Journal of north Khorasan
University of medical sciences
Vol.2; 2,3, P : 33-38
Summer & Autumn

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
شماره ۲ و ۳، دوره دوم
تابستان و پاییز ۸۹
صفحه ۳۸-۳۳

آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران:۱۳۸۷

محمد اسماعیل مطلق[۱]، سیدداود نصرالله پور شیروانی[۲*]، حسن اشرفیان امیری[۳]، محمدجواد کبیر[٤]، علی شبستانی منفرد[٥]، آذین نحوی جوی[٦]، سیمین موعودی[۷]

۱- متخصص اطفال- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز
۲- دانشجوی Ph.D دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل
۳- متخصص داخلی- معاون بهداشتی داتشگاه علوم پزشکی بابل
٤- دانشجوی Ph.D دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران- عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گلستان
٥- Ph.D بیو فیزیک- دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بابل
٦- دانشجوی Ph.D دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران – مدیر مرکز تحقیقات سرطان بیمارستان امام خمینی تهران
۷- پزشک عمومی و MPH – معاون فنی معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل

چکیده

زمینه و هدف: طرح ملی بیمه روستایی و پزشک خانواده بر اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است. این مطالعه به منظور بررسی سطح آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران انجام گرفته است.

روش کار: این مطالعه توصیفی – تحلیلی به صورت مقطعی در نیمسال دوم ۱۳۸۷ انجام گرفت. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی گلستان، مازندران، بابل و گیلان بوده است. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه خود ساخته و به روش مصاحبه جمع آوری و با آزمون‌های kendall و chi-square در نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: از بین ۱۰۸۱ نفر بیمه شدگان بیمه روستایی مورد مطالعه، ۳۳ نفر (۳٪) دارای سطح آشنایی خوب، ۴۱۶ نفر (۳۸/۵٪) دارای سطح آشنایی متوسط و ۶۳۲ نفر (۵۸/۵٪) دارای سطح آشنایی ضعیف بودند. بین جنس، سن و سطح تحصیلات با سطح آشنایی رابطه معنی دار وجود داشت. بین تاهل، محل سکونت، شغل و دانشگاه علوم پزشکی مورد مطالعه با سطح آشنایی رابطه معنی دار آماری وجود نداشت.

نتیجه گیری: بطور کلی شناخت بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده پایین بوده و نیاز مبرم به اجرای برنامه‌های آموزشی وجود دارد.

واژگان کلیدی: بیمه روستایی، پزشک خانواده، مرکز بهداشتی درمانی

* **نویسنده مسئول**: سیدداود نصرالله پور شیروانی، بابل، میدان باغ فردوس، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی بابل. تلفن: ۹-۰۱۱۱۳۲۳۲۸۷۶،
پست الکترونیک: dnshirvani@gmail.com

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-10-29]

مقدمه

نظام مراقبت سلامت درکشورهای مختلف با تاثیر پذیری از شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی جهت ارایه خدمات سلامت از قبیل: پیش‌گیری، درمانی و بازتوانی به آحاد مردم به شکل‌های متفاوت سازماندهی می‌شود(۱). بیمه بهداشتی در عمده کشورهای پیشرفته غربی، طب ملی در بیشتر کشورهای سوسیالیستی و معاونت عمومی یا شیوه مختلط در اکثر کشورهای در حال توسعه سه شکل غالب سازماندهی نظام مراقبت بهداشتی درمانی جهان حاضر می‌باشند که ایران در دسته سوم قرار دارد(۳-۲). پوشش ناکامل خدمات بهداشتی درمانی، عرضه خدمات پزشکی بیشتر بر مبنای تقاضا نه لزوما برای رفع نیازها، تامین خدمات بهداشتی و طب پیشگیری بدون مشارکت بخش خصوصی فقط توسط دولت، تعدد مراکز و عدم هماهنگی بین آن‌ها، مراجعات بی‌مورد و بی‌نتیجه بیماران به مراکز درمانی و تخصصی مختلف بخاطر عدم وجود سیستم جامع مناسب، وجود سیستم ناقص آمارگیری و ثبت نامناسب اطلاعات، توزیع نامتناسب و غیرعادلانه پزشکان، درآمد پایین قسمت اعظم مردم بویژه در مناطق روستائی و همچنین مناطق فقیرنشین شهری، کمبود بودجه و اعتبارات بهداشتی، بازار پر رونق طب خصوصی که غالباً متکی به تکنولوژی پیشرفته برای استفاده اقشار مرفه شهری است و عدم مشارکت فعال مردم در برنامه‌ریزی و اجرای برنامه بهداشتی از مشکلات و نارسایی‌های بارز شیوه مختلط می‌باشد(۵-۴). در ایران برای فائق آمدن بر تعدادی از مشکلات و نارسایی‌های مذکور طرح ملی بیمه روستایی و پزشک خانواده بر اساس ماده ۹۱ قانون برنامه چهارم توسعه با اهداف : ۱- ایجاد نظام ارجاع در کشور ۲- افزایش پاسخگویی در بازار سلامت ۳- افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت ۴- کاهش هزینه‌های غیر ضروری در بازار سلامت و افزایش پوشش خدمات، از ابتدای سال ۸۴ در مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر جمعیت اجرا شده است(۷-۶). در این طرح تقریبا کلیه ساکنین مناطق مذکور که فاقد هر گونه بیمه درمانی بودند از دفترچه بیمه روستایی برخوردار شدند(۸). شرایط استفاده و بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی تا حدود زیادی متفاوت با سایر دفترچه‌های درمانی موجود در کشور بوده و مزایای غالب آن در رعایت ضوابط مربوطه در طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع نهفته است که اگر بیمه شده با ضوابط تعیین شده آشنا باشد، ضمن برخورداری به موقع از همه مزایای برقرار شده، می‌تواند در همکاری با پزشک خانواده و سایر اعضای تیم سلامت در بهبود و اثربخشی نظام مراقبت سلامت نقش مهمی را ایفا نماید. بنابراین آگاهی بیمه شدگان روستایی و توجه و رعایت آنها در اجرای موفق برنامه‌های طرح پزشک خانواده و نظام ارجاع اهمیت زیادی دارد. این مطالعه با توجه به گذشت بیش از ۳ سال از شروع طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی جهت تعیین سطح آشنایی بیمه شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران انجام گرفت.

روش کار

این مطالعه از نوع توصیفی – تحلیلی و پیمایشی بوده که به صورت مقطعی در نیمسال دوم ۱۳۸۷ انجام گرفت. محیط پژوهش مناطق روستایی و شهرهای کمتر از ۲۰۰۰۰ نفر تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران بود. بیمه شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی که حداقل یکبار از دفترچه استفاده کرده بودند، جامعه پژوهش را تشکیل دادند. نمونه گیری در دو مرحله به صورت زیر انجام گرفت: در مرحله اول ۲۰٪ مراکز بهداشتی درمانی مجری طرح در هر دانشگاه بعنوان خوشه پژوهش تعیین شدند که برای انتخاب آنها ابتدا نام مراکز بهداشتی درمانی روستایی یا شهری روستایی مجری طرح مستقر در شهرستان‌های تحت پوشش هر دانشگاه از غرب به شرق فهرست گردید و بعد به روش تصادفی سیتماتیک، ۲۴ مرکز بهداشتی درمانی از ۱۲۵ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان،۴۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۲۰۴ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۲۹ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل و ۳۱ مرکز بهداشتی درمانی از ۱۶۳ مرکز تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گیلان مجموعا ۱۰۸ مرکز از کل ۵۲۱ مرکز مجری بعنوان خوشه انتخاب شدند. در مرحله دوم با مراجعه به مرکز یا خوشه منتخب، از ۸ -۱۲ نفر بیمه شده بیمه روستایی که به مرکز مراجعه نمودند(نمونه در دسترس)، مصاحبه بعمل آمد. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه خود ساخته (شامل ۱۱ سوال از متغیرهای مستقل یا زمینه ای، ۱۰ سوال در خصوص آشنایی با پزشک خانواده، شرایط کار و نحوه تحت پوشش بودن، ۷ سوال در خصوص ضوابط استفاده از دفترچه بیمه روستایی، ۷ سوال در خصوص تسهیلات برقرار شده برای دارندگان دفترچه بیمه روستایی و یک سوال در خصوص منبع کسب اطلاعات) بوده که روایی آن با استناد به منابع معتبر (۶) به تایید خبرگان رسیده و پایایی آن هم با آزمون کرنباخ ۹۱٪ تعیین گردید. برای امتیاز دهی پاسخ سوالات در صورتی که از سوال مورد مصاحبه اطلاع داشتند نمره ۱ و در صورت عدم اطلاع نمره صفر داده می‌شد. دسته بندی امتیازات با مقیاس سه رتبه‌ای بوگاردوس در سطح خوب (با ۷۵-۱۰۰٪ کل نمره)، متوسط (با ۵۰ – ۷۵٪ کل نمره) و ضعیف (با کمتر از ۵۰٪ کل نمره) صورت پذیرفت. داده ها با استفاده از آزمون‌های kendall و chi-square در نرم افزار SPSS در سطح معنی داری $p<۰/۰۵$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-10-29]

یافته ها

از بین ۱۰۸۱ نفر بیمه شدگان بیمه روستایی مورد مطالعه ۶۸۶ نفر (۶۳/۵٪) زن، ۹۴۱ نفر (۸۷٪) متاهل بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۷۳ نفر (۱۶٪) بی سواد، ۳۳۱ نفر (۳۰/۶٪) خواندن و نوشتن تا ابتدایی، ۲۴۲ نفر (۲۲/۴٪) راهنمایی، ۸۵ نفر (۷/۹٪) دبیرستان، ۲۰۱ نفر (۱۸/۶٪) دیپلم و مابقی مدرک دانشگاهی داشتند. از نظر شغلی ۱۶۹ نفر (۱۵/۶٪) کشاورز، ۸۴ نفر (۷/۸٪) کارگر، ۶۱۵ نفر (۵۶/۹٪) خانه دار، ۵۲ نفر(۴/۸٪) محصل یا دانشجو و بقیه از سایر مشاغل بودند. از نظر محل سکونت ۲۴۱ نفر (۲۲/۳٪) در روستا یا شهر استقرار مرکز بهداشتی درمانی، ۶۱۷ نفر (۵۷/۱٪) در روستای استقرار خانه بهداشت و مابقی ساکن روستاهای اقماری یا تحت پوشش تیم سیار بودند. از نظر پوشش دانشگاهی ۲۴۷ نفر (۲۲/۸٪) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گلستان، ۱۰۱ نفر (۹/۳٪) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی بابل، ۴۱۰ نفر (۳۷/۹٪) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی مازندران و ۳۲۳ نفر (۲۹/۹٪) تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی گیلان بودند.جدول ۱ تا ۴ میزان شناخت افراد بالای ۲۰ سال بیمه شده روستایی را از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده نشان می‌دهد. جدول ۱ نشان می‌دهد که بیشترین میزان شناخت مربوط به جنس پزشک خانواده بوده است. جدول۲ نشان می‌دهد که میزان شناخت بیمه شدگان بیمه روستایی جز در خصوص مدت اعتبار ارجاع و میانگین مجاز تجویز دارو (۲/۵ قلم)، تقریبا خوب می‌باشد. جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان شناخت بیمه شدگان بیمه روستایی جز در خصوص فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در ساعت رسمی در سایر موارد مطالعه شده بسیار ضعیف می‌باشد. از کل جمعیت مورد مطالعه ۳۳ نفر (۳٪) دارای سطح آشنایی خوب، ۴۱۶ نفر (۳۸/۵٪) دارای سطح آشنایی متوسط و ۶۳۲ نفر (۵۸/۵٪) دارای سطح آشنایی ضعیف بودند. بین سطح آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی مورد مطالعه مستقر در استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی داری وجود نداشت ($P < ۰/۲۸۱$).

بین آشنایی کلی با سن بیمه شدگان بیمه روستایی در استان‌های شمالی رابطه معنی دار وجود داشت($R = -۰/۰۶۹$ ، $P < ۰/۰۰۱$). بین آشنایی کلی با سطح تحصیلات بیمه شدگان بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران رابطه مستقیم معنی داری وجود داشت($R = +۰/۱۷۳$ ، $P < ۰/۰۰۱$). بین سطح آشنایی و جنس بیمه شدگان بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران رابطه معنی داری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارتی نتایج نشان داد که زنان از اطلاعات بیشتری نسبت به مردان برخوردار بودند.

بین سطح آشنایی و وضعیت تاهل بیمه شدگان بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران رابطه معنی داری وجود نداشت ($P < ۰/۱۲۲$).

بین سطح آشنایی و محل سکونت بیمه شدگان بیمه روستایی (روستای استقرار مرکز، روستای استقرار خانه بهداشت و روستای اقماری) در استان‌های شمالی ایران رابطه معنی داری وجود نداشت ($P < ۰/۲۱۹$).

بین سطح آشنایی و شغل بیمه شدگان بیمه روستایی در استان‌های شمالی ایران رابطه معنی داری وجود نداشت ($P < ۰/۰۸۴$).

جدول۱: فراوانی شناخت بیمه شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی از پزشک خانواده مربوط و شرایط بهره مندی از خدمات

ردیف	سوالات	کل	می دانستند درصد (تعداد)
۱	تحت پوشش یک پزشک خانواده بودن	۱۰۸۱	**۶۲/۳** (۶۷۴)
۲	دانستن جنس پزشک خانواده خود	۱۰۸۱	**۷۶/۵** (۸۲۸)
۳	دانستن نام پزشک خانواده خود	۱۰۸۱	**۴۵/۸** (۴۹۵)
۴	دانستن ساعت کار رسمی پزشک خانواده	۱۰۸۱	**۱۶/۰** (۱۷۳)
۵	دانستن محل اجرای برنامه کشیک شب و روزهای تعطیل رسمی که در صورت نیاز می تواند مراجعه نماید	۱۰۸۱	**۴۴/۷** (۴۸۴)
۶	دانستن ساعت کار شیفت شب و روزهای تعطیل رسمی	۱۰۸۱	**۱۴/۸** (۱۶۰)
۷	برنامه دهگردشی پزشک خانواده خود	۱۰۷۴	**۴۷/۰** (۵۰۸)
۸	داشتن پرونده سلامت برای همه اعضای خانوار در نزد پزشک خانواده	۱۰۸۱	**۳۱/۹** (۳۴۵)
۹	ثبت نتایج ویزیت توسط پزشک متخصص سطح دو با قید نمودن پشت صفحه دفترچه	۱۰۸۱	**۱۸/۲** (۱۹۷)
۱۰	در صورت ارجاع به سطح دو و انجام ویزیت ، ارایه نتایج ویزیت (پسخوراند) پزشک متخصص به پزشک خانواده تا ثبت آن در پرونده سلامت	۱۰۸۱	**۱۴/۸** (۱۶۰)

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-10-29]

جدول۲: فراوانی شناخت بیمه شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی از ضوابط استفاده از دفترچه

ردیف	سوالات	کل	می دانستند درصد (تعداد)
۱	مراجعه به پزشک خانواده خود، با ارجاع از خانه بهداشت	۱۰۸۱	**۵۰/۶** (۵۴۸)
۲	با دستور پزشک خانواده مرکز، دریافت دارو فقط در داروخانه های طرف قرارداد	۱۰۸۱	**۷۲/۴**(۷۸۳)
۳	با دستور پزشک خانواده، انجام آزمایش و رادیولوژی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد	۱۰۸۱	**۴۷/۸**(۵۱۷)
۴	با ارجاع پزشک خانواده، ویزیت در بیمارستان های دولتی و مطب های تخصصی طرف قرارداد	۱۰۸۱	**۶۲/۴**(۶۷۵)
۵	با ارجاع پزشک خانواده، بستری در بیمارستان های دولتی (سطح دوم و سوم)	۱۰۸۱	**۵۴/۶**(۵۹۱)
۶	اعتبار دستور ارجاع حداکثر یک ماه	۱۰۸۱	**۱۲/۶**(۱۳۵)
۷	میانگین مجاز تجویز دارو (۲/۵ قلم) توسط پزشک خانواده در دفترچه بیمه روستایی	۱۰۸۱	**۱۶/۵** (۱۷۹)

جدول۳: فراوانی شناخت بیمه شدگان بالای ۲۰ سال بیمه روستایی از تسهیلات مورد استفاده با دفترچه بیمه روستایی

ردیف	سئوالات	کل	می دانستند درصد(تعداد)
۱	فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در ساعت رسمی	۱۰۸۱	**۷۲/۳** (۷۸۲)
۲	رایگان بودن تزریقات و پانسمان در مرکز به شرط نسخه توسط پزشک خانواده	۱۰۸۱	**۱۴/۵** (۱۵۶)
۳	فرانشیز ویزیت پزشک خانواده درشیفت شب و روزهای تعطیل	۱۰۸۱	**۱۰/۱** (۱۰۹)
۴	فرانشیز دریافت دارو از داروخانه های طرف قرارداد	۱۰۸۱	**۱۱/۲** (۱۲۱)
۵	فرانشیز انجام آزمایش و رادیولوژی در مراکز تشخیصی طرف قرارداد	۱۰۸۱	**۳/۹** (۴۲)
۶	فرانشیز ویزیت پزشک خانواده در منزل بیمار (صورت لزوم)	۱۰۸۱	**۰/۶** (۷)
۷	فرانشیز بستری در بیمارستان های سطح دوم و سوم	۱۰۸۱	**۵/۲** (۵۶)

جدول ۴: فراوانی منبع کسب اطلاعات بیمه شدگان بیمه روستایی در خصوص تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران

ردیف	منبع کسب اطلاع / نام دانشگاه	بهورزان	پزشکان خانواده	آشنایان / همسایه ها	سایر	کل
		درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	درصد (تعداد)	تعداد
۱	بابل	**۴۴/۵** (۴۵)	**۱۱/۹** (۱۱)	**۵** (۵)	**۳۹/۶** (۴۰)	۱۰۱
۲	مازندران	**۴۷/۶** (۱۹۵)	**۷/۶** (۳۱)	**۷** (۲۹)	**۳۷/۸** (۱۵۵)	۴۱۰
۳	گیلان	**۳۲/۷** (۱۰۵)	**۱۴/۳** (۴۶)	**۵/۶** (۱۸)	**۴۷/۷** (۱۵۴)	۳۲۳
۴	گلستان	**۲۷/۱** (۶۷)	**۱۳/۴** (۳۳)	**۹/۳** (۲۳)	**۵۰/۲** (۱۲۴)	۲۴۷
	جمع	**۳۸/۱** (۴۱۲)	**۱۱/۲** (۱۲۱)	**۷** (۷۵)	**۴۳/۷** (۴۷۳)	۱۰۸۱

با توجه به داده‌های جدول ۴ بین منبع کسب اطلاعات بیمه شدگان بیمه روستایی در خصوص تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی در دانشگاه‌های علوم پزشکی استان‌های شمالی ایران تفاوت معنی دار آماری وجود داشت ($P < ۰/۰۰۱$).

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که علی رغم گذشت بیش از ۳ سال از شروع طرح پزشک خانواده و بیمه روستایی، سطح آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی پایین می‌باشد. حداقل موارد آشنایی مربوط به تعرفه ویزیت منزل (۰/۶٪) و حداکثر آشنایی مربوط به جنس پزشک خانواده (مرد / زن) (۷۶/۶٪) بوده است. موضوعی که در مصاحبه خیلی توجه پرسشگران را جلب نموده، آشنایی بیمه شدگان بیمه روستایی با اصطلاح پزشک خانواده بود که در اغلب موارد با این اصطلاح نا آشنا بودند. در صورتیکه دستورالعمل کشوری با توصیه بر برگزاری جلسه معارفه تاکید نموده است که مردم با پزشک

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-10-29]

خانواده خود و از مسئولیت و وظایف ایشان در قبال سلامتی جمعیت تحت پوشش آگاه شوند. و بدین طریق نیازهای سلامتی خود را در چارچوب شرایط، ضوابط و تسهیلات فراهم شده تقاضا نمایند. به علت پایین بودن سطح آشنایی ممکن است بیمه شدگان از بعضی از خدمات در نظر گرفته شده به موقع بهره مند نشوند و بالعکس برای بعضی از خدمات خارج از ضوابط اصرار و پافشاری نماید و یا مسیری خارج از چارچوپ تعیین شده را طی نماید که منجر به افزایش هزینه شود. اگر بیمه شده از تسهیلات در نظر گرفته شده آگاه باشد طبیعی است که از آن بهره مند می‌گردد. همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد تنها ۱۴/۵ درصد می‌دانستند که در صورت ویزیت توسط پزشک خانواده، تزریق کلیه آمپول‌های نسخه شده و پانسمان توصیه شده رایگان می‌باشد. آگاه شدن بیمه روستایی از تسهیلات فوق باعث می‌شود که نیازهای خود را بدون پرداخت وجهی برآورده و خود این باعث می‌شود از مراجعه به درمانگرهای غیرحرفه‌ای یا فاقد مجوز اجتناب گردد. ناآگاه بودن بیمه شدگان روستایی مشکلات زیادی برای ارائه دهندگان خدمات خصوصا پزشکان خانواده بوجود می‌آورد. در مطالعه انجام گرفته در دانشگاه‌های استان‌های شمالی کشور بیش از ۸۰ درصد پزشکان خانواده اظهار نمودند که بیمه‌شدگان روستایی بخاطر عدم اطلاع از ضوابط تعیین شده درخواست بی مورد ارجاع به سطح ۲ را می‌نمایند، بیش از حد نیاز دارو درخواست می‌کنند و بدون نیاز به انجام موارد تشخیصی، حتی برای MRI هم تقاضا می‌نمایند(۹). به خاطر همین مشکلات معمول بیش از ۹۰ درصد پزشکان اطلاع رسانی جامع و گسترده در خصوص استفاده صحیح از دفترچه روستایی را پیشنهاد نمودند(۹). از طرف دیگر اگر بیمه شده روستایی با ضوابط تعیین شده آشنا نباشد ممکن است محتمل هزینه بیشتری شود چراکه بسیار اتفاق می‌افتد که بیمه شده روستایی به جای مراجعه به آزمایشگاه طرف قرارداد، به آزمایشگاه غیر طرف قرارداد مراجعه و به جای پرداخت ۳۰ درصد هزینه، کل هزینه را پرداخت می‌نماید. تحقیقی که رئیسی و همکاران در حوزه تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام دادند، سطح آشنایی بیمه شدگان روستایی را ۱۵/۶ در سطح متوسط و ۸۴/۴ درصد در سطح ضعیف گزارش نمودند(۱۰) که کمی پایین تر از مطالعه حاضر می‌باشد. یکی از دلایل بالا بودن سطح آشنایی بیمه شدگان روستایی در این مطالعه ممکن است بخاطر مشارکت بیشتر بهورزان در استان‌های شمالی باشد چراکه در مطالعه حاضر ۳۸/۲٪ افراد اظهار نمودند که بیشترین اطلاعات را از بهورزان کسب نمودند در صورتی که این مورد در مطالعه رئیسی و همکاران ۱۶/۴٪ بوده است(۱۰). اما مطالعه‌ای که توسط معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان انجام گرفته سطح آگاهی روستائیان را در بیشتر موارد بالا و خوب گزارش نمود(۱۱). که این اختلاف نتایج ممکن است بخاطر تفاوت فردی افراد مورد مطالعه یا نوع سوالات باشد.

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که بین جنس و سطح آشنایی رابطه معنی دار وجود داشت که این ارتباط ممکن است بیشتر بخاطر مراجعه بیشتر زنان به مراکز بهداشتی درمانی نسبت به مردان باشد. چراکه زنان علاوه بر تقاضای بیشتر خدمات بهداشتی درمانی نسبت به مردان (۱۲)، بیشتر از مردان مسئولیت همراهی کودکان و والدین به مراکز بهداشتی درمانی را به عهده می‌گیرند. در این مطالعه همچنین بین آشنایی کلی با سطح تحصیلات رابطه مستقیم معنی دار و با سن رابطه معکوس معنی دار وجود داشت که در مطالعه رئیسی و همکاران هم همین رابطه گزارش گردید (۱۰).

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان اظهار نمود که شناخت بیمه شدگان بیمه روستایی از تسهیلات، ضوابط و شرایط بهره مندی از دفترچه بیمه روستایی در طرح پزشک خانواده پایین بوده و بخاطر نداشتن آگاهی‌های لازم ممکن است از خیلی از خدمات مورد نیاز محروم و یا بعلت اصرار و پافشاری در تقاضای بعضی از خدمات غیرضروری یا خارج از ضوابط باعث ایجاد چالش با ارائه دهندگان خدمات خصوصا پزشکان خانواده شوند. لذا برگزاری جلسات گروهی با بیمه شدگان روستایی، جلب مشارکت هیئت امناء جهت توجیه نمودن مردم، نمایش فیلم‌های مرتبط در روستاها، پیگیری پخش برنامه‌های اطلاع رسانی از طریق صدا و سیمای محلی پیشنهاد می‌گردد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت معاونت سلامت و معاونت تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی بابل به جهت حمایت مالی، از معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی بابل، مازندران، گیلان و گلستان و همچنین از روسای مراکز بهداشت شهرستان‌های تحت پوشش و مدیران و کارشناسان گسترش آنها بخاطر مساعدت در اجرای طرح و از خانم ها: حسینی، غلام‌پور، زوبین، رمضانی و امیدیان و آقایان ملک‌زاده و نیک بخت از کارشناسان بهداشت خانواده و مبارزه با بیماری‌های معاونت بهداشتی بابل که به عنوان پرسشگر کل داده‌های پژوهش را در سطح ۳ استان جمع آوری نمودند و از آقای دکتر علیزاده بخاطر راهنمایی‌های ارزنده در تحلیل داده‌ها صمیمانه تقدیر و تشکر می‌گردد.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-10-29]

References

1. Davoudi S. Health and its determinants. 1st ed. Tehran – Iran: Asare Mouaser; 2008: 140-142.
2. Pileroudi S. Township network health and treatment. 3rd ed. UNISEF Office in Iran – Tehran: Ministry of Health and Medical Education of Iran; 1999:12-13.
3. Asefzadeh S, Rezapour A. Health management.1st ed. Gazvin- Iran: Gazvin University of Medical Sciences; 2006.
4. Nekooei Moghadam M, Beheshtifar M. Health services planning. 1st ed. National Public Health Management Center (NPMC). Iran: Tabriz University of Medical Sciencs; 2005.
5. Sadeghiani E. Role of family physician in expenditure control and quality. Management improvement seminar. 2004 August 6. Babol University Medical Sciences. Iran.
6. Familily physician Instruction. Ministry of Health and Medical Education. Version 9; Sep 2009, 4-102.
7. Family physician and referral system. Ministry of Health and Medical Education of Iran, Tehran – Iran. Health system reform of national unit; 2004.
8. Report of implicational assurance of rural and family physician program. Ministry of Health and Medical Education of Iran. Tehran – Iran: Assistant of health. 2007.
9. Nasrollahpour Shirvani D, Ashrafian Amiri H, Kabir M.J, Shabestani Monfared A. To evaluate the quality of family physician program in northern Provinces of Iran (report of research plan with code 7121167/252- Approved by Babol University Medical Sciences); 2008. 91-102.
10. Raeisi P, Nasrollahpour Shirvani D, Kabir M.J. To evaluate the quality of family physician program in Iran University Medical Sciences (report of research plan with code 792 - Approved by Iran University Medical Sciences); 2009. 61-92.
11. Servey of Knowledge, attitude and practice of people rural about family physician (FP) program in province of Gorgan. Approved by Gorgan University Medical Sciences. 2006: 2-3.
12. Sadoghihasanabadi A. Principles of public health. Fars Province of University of medical sciences. Shiraz; 1994.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2025-10-29]