

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٠٨٩٩٨



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران
دانشکده بهداشت

پایان نامه دوره عالی MPH

ارزشیابی کارآیی برنامه ارتقاء بیمه خدمات درمانی

روستایان در شهرستان شاهرود در سال ۱۳۸۵

استاد راهنما:

جناب آقای دکتر سید عباس متولیان

استاد مشاور:

جناب آقای دکتر حمیدرضا صفی خانی

نگارش:

دکتر آرزو بیات

تابستان ۱۳۸۷

۱۰۸۹۹۵

دانشگاه علوم پزشکی ایران

۱۳۸۷ / ۱۰ / ۵

با تشکر از استاد ارجمند جناب آقای دکتر متولیان که سپاسگذار زحمات و
کمکهای بیدریغشان می باشم.

با سپاس از استاد گرامی جناب آقای دکتر صفی خانی که از محضرشان معرفت
و علم وفروتنی آموختم.

با سپاس از اساتید محترم جناب آقای دکتر تقدیسی و جناب آقای دکتر
فرزاد کیا که مدیون الطاف بی شائبه شان می باشم.

چکیده

در ایران طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی در سراسر کشور در دهه ۱۳۶۰ اجرا گردید، قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ تصویب شد و در سال ۱۳۷۶ طرح پوشش بیمه روستاییان توسط سازمان بیمه خدمات درمانی کشور به اجرا درآمد، با توجه به محدود بودن منابع مالی امکان پوشش کامل درمانی روستاییان وجود نداشت و نحوه دریافت خدمت به نحوی بود که روستاییان در مراحل مختلف تشخیص و درمان با مشکلات زیادی روبرو بودند و هزینه زیادی از این خدمات را از جیب می پرداختند. بدین منظور مجلس شورای اسلامی در ماده ۹۱ قانون برنامه توسعه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و تبصره ۱۰ قانون بودجه کشور زمینه ارتقاء خدمات قابل ارائه به روستاییان را فراهم نمود و سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید در سال ۱۳۸۴ ضمن اقدام به صدور دفترچه و ارتقاء بسته های خدمتی نسبت به کارگیری منابع مالی اختصاص داده شده به صندوق بیمه روستایی به بهترین صورت ممکن و کاهش پرداخت روستاییان از جیب بابت خرید خدمت و جذب نیروی انسانی و تشویق پزشکان و پرسنل پزشکی به ارائه خدمت در مناطق روستایی اقدام نماید و موجبات در دسترس قرار گرفتن خدمات بستری و عمومی و تخصصی سرپایی به روستاییان افزایش دسترسی فیزیکی روستاییان به این خدمات را در قالب سیستم ارجاع مهیا نماید.

لذا با توجه به گذشت بیش از دو سال از اجرای این برنامه و عدم وجود اطلاعات دقیق در مورد تأثیر آن در فراهمی و دسترسی به خدمات سلامت و رضایت مجریان امر و دریافت کنندگان خدمت، تحقیق در خصوص ارزشیابی این طرح در شهرستان شاهرود با هدف تعیین درسهای آموخته شده و ارائه راهکار برای بهبود برنامه در آینده صورت گرفت.

در تحقیق بعمل آمده نظرات بیمه شدگان روستایی و مجریان طرح و افراد کلیدی درخصوص اهداف و نحوه پیاد سازی آن و میزان تغییرات صورت گرفته درخصوص ارائه خدمات به روستاییان از طریق بحث گروهی متمرکز و مصاحبه عمیق مورد تحلیل قرار گرفته و مستندات موجود نیز بررسی شده است.

یافته های موجود نشانگر ایجاد اصلاحات سودمندی در بخشهای مختلف طرح اعم از خدمات ارائه شده توسط پزشک خانواده و پرسنل مراکز بهداشت و درمان روستایی، پزشک متخصص، همچنین نحوه ارائه خدمات پاراکلینیک و دارو و جذب نیروی انسانی و... می باشد لیکن ساختار موجود همچنان نیازمند تغییرات و اصلاحات ضروری بوده و بر پایه یافته های تحقیق، جهت اجرای مناسب طرح، اصلاحات در بخش سیاستگذاری، نیروی انسانی، خدمات و تجهیزات، امور مالی، آموزش و نظارت مطرح می گردد...

کلمات کلیدی: بیمه روستایی، پزشک خانواده، سیستم ارجاع، مرکز بهداشت و درمان روستایی.


صفحه	فهرست
۱-۲	بیان مسئله
۲	اهداف
۳-۱۱	بررسی متون
۱۲-۱۴	روش انجام تحقیق
۱۴	روش و ابزار گردآوری اطلاعات
۱۵	روش نمونه گیری
۱۶-۲۸	یافته ها
۲۹-۳۲	بحث و نتیجه گیری
۳۳-۳۶	پیشنهادات
۳۷-۳۸	منابع
۳۹-۴۵	پیوست (راهنمای مصاحبه ها)
۴۶-۴۷	چکیده انگلیسی

- ۱۲ ▪ فهرست مناطق منتخب در ارزشیابی طرح ارتقاء بیمه روستاییان
- ۱۳ ▪ فهرست مصاحبه های صورت گرفته در ارزشیابی برنامه ارتقاء بیمه روستاییان
- ۲۷ ▪ مقایسه وضعیت مراکز بهداشتی درمانی روستایی قبل و بعد از طرح (کل کشور)
- ۲۷ ▪ مقایسه وضعیت مراکز بهداشتی درمانی روستایی قبل و بعد از طرح
- ۲۷ ▪ مقایسه وضعیت مراکز بهداشتی درمانی روستایی قبل و بعد از طرح (کل کشور)
- ۲۸ ▪ مقایسه وضعیت مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان سمنان قبل و بعد از طرح
- ۲۸ ▪ مقایسه وضعیت مراکز بهداشتی درمانی روستایی استان سمنان قبل و بعد از طرح
- ۲۸ ▪ هزینه پرداختی توسط سازمان بابت پزشک متخصص، آزمایشگاه، داروخانه بیمه روستایی

در استان سمنان

۱) بیان مسأله

قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران بر برخورداری همه افراد و اقشار کشور از خدمات و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی تأکید کرده است. براین اساس و به دنبال تصویب قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور در سال ۱۳۷۳ دولت مکلف شد تا پوشش بیمه خدمات درمانی را برای کلیه اقشار کشور، با اولویت روستاییان و نیازمندان فراهم نماید. بدین ترتیب طرح پوشش بیمه بستری و خدمات تخصصی سرپایی روستاییان در سال ۱۳۷۶ توسط سازمان بیمه خدمات درمانی کشور به اجرا درآمد. با عنایت به محدود بودن منابع مالی، امکان پوشش کامل درمانی روستاییان و نیز جذب نیروی انسانی خصوصاً در مناطق دوردست وجود نداشت، همچنین دریافت خدمات محدود به خدمات بستری و تخصصی سرپایی در مراکز دولتی بوده به طوری که بیمه شدگان روستایی جهت دریافت خدمات عمومی و بخش اعظم تخصصی سرپایی مانند ویزیت و خدمات قابل انجام در مطب توسط پزشک متخصص و نیز خدمات رادیولوژی و آزمایشگاهی و دارویی با مشکلات زیادی روبرو بودند و می بایست هزینه بسیاری از این خدمات را از جیب می پرداختند. بیمه شدگان روستایی بدلیل داشتن کارت بجای دفترچه جهت دریافت کلیه خدمات سرپایی می بایست به نمایندگان بیمه مراجعه نموده تا برگه های مربوطه برای هر خدمت و جهت نوشتن نسخه در اختیار ایشان قرار می گرفت که موجب مشکلات زیادی می گردید. بدین منظور مجلس شورای اسلامی در ماده ۹۱ قانون برنامه توسعه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و تبصره ۱۰ قانون بودجه زمینه ارتقاء کمی و کیفی خدمات قابل ارائه به روستاییان را فراهم نموده است و با توجه به وظیفه محوله، سازمان بیمه خدمات درمانی در سال ۱۳۸۴ می بایست ضمن اقدام به صدور دفترچه و ارتقاء بسته های خدمتی، نسبت به بکارگیری منابع مالی اختصاص داده شده به صندوق بیمه روستایی به بهترین صورت ممکن و کاهش پرداخت روستاییان از جیب بابت خرید خدمت و جذب نیروی انسانی و تشویق پزشکان و پرسنل پزشکی به ارائه خدمت در مناطق روستایی اقدام نموده و موجبات در دسترس قرار گرفتن خدمات عمومی و تخصصی سرپایی و بستری به

روستاییان و افزایش دسترسی فیزیکی روستاییان به این خدمات را در قالب سیستم ارجاع مهیا می نمود. با توجه به گستردگی شبکه های بهداشت و درمان روستایی ارائه خدمات سطح اول ترجیحاً به این مراکز محول شد. نحوه خرید خدمت توسط بیمه خدمات درمانی در این سطح بصورت سرانه صورت می گیرد که به نوبه خود معایب و مزایایی بهمراه دارد و در سطوح تخصصی نحوه پرداخت بصورت  (پرداخت براساس خدمت) انجام می شود.

لذا علیرغم موارد پیشگفت اطلاعات دقیقی در مورد تأثیر این برنامه در فراهمی و دسترسی به خدمات سلامت و رضایت مجریان امر و دریافت کنندگان خدمت ارائه نشده است. بدیهی است که جمع آوری تحلیل مناسب داده ها می تواند ضمن شناسایی نیاز تقاضا و الگوی مصرف کنندگان خدمات، اطلاعات قابل اعتمادی را برای سیاست گزاران نظام سلامت فراهم کند تا بتوانند با بازنگری در چیدمان ساختار ارائه خدمات، نظام تجمیع و تخصیص منابع نظام پرداخت و بطور کلی اصلاح روشهای اجرایی موجب ارتقاء هرچه بیشتر کیفیت برنامه گردند.

هدف کاربردی:

تعیین درسهای آموخته شده و ارائه راهکار برای بهبود برنامه در آینده

اهداف:

- ۱- سنجش نظر بیمه شده روستایی و ارائه دهندگان خدمت در مراکز بهداشت و درمان روستایی و بیمارستان درخصوص بهبود سطح خدمات و تعهدات بیمه نسبت به قبل از طرح.
- ۲- سنجش نظر طراحان و مجریان برنامه درخصوص بهبود سطح خدمات و تعهدات و برقراری ارتباط نظام مند بین سطوح مختلف و اجرای صحیح سیستم ارجاع.
- ۳- نظر روستاییان در مورد نحوه دسترسی به خدمات.
- ۴- نظر روستاییان و مجریان طرح و سیاستگذاران در مورد وضعیت پرداخت از جیب خرید خدمات و پوشش بیمه ای.
- ۵- شناسایی نظرات درخصوص تغییر کیفیت خدمات تشخیصی درمانی.
- ۶- شناسایی نقش نظارت بر عملکرد ارائه دهندگان خدمت.
- ۷- بررسی وضعیت شاخصهای پوشش بیمه ای و تجهیز مراکز.

۲) بررسی متون

۱-۲ تاریخچه بیمه درمان روستاییان در ایران:

دسترسی به تسهیلات و خدمات بهداشتی و درمانی شرط اصلی برای تأمین سلامت جامعه است. اجرای طرح گسترش شبکه های بهداشتی و درمانی در سراسر کشور از مهم ترین اقدامات دولت در دهه ۱۳۶۰ بود. در طی این طرح ضمن برآورد نیاز جمعیت روستایی و مکان یابی منطقه ای، خانه های بهداشت و مراکز بهداشتی و درمانی و مراکز تسهیلات زایمانی احداث گردید.

مراقبتهای بهداشتی اولیه که باید از طریق نظام شبکه ارائه می شدند شامل آموزش بهداشت، بهداشت مادر و کودک، تأمین آب آشامیدنی سالم و بهداشت محیط، بهداشت تغذیه، درمان بیماریهای ساده، تأمین داروهای اساسی و کنترل بیماریهای واگیر (ایمن سازی) بود.

در هر خانه بهداشت دو نفر بهورز زن و مرد مراقبتهای بهداشتی اولیه را ارائه می کردند و در صورت نیاز بیماران به درمان تخصصی، آنان را به مرکز بهداشتی و درمانی روستایی ارجاع می دادند.

کادر شاغل در مرکز بهداشتی و درمانی روستایی شامل پزشک عمومی، تکنسین آزمایشگاه، بهیار بود که پزشک مرکز سرپرستی آنها را بعهده داشت. مأموریت اصلی شبکه های بهداشت و درمان این بود که مراقبتهای بهداشتی منظم و دوره ای به خانواده ها ارائه شود و در صورت نیاز بیماران به سطوح تخصصی بالاتر ارجاع شوند.

برای تأمین نیروی انسانی با تصویب قوانینی، فارغ التحصیلان رشته های علوم پزشکی را به ارائه خدمت در نقاط روستایی و نقاط محروم کشور ملزم نمودند.

در دهه ۱۳۶۰ می توان گفت که رویکرد حمایتی و خدماتی بر نظام بهداشتی و درمانی کشور حاکم بوده و این رویکرد موجب توسعه امکانات و نیروی انسانی پزشکی در نقاط روستایی و افزایش دسترسی روستاییان به خدمات بهداشتی و درمانی شده است.

به این ترتیب تا اوایل دهه ۱۳۷۰ روستاییان خدمات بهداشتی و درمانی سرپایی را از طریق نظام شبکه و بصورت رایگان دریافت می کردند و خدمات تخصصی و بیمارستانی هم در بیمارستانها و مراکز درمانی وابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی با تعرفه نسبتاً پایین به همه افراد جامعه و از جمله روستاییان ارائه می شد. (۳،۱) پوشش بیمه ای روستاییان یکی از هدفهای ویژه قانون بیمه همگانی خدمات درمانی بوده و اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی در سال ۱۳۷۳ به تصویب رسید.

بیمه درمان روستاییان در این قانون با ویژگیهای زیر بیان شد:

- هر کسی که در روستا اقامت دارد روستایی محسوب می شود.
- سازمان بیمه خدمات درمانی متولی اجرای بیمه درمان روستاییان است.
- صندوق بیمه درمان روستاییان مستقل خواهد بود.
- پوشش بیمه ای برای روستاییان اختیاری است.
- تأمین خدمات بهداشتی که از طریق شبکه بهداشتی و درمانی انجام می شود همچنان رایگان است.
- خدمات درمانی به روستاییان از طریق شبکه های بهداشتی و درمانی و سیستم ارجاع ارائه می شود.
- میزان حق بیمه سرانه خدمات درمانی روستاییان در شروع برنامه ۰.۴٪ حق سرانه شهرنشینان است و دولت بخشی از این حق بیمه سرانه را تعهد کرده است.

با وجود تلاشهایی که برای اجرای بیمه درمان روستاییان صورت گرفت، استقبال چندانی از سوی روستاییان صورت نگرفت و حدود یک درصد از کل جمعیت روستایی کشور، تحت پوشش این بیمه قرار گرفتند.

دست اندرکاران نظام بیمه خدمات درمانی براین باور بودند که مهمترین عامل عدم استقبال روستاییان از بیمه درمان همگانی، ناتوانی آنان در پرداخت حق بیمه است. بنابراین طرح سیستم بیمه درمانی روستاییان و عشایر به منظور توزیع کارت رایگان بیمه درمان در سال ۱۳۷۶ به اجرا درآمد.

با اجرای این طرح بیمه شدگان می توانستند، با ارائه این کارت و رعایت مسیر ارجاع از خدمات درمانی بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی استفاده کنند.

مراقبتهای بهداشتی و درمانی اولیه همچنان در شبکه های بهداشتی و درمانی به آنها ارائه می شد و در صورتیکه پزشک مرکز بهداشتی و درمانی روستایی تشخیص می داد که بیمار به درمان تخصصی نیاز دارد بیمار برگ ارجاع دریافت نموده و می توانست به بیمارستان دانشگاهی در مرکز شهرستان مراجعه کند. در موارد اورژانس رعایت سیستم ارجاع ضرورتی نداشت.

در این طرح از بیمه شدگان حق بیمه دریافت نمی شد و از بیماران بیمه شده در هنگام دریافت خدمات سرپایی و یا بستری ۲۵٪ فرانشیز دریافت می شد که این میزان از سال ۱۳۸۱ به بعد برای خدمات بستری به ۱۰٪ کاهش داده شد.

هرچند این طرح در کاهش مشکلات درمانی روستاییان مؤثر بود و در جای خود تجربه نسبتاً موفقی به شمار می رود اما مسائلی مانند صدور کارت بیمه با اعتبار نامحدود، جامع نبودن تعهدات درمانی و محدود بودن آن به خدمات بستری از جمله مهمترین نارسایی های این طرح بود. (۲،۳)

به همین منظور ماده ۹۱ قانون برنامه توسعه چهارم اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران و تبصره ۱۰ قانون بودجه زمینه ارتقاء کمی و کیفی خدمات قابل ارائه به روستاییان را فراهم نموده و در سال ۱۳۸۴ سازمان بیمه خدمات درمانی را موظف به صدور دفترچه برای روستاییان نمود تا ضمن ارتقاء بسته های خدمتی نسبت به بکارگیری منابع مالی اختصاص داده شده به صندوق بیمه روستایی به بهترین صورت در مناطق روستایی اقدام نمایند و زمینه در دسترس قرار گرفتن خدمات عمومی و تخصصی سرپایی و بستری به روستاییان را در قالب سیستم ارجاع مهیا نمایند. (۴،۵)

با توجه به شرایط موجود و برقراری شبکه بهداشت و درمان روستایی ارائه خدمات سطح اول ترجیحاً به این مراکز محول شد و خرید خدمت بصورت سرانه و در سطح دوم (بستری و تخصصی) بصورت پرداخت براساس خدمت صورت گرفت.

ارائه خدمات در مراکز بهداشت و درمان روستایی با مستقر شدن پزشک خانواده در این مراکز و شروع سیستم ارجاع از پزشک خانواده بصورت هدفدارتری دنبال شد.

کلیات فعالیتهای صورت گرفته جهت این طرح عبارتند از: برگزاری جلسات کارشناسی و تدوین پیش نویس اولیه طرح، تدوین دستورالعملهای اجرایی طرح، تشکیل جلسات کارشناسی مشترک بین سازمان بیمه خدمات درمانی و وزارت بهداشت و درمان، تشکیل جلسات ستاد روستایی، پایندهای استانی از مراکز بهداشت و درمان، بازدید از مراکز بهداشت و درمان، صدور دفاتر بیمه روستایی، جذب پزشک و ماماواستقرارشان در مراکز، فعال نمودن و تجهیز کردن مراکز و انعقاد قرارداد با پزشکان متخصص.

بر اساس دستورالعملهای اجرایی طرح، روش پرداخت، بسته خدمتی و مسیر ارجاع مشخص شده و طبق آن عمل گردید. (۶-۹)

۲-۲ الگوهای رایج جهانی درباره بیمه درمان روستاییان

کانادا:

همه افرادی که واجد شرایط اقامت در کشور باشند، کارت بیمه سلامت دریافت می کنند. بیمه شدگان برای عضویت در این نظام (جز سه ایالت) هیچ حق بیمه ای نمی پردازند و هنگام دریافت خدمات نیز پولی پرداخت نمی کنند.

همه خدمات پزشکی و بیمارستانی مورد نیاز در تعهد بیمه است. خدمات بهداشتی و درمانی در هر سه سطح پیشگیری با یکدیگر تلفیق شده اند. برای خدماتی که خارج از تعهد بیمه است بیمه های تکمیلی درمان با حمایت کارفرمایان وجود دارد.

برای دریافت خدمات درمانی ابتدا باید پزشک عمومی یا درمانگاهی که قبلاً انتخاب کرده اند مراجعه نمایند و با ارائه کارت بیمه درمان تحت مراقبتهای پزشکی یا بهداشتی قرار گیرند. در صورت نیاز به مراقبتهای بیمارستانی یا تخصصی از طریق پزشک منتخب معرفی می شوند. حدود ۶۸٪ هزینه بخش بهداشت و درمان از بخش دولتی و ۳۲٪ آن از بخش خصوصی و پرداختهای آزاد تشکیل می شود.

آلمان:

بیمه های بیماری و مراقبتهای بلند مدت وابسته به وزارت بهداشت است (سایر بیمه های اجتماعی به وزارت کار و تأمین اجتماعی وابسته هستند). بیمه بیماری و مراقبتهای بلند مدت، در مورد روستاییان فقط شاغلان بخش کشاورزی را پوشش می دهد و سایر روستاییان به تبعیت از شغلی که دارند تحت پوشش یکی از صندوقهای بیمه بیماری هستند. مراقبتهای بهداشتی اولیه نیز در قالب نظام شبکه از طریق دولتهای ایالتی برای روستاییان ارائه می شود. مسئولیت ارائه خدمات بهداشتی به عهده دولتهای ایالتی است.

مراقبت‌های بهداشتی به صورت سطح بندی شده از طریق درمانگاهها و مراکز پزشکی و بیمارستانی ارائه می شود. دولت عمدتاً بودجه ای به بیمه بیماری و مراقبت‌های بلند مدت اختصاص نمی دهد و تنها برای کارگران و خویش فرمایان بخش کشاورزی در بیمه مراقبت‌های بلند مدت و بیمه حوادث شغلی ، یارانه می پردازد. (۳)

ژاپن:

طرح بیمه درمان ملی ، تمام افراد خویش فرما، روستاییان را تحت پوشش دارد. اداره امور این بیمه بعهدده شهرداری ها و انجمن های ملی بیمه درمان است. دو منبع اصلی تأمین نظام بیمه درمان ملی، حق بیمه ها و کمک های دولتی هستند.

انجمن های بیمه درمان و شهرداری ها می توانند متناسب با وضعیت اقتصادی خانوارهای تحت پوشش خود نرخ حق بیمه را به ۵۰ تا ۷۰٪ مقدار متداول کاهش دهند که این در کنار کمک قابل توجه دولت (به میزان ۵۰٪ کل هزینه ها) شرایط مناسب را برای پوشش خانوارهای روستایی در نظام بیمه درمان فراهم ساخته است. همچنین هرگاه جمع فرانشیز پرداخت شده در یک ماه توسط یک بیمه شده از حد معینی بیشتر شود، مابه التفاوت آن به او بازگردانده می شود.

بنابراین ویژگیهای مهم بیمه درمان روستاییان در ژاپن را می توان پوشش بر مبنای اقامت، دریافت حق بیمه بر مبنای قدرت پرداخت واقعی افراد و خانوارها، کمک مالی قابل توجه دولت، تعدد و تنوع انجمن های بیمه درمان و ساختار غیر متمرکز با مسئولیت شهرداری ها دانست. (۳،۱۱،۱۷)

کره جنوبی:

روستاییان تحت پوشش طرح بیمه درمان خویش فرمایان هستند. این سیستم انجمن های بیمه درمان جداگانه ای دارد که ماهیت غیر دولتی دارند ولی همگی از سیاستها و مقررات تعیین شده وزارت بهداشت و فدراسیون ملی بیمه درمان تبعیت می کنند. (۳،۱۸)

چین:

طرح های بیمه درمان روستاییان در چین دارای ویژگیهای زیر است:

- مبتنی بر اقامت در مناطق روستایی و بدون توجه به وضع اشتغال افراد طراحی شده است.
- منابع مالی برنامه ها بر عهده مسئولان محلی روستاها و با مشارکت مؤثر روستاییان تأمین می شود.
- سهم دولت در تأمین منابع مالی برنامه ها اندک است.
- این برنامه ها مبنای بیمه ای ندارد و غالباً به شیوه صندوق های احتیاط یا پس انداز عمل می کند.
- تعهدات آنها محدود به امکانات درمانی محلی است و هزینه های درمان بستری و تخصصی کمتر پوشش داده می شود. (۳،۱۲)

انگلیس

نظام سلامت در انگلیس همگانی است و بخش خصوصی نقش بسیار محدودی در تأمین خدمات سلامت دارد. در این کشور پزشک خانواده به عنوان دروازه بان ورودی نظام سلامت عمل می کند و کنترل دسترسی به خدمات تخصصی را به عهده دارد. بیمه شدگان به هنگام ثبت نام باید پزشک خانواده خود را انتخاب کنند و نزد او پرونده پزشکی تشکیل دهند. از آن پس هر پزشک خانواده مسئولیت تأمین سلامت تمام افرادی را که نزد او ثبت نام کرده اند را به عهده دارد. مراجعات اولیه، باید حتماً به پزشک خانواده صورت گیرد و در صورتیکه پزشک استفاده از خدمات تخصصی را لازم بداند، بیمار را به یکی از پزشکان یا بیمارستانهای طرف قرارداد خود ارجاع می کند. البته فوریتهای پزشکی شامل این محدودیتها نیست و در این موارد مراجعه مستقیم به مراکز تخصصی مانعی ندارد. حق الزحمه پزشکان خانواده از محل بودجه عمومی تأمین می شود. انتقادهایی که به آن وارد شده است بیشتر مربوط به تعداد ارجاعات آنان به متخصصین است. مقامات رسمی بهداشت معتقدند که پزشک خانواده انگیزه چندانی برای محدود سازی ارجاعات به سطوح بعدی ندارد چرا که هزینه او بدون محدودیت جدی از طریق بودجه عمومی تأمین می شود. از سوی دیگر بیماران علاقه بیشتری به آسان سازی روند ارجاع و کاهش محدودیتهای آن دارند. (۳)

۳-۲ سایر مطالعات:

در مطالعه ای که در خصوص رعایت سیستم ارجاع در ۵ مرکز آموزشی - درمانی دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال ۱۳۷۸ انجام گرفت نتیجه گیری شد که نظام ارجاع در بیشتر بیمارستانها رعایت نمی شود و بین سطوح خدماتی شبکه بهداشت و درمان هماهنگی و جریان دو سویه اطلاعات وجود ندارد. (۱۳)

در مطالعه ای که در خصوص بررسی سیستم ارجاع در نظام عرضه مراقبتهای بهداشتی - درمانی در شبکه بهداشت و درمان کاشان در سال ۱۳۷۶ صورت گرفته مشخص شده است که ۴۶/۳ درصد از بیمارانی که به بیمارستان مراجعه کرده اند بطور مستقیم خود ارجاعی داشته اند و تنها ۲/۴ درصد توسط پزشک عمومی به مرکز بیمارستانی فرستاده شده اند با توجه به نتایج حاصل از این مطالعه و میزان بالای خود ارجاعی و میزان پایین ارجاع از پزشک عمومی به مراکز بالاتر، نیاز به بازنگری و اصلاح ساختار سیستم عرضه خدمات بهداشتی درمانی یک ضرورت است و نیاز به تعیین معیارهای بالینی دقیق برای ارجاع می باشد. (۱۴)

در مطالعه ای که جهت بررسی نگرش بهورزان و پزشکان شاغل در سطح اول ارائه خدمات بهداشتی درمانی شهرستان بویراحمد نسبت به سیستم ارجاع در سال ۱۳۷۹ صورت گرفته است. آگاهی پزشکان نسبت به سیستم ارجاع و لزوم آن و همچنین آموزش ایشان در هنگام ورود به سیستم بهداشتی درمانی و دوره های بازآموزی رضایت بخش نبوده و آگاهی بهورزان نسبتاً خوب است. بیشتر مشکلات عدم اجرای سیستم ارجاع از نظر بهورزان عدم توجه و پیگیری مراکز بهداشتی درمانی مربوطه و عدم توجه بیمارستان به بیماران ارجاعی و در دست نبودن فرمهای مربوطه و ... عنوان شده است. (۱۵)

در مطالعه ای که جهت کسب اطلاع از میزان آگاهی مردم روستا در خصوص بیمه روستایی انجام شده با تنی چند از اعضای شورای اسلامی روستا، اهالی و بهورزان استان خراسان گفتگو انجام شد و نتیجه گرفته شد که اکثریت افراد از میزان پرداخت وجه در قبال دریافت دارو یا هزینه بیمارستان اطلاع کافی نداشته و انتظار داشتند ترتیبی اتخاذ گردد تا از داروخانه مشخصی داروی مورد نیاز خود را تهیه نمایند و یا آزمایشگاه خاصی آزمایشهای آنها را انجام دهند و براساس مقررات بیمه، هزینه را پرداخت نمایند. (۱۶)

در مطالعه ای که بر روی کمک هزینه بیمه سلامتی مبتنی بر جامعه در روستایان چین انجام شد نتیجه گرفته شد که در طرح بیمه سلامت عمومی اختیاری، وضعیت سلامتی افراد درمیزان ثبت نام در طرح CHI اثر قابل توجهی

داشت. بطوریکه مردم با سابقه بیماری مزمن و با سطح سلامتی متوسط و ضعیف نسبت به افراد بدون بیماری مزمن و با وضع سلامتی خوب بیشتر در طرح شرکت کردند، همچنین افراد با درآمد متوسط و بالا در مقایسه با افراد با درآمد پایین بیشتر ثبت نام کردند. بعبارتی بی‌عدالتی در ثبت نام تحت عنوان هزینه حق بیمه هنوز وجود دارد. بر پایه یافته‌ها، بیمه مناسب، اصلاحات بیشتر طرح CHI را مطرح می‌کند. (۱۹)

در مطالعه‌ای که در خصوص بیمه سلامت مبتنی بر جامعه در کشورهای کم درآمد شده است ارزیابی میزان مناسب بودن بیمه سلامت مبتنی بر جامعه برای کشورهای درآمد پایین در زمینه تجهیز مناسب و تأمین حمایت مالی صورت گرفته است.

یافته‌های قوی وجود دارد که CHI از طریق کاهش پرداخت هزینه از جیب موجب حمایت مالی بیمه شدگان می‌گردد و شواهد متوسطی هست که این چنین طرح‌هایی موجب بهتر شدن وضعیت پوشش هزینه‌ای می‌گردند. سیاستگذاران نیاز هست که در خصوص هزینه‌ها و مزایای اجرای روش‌های پرداخت متنوع بیشتر مطلع شوند. مهمترین نتیجه در ارتباط با بیمه‌گذاری این هست که شواهد متقاعد کننده کمی وجود دارد که CBHI می‌تواند یک زمینه مناسب در درازمدت برای پرداخت هزینه مراقبت سلامتی اولیه (PHC) در کشورهای درآمد پایین باشد. (۲۰)

در مطالعه‌ای که در قزاقستان در سال ۱۹۹۴ در خصوص ارزشیابی تظاهرات مالی بیمه سلامت انجام گرفته است نشان داد که افزایش حقوق ارائه دهندگان خدمت، انگیزه‌های پرداخت جدید، برنامه‌های جدید تضمینی کیفی بیمه پایه و استفاده از امکانات مراقبتی اختصاصی فراهم شده، کیفیت مراقبت را در قزاقستان بهبود داده است و بیمه سلامت اختیاری در جنوب قزاقستان بهبود کیفیت مراقبت را فراهم نمود. (۲۱)

در مطالعه‌ای که روی طرح پیش پرداخت درمان روستایی در چین شد نشان می‌دهد که اکثریت بزرگی از جمعیت روستای چین در سال ۱۹۷۰ اعضای طرح پیش پرداخت درمان بودند ولی اکثریت این طرح‌ها به مرور زمان منحل شدند. در سال ۱۹۹۷ سیاست دولت جدید دوباره پیش پرداخت درمان را بعنوان یک منبع ذخیره‌ای بزرگ برای بودجه درمان روستایی تأسیس کرد.

تصمیم دولت جهت حمایت از برقراری طرح پیش پرداخت درمان قسمتی از برنامه دولت برای برقراری منابع جدید بودجه خدمات دسته جمعی است.

مقاله تأکید می کند که دولت نیاز هست که برای بخش مهمی از هزینه سلامت خارج از درآمدهای بودجه ای عمومی سرمایه گذاری کند خصوصاً در مناطق فقیر.

مقاله یادآوری می کند که تعدادی از طرح های پیش پرداخت موفق، وابسته به نظارت توسط هدایت کننده های بیمه ای منطقه ای هستند.

دفاتر وادارات منطقه ای درمان می بایست با طرح های پیش پرداخت همکاری کنند تا تضمین شود که خدماتی با کیفیت خوب و با هزینه ای قابل قبول و منصفانه قابل ارائه می باشد. همچنین نمایندگانی از بین استفاده کنندگان خدمات می توانند بر میزان کارایی و عملکرد موجود نظارت کنند. (۲۲)

براساس مطالعه ای که در ارمنستان صورت گرفته است شواهدی وجود دارد که مکانیسم های بودجه ای جامع می تواند درآمد اضافی را افزایش دهد و موجب افزایش دسترسی یکسان به مراقبتهای سلامتی اولیه و بهبود حمایت و حفاظت اجتماعی گردد. این تحقیق با استفاده از مصاحبه عمیق و بحث متمرکز گروهی سعی دارد شرایط مطلوب و قابلیت اجرای افزایش بیمه سلامتی در ارمنستان را بررسی کند.

نتایج نشان می دهد که طرح پوشش همگانی، دسترسی و برابری مراقبتی را افزایش داده است اما به دلیل زیر بنای ضعیف و اتصال ضعیف با سیستم سلامتی بدرستی پیاده نگردیده است و نیاز به زمینه گسترده ای از حمایت سیاسی می باشد. (۲۳)

۳) نوع مطالعه

این مطالعه یک مطالعه ارزشیابی است که با استفاده توأم از روشهای کمی و کیفی انجام می شود

۱-۳ روش انجام تحقیق

ابتدا شهزستان شاهرود از طریق Nominal Group انتخاب گردید. سپس سیاستگذاران و طراحان برنامه در سطح مدیران ملی، استانی و شهرستان منتخب تعیین و طی لیستی مشخص گردید و در حد امکان با این افراد مصاحبه عمیق انجام گرفت.

سپس جهت انجام FGD در شهرستان شاهرود ۴ مرکز بهداشت درمان و روستایی بنامهای دهملا، میغان، رویان و قلعه نوخرقان و یک بیمارستان عمومی بنام بیمارستان امام حسین شاهرود انتخاب گردید. سپس از روستاهای تحت پوشش هر یک از مراکز بهداشت فوق یک گروه (۸-۱۲ نفری) از بین روستاییان زن و یک گروه (۸-۱۲ نفری) از بین روستاییان مرد در محدوده سنی بالای ۲۰ سال تشکیل گردید (با ارجحیت بیمه شدگان روستایی) و با این گروهها FGD (Focus Group Discussion) انجام شد.

جدول ۱-۳-۱ فهرست مناطق منتخب در ارزشیابی طرح ارتقاء بیمه روستاییان

منطقه اجرای برنامه	شهرستان	استان	تاریخ مصاحبه
روستا: دهملا	شاهرود	سمنان	۸۵/۱۲/۲۰
رویان	شاهرود	سمنان	۸۵/۱۲/۲۱
میغان	شاهرود	سمنان	۸۵/۱۲/۲۱
قلعه نوخرقان	شاهرود	سمنان	۸۵/۱۲/۲۱
بیمارستان			
امام حسین	شاهرود	سمنان	۸۵/۱۲/۲۲
اداره کل بیمه خدمات درمانی استان			
اداره کل بیمه خدمات درمانی	سمنان	سمنان	۸۵/۱۲/۲۲

درخصوص مجریان و ارائه دهندگان خدمت نیز گروه‌های زیر تشکیل و FGD انجام گرفت:

- ۱- یک گروه متشکل از پرسنل مرکز بهداشت و درمان روستایی رویان.
- ۲- یک گروه متشکل از پرسنل مراکز بهداشت و درمان روستایی میغان و دهملا .
- ۳- یک گروه متشکل از رئیس بیمارستان و پزشکان مسئول در اورژانس و درمانگاههای تخصصی و کارشناس مسئول آزمایشگاه و رادیولوژی بیمارستان امام حسین (ع) شاهرود.
- ۴- یک گروه متشکل از رئیس اداره اسناد پزشکی ، اداره نظارت و اداره بیمه گری و کارشناس مسئولان مربوطه و مسئول بیمه روستایی .

جدول ۱-۲-۳ فهرست مصاحبه های صورت گرفته در ارزشیابی برنامه ارتقاء بیمه روستاییان

سطح	مصاحبه ها		مباحثات متمرکز گروهی	
	تعداد	مصاحبه شونده	تعداد	شرکت کنندگان
کشوری	۱	سیاستگذار		
	۱	معاون بیمه و درمان سازمان بیمه خدمات درمانی		
	۱	عضو ستاد بیمه روستایی و مدیرکل سازمان بیمه خدمات درمانی		
	۱	معاون فنی مرکز توسعه شبکه و ارگانهای سلامت وزارت بهداشت		
	۱	رئیس انجمن پزشکان عمومی نظام پزشکی		
استانی	۱	مدیرکل اداره کل بیمه خدمات درمانی	۱	رؤسا و کارشناس مسئولان اداره کل بیمه خدمات درمانی
شهرستان	۱	معاون بهداشتی دانشگاه	۱	پزشکان و مسئولین بیمارستان جنرال
			۴	مردان روستایی
			۴	زنان روستایی
			۲	پرسنل مراکز بهداشت و درمان روستایی

مصاحبه عمیق و FGD براساس راهنمای مصاحبه که به تفکیک افراد کلیدی، مجریان طرح و بیمه شدگان روستایی تهیه گردید صورت گرفت و کلیه مصاحبات ضبط و یادداشت برداری شد نتایج مصاحبات عمیق و FGD های انجام شده جمع آوری و بررسی شد، سپس کدگذاری گردیده و تحلیل شد و نتایج تحلیل بصورت گزارش آماده گردید.

درخصوص بررسی کمی، شاخص پوشش بیمه ای و تجهیز مراکز بدست آمده از گزارشات سازمان بیمه خدمات درمانی و گزارشات شبکه بهداشت و درمان روستایی مورد تحلیل آماری قرار گرفتند.

۳-۲ روش و ابزار گردآوری اطلاعات:

روشها و ابزار جمع آوری داده ها به سه دسته مرور مستندات، مصاحبه عمیق (FGD) و مباحثات متمرکز گروهی تقسیم می گردد.

مصاحبه عمیق درخصوص سیاستگذاران و تصمیم گیران و بعضی از مجریان برنامه در سطح ملی، استانی و شهرستانی و FGD درخصوص مجریان و ارائه دهندگان خدمت در برنامه فوق شامل پزشکان، مسئول آزمایشگاه، مسئول رادیولوژی، پرستل بیمارستان، رؤسا و کارشناس مسئولین اداره کل بیمه خدمات درمانی، پزشک و پرسنل مراکز بهداشت و درمان روستایی و بیمه شدگان روستایی (زنان و مردان روستایی) صورت گرفت.

در تمام این سطوح ۱۲ بحث متمرکز گروهی (FGD) و ۷ مصاحبه عمیق انجام گرفت.

مرور مستندات شامل :

۱- گزارشات سازمان بیمه خدمات درمانی گزارشات شبکه بهداشت و درمان. گزارش روستایی سال ۸۴، گزارش

روستایی سال ۸۵، گزارش بازدید روستایی استان سمنان.

گزارش مصاحبه های صورت گرفته در سایتهای خبری معتبر.

۲- قوانین و دستورالعملها و تفاهمنامه ها و قراردادهای موجود: تفاهم نامه سال ۸۴- تفاهم نامه سال ۸۵-

دستورالعمل خدمات قابل ارایه به روستاییان- آیین نامه امور قراردادها و نظارت بر ارایه خدمات به بیمه

شدگان- دستورالعمل نحوه پرداخت به پزشکان در سطح اول- دستورالعمل نحوه ارایه خدمات در سطح

دو. دستورالعمل پزشک خانواده (بهبه) - گزارش تجهیز مراکز بعد از طرح.