



جمهوری اسلامی ایران
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



سازمان بیمه سلامت ایران

مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای

عنوان مطالعه کاربردی و تطبیقی:

بررسی میزان تاثیرگذاری اجرای برنامه بیمه سلامت همگانی بر روند کاهش جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع

بیمه) و تعیین دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان بیمه سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری استان فارس سال ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۳

مطالعه کنندگان:

فاطمه غزنی- مریم شیروی

آبان ماه ۹۴



جمهوری اسلامی ایران
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی



سازمان بیمه سلامت ایران

عنوان مطالعه کاربردی و تطبیقی:

بررسی میزان تاثیرگذاری اجرای برنامه بیمه بهگانی بر روند کاهش جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) و

تعیین دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان بیمه سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری استان فارس سال ۱۳۹۱ الی ۱۳۹۳

مطالعه کنندگان:

فاطمه غربی- مریم شیروی

آبان ماه ۹۴

آب و هوا

تشر و قدردانی

سپاس و ستایش مر خدای را جل جلاله، که آثار قدرت او بر چهره روز روشن، تابان است و انوار حکمت او در دل شب تار، درافشان. آفریدگاری که خویشتن را به ما شناساند و درهای علم را بر ما گشود.

مراتب تشر و سپاس خود را از جناب آقای دکتر رضا ممتحن، مدیر کل محترم بیمه سلامت فارس و جناب آقای مهندس مجتبی سلجوقیان راد، ریاست محترم اداره آمار و فناوری اطلاعات فارس و سرکارخانم جوانه راکی زاده همکار محترم اداره آمار و فناوری اطلاعات و همچنین اعضای محترم کارگروه مطالعات استان که اینجانبان را در انجام و نگارش مطالعه کاربردی یاری نمودند، اعلام می داریم.

از نظارت پیگیرانه و مستمر سرکار خانم معصومه آرایش ناظر محترم مطالعه کاربردی تشر و قدردانی می نمایم.

از راهنمایی های ارزشمند سرکار خانم ویدا روزبهانی و سرکار خانم زهره درخشان، مسئولین محترم مطالعات کاربردی سازمان بیمه سلامت کمال قدردانی را داریم.

همچنین از همکاری جناب آقای دکتر محسن مقدمی معاونت محترم دانشگاه علوم پزشکی شیراز سپاسگزاریم.

چکیده مطالعه:

با توجه به این که سلامت حقی اساسی برای انسان‌ها و سرمایه‌ای ارزشمند برای تمام کشورها است، هدف اصلی هر نظام سلامت عبارت از تامین، حفظ و ارتقای سلامت مردم می باشد. در کشور ما نیز در راستای همین اصل مهم برنامه های زیادی اجرا شده است که دو مورد از آن ها که در استان فارس اجرا می شود، برنامه پزشک خانواده شهری و برنامه بیمه سلامت همگانی می باشد. برنامه پزشک خانواده شهری در استان بزرگی همانند فارس با اهداف مهمی همچون دسترسی همگانی و عدالت محور به خدمات پزشکی اجرا گردید. با توجه به این که نقش بیمه ها در طرح تحول سلامت غیرقابل انکار است، برنامه بیمه همگانی سلامت در سال ۱۳۹۳ در سطح کشور مبنی بر پوشش بیمه پایه همگانی و اجباری آحاد مردم اجرا شده است.

در این مطالعه سعی ما بر این بوده است که با ارتباط دادن این دو برنامه مهم دولت در استان فارس به عنوان استانی که از نظر تعداد شهرستان و جغرافیای مراکز بهداشتی و درمانی، استانی وسیع در کشور است و اولین استانی است که اجرا کننده برنامه می باشد، به نتایج جالب توجهی دست یابیم.

از نتایج به دست آمده در مطالعه این است که میانگین جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) قبل از اجرای طرح بیمه همگانی سلامت ۱,۴۲۸,۰۷۸ نفر و بعد از اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت به ۵۷۱,۱۴۰ نفر رسیده است. با استفاده از آزمون های آماری به این نتیجه رسیدیم که اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت روی کاهش روند جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری در استان فارس تاثیر بسزایی داشته است.

مقدار جمعیت هدف (مقدار جمعیت بیمه شدگان سلامت - شامل کلیه صندوق های بیمه ای به غیر از صندوق روستایی به انضمام جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر - فاقد پزشک خانواده شهری در استان فارس در اسفند ماه ۱۳۹۳) برابر ۸۷,۹۱۵ نفر به دست آمده است که این جمعیت را به لحاظ مشخصات دموگرافیک مورد بررسی قرار دادیم. بیشترین نسبت عدم ثبت نام در

شهرستان بوانات و کمترین نسبت در شهرستان گراش می باشد. در راستای تهیه این مقاله دو شاخص ۱) نسبت جمعیت ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده شهری - بدون در نظر گرفتن نوع بیمه - به جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان هر شهرستان در سال ۱۳۹۳) و ۲) (نسبت جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به برآورد جمعیت شهری سرشماری هر شهرستان در سال ۱۳۹۳) را تعریف و به تفکیک شهرستان محاسبه نمودیم. سپس رابطه این شاخص ها را با نسبت جمعیت هدف به کمک ابزارهای آماری بررسی نمودیم و به این نتیجه رسیدیم که هرچه میزان شاخص ۲ بالاتر برود به صورت معنی داری میزان نسبت جمعیت هدف کم می شود.

در نظرسنجی به صورت تلفنی از یک نمونه تصادفی طبقه بندی شده ۳۵۰ نفره از جمعیت هدف، به بررسی دلایل عدم ثبت نام پرداختیم. حدود ۴ درصد افراد اظهار بی اطلاعی از برنامه نمودند که این افراد از شهرستان های ایزدخواست آباءه، بوانات، پاسارگاد، لار و مصیری ممسنی بوده اند. بیشترین دلیل عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز درمانی و یا مطب های خصوصی، "جابه جایی پزشک" ذکر شده است.

در بین دلایل مطرح شده دلیلی تحت عنوان "پر بودن ظرفیت پزشک" عنوان شده است و ۱۶ درصد را نیز به خود اختصاص داده است که در فصل پنجم مورد بحث و نتیجه گیری قرار گرفته است. بیشترین دلیل عدم اقدام و عدم مراجعه جهت ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری، "تا کنون فرصت این کار را نیافته ام" می باشد. همچنین به این نتیجه رسیدیم که فرهنگ استفاده از سیستم ارجاع و پزشک خانواده برای مردم به وجود آمده است و همه افرادی که مورد نظرسنجی قرار گرفته اند به کارآمدی این برنامه اعتقاد دارند.

فهرست مطالب:

عنوان	شماره صفحه
فصل اول: کلیات مطالعه.....	۱
مقدمه:.....	۱
بیان مساله:.....	۲
ضرورت مطالعه:.....	۴
هدف کلی:.....	۵
اهداف اختصاصی:.....	۵
سوالات پژوهشی:.....	۶
فرضیات پژوهشی:.....	۷
تعریف واژه ها و اصطلاحات:.....	۷
محدودیت های مطالعه:.....	۹
فصل دوم: ادبیات مطالعه.....	۱۱
مبانی نظری مطالعه:.....	۱۱
پیشینه مطالعه:.....	۱۳
فصل سوم: روش مطالعه.....	۱۶
روش اجرای مطالعه:.....	۱۶
جامعه مطالعه:.....	۱۸
روش تجزیه و تحلیل داده ها:.....	۱۹
فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها.....	۲۰
توصیف و تحلیل یافته ها.....	۲۰
تحلیل نتایج حاصل از نظرسنجی در زمینه بررسی دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان بیمه سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری ۱۳۹۳:.....	۳۹
فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات.....	۴۸

۴۸ بحث و نتیجه گیری
۵۵ پیوست ۱:
۵۸ پیوست ۲:
۵۹ فهرست منابع:
۶۰ چکیده به زبان انگلیسی

Archive of SID

فهرست نمودارها:

شماره صفحه

عنوان

- نمودار ۱- روند جمعیت ثبت نام نشده در برنامه پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) استان فارس سال های ۹۱ الی ۹۳..... ۲۰
- نمودار ۲- نمودار جمعیت واجد شرایط استان فارس سال ۹۳..... ۲۶
- نمودار ۳- جمعیت بیمه سلامت فاقد پزشک خانواده شهری در استان فارس پایان سال ۱۳۹۳..... ۲۷
- نمودار ۴- نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط استان فارس..... ۲۸
- نمودار ۵- درصد جنسیت جمعیت هدف استان فارس..... ۳۰
- نمودار ۶- درصد صندوق بیمه ای جمعیت هدف استان فارس سال ۹۳..... ۳۱
- نمودار ۷- جمعیت ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) استان فارس سال ۹۳..... ۳۲
- نمودار ۸- تعداد پزشکان خانواده استان فارس سال ۹۳..... ۳۳
- نمودار ۹- جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان شهرستان های استان فارس سال ۹۳..... ۳۴
- نمودار ۱۰- شاخص ۱- نسبت جمعیت ثبت نام کرده در برنامه پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) به جمعیت مجاز قابل ثبت نام پزشکان خانواده استان فارس سال ۹۳..... ۳۴
- نمودار ۱۱- برآورد جمعیت شهری سرشماری استان فارس سال ۹۳..... ۳۵
- نمودار ۱۲- شاخص ۲- نسبت جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به جمعیت شهری سرشماری در استان فارس سال ۱۳۹۳..... ۳۶
- نمودار ۱۳- درصد تحصیلات نمونه تصادفی استان فارس سال ۹۳..... ۴۰
- نمودار ۱۴- درصد صندوق بیمه ای نمونه تصادفی استان فارس سال ۹۳..... ۴۰
- نمودار ۱۵- درصد شغل سرپرست خانواده نمونه تصادفی استان فارس سال ۹۳..... ۴۱
- نمودار ۱۶- درصد ابزار اطلاع رسانی برنامه پزشک خانواده در استان فارس سال ۹۳..... ۴۱
- نمودار ۱۷- درصد مهاجرت نمونه تصادفی از استان فارس به استان های دیگر سال ۹۳..... ۴۲
- نمودار ۱۸- درصد دلایل عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز بهداشتی استان فارس سال ۹۳..... ۴۴
- نمودار ۱۹- درصد دلایل عدم اقدام جهت ثبت نام استان فارس سال ۹۳..... ۴۶

فهرست جداول:

عنوان	شماره صفحه
جدول ۱- توزیع نمونه تصادفی.....	۱۸
جدول ۲- جمعیت شهری سرشماری استان فارس.....	۲۲
جدول ۳- جدول آمار توصیفی.....	۲۳
جدول ۴- آزمون تی مستقل.....	۲۳
جدول ۵- آمار همپوشانی بیمه سلامت با سایر سازمان های بیمه گر.....	۲۶
جدول ۶- فراوانی گروه سنی جمعیت هدف استان فارس در سال ۹۳.....	۳۰
جدول ۷- نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط به تفکیک صندوق.....	۳۱
جدول ۸- جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان بر اساس شیفت کاری.....	۳۳
جدول ۹- ماتریس ضریب همبستگی پیرسون.....	۳۷
جدول ۱۰- درصد دلایل عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز بهداشتی.....	۴۴
جدول ۱۱- درصد دلایل عدم اقدام برای ثبت نام.....	۴۵
جدول ۱۲- درصد عناوین کلی نظر سنجی شده.....	۵۵

فصل اول: کلیات مطالعه

مقدمه:

سلامت حقیقی اساسی برای انسان‌ها و سرمایه‌ای ارزشمند برای تمام کشورها است. تقریباً تمام کشورها از این حق به عنوان اساسی‌ترین حق مردم خود نام برده‌اند و حکومت‌ها حفظ و ارتقای آن را از مهم‌ترین وظایف خود می‌دانند. اگرچه هدف اصلی هر نظام سلامت عبارت است از: تامین، حفظ و ارتقای سلامت ولی علاوه بر این وظایف، می‌توان وظایف دیگری را نیز برای نظام‌های سلامت برشمرد. از جمله: افزایش امید به زندگی سالم، پاسخ‌دهی به انتظارات معقول مردم، کاهش نابرابری بین گروه‌های مرفه و مستمند جامعه (عدالت در سلامت) و همچنین، محافظت مالی افراد در برابر هزینه‌های بیماری.

در جمهوری اسلامی ایران سلامت به عنوان یک حق شناخته شده است و در اصول متعددی در قانون اساسی بر این مساله تاکید شده است. در کشور عزیز ما بعد از پیروزی شکوهمند انقلاب اسلامی تلاش‌های زیادی برای استقرار یک نظام سلامت مطلوب که بتواند به تمامی نیازهای جامعه پاسخ دهد، انجام شده است. مهم‌ترین این تلاش‌ها، طراحی و استقرار نظام شبکه‌های بهداشتی درمانی کشور بوده است که در زمان خود، انقلاب چشم‌گیری را در ارائه خدمات سلامت ایجاد کرد. با وجود تمام تلاش‌هایی که در راه بهبود ارائه خدمات سلامت و بهبود شاخص‌های مربوط به آن در زمینه‌های مختلف صورت گرفته است، ولی همچنان شاهد مشکلات و نارسائی‌هایی در این حوزه هستیم.

از طرف دیگر کشورهای پیشرو در برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع توانسته‌اند با رویکرد سلامت‌نگر، کل‌نگر و توجه به همه ابعاد سلامتی و ریشه‌یابی علل بیماری در روش و محیط زندگی و نیز تشخیص و درمان به موقع همراه با کاهش پرداخت

مستقیم از جیب مردم، ضمن ارتقای سلامتی فرد، خانواده و اجتماع با هزینه‌کرد کارا و اثربخش منابع منجر به عدالت در سلامت و در نهایت ارتقای رضایت مردم و ارایه‌کنندگان خدمات سلامتی شوند. در کشور ما نیز طبق قوانین و مقررات جاری گسترش برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع از وظایف دولت بوده به طوری که در برنامه پنجم اجرای برنامه پزشکی خانواده و... برای تمام مردم شریف ایران از تکالیف مهم ما در بخش سلامت است.

نقش بیمه‌ها در طرح تحول سلامت غیرقابل انکار است و برنامه جامع تحول نظام سلامت به کارآمدی نظام‌های بیمه‌ای وابسته است. پوشش همگانی، مشارکت عادلانه و متناسب مردم، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه‌های سلامت و ارتقای دسترسی به بسته خدمات از اهداف بیمه سلامت می‌باشد. اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت در سال ۱۳۹۳ نیز یکی سیاست‌های مفید در این زمینه بوده است. این طرح در راستای سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و برنامه‌های دولت تدبیر و امید و همچنین اعلام وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی مبنی بر پوشش بیمه پایه همگانی و اجباری آحاد مردم اجرا شده است.

در این مطالعه سعی ما بر این است که با ارتباط دادن این دو برنامه مهم دولت در استان فارس به عنوان استانی که از نظر تعداد شهرستان و جغرافیای مراکز بهداشتی و درمانی، استانی وسیع در کشور است و اولین استانی است که اجرا کننده برنامه پزشکی خانواده شهری می‌باشد، به نتایج جالب توجهی دست یابیم.^۱

بیان مسأله:

سرانجام پس از تصویب قوانین و اساسنامه و دستورالعمل‌های اجرای برنامه پزشکی خانواده شهری؛ برنامه پزشکی خانواده در کلان شهر شیراز با اهداف بزرگی چون: دسترسی همگانی و عدالت محور به خدمات پزشکی به عنوان مهم‌ترین اصل در برنامه پزشکی خانواده، کاهش مراجعات غیرضروری به پزشکان متخصص؛ کاهش هزینه‌های دولت در باب درمان و اصلاح

^۱ در این مطالعه منظور از پزشک یا پزشک خانواده، پزشک خانواده شهری و منظور از برنامه، برنامه پزشکی خانواده شهری است.

فرهنگهای غلط و نیز کنترل و نظارت دقیق تر بر بیماران تحت پوشش و داشتن آماری دقیقتر از وضعیت سلامت و مصرف دارو و... اجرایی گردید.

همچنین براساس برنامه بیمه سلامت همگانی، افرادی که تحت پوشش هیچ یک از بیمه های پایه سلامت یا درمان نیستند بدون پرداخت حق بیمه تحت پوشش قرار می گیرند که داشتن هویت ایرانی و نداشتن هرگونه بیمه پایه از مهم ترین شروط مشمولان این طرح می باشد.

دو هدف مهم برنامه این است که همه آحاد جامعه که هویت ایرانی دارند از پوشش بیمه سلامت برخوردار شده و سهم درمانی پرداختی از جیب مردم کاهش یابد. می دانیم حدود ۸۰ درصد کسانی که در کشورمان بیمه ندارند افراد کم درآمد و بیکاری هستند که در حاشیه شهرها زندگی می کنند .

آمار مشخص و شفافی در زمینه تعداد افرادی که تا قبل از طرح در کشور بیمه نداشتند در دسترس نیست اما براساس تحقیقات میدانی انجام شده تقریباً ۳ درصد جمعیت ۲۳ میلیونی روستاها و حدود ۲۲ درصد جمعیت حاشیه کلان شهرها و حدود یک میلیون نفر از جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر دقتاً بیمه نداشتند.^۲

با توجه به برنامه های پزشک خانواده شهری و بیمه سلامت همگانی و این که می دانیم دولت از منابع فاز دوم هدفمندی یارانه ها ۸۰۰ میلیارد تومان را برای طرح بیمه همگانی در سال ۹۳^۳ و مبلغ ۳,۶۹۳,۱۰۳,۱۹۸,۳۶۸ ریال در استان فارس در سال ۹۳ بابت پزشک خانواده شهری هزینه شده است.^۴ همچنین می دانیم اجرای برنامه های مذکور مستقیماً به ارتقاء کیفیت زندگی و سطح سلامت مردم کمک شایانی می نماید، اهمیت دارد که در مقطعی که حدود دو سال از اجرای برنامه پزشک خانواده در استان فارس و چندین ماه نیز از اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت می گذرد، پوشش پزشک خانواده شهری در استان فارس مورد تحلیل قرار گیرد و دلایل عدم پوشش نیز بررسی گردد.

^۲ منبع: سایت خبرگزاری مشرق <http://www.mashreghnews.ir>

^۳ منبع: سایت خبرگزاری مشرق <http://www.mashreghnews.ir>

^۴ واحد پرداخت پزشک خانواده در اداره کل بیمه سلامت استان فارس

ضرورت مطالعه:

اجرائی شدن برنامه بیمه همگانی سلامت علاوه بر مواردی که در بیان مساله مطرح نمودیم منجر به این می شود که :

۱. همه خدمات بیمارستان های دولتی در دسترس بیماران قرار می گیرد و حداکثر پرداختی بیمه شدگان در بخش بستری ۱۰ درصد و در بخش سرپایی ۳۰ درصد حق ویزیت گردد.
 ۲. بیمه شدگان روستایی، و حاشیه و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر بیش از ۵ درصد هزینه ها را در بخش بستری در بیمارستان های دولتی پرداخت نکنند.
- براساس آئین نامه بیمه همگانی و اجباری حتی کسانی که برای بیمه شدن نام نویسی نکنند رها نمی شوند و بیمه می شوند که برای این منظور اهرم های کنترلی در نظر گرفته شده است، برای مثال دانشجویان برای انتخاب واحد در نیم سال اول سال تحصیلی ۹۳-۹۴ و همچنین دانش آموزان پس از پایه سوم ابتدایی باید دارای دفترچه بیمه سلامت باشند.^۵
- می دانیم استان فارس یکی از محدود استان هایی است که برنامه پزشک خانواده را نیز اجرا می نماید. بنابراین این موضوع فرصت ویژه ای را در اختیار ما قرار می دهد تا تاثیرگذاری برنامه بیمه سلامت همگانی را بر جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری در استان فارس بررسی کنیم و همچنین با توجه به دلایلی که قبلا مطرح کردیم به این نتیجه برسیم که علی رغم وجود برنامه بیمه همگانی سلامت و مزایای بیان شده آن، هزینه هنگفت متحمل شده دولت در این زمینه و وجود اهرم های کنترلی و اجبار به بیمه شدن افراد، چه دلایل دیگری وجود دارند که باعث شده اند هنوز جمعیت قابل توجهی از بیمه شدگان سلامت استان فارس در برنامه پزشک خانواده شرکت نکرده باشند.
- بنابراین یکی از دلایل انجام این مطالعه بررسی توانمندسازی افراد در نظام سلامت می باشد که به صورت مشارکت افراد در امور مربوط به سلامتی خود، پاسخ گویی موسسات ارائه دهنده خدمات بهداشتی و درمانی به جامعه، دسترسی افراد به اطلاعات درباره موضوعات سلامت تعریف می گردد. به طور کلی توانمندسازی افراد در نظام سلامت، بخشی از نظام سلامت می باشد.

^۵ سایت خبرگزاری صدا و سیما <http://www.irib.ir>

به کار گیری مفهوم توانمندسازی سبب کاراتر شدن نظام سلامت گشته و می تواند چراغ روشنی برای تعریف مجدد نقش بازیگران این نظام باشد.^۶

بررسی دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان در برنامه پزشک خانواده شهری که منجر به ارتقاء سلامتی آن ها می گردد می تواند به ما در زمینه یافتن علل عدم توانمندسازی بیمه شدگان در این زمینه یاری رسان باشد.

یکی دیگر از مزایای انجام این مطالعه دستیابی به جمعیت دقیق بیمه شدگان سلامت فاقد پزشک خانواده شهری به تفکیک شهرستان است که تا قبل از انجام مطالعه مقدار دقیق آن در دسترس نبوده است و با انجام مراحل که در ادامه بحث و در فصل چهارم به آن اشاره شده است به این مهم دست یافتیم.

هدف کلی:

بررسی میزان تاثیرگذاری اجرای برنامه بیمه همگانی بر روند کاهش جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) و تعیین دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان بیمه سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری استان فارس سال

۱۳۹۱ الی ۱۳۹۳

اهداف اختصاصی:

۱. تعیین روند جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) در استان فارس به تفکیک شهرستان سال های ۹۱ الی ۹۳
۲. بررسی میزان تاثیرگذاری برنامه بیمه همگانی بر جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری در استان فارس.
۳. تعیین آمار دقیق بیمه شدگان بیمه سلامت فاقد پزشک خانواده شهری^۷ در استان فارس سال ۹۳ که جهت دستیابی به هدف مذکور موارد ذیل انجام خواهد شد :

^۶ کتاب توانمندسازی بیمه شدگان رویکردی در نظام سلامت ایران تالیف حمیدرضا ایزدبخش و ...

- محاسبه جمعیت بیمه سلامت واجد شرایط ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری^۸ در استان فارس در کلیه صندوق های غیر روستایی به انضمام جمعیت شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر صندوق روستایی.
- حذف موارد هم پوشانی ثبت نام شده های پزشک خانواده شهری در بیمه سلامت با سایر بیمه ها از طریق تطابق اطلاعات سامانه خدمات سلامت ایران و پایگاه اطلاعاتی بیمه گری.
- ۴. بررسی مشخصات دموگرافیک جمعیت هدف استان فارس به لحاظ صندوق بیمه ای، سن، جنس، موقعیت جغرافیایی و ... به تفکیک شهرستان و بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سال ۹۳.
- ۵. محاسبه نسبت جمعیت ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده شهری به جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان هر شهرستان در سال ۹۳ (شاخص ۱)
- ۶. محاسبه نسبت جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به جمعیت سرشماری هر شهرستان در سال ۹۳ (شاخص ۲)
- ۷. بررسی رابطه بین میزان جمعیت هدف و شاخص های ۱ و ۲ در شهرستان های استان فارس سال ۹۳
- ۸. تعیین سایر علل عدم ثبت نام بیمه شدگان به کمک نظرسنجی تلفنی با نمونه ای تصادفی از افراد و تحلیل موارد مربوطه
- ۹. معرفی مناطقی که در زمینه پزشک خانواده شهری، دارای کمبود های مختلف در زمینه امکانات، اطلاع رسانی مناسب و ... هستند و ارائه راهکار موثر

سوالات پژوهشی:

- ۱. تغییرات میزان جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) در استان فارس به تفکیک شهرستان سال های ۹۱ الی ۹۳ به چه صورت می باشد؟
- ۲. تعداد دقیق جمعیت هدف در استان فارس سال ۹۳ چقدر است؟
- ۳. جمعیت هدف در استان فارس به لحاظ صندوق بیمه ای، سن، جنس، موقعیت جغرافیایی و ... به تفکیک شهرستان و بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سال ۹۳ چگونه توزیع شده اند؟
- ۴. نسبت جمعیت ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده شهری به جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان هر شهرستان در سال ۹۳ (شاخص ۱) استان فارس چقدر است؟

^۷ از این پس جمعیت هدف نامیده می شود.

^۸ از این پس جمعیت واجد شرایط نامیده می شود.

۵. نسبت جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به جمعیت سرشماری هر شهرستان در سال ۹۳ (شاخص ۲) استان فارس چقدر است؟
۶. چند درصد افراد شرکت کننده در نظرسنجی به دلیل مهاجرت در برنامه پزشک خانواده شهری ثبت نام نکرده اند؟
۷. افراد شرکت کننده در نظرسنجی به لحاظ شغل سرپرست خانواده، سطح تحصیلات، تعداد افراد خانوار و صندوق بیمه ای چگونه توزیع شده اند؟
۸. چند درصد افراد شرکت کننده در نظرسنجی به دلیل داشتن بیمه های دیگر در برنامه پزشک خانواده ثبت نام نکرده اند؟
۹. چند درصد از افراد شرکت کننده در نظرسنجی هیچ اقدامی جهت ثبت نام در برنامه نکرده اند؟
۱۰. سایر علل عدم ثبت نام بیمه شدگان شرکت کرده در نظرسنجی تلفنی چیست؟
۱۱. مناطقی که در زمینه پزشک خانواده شهری، دارای کمبود های مختلف در زمینه امکانات، اطلاع رسانی مناسب و هستند کدامند؟

فرضیات پژوهشی:

۱. اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت بر جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) در استان فارس تاثیرگذار است.
۲. بین تعداد جمعیت هدف و شاخص های ۱ و ۲ در شهرستان های استان فارس سال ۹۳، رابطه وجود دارد.

تعریف واژه ها و اصطلاحات:

نظام سلامت: عبارت است از تمام سازمان ها، موسسات و منابعی که به ارائه تولید اقدامات سلامت اختصاص دارند و Health action عبارت است از هر گونه تلاشی که خواه در مراقبت سلامت فردی، خدمات بهداشت عمومی و یا از طریق برنامه های بین بخشی انجام می گیرد و هدف آن ارتقای سلامت است. بدین ترتیب نظام سلامت از اجزایی تشکیل می شود

که با یکدیگر ارتباط دارند و مجموعه آن ها بر سلامت مردم اثر می گذارد. نظام سلامت معمولاً در سطح های متفاوت شکل می گیرد و از روستا تا شهر، و از مراقبت های اولیه تا خدمات پیچیده تخصصی و فوق تخصصی را عرضه می کند.

پزشک خانواده : پزشکی است که حداقل دارای مدرک حرفه ای پزشکی و مجوز معتبر فعالیت حرفه ای پزشکی در

محل ارائه خدمت باشد. پزشک خانواده در نخستین سطح خدمات، عهده دار ارائه و مدیریت خدمات سلامتی سطح اول است.

بیمه سلامت همگانی: مبنی بر پوشش بیمه پایه همگانی و اجباری آحاد مردم به منظور مشارکت عادلانه و متناسب

مردم، حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت و ارتقای دسترسی به بسته خدمات در سال ۱۳۹۳ اجرا شده است.

بسته خدمات سلامت Health Services Package : خدمات بهداشتی، درمانی یا توانبخشی پایه و دارای اولویت

مانند مراقبت های بهداشتی طبق برنامه های سلامت کشوری، خدمات پزشکی شامل کلیه اقدامات درمانی سرپایی، تجویز

داروهای لازم و انجام آزمایشات تشخیصی طبی، درخواست مشاوره و پی گیری مراقبت های انجام شده یا قابل انجام برای

جمعیت تحت پوشش و همچنین خدمات توانبخشی پایه و دارای اولویت که باید توسط پزشک خانواده و تیم سلامت ارائه یا

فراهم شود. نیز کالاها یا خدماتی که در پوشش فهرست ملی انواع مراقبت ها، چه پیشگیرانه و چه درمانی قرار دارد و هزینه

آن ها به سبب اساسی بودن یا برخورداری از اولویت توسط جامعه پرداخت می شود در حال که هزینه سایر خدمات باید توسط

فرد یا طرح های بیمه مکمل و به طور اختیاری تامین شود.

سامانه (Iranian Electronic Health Services) IEHS: سامانه خدمات سلامت ایرانیان مجموعه ای از

ابزارهای نرم افزاری پیشرفته و گسترده است که بصورت یکپارچه همه ابعاد نظام سلامت را در برمی گیرد. این ابعاد آنچه را

که در حوزه صف یا همان لایه ارائه خدمت می گذرد و آنچه را که در حوزه های ستاد بعنوان لایه های نظارت و پشتیبان و

آموزش جاری و ساری است در بر می گیرد. بعبارت دیگر همه فرایندهای سازمانی مد نظر قرار گرفته بگونه ای که بتوانند بر

اساس یک نظام همگون و هماهنگ، اهداف سازمان را تحقق بخشند. سامانه خدمات سلامت ایرانیان، محوری ترین و اساسی

ترین رکن نظام ارائه خدمات سلامت یعنی پزشک خانواده را در مرکز دایره پوششی خود قرار داده و قادر است بعنوان یک ابزار

مدیریت شده و در حال تطبیق ارائه خدمات دقیق و به موقع را میسر نماید. کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت (در لایه صف) بتدریج و بر اساس یک برنامه مشخص و زمانبندی شده به محدوده این دایره وارد شده و موجب گستردگی بیش از پیش حیطة خدمات نوین بهداشت و درمان خواهند شد.^۹

هم اکنون اطلاعات جامعی از پزشکان عمومی که در برنامه پزشک خانواده شهری و روستایی ثبت نام کرده اند و جمعیت تحت پوشش آنها به لحاظ سن، جنس، صندوق بیمه ای، پرونده سلامت و ... در این سامانه وجود دارد.

جمعیت هدف: جمعیت بیمه شدگان بیمه سلامت فاقد پزشک خانواده شهری

جمعیت واجد شرایط: جمعیت بیمه شدگان کلیه صندوق های غیر روستایی به انضمام جمعیت تعدادی شهرهای زیر ۲۰

هزار نفر

توانمندسازی بیمه شدگان: به صورت مشارکت افراد در امور مربوط به سلامتی خود، پاسخ گویی موسسات ارائه دهنده

خدمات بهداشتی و درمانی به جامعه، دسترسی افراد به اطلاعات درباره موضوعات سلامت تعریف می گردد.

محدودیت های مطالعه:

۱. جهت جمع آوری اطلاعات نمونه ناگزیر به مصاحبه تلفنی هستیم چراکه اطلاعات در دسترس جامعه آماری تنها این امکان را در اختیار ما قرار می دهد.
۲. عدم همکاری کامل مردم در مصاحبه تلفنی و سرپاز زدن از ارائه جواب صحیح به دلیل احساس عدم امنیت در این نوع نمونه گیری
۳. انتقال بانک اطلاعاتی بیمه گری به سامانه امید توسط سازمان و عدم دسترسی به اطلاعات
۴. وجود اطلاعات بیمه همگانی در سامانه امید و زمان بر بودن کسب اطلاعات از این سامانه

^۹ <http://www.iehs.ir>

۵. جمعیت سرشماری مربوط به سال های ۹۱ الی ۹۳ که از مرکز آمار ایران اخذ شده است، به صورت برآورد می باشد
چراکه آخرین سرشماری در سال ۹۰ انجام شده است.

Archive of SID

فصل دوم: ادبیات مطالعه

مبانی نظری مطالعه:

از دیدگاه پزشکان عمومی:

از دیدگاه غالب پزشکان عمومی، پزشک خانواده یعنی سطح‌بندی ارائه خدمات پزشکی و درمانی بی‌آنکه به ساختار فعلی مطب پزشکان و یا مناسبات اقتصادی فعلی مطب‌ها با مردم، لطمه‌ای وارد شود و آن یعنی این که همه مردم صرف‌نظر از این که تحت پوشش چه بیمه‌ای باشند طی پروسه‌ای که وزارت بهداشت تعیین می‌کند، نخست پزشکان مورد وثوق و مورد اعتماد خود را انتخاب و به سازمان‌های بیمه‌گذار خود معرفی می‌کنند و پس از آن دیگر هیچ‌کس حق ندارد در هنگام بیماری و یا حتی مشورت پزشکی به پزشک عمومی، پزشک متخصص و یا مرکز درمانی دیگری مراجعه کند و در واقع کلیه مراحل درمانی یا بررسی سلامتی یک فرد از مجرای همان پزشک عمومی مورد وثوق (پزشک خانواده) وی انجام می‌شود. (البته لازم است در اسرع وقت و یا در آینده‌ای نزدیک همان گونه که در برنامه پنج‌ساله پنجم توسعه پیش‌بینی شده است همه سازمان‌های بیمه‌گر با یکدیگر ادغام و یا دست‌کم هماهنگ شوند تا از موازی کارها پیش‌گیری به عمل آید).

به عقیده غالب پزشکان عمومی کشورمان، این شیوه از کار نه تنها موجب ایجاد نظم و تحولی جدی در هنگام مراجعات مردم به پزشکان و مراکز درمانی خواهد شد، بلکه سبب تعریف جایگاه پزشکان عمومی و متخصص و اساساً سطح‌بندی آرایه‌ی خدمات پزشکی و درمانی و صرفه‌جویی در هزینه‌های پزشکی نیز خواهد شد. زیرا به این ترتیب برخلاف گذشته که هر بیمار در هنگام بروز کم‌ترین بیماری یا هر تب یا سرفه‌ای به هر جایی که مایل بود، مراجعه می‌کرد، دیگر نمی‌تواند مراجعه کند و ناگزیر است که به نزد پزشک خانواده خود برود و طبعاً به این ترتیب از بار مراجعه به متخصصین و فوق

متخصصین نیز کاسته خواهد شد. در مورد خرید دارو از داروخانه‌ها و مراجعه به پاراکلینیک‌ها نیز همین اتفاق رخ خواهد داد چون سطح‌بندی تجویز دارو و خدمات پاراکلینیکی نیز وجود خواهد داشت و از ریخت و پاش‌های قبلی که ناشی از مراجعات مکرر بیماران به این مطب و آن مطب عمومی و یا متخصص و فوق تخصص و سپس داروخانه‌ها و پاراکلینیک‌های پر هزینه بود ممانعت به عمل می‌آید.

ثبت نام:

در هر شهری که برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اجرا می‌شود هریک از افراد تحت پوشش پایه حق دارند یکی از پزشکان خانواده را که توسط ستاد عملیاتی معرفی می‌شوند به عنوان پزشک خانواده خود انتخاب کنند و با ثبت نام نزد آن پزشک، علاقه مندی خود را اعلام دارند. شخص می‌تواند تا دو بار در سال پزشک خانواده خود را عوض کند.

جمعیت تحت پوشش:

در مناطق مجری، هر خانوار بر اساس نظر سرپرست خانوار یکی از پزشکان خانواده مرکز مجری نزدیک محل سکونت را به عنوان پزشک خانواده انتخاب و نزد او ثبت نام خواهد کرد. کسانی که نزد پزشک خانواده ثبت نام می‌کنند جمعیت تحت پوشش او به حساب می‌آیند.

بیمه سلامت همگانی:

در راستای سیاستهای ابلاغی مقام معظم رهبری در حوزه سلامت و همچنین برنامه‌های دولت تدبیر و امید در اجرای فاز دوم قانون هدفمندی یارانه‌ها و اعلام وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی مبنی بر پوشش بیمه پایه همگانی و اجباری آحاد مردم ایران، افرادی که تحت پوشش هیچ یک از بیمه‌های پایه سلامت یا درمان نیستند، می‌توانند بدون پرداخت حق بیمه، با رعایت شرایط و مراجعه به آدرس سامانه اینترنتی سازمان بیمه سلامت ایران (www.bimehsalamat.ir) نسبت به ثبت نام اولیه اقدام کنند.

شرایط و مراحل ثبت نام:

۱. صرفاً افرادی که فاقد هرگونه پوشش بیمه سلامت یا درمان هستند، می‌توانند نسبت به تکمیل فرم ثبت نام اقدام کنند، لذا بیمه شدگان تحت پوشش سایر سازمان‌های بیمه‌گر (از قبیل سازمان تأمین اجتماعی، کمیته امداد امام خمینی (ره)، خدمات درمانی نیروهای مسلح و ...) مشمول این برنامه نمی‌شوند.
۲. در صورتی که در مراحل بررسی فرم ثبت نام اولیه، مشخص شود فرد متقاضی دارای پوشش بیمه‌ای سایر سازمان‌ها است، ثبت نام نامبرده لغو شده و دفترچه صادر نخواهد شد.
۳. افراد فاقد بیمه به منظور ثبت نام اولیه صرفاً می‌توانند به سامانه اینترنتی سازمان بیمه سلامت ایران مراجعه کنند.
۴. صدور و تحویل دفترچه بیمه سلامت از طریق دفاتر پیشخوان خدمات دولت و نمایندگی‌های سازمان بیمه سلامت ایران انجام می‌پذیرد.

پیشینه مطالعه:

با توجه به انحصاری بودن برنامه پزشک خانواده در برخی استان‌ها از جمله فارس و این که مدت زمان زیادی از راه اندازی طرح بیمه همگانی نگذشته، مطالعات زیادی در این زمینه در سطح کشور انجام نشده است.

مطالعات کاربردی که در زمینه پزشک خانواده شهری انجام شده است به ترتیب زیر می‌باشد:

۱. بررسی میزان رضایتمندی مردم و پزشکان خانواده از برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس سال ۱۳۹۲، مطالعه کننده: فاطمه غربی

در این مطالعه کاربردی دو بخشی، در ابتدا به نظرسنجی از مردم در زمینه برنامه پزشک خانواده با اهدافی همچون تعیین میزان رضایتمندی مردم از مرحله ثبت نام، ارائه دهندگان خدمات، خدمات پاراکلینیکی و درمانی، داروخانه و پزشک متخصص و مقایسه میزان رضایت مردم قبل و بعد از اجرای برنامه، پرداخته شده است و در بخش دوم به نظر سنجی از پزشکان خانواده با اهدافی همچون تعیین میزان ضرورت اجرا و ادامه برنامه از دیدگاه پزشکان خانواده، میزان رضایت پزشکان خانواده از حقوق فعلی خود نسبت به وضعیت قبلی (به صورت ffs)، میزان رضایت پزشکان خانواده از دریافت به موقع و مناسب حقوق، میزان

مراجعات غیرضروری مردم به پزشکان خانواده پس از اجرا شدن برنامه، میزان مراجعات مردم به پزشکان خانواده فقط جهت ارجاع به سطح ۲، میزان افزایش تجویز دارو نسبت به قبل از اجرای برنامه، میزان قادر به پذیرش همه بیماران نبودن به علت حجم بالای مراجعات و میزان تاثیرگذاری برنامه بر ارتقاء سلامت مردم از دیدگاه پزشکان خانواده و... پرداخته شده است.

۲. بررسی هزینه های عملکردی اداره کل بیمه سلامت استان فارس قبل و بعد از اجرای نظام ارجاع پزشک خانواده

شهری سالهای ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ در استان فارس، مطالعه کنندگان: جوانه راکی زاده - محمد جابری پور

در این مطالعه کاربردی، علاوه بر بررسی مراجعات و هزینه های درمان در بخشهای مختلف از جمله پاراکلینیک، داروخانه، پزشکان خانواده، پزشکان عمومی و پزشکان متخصص در زمان قبل و بعد از اجرای برنامه، میزان افزایش تجویز دارو نسبت به قبل از اجرای برنامه و پیمایش تاثیرگذاری برنامه بر ارتقاء سلامت مردم از منظر تغییرات مراجعات استخراج گردیده است.

همچنین در مقاله ای بین المللی که در زمینه خدمات سلامت مطالعه کردیم به این نتیجه رسیدیم که یک سرویس دهی خوب سلامت، منوط به مستمر بودن و کم هزینه بودن برای مردم است و کیفیت خدمات سلامت به ترتیب اهمیت وابسته به قابل دسترس بودن، قابل اعتماد بودن، مسوولیت پذیری، ضمانت و یک دل بودن بیمار و پزشک می باشد.^{۱۰}

با توجه به اهمیت زیادی که این مقاله برای قابل دسترس بودن خدمات سلامت قایل شده است، در این مطالعه کاربردی سعی ما بر این است که این موضوع را در استان فارس مورد بررسی قرار دهیم.

همچنین در مقاله بین المللی دیگری عنوان شده است که برنامه پزشک خانواده و سیستم ارجاع به افراد این امکان را می دهد که توجه بیشتری به سلامتی خود داشته باشند و مسوولیت بیشتری را در این مورد بپذیرند.^{۱۱} در بخش دیگری از این

¹⁰ Laith Alrubaiee, The mediating effect of patient satisfaction, International Journal of marketing studies, vol.3, No.1; Feb 2011

¹¹ Rodger Minos, MD, The consultation process and physician satisfaction. J Occup Environ Med.2005;47:1036-1043

مقاله پیشنهاد شده است که در مطالعات میدانی پرسشگران باید این مطلب را مد نظر قرار دهند که افرادی که مصاحبه شونده بنا به هر دلیلی از لحاظ روحی در وضعیت مناسبی نبودند حتماً زمان بیشتری را به آنها اختصاص دهند. که این مهم نیز در بخش نظرسنجی این مطالعه، رعایت گشته است.

Archive of SID

فصل سوم: روش مطالعه

روش اجرای مطالعه:

نوع مطالعه مقطعی توصیفی تحلیلی می باشد. جهت دستیابی به جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) به تفکیک ماه برای استان فارس از سال ۹۱ الی ۹۳ در ابتدا برآورد جمعیت شهری استان فارس از مرکز آمار ایران اخذ شده است. همچنین جمعیت دارای پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) به تفکیک ماه برای استان فارس از سال ۹۱ الی ۹۳ از طریق نوشتن Query های لازم از ریز اطلاعات سامانه IEHS تجمیع، خلاصه سازی و دسته بندی گردیده و به دست آمده است. از تفاضل این اعداد جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری را برآورد نموده ایم و نهایتاً تاثیر گذاری برنامه بیمه سلامت همگانی را با توجه به این که طرح از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ شروع شده است به کمک آزمون آماری تی مستقل بررسی نموده ایم.

پس از آن جهت تکمیل اطلاعات برای پاسخگویی به ادامه سوالات پژوهشی و تحلیل فرضیات نیاز به میزان جمعیت هدف استان فارس سال ۹۳ داریم که اقدامات ذیل در راستای رسیدن به آن انجام می گردد.

الف) دستیابی به جمعیت واجد شرایط استان فارس:

در راستای رسیدن به هدف دستیابی به جمعیت واجد شرایط استان فارس سال ۹۳ می بایست جمعیت کلیه صندوق های بیمه ای به غیر از صندوق روستایی در نظر گرفته شود. اما نکته قابل توجه در جمعیت صندوق روستایی این است که این صندوق علاوه بر روستاییان شامل شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر نیز می باشد. که در فصل چهارم توضیحات کامل در زمینه چگونگی دستیابی به این جمعیت داده شده است.

ب) دستیابی به جمعیت بیمه شدگان ثبت نام کرده در برنامه پزشک خانواده شهری:

این اطلاعات در سامانه IEHS موجود می باشد. جمعیت را به لحاظ وجود جمعیت تکراری برای پزشکان خانواده مورد بررسی قرار دادیم و جمعیت های تکراری را حذف نمودیم و سپس هم پوشانی بیمه سلامت با سایر بیمه ها را مشخص نموده و حذف کردیم. نهایتاً به اطلاعات دقیق و اصلاح شده در این زمینه دست یافتیم.

ج) دستیابی به جمعیت هدف:

- تطابق جمعیت به دست آمده در قسمت (ب) با جمعیت (الف) از طریق JOIN Query های لازم با استفاده از کلید کد ملی که جمعیت تطبیقی بدست آمده ۷۱۸۱۹۷ نفر می باشد.
 - کسر جمعیت منطبق شده از جمعیت واجد شرایط برای استخراج جمعیت هدف به تعداد ۸۷۹۱۵ نفر
- سپس مشخصات دموگرافیک جمعیت هدف به لحاظ صندوق بیمه ای، سن، جنس، موقعیت جغرافیایی و ... به تفکیک شهرستان و بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سال ۹۳ مورد تحلیل و بررسی قرار گرفته است.
- همچنین جهت بررسی کاملتر دو شاخص مختلف را در فصل چهارم تعریف کرده ایم و ارتباط این شاخص ها را با جمعیت هدف به کمک ضریب همبستگی، رگرسیون و آزمون های مربوطه مورد مطالعه قرار دادیم.
- در انتها برای کامل تر شدن مطالعه یک نمونه ۳۵۰ نفری از جمعیت هدف را مورد نظرسنجی تلفنی قرار دادیم و برای نظرسنجی نیز از پرسشنامه دست ساز استفاده نمودیم و اطلاعات به دست آمده را به کمک ابزار آمار توصیفی و استنباطی همانند قسمت های قبل در نرم افزار SPSS مورد بررسی و تحلیل قرار داده ایم با این هدف که بتوانیم به دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان در برنامه پزشک خانواده شهری را به تفکیک شهرستان، پی ببریم.

جامعه مطالعه:

کلیه بیمه شدگان بیمه سلامت در استان فارس که در برنامه پزشک خانواده شهری ثبت نام نکرده اند. که آن را جمعیت هدف استان فارس در سال ۹۳ نامیدیم که حجم آن برابر ۸۷۹۱۵ نفر می باشد که حدود ۲۲۰۰۰ خانوار را شامل می شود.

روش محاسبه حجم نمونه و تعداد آن :

با توجه به فرمول کاکران حجم نمونه حدود ۳۵۰ خانوار به دست آمده است. که به صورت تسهیم به نسبت جمعیت هدف، بین شهرستان ها توزیع گردیده است که به صورت جدول ۱ دیده می شود:

جدول ۱- توزیع نمونه تصادفی

آباد	ارسنجان	استهبان	اقلید	بوانات	پاسارگاد	چهرم	خرم بید	داراب
۵	۵	۵	۶	۳۵	۵	۱۱	۳	۱۰
رستم	زرین دشت	سپیدان	سروستان	شیراز	فراشبند	فسا	فیروزآباد	قبر و کارزین
۵	۱۰	۵	۵	۱۱۳	۶	۱۵	۹	۵
کازرون	گراش	لارستان	لامرد	مرودشت	ممسنی	مهر	نی ریز	
۱۶	۵	۱۸	۸	۲۰	۱۲	۶	۵	

* به دلیلی که در فصل چهارم مطرح شده است سهم بیشتری را به شهرستان بوانات تخصیص داده ایم.

روش نمونه گیری:

از روش طبقه بندی تصادفی استفاده نموده ایم. بدین ترتیب که هر شهرستان را به عنوان یک طبقه در نظر گرفتیم از هر شهرستان نمونه مربوطه را به روش تصادفی از بین بیمه شدگان اصلی و از صندوق های مختلف برگزیدیم.

لازم به ذکر است این نظرسنجی به صورت تلفنی صورت گرفته است و شماره تلفن بیمه شده اصلی از بانک اطلاعاتی سامانه بیمه گری اخذ شده است. در صورت عدم پاسخگویی به تلفن ها مجددا در روزهای آینده تماس گرفته می شود و در صورت عدم پاسخگویی شماره دیگری از همان صندوق بیمه ای و شهرستان به صورت تصادفی جایگزین خواهد شد.

ابزار جمع آوری داده ها:

- نامه نگاری به مرکز آمار ایران
 - پایگاه اطلاعاتی سامانه خدمات سلامت ایران مربوط به دانشگاه علوم پزشکی شیراز (IEHS)
 - پایگاه اطلاعاتی Oracle اسناد پزشکی
 - پایگاه اطلاعاتی SQL Server بیمه گری
 - پایگاه اطلاعاتی سامانه امید
 - پرسشنامه که توسط پژوهشگر با مشاوره کارشناسان مربوطه -جهت تامین روایی آن- تدوین شده است. (به پیوست موجود می باشد)
- لازم به ذکر است که با توجه به اسمی بودن پاسخ سوالات پرسشنامه و همچنین نبودن ارتباط مفهومی بین سوالات آن، نیازی به تعیین میزان آلفای کرونباخ و بررسی پایایی پرسشنامه نمی باشد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

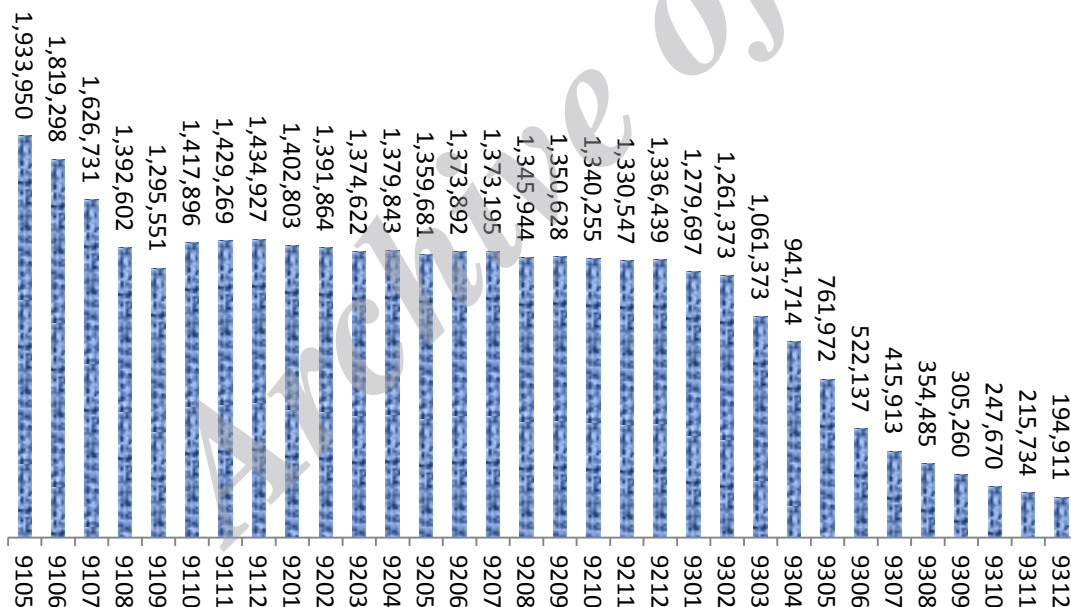
داده های به دست آمده از طریق تهیه query های مختلف در بانک اطلاعاتی SQL Server و همچنین به کمک ابزارهای آمار توصیفی همانند شاخص های آماری، نمودارها، جداول و ابزارهای آمار استنباطی همانند t-test، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی در نرم افزار SPSS توصیف و تحلیل خواهند شد.

فصل چهارم: توصیف و تحلیل داده ها

توصیف و تحلیل یافته ها

سوال پژوهشی اول:

۱. تعیین روند جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) در استان فارس به تفکیک شهرستان سال های ۹۱ الی ۹۳ جهت به دست آوردن جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) می بایست که جمعیت ثبت نام کرده در سامانه IEHS را از برآورد جمعیت سرشماری شهری استان فارس کم نماییم. نمودار ۱ به صورت زیر دیده می شود:



نمودار ۱- روند جمعیت ثبت نام نشده در برنامه پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) استان فارس - سال های ۹۱ الی ۹۳

* اعداد موجود روی محور افقی جدول، دو رقم اول مربوط به سال و دو رقم دوم مربوط به ماه است. به عنوان مثال منظور

از ۹۳۱۲، اسفندماه سال ۹۳ می باشد.

* همانطور که مشاهده می شود در نمودار جمعیتی فوق یک کاهش و افزایش خارج از روند را در ماه های ۸ الی ۱۰ سال

۹۱ داریم که به دلیل ایجاد و استفاده از سامانه IEHS جهت جمع آوری اطلاعات ثبت نام در برنامه به جای استفاده از روش

خود اظهاری پزشکان می باشد.

همچنین در نمودار فوق ملاحظه می شود که از زمان شروع برنامه بیمه همگانی سلامت کاهش قابل ملاحظه ای در روند

جمعیت فاقد پزشک خانواده مشاهده می شود.

با توجه به درخواست جلسه ارزیابی مورخ ۹۴/۱۰/۱۹، در این قسمت مشخص می کنیم که چه مقدار از این کاهش مربوط به

بیمه سلامت می باشد:

جدول ۱-۱

تاریخ	جمعیت دارای پزشک خانواده سلامت	جمعیت فاقد پزشک خانواده سلامت
۹۳۰۲	۷۲۶۰۰۰	۱۳۱۸۶۰۰۰
۹۳۱۲	۹۸۰۷۶۸	۸۷۹۱۵

با توجه به جدول فوق درصد کاهش جمعیت فاقد پزشک خانواده در بیمه سلامت در دو مقطع زمانی جدول فوق ۵۰ درصد

می باشد.

اما در همین دو مقطع زمانی کاهش جمعیت فاقد پزشک خانواده بدون در نظر گرفتن نوع بیمه حدود ۸۳ درصد می باشد که

حدود ۹ درصد این کاهش مربوط به کاهش در جمعیت فاقد پزشک خانواده بیمه سلامت است.

جهت بررسی تاثیر برنامه بیمه سلامت همگانی بر روند کاهش جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری قابل ذکر است که این

تاثیر در جمعیت فاقد پزشک خانواده بیمه سلامت قابل بررسی به این ترتیب نمی باشد چراکه اضافه شدن صندوق همگانی به

^{۱۲} اطلاعات مربوط به ماه ۲ سال ۹۳، تقریبی است و اصلاحات صورت گرفته در آن بر اساس درصد اصلاحات پایان سال ۹۳ که مدنظر مطالعه بوده است، می باشد. چرا که اگر بنا به محاسبه دقیق آن باشد یک کار پژوهشی جدید را نیازمند است.

بیمه شدگان سلامت هم جمعیت واجد شرایط ما را اضافه کرده است و هم جمعیت ثبت نام کرده و بنابراین قابلیت بررسی ندارد.

ولی در حالت بدون در نظرگرفتن نوع بیمه که در فرضیه ۱ بررسی شده است ارزشمند و قابل تامل است چراکه تاثیرگذاری تنها روی جمعیت ثبت کرده است و جمعیت واجد شرایط (جمعیت سرشماری شهری) را تغییر نمی دهد.

لازم به ذکر است برآورد جمعیت شهری سرشماری استان فارس طی سال های مورد مطالعه به صورت جدول ۲ می باشد:^{۱۳}

جدول ۲- جمعیت شهری سرشماری استان فارس

سال	برآورد جمعیت شهری سرشماری
۹۱	۳,۱۰۶,۷۳۲
۹۲	۳,۲۷۲,۷۳۲
۹۳	۳,۴۴۲,۳۰۰

فرضیه اول:

برنامه بیمه همگانی سلامت بر روند جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) در استان فارس تاثیرگذار است.

با توجه به این که برنامه بیمه همگانی سلامت از اردیبهشت ماه سال ۱۳۹۳ شروع شده است، جهت تحلیل و بررسی فرضیه فوق، اطلاعات جمعیتی سوال پژوهشی اول را به دو بخش قبل از بیمه همگانی و بعد از بیمه همگانی تقسیم بندی نمودیم و اختلاف میانگین این دو گروه را به لحاظ آماری به کمک آزمون تی مستقل (Independent Samples T test) مورد

بررسی قرار دادیم که نتایج به صورت جدول ۳ است:

^{۱۳} منبع: مرکز آمار ایران

جدول ۳- جدول آمار توصیفی

انحراف معیار	میانگین	تعداد	جمعیت فاقد پزشک خانواده
۱۶۵,۱۵۸	۱,۴۲۸,۰۷۸	۲۱	قبل از اجرای بیمه همگانی سلامت
۳۷۵,۱۱۵	۵۷۱,۱۴۰	۱۱	بعد از اجرای بیمه همگانی سلامت

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می شود میانگین جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری قبل از اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت ۱,۴۲۸,۰۷۸ نفر و بعد از اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت به ۵۷۱,۱۴۰ نفر رسیده است.

انحراف معیار شاخصی است که متوسط میزان انحراف از میانگین را برای هر یک از گروه ها مشخص می کند.

جهت بررسی وجود اختلاف معنی دار بین این دو میانگین با در نظر گرفتن میزان پراکندگی از آزمون تی مستقل مطابق جدول ۴ استفاده کرده ایم:

جدول ۴- آزمون تی مستقل

آزمون تی مستقل						
آزمون تی		آزمون لون ^{۱۴} جهت بررسی برابری واریانس ها				
Sig. (2-tailed)	df	t	Sig.	F		
.۰۰۰	۳۰	۹.۰۲۵	.۰۰۰	۱۵.۷۰۶	جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری	
.۰۰۰	۱۲.۰۷۲	۷.۲۱۹			با فرض برابری واریانس ها	
					با فرض عدم برابری واریانس ها	

در ابتدا با توجه به سطح معنی داری آزمون لون و مقایسه با میزان خطا^{۱۵}، داریم:

Levene Test^{۱۴}

$$\text{Sig}=0 < \alpha=0.05$$

بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری واریانس دو گروه رد شده و به این نتیجه می‌رسیم که واریانس‌ها برابر نیستند. در

نتیجه، حاصل محاسبات آزمون تی را از سطر دوم جدول ملاحظه می‌کنیم:

مقدار آماره t و درجه آزادی مربوط به آن در سطر دوم جدول قابل ملاحظه می‌باشد. جهت تحلیل برابری میانگین‌ها از

سطح معنی‌داری آزمون استفاده می‌کنیم و داریم:

$$\text{Sig}=0 < \alpha=0.05$$

بنابراین فرض صفر مبنی بر برابری میانگین‌های دو گروه رد می‌شود و به این نتیجه می‌رسیم که اختلاف معنی‌دار آماری

به شدت میان میانگین جمعیت فاقد پزشک خانواده قبل و بعد از اجرای بیمه سلامت همگانی وجود دارد و همان‌طور که از

مقدار میانگین‌ها برآورد می‌شود کاهش معنی‌دار مقدار میانگین را شاهد بوده‌ایم. بنابراین فرضیه ما تایید می‌گردد.

می‌توان نتیجه گرفت که اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت روی کاهش روند جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری تاثیر

بسیاری داشته است. این اتفاق می‌تواند ناشی از این باشد که با اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت بسیاری از افراد به سمت

بیمه شدن و ثبت نام در برنامه پزشک خانواده سوق داده شده‌اند و این امر به‌طور معنی‌داری منجر به کاهش روند جمعیت

فاقد ثبت نام پزشک خانواده شهری شده است.

سوال پژوهشی دوم:

تعداد دقیق جمعیت بیمه شدگان سلامت فاقد پزشک خانواده شهری (جمعیت هدف) در استان فارس سال ۹۳ چقدر است؟

^{۱۵} میزان خطا در این پژوهش برابر ۰,۰۵ می‌باشد.

در این قسمت مطالعه، جهت تکمیل اطلاعات برای پاسخگویی به ادامه سوالات پژوهشی و تحلیل فرضیات نیاز به میزان جمعیت هدف داریم. برای این منظور ابتدا می بایست جمعیت بیمه سلامت واجد شرایط ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری (جمعیت واجد شرایط) در استان فارس سال ۹۳ را داشته باشیم.

اقدامات و مراحل صورت گرفته جهت دستیابی به جمعیت هدف سال ۹۳ در استان فارس:

الف) دستیابی به جمعیت واجد شرایط استان فارس:

در راستای رسیدن به هدف دستیابی به جمعیت واجد شرایط استان فارس سال ۹۳ می بایست جمعیت کلیه صندوق های بیمه ای به غیر از صندوق روستایی در نظر گرفته شود. اما نکته قابل توجه در جمعیت صندوق روستایی این است که این صندوق علاوه بر روستاییان شامل شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر نیز می باشد.

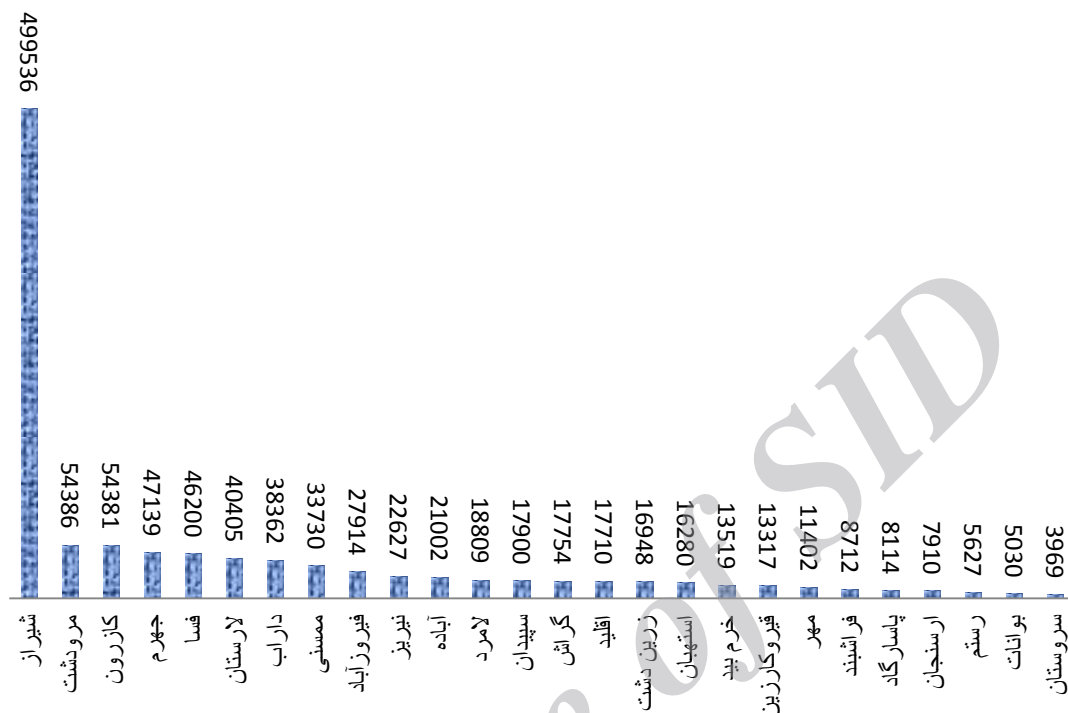
مشکل فوق در جلسه ای با حضور ریاست محترم اداره نظارت و ارزشیابی، ریاست محترم بیمه گری و درآمد و دو نفر از کارشناسان محترم ادارات مذکور به بحث گذارده شد و به این نتیجه رسیدیم که برخی از شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر واجد شرایط ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری می باشند که جمعیت این شهرها بایستی به جمعیت واجد شرایط ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری اضافه شوند.

در این راستا با مذاکره با معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی شیراز لیست شهرهای مذکور را اخذ نمودیم، که ۲۷ شهر را در بر می گیرد. اطلاعات در پیوست ۲ موجود است.

پس از استخراج اطلاعات جمعیتی شهرهای زیر بیست هزار نفر از بانک اطلاعات بیمه گری مشخص گردید که مجموع جمعیت این شهرها ۱۸۸۱۴۳ نفر می باشد. این مقدار را به جمعیت واجد شرایط اضافه نمودیم و همچنین لازم به ذکر است جمعیت صندوق بیمه همگانی نیز از سامانه امید اخذ شده است. با بررسی جمعیت این صندوق، تعدادی هم پوشانی با سایر صندوق ها را مشاهده نمودیم و این آمار نیز به صورت دقیق اصلاح شد و نهایتاً جمعیت واجدین شرایط ثبت نام در برنامه

پزشک خانواده ۱,۰۶۸,۶۸۳ نفر با انحراف معیار ۹۴,۷۵۸ در استان فارس می باشد. که به تفکیک شهرستان به صورت

نمودار ۲ قابل مشاهده است.



نمودار ۲- نمودار جمعیت واجد شرایط استان فارس سال ۹۳

ب) دستیابی به جمعیت بیمه شدگان ثبت نام کرده در برنامه پزشک خانواده شهری:

این اطلاعات در سامانه IEHS موجود می باشد. جمعیت را به لحاظ وجود جمعیت تکراری برای پزشکان خانواده مورد بررسی قرار دادیم و جمعیت های تکراری را حذف نمودیم و سپس هم پوشانی بیمه سلامت با سایر بیمه ها را مشخص نموده و حذف کردیم (جدول ۵- ۹۹۸۳۱ نفر) و نهایتاً به اطلاعات دقیق و اصلاح شده در این زمینه دست یافتیم.

جدول ۵- آمار همپوشانی بیمه سلامت با سایر سازمان های بیمه گر

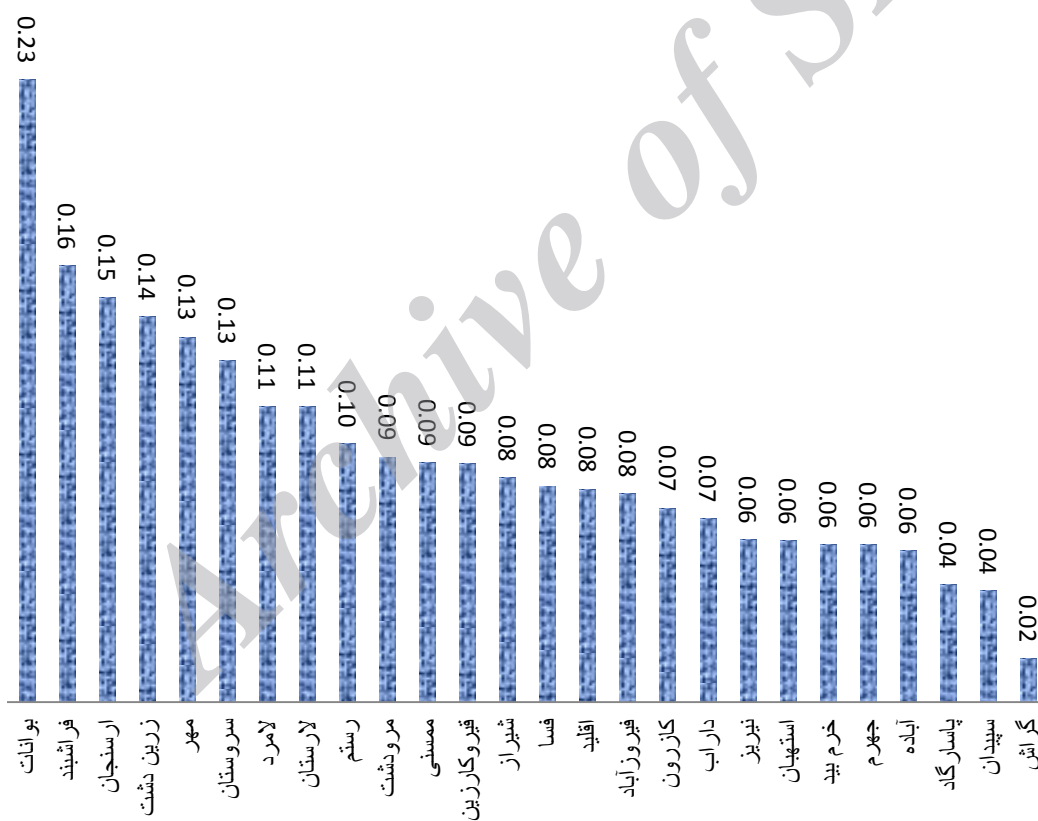
سازمان های بیمه گر	تامین اجتماعی	نیروهای مسلح	کمیته امداد امام خمینی	بدون بیمه (نامشخص)
جمعیت دارای هم پوشانی	۸۲۶۲۴	۲۸	۳۶۶۱	۱۳۵۱۸

ج) دستیابی به جمعیت هدف استان فارس سال ۹۳:

لازم به ذکر است جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری استان فارس برابر ۸۷۹۱۵ نفر با انحراف معیار ۷۵۳۶ می باشد که حدود ۸ درصد جمعیت واجد شرایط را در بر می گیرد.

همان طور که در نمودار ۳ ملاحظه می شود بیشترین جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری مربوط به شیراز و کمترین آن مربوط به خنج می باشد.

برای بررسی بیشتر و قیاس دقیق تر شهرستان های استان فارس به لحاظ جمعیت هدف در سال ۹۳، نگاهی به شاخص نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط شهرستان ها می اندازیم که بتوانیم نسبت به جمعیت واجد شرایط هر شهرستان این قیاس را انجام دهیم.



نمودار ۴- نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط استان فارس

ملاحظه نمودار ۴ و قیاس با نمودار ۳ جالب توجه می باشد.

لازم به ذکر است متوسط نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط در استان فارس برابر ۹ درصد با انحراف معیار ۰.۰۴ به دست آمده است. میانه نسبت های مذکور برای شهرستان ها برابر ۸ درصد می باشد بدین معنا که نصف شهرستان های استان فارس دارای میزان نسبت کمتر ۸ درصد می باشند. این نسبت در شهر شیراز ۸ درصد می باشد که تقریباً برابر میانه و میانگین استان می باشد.

می توان نتیجه گرفت که بیشترین نسبت عدم ثبت نام در شهرستان بوانات و کمترین نسبت در شهرستان گراش می باشد. بنابراین سعی کرده ایم که در نمونه گیری انجام شده جهت نظرسنجی نسبت نمونه بیشتری را به شهرستان بوانات نسبت دهیم.

سوال پژوهشی سوم:

جمعیت هدف در استان فارس به لحاظ صندوق بیمه ای، سن، جنس، موقعیت جغرافیایی و ... به تفکیک شهرستان و بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سال ۹۳ چگونه توزیع شده اند؟

با توجه به این که آمار دقیق جمعیت هدف به سهولت قابلیت دسترسی را نداشت، حال که ما در طی انجام این مطالعه به مهم دست یافتیم حائز اهمیت است که مشخصات دموگرافیک این افراد را به دست آوریم و بتوانیم دسته بندی هایی روی اطلاعات داشته باشیم.

بررسی مشخصات دموگرافیک جمعیت هدف به لحاظ صندوق بیمه ای، سن، جنس، موقعیت جغرافیایی و

... به تفکیک شهرستان و بر اساس آخرین آمار ثبت شده در سال ۹۳:

جمعیت هدف استان فارس در سال ۹۳ برابر ۸۷۹۱۵ نفر می باشد که مشخصات افراد به صورت زیر می باشد.

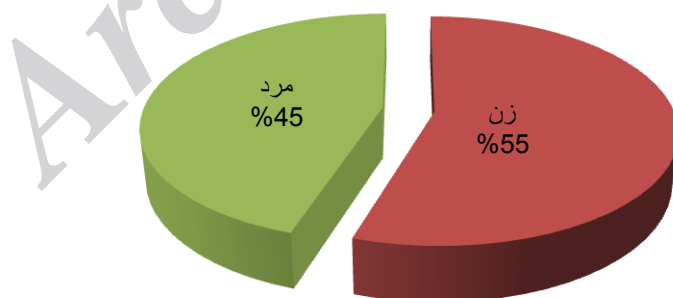
الف) سن: فراوانی جمعیت مذکور به لحاظ گروه سنی به صورت جدول ۶ دسته بندی شده اند:

جدول ۶- فراوانی گروه سنی جمعیت هدف استان فارس در سال ۹۳

گروه سنی	فراوانی	درصد فراوانی	درصد فراوانی (بدون در نظر گرفتن داده خالی)	درصد فراوانی تجمعی
۰-۲۵	۳۰۰۹۳	۳۴.۲	۳۴.۲	۳۴.۲
۲۵-۵۰	۳۵۱۹۵	۴۰.۰	۴۰.۰	۷۴.۳
۵۰-۷۰	۱۵۳۷۱	۱۷.۵	۱۷.۵	۹۱.۷
۷۰ و بالاتر	۷۲۵۴	۸.۳	۸.۳	۱۰۰.۰
کل	۸۷۹۱۳	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	
داده خالی	۲	.۰		
کل	۸۷۹۱۵	۱۰۰.۰		

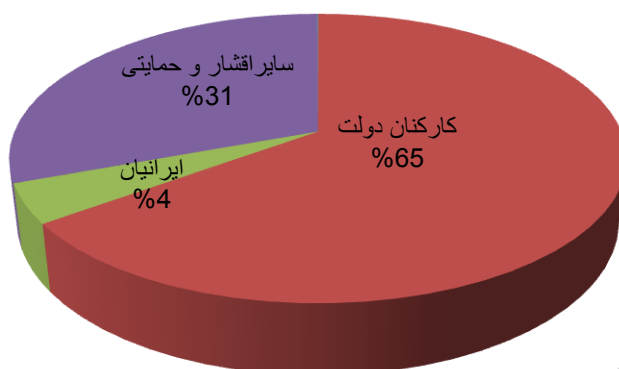
با توجه به جدول ۶ بیشترین درصد گروه سنی مربوط به سن ۲۵-۵۰ سال می باشد و با توجه به ستون درصد فراوانی تجمعی می توان نتیجه گرفت که حدود ۷۴ درصد از سن کمتر از ۵۰ سال دارند.

(ب) جنسیت (نمودار ۵) :



نمودار ۵- درصد جنسیت جمعیت هدف استان فارس

ج) صندوق بیمه ای (نمودار ۶):



نمودار ۶- درصد صندوق بیمه ای جمعیت هدف استان فارس سال ۹۳

همان طور که ملاحظه می شود بیشترین درصد صندوق بیمه ای مربوط به کارکنان دولت می باشد.

اما جهت قیاس دقیق و صحیح تر می بایست نسبت جمعیت های فوق را به جمعیت واجد شرایط صندوق ها محاسبه کنیم

که حاصل به صورت جدول ۷ است:

جدول ۷- نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط به تفکیک صندوق

نسبت عدم ثبت نام	صندوق بیمه ای
۰.۱۴	کارکنان دولت
۰.۱۰	ایرانیان
۰.۰۶	سایر اقشار و حمایتی
<۰.۰۱	همگانی

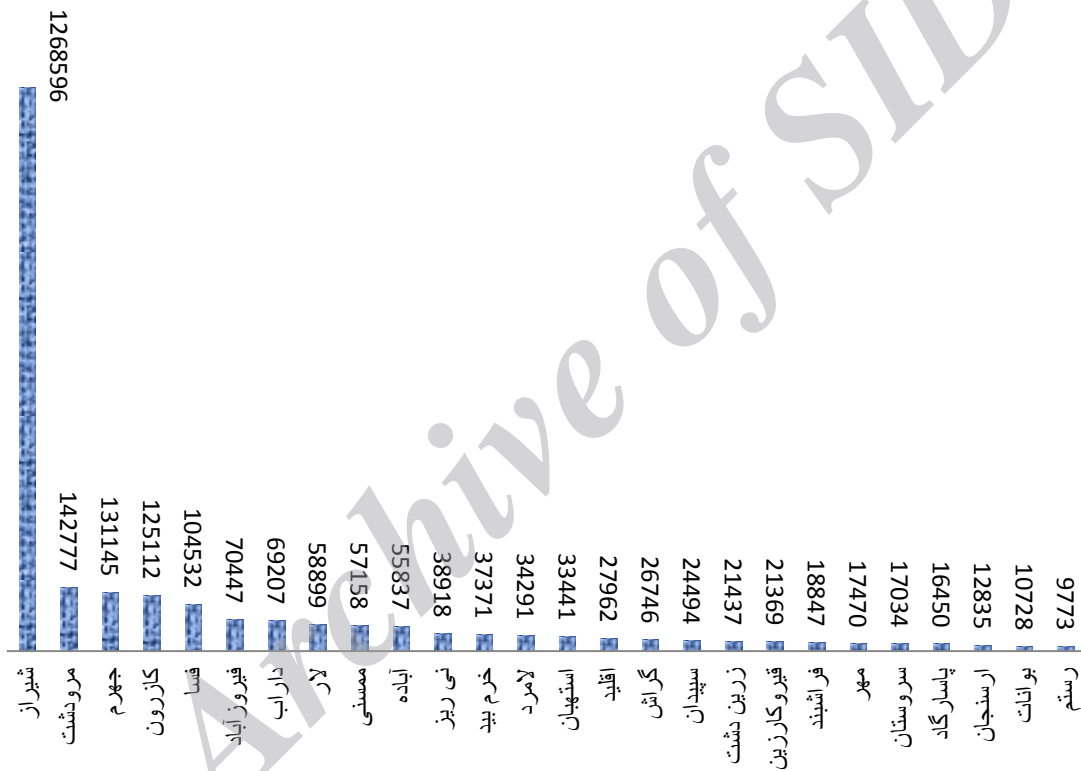
همان طور که ملاحظه می شود بیشترین درصد عدم ثبت نام نیز در صندوق کارکنان دولت می باشد که دلیل آن در

نظرسنجی انجام شده بررسی گردیده است که در ادامه بحث عنوان خواهد شد.

سوال پژوهشی چهارم:

نسبت جمعیت ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) به جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان هر شهرستان در سال ۹۳ (شاخص ۱) در استان فارس چقدر است؟ جهت دستیابی به هدف فوق دو جمعیت بایستی محاسبه گردند:

الف) جمعیت ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده شهری هر شهرستان (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) که از سامانه IEHS اخذ شده است. نتایج به تفکیک شهرستان به صورت نمودار ۷ است:



نمودار ۷- جمعیت ثبت نام شده در برنامه پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) استان فارس سال ۹۳

ب) جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان هر شهرستان

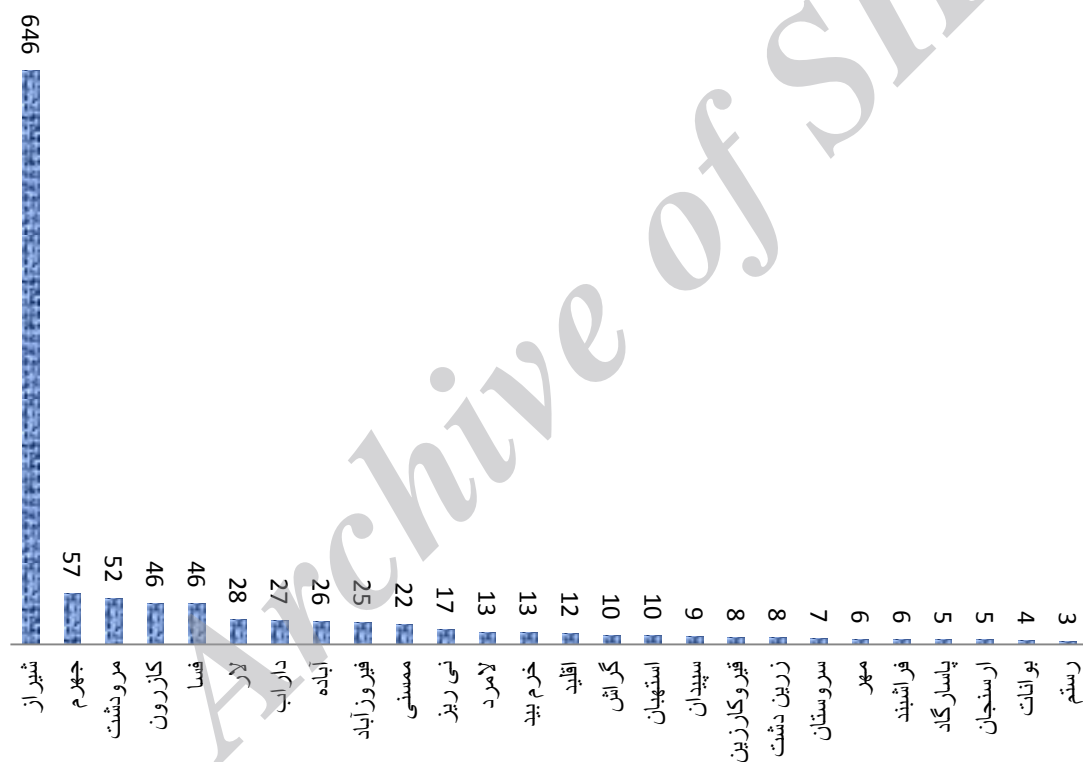
جهت به دست آوردن جمعیت فوق، از اطلاعات موجود در بانک اطلاعات اسناد پزشکی استفاده کرده ایم. بدین ترتیب که

برای هر شهرستان، بر اساس شیفت کاری پزشکان، جمعیت مجاز قابل ثبت نام پزشکان شهرستان را محاسبه نمودیم.

این محاسبات با توجه به قانون جدول ۸ و نمودار ۸ صورت پذیرفته است.

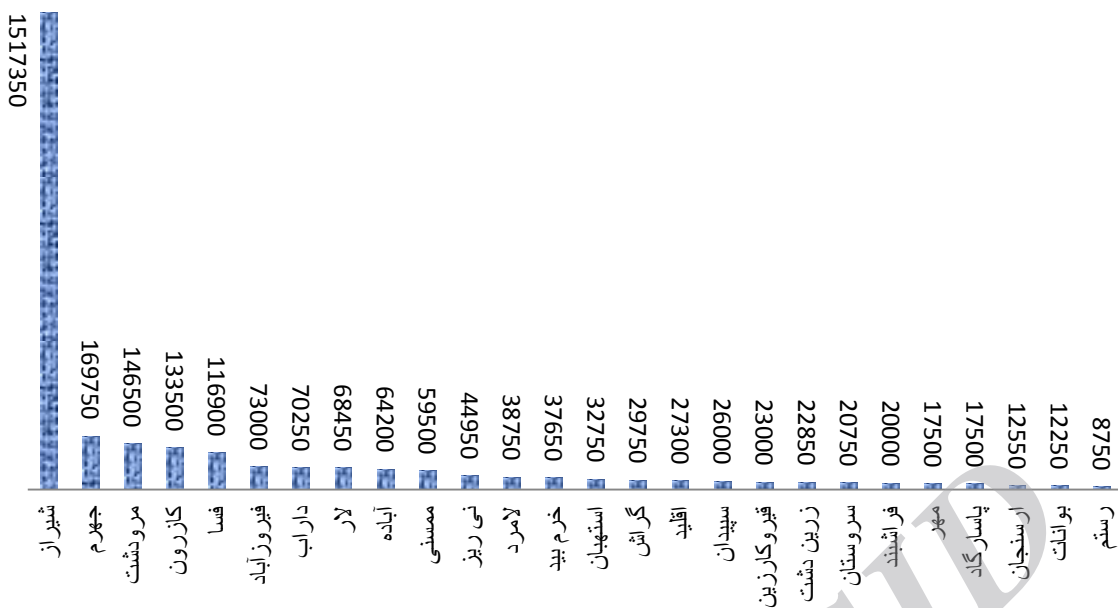
جدول ۸ - جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان بر اساس شیفت کاری

شیفت	جمعیت مجاز قابل ثبت نام (نفر)
دو شیفت شیراز	۳۰۰۰
دو شیفت شهرستان	۳۵۰۰
تک شیفت ۴ ساعت صبح یا ۴ ساعت عصر شیراز	۱۵۰۰
تک شیفت ۴ ساعت صبح یا ۴ ساعت عصر شهرستان	۱۷۵۰
تک شیفت ۶ ساعت صبح یا ۶ ساعت عصر شیراز و شهرستان	۲۰۵۰
تک شیفت ۷ ساعت صبح شیراز و شهرستان	۲۵۰۰



نمودار ۸ - تعداد پزشکان خانواده استان فارس سال ۹۳

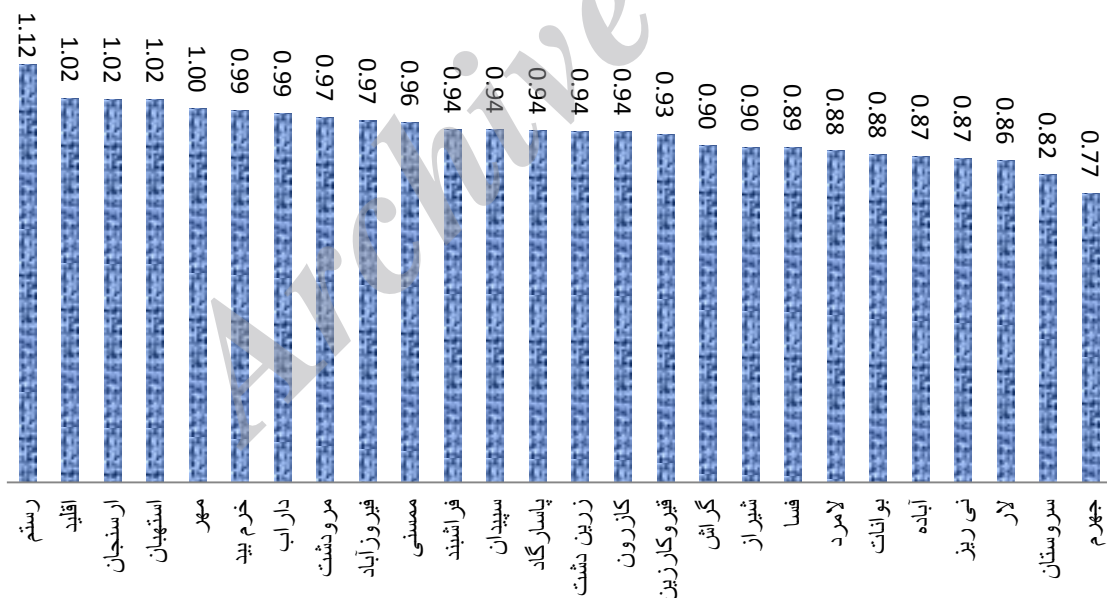
مجموع تعداد پزشکان در نمودار فوق ۱۱۱۱ نفر می باشد . حاصل این محاسبات به صورت نمودار ۹ به دست آمده است.



نمودار ۹- جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان شهرستان های استان فارس سال ۹۳

همان طور که ملاحظه می شود شیراز دارای بیشترین و رستم دارای کمترین جمعیت مجاز می باشند.

سیس حاصل نمودار شاخص ۱ برای پزشکان هر شهرستان در سال ۹۳ به صورت نمودار ۱۰ می باشد:



نمودار ۱۰- ۱- نسبت جمعیت ثبت نام کرده در برنامه پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) به جمعیت مجاز قابل ثبت نام پزشکان خانواده استان فارس سال ۹۳

همان طور که از نمودار ۱۰ مشخص است شاخص ۱ در شهرستان های رستم، اقلید، ارسنجان و استهبان مقداری بیشتر از یک شده است که نشان دهنده این است که در این شهرستان ها پزشکان بیش از سقف مجاز خود، افراد را ثبت نام نموده اند و می تواند به دلیل کمبود پزشک در این شهرستان ها باشد. این مساله به واحد پرداخت پزشک خانواده در اداره کل و همچنین به دانشگاه علوم پزشکی شیراز گزارش خواهد گردید. البته جهت بررسی دقیق تر حتما می بایست به شاخص ۲ نیز توجه شود.

کمترین میزان شاخص ۱ مربوط به شهرستان چهرم می باشد.

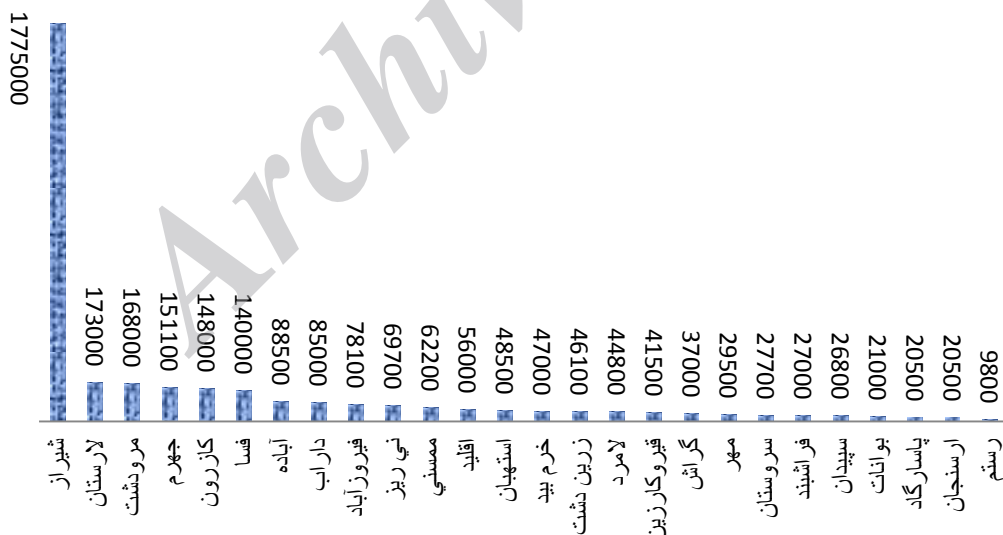
سوال پژوهشی پنجم:

نسبت جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به برآورد جمعیت شهری سرشماری هر شهرستان در سال ۹۳ (شاخص ۲) چقدر است؟

جهت محاسبه شاخص ۲ نیز به محاسبه دو جمعیت مختلف نیازمندیم:

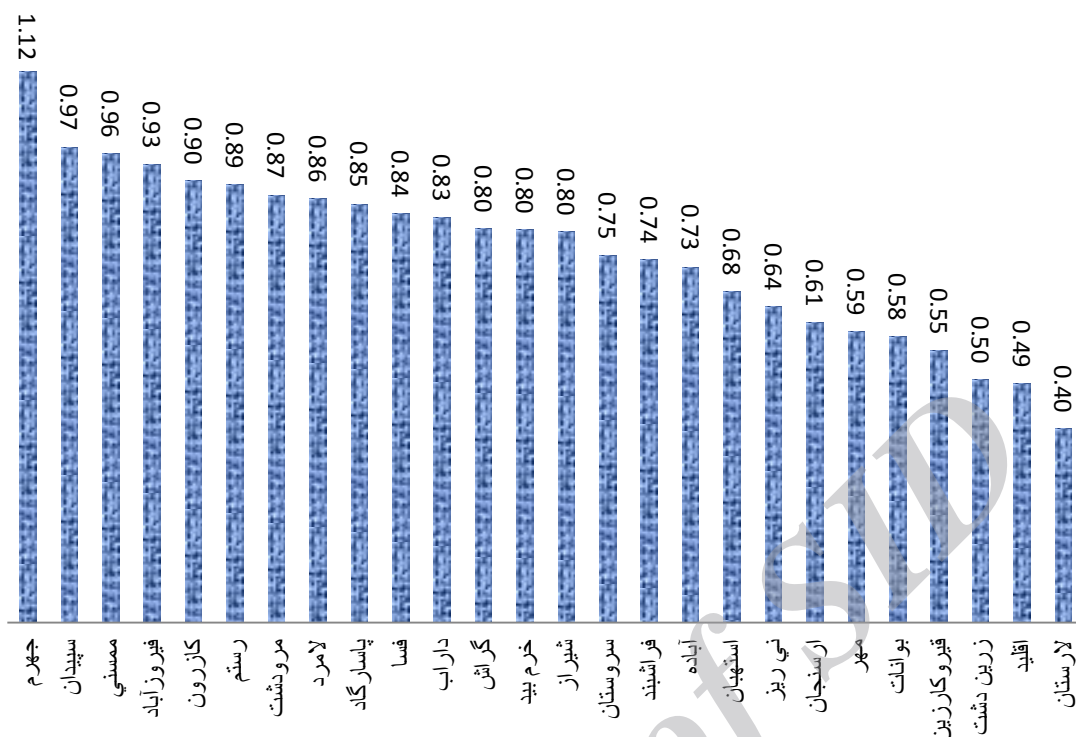
الف) جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان هر شهرستان که در قسمت ب سوال قبل مقدار آن محاسبه و ارائه گردید.

ب) جمعیت شهری سرشماری که از مرکز آمار ایران اخذ شده است که نتایج به صورت نمودار ۱۱ می باشد:



نمودار ۱۱ - برآورد جمعیت شهری سرشماری استان فارس سال ۹۳

و نهایتاً نمودار شاخص ۲ بدین ترتیب می باشد (نمودار ۱۲):



نمودار ۱۲- شاخص ۲- نسبت جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به جمعیت شهری سرشماری در استان فارس سال ۱۳۹۳

همان طور که در نمودار فوق ملاحظه می شود، تنها شهرستان جهرم دارای میزان شاخصی بیش از ۱ می باشد که بدین معنا که ظرفیت مجاز قابل ثبت نام پزشکان در این شهرستان بیش از جمعیت شهری سرشماری می باشد که این می تواند به دلیل قطب پزشکی بودن، وجود دانشگاه علوم پزشکی و تعداد زیاد پزشک در این شهرستان باشد.

برعکس در شهرستان های لارستان، اقلید و زرین دشت این نسبت به کمتر از ۵۰ درصد رسیده است که می تواند حاکی از کمبود پزشک در این مناطق باشد. مجدداً با ملاحظه شاخص ۱ در این سه شهرستان به این نتیجه می رسیم که نظریه کمبود پزشک در زرین دشت و اقلید می تواند صحت داشته باشد چرا که به طور متوسط پزشکان همه ظرفیت ثبت نام خود را در این شهرستان ها پر نموده اند ولی در لارستان این گونه نیست و کم بودن شاخص ۱ و ۲ در این شهرستان می تواند به دلایل دیگری باشد که در نظرسنجی بررسی خواهد گردید.

فرضیه پژوهشی دوم:

بین نسبت بیمه شدگان فاقد پزشک خانواده شهری (در صندوق های بیمه ای شهری) با میزان شاخص های ۱ و ۲، در

شهرستان های استان فارس سال ۹۳، رابطه وجود دارد.

در تحلیل این فرضیه جهت سهولت از اسامی ذیل جهت متغیرها استفاده نموده ایم:

Rate : نسبت بیمه شدگان فاقد پزشک خانواده شهری(در صندوق های بیمه ای شهری)

Index1 : شاخص ۱

Index2 : شاخص ۲

جهت بررسی فرضیه فوق، ابتدا به بررسی میزان همبستگی میان این شاخص ها و نسبت بیمه شدگان فاقد پزشک خانواده

شهری می پردازیم. با توجه به کمی بودن این متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون (جدول ۹) استفاده می کنیم:

جدول ۹- ماتریس ضریب همبستگی پیرسون

index2	index1	rate	
-.۴۵۵	.۱۳۳	۱	ضریب همبستگی پیرسون
.۰۴۰	.۵۱۷		Sig. (2-tailed) rate
۲۶	۲۶	۲۶	تعداد

همان طور که از جدول فوق ملاحظه می شود بین متغیرهای rate و index1 رابطه معنی دار آماری وجود ندارد:

$$\text{Sig}=0.517>0.05$$

بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه معنی دار بین این دو متغیر تایید می شود.

در جدول ۹ ملاحظه می کنیم میزان ضریب همبستگی میان متغیرهای rate و index2 برابر -0.455 به دست آمده است

که نشان دهنده یک رابطه متوسط در جهت معکوس است و همان طور که از سطح معنی داری مشخص است:

Sig=0.04<0.05

فرض صفر مبنی بر عدم وجود رابطه بین دو متغیر رد می شود و می توانیم نتیجه بگیریم که بین متغیر های rate و index2 رابطه معنی دار آماری در جهت معکوس وجود دارد.

بدین معنی که در شهرستان های استان فارس هرچه میزان شاخص ۲ (جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به برآورد جمعیت شهری سرشماری) بالاتر برود به صورت معنی داری میزان نسبت بیمه شدگان فاقد پزشک خانواده شهری (در صندوق های بیمه ای شهری) کم می شود.

جهت بررسی دقیق تر و برآورد میزان متغیر rate جهت پیش بینی های آینده و تعمیم به کل کشور (البته با در نظر گرفتن شرایط و ملاحظات) از رگرسیون خطی ساده نیز جهت برآورد میزان متغیر rate استفاده می نمایم که نتایج به صورت زیر است:

جهت ارائه شاخصی برای تشخیص کیفیت مدل از ضریب تعیین^{۱۶} استفاده می کنیم که مقدار آن تقریباً برابر ۲۰ درصد به دست آمده است. بدین معنی که مدل رگرسیونی و متغیر مستقل (index2) تا حدود ۲۰ درصد قدرت پیش بینی کنندگی متغیر وابسته (rate) را دارد.

معادله رگرسیونی به صورت زیر به دست آمده است:

$$\text{Rate}=0.32-0.124*\text{index2}$$

با توجه به مقدار $\text{sig} = 0.04 < 0.05$ می توان نتیجه گرفت که ضرایب رگرسیونی معادله اختلاف معنی داری با صفر دارند. بنابراین در مجموع فرضیه ما تایید می شود.

R Square^{۱۶}

تحلیل نتایج حاصل از نظرسنجی در زمینه بررسی دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان بیمه سلامت در برنامه پزشکی خانواده شهری ۱۳۹۳:

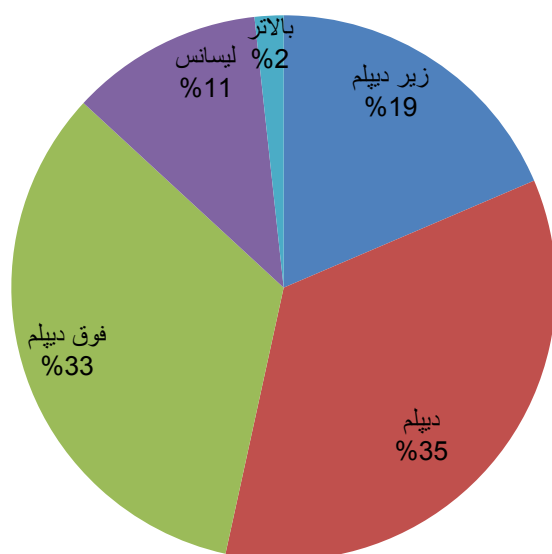
این نظرسنجی به صورت تلفنی از ۳۵۰ نفر بیمه شده اصلی که از حدود ۲۲۰۰۰ خانوار جامعه آماری، که به تعداد مطرح شده در شهرستان ها توزیع شده اند و به صورت تصادفی طبقه بندی شده از جمعیت هدف اخذ گردیده اند، انجام شده است.

روش انجام نمونه گیری و تعریف جامعه آماری در فصل سوم تشریح شده است. این افراد دارای میانگین سنی ۳۸ سال و متوسط تحصیلات فوق دیپلم و متوسط تعداد خانوار ۴ نفر بوده اند. متوسط زمان تحت پوشش بیمه بودن نمونه تصادفی ۴۲ ماه می باشد.

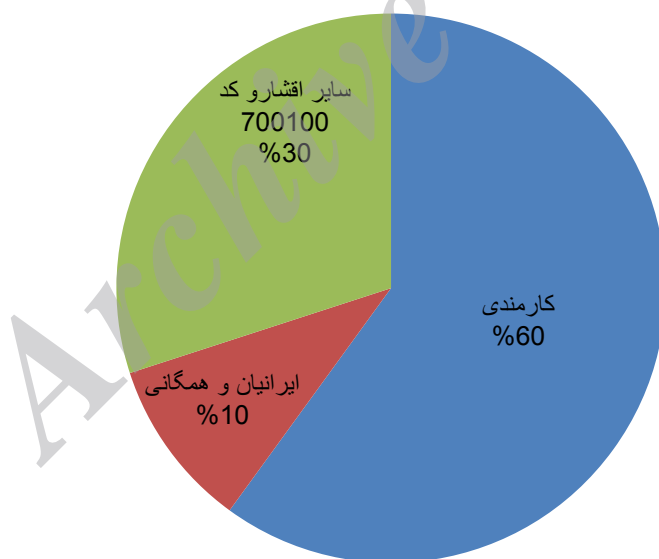
سوال پژوهشی ششم:

افراد شرکت کننده در نظرسنجی به لحاظ شغل سرپرست خانواده، سطح تحصیلات، تعداد افراد خانوار و صندوق بیمه ای چگونه توزیع شده اند؟

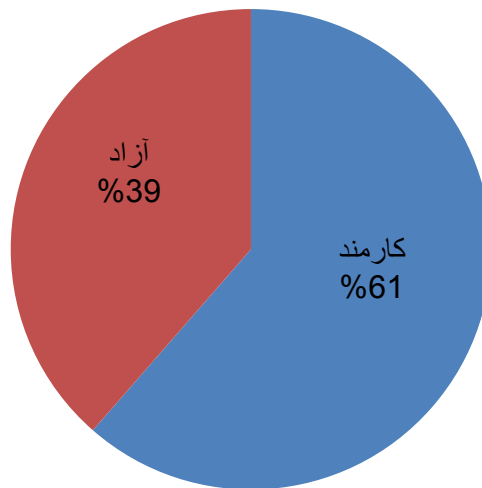
جهت پاسخگویی به سوال فوق مشخصات دموگرافیک نمونه تصادفی به صورت نمودارهای ۱۳ تا ۱۶ می باشد:



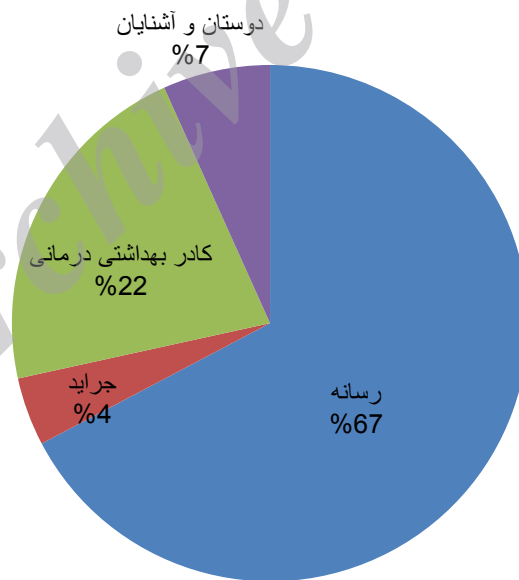
نمودار ۱۳- درصد تحصیلات نمونه تصادفی استان فارس سال ۹۳



نمودار ۱۴- درصد صندوق بیمه ای نمونه تصادفی استان فارس سال ۹۳



نمودار ۱۵- درصد شغل سرپرست خانواده نمونه تصادفی استان فارس سال ۹۳



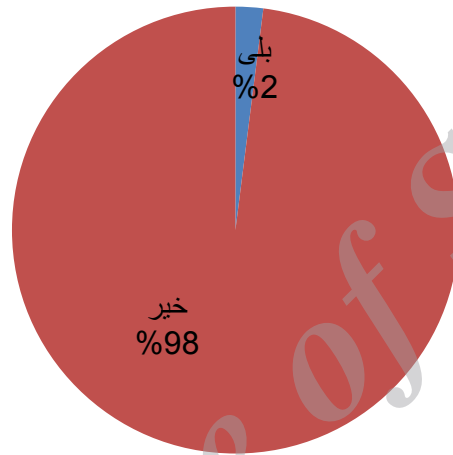
نمودار ۱۶- درصد ابزار اطلاع رسانی برنامه پزشک خانواده در استان فارس سال ۹۳

سوال پژوهشی هفتم:

چند درصد افراد شرکت کننده در نظرسنجی به دلیل مهاجرت در برنامه پزشک خانواده شهری ثبت نام نکرده اند؟

در بررسی های انجام شده روی اطلاعات به دست آمده از نظرسنجی به این نتیجه رسیدیم که ۷ خانوار به دلیل مهاجرت به

سایر استان ها در برنامه پزشک خانواده شهری ثبت نام نکرده اند که در نمودار ۱۷ مشاهده می شود:



نمودار ۱۷- درصد مهاجرت نمونه تصادفی از استان فارس به استان های دیگر سال ۹۳

سوال پژوهشی هشتم:

چند درصد افراد شرکت کننده در نظرسنجی به دلیل داشتن بیمه های دیگر در برنامه پزشک خانواده ثبت نام نکرده اند؟

در راستای پاسخگویی به سوال فوق به نتایج جالب توجهی دست یافتیم.

۱. در صندوق کارمندی می توان گفت که حدود ۷۰ درصد از افراد، کارمندان اداره آموزش و پرورش هستند که تعدادی

از آنها (۱۵۰ نفر معادل ۴۳ درصد نمونه) به دلیل داشتن بیمه طلایی آموزش و پرورش در برنامه پزشک خانواده

شهری ثبت نام نکرده اند.

۲. در صندوق خویش فرمایان، ایرانیان و همگانی به این نتیجه رسیدیم که ۸ خانوار معادل ۲ درصد نمونه وجود دارند که علاوه بر دفترچه بیمه سلامت دارای بیمه نیروهای مسلح نیز می باشند و داشتن این بیمه آن ها را از ثبت نام در برنامه پزشک خانواده بی نیاز کرده است. این مشکل را با ریاست محترم اداره بیمه گری و درآمد مطرح نمودیم و به این نتیجه رسیدیم که در زمان ثبت نام بیمه ایرانیان و همچنین اوایل طرح بیمه همگانی سلامت با توجه به عدم دسترسی کامل به اطلاعات بیمه ای نیروهای مسلح، مشکل همپوشانی خصوصا با بیمه مذکور وجود داشته است که این مشکل هم اکنون برطرف گردیده است.

سوال پژوهشی نهم:

سایر علل عدم ثبت نام بیمه شدگان شرکت کرده در نظرسنجی تلفنی چیست؟

جهت پاسخگویی به سوال فوق به تحلیل سایر سوالات پرسشنامه پرداخته ایم که نتایج به صورت زیر به دست آمده است:

الف) عدم اطلاع از برنامه پزشک خانواده شهری به عنوان دلیل عدم ثبت نام :

از بین ۳۵۰ تماس گرفته شده ۱۵ نفر از بیمه شدگان اصلی کاملا از وجود برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس اظهار بی اطلاعی نمودند که حدود چهار درصد افراد را در بر می گیرد. این افراد بی اطلاع از شهرستان های ایزدخواست آباد، بوانات، پاسارگاد، لار و مصیری ممسنی بوده اند.

اسامی این شهرستان ها به مدیرکل محترم و دانشگاه علوم پزشکی شیراز جهت ارائه تمهیداتی برای اطلاع رسانی بیشتر ارائه گردیده است.

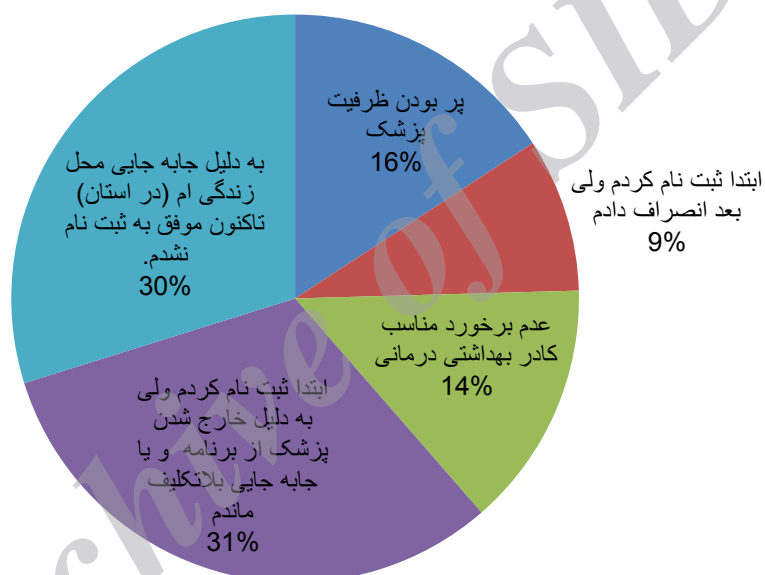
ب) دلایل عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز درمانی و یا مطب های خصوصی:

با توجه به نتایج به دست آمده از نظرسنجی، ۵۷ نفر معادل ۱۶ درصد نمونه سوال فوق را پاسخ داده اند که نتایج به صورت

جدول ۱۰ و نمودار ۱۸ دیده می شود:

جدول ۱۰- درصد دلایل عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز بهداشتی

درصد	تعداد	دلیل
۱۶	۹	پر بودن ظرفیت پزشک
۹	۵	ابتدا ثبت نام کردم ولی بعد انصراف دادم
۱۴	۸	عدم برخورد مناسب کادر بهداشتی درمانی
۳۱	۱۸	ابتدا ثبت نام کردم ولی به دلیل خارج شدن پزشک از برنامه و یا جابه جایی پزشک بالاتکلیف ماندم
۳۰	۱۷	به دلیل جابه جایی محل زندگی ام (در استان) موفق به ثبت نام مجدد نشدم



نمودار ۱۸- درصد دلایل عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز بهداشتی استان فارس سال ۹۳

با توجه به درصد های به دست آمده بیشترین علت عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز درمانی این است که افراد در ابتدا

ثبت نام نموده اند ولی بعد به دلیل جابه جایی پزشک و یا خارج شدن پزشک از طرح بالاتکلیف مانده اند.

توضیحات و راهنمایی های لازم به این افراد داده شده است.

در بین دلایل مطرح شده دلیلی تحت عنوان "پر بودن ظرفیت پزشک" عنوان شده است و ۱۶ درصد را نیز به خود اختصاص داده است. با برخورد اول به این گزینه این سوال به ذهن خطور می کند که ممکن است در قسمت هایی از استان فارس کمبود پزشک خانواده وجود داشته باشد اما در اکثریت شهرستان ها اینگونه نیست. با سوالات بیشتری که از افرادی که این پاسخ را می دادند، پرسیدیم به این نتیجه رسیدیم که در محل زندگی این افراد پزشکی هستند که از شهرت بیشتری برخوردارند و مردم تمایل به ثبت نام نزد این پزشکان دارند و چون ظرفیت این پزشکان خاص پر شده است، افراد حاضر به ثبت نام نزد پزشکان دیگری که بعضاً ظرفیت خالی هم داشته اند نبوده اند و به همین دلیل ثبت نام نکرده اند. این مورد در شهر شیراز در خیابان قصردشت، میدان ولیعصر و شهرک گلستان مشاهده شده است.

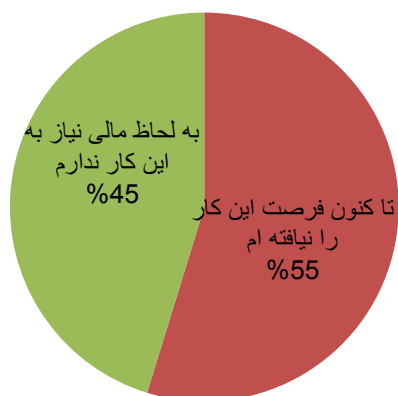
کمترین درصد دلیل عدم ثبت نام "ابتدا ثبت نام کردم ولی بعد انصراف دادم" عنوان شده است که افراد زیادی را شامل نمی شود و دلیل عمده ای آن هم مشکلاتی که با پزشک خانواده شان در زمینه ارجاع و ... داشتند، ذکر شده بود.

ب) دلایل عدم اقدام جهت ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری:

با توجه به نتایج به دست آمده از نظرسنجی ۴۲ نفر معادل ۱۲ درصد نمونه به سوال مربوطه پاسخ داده اند که نتایج به صورت جدول ۱۱ می باشد:

جدول ۱۱- درصد دلایل عدم اقدام برای ثبت نام

درصد	تعداد	دلیل
۰	۰	در دسترس نبودن پزشک
۵۵	۲۳	تاکنون فرصت این کار را نیافتم
۴۵	۱۹	به لحاظ مالی نیازی به این کار ندارم
۰	۰	اعتقادی به کارآمدی این برنامه ندارم



نمودار ۱۹- درصد دلایل عدم اقدام جهت ثبت نام استان فارس سال ۹۳

نهایتاً با توجه به درصدهای فوق به این نتیجه می‌رسیم که در نمونه تصادفی ما که از همه شهرستان های استان فارس گرفته شده است مشکل جدی کمبود پزشک خانواده وجود ندارد. همچنین فرهنگ وجود سیستم ارجاع و پزشک خانواده برای مردم به وجود آمده است و همه افرادی که مورد نظرسنجی قرار گرفته اند به کارآمدی این برنامه اعتقاد دارند.

با توجه به درخواست جلسه ارزیابی مورخ ۹۴/۱۰/۱۹، در این قسمت مشخص می‌کنیم که از این ۴۲ نفر که با وجود آگاهی از برنامه و نداشتن بیمه های بی نیاز کننده، برای ثبت نام هیچ اقدامی نکرده اند، چند درصد در طول این مدت بیمار شده اند و آزاد پرداخت کرده اند و چند درصد اصلاً بیمار نشده و مراجعه ای به مراکز درمانی نداشته اند؟

از این رو برای پاسخ به سوال فوق از اطلاعات جمع آوری شده، شماره تلفن افراد مذکور را بازیابی کرده و مجدداً با آن ها تماس گرفتیم که نتایج به صورت زیر است:

بدون پاسخ: ۶ تماس

از ۳۶ تماس انجام شده تعداد ۷ نفر (معادل ۲۰ درصد) ابراز داشتند که در این مدت نیازی به اقدام درمانی نداشته و مراجعه نکرده اند که از شهرستان های ارسنجان، لار، سیمکان جهرم می باشند.

تعداد ۲۹ نفر (معادل ۸۰ درصد) ابراز داشتند که در طی مدتی که ثبت نام نکرده بودند به صورت آزاد به پزشکان مراجعه نمودند.

بیان این نکته ضروری است که از بین ۳۶ تماس انجام شده، ۲۷ نفر جدیداً در برنامه پزشک خانواده ثبت نام نموده اند.

در طول انجام نظرسنجی علاوه بر موارد عنوان شده به دو مورد دیگر نیز برخورد کردیم که توجه به آن ها نیز حائز اهمیت است:

۱. در مصاحبه با تعدادی از افراد در صندوق کارمندی به این نتیجه رسیدیم که برخی از افراد هستند که دفترچه بیمه سلامت آن ها مربوط به صندوق کارمندی بوده ولی محل سکونت آن ها در روستا می باشد (کارمندان آموزش و پرورش ساکن در روستا). برای این گونه افراد امکان بهره مندی از پزشک خانواده روستایی و شهری وجود ندارد و به صورت Fee for service مورد محاسبه قرار می گیرند که در نمونه تصادفی ۳۵۰ نفره ما ۱۵ نفر معادل ۴ درصد نمونه را شامل شده است.

۲. برخی از افراد شرکت کننده در نظرسنجی دلیل عدم ثبت نام خود در برنامه پزشک خانواده را داشتن مشکل در دفترچه بیمه سلامت خود از جمله مفقودی دفترچه یا گذشتن تاریخ اعتبار و عدم تمدید عنوان کردند (بیمه همگانی و خویش فرما). این مورد تعداد ۶ نفر از نمونه ۳۵۰ نفری ما معادل ۲ درصد نمونه بوده است.

لازم به ذکر است طی انجام نظرسنجی به ۵۰ نفر از افراد معادل ۱۵ درصد نمونه، برخورد کردیم که اظهار داشتند از همان اوایل برنامه پزشک خانواده شهری نزد پزشکان خانواده رفته و ثبت نام نموده اند. با توجه به کم نبودن تعداد این افراد در یک نمونه ۳۵۰ نفره، کد ملی، کد بیمه و نام پزشک خانواده این افراد را نیز اخذ نمودیم و در سامانه اطلاعاتی IEHS مورد بررسی مجدد قرار دادیم و مطمئن شدیم که کد ملی این افراد در سامانه مذکور وجود ندارد. جلسه ای را با حضور دست اندرکاران برنامه پزشک خانواده در اداره کل برگزار نمودیم و مشکل یاد شده را به بحث گذاردیم. نتیجه به دست آمده در فصل پنجم آمده است.

فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه سعی ما بر این است که با ارتباط دادن دو برنامه مهم دولت (بیمه همگانی و پزشک خانواده شهری) در استان فارس به عنوان استانی مهم به لحاظ وسعت و شرایط به نتایج مهم و جالب توجهی جهت مدیران و دست اندرکاران دست یابیم. همچنین میزان توانمندسازی بیمه شدگان سلامت را مورد بررسی قرار دهیم و آمار دقیق عدم پوشش پزشک خانواده شهری در بیمه شدگان سلامت را در پایان سال ۹۳ را به دست آوریم.

همان طور که در فصل چهارم ملاحظه کردیم میانگین جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری (بدون در نظر گرفتن نوع بیمه) قبل از اجرای طرح بیمه همگانی سلامت ۱,۴۲۸,۰۷۸ نفر و بعد از اجرای طرح بیمه همگانی سلامت به ۵۷۱۱۴۰ نفر رسیده است.

با استفاده از آزمون تی مستقل به این نتیجه رسیدیم که اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت روی کاهش روند جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری تاثیر بسزایی داشته است. این اتفاق می تواند ناشی از این باشد که با اجرای برنامه بیمه همگانی سلامت بسیاری از افراد به سمت بیمه شدن و ثبت نام در برنامه پزشک خانواده سوق داده شده اند و این امر به طور معنی داری منجر به کاهش روند جمعیت فاقد ثبت نام پزشک خانواده شهری شده است.

سپس جهت تکمیل اطلاعات، جمعیت دقیق بیمه شدگان سلامت فاقد پزشک خانواده شهری سال ۹۳ (جمعیت هدف) را با استفاده از متدی که در فصل چهارم توضیح داده شده است، به دست آوردیم. در این راستا به جمعیت بیمه سلامت واجد شرایط و جمعیت بیمه شدگان سلامت دارای پزشک خانواده در سال ۹۳ دسترسی پیدا کردیم.

مقدار جمعیت هدف در استان فارس برابر ۸۷۹۱۵ نفر با انحراف معیار ۷۵۳۶ به دست آمده است.

بیشترین جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری مربوط به شیراز و کمترین آن مربوط به خنج می باشد. برای بررسی بیشتر و قیاس دقیق تر نگاهی نیز به شاخص نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط شهرستان ها داشتیم که بتوانیم نسبت به جمعیت واجد شرایط هر شهرستان این قیاس را انجام دهیم.

نتیجه گرفتیم که بیشترین نسبت عدم ثبت نام در شهرستان بوانات و کمترین نسبت در شهرستان گراش می باشد. بنابراین سعی کرده ایم که در نمونه گیری انجام شده جهت نظرسنجی نسبت نمونه بیشتری را به شهرستان بوانات نسبت دهیم.

متوسط نسبت جمعیت هدف به جمعیت واجد شرایط در استان فارس برابر ۰,۰۹ با انحراف معیار ۰,۰۴ به دست آمده است.

میانگین نسبت های مذکور برای شهرستان ها برابر ۸ درصد می باشد بدین معنا که نصف شهرستان های استان فارس دارای میزان نسبت کمتر ۸ درصد می باشند. این نسبت در شهر شیراز ۸ درصد می باشد که تقریباً برابر میانگین استان می باشد.

جمعیت هدف استان فارس در سال ۹۳ را به لحاظ مشخصات دموگرافیک مورد بررسی قرار دادیم. بیشترین درصد گروه سنی مربوط به سن ۲۵-۵۰ سال می باشد و نهایتاً با توجه به ستون درصد فراوانی تجمعی می توان نتیجه گرفت که حدود ۷۴ درصد از سن کمتر از ۵۰ سال دارند. افراد به لحاظ جنسیت تقریباً به صورت مساوی توزیع شده اند و اکثریت افراد در صندوق کارکنان دولت و کمترین درصد مربوط به بیمه همگانی و ایرانیان است.

در بین افرادی که بیمه همگانی دارند تعداد کمی هستند که در برنامه پزشک خانواده ثبت نام نکرده باشند (کمتر از یک درصد)، این مورد نیز تاثیرگذاری طرح بیمه سلامت همگانی را در توانمندسازی بیمه شدگان نیز در راستای ثبت نام در برنامه پزشک خانواده نشان می دهد.

با قیاس نسبت جمعیت های مذکور به جمعیت کل صندوق ها به این نتیجه رسیدیم که بیشترین درصد عدم ثبت نام در صندوق کارکنان دولت می باشد که دلیل آن در نظرسنجی انجام شده این است که حدود ۷۰ درصد از افراد، کارمندان اداره آموزش و پرورش هستند که به دلیل داشتن بیمه طلایی آموزشی و پرورش از ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری بی نیاز می باشند.

در ادامه تحلیل به مقایسه شاخص های ۱ و ۲ در سطح استان پرداختیم. میزان شاخص ۱ در شهرستان های رستم، اقلید، ارسنجان و استهبان مقداری بیشتر از یک شده است که نشان دهنده این است که در این شهرستان ها پزشکان بیش از سقف مجاز خود، افراد را ثبت نام نموده اند و می تواند به دلیل کمبود پزشک و یا دلیلی که در صفحه ۵۳ مطرح شده، در این شهرستان ها باشد. این مساله به واحد پرداخت پزشک خانواده در اداره کل و همچنین به دانشگاه علوم پزشکی شیراز گزارش شده اند. کمترین میزان شاخص ۱ مربوط به شهرستان جهرم می باشد.

البته جهت بررسی دقیق تر حتما می بایست به شاخص ۲ نیز توجه کنیم. بیشترین مقدار شاخص ۲ مربوط به جهرم است که دارای مقداری بیش از یک می باشد بدین معنا که ظرفیت مجاز قابل ثبت نام پزشکان در این شهرستان بیش از جمعیت شهری سرشماری می باشد که این می تواند به دلیل قطب پزشکی بودن و وجود دانشگاه علوم پزشکی در این شهرستان باشد. کمترین آن مربوط به لارستان است.

در شهرستان های لارستان، اقلید و زرین دشت مقدار شاخص ۲ به کمتر از ۵۰ درصد رسیده است که می تواند حاکی از کمبود پزشک در این مناطق باشد. مجدداً با ملاحظه شاخص ۱ در این سه شهرستان به این نتیجه رسیدیم که نظریه کمبود پزشک در زرین دشت و اقلید می تواند صحت داشته باشد چرا که به طور متوسط پزشکان همه ظرفیت ثبت نام خود را در این شهرستان ها پر نموده اند ولی در لارستان این گونه نیست و کم بودن شاخص ۱ و ۲ در این شهرستان با توجه به نتایج به دست آمده از نظر سنجی به این دلیل است که شهرستان های لارستان و بوانات کلیه دلایل عدم ثبت نام در برنامه از جمله

مهاجرت، عدم اطلاع، کارمندان ساکن روستا، عدم نیاز مالی و در آن ها وجود دارد که منجر به عدم ثبت نام افراد در برنامه شده است که این موضوع با ارسال نامه به دانشگاه علوم پزشکی شیراز اطلاع رسانی شده است.

در راستای بررسی رابطه میان نسبت بیمه شدگان فاقد پزشک خانواده شهری (در صندوق های بیمه ای شهری) و میزان شاخص های ۱ و ۲، در شهرستان های استان فارس سال ۹۳، به این نتیجه رسیدیم که در شهرستان های استان فارس هرچه میزان شاخص ۲ (جمعیت مجاز قابل ثبت نام برای پزشکان به برآورد جمعیت شهری سرشماری) بالاتر برود به صورت معنی داری میزان نسبت بیمه شدگان فاقد پزشک خانواده شهری (در صندوق های بیمه ای شهری) کم می شود. اما برای شاخص ۱ این رابطه معنی دار نمی باشد. بنابراین جهت کاهش جمعیت فاقد پزشک خانواده شهری می بایست میزان شاخص ۲ در شهرستان ها بهبود یابد که آن نیز با توجه به نحوه محاسبه شاخص ۲، منوط به وجود تعداد پزشکان و شیفت های کاری بیشتر است.

نهایتاً میزان نسبت بیمه شدگان فاقد پزشک خانواده شهری (در صندوق های بیمه ای شهری) را به کمک رگرسیون خطی مدل سازی و پیش بینی کردیم که نتایج در فصل چهارم موجود است.

یکی از دلایل مهم انجام این مطالعه بررسی توانمندسازی افراد در نظام سلامت است که بکارگیری این مفهوم سبب کارآتر شدن نظام سلامت گشته و می تواند چراغ روشنی برای تعریف مجدد نقش بازیگران این نظام باشد. بررسی دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان در برنامه پزشک خانواده شهری که منجر به ارتقاء سلامتی آن ها می گردد می تواند به ما در زمینه یافتن علل عدم توانمندسازی بیمه شدگان در این زمینه یاری رسان باشد.

جهت بررسی دقیق تر دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان بیمه سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری، نظرسنجی به صورت تلفنی از ۳۵۰ نفر بیمه شده اصلی، که به تعداد مطرح شده در شهرستان ها توزیع شده اند و به صورت تصادفی طبقه بندی شده از جمعیت هدف اخذ گردیده اند، انجام شده است.

این افراد دارای میانگین سنی ۳۸ سال و متوسط تحصیلات فوق دیپلم و متوسط تعداد خانوار ۴ نفر بوده اند. اکثریت افراد در صندوق کارمندی و کمترین مربوط به صندوق همگانی و ایرانیان می باشد. در بررسی های انجام شده روی اطلاعات به دست آمده از نظرسنجی به این نتیجه رسیدیم که ۷ خانوار به دلیل مهاجرت به سایر استان ها در برنامه پزشک خانواده شهری ثبت نام نکرده اند که ۲ درصد نمونه را در برمی گیرد.

نتایج زیر جالب توجه می باشند.

❖ در صندوق کارمندی می توان گفت که حدود ۷۰ درصد از افراد، کارمندان اداره آموزش و پرورش هستند که تعدادی از آن ها (۱۵۰ نفر معادل ۴۳ درصد نمونه) به دلیل داشتن بیمه طلایی آموزش و پرورش از ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری بی نیاز می باشند.

❖ در صندوق خویش فرمایان، ایرانیان و همگانی به این نتیجه رسیدیم که ۸ خانوار (معادل ۲ درصد نمونه) وجود دارند که علاوه بر دفترچه بیمه سلامت دارای بیمه نیروهای مسلح نیز می باشند و داشتن این بیمه آن ها را از ثبت نام در برنامه پزشک خانواده بی نیاز کرده است. این مشکل را با ریاست محترم اداره بیمه گری و درآمد مطرح نمودیم و به این نتیجه رسیدیم که در زمان ثبت نام بیمه ایرانیان و همچنین اوایل طرح بیمه همگانی سلامت با توجه به عدم دسترسی کامل به اطلاعات بیمه ای نیروهای مسلح و ...، مشکل همپوشانی با سایر بیمه ها وجود داشته است که این مشکل هم اکنون برطرف گردیده است.

از بین ۳۵۰ تماس گرفته شده ۱۵ نفر از بیمه شدگان اصلی کاملاً از وجود برنامه پزشک خانواده شهری در استان فارس اظهار بی اطلاعی نمودند که حدود چهار درصد افراد را در بر می گیرد. این افراد بی اطلاع از شهرستان های ایزدخواست آباد، بوانات، پاسارگاد، لار و مصیری ممسنی بوده اند. اسامی این شهرستان ها به مدیرکل محترم و دانشگاه علوم پزشکی شیراز جهت ارائه تمهیداتی برای اطلاع رسانی بیشتر ارائه گردیده است.

بیشترین دلیل عدم ثبت نام با وجود مراجعه به مراکز درمانی و یا مطب های خصوصی، "ابتدا ثبت نام کردم ولی به دلیل خارج شدن پزشک از برنامه و یا جابه جایی پزشک بالاتکلیف ماندم" ذکر شده است که توضیحات و راهنمایی های لازم به این افراد داده شده است.

در بین دلایل مطرح شده دلیلی تحت عنوان "پر بودن ظرفیت پزشک" عنوان شده است و ۱۶ درصد را نیز به خود اختصاص داده است. با برخورد اول به این گزینه این سوال به ذهن خطور می کند که ممکن است در قسمت هایی از استان فارس کمبود پزشک خانواده وجود داشته باشد اما اینگونه نیست. با سوالات بیشتری که از افرادی که این پاسخ را می دادند، پرسیدیم به این نتیجه رسیدیم که در محل زندگی این افراد پزشکانی هستند که از شهرت بیشتری برخوردارند و مردم تمایل به ثبت نام نزد این پزشکان دارند و چون ظرفیت این پزشکان خاص پر شده است، افراد حاضر به ثبت نام نزد پزشکان دیگری که بعضا ظرفیت خالی هم داشته اند نبوده اند و به همین دلیل ثبت نام نکرده اند.

کمترین درصد دلیل عدم ثبت نام "ابتدا ثبت نام کردم ولی بعد انصراف دادم" عنوان شده است که افراد زیادی را شامل نمی شود و دلیل عمده ای آن هم مشکلاتی که با پزشک خانواده شان در زمینه ارجاع و ... داشتند، ذکر شده بود.

بیشترین دلیل عدم اقدام جهت ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری، "تا کنون فرصت این کار را نیافته ام" ذکر شده است که با توجه به درصدهای فوق به این نتیجه می رسیم که در نمونه تصادفی ما که از همه شهرستان های استان فارس گرفته شده است مشکل عمده ای در زمینه کمبود پزشک خانواده وجود ندارد.

همچنین فرهنگ وجود سیستم ارجاع و پزشک خانواده برای مردم به وجود آمده است و همه افرادی که مورد نظرسنجی قرار گرفته اند به کارآمدی این برنامه اعتقاد دارند.

در طول انجام نظرسنجی علاوه بر موارد عنوان شده به دو مورد دیگر نیز برخورد کردیم که توجه به آن ها نیز حائز اهمیت

است:

- در مصاحبه با تعدادی از افراد در صندوق کارمندی به این نتیجه رسیدیم که برخی از افراد هستند که دفترچه بیمه سلامت آن‌ها مربوط به صندوق کارمندی بوده ولی محل سکونت آن‌ها در روستا می‌باشد (همانند کارمندان آموزش و پرورش ساکن در روستا). برای این‌گونه افراد امکان بهره‌مندی از پزشک خانواده روستایی و شهری وجود ندارد و به صورت Fee for service مورد محاسبه قرار می‌گیرند که در نمونه تصادفی ۳۵۰ نفره ما ۱۵ نفر را شامل شده است.

- برخی از افراد شرکت‌کننده در نظرسنجی دلیل عدم ثبت نام خود در برنامه پزشک خانواده را داشتن مشکل در دفترچه بیمه سلامت خود از جمله مفقودی دفترچه یا گذشتن تاریخ اعتبار و عدم تمدید عنوان کردند (بیمه همگانی و خویش فرما). این مورد تعداد ۶ نفر از نمونه ۳۵۰ نفری ما بوده است.

لازم به ذکر است طی انجام نظرسنجی به ۵۰ نفر از افراد برخورد کردیم که اظهار داشتند از همان اوایل برنامه پزشک خانواده شهری نزد پزشکان خانواده رفته و ثبت نام نموده‌اند. با توجه به کم نبودن تعداد این افراد در یک نمونه ۳۵۰ نفره، کد ملی، کد بیمه و نام پزشک خانواده این افراد را نیز اخذ نمودیم و در سامانه اطلاعاتی IEHS مورد بررسی مجدد قرار دادیم و مطمئن شدیم که کد ملی این افراد در سامانه مذکور وجود ندارد. جلسه‌ای را با حضور دست‌اندرکاران برنامه پزشک خانواده در اداره کل برگزار نمودیم و مشکل یاد شده را به بحث گذاردیم. نهایتاً به این نتیجه رسیدیم که با توجه به روش پرداختی که در ماده ۴۰ دستورالعمل برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۲، مطرح شده است هر پزشک خانواده برای این که حداکثر دریافتی را از بابت برنامه داشته باشد می‌بایست تعداد جمعیت ثبت‌نامی خود را روی تعداد خاصی ثابت نگه دارد زیرا هر گونه کم یا زیاد شدن جمعیت موجب کسورات در پرداخت می‌گردد. بنابراین برخی از پزشکان خانواده حتی در صورت پر بودن ظرفیت ثبت نام، با مراجعه افراد آن‌ها را بدون ثبت در سامانه IEHS، تنها نزد خود ثبت نام و ارائه خدمت نیز می‌نمایند. دلیل این امر می‌تواند ننگ داشتن نوعی ذخیره در ظرفیت ثبت نامی پزشکان خانواده باشد که در صورت خارج شدن افراد از ظرفیت پزشکان، از آن استفاده گردد.

علاوه بر این با چند نفر از پزشکان خانواده در شهرهای مختلف در این مورد صحبت کردیم و نتیجه گرفتیم که پزشکان به دلیل کمبود امکانات جهت دسترسی به سیستم IEHS، پس از رسیدن میزان جمعیت ثبت نامی به سقف موردنظر، نیازی به ثبت نام افراد مازاد نمی بینند.

نکته ای نیز که با توجه به نتایج این مطالعه قابل توجه می باشد این است که داشتن برخی بیمه ها همانند بیمه طلایی، نیروهای مسلح و ... افراد را از ثبت نام در برنامه پزشک خانواده شهری بی نیاز کرده است که به نظر می رسد این موضوع با اهداف اجرای این برنامه که دید سلامت نگر برای آحاد جامعه است، تطابق ندارد و می بایست سیاست های اصلاحی از سوی دست اندرکاران به کار گرفته شود.

در نهایت جدول زیر یک جمع بندی کلی از نتایج نظرسنجی می باشد:

جدول ۱۲- درصد عناوین کلی نظر سنجی شده

درصد	عنوان
۲	مهاجرت
۴	عدم اطلاع
۱۵	ثبت نام کرده اند ولی در سامانه ثبت نشده اند
۲	سایر بیمه ها (مانند نیروهای مسلح)
۴۳	عدم ثبت نام کارمندان آموزش پرورش دارای بیمه طلایی
۴	کارمندان روستا نشین
۱۶	عدم ثبت نام یا وجود مراجعه به مراکز
۱۲	عدم اقدام برای ثبت نام بدون داشتن بیمه های دیگر
۲	مشکلات دفترچه ای همانند مفقودی، تاریخ گذشتگی

پیوست ۱:

اداره کل بیمه سلامت استان فارس

بررسی دلایل عدم ثبت نام بیمه شدگان بیمه سلامت در برنامه پزشک خانواده شهری ۱۳۹۳

کد	
	(۱) شهرستان: نام خیابان محل سکونت در شیراز:
	(۲) آیا در یکسال گذشته مهاجرت داشته اید؟ ۱- آری <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
	(۳) شغل سرپرست خانواده:
	(۴) سطح تحصیلات:
	(۵) تعداد افراد خانوار:
	(۶) صندوق بیمه ای:
	(۷) مدت زمان تحت پوشش بیمه قرار داشتن: (بر حسب ماه)
	(۸) آیا بیمه‌ی تکمیلی دارید؟ ۱- آری <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/>
	(۹) آیا دلیل شما از عدم ثبت نام در برنامه پزشک خانواده، عدم اطلاع در این زمینه است؟ ۱- آری <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> *در صورتی که پاسخ آری باشد نیازی به پاسخ سایر سوالات نیست.
	(۱۰) اطلاع رسانی به چه صورت بوده است؟ ۱- رسانه <input type="checkbox"/> ۲- جراید <input type="checkbox"/> ۳- کادر بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> ۴- دوستان و آشنایان <input type="checkbox"/>
	(۱۱) آیا تا کنون به مراکز درمانی یا مطب های خصوصی جهت ثبت نام مراجعه نموده اید؟ ۱- آری <input type="checkbox"/> ۲- خیر <input type="checkbox"/> در صورت پاسخ آری سوال ۹ و در صورت پاسخ خیر سوال ۱۰ پاسخ داده شود.
	(۱۲) با وجود مراجعه به مراکز درمانی یا مطب های خصوصی به چه دلیل ثبت نام صورت نپذیرفته است؟ ۱- پر بودن ظرفیت پزشک. <input type="checkbox"/> ۲- ابتدا ثبت نام کردم ولی بعدا انصراف دادم. <input type="checkbox"/> ۳- عدم برخورد مناسب کادر بهداشتی درمانی <input type="checkbox"/> ۴- ابتدا ثبت نام کردم ولی به دلیل خارج شدن پزشک از برنامه و یا جابه جایی پزشک بلامتکلیف ماندم. <input type="checkbox"/> ۵- ابتدا ثبت نام کردم ولی به دلیل جابه جایی محل زندگی در استان موفق به ثبت نام مجدد نشدم. <input type="checkbox"/>

	<p>سایر موارد:</p> <p>.....</p>
	<p>۱۳) دلیل عدم اقدام شما برای ثبت نام پزشک خانواده چیست؟</p> <p>۱- در دسترس نبودن پزشک. <input type="checkbox"/></p> <p>۲- تا کنون فرصت این کار را نیافته ام. <input type="checkbox"/></p> <p>۳- به لحاظ مالی نیازی به این کار ندارم. <input type="checkbox"/></p> <p>۴- اعتقادی به کارآمدی این برنامه ندارم. <input type="checkbox"/></p> <p>سایر موارد، <input type="checkbox"/> توضیح دهید.</p> <p>.....</p>

Archive of SID



شماره: 94/67805
تاریخ: ۱۳۹۴/۰۲/۲۲
پیوست: برگ: صفحه:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

معاونت بهداشت و رئیس مرکز بهداشت استان

جناب آقای دکتر ممتحن
مدیر کل محترم بیمه سلامت فارس

با سلام و احترام

با آرزوی سلامتی، با توجه به اجرای برنامه پزشک خانواده شهری در تعدادی از شهرهای زیر بیست هزار نفر، بدینوسیله اسامی شهرهای **آباده طشک**، **داریون** و **خانه زنیان** به اسامی شهرهای زیر بیست هزار نفر که قبلاً حضورتان اعلام شده ارسال میگردد و باستحضار می رساند با توجه باینکه در ساعات غیر فعالیت پزشک خانواده شهری، مراجعین شهری توسط پزشکان اورژانس مراکز شبانه روزی بصورت بیمه ای (۳۰-۷۰) ویزیت میشوند، خواهشمند است دستور فرمایید اقدام لازم در خصوص پرداخت سهم بیمه مربوط به ساعات مذکور مبذول گردد. از همکاری شما سپاسگزارم.

اسامی شهرهای زیر بیست هزار نفر: ارسنجان- بوانات- سعادت شهر- قادرآباد- خنج- جنت شهر- مصیری- اردکان- بیضاء- هماشهر- فراشبند- لپویی- میمند- قیر- کارزین- اشکنان- سیدان- مهر- کله دار- اسیر- صفاد- خشت- کنارتخته- بالاده- داریون- خانه زنیان- آباده طشک

رونوشت:

- ریاست محترم شبکه های بهداشت و درمان آباده طشک و روسای مرکز بهداشت شهدای انقلاب و والفجر جهت استحضار و پیگیری

دکتر محسن مقدمی

معاون بهداشتی دانشگاه ع ب شیراز

از محبت
دکتر عبدالرسول ممتحن

فهرست منابع:

۱. دستور العمل برنامه (پزشک خانواده و نظام ارجاع) در مناطق شهری نسخه ۰۲، ستاد اجرایی کشور، مصوب شماره

۱۰۳۶۲/ت/۴۷۹۱۷ مورخ ۹۱/۱/۲۶ هیئت محترم وزیران

۲. بایزیدی، ابراهیم. (۱۳۸۸). تحلیل داده های پرسشنامه ای به کمک نرم افزار SPSS. تهران: انتشارات عابد

۳. ایزدبخش، حمیدرضا و برزگر، بهمن و عطایی پور، سعید. توانمندسازی بیمه شدگان رویکردی در نظام سلامت.

تهران: انتشارات دانشگاه خوارزمی

1. Laith Alrubaiee; A. A.(Feb 2011). The mediating effect of patient satisfaction. vol.3, No.1.International Journal of marketing studies
2. Rodger Minos, MD.(2005). The consultation process and physician satisfaction. 1036-1043 .J Occup Environ Med
3. <http://www.mashreghnews.ir>
4. <http://www.irib.ir>
5. <http://www.iehs.ir>

Title:

The implementation of the public health insurance plan and its effects on decreasing the population who do not have urban family physicians (Regardless of insurance type) and determining why health insured people fail to register to Urban family physician program in Fars province in 2014

Abstract :

Given the fact that human health is a fundamental right for human beings and also a valuable investment for all the countries, the main goal of any health care system is to provide, maintain and improve the population's health. In our country, many programs have been implemented to address this important principle, two of which are currently on the run in Fars province: Urban family physician and public health insurance plan. Urban family physician program in such a vast province as Fars has been carried out with purposes of public and equitable accessibility to the medical services. With regard to the undeniable role of insurance companies in the reformation of health program, public health insurance plan has been implemented since 2014 on the basis of generalizable and compulsory coverage for the public.

In this paper we tried together interesting outcomes by relating these two governmental primary programs in Fars, as a large province in the country in terms of the number of including cities and health centers, and also geographically. Additionally, It is the first province that is applying this program.

The results of this study demonstrate that the average population without the urban family physician decreased from 1,428,078 people before the implementation of public health insurance plan to 571,140 people after that. By the use of statistical analysis we concluded that applying public health insurance plan has significantly reduced the number of people who do not have urban family physicians.

The target population includes 87,915 people in Fars province in 2014. The Maximum number of non-registration is found in Bavanat and the minimum is in

Gerash. As for the design of this study, we defined and calculated two indicators; 1 and 2; for each city in Fars province. Then we investigated the relationship between the ratios of these two indicators to the target population by using statistical tests. We found that the more the Indicator No.2 increases, the proportion of the target population significantly decreases. Furthermore, the target population was assessed in terms of demographic characteristics.

In a telephone survey of 350 randomized subjects of the target population, we explored the reasons for non-registration in the program. Approximately 4% of the subjects reported that they were not aware of the program. They were the residents of the following cities: Izad-khast, Abadeh, Bavanat, Lar, Pasargad and Mamasani in Fars province. The primary reason of failing to register; in spite of the subjects' reference to the hospitals or private clinics; has been found to be the "transfers of the family physicians".

For the 15% of the subjects, the reason for non-registration has been stated as "saturation of the capacity for a specific physician". Most of the subjects did not register to the program by giving the reason as "I have not had free time to do it yet".

We also came to the conclusion that advocacy to the family physicians' referral system has gotten a part of population's health culture and all of the subjects believed in the competence of this program.

Key words:

Program: Urban family physician program

Target population: Health insured population without urban family physicians in Fars Province in March 2015.

Indicator No.1: The ratio of the population who registered in the urban family physician program (Regardless of insurance type) to the population authorized to register for family physicians in each city in Fars province in 2015.

Indicator No.2: The ratio of the Population authorized to Register for family physicians to census estimates of urban population for each city in Fars province in 2015.