

# بیمه روستاییان



دکتر بهزاد نجفی

کارشناس امور دارویی و حقوقی

درمان روستاییان و آرایه راهکارهایی جهت بهبود برنامه بیمه درمان ایشان است.

## ■ مقدمه

سلامت انسان‌ها بخشی از سرمایه ملی است که دائماً در معرض خطرات محیطی قرار دارد و نفع یا ضرر ناشی از آن متوجه تمام افراد جامعه می‌شود.

سلامت فرد و جامعه آن‌چنان به هم گره خورده است که نمی‌توان بین آن‌ها تفاوتی قائل شد. هر عضوی از جامعه در صورت از دست

## ■ چالش‌ها و راهبردها

روستاییان حدود ۴۰ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند که براساس قانون بیمه همگانی تحت پوشش سازمان بیمه خدمات درمانی (صندوق روستاییان) می‌باشند.

پوشش بیمه درمان روستاییان دارای ابهامات و نواقصی هم‌چون: مبتنی نبودن بر سازو کارهای بیمه‌ای، شفاف نبودن منابع مالی، عدم جامعیت تعهدات، محدودیت در دریافت خدمات به وسیله بیمه‌شدگان و غیره می‌باشد.

این نوشتار در پی تحلیل وضعیت موجود بیمه

وجود دارد اما بیش از ۴۵ درصد جمعیت روستایی در کم‌تر از ۵ هزار روستا زندگی می‌کنند و این روستاها بین یک هزار تا پنج هزار جمعیت دارند.

از نظر فعالیت اقتصادی، ۴۵ درصد در گروه کشاورزی، ۱۵ درصد در گروه صنعت، ۱۱ درصد ساختمان و به‌طور کلی ۷۵ درصد جمعیت روستایی در سه گروه یاد شده فعالیت می‌کنند. از نظر شغلی حدود ۴۰ درصد آن‌ها کارگر و کارفرما و ۶۰ درصد آن‌ها خویش فرما و یا کارکن فامیلی هستند.

در سال ۱۳۷۷ تعداد روستاییان تحت پوشش طرح بسیج درمانی روستاییان و عشایر کشور ۲۰/۳ میلیون نفر بوده که ۸۷/۵ درصد از جمعیت نقاط روستایی را تشکیل می‌دهد.

خدمات درمانی به روستاییان براساس قانون، در چارچوب شبکه‌های بهداشت و درمان ارائه می‌شود. خدمات درمان سرپایی را مراکز بهداشتی و درمانی ارائه می‌دهند و خدمات بستری با استفاده از کارت بیمه خدمات درمانی و رعایت نظام ارجاع ارائه می‌شود.

در سال ۱۳۷۷ تعداد مراجعات سرپایی روستاییان ۹۶۲ هزار نوبت بوده که به ازای یک بیمه شده کم‌تر از ۵ درصد است. درحالی‌که در همان دوره کارکنان دولت به ازای یک بیمه شده ۱۱/۵ نوبت مراجعه سرپایی داشتند.

دفعات بستری به ازای هر یک هزار بیمه شده برای روستاییان ۲۴ نوبت و برای کارکنان دولت ۸۱ نوبت بود است. میانگین هزینه یک‌بار مراجعه سرپایی برای روستاییان نسبت به کارکنان دولت حدود ۵ برابر بیش‌تر و در مورد بستری حدود ۲۵ درصد کم‌تر بوده است.

دادن سلامت خود می‌تواند سلامت دیگران را تهدید نماید، خاطرهایی را آزرده سازد و یا به دلیل عدم حضور در محل کار آسیب‌هایی را به نظام اقتصادی وارد کند و در مراحل درمان خود هزینه‌هایی را به صندوق بیمه تحمیل نماید و شاید به همین جهت است که سازمان بهداشت جهانی برخورداری از بالاترین سطح سلامت را یکی از حقوق اساسی انسان‌ها می‌داند که دولت‌ها باید تامین آن‌را با تدابیر اجتماعی و بهداشتی کافی تعهد نمایند.

در دنیای امروز مسئولیت و تکلیف دولت‌ها در برابر سلامت مردم کشورشان به روشنی تبیین و پذیرفته شده است. برخی از اعلامیه‌های بین‌المللی نظیر اعلامیه جهانی حقوق بشر، مقاوله نامه‌های بین‌المللی کار و بیانیه‌های سازمان جهانی بهداشت بر این تاکید دارند و بسیاری از کشورها این تعهد را در قانون اساسی خود گنجانده‌اند.

برخورداری از تامین اجتماعی و فراهم آوردن موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی افراد جامعه از جمله روستاییان و عشایر به‌عنوان یکی از ارکان مهم در قانون اساسی بوده و اصل ۲۹ قانون اساسی بر این امر صراحت دارد.

## ■ بیان مساله

جمعیت روستاییان حدود ۴۰ درصد از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد که بخش قابل توجهی از آن‌ها از نظر اقتصادی توان پرداخت هزینه درمان خود را ندارند و غالباً هزینه درمان آن‌ها به نظام بیمه سرریز می‌شود.

حدود ۶۵ هزار روستای دارای سکنه در کشور ما

برخی از ویژگی‌های بیمه روستاییان به قرار زیر است:

■ ارایه خدمات درمانی به روستاییان در قالب شبکه بهداشتی و درمانی و با رعایت نظام ارجاع می‌باشد.

■ سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان بیمه‌گر روستاییان است.

■ بیمه درمان روستاییان اختیاری است.

■ مشارکت مالی بیمه‌شدگان روستایی در فرانشیز می‌باشد (حق بیمه‌ای پرداخت نمی‌شود)

■ حق بیمه روستاییان توسط دولت تامین می‌شود.

■ به دلیل لزوم دریافت خدمات در بیمارستان‌های دولتی، روستاییان با محدودیت در دسترسی به خدمات سرپایی و بستری مواجه هستند.

■ بسته خدمتی (package) برای تمامی بیمه‌شدگان یکسان است، لیکن روستاییان برای دریافت خدمات با محدودیت روبرو هستند.

■ بیمه روستاییان یک برنامه حمایتی و متکی به درآمدهای دولت می‌باشد.

■ بیمه خدمات درمانی روستاییان در وضع موجود از حداقل استانداردهای لازم برخوردار نیست. بیمه‌گری به مفهوم صحیح آن که مبتنی بر مشارکت افراد در زمان سلامتی و بهره‌گیری آن‌ها در زمان بیماری است وجود ندارد.

از افراد سالم حق بیمه وصول نمی‌شود و به‌جای آن از بیماران در هنگام دریافت خدمات درمانی فرانشیز بیشتری دریافت می‌شود. تداوم پوشش بیمه کاملاً به خواست مردم بستگی دارد و ساز و کار مطمئنی برای آن پیش‌بینی نشده است.

تعهدات بیمه از جامعیت لازم برخوردار نیست و محدود به خدمات بستری در بخش دولتی است و بنابراین انگیزه کافی پیوستن به نظام بیمه را ایجاد نمی‌کند.

از سوی دیگر، ابهام در مبانی محاسبه حق بیمه، شفاف نبودن تعهدات دولت در منابع مالی و نبودن معیاری برای تعیین حق بیمه سهم روستاییان از جمله مهم‌ترین مسایل موجود در نظام بیمه درمانی روستاییان است.

همان‌طور ملاحظه می‌شود کل مخارج درمان یک خانوار روستایی در سال ۱۳۶۲ معادل ۲۳۰۰۲ ریال (به ازای هر فرد معادل ۴۶۰۰ ریال) و در سال ۱۳۷۸ معادل ۸۲۹۶۵۳ ریال (به ازای هر فرد معادل ۱۶۶۰۰۰ ریال) می‌باشد.

### ■ تحلیل وضعیت بیمه درمان روستاییان

برای شناخت وضعیت بیمه روستاییان لازم است نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها شناسایی گردد.

#### □ نقاط قوت

عمده‌ترین نقطه قوت بیمه روستاییان عبارتند از: بیش از ۹۰ درصد جمعیت روستایی تحت پوشش بیمه درمان قرار گرفته و کارت بیمه روستاییان برای آن‌ها صادر شده است.

با توجه به بسیج بیمه خدمات درمانی روستاییان و عشایر در سال ۱۳۷۷ جمعیت کثیری از روستاییان تحت پوشش قرار گرفته‌اند و شاید بتوان گفت زمینه‌سازی لازم جهت آشنایی با بیمه (فرهنگ‌سازی) به نوعی صورت گرفته است.

هم‌زمانی با طرح تدوین نظام جامع تامین اجتماعی، حمایت سیاست‌گذاران کلان کشور (دولت و مجلس شورای اسلامی)، وجود اعتبارات مناسب دولتی (به دلیل بهبود درآمدها از طریق افزایش قیمت نفت و صادرات مناسب غیر نفتی)، حمایت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و نیز سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور.

#### □ تهدیدات (threats)

تهدید عمده بیمه درمان روستاییان عبارت است از: اتکای بیش از حد به درآمد دولت. در وضعیت کنونی دولت، حق بیمه تمام روستاییان را پرداخت می‌نماید.

مروری بر وضعیت اقتصادی و اجتماعی سال‌های قبل بیانگر آن است که در شرایط بد اقتصادی، حمایت‌های اجتماعی دولت نیز متاثر گردیده و دچار نوساناتی شده است. از این رو چنانچه وضعیت فعلی ادامه یابد (پرداخت حق بیمه روستاییان به‌وسیله دولت) در سال‌هایی که وضعیت اقتصادی مناسب باشد، دولت حق بیمه‌ها را به موقع و به میزان مناسب خواهد پرداخت لیکن در سال‌های دیگر بیمه روستاییان دچار مسایل و مشکلاتی خواهد بود.

#### ■ اولویت بندی مشکلات

اولویت بندی مشکلات بیمه درمان روستاییان به‌صورت زیر می‌باشد: اتکای بیش از حد به درآمدهای دولت (فقدان منابع مالی پایدار) - نبود استمرار پوشش بیمه‌ای - اختیاری بودن پوشش بیمه‌ای - جامع نبودن تعهدات - نبود دسترسی

#### □ نقاط ضعف (weakness)

برخی از نقاط ضعف بیمه روستاییان عبارتند از: نبود استمرار: ادامه پوشش و یا عدم تداوم آن به تمایل و رغبت روستاییان بستگی دارد. نبود اجبار برای بیمه شدن: یکی از ضرورت‌های بیمه‌های اجتماعی اجبار است که بدون آن استمرار بیمه‌ای تحقق نمی‌یابد. روستاییان در اجبار و اختیار برای بیمه شدن نقشی ندارند.

جامع نبودن تعهدات: گرچه بسته خدماتی (package) برای تمام بیمه‌شدگان یکسان است، لیکن به دلیل نبود تعریف مشخص و جامع از خدمات پایه و مکمل این تعهدات دچار مشکل اساسی است. از سوی دیگر تعهدات برای بیمه‌شدگان روستایی فراهم نیست.

عدم تحقق اصل عدالت: در بیمه اصل بر مشارکت متناسب با توانمندی و بهره‌گیری متناسب با نیاز است اما در مورد بیمه درمان روستاییان این اصل رعایت نمی‌شود.

فقدان منابع مالی پایدار: به دلیل عدم امکان مشارکت مالی بیمه‌شدگان منابع مالی پایداری برای صندوق بیمه روستاییان وجود ندارد.

محدودیت دسترسی: اگر دسترسی را از ابعاد اقتصادی، فیزیکی و فرهنگی مدنظر قرار دهیم، روستاییان از هر سه بعد به خدمات دسترسی ندارند. اگرچه دسترسی فیزیکی به خدمات در قیاس با سایر بیمه‌شدگان نمود بیش‌تری دارد.

#### □ فرصت‌ها (opportunities)

برخی از فرصت‌های نظام بیمه درمان روستاییان عبارتند از: گسترش شبکه‌های اطلاع‌رسانی هم‌چون رادیو و تلویزیون به تمام نقاط کشور،

فیزیکی به خدمات - عدم تحقق اصل عدالت.

### ■ برنامه بهبود

با توجه به مسایل و مشکلات موجود در بیمه درمان روستاییان اهداف، استراتژی‌ها و راه‌کارهای علمی جهت بهبود برنامه بیمه درمان روستاییان عبارتند از:

#### □ اهداف

تامین منابع مالی پایدار برای صندوق بیمه روستاییان، پوشش جامع و کامل بیمه خدمات درمانی روستاییان.

#### □ استراتژی‌های بیمه درمان روستاییان

با توجه به اهداف فوق‌الذکر استراتژی‌های زیر به‌عنوان استراتژی‌هایی جهت برنامه بیمه درمان روستاییان پیشنهاد می‌گردد:

مشارکت مالی بیمه‌شدگان در تامین درآمدهای صندوق بیمه روستاییان، پایش هزینه‌های بیمه درمان روستاییان، مشارکت مالی بیمه‌شدگان در دریافت خدمات هم‌چون Dudactible (فرانشیز) و .... تخصیص بهینه منابع به وسیله دولت برای صندوق بیمه روستاییان براساس تکالیف قانونی. ترمیم و تعدیل نظام فعلی ارجاع بیمه‌شدگان با اهداف تسهیل دسترسی به خدمات، جامعیت تعهدات بیمه درمان اعم از بستری و سرپایی به بیمه‌شدگان روستایی، عدالت در بهره‌مندی از خدمات و استمرار پوشش بیمه‌ای.

### ■ راهکارهای اجرایی

راهکارهای اجرایی ذیل جهت نیل به اهداف برنامه بهبود بیمه درمان روستاییان پیشنهاد می‌گردند:

**الف) براساس پژوهش‌های انجام شده در صورت جامعیت و دسترسی مناسب به خدمات، روستاییان حاضرند مبلغ ۲۲۰۴ تومان را ماهیانه به عنوان حق بیمه بپردازند در صورتی که متوسط تعداد افراد خانوار روستایی را ۵/۲ نفر در نظر بگیریم در واقع هر فرد تمایل به پرداخت معادل (۲۵ - ۲۰ درصد) حق بیمه را دارد.**

با توجه به موارد فوق می‌توان حق بیمه‌ای را معادل ۲۵ - ۲۰ درصد در ابتدا برای روستاییان تعیین نمود. مکانیسم دریافت این حق بیمه نیز با توجه به ویژگی‌های زیستی روستاییان خواهد بود. می‌توان از طریق هماهنگی با وزارت آموزش و پرورش و یا ادارات برق و نیز تعاونی‌های روستایی نسبت به این کار اقدام نمود.

یادآور می‌شود به دلیل نبود نظام مناسب درآمدی برای بیمه‌شدگان روستایی، در شرایط فعلی، تعیین حق براساس درآمد توصیه نمی‌شود. ذکر این نکته ضروری است که با توجه به اولویت اخذ حق بیمه بر سایر روش‌های مشارکت مالی هم‌چون فرانشیز، روش دریافت حق بیمه اولویت دارد.

در مورد روستاییانی که تمایل به پرداخت حق بیمه نداشته باشند می‌توان با تعیین فرانشیز بیش‌تر هنگام دریافت خدمات، مشارکت مالی آن‌ها را افزایش داد.

**ب) الگوی مصرف خدمات در شرایط فعلی (موجود) و پس از اجرای برنامه متفاوت خواهد بود. داشتن اطلاعاتی هم‌چون: بار مراجعات به ازاء هر بیمه شده (سرپایی و بستری). هزینه هر بار مراجعه (بستری و سرپایی) و اطلاعات دموگرافیک روستاییان حائز اهمیت است.**

(۳۰ - ۲۰ درصد حق بیمه سهم مشارکت بیمه شده، ۲۵ - ۱۰ درصد فرانشیز، ۶۰ درصد سهم مشارکت دولت) بدیهی است در صورت سرمایه‌گذاری مناسب از منابع مالی این صندوق می‌توان میزان فرانشیز را در صورت ضرورت کاهش داد و یا منابع مالی پایداری را برای ادامه فعالیت صندوق ذخیره نمود.

ت) نظام فعلی ارجاع دسترسی به خدمات توسط روستاییان را با مشکل مواجه نموده و در بسیاری موارد رعایت این نظام ممکن و میسر نمی‌باشد. حضور غیر مستمر پزشک در محل کار، کاغذ بازی، پرونده سازی، پاسخ‌گو نبودن در موارد اورژانس و ... برخی از مشکلات این نظام می‌باشد. عقد قرارداد با پزشکان و کلیه آرایه دهندگان خدمات که خارج از شبکه در منطقه فعالیت می‌نمایند، ضروری است. استفاده از مکانیسم پرداخت پاداش (Bonuspayment) برای مناطقی که رغبت کم‌تری برای حضور آرایه‌دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی (providers) وجود دارد، ضرورت دارد. با لحاظ کردن استراتژی «پایش هزینه‌های بیمه درمان روستاییان» طراحی نظام ارجاع (Refferal) با در نظر گرفتن موارد زیر پیشنهاد می‌گردد:

- مراجعه آزادانه به تمام پزشکان عمومی طرف قرارداد.
- مراجعه هدایت شده به تمام پزشکان متخصص طرف قرارداد.
- مراجعه آزادانه به تمام درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد.
- مراجعه به تمام داروخانه‌های دولتی و تعداد معینی داروخانه‌های خصوصی در هر منطقه.

ضرورت داشتن نظام اطلاعاتی جامع در این زمینه غیر قابل انکار است. انجام پژوهشی جهت نیل به اطلاعات اولیه (preplan) و بعد از اجرای برنامه (postplan) جهت ارزیابی میزان موفقیت در دسترسی به اهداف ضروری است. پ) یکی از نکات برجسته هر صندوق بیمه‌ای، داشتن منابع مالی پایدار می‌باشد. اتکای بیش از حد صندوق بیمه درمان روستاییان به دولت گرچه از مقام ایفای وظایف دولت نگرسته شود، نمی‌تواند منبع مالی پایداری برای این صندوق در نظر گرفته شود.

ضرورت حرکت به سمت مشارکت بیمه‌شدگان در تامین درآمدهای صندوق و فرهنگ‌سازی مناسب غیر قابل انکار است. در شرایط فعلی حق بیمه روستاییان معادل ۴۰ درصد حق بیمه محسوب می‌شود. از این میزان ۲۰ درصد در اختیار وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جهت آرایه خدمات بهداشتی از طریق خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی روستایی و ۲۰ درصد در اختیار سازمان بیمه خدمات درمانی قرار می‌گیرد. به نظر می‌رسد استفاده از نظام (Health maintenance organization) HMO به صورت موردی (pilot) در برخی از مناطق با مدیریت و تخصیص کامل اعتبارات این بخش به سازمان بیمه خدمات درمانی مناسب باشد.

چنانچه فرانشیز را برای روستاییان معادل شهرنشینان یعنی در خدمات بستری ۱۰ درصد و سرپایی ۲۵ درصد در نظر بگیریم، در شرایط فعلی تامین ۶۰ - ۵۰ درصد حق بیمه به وسیله دولت ضروری است.

■ مراجعه به تعداد معینی از آزمایشگاه‌ها و رادیولوژی‌ها در هر منطقه.

■ مراجعه به مراکز تشخیص پرهزینه نظیر MRI - Scan، سنگ شکن و ... با تایید قبلی شعبه بیمه‌گر.

ث) تعهدات فعلی بیمه روستاییان محدود به خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی است که این مغایر با اصل عدالت می‌باشد. تحت پوشش قراردادن کلیه خدمات (جامعیت تعهدات) اعم از سرپایی و بستری در تمامی مراکز طرف قرار داد سازمان (همانند سایر صندوق‌ها) ضروری است.

ج) ارایه آگاهی‌های لازم از طریق رسانه‌های جمعی، جلب اعتماد روستاییان با ارایه خدمات و دسترسی مناسب به خدمات، تقسیط حق بیمه (دریافت حق بیمه‌ها در زمان مناسب مثل زمانی که کشاورزان محصول را برداشت می‌کنند) و غیره، از روش‌های جلب اعتماد روستاییان جهت استمرار پوشش بیمه‌ای است.

چ) پوشش جمعیت پژوهش‌های انجام شده در اغلب کشورها بیانگر آن است که روش پوشش جمعیت به صورت اجباری می‌باشد. تنها کشورهای آمریکا و چین فاقد برنامه پوشش اجباری در این مورد هستند و روستاییان به اختیار خود می‌توانند در این دو کشور از برنامه‌های بیمه استفاده کنند.

علاوه بر این در کشور فیلیپین، روستاییانی که درآمدشان از سطح معینی کمتر باشد، مشمول بیمه اجباری نیستند. تعدادی از کشورها بیمه خدمات درمانی روستاییان را از طریق نظام بیمه اجتماعی ارایه می‌کنند. در این مورد می‌توان از کشورهای فرانسه، ترکیه، آلمان، روسیه و اتریش نام برد.

در همه کشورهای مورد مطالعه به جز آمریکا دولت نقش اصلی را در اجرای بیمه اجتماعی یا خدمات درمانی دارد اما ساختار اجرائی آن‌ها در سطح منطقه‌ها و ناحیه‌ها، با اندکی تفاوت، به وسیله شوراهای و هیات‌هایی که غیر دولتی هستند، اداره می‌شود.

با توجه به موارد فوق‌الذکر، پوشش جمعیت اجباری با حمایت دولت برای روستاییان ایران توصیه می‌گردد.

پس از تنظیم راه‌کارها، تدوین آئین‌نامه اجرائی برنامه نیز ضروری است. لازم است برنامه به صورت موردی (Pilot) در مناطق محدود اجرا شود.

ویژگی‌های این مناطق عبارت خواهند بود از:

■ دسترسی سریع و مناسب به منطقه.

■ جمع‌آوری اطلاعات در زمینه رضایت‌مندی و میزان اطلاعات از بیمه در پیش از اجرای پایلوت.

■ تبلیغات مناسب.

■ پایش مداوم برنامه‌ها.

■ مدیریت قوی (پایلوت در مناطقی که دارای مدیران کارآمدتری می‌باشد اجرا شود) پس از اجرای پایلوت برنامه لازم است ارزیابی برنامه صورت گیرد.

■ مسایل و مشکلات برنامه بازبینی و تعدیل گردد.

کلام آخر آن که بیمه درمان روستاییان نتوانسته است به عنوان یک برنامه بیمه‌ای جایگاه خود را در بین این قشر پیدا نماید. وجود مشکلاتی در زمینه‌های مالی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی چه از جانب سازمان‌های بیمه‌گر و چه بیمه‌شدگان

اجرای برنامه‌های توسعه، فرایند افزایش مصرف حقیقی با کندی همراه بوده است.

علاوه بر آن تفاوت‌های فاحشی میان مصرف خدمات درمانی میان خانوارهای روستایی و شهری وجود داشته، به گونه‌ای که خانوارهای شهری همواره از مصرف بالاتری برخوردار بوده‌اند.

این مسئله حمایت بیش‌تر دولت را در این زمینه می‌طلبد. نتایج حاصله از تخمین مدل تقاضا نیز نشان می‌دهد که متغیرهای جمعیتی و بهداشتی از جمله متغیرهای اثرگذار بر مخارج درمان می‌باشند.

این مورد می‌تواند راهنمای خوبی برای سیاست‌گذاری‌های سازمان‌های بیمه‌ای برای برنامه ریزی‌های بلندمدت آتی باشد.

ساختار درآمدی و هزینه‌ای خانوارهای شهری و روستایی در نقاط مختلف از شباهت‌ها و تفاوت‌های قابل توجهی برخوردار است. به خصوص بخش درمان و بیمه به‌عنوان یکی از بخش‌های اصلی و اساسی مخارج خانوار از اهمیت خاصی در این زمینه برخوردار می‌باشد.

امکانات بهداشتی و دسترسی به خدمات بیمه‌ای در نقاط شهری و روستایی تفاوت‌های قابل توجهی با یکدیگر دارند و حتی در نقاط شهری نیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای میان خانوارها با ساختارهای متفاوت سنی و درآمدی وجود دارد. این مورد در نقاط روستایی نیز مشاهده می‌شود.

به‌طور کلی رفتار اقتصادی خانوارها به‌گونه‌ای است که در اثر تغییرات اساسی در قیمت و درآمد، کالاهای مختلف را جایگزین یکدیگر می‌کنند. شایان ذکر است که بیمه‌های درمان به‌طور مستقیم

نتوانسته است رضایت طراحان برنامه را فراهم نماید. توسعه خدمات و بیمه درمانی مستلزم اتخاذ سیاست‌ها و ابزارهای اقتصادی است. برخی از مشکلات موجود در این زمینه ناشی از عدم به‌کارگیری ابزارها و روش‌های مناسب تصمیم‌گیری است.

به‌دلیل عدم توجه به محاسبات بیمه‌ای در قانون و دیدگاه‌های حمایتی سیاست‌گذاران در این زمینه، اداره امور بیمه درمانی عمدتاً به‌صورت حمایتی بوده است.

شناخت نقاط قوت، ضعف، تهدیدات و فرصت‌های برنامه بیمه درمان روستاییان و طراحی برنامه بهبود مبتنی بر دیدگاه‌های علمی و بهره‌گیری از تمام توان علمی و تجربی و استفاده از ابزارهای مدیریتی نوین می‌تواند راه‌گشای معضلات و چالش‌های فعلی بیمه درمان روستاییان باشد.

### ■ بررسی ساختار درآمد و هزینه خانوارهای شهری و روستایی و تحلیل تقاضا با تاکید بر بخش درمان

در این مقاله، ساختار درآمد و هزینه خانوارهای روستایی و شهری با تاکید بر بخش درمان مورد بررسی قرار گرفته است. به منظور بررسی عوامل موثر بر تقاضای درمان خانوارها از مدل کیفی پروبیت جهت فرموله کردن رفتار تقاضای خانوارها استفاده شده است.

نتایج حاصل از بررسی نشان می‌دهند که کاهش حمایت‌های انجام شده از طرف دولت در بخش درمان و آزادسازی نسبی در این بخش باعث افزایش شدید قیمت‌ها شده به‌گونه‌ای که پس از



بر هزینه‌های درمان خانوارها تاثیر می‌گذارد. چرا که بیمه با مکانیزم خود قیمت درمان را برای خانوارها کاهش داده و به نوعی تقاضای آن‌ها را افزایش می‌دهد. از این‌رو مطمئناً تفاوت ساختاری قابل توجهی میان تقاضای خانوارها در میان گروه‌های هزینه‌ای درمان خواهد بود.

از طرف دیگر خانوارهایی که هزینه‌های درمان آن‌ها به دلیل بیمه بودن کاهش می‌یابد، به سمت مصرف کالاهای دیگر سوق پیدا می‌کنند.

از این‌رو تفاوت ساختاری معنی‌داری میان درآمد و هزینه خانوارهای بیمه شده و بیمه نشده وجود دارد.

همچنین انتظار می‌رود که تفاوت‌هایی میان خانوارهای روستایی و شهری به همین دلیل و دلایل دیگر وجود داشته باشد. بنابراین قبل از آن‌که پوشش بیمه‌ای به مناطق مختلف گسترش یابد، باید مطالعه جامعی در مورد خصوصیات اقتصادی زندگی در مناطق شهری و روستایی صورت پذیرد، چرا که در غیر این‌صورت به اتلاف منابع خواهد انجامید.

### ■ مقایسه ساختار درآمد و هزینه خانوار شهری و روستایی و نقش بیمه‌های اجتماعی در ایجاد توازن میان آن‌ها

#### □ بیان مساله

بدیهی است که زندگی شهری و روستایی دارای تفاوت‌های اساسی و ساختاری است. ولی مطالعه تفاوت‌های ساختاری میان آن‌ها می‌تواند در بسیاری از زمینه‌ها، به‌ویژه ایجاد پوشش مناسب بیمه‌ای بسیار راه‌گشا باشد.

همچنین ایجاد پوشش بیمه‌ای قبل از آن‌که مطالعه لازم در خصوص ویژگی‌های زیست‌شناختی روستایی صورت گرفته باشد، ممکن است به اتلاف منابع بیانجامد و از بهره‌وری لازم برخوردار نباشد.

مطالعه زیست‌روستایی می‌تواند از ابعاد چندگانه و پیچیده‌ای برخوردار باشد. همچنین این مطالعه از ویژگی چند رشته‌ای برخوردار است. اما با وجود این، تحقیق حاضر تلاش می‌کند که با استفاده از ساختار درآمد و هزینه خانوار ابعاد زیست‌روستایی را، به ویژه از لحاظ اقتصادی مورد مطالعه قرار دهد.

محور اصلی تحقیق آن است که با استفاده از ویژگی‌های ساختار درآمد و هزینه خانوار روستایی و مقایسه آن با ساختار درآمد و هزینه خانوار شهری، حوزه‌های اصلی نیازمندی جامعه روستایی را به بیمه‌های مختلف اجتماعی (به‌ویژه درمان) مورد مطالعه قرار دهد.

#### □ اهمیت موضوع

در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای به گسترش بیمه‌های روستایی مبذول گشته است و همچنین در زمینه بیمه درمان اقدامات علمی چندی صورت پذیرفته است. در این شرایط مطالعه ویژگی‌های زیست‌روستایی و تشخیص حوزه‌های اصلی در نیازهای بیمه‌ای برای جامعه روستایی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

هرگونه اقدام پراکنده و فاقد بررسی‌های لازم می‌تواند به اتلاف منابع گسترده امکانات در این زمینه بیانجامد.

#### □ هدف کلی

مشخص ساختن ویژگی‌های زیست‌روستایی از

### ■ تکنیک جمع‌آوری داده‌ها

تحقیق حاضر داده‌های مورد نیاز خود را از طریق پرسش‌نامه‌های تکمیل شده مرکز آمار ایران در زمینه مطالعات درآمد و هزینه خانوار تهیه خواهد کرد. در واقع مکانیسم اصلی برای این منظور خرید اطلاعات از مرکز آمار ایران می‌باشد.

### ■ نحوه اجرای تحقیق

ابتدا شاخص‌های مورد نظر در دو طرف درآمد و هزینه تعریف و مورد بررسی قرار خواهد گرفت سپس براساس پرسش‌نامه‌های درآمد و هزینه خانوار، مقادیر شاخص‌ها محاسبه خواهد شد.

سرانجام براساس نتایج به‌دست آمده، شاخص‌های شهری و روستایی با استفاده از روش‌های آماری مورد مقایسه قرار خواهد گرفت تا پس از روشن شدن تفاوت‌های معنی‌دار میان آن‌ها، به‌ویژه در زمینه هزینه‌های مربوط به بیمه‌های اجتماعی، تجزیه و تحلیل نهایی در زمینه پوشش‌های مورد نیاز بیمه‌ای صورت پذیرد.

### ■ جامعه مورد بررسی پژوهش

جامعه پژوهش، خانوارهای ساکن در مناطق روستایی و شهری کشور می‌باشد. تعداد نمونه ۱۰۹۸۲ خانوار روستایی و ۱۹۰۶۸ خانوار شهری.

### ■ روش نمونه‌گیری

در تحقیق حاضر از نمونه مورد مطالعه توسط مرکز آمار ایران استفاده می‌شود. ویژگی‌های مورد نظر در مطالعه مرکز آمار از قبل پذیرفته شده است هر چند که نمونه مورد استفاده به لحاظ نظری

طریق مطالعه ساختار درآمد و هزینه خانوار و مقایسه آن با ویژگی‌های خانوار شهری برای روشن ساختن ابعاد واقعی نیازهای جامعه روستایی به گسترش بیمه‌های اجتماعی.

### □ اهداف اختصاصی

■ مطالعه ساختار درآمد خانوارهای روستایی و مقایسه آن با خانوارهای شهری.

■ مطالعه ساختاری هزینه خانوارهای روستایی و مقایسه آن با خانوارهای شهری.

■ مطالعه هزینه بیمه‌های اجتماعی در شهر و روستا و نقش آن در هزینه خانوارهای روستایی و شهری.

### ■ سئوالات پژوهش

■ آیا ساختار درآمد و هزینه خانوارهای شهری و روستایی دارای تفاوت معنی‌داری است؟  
■ آیا تفاوت ساختار درآمد و هزینه خانوار شهری و روستایی می‌تواند نشان‌دهنده حوزه‌های متفاوتی از نیازمندی به پوشش خدمات بیمه‌ها باشد؟

### ■ فرضیات پژوهش

■ ساختار درآمد و هزینه خانوارهای شهری و روستایی از تفاوت معنی‌دار آماری برخوردار است.  
■ حوزه‌های اصلی نیازمندی جامعه روستایی به گسترش بیمه‌های اجتماعی از ساختار زیست روستایی که در درآمد و هزینه خانوار منعکس می‌گردد پیروی می‌کند.

### ■ نوع پژوهش

توصیفی - تحلیلی

به گونه‌ای انتخاب شده است که قابل تعمیم به کل کشور باشد.

#### ■ یافته‌ها و نتایج

پژوهش‌گر در مقطع فعلی مبانی نظری و ادبیات موجود را در راستای تحقیق خود جمع‌آوری نموده و اطلاعات لازم را از روی پرسش‌نامه‌های مرکز آمار استخراج و به کامپیوتر داده است و در حال بررسی و تجزیه و تحلیل نهایی آن می‌باشد.

دارای نقاط ضعفی نیز می‌باشد. از نظر علمی هیچ گزینه دیگری در دسترس تحقیق حاضر نیست و با توجه به ملاحظات زمان و هزینه، تحقیق حاضر نمونه‌گیری جداگانه‌ای ندارد.

#### ■ زمان و مکان

این پژوهش از تاریخ ۷۹/۴/۱ لغایت ۷۹/۱۲/۱۵ می‌باشد و با استفاده از روش‌های آماری؛ نمونه‌ها

