



پروشکاه علوم انسانی ومطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی



بیمه سلامت و بیمه نوین سلامت

(مطالعه موردی: کشورهای چین، ژاپن و کره جنوبی)

مترجمین:

سیدصدرالدین نورالدینی

محمد حسنی

گزارش موردی، شماره 16

خرداد و تیر 1392

پژوهشکده بیمه

معاونت پژوهشی

اداره کتابخانه، اسناد علمی و نشریات



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

پیشگفتار

سلامت از مهم‌ترین و ارزشمندترین مسائل افراد هر جامعه بوده و از اهمیت خاصی برخوردار است. ریسک و مخاطرات ناشی از وقوع بیماری برای هر یک از افراد جامعه به سختی قابل پیش‌بینی و محاسبه است. وقوع بیماری باعث تنزل توانایی‌های فرد شده و حتی ممکن است باعث بروز اختلال در فعالیت‌های کاری فرد شود. بنابراین باتوجه به مشکلات مالی و به تبع آن مشکلات جسمی و روحی که ممکن است در اثر بیماری به وجود آید، لازم است فرد تحت پوشش بیمه قرار گیرد. در اکثر کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه، سازمان‌های متعدد در بخش‌های دولتی، عمومی و خصوصی، خدمات بهداشتی و درمانی را به صورت گسترده به افراد جامعه ارائه می‌کنند. بیمه سلامت، یکی از زیرمجموعه‌های مهم بخش سلامت در هر کشوری بوده و از ارزش افزوده و نرخ رشد نسبتاً بالایی در میان سایر بخش‌های اقتصادی برخوردار است.

در کشور ما سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی حدود 6/5 درصد (بر اساس آمارهای غیر رسمی کمتر از 6 درصد) است، در حالی که این شاخص در اغلب کشورهای همسایه ما بیش از 7 درصد، در کشورهای در حال توسعه بیش از 9 درصد، در کشورهای توسعه‌یافته، بالاتر از 12 درصد و در آمریکا بالاتر از 16 درصد محاسبه شده است. از آنجایی که سلامت یکی از عوامل مهم در تعیین سطح رفاه و استانداردهای زندگی مردم یک جامعه است، افزایش نسبی رفاه اجتماعی و تأمین مالی بدون توجه به عامل سلامت، فاقد ارزش لازم است. دستیابی به سلامت نیز مستلزم تخصیص بخشی از درآمد حاصله به این موضوع است. بدیهی است که هر چه توقع و انتظار افراد جامعه برای دستیابی و حصول به بالاترین سطح کیفیت خدمات پزشکی بیشتر باشد، مبلغ تخصیص یافته به این امر نیز بالاتر خواهد بود. بنابراین لازم است که هزینه‌های مرتبط با خدمات درمانی، از لحاظ مطلوبیت و با توجه به پیشرفت دانش پزشکی، هم‌سطح سایر هزینه‌های خانوار باشد. مقایسه سهم مردم از هزینه‌های درمان در کشورهای مختلف حاکی از آن است که این شاخص در کشور ما، نسبت به بسیاری از کشورها وضعیت مطلوبی ندارد و سهم مردم از هزینه‌های درمان بسیار بالاست. در حال حاضر این سهم به بیش از 70 درصد رسیده است که این میزان بسیار بالا بوده و در بین کشورهای جهان رتبه 118 را دارد. این شاخص نشان می‌دهد که فشار هزینه‌های درمانی عمدتاً بر دوش مردم است. تقاضا برای پوشش هزینه‌های درمان از طریق بیمه‌های تکمیلی نیز تحت تأثیر عوامل کلان اقتصادی از جمله تورم قرار دارد.

به منظور بررسی وضعیت بیمه‌های سلامت و بهره‌برداری از ظرفیت بالقوه بیمه در کشور، لازم است نگاهی نیز به تجربیات سایر کشورها در این زمینه داشته باشیم. امید است این شماره از نشریه گزارش موردی، مورد توجه دست‌اندرکاران و صاحب‌نظران صنعت بیمه قرار گیرد.

دکتر محمدجواد آقاجری

سر دبیر



فهرست

صفحه	عنوان
9	مقدمه
فصل اول: رابطه اصلاحات اقتصادی و بیمه سلامت در چین	
17	چکیده
17	مقدمه
19	1-1. بیمه سلامت و اصلاحات
19	1-1-1. سیاست درهای باز
20	1-1-2. اصلاحات بنگاه‌های دولتی
21	1-1-3. مقررات‌زدایی بنگاه‌های اشتراکی روستایی
21	1-1-4. اصلاحات بیمه سلامت
23	1-2. مروری بر مطالعات پیشین
24	1-3. داده‌ها
24	1-3-1. داده‌های تغذیه و سلامت چین
24	1-3-2. روند تغییرات پوشش بیمه سلامت
29	1-4. مدل
34	1-5. نتایج
36	1-6. اصلاحات و تأثیرات سیاستی آن
37	1-7. تفاوت‌های شهری و روستایی
39	1-8. نتیجه‌گیری
41	منابع
فصل دوم: اصلاحات بیمه درمان و رشد اقتصادی: تحلیل شبیه‌سازی در ژاپن	
45	چکیده
46	مقدمه
47	2-1. سیستم مراقبت‌های سلامت ژاپن
52	2-2. اصلاحات
53	2-2-1. اهمیت خدمات پزشکی پیش‌گیرانه
53	2-2-2. کارایی در بیمه سلامت عمومی
54	2-2-3. بیمه سلامت عمومی جدید برای سالمندان
54	2-2-4. افزایش در نرخ پرداخت مشترک
54	2-2-5. ادغام چند شرکت بیمه
55	2-2-6. بهبود سیستم دستمزد پزشکی

55	2-3. تحلیل شبیه‌سازی
55	2-3-1. مدل
56	2-3-2. افراد
59	2-3-3. بنگاه
59	2-3-4. بخش دولتی
60	2-3-5. تعادل
61	2-3-6. داده‌ها و فرضیات
61	2-3-6-1. جمعیت‌شناختی
61	2-3-6-2. کسری بودجه دولت
62	2-3-6-3. طرح بیمه اجتماعی
63	2-3-6-4. پیشرفت‌های تکنولوژیکی
64	2-4. شبیه‌سازی استاندارد
66	2-5. شبیه‌سازی اصلاحات
66	2-5-1. افزایش نرخ پرداخت مشترک
71	2-5-2. کارایی در این طرح و ارائه خدمات پزشکی پیشگیرانه
72	2-5-3. استدلال آخر
74	2-6. نتیجه‌گیری
76	منابع

فصل سوم: بیمه درمان خصوصی در کره جنوبی: یک مقایسه بین‌المللی

79	چکیده
80	مقدمه
81	3-1. سیستم سازمانی بیمه سلامت در کره جنوبی
87	3-2. روش‌های برآورد
89	3-3. یافته‌ها
94	3-4. نتیجه‌گیری
98	منابع

نتیجه‌گیری

103	1-4. نتیجه‌گیری
-----	-----------------------

یکی از تهدیدهایی که همزاد بشر بوده و همواره زندگی و سلامتی وی را با خطر، ناتوانی و مرگ روبه رو کرده بیماری است. نحوهٔ رو به رو شدن با این واقعیت در طول زندگی بشر و به موازات فهم او، از عوامل تعیین‌کنندهٔ سلامتی وی بوده است. سلامت انسان‌ها بخشی از سرمایه ملی است که به‌طور دائم در معرض خطرات محیطی قرار دارد و نفع یا ضرر ناشی از آن متوجه تمام افراد جامعه می‌شود. جدا از اقدامات فردی و جمعی که انسان برای حفظ و گسترش سلامتی خود انجام داده است، به‌تدریج که زندگی اجتماعی وی در قالب سازمان‌های گوناگون شکل گرفته، سلامتی و بیماری وی نیز با سلامتی و بیماری دیگران از جنبه‌های گوناگون گره خورده است.

افزون بر مسائل روحی و عاطفی موجود در انسان‌ها که رنج و مشقت و مرگ هم‌نوع را برنتافته است، تشکیل حکومت‌ها، سازمان‌های کوچک و بزرگ و نقش انسان در حفظ بقاء و استمرار و پیشرفت آنها، بحث محوربودن انسان در توسعه را روز به روز پررنگ‌تر نموده است. همچنین، محوریت انسان در پیشرفت و توسعه، منوط به وجود انسان سالم است. با توجه به موارد فوق، مسئولیت فردی سلامت انسان‌ها به‌تدریج جای خود را به مسئولیت همگانی در سطوح گوناگون داده است و حتی در بحث تفکر جهانی، دهکدهٔ جهانی در محدوده بهداشت و درمان هم نمود یافته است. دیدگاه‌های جدید به‌وجود آمده در جامعه اندیشمندان مبنی بر توجه به انسان به عنوان سرمایه‌های انسانی، مقوله حفظ سلامت را هم از بعد منطق مهم‌تر می‌سازد. این امر شاید اصلی‌ترین دلیل مشارکت دولت‌ها و اختصاص منابع قابل توجه در بخش سلامت باشد.

تأمین منابع مالی خدمات بهداشتی درمانی، از اصلی‌ترین دغدغه‌های حفظ سلامت افراد، جامعه و دولت‌هاست. در این حوزه است که بحث شکل‌گیری، لزوم و ظهور بیمه‌های درمانی مطرح می‌گردد. بیمه‌های درمان با عملکردی دوسویه در قلمروهای سلامت و رفاه اجتماعی حائز نقش و منشأ اثر بوده‌اند و به عنوان ابزار مسئولیت‌پذیری حاکمیت‌ها در نظام ارائه خدمات بهداشتی - درمانی شناخته می‌شوند. بنابراین در شرایط تغییر الگوی بیماری‌ها و بروز بیماری‌های نو پدید، برابری در دسترسی به مراقبت‌های سلامت و برقراری عدالت در توزیع بار مالی ناشی از هزینه‌های خدمات بهداشتی درمانی تنها با استقرار، فراگیری، کفایت و جامعیت بخشیدن به بیمه‌های همگانی سلامت محقق خواهد شد. از دیگر مزایای بیمه‌های درمانی، تقویت و گسیل منابع مالی از بخش‌های کم اولویت به سمت بخش‌های اولویت‌دار بهداشت و درمان و تأمین اجتماعی، کاهش هزینه‌های بالاسری و کنترل رشد هزینه‌های بهداشت و درمان است (وفایی نجار، 1385).

افزایش شدید هزینه‌های درمانی در سال‌های اخیر و ناکارآمدی بیمه‌های همگانی در ارائه خدمات درمانی باعث شده تا بیمار و خانواده او در برابر این هزینه‌ها ناتوان باشند. همواره راهکارهای گوناگونی برای نگهداری خانواده‌ها و افراد در مقابل هزینه‌های سلامت به‌ویژه هزینه‌های کمرشکن مورد استفاده قرار می‌گیرد. مهم‌ترین این راهکارها، بیمه‌های سلامت است که با توجه به عوامل گوناگون اجتماعی، اقتصادی و سیاسی در هر جامعه متفاوت است. بررسی نظام‌های سلامت در کشورهای گوناگون می‌تواند دیدگاه‌های جدید را در نقد و تحلیل بیمه‌های سلامت کشور فراهم آورد.

مطالعه و بررسی ابتدایی سیستم‌های بیمه‌ای (پایه و مکمل) در کشورهای مختلف نشان می‌دهد که در دهه‌های اخیر سیستم‌های بیمه‌ای با اصلاحات متعددی روبه‌رو بوده است، هرچند که هر کشور با توجه به شرایط اجتماعی، سیاسی، اجتماعی، بهداشتی، جمعیتی و فرهنگی شیوه‌های مختلفی را تجربه کرده است لیکن این اصلاحات عمدتاً با هدف بهبود دسترسی به مراقبت‌ها، فراهم کردن مراقبت‌های کیفی و در نهایت پایین نگه‌داشتن هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و درمانی همراه بوده است (زارع، 1382).

نظام‌های سلامت در کشورهای گوناگون، محصول توسعه تاریخی و ارزش‌های زیر بنایی بوده و به شدت تحت تأثیر هنجارها و ارزش‌های غالب آن جوامع می‌باشند. به طور کلی، نظام‌های بیمه سلامت بر حسب نحوه تأمین مالی آنان به سه شکل گوناگون قابل تشخیص می‌باشند:

- بیمه سلامت ملی و منطقه‌ای مبتنی بر مالیات (که به عنوان «نظام بورریج»¹ یا «نظام همگانی» شناخته می‌شود)؛

- بیمه اجتماعی سلامت (نظام بیسمارک)² برای کل جمعیت یا گروه‌های ویژه؛

- طرح‌های بیمه خصوصی تجاری.

در عمل، هیچ‌کدام از الگوهای گفته شده در شکل خالص آن یافت نمی‌شود بلکه اصول کلیدی آنها با درجات گوناگون در نظام‌های سلامت سراسر دنیا ترکیب شده است. تأمین مالی نظام سلامت یکی از چالش‌های اساسی به ویژه در کشورهای با درآمد کم و متوسط است (عرب و همکاران، 1389).

در این میان نقش هزینه‌ها و مشارکت افراد و هزینه‌های بخش سلامت نوع حرکت را در پوشش‌دهی خدمات مشخص می‌کند. مقوله بیمه سلامت خود پاسخی به این سؤال است که نوع حرکت مشارکت هزینه‌ای در بخش سلامت چگونه باید باشد؟ توجه به اصل بنیادین پرداخت متفاوت و بهره‌مندی با توجه به نیاز، تا حدی تکلیف دولت‌ها را مشخص می‌کند. به عبارت دیگر، با

1. Beveridge

2. Bismarck

توجه به این اصل است که گروه‌های با ریسک بالا و پایین و گروه‌های با درآمد بالا و پایین در بیمه درمان سلامت مطرح می‌شوند و حرکت مصرف‌کننده با توجه به نیاز را تعریف می‌کنند اما این موضوع تکلیف افراد را در برابر یکدیگر بیان می‌کند. نقش مهم‌تر و اساسی‌تر که تکلیف دولت‌ها در مقابل مردم است هنوز جای بحث فراوان دارد.

تحقیقات مؤید این مطلب است که پیشی گرفتن شیب نمودار رشد تولید ناخالص ملی از یک‌سو، عدم امکان استفاده بیمه‌شدگان از اکثر امکانات درمانی و پوشش ندادن برخی از خدمات درمانی در بیمه درمان پایه، از سوی دیگر، ضرورت رویکرد جدید به بیمه‌های درمان مکمل (بیمه خصوصی درمان) را به عنوان یکی از راه‌های بهبود وضعیت بیمه درمان مطرح می‌کند (زارع، 1382).

بیمه درمان مکمل (به شرط آنکه به نحو صحیح اجرا و کنترل گردد) می‌تواند به‌عنوان راهی به سمت سیستم‌های پیش‌پرداخت و انباشتگی ریسک تا تحقق پوشش کامل بیمه همگانی دولتی مطرح شود. این نوع بیمه برای سیاست‌گذاران این امکان را به وجود می‌آورد که بودجه محدود را صرف گروه‌های حساس و آسیب‌پذیر جامعه کنند (در حالی که افراد دارای قدرت پرداخت تحت پوشش بیمه‌های خصوصی قرار می‌گیرند).

سیستم‌های تأمین اجتماعی در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، حاصل رشد و تکامل برنامه‌های بیمه خصوصی درمان صنفی یا گروهی هستند. بیمه خصوصی درمان در کشورهایی که پوشش فراگیر یافته‌اند، همچنان اهمیت خود را دارد. سیاست‌گذارانی که نقش مکمل را برای بیمه خصوصی درمان در آینده در نظر گرفته‌اند، لازم است که از این امر مطمئن گردند که این پوشش خصوصی در شرف تکوین، با سیستم ارائه خدمات دولتی هم راستا و هم جهت است و در واقع، مکمل آن است.

به‌طور کلی، هدف از ایجاد بیمه‌های درمان مکمل، امکان استفاده افراد بیمه‌شده از امکانات درمانی بخش غیردولتی، پرکردن خلأ خدمات و تعهدات بیمه‌های درمان پایه، ایجاد شرایطی برای نوآوری، تنوع و رقابت در عرصه فعالیت بیمه‌های درمان با تأکید بر مشارکت افراد در تأمین منابع مالی است.

با در نظر گرفتن محدودیت‌های نظام بیمه عمومی، بیمه خصوصی سلامت هم می‌تواند گزینه‌ای بالقوه برای تأمین هزینه‌های بیماری باشد. به گفته سازمان جهانی بهداشت، طرح‌های بیمه خصوصی می‌توانند به عنوان «فرایند مقدماتی (آماده‌سازی) ادغام انباشت‌های کوچک به سمت انباشت بزرگ» در نهایت دستیابی به پوشش همگانی قلمداد شود. این پیشرفت در حقیقت، هماهنگ با تجربه سایر کشورهای صنعتی است، جایی که بیمه سلامت همگانی از برنامه‌های مشارکت در خطر خصوصی نشأت گرفته است (برای نمونه آلمان و سوئیس). اهمیت نسبی تأمین مالی بخش سلامت به وسیله

مؤسسات خصوصی مشارکت‌کننده در خطر، در سراسر جهان بسیار مشابه است. در حقیقت، تعداد اندکی از کشورها سهم عمده‌ای از هزینه‌های بخش سلامت خود را توسط بیمه خصوصی سلامت پوشش می‌دهند. در واقع تنها در شش کشور، بیمه خصوصی سلامت، مشارکتی بیش از 20 درصد در کل هزینه‌های سلامت دارد. بنابراین، سهم برنامه‌های بیمه خصوصی در پوشش سلامت همگانی هنوز بسیار محدود است. اما از آنجا که بازارهای بیمه در کشورهای در حال توسعه در حال رشد می‌باشند، این تصویر به تدریج تغییر می‌کند. سرعت رشد صنعت بیمه در کشورهای با درآمد کم یا متوسط، در ده سال گذشته بیش از دو برابر کشورهای صنعتی بوده است. بنابراین بیمه خصوصی سلامت نیز به عنوان بخشی از صنعت بیمه، از روند رشد کلی این صنعت بهره برده است.

بیمه خصوصی اغلب همراه با دسترسی ناعادلانه، تعداد بسیار افراد بدون بیمه و ارائه مراقبت‌های سلامت برای ثروتمندان است. تجارب نشان داده است که نظام‌های بیمه خصوصی که به خوبی کنترل و نظارت نگردد، می‌تواند باعث افزایش نابرابری شده، پوشش را تنها برای افراد سالم و جوان فراهم آورده و منجر به افزایش هزینه‌ها گردد. اما اگر بیمه خصوصی به خوبی اداره شود به چند صورت می‌تواند نقش مثبتی در گسترش دسترسی و برابری در کشورهای در حال توسعه داشته باشد. بر خلاف بیمه اجتماعی، بیمه خصوصی سلامت به طور معمول (اما نه همیشه) اختیاری است. بنابراین به طور نسبی، باعث کوچک‌شدن انباشت خطر می‌گردد. این امر، نتایج خاصی دارد که ممکن است از دیدگاه سیاست‌گذاران مشکل‌ساز باشد. در این طرح‌ها، حق بیمه‌ها در اصل بر مبنای خطرات سلامت فردی و نه درآمد افراد است. در حقیقت در این موارد، یارانه‌دهی متقاطع بین گروه‌هایی با خطرات متفاوت، سخت‌تر از بیمه‌های اجتماعی است (موضوع عدالت). افزون بر این، ارائه‌دهندگان بیمه خصوصی سلامت دارای انگیزه انتخاب بیمه‌گذاران می‌باشند. غیر از بالا بردن حق بیمه برای افراد دارای عوامل خطر بالا، ارائه‌دهندگان می‌توانند به آسانی افراد دارای عوامل خطر بالا را بیمه نمایند (موضوع تبعیض) (عرب و همکاران، 1389).

منابع:

1. زارع، ح.، 1382. مطالعه تطبیقی روند بیمه همگانی در کشورهای منتخب و ایران و ارائه الگوی مناسب برای ایران. پایان‌نامه دکترا رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات - تهران.
2. عرب، م. کاوسی، ز. روانگرد، ر. و استوار، ر.، 1389. نظام‌های بیمه سلامت. انتشارات جهاد دانشگاهی واحد تهران.
3. وفایی نجار، ع.، 1383. مطالعه تطبیقی شیوه‌های تعیین بسته‌های خدمات بیمه درمان مکمل در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران. پایان‌نامه دکترا رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات - تهران.
4. وفایی نجار، ع.، 1385. سازمان و مدیریت نظام بیمه سلامت در کشورهای منتخب و ایران (رویکرد تطبیقی). فصلنامه بیمه و توسعه، ش 7، پاییز 1385.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فصل اول

رابطه اصلاحات اقتصادی و

بیمه سلامت در چین *



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منبع:

*.Du, J., 2009. Economic reforms and health insurance in China. *Social Science & Medicine*, 69, pp. 387-95.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

چکیده

در طول دهه 1990، بنگاه‌های دولتی و اشتراکی¹ به طور مداوم پوشش بیمه سلامت عمومی را برای کارکنان خود کاهش می‌دادند. در این مطالعه با استفاده از داده‌های تلفیقی مربوط به بخش تغذیه و سلامت چین در سال‌های 1991 تا 2000، الگوی تغییر مربوط به پوشش بیمه سلامت در چین مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. اولین هدف این پژوهش شناسایی اثرات سیاست‌های خاص و اصلاحات بر پوشش بیمه سلامت در دوره گذار چین است. برای تخمین این اثرات، مدل خطی اثرات ثابت در سطح استانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. سپس نتایج این مدل با مدل‌های دیگر، مانند روش‌های حداقل مربعات معمولی مقطعی، مدل حداقل مربعات تعمیم‌یافته² برای اثرات تصادفی و مدل لاجیت³ برای اثرات ثابت، مقایسه می‌شود. شواهد تجربی قوی نشان می‌دهد که بیکاری به عنوان یک اثر جانبی سیاست دروازه‌های باز و همچنین مقررات زدایی بنگاه‌های دولتی و اشتراکی به‌عنوان مهم‌ترین دلایل کاهش روند پوشش سلامت بوده‌اند. به عنوان مثال، مناطق شهری که به میزان زیادی تحت تأثیر سیاست درهای باز قرار داشته‌اند، با 17% کاهش در پوشش بیمه مواجه شده‌اند. علاوه بر این، شواهدی مشاهده شد مبنی بر اینکه شکاف بین کارکنان بنگاه‌های دولتی و غیردولتی، گروهی و غیر گروهی همچنین شهری و روستایی در طول این ده سال به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است.

مقدمه

کشور چین از پیامدهای حاصل از سیاست «اصلاحات و درهای باز» اقتصادی از سال 1978، به موفقیت‌های اقتصادی بزرگی نائل شد. در طول دهه 1990، نرخ رشد اقتصادی سالانه چین بیشتر از همه کشورها بود و تولید ناخالص داخلی سرانه به طور چشم‌گیری افزایش پیدا می‌کرد. اقتصاد چین گام‌های سریعی را در جهت باز کردن دروازه‌های خود به روی سرمایه‌های کشورهای خارجی و ایجاد رقابت برداشت. علاوه بر این، ساختار اقتصادی این کشور دستخوش تغییرات شگفتی شده است. شرکت‌های دولتی، از واحدهای تحت پوشش دولت به شرکت‌های حداکثرکننده سود تبدیل شده‌اند. به بنگاه‌های جمعی (بنگاه‌های متعلق به دولت‌های محلی: استان، شهر، کشور و ...)، به منظور تبدیل شدن به سیستم مسئولیت قراردادی یا شرکت‌های اختصاصی، اجازه مقررات زدایی داده شده است. ضمن اینکه شکوفایی عظیمی در موجودی سرمایه خصوصی، خارجی و سایر منابع بودجه‌ای شرکت‌ها رخ داده است.

1. Collective Enterprises
2. Generalized Least Squares (GLS)
3. Logit

پژوهش‌های لاردی¹، لی²، لین³، لین و لیو⁴، ناوتون⁵، وو⁶ و ... بر روی چگونگی تأثیر مثبت اصلاحات اقتصادی بر رشد، تجارت، بهره‌وری نیروی کار و آموزش در طول سال‌های 1980 تا 1990، تمرکز کرده‌اند. با وجود این، مطالعات اندکی بر این موضوع تأکید داشتند که اصلاحات بر اشتغال و مزایای مربوط به رفاه نیز تأثیر می‌گذارد. چن⁷، به بیکاری و مشکل پایداری تأمین اجتماعی اجتماعی پس از اصلاحات اشاره کرد. رهبران چینی، اقتصاد این کشور را برای تبدیل شدن به «سوسیالیسم با ویژگی‌های چینی» هدایت کردند. این مسیر در اصل به تمامی بنگاه‌ها اجازه می‌دهد که در حالی که هنوز هم تحت مالکیت دولت هستند در یک بازار اقتصادی نیز مشارکت داشته باشند. با وجود این، هیچ توضیح روشنی مبنی بر چگونگی تأثیر این هدف بر تأمین خدمات رفاهی در چین وجود ندارد. نظر به اینکه بنگاه‌های دولتی با رقابت شدید و مشکلات مالی مواجه هستند، این سؤال مطرح می‌شود که آیا آنها هنوز هم قادر به ارائه مزایای رفاهی می‌باشند؟ علاوه بر این، در این شرایط اقتصادی، شکاف میان شهر و روستا بیشتر شده است. گزارش روزنامه نیویورک تایمز در تاریخ 14 دسامبر 2000 اشاره می‌کند «فروپاشی بیمه پزشکی همگانی و هزینه‌های سرسام‌آور، شکاف بین مراقبت‌های بهداشتی در شهر و روستا را افزایش می‌دهد». این امر دارای پیامدهایی از قبیل «فقدان مراقبت‌های بهداشتی کافی، گسترش بیماری‌های عفونی مانند هیپاتیت و سل و مواجه شدن کشور - و حتی جهان - با بیماری‌های واگیردار مانند سندرم تنفسی حاد یا سارس و آنفلوآنزای مرغی» است. در این مطالعه به مزایای بیمه سلامت، به عنوان یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌های مزایای رفاهی نگاه می‌شود. هدف این مقاله در چهار بند بیان می‌شود: - تشریح الگوی تغییر بیمه سلامت در اقتصاد در حال گذار چین، در طول سال‌های 1990-2000؛

- بررسی دلایل کاهش پوشش بیمه سلامت عمومی؛
- بررسی تأثیر اصلاحات اقتصادی اخیر بر پوشش بیمه سلامت کارکنان چینی؛
- تعیین اینکه آیا تفاوتی بین پوشش بیمه شهری و روستایی وجود دارد یا خیر.

پژوهش‌های زیادی پوشش بیمه را به اصلاحات ربط داده‌اند (مانند آکین و همکاران⁸، گیلز و همکاران⁹، هو و همکاران¹⁰)، اما با توجه به محدودیت داده‌ها و عدم وجود اطلاعات کافی در مورد

-
1. Lardy, 1995
 2. Li, 1997
 3. Lin, 1992
 4. Lin and Liu, 1995
 5. Naughton, 1995
 6. Woo, 1998
 7. Chen, 2005
 8. Akin et al., 2004
 9. Giles et al., 2003
 10. Hu et al., 1999

اصلاحات، هیچ کدام از آنها نتوانسته‌اند اثرات ویژه این ارتباط را شناسایی کنند. هدف این پژوهش شناسایی اثرات اصلاحات و سیاست‌های مربوط به آن بر پوشش بیمه سلامت در دوره‌گذار چین است. به ویژه اینکه سعی این مطالعه بر این است که اثرات سیاست درهای باز، مقررات‌زدایی بنگاه‌های اشتراکی و اصلاحات بنگاه‌های دولتی را بر پوشش بیمه سلامت آشکار کند. در این پژوهش از داده‌های تلفیقی مربوط به تغذیه و بهداشت چین در دوره زمانی 1991 تا 2000 که در آن چین بزرگ‌ترین مرحله گذار خود را تجربه کرد، استفاده شده است.

شواهد تجربی بسیاری نشان می‌دهد که بیکاری به عنوان یک اثر جانبی سیاست درهای باز و همچنین مقررات‌زدایی بنگاه‌های دولتی و اشتراکی به عنوان مهم‌ترین دلایل کاهش روند پوشش سلامت بوده‌اند. همچنین شواهدی مشاهده شد مبنی بر اینکه شکاف بین کارکنان بنگاه‌های دولتی و غیر دولتی، اشتراکی و غیر اشتراکی همچنین شهری و روستایی، در طول این ده سال به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافته است. علاوه بر این، نشان داده شد که اثرات بیمه‌ای در مناطق شهری نسبت به روستاها قوی‌تر بوده است.

1-1-1. بیمه سلامت و اصلاحات

تغییرات سیاستی مختلفی وجود دارد که می‌تواند بر پوشش بیمه سلامت تأثیر بگذارد. انتظار می‌رود که سیاست درهای باز، مقررات‌زدایی بنگاه‌های اشتراکی و اصلاحات بنگاه‌های دولتی، بر پوشش بیمه سلامت تأثیر منفی داشته باشند؛ در حالی که اصلاحات بیمه سلامت ممکن است تأثیری بینابین داشته باشد.

1-1-1-1. سیاست درهای باز

سیاست درهای باز رقابت را با کشورهای خارجی افزایش می‌دهد، بنابراین بنگاه‌های داخلی که با رقابت زیاد مواجه هستند مزایای شغلی غیر نقدی خود را (مانند بیمه سلامت) کاهش می‌دهند. از سال 1979 شهرهای ساحلی شروع به جذب سرمایه بیشتر از سوی کشورهای خارجی نمودند. از سال 1979 تا اواسط دهه 1980، مناطق ویژه اقتصادی باز اندکی تنها در استان‌های گوانگزو¹ و فوجیان² وجود داشت. از سال 1980 تا اوایل دهه 1990 سیاست درهای باز در اکثر شهرهای

1. Guangdong

2. Fujian

ساحلی اجرا شد و مناطق ساحلی اقتصادی به وجود آمدند. از سال 1992 تا 2000، سطح باز بودن اقتصادی افزایش یافت و گستره آن به بخش‌های زیادی از چین رسید (هر چند در این مورد برخی از مناطق روستایی از مطالعه حذف شدند). در طول دهه 1990، سرمایه‌گذاری مستقیم خارجی از 44 میلیون دلار به 407 میلیون دلار، یعنی به حدود ده برابر افزایش یافت (MOFTEC, 2001). سهم بنگاه‌ها از سرمایه‌گذاری خارجی برای کل تولیدات صنعتی از 5% در سال 1991 به 23% در سال 2000 افزایش یافت. با توجه به وجود رقابت شدید، خارج شدن بنگاه‌های دولتی ناکارآمد از بازار شتاب گرفت. بدین ترتیب کارگرانی که شغل خود را از دست داده بودند، بیمه سلامت خود را نیز از دست می‌دادند.

2-1-1. اصلاحات بنگاه‌های دولتی

بنگاه‌های دولتی در طول دهه 1980 با عدم تمرکز و بازسازی‌های گسترده روبرو شدند. دولت قدرت اجرایی را از تمرکز خارج ساخت و قدرت را در اختیار شرکت‌های خصوصی قرار داد و همچنین تقسیم مزایا را در دستور کار قرار داد. بنابراین بنگاه‌های دولتی مسئولیت و تبعات سود و زیان خود را از طریق قرارداد، ورشکستگی و مخاطرات مشترک پذیرفتند. با شروع سال 1992، سیستم مدرنی برای این بنگاه‌ها راه‌اندازی شد که تمام کارهای تصمیم‌گیری، قدرت اجرایی و نظارت توسط خود بنگاه‌ها کنترل می‌شد. از آنجایی که بنگاه‌های دولتی قادر به تصمیم‌گیری در مورد کارکنان خود بودند، لذا بسیاری از کارگران این شرکت‌ها اخراج شدند و برخی دیگر از کارگران نیز به شرکت‌های خصوصی منتقل شدند. افراد در هر دو حالت بیمه خود را از دست می‌دادند.

تا اواسط دهه 1990 هیچ رشدی در بنگاه‌های دولتی مشاهده نشد. در سال 1992، 26% بنگاه‌ها زیان داشتند، اما این رقم در سال 1996 به 50% رسید. اشتغال بنگاه‌های دولتی به طور چشم‌گیری کاهش یافت. در طول همین دوره، بنگاه‌های غیر دولتی از قبیل شرکت‌های خصوصی، شرکت‌های تعاونی، شرکت‌های با مالکیت مشترک، شرکت‌های با مسئولیت محدود، شرکت‌های سهامی، واحدهای با بودجه خارجی و بنگاه‌های خوداشتغال شهری، نیروی کار خود را بیش از شش برابر افزایش دادند.

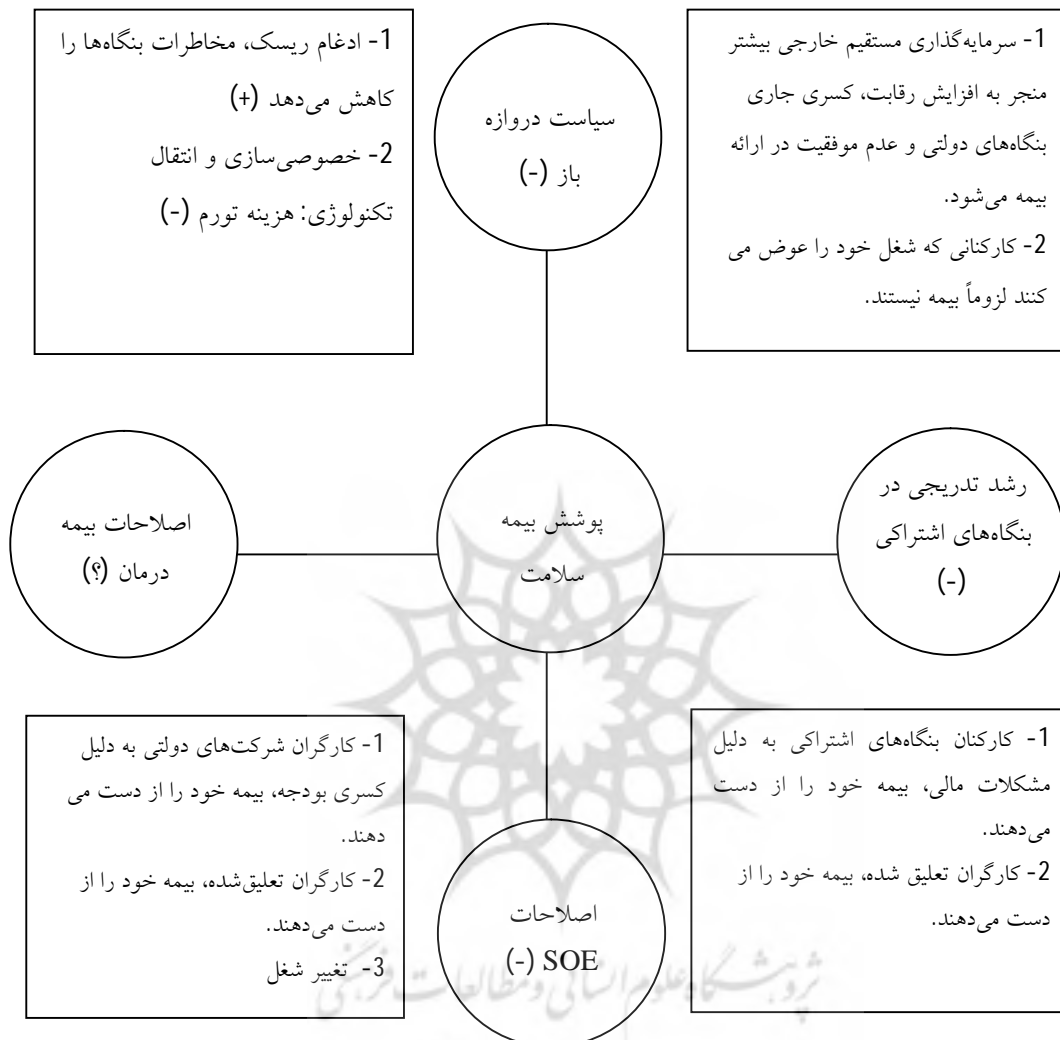
3-1-1. مقررات زدایی بنگاه‌های اشتراکی روستایی

بنگاه‌های اشتراکی روستایی نیز با مشکلی مشابه بنگاه‌های دولتی مواجه بودند (Bloom and Jing, 2003). در اوایل دهه 1980 (تا سال 1983)، سیستم مسئولیت خانوار و عدم تمرکز بنگاه‌های اشتراکی در مقیاس بزرگ‌تری اجرا شد. با شروع سال 1980، بنگاه‌های روستایی و شهری (مشاغل غیر کشاورزی) به وجود آمدند. این بنگاه‌ها در اینجا به عنوان شرکت‌های تجمیعی روستایی شناخته می‌شوند. بنگاه‌های روستایی و شهری و شرکت‌های غیر دولتی اجازه داشتند که نیروی کار را به صورت قراردادی اجاره کنند و دستمزد آنها را مستقلاً تعیین کنند. بنابراین بنگاه‌های روستایی و شهری و شرکت‌های غیر دولتی به صورت فزاینده‌ای به بنگاه‌های شخصی و خصوصی تبدیل می‌شدند؛ البته به شرطی که این بنگاه‌ها کوچک می‌بودند. از آنجایی که شرکت‌های غیر دولتی در چین ملزم به ارائه بیمه سلامت نبودند، کارگرانی که با اصلاحات شرکت‌های تجمیعی مواجه شدند به احتمال زیاد بیمه سلامت خود را از دست می‌دادند. علاوه بر این در اواسط و اواخر دهه 1990، شرکت‌های تجمیعی روستایی که با مشکل پوشش بیمه کارکنان خود مواجه شده بودند، رشد اقتصادی کمتری نیز داشتند.

4-1-1. اصلاحات بیمه سلامت

در طول دهه 1980، سیستم بیمه سلامت چین هم در شهرها و هم در روستاها با تغییرات شگفتی روبه‌رو شد (Hsiao, 1995; Yang et al., 1991; Ho, 1995). در طول سال‌های 1979 تا 1991، سیستم پرداخت مشترک از سوی دولت معرفی شد که بر تغییر انگیزه‌های بیمارستان، معرفی سیستم حق‌الزحمه در برابر خدمت، دادن استقلال بیشتر به بیمارستان‌ها و دادن مالکیت خصوصی و سایر اشکال بیمه تأکید داشت. خصوصی‌سازی و انتقال تکنولوژی از کشورهای غربی، هزینه مراقبت‌های پزشکی را افزایش داد که این امر موجب شد بیمه سلامت به لحاظ اقتصادی کمتر مقرون به صرفه باشد. با وجود این، با آغاز سال 1991، اشتراک گذاشتن ریسک و کاستنی‌ها¹ در سیستم بیمه سلامت معرفی شد که به موجب آن مسئولیت شرکت‌های دولتی کمتر شد و ارائه بیمه سلامت آسان‌تر گردید.

نمودار 1. خلاصه تأثیر اصلاحات بر پوشش بیمه درمانی



1-2. مروری بر مطالعات پیشین

مطالعاتی که در مورد پوشش بیمه سلامت در چین صورت گرفته‌اند عموماً توصیفی می‌باشند. برخی از مطالعات، پوشش بیمه را با اصلاحات در ارتباط دانسته‌اند، اما به دلیل محدودیت داده‌ها و عدم دسترسی به اطلاعات در مورد اصلاحات نتوانسته‌اند تأثیر اصلاحات را بر پوشش بیمه به صورت دقیق بیان کنند. هو و همکاران¹ با تجزیه و تحلیل داده‌های مقطعی مربوط به کارگران شهری در سال 1992، به این نتیجه رسیدند که تنوع گسترده‌ای از پوشش بیمه برای مزایای بیمه سلامت در شهرهای چین وجود دارد و بیان کردند که تنوع مزایای بیمه سلامت با اصلاحات شرکت‌های دولتی در ارتباط است. آکین و همکاران² بر برابری توزیع بیمه سلامت در چین تمرکز کردند و نشان دادند که تفاوت‌ها در پوشش بیمه سلامت در میان گروه‌های اجتماعی - اقتصادی و در دوره زمانی 1989-1997، به میزان کمی معنادار بوده است. لازم به ذکر است که آنها بر روی سیاست یا اصلاحات خاصی تأکید نکرده‌اند. گیلز و همکاران³ نشان دادند که بازسازی اقتصادی به عنوان پیامد اصلاحات اقتصادی از سال 1996 تا 2001، باعث بروز بیکاری‌های گسترده و «تعویق مزایای بیمه سلامت» شده است و مشاغل جدیدی که توسط برنامه‌های دولت ایجاد شد، نتوانست مزایای بیمه سلامت کارگران را تضمین کند.

سایر مطالعات مربوط به اصلاحات اقتصادی و بیمه، و به ویژه نابرابری در پوشش بیمه به این صورت خلاصه می‌شود: لیو و همکاران⁴ نشان دادند که افزایش پوشش بیمه سلامت در روستاهای چین در اوایل دهه 90 به افزایش شهرنشینی مربوط می‌شود. گروژان⁵ اصلاحات مهم اقتصادی را در مناطق شهری بررسی کرد و بیان کرد که نابرابری در پوشش بیمه در سراسر مناطق و استان‌ها، به دلیل بازبودن و توسعه اقتصادی نامناسب افزایش یافته است و پیشنهاد کرد که سیستم‌های بیمه سلامت شهری و روستایی یکپارچه شوند. اسمیت⁶ شواهدی بیان کرد مبنی بر اینکه از سال 1978 خدمات مراقبت‌های بهداشتی چه از نظر کیفیت و چه کمیت بدتر شده است و توزیع مزایای بیمه در میان جنسیت‌ها و مناطق مختلف روز به روز ناعادلانه‌تر می‌شود.

-
1. Hu et al., 1999
 2. Akin et al., 2004
 3. Giles et al., 2003
 4. Liu et al., 2003
 5. Grogan, 1995
 6. Smith, 1998

در مجموع، اکثر مطالعات موجود بیان کردند که مزایای پوشش بیمه سلامت در اثر اصلاحات کاهش یافته است. اما همان طور که گفته شد، این ادبیات عمدتاً توصیفی هستند و نه تنها فاقد شواهد تجربی در مورد این موضوع هستند، بلکه فاقد یک مدل دقیق نیز می‌باشند. در این پژوهش تلاش می‌شود که این موضوع به صورت واضح‌تر بیان شود.

3-1. داده‌ها

3-1-1. داده‌های تغذیه و سلامت چین

داده‌های نمونه مربوط به تغذیه و سلامت چین برای بررسی چگونگی تأثیر تغییرات اقتصادی و اجتماعی چین بر وضعیت سلامت طراحی شده است. این داده‌ها محدوده عظیمی از عوامل اجتماعی و اقتصادی مرتبط با سلامت، تغذیه و خصوصیات جمعیت‌شناختی را پوشش می‌دهند. برای ترسیم نمونه مورد مطالعه در هر استان از یک فرایند تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شده است. شهرستان‌های 9 استان به لحاظ درآمدی (کم، متوسط و بالا) طبقه‌بندی شده‌اند و یک طرح نمونه‌گیری وزنی برای انتخاب تصادفی چهار شهرستان از هر استان استفاده شده است. روستاها و شهرها نیز به صورت تصادفی انتخاب شده است. علاوه بر این، مرکز استان به همراه یک شهر با درآمد کم انتخاب می‌شود، و به همین ترتیب محله‌های شهری و برون شهری نیز به طور تصادفی انتخاب می‌گردند.

در این مطالعه از نمونه‌های مربوط به سال‌های 1991، 1993، 1997 و 2000 استفاده می‌شود. استان لیائونینگ¹ از نمونه سال 1997 حذف شده است و استان هایلون ژیانگ² فقط در نمونه سال 1997 به بعد حضور دارد. نمونه محدود به کسانی است که بالای 16 سال سن دارند، زیرا وضعیت بیمه در چین به شدت وابسته به انواع واحد کاری است. پس از حذف داده‌های مفقوده، 12264 نفر و 26561 مشاهده نفر - سال باقی مانده است. در نمونه کلی ($n=26561$) نسبت افراد شهری به روستایی 4 به 6 است که تقریباً با نسبت واقعی چین در طول دهه 90 سازگاری دارد.

3-2-1. روند تغییرات پوشش بیمه سلامت

در این قسمت بررسی می‌کنیم که پوشش بیمه سلامت (درصد بیمه‌شدگان) در دهه 90 چگونه در طول زمان تغییر کرده است. نمونه مورد نظر به زیرگروه‌هایی طبقه‌بندی می‌شود که شامل گروه واحد

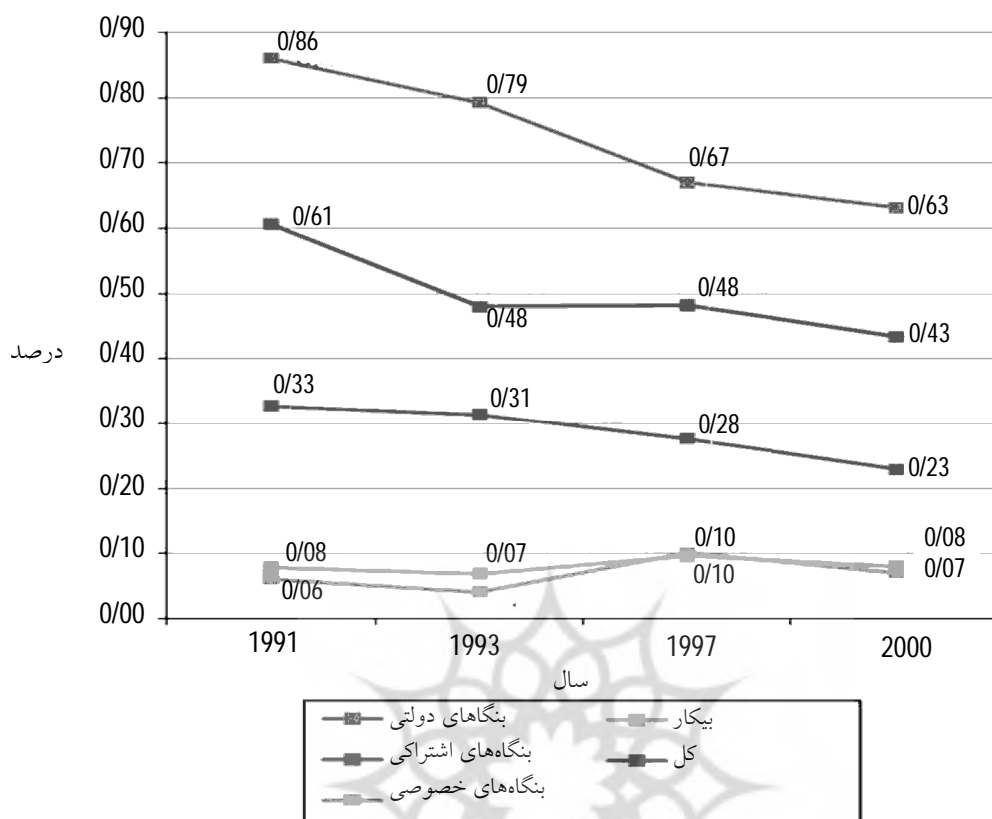
1. Liaoning
2. Heilong jiang

کار، گروه سنی، گروه آموزشی، گروه شهری یا روستایی، گروه وضعیت سلامت و گروه درآمدی باشد. جدول 1 پوشش بیمه را برای این زیرگروه‌ها در طول زمان نشان می‌دهد. گروه واحد کارگری به قسمت‌هایی از قبیل بنگاه‌های دولتی، بنگاه‌های اشتراکی، سایر بنگاه‌های خصوصی، بیکار، بازنشسته، زن خانه‌دار، دانش‌آموز و سایر افرادی که کار نمی‌کنند، تقسیم می‌شود. بنگاه‌های اشتراکی شامل بنگاه کوچک (مانند شرکت متعلق به شهر کوچک) و شرکت‌های بزرگ (مانند شرکت‌های متعلق به بخش، شهر بزرگ یا استان)، سایر شرکت‌های خصوصی شامل قرارداد خانوادگی، شرکت‌های شخصی، شرکت‌های با سرمایه چندگانه و کسب و کار خانگی هستند. گروه‌های شهری و روستایی با توجه به وضعیت اقامت قانونی تقسیم‌بندی می‌شوند. درآمد خانوار نیز به سه گروه تقسیم می‌شود: اقشار فقیر، متوسط و ثروتمند. در رابطه با وضعیت پوشش بیمه، روندهای گوناگونی وجود دارد.

- در مجموع، پوشش بیمه سلامت از 33% افراد در سال 1991 به 23% افراد در سال 2000 کاهش پیدا کرد.

- در سال 1991، به واسطه واحدهای کار، شرکت‌های دولتی یک نرخ پوشش گسترده بیمه سلامت 86 درصدی داشتند، در حالی که بنگاه‌های اشتراکی نرخ پوشش نسبتاً کمتری (61 درصد) داشتند. در مقابل، سایر شرکت‌های خصوصی فقط نرخ پوششی به اندازه 6 درصد و افراد بیکار پوششی به اندازه 8 درصد داشتند. این موضوع به این دلیل است که برخی از کارگران بیکار ممکن است هنوز وضعیت قبلی خود در واحدهای کارگری را داشته باشند و از خدمات رفاهی مربوط به واحد کار خود برخوردار باشند. در طول زمان بنگاه‌های دولتی و اشتراکی زیان زیادی را در پوشش بیمه متحمل شده‌اند، در حالی که سایر شرکت‌های خصوصی و بیکاران تقریباً روند ثابتی داشته‌اند (نمودار 2).

نمودار 2. پوشش بیمه در میان گروه‌های کاری مختلف



بازنشستگان نیز تقریباً پوشش بیمه بهتری نسبت به کارکنان شرکت‌های غیر دولتی و شرکت‌های غیر مشارکتی داشته‌اند؛ به طوری که بازنشستگان شرکت‌های دولتی و تجمیعی هنوز بیمه خود را حفظ کرده‌اند. بیمه زنان خانه‌دار نیز به این موضوع بستگی دارد که آیا فردی از اعضای خانوار در شرکت‌های دولتی یا تجمیعی مشغول به کار می‌باشد یا خیر. اکثر دانش‌آموزان نیز مانند اکثر دانشجویان دانشگاه‌های دولتی از خدمات بیمه پزشکی بهره می‌برند. به طور خلاصه، شرکت‌های دولتی و تجمیعی ارائه خدمات بیمه سلامت خود را برای کارکنان خود کاهش داده‌اند، در حالی که سایر شرکت‌های خصوصی پوشش خدمات بیمه را اندکی افزایش داده‌اند (6% در سال 91 و 7% در سال 2000)، و پوشش بیمه بیکاران نیز تقریباً ثابت باقی مانده است (حدود 8%).

- با شروع دهه 90، ساکنان شهرها پوشش بیمه بیشتری (65%) نسبت به روستاییان (11%) داشتند. هر چند که در طول زمان کاهش قابل توجهی در پوشش بیمه شهروندان رخ داد (از 65% به 44%)، اما در مناطق روستایی این کاهش نرخ پوشش بسیار کم‌تر بود (از 11% به 8%). ممکن است مهاجرت روستاییان به شهرها دلیل این کاهش پوشش بیمه سلامت باشد، زیرا اقامت آنها در شهرها به طور رسمی ثبت نشده است.

- این موضوع قابل پیش‌بینی است که افراد کم‌درآمد دارای پایین‌ترین نرخ بیمه می‌باشند (11% در سال 1991)، در حالی که گروه ثروتمندان بالاترین نرخ بیمه را دارند (49% در سال 1991). با وجود این، در طول زمان کاهش نرخ پوشش بیمه در میان ثروتمندان بیشتر از افراد فقیر بوده است و این موضوع اختلاف در پوشش بیمه میان افراد فقیر و ثروتمند را تا حدی کاهش داده است.

جدول 1. نرخ پوشش بیمه سلامت در گروه‌های مختلف

سال	اندازه نمونه	1991	1993	1997	2000
جمع	26,561	0/33	0/31	0/28	0/23

استان

لیونینگ	2220	0/44	0/38	-	0/21
هیلونگ ژینگ	1493	-	-	0/22	0/17
جیانگ سو	3367	0/67	0/54	0/56	0/51
شان‌دونگ	2660	0/34	0/39	0/45	0/38
هنان	3323	0/18	0/19	0/27	0/16
هوبی	3507	0/35	0/31	0/22	0/19
هونان	3117	0/24	0/23	0/17	0/19
گوانگژو	3675	0/23	0/25	0/18	0/13
گویزو	3199	0/17	0/22	0/14	0/15

گروه‌های شهری و روستایی

روستایی	15,549	0/11	0/09	0/14	0/08
شهری	11,012	0/65	0/6	0/46	0/44
گروه‌های واحد کار					
شرکت‌های دولتی	5136	0/86	0/79	0/67	0/63
تجمیعی	3/366	0/61	0/48	0/48	0/43
خصوصی و سایر	14,139	0/06	0/04	0/1	0/07
بیکاران	567	0/08	0/07	0/1	0/08
بازنشستگان	849	0/12	0/13	0/11	0/07
زنان خانه‌دار	1165	0/17	0/15	0/13	0/16
دانش‌آموز	931	0/61	0/69	0/64	0/63
سایر افراد بیکار	408	0/21	0/08	0/11	0/1

گروه‌های سنی

0/13	0/16	0/2	0/22	6785	16-25
0/24	0/3	0/35	0/35	17,802	26-59
0/42	0/4	0/54	0/42	1974	60 و بالاتر

سطح آموزش

-	0/17	0/29	0/23	1926	بی سواد
0/14	0/16	0/2	0/22	6941	ابتدایی
0/17	0/24	0/26	0/32	11,246	کمتر از دیپلم
0/3	0/34	0/42	0/48	4008	دیپلم
0/52	0/59	0/71	0/79	1336	فوق دیپلم
0/68	0/78	0/87	0/94	1104	کارشناسی و بالاتر

گروه‌های درآمدی

0/08	0/12	0/11	0/11	7295	فقیر
0/23	0/23	0/33	0/35	8769	متوسط
0/36	0/39	0/43	0/49	10,497	ثروتمند

وضعیت سلامت

0/22	0/27	0/31	0/32	24,709	خوب
0/36	0/4	0/46	0/43	1852	بد

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1-4. مدل

مدلی که برای بررسی بیمه سلامت در چین استفاده می‌شود به صورت زیر است:

$$Y_{it} = \alpha_i + \phi Open_{jt} + \pi Collective_{jt} + \lambda Z_{it} + \eta Z_{it} * Open_{jt} + \beta X_{it} + \delta_j dummy_j + \gamma_t dummy_t + \varepsilon_{ijt}$$

$$i = 1, \dots, N \text{ (افراد)}$$

$$j = 1, \dots, N \text{ (استان‌ها)}$$

$$t = 1991, 1993, 1997, 2000$$

در مدل رگرسیونی حداقل مربعات معمولی مقطعی، $\alpha_i = \alpha$ و در مدل اثرات تصادفی $\alpha_i = (\alpha, \sigma_\alpha^2)$ تخمین زده می‌شوند. تأکید می‌شود که برآوردگر اثرات ثابت می‌تواند خصوصیات فردی را که در طول زمان تغییری نمی‌کنند ولی ممکن است در مدل رگرسیونی تأثیرگذار باشند را کنترل کند. در این حالت متغیرهای مجازی برای استان‌ها در اثرات ثابت فردی هضم می‌شوند. اما هنوز ممکن است یک همبستگی بین مؤلفه استانی متغیر با زمان مربوط به جزء خطا به دلیل روندهای مشترکی که از طریق افراد مختلف در همان استان به اشتراک گذاشته شده است، وجود داشته باشد. بنابراین خطای استاندارد با استفاده از نمونه خوشه‌ای در سطح استان محاسبه می‌شود. (Kaestner and Neeraj, 2003; Borjas, 2003)

علاوه بر این، مدل لاجیت اثرات ثابت به صورت زیر بیان می‌شود:

$$\Pr(Y_{it} = 1) = \Lambda(\alpha_i + \phi Open_{jt} + \pi collective_{jt} + \lambda Z_{it} + \eta Z_{it} * Open_{jt} + \beta X_{it} + \delta_j dummy_j + \gamma_t dummy_t)$$

$$\dots \Lambda(z) = \frac{e^z}{1+e^z}$$

که در آن:

جدول 2. تشریح متغیرهای مورد استفاده در رگرسیون

نام متغیرها	میانگین نمونه (n=26561)	میانگین نمونه انتخابی (n=6011)
LHS variable		
insurance	0/29	0/48
Key RHS variables		
Open degree 1	0/28	0/23
Open degree 2	0/57	0/65
Collective Index 1	0/36	0/38
Collective Index 2	0/35	0/24
SOE	0/19	0/3
Collective	0/13	0/24
Other units	0/52	0/32
Unemployed	0/02	0/02
Retired	0/04	0/05
Housewife	0/03	0/02
Student	0/04	0/03
Others with no work	0/02	0/01
RHS control individual variables		
registration	0/41	0/59
age	36/68	37/25
gender	0/56	0/59
Number of HH roasters	4	3/85
contributed to income		
edulevel	1/97	2/21
lnhhincome	8/45	8/62
health_status	0/73	0/75
marital_status	0/73	0/79
illness (Temporary Health Status)	0/07	0/07
Year province dummy variables		
dyear1	0/27	0/26
dyear2	0/21	0/25
dyear3	0/26	0/23
dyear4	0/26	0/23

نام متغیرها	میانۀ نمونه (n=26561)	میانۀ نمونه انتخابی (n=6011)
dprov1	0/08	0/06
dprov2	0/06	0/02
dprov3	0/13	0/22
dprov4	0/1	0/17
dprov5	0/13	0/1
dprov6	0/13	0/15
dprov7	0/12	0/11
dprov8	0/14	0/1
dprov9	0/12	0/06

مدل لاجیت اثرات ثابت مزیت شفافیت برای یک متغیر دودویی را دارد. اما ایرادی نیز دارد و آن این است که فقط برای افرادی که وضعیت بیمه خود را در همان مرحله تغییر می‌دهند قابل برآورد است (Cameron and Trivedi, 2005). به این دلیل نمونه 12264 نفری (اکثر این افراد کسانی بودند که در هیچ دوره زمانی، هیچ‌گونه بیمه سلامتی نداشتند یا اینکه در تمام دوره‌های زمانی دارای بیمه سلامت بودند)، به 2027 نفر تقلیل داده شد. به دلیل اینکه اندازه نمونه مربوط به مدل لاجیت اثرات ثابت کاهش یافت، نتایج حاصل از این مدل آنچنان قابل استناد نیست. این نتایج در ستون آخر جدول 5 نشان داده شده است. «Y» یک متغیر دودویی است که نشان‌دهنده وضعیت بیمه سلامت یک فرد در یک استان معین و یک سال معین است. با وجود اینکه بیمه خصوصی پیش از دهه 1990 در چین وجود داشته است، اما افراد بسیار کمی دارای این نوع بیمه بوده‌اند. همچنین موارد بسیار کمی از «انصراف» از بیمه عمومی مشاهده شده است. کسانی که قدرت انتخاب بیمه خصوصی را دارند، مایل‌اند که از مزایای هر دو نوع بیمه خصوصی و عمومی استفاده کنند. بنابراین به این دلیل است که وضعیت سلامت موقتی، به طوری که اکثر مردم چین قدرت انتخاب یا خرید بیمه خصوصی را ندارند، به عنوان متغیر برونزا در مدل رگرسیونی وارد می‌شود. جزء اثرات ثابت در زمان ثابت α_i نشان‌دهنده عوامل مشاهده‌نشده فرد است. $Open_{jt}$ شاخص درجه باز بودن اقتصاد است. $collective_{jt}$ نشان‌دهنده شاخص تعداد شرکت‌های تجمیعی در هر استان است. ضرایب ثابت نرخ بهره ϕ و π هستند و از آنجایی که این ضرایب اثرات اصلاحات را اندازه‌گیری می‌کنند به آنها «اثرات رفتار نامتجانس» گفته می‌شود. Z_{it} متغیرهای کنترلی در سطح فرد هستند که شامل نوع واحد کار (شرکت‌های دولتی و تجمیعی، سایر شرکت‌ها، بیکاران) و وضعیت اقامت (شهری و روستایی) است.

از آنجایی که در این پژوهش به دنبال تشخیص چگونگی تغییر شکاف‌ها بین گروه‌های مختلف کارگران در طول زمان هستیم، بنابراین شرایط بر هم کنش بین $Open_{jt}$ و Z_{it} نیز در مدل در نظر گرفته می‌شود. X_{it} به عنوان متغیرهای کنترلی دیگری در سطح فردی شامل سن، آموزش، جنسیت، وضعیت سلامت، وضعیت تأهل، درآمد خانوار و تعداد افراد دارای درآمد در خانوار است. متغیرهای مجازی برای استان‌ها و سال‌ها به عنوان اثرات ثابت سالانه و استانی در نظر گرفته می‌شود.

جدول 3. ترسیم شاخص تجمیعی

کارکنان بنگاه‌های اشتراکی (درصدی از کل جمعیت)	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
0/005	5604	9/88	9/88
0/006	2054	3/62	13/5
0/008	3557	6/27	19/77
0/009	5432	9/57	29/34
0/01	3117	5/49	34/83
0/011	3542	6/24	41/08
0/015	5023	8/85	49/93
0/017	3103	5/47	55/4
0/018	1677	2/96	58/35
0/019	1688	2/98	61/33
0/02	1000	1/76	63/09
0/021	2863	5/05	68/14
0/023	1598	2/82	70/95
0/025	1513	2/67	73/62
0/026	3105	5/47	79/09
0/029	1559	2/75	81/84
0/034	1729	3/05	84/89
0/035	1250	2/2	87/09
0/042	2628	4/63	91/72
0/049	1009	1/78	93/5
0/057	1250	2/2	95/7
0/062	1394	2/46	98/16
0/077	1043	1/84	100

خلاصه‌ای از آمار متغیرها در جدول 2 نشان داده شده است. در مورد نمونه، هر دو شکل نمونه کامل (26561) و نمونه انتخابی (6011) گزارش شده است. تفاوت عمده این دو نمونه این است که در نمونه انتخابی، تعداد افراد دارای پوشش بیمه بیشتر است (48% در برابر 29%). دلیل این برتری نمونه انتخابی، این است که به منظور انتخاب افراد در نمونه انتخابی، باید افراد حداقل یک سال دارای پوشش بیمه می‌بودند. این موضوع به ناچار منجر به افزایش نرخ پوشش بیمه می‌شود، در حالی که نرخ بیمه کل 29% است. علاوه بر این، تعداد بیشتری از بنگاه‌های دولتی و اشتراکی و همچنین تعداد بیشتری از شهروندان در نمونه انتخابی حضور دارند.

جدول 4. خلاصه‌ای از سیاست درهای باز و شاخص تجمیعی

شاخص سیاست درهای باز که درجه باز بودن اقتصاد را در هر استان اندازه می‌گیرد

استان / سال	1991	1993	1997	2000
لیونینگ	2	2	-	2
هیلونگ ژینگ	-	-	2	2
جیانگ سو	2	2	2	2
شان‌دونگ	2	2	2	2
هنان	0	1	1	1
هوبی	0	1	2	2
هونان	0	1	1	1
گوانگژو	2	2	2	2
گویژو	0	1	1	1

شاخص اشتراکی که سطح اصلاحات شرکت‌های اشتراکی را در هر استان اندازه می‌گیرد

استان / سال	1991	1993	1997	2000
لیونینگ	0	0	-	1
هیلونگ ژینگ	-	-	0	1
جیانگ سو	0	0	0	1
شان‌دونگ	1	0	0	1
هنان	2	1	1	1
هوبی	1	0	1	2
هونان	2	0	1	2
گوانگژو	2	1	2	2
گویژو	2	2	2	2

متغیرهای کلیدی اصلاحات که در جدول 4 آورده شده به صورت زیر است: درجه باز بودن

اقتصاد به عنوان متغیر جایگزین سیاست درهای باز مورد استفاده قرار گرفته است. این شاخص از طریق تعداد و انواع مناطق باز اقتصادی در هر استان، مانند مناطق توسعه اقتصادی و تکنولوژیکی، مناطق ویژه اقتصادی، مناطق باز اقتصادی ساحلی و ... به دست می‌آید. این متغیرهای اصلاحات را وو، و همکارانش¹ برای تجزیه و تحلیل توسعه منطقه‌ای و جغرافیایی معرفی کرده‌اند. از آنجایی که سیاست درهای باز این شاخص‌ها عموماً به صورت آزمایشی برای تعدادی از شهرها قبل از اجرا برای کل استان انجام می‌شد، بنابراین شاخص درجه باز بودن اقتصاد را با یک وقفه یک ساله تعدیل می‌کنیم. همچنین متغیرهای اصلاحات برای سال 2000 بر اساس روش وو و همکاران ترسیم می‌شود. به منظور اینکه متغیرهای سیاست درهای باز، اثرات اصلاحات اقتصادی را شناسایی کنند، این متغیر برای سال‌ها و استان‌های مختلف متفاوت است. «Open Degree 1» متغیر دودویی است که نشان می‌دهد آیا سیاست درهای باز در یک استان معین به جا بوده است یا خیر. «Open Degree 2» متغیر دودویی است که نشان می‌دهد آیا این سیاست در یک سطح خاص و در یک استان معین توسعه پیدا کرده است یا خیر؛ همچنین نشان می‌دهد که استان مورد نظر تا چه اندازه تحت تأثیر این سیاست قرار می‌گیرد. شاخص تجمیعی از نسبت کارکنان تجمیعی در هر استان محاسبه می‌شود و همچنین این شاخص به دو زیرشاخه تقسیم می‌شود. زیر شاخه کوچک‌تر نشان‌دهنده نسبت کارکنان تجمیعی، و زیرشاخه بزرگ‌تر شاخص است (جدول 3).

استان جیانگسو² به عنوان گروه پایه در نظر گرفته شده است و سال 91 نیز به عنوان سال پایه محسوب شده است. در واحد کاری پایه نیز «سایر» شامل بازنشستگان، زنان خانه‌دار، دانش‌آموزان و سایر افراد بدون شغل در نظر گرفته شد.

5-1. نتایج

نتایج برای چهار برآوردگر در جدول 5 گزارش شده است. سه برآوردگر ابتدایی، برآوردگرهای حداقل مربعات معمولی مقطعی، اثرات ثابت و اثرات تصادفی برای یک مدل خطی می‌باشند. مزیت این تخمین‌زنده‌ها این است که ضرایب را به سادگی تفسیر می‌کنند اما این برآوردگرها ماهیت دودویی بودن متغیر وابسته را در نظر نمی‌گیرند. تخمین‌زنده نهایی، برآوردگر اثرات ثابت لاجیت است. سه ستون ابتدایی جدول با استفاده از نمونه کامل (26561) و دو ستون دیگر با استفاده از نمونه انتخابی (6011) است. در تمامی مدل‌ها انتظار می‌رود که ارتباط معنی‌داری میان مشاهدات مربوط به افراد و استان مشاهده شود. همچنین معنی‌داری خوشه‌ای خطای استاندارد که در هر استان دسته‌بندی شده‌اند، مشاهده شده است. این نتایج تخمین پارامترها را تغییر نخواهد داد، اما منجر به بروز خطای استاندارد بزرگ‌تر و آماره t کوچک‌تر می‌شود.

1. Woo et al., 2002

2. Jiangsu

نتایج حاصله بدین صورت خلاصه می‌شوند: در حالت استفاده از نمونه کامل و در همه مدل‌ها، متغیرهای اصلاحات (Collective 2)، و اجزای متقابل (SOE*Open Degree1, Collective*Open Degree1) منفی و به لحاظ آماری در سطح 5% معنادار است. در مدل‌های اثرات ثابت (ستون‌های 2 و 4 جدول 5) برای سه جزء تأثیرگذارتر (Reg*Open Degree 1, Collective*Open Degree 2, Reg*Open Degree 2، نیز روابط منفی و معناداری مشاهده شده است. از یک سو، کاهش پوشش بیمه با اصلاحات اقتصادی به شدت مرتبط است. از سوی دیگر، معنی‌داری آماری شرایط تأثیرگذار نشان‌دهنده این است که شکاف میان کارگران شرکت‌های دولتی و غیردولتی، کارگران تجمیعی و غیرتجمیعی و کارگران شهری و روستایی کاهش یافته است؛ به طوری که کارگران شرکت‌های دولتی و تجمیعی بیشترین کاهش را در پوشش بیمه داشتند، در حالی که سایر افراد با کاهش نسبتاً کم‌تری مواجه بودند و حتی برای برخی افراد میزان پوشش بیمه افزایش یافت. در همه مدل‌ها شاخص‌های مربوط به واحد کاری به لحاظ آماری در سطح 5% معنادار هستند. این مطلب نشان‌دهنده ارتباط قوی میان رفاه و سطح اشتغال است.

جدول 5. نتایج رگرسیون و مقایسه مدل‌ها

Dependant variables (Insurance)	Pooled OLS (n = 26,561)	Fixed effects linear (n = 26,561)	Random effects GLS (n = 26,561)	Fixed effects logit (n = 6011)	Fixed effects linear (n = 6011)
Open Degree 1	0.0548 (1.24)	0.0190 (0.40)	0.0499 (1.13)	0.352* (1.67)	0.101 (0.34)
Open Degree 2	-0.00471 (-0.11)	-0.0231 (-0.51)	-0.0100 (-0.22)	-0.227 (-0.78)	-0.0256 (-0.14)
Collective 1	-0.0627* (-2.22)	-0.0518 (-1.72)	-0.0605** (-2.13)	-0.546*** (-5.56)	-0.170* (-2.01)
Collective 2	-0.0956** (-2.06)	-0.0798* (-1.89)	-0.0924** (-2.26)	-1.025*** (-5.51)	-0.278* (-2.09)
SOE	0.544*** (8.74)	0.249*** (3.04)	0.504*** (8.62)	2.101*** (7.08)	0.548*** (3.48)
Collective	0.245*** (8.95)	0.236*** (8.37)	0.246*** (7.13)	1.682*** (5.21)	0.484*** (3.69)
Other units	-0.0813*** (-4.00)	-0.0270 (-1.4)	-0.0799*** (-4.02)	-0.472*** (-2.71)	-0.120 (-1.49)
Unemployed	-0.114*** (-4.27)	-0.077*** (-4.12)	-0.108*** (-4.52)	-0.705*** (-2.48)	-0.166*** (-3.47)
SOE*Open Degree 1	-0.122** (-2.53)	-0.0857** (-2.80)	-0.117** (-2.56)	-1.011*** (-3.98)	-0.240 (-1.54)
SOE*Open Degree 2	-0.201** (-2.65)	-0.00406 (-0.09)	-0.168** (-2.38)	-0.994*** (-2.00)	-0.0960 (-0.81)
Collective*Open Degree 1	-0.198*** (-4.41)	-0.157*** (-5.40)	-0.192*** (-4.39)	-0.824*** (-2.89)	-0.274* (-1.97)
Collective*Open Degree 2	-0.0365 (-0.78)	-0.0744* (-2.03)	-0.0470 (-1.02)	-0.698** (-2.33)	-0.212* (-1.98)
Reg*Open Degree 1 (Reg = 1 if urban = 0 if rural)	-0.0533 (-1.29)	-0.0516* (-2.30)	-0.0614 (-1.39)	-0.073*** (-2.08)	-0.155 (-1.07)
Reg*Open Degree 2	0.0154 (0.37)	-0.0151** (-2.03)	-0.00220 (-0.04)	-1.213*** (-3.90)	-0.258* (-1.97)
Registration status(urban = 1)	0.145** (2.78)	0.177** (2.81)	0.198** (2.86)	1.113*** (4.05)	0.210** (2.39)
Age	0.002675 (0.69)	0.0116 (0.68)	0.00123 (1.3)	0.251* (1.80)	0.0495 (0.71)
Age square	-2.58e-08* (-2.24)	-3.77e-08 (-0.77)	-1.89e-08* (-1.79)	-0.00073* (-1.77)	-0.00099 (-1.15)
Gender(male = 1)	0.00222 (0.39)	0.00154 (0.42)	0.00424 (0.66)	-0.0129*** (-3.60)	0.0077 (0.41)
Number of HH members contributed to income	0.0149*** (3.57)	0.0125** (2.12)	0.0143*** (3.60)	0.0722 (1.34)	0.0245 (1.13)
Education	0.0342*** (7.69)	0.0143** (2.74)	0.0463*** (8.08)	0.246*** (4.34)	0.0678** (3.12)
Household income(adjusted)	0.0532** (2.96)	0.0762 (1.31)	0.0399*** (5.51)	0.289* (1.95)	0.0735 (1.65)
Temporary health(bad = 1)	0.0452*** (6.04)	0.0308* (2.28)	0.0277*** (3.43)	0.271 (1.63)	0.0646 (1.81)
Marital Status(married = 1)	0.0272** (3.29)	-0.0685 (-1.14)	-0.0575* (-1.82)	-0.954*** (-3.43)	-0.247 (-1.41)
1993	-0.0586 (-1.81)	-0.0599 (-0.44)	-0.0386 (-0.97)	-1.131 (-1.37)	-0.232 (-0.88)
1997	-0.0412 (-1.05)	-0.0966 (-0.52)	-0.0362 (-0.89)	-1.731	-0.366 (-0.53)
2000	-0.0538 (-0.84)				
Observations	26,561	26,561	26,561	6011	6011
R-squared	0.46	0.08			0.17
Number of id		12,264	12,264	2017	2017

نتایج این پژوهش به نتایج پژوهش‌های پیشین در مورد اثرات اصلاحات بر پوشش بیمه سلامت اضافه می‌شود. بدین ترتیب در جامعه‌ای که به لحاظ اقتصادی بازتر است، شکاف میان مزایای رفاهی در بین گروه‌های مختلف کارگران تغییر می‌کند. برای متغیرهای کنترلی فردی، نتایج این پژوهش با مقاله آکین و همکاران¹ کاملاً مشابه نیست، زیرا آنها از داده‌های مقطعی به جای داده‌های پانل استفاده کرده‌اند. اما آنان نتایج معنی‌داری برای انواع کارکنان (دولتی و اشتراکی) دریافتند که با نتایج این

مطالعه سازگاری دارد. در مقایسه با مطالعه هو و همکاران¹ (1999) که تقریباً شامل برآوردگرهای کمی است (وضعیت درآمدی و سلامت در این مدل لحاظ نشده است)، جنسیت و سن به لحاظ آماری معنی دار هستند، که در مطالعه حاضر این گونه نیست. در عوض، در این مقاله وضعیت تأهل، آموزش و درآمد خانوار معنی دار است. با استفاده از آزمون هاسمن²، مدل اثرات تصادفی رد و مدل اثرات ثابت پذیرفته می شود. بنابراین نتایج و مباحثات بخش های بعد بر مبنای اثرات ثابت خطی صورت می گیرد.

6-1. اصلاحات و تأثیرات سیاستی آن

بر مبنای نتایج حاصل از مدل اثرات ثابت خطی (ستون 2 از جدول 5)، سیاست درهای باز بر پوشش بیمه سلامت تأثیر منفی دارد. به طور خاص، پوشش بیمه سلامت در مناطق شهری به دلیل شروع (درجه باز بودن 1) و توسعه (درجه باز بودن 2) سیاست درهای باز، به ترتیب 3.3% و 17.4% کاهش یافته است. سیاست درهای باز با دو اثر متقابل همراه بوده است: کاهش در پوشش بیمه شرکت های دولتی و افزایش در ارائه خدمات بیمه خصوصی. با وجود این، از آنجایی که در طول دهه 1990 در چین بیمه سلامت خصوصی زیاد خریداری نمی شد، تأثیر منفی سیاست درهای باز بر تأثیر مثبت آن غالب است. اصلاحات در بنگاه های اشتراکی (باتوجه به ضریب شاخص مربوطه) با کاهش 8 درصدی در پوشش بیمه سلامت همراه بوده است. بازگشت به سیستم قراردادی، شرکت های خصوصی و رشد آرام بنگاه های اشتراکی و به ویژه بنگاه های اشتراکی روستایی، از کلیدی ترین عوامل تأثیرگذار بر ارائه خدمات بیمه سلامت بودند. کاهش رشد بنگاه های اشتراکی روستایی عمدتاً به دلیل رکود کلی اقتصادی، نارسایی واسطه های مالی و مهاجرت نیروی کار ماهر است.

نشانه های منفی اجزای متقابل، بیانگر این نکته است که شواهد قوی وجود دارد که نشان می دهد شکاف ها بین کارگران شرکت های دولتی و غیردولتی، اشتراکی و غیراشتراکی، شهری و روستایی به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. به طور خاص، از زمانی که چین شروع به باز کردن فضای اقتصادی خود کرد، شکاف میان کارکنان شرکت های دولتی و غیردولتی 8/6% کاهش یافت؛ شکاف بین کارکنان بنگاه های اشتراکی و غیراشتراکی کاهشی حدود 15/7% داشت؛ و همچنین شکاف میان کارکنان شهری و روستایی به میزان 5/16% کاهش پیدا کرد. هر چه اقتصاد چین بازتر شد، این شکاف ها هم کم تر شد. کاهش شکاف میان کارکنان در درجه زیادی به دلیل کاهش مزایای رفاهی کارکنان شرکت های دولتی و تجمیعی است، به جای اینکه به دلیل بهتر شدن وضعیت کارگران شرکت های غیر دولتی و غیر تجمیعی باشد. با وجود اینکه بسیاری از مطالعات بیان کرده اند که در طول دهه 1990 نابرابری درآمدی بیشتر شده است³، اما با باز شدن اقتصاد چین، شکاف در مزایای رفاهی کم تر شد.

1. Hu et al., 1999

2. Hausman Test

3. Tyler, 1995; Ying, 1999; Liu et al., 1999

در مدل خطی اثرات ثابت (ستون 5 از جدول 5) و مدل لاجیت اثرات ثابت، از نمونه انتخابی که در آن وضعیت بیمه افراد در طول زمان تغییر کرده است، استفاده می‌شود. علامت ضرایب متغیرها تغییر نمی‌کند و این موضوع نشان‌دهنده معنی‌داری قوی نتایج است. مقیاس ضرایب مدل اثرات ثابت لاجیت با مدل خطی متفاوت است، بنابراین ضرایب به طور مستقیم با یکدیگر قابل مقایسه نیستند. مقادیر معناداری آماری متغیرها در نمونه انتخابی، حدود 2 تا 3 برابر بیشتر است (ستون 5 را با ستون 2 مقایسه کنید). از آنجایی که در نمونه انتخابی افرادی که وضعیت بیمه آنها در طول زمان تغییری نکرده از نمونه حذف شده‌اند، بنابراین تأثیرگذاری بیشتر اثرات سیاستی در این نمونه قابل پیش‌بینی بود.

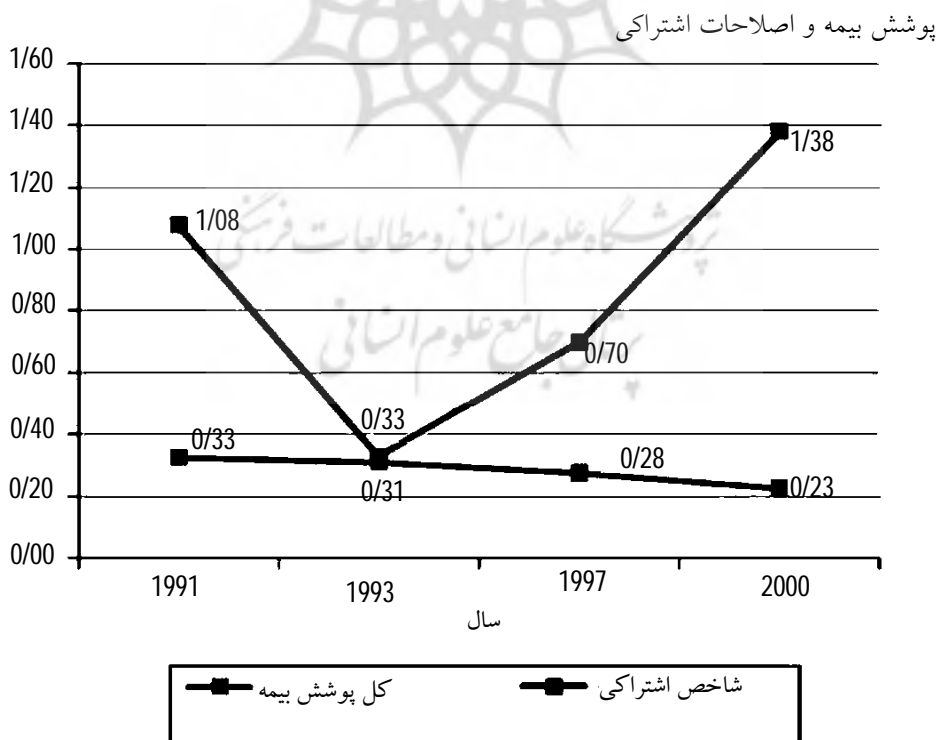
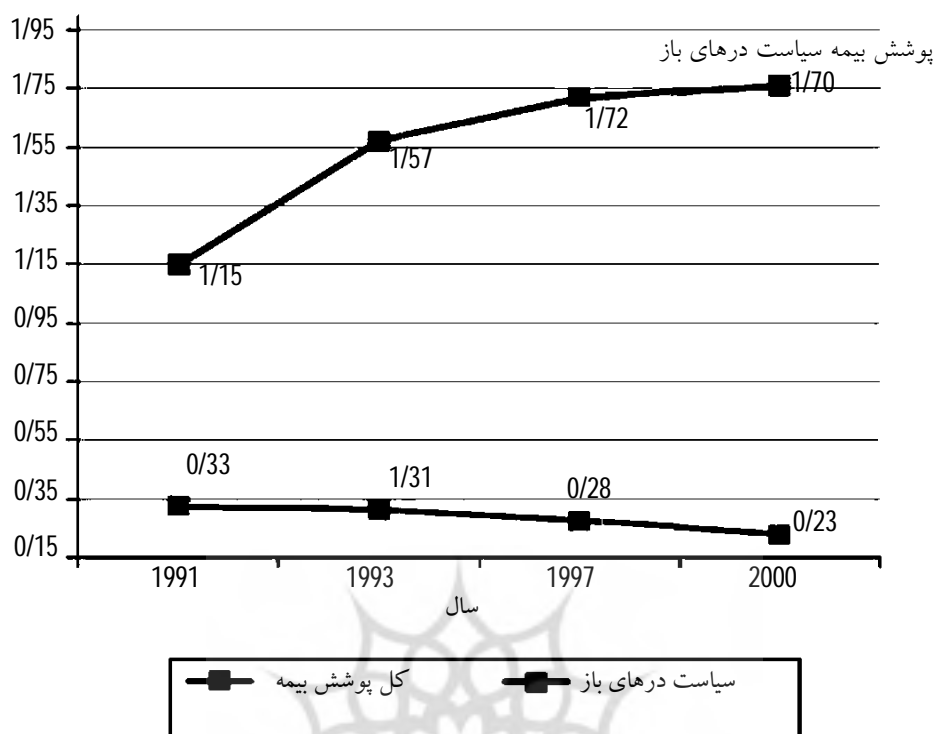
در نمودار 3، ارتباط بین سیاست درهای باز و پوشش بیمه سلامت نشان داده شده است. با گسترش سیاست درهای باز در چین، پوشش بیمه سلامت رفته رفته کاهش می‌یابد. در نمودار 3، شاخص اشتراکی نیز نشان داده شده است. باتوجه به این نمودار، نرخ اشتغال شرکت‌های اشتراکی در هر استان افزایش پیدا کرده، در حالی که پوشش بیمه سلامت در سال‌های 1991 تا 1993 کاهش پیدا کرده است. با وجود این، در سال‌های 1997 تا 2000، کاهش بسیار زیاد در پوشش بیمه سلامت، با کاهش چشم‌گیر در نرخ اشتغال شرکت‌های تجمیعی همراه شد.

7-1. تفاوت‌های شهری و روستایی

تفاوت‌های زیادی بین مناطق شهری و روستایی وجود دارد (جدول 6). اول اینکه تأثیرات متغیرهای سیاستی در مناطق شهری به لحاظ آماری معنی‌دار است ولی در مناطق روستایی، به غیر از حالت اشتراکی در سایر موارد معنادار نیست. سیاست درهای باز عمدتاً بر مناطق شهری و به ویژه شهرهای ساحلی تأثیر می‌گذارد. همچنین تأثیر اصلاحات در بازارهای رقابتی و شرکت‌های دولتی بیشتر در شهرها بروز می‌کند. این در حالی است که اصلاحات مربوط به شرکت‌های تجمیعی عمدتاً در روستاها اثر می‌گذارد.

دوم اینکه، متغیرهای کنترلی، شرکت‌های دولتی، اشتراکی و بیکاران، متغیرهای مهمی برای پوشش بیمه سلامت در شهرها هستند، اما در روستاها خیر. تفاوت عمده میان شهرها و روستاها بدین صورت است: درآمد خانوار و آموزش در مناطق شهری به لحاظ آماری معنی‌دار هستند، در حالی که در روستاها وضعیت تأهل معنی‌دار است. سطح آموزش در شهرها به خوبی پیشرفت کرده است اما در روستاها هنوز تعداد زیادی از افراد کم سواد هستند. به ویژه زنان در روستاها به دلیل سطح سواد پایین و دلایل فرهنگی تمایلی به کار کردن نشان نمی‌دهند؛ در حالی که در شهرها مردان و زنان به لحاظ آموزشی برابرترند و زنان اغلب مشغول به کار هستند. زنان روستایی که سطح سواد بالایی دارند به شهرها مهاجرت می‌کنند، در حالی که زنان کم سواد تمایل دارند ازدواج کنند و در جایی که متولد شده‌اند، باقی بمانند. از این رو، ازدواج کردن در منظر زنان روستایی برای تحت پوشش قرار گرفتن بیمه سلامت بسیار مهم است.

نمودار 3. اصلاحات و پوشش بیمه



جدول 6. نتایج مدل اثرات ثابت برای مناطق شهری و روستایی

Dependent variable(insurance)	Urban	Rural
Open degree 1	0.0840 (1.85)	-0.0335 (-0.50)
Open degree 2	-0.0464 (-0.85)	-0.0758 (-1.22)
Collective 1	-0.0352 (-1.59)	-0.0435 (-0.77)
Collective 2	-0.0252 (-0.62)	-0.109 (-1.48)
SOE	0.267*** (4.90)	0.115 (1.41)
Collective	0.321*** (4.98)	0.0646* (1.91)
Other units	-0.0786* (-2.13)	-0.0253 (-1.14)
Unemployed	0.115*** (-4.33)	-0.00460 (-0.40)
SOE*Open Degree 1	-0.135*** (-3.62)	-0.0736 (-0.83)
SOE*Open Degree 2	-0.0369 (-0.64)	-0.0370 (-0.31)
Collective*Open Degree 1	-0.229*** (-3.39)	-0.0610* (-2.09)
Collective*Open Degree 2	-0.192** (-3.06)	0.0945 (1.41)
Age	-0.0203 (-0.80)	0.0185 (0.76)
Age square	4.51e-05 (0.51)	-4.21e-05 (-0.83)
Number of HH rosters contributed to income	-0.00255 (-0.35)	0.000708 (0.17)
Education	0.0256** (3.33)	0.00406 (1.64)
Household income(adjusted)	0.0250** (2.72)	0.0105 (1.70)
Temporary health(bad = 1)	0.0189 (0.81)	0.00603 (0.73)
Marital Status(married = 1)	0.00136 (0.04)	0.0439*** (3.70)
Observations	11,012	15,549
Number of id	5404	7685
R-squared	0.12	0.05

8-1. نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد که اصلاحات اقتصادی در چین و در طول دهه 1990 بر پوشش بیمه سلامت تأثیری منفی و به لحاظ آماری معنی دار، داشته است. به ویژه اینکه، افراد ساکن در مناطق شهری که بیشتر تحت تأثیر سیاست درهای باز قرار گرفته بودند، یک کاهش 17 درصدی در پوشش بیمه سلامت را تجربه کردند. همچنین اصلاحات و به تبع آن بیکاری کارکنان بنگاه‌های اشتراکی، با یک کاهش 8 درصدی در پوشش بیمه سلامت همراه بود.

علاوه بر این، در طول دهه 1990 شکاف در پوشش بیمه بین کارکنان شرکت‌های دولتی و غیر دولتی، اشتراکی و غیر اشتراکی و شهری و روستایی کم‌تر شده است. این موضوع به دلیل کاهش گسترده در مزایای رفاهی شرکت‌های دولتی و اشتراکی بوده است. به علاوه، تأثیرات سیاستی در مناطق شهری بیشتر از مناطق روستایی بوده است. تأثیر ویژگی‌های اقتصادی - اجتماعی در بین شهرها و روستاها به صورت نامتقارن و نامتناسب بوده است. به عنوان مثال، سطح درآمد خانوار و

آموزش از عوامل مهم در مناطق شهری است. این در حالی است که در مناطق روستایی ازدواج کردن مهم‌ترین فاکتور در نظر گرفته می‌شود.

نتیجه این پژوهش به این سؤال پاسخ می‌دهد که «سوسیالیسم با مشخصات چینی» از نظر مزایای رفاهی به چه مفهومی است. هرچه شرکت‌های دولتی و اشتراکی در چین بیشتر با بازارهای رقابت مواجه شوند، این شرکت‌ها چاره‌ای جز اخراج کارگران خود را ندارند و بنابراین مزایای رفاهی، کاهش بیشتری پیدا می‌کند. به واسطه بخشی از «ویژگی‌های چینی‌ها» و «سوسیالیسم»، این شرکت‌ها ارائه مزایای رفاهی به کارگران اخراج‌شده و بازنشستگان را ادامه می‌دهند و به صورت موقتی از این افراد و خانواده‌هایشان محافظت می‌کنند. با وجود این، کاهش مداوم پوشش بیمه و ارتباط آن با سیاست درهای باز، شواهد قوی است مبنی بر اینکه تنها شرکت‌های دولتی که می‌توانند در بازار رقابت کنند، قادرند ارائه خدمات رفاهی را ادامه دهند.

یکی از تأکیدات مهم سوسیالیسم، برابری و ایجاد «جامعه‌ای کاملاً مرفه» است. در این پژوهش با مقایسه کارگران در بخش‌ها و مناطق مختلف، شواهدی یافتیم که شکاف میان کارکنان بنگاه‌های دولتی و غیردولتی، اشتراکی و غیراشتراکی، و شهری و روستایی به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. همان گونه که تاریخ اثبات کرده است، باز بودن اقتصاد، نوآوری را افزایش می‌دهد و این امر منجر به بهبود بهره‌وری می‌شود. بدون شک کارگران شاغل در بخش‌های خصوصی از مزایای ناشی از باز بودن اقتصاد شامل بهره‌وری، دستمزد و مزایای رفاهی، بیشتر منتفع می‌شوند.

هرچه انواع بیمه‌های خصوصی در چین بیشتر ارائه شود، کارگران حق انتخاب بیشتری برای استفاده از بیمه دارند. در پژوهش‌های آتی، ارتباط بین بیمه خصوصی و بیمه عمومی و چگونگی تغییرات بیمه در طول زمان می‌تواند بررسی شود. اکنون پژوهش‌هایی مورد نیاز است که بتوانند در زمینه رشد متوازن با در نظر گرفتن تأمین مواد و مزایای رفاهی تحقیق کنند.

1. Akin, S. J., Dow, H. W., and Lance, M. P., 2004. Did the distribution of health insurance in China continue to grow less equitable in the nineties? Results from a longitude survey. *Social Science & Medicine*, 58, pp. 293–304.
2. Bloom, G., and Jing, F., 2003. *China's Rural health system in a changing institutional context*. Institute of Development Studies. Working Paper 194.
3. Borjas, G., 2003. Welfare reform, labor supply, and health insurance in the immigrant population. *Journal of Health Economics*, 22(6), pp. 933–58.
4. Cameron, A.C., and Trivedi, K.P., 2005. *Microeconometrics: Methods and applications*. NY: Cambridge University Press.
5. Chen, A., 2005. Assessing China's economic performance since 1978: material attainments and beyond. *The Journal of Socio-Economics*, 34, pp. 449–527.
6. Giles, J., Park, A., and Fang, C., 2003. *How has economic restructuring affected China's urban workers?*. William Davidson Institute. Working Paper 628.
7. Grogan, C.M., 1995. Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China. *Social Science & Medicine*, 41(8), pp.1073–84.
8. Ho, L.S., 1995. Market reforms and China's health care system. *Social Science & Medicine*, 41(8), pp. 1065–72.
9. Hsiao, W., 1995. The Chinese health care system: Lessons for other nations. *Social Science & Medicine*, 41(8), pp. 1047–55.
10. Hu, T., Ong, M., Lin, Z., and Li, E., 1999. The effects of economic reform on health insurance and the financial burden for urban workers in China. *Health Economics*, 8, pp. 309–21.
11. Kaestner, R., and Neeraj, K., 2003. Welfare reform and health insurance coverage of low income families. *Journal of Health Economics*, 22(6), pp. 959–81.
12. Lardy, N., 1995. *The role of foreign trade and investment in China's economic transformation*. The China Quarterly 1065–1082, Special Issue: China's Transitional Economy.
13. Li, W., 1997. The impact of economic reform on the performance of Chinese state enterprises 1980–1989. *Journal of Political Economy*, 105 (5), pp. 1080–106.
14. Lin, Y., 1992. Rural reforms and agricultural growth in China. *The American Economic Review*, 82 (1), pp. 34–51.
15. Lin, Y., and Liu, Z., 1995. Fiscal decentralization and economic growth in China. *Economic Development and Cultural Change*, 49, pp. 1–21.

16. Liu, G., Wu, X., Peng, C., and Fu, A., 2003. Urbanization and health care in rural China. *Contemporary Economic Policy*, 21(1), pp. 11–24.
17. Liu, Y., Hsiao, W., and Eggleston, K., 1999. Equity in health and health care: The Chinese experience. *Social Science & Medicine*, 49, pp. 1349–56.
18. MOFTEC, 2001. (Ministry of Foreign Trade and Economic Cooperation 2001). *Statistics on FDI in China*, p. 6.
19. Naughton, B., 1995. *Growing out of the plan: Chinese economic reform, 1978–1993*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
20. Smith, C. J., 1998. Modernization and health care in contemporary China. *Health and Place*, 4 (2), pp. 125–39.
21. Tyler, P.E., 1995. Deng's economic drive leaves vast regions of China behind. *New York Times*, 27 December, A1.
22. Woo, W.T., 1998. *Chinese economic growth: Sources and prospects*. In Michel Fouquin, & Francoise Lemoine (Eds.), *The Chinese economy*. London: Economica.
23. Woo, W. T., 2005. *China's rural enterprises in crisis: The role of inadequate financial intermediation*. In Yasheng Huang, Anthony Saich, & Edward Steinfeld (Eds.), *Financial sector reform in China*. Harvard University Press.
24. Woo, W.T., Sachs, J. D., Demurger, S., Bao, and Chang, G., 2002. *Geography, economic policy, and regional development in China*. Asian Economic Paper, 1, p. 1.
25. Wooldridge, J.M., 2002. *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge: MIT Press.
26. Yang, P., Lin, V., and Lawson, J., 1991. Health policy reform in the People's Republic of China. *International Journal of Health Services*, 21, pp 481–91.
27. Ying, L.G. 1999. China's changing regional disparities during the reform period. *Economic Geography*, 75(1), pp. 59–70.

فصل دوم

اصلاحات بیمه سلامت و رشد

اقتصادی: تحلیل شبیه‌سازی

در ژاپن*

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منبع:

* Ihori, T., Kato, R.R., Kawade, M. and Bessho, S., 2011. Health insurance reform and economic growth: Simulation analysis in Japan. *Japan and the world Economy*, 23, pp. 227-39.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

چکیده

در این پژوهش به بررسی اصلاحات مؤثر در بیمه سلامت عمومی ژاپن که در سال 2006 آغاز شده است، پرداخته می‌شود. به منظور بررسی عددی اصلاحات برای جمعیت سالمند ژاپن در بستر پویای نسل‌های مختلف، از یک چهارچوب تعادل عمومی قابل تخمین استفاده می‌شود. نتایج شبیه‌سازی ما بدین شرح است: اول، افزایش در نرخ پرداخت مشترک (که ویژگی برجسته اصلاحات سال 2006 است)، رشد اقتصادی و رفاه را از طریق تشویق در پس‌انداز خصوصی بهبود می‌بخشد. دوم، رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته، هر چند به تبع افزایش در نرخ‌های پرداخت مشترک، رشد اقتصادی را کاهش می‌دهد. سوم، روند رو به رشد مزایای مربوط به بیمه سلامت عمومی، عمدتاً به وسیله جمعیت سالمند ژاپن توضیح داده می‌شود. همچنین افزایش نرخ پرداخت مشترک، پرداخت‌های آتی مربوط به مزایای بیمه سلامت عمومی را به میزان اندکی کاهش می‌دهد. چهارم، تأثیر کاهش هزینه‌های پزشکی به واسطه افزایش کارایی در بیمه سلامت عمومی بر هزینه‌های اقتصادی آتی، با تأکید بر مراقبت‌های پزشکی پیش‌گیرانه یا پیشرفت تکنولوژیکی در حوزه پزشکی، بسیار کم است و در نهایت، سیاست نگاه داشتن بیمه سلامت عمومی در یک درصد ثابت نسبت به تولید ناخالص داخلی، مستلزم کاهش مزایای بیمه سلامت عمومی (شاید بیشتر از 45% در سال 2050) خواهد بود. چنین سیاستی تقریباً تا سال 2035 باعث کاهش رشد اقتصادی می‌شود. شبیه‌سازی ما نشان می‌دهد که اصلاحات تأثیر معناداری بر مزایای ناشی از بیمه سلامت ندارد؛ اما می‌تواند رشد اقتصادی و رفاه را از طریق تشویق پس‌انداز خصوصی افزایش دهد.

واژگان کلیدی: بیمه سلامت عمومی، ژاپن، مخارج پزشکی ملی، رشد اقتصادی، جمعیت سالمند،

مدل CGE پویا

مقدمه

ژاپن از زمانی که سیستم بیمه فعلی در آن راهاندازی شد، دستخوش یکی از بنیادی‌ترین اصلاحات بیمه سلامت عمومی شده است. با آغاز سال 2006، به دلیل اینکه برنامه‌های مربوط به بیمه سلامت عمومی ژاپن نسبت به سن جمعیت آن نامناسب بودند، به تدریج اصلاحاتی در این زمینه اجرا شد. از آنجایی که مخارج پزشکی افراد 65 سال و بالاتر، بیشتر از نصف مخارج پزشکی کل ژاپن است¹، هدف از برنامه اصلاحات، کاهش مخارج پزشکی توسط سالمندان است. این پژوهش از طریق سناریوهای شبیه‌سازی مربوط به جمعیت سالخورده در بستر پویای نسل‌های مختلف و در چهارچوب یک مدل تعادل عمومی، به بررسی تأثیر اصلاحات سال 2006 بر رشد اقتصادی ژاپن می‌پردازد.

نسبت جاری مخارج پزشکی ملی به تولید ناخالص داخلی در ژاپن بیشتر از 8% است؛ و سریع‌تر از اقتصاد در حال رشد است. تأثیر آنها بر تولید ناخالص داخلی دیگر قابل چشم‌پوشی نیست. همچنین روند آنها این مفهوم را می‌رساند که اثرات آنها بر رشد اقتصادی در آینده می‌تواند افزایش پیدا کند. بررسی تفصیلی عددی مربوط به تأثیر اصلاحات بر رشد اقتصادی موجه است.

یکی دیگر از عوامل ایجادکننده اصلاحات، این چشم‌انداز است که اگر برنامه جاری حفظ شود، نسل‌های آینده حق‌بیمه بیشتری برای بیمه سلامت عمومی خواهند پرداخت. این پژوهش از نقطه‌نظر بررسی عددی و ارزیابی اثرات بین نسلی اصلاحات از طریق مدل نسل‌های متداخل چند دوره‌ای، که توسط آوریباخ و کوتلیکوف² در چهارچوب تعادل عمومی طراحی شده است، نسبت به پژوهش‌های پیشین متفاوت است.

به صورت تجربی مشاهده شده است که تغییرات در پرداخت‌های مشترک (یکی از ویژگی‌های برجسته اصلاحات سال 2006)، اثر اندکی بر رفتار فردی دارد.³ همچنین پژوهش‌های تجربی نیز با استفاده از داده‌های خرد، شواهد کمی از مخاطرات اخلاقی تحقق‌یافته در رفتار فردی پیدا کردند. با این حال، این پژوهش به بررسی پیامدهای رفتاری تغییر در نرخ پرداخت مشترک در چهارچوب تعادل جزئی می‌پردازد و اثرات آن را بر اقتصاد کلان و رفاه نسل‌های مختلف ارزیابی می‌کند.

اصلاحات از طریق افزایش کارایی در ارائه خدمات پزشکی و تقویت مراقبت‌های پیش‌گیرانه، به دنبال کاهش مخارج پزشکی ملی است. با وجود این، همان‌گونه که هیروی⁴ (1994) در پژوهشش اشاره کرده است، پیشرفت‌های تکنولوژیکی ممکن است باعث افزایش در مخارج پزشکی ملی شود.

1. حدود 30 درصد از مخارج پزشکی ملی کل برای گروه سنی بالای 75 سال در سال 2006 هزینه شده است.

2. Auerbach and Kotlikoff, 1983

3. به لی و بشو (2006) مراجعه کنید، زیرا آنان مطالعات تجربی که از داده‌های خرد استفاده کرده‌اند را مورد بررسی قرار داده‌اند.

4. Hiroi, 1994

بنابراین این پژوهش، اثرات افزایش و کاهش در مخارج پزشکی ملی ناشی از اصلاحات را شبیه‌سازی می‌کند.

نتایج شبیه‌سازی حاکی از این است که اصلاحات تأثیر آنچنانی بر کاهش مخارج پزشکی ملی در آینده ندارد. از سوی دیگر افزایش در نرخ پرداخت مشترک، رشد اقتصادی و رفاه را از طریق تشویق پس‌انداز خصوصی بهبود خواهد بخشید. هرچند که میزان این اثر بر رشد اقتصادی آنچنان معنادار نیست. همچنین تأثیر کاهش هزینه‌های پزشکی بر هزینه‌های آتی اقتصادی، که از طریق افزایش کارایی در بیمه سلامت عمومی یا پیشرفت‌های تکنولوژیکی در حوزه‌های پزشکی صورت می‌پذیرد، بسیار اندک است. این نتایج نشان می‌دهد که روند رو به رشد مزایای بیمه سلامت عمومی در ژاپن، عمدتاً به وسیله جمعیت سالخورده آن شرح داده می‌شود.

1-2. سیستم مراقبت‌های سلامت ژاپن

طرف تقاضای مربوط به سیستم مراقبت‌های سلامت در ژاپن، از طریق تضمین دسترسی رایگان به خدمات در هر مؤسسه پزشکی و همچنین پوشش اجباری تمام گروه‌های سنی و درآمدی، مشخص شده است.¹

دسترسی رایگان بدین معنی است که مردم در هر مؤسسه پزشکی بدون نیاز به مراجعه به آن مؤسسه می‌توانند مشاوره دریافت کنند و برای معالجه اقدام کنند. همچنین بیماران می‌توانند تصمیم بگیرند که کی و کجا به خدمات پزشکی دسترسی پیدا کنند.

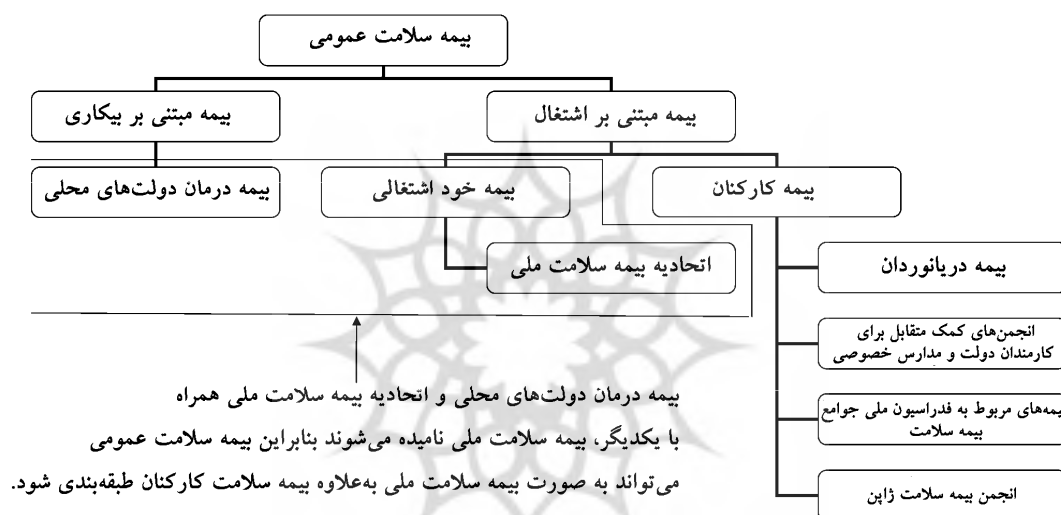
پوشش همگانی و اجباری به این معنی است که هر کس باید در یک شرکت بیمه شامل بیمه سلامت عمومی²، بر مبنای شغل خود بیمه شده باشد. بیمه سلامت عمومی در ژاپن می‌تواند بر اساس نوع اشتغال، بیمه سلامت مبتنی بر اشتغال و انواع دیگر بیمه طبقه‌بندی شود. این پوشش‌ها بیمه‌گران مختلفی را شامل می‌شود، مطابق آن چه در نمودار 1 نشان داده شده است بیمه سلامت عمومی ژاپن می‌تواند بر اساس نوع اشتغال، بیمه سلامت مبتنی بر اشتغال و دیگر انواع بیمه طبقه‌بندی شود. افرادی که تحت پوشش بیمه‌نامه مبتنی بر اشتغال نیستند، از طریق بیمه سلامت ملی دولتی³ بیمه می‌شوند. برخی افراد خوداشتغال نیز از طریق شبکه‌هایی که به افراد در مشاغل مشابه خدمت‌رسانی می‌کنند، از

1. یک بیمه سلامت عمومی جداگانه برای مراقبت‌های بلند مدت وجود دارد. از آنجایی که افراد 40 ساله و بالاتر نیز باید در بیمه بهداشت بلند مدت مشارکت داشته باشند، بیمه سلامت عمومی ژاپن می‌تواند به عنوان اجباری و جامع بودن تفسیر شود. افراد 65 ساله و بالاتر گروه اول بیمه‌شده می‌باشند و مستحق مراقبت‌های بلند مدت از طریق بیمه سلامت بلند مدت عمومی هستند. افراد 40 تا 64 ساله در گروه دوم جای می‌گیرند. آنان معمولاً فاقد شرایط دریافت مراقبت‌های عمومی بلند مدت هستند، اما باید در سیستم مشارکت داشته باشند.

2. تمام افراد تحت تکفل و همچنین افراد بازنشسته نیز تحت پوشش بیمه قرار دارند.

قبیل پزشکان و آرایشگران، دارای بیمه سلامت عمومی شخصی می‌شوند. چنین بیمه‌هایی جزء اتحادیه‌های بیمه سلامت ملی¹ محسوب می‌شوند. افراد خوداشتغالی که توسط ارائه‌کنندگان وابسته به اتحادیه‌های بیمه سلامت ملی بیمه نشده‌اند، از طریق بیمه سلامت ملی دولتی بیمه می‌شوند. به هر دو نوع بیمه سلامت ملی دولتی و اتحادیه‌های بیمه سلامت ملی، بیمه سلامت ملی² اطلاق می‌گردد. بیمه سلامت کارگران شامل چهار نوع است: بیمه دریانوردان، انجمن‌های کمک متقابل؛ بیمه توسط فدراسیون ملی جوامع بیمه ملی؛ و بیمه توسط انجمن بیمه سلامت ژاپن. جدول (1) چندین شرکت بیمه متشکل از سیستم بیمه سلامت عمومی را نشان می‌دهد.

نمودار 1. ساختار بیمه سلامت عمومی ژاپن



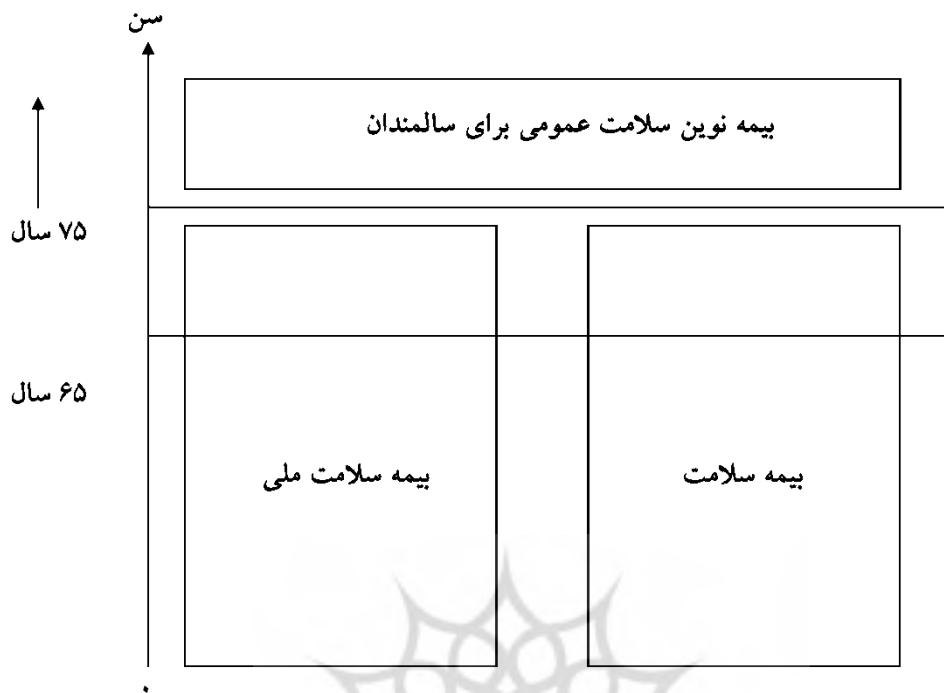
جدول 1. بیمه بهداشت عمومی برای کارکنان

بیمه‌گران	نوع	
دولت‌های محلی	بیمه بهداشت ملی دولت محلی	بیمه درمان ملی
هر واحدی از بیمه‌های بهداشت ملی	واحد (اتحادیه) بیمه بهداشت ملی	
دولت مرکزی	بیمه دریانوردان	بیمه بهداشت کارکنان
انجمن‌های کمک متقابل	بیمه از طریق انجمن‌های کمک متقابل	
هر عضوی از فدراسیون ملی جوامع بیمه بهداشت	بیمه از طریق هر عضوی از فدراسیون ملی جوامع بیمه بهداشت	
انجمن بیمه بهداشت ژاپن	بیمه از طریق انجمن بیمه بهداشت ژاپن	

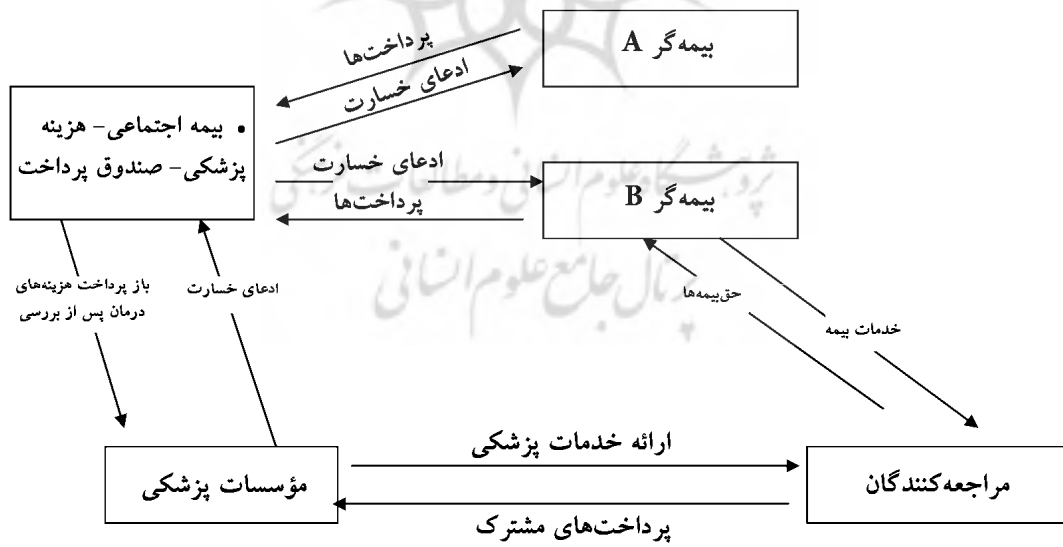
1. Kokumin Kenko Hoken Kumiai

2. Kokuho

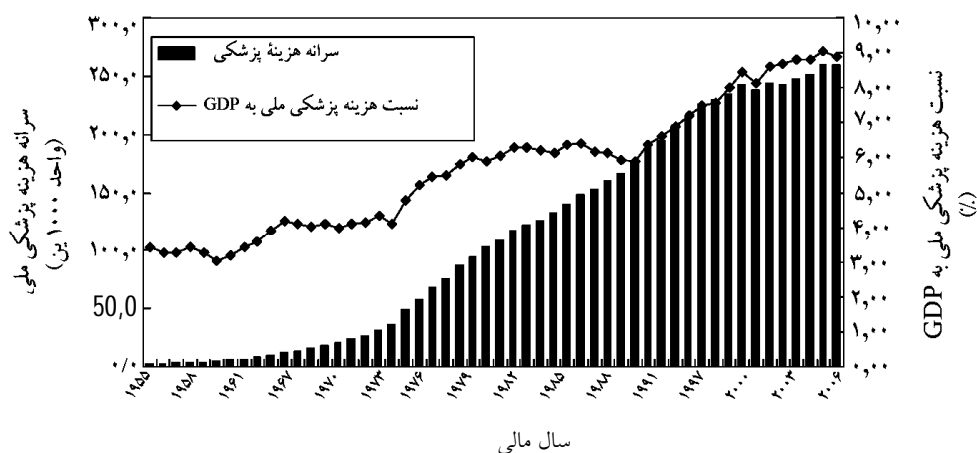
نمودار 2. بیمه نوین سلامت عمومی برای سالمندان



نمودار 3. روند پرداخت



نمودار 4. مخارج پزشکی ملی و تولید ناخالص داخلی ژاپن



تقریباً تمامی خدمات پزشکی توسط بیمه سلامت عمومی پوشش داده می‌شود. همچنین هزینه‌های خدمات پزشکی¹ شامل داروهای که در مؤسسات پزشکی تجویز می‌شود، از طریق حق بیمه پرداخت شده برای بیمه سلامت عمومی، کمک‌های دولتی (مالیات‌ها) و پرداخت‌های مشترک تأمین مالی می‌شوند. نرخ پرداخت مشترک به سن بستگی دارد و به تفاوت میان شرکت‌های بیمه وابسته نیست.² تمام افراد بیمه شده هنگامی که نیازمند معالجه هستند، می‌توانند با پرداخت مبلغ پرداخت مشترک در هر مؤسسه پزشکی، تقریباً از تمامی خدمات پزشکی استفاده کنند.

دولت در سال 2008 سیستم جدیدی را برای رسیدگی به توزیع نابرابر هزینه‌های مالی، در میان افراد مختلف دارنده بیمه سلامت عمومی معرفی کرد. نمودار 2 بیمه جدید سلامت عمومی برای سالمندان را نشان می‌دهد. به طور کلی، کارگران با پرداخت حق بیمه در طول دوره شغلی خود، بیمه شخصی خود را خریداری می‌کنند³ و پس از بازنشستگی، آنان تحت پوشش بیمه خدمات سلامت ملی قرار می‌گیرند. معمولاً مردم متناسب با افزایش سنشان نیازمند خدمات پزشکی بیشتری هستند. این موضوع بیانگر این نکته است که بیمه خدمات سلامت ملی باید افرادی که هزینه بیشتری به بیمه تحمیل می‌کنند، و همچنین در طول دوره زندگی خود مشارکتی در پرداخت حق بیمه نداشته‌اند، تحت

1. به عنوان مثال، زایمان طبیعی و جراحی زیبایی تحت پوشش بیمه قرار نمی‌گیرد. بسیاری از خدمات گران قیمت پزشکی نیز خارج از پوشش بیمه هستند.

2. پرداخت‌های مشترک جاری بین 20 تا 30 درصد هستند. این نرخ به بیمه‌گران مختلف بستگی دارد، هرچند که این نرخ توسط قانون تنظیم شده است.

3. همان‌گونه که توضیح داده شد، حق بیمه‌های بیمه سلامت عمومی به عنوان مشارکت کوتاه مدت در برنامه بیمه اجتماعی و حق بازنشستگی عمومی، معمولاً به صورت ماهانه پرداخت می‌شود. بیمه اجتماعی قوانین زیادی را در بر دارد؛ بیمه سلامت عمومی و حقوق بازنشستگی عمومی به عنوان طرح‌های اولیه بیمه اجتماعی ژاپن محسوب می‌شوند.

پوشش قرار دهد. از این رو دولت افراد 65 سال و بالاتر را به دو گروه تقسیم کرده است. بخش اول شامل افراد 65 تا 74 سال است. افراد در این گروه پس از بازنشستگی بیمه قبلی خود را حفظ می‌کنند. اما توزیع تورش‌دار هزینه‌های مالی در میان مؤسسات مختلف بیمه‌کننده، براساس نسبت تعداد افراد سالخورده به کل افراد بیمه‌شده توسط بیمه‌گر، تعدیل می‌شود. افراد دارای 75 سال و بالاتر در یک بیمه سلامت عمومی جدید¹ جای می‌گیرند. این مورد در بخش‌های آتی توضیح داده می‌شود. قسمت عرضه مربوط به مراقبت‌های سلامت ژاپن، می‌تواند به عنوان خدمات برای دستمزد توضیح داده شود.² سیستم دستمزد پزشکی در ژاپن، بر مبنای امتیازات اختصاص‌یافته توسط دولت برای تمامی معالجات، روش‌های کار و داروهای تحت پوشش بیمه سلامت عمومی می‌باشد. پرداخت وجه برای خدمات پوشش داده‌شده توسط مؤسسات پزشکی، براساس این امتیازات صورت می‌پذیرد. این امتیازات همچنین شامل درآمد پزشکان برای ارائه خدمات پزشکی است.³ از آنجایی که تقریباً تمامی خدمات پزشکی تحت پوشش بیمه سلامت عمومی است، ضرورتاً دولت قیمت خدمات پزشکی از جمله دستمزد پرداختی به پزشکان را تعیین می‌کند. با این وجود برخی از خدمات مانند چک‌آپ‌های سالانه، در بازارهای خصوصی با قیمتی متفاوت از قیمت تنظیم شده ارائه می‌شوند. این مطلب نشان می‌دهد که هرگاه قیمت‌های عمده‌فروشی کمتر از قیمت‌های تنظیم‌شده باشند، انگیزه‌های مالی در میان پزشکان و بیمارستان‌ها برای سودآوری بیشتر وجود خواهد داشت.

نمودار 1، روند پرداخت را نشان می‌دهد. در عمل بیمارستان‌ها یا پزشکان به خسارت‌ها به صورت مستقیم رسیدگی نمی‌کنند. آنان ابتدا به این خسارت‌ها با صندوق محلی بر اساس امتیازات اختصاص داده‌شده به ارائه‌کنندگان خدمات، رسیدگی می‌کنند. این صندوق محلی به بررسی خسارت‌های آنان می‌پردازد و مبلغ هر بیمه‌گر را گزارش می‌کند.⁴ بیمه‌گران، مبلغ مذکور را به صندوق محلی پرداخت می‌کنند و سپس این مبلغ به بیمارستان‌ها یا پزشکان پرداخت می‌شود. این موضوع نشان می‌دهد که شرکت‌های بیمه هیچ حقی برای بررسی خدمات پزشکی ارائه‌شده از سوی بیمارستان‌ها یا پزشکان ندارند. توکیتا⁵ بیان کرد که قدرت ضعیف بیمه‌گران برای بررسی خدمات پزشکی، باعث شده است که مخارج ملی پزشکی افزایش یابد.

1. Choju Iryo Seido

2. بیمارستان‌های متعددی به طرح بازپرداخت آینده‌نگر با ترکیب روش تشخیص پیوسته‌اند (نسخه ژاپنی از گروه‌بندی مربوط به تشخیص). با وجود این، بسیاری از خدمات پزشکی هنوز مبتنی بر طرح حق‌الزحمه در برابر خدمت هستند.

3. بیمارستان‌های متعددی به طرح بازپرداخت آینده‌نگر با ترکیب روش تشخیص پیوسته‌اند (نسخه ژاپنی از گروه‌بندی مربوط به تشخیص). با وجود این، بسیاری از خدمات پزشکی هنوز مبتنی بر طرح حق‌الزحمه در برابر خدمت هستند.

4. بر اساس نتایج مطالعه هایاشی (1995)، انگیزه میراث در اینجا در نظر گرفته نمی‌شود. انگیزه میراث استراتژیک نیز در نظر گرفته نمی‌شود. از آنجایی که هیچ عدم‌اطمینانی در مورد درآمد دستمزد وجود ندارد، انگیزه پس‌انداز احتیاطی برای نوسان دستمزد غیر مطمئن در نظر گرفته نمی‌شود. این موضوع در مطالعه هوریکا و واتانابه (1997) بحث شده است.

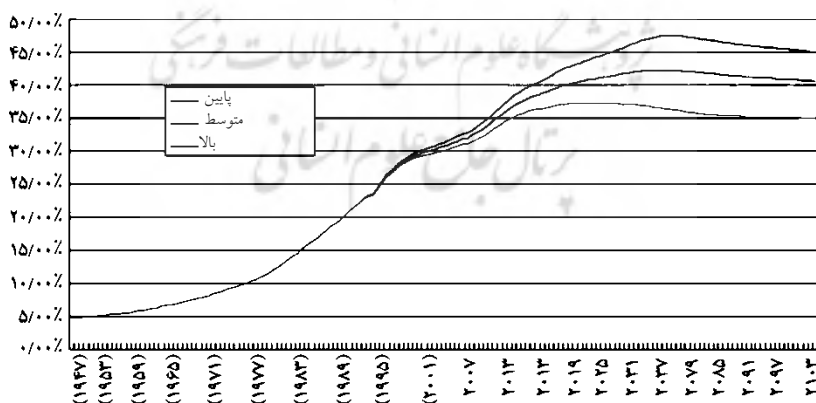
5. Tokita, 2002

تفاوت در ساختار اشتغال پزشکان نیز مشخص‌کننده طرف عرضه مربوط به سیستم مراقبت‌های سلامت در ژاپن است. پزشکان یا خوداشتغال هستند یا اینکه در بیمارستان مشغول به کار می‌باشند و سیستم دستمزد پزشکی در ژاپن به صورت یکسان به آنها توجه می‌کند؛ هرچند که منبع درآمدی آنها یکسان نیست. پزشکان شاغل در بیمارستان معمولاً دستمزد ثابتی دریافت می‌کنند، درحالی‌که درآمد پزشکان خوداشتغال به انتخاب ساعات کاری، معالجات و روش کارشان بستگی دارد. گرچه بیماران بیمه‌شده می‌توانند به هر مؤسسه پزشکی مراجعه کنند، ولی آنها معمولاً به پزشکان خوداشتغال برای مراقبت‌های اولیه مراجعه می‌کنند.

2-2. اصلاحات

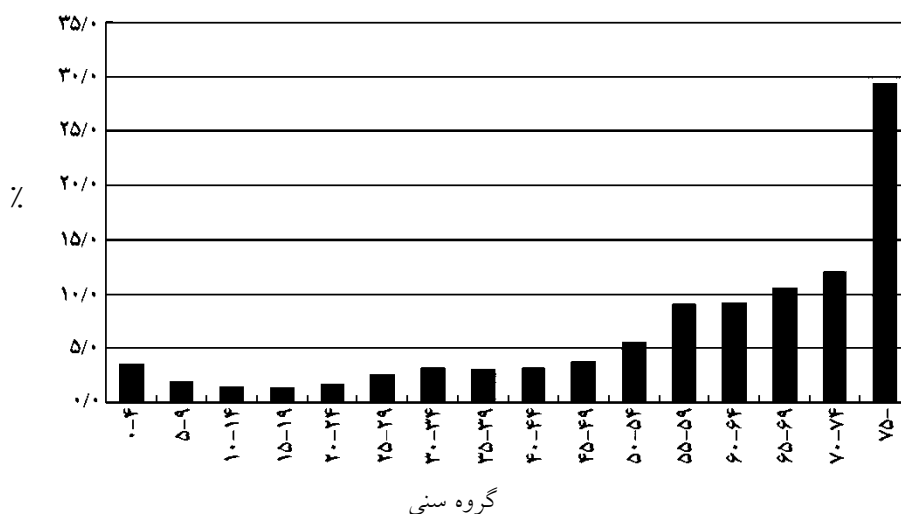
از مهم‌ترین اهداف اصلاحات، کاهش مخارج پزشکی ملی است. همان‌طور که در نمودار 1 نشان داده شده است، مخارج ملی پزشکی سرانه و نسبت مخارج پزشکی به تولید ناخالص داخلی افزایش یافته است. یکی از انگیزه‌های مهم برای اصلاحات، جمعیت به سرعت در حال پیرشدن ژاپن است. این مطلب در نمودار 5 نشان داده شده است. در نمودار 6 مخارج پزشکی ملی در سال 2006 بر اساس گروه سنی طبقه‌بندی شده است. در سال 2006 مخارج افراد دارای 65 سال و بالاتر، 51/6% کل مخارج پزشکی ملی را به خود اختصاص داده است. این نرخ برای بیماران 75 سال و بالاتر 21/9% بوده است. هر دو نمودار افزایش قابل توجه در مخارج پزشکی ملی را با توجه به بالا رفتن سن پیش‌بینی می‌کنند.

نمودار 5. نرخ پیری



توجه: تا سال 2005 از داده‌های واقعی استفاده شده است. از سال 2006 به بعد، از داده‌های پیش‌بینی شده توسط مؤسسه ملی جمعیت استفاده شده است.

نمودار 6. تفاوت هزینه‌های پزشکی برای گروه‌های سنی مختلف در سال 2006



اصلاحات ویژه شامل موارد زیر است: تأکید بر مراقبت‌های پزشکی پیش‌گیرانه؛ افزایش کارایی در ارائه خدمات سلامت؛ سازمان‌دهی یک بیمه سلامت عمومی جدید برای افراد سالخورده؛ افزایش نرخ پرداخت مشترک برای افراد سالخورده؛ یکپارچه ساختن چند شرکت بیمه سلامت عمومی؛ تغییر سیستم هزینه پزشکی. هر کدام از این موارد به شرح زیر توضیح داده می‌شود.

2-2-1. اهمیت خدمات پزشکی پیش‌گیرانه

اصلاحات دربرگیرنده نکاتی است که پزشکان و مؤسسات پزشکی را برای ارائه بهتر و بیشتر مراقبت‌های پیش‌گیرانه و به منظور تلاش برای کاهش مخارج پزشکی ملی تشویق می‌کند. چندین طرح مشخص به منظور آموزش مؤسسات پزشکی و پزشکان برای عرضه بیشتر خدمات پزشکی پیش‌گیرانه در اصلاحات ذکر شده‌اند.

2-2-2. کارایی در بیمه سلامت عمومی

داده‌های موجود، رابطه مثبتی بین تعداد تخت‌های اختصاص داده‌شده به مراقبت‌های ویژه و مخارج پزشکی ملی نشان داده‌اند. همچنین داده‌ها حاکی از وجود یک رابطه مثبت بین متوسط طول دوره مراقبت‌های ویژه و مخارج پزشکی ملی هستند. برنامه اصلاحات، سیستم امتیازدهی را برای کاهش طول دوره مراقبت تغییر داده است. اصلاحات همچنین به منظور ارائه خدمات پزشکی کارا تر و در عین حال فراهم آوردن دسترسی همگانی به مراقبت‌های ویژه، اقدام به تهیه خدمات پزشکی در سطح استانی به جای سطح ملی کرده است. این نکته نشان می‌دهد که کیفیت خدمات پزشکی و میزان حق بیمه می‌تواند در میان استان‌های مختلف متفاوت باشد. این برنامه به منظور رسیدن به عرضه

کارآمد، بر پایه چرخه «برنامه‌ریزی - اجرا - ارزیابی - اقدامات اصلاحی» شکل گرفته است. این برنامه در سال 2012 به صورت جامع ارزیابی خواهد شد.

2-2-3. بیمه سلامت عمومی جدید برای سالمندان

در واکنش به روند رو به رشد جمعیت سالمند، علاوه بر بیمه‌های موجود، یک بیمه سلامت عمومی جدید نیز برای افراد 75 سال و بالاتر راه‌اندازی شده است. این بیمه جدید از طریق حق‌بیمه‌های پرداخت‌شده توسط افراد 75 سال و بیشتر (10%)، حق بیمه‌های افراد بیمه شده توسط سایر بیمه‌ها (40%)، و از طریق صندوق عمومی (50%)، تأمین مالی می‌شود. آن 40% تأمین‌شده از طریق حق‌بیمه پرداخت‌شده به سایر شرکت‌های بیمه، به عنوان یک انتقال بین نسلی¹ محسوب می‌شود.

2-2-4. افزایش در نرخ پرداخت مشترک

همان‌طور که در جدول 2 نشان داده شده است، در سال 2006 اصلاحات، نرخ‌های پرداخت مشترک را تغییر داده است. این نرخ‌ها به وسیله سن بیماران و نه شرکت بیمه‌گران تعیین می‌شد. به طور خاص، اصلاحات 2006 نرخ‌های پرداخت مشترک را افزایش داد و قرار شد که در آوریل 2009 این افزایش برای افراد بین 70 تا 74 سال، از 10% به 20% برسد. افراد مسن علاوه بر پرداخت حق‌بیمه به طور منظم، زمانی که تحت درمان هستند نیز باید پرداخت‌های مشترک بپردازند.

جدول 2. نرخ‌های پرداخت مشترک

سن	0 تا قبل از دبیستان	دبیستان تا 69 سال	70 تا 74 سال	بیش از 75 سال
نرخ پرداخت مشترک	20%	30%	20%	10%

2-2-5. ادغام چند شرکت بیمه

جدول 1 شرکت‌های بیمه موجود که ارائه‌کننده بیمه سلامت عمومی هستند را نشان می‌دهد. برخی از این شرکت‌های بیمه به لحاظ مالی ضعیف هستند. به طور خاص، ادغام بیمه سلامت ملی، فدراسیون ملی جوامع بیمه سلامت و انجمن بیمه درمان ژاپن، در دستور کار قرار گرفته است.

2-2-6. بهبود سیستم دستمزد پزشکی

سیستم تعیین دستمزدهای پزشکی در ژاپن هر دو سال یک بار تغییر می‌کند. سیستم نرخ‌گذاری بر خدمات و داروهای پزشکی مختلف از سال 2006 اصلاح شده‌اند. همچنین میزان دستمزدها به میزان 3/16% در سال 2006 کاهش پیدا کرد. از آنجایی که سیستم دستمزدهای پزشکی قیمت‌ها را برای خدمات تحت پوشش تنظیم می‌کند، اصلاح این ساختار نیازمند توجه ویژه است.

یک انگیزه مهم برای اصلاحات این است که پیری سریع جمعیت ژاپن در آینده باری بر دوش برنامه بیمه سلامت عمومی خواهد شد. از این رو پیش‌بینی صحیح جمعیت در آینده برای ارزیابی اثربخشی بلندمدت برنامه اصلاحات بسیار مهم است. در بخش بعدی مدل مورد استفاده در سناریوی شبیه‌سازی توضیح داده می‌شود.

2-3. تحلیل شبیه‌سازی

تأثیر اصلاحات بر رشد اقتصادی و رفاه در بلندمدت با در نظر گرفتن جمعیت سالمند در آینده شبیه‌سازی می‌شود. برای شبیه‌سازی در این پژوهش از مدل نسل‌های متداخل چند زمانی که توسط آئرباخ و کوتلیکوف¹ در چهارچوب تعادل عمومی معرفی شده است، استفاده می‌شود. برای بررسی اثرات اصلاحات سیستم موجود در ژاپن، مالیات‌ها، طرح بازنشستگی عمومی و طرح بیمه سلامت عمومی، در مدل وارد شده‌اند. این مدل شامل افراد، شرکت‌های خصوصی و دولت است. دولت حساب عمومی و حساب بیمه اجتماعی را راه‌اندازی می‌کند. حساب بیمه اجتماعی شامل طرح بازنشستگی عمومی تدریجی و طرح بیمه سلامت عمومی می‌شود. به منظور ثبت تغییرات جمعیت‌شناختی واقع‌بینانه در جمعیت رو به پیری ژاپن، داده‌های واقعی جمعیت و همچنین آخرین پیش‌بینی جمعیت در آینده مورد استفاده قرار می‌گیرند.

2-3-1. مدل

فرض می‌شود افراد مصرف خود را در طول زندگی با در نظر گرفتن نرخ دستمزد، نرخ بهره و همچنین نرخ بقای معین بهینه می‌کنند، همچنین فرض می‌شود که سیستم مالیات، با در نظر گرفتن طرح بازنشستگی عمومی و طرح بیمه سلامت عمومی ثابت است. فرض بر این است که فرد، درآمد خود را از طریق عرضه بی‌کشش نیروی کار تا زمان بازنشستگی به دست می‌آورد و زمانی که نیروی کار بازنشسته شود، هرگز به بازار کار برنمی‌گردد. هیچ انگیزه نوع‌دوستانه‌ای وجود ندارد و تعادل ریکاردویی² برقرار نمی‌شود.

1. Auerebach and Kotlikoff, 1983

2. Recardian Equivalence

فرض می‌شود که شرکت سود خود را باتوجه به ثابت در نظر گرفتن نرخ دستمزد و بهره حداکثر می‌کند. نرخ بهره و نرخ دستمزد توسط بازار عوامل تولید و به صورت کاملاً رقابتی در تعادل تعیین می‌شود.

فرض می‌شود که بخش دولتی، مالیات‌ها را از افراد دریافت می‌کند و همچنین فرض می‌شود که دولت به منظور تأمین بودجه خود، اوراق بهادار دولتی صادر می‌کند. بخش دولتی دارای حساب عمومی خود و همچنین حساب بیمه اجتماعی است. فرض بر این است که دولت نقل و انتقالاتی از حساب عمومی به حساب بیمه اجتماعی داشته باشد. فرض می‌شود که حساب بیمه اجتماعی شامل طرح بازنشستگی عمومی تدریجی و طرح بیمه سلامت عمومی می‌شود. همچنین سرمایه صندوق بازنشستگی عمومی توسط دولت تأمین می‌شود.

فرض بر این است که هیچ بیمه عمر خصوصی وجود ندارد. همچنین در هیچ دوره‌ای، هیچ مکانیزمی برای کم کردن ریسک مرگ‌ومیر برای افراد وجود ندارد. همچنین فرض می‌شود فرد هیچ انگیزه وراثتی ندارد، این فرض حاکی از این است که هنگام مرگ، فرد میراث به جا مانده از خود را رها می‌کند. با وجود این، فرض بر این است که در اقتصاد هیچ عدم اطمینانی از نظر اندازه هر نسل وجود ندارد؛ بنابراین هیچ عدم قطعیتی در کل مقدار میراث به جا مانده در هیچ دوره‌ای وجود ندارد.

2-3-2. افراد

در اقتصاد، افراد در سن 20 سالگی به مرحله تصمیم‌گیری می‌رسند. گرچه ممکن است فرد در حالت عدم اطمینان در هر دوره‌ای دچار مرگ‌ومیر شود، اما فرض می‌شود که در پایان 99 سال با اطمینان کامل عمر او به اتمام می‌رسد؛ حتی اگر بیشتر از 99 سال نیز زنده باشد. نرخ بقای نسل i در زمان t با q_t^i نشان داده می‌شود. فرض بر این است که هیچ عدم اطمینانی در مورد اندازه کل جمعیت در هیچ دوره‌ای وجود ندارد.

فرض می‌شود که فرد مطلوبیت مورد انتظار عمر خود را باتوجه به مصرف خود حداکثر کند. مطلوبیت مورد انتظار عمر فرد مربوط به نسل i از فرمول (1) محاسبه می‌شود.

$$E(V_i) = \sum_{t=i}^{i+79} q_{i,t} (1+\delta)^{-(t-i)} \frac{(c_{i,t} - m_{i,t})^{1-p}}{1-p} \quad (1)$$

که در آن c_t^i ، γ و ρ به ترتیب نشان‌دهنده مصرف در زمان t ، نرخ تخفیف زمانی و شاخص نسبی ریسک‌گریزی هستند. m_t^i نشان‌دهنده سطح معیشتی مصرف در سن $t-i$ است و همچنین حداقل سطح مصرف است که فرد می‌تواند در آن سطح «سلامت» باشد؛ به این معنا که فرد فقط می‌تواند مصرفی در سطحی بیشتر از m_t^i داشته باشد. لازم به ذکر است که فقط مقدار خالص مصرف بیش از

m_t^i ایجاد مطلوبیت می‌کند. m_t^i به عنوان هزینه‌های پزشکی برآورد شده برای تضمین سلامت مصرف کالای c در هر دوره زمانی تعبیر می‌گردد. این در حالی است که مصرف خدمات پزشکی به صراحت در این پژوهش در نظر گرفته نشده است.¹ به منظور شبیه‌سازی تأثیر تغییرات در مخارج پزشکی در بخش‌های بعد برای سادگی فرض می‌شود که m_t^i به صورت برونزا تعیین می‌شود. همان‌گونه که در پژوهش‌های مختلف اشاره شده است،² مخارج پزشکی سرانه در طول عمر از یک الگوی U شکل تبعیت می‌کند. بنابراین در شبیه‌سازی مورد نظر m_t^i به صورت U شکل در نظر گرفته می‌شود. همان‌طور که در قسمت قبل توضیح داده شد، در سیستم موجود بسیاری از خدمات پزشکی تحت پوشش بیمه سلامت عمومی هستند. با توجه به شکل U مانند مخارج پزشکی در طول عمر، جمعیت سالمند منجر به افزایش مقدار کل سود به دست آمده از طریق بیمه سلامت عمومی می‌شود؛ هرچند که الگوی زمانی m_t^i در آینده تغییر نخواهد کرد.

قید بودجه فرد S ساله از نسل i در زمان t به این صورت است:

$$a_{i,t} = [1 + (1 - \tau_{r,t})r_t]a_{i,t-1} + (1 - \tau_{y,t} - \tau_{p,t})w_t e_{i,s} + b_{i,s} + ps_{i,t} + (1 - cp_{i,t})m_{i,t} - (1 + \tau_{c,t})C_{i,t}, \quad (2)$$

که در آن a ، r و e به ترتیب بیانگر دارایی‌های نسل i در پایان دوره t ، نرخ بهره و نیروی کار مؤثر هستند.³ فرد تا زمان بازنشستگی، نیروی کار را به صورت بی‌کشش عرضه می‌کند و زمانی که بازنشسته شد، دیگر به بازار کار بازنمی‌گردد. W نرخ دستمزد هر واحد کارایی نیروی کار است و we درآمد نیروی کار پیش از کسر مالیات است. تمام مالیات‌ها به صورت نسبی و $\tau_{r,t}$ ، $\tau_{y,t}$ و $\tau_{c,t}$ به ترتیب نشان‌دهنده نرخ دستمزد مالیات بر درآمد، نرخ بهره مالیات بر درآمد و نرخ مالیات بر مصرف هستند. میزان مشارکت یا نرخ حق بیمه مربوط به حساب بیمه اجتماعی با $\tau_{p,t}$ نشان داده می‌شود. حساب بیمه اجتماعی متشکل از طرح بازنشستگی عمومی، همچنین طرح بیمه سلامت عمومی و مقدار کل کمک‌های جمع‌آوری شده یا حق بیمه‌ها تقسیم بر این دو طرح است. ps نشان‌دهنده میزان مزایای مربوط به حقوق بازنشستگی عمومی سرانه است. cp بیانگر نرخ پرداخت مشترک است. بنابراین cpm نشان‌دهنده مخارج پزشکی کل است که فرد باید هنگام استفاده از خدمات پزشکی در مؤسسات پزشکی پرداخت کند. $(1 - cp)m$ بیانگر مخارج پزشکی کل است که از طریق بیمه سلامت عمومی پوشش داده می‌شود. همچنین این عامل می‌تواند به عنوان میزان مزایای دریافتی فرد از طریق

1. برای حالتی که خانوار به صورت بهینه میزان خدمات پزشکی خود را انتخاب می‌کند؛ ر.ک: Johansson, 2000

2. برای بیمه ر.ک: Reinhardt, 2000

3. مشخصات کار مؤثر با توجه به مطالعه (Kato, 2002) است.

بیمه سلامت عمومی در زمان استفاده از خدمات پزشکی تعبیر گردد. مسئله مخاطرات اخلاقی تحقق یافته در این پژوهش لحاظ نشده است.¹ باتوجه اینکه فرد از مزایای بازنشستگی با نرخ R و نرخ جایگزینی B استفاده می‌کند، میزان مزایای بازنشستگی دریافتی فرد به این صورت است:

$$ps_{i,s} = \begin{cases} \beta p \left(\frac{1}{R} \sum_{s_0}^{R-1} w_t e_{i,s} \right) & \text{if } t-i \geq R \\ 0 & \text{if } t-i < R \end{cases}$$

فرض بر این است که فرد از سن 20 سالگی تا 64 سالگی در طرح بیمه اجتماعی مشارکت دارد. همچنین فرض می‌شود که هیچ بازار بازنشستگی خصوصی وجود ندارد.² دارایی‌های فردی که می‌میرد به عنوان میراث تصادفی باقی می‌ماند. فرض می‌شود که این میراث‌های تصادفی به صورت یکسان بین فردهای باقی‌مانده در هر دوره‌ای توزیع گردد. این موضوع در معادله شماره (2) با b نشان داده شده است.

شرایط مرتبه اول لازم برای معادله اوایلر³ در مورد عملکرد فرد از این قرار است:

$$(C_{i,t} - m_{i,t})^{-\rho} = \frac{q_{i,t+1} [1 + (1 - \tau_{r,t+1})r_{t+1}]}{q_{i,t} (1 + \delta)} \times \frac{1 + \tau_{c,t}}{1 + \tau_{c,t+1}} (C_{i,t+1} - m_{i,t+1})^{-\rho} \quad (3)$$

که باتوجه به معین بودن مقدار مصرف اولیه، میزان مصرف بهینه می‌تواند استخراج شود. در بخش شبیه‌سازی، مقدار اولیه مصرف برای رضایت، قید بودجه در طول عمر فرد معین است، به طوری که میزان مصرف بهینه نیز براساس محدودیت بودجه تعیین می‌شود.

2-3-3. بنگاه

فرض بر این است که بنگاه، سود خود را حداکثر می‌کند و همچنین نرخ دستمزد و نرخ بهره را به صورت برونزا در نظر می‌گیرد. در معادله، نرخ دستمزد و نرخ بهره در بازارهای رقابت کامل عوامل تولید تعیین می‌شوند. تابع تولید خصوصی کل به صورت کاب-داگلاس فرض می‌شود:

1. در حالی که مدل ما رفتار مخاطرات اخلاقی را با این چارچوب ترکیب نمی‌کند، اما تأثیر رفتار مخاطرات اخلاقی در بخش شبیه‌سازی از طریق تغییر برونزای $m_{i,t}$ بررسی می‌شود.

2. برای مدلهایی که در بر دارنده بازار بازنشستگی خصوصی باشد، رک: I wamoto et al., 1993; Friedman and Warshawsky, 1988, 1990.

3. Euler

$$Y_t = Z_t L_t^\alpha K_t^{1-\alpha}, \quad (4)$$

که در آن Y_t نشان‌دهنده تولید کل در زمان t است. K_t ذخیره سرمایه خصوصی کل و L_t عرضه کل نیروی کار است که در واحد نیروی کار مؤثر سنجیده می‌شود. Z_t هم تکنولوژی تولید بخش خصوصی است. با فرض اینکه هر بازار عوامل تولید با تابع تولید فوق کاملاً رقابتی است، تولید به طور کامل براساس کار و سرمایه صورت می‌پذیرد.

شرایط مرتبه اول لازم برای عملکرد بنگاه:

$$W_t = \alpha Z_t L_t^{\alpha-1} K_t^{1-\alpha} \quad (5a)$$

$$r_t = (1-\alpha) Z_t L_t^\alpha K_t^{-\alpha} - \delta_K, \quad (5b)$$

که در آن δ_t بیانگر نرخ استهلاک ذخیره سرمایه است.

2-3-4. بخش دولتی

بخش دولتی متشکل از یک حساب عمومی و یک حساب بیمه اجتماعی است.

مخارج در حساب عمومی شامل مخارج عمومی دولت و نقل و انتقالات به حساب بیمه اجتماعی است. مخارج حساب عمومی از طریق مالیات‌ها و اوراق بهادار دولتی تأمین می‌شود. مخارج عمومی دولتی شامل مصارف دولتی، سرمایه‌گذاری دولت، پرداخت بهره‌های ناشی از بدهی‌های دولت و انتقال به فرد است. لازم به ذکر است که این انتقالات به فرد یا انتقالات به حساب بیمه اجتماعی تفاوت دارد.

حساب بیمه اجتماعی متشکل از یک حساب مستمری عمومی و یک حساب بیمه سلامت عمومی است. میزان نقل و انتقالات از حساب عمومی به حساب بیمه اجتماعی با η نشان داده می‌شود، که این مؤلفه، نسبت میزان نقل و انتقال به مقدار کل مزایای بیمه اجتماعی است. فرض می‌شود که بخش دولتی هیچ تابع هدف خاصی برای حداکثر کردن آن ندارد. قید بودجه حساب عمومی به صورت زیر است:

$$G_t + \eta S_t = R_t + B_t - (1+r_t)B_{t-1} \quad (6a)$$

$$R_t = \tau_{c,t} C_t + \tau_{y,t} w_t L_t + \tau_{r,t} r_t K_t + \tau_{h,t} Q_t, \quad (6b)$$

که در آن B_t ، R_t و G_t به ترتیب نشان‌دهنده اوراق بهادار وصول‌نشده دولتی، درآمد مالیاتی کل و مخارج عمومی دولتی هستند. میزان کل میراث با Q_t نشان داده می‌شود. انتقال به حساب بیمه اجتماعی با ηS_t نشان داده می‌شود، که در آن S_t بیانگر مزایای بیمه اجتماعی کل است. $\tau_{h,t}$ نشان‌دهنده نرخ مالیات بر ارث است. در شبیه‌سازی‌های زیر فقط نرخ مالیات بر مصرف برای جبران محدودیت بودجه در طول زمان، به صورت درونزا تعیین می‌شود. سایر نرخ‌های مالیات به صورت برونزا و نسبت به قیمت‌های سال 2007 ثابت در نظر گرفته می‌شوند.

قید بودجه مربوط به حساب بیمه اجتماعی و نرخ حق‌بیمه به صورت زیر تعریف می‌شوند:

$$F_t = (1+r_t)F_{t-1} + \tau_{p,t} w_t L_t - (1-\eta)S_t \quad (7)$$

که در آن F_t نشان‌دهنده موجودی مستمری تجمعی در پایان دوره t است. مقدار کل سود شامل مزایای مستمری عمومی و مزایای بیمه سلامت عمومی می‌شود. نرخ حق‌بیمه به صورت درونزا تعیین می‌شود. در حالی که ارزش واقع‌گرایانه F_t در مدل شبیه‌سازی به صورت برونزا تعیین می‌شود.

2-3-5. تعادل

وضعیت تعادلی بازار سرمایه در دوره t به این صورت تعیین می‌شود:

$$\sum_i N_{i,t} a_{i,t-1} + F_{t-1} = K_t + B_t$$

که در آن N تعداد افراد نسل i در دوره t است. شرط تعادل بازار کالاها نیز به صورت زیر تعیین می‌شود:

$$Y_t = C_t + (K_{t+1} - (1-\delta_k)K_t) + G_t.$$

به خاطر داشته باشید که تعادل عمومی بازارهای رقابت کامل از طریق این دو شرط تعادل تعریف می‌شوند. به علاوه، شرایط مرتبه اول توسط (3)، (5a) و (5b) تعیین می‌گردند، که در آن نرخ حق بیمه و مالیات بر درآمد، به منظور جبران قید بودجه دولت به صورت درونزا تعیین می‌شوند. این موارد توسط (6a)، (6b) و (7) تعیین می‌شوند.

2-3-6. داده‌ها و فرضیات

برای انجام یک شبیه‌سازی نزدیک به واقعیت، داده‌های واقعی و پیشنهادی موجود و همچنین ارزش‌های تخمینی پارامترهای مربوطه بر پایه مطالعات پیشین مورد استفاده قرار می‌گیرد. عناصر کلیدی عبارت‌اند از: متغیرهای جمعیت‌شناختی، کسری بودجه دولت، طرح مستمری عمومی، طرح بیمه سلامت عمومی و ساختار مالیاتی. فرض‌های زیر برای محک‌زدن واقع‌گرایی مدل در نظر گرفته می‌شوند.

1-3-6-2. جمعیت شناختی

در این پژوهش داده‌های واقعی جمعیت از سال 1965 تا 2000 مورد استفاده قرار می‌گیرد. برای محاسبه داده‌های قبل از سال 1965، نرخ زادوولد و نرخ مرگومیر به میزان نرخ سال 1965 در نظر گرفته می‌شود. در خصوص پیش‌بینی جمعیت، پیش‌بینی «متغیر متوسط» از آخرین نسخه جمعیت آتی در ژاپن مورد استفاده قرار گرفته است. به منظور به‌دست‌آوردن نرخ بقا در مطالعات کانزن و سمی‌هایو¹ و از جداول زندگی استفاده شده است. از آنجایی که پیش‌بینی جمعیت آتی در ژاپن فقط تا سال 2015 جمعیت را تخمین می‌زند، فرض می‌شود که تعداد تولد، مرگومیر و نرخ بقا پس از سال 2015 در نرخ همین سال ثابت می‌ماند.

2-3-6-2. کسری بودجه دولت

تا سال 2007 از داده‌های واقعی SNA استفاده شده است. از سال 2008، دنباله آتی کسری بودجه دولت براساس این فرض‌ها به‌دست آمده است. از آنجایی که متوسط نرخ رشد نسبت بدهی‌های دولتی به تولید ناخالص داخلی (نسبت بدهی به تولید ناخالص داخلی) بین سال‌های 1998 تا 2007، 5% محاسبه شده بود، نرخ رشد نسبت بدهی به تولید ناخالص داخلی در سال 2008 نیز 5% فرض شده است. به‌علاوه، فرض می‌شود که نرخ رشد نسبت بدهی به تولید ناخالص داخلی از سال 2009 هر سال به اندازه 0/5% کاهش یابد. این موضوع نشان می‌دهد که نرخ رشد سالانه نسبت بدهی به تولید ناخالص داخلی از سال 2009 به بعد، به اندازه 4/5، 4/0، 3/5 و ... می‌شود. بنابراین فرض بر این است که نرخ رشد نسبت بدهی به تولید ناخالص داخلی تا سال 2019 به کاهش خود ادامه می‌دهد، تا جایی که این نرخ در سال 2019 به صفر می‌رسد. این موضوع نشان می‌دهد که نرخ رشد نسبت بدهی به تولید ناخالص داخلی بعد از سال 2019 ثابت نگه‌داشته می‌شود و همان‌گونه که در جدول 1 نشان داده شده است، این نرخ ثابت به اندازه 150% است.

3-6-3-2. طرح بیمه اجتماعی

طرح بیمه اجتماعی شامل دو طرح است: طرح مستمری عمومی و طرح بیمه سلامت عمومی. برای قبل از سال 2007 در هر دو طرح داده‌های واقعی مورد استفاده قرار گرفته است. میزان نقل و انتقالات از حساب عمومی به حساب بیمه اجتماعی، و همچنین نرخ جایگزینی از SNA محاسبه شده است. داده‌های واقعی برای نرخ حقیقه نیز تا سال 2007 مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در سیستم واقعی ژاپن، حقیقه مستمری عمومی (سهم بلندمدت) و همچنین سهم بیمه سلامت عمومی (سهم کوتاه‌مدت) معمولاً با هم به عنوان سهم بیمه اجتماعی در نظر گرفته می‌شوند.

- طرح مستمری عمومی

فرض شده است که طرح مستمری عمومی برای سال‌های آتی دارای همان نرخ جایگزینی β_p سال 2007 است. برای سال‌های پیش از 2007، داده‌های واقعی در مدل مورد استفاده قرار گرفته است. در خصوص میزان دارایی مستمری عمومی نیز داده‌های واقعی پیش از سال 2007 استفاده شده است. از سال 2008 به بعد، نسبت دارایی به تولید ناخالص داخلی در نرخ سال 2007 ثابت فرض شده است.

- طرح بیمه سلامت عمومی

برای سال‌های پیش از 2007، داده‌های واقعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. باتوجه به مخارج پزشکی عمومی که از طریق وزارت‌های سلامت، کار و رفاه ژاپن اعلام شده است، برای به‌دست آوردن مزایای سرانه‌ای که در هر سال از طریق بیمه سلامت عمومی به فرد می‌رسد، داده‌های SNA اصلاح شده‌اند. تا سال 2007، مزایای سرانه واقعی محاسبه شده است؛ و براساس سن، یک الگوی U شکل شبیه به نمودار 6 از نتایج شبیه‌سازی حاصل شده است. از سال 2008 به بعد نیز فرض شده است که روند الگوی U شکل سال 2007 ادامه پیدا کند. این موضوع نشان می‌دهد که از سال 2008 به بعد، $m_{i,t}$ با s تغییر می‌کند و نه با نسل i. فرض شده است که نرخ رشد مخارج پزشکی ملی سرانه همانند پیشرفت تکنولوژیکی در تولید، معین باشد. نرخ پرداخت مشترک ($cp_{i,t}$) در وضعیت پایه، 20% برای سنین 20 تا 69، 10% برای سنین 70 تا 74، و 5% برای سنین 75 و بالاتر فرض شده است. لازم به ذکر است که نرخ پرداخت مشترک واقعی در سال‌های اخیر و در سطح کلی، به طور متوسط در حدود 14% محاسبه شده است. نرخ‌های پرداخت مشترک در وضعیت پایه برای گروه‌های سنی مختلف، باتوجه به تفاوت‌های سنی و گروهی در توزیع جمعیت واقعی محاسبه شده است. به طوری که نرخ‌های پرداخت مشترک در حالت پایه منجر می‌شود که نرخ پرداخت مشترک متوسط در سطح کلی به اندازه نرخ متوسط واقعی (14%) شود؛ در حالی که این نرخ‌های پرداخت مشترک که در

حالت پایه تعیین شده‌اند، با نرخ‌های واقعی که در جدول 2 نشان داده شده، متفاوت است. تأثیر تغییرات در نرخ‌های پرداخت مشترک برای سنین مختلف شبیه‌سازی شده است. به جز مالیات بر مصرف، سایر مالیات‌ها (مالیات بر درآمد نیروی کار، مالیات بر درآمد بهره و مالیات بر ارث) در نرخ‌های سال 2007 ثابت در نظر گرفته می‌شوند. نرخ‌های مالیات سال 2007 از داده‌های SNA گرفته شده‌اند. شایان ذکر است که مالیات بر مصرف، تنها مالیات غیرمستقیم در این پژوهش است؛ و برای اینکه نرخ مالیات بر مصرف در حالت پایه باعث شود که مقدار درآمدهای مالیاتی غیرمستقیم کل به مقدار واقعی آن نزدیک باشد، نرخ آن از طریق مقدار کل درآمدهای مالیاتی غیرمستقیم در حساب ملی محاسبه می‌شود. از این رو نرخ مالیات بر مصرف محاسبه شده در این مدل، با مقدار واقعی آن منطبق نیست.

4-3-2. پیشرفت‌های تکنولوژیکی

پیشرفت‌های تکنولوژیکی در تولیدات خصوصی نقش مهمی دارند. بنابراین از آنجایی که ارزش پیشرفت‌های تکنولوژیکی به صورت مستقیم بر نتایج شبیه‌سازی اثر می‌گذارد، باید به فرض‌های مربوط به آنها توجه دقیقی داشت. در این پژوهش پیشرفت‌های تکنولوژیکی از طریق پسماند سولو¹ اندازه‌گیری می‌شود. بر مبنای پژوهش هایاشی و پرسکات²، سهم سرمایه 0/36 تعیین شده است. در حالت پایه، ارزش پیشرفت‌های تکنولوژیکی از سال 2008 به بعد 1% در نظر گرفته می‌شود.

جدول 2. نتایج شبیه‌سازی پایه

نرخ پرداخت مشترک	نرخ بهره	مزایای بیمه بهداشت عمومی	مزایای مستمری عمومی	نرخ مشارکت	هزینه‌های ملی	تعادل اولیه	نرخ رشد تولید ناخالص داخلی	بدهی‌های وصول نشده
%	%	GDP نسبت	GDP نسبت	%	GDP نسبت	GDP نسبت	%	GDP نسبت
واقعی								
14/4		6/421	8/437	19/552	27/047	7/445-	2/5262	1/279
شبیه‌سازی								
13/5	8/259	6/462	8/586	15/185	38/032	3/781	1/745	1/279
13	8/167	7/292	10/024	15/256	39/005	4/054	1/381	1/359
12/4	7/561	8/112	12/162	18/86	44/927	6/822	0/795	1/489

1. Solow Residual

2. Hayashi and Prescott, 2002

2020	1/507	0/903	8/955	48/967	20/946	13/395	8/878	7/381	11/7
2025	1/507	0/777	9/177	50/344	22/204	13/932	9/556	7/331	11/1
2030	1/507	0/456	9/022	51/668	23/873	14/694	10/232	7/173	10/9
2035	1/507	0/159	8/932	53/51	26/037	15/893	10/939	6/957	10/8
2040	1/507	-0/028	9/17	56/334	28/889	17/876	11/607	6/787	10/8
2045	1/507	0/079	9/808	58/641	30/669	19/082	12/246	6/97	10/5
2050	1/507	0/124	10/506	60/477	31/851	19/745	12/915	7/305	10/1

باتوجه به اینکه ارزش‌های پارامترها براساس پژوهش‌های موجود قابل حصول هستند، بنابراین این ارزش‌ها در شبیه‌سازی مورد استفاده قرار می‌گیرند. ارزش‌های استفاده‌شده در این پژوهش به شرح زیر خلاصه شده‌اند:

جدول 3. شبیه‌سازی پایه

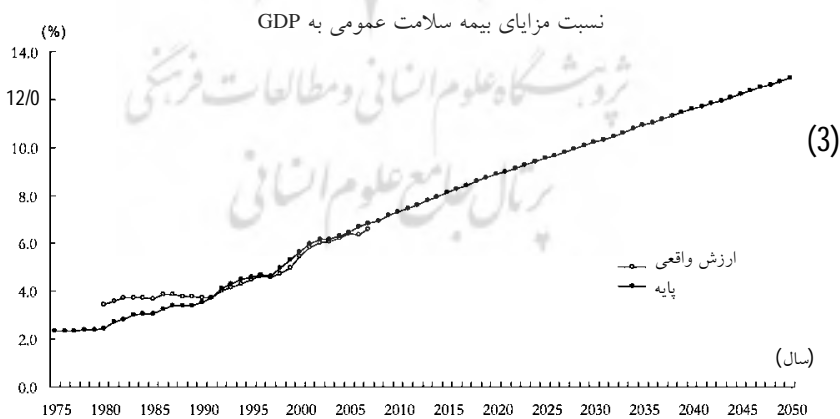
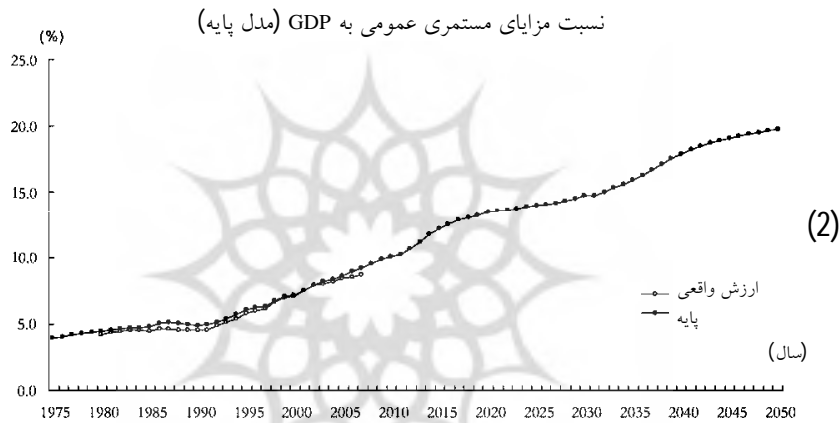
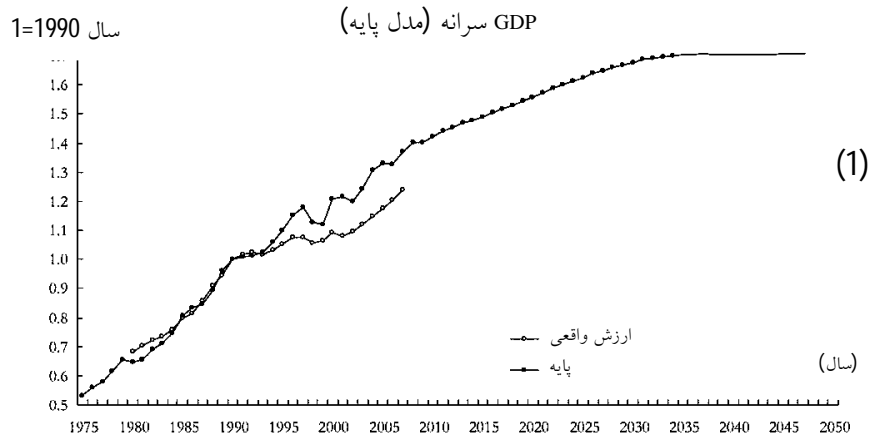
مقادیر پارامترها				
δ	ρ	α	δ_k	β_p
0/02	2	0/63842	0/089	0/02

4-2. شبیه‌سازی استاندارد

باتوجه به فرض‌هایی که ذکر شد، نتایج استاندارد در جدول 3 نشان داده شده است؛ که در آن ارزش‌های واقعی برای سال 2005 نیز ارائه شده است. نمودار 4، به ترتیب روند تولید ناخالص داخلی سرانه، نسبت مزایای مستمری عمومی به تولید ناخالص داخلی و نسبت مزایای بیمه سلامت عمومی به تولید ناخالص داخلی را نشان می‌دهد. نمودارها هر دو شکل واقعی و استاندارد در هر دوره را نشان می‌دهند. توجه داشته باشید که ارزش‌های استاندارد برای نسبت مزایای مستمری عمومی به تولید ناخالص داخلی و همچنین نسبت مزایای بیمه سلامت عمومی به تولید ناخالص داخلی، به مقدار واقعی آنها در سال 2007 نزدیک است. همان‌طور که در پژوهش‌های پیشین نشان داده شده است، روند افزایش در هر دو نسبت می‌تواند توسط جمعیت سالخورده توضیح داده شود (Dekle, 2002; Broda and Weinstein, 2004). باتوجه به پیش‌بینی وضعیت استاندارد تا سال 2050، نسبت هزینه‌های امنیت اجتماعی پس از سال 2050 به بیش از دو برابر می‌رسد. وضعیت استاندارد در این پژوهش نشان می‌دهد که مزایای بیمه سلامت عمومی با نرخ 1% در هر 10 سال افزایش می‌یابد. این در حالی است که توکیتا و همکاران¹ نشان داده‌اند که مخارج پزشکی ملی با نرخ 40% در هر 30 سال افزایش می‌یابد.

1. Tokita et al., 1997

نمودار 4. (1): روند تولید ناخالص داخلی سرانه. (2): نسبت مزایای مستمری عمومی به تولید ناخالص داخلی. (3): نسبت مزایای بیمه سلامت عمومی به تولید ناخالص داخلی.



همان‌گونه که ستون آخر جدول 3 نشان می‌دهد انتظار می‌رود که نرخ پرداخت مشترک متوسط در سطح کلی، به دلیل افزایش تعداد سالمندانی که نرخ پرداخت مشترک آنها کمتر از سایر گروه‌های سنی است، کاهش یابد. از این رو، پیرشدن جمعیت ژاپن مزایای بیمه سلامت عمومی را افزایش می‌دهد؛ اما در عین حال باعث کاهش متوسط نرخ پرداخت مشترک کل می‌شود.

2-5. شبیه‌سازی اصلاحات

در این بخش به شبیه‌سازی اثرات برنامه اصلاحات پرداخته می‌شود. همان‌گونه که در شبیه‌سازی استاندارد عنوان شد، جمعیت سالمند مقدار کل مزایای بیمه سلامت عمومی را افزایش خواهند داد. یکی از تغییرات مهم در برنامه اصلاحات این است که دولت نرخ پرداخت مشترک را افزایش داده است. شبیه‌سازی اول، این اثرات را بررسی می‌کند. دومین شبیه‌سازی به بررسی تأثیر تغییرات در هزینه‌های پزشکی می‌پردازد. هدف برنامه اصلاحات سال 2006، افزایش کارایی در ارائه خدمات پزشکی و همچنین وادار کردن مؤسسات پزشکی برای ارائه خدمات پیش‌گیرانه به منظور کاهش در مخارج پزشکی ملی بوده است. بهبود در بهره‌وری ممکن است باعث کاهش هزینه‌های پزشکی شود و در عین حال این امر ممکن است موجب افزایش در هزینه‌ها شود (Hiroi, 1994). شبیه‌سازی دوم، افزایش و کاهش در هزینه‌های پزشکی را به عنوان اثرات اصلاحات مورد بررسی قرار می‌دهد. شبیه‌سازی آخر برای ارزیابی این نکته که دولت سعی می‌کند رشد مخارج پزشکی ملی را به رشد اقتصادی مرتبط کند، از چهارچوب تعادل عمومی استفاده می‌کند.

2-5-1. افزایش نرخ پرداخت مشترک

اولین شبیه‌سازی، تأثیر افزایش در نرخ پرداخت مشترک، به ویژه برای سالخوردگان را بررسی می‌کند. نتایج در جداول 4 و 5 نشان داده شده است. در وضعیت استاندارد، نرخ‌های پرداخت مشترک (cp_{it}) برای گروه سنی 20 تا 69 به اندازه 20%، برای 70 تا 74 سال 10%، و 5% برای افراد 75 سال و بیشتر است. در این شبیه‌سازی فرض بر این است که تغییر در نرخ پرداخت مشترک در سال 2008 رخ داده است و چهار مورد زیر از این شبیه‌سازی دریافت می‌شود:

در مورد (1)، فقط تأثیر تغییر در نرخ پرداخت مشترک برای سنین 70 تا 74 سال شبیه‌سازی شده است. همان‌طور که در جدول 2 نشان داده شده است، اصلاحات آغاز شده از سال 2009، نرخ پرداخت مشترک را برای سنین 70 تا 74 سال از 10% به 20% افزایش داده است. در حالت (1) اصلاحات واقعی شبیه‌سازی می‌شود و همچنین تأثیر این افزایش بر رشد اقتصادی و رفاه ارزیابی می‌گردد. در این مورد، نرخ پرداخت مشترک برای گروه سنی 70 تا 74 سال از 10% به 20% افزایش می‌یابد، اما این نرخ برای سایر گروه‌های سنی در نرخ وضعیت استاندارد ثابت باقی می‌ماند.

در مورد (2)، نرخ پرداخت مشترک برای سنین 20 تا 69 در 20% ثابت می‌ماند؛ برای گروه سنی 70 تا 74 سال از 10% به 20% افزایش می‌یابد و برای سنین 75 سال و بالاتر از 5% به 20% افزایش می‌یابد.

افزایش نرخ پرداخت مشترک ممکن است حق ویزیت بیماران برای مؤسسات پزشکی را کاهش دهد، و این موضوع منجر به کاهش مخارج پزشکی (m) در حالت (1) و (2) می‌شود. این واکنش رفتاری بالقوه در موارد (3) و (4) در نظر گرفته شده است.¹ هر دو حالت تأثیر کاهش 10 درصدی در m را شبیه‌سازی می‌کنند. اما حالت (3) مکمل حالت (1) و حالت (4) مکمل حالت (2) است. با مقایسه حالت (3) با (1) یا حالت (4) با (2)، تأثیر واکنش‌های رفتاری بر پرداخت‌های مشترک آشکار می‌گردد.

جدول 4 نتایج این چهار حالت را نشان می‌دهد. شایان ذکر است که افزایش این نرخ حاکی از آن است که نرخ‌های پرداخت مشترک بیماران افزایش می‌یابد، در حالی که هزینه بیمه سلامت عمومی کاهش می‌یابد. قسمت A در جدول 4 نشان می‌دهد که کاهش هزینه بیمه سلامت عمومی در تمامی موارد، باعث کاهش نرخ‌های مشارکت امنیت اجتماعی در مقایسه با وضعیت استاندارد می‌شود. هنگامی که نرخ پرداخت مشترک برای افراد 75 سال و بالاتر به نرخ معمول 20% در حالت (2) در مقایسه با حالت (1)، که در آن فقط نرخ مشارکت عمومی برای سنین 70 تا 74 سال به 20% می‌رسد، افزایش پیدا کند، کاهش در نرخ مشارکت امنیت اجتماعی بیشتر می‌شود. همان‌گونه که در قسمت A جدول 4 نشان داده شده است، با توجه به کاهش مزایای حاصل از بیمه سلامت عمومی، نسبت هزینه‌های ملی و نرخ مالیات بر مصرف کاهش می‌یابد.

جدول 4. افزایش در نرخ پرداخت مشترک (واحد: درصد)

	نرخ هزینه ملی			نرخ مشارکت امنیت ملی			نرخ مالیات بر مصرف			نرخ رشد تولید ناخالص داخلی		
	مبنا	حالت (1)	حالت (2)	مبنا	حالت (1)	حالت (2)	مبنا	حالت (1)	حالت (2)	مبنا	حالت (1)	حالت (2)
وضعیت A: بدون لحاظ واکنش رفتاری در مراجعات پزشکی												
2010	39/01	38/89	38/25	15/26	15/14	14/67	35/76	35/71	35/47	1/38	1/39	1/47
2015	44/93	44/79	43/95	18/86	18/73	18/16	41/68	41/62	41/19	0/80	0/80	0/85
2020	48/97	48/80	47/79	20/95	20/78	20/09	46/38	46/30	45/74	0/90	0/91	0/94
2025	50/34	50/19	49/01	22/20	22/07	21/22	47/23	47/15	46/46	0/78	0/78	0/80
2030	51/67	51/52	50/22	23/87	23/75	22/79	47/41	47/33	46/57	0/46	0/46	0/47
2035	53/51	53/34	51/97	26/04	25/90	24/86	47/84	47/75	46/94	0/16	0/06	0/17
2040	56/33	56/14	54/70	28/89	28/72	27/62	49/07	48/97	48/13	-0/03	-0/03	-0/02

1. تجزیه و تحلیل واکنش‌های رفتاری به تغییرات پرداخت مشترک، با پیشنهاد یک منتقد گمنام که از وی تشکر می‌شود، به مطالعه ما اضافه شده است.

2045	58/64	58/42	56/87	30/67	30/46	29/28	50/66	50/54	49/64	0/08	0/08	0/09
2050	60/48	60/27	58/56	31/85	31/66	30/33	51/99	51/88	50/89	0/12	0/12	0/13
<p>نرخ رشد تولید ناخالص داخلی</p> <p>نرخ مالیات بر مصرف</p> <p>نرخ مشارکت امنیت ملی</p> <p>نرخ هزینه ملی</p>												
	مینا	حالت (3)	حالت (4)	مینا	حالت (3)	حالت (4)	مینا	حالت (3)	حالت (4)	مینا	حالت (3)	حالت (4)
وضعیت B: با لحاظ واکنش رفتاری در مراجعات پزشکی												
2010	39/01	38/82	37/98	15/26	15/05	14/24	35/76	35/67	35/29	1/38	1/38	1/43
2015	44/93	44/70	43/67	18/86	18/62	17/65	41/68	41/57	41/05	0/80	0/80	0/82
2020	48/97	48/68	47/45	20/95	20/65	19/50	46/38	46/25	45/61	0/90	0/91	0/92
2025	50/34	50/09	488/62	22/20	21/95	20/57	47/23	47/09	46/33	0/78	0/78	0/79
2030	51/67	51/44	49/80	23/87	23/64	22/10	47/41	47/29	46/42	0/46	0/46	0/47
2035	53/51	53/26	51/51	26/04	25/78	24/13	47/84	47/71	46/79	0/16	0/16	0/17
2040	56/33	56/04	54/21	28/89	28/58	26/83	49/07	48/93	47/96	0/03	-0/03	-0/02
2045	58/64	58/28	56/32	30/67	30/30	28/42	50/66	50/49	49/46	0/08	0/08	0/08
2050	60/48	60/13	57/95	31/85	31/51	29/41	51/99	51/82	50/69	0/12	0/13	0/13

افزایش در نرخ پرداخت مشترک، اقتصاد ژاپن را تحریک می‌کند. اما این میزان تحریک چشم‌گیر نیست. هرچند در هر دو حالت (1) و (2)، این اثر مثبت بر رشد اقتصادی در طول زمان کاهش می‌یابد. در حالت (2) نسبت به حالت (1) رشد اقتصادی بیشتری را شاهد هستیم.

جدول 5 اثرات رفاهی حالت‌های (1) و (2) را نشان می‌دهد. جدول 5 نشان‌دهنده اختلاف معادل در حالت‌های (1) و (2) است، که در آن مخارج و قیمت‌های مینیمم در حالت استاندارد مبنای مقایسه قرار می‌گیرد. نرخ پرداخت مشترک بیشتر به این معنی است که بیماران برای خدمات پزشکی در مؤسسات پزشکی، هزینه بیشتری پرداخت می‌کنند؛ که بدون شک این موضوع مطلوب نیست. با وجود این، از آنجایی که مردم با افزایش سن، خدمات پزشکی بیشتری استفاده می‌کنند، نرخ پرداخت مشترک بیشتر، مردم را به پس‌انداز برای مخارج پزشکی بیشتر تشویق می‌کند. همان‌گونه که در جدول 5 نشان داده شده است، پس‌انداز بیشتر، درآمد ملی را افزایش می‌دهد و برای همه نسل‌ها پیامدهای مثبتی دارد. مدل شبیه‌سازی ما نشان می‌دهد که اثر پس‌انداز، نسبت به اثر منفی پرداخت‌های شخصی بیشتر، قوی‌تر و غالب‌تر است. افزایش در نرخ پرداخت مشترک باعث افزایش تولید ناخالص ژاپن و در نهایت باعث افزایش رفاه می‌شود.

جدول 5. اثرات رفاهی افزایش در نرخ پرداخت مشترک

(واحد: میلیون ین در قیمت‌های ثابت سال 2000)

	حالت (1)	حالت (2)
1920	0/01	0/01
1925	0/02	0/01
1930	0/03	0/01
1935	0/05	0/02
1940	0/06	0/02
1945	0/09	0/02
1950	0/12	0/04
1955	0/17	0/08
1960	0/26	0/18
1965	0/41	0/41
1970	0/76	0/94
1975	1/16	1/68
1980	1/79	2/83
1985	1/94	3/72
1990	3/61	6/26
1995	3/31	6/6
2000	3/52	7/37

در حالت (1)، تأثیر برنامه اصلاحات سال 2006 که در آن نرخ پرداخت مشترک برای گروه سنی 70 تا 74 سال به 20% افزایش یافته است، شبیه‌سازی می‌شود. جدول 5 نشان می‌دهد که تمامی نسل‌ها از افزایش در نرخ پرداخت مشترک سود می‌برند. محدوده سود، از 10 هزار ین برای نسل متولدشده در سال 1920 تا 3/52 میلیون ین برای افراد متولدشده در سال 2000 است. این سود برای سالمند کمتر است؛ زیرا مخارج پزشکی آنها با بالا رفتن نرخ پرداخت مشترک افزایش می‌یابد. به‌علاوه، افرادی که پیش از سال 1965 متولد شده‌اند، در حالت (1) نسبت به حالت (2) مزایای بیشتری کسب می‌کنند؛ به خاطر اینکه افراد سالخورده در حالت (1) نرخ پرداخت مشترک کمتری پرداخت می‌کنند. اما در حالت (2) نرخ پرداخت مشترک بالاتری خواهند کرد. هرچند حالت (1) به نفع نسل‌های سالخورده است، اما میل به پس‌انداز خصوصی در افراد جوان‌تر نسبتاً بیشتر است. بنابراین افرادی که پس از سال 1965 متولد شده‌اند، در حالت (2) شرایط بهتری دارند؛ به دلیل اینکه آنها پس‌انداز بیشتری برای پرداخت مشترک بالاتر در زمان سالخوردگی خواهند داشت. اثر کل

تشویق پس‌انداز خصوصی در حالت (1) نسبت به حالت (2) بیشتر است. بنابراین، تأثیر بلندمدت نرخ پرداخت مشترک بر اقتصاد کلان، در حالت (2) بیشتر است. به عنوان مثال، اثر کل برای نسل متولد شده در سال 1920 در هر دو حالت برابر با 10 هزار یین است، در حالی که افرادی که در سال 2000 متولد شده‌اند در حالت (2)، در طول عمر خود مزایایی معادل $7/37$ میلیون یین کسب می‌کنند. شایان ذکر است که حالت‌های (1) و (2) تنها در نرخ پرداخت مشترک برای سنین 75 سال و بالاتر تفاوت دارند. به طوری که این نرخ در حالت (1) در سطح 5% ثابت باقی می‌ماند، در حالی که در حالت (2) این نرخ به 20% افزایش می‌یابد. به این ترتیب، اثر کل این افزایش برای نسل متولد شده در سال 2000 برابر با $3/85$ میلیون یین ($7/37$ میلیون یین منهای $3/52$ میلیون یین) است. جدول 5 نشان می‌دهد که این اثر برای نسل‌های متولدشده پس از سال 1965 بزرگ‌تر می‌شود.

قسمت B در جدول 4 تأثیر افزایش در پرداخت مشترک در حالتی را نشان می‌دهد که یک واکنش رفتاری در نظر گرفته می‌شود. اگر رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته وجود داشته باشد، نرخ پرداخت مشترک $m_{i,t}$ را کاهش می‌دهد. فرض می‌کنیم که واکنش رفتاری به صورت افزایش در نرخ پرداخت مشترک به اندازه 10% کاهش در $m_{i,t}$ بیان می‌شود. حالت‌های (3) و (4) در قسمت B، به ترتیب مشابه حالت‌های (1) و (2) در قسمت A هستند.

همان‌طور که هر دو قسمت نشان می‌دهند، رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته کل، تأثیر کاهش در هزینه‌های عمومی را ضعیف می‌کند: نسبت هزینه ملی، میزان سهم امنیت اجتماعی و نرخ مالیات بر مصرف، به اندازه حالتی که رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته کل در نظر گرفته نشود، کاهش پیدا نمی‌کنند. این موضوع را می‌توان این‌گونه توضیح داد: با توجه به رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته، هر فرد در واکنش به افزایش در نرخ پرداخت مشترک، مخارج پزشکی خود را کاهش می‌دهد. بنابراین هر فرد قبل از اینکه پا به سن بگذارد، نیازی به پس‌انداز برای تهیه مخارج پزشکی در آینده ندارد. همچنین رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته که منجر به پس‌انداز کمتر می‌شود، اثر تحریک‌کننده افزایش در نرخ پرداخت مشترک را بر پس‌انداز خصوصی در سطح کلی تضعیف می‌کند. از این رو، تولید ناخالص داخلی به اندازه حالتی که رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته وجود نداشته باشد، افزایش نمی‌یابد و افزایش کمتر در تولید ناخالص داخلی نیازمند هزینه‌های بیشتر در اقتصاد ژاپن برای تأمین محدودیت‌های بودجه دولت است. نتیجه مهم دیگر، مقدار عددی تأثیر رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته بر کل اقتصاد است. میزان تأثیر رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته بر اقتصاد کلان قابل توجه است: (0/04-%) در کوتاه‌مدت برای حالت (2) ($1/43 - 1/47$) در سال 2010). با گذشت زمان این تأثیر منفی همچنان ادامه دارد، هرچند در جدول 4 اثرات آن بر نرخ رشد اقتصادی در سال 2050 به صفر می‌رسد. از آنجایی که اقتصاد پیش از این تحت تأثیر رفتار

مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته در کوتاه‌مدت نزول کرده و در یک مسیر پایین‌تر در طول زمان باقی مانده است، تأثیر رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته کل حتی در بلندمدت هم ادامه می‌یابد و در نهایت تأثیر آن بر نرخ رشد اقتصادی در حدود سال 2050 به صفر می‌رسد. از آنجایی که تأثیر رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته ادامه می‌یابد، هزینه‌های اقتصاد (مانند نسبت هزینه ملی، میزان سهم امنیت اجتماعی و نرخ مالیات بر مصرف) مقادیر بالاتری را نشان می‌دهند (حتی در بلندمدت، زمانی که اثر رفتاری در نظر گرفته شده است). جداول 4 و 5 مقدار عددی تأثیر افزایش در نرخ پرداخت مشترک را نشان می‌دهند. همچنین جدول 4 تأثیر رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته را به صورت عددی نمایش می‌دهد.

2-5-2. بهره‌وری در این طرح و ارائه خدمات پزشکی پیشگیرانه

شبیه‌سازی دوم، اقدامات لازم برای کاهش مخارج پزشکی به وسیله بهبود ارائه خدمات و مراقبت‌های پیشگیرانه را بررسی می‌کند. برای بیان پارادوکس مطرح‌شده توسط هیرو¹، شبیه‌سازی دوم هر دو حالت افزایش و کاهش در مخارج پزشکی ناشی از این دو جنبه اصلاحات را در نظر می‌گیرد.

در شبیه‌سازی دوم، الگوی سنی U شکل $m_{i,t}$ بدون تغییر باقی می‌ماند؛ هر چند فرض بر این است که این الگو به اندازه 10% انتقال می‌یابد. اگر مزایای بیمه سلامت عمومی از طریق کارایی یا مراقبت پیشگیرانه کاهش پیدا کند، فرض می‌شود که این الگو به اندازه 10% به پایین انتقال پیدا کرده است. از سوی دیگر اگر مزایای بیمه سلامت عمومی افزایش یابد، فرض بر این است که این الگو به اندازه 10% به بالا منتقل شده است.

جدول 6 نتایج شبیه‌سازی دوم را نشان می‌دهد. زمانی که مزایای بیمه سلامت عمومی به اندازه 10% کاهش می‌یابد، این اثر مشابه زمانی است که رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته در نظر گرفته شود. هزینه‌های اقتصادی که به وسیله نسبت هزینه ملی، نسبت هزینه اجتماعی و نرخ مالیات بر مصرف نشان داده می‌شود، کاهش می‌یابد. با وجود این، هرگاه پس‌انداز خصوصی کم شود، درآمد ملی و در نتیجه رشد تولید ناخالص داخلی کوتاه‌مدت کاهش می‌یابد. این اثرات منفی در بلندمدت از بین می‌روند؛ هرچند که هزینه‌های بلندمدت جزئی‌تر همچنان باقی می‌مانند.

جدول 6. تغییرات در مخارج پزشکی (واحد: درصد)

	نرخ هزینه ملی			نرخ مشارکت امنیت ملی			نرخ مالیات بر مصرف			نرخ رشد تولید ناخالص داخلی		
	مبنا	%10 افزایش	%10 کاهش	مبنا	%10 افزایش	%10 کاهش	مبنا	%10 افزایش	%10 کاهش	مبنا	%10 افزایش	%10 کاهش
2010	39/01	39/68	38/32	15/26	16/10	14/42	35/76	36/13	35/39	1/38	1/41	1/35
2015	44/93	45/65	44/20	18/86	19/79	17/93	41/68	42/03	41/33	0/80	0/81	0/78
2020	48/97	49/75	48/17	20/95	21/96	19/93	46/38	46/75	46/01	0/90	0/91	0/90
2025	50/34	51/19	49/49	22/20	23/29	21/11	47/23	47/61	46/84	0/78	0/78	0/77
2030	51/67	52/57	50/75	23/87	25/03	22/71	47/41	47/82	47/00	0/46	0/46	0/45
2035	53/51	54/49	52/52	26/04	27/27	24/80	47/84	48/27	47/41	0/16	0/16	0/16
2040	56/33	57/37	55/28	28/89	30/19	27/58	49/07	49/53	48/61	-0/03	-0/03	-0/03
2045	58/64	59/74	57/52	30/67	32/04	29/29	50/66	51/13	50/17	0/08	0/08	0/08
2050	60/48	61/65	59/29	31/85	33/3	30/4	51/99	52/48	51/49	0/12	0/12	0/13

اگر کارایی منجر به افزایش مزایای بیمه سلامت عمومی شود، این اثر معکوس می‌شود. گرچه افزایش هزینه‌های اقتصادی و همچنین مخارج بالاتر پزشکی نامطلوب هستند، اما از طرفی دیگر باعث افزایش پس‌انداز خصوصی و رشد اقتصادی می‌شوند. این اثر مثبت در بلندمدت از بین می‌رود، هرچند که هزینه‌های بلندمدت بیشتر، همچنان باقی می‌مانند.

3-5-2. استدلال آخر

شبیه‌سازی آخر این نکته را بررسی می‌کند که نرخ رشد مخارج پزشکی ملی نباید بیشتر از نرخ رشد اقتصادی باشد. اول، همان طور که در وضعیت استاندارد برآورد شده است، نسبت مزایای بیمه سلامت عمومی به تولید ناخالص داخلی در سال 2008 به میزان 7/846% است. سپس، مقدار مزایای بیمه سلامت عمومی در سال 2009 با استفاده از مدل استاندارد و با فرض اینکه نسبت مذکور پس از سال 2008 در سطح 7/846% بدون تغییر باقی بماند، محاسبه می‌شود. نسبت‌های مقادیر مزایای بیمه سلامت عمومی محاسبه‌شده به مقادیر حاصل‌شده در مدل استاندارد، از سال 2008 محاسبه شده‌اند. این نسبت برای سال 2008 واحد است، که به آن «نرخ کاهش» گفته می‌شود؛ زیرا این نسبت نشان می‌دهد که در صورتی که نرخ رشد مخارج پزشکی به رشد تولید ناخالص داخلی وابسته باشد، باید از چه طریقی مزایا کاهش پیدا کنند. با استفاده از نرخ کاهش و الگوی سن $m_{i,t}$ ، مخارج پزشکی از سال 2008 محاسبه شده است. این شبیه‌سازی، واکنش‌های رفتاری اشخاص را در نظر می‌گیرد؛ به همین دلیل از مقدار جدید m در محاسبات استفاده شده است. این شبیه‌سازی حالتی را بررسی

می‌کند که در آن دولت در سال 2008 اعلام کرد که به منظور مرتبط ساختن مزایای بیمه سلامت عمومی به تولید ناخالص داخلی، میزان آنها کاهش خواهد یافت.

نتایج این شبیه‌سازی در جدول 7 آمده است.¹ نرخ کاهش در ستون دوم قابل مشاهده است. نرخ کاهش نشان می‌دهد که دولت باید تا چه اندازه مزایای جاری بیمه سلامت عمومی را کاهش دهد. از آنجایی که دولت، نرخ رشد مخارج پزشکی را به اندازه درصدی از تولید ناخالص داخلی ثابت نگه می‌دارد، هزینه‌های اقتصادی می‌تواند کاهش یابد. با وجود این، روند افزایشی در مزایای بیمه سلامت عمومی، در درجه اول می‌تواند به جمعیت سالخورده نسبت داده شود. بنابراین نیاز است که برای حفظ این درصد از تولید ناخالص داخلی، کاهش مزایا دقیق‌تر و شفاف‌تر باشد؛ و تا سال 2050، دولت نیازمند این است که سودها را تا 45% کاهش دهد. ممکن است رشد اقتصادی در چهارچوب سیاست مبتنی بر بحث جاری تا سال 2035 کاهش یابد، هرچند که پایه و اساس این بحث برای افزایش رشد اقتصادی است. کاهش سود 45 درصدی کمی غیرواقعی به نظر می‌آید و کاهش رشد اقتصادی نیز منطقی بودن بحث را زیر سؤال می‌برد.

جدول 7. تأثیر نسبت ثابت مخارج پزشکی ملی به تولید ناخالص داخلی (واحد: درصد)

نرخ رشد GDP	نرخ مالیات بر مصرف		نرخ مشارکت امنیت اجتماعی		نرخ هزینه ملی		نسبت مخارج پزشکی ملی به GDP		نرخ کاهش		
	معیار	ثابت	ثابت	مبنا	ثابت	مبنا	ثابت				
1/17	1/38	35/6	35/76	14/71	15/26	39/06	39/01	7/02	7/29	4	2010
0/67	0/8	41/5	41/68	17/41	18/86	44/45	44/93	7/1	8/11	16	2015
0/83	0/9	46/02	46/38	18/66	20/95	47/87	48/97	7/16	8/88	21	2020
0/73	0/78	46/67	47/23	19/17	22/2	48/65	50/34	7/19	9/56	26	2025
0/43	0/46	46/62	47/41	20/08	23/87	49/33	51/67	7/2	10/23	31	2030
0/15	0/16	46/78	47/84	21/45	26/04	50/46	53/51	7/2	10/94	36	2035
-0/02	-0/03	47/72	49/07	23/57	28/89	52/59	56/33	7/19	11/61	39	2040
0/09	0/08	49/04	50/66	24/67	30/67	54/26	58/64	7/21	12/25	42	2045
0/16	0/12	50/12	51/99	25/15	31/85	55/4	60/48	7/23	12/92	45	2050

1. همان‌گونه که در جدول 7 نشان داده شده است، نسبت مخارج پزشکی ملی به GDP با رقم 7/846 در سال 2009 مطابقت ندارد. زیرا GDP در این شبیه‌سازی با مدل مبنا متفاوت است.

2-6. نتیجه‌گیری

این پژوهش با استفاده از شبیه‌سازی اصلاحات برای جمعیت سالخورده در چهارچوب مدل دینامیک تعادل عمومی، به بررسی تأثیر برنامه اصلاحات بیمه سلامت عمومی بر رشد اقتصادی و رفاه ژاپن پرداخته است.

در این پژوهش از داده‌های واقعی و پیشنهادی، برای به‌دست آوردن اطلاعات واقعی جمعیت‌شناختی و همچنین برای ارزیابی اثرات اصلاحات، استفاده می‌شود. نتایج این پژوهش به شرح زیر خلاصه شده است:

اول، افزایش در نرخ پرداخت مشترک (به عنوان یکی از برجسته‌ترین تغییرات در برنامه اصلاحات)، از طریق تشویق پس‌انداز خصوصی باعث افزایش رشد اقتصادی و رفاه می‌شود. هرچند که میزان این تأثیرات بر رشد اقتصادی زیاد نیست (به صورتی که با تغییر در نرخ پرداخت مشترک، رشد اقتصادی تا سال 2050، به میزان 0 تا 0/01 درصد، و در کوتاه‌مدت به میزان 0/01 تا 0/09 درصد افزایش می‌یابد). این تأثیر مثبت بر رشد اقتصادی در ابتدای اجرای سیاست مذکور نسبتاً بیشتر است؛ ولی در طول زمان این اثر مثبت کم‌رنگ‌تر می‌شود. از سوی دیگر، تأثیر مثبت نرخ پرداخت مشترک بر درآمد یا رفاه در میان نسل جوان بیشتر است. مدل شبیه‌سازی در این پژوهش به این نتایج رسیده است که افزایش نرخ پرداخت مشترک در برنامه اصلاحات، موجب کسب سود به میزان 10 هزار یین برای نسل متولدشده در سال 1920، و 3/52 میلیون یین برای افرادی که در سال 2000 متولد شده‌اند، شده است.

دوم اینکه، رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته نیز منجر به کاهش مخارج پزشکی می‌شود. هرچند که این موضوع مزایای افزایش رشد اقتصادی ناشی از افزایش در نرخ پرداخت مشترک را تضعیف می‌کند. حداکثر میزان تأثیر مخاطرات اخلاقی تحقق‌یافته بر رشد اقتصادی در کوتاه‌مدت، به میزان 0/04- محاسبه شده است. این در حالی است که مخارج پزشکی به دلیل این رفتار مخاطره‌آمیز به میزان 10% کاهش می‌یابد.

سوم اینکه، افزایش در مزایای بیمه سلامت عمومی در آینده، عمدتاً به وسیله جمعیت سالخورده در ژاپن توضیح داده می‌شود؛ و افزایش نرخ پرداخت مشترک، تأثیر کمی بر کاهش مزایای بیمه سلامت عمومی دارد.

چهارم اینکه، کاهش هزینه‌های پزشکی از طریق افزایش کارایی، مراقبت‌های پیش‌گیرانه یا پیشرفت تکنولوژیکی، تأثیر کمی بر هزینه‌های اقتصادی آتی دارد. حتی اگر هزینه‌های پزشکی سرانه به میزان 10% درصد تغییر کند، تغییر در نرخ هزینه ملی در سال 2050 تنها به میزان 1/2% خواهد بود.

در نهایت، اگر دولت تلاش کند که مزایای بیمه سلامت عمومی را به میزان درصدی از تولید ناخالص داخلی حفظ کند، باید به طور تدریجی سود خود را (تقریباً در حدود 45% در سال 2050) کاهش دهد. چنین سیاستی مانع از رشد اقتصادی تا سال 2035 می‌شود.

نتایج شبیه‌سازی این پژوهش نشان می‌دهد که برنامه اصلاحات در کاهش هزینه‌های پزشکی به صورت ویژه‌ای مؤثر نبوده است. همچنین کارایی بیشتر و تأکید بر مراقبت‌های پیش‌گیرانه، حتی اگر باعث کاهش مخارج پزشکی شوند، به طور قابل توجهی بر اقتصاد کلان تأثیر نمی‌گذارد. تأثیر ناچیز آنها بر اقتصاد کلان نشان می‌دهد که سؤالات آتی در مورد کارایی بیمه سلامت عمومی در ژاپن یا مخارج پزشکی ملی، باید در چهارچوب اقتصاد خرد به جای اقتصاد کلان مورد بررسی قرار گیرند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1. Auerbach, A. and Kotlikoff, L.J., 1983. *An examination of empirical test of social security and savings*. In: Helpman, E., Razin, A., Sadka, E. (Eds.), *Social Policy Evaluation: An Economic Perspective*. pp. 161–79.
2. Broda, C. and Weinstein, D.E., 2004. *Happy news from the dismal science: reassessing Japanese fiscal policy and sustainability*. NBER Working Paper 10988.
3. Dekle, R., 2002. *Population aging in Japan: Its impact on future saving, Investment, and budget deficits*. Department of Economics, USC.
4. Friedman, B.M. and Warshawsky, M., 1988. *Annuity prices and saving behavior in the United States*. In: Bodie, Z., Shoven, J., Wise, D. (Eds.), *Pensions in the U.S. Economy*. University of Chicago Press, pp. 53–77.
5. Friedman, B.M. and Warshawsky, M., 1990. The cost of annuities: Implications for saving behavior and bequests. *Quarterly Journal of Economics*, 105 (1), 135–54.
6. Hayashi, F., 1995. Is the Japanese extended family altruistically linked? A test based on Engel curves. *Journal of Political Economy*, 103 (2), pp. 661–74.
7. Hayashi, F. and Prescott, E.C., 2002. The 1990s in Japan: a lost decade. *Review of Economic Dynamics*, 5 (1), pp. 206–35.
8. Hiroi, Y., 1994. An increase in the medical cost and economic growth: an access, technological progress, and population aging. *Japanese Journal of Health Economics and Policy*, 1, pp. 69–82 (in Japanese).
9. Horioka, C.Y. and Watanabe, W., 1997. Why do people save? A micro-analysis of motives for household saving in Japan. *Economic Journal*, 107 (442), pp. 537–52.
10. Ii, M. and Bessho, S., 2006. A survey: The empirical literature on health economics of Japan and health policies. *Financial Review*, 80 (1), pp. 117–56 (in Japanese).
11. Iwamoto, Y., Kato, R.R. and Hidaka, M., 1993. Public pension and an aging population. *Review of Social Policy*, 2, pp. 1–12.
12. Johansson, P.O., 2000. Properties of actuarially fair and pay-as-you-go health insurance schemes for the elderly: An OLG model approach. *Journal of Health Economics*, 19, pp. 477–98.
13. Kato, R.R., 2002. Government deficit, public investment, and public capital in the transition to an aging Japan. *Journal of the Japanese and International Economies*, 16, pp. 462–91.
14. Reinhardt, U.E., 2000. Health care for the aging baby boom: Lessons from abroad. *Journal of Economic Perspectives*, 14 (2), pp. 71–83.
15. Tokita, T., 2002. The prospects for reform of the Japanese healthcare system. *Pharmacoeconomics*, 20 (S3), pp. 55–66.
16. Tokita, T., Chino, T., Kitaki, H., Yamamoto, I. and Miyagi, M., 1997. The present and future National Medical Expenditure in Japan. *Keizai Bunseki*, 152 (in Japanese).

فصل سوم

بیمه سلامت خصوصی در کره جنوبی: یک مقایسه بین‌المللی*

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

* .Shin, J., 2012, Private health insurance in south korea: An international comparison. *Health Policy*, 108 (1), pp. 76-85



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

چکیده

هدف این پژوهش، بررسی زمینه‌های سیاسی و تاریخی توسعه بیمه سلامت خصوصی در کره جنوبی در چهارچوب سیستم بیمه سلامت ملی است. همچنین در این پژوهش، شواهدی تجربی ارائه می‌گردد در مورد اینکه آیا افزایش نقش بیمه سلامت خصوصی منجر به تعادل در تأمین مالی دولت، سهم تأمین اجتماعی، پرداخت هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) و ایجاد ثبات در مخارج مراقبت‌های بهداشتی می‌شود یا خیر؟

روش: در این پژوهش با استفاده از داده‌های بهداشت کشورهای عضو سازمان توسعه و همکاری اقتصادی¹، مدل اثرات ثابت برآورد می‌شود. در این مدل، به منظور بررسی ارتباط بین تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی با سه مؤلفه دیگر تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی و مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی، اجزای خطا در طول زمان همگرا در نظر گرفته می‌شوند.

نتایج: شواهد توصیفی در مورد تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی در کره جنوبی نشان می‌دهد که سهم تأمین اجتماعی در کره جنوبی نسبتاً محدود است. به این معنی که ممکن است هزینه‌های خارج از تعهد (هزینه‌های مستقیم) به واسطه افزایش پوشش سود بیمه سلامت ملی و افزایش در سهم تأمین اجتماعی کاهش یابد. نتایج برآورد تأیید می‌کند که تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی نمی‌تواند مخارج دولتی را در زمینه مراقبت‌های بهداشتی و سهم تأمین اجتماعی کاهش دهد. ما شواهدی یافتیم که پرداخت‌های خارج از تعهد (پرداخت‌های مستقیم) ممکن است از طریق تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی جبران شود، اما این جبران به میزان محدودی است. تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی یک رابطه آماری مثبت و معنی‌دار با مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی دارد. این موضوع نشان می‌دهد که اثر پوشش دوگانه بر تقاضای خدمات، ممکن است افزایش کارایی بالقوه ابتکارات بازار که ناشی از مشارکت فعال بیمه سلامت خصوصی است را خنثی کند.

برداشت: این پژوهش شواهد اندکی را برای مزایای طرح بیمه سلامت خصوصی در مقایسه با چالش‌های مالی برنامه بیمه سلامت ملی در کره جنوبی پیدا کرده است. پژوهش‌های دیگر در زمینه فعل و انفعالات مدیریتی در میان بیمه‌گران خصوصی و عمومی و همچنین در زمینه واکنش‌های رفتاری ارائه‌کنندگان و بیماران در یک ساختار معین تأمین مالی خصوصی - عمومی، می‌توانند تعادل مناسب بین بیمه سلامت خصوصی و پوشش فراگیر بودجه عمومی را فرمول‌بندی کنند.

مقدمه

چگونگی به تعادل رساندن دارایی‌های خصوصی و عمومی برای افزایش ثبات مالی سیستم مراقبت‌های بهداشتی، یکی از مهم‌ترین مؤلفه‌ها در بسیاری از اصلاحات مراقبت‌های بهداشتی بوده است. به ویژه اینکه در کشورهایی با پوشش فراگیر، بیمه خصوصی را به عنوان منابع مکمل برای کمک به بودجه عمومی در نظر می‌گیرند

(Besley and Preston, 1998; Liaropoulos, 1995; Liaropoulos and Tragekes, 1998, Liu and Chen, 2002; Van Doorslaer et al., 2008).

گرچه اختلافات بین کشوری قابل توجهی در مورد وظایف بیمه سلامت خصوصی در سیستم بودجه عمومی وجود دارد، اما دلیل منطقی این کشورها برای گنجاندن نقشی برای مراقبت‌های بهداشتی خصوصی این است که بیمه سلامت خصوصی می‌تواند انگیزه‌های بازار را برای ارائه‌دهندگان، بیماران و بیمه‌گران که نگرانی بیشتری در مورد هزینه و کیفیت مراقبت‌ها دارند، خلق کند (Jos, 2001; Kutzin, 2001; Sekhri and Savedoff, 2006; Sekhri and Savedoff, 2005).

از سوی دیگر، ممکن است که بیمه خصوصی، عدالت در دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی که ارزش ضروری پوشش جامع است را تضعیف نماید. بنابراین در کشورهای دارای پوشش جامع از قبیل کره جنوبی، بازارهای بیمه خصوصی باید به شکل بسیار منظمی فعالیت کنند. با وجود این، هیچ شواهد محکمی وجود ندارد که اثبات کند که آیا بیمه خصوصی با توجه به کیفیت مراقبت، دارایی خالص و از همه بحث برانگیزتر، بهره‌وری هزینه، منجر به حصول سود خالص می‌شود یا اینکه زیان‌ده است (Drechsler and Jutting, 2007; Colombo and Tapay, 2004).

هدف این پژوهش، آزمون تعادل بودجه خصوصی - عمومی در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی، با تمرکز ویژه بر روی سیستم بیمه سلامت ملی در کره جنوبی است. با استفاده از داده‌های بهداشت مربوط به OECD در سال 2011، اثرات پرداخت‌های بیمه سلامت خصوصی را بر منابع مالی مختلف به صورت تجربی مورد آزمون قرار دادیم، از قبیل: مخارج دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی، سهم تأمین اجتماعی و پرداخت‌های خارج از تعهد (مستقیم). همچنین این نکته را بررسی کردیم که آیا پرداخت‌های بیمه سلامت خصوصی به کاهش هزینه‌های عمومی ناشی از افزایش مخارج مراقبت‌های بهداشتی کل کمک می‌کند یا خیر. در این پژوهش به منظور کنترل ناهمگنی‌های کشوری خاص، از مدل اثرات ثابت تلفیقی با تصحیح همبستگی سریالی استفاده می‌شود. هدف ما این است که با استفاده از این تحلیل‌های تجربی، مفاهیم سیاستی را در مباحثه‌های اخیر در مورد توسعه بیمه سلامت خصوصی در کره جنوبی ترسیم نماییم.

3-1. سیستم سازمانی بیمه سلامت در کره جنوبی

بافت اصلی سیستم بیمه سلامت کره جنوبی (از این پس کره ذکر می‌شود)، برنامه بیمه سلامت ملی است. برنامه بیمه سلامت ملی در سال 1963 توسط قانون بیمه پزشکی و با هدف ایجاد یک شبکه امنیت اجتماعی برای پاسخ به نیازهای سلامت شهروندان کره‌ای راه‌اندازی شد. در سال 1977 مشارکت در برنامه بیمه سلامت ملی برای شرکت‌های دارای 500 کارمند یا بیشتر به صورت اجباری بود. به این صورت که شرکت‌ها ملزم به پرداخت نیمی از هزینه بیمه سلامت ملی کارکنان خود بودند. باقی‌مانده سهم بیمه سلامت ملی از حقوق و دستمزد کارمندان کسر می‌شد. این مشارکت اجباری به تدریج برای مقامات دولتی، شرکت‌های دارای کارمندان اندک و جمعیت خوداشتغال نیز ارائه شد. در سال 1989 تقریباً تمامی شهروندان کره‌ای ملزم به ثبت‌نام اجباری در برنامه بیمه سلامت ملی شدند. در سال 2008، درصد شهروندان ثبت‌نام شده 96/3% بوده است (Moon and Shin, 2007). شرکت بیمه سلامت ملی¹ به عنوان تنها بیمه‌گر برنامه بیمه سلامت ملی است.² این شرکت خدماتی از قبیل طرح یکنواخت استاندارد برای اعضای بیمه سلامت ملی، مزایای فراگیر برای مراقبت از بیماران سرپایی، مراقبت‌های پیشگیرانه و داروهای تجویزی را ارائه می‌کند.³ سهم درآمد بیمه سلامت ملی که از سوی کارفرمایان و کارکنان پرداخت می‌شود، منبع اصلی مالی این مزایاست.

باتوجه به افزایش سریع جمعیت تحت پوشش و به تبع آن افزایش در پرداخت مزایای سلامت، بیمه سلامت ملی، فشار سنگینی را متحمل شده است. مادامی که امکان‌پذیری مالی بیمه سلامت ملی در معرض خطر باشد، تأمین بودجه اضافی از طریق سهم بیمه سلامت ملی یا درآمد مالیاتی عمومی، به لحاظ سیاسی، شدنی نیست یا اینکه پاسخ‌گوی افزایش سریع مخارج بیمه سلامت ملی نیست. بنابراین برنامه بیمه سلامت ملی ناچاراً نیازمند این است که خدمات تحت پوشش را در سطح مقرون به صرفه‌ای مدیریت کند، و در نتیجه نسبت بالایی از هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) توسط

1. National Health Insurance Corporation (NHIC)

2. بیکاران و افراد خارج از نیروی کار که در طرح بیمه ملی سلامت به عنوان وابستگان شاغل یا دارای شغل آزاد عضو خانوار ثبت نام کرده‌اند و واجد شرایط پوشش سود یکسان می‌باشند. 3/7 درصد جمعیت محروم از برنامه بیمه ملی سلامت توسط برنامه کمک‌های پزشکی (برنامه کمک‌های عمومی مالی - مالیاتی برای خانواده‌های کم درآمد) تحت پوشش قرار گرفته‌اند.
3. لیستی از خدمات وجود دارد که بر اساس مقرون به صرفه بودن و ضرورت‌های پزشکی، توسط طرح بیمه ملی سلامت پوشش داده نمی‌شود. خدمات مراقبت‌های طولانی مدت از طریق یک برنامه بیمه سلامت عمومی جداگانه - بیمه مراقبت‌های طولانی مدت (LTIC) - پوشش داده شده است.

خانوارها به حساب مالی بیمه سلامت ملی پرداخت می‌شود (32/4% از کل مخارج بهداشتی در سال 2009) (Kwon and Reich, 2005).

یکی دیگر از ارکان سیستم بیمه سلامت کره، بیمه سلامت خصوصی است. در قانون بیمه تجارت کره، بیمه خصوصی به سه دسته تقسیم می‌شود: بیمه زندگی، بیمه غیرزندگی و بیمه نوع سوم. بیمه سلامت خصوصی به نوع سوم اشاره دارد. این نوع بیمه عموماً مخارج ناشی از حوادث فاجعه‌آمیز و تصادفات را پوشش می‌دهد. طرح‌های بیمه سلامت خصوصی و برنامه بیمه سلامت ملی، هر دو نقش متممی و مکملی را از طریق پرداخت یکجای هزینه برای تشخیص حوادث بحرانی و بدون در نظر گرفتن صورت حساب پزشکی واقعی و دریافت خدمات مراقبت بهداشتی (طرح «امراض بحرانی»¹)، یا از طریق ارائه مرحله به مرحله مخارج پزشکی برای خدمات مورد استفاده (طرح «هزینه‌های پزشکی»²)، ایفا می‌کند. تقاضا برای بیمه سلامت خصوصی در میان اعضای بیمه سلامت ملی ناشی از پوشش محدود و حمایت مالی ضعیف از مزایای بیمه سلامت ملی است.

در سال 2002 تجدید نظری در قانون تجارت بیمه کره انجام گرفت که حرکتی در بازار بیمه سلامت خصوصی ایجاد کرده است.³ عنصر کلیدی این تجدید نظر این است که شرکت‌های بیمه زندگی حق دارند طرح هزینه‌های پزشکی را به فروش برسانند. پیش از این اصلاحیه، طرح هزینه‌های پزشکی تنها برای شرکت‌های بیمه غیرزندگی ارائه می‌شد اما به دلیل فقدان تنوع در برنامه‌ها و ظرفیت محدود مدیریتی این شرکت‌های بیمه، اجرای برنامه‌های هزینه‌های پزشکی در بازار شکست مواجه شد.⁴ (Song, 2002). با توجه به این اصلاحیه، شرکت‌های بیمه زندگی مسلط بر بازار (مانند سامسونگ⁵، کیوبو⁶ و بیمه زندگی کره⁷) توسعه یافتند. این شرکت‌ها در بر دارنده طرح‌های «کلی» هستند و به گونه‌ای طراحی شده‌اند که شامل تمامی انواع مزایای بیمه زندگی، مزایای طرح

1. Critical Illness
2. Medical Expenses

3. این تجدید نظر در 30 اوت 2005 مؤثر واقع شد.

4. طرح‌های اولیه‌ای برای بیماری‌های سالمندان و زنان وجود داشت، اما این برنامه‌ها مورد استقبال قرار نگرفته و در سال 1979 منقضی گردید. در طول دهه‌های 80 و 90 میلادی، محصولات بیمه خصوصی سلامت در کره به طور فزاینده محبوب و متنوع گردید، طرح‌هایی برای سرطان و بیماری‌های بحرانی در سال 1981 و 1984 شروع شد. در سال 1988، طرح هزینه بستری در بیمارستان به بازار معرفی شد. در طول دهه 90، محصولات بیمه خصوصی سلامت جهت ارائه مزایا برای حوادث صنعتی، دندانپزشکی و توانبخشی و خدمات مراقبت‌های طولانی مدت در راستای جذب عموم مردم تکامل یافتند. صرف نظر از این پیشرفت‌های چشمگیر در بیمه خصوصی سلامت، طرح‌های پرداخت کلی در کل بازار بیمه خصوصی سلامت سلطه دارد (89/4 درصد از کل درآمد حق بیمه خصوصی سلامت در سال 2002).

5. Samsung
6. Kyobo
7. Korea Life Insurance

حوادث بحرانی و همچنین مزایای طرح مخارج پزشکی می‌باشند. بر خلاف طرح بیمه سلامت ملی، طرح‌های خصوصی، مزایای سلامت را مستقیماً به افراد ثبت‌نام‌شده پرداخت می‌کنند، نه به ارائه‌دهندگان خدمات. این ویژگی، طرح‌های بیمه سلامت خصوصی را برای اعضای بیمه سلامت ملی به عنوان منبع تأمین مالی پرداخت‌های خارج از تعهد (مستقیم) برای خدمات خارج از بیمه سلامت ملی و تقسیم هزینه‌ها، با ارزش‌تر می‌سازد. علاوه بر ماهیت مکملی، ویژگی متمایز طرح‌های بیمه سلامت خصوصی، از قبیل طرح مزایای متنوع، انتخاب طرح سفارشی و راه‌اندازی حق بیمه انعطاف‌پذیر از جانب اعضای بیمه سلامت ملی به عنوان دلیلی برای خرید یک یا حتی چند طرح خصوصی، به شدت مورد توجه و قدردانی قرار گرفت. طرفداران این اصلاحیه از افزایش محبوبیت طرح‌های بیمه سلامت خصوصی استقبال کردند و معتقدند که این موضوع می‌تواند نقاط ضعف برنامه بیمه سلامت ملی را برطرف کند (Lee et al., 2006; Lim et al., 2007; Hoh and Lee, 2006; Yun, 2008).

هرچند این موضوع ممکن است این نگرانی را به وجود بیاورد که موقعیت طرح بیمه سلامت ملی ممکن است به واسطه توسعه طرح‌های خصوصی به خطر بیفتد.¹

جدول 1، رشد بازار بیمه سلامت خصوصی را نسبت به برنامه بیمه سلامت ملی مورد مقایسه قرار می‌دهد. در طول دوره زمانی 2001 تا 2006، پرداخت مزایا از طریق طرح‌های هزینه‌های پزشکی بیمه غیرزندگی، از 291/6 بیلیون وون کره² به 715/9 بیلیون وون کره افزایش یافت. این رشد که به صورت درصد سالیانه اندازه‌گیری می‌شود، برای طرح‌های خصوصی در مقایسه با طرح بیمه سلامت ملی در هر دو وضعیت پرداخت مزایا (20/4% در برابر 17/4%³ در سال 2006) و درآمد حق بیمه

1. این نگرانی با این واقعیت اثبات شده است که حتی قبل از اینکه تجدید نظر، مؤثر واقع شود، رشد بیمه خصوصی سلامت از ابتدای دهه 90 به طور قابل توجهی هم در ثبت‌نام و هم در اندازه پرداخت چشمگیر بوده است. یون (20) گزارش می‌دهد، نرخ ثبت‌نام بیمه خصوصی از هر نوع، 63/7 درصد (N=406/751)، 26/1 درصد (N=106/030) و 62 درصد (N=259/22) از نمونه بیمه هزینه‌های درمانی و طرح‌های پرداخت توده مجموع بترتیب فراوانی بیمه خصوصی سلامت را در میان اعضای بیمه ملی سلامت کره نشان می‌دهد. در سال 1990، بیمه خصوصی سلامت فقط 345 میلیون دلار پرداخت کرده است. در سال 2009 این رقم به 4122 میلیون دلار افزایش پیدا کرده است.

2. KRW

3. 17/4 درصد افزایش در پرداخت سود بیمه ملی سلامت به بهبود سود بیمه ملی سلامت و هدف‌گذاری نرخ سود 80 درصد در سال 2010 (63/6 درصد در سال 2007) نسبت داده شده است.

در همان سال، نسبت هزینه‌های عمومی درمان به کل هزینه‌های مراقبت‌های درمانی 54/9 درصد گزارش شده است (داده‌های درمان OECD سال 2011). اختلاف این دو رقم ممکن است ناشی از تعاریف مختلف نرخ سود باشد.

نرخ سود بیمه ملی سلامت از نسبت کل پرداخت بیمه ملی سلامت از کل صورتحساب‌های واقعی پزشکی در میان ذی‌نفعان بیمه ملی سلامت برگرفته شده است که با بررسی‌ای که در سال 2007 بر روی پرداخت‌های خارج از جیب بیماران انجام شده، به دست آمده است. این بررسی روی صورتحساب‌های پزشکی بیمارانی که در 541 مرکز درمانی از جمله بیمارستان‌ها،

(26/9% در مقابل 11/1% در سال 2006) بیشتر است. بنابراین نسبت پرداخت مزایا بین طرح‌های هزینه‌های پزشکی غیرزندگی (ستون A) و طرح بیمه سلامت ملی (ستون C) از 2/21% در سال 2001 به 3/32% در سال 2006 افزایش یافته است. پیش‌بینی می‌شود که ورود طرح‌های مخارج پزشکی بیمه زندگی، سهم بیمه سلامت خصوصی را در بازار مراقبت‌های بهداشتی کره تقویت خواهد کرد (KIDI, 2005).

نسبت سود به درآمد (A/B و C/D) برای هر دو طرح از سال 2001 تا 2006 بیشتر از یک است. این امر به دشواری تأمین بودجه کافی برای مزایا اشاره دارد. این موضوع بیانگر این امر است که بدون وجود یک طرح مدیریتی برای هماهنگ ساختن کار ارائه‌دهندگان، رفتار بیماران در استفاده از خدمات و ساختار تشویقی برای بازپرداخت وجه، شرکت‌های بیمه خصوصی ضرورتاً مقرون به صرفه‌تر و اقتصادی‌تر از شرکت‌های بیمه ملی نخواهند بود.

داده‌های موجود در جدول 1 بی‌ثباتی در موازنه حساب بیمه سلامت ملی را نشان می‌دهد. این موضوع یکی از انگیزه‌های مهم برای اصلاحات در سال 2002 بود. آسیب‌پذیری مالی برنامه بیمه سلامت ملی در سال 1989 با اجرای کامل پوشش فراگیر آغاز شد؛ که این امر منجر به افزایش حجم پرداخت مزایا گردید. در سال 1997، بیمه سلامت ملی با کسری بودجه‌ای در حدود 241 بیلیون وون مواجه بود. بحران اقتصادی سال 1997 و بازسازی عظیم اقتصاد کلان نیز میزان کسری بودجه بیمه سلامت ملی را بیشتر کرد. این امر بیشتر به دلیل کاهش مجموعه‌ای از سهم درآمدی بود. باتوجه به کسری بودجه‌ای به اندازه 4130 بیلیون وون در سال 2002، دولت کره قانون ویژه ثبات مالی برای بیمه سلامت ملی را به تصویب رساند. این قانون مبنای حقوقی افزایش نرخ سهم بیمه سلامت ملی واقع شد و یارانه دولتی بیشتری در برنامه بیمه سلامت ملی تزریق گردید. این امر باعث شد که بیمه سلامت ملی در سال 2005 با مازاد بودجه‌ای برابر با 999 میلیارد وون مواجه گردد. درسی که از بحران اقتصادی سال 1997 گرفته می‌شود این است که دوام مالی برنامه بیمه سلامت ملی، حساسیت

کلینیک‌ها و کلینیک‌های دندانپزشکی و داروخانه‌ها در ماه دسامبر سال 2007 ویزیت شده یا مرخص شده‌اند، جمع‌آوری شده است. این نمونه افرادی که هیچ‌گونه بیمه‌ای نداشته یا بیمه‌گذارانی که بیمه اتومبیل و حوادث صنعتی بودند را شامل نمی‌شود. همچنین پرداخت سود نقدی محاسبه نشده است.

علاوه بر این، پرداختی‌های عمل جراحی پلاستیک، اصلاح بینایی، ایمن‌سازی، ایمپلنت، پروتز دندان و به‌طور کلی محصولات ارتقا دهنده سلامتی از جمله ویتامین‌ها و نوشابه‌های انرژی‌زا در محاسبه نرخ سود در نظر گرفته نشده است.

از سوی دیگر، هزینه‌های عمومی و هزینه‌های کل مراقبت‌های درمانی موجود در پایگاه داده OECD سال 2011، آمارهای ملی سالانه هستند که شامل تمام جمعیت و تمام فعالیت‌های مرتبط با درمان - نه تنها خدمات پزشکی برای بیماران، بلکه پیشگیری، ارتقای بهداشت عمومی و مدیریت برنامه بیمه ملی سلامت - می‌شود.

بسیار زیادی به ریسک اقتصاد کلان - که بر هم زنده جریان سهم تأمین اجتماعی است - دارد. درس دیگری که از قانون ویژه سال 2002 گرفته می‌شود این است که یارانه دولتی و افزایش نرخ سهام بیمه سلامت ملی به منظور مقابله با کسری بودجه بیمه سلامت ملی، نمی‌تواند به عنوان راه حل بلند مدت تلقی گردد؛ مگر اینکه مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی در یک سطح پایدار و به صورت کاملاً سیستماتیک کنترل شود. (Tchoe, 2006)

جدول 1. پرداخت مزایا و درآمد حق بیمه از طریق برنامه‌های بیمه خصوصی و ملی، 2001 تا 2006 (میلیون وون)

سال	بیمه مخارج پزشکی غیر زندگی		بیمه سلامت ملی	
	درآمد حق بیمه (B)	A/B	درآمد مشارکت (D)	C/D
2001	230/2	1/27	8856/2	1/49
2002	[18/3] 273/6	1/28	[23/4] 10927/7	1/27
2003	[28/8] 352/3	1/32	[25/7] 13740/9	1/08
2004	[6/22] 374/2	1/30	[13/4] 15578/8	1/04
2005	[37/0] 512/8	1/16	[8/66] 16927/7	1/09
2006	[26/9] 650/8	1/10	[11/1] 18810/6	1/15

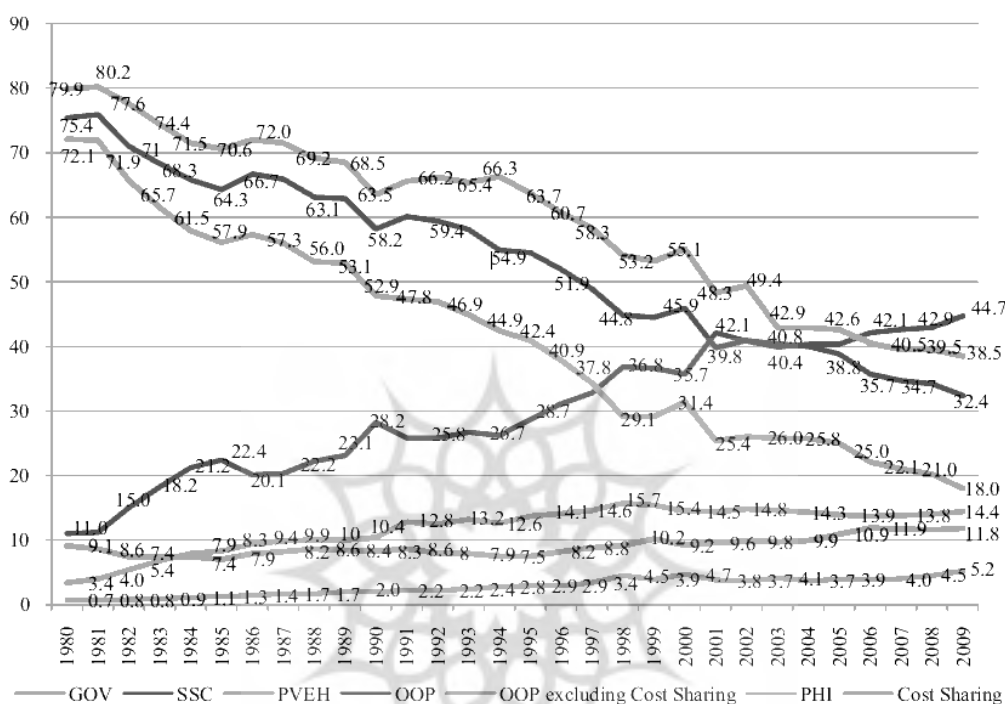
(Cho and Kim, 2008)

نمودار 1، مشکل دیگری که برنامه بیمه سلامت ملی با آن دست و پنجه نرم می‌کند را نشان می‌دهد. این مشکل، حمایت مالی ضعیف است. در طول سال‌های 1980 تا 2009، ویژگی ساختار مالی برنامه‌های بیمه سلامت ملی، مخصوصاً برای خدمات خارج از پوشش بیمه سلامت ملی (72/1٪ از کل مخارج سلامت در سال 1980)، پرداخت‌های خارج از تعهد (مستقیم) بالاست. به لطف تعهد دولت کره برای افزایش مزایای بیمه سلامت ملی، در سال 2009 پرداخت خارج از تعهد (مستقیم) برای خدمات خارج از پوشش به میزانی کم‌تر از 18٪ کل مخارج درمان گردید (Kwon, 2002; Kwon, 2008).

هر چند که این کاهش قابل توجه در پرداخت‌های خارج از تعهد (مستقیم) به طور اجتناب‌ناپذیری با افزایش در سهم تأمین اجتماعی بیمه سلامت ملی (از 11٪ مخارج درمان کل در سال 1980 به 44.7٪ مخارج سلامت کل در سال 2009) و تقسیم هزینه برای خدمات تحت پوشش بیمه درمان ملی (از 3/4٪ مخارج سلامت کل در سال 1980 به 14/4٪ مخارج سلامت کل در سال 2009) همراه

بود. از نقطه نظر خانوارها، سهم بیمه سلامت ملی که از دستمزد آنان پرداخت می‌شود، در طول زمان یک روند افزایشی داشته است؛ اما مقدار هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) کل آنان برای صورت حساب‌های پزشکی ثابت مانده است (32/4% از هزینه‌های سلامت کل در سال 2009¹).

نمودار 1. منابع تأمین مالی در سیستم مراقبت‌های بهداشتی کره، 1980 تا 2009



در حالی که سهم تأمین اجتماعی و دارایی‌های مالیاتی دولتی برای ایجاد ثبات در تراز بیمه درمان ملی (جدول 1) و همچنین برای کاهش پیوسته در هزینه‌های خارج از تعهد (نمودار 1) تشدید شده‌اند، نقش نسبتاً حاشیه‌ای تأمین مالی بیمه درمان خصوصی (7/0% از هزینه‌های سلامت کل² در سال 1980 و 5/2% از هزینه‌های سلامت کل در سال 2009) توجه دولت کره را به خود جلب کرد. به دلیل پیری سریع جمعیت کره و تغییرات اپیدمیولوژیکی و از این رو نیاز مردم به مراقبت‌های ویژه، افزایش شدید در مخارج سلامت کل قابل پیش‌بینی است؛ بنابراین برنامه بیمه سلامت ملی کره، سهم بالقوه تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی را برای مبارزه با مسائلی از قبیل دارایی‌های عمومی محدود و دسترسی به سود اندک،

1. در سال 2009، سطح متوسط هزینه‌های خارج از جیب OECD، 18/7 درصد هزینه‌های کل درمانی بوده است. در آلمان و ژاپن، که برنامه‌های بیمه ملی سلامت مشابه بوده است این رقم به ترتیب 13/1 درصد و 15/1 درصد بوده است.

2. باتوجه به مطالعه بای و همکاران، پیش‌بینی شده است کسری بیمه ملی سلامت به 32,635 میلیارد دلار در سال 2015 و

101,425 میلیارد دلار در سال 2020 برسد. (Bae et al., 2009)

در نظر می‌گیرد (Lee et al., 2006; Huh and Lee, 2007; Park and Lee, 2010; Kim, 2002). با این حال، این موضوع مبهم باقی می‌ماند که آیا تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی می‌تواند هزینه‌های تأمین مالی عمومی را کاهش دهد یا خیر و آیا می‌تواند هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) را به طور مؤثری پرداخت کند و به کنترل هزینه‌های کل کمک کند یا خیر. از آنجایی که اصلاحات سال 2002 طرح‌های بیمه سلامت خصوصی را قادر ساخت که پوشش دوگانه‌ای برای خدمات بیمه سلامت ملی ارائه کنند، در واقع ممکن است تراز بیمه سلامت ملی تحت‌الشعاع قرار گیرد. زیرا اعضای بیمه سلامت ملی که به واسطه پوشش دوگانه تحریک شده‌اند، خدمات گسترده‌ای را مورد استفاده قرار می‌دهند.

3-2. روش‌های برآورد

در این قسمت برای ارزیابی احتمال اینکه توسعه بیمه سلامت خصوصی چگونه ممکن است شکل و ترکیب تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی کره را تغییر دهد، داده‌های مربوط به سلامت OECD در سال 2011 که حاوی اطلاعات سی کشور عضو این گروه در دوره زمانی 1980 تا 2007 است، مورد استفاده قرار می‌گیرد. در این قسمت چهار سؤال مورد بررسی قرار می‌گیرد: آیا پرداخت‌کنندگان خصوصی جایگزین دارایی‌های عمومی می‌شوند یا اینکه (1) مخارج دولتی یا (2) سهم تأمین اجتماعی جایگزین می‌شوند؛ آیا بیمه سلامت خصوصی (3) به تعادل در پرداخت افراد کمک می‌کند و (4) شامل مراقبت‌های بهداشتی کل است.

بدین منظور از یک مدل اثرات ثابت پانل استفاده می‌کنیم. به گونه‌ای که هر متغیر هدف به عنوان تابع خطی از پرداخت بیمه سلامت خصوصی مشخص شده است¹ (Tuohy et al., 2004; Gerdtham et al; 1998). برای دوره زمانی 1980 تا 2007، اثرات هم‌زمان و با وقفه زمانی پرداخت بیمه سلامت خصوصی را روی متغیرهای هدف آزمون کردیم. معادله رگرسیونی برای بررسی رابطه بین بیمه سلامت خصوصی و مخارج دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی به صورت زیر است:

$$\log(gov - hc)_{it} = \alpha + \beta \log(phi)_{it-j} + \gamma_1 \log(the)_{it} + \gamma_2 \log(gdp)_{it} + \gamma_3 \log(gov - other)_{it} + \lambda_t + u_{it}$$

که در آن $gov - hc$ بیانگر کل مبلغ سرمایه‌گذاری شده دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی برای کشور i و در سال t است. همچنین رابطه بین وقفه j ام تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی (phi) و

1. تمرکز توهی و همکاران بر روی نقش کل هزینه‌های خصوصی است. در حالی که تجزیه و تحلیل ما روی نقش پرداخت‌های بیمه خصوصی سلامت تمرکز دارد. از این رو، معادلات رگرسیون به طور متناسب اصلاح شده است.

مخارج دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی را به ترتیب برای $j=0,1,2$ مورد بررسی قرار دادیم. با انجام این کار، تلاش می‌کنیم که تأثیر با وقفه تغییرات پیشین در بیمه سلامت خصوصی بر هزینه‌های جاری دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی را بررسی کنیم. بدین منظور شرایط کلی اقتصادی، ثابت در نظر گرفته شده است. زیرا ممکن است اندازه مخارج دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی از طریق مخارج مراقبت‌های بهداشتی کل (*the*) و تولید ناخالص داخلی سرانه¹ تعیین شود. $gov - other$ بیان‌کننده مخارج دولتی کل برای مواردی غیر از مراقبت‌های بهداشتی است. این متغیر به منظور کنترل تأثیر ظرفیت مالی دولت برای سرمایه‌گذاری بیشتر در مراقبت‌های بهداشتی، در مدل لحاظ می‌شود. شوک‌های زمانی λ_t نیز ممکن است بر روابط کلیدی که در این مطالعه مورد نظر است تأثیر بگذارد. واحد اندازه‌گیری تمامی متغیرها دلار آمریکاست.

به همین ترتیب معادله‌ای برای بررسی ارتباط بین بیمه سلامت خصوصی و سهم تأمین اجتماعی به صورت زیر ارائه می‌شود:

$$\log(ssc)_{it} = \alpha + \beta \log(ssc)_{it-j} + \gamma_1 \log(phi)_{it} + \gamma_2 \log(gdp)_{it} + \gamma_3 \log(gov - other)_{it} + \lambda_t + u_{it}.$$

به منظور بررسی رابطه بین بیمه سلامت خصوصی و هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم)، از این مدل رگرسیونی استفاده می‌شود؛ به گونه‌ای که در آن مخارج عمومی کل برای مراقبت‌های بهداشتی (*pub*) ثابت در نظر گرفته می‌شود.

$$\log(oop)_{it} = \alpha + \beta \log(phi)_{it-j} + \gamma_1 \log(pub)_{it} + \gamma_2 \log(the)_{it} + \gamma_3 \log(gdp)_{it} + \gamma_4 \log(gov - other)_{it} + \lambda_t + u_{it}$$

در نهایت، تأثیر صرفه‌جویی در هزینه بیمه سلامت خصوصی از طریق این مدل بررسی می‌شود:

$$\log(the)_{it} = \alpha + \beta (r - phi)_{it-j} + \gamma_1 (gdp)_{it} + \gamma_2 (pop)_{it} + \gamma_3 (r - pub)_{it} + \gamma_4 (r - elderly)_{it} + \gamma_5 le_{it} + \gamma_6 (n - doct)_{it} + \gamma_7 (r - inpat)_{it} + \lambda_t + u_{it}, j = 0,1,2$$

برای جلوگیری از مشکل درون‌زایی که ناشی از این واقعیت است که در تعریف حسابداری سلامت، بیمه سلامت ملی جزئی از مخارج بهداشتی کل است، تأثیر بیمه سلامت خصوصی با استفاده از $r - phi$ به جای نسبت بیمه سلامت ملی به مخارج بهداشتی کل، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

همانند پژوهش گردتام و همکارانش² و همچنین پژوهش چوی و نام³، ما نیز بر این باوریم که مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی به وسیله عوامل اجتماعی و اقتصادی و همچنین عوامل مرتبط با سلامت تعیین می‌گردد. در مدل این پژوهش، درآمد ملی سرانه (*GDP*)، جمعیت کل به هزار نفر

1. Gross Domestic Product (GDP)

2. Gerdtham et al., 1998

3. Tchoe and Nam, 2009

(*pop*) و جمعیت کل منهای افراد دارای 65 سال و بالاتر (*r - elderly*)، به عنوان عوامل اجتماعی - اقتصادی کل در نظر گرفته می‌شوند. عوامل مرتبط با سلامت نیز عبارت‌اند از نسبت دارایی‌های عمومی به مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی (*r - pub*)، امید به زندگی در بدو تولد (*le*)، تعداد پزشکان به ازای هر 1000 نفر (*n - doct*) و هزینه‌های بستری به عنوان درصدی از کل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی (*r - inpat*). خلاصه‌ای از آمار متغیرهایی که در این برآوردها مورد استفاده قرار گرفته، در جدول 2 آورده شده است.

پیچیدگی‌های تجربی باتوجه به اجزای خطا (u_{it}) افزایش می‌یابد. جزء خطای ویژه نامرئی، به دلیل روند زمانی مشترک و سایر شرایط کلان اقتصادی که متغیرهای هدف و کنترلی را تعیین می‌کند، منوط به همبستگی سریالی درون‌کشوری است. همچنین به احتمال فراوان، جزء خطا در بر دارنده ناهمگنی کشور خاص باشد، که این خود ممکن است باعث ایجاد تورش درونزایی در تخمین باشد؛ مگر اینکه جزء خطا با تمامی متغیرهای کنترلی دارای عدم‌همبستگی باشد. ما به منظور ترکیب کردن این نتایج و همچنین اطمینان از سازگاری و کارایی تخمین‌های این مطالعه، فرایند خودرگرسیون مرتبه اول (AR_1) را اعمال می‌کنیم و فرض می‌کنیم که ثبات زمانی و ناهمگنی کشور خاص وجود داشته باشد (μ_i). روند خطا (u_{it}) به صورت زیر نشان داده می‌شود:

$$u_{it} = \mu_i + \varepsilon_{it}$$

که در آن:

$$\varepsilon_{it} = \rho \varepsilon_{it-1} + e_{it}, e_{it} \sim i.i.d., |\rho| < 1$$

ما آزمون F را به ترتیب برای فرض صفر عدم وجود ناهمگنی کشور خاص و عدم وجود اثرات زمانی انجام دادیم و شواهدی را برای هر دو اثر دریافت کردیم. هر دو آزمون وولدريج¹ (Drukker, 2003; Wooldridge, 2002) و بالتاجی - وو² (Balagi and Wu, 1999) وجود همبستگی سریالی در اجزای خطا را تأیید کردند. ما با استناد به آزمون تصریح هاسمن، به دقت مدل اثرات ثابت را انتخاب کردیم. با حذف اجزای خطای فردی (μ_i)، برآوردگرهای اثرات ثابت برای تورش درونزایی دارای معنی‌داری قوی می‌باشند.

3-3. یافته‌ها

در جدول 3 نتایج حاصل از تخمین اثرات ثابت پانل برای بررسی رابطه بین بیمه سلامت خصوصی و مخارج دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی نشان داده شده است. این نتایج نشان می‌دهد

1. Wooldrige Test
2. Baltagi- Wu Test

که این رابطه به لحاظ آماری معنی‌دار¹ نیست. این موضوع بدان معناست که کاهش هزینه‌های مالی دولتی منجر به توسعه بیمه سلامت خصوصی نخواهد شد. از سوی دیگر، یافته‌ها حاکی از این است که 1% افزایش در مخارج کل برای مراقبت‌های بهداشتی، منجر به افزایش بیشتر در مخارج دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی می‌شود (1/35% تا 1/49%). این ضرایب بیانگر این هستند که در کره، افزایش 10 میلیون دلاری در مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی، منجر به افزایش مخارج دولتی به‌اندازه 1/74 تا 1/92 میلیون دلار خواهد شد.²

جدول 2. خلاصه آماری

Variables	Mean	Standard deviation	
		Overall	
Log (GOW-HC)	8/74	Overall	1/82
		Between	1/70
		within	0/535
Log (SSC)	8/48	Overall	2/28
		Between	2/15
		within	0/513
Log (OOP)	8/17	Overall	1/91
		Between	1/70
		within	0/513
Log (THE)	9/80	Overall	1/64
		Between	1/54
		within	0/553
Log (PHI)	6/96	Overall	2/30
		Between	2/21
		within	0/821
Log (CDP)	12/4	Overall	1/53
		Between	1/46
		within	0/449
Log (GOV- OTHER)	11/8	Overall	1/44
		Between	1/42
		within	0/355
Log (POP)	9/57	Overall	1/52

1. آزمون هاسمن در مدل اثرات ثابت در مقابل اثرات تصادفی برای اثرات کشور خاص و اثرات زمان انجام داده شده است. آزمون هاسمن اثرات تصادفی را برای GOV و SSC در مورد اثرات کشور خاص و اثرات تصادفی برای SSC در مورد اثرات زمان به ترتیب نشان می‌دهد. برای تمامی موارد دیگر، مدل‌های اثرات ثابت به‌کار می‌آیند. ما نتایج اثرات ثابت را با مدل اثرات تصادفی برای هر 4 متغیر درآمدی مقایسه کرده تا ارزیابی نماییم آیا کاهش بهره‌وری در مدل اثرات ثابت نسبت به مدل اثرات تصادفی به اندازه قابل توجهی به فرودستی عملکرد آماری متغیرهای کنترلی مربوط بوده یا خیر.
2. کل هزینه‌های مراقبت‌های درمانی 100239/9 میلیون دلار و هزینه‌های دولت در مراقبت‌های درمانی 12896/4 میلیون دلار در کره برای سال 2010 بوده است. تمامی اطلاعات از پایگاه داده درمان OECD سال 2011 استخراج شده است. تمامی ارقام بر اساس واحد قدرت خرید دلار آمریکا اندازه‌گیری شده است.

Variables	Mean	Standard deviation	
		Between	1/55
		within	0/069
Public health care spending (%THE)	72/4	Overall	14/7
		Between	14/0
		within	4/68
Persons aged 65 or more (%POP)	13/0	Overall	3/44
		Between	3/22
		within	1/34
Life expectancy at birth (in years)	75/8	Overall	3/50
		Between	2/88
		within	2/01
Physicians per 1000 persons	2/53	Overall	0/811
		Between	0/709
		within	0/402
Inpatient costs (%THE)	40/1	Overall	11/1
		Between	9/67
		within	6/81

نتایجی که در جدول 4 مشاهده می‌شود، شواهد اندکی از وجود یک رابطه منفی میان بیمه سلامت خصوصی و سهام تأمین اجتماعی را نشان می‌دهد. این شواهد نشان می‌دهد که پرداخت حق بیمه اضافی برای برنامه‌های بیمه سلامت خصوصی لزوماً منجر به صرفه‌جویی در سهم بیمه سلامت ملی کره نخواهد شد. بر خلاف حالت مخارج دولتی، تأثیر مخارج بهداشتی کل بر سهام تأمین اجتماعی کمتر از 1 است (0/717 تا 0/771). این موضوع نشان می‌دهد که 10 میلیون دلار افزایش در مخارج سلامت کل، با افزایشی معادل 3/26 تا 3/50 میلیون دلار در سهام تأمین اجتماعی همراه خواهد بود. از نتایج حاصل از جداول 3 و 4، هیچ شواهدی مبنی بر اینکه سود مالی دارایی‌های بیمه سلامت ملی ممکن است منجر به کاهش هزینه‌های مالی عمومی در کره شود، دریافت نشد.

جدول 5، رابطه تخمینی بین پرداخت بیمه خصوصی سلامت و پرداخت هزینه‌های خارج از تعهد را نشان می‌دهد. در اینجا یک رابطه منفی و به لحاظ آماری معنادار بین این دو متغیر مشاهده می‌شود. به گونه‌ای که 1 درصد افزایش پرداخت بیمه سلامت منجر به کاهش 0/073 درصدی در پرداخت هزینه‌های خارج از تعهد می‌گردد. یا اینکه با پرداخت 57/5 میلیون دلار اضافی بابت بیمه خصوصی سلامت، 23/5 میلیون دلار در پرداخت هزینه‌های خارج از تعهد صرفه‌جویی می‌شود.¹ اگر ما نرخ

1. در سال 2010 در کره، پرداخت هزینه‌های خارج از تعهد کل به اندازه 32165/2 میلیون دلار و پرداخت بیمه خصوصی سلامت کل به میزان 5753 میلیون دلار بوده است. تمام اطلاعات برگرفته از داده‌های سلامت OECD (2011) می‌باشد. همه ارقام بر حسب واحد برابری قدرت خرید دلار آمریکا اندازه‌گیری شده‌اند.

سود متوسط بیمه خصوصی سلامت را مورد استفاده قرار دهیم (1/24 در جدول 1)، پرداخت اضافی 57/5 میلیون دلاری به وسیله بیمه خصوصی سلامت به معنی 46/4 میلیون دلار درآمد حق بیمه اضافی می‌باشد، که بیشتر از پس‌انداز در هزینه‌های خارج از تعهد (22/9 میلیون دلار) است. این موضوع نشان می‌دهد که در سطح اجتماعی، یک بازار بیمه خصوصی سلامت فراگیر، شایستگی افزایش ادغام ریسک تجمیعی از طریق تبدیل خود پرداخت مبتنی بر مطلوبیت به پرداخت بیمه خصوصی سلامت را دارد. با وجود این، این مزیت اجتماعی برچسب قیمتی برابر با 22/9 میلیون دلار دارد. اینکه آیا کل جامعه از روی میل این قیمت را برای محافظت مالی تجمیعی در برابر صورت‌حساب‌های پزشکی فاجعه‌آمیز پرداخت می‌کند، سؤال دیگری است که گفتمان فلسفی و سیاسی دقیقی را می‌طلبد.

در جدول شماره 5، ارتباط بین هزینه بیمه سلامت خصوصی و هزینه‌های خارج از تعهد مشاهده می‌شود. در اینجا یک رابطه منفی و معنی‌دار بین این دو متغیر مشاهده می‌شود. به گونه‌ای که با 1% افزایش در بیمه سلامت خصوصی، هزینه‌های خارج از تعهد به اندازه 0/073% کاهش می‌یابد. یا اینکه با پرداخت 57/5 میلیون دلار از طریق بیمه سلامت خصوصی، به اندازه 23/5 میلیون دلار در هزینه‌های خارج از تعهد صرفه‌جویی صورت خواهد گرفت. اگر متوسط نرخ سود بیمه سلامت خصوصی لحاظ شود (1/24 در جدول شماره 1)، پرداخت اضافی 57/5 میلیون دلاری توسط بیمه سلامت خصوصی به معنای افزایش 46/4 میلیون دلاری درآمد حق بیمه است؛ که این رقم فراتر از صرفه‌جویی در هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) می‌باشد (22/9 میلیون دلار). این مطلب حاکی از این است که در سطح اجتماعی، توسعه بازار بیمه سلامت خصوصی دارای قابلیت افزایش ریسک جمعی، از طریق تبدیل پرداخت شخصی مبتنی بر مطلوبیت به پرداخت بیمه سلامت خصوصی است. این سود اجتماعی دارای قیمتی به اندازه 22/9 میلیون دلار است. اینکه آیا جامعه به میل خود این قیمت را برای حمایت مالی جمعی در برابر هزینه‌های پزشکی سرسام‌آور پرداخت خواهد کرد یا نه، سؤال دیگر است که پاسخ به آن نیازمند برگزاری جلسات فلسفی و سیاسی است.

جدول 3. بیمه سلامت خصوصی و مخارج دولتی برای مراقبت‌های بهداشتی

Variables	Log of GOV_HC					
	Coeff.		SE		Coeff.	
log(PHI)	-.027	.027	-	-	-	-
log(PHI) ₋₁	-	-	-.027	.021	-	-
log(PHI) ₋₂	-	-	-	-	.026	.022
Log(THE)	1.35***	.164	1.47***	.135	1.49***	.128
Log(GDP)	-.264	.210	.008	.188	-.016	.178
Log(GOV_OTHER)	-.091	.129	-.088	.108	-.164	.103
R-squared	.840	.791	.815			
F-test ($H_0: \text{all } u_i = 0$)	123.8	99.4	101.33			
The number of groups	25	25	25			
N	377	356	338			

جدول 4. بیمه سلامت خصوصی و سهم تأمین اجتماعی

Variables	Log of SSC					
	Coeff.		SE		Coeff.	
log(PHI)	-.023	.047	-	-	-	-
log(PHI) ₋₁	-	-	.010	.047	-	-
log(PHI) ₋₂	-	-	-	-	.0005	.053
Log(THE)	.771***	.276	.717**	.292	.739**	.302
Log(GDP)	.055	.386	-.135	.402	-.137	.434
Log(GOV_OTHER)	.483**	.221	.504**	.228	.540**	.239
R-squared	.811	.464	.559			
F-test ($H_0: \text{all } u_i = 0$)	142.5	148.8	152.6			
The number of groups	21	21	21			
N	273	257	242			

علاوه بر این، در جدول 5 مشاهده می‌شود که با افزایش 1٪ مخارج عمومی برای مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) به اندازه 1/12٪ تا 1/23٪ کاهش خواهد یافت. با وجود این، 1٪ افزایش در مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی، هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) را به اندازه 1/67٪ تا 1/83٪ افزایش می‌دهد. این مطلب بیانگر این امر است که هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) در مقایسه با مخارج دولتی و سهام تأمین اجتماعی، نسبت به تغییرات مخارج مراقبت‌های بهداشتی بسیار آسیب‌پذیرتر است. اگر تنظیمات مخارج عمومی برای مقابله با سرعت مخارج بهداشتی کل به موقع انجام نپذیرد، بیماران با بدهی‌های مالی بسیار زیادی برای پرداخت مخارج پزشکی خود مواجه خواهند شد.

جدول 5. بیمه سلامت خصوصی و پرداخت‌های خارج از تعهد (پرداخت‌های مستقیم)

Variables	Log of OOP					
	Coeff.		SE		Coeff.	
log(PHI)	-.073***	.015	-	-	-	-
log(PHI) ₋₁	-	-	-.013	.016	-	-
log(PHI) ₋₂	-	-	-	-	-.013	.015
Log(PUB)	-1.18***	.103	-1.12***	.109	-1.23***	.107
Log(THE)	1.83***	.153	1.67***	.161	1.75***	.158
Log(GDP)	.224*	.123	.299**	.131	.161	.130
Log(GOV_OTHER)	.157**	.070	.155**	.073	.183**	.071
R-squared	.901	.702	.739			
F-test ($H_0: \text{all } u_i = 0$)	7.20	10.1	10.6			
The number of groups	24	24	24			
N	358	338	322			

جدول 6. بیمه سلامت خصوصی و مخارج کل برای مراقبت‌های بهداشتی

Variables	Log of THE		Coeff.	SE	Coeff.	SE.
	Coeff.	SE				
PHI/THE	.634*	.382	-	-	-	-
PHI/THE ₋₁	-	-	.130	.337	-	-
PHI/THE ₋₂	-	-	-	-	-.199	.302
Log(GDP)	.810***	.102	.705***	.108	.714***	.089
Log(POP)	.345***	.118	1.26***	.199	.418***	.128
PUB/THE (%)	.005***	.002	.005***	.001	.007***	.001
Persons aged 65+ (%POP)	.001	.014	-.022	.014	.003	.011
Life expectancy at birth (in years)	.033***	.011	.027**	.012	.031***	.011
Physicians per 1000	.009	.026	.007	.026	.005	.024
Inpatient costs (%THE)	-.003**	.001	-.002*	.001	-.003**	.001
R-squared	.987	.984	.994			
F-test ($H_0: \text{all } u_i = 0$)	3.61	5.71	11.8			
The number of groups	23	23	23			
N	282	265	248			

در نهایت، در جدول 6 ارتباط آماری مثبت و معنی‌داری بین پرداخت بیمه سلامت خصوصی و مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی نشان داده شده است. به گونه‌ای که 1٪ افزایش در پرداخت بیمه سلامت خصوصی، با افزایشی معادل 0/0634٪ در مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی همراه خواهد بود. این درصد، معادل افزایش 63/4 میلیون دلاری در مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی در کره است. این نتیجه نشان می‌دهد که با وجود کارایی بالقوه بیمه سلامت خصوصی، افزایش تعهدات بیمه سلامت خصوصی در زمینه تأمین مالی مراقبت‌های مالی، ممکن است منجر به افزایش مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی گردد. به منظور افزایش بهره‌وری، بیمه سلامت خصوصی نیازمند دخالت در مدیریت و ارائه خدمات است. با وجود این، بیمه سلامت خصوصی در کره، هیچ قدرتی در قیمت‌گذاری و نظارت بر رفتار ارائه‌دهندگان ندارد. در مواردی هم که شرکت‌های بیمه خصوصی قادر به ادغام ارائه‌دهندگان و اعضای بیمه خصوصی به یک جریان حساس به هزینه باشند، توسعه بیمه سلامت خصوصی در کره، به احتمال فراوان کمکی به کنترل هزینه در سیستم مراقبت‌های بهداشتی این کشور نخواهد کرد.

3-4. نتیجه‌گیری

در این پژوهش به بررسی اعتبار بیمه سلامت خصوصی در سیستم بیمه سلامت ملی کره پرداخته شد. به طور فرضی، توسعه بیمه خصوصی ممکن است مزایای گوناگونی را برای شرکت‌های بیمه دولتی و عموم مردم فراهم آورد. به نظر می‌رسد که حدود ناکافی پوشش سود، نسبت بالای پرداخت‌های خارج از تعهد (مستقیم) و چالش‌های مالی برنامه بیمه سلامت ملی در کره، دلایلی منطقی برای توانمندسازی شرکت‌های بیمه خصوصی باشند.

با وجود این، پژوهش حاضر شواهد اندک برای این فرضیه دارد. تجزیه و تحلیل پانل چند متغیره این پژوهش که با استفاده از داده‌های سلامت کشورهای OECD در سال 2011 انجام پذیرفت، نشان

داد که پرداخت‌های بیشتر بیمه خصوصی هیچ ارتباط آماری قوی و معناداری با کاهش تأمین مالی دولتی، مانند سهم بیمه سلامت ملی ندارد. بین مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی و تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی، یک ارتباط مثبت و معنادار مشاهده شد. این ارتباط مثبت، تأثیر کلی تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی را بر مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی نشان می‌دهد که شامل خالص سود ناشی از کارایی هزینه و تأثیر مخاطرات اخلاقی ناشی از پوشش دوگانه است. از یک چشم‌انداز سیاسی، افزایش خالص در مخارج مراقبت‌های بهداشتی کل مربوط به تأمین مالی بیمه خصوصی سلامت، یک شک احتیاطی در تفویض بیمه خصوصی یک افزایش سهام در تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی را پی‌ریزی می‌کند (Chun, 2007).

پرداخت بیمه سلامت خصوصی ممکن است به صورت جزئی جایگزین هزینه‌های خارج از تعهد (مستقیم) شود، اما پرداخت حق‌بیمه اضافی برای طرح‌های بیمه سلامت خصوصی، صرفه‌جویی‌های بالقوه در هزینه‌های خارج از تعهد را به کلی خنثی خواهد کرد. این نتیجه، نیازمند یک بازنگری کلی در مورد دارایی‌های خصوصی و عمومی موجود در کره است. باتوجه به داده‌های سلامت مربوط به کشورهای OECD، میزان سهم تأمین اجتماعی در کره به اندازه 45/4٪ مخارج بهداشتی کل است. این رقم در مقایسه با سیستم‌های مشابه بیمه سلامت ملی به طور قابل توجهی کم‌تر است. به عنوان مثال این نسبت برای فرانسه 72/5٪، در آلمان 68/1٪ و در ژاپن 70/8٪ است (این اطلاعات مربوط به سال 2010 است). سهم مشارکت تأمین اجتماعی خارج از بودجه عمومی کل برابر با 0/78 است، که این عدد نیز در مقایسه با فرانسه (0/93)، آلمان (0/89) و ژاپن (0/88) کم‌تر است. از سوی دیگر، سهم تأمین مالی مصرف‌کنندگان (سهم تأمین اجتماعی و هزینه‌های خارج از تعهد) خارج از مخارج بهداشتی کل در کره، در مقایسه با سایر کشورها تقریباً یکسان است (79/8٪ در فرانسه، 81/2٪ در کره، 86/6٪ در ژاپن و 77/6٪ در کره). این مشاهدات نشان می‌دهد که هزینه‌های خارج از تعهد پایین در کره ممکن است از طریق تأمین مالی عمومی بیشتر، مخصوصاً از طریق افزایش نقش سهم تأمین اجتماعی جبران شود.

درونی کردن هزینه‌های خارج از تعهد به سیستم بیمه سلامت ملی از طریق افزایش سود بیمه سلامت ملی و همچنین افزایش سهم تأمین اجتماعی در مقایسه با توسعه بیمه سلامت خصوصی در کره، دو مزیت عمده دارد: اول اینکه، این کار نیازمند هیچ‌گونه تغییرات ساختاری برای چگونگی هماهنگی سیستم بیمه سلامت ملی موجود با شرکت‌های بیمه خصوصی نیست. مزیت دوم و مهم‌تر این است که، اصل سرمایه‌گذاری برای سلامت بیمه سلامت ملی را می‌توان از طریق سهم تأمین اجتماعی تقویت کرد. یک سؤال مهم در مورد این رویکرد درونی‌سازی مطرح می‌شود: آیا دولت و

مردم کره برای افزایش توزیع مجدد درآمد غیرمستقیم از طریق طرح‌های عمومی، با یکدیگر اتفاق نظر دارند یا خیر؟ به نظر می‌رسد که کشورهایی که مورد مقایسه قرار گرفتند، بیشتر از کره ارزش تقسیم ریسک نمونه را به طرح‌های بیمه سلامت ملی خود مرتبط ساخته‌اند.

جوانب مختلفی از بیمه سلامت خصوصی وجود دارد که توضیح جامع آنها در این پژوهش امکان‌پذیر نیست. اول اینکه، مزایای احتمالی دیگری نسبت به محدود کردن هزینه بهداشت ناشی از گسترش طرح‌های بیمه سلامت خصوصی وجود دارد، مانند رضایت فردی بالاتر به سبب انتخاب برنامه‌های متنوع، حق بیمه‌های کمتر به دلیل وجود بازار رقابتی در میان شرکت‌های بیمه خصوصی و پیشرفت‌های تکنولوژیکی در زمینه پزشکی که توسط نهادهای خصوصی راه‌اندازی شده است. با وجود این، استراتژی‌های بازاریابی شرکت‌های بیمه خصوصی و برنامه‌های پیچیده آنها ممکن است مصرف‌کنندگان را گیج کند؛ بنابراین ممکن است با وجود اینکه طرح‌های جایگزین بهتری وجود داشته باشد، اما آنها ترجیح دهند که به طرح‌های موجود وفادار بمانند. وجود اطلاعات نامتقارن بین مشتریان و شرکت‌های بیمه ممکن است مانع سود بردن مشتریان از مزایای بیمه خصوصی گردد.

دومین جنبه، اثر عدالت بیمه سلامت خصوصی است. انتخاب ریسک مبتنی بر وضعیت سلامت افراد و دسترسی محدود به بیمه سلامت خصوصی به واسطه قیمت زیاد، تنها بخشی از بی‌عدالتی‌های مربوط به بیمه سلامت خصوصی است. دستیابی گزیده¹ به ارائه‌دهندگان با کیفیت و ناهمخوانی مالی در میان ارائه‌کنندگان خدمات نیز امکان‌پذیر است. در نتیجه ممکن است سود کارایی ناشی از مشارکت بیمه سلامت خصوصی به واسطه این بی‌عدالتی‌ها کاهش یابد.

(Ettner, 1997; Wolfe and Goddeeris, 1991; Kim, 2003).

سوم اینکه، بیمه سلامت خصوصی ممکن است رفتارهای افراد موجود در بازارهای مراقبت‌های بهداشتی را تغییر دهد. این تغییر رفتار فقط به شرکت‌های بیمه سلامت ملی مربوط نمی‌شود، بلکه ممکن است بیماران، پزشکان و بیمارستان‌ها نیز دچار تغییر رفتار شوند. بنابراین باید اثرات بالقوه توسعه بیمه سلامت خصوصی مورد تجدید نظر قرار گیرد. این تجدید نظر نه تنها باید از منظر تأمین مالی باشد، بلکه باید تمامی جوانب سیستم مراقبت‌های بهداشتی شامل بازپرداخت، فرایند تحویل و پیامدهای سلامت را نیز مد نظر قرار دهد.

این پژوهش محدودیت‌هایی دارد. همان گونه که در پژوهش ملبرگ² اشاره شده است، استفاده از داده‌های مربوط به کشورهای OECD برای مقایسه‌های بین‌المللی، منجر به بروز محدودیت‌های کلی می‌شود. برخی از این محدودیت‌ها عبارت‌اند از: روش‌های گوناگون محاسبه سلامت در میان کشورهای مختلف و حساسیت به واحد تبدیل ارز. همچنین محصولات (خدمات) بیمه سلامت

1. Selective Access

2. Melberg

خصوصی، ساختارهای صنعتی و شرایط موجود سیستم‌های مراقبت‌های بهداشتی ممکن است در میان کشورهای مختلف بسیار متفاوت باشد. بنابراین ممکن است پویایی دقیق مربوط به منابع مالی مختلف، از آن چیزی که در این پژوهش ارائه شده است، متفاوت باشد. همچنین فرم تعدیل شده روش تخمین پانل که در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفته است، تنها ارتباط میان متغیرها با تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی را نشان می‌دهد و نمی‌تواند مطلبی در مورد رابطه علیت بیان کند. زیرا این امر مستلزم انجام پژوهش‌های بیشتر است. ارائه پیشنهاد‌های سیاستی قطعی در مورد کارکرد بهینه سیستم تأمین مالی مراقبت‌های بهداشتی عمومی و خصوصی، تنها از طریق مطالعه دقیق ویژگی‌های بازار بیمه سلامت خصوصی و کل سیستم مراقبت‌های بهداشتی هر کشور میسر می‌شود. با وجود این، نتایج این پژوهش می‌تواند برای اصلاح سیستم مراقبت‌های بهداشتی کره ارزشمند واقع شود. پیشنهاد این پژوهش برای کره این است که توسعه بیمه سلامت خصوصی در درون سیستم بیمه سلامت ملی باید با احتیاط صورت پذیرد.



1. Bae, S.I., Lee S.M. and Kim K.H., 2009. *Projections of the National Health Insurance budget considering the demographic changes of the productive population*. Policy Report 2009-15, National Health Insurance Policy Research Institute, National Health Insurance Corporation; [in Korean].
2. Balagi, B.H. and Wu P.X., 1999. Unequally spaced panel data regression with AR(1) disturbances. *Econometric Theory*, 15 (6), pp. 814–23.
3. Besley, T., Hall. J. and Preston, I., 1998. Private and public health insurance in the UK. *European Economic Review*, 42, pp. 491–7.
4. Cho., Y.W. and Kim, S.H., 2008. *Reforming the management system of private health insurance*. Policy Report 2008-1, Korea Insurance Research Institute, Korea Insurance Development Institute.
5. Chun, H.J., 2007. The problems and improvement schemes of the introduction of for-profit medical corporation and private health insurance system to Korea—focusing on the foreign countries' experience. *Korean Industrial Economics Research*, 20 (1), pp. 415–40.
6. Colombo, F. and Tapay, N., 2004. *Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems*. OECD health working papers No. 15, Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Paris, France.
7. Drechsler, D. and Jutting, J., 2007. Different countries, different needs: The role of private health insurance in developing countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 32(3), pp. 497–533.
8. Drukker, D.M., 2003. Testing for serial correlation in linear panel-data models. *The Stata Journal*, 3(2), pp. 1–10.
9. Ettner, S., 1997. Adverse selection and the purchase of Medigap insurance by the elderly. *Journal of Health Economics*, 16, pp. 543–62.
10. Gerdtham, U.G., Jonsson, J.B., MacFarlan, M. and Oxley, H., 1998. *The determinants of health expenditure of the OECD countries*. In: Zweifel P, editor. Health, the medical profession, and regulation. Dordrecht: Academic Publishers/Kluwer.
11. Huh, S.I. and Lee, S.Y., 2007. Impact of complementary private health insurance on public health spending in Korea. *Korean Journal of Health Policy and Administration*, 17(2), pp. 1–17.
12. Jos, T.S., 2001. Private or public approaches to insuring the uninsured: Lessons from international experience with private insurance. *New York University Law Review*, 76(2), pp. 419–92.
13. Jung, K.T., Kwak, C.H. and Kim, Y.K., 2005. *Projections on private health insurance in Korea: market size and impacts on health care financing*. Research

series in Health Care Management program. Seoul, Korea: College of Business Administration, Kyunghee University.

14. Kim, H.S., 2003. Development of Medigap in the U.S. and policy implications for an utilization of private health insurance in Korea. *Korean Journal of Policy Studies*, 12 (2), pp. 33–57 [in Korean].

15. Kim, J.H., Lee, H.Y. and Jung, H.J., 2007. *Survey on medical expenses payment among the NHI patients*. Research Paper 2008-01. Center for the NHI Policy Research. National Health Insurance Corporation. Seoul, Korea.

16. Kim, W.S., 2002. A study on coordinated balance of national health insurance and private insurance. *Korean Insurance Development Research*, 13 (3), pp. 111–53.

17. (KIDI), 2005. *Korea Insurance Development Institute*. Risk management of private health insurance. CEO Report 2005-02. Seoul, Korea.

18. Kutzin J., 2001. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56 (3), pp. 171–204.

19. Kwon, S.M., 2002. *Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea*. Extension of Social Security (ESS) Working Paper Series No. 1, Social Security Policy and Development Branch, International Labour Office (ILO), Geneva.

20. Kwon, S.M., 2008. *Thirty years of National Health Insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage*. Health Policy and Planning, pp. 1–9.

21. Kwon, S. and Reich, M.R., 2005. The changing process and politics of health policy in Korea. *Journal of Health Politics, Policy, and Law*, 30(6), pp. 1003–25.

22. Lee, J.S., Chung, B.K., Huh, S.I. and Lee, Y.G., 2006. Discussion on the optimal coordination of national health insurance and private health insurance in Korea. *Health Insurance Forum*, 5(1), pp.16–31. National Health Insurance Corporation [in Korean].

23. Liaropoulos, L.L., 1995. Health services financing in Greece: A role for private health insurance. *Health Policy*, 34 (1), pp. 53–62.

24. Liaropoulos, L.L. and Tragekes, E., 1998. Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. *Health Policy*, 43 (2), pp. 153–69.

25. Lim, J.H., Choi, G.S., Kim, S.K., Park, E.C. and Park, J.H., 2007. Effects of private health insurance on health care utilization and expenditure in Korean cancer patients: Focused on 5 major cancers in one cancer center. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 40 (4), pp. 329–35.

26. Liu, T.S. and Chen, C.S., 2002. An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social Science and Medicine*, 55, pp.755–74.

27. Melberg, H.O., 2009. *Why is there such a gap between health expenditures and outcomes in Norway compared to Finland?* Working paper 2009:10. Health Economics Research Programme, University of Oslo.
28. Moon, S. and Shin, J., 2007. Performance of universal health insurance: Lessons from south korea. *Journal of World Health and Population*, (May), pp. 1–19.
29. Park, IS. and Lee, D.H., 2010. *The NHIC financial outlook: Long-term forecasting and policy simulation*. Research Paper 2010-07. Center for the NHI Policy Research, National Health Insurance Corporation, Seoul, Korea.
30. Sekhri, N. and Savedoff, W.D., 2005. Private health insurance: Implications for developing countries. *Bulletin of World Health Organization*, 83(2), pp. 127–34.
31. Sekhri, N. and Savedoff, W.D., 2006. Regulating private health insurance to serve the public interest: policy issues for developing countries. *International Journal of Health Planning and Management*, 21, pp. 357–92.
32. Song, K.S., 2002. *Private health insurance system: Trends and prospects*. Workshop for Hospital Interest Group, Korean Dietetic Association.
33. Tchoe, B.H., 2006. *The National Health Insurance in Korea: Current shape and policy issues*. In: Conference Proceedings, Annual Research Meeting of the Korean Association of Hospital Management, the Korean Association of Health Economics and Policy, the Korean Association of Health Administration, pp. 99–109.
34. Tchoe, B.H. and Nam, S.H., 2009. *Aging risk and health care cost in Korea*. Asia Health Policy Program Working Paper Series No. 3. Shorenstein AsiaPacific Research Center, Stanford University.
35. Tuohy, C.H., Flood, C.M. and Stabile, M., 2004. How does private finance affect public health care systems? Marshalling the evidence from OECD countries. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 29 (3), pp. 359–86.
36. Van Doorslaer, E., Clarke, P., Savage, E. and Hall, J., 2008. Horizontal inequities in Australia's mixed public/private health care system. *Health Policy*, 86 (1), pp. 97–108.
37. Wolfe, J.R and Goddeeris, J.H., 1991. Adverse selection, moral hazard and wealth effects in the Medigap insurance market. *Journal of Health Economics*, 10, pp. 433–59.
38. Wooldridge, J.M., 2002. *Econometric analysis of cross section and panel data*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
39. Yun, H.S., 2008. Effects of private insurance on medical expenditure. *KDI Journal of Economic Policy*, 30 (2), pp. 100–28 [in Korean].

فصل چہارم

نتیجہ گیری



پروفیسر شگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرنال جامع علوم انسانی



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی

4-1. نتیجه‌گیری

بیمه سلامت و چگونگی تأمین مالی و نوع پوشش آن همواره یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های حکومت‌ها و دولت‌ها طی سالیان اخیر بوده است. کشورهای مختلف همواره در جهت بهبود وضعیت سلامت و ارتقای سطح سلامت جامعه خود دست به اصلاحات بنیادین در اقتصاد و نظام بیمه سلامت زده‌اند. لذا در این راستا، 3 مقاله «رابطه اصلاحات اقتصادی و بیمه سلامت در چین»، «اصلاحات بیمه درمان و رشد اقتصادی: تحلیل شبیه‌سازی در ژاپن» و «بیمه سلامت خصوصی در کره جنوبی: یک مقایسه بین‌المللی» مورد بررسی قرار گرفت که نتایج کلی آن به این شرح است.

کشور چین از پیامدهای حاصل از سیاست «اصلاحات و درهای باز» اقتصادی از سال 1978، به موفقیت‌های اقتصادی بزرگی نائل شد. اما اصلاحات اقتصادی در چین و در طول دهه 1990 بر پوشش بیمه سلامت تأثیری منفی و به لحاظ آماری معنی‌دار، داشته است. به ویژه اینکه، افراد ساکن در مناطق شهری که بیشتر تحت تأثیر سیاست درهای باز قرار گرفته بودند، یک کاهش 17 درصدی در پوشش بیمه سلامت تجربه کردند. همچنین اصلاحات و به تبع آن بیکاری کارکنان شرکت‌های تجمیعی، با یک کاهش 8 درصدی در پوشش بیمه سلامت همراه بود.

از مهم‌ترین اهداف اصلاحات بیمه‌ای، کاهش مخارج پزشکی ملی است. در راستای تأثیر برنامه اصلاحات بیمه سلامت عمومی بر رشد اقتصادی و رفاه ژاپن، افزایش در نرخ پرداخت مشترک که به عنوان یکی از برجسته‌ترین تغییرات در برنامه اصلاحات محسوب می‌شود، از طریق تشویق پس‌انداز خصوصی باعث افزایش رشد اقتصادی و رفاه می‌شود. هرچند که میزان این تأثیرات بر رشد اقتصادی زیاد نیست. از سوی دیگر، تأثیر مثبت نرخ پرداخت مشترک بر درآمد یا رفاه در میان نسل جوان بیشتر است.

رفتار مخاطره‌آمیز اخلاقی تحقق‌یافته نیز منجر به کاهش مخارج پزشکی می‌شود. هرچند که این موضوع مزایای افزایش رشد اقتصادی ناشی از افزایش در نرخ پرداخت مشترک را تضعیف می‌کند. افزایش در مزایای بیمه سلامت عمومی در آینده، عمدتاً به وسیله جمعیت سالخورده در ژاپن توضیح داده می‌شود و افزایش نرخ پرداخت مشترک، تأثیر کمی بر کاهش مزایای بیمه سلامت عمومی دارد. کاهش هزینه‌های پزشکی از طریق افزایش کارایی، مراقبت‌های پیش‌گیرانه یا پیشرفت تکنولوژیکی، تأثیر کمی بر هزینه‌های اقتصادی آتی دارد.

در مطالعه بیمه سلامت خصوصی کره جنوبی (مطالعه تطبیقی)، به نظر می‌رسد که حدود ناکافی پوشش سود، نسبت بالای پرداخت‌های خارج از تعهد (مستقیم) و چالش‌های مالی برنامه بیمه سلامت ملی در کره، دلایلی منطقی برای توانمندسازی شرکت‌های بیمه خصوصی باشند.

تجزیه و تحلیل پانل چند متغیر این پژوهش با استفاده از داده‌های سلامت کشورهای OECD در سال 2011 انجام پذیرفت، نشان داد که پرداخت‌های بیشتر بیمه خصوصی هیچ ارتباط آماری قوی و معناداری با کاهش تأمین مالی دولتی، مانند سهم بیمه سلامت ملی ندارد. بین مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی و تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی، یک ارتباط مثبت و معنادار مشاهده شد. این ارتباط مثبت، تأثیر کلی تأمین مالی بیمه سلامت خصوصی را بر مخارج کل مراقبت‌های بهداشتی نشان می‌دهد که شامل خالص سود ناشی از کارایی هزینه و تأثیر مخاطرات اخلاقی ناشی از پوشش دوگانه است.

مزایای احتمالی، ناشی از گسترش طرح‌های بیمه سلامت خصوصی وجود دارد، مانند رضایت فردی بالاتر به سبب انتخاب برنامه‌های متنوع، حق بیمه‌های کمتر به دلیل وجود بازار رقابتی در میان شرکت‌های بیمه خصوصی و پیشرفت‌های تکنولوژیکی در زمینه پزشکی که توسط نهادهای خصوصی راه‌اندازی شده است. با وجود این، استراتژی‌های بازاریابی شرکت‌های بیمه خصوصی و برنامه‌های پیچیده آنها ممکن است مصرف‌کنندگان را گیج کند؛ بنابراین ممکن است با وجود اینکه طرح‌های جایگزین بهتری وجود داشته باشد، اما آنها ترجیح دهند که به طرح‌های موجود وفادار بمانند. وجود اطلاعات نامتقارن بین مشتریان و شرکت‌های بیمه ممکن است مانع سود بردن مشتریان از مزایای بیمه خصوصی گردد.

دومین جنبه، اثر عدالت بیمه سلامت خصوصی است. انتخاب ریسک مبتنی بر وضعیت سلامت افراد و دسترسی محدود به بیمه سلامت خصوصی به واسطه قیمت زیاد، تنها بخشی از بی‌عدالتی‌های مربوط به بیمه سلامت خصوصی است. دستیابی گزیده به ارائه‌دهندگان با کیفیت و ناهمخوانی مالی در میان ارائه‌کنندگان خدمات نیز امکان‌پذیر است. در نتیجه ممکن است سود کارایی ناشی از مشارکت بیمه سلامت خصوصی به واسطه این بی‌عدالتی‌ها کاهش یابد.

سوم اینکه، بیمه سلامت خصوصی ممکن است رفتارهای افراد موجود در بازارهای مراقبت‌های بهداشتی را تغییر دهد. این تغییر رفتار فقط به شرکت‌های بیمه سلامت ملی مربوط نمی‌شود، بلکه ممکن است بیماران، پزشکان و بیمارستان‌ها نیز دچار تغییر شوند. بنابراین باید اثرات بالقوه توسعه بیمه سلامت خصوصی مورد تجدید نظر قرار گیرد. این تجدید نظر نه تنها باید از منظر تأمین مالی باشد، بلکه باید تمامی جوانب سیستم مراقبت‌های بهداشتی شامل بازپرداخت، فرایند تحویل و پیامدهای سلامت را نیز مدنظر قرار دهد.

فراخوان ارسال مقاله

پژوهشکده بیمه وابسته به بیمه مرکزی جمهوری اسلامی ایران با هدف ارتقاء، بسط، گسترش و نهادینه کردن علم بیمه با رویکرد مطالعه موردی یک موضوع خاص بیمه‌ای و تحلیل مباحث آن، نشریه «گزارش موردی» را منتشر می‌کند. این نشریه قابل استفاده برای کسانی است که به دنبال مباحث خاص بیمه‌ای به صورت تئوریک هستند که از آن میان می‌توان به دانشجویان بیمه و اقتصاد، مدیران عالی‌رتبه صنعت بیمه کشور، اساتید دانشگاه‌ها و دست‌اندرکاران صنعت بیمه اشاره کرد؛ لذا از کلیه استادان، پژوهشگران، صاحب‌نظران و کارشناسان محترم برای ارائه مقالات دعوت به عمل می‌آید.

الف. شرایط پذیرش مقاله

1. مقالات می‌توانند به صورت تألیفی یا ترجمه باشند. باید همراه با مقالات ترجمه‌شده، نسخه اصلی آنها نیز ارسال شود.
2. مقالات باید به مطالعه موردی یک موضوع خاص بیمه‌ای بپردازند.
3. حجم مقالات باید با توجه به شرایط مندرج در بند «ب» حداقل 40 صفحه باشد.
4. مقالات ارسالی نباید قبلاً در نشریه‌های داخلی و خارجی یا مجموعه مقالات سمینارها و مجامع علمی چاپ شده باشند و نباید همچنین برای انتشار به جای دیگر واگذار شده باشند.
5. مقالات باید دارای فهرست منابع و مأخذ مستند و اطلاعات کتاب‌شناختی معتبر باشند.
6. مقالات ترجمه‌ای حداکثر در سال 2005 چاپ شده باشند (مگر در موارد خاص و با تأیید داور).
7. مقالات ارسال‌شده، را داوران تعیین‌شده از سوی معاونت محترم پژوهشی مورد ارزیابی قرار می‌دهند و پذیرش نهایی آنها نیز مشروط به تأیید معاونت پژوهشی است.
8. حق ویرایش مقالات برای نشریه محفوظ است.
9. مسئولیت مطالب، نظریات و اطلاعات ارائه‌شده در مقاله‌ها و صحت و سقم آنها برعهده مؤلف (ان) / مترجم (ان) است.
10. دریافت مقاله به صورت الکترونیکی امکان‌پذیر است.
11. مقالات دریافت‌شده به مؤلف (ان) / مترجم (ان) بازگردانده نمی‌شوند.

ب. نحوه نگارش مقاله

1. مقاله حداقل در 30 صفحه A4 با فاصله خطوط 1.1 multiple و حاشیه‌های 2 سانتی‌متر از هر طرف در نرم‌افزار Word تایپ شود.
2. نوع قلم و اندازه آن مطابق با شرایط مندرج در جدول (1) باشد.
3. اصول نگارش زبان فارسی به‌طور کامل رعایت شود و از به کار بردن اصطلاحات انگلیسی که معادل فارسی آنها در فرهنگستان زبان فارسی تعریف شده است، حتی‌الامکان خودداری شود.

جدول (1). نوع قلم و اندازه

اندازه قلم	نام قلم	موقعیت استفاده
16	lotus B پررنگ	عنوان مقاله
14	B lotus	متن مقاله
15	B lotus پررنگ	تیترهای اصلی
14	B lotus پررنگ	تیترهای فرعی
14	B lotus	عناوین جدول‌ها و شکل‌ها
14	B lotus	متن جدول‌ها، شکل‌ها و منابع
11	B lotus	پاورقی فارسی
10	Times New Roman	پاورقی انگلیسی

ج. شیوه تنظیم منابع

در ذکر منابع، سبک Harvard (ویرایش سال 2011) رعایت شود؛ به عنوان مثال:

• منابع انتهایی متن

- کتاب

نام خانوادگی، حرف ابتدای نام، سال انتشار، عنوان کتاب (ایتالیک)، نام مترجم، ویرایش (اگر کتاب ویرایش اول باشد، نیازی به ذکر نوبت ویرایش نیست)، محل نشر (باید نام شهر ذکر شود نه کشور): ناشر. شماره صفحات (در صورت موجود بودن).

ed. Chester: Pearson. - Redman, P., 2008. Business and the organization. 3rd

- جهان‌خانی، ع. و پارسائیان، ع.، 1376. مدیریت سرمایه‌گذاری و ارزیابی اوراق بهادار. تهران: دانشکده مدیریت. صص 5-

20.

توجه: اگر منبعی بیش از یک نویسنده داشته باشد، نام نویسندگان را به ترتیب زیر ذکر می‌کنیم:

ed. Bloomington: Indiana - Barker, R., Kirk, J. and Munday, R.J., 1988. Narrative analysis. 3rd University Press.

در صورتی که منبع بیش از سه نویسنده داشته باشد، لزومی به ذکر نام تمام نویسندگان نیست و فقط نام نویسنده اول را

ذکر می‌کنیم و به جای نام نویسندگان دیگر از عبارت "et al." همکاران" استفاده می‌کنیم.

- Grace, B. et al., 1988. A history of the world. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- اگر در میان منابع مقاله، دو منبع با تاریخ انتشار و نام نویسنده مشابه داشته باشیم برای تفکیک منابع از حروف "a,b" /

الف، ب" در کنار تاریخ انتشار استفاده می‌کنیم و در منابع درون‌متنی نیز این حروف را در کنار تاریخ انتشار ذکر می‌کنیم.

- Soros, G., 1966a. The road to serfdom. Chicago: University of Chicago Press.

- Soros, B., 1966b. Beyond the road to serfdom. Chicago: University of Chicago Press.

و در منابع درون‌متنی، این دو منبع را به این شکل ذکر می‌کنیم:

-(Soros, 1966a)

-(Soros, 1966b)

- منابع الکترونیکی (E-book; pdf; journal online, ...)

نام خانوادگی، حرف ابتدای نام، سال، عنوان (ایتالیک). [نوع منبع الکترونیکی] محل نشر: ناشر. Available through (قابل دسترسی از طریق): نام منبع الکترونیکی (شامل وبسایت یا آدرس اینترنتی) [تاریخ دسترسی].

- Fishman, R., 2005. The rise and Fall of suburbia. [e-book] Chester: Castle Press. Available through: Anglia Ruskin University Library website <<http://libweb.anglia.ac.uk>> [Accessed 5 June 2005].

- مقاله

نام خانوادگی و حرف ابتدای نام، سال، عنوان مقاله، عنوان نشریه (ایتالیک)، شماره جلد (شماره بخش یا فصل انتشار)، صفحه یا صفحات.

- Boughton, J.M., 2002. The Bretton Woods proposal: a brief look. Political Science Quarterly, 42(6), p.564.

• منابع درون متنی

(نام خانوادگی نویسنده، سال انتشار اثر)

- (کریمی، 1387): (Wang, 2008)

توجه: اگر اثری بیش از چهار نویسنده داشته باشد، فقط نام نویسنده اول را ذکر می‌کنیم و به جای نام دیگر نویسندگان از عبارت "et al." / همکاران استفاده می‌کنیم:

- (نفیسی و همکاران، 1389): (Soha, et al., 1995)

برای اطلاعات بیشتر در زمینه سبک Harvard به آدرس الکترونیکی زیر مراجعه کنید:

<http://libweb.anglia.ac>.

علاقمندان برای دریافت اطلاعات تکمیلی می‌توانند به نشانی زیر مراجعه فرمایند:

آدرس: تهران - سعادت آباد - میدان شهید تهرانی مقدم (کاج) - خیابان سرو غربی - شماره 43 - دفتر نشریه گزارش

موردی - شماره تماس 22084084. جهت مکاتبه با نشریه به آدرس الکترونیکی workingpaper.irc.ac.ir مراجعه فرمایید.

فهرست گزارش‌های موردی‌های منتشرشده در پژوهشکده بیمه

- گزارش موردی 1 (دی 1389): کلیات اقتصاد برنامه‌های بیمه اجتماعی
- گزارش موردی 2 (اسفند 1389): آمارهای حوادث جاده‌ای در کشورهای منتخب و تحلیل خسارت‌های پرداختی بیمه شخص ثالث در ایران
- گزارش موردی 3 (فروردین و اردیبهشت 1390): اوراق بهادار بیمه‌ای
- گزارش موردی 4 (خرداد و تیر 1390): نقش شاخص‌ها در انتقال ریسک در صنعت بیمه
- گزارش موردی 5 (مرداد و شهریور 1390): شاخص‌های پایه‌ای نرخ بیمه زلزله ساختمان‌های ایران
- گزارش موردی 6 (مهر و آبان 1390): اصلاح سیستم خدمات درمانی در ژاپن: کنترل هزینه‌ها، ارتقای کیفیت و تضمین برابری
- گزارش موردی 7 (آذر و دی 1390): بیمه در کشورهای در حال توسعه: بهره‌گیری از فرصت‌های موجود در بیمه‌های خرد
- گزارش موردی 8 (بهمن و اسفند 1390): پولشویی و روش‌های جلوگیری از آن در صنعت بیمه
- گزارش موردی 9 (فروردین و اردیبهشت 1391): کاربرد ملی مقررات ساختمان در مدیریت ریسک و نرخ‌گذاری بیمه آتش‌سوزی
- گزارش موردی 10 (خرداد و تیر 1391): پیشگیری شناسایی و مقابله با کلاهبرداری در بیمه
- گزارش موردی 11 (مرداد و شهریور 1391): تجربه کشور هندوستان در حذف تعرفه‌های بیمه‌های غیرزندگی
- گزارش موردی 12 (مهر و آبان 1391): تدوین بیمه‌نامه زلزله در بخش مسکن و ارائه مدلی کاربردی جهت بررسی نقش بیمه در بهبود کیفیت ساختمان در ایران
- گزارش موردی 13 (آذر و دی 1391): رابطه بیمه و رشد اقتصادی - تحلیل نظری و تجربی
- گزارش موردی 14: (بهمن و اسفند 1391): ارزیابی و تحلیل ریسک قراردادهای بیمه عمر: ترکیب رویکردهای اکچوئرال و مالی
- گزارش موردی 15: (فروردین و اردیبهشت 1392): (مقاله اول): ارزیابی عملکرد صنعت بیمه کشور و تبیین چشم‌انداز آینده - (مقاله دوم): بررسی و سنجش سطح رضایت‌مندی بیمه‌گذاران (مشتریان) شرکت‌های فعال در صنعت بیمه کشور

ایم‌نمای مراک دو ماهنامه گزارش موردی

لطفاً قبل از پر کردن برگه درخواست اشتراک به نکات زیر توجه نمایید:

1. کلیه مکاتبات خود را با ذکر شماره اشتراک انجام دهید.
2. نشانی خود را کامل و خوانا و با ذکر کدپستی بنویسید.
3. بهای اشتراک را پس از هماهنگی با کتابفروشی پژوهشکده بیمه به شماره حساب **2178959001000**، بانک ملی (سیبا)، شعبه سعادت‌آباد، کد 1011 به نام تمرکز وجوه درآمد اختصاصی پژوهشکده بیمه واریز کنید و فیش بانکی را به همراه فرم اشتراک تکمیل‌شده به دفتر گزارش موردی ارسال نمایید.
4. اشتراک از جدیدترین شماره به بعد پذیرفته می‌شود.

دفتر گزارش موردی: تهران - سعادت‌آباد - میدان کاج - فیابان سرو غربی - پلاک 43

(مندوق پستی: 19395-4499)

برگ درخواست اشتراک دو ماهنامه «گزارش موردی»

قبلاً مشترک بوده‌ام قبلاً مشترک نبوده‌ام شماره اشتراک نام
کتابخانه: شرکت، سازمان، مؤسسه
نام و نام خانوادگی:
مدت اشتراک: تعداد مورد درخواست: شروع اشتراک از شماره:
نشانی دقیق: