بررسي روند اجراي بيمه
درمان روستاييان

كد موضوعي: ۴۱۰
شماره مسلسل: ۷۴۱۷
مرداد ماه ۱۳۸۴
دفتر: مطالعات اجتماعي

فهرست مطالب

مقدمه ۲
۱. پیشینه بیمه درمان روستاییان ۳
۲. مستندات قانونی ۴
۲-۱. قانون اساسی ۴
۲-۲. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی ۵
۲-۳. قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی ۶
۲-۴. قانون بودجه سال ۱۳۸۴ کشور ۶
۲-۵. آیین‌نامه صندوق بیمه اجتماعی روستاییان ۶
۳. ابعاد مختلف برقراری بیمه درمان در مناطق روستایی ۷
۴. اقدامات انجام شده توسط دفتر مطالعات اجتماعی مرکز در مورد روند اجرای بیمه درمان روستاییان ۸
۵. اظهارات مسئولان محلی و اجرایی طرح بیمه درمان روستاییان ۱۰
جمع‌بندی و نتیجه‌گیری ۱۳
پیشنهادها ۱۴
کلام آخر ۱۵
منابع و مآخذ ۱۶

بررسي روند اجراي بيمه درمان روستاييان

مقدمه

گسترش بیمه درمانی به تمام آحاد جامعه از برنامه‌هایی است که بسیاری از دولت‌ها در نیم قرن اخیر به آن اهتمام داشته‌اند و تلاش‌هایی را در جهت تحقق آن به کار گرفته‌اند. با وجود این، توسعه و تعمیم بیمه درمانی به همه اقشار جامعه همواره با دشواری‌ها و تنگناهایی مواجه است که در نتیجه آن برخی از اقشار جامعه از دستیابی به خدمات آن محروم می‌شوند.

در ایران نیز، با وجود کوشش‌هایی که در ۲۵ سال گذشته در حوزه‌های مختلف سلامت انجام شده است، هنوز بخشی از جمعیت کشور از پوشش بیمه‌ای و دسترسی به خدمات آن بی‌بهره‌اند که از آن جمله می‌توان به روستاییان اشاره کرد. از این‌رو زندگی و ادامه فعالیت‌های اقتصادی در مناطق روستایی با تنگناها و معضلاتی مواجه است که از طریق تعمیم و گسترش خدمات بیمه‌ای می‌توان از یکسو بسیاری از معضلات و تنگناهای موجود در جوامع روستایی را مرتفع کرد و از سوی دیگر آثار و پیامدهای مثبت آن را در ابعاد مختلف مشاهده کرد.

در راستای تلاش پیگیر مجلس شورای اسلامی به ویژه کمیسیون بهداشت درمان و کمیسیون اجتماعی با همکاری سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی در قانون بودجه سال ۱۳۸۴ و با اختصاص بودجه لازم، سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردید تا با صدور دفترچه بیمه خدمات درمانی برای تمام ساکنان مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰،۰۰۰ نفر امکان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب برنامه پزشک خانواده و از طریق نظام ارجاع فراهم آورد.

بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی به وجود آید.

۱. پیشینه بیمه درمان روستاییان

روستاییان برای اولین بار در سال ۱۳۴۸ با تصویب مجلس وقت، تحت پوشش بیمه قرار گرفتند. بیمه روستاییان شامل بیمه درمانی، حمایت‌های از کارافتادگی و فوت بود که وزارت تعاون و امور روستاها مسئول و مجری این برنامه شد.

با تشکیل وزارت بهداری و بهزیستی، در سال ۱۳۵۴ قانون تأمین اجتماعی تصویب و سازمان تأمین اجتماعی تأسیس شد. با تصویب این قانون، امور مربوط به بیمه‌های اجتماعی روستاییان به این سازمان محول و شرکت سهامی زراعی مسئول وصول حق بیمه گردید. در این سال همچنین سازمان تأمین خدمات درمانی در وزارت بهداری و بهزیستی ادغام و وظایف اجرایی آن در استان‌ها به سازمان منطقه‌ای بهداری و بهزیستی محول گردید و تا سال ۱۳۷۳ بیمه درمان روستاییان عملاً بدون متولی ماند. تا سال ۱۳۵۷ قریب به ۱/۵ میلیون نفر از روستاییان تحت پوشش بیمه قرار گرفتند و قرار شد بدون پرداخت حق بیمه و با مراجعه به درمانگاه‌های دولتی به طور رایگان تحت درمان سرپایی قرار گیرند.

در سال ۱۳۵۸ با تصویب شورای انقلاب، سازمان‌های مربوطه حذف تا برنامه جدید نظام بیمه روستاییان تنظیم شود. در سوم آبان ماه ۱۳۷۳ مجلس شورای اسلامی قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور را تصویب کرد و برای اجرا به هیأت دولت ابلاغ شد. بر مبنای این قانون، سازمان بیمه خدمات درمانی تشکیل و اساسنامه آن در اسفند ماه ۱۳۷۳ به تصویب رسید. سازمان مذکور رسماً در مهر ماه ۱۳۷۴ فعالیت خود را آغاز کرد. طبق قانون بیمه همگانی جمعیت کشور به چهار گروه تقسیم شده است:

۱. کارکنان دولت،
۲. صاحبان حِرَف و مشاغل آزاد،
۳. روستاییان،
۴. سایر گروه‌های اجتماعی،

براین‌اساس طرح بیمه درمانی روستاییان همچون دیگر گروه‌های مشخص شده در قانون در دستور کار قرار گرفت و عملیات اجرایی آن آغاز شد.

۲. مستندات قانونی

۲-۱. قانون اساسی

اصل سوم، بند «۱۲»

پی‌ریزی اقتصاد صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی جهت ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت در زمینه‌های تغذیه، مسکن، کار، بهداشت و تعمیم بیمه.

اصل بیست و نهم

برخورداری از تأمین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کارافتادگی، بی‌سرپرستی، در راه‌ماندگی، حوادث و سوانح و نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی و مراقبت‌های پزشکی به صورت بیمه و غیره، حقی است همگانی.

اصل چهل و سوم، بند «۱»

تأمین نیازهای اساسی (مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش) و امکانات لازم برای تشکیل خانواده برای همه.

۲-۲. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادي، اجتماعي و فرهنگي

ماده (۹۰)

به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانواده‌های کم درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است، با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را، ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیأت وزیران ارائه نماید.

ماده (۹۱)

بند «ج» ـ به منظور تعمیم عدالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، خدمات بیمه پایه درمانی روستاییان و عشایری، معادل مناطق شهری تعریف و اجرا می‌شود.

ماده (۹۶)

بند «الف» ـ افزایش پوشش بیمه‌های اجتماعی با توجه خاص به روستاییان و عشایر و شاغلین شهری که تاکنون تحت پوشش نبوده‌اند، به نحوی که برنامه بیمه‌های اجتماعی روستاییان و عشایر، با مشارکت دولت و روستاییان و عشایر پس از تهیه و تصویب دولت از سال دوم برنامه چهارم به اجرا گذاشته شود.

بند «ب» ـ پوشش کامل (صددرصد) جمعیتی از بیمه همگانی پایه خدمات درمانی.

۲-۳. قانون نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعي

ماده (۳) ـ اهداف و وظایف حوزه بیمه

بند «د» ـ تشکیل صندوق‌های بیمه‌ای مورد نیاز از قبیل بیمه حرف و مشاغل آزاد (خویش‌فرمایان و شاغل غیردائم)، بیمه روستاییان و عشایر، بیمه خاص زنان بیوه و سالخورده و خودسرپرست و بیمه خاص حمایت از کودکان.

۲-۴. قانون بودجه سال ۱۳۸۴ کل کشور

تبصره «۱۴» ـ سلامت

بند «الف» ـ ... دولت مکلف است برای کلیه روستاییان تحت پوشش بیمه خدمات درمانی دفترچه بیمه درمان صادر نموده و هزینه‌های چاپ و صدور آن را از بیمه‌شدگان دریافت نماید.

تبصره «۱۵» ـ عدالت اجتماعي و یارانه‌ها

بند «الف» ـ ... وزارت رفاه و تأمین اجتماعی مکلف است کلیه روستاییان و اهالی شهرهای با جمعیت کم‌تر از بیست هزار نفر را که تحت پوشش هیچ نوع بیمهٔ خدمات درمانی نمی‌باشند به طور رایگان و از محل اعتبار ردیف ۱۲۹۱۰۹ قسمت چهارم این قانون تحت پوشش خدمات درمانی قرار داده و حداکثر ظرف نیمه اول سال ۱۳۸۴ دفترچهٔ بیمهٔ درمان آنان را صادر و تحویل کند.

۲-۵. آیین‌نامه صندوق بیمه اجتماعي روستاییان

در ماده (۲۱) این آیین‌نامه سازمان بیمه خدمات درمانی به‌عنوان کارگزار امور اجرایی مربوط به بیمه خدمات درمانی روستاییان تعیین شده است.

۳. ابعاد مختلف برقراري بيمه درمان در مناطق روستايي

بعد اقتصادي: تعميم بيمه‌های درمانی به روستاييان، ميزان بهره‌وری نيروی مولد را در بخش كشاورزی افزايش داده و به‌عنوان عاملی در جهت تعديل و انتقال سرمايه به قشرهای كم درآمد و آسيب‌پذير جامعه عمل می‌كند. افزايش درآمد و رفاه نيز تغييراتی در الگوهای رفتاری از جمله كنترل و كاهش رشد جمعيت و كسب مهارت‌های حرفه‌ای به وجود می‌آورد.

بعد سياسي: تعميم بيمه‌های درمانی مطلوب به روستاييان به جدايی اجتماعی ميان جامعه شهری و روستايی ايران به تدريج خاتمه خواهد داد و به تحقق عدالت اجتماعی در ميان روستاييان معنای تازه‌ای خواهد بخشيد. يكپارچگی سياسی و ملی را در كشور تقويت خواهد كرد و زمينه‌های لازم را برای مشاركت آنان در طرح‌های، نوسازی روستاها و بهسازی محيط زيست در قالب طرح‌های عمرانی فراهم خواهد كرد.

بعد اجتماعي: تعميم بيمه‌های درمانی كامل به روستاييان به سبب بالا بردن سطح سلامت آن‌ها به خصوص افراد فقير و كم درآمد از پيامدهای نابرابری شديد اجتماعی خواهد كاست و حاشيه‌نشينان اجتماعی را به مشاركت در متن جامعه دعوت می‌كند.

بعد رواني: تعميم خدمات بيمه‌های درمانی روستاييان علاوه بر حمايت مستقيم از روستاييان به طور غيرمستقيم نيز از نيروهای شاغل در روستاها حمايت می‌كند. همچنين امنيت خاطری كه برخورداری از خدمات بيمه‌های درمانی در آحاد افراد جامعه از جمله روستاييان ايجاد می‌كند؛ باعث كاهش تنش‌ها در محيط كار و خانواده می‌شود، از طرف ديگر به سالم‌سازی روابط اجتماعی بين گروه‌های درگير در فرايندهای توليد و توزيع كالاها كمک خواهد كرد.

بعد فرهنگي: تعميم خدمات بيمه‌های درمانی به روستاييان به معنای ايجاد روابط اجتماعی جديدی بين روستاييان و مسئولان اجرايی كشور است. تحقق بيمه‌های درمانی روستاييان و برخورداری روستاييان از مواهب اجرای اين برنامه می‌تواند در

كاهش چالش‌های موجود ميان مناطق شهری و روستايی مؤثر باشد. به عبارت ديگر اين بيمه به لحاظ ماهيتی می‌تواند در رشد و توسعه مناطق روستايی چه در ابعاد محيطی و چه در ابعاد انسانی مؤثر باشد و در نتيجه از شكاف ايجاد شده ناشی از عدم موفقيت در اجرای طرح‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای در كشور و بروز مسائل گوناگون طبقاتی بكاهد.

۴. اقدامات انجام شده توسط دفتر مطالعات اجتماعي مركز در مورد روند اجراي بيمه درمان روستاييان

مرحله اول

الف) مطالعه آيين‌نامه و دستورالعمل‌هاي مصوب سازمان بيمه خدمات درماني درخصوص بسترسازي و اجراي طرح

دفتر مطالعات اجتماعی با همكاری كارشناسان مجرب از مراحل اوليه انتشار دستورالعمل‌ها و آيين‌نامه‌های اجرايی اقدام به مطالعه و مداقه كارشناسی در فرايندهای اجرايی طرح مذكور داشته و در نهايت براساس آخرين ويرايش موجود از آيين‌نامه‌های مذكور ابهامات و سؤالات اساسی ـ كه در آيين‌نامه‌های اجرايی برای آن پاسخ قانع‌كننده‌ای دريافت نشد ـ را تهيه و نتايج اين بررسی‌ها به سازمان بيمه خدمات درمانی ارسال گرديد و از آن سازمان خواسته شد كه در جلسات كارشناسی مشترک موضوعات بررسی و تا حد امكان ابهامات موجود اجرايی اشاره شده رفع گردند كه متأسفانه تاكنون نه پاسخی در اين رابطه وصول گرديده و نه جلسات كارشناسی به معنای واقعی تشكيل شده است. (نامه شماره ۲۵۴۸ مورخ ۱۳۸۴/۳/۱۶ به مديرعامل سازمان خدمات درمانی).

در ضمن سؤالات و ابهامات مطرح شده طی نامه شماره ۲۸۲۰ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۳ برای آقای دكتر جمشيدی رياست محترم كميته كشوری اصلاحات در نظام سلامت

وزارت بهداشت و درمان نیز ارسال گردید.

ب) مکاتبه با سازمان بیمه خدمات درماني و پیشنهاد اجراي طرح در استان‌هایي که از امکانات کافي، نیروي انساني، تجهیزات، توانایي گردآوري دقیق اطلاعات و پایش شاخص‌ها برخوردارند.

این طرح بزرگ و پیچیده باید ابتدا به طور آزمایشی اجرا شود؛ تا سؤالات و ابهاماتی که با تکیه بر تجربه‌های علمی و عملی اجرای نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده مطرح گردیده، مشخص و بعد از تصحیح فرایندها در سطح محدودی با کم‌ترین خسارت، این طرح ملی برای بسط و تعمیم به کل کشور آماده گردد؛ که متأسفانه و با وجود تمامی ابهامات و مشکلات موجود در ساختارهای این طرح (از جمله مبنا قرار گرفتن سیستم ارجاع مبتنی بر شبکه بهداشت که طی سالیان متمادی روستاییان خدمات درمانی مناسبی از این سیستم دریافت ننموده و همواره در چگونگی دریافت این خدمات سرگردان و بی‌پناه بوده‌اند) شاهد به اجرا درآمدن آن هستیم.

مرحله دوم

به علت تحت پوشش قرار داشتن تعداد قابل ملاحظه‌ای از روستاییان و ساکنان شهرهای زیر ۲۰،۰۰۰ نفر در سایر بیمه‌های درمانی این دفتر با سازمان‌های بیمه‌گر مکاتباتی در مورد هماهنگی و توافقات انجام شده آن سازمان‌ها و سازمان بیمه خدمات درمانی و نقش آن سازمان‌ها درخصوص طرح بیمه درمان روستاییان انجام داد که تمامی سازمان‌ها در جوابیه‌های خود اشاره داشتند که هیچ‌گونه هماهنگی و توافقی صورت نگرفته است (نامه‌های شماره ۱۷۶۳ و ۱۷۸۶ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۶ به مدیران سازمان‌های بیمه‌گر (تأمین اجتماعی، امداد و نیروهای مسلح).

مرحله سوم

اعزام کارشناسان و تهیه گزارش میداني

با عنایت به مکاتبات یک طرفه این دفتر و عدم پاسخگویی مراجع ذی‌ربط، خبر افتتاح طرح بیمه درمان روستاییان و با توجه به گزارشات ضد و نقیض از مبادی مختلف و تفاهم‌نامه امضا شده بین دو وزارتخانه بهداشت و رفاه این دفتر گروهی از کارشناسان خود را به استان‌های سیستان و بلوچستان و مازندران به ترتیب در ۱۴ تا ۱۶ و ۱۸ تیرماه جهت بررسی اعزام نمود و صورتجلسات آن که به امضای مسئولان اجرایی و محلی استان‌های مذکور رسیده، نیز در دفتر مطالعات اجتماعی مرکز موجود می‌باشد.

۵. اظهارات مسئولان محلي و اجرایي طرح بیمه درمان روستاییان

- در صورتی که طرح بیمه روستاییان براساس تفاهم‌نامه جدید بین وزارت بهداشت و درمان و وزارت رفاه و تأمین اجتماعی اجرایی شود؛ عملاً سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده قابل اجرا نخواهد بود و همچون سابق براساس گردش کار شبکه‌ای به بیمه‌شدگان ارائه خدمت خواهد شد؛ که در این صورت عملاً نظارت و پایش طرح براساس شاخص‌ها مقدور نخواهد بود.
- اجرای این تفاهم‌نامه باعث جبران بخشی از کاستی‌های موجود در سیستم شبکه‌ای که آن را با مشکلات عدیده‌ای روبه‌رو کرده بود؛ خواهد شد.
- اجرای شتابزده طرحی با چنین گستردگی جغرافیایی و جمعیت تحت پوشش بدون انجام اقدامات مناسب و تهیه زیرساخت‌های مربوط و ملزومات نرم‌افزاری بیش از آن‌که مفید باشد؛ باعث فراهم شدن زمینه شکست این طرح ملی و آرمانی خواهد شد.
- مشخص نبودن وضعیت روستاییان دارای بیمه سایر سازمان‌های بیمه‌گر که در دستورالعمل‌های موجود به آن‌ها اشاره نشده و سازمان بیمه خدمات درمانی نیز در

این خصوص پاسخ شفاف نداده است.

● نامشخص بودن سیاست سازمان بیمه خدمات درمانی درخصوص شهرهای زیر ۲۰،۰۰۰ نفر جمعیت.

● مراکز بهداشتی و درمانی طبق روال گذشته در یک شیفت کاری فعال و با یک پزشک در حال فعالیت و انجام وظیفه هستند. ضمن این‌که بعضی مراکز هنوز پزشک مستقر ندارند. لذا عملاً روستاییان همانند گذشته فقط در ساعات اداری (۷ الی ۱۴) خدمات درمانی دریافت می‌کنند و در مواقع مرخصی، مأموریت، سیار بودن پزشک مستقر و خارج از وقت اداری عملاً در مراکز بهداشتی و درمانی روستاها ارائه خدمات درمانی متوقف می‌گردد.

● تعداد قابل توجهی از روستاییان شناسنامه ندارند، که برای آن‌ها فرم تقاضا و به تبع آن دفترچه تکمیل و صادر نمی‌شود.

● سازمان بیمه خدمات درمانی موظف گردیده که کل خدمات بیمه درمان روستاییان را صرفاً از دانشگاه‌های علوم پزشکی و شبکه‌های آن‌ها خریداری کند که به دلیل نواقص موجود در سیستم شبکه‌ای، اجرای کامل طرح و بهره‌برداری مناسب توسط روستاییان با مشکل مواجه است؛ به طوری که حتی اگر دفترچه‌های بیمه به طور تمام و کمال در اختیار روستاییان قرار گیرد براساس وضع موجود ارائه خدمات به روستاییان بیش از پیش امکان‌پذیر نخواهد بود و موفقیت طرح با سؤال اساسی مواجه است.

● پزشکان از نُسَخ تک‌برگی در اختیار برای تجویز دارو، آزمایش، رادیولوژی و ارجاع استفاده می‌کنند؛ این نسخ تک‌برگی فقط در داخل مراکز بهداشتی و درمانی اعتبار داشته و چنان‌چه لازم باشد خدماتی بیرون از مرکز دریافت شود (داروی خارج از لیست مرکز) به صورت آزاد تهیه می‌شود. در این روش امکان ثبت اطلاعات وجود ندارد.

● در کل چنان‌چه مراکز بهداشتی و درمانی براساس گردش کار گذشته به فعالیت خود ادامه دهند تنها تغییر پیش آمده استفاده از نسخ تک‌برگی می‌باشد.

استان سیستان و بلوچستان

● جمعیت مشمول طرح بیمه درمانی روستاییان در این استان شامل ۱،۵۰۰،۰۰۰ نفر با توزیع ۱،۱۵۰،۰۰۰ نفر روستایی و ۳۵۰،۰۰۰ نفر جمعیت شهرهای کم‌تر از ۲۰،۰۰۰ نفر می‌باشد.

● از آغاز طرح تا تاریخ بازدید ۱۳۰،۰۰۰ نفر، فرم بیمه‌نامه را برای دریافت دفترچه تکمیل کرده و به همین تعداد نیز فرم به اداره کل بیمه استان رسیده بود.

● اولین سری دفترچه‌های صادر شده (۲۵۰ دفترچه) مربوط به تعدادی از روستاییان سفیدآبه بوده که در تاریخ ۱۳۸۴/۴/۱۵ به مرکز بهداشت زابل تحویل داده شد تا بین آنان توزیع گردد.

استان سیستان و بلوچستان (تا تاریخ ۱۳۸۴/۴/۱۶) (واحد: نفر)

جمعیت تحت پوشش طرح	۱،۵۰۰،۰۰۰
تحویل فرم بیمه‌نامه	۱۳۰،۰۰۰
توزیع دفترچه	۳۵۰

استان مازندران

● جمعیت مشمول طرح بیمه درمانی روستاییان این استان شامل ۱،۷۰۰،۰۰۰ نفر (روستاها و شهرهای زیر ۲۰،۰۰۰ نفر).

● در استان مازندران بین ۳۶۰،۰۰۰ نفر روستایی فرم بیمه‌نامه توزیع شده بود.

● ۱۴۵۹۱ نفر ثبت‌نام کرده و حق بیمه خود را واریز کرده بودند.

- در این استان برای صدور دفترچه از حدود ۳۰،۰۰۰ نفر مدارک اخذ و اطلاعات مربوط به آن به رایانه وارد شده بود.
- چاپ و توزیع دفترچه برای ۲۵۰ نفر.

استان مازندران (تا تاریخ ۱۳۸۴/۴/۱۹) (واحد: نفر)

جمعیت تحت پوشش طرح	۱،۷۰۰،۰۰۰
تحویل فرم بیمه‌نامه	۳۶۰،۰۰۰
ثبت‌نام و واریز حق بیمه	۱۴،۵۹۱
چاپ و توزیع دفترچه	۲۵۰

لازم به ذکر است ۵۰ عدد از دفترچه‌های توزیع شده مربوط به روز افتتاحیه توسط وزرای محترم بهداشت و رفاه در مرکز نوک‌آباد و کریم کشته بوده است و با گذشت حدود ۷۰ روز از تاریخ افتتاحیه حتی در این دو مرکز دفترچه جدیدی توزیع نشده است و نظام ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده سامان نیافته است.

جمع‌بندي و نتيجه‌گيري

بنابر اظهارات مسئولان محلی و مجریان طرح بیمه درمان روستاییان می‌توان چنین نتیجه گرفت که:

۱. روند اجرایی طرح ارتباطی با نظام ارجاع به محوریت پزشک خانواده ندارد.

۲. جایگاه سازمان بیمه‌های درمانی به‌عنوان کارفرما مغفول مانده است.

۳. این اقدام فقط سیستم شبکه‌ای موجود را که پاسخگوی کامل نیازهای درمانی روستاییان نمی‌باشد را به دلیل دسترسی به منابع دوگانه (اعتبارات مستقیم شبکه و

بیمه درمان) قدری فعال‌تر می‌کند.

۴. بخش خصوصی که در نظام سلامت کشور نقش قابل ملاحظه‌ای دارد عملاً در گردش کار حذف می‌شود؛ زیرا بیمه‌های درمانی قادر به استفاده از این بخش و رقابتی کردن آن نیستند.

۵. بنابراین نظام ارجاع، که بنا بر تکالیف قانونی ده سال گذشته و توصیه کلیه مراکز علمی و بین‌المللی و همچنین محافل کارشناسی و تجربیات داخلی اساس ساماندهی نظام سلامت کشور می‌باشد، در این حرکت نه تنها محقق نمی‌گردد؛ بلکه به‌عنوان یک هدف آرمانی ناموفق و ناکارآمد نمود پیدا می‌کند. خنثی نمودن این اثر برای مسئولان در آینده یقیناً مشکل‌تر از اجرای طرح خواهد بود.

پيشنهادها

توصیه می‌شود که اصولاً نظام ارجاع همزمان برای روستاییان و شهرنشینان به طور شفاف، همراه با زمان‌بندی مشخص و تفکیک وظایف وزارتخانه‌های مرتبط و سازمان‌های ذی‌ربط به‌عنوان قانونی مستقل و بدون ابهام تعریف و تصویب شود. تجربه نشان داده است که فقط تصویب قوانین کافی نیست بلکه انجام چنین تغییری نیاز به بسترسازی کافی و مهیا نمودن شرایط و امکانات دارد و انجام یک باره آن در کشور غیرممکن به نظر می‌رسد. به‌عنوان راهکار عملی می‌توان اجرای کامل نظام ارجاع برای همه افراد جامعه را در چند استان واجد شرایط به طور آزمایشی به وزارتخانه‌ها و سازمان‌های مرتبط تکلیف نمود تا پس از کسب تجارب عملی و رفع موانع با زمانبندی مشخص در سطح کشور اجرا شود.

کلام آخر

در پایان تأکید می‌شود که بازدیدهایی که مبنای اصلی این گزارش بودند در مورخ ۱۳۸۴/۴/۱۴ لغایت ۱۳۸۴/۴/۱۹ انجام گردیده است. خوشبختانه پس از آن اقدامات مؤثری از سوی وزارتخانه‌های بهداشت و رفاه صورت گرفته است که ماحصل آن در همایش یک روزه رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی و مدیران بیمه خدمات درمانی کل کشور در مورخ ۱۳۸۴/۵/۵ به صورت عملکردی ارائه گردید. در جریان این همایش چالش‌ها و مشکلات بسیار زیادی مطرح گردید که علت اصلی بسیاری از آن‌ها عدم فراهم سازی بستر مناسب جهت اجرای گسترده این طرح بود. ضمن این‌که وزیر محترم بهداشت و درمان و آموزش پزشکی عنوان نمودند شخصاً جهت اطمینان از صحت روند اجرایی از مناطق و مراکز درمانی بازدید خواهد نمود، امید است که با این تمهیدات علی‌رغم این‌که بستر لازم برای طرح مذکور فراهم نگردیده است اجرای آن با موفقیت لازم توأم باشد.

منابع و مآخذ

۱. قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران.

۲. قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی.

۳. قانون بودجه سال ۱۳۸۴.

۴. قانون ساختار نظام جامع رفاه و تأمین اجتماعی.

۵. قانون بیمه همگانی.

۶. آیین‌نامه‌ها و دستورالعمل‌های سازمان بیمه خدمات درمانی درخصوص طرح ارتقاء بیمه درمانی روستاییان.

۷. دستورالعمل اجرای بیمه روستایی و پزشک خانواده وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی.

۸. گفتگو با فرماندار، معاونت سیاسی فرمانداری، نماینده دانشگاه علوم پزشکی، مدیر کل پست، مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان در محل فرمانداری سیستان و بلوچستان مورخ ۱۳۸۴/۴/۱۶.

۹. گفتگو با مدیر کل بیمه خدمات درمانی استان مازندران مورخ ۱۳۸۴/۴/۱۸ در دفتر سازمان بیمه خدمات درمانی استان.

۱۰. صورتجلسات و گزارش‌های بازدید از مراکز بهداشتی و درمانی روستایی در دو استان سیستان و بلوچستان و مازندران.

شناسنامه گزارش	شماره مسلسل: ۷۴۱۷

عنوان گزارش: بررسی روند اجرای بیمه درمان روستاییان

Report Title: A Study on the Performance Trend of Health Insurance for Rurals

نام دفتر: مطالعات اجتماعی

تهیه و تدوین: ایروان مسعودی اصل

ناظر علمي: محمدحسن طریقت

متقاضي: کمیسیون اجتماعی

ویراستار: ـــــــ

واژه‌هاي كليدي و معادل انگليسي آن‌ها:

۱. روستاییان (Rurals)

۲. بیمه درمان (Health Insurance)

منابع و مآخذ تهیه گزارش:

در پایان گزارش فهرست شده است.