

بررسی تأثیر سیاست‌های کلی سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه

زهرا خیاط بهبهان^۱

بهاره خیاط بهبهان^۲

چکیده

سیاست‌گذاری در بخش سلامت به دلیل ماهیت خاص این بخش در مقایسه با دیگر بخش‌های اجتماعی از جایگاه قابل توجهی برخوردار بوده و دارای حساسیت و ویژگی‌های خاصی می‌باشد. ماهیت تصمیم‌گیری در بخش سلامت، اغلب موضوعات مرتبط با مرگ و زندگی را دربر می‌گیرد، از این رو تصمیمات اشتباه در این حیطه می‌تواند صدمات جبران‌ناپذیری به سلامت افراد وارد نماید. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر سیاست‌های کلی سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه است. این پژوهش بر اساس هدف کاربردی، از نظر ماهیت و روش تحقیق، توصیفی-همبستگی، از نظر زمانی مقطعی است. جامعه آماری این تحقیق بیماران دارای دفترچه بیمه و استفاده‌کننده از طرح پزشک خانواده (بستری شده) در یک دوره زمانی یک هفته‌ای می‌باشد که در یک فاصله زمانی کوتاه‌مدت به مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند که این تعداد برابر با ۲۲۰۰ نفر می‌باشد. حجم نمونه از طریق جدول مورگان به تعداد ۳۲۷ نفر در نظر گرفته شد. در این تحقیق از پرسشنامه استاندارد طرح پزشک خانواده که دارای ۲۱ سؤال و برگرفته از مهرجو (۱۳۹۰) می‌باشد استفاده شده است که پایایی این پرسشنامه در پژوهش فوق با محاسبه آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۰۱ اثبات رسیده است. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، روش‌های آمار توصیفی و استنباطی (آزمون t) به کار رفته است. داده‌پردازی نیز با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام شد. نتایج نشان داد که سیاست‌های کلی اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی بیماران تحت پوشش بیمه تأثیر معناداری دارد و اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه تأثیرگذار بوده است.

کلمات کلیدی: پزشک خانواده، هزینه دارویی، هزینه ویزیت، رضایت‌مندی بیمار، پاسخگویی در بازار سلامت.

۱. دانشجوی دکتری حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران (نویسنده مسئول)

khaiat.zahra@gmail.com

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد حسابداری، دانشگاه پیام نور، مشهد، ایران

مقدمه

امروزه ارایه خدمت در کشورهای توسعه یافته، بخش مهمی از تولید ناخالص داخلی را تشکیل می دهد. بدین ترتیب ارتقای کیفیت و افزایش عملکرد از اهداف مهم این دولت ها می باشد. سازمان هایی که در بخش درمانی فعالیت می کنند دریافته اند که نه تنها باید از مشتریان خود مواظبت کنند، بلکه باید فرصت را مغتنم شمرده و از آنجا درباره انتظارات و ادراکات خود از خدمات سازمان نظرخواهی کنند. بیمارانی که خدمت درمانی دریافت می کنند قبل از دریافت این گونه خدمات نمی توانند نتیجه را مشاهده کنند و قضاوت آنان در خصوص آن ناشی از مشاهداتشان درباره ظاهر این گونه سازمان ها، تجهیزات و ابزار کار، محل ارایه خدمت، چگونگی ارایه خدمت، قیمت و سایر موارد می باشد. در دنیای کنونی، موضوع کیفیت، مدیریت سازمان ها را با چالش هایی مواجه ساخته و پذیرش آن در بخش خدمات به طور فزاینده ای افزایش یافته است. کیفیت خدمات عامل مهمی برای رشد، موفقیت و ماندگاری سازمان است و به عنوان راهبردی مؤثر و فراگیر در دستور کار مدیریت سازمان ها قرار گرفته است (سانگ^۱، ۲۰۰۸). نظام های بهداشتی و درمانی کشورهای مختلف، متأثر از شرایط سیاسی، اقتصادی و فرهنگی آن هاست، به طوری که کشورهایی با نظام سیاسی - اقتصادی مشابه، عموماً از نظام های درمانی مشابهی هم برخوردار هستند. در کشورهایی که فرهنگ کار و کوشش رواج دارد، عموماً نظام بهداشت و درمان نیز موفق تر است، هرچند که سیستم اجرایی نظام از نوع قدیمی یا اقتباسی باشد. (کاظمی، ۱۳۹۵).

شروع طرح تحول نظام سلامت از اوایل سال ۱۳۹۳ از جمله برنامه هایی است که در این مدت کوتاه به صورت جدی به عنوان یک اولویت در برنامه های وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی در برنامه های آن وزارت قرار گرفت. بدیهی است که این طرح از ابعاد مختلفی می توان نگریست: از یک منظر بعد درمانی و اقتصادی آن بیشتر به چشم می خورد اما قطعاً نظام آموزشی بهداشتی و پژوهشی و حتی فرهنگی دانشگاه ها از اجرای این طرح در حال حاضر و مهم تر از آن در آینده تأثیرپذیر خواهند بود. یکی از مهم ترین اهداف این طرح کاهش هزینه های پرداختی درمان از جیب مردم است که از برنامه چهارم توسعه بر کاهش آن تأکید گردیده ولی اجرای آن به فراموشی سپرده شده بود. همانند هر طرح دیگری که در گستره یک کشور مانند ایران، با چنین جمعیت و مساحتی انجام می شود، اجرای این طرح نیز با مشکلاتی روبرو بوده است و البته برنامه ریزی این طرح نیز به گفته صاحب نظران، دارای نقاط قوت و ضعفی می باشد (آخوندزاده و حقدوست، ۲۰۱۴-۲۰۱۳) در این راستا در یک سال اخیر، متولیان سلامت کشور این مشکلات را احساس نموده و بر آن شدند که طراحی را به عنوان طرح تحول نظام سلامت طراحی و به مورد اجرا گذارند (کارگروه سیاست گذاری، ۱۳۹۳).

مناسب‌ترین استراتژی اجرای برنامه بیمه سلامت در قالب نظام ارجاع، برنامه پزشک خانواده است. در این برنامه، پزشک عمومی و تیم وی مسئولیت کامل سلامت افراد و خانوارهای تحت پوشش خود را به عهده داشته و پس از ارجاع فرد به سطوح تخصصی، مسئولیت پیگیری سرنوشت وی را نیز به عهده دارد. در واقع پزشک خانواده مسئولیت تیم سلامت را که شامل پزشک ماما یا پرستار، کاردان‌های بهداشتی و... می‌باشد به عهده دارد. براساس طرح پزشک خانواده جمعیت مشخصی تحویل یک پزشک داده می‌شود و این پزشک از تمام سوابق خانوادگی، بیماری‌ها و مشکلات این بیمار اطلاع پیدا می‌کند، بنابراین هرگاه بیمار به پزشک مراجعه کند، پزشک دقیقاً می‌داند که مشکلات قبلی این بیمار چه بوده و در حال حاضر چه اقدام پزشکی باید برای وی صورت گیرد و اگر احتیاج به اقدامات پزشکی، تخصصی و یا آزمایشگاهی وجود داشته باشد به پزشک مربوطه ارجاع می‌دهد و این امر سبب جلوگیری از هدر رفتن هزینه‌ها شده و دیگر نیازی نیست که بیمار در یک روز برای یک بیماری سرپایی و جزیی به چند متخصص مراجعه کند (واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، ۱۳۹۲).

به‌منظور کنترل هزینه‌های ناشی از خدمات تکراری، افزایش پاسخگویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه‌شده به بیمار، تشکیل پرونده سلامتی برای آحاد جامعه و افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات و ایجاد انضباط مالی، حرکت بیمار در سطوح سه‌گانه نظام ارائه خدمات به شکل کاملاً هدایت‌شده و با محوریت پزشک خانواده انجام می‌شود. یکی از موارد پیش‌بینی‌شده در قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی کشور (به‌منظور افزایش اثربخشی نظام ارائه خدمات سلامت در کشور) تقویت و توسعه نظام بیمه خدمات درمانی روستایی است. بر این اساس، برنامه چهارم تصریح دارد که تا پایان برنامه، شورای عالی بیمه خدمات درمانی تمهیدات لازم جهت استقرار بیمه سلامت با محوریت پزشکی خانواده و نظام ارجاع را فراهم نماید. این برنامه از ابتدای سال ۸۴ تاکنون، در مناطق روستایی و شهرهای با جمعیت کمتر از ۲۰ هزار نفر با همکاری سازمان بیمه خدمات درمانی، وزارت رفاه و تأمین اجتماعی و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال اجراست. در راستای قوانین حمایتی، فرصتی مناسب پدید آمد تا شرایط مساوی به‌منظور دسترسی آسان و مناسب به خدمات سلامت برای ساکنان مناطق مختلف شهری و روستایی کشور فراهم گردد (وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۹۰).

پزشکان خانواده فعال در مراکز بهداشتی درمانی خدمات درمانی، خدمات پیشگیری، آموزش، ارتقا سلامت و مدیریت سلامت را در جمعیت تحت پوشش خود برعهده دارند. بر اساس قانون بودجه سال ۸۴ سازمان بیمه خدمات درمانی با صدور دفترچه بیمه روستایی برای تمامی ساکنین روستا امکان بهره‌مندی از خدمات سلامتی را در قالب برنامه پزشک خانواده فراهم آورد (سازمان مدیریت صنعت، ۱۳۸۷).

با توجه به اینکه پزشک خانواده نقش بسیار مهمی در سلامتی جمعیت تحت پوشش خود دارد نتایج پایش عملکرد آنان نیز دارای اهمیت است. فرآیند پایش نظام سلامت چگونگی ارایه خدمات سلامتی و کیفیت آن را مورد بررسی قرار می دهد و تضمین کننده تداوم کیفیت است. منظور از کیفیت خدمت، انجام خدمت بر اساس استانداردهای از پیش تعیین شده است و منظور از تضمین کیفیت مجموعه فعالیت‌هایی است که هم به سنجش کیفیت و هم به ارتقا و بهبود آن می پردازد. پایش فراهم کننده داده‌های خام برای پاسخ به سؤالاتی است که در این زمینه بی پاسخ مانده‌اند. البته پایش به تنهایی کاری بی استفاده و گران بها است ولی وقتی در کنار ارزشیابی قرار می گیرد داده‌ها به شکل قابل استفاده و بارز درمی آیند. ارزشیابی پاسخ سؤالات را فراهم می کند توصیه‌هایی را ارایه می کند و پیشنهادکننده روش‌هایی برای بهبود عملکرد است. هرچند بدون پایش ارزشیابی فاقد اعتبار است و به کاری شبیه بازرسی محدود است. این دو لازم و ملزوم یکدیگرند. به منظور بررسی کیفیت ارایه خدمات تیم‌های سلامتی و پزشکان خانواده فرم‌های چک‌لیست‌هایی توسط وزارت خانه بهداشت و درمان و آموزش پزشکی تهیه گردیده که کیفیت ارایه خدمات پزشکان خانواده را مورد ارزیابی قرار دهد. براساس همین چک‌لیست‌ها پزشکان خانواده مرکز بهداشت پایش شده‌اند و نتایج این پایش در این تحقیق مورد ارزیابی قرار دهد. هدف از انجام بررسی این است که با سنجش نقاط قوت و ضعف پزشکان خانواده این موارد تحلیل گردد و براساس این تحلیل برنامه‌ریزی در جهت ارتقاء عملکرد ارایه شود. اجرای طرح پزشک خانواده چه اثراتی بر هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه دارد؟

پیشینه پژوهش

محمد حسینی (۱۳۹۶) در تحقیقی به بررسی رابطه نظام سلامت با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های شهر یاسوج پرداخت. نتایج تحقیق حاضر نشان داد وضعیت اجرای طرح نظام سلامت به همراه مؤلفه‌های آن و وضعیت کیفیت خدمات درمانی به همراه مؤلفه‌های آن در بیمارستان‌های شهر یاسوج مطلوب است؛ بین نظام سلامت و کیفیت خدمات درمانی رابطه معنی داری وجود دارد؛ مؤلفه‌های نظام سلامت با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان‌های شهر یاسوج ارتباط دارد و بین بیمارستان‌های شهر یاسوج از نظر اجرای طرح نظام سلامت و کیفیت خدمات درمانی تفاوت معنی داری وجود ندارد. نتیجه‌گیری می شود در بیمارستان‌های شهر یاسوج رابطه معنی داری بین نظام سلامت با کیفیت خدمات درمانی وجود دارد.

غریبی و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی با عنوان بررسی تجربیات مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز در رابطه با طرح تحول نظام سلامت با هدف ارزیابی اثربخشی تجربیات مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز بر طرح تحول نظام سلامت مطالعه‌ای را انجام دادند. نتایج این تحقیق بیانگر این مطلب است که بیشترین دستاوردهای طرح در محور مربوط به کاهش پرداختی

بیمار و کمترین دستاوردها در محورهای مقیم بودن پزشکان، ارتقای کیفیت ویزیت‌ها و نیز ترویج زایمان طبیعی می‌باشد. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد که علی‌رغم موفقیت طرح در برخی از محورهای هدف‌گذاری شده، چالش‌های اساسی در رابطه با بسیاری از زمینه‌ها مشهود بوده که نیازمند توجه مسئولین و سیاست‌گذاران عرصه سلامت کشور می‌باشد.

کریمی و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی به بررسی بیمه‌های بهداشتی درمانی حمایتی در دنیا (مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب) پرداختند. نتایج تحقیق این محققین نشان داد که وزارت‌های بهداشت تولید بیمه‌های درمانی را برعهده دارند. در زمینه برنامه‌ریزی، برنامه‌ریزی در سطح ملی و منطقه‌ای پیشنهاد شده است و در بیشتر کشورها این برنامه‌ها به صورت غیرمتمرکز در شهرها و روستاهای هر منطقه اجرا می‌گردد. تمایل و گرایش بیشتری برای سازمان‌دهی دولتی در ارائه بیمه بهداشتی درمانی حمایتی وجود دارد. در بحث مبنای پوشش نیز عدالت و توجه به فقرا بیشترین تأثیر را دارد.

نینوایی و همکاران در سال ۱۳۹۴ مطالعه‌ای را با عنوان مطالعه تطبیقی مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک در کشورهای توسعه‌یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران حاکی انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که در مجموع تعداد ۷ عامل بر مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک مؤثر شناخته شدند که شامل: سیستم پشتیبانی، مدیریت منابع انسانی، تدارک تجهیزات، سیاست‌های حمایتی (دولتی و محلی)، سیستم نظام‌مند مراقبت‌های مامایی، نظام ثبت ارجاع و عملکرد متحد و مدیریت منابع مالی و فیزیکی می‌باشند که سیاست‌های حمایتی دولت و سیستم پشتیبانی با بار عاملی ۰/۹ بیشترین و مدیریت منابع انسانی با ۰/۲۹ کمترین تأثیر را داشته‌اند (نینوایی و همکاران، ۱۳۹۴).

هاشمی و همکاران (۱۳۹۴) مطالعه‌ای را با هدف مقایسه میزان رضایت‌مندی مراجعین اورژانس مرکز شهدای تجریش قبل و بعد از استقرار طرح تحول نظام سلامت انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که پس از اجرای طرح تحول سلامت رضایت‌مندی از ارائه آموزش‌های قبل از ترخیص، وضعیت اتاق‌های بستری، نظافت سرویس‌های بهداشتی، ویزیت به موقع پزشکان، صرف دقت و زمان برای معاینه، توصیه‌های در خصوص بهبودی و بهزیستی بیمار، وضعیت رسیدگی به امور مالی و همچنین میزان رعایت موازین شرعی و اصول اخلاقی به طور معنی‌داری کاهش یافته بود.

بهرامی و همکاران (۱۳۹۴) در تحقیقی به تبیین نقش زیرساخت‌های فیزیکی، قانونی، نیروی انسانی و مالی در موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بیمه درمانی روستاییان و عشایر ایرانی پرداختند. در این تحقیق سعی بر آن شده است بر اساس اهداف برنامه پزشک خانواده عوامل موفقیت یا عدم موفقیت اجرای برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در روستاها تعیین شود. به طور کلی پس از

گذشت چند سال از اجراء برنامه عملکرد نسبتاً خوبی داشته ولی هنوز نظام ارجاع و ارایه پس خوراند از پزشکان متخصص به سطح یک، پیگیری عاقبت بیماران و تکمیل پرونده سلامت به درستی اجرا نمی شود. دسترسی تا حدودی بهبود یافته و هزینه های غیرضروری کاهش یافته با این حال هنوز بینش سلامت نگر مطلوب در اذهان نهادینه نشده است.

براتی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی تحت عنوان «تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت (مقاله کوتاه)» در یک بررسی اجمالی، یکی از مهم ترین وظایف طرح پزشک خانواده را ارایه خدمات و مراقبت های اولیه بهداشتی عنوان کردند که بدون ارایه این خدمات نمی توان از اصطلاح پزشک خانواده برای ارایه صرف خدمات درمانی استفاده کرد، زیرا کلیه خدمات سلامت به جمعیت تحت پوشش در برنامه پزشک خانواده به شکل فعال ارایه می شوند. با توجه به این که سیمای سلامت یک جامعه براساس شاخص های سلامت آن جامعه سنجیده شده و گذر سلامت را براساس روند تغییرات این شاخص ها طی زمان برآورد می کنند. ارزیابی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت که از نتایج حیاتی مراکز بهداشتی- درمانی روستایی کل کشور اخذ گردیده، از اهمیت ویژه ای برخوردار است و مطالعه روند شاخص های فوق در طول سالیان گذشته می تواند به عنوان یکی از عوامل در ارزیابی طرح مذکور مورد استفاده قرار گرفته و برای سیاست گذاران و طراحان طرح نیز قابل توجه و راهگشا باشد.

فرزادی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان "میزان رضایت مردم از خدمات بهداشتی- درمانی و عوامل مؤثر بر آن" به مطالعه سلامت از دیدگاه مردم ایران پرداخته اند. نتایج نشان دادند بهبود دسترسی افراد جامعه به خدمات از ابعاد اقتصادی و اطلاعاتی و افزایش اطلاعات افراد در زمینه بهداشت و درمان می تواند موجب افزایش رضایت از خدمات بهداشتی- درمانی شود. این امر در کنار بهبود کیفیت خدمات و نحوه ارایه آن می تواند میزان رضایت را به نحو چشم گیری افزایش دهد.

شادپور (۱۳۸۵) پژوهشی را با موضوع اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران و با هدف بررسی وضع موجود و فرآیند اجرای اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران انجام داد. نتایج این پژوهش نشان داد که اصلاح نظام سلامت در جمهوری اسلامی ایران با یافتن پاسخ برخی پرسش های اساسی درباره نظام سلامت، اجرای پاره ای تحقیق های مهم و چاپ و نشر برخی کتاب ها و نشریات مورد نیاز و مهم تر از همه با پدید آوردن زبانی مشترک در میان سیاست گذاران، قانون گذاران، مدیران و کارشناسان همراه بوده است. با وجود این، جریان اصلاح نظام سلامت در ایران فرصت آن نیافت تا اندیشه های حاصل از بررسی ها و مطالعات را در عمل و در استان های پایلوت بیازماید؛ هرگز از حمایت سیاسی لازم و کافی برخوردار نشد و از نظر منابع مالی به طور کامل عمده بر کمک های مالی و فنی سازمان جهانی بهداشت و سهمی کوچک از وامدوم بانک جهانی تکیه داشت (شادپور، ۱۳۸۵).

جادو و همکاران^۱، (۲۰۱۴) تحقیقی را با هدف بررسی وضعیت و نتایج حاصل از تحول سلامت در ترکیه انجام دادند. نتایج این تحقیق نشان داد که این تحول اثربخشی قابل ملاحظه‌ای در جنبه‌هایی نظیر افزایش دسترسی، فراهمی و کیفیت خدمات ارائه شده داشته است. به طوری که عموم مردم و صاحب نظران امر، سیستم متحول شده جدید را بر سیستم پیشین ترجیح می‌دادند.

سانگ و همکاران^۲ (۲۰۱۴) پژوهشی را با هدف ارزشیابی تحول اجرا شده در چین و براساس الگوی دونابدین انجام دادند. یافته‌های پژوهش این محققین نشان داد که این طرح توانسته است منجر به ارتقای سطح سلامت مردم روستایی و شهری گردد و به واسطه اجرای آن، شاخص‌های عملکردی نظیر دسترسی، برابری و کیفیت به طرز معنی داری ارتقا یابد (سانگ و همکاران، ۲۰۱۴).

دتاسکای و همکاران^۳ (۲۰۱۳) پژوهشی با عنوان بهداشت و درمان کانادا مراقبت از سیستم اصلاحات تأخیر و با هدف بررسی سیستم سلامت کشور انجام دادند. نتایج این مطالعه نشان داد که ضعف محرز عملکردی سیستم سلامت کشور سبب شده است که رفورم‌های وسیعی در بدنه نظام سلامت در کشورهای توسعه یافته مانند کانادا به وقوع پیوندد که از آن جمله می‌توان به نابرابری جمعیتی، جغرافیایی و مالی در سلامتی، عملکرد ناکارا و غیر اثربخش نظام سلامت و استفاده غیرمثمر از منابع موجود، پرداخت سهم بالایی از هزینه‌های بهداشتی از سوی مردم و غالب شدن فقر بر آنان به دلیل استفاده از خدمات سلامت، عدم پاسخ‌گویی و مسئولیت‌پذیری نهادهای متولی سلامت در قالب سلامت جامعه، ضعف اخلاقیات در تعامل با بیماران و کیفیت غیرقابل قبول خدمات ارائه شده از سوی مراکز فعال در عرصه سلامت مردم اشاره نمود.

جیمز و همکاران^۴ در سال ۲۰۱۰ در پژوهشی به بررسی موانع اجرای طرح پزشک خانواده در آمریکا پرداختند و در پایان به این نتیجه رسیدند که ۲۹٪ سیاست دولت، ۲۶٪ پیچیدگی اداری و ۲۴٪ مشکلات مالی، ۲۱٪ مدیریت، ۱۸٪ دسترسی به مراکز درمانی، از عمده مشکلات این طرح می‌باشد.

رامانی و ماوالانکار^۵ (۲۰۰۶) مطالعه‌ای با هدف بررسی وضعیت عنوان سیستم بهداشت و درمان کشور هند با رویکرد بررسی فرصت‌ها و چالش برای بهبود انجام دادند. نتایج این تحقیق بیانگر این مطلب است که سطح بهداشتی درمانی مراکز بهداشتی درمانی در بیش از ۳۹ درصد شهرهای این

1. Jadoo Et Al.

2. Sang Et Al.

3. Detsky Et Al.

4. James et al.

5. Ramani & Mavalankar

کشور از لحاظ سطح رضایت‌مندی بیمار از خدمات ارائه‌شده در مقایسه با سطح جهانی دارای کاهش معنادار است.

فرانک و همکاران^۱ (۲۰۰۶) مطالعه‌ای با هدف بررسی دستاوردهای تحول سلامت در مکزیک انجام دادند. یافته‌های این تحقیق نشان داد طرح یادشده توانسته است تأثیرات قابل‌ملاحظه‌ای در حوزه‌هایی نظیر گسترش سیستم بیمه‌ای، حمایت از خانواده‌های کم‌درآمد، سرمایه‌گذاری قابل‌توجه در حوزه سلامت و به‌ویژه بعد کیفیت فنی خدمات سلامت داشته باشد.

تحقیقی که توسط کمپبل و همکارانش^۲ در سال (۲۰۰۱) در خصوص رضایت اقتصادی اجتماعی بیماران با رضایت آن‌ها از خدمات بهداشتی درمانی انجام گرفت حاکی از آن بود که بین گروه‌های مختلف سنی، نژاد و وضعیت اقتصادی اجتماعی بیماران با رضایت آن‌ها از خدمات بهداشتی- درمانی اختلاف معنی‌داری وجود داشت. سفیدپوستان، افراد مسن‌تر و مرفه‌تر رضایت بیشتری از خدمات بهداشتی درمانی داشتند. ولی بین دو جنس، اختلاف معنی‌داری وجود نداشت.

روش پژوهش

این تحقیق از لحاظ هدف از نوع تحقیقات کاربردی است. همچنین از نظر ماهیت و روش در دسته تحقیقات همبستگی قرار می‌گیرد و به دلیل این‌که در فاصله زمانی معین انجام شده است، از نظر زمانی مقطعی می‌باشد. برای گردآوری اطلاعات در این تحقیق از مطالعات کتابخانه‌ای در مطالعه ادبیات موضوع و تئوری‌ها و سابقه موضوع مورد مطالعه از کتب داخلی و خارجی و همچنین مجموع مقالات و مجلات در سازمان‌ها و کتابخانه استفاده شده است. جامعه آماری این تحقیق بیماران دارای دفترچه بیمه و استفاده‌کننده از طرح پزشک خانواده (بستری شده) در یک دوره زمانی یک هفته‌ای می‌باشد که در یک فاصله زمانی کوتاه‌مدت به مراکز درمانی مراجعه نموده‌اند. حجم نمونه از طریق جدول مورگان به تعداد ۳۲۷ نفر در نظر گرفته شد. در این تحقیق از پرسشنامه استاندارد طرح پزشک خانواده که دارای ۲۱ سؤال و برگرفته از مهرجو (۱۳۹۰) می‌باشد استفاده شده است که پایایی این پرسشنامه در پژوهش فوق با محاسبه آلفای کرونباخ به میزان ۰/۸۰۱ به اثبات رسیده است. در این تحقیق از آزمون T مستقل به کمک نرم‌افزار SPSS جهت بررسی تاثیرگذاری متغیرهای تحقیق استفاده شده است.

آمار استنباطی

1. Frenk Et Al.
2. Campbell et al.

فرضیه اصلی: سیاست‌های کلی سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح بر هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه تأثیر معناداری دارد.

برای بررسی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح در خصوص هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه، از آزمون T مستقل استفاده شده است که طی آن با توجه به مقدار $T=۳,۳۵$ و $sig=۰,۰۰۱$ مشخص شد، اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح از بعد هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه تأثیر دارند. بیماران تحت پوشش بعد طرح دارای نمره بالاتری از بیماران قبل از طرح بوده‌اند؛ به عبارت دیگر سطح معنی‌داری $۰/۰۰۱$ نشانگر وجود اختلاف معنی‌دار بین هزینه‌های درمانی قبل و بعد از طرح با سطح اطمینان ۹۵% می‌باشد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۱) نشان داده شده است.

جدول (۱) مربوط به اجرای طرح پزشک خانواده و هزینه‌های درمانی

مؤلفه	رسته شغلی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای میانگین	آزمون آماری
هزینه‌های درمانی	قبل طرح	۳۲۷	۲۶,۳	۴,۵۹	۰,۶۲	$T=۳,۳۵$
	بعد طرح	۳۲۷	۲۹,۱	۵,۴۵	۰,۵۴	$Sig=۰,۰۰۱$

فرضیه‌های فرعی

فرضیه فرعی اول: اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح بر هزینه‌های دارویی افراد تحت پوشش بیمه تأثیر معناداری دارد.

برای بررسی تأثیر اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح از بعد هزینه‌های دارویی افراد تحت پوشش بیمه، از آزمون T مستقل استفاده شده است که طی آن با توجه به مقدار $T=۲,۸۹$ و $sig=۰,۰۰۳$ مشخص شد، اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح از بعد هزینه‌های دارویی افراد تحت پوشش بیمه تأثیر دارند به عبارت دیگر سطح معنی‌داری $۰/۰۰۳$ نشانگر وجود اختلاف معنی‌دار بین هزینه دارویی قبل و بعد از طرح با سطح اطمینان ۹۵% می‌باشد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۲) نشان داده شده است.

فرضیه فرعی دوم: اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح بر هزینه های ویزیت افراد تحت پوشش بیمه تاثیر معناداری دارد.

برای بررسی تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد هزینه های ویزیت افراد تحت پوشش بیمه، از آزمون T مستقل استفاده شده است که طی آن با توجه به مقدار $T=3,3$ و $sig=0,001$ مشخص شد، اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد هزینه های ویزیت افراد تحت پوشش بیمه تاثیر دارند؛ به عبارت دیگر سطح معنی داری $0/001$ نشانگر وجود اختلاف معنی دار بین هزینه های ویزیت قبل و بعد از طرح با سطح اطمینان 95% می باشد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۲) نشان داده شده است.

فرضیه فرعی سوم: اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح بر هزینه های غیر ضروری در بازار سلامت تاثیر معناداری دارد.

برای بررسی تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد هزینه های غیر ضروری در بازار سلامت، از آزمون T مستقل استفاده شده است که طی آن با توجه به مقدار $T=3,8$ و $sig=0,001$ مشخص شد، اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد هزینه های غیر ضروری در بازار کار تاثیر دارند؛ به عبارت دیگر سطح معنی داری $0/001$ نشانگر وجود اختلاف معنی دار بین هزینه های غیر ضروری قبل و بعد از طرح با سطح اطمینان 95% می باشد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۲) نشان داده شده است.

فرضیه فرعی چهارم: اجرای طرح پزشک خانواده در قبل بر بعد طرح و پاسخگویی در بازار سلامت تاثیر معناداری دارد.

برای بررسی تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد پاسخگویی در بازار سلامت، از آزمون T مستقل استفاده شده است که طی آن با توجه به مقدار $T=3,1$ و $sig=0,001$ مشخص شد، اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد پاسخگویی در بازار سلامت تاثیر دارند؛ به عبارت دیگر سطح معنی داری $0/001$ نشانگر وجود اختلاف معنی دار بین پاسخگویی در بازار سلامت قبل و بعد از طرح با سطح اطمینان 95% می باشد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۲) نشان داده شده است.

فرضیه فرعی پنجم: اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد از طرح بر رضایت مندی بیماران تحت پوشش بیمه تاثیر معناداری دارد.

برای بررسی تاثیر اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد رضایت مندی بیماران تحت پوشش بیمه، از آزمون T مستقل استفاده شده است که طی آن با توجه به مقدار $T=3,20$ و $sig=0,001$ مشخص شد، اجرای طرح پزشک خانواده در قبل و بعد طرح از بعد رضایت مندی افراد

تحت پوشش بیمه تأثیر دارند؛ به عبارت دیگر سطح معنی‌داری ۰/۰۰۱ نشانگر وجود اختلاف معنی‌دار بین رضایت‌مندی بیماران قبل و بعد از طرح با سطح اطمینان ۹۵٪ می‌باشد. نتایج حاصل از این آزمون در جدول (۲) نشان داده شده است.

جدول (۲) نتایج آزمون T مربوط به اجرای طرح پزشک خانواده و هزینه‌های درمانی

مؤلفه	رسته شغلی	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای میانگین	آزمون آماری
هزینه دارویی	قبل طرح	۳۲۷	۱۶,۸	۳,۶۴	۰,۴۶	T=2.89 Sig=.003
	بعد طرح	۳۲۷	۱۸,۶	۱,۴	۰,۳۱	
هزینه ویزیت	قبل طرح	۳۲۷	۱۶,۶	۳,۷	۰,۴۴	T=3.3 Sig==.001
	بعد طرح	۳۲۷	۱۸,۵	۲	۰,۳۳	
هزینه‌های غیرضروری بازار	قبل طرح	۳۲۷	۱۶,۷	۳,۶	۰,۴۱	T=3.8 Sig==.001
	بعد طرح	۳۲۷	۱۸,۳	۲,۵	۰,۳۰	
پاسخگویی در بازار سلامت	قبل طرح	۳۲۷	۱۶,۷	۳,۷	۰,۳۹	T=3.1 sig==.001
	بعد طرح	۳۲۷	۱۸,۷	۲,۴۴	۰,۲۹	

T=3.20 Sig=.001	۰,۶۰	۴,۵۰	۲۵,۲	۳۲۷	قبل طرح	رضایت‌مندی بیماران
	۰,۵۱	۵,۲۰	۲۶,۱	۳۲۷	بعد طرح	

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به دست آمده مشخص شد که سیاست‌های کلی سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه تأثیر دارد و اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه‌های درمانی افراد تحت پوشش بیمه تأثیرگذار بوده است. طرح نظام ارجاع و پزشک خانواده یکی از طرح‌هایی بود که از ابتدای سال ۸۴ در کشور اجرا شد، مفید بودن طرح مذکور به علت سازمان‌دهی نظام درمانی ایران و همچنین گسترش خدمات بهداشتی و درمانی در روستاها و مناطق محروم مشخص است. بیشترین رضایت‌مندی استقرار شبکه پزشک خانواده در شهرها به‌عنوان یک تغییر ساختار سلامت کاهش هزینه ویزیت و دارو و بیشترین نارضایتی روند اجرای سیستم ارجاع بود ولیکن این طرح بی‌نقص اجرا نشد و در کل عملکرد طرح قابل قبول نبود. البته سیستم ارجاع همان سطح‌بندی فراهم‌آورنده خدمت و هدایت بیمار برای بهره‌مندی صحیح از امکانات درمانی در مسیر سطح‌بندی‌شده با محوریت پزشک معالج می‌باشد. در واقع هدف از نظام ارجاع (پزشک خانواده) محدود کردن خدمات درمانی و کاهش هزینه‌های واقعی درمانی نیست، بلکه هدف اصلاح چارچوب خدمات درمانی، استوار شدن طبابت بر اصول علمی، جلوگیری از سرگردانی بیمار و از دست رفتن فرصت طلایی، متناسب شدن خدمات با امکانات استان و جلوگیری از مصرف بی‌رویه دارو و خدمات پزشکی می‌باشد.

پزشک خانواده علاوه بر نقش دروازه‌بانی در سیستم درمان و سلامتی نقش خزانه‌دار صندوق سلامتی را نیز ایفا می‌کند که مجموعه این دو نقش، کمک بزرگی به نظام سلامت در کاهش هزینه‌ها می‌کند. حتی در مطالعات جهانی وجود هر دو نقش دروازه‌بانی و خزانه‌داری پزشک خانواده را برای اصلاحات و کاهش هزینه‌ها در بخش سلامت ضروری می‌دانند. به‌رحال این سیستم ساختار مناسبی برای اشتغال پزشکان است و دیگر سرنوشت اشتغال پزشکان عمومی به دست شانس و اقبال و شرایط دیگر سپرده نمی‌شود. امیدواریم که مسئولین سیستم درمانی ضرورت استفاده از دیدگاه‌هایی که بر بهبود فرآیند درمان مؤثر هستند در برنامه‌ریزی استراتژیک در نظر داشته باشند. بنابراین وزارت بهداشت و درمان می‌بایست ترتیبی اتخاذ نماید که از طریق بازرسی و آرایه گزارش‌های ماهیانه نظارت دقیق‌تر بر

پاسخگویی مجریان طرح وجود داشته باشد. تعرفه خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی می‌بایست هماهنگ و منطقی شود تا بیماران در انتخاب پزشک خود آزادانه عمل نموده و توزیع بیمار در بخش خصوصی و دولتی هماهنگ و از سوءاستفاده‌های احتمالی مراکز درمانی در جهت جذب بیشتر بیمار جلوگیری شود.

در نظام سلامت، تغییر سیاست‌ها بسیار چالش برانگیز است. با توجه به پیچیدگی‌های خاص نظام سلامت، سیاست‌گذاران می‌بایست برخی راه‌های ساده‌کردن وضعیت موجود در نظام سلامت را بیابند. از این‌رو تصمیم‌گیری درست، مستلزم آگاهی از سازوکارهایی است که به کارآمدی هر چه بیشتر فرآیند سیاست‌گذاری در نظام سلامت کمک می‌نماید. بهره‌گیری از نظریه‌ها و الگوهای مختلف سیاست‌گذاری در تحلیل سیاست‌ها باعث می‌شود که سیاست‌گذاران و تحلیل‌گران سیاسی کشورمان در شرایط جاری از لایه قشری تحلیل سیاست‌ها عبور کرده و بتوانند به لایه عمقی تحلیل سیاست‌های پیچیده نظام سلامت نفوذ کرده و به درک کاملی از سیاست‌های موردنظر دست یابند.



منابع و مآخذ

- محمد حسینی، ر. (۱۳۹۶) بررسی رابطه نظام سلامت با کیفیت خدمات درمانی در بیمارستان های شهر یاسوج، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد یاسوج.
- کاظمی، ح. (۱۳۹۵) نقش تحول نظام سلامت در اجرای طرح پزشک خانواده بر هزینه های درمانی بیماران، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد یاسوج.
- بهرامی، ح. رضایی. م. (۱۳۹۴). تبیین نقش زیرساخت های فیزیکی، قانونی، نیروی انسانی و مالی در موفقیت برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در بیمه درمانی روستائیان و عشایر ایرانی، کنفرانس بین المللی علوم انسانی، روانشناسی و علوم اجتماعی، تهران، مؤسسه مدیران ایده پرداز پایتخت ایلیا.
- غریبی، ف. جنتی، ع. بیک نوری، ف. امینی، م. دغلیان، ب. (۱۳۹۴). بررسی تجربیات مدیران و پرستاران بیمارستان طالقانی تبریز در رابطه با طرح تحول نظام سلامت، تصویر سلامت، ۶، ۱، ۱۰-۱.
- کریمی، ا. ملکی، م. نصیریپور، ا. جان فدا، ح. (۱۳۹۴). بیمه های بهداشتی درمانی حمایتی در دنیا: مطالعه تطبیقی کشورهای منتخب، دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشکده بهداشت یزد، شماره ۱۴، ۳، ص ۱۳۸-۱۲۳.
- نینوایی، م. نصیری پور، ا. طبیبی، ج. رئیس، پ. (۱۳۹۴). مطالعه تطبیقی مدیریت خدمات بهداشت مادر و کودک در کشورهای توسعه یافته منتخب و ارائه الگو برای ایران، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، ۳۳، ۴، ص ۳۰۹-۲۹۷.
- هاشمی، ب. براتعلو، ع. فروزانفر، م. معتمدی، م. طرخورانی، م. (۱۳۹۴). مقایسه میزان رضایت مندی مراجعین اورژانس مرکز شهدای تجریش قبل و بعد از استقرار طرح تحول نظام سلامت، مجله طب اورژانس ایران، ۲، ۳، ص ۱۳۳-۱۲۷.
- کارگروه سیاست گذاری. (۱۳۹۳). مجموعه دستورالعمل های طرح تحول نظام سلامت در ایران. تهران؛ وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
- واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، (۱۳۹۲)، آیین نامه نظام ارجاع و پزشک خانواده، نشریه شماره ۲، واحد کشوری اصلاحیه نظام سلامت، تهران: چاپ اول، انتشارات اندیشمند.
- براتی، ا. ملکی، م. گوهری، م. کبیر، م. امیراسماعیلی، م. عبدی، ژ. (۱۳۹۱). تأثیر طرح پزشک خانواده بر شاخص های سلامت (مقاله کوتاه)، مجله پایش، سال یازدهم، شماره ۳، ۸، پیاپی ۴۳، ۳۶۳-۳۶۱.
- وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، (۱۳۹۰)، دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری، تهران.

- فرزادفر، ف؛ نائلی، ج؛ حدادی، م، ۱۳۹۰، پایش عملکرد پزشک خانواده، نشریه شماره ۳، واحد کشوری اصلاح نظام سلامت، تهران: انتشارات اندیشمندان.
- سازمان مدیریت صنعت، (۱۳۸۷)، طرح بازنگری در ساختار سازمانی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ساختار پیشنهادی: ۱۳۷۸-۴۲.
- رابرتز، م، شیائو؛ و برمن. پ، (۱۳۸۴)، اصلاحات نظام سلامت: راهنمای عدالت و کارآیی، ترجمه: گروه مترجمان، تهران، مؤسسه فرهنگی ابن سینا.
- Sang S, Wang Z, Yu C. (2014), Evaluation of Health Care System Reform in Hubei Province, China. *Int J Environ Res Public Health*; 11: 2262-77.
- Detsky AS, Naylor D, Phil D. (2013), Canada's Health Care System Reform Delayed. *The New England Journal of Medicine*.; 349(8): 804-810.
- James, C. Martin, 2010, The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *ANNALS OF FAMILY MEDICINE. VOL. 2, SUPPLEMENT 1. MARCH/APRIL. 3-32.*
- Frenk J, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Lezana MA, Knaul FM. Comprehensive Reform to Improve Health System Performance in Mexico. *Lancet*. 2006; 368: 1524-34.
- Ramani, K. V., Mavalankar, D. (2006) "Health System in India: Opportunities and Challenges for Improvements," *Journal of Health, Organisation and Management*, 20, 6, . 560-572.
- Campbell, J L. Ramsay, J. Green, J. 2002, Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patient's assessments of primary health care. *Quality in Health Care Journal*, No 10, 90-95.