

بیمه روستاییان



دکتر بهزاد نجفی

کارشناس امور دارویی

آن اهمیتی مضاعف را جهت تقویت رویکرد بیمه‌ای به‌خصوص با توجه به بینش پایداری توسعه، فراهم می‌آورد. ابعاد فضایی تاثیرگذاری خدمات درمانی در الگوی توسعه ملی، منطقه‌ای و محلی در سالیان اخیر کم‌تر مدنظر قرار گرفته است.

این در حالی است که اهمیت این مقوله در ایجاد امنیت زیستی و به ویژه امنیت اجتماعی مورد تاکید بوده و اثرگذاری آن بر فرآیندهای تحول‌ساز روستایی به‌صورت یک واقعیت چهره نمایانده است.

اعمال مناسب و همه جانبه بیمه خدمات درمانی

■ بیمه روستاییان و نقش آن در توسعه روستایی ایران

□ بیان مساله

بیمه به‌عنوان بستر تضمین کننده فرآیند توسعه اجتماعی، از جمله مولفه‌های ضروری آن محسوب می‌گردد. اعمال مطلوب نظام بیمه و تسری آن به کلیه ارکان اجتماعی می‌تواند ضمن ایجاد تسریع در حرکت توسعه ملی، شرایط لازم را جهت مطلوبیت آن نیز فراهم سازد.

نگاه به عناصر ساختاری فرآیند توسعه اجتماعی به‌ویژه با ملحوظ کردن نقش و جایگاه انسان در

درمانی و الگوهای توسعه روستایی در کشور دست یافته و راه کارهایی عملی برای توسعه آن یافت.

■ اهمیت موضوع

نگاهی به آمار رسمی نشان می‌دهد که در سال ۱۳۷۵، بالغ بر نیمی از جمعیت کشور در نقاط روستایی زندگی می‌کرده‌اند (حدود ۴۴۰۰۰۰۰ خانوار) و این نقاط علاوه بر پوشش جمعیتی، حجم گسترده‌ای از نظام اشتغال و تولید را نیز به خود اختصاص داده‌اند.

بی‌تردید تحقق عدالت سرزمینی و ایجاد رفاه ملی از طریق تقویت فرایند توسعه روستایی، نمی‌تواند صرفاً به واسطه بسط و توسعه زیر ساخت‌های فیزیکی و توزیع عناصر خدماتی حاصل آید بلکه می‌باید مجموعه خصیصه‌های اقتصادی زمینه‌ساز و ویژگی‌های اجتماعی تاثیرگذار را نیز مورد نظر قرار دهد.

در چارچوب شناسایی عوامل اجتماعی / خدماتی زمینه‌ساز توسعه و تقویت مدار مشارکت روستاییان در آن، مقوله حمایت‌های اجتماعی و از آن طریق بیمه‌های خدمات درمانی، می‌توانند نقش کلیدی و مهمی را ایفا نماید.

با درک چنین اهمیتی برای جایگاه بیمه‌ای درمانی و حمایت‌های اجتماعی، جهت نیل به اهداف کلان توسعه روستایی، فهم و درک این مقوله و تحلیل چگونگی تاثیرگذاری شاخص‌های ملحوظ در آن بر نظام توسعه روستایی کشور اهمیت این پژوهش عیان می‌گردد.

به ویژه اگر اهداف برنامه‌های ملی توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی به خصوص برنامه

از جمله ابزارهایی است که می‌تواند ضمن ایجاد و تقویت انگیزه ماندگاری جمعیت در روستاها، حاشیه امنیتی مناسبی را نیز حاصل آورد که از طریق تاثیر متقابل به ارتقای شاخص‌های اقتصادی و در نهایت اجتماعی منجر گردد. تجارب دهه‌های اخیر نیز موکد این نکته‌اند که بسط و گسترش فرایند توسعه و به ویژه توسعه محلی و روستایی و به موازات آن استمرار آن در ساختارهای متفاوت زیستی عرصه روستایی کشور، نیازمند ایجاد بستر مناسب برنامه‌ریزی و اعمال سیاست حمایتی، اجتماعی اقتصادی می‌باشند و جایگاه دسترسی به خدمات رسانی درمانی از یک سو و ارایه خدمات درمانی در قالب سیاست‌های بیمه‌ای از سوی دیگر در این بستر سازی انکار ناپذیر است.

متأسفانه تحقق پذیری فرایند توسعه روستایی کم‌تر از منظر سیاست‌های پشتیبانی اجتماعی و به ویژه بیمه درمانی مدنظر قرار گرفته و همین امر باعث ناشناخته ماندن سازوکار ارتباطی بین این دو مقوله با یکدیگر شده است.

به نظر می‌رسد با توجه به حجم گسترده نقاط روستایی کشور و جمعیت ساکن در آن و از طرفی اهمیت یافتن جایگاه این قضا یا در عرصه تولید ملی کشور، ضرورت سنجش کیفیت و کمیت تاثیرگذاری این دو مورد بر یکدیگر جایگاه والاتری در تدوین استراتژی توسعه روستایی کشور پیدا نماید.

در این پژوهش سعی می‌شود تاثیر تعمیم بیمه‌های درمانی روستایی در فرایند توسعه و ارتباط آن با ساختارهای محیطی، اجتماعی، اقتصادی و کالبدی روستا بررسی گردد تا به قانون‌مندی‌ها و ضوابط لازم جهت پیوند بیش تر مقوله حمایت‌های

توسعه سوم کشور که اهداف برجسته‌ای نظیر توسعه و بهبود کیفیت شرایط زندگی مردم و رعایت ملاحظات مربوط به محرومیت‌زدایی و دفع عدم تعادل‌های منطقه‌ای نیز مدنظر قرار گیرند. در چارچوب مفاهیم ذکر شده، کاربردهای مترتب بر این پژوهش می‌تواند در قالب موارد زیر ارایه گردد:

- شناخت عوامل و عناصر ملحوظ در توسعه روستایی متأثر از نظام بیمه درمانی.
- ارایه تصویری از وضعیت عمومی نظام روستایی کشور (استعدادها و محدودیت‌های موجود در این فضاها) جهت بهره‌گیری در زمینه تدوین استراتژی کلان درمانی.
- کمک به توزیع اعتبارات استانی در خصوص گسترش خدمات بیمه‌های درمانی با توجه به تحلیل میزان قابلیت نواحی روستایی هر استان.
- ایجاد پایگاه اطلاعاتی فعال کامپیوتری، از داده‌های قابل حصول در مناطق روستایی به منظور پیشبرد، برنامه‌ها و تدوین سیاست‌های مناسب اجرایی توسط سازمان‌های متولی بیمه‌های خدمات درمانی روستایی.
- ارایه راه‌کارهای لازم در خصوص مقولات اجتماعی/ اقتصادی و کالبدی فضایی مناطق روستایی جهت پیشبرد فرهنگ بیمه‌های درمانی و تعیین اولویت‌های فضایی به تفکیک مناطق سیاسی.

■ اهداف کلی

- شناخت کمیت و کیفیت اثرگذاری و اثرپذیری فرایند توسعه روستایی کشور از شبکه نظام گسترش

خدمات بیمه‌های درمانی (با تاکید به بیمه‌های درمانی روستایی)

- شناخت نحوه اجرایی مقوله بیمه‌های درمانی روستایی در این مناطق با توجه به خصیصه‌های موجود به ویژه هنجارهای ارزشی/ فرهنگی.
- درک قانون‌مندی‌های متقابل و اخذ راه‌کارهای مناسب جهت چگونگی اجرای بیمه‌های درمانی در فضاهای روستایی به منظور تحقق روستایی و تدوین استراتژی کلان روستایی کشور.

■ اهداف اختصاصی

- دستیابی به آستانه‌های مناسب توسعه روستایی کشور و از آن طریق ایجاد عدالت سرزمینی و اجتماعی.
- تقویت مدار تولید و اشتغال در جوامع روستایی کشور، از طریق ایجاد یا تقویت حمایت‌های اجتماعی.
- ارایه رهنمودهای لازم به سازمان‌های درگیر در فرایند توسعه روستایی جهت بهره‌گیری مؤثرتر از بیمه درمانی.
- اجرایی کردن ضوابط بیمه درمانی متناسب با ساختارهای موجود در مناطق روستایی.
- ارایه ضوابط و رهنمودهای لازم به سازمان بیمه خدمات درمانی جهت حصول به اهداف اختصاصی در مناطق روستایی.

■ سئوالات پژوهش

- ۱- آیا می‌توان با گسترش و بسط دامنه درمانی روند توسعه روستایی کشور را سرعت بخشید؟
- ۲- آیا بین نحوه اجرای ضوابط بیمه درمانی

■ نحوه اجرای تحقیق

جهت شناخت چگونگی تاثیرات متقابل بیمه خدمات درمانی در فرایند توسعه روستایی کشور دو حوزه متفاوت در نظر گرفته شده است:

نخست: بررسی ادبیات مفهومی بیمه و بیمه‌های درمانی و تجارب کشورهای مختلف، جهت تعمیم و گسترش فرهنگ بیمه خدمات درمانی به ویژه در مناطق روستایی و تحلیل توصیفی داده‌های موجود.

دوم: شناخت و تحلیل وضع موجود فضاهای روستایی کشور در ابعاد محیطی اجتماعی، اقتصادی و فضایی کالبدی، درک فرایند توسعه روستایی کشور و ارتباط آن با مولفه بیمه خدمات درمانی به منظور اتخاذ استراتژی کلان توسعه روستایی کشور و راهبردهای قابل اعمال در بیمه خدمات درمانی.

■ جامعه مورد بررسی پژوهش

جامعه پژوهش کل خانوارهای ساکن در فضاهای کشور می‌باشد.

یافته‌ها و فعالیت‌های پژوهشگر در مقاطع فعلی از قرار زیر می‌باشد:

- ۱ - ماخذ شناسی در خصوص منابع مرتبط با حوزه مطالعاتی.
- ۲ - تعریف و تعیین سرفصل‌ها و محورهای مطالعاتی (شرح خدمات مقدماتی).
- ۳ - تعریف شاخص‌ها و تهیه پرسش‌نامه اولیه در محورهای مورد نیاز.
- ۴ - تهیه پرسش‌نامه و تست اولیه آن در ۱۰ نقطه روستایی و نهایی کردن آن.

و خصیصه‌های موجود در ساختارهای فضایی روستایی کشور رابطه‌ای وجود دارد؟

- ۳ - آیا می‌توان به قانون‌مندی‌ها و ضوابط لازم در جهت پیوند بیش‌تر مقوله حمایت‌های درمانی و الگوهای توسعه روستایی رسید؟
- ۴ - آیا اصولاً شرایط حاکم بر مناطق روستایی مستعد پذیرش بیمه درمانی هستند؟ اگر خیر، چگونه می‌توان در یک فرایند زمانی به اهداف مورد نظر رسید؟

■ فرضیات پژوهش

- ۱ - به نظر می‌رسد بین وجود بیمه درمانی و میزان تحقق اهداف توسعه محلی (روستایی) کشور رابطه وجود دارد.
- ۲ - به نظر می‌رسد بین ساختارهای اجتماعی اقتصادی و فرهنگی مناطق روستایی و کیفیت ارایه خدمات بیمه درمانی رابطه وجود دارد.

■ نوع پژوهش

کاربردی (توصیفی)

■ تکنیک جمع‌آوری داده‌ها

اسناد مورد نیاز در بخش مبانی نظری و آماری از مدارک متغیر سازمانی نظیر مرکز آمار ایران، سازمان تامین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی، سازمان برنامه و بودجه و ... اخذ خواهد شد و داده‌های میدانی از طریق مراجعه مستقیم به روستاهای منتخب در استان‌های مختلف و مصاحبه و درج اطلاعات در پرسش‌نامه جمع‌آوری می‌گردد.

۵- تعیین پایگاه‌های اطلاعاتی و اخذ داده‌های مورد نیاز در مقیاس ملی.

۶- تهیه پایگاه اطلاعاتی کامپیوتری بر پایه داده‌های سرشماری سال ۱۳۷۵ مشتمل بر اطلاعات مربوط به برخورداری شهرستان‌های کشور از خدمات درمانی / بهداشتی.

۷- تهیه بانک اطلاعات نقشه‌ای به تفکیک شهرستان‌های کشور جهت نمایش داده‌های اطلاعاتی مربوط به سطح برخورداری شهرستان‌های کشور از خدمات درمانی / بهداشتی.

۸- منطقه‌بندی کشور به تفکیک همگنی‌های محیطی، اجتماعی، اقتصادی و کارکردی جهت توزیع جامعه آماری مورد نیاز جهت تکمیل پرسش‌نامه‌های تهیه شده.

۹- تهیه گزارش مقدماتی «مبانی نظری» مشتمل بر مفاهیم پایه‌ای و تجارب اعمال شده در خصوص بیمه‌های خدماتی درمانی روستایی.

۱۰- تهیه گزارش میانی مشتمل بر طرح چارچوب اصلی، مفاهیم و تجارب کشورها در خصوص بیمه‌های فراگیر خدمات درمانی.

■ تخمین تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه خدمات درمانی

□ بیان مساله

توسعه خدمات و بیمه درمانی مستلزم اتخاذ سیاست‌ها و ابزارهای اقتصادی است. ریشه برخی از مشکلات موجود در این زمینه ناشی از عدم به‌کارگیری ابزارها و روش‌های مناسب تصمیم‌گیری است.

در برنامه پنج‌ساله سوم توسعه اقتصادی، اجتماعی

و فرهنگی کشور نیز توجه خاصی به این مسایل صورت گرفته است. براساس مندرجات قانون بیمه همگانی، گرایش نظام مالی سازمان‌های بیمه‌گر در چارچوب اصول اقتصادی مورد نظر بوده است؛ لیکن به دلیل عدم توجه به محاسبات بیمه‌ای در این قانون و دیدگاه‌های حمایتی سیاست‌گذاران در این زمینه، اداره امور بیمه‌های درمانی عمدتاً به صورت حمایتی بوده است. حق بیمه‌های دریافتی توسط مراجع بیمه‌گذار به همین دلیل با هزینه‌های انجام شده تطابق نداشته است.

مقدار افزایش هزینه سرانه عمل‌کردی نسبت به حق بیمه سرانه در سال ۱۳۷۶ در مورد سازمان تامین اجتماعی ۸ درصد و سازمان بیمه خدمات درمانی ۷۱ درصد بوده است.

متوسط رشد سالانه حق سرانه ۱۵ درصد و هزینه سرانه ۳۰ درصد بوده است (سازمان برنامه و بودجه ۱۳۷۸، صفحه ۵۱۲).

با توجه به این که در سال‌های اخیر روند رشد هزینه سرانه بیش از حق بیمه سرانه بوده است تداوم این وضع موجب خواهد شد که منابع مالی بیمه به‌خصوص در مورد سازمان بیمه خدمات درمانی همواره در یک وضعیت تأثیرپذیری، تابع هزینه‌ها بوده و در نتیجه با فرض رشد سالانه ۲۰ درصد برای حق بیمه سرانه و ۲۵ درصد برای هزینه سرانه، فزونی هزینه سرانه نسبت به حق بیمه سرانه از حدود ۱۴ درصد در سال ۱۳۷۶ به حدود ۶ درصد در سال ۱۳۸۳ خواهد رسید.

یکی از عوامل مهم این روند آن است که «پیش‌بینی می‌شود در صورت ادامه وضع موجود منابع مالی سازمان‌های بیمه‌گر در سال ۱۳۸۳

حداکثر ۷۰ درصد هزینه‌های آنان را پوشش دهد. در نتیجه مابقی هزینه‌ها به مبلغ ۳۶۳۰ میلیارد ریال بر بودجه عمومی تحمیل خواهد شد». تحلیل مسایل بهداشتی و درمانی و بیمه آن‌ها و ارایه راه کارهای عملی جهت بهبود آن مستلزم انجام مطالعات متعددی در زمینه‌های مربوطه است که یکی از این زمینه‌ها مطالعه درباره نخستین تمایل به پرداخت (WTP) یا تمایل به خرج (WTS) می‌باشد لذا به‌طور قطع آگاهی از تمایل به پرداخت روستاییان برای بیمه خدمات درمانی موفقیت هر گونه طرح و اقدامی را برای روستاییان افزایش خواهد داد.

■ اهمیت موضوع

تخمین تمایل به پرداخت روستاییان برای بیمه خدمات درمانی از چند جهت می‌تواند اهمیت داشته باشد:

- تعیین حق بیمه مناسب.
- شناخت مناطق روستایی کشور که امکان توسعه بیمه خدمات درمانی در آن‌ها وجود دارد.
- شناخت عوامل موثر بر تمایل به پرداخت خانوارها و سیاست‌گذاری بر مبنای آن.
- تعیین درجه امکان‌پذیری توسعه خدمات بیمه درمانی در مناطق روستایی کشور.
- تخمین منافع بیمه خدمات درمانی.

■ هدف کلی

شناخت و مطالعه تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای برخورداری از بیمه خدمات درمانی و عوامل تعیین‌کننده آن.

■ اهداف اختصاصی

- تخمین تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه خدمات درمانی.
- تعیین عوامل موثر بر میزان تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه خدمات درمانی و میزان اثرگذاری آن‌ها.
- پیدا کردن فاصله بین تمایل به پرداخت‌ها برای بیمه خدمات درمانی و هزینه کارشناسی آن.

■ سئوالات پژوهش

- آیا خانوارهای روستایی مایلند بخشی از درآمد خود را برای برخورداری از بیمه خدمات درمانی بپردازند؟
- تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه خدمات درمانی تابع چه عواملی است؟
- سهم و نقش هر کدام از این عوامل در تمایل به پرداخت خانوارها چه قدر است؟
- تفاوت تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه خدمات درمانی و هزینه واقعی آن چه قدر است؟

■ فرضیات پژوهش

- خانوارهای روستایی مایلند بخشی از درآمد خود را برای برخورداری از خدمات بیمه درمانی بپردازند.
- بین تمایل به پرداخت خانوارها و عوامل اقتصادی (درآمد و شغل و ...) رابطه معنی‌داری وجود دارد.
- بین تمایل به پرداخت خانوارها و عوامل

اجتماعی (بعد خانوارها، ترکیب سنی، سواد و ...) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

■ بین تمایل به پرداخت خانوارها و عوامل جغرافیایی (فاصله با مرکز شهر و ...) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

■ بین تمایل به پرداخت خانوارها و سوابق درمانی آن‌ها (سابقه بستری شدن اعضا و خانوار داشتن افراد بیمار در خانواده و غیره) رابطه معنی‌داری وجود دارد.

■ بین تمایل به پرداخت خانوارها و دسترسی به امکانات بهداشتی و درمانی رابطه معنی‌داری وجود دارد.

■ بین تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه خدمات درمانی و هزینه این بیمه تفاوت قابل توجهی وجود دارد.

■ نوع پژوهش

بنیادی و کاربردی (مطالعه میدانی SURVEY)

■ تکنیک جمع‌آوری داده‌ها

تخمین تمایل به پرداخت با استفاده از روش contingent valuation مبتنی بر استفاده از روش تحلیل تجربی می‌باشد.

■ نحوه اجرای تحقیق

ابتدا مبانی نظری تخمین تمایل به پرداخت خانوارها برای خدمات درمانی و بیمه مطالعه شده، سپس براساس آن پرسش‌نامه‌ای استاندارد با ملاحظه اصول فنی و محتوایی لازم برای پرسش‌نامه‌های CVM طراحی گردیده است.

سئوالات این پرسش‌نامه به سه دسته تقسیم می‌شود:

۱ - سئوالات عمومی مربوط به روستای محل سکونت خانوارهای نمونه.

۲ - سئوالات عمومی مربوط به خانوارهای نمونه.

۳ - سئوالات اختصاصی که با استفاده از مدل‌های مختلف تمایل به پرداخت به ۳ صورت مختلف عنوان شده است.

پرسش‌نامه‌ها در روستاهای نمونه تکمیل و داده‌های آن استخراج می‌گردند. سپس با تجزیه و تحلیل داده‌ها تمایل به پرداخت خانوارها محاسبه می‌شود. تمایل به پرداخت‌های به دست آمده در مرحله بعد با استفاده از روش‌های همبستگی و رگرسیون به منظور شناخت عوامل موثر بر آن‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهند گرفت.

این سئوالات به صورت مراجعه مستقیم جمع‌آوری خواهند شد.

■ جامعه مورد بررسی

جامعه آماری در این مطالعه کلیه خانوارهای ساکن در نقاط روستایی کشور مطابق با تعریف آبادی در سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ کل کشور است.

طبق تعریف ارائه شده توسط مرکز آمار ایران خانوار از چند نفر تشکیل می‌شود که با هم در یک اقامت‌گاه زندگی می‌کنند و با یکدیگر هم خرج هستند. براساس این تعریف فردی که به تنهایی زندگی می‌کند نیز خانوار محسوب می‌شود.

■ تعداد نمونه

زمان با توجه به این که فصل کار کشاورزی نیست و امکان یافتن روستاییان برای پرسش نامه‌ها بیش تر می‌باشد انتخاب شده است. از طرفی به دلیل برخورد این زمان با ایام ماه رمضان این امکان وجود دارد که پرسش‌گر بتواند سرپرست‌های خانوار را در مجامع مذهبی بیابد.

از الگوهای رایج برای تعیین حجم نمونه در مطالعات CVM استفاده شده است که در این مطالعه تعداد نمونه ۲۵۵۰ در نظر گرفته شده است.

■ روش نمونه‌گیری

روش نمونه‌گیری در این مطالعه نوعی نمونه‌گیری سهمیه‌ای چند مرحله‌ای می‌باشد و انتخاب نمونه‌های مورد نظر در ۲ مرحله صورت می‌گیرد. مرحله اول: به انتخاب روستاهای نمونه به صورت تصادفی و مرحله دوم مربوط به انتخاب خانوارهای نمونه در روستاهای منتخب می‌باشد. بدین ترتیب که ابتدا با توجه به سهم هر استان از خانوارهای روستایی، سهم هر یک از استان‌های کشور از حجم نمونه محاسبه شده و سپس تعداد خانوار به دست آمده بر عدد ۱۵ تقسیم تا تعداد روستاهای مورد نظر به دست آیند.

■ مکان پژوهش

روستاهایی که براساس موازین آماری به صورت تصادفی در کلیه استان‌ها انتخاب شده است.

انتخاب خانوار نمونه در روستا نیز براساس فهرست ساکنان روستای موجود در نزدیک‌ترین خانه بهداشت بوده است که از آن به‌طور تصادفی، ۱۵ خانوار انتخاب شده است.

■ یافته‌ها و نتایج

در حال حاضر ۷۰ درصد این پژوهش به اتمام رسیده است و محقق مبانی نظری را تهیه نموده، روش‌های مختلف را جهت تخمین تمایل به پرداخت مقایسه و روش CVM را انتخاب نموده است.

مبانی نظری، مراحل کاربرد و تکنیک‌های طراحی سؤال در روش CVM را مورد مطالعه قرار داده و پرسش‌نامه‌ای براساس آن طراحی و تکمیل نموده و در حال جمع‌آوری و وارد نمودن اطلاعات به کامپیوتر می‌باشد. بدیهی است نتایج نهایی بعد از تجزیه و تحلیل اطلاعات، مندرج خواهد شد.

■ زمان و مکان

زمان آمارگیری: آذر ماه سال ۱۳۷۹ می‌باشد، این

