

ارزیابی طرح بیمه‌ی درمانی روستاییان بر اساس وضعیت عدالت توزیعی*

محمود کاظمیان^۱، مجید خسروی^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی با هدف تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی روستاییان مجموعه‌ای از طرح‌ها را تصویب نمود که یکی از مهم‌ترین آن‌ها طرح بیمه‌ی درمان روستاییان بود که از سال ۱۳۸۴ به اجرا درآمد. در این پژوهش تلاش گردید تا وضعیت این طرح از لحاظ عدالت توزیعی مورد ارزیابی قرار گیرد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع تحلیلی بوده که در آن، از روش مقایسه‌ای و از شاخص‌های عدالت توزیعی به تفکیک استان‌های مختلف در سه سال ۱۳۸۳ (سال پیش از اجرای طرح)، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ (سال‌های پس از اجرای طرح) استفاده گردید. جامعه‌ی آماری این پژوهش کل جمعیت روستایی کشور بوده و آمارها و اطلاعات از داده‌های منتشر شده توسط مرکز آمار ایران استخراج گردید.

یافته‌ها: در این پژوهش نشان داده شد که با اجرای این طرح در وضعیت شاخص‌های عدالت توزیعی، بهبود قابل ملاحظه‌ای حاصل نگردیده است.

نتیجه‌گیری: با توجه به این که یکی از عمده‌ترین انتظارات از اجرای طرح بیمه‌ی درمان روستاییان بهبود در وضعیت عدالت توزیعی در جامعه‌ی روستایی کشور می‌باشد، این پژوهش نشان داده است که با اجرای این طرح بهبود قابل ملاحظه‌ای در وضعیت عدالت توزیعی به دست نیامده است. هم‌چنین، این پژوهش با معرفی روش شاخص‌سازی، زمینه را برای ارزیابی سایر طرح‌های مشابه در حوزه‌ی بهداشت و درمان فراهم نموده است.

واژه‌های کلیدی: بیمه؛ خدمات بهداشتی درمانی روستایی؛ عدالت

دریافت مقاله: ۹۱/۹/۱۴ اصلاح نهایی: ۹۱/۱۲/۲

پذیرش مقاله: ۹۲/۱/۱۰

ارجاع: کاظمیان محمود، خسروی مجید. ارزیابی طرح بیمه‌ی درمانی روستاییان بر اساس وضعیت عدالت توزیعی. مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰(۶):??

مقدمه

توسعه نیافتگی اقتصادی و اجتماعی، مشکل مشترک و عمده‌ی نقاط روستایی در اغلب نقاط جهان و از جمله در کشور ایران بوده است. با آغاز قرن بیستم و تحولات جهان شمول آن، اقدامات قابل توجهی در زمینه‌ی جلب توجه دولت‌های جهان به نقاط روستایی صورت گرفت. در این راستا، در ایران نیز تأمین نیازهای بهداشتی و درمانی روستاییان در طی چهار دهه‌ی گذشته از اولویتهای مدیریت نظام تأمین اجتماعی و بهداشت و درمان بوده است (۱).

بدین منظور، قانون بیمه‌ی همگانی خدمات درمانی در آبان ماه سال ۱۳۷۳ به تصویب رسید و به‌منظور اجرای آن، سازمان

بیمه‌ی خدمات درمانی تشکیل گردید (۲). این سازمان نیز مجموعه‌ای از طرح‌ها و مصوبات را تصویب نمود که یکی از مهم‌ترین آن‌ها، طرح بیمه‌ی درمانی روستاییان بود که از سال ۱۳۸۴ با همکاری وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به اجرا درآمد (۲). این طرح با اهداف مشخص به اجرا درآمده است که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به افزایش پوشش بیمه‌ی درمانی، افزایش دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی و درمانی و سطح‌بندی خدمات در قالب پزشک خانواده اشاره نمود (۲). با توجه به این که اجرای این طرح گام مؤثری در جهت تحقق عدالت اجتماعی می‌باشد، اجرای صحیح و استقرار کامل آن باعث ارتقای کیفیت آرایه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی به ساکنان مناطق روستایی و در نهایت،

* این مقاله حاصل تحقیق مستقل بدون حمایت مالی می‌باشد.

۱. استادیار، اقتصاد، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهد، تهران، ایران

۲. کارشناس ارشد، اقتصاد سلامت، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی

شاهد، تهران، ایران (نویسنده‌ی مسؤول)

Email: khosravi.ml@gmail.com

توزیع استانی این شاخص در گروه‌های چهارگانه به ترتیب برای سال‌های ۱۳۸۳، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.

به‌طور مشابه، جهت ارزیابی طرح بیمه‌ی درمانی روستاییان بر اساس نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به جمعیت روستایی نیز تعداد این مراکز در مناطق روستایی هر استان بر تعداد جمعیت روستایی هر استان تقسیم گردیدند تا بدین ترتیب، شاخص نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به ازای هزار نفر جمعیت روستایی به‌دست آید. اعداد به‌دست آمده از این شاخص به تفکیک استان‌های مختلف از کم‌ترین به بیش‌ترین مقدار مرتب گردید و سپس با در نظر گرفتن مقادیر این شاخص، استان‌ها به چهار گروه با فواصل مساوی در هر یک از سال‌های ۱۳۸۳، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ تقسیم گردیدند. به این ترتیب، استان‌های مختلف با توجه به مقادیر عددی شاخص نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به ازای هزار نفر جمعیت روستایی در گروه‌های یکم تا چهارم طبقه‌بندی شدند. به‌منظور مشخص نمودن تغییر در وضعیت عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به جمعیت نیز، توزیع استانی این شاخص در گروه‌های چهارگانه به ترتیب برای سه سال موردنظر، مورد مقایسه و بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

در بررسی وضعیت عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت روستایی، در صورت بهبود در وضعیت این نوع عدالت انتظار می‌رود که: ۱- فاصله‌ی بین حداقل و حداکثر شاخص توزیع کاهش یابد. بر این اساس فاصله‌ی بین حداقل شاخص و حداکثر شاخص توزیع در سال ۱۳۸۳ برابر ۰/۱۷۴ و در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ به ترتیب برابر ۰/۱۴۸ و ۰/۲۱۳ است. بنابراین مشاهده می‌گردد که این فاصله‌ها از یک روند کاهشی منظم تبعیت نمی‌کنند و نمی‌توان آن را نشانه‌ای از بهبود وضعیت عدالت توزیعی دانست. ۲- تعداد استان‌های واقع در گروه‌های دوم و سوم میانی در بین استان‌های واقع در گروه‌های چهارگانه افزایش یابد. تعداد استان‌های واقع در گروه‌های دوم و سوم در سال ۱۳۸۳ برابر ۱۵ استان بوده است

منجر به افزایش مطلوبیت و رضایت‌مندی روستاییان از یک سو و افزایش انگیزه و کارایی کارکنان حرف پزشکی از سوی دیگر می‌شود (۳).

با توجه به مطالب عنوان شده، در این پژوهش تلاش شده است تا با ارزیابی طرح بیمه‌ی درمان روستاییان از لحاظ عدالت توزیعی بر اساس توزیع پزشک و توزیع مراکز بهداشتی و درمانی روستایی، به این پرسش‌ها پاسخ داده شود که این طرح در دستیابی به بهبود نسبی در وضعیت عدالت به‌خصوص عدالت توزیعی موفق بوده است و در این راستا چه سیاست‌هایی بایستی مورد توجه قرار گیرد؟

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تحلیلی بوده که در آن، جهت ارزیابی طرح بیمه‌ی درمان روستاییان کشور از روش مقایسه‌ای با استفاده از دو شاخص تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت روستایی و تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به ازای هزار نفر جمعیت روستایی به تفکیک استان‌های مختلف در سه سال ۱۳۸۳ (سال پیش از اجرای طرح)، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ (سال‌های پس از اجرای طرح) بر اساس وضعیت عدالت توزیعی استفاده گردید. علاوه بر این، جامعه‌ی آماری این پژوهش کل جمعیت روستایی کشور بوده و داده‌ها و اطلاعات مورد نیاز از آمارهای منتشر شده توسط مرکز آمار ایران و همچنین سازمان بیمه خدمات درمانی جمع‌آوری گردیدند.

جهت ارزیابی این طرح بر اساس نسبت تعداد پزشک به جمعیت، تعداد پزشکان شاغل در مناطق روستایی هر استان بر تعداد جمعیت روستایی هر استان تقسیم گردید تا بدین ترتیب، شاخص نسبت تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت روستایی به‌دست آید. اعداد به‌دست آمده از این شاخص به تفکیک استان‌های مختلف از کم‌ترین به بیش‌ترین مقدار مرتب و سپس با در نظر گرفتن مقادیر این شاخص، استان‌ها به چهار گروه با فواصل مساوی در هر یک از سال‌های ۱۳۸۳، ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ تقسیم گردیدند. به این ترتیب، استان‌های مختلف در گروه‌های یکم تا چهارم طبقه‌بندی شدند. به‌منظور مشخص نمودن تغییر در وضعیت عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد پزشک به جمعیت،

عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی حاصل نشده است. ۲- تعداد استان‌های واقع در گروه‌های دوم و سوم میانی در میان استان‌های واقع در گروه‌های چهارگانه افزایش یابد. تعداد استان‌ها در گروه‌های دوم و سوم در سال ۱۳۸۳ برابر ۱۲ استان و در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ به ترتیب برابر ۴ و ۹ استان است. بر این اساس تعداد استان‌ها در مجموع دو گروه دوم و سوم کاهش یافته است. در نتیجه نمی‌توان بهبودی در عدالت توزیعی مشاهده نمود. ۳- فاصله‌ی بین حداقل شاخص توزیع در گروه دوم و حداکثر شاخص توزیع در گروه سوم کاهش یابد. این فاصله در سال ۱۳۸۳ برابر ۰/۰۵۶ است و در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ به ترتیب برابر ۰/۰۴۶ و ۰/۰۸ است که در سال ۱۳۸۵ نسبت به سال ۱۳۸۳ کاهش یافته، اما در سال ۱۳۸۶ نسبت به سال ۱۳۸۳ افزایش یافته است. بنابراین، نمی‌توان بهبود منظمی در عدالت توزیعی بر اساس دسترسی به مراکز بهداشتی و درمانی روستایی را نتیجه گرفت. جدول ۲، وضعیت مقایسه‌ای عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به ازای هزار نفر جمعیت روستایی را در سه حالت بدون تغییر، بدتر شده و بهبود یافته در سه سال موردنظر نشان می‌دهد.

که این تعداد استان در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ به ترتیب به ۱۲ و ۱۱ استان کاهش یافته است. بنابراین عدالت توزیعی در این مورد نیز بهبود نیافته است. ۳- فاصله‌ی بین حداقل شاخص توزیع در گروه دوم و حداکثر شاخص توزیع در گروه سوم کاهش یابد. این فاصله در سال ۱۳۸۳ برابر ۰/۰۷۷ و در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ به ترتیب برابر ۰/۰۶۷ و ۰/۱۰۲ است که به این ترتیب این ارقام از یک روند کاهشی برخوردار نبودند. بنابراین نمی‌توان نتیجه گرفت که عدالت توزیعی بهبود یافته است. جدول ۱، وضعیت مقایسه‌ای عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت روستایی را در سه حالت بدون تغییر، بدتر شده و بهبود یافته در سه سال موردنظر نشان می‌دهد. در صورت بهبود در وضعیت عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی روستایی به ازای هزار نفر جمعیت روستایی انتظار می‌رود که: ۱- فاصله‌ی بین حداقل شاخص و حداکثر شاخص توزیع کاهش یابد. بر این اساس، فاصله‌ی بین حداقل شاخص توزیع و حداکثر شاخص توزیع در سال ۱۳۸۳ برابر ۰/۱۲۳۱ می‌باشد که در سال ۱۳۸۵ این فاصله به ۰/۲۳۲۳ افزایش یافته است. این فاصله در سال ۱۳۸۶ نیز برابر ۰/۲۰۱۴ است. بنابراین مشاهده می‌گردد که این فاصله در سه سال موردنظر کاهش نیافته است. در نتیجه‌ی بهبودی در وضعیت

جدول ۱: وضعیت عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت روستایی

اسامی استان‌ها	وضعیت عدالت توزیعی در سال ۸۵ نسبت به سال ۸۳	وضعیت عدالت توزیعی در سال ۸۶ نسبت به سال ۸۳	وضعیت عدالت توزیعی در سال ۸۶ نسبت به سال ۸۵
آذربایجان شرقی	بدتر شده	بدتر شده	بدتر شده
آذربایجان غربی	بدتر شده	بدتر شده	بدون تغییر
اردبیل	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
اصفهان	بدون تغییر	بهبود یافته	بهبود یافته
ایلام	بدون تغییر	بدتر شده	بدتر شده
بوشهر	بهبود یافته	بهبود یافته	بدون تغییر
تهران	بدون تغییر	بهبود یافته	بهبود یافته
چهارمحال و بختیاری	بدتر شده	بدتر شده	بدون تغییر
خراسان	بدتر شده	بدتر شده	بدون تغییر
خوزستان	بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده
زنجان	بهبود یافته	بدتر شده	بدتر شده
سمنان	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر

بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	سیستان و بلوچستان
بدون تغییر	بدتر شده	بدتر شده	فارس
بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده	قزوین
بدتر شده	بدون تغییر	بهبود یافته	قم
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	کردستان
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	کرمان
بدتر شده	بدتر شده	بدون تغییر	کرمانشاه
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	کهگیلویه و بویراحمد
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	گلستان
بهبود یافته	بهبود یافته	بدون تغییر	گیلان
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	لرستان
بدتر شده	بدتر شده	بدون تغییر	مازندران
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	مرکزی
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	هرمزگان
بدون تغییر	بهبود یافته	بهبود یافته	همدان
بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر	یزد

جدول ۲: وضعیت عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی به ازای هزار نفر جمعیت روستایی

اسامی استان‌ها	وضعیت عدالت توزیعی در سال ۸۵ نسبت به سال ۸۳	وضعیت عدالت توزیعی در سال ۸۶ نسبت به سال ۸۳	وضعیت عدالت توزیعی در سال ۸۵ نسبت به سال ۸۵
آذربایجان شرقی	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
آذربایجان غربی	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
اردبیل	بدتر شده	بدتر شده	بدون تغییر
اصفهان	بدتر شده	بهبود یافته	بهبود یافته
ایلام	بهبود یافته	بدتر شده	بدتر شده
بوشهر	بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده
تهران	بهبود یافته	بهبود یافته	بدون تغییر
چهارمحال و بختیاری	بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده
خراسان	بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده
خوزستان	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
زنجان	بدتر شده	بدون تغییر	بهبود یافته
سمنان	بدون تغییر	بهبود یافته	بهبود یافته
سیستان و بلوچستان	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
فارس	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
قزوین	بدون تغییر	بهبود یافته	بهبود یافته
قم	بدتر شده	بدتر شده	بدون تغییر
کردستان	بدتر شده	بدون تغییر	بهبود یافته
کرمان	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
کرمانشاه	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
کهگیلویه و بویراحمد	بدتر شده	بدون تغییر	بهبود یافته
گلستان	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر
گیلان	بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده
لرستان	بدون تغییر	بدون تغییر	بدون تغییر

بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده	مازندران
بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده	مرکزی
بهبود یافته	بدون تغییر	بدتر شده	هرمزگان
بدون تغییر	بدتر شده	بدتر شده	همدان
بدون تغییر	بدتر شده	بدتر شده	یزد

در نهایت، به مخارج طرح و نحوه‌ی تأمین مالی آن اشاره نموده‌اند. این مقاله نیز این‌گونه نتیجه‌گیری کرده است که تحت یک نظام پرداخت کارانه همراه با بیمه‌ی اختیاری درمانی، مخارج مراقبت بهداشتی و درمانی به‌ویژه مراقبت درمانی سطح سوم سریع‌تر افزایش خواهد یافت (۹).

نتیجه‌گیری

افزایش کارایی بیمه‌ی درمان روستاییان یکی از هدف‌های مهم و اساسی به‌منظور ارتقای وضعیت سلامت و افزایش مطلوبیت و رضایت‌مندی روستاییان و افزایش محافظت آن‌ها در برابر خطر مالی از هزینه‌های بهداشتی و درمانی است. بر این اساس، سیاست‌گذاران باید بهبود در وضعیت شاخص‌های عدالت توزیعی بر اساس توزیع نیروی انسانی پزشکی و مراکز بهداشتی و درمانی روستایی را مدنظر داشته باشند که البته اقداماتی در سال‌های اخیر هم‌چون اعزام نیروی انسانی به مناطق روستایی محروم و دورافتاده و ساخت و تجهیز مراکز بهداشتی و درمانی روستایی در جهت بهبود وضعیت عدالت توزیعی و بهبود دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی و درمانی صورت گرفته است. در ارزیابی نتایج این طرح انتظار می‌رفت که بهبود مناسبی در وضعیت عدالت توزیعی بر اساس نسبت تعداد پزشک به ازای هزار نفر جمعیت روستایی و نسبت تعداد مراکز بهداشتی و درمانی به ازای هزار نفر جمعیت روستایی کشور فراهم گردد. از این‌رو با در نظر گرفتن داده‌های گردآوری شده و دسته‌بندی و تجزیه و تحلیل این داده‌ها برطبق مواد و روش‌های پژوهش، نتیجه‌ی به‌دست آمده از ارزیابی طرح بیمه‌ی درمان روستاییان بر اساس دو شاخص موردنظر این بود که در سال‌های ۱۳۸۵ و ۱۳۸۶ نسبت به سال ۱۳۸۳ بهبود قابل ملاحظه‌ای در شاخص‌های نشان‌دهنده‌ی وضعیت عدالت توزیعی حاصل نگردیده است.

بحث

تاکنون مطالعات و طرح‌های تحقیقاتی گسترده‌ای در زمینه‌ی ارزیابی طرح بیمه‌ی درمان روستاییان در ایران صورت نگرفته است که شاید یک علت اصلی این امر نوپا بودن اجرای این طرح در کشور می‌باشد. از این‌رو در این قسمت به اختصار به مهم‌ترین مطالعات و طرح‌های تحقیقاتی صورت گرفته با محوریت بیمه‌ی درمان روستاییان در ایران و سایر نقاط دنیا پرداخته شده است. سعید و مظفر کریمی در طرح مطالعاتی با عنوان «بیمه‌ی درمانی روستاییان»، با تحلیل روند گذشته و کنونی به وضعیت تأمین و بیمه‌ی درمان روستاییان در ایران پرداخته‌اند. در این طرح تحقیقاتی مهم‌ترین تنگناها و نارسایی‌های نظام تأمین سلامت روستاییان؛ محدودیت دسترسی، عدم جامعیت خدمات، کافی نبودن منابع مالی و تعدد مسؤلیت در این حوزه عنوان شده است. علاوه بر این، در این طرح مطالعاتی بیان شده است که اجرای هر برنامه‌ای برای تأمین سلامت روستاییان نیازمند زیرساخت‌هایی برای فراهم‌سازی بستر اجرایی آن است (۷). کرتین (Cretin) و همکاران در مقاله‌ای با عنوان «تجربه‌ی بیمه‌ی سلامت روستایی در چین»، ارایه‌ی یک اساس تحلیلی برای مکانیسم‌های پایدار تأمین مالی برای جمعیت روستایی به‌عنوان هدف اولیه از انجام پروژه‌ی بیمه سلامت روستایی در چین عنوان نموده‌اند. این مقاله این‌گونه نتیجه‌گیری نموده است که نتایج حاصل از تحلیل داده‌های بیمه‌ی درمان روستایی در چین نشان می‌دهد که ارایه‌ی بیمه درمان، مخارج سرانه‌ی مراقبت سلامت را (به‌ویژه برای بیماران سرپایی) افزایش نمی‌دهد (۸). بوگ (Bogg) و همکاران در مقاله‌ای با عنوان «هزینه‌ی پوشش: بیمه‌ی درمان روستایی» به هزینه‌ی تحت پوشش قرار دادن روستاییان در طرح‌های بیمه‌ای و تجربه‌ی بیمه‌ی درمان روستایی چین و سایر کشورهای در حال توسعه و

References

1. The Survey of Rural Health Insurance in Comprehensive System of Welfare and Social Security. Tehran: Excellent Research Institution of Social Security Organization Publications; 2002. [In Persian]
2. Ajourlo GH. Health Laws Collection. Tehran: Hayan Cultural and Publishing Institution; 1997. [Book in Persian]
3. Performance Report of Health Insurance Promotion Plan of Villagers and Nomads. Tehran: Office of Public Affairs and the CEO Office of Health Services Insurance Organization; 2008. [In Persian]

4. Kazemian M. Economical Policy and Health Sector Financing. *Social Insurance Journal* 2007; 8(26-27): 43-56. [In Persian]
5. Universal Health Services Insurance. *Rural Insurance Periodical* 2008, 11(45): 1-5. [In Persian]
6. Jennifer DL, Erika CZ, Andrew FC, Nathaniel JA. Profile of Rural Health Insurance Coverage: A Chart book, Profile of Rural Health Insurance Coverage: A Chart book [Online]. Rural Health Research and Policy Centers (RHRC); 2009. Available from: URL: <http://muskie.usm.maine.edu/Publications/rural/Rural-Health-Insurance-Chartbook-2009.pdf>.
7. Karimi S, Karimi M. Iran's Rural Health Insurance. *Social Insurance Journal* 2004; 6(18): 233-70. [In Persian]
8. Cretin S, Williams AP, Sine J. China Rural Health Insurance Experiment [Report]. USA: Rand Health; 2006.
9. Bogg L, Hengjin D, Keli W, Wenwei C, Diwan V. The Cost of Coverage: Rural Health Insurance in China. *Health Policy Plan* 1996; 11(3): 238-52.
10. Braveman P. Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low - and Middle-Income Countries [Online]. USA: World Health Organization (WHO) Division of Analysis, Research, and Assessment; 1997. Available from: URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_CHS_HSS_98.1.pdf.
11. Belli P. The Impact of Resource Allocation and Purchasing (RAP) Reforms on Equity. Washington, DC: World Bank; 2004.
12. Culyer AJ. The Dictionary of Health Economics. USA: Edward Elgar Publishing; 2005.
13. Layte R, Nolan B. Equity in the Utilization of Health Care in Ireland. *Economics and Social Research Institute (ESRI)* 2004; 35(2): 111-34.
14. Wagstaff A, Lindelow M, Jun G, Lingand X, Juncheng Q. Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme. *J Health Econ* 2009; 28(1): 1-19.
15. Liu Y. Development of the rural health insurance system in China. *Health Policy and Planning*; 19(3): 159-65.

The Evaluation of Rural Health Insurance Plan Based on Distributive Equity Situation *

Kazemian Mahmoud, PhD¹; Xhosravi Majid, MSc²

Original Article

Abstract

Introduction: Health Insurance Organization, aiming at providing services for healthcare needs of rural people, decided to implement insurance plans that the rural health insurance plan in 2005 was the most important one among them. This study aims to assess this plan in terms of changes in the distributive equity in rural areas.

Methods: This study is of analytic type, in which a comparative method along with distributive equity indicators in terms of provinces in three years, 2004 (the year before implementing the plan), 2006 and 2007 (the years after implementing the plan) are used. The population in this study consists of total rural people in 2006 census statistics and other data are obtained from the published statistics from the Iranian Statistical Center and the Health Insurance Organization.

Results: This study showed that the implementation of the rural health insurance plan has not changed the distributive equity indicators in the rural areas with significant improvement.

Conclusion: Given that one of the most important expectations from implementing the rural health insurance plan was improvement in distributive equity indicators, this study showed that there has not been significant improvement in these indicators. The method used for introducing the yearly comparative equity indicators in this study, could be used simply in other studies for assessing similar plans in the health field.

Keywords: Insurance; Rural Health Services; Justice

Received: 4 Dec, 2012

Accepted: 30 Mar, 2013

Citation: Kazemian M, Xhosravi M. **The Evaluation of Rural Health Insurance Plan Based on Distributive Equity Situation.** Health Inf Manage 2013; 10(6):??

* This article was an independent research with no financial aid.

1. Assistant Professor, Economics, Faculty of Medicine, Shahed Medical Sciences University, Tehran, Iran

2. Health Economics, Faculty of Medicine, Shahed Medical Sciences University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: khosravi.m1@gmail.com