



## بازار بیمه درمان انفرادی، در واقعیت کمرپشت، در دیدگاه‌ها و اختلاف نظرها بحث‌انگیز

مترجم: فاطمه اشترانی<sup>۱</sup>

شوریه‌شناسی و مطالعات فرهنگی

### چکیده

بیمه درمان انفرادی، انتقاب زیان‌دهی نسبت به بیمه درمان گروهی است و از هزینه اجرایی فیللی بالای برافوردار است (به‌فصوص در اشخاص کم‌درآمد پرریسک). در این مقاله اشاره می‌شود که بازار بیمه درمان انفرادی در بلندمدت با شکست مواجه می‌شود، ولی در صورتی‌که اعتبار مالیاتی برای این قبیل بیمه‌ها در نظر گرفته شود، تمریک فواهد شد. مخالفان اصلی معتقدند در این بازار افرادی را باید تمت پوشش قرار داد که مق‌بیمه بالایی نسبت به دیگران پرداخت می‌کنند (براساس ریسک بیماری) و تأثیر مق‌بیمه، به پوشش ریسک و شانس فرید بیمه در سطوح درآمدی مختلف بستگی دارد. در واقع آنها از ارائه این نوع بیمه‌نامه با مق‌بیمه پایین و ریسک بالا احساس نگرانی می‌کنند. درنهایت به این نتیجه‌گیری می‌رسیم که بازار این قبیل بیمه برای مدود ۸۰٪ از فریداران بالقوه قابل قبول و به‌فوبی اجرا فواهد شد، ولی برای ۲۰٪ باقیمانده با درآمد پایین و ریسک بالا فیللی بمث‌انگیز است.

واژگان کلیدی: پوشش بیمه، بیمه درمان انفرادی، بیماری مزمن، دسترسی به بیمه

۱. کارشناس ارشد تکنولوژی آموزشی، کارشناس آموزش در صنعت بیمه درمان

## ◀ انتساب معکوس زمانی (روی می‌دهد که) (تبه‌بندی اجتماعی وجود داشته باشد)

درصد کاهش یافته است؛ در حالی که تفاوت میان اجرای بیمه گروهی و اجرای بیمه غیر گروهی به صورت ناچیزی کم شده است. **احتمال انتخاب معکوس<sup>۲</sup> در بازار غیر گروهی بیشتر نمود دارد** - انتخاب معکوس در بازارهای بیمه داوطلبانه یک خطر محسوب می‌شود؛ زیرا به احتمال زیاد کسانی که بیشتر انتظار بیمار شدن دارند، در مقایسه با کسانی که فکر می‌کنند سالم هستند، جویای بیمه درمان هستند.

وجود انتخاب معکوس بدان معناست که اگر بیمه‌گران به همه خریداران احتمالی، حق بیمه مساوی با هزینه میانگین جمعیت پیشنهاد کنند، احتمالاً ورشکست می‌شوند. در واقع انتخاب معکوس زمانی روی می‌دهد که رتبه‌بندی اجتماعی وجود داشته باشد. براون<sup>۳</sup> شواهدی یافته است که نشان می‌دهد افراد کم‌ریسک، پوشش غیر گروهی کمتری را خریداری می‌کنند و افراد پرریسک پوشش‌های گران‌تری را می‌خرند. باین حال پرس<sup>۴</sup> قادر به یافتن شواهدی نبود که نشان دهد رتبه‌بندی اجتماعی، افراد ریسک پایین را نسبت به افراد ریسک بالا به صورت متفاوت تحت تأثیر قرار می‌دهد.

### - بازار غیر گروهی همچنان کوچک و رو به کاهش است

به‌رغم رشد جمعیت ۹/۵ میلیونی از سال ۱۹۹۷-۱۹۹۶ تعداد داوطلبان غیر گروهی (افراد زیر ۶۵ سال که فاقد دسترسی به پوشش کارفرما بوده و فاقد صلاحیت پوشش عمومی می‌باشند) تا ۳/۴ میلیون کاهش یافته و تعداد افرادی که در پوشش غیر گروهی ثبت نام کرده‌اند، تا ۱/۱ میلیون کاهش یافته است (جدول ۱).

بخشی از این مسئله خبر خوشی را به همراه دارد: میزان پوشش تحت حمایت کارفرما (یا اتحادیه) در اواخر دهه ۱۹۹۰ با قوت گرفتن اقتصاد و بازار کار رشد داشته است. چنین به نظر می‌رسد که حدود

۲. انتخاب معکوس به حالتی گفته می‌شود که در آن یک طرف بازار نتواند «نوع» یا کیفیت کالای‌های طرف دیگر بازار را مشاهده کند به این علت به این پدیده «مسئله اطلاعات مخفی» نیز گفته می‌شود.

3. Browne  
4. Percy

طرح‌های اعتبار مالیاتی جهت کاهش تعداد بیمه‌نشدگان آمریکایی، تمایل به تحلیل دوباره بازار بیمه درمان انفرادی یا غیر گروهی را زنده کرده است. استفاده از برخی انواع این بازار عملاً اجتناب‌ناپذیر است؛ زیرا اغلب افراد بیمه‌نشده کم‌درآمد، به بیمه درمان گروهی دسترسی ندارند. اما چگونه برخی انواع بیمه انفرادی می‌تواند به‌طور مؤثر و به‌عنوان راهی برای گسترش پوشش عمل کند؟ ما در این مقاله به اجماع آرا (از نظر حقایق کاربردی و نیز مسائل سیاست‌گذاری) به بررسی عملکرد واقعی و پتانسیل بازار بیمه انفرادی پرداخته و حوزه‌های اختلاف نظر این سیاست‌گذاری را مشخص می‌کنیم. تحلیل‌گران بر این عقیده‌اند که مسئولیت اجرایی و ریسک‌پذیری در بازارهای غیر گروهی بالاتر بوده و نسبت به بازار گروهی، ریسک بیشتری برای انتخاب معکوس وجود دارد. به‌رحال چهار پرسش اصلی بدون پاسخ باقی می‌ماند:

- بازار بیمه درمان غیر گروهی در حال حاضر تا چه حد می‌تواند به‌خوبی عمل کند؟

- چگونه گروهی از افراد جویای پوشش با یارانه، نوع عملکرد بازار را تغییر خواهند داد؟

- آیا بازار بیمه درمان گروهی به‌صورت نامناسب تحت تأثیر اعتبار مالیاتی برای خرید بیمه درمان غیر گروهی قرار خواهد گرفت؟

- آیا مداخلات سیاست‌گذاری دیگری وجود دارد تا عاملی برای جذب بهتر تعداد بیشتر تازه‌واردان در بازار درمان غیر گروهی باشد؟

این مقاله به دنبال پاسخ‌گویی به سؤال‌های فوق بوده تا این مسائل را به‌همراه پژوهش‌ها و نظریات جدید تا حد ممکن روشن سازد.

## ۱. موارد اتفاق نظر

### - مسئولیت اجرایی در بازارهای غیر گروهی بالاتر است

بیمه درمان غیر گروهی، مشابه بیمه‌های تجاری (اتومبیل، عمر و...) است و معمولاً هزینه‌های فروش، اجرا و بازگشت سرمایه ریسک، ۴۰-۳۰ درصد حق بیمه را دربرمی‌گیرد. چنین به نظر می‌رسد که درصد هزینه مدیریت اجرایی بیمه غیر گروهی (برگرفته از داده‌های انجمن ملی نمایندگان بیمه)<sup>۱</sup> در دهه ۱۹۹۰، حدود ۱۰

1. National Association of Insurance Commissioners (NAIC)

## جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت غیرسالمند ایالت متحده (به میلیون) از نظر وضعیت پوشش، انتخاب

از سال‌های ۲۰۰۱-۱۹۹۶

ثبت نام در پوشش غیر گروهی	داوطلبان برای پوشش غیر گروهی	ثبت نام در پوشش کارفرمایان	پوشش پیشنهادی کارفرمایان	جمعیت غیر سالمند	
۸/۶	۳۳/۷	۱۶۱/۶	۱۷۹/۹	۲۳۹/۱	جمعیت در سال‌های ۲۰۰۱-۰۱ (میلیون)
٪۳/۶	٪۱۴/۱	٪۶۷/۶	٪۷۵/۲	٪۱۰۰	درصد جمعیت
٪-۱۱/۵	٪-۹/۳	٪۶/۱	۶/۱	٪۴/۱	درصد تغییر از سال‌های ۹۷-۱۹۹۶

اساسی در اینجا وجود دارد؛ ابتدا اینکه درباره معنا یا اهمیت برخی از طبقه‌بندی‌های افراد مواجه با انتخاب‌های سخت، اختلاف نظر وجود دارد. دوم اینکه حتی وقتی یک طبقه‌بندی به صورت معقول مشخص شود (مانند خدمات درمانی غیر قابل پوشش) در این باره اختلاف نظر به وجود می‌آید که عملاً این مسئله چقدر رواج دارد؟ آیا برای «اغلب» یا «بسیاری» از افراد بیمه نشده به احتمال زیاد به عنوان ریسک‌های غیر استاندارد، بیمه صادر می‌شود؟ این خیلی زیاد چقدر است؟ و افرادی با ریسک بالاتر چه میزان حق بیمه بیشتر باید پرداخت کنند؟ برای آنکه انتخاب‌های سخت کمتر جدی باشند، یارانه‌های پرهزینه بیشتر یا رتبه‌بندی اجتماعی مختل کننده مورد نیاز خواهند بود. افراد مختلف ارزش عواقب انتخاب این بیمه‌نامه‌ها را بسیار متفاوت می‌کنند.

### ۱-۲. چه کسی تحت تأثیر قرار می‌گیرد؟

چهار نوع از افراد به صورت بالقوه در این دسته جای می‌گیرند:

- برخی از افراد که حقیقتاً غیر قابل بیمه شدن هستند. این بدان معناست که بیمه‌گران تمایل ندارند که حق بیمه‌ای را به آنها پیشنهاد دهند که هزینه‌های مورد انتظار و ریسک فاجعه‌انگیز آنها را تحت پوشش قرار دهد؛ زیرا حق بیمه نسبت به درآمد یا حتی ثروت کل زندگی آنها بسیار بالاتر خواهد بود. میزان به نسبت اندکی بازارهای بیمه داوطلبانه غیر یارانه‌ای وجود دارد که مناسب چنین افرادی است. خوشبختانه کسری از افراد غیر بیمه غیر سالمند که با مؤسسه‌ای قرارداد ندارند و به عنوان غیر قابل بیمه شدن در آمارها

نیمی از کاهش جمعیت خریداران بیمه غیر گروهی بیشتر از گذشته، از بیمه کارفرما استفاده کرده و حدود یک چهارم در گروه برنامه دولتی بیمه درمان کودکان<sup>۱</sup> و غیر بیمه‌ها جای می‌گیرند. چنین به نظر می‌رسد که بازار غیر گروهی به آرامی در حال سقوط بوده و فاقد نوعی مداخلات سیاست گذاری است.

### - مداخلات سیاست گذاری در این بازار به صورت اجتناب ناپذیری، باعث عدم رونق می‌شود

بازار غیر گروهی به صورت گسترده غیر مناسب بوده و هنوز سیاست گذاری‌های پیشنهادی یا اجرایی معدودی می‌تواند تنظیماتی در این بازار به وجود آورد. بنابراین انتخاب‌های سیاست گذاری در این بازار دشوار بوده و یک تحلیل شفاف در این باره که چه کسی برنده و چه کسی بازنده خواهد بود، چه چیزی را و به چه مقدار از دست خواهد داد، یک ابزار سیاست گذاری ضروری است.

### ۲. موارد اختلاف نظر

چندین حوزه اختلافی در مباحث پوشش غیر گروهی وجود دارد؛ مهم‌ترین نکته اختلاف به مورد «انتخاب دشوار» برمی‌گردد.

#### ۱-۲. چه کسی با انتخاب‌های «دشوار» روبرو است؟

منظور از «دشوار» حق بیمه‌هایی است که نسبت به درآمد و حق بیمه‌های میانگین، بالاتر است یا بیمه‌نامه‌هایی که پوشش شرایط پرهزینه خاصی را حذف کرده باشد. ما می‌دانیم که هر دوی این شرایط روی می‌دهد، اما هر چند وقت یکبار؟ دو مسئله

1. State Children's Health Insurance Program (SCHIP)

نمی‌کنند. ۴۰ درصد از افراد بیمه‌نشده (۱۶ میلیون نفر) در واحدهای بیمه سلامت خانواده هستند و درآمدهایی دو برابر خط فقر دارند و یک‌چهارم از بیمه‌نشده‌ها در خانواده‌هایی با درآمد بالای ۳۰۰ درصد خط فقر می‌باشند. اختلاف نظر قابل توجهی درباره خط میان افراد بیمه‌نشده با عدم توانایی پرداخت حق بیمه و افراد بیمه‌نشده با توان پرداخت آن وجود دارد و اینکه آیا گروه دوم باید مورد توجه قرار گرفته یا کاندیدای یارانه‌های جدید باشند.

### ۳. شواهد جدید

مشکل این است که داده‌ها در بهترین حالت به ما می‌گویند که سطح ریسک فرد بیمه‌نشده یا خانوار در حین آمارگیری و نه زمان درخواست برای بیمه و خرید آن، چقدر بوده است. ممکن است هر فردی در حین خرید بیمه از نظر دیگران سالم به نظر برسد، اما بعدها بیمار شود. بنابراین استفاده از وضعیت سلامت «خود گزارش» به عنوان معیاری از ریسک می‌تواند به گونه‌ای ناشناخته موضوعات را مورد پیش‌داوری قرار دهد. از یک سو «بیماری‌های مزمن یا بیماری‌های بعدی» می‌تواند وقوع این مسئله را در پی داشته باشد که بیمه‌گر به ریسک توجهی نکند؛ چنین به نظر می‌رسد که افراد بیمار به اندازه افراد سالم پول می‌پردازند. از سوی دیگر اگر دسترسی به بیمه، سلامت را بهبود بخشد؛ این دلیل می‌تواند از «فاقد بیمه» به وضعیت «بیماری متعاقب بدتر» برسد. ما حقایقی را مطرح می‌کنیم که پرسش کلیدی «چه مقدار از افراد با انتخاب‌های دشوار در بازار

محاسبه می‌شوند، به‌طور کلی بسیار کم و کمتر از ۱ درصد از کل جمعیت تخمین زده شده است.

• بیمه‌گران گاهی شرایط موجود یا بیماری‌ها را از پوشش پیشنهادی به افراد بیمه‌شده جدید حذف می‌کنند، اما همچنان موافقت که هرگونه مراقبت‌های مورد استفاده دیگر را تحت پوشش قرار دهند. این استراتژی احتمال تحت پوشش قرار گرفتن را کاهش یا افزایش می‌دهد.

• طبقه‌بندی افرادی که با انتخاب‌های سخت مواجه هستند، افرادی می‌باشند که از دید آنها، حق بیمه بسیار بالاتر از میزانی است که آنها تمایل به پرداخت دارند و البته بالاتر از میزانی که قادر به پرداخت آن باشند. این پدیده به‌صورت معکوس با درآمد و ریسک در ارتباط است.

• کسانی که حق بیمه را پرداخت می‌کنند، اما کسانی هستند که گفته می‌شود مبلغ زیادی را با انجام این کار از دست می‌دهند. حدود یک‌سوم آنها در میان خانه‌دارانی با درآمد کمتر از میزان فقر فدرال می‌باشند (در سال ۲۰۰۲، ۸۸۶۰ دلار برای یک نفر، ۱۸۱۰۰ دلار برای یک خانواده چهار نفره، در شرایط پیوسته) که بیمه شده‌اند (انفرادی و گروهی). این افراد، بیمه‌شدگانی هستند که قادر به پرداخت مبلغ آن نیستند.

برخی افراد بیمه‌نشده وجود دارند که با این نوع انتخاب‌ها مواجه نمی‌شوند. برخی افراد با درآمدهای زیاد، دریافت بیمه را انتخاب

## جدول ۲. میزان جذب بیمه درمان در میان جمعیت غیرسالمند از نظر نوع بیمه، وضعیت بیماری مزمن و

درآمد (۲۰۰۱-۲۰۰۰)

	میزان جذب پوشش کارفرمایان		میزان جذب پوشش غیرگروهی	
	افرادی با حداقل یک عضو خانواده که حداقل یک شرایط مزمن دارند	افرادی فاقد عضوی از خانواده که حداقل یک شرایط مزمن دارند	افرادی با حداقل یک عضو خانواده که حداقل یک شرایط مزمن دارند	افرادی فاقد عضوی از خانواده که حداقل یک شرایط مزمن دارند
همه افراد	۸۹/۸٪	۸۸/۱٪	۳۰/۸٪	۲۲/۶٪
۱۹۹-۱۰۰ درصد زیر خطر فقر	۷۱/۰ ۸۳/۲	۵۷/۵ ۵۷/۷	۶/۱ ۱۱/۱	۵/۹ ۱۰/۹
۳۹۹-۲۰۰ درصد زیر خط فقر	۹۲/۷ ۹۵/۸	۹۰/۳ ۹۵/۰	۳۵/۷ ۵۹/۸	۲۳/۸ ۴۲/۲

### جدول ۳. میزان جذب بیمه درمان در میان جمعیت غیر سالمند از نظر نوع بیمه، وضعیت سلامت خود گزارش شده و درآمد (۲۰۰۰-۲۰۰۱)

	میزان جذب پوشش کارفرمایان		میزان جذب پوشش غیر گروهی	
	افرادی با حداقل یک عضو خانواده که وضعیت سلامت بد و به نسبت خوب گزارش داده‌اند	افرادی با حداقل یک عضو خانواده که وضعیت سلامت متوسط یا ضعیف گزارش داده‌اند	افرادی با حداقل یک عضو خانواده که وضعیت سلامت بد و به نسبت خوب گزارش داده‌اند	افرادی با حداقل یک عضو خانواده که وضعیت سلامت خوب و عالی یا خیلی خوب و عالی گزارش داده‌اند
همه افراد	٪۸۲/۶	٪۹۱/۴	٪۱۱/۳	٪۳۰/۰
۱۹۹-۱۰۰ درصد زیر خطر فقر	۵۳/۴ ۷۴/۶	۶۷/۵ ۷۴/۶	۱/۲ ۵/۷	۹/۳ ۱۳/۴
۳۹۹-۲۰۰ درصد زیر خط فقر	۸۶/۶ ۹۲/۸	۹۲/۵ ۹۵/۷	۲۰/۱ ۳۳/۲	۲۹/۹ ۵۰/۷

در گروه بزرگ، گروه کوچک و مجموعه‌های غیر گروهی بیمه کرد. به استثنای افراد کم درآمدی که در شرکت‌های کوچک کار می‌کنند.

اگر ما از وضعیت سلامت «خود گزارش حال» استفاده کنیم، نتایج متفاوت خواهند بود (جدول ۳).

در این صورت در هر دو مجموعه گروهی و غیر گروهی افراد در خانواده‌هایی با حداقل یک عضو در وضعیت سلامت متوسط یا ضعیف به احتمال کمتر بیمه هستند. افراد بیمارتر نیز نمی‌توانند به بیمه درمان (در هر دو مجموعه) دست یافته یا اینکه عدم داشتن بیمه درمان، احتمال وضعیت سلامت ضعیف را افزایش می‌دهد.

#### سن

یک روش کمتر وابسته دیگر برای سنجش ریسک، از طریق سن است. در حالی که همه موارد دیگر یکسان باشند ما می‌دانیم که بیمه‌گران انتظار دارند افراد مسن‌تر، ریسک‌های سلامت بالاتری داشته و بیشتر از افراد جوان‌تر هزینه‌ها را به خود اختصاص دهند. جدول ۴ تأثیر سن بر روی خرید بیمه را برای همه داوطلبان پوشش غیر گروهی نشان می‌دهد. به رغم این حقیقت که حق بیمه‌های پیشنهادی برای بیمه غیر گروهی با سن افزایش می‌یابد، افراد مسن‌تر با میزان درآمد مشخص به طور کلی با احتمال بیشتر در مقایسه با بزرگسالان جوان‌تر، بیمه می‌شوند. سالمندترین دسته‌بندی (۶۴-۴۵)

غیر گروهی روبرو هستند؟» را پاسخ می‌دهد، اما متأسفانه نمی‌توانیم این عدم قطعیت را به صورت کامل حل کنیم.

جدول ۲ نسبت جمعیتی را نشان می‌دهد که وجود یک یا چند شرایط مزمن را گزارش داده‌اند (از طریق دسترسی به بیمه و درآمد) این جدول با استفاده از مفهوم «خانواده»، وضعیت سلامت برای کل، کارفرما و پوشش غیر گروهی تهیه شده است: یک فرد در صورتی در یک خانواده با شرایط مزمن جای می‌گیرد که حداقل یکی از اعضای خانواده وجود یک شرایط مزمن را گزارش کرده باشد.

نسبت‌های بیمه به صورت مثبت با درآمد در مجموعه پوشش کارفرمایی و غیر گروهی متفاوت است. در مجموع پوشش کارفرمایی بالاتر است (قاعدتاً به دلیل حذف مالیات و کاهش هزینه‌های جانبی)؛ اما در خانوارهای پرریسک، همانند خانوارهای کم‌ریسک، بالاتر یا مساوی است. یک تعبیر آن است که نیاز بیشتر به بیمه، بر حق بیمه بالاتر در مورد بیمه غیر گروهی و بی میلی بالقوه برای انتخاب پوشش کارفرمایی غلبه می‌کند. این نتایج با نتایج مارک پاولی<sup>۱</sup> و برادلی هرینگ<sup>۲</sup> هماهنگ است، آنها از داده‌های اواخر دهه ۱۹۸۰ در یک مجموعه کامل چند متغیری استفاده کرده و با هزینه‌های مورد نظر ریسک را ارزیابی کردند. پاولی و هرینگ دریافتند که ریسک بالا را مانند ریسک پایین می‌توان

1. Mark Pauly  
2. Bradly Herring



**جدول ۴. نسبت داوطلبان غیر گروهی که در بازار غیر گروهی بیمه شده‌اند  
از نظر سن و میزان درآمد (۲۰۰۱-۲۰۰۰)**

سن	میزان درآمد به‌عنوان درصد خط فقر		
	پایین‌تر از ۲۰٪	بین ۲۰ تا ۴۰٪	بیشتر از ۴۰٪
۰-۱۸	a-	۳۲/۳٪	۵۸/۷٪
۱۹-۲۴	۸/۱٪	۱۲/۲	۱۹/۱
۲۵-۴۴	۷/۷	۲۵/۵	۴۴/۵
۴۵-۶۴	۱۰/۸	۳۸/۰	۶۴/۵

خانواده‌ای با شرایط مزمن، احتمال پوشش را افزایش می‌دهد و ترکیب هر دوی معیارهای ریسک سلامت، چندان قابل اهمیت نبوده و همه تأثیرات آشکار دیگر را تحت کنترل دارد. تفسیری از این نتایج آن است که افراد در خانواده‌هایی با شرایط مزمن بیشتر تمایل دارند تا برای بیمه‌ای که بیش از حد حق بیمه هزینه دارد، پول پرداخت کنند. باین حال افرادی که سلامت متوسط یا ضعیف را در خانواده خود گزارش کرده‌اند، ظاهراً تمایل کمتری به پرداخت هزینه‌ای دارند که از آنها مطالبه می‌شود.

**۴-۱. تعیین و سنجیدن ریسک**

برای جمع‌بندی باید گفت که کاملاً آشکار است که چرا تحلیل‌ها به‌طرز قابل قبولی از نظر چگونگی عملکرد بازار غیر گروهی برای افراد رو در رو با انتخاب‌های دشوار، متفاوت هستند. پاسخ بستگی به این دارد که چگونه کسی ریسک را تعریف و ارزیابی کند. این بدان معنا نیست که ما معتقدیم هیچ فرد بیماری در معرض امتناع آشکار قیمت‌های بسیار بالا یا الحاقیه‌های محدود کننده قرار ندارد. این نوع احتمالات دقیقاً همان چیزی است که پولیتز و همکارانش<sup>۲</sup> در آزمایشات خود در مورد همت فرد یا خانواده فرضی در هشت بازار بیمه سلامت غیر گروهی متفاوت نشان دادند. به‌علاوه گرادیان در آمد پرشیب برای همه میزان‌های جذب در داده‌های ما و در تحلیل چند متغیری حاکی از آن است که افراد در بازار غیر گروهی اغلب بدون توجه به وضعیت سلامت خود با محدودیت‌های درآمدی مواجه هستند. در اینجا مسئله درآمد اندک است. همچنان

سه برابر بیشتر در مقایسه با بزرگسالان جوان‌تر (۱۹-۲۴)، برای همه دسته‌های درآمدی بالای ۲۰ درصد از خط فقر، تحت پوشش قرار گرفته‌اند. همچنین اشاره می‌کنیم که خانواده‌هایی با متوسط درآمد که داوطلبان بیمه غیر گروهی هستند، تمایل به تحت پوشش قراردادن کودکان خود نیز می‌باشند. باین حال گرادیان<sup>۱</sup> درآمد برای کودکان حاکی از آن است که از نظر داوطلبان غیر گروهی با درآمد پایین‌تر از ۴۰ درصد خط فقر، بیمه‌نامه‌های خانواده قابل تهیه نمی‌باشد.

**۴. تحلیل چند متغیری**

در نهایت برای اصلاح داوری درباره تأثیرات متضاد انواع وضعیت‌های سلامت، تحلیلی چند متغیری از احتمال پوشش غیر گروهی انجام داده‌ایم. این الگو سن، جنسیت، نژاد، درآمد، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت والدین و کار را کنترل کرده و سه معیار وضعیت سلامت را در نظر گرفته‌است: حضور در یک واحد بیمه خانواده با حداقل یک عضو که وضعیت سلامت متوسط یا ضعیف را گزارش کرده، حضور در یک واحد بیمه خانواده با حداقل یک عضو که حداقل یک شرایط مزمن را گزارش کرده و تقابل یا تعامل هر دوی این موارد.

نتایج حاصل از جدول ۲ و ۳ در یک بافت چند متغیری جای می‌گیرند. حضور در خانواری با یک عضو در وضعیت سلامت معمولی یا ضعیف، احتمال پوشش را کاهش می‌دهد. داشتن عضو

۱. برداری را که اندازه و جهت حداکثر نرخ فضایی افزایش یک کمیت عددی را نمایش می‌دهد، گرادیان آن کمیت عددی تعریف می‌کنند. به تعبیر دیگر واحد زاویه است که معادل یک چهارصدم یک دایره است.

2. Pollitz et al

## بسیاری از افراد بیمه‌نشده در کلیه سطوح وضعیت سلامت، هزینه‌های مورد انتظار بسیار کمتری در مقایسه با چیزی دارند که بیمه‌گران از مشاهده هزینه‌ها برای همان افراد بیمه‌شده انتظار دارند

ماهیت شکست بازار اصلی در بازارهای بیمه غیر گروهی داوطلبانه را نشان می‌دهد.

در میان افراد بیمه‌نشده‌ای که وضعیت سلامت خود را متوسط یا ضعیف گزارش داده‌اند، هزینه‌های پزشکی ۲/۹ برابر کسانی است که وضعیت سلامت خوب، خیلی خوب و عالی دارند. در حالی که افراد بیمه‌شده به صورت خصوصی دارای وضعیت سلامت متوسط و ضعیف ۴/۹ برابر بیش از افراد بیمه‌شده سالم هزینه می‌کنند و نیز میزان هزینه درمانی افراد بیمه‌نشده با وضعیت سلامت متوسط یا ضعیف، تنها ۲۵ درصد مقداری است که افراد بیمه‌شده در همان وضعیت سلامت پرداخت می‌کنند. اکنون این داده‌ها را تفسیر می‌کنیم تا نشان دهیم که برخی از بیمارترین افرادی که سلامت متوسط یا ضعیف را گزارش داده‌اند، می‌توانند پوشش انفرادی را از طریق بازار گروهی یا غیر گروهی به دست آورند.

نکته جالب اینجاست که داده‌ها همچنین نشان می‌دهند که بسیاری از افراد بیمه‌نشده در کلیه سطوح وضعیت سلامت، هزینه‌های مورد انتظار بسیار کمتری در مقایسه با چیزی دارند که بیمه‌گران از مشاهده هزینه‌ها برای همان افراد بیمه‌شده انتظار دارند. بیمه‌گران براساس تجربیات خود هزینه‌های بسیار بیشتری را در

از نظر ما همه این داده‌ها آشکارا نشان می‌دهد که حدود یک‌چهارم افراد دارای شرایط مزمن و حدود ۳۰ درصد از آنها در خانواده‌های با عضویت دارای حداقل یک شرایط مزمن، اکنون قادر به تضمین پوشش در بازار غیر گروهی‌اند.

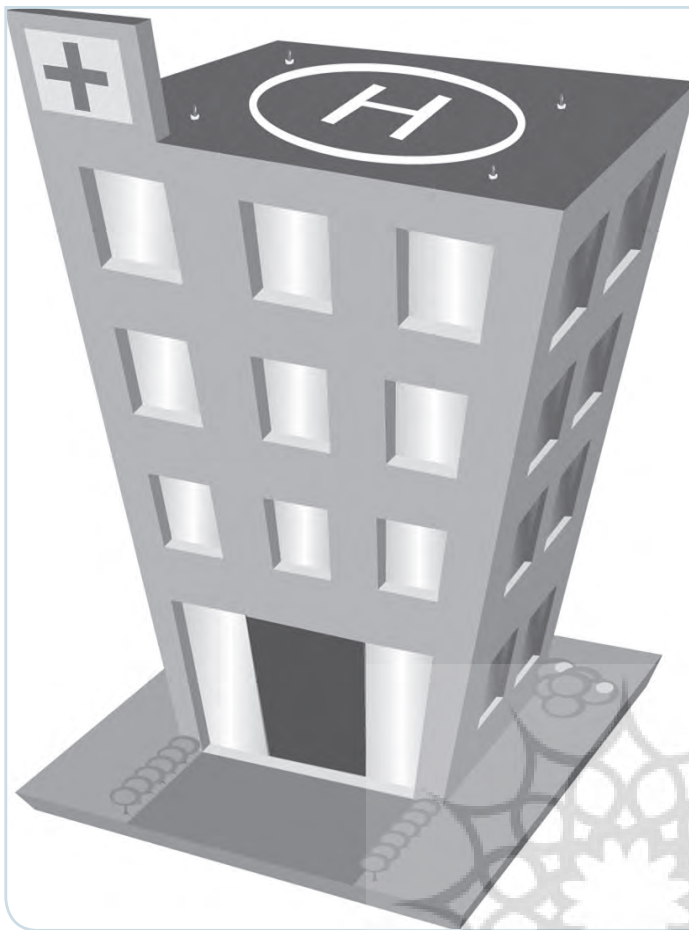
بنابراین نتایج نشان می‌دهند که بازار غیر گروهی برای حدود ۴۰ درصد از داوطلبان غیر گروهی در کلیه سطوح ریسک که محدودیت درآمدی ندارند، به خوبی عمل می‌کند (در واحدهای بیمه خانوادگی با درآمد حداقل ۲۰۰ درصد خط فقر- در ۲۰۰۲، ۳۶۲۰۰ دلار برای یک خانواده چهار نفره). از آنجا که حدود ۷۰ درصد از بزرگسالان در کلیه سطوح درآمدی هیچ‌گونه شرایط مزمنی ندارند، می‌توان از داده‌ها استفاده نمود و بیان کرد که بازار غیر گروهی، پیشنهادها قابل قبولی به ۸۰ درصد کاندیدهای غیر گروهی ارائه می‌کند؛ زیرا چنین به نظر می‌رسد که آنها به محصولات بیمه‌ای که برخی همتایان آنها خریداری می‌کنند، دسترسی دارند. حتی اگر ما روی روش متوسط-ضعیف ارزیابی وضعیت سلامت متمرکز شویم، درمی‌یابیم که تنها ۲ درصد از کل جمعیت غیر سالمند دارای وضعیت «خود گزارش پایین» هستند. استفاده از هر معیار وضعیت سلامت، ما را به این نتیجه سوق می‌دهد که پرسش سیاست‌گذاری اصلی این است: چگونه عملکرد بازار غیر گروهی برای ۲۰٪ ناموفق، بدون کاهش عملکرد اصلی برای ۸۰ درصد با ریسک متوسط قابل بهبود است؟

### ۴-۲. هزینه‌های مورد انتظار

در نهایت به این پرسش مرتبط می‌پردازیم: میزان هزینه مورد انتظار افرادی که به جای خرید پوشش در بازار غیر گروهی، همچنان غیر قابل بیمه شدن باقی می‌مانند، چقدر است؟ جدول ۵

جدول ۵. میانگین هزینه‌های پزشکی کل واقع شده (پرداخت نشده) برای آمریکایی‌های غیر سالمند از نظر وضعیت سلامت و بیمه (۱۹۹۲)

نسبت A به B	سلامت خوب یا بهتر (B)	سلامت متوسط یا ضعیف (A)
۲/۹	\$۵۶۵	\$۱۶۴۱
۴/۹	۱۲۸۲	۶۲۲۲
۴/۴	۱۱۶۳	۵۱۴۸
نسبت C به D	۲/۳	۳/۸



را بهبود می‌بخشند، چنین به نظر می‌رسد که ارزش سرمایه‌گذاری‌های دولتی و خصوصی را دارند. پس چنین نتیجه می‌گیریم: شاید بسیاری از افراد، حق بیمه غیر گروهی را بدان جهت خریداری نمی‌کنند که قادر به درک آن نیستند که این حق بیمه، هزینه‌های به نسبت پایینی دارد. بیمه‌گران فکر می‌کنند که بیمه‌نشده‌های باقی‌مانده بیش از آنچه که هستند گران خواهند بود، اما درباره حق بیمه مطالبه‌شده در بازار غیر گروهی چه می‌توان گفت؟

#### ۵. حق بیمه در بازار غیر گروهی

از نکات مهم باقی‌مانده در بررسی‌های در باب میزان حق بیمه و بیمه نشان می‌دهد که طیف پیشنهادات در یافتی از شرکت‌های مختلف -از نظر قیمت و نیز الحاقیه حذف مزایا- بسیار گسترده است، حتی در یک محدوده جغرافیایی که این پیشنهادات حالت رقابتی به خود می‌گیرند؛ این امر یکی دیگر از نمودهای اطلاعات پرهزینه و مانع اصلی معاملات سودمند دو جانبه است. در یک طیف از پیشنهادات، هزینه‌های جستجوی مورد نظر برای داوطلبان، حتی داوطلبان نسبتاً سالم برای یافتن پیشنهاد خوب، بسیار است. اگر یک

میان بیمه‌شده‌ها در مقایسه با افراد بیمه‌نشده پیش‌بینی می‌کنند. این تفسیر با این حقیقت تأیید می‌شود که ۷۵ درصد هزینه برای افراد بیمه‌نشده‌ای با وضعیت سلامت متوسط یا ضعیف، تنها ۱۱۴۹ دلار در سال است و ما هزینه بیمه غیر گروهی با حق بیمه سالانه را به این اندازه ارزان مشاهده کرده‌ایم. شاید مشکل اینجا باشد که بسیاری از افراد بیمه‌نشده قادر به بیان وضعیت نسبی سلامت خود نبوده، تمایلی به مراقبت پزشکی ندارند و انتظار هزینه‌های کمتری را دارند. در نتیجه هزینه‌ها و مزایای مورد انتظار و پایین‌تر آنها با پیشنهاد ارزان بیمه، هماهنگی ندارد.

بنابراین تعاملات دو جانبه سودآور روی نداده و بازار با شکست مواجه خواهد شد. شاید مانع فنی هزینه‌های انتظاری مربوط به ریسک سلامت باشد یا مشکل آن است که افراد بیمه‌نشده تمایل اندک اما غیر قابل مشاهده‌ای برای مراقبت پزشکی شدید دارند. اینکه بیمه بتواند خسارت رفاهی را از این شکست بازار کاهش دهد، هنوز نامشخص است، اما سیاست‌هایی که هزینه‌های جانبی را کاهش می‌دهند یا هماهنگی اطلاعات میان داوطلبان و فروشندگان یا هر دو





فرد با ریسک متوسط و ریسک گریزی و همت پائین و عادلانه، بازتاب بدی از توزیع مانند آنچه پولیتز و همکارانش گفته بودند، دریافت کند، این فرد دیگر جستجو را متوقف می کند، اما یک فرد با ریسک بالاتر و بی میلی شدید، برای استفاده از مراقبت خیریه مقاومت می کند.

است: ۵۷ درصد از پیشنهادات آن در سطح ریسک ۱؛ ۲۱ درصد در سطح ریسک ۲؛ ۶ درصد در سطح ریسک ۳ و ۳ درصد در سطح ریسک ۴ جای گرفته اند و ۱۴ درصد از متقاضیان رد شده اند. با توجه به این ضریب (فرآیند حق بیمه، وضعیت سلامت و سن متقاضیان)، این بیمه گر، حداکثر ۲۵ درصد بیشتر از حداقل حق بیمه اش را به ۷۸ درصد از کل متقاضیان پیشنهاد کرد. احتمالاً برخی از ۲۲ درصد متقاضیان باقی مانده، حق بیمه سطوح بالاتر ۳ یا ۴ را پرداخته یا به دنبال بیمه در شرکت های دیگر بوده اند. بنابراین این داده ها با تخمین ما هماهنگ است که بیان می کند: حدود ۸۰ درصد از داوطلبان پوشش غیر گروهی، آن پوشش را در حق بیمه های متوسط و نسبت به مزایای مورد نظر و قدرت پرداخت به دست می آورند.

این شرکت خاص از دیفرانسیل های رتبه بندی و عدم پذیرش به جای الحاقیه های حذف استفاده کرده و هیچ حق بیمه ای با محدودیت پوشش برای شرایط خاص به فروش نمی رساند.

یک مشکل اصلی که باقی می ماند این است که توزیعی که پولیتز و همکارانش کشف کردند چگونه شاخصی تلقی می شود؟ برای پاسخ به این پرسش داده های یک بیمه گر بزرگ را در بازار غیر گروهی یک ایالت ارائه کرده ایم که موافقت کرد تا داده های خود را با اعتماد به شخص ثالث و محرمانه در اختیار ما قرار دهد. این ایالت به محدودیت های تضمین متغیر حق بیمه، نیازی نداشت. داده ها از فایل صدور بیمه و نه فایل ثبت نام گردآوری شده اند؛ بنابراین حاوی پیشنهاداتی به متقاضیان است. حق بیمه برای این بیمه گر با توجه به آمار برای وضعیت های گوناگون سلامت متفاوت است: سطح ۲: سطح ۱، ۱/۲۵؛ سطح ۳: سطح ۱، ۱/۷۷؛ سطح ۴: سطح ۱، نامشخص. سطح ۱ بهترین کلاس ریسک سلامت و پایین ترین میزان حق بیمه است و سطح ۴ بدترین کلاس ریسک و بالاترین میزان حق بیمه را دارد. این بیمه گر گزارش داد که توزیع پیشنهادات آن برای خریداران احتمالی بیمه گروهی این چنین بوده

در واقع صرفاً چند ایالت، الحاقیه حذف را ممنوع کرده‌اند. البته این ایالت این چنین نیست) میزان عدم پذیرش آن، بیش از آنچه تصور می‌شود، بیشتر است، اما با این حال از میزان عدم پذیرش فرضی مشاهده شده توسط پولیتز و همکارانش (۳۷ درصد) بسیار کمتر است. به علاوه درصد پیشنهادات «پاک» - بدون الحاقیه و پایین ترین میزان برای دسترسی - بیش از ۵ برابر میزان پیشنهاد «پاک» در تحقیق پولیتز و همکارانش بود (۱۰ درصد).

نمی‌توان گفت که این داده شاخصی برای همه بیمه‌گران غیر گروهی به‌عنوان کلی است؛ زیرا تنها یک ایالت در پژوهش شرکت داده شده، اما داده‌ها از آن لحاظ کارآمد است که تجربه توزیع کامل افراد جویای بیمه را از بیمه‌گران بزرگ در بازار غیر گروهی و نه مجموعه از پیش تعیین شده افراد با شرایط مزمن یا نهفته یا وخیم نشان می‌دهند. همچنین در نتیجه گیری، اعتماد بیشتری به ما داده و می‌توانیم بگوییم که بازار غیر گروهی بسیار خوب برای اکثریت کارایی دارد، البته به استثنای کسانی که محدودیت درآمد دارند؛ ۲۰ درصد بقیه که شاید کم درآمد بوده و شاید نباشند، خارج از طیف قابل قبول اجتماعی، احتمالاً با حق بیمه به خوبی مواجه شده و همچنان میزان عدم پذیرش آشکار بالاتری از نوعی دارند که پولیتز و همکارانش مشاهده کرده‌اند.

نکته مهم تر آن است که اصلی ترین علت شکست بازار (شکست در استراتژی یک بازار کارآمد و نه شکست در رسیدن به اهداف اجتماعی) در بازار غیر گروهی، عدم توانایی افراد با ریسک پایین برای دستیابی به پیشنهادات در حق بیمه‌هایی است که نسبت به مزایایی که انتظار دارند، معقول و مقرون به صرفه می‌باشند. موارد معدودتری از این دست شکست اجتماعی - یعنی مبالغ بالای مطالبه شده یا الحاقیه‌های محدود کننده که به افراد بسیار بیمار پیشنهاد می‌شوند - نیز مورد توجه ما قرار دارند، اما خط اصلی ماجرا را دربر نمی‌گیرند.

## ۶. عدم توافقات بیمه‌نامه و تأثیرات

### ۶-۱. بازار بیمه غیر گروهی تا چه اندازه به خوبی عمل می‌کند؟

اختلاف نظرات قابل توجهی میان سیاست‌گذاران و تحلیل‌گران بیمه‌نامه درباره چگونگی عملکرد بازار بیمه غیر گروهی وجود دارد. برای عده‌ای چنین به نظر می‌رسد که بیمه‌گران غیر گروهی همواره

## اصلی‌ترین علت شکست بازار (شکست در استراتژی یک بازار کارآمد و نه شکست در رسیدن به اهداف اجتماعی) در بازار غیر گروهی، عدم توانایی افراد با ریسک پایین برای دستیابی به پیشنهادات در حق بیمه‌هایی است که نسبت به مزایایی که انتظار دارند، معقول و مقرون به صرفه می‌باشند

بیمه‌نامه‌های گران را با پوشش ناقص و به اقلیت افراد بیمه‌نشده با سلامت کامل می‌فروشند. از نظر برخی دیگر چنین به نظر می‌رسد که حق بیمه‌ها متوسط بوده و اغلب پایین تر از حق بیمه برخی گروه‌هاست. پوشش، کافی بوده و گروه افراد بیمه‌نشده دارای وضعیت سلامت کافی و سطح درآمد مناسبی هستند که می‌توانند پوشش مورد نظر خود را با حق بیمه‌های معمول تهیه کنند. به علاوه گاهی این دیدگاه‌ها، براساس داده‌های مشابه به دست آمده از یک بررسی سرچشمه گرفته‌اند؛ همانند مورد پولیتز و همکاران و انجمن ملی بیمه‌گران بیمه درمان!

به نظر می‌رسد برخی از ویژگی‌های این بازار به خوبی تثبیت شده است. خریداران تحقیق می‌کنند؛ بنابراین قیمت حق بیمه معمولی، شاخصی گمراه کننده از عملکرد است. افرادی که بیمه خریداری می‌کنند، احتمالاً کمتر از میانگین قیمت پیشنهادی را پرداخت می‌کنند. حق بیمه برای یک هزینه بیمه کم قیمت با برخی شاخص‌های ریسک خریدار به ویژه سن و محل، متفاوت است. اما از لحاظ ریسک، کاملاً متفاوت نمی‌باشند: تعداد محدودی از افراد دارای ریسک‌های بالا، هزینه‌های لازم می‌پردازند، اما درباره توانایی دسترسی به پوشش با آن هزینه بیمه چه می‌توان گفت؟ داده‌های قبلی ما درباره رابطه میان رسیدن به بیمه غیر گروهی و ریسک نشان می‌دهد که برخی افراد با ریسک بالا به پوشش دست می‌یابند. افراد از نظر ارزیابی این نوع بازار بسته به معیاری که استفاده می‌کنند و ارزشی که برای سطوح مختلف پوشش قائل هستند، متفاوت می‌باشند. آنهایی که فکر می‌کنند پوشش باید شامل سهم هزینه بیمار باشد، دارای دیدگاه‌های متفاوتی از کسانی هستند که معتقدند سهم هزینه تنها مراقبت مؤثر را به تأخیر می‌اندازد. فرضیات درباره

1. National Association of Health Underwriters (NAHU)

منابع و سرمایه‌گذاری نیز اهمیت بسیاری دارند. با حساب هزینه بیمه بالا توسط یارانه‌های بالا و هماهنگ‌شده با ریسک، پوشش بیمه افراد می‌توانند به همان صورت که فرد می‌خواهد، کامل و جامع باشد، اما درباره اینکه این نوع سرمایه‌گذاری باید در دسترس باشد یا نه و از کدام منبع، با یکدیگر متفاوت هستند. خریداران بیمه با ریسک کمتر نمی‌توانند به سادگی وادار به یارانه‌دادن ریسک‌های بالاتر شوند و منابع عمومی دولتی یا حق بیمه‌های بالاتر برای افرادی با ریسک پایین‌تر نیز مورد نیاز است.

## ۲-۶. آیا تعداد زیادی از افراد در بازار غیر گروهی می‌توانند عملکرد آن را تغییر دهند؟

تازه‌واردان ممکن است افرادی از قبل بیمه‌نشده یا کسانی باشند که اخیراً در یک بازار گروهی بیمه شده‌اند. کاملاً آشکار است که یارانه زیاد باعث می‌شود تا بیمه درمان انفرادی، خرید بهتری باشد، حداقل برای کسانی که به تازگی پوشش غیر گروهی را خریداری کرده و احتمالاً برای افرادی که به تازگی بیمه شده‌اند و میزان کمیسیون نمایندگی و سایر هزینه‌های فروش و عامل خرید بیمه توسط افراد باید کاهش یابد. در اکثر مواقع بیمه انفرادی به صورت یک محصول بوتیک‌وار به صورت سفارشی در می‌آید. یارانه‌ها برای تعداد زیادی از خریداران مهیاست. تجربه‌گی کوا<sup>۱</sup> و آلستیت<sup>۲</sup> در بیمه بدنه اتومبیل، صنعتی که در آن شرکت‌ها به‌طور کلی ظرفیت‌های مشابه بیمه درمان انفرادی دارند، نشان می‌دهد که این تغییر می‌تواند باعث کاهش هزینه‌های جانبی تا یک سوم شود. با این حال ممکن است این مسئله تا همین حد در بیمه درمان روی ندهد؛ زیرا برخی بیمه‌های اتومبیل اجباری هستند.

## ۳-۶. آیا قانون نظارت اعتبارات مالیاتی برای استفاده در بازار بیمه انفرادی، بازار گروهی را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟

بدین منظور تا حد زیادی بازارهای انفرادی و گروهی کوچک را بررسی و مقایسه کردیم، اما این احتمال وجود دارد که استفاده از یک برنامه سخاوتمندانه و دارای سرمایه‌گذاری خوب برای اعتبارات مالیاتی بتواند در هر دو بازار تغییراتی ایجاد کند. این که این تغییر چگونه خواهد بود، به نوع امکان‌پذیری و سرمایه‌گذاری برنامه اعتبار مالیاتی بستگی دارد. انواع گسترده‌ای از گزینه‌ها موجود است که در اینجا فرصت رسیدگی به آنها نیست. در نتیجه ما تحلیل

خود را محدود به این تغییرات می‌کنیم:

- فراوانی متوسط پوشش غیر گروهی؛

- تأثیرات اعتبارات غیر گروهی روی میزان و عملکرد بیمه گروهی.

## ۴-۶. میزان حمایت در پوشش

بیمه گروهی با حذف مالیات نامحدود، یارانه‌دار می‌شود. در حالی که پوشش بیمه غیر گروهی معمولاً این چنین نیست. تحقیقات آشکارا نشان می‌دهند که این یارانه، فراوانی میانگین حمایت پوشش گروه و احتمال استفاده از این روش را افزایش می‌دهد. قانون معافیت مالیاتی این الگو را تغییر می‌دهد؛ بنابراین طرح‌های حق بیمه غیر گروهی فعلی قطعاً در صورت استفاده از یک برنامه اعتباری مناسب به طرز چشمگیری دچار تغییر می‌شود. چگونگی تغییر آنها به نوع اعتبار بستگی دارد. همه طرح‌ها باید تعداد افرادی را که بیمه غیر گروهی می‌شوند را افزایش دهد. فراوانی میانگین حمایت پوشش برای کسانی که قبلاً بیمه بوده و کسانی که نبوده‌اند افزایش پیدا می‌کند، اما این احتمال وجود دارد که این میانگین، برای زیرگروه جمعیت خریدار پوشش نیز در صورت نامحدود بودن یارانه، افزایش یابد.

## ۵-۶. تأثیر بر بیمه گروهی

معافیت مالیاتی با کاهش هزینه بیمه انفرادی خالص نسبت به حق بیمه‌های گروهی باعث جایگزینی غیر گروهی برای پوشش گروهی می‌شوند. چگونگی روی دادن این ماجرا به قابلیت معیار و نوع اعتبار مالیاتی بستگی دارد. دو مورد محدود کننده وجود دارد که در آن جایگزینی کوچک خواهد بود: یک مورد زمانی است که معقول بودن اعتبارات، محدود به کسانی باشد که حداقل پوشش گروهی را جذب می‌کنند، مورد دیگر زمانی است که اعتبار خالص مشابه، بدون توجه به چگونگی دستیابی به بیمه ارائه می‌شود. در این مورد بی‌طرفانه، حقیقتاً بیمه گروهی اگر دارای مزیت باشد، افراد همچنان آن را انتخاب خواهند کرد. در مقابل اگر یارانه به بیمه انفرادی اختصاص یابد، جایگزینی، بهترین گزینه خواهد بود. یارانه مذکور برای بیمه گروهی بیشتر بوده و تغییر از پوشش گروهی به انفرادی برای مردم آسان‌تر است. دستیابی به مورد اول دشوار است، زیرا افراد رفتار خود را تغییر می‌دهند، تا مدعی یارانه بیشتری باشند. یارانه‌های متفاوت اغلب آسیب‌پذیر هستند، زیرا ناعادلانه‌اند. دومین مورد در تئوری عاقلانه‌تر است، اما در مقایسه با گزینه اول یا

1. Geico  
2. Allstate

به افرادی با ریسک بالاتر از گزینه «بیمه یارانه‌دار عمومی» و «بیمه مجدداً صادرشده»، استفاده کرد که معمولاً برای افراد بیمه‌نشده به‌عنوان یک کل، قیمت مناسبی دارند. اگر تخمین‌های هزینه میانگین را بتوان به‌درستی تنظیم کرد، در این صورت بیمه ارزان، ورود افرادی با ریسک خوب را جذب خود کرده و اگر انتخاب معکوس جدی باشد، هزینه اضافی از طریق بیمه دوباره در گروه بزرگ‌تری تقسیم خواهد شد (و به‌عنوان مالیات الزامی به افراد جدیداً بیمه‌شده در بازار غیر گروهی افزوده نمی‌شود).

در صورتی که از برخی مؤسسات و مکانسیم‌ها استفاده شود، هزینه‌ها انتخاب مساعد کاهش می‌یابد، زیرا با این مؤسسات نیز مانند گروه برخورد شده و افراد بیمه‌شده مجبور به پرداخت هزینه‌های مربوط به این محصول به‌طور مشخص نیستند. برنامه‌های بلو کراس<sup>۱</sup> و بلوشیلد پلنز<sup>۲</sup> نوعی از صنعت بیمه تجاری را ارائه داده‌اند که فرد می‌تواند به‌وسیله آن و با فروش بیمه درمان در بازار اختیاری، پول به‌دست آورده و سپس ناپدید شود. بنابراین اگر انتخاب معکوس در این مورد مشکل‌و خیمی نباشد، نیاز به بیمه مجدد عمومی از بین خواهد رفت.

### منبع

Pauly, MV & Nichols, ML 2002, "The nongroup health insurance market: short on facts, long on opinions and policy disputes", w 325, *The People to People Health Foundation Inc.*

مورد سوم پرهزینه‌تر بوده و گاهی بودجه‌بندی برد یا شکست رفاه اقتصادی را به همراه خواهد داشت. به‌طور کلی کسانی که به‌صورت خود خواسته به‌دلیل دسترسی به اعتبارات مالیاتی جدید از پوشش بیمه خارج می‌شوند به احتمال بیشتر از پوشش انفرادی استفاده می‌کنند. باین حال انسجام موجود در بیمه گروهی بدان معناست که برخی افراد در یک گروه که احتمال منحل شدن آن زیاد است، به پوشش روی نمی‌آورند. آنها در واقع هیچ بیمه‌ای را نسبت به بیمه دیگر ترجیح نده‌اند و از انحلال یک گروه به‌عنوان بهانه‌ای برای توقف دریافت بیمه استفاده می‌کنند. تفاوت قابل توجهی از دیدگاه‌ها درباره میزان رواج این فراریان در مقایسه با افراد به‌تازگی بیمه‌شده یا دریافت‌کنندگان بیمه بهتر وجود دارد. این مسئله تا حدی به آن بستگی دارد که اعضای منسجم یک گروه خاص چه میزان ارزش برای بیمه قائل بوده و کارفرمایان از چه قوانینی در تصمیم‌گیری استفاده می‌کنند. هر دوی این موارد در میان حوزه‌های ابهام‌آمیز در اقتصاد بیمه سلامت قرار دارند. آثار تئوری و شبیه‌سازی فعلی به دنبال آن هستند که این مسائل را روشن‌سازی کنند، اما هنوز جامع و نتیجه‌دهنده نیستند. به‌طور خلاصه باید گفت: ارائه یارانه‌های غیر قابل اغماض به افراد بیمه‌نشده و غیر قابل چشم‌پوشی می‌تواند صنعت بیمه انفرادی خصوصی را متحول کند. این یارانه‌ها باعث می‌شوند تا بیمه انفرادی بهتر و ارزان‌تر شده و سبب می‌شود تا کارفرمایان غیرمتخصص از بار سنگین انتخاب بیمه درمان برای کارکنان خود رهایی یافته و درعین حال امکان بقا برای کارکنان شایسته باقی می‌ماند. همچنین آنها می‌توانند از ساختار بیمه گروهی حمایت قابل توجهی کنند.

## ۶-۶. آیا مداخله سیاست‌گذاری دیگری وجود دارد که ظرفیت کاربردی بازار غیر گروهی را بهبود بخشد تا تعداد بیشتری از تازه‌واردان را جذب کند؟

قضاوت ما آن است که بازار غیر گروهی برای جذب بیمارترین کسر جمعیتی، نامناسب بوده و اعمال اصلاحات بازار، نتایج قابل قبولی را برای تعداد زیادی از افراد مصرف‌کننده به‌وجود خواهد آورد. مهم‌ترین شکست بازار در نقش غیر گروهی، عدم توانایی افراد بیمه‌نشده سالم و معتقد در مطرح کردن ریسک پایین خود به بیمه‌گرانی است که همواره نگران انتخاب معکوس هستند. شاید بتوان به‌عنوان روشی برای پرداخت یارانه‌های بیشتر

1. Blue Cross  
2. Blue Shield Plans