

چالش‌های بیمه روستایی طرح پزشک خانواده در استان خراسان رضوی: یک مطالعه کیفی

علی وفایی نجار^۱، رقیه بایرامی^{۲*}

۱-دکتری تخصصی مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران ۲- دکتری تخصصی بهداشت باروری، گروه آموزشی مامایی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران؛ مرکز تحقیقات بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، ارومیه، ایران

*نویسنده مسئول: دکتر رقیه بایرامی، دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، دانشکده پرستاری مامایی، ارومیه، ایران. تلفن: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۴، دورنگار: ۰۴۴۳۲۷۵۴۹۶۲، پست الکترونیک: rozabayrami@yahoo.com

دریافت: ۹۶/۴/۲۳ پذیرش: ۹۶/۱۲/۸

چکیده

مقدمه: در ایران بیمه روستایی به منظور توسعه عدالت اجتماعی، طراحی و اجرا گردیده است؛ به همین جهت شناسایی چالش‌های آن برای بهبود بخش سلامت ضروری است. مطالعه حاضر با هدف بررسی کیفی چالش‌های بیمه روستایی در استان خراسان رضوی انجام پذیرفت.

روش کار: مطالعه حاضر با رویکرد کیفی و به روش آنالیز محتوای قراردادی در سال ۱۳۹۴ در خراسان رضوی انجام گرفت. هجده نفر از مدیران، سیاستگذاران، پزشکان خانواده و بیمه‌گذاران روستایی این حوزه با نمونه‌گیری هدفمند تا رسیدن به حد اشباع داده‌ها، انتخاب شدند. پس از پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، داده‌ها به روش تحلیل محتوای با نرم‌افزار MAXQDA 3 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: از تحلیل داده‌ها، دو درون‌مایه اصلی مشتعل بر چالش‌های مدیریتی نظام بیمه روستایی (ناکارآمدی مدیریت مالی اعتبارات، جامع نبودن قوانین، اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها و نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت) و چالش‌های فرهنگی (بستر فرهنگی نامناسب و عدم رعایت نظام ارجاع) استخراج شد. هر کدام از طبقات شامل چندین زیرطبقه بود. نتیجه‌گیری: ناکارآمدی مدیریت مالی اعتبارات، نبود دستورالعمل‌های جامع، نقص در مدیریت اطلاعات سلامت و بستر فرهنگی نامناسب ارائه‌دهندگان خدمات و بیمه‌گذاران از چالش‌های نظام بیمه روستایی است. از آنجا که نظام بیمه روستایی نقش کلیدی در موفقیت سیاست پزشک خانواده و گسترش عدالت اجتماعی دارد، لازم است با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه نسبت به رفع مسائل و چالش‌های بیمه روستایی اقدام شود.

کلیدواژه‌ها: پزشک خانواده، بیمه روستایی، مطالعه کیفی، ایران

بیان مسئله

پزشکان عمومی و متخصصین تلقی می‌شود. در ایران اگرچه از سال ۱۳۶۴ اجرای طرح نظام شبکه بهداشت و درمان درجه بندی خدمات در سه سطح اول، دوم، و سوم در کلیه شهرستان‌ها دستاوردهای چشمگیری به دنبال داشته، اما در سطوح ارجاع نیز دچار نقص‌هایی وجود داشته است (۲).

از سال ۱۳۸۴ با اجرای طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰,۰۰۰ نفر جمعیت، اصلاح و تقویت نظام ارجاع، که اساس ساماندهی سلامت است؛ مورد تاکید قرار گرفت (۳). اصلاح نظام سلامت ایران به واسطه طرح پزشک خانواده و حفظ اثر بخشی و کارایی این طرح به همراه محافظت از اقسار آسیب‌پذیر در مقابل هزینه‌های کم‌رشدن بهداشتی-درمانی، در قالب برنامه جدیدی تحت عنوان بیمه روستایی آغاز به کار کرد. اهداف بیمه روستایی مشتمل بر ایجاد نظام ارجاع در کشور، افزایش پاسخگویی در بازار سلامت، افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های غیرضروری در بازار سلامت، و افزایش پوشش خدمات می‌باشد (۴). در کل می‌توان گفت

ارتقای سطح سلامت آحاد مردم از جمله اهداف نهایی نظام ارائه خدمات بهداشتی-درمانی در هر کشوری است تا مردم به مدد برخورداری از سلامت کافی، بتوانند در فعالیت‌های اقتصادی و اجتماعی سهیم شوند. وزارت بهداشت و درمان به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی-درمانی، مراقبت‌های اولیه بهداشتی را به عنوان درون‌مایه شبکه‌های بهداشت و درمان بنیان نهاده است. سیاست‌های دولت در نظام شبکه بهداشتی-درمانی به‌طور عمده بر سه اصل «اولویت خدمات پیشگیری بر خدمات درمانی، اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری، و برخورداری از امکانات و اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری» پایه‌ریزی شده، و بر اساس همین اصول در دهه‌ی ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی-درمانی شکل گرفت (۱).

سطح بندی خدمات و سطوح ارجاع، نه تنها از مراجعه مکرر و غیر ضروری به سطوح تخصصی‌تر جلوگیری کرده و از اتلاف منابع مادی و انسانی پیشگیری می‌کند، بلکه ابزار مناسبی جهت کنترل هزینه‌های مراقبت و افزایش همسویی

تابستان ۹۷، دوره بیست و یکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

خلاصه مطالب يادداشت‌شده را به كمك مشاركت‌كنندگان مرور کرده، در صورت نياز، مطالب يادداشت‌شده -به ويژه نكات كليدي- اصلاح يا تعديل گرديد.

روش اصلي جمع‌آوری داده‌ها در اين مطالعه، مصاحبه نيمه‌ساختاريافته و عميق با استفاده از پرسش‌هاي باز و همچنين يادداشت‌هاي در عرصه^۱ بود. مصاحبه‌ها به صورت انفرادي، در محيطي آرام، و در زمان و مكان مناسب، به گونه‌اي كه مشاركت‌كنندگان احساس راحتى كنند، انجام شد. داده‌ها طي مصاحبه با ۱۸ نفر به اشباع رسيد و براي اطمينان بيشتر، دو نفر ديگر هم مورد مصاحبه قرار گرفتند. محقق در انتهاي مصاحبه با كسب رضاييت از مشاركت‌كنندگان، به منظور تصديق اظهارات و يا نياز به مصاحبه‌هاي بعدي، نشاني و شماره تلفن آنها را يادداشت كرد. پرسش‌هاي راهنما شامل موارد زير بود: «در بخش بيمه سلامت با چه چالش‌ها و مشكلاتي مواجه هستيد؟ موانع و تسهيل‌كننده‌هاي اجرائي طرح بيمه روستايي چه مي‌تواند باشد؟». مدت زمان هر جلسه مصاحبه ۳۰ تا ۸۰ دقيقه بود. محتوای مصاحبه‌ها بلافاصله پس از هر مصاحبه از روی نوار پياده شده و به عنوان راهنما در مراحل بعدي استفاده گرديد. جمع‌آوری اطلاعات تا اشباع داده‌ها ادامه يافت. براي تايمين روايي و پايايي مطالعه، از روش آريزايي لينكولن و گوبا استفاده شد كه معادل روايي و پايايي در تحقيقات كمى است. بدين منظور و بر پايه اين روش، چهار معيار (اعتبار يا مقبوليت، قابليت اعتماد يا همسان بودن انتقال پذيري، و تايبيد پذيري) جهت آريزايي در نظر گرفته شد (۱۱). داده‌ها به روش تحليل محتوای مرسوم گرنيهم و لاندمن (۲۰۰۴) (۱۲)، با استفاده از نرم‌افزار MAXQDA تجزيه و تحليل شد. تحليل داده‌ها از همان مصاحبه اول و به موازات انجام ديگر مصاحبه‌ها آغاز شد. كلييه مصاحبه‌ها با اجازه مصاحبه‌شوندگان ضبط، نسخه نويسي، و چندين بار مرور شد. در مرحله بعد، ابتدا كدگذاري سطح اول انجام شد؛ بدين معني كه واحدهاي تحليل، يعني جملاتي كه پاسخ پرسش‌ها بودند، مشخص شدند. واحدهاي معنايي از مفاهيم اصلي در واحدهاي تحليل استخراج شده، به هر واحد معنايي كدي اختصاص يافت. با مقايسه كدها، كدهاي مشابه در يك زيرطبقه قرار داده شدند. سپس زيرطبقات مشابه تشكيل طبقه، و در نهايت مجموعه طبقات مشابه، درون مایه اصلي را تشكيل دادند. جهت رعايت ملاحظات اخلاقي، پيش از جمع‌آوری داده‌ها، اهداف تحقيق براي مشاركت‌كنندگان توضيح داده شده، و پس از كسب رضاييت آگاهانه مصاحبه‌ها ضبط گرديد. همچنين، آزادي مشاركت‌كنندگان براي شركت يا خروج از مطالعه، محرمانه بودن اطلاعات، و حفظ آنها در محل امن رعايت گرديد.

يافته‌ها

در مطالعه حاضر، ۷ نفر از مديران و برنامه ريزان طرح

^۱ Field Note

مراقبت‌هاي اوليه با دو هدف بهينه‌سازي سيستم خدمات بهداشتي-درماني و عدالت در توزيع منابع ارائه مي‌گردد (۵). سياست پزشك خانواده و بيمه روستايي در ايران به منظور توسعه عدالت اجتماعي طراحي و اجرا گرديده است (۶). در اين برنامه، پزشك عمومي و تيم وي مسووليت كامل سلامت افراد و خانواده‌هاي تحت پوشش را برعهده داشته، پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصي نيز مسووليت پيگيري سرنوشت وي را به عهده دارند (۷).

در اين راستا، به دنبال تلاش‌هاي پيگيرانه مجلس شوراي اسلامي و همكاري سازمان مديريت و برنامه ريزي، سازمان بيمه سلامت طي قانون بودجه سال ۱۳۸۴ موظف شد با صدور دفترچه بيمه سلامت، امكان بهره‌مندی از خدمات سلامت را در قالب سياست پزشك خانواده، براي ساكنين مناطق روستايي و شهرهاي زير ۲۰،۰۰۰ نفر جمعيت، از طريق نظام ارجاع، فراهم آورد (۸). بيمه روستايي با محوريت پزشك خانواده و نظام ارجاع، علي‌رغم كارآمدي مسلم، با چالش‌هاي متعددي مواجه است. در مطالعه گل‌عليزاده و همكاران، چالش‌هاي مرتبط با واحدها يا پرسنل سطح دوم ارجاع، واحدها يا پرسنل سطح يك ارجاع، به همراه مديريت و مردم، از جمله معضلات طرح پزشك خانواده عنوان شد (۹). در مطالعه مهرالحسني و همكاران، چالش‌هاي سياست پزشك خانواده به هفت مقوله اصلي مكانيزم‌هاي انگيزشي نامناسب، ضعف در اثربخشي آموزشي، ضعف در جامعيت دستورالعمل‌هاي اجرائي، ضعف در كفايت سرانه و تخصيص آن، و كارآمدي پايين نظام مديريت اطلاعات سلامت تقسيم شد (۱۰). بررسي‌هاي اوليه محققين حاكي از آن است كه تا كنون مطالعه جامعي پيرامون چالش‌هاي نظام بيمه روستايي و بررسي نظام‌مند آنها در استان خراسان رضوي صورت نگرفته؛ لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسي مهم‌ترين چالش‌هاي نظام بيمه روستايي و تعيين راهكارهاي رفع آنها به انجام رسيد.

روش كار

مطالعه حاضر با رويکرد كيفي و روش آناليز محتوای قراردادي در سال ۱۳۹۴ در دانشگاه علوم پزشكي مشهد انجام گرفت. در اين پژوهش ابتدا مجوز انجام پژوهش از دانشگاه اخذ شد. جامعه مورد پژوهش براي تعيين چالش‌هاي نظام بيمه روستايي شامل مديران، سياستگذاران، پزشكان خانواده، مسوولين نظام بيمه، و مردم بودند. مشاركت‌كنندگان با روش نمونه‌گيري مبتني بر هدف انتخاب شدند. مصاحبه با پزشكان و مردم در مراكز بهداشتي-درماني، و با سياستگذاران، مديران، و مسوولين نظام بيمه سلامت در محل كارشان انجام گرفت. بلافاصله پس از مصاحبه، مطالب روی كاغذ پياده و نكات مبهم يادداشت شد. در انتهاي هر جلسه، پژوهشگران

پزشک خانواده، ۶ نفر از پزشکان خانواده، و ۵ نفر از بیمه‌گذاران روستایی مورد مصاحبه قرار گرفتند. مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۱ آورده شده است. به دنبال تحلیل محتوای مصاحبه‌ها، ۱۰۳۰ کد، ۵ طبقه، ۱۵ زیرطبقه، و ۲ درون‌مایه اصلی به شرح جدول ۲ استخراج شد.

جدول ۱- مشخصات دموگرافیک افراد شرکت‌کننده در پژوهش

کد مشارکت‌کننده	سمت مشارکت‌کننده	سابقه کاری	مدرک تحصیلی	سن
۱	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۴۹
۲	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۵۵
۳	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۴۸
۴	کارشناس واحد پزشک خانواده	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۵۲
۵	رئیس مرکز بهداشت	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	دکتری عمومی	۴۶
۶	کارشناس بیمه	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	کارشناس ارشد	۳۹
۷	کارشناس بیمه	سابقه طولانی مدیریت در دانشگاه	کارشناس ارشد	۴۹
۸	پزشک خانواده	۴ سال	دکتری عمومی	۳۲
۹	پزشک خانواده	۷ سال	دکتری عمومی	۳۵
۱۰	پزشک خانواده	۹ سال	دکتری عمومی	۴۲
۱۱	پزشک خانواده	۵ سال	دکتری عمومی	۳۹
۱۲	پزشک خانواده	۱۰ سال	دکتری عمومی	۴۰
۱۳	بیمه‌گذار	آزاد	سیکل	۴۷
۱۴	بیمه‌گذار	کشاورز	ابتدایی	۳۵
۱۵	بیمه‌گذار	کشاورز	سیکل	۲۸
۱۶	بیمه‌گذار	کارگر	ابتدایی	۲۵
۱۷	بیمه‌گذار	آزاد	دیپریستان	۲۸
۱۸	بیمه‌گذار	آزاد	دیپریستان	۲۵

جدول ۲: تم‌ها و طبقات استخراج‌شده از مصاحبه‌ها

درون‌مایه	طبقه	زیرطبقه
چالش‌های مدیریتی	ناکارآمدی مدیریت مالی اعتبارات	پرداخت سرانه مدیریت مالی پیامدهای کسورات پایش تامین و مشمول بیمه نبودن داروها
	نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت	به‌روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق روستایی به‌روز نبودن اطلاعات اعضای تیم سلامت و پزشکان سطح دو و سه غیرقابل استفاده بودن اطلاعات بهداشتی خانوارها در برنامه‌ریزی‌های مدیریتی
چالش‌های فرهنگی	جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها	فقدان مکانیزم‌های انگیزشی فقدان الزامات قانونی در اجرای دستورالعمل‌ها عدم رعایت مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین تاخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها
	بستر فرهنگی نامناسب	ناآگاهی روستاییان از چگونگی استفاده از بیمه نبود دیدگاه جامع‌نگر در پزشکان خانواده
	عدم رعایت نظام ارجاع	عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده، و پزشکان سطح دو و سه یک سویه بودن ارجاع و عدم بازخورد از پزشکان سطح دو و سه به پزشک خانواده عدم آمادگی مراکز سطح دو در پذیرش بیماران ارجاعی

در ادامه درون‌مایه‌ها به تفصیل توضیح داده می‌شود:

درون‌مایه ۱: چالش‌های مدیریتی

این درون‌مایه شامل طبقات چالش‌های مدیریت مالی اعتبارات، جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها، و نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت بود.

ناکارآمدی مدیریت مالی اعتبارات

از دیدگاه مشارکت‌کنندگان، مشکلات موجود در حوزه

مجله تحقیقات نظام سلامت حکیم

پزشک خانواده روستایی بیشتر متوجه بحث مالی و مسائل حول آن است؛ از جمله مشکلات بیمه می‌توان به رابطه متقابل بیمه و بیمه‌گذار اشاره کرد که پرداخت سرانه را برای ارائه‌دهندگان و گیرندگان خدمت با مشکل مواجه می‌کند. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره گفت: «بیمه روستایی، بیمه‌ای رایگان برای مردم است؛ و وقتی مردم این دفترچه را به صورت رایگان دریافت می‌کنند، هیچ‌گونه پرداختی در ماه

ندارد. بخش درمان هیچ‌گونه احساس مسئولیتی نسبت به طرح ندارد و تمام مسئولیت به عهده بخش بهداشت است و هیچ هماهنگی وجود ندارد». (مشارکت‌کننده ۱۲)

بیشتر مشارکت‌کننده‌ها چنین اظهار کردند که در ارتباط با وظایف مشخص شده برای تیم پزشک خانواده، هیچ‌گونه الزام قانونی در اجرای دستورالعمل‌های طرح بیمه وجود ندارد. یکی از مشارکت‌کننده‌ها گفت: «هیچ اهرم فشاری نیست. هیچ روشی نیست که متخصص را ملزم به نوشتن بازخورد یا رعایت ارجاع کند». (مشارکت‌کننده ۱۰)

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مشکل دیگر بحث تفاهم‌نامه است؛ هر ساله انتظار می‌رود سیستم همکاری و انتظارات و تفاهم‌نامه در ابتدای سال میان دو وزارتخانه به‌طور شفاف و واضح شکل گرفته، مشخص شود چه مبلغی باید به عنوان سرانه پرداخت شود، چند درصد از سرانه باید به چه قسمتی اختصاص داده شود، و این که چه فاکتورهایی باعث کسورات شده، بیمه در این رابطه چه انتظاراتی دارد. یکی از مشارکت‌کنندگان معتقد بود: «متأسفانه تفاهم‌نامه اکثراً اواسط و اواخر سال مبادله می‌شود و پس از اجرایی شدن، دانشگاه‌ها و مدیران شبکه زمانی خردار می‌شوند که تعهداتی برایشان ایجاد شده، و این درحالی است که مدتی از سال گذشته است». (مشارکت‌کننده ۵)

نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت

به‌روز نبودن اطلاعات علمی و اداری اعضای تیم سلامت، به‌روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق و عدم تکمیل فرم‌های ارجاع توسط پزشکان از جمله چالش‌های نظام مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشد. ضعف دیگری که در این بخش از سوی شرکت‌کنندگان مطرح گردید، استفاده ناکافی از اطلاعات تولید شده در تصمیم‌گیری‌ها بود. یکی از مشارکت‌کننده‌ها چنین اظهار کرد: «تا زمانی که آمار و اطلاعات دقیقی در دست نداشته باشیم، نمی‌توانیم در مورد اخذ اعتبارات تصمیم‌گیری کنیم». همین مشارکت‌کننده در ادامه افزود: «نه آمار دقیقی از جمعیت تحت پوشش داریم، نه از وضعیت سلامتی آنها. گذشته از این، اطلاعات دقیقی از تیم پزشکان ارجاع دو نیز وجود ندارد. نیروها هر روز تغییر می‌کنند، یکی می‌آید و دیگری می‌رود؛ بالطبع کیفیت کار فرد کم سابقه با پرسابقه تفاوت دارد». (مشارکت‌کننده ۳)

درون‌مایه ۲: چالش‌های فرهنگی

این درون‌مایه مشتمل بر دو طبقه عدم رعایت نظام ارجاع و بستر فرهنگی نامناسب بود.

عدم رعایت نظام ارجاع

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که عدم رعایت اصول نظام ارجاع توسط برخی بیماران، پزشکان خانواده، و پزشکان سطح دو و سه، یک سویه بودن ارجاع، عدم تابستان ۹۷، دوره بیست‌ویکم، شماره دوم، پیاپی ۸۱

نداشته، تمامی هزینه‌ها به‌عهده خود بیمه روستایی است که به صورت یک طرفه تامین می‌کند». (مشارکت‌کننده ۷)

از جمله چالش‌های دیگر، کسورات بالایی است که از طرف سازمان بیمه اعمال می‌شود؛ مسئله کسورات شدت و ضعف داشته، نهایتاً باید نشست کند. یکی از مشارکت‌کنندگان افزود: «توجه کنید وقتی کسورات بالا باشد، مسائلی پس از آن پیش می‌آید؛ مشکلاتی ایجاد می‌کند که پیش‌بینی‌های مالی را دچار اشکال می‌کند». (مشارکت‌کننده ۴)

مشارکت‌کننده دیگری گفت: «برنامه‌های مالی و پرداخت‌ها بر اساس پیش‌بینی پرداخت‌ها صورت گرفته، به دنبال آن اسناد مالی تنظیم می‌شود. وقتی پرداخت به‌موقع نباشد، باید از منابع دیگری هزینه‌های پیش‌بینی‌نشده جبران شود؛ اما زمانی که اولویت‌ها عوض شود، برنامه می‌خواهد که باید جلوی آن را گرفت. اگر پرداختی بیمه نیز با تاخیر باشد، باز هم مشکل ایجاد می‌شود که این مشکل همواره وجود داشته‌است». (مشارکت‌کننده ۲)

تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که اکثر مشکلات مربوط به حوزه دارو از طریق هماهنگی میان بهداشت و درمان حل شدنی است، اما در ارجاع به متخصص یک سری مشکلات خاص ایجاد می‌شود. یکی از مشارکت‌کننده‌ها در این باره چنین اظهار نظر کرد: «یک سری داروهایی که در بخش بهداشت وجود ندارد و تعریف نشده را مجبور هستیم ارجاع دهیم، اما از آن سو بازخوردی برای ما داده نمی‌شود که آیا این دارو تجویز شده‌است یا خیر؟ چگونه با مریض برخورد شده؟ و این مسائل برای ما مشکل ایجاد می‌کند». (مشارکت‌کننده ۸)

جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها

فقدان مکانیزم‌های انگیزشی، فقدان الزامات قانونی در اجرای دستورالعمل‌ها، عدم رعایت مفاد دستورالعمل‌ها و قوانین، و تاخیر در ابلاغ تفاهم‌نامه‌ها دلالت بر جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها دارند. تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که در کنار مزایای بسیار زیاد بیمه روستایی برای سیستم بهداشتی و جامعه روستایی، از همان ابتدای شروع طرح مجموعه مشکلاتی با آن همراه بوده‌است؛ مهم‌ترین مشکل عدم هماهنگی میان بخش‌های مختلف بهداشت و درمان است، به‌ویژه در مواردی که رابطه‌ای نیز میان دو قسمت بهداشت و درمان وجود داشته‌باشد. در بحث ارجاعات، آزمایش‌های سطح دو، رادیولوژی سطح دو، و نیز بازخوردهای دریافتی از سطح دو که باید به سطح یک ارسال شوند از جمله این مشکلات است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این باره افزود: «هماهنگی میان دو بخش بهداشت و درمان وجود

که اکثراً از فارغ‌التحصیلان جدید هستند، فاقد نگرش جامع نسبت به نظام ارجاع می‌باشند. این گروه با وجود چنین ضعف‌هایی، اعتماد پزشکان متخصص و مقبولیت مردمی را از دست می‌دهند. مصاحبه‌کننده‌ای در این خصوص افزود: «بعضی مواقع بیماری واقعاً نیاز به معاینه توسط متخصص دارد، اما آنها این کار را انجام نمی‌دهند؛ گاهی هم بی دلیل بیماری را به متخصص ارجاع می‌دهند». (مشارکت کننده ۱)

بحث

نتایج مطالعه نشان داد که مدیریت مالی اعتبارات، عدم رعایت نظام ارجاع، جامع نبودن قوانین و اجرای ناکامل دستورالعمل‌ها، بستر فرهنگی نامناسب و نقص در نظام مدیریت اطلاعات سلامت از جمله چالش‌های مهم بیمه روستایی در استان خراسان رضوی می‌باشند.

اداره بیمه در واقع بخشی از اجرای برنامه بیمه روستایی را بر عهده دارد و می‌توان گفت که مشکلات آن از سایر سازمان‌های مرتبط جدا نیست. در ده سال گذشته اداره بیمه همواره کوشیده تا با همکاری بخش‌های دولتی و خصوصی برنامه را به بهترین شکل ممکن اجرا کند. اما در حوزه اختصاصی، یکی از چالش‌های بزرگ، رابطه متقابل بیمه است؛ یعنی بیمه‌گذار سهمی را به بیمه پرداخت کرده، در صندوق بیمه ذخیره می‌کند تا به تدریج برای وی هزینه شود. بیمه روستایی این مشکل را به صورت مضاعف دارد، چون بیمه‌ای رایگان برای مردم است. در واقع تمام هزینه‌ها به عهده بیمه روستایی است و به صورت یک طرفه تامین می‌شود؛ در واقع، کمک‌های دولتی را در قبال نیازهای روستاییان به مراکز مجری که شبکه‌ها، آزمایشگاه، داروخانه‌ها، و غیره هستند منتشر می‌کند. این چالشی است که همیشه منتظر تامین اعتبار از جانب مقامات بالاتر بوده و در صورت کم یا زیاد بودن نیاز به پیگیری و توزیع دارد. در مطالعه مهرالحسنی در کرمان نیز ضعف در کفایت سرانه و تخصیص آن یکی از چالش‌های بیمه روستایی عنوان شده است (۱۰). پولانی نیز معتقد است در نظام سلامت مشکل اصلی حاکم بودن اقتصاد بر وضعیت اجتماعی و سیاسی است؛ در صورتی که نظام سیاسی باید بر وضعیت اقتصادی، که همانا قلب تپنده سیستم پزشک خانواده است، حاکم باشد (۱۳). وجود ضعف‌های قانونی از دیگر چالش‌های مطرح شده در نظام بیمه روستایی است. مهم‌ترین این چالش‌ها، نبود الزامات قانونی جهت مکلف نمودن پزشکان متخصص برای همکاری در اجرای این سیاست، تکمیل فرم‌های ارجاع، و ارائه بازخورد به سطح اول می‌باشد. مطالعات انجام‌گرفته در سایر شهرهای کشور نیز چنین چالشی را در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی مطرح کرده‌اند (۹ و ۱۰).

نتایج این مطالعه و مطالعات دیگر نشان می‌دهد که

بازخورد از پزشکان سطح دو و سه به پزشک خانواده و عدم آمادگی مراکز سطح دو در پذیرش بیماران ارجاعی، مصداقی از عدم رعایت نظام ارجاع می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که مشکلات بیمه در نظام ارجاع از دیدگاه بیمار نمود پیدا می‌کند. بیمارانی که برای ادامه درمان از روستا به شهر مراجعه می‌کنند با نوعی عدم همکاری از سوی برخی پزشکان متخصص مواجه می‌شوند که در این خصوص لازم است دانشگاه‌های علوم پزشکی چندین مرکز سطح دو ایجاد کرده، کل پزشکان طرف قرارداد نیز با سیستم ارجاع همکاری کنند تا بیماری که برای ادامه درمان به آنها مراجعه کرده دچار سردرگمی نشده، مجبور به پرداخت هزینه‌های آزاد نشود.

ضعف در ارائه بازخورد از سطح دو به یک، همکاری ضعیف پزشکان متخصص طرف قرار داد بیمه روستایی و رفتار نامناسب با افراد ارجاع شده به سطح دو از جمله نکاتی است که متأسفانه در فرایند نظام ارجاع که در قالب برنامه پزشک خانواده پیش بینی شده، مشاهده می‌شود. برخی مشارکت‌کنندگان چنین اظهار داشتند که: «متخصصین به برگه ارجاع نگاه نمی‌کنند و اقدامات انجام شده را در برگه ارجاع نمی‌نویسند». (مشارکت کننده ۱۸)

عدم حضور برخی پزشکان متخصص مطابق برنامه تنظیم شده و ناکافی بودن مدت زمان حضور پزشکان متخصص در درمانگاه تخصصی باعث به وجود آمدن مشکلات فعلی در نظام ارجاع شده است. یکی از مشارکت‌کنندگان در این زمینه چنین بیان داشته است: «برنامه حضور پزشکان سطح دو ارجاع که با ما قرارداد دارند را ما به مراکز اعلام کردیم و پزشکان خانواده هم بیمارانی که نیاز به ارجاع دارند را طبق همان برنامه ارجاع می‌دهند و بیمار در مراجعه به بیمارستان می‌بیند که پزشک حضور ندارد؛ این بیمار یا باید پیش پزشک دیگری که با ما طرف نیست برود، یا باید دست خالی برگردد که این باعث خراب شدن برنامه بیمه می‌شود». (مشارکت کننده ۱۲)

بستر فرهنگی نامناسب

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که آگاهی ناکافی مردم درباره ضوابط پزشک خانواده و بیمه روستایی، مراجعه مستقیم به مراکز سطح دو، و مراجعه همراهان بیمار به پزشک خانواده صرفاً جهت دریافت فرم ارجاع و برخورداری از مزایای آن از مصادیق بستر فرهنگی نامناسب برای طرح بیمه روستایی و نظام ارجاع است.

شرکت‌کننده‌ای در این باره چنین بیان کرد: «مردم مقررات ما را نمی‌دانند؛ دوست دارند فقط پیش متخصص بروند، حتی برای یک بیماری ساده می‌آیند و تقاضای فرم ارجاع می‌کنند و می‌گویند که می‌خواهند پیش متخصص بروند». (مشارکت کننده ۹)

تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که تیم پزشک خانواده،

یافته‌های مطالعه حاضر در این زمینه همسو با یافته‌های گل‌علیزاده فرحبخش و مهرالحسنی بود (۲۱ و ۹). در مطالعه حاضر، عدم دستیابی به اطلاعات افراد تحت پوشش و نیروی انسانی شاغل در طرح پزشک خانواده یکی از چالش‌های عمده بود. به نظر می‌رسد کاربرد سیستم‌های الکترونیکی برای ثبت اطلاعات به منظور دسترسی به موقع به اطلاعات بیماران و نیروی انسانی شاغل در طرح پزشک خانواده در بخش بهداشت و درمان مناطق مختلف تا حدود زیادی باعث کاهش این مشکل می‌شود که نتایج حاضر با مطالعه فخرزاد و همکاران همسو است (۲۲).

مطالعه کیفی حاضر، تنها یک ارزیابی مقدماتی و مقطعی از چالش‌های اجرای سیاست بیمه روستایی در محدوده خراسان رضوی است و نتایج آن قابل تعمیم به سایر نقاط کشور نمی‌باشد. انجام مطالعات مشابه در سایر نقاط کشور پیشنهاد می‌گردد.

نتیجه‌گیری

از آن‌جا که سیاست پزشک خانواده بعد از نظام دومین اصلاح مراقبت بهداشتی اولیه^۲ بزرگ محوری در نظام سلامت کشور است، و نظام بیمه روستایی نقش کلیدی در موفقیت این سیاست دارد لازم است با بهره‌گیری از نتایج این مطالعه به رفع مسایل و چالش‌های بیمه روستایی پرداخت.

کاربرد یافته‌ها

تجدید نظر و تقویت مدیریت مالی اعتبارات، شفافیت و جامعیت بیشتر در دستورالعمل‌ها و بکارگیری به موقع تفاهم نامه‌های اجرایی بیمه، بازنگری و بهبود روش‌های جمع‌آوری اطلاعات محیطی و تصمیم‌گیری مبتنی بر شواهد در رفع مسایل مربوط به نواقص اطلاعاتی و به روز نمودن آن‌ها در رفع چالش‌های بیمه روستایی کمک خواهد کرد. از آنجا که مطالعه حاضر یک پژوهش کیفی می‌باشد و نتایج آن قابل تعمیم به سایر دانشگاه‌های علوم پزشکی نمی‌باشد و با عنایت به اینکه بخشی از مشکلات عملی شدن بیمه روستاییان مربوط به عدم رعایت برخی اصول توسط مردم و پزشکان است؛ لازم است برنامه‌ریزی آموزشی مستمر در تمام سطوح جهت ارتقای آگاهی، نگرش و فرهنگ صحیح بهره‌مندی از خدمات پزشک خانواده در دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام گیرد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست‌گذاری در نظام سلامت

۱- قبل از انجام این تحقیق، در مورد موضوع مطالعه شده چه می‌دانستید؟ اطلاعات و دستورالعمل‌های کلی در خصوص بیمه روستایی طرح پزشک خانواده وجود دارد اما در خصوص چالش‌های بیمه روستایی نیاز به اطلاعات وجود دارد.

²Primary health care

به میزان کافی فرهنگ‌سازی در رابطه با طرح بیمه روستایی میان مردم، پزشکان خانواده، و سطوح بالاتر انجام نشده است (۱۷-۱۴). به‌گونه‌ای که مردم به‌خوبی با نظام ارجاع آشنا نبوده و نقش پزشک خانواده را تنها در رفع محدودیت بوروکراتیک مهرزنی به‌منظور دریافت خدمات تخصصی می‌دانند. پزشکان عمومی نیز در دوران تحصیل برای ارائه خدمات سلامت در راستای بسته‌های خدماتی طرح پزشک خانواده آموزش ندیده‌اند و سطوح بالاتر نظام ارجاع اعم از پزشکان متخصص، بیمارستان‌ها، و غیره به سطوح پایین بازخورد مناسب نمی‌دهند. باید توجه داشت که نظام ارجاع در کشور ما بدون فراهم کردن زیرساخت‌های آن قابل اجرا نیست. لذا، ضروری است کار فرهنگی انجام گیرد؛ به‌خصوص بهره‌گیری از ظرفیت‌های رسانه ملی برای اطلاع‌رسانی، آگاهی، و توانمندسازی جمعیت هدف در خصوص اهداف، مزایا، نحوه بهره‌گیری از بیمه روستایی، خصوصیات پزشک خانواده و سیستم ارجاع، و نیز آشنایی بیشتر پزشکان عمومی با نقش پزشک خانواده طی دوران تحصیل. در تحقیقی در ایتالیا، ۲۴/۲٪ از پزشکان خانواده فاقد اطلاعات لازم بودند؛ در حالی که این گروه به کسب اطلاعات جهت ارائه مناسب خدمات علاقه نشان دادند (۱۸). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد که آگاهی ضعیف پزشکان و مردم می‌تواند به‌عنوان یکی از عوامل تأثیرگذار بر فرا یند ارجاع تلقی شود؛ بر همین اساس، لزوم برگزاری کارگاه‌ها و برنامه‌های آموزشی موثر به‌منظور ارتقای عملکرد ایشان در حیطه‌های فنی و بهداشتی یا بازنگری در وضعیت جاری کارگاه‌های آموزشی بیش از پیش احساس می‌شود.

از دیگر چالش‌های بیمه روستایی در مطالعه حاضر، عدم رعایت نظام ارجاع از جانب پزشکان خانواده و پزشکان متخصص است که در مطالعه مروری نصراله پورشیروانی نیز از جمله مشکلات طرح پزشک خانواده ذکر شده است. نتایج مطالعه مذکور نشان داد که پزشکان خانواده رضایت بالایی از کارکرد پزشکان متخصص سطح دو نداشته، بیشتر پزشکان خانواده از کمیت و کیفیت بازخورد ایشان نیز راضی نبودند (۱۹). همچنین، در مطالعه بایرامی و همکاران در مشهد، ماما‌های شاغل در طرح پزشک خانواده نیز به چالش‌های نظام ارجاع اشاره کردند (۲۰).

کارآمدی پایین نظام مدیریت اطلاعات سلامت همراستا با به‌روز نبودن اطلاعات علمی و اداری اعضای تیم سلامت، به‌خصوص پزشکان نظام ارجاع سطح دو، به‌روز نبودن اطلاعات جمعیتی مناطق، و عدم تکمیل فرم‌های ارجاع توسط پزشکان از جمله چالش‌های نظام مدیریت اطلاعات سلامت می‌باشد که در نهایت منجر به عدم تصمیم‌گیری در سطوح محلی و استانی و نهایتاً عدم تخصیص سرانه به روستاییان و کارکنان طرح پزشک خانواده می‌شود.

نمایند. نتایج این مطالعه قابل استفاده برای سیاست‌گذاران حوزه سلامت، معاونت بهداشت و درمان، سازمان بیمه خدمات درمانی و غیره است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر حاصل طرح مصوب دانشگاه علوم پزشکی مشهد با کد ۹۴۰۴۱۹ و کد اخلاق IR.MUMS.REC.1395.310 می‌باشد. بدین وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی طرح را بر عهده داشتند و تمام شرکت کنندگان در مطالعه، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

- Amiri M, Raei M, Chaman R, Nasiri E. Family physician: The mutual satisfaction of physicians and health care team members (in Persian). *Razi Journal of Medical Sciences* 2012;18(92):23-30.
- Janati A, Maleki MR, Gholizadeh M, Narimani M, VAKILI S. Assessing the strengths & weaknesses of family physician program (in Persian). *Knowledge and Health*. 2010;4(4): 38-43.
- Education MoHaM. Family physician Instruction. 2009. p. 4-102.
- Raeissi P, Ebadi Fard Azar F, Roudbari M. The Impact of Family Physician Program on Mother and Child Health Indices in Rural Population Auspices of Mashhad University of Medical Sciences and Health Care Services, Iran (in Persian). *Journal of Health Administration*. 2011;14(43):27-36.
- Wang H, Gusmano MK, Cao Q. An evaluation of the policy on community health organizations in China: will the priority of new healthcare reform in China be a success? *Health Policy*. 2011;99(1):37-43.
- Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health policy and planning*. 2011;26(2):163-73.
- The Ministry of Health and Medical Education (MOHME). Family doctor program and referral system guidelines In urban areas Education available at: http://health.mubabol.ac.ir/PDF/dasturolamale_pezeshke_khanavadeh2.pdf. [access date: 16/7/2015].
- Hafezi Z, Asqari R, Momayezi M. Monitoring performance of family physicians in Yazd (in Persian). *Toloo - e- Behdast*. 2009; 8(26): 16-25.
- Golaizadeh E, Moosazadeh M, Amiresmaili M, Ahangar N. Challenges in second level of referral system in family physician plan: A qualitative research (in Persian). *Journal of medical council of I.R.I.* 2012; 29(4): 309-321.
- Mehrolihasani MH, Sirizi MJ, Poorhoseini SS, Feyzabadi VY. The Challenges of Implementing Family Physician and Rural Insurance Policies in Kerman Province, Iran: A Qualitative Study (in Persian). *Journal of Health and Development*. 2012;1(3):193-206.
- Elo S. and Kyngas H., The Qualitative Content Analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 2008. 62(1): p. 107-115.
- Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*. 2004;24(2):105-12.
- Svedberg R. Self-interest and social structure. (Translation). Saeidi A. 1st ed. Tehran: Lohe fekr; 2012: 32. (In Persian)
- Arab M, Shafiee M, Iree M, Safari H, Habibi F, Akbari Sari A, et al. Surveying the Attitude of Family Physicians working in Health Centers of Tehran University of Medical Sciences towards their Profession using a qualitative approach (in Persian). *Hospital*. 2013;12(3):19-28.
- Lankarani KB, Alavian SM, Haghdoost AA. Family physicians in Iran: success despite challenges. *The Lancet*. 2010; 376(9752): 1540-1.
- Majdzadeh R. Family physician implementation and preventive medicine; opportunities and challenges. *International journal of preventive medicine*. 2012;3(10).
- Omid A, Yammani N, Heidari K, Mousavi T, Mousavi A. Educational Needs of General Practitioners Who Enrolled as Family Physicians in National Family Medicine Program and Referral System (in Persian). *Iranian Journal of Medical Education*. 2013;13(6):470-9.
- Giroto S, DelZotti F, Baruchello M, Gottardi G, Valente M, Battaglia A, et al. The behavior of Italian family physicians regarding the health problems of women and, in particular, family planning (both contraception and NFP). *Advances in Contraception*. 1997;13(2-3):283-93.
- Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Motlagh M, Kabir M, Maleki MR, Shabestani Monfared A, et al. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008 (in Persian). *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2010;11(6):46-52.
- Bayrami R, Ebrahimipour H, Vafae Najar A. Voices of Midwives working in Family Physician Program Regarding Their Challenges and Blessings: A Qualitative Study. *J Midwifery Reprod Health*. 2018; 6(1): 1170-1178
- Farahbakhsh M, Zakeri A. Health information system in the district health center, Tabriz. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research (in Persian)*. 2009;6(3):1-10.
- Fakhrzad M, Fakhrzad N, Dehghani M. The role of electronic health records in presenting health information (in Persian). *Interdisciplinary Journal of Virtual Learning in Medical Sciences (IJVLS)*. 2012;2(4):31-40.

Challenges of the Rural Insurance of Family Physician Program in Khorasan Razavi Province: A Qualitative Study

Ali Vafae Najar¹, Roghieh Bayrami^{2*}

¹ *Social Determinants of Health Research Center; Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran*

² *Department of Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Reproductive Health Research Center; Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran*

Abstract

Background: Rural insurance has been designed and implemented in our country to develop social justice. In the health system, identifying its challenges to improve and implement reforms is essential. The present study aimed to assess the quality of rural insurance challenges in Khorasan Razavi Province.

Methods: This study was conducted with a qualitative approach and a content analysis method in 2015 in Mashhad. Eighteen managers, policy makers, family physicians, and insurers who were selected by targeted sampling until data saturation were reached. After conducting the interviews, data were analyzed through conventional content analysis approach using the MAXQDA software version 10.

Results: Data analysis consists of two main themes including: Management challenges of the rural insurance system (Inefficient financial management of credits, non-comprehensive rules, inadequate implementation of guidelines, and deficiencies in the health information management system), and cultural challenges (lack of referral system observance and inappropriate cultural context). Each category contained several subcategories.

Conclusions: Inefficient financial management of credits, lack of comprehensive guidelines, lack of information management and inappropriate cultural context of providers are essential challenges of rural insurance challenges in Mashhad. Since the rural insurance system plays a key role in the success of family physician policy and the development of social justice, it is necessary to use the results of this study to solve the problems and challenges of rural insurance.

Keywords: Family Physician; Rural Insurance; Qualitative Study; Iran

Please cite this article as follows:

Vafae Najar A, Bayrami R. Challenges of the Rural Insurance of Family Physician Program in Khorasan Razavi Province: A Qualitative Study. *Hakim Health Sys Res* 2018; 21(2): 122-129.

***Corresponding Author:** Ph.D., Department of Midwifery, Reproductive Health Research Center, School of Nursing and Midwifery, Urmia University of Medical Sciences, Urmia, Iran. Tel: +98-4432754964, Fax: +98-4432754962, Email: rozabayrami@yahoo.com