تمایل بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی اصفهان به پرداخت هزینه های نسخ دارویی

امین عادل نیا*،حسن رفیعی،عزت اله عباسیان*****

مقدمه: *هم اکنون پرداخت از جیب (فرانشیز) بیمه شدگان 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. 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 بیمه شده‌ی 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: *مصاحبه شوندگان مایل به پرداخت مبلغ میانگین (DS= ۲۳۹۲) ۳۴۹۶ تومان از هر نسخه در مقابل معافیت از پرداخت هزینه‌ی نسخ بالاتر از صدهزار 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 صدهزار 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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

مقدمه:

مشارکت در پرداخت[1] هزینه یا فرانشیز پرداختی برای خرید نسخ دارویی در کشور ایران مطابق مصوبات شورای‌عالی 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 می‌گردند باعث افزایش مواجهه با هزینه‌های خارج از توان پرداخت خانوار و در نتیجه به زیر خط فقر رفتن این خانوارها می‌گردد (رضوی،۱۳۸٤).

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[2] در مطالعات ارزیابی اقتصادی و تحلیل هزینه فایده[3] 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[4] 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 مصرف کننده برای

1.co payment
2.willingness to pay
3.cost benefit analysis
4.Contingent Valuation Method (CVM)

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

آن کالا یا مداخله، اندازه‌گیری می‌گردد *(مولد و همکاران[1]،۲۰۰۹)*. روایی سئوالات پرسش‌نامه تمایل به پرداخت با روش ارزش‌گذاری مشروط را باید از طریق مطابقت پاسخ‌های به‌دست آمده با سازه‌ی نظری معین مانند نظریه‌ی کشش‌پذیری درآمد[2] امتحان کرد *(اسمیت[3] ۲۰۰۳)*.

بهترین ابزار برای جمع‌آوری اطلاعات در این روش تکمیل پرسش‌نامه از طریق مصاحبه می‌باشد، که در مطالعات ارزش‌گذاری مشروط[4] دارای کم‌ترین سوگیری است و نتایج حاصل از آن پایایی بیش‌تری دارد*(مایکل و کارسون[5]، 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[6]، ۲۰۰۰)*، تمایل به پرداخت والدین برای تهیه‌ی صندلی ایمنی اطفال*(جراحی[7]، ۲۰۱۱)*، تمایل به پرداخت کارگران قراردادی برای بیمه‌ی سلامت در چین *(بارنیگوسن[8]۲۰۰۷)*، تمایل به پرداخت برای نگهداری و توسعه خدمات بیمه‌ی سلامت ملی در تایوان *(چائو لانگ و شو لای[9]، ۲۰۰۸)*، تمایل به پرداخت کارمندان برای بیمه‌ی سلامت در اتیوپی (ولدمریم و لافگرن[10]، 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 گر جهت افزایش پوشش هزینه این نسخ وجود دارد. هدف اصلی این پژوهش برآورد تمایل به پرداخت بیمه‌شدگان 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 بیمه‌شدگان 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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

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 کرده اند؛ تعداد ۳۸۵ نفر انتخاب گردید. مصاحبه 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 مصاحبه محور[1] بود. در مورد محرمانه نگه داشته شدن اطلاعات دریافتی؛ به مصاحبه شوندگان توضیح داده شد. پرسش‌نامه‌ی تمایل به پرداخت در دوقسمت طراحی شده بود. قسمت اول شامل سئوالاتی در مورد مشخصات فردی و وضعیت اقتصادی اجتماعی مصاحبه شوندگان مانند : جنسیت، سن، وضعیت بیمه و اشتغال، سطح تحصیلات، سطح درآمد و بعدخانوار مصاحبه شوندگان 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 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؛ حداکثر 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،۱۰۰۰ و ۱۰۰۰۰ تومان در نظر گرفته شد. این روش ارزیابی ترجیحات مصرف کننده‌ی روش کارت پرداخت[2] نام دارد که به دلیل سهولت بیش‌تر و عدم نیاز به نمونه با حجم

1.interviewer based questionnaire

2.payment card

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

بالا برای اندازه‌گیری تمایل به پرداخت بیمه‌شدگان مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل‌های آماری پاسخ‌های تمایل به پرداخت با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۲ انجام گردید.

آزمون t مستقل برای مقایسه‌ی میانگین مبلغ تمایل به پرداخت بیمه‌شدگان زن و مرد و آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه [1] برای بررسی رابطهٔ مبلغ تمایل به پرداخت با متغیرهای جنس، سن، سطح تحصیلات، سطح درآمد، بعد خانوار، و نوع بیمه‌ی شرکت‌کنندگان استفاده گردید. آزمون حداقل مربع انحراف[2] برای مقایسه‌ی زوجی اختلاف بین میانگینها و نهایتاً با در نظر گرفتن تمایل به پرداخت به عنوان متغیر وابسته از تحلیل رگرسیون طبقه ای[3] برای تعیین عوامل تأثیرگذار بر مقدار تمایل به پرداخت استفاده گردید.

یافته‌ها

مشخصات دموگرافیک بیمه‌شدگان مورد پیمایش، حاکی است که اکثریت (۷۷/۹ درصد) آن‌ها مرد بوده، ۳۱/۷درصد در سن ۳۰ سال و پایین‌تر بودند و درآمد ماهانه‌ی۷۸/۷ درصد از آن‌ها کم‌تر از ششصد هزار تومان بود. بعد خانوار ٤٠ درصد مصاحبه شوندگان چهارنفر و بیش‌تر بود. همچنین سطح تحصیلات ۲۰ درصد مصاحبه شوندگان دانشگاهی بود.

1.one-way ANOVA

2.Least Square Deviation (LSD)

3.categorical regression

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جدول۱: مشخصات دموگرافیک و وضعیت اقتصادی اجتماعی مصاحبه شوندگان

ویژگی		تعداد	درصد
جنسیت	مرد	۳۰۰	۷۷/۹
	زن	۸۵	۲۲/۱
سن	≤۲۵سال	۵۷	۱٤/۸
	۲۶-۳۰سال	٦۵	۱٦/۹
	۳۱-٤۰سال	۱۲۹	۳۳/۵
	≥٤۱سال	۱۳٤	۳٤/۸
درآمدماهانه	≤۳۰۰۰۰۰تومان	۱۲۹	۳۳/۵
	۳۰۱-٦۰۰۰۰۰تومان	۱۷٤	٤۵/۲
	٦۰۱-۹۰۰۰۰۰تومان	۵۵	۱٤/۳
	≥۹۰۱۰۰۰تومان	۲۷	۷
بعدخانوار	یک نفر	۵۰	۱۳
	دو نفر	۷۷	۲۰
	سه نفر	۱۰۱	۲٦/۲
	≥چهار نفر	۱۵٤	٤۰
	بدون پاسخ	۳	۸.
تحصیلات	بی سواد	۱۰	۲/٦
	ابتدایی	٤۰	۱۰/٤
	راهنمایی	٦۰	۱۵/٦
	دبیرستان	۱۹۸	۵۱/٤
	دانشگاهی	۷۷	۲۰
	مجموع	۳۸۵	۱۰۰

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

از مجموع ۳۸۵ نفر بیمه شده‌ای که با آن‌ها مصاحبه گردید۷/۵درصد تمایل به پرداخت برای بیمه هزینه‌ی نسخ دارویی بیش از صدهزار تومان نداشته و غالب بیمه‌شدگان (۹۲/۵درصد) تمایل به پرداخت مقادیر متفاوتی از یک هزار تا ده هزار تومان را داشتند. میانه‌ی[1]تمایل به پرداخت بیمه‌شدگان ۳۰۰۰ تومان و میانگین آن ۳٤۹٦ تومان (SD=۲۳۹۲) بود.

جدول۲: توزیع فراوانی موافقت بیمه‌شدگان با مبالغ پیشنهادی

مقدار مبلغ تمایل به پرداخت	فراوانی	درصد
عدم موافقت(صفر)	۲۹	۷/۵
یک هزار تومان	۳٦	۹/٤
دو هزار تومان	۷۹	۲۰/۵
سه هزار تومان	۱۰٦	۲۷/۵
پنج هزارتومان	۸۷	۲۲/٦
هفت هزارتومان	۲۷	۷
ده هزارتومان	۲۱	۵/۵
جمع	۳۸۵	۱۰۰

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 بیش‌تر از افراد بدون تحصیلات دانشگاهی بوده است.

1.median

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

جدول ۳: تمایل به پرداخت به تفکیک ویژگی‌های شرکت‌کنندگان

ویژگی		تمایل به پرداخت (تومان) میانگین	انحراف معیار
جنسیت	مرد	۳۵۹۳	۲۳۸٤
	زن	۳۱۵۲	۲٤۰۲
سن	≤۲۵سال	۳٤۹۱	۲۰۱۸
	۲۶–۳۰سال	۳۷۸٤	۲۱۵٤
	۳۱–٤۰سال	۳۵۵۰	۲٤۵۵
	≥٤۱سال	۳۳۰۵	۲۵۸۷
درآمدماهانه	≤۳۰۰۰۰۰تومان	۲۳۷۹	۱٦٦۳
	۳۰۱–٦۰۰۰۰۰تومان	۳۳۹٦	۲۰۲۸
	٦۰۱–۹۰۰۰۰۰تومان	٤۹٤۵	۲۲۷۲
	≥۹۰۱۰۰۰تومان	٦۵۱۸	۳۵۵۵
بعدخانوار	یک نفر	۳۵۸٤	۲۲۵٦
	دو نفر	۳۸۰۵	۲۳۸۹
	سه نفر	٤۰۲۹	۲۳۲۵
	≥چهار نفر	۲۹٦۱	۲۳۹۲
تحصیلات	بی سواد	۲۳۰۰	۱۰۵۹
	ابتدایی	۲۵۵۰	۱٦٤۷
	راهنمایی	۲۹٦٦	۱۸٦۸
	دبیرستان	۳۲۳۷	۲۱۰۸
	دانشگاهی	۵۵۲۰	۳۰۱۵

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

با در نظر گرفتن فرضی مقادیر تمایل به پرداخت به عنوان متغیر پیوسته نتایج آنالیز واریانس یک‌طرفه 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$۰/۰۵). همچنین مشخص گردید بین گروه‌های مختلف سنی و مقدار تمایل به پرداخت رابطه‌ی معنی‌دار آماری وجود ندارد (p=۰/٦۰٤). نتیجه‌ی آزمون t نشان داد بین جنسیت مصاحبه شوندگان و مقدار تمایل به پرداخت تفاوت معنی‌دار آماری وجود ندارد (p=۰/۱۳٤). نتایج رگرسیون طبقه‌ای[1] همان‌گونه که در جدول ٤ 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 داشته اند. براساس ضریب ß بیش‌ترین تأثیر مربوط به درآمد ماهانه و پس از آن تحصیلات و کم‌ترین تأثیر مربوط به بعد خانوار بوده است.

جدول ٤ نتایج تحلیل رگرسیون طبقه ای

متغیر	ß	f	p
جنسیت	-۰/۰٦۹	۲/٤٦	۰/۱۱۷
سن	۰/۰٤۱	۰/۷۲٤	۰/۳۹٦
سطح تحصیلات	۰/۲۲۹	۲۱/۱۸	۰/۰۰۱
درآمدماهانه	۰/٤٦٤	۹۱/۸۸	۰/۰۰۱
بعدخانوار	-۰/۱٤۹	۱۰/۹۰	۰/۰۰۱

بحث :

اغلب مصاحبه 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 صدهزار 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.

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

در اکثـر کشـورها؛ پژوهشـی مشـابه انجـام نشـده ولـی در زمینـه‌ی بـازار بیمـه‌ی سـلامت، نتایـج تحقیقاتـی ماننـد مطالعـات تمایـل بـه پرداخـت بـرای بیمـه‌ی سـلامت در چیـن؛ تایـوان؛ اتیوپـی و همچنیـن ویتنـام نیـز نشـان دهنـده موافقـت ۷۰ تـا ۹۰ درصـد پاسـخ‌گویان بـا پرداخـت مبلـغ پولـی یـا درصـدی از دسـتمزد بـرای توسـعه‌ی مزایـا و یـا برخـورداری از بیمـه‌ی سـلامت بـود. تمـام ایـن تحقیقات نشـان دهنـده‌ی خطـر گریـز بـودن افـراد و موافقـت اکثریـت افـراد جامعـه بـا وجـود سـازوکار بیمـه بـرای پوشـش هزینه‌هـای سـلامت بودنـد. نتایـج تحلیـل رگرسـیون طبقـه‌ای نشـان دهنـده‌ی ایـن بـود کـه مقـدار تمایـل بـه پرداخـت بیمه‌شـدگان بـرای بیمـه‌ی هزینـه‌ی سـنگین نسـخ دارویـی بـا سـطح درآمـد و سـطح تحصیـلات رابطـه‌ی مثبـت و معنـی‌دار داشـته و سـطح درآمـد بیش‌تریـن تأثیـر را در مقـدار تمایـل بـه پرداخـت داشـت. نظریـه‌ی تقاضـا پیـش بینـی می‌کنـد کشـش پذیـری درآمـد کالاهـا بـه اسـتثنای کالاهـای پسـت مثبـت اسـت؛ چـون بیمـه‌ی سـلامت کالای پسـت[1] محسـوب نمی‌شـود؛ بنابرایـن بـا فـرض ثبـات عوامـل دیگـر : بـا افزایـش درآمـد پاسـخ دهنـدگان بایـد مقـدار تمایـل بـه پرداخـت بیـان شـده افزایش یابد(میشـل و کارسـون، ۱۹۸۹). هم‌خوانـی نتایـج تحلیـل آمـاری، بـا نظریـه‌ی اثبـات شـده‌ی کشـش پذیـری درآمـد؛ روایـی سازه‌ی[2] پرسـش‌نامه‌ی تمایـل بـه پرداخـت را نشـان داد. محققـان مختلـف نتایـج مشـابهی در زمینـه‌ی مثبـت بـودن رابطـه‌ی سـطح تحصیـلات و درآمـد بـا مقـدار تمایـل بـه پرداخـت بـرای بیمـه‌ی سـلامت به‌دسـت آورده‌اند(چائـو لانـگ و شـو لای، ۲۰۰۸؛ لافگـرن، ۲۰۰۸؛ ولدمریـم و لافگـرن، ۲۰۰۹؛ جراحـی، ۲۰۱۱). تعییـن کنندگـی سـطح تحصیـلات در مقـدار تمایـل بـه پرداخـت خیلـی ضعیف‌تـر بـود بنابرایـن احتمـال این‌کـه افـراد بـا تحصیـلات بالاتـر، درآمـد بیش‌تـری دارا باشـند نیـز وجـود دارد. نتایـج پژوهـش همچنیـن نشـان دهنـده‌ی تأثیـر معنـی‌دار ومنفـی بعـد خانـوار بـر مقـدار تمایـل بـه پرداخـت بـود. پژوهش‌گـران دیگـر در مـورد ارتبـاط متغیرهـای بعـد خانـوار و مقـدار تمایـل بـه پرداخـت، رابطـه معنـی‌دار گـزارش نکـرده انـد. فقـط در پژوهش(لافگـرن، ۲۰۰۸) رابطـه‌ی مثبـت بیـن بعـد خانـوار و مقـدار تمایـل بـه پرداخـت گـزارش کرده‌انـد. بـا توجـه بـه این‌کـه خانوارهـای بـا تعـداد فرزنـدان بیش‌تـر معمـولاً وضعیـت

1.inferior goods

2.construct validity

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

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. دراین تحقیق ارتباط معنی‌دار آماری بین متغیرهای جنسیت و سن مصاحبه 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 کرده اند. با توجه به این‌که در مناطق روستایی درآمد افراد در سال‌های جوانی بیش‌تر بوده و در سنین کهولت به‌دلیل عدم توانایی جسمی و نداشتن مزایای بازنشستگی، 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 به‌دست 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 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). دراین تحقیق برای رفع این محدودیت از پرسش‌نامه‌ی مصاحبه محور استفاده گردیده و مصاحبه شوندگان 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 بیش‌تر از صدهزار تومان، لزوم بازنگری در قانون کنونی پرداخت فرانشیز را نشان می‌دهد.

سیاست‌گذاران بخش سلامت می‌توانند با تغییر الگوی ثابت مشارکت در

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

پرداخت هزینه‌ی نسخ که هم اکنون سی درصد می‌باشد به الگوی پرداخت متغیر فرانشیز[1]؛ الگویی قابل انعطاف برای پوشش هزینه‌ی سنگین نسخ دارویی ارائه داده تا هزینه‌ی پرداخت از جیب[2] بیمه‌شدگان کاهش یابد. با توجه به این‌که در کشورهای توسعه یافته خانوارها دارای پرونده‌ی الکترونیکی سلامت با امکان ثبت کلیه‌ی هزینه‌های درمانی اعضاء خانوار می‌باشند؛ ایجاد پرونده‌ی الکترونیکی سلامت با امکان ثبت هزینه‌ی خدمات درمانی (شامل بستری و سرپایی و توانبخشی) به‌صورت 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

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]

References

منابع و مآخذ

- ۱)رضوی،سیدمعاون (۱۳۸٤). **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)BarnighausenT,LiuY,ZhangX,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)LofgrenC,ThanhNX,ChucNTK,EmmelinA,Lindholm L ;2008 :***People's willingness to pay for health insurance in rural Vietnam*** ; available from: www.biomedcentral.com
- 6)Mitchel RCandCarson RT ;1989 : using survey to value public goods , ***the contingent valuation method.*** Baltimor ; John Hopkins university press
- 7)MouldJF ; Contreras I ; Garduno J ; Salinas G ;2009: ***Willingness to pay concept in question***; available from :www.nber.org/papers/w13627
- 8)Smith RD ; 2003: Constructionof the contingent valuation market in health care :a critical assessment. ***Health economics*** ; 12 : 609-628
- 9)WoldemariamL,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***

[Downloaded from refahj.uswr.ac.ir on 2026-11-05]