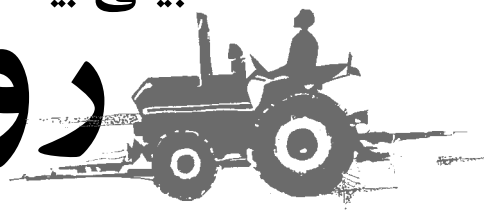
مطالعه تطبیقی بیمه خدمات درمانی روستاییان



در چند کشور و ارایه الگوی مناسب برای ایران

دکتر بهزاد نجفی
کارشناس امور دارویی

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

سلامت فرد و جامعه آن چنان به هم گره خورده است که نمی‌توان بین آن‌ها تفاوتی قایل شد. هر عضوی از جامعه در صورت از دست 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 جهانی بهداشت برخورداری از بالاترین سطح سلامت را یکی از حقوق اساسی انسان‌ها می‌داند که دولت‌ها باید تامین آن را با تدابیر اجتماعی و بهداشتی کافی تعهد نمایند.

در دنیای امروز مسؤولیت 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 امر تاکید دارند و بسیاری از کشورها این تعهد را در قانون اساسی خود گنجانده‌اند.

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران نیز پی‌ریزی اقتصاد صحیح عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه و مسکن و کار و بهداشت و درمان و بیمه را وظیفه دولت می‌داند و در جای دیگر برخورداری از تامین اجتماعی از نظر حوادث و سوانح، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره را حقی همگانی بر می‌شمرد که دولت موظف به تامین آن برای یکایک افراد جامعه است.

بنابراین هرگونه تلاشی برای تامین نیاز جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی و پوشش همگانی افراد در نظام بیمه خدمات درمانی را می‌توان در جهت اهداف عالی نظام اسلامی دانست.

■ بیان مساله

گسترش بیمه‌های اجتماعی و خدمات درمانی حداقل از سه دهه پیش در ایران مورد توجه بوده و از وظایف سازمان‌های بیمه‌گر به شمار آمده است.

این امر هم‌چنین در قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران تصریح شده و در قوانینی همچون قانون برنامه دوم توسعه و قانون بیمه همگانی بر اجرای کامل آن تاکید شده است اما با این وجود پوشش بیمه خدمات درمانی به‌طور مستمر و قابل اطمینان فقط برای شاغلان رسمی نظیر کارگران و کارکنان دولت تحقق یافته و سایر افراد کشور از آن محروم مانده‌اند.

با اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی انتظار می‌رفت که پوشش جمعیتی نظام بیمه خدمات درمانی در سطح کشور کامل شود اما اینک با گذشت بیش از پنج سال از آن زمان تعمیم بیمه خدمات درمانی به بخش‌های قابل توجهی از جمعیت کشور به‌ویژه خویش‌فرمایان و روستاییان با مشکلات جدی مواجه است.

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 به جای 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 برای 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

خدمات درمانی است که در این پژوهش به آن پرداخته شده است.

■ هدف‌های پژوهش

هدف اصلی این پژوهش این بود که با الهام گرفتن از مطالعه تطبیقی در چند کشور منتخب، الگویی مناسب برای پوشش روستاییان در نظام بیمه خدمات درمانی ارایه گردد.

به‌منظور دستیابی به این هدف، کوشش شد که از طریق انجام مطالعه تطبیقی، هدف‌های ویژه زیر تحقق یابد:

- شناخت انواع و روش‌های پوشش بیمه خدمات درمانی روستاییان در کشورهای مورد مطالعه
- شناخت مبانی و روش‌های محاسبه حق بیمه روستاییان و عوامل موثر بر آن
- شناخت روش‌ها و ساز و کارهای وصول حق بیمه روستاییان

■ اهمیت موضوع

موضوع این پژوهش از جهات زیر حایز اهمیت است:

تعمیم بیمه خدمات درمانی جزو نیازهای ضروری جامعه است که در حال حاضر سرنوشت بخش بهداشت و درمان کشور به‌دلیل تنگناهای مالی با آن گره خورده است.

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.

تداوم وضعیت بیمه خدمات درمانی روستاییان به شیوه کنونی به‌دلیل عدم استمرار و ناپایداری منابع درآمد آن برای نظام بیمه درمان کشور قابل تحمل نخواهد بود.

■ پرسش‌های پژوهش

در این پژوهش سعی شده است تا حد امکان به پرسش‌های زیر در مورد روستاییان در کشورهای منتخب پاسخ داده شود:

گسترش پوشش جمعیتی بیمه خدمات درمانی با چه روش‌هایی انجام می گیرد؟

اصول و مبانی تعیین و محاسبه حق بیمه خدمات درمانی روستاییان چیست؟

روش‌های پرداخت حق بیمه به صندوق بیمه خدمات درمانی روستاییان چگونه است؟

حدود تعهدات و سطح خدمات درمانی در بیمه درمان روستاییان چگونه است؟

■ روش انجام پژوهش

این پژوهش از نوع مطالعات تطبیقی گذشته‌نگر بوده که به روش توصیفی ـ تحلیلی انجام شده است. اطلاعات مورد نیاز به روش کتابخانه‌ای و با استفاده از منابع علمی مکتوب، نشریات، کتاب‌ها و بانک‌های اطلاعاتی قابل دسترسی گردآوری شده است.

کشورهای مورد مطالعه در این پژوهش شامل ده کشور کره جنوبی، ژاپن، ترکیه، فیلیپین، چین آلمان، اتریش، فرانسه، روسیه و آمریکا بوده که در پی یک مرحله مطالعه مقدماتی و با در نظر گرفتن معیارهایی به شرح زیر انتخاب شده‌اند:

■ مشابهت اصول و مبانی نظام بیمه خدمات درمانی در این کشورها با ایران
■ برخورداری از یک الگوی مشخص برای بیمه خدمات درمانی روستاییان
■ امکان دسترسی به اطلاعات مورد نیاز از هر کشور
■ امکان الگوگیری و یا بهره‌گیری از تجربه آن‌ها برای بیمه خدمات درمانی روستاییان در ایران

■ روش تحلیل داده‌ها

از آن‌جا که داده‌های گردآوری شده غالباً غیرعددی و کیفی بودند، سعی پژوهشگر بر این بود که با توجه به پرسش‌های پژوهش، پاسخ‌هایی برای آن‌ها به‌دست آورد و با در نظر گرفتن شرایط اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی روستاییان در ایران و بهره‌گیری از نظر کارشناسان و صاحب‌نظران این موضوع، الگوی پیشنهادی خود را ارایه نماید.

بدین منظور نظرخواهی از صاحب‌نظران در دو مرحله انجام شد که در یک مرحله با انجام مصاحبه عمیق و نسبتاً مفصل با کسانی که قبلاً فعالیت‌های علمی و تحقیقاتی در زمینه بهداشت، درمان و بیمه روستاییان انجام داده بودند و با توجه به الگوهای رایج در کشورهای مورد مطالعه، الگوی مقدماتی طراحی شد و سپس با نظرخواهی درباره این الگو و انجام اصلاحاتی در آن بر مبنای نظریات ارایه شده، الگوی پیشنهادی پژوهشگر ارایه شد.

■ خلاصه یافته‌ها

خلاصه یافته‌های این پژوهش در مراحل شناخت وضعیت کنونی روستاییان ایران از نظر اجتماعی اقتصادی و بیمه خدمات درمانی و نیز شناخت الگوهای رایج در کشورهای مورد مطالعه به شرح زیر است:

□ برخی از ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی جمعیت روستایی در ایران

جمعیت روستایی حدود ۳۸ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهد. این نسبت در دهه گذشته ۴۵ درصد بوده و براساس پیش‌بینی مرکز آمار ایران، هم‌چنان با گذشت زمان رو به کاهش است.

حدود ۶۵ هزار روستای دارای سکنه در کشور 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 نفر جمعیت دارند.

روستاهای کشور جمعیتی نسبتاً جوان دارد که حدود ۶۵ درصد آن‌ها زیر ۲۵ سال سن هستند. همچنین ۱۵ درصد از این جمعیت زیر شش سال (تحت پوشش خانه‌های بهداشت) و بیش از ۴۰ درصد آن‌ها بین شش تا نوزده سال (تحت پوشش نظام آموزش و پرورش) هستند.

از نظر فعالیت اقتصادی، ۴۹ درصد در گروه کشاورزی، ۱۵ درصد در گروه صنعت، ۱۱ درصد در گروه ساختمان و به‌طور کلی ۷۵ درصد جمعیت روستایی در سه گروه یاد شده فعالیت می‌کنند.

از نظر وضع شغلی حدود ۴۰ درصد آن‌ها کارگر و کارفرما و ۶۰ درصد آن‌ها خویش‌فرما و یا کارکن فامیلی هستند.

بیش از ۶۰ درصد روستاها (۸۰ درصد خانوارهای روستایی) مشترک برق و حدود ۲۰ درصد آن‌ها دارای شعبه پست و نیز خط تلفن هستند.

نزدیک به ۴/۵ میلیون نفر از روستاییان در

تعاونی‌های روستایی عضویت دارند.

حدود ۴ هزار روستا دارای مرکز بهداشتی و درمانی و حدود ۶ هزار روستا دارای پزشک است/

□ برخی از ویژگی‌های بیمه خدمات درمانی روستاییان در ایران

در سال ۱۳۷۷ تعداد روستاییان تحت پوشش طرح بسیج بیمه 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 ارایه می‌شود. خدمات درمان سرپایی را مراکز بهداشتی و درمانی ارایه می‌کنند و خدمات بستری با استفاده از کارت بیمه خدمات درمانی و رعایت سیستم ارجاع ارایه می‌شود.

در سال ۱۳۷۷ تعداد مراجعات سرپایی روستاییان ۹۷۲ هزار نوبت بوده که به ازای یک بیمه شده کمتر از ۵ در هزار است در حالی که در همان دوره کارکنان دولت به ازای یک بیمه شده ۱/۵ نوبت مراجعه سرپایی داشته‌اند. در مورد دفعات بستری به ازای هر یک هزار بیمه شده، برای روستاییان ۲۴ نوبت و برای کارکنان دولت ۸۱ نوبت بوده است.

این مقایسه نشان می‌دهد که اگر بار مراجعات کارکنان دولت را به‌عنوان معیار قابل قبول در نظر بگیریم، مراجعات روستاییان بسیار کمتر از حد مورد انتظار بوده که می‌تواند به‌دلیل محدودیت دسترسی، تنگناهای نظام ارجاع و مراجعات خارج از نظام بیمه درمان باشد.

میانگین هزینه یک بار مراجعه سرپایی برای روستاییان نسبت به کارکنان دولت حدود ۵ برابر بیشتر و در مورد بستری حدود ۲۵ درصد کمتر بوده است.

این تفاوت حتی با فرض برابر بودن نرخ فرانشیز برای روستاییان و کارکنان دولت وجود دارد و بیانگر آن است که روستاییان عمدتاً برای خدمات سرپایی گران‌قیمت از کارت بیمه استفاده کرده‌اند در حالی که غربالگری نظام ارجاع و محدودیت آن‌ها به بیمارستان‌های دولتی منجربه کاهش میانگین هزینه یک نوبت بستری شده است. (مراجعات سرانه کارکنان دولت و کارگران تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی یعنی جمعاً حدود ۵۰ درصد جمعیت کشور به‌عنوان متوسط مراجعات مورد انتظار جمعیت کشور و مبنای محاسبه حق بیمه سرانه در نظر گرفته شده است).

□ مهم‌ترین نقاط قوت و ضعف بیمه خدمات درمانی روستاییان

در وضعیت کنونی بیمه خدمات درمانی روستاییان عمدتاً ماهیت حمایتی دارد به‌گونه‌ای که دسترسی روستاییان به خدمات بستری در بیمارستان‌های دولتی را آسان‌تر کرده و امکان برخورداری از ۷۰ درصد تخفیف در خدمات را برای آن‌ها فراهم می‌سازد اما با در نظر گرفتن تعاریف و اصول بیمه، نمی‌توان آن را به بیمه خدمات درمانی مربوط دانست با این توضیح، مهم‌ترین نقاط قوت و ضعف بیمه درمان روستاییان را می‌توان به شرح زیر برشمرد:

■ **فراگیری:** با توجه به پوشش نزدیک به ۹۰ درصد جمعیت روستایی، می‌توان پذیرفت که فراگیری پوشش جمعیت تحقق یافته است.

■ **استمرار:** برای تضمین استمرار پوشش بیمه روستاییان ساز و کاری وجود ندارد و ادامه پوشش یا عدم تداوم آن به تمایل و رغبت روستاییان بستگی دارد. ادامه پوشش منجربه ادامه استفاده از خدمات درمانی می شود اما درآمد بیشتری برای صندوق بیمه ایجاد نمی‌کند.

■ **اجبار:** اجبار یکی از ضرورت‌های بیمه اجتماعی است که بدون آن پوشش بیمه استمرار نمی‌یابد اما در مورد روستاییان اجبار پوشش وجود ندارد.

■ **جامعیت تعهدات:** خدمات درمانی قابل ارایه به روستاییان از طریق نظام بیمه هم از نظر سطح خدمات و هم از نظر میزان دسترسی محدود است و بنابراین از جامعیت لازم برخوردار نیست.

■ **عدالت:** مبنای بیمه‌های اجتماعی بر این است که افراد در زمان سلامتی درصدی از درآمد خود را بپردازند و در زمان بیماری با کمترین پرداخت، به میزان نیازشان از خدمات درمانی استفاده کنند به تعبیر دیگر، اصل بر مشارکت متناسب با توانمندی و بهره‌گیری متناسب با نیاز است اما در مورد بیمه درمان روستاییان این اصل رعایت نمی‌شود.

■ **خوداتکایی:** در نظام بیمه، اصل بر خود اتکایی مالی است اما صندوق بیمه درمان روستاییان متکی به منابع درونی خود نیست بلکه وابسته به اعتبارات و کمک‌های دولت است.

■ **دسترسی:** تسهیلات درمانی موجود در نقاط روستایی به‌اندازه‌ای نیست که نیاز آنان را کفایت کند و از سوی دیگر نظام ارجاع شبکه‌ها فاقد کارایی و ظرفیت لازم برای پاسخ‌گویی به این نیازهاست. این وضعیت موجب محدودیت دسترسی روستاییان به خدمات درمانی می‌شود.

■ خلاصه نتایج مطالعات تطبیقی

مشکلات مربوط به پوشش روستاییان در نظام بیمه تقریباً در همه کشورها به نحو مشابهی وجود داشته تا آنجا که بسیاری از کشورها روستاییان را از برنامه‌های بیمه اجتماعی و خدمات درمانی خود استثنا کرده‌اند.

منابع مالی نظام بیمه در این الگو عمدتاً از محل درآمدهای عمومی تامین می‌شود و در صورت مشارکت شهروندان، حق بیمه به‌صورت مبلغ مقطوع و مالیات سرانه دریافت می‌شود.

کنترل مصارف بیمه‌شدگان معمولاً با استفاده از نظام ارجاع صورت می‌گیرد و حجم مراجعات بیماران به سطوح تخصصی از طریق غربالگری و هدایت آن‌ها در سطح اول محدود می‌شود.

در الگوی دوم، شهروندان به اتکای اشتغال و وضع شغلی‌شان تحت پوشش نظام بیمه اجتماعی قرار می‌گیرند که بیمه خدمات درمانی هم یکی از تعهدات آن است و بنابراین، به‌دلیل آن‌که همواره بخشی از شهروندان خارج از نظام اشتغال رسمی فعالیت می‌کنند و یا ممکن است بیکار باشند، در این الگو پوشش همگانی جمعیت تحقق نمی‌یابد.

مشارکت بیمه‌شدگان در تامین حق بیمه‌ها با توجه به وضع شغلی و سطح درآمد آن‌ها متفاوت است به‌طوری که غالباً افراد پر درآمد مقدار بیشتری حق بیمه می‌پردازند بدون آن‌که حق بیشتری در جهت استفاده از خدمات درمانی برای آن‌ها ایجاد شود.

بنابراین افرادی که تحت پوشش بیمه اجتماعی

اجباری هستند، حتی اگر به نسبت درآمدشان حق بیمه‌های متفاوتی پرداخت کنند، سطح تعهدات بیمه برای آن‌ها یکسان است در صورتی که در بیمه‌های گروهی و انفرادی که به وسیله موسسات خصوصی اجرا می‌شوند، این‌گونه نیست و سطح تعهدات بیمه متناسب با میزان حق بیمه هر گروه یا فرد تنظیم می‌شود.

در بیمه‌های اجتماعی، بخش عمده منابع مالی را کارفرمایان تامین می‌کنند که البته با توجه به ساز و کارهای نظام اقتصادی، این منابع هم به صورت غیرمستقیم از طرف جامعه مصرف‌کننده تامین می‌گردد یعنی علاوه بر آن‌که جزو هزینه تمام شده کالا و خدمات محسوب می‌شود، معمولاً از معافیت مالیاتی هم برخوردار است.

کنترل مصارف بیمه‌شدگان و چگونگی شکل‌گیری هزینه‌های درمانی با استفاده از ساز و کارهای بیمه اجتماعی صورت می‌گیرد و در مواردی استفاده بیمه‌شدگان از خدمات درمانی مشروط به پرداخت مقدار مشخص و یا مدت معینی از حق بیمه است که براساس آن کارت یا دفترچه بیمه اعتبار زده می‌شود. علاوه بر آن که بیمه‌شدگان در هنگام دریافت خدمات درمانی، فرانشیز هم می‌پردازند و از فرانشیز به‌عنوان یک عامل کنترل‌کننده مراجعات غیرضروری نیز استفاده می‌شود.

با توجه به آنچه بیان شد، در کشورهایی که الگوی پوشش همگانی را به کار برده‌اند روستاییان هم به‌عنوان شهروند، مانند سایر شهروندان تحت پوشش نظام بیمه خدمات درمانی هستند اگرچه ممکن است به دلیل نحوه توزیع امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی، میزان دسترسی و بهره‌گیری آن‌ها از خدمات درمانی با سایر شهروندان متفاوت باشد.

در این مورد می‌توان از کشورهای روسیه انگلیس، کانادا و کوبا نام برد. اما در تعدادی از کشورها، روستاییان بر مبنای وضع شغلی‌شان از طریق نظام بیمه اجتماعی تحت پوشش قرار گرفته‌اند.

در این گونه کشورها هم روش‌های متفاوتی برای پوشش جمعیت روستایی در نظام‌های بیمه خدمات درمانی به‌کار رفته است اما رایج‌ترین روش در این مورد، تقسیم جمعیت روستایی به دو گروه شامل کارگران و خویش‌فرمایان است. بر مبنای این روش، برای کارگران کشاورزی که دارای کارفرما هستند و روستاییانی که برای خود کار می‌کنند تدابیر جداگانه‌ای اندیشیده شده است:

□ پوشش کارگران کشاورزی

روستاییانی که به هر نحوی از یک کارفرما مزد یا حقوق دریافت می‌کنند، با استفاده از ساز و کارهای بیمه اجتماعی تحت پوشش قرار می‌گیرند و خدمات درمانی به‌عنوان یکی از تعهدات بیمه اجتماعی ارایه می‌شود.

در این روش کارفرما مسوول وصول حق بیمه کارگران و پرداخت آن به صندوق بیمه است بدین ترتیب که حق بیمه بر مبنای دستمزد ماهانه کارگر تعیین می‌شود و کارفرما براساس لیست دستمزد ماهانه کارگران، حق بیمه سهم خود و سهم کارگران را از دستمزد آنان کسر می‌کند و به صندوق بیمه می‌پردازد.

در مورد چگونگی عضویت کشاورزان در این برنامه‌ها روش‌های گوناگونی وجود دارد. در کشور

فیلیپین، کشاورزان را در کنار کارگران مزد بگیر سایر بخش‌های اقتصادی به عضویت سازمان بیمه اجتماعی درآورده‌اند.

کشور فرانسه برای کارگران کشاورزی، رژیم بیمه اجتماعی جداگانه‌ای را تدارک دیده است. در آلمان و اتریش، کشاورزان مزد بگیر و خویش‌فرما دارای برنامه بیمه اجتماعی مشترکی هستند. به‌کارگیری این ساز و کارها بستگی به شرایط اجتماعی، اقتصادی و جمعیتی هر کشور دارد و چندان قابل الگوگیری نیست اما با این وجود، برای اجرای بیمه اجتماعی کارگران کشاورزی با استفاده از ساز و کارهای بیمه اجتماعی، لازم است حداقل زمینه‌ها و شرایطی به شرح زیر وجود داشته باشد:

- ثبات نظام کارگر و کارفرما در بخش کشاورزی
- کشاورزی نسبتاً صنعتی با مزارع یکپارچه
- وجود قرارداد اشتغال و توافق رسمی بین کارگر و کارفرما
- امکان شناسایی و برقراری ارتباط بین سازمان بیمه‌گر با کارفرمایان

□ پوشش خویش‌فرمایان روستایی

پوشش خویش‌فرمایان روستایی در نظام بیمه خدمات درمانی با دشواری‌های بیشتری همراه است. برخی از کشورها مانند ژاپن و کره جنوبی خویش‌فرمایان کشاورزی را در کنار خویش‌فرمایان شهری تحت پوشش بیمه درآورده‌اند.

در کشورهای اتریش و فیلیپین روستاییان مزد بگیر و خویش‌فرما از یک برنامه بیمه اجتماعی استفاده می‌کنند. ساز و کارهای بیمه اجتماعی خویش‌فرمایان روستایی عمدتاً مشابه خویش‌فرمایان شهری است و به‌ویژه در مواردی مانند روش ثبت نام و روش تعیین و وصول حق بیمه شباهت‌های بسیاری به چشم می‌خورد.

در برنامه‌های بیمه اجتماعی و بیمه خدمات درمانی خویش‌فرمایان روستایی در کشورهای مورد مطالعه، ویژگی‌های زیر مشترک است:

- وصول حق بیمه به‌صورت سرانه و مبلغ مقطوع
- مشارکت دولت در حق بیمه به منظور جبران سهم کارفرما
- استمرار پوشش بیمه با ساز و کارهای تشویقی یا الزام‌آور
- ثبت نام به صورت انفرادی یا گروهی و بعضاً به‌صورت بیمه اجتماعی

به نظر می‌رسد تدابیر زیر بتواند روستاییان را به قبول پوشش بیمه خدمات درمانی و استمرار آن تشویق کند:

- تناسب خدمات درمانی قابل ارایه در نظام بیمه با نیازهایی که مردم احساس می‌کنند.
- تناسب حق بیمه‌ها با قدرت پرداخت و یا تمایل مردم به سرمایه گذاری در امر بیمه
- قابل لمس بودن تعهدات بیمه در کوتاه‌مدت برای مردم
- استفاده از ساز و کارهای غیرمستقیم برای وصول حق بیمه
- کمک شفاف و هدایت شده دولت
- در نظر گرفتن امتیاز برای استمرار در پوشش

با توجه به ویژگی‌های یاد شده و بنا به دلایل زیر برای جمعیت روستایی کشور ایران الگوی پوشش

بر مبنای اشتغال توصیه نمی‌شود:

- نظام کارگر ـ کارفرما در مورد روستاییان با ثبات نیست.
- فعالیت روستایی و به‌ویژه کشاورزی در ایران به شیوه سنتی انجام می‌شود.
- در کشور ایران تجربه موفقی در زمینه دریافت مالیات یا حق بیمه از روستاییان وجود ندارد.
- کارفرما در نقاط روستایی برخلاف کارفرما در شهر، آمادگی لازم را برای پرداخت حق بیمه نسبتاً سنگین (به‌عنوان سهم کارفرما) ندارد.

با توجه به نکات یاد شده، الگوی پوشش بر مبنای اقامت برای بیمه خدمات درمانی روستاییان مناسب‌تر به نظر می‌رسد. تجربه‌های گذشته نیز در بخش بهداشت و درمان کشور و نظام بیمه خدمات درمانی به‌ویژه پوشش همگانی مراقبت‌های بهداشتی اولیه و بیمه همگانی خدمات درمانی بر این روال بوده است.

این برنامه‌ها فرهنگ ویژه‌ای را ایجاد نموده که تغییر دادن آن زمان زیادی را می‌طلبد ولی اگر برنامه‌های بیمه خدمات درمانی بر این ساختار بنا شوند، امکان موفقیت آن‌ها بیشتر خواهد بود.

■ الگوی پیشنهادی بیمه خدمات درمانی روستاییان

همان‌طور که اشاره شد، برای پوشش جمعیت روستایی در نظام بیمه خدمات درمانی نمی‌توان از مبنای شغلی آن‌ها استفاده نمود بنابراین پوشش روستاییان در نظام بیمه اجتماعی اجباری، حداقل در شرایط کنونی ممکن نیست اما با گروه‌بندی این افراد بر مبنای سنی، صنفی یا وضع سکونت، شرایط آسان‌تری برای پوشش بیمه خدمات درمانی آن‌ها فراهم می‌شود.

در این راستا پیشنهاد می‌شود برنامه پوشش تدریجی روستاییان در نظام بیمه خدمات درمانی با رعایت مراحل زیر و به ترتیب اولویت اجرا گردد:

□ پوشش دانش‌آموزان روستایی

بر مبنای یک برنامه فراگیر طی دو سال اول اجرای طرح تمامی دانش‌آموزان نقاط روستایی در فاصله سنی ۶ سال تا ۱۸ سال (که تحت پوشش بیمه اجتماعی اجباری نباشند) تحت پوشش بیمه خدمات درمانی اجباری قرار گیرند.

مراحل و ویژگی‌های پوشش دانش‌آموزان روستایی در نظام بیمه خدمات درمانی به شرح زیر پیشنهاد می‌شود:

سازمان بیمه خدمات درمانی از طریق عقد قرارداد با وزارت آموزش و پرورش و پرداخت کارمزد به مدارس، در ابتدای هر سال تحصیلی برای هر دانش‌آموز روستایی فرم بیمه‌نامه تکمیل کند و حق بیمه مربوط به آن‌ها را در دو یا سه مرحله طی سال تحصیلی وصول نماید.

با توجه به این که دانش‌آموزان در فاصله سنی ۶ تا ۱۸ سال نسبتاً سالم هستند و کمترین هزینه سرانه درمان را دارند، مقدار حق بیمه این افراد نسبت به سایر اقشار جمعیت کمتر و در نتیجه وصول آن هم آسان‌تر است.

با توجه به این که دانش‌آموزان از طریق مدارس همواره در دسترس هستند، امکان قسط‌بندی حق بیمه و وصول آن در طی سال تحصیلی وجود دارد. البته تضمین سلامتی بیش از ۴۰ درصد جمعیت روستاییان در سنین کودکی و نوجوانی این اهمیت

را دارد که کمک‌های ویژه شبکه‌های بهداشتی و درمانی را هم به خود جلب کند. این ویژگی‌ها ضمانت اجرای برنامه را افزایش می‌دهد.

در این برنامه، تشخیص دانش‌آموزان نیازمند روستایی که قادر به پرداخت تمام یا بخشی از حق بیمه نیستند با همکاری مدارس و ادارات آموزش و پرورش امکان‌پذیر خواهد بود و حق بیمه آن‌ها از طریق برنامه‌های حمایتی دولت تامین خواهد شد.

در این برنامه، تمامی خدمات درمانی قابل ارایه در نظام بیمه درمان همگانی در تعهد بیمه خواهد بود و از سوی دیگر، دانش‌آموزان روستایی باید بتوانند مانند بیمه‌شدگان نقاط شهری از خدمات تمامی پزشکان، مراکز درمانی و تشخیصی و بیمارستان‌های طرف قرارداد با بیمه در شهرها استفاده نمایند و نرخ فرانشیز آن‌ها مانند سایر بیمه‌شدگان در نقاط شهری تعیین شود.

با اجرای این برنامه بستر نسبتاً مناسبی برای نظام ارجاع در بیمه خدمات درمانی دانش‌آموزان فراهم می‌شود.

به این ترتیب که با مشارکت مراقبین بهداشت در مدارس و اختصاص یک پزشک خانواده (از سوی سازمان بیمه خدمات درمانی) به چند مدرسه به صورت سیار و حضور آن‌ها در هر مدرسه روستایی به مدت یک تا دو روز در هفته، مراجعات دانش‌آموزان به مراکز درمان تخصصی و بیمارستان‌ها هدایت شود و در نهایت پرونده‌ای که نشان‌دهنده سیر مراجعات بیمار و مراحل درمان اوست به‌عنوان سوابق بیمه درمان هر دانش‌آموز در اختیار مراقب بهداشت در مدرسه قرار گیرد.

مشارکت مراقبین بهداشت به نحوی خواهد بود که دانش‌آموزان با مسایل مربوط به ثبت نام و تکمیل پرونده و نظیر آن درگیر نشوند.

با اجرای این برنامه دو ساله، بخش قابل توجهی از جمعیت روستایی (حدود ۴۳ درصد) با روشی اطمینان‌بخش تحت پوشش قرار می‌گیرند و با توجه به این که در این برنامه حالت اجبار، استمرار و فراگیری جمعیت وجود دارد، منابع مالی نظام بیمه به موقع تامین می‌شود و به‌دلیل توزیع مخاطرات در یک جمعیت نسبتاً وسیع و کاهش هزینه سرانه، می‌توان در درازمدت امیدوار بود که منابع مالی بیمه بر مصارف آن پیشی گیرد.

از سوی دیگر موفقیت بیمه خدمات درمانی دانش‌آموزان و رضایت آن‌ها از خدمات نظام بیمه با گذشت یک تا دو سال، سایر اعضای خانواده آن‌ها را هم به عضویت در نظام بیمه خدمات درمانی ترغیب می‌کند و موجب ترویج فرهنگ بیمه‌پذیری در نقاط روستایی می‌گردد و شرایط اجرای مرحله دوم و سوم فراهم می‌شود.

در هر صورت، اجرای بیمه خدمات درمانی دانش‌آموزان را می‌توان مهم‌ترین مرحله اجرای این برنامه دانست که هم از نظر اهمیت جمعیت هدف و سهم بالای آن از کل جمعیت روستایی قابل توجه است و هم به دلیل حضور دانش‌آموزان تقریبا در تمامی خانواده‌ها بر نگرش و شرایط فرهنگی آن‌ها نسبت به بیمه خدمات درمانی اثر مستقیم دارد.

□ پوشش سالمندان روستایی

در بسیاری از کشورها افراد سالمند، اگر هم بازنشسته نباشند، تحت پوشش نظام حمایت کشور

هستند و خدمات درمانی مورد نیاز خود را از آن طریق تامین می‌کنند. در نقاط روستایی ایران حدود ۱/۵ میلیون نفر ار افراد بالای ۶۰ سال، از طریق طرح شهید رجایی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی هستند. این افراد نسبت به دیگران از درجه سلامت کمتری برخوردارند و در نتیجه هزینه سرانه درمان آن‌ها هم بالاتر است.

از سوی دیگر، درمان این افراد، بیشترین هزینه را به اعضای خانواده تحمیل می‌کند و به این دلیل در این خانواده‌ها انگیزه کافی برای پوشش بیمه‌ای سالمندان وجود دارد.

بنابراین در وهله اول توصیه می‌شود با استفاده از درآمدهای عمومی، تمام سالمندان روستایی که نزدیک به ۲ میلیون نفر (۹ درصد جمعیت روستایی) هستند به‌طور رایگان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گیرند اما در صورت عدم کفایت این منابع، معادل ۲۰ درصد حق بیمه سرانه سالمندان از آنان دریافت شود و ۸۰ درصد باقی مانده از محل اعتبارات نظام حمایتی تامین شود به‌نحوی که اعضای خانواده سالمندان در این زمینه هزینه زیادی را متحمل نشوند.

□ پوشش خانوادگی در روستاهای پرجمعیت

با توجه به یافته‌های این گزارش، تعداد ۵۰۰۰ روستا در کشور بیش از ۲۰۰ خانوار جمعیت دارند که کل جمعیت آن‌ها حدود ۱۱ میلیون نفر است و با کسر تعداد دانش‌آموزان و سالمندان، حدود ۶ میلیون نفر در این روستاها خارج از پوشش بیمه باقی می‌مانند.

این روستاها از امکانات زیر بنایی نسبتا مناسبی برای اجرای بیمه همگانی خدمات درمانی برخوردار هستند.

در صورت اجرای موفقیت‌آمیز دو مرحله اول طرح، انتظار می‌رود شرایط فرهنگی مناسب برای پذیرش برنامه‌های بیمه درمان در خانواده‌های روستایی ایجاد شده باشد.

در این حالت، مناسب‌ترین گزینه برای بیمه خانواده‌ها این است که بر مبنای نوع شغلشان به‌صورت خانوادگی تحت پوشش نظام بیمه اجتماعی اجباری قرار گیرند اما در صورت عدم کارایی و کفایت این روش، توصیه می‌شود پوشش بیمه‌ای خانوارها در این روستاها با کمک شرکت‌های برق منطقه‌ای و استانی انجام گیرد.

هزینه سرانه این افراد نسبت به دانش‌آموزان بیشتر و نسبت به سالمندان کمتر است. اگرچه در مورد این افراد، اصل بر این است که منابع مالی از محل حق بیمه‌ها تأمین شود و فقط کسری احتمالی آن را دولت به‌صورت یارانه بپردازد اما حداقل در شروع برنامه، وصول حق بیمه کامل دشوار خواهد بود و بخشی از حق بیمه باید از سایر منابع تامین شود.

علاوه بر این، بخشی از این خانوارها به‌دلیل فقدان تمکن مالی باید از طریق نظام حمایتی تحت پوشش قرار گیرند و تمام یا بخشی از حق بیمه آن‌ها از این طریق تأمین شود.

به‌طور کلی پس از اتمام مراحل (الف) و (ب)، در صورت عدم امکان اجرای بیمه اجتماعی اجباری در مورد این افراد، سازمان بیمه خدمات درمانی می‌تواند به روش زیر عمل کند:

از طریق عقد قرارداد با شرکت‌های برق منطقه‌ای و استانی و پرداخت کارمزد متناسب به

آن‌ها، با در نظر گرفتن مبلغ هزینه برق مصرفی خانوارها، به‌طور متوسط معادل ۵۰ درصد از حق بیمه درمان را روی قبض برق مصرفی خانوارهای مشترک، محاسبه و وصول نماید به‌نحوی که حق بیمه درمان از هزینه برق مصرفی بیشتر نباشد.

با گنجاندن یک ماده در قانون بودجه عمومی هر سال، معادل ۵ تا ۷ درصد از نرخ تضمینی خرید محصولات کشاورزی و باغداری و صنایع روستایی در سطح کشور، به صندوق بیمه خدمات درمانی روستاییان اختصاص یابد.

با در نظر گرفتن نسبت بین قیمت محصولات کشاورزی و هزینه سرانه درمان روستاییان، از این طریق حدود ۵۰ درصد حق بیمه خانوارهای مورد نظر تامین می‌شود.

در هر مورد کسانی که بتوانند بر مبنای اشتغال تحت پوشش بیمه اجتماعی اجباری قرار گیرند با همه افراد خانواده‌شان (از جمله دانش‌آموزان و سالمندان) از این برنامه استفاده کنند.

□ پوشش اختیاری سایر افراد

با اجرای برنامه‌های بیمه در مورد گروه‌های یاد شده، حدود ۱۸ میلیون نفر (۸۰ درصد جمعیت روستایی) به‌طور اجباری تحت پوشش بیمه خدمات درمانی قرار خواهند گرفت و ۲۰ درصد باقی می‌مانند که عمدتا در روستاهای کم جمعیت ساکنند و شامل افراد خانوار به‌جز دانش‌آموزان و سالمندان هستند.

منابع

۱ ـ دکتر رضایی‌قلعه حمید، گامی برای روستاییان، سرمقاله ویژه‌نامه علمی ـ تخصصی بیمه خدمات درمانی، شماره ۲۶ اسفند ماه ۸۳.

۲ ـ محصل شهلا، واکاوی دشواری‌های طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده، مجله آتیه شماره ۵۲۴، مرداد ۸۴.

۳ ـ حسینی ناهید، رویکرد ناپایدار به توسعه روستایی پایدار، مجله آتیه، شماره ۵۳۷، آبان ماه ۸۴.

۴ ـ جمالی محمدرضا، بیمه درمان روستاییان و عشایر، ویژه‌نامه علمی ـ تخصصی بیمه خدمات درمانی، شماره ۲۲، شهریور ۸۲.

۵ ـ کریمی مظفر، طرح پژوهشی و مطالعه تطبیقی بیمه خدمات درمانی روستاییان در چند کشور، ویژه‌نامه سازمان بیمه خدمات درمانی ۱۳۷۹.

۶ ـ صادقی حسین، طرح پژوهش (مقایسه ساختار درآمد و هزینه خانوار شهری و روستایی و نقش بیمه‌های اجتماعی در ایجاد توازن میان آن‌ها) سازمان بیمه خدمات درمانی ۱۳۸۰.

۷ ـ رفیعیان مجتبی، طرح پژوهش (بیمه روستایی و نقش آن در توسعه روستایی ایران) سازمان بیمه خدمات درمانی ۱۳۸۰.

۸ ـ عسگری علی، طرح پژوهش (تخمین تمایل به پرداخت خانوارهای روستایی برای بیمه خدمات درمانی) سازمان بیمه خدمات درمانی ۱۳۸۱.

۹ ـ لقمانیان محمدخسرو، طرح پژوهشی (برآورد دو تجزیه و تحلیل قیمت تمام شده خدمات درمانی) سازمان بیمه خدمات درمانی ۱۳۸۱.