



وزارت رفاه و تامین اجتماعی



سازمان بیمه سلامت ایران

معاونت مطالعات و توسعه خدمات بیمه ای

مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

سازمان بیمه سلامت ایران

اداره کل بیمه سلامت استان کرمان

عنوان:

بررسی وضعیت معیشتی بیمه شدگان بیمه همگانی سلامت

استان کرمان

پژوهشگر:

حجت شاهرخی

پاییز ۱۳۹۳

فهرست

۴	چکیده:
۵	کلیات:
۸	اهداف تحقیق:
۸	هدف کلی:
۸	اهداف اختصاصی:
۸	جامعه آماری:
۸	روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:
۸	مشخصات ابزار جمع آوری داده ها:
۸	روش جمع آوری داده ها:
۸	روش تجزیه و تحلیل داده ها:
۹	یافته ها:
۹	۱- وضعیت جنسیت آزمودنی ها:
۱۰	۲- وضعیت سن آزمودنی ها:
۱۱	۳- وضعیت تاهل آزمودنی ها:
۱۲	۴- وضعیت تحصیلات آزمودنی ها:
۱۳	۵- وضعیت خانواده از نظر سرپرستی آزمودنی ها:
۱۴	۶- وضعیت مسکن آزمودنی ها:
۱۵	۷- وضعیت اشتغال سرپرست آزمودنی ها:
۱۶	۸- وضعیت سلامت سرپرست آزمودنی ها:
۱۷	۹- وضعیت سلامت خانواده آزمودنی ها:
۱۸	۱۰- وضعیت درآمد ماهانه آزمودنی ها:
۱۹	محدودیت ها:
۱۹	نتیجه گیری:
۱۹	پیشنهادات:
۲۰	منابع مورد استفاده:

چکیده:

امروزه مهمترین شاخص سنجش و ارزیابی عملکرد دولت ها، میزان توجه و اهتمام آنها در حوزه اجتماعی می باشد که مهمترین مولفه حوزه اجتماعی، بخش سلامت است که این امر در کشور ما با گسترش کمی و کیفی بیمه سلامت و پوشش فراگیر و حفاظت از مردم در پرداخت هزینه ها بر عهده سازمان بیمه سلامت ایران قرار دارد و بر اساس سیاست های ابلاغی، پوشش خدمات پایه سلامت برای آحاد جامعه باید توسط این سازمان تامین شود. از آنجایی که عمده ترین منابع تامین مالی بخش سلامت، منابع عمومی، منابع بیمه و جیب مردم می باشد در این مقاله به بررسی وضعیت معیشت بیمه شدگان پرداخته شده تا جهت برنامه ریزی و ارزیابی کفایت منابع جهت تصمیم گیرندگان و مدیران و بهبود عادلانه تخصیص منابع اقدام نموده باشیم. جامعه آماری این تحقیق بیمه شدگان صندوق بیمه همگانی سلامت استان کرمان به تعداد ۱۶۰/۰۰۰ نفر و امر گرد آوری اطلاعات با استفاده از پرسشنامه صورت پذیرفته و تجزیه و تحلیل از طریق جدول های فراوانی و نمودارهای ستونی و توصیفی از وضعیت شاخص های دموگرافیک و متغیرهای تحقیق ارایه می گردد. بطور کلی نتیجه نهایی پژوهش حاضر اینست که حمایت همه جانبه دولت محترم با توجه به اینکه بیمه شدگان بیمه همگانی سلامت دارای تحصیلات پایین بوده و از نظر درآمدی در دهکهای پایین جامعه و از نظر معیشتی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند الزامی است.

کلمات کلیدی: سازمان بیمه سلامت ایران، وضعیت معیشت، منابع تامین مالی.

Archive of SID

کلیات:

سلامتی حق طبیعی آحاد بشر بدون توجه به محل جغرافیایی اسکان، حکومت سیاسی، نژاد، زبان، رنگ، فرهنگ، دین و آیین متعلقه است. انسان برای دست یافتن به این مفهوم زندگی همواره تلاش خستگی ناپذیری را در طول قرون و اعصار از خود مبذول داشته و در نهایت بانگاهی حسرت آلود اما امیدوار، ادامه تلاش را به نسلهای بعدی سپرده است.

با وجود پیشرفتهای فوق العاده و معجزه آسا، تلاش گسترده همه انسانها به ویژه دانشمندان علم طب، فقط موفق به فائق آمدن به یک ویروس آبله و ریشه کنی قطعی آن بوده که جشن مهم و بزرگی را به همراه داشته است و در ادامه راه پس از سالها تلاش و هزینه، هنوز بحث توفیق بر ویروس فلج اطفال ادامه دارد. لکن آنچه مهم و ارزشمند است تلاش بشریت و بهبود سطح سلامت و آگاهی انسان به تعریف کاملی از سلامتی است که امروزه بشر در حد دانش، فناوری و علم خود به توافق رسیده است و برای ایجاد فضایی مناسب و بهره وری حداکثر از امکانات محدود موجود، در برنامه ریزی، ساماندهی و مدیریت مطلوب، تدبیر و چاره اندیشی میکنند.

جوامع مختلف برای رسیدن به هدف سلامت با محتوای همان مفاهیم و تعاریف معین و توافق شده سلیقه های متفاوتی را مطابق فرهنگ، اقتصاد و مسائل سیاسی اجتماعی خود در قالب الگوهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی طراحی و اجرا نموده اند. کشورهای در حال پیشرفت از آن جایی که اغلب علوم و دانش روز را از کشورهای پیشرفته (که سالها قبل آنها را آزموده و به نتایج آن دست یافته اند) به تقلید یا اقتباس فرا گرفته اند، در این خصوص نیز ناچار به همان روش ادامه داده و الگوهای مربوطه را حداکثر پس از بومی سازی مورد استفاده قرار داده و می دهند.

از آنجایی که نگرانی انسانها و اضطراب آنها از ناامنی های جوامع انسانی باعث پدید آمدن مشارکت هموعان طی قرون و اعصار شده و انسانها به نوعی با مشارکت در رفع خطر، احساس میکنند که میتوان میزان خطر را کاهش داد. به ویژه در دو قرن اخیر و به خصوص بعد از جنگ جهانی تلاش جمعی و مشارکت جویانه انسان در مقابل خطرات احتمالی با رویکرد ریسک پذیری، موضوع بیمه و سازمانهای بیمه ای را به وجود آورده است و امروزه فرهنگ بیمه در دنیا با ابعاد گسترده تجاری صنعتی خدماتی، موضوع کاملاً آشنا و شناخته شده ای است.

توزیع خطرپذیری و رفع خطر تنها در مقابل عواملی که قابل مبادله هستند به مشارکت گذاشته میشود. لذا از آنجایی که سلامت قابل معامله کردن نیست نمیتوان بیماری و عوارض آن را به مشارکت گذاشت اما میتوان خطر مالی مربوطه را به مشارکت گذاشت. هرچند همین خطر مالی در خیلی اوقات باعث تهدید سلامتی میشود. به این ترتیب اهمیت بیمه در خصوص ابعاد سلامت انسان کاملاً واضح و آشکار است.

موضوع بیمه همگانی سلامت برای حفظ و ارتقای سلامت انسان ها می باشد. انسان دارای نیازهای یکسان طبیعی بوده که این نیازها می توانند در شرایط محیطی متفاوت با تغییر آگاهی های انسان، تقاضاهای متفاوتی را ایجاد و بارز نمایند. لکن نیازهای طبیعی و قطعی انسان بعنوان حقوق وی در تمام جوامع باید تأمین گردد.

سالم زیستن و رضایتمندی از حیات، نیاز و تقاضای مسلم آحاد بشری است و چون سلامت جزء نیازهای طبیعی انسان است، جامعه ای که انسان در آن زندگی می کند نباید برای تأمین سلامتی انسان ها متفاوت باشد. این حق طبیعی انسان باید عادلانه و در تمام جوامع با شرایط یکسان در دسترس همه انسان ها فراهم باشد. هر چند این نگرش در شرایط کنونی

جهان رویایی و غیرواقعی به نظر می رسد، لکن تلاش بشریت می تواند این آرمان را تحقق بخشد. برای تأمین شرایط سلامتی و ارائه مراقبت ها و در واقع حفظ و ارتقای سلامت انسان ها، نظریه های متفاوتی ارائه شده است و این نظریه ها در جوامع انسانی تحقق عینی یافته است. برخی شخص انسان را مسؤول حفظ و ارتقای سلامتی خود می دانند و دیگران اجتماع را برای ایجاد زمینه های تعالی سلامت موظف قلمداد می کنند. به هر حال در جوامع امروزی با هر دیدگاه مفروض برای تأمین سلامت انسان ها و مراقبت از سلامتی او، نظام های گسترده سلامتی انجام وظیفه می نمایند و در تمام نظام های مربوطه نوعی مشارکت عمومی به چشم می خورد. خطرپذیری و توزیع آن در کنار مشارکت برای رفع خطر یا توزیع عوارض ناشی از خطر، حضور مؤسسه های بیمه ای را در جوامع، الزامی ساخته است. در مورد تأمین سلامتی نیز برابری از بیماری یا به حداقل رساندن خسارات آن، ارائه مراقبت های سلامتی در قالب نظام های مشارکتی با تأمین منابع عمومی از طریق دولت ها یا خود مردم صورت می گیرد.

در حوزه رفاه اجتماعی، بخش سلامت از جمله بخش های کلیدی هر کشور محسوب شده و به عنوان زیربنای توسعه معرفی می گردد. به طوری که در چند دهه ی گذشته مقوله ی سلامت به عنوان یک حق بشری و یک هدف اجتماعی در جهان شناخته شده و برای برآورده شدن نیازهای اساسی و بهبود کیفیت زندگی انسان ها قابل دسترس و الزامی است. امروزه مشخص شده که بسیاری از اشکال مختلف بیماری (اعم از روانی و جسمانی) در کشورهای در حال توسعه به خصوص کشور ایران با عوامل اجتماعی و شرایط خانوادگی رابطه یقوی دارد. مشکلاتی چون فقر، شکست در تحصیلات و مسائلی همچون حوادث منفی زندگی از جمله از دست دادن کار و مشکلات مالی خانواده از عواملی هستند که تأثیرات زیادی بر سلامتی روانی افراد دارند. از ویژگی های بارز بخش سلامت در جوامع در حال توسعه، لزوم دخالت گسترده ی دولت از طریق اجرای سیاست های پولی و مالی در این بازار است.

توسعه نظام بیمه سلامت کشور یکی از مهمترین فرامین مورد تاکید در سیاست های کلی مقام معظم رهبری، قانون برنامه پنجم توسعه و اساسنامه سازمان بیمه سلامت ایران می باشد. با تشکیل سازمان بیمه سلامت ایران امید بر آن است به عنوان یکی از بزرگترین اصلاحات نظام رفاه اجتماعی کشور، زمینه تحقق اهداف بلندی چون عدالت در سلامت، ارتقاء سطح کیفیت در ارائه خدمات سلامت، کاهش پرداخت از جیب بیمه شدگان، رفع همپوشانی بیمه ای، بسط و گسترش برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در سراسر کشور فراهم گردد. لذا ماموریت سازمان بیمه سلامت ایران در این خصوص انجام اقدامات لازم به منظور تمرکز کلیه امور بیمه سلامت در سازمان از طریق تجمیع سریع بخش های بیمه های درمانی کلیه صندوق های موضوع ماده ۵ قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده ۵ قانون محاسبات عمومی کشور با رعایت مفاد ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه اساسنامه سازمان و ارائه خدمات پایه سلامت به طور یکسان به تمامی مردم است.

سازمان بیمه سلامت ایران بر اساس بند الف ماده ۳۸ قانون برنامه پنجم توسعه در خصوص بیمه همگانی و اجباری پایه سلامت و به دنبال مصوبه ۸۳۵ ت ۵۰۴۱۶ ه مورخ ۱۳۹۲/۰۱/۱۶ هیات وزیران که در بند ب ماده ۳ آن مصوبه، سازمان را مکلف به "بیمه نمودن افراد فاقد بیمه سلامت" نموده بود، اقدامات جدید را به عنوان "طرح بیمه سلامت همگانی" آغاز نمود که به صورت واقعی از تاریخ ۱۳۹۳/۰۲/۰۱ طرح در کلیه استان ها و کشور کلید خورده و شروع گردید.

هدف اصلی این طرح، بیمه نمودن کلیه افراد فاقد هر گونه پوشش بیمه درمانی یا سلامت می باشد که با گذشت شش ماه از طرح چیزی بالغ بر هشت میلیون نفر بیمه شده تحت پوشش قرار گرفته و این روند همچنان ادامه دارد.

اداره کل بیمه سلامت استان کرمان یکی از هفت استان منطقه سه کشوری در اجرای طرح بیمه سلامت می باشد که بصورت موفق در این امر اقدام نمود و تعداد ۱۶۰۰۰۰ هزار بیمه شده فاقد پوشش بیمه ای را تحت پوشش بیمه همگانی سلامت قرار داده است.

از آنجایی که نظام پوشش بیمه همگانی سلامت بر اساس اصل تحقق عدالت در سلامت (به معنی پرداخت بر اساس توان، برداشت بر اساس نیاز) می باشد نظام بیمه ای باید به گونه ای عمل نماید که ضمن جلوگیری از پدیده هایی مانند مخاطره اخلاقی، انتخاب معکوس، سواری رایگان و... از وقوع قانون مراقبت های معکوس پیشگیری نماید. در نظام بیمه سلامت منابع تامین مالی از طریق مالیات ها صورت می پذیرد و تدارک خدمت بصورت عمدتاً دولتی است و تجربه نشان داده است منابعی که وصل به دولت هاست واجد ناپایداری است و سیاستها با تغییر دولتها به ویژه در کشور های در حال توسعه تغییر می کند و اگر منابع تامین نشود مطالبه ای ایجاد می گردد که عدم برآورده کردن آن نتایجی از جمله تحمیل بار مالی دولت به دوش مردم و یا ایجاد تنش اجتماعی به همراه خواهد داشت. لذا هر گونه مطالعه در این امر که سبب کمک به هدف گیری در تامین منابع مالی و اصلاح نظام های دریافت و پرداخت و نظام های مالیاتی در راستای دستیابی به حداکثر عدالت می باشد مفید فایده واقع می گردد.

از این رو بر اساس نیاز سازمان بر آن شدیم تا با بررسی وضعیت معیشت بیمه شدگان صندوق بیمه سلامت همگانی استان کرمان با پژوهشی کاربردی، توصیفی، جهت برنامه ریزی و ارزیابی کفایت منابع جهت تصمیم گیرندگان و مدیران و بهبود عادلانه تخصیص منابع گامی کوچک برداریم.

اهداف تحقیق:

هدف کلی:

هدف کلی این پژوهش ارزیابی ساختار جمعیتی بیمه شدگان بیمه سلامت همگانی و بررسی میزان توانمندی پرداخت حق بیمه در میان بیمه شدگان استان کرمان می باشد.

اهداف اختصاصی:

۱. تحلیل ساختار سن، جنس، وضعیت اشتغال، محل سکونت و ... جمعیت بیمه شدگان بیمه سلامت همگانی استان کرمان
۲. تحلیل وضعیت هزینه و درآمد خانوارهای دارای پوشش بیمه سلامت همگانی استان کرمان
۳. تعیین میزان توانایی پرداخت حق بیمه در بین خانوارهای بیمه شده ی استان کرمان

جامعه آماری:

جامعه آماری این مطالعه عبارتست از بیمه شدگان صندوق بیمه همگانی سلامت استان کرمان به تعداد ۱۶۰/۰۰۰ نفر

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن:

از آنجایی که حجم نمونه از فرمول کوکران و مورگان کمتر از ۴۰۰ مورد بوده و جهت اعتبار نتایج با جامعه ای به تعداد ۱۶۰/۰۰۰ نفر نیازمند مطالعه دقیق می باشیم لذا برای اطمینان بیشتر و دقت بالاتر حداقل ۱۰٪ حجم نمونه گیری مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

مشخصات ابزار جمع آوری داده ها:

با توجه به اینکه روش پرسشنامه ای یکی از روش های متداول در گرد آوری اطلاعات میدانی است که امر گردآوری اطلاعات ار در سطح وسیعی امکانپذیر می سازد در این مطالعه بر حسب نیاز از پرسشنامه استفاده خواهد شد.

روش جمع آوری داده ها:

جهت جمع آوری و نمونه گیری از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده می شود که هر یک از اعضای جامعه تعریف شده شانس برابر و مستقلی برای قرار گرفتن در نمونه را خواهند داشت.

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

تجزیه و تحلیل از طریق جدول های فراوانی و نمودارهای ستونی و توصیفی از وضعیت شاخص های دموگرافیک و متغیرهای تحقیق ارایه می گردد.

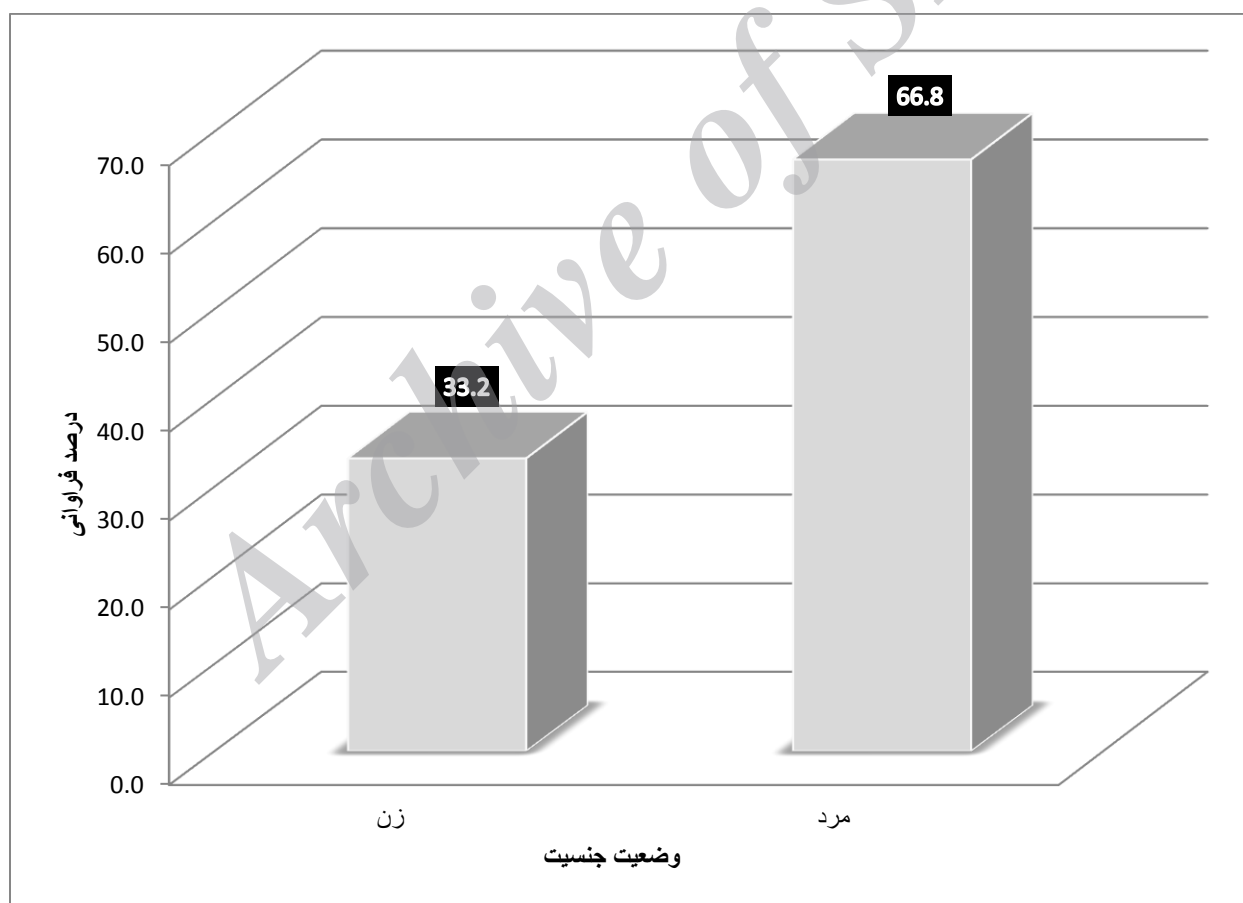
یافته ها:

۱- وضعیت جنسیت آزمودنی ها:

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۷۴۵ نفر (۳۳,۲ درصد) زن و ۱۵۰۱ نفر (۶۶,۸ درصد) مرد هستند.

جدول ۱- توزیع فراوانی وضعیت جنسیت آزمودنیها

وضعیت جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
زن	745	33.2	33.2
مرد	1501	66.8	100.0
جمع	2246	100.0	-



نمودار ۱- درصد فراوانی وضعیت جنسیت آزمودنیها

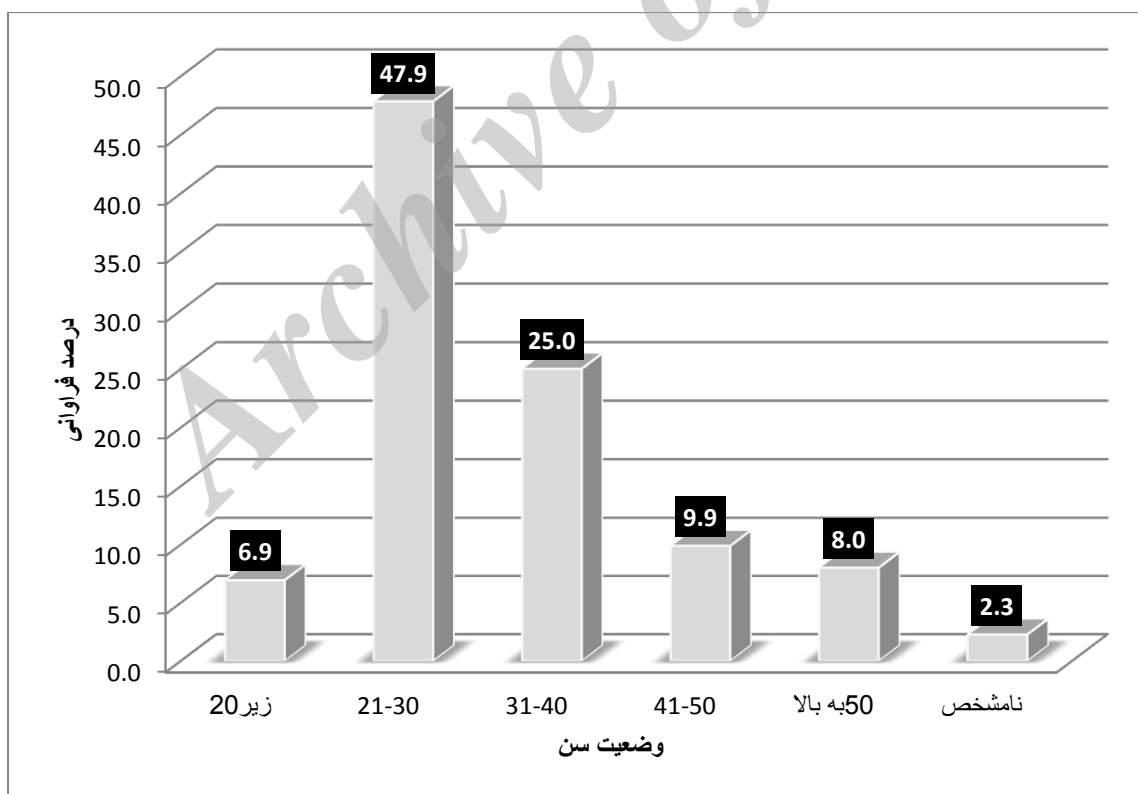
۲- وضعیت سن آزمودنی ها:

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۱۵۶ نفر (۹,۶ درصد) زیر ۲۰ سال، ۱۰۷۵ نفر (۹,۴۷ درصد) از ۲۱-۳۰، ۵۶۲ نفر (۰,۲۵ درصد) از ۳۱-۴۰، ۲۲۲ نفر (۰,۰۹ درصد) از ۴۱-۵۰ و تعداد ۱۸۰ نفر (۰,۰۸ درصد) ۵۰ سال به بالا و تعداد ۵۱ نفر (۰,۰۲ درصد) وضعیت سنشان نامشخص هستند.

بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگان ۲۱-۳۰ سن می باشد.

جدول ۲- توزیع فراوانی وضعیت سنی آزمودنیها

وضعیت سن	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
زیر ۲۰	156	6.9	6.9
21-30	1075	47.9	54.8
31-40	562	25.0	79.8
41-50	222	9.9	89.7
۵۰ به بالا	180	8.0	97.7
نامشخص	51	2.3	100.0
جمع	2246	100.0	-



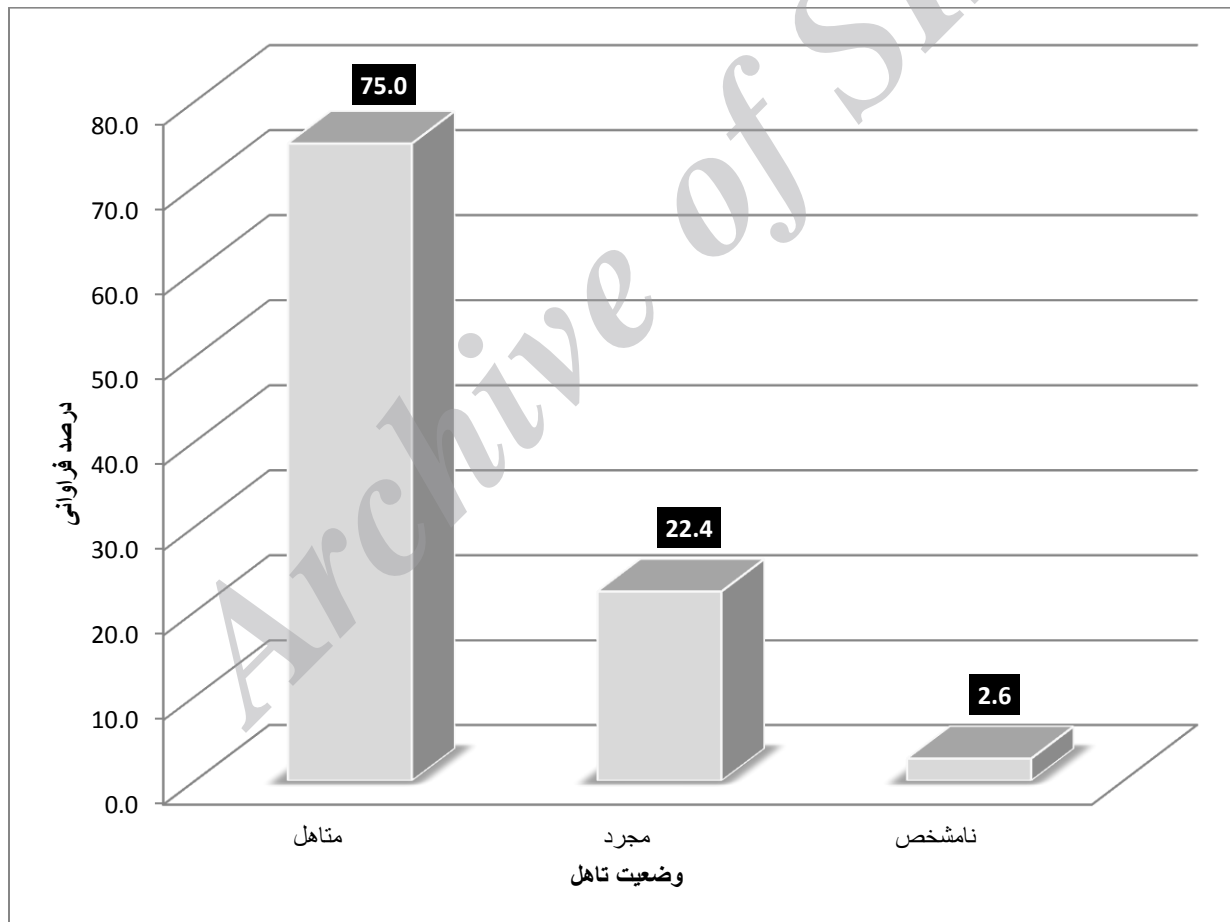
نمودار ۲- درصد فراوانی وضعیت سن آزمودنیها

۳- وضعیت تاهل آزمودنی ها:

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۱۶۸۵ نفر (۷۵,۰ درصد) متاهل و ۵۰۲ نفر (۲۲,۴ درصد) مجرد و تعداد ۵۹ نفر (۲,۶ درصد) نامشخص هستند.

جدول ۳- توزیع فراوانی وضعیت تاهل آزمودنیها

وضعیت تاهل	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
متاهل	1685	75.0	75.0
مجرد	502	22.4	97.4
نامشخص	59	2.6	100.0
جمع	2246	100.0	-



نمودار ۳- درصد فراوانی وضعیت تاهل آزمودنیها

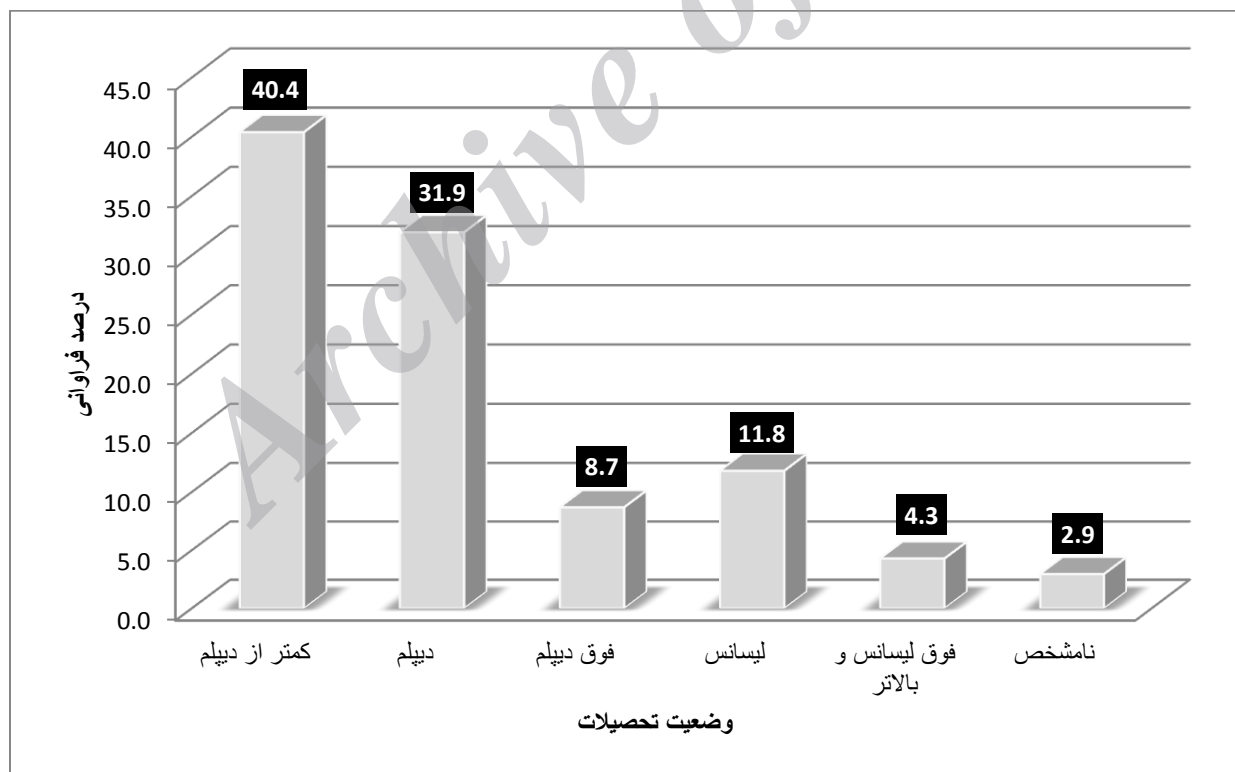
۴- وضعیت تحصیلات آزمودنی ها :

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۹۰۷ نفر (۴۰,۴ درصد) کمتر از دیپلم، ۷۱۷ نفر (۳۱,۹ درصد) دیپلم، ۱۹۵ نفر (۸,۷ درصد) فوق دیپلم، ۲۶۵ نفر (۱۱,۸ درصد) لیسانس و تعداد ۹۶ نفر (۴,۳ درصد) فوق لیسانس و بالاتر و تعداد ۶۶ نفر (۲,۹ درصد) وضعیت تحصیلاتشان نامشخص هستند.

بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگانی است که تحصیلات آنها دیپلم می باشد.

جدول ۴- توزیع فراوانی وضعیت تحصیلات آزمودنیها

وضعیت تحصیلات	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
کمتر از دیپلم	907	40.4	40.4
دیپلم	717	31.9	72.3
فوق دیپلم	195	8.7	81.0
لیسانس	265	11.8	92.8
فوق لیسانس و بالاتر	96	4.3	97.1
نامشخص	66	2.9	100.0
جمع	2246	100.0	-



نمودار ۴- درصد فراوانی وضعیت تحصیلات آزمودنیها

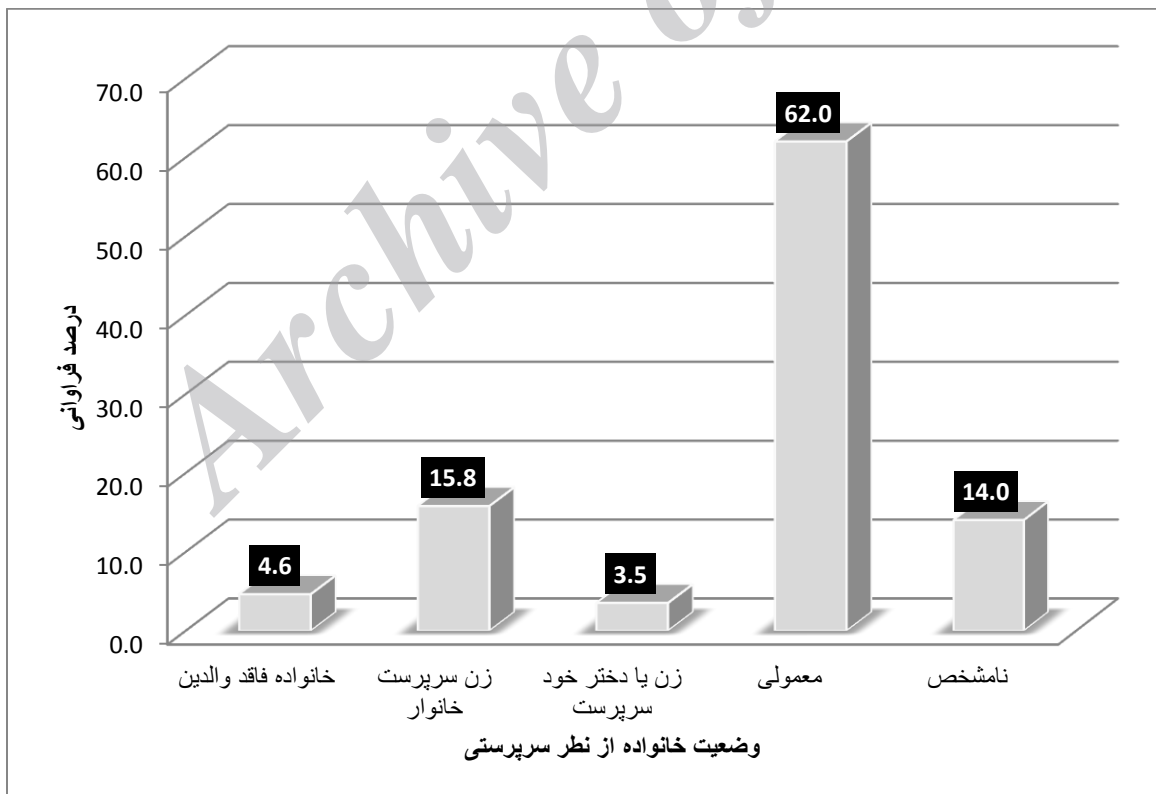
۵- وضعیت خانواده از نظر سرپرستی آزمودنی ها :

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۱۰۴ نفر (۴,۶ درصد) خانواده فاقد والدین، ۳۵۵ نفر (۱۵,۸ درصد) زن سرپرست خانوار، ۷۹ نفر (۳,۵ درصد) زن یا دختر خود سرپرست، ۱۳۹۳ نفر (۶۲,۰ درصد) معمولی و تعداد ۳۱۵ نفر (۱۴,۰ درصد) نامشخص هستند.

بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگانی است که وضعیت خانواده آنها معمولی می باشد.

جدول ۵- توزیع فراوانی وضعیت خانواده از نظر سرپرستی آزمودنیها

وضعیت خانواده از نظر سرپرستی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
خانواده فاقد والدین	104	4.6	4.6
زن سرپرست خانوار	355	15.8	20.4
زن یا دختر خود سرپرست	79	3.5	24.0
معمولی	1393	62.0	86.0
نامشخص	315	14.0	100.0
جمع	2246	100.0	



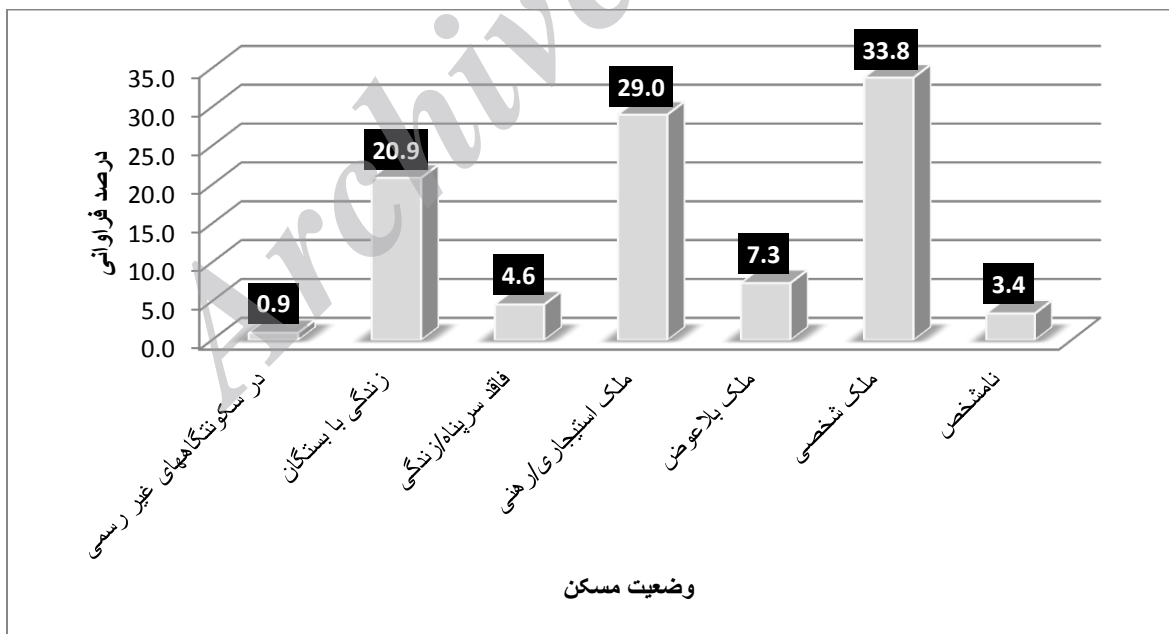
نمودار ۵- درصد فراوانی وضعیت خانواده از نظر سرپرستی آزمودنیها

۶- وضعیت مسکن آزمودنی ها :

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۲۱ نفر (۰,۹ درصد) در سکونتگاه های غیر رسمی، ۴۶۹ نفر (۲۰,۹ درصد) زندگی با بستگان، ۱۰۳ نفر (۴,۶ درصد) فاقد سرپناه/زندگی، ۶۵۲ نفر (۲۹,۰ درصد) ملک استیجاری/رهنی، تعداد ۱۶۵ نفر (۷,۳ درصد) ملک بلاعوض، تعداد ۷۵۹ نفر (۳۳,۸ درصد) ملک شخصی و تعداد ۷۷ نفر (۳,۴ درصد) نامشخص هستند. بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگانی است که دارای ملک شخصی و بعد دارای ملک استیجاری می باشند.

جدول ۶- توزیع فراوانی وضعیت مسکن آزمودنیها

وضعیت مسکن	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
در سکونتگاههای غیر رسمی	21	0.9	0.9
زندگی با بستگان	469	20.9	21.8
فاقد سرپناه/زندگی	103	4.6	26.4
ملک استیجاری/رهنی	652	29.0	55.4
ملک بلاعوض	165	7.3	62.8
ملک شخصی	759	33.8	96.6
نامشخص	77	3.4	100.0
جمع	2246	100.0	-



نمودار ۶- درصد فراوانی وضعیت مسکن آزمودنیها

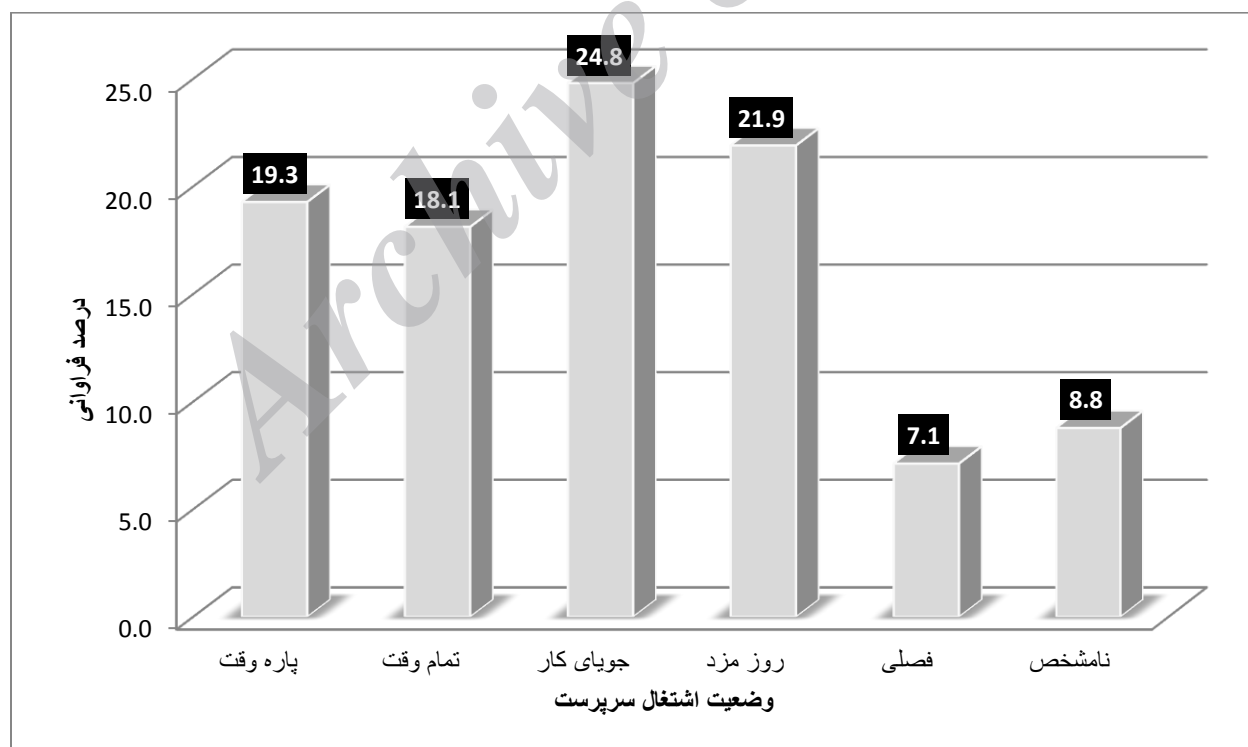
۷- وضعیت اشتغال سرپرست آزمودنی ها :

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۴۳۳ نفر (۱۹,۳ درصد) پاره وقت، ۴۰۷ نفر (۱۸,۱ درصد) تمام وقت، ۵۵۷ نفر (۲۴,۸ درصد) جویای کار، ۴۹۲ نفر (۲۱,۹ درصد) روز مزد، تعداد ۱۶۰ نفر (۷,۱ درصد) فصلی و تعداد ۱۹۷ نفر (۸,۸ درصد) نامشخص هستند.

بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگانی است که جویای کار بوده و یا روز مزد مشغول به کار هستند.

جدول ۷- توزیع فراوانی وضعیت اشتغال سرپرست آزمودنیها

وضعیت اشتغال سرپرست	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
پاره وقت	433	19.3	19.3
تمام وقت	407	18.1	37.4
جویای کار	557	24.8	62.2
روز مزد	492	21.9	84.1
فصلی	160	7.1	91.2
نامشخص	197	8.8	100.0
جمع	2246	100.0	-



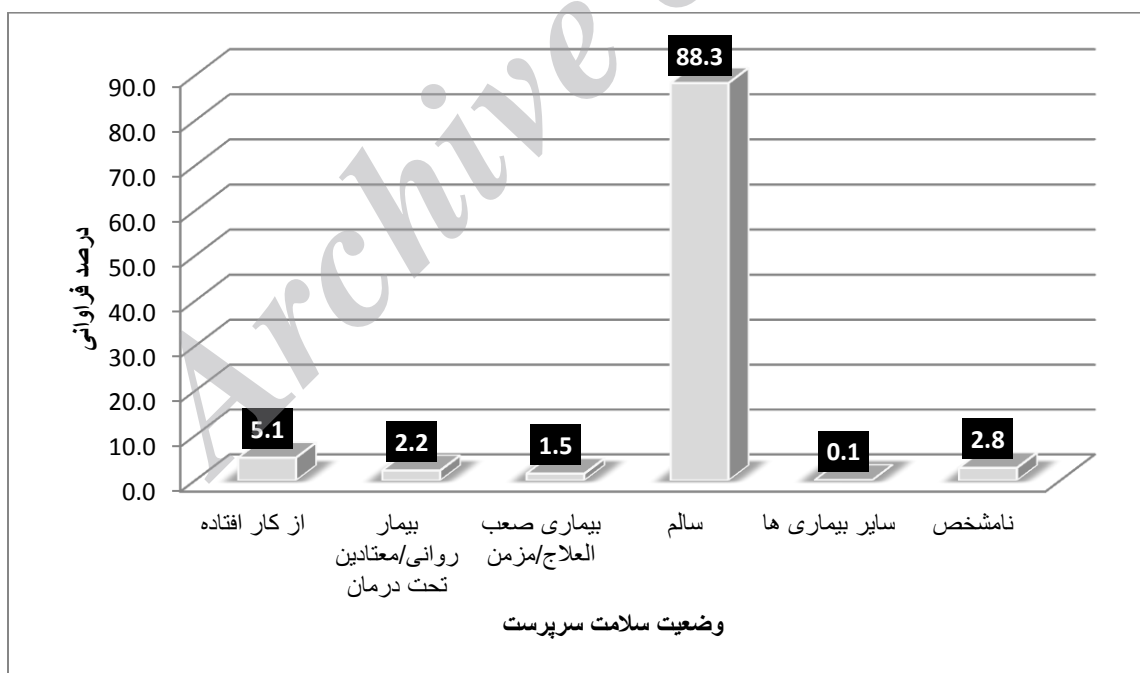
نمودار ۷- درصد فراوانی وضعیت اشتغال سرپرست آزمودنیها

۸- وضعیت سلامت سرپرست آزمودنی ها :

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۱۱۴ نفر (۵,۱ درصد) از کار افتاده، ۵۰ نفر (۲,۲ درصد) بیمار روانی/معتادین تحت درمان، ۳۴ نفر (۱,۵ درصد) بیمار صعب العلاج/مزمّن، ۱۹۸۳ نفر (۸۸,۳ درصد) سالم، تعداد ۲ نفر (۰,۱ درصد) سایر بیماری ها و ۶۳ نفر (۲,۸ درصد) نامشخص هستند. بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگانی است که در سلامت کامل می باشند.

جدول ۸- توزیع فراوانی وضعیت سلامت سرپرست آزمودنیها

وضعیت سلامت سرپرست	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
از کار افتاده	114	5.1	5.1
بیمار روانی/معتادین تحت درمان	50	2.2	7.3
بیماری صعب العلاج/مزمّن	34	1.5	8.8
سالم	1983	88.3	97.1
سایر بیماری ها	2	0.1	97.2
نامشخص	63	2.8	100.0
جمع	2246	100.0	-



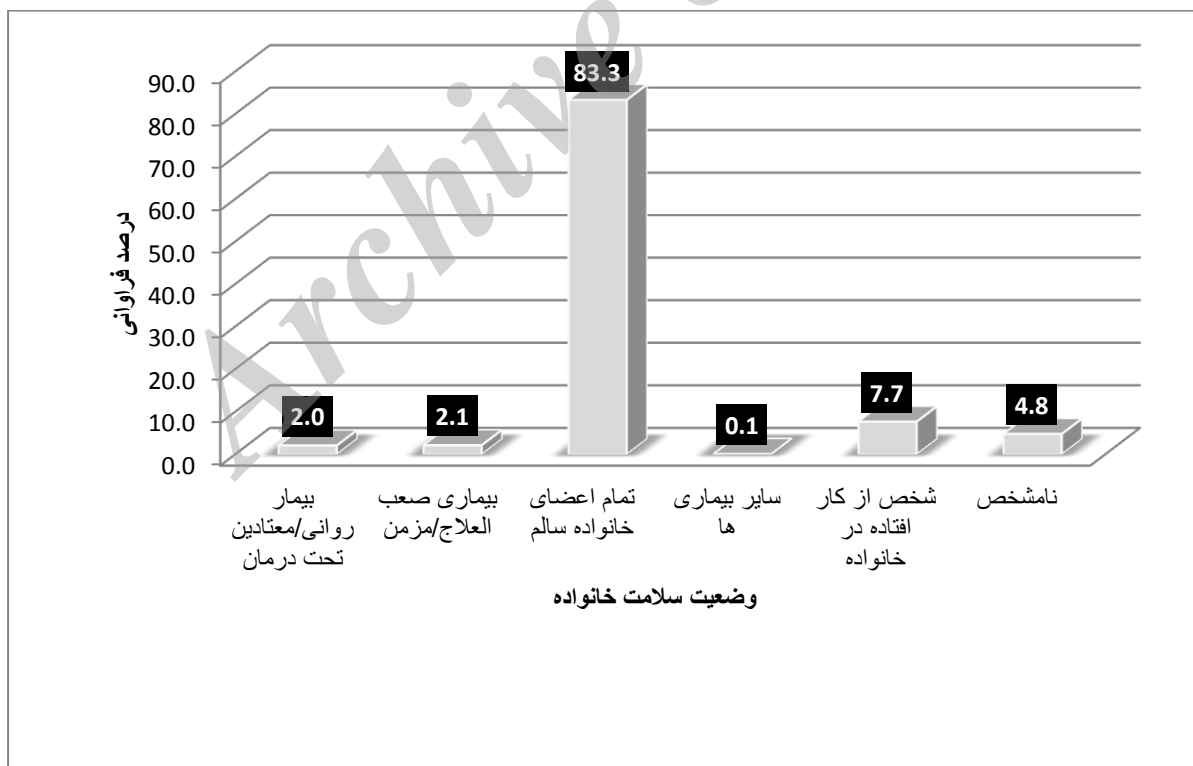
نمودار ۸- توزیع فراوانی وضعیت سلامت سرپرست آزمودنیها

۹- وضعیت سلامت خانواده آزمودنی ها :

باتوجه به تجزیه و تحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۴۶ نفر (۲,۰ درصد) بیمار روانی/معتادین تحت درمان، ۴۸ نفر (۲,۱ درصد) بیماری صعب العلاج/مزمن، ۱۸۷۱ نفر (۸۳,۳ درصد) تمام اعضای خانواده سال، ۲ نفر (۰,۱ درصد) سایر بیماری ها، تعداد ۱۷۲ نفر (۷,۷ درصد) شخص از کار افتاده در خانواده و ۱۰۷ نفر (۴,۸ درصد) نامشخص هستند. بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگانی است که اعضای خانواده آنها در سلامت کامل می باشند.

جدول ۹- توزیع فراوانی وضعیت سلامت خانواده آزمودنیها

وضعیت سلامت خانواده	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
بیمار روانی/معتادین تحت درمان	46	2.0	2.0
بیماری صعب العلاج/مزمن	48	2.1	4.2
تمام اعضای خانواده سالم	1871	83.3	87.5
سایر بیماری ها	2	0.1	87.6
شخص از کار افتاده در خانواده	172	7.7	95.2
نامشخص	107	4.8	100.0
جمع	2246	100.0	-



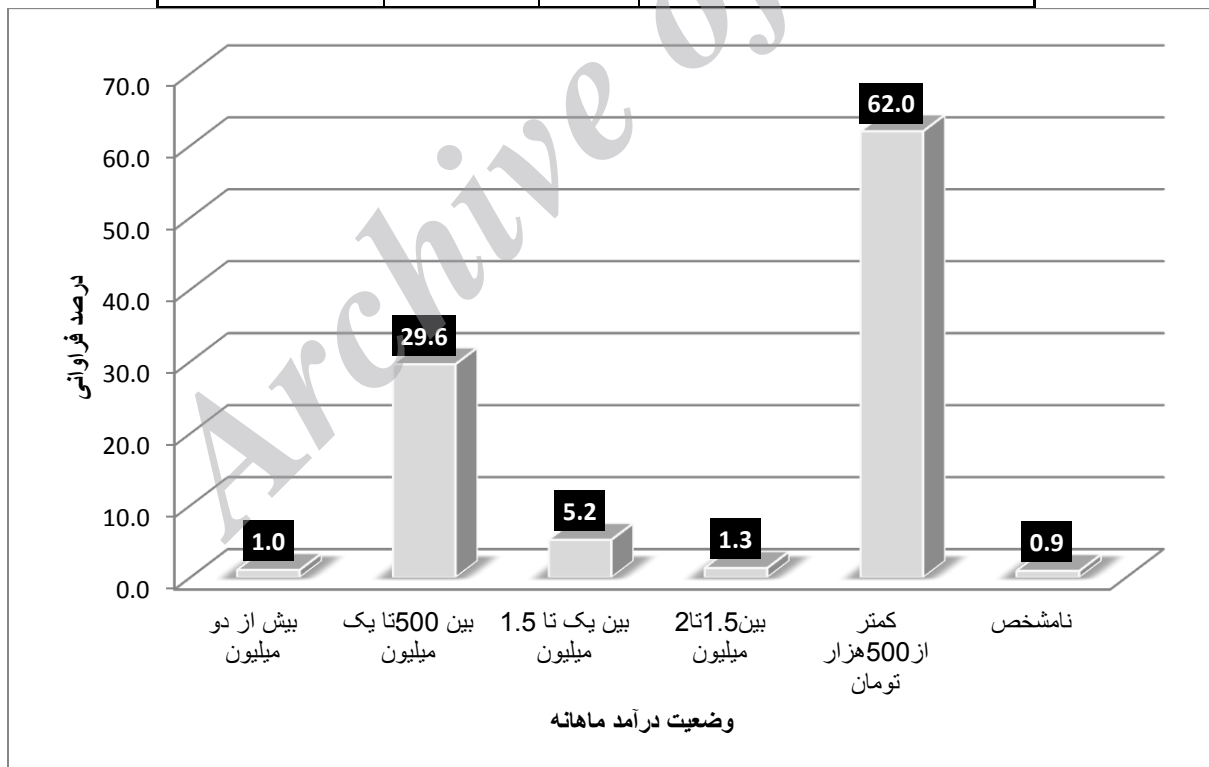
نمودار ۹- درصد فراوانی وضعیت سلامت خانواده آزمودنیها

۱۰- وضعیت درآمد ماهانه آزمودنی ها :

باتوجه به تجزیه وتحلیل داده ها از بین آزمودنیهای مورد بررسی ۲۳ نفر (۱,۰ درصد) بیش از دو میلیون ، ۶۵ نفر (۲۹,۶ درصد) بین ۵۰۰ تا یک میلیون ، ۱۱۷ نفر (۵,۲ درصد) بین یک تا ۱,۵ میلیون ، ۲۹ نفر (۱,۳ درصد) بین ۱,۵ تا ۲ میلیون ، تعداد ۱۳۹۲ نفر (۶۲,۰ درصد) کمتر از ۵۰۰ هزار تومان و ۲۰ نفر (۰,۹ درصد) نامشخص هستند. بیشترین فراوانی مربوط به بیمه شدگانی است که کمتر از ۵۰۰ هزار تومان در ماه درآمد دارند.

جدول ۱۰- توزیع فراوانی وضعیت درآمد آزمودنیها

وضعیت درآمد ماهانه	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی تجمعی
بیش از دو میلیون	23	1.0	1.0
بین ۵۰۰ تا یک میلیون	665	29.6	30.6
بین یک تا ۱.۵ میلیون	117	5.2	35.8
بین ۱.۵ تا ۲ میلیون	29	1.3	37.1
کمتر از ۵۰۰ هزار تومان	1392	62.0	99.1
نامشخص	20	0.9	100.0
جمع	2246	100.0	-



نمودار ۱۰- درصد فراوانی وضعیت درآمد آزمودنیها

محدودیت ها:

با عنایت به شروع طرح در اردیبهشت ماه سالجاری و صدور و تحویل دفاتر به بیمه شدگان بیمه همگانی سلامت در شش ماهه ابتدای سال و بیمه شدن بیش از ۹۰٪ بیمه شدگان فاقد پوشش بیمه در استان کرمان در این فاصله و محدودیت در زمان گردآوری اطلاعات و عدم دسترسی به بیمه شدگانی که قبل از اجرای پژوهش دفاتر خود را اخذ نموده امکان جمع آوری ۱۰٪ کامل نمونه گیری طرح وجود نداشت.

نتیجه گیری:

در یک عبارت کلی می توان از این تحقیق میدانی که بین مراجعه کنندگان به ادارات بیمه شهرستانها یا کارگزاریهای سازمان در سطح استان کرمان در ماههای مهر تا آذر سال ۹۳ برای دریافت دفترچه بیمه همگانی رایگان مراجعه داشته اند، چنین نتیجه گیری داشت:

وضعیت سنی مراجعین گواه بر جوان بودن ایشان (۸۰٪ سن زیر ۴۰ سال) در هنگام مراجعه و اخذ دفترچه داشته و دوسوم بیمه شدگان متأهل بوده و ۷۰ درصد بیمه شدگان دارای سطح تحصیلات پایین بوده اند (۴۰٪ زیر دیپلم و ۳۰٪ دیپلم)، همچنین ۱۴٪ مراجعین دارای خانواده معمولی نبودند (یعنی زن سرپرست خانوار یا بدون والدین یا متارکه و... بودند)، بیمه شدگانی که وضعیت مسکن آنها ملک شخصی نبوده دو برابر افرادی است که صاحب مسکن هستند و بیش از ۸۰ درصد شغل پایدار و مشخصی نداشتند و وضعیت درآمدی نامطلوب و ناپایداری را سپری می کردند که درآمد روزانه کمتر از ۳۰ هزار تومان (زیر ۵۰۰ هزار تومان در ماه) تصدیقی است بر این امر، سلامت بیش از ۸۰ درصدی سرپرست و اعضای خانواده ها می تواند نشان دهنده وضعیت نه چندان مطلوبی از بیمه شدگان صندوق بیمه همگانی سلامت باشد اما توجه جدی به افرادی که دارای بیماری صعب العلاج یا مزمن دارند را می طلبد (۱۲ درصد سرپرستان و ۱۷ درصد سایر اعضای خانواده در دو مولفه).

باعنایت به این آمار که البته براساس خوداظهاری خود مراجعین صورت پذیرفته می توان به این جمع بندی رسید که جمهوری اسلامی ایران در سال ۹۳ در هدف پوشش همگانی خدمات سلامت (UHC) در چتر بیمه درمانی موفق عمل نموده چراکه منظور توزیع یارانه های سلامت از اغنیا به فقرا و از جامعه سالم به جامعه ناتوان بوده و این نظرسنجی ما را به همین نتیجه می رساند. بطور کل می توان چنین برداشت نمود که جامعه نمونه دارای تحصیلات پایین، از نظر درآمدی در دهکهای پایین جامعه و از نظر معیشتی در وضعیت نامطلوبی قرار دارند که این امر حمایت و ضرورت حمایت همه جانبه دولت محترم در امر تامین منابع این بخش را ملزم می سازد.

پیشنهادات:

با توجه به تنوع فرهنگی موجود در کشور که تاثیر گزار در تمام مراحل زندگی، وضعیت تحصیلات، درآمد و سلامت افراد و... می باشد مطالعه این طرح در سایر ادارات کل و مناطق سه گانه کشور امری ضروری است که این اداره کل توانایی و تجربه لازم در این خصوص را دارا بوده و می طلبد با توافق و هماهنگی های سازمانی این امر در سالجاری بصورت کشوری پیاده سازی شود.

همچنین پژوهش در امر ارزیابی و توزیع عادلانه خدمات به بیمه شدگان که مشخص کننده میزان دستیابی به عدالت در سلامت و میزان کیفیت دستیابی به خدمات سلامت و همچنین مطالعه در خصوص میزان پرداخت ازجیب بیمه شدگان می تواند در اولویت مطالعات سازمانی قرار گیرد تا با نشان دادن وضعیت کنونی جهت تصمیم گیرندگان و مدیران محترم برنامه ریزی های لازم جهت اهداف بلند و سیاست های کلی سازمان صورت پذیرد.

منابع مورد استفاده:

۱. رجب پور، مجید؛ زارع، حسین، مطالعه ی تطبیقی نظام بیمه همگانی سلامت در کشورهای منتخب و ارائه ی الگوی مناسب برای ایران، اقتصاد تأمین اجتماعی بهار و تابستان 1387 شماره 32 و 33، از 79 تا ۱۰۴.
۲. سپهر دوست، حمید؛ ابراهیم نسب، سمانه، رابطه توسعه بیمه عمر و رفاه اجتماعی با سلامت در ایران در سال های 1360 تا ۱۳۹۰، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهاردهم، شماره ۵۳، علوم اجتماعی، رفاه اجتماعی تابستان 1393 شماره 53 از 91 تا ۱۱۰.

Archive of SID