

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.



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

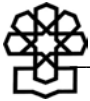


بدین ترتیب فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به منظور دسترسی راحت و مناسب به خدمات سلامت برای مناطق مختلف شهری و روستایی به وجود آید.

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 بهداشتی 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 بهداشتی و بهزیستی ادغام و وظایف اجرایی آن در استان‌ها به سازمان منطقه‌ای بهداشتی 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 حرف و مشاغل آزاد،
۳. روستاییان،
۴. سایر گروه‌های اجتماعی،

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

•
• -

« »

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.

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.

« »

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



()

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.

()

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

()

« 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.

« پوشش کامل (صددرصد) جمعیتی از بیمه همگانی پایه خدمات درمانی.



()

« 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.

-

»

« ... 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.

»

« ... 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 بیمه 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 دفترچه بیمه درمان آنان را صادر و تحویل کند.

-

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



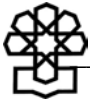
: تعمیم بیمه‌های درمانی به روستاییان، میزان بهره‌وری نیروی مولد را در بخش کشاورزی افزایش داده و به‌عنوان عاملی در جهت تعدیل و انتقال سرمایه به قشرهای کم درآمد و آسیب‌پذیر جامعه عمل می‌کند. افزایش درآمد و رفاه نیز تغییراتی در الگوهای رفتاری از جمله کنترل و کاهش رشد جمعیت و کسب مهارت‌های حرفه‌ای به وجود می‌آورد.

: تعمیم بیمه‌های درمانی مطلوب به روستاییان به جدایی اجتماعی میان جامعه شهری و روستایی ایران به تدریج خاتمه خواهد داد و به تحقق عدالت اجتماعی در میان روستاییان معنای تازه‌ای خواهد بخشید. یکپارچگی سیاسی و ملی را در کشور تقویت خواهد کرد و زمینه‌های لازم را برای مشارکت آنان در طرح‌های، نوسازی روستاها و بهسازی محیط زیست در قالب طرح‌های عمرانی فراهم خواهد کرد.

: تعمیم بیمه‌های درمانی کامل به روستاییان به سبب بالا بردن سطح سلامت آن‌ها به خصوص افراد فقیر و کم درآمد از پیامدهای نابرابری شدید اجتماعی خواهد کاست و حاشیه‌نشینان اجتماعی را به مشارکت در متن جامعه دعوت می‌کند.

: تعمیم خدمات بیمه‌های درمانی روستاییان علاوه بر حمایت مستقیم از روستاییان به طور غیرمستقیم نیز از نیروهای شاغل در روستاها حمایت می‌کند. همچنین امنیت خاطری که برخورداری از خدمات بیمه‌های درمانی در آحاد افراد جامعه از جمله روستاییان ایجاد می‌کند؛ باعث کاهش تنش‌ها در محیط کار و خانواده می‌شود، از طرف دیگر به سالم‌سازی روابط اجتماعی بین گروه‌های درگیر در فرایندهای تولید و توزیع کالاها کمک خواهد کرد.

: تعمیم خدمات بیمه‌های درمانی به روستاییان به معنای ایجاد روابط اجتماعی جدیدی بین روستاییان و مسئولان اجرایی کشور است. تحقق بیمه‌های درمانی روستاییان و برخورداری روستاییان از مواهب اجرای این برنامه می‌تواند در



کاهش چالش‌های موجود میان مناطق شهری و روستایی مؤثر باشد. به عبارت دیگر این بیمه به لحاظ ماهیتی می‌تواند در رشد و توسعه مناطق روستایی چه در ابعاد محیطی و چه در ابعاد انسانی مؤثر باشد و در نتیجه از شکاف ایجاد شده ناشی از عدم موفقیت در اجرای طرح‌ها و برنامه‌های توسعه‌ای در کشور و بروز مسائل گوناگون طبقاتی بکاهد.

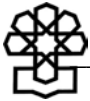
دفتر مطالعات اجتماعی با همکاری کارشناسان مجرب از مراحل اولیه انتشار دستورالعمل‌ها و آیین‌نامه‌های اجرایی اقدام به مطالعه و مذاقه کارشناسی در فرایندهای اجرایی طرح مذکور داشته و در نهایت براساس آخرین ویرایش موجود از آیین‌نامه‌های مذکور ابهامات و سؤالات اساسی - که در آیین‌نامه‌های اجرایی برای آن پاسخ قانع‌کننده‌ای دریافت نشد - را تهیه و نتایج این بررسی‌ها به سازمان بیمه خدمات درمانی ارسال گردید و از آن سازمان خواسته شد که در جلسات کارشناسی مشترک موضوعات بررسی و تا حد امکان ابهامات موجود اجرایی اشاره شده رفع گردند که متأسفانه تاکنون نه پاسخی در این رابطه وصول گردیده و نه جلسات کارشناسی به معنای واقعی تشکیل شده است. (نامه شماره ۲۵۴۸ مورخ ۱۳۸۴/۳/۱۶ به مدیرعامل سازمان خدمات درمانی).

در ضمن سؤالات و ابهامات مطرح شده طی نامه شماره ۲۸۲۰ مورخ ۱۳۸۴/۳/۲۳ برای آقای دکتر جمشیدی ریاست محترم کمیته کشوری اصلاحات در نظام سلامت



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.

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).



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.

- 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 خواهد 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.

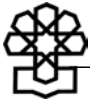
● نامشخص بودن سیاست سازمان بیمه خدمات درمانی درخصوص شهرهای زیر ۲۰,۰۰۰ نفر جمعیت.

● 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 نسخ 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.

● 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.

(واحد: نفر) (//)

۱,۵۰۰,۰۰۰	جمعیت تحت پوشش طرح
۱۳۰,۰۰۰	تحویل فرم بیمه‌نامه
۲۵۰	توزیع دفترچه

● 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.

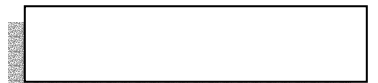


- در این استان برای صدور دفترچه از حدود ۳۰,۰۰۰ نفر مدارک اخذ و اطلاعات مربوط به آن به رایانه وارد شده بود.
- چاپ و توزیع دفترچه برای ۲۵۰ نفر.

(واحد: نفر) (/ /)

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

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.



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

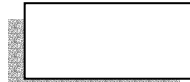
۱. روند اجرایی طرح ارتباطی با نظام ارجاع به محوریت پزشک خانواده ندارد.
۲. جایگاه سازمان بیمه‌های درمانی به‌عنوان کارفرما مغفول مانده است.
۳. این اقدام فقط سیستم شبکه‌ای موجود را که پاسخگوی کامل نیازهای درمانی روستاییان نمی‌باشد را به دلیل دسترسی به منابع دوگانه (اعتبارات مستقیم شبکه و



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.

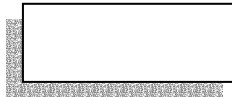
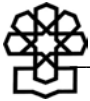
۵. بنابراین نظام ارجاع، که بنا بر تکالیف قانونی ده سال گذشته و توصیه کلیه مراکز علمی و بین‌المللی و همچنین محافل کارشناسی و تجربیات داخلی اساس ساماندهی نظام سلامت کشور می‌باشد، در این حرکت نه تنها محقق نمی‌گردد؛ بلکه به‌عنوان یک هدف آرمانی ناموفق و ناکارآمد نمود پیدا می‌کند. خنثی نمودن این اثر برای مسئولان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



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.



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.



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.



:

: بررسی روند اجرای بیمه درمان روستاییان

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

: مطالعات اجتماعی

: ایروان مسعودی اصل

: محمدحسن طریقت

: کمیسیون اجتماعی

:

:

۱. روستاییان (Rurals)

۲. بیمه درمان (Health Insurance)

:

در پایان گزارش فهرست شده است.