

## بیمه درمان روستاییان ایران

مجری طرح: سعید کریمی

مدیر اجرایی طرح: دکتر مظفر کریمی

### مقدمه

تأمین اجتماعی حقی اساسی برای یکایک افراد جامعه است و تأمین این حق جزو تکالیف دولتها برشمرده می‌شود. گسترش برنامه‌های تأمین اجتماعی به تمام جمعیت کشور از جمله برنامه‌هایی است که بسیاری از دولتها در نیم‌قرن اخیر به آن اهتمام داشته‌اند و تلاشهایی را در جهت تحقق آن به کار گرفته‌اند. با وجود این، توسعه و تعمیم تأمین اجتماعی به همه اقشار جامعه همواره با دشواریها و تنگناهایی مواجه است که در نتیجه آن، برخی از اقشار جامعه از دستیابی به تأمین اجتماعی و دسترسی به خدمات آن محروم می‌شوند.

در کشور ایران نیز، با وجود کوششهایی که طی ۵۰ سال گذشته در حوزه‌های مختلف تأمین اجتماعی انجام شده، هنوز بخش قابل توجهی از جمعیت کشور از پوشش تأمین اجتماعی و دسترسی به خدمات آن بی‌بهره بوده‌اند. در این مدت، تنها آن بخش از جمعیت کشور که شاغل بوده و مزد و حقوق‌بگیر محسوب می‌شده‌اند (مانند کارگران و کارکنان دولت)، تحت پوشش تأمین اجتماعی قرار گرفته‌اند و برای سایر قشرها و گروههای جمعیتی نیز، به تناسب وضع درامدشان و توان مالی سازمانهای حمایتی، برنامه‌های حمایتی و خیریه برقرار شده است. بنابراین، با وجود آمارهایی که از جانب سازمانهای مختلف بیمه‌ای و حمایتی ارائه می‌شود، هنوز بیش از نیمی از جمعیت کشور (روستاییان و خویش فرمایان) از برنامه‌های بیمه اجتماعی

(بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت) بی بهره‌اند و بیمه درمانی آنها نیز به صورت ناقص و ناپایدار اجرا می‌شود. تردیدی نیست که تأمین اجتماعی فراگیر و جامع یکی از ضرورت‌های توسعه هر کشور است و نمی‌توان این خلأ پوشش را نادیده گرفت.

با توجه به نکات یادشده، اینک که موضوع نظام جامع تأمین اجتماعی در کشور مطرح است، به نظر می‌رسد پیش از پرداختن به امور ساختاری و سازمانی آن، باید به ماهیت برنامه‌های بیمه‌ای و حمایتی و دلایل ناکامی یا کامیابی آنها در پوشش اقشار مختلف جمعیت کشور پرداخته شود و راهکاری نو برای رفع همپوشانی‌ها و پرکردن خلأها ارائه شود.

### بیان مسئله

روستاییان نزدیک به نیمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند. بخش قابل توجهی از روستاییان جزو نیروهای مولد کشور به شمار می‌روند و غالباً به مشاغل اشتغال دارند که در ذات خود برای اقتصاد کشور مزیت نسبی به شمار می‌رود. در مقایسه با نقاط شهری، افراد بیشتری از اعضای هر خانوار روستایی به کار مولد مشغولند و غالباً ساعات بیشتری از شبانه‌روز را به کار کردن می‌گذرانند.

با وجود این، جمعیت روستایی کشور از تأمین اجتماعی بی بهره است. اگرچه تأمین اجتماعی امروزه جزو جدایی‌ناپذیر نظام اشتغال محسوب می‌شود و به عنوان تور ایمنی در برابر حوادث و رویدادهای طبیعی و غیرطبیعی و چتری حمایتی در برابر آسیب‌های اقتصادی و اجتماعی عمل می‌کند، نظام تأمین اجتماعی در کشور ایران، تاکنون نتوانسته ساز و کاری موفق برای پوشش جامعه روستایی ارائه کند.

در کنار بیمه‌های بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت که تاکنون برای روستاییان به اجرا درنیامده، برای توسعه و تعمیم بیمه درمان به جمعیت روستایی اقداماتی انجام گرفته است. اما با وجود تمامی تلاش‌های انجام‌شده و اجرای طرح‌هایی مانند اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، طرح بسیج بیمه درمانی روستاییان و عشایر، بیمه درمانی نیازمندان روستایی و...، گزارش‌های رسمی حاکی از نارسایی این طرح‌ها و رضایت‌بخش نبودن نتایج آنهاست.

مهمترین مسائلی که در زمینه بیمه درمانی روستاییان مورد اتفاق نظر است عبارت است از: کامل نبودن پوشش جمعیتی، ناپایداری منابع مالی، نارسایی خدمات و تعهدات و در نهایت نبودن ضمانت اجرایی برای استمرار آن بخش از پوشش بیمه‌ای که تاکنون ایجاد شده است. این

مسائل از یک سو منجر به تداوم محرومیت جامعه روستایی از مزایای نظام تأمین اجتماعی می‌شود و از سوی دیگر باعث می‌شود یارانه‌ها و کمکهای دولت در این زمینه اثربخشی و کارآمدی لازم را نشان ندهد. اینها، مسائل اصلی مورد توجه در این پژوهش است.

### اهداف پژوهش

هدف اصلی در این طرح پژوهشی آن بوده که از مطالعات انجام شده درباره تأمین اجتماعی و بیمه درمانی روستاییان در کشور و نیز تجربه چند کشور منتخب بهره گرفته شود و با شناخت الگوهای رایج جهانی در این زمینه، الگوی مناسبی برای توسعه و تعمیم بیمه درمانی روستاییان در ایران ارائه شود. در این راستا، اهداف اختصاصی پژوهش به شرح زیر مدنظر قرار گرفت:

- مطالعه وضعیت جامعه روستایی کشور ایران با توجه به ویژگیهای عمومی مرتبط با نظام بیمه درمانی (جمعیت‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی، بهداشتی و درمانی).
- شناخت وضعیت موجود بیمه درمانی روستاییان در ایران از جنبه‌های قانون و مقررات، ساختار اجرایی، شاخصهای عملکردی و تحلیل نقاط قوت و ضعف آن.
- مطالعه وضعیت بیمه درمان روستاییان در چند کشور و شناسایی الگوهای رایج در این زمینه

- تدوین الگوی قابل توصیه برای توسعه و تعمیم بیمه درمان به جمعیت روستایی کشور

### پرسشهای پژوهش

با عنایت به اهداف پژوهش، سعی بر این بود که تا حد امکان به پرسشهای زیر پاسخ داده شود:

۱. جمعیت روستایی کشور ایران در وضعیت کنونی دارای چه ویژگیهایی است؟
۲. وضعیت کنونی نظام بیمه درمان روستاییان چگونه است و مهمترین نقاط قوت و ضعف آن چیست؟

۳. الگوهای رایج در کشورهای منتخب مورد مطالعه درباره بیمه درمان روستاییان چگونه است؟
۴. الگوی قابل توصیه برای بیمه درمان روستاییان ایران از چه ویژگیهایی باید برخوردار باشد؟

در این بررسی، ابتدا وضعیت بیمه درمان در ۲۰ کشور از نقاط مختلف جهان به طور اجمالی مورد مطالعه قرار گرفته و سپس با دسته‌بندی الگوهای رایج تأمین درمان روستاییان، به تشریح

هر یک از این الگوها و بیان مصداق‌هایی از چند کشور نمونه پرداخته شده است. انتخاب کشورهای مورد مطالعه در این پژوهش با توجه به عوامل زیر صورت گرفته است:

- قابلیت مقایسه با نظام تأمین اجتماعی و بهداشت و درمان ایران از نظر مبانی و ویژگی‌های اصلی
- دارا بودن الگوی قابل مطالعه و ویژگی‌های قابل الگوگیری در زمینه بیمه درمان روستاییان
- دسترسی به اطلاعات متناسب با پرسشهای پژوهش و در راستای عوامل مورد بررسی

بیان این نکته لازم است که در این بررسی، مطالعه تطبیقی بین کشورهای منتخب، مورد نظر نبوده و صرفاً به منظور شناسایی الگوهای رایج جهانی درباره تأمین درمان روستاییان و مقایسه تحلیلی این الگوها انجام شده است.

### پیشینه بیمه درمان روستاییان در جهان

هرچند بیمه اجتماعی کارگران در جهان قدمتی بیش از یک قرن دارد، سابقه تسری آن به روستاییان و شاغلان بخش کشاورزی به نیم قرن اخیر باز می‌گردد. در این مورد نیز همچون بیمه اجتماعی کارگران، کشورهای اروپایی پیشگام بوده‌اند. طی دهه ۱۹۶۰ میلادی، بسیاری از کشورهای اروپایی، که تا پیش از آن بیمه همگانی درمان را اجرا نکرده بودند، نظام بیمه اجتماعی را به روستاییان یا شاغلان بخش کشاورزی تعمیم دادند. گزارش سازمان بین‌المللی کار نشان می‌دهد که در آغاز دهه ۱۹۷۰ میلادی روستاییان (یا شاغلان بخش کشاورزی) در تمام کشورهای اروپایی به یکی از سه روش بیمه همگانی، بیمه اجتماعی یا نظام بیمه‌ای جداگانه برای شاغلان بخش کشاورزی، تحت پوشش بیمه درمان بوده‌اند.<sup>۱</sup> در برنامه‌های بیمه‌ای یادشده، جمعیت نقاط روستایی به عنوان مزدبگیر، خویش فرما یا عضو تعاونی‌های کشاورزی تحت پوشش قرار گرفته بودند. مهمترین عامل موفقیت بیمه درمان روستاییان در کشورهای اروپایی، توسعه امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی (بیمارستان، درمانگاه، پزشک) در نقاط روستایی بود که دسترسی مردم به خدمات بهداشتی و درمانی را در محل کار و زندگی شان فراهم می‌ساخت.

در همان زمان، کشورهای آفریقایی، آسیایی و آمریکای لاتین با مشکل عدم دسترسی به تسهیلات و امکانات بهداشتی و درمانی روبه‌رو بودند. در آمریکای لاتین، کشورهای کوبا،

1. "Social Security in Agriculture", *International Labour Office*, Geneva 1972, pp. 22-24.

شیلی، جمهوری دومینیکن و پاراگوئه یک برنامه جامع بیمه‌ای را برای همه شاغلان در بخشهای کشاورزی و غیرکشاورزی تدارک دیده بودند؛ اگرچه در عمل، پوشش کامل جمعیتی در کشورهای شیلی و پاراگوئه تحقق نیافت. کشور برزیل برنامه بیمه درمان جداگانه‌ای را برای کشاورزان به اجرا درآورده بود که ضمن پوشش مزدبگیران بخش کشاورزی، خویش فرمایان این بخش را هم، به وسیله صندوقهای احتیاط تحت پوشش قرار می‌داد. در این کشورها، مزدبگیران بخش کشاورزی، نخستین گروهی از روستاییان بودند که تحت پوشش برنامه‌های بیمه‌ای قرار گرفتند. این برنامه‌ها افرادی را که به هر نحوی برای یک کارفرمای روستایی کار می‌کردند یا هرگونه قرارداد کار تمام‌وقت در نقاط روستایی را در بر می‌گرفت. بتدریج برخی از این برنامه‌ها، خویش فرمایان کشاورز را با توجه به مقیاس زمینی که در اختیار داشتند پوشش داد.<sup>1</sup>

در میان کشورهای افریقای، الجزایر جزو نخستین کشورهایی بود که بیمه اجتماعی را به بخش کشاورزی تسری داد و مصر نیز پس از آن چنین برنامه‌ای را در پیش گرفت. سایر کشورها به‌طور عمده با کمبود امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی روبه‌رو بودند. در کشورهای آسیایی نیز در طول دهه ۱۹۶۰ میلادی تلاشهایی برای توسعه بیمه اجتماعی به روستاییان صورت گرفت اما در این کشورها نیز کمبود امکانات و دسترسی ناکافی به خدمات بهداشتی و درمانی مهمترین مشکل محسوب می‌شد. کشور لبنان در سال ۱۹۶۳ با اجرای یک برنامه سه مرحله‌ای بیمه اجتماعی را (که شامل خدمات درمانی هم بود) ابتدا به مزد و حقوق‌بگیران بخشهای صنعتی و بازرگانی، سپس به مزدبگیران کشاورزی و در مرحله سوم به خویش فرمایان تسری داد. پاکستان نیز در سال ۱۹۶۵ بیمه اجتماعی را برای شاغلان بخشهای بازرگانی، صنعتی و کشاورزی (در مورد کسانی که درآمدشان از حد معینی کمتر بود) به اجرا درآورد. کره جنوبی برنامه پوشش بیمه درمان همگانی را از اوایل دهه ۱۹۶۰ آغاز کرد اما این پوشش پس از تکمیل پوشش جمعیت در سایر بخشها در دهه ۱۹۸۰ به روستاییان تسری یافت و در سال ۱۹۸۸ برای روستاییان اجباری شد. کشور فیلیپین برنامه پوشش اجباری بیمه درمان را که از سال ۱۹۷۲ آغاز کرده بود، در سال ۱۹۹۲ به روستاییان تسری داد و ژاپن نیز روستاییان را در مواردی که نمی‌توانستند تحت پوشش بیمه اجتماعی شاغلان قرار گیرند، همچون سایر اقشار جمعیت، تحت پوشش برنامه بیمه درمان ملی قرار داد.

1. Ibid., pp 59-63.

به طور کلی می‌توان گفت در تمام برنامه‌های تعمیم بیمه درمان، روستاییان و شاغلان بخش کشاورزی در آخرین وهله تحت پوشش قرار گرفته‌اند. از این دیدگاه، دهه ۱۹۶۰ را می‌توان زمان آغاز تسری بیمه اجتماعی و درمان به روستاییان دانست. در این دهه بسیاری از کشورها در نقاط مختلف جهان، تعمیم بیمه اجتماعی و درمان به روستاییان و شاغلان بخش کشاورزی را مورد توجه قرار دادند ولی در بسیاری از موارد نیز این برنامه‌ها به دلایل مختلف بویژه کمبود تسهیلات و امکانات درمانی، با موفقیت همراه نبوده است.

### پیشینه بیمه اجتماعی و درمان روستاییان در ایران

روستائیشینی وجه غالب جمعیت کشور ایران در دو دهه ۱۳۳۰ و ۱۳۴۰ بوده است. نتایج سرشماری‌های عمومی در سالهای ۱۳۳۵ و ۱۳۴۵، نسبت جمعیت روستایی به کل جمعیت کشور را به ترتیب ۶۸/۸ و ۶۲ درصد نشان می‌دهد. این نسبت در مورد جمعیت شاغل در نقاط روستایی در سال ۱۳۳۵ نزدیک به ۷۰ درصد و در سال ۱۳۴۵ بیش از ۶۳ درصد بوده است.

طی سالهای یادشده اقداماتی برای توسعه اقتصادی و اجتماعی نقاط روستایی انجام گرفت. در سال ۱۳۳۵ قانون اصلاح امور اجتماعی و عمران دهات به تصویب رسید. بر اساس این قانون، امور اجتماعی و عمران روستاها مانند آب و برق، آموزش، بهداشت و درمان، کمک به نیازمندان، تشکیل صندوق‌های تعاونی روستایی و... به انجمنهای ده، بخش و شهرستان واگذار شد. منابع مالی مورد نیاز برای این اقدامات از محل ۵ درصد سهام مالکانه (اعم از خالصه، موقوفه و...) از محصولات زراعی، مراتع، باغها، جنگلها و مانند آن در تمام روستاهای کشور تأمین می‌شد که باید از طرف مالک به انجمن ده تحویل داده می‌شد. بخشدار به عنوان مجری این قانون و مسئول وصول درآمدهای یادشده، می‌توانست در موارد لازم از طریق دادگاه اقدام کند.

۱۵ درصد از درآمد انجمنهای ده، در اختیار انجمن امور اجتماعی بخش قرار می‌گرفت تا به مصرف امور اجتماعی و عمرانی از قبیل ساخت بیمارستان، داروخانه، آزمایشگاه، جاده، کتابخانه و نیز استخدام ماما، پزشک و دامپزشک سیار برسد. هدایت امور یادشده در سطح شهرستان به عهده انجمن امور اجتماعی شهرستان و در سطح کشور به عهده بنگاه اصلاح امور اجتماعی دهات تحت نظارت شورای عالی اجتماعی دهات بود.<sup>۱</sup> در دهه ۱۳۴۰ با تشکیل سپاه

۱. قانون اصلاح امور اجتماعی و عمران دهات، مصوب ۱۳۳۵/۱۰/۲۶.

بهداشت و اجرای طرح تربیت مامای روستایی، اقداماتی در جهت توسعه خدمات بهداشتی و درمانی در روستاها انجام گرفت. این اقدام در کنار سایر برنامه‌های دولت مانند تشکیل سپاه دانش و سپاه ترویج و آبادانی و تشکیل شرکتهای تعاون روستایی و شرکتهای سهامی زراعی، می‌توانست از یک سو روستاها را در کانون توجه تصمیم‌گیران قرار دهد و از سوی دیگر پیش‌زمینه اجرای بیمه اجتماعی در روستاها محسوب شود.

در دهه ۱۳۴۰ (مقارن با دهه ۱۹۶۰ میلادی) بیمه اجتماعی و درمان روستاییان در اغلب نقاط جهان مورد توجه قرار گرفته بود و بسیاری از کشورهای توسعه‌یافته توانستند طی این دهه روستاییان یا شاغلان بخش کشاورزی را تحت پوشش بیمه اجتماعی یا درمان همگانی درآورند. در کشور ایران نیز با اجرای برنامه‌های توسعه عمرانی و اجتماعی روستایی در این دهه، نیاز به اجرای بیمه اجتماعی روستایی احساس می‌شد. بنابراین، در تاریخ ۲۱ اردیبهشت‌ماه ۱۳۴۸ قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان به تصویب رسید و قرار شد به صورت آزمایشی به مدت پنج سال اجرا شود. با اجرای قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان و اصلاحات بعدی آن، مراحل پوشش روستاییان و شاغلان مشاغل کشاورزی در نظام بیمه اجتماعی را می‌توان در چهار مرحله به شرح زیر بیان کرد:

**مرحله اول: بیمه روستاییان مشمول قانون و مقررات اصلاحات ارضی، بر مبنای قانون بیمه‌های اجتماعی روستاییان، سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان وابسته به وزارت اصلاحات ارضی و تعاون روستایی تشکیل شد و مسئولیت اجرای بیمه اجتماعی روستاییان را به عهده گرفت. روستاییانی که به موجب قوانین و مقررات اصلاحات ارضی صاحب نسق‌های زراعی خود می‌شدند، مشمول این قانون قرار گرفتند.**

**مرحله دوم: بیمه اجتماعی کارگران مزدبگیر در مشاغل کشاورزی، در تاریخ هشتم اردیبهشت‌ماه ۱۳۴۹ با الحاق چهار ماده (مواد ۲۳، ۲۴، ۲۵ و ۲۶) به این قانون، کارگران مزدبگیر مشاغل کشاورزی نیز تحت پوشش این قانون قرار گرفتند و کارفرمایان کشاورزی موظف شدند کارگران خود را با پرداخت حق‌بیمه‌ای که بر مبنای آیین‌نامه مربوط تعیین می‌شد، نزد سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان بیمه کنند. آیین‌نامه یادشده در شانزدهم خرداد ۱۳۵۰ به تصویب هیئت وزیران رسید. به این ترتیب، کارگر مزدبگیر در مشاغل کشاورزی با الگویی مشابه کارگران بخشهای بازرگانی و صنعتی (البته با دامنه تعهدات کمتر) تحت پوشش بیمه اجتماعی و درمان قرار گرفتند.**

مرحله سوم: ادغام بیمه درمان روستاییان در نظام بیمه درمان همگانی، با تشکیل وزارت رفاه اجتماعی در سال ۱۳۵۳، سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان به این وزارت وابسته شد. نخستین وظیفه تعیین شده برای وزارت رفاه اجتماعی، تأمین بیمه درمان همگانی بود و در این راستا تمامی امور مربوط به بیمه و درمان کشور (بجز مشمولان قانون استخدام نیروهای مسلح) در این وزارت متمرکز شد. وزارت یادشده اجازه یافت که امر درمان سرپایی بیمه‌شدگان بیمه‌های اجتماعی روستاییان را به وزارت بهداشتی محول کند و واحدهای درمانی ایجادشده در روستاها را با کلیه اموال منقول و غیرمنقول و پرسنل مربوط به وزارت بهداشتی منتقل کند.<sup>۱</sup> اما این ساختار دوام چندانی نیافت و با تصویب قانون تأمین اجتماعی در تیرماه ۱۳۵۴، سازمان بیمه‌های اجتماعی روستاییان در سازمان تأمین اجتماعی ادغام شد.

با تغییرات و اصلاحاتی که طی سالهای ۱۳۵۵ تا ۱۳۵۸ در ساختار سازمان تأمین اجتماعی به وجود آمد و همچنین تشکیل وزارت بهداشتی و بهزیستی، در نهایت مسئولیت بیمه اجتماعی روستاییان به عهده سازمان تأمین اجتماعی و مسئولیت تأمین بهداشت و درمان کل جمعیت (از جمله روستاییان) به عهده وزارت بهداشتی و بهزیستی قرار گرفت.

مرحله چهارم: توقف اجرای بیمه اجتماعی روستاییان، بر مبنای ماده (۸) قانون تأمین اجتماعی مصوب تیرماه ۱۳۵۴، مقرر شد بیمه افراد و شاغلان فعالیت‌هایی که تا آن تاریخ، مشمول بیمه‌های اجتماعی روستاییان قرار گرفته بودند، با توجه به مقررات قانون تأمین اجتماعی ادامه یابد.

همچنین مطابق ماده (۱۱۷) قانون فوق میزان حق بیمه روستاییان، نحوه وصول و انواع کمکهای قانونی مربوط به بیمه‌شدگان روستایی به تصویب آیین‌نامه‌ای موكول شد که قرار بود بنا به پیشنهاد وزارت رفاه اجتماعی به تصویب مجلسین برسد. با وجود این، از آنجا که در ماده (۶) این قانون تعمیم بیمه به روستاییان و خانواده آنها منوط به فراهم شدن امکانات و مقدمات سازمان تأمین اجتماعی شده بود و این شرایط عملاً فراهم نشد، بیمه روستاییان، به صورتی که در قانون پیش‌بینی شده بود، به اجرا درنیامد.

۱. قانون تشکیل وزارت رفاه اجتماعی، مصوب مردادماه ۱۳۵۳، تبصره ۲ ذیل ماده ۲.



## توسعه امکانات و خدمات بهداشتی و درمانی در نقاط روستایی

در اواخر دهه ۱۹۷۰ میلادی سازمان جهانی بهداشت، ضمن تعیین هدف بهداشت برای همه تا سال ۲۰۰۰، از دولتهای عضو خواست که برای دستیابی به سطح قابل قبولی از سلامتی برای همه افراد جامعه تمهیدات لازم را به کار گیرند.<sup>۱</sup> استراتژی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت، ارائه مراقبتهای بهداشتی اولیه در تمامی نقاط کشور از طریق نظام شبکه بهداشتی بود. کشور ایران به عنوان عضو سازمان جهانی بهداشت، به اجرای این توصیهها اهتمام داشت و پیش از آن نیز در اجرای توصیههای این سازمان (و گاه با همکاری این سازمان)، پژوهشهایی برای توسعه خدمات بهداشتی و درمانی انجام شده بود که از آن جمله می توان به اجرای طرح توسعه خدمات پزشکی و بهداشتی در ایران (طرح رضائیه)، طرح تربیت بهدار روستا (کوار فارس) طرح سلسله (الشتر لرستان) اشاره کرد. از جمله دستاوردهای این طرحها، ایده تشکیل خانه بهداشت روستا و تربیت بهورزان بومی بود که منجر به تشکیل نظام شبکه بهداشتی و درمانی شد.<sup>۲</sup>

با پیروزی انقلاب اسلامی، توجه به روستاها و نقاط محروم در صدر برنامههای دولت قرار گرفت. این امر بویژه با تشکیل جهاد سازندگی (متشکل از نیروهای داوطلب مردمی) در نخستین سالهای پس از پیروزی انقلاب و همچنین تشکیل کمیته امداد امام خمینی (ره) برای کمک به نیازمندان بویژه در نقاط روستایی، موجب شد که امکانات معیشتی و تسهیلات بهداشتی و درمانی در نقاط روستایی کشور در مقایسه با گذشته به نحو قابل توجهی افزایش یابد.

اجرای طرح گسترش شبکههای بهداشتی و درمانی در نقاط مختلف کشور از جمله مهمترین اقدامات دولت در دهه ۱۳۶۰ است. در نظام شبکه که با بهره گیری از الگوی سازمان جهانی بهداشت و پژوهشهای موردی انجام شده در ایران اجرا شد، تأکید بر این بود که تسهیلات بهداشتی و درمانی به محل کار و زندگی مردم در همه نقاط کشور برده شود. بنابراین ارائه خدمات از سطح اول واقع در مرکز بهداشتی و درمانی روستایی (و خانههای بهداشت روستایی به عنوان واحد وابسته) آغاز می شد و با اتصال به بیمارستان عمومی دارای تخصصهای پایه در مرکز شهرستان، سطح دوم را کامل می کرد.

۱. اعلامیه آلماتا، دوازدهم سپتامبر ۱۹۷۸.

۲. کامل شادپور، شبکه مراقبتهای بهداشتی اولیه در ایران، تهران: سند گسترش شبکههای بهداشتی و درمانی.

۱۳۷۲، ص ۲۷.

اقدامات یادشده که با تشکیل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۶۴، توسعه دانشکده‌های پزشکی و پیراپزشکی و افزایش ظرفیت دانشگاهها در رشته‌های علوم پزشکی، زمینه اجرایی یافته بود، در کنار اجرای نظام گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی کشور توانست شاخصهای دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی در نقاط روستایی را نسبت به گذشته ارتقا دهد.

### بیمه همگانی خدمات درمانی و تعمیم آن به نقاط روستایی

قانون بیمه همگانی خدمات درمانی با هدف تعمیم بیمه درمان به همه افراد کشور و بویژه روستاییان در آبان‌ماه ۱۳۷۳ به تصویب رسید و برای اجرای آن، سازمان بیمه خدمات درمانی کشور تشکیل شد. بر مبنای این قانون، مقرر شد تعمیم بیمه درمان به همه افراد کشور با اولویت نیازمندان و روستاییان حداکثر ظرف مدت پنج سال از تاریخ تصویب قانون انجام شود.

ویژگیهای اصلی بیمه خدمات درمانی روستاییان بر مبنای این قانون و آیین‌نامه‌های اجرایی مرتبط با آن به شرح زیر است:

- جمعیت تحت پوشش: تمامی ساکنان مناطق روستایی و عشایر کوچک‌رو (ماده ۱، بند ۳)
- روش پوشش: اختیاری و به صورت انفرادی و خانوادگی
- حق بیمه: بر مبنای حق بیمه سرانه مصوب (در شروع برنامه معادل ۴۰ درصد حق بیمه سرانه)
- روش وصول حق بیمه: مراجعه افراد و پرداخت حق بیمه یکجا برای دوره یکساله
- سازمان اجرایی: سازمان بیمه خدمات درمانی و واحدهای تابعه آن
- تعهدات بیمه: خدمات درمانی قابل ارائه در بیمارستانها و مراکز درمانی دولتی
- روش ارائه خدمات: از طریق شبکه‌های بهداشتی در سیستم ارجاع

به این ترتیب، بر مبنای قانون و مقررات بیمه همگانی خدمات درمانی تمامی روستاییان و عشایر اعم از شاغل و غیرشاغل می‌توانستند به طور اختیاری تحت پوشش نظام بیمه همگانی خدمات درمانی قرار گیرند و دولت نیز مکلف شد که بخشی از حق بیمه سرانه آنان را تأمین کند. در دو سال اول اجرای این طرح یعنی طی سالهای ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵، جمعیت بیمه‌شده روستایی به حدود ۲۵۰ هزار نفر (یعنی حدود یک درصد از کل جمعیت روستایی کشور) رسید. این امر به معنای عدم تحقق اهداف تعیین‌شده در قانون بود و دست‌اندرکاران را بر آن داشت تا

برای دستیابی به هدف یادشده یعنی پوشش کامل جمعیت روستایی طی مدت پنج سال، تدبیر دیگری بیندیشند.

**طرح بسیج بیمه درمانی روستاییان و عشایر کشور؛ عدول از رویکرد بیمه‌ای**  
چنین تصور می‌شد که مهمترین عامل استقبال نکردن روستاییان از بیمه درمان همگانی، ناتوانی آنان در پرداخت حق بیمه است. وصول حق بیمه از روستاییان به دلیل فقدان اجبار قانونی و ساز و کارهای اجرایی برای سازمان بیمه خدمات درمانی هم دشوار بود. بنابراین، با عدول از رویکرد بیمه‌ای، طرح بسیج بیمه درمانی روستاییان و عشایر به منظور توزیع کارت رایگان بیمه درمان در سال ۱۳۷۶ به اجرا درآمد.

در اجرای این طرح، سازمان بیمه خدمات درمانی از همکاری و مشارکت سازمان برنامه و بودجه، مرکز آمار ایران، سازمان ثبت احوال کشور، شرکت پست جمهوری اسلامی و نیروی مقاومت بسیج بهره گرفت و ضمن ایجاد بانک اطلاعات جمعیتی روستاییان و عشایر و اختصاص شماره ملی به تمامی روستاییان و عشایر، کارت بیمه درمان را بدون دریافت حق بیمه در اختیار آنان قرار داد.

بیمه‌شدگان یادشده با ارائه این کارت می‌توانستند با رعایت مسیر ارجاع، از خدمات درمانی بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی استفاده کنند. برای جبران بخشی از حق بیمه دریافت نشده، فرانشیز خدمات بستری از ۱۰ درصد به ۲۵ درصد افزایش یافت. طرح یادشده با تغییرات و اصلاحاتی در نحوه ارائه خدمات و میزان فرانشیز هنوز در حال اجراست. به این ترتیب در پایان سال ۱۳۷۶، کل جمعیت روستایی کشور تحت پوشش خدمات درمانی (از نوع حمایتی) قرار گرفتند.

## مباحث نظری

سازمان جهانی بهداشت، دولتها را متولی تأمین سلامت کل جامعه می‌داند.<sup>۱</sup> در نیم قرن گذشته، این سازمان استراتژی سلامت برای همه تا سال ۲۰۰۰ را هدف قرار داد که در راستای این هدف، توسعه مراقبتهای بهداشتی اولیه<sup>۲</sup> و گسترش شبکه‌های بهداشتی برای فراهم ساختن دسترسی

۱. اعلامیه آلماتا، ۱۹۷۸.

همگانی به این مراقبت‌ها را در بسیاری از کشورها به اجرا گذاشت. استراتژی مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مبتنی بر چهار اصل اساسی بود که در مجموع دسترسی عادلانه به امکانات بهداشتی را با اتکا به مشارکت مردم و با بهره‌گیری از تکنولوژی مناسب و همکاری بین بخشی تأمین می‌کرد. استراتژی تازه سازمان جهانی بهداشت برای ارتقا و سطح سلامت افراد جامعه، مقابله با خطرات تهدیدکننده سلامت<sup>۱</sup> است. گزارش این سازمان در سال ۲۰۰۲، ده عامل عمده‌ای که سلامت انسانها در کشورهای مختلف جهان را تهدید می‌کند، برشمرده، تأکید دارد که دولتها برای کاهش اثر این خطرات باید تمهیداتی به کار گیرند و به طور مستقیم مسئولیت سلامت شهروندان خود را بپذیرند.

هرچند که متولی اصلی سلامت جامعه دولتها هستند، تأمین و عرضه خدمات درمانی ممکن است به وسیله دولت، از طریق ارائه‌کنندگان بخش خصوصی یا مراکز عمومی و مردمی انجام شود. اما پرداخت هزینه این خدمات از عهده و توان افراد جامعه خارج است. درباره اینکه افراد و گروههای اجتماعی چه سهمی از هزینه سلامت خود را باید بپردازند، دیدگاههای مختلفی وجود دارد اما دو دیدگاه رایج جهانی در این باره، در امریکا و اروپا مشاهده می‌شود. امریکایی‌ها، به لحاظ علاقه به فردگرایی و بازار، در بیمه درمان نیز به این اصل گرایش دارند که هرکس بنا به امکانات و توان پرداختی که دارد، می‌تواند حق بیمه بپردازد و به همان میزان نیز از خدمات بیمه‌ای بهره‌مند شود. این رویکرد منجر به گسترش بیمه‌های اختیاری و انفرادی شده است. به عکس، اروپایی‌ها با پذیرش اصل همبستگی اجتماعی، اداره خطرات جمعی و فردی را به عهده دولت رفاه گذاشته‌اند به نحوی که هرکس به قدر توانایی‌اش پرداخت می‌کند و به مقدار نیازش از مزایا استفاده می‌کند.<sup>۲</sup>

این دو دیدگاه درباره بیمه‌های درمانی به روشنی قابل تبیین است. وقتی حق بیمه بر مبنای حقوق و دستمزد دریافت می‌شود، افراد متناسب با میزان حقوق و دستمزدشان (که اغلب بیانگر قدرت پرداخت آنها نیز هست)، حق بیمه می‌پردازند اما هنگام بیماری بدون توجه به میزان حق بیمه‌ای که پرداخته‌اند، خدمات مورد نیازشان را دریافت می‌کنند. به عکس در مواردی که حق بیمه درمان سرانه است، افراد بدون توجه به سطح درآمدشان به تعداد افرادی که تحت

2. primary health care (PHC)

1. health risks

۲. بئاتریس مایونو دینتینانو، بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی، ابرج صمدی علی‌آبادی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۰، صص ۴۵ و ۴۶.

تکفل‌شان است، حق بیمه پرداخت می‌کنند. همین‌طور در مواردی که بیمه‌انفرادی است، هر فرد به‌طور جداگانه ارزیابی می‌شود و به‌میزان احتمال‌خطری که برای او قابل‌پیش‌بینی باشد، حق بیمه می‌پردازد.

با وجود این، در مورد نظام‌های بیمه اجتماعی باید توجه کرد که بخش قابل‌توجهی از منابع مالی را کارفرما می‌پردازد و سپس این هزینه را از طریق قیمت تمام‌شده کالا و خدمات به مصرف‌کنندگان منتقل می‌کند (و در واقع روی کل جامعه سرشکن می‌شود). بنابراین برای کارگران شاغل در نقاط شهری، کمک مالی قابل‌توجهی به‌طور غیرمستقیم از طرف همه افراد جامعه پرداخت می‌شود اما شاغلان نقاط روستایی از این کمک بی‌بهره‌اند درحالی‌که آنان نیز، به تناسب سهمی که در تولید و فعالیت‌های اقتصادی دارند، باید از این کمک بهره‌مند شوند. این بی‌عدالتی ناشی از این است که دولت‌ها نتوانسته‌اند ساز و کار مؤثری را برای اجرای بیمه اجتماعی شاغلان روستایی بیابند.

پایداری منابع مالی، مهمترین شرط اجرا و استمرار نظام‌های تأمین اجتماعی است. بسته به اینکه کدام دیدگاه را در تأمین هزینه سلامت عمومی بپذیریم، روش‌های تأمین منابع مالی هم متفاوت خواهد بود. در این باره نیز دو روش رایج وجود دارد.<sup>۱</sup>

مالیات، عمده‌ترین شکل مشارکت اجباری شهروندان در تأمین منابع مالی بیمه سلامت است. نظام‌هایی که بر مبنای مالیات می‌تواند موجب پوشش کل شهروندان شود و خطراتی را هم که در نظام‌های بیمه‌ای تعهد نمی‌شود، تحت پوشش قرار دهد.

حق بیمه اجتماعی اجباری، نوع دیگری از مشارکت است که افراد شاغل جامعه را دربرمی‌گیرد. حق بیمه بر مبنای حقوق و دستمزد تعیین می‌شود و گاه محدود به سقف یا کف معینی از دستمزد است. در نظام‌های مبتنی بر حق بیمه اجتماعی، فقط شاغلان و افراد خانواده شاغلان پوشش داده می‌شوند و معمولاً افراد بیکار، شاغلان غیررسمی و در بسیاری از موارد روستاییان مشمول بیمه قرار نمی‌گیرند.

حق بیمه اجتماعی را کارگران و کارفرمایان به‌طور مشترک می‌پردازند اما مسئولیت پرداخت آن به صندوق بیمه اجتماعی معمولاً به عهده کارفرمایان است. در گذشته، حق بیمه‌ها را نوعی هزینه مؤسسه می‌دانستند اما امروزه حق بیمه‌ها نوعی دستمزد غیرمستقیم تلقی می‌شود که جزو

۱. همان، صص ۵۳ و ۵۶.

قیمت تمام‌شده کالا و خدمات به شمار می‌آید. بنابراین حق بیمه‌ای هم که کارفرما می‌پردازد در نهایت به مصرف‌کننده یا خود کارگران مزدبگیر منتقل می‌شود.<sup>۱</sup>

اصل مسئولیت و تعهد نیز که در مواردی به کار گرفته شده، بر این مبنا استوار است که هر کس برای سلامت جامعه خطری ایجاد کند، باید هزینه آن را بپردازد. در این راستا برخی از مالیاتها نظیر عوارض بیمه اتومبیل، دخانیات، مشروبات الکلی و تبلیغات دارویی به شرکتهای بیمه بیماری واریز می‌شود. این اصل بویژه در مورد حوادث شغلی و بیماریهای حرفه‌ای به طور جدی پیگیری می‌شود.

امروزه گرایش به جایگزین‌سازی حق بیمه‌ها با انواعی از مالیات عمومی مشاهده می‌شود. در فرانسه و بلژیک از سال ۱۹۹۲، مالیات تازه‌ای با عنوان «حق‌السهم اجتماعی» به عنوان جانشین یا مکمل مالیاتها وضع شده است. این مالیات را، که در حال حاضر ۱/۱ درصد از کل درآمد است، اتحادیه و وصول حق بیمه‌های تأمین اجتماعی و مقرری خانواده وصول می‌کند و به حساب تأمین اجتماعی واریز می‌کند. توصیه‌هایی مبنی بر استفاده از این نوع مالیات برای بیمه‌های بیماری وجود دارد. اعتقاد بر این است که در مقایسه با بیمه‌های اجتماعی اجباری، حق‌السهم اجتماعی مزایای بیشتری دارد. نخست اینکه پایه وسیع‌تری دارد، چون از تمام فعالیتها، نقل و انتقال داراییها، بازنشستگی و سرمایه‌گذاری کسر می‌شود و بنابراین بازدهی آن بالاتر و قدر مطلق آن بیشتر است. دیگر آنکه بازتوزیع آن بیشتر است، چون از درآمدهای مشمول مالیات کسر نمی‌شود و به طور کلی، وصول آن آسانتر، پوشش آن فراگیرتر و منابع مالی آن عادلانه‌تر به نظر می‌رسد.<sup>۲</sup>

### وضعیت تأمین و بیمه درمان روستاییان در ایران

تحلیل روند گذشته: تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی روستاییان، دست‌کم از چهل سال پیش جزو دغدغه‌های دست‌اندرکاران نظام تأمین اجتماعی و بهداشت و درمان در ایران بوده است. این تلاشها به‌طور عمده در دو جهت صرف شده که یکی از آنها ایجاد دسترسی از طریق توسعه امکانات و تسهیلات بهداشتی و درمانی و تأمین نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی بوده و

۱. همان، ص ۵۷. ۲. همان، صص ۶۳ - ۶۱.

دیگری بر تأمین منابع مالی و ایجاد پوشش مستمر از طریق برقراری نظام بیمه اجتماعی یا بیمه درمان به روشهای مختلف متمرکز شده است.

نتایج این پژوهش نشان داد که تلاش برای افزایش دسترسی روستاییان به تسهیلات و امکانات بهداشتی و درمانی در حد قابل قبول از دهه ۱۳۳۰ آغاز شده و تاکنون ادامه یافته است. در این نیم قرن با هدف توزیع نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی، ایجاد امکانات درمانی و برقراری بیمه اجتماعی یا درمان، طرحهای متعددی به روشهای مختلف به اجرا درآمده است. با وجود این، دستاورد این تلاشها را، با توجه به نیم قرن قدمت آن، نمی توان چندان موفق و قابل قبول دانست. مروری بر یافته‌ها نشان می‌دهد که عمده موفقیت‌ها و کامیابی‌ها در زمینه تأمین دسترسی و ارائه مراقبتهای بهداشتی اولیه بوده و برنامه‌های بیمه‌ای (بوژه در زمینه وصول حق بیمه) همواره با ناکامی روبه‌رو بوده‌اند. به طور خلاصه روند تحول در وضعیت روستاهای کشور از دیدگاه بهداشتی و درمانی به شرح زیر بوده است:

۱. تعداد روستاهای کشور از حدود ۶۷ هزار در ابتدای دهه ۱۳۴۰ به حدود ۶۸ هزار در سال ۱۳۷۵ رسیده است. در دهه ۱۳۴۰، حدود ۷۵ درصد روستاهای کشور فقط ۲۶ درصد جمعیت روستایی را در خود جای داده بود و در عوض حدود ۶۳ درصد جمعیت روستایی در کمتر از ۹ درصد روستاها زندگی می‌کردند. در سال ۱۳۷۵ نیز حدود ۸۲ درصد روستاها فقط ۳۰ درصد جمعیت روستایی را دربر می‌گرفت و حدود ۷۰ درصد جمعیت روستایی در حدود ۱۸ درصد روستاها زندگی می‌کردند. با مقایسه این آمارها می‌توان ادعا کرد که وضعیت پراکندگی روستاها و توزیع ناموزون جمعیت روستایی طی چهل سال گذشته تغییر چندانی نداشته است.
۲. نسبت روستانشینی در کل جمعیت کشور طی این مدت به نحو چشمگیری کاهش یافته است. این نسبت از حدود ۶۸ درصد در سال ۱۳۳۵ و ۶۲ درصد در سال ۱۳۴۵ به ۳۸ درصد در سال ۱۳۷۵ کاهش یافته است. این تغییرات نشان می‌دهد که با وجود ثابت ماندن تعداد روستاهای کشور (به طور تقریبی)، جمعیت روستایی کشور کاهش نسبی داشته است. اگرچه نرخ رشد طبیعی جمعیت روستایی (رشد ناشی از باروری) همواره بیش از نقاط شهری بوده، آنگاه مهاجرت از روستاها به شهرها بر این نرخ رشد پیشی گرفته و نسبت روستانشینی در جمعیت کشور را بشدت کاهش داده است. بنابراین کاهش نسبت روستانشینی در جمعیت کشور نه به دلیل رشد منفی جمعیت، بلکه ناشی از افزایش مهاجرت از نقاط روستایی به شهرها و نیز تبدیل برخی نقاط روستایی به شهر بوده است.

۳. توسعه نقاط روستایی و بهبود شاخص‌های کیفیت زندگی طی این مدت در حدی نبوده که جذابیت‌های لازم را برای جذب پزشکان و نیروی انسانی بهداشتی به نقاط روستایی ایجاد کند. به همین دلیل، میزان دسترسی به نیروی انسانی پزشکی و بهداشتی در روستاها کاملاً متأثر از ساز و کارهای اجباری یا تشویقی دولت بوده است. در این زمینه مهمترین تحویلی که ایجاد شده، افزایش در تعداد کل پزشکان و نیروی انسانی بهداشتی و درمانی کشور است. اما حضور این افراد در نقاط روستایی تنها به کمک قوانین و مقررات بوده است. همین وضعیت در ابتدای دهه ۱۳۴۰ نیز وجود داشته است. این نکته درباره فعالیت بخش غیردولتی در زمینه تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی روستاها هم قابل بیان است. در نتیجه، با وجود کفایت تعداد پزشکان کشور در حال حاضر، هنوز هم شاخص دسترسی به پزشک در نقاط روستایی غیرقابل قبول<sup>۱</sup> است.

۴. گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی با بهره‌گیری از الگوی پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت و تلاش‌های انجام شده از طریق این شبکه‌ها، باعث شده شاخص‌های وضعیت بهداشتی روستاها و دسترسی به مراقبتهای بهداشتی اولیه تا حد قابل قبولی افزایش یابد. این اقدامات موجب شده نرخ رشد جمعیت روستایی (هماهنگ با نرخ رشد جمعیت کشور) کاهش یابد، ترکیب سنی جمعیت متعادل شود، خطر شیوع و بروز بیماریهای مسری و مرگ و میر در اثر بیماریهای عفونی و واگیر بشدت کاهش یابد، از مرگ و میر نوزادان و مادران به میزان چشمگیری کاسته شود و مهمتر از همه اینها، فرهنگ پیشگیری و بهداشت در روستاها تا حد زیادی نهادینه شود.

۵. طی ۴۰ سال اخیر تلاش‌های زیادی برای پوشش جمعیت روستایی در نظام بیمه اجتماعی و بیمه درمان صورت گرفته است. بیمه درمان به کمک شرکتهای تعاونی روستایی و شرکتهای سهامی زراعی و بیمه اجتماعی کشاورزان به کمک کارفرمایان مشاغل کشاورزی نخستین تجربه‌ها از این نوع است. پس از آن نیز با گسترش خدمات درمانی دولتی (به صورت رایگان یا ارزان قیمت) و نیز پوشش همگانی بیمه درمانی روستاییان در این جهت گامهایی برداشته

۱. حداقل استاندارد دسترسی به پزشک برای کشورهایی مانند ایران، یک پزشک به ازای یک هزار نفر در نظر گرفته شده است درحالی که این شاخص در نقاط روستایی ایران یک پزشک برای حدود ۱۰ هزار نفر است.



شده است. اما می‌توان ادعا کرد که در هیچ یک از مراحل، تأمین خدمات درمانی روستاییان به روش بیمه‌ای موفق نبوده یا دست‌کم، وصول حق بیمه از افراد تحت پوشش یا تأمین منابع مالی از محلی غیر بودجه دولتی تحقق نیافته است. بررسیها نشان می‌دهد که شاخصهای بهداشتی در نقاط روستایی غالباً در اثر توسعه و تعمیم مراقبتهای بهداشتی اولیه بهبود یافته است. به نظر می‌رسد، ناکامی برنامه‌های بیمه‌ای نه فقط به دلیل ناکارآمدی سازمانهای بیمه‌گر، بلکه به‌طور عمده ناشی از توسعه نیافتگی روستاها و آماده نبودن جوامع روستایی برای پذیرش برنامه‌های بیمه‌ای بوده است.

تحلیل وضعیت کنونی: اگرچه جوامع روستایی کشور از نظر دسترسی به مراقبتهای بهداشتی اولیه وضعیت نسبتاً قابل قبولی دارند، از نظر دسترسی به پزشک و خدمات درمانی با تنگناهایی مواجه‌اند. علاوه بر آنکه روستاییان برای دریافت خدمات درمانی تخصصی و بیمارستان باید فاصله طولانی روستا تا شهر را از طریق سیستم ارجاع ببینند، بهره‌گیری از خدمات درمان عمومی نیز برای آنها در نقاط روستایی محدودی ممکن است. از مجموع ۶۸ هزار روستای دارای سکنه، کمتر از ۲۴۰۰ روستا دارای مرکز بهداشتی و درمانی هستند و به عبارتی به ازای هر ۹۵۰۰ نفر روستایی تنها یک پزشک وجود دارد که باید پذیرای عموم روستاییان مناطق تحت پوشش باشد. فعالیت پزشکان آزاد در روستاها بسیار محدود است.

در شهرها نیز روستاییانی که از طریق سیستم ارجاع به بیمارستانهای دولتی مراجعه می‌کنند، با برخورد چندان مناسبی روبه‌رو نمی‌شوند و تنها مزیتی که در دو سال اخیر برای آنان برقرار شده، امکان برخورداری از بیمه بیمارستانی به صورت موقت با استفاده از اعتبارات دولتی است (که خود نوعی بازگشت به دهه ۱۳۶۰ است).

بیمه درمان به معنای واقعی برای روستاییان وجود ندارد بلکه آنان کارت ویژه‌ای دریافت کرده‌اند که با همراه داشتن آن در مراکز دولتی و ارائه فرم ارجاع، از تخفیف در هزینه درمان برخوردار می‌شوند. در صورت مراجعه به مراکز درمانی، تشخیصی و داروخانه‌های خصوصی، هزینه‌ها را خودشان باید بپردازند. از مهمترین نواقص بیمه درمان روستاییان، عدم وصول حق بیمه (جز برای فرزند چهارم و بعد) و نداشتن پشتوانه برای تأمین منابع مالی صندوق است. در ناکامی برنامه‌های بیمه‌ای روستاییان عوامل متعددی دخالت داشته‌اند که از آن جمله می‌توان به ناکارآمدی قانون بیمه همگانی خدمات درمانی و فقدان ضمانت اجرایی برای مفاد آن اشاره کرد. اما عامل مهمتر در این میان، توسعه نیافتگی جوامع روستایی و آماده نبودن آنها برای

پذیرش برنامه‌های بیمه‌ای بوده است. بیمه بدون وصول حق بیمه تحقق نمی‌یابد و این امر خود به شرایط گوناگونی بستگی دارد که عبارت است از برخورداری بیمه‌شوندگان از درآمد قابل قبول، تناسب حق بیمه با درآمد و توان پرداخت بیمه‌شوندگان، داشتن انگیزه درونی یا بیرونی برای پرداخت حق بیمه و استمرار آن و در نهایت تأمین کسری منابع صندوق از محل اعتبارات دولتی. لازمه این شرایط این است که:

– افراد جمعیت هدف شاغل باشند.

– شغل آنها قابل شناسایی و درآمد (حقوق و دستمزد) آنها شفاف باشد.

– کارفرما (یا یک شخص حقیقی و حقوقی) مسئولیت جمع‌آوری و پرداخت حق بیمه را به عهده گیرد.

به بیان دیگر، لازمه اجرای بیمه اجتماعی یا درمان برای روستاییان این است که آنان در مشاغل رسمی شاغل و از حقوق و دستمزد معینی برخوردار باشند و شخصی حقیقی یا حقوقی (کارفرما، تعاونی، تشکل صنفی و ...) مسئولیت ثبت نام، جمع‌آوری حق بیمه و پرداخت آن را به صندوق بیمه به عهده گیرد.

در انطباق با معیارهای یادشده، وضعیت جوامع روستایی بر مبنای سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵ به شرح زیر بوده است:

۱. میزان پراکندگی در جمعیت روستایی کشور قابل توجه است. تعداد روستاهای کوچک و کم جمعیت بسیار زیاد است. با توجه به جدول شماره ۱، حدود ۴۷ درصد روستاهای کشور، تنها ۵ درصد جمعیت روستایی را در خود جای داده‌اند. به بیان دیگر، نزدیک به نیمی از روستاهای کشور با میانگین جمعیت ۳۴ نفر، به قدری کوچک و کم جمعیت هستند که هرگونه سرمایه‌گذاری و اجرای طرحهای توسعه‌ای در آنها مقرون به صرفه به نظر نمی‌رسد. در این روستاها، اجرای هرگونه برنامه بیمه‌ای مستلزم آماده‌سازی و ساماندهی جمعیت روستایی است. از سوی دیگر، نزدیک به ۵۰ درصد جمعیت روستایی در حدود ۵ هزار روستا (۸ درصد روستاهای کشور) با میانگین جمعیتی بیش از ۲ هزار نفر سکونت دارند. این روستاها به تناسب بزرگی‌شان از امکانات زیربنایی و ویژگیهای اجتماعی و فرهنگی مشابه نقاط شهری برخوردارند و به نظر می‌رسد آمادگی بیشتری برای پذیرش طرحهای بیمه درمان خواهند داشت.

**جدول شماره ۱. وضعیت توزیع جمعیت در روستاهای کشور به تفکیک وسعت روستاها در سال ۱۳۷۵**

میانگین جمعیت (نفر)	جمعیت ساکن در روستا		روستا		شرح
	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۲۱۳۱	۴۹	۱۱,۲۶۸,۰۰۰	۸	۵۲۸۷	روستاهای بزرگ
۳۴۴	۴۶	۱۰,۶۸۰,۰۰۰	۴۵	۳۱۰۷۹	روستاهای متوسط
۳۴	۵	۱,۰۷۸,۰۰۰	۴۷	۳۱۷۵۶	روستاهای کوچک
—	۱۰۰	۲۳,۰۲۶,۰۰۰	۱۰۰	۶۸۱۲۲	جمع

مأخذ: سرشماری عمومی نفوس و مسکن سال ۱۳۷۵، شناسنامه بخش‌های کشور، مرکز آمار ایران، ۱۳۷۸

۲. فعالیت اقتصادی غالب در نقاط روستایی، کشاورزی است. گروه عمده کشاورزی، شکار و جنگل‌داری شغل اصلی نزدیک به نیمی از روستاییان (حدود ۴۹ درصد) است و دو گروه عمده صنعت و ساختمان به ترتیب ۱۵ درصد و ۱۱ درصد از شاغلان روستایی را در برمی‌گیرد. این سه گروه در مجموع بیش از ۷۵ درصد شاغلان روستایی را در خود جای داده‌اند. با توجه به جدول شماره ۲، بیشترین تعداد مزدبگیران در مشاغل ساختمانی و بیشترین تعداد خویش‌فرمایان در مشاغل کشاورزی مشاهده می‌شود. این سه گروه عمده، اگرچه می‌توانند زمینه اشتغال پایدار و گسترده در نقاط روستایی را فراهم کند، این امر نیازمند آن است که این مشاغل رسمی و قانونمند شود و از ویژگیهایی که لازمه اجرای بیمه اجتماعی است برخوردار شود. در این صورت می‌توان بیمه اجتماعی اجباری را به آنان تسری داد.

۳. خلاً دیگری که در روستاها وجود دارد به فعالیت تشکل‌های صنفی و مردمی باز می‌گردد. این تشکل‌ها می‌توانند در مواردی که شاغلان فاقد کارفرما هستند، بخشی از مسئولیتهای کارفرما در نظام بیمه اجتماعی را به عهده گیرند. اما در وضع کنونی، تعداد و تنوع تشکل‌های صنفی و مردمی در روستاها کم و دامنه پوشش آنها اندک است. شرکتهای تعاونی روستایی

جمعاً حدود ۴/۵ میلیون نفر (کمتر از ۲۰ درصد جمعیت روستایی) را تحت پوشش دارند که ارتباط آنها با مردم در حوزه مصرف<sup>۱</sup> است و نمی‌تواند نقطه اتکایی برای بیمه اجتماعی باشد.

**جدول شماره ۲. توزیع شاغلان نقاط روستایی به تفکیک سه گروه عمده فعالیت و وضع شغلی در سال ۱۳۷۵**

گروه عمده فعالیت	کارگر مزد و حقوق‌بگیر		خویش‌فرما	کارفرما	سایر	جمع
	بخش خصوصی	بخش عمومی و تعاون				
کشاورزی	تعداد	۳۲۹,۰۰۰	۳۴,۰۰۰	۱,۸۵۹,۰۰۰	۹۵,۰۰۰	۲,۸۴۱,۰۰۰
	درصد	۱۲	۱	۶۵	۳	۱۹
صنعت	تعداد	۲۶۹,۰۰۰	۲۰۷,۰۰۰	۲۳۹,۰۰۰	۱۵,۰۰۰	۸۹۱,۰۰۰
	درصد	۳۰	۱۷	۲۷	۲	۲۴
ساختمان	تعداد	۴۱۰,۰۰۰	۲۰,۰۰۰	۱۲۳,۰۰۰	۱۵,۰۰۰	۶۱۱,۰۰۰
	درصد	۶۷	۳	۲۳	۳	۴
جمع سه گروه	تعداد	۱,۰۰۸,۰۰۰	۲۶۱,۰۰۰	۲,۲۴۱,۰۰۰	۱۲۵,۰۰۰	۴,۳۴۳,۰۰۰
	درصد	۲۳	۶	۵۱	۳	۱۷

مأخذ: جدول فوق بر مبنای جدول شماره ۴ - ۷، ص ۸۹، جلد دوم طرح «بررسی بیمه روستاییان در چارچوب زمینه‌های اجرایی نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی»، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۰ تنظیم شده است.

شرکتهای تعاونی کشاورزی که ارتباط شغلی و درامدی با مردم دارند، حدود یک میلیون نفر را پوشش داده‌اند که اگرچه نسبت به کل جمعیت روستایی چندان قابل توجه نیست، این

۱. ارتباط این تعاونی‌ها با روستاییان اغلب در ایستگاههایی است که روستایی کالایی را می‌خرد و بهای آن را می‌پردازد. وصول حق‌بیمه در این ایستگاهها، هزینه روستایی را اضافه می‌کند و بنابراین انگیزه پرداخت حق‌بیمه را کاهش می‌دهد. برای وصول حق‌بیمه بهتر است از ایستگاههای درامدی استفاده شود به نحوی که بتوان قسمتی از درآمد (مزد، حقوق، قیمت محصول و ...) را کسر کرد.

تعاونی‌ها در صورتی می‌توانند در اجرای بیمه اجتماعی مؤثر باشند که بتوانند ضمن ثبت نام و وصول حق بیمه از اعضا، بخشی از حق بیمه آنان را (به جایگزینی سهم کارفرما) پرداخت کنند. در بخش کشاورزی، با وجود تأکید کنوانسیون‌های بین‌المللی کار، هنوز تشکل‌های صنفی ایجاد نشده‌اند و ظاهراً قانونی هم برای ایجاد آنها وجود ندارد. شوراهای اسلامی روستا تنها تشکل قانونی منتخب مردم هستند که به نظر می‌رسد در صورت تقویت توان اجرایی آنها، بتوان در اجرای برنامه‌های بیمه اجتماعی و بیمه درمان از آنها کمک گرفت.

۴. سرانه اعتبارات دولتی برای تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی روستاییان در سال ۱۳۸۱ به طور ماهانه حدود ۸ هزار ریال گزارش شده است. در همین سال، هزینه سرانه مصوب برای شهرنشینان ۱۵,۶۰۰ ریال بوده است. آمارهای موجود سهمی را که روستاییان بابت هزینه‌های درمانی می‌پردازند، نشان نمی‌دهد. اما با توجه به سهم اندک دولت در مقایسه با هزینه سرانه درمان شهرنشینان، می‌توان پی برد که روستاییان بیش از نیمی از هزینه‌های درمان را خودشان می‌پردازند یا به همان مقدار از خدمات درمانی کمتر استفاده می‌کنند.

با توجه به نکات یادشده، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که اجرای بیمه اجتماعی (و همین‌طور بیمه درمان) برای روستاییان اگرچه ناممکن نیست، منوط به تحقق شرایطی است که ضمن ساماندهی جمعیت پراکنده روستایی و قانونمندی اشتغال آنان، زمینه پوشش جمعیت، وصول حق بیمه و تأمین منابع مالی بیمه اجتماعی را فراهم سازد.

### تنگناها و نارسایی‌های نظام تأمین سلامت روستاییان

با توجه به یافته‌های این پژوهش، مهمترین تنگناها و نارسایی‌های نظام تأمین سلامت روستاییان را می‌توان ناشی از محدودیت دسترسی، عدم جامعیت خدمات، کافی نبودن منابع مالی و تعدد مسئولیت در این حوزه دانست. به طور خاص در زمینه درمان روستاییان نیز، که نقش اصلی آن تأمین منابع مالی برای تأمین سلامت افراد است، می‌توان به فقدان ساز و کار برای وصول حق بیمه، ناپایداری منابع مالی و عدم استمرار در پوشش جمعیت اشاره کرد. جدول شماره ۳ مهمترین تنگناها و نارسایی‌های موجود در نظام تأمین سلامت و بیمه درمان روستاییان را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۳. مهمترین تنگناها و نارسایی‌های نظام تأمین سلامت روستاییان در وضعیت موجود	
<b>تأمین سلامت روستاییان</b>	<p>- دسترسی به پزشک بسیار اندک است (یک پزشک به ازای حدود ۹۵۰۰ نفر).</p> <p>- خدمات پزشکی که به روستاییان ارائه می‌شود، از جامعیت لازم برخوردار نیست.</p> <p>- اعتبارات دولتی تخصیص یافته به بهداشت و درمان روستاییان معادل نیمی از هزینه سرانه مصوب است.</p> <p>- پرداخت مستقیم روستاییان بابت درمان زیاد است (حدود نیمی از هزینه‌ها)</p> <p>- در نظام تأمین سلامت روستاییان، چندپارگی و تعدد مسئولیت وجود دارد.</p>
<b>بیمه درمان روستاییان</b>	<p>- پوشش بیمه درمان روستاییان اختیاری است و تضمینی برای استمرار آن وجود ندارد.</p> <p>- در تعریف ارائه شده از روستایی، بین روستاییان با سایر قشرها و گروه‌های جمعیتی همپوشانی وجود دارد.</p> <p>- منابع مالی صندوق بیمه درمان روستاییان به اعتبارات دولتی وابسته است.</p> <p>- ساز و کار مطمئنی برای وصول حق بیمه وجود ندارد.</p> <p>- ارائه خدمات منحصر به سیستم ارجاع از طریق شبکه است که ظرفیت آن برای نیاز روستاییان کافی نیست.</p> <p>- از ظرفیت‌ها و امکانات بخش غیردولتی در ارائه خدمات و امور بیمه‌گری بهره‌گیری نمی‌شود.</p>

### الگوهای رایج جهانی و میزان سازگاری آن با وضعیت روستاییان ایران

بررسی‌های این پژوهش نشان داد که برای تأمین سلامت روستاییان در کشورهای منتخب پنج الگوی مشخص وجود دارد. بیمه‌های خصوصی متکی به حق بیمه پرداختی از طرف بیمه‌شده‌ها و متناسب با ساز و کار بازار است. بیمه‌های محدود و خرد متکی به مشارکت مردم با بهره‌گیری از امکانات تعاونی‌ها و تشکل‌های مردمی است. الگوی بیمه اجتماعی متکی به حق بیمه مبتنی بر حقوق و دستمزد شاغلان و با بهره‌گیری از کمک‌های مستقیم یا غیرمستقیم دولت، به‌طور عمده سطوح دوم و سوم خدمات بهداشتی و درمانی را ارائه می‌کند و کارگران یا خویش‌فرمایان بخش کشاورزی را پوشش می‌دهد. الگوی شبکه متکی به منابع دولتی و با بهره‌گیری نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات، هر سه سطح خدمات بهداشتی و درمانی را ارائه می‌کند و الگوی بیمه درمان روستاییان (جدا از سایر بیمه‌های اجتماعی) با بهره‌گیری از ساز و کارهای بیمه‌ای و

متکی به کمک دولت، با در نظر گرفتن قدرت پرداخت خانوارهای روستایی، خدمات بهداشتی و درمانی را در قالب نظام ارجاع به آنان ارائه می‌کند. اجرای هر یک از این الگوها نیازمند تحقق شرایط ویژه‌ای است که به برخی از آنها اشاره می‌شود:

۱. **بیمه‌های خصوصی** برای قشر ثروتمند جامعه قابل استفاده است و بیمه‌های درمان پایه را نمی‌توان برای افرادی که توان پرداخت حق بیمه را ندارند، از این طریق ارائه کرد. یافته‌های این پژوهش نشان داد که متوسط درآمد سالانه خانوارهای روستایی در مقایسه با خانوارهای شهری حدود ۴۰ درصد کمتر است. از سوی دیگر، بیمه‌های خصوصی هنوز در نقاط شهری هم گسترش چندانی نیافته است. با وجود این، در صورت تشکیل انجمنهای غیردولتی پزشکی و فعالیت آنان در نقاط شهری و روستایی (به طور مشترک) بهره‌گیری از این الگو برای بیمه‌های تکمیلی درمان قابل توصیه است.

۲. **بیمه‌های محدود و خرد**، با کمک نهادهای حمایتی و مردمی شکل می‌گیرد و در مناطق دورافتاده و کم‌جمعیت که تحت پوشش بیمه‌های همگانی و فراگیر قرار نمی‌گیرند، قابل توصیه است. در اجرای این الگو سازمانهای غیردولتی و مؤسسات خیریه می‌توانند نقش مؤثری ایفا کنند و بویژه هنگامی که در کنار پروژه‌های توسعه روستایی اجرا شوند، می‌توان به موفقیت آنها امیدوار بود اما در حال حاضر چشم‌انداز موفقیت‌آمیز برای اجرای این الگو مشاهده نمی‌شود.

۳. **الگوی بیمه اجتماعی** از نظر منابع مالی و ساز و کارهای اجرایی، پایدارترین نوع بیمه است اما اجرای آن نیازمند وجود مشاغل رسمی، مزد و حقوق پایدار و کارفرمای معین است. در صورت وجود این شرایط و پشتوانه قانونی، می‌توان بیمه‌های اجتماعی کارگران را به مشاغل بخش کشاورزی و نیز فعالیتهای صنعتی و ساختمانی در روستاها تسری داد. از این طریق بخشی از روستاییان تحت پوشش قرار می‌گیرند. اما در شرایط کنونی، برای تحقق این شرایط باید اقدامات مؤثری در جهت توسعه جوامع روستایی و گسترش اشتغال در بخش رسمی و قانونمندی مشاغل در روستاها صورت گیرد.

۴. **الگوی شبکه**، جمعیت هدف را به صورت غیربیمه‌ای و با استفاده از منابع و امکانات دولتی پوشش می‌دهد. این الگو، نیازمند امکانات و تسهیلات وسیع و گسترده دولتی است که

پوشش لازم را ایجاد کند و خدمات بهداشتی و درمانی را در محل کار و زندگی مردم ارائه کند. در شرایط کنونی، نزدیک به کل جمعیت روستایی از طریق شبکه تحت مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند و این شبکه‌ها، در صورتی که ظرفیت آن ارتقا یابد، امکان ارائه خدمات درمانی به روستاییان را نیز دارد.

بیش از دو دهه تجربه در اجرای الگوی شبکه و ایجاد خانه بهداشت در تعداد قابل توجهی از روستاها، زمینه را برای توسعه این الگو فراهم کرده است. با وجود این، تأمین سلامت روستاییان از طریق شبکه، مستلزم صرف اعتبارات بیشتر از ناحیه دولت و نیز تغییرات ساختاری در نظام شبکه برای جذب پزشکان بیشتر و بهره‌گیری از امکانات نظام بیمه درمان همگانی است. حضور بهورزان در خانه‌های بهداشت اگرچه دسترسی روستاییان به مراقبت‌های بهداشتی را فراهم می‌کند، برای تأمین نیازهای پزشکی آنان کافی نیست.

۵. **الگوی بیمه درمان روستاییان**، متکی به اعتبارات دولتی، مشارکت مالی مردم و فعالیت مؤثر انجمن‌های بیمه‌گر غیردولتی است. در این الگو، نیازهای درمانی روستاییان در ساختاری مجزا از دیگر بیمه‌های اجتماعی (بازنشستگی، از کارافتادگی و فوت) ارائه می‌شود اما از ساز و کارهای بیمه اجتماعی بهره می‌گیرد. با وجود این، دولت بیش از ۵۰ درصد هزینه‌ها را تعهد می‌کند و با بهره‌گیری از قدرت اجرایی مقامات محلی و انجمن‌های بیمه‌گر غیردولتی، متناسب با قدرت پرداخت واقعی افراد و خانوارها، حق بیمه تعیین شده را وصول می‌کند. مهمترین ویژگی‌های قابل توجه در مورد این الگو، مبانی تعیین حق بیمه، روش‌های وصول، روش‌های تشخیص قدرت پرداخت خانوار، روش‌های تأمین کسری منابع صندوق و چگونگی بهره‌گیری از انجمن‌های غیردولتی برای پوشش جمعیت و ارائه خدمت است.

تجربه‌های گذشته در ایران، بیانگر ناکامی سازمان‌های بیمه‌گر در جهت وصول حق بیمه از روستاییان است. این ناکامی را می‌توان به عوامل مختلفی نسبت داد که مهمترین آنها عدم بهره‌گیری از ظرفیت‌های اجرایی نهادهای غیردولتی، کم توجهی به قدرت پرداخت خانوارها، بی توجهی به مقتضای فرهنگی و اجتماعی مناطق روستایی (یکسان‌نگری به همه روستاها) و فقدان پشتوانه قانونی برای وصول حق بیمه (اختیاری بودن آن) بوده است. روشن است که



برای وصول حق بیمه از روستاییان، این عوامل باید مورد توجه قرار گیرد و در این صورت، الگوی بیمه درمان روستاییان می‌تواند مکمل الگوی شبکه باشد.

### زیرساختهای ضروری برای تأمین سلامت روستاییان در ایران

توسعه نیافتگی جوامع روستایی از گذشته تاکنون عامل مهمی در ناکامی طرحهای بیمه درمان و بیمه اجتماعی در روستاها بوده است. این عامل از یک سو مانع حضور پزشکان و نیروی انسانی بهداشتی و درمان در روستاها بوده و از سوی دیگر توانمندی روستاییان را برای بهره‌گیری از ظرفیتهای موجود کاهش داده است. روشن است که اجرای هر برنامه‌ای برای تأمین سلامت روستاییان، نیازمند زیرساخت‌هایی است که بستر اجرایی آن را فراهم کند. به بیان دیگر، توسعه فعالیتهای بیمه‌ای و بهداشتی و درمانی در روستا مستلزم این است که جذابیتهای لازم برای فعالیت بخش غیردولتی و پزشکان آزاد ایجاد شود و این‌گونه فعالیتهای اقتصادی به صرفه باشد و در نهایت دسترسی روستاییان به خدمات درمانی به حد نیاز تأمین شود. همین‌طور تسری بیمه اجتماعی به مشاغل روستایی مشروط به این است که این مشاغل قانونمند و قابل شناسایی باشد. به طور کلی، اتخاذ رویکرد بیمه‌ای برای تأمین سلامت روستاییان در گروهی توانمندسازی آنان برای مشارکت در تأمین هزینه‌ها و پرداخت حق بیمه است.

### الگوی قابل توصیه برای تأمین و بیمه درمان روستاییان

با توجه به آنچه پیش از این بیان شد، به نظر می‌رسد نمی‌توان یکی از الگوهای رایج جهانی را عیناً برای روستاییان ایران توصیه کرد. هر یک از پنج الگوی یادشده، به طور اقتضایی در شرایط ویژه خود قابل استفاده هستند. اما در این پژوهش، الگویی مورد نظر است که در کوتاه‌مدت بتواند بیشترین پوشش جمعیتی را ایجاد کند و در درازمدت نیز از پایداری و استمرار لازم برخوردار باشد. بی‌تردید، بیمه درمان روستاییان در صورتی موفق خواهد بود که پیش‌نیازهای آن (جدول شماره ۴) به طور تدریجی تحقق یابد و متناسب با آن بیمه‌های اجتماعی یا درمان به شاغلان روستایی تعمیم داده شود. در این صورت، برای پوشش جمعیت روستایی در نظام بیمه اجتماعی و درمان راهبردها و روشهایی به شرح زیر می‌توان در نظر گرفت:

جدول شماره ۴. پیش‌نیازها و زیرساخت‌های ضروری برای توسعه و تعمیم بیمه درمان روستاییان	
<p>- قانونمندی‌سازی و مستندسازی مالکیت زمین و سرمایه و نقل و انتقال دارایی‌ها در نقاط روستایی</p> <p>- قانونمندی‌سازی و مستندسازی اشتغال و فعالیت در روستاها</p> <p>- ساماندهی جمعیت ساکن در روستاهای کوچک</p> <p>- اجرای کامل قانون کار کشاورزی</p>	<p><b>زمینه‌سازی برای اجرای بیمه اجتماعی در روستاها</b></p>
<p>- تقویت نظام بیمه خدمات درمانی با تصویب یک قانون فرابخشی و مادر</p> <p>- تقویت سازمانهای بیمه‌گر با به‌کارگیری ضمانت‌های اجرایی برای پوشش جمعیت و تأمین منابع مالی</p> <p>- شناسایی منابع درآمدی خانوارهای روستایی و ضابطه‌مند کردن آن</p> <p>- کاهش نرخ حق بیمه از طریق افزایش مبنای (مأخذ) وصول آن</p>	<p><b>زمینه‌سازی برای وصول حق بیمه از بیمه‌شدگان روستایی</b></p>
<p>- ارتقای سطح خدمات و ظرفیت شبکه بهداشت و درمان تا رسیدن به حد استاندارد دسترسی به پزشک</p> <p>- اجرای طرح پزشک خانواده و تأکید بر توجه به سلامت خانواده، بیماریابی و آموزش برای پیشگیری</p> <p>- زمینه‌سازی برای حضور و فعالیت مستمر پزشکان آزاد در نقاط روستایی</p>	<p><b>زمینه‌سازی برای دسترسی روستاییان به خدمات درمانی</b></p>
<p>- کمک به تشکیل انجمنهای بیمه‌گر غیردولتی و فعالیت آنان در نقاط روستایی</p> <p>- تقویت توان مالی و اجرایی شوراهای اسلامی روستا</p> <p>- کمک به ایجاد تشکلهای صنفی در بخش کشاورزی و مشاغل روستایی</p>	<p><b>زمینه‌سازی برای فعالیت تشکلهای غیردولتی در روستاها</b></p>

### الف. راهبردهای ساختاری

۱. تفکیک سازمانی بیمه درمان روستاییان از سایر بیمه‌های اجتماعی روستاییان: بیمه درمان و ویژگیهایی دارد که آن را از سایر بیمه‌های اجتماعی متمایز می‌کند. خدمات بیمه درمان فوری، حیاتی و تعلیق‌ناپذیر است. تعهدات بیمه درمان مبتنی بر نیاز اشخاص است و لزوماً با حق بیمه‌ای که می‌پردازند، رابطه مستقیمی ندارد. به همین دلیل محاسبات بیمه‌ای و تعادل منابع و مصارف در بیمه‌های درمان کوتاه‌مدت است و اغلب کسری منابع آن از محل بودجه‌های دولتی تأمین می‌شود. همچنین، بیمه‌های درمان به دلیل آنکه از پیامدهای سایر بخشهای

اقتصادی و اجتماعی (مانند حوادث و سوانح، دخانیات، آسیبهای اجتماعی، آلودگی هوا و محیط زیست و ...) به طور مستقیم اثر می‌پذیرد، باید از سایر بخشهای اقتصادی و اجتماعی مورد حمایت مالی قرار گیرد. این ویژگیهای بیمه درمان موجب می‌شود که بتوان آن را در ساختاری جدا از سایر بیمه‌های اجتماعی ارائه کرد و بویژه در مورد روستاییان ایران که تعمیم بیمه‌های بازنشستگی، از کارافتادگی، فوت و ... به آنها از چشم‌انداز روشن و مطمئنی برخوردار نیست، بیمه‌های درمان را باید جداگانه و در اولویت به اجرا درآورد.

۲. لزوم مشارکت مقامات دولتی و نهادهای فعال در روستاها در اداره امور بیمه درمان روستاییان: اجرای بیمه درمان روستاییان مستلزم شناسایی افراد و خانوارهای مشمول طرح، شناسایی منابع درآمدی و قدرت پرداخت آنان، وصول حق بیمه و پیگیری و استمرار آن، تخصیص بخشی از درآمدهای محلی به صندوق بیمه درمان و به طور کلی جلب اعتماد، همراهی و مشارکت روستاییان در اجرای طرح بیمه درمان است. این اقدامات، جز با مشارکت فعال نهادهای مردمی و مقامات دولتی مستقر در روستاها ممکن نیست.

۳. تشکیل صندوق مستقل بیمه درمان روستاییان در سطح ملی: برای پایداری هر صندوق بیمه‌ای که با ساز و کار بیمه اجتماعی عمل می‌کند، لازم است جمعیت تحت پوشش آن به اندازه‌ای وسیع باشد که شرایط یک جامعه طبیعی ایجاد شود و تعادل بین منابع و مصارف آن برقرار شود. به نظر می‌رسد وسعت جمعیت روستایی مشمول طرح بیمه درمان روستاییان به اندازه‌ای هست که بتواند شرایط جامعه طبیعی را در آن برقرار کند. از سوی دیگر، مستقل نبودن صندوق بیمه درمان روستاییان به مفهوم این است که روستاییان تحت پوشش یکی از صندوق‌های بیمه موجود قرار گیرند که این امر ممکن است موجب نگرانی متولیان و بیمه‌شدگان آن صندوق شود. از سوی دیگر، مستقل بودن صندوق بیمه روستاییان به شفاف‌تر بودن منابع و مصارف آن کمک می‌کند و جذب کمکهای دولتی و مشارکتهای مردمی را برای تقویت منابع آن ممکن می‌سازد.

#### ب. راهبردهای پوشش جمعیت

جمعیت روستایی کشور گستره وسیعی دارد. با توجه به پراکندگی جغرافیایی و تنوع زیستی،

شغلی و فرهنگی جوامع روستایی، نمی‌توان تمامی این جمعیت را به یکباره تحت پوشش بیمه درمان قرار داد. بنابراین، راهبرد پیشنهادی در این پژوهش، این است که جمعیت هدف به صورت تدریجی و مرحله‌ای و متناسب با میزان سازگاری هر بخش از جمعیت با مقتضیات بیمه‌های اجتماعی و درمان تحت پوشش قرار گیرد. این راهبرد، بر مبنای دو پیشفرض زیر تنظیم شده است:

— در روستاهای بزرگ آمادگی بیشتری برای اجرای بیمه درمان وجود دارد.

— پوشش بیمه‌ای بر مبنای اشتغال نسبت به سایر روشها مناسب‌تر و مطمئن‌تر است.

بر این مبنای جمعیت روستایی با توجه به وسعت و بزرگی روستاهای محل اقامت آن به چهار گروه به شرح زیر تقسیم می‌شود و سپس با رویکرد بیمه شغلی و به صورت مرحله‌ای تحت پوشش قرار می‌گیرد:

فاز یک؛ جمعیت ساکن در روستاهای بزرگ: حدود ۱۱ میلیون نفر از جمعیت روستایی در حدود ۵ هزار روستای بزرگ (با جمعیت بیش از یک هزار نفر در هر روستا) زندگی می‌کنند. این روستاها برای پوشش جمعیت به دلایل مختلف در اولویت قرار دارند. نخست اینکه تعداد این روستاها در مقایسه با کل روستاهای کشور (۶۸ هزار روستا) کم است اما جمعیت قابل توجهی (حدود ۴۸ درصد جمعیت روستایی) را در خود جای داده‌اند. ویژگی‌هایی مانند تراکم نسبی جمعیت، نزدیکی به نقاط شهری، برخورداری نسبی از امکانات رفاهی و معیشتی، وجود شعبه‌هایی از دستگاههای دولتی و نهادهای مردمی و انسجام و انتظام نسبی در وضع شغلی مردم در این روستاها، امور اجرایی بیمه درمان را برای صندوق بیمه‌گر آسان می‌کند و هزینه‌های اجرایی را به طور نسبی کاهش می‌دهد. دیگر آنکه، این روستاها در چارچوب نظام شبکه می‌توانند به عنوان هسته مرکزی عمل کنند و چند روستای پیرامون خود را به عنوان روستای قمر از نظر تأمین امکانات پزشکی و درمانی پوشش دهند و همین طور در صورتی که صندوق بیمه‌گر نیاز به تشکیلات اجرایی داشته باشد، با استقرار آن در این روستاها، می‌توان روستاهای پیرامون را نیز تحت پوشش قرار داد.

فاز دو؛ پوشش جمعیت در روستاهای نسبتاً بزرگ: حدود ۷ هزار روستای کشور که هر کدام بین ۵۰۰ تا ۱۰۰۰ نفر جمعیت دارند، در مجموع حدود ۵ میلیون نفر از جمعیت روستایی را در خود

جای داده‌اند. با در نظر گرفتن تراکم نسبی جمعیت در این روستاها در مقایسه با روستاهای بزرگ، به نظر می‌رسد که از امکانات نسبی کمتری نیز برخوردار باشند و به همان نسبت، اجرای بیمه درمان در این روستاها با دشواری بیشتری همراه خواهد بود. اما، در صورتی که اجرای طرح بیمه درمان در روستاهای بزرگ با موفقیت همراه باشد، تسری آن به روستاهای نسبتاً بزرگ ممکن خواهد شد. با اجرای فاز یک و دو، در مجموع حدود ۱۶ میلیون نفر (حدود ۷۰ درصد روستاییان) مشمول طرح بیمه درمان قرار می‌گیرند هرچند که بخشی از این جمعیت ممکن است به دلیل وضع شغلی و درامدی‌شان در عمل تحت پوشش قرار نگیرند.

فاز سه؛ روستاهای متوسط: حدود ۴ هزار روستای کشور که هر کدام بین ۱۰۰ تا ۵۰۰ نفر جمعیت دارند، در مجموع حدود ۶ میلیون نفر را در خود جای داده‌اند. اجرای بیمه درمان در این روستاها تنها در صورتی قابل توصیه است که طرح بیمه درمان در فاز یک و دو به نحو قابل قبولی اجرا شده باشد.

علاوه بر روستاهایی که در فازهای یک تا سه مشمول طرح بیمه درمان قرار می‌گیرند، تعداد ۳۲ هزار روستای کوچک وجود دارد که جمعیت هر کدام کمتر از ۱۰۰ نفر است و در مجموع حدود یک میلیون نفر در این روستاها ساکن هستند. به نظر می‌رسد که این روستاها باید از نظر امکانات اجتماعی و اقتصادی و نیز به لحاظ سازگاری با ضوابط و شرایط اجرای بیمه درمان با تنگناهای جدی‌تری مواجه باشند. علاوه بر این، کوچک بودن ابعاد، تراکم اندک جمعیتی و آسیب‌پذیری این روستاها در برابر نوسانات اقتصادی و پدیده‌های طبیعی، اجرای بیمه درمان در آنها را بسیار دشوار می‌سازد. به همین دلیل، پوشش جمعیت ساکن در این روستاها در نظام بیمه درمان با ساز و کار بیمه‌ای توصیه نمی‌شود. ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به ساکنان این روستاها، تا هنگامی که ساماندهی جمعیتی نشده‌اند، باید به روش حمایتی و از طریق شبکه‌های بهداشتی و درمانی صورت گیرد. البته جمعیت ساکن در این روستاها در مجموع حدود ۴ درصد کل جمعیت روستایی کشور است.

**روشهای پوشش جمعیت:** در فرایند پوشش بیمه‌ای جمعیت، با توجه به مواردی همچون روش شناسایی جمعیت، مبنای تعیین درآمد و تشخیص قدرت پرداخت افراد، روشهای تعیین و وصول حق بیمه و در نهایت ضمانتهای اجرایی برای تداوم پرداخت حق بیمه ضروری است.

درباره جمعیت روستایی ایران، همان‌طور که پیش از این بیان شد، به دلیل فقدان تجربه قبلی در این زمینه‌ها کار دشوارتر است. با وجود این به نظر می‌رسد در کنار تجربه‌های جهانی برای پوشش بیمه‌ای روستاییان، تجربه‌های ایران مورد پوشش بیمه‌ای سایر قشرهای جمعیت مانند بیمه اجتماعی رانندگان و شاغلان طرحهای پیمانکاری نیز می‌تواند مورد توجه قرار گیرد.

در بسیاری از کشورها، معیارهایی همچون زمین زراعی، محصولات کشاورزی، ماشین‌آلات کشاورزی و عضویت در تعاونی‌های روستایی برای پوشش بیمه‌ای روستاییان مورد استفاده قرار گرفته است. هر یک از روشهای یادشده به تناسب وضع شغلی گروه هدف، وضعیت اشتغال و ماهیت درآمد آنان می‌تواند به شیوه‌های متفاوتی مورد استفاده قرار گیرد. مهم این است که در تعیین نرخ حق بیمه، درآمد واقعی خانوارها و قدرت پرداخت آنان مدنظر قرار گیرد و روشهای وصول حق بیمه، از ضمانت اجرایی کافی برخوردار باشد.

تجربه‌های گذشته نشان می‌دهد که بیمه درمان به صورت اختیاری موفق نیست چراکه افراد تنها هنگام احساس بیماری و نیاز به درمان به آن روی می‌آورند و هرگاه احساس بی‌نیازی کنند، از پوشش خارج می‌شوند. اما اجباری کردن بیمه به آسانی ممکن نیست و نیاز به ضمانت اجرایی دارد. بنابراین باید راهکارهایی را جست‌وجو کرد که بخشی از درآمد و دارایی افراد در گروی پرداخت حق بیمه قرار گیرد.

مشروط کردن صدور دفترچه بیمه و تمدید اعتبار آن به پرداخت حق بیمه به تنهایی روش مناسبی نیست چراکه نتیجه آن محروم شدن افراد از خدمات درمانی مورد نیاز است بدون آنکه حق بیمه‌ای وصول شود. در واقع این روش موجب می‌شود که بیمه‌شدگان صرفه اقتصادی خود را در نظر بگیرند و تنها در صورتی حق بیمه بپردازند که مطمئن شوند بیش از آنچه پرداخته‌اند، دریافت خواهند کرد. در کنار این گونه پرداخت‌ها، بیمه‌شدگانی که پرداخت حق بیمه را به صرفه ندانند، بتدریج از پوشش خارج خواهند شد.

به طور کلی، گره زدن وصول حق بیمه به ایستگاههای مصرف خدمات درمانی ممکن است موجب وصول حق بیمه از بیماران شود اما منجر به مشارکت بیمه‌شدگان نمی‌شود. اما این روش، در کنار بهره‌گیری از ساز و کارهای متکی به درآمد و دارایی اشخاص، می‌تواند تداوم پرداخت حق بیمه را موجب شود. در جدول شماره ۵ روشهای پیشنهادی برای پوشش بیمه‌ای روستاییان بر مبنای اشتغال در گروههای مختلف شغلی نشان داده شده است.

جدول ۵. روشهای پیشنهادی برای پوشش بیمه‌ای روستاییان بر مبنای اشتغال

روشهای شناسایی	مبنای تعیین درآمد	روشهای تعیین	روشهای وصول	ضمانت اجرایی	
جمعیت مشمول	فرد یا خانوار	نرخ حق بیمه	حق بیمه	پرداخت حق بیمه	
کشاورزی	کارگری	شناسایی کارگاه از طریق بازرسی‌ها و گزارش‌گیری دوره‌ای	دستمزد مقطوع مصوب متناسب با ایام اشتغال و ارزش محصول	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای دستمزد مقطوع	پرداخت ماهانه با مهلت سه‌ماهه، از طریق کارفرما
	خویش - فرمایی	شناسایی زمین و باغات کشاورزی با سایر مکانهای فعالیت	دستمزد مقطوع مصوب متناسب با ایام اشتغال و ارزش محصول	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای دستمزد مقطوع	پرداخت ماهانه با مهلت سه‌ماهه، از طریق کارفرما
مشاغل	کارگری	شناسایی کارفرما به هنگام دریافت مجوز فعالیت ساختمانی	دستمزد روزانه کارگر با سطح زیربنای ساختمان	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای دستمزد روزانه کارگر	پرداخت یکجا به هنگام دریافت مجوز یا پایان کار
	پیمانکاری	شناسایی کارفرما به هنگام دریافت مجوز فعالیت ساختمانی	مبلغ قراردادی پیمانکاری	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای دستمزد مقطوع	پرداخت یکجا به هنگام دریافت مجوز یا پایان کار
مشاغل صنعتی و خدماتی	کارگری	شناسایی کارگاه از طریق بازرسی‌ها و گزارش‌گیری دوره‌ای	دستمزد روزانه یا ماهانه کارگر	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای دستمزد روزانه کارگر	پرداخت ماهانه با مهلت سه‌ماهه، از طریق کارفرما
	خویش - فرمایی	شناسایی کارگاه از طریق بازرسی‌ها و گزارش‌گیری دوره‌ای	دستمزد مقطوع صنفی	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای دستمزد مقطوع صنفی	پرداخت ماهانه با مهلت سه‌ماهه به صورت نقدی
پیمانکاری	پیمانکاری	شناسایی پیمانکار از طریق قراردادهای پیمانکاری با کارفرما	مبلغ قراردادی پیمانکاری	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای قرارداد پیمانکاری	پرداخت یکجا به هنگام عقد قرارداد یا پایان کار
	پیمانکاری	شناسایی پیمانکار از طریق قراردادهای پیمانکاری با کارفرما	مبلغ قراردادی پیمانکاری	حق بیمه سرانه + نرخ شناور بر مبنای قرارداد پیمانکاری	پرداخت یکجا به هنگام عقد قرارداد یا پایان کار

علاوه بر پوشش شغلی جمعیت به نحوی که بیان شد، بخشی از جمعیت روستایی را نیز در صورتی که مشمول بیمه بر مبنای شغل قرار نگیرند، می‌توان به صورت غیرشغلی تحت پوشش قرار داد. از این دیدگاه، دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در مدارس روستایی از جنبه‌های مختلف اولویت و آمادگی پوشش بیمه‌ای را دارند. حدود ۴۰ درصد جمعیت روستایی (بیش از ۹ میلیون نفر) در مقاطع سنی ۶ تا ۱۸ هستند که مشمول نظام آموزش عمومی قرار می‌گیرند و به طور بالقوه دانش‌آموز شناخته می‌شوند. تأمین سلامت دانش‌آموزان به دلیل مقاطع سنی که در آن قرار دارند، از یک سو جزو اولویتهای نظام بهداشت و درمان کشور است و از سوی دیگر، به دلیل سلامت نسبی آنها در این سنین، هزینه سرانه درمان آنها در مقایسه با دیگر گروههای سنی پایین است. علاوه بر این، ارتباط مستمر دانش‌آموزان با مدرسه‌های دولتی موجب می‌شود که ثبت‌نام و پوشش بیمه‌ای آنها به آسانی صورت گیرد و وصول حق بیمه سرانه درمان نیز در طول سال از طریق مدرسه‌ها به صورت تدریجی انجام گیرد.

مدرسه‌ها همچنین می‌توانند در شناسایی دانش‌آموزان نیازمند که باید مشمول نظام حمایتی قرار گیرند، مشارکت کنند. پوشش وسیع جمعیتی دانش‌آموزان به طور مستمر می‌تواند حق بیمه سرانه را به قدری کاهش دهد که خانوارها قدرت پرداخت آن را داشته باشند. بنابراین، اجرای طرح بیمه دانش‌آموزان روستایی، برای آن بخش از دانش‌آموزان که مشمول طرح بیمه درمان بر مبنای شغل قرار نگیرند، قابل توصیه است.

### پ. راهبردهای تعیین سطح تعهدات و تأمین خدمات

نیازهای بهداشتی و درمانی مردم (چه شهری و چه روستایی) را نمی‌توان با وضعیت بیمه‌ای آنان مرتبط دانست. این نیازها به هر نحو ممکن باید برآورده شود چراکه با سلامت جامعه در ارتباط است. روشهای بیمه‌ای و غیربیمه‌ای تنها وسیله و ابزاری برای تأمین منابع مالی نظام سلامت است و نباید تعیین‌کننده سطح تعهدات و خدمات آن باشد. بنابراین سطح تعهدات بیمه درمان برای روستاییان نیز در چارچوب سیاستهای کلان نظام بهداشت و درمان کشور و مساوی با دیگر بیمه‌شدگان خواهد بود و باید همه نیازهای پایه و اساسی را دربرگیرد. البته در وضع موجود نیز سطح تعهدات و خدمات بیمه درمان برای تمام بیمه‌شدگان کشور یکسان است و تنها روشهای ارائه خدمات به بیمه‌شدگان ممکن است متفاوت باشد.



با وجود این، جامعیت سطح تعهدات بیمه درمان به تنهایی کافی نیست و فراهم ساختن امکاناتی برای دسترسی بیمه‌شدگان به خدمات درمانی و سهولت بهره‌گیری آنان از این خدمات نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. چنان که در سالهای اخیر نیز، که بیمه همگانی درمان به روستاییان تسری یافته، مهمترین تفاوت روستاییان با بیمه‌شدگان شهری در میزان دسترسی آنان به خدمات و نحوه ارائه خدمات درمانی به آنان بوده است.

هر روشی که برای پوشش بیمه‌ای جمعیت روستایی مورد قبول قرار گیرد، نیاز به ساختار معینی برای تأمین خدمات بهداشتی و درمانی خواهد داشت. به بیان دیگر، تفاوت الگوهای بیمه‌ای در روش پوشش جمعیت و تأمین منابع مالی آن است و از نظر نحوه تأمین و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی، با یکدیگر تفاوت چندانی نخواهند داشت.

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که در وضع کنونی، شبکه بهداشت و درمان مناسب‌ترین ساختار برای تأمین دسترسی روستاییان به تسهیلات و امکانات درمانی و ارائه خدمات بهداشتی و درمانی به آنان است. علاوه بر آنکه شرایط اقتصادی و اجتماعی روستاها، جذابیت لازم را برای فعالیت پزشکان آزاد و ایجاد مراکز درمانی خصوصی ایجاد نمی‌کند، شبکه بهداشت و درمان به عنوان گسترده‌ترین ساختار ارائه خدمات بهداشتی و درمانی از ظرفیتهای بالقوه مناسبی برای تحقق این هدف برخوردار است.

در وضع موجود بیش از ۹۰ درصد از جمعیت روستایی کشور تحت پوشش خانه‌های بهداشت هستند و مراقبتهای بهداشتی اولیه به کمک بهورزان در اختیار آنان قرار می‌گیرد. با وجود این، دسترسی جمعیت یادشده به پزشکان بسیار اندک است اما به نظر می‌رسد در صورت ارتقای ظرفیت شبکه و استفاده مناسب‌تر از امکانات آن، می‌توان بخش قابل توجهی از نیازهای روستاییان به خدمات بهداشتی و درمانی را از این طریق تأمین کرد.

به طور کلی، بیمه درمان روستاییان، با هر روشی که اجرا شود در صورتی موفق خواهد بود که بتواند رضایت بیمه‌شدگان را از نظر دسترسی به خدمات بخش دولتی و خصوصی و کیفیت خدمات درمانی جلب کند و روستاییان در مقایسه خود با بیمه‌شدگان شهری تفاوت و تبعیض زیادی احساس نکنند. روشن است که تدابیری مانند نظام ارجاع، سطح‌بندی خدمات و طرح پزشک خانواده تماماً باید در خدمت این هدف قرار گیرد و ابزاری برای تحقق آن باشد.

## منابع

۱. آجرلو، غلامرضا؛ مجموعه قوانین و مقررات بهداشتی و درمانی، تهران: مؤسسه فرهنگی و انتشاراتی حیان، چاپ اول، ۱۳۷۶.
۲. آراهیرو شوجی و اونیشی هیروناری؛ «اصلاح نظام بیمه درمانی ژاپن»، هرمز همایون‌پور، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره سوم، ۱۳۷۸.
۳. ازکیا، مصطفی؛ جامعه‌شناسی توسعه و توسعه‌یافتگی روستایی ایران، تهران: انتشارات اطلاعات، چاپ پنجم، ۱۳۷۸.
۴. استفان برگر؛ مراقبتهای بهداشتی، نیرویی پیش‌برنده برای اقتصاد، علی حسن‌زاده، مقاله ارائه‌شده به مجمع بین‌المللی تأمین اجتماعی، استکهلم، ۲۰۰۱.
۵. اووه راینهارت؛ «نظام خدمات و بیمه درمانی در آلمان»، فصلنامه تأمین اجتماعی، عزیز کیاوند، شماره ششم، ۱۳۷۹.
۶. ایوانز، رابرت جی و هرین ام لاو؛ «تحول در نظام درمان و بیمه درمانی کانادا»، ابوالقاسم پوررضا، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره ششم، ۱۳۷۹.
۷. بیازیه دوربان؛ «بهداشت برای همه روستاییان»، سازمان جهانی پزشک خانواده، ۱۹۹۷.
۸. بررسی بیمه درمان روستاییان در نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۱.
۹. دینتینانو، بثاتریس مایونو؛ بیمه‌ها و حمایت‌های اجتماعی، ایرج علی‌آبادی، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۰.
۱۰. پیرویان، ویلیام و عبدالحسین جیوار؛ مجموعه قوانین و مقررات تأمین اجتماعی (جلد ۱ و ۲)، تهران: مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۸۱.
۱۱. پناهی، بهرام؛ «نظام بیمه‌های اجتماعی کشاورزان، صاحبان حرف و مشاغل آزاد و خویش‌فرمایان در جامعه اروپا»، فصلنامه تأمین اجتماعی، شماره سیزدهم، ۱۳۸۲.
۱۲. مؤسسه تحقیقات اجتماعی دانمارک؛ تأمین اجتماعی در اروپا، هرمز همایون‌پور، مؤسسه عالی پژوهش تأمین اجتماعی، ۱۳۷۹.
۱۳. حسن‌زاده، علی؛ بیمه‌های بهداشتی انفرادی، معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸.
۱۴. حسن‌زاده، علی؛ منابع و مزایای بهداشتی، معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۷۹.
۱۵. دفتر بین‌المللی کار و اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی؛ بیمه درمان اجتماعی، حمید رضایی قلعه، تهران: انتشارات سیمای فرهنگ، چاپ اول، ۱۳۷۹.

۱۶. سالنامه آماری کشور در سال ۱۳۸۱، تهران: مرکز آمار ایران، ۱۳۸۲.
۱۷. سرشماری عمومی و نفوس و مسکن ۱۳۷۵، شناسنامه بخشهای کشور، تهران: مرکز آمار ایران، ۱۳۷۸.
۱۸. سیاری، علی اکبر؛ سیمای سلامت در جهان و ایران. تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
۱۹. سیمای سلامت، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
۲۰. شادپور، کامل؛ شبکه مراقبتهای اولیه بهداشتی در ایران، تهران: ستاد گسترش شبکه‌های بهداشتی و درمانی، ۱۳۷۲.
۲۱. کریمی، مظفر؛ گزارش طرح پژوهشی مطالعه تطبیقی بیمه خدمات درمانی روستاییان در چند کشور و ارائه الگوی مناسب برای ایران، تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی، ۱۳۷۹.
۲۲. کریمی، مظفر و جمیله رحیمی‌نیا؛ جایگاه بخش بهداشت و درمان در برنامه سوم توسعه، تهران: وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۸۱.
۲۳. گریفین کیث و تری مک کنلی؛ توسعه انسانی، اثری از برنامه توسعه ملل متحد، غلامرضا خواجه‌پور، تهران: نشر وداد، چاپ اول ۱۳۷۷.
۲۴. گزارش اقتصادی سال ۱۳۸۱ (جلد اول و دوم)، تهران: سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، مهرماه ۱۳۸۲.
۲۵. گزارش جهانی سلامت در سال ۲۰۰۲، سازمان جهانی بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و مؤسسه فرهنگی ابن‌سینای بزرگ، ۱۳۸۱.
۲۶. گزارش عملکرد صندوق بیمه درمان روستاییان، تهران: سازمان بیمه خدمات درمانی (اداره کل خدمات ماشینی و بررسیهای آماری)، ۱۳۸۲.
۲۷. گزارش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شورای عالی سلامت کشور، شهریور ۱۳۸۲.
۲۸. ناکگی ایکگامی و توشی هیکوهایسه گاو؛ «سیستم مراقبتهای بهداشتی ژاپن»، فصلنامه تأمین اجتماعی، ابوالقاسم پوررضا، شماره یازدهم، ۱۳۸۱.
۲۹. «نظام بیمه اجتماعی در نروژ»، فصلنامه تأمین اجتماعی، هرمز همایون‌پور، شماره پنجم، ۱۳۷۹.
۳۰. هرناندو پرز مونتاس، «چالش‌های ارائه مراقبتهای بهداشتی و درمانی»، فصلنامه تأمین اجتماعی، علی حسن‌زاده، شماره دوازدهم، ۱۳۸۲.