

بررسی عدالت در توزیع امکانات درمانی سازمان تأمین اجتماعی و نیاز بیمه‌شدگان تحت پوشش

چکیده

زمینه: سازمان تأمین اجتماعی خدمات درمانی را در قالب دو مدل درمان مستقیم و درمان غیرمستقیم ارائه می‌نماید. این پژوهش با هدف بررسی رابطه بین توزیع امکانات درمانی مستقیم و طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی با نیاز مناطق مختلف کشور مبتنی بر تعداد بیمه‌شدگان اصلی و تبعی تحت پوشش انجام شده است.

روش کار: این مطالعه از نوع توصیفی و تحلیلی بوده که جهت مقطع یکساله (۱۳۸۹) انجام شده است. ابزار به کار گرفته شده در پژوهش فرم اطلاعاتی بوده که پس از تکمیل آن، توسط استان‌های مختلف برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS استفاده شد و رابطه بین متغیرها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون مورد سنجش قرار گرفت.

یافته‌ها: میزان دسترسی به مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد در کشور ۱۴٫۷ مرکز به ازای هر ده هزار نفر جمعیت بوده و دسترسی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به پزشکان شاغل در درمان مستقیم و غیرمستقیم مجموعاً ۱۰/۲ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر مشتمل بر ۴/۸ پزشک عمومی، ۴/۴ پزشک متخصص و یک نفر دندانپزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر می‌باشد. بین تعداد بیمه‌شدگان و مؤسسات درمانی ملکی و طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی ارتباط مستقیم و ناقص وجود دارد. بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مراکز درمانی سرپایی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط بیشتری وجود دارد. بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مطب دندانپزشک طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور کمترین ارتباط وجود دارد.

نتیجه‌گیری: توجه سازمان تأمین اجتماعی به «پراکندگی» در انعقاد قرارداد با مؤسسات و مراکز درمانی مراکز موصوف، باعث عادلانه‌تر شدن سطح دسترسی بیمه‌شدگان به مراکز درمانی گردیده و در رابطه با احداث مراکز درمانی ملکی نیز توجه و بازنگری سطح‌بندی خدمات درمانی در توزیع عادلانه مراکز بسیار مؤثر است. اولویت عقد قرارداد با مراکز فیزیوتراپی، رادیولوژی و مطب دندانپزشکان و در اولویت دوم قرار گرفتن عقد قرارداد با آزمایشگاه‌ها، داروخانه‌ها و مطب پزشکان عمومی از اهم نتایج پژوهش حاضر می‌باشد.

واژگان کلیدی: توزیع امکانات درمانی، سطح‌بندی خدمات درمانی، عدالت در سلامت، سازمان تأمین اجتماعی



ابراهیم نائل بفروئی *۱

کیومرث سمعی ۲

مریم رستمی خامنه ۳

- ۱- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی
- ۲- کارشناس ارشد مدیریت بازرگانی
- ۳- کارشناس مدیریت بیمه

* نشانی نویسنده مسؤل: تهران- خیابان کارون- کوچه آل بویه- پلاک ۱۰- طبقه اول

تلفن: ۰۲۱-۶۴۵۰۲۶۶۷

فاکس: ۰۲۱-۶۶۵۸۰۵۷۱

نشانی الکترونیکی:

Eb_nael@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۱/۱۲/۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۲/۳/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۹۱/۷/۲۳

مقدمه

کاهش بی‌عدالتی در سلامت یک امر ضروری و اخلاقی است. حق داشتن بالاترین سطح استاندارد سلامت قابل دسترس برای انسان‌ها، در نظام‌نامه سازمان بهداشت جهانی و عهدنامه‌های متعدد بین‌المللی گرامی داشته شده است. اما مقدار بهره‌مندی مردم از این حقوق، از نقطه‌ای به نقطه دیگر به طور انکارناپذیری متفاوت می‌باشد، به طوری که می‌توان گفت در حال حاضر بی‌عدالتی اجتماعی در یک مقیاس بزرگ، مردم را آزار می‌دهد [۱].

در کشور ایران، سازمان تأمین اجتماعی مطابق ماده ۳ قانون الزام تأمین اجتماعی مصوب مجلس شورای اسلامی مؤظف گردیده است که تعهدات درمانی خود را با استفاده از امکانات واحدهای بهداشتی درمانی ملکی و استیجاری خود، بخش دولتی و یا در صورت نیاز بخش خصوصی تأمین نموده و هزینه‌های مربوط به آن را از محل سهم درمان موضوع ماده ۲۹ قانون بیمه تأمین اجتماعی (۹٪ ماخذ محاسبه حق بیمه) و یا سایر منابع مندرج در قانون پرداخت نماید [۲].

شاید مهم‌ترین موضوع، ایجاد شرایطی باشد تا در آن مردم به سوی داشتن زندگی موفق هدایت شوند. به این منظور مردم ضمن داشتن کنترل روی زندگی خود، نیازمند شرایط و وضعیت‌هایی با امکانات مناسب هستند دولت‌ها، مؤسسات و سازمان‌های عمومی می‌توانند از طریق بهره‌گیری دقیق از امکانات موجود در جامعه، سیاست‌ها و قوانین، شرایطی را برای ایجاد سلامت خوب و عادلانه فراهم نمایند.

خدمات درمانی به بیمه‌شدگان سازمان به دو روش درمان مستقیم و درمان غیرمستقیم صورت می‌پذیرد که در بخش درمان مستقیم خدمات درمانی توسط درمانگاه‌ها و بیمارستان‌های متعلق به تأمین اجتماعی ارائه و در بخش درمان غیرمستقیم، این خدمات از طریق خرید خدمت و عقد قرارداد با پزشکان و مراکز درمانی خصوصی، خیریه، دولتی، دانشگاهی و ... ارائه می‌شود. در این میان مطب پزشکان عمومی، متخصص و دندانپزشک از پراکندگی نسبتاً وسیع در استان‌های کشور برخوردارند که در این مقاله سعی بر آن داریم پراکندگی مطب‌ها را در استان‌های مختلف از دیدگاه عقد قرارداد توسط سازمان تأمین اجتماعی با آن‌ها را مورد بررسی قرار دهیم.

مروری بر عدالت:

عدالت مکررترین واژه در ادبیات همه ملت‌ها است. هیچ حکومتی در

طول تاریخ به واژه عدالت بی‌توجه نبوده و علی‌رغم همه اختلافات همه تلاش کرده‌اند که خود را داعیه‌دار عدل معرفی کنند.

در مقام عمل و اجرا نیز کارنامه بشری درخشان نیست و امروزه بشر بی‌عدالتی را در مقیاسی بسیار بالاتر از آن چه تصور می‌شد تجربه می‌کند. نظریه‌پردازان مختلف تعریف‌های متعددی در مورد عدالت ارائه نموده‌اند که به دلیل چالشی بودن تعریف عدالت، ما در این مقوله به تعریف ذیل اکتفا می‌کنیم:

حقوق انسان‌ها به دلیل اینکه انسان هستند مساوی است و عدالت یعنی در شرایط مساوی، همه امکان برخورداری یکسان از امکانات را بیابند و همه بتوانند استعدادهای خود را شکوفا نمایند [۳].

نیاز بر سه اصل زیر تعریف می‌شود: نیاز به عنوان شدت بیماری، نیاز به عنوان توانایی برخورداری و نیاز به عنوان حداقل منابع نورم برای تخلیه ظرفیت بهره‌برداری [۴]. از منظر عملیاتی عدالت افقی عبارت است از درمان برابر برای شرایط برابر؛ و در واقع درمان برابر برای نیازهای برابر است در مقابل عدالت عمودی به این مهم می‌پردازد که افراد نابرابر در جامعه بایستی به روش‌های متفاوت درمان شوند [۴].

مروری بر مطالعات:

در سال ۲۰۰۰، کشورهای کلمبیا، لوگزامبورگ، دانمارک و جیبوتی بهترین جایگاه را از نظر شاخص مشارکت عادلانه مردم، در تأمین هزینه‌های بخش سلامت، در بین ۱۹۰ کشور جهان دارا بوده‌اند [۵].

ایران، از این نظر در رتبه ۱۱۲ جهان قرار داشته است که نشانگر وضعیت نامناسب آن نسبت به کشورهای امارات متحده عربی ۲۱، کویت ۳۱، عربستان سعودی ۳۷، اسرائیل ۳۹، ترکیه ۴۹، بنگلادش ۵۱، عراق ۶۵، بحرین ۷۵، پاکستان ۲۶، قطر ۷۰، الجزایر ۷۴ و لبنان ۱۰۱ می‌باشد. البته ایران نسبت به کشورهای آذربایجان ۱۱۸، مالزی ۱۲۲، مصر ۱۲۶، یمن ۱۳۱ و سوریه ۱۴۱ از وضعیت بهتری برخوردار بوده است [۳].

مطابق تحقیق انجام شده، تحت عنوان ارزیابی عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در گرگان خانواده‌های کم درآمد حدود ۴۰ درصد از درآمد ناچیز خود را صرف بهداشت و درمان می‌کنند در حالی که خانواده‌های مرفه حدود ۹٪ از درآمد خود را صرف هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌نمایند [۶].

در پژوهشی تحت عنوان ارزیابی عوامل مؤثر بر هزینه‌های خدمات سلامتی در استان یزد، مخارج درمانی خانواده‌ها بیشتر متأثر از

سازمان تأمین اجتماعی با جمعیت تحت پوشش در استان‌های مختلف کشور.

۳- انجام آزمون همبستگی به منظور تعیین ارتباط فی مابین تعداد مراکز درمانی سرپایی ملکی و طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی با جمعیت تحت پوشش در استان‌های مختلف کشور.

۴- انجام آزمون همبستگی به منظور تعیین ارتباط فی مابین تعداد آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه، فیزیوتراپی و MRI طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی با جمعیت تحت پوشش در استان‌های مختلف کشور.

تحلیل رابطه بین تعداد بستری شدگان با تخت‌های فعال:

بررسی‌ها نشان می‌دهد که تعداد بستری شدگان با افزایش تعداد تخت‌های فعال و در دسترس افزایش می‌یابد. نتایج آزمون ضریب همبستگی در هر دو بخش درمان مستقیم و غیرمستقیم وجود ارتباط قوی و مستقیم بین تعداد بستری شدگان و تعداد تخت‌های فعال را تأیید می‌کند.

به طور مثال استان تهران که بیشترین سهم بستری شدگان را در کشور داراست، بیشترین تعداد تخت فعال را نیز به خود اختصاص داده است.

ارتباط بین میزان بستری و تعداد تخت فعال در درمان مستقیم با ضریب همبستگی ۰/۹۷۳ بیشتر از درمان غیر مستقیم با ضریب همبستگی ۰/۸۹۶ است. که این مهم می‌تواند ناشی از عواملی از قبیل رایگان بودن خدمات بستری در بخش درمان مستقیم (هر چند که کتشی تقاضا به قیمت در بخش بستری بسیار اندک است)، کیفیت مطلوب خدمات ارائه شده در مراکز ملکی، رضایت بیمه شدگان از مراکز ملکی سازمان و ... باشد.

جدول (۱) میزان دسترسی بیمه شدگان به مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد را نشان می‌دهد.

توزیع مراکز ملکی سازمان در استان‌های مختلف تفاوت چشمگیری ندارد. اما در بخش درمان غیرمستقیم این تفاوت محسوس است. بالاترین میزان دسترسی به مراکز طرف قرارداد، مربوط به استان گیلان (۲۳ مرکز به‌ازای هر ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش) و پس از آن استان البرز (۲۱،۶ مرکز به‌ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش) است.

پایین‌ترین میزان دسترسی به مراکز طرف قرارداد، مربوط به استان بوشهر (تقریباً ۸ مرکز به‌ازای هر ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش) و پس از آن استان هرمزگان (تقریباً ۹ مرکز به‌ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش) است.

درآمد سرانه آن‌ها نسبت به سایر عوامل می‌باشد. اگر افراد بیمه نباشند و درآمد پایین هم داشته باشند در مقایسه با افرادی که هم تحت پوشش بیمه هستند و هم درآمد بالاتر از متوسط دارند، مبالغ کمتری صرف استفاده از مخارج درمانی می‌نمایند [۷].

در تحقیق دیگر تحت عنوان ارزیابی الگوی مصرف خدمات سلامتی در استان کرمان، هزینه واقعی کل بهداشت و درمان خانواده‌های شهری و روستایی در استان کرمان به قیمت ثابت طی سال‌های مورد مطالعه افزایش داشته است که یکی از دلایل آن اجرای طرح بیمه همگانی (مناطق روستایی و شهری) و افزایش استفاده روستائیان بوده است [۸].

ارزیابی برابری در تأمین هزینه خدمات سلامتی در کل کشور توسط فضائی انجام گرفته است نتایج ذیل حاصل گردیده است:

۱- حدود ۲/۵ درصد از مردم با هزینه‌های اسفبار روبه‌رو هستند. (مناطق شهری ۳٪ و روستایی ۲٪)

۲- حدود ۶ درصد از مردم بین ۳۰ الی ۴۰ درصد از توان پرداخت خود را صرف هزینه‌های بهداشتی و درمانی می‌کنند [۹].

روش کار

ابزار به کار گرفته شده در پژوهش حاضر فرم جمع‌آوری اطلاعات آماری است که بر اساس نظرات کارشناسان و مدیران متخصص و خبره بخش درمان سازمان تأمین اجتماعی و اساتید اهل فن و تجربه تهیه شده و با هماهنگی مقامات مسؤؤل جهت تکمیل توسط مدیریت‌های درمان تأمین اجتماعی استان‌ها ارسال شده است.

جهت تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون همبستگی پیرسون، داده‌های اولیه که بر اساس فرم جمع‌آوری اطلاعات و یا حسب مورد از سال نامه آماری سازمان تأمین اجتماعی استخراج گردیده است به لحاظ امکان بررسی و مقایسه شاخص‌های هم جنس و هم خانواده، ابتدا به ۴ گروه تقسیم‌بندی و سپس جهت هر گروه رگرسیون جداگانه بر اساس اهداف پژوهش به شرح ذیل انجام می‌گیرد:

۱- انجام آزمون همبستگی به منظور تعیین ارتباط فی مابین تعداد مراکز درمانی بستری ملکی و طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی با جمعیت تحت پوشش در استان‌های مختلف کشور.

۲- انجام آزمون همبستگی به منظور تعیین ارتباط فی مابین تعداد مطب پزشک عمومی، متخصص و دندانپزشک طرف قرارداد

جدول ۱- شاخص‌های دسترسی بیمه شدگان به مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد در سال ۸۹					
مدیریت درمان	تعداد مراکز طرف قرارداد	تعداد کل مراکز ملکی	تعداد مراکز ملکی به ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش	تعداد مراکز طرف قرارداد به ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش	تعداد کل مراکز (ملکی و طرف قرارداد) به ازای ده هزار نفر جمعیت تحت پوشش
آذربایجان شرقی	۲۶۴۴	۱۴	۰،۰۹	۱۷،۱۲	۱۷،۲۲
آذربایجان غربی	۱۳۱۶	۹	۰،۱۱	۱۶،۲۳	۱۶،۳۴
اردبیل	۷۴۷	۵	۰،۱۲	۱۸،۳۵	۱۸،۴۸
اصفهان	۴۳۷۹	۲۸	۰،۱۲	۱۸،۲۸	۱۸،۴۰
البرز	۲۲۴۴	۱۲	۰،۱۲	۲۱،۶۰	۲۱،۷۱
ایلام	۲۸۹	۳	۰،۱۴	۱۳،۹۶	۱۴،۱۱
بوشهر	۵۱۴	۹	۰،۱۴	۷،۸۷	۸،۰۱
تهران	۷۲۹۲	۳۶	۰،۰۵	۱۰،۱۸	۱۰،۲۳
چهار محال بختیاری	۵۵۱	۶	۰،۱۷	۱۵،۳۱	۱۵،۴۸
خراسان رضوی	۴۳۱۸	۱۸	۰،۰۹	۲۰،۷۲	۲۰،۸۱
خراسان جنوبی	۳۵۲	۳	۰،۱۵	۱۷،۹۶	۱۸،۱۱
خراسان شمالی	۳۵۷	۳	۰،۱۲	۱۴،۶۹	۱۴،۸۱
خوزستان	۲۳۸۱	۲۹	۰،۱۲	۱۰،۱۵	۱۰،۲۸
زنجان	۵۳۱	۶	۰،۱۵	۱۳،۱۰	۱۳،۲۵
سمنان	۴۲۵	۷	۰،۱۷	۱۰،۵۵	۱۰،۷۳
سیستان و بلوچستان	۹۷۰	۸	۰،۱۷	۲۰،۰۴	۲۰،۲۱
فارس	۲۷۴۰	۱۵	۰،۰۹	۱۶،۳۴	۱۶،۴۳
قزوین	۷۶۴	۱۰	۰،۱۵	۱۱،۲۹	۱۱،۴۳
قم	۷۰۲	۳	۰،۰۵	۱۲،۶۴	۱۲،۶۹
کاشان	۳۹۶	۳	۰،۱۰	۱۳،۴۱	۱۳،۵۱
کردستان	۶۸۱	۵	۰،۱۲	۱۵،۷۶	۱۵،۸۸
کرمان	۱۳۹۴	۱۶	۰،۱۷	۱۴،۷۳	۱۴،۹۰
کرمانشاه	۱۰۷۰	۶	۰،۱۰	۱۸،۴۰	۱۸،۵۰
کهگیلویه و بویر احمد	۳۶۳	۳	۰،۱۳	۱۵،۵۶	۱۵،۶۹
گلستان	۱۰۸۴	۸	۰،۱۵	۱۹،۶۶	۱۹،۸۱
گیلان	۲۲۳۵	۱۳	۰،۱۳	۲۳،۰۹	۲۳،۲۲
لرستان	۷۸۶	۱۰	۰،۱۶	۱۲،۹۷	۱۳،۱۳
مازندران	۲۴۷۴	۱۸	۰،۱۲	۱۶،۷۰	۱۶،۸۲
مرکزی	۱۰۱۴	۹	۰،۱۲	۱۳،۱۳	۱۳،۲۵
هرمزگان	۵۸۳	۹	۰،۱۳	۸،۷۰	۸،۸۴
همدان	۹۱۵	۶	۰،۱۱	۱۶،۷۸	۱۶،۸۹
یزد	۱۱۶۳	۱۱	۰،۱۵	۱۵،۸۹	۱۶،۰۴
جمع کل	۴۷۶۷۴	۳۴۱	۰،۱۱	۱۴،۶۹	۱۴،۷۹

جدول ۲- توزیع نحوه مراجعه بیمه‌شدگان به درمان مستقیم و غیرمستقیم در سال ۸۹

نوع مراجعه		تعداد	سهم (درصد)	رشد نسبت به سال ۸۸ (درصد)
درمان مستقیم	ویزیت سرپایی	۵۰,۴۰۷,۵۷۳	۳۰,۵	۲,۱
	بستری	۹۵۴,۲۵۵	۰,۶	۲,۷
	جمع کل	۵۱,۳۶۱,۸۲۸	۳۱,۰	۲,۱
درمان غیرمستقیم	ویزیت سرپایی	۱۱۱,۳۸۹,۴۶۴	۶۷,۳	
	بستری	۲,۷۵۰,۴۷۸	۱,۷	۳۶,۶
	جمع کل	۱۱۴,۱۳۹,۹۴۲	۶۹,۰	
جمع کل مراجعین		۱۶۵,۵۰۱,۷۷۰		

یافته‌ها

میزان دسترسی به مراکز درمانی ملکی و طرف قرارداد در کشور ۱۴,۷ مرکز به ازای هر ده‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی است.

شاخص‌های دسترسی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به پزشکان شاغل در درمان مستقیم و غیر مستقیم مجموعاً ۱۰/۲ پزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر و مشتمل بر ۴/۸ پزشک عمومی، ۴/۴ پزشک متخصص و یک نفر دندانپزشک به ازای هر ۱۰ هزار نفر می‌باشد. درمان مستقیم ۳۱ درصد و درمان غیر مستقیم ۶۹ درصد از مراجعین درمانی سازمان تأمین اجتماعی در سال ۸۹ را پوشش داده‌اند.

بار مراجعه سرپایی درمان مستقیم ۱/۵ و درمان غیر مستقیم ۳/۴ بار به ازای هر بیمه‌شده در سال بوده است.

بار مراجعه بستری درمان مستقیم ۲۲ و بار مراجعه بستری درمان غیر مستقیم ۸۴ نفر به ازای هر ۱۰ هزار نفر در سال بوده است.

تعداد تخت فعال درمان مستقیم به ازای هر ۱۰ هزار نفر ۲/۸ تخت و تعداد تخت فعال درمان غیر مستقیم ۲۷ تخت به ازای هر ۱۰ هزار نفر بوده است.

آزمون همبستگی به منظور بررسی ارتباط فی مابین تعداد بیمه‌شدگان با تعداد بیمارستان‌های ملکی، دی کلینیک‌های طرف قرارداد، بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد و بیمارستان‌های غیر دولتی طرف قرارداد نشان‌دهنده وجود ارتباط مستقیم و ناقص به شرح ذیل (به ترتیب نزولی) می‌باشد:

۱- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد بیمارستان‌های ملکی در استان‌های مختلف کشور بیشترین ارتباط وجود دارد. ($r=0/790$)

میزان دسترسی به مراکز ملکی و طرف قرارداد در کشور ۱۴,۷ مرکز به ازای هر ده‌هزار نفر جمعیت تحت پوشش است.

جدول (۲) تعداد کل مراجعه به بخش‌های درمان مستقیم و غیرمستقیم در سال ۸۹ و رشد آن در مقایسه با سال ۸۸ را نشان می‌دهد. تعداد نسخ سرپایی درمان غیرمستقیم شامل ویزیت و کلیه مراجعات سرپایی به بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های طرف قرارداد است و در این اطلاعات فقط ویزیت پزشکان مستقل به صورت تفکیک شده موجود است. برای صحت بیشتر در سال ۸۹، ویزیت پزشکان در بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های طرف قرارداد توسط دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی استان‌ها استخراج و کل ویزیت پزشکان در مراکز طرف قرارداد محاسبه گردید.

جدول (۴) درصد مراجعه به پزشکان در مراکز ملکی و طرف قرارداد، را به تفکیک تخصص (عمومی، متخصص و دندانپزشک) نشان می‌دهد. سهم پزشکان متخصص از کل مراجعات در بخش درمان مستقیم بالاترین سهم مراجعه به پزشک متخصص را استان تهران با ۴۳,۵ درصد داراست. تعداد بیشتر بیمارستان‌ها و درمانگاه‌های تخصصی ملکی در تهران، این مورد را تأیید می‌کند. پایین‌ترین سهم مراجعه به پزشک متخصص را استان ایلام با ۴,۵ درصد مراجعه، داراست. سهم مراجعه به پزشک متخصص در مراکز ملکی کشور ۲۵,۴ درصد است.

در بخش درمان غیر مستقیم بالاترین سهم مراجعه به پزشک متخصص را استان یزد با ۵۷,۴ درصد و پایین‌ترین سهم مراجعه را استان البرز با ۲۷,۸ درصد مراجعه، داراست. سهم مراجعه به پزشکان متخصص طرف قرارداد در کشور ۴۱,۳ درصد است.

جدول ۳- درصد مراجعه سرپایی به پزشکان بر حسب نوع درمان						
درمان مستقیم			درمان غیرمستقیم			مدیریت درمان
دندانپزشک	متخصص	عمومی	دندانپزشک	متخصص	عمومی	
۶٫۶	۲۳٫۴	۷۰	۲٫۴	۴۸٫۳	۴۹٫۳	آذربایجان شرقی
۷٫۸	۳۲٫۶	۵۹٫۶	۲	۴۴٫۱	۵۳٫۹	آذربایجان غربی
۶٫۵	۱۴٫۳	۷۹٫۲	۳٫۹	۴۲٫۲	۵۴	اردبیل
۹	۲۹٫۲	۶۱٫۸	۳٫۹	۴۰٫۱	۵۶	اصفهان
۶	۳۰٫۴	۶۳٫۷	۲٫۱	۲۷٫۸	۷۰٫۱	البرز
۹٫۶	۴٫۵	۸۵٫۹	۴٫۵	۳۴٫۸	۶۰٫۷	ایلام
۶٫۵	۱۰٫۹	۸۲٫۷	۲٫۶	۳۷٫۸	۵۹٫۵	بوشهر
۶٫۵	۴۳٫۵	۵۰	۳٫۵	۴۵٫۶	۵۱	تهران
۶٫۵	۲۰٫۱	۷۳٫۴	۴٫۶	۴۱٫۳	۵۴٫۱	چهارمحال بختیاری
۸٫۲	۲۷٫۸	۶۴٫۰	۴	۴۰٫۹	۵۵٫۲	خراسان رضوی
۵٫۷	۱۱٫۵	۸۲٫۸	۴٫۶	۴۸٫۸	۴۶٫۶	خراسان جنوبی
۶٫۸	۱۸٫۴	۷۴٫۸	۳٫۷	۴۰	۵۶٫۳	خراسان شمالی
۳٫۲	۱۵٫۱	۸۱٫۸	۱٫۳	۳۱	۶۷٫۷	خوزستان
۹٫۵	۱۸٫۶	۷۱٫۹	۳٫۷	۴۱٫۲	۵۵٫۱	زنجان
۳٫۱	۹٫۱	۸۷٫۸	۵	۵۲٫۶	۴۲٫۴	سمنان
۶٫۸	۱۷٫۸	۷۵٫۵	۳٫۷	۴۵٫۶	۵۰٫۷	سیستان و بلوچستان
۱۰٫۳	۳۲٫۲	۵۷٫۵	۴٫۸	۴۳٫۴	۵۱٫۷	فارس
۵٫۵	۲۲٫۵	۷۲	۵٫۶	۴۰٫۶	۵۳٫۸	قزوین
۵٫۹	۱۴٫۹	۷۹٫۲	۵	۳۵٫۷	۵۹٫۴	قم
۹٫۱	۲۶٫۳	۶۴٫۵	۴٫۸	۴۹٫۵	۴۵٫۸	کاشان
۶٫۴	۱۱٫۵	۸۲٫۱	۲٫۹	۴۶٫۷	۵۰٫۵	کردستان
۵٫۵	۲۹٫۶	۶۴٫۹	۴٫۹	۴۵٫۳	۴۹٫۸	کرمان
۵٫۹	۱۶٫۶	۷۷٫۵	۱٫۶	۴۲٫۶	۵۵٫۸	کرمانشاه
۷٫۸	۱۳٫۲	۷۹٫۰	۳٫۲	۴۲٫۹	۵۳٫۹	کهگیلویه و بویر احمد
۱۰٫۶	۲۲٫۴	۶۷٫۰	۳٫۵	۳۸٫۶	۵۷٫۹	گلستان
۶٫۷	۱۷٫۹	۷۵٫۴	۳٫۷	۳۳٫۶	۶۲٫۷	گیلان
۳٫۲	۱۰٫۲	۸۶٫۶	۰٫۸	۳۶٫۹	۶۲٫۳	لرستان
۶٫۷	۲۲٫۴	۷۰٫۹	۴٫۱	۴۰٫۸	۵۵٫۱	مازندران
۴	۱۸٫۷	۷۷٫۳	۳٫۳	۴۱٫۳	۵۵٫۴	مرکزی
۷٫۹	۱۴٫۴	۷۷٫۷	۱٫۹	۴۲٫۸	۵۵٫۳	هرمزگان
۲٫۵	۲۵٫۳	۷۲٫۲	۲٫۲	۴۱	۵۶٫۸	همدان
۷٫۸	۲۴٫۵	۶۷٫۸	۶٫۸	۵۷٫۴	۳۵٫۸	یزد
۶٫۴	۲۵٫۴	۶۸٫۲	۳٫۴	۴۱٫۳	۵۵٫۳	جمع کل

جدول ۴- سهم مراجعات بستری به مراکز ملکی بر حسب نوع بیمه در سال ۱۳۸۹

مدیریت درمان	تعداد کل بستری شدگان در مراکز ملکی	تعداد بیمه شده تأمین اجتماعی بستری شده در مراکز ملکی	سهم هر استان از کل بستری شدگان (درصد)	سهم بیمه شده تأمین اجتماعی از کل بستری شدگان (درصد)
آذربایجان شرقی	۳۷۰۰۷	۲۹۴۵۳	۳،۹	۷۹،۵۹
آذربایجان غربی	۲۸۴۵۵	۱۷۴۹۲	۳،۰	۶۱،۴۷
اردبیل	۲۴۳۰۳	۱۳۴۷۵	۲،۵	۵۵،۴۵
اصفهان	۹۳۲۱۳	۸۲۳۴۱	۹،۸	۸۸،۳۴
البرز	۶۰۵۵۵	۵۶۹۰۷	۶،۳	۹۳،۹۸
ایلام	۲۰۳۶	۱۴۳۷	۰،۲	۷۰،۵۸
بوشهر	۱۹۱۵۴	۱۲۱۹۷	۲،۰	۶۳،۶۸
تهران	۱۳۲۲۸۶	۱۰۹۴۸۸	۱۳،۹	۸۲،۷۷
چهار محال بختیاری	۱۵۳۰۷	۱۲۱۹۵	۱،۶	۷۹،۶۷
خراسان رضوی	۴۸۲۹۷	۳۶۹۸۴	۵،۱	۷۶،۵۸
خراسان جنوبی	۶۸۱۳	۴۵۹۱	۰،۷	۶۷،۳۹
خراسان شمالی	۱۲۱۰۶	۶۸۴۷	۱،۳	۵۶،۵۶
خوزستان	۴۹۹۵۱	۴۲۲۳۶	۵،۲	۸۴،۵۵
زنجان	۲۲۴۲۶	۱۵۲۸۲	۲،۴	۶۸،۵۹
سمنان	۱۲۵۳۴	۱۰۳۲۲	۱،۳	۸۲،۳۵
سیستان و بلوچستان	۲۴۳۱۲	۱۰۳۵۴	۲،۵	۴۲،۵۹
فارس	۲۳۵۲۹	۲۱۷۸۴	۲،۵	۹۲،۵۸
قزوین	۳۵۵۰۹	۲۱۹۵۰	۳،۷	۶۱،۸۲
قم	۱۰۹۱	۱۰۶۲	۰،۱	۹۷،۳۴
کاشان	۸۴۱۰	۵۳۹۳	۰،۹	۶۴،۱۳
کردستان	۲۰۹۶۴	۱۲۶۵۵	۲،۲	۶۰،۳۷
کرمان	۴۲۷۳۵	۲۹۶۱۲	۴،۵	۶۹،۲۹
کرمانشاه	۲۲۱۴۰	۱۴۶۹۲	۲،۳	۶۶،۳۶
گلستان	۲۹۲۳۹	۱۹۶۳۱	۳،۱	۶۷،۱۴
گیلان	۲۰۱۷۰	۱۳۱۶۷	۲،۱	۶۵،۲۸
لرستان	۲۸۸۷۰	۱۶۹۳۰	۳،۰	۵۸،۶۴
مازندران	۳۶۶۷۲	۲۷۷۳۴	۳،۸	۷۵،۶۳
مرکزی	۲۵۵۴۱	۱۹۸۷۳	۲،۷	۷۷،۸۱
هرمزگان	۱۷۰۸۸	۱۱۱۵۵	۱،۸	۶۵،۲۸
همدان	۲۹۲۱۰	۱۷۸۹۰	۳،۱	۶۱،۲۵
یزد	۲۴۳۳۲	۱۹۳۹۶	۲،۵	۷۹،۷۱
جمع کل	۹۵۴۲۵۵	۷۱۴۶۲۵	۱۰۰	۷۴،۸۹

قرارداد در استان‌های مختلف کشور بیشترین ارتباط وجود دارد.
($I^2=0/778$)

۲- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد داروخانه طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط مستقیم و ناقص وجود دارد. ($I^2=0/771$)

۳- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مرکز ام.ار.ای طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط مستقیم و ناقص وجود دارد. ($I^2=0/746$)

۴- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مرکز رادیولوژی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط مستقیم و ناقص وجود دارد. ($I^2=0/743$)

۵- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مرکز فیزیوتراپی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور کمترین ارتباط وجود دارد. ($I^2=0/732$)

نقطه نظرات یا پیشنهادات پژوهشگر:

- اولویت عقد قرارداد و استفاده از خدمات بیمارستان‌ها و دی

کلینیک‌های دولتی توسط سازمان تأمین اجتماعی

- توجه به توسعه بیمارستان‌های ملکی صرفاً در مناطقی که بیمارستان‌های دولتی از پراکندگی پایین‌تری برخوردارند.

- اولویت عقد قرارداد سازمان تأمین اجتماعی با مراکز فیزیوتراپی و رادیولوژی به علت ارتباط ضعیف‌تر.

- قرار گرفتن اولویت قد قرارداد با آزمایشگاه‌ها و داروخانه‌ها در اولویت دوم به دلیل ارتباط قوی‌تر.

- اولویت عقد قرارداد با مطب دندانپزشکان به علت ارتباط ضعیف‌تر.

- لحاظ عقد قرارداد با پزشکان عمومی در اولویت دوم سازمان تأمین اجتماعی.

- اجرای کامل نظام سطح‌بندی خدمات درمانی بستری جهت احداث بیمارستان‌ها و تعیین بخش‌های مورد نیاز در مناطق مختلف کشور.

- تدوین و اجرای نظام خدمات درمانی سرپایی با هدف پراکندگی مناسب مراکز درمانی سرپایی، آزمایشگاه‌ها، مطب‌ها، داروخانه‌ها، مراکز تصویربرداری ام.آر.آی و ...

- اجرای کامل طرح پزشک خانواده که در حال حاضر در زمره طرح‌های ملی می‌باشد با هدف دسترسی مناسب و عادلانه تمام مردم کشور به خدمات بهداشتی و درمانی.

- اولویت عقد قرارداد با مؤسسات و مراکز درمانی که از پراکندگی پایین‌تری در سطح استان‌ها برخوردارند.

۲- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد بیمارستان‌های غیر دولتی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط مستقیم و ناقص وجود دارد. ($I^2=0/783$)

۳- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط مستقیم و ناقص وجود دارد. ($I^2=0/679$)

۴- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد دی‌کلینیک‌های طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور کمترین ارتباط وجود دارد. ($I^2=0/511$)

انجام آزمون همبستگی به منظور بررسی ارتباط فی مابین تعداد بیمه‌شدگان با مراکز درمانی سرپایی ملکی و طرف قرارداد نشان‌دهنده وجود ارتباط مستقیم و ناقص به شرح ذیل (به ترتیب نزولی) می‌باشد:

۱- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مراکز درمانی سرپایی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط بیشتری وجود دارد. ($I^2=0/787$)

۲- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مراکز درمانی سرپایی ملکی در استان‌های مختلف کشور کمترین ارتباط کمتری وجود دارد. ($I^2=0/698$)

انجام آزمون همبستگی به منظور بررسی ارتباط فی مابین تعداد بیمه‌شدگان با تعداد مطب طرف قرارداد پزشک عمومی، متخصص و دندانپزشک نشان‌دهنده وجود ارتباط مستقیم و ناقص به شرح ذیل (به ترتیب نزولی) می‌باشد:

۱- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مطب پزشک عمومی طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور بیشترین ارتباط وجود دارد. ($I^2=0/824$)

۲- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مطب پزشک متخصص طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور ارتباط مستقیم و ناقص وجود دارد. ($I^2=0/753$)

۳- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد مطب دندانپزشک طرف قرارداد در استان‌های مختلف کشور کمترین ارتباط وجود دارد. ($I^2=0/625$)

انجام آزمون همبستگی به منظور بررسی ارتباط فی مابین تعداد بیمه‌شدگان با تعداد داروخانه، آزمایشگاه، رادیولوژی، ام.ار.ای و فیزیوتراپی طرف قرارداد نشان‌دهنده وجود ارتباط مستقیم و ناقص به شرح ذیل (به ترتیب نزولی) می‌باشد:

۱- بین تعداد بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی با تعداد آزمایشگاه طرف

توزیع پزشک متخصص فی مابین بیمارستان‌های دولتی از نظر ضریب جینی انجام پذیرفته است [۱۰].

حسینی نسب و همکاران در پژوهشی تحت عنوان ارزیابی عوامل مؤثر بر هزینه‌های خدمات سلامتی در استان یزد که در سال ۱۳۸۹ با هدف بررسی عوامل مؤثر بر هزینه‌های خدمات سلامتی انجام داده‌اند نتیجه‌گیری نموده‌اند که، مخارج درمانی خانواده‌ها بیشتر متأثر از درآمد سرانه آن‌ها نسبت به سایر عوامل می‌باشد. اگر افراد بیمه نباشند و درآمد پایین هم داشته باشند در مقایسه با افرادی که هم تحت پوشش بیمه هستند و هم درآمد بالاتر از متوسط دارند، مبالغ کمتری صرف استفاده از مخارج درمانی می‌نمایند. این موضوع در حالی نتیجه‌گیری شده است که در این تحقیق نیز ارتباط مثبت بین تعداد تخت‌های فعال در اختیار و طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی مورد تأیید قرار گرفته و نشان می‌دهد تقاضای افراد بیمه شده جهت خدمات درمانی ارتباط مستقیم با عرضه خدمات درمانی دارد [۱۱].

نتایج مطالعه‌ای که در پاییز ۱۳۸۹ توسط ابراهیم‌زاده در دانشگاه زاهدان با عنوان GIS جهت شهر زنجان انجام پذیرفته است؛ مشخص نموده است که مکان فعلی اکثر مراکز درمانی (بیمارستان‌ها) در شهر زنجان با معیارهای علمی و ضرورت‌های این کاربری مطابقت ندارد. در عین حال یافته‌های حاصل از این تحلیل نشان می‌دهد که نیاز کنونی شهر زنجان به مراکز درمانی با توجه به سرانه‌های شهری، حداقل ۷ بیمارستان است که مسؤولان شهر می‌توانند از ۱۱ نقطه استخراج شده از GIS، برای رفع این کمبود استفاده کنند. این موضوع در حالی است که نتایج تحقیق حاضر ارتباط ضعیف‌تر بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی فی مابین استان‌های مختلف کشور را نشان می‌دهد. به عبارتی نگاه همزمان به هر دو پژوهش نشان می‌دهد که نه تنها تعداد بیمارستان‌های دولتی طرف قرارداد سازمان تأمین اجتماعی در سطح کشور ارتباط ضعیف‌تری با تعداد بیمه‌شدگان دارد بلکه اختصاصاً در مورد شهر زنجان، مکان احداث بیمارستان‌ها مناسب نبوده و در خصوص سایر شهرها نیز چنین فرضیه عدم جانمایی مناسب می‌تواند مطرح باشد [۱۲].

طی نتیجه تحقیقی که در سال ۲۰۰۶ توسط ویور در دانشگاه بریتیش کلمبیای کشور کانادا انجام پذیرفته است، مقاله‌ای با این مضمون منتشر گردیده است: آیا نزدیک بودن به محل سکونت واقعاً مهم است؟ و در نهایت منطقی بودن فاصله تا محل سکونت بر حسب نوع خدمات (اولیه، تخصصی، فوق تخصصی و ...) مورد

– لحاظ تسهیلات خاص به منظور ترغیب پزشکان متخصص و مشهور جهت انعقاد قرارداد با بیمه‌ها.

– توجه به توزیع نیروی انسانی متخصص با هدف پوشش مناطق محروم و استان‌های دورافتاده که از سرانه امکانات درمانی پایین‌تری برخوردار می‌باشند.

– بازنگری در تعهدات درمان غیر مستقیم هم از نظر دامنه خدمات مورد تعهد و هم از نقطه نظر میزان ریالی و عمق تعهدات با هدف افزایش سطح دسترسی بیمه‌شدگان در مراکز طرف قرارداد.

– توجه به توسعه بیمارستان‌های ملکی فعال سازمان تأمین اجتماعی در استان‌هایی که از سرانه تخت فعال پایین‌تری برخوردار هستند.

– افزایش شیفت مراکز درمانی ملکی در مناطقی که از پراکندگی پایین‌تری برخوردارند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر به ازای هر هزار نفر بیمه شده تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی ۰/۴۸ نفر پزشک عمومی، ۱ نفر دندانپزشک و ۰/۴۴ نفر پزشک متخصص وجود دارد در حالی که طی تحقیقی که توسط حق دوست و همکاران با موضوع جغرافیایی گروه‌های مختلف جامعه پزشکی در کشور و بررسی نابرابری‌های استانی انجام پذیرفته است در سال ۱۳۸۷ در کشور برای هر هزار نفر، ۱،۰۲ پزشک عمومی، و ۰/۲۹ دندانپزشک عمومی مشغول به کار بوده و نسبت کل پزشکان متخصص در هر هزار نفر ۰/۴۴ بوده است [۱۰].

بنابراین بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی در حالی از دسترسی مناسب‌تر به دندانپزشکان برخوردارند که امکان دسترسی آنها به پزشکان عمومی کمتر است.

همچنین امکان دسترسی بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی به پزشکان متخصص دقیقاً برابر امکان دسترسی تمام مردم به پزشکان متخصص در سطح کشور (۰/۴۴) برآورد گردیده است.

در سال ۱۳۸۹ طی پژوهشی که توسط توفیقی با عنوان توزیع پزشک متخصص و تخت فعال در بیمارستان‌های دولتی ایران جهت مقطع زمانی ۱۳۸۰-۱۳۸۵ با استفاده از شاخص ضریب جینی و منحنی لورنر انجام پذیرفته است. در این پژوهش نتیجه‌گیری شده است که با وجود اختلاف در نسبت نیروی انسانی و تخت فعال به جمعیت استان‌های مختلف کشور، توزیع عادلانه‌ای در خصوص

کانادا انجام پذیرفته است، سطح‌بندی و منطقه‌بندی خدمات مورد نقد و بررسی قرار گرفته و در نتیجه شاخص‌های مربوطه جهت نظام سطح‌بندی خدمات درمانی تبیین گردیده و بر لزوم سطح‌بندی خدمات درمانی تأکید گردیده است [۱۴].

نتایج حاصل از این تحقیق ارتباط مستقیم فی مابین تعداد مراکز درمانی سرپایی و بستری ملکی تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی را در حالی نشان می‌دهد که در بخش درمان مستقیم سازمان تأمین اجتماعی، به مقوله سطح‌بندی خدمات درمانی توجه ویژه‌ای گردیده و احداث مراکز درمانی سرپایی و بستری صرفاً بر مبنای سطح‌بندی خدمات درمانی صورت می‌پذیرد.

تأیید قرار گرفته است [۱۳].

این موضوع در حالی است که این تحقیق نیز پراکندگی عادلانه بیمارستان‌های غیر دولتی و مراکز درمانی سرپایی اعم از ملکی و طرف قرارداد را به نسبت تعداد بیمه‌شدگان تحت پوشش مورد تأیید قرار داده ولی ارتباط ضعیف‌تر فی مابین تعداد دی‌کلینیک‌ها و بیمارستان‌های غیر دولتی به نسبت تعداد بیمه‌شدگان تحت پوشش را نشان می‌دهد که جا دارد با توجه به اهمیت موضوع در عقد قرارداد با بیمارستان‌های جدید و همچنین احداث مراکز درمانی جدید مورد توجه قرار گیرد.

در مطالعه‌ای که توسط مونیبا با در سال ۲۰۱۱ در دانشگاه مونیبوی

مراجع

1. CSDH, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization., 2008.
2. Law of Social security organization, 1369: 594 (Persian)
3. Bagheri lankarani K, An introduction to health justice. The health policymaking research center, The center for development of medical sciences, Shiraz medical college, Shiraz. 1389. (Persian)
4. Hasanzade A, Theoretical essentials of health justice in Iran. Social security quarterly journal, 1386; 9th year: 28.
5. Rashidian A, The comprehensive health coverage in Iran. Health journal, 1389; 6th year:2. (Persian)
6. Keshtkar A, Semnani SH, Estimating the justness of expenses of health services in the region under support of Gorgan population research base, the scientific-research journal of Gorgan medical college, 1382, 5th year:12. (Persian)
7. Hosini nasab A, Varhrami V, Examining the factors affecting the health care expenses of families in Yazd province. Health management, 1389: 40 (Persian)
8. Brati A, Studying the consumption pattern of health care services in the consumption basket of Kerman families in the years 1375 to 1381, Payesh quarterly journal, 1385:5. (Persian)
9. Fazaeli A, Mehr Ara M, Examining the balance in financial provision of Iranian family's health expenses. Health management journal, 1389: 50. (Persian)
10. The geography of medical society groups in the country and injustice in provinces. Medical organization journal, 1387; 28(4). (Persian)
11. Hoseini nasab A. The distribution of specialists and active beds in Iran state hospitals during they years 1380-1385. The journal of health college and health research institute, 1389; 8(3). (Persian)
12. Ebrahimzade A. Planning and organizing the areas of health and treatment services using GES for Zanjan. 1389. (Persian)
13. Weaver, p.k., does closer to home really matter? 2006, Simon Fraser university
14. Health, m.o., Report of the Manitoba Regional Health uthority External ReviewComm ittee. February 2010: manitoba