيص والعلاج، و (168 ليرة) لزيادة الحد الأقصى للاستفادة من الوصفات الطبية للأمراض غير المزمنة، و (149 ليرة) للأمراض المزمنة، و (278 ليرة) لزيادة الحد الأقصى لزيارات الأطباء والعيادات الخاصة، و (756 ليرة) لزيادة الحد الأقصى للاستشفاء في الحالات الطارئة في المشافي غير المعتمدة لدى شركات

التأمين، وأخيراً (37 ليرة) إذا قام الفرد باختيار مقدم الخدمة من بين البدائل التي تتيحها شركات التأمين.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن القيمة القصوى لكل خاصية أو سمة أُشير إليها لا تعني أن الفرد مستعد لدفعها فعلياً، ولكن تعبر عن أقصى حد يمكن أن يفكر فيه الفرد كثرمن لها.

الجدول رقم (4) يُظهر قيم المنفعة الكلية لكل برنامج مقترح، وقد حُسِبَت هذه القيمة بالاعتماد على العلاقة رقم (2)، وكما هو ملاحظ فإن البرنامج المفضل لدى عينة الدراسة هو البرنامج رقم (14)، إذ بلغت قيمة المنفعة الكلية (9.406) ويتصف بالخصائص الآتية:

M1	L2	K2	G2	F2	E1	D2	C1	البرنامج 14
----	----	----	----	----	----	----	----	-------------

ويمكن الاستدلال على معاني الرموز من الجدول رقم (1).

والبرنامج الأقل تفضيلاً هو البرنامج رقم (7) إذ بلغت قيمة المنفعة الكلية له (7.34) ويتصف بالخصائص الآتية:

M2	L2	K1	G1	F1	E1	D2	C3	البرنامج 7
----	----	----	----	----	----	----	----	------------

وبملاحظة الفرق بين أفضل برنامج وأسوأ برنامج للتأمين الصحي نجد أن البرنامج الأسوأ يتصف بخصائص البرنامج المعمول فيه حالياً في المؤسسات قيد التجربة مع فارق وحيد في الخاصية L2 (التعويض بنسبة 85% للاستشفاء الطارئ في المشافي غير المدرجة في قائمة شركات التأمين) ومن ثمّ تعميمه على باقي العاملين في الدولة لن ينال الرضا؛ ممّا يعني في النهاية إخفاقه.

كما أن الجدول يبيّن احتمالات أن يرتب الفرد البرامج المقترحة بحسب أفضليتها لديه، وقد حُسِبَت الاحتمالات من العلاقة رقم (3) والبرنامج الأكثر تفضيلاً وهو رقم (14) وسيكون احتمال ترتيبه أولاً كأفضلية بنسبة 89.4%، والأقل تفضيلاً، وهو البرنامج رقم (7) باحتمال قدره 11.3%.

الجدول رقم (4) - قيم المنفعة الكلية لكل برنامج مقترح والاحتمالات المرافقة للترتيب

الاحتمالات % Probability	المنفعة الكلية Total Utility	برنامج التأمين الصحي Prog.
39.7	8.593	Prog 1
50.0	8.825	Prog 2
38.3	8.558	Prog 3
81.3	9.311	Prog 4
21.3	7.973	Prog 5
31.7	8.369	Prog 6
11.3	7.34	Prog 7
34.8	8.463	Prog 8
35.4	8.48	Prog 9
57.8	8.969	Prog 10
76.7	9.252	Prog 11
29.4	8.292	Prog 12
19.8	7.896	Prog 13
89.4	9.406	Prog 14
13.2	7.493	Prog 15
47.4	8.772	Prog 16
	9.998	القيمة القصوى للمنفعة الكلية

يظهر الجدول رقم (5) أثر العوامل الديموغرافية في ترتيب الأفراد لأفضليتهم ، وذلك كما يأتي:
 من الجدول يتبين أن عوامل مثل متوسط عمر المبحوثين ($M=38, SD=9.134, Sig.=0.790$) والجنس ($M=1.85, SD=0.362, Sig.=0.567$) لا ($M=1.59, SD=0.493, Sig.=0.84$) والمعاناة من مرض مزمن أو لا ليس لها أثر جوهري في ترتيب الأفراد لأفضليتهم بالنسبة إلى برامج التأمين الصحي المقترحة؛ وهذا يتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Jan J Kerssens, 2005). أمّا بالنسبة إلى مستوى الدخل ($M=24063, SD=6073.83, Sig.=0.049$) فإن له أثراً ذا دلالة في ترتيب أفضليتهم، وهذا ينسجم أيضاً مع ما توصلت إليه الدراسة نفسها (Jan J Kerssens, 2005). من ناحية أخرى هذه النتائج تدل على أن الأثر الأكبر في ترتيب الأفراد لأفضليتهم ناجم عن مواصفات برنامج التأمين الصحي وخصائصه إلى جانب مستوى الدخل.

العمر (سنة)	الجنس	الدخل (ليرة سورية)	المعاناة من مرض مزمن أو لا	
38	1.59* (41.3% إناث) (58.7% ذكور)	24063	1.85** (15.4% يعاني) (84.6% لا يعاني)	المتوسط Mean
0.581	0.031	386.47	0.023	الخطأ المعياري Std. Error

0.362	6073.83	0.493	9.134	الانحراف المعياري Std. Deviation
-0.681	-1.737	-0.654	0.886	قيمة t
0.567	0.049	0.584	0.790	مستوى الدلالة عند P < 0.05

* رُمِزَتِ الإناث بـ 1 والذكور بـ 2 ** وُرْمِزَتِ المعاناة من مرض بـ 1 وعدم المعاناة بـ 2

الجدول رقم (5) -العوامل الديموغرافية لعينة الدراسة (N=247) وأثرها في ترتيب الأفراد لأفضليتهم

سابعاً- النتائج:

خلص البحث إلى النتائج الآتية:

- يتصف برنامج التأمين الصحي المفضل لدى أفراد عينة الدراسة بمجموعة من الخصائص التي تعظم حجم المنفعة لديهم، وكان ذلك مثبتاً من قوة العلاقة بين درجة التفضيل والخصائص المعتبرة في برنامج التأمين الصحي. ويمكن تقسيم البرامج المفضلة إلى ثلاث فئات حسب قيمة قسط التأمين:
- عندما يكون قسط التأمين (250 ليرة سورية) فإن البرنامج المفضل يجب أن يراعي الخصائص الآتية:

M1	L2	K2	G2	F2	E1	D2	C1	البرنامج 14
----	----	----	----	----	----	----	----	-------------

M2	L2	K1	G2	F1	E2	D2	C2	البرنامج 2
----	----	----	----	----	----	----	----	------------

- عندما يكون قسط التأمين (500 ليرة سورية) فإن البرنامج المفضل يجب أن يراعي الخصائص الآتية:

- عندما يكون قسط التأمين (750 ليرة سورية) فإن البرنامج المفضل يجب أن يراعي الخصائص الآتية:

M1	L1	K1	G2	F2	E2	D2	C3	البرنامج 10
----	----	----	----	----	----	----	----	-------------

وكما ذكرنا سابقاً فإن البرنامج الأكثر تفضيلاً هو البرنامج رقم (14) على البرامج المقترحة جميعها.

- يزداد مقدار المنفعة المشتق من برنامج التأمين الصحي بزيادة مجموع المنافع الجزئية الناجمة عن الخصائص المتعددة للبرنامج ذاته، وقد وجدنا أن الخاصية ذات المرتبة الأولى في الأهمية النسبية هي قيمة قسط التأمين، وفي المرتبة الثانية حرية اختيار مقدم الخدمة، وفي المرتبة الثالثة مقدار الاستفادة من خدمات التشخيص والعلاج كالمخبر والأشعة والتصوير والتخطيط.

- أبدى الأفراد مرونة عالية في الدفع للحصول على سمة زيادة الحد الأقصى للاستشفاء في الحالات الطارئة في المشافي غير المعتمدة لدى شركات التأمين.

- من خلال المتغيرات التي اعتمدها الدراسة فقد فسّر ما نسبته 45% من درجة تفضيل الفرد لبرنامج تأمين صحي على آخر، وهي نسبة جيدة.

ثامناً - التوصيات:

- يوصي الباحث باعتماد البرنامج رقم (14) لأنه يحقق مستوى رضا عالياً لدى المستفيد.

- ضمان حرية اختيار الفرد لمقدم الخدمة في أي برنامج يُعتمد من قبل شركة التأمين

- اعتماد النموذج الذي تم التعبير عنه في العلاقة رقم (2) لتقدير المنفعة ومحاكاة برامج أخرى قد تراها شركات التأمين مناسبة.

السادة الأفاضل:

شاكرين لكم حسن تعاونكم

القسم الأول:

• العمر:.....

• الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى

• الراتب المقبوض شهرياً (الأقرب ألف): ل.س.

• هل تعاني من مرض مزمن: ☐ نعم ☐ لا

مقدم الخدمة عن كونك ترغب بالإفادة من البطاقة، على مقياس من 1 (أسوأ تقدير) إلى 10 (أفضل)

(تقدير)

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1

□□□□□□□□□□

القسم الثاني:

يأخذ الرقم (1) البرنامج الأكثر تفضيلاً، ثم يليه الرقم (2)...وصولاً إلى الرقم (16) الأقل تفضيلاً لديك.

العمود الأول	البرامج	القسط التأميني/شهرياً	الحد الأقصى للاستفادة من العمليات الجراحية وما يرتبط بها لكل حالة دخول إلى المشفى /سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الخدمات التشخيص والعلاج (مخبر، أشعة، تصوير، تخطيط) /سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الأدوية للأمراض غير العزمنة المبيتة في الوصفات الطبية /سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من زيارات الأطباء والعيادات /سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الأمراض المزمنة المبيتة في الوصفات الطبية /سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الأمراض المزمنة المبيتة في مشافي غير معتمدة لدى شركة التأمين	مقدم الخدمة
البرنامج 1	500 ل.س	300000 ل.س	مع أن يتحمل العامل نسبة 10%	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10%	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10%	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25%	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25%	85% من قيمة الفاتورة	أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه

متناسباً		والاستفادة من وصفة فقط 24	15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	والاستفادة من 12 وصفة فقط	والاستفادة من 12 إحالة فقط				
تبيين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن أختار من بينها	من 85% قيمة الفاتورة	50000 ل.س. مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	750000 ل.س	500 ل.س	البرنامج 2	
تبيين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن أختار من بينها	من 75% قيمة الفاتورة	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط	750000 ل.س	250 ل.س	البرنامج 3	
أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً	من 85% قيمة الفاتورة	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	750000 ل.س	250 ل.س	البرنامج 4	
تبيين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن أختار من بينها	من 85% قيمة الفاتورة	50000 ل.س. مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط	300000 ل.س	250 ل.س	البرنامج 5	
تبيين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن أختار من بينها	من 75% قيمة الفاتورة	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط	300000 ل.س	750 ل.س	البرنامج 6	

تبين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن يبنها	85% من قيمة الفاتورة	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط	750000 ل.س	750 ل.س	البرنامج 7	
تبين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن يبنها	75% من قيمة الفاتورة	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	750000 ل.س	250 ل.س	البرنامج 8	

العمود الأول	البرامج	الحد الأقصى للاستفادة من العمليات الجراحية وما يرتبط بها لكل حالة دخول إلى المشفى سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الخدمات التشخيصية (مخبر، أشعة، تصوير، تخطيط) سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الأدوية للأمراض غير المزمنة الميمنة في الوصفات الطبية سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من زيارات الأطباء والعلاجات سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الأدوية المزمنة الميمنة في الوصفات الطبية سنوياً	الحد الأقصى للاستفادة من الحالات الطارئة في المشافي غير المعتمدة لدى شركة التأمين	مقدم الخدمة
	البرنامج 9	500 ل.س	300000 ل.س	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	تبين شركة التأمين البدائل التي يمكن أن يبنها
	البرنامج 10	750 ل.س	750000 ل.س	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً
	البرنامج 11	250 ل.س	300000 ل.س	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	تبين شركة التأمين

البدائل التي يمكن أن يختار من بينها		20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	العامل نسبة 15% والاستفادة 24 من زيارة فقط	نسبة 15% والاستفادة 24 وصفة فقط	نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط				
أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً	85% من قيمة الفاتورة	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	300000 ل.س	750 ل.س	البرنامج 12	
أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً	75% من قيمة الفاتورة	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط	750000 ل.س	500 ل.س	البرنامج 13	
أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً	85% من قيمة الفاتورة	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 25% والاستفادة من 24 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط	750000 ل.س	250 ل.س	البرنامج 14	
أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً	75% من قيمة الفاتورة	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 إحالة فقط	300000 ل.س	250 ل.س	البرنامج 15	
أنا أختار مقدم الخدمة الذي أراه مناسباً	75% من قيمة الفاتورة	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 20% والاستفادة من 12 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 زيارة فقط	50000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 10% والاستفادة من 12 وصفة فقط	100000 ل.س مع أن يتحمل العامل نسبة 15% والاستفادة من 24 إحالة فقط	300000 ل.س	250 ل.س	البرنامج 16	

المراجع

المراجع العربية:

- جلدة، سليم بطرس، (2006)، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق، عمان، الأردن.
- خياط، محمد هيثم، (2007)، الإدارة الصحية، منشورات منظمة الصحة العالمية، أكاديميا، لبنان.
- ذياب، صلاح محمود، (2009-a)، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، دار الفكر، عمان، الأردن.
- ذياب، صلاح محمود، (2009-b)، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر، عمان، الأردن.
- نصيرات، فريد توفيق، (2009)، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، عمان، الأردن.

المراجع الأجنبية:

- Akaah, I. P., e P. K. Krgaonkar. 1988. A Conjoint Investigation for the Relative Importance of Risk relievers in Direct Marketing. Journal of Advertising Research, 28:4,.
- Cattin, P., e D. R. Wittink, 1982. Commercial use of Conjoint Analysis: A survey. Journal of Marketing, 46:3,.
- Chan, y.H., 2005, Conjoint Analysis and Canonical Correlation, Singapore Med J, Vol.46, No.10.
- Heshmat, Shahram. 1993. Frame work for Market Based Hospital Pricing Decision. The Haworth Press.
- Jan, J., Kerssens. e Peter,P. Groenewegen. 2005. Consumer Preferences in Social Health Insurance. European Journal of Health Economics, Vol.6, No.1.
- Jiwoon, Ann. et al., 2006,An Analysis of Consumer Preferences among wireless LAN and Mobile Internet Services. ETRI Journal, Vol.28,No2
- John, Cawley. et al., 2015. The Impact of The Macroeconomy on Health Insurance Coverage: Evidence from The Great Recession. Health Economics, 24:206-23
- Julie, Ratcliffe. e Martin Buxton. 1999. Patients Preferences Regarding The Process and outcomes of Lifesaving Technology. International Journal of Technology Assessment in Health Care, Vol. 15, No.2: 340-351.
- Karolin, Leukert-Becher. e Peter, Zweifel. 2014. Preferences for Health Insurance in Germany and The Netherlands a tale of two countries. Health Economics Review, Vol.4, No.22.

- Mandy, Ryan. 1998. Using Conjoint Analysis to Take Account of Patient Preferences and go beyond health Outcomes: an application to in Vitro fertilization. Social Science and Medicine, Vol.48, 535-546.
- Mandy, Ryan. et al.. 1998. Methodological Issues in The Application of Conjoint Analysis in Health Care. Health Economics, Vol.7: 373-378.
- Mandy, Ryan. Jenny, Hughes. 1997. Using Conjoint Analysis to Assess women's Preferences for Miscarriage Management. Health Economics, Vol.6: 261-273.
- Tara, F. Bisgop. Et al.. 2015. Rates of Psychiatrists' Participation in Health Insurance Networks. JAMA Psychiatry, Vol.313, No.2.
- Thomas, M.. et al.. 2015. Many Families May Face Sharply Higher Costs if Public Health Insurance for Their Children is Rolled Back. Health Affairs Journal, Vol.34, No.5