

تحلیل عوامل موثر بر تمایل به پرداخت در مشاغل غیر رسمی اصفهان با استفاده از

روش توییت

منصور عسگری^۱، مصطفی رجبی^۲، شهرام توفیقی^۳، مریم شریف دوست^۴، بهار حافظی^۵

چکیده

هدف این مطالعه، ارزیابی تمایل به پرداخت برای ارتقاء پوشش بیمه درمانی در میان شاغلان مشاغل غیررسمی در شهر اصفهان است. با استفاده از روش ارزش گذاری مشروط و مدل توییت، داده‌های حاصل از ۳۸۹ پاسخگوی فاقد بیمه تأمین اجتماعی و تحت پوشش بیمه سلامت همگانی تحلیل شد. نتایج نشان داد که درصد قابل توجهی از افراد حاضرند مبلغی بیش از سطح یارانه‌ای فعلی برای بهره‌مندی از خدمات گسترده‌تر، از جمله دسترسی به مراکز درمانی خصوصی و حذف الزام نظام ارجاع، پرداخت کنند. متغیرهایی مانند درآمد، سن، هزینه‌های سلامت و بعد خانوار اثر معناداری بر تمایل به پرداخت داشتند. یافته‌ها بر ضرورت طراحی بسته‌های بیمه‌ای انعطاف‌پذیر و مشارکتی برای گروه‌های شاغل غیررسمی تأکید دارند.

کلیدواژه‌ها: مشاغل غیررسمی، تمایل به پرداخت، روش ارزش گذاری مشروط، مدل پروبیت رتبه‌ای

^۱ دانشجوی دکتری اقتصاد سلامت، گروه علوم اقتصادی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران. mansour.asgari@iau.ir

^۲ استادیار، گروه اقتصاد، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران، rajabi@iaukhsh.ac.ir

^۳ دانشیار، گروه آینده‌نگری و نظریه پردازی و رصد کلان سلامت، فرهنگستان علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

^۴ گروه آمار، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، اصفهان، ایران

^۵ استادیار گروه علوم اقتصادی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران، hafezi@iau.ac.ir

۱- مقدمه:

در دهه‌های اخیر، دسترسی عادلانه به خدمات بهداشتی و درمانی یکی از اهداف اصلی نظام‌های سلامت به‌ویژه در کشورهای در حال توسعه بوده است. از جمله چالش‌های اساسی در مسیر تحقق این هدف، فقدان پوشش بیمه‌ای مناسب برای گروه‌هایی است که در قالب مشاغل غیررسمی فعالیت می‌کنند؛ مشاغلی که با ویژگی‌هایی نظیر بی‌ثباتی شغلی، عدم برخورداری از قراردادهای رسمی، نبود حمایت‌های قانونی و ناتوانی مالی در پرداخت حق بیمه شناخته می‌شوند. این افراد معمولاً در معرض هزینه‌های کمرشکن درمانی قرار دارند که می‌تواند آن‌ها را به زیر خط فقر بکشانند یا از دسترسی به خدمات سلامت بازدارد. در همین راستا، توسعه نظام‌های بیمه درمانی همگانی به‌ویژه برای این قشر آسیب‌پذیر، به عنوان یکی از سیاست‌های کلیدی دولت‌ها و سازمان‌های بین‌المللی مطرح شده است.

در ایران، با تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران و اجرای طرح بیمه همگانی سلامت، تلاش شد تا بخشی از جمعیت بدون پوشش بیمه‌ای تحت حمایت قرار گیرد. با این حال، به دلیل محدودیت‌های ساختاری، مالی و خدماتی، بیمه همگانی نتوانسته است به‌طور کامل رضایت این گروه را جلب کند. از مهم‌ترین محدودیت‌های این نوع بیمه می‌توان به الزام استفاده از نظام ارجاع، عدم پوشش خدمات بخش خصوصی، ناکافی بودن پوشش هزینه‌های درمان‌های خاص و زمان‌های طولانی انتظار اشاره کرد. در این شرایط، پیشنهاد توسعه بسته‌های مکمل بیمه‌ای و ارزیابی تمایل به پرداخت (WTP) افراد برای بهره‌مندی از خدمات گسترده‌تر مطرح می‌شود.

ارزیابی تمایل به پرداخت، مفهومی کلیدی در تحلیل سیاست‌های عمومی، به‌ویژه در حوزه سلامت است. این مفهوم نه تنها اطلاعاتی در مورد ارزش ذهنی افراد برای خدمات بهداشتی ارائه می‌دهد، بلکه می‌تواند پایه‌ای برای تعیین حق بیمه منصفانه و طراحی نظام‌های بیمه‌ای پایدار فراهم کند. اهمیت این موضوع در بخش غیررسمی اقتصاد دو چندان می‌شود، چراکه این افراد در چارچوب‌های مرسوم بیمه‌های درمانی قابل شناسایی نیستند و سازوکارهای سنتی تعیین حق بیمه برای آن‌ها ناکارآمد خواهد بود.

مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهند که موفقیت بیمه‌های اجتماعی در کشورهای در حال توسعه، به شدت به شناخت رفتار پرداختی گروه‌های غیررسمی و طراحی مشارکتی سیاست‌ها وابسته است^۱. در ایران، علیرغم تلاش‌های انجام‌شده، پژوهش‌های اندکی به‌طور خاص به بررسی تمایل به پرداخت برای بیمه درمانی در میان شاغلین غیررسمی پرداخته‌اند. در نتیجه، این خلأ مطالعاتی، ضرورت انجام پژوهش‌هایی با رویکرد تجربی و نظری برای تحلیل عمیق‌تر این موضوع را برجسته می‌سازد. لذا در این مقاله به بررسی عوامل موثر بر تمایل به پرداخت بیمه سلامت برای مشاغل غیر رسمی در اصفهان می‌پردازد. در ابتدا به بیان مساله و مبانی نظری پرداخته شد و سپس به پیشینه تحقیق و روش تحقیق پرداخته شد و در ادامه نتایج برآورد الگوی مورد نظر ارائه شد. در انتها به بحث و نتیجه‌گیری پرداخته شد.

۱- بیان مساله:

در ایران، بخش قابل توجهی از اشتغال در گروه‌های غیررسمی قرار دارد که طبق آمار وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی در سال ۱۳۹۹، بیش از ۵۸ درصد اشتغال کل کشور را تشکیل می‌دادند. این گروه‌ها اغلب فاقد بیمه درمانی یا دارای پوشش بسیار محدود هستند و عمدتاً در دهک‌های پایین درآمدی جای می‌گیرند. از طرف دیگر، سیاست یارانه‌ای دولت برای پوشش بیمه سلامت این افراد، به دلیل منابع محدود و افزایش هزینه‌های درمان، دچار بحران پایداری شده است. در

حال حاضر، دریافت‌کنندگان بیمه سلامت همگانی، برای استفاده از خدمات درمانی ملزم به مراجعه صرف به مراکز دولتی یا مراکز خصوصی محدود طرف قرارداد با دولت هستند و امکان استفاده آزادانه از سایر ارائه‌دهندگان خدمات سلامت را ندارند. این موضوع، علاوه بر افزایش نارضایتی، موجب کاهش کیفیت و کمیت دریافت خدمات، افزایش زمان انتظار و در نتیجه کاهش اثربخشی درمان می‌شود. در این شرایط، یکی از راهکارهای پیشنهادی، طراحی مدل‌هایی از بیمه‌های تکمیلی یا اختیاری است که امکان افزایش سطح خدمات، کاهش محدودیت‌های ساختاری و بهره‌مندی از خدمات درمانی با کیفیت بالاتر را فراهم سازد. اما اجرای چنین طرح‌هایی مستلزم شناخت دقیق از میزان «تمایل به پرداخت» افراد برای دریافت چنین خدماتی است. به عبارت دیگر، اگر قرار باشد بسته خدمات درمانی در بیمه سلامت برای شاغلان غیررسمی گسترش یابد، پرسش اساسی آن است که این افراد حاضرند چقدر بیشتر پرداخت کنند؟ مطالعات مختلف نشان داده‌اند که در شرایط درآمد پایین، افراد در صورتی حاضر به مشارکت در طرح‌های بیمه‌ای هستند که مطمئن باشند خدمات بهتری دریافت خواهند کرد و حق بیمه در سطحی قابل تحمل برای آنان تعیین شود. لذا سنجش WTP برای بیمه‌های درمانی در این گروه، نه تنها به طراحی سیاست‌های عادلانه کمک می‌کند، بلکه از نظر کارآمدی اقتصادی نیز ضروری است، چراکه می‌تواند پایه‌ای برای قیمت‌گذاری خدمات و تخصیص یارانه‌ها باشد. افزون بر این، از آن‌جا که در بسیاری از کشورهای در حال توسعه (از جمله ایران)، برنامه‌های تأمین اجتماعی پوشش درمانی کامل ندارند، طراحی بیمه‌های سلامت مبتنی بر تمایل به پرداخت می‌تواند به عنوان یک ابزار مهم برای افزایش پوشش بیمه‌ای و ارتقاء عدالت در سلامت عمل کند.

اگرچه در سال‌های اخیر مطالعاتی در خصوص تمایل به پرداخت برای خدمات سلامت در ایران انجام شده است، اما بیشتر این پژوهش‌ها بر جمعیت عمومی یا گروه‌های خاص مانند سالمندان یا افراد دارای بیماری خاص متمرکز بوده‌اند و بررسی مستقیم شاغلان غیررسمی، بسیار محدود است. همچنین، در بیشتر این مطالعات، از روش‌های ساده‌تری چون سوالات انتها باز استفاده شده، در حالی که روش‌های پیچیده‌تر مانند مدل انتخاب دو گانه دو بعدی^۱ می‌توانند نتایج دقیق‌تری ارائه دهند. با توجه به حجم بالای اشتغال غیررسمی، محدودیت‌های بی‌مه‌های فعلی و ضرورت بهبود دسترسی به خدمات سلامت، شناخت دقیق تمایل به پرداخت این گروه از جامعه، یک ضرورت راهبردی در طراحی سیاست‌های سلامت محسوب می‌شود. این تحقیق تلاش دارد با بهره‌گیری از روش ارزش‌گذاری مشروط و مدل‌های پیشرفته آماری، این خلأ را پر کند و پایه‌ای علمی برای تصمیم‌سازی در سطح ملی فراهم آورد.

۲- چارچوب نظری و مبانی مفهومی

۲-۱- نظریه‌های اقتصادی مرتبط با تقاضا برای بیمه سلامت

در ادبیات اقتصاد رفاه، بیمه درمانی به عنوان یک کالای شبه‌عمومی شناخته می‌شود که نقش آن کاهش ریسک و افزایش اطمینان افراد در مواجهه با شوک‌های درمانی است. بر اساس نظریه مطلوبیت مورد انتظار^۲، افراد ریسک‌گریز

¹ Double-Bounded Dichotomous Choice

² Expected Utility Theory

تمایل دارند برای کاهش عدم اطمینان ناشی از هزینه‌های درمانی، بخشی از درآمد خود را صرف خرید بیمه کنند. این نظریه نشان می‌دهد که خرید بیمه زمانی عقلانی تلقی می‌شود که مطلوبیت فرد از داشتن پوشش بیمه‌ای در برابر بیماری، بیش از مطلوبیت او در حالت پرداخت نقدی هزینه‌های درمانی باشد (واگستاف و لندلو^۱، ۲۰۰۸).

در واقع، بیمه به افراد این امکان را می‌دهد که هزینه‌های سنگین درمانی را با پرداخت‌های منظم اما کوچک‌تر جایگزین کنند، که این موضوع به‌ویژه برای خانوارهای کم‌درآمد در بخش غیررسمی اقتصاد، اهمیت بالایی دارد. از سوی دیگر، نظریه «مصرفیت» در برابر هزینه‌های فاجعه‌بار نیز به عنوان یکی از نظریه‌های مبنایی در این حوزه شناخته می‌شود. این دیدگاه بر آن است که هدف اصلی نظام‌های بیمه‌ای، پیشگیری از افت شدید رفاه اقتصادی ناشی از هزینه‌های غیرمنتظره سلامت است (اسمیت و ویتتر^۲، ۲۰۰۴).

۲-۲- تمایل به پرداخت (Willingness to Pay)

مفهوم WTP در چارچوب نظریه‌های اقتصاد رفتاری و تحلیل‌های هزینه-فایده، به عنوان حداکثر مبلغی تعریف می‌شود که یک فرد حاضر است برای دریافت یک کالا یا خدمت پردازد بدون اینکه سطح رفاه او کاهش یابد (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۹). این شاخص به‌ویژه در زمینه خدمات سلامت که قیمت‌گذاری بازار برای آن‌ها غالباً ممکن نیست، ابزار مناسبی برای سنجش ارزش ذهنی افراد تلقی می‌شود. در نظام سلامت، تمایل به پرداخت می‌تواند اطلاعات مهمی درباره ارزش‌گذاری ذهنی افراد برای پوشش‌های بیمه‌ای، خدمات خاص درمانی یا اصلاحات پیشنهادی در نظام بیمه‌ای ارائه دهد. به عبارت دیگر، WTP ابزاری برای آشکارسازی ترجیحات افراد نسبت به ویژگی‌های مختلف بیمه سلامت است و می‌تواند راهنمای سیاست‌گذاران برای طراحی سبد خدمات یا ساختارهای پرداخت مشارکتی باشد (سازمان بیمه سلامت، ۱۴۰۰).

۲-۳- عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت بیمه درمانی

مطالعات متعددی در ادبیات سلامت به بررسی متغیرهای مؤثر بر تمایل به پرداخت پرداخته‌اند. به طور خلاصه، مهم‌ترین عوامل عبارت‌اند از:

- ویژگی‌های اقتصادی-اجتماعی: سن، جنسیت، تحصیلات، درآمد، بعد خانوار، وضعیت اشتغال
- ویژگی‌های مربوط به سلامت: وضعیت سلامت فرد، تجربه قبلی بیماری، دسترسی به خدمات درمانی
- درک از کیفیت خدمات و اعتماد به بیمه‌گر: اعتماد به توانایی مالی و سازمانی شرکت بیمه در پرداخت هزینه‌ها و ارائه خدمات (آنووجکوآ و همکاران^۳، ۲۰۱۰).

مطالعه‌ای در چین نشان داد که افراد دارای تحصیلات بالاتر که اخیراً دارای تجربه بیماری بوده‌اند و درآمد بالاتری دارند، تمایل بیشتری به پرداخت برای بیمه سلامت دارند. همچنین در نیجریه، سطح آگاهی از طرح بیمه و میزان رضایت از کیفیت خدمات نیز بر WTP تأثیر معناداری داشته‌اند (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۲۰).

¹ Wagstaff, Lindelow

² Protection against Catastrophic Expenditures

³ Smith & Witter

⁴ Onwujekwe, O., et al

۴-۲- اشتغال غیررسمی و چالش‌های بیمه‌پذیری

بخش غیررسمی اقتصاد با ویژگی‌هایی مانند نبود قرارداد رسمی، درآمد پایین و ناپایدار، و عدم پوشش بیمه‌ای مشخص می‌شود. کارگران این بخش در برابر ریسک‌های سلامت بسیار آسیب‌پذیرند. در بسیاری از کشورها، این افراد به دلیل هزینه بالای حق بیمه، ناآگاهی از مزایای بیمه، و بی‌اعتمادی به ساختار بیمه‌ای، از خرید بیمه درمانی اجتناب می‌کنند (آچاریا و همکاران^۱، ۲۰۱۲). به همین دلیل، طراحی نظام بیمه‌ای برای این گروه باید با توجه به ویژگی‌های اقتصادی، فرهنگی و رفتاری آنان انجام شود. بانک جهانی و WHO توصیه می‌کنند که برای گسترش پوشش بیمه سلامت به گروه‌های غیررسمی، نیاز به سیاست‌هایی نظیر یارانه مستقیم، مدل‌های پرداخت انعطاف‌پذیر و برنامه‌های آگاهی‌بخشی وجود دارد^۲.

۵-۲- نقش روش ارزش‌گذاری مشروط (CVM)

یکی از روش‌های پرکاربرد برای اندازه‌گیری WTP، روش ارزش‌گذاری مشروط^۳ است. در این روش، از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود در یک سناریوی فرضی، مقدار پولی را که حاضرند برای دریافت یک خدمت خاص بپردازند، اعلام کنند. CVM ابزار مهمی برای سیاست‌گذاران در طراحی و اصلاح برنامه‌های بیمه‌ای به شمار می‌رود (سازمان جهانی بهداشت و بانک جهانی، ۲۰۱۷).

در مطالعات سلامت، CVM هم به صورت انتهای باز^۴ و هم به صورت انتخاب دوگانه^۴ مورد استفاده قرار می‌گیرد. در حالت دوم، امکان سنجش دقیق‌تر تابع تقاضای بیمه و عوامل مؤثر بر آن فراهم می‌شود.

۳- مرور ادبیات تجربی و مطالعات پیشین

مطالعات متعددی در زمینه تمایل به پرداخت برای بیمه سلامت اجتماعی، به ویژه در میان کارکنان بخش غیررسمی در کشورهای مختلف انجام شده است. سیلز و همکاران (۲۰۲۰) در فیلیپین با رویکرد کیفی، عواملی مانند پویایی بخش غیررسمی، عدم توانایی پرداخت حق بیمه و ناآگاهی پایین را به عنوان موانع اصلی ثبت‌نام در بیمه سلامت شناسایی کردند. ویتاتی و پوتری (۲۰۲۰) در اندونزی با استفاده از مدل لجستیک، درآمد، تعداد اعضای خانواده و سابقه بیماری را از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت معرفی کردند.

در پاکستان، سانا و همکاران (۲۰۲۰) با بهره‌گیری از داده‌های مقطعی و روش‌های اقتصادسنجی، سطح درآمد و سواد را عوامل کلیدی در تمایل به پرداخت برای بیمه سلامت اجتماعی دانستند. دیج‌هینی-آفاووبو و آتاکه (۲۰۱۸) در توگو نشان دادند که فقیرترین افراد حاضر به پرداخت سهم بیشتری از درآمد خود برای بیمه هستند و متغیرهایی مانند جنسیت، اندازه خانوار و تحصیلات نیز تأثیرگذارند.

مطالعاتی در ایران نیز انجام شده است؛ نصرت‌نژاد و همکاران (۲۰۱۷ و ۲۰۱۴) با استفاده از روش انتخاب دوگانه محدود، نشان دادند که افراد شاغل و دارای درآمد و تحصیلات بالاتر تمایل بیشتری به پرداخت دارند و خانوارها حاضر

¹ Acharya et al

² Contingent Valuation Method

³ Open-ended

⁴ Double-bounded dichotomous choice

به پرداخت حق بیمه بالاتری نسبت به سطح فعلی هستند. همچنین احمد و همکاران (۲۰۱۶) در بنگلادش و جوفری-بونت و کامارا (۲۰۱۸) در سیرالئون، نقش متغیرهایی چون شغل، موقعیت جغرافیایی، درآمد و ویژگی‌های خانوار را در تعیین تمایل به پرداخت برای بیمه سلامت برجسته کردند.

در مجموع، پیشینه پژوهش‌ها نشان می‌دهد که عوامل اقتصادی (درآمد، هزینه‌ها)، اجتماعی (تحصیلات، اندازه خانوار، جنسیت) و ویژگی‌های شغلی و جغرافیایی، نقش مهمی در تمایل به پرداخت برای بیمه سلامت اجتماعی دارند. تفاوت در ساختار اقتصادی و اجتماعی کشورها و همچنین نوع بیمه و جامعه آماری، موجب تفاوت در نتایج مطالعات شده است. پژوهش حاضر با تمرکز بر جامعه آماری خاص و استفاده از روش‌های اقتصادسنجی، سعی در ارائه تصویری دقیق‌تر از عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت در ایران دارد.

۴- روش‌شناسی تحقیق

۴-۱. نوع تحقیق و رویکرد کلی

این تحقیق از نوع کاربردی و از لحاظ روش جمع‌آوری داده‌ها توصیفی-پیمایشی است. رویکرد کلی مطالعه، کمی و مبتنی بر تحلیل اقتصادسنجی با استفاده از داده‌های میدانی است. تمرکز اصلی پژوهش بر بررسی تمایل به پرداخت (WTP) برای توسعه پوشش بیمه درمانی در میان شاغلان مشاغل غیررسمی در شهر اصفهان است.

۴-۲. جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این مطالعه شامل کارکنان مشاغل غیررسمی ساکن در شهر اصفهان است که فاقد پوشش بیمه تأمین اجتماعی هستند و از خدمات بیمه سلامت همگانی استفاده می‌کنند. با استفاده از فرمول کرجسی-مورگان، و در نظر گرفتن حجم جامعه هدف، حجم نمونه نهایی برابر با ۳۸۹ نفر تعیین شد. روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی طبقه‌ای با تخصیص متناسب صورت گرفت و نمونه‌ها از طریق مراجعه به دفاتر پیشخوان دولت هنگام ثبت نام یا تمدید بیمه، بیمارستان‌های دولتی هنگام دریافت خدمات درمانی و بازارهای مشاغل غیررسمی انتخاب شدند.

۴-۳. ابزار گردآوری داده‌ها

ابزار گردآوری داده‌ها، یک پرسشنامه ساختارمند شامل سه بخش است:

۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی و اقتصادی (سن، تحصیلات، درآمد، شغل، بعد خانوار و...)
۲. اطلاعات سلامت و استفاده از خدمات درمانی
۳. سناریوی ارزش‌گذاری مشروط (CVM) برای سنجش تمایل به پرداخت با استفاده از روش انتخاب دوگانه دوبعدی

برای اعتبارسنجی پرسشنامه، از شاخص روایی محتوا (CVI) استفاده شد. همچنین، پایایی ابزار با استفاده از روش آزمون-بازآزمون و آزمون همبستگی در نرم‌افزار SPSS تأیید شد (ضریب پایایی بالاتر از ۰.۷).

۴-۴. مدل تحلیلی و روش اقتصادسنجی

با توجه به اینکه متغیر وابسته (مقدار تمایل به پرداخت) دارای خاصیت سانسور از پایین (برخی افراد تمایل صفر دارند)، از مدل زیر استفاده شد:

- مدل توییت (Tobit) برای تخمین مقدار WTP و بررسی اثر متغیرهای اقتصادی و جمعیت‌شناختی بر آن
- $$WTP_i = \beta_0 + \sum \beta_k X_{ki} + \epsilon_i \quad (1)$$

که در آن:

- WTP: تمایل به پرداخت فرد i است و X_{ki} متغیرهای مستقل شامل درآمد، سن، تحصیلات و ...
 - ϵ_i : جمله خطا
- برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار Stata17 برای تخمین مدل توییت و از SPSS برای آمار توصیفی و اعتبارسنجی پرسشنامه استفاده شد.

تحلیل توصیفی تمایل به پرداخت نمونه آماری پژوهش

با توجه به مطالبی که تا کنون ارائه شد، پژوهش حاضر، دارای دو گروه نمونه آماری است که گروه او شامل دهک‌های یک تا سه درآمدی و گروه دوم شامل دهک‌های چهارم تا ششم درآمدی است. تعداد اعضای نمونه گروه اول ۱۷۰ نفر و نمونه دوم ۲۱۹ نفر و مجموع کل نمونه آماری برابر ۳۸۹ نفر بود. در ادامه وضعیت تمایل به پرداخت گروه‌های آماری بیان شده را به تفکیک ارائه می‌شود. در ابتدا این نکته ارائه می‌شود که پس از اجرای پرسشنامه اولیه یا نسخه آزمایشی، دامنه‌های تمایل به پرداخت دو گروه نمونه آماری پژوهش حاضر به شرح ذیل مشخص شدند که برای اجرای پرسشنامه نهایی با استفاده از این دامنه‌ها و روش دو گانه دو بعدی و سوال انتهایی باز میزان تمایل به پرداخت پاسخگویان گردآوری شد. قابل ذکر است که انتخاب هر دامنه قیمتی توسط پاسخگو از ۱ تا ۵ رتبه بندی شده است.

جدول ۱: دامنه‌های تمایل به پرداخت گروه‌ها.

گروه اول (دهک ۱-۳)		گروه دوم (دهک ۴-۶)	
رتبه (امتیاز)	دامنه تمایل به پرداخت برحسب هزار تومان	رتبه (امتیاز)	دامنه تمایل به پرداخت برحسب هزار تومان
۱	۰	۱	۰
۲	(۵۰-۱۰۰)	۲	(۱۰-۵۰)
۳	(۵۰-۱۰۰)	۳	(۱۰۰-۲۰۰)
۴	(۱۰۰-۲۰۰)	۴	(۲۰۰-۳۰۰)
۵	(۲۰۰-۳۰۰)	۵	(۳۰۰-۶۰۰)

ماخذ: یافته‌های پژوهش

تحلیل عوامل موثر بر تمایل به پرداخت در مشاغل غیر رسمی اصفهان با استفاده از روش توبیت ۱۳۰

بر اساس موارد ذکر شده در جدول (۱) قیمت پیشنهادی بر اساس عدد میانه تمایل به پرداخت ۳۰ پیش-پرسشنامه (پایلو) بطور جداگانه برای گروه یک (دهک ۱ تا ۳)، مبلغ ۵۰ هزار تومان و گروه دو (دهک ۴ تا ۶) مبلغ ۱۰۰ هزار تومان بدست آمد. اجرای پرسشنامه نهایی برای دو گروه درآمدی دهک یک تا سه با رتبه های قیمتی صفر، ۱۰-۵۰، ۵۰-۱۰۰، ۱۰۰-۲۰۰، ۲۰۰-۳۰۰، ۳۰۰-۴۰۰ و دهک چهار تا شش با رتبه های قیمتی صفر، ۵۰-۱۰۰، ۱۰۰-۲۰۰، ۲۰۰-۳۰۰، ۳۰۰-۴۰۰ استفاده شده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی تمایل به پرداخت.

نوع	گروه اول		گروه دوم		حالت کلی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
عدم تمایل به پرداخت Wtp=0	۶۷	۳۹/۵	۷۹	۳۶	۱۴۶	۳۸
تمایل به پرداخت Wtp=1	۱۰۳	۶۰/۵	۱۴۰	۶۴	۲۴۳	۶۲
جمع	۱۷۰	۱۰۰	۲۱۹	۱۰۰	۳۸۹	۱۰۰

منبع یافته های پژوهش

بر اساس جدول ۲ مشخص است که در حالت کلی، ۶۲ درصد پاسخگویان تمایل به پرداخت حق بیمه درمانی داشتند و ۳۸ درصد اعلام کردند که تمایلی برای پرداخت حق بیمه ندارند. در گروه اول ۶۰/۵ درصد و در گروه دوم ۶۴ درصد پاسخگویان تمایل به پرداخت حق بیمه داشتند. همچنین در این دو گروه به ترتیب ۳۹/۵ و ۳۶ درصد پاسخگویان تمایلی به پرداخت حق بیمه نداشتند. در ادامه میزان تمایل به پرداخت هر گروه بر اساس دامنه های مشخص شده از کسب قیمت پرسشنامه آزمایشی بررسی می شود.

جدول ۳: توزیع فراوانی دامنه های تمایل به پرداخت گروه ها.

رتبه	گروه اول			گروه دوم		
	دامنه پرداخت	فراوانی	درصد فراوانی	دامنه پرداخت	فراوانی	درصد فراوانی
۱	۰	۶۷	۴۰	۰	۷۹	۳۶
۲	(۱۰-۵۰)	۲۲	۱۲	(۵۰-۱۰۰)	۱۹	۹
۳	(۵۰-۱۰۰)	۳۷	۲۲	(۱۰۰-۲۰۰)	۴۹	۲۲
۴	(۱۰۰-۲۰۰)	۲۳	۱۴	(۲۰۰-۳۰۰)	۵۷	۲۵
۵	(۲۰۰-۳۰۰)	۲۱	۱۲	(۳۰۰-۴۰۰)	۱۵	۸
جمع	۱۷۰	۱۰۰	جمع	۲۱۹	۱۰۰	جمع

ماخذ: یافته های پژوهش

با توجه به جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در گروه اول ۶۷ نفر و در گروه دوم ۷۹ نفر تمایل به افزایش پرداخت حق بیمه درمانی نداشتند و همچنین بیشترین میزان تمایل به پرداخت در گروه اول مربوط به دامنه پرداخت ۵۰ تا ۱۰۰ هزار تومان (۲۲٪) بود، در حالی که در گروه دوم بیشترین تعداد افرادی که تمایل به پرداخت داشتند در بازه قیمتی ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار تومان (۲۵٪) بود.

۵- نتایج برآوردی الگو

در این مطالعه، پس از گردآوری داده‌ها مشخص شد در گروه اول ۴۰ درصد پاسخگویان عدم تمایل به پرداخت حق بیمه درمانی و به عبارت دیگر مقادیر تمایل به پرداخت صفر را اعلام کرده‌اند، که درصد قابل توجهی است. در صورتی که مقادیر متغیر وابسته برای برخی مشاهدات حاوی مقدار صفر باشد، می‌توان از این مقادیر در تحلیل استفاده کرد و یا اینکه آنها را از مجموع مشاهدات حذف نمود. با توجه به درصد بالای مقادیر صفر، در تحلیل عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت با استفاده از الگوی توییت، برای جلوگیری از اریبی و شناخت عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت، مقادیر صفر حذف شد. در الگوی توییت از متغیرهای سانسور شده استفاده می‌شود.

به منظور بررسی عوامل مؤثر بر تمایل به پرداخت برای مشاغل غیر رسمی اصفهان همان گونه که بیان شد به برآورد الگوی (۱) با استفاده از روش توییت برای حالت کلی یعنی کلیه افراد مورد مطالعه انجام شد و سپس برآورد برای گروه‌های (۱) و (۲) نیز انجام شد.

در ادامه نتایج برآورد در جدول‌های (۴) تا (۶) ارائه شد.

۵-۱- نتایج برآورد الگوی پژوهش با روش توییت در حالت کلی:

جدول ۴: نتایج برآورد با روش توییت حالت کلی نمونه.

متغیر وابسته	ضرایب	انحراف معیار	سطح معنی داری	آماره t
سن	۰/۰۲۷۱۸	۰/۰۰۵۶۸	۰/۰۰۱	۴/۷۸
تحصیلات	۰/۱۴۷۳۰	۰/۰۴۳۹۰	۰/۰۰۱	۳/۳۶
اندازه خانوار	-۰/۱۲۳۲۳	۰/۰۴۰۴۶	۰/۰۰۲	-۳/۰۵
متوسط درآمد	-۰/۰۰۰۷۸	۰/۰۰۰۶۲	۰/۲۰۶	-۱/۲۷
متوسط هزینه درمان	۰/۱۰۵۵۵	۰/۰۲۶۴۵	۰/۰۰۱	۳/۹۹
آماره حداکثر راستنمایی کای دو: ۷۰/۶۱		لگاریتم حداکثر راستنمایی: -۳۳۴/۱۲۰		

ماخذ: یافته‌های پژوهش

با توجه به جدول ۴ در خصوص معناداری حالت کلی الگوی پژوهش با روش توییت، مقادیر آماره ها نشان می دهد که تصریح الگو در شرایط مطلوبی است. آمار حداکثر راستنمایی حاکی از معنی داری کل الگو است. مطابق با جدول (۴) حالت کلی الگوی پژوهش با روش توییت تأثیر سن و تحصیلات و متوسط هزینه درآمد بر تمایل به پرداخت تأثیر مثبت و معنادار به لحاظ آماری داشته است. تأثیر اندازه خانوار بر تمایل به پرداخت منفی و به لحاظ آماری معنادار داشته است. اما تأثیر متوسط درآمد بر تمایل به پرداخت از لحاظ آماری، معنادار نبوده است.

۲-۵- عوامل موثر بر تمایل به پرداخت گروه اول با استفاده از روش توییت

در الگوی توییت گروه اول که نتایج آن در جدول (۵)، ارائه شده است از مقادیر قطعی شده حاصل از دامنه های مورد مطالعه، استفاده شده است.

جدول ۵ نتایج برآورد با روش توییت گروه اول (دهک درآمدی ۱ تا ۳).

متغیر وابسته	ضرایب	انحراف معیار	سطح معنی داری	آماره t
سن	۰/۰۴۱۰	۰/۰۱۰۲	۰/۰۰۰۱	۴/۰۲
تحصیلات	۰/۱۱۱۴	۰/۰۹۴۴	۰/۲۴۰	۱/۱۸
اندازه خانوار	-۰/۱۵۲۵	۰/۰۵۶۶	۰/۰۰۸	-۲/۷
متوسط درآمد	۰/۰۰۹۸	۰/۰۰۵۸	۰/۰۹۴	۱/۶۸
متوسط هزینه درمان	۰/۰۰۱۹	۰/۰۰۰۸	۰/۰۲۳	۲/۲۹
آماره کای دو: ۳۶/۱۵		لگاریتم حداکثر راستنمایی: ۲۸۰/۹۶۸-		

ماخذ: یافته های پژوهش

مطابق با نتایج جدول (۵) سن و متوسط هزینه درمان بر تمایل به پرداخت تأثیر مثبت و به لحاظ آماری در سطح ۹۵ درصد اطمینان داشته اند و متوسط درآمد در سطح ۹۰ درصد اطمینان تأثیر مثبت و معناداری به لحاظ آماری بر تمایل به پرداخت داشته است اما و اندازه خانوار تأثیر منفی و معناداری در سطح ۹۵ درصد اطمینان داشته است. از طرفی تحصیلات در این گروه تأثیری بر تمایل به پرداخت نداشته است.

۳-۵- عوامل موثر بر تمایل به پرداخت گروه دوم با استفاده از روش توییت

جدول ۶: نتایج برآورد با روش توییت گروه دوم نمونه.

متغیر وابسته	ضرایب	انحراف معیار	سطح معنی داری	آماره t
سن	۰/۰۵۱	۰/۰۱۵۶	۰/۰۰۱	۳/۲۵
تحصیلات	۰/۲۵۰	۰/۱۱۱	۰/۰۲۶	۲/۲۵
اندازه خانوار	-۰/۲۶۷	۰/۰۸۰	۰/۰۰۱	-۳/۳۲
متوسط درآمد	-۰/۰۲۰	۰/۰۶۵	۰/۷۶۳	-۰/۳۰
متوسط هزینه درمان	۰/۱۳۰	۰/۰۳۲	۰/۰۰۱	۴/۰۶
آماره کای دو: ۴۲/۵۵		لگاریتم حداکثر راستنمایی: -۳۵۷/۵۶۶		

مأخذ: یافته‌های پژوهش

با توجه به نتایج جدول ۶ سن، تحصیلات و متوسط هزینه درمان برای گروه دوم بر تمایل به پرداخت تأثیر مثبت و معنادار به لحاظ آماری داشته است. اما اندازه خانوار بر تمایل به پرداخت در گروه دوم تأثیر منفی و معنادار به لحاظ آماری داشته است. متوسط درآمد بر تمایل به پرداخت تأثیر معناداری به لحاظ آماری نداشته است.

۶- بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف برآورد تمایل به پرداخت (WTP) کارگران مشاغل غیررسمی برای ارتقاء خدمات بیمه سلامت، و با استفاده از روش ارزش‌گذاری مشروط در شهر اصفهان انجام شد. نتایج حاصل از مطالعه نشان داد که از میان متغیرهای توضیحی در دهک‌های یک تا شش درآمدی، سن بر تمایل به پرداخت کارکنان مشاغل غیررسمی برای حالت کلی و هم گروه اول و دوم برای بیمه خدمات درمانی سلامت در شهر اصفهان برای دامنه تمایل به پرداخت تأثیر مثبت و به لحاظ آماری معناداری داشته است. به عبارتی برای افراد با تمایل به پرداخت بیمه بالاتر افزایش سن منجر به افزایش تقاضای سلامت شده و از دلایل آن می‌توان به کاهش ذخیره سلامت اشاره کرد. همچنین افزایش سن، ممکن است که منجر به تغییر نظریه افراد نسبت به سلامت شود. به عبارتی با افزایش سن تمایل افراد برای زنده ماندن و داشتن سلامتی بیشتر می‌شود و سلامت برای این گروه مطلوبیت بیشتری به دلیل داشتن تجربه بیشتر شده است. اما در افرادی که تمایل به پرداخت کمتری داشته‌اند افزایش سن منجر به تغییر نظریه این افراد در مورد سلامت شده و این افراد تمایل دارند که منابع مالی در دست را بیشتر صرف امور مصرفی کنند و بنابراین کمتر حاضر به سرمایه‌گذاری در بخش سلامت هستند. با توجه به نتایج این پژوهش توصیه می‌شود برای کاهش تأثیر منفی سن بر تمایل به پرداخت حق بیمه سلامت در مشاغل غیررسمی، اقداماتی از قبیل برگزاری کارگاه‌ها و تبلیغات رسانه‌ای، جهت افزایش آگاهی و ترویج فرهنگ بیمه و آشنایی با اهمیت بیمه سلامت و مزایای آن برای افراد شاغل در مشاغل غیررسمی تبیین شود. این امر انگیزه افراد برای پرداخت

حق بیمه را افزایش می‌دهد. همچنین ارائه تسهیلات پرداخت حق بیمه با ارائه تخفیف‌های ویژه برای افراد سالمند یا کم‌درآمد، می‌تواند منجر به تشویق پرداخت حق بیمه شود. همچنین امکان پرداخت اقساطی حق بیمه می‌تواند فشار مالی کمتری بر افراد وارد کند. همکاری سازمان‌های مرتبط، مانند سازمان‌های تأمین اجتماعی و بهزیستی، خدمات بیمه‌ای و حمایتی مناسب‌تری را برای افراد سالمند شاغل در مشاغل غیررسمی ارائه می‌دهد. این امر انگیزه آنها را برای پرداخت حق بیمه افزایش می‌دهد. ارائه مشوق‌های مالیاتی یا ارائه معافیت‌های مالیاتی برای افرادی که حق بیمه سلامت پرداخت می‌کنند، انگیزه آنها برای پرداخت حق بیمه را افزایش می‌دهد. همچنین توصیه می‌شود، کارفرمایان مشاغل غیررسمی نیز برای پرداخت حق بیمه کارکنان خود تشویق شوند. در مجموع، با اتخاذ این سیاست‌ها و همکاری سازمان‌های مرتبط، می‌توان تاثیر منفی سن بر تمایل به پرداخت حق بیمه سلامت در مشاغل غیررسمی را کاهش داد و پوشش بیمه‌ای این افراد را افزایش داد.

۲- افزایش متوسط درآمد برای گروه اول تاثیر مثبت و معنادار داشته است. به عبارتی با افزایش درآمد این افراد تمایل دارند که میزان بیشتری صرف کالاهای سلامت کنند. بنابراین توصیه می‌شود که ارائه تسهیلات پرداخت حق بیمه با ارائه تخفیف‌های ویژه برای افراد کم‌درآمد شاغل در مشاغل غیررسمی، منجر به تشویق پرداخت حق بیمه برای آنها می‌شود. همچنین امکان پرداخت اقساطی حق بیمه فراهم شود تا فشار مالی کمتری بر این افراد وارد شود. همچنین توصیه می‌شود، سازمان‌های تأمین اجتماعی و بهزیستی با همکاری یکدیگر، خدمات بیمه‌ای و حمایتی مناسب‌تری را برای افراد کم‌درآمد شاغل در مشاغل غیررسمی ارائه دهند. این امر انگیزه آنها را برای پرداخت حق بیمه افزایش می‌دهد. یافته‌های پژوهش حاضر در خصوص تاثیر درآمد خانوار بر میزان تمایل به پرداخت بابت حق بیمه درمانی برای دهک اول تا سوم با نتایج پژوهش‌های ایمری (۱۳۹۶)، عادل نیا و همکاران (۱۳۹۲)، میتی و همکاران (۲۰۲۰)، دیج‌هینی-آفاووبو و آتاکه (۲۰۱۸) همخوانی دارد. در دهک‌های پایین درآمدی با توجه نتایجی که از اجرای پرسشنامه مطالعه حاضر به دست آمد اغلب خانوارها دارای فرد یا افراد مبتلا به بیماری‌های خاص و سرطان و... هستند.

۳- افزایش هزینه‌های سلامت منجر به افزایش تمایل به پرداخت در تمامی گروه‌ها و حالت کلی شده است. بنابراین توصیه می‌شود، با ارائه خدمات رایگان در برخی بخش‌ها مانند بیمه دندان پزشکی با پوشش کامل یا حداقل فرانشیز زمینه لازم برای تشویق بیشتر این افراد را فراهم آورند. همچنین ارتقای خدمات مکمل مراقبت‌های درمانی می‌تواند منجر به تشویق و حمایت این گروه شود.

۴- بعد خانوار برای تمامی گروه‌ها تاثیر منفی داشته است. این موضوع نشان دهنده آن است که خانوارهای بزرگتر، هزینه‌های غیر بهداشتی بیشتری مانند خوراک و انرژی دارند که از بودجه آنها برای پرداخت بیمه درمانی می‌کاهد. بنابراین ارایه تخفیفات و مشوق‌های مالی برای خانوارهای بزرگتر، انگیزه بیشتری برای پرداخت حق بیمه در این خانوارها می‌شود. ارائه اقساط پرداخت حق بیمه می‌تواند بار مالی را برای این خانوارها کاهش دهد. همچنین آموزش و اطلاع رسانی می‌تواند منجر به افزایش آگاهی افراد در مورد مزایای بیمه شود و تمایل به پرداخت در این خانوارها را افزایش دهد.

۵- سطح تحصیلات برای تمامی حالت کلی و گروه‌ها تاثیر مثبت بر تمایل به پرداخت داشته است. این نشان دهنده این است که این افراد با افزایش سطح آگاهی در مورد مزیت بیمه سلامت و اهمیت سلامت بیشتر حاضر به سرمایه‌گذاری بر سلامت و بیمه‌های سلامت هستند.

با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهادها زیر داده می‌شود:

- ۱- اتخاذ سیاست تخفیفات ویژه درمانی برای خانوارهای کم درآمد که دارای بیماری‌های صعب‌العلاج و خاص هستند.
- ۲- آموزش و ترویج فرهنگ بیمه و آشنایی با مزایا و اهمیت بیمه سلامت برای بخش کم سواد شاغلین مورد نظر.
- ۳- فراهم کردن شرایط صدور کارت یارانه سلامت برای خانوارهای کم درآمد توسط دولت.
- ۴- تصویب همکاری سازمان بیمه درمانی و بهزیستی برای ارائه خدمات بیمه‌ای و حمایتی مناسب برای افراد سالمند.
- ۵- تصویب و تامین مالی مجهز شدن مراکز درمانی بیمه سلامت به تجهیزات پیشرفته پزشکی جهت ارائه خدمات درمانی مطلوب و متنوع و کاهش زمان انتظار درمان.

فهرست منابع:

سازمان بیمه سلامت ایران، گزارش عملکرد سالانه ۱۴۰۰

مرکز آمار ایران، گزارش اشتغال رسمی و غیررسمی سال ۱۳۹۹

- Asfaw, A., Gustafsson-Wright, E., & van der Gaag, J. (2009). Willingness to pay for health insurance: an analysis of the potential market for new low-cost health insurance products in Namibia. *Health Policy and Planning*, 24(4), 256-266.
- Acharya, A., et al. (2012). "The impact of health insurance schemes for the informal sector in low- and middle-income countries." *World Bank Research Observer*, 28(2), 236-266.
- Arrow, K.J. (1963). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care." *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Drummond, M.F., Sculpher, M.J., Torrance, G.W., O'Brien, B.J., & Stoddart, G.L. (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford University Press.
- Donaldson, C., & Shackley, P. (1997). "Does 'process utility' exist? A case study of willingness to pay for laparoscopic cholecystectomy." *Social Science & Medicine*, 44(5), 699-707.
- Onwujekwe, O., et al. (2010). Willingness to pay for community-based health insurance in Nigeria: Do economic status and place of residence matter? *Health Policy and Planning*, 25(2), 155-161.
- Smith, P. C., & Witter, S. (2004). Risk pooling in health care financing: The implications for health system performance. *Health, Nutrition and Population Discussion Paper*, World Bank WHO & World Bank (2017). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*.
- Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China. *Journal of Health Economics*, 27(4), 990-1005.
- Wagstaff, A. (2007). "The economic consequences of health shocks: evidence from Vietnam." *Journal of Health Economics*, 26(1), 82-100.
- Whittington, D. (2002). "Improving the performance of contingent valuation studies in developing countries." *Environmental and Resource Economics*, 22(1-2), 323-367.
- WHO (2020). *World Health Report: Health Systems Financing - The Path to Universal Coverage*. World Health Organization.

Analysis of Factors Affecting Willingness to Pay in Informal Jobs in Isfahan: A Tobit Model Approach

Mansour Askari¹, Mostafa Rajabi, Shahram Tofighi², Maryam Sharifdoust³,
Bahar Hafezi⁴

Abstract

The aim of this study is to assess the willingness to pay to improve health insurance coverage among informal workers in Isfahan. Using the conditional valuation method and the Tobit model, data from 389 respondents without social security insurance and covered by public health insurance were analyzed. The results showed that a significant percentage of individuals are willing to pay more than the current subsidy level to benefit from broader services, including access to private health centers and the elimination of the referral system requirement. Variables such as income, age, health costs, and household size had a significant effect on willingness to pay. The findings emphasize the need to design flexible and participatory insurance packages for informally employed groups.

Keywords: Informal jobs, willingness to pay, conditional valuation method, rank probit model

¹ Ph.D. student in Economics, Department of Economics, Kho.C., Islamic Azad University, Khomeinishahr, Iran. mansour.asgari@iau.ir

² Department of Future Studies and Theory Building, Iranian Academy of Medical Sciences, Tehran, Iran.

³ Department of Statistics & Mathematics, Khomeinishahr Branch, Islamic Azad University, Khomeinishahr/Isfahan, Iran.

⁴ Assistant Professor, Department of Economics, Isf.C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran. hafezi@iau.ac.ir