

ارزش گذاری اقتضایی و ارزیابی تأثیر سیاست‌های گسترش بیمه‌های اجتماعی درمان بر تمایل به پرداخت خانوارهای کم درآمد در بخش غیررسمی اشتغال

محمود کاظمیان^۱

حمیده جوادی نسب^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۸/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۱۱

چکیده

مقدمه: کارکنان در بخش غیررسمی اشتغال، امکان دریافت پوشش مناسب برای بیمه درمانی را جز به صورت اختیاری ندارند. پژوهش حاضر، با بررسی روند توسعه بیمه‌های اختیاری درمان، برای اولین بار تمایل به پرداخت خانوارها در جمعیت فعال کم درآمد در بخش غیررسمی اشتغال برای بیمه درمان را با هدف پوشش کشوری این بیمه‌ها مورد ارزیابی قرار داده است.

روش بررسی: این پژوهش از نوع آماری-تحلیلی است و با استفاده از پرسشنامه ارزشگذاری اقتضایی، برای تعیین تمایل به پرداخت حق بیمه توسط خانوارها برای بیمه درمان اختیاری مشروط به سهم مشارکت یا حمایت مالی دولت، انجام شده است. اطلاعات مورد نیاز از داده‌های ثبتی طی دوره زمانی ۱۳۶۶ تا ۱۳۸۸ استخراج گردیده و از تحلیل رگرسیونی جهت آنالیز داده‌ها برای تعیین حق بیمه خانوارها و مشارکت دولت، استفاده شده است.

یافته‌ها: این پژوهش سهم حق بیمه خانوارها و سهم مشارکت دولت برای بیمه درمان اختیاری را در سه دهک اول شهری برآورد می‌نماید. یافته‌ها همچنین بر اساس ضرایب کشش به دست آمده، نشان می‌دهند که با کاهش مشارکت مالی دولت در حق بیمه درمان، تأثیر این متغیر بر تمایل به پرداخت خانوارهای کم درآمد برای بیمه‌های اجتماعی درمان از نوع بیمه اختیاری کاهش می‌یابد، و در مقابل، بر تأثیر شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها در تابع تمایل به پرداخت افزوده می‌شود.

نتیجه‌گیری: شرایط لازم برای پوشش کشوری بیمه درمان اختیاری ضروری می‌نماید، اولاً، محاسبات آماری و داده‌ها برای متغیرهای تأثیرگذار بر تمایل به پرداخت خانوارها برای حق بیمه درمان، مطابق با پرسشنامه متداول در روش ارزشگذاری اقتضایی براساس اطلاعات واقعی و به درستی فراهم گردد. ثانیاً، نظام اداری بیمه‌های اجتماعی به اندازه‌ای توسعه یابد که برای خانوارهای کم درآمد، امکان دسترسی کامل به خدمات اداری آن، و آگاهی کامل از ارقام هزینه درمان و درآمد سالانه خانوارها، مشارکت دولت و ارزش ریالی خدمات بیمه درمان اختیاری، فراهم گردد.

واژگان کلیدی: بیمه اختیاری درمان، جمعیت فعال در بخش غیررسمی، شاخص اقتصادی-اجتماعی

سلامت، پوشش کشوری بیمه درمان

طبقه‌بندی JEL: I13, I18, I15

۱. دکتری تخصصی اقتصاد، عضو هیأت علمی گروه اقتصاد سلامت، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شاهد
mah_kazem@yahoo.com

۲. دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات؛ کارشناس دبیرخانه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. (نویسنده مسئول).
hjavadi43@gmail.com

مقدمه

فراهم آوردن خدمات بهداشتی و درمانی مناسب و شرایط مطلوب برای سلامتی کلیه افراد جامعه از جمله افراد کم درآمد و نیازمند، بیکاران و سایر شهروندانی که به علت محدودیت‌های اقتصادی و اجتماعی تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان نیستند، یکی از مهم‌ترین برنامه‌های دولت‌ها است (علیپور، ۱۳۸۸).

در دو دهه گذشته، گسترش بخش غیررسمی اقتصاد در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه، چالش دشواری را پیش روی بیمه‌های اجتماعی قرار داده است. توسعه بخش غیررسمی اشتغال، نه تنها مانع توسعه پوشش بیمه‌شده‌ها می‌شود، بلکه حفظ درصد پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان در سطح موجود را نیز مورد تهدید قرار می‌دهد. این موضوع به علت آن است که به طور اساسی، قوانین بیمه‌های اجتماعی درمان مطابق با شرایط کارکنان در بخش رسمی اقتصاد تنظیم می‌گردد، و کارکنان در بخش غیررسمی اقتصاد به سختی می‌توانند شرایط پیش‌بینی شده در این قوانین را احراز نمایند. به طور کلی، کارکنان در بخش غیررسمی اشتغال، شامل نیروی کار غیرمتخصص با بهره‌وری پایین می‌باشند. همچنین مشکلات فعالیتی خویش‌فرمایان، از جمله نبود کارفرما، بی‌ثباتی شغلی، دستمزدهای کم، و مشکلاتی از این نوع، مانع از آن می‌گردد که کارکنان در فعالیت‌های خویش‌فرمایی بتوانند تعهدات بلند مدت و مستمر برای پرداخت حق بیمه‌ها، آن هم برابر با حق بیمه‌ای که مشترکاً توسط کارکنان دستمزدبگیر و کارفرمایان در بخش رسمی اقتصاد پرداخت می‌شود، را بپذیرند. در ضمن، مشکلات نام‌نویسی به عنوان شاغل در بخش غیررسمی و جمع‌آوری حق بیمه در شرایط بیمه‌های انفرادی، از دیگر عواملی است که موجب دشواری برای قرار گرفتن کارکنان در بخش غیررسمی در پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان می‌شود. علاوه بر این مشکلات، در چند دهه اخیر، رشد محدود اقتصادی در بسیاری از کشورها و رشد قابل ملاحظه کارکنان در بخش غیررسمی اشتغال، با توجه به محدودیت دولت‌ها برای حمایت‌های مقرراتی و مالی برای این کارکنان در دوره‌های رکود، نگرانی درباره شرایط بیمه اجتماعی درمان برای این گروه را به خصوص در کشورهای در حال توسعه افزایش داده است (طریقت، ۱۳۸۵).

در ایران دو سازمان اصلی بیمه‌های اجتماعی درمان، سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی عهده دار ارائه بیمه‌های اجتماعی درمان برای کارکنان در بخش غیررسمی هستند. سازمان تأمین اجتماعی، در یک طبقه‌بندی کلی برای گروه‌های موسوم به دارندگان حرف و مشاغل آزاد، بیمه‌های اختیاری بازنشستگی و درمان برقرار می‌نماید. سازمان بیمه خدمات درمانی نیز به همین ترتیب برای دارندگان حرف و مشاغل آزاد، تنها بیمه‌های اختیاری درمان برقرار می‌کند. این سازمان برای گروه دیگری که در پوشش این نوع بیمه‌ها قرار نگرفته بودند و تنها در زمان نیاز به

خدمات درمان بستری در بیمارستان‌های دولتی بستری می‌شدند، بیمه درمان بستری را نیز فراهم می‌کرد. این نوع سازوکار بیمه‌ای از سال ۱۳۸۷ جای خود را به بیمه ایرانیان داده‌است. افراد در بیمه‌های اختیاری طبیعتاً به شرطی پیش از وقوع بیماری و تحت مقررات این بیمه‌ها مایل به خرید حق بیمه درمانی هستند که تمایل به پرداخت آنان برابر یا بیشتر از هزینه‌های حق بیمه باشد.

ارزیابی تمایل به پرداخت برای بیمه‌های اجتماعی درمان، به منظور تعیین حق بیمه‌ها در سطح مناسب برای بیمه‌شده‌ها بسیار اهمیت دارد، و برای سیاست‌گذاران امکان آن را فراهم می‌نماید تا بدانند در چه سطحی از تمایل به پرداخت برای بیمه‌های اجتماعی درمان، تقاضا برای این بیمه‌ها متناسب با توانایی پرداخت خانوارها و با هدف پوشش کشوری و جامع این بیمه‌ها تعیین می‌شود. خانوارها به طور ساده، منافع حاصل از خرید بیمه‌های اجتماعی درمان را با هزینه مراقبت‌ها بدون پوشش بیمه‌ها، با توجه به اجتناب‌ناپذیر بودن هزینه‌های درمانی و مزیت آرامش روانی برای اجتناب از هزینه احتمالی درمان برای بیمه شده، مقایسه می‌کنند. به این ترتیب، اگر منافع حاصل از قرار گرفتن در پوشش بیمه اجتماعی درمان بزرگتر از هزینه مراقبت‌های بهداشتی و درمانی بدون پوشش بیمه باشد، خانوارها تصمیم به خریدمزیای بیمه‌ای می‌گیرند (Asgari et al., 2004: 209).

در رابطه با تمایل به پرداخت برای بیمه اجتماعی درمان در ایران بر خلاف سایر کشورها، مطالعات محدودی انجام شده‌است. از جمله این مطالعات، مطالعه‌ای است که حسینی نسب و ورهرامی (۱۳۸۹) در سال ۱۳۸۸ انجام دادند و به بررسی عوامل مؤثر بر مخارج مراقبت‌های درمانی خانوارها در استان یزد پرداختند.

عسگری و همکاران (Asgari et al., 2004: 209) نیز تمایل به پرداخت برای بیمه بهداشت و درمان در روستاهای ایران را اندازه‌گیری کردند و نتیجه گرفتند که اکثر خانوارهای روستایی متناسب با وضعیت اقتصادی و اجتماعی خود و همچنین درک فواید قرار گرفتن در پوشش بیمه، تمایل دارند که قسمتی از درآمد خود را برای بیمه بهداشت و درمان بپردازند.

آنووجکوو (Onwujekwe et al., 2010) در نیجریه، مارتین فرناندز (Fernández et al., 2010) در اسپانیا، ماتور و همکاران (Mathauer, Schmidt & Wenya, 2008) در کنیا و بارنیگاسون (Barnighausen et al., 2007) در شهر اوهان کشور چین به بررسی عوامل تأثیرگذار بر تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان پرداختند.

بوستمانت و همکاران (Bustamante, Ojeda & Castaneda, 2008) تمایل به پرداخت را برای بیمه بهداشت و درمان در یک منطقه مرزی بین ایالات متحده آمریکا و مکزیک اندازه‌گیری کردند. مطالعه دیگری در کشور هند در واکنش به سطوح بسیار بالای پرداخت مستقیم خانوارها برای مراقبت‌های

بهداشتی درمانی توسط درور و همکاران (Dror, Radermacher & Koren, 2006) انجام و در نتیجه آن، تصمیم به توسعه بیمه بهداشتی برای جمعیت فقیر و روستایی در این کشور گرفته شد. در تمامی مطالعات ذکر شده، درآمد خانوارها، تعداد اعضای خانوار، سن، سطح تحصیلات، دسترسی به تسهیلات مراقبت‌های بهداشتی و خدمات بهداشتی و درمانی و نیازهای بهداشتی خانوارها از عوامل بسیار تأثیرگذار بر روی تمایل به پرداخت خانوارها شناخته شدند. پژوهش حاضر تلاش داشته‌است تا با بررسی وضعیت اقتصادی و اجتماعی و عوامل سیاست‌گذاری برای توسعه بیمه‌های اختیاری درمان، وضعیت تمایل به پرداخت خانوارها در جمعیت فعال کم درآمد در بخش غیررسمی اشتغال و جمعیت بیکار برای بیمه‌های اجتماعی درمان را با هدف پوشش کشوری این بیمه‌ها مورد ارزیابی قرار دهد. برای این خانوارها، به علت نبود کارفرما، دولت باید متعهد به پذیرش مبلغی به صورت جایگزین برای سهم کارفرمایی، گردد.

روش بررسی

در این پژوهش برای اولین بار براساس اطلاعات پرسشنامه‌ای که از داده‌های اطلاعاتی رسمی و ثبتی موجود در سالنامه‌های آماری و گزارش‌های تفصیلی سالانه بودجه خانوار، اطلاعات سری زمانی بانک مرکزی و مؤسسات بیمه اجتماعی درمان جمع آوری گردید، تمایل به پرداخت خانوارها در جمعیت فعال کم درآمد در بخش غیررسمی اشتغال مورد ارزیابی قرار گرفت. در اکثر کشورها و از جمله در ایران، برای شناخت میزان تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان، از روش تکمیل پرسشنامه با پرسش از خانوارها در روش ارزش‌گذاری اقتضایی (CVM)^۱ استفاده می‌گردد.

در این مطالعات، اطلاعات پرسشنامه‌ای برای متغیرهای اقتصادی- اجتماعی و متغیرهای سیاست‌گذاری با دامنه محدود تأثیرگذاری بر تمایل به پرداخت خانوارها، برای یک سال یا در یک دوره زمانی محدود، مشخص می‌گردند. از این رو، هر یک از این مطالعات به تنهایی فقط برای ارزیابی در یک دوره زمانی محدود و سیاست‌ها در همان دوره زمانی واجد کارایی لازم می‌باشد. نتایج این مطالعات همچنین برای توضیح رابطه آماری بین متغیرها با محدودیت‌هایی از جمله کاربرد محدود مدل‌های رگرسیونی همراه بوده‌است.

علاوه بر این، روش پرسشنامه‌ای برای ارزش‌گذاری اقتضایی، دارای محدودیت‌ها و نواقصی است که از جمله عبارتند از: واقعی نبودن بازارها و ترجیحات اظهار شده، نامشخص بودن نقطه شروع سطوح پیشنهادی برای مبلغ حق بیمه (۳)، تفاوت در شیوه و تعریف ارزش عددی پاسخ‌ها برای استخراج و نتیجه‌گیری از آنها،

تأثیر خطاهای اندازه‌گیری، مشکل طراحی سؤالات پرسشنامه مطابق با ویژگی‌های اقتصادی و اجتماعی و انتظارات پاسخ دهندگان (Bustamante, Ojeda & Castaneda, 2008).

در پژوهش حاضر، با استفاده از پرسشنامه‌ای از نوع آنچه که در روش ارزشگذاری اقتضایی متداول است، اطلاعات پرسشنامه با استفاده از داده‌های اطلاعاتی واقعی در یک سری زمانی، برای سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۶، تکمیل گردید. این روش ارزشگذاری برای اطلاعات پرسشنامه، بدون آنکه محدودیت‌های ارزشگذاری براساس مصاحبه حضوری را داشته باشد، و بدون آنکه از نوع یک ارزشگذاری بدون توجه به واقعی بودن بازارها و ترجیحات اظهار شده محسوب شود، می‌تواند بیشترین انطباق مورد نیاز را با رفتار افراد در جامعه مورد نظر و در وضعیت واقعی بودن بازار بیمه‌های اجتماعی درمان و ترجیحات داشته باشد.

در این پژوهش، جامعه مورد مطالعه برابر با کل جمعیت فعال کم درآمد در سه دهک اول شهری و جمعیت بیکار شهری می‌باشد. در تابع مورد نظر برای تمایل به پرداخت خانوارها به عنوان متغیر وابسته، هفت - سوم $\left(\frac{7}{3}\right)$ درصد از حق بیمه درمان سهم بیمه‌شده با مأخذ درآمد سالیانه (معادل با مجموع متوسط هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی خانوارها در سه دهک اول شهری در هر سال)، به عنوان متغیر حداقل مشارکت بیمه شده‌ها در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۶، و به عنوان متغیر نشان دهنده تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان در نظر گرفته شد. متغیرهای توضیحی در این تابع در جامعه مورد نظر در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۶، عبارتند از:

الف) متغیر سیاستگذاری دولت معادل با نسبت بیست - سوم $\left(\frac{20}{3}\right)$ درصد از حق بیمه درمان سهم کارفرما با مأخذ حداقل دستمزد اسمی بر اساس ۱۴ ماه در سال (شامل دستمزد سالانه و پاداش یا عیدی پایان سال)، به عنوان سهم دولت برای بیمه شده‌های کم درآمد و بیکار به جای سهم کارفرمایی؛
 ب) متغیر نسبت تعداد تخت بیمارستانی در بیمارستان‌های ملکی سازمان تأمین اجتماعی به تعداد بیمه شدگان اصلی این سازمان به عنوان شاخصی برای بهره‌مندی بیمه‌شده‌ها از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز (یا به صورت رایگان)؛
 ج) متغیر ابزاری از مجموعه عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر تقاضای خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان.

نسبت‌های $\left(\frac{7}{3}\right)$ و $\left(\frac{20}{3}\right)$ در نظر گرفته شده برای حق بیمه درمان، به ترتیب سهم بیمه‌شده و سهم دولت، معادل با نسبت‌هایی است که در طول دوره ۱۳۸۸-۱۳۶۶ و تاکنون در سازمان تأمین اجتماعی برای سهم حق بیمه بیمه‌شده و سهم حق بیمه کارفرمایی برای مجموع بیمه‌های درمانی و بازنشستگی (و از کارافتادگی) در نظر گرفته شده است. برای جمعیت مورد نظر در بخش غیررسمی اشتغال، چنان که گفته شد، به علت نبود کارفرما، دولت جایگزین کارفرما می‌شود.

متغیر ابزاری برای مجموعه عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر تقاضای خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۶، براساس نتیجه پژوهشی انتخاب گردید که توسط جوادی نسب ارائه شده است (۱۳۹۱).

در پژوهش یادشده، برای توضیح این متغیر، مجموعه عوامل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر تقاضای خانوارها به شرح زیر معرفی شدند. براساس آمارهای جمعیتی، میانگین سنی سالانه جمعیت فعال شهری در دو گروه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و ۲۸ تا ۴۵ سال، به عنوان متغیر سن در دوره زمانی ۱۳۸۸-۱۳۶۶ در نظر گرفته شدند. میانگین در این دو فاصله سنی برای تعیین مرز سنی تمایل به پذیرش بیمه اجتماعی درمان و پرداخت حق بیمه، مورد توجه قرار گرفت، و در توضیح همبستگی رگرسیونی تابع تقاضا نیز به صورت معنی‌دار مشاهده گردید. همچنین در آمارهای جمعیتی، نرخ بی‌سوادی در جامعه شهری به عنوان متغیر نشان دهنده سطح تحصیلات سرپرست خانوار در جامعه مورد نظر در بخش غیررسمی در دوره زمانی یاد شده منظور شد. مجموع هزینه‌های خوراکی و غیرخوراکی خانوارها در سه دهک اول شهری در دوره زمانی ۱۳۸۸-۱۳۶۶ به عنوان متغیر سطح درآمد خانوارها در بخش غیررسمی کم‌درآمد و بیکار، و میانگین هزینه بهداشتی و درمانی خانوارها در سه دهک اول شهری در دوره یاد شده به عنوان متغیر تقاضا برای خدمات بهداشتی و درمانی خانوارها در بخش غیررسمی کم‌درآمد و بیکار، در نظر گرفته شدند.

از نرخ بیکاری در جمعیت شهری نیز به عنوان متغیر وضعیت متوسط اشتغال سرپرست خانوار شهری در سه دهک اول در دوره یاد شده استفاده گردید. میانگین تعداد اعضای خانوار در سه دهک اول شهری در اطلاعات هزینه- درآمد سالانه خانوارها در سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۶ نیز به عنوان متغیر بعد خانوار در نظر گرفته شد.

از مجموع تأثیر این متغیرهای اقتصادی- اجتماعی بر تقاضای خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان، به طوری که در تحلیل‌های اقتصادسنجی مرسوم است، یک متغیر ابزاری ساخته شد. این متغیر ابزاری تأثیر مجموعه عوامل اقتصادی- اجتماعی غیر از متغیر حق بیمه سهم کارفرمایی (یا سهم دولت به جای آن) و متغیر بهره‌مندی بیمه‌شده‌ها از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز (یا به صورت رایگان) را بر تقاضای خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان نشان می‌دهد.

در این پژوهش، تأثیر متغیر سیاستگذاری دولت برای جبران (جایگزینی کامل) سهم کارفرمایی برای جمعیت کم‌درآمد در سه دهک اول شهری و جمعیت بیکار شهری در بخش غیررسمی بر تمایل به پرداخت خانوارها، در سه سناریو و به طور جداگانه، از بیشترین مبلغ پرداخت حق بیمه سهم دولت به کمترین مبلغ پرداخت حق بیمه سهم دولت، تخمین زده شد.

تابع تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه‌های درمانی در سه دهک اول شهری، توسط معادله زیر نشان داده می‌شود.

$$WTP = \beta_0 + \beta_1 * Hexp + \beta_2 * GP + \beta_3 * Ins Benefit \quad (1)$$

تمایل به پرداخت برای بیمه اجتماعی درمان معادل با حق بیمه سهم بیمه شده = WTP^1

متغیر ابزاری شاخص اقتصادی اجتماعی خانوار = $Hexp^2$

متغیر سیاستگذاری دولت نشان دهنده حق بیمه سهم دولت = GP^3

متغیر سیاستگذاری برای توضیح بهره‌مندی بیمه شده از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل

مبلغ فرانشیز = $Ins Benefit^4$

معادله (۱)، رابطه بین متغیرهایی را نشان می‌دهد که داده‌های آنها از اطلاعات پرسشنامه به دست می‌آید. این پرسشنامه در ضمیمه (۱) نشان داده شده است. در پرسشنامه، تعدادی سؤالات درباره ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی خانوارها، به شرح توضیح داده شده در فوق برای توضیح متغیر ابزاری از مجموع عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر تقاضای خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان، و دو متغیر سیاستگذاری منظور گردید. برای مشروط نمودن پاسخ‌ها به تغییرات در سهم پرداختی دولت از طریق یک سازمان بیمه خدمات درمانی و شرایط تسهیلات درمانی با حداقل فرانشیز، به عنوان دو متغیر اصلی سیاستگذاری، و تعیین سطح حق بیمه درمان در شرایط بیمه درمان اختیاری توسط خانوار، سه سناریوی سیاستگذاری برای نشان دادن ارزش‌های عددی متغیرهای سیاستگذاری به خانوارها انتخاب گردید. سپس برای مشخص نمودن پاسخ خانوارها، که با متغیر WTP در رابطه (۱) نشان داده شده است، مبلغی به عنوان حداقل مشارکت بیمه شده‌ها به عنوان متغیر نشان دهنده تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان، تعیین گردید. پذیرش این مبلغ توسط پرسش‌شونده، مشروط به مبلغ حداقل مشارکت دولت با داده‌های بدون محدودیت (باز) گردید.

این حداقل مشارکت دولت در سناریوی اول معادل با $\left(\frac{7}{3}\right)$ درصد متوسط درآمد خانوارها در سه دهک اول محاسبه گردید. در دو سناریوی بعدی، با کاهش مبلغ مشارکت دولت، تمایل به پرداخت خانوار برای حق بیمه سهم بیمه شده مشروط به رابطه معنی‌دار بین این حق بیمه و مبلغ مشارکت دولت، گردید. در صورت معنی‌دار بودن رابطه بین حق بیمه تعیین شده برای خانوارها با یکی از ارزش‌های عددی انتخاب شده برای مبلغ مشارکت دولت یا متغیرهای سیاستگذاری در معادله (۱)،

1. Willingness to Pay
2. Health expenditure
3. Government Policy
4. Insurance Benefit

می‌توان حداقل مشارکت بیمه‌شده و حداقل مبلغ سهم دولت را به‌طور همزمان، و مطابق با روش پرسشنامه‌ای برای ارزش‌گذاری اقتضایی، تعیین نمود.

برای تخمین ضرایب همبستگی رگرسیونی در معادله (۱) با جایگزینی داده‌های سری زمانی در طول سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۶ به‌جای داده‌های مقطعی در مدل ارزش‌گذاری اقتضایی، چنان‌که گفته شد، برای متغیر سیاست‌گذاری دولت برای جبران یا جایگزینی کامل سهم کارفرمایی برای جمعیت کم درآمد شهری، سه سناریو در نظر گرفته شد. در واقع به‌طور فرضی، مبلغ سالانه حق بیمه سهم دولت در هر سناریو با ارزش‌گذاری اقتضایی برای سهم پرداختی دولت در پرسشنامه قرار داده شد، و با اعلام این مبلغ به عنوان حمایت دولت، از سرپرست خانوار فرضی در پرسشنامه خواسته شد که پذیرش بیمه اختیاری درمان را به صورت بلی یا خیر، اعلام نماید.

ارزش‌گذاری مبلغ حمایتی دولت در هر سناریو، به‌طوری که در ادامه خواهد آمد، معادل با میلیگی در نظر گرفته شد که سرپرست خانوار فرضی به ازای حمایت دولت تمایل به پرداخت حق بیمه تعیین شده را با پاسخ بلی نشان دهد.

در سناریوی اول، مبلغ اولیه برای حق بیمه یا سهم مشارکت دولت معادل با $\left(\frac{۲۰}{۳}\right)$ درصد از مأخذ حداقل دستمزد اسمی سالانه (GPI)، و به عنوان متغیر سیاست‌گذاری دولت، همراه با متغیر ابزاری شاخص اقتصادی-اجتماعی برای خانوارها در سه دهک اول شهری و متغیر شاخص بهره‌مندی از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز، به عنوان متغیرهای توضیحی در نظر گرفته شد. در این سناریو، انتظار داریم که با افزایش متغیر شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها در سه دهک اول شهری، افزایش سهم مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه به عنوان متغیر سیاست‌گذاری حمایتی دولت، و نیز افزایش شاخص بهره‌مندی از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز، کشش تمایل به پرداخت خانوارها در سه دهک اول شهری برای بیمه اجتماعی درمان نسبت به متغیرهای یادشده به‌طور معنی‌دار مثبت باشد. همچنین انتظار داریم کشش متغیر شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها در شرایط محدودتر شدن حمایت دولت در سناریوهای دوم و سوم، افزایش یابد.

در سناریوی دوم، برای تعیین حق بیمه سهم دولت با کمترین مبلغ، (GP2)، در چند مرحله، معادل با درصدهایی از متغیر حق بیمه سهم بیمه‌شده از متغیر سیاست‌گذاری دولت کسر گردید. این کاهش تا حدی ادامه یافت که تمامی متغیرهای توضیحی موجود در معادله، در حداقل سطح اطمینان ۹۰ درصد قرار داشته باشند. در این سطح اطمینان می‌توان تأثیر متغیرهای توضیحی بر متغیر تمایل به پرداخت خانوارها را با حداقل احتمال آماری، معنی‌دار دانست. بر این اساس در حداقل احتمال آماری، بیشترین مقدار کاهش در سهم حق بیمه دولت، (GP2)، برابر با کاهش حداقل معادل با

حق بیمه کامل سهم بیمه شده بود. به عبارت دیگر، در سناریوی دوم، حداقل حق بیمه سهم دولت برابر با $(GP-0.98*WTP)$ به دست آمد.

در سناریوی سوم، متغیر شاخص بهره‌مندی از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز از معادله (۱) حذف گردید. در این سناریو نیز مشابه با سناریوی دوم، برای تعیین حق بیمه سهم دولت با کمترین مبلغ، $(GP3)$ ، در چند مرحله، معادل با درصدهایی از متغیر حق بیمه سهم بیمه شده از متغیر سیاستگذاری دولت کسر و این کاهش تا حدی ادامه یافت که تأثیر دو متغیر توضیحی باقیمانده در معادله با حداقل سطح اطمینان ۹۰ درصد تأیید گردید. در این سطح اطمینان، بیشترین مقدار کاهش در سهم حق بیمه دولت برابر با $(GP - 1.12*WTP)$ به دست آمد.

تخمین معادله (۱) به صورت لگاریتمی، کشش تمایل به پرداخت خانوارها نسبت به هریک از متغیرهای توضیحی را نشان می‌دهد. تخمین این معادله رگرسیونی، با توجه به آزمون ریشه واحد، براساس مرتبه یکسان متغیرها صورت پذیرفت. نتایج آزمون ریشه واحد برای متغیرهای مورد استفاده در مدل، در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول ۱. نتایج آزمون ریشه واحد با آزمون روندهای تعیینی و تصادفی برای متغیرهای

سطح (معادله (۱)) و متغیرهای تفاضل اول (معادله (۲)) (دوره ۱۳۸۸-۱۳۶۶)

		$\Delta X_t = \phi_0 + \phi_1 * X_{t-1} + \phi_2 * T + \sum_{j=1}^n \lambda_{t-j} * \Delta X_{t-j} + \varepsilon_{t1}$ (۱) معادله		$\Delta^2 X_t = \gamma_0 + \gamma_1 * \Delta X_{t-1} + \gamma_2 * T + \sum_{j=1}^n \delta_{t-j} * \Delta^2 X_{t-j} + \varepsilon_{t2}$ (۲) معادله	
X_t	معادله	آزمون فرضیه $\gamma_1 = \gamma_2 = 0$ با آماره F آماره F (مقایسه با F دیکی- فولر)	آزمون فرضیه $\gamma_1 = 0$ با آماره t آماره t (مقایسه با t دیکی- فولر)	مرتبه انباشتگی I(1)	
Ln WTP	(1)	1.241	-1.314	I(1)	
	(2)	11.54***	-4.69***		
Ln Hexp	(1)	2.495*	0.0545	I(1)	
	(2)	27.98***	-7.48***		
Ln GP1	(1)	4.814**	-1.653	I(1)	
	(2)	11.04***	-4.67***		
Ln GP2	(1)	4.911***	-2.651	I(1)	
	(2)	27.37***	-6.69***		
Ln GP3	(1)	5.695***	-3.235	I(1)	
	(2)	29.86***	-6.95***		
$\Delta Ln Ins Benefit$	(1)	4.088**	-1.171	I(1)	
	(2)	36.16***	-6.31***		

*** در سطح معنی‌دار ۱ درصد قرار دارد.
 ** در سطح معنی‌دار ۵ درصد قرار دارد.
 * در سطح معنی‌دار ۱۰ درصد قرار دارد.

جدول (۱)، نتایج آزمون ریشه واحد، پس از مشاهده وجود روند در متغیرهای سطح، با آزمون آماره t برای $\gamma_1 = 0$ و آزمون آماره F برای $\gamma_1 = \gamma_2 = 0$ ، به ترتیب، برای آزمون فرضیه غیرایستایی تصادفی^۱ و فرضیه غیرایستایی با روندهای تصادفی و تعیینی^۲، درمقایسه با آماره‌های τ دیکی- فولر و F دیکی- فولر، و برای تفاضل‌های اول این متغیرها را نشان می‌دهد. مرتبه انباشتگی^۳ نیز با رقم داخل پرانتز $I(\cdot)$ در ستون آخر جدول نشان داده شده است. لازم به توضیح است که متغیر سیاستگذاری دولت، (GP)، در ابتدا و پیش از تبدیل لگاریتمی، از نوع $I(2)$ بود. برای کاهش مرتبه انباشتگی این متغیر، حاصل تخمین این متغیر از یک رگرسیون با متغیر روند و یک متغیر باوقفه به عنوان متغیرهای توضیحی، به دست آمد و پس از آن، برای محاسبه متغیرهای سیاستگذاری در سه سناریو و با تبدیل لگاریتمی در جدول (۱) و مراحل بعدی تحقیق مورد استفاده قرار گرفت. متغیر $(Ln Ins Benefit)$ نیز دارای روند از نوع $I(2)$ بود که پس از تفاضل اول در جدول (۱) مورد آزمون قرار گرفت.

پس از آنکه مشخص گردید همه متغیرها دارای انباشتگی از مرتبه یک هستند، ضرایب معادله (۱) در سه سناریو تخمین زده شد. نتایج رگرسیونی حاصل از تخمین معادله (۱) به صورت لگاریتمی در سه سناریو، در جدول (۲) نشان داده شده است.

در هر سه سناریو، ضریب تعیین (R-squared) درصد بسیار بالا از توان توضیحی تخمین را نشان می‌دهد، و آماره t برای ضرایب تخمین زده شده در سطح اطمینان بیش از ۹۰ درصد قرار دارد. آزمون دوربین- واتسون در سطح معنی‌دار ۵ درصد، نبود خود همبستگی از مرتبه اول را در هر سه معادله در منطقه میانی بدون قضاوت قطعی نشان می‌دهد. آزمون‌های $LM(1)$ و $LM(2)$ با (p value) نشان داده شده در پرانتز، نبود خود همبستگی تا مرتبه ۲ را در هر سه سناریو تأیید می‌کنند. آزمون وایت (White n.R2) با عبارات حاصل ضرب، با (p value) نشان داده شده در پرانتز، فرضیه صفر یعنی نبود نابرابری واریانس را در هر سه تخمین تأیید می‌کند (این نتیجه بدون عبارات حاصل ضرب در آزمون نیز یکسان باقی می‌ماند). در دو معادله اول و کمی ضعیف‌تر در معادله سوم، آزمون چاو (Chow) با (p value) نشان داده شده در پرانتز، ثبات^۴ ضرایب را در دو نیمه دوره مورد نظر (قبل و بعد از سال ۱۳۷۷) تأیید می‌کند. آزمون جوهانسن با نتایج آزمون تریس، با توجه به انباشتگی متغیرها از مرتبه اول، نشان داده شده در جدول (۱)، وجود هم‌انباشتگی^۵ بین تمامی متغیرها در هر

1. Stochastic non-stationarity
2. Stochastic and deterministic non-stationarity
3. Order of integration
4. stability
5. co-integration

سه معادله را در سطح معنی‌دار ۵ درصد و با متغیرهای تأخیری یک و دو ساله، در حالت عمومی با وجود ضریب ثابت و بدون متغیر روند، تأیید می‌کند.

جدول ۲. نتایج رگرسیونی معادله (۱) برای سناریوهای اول، دوم و سوم، دوره ۱۳۸۸-۱۳۶۶

$Ln WTP = \beta_0 + \beta_1 * Ln Hexp + \beta_2 * Ln GP + \beta_3 * \Delta Ln Ins Benefit$						
متغیر	سناریوی اول		سناریوی دوم		سناریوی سوم	
	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t	ضریب	آماره t
C						
$Ln Hexp$	-0.592	(-2.31)**	-0.028	(-0.778)	-0.484	(-1.312)
$Ln GP1$	0.332	(2.63)**	0.659	(5.014)***	0.837	(7.56)***
$Ln GP2$	0.662	(5.531)***				
$Ln GP3$			0.34	(2.819)**		
$\Delta Ln Ins Benefit$	1.091	(2.592)**	1.052	(1.745)*	0.179	(1.749)*
	R-squared= ۰.۹۹ Durbin-Watson= 1.571 LM(1)= 0.844 (0.358) LM(2)= 5.418 (0.067) White nR ² = 8.079 (0.526) Chow= 3.579 (0.0375) Trace-L(1)= 55.05 (0.009) Trace-L(2)= 135.5 (0.00)		R-squared= ۰.۹۹ Durbin-Watson= 1.397 LM(1)= 1.575 (0.209) LM(2)= 3.862 (0.145) White nR ² = 12.19 (0.203) Chow= 3.729 (0.0331) Trace-L(1)= 51.59 (0.021) Trace-L(2)= 124.9 (0.00)		R-squared= ۰.۹۸ Durbin-Watson= 1.327 LM(1)= 1.863 (0.172) LM(2)= 2.695 (0.260) White nR ² = 6.918 (0.227) Chow= 2.964 (0.077) Trace-L(1)= 34.78 (0.012) Trace-L(2)= 30.78 (0.038)	
	* در سطح معنی‌دار ۱۰ درصد قرار دارد. ** در سطح معنی‌دار ۵ درصد قرار دارد. *** در سطح معنی‌دار ۱ درصد قرار دارد.					

منابع آماری: آمارهای رسمی سازمان تأمین اجتماعی و سازمان بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه سلامت) سالنامه‌های آماری و گزارش تفصیلی سالانه بودجه خانوار (نتایج آمارگیری از هزینه-درآمد خانوارها)- مرکز آمار ایران بانک اطلاعات سری زمانی- بانک مرکزی ایران

به این ترتیب، نتایج تخمین ضرایب همبستگی رگرسیونی بین تمایل به پرداخت برای حق بیمه درمان و متغیرهای توضیحی، نشان داده شده در جدول (۲)، برآورد قابل اعتمادی برای حق بیمه سهم بیمه شده و دولت در سناریوهای مورد نظر فراهم می‌آورد.

یافته‌ها

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که ضرایب کشش به‌دست آمده در انطباق با انتظارات از رفتار اقتصادی متغیرهای تأثیرگذار بر تمایل به پرداخت برای حق بیمه قرار دارد. معنی‌دار بودن ضرایب تخمین با سطح اطمینان بیش از ۹۰ درصد نشان می‌دهد نتایج به‌دست آمده برای توضیح پوشش کشوری بیمه

درمان اختیاری و تمایل به پرداخت خانوارها با حداقل همین درصد، مناسب می‌باشد. برای توضیح بیشتر نتایج به دست آمده، ضرایب کشش تمایل به پرداخت خانوارهای کم درآمد و بیکار در سه دهک اول شهری برای بیمه‌های اجتماعی درمان نسبت به متغیرهای توضیحی شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها، مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه، و بهره‌مندی از تسهیلات دولتی با حداقل فرانشیز (یا رایگان)، در سه سناریوی مورد نظر به شرح جدول زیر مقایسه می‌شوند.

جدول ۳. کشش تمایل به پرداخت خانوارهای کم درآمد شهری برای بیمه‌های اجتماعی درمان نسبت به شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها، مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه و بهره‌مندی از تسهیلات دولتی با حداقل فرانشیز (یا رایگان)

متغیر		کشش تمایل به پرداخت خانوارهای کم درآمد و بیکار شهری برای بیمه درمان اختیاری
سناریوی اول با کمترین فرانشیز	شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها	۰,۳۳۲
	مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه	۰,۶۶۲
	بهره‌مندی از تسهیلات دولتی برای خدمات بهداشتی و درمانی با حداقل فرانشیز	۱,۰۹۱
سناریوی دوم با فرانشیزی بیشتر از سناریوی اول	شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها	۰,۶۵۹
	مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه	۰,۳۴۰
	بهره‌مندی از تسهیلات دولتی برای خدمات بهداشتی و درمانی با حداقل فرانشیز	۱,۰۵۲
سناریوی سوم با بیشترین فرانشیز	شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها	۰,۸۳۷
	مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه	۰,۱۷۹
	بهره‌مندی از تسهیلات دولتی برای خدمات بهداشتی و درمانی با حداقل فرانشیز	-

مأخذ: یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج نشان داده شده در جدول (۳)، مطابق انتظار، رابطه بین بهبود وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانوارها در سه دهک اول شهری با متغیر تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه اجتماعی درمان مثبت است.

در سناریوی اول، که دولت بیشترین مشارکت در پرداخت حق بیمه اجتماعی درمان را دارد، تأثیر متغیر شاخص اقتصادی-اجتماعی بر تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه اجتماعی درمان نسبت به دو سناریوی دوم و سوم کمتر می‌باشد. در سناریوی سوم، یعنی در حالی که دولت کمترین مشارکت مالی در حق بیمه اجتماعی درمان را دارد، تأثیر متغیر شاخص اقتصادی-اجتماعی نسبت به دو سناریوی اول و دوم بیشتر است. کشش به دست آمده برای این متغیر نشان می‌دهد که به ازای ۱۰ درصد افزایش یا بهبود در وضعیت اقتصادی-اجتماعی خانوارها در سه دهک اول شهری، تغییرات در تمایل به پرداخت این خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان در سناریوی اول ۳,۳ درصد، در سناریوی دوم ۶,۶ درصد و در سناریوی سوم ۸,۴ درصد افزایش می‌یابد. با توجه به اینکه در سناریوهای دوم و سوم، خانوارها از حمایت‌های دولتی کمتری برخوردار هستند، این نتیجه نشان می‌دهد که در شرایط اتکای بیشتر (کمتر) به مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه درمان، خانوارها به طور متناسب با وضعیت اقتصادی-اجتماعی خود، با حساسیت کمتر (بیشتر) نسبت به پذیرش بیمه درمان اختیاری تصمیم‌گیری می‌کنند. حساسیت بیشتر تمایل به پرداخت خانوارها نسبت به وضعیت اقتصادی-اجتماعی، این خطر را دارد که در شرایط کاهش یا پس‌رفت شاخص اقتصادی-اجتماعی، تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه درمان اختیاری نیز کاهش قابل ملاحظه حاصل نماید. همچنین براساس یافته‌ها در جدول (۳)، مشاهده می‌شود که مطابق با انتظارات، رابطه بین متغیر سیاستگذاری دولت با تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان در هر سه سناریو مثبت می‌باشد. کشش به دست آمده برای این متغیر نشان می‌دهد که به ازای ۱۰ درصد افزایش در سهم مشارکت دولت برای حق بیمه درمان، تمایل به پرداخت برای بیمه اجتماعی درمان در خانوارها در سه دهک اول شهری در سناریوی اول ۶,۶ درصد، در سناریوی دوم ۳,۴ درصد و در سناریوی سوم ۱,۸ درصد افزایش می‌یابد.

این نتیجه نشان می‌دهد که با کاهش حمایت‌های دولت در سناریوهای دوم و سوم، تأثیر این حمایت‌ها برای سیاست پوشش کشوری بیمه‌شده‌ها بر تمایل به پرداخت خانوارها کاهش می‌یابد. به عبارت دیگر، با کاهش مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه درمان برای خانوارهای کم‌درآمد شهری در سناریوی دوم نسبت به اول، و در سناریوی سوم نسبت به دوم، تأثیر مشارکت دولت بر تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه درمان اختیاری در جمعیت هدف کاهش می‌یابد. بر این اساس، در سناریوی اول که بیشترین مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه در نظر گرفته شده است، تأثیر عوامل

اقتصادی- اجتماعی در پایین‌ترین سطح مشاهده می‌شود؛ و در شرایط عکس، در سناریوی سوم با کمترین مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه درمان، تأثیر عوامل اقتصادی- اجتماعی در بالاترین سطح آن مشاهده می‌گردد.

در جدول (۳)، تأثیر متغیر بهره‌مندی خانوارها از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز بر متغیر تمایل به پرداخت برای بیمه‌های اجتماعی درمان در خانوارها در سه دهک اول شهری، در هر سه سناریو، مطابق انتظار، با رابطه مثبت بین این دو متغیر مشاهده می‌گردد. کشش تمایل به پرداخت خانوارها نسبت به تغییرات در متغیر بهره‌مندی از خدمات بیمه‌های اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز نشان می‌دهد که اگر تغییرات در بهره‌مندی از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز معادل با ۱۰ درصد افزایش یابد، تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه درمان اختیاری در سناریوی اول ۱۰٫۹ درصد و در سناریوی دوم ۱۰٫۵ درصد افزایش می‌یابد.

این نتیجه نشان می‌دهد که در دو سناریوی اول و دوم، در شرایط ادامه حمایت و مشارکت دولت در پرداخت حق بیمه درمان، صرف‌نظر از مبلغ مشارکت دولت، تأثیر متغیر بهره‌مندی از خدمات بیمه اجتماعی درمان با حداقل فرانشیز بر تمایل به پرداخت خانوارها تقریباً یکسان باقی می‌ماند.

حال می‌توان براساس رابطه نشان داده شده توسط معادله (۱) و نتایج تخمین ضرایب در جدول (۲)، برای سه سناریوی در نظر گرفته شده برای مشارکت حمایتی دولت در پرداخت حق بیمه‌های اجتماعی درمان (GP)، حق بیمه‌های درمان سهم بیمه‌شده (WTP) را محاسبه نمود. نتیجه محاسبه حق بیمه‌های درمان سهم بیمه‌شده براساس معادله (۱) برای چند سال، در جدول زیر نشان داده شده است.

در جدول (۴)، ستون‌های (۱)، (۴) و (۷)، نشان دهنده نتیجه محاسبه حق بیمه درمان سهم بیمه‌شده، ستون‌های (۲)، (۵) و (۸)، نشان دهنده داده‌های حق بیمه درمان سهم دولت به ترتیب در سناریوهای اول، دوم و سوم می‌باشند. همچنین، ستون‌های (۳)، (۶) و (۹)، نشان دهنده تفاوت بین حق بیمه سهم دولت در سناریوهای اول، دوم و سوم با حق بیمه کامل سهم دولت در همان سناریو، می‌باشد. این تفاوت در ستون (۳) مطابق با توضیح گفته شده برای سناریوی اول و در شرایط پرداخت کامل حق بیمه جایگزین سهم کارفرمایی توسط دولت، معادل با صفر نشان داده شده است. مبالغ نشان داده شده در ستون‌های (۶) و (۹) نیز در واقع مبلغ اضافه فرانشیزی را نشان می‌دهند که باید به صورت مازاد بر مبلغ فرانشیز پرداختی متداول در زمان دریافت خدمات توسط خانوارها، به عنوان مبالغ جبرانی برای کسری پرداخت‌های جایگزینی سهم کارفرمایی توسط دولت در سناریوهای دوم و سوم پرداخت شوند. این مبالغ کسری به طوری که در توضیح متغیر سیاست‌گذاری دولت (GP) در

سناریوهای دوم و سوم در رابطه (۱) گفته شد، در این دو سناریو به ترتیب برابر با $(0.98*WTP)$ و $(1.12*WTP)$ بوده‌اند.

جدول ۴. مبلغ حق بیمه درمان سهم بیمه شده، حق بیمه درمان سهم دولت و مانده برای اضافه فرانشیز در سناریوهای مختلف (سالانه، ریال)

سال	سناریوی اول			سناریوی دوم			سناریوی سوم		
	حق بیمه درمان سهم بیمه شده (۱)	حق بیمه درمان سهم دولت (۲)	مانده برای اضافه فرانشیز (۳)	حق بیمه درمان سهم بیمه شده (۴)	حق بیمه درمان سهم دولت (۵)	مانده برای اضافه به فرانشیز (۶)	حق بیمه درمان سهم بیمه شده (۷)	حق بیمه درمان سهم دولت (۸)	مانده برای اضافه فرانشیز (۹)
۱۳۷۰	۱۶۲۹۲	۳۸۴۱۷	۰	۱۶۱۶۱	۱۹۱۳۱	۱۹۶۸۷	۱۷۱۱۴	۱۵۹۱۷	۲۲۴۵۰
۱۳۷۵	۸۳۷۰۲	۱۸۸۰۲۳	۰	۷۷۶۵۲	۱۰۰۳۸۶	۸۹۴۶۲	۶۹۰۵۸	۸۵۷۸۰	۱۰۲۲۴۳
۱۳۸۰	۲۳۶۷۷۶	۵۲۳۳۴۳	۰	۲۴۰۹۵۵	۳۲۱۳۵۴	۲۰۶۱۹۷	۲۲۳۸۱۸	۲۸۷۶۸۹	۲۳۵۶۴
۱۳۸۵	۶۵۵۲۶۱	۱۴۳۲۹۱۷	۰	۶۹۸۶۴۰	۹۶۰۶۷۴	۴۸۲۰۸۲	۶۵۶۳۳۶	۸۸۱۹۶۷	۵۵۰۹۵۰
۱۳۸۶	۵۴۳۶۰۷	۱۷۱۹۰۹۴	۰	۵۳۴۴۴۲	۱۱۴۰۴۵۰	۵۹۰۶۹۹	۶۲۸۲۵۲	۱۰۴۴۰۰۹	۶۷۵۰۸۴
۱۳۸۷	۶۸۴۰۰۰	۲۱۴۸۱۶۶	۰	۵۸۰۳۸۹	۱۳۳۳۶۸۳	۸۳۲۴۷۲	۵۶۹۳۰۴	۱۱۹۶۷۷۰	۹۵۱۳۹۶
۱۳۸۸	۹۰۰۱۸۹	۲۵۸۱۸۸۷	۰	۷۹۰۳۷۷	۱۷۲۶۷۲۳	۸۷۲۹۸۰	۷۱۷۷۵۰	۱۵۸۴۱۹۵	۹۹۷۶۲

مأخذ: یافته‌های پژوهش

بر اساس نتایج نشان داده شده در جدول (۴)، می‌توان تفاوت‌ها بین حق بیمه درمان سهم بیمه شده (که نشان دهنده متوسط تمایل به پرداخت خانوارها در سه دهک اول شهری برای بیمه‌های اجتماعی درمان می‌باشد)، حق بیمه درمان سهم دولت و مبلغ اضافه فرانشیز (یا مبلغ مازاد بر فرانشیز پرداختی متداول در زمان دریافت خدمات) را در هر یک از سال‌ها در سه سناریو با یکدیگر مقایسه نمود. در این سناریوها، با کاهش حمایت دولت یا همان حق بیمه درمان سهم دولت در سناریوی دوم نسبت به اول و در سناریوی سوم نسبت به دوم، مجموع حق بیمه درمان سهم بیمه شده و اضافه فرانشیز پرداختی توسط بیمه شده، افزایش می‌یابد. به طور مثال در سال ۱۳۸۸، در سناریوی اول ۹۰۰۱۸۹، در سناریوی دوم ۱۶۶۳۳۵۷ و در سناریوی سوم ۱۷۱۵۴۴۲ ریال در مجموع بوده است. افزایش مجموع حق بیمه درمان سهم بیمه شده و اضافه فرانشیز پرداختی توسط بیمه شده بیش از مبلغ اشاره شده در سناریوی سوم، موجب کاهش احتمال تأثیر سیاست دولت برای ترغیب خانوارها به پذیرش بیمه اختیاری درمان به سطحی کمتر از حداقل احتمال قابل قبول می‌انجامد که موجب صرف نظر نمودن تعدادی از خانوارها از پذیرش بیمه اختیاری درمان می‌شود که به معنی از دست رفتن هدف پوشش کشوری^۱ برای تعمیم بیمه اختیاری درمان توسط دولت می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

تاکنون تحقیقی برای تعیین نرخ مشارکت دولت و بیمه‌شدگان در حق بیمه برای بیمه‌های درمان اختیاری در ایران صورت نگرفته است و این پژوهش، اولین تحقیق در این زمینه می‌باشد. در ایران تاکنون تنها گزارشات موردی و تحلیل عملکردها در سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی برای تعیین نرخ مشارکت و حدود مداخلات دولت مورد استناد قرار گرفته است. بر این اساس، نتایج این تحقیق می‌تواند با استناد به تحلیل آماری، برای تعیین نرخ حق بیمه درمان برای جمعیت فعال کم درآمد در بخش غیررسمی اشتغال متناسب با شرایط پذیرش آنها و برای پوشش کامل جمعیت یاد شده تحت شرایط بیمه‌های اختیاری درمان مهم دانسته شود. همچنین تاکنون حدود مشارکت و مداخلات دولت برای گسترش پوشش جمعیت یاد شده توسط سازمان‌های بیمه اجتماعی درمان غیرمستند به محاسبات آماری و با عدم توفیق مورد انتظار در نتیجه آن، مواجه بوده است. این مشکل خود می‌تواند بیان‌کننده اهمیت این پژوهش در محاسبه و تحلیل آماری حق بیمه‌ها باشد.

روش بررسی در این تحقیق مبتنی بر تلفیق روش ارزش‌گذاری اقتضایی و تدوین پرسشنامه با داده‌های مقطعی در سری زمانی (۱۳۸۸-۱۳۶۶) می‌باشد. در روش ارزش‌گذاری اقتضایی، پرسشنامه‌ای تدوین می‌گردد که داده‌های آن از نوع مقطعی می‌باشد و با پرسش از خانوارها در نمونه‌ای با حجم مشخص به دست می‌آید. این نحوه جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر هزینه قابل ملاحظه، با این مشکل روبه‌رو است که به علت عدم وجود یک بازار واقعی در زمان پرسشگری، تنها می‌تواند پاسخ‌های فرضی و غیرقطعی برای پرسش‌شونده‌ها و محقق محسوب شود. در این پژوهش برای نخستین بار، با تدوین پرسش‌نامه‌ای مطابق با روش ارزش‌گذاری اقتضایی و استفاده از این روش برای توضیح فرضیه‌ها در سناریوهای مختلف، از داده‌های واقعی به جای پاسخ‌های فرضی استفاده گردید.

این داده‌های واقعی از نوع سری زمانی در دوره ۱۳۸۸-۱۳۶۶ می‌باشند، و از نتایج آمارگیری از درآمد و هزینه خانوارها توسط مرکز آمار ایران، داده‌های ثبتي از سازمان‌های بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، و داده‌های سری زمانی در آمارهای بانک مرکزی برای شاخص اقتصادی-اجتماعی خانوارها در دوره یادشده فراهم گردیده‌اند. نتایج تحقیق در مدل رگرسیونی که در جدول (۲) نشان داده شد، علی‌رغم تحلیل مورد نظر که مطابق با روش ارزش‌گذاری اقتضایی با ویژگی داده‌های مقطعی ارائه می‌گردد، به جهت استفاده از داده‌هایی از نوع سری زمانی، در مقابل آزمون‌های ریشه واحد، خودهمبستگی داده‌ها و سایر آزمون‌های رگرسیونی، نتایج معنی‌دار نشان داده است. به این ترتیب، نتایج به دست آمده را می‌توان واجد دقت لازم و مورد انتظار برای تحلیل مورد نظر در این پژوهش دانست.

موضوع مهم در این پژوهش آن است که مجموع حق بیمه درمان سهم بیمه‌شده و اضافه فرانشیز پرداختی توسط بیمه‌شده، و حق بیمه درمان سهم دولت در برنامه حمایت و پوشش کشوری بیمه درمان اختیاری، با نتایج نشان داده شده، می‌تواند بهترین برآورد از واقعیت رفتار اقتصادی خانوارها در برنامه بیمه درمان اختیاری محسوب شود. با پذیرش این نتایج می‌توان انتظار داشت شرایط مورد نیاز برای پوشش کشوری بیمه‌های اختیاری درمان برای خانوارهای کم‌درآمد در سه دهک اول فراهم شود، مشروط بر اینکه:

اولاً، نظام اداری بیمه‌های اجتماعی درمان به اندازه‌ای گسترش یابد که برای خانوارهای یادشده امکان دسترسی کامل به خدمات اداری بیمه‌های اجتماعی، با کمترین هزینه قابل قبول، فراهم گردد، و ثانیاً، شرایط آگاهی یافتن از ارقام سالانه هزینه‌های کل و هزینه‌های بهداشتی و درمانی و درآمد سالانه خانوارها، میزان مشارکت دولت در تأمین هزینه‌ها، ارزش ریالی خدمات بیمه‌های اجتماعی درمان در شرایط بیمه درمان اختیاری، و سایر اطلاعات مورد نیاز خانوارها که در روش ارزشگذاری اقتضایی و در زمان پرسشگری از خانوارها ضروری می‌باشد، برای کلیه خانوارهای کم‌درآمد در سه دهک اول از طریق رسانه‌های جمعی فراهم گردد.

در حال حاضر در کشورهای پیشرفته، دسترسی به خدمات اداری برای بیمه‌های اختیاری به صورت توسعه‌یافته فراهم گردیده است، و اطلاع‌رسانی با استناد به ارقام هزینه‌ها برای تعمیم پوشش بیمه‌های اختیاری، به طور مثال برای بیمه بازنشستگی، بیمه برای هزینه فوت و بیمه خدمات درمانی در سطحی بیش از بیمه خدمات درمانی پایه، بسیار متداول می‌باشد.

باید توجه داشت که بررسی وضعیت پوشش بیمه‌های اجتماعی درمان در بخش غیررسمی نشان می‌دهد علی‌رغم گذشت ۴۹ سال از به وجود آمدن بیمه اختیاری درمان توسط سازمان تأمین اجتماعی و ۱۶ سال توسط سازمان بیمه خدمات درمانی، همچنان بخش زیادی از جمعیت فعال کم درآمد در بخش غیررسمی اشتغال از پوشش این بیمه‌ها محروم مانده‌اند. ناکارآمدی سیاست‌های دولت برای گسترش بیمه‌های اجتماعی درمان و پوشش هزینه‌های آن، مهمترین عامل محروم ماندن بخش زیادی از شاغلان در این بخش، علی‌رغم نیاز شدید آنها به خدمات بهداشتی و درمانی، بوده است.

منابع و مآخذ

- بانک مرکزی ایران، بانک اطلاعات سری زمانی، سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۵: <http://tsd.cbi.ir>
- حسینی نسب، ابراهیم و ورهرامی، ویدا (۱۳۸۹) بررسی عوامل مؤثر بر مخارج مراقبت‌های درمانی خانواده‌ها در استان یزد؛ مدیریت سلامت، (۴۰): ۷۹-۷۳.
- سازمان بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه سلامت)، معاونت مطالعات و توسعه خدمات بیمه‌ای، آمار عملکردی و هزینه، سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۸۱.
- سازمان تأمین اجتماعی، معاونت اقتصادی و برنامه‌ریزی، دفتر آمار و محاسبات اقتصادی، سالنامه آماری و گزارش اقتصادی، سال‌های ۱۳۸۵-۱۳۶۵.
- طریقت، محمد حسن و ماهر، علی (۱۳۸۵) موانع و ظرفیت‌های شکل‌گیری بیمه جامع سلامت؛ دانشگاه علوم و تحقیقات.
- علیپور، وحید (۱۳۸۶) ارزیابی سیاست‌های توسعه بیمه اجتماعی درمان در بخش غیررسمی اشتغال ۱۳۸۶-۱۳۷۵؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد.
- کاظمیان، محمود و جوادی نسب، حمیده (۱۳۹۱) ارزیابی تأثیر سیاست‌های گسترش بیمه‌های اجتماعی درمان بر تمایل به پرداخت خانوارها برای بیمه‌های اجتماعی درمان در بخش غیررسمی اشتغال ۱۳۸۸-۱۳۶۵؛ پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران: دانشکده پزشکی، دانشگاه شاهد.
- مرکز آمار ایران، بودجه خانوار، سالنامه آماری و گزارش تفصیلی سالانه بودجه خانوار، سال‌های ۱۳۸۸-۱۳۶۵.
- Asgari, A.; Willis, K.; Taghvaei, A.A. & Rafeian, M. (2004) Estimating rural households willingness to pay for health insurance; *Journal of health economics*, 5: 209-215.
- Barnighausen, T; Liu, Y. Zhang, X. & Sauerborn, R. (2007) Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: a contingent valuation study; *Journal of BMC Health Service Research*, 7: 114.
- Bustamante, A. V.; Ojeda, G. & Castaneda, X. (2008) Willingness To Pay For Cross-Border Health Insurance Between The United States And Mexico; *Journal of health affairs*, 27: 169-178.
- Dror, M. D.; Radermacher, R. & Koren, R. (2006) Willingness to pay for health insurance among rural and poor persons: Field evidence from seven micro health insurance units in India; *Journal of health policy*, 10: 1016.
- Fernández, M. J.; Gasco, T. G.; Moreno, J. O.; Gonzalez, M. I.; Bidago, J. D.; Lagos, M. B. et al. (2010) Perception of the economic value of primary care services: A willingness to pay study; *Journal of Health Policy*, 94: 266-272.

- Mathauer, I., Schmidt, J. O. & Wenyaa, M. (2008) Extending social health insurance to the informal sector in Kenya, An assessment of factors affecting demand; *International Journal of health planning & management*, 23: 51-68.
- Onwujekwe, O.; Okereke, E.; Onoka, CH.; Uzochukwu, B.; Kirigia, J. & Prtu, A. (2010) Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria: do economic status and place of residence matter?; *Health Policy and Planning*, 25: 155-161.

