

تمایل بیمه شدگان تأمین اجتماعی اصفهان به پرداخت هزینه های نسخ دارویی

امین عادل نیا^{*}، حسن رفیعی^{**}، عزت الله عباسیان^{***}

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

روشن: این پژوهش مقطعی از طریق پیمایش در بین ۳۱۵ سپریست خانوار بیمه شاده‌ی تأمین اجتماعی اصفهان که به درمانگاه قلاس اصفهان مراجعه کرده بودند، به صورت تصادفی اجرا شد. روش ارزش‌گذاری مشروط برای برآورد میانگین تمایل به پرداخت موردن استفاده قرار گرفت و این میانگین بر حسب متغیرهای جنس، سن، بعد خانوار، درآمد و تحصیلات مقایسه شد و عوامل از نظر شدت تأثیرگذاری اولویت‌بنای شدند.

پاچه‌ها: مصاحبه شوندگان مایل به پرداخت مبلغ میانگین ($DS = ۲۳۹۲$) 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.

بعض: 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: ۹۱/۳/۹۱ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۳

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

(نویسنده مسئول)

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

*** دکترای اقتصاد، دانشگاه پویلی سینا همدان

مقدمه:

مشارکت در پرداخت^۱ هزینه یا فرانشیز پرداختی برای خرید نسخ دارویی در کشور ایران مطابق مصوبات سورای 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 صعب العلاج به دلیل این‌که بسیاری از خانوارها مجبور به تهیه‌ی هزینه‌ی درمان از سایر اقلام رفاهی و یا دارائی‌های سرمایه‌ای می‌گردد 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 درنهایت باعث تشدید یا مزمن شدن بیماری و افزایش بار مالی برای نظام سلامت شود. دولتها اکثرا 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 مصرف کنندگان وارد نشده و درنتیجه 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 متداول‌تریک 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 بخصوص یا یک مداخله تحت شرایط یک بازار فرضی، به صورت حداقل مقدار تمایل به پرداخت مصرف کننده برای

1.co payment

2.willingness to pay

3.cost benefit analysis

4.Contingent Valuation Method (CVM)

آن کالا یا مداخله، اندازه‌گیری می‌گردد (مولد و همکاران، ۲۰۰۹). روایی سئوالات پرسش نامه تمایل به پرداخت با روش ارزش‌گذاری مشروط را باید از طریق مطابقت پاسخ‌های به دست آمده با سازه‌ی نظری معین مانند نظریه‌ی کشن‌پذیری درآمد امتحان کرد (اسمیت ۲۰۰۳).

بهترین ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات در این روش تکمیل پرسش نامه از طریق مصاحبه می‌باشد، که در مطالعات ارزش‌گذاری مشروط^۱ دارای کمترین سوگیری است و نتایج حاصل از آن پایایی بیشتری دارد (مایکل و کارسون، ۱۹۸۹). نمونه‌هایی از کاربرد این روش در زمینه‌ی تمایل به پرداخت برای بیمه‌ی سلامت و بهداشت به این شرح است: برآورد تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه‌ی خدمات سلامت در ایران (عسگری، ۲۰۰۰)، تمایل به پرداخت والدین برای تهییه‌ی صندلی ایمنی اطفال (جراحی، ۲۰۱۱)، تمایل به پرداخت کارگران قراردادی برای بیمه‌ی سلامت در چین (بارنیگوسن، ۲۰۰۷)، تمایل به پرداخت برای نگهداری و توسعه خدمات بیمه‌ی سلامت ملی در تایوان (چائولانگ و شولای، ۲۰۰۸)، تمایل به پرداخت کارمندان برای بیمه‌ی سلامت در آتیوپی (ولدمریم و لافگرن، ۲۰۰۹) و تمایل به پرداخت برای بیمه‌ی سلامت در مناطق روستایی ویتنام (لافگرن، ۲۰۰۸). با توجه به پیشرفت صنایع داروسازی و ورود داروهای جدید و گران‌قیمت به فارماکوپه دارویی؛ فشار به سازمان‌های بیمه گرجهت افزایش پوشش هزینه این نسخ وجود دارد. هدف اصلی این پژوهش برآورد تمایل به پرداخت بیمه‌شده‌گان سازمان تأمین اجتماعی اصفهان برای بیمه‌ی هزینه‌ی نسخ دارویی گران‌قیمت (بیش از صدهزار تومان) است تا با استفاده از سازوکارهای جبرانی بیمه‌ای باعث کاهش مواجهه‌ی بیمه‌شده‌گان با این نوع هزینه‌ها 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. مصاحبہ شوندگان 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 مصاحبہ محور^۱ بود. در مورد محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات دریافتی؛ به مصاحبہ شوندگان 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 مصاحبہ شوندگان مانند: جنسیت، سن، وضعیت بیمه و اشتغال، سطح تحصیلات، سطح درآمد و بعدخانوار مصاحبہ شوندگان بود. در قسمت دوم پرسش‌نامه‌ی ابتدا توضیحاتی در مورد وضعیت فعلی مشارکت در پرداخت هزینه‌ی نسخ دارویی (فرانشیز^۲) و احتمال مواجهه با هزینه‌های خارج از توان پرداخت داده شد. سپس وضعیت فرضی پرداخت کامل هزینه‌ی نسخ دارویی با قیمت بیش از صدهزار 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؛ حداقل تا کدام یک از مبالغ پیشنهادی زیر؛ در مقابل معافیت از پرداخت هزینه‌ی نسخ بیشتر از صدهزار تومان هستید؟ مبالغ پیشنهادی از عدم موافقت یا صفر و به ترتیب ۷۰۰۰، ۵۰۰۰، ۳۰۰۰، ۲۰۰۰ و ۱۰۰۰ تومان در نظر گرفته شد. این روش ارزیابی ترجیحات مصرف کننده‌ی 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 اندازه‌گیری تمایل به پرداخت بیمه‌شده‌گان مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل‌های آماری پاسخ‌های تمایل به پرداخت با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ انجام گردید.

آزمون t مستقل برای مقایسه میانگین مبلغ تمایل به پرداخت بیمه‌شده‌گان زن و مرد و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه^۱ برای بررسی رابطه مبلغ تمایل به پرداخت با متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات، سطح درآمد، بعد خانوار، و نوع بیمه‌ی شرکت‌کنندگان استفاده گردید. آزمون حداقل مربع انحراف^۲ برای مقایسه زوجی اختلاف بین میانگینها و نهایتاً با در نظر گرفتن تمایل به پرداخت به عنوان متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون طبقه‌ای برای تعیین عوامل تأثیرگذار بر مقدار تمایل به پرداخت استفاده گردید.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک بیمه‌شده‌گان مورد پیمایش، حاکی است که اکثریت (۷۷/۹ درصد) آن‌ها مرد بوده، ۳۱/۷ درصد در سن ۳۰ سال و پایین‌تر بودند و درآمد ماهانه‌ی ۷۸/۷ درصد از آن‌ها کمتر از ششصد هزار تومان بود. بعد خانوار ۴۰ درصد مصاحب شوندگان چهارنفر و بیش‌تر بود. همچنین سطح تحصیلات ۲۰ درصد مصاحب شوندگان دانشگاهی بود.

1.one-way ANOVA

2.Least Square Deviation (LSD)

3.categorical regression

جدول ۱: مشخصات دموگرافیک و وضعیت اقتصادی اجتماعی مصاحبه شوندگان

درصد	تعداد		ویژگی
۷۷/۹	۳۰۰	مرد	جنسیت
۲۲/۱	۸۵	زن	
۱۴/۸	۵۷	≤۲۵سال	سن
۱۶/۹	۶۵	۳۰-۲۶سال	
۳۳/۵	۱۲۹	۴۰-۳۱سال	درآمد ماهانه
۳۴/۸	۱۳۴	۴۱≥سال	
۳۳/۵	۱۲۹	≤۳۰۰۰۰۰ تومان	درآمد ماهانه
۴۵/۲	۱۷۴	۳۰۰۰۰۰-۳۰۱ تومان	
۱۴/۳	۵۵	۹۰۰۰۰۰-۶۰۱ تومان	
۷	۲۷	۹۰۱۰۰۰ تومان ≥	
۱۳	۵۰	یک نفر	بعد خانوار
۲۰	۷۷	دو نفر	
۲۶/۲	۱۰۱	سه نفر	
۴۰	۱۵۶	چهار نفر	
۸	۳	بدون پاسخ	
۲/۶	۱۰	بی سواد	تحصیلات
۱۰/۴	۴۰	ابتدایی	
۱۵/۶	۶۰	راهنمایی	
۵۱/۴	۱۹۸	دبیرستان	
۲۰	۷۷	دانشگاهی	
۱۰۰	۳۸۵	مجموع	

از مجموع ۳۸۵ نفر بیمه شده‌ای که با آن‌ها مصاحبه گردید ۵/۷ درصد تمایل به پرداخت برای بیمه هزینه‌ی نسخ دارویی بیش از صدهزار تومان نداشتند 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

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

مقدار میانگین تمایل به پرداخت برای بیمه‌ی نسخ دارویی با قیمت بیش از صدهزار تومان به تفکیک ویژگی‌های مصاحبه شوندگان 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 مصاحبه شوندگان با تحصیلات دانشگاهی نیز بیش تر از افراد بدون تحصیلات دانشگاهی بوده است.

1.median

جدول ۳: تمایل به پرداخت به تفکیک ویژگی‌های شرکت‌کنندگان

انحراف معیار	تمایل به پرداخت (تومان) میانگین		ویژگی
۲۳۸۴	۳۵۹۳	مرد	جنسیت
۲۴۰۲	۳۱۰۲	زن	
۲۰۱۸	۳۴۹۱	≤۲۵ سال	سن
۲۱۵۴	۳۷۸۴	۳۰-۲۶ سال	
۲۴۰۵	۳۵۰۰	۴۰-۳۱ سال	
۲۵۸۷	۲۳۰۵	۴۱≥ سال	
۱۶۶۳	۲۳۷۹	≤۳۰۰۰۰ تومان	درآمدماهانه
۲۰۲۸	۲۲۹۶	۶۰۰۰۰-۳۰۱ تومان	
۲۲۷۲	۴۹۴۵	۹۰۰۰۰-۶۰۱ تومان	
۳۰۰۵	۶۵۱۸	۹۰۱۰۰۰≥ تومان	
۲۲۵۶	۳۵۸۴	یک نفر	بعدخانوار
۲۳۸۹	۳۸۰۵	دو نفر	
۲۲۲۵	۴۰۲۹	سه نفر	
۲۳۹۲	۲۹۶۱	چهار نفر	
۱۰۵۹	۲۳۰۰	بی سواد	تحصیلات
۱۶۴۷	۲۵۰۰	ابتدایی	
۱۸۶۸	۲۹۶۶	راهنمایی	
۲۱۰۸	۳۲۳۷	دبیرستان	
۳۰۱۵	۵۵۲۰	دانشگاهی	

با در نظر گرفتن فرضی مقادیر تمایل به پرداخت به عنوان متغیر پیوسته نتایج آنالیز واریانس یک طرفه نشان دهنده رابطه‌ی مثبت و معنی دار 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 معنی دار آماری وجود ندارد ($p=0.604$). نتیجه‌ی آزمون t نشان داد بین جنسیت مصاحبہ شوندگان و مقدار تمایل به پرداخت تفاوت معنی دار 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 طبقه‌ای

p	f	β	متغیر
0.117	2/46	-0/069	جنسیت
0.396	0/724	0/041	سن
0.001	21/18	0/229	سطح تحصیلات
0.001	91/88	0/464	درآمد ماهانه
0.001	10/90	-0/149	بعد خانوار

بحث :

اغلب مصاحبہ شوندگان 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 به وسیله‌ی 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؛ آتیوپی و همچنین ویتنام نیز نشان دهنده موافقت ۷۰ تا ۹۰ درصد پاسخ‌گویان با پرداخت مبلغ پولی یا درصدی از دستمزد برای توسعه‌ی مزايا و یا برخورداری از بیمه‌ی سلامت بود. تمام این تحقیقات نشان دهنده‌ی خطر گریز بودن افراد و موافقت اکثرب افراد جامعه با وجود سازوکار بیمه برای پوشش هزینه‌های سلامت بودند. نتایج تحلیل رگرسیون طبقه‌ای نشان دهنده‌ی این بود که مقدار تمایل به پرداخت بیمه‌شدنگان برای بیمه‌ی هزینه‌ی سنگین نسخ دارویی با سطح درآمد و سطح تحصیلات رابطه‌ی مثبت و معنی‌دار داشته و سطح درآمد پیش‌ترین تأثیر را در مقدار تمایل به پرداخت داشت. نظریه‌ی تقاضا پیش‌بینی می‌کند کشش پذیری درآمد کالاهای به استثنای کالاهای پست مثبت است؛ چون بیمه‌ی سلامت کالای پست¹ محسوب نمی‌شود؛ بنابراین با فرض ثبات عوامل دیگر؛ با افزایش درآمد پاسخ دهنده‌گان باشد مقدار تمایل به پرداخت بیان شده افزایش یابد(میشل و کارسون، ۱۹۸۹). هم‌خوانی نتایج تحلیل آماری، با نظریه‌ی اثبات شده‌ی کشش پذیری 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 به دست آورده‌اند(چائولانگ و شو لای، ۲۰۰۸؛ لافگرن، ۲۰۰۸؛ ولدمیریم و لافگرن، ۲۰۰۹؛ جراحی، ۲۰۱۱). تعیین کنندگی سطح تحصیلات در مقدار تمایل به پرداخت خیلی ضعیف‌تر بود بنابراین احتمال این که افراد با تحصیلات بالاتر، درآمد پیش‌تری 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 این که 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 بیشتر تحت تأثیر سطح درآمد بوده است. در این تحقیق ارتباط معنی دار آماری بین متغیرهای جنسیت و سن مصاحب شوندگان 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 کرده‌اند. با توجه به این‌که در مناطق روستایی درآمد افراد در سال‌های جوانی بیشتر بوده و در سنین کهولت به دلیل عدم توانایی جسمی و نداشتن مزایای بازنیستگی، درآمد فرد کاهش می‌یابد؛ نتایج این دو تحقیق می‌توانند 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 بیشتر از طرف بیمه‌شدنگان 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 پاسخ‌گویی است (مایکل و کارسون، ۱۹۸۹). در این تحقیق برای رفع این محدودیت از پرسش‌نامه‌ی مصاحبه محور استفاده گردیده و مصاحبه شوندگان از بیمه‌شدنگان 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 بیشتر از صدهزار 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 فرانشیز¹؛ الگویی قابل انعطاف برای پوشش هزینه‌ی سنگین نسخ دارویی ارائه داده تا هزینه‌ی پرداخت از جیب² بیمه‌شدگان کاهش یابد. با توجه به این‌که در کشورهای توسعه یافته خانوارها دارای پرونده‌ی الکترونیکی سلامت با امکان ثبت کالیه‌ی هزینه‌های درمانی اعضاء خانوار می‌باشند؛ ایجاد پرونده‌ی الکترونیکی سلامت با امکان ثبت هزینه‌ی خدمات درمانی (شامل بستره و سرپایی و توانبخشی) به صورت سالانه، پیشنهاد می‌گردد. تمایل به پرداخت اکثریت بیمه‌شدگان برای بیمه‌ی هزینه‌ی سنگین نسخ دارویی؛ نشان دهنده‌ی کشش 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) صباح 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) ChuLangHandShuLaiM ;2008 :Willingness to pay to sustain and expand National HealthInsurance 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*. Baltimor ; 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