

تصویر سلامت

دوره ۲ شماره ۴ سال ۱۳۹۰ صفحه ۳۵ - ۲۸

پوشش همگانی بیمه درمان و دلایل عدم پوشش بیمه درمان در ایران:
تحلیل ثانویه مطالعه ملیشیرین نصرت‌نژاد^{۱*}، آرش رشیدیان^۲، ناهید جعفری^۳، علیرضا محبوب اهری^۴

چکیده

زمینه و اهداف: دستیابی به پوشش همگانی یکی از اهداف اساسی سیستم بهداشتی درمانی تمام کشور می باشد. علی‌رغم این‌که در ایران از سال ۱۳۷۳ قانون پوشش همگانی خدمات درمانی در کشور به اجرا در می آید، متأسفانه هنوز به پوشش همگانی دسترسی پیدا نکردیم و همچنین آمار و ارقام متفاوتی در زمینه افراد تحت پوشش صندوق های بیمه ای کشور در سالیان گذشته وجود دارد. مطالعه حاضر با تحلیل داده های یک مطالعه پیمایش ملی، به روشن شدن وضعیت پوشش بیمه درمان پایه در کشور می‌پردازد و عوامل مؤثر بر نداشتن بیمه درمان در میان خانوارهای ایرانی را مورد بررسی قرار می دهد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه، داده های پیمایش ملی با عنوان "بررسی چگونگی بهره مندی جامعه از خدمات سلامت" که در سال ۱۳۸۷ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی از یک نمونه ۱۰۲۰۰۰ نفری جمعیت خانوارهای ایران جمع آوری شده بود، مورد تحلیل قرار گرفتند و پایگاه های داده داخل و خارج از کشور مانند SID, Scopus, Pubmed و Iranmedex و همچنین پایگاه داده مرکز آمار ایران، فصل نامه ها و گزارشات سازمان تأمین اجتماعی، به ترتیب برای بررسی مقالات مربوط به عوامل مؤثر بر گسترش و عدم گسترش بیمه درمان و همچنین دستیابی به آمار و اطلاعات وضعیت بیمه درمان در کشور بررسی شدند. مدیریت داده ها در فضای نرم افزار Excel صورت گرفت.

یافته‌ها: ۸۵ درصد از خانوارهای مورد مطالعه دارای حداقل یک بیمه و ۱۵ درصد فاقد هر گونه پوشش بیمه ای بودند. بیمه خدمات درمانی بالاترین فراوانی (۵۹/۲۷ درصد) و بیمه خصوصی پایه پایین ترین فراوانی (۰/۲ درصد) پوشش بیمه ای برای خانوارها را فراهم می کنند. ۵۱ درصد از خانوارها عدم توانایی مالی، ۱۳ درصد عدم نیاز به بیمه درمان پایه، ۱۲ درصد عدم شناخت و اطلاعات کافی در زمینه بیمه شدن، ۱۲ درصد بیکاری، ۱۰ درصد فرار کارفرما از بیمه کردن کارگران خود و ۲ درصد بی‌فایده بودن بیمه را از علت های مؤثر بر عدم بیمه بودن خود و خانواده شان اعلام کرده اند.

بحث و نتیجه‌گیری: علی‌رغم اهمیت بالای داده ها و اطلاعات مربوط به بیمه شده ها برای صندوق های بیمه ای و سیاست‌گذاران بیمه های سلامت، همچنان مشکلات فراوانی در زمینه دسترسی سهل و آسان به این اطلاعات مشاهده می شود. تحلیل داده های حاصل از پیمایش "چگونگی بهره مندی جامعه از خدمات سلامت" نشان می دهد که ۱۵٪ از افراد جامعه تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نیستند. نقص اطلاعات و عدم وجود هماهنگی بین بیمه ها موجب ارایه پوشش بیمه مضاعف (علی‌رغم عدم پوشش ۱۵ درصدی) به برخی افراد شده است. مهم ترین عوامل بیان شده توسط خانوارها برای عدم بیمه شدن خود، به‌ترتیب شامل عدم توانایی مالی، عدم نیاز، بیکاری، عدم شناخت نحوه بیمه شدن، فرار کارفرما از بیمه کردن کارگران و بی‌فایده بودن بیمه اعلام شده است، که این عوامل بایستی توسط سیاست‌گذاران مورد بررسی قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: بیمه درمان پایه، پوشش بیمه همگانی، تحلیل ثانویه، ایران

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز (Email: sh_nosratnejad@yahoo.com)

۲. دانشیار گروه مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳. متخصص پزشکی اجتماعی، معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

۴. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

مقدمه

تأمین اجتماعی یکی از مهمترین و اساسی ترین پیش نیازهای توسعه در جوامع مختلف بوده و بدین جهت همواره در سرلوحه کار دولت ها قرار داشته و آرزوی آحاد مردم بوده است و توسعه بدون حضور آن، نمی تواند معنا و مفهومی بنیادی و پایدار داشته باشد (۱).

در کشور ایران، تأمین اجتماعی از اهمیتی ویژه برخوردار است، زیرا هم زمینه و بستر اصلی شکل گیری و اجرای حرکت های معطوف به توسعه است و هم هدف توسعه. در قانون اساسی، در اصول متعددی به این مهم پرداخته شده است و به خصوص اصل ۲۹ به صورتی ویژه بر این امر صراحت دارد؛ برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، ازکارافتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، حوادث و سوانح، دولت موظف است طبق قوانین، از محل درآمدهای عمومی و درآمدهای حاصل از مشارکت مردم، خدمات و حمایت های مالی فوق را برای یک یک افراد کشور تأمین کند.

در این میان یکی از اهداف بسیار مهم نظام تأمین اجتماعی، بیمه اجتماعی درمان است که در عرف کشور به بیمه پایه درمان مشهور شده و از طریق سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی و سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح و همین طور کمیته امداد امام خمینی به عنوان چهار سازمان بیمه گر اصلی و سایر صندوق ها (شرکت نفت، بیمه ایران، صداوسیما، وزارت جهاد کشاورزی، صنایع ملی مس ایران، شهرداری تهران، بانک ها، هواپیمایی هما، بانک مرکزی، بیمه مرکزی، شرکت فولاد ایران، سازمان بنادر و کشتیرانی، سازمان گسترش و نوسازی صنایع و شرکت مخابرات ایران و ...) (۳) علی رغم وجود افراد فاقد پوشش بیمه در کشور بیش از جمعیت سرشماری شده کشور، پوشش بیمه ای وجود دارد؛ که این فزونی جمعیت به دلیل عدم وجود بانک اطلاعاتی جامع در این زمینه می باشند.

طبق آمار سازمان بهزیستی، از جمعیت سه میلیون نفری معلولان کشور، یک میلیون و سیصد هزار نفر توسط سازمان بهزیستی شناسایی شده اند که تنها ۵۰ درصد از آن ها دارای بیمه پایه درمان هستند. علاوه بر معلولان، هنوز بخش قابل توجهی از جمعیت کشور که در بخش های اقتصادی غیر رسمی فعالیت دارند و در حومه شهرها زندگی می کنند و جزو افراد ساکن در روستاها نیستند، از پوشش تأمین اجتماعی و دسترسی به خدمات آن بی بهره اند. به عنوان نمونه در مطالعه ای که بر روی منطقه ۱۷ تهران انجام گردیده بود، پوشش بیمه پایه از ۷۸/۹ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۷۳/۶ درصد در سال ۱۳۸۶ رسیده است. یعنی در طی سال های مطالعه کاهش ۵/۳ درصدی پوشش بیمه در این جمعیت خاص شهری دیده شده است و درصد جمعیتی که تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نبودند به ۲۶/۴ درصد افزایش یافته

بیمه پایه درمان بیمه ای قانونی است که قیمت ها، هزینه ها، قرارداد با ارایه کنندگان خدمات، امتیازات و اهداف درمان در این بیمه توسط قانون تعیین شده اند. این نوع بیمه به سود و منفعت جامعه و تحت کنترل و نظارت عمومی است و سازمان های مجری طرح های بیمه پایه درمان، سازمان های سودآوری نیستند.

در ایران لایحه نظام بیمه درمان همگانی در سال ۱۳۷۱ پس از تصویب هیأت دولت، به مجلس تقدیم گردید. این لایحه در سال ۱۳۷۳ به تصویب مجلس رسید و سازمان بیمه خدمات درمانی در همان سال بر پایه قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور، وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تشکیل شد؛ تا موجبات و امکانات بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت، افراد نیازمند، روستاییان و سایر گروه های اجتماعی را بر عهده گیرد.

در سال ۱۳۸۳، با تصویب قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی تشکیل گردید؛ که یکی از اهداف تشکیل آن گسترش نظام بیمه ای و تأمین سطح بیمه همگانی برای آحاد جامعه و ایجاد هماهنگی بین حوزه های بیمه ای و ممانعت از هم پوشانی های بیمه ای است. با این وجود در حال حاضر با تعدد صندوق های بیمه ای در کشور روبرو هستیم. بر اساس سالنامه آماری سال ۱۳۸۷ وزارت رفاه و تعاون مجموع جمعیت تحت پوشش سازمان های بیمه گر اصلی (سازمان تأمین اجتماعی، سازمان بیمه خدمات درمانی، سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح و کمیته امداد) حدود ۷۴ میلیون نفر است. این آمار بدون در نظر گرفتن جمعیت سایر صندوق ها (شرکت نفت، بیمه ایران، صداوسیما، وزارت جهاد کشاورزی، صنایع ملی مس ایران، شهرداری تهران، بانک ها، هواپیمایی هما، بانک مرکزی، بیمه مرکزی، شرکت فولاد ایران، سازمان بنادر و کشتیرانی، سازمان گسترش و نوسازی صنایع و شرکت مخابرات ایران و ...) (۳) علی رغم وجود افراد فاقد پوشش بیمه در کشور بیش از جمعیت سرشماری شده کشور، پوشش بیمه ای وجود دارد؛ که این فزونی جمعیت به دلیل عدم وجود بانک اطلاعاتی جامع در این زمینه می باشند.

طبق آمار سازمان بهزیستی، از جمعیت سه میلیون نفری معلولان کشور، یک میلیون و سیصد هزار نفر توسط سازمان بهزیستی شناسایی شده اند که تنها ۵۰ درصد از آن ها دارای بیمه پایه درمان هستند. علاوه بر معلولان، هنوز بخش قابل توجهی از جمعیت کشور که در بخش های اقتصادی غیر رسمی فعالیت دارند و در حومه شهرها زندگی می کنند و جزو افراد ساکن در روستاها نیستند، از پوشش تأمین اجتماعی و دسترسی به خدمات آن بی بهره اند. به عنوان نمونه در مطالعه ای که بر روی منطقه ۱۷ تهران انجام گردیده بود، پوشش بیمه پایه از ۷۸/۹ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۷۳/۶ درصد در سال ۱۳۸۶ رسیده است. یعنی در طی سال های مطالعه کاهش ۵/۳ درصدی پوشش بیمه در این جمعیت خاص شهری دیده شده است و درصد جمعیتی که تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نبودند به ۲۶/۴ درصد افزایش یافته

است؛ که نشان‌دهنده ضعف در اجرای قانون پوشش همگانی خدمات درمانی است (۴).

اهمیت موضوع بیمه درمان در نظام سیاست‌گذاری سلامت کشور و روشن نبودن وضعیت پوشش بیمه‌ای در کشور و داشتن آمارهای متفاوت در این زمینه و ضعف در اجرای قانون پوشش همگانی، باعث گردید که مطالعه‌ای در مورد سیستم بیمه‌ای کشور انجام گیرد.

تاریخچه بیمه درمان پایه در کشور:

در ایران برای اولین بار در سال ۱۳۱۶ قانون بیمه مشتمل بر ۳۶ ماده درباره بیمه‌های خصوصی به تصویب مجلس رسید. در سال ۱۳۲۲ قانون بیمه اجباری حوادث و بیماری‌های ناشی از کار در مورد کارگران تهیه و به تصویب مجلس رسید. در سال ۱۳۲۵ برای حمایت بیشتر از طبقه کارگر و برقراری روابط منطقی بین کارگر و کارفرما، قانون کار مشتمل بر ۴۸ ماده به تصویب دولت رسید. طبق این قانون دو صندوق تشکیل شد. اول صندوق بهداشت برای کمک به کارگران در مورد وضع حمل، بیمه بیماری و حادثه ناشی از کار و همچنین بیماری‌های غیرناشی از کار که زمینه‌ای برای ایجاد "بیمه خدمات درمانی" شد. دوم صندوق تعاون برای کمک در زمینه بیکاری، از کارافتادگی، بازنشستگی و غیره که بعدها پایه‌ای برای استقرار "بیمه‌های اجتماعی" در کشور شد.

در سال ۱۳۲۸ اولین اقدام جدی در زمینه بیمه درمان کارکنان دولت صورت پذیرفت. در این سال با انعقاد قرارداد بین وزارت فرهنگ وقت و شرکت بیمه ایران، کارکنان وزارت فرهنگ بیمه شدند. این کارکنان در برابر بیماری‌ها، نقص عضو و مستمری بازماندگان در صورت فوت حین انجام وظیفه بیمه شدند. در شهریور ماه سال ۱۳۳۳ "بیمه اجتماعی کارکنان دولت" ایجاد گردید و تمام کارکنان دولت برای حوادث ناشی از کار و بیماری بیمه شدند. قرارداد بیمه درمانی کارکنان دولت در سال ۱۳۴۲ با شرکت سهامی بیمه ایران به علت نارسایی‌هایی که در اجرای قرار داد وجود داشت فسخ و امور آن به وزارت بهداری آن زمان واگذار گردید.

در سال ۱۳۴۷ نام سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران به سازمان بیمه‌های اجتماعی تبدیل شد تا افزون بر کارگران، افراد طبقات دیگر از جمله کارکنان دولت و کلیه بیمه‌شدگان و افرادی که تحت شمول بیمه خاصی نبودند، تحت پوشش این سازمان قرار گیرند. در حقیقت سازمان بیمه‌های اجتماعی کارگران و بیمه‌های اجتماعی کارکنان دولت که در سال‌های ۱۳۳۱ و ۱۳۳۳ به وجود آمده بودند در هم ادغام شدند.

در سال ۱۳۴۸ برای اولین بار با تصویب مجلس، روستاییان تحت پوشش بیمه قرار گرفتند و در سال ۱۳۵۲ قانون تأمین خدمات درمانی مستخدمین دولت به تصویب رسید و بر اساس آن دولت مکلف گردید که خدمات درمانی

کلیه کارکنان سازمان‌های دولتی و وابسته به دولت و همچنین امر تأمین درمان افراد بی بضاعت و دیگر طبقاتی که هنوز بیمه نشده‌اند، در نقاطی که موجبات و امکانات فراهم می‌گردد به سازمان تأمین خدمات درمانی واگذار شود.

در سال ۱۳۵۳ با تشکیل وزارت رفاه اجتماعی، سازمان تأمین خدمات درمانی تحت پوشش این وزارتخانه قرار گرفت و درمان مشمولین تأمین اجتماعی نیز بر عهده این سازمان گذاشته شد.

در تیرماه سال ۱۳۵۴ قانون تأمین اجتماعی به تصویب رسید و سازمان تأمین اجتماعی تشکیل شد. همچنین سازمان بیمه‌های اجتماعی و سازمان بیمه‌های روستاییان در این سازمان ادغام گردید، که یک سال بعد در سال ۱۳۵۵ با تصویب قانون تشکیل وزارت بهزیستی، وزارتخانه‌های رفاه اجتماعی و وزارت بهداری در هم ادغام و وزارت بهداری و بهزیستی را تشکیل دادند و نام سازمان تأمین اجتماعی نیز به صندوق تأمین اجتماعی تغییر یافت که دوباره در سال ۱۳۵۸ نام صندوق به سازمان تأمین اجتماعی تغییر یافت و شعبات آن از وزارت بهداری منفک و زیر نظر سازمان تأمین اجتماعی قرار گرفتند.

در سال ۱۳۶۸ با تصویب قانونی کلیه امور درمان، حوادث، بیماری‌ها و حاملگی ماده ۳ قانون تأمین اجتماعی که توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی ارایه می‌شد؛ از آغاز سال ۱۳۶۹ به سازمان تأمین اجتماعی محول گردید و این سازمان مسئولیت درمان بیمه‌شدگان خود را در مراکز بهداشتی و درمانی که مالکیت آن‌ها را بر عهده داشت، بر عهده گرفت و سرانجام در سال ۱۳۷۳، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی از تصویب مجلس شورای اسلامی گذشت. در پی آن اساسنامه سازمان بیمه خدمات درمانی در اسفندماه ۱۳۷۳ در هیأت دولت تصویب و این سازمان در سوم مهرماه ۱۳۷۴ به طور رسمی آغاز به کار کرد (۵).

بیمه‌های درمان پایه اساسی در ایران

۱. سازمان بیمه خدمات درمانی: این سازمان شامل صندوق‌های کارکنان دولت، روستائیان، خویش‌فرمایان و سایر اقشار می‌باشد (۵).

۲. سازمان بیمه تأمین اجتماعی: یک سازمان عمومی غیردولتی است که کارگران مزد و حقوق‌بگیر (به صورت اجباری) و صاحبان حرف و مشاغل آزاد (به صورت اختیاری) و افراد تحت تکفلشان را تحت پوشش قرار می‌دهد (۵).

۳. سازمان تأمین اجتماعی نیروهای مسلح: این صندوق به عنوان سومین سازمان بیمه‌ای کشور در عرصه ارائه خدمات تأمین اجتماعی از ادغام سازمان بیمه و بازنشستگی ارتش، سپاه و نیروی انتظامی و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح شکل گرفت. وظیفه

کار افتاده یا معلول و سالمندان بالای ۶۰ سال روستایی را تحت پوشش قرار میدهد(۵). سایر صندوق های بیمه ای: کارمندان ارگان هایی از جمله بانک ها، شرکت نفت، شهرداری تهران، صدا و سیما و هواپیمایی کشور و بعضی از صنایع تولیدی کشور توسط این صندوق ها تحت پوشش قرار می گیرند (جدول ۱).

این سازمان تأمین خدمات درمانی نیروهای مسلح و وزارت دفاع و پشتیبانی نیروهای مسلح و سازمان های وابسته به آنها اعم از کادر ثابت، پیمانی و اعضای ویژه بسیج، بازنشستگان، وظیفه بگیران و عایله تحت تکفل آنها و مستمری بگیران است (۵). ۴. کمیته امداد امام خمینی که در چهاردهم اسفند سال ۱۳۵۷ بر اساس حکم امام خمینی برای مدت نامحدود تشکیل شد و خانوارهای بی سرپرست بدون توانایی امرار معاش و خانوارهای فقیر با سرپرست از

جدول ۱. مشخصه های اصلی بیمه های درمان پایه در ایران

صندوق های بیمه ای کشور	سازمان بیمه خدمات درمانی			سازمان تأمین اجتماعی		سازمان بیمه نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی (ره)	سایر صندوق ها	
نوع بیمه	بیمه خدمات درمانی کارکنان دولت	بیمه روستایی	سایر اقشار	خویش فرما	بیمه تأمین اجتماعی اجباری	بیمه تأمین اجتماعی اختیاری	بیمه نیروهای مسلح	بیمه کمیته امداد امام خمینی* (ره)	سایر صندوق های بیمه ای
شرایط استحقاق	کارکنان دولت و افراد تحت تکلفشان	روستاییان، عشایر و ساکنین شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت	خانواده شهدا، جانبازان، روحانیون، دانشجویان، زندانیان، کانون وکلا و سردفتران، مشمولین طرح نیروی انسانی و	صاحبان حرف و مشاغل آزاد و افراد تحت تکلفشان	کارگران و کارمندان بخش های غیردولتی و افراد تحت تکلفشان	صاحبان حرف و مشاغل آزاد و افراد تحت تکلفشان	کارکنان نیروهای مسلح و افراد تحت تکلفشان	خانوارهای فقیر و بی سرپرست	کارمندان بعضی از ارگان ها از جمله بانک ها، شرکت نفت، شهرداری تهران، صدا و سیما و هواپیمایی کشور و
	نحوه عضویت پاسخگو به سهم حق بیمه	اجباری	اجباری	اجباری	اختیاری	اختیاری	اجباری	اجباری	اجباری
سهم بیمه شده از حق بیمه	۳۰٪	-	۳۰-۳۰٪	۱۰۰٪	۷٪**	-	۳۰٪	-	۳۰٪
سهم کارفرما از حق بیمه	۷۰٪	-	۷۰٪	-	۲۰٪	۱۰۰٪	۷۰٪	-	۷۰٪
سهم دولت	-	۱۰۰٪	-	-	۳٪	-	-	بودجه سنواتی و خیریه	-

* به وسیله خیریه ها و دولت تأمین مالی میشود

** ۳۰٪ از کل حقوق و دستمزد کارگر به عنوان حق بیمه پرداخت میگردد

در ادامه، برای بررسی وضعیت بیمه درمان پایه در کشور از داده های پیمایش ملی با عنوان "بررسی چگونگی بهره مندی جامعه از خدمات سلامت" که در سال ۱۳۸۷ توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمع آوری شده بود، استفاده گردید (۶). در این مطالعه ملی، که بر روی ۲۳۵۴۵ خانوار ایرانی (۷۵۰ خانوار از هر استان) صورت گرفته است، مجموعاً داده های ۱۰۲۰۰۰ نفر از کل کشور جمع آوری

مواد و روش ها

به منظور سنجش عوامل مؤثر بر علت عدم پوشش یا عدم تقاضای بیمه درمان، مقالات منتشر شده در پایگاه های داده داخل و خارج از کشور مانند SID, Pubmed, Scopus و Iranmedex مورد بررسی قرار گرفتند، همچنین پایگاه داده مرکز آمار ایران، فصل نامه ها و گزارشات تأمین اجتماعی نیز از بابت دستیابی به آمارهای مختلف مورد بررسی قرار گرفتند.

یافته های مطالعه نشان می دهد بعد خانوار ۴۳۴ نفر می باشد. ۷۳٪ از سرپرستان خانوار شاغل و ۸۵٪ بیکار می باشند. متوسط سطح سواد سرپرستان خانوارها ۶ سال می باشد. ۸۵٪ از افراد دارای بیمه درمان پایه و نزدیک ۱۵٪ از افراد فاقد بیمه درمان هستند.

گردید. داده های جمع آوری شده از نظر تعیین وضعیت پوشش بیمه ای، نوع بیمه، عوامل مؤثر بر عدم پوشش بیمه مورد بررسی قرار گرفتند و داده های مورد نیاز توسط نرم افزار Excel مورد پردازش قرار گرفتند. بررسی متغیرهای دموگرافیک ۲۳۵۴۵ خانوار شرکت کننده در پیمایش ملی، در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. مشخصات نمونه مورد مطالعه در پیمایش کشوری "بهره مندی جامعه از خدمات سلامتی در سال ۱۳۸۷"

متغیرها	میانگین	تعداد	درصد
بعد خانوار	۴۳۴ نفر		
جنسیت سرپرست خانوار			
مذکر		۲۱۴۸۸	۹۱٪
مونث		۲۰۴۶	۹٪
وضعیت اشتغال			
شاغل		۱۷۰۸۲	۷۳٪
درآمد بدون کار		۳۰۰۹	۱۳٪
خانه دار		۱۲۰۵	۵٪
دانشجو		۷۵	۰.۳٪
بیکار		۱۹۹۸	۸.۵٪
تحصیلات سرپرستان	۶.۱۱ سال		
بی سواد		۹۹۱۴	۴۲٪
ابتدایی		۵۰۱۵	۲۱٪
راهنمایی		۳۰۶۰	۱۳٪
دیپلم		۳۱۶۳	۱۳.۶٪
دانشگاهی		۲۲۶۸	۹.۷٪
وضعیت تاهل			
متاهل		۲۱۰۰۱	۸۹٪
مجرد (بیوه، مجرد، مطلقه)		۲۵۲۱	۱۱٪
وضعیت بیمه درمان پایه سرپرستان			
دارای بیمه پایه		۲۰۰۸۳	۸۵٪
فاقد بیمه پایه		۳۳۶۱	۱۴٪

خدمات درمانی کارکنان دولت، بیمه تأمین اجتماعی اختیاری و بیمه نیروهای مسلح می باشد که درصد خانوارهای تحت پوشش هر کدام از بیمه ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

از میان ۸۵٪ از خانوارهایی که تحت پوشش بیمه درمان پایه قرار داشتند، بیشترین فراوانی از نظر نوع بیمه به ترتیب مربوط به بیمه درمان روستائیان، بیمه تأمین اجتماعی اجباری، بیمه

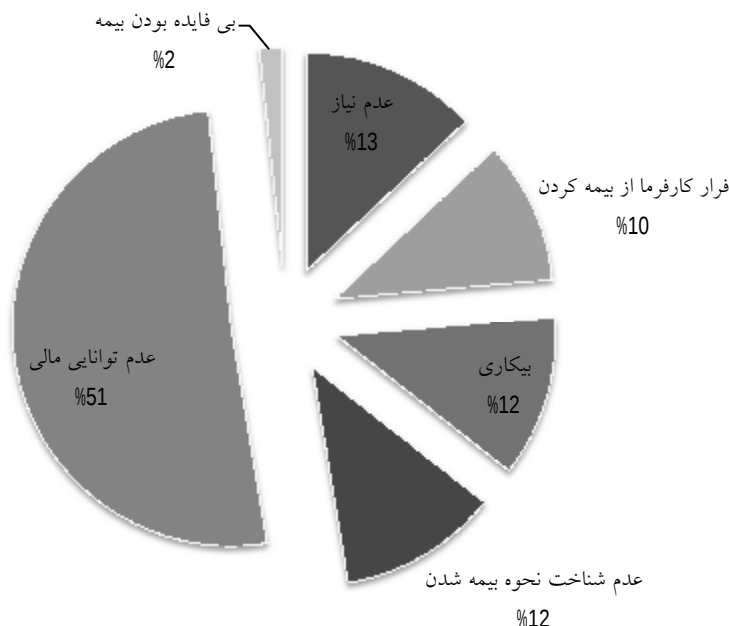
جدول ۳. توزیع نوع بیمه درمان خانوارهای کشور بر اساس داده های پیمایش ملی "عنوان مطالعه به طور یکسان در جداول وارد شود"

نام صندوق بیمه ای	نوع بیمه سرپرستان خانوار	درصد فراوانی نسبی
بیمه خدمات درمانی	بیمه روستایی	۴۳
	خدمات درمانی کارکنان دولت	۱۳
	خدمات درمانی سایر اقشار	۲/۵
	بیمه خویش فرما	۰/۴
	بیمه بستری شهری	۰/۳۷
بیمه تأمین اجتماعی	تأمین اجتماعی اجباری	۱۹
	تأمین اجتماعی حرف و مشاغل آزاد و اختیاری	۱۲/۵
بیمه نیروهای مسلح	بیمه نیروهای مسلح	۵
بیمه کمیته امداد	بیمه کمیته امداد	۱/۵
سایر صندوقهای بیمه ای	بیمه اختصاصی سایر سازمانهای دولتی	۲
بیمه پایه خصوصی	بیمه پایه خصوصی	۰/۱

۵۱٪ از خانوارها عدم توانایی مالی، ۱۳٪ عدم نیاز به بیمه درمان پایه، ۱۲٪ عدم شناخت و اطلاعات کافی در زمینه بیمه شدن، ۱۲٪ بیکاری، ۱۰٪ فرار کارفرما از بیمه کردن کارگران خود و ۲٪ بی‌فایده بودن بیمه را از علت‌های مؤثر بر عدم بیمه بودن خود و خانواده‌شان اعلام کرده‌اند (نمودار ۱).

خانوارهایی که فاقد پوشش بیمه درمان پایه در کشور بودند، دلایل عدم پوشش خود را در شش حیطه به صورت زیر بیان کرده‌اند: عدم توانایی مالی، عدم نیاز به بیمه درمان، بیکاری سرپرستان خانوار، عدم داشتن اطلاعات لازم در زمینه چگونگی بیمه شدن، فرار کارفرما از بیمه کردن کارگران و بی‌فایده بودن بیمه درمان در نظر آن‌ها.

عوامل بیمه نداشتن سرپرستان خانوار



نمودار ۱. علل بیان شده توسط سرپرستان خانوار در مورد عدم داشتن بیمه درمان پایه

کشور، بدون در نظر گرفتن تعداد افراد فاقد پوشش بیمه ای و همچنین افراد تحت پوشش سایر صندوق‌های بیمه ای نشان دهنده نبود آمار جامع در مورد تعداد بیمه شدگان، عدم هماهنگی بین صندوق‌های بیمه ای و همچنین همپوشانی بیمه ای می‌باشد.

نتیجه بررسی پیمایش ملی نشان می‌دهد که تقریباً ۱۵٪ از خانوارهای کشور تحت پوشش هیچ نوع بیمه درمانی نمی‌باشند و بیشترین فراوانی از نظر پوشش جمعیت بر عهده بیمه روستایی می‌باشد، که یک نوع بیمه رایگان و وابسته به محل زندگی افراد است. در میان خانوارهای بدون بیمه پایه عوامل عدم پوشش به ترتیب شامل عدم توانایی مالی، عدم نیاز، بیکاری، عدم شناخت نحوه بیمه شدن، فرار کارفرما از بیمه کردن کارگران و بی‌فایده قلمداد شدن بیمه از سوی خانوارهای بدون پوشش بیمه ابراز شده است. این موضوع می‌تواند در مرحله اول خانوارها و متعاقباً سیستم سلامت را

بحث

با توجه به این که از سال ۱۳۷۳ قانون پوشش همگانی خدمات درمانی در کشور به اجرا در می‌آید و به موجب آن پوشش بیمه برای کلیه افراد جامعه لازم الاجرا می‌باشد، متأسفانه هنوز به پوشش همگانی دسترسی پیدا نکردیم و همچنین آمار و ارقام متفاوتی در زمینه افراد تحت پوشش صندوق‌های بیمه ای کشور در سالیان گذشته وجود دارد. به طوری که طبق آمار وزارت رفاه در سال ۱۳۸۷، افراد تحت پوشش چهار صندوق بیمه ای اصلی در کشور، بدون در نظر گرفتن تعداد افراد تحت پوشش سایر صندوق‌های بیمه ای مانند بانک‌ها، شرکت نفت، شهرداری تهران، صدا و سیما و ... ۷۴۶۵۵۶۱۴ نفر می‌باشد. در صورتی که طبق آخرین سرشماری ما، قبل از این تاریخ تعداد جمعیت کشور ۷۰۴۹۵۷۸۲ نفر بود. فزونی تعداد جمعیت تحت پوشش صندوق‌های بیمه اصلی در کشور نسبت به تعداد کل جمعیت

به سمت هزینه های کمرشکن و تحمیل بار مالی قابل توجه به بیمارستان های دولتی و خیریه کند.

یافته های مطالعه پیمایشی نشان می دهد، سطح درآمد خانوارها مهمترین عامل نداشتن بیمه است. این یافته توسط مطالعه های گذشته نیز تأیید شده است. مطالعات حاضر نشان می دهند که افزایش درآمد باعث افزایش احتمال تقاضای بیمه درمان (مکمل و جامعه محور) می گردد (۷-۱۰). همچنین رابطه ای بین افزایش درآمد و افزایش مخارج مراقبت های بهداشتی درمانی وجود دارد (۱۱).

بیکاری سرپرست خانوار نیز یکی از علت های اصلی مؤثر بر عدم پوشش بیمه می باشد که در مطالعات دیگر نیز تأیید شده است و بایستی توسط سیاست گذاران مورد توجه قرار گیرد (۹و۸). افراد بی کار اولاً درآمد منظمی ندارند که توانایی پرداخت حق بیمه را داشته باشند و از طرف دیگر در صورتی که فردی شاغل باشد، کارفرما و همچنین دولت در پرداخت قسمتی از حق بیمه وی مشارکت می کنند. مشکل زمانی دوچندان می شود که فرد بیکار به دلیل نداشتن درآمد منظم ماهیانه، مجبور است تمام حق بیمه را به تنهایی پرداخت نماید.

وجود راه های گریز کارفرما از بیمه کردن کارگران یا کارمندان، از موانع دیگر عدم دستیابی به پوشش همگانی است. به طوری که ضعف قانونی و نبود بازرسی منظم و مناسب بر روند اداره کارگاه ها و بنگاه های کوچک اقتصادی، باعث شده تا امنیت نیروی کار در حوزه سلامت، بیمه های اجتماعی و درمان مختل شود که در نهایت هزینه اش بر دوش دولت و خود کارگران می افتد و با توجه به اصل ۲۹ قانون اساسی وظیفه ی دولت پوشش بیمه همگانی است. بنابراین بایستی حداقل در بازرسی ها دقت بیشتری به عمل آید تا کارفرمایان قانون را دور زنند و حق نیروی کار را ضایع نکنند.

عدم شناخت از نحوه بیمه شدن نیز از موارد مؤثر دیگر است که بر عدم پوشش افراد تأثیر می گذارد. از آن جایی که خدمات بیمه عینی نیست و آشنا سازی مردم با این خدمات نیازمند ارائه اطلاعات تفصیلی می باشد و از طرفی فعالیت های تبلیغات حرفه ای بیمه ها برای گسترش آگاهی مردم به مانند کشورهای توسعه یافته صنعتی رشد نکرده است. گسترش فرهنگ و یا همان فرهنگ سازی بیمه از عوامل کمک کننده برای افزایش آگاهی مردم از بیمه ضروری به نظر می رسد. آگاهی و شناخت مردم از بیمه درمان در جلب مشارکت آن ها و افزایش رضایتشان کمک کننده خواهد بود (۱۲).

ناکارآمدی بیمه در جلب رضایت افراد تحت پوشش خود از موارد مؤثر دیگر بر عدم دستیابی به پوشش همگانی سلامت می باشد. لجام گسیختگی و بالا بودن درصد پرداخت از جیب توسط مردم که طبق آمار حساب های ملی سلامت در طول سال های ۱۳۸۱-۱۳۸۷ به طور میانگین تا ۵۲ درصد می رسد (۱۳)، عدم وجود نظارت کافی بر ارایه کنندگان خدمت در مناطق مختلف جغرافیایی که پرداخت های مختلفی را از افراد طلب می کنند، نوسانات قیمت دارو و ملزومات پزشکی که مابه التفاوت هزینه ها را می بایست بیماران خود متقبل شوند، از شاخص های مهم عدم کارایی بیمه درمان می باشد که نیازمند ساماندهی می باشد.

این مطالعه یک تحلیل ثانویه بر روی قسمتی از داده های پیمایش ملی می باشد. بنابراین تمام عوامل مؤثر بر عدم پوشش بیمه درمان را مورد بررسی قرار نداده است و در ضمن داده های حاصل از هر نوع پیمایش، داده های مقطعی می باشند، که داده های مقطعی مانند یک عکس لحظه ای نشان دهنده عوامل مؤثر بر عدم پوشش بیمه در آن لحظه می باشد، که اگر این عوامل از طریق داده های چند دوره از پیمایش های ملی (داده های سری زمانی) مورد بررسی قرار گیرد، اطلاعات کامل تری را ارائه می نماید.

نتیجه گیری

علی رغم اهمیت بالای داده ها و اطلاعات مربوط به بیمه شده ها برای صندوق های بیمه ای، و سیاست گذاری بیمه های سلامت، همچنان مشکلات فراوانی در زمینه دسترسی سهل و آزاد به این اطلاعات مشاهده می شود. تحلیل داده های حاصل از پیمایش "چگونگی بهره مندی جامعه از خدمات سلامتی" نشان می دهد که ۱۵٪ از افراد جامعه تحت پوشش هیچ نوع بیمه ای نیستند و همچنین بیشترین فراوانی پوشش بیمه بر عهده بیمه خدمات درمانی و از نوع بیمه روستایی می باشد. نقص اطلاعات و عدم وجود هماهنگی بین بیمه ها موجب ارایه پوشش بیمه مضاعف (علی رغم عدم پوشش ۱۵ درصدی) به برخی افراد شده است. مهم ترین عوامل بیان شده توسط خانوارها برای نداشتن بیمه به ترتیب شامل عدم توانایی مالی، عدم نیاز، بیکاری، عدم شناخت نحوه بیمه شدن، فرار کارفرما از بیمه کردن کارگران و بی فایده بودن بیمه اعلام شده است که این عوامل بایستی توسط سیاست گذاران مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

۱. خلاصه گزارش نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی. شورای پژوهشی مؤسسه عالی تأمین اجتماعی. ۱۳۷۸
۲. زارع، حسین (۱۳۸۴) راهبردهای خصوصی سازی بیمه درمان: اصول و مبانی بیمه سلامت در ایران، جلد اول. تهران: شرکت انتشارات علمی و فرهنگی، سازمان بیمه خدمات درمانی. ۱۳۸۴
۳. سالنامه آماری سازمان تأمین اجتماعی. ۱۳۸۷.
4. Kavosi, Z., Rashidian, A., Pourreza, A., Majdzadeh, R., Pourmalek, F., Hosseinpour, A. R., et al. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a Low- Income society of Iran. *Health Policy and Planning*, 2012; 1(11).
۵. محمدعرب، زهرا کاوسی، رامین روانگرد و رحیم استوار. نظام های بیمه سلامت. جهاد دانشگاهی واحد تهران. تهران. ایران. ۱۳۸۹
۶. پیمایش بررسی چگونگی بهره مندی جامعه از خدمات سلامت. مرکز توسعه شبکه و ارتقای سلامت. معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی. ۱۳۸۷
7. Tsai-Ching, L., Chin-Shyan, C. An analysis of private health insurance purchasing decisions with national health insurance in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 2002; 55:755-774
8. Barnighausen, T., Liu, Y., Zhang, X., Sauerborn, R. Willingness to pay for social health insurance among informal sector workers in Wuhan, China: a contingent valuation study. *BMC Health Service Research*, 2007; 7, 114
9. Mathiyazhagan, K., Willingness to pay for rural health insurance through community participation in India. *Health Plann Manage*, 1998; 13(1).
10. Dong, H., et al., The feasibility of community-based health insurance in Burkina Faso. *Health Policy*, 2004; 69(1), 45-53.
11. Savedoff W D, Ferrenti D D, Smith A L, Fan V. Political and Economic Aspects to the Transition to Universal Health Coverage. *Lancet*, 2012; 380(859), 924-932.
۱۲. ایرج ساعی ارسی و هدایت خسروی. بررسی عوامل موثر بر رضایتمندی بیمه شدگان اصلی، از حمایتها و خدمات بیمه ای و درمانی (مطالعه موردی تأمین اجتماعی شهرستان خرم آباد در سال ۱۳۸۹)، فصل نامه علوم رفتاری: ۱۳۹۰؛ ۷۷
۱۳. گزارش حساب های ملی سلامت ۱۳۸۱- ۱۳۸۷، مرکز آمار ایران. ۱۳۹۰