

تمایل بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی اصفهان به پرداخت هزینه‌های نسخ دارویی

امین عادل نیا*، حسن رفیعی**، عزت‌اله عباسیان***

مقدمه: هم‌اکنون پرداخت از جیب (فرانشیز) بیمه‌شدگان برای هزینه‌ی نسخ دارویی در بخش سرپایی معادل ۳۰ درصد قیمت نسخه است. این مقدار پرداخت فرانشیز در خانوارهای دارای بیمار خاص و صعب‌العلاج باعث مواجهه با هزینه‌های سنگین مالی می‌شود. هدف این پژوهش، ضمن ارزیابی تمایل به پرداخت بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی اصفهان برای عدم مواجهه با هزینه‌های سنگین نسخ دارویی، شناسایی عوامل مؤثر بر این تمایل بود.

روش: این پژوهش مقطعی از طریق پیمایش در بین ۳۸۵ سرپرست خانوار بیمه‌شده‌ی تأمین اجتماعی اصفهان که به درمانگاه قدس اصفهان مراجعه کرده بودند، به صورت تصادفی اجرا شد. روش ارزش‌گذاری مشروط برای برآورد میانگین تمایل به پرداخت مورد استفاده قرار گرفت و این میانگین برحسب متغیرهای جنس، سن، بعد خانوار، درآمد و تحصیلات مقایسه شد و عوامل از نظر شدت تأثیرگذاری اولویت‌بندی شدند.

یافته‌ها: مصاحبه‌شوندگان مایل به پرداخت مبلغ میانگین $(DS= ۲۳۹۲)$ ۳۴۹۶ تومان از هر نسخه در مقابل معافیت از پرداخت هزینه‌ی نسخ بالاتر از صد هزار تومان بودند. نتایج تحلیل رگرسیون طبقه‌ای نشان داد که بیش‌ترین تأثیر را سطح درآمد بر مبلغ مزبور داشت.

بحث: سازمان تأمین اجتماعی با استفاده از منابع حاصل از عدم پرداخت هزینه‌ی نسخ با قیمت کم‌تر از مبلغ تمایل به پرداخت برآوردی؛ توانایی افزایش پوشش بیمه‌ای نسخ با قیمت بیش از صد هزار تومان را خواهد داشت.

کلیدواژه‌ها: تمایل به پرداخت؛ روش ارزش‌گذاری مشروط؛ کارت پرداخت؛ نسخه‌ی دارویی

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۳

* کارشناس ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران <amin.adelnia@yahoo.com>

(نویسنده مسئول)

** روانپزشک و کارشناس ارشد سلامت همگانی (MPH)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

*** دکترای اقتصاد، دانشگاه بوعلی سینا همدان

مقدمه:

مشارکت در پرداخت^۱ هزینه یا فرانشیز پرداختی برای خرید نسخ دارویی در کشور ایران مطابق مصوبات شورای عالی بیمه‌ی خدمات درمانی، معادل سی درصد مبلغ نسخه می‌باشد. این مقدار مشارکت در پرداخت هزینه برای نسخه‌های مورد نیاز در درمان بعضی بیماری‌های خاص و صعب‌العلاج به دلیل این‌که بسیاری از خانوارها مجبور به تهیه‌ی هزینه‌ی درمان از سایر اقلام رفاهی و یا دارائی‌های سرمایه‌ای می‌گردند باعث افزایش مواجهه با هزینه‌های خارج از توان پرداخت خانوار و در نتیجه به زیر خط فقر رفتن این خانوارها می‌گردد (رضوی، ۱۳۸۴).

همچنین وجود این نوع هزینه‌ها ممکن است باعث عدم پیگیری درمان و یا درمان ناقص از طرف بعضی از خانوارها شده که در نهایت باعث تشدید یا مزمن شدن بیماری و افزایش بار مالی برای نظام سلامت شود. دولت‌ها اکثراً در بازار بیمه‌ی سلامت وارد عمل شده و با اعمال قانون و مقررات در مسائلی مانند قیمت‌گذاری خدمات سلامت، مقدار حق بیمه و درصد مشارکت در پرداخت هزینه دخالت کرده؛ تا هزینه‌های خارج از توان به مصرف‌کنندگان وارد نشده و در نتیجه باعث افزایش سطح رفاه اجتماعی شود (صباغ کرمانی، ۱۳۸۵).

مفهوم تمایل به پرداخت^۲ در مطالعات ارزیابی اقتصادی و تحلیل هزینه فایده^۳ در حوزه سلامت در طول دو دهه‌ی گذشته بسیار متداول گردیده؛ تمایل به پرداخت یک ابزار متدلوژیک برای برآورد ظرفیت پرداخت گروه‌های مشخص اجتماعی به منظور تعیین کردن ارزش پولی یک برنامه‌ی فرضی بهداشتی درمانی می‌باشد.

پیمایش تمایل به پرداخت برای ارزش‌گذاری کالا یا خدمات، تحت شرایط یک بازار فرضی، روش ارزش‌گذاری مشروط^۴ نام دارد که در این روش ارزش یک کالای به‌خصوص یا یک مداخله تحت شرایط یک بازار فرضی، به صورت حداکثر مقدار تمایل به پرداخت مصرف‌کننده برای

1.co payment

2.willingness to pay

3.cost benefit analysis

4.Contingent Valuation Method (CVM)

آن کالا یا مداخله، اندازه گیری می گردد (مولد و همکاران، ۲۰۰۹). روایی سئوالات پرسش نامه تمایل به پرداخت با روش ارزش گذاری مشروط را باید از طریق مطابقت پاسخ های به دست آمده با سازهی نظری معین مانند نظریه ی کشش پذیری درآمد امتحان کرد (اسمیت ۲۰۰۳).

بهترین ابزار برای جمع آوری اطلاعات در این روش تکمیل پرسش نامه از طریق مصاحبه می باشد، که در مطالعات ارزش گذاری مشروط^۴ دارای کمترین سوگیری است و نتایج حاصل از آن پایایی بیشتری دارد (مایکل و کارسون^۵، ۱۹۸۹). نمونه هایی از کاربرد این روش در زمینه ی تمایل به پرداخت برای بیمه ی سلامت و بهداشت به این شرح است: برآورد تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه ی خدمات سلامت در ایران (عسگری^۶، ۲۰۰۰)، تمایل به پرداخت والدین برای تهیه ی صندلی ایمنی اطفال (جراحی^۷، ۲۰۱۱)، تمایل به پرداخت کارگران قراردادی برای بیمه ی سلامت در چین (بارنیگوسن^۸، ۲۰۰۷)، تمایل به پرداخت برای نگهداری و توسعه خدمات بیمه ی سلامت ملی در تایوان (چائولانگ و شولای^۹، ۲۰۰۸)، تمایل به پرداخت کارمندان برای بیمه ی سلامت در اتیوپی (ولدمریم و لافگرن^{۱۰}، ۲۰۰۹) و تمایل به پرداخت برای بیمه ی سلامت در مناطق روستایی ویتنام (لافگرن، ۲۰۰۸). با توجه به پیشرفت صنایع داروسازی و ورود داروهای جدید و گران قیمت به فارماکوپه دارویی؛ فشار به سازمان های بیمه گر جهت افزایش پوشش هزینه این نسخ وجود دارد. هدف اصلی این پژوهش برآورد تمایل به پرداخت بیمه شدگان سازمان تأمین اجتماعی اصفهان برای بیمه ی هزینه ی نسخ دارویی گران قیمت (بیش از صد هزار تومان) است تا با استفاده از سازوکارهای جبرانی بیمه ای باعث کاهش مواجهه ی بیمه شدگان با این نوع هزینه ها شد.

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------|------------------------|
| 1.Mould | 2.income elasticity | 3.Smith |
| 4.Contingent Valuation Method | 5.Mitchel RC and Carson | 6.Asgary |
| 7.Jarahi | 8.Barnighausen | 9.Chu Lang and Shu Lai |
| 10.Woldemariam and Lofgren | | |

روش

این پژوهش کاربردی و از دسته‌ی مطالعات توصیفی تحلیلی (پیمایش) بود. جامعه‌ی پژوهش بیمه‌شدگان اصلی سازمان تأمین اجتماعی استان اصفهان با تعداد ۹۲۹۵۴۰ نفر در سال ۱۳۸۹ بودند و نمونه‌ی مورد پژوهش بر مبنای جدولی که میچل و کارسون (۱۹۸۹) تعداد نمونه‌ی لازم برای مطالعات ارزش‌گذاری مشروط را محاسبه کرده‌اند؛ تعداد ۳۸۵ نفر انتخاب گردید. مصاحبه‌ی شونده‌گان به صورت تصادفی از بین بیمه‌شدگان سرپرست خانواری که در بهمن ماه ۱۳۹۰ به درمان‌گاه قدس اصفهان مراجعه داشتند؛ انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق، پرسش‌نامه‌ی مصاحبه‌ی محور بود. در مورد محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات دریافتی؛ به مصاحبه‌ی شونده‌گان توضیح داده شد. پرسش‌نامه‌ی تمایل به پرداخت در دو قسمت طراحی شده بود. قسمت اول شامل سئوالاتی در مورد مشخصات فردی و وضعیت اقتصادی اجتماعی مصاحبه‌ی شونده‌گان مانند: جنسیت، سن، وضعیت بیمه و اشتغال، سطح تحصیلات، سطح درآمد و بعدخانوار مصاحبه‌ی شونده‌گان بود. در قسمت دوم پرسش‌نامه ابتدا توضیحاتی در مورد وضعیت فعلی مشارکت در پرداخت هزینه‌ی نسخ دارویی (فرانشیز ۳۰٪) و احتمال مواجهه با هزینه‌های خارج از توان پرداخت داده شد. سپس وضعیت فرضی پرداخت کامل هزینه‌ی نسخ دارویی با قیمت بیش از صد هزار تومان توسط بیمه؛ مشروط به تأمین مالی از طرف بیمه‌شدگان؛ توضیح داده شد. در پایان پرسش تمایل به پرداخت این‌گونه مطرح شد: شما مایل به پرداخت هزینه‌ی نسخه‌های دارویی خود و اعضای خانواده؛ حداکثر تا کدام یک از مبالغ پیشنهادی زیر؛ در مقابل معافیت از پرداخت هزینه‌ی نسخ بیش‌تر از صد هزار تومان هستید؟ مبالغ پیشنهادی از عدم موافقت یا صفر و به ترتیب ۷۰۰۰، ۵۰۰۰، ۳۰۰۰، ۲۰۰۰، ۱۰۰۰ و ۱۰۰۰۰ تومان در نظر گرفته شد. این روش ارزیابی ترجیحات مصرف‌کننده‌ی روش کارت پرداخت نام دارد که به دلیل سهولت بیش‌تر و عدم نیاز به نمونه با حجم

1.interviewer based questionnaire

2.payment card

بالا برای اندازه گیری تمایل به پرداخت بیمه شدگان مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل های آماری پاسخ های تمایل به پرداخت با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ انجام گردید.

آزمون t مستقل برای مقایسه ی میانگین مبلغ تمایل به پرداخت بیمه شدگان زن و مرد و آزمون تحلیل واریانس یک طرفه^۱ برای بررسی رابطه مبلغ تمایل به پرداخت با متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات، سطح درآمد، بعد خانوار، و نوع بیمه ی شرکت کنندگان استفاده گردید. آزمون حداقل مربع انحراف^۲ برای مقایسه ی زوجی اختلاف بین میانگینها و نهایتاً با در نظر گرفتن تمایل به پرداخت به عنوان متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون طبقه ای^۳ برای تعیین عوامل تأثیرگذار بر مقدار تمایل به پرداخت استفاده گردید.

یافته ها

مشخصات دموگرافیک بیمه شدگان مورد پیمایش، حاکی است که اکثریت (۷۷/۹ درصد) آن ها مرد بوده، ۳۱/۷ درصد در سن ۳۰ سال و پایین تر بودند و درآمد ماهانه ی ۷۸/۷ درصد از آن ها کم تر از ششصد هزار تومان بود. بعد خانوار ۴۰ درصد مصاحبه شوندگان چهار نفر و بیش تر بود. همچنین سطح تحصیلات ۲۰ درصد مصاحبه شوندگان دانشگاهی بود.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1. one-way ANOVA
2. Least Square Deviation (LSD)
3. categorical regression

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و وضعیت اقتصادی مصاحبه شوندگان

| ویژگی | تعداد | درصد |
|--------------|-----------------|------|
| جنسیت | مرد | ۳۰۰ |
| | زن | ۸۵ |
| سن | ≤ ۲۵ سال | ۵۷ |
| | ۲۶-۳۰ سال | ۶۵ |
| | ۳۱-۴۰ سال | ۱۲۹ |
| درآمد ماهانه | ≤ ۳۰۰۰۰۰ تومان | ۱۳۴ |
| | ۳۰۱-۶۰۰۰۰ تومان | ۱۲۹ |
| | ۶۰۱-۹۰۰۰۰ تومان | ۱۷۴ |
| | ≥ ۹۰۱۰۰۰ تومان | ۵۵ |
| بعدخانوار | یک نفر | ۲۷ |
| | دو نفر | ۵۰ |
| | سه نفر | ۷۷ |
| | ≥ چهار نفر | ۱۰۱ |
| | بدون پاسخ | ۱۵۴ |
| تحصیلات | بی سواد | ۳ |
| | ابتدایی | ۱۰ |
| | راهنمایی | ۴۰ |
| | دیپلمستان | ۶۰ |
| | دانشگاهی | ۱۹۸ |
| مجموع | ۳۸۵ | ۲۰ |

از مجموع ۳۸۵ نفر بیمه شده‌ای که با آن‌ها مصاحبه گردید ۷/۵ درصد تمایل به پرداخت برای بیمه هزینه‌ی نسخ دارویی بیش از صد هزار تومان نداشته و غالب بیمه‌شدگان (۹۲/۵ درصد) تمایل به پرداخت مقادیر متفاوتی از یک هزار تا ده هزار تومان را داشتند. میانه‌ی تمایل به پرداخت بیمه‌شدگان ۳۰۰۰ تومان و میانگین آن ۳۴۹۶ تومان ($SD=۲۳۹۲$) بود.

جدول ۲: توزیع فراوانی موافقت بیمه‌شدگان با مبالغ پیشنهادی

| مقدار مبلغ تمایل به پرداخت | فراوانی | درصد |
|----------------------------|---------|------|
| عدم موافقت (صفر) | ۲۹ | ۷/۵ |
| یک هزار تومان | ۳۶ | ۹/۴ |
| دو هزار تومان | ۷۹ | ۲۰/۵ |
| سه هزار تومان | ۱۰۶ | ۲۷/۵ |
| پنج هزار تومان | ۸۷ | ۲۲/۶ |
| هفت هزار تومان | ۲۷ | ۷ |
| ده هزار تومان | ۲۱ | ۵/۵ |
| جمع | ۳۸۵ | ۱۰۰ |

مقدار میانگین تمایل به پرداخت برای بیمه‌ی نسخ دارویی با قیمت بیش از صد هزار تومان به تفکیک ویژگی‌های مصاحبه‌شوندگان در جدول ۳ نمایش داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود مقدار تمایل به پرداخت بالاترین طبقه‌ی درآمدی بیش از دو برابر پایین‌ترین طبقه‌ی درآمدی و همچنین میانگین تمایل به پرداخت مصاحبه‌شوندگان با تحصیلات دانشگاهی نیز بیش‌تر از افراد بدون تحصیلات دانشگاهی بوده است.

1. median

جدول ۳: تمایل به پرداخت به تفکیک ویژگی های شرکت کنندگان

| ویژگی | تمایل به پرداخت (تومان) میانگین | انحراف معیار |
|--------------|------------------------------------|-----------------|
| جنسیت | مرد | ۲۳۸۴ |
| | زن | ۲۴۰۲ |
| سن | ≤ ۲۵ سال | ۲۰۱۸ |
| | ۲۶-۳۰ سال | ۲۱۵۴ |
| | ۳۱-۴۰ سال | ۲۴۵۵ |
| | ≥ ۴۱ سال | ۲۵۸۷ |
| درآمد ماهانه | ≤ ۳۰۰۰۰ تومان | ۱۶۶۳ |
| | ۳۰۱-۶۰۰۰۰ تومان | ۲۰۲۸ |
| | ۶۰۱-۹۰۰۰۰ تومان | ۲۲۷۲ |
| | ≥ ۹۰۱۰۰ تومان | ۳۵۵۵ |
| بعدخانوار | یک نفر | ۲۲۵۶ |
| | دو نفر | ۲۳۸۹ |
| | سه نفر | ۲۳۲۵ |
| | ≥ چهار نفر | ۲۳۹۲ |
| تحصیلات | بی سواد | ۱۰۵۹ |
| | ابتدایی | ۱۶۴۷ |
| | راهنمایی | ۱۸۶۸ |
| | دبیرستان | ۲۱۰۸ |
| | دانشگاهی | ۳۰۱۵ |

با در نظر گرفتن فرضی مقادیر تمایل به پرداخت به عنوان متغیر پیوسته نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان دهنده‌ی رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار مقدار درآمد ماهانه و سطح تحصیلات و رابطه‌ی منفی بعد خانوار با مقدار تمایل به پرداخت بود ($p \leq 0/05$). همچنین مشخص گردید بین گروه‌های مختلف سنی و مقدار تمایل به پرداخت رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود ندارد ($p = 0/604$). نتیجه‌ی آزمون t نشان داد بین جنسیت مصاحبه شونده‌گان و مقدار تمایل به پرداخت تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد ($p = 0/134$). نتایج رگرسیون طبقه‌ای^۱ همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نشان دهنده‌ی این واقعیت بود که مقدار درآمد ماهانه، سطح تحصیلات و بعد خانوار بیش‌ترین نقش را در پیش‌بینی مبلغ مورد تمایل بیمه‌شدگان به پرداخت داشته‌اند. براساس ضریب β بیش‌ترین تأثیر مربوط به درآمد ماهانه و پس از آن تحصیلات و کم‌ترین تأثیر مربوط به بعد خانوار بوده است.

جدول ۴ نتایج تحلیل رگرسیون طبقه ای

| متغیر | β | f | p |
|--------------|---------|-------|-------|
| جنسیت | -۰/۰۶۹ | ۲/۴۶ | ۰/۱۱۷ |
| سن | ۰/۰۴۱ | ۰/۷۲۴ | ۰/۳۹۶ |
| سطح تحصیلات | ۰/۲۲۹ | ۲۱/۱۸ | ۰/۰۰۱ |
| درآمد ماهانه | ۰/۴۶۴ | ۹۱/۸۸ | ۰/۰۰۱ |
| بعد خانوار | -۰/۱۴۹ | ۱۰/۹۰ | ۰/۰۰۱ |

بحث :

اغلب مصاحبه شونده‌گان به طور میانگین تمایل به پرداخت مبلغ حدود ۳۵۰۰ تومان از هزینه‌ی نسخ دارویی در مقابل معافیت از پرداخت فرانشیز نسخه‌های با قیمت بیش از صد هزار تومان را داشتند. به علت جامع بودن بیمه‌ی سلامت و پوشش این نوع هزینه‌ها به‌وسیله‌ی سازوکارهای بیمه‌ای

۱. رگرسیون طبقه‌ای (categorical regression) شبیه رگرسیون چندگانه (multiple regression) است، با این تفاوت که برای متغیرهای اسمی و رتبه‌ای انجام می‌شود. به این منظور، متغیرهای مزبور را نخست باید به متغیرهای فاصله‌ای تبدیل کرد و سپس رگرسیون چندگانه بر آنها انجام داد.

در اکثر کشورها؛ پژوهشی مشابه انجام نشده ولی در زمینه‌ی بازار بیمه‌ی سلامت، نتایج تحقیقاتی مانند مطالعات تمایل به پرداخت برای بیمه‌ی سلامت در چین؛ تایوان؛ اتیوپی و همچنین ویتنام نیز نشان دهنده موافقت ۷۰ تا ۹۰ درصد پاسخ‌گویان با پرداخت مبلغ پولی یا درصدی از دستمزد برای توسعه‌ی مزایا و یا برخورداری از بیمه‌ی سلامت بود. تمام این تحقیقات نشان دهنده‌ی خطر گریز بودن افراد و موافقت اکثریت افراد جامعه با وجود سازوکار بیمه برای پوشش هزینه‌های سلامت بودند. نتایج تحلیل رگرسیون طبقه‌ای نشان دهنده‌ی این بود که مقدار تمایل به پرداخت بیمه‌شدگان برای بیمه‌ی هزینه‌ی سنگین نسخ دارویی با سطح درآمد و سطح تحصیلات رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار داشته و سطح درآمد بیش‌ترین تأثیر را در مقدار تمایل به پرداخت داشت. نظریه‌ی تقاضا پیش‌بینی می‌کند کسش‌پذیری درآمد کالاها به استثنای کالاهای پست مثبت است؛ چون بیمه‌ی سلامت کالای پست^۱ محسوب نمی‌شود؛ بنابراین با فرض ثبات عوامل دیگر: با افزایش درآمد پاسخ دهندگان باید مقدار تمایل به پرداخت بیان شده افزایش یابد (میشل و کارسون، ۱۹۸۹). هم‌خوانی نتایج تحلیل آماری، با نظریه‌ی اثبات شده‌ی کسش‌پذیری درآمد؛ روایی سازه‌ی پرسش‌نامه‌ی تمایل به پرداخت را نشان داد. محققان مختلف نتایج مشابهی در زمینه‌ی مثبت بودن رابطه‌ی سطح تحصیلات و درآمد با مقدار تمایل به پرداخت برای بیمه‌ی سلامت به‌دست آورده‌اند (چائولانگ و شولای، ۲۰۰۸؛ لافگرن، ۲۰۰۸؛ ولدمریم و لافگرن، ۲۰۰۹؛ جراحی، ۲۰۱۱). تعیین‌کنندگی سطح تحصیلات در مقدار تمایل به پرداخت خیلی ضعیف‌تر بود بنابراین احتمال این‌که افراد با تحصیلات بالاتر، درآمد بیش‌تری دارا باشند نیز وجود دارد. نتایج پژوهش همچنین نشان دهنده‌ی تأثیر معنی‌دار و منفی بعد خانوار بر مقدار تمایل به پرداخت بود. پژوهش‌گران دیگر در مورد ارتباط متغیرهای بعد خانوار و مقدار تمایل به پرداخت، رابطه معنی‌دار گزارش نکرده‌اند. فقط در پژوهش (لافگرن، ۲۰۰۸) رابطه‌ی مثبت بین بعد خانوار و مقدار تمایل به پرداخت گزارش کرده‌اند. با توجه به این‌که خانوارهای با تعداد فرزندان بیش‌تر معمولاً وضعیت

1. inferior goods

2. construct validity

اقتصادی اجتماعی پایین تری دارند؛ همچنین با توجه به انجام مطالعه لوگرن در مناطق روستایی و تأثیر بعد خانوار بر افزایش درآمد، احتمالاً مقدار تمایل به پرداخت در این مطالعه بیش تر تحت تأثیر سطح درآمد بوده است. در این تحقیق ارتباط معنی دار آماری بین متغیرهای جنسیت و سن مصاحبه شونده‌گان و مقدار تمایل به پرداخت مشاهده نگردید. در تحقیقات مشابه دیگر نیز چنین رابطه‌ای گزارش نگردیده؛ فقط در پژوهش (لافگرن، ۲۰۰۸) و همچنین (عسگری و دیگران، ۲۰۰۰) وجود رابطه منفی بین متغیر سن و مقدار تمایل به پرداخت را گزارش کرده اند. با توجه به این که در مناطق روستایی درآمد افراد در سال‌های جوانی بیش تر بوده و در سنین کهنسالی به دلیل عدم توانایی جسمی و نداشتن مزایای بازنشستگی، درآمد فرد کاهش می‌یابد؛ نتایج این دو تحقیق می‌تواند تحت تأثیر سطح درآمد پاسخ‌گویان قرار گرفته باشد. در این مطالعه برای برآورد تمایل به پرداخت به دلیل نیاز به تعداد نمونه‌ی کم‌تر و سهولت تحلیل آماری پاسخ‌های جمع‌آوری شده؛ از روش کارت پرداخت استفاده گردید. پاسخ‌های به دست آمده از این روش دارای سوگیری دامنه‌ی قیمت‌های پیشنهادی و سوگیری انتخاب گزینه‌ی میانه است (اسمیت، ۲۰۰۳). برای جلوگیری از این دو نوع سوگیری؛ قیمت‌های پیشنهادی در مبالغ پایین، نزدیک به هم ارائه گردیده و به مصاحبه شونده هم این واقعیت که "پرداخت مبلغ بیش تر از طرف بیمه‌شدگان باعث افزایش پوشش هزینه‌های سنگین توسط بیمه خواهد شد" یادآوری گردید. محدودیت دیگر که در تمام تحقیقات با روش ارزش‌گذاری مشروط وجود دارد؛ ناتوانی در توصیف و قابل درک کردن بازار فرضی برای پاسخ‌گو است (مایکل و کارسون، ۱۹۸۹). در این تحقیق برای رفع این محدودیت از پرسش‌نامه‌ی مصاحبه محور استفاده گردیده و مصاحبه شونده‌گان از بیمه‌شدگان سرپرست خانوار که شاغل بوده و تحت پوشش بیمه قرار داشتند انتخاب شدند. موافقت اغلب شرکت‌کنندگان با پرداخت هزینه‌ی نسخ دارویی تا مبلغ حدود ۳۵۰۰ تومان در مقابل معافیت از پرداخت هزینه‌ی فرانشیز نسخ دارویی با مبالغ بیش تر از صد هزار تومان، لزوم بازنگری در قانون کنونی پرداخت فرانشیز را نشان می‌دهد. سیاست‌گذاران بخش سلامت می‌توانند با تغییر الگوی ثابت مشارکت در

پرداخت هزینه‌ی نسخ که هم اکنون سی درصد می‌باشد به الگوی پرداخت متغیر فرانشیز^۱؛ الگویی قابل انعطاف برای پوشش هزینه‌ی سنگین نسخ دارویی ارائه داده تا هزینه‌ی پرداخت از جیب^۲ بیمه‌شدگان کاهش یابد. با توجه به این که در کشورهای توسعه یافته خانوارها دارای پرونده‌ی الکترونیکی سلامت با امکان ثبت کلیه‌ی هزینه‌های درمانی اعضای خانوار می‌باشند؛ ایجاد پرونده‌ی الکترونیکی سلامت با امکان ثبت هزینه‌ی خدمات درمانی (شامل بستری و سرپایی و توانبخشی) به صورت سالانه، پیشنهاد می‌گردد. تمایل به پرداخت اکثریت بیمه‌شدگان برای بیمه‌ی هزینه‌ی سنگین نسخ دارویی؛ نشان دهنده‌ی کوشش پذیری بازار خدمات بیمه‌ی تکمیلی بوده و در صورت نیاز دولت می‌تواند زمینه‌ی حضور شرکت‌های بیمه‌ی خصوصی برای رقابت در این بازار را فراهم کند.



-
- 1.variable coinsurance
 - 2.out-of-pocket

- ۱) رضوی، سیدمعاون (۱۳۸۴). عدالت در مشارکت مالی نظام سلامت معاونت سلامت وزارت بهداشت.
- ۲) صباغ کرمانی، مجید (۱۳۸۵). **اقتصاد سلامت**؛ انتشارات سمت.
- 1) Asgary A, Willis K, Taghvaei AA, Rafeian M. (2000). Estimating rural households' willingness to pay for health insurance. *European journal of health economics*; 5 : 209-215
- 2) Barnighausen T, Liu Y, Zhang X, Sauerborn R. (2007). *willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China* :CVM study. available from: www.biomedcentral.com
- 3) Chu Lang Hand Shu Lai M ;2008 :Willingness to pay to sustain and expand National Health Insurance services in Taiwan ; available from : <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/261>
- 4) Jarahi L, Karbakhsh M, Rashidian A ;2011 :*Parental willingness to pay for child safety seats in Mashad* ;available from: www.biomedcentral.com
- 5) Lofgren C, Thanh NX, Chuc NTK, Emmelin A, Lindholm L ;2008 :*People's willingness to pay for health insurance in rural Vietnam* ; available from: www.biomedcentral.com
- 6) Mitchel RC and Carson RT ;1989 : using survey to value public goods , *the contingent valuation method*. Baltmor ; John Hopkins university press
- 7) Mould JF ; Contreras I ; Garduno J ; Salinas G ;2009: *Willingness to pay concept in question*; available from : www.nber.org/papers/w13627
- 8) Smith RD ; 2003: Construction of the contingent valuation market in health care :a critical assessment. *Health economics* ; 12 : 609-628
- 9) Woldemariam L, Lofgren C; Preference for health care financing options and willingness to pay for health insurance among government employees in Ethiopia ;2009:available from: www.biomedcentral.com

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی