

سلامت و رفاهیت



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان بیمه سلامت ایران

مرکز مطالعات و محاسبات بیمه ای مطالعه کاربردی

با عنوان :

بررسی فراوانی و علل ارجاع بیماران تحت پوشش سازمان بیمه
سلامت به سطح ۲ توسط پزشکان خانواده در شهرستانهای

بویراحمد و دنا در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۵

مجری طرح:

دکتر غلامرضا کاظمی

همکاران اجرایی:

محسن عزیزی

جعفر نجاتی

ناظر مطالعه:

یونس تقوی

۱۳۹۵

سپاس پروردگاری که امید بفش و روشنگر راهاست، سپاس ایزد منان که به من این فرصت را داد و از هیچ محبتی دریغ نکرد و در تمام مراحل زندگیم مرا قوت قلب بود.

با سپاس و تشکر از استاد گرامی جناب آقای یونس تقوی، که در مراحل نظارت بر انجام مطالعه از راهنمایی های ایشان بهره بردم.

با سپاس و تشکر از جناب آقایان حاج حسینی مدیرکل بیمه سلامت استان کهگیلویه و بویراحمد و جناب آقای احمدی دبیر کمیته پژوهش استان که در طول اجرای مطالعه یاریگر من بوده اند.

با سپاس و تشکر از همکاران مطالعات و پژوهش سازمان به ویژه سرکار فانمها زهره درفشان و ویدا روزبهانی که در پیگیری مراحل کار و راهنمایی روش اجرایی اهتمام کامل ورزیدند.

و سپاس و تشکر از آقای محسن عزیزی و آقای جعفر نباتی که به عنوان همکاری اجرایی در مراحل مختلف مطالعه همکاری نمودند.

چکیده:

مقدمه:

عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات سلامتی، اجرای برنامه های اصلاحی را ایجاب می کند . پزشک خانواده روستایی از جمله این اصلاحات در نظام سلامت ایران است که از سال ۱۳۸۴ به اجرا در آمد . هدف از این مطالعه، بررسی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی از زمان آغاز این برنامه بود. اهداف برنامه پزشک خانواده در چندین زیر مجموعه شامل نظام ارجاع، پاسخگویی، دسترسی، هزینه، پوشش خدمات، اولویت به خدمات سلامت نگر، تشکیل پرونده سلامت، کنترل کیفیت خدمات، رضایتمندی و نگرش کارکنان تیم سلامت و گیرندگان خدمت مد نظر قرار گرفت.

روش کار: مطالعه توصیفی - مقطعی (نیمسال اول ۱۳۹۵) انجام و قسمت نمونه گیری آن به روش نمونه گیری خوشه ای انجام شد. آمار کلی و تفکیکی جمعیت بیمه شده و موسسات با تکیه بر اطلاعات سیستم جامع بیمه گری و درآمد و سامانه امید و همچنین اطلاعات واحد روستایی اداره ن ظارت و ارزشیابی بیمه سلامت استان و واحد گسترش معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان تهیه شده است.

تهیه پرسشنامه شامل دوبخش مبتنی بر: الف: اطلاعات زمینه ای ب: اطلاعات فنی

پرسشنامه با توجه به محاسبات فرمول کوکران بر اساس ۴۴۸ نمونه که به شکل خوشه ای و مبتنی بر هدف انتخاب شدند، از میان مراجعین به مراکز بهداشتی، متناسب با جمعیت مراجعین تعیین شده و سپس با مراجعه به پرونده سلامت مزبور به شکل راندوم و تصادفی افراد انتخاب شده و اطلاعات لازم اخذ گردید.

یافته ها: بر اساس نتایج بیشترین ارجاع مربوط به مراکز شهری زیر بیست هزار نفر و نزدیک به مرکز استان است، اصرار بیمار در ارجاع به میزان ۴۰ درصد موثر بوده، ۹۲ درصد ارجاع به پزشکان متخصص و ۸ درصد جهت بستری بوده است، بیشترین ارجاع به متخصص زنان به میزان ۲۰ درصد ارجاعات بوده است، در ۷/۱ درصد موارد پزشک خانواده تشخیص و نوع تخصص را قید نکرده است، در ۳۵ درصد مراکز لیست پزشکان متخصص طرف قرارداد نصب نشده است، در ۶۹/۶ درصد موارد پسخوراند ارجاع وجود ندارد یا در پرونده سلامت ثبت نشده است ، ۲۰ درصد ارجاعات مربوط به بیماران مزمن و ۱۵/۴ درصد مربوط به بیماران خاص و نشاندار می باشد که زیر مجموعه بیماران مزمن میباشند ، یشتترین علل ارجاع به ترتیب بیماریهای زنان ۱۸/۸ درصد ، و اطفال ۱۷/۵ درصد میباشد و ۸۹/۶ درصد مراجعات خودارجاعی به پزشک خانواده بوده است.

نتیجه گیری: از نظر نتایج و یافته ها برآمده است که توجه کافی به بحث آموزش تیم های سلامت سطح ۱ و سطوح بالاتر، اجرای ساختارهای تنبیهی و تشویقی جهت ارائه پسخوراند، توجه جدی تیم سلامت از بهورز در خانه بهداشت تا پزشک تیم به مقوله پیشگیری و معرفی بیمه شدگان جهت معاینه و ویزیت دوره ای و منظم، تقویت فرایندهای سلامت زنان باردار و افراد زیر ۱۴ سال، توجه به بیماری های مزمن و افزایش فرهنگ سازی و اطلاع رسانی به بیمه شدگان از جمله مقوله هایست که نیاز به تقویت جدی دارد تا سطح درک و آگاهی در سطح بیمه شدگان، تیم سلامت سطح یک و پزشکان و موسسات سطوح بالاتر تقویت گردد و همه اینها حول محور اولویت پیشگیری بر درمان مورد توجه قرار گیرد. که از جمله منافع کلی آن بهبود سلامت جامعه در سطح کلان و در سطح اقتصاد درمان بیمه ای نیز کاهش هزینه های ناشی از شرفقت غیرضروری هزینه از سطح یک به سطوح بالاتر می باشد.

واژگان کلیدی: پزشک خانواده، نظام ارجاع، تیم سلامت

فهرست

| | |
|----|--|
| ۴ | چکیده |
| ۴ | سابقه و هدف |
| ۴ | روش کار |
| ۴ | یافته ها |
| ۵ | نتیجه گیری |
| ۵ | واژگان کلیدی |
| ۶ | فهرست |
| ۸ | کلیات تحقیق |
| ۹ | مقدمه |
| ۱۲ | بیان مسئله |
| ۱۲ | ضرورت تحقیق |
| ۱۳ | اهداف |
| ۱۵ | ادبیات ، تاریخچه و پیشینه تحقیق |
| ۱۶ | قدمت تفکر پزشک خانواده در ایران |
| ۱۸ | ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده |
| ۲۰ | هدف از اجرای برنامه پزشک خانواده |
| ۲۲ | تعریف پزشک خانواده |
| ۲۲ | تیم سلامت |
| ۲۳ | بسته خدمات سلامت |
| ۲۳ | سطح بندی خدمات سلامت |
| ۲۶ | عملکرد شبکه یا نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده |
| ۳۱ | تاریخچه و پیشینه تحقیق |
| ۳۷ | روش انجام مطالعه (متدولوژی) |
| ۴۱ | جامعه آماری |
| ۴۱ | زمان انجام مطالعه |
| ۴۲ | روش تجزیه و تحلیل داده ها |

| | |
|---------|------------------|
| ۴۳..... | یافته ها |
| ۴۴..... | نتایج |
| ۷۵..... | بحث و نتیجه گیری |
| ۸۳..... | نتیجه گیری نهایی |
| ۸۴..... | پیشنهادات |
| ۸۵..... | منابع: |

کلیات تحقیق:

مقدمه:

برای چندین قرن، عموماً معالجه و درمان تابع و مطبوع پزشکان بوده است. این اتفاق نه به عنوان یک اتفاق نامیمون بلکه یک اتفاق کاملاً طبیعی بود چرا که همه فرآیند تشخیص؛ درمان، تجویز، معالجه و ... که در اصطلاح مهندسی به آن **Health Delivery** می گویند، همه توسط پزشک صورت می گرفت و این اتفاق تا قرن اخیر نیز ادامه داشت.

در چنین شرایطی با ورود بازیگران جدید به صحنه سیستم های سلامت، بازار بسیار پر رونقی بر پایه ی نیاز های واقعی پاسخ داده نشده شکل گرفت که تا به امروز نیز ادامه دارد.

این بازار دوران رشد خود را در کشورهای توسعه یافته که مشکل گلوگاه بودن سیستم های سلامت را یافته اند، سپری می کند.

اما در ایران این بازار هنوز بکر و دست نخورده است. . پر از نیاز های پاسخ داده نشده و سوال های بی جواب...

تنها چیزی که می خواهد، همت بلندی و دیدی خلاقانه برای کشف و پاسخگویی به آن نیاز هاست.

بازار سیستم های سلامت در ایران یک بازار غیر معمول است و می طلبد که نگاه عمیق به مشکلات و مسائل آن داشته باشیم.

سلامتی، محور توسعه اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی کلیه جوامع بشری بوده و اهمیت ویژه در توسعه زیر ساخت بخش های مختلف جامعه دارد. با توجه به اینکه سلامت از حقوق اولیه افراد جامعه می باشد، دولت موظف به تأمین آن به طور برابر با رعایت عدالت است. بنابراین هدف نهایی نظام آرایه خدمات بهداشتی و درمانی هر کشوری، ارتقای سطح سلامت آحاد مردم با دسترسی عادلانه همه افراد جامعه به خدمات بهداشتی درمانی می باشد. از این رو دسترسی یکسان به خدمات بهداشتی درمانی همواره مورد توجه محققان در کشورهای مختلف جهان بوده است.

در این تحقیق سایر مطالعات و به صورت مروری ساده در نیمه اول سال ۱۳۹۵، با هدف مطالعه جنبه های مختلف پزشک خانواده و عملکرد آن در ایران، با مراجعه به سایت های **SID, google scholar**، **IranDoc, magiran** و با استفاده از کلید واژه های، پزشک خانواده، پزشک خانواده روستایی و معادل لاتینی آن به صورت **rural, rural family medicine, family medicine, family physician** نیز بررسی شد.

بر اساس طرح پزشک خانواده جمعیت مشخصی تحویل یک پزشک داده می شود و این پزشک از تمام سوابق خانوادگی، بیماری ها و مشکلات این بیمار اطلاع پیدا می کند، بنابراین هر گاه بیمار به پزشک مراجعه کند، پزشک دقیقاً می داند که مشکلات قبلی این بیمار چه بوده و در حال حاضر چه اقدام پزشکی باید برای وی صورت گیرد و اگر احتیاج به اقدامات پزشکی، تخصصی و یا آزمایشگاهی وجود داشته باشد به پزشک مربوطه ارجاع می دهد و این امر سبب جلوگیری از هدر رفتن هزینه ها شده و دیگر نیازی نیست که بیمار در یک روز برای یک بیمار سرپایی و جزیی به چند متخصص مراجعه کند

این برنامه در ایران از سال ۱۳۸۴ از روستاها و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر آغاز و از سال ۱۳۸۹ در برخی از شهرهای زیر ۵۰ هزار نفر (در ۱ استان به صورت پایلوت) اجرا گردید. به دنبال اجرای برنامه پزشک خانواده در روستاها و شهرهای کوچک، لزوم اص لاح، تکمیل و

گسترش برنامه به کل کشور در قانون برنامه توسعه پنجم، مصوبات دولت و صاحب نظران و سیاستگذاران مورد تاکید قرار گرفته است و اجرای آن در کل کشور در دستور کار قرار گرفته و در حال پیگیری است.

بیان مسئله:

علیرغم گذشت حدود ۱۱ سال از اجرای طرح پزشک خانواده هنوز مطالعه علمی و دقیق در مورد علل و فراوانی ارجاع به پزشکان سطح ۲ در استان کهگیلویه و بویر احمد انجام نشده است و به نظر می رسد درصد ارجاعات دقیق ثبت نشده و ارجاعات به سطح ۲ بسیار بیشتر از مقادیر ثبت شده در آمارهای رسمی می باشد و علل ارجاع نیز دقیقاً مشخص نیست که آیا مشکلات ناشی از کمبود امکانات مراکز درمانی می باشد یا مشکلات فرهنگی و باورهای مردم یا سایر موارد در ارجاعات نقش دارد و اگر این علل مشخص گردد می توان با کار کارشناسی نسبت به رفع مشکل و یا کاهش ارجاعات اضافی و کاهش هزینه های سازمان بیمه سلامت ناشی از ارجاعات اضافی اقدام نمود.

ضرورت تحقیق:

متأسفانه در ایران "پزشک خانواده قربانی شتابزدگی دولت ها شده است"، به گونه ای که در اواخر کار دولت هشتم به یکباره و بدون وجود زیرساخت های مناسب، برنامه پزشک خانواده در روستاها آغاز شد و در اواخر دولت دهم به یکباره صحبت از توسعه برنامه پزشک خانواده در سراسر کشور مطرح می گردد و نتیجه این اقدامات شتابزده چیزی است که امروز ما در استان های فارس و مازندران می بینیم.

عدم پاسخگویی به نیازها و انتظارات سلامتی، اجرای برنامه های اصلاحی را ایجاب می کند .
پزشک خانواده روستایی از جمله این اصلاحات در نظام سلامت ایران است که از سال ۱۳۸۴ به اجرا در آمد. هدف از این مطالعه، بررسی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی از زمان آغاز

این برنامه بود. اهداف برنامه پزشک خانواده در چندین زیر مجموعه شامل نظام ارجاع، پاسخگویی، دسترسی، هزینه، پوشش خدمات، اولویت به خدمات سلامت نگر، تشکیل پرونده سلامت، کنترل کیفیت خدمات، رضایتمندی و نگرش کارکنان تیم سلامت و گیرندگان خدمت مد نظر قرار گرفت.

اهداف:

هدف کلی:

بررسی فراوانی و علل ارجاع بیماران تحت پوشش سازمان بیمه سلامت به سطح ۲ توسط پزشکان خانواده در شهرستانهای بویراحمد و دنا در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۵

اهداف اختصاصی:

- بررسی فراوانی و علل ارجاع بیماران تحت پوشش سازمان بیمه سلامت به سطح ۲ توسط

پزشکان خانواده در شهرستان بویراحمد در سه ماهه دوم سال ۹۵

- بررسی فراوانی و علل ارجاع بیماران تحت پوشش سازمان بیمه سلامت به سطح ۲ توسط

پزشکان خانواده در شهرستان دنا در سه ماهه دوم سال ۹۵

- مقایسه فراوانی و علل ارجاع بیماران تحت پوشش سازمان بیمه سلامت به سطح ۲

توسط پزشکان خانواده در شهرستانهای بویراحمد و دنا در سه ماهه دوم سال ۱۳۹۵

هدف کاربردی:

شناسایی فراوانی واقعی ارجاعات و علل ارجاعات به سطح ۲ برای پیدا کردن روش های بهبود رفتارهای مردم و پزشکان ارجاع دهنده برای حذف ارجاعات غیر ضروری با انجام اقدامات عملی و آموزشی و مدیریت هزینه های درمانی در اداره کل بیمه سلامت استان کهگیلویه و بویراحمد و به تبع آن سازمان بیمه سلامت است.

ادبیات ،

تاریخچه و پیشینه تحقیق

قدمت تفکر پزشکی خانواده در ایران:

تفکر پزشکی خانواده در کشور ما ریشه در فرهنگ ایرانی اسامی دارد و سابقه آن به قرن ها قبل باز می گردد. در تایید این گفته، سخنی حکیمانه از دانشمند بزرگ کشورمان حکیم زکریای رازی می تواند اثبات گر این مطلب باشد آنجا که می گوید: "مریض باید که از میان اطبای موثق به یک تن اقتصار ورزد، زیرا کسی که نزد پزشکان متعددی برود، بسیار احتمال دارد که در معرض خطای هر یک از آنها واقع شود، اما یک طبیب خطایش در جنب صوابش بسیار اندک باشد."

البته این تفکر ارزشمند و دارای قدمت، متأسفانه به دایله متعددی در کشورمان تا زمان معاصر اجرایی نشده بود.

ضرورت پرداختن به مبحث بهداشت و درمان آحاد مردم به قدری اهمیت دارد که در قانون اساسی جمهوری اسامی ایران به آن اشاره شده است.

آن جا که می گوید:

برخورداری از تامین اجتماعی از نظر بازنشستگی، بیکاری، پیری، از کار افتادگی، بی سرپرستی، در راه ماندگی، سوانح و حوادث، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی و مراقبت های پزشکی بصورت بیمه و غیره، حقی است همگانی. (اصل بیست و نهم.)

برای تأمین استقلال اقتصادی جامعه و ریشه‌کن کردن فقر و محرومیت و برآوردن نیازهای انسان در جریان رشد، باحفظ آزادی او، اقتصاد جمهوری اسلامی ایران براساس ضوابط زیراستوار میشود:

تأمین نیازهای اساسی: (مسکن، خوراک، پوشاک، بهداشت، درمان، آموزش و پرورش و امکانات لازم برای تشکیل خانواده) اصل چهل و سوم در قانون برنامه پنجم توسعه مبحث پزشک خانواده نیز از ضروریات نظام سلامت تلقی و بر اجرای آن در قسمت های مختلف تاکید شده است . به نحوی که در بند (ج) ماده ۱۲ بر ایجاد سامانه «خدمات جامع و همگانی سلامت» مبتنی بر مراقبت های اولیه بهداشتی با محوریت پزشک خانواده در نظام ارجاع، اشاره شده است یا در بند (د) همین ماده، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی موظف شده است حداکثر تا پایان سال اول برنامه، نظام درمانی کشور را در چهار چوب یکپارچگی بیمه پایه درمان، پزشک خانواده و نظام ارجاع تهیه نماید.

در بند (الف) ماده ۱۵ نیز آمده است: وزارت بهداشت می باید نسبت به استقرار سامانه پرونده الکترونیکی سلامت ایرانیان با اولویت شروع از برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع اقدام نماید.

طرح گسترش شبکه های بهداشتی درمانی در دهه ۶۰ خورشیدی و با ایجاد خانه های بهداشت، مراکز بهداشتی درمانی روستایی و شهری و ارائه خدمات بهداشتی درمانی، زمینه ساز ارتقای سلامت بخصوص در مناطق روستایی شد و پیشرفت شاخص های سلامت که نتیجه تلاش و موفقیت همه جانبه طراحان برنامه و عوامل اجرایی آن بود به نحو چشم گیری اتفاق افتاد.

مراقبت های اولیه بهداشتی (Primary Health Care) (هم اکنون با هزاران بهورز) به عنوان قلب شبکه در خانه های بهداشت و با همکاری پزشک ان عمومی در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی در حال ارائه است. در حال حاضر در ادامه اقدامات اصلاحی و عدالت گستر حوزه سلامت، اجرای برنامه پزشک خانواده آنچه باید در مورد پزشک خانواده بدانید و نظام ارجاع به منظور ارتقای سلامت ایرانیان با هدف دستیابی به اهداف چشم انداز ایران ۱۴۰۴ در دستورکار قرار گرفته است.

ضرورت اجرای برنامه پزشک خانواده:

برنامه پزشک خانواده با توجه به مقتضیات کنونی نظام سلامت کشورمان شکل گرفته است . برخی از مهم ترین مشکلات موجود پیش روی نظام سلامت کشور شامل موارد زیر است :

بی عدالتی در سلامت به نحوی که در بسیاری از موارد سهم افراد فقیر و غنی از پرداخت های حوزه بهداشت و درمان ناعادانه است بطوریکه افراد فقیر سهم بیشتری از درآمدها را به بهداشت و درمان اختصاص دهند به نحوی که براساس آمارها ی وزارت بهداشت نسبت هزینه های بهداشت و درمان از کل هزینه های خانوار در ۱/۱ در صد از خانوارها بیش از ۴۰ در صد است که عملاً اقتصاد خانوار را فلج خواهد کرد . بنیست به این نکته هم اشاره شود که با بررسی حساب های ملی سلامت در می یابیم که سهم خانوارهای ایرانی در تامین هزینه های سلامشان حدود ۵۵٪ است و سهم دولت و بیمه ها در این میان تنها ۴۵٪ می باشد. درحالی که در کشورهای

نفت خیز و همین طور کشورهای پیشرفته سهم خانوارها کمتر از ۲۵٪ است و مابقی را دولت برعهده می گیرد.

سالمندی، شهرنشینی و حاشیه نشینی که هر یک از این موارد می تواند تبعات خاص خود را نظیر افزایش بیماری های مزمن و غیر واگیر، افزایش بیماری های رفتاری، افزایش آنچه باید در مورد پزشک خانواده بدانید بیماری های واگیردار نظیر هپاتیت B و بیماری هایی که از طریق آمیزش جنسی منتقل می گردند و... را منجر شود.

ناکافی بودن پوشش مناسب نظام سلامت در شهرها به نحوی که انحصار ایجاد شده منجر به آشفتگی در بازار درمان در شهرها شده و از بخش بهداشت نیز در شهرها غفلت گردیده است . بیمارستان محوری، تخصص گرایی و کم توجهی به (SDH) عوامل اجتماعی تاثیرگذار بر سلامت و به همه مشکلات فوق باید حوادث و تصادفات جاده ای را هم اضافه کنیم . براساس آمار و ارقام طی ۱۰ سال گذشته، بیش از ۲۴۰ هزار نفر به دلیل تصادفات کشته شده اند.

برنامه پزشک خانواده، یکی از مهم ترین و موثرترین روشهای افزایش دسترسی و بهرهمندی عادلانه آحاد مردم از خدمات سلامت است.

این برنامه علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارائه دهندگان خدمات سلامت را نیز کم و محدود میکند.

هدف از اجرای برنامه پیشک خانواده:

هدف اصلی از اجرای این برنامه، مقابله با مشکلات موجود در نظام سلامت است به نحوی که ارائه مناسب ترین شیوه خدمات سلامت با قابلیت دسترسی و اثربخشی حداکثر به منظور تامین بالاترین سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای افراد، فراهم گردد و در آن پزشکان، مناسبترین پاسخ را به نیازها و تقاضاهای مردم برای خدمات بهداشتی درمانی براساس رعایت اصل احترام به آنان و ارزشها و اعتقاداتشان بدهند. مبانی و اصول اساسی اجرای برنامه پیشک خانواده، همان اصول اساسی مراقبت های اولیه بهداشتی (PHC) و مشتمل بر توجه به برقراری عدالت، همکاری بین بخشی، مشارکت مردمی و استفاده از فناوری مناسب است.

همچنین به منظور ارتقای سلامت، کنترل خدمات تکراری، افزایش پاسخ گویی به بیمار، امکان پیگیری خدمات ارائه شده به بیمار، تشکیل پرونده الکترونیک سلامت برای آحاد جامعه، افزایش امکان کنترل کیفیت خدمات پیشگیری از بیماری ها، مقابله با عوامل خطرزای سلامت و جلوگیری از سردرگمی بیماران در مراجعه به سایر ارائه کنندگان خدمات، حرکت بیمار در سطوح سه گانه نظام ارائه خدمات به شکل هدایت شده و با محوریت پیشک خانواده انجام میشود.

منظور از سطوح سه گانه ارائه خدمات، سطوح خدمات سلامت موجود در سیستم بهداشت و درمان کشور شامل خدمات عمومی، تخصصی و فوق تخصصی است.

به طور خاصه می توان گفت: عدالت، کیفیت، کارآیی، ایجاد نظام ارجاع، افزایش پاسخ گویی در بازار سلامت، کاهش هزینه های غیرضروری در بازار سلامت، افزایش میزان دسترسی فقرا به خدمات سلامت و افزایش پوشش خدمات سلامت، همگی از اهداف نظام سلامت و برنامه پزشکی خانواده می باشند.

منظور از نظام ارجاع، ویزیت بیماران یا مراجعین سیستم بهداشتی درمانی توسط پزشک عمومی، پزشک متخصص و پزشک فوق تخصص برحسب ضرورت و نیاز میباشد . یعنی همواره اولین سطح ویزیت و خدمات، پزشک عمومی است و در صورت نیاز، بیماران توسط پزشک عمومی به سطوح بالاتر ارجاع می شوند. این، نظام ارجاع بیماران و سطح بندی خدمات را به وجود می آورد که به ترتیب در مراکز بهداشتی درمانی شهری یا روستایی و مطب پزشکان خانواده (سطح اول) بیمارستان های شهرستان (سطح دوم) و بیمارستان های فوق تخصصی دانشگاهی و مراکز استان ها (سطح سوم) قابل انجام است.

پس به طور خاص ، برنامه پزشکی خانواده، یکی از مهم ترین و موثرترین روشهای افزایش دسترسی و بهرهمندی عاوانه آحاد مردم از خدمات سلامت است.

برنامه پزشکی خانواده ، علاوه بر تأمین خدمات مورد نیاز مردم، امکان سوء استفاده از نیازهای سلامت مردم توسط ارایه دهندگان خدمات سلامت را کم و محدود میکند.

تعریف پزشک خانواده:

پزشک خانواده، فارغ التحصیل رشته پزشکی و با مدرک حداقل دکترای عمومی است که دارای مجوز کار معتبر پزشکی می باشد و ضمن دریافت آموزش های خاص ، وظیفه دارد تا خدمات سلامت را در سطح اول در محدوده بسته تعریف شده (بسته خدمت)، بدون تبعیض سنی، جنسی، ویژگی های اقتصادی اجتماعی و ... در اختیار فرد، خانواده، جمعیت و جامعه ی تحت پوشش خود قرار دهد.

پزشک خانواده، در صورت لزوم برای حفظ و ارتقای سلامت، از ارجاع فرد به سطوح بالاتر استفاده می کند و مسوولیت پیگیری و تداوم خدمات نیز با اوست. پزشک خانواده، مسوول اداره کردن تیم سلامت است. افراد تحت پوشش پزشک خانواده، برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی به او مراجعه می کنند. هر پزشک خانواده ، جمعیتی مشخص را (که نمی باید از حدی معین تجاوز کند) تحت پوشش خود دارد.

← تیم سلامت:

به گروهی از صاحبان دانش و مهارت در حوزه خدمات بهداشتی درمانی یا توان بخشی که بسته خدمات سطح اول را در اختیار فرد، خانواده و جامعه تعریف شده قرار میدهند و مسوولیت آنان با پزشک خانواده است را تیم سلامت می گویند. افراد تحت پوشش هر تیم سلامت، برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی باید از طریق این تیم وارد زنجیره ارائه خدمات سلامت شوند، در غیر این صورت صد در صد هزینه های درمانی را باید شخصاً پرداخت نمایند.

بسته خدمات سلامت:

به مجموعه خدماتی که به یک گیرنده خدمت در یک زمان مشخص و توسط یک تیم ارائه می شود، بسته خدمت گویند. این بسته شامل جمیع مراقبت ها و خدماتی است که مردم به آن نیاز دارند.

سطح بندی خدمات سلامت:

چیدمان خاص واحدهای تامین کننده خدمات و مراقبتهای سلامت برای آن که دسترسی مردم به مجموعه خدمات تا جایی که ممکن است راحت، سریع، عادلانه، با کمترین هزینه و با بیشترین کیفیت باشد.

خدمات و مراقبتهای سلامت در سه سطح در اختیار جمعیت و جامعه گذارده میشود :

سطح یک واحدی در نظام سلامت که به طور معمول در جایی نزدیک به محل زندگی مردم (جمعیت تحت پوشش) قرار دارد، و در آن نخستین تماس فرد با نظام سلامت از طریق پزشک خانواده یا تیم سلامت اتفاق میافتد. خدمات ارتقای سلامت، پیشگیری و درمانهای اولیه، ثبت اطلاعات در پرونده سلامت و ارجاع و پیگیری بیمار، عمده خدمات این سطح را تشکیل میدهد که در چارچوب خدماتی واحد پزشکی خانواده، تجویز دارو و دیگر محصولات پزشکی و درخواست انجام خدمات پاراکلینیک شکل میگیرد. در این سطح، اعضای مختلف تیم سلامت انجام وظیفه می نمایند. به عنوان مثال پزشکان خانواده، درکنار سایر اعضای تیم سلامت اقدام به ارائه خدمات مختلفی که برای آنها پیش بینی شده است می نمایند و کاردان ها و کارشناس های

بهداشتی، مراقبت های اولیه ی بهداشتی درمانی را ارائه می نمایند . تمامی وظایف برای کلیه کارکنان تیم سلامت تعریف شده است.

خدماتها و مراقبتهایی که در سطح یک، برای اعضای تیم سلامت در نظر گرفته شده به شرح زیر است:

درمان بیماری ها، اقدامات اورژانسی و فوریت ها.

مدیریت سلامت در جمعیت تحت پوشش و محله مربوطه.

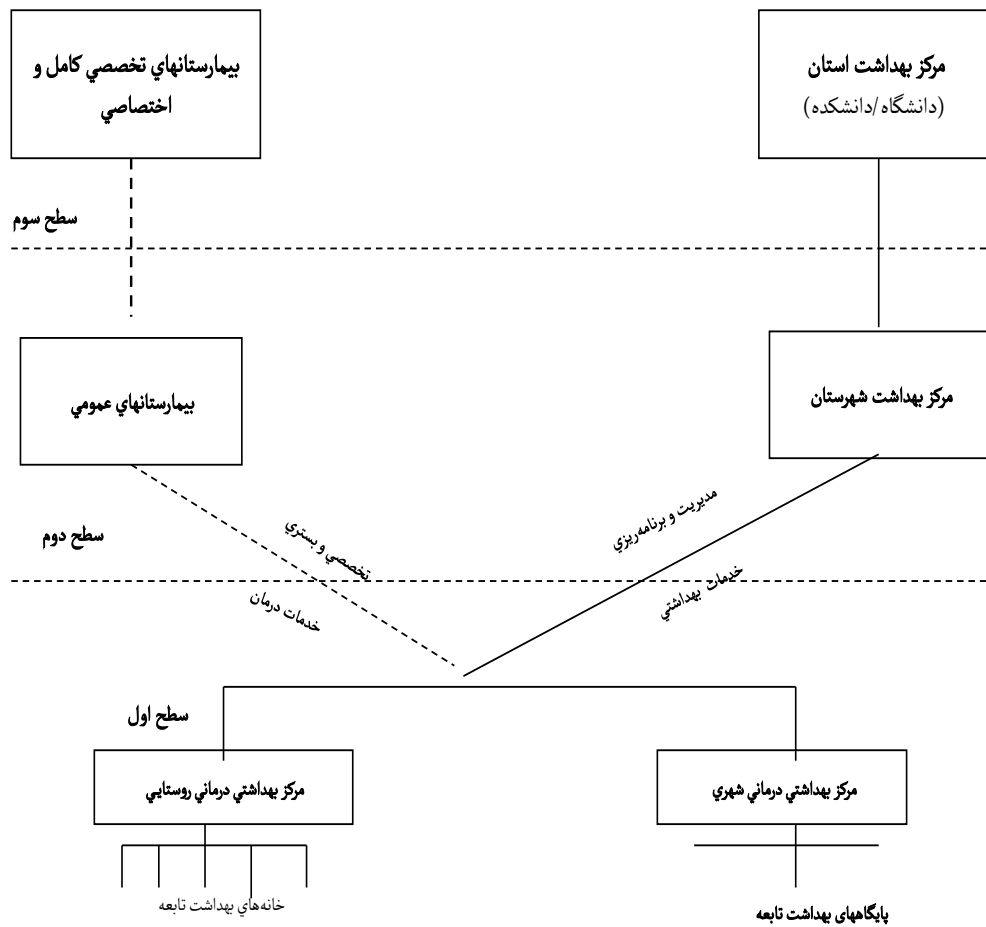
آموزش و ارتقای سلامت مراقبت از جامعه تحت پوشش با اجرای برنامه ها سلامت تدوین و ابلاغ شده در نظام ارائه خدمات سلامت .

پذیرش موارد ارجاعی و ارائه پسخوراند مناسب.

ارجاع مناسب و به موقع در مواردی که اقدامات تخصصی تر مورد نیاز است و پیگیری موارد ارجاع شده به سطح بالاتر.

دریافت پسخوراند از سطح بالاتر و انجام اقدامات مورد نیاز براساس پسخوراند سطح دو واحدی در نظام سلامت که خدمات درمان تخصصی سرپایی یا بستری را در اختیار ارجاع شدگان از سطح یک قرار میدهد و سپس پزشک خانواده ارجاع کننده را از نتیجه کار خویش مطلع می سازد. این سطح به طور معمول در بیمارستان های عمومی شهرستان و مطب های خصوصی مستقر می باشد.

ارتباط سطح ۱ و سطح ۲ و ۳ در شکل زیر نشان داده شده است :



← سطح سه

شامل خدمات فوق تخصصی و توانبخشی سرپایی یا بستری دارای اولویت، تأمین دارو و دیگر اقلام پزشکی و خدمات پاراکلینیک تخصصی تر میباشد. بازخورد خدمات این سطح، در اختیار سطح ارجاع کننده قرار می گیرد. این سطح به طور معمول در بیمارستان های تخصصی و فوق تخصصی دانشگاهی و مراکز استان ها و بخش خصوصی مستقر است.

ارتباطات سه گانه سطوح اول تا سوم به صورت هرم نظام ارائه خدمات و ارجاع در برنامه پزشک خانواده در نمودار فوق نشان داده شده است.

عملکرد شبکه یا نظام ارجاع در برنامه پزشک خانواده :

کلیه پزشکان خانواده همراه با مراکز دولتی یا غیردولتی که در سطوح دوم و سوم به ارائه خدمات بهداشتی، تشخیصی، درمانی و توان بخشی به صورت سرپایی یا بستری می پردازند، شبکه ارجاع را تشکیل می دهند. تمامی این مراکز به عنوان همکاران (اعضا) شبکه ارجاع خوانده می شوند .

ارجاع مجموعه فرایندهایی است که مسیر حرکت و ارتباط فرد را در سطوح سه گانه برای دریافت خدمات مورد نیاز به منظور تامین جامعیت و تداوم خدمات سلامت تعیین می کند .

اطلاعات راجع به استفاده فرد از خدمات نظام سلامت نهایتاً در پرونده سلامت الکترونیک شخص نزد پزشک خانواده یا تیم سلامت از طریق ارسال پس خوراند از سطوح تخصصی تر، ثبت می شود.

ارجاع عمودی: حرکت بیمار از یک سطح به سطح بالاتر یا پایین تر.

ارجاع افقی: مشاوره متخصص با سایر تخصص های پزشکی ارجاع بیمار به داروخانه و پاراکلینیک: شامل آزمایشگاه، تصویربرداری، فیزیوتراپی و ...

برگشت ارجاع (بازخوراند): انتقال اطلاعات لازم از نحوه ارائه خدمات و پیگیری بیمار از سطح ارجاع شده به ارجاع دهنده را برگشت ارجاع (بازخوراند ارجاع) می نامند. این اطلاعات باید شامل شرح بیماری، اقدامات انجام شده، داروهای تجویز شده، خدمات پاراکلینیکی مورد نیاز، اقداماتی که احیاناً پزشک خانواده باید انجام دهد، نحوه پیگیری، تعیین تاریخ مراجعه مجدد بیمار و ... باشد.

برگشت مشاوره در مواردی که مشاوره درمانی یا مشاوره پزشکی اجتماعی انجام می شود، انتقال و ثبت اطلاعات مشاوره ای از نحوه حل مشکل بیمار یا جامعه را، برگشت مشاوره می نامیم .

این اطلاعات می تواند شامل اقدامات لازم برای حل مشکل فرد یا جامعه، یا لزوم ارجاع فرد، نحوه پیگیری موضوع و... باشد.

برگه ارجاع: منظور برگه ای است که مشخصات و مشکل بیمار در آن ثبت و به استناد آن بیمار به سطوح بالاتر یا پزشک متخصص دیگر رجوع و خدمات سلامت مورد نیاز را دریافت مینماید . این فرم می تواند کاغذی یا الکترونیک باشد.

نبود سیستم ارجاع که در شرایط کنونی در شهرهای کشورمان حاکم است باعث بروز چه مشکلاتی در نظام سلامت شده است؟ مشکلات متعددی در شرایط کنونی که سیستم ارجاع در شهرهای کشور حاکم نیست، نظام سلامت کشورمان را احاطه کرده است و انتظار می رود با برقراری سیستم ارجاع این مشکلات نیز برطرف شوند. برخی از مهم ترین این مشکلات به قرار زیر است:

عدم پاسخ گویی به دلیل عدم شناخت بیمار و پزشک از یکدیگر .

ارائه خدمات موازی و تکراری توسط پزشکان مختلف برای یک بیمار .

عدم ثبت اطلاعات و سوابق بیماری

بکارگیری امکانات پیچیده و گران برای بیماری های ساده

عدم امکان پیگیری خدمات ارائه شده

مصرف بی رویه دارو و خدمات پاراکلینیک و تحمیل

هزینه و عوارض ناشی از آن.

پرونده الکترونیک سلامت و نقش آن در مدیریت سلامت:

با بکارگیری پرونده الکترونیک سلامت می توان سلامت افراد و منطقه تحت پوشش هر تیم سلامت را به نحو مناسب تری کنترل کرد به طوری که فواید زیر از اجرای این برنامه مورد انتظار خواهد بود:

همه افراد جامعه دارای پرونده الکترونیک سلامت خواهند شد. مدیریت گردش امور در سطوح محیطی و ستادی وزارت بهداشت براساس فرایندهای درست و منطقی با ابزار فن آوری اطلاعات اجرا خواهد شد.

محاسبه و مدیریت نظام پرداخت با توجه به تعداد افراد تحت پوشش و کمیت و کیفیت خدمت به سهولت امکان پذیر است.

قیمت تمام شده هر خدمت در هر مکان و در مقاطع زمانی مختلف قابل تعیین خواهد بود. مشکلات سلامت هر منطقه براساس فراوانی ابتلا به یک بیماری و تاثیر بیماری در از دست رفتن سال های عمر (ناشی از مرگ و ناتوانی) قابل شناسایی خواهد بود.

هزینه اثربخشی مداخلات مختلف درمانی و بهداشتی امکان پذیر خواهد شد.

امکان تعیین میزان و شیوع عوامل خطرزای سلامتی در افراد و محیط آنها عملی خواهد شد.

پرونده الکترونیک سلامت، امکان تخصیص منابع مبتنی بر برنامه های مصوب را در اختیار مجریان قرار خواهد داد.

بر اساس پیوست امنیتی پرونده الکترونیک سلامت، سطح دسترسی به هر بخش از اطلاعات سلامت افراد بر اساس مسئولیت افراد در تیم سلامت متفاوت است.

حتی مدیرانی که در سطح شهرستان، استان و ملی به سامانه پرونده الکترونیک سلامت دسترسی دارند فقط قادر به رویت گزارش های بروز و شیوع هستند که فاقد مشخصات فردی بیماران بوده. ضمناً با توجه به گردش اطلاعات بر بستر اینترنت و نه اینترنت امنیت قابل قبولی در مورد گردش اطلاعات وجود دارد.

• ارتقای امنیت انسانی و عدالت اجتماعی

- ساماندهی نظام ارائه خدمات با تأکید بر سطح بندی و نظام ارجاع برای جمعیت تعریف شده
 - ساماندهی مدیریت لوازم و تجهیزات پزشکی، دندانپزشکی، بهداشتی و آزمایشگاهی کشور با تأکید بر طرح سطح بندی
 - پوشش فراگیر و الزامی بیمه سلامت برای آحاد جمعیت مقیم (موقت و دائمی) در پهنه جغرافیایی کشور
 - اولویت بخشیدن به ارتقای کیفیت زندگی افراد با نیازهای ویژه
 - طراحی و استقرار نظام جامع مدیریت خدمات درمانی با تأکید بر تخصیص بهینه منابع و در نظر گرفتن سطح بندی، نظام ارجاع و ...
 - تأمین منابع مالی مورد نیاز مراقبتهای اولیه بهداشتی توسط دولت و ارائه سایر خدمات با مشارکت دولت، بیمه ها و مردم»
- خصوصیاتی که در این بند ذکر می شود کاملاً مواردی است که برای اجرای طرح بیمه سلامت با محوریت نظام ارجاع و پزشک خانواده طرح ریزی شده است.

نقاط قوت بخش:

بر اساس سند یکی از نقاط قوت بخش بهداشت و درمان این بند است:

« جهت گیری برای اصلاح نظام سلامت در قالب سطح بندی خدمات، نظام ارجاع و پزشک خانواده»



تاریخچه و پیشینه:

سید داوود نصراله پور شیوانی در مطالعه ای با پیوستی وضعیت نظام ارجاع بیماران در برنامه پزشکی خانواده و بیمه روستایی در استان های شمالی ایران: ۱۳۹۱" گفته: از ۹۶۳ بیمار ارجاع شده به سطح ۲ که موفق به دریافت خدمات شدند، ۶۸۷ نفر (۷۱ درصد) زن بودند. ۳۲۰ نفر (۳۳ درصد) از بیماران ارجاع شده، فرم ارجاع از خانه های بهداشت را به همراه داشتند. ضرورت ارجاع ۲۹۹ نفر (۳۱ درصد) بنا به تشخیص پزشکان خانواده بوده و پزشکان خانواده در ۱۶۱ مورد ارجاع (۱۷ درصد) در انتخاب پزشک متخصص سطح ۲، نقش داشته اند. پزشکان متخصص سطح ۲ برای ۱۵۵ بیمار (۱۶/۱ درصد) ارجاعی پذیرفته شده، نتایج ویزیت را به پزشک خانواده شان پس خوراند دادند. از بین بیماران مراجعه کننده به سطح ۲، تنها ۱۴۹ نفر (۱۵/۵ درصد)، به نزد پزشک ارجاع دهنده خود بازگشتند. ۶۹۷ بیماری (۸۵/۳ درصد) که به سطح اول باز نگشتند، علت اصلی را عدم آگاهی ذکر نمودند. میزان رعایت قواعد نظام ارجاع در خیلی از موارد در استان های شمالی کشور تفاوت معنی دار وجود داشت ($p < 0/05$). استنتاج: نتایج این مطالعه نشان داد که وضعیت نظام ارجاع در برنامه پزشکی خانواده مطلوب نبوده و نیاز به مداخله و بهبودی دارد.

نجمه باقیان و عاطفه زارع در مقاله ای با عنوان " بررسی چالش های اجرایی پزشکی خانواده و نظام ارجاع در ایران" منتشر شده در اولین کنفرانس بین المللی حماسه سیاسی (با رویکردی بر تحولات خاورمیانه) و حماسه اقتصادی (با رویکردی بر مدیریت و حسابداری) در سال ۱۳۹۲ عنوان کرده اند:

طرح پزشکی خانواده، به عنوان یک پروژه ملی بهداشت و سلامت، طرحی کامل و راهبردی جهانی است که برای برطرف کردن مشکلات حوزه سلامت تعریف شده تا با تبدیل سیستم

درمان نگر فعلی کشور به یک نظام سلامت محور، به عدالت در سلامت منجر شود . پزشک خانواده قصد دارد با حاکم کردن نظامی واحد بر مراقبت های تکه تکه و بدون سیاست بهداشتی و درمانی کشور، اقتصاد سلامت را اصلاح کند و از سردرگمی بیماران و دوباره کاری های سامانه پزشکی بکاهد. این برلعه بر اصل نظام شبکه بهداشت و درمان کشور یعنی برقراری عدالت اجتماعی، همکاری بین بخشی مشارکت مردمی و استفاده از تکنولوژی مناسب استوار است. هدف از این مطالعه بررسی چالش های اجرایی این طرح و ارائه راهکاری جهت رفع این معضلات به منظور ارتقا سطح نظام سلامت می باشد . در این پژوهش با بررسی پیشینه ی تحقیق و همچنین جمع آوری اطلاعات از پایگاه های اینترنتی معتبر و بررسی نحوه اجرای طرح پزشک خانواده در ایران و چندین کشور منتخب ارائه گردیده است . از مطالعات انجام شده می توان فهمید که سلامت همگانی ، تکلیفی بر عهده دولت هاست . این تکلیف دولت ها، جز از طریق نظامی ساختار یافته متشکل از مدل ها و نظاماتی همچون پزشک خانواده و استقرار نظام ارجاع مبتنی بر سطح بندی میسر نخواهد بود. از سوی دیگر، دستیابی به حداکثر یکپارچگی در امور مربوط به حفظ و ارتقای سلامت در هر یک از سطوح ارائه خدمت، توزیع عادلانه منابع و تحول در تخصیص منابع و امکانات ، تنها از طریق استقرار سامانه ارجاع و سطح بندی خدمات امکان پذیر است .

وحید یزدی فیض آبادی و همکاران در مطالعه ای با عنوان " ارزیابی عملکرد برنامه پزشک خانواده روستایی: مطالعه موردی دانشگاه علوم پزشکی کرمان " عنوان کرده اند:

میانگین ارجاعات به پزشک متخصص در دوره ۳ ساله ۹/۰۹ درصد بود . سهم ویزیت های دهگردشی از کل ویزیتها در همان دوره ۹/۹۶ درصد تعیین گردید. حدود ۷۱ درصد مراکز مجری برنامه از محل زیست پزشک برخوردار بودند درحالی که این رقم با توجه به دستورالعمل برنا مه

باید ۱۰۰ درصد باشد. در طول دوره ۵ ساله برنامه میانگین ریزش پزشکان خانواده و ماماها به ترتیب ۵۳ و ۹/۲ درصد بود و نتیجه گیری کرده اند که:

علیرغم بهبود نسبی در برخی از شاخصها، میزان جذب و ریزش پزشکان در برنامه نشان داد که ماندگاری پزشکان در سطح مطلوبی قوار ندارد و با توجه به اینکه شاخص نیروی انسانی یکی از کلیدی ترین شاخص ها در بهبود عملکرد برنامه می باشد، توجه جدی را می طلبد. لذا با توجه به گسترش کمی و کیفی برنامه به مناطق شهری با جمعیت های بیشتر، نیاز به ارتقا و بهبود بویژه وجود دارد.

دکتر عزت اله گل علیزاده و محمود موسی زاده در بهار ۹۲ در مطالعه ای با عنوان " تأثیر برنامه پزشک خانواده بر بار مراجعات در مراکز بهداشتی و درمانی دانشگاه علوم پزشکی مازندران " نتیجه گیری کرده: که میزان بار مراجعات به تیم پزشک خانواده بسیار چشمگیر و قابل ملاحظه بوده است. بیشترین افزایش بار مراجعات بعد از اجرای طرح پزشک خانواده، به ترتیب در خدمات مامایی، ویزیت پزشک، آزمایشگاه و دارویی مرتبط بوده است. لذا انتظار بر این است، این افزایش بار مراجعات بر شاخصهای بخش سلامت تأثیر مثبت ایجاد نماید بدین منظور پیش نهاد میشود برنامه به صورت سرپستمتیک مورد کنکاش قرار گیرد.

علی جنتی و همکاران در سال ۸۸ در مطالعه ای با عنوان " ارزیابی نقاط قوت و نقاط ضعف طرح پزشک خانواده " بر اساس نتایج زیر:

حدود ۹۷ درصد از جمعیت، از اجرای طرح پزشک خانواده مطلع بوده، ۹۷/۶ درصد آنها حداقل یک بار به پزشک خانواده مراجعه کرده بودند و ۹۶/۸ درصد آنان، دفترچه بیمه خدمات درمانی دریافت کرده بودند. نقاط قوت بارز طرح پزشک خانواده شامل: تشکیل پرونده سلامت، مراقبت

بهتر و مؤثرتر از مادران باردار و کودکان زیر ۶ سال، دسترسی آسان روستاییان به پزشک و دارو، کاهش هزینه های درمان بود و از نقاط ضعف عمده آن، میتوان به مراجعات بیش از حد و ازدحام بیماران در خانه های بهداشت، عدم تأمین شغلی برای کارکنان، پرداخت نشدن به موقع حقوق و مزایای اعضای تیم سلامت، محدود بودن زمان دسترسی به پزشک خانواده در روستا اشاره نمود .

نتیجه گیری کرده اند که: براساس یافته های این تحقیق پیشنهادهای زیر، به منظور رفع نقاط ضعف و بهبود کیفیت خدمات و افزایش رضایتمندی بیماران، مطرح شود: تشکیل پرونده سلامت الکترونیکی برای جمعیت تحت پوشش، ایجاد انگیزه و توجه پزشکان متخصص در نحوه برخورد با بیماران ارجاعی، باز تعریف دقیق جمعیت تحت پوشش، حل مشکلات معیشتی اعضای تیم سلامت، و پرداخت به موقع حقوق و مزایای آنان.

دکتر رضا چمن و همکاران در سال ۹۱ در مطالعه ای با عنوان "طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع" بیان کرده اند:

یکی از اصلاحات اخیر در نظام سلامت اجرای طرح بیمه روستایی با محوریت پزشک خانواده و نظام ارجاع است. مطالعه حاضر به منظور بررسی کیفیت نظام ارجاع در طرح ملی پزشک خانواده در شهرستان شاهرود انجام شد. این پژوهش، از نوع مطالعات کاربردی بود که به روش مقطعی در سال ۱۳۸۹ اجرا گرد. در این مطالعه، کلیه م راکز بهداشتی - درمانی مجری طرح پزشک خانواده مورد مطالعه قرار گرفته و تعداد ۸۰۰ نفر از بیماران ارجاعی بررسی و بر اساس مشاهده مستندات و مصاحبه با بیماران، پرسشنامه ها و چک لیست های ذی ربط تکمیل شد. در ۵۶/۲ درصد از بیماران ضرورت ارجاع با تشخیص پزشک خانواده و در ۴۳/۸

درصد به درخواست بیمار انجام شده و نیز انتخاب پزشک سطح ۲ در ۶۶ درصد از موارد توسط بیمار و در ۳۴ درصد توسط پزشک خانواده صورت گرفته بود. محل ارجاع ۵۳ درصد از بیماران در سطح ۲ مطب و کلینیکها خصوصی بود. یک سوم بیماران از خانه بهداشت ارجاع شده و حدود یک پنجم ارجاعات منجر به بستری بیمار گردیده بود. ارسال رنوشته ارجاع از پزشک خانواده به خانه بهداشت فقط در ۱۲/۵ درصد از موارد وجود داشت. پزشکان متخصص داخلی با ۱۶ درصد، بیشترین پذیرش بیماران ارجاعی از سطح اول را داشتند. کیفیت پس خوراند، تنها در ۸/۴ درصد از بیماران مطلوب بود. بین محل ارجاع بیماران در سطح ۲ و پسخوراند، رابطه معنی دار مشاهده گردید ($p=0/002$).

هرچند که یکی از اهداف اجرای طرح ملی پزشک خانواده اصلاح نظام ارجاع بوده و هست، ولی نتایج این مطالعه نشان داد مشکلات جدی در سطح ۲ و ۱ وجود دارد که رفع آن بهبود خدمات و رضایت بیماران را به دنبال خواهد داشت.

استان کهگیلویه و بویراحمد با جمعیت نزدیک به ۷۴۰/۰۰۰ نفر دارای ۴۸۲/۳۰۰ نفر بیمه شده سازمان بیمه سلامت در مقطع انتهای سال ۹۴ می باشد که جمعیت مشمول بیمه روستایی در این استان در مقطع ابتدای سال ۹۵، بالغ بر ۳۰۴۶۵۰ نفر بوده است و در این میان جمعیت بیمه شده روستایی شهرستان های بویراحمد و دنا که ۲ تا از ۸ شهرستان استان را تشکیل می دهند به ترتیب ۹۶۰۶۷ نفر و ۲۷۶۴۹ نفر تحت پوشش ۶۳ مرکز بهداشتی و درمانی میباشد و با توجه به تنوع فولکلور یک، آداب و رسوم، بافت جمعیتی و پراکندگی جغرافیایی از دور افتاده و صعب العبور تا نقاط نزدیک به مرکز استان می تواند در برگیرنده خصایص و ویژگی هایی باشد که از

نظر فرایندی و ارتباطی قابل تعمیم به سایر نقاط استان باشد لذا در این مطالعه سعی بر آن است که با تکیه بر اطلاعات پرسشنامه ای براساس نمونه گیری از کلیه مراکز بهداشتی و درمانی روستایی و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر این در شهرستان بررسی های لازم انجام و به اطلاعات و اهداف لازم دست یافت و نتایج لازم اخذ و ارائه گردد . لازم به ذکر است علاوه بر اطلاعات پرسشنامه ای سعی بر آن بوده از اطلاعات میدانی ناشی از حضور پرسشگر که مسئول بیمه روستایی بوده و ارتباط نزدیکی با مراکز ، تیم سلامت و بیمه شدگان دارد به نحو مناسب و در جای خود استفاده گردد.

روش انجام مطالعه (متدولوژی)

مطالعه توصیفی - مقطعی (نیمسال اول ۱۳۹۵) انجام و قسمت نمونه گیری آن به روش نمونه گیری خوشه‌های انجام شد.

آمار کلی و تفکیکی جمعیت بیمه شده و موسسات با تکیه بر اطلاعات سیستم جامع بیمه‌گری و درآمد و سامانه امید و همچنین اطلاعات واحد روستایی اداره نظارت و ارزشیابی بیمه سلامت استان و واحد گسترش معاون بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان تهیه شده است. تهیه پرسشنامه شامل دوبخش مبتنی بر:

الف: اطلاعات زمینه‌ای و پایه که در اکثر پرسشنامه‌های علوم پایه و پزشکی متناسب با نوع مطالعه مورد استفاده قرار می‌گیرد و با مصاحبه و به شکل مستقیم جوابهای گردآوری شده

ب: اطلاعات فنی پرسشنامه که بر اساس شواهد مربوط به فرایند مراجعه و دریافت خدمت بیمه شده در قالب پروتکل جاری پزشک خانواده و نظام ارجاع در استان کهگیلویه و بویراحمد در حال انجام است تهیه شده است. که البته از نظرات ناظر محترم مطالعه و دفتر مطالعات و پژوهش سازمان بیمه سلامت نیز بهره‌مند شدیم.

پرسشنامه با توجه به محاسبات فرمول کوکران بر اساس ۴۴۸ نمونه که به شکل خوشه‌ای و مبتنی بر هدف انتخاب شدند، از میان مراجعین به مراکز بهداشتی، متناسب با جمعیت مراجعین تعیین شده و سپس با مراجعه به پرونده سلامت مزبور به شکل ران دوم و تصادفی افراد

انتخاب شده و اطلاعات لازم اخذ گردید، در این میان اهمیت پرونده سلامت بیماران در اخذ اطلاعات نیز مدنظر قرار گرفت، جمعیت بیمه شدگان صندوقهای مختلف که جهت استفاده در تحلیل ها و بهره گیری در نتایج یافته ها مد نظر بود با استعلام از اداره بیمه گری و درآمد استان کهگیلویه و بویراحمد به دست آمده است.

در اخذ اطلاعات علاوه بر پرسش از مراجعین انتخاب شده بر اساس روش نمونه گیری جهت اطمینان بیشتر و تحت نظر برای هزینه های نمونه گیری از اطلاعات پذیرش و تیم سلامت شاغل در مراکز بهداشتی و درمانی، مسئول گسترش مرکز بهداشت شهرستان بویراحمد و دنا استفاده شد، در جهت دقت علاوه بر اخذ اطلاعات از مصاحبه شونده فیش پرداخت در مراکز رویت شد.

جهت اخذ اطلاعات اولیه بیمه شدگان انتخاب شده روستاییان، عشایر و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر علاوه بر مراجعه به پرونده سلامت که به عنوان یک شاخص مهم مورد توجه قرار گرفت با اخذ آدرس از مراکز بهداشتی و درمانی و با هماهنگی قبلی از طریق درمانگاه و خانه بهداشت با مراجعه به درب منزل اطلاعات پرسشنامه در بخش مورد نیاز اخذ شد.

در اخذ اطلاعات مربوط به بیمه شدگان شهرهای بالاتر از بیست هزار نفر (شهر واسوج) علاوه بر اخذ اطلاعات از سامانه جامع بیمه گری و سامانه امید و هماهنگی اولیه با بیمه شدگان که به شکل تلفنی انجام شده است در ۴ مورد که به علت نقص در ثبت اطلاعات و یا اشتباه بودن مشخصات ثبت شده موفق به برقراری تماس نشدیم و همچنین در ۳ مورد که

تمایلی به همکاری نداشتند با در نظر داشتن نظم و دقت در روش نمونه گیری ۷ مورد دیگر جایگزین شده و اطلاعات لازم اخذ و ثبت گردید.

در اخذ اطلاعات از مراکز و موسسات بهداشتی و درمانی سعی شد با نهایت دقت اصول محرمانه بودن اطلاعات بیماران و با رعایت اخلاق پزشکی و حرفه ای مد نظر قرار گرفته و با ارایه توضیحات کامل به بیمه شده، پزشک، ماما سایر کادر بهداشتی و درمانی و با در نظر گرفتن محدودیتهای فرهنگی، خانوادگی و اخلاقی نسبت به تهیه و ثبت اطلاعات اقدام گردد. و یکی از نکات مورد توجه این بوده که به زبان بومی و عامیانه بتوان با تفهیم منظور پرسشگر اطلاعات صحیحی از بیمه شدگان اخذ نمود.

با مرور اطلاعات قبلی انجام شده در این زمینه به عنوان پاپلوت فراوانی عدد 5/5% مد نظر قرار گرفت که با در نظر گرفتن اطمینان ۹۵٪ و دقت ۰.۵ حجم نمونه بر اساس فرمول زیر تعداد ۴۴۸ نفر محاسبه گردید.

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} - \alpha/2)^2 [P(1 - P)]}{d^2}$$

۴۴۸ نمونه مورد مطالعه به شکل تقسیم بندی متناسب با تعداد جمعیت مراکز (در جدول شماره ۱ تعداد نمونه هر مرکز مشخص شده است) توزیع گردید و در ایام غیر تعطیل هر هفته به شکل راندوم از پذیرش آن روز نمونه ها انتخاب شده و ضمن بررسی پرونده سلامت حتی المقدور در اکثر موارد با استفاده از اطلاعات تلفن و آدرس و همچنین مراجعات

حضور با رویت دفترچه درمانی اطلاعات دفتر مراجعین و پرونده سلامت صحت سنجی

شد و در صورت مغایرت جایگزین گردید.

با توجه به توزیع پزشک بر اساس جمعیت مراکز، خود به خود توزیع انتخاب نمونه بر

اساس جمعیت، تا حدودی توزیع بر اساس پزشک نیز تلقی می‌گردد

جامعه آماری:

جامعه آماری شامل کلیه بیماران روستایی مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی

شهرستانهای بویر احمد و دنا در سطح ۱ میباشد.

(جمعیت بیمه شده دارای دفترچه روستایی در شهرستانهای بویر احمد و دنا) بیمه شدگان

دارای دفترچه بیمه روستایی در شهرستانهای بویر احمد و دنا که توسط پزشکان خانواده در

سه ماهه دوم ۹۵ ویزیت می شوند جامعه آماری ما را تشکیل می دهند.

این جمعیت با استفاده از سامانه امید و سیستم جامع بیمه گری سازمان بیمه سلامت استخراج

شده و نمونه ها با آمار مراکز بهداشت مورد مطالعه مقایسه گردید.

زمان انجام مطالعه:

زمان انجام مطالعه نیمه دوم سال ۱۳۹۵ بوده است

مشخصات ابزار جمع آوری داده ها : پرسشنامه، جمع آوری اطلاعات روستایی (۲۴)

سوال) ازدفاتر ثبت ویزیت روزانه و دفاتر ارجاع پزشکان خانواده مراکز بهداشتی و درمانی

(برای جمع آوری اطلاعات) استفاده گردید.

روش گرد آوری داده ها : تکمیل پرسشنامه به صورت حضوری توسط محققین و با انتخاب طبقه ای و تصادفی به طوری که در روزهای تصادفی از تمامی مراکز بهداشتی و درمانی روستایی پرسشنامه تکمیل شد از دفاتر ارجاع و دفاتر ویزیت پزشکان خانواده استفاده گردید. همچنین جهت راستی آزمایی (ثبت واقعی موارد ارجاع در دفاتر ارجاع پزشکان خانواده) از نسخ ارجاع شده به سطح ۲ نمونه برداری شده و با دفاتر ارجاع پزشکان تطبیق داده شد که آیا تمامی موارد ارجاع در دفتر ثبت شده است یا خیر؟

روش تجزیه و تحلیل داده ها:

پس از جمع آوری اطلاعات با استفاده از نرم افزار **spss** اطلاعات طبقه بندی و نمودارها در دو قالب امارتوصیفی و اماراستنباطی استخراج و تحلیل کمی و کیفی انجام گردید.

یافته ها

(بحث و نتیجه گیری)

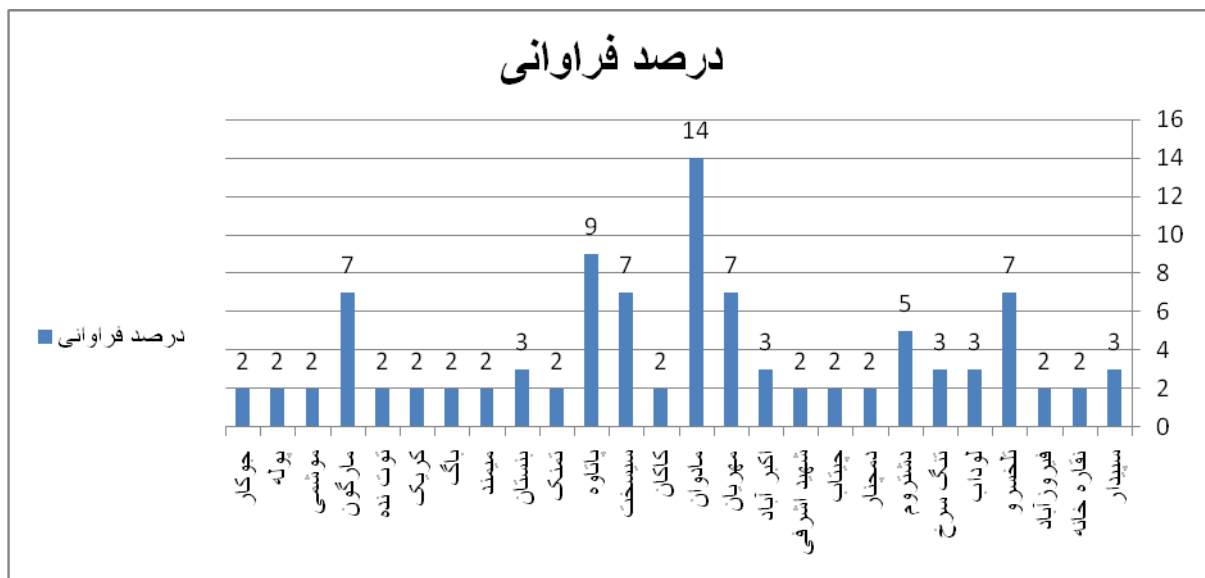
نتایج:

جدول (۱) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب محل مرکز بهداشتی و درمانی

| نام شهرستان | درصد فراوانی | فراوانی نمونه | نام مرکز | شاخص متغیر |
|-------------|--------------|---------------|------------|-----------------------|
| بویر احمد | ۳/۵۷ | ۱۶ | سپیدار | مرکز بهداشتی و درمانی |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | نقاره خانه | |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | فیروزآباد | |
| بویر احمد | ۷/۱۴ | ۳۲ | تلخسرو | |
| بویر احمد | ۳/۵۷ | ۱۶ | لوداب | |
| بویر احمد | ۳/۵۷ | ۱۶ | تنگ سرخ | |
| بویر احمد | ۵/۳۴ | ۲۴ | دشتروم | |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | دمچنار | |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | چیتاب | |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | شهید اشرفی | |
| بویر احمد | ۳/۵۷ | ۱۶ | اکبر آباد | |
| بویر احمد | ۷/۱۴ | ۳۲ | مهربان | |
| بویر احمد | ۱۴/۲۸ | ۶۴ | مادوان | |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | کاکان | |
| دنا | ۷/۱۴ | ۳۲ | سیسخت | |
| دنا | ۸/۹۲ | ۴۰ | پاتاوه | |

| | | | | |
|-----------|------|-----|---------|-----|
| دنا | ۱/۷۸ | ۸ | تمنک | |
| دنا | ۳/۵۷ | ۱۶ | بنستان | |
| دنا | ۱/۷۸ | ۸ | میمند | |
| دنا | ۱/۷۸ | ۸ | باگ | |
| دنا | ۱/۷۸ | ۸ | کریک | |
| دنا | ۱/۷۸ | ۸ | توت نده | |
| بویر احمد | ۷/۳۱ | ۳۲ | مارگون | |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | موشمی | |
| بویر احمد | ۱/۷۸ | ۸ | پوله | |
| دنا | ۱/۷۸ | ۸ | جوکار | |
| | ۱۰۰ | ۴۴۸ | جمع | جمع |

جدول (۱) نشان می دهد که تعداد نمونه های مورد مطالعه از کلیه مراکز بهداشتی در شهرستانهای بویر احمد و دنا و با توجه به امار جمعیتی تحت پوشش انتخاب شده است که بیشترین نمونه در مرکز بهداشتی مادوان و پاتاوه و همچنین کم ترین نمونه از مرکز نقاره خانه و چرچ مرکز دارای جمعیت تحت پوشش یکسان انتخاب شده است.

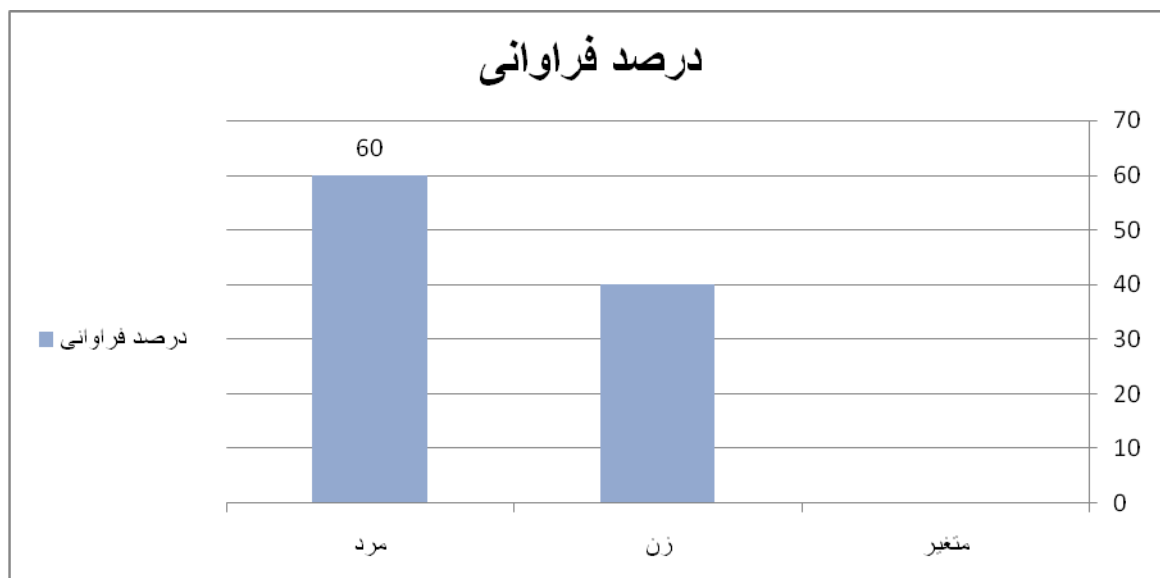


نمودار شماره ۱: درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب محل مرکز بهداشتی و درمانی

جدول (۲) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب جنسیت پزشک شاغل در مراکز بهداشتی

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|------------|-------|---------|--------------|
| جنسیت پزشک | زن | ۲۳ | ۳۹/۶۵ |
| | مرد | ۳۵ | ۶۰/۳۵ |
| | جمع | ۵۸ | ۱۰۰ |

جدول (۲) نشان می دهد که ۲۳ نفر یعنی ۳۹/۶۵ درصد از پزشکان مورد مطالعه زن و ۳۵ نفر یعنی ۶۰/۳۵ درصد مرد بوده اند.

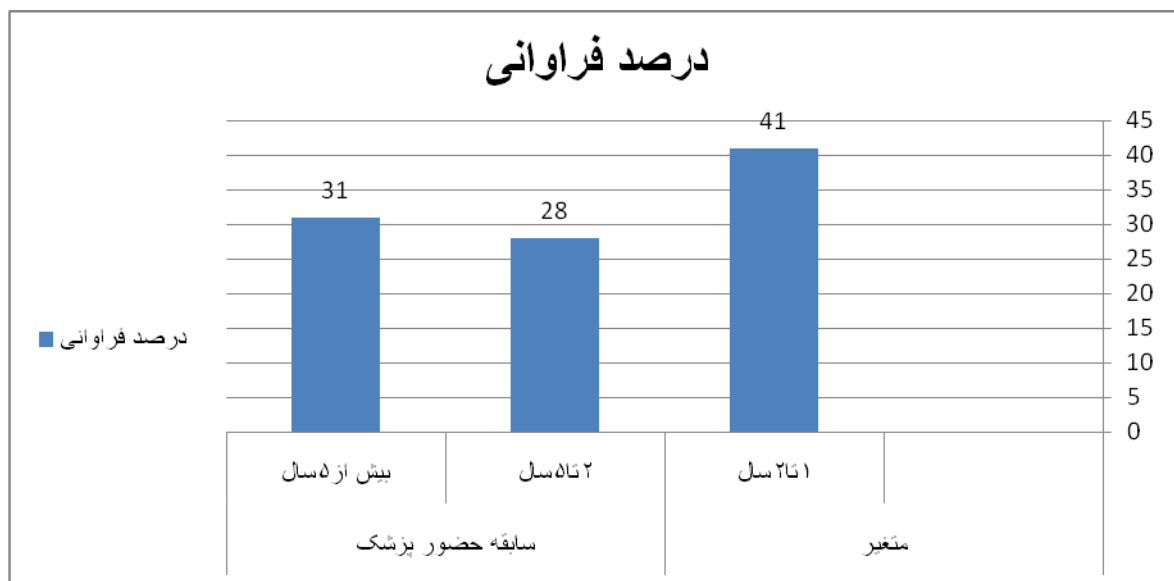


نمودار شماره ۲: درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب جنسیت پزشک شاغل در مراکز بهداشتی

جدول (۳) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب سابقه حضور پزشک در مرکز بهداشتی

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|--------------------|--------------|---------|--------------|
| سابقه حضور پزشک | ۱ تا ۲ سال | ۲۴ | ۴۱/۳۷ |
| | ۲ تا ۵ سال | ۱۶ | ۲۷/۵۹ |
| | بیش از ۵ سال | ۱۸ | ۳۱/۰۴ |

جدول (۳) نشان می دهد که ۲۴ نفر یعنی ۴۱/۳۷ درصد از پزشکان مورد مطالعه دارای سابقه ۱ تا ۲ سال، ۱۶ نفر یعنی ۲۷/۵۹ درصد دارای سابقه ۲ تا ۵ سال و ۱۸ نفر یعنی ۳۱/۰۴ درصد دارای سابقه بیش از ۵ سال در مراکز بهداشتی بوده اند.



نمودار شماره ۳ درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب سابقه حضور پزشک در مرکز بهداشتی

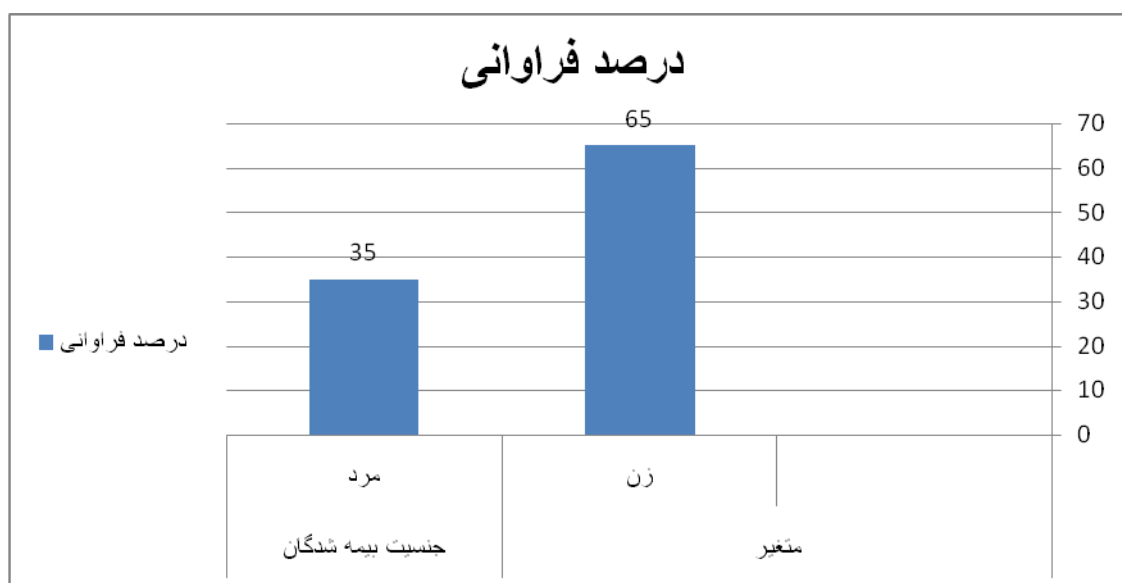
جدول (۴) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب جنسیت بیمه شدگان

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|------------------|-------|---------|--------------|
| جنسیت بیمه شدگان | زن | ۲۹۱ | ۶۴/۹۶ |
| | مرد | ۱۵۷ | ۳۵/۰۴ |
| | جمع | ۴۴۸ | ۱۰۰ |

جدول (۴) نشان می دهد که ۲۹۱ نفر یعنی ۶۴/۹۶ درصد از بیمه شدگان مورد مطالعه زن

و ۱۵۷ نفر یعنی ۳۵/۰۴ درصد مرد بوده اند.

اطلاعات جدول شماره ۴ حکایت از احتمال بالاتر نیاز به ارجاع در جمعیت زنان نسبت به جمعیت مردان در نمونه های مورد مطالعه است البته در گزارشات و آنالیز های مراکز بهداشت مراجعات زنان نسبت به مردان به پزشکان در صندوق روستایی بیمه سلامت فارغ از نیاز یا عدم نیاز به ارجاع بالاتر بوده است و در هر مرکز آمار و درصدی متفاوت ولی با رویکرد تناسبی همسو دیده شد. و با توجه به تصادفی بودن نمونه های این مطالعه این رویکرد قابل پیش بینی بوده است.

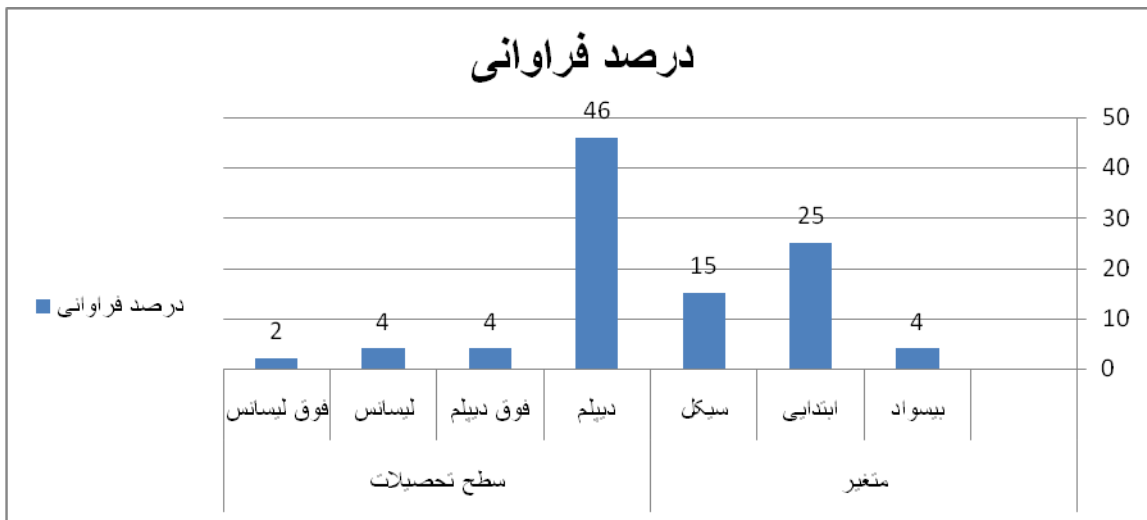


نمودار شماره ۴ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب جنسیت بیمه شدگان

جدول (۵) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب سطح سواد

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---------------|------------|---------|--------------|
| سطح تحصیلات | بیسواد | ۱۸ | ۴/۰۱ |
| | ابتدایی | ۱۱۳ | ۲۵/۲ |
| | سیکل | ۶۹ | ۱۵/۴ |
| | دیپلم | ۲۱۰ | ۴۶/۹ |
| | فوق دیپلم | ۱۳ | ۲/۹ |
| | لیسانس | ۱۹ | ۴/۳ |
| | فوق لیسانس | ۶ | ۱/۳ |
| جمع | جمع | ۴۴۸ | ۱۰۰ |

جدول شماره ۵ نشان می دهد که ۱۸ نفر یعنی ۴/۰۱ درصد از بیمه شدگان بی سواد، ۱۱۳ نفر یعنی ۲۵/۲ درصد از بیمه شدگان ابتدایی، ۶۹ نفر یعنی ۱۵/۴ درصد از بیمه شدگان سیکل، ۲۱۰ نفر یعنی ۴۶/۹ درصد از بیمه شدگان دیپلم، ۱۳ نفر یعنی ۲/۹ درصد از بیمه شدگان فوق دیپلم، ۱۹ نفر یعنی ۴/۳ درصد از بیمه شدگان لیسانس و ۶ نفر یعنی ۱/۳ درصد از بیمه شدگان فوق لیسانس و بالاتر بوده اند.



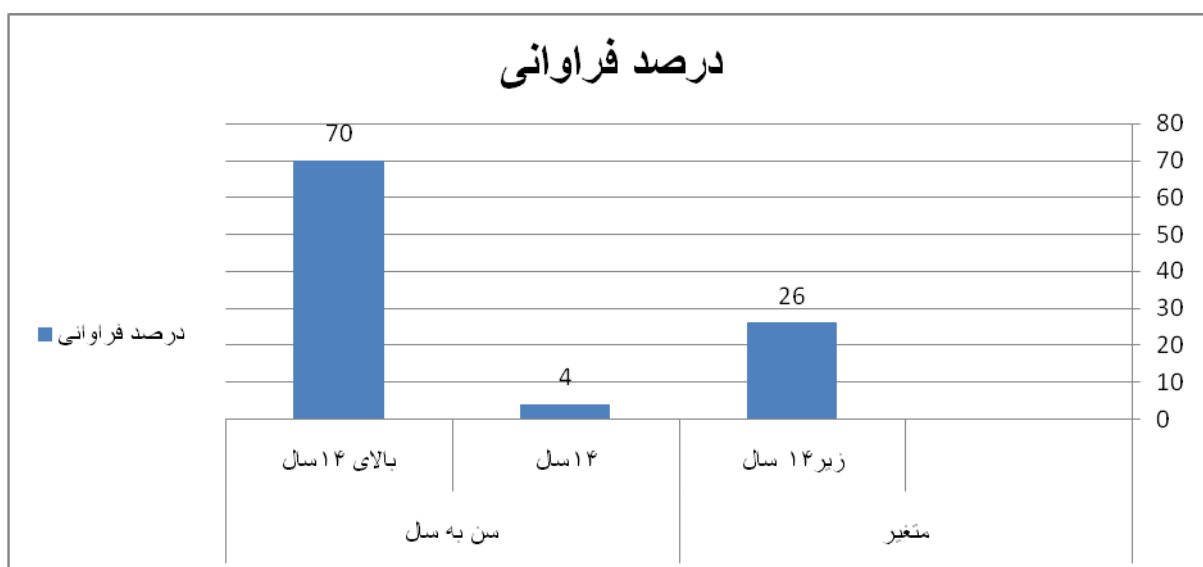
نمودار شماره ۵ درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب سطح سواد

جدول (۶) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر سن

| درصد فراوانی | فراوانی | نمونه | شاخص متغیر |
|--------------|---------|--------------|---------------|
| ۲۵/۴ | ۱۱۳ | زیر ۱۴ سال | سن به سال |
| ۴/۲ | ۱۹ | ۱۴ سال | |
| ۷۰/۴ | ۳۱۶ | بالای ۱۴ سال | |

جدول (۶) نشان می دهد که ۱۱۳ نفر یعنی ۲۵/۴ درصد از بیمه شدگان زیر ۱۴ سال سن، ۱۹ نفر یعنی ۴/۲ درصد دارای سن ۱۴ سال و ۳۱۶ نفر یعنی ۷۰/۴ درصد بالاتر از ۱۴ سال سن بوده اند.

دلیل انتخاب سن ۱۴ سال به عنوان مرز تقسیم بندی اشاره تفاهمنامه سال ۹۵ و دستورالعمل شماره ۱۶ بیمه روستایی مبنی بر تعیین گروه هدف در این بازه سنی و نمایش تفاوت ارجاع گروه هدف و غیر هدف بوده که البته بنا به توصیه ناظر مطالعه که نمونه مشابه را در سال قبل در استان آذربایجان غربی انجام داده بودند و تقسیم بندی ایشان مورد تایید بوده و منتقدی نداشته انتخاب شده است.

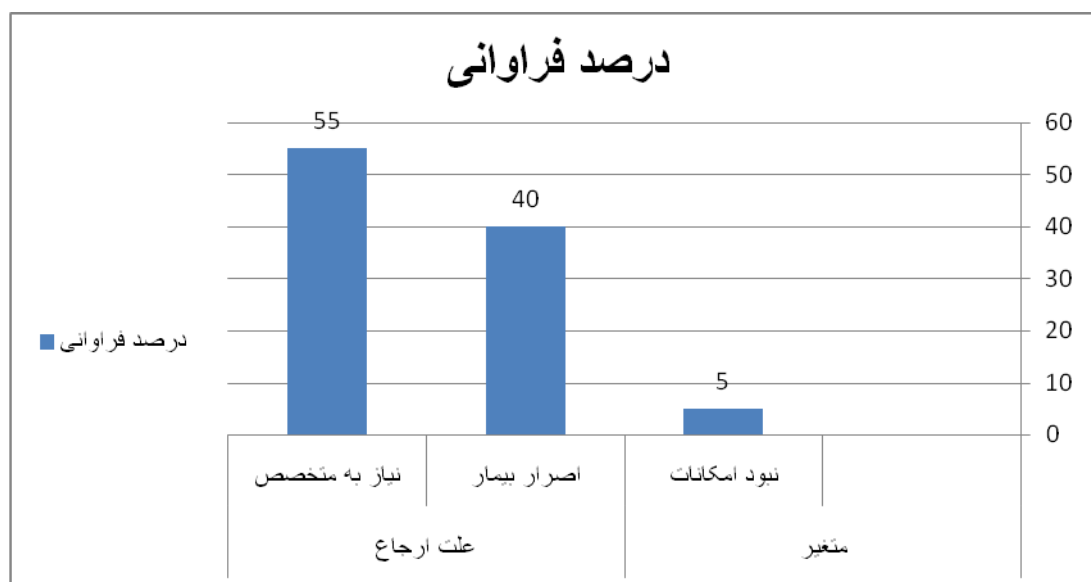


نمودار شماره ۶ درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر سن

جدول (۷) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب تعداد ارجاع به پزشک خانواده

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---------------|--------------|---------|--------------|
| تعداد ارجاع | ۱ بار | ۲۱۲ | ۴۷/۱ |
| | ۲ بار | ۱۱۷ | ۲۶/۲ |
| | بیش از ۲ بار | ۱۱۹ | ۲۶/۷ |

جدول (۷) نشان می دهد که ۲۱۲ نفر یعنی ۴۷/۱ درصد از بیمه شدگان ۱ بار، ۱۱۷ نفر یعنی ۲۶/۲ درصد ۲ بار و ۱۱۹ نفر یعنی ۲۶/۷ درصد بیش از ۲ بار به پزشک خانواده ارجاع کرده اند.

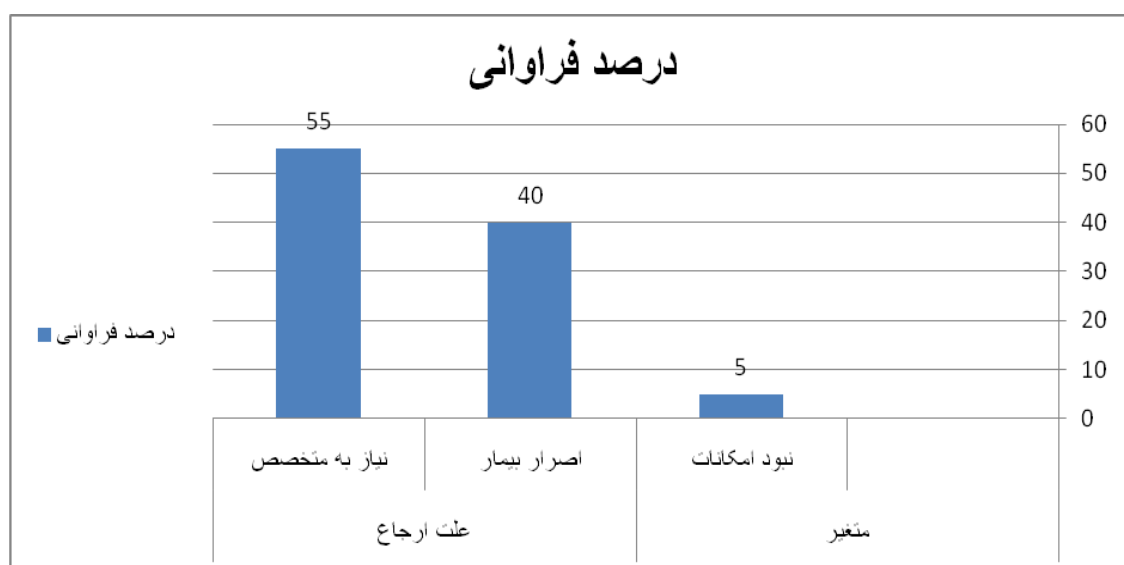


نمودار شماره ۷: درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب تعداد ارجاع به پزشک خانواده

جدول (۸) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب علت ارجاع به پزشک خانواده

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|------------|---------------------|---------|--------------|
| علت ارجاع | کمبود امکانات | ۲۰ | ۴/۶ |
| | اصرار بیمار | ۱۸۱ | ۴۰/۴ |
| | نیاز به تخصص بالاتر | ۲۴۷ | ۵۵ |

جدول (۸) نشان می دهد که ۲۰ نفر یعنی ۴/۶ درصد از بیمه شدگان به علت نبود امکانات ، ۱۸۱ نفر یعنی ۴۰/۴ درصد با اصرار بیمار و ۲۴۷ نفر یعنی ۵۵ درصد به علت نیاز به تخصص بالاتر ارجاع کرده اند . کمبود امکانات شامل تجهیزات و متدهای تشخیصی نظیر تجهیزات تخصصی طب اورژانس ، بسیاری از آزمایشات تشخیصی ، سونوگرافی ، امکانات انتقال نظیر آمبولانس مجهز که با توجه به صعب العبور بودن در صورت عدم ارجاع به موقع باعث تاخیر و یا نقص در درمان خواهد شد.



نمودار شماره ۸: درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب علت ارجاع به پزشک خانواده

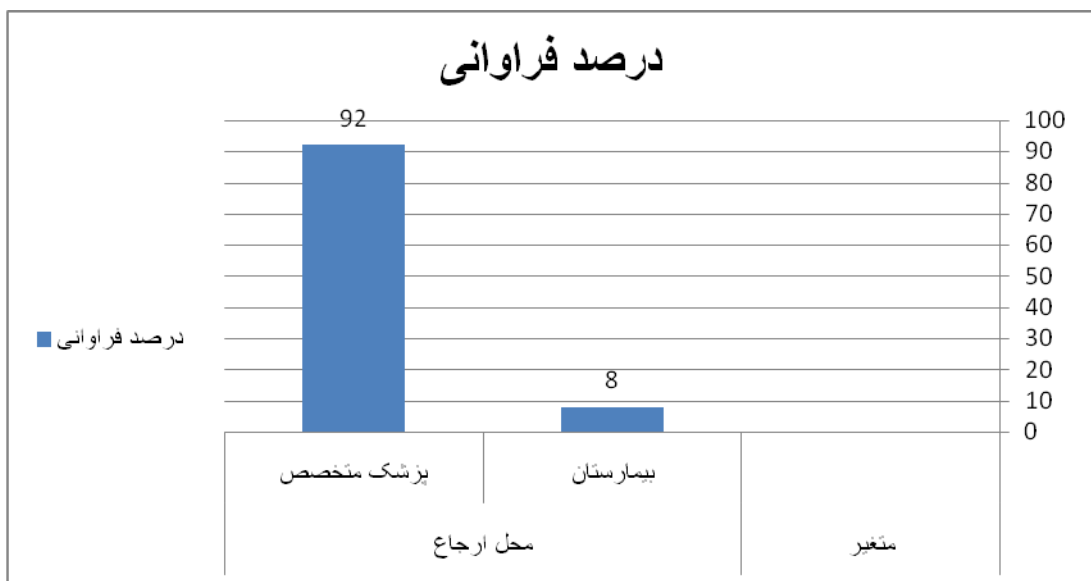
جدول (۹) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب محل ارجاع

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---------------|------------|---------|--------------|
| محل ارجاع | بیمارستان | ۳۵ | ۷/۹ |
| | پزشک متخصص | ۴۱۳ | ۹۲/۱ |

جدول (۹) نشان می دهد که ۳۵ نفر یعنی ۷/۹ درصد از بیمه شدگان توسط پزشک خانواده به بیمارستان و ۴۱۳ نفر یعنی ۹۲/۱ درصد به پزشک متخصص ارجاع داده شده اند.

مراجعات مستقیم به بیمارستان در این مطالعه رصد نشده است. و به تبع آن مراجعات معکوس در مطالعه قابل تحلیل نخواهد بود. ولی موارد ارجاع پزشک خانواده به بیمارستان بنا به اظهار پزشکان خانواده شامل موارد اورژانس و بیماران با دردها و علائم حاد پزشکی نظیر تشخیص آپاندیسیت و سنگ کلیه و زایمان زودرس و ... بوده است.

لازمه تعیین اورژانس و انتخابی بودن مراجعات نیز وابسته به مطالعه و رصد مراجعات مستقیم و معکوس می باشد که همانگونه که اشاره شد به علت محدودیت بررسی در مطالعه لحاظ نشده است.

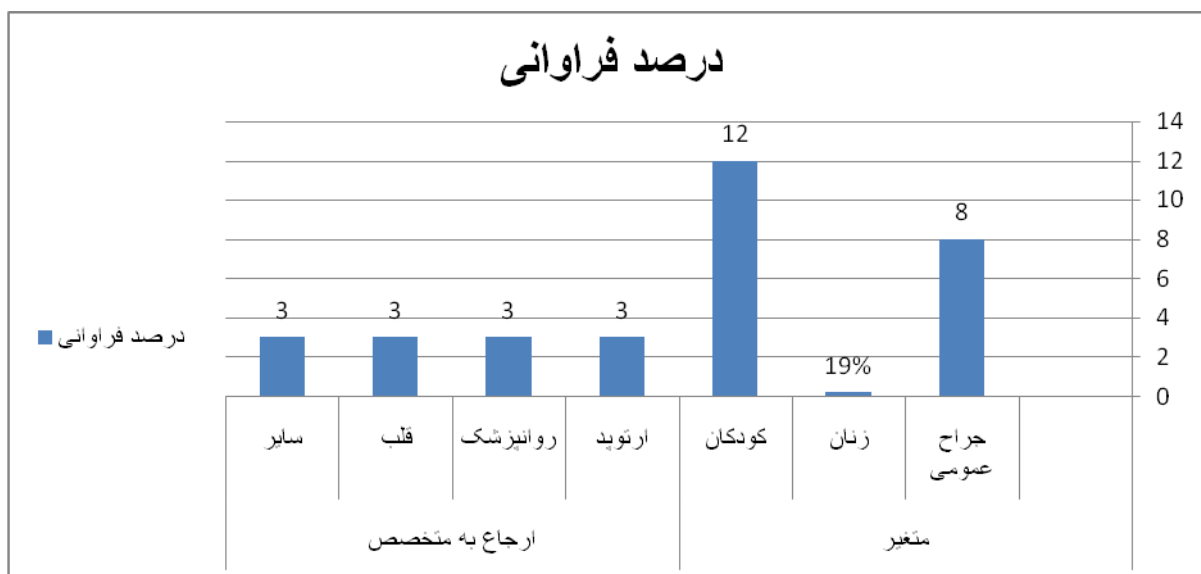


نمودار شماره ۹ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب محل ارجاع

جدول (۱۰) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب ارجاع به متخصص

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|----------------|------------|---------|--------------|
| ارجاع به متخصص | جراح عمومی | ۲۶ | ۵/۸ |
| | زنان | ۹۰ | ۲۰ |
| | کودکان | ۵۶ | ۱۲/۹ |
| | ارتوپد | ۱۶ | ۳/۷ |
| | روانپزشک | ۱۲ | ۲/۵ |
| | قلب | ۴۰ | ۸/۸ |
| | سایر | ۲۰۸ | ۴۶/۲ |
| جمع | ۴۴۸ | ۱۰۰ | |

جدول شماره ۱۰ نشان می دهد که ۲۶ نفر یعنی ۵/۸ درصد از بیمه شدگان به جراح عمومی، ۹۰ نفر یعنی ۲۰ درصد از بیمه شدگان به متخصص زنان، ۵۶ نفر یعنی ۱۲/۹ درصد از بیمه شدگان به متخصص کودکان، ۱۶ نفر یعنی ۳/۷ درصد از بیمه شدگان به متخصص ارتوپد، ۱۲ نفر یعنی ۲/۵ درصد از بیمه شدگان به روانپزشک، ۴۰ نفر یعنی ۸/۸ درصد از بیمه شدگان به متخصص قلب و ۲۰۸ نفر یعنی ۴۶/۲ درصد از بیمه شدگان به سایر متخصصین ارجاع داده شده اند.

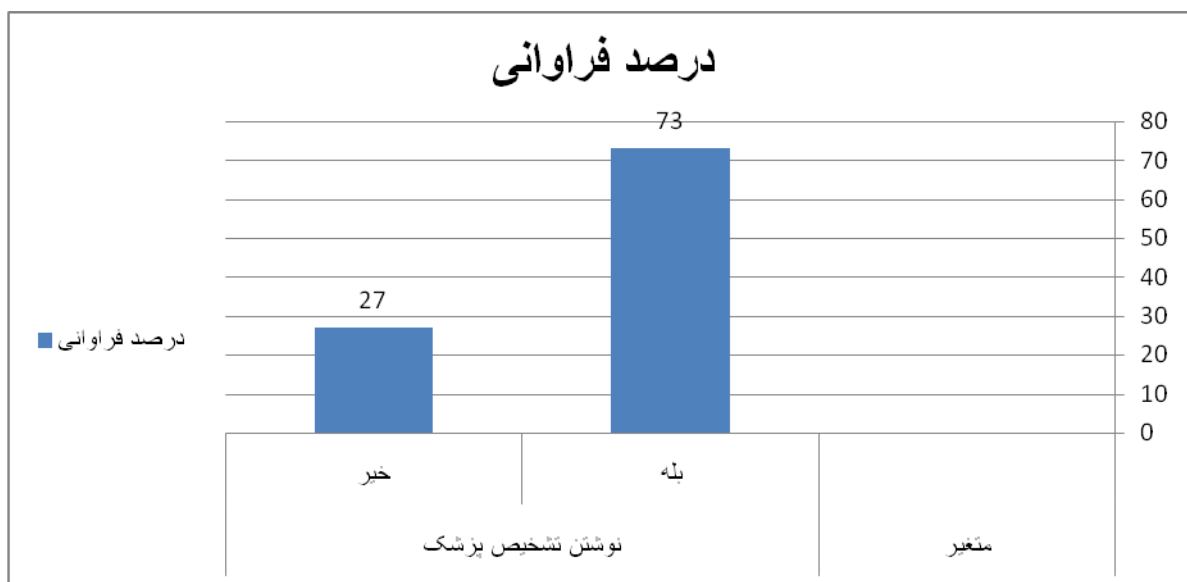


نمودار شماره ۱۰: درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب ارجاع به متخصص

جدول (۱۱) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب نوشتن تشخیص پزشک در برگ ارجاع

| شخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|------------------|-------|---------|--------------|
| نوشتن تشخیص پزشک | بله | ۳۱۸ | ۷۲/۹ |
| | خیر | ۱۲۷ | ۲۷/۱ |

جدول (۱۱) نشان می دهد که ۳۱۸ مورد یعنی ۷۲/۹ درصد از بیمه شدگان در برگ ارجاع تشخیص پزشک نوشته شده و ۱۲۷ نفر یعنی ۲۷/۱ درصد در برگ ارجاع تشخیص پزشک نوشته نشده است. اطلاعات جدول بر اساس تشخیص قید شده در پرونده سلامت و دفتر مراجعین رصد ، و بعضا در دفاتر درمانی بیماران مقایسه و صحت سنجی شده است.

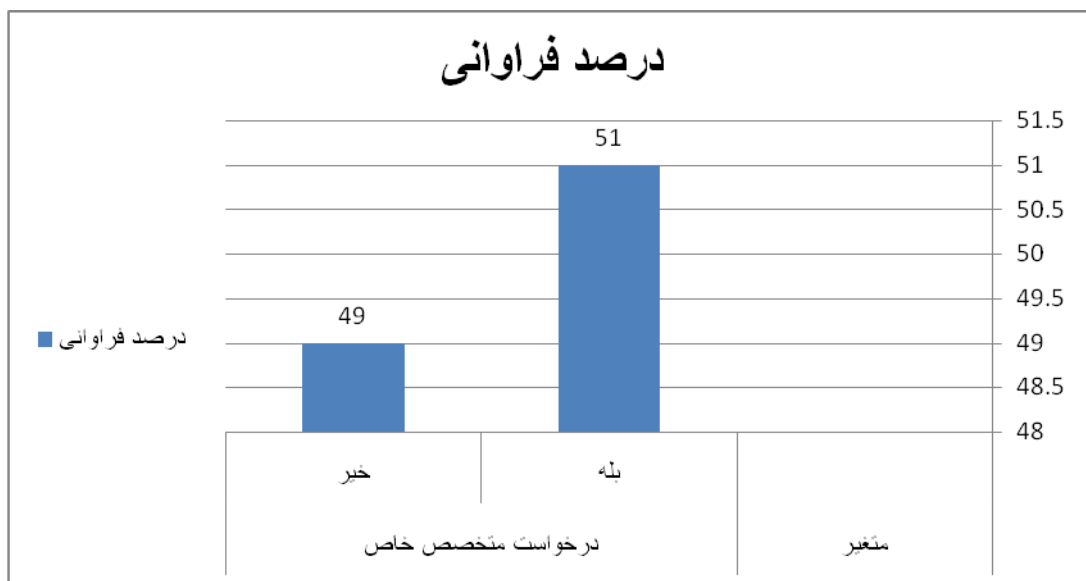


نمودار شماره ۱۱ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب نوشتن تشخیص پزشک در برگ ارجاع

جدول (۱۲) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب درخواست متخصص خاص

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|----------------------|-------|---------|--------------|
| درخواست متخصص خاص | بله | ۲۲۹ | ۵۱/۲ |
| | خیر | ۲۱۹ | ۴۸/۸ |

جدول (۱۲) نشان می دهد که ۲۲۹ مورد یعنی ۵۱/۲ درصد از بیمه شدگان متخصص خاصی را درخواست کرده اند و ۲۱۹ نفر یعنی ۴۸/۸ درصد متخصص خاصی را درخواست نکرده اند. منظور از خاص بودن متخصص تعیین نوع تخصص توسط پزشک خانواده و مستند کردن آن در دفترچه و دفتر مراجعین می باشد.



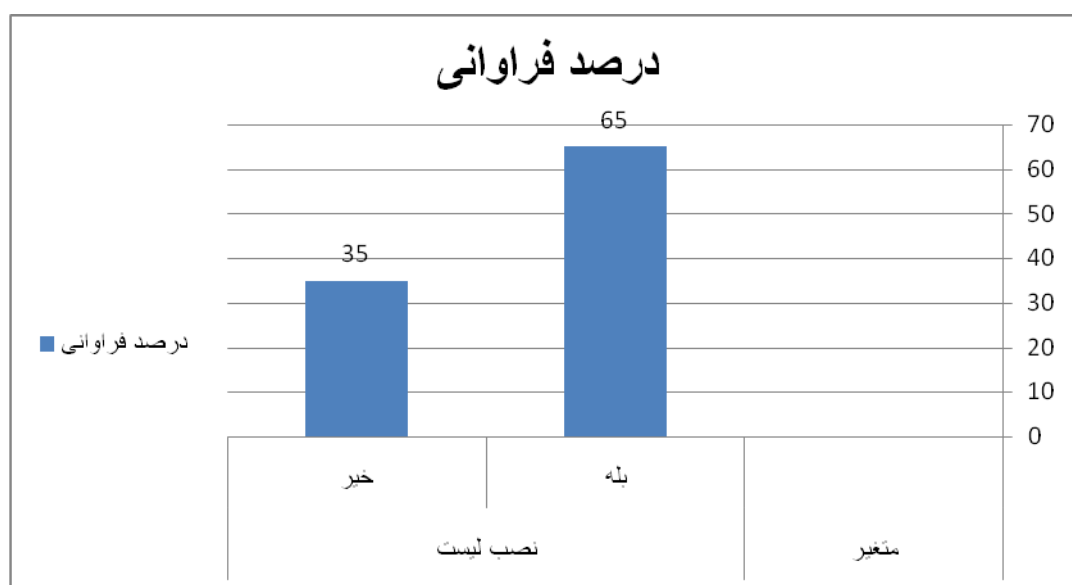
نمودار شماره ۱۲ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب درخواست متخصص خاص

جدول (۱۳) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب لیست پزشک متخصص در

معرض دید

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|------------------------|-------|---------|--------------|
| نصب لیست پزشک متخصص | بله | ۲۹۱ | ۶۵ |
| | خیر | ۱۵۷ | ۳۵ |

جدول (۱۳) نشان می دهد که ۲۹۱ مورد یعنی ۶۵ درصد از مراکز بهداشتی لیست پزشک متخصص در معرض دید نصب گردیده و ۱۵۷ مورد یعنی ۳۵ درصد از مراکز بهداشتی لیست پزشک متخصص در معرض دید قرار نگرفته بود.



نمودار شماره ۱۳ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب لیست پزشک متخصص در معرض

دید.

جدول (۱۴) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب درصد ثبت پس خوراند

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|--------------------|----------|---------|--------------|
| درصد ثبت پس خوراند | صفر درصد | ۳۱۲ | ٪۶۹/۶ |
| | ۱۰ درصد | ۵۰ | ٪۱۱/۲ |
| | ۲۰ | ۱۳ | ۲/۹ |
| | ۳۰ | ۶ | ۱/۳ |
| | ۴۰ | ۲۵ | ۵/۳ |
| | ۵۰ | - | - |
| | ۶۰ | ۶ | ۱/۳ |
| | ۸۰ | ۳۰ | ۷/۱ |
| | ۱۰۰ | ۶ | ۱/۳ |

جدول (۱۴) نشان می دهد که ۳۱۲ مورد یعنی ۶۹/۶ درصد از مراکز بهداشتی پس خوراند ارجاعات بیماران در پرونده سلامت بیماران در مرکز بهداشت ثبت نشده است . ۵۰ مورد یعنی ۱۱/۲ درصد از مراکز بهداشتی ده درصد پس خوراند ارجاعات بیماران در پرونده سلامت بیماران در مرکز بهداشت ثبت شده است، ۱۳ مورد یعنی ۲/۹ درصد از مراکز بهداشتی بیست درصد از پس خوراند ارجاعات بیماران در پرونده سلامت بیماران در مرکز بهداشت ثبت شده است، ۶ مورد

یعنی ۱/۳ درصد از مراکز بهداشتی سی درصد از پس خوراند ارجاعات بیماران در پرونده سلامت بیماران در مرکز بهداشت ثبت شده است، ۲۵ مورد یعنی ۵/۳ درصد از مراکز بهداشتی چهل درصد پس خوراند ارجاعات بیماران در پرونده سلامت بیماران در مرکز بهداشت ثبت شده است و ۳۰ مورد یعنی ۷/۱ درصد از مراکز بهداشتی پس خوراند ارجاعات بیماران در پرونده سلامت بیماران در مرکز بهداشت ثبت شده است.

امتیازدهی پسخوراند به این صورت بوده که در صورت عدم وجود پسخوراند صفر و در صورت مستندات دال بر وجود پسخوراند بر اساس ۹ آیتم زیر با مقیاس مساوی امتیازبندی شده است:

ذکر تشخیص در برگ پسخوراند

ذکر اقدامات انجام شده توسط پزشک متخصص

ذکر موارد قابل پیگیری توسط پزشک متخصص

درج مهر پزشک متخصص

درج امضاء پزشک متخصص

خوانا و کامل بودن متن قید شده توسط پزشک متخصص

ذکر وجود پسخوراند در پرونده سلامت

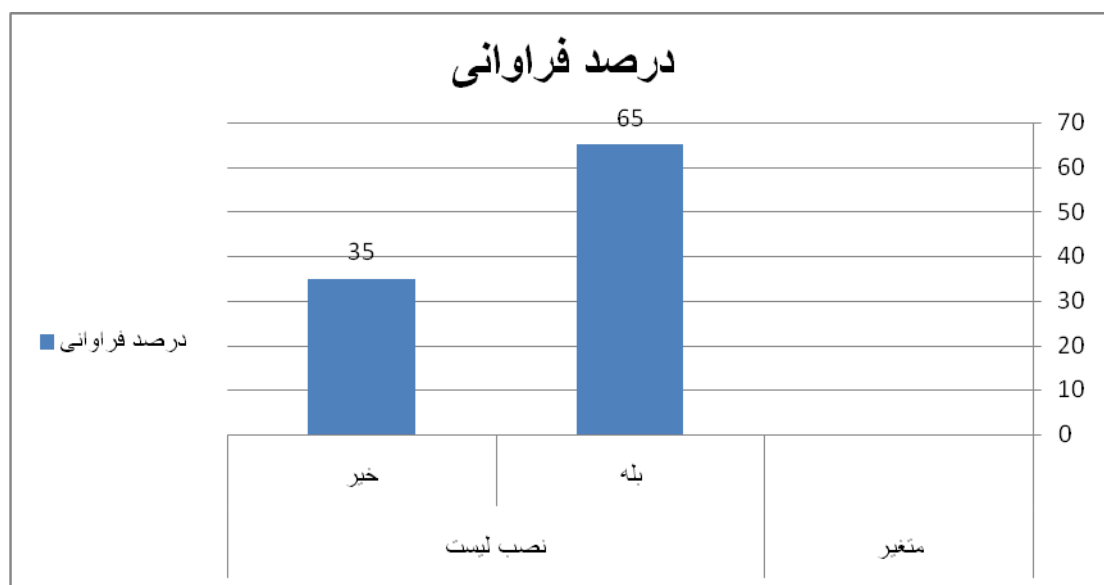
ثبت دقیق اطلاعات پسخوراند در پرونده سلامت

درج مهر پزشک خانواده در پشت نسخه در محل تعیین شده

جدول (۱۵) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب تشخیص نهایی ناشی از پس خوراند

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|-------------|-------|---------|--------------|
| نتخیص نهایی | بله | ۱۰۴ | ۲۳/۳ |
| | خیر | ۳۴۴ | ۷۶/۷ |

جدول (۱۵) نشان می دهد که ۱۰۴ مورد یعنی ۲۳/۳ درصد تشخیص نهایی ناشی از پس خوراند توسط پزشک متخصص قید شده است و ۳۴۴ مورد یعنی ۷۶/۷ درصد تشخیص نهایی ناشی از پس خوراند توسط پزشک متخصص قید نشده است.



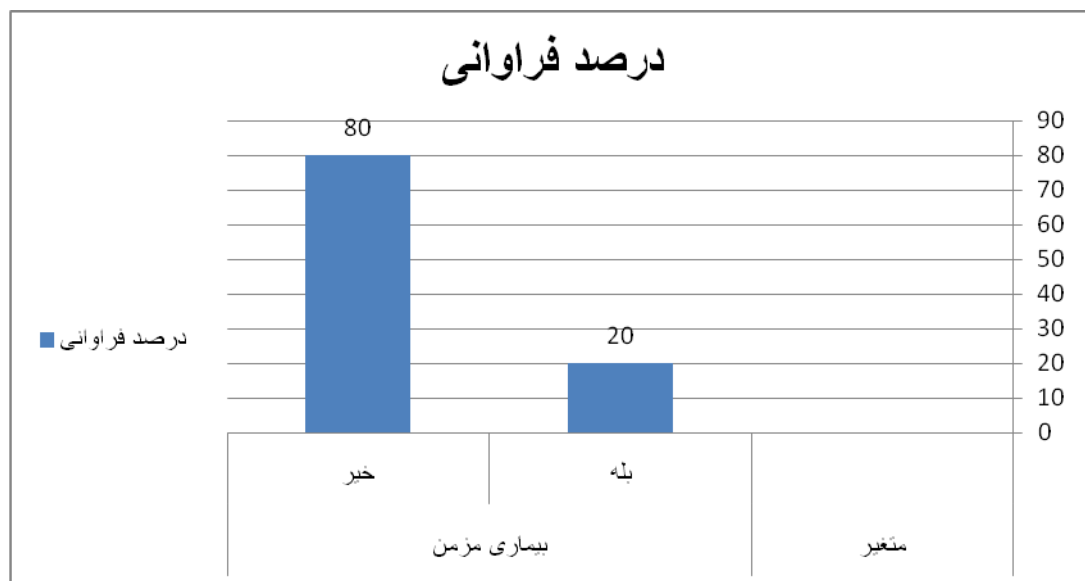
نمودار شماره ۱۵ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب تشخیص نهایی ناشی از پس خوراند

جدول (۱۶) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب بیماری مزمن

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---------------|-------|---------|--------------|
| بیماری مزمن | بله | ۸۹ | ۲۰ |
| | خیر | ۳۵۹ | ۸۰ |

جدول (۱۶) نشان می دهد که ۸۹ مورد یعنی ۲۰ درصد از بیماران دارای بیماری مزمن شناخته شده می باشد و ۳۵۹ مورد یعنی ۸۰ درصد از بیماران فاقد بیماری مزمن شناخته شده می باشند.

بیماری مزمن بر اساس چارت و راهنمای معاون بهداشتی و شناسایی از سوی خانه های بهداشت پایگاههای سلامت و درمانگاه مشخص شده و شامل بیماریهای نظیر دیابت ، فشارخون و ... بوده و صرفا با اطلاعات مراکز بهداشت مشخص شده و هیچگونه دخل تصرفی انجام نشده است.



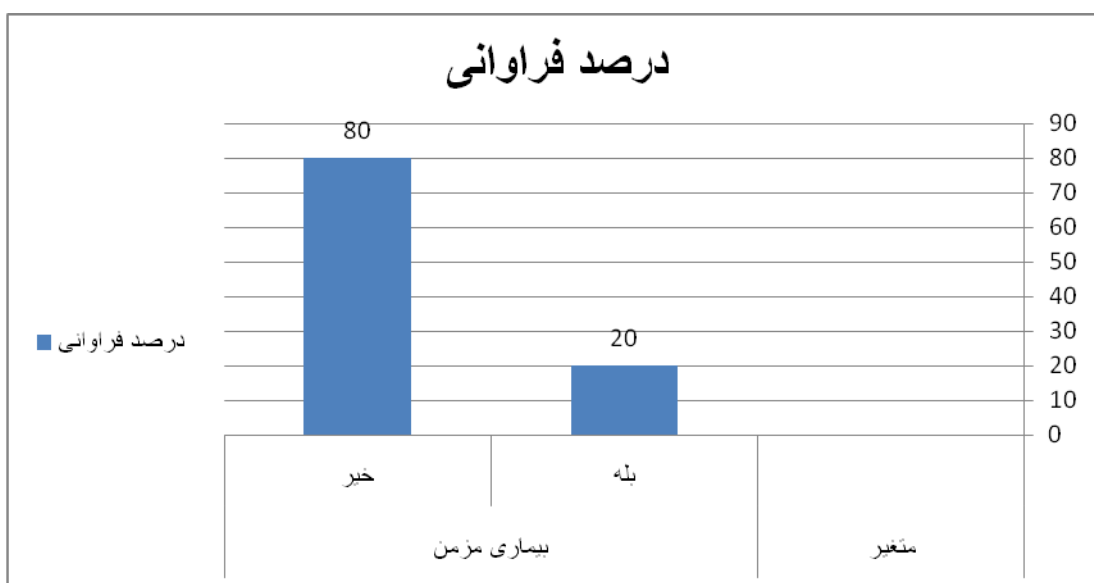
نمودار شماره ۱۶ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب بیماری مزمن

جدول (۱۷) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب بیماریهای گروه خاص و نشاندار

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---------------------------------|-------|---------|--------------|
| بیماریهای گروه خاص و نشاندار | بله | ۶۹ | ۱۵/۴ |
| | خیر | ۳۷۹ | ۸۴/۶ |

جدول (۱۷) نشان می دهد که ۶۹ مورد یعنی ۱۵/۴ درصد از بیماران دارای بیماری های گروه خاص و ۳۷۹ مورد یعنی ۸۴/۶ درصد از بیماران فاقد بیماریهای گروه خاص می باشند.

بیماری خاص و نشاندار بر اساس چارت و راهنمای معاون بهداشتی و شناسایی از سوی خانه های بهداشت پایگاههای سلامت و درمانگاه مشخص شده و شامل بیماریهای نظیر تالاسمی ، هموفیلی و پیوند کلیه ، MS ، دیالیز ، هیپاتیت B ، مالاریا ، سل و ... بوده و صرفا با اطلاعات مراکز بهداشت مشخص شده و هیچگونه دخل تصرفی انجام نشده است.

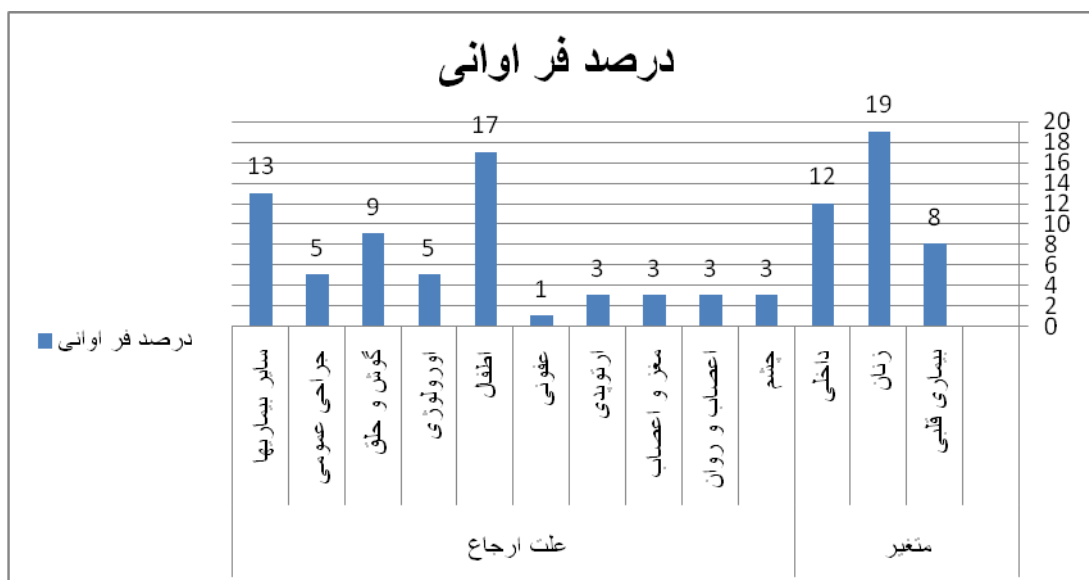


نمودار شماره ۱۷ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب بیماریهای گروه خاص و نشاندار

جدول (۱۸) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب علت ارجاع به متخصص

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---------------|---------------|---------|--------------|
| علت ارجاع | بیماری قلبی | ۳۲ | ۷/۵ |
| | زنان | ۷۹ | ۱۸/۸ |
| | داخلی | ۴۹ | ۱۱/۷ |
| | چشم | ۱۷ | ۳/۳ |
| | اعصاب و روان | ۱۲ | ۲/۹ |
| | مغز و اعصاب | ۱۴ | ۳/۳ |
| | ارتوپدی | ۱۴ | ۳/۳ |
| | عفونی | ۲ | ۰/۴ |
| | اطفال | ۷۴ | ۱۷/۵ |
| | اورولوژی | ۱۹ | ۴/۶ |
| | گوش و حلق | ۳۷ | ۸/۸ |
| | جراحی عمومی | ۱۹ | ۴/۶ |
| | سایر بیماریها | ۸۳ | ۱۳/۳ |

جدول شماره ۱۸ نشان می دهد که ۳۲ نفر یعنی ۷/۵ درصد از بیمه شدگان دارای بیماری قلبی، ۷۹ نفر یعنی ۱۸/۸ درصد از بیمه شدگان به علت بیماری زنان، ۴۹ نفر یعنی ۱۱/۷ درصد از بیمه شدگان به علت بیماری داخلی، ۱۷ نفر یعنی ۳/۳ درصد از بیمه شدگان به علت بیماری چشم، ۱۲ نفر یعنی ۲/۹ درصد از بیمه شدگان به علت بیماری اعصاب و روان، ۱۴ نفر یعنی ۳/۳ درصد از بیمه شدگان به علت بیماری مغز و اعصاب و بقیه به علت سایر بیماریها ارجاع داده شده اند.

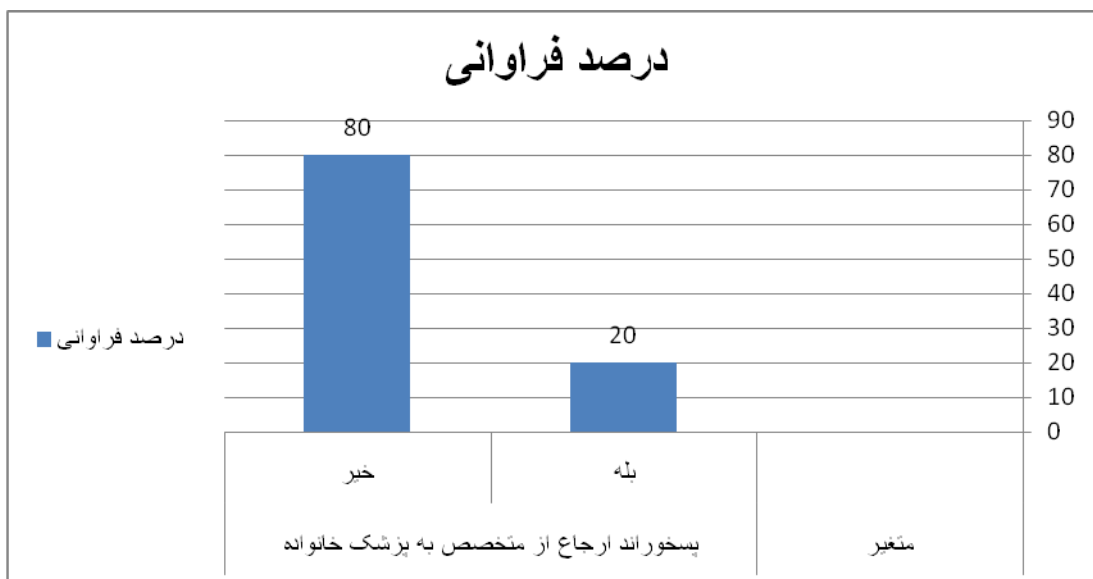


نمودار شماره ۱۸ فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب علت ارجاع به متخصص

جدول ۱۹ فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب پسخوراند ارجاع از متخصص به پزشک خانواده

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|---|-------|---------|--------------|
| پسخوراند ارجاع از متخصص به پزشک خانواده | بله | ۹۱ | ۲۰/۴ |
| | خیر | ۳۵۷ | ۷۹/۶ |

جدول (۱۹) نشان می دهد که ۹۱ مورد یعنی ۲۰/۴ درصد از پس خوراند ارجاع از طریق متخصص به بیمار داده شده که توسط پزشک خانواده در پرونده بیمار ثبت شده است و ۳۵۷ مورد یعنی ۷۹/۶ درصد از پس خوراند ارجاع از طریق متخصص به بیمار داده نشده و توسط پزشک خانواده در پرونده بیمار ثبت نشده است.

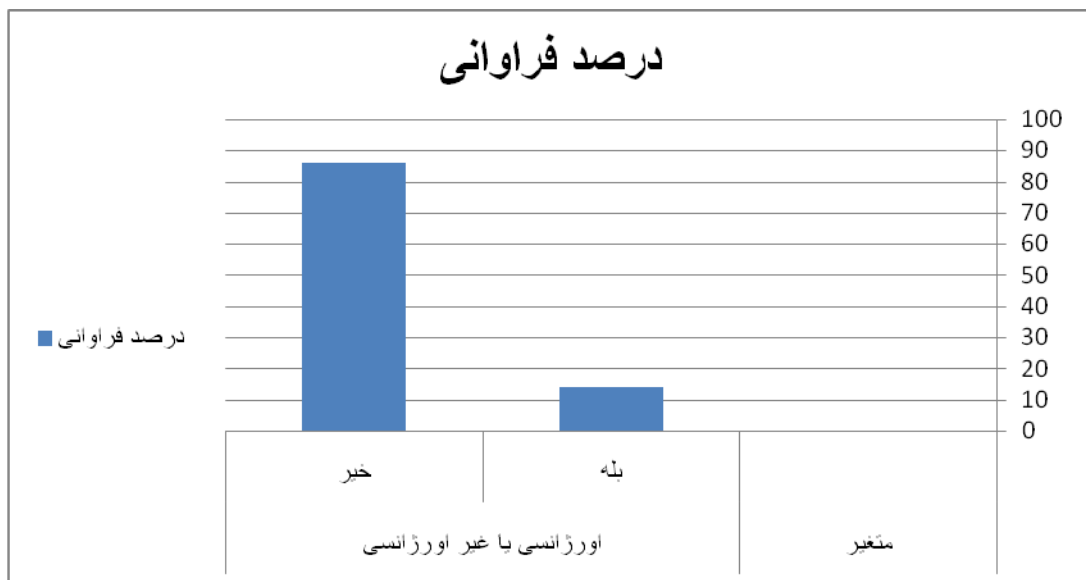


نمودار شماره ۱۹: درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب پسخوراند ارجاع از متخصص به پزشک خانواده

جدول (۲۰) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب اورژانسی یا غیراورژانسی

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|--------------------------|-------|---------|--------------|
| اورژانسی یا غیر اورژانسی | بله | ۵۹ | ۱۳/۵ |
| | خیر | ۳۸۹ | ۸۶/۵ |

جدول (۲۰) نشان می دهد که ۵۹ مورد یعنی ۱۳/۵ درصد از بیماران از نظر پزشک اورژانسی و ۳۸۹ مورد یعنی ۸۶/۵ درصد از بیماران از نظر پزشک غیر اورژانسی می باشند.



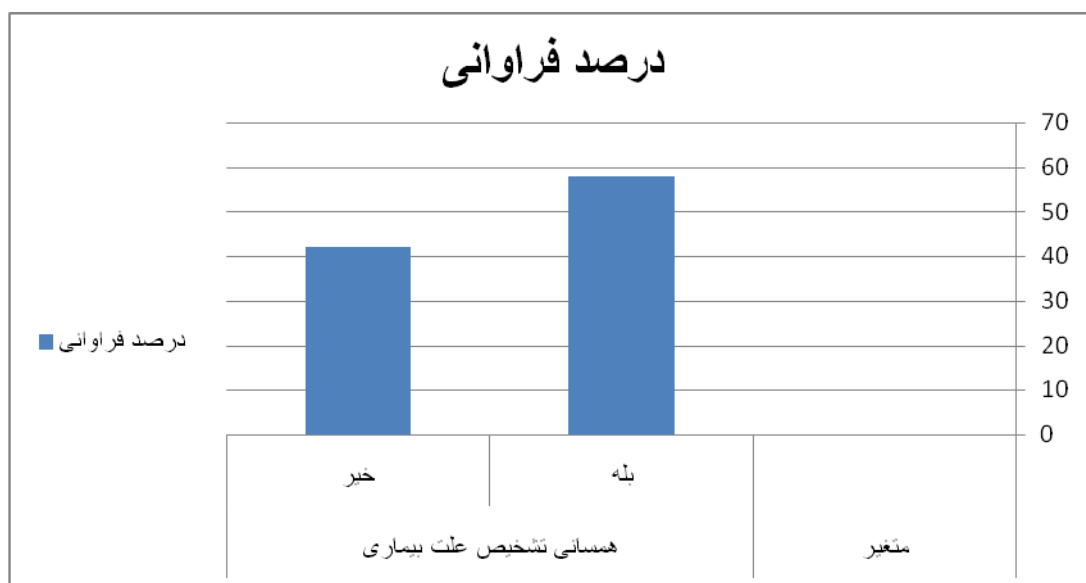
نمودار شماره ۲۰ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب اورژانسی یا غیراورژانسی

جدول (۲۱) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب همسانی تشخیص

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|----------------------------|-------|---------|--------------|
| همسانی تشخیص علت بیماری | بله | ۲۵۹ | ۵۸/۳ |
| | خیر | ۱۸۹ | ۴۱/۷ |

جدول (۲۱) نشان می دهد که ۲۵۹ مورد یعنی ۵۸/۳ درصد از علت و تشخیص اولیه بیماری ها توسط پزشک خانواده و متخصص همسان و ۱۸۹ مورد یعنی ۴۱/۷ درصد از علت و تشخیص اولیه بیماری ها توسط پزشک خانواده و متخصص نا همسان می باشند.

همسانی تشخیص با توجه به مستندات پرونده سلامت انجام شده و در موارد که دفترچه بیمه شده قابل دسترسی بوده صحت سنجی با مقایسه انجام شده است.

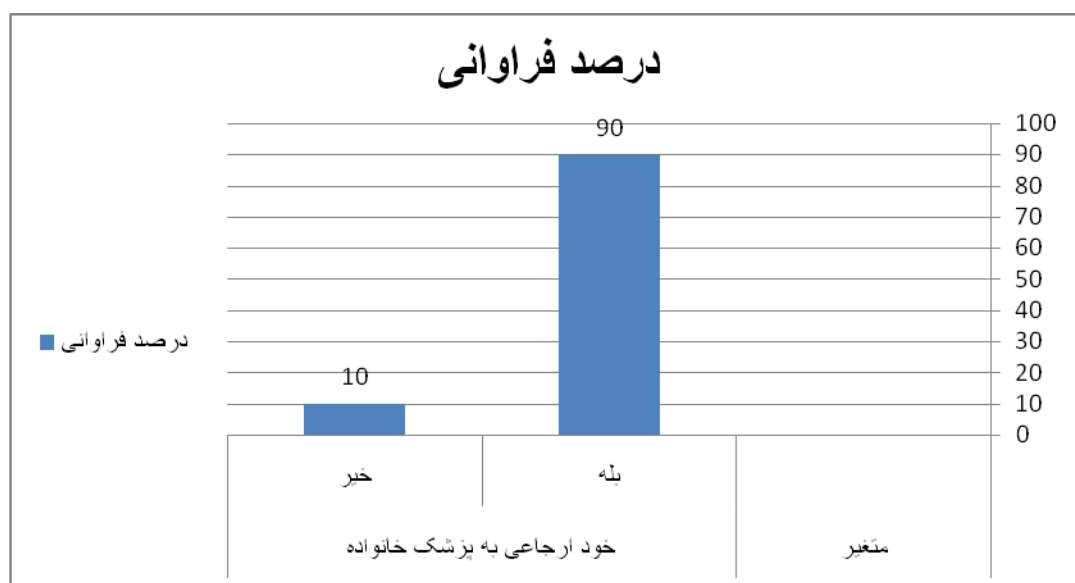


نمودار شماره ۲۱ : درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب همسانی تشخیص

جدول (۲۲) فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب ارجاع خود بیمار به پزشک خانواده

| شاخص متغیر | نمونه | فراوانی | درصد فراوانی |
|----------------------------|-------|---------|--------------|
| خود ارجاعی به پزشک خانواده | بله | ۴۰۱ | ۸۹/۶ |
| | خیر | ۴۷ | ۱۰/۴ |

جدول (۲۲) نشان می دهد که ۴۰۱ مورد یعنی ۸۹/۶ درصد از بیمه شدگان خود به پزشک خانواده ارجاع کرده اند و ۴۷ مورد یعنی ۱۰/۴ درصد از بیمه شدگان توسط دیگری به پزشک خانواده ارجاع داده شده است. منظور از خود ارجاعی مراجعه مستقیم بیمه شده به پزشک خانواده است در مقابل مراجعاتی نظیر دعوت جهت معاینات دوره ای سالیانه توسط خانه های بهداشت و پایگاههای سلامت و مراجعات پزشک و تیم سلامت به درب منازل و یا دعوت بیماران مزمن، خاص یا نشاندار به مرکز درمانی که با تصمیم و اقدام شخص بیمه شده انجام نشده است.



نمودار شماره ۲۲: درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه بر حسب ارجاع خود بیمار به پزشک خانواده

تحلیل استنباطی داده ها :

بین علت ارجاع بیمه شدگان در شهرستان بویراحمد و دنا تفاوت وجود دارد.

جدول (۲۳) مقایسه علت ارجاع در دو شهرستان:

| سطح معنی داری | درجه آزادی | t | انحراف معیار | میانگین | متغیر | |
|---------------|------------|-----|--------------|---------|------------------|-----------|
| ۰/۰۵ | ۴۰۸ | ۲/۷ | ۰/۰۸ | ۱۶۰ | شهرستان بویراحمد | علت ارجاع |
| | | | ۰/۰۵ | ۱۵۰ | شهرستان دنا | |

اطلاعات جدول ۲۳ نشان می دهد بین علت ارجاع در دو شهرستان تفاوت وجود دارد . در شهرستان بویراحمد علت ارجاع بیشتر اصرار بیمه شدگان بود و در شهرستان دنا نبود متخصص و کمبود امکانات علت ارجاع می باشد.

شهرستان دنا با توجه نزدیکی مرکز آن (شهر سی سخت) به مرکز استان (یاسوج) ، ۳۵ کیلومتر و جمعیت کم فاقد خدمات تخصصی و فوق تخصصی اعم از بیمارستان و پزشکان متخصص و فوق تخصص می باشد و در عین حال پراکندگی روستاها و صعب العبور بودن راهها موجبات مراجعه به شهرستان بویراحمد جهت دریافت خدمات را فراهم میکند.

بخشی از شهرستان بویراحمد نظیر شهرهای مارگون ، لوداب و پاتاوه و روستاهای متعددی صعب العبور بوده و شرایطی مشابه شهرستان دنا را تجربه می کنند . اما با دقت در آمار ارجاعات شهرستان بویراحمد بیشترین آمار ارجاعات این شهرستان در مادوان که یک شهر حاشیه نشین در ۵ کیلومتری یاسوج بوده انجام شده و به علت درخواست ارجاع های غیر ضروری با حاشیه های مختلفی جهت پزشکان خانواده نیز همراه بوده است.

بین محل ارجاع بیمه شدگان در شهرستان بویراحمد و دنا تفاوت محسوسی وجود ندارد.

جدول (۲۴) مقایسه محل ارجاع در دو شهرستان

| متغیر | میانگین | انحراف معیار | t | درجه آزادی | سطح معنی داری |
|-----------|------------------|--------------|------|------------|---------------|
| محل ارجاع | شهرستان بویراحمد | ۷۱ | ۰/۳۸ | ۴۱۲ | ۰/۶ |
| | شهرستان دنا | ۵۴ | | | |

اطلاعات جدول ۲۴ نشان می دهد بین محل ارجاع در دو شهرستان تفاوت وجود ندارد . در هر

دو شهرستان هم به بیمارستان و هم به پزشک متخصص ارجاع داده شده اند .

بحث و نتیجه گیری:

جدول شماره ۱ و نمودار شماره ۱ توزیع فراوانی نمونه ها با شاخص نطسب جمعیتی را نشان می دهد که هویدا است مرکز درمان مادوان، پاتاوه ، مارگون و تلخسرو که سه مورد اول شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر و مورد چهارم مرکز معین مجاور مرکز استان می باشند بالاترین نمونه را به خود اختصاص داده اند، در این مرکز مادوان علاوه بر بالاترین جمعیت تحت پوشش فاصله نزدیکی تا مرکز استان داشته و به علت دسترس مناسب و مهاجرپذیری بالا ، مراجعه بالایی نیز به خود اختصاص می دهد. باتوجه به جدول شماره ۲ نسبت تعداد پزشکان مرد به زن تقریبا ۶۰ به ۴۰ بوده است که در مطالعات انجام شده قبلی به شکل میانگین چنین نسبتی قرابت آماری نزدیکی ندارد، نظیر مطالعه سال ۸۷ آقای رضاچمن و همکاران در شهرستان شاهرود انجام شده است.

سابقه حضور پزشکان در جدول شماره ۳ و نمودار شماره ۳ نمایش داده شده است که بیشترین پزشکان دارای سابقه ۱-۲ سال می باشد و با بررسی میدانی مشخص شد به علت وضعیت غیربرخوردار استان استفاده از پزشکان طرحی و پیام آور بهداشت در استان حیاتی بوده و تعطیلی موقت چندروزه مراکز ناشری از پایان طرح و سربازی پزشکان بعضا زمینه ساز

مشکلات می شود. و حتی بعضا به علت درخواست مرخصی از سوی این پزشکان در یکماهه منتهی به امتحانات دستیاری به شکل همزمان واحدهای گسترش معاونت بهداشتی را دچار تنش هایی می کند. جدول شماره ۴ و نمونه دار شماره ۴ حاوی اطلاعات به تفکیک جنسیت بیمه شدگان می باشد که در نمونه مورد مطالعه ۶۵٪ به ۳۵٪ نسبت زن به مرد برآورده شده و با مشاهده آمار کلی مراجعین شهرستانی که در مراکز بهداشت استان موجود بوده و عدد ۶۲٪ به ۳۸٪ را نمایش داده مطابقت مناسبی داشته است.

در جدول شماره ۵ و نمودار شماره ۵ که میزان تحصیلات نمونه های مورد مطالعه نمایش داده شده است و مقداری جزئی تفکیک شده بیشترین مراجعات مربوط به افراد دارای تحصیلات دیپلم بوده است و اما اگر کمی کلی تر آمار را ببینیم درصد مراجعه نمونه های دارای تحصیلات دانشگاهی ۸/۵٪، غیر دانشگاهی ۸۹/۵٪ و ۴٪ بیسواد بوده است که نسبت به مطالعات قبلی به نظر می رسد درصد تحصیلات دانشگاهی مقداری بالاتر از میانگین بوده که در سه مطالعه ای در قسمت تاریخچه مطالعات به آنها اشاره شده است تحصیلات دانشگاهی میانگین نزدیک به ۲۰٪ را نشان می دهد.

جدول شماره ۶ و نمودار شماره ۶ حاوی اطلاعات سن به سال نمونه ها می باشد. که دلیل انتخاب سن ۱۴ سال به دلیل برخی توجهات تفاهمنامه روستایی به جمعیت مربوط به این سن در کنار زنان باردار جهت برخی خدمات نظیر دندانپزشکی بوده که ۲۹/۶٪ افراد ۱۴ و زیر ۱۴ سال را نشان می دهد که با توجه به آمار مطالعات قبلی که عموماً درصد پایین تری به این

قشر اختصاص داده نشان می دهد در این دو شهرستان نمونه های اخذ شده، جمعیت جوان بیشتری نسبت به مطالعات مشابه نشان می دهد.

جدول شماره ۷ و نمودار شماره ۷ درصد توزیع تعداد ارجاع بر اساس تعداد ارجاع در این فاصله ۳ ماهه را نشان می دهد که با توجه به اینکه هر ارجاع با روند ارجاع صحیح یکماه اعتبار دارد حداکثر تعداد ارجاع ۳ مورد است اما در بررسی های میدانی در قسمت بیش از ۲ بار آمار حدود ۲۶/۷٪ دارد حتی ۲ مورد ارجاع ۶ بار و ۷ بار مشاهده شده است که توسط پرسشگر در پرسشنامه خاص درج شده است و دو مورد یکی آمار ۲۶/۷٪ ارجاع بیشتر از ۲ بار در بین نمونه ها و دیگری وجود ارجاع بیش از ۳ بار در پرسشنامه ها حاکی از مشکلاتی در این بین است که می تواند ناشی از عدم اطلاع بیمه شده و اصرار به ارجاع مجدد یا عدم آموزش پزشک خانواده و بی اطلاعی از مفاد تفاهمنامه و یا علیه اطلاع پزشک متخصص و موسسه درمانی سطح ۲ از مفاد قانون ارجاع پزشک خانواده باشد که نیاز است در این مورد خاص مطالعه جداگانه و مفصلی انجام شود هرچند برخی دلایل آن در مطالعه حاضر اشاره می شود.

در جدول شماره ۸ و نمودار شماره ۸ در پی جدول و نمودار شماره ۷ به تفکیک علت ارجاع پرداخته که ۴۰٪ آمار اصرار بیمار آماری بسیار بالا در علل ارجاع را تشکیل می دهد و صرفاً به فرهنگسازی بیمه شدگان محدود نشده و در بررسی میدان خارج از پرسشنامه مسئول بیمه روستایی و گسترش معاونت بهداشتی عدم توجه موسسات سطح ۲ به انتقال که ارجاع به صفحات دفاتر درمانی و همچنین انجام ارجاع افقی از دلایل مهم این مورد بوده و نیاز به

کار بیشتری را می‌طلبد با افزایش ارتباط با مراکز درمانی سطح ۲، تقویت روابط فیما بین معاونت‌های بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی با معاونت درمان و معاونت غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی را می‌طلبد تا با بستر سازی فرهنگی و آموزش تیم‌های سطح ۲ زمینه کاهش ارجاع‌های غیرضروری فراهم گردد.

جدول شماره ۹ و نمودار شماره ۹ تفکیک نمونه‌های مورد مطالعه برحسب محل ارجاع را نمایش می‌دهد که این نمودار و جدول با مراجعه به پزشک و مراجعه به بیمارستان با آمار تحلیلی سطحی در ارسال اسناد قرابت نزدیکی دارد و در تضاد با سایر مطالعات انجام شده نیز نمی‌باشد.

جدول شماره ۱۰ و نمودار شماره ۱۰ حاوی اطلاعاتی در خصوص فراوانی نمونه‌های مورد مطالعه برحسب ارجاع به متخصص می‌باشد که بیشترین مراجعه در بین پزشکان م‌شخص شده مراجعه به متخصص زنان بوده است که با توجه به درصد بالای مراجعین زنان طبق جدول شماره چهار میتوان بخشی از آن را توجیح نمود اما از سویی توجه بیشتر به خدمات مامایی که عضو ثابت تیم سلامت می‌باشند و انجام وظایف آنان که در ب‌گیرنده طیف وسیعی از خدمات پایه زنان و زایمان می‌باشد می‌تواند توجه بیشتری به این مطلب را معطوف نماید. چرا که به نظر می‌رسد کمبود امکانات در این زمینه برای مثال کمبود امکانات انجام آزمایش غربالگری پاپ اسمیر طبق مطالعه آقای محسن عزیزی در سال ۹۴ تحت عنوان "بررسی هزینه پاپ در شهرستان بویراحمد در نیمه اول سال ۹۴" نشان می‌دهد که نیاز به تقویت واحدهای مامایی از نظر آموزش و امکانات بپیه بیش از پیش به نظر می‌رسد.

یکی از آیت‌های فرایند ارجاع ذکر تشخیص در بالای نسخه می باشد اما جدول شماره ۱۱ و نمودار شماره ۱۱ حاوی اطلاعاتی است که نشان می دهد که در م وارد تشخیص توسط پزشک خانواده ارجاع دهنده قید نشده است و نیاز به آموزش پزشک خانواده به شکل رو در رو و یا گروهی نیازی قابل توجه باشد و در نگاه سطحی هرچند در مطالعه مدنظر نبوده ولی مشخص بود در تعدادی از نسخ فاقد تشخیص نوع تخصص پزشک ارجاع گیرنده نیز مشخص نشده است که به همان مقوله آموزش و الزام به درج موارد بر می گردد تا عدم توجه پزشک خانواده به تفاهنامه مدنظر قرار گیرد.

نصب لیست پزشک متخصص در مراکز به میزان ۶۵٪ تعیین شده که با توجه به درج آتم در چک لیستهای پایش بیمه روستایی لازم است بازخوردهای پایش به نحو موثرتری به معاونت بهداشتی ارسال و پیگیری شود چرا که عدم نصب لیست باعث مراجعات بیمه شدگان به مراکز غیرطرف قرارداد می گردد. هرچند توجیح مسئول بیمه روستایی بیمه سلامت استان وجود قرارداد با کلیه موسسات سطوح بالاتر در حوزه پزشکان متخصص و پاراکلینیک در این شهرستان بوده است و در بررسی قراردادهای نیز مشخص شد به جز یک مورد موسسه فیزیوتراپی کلیه مراکز دارای قرارداد روستایی با سازمان بیمه سلامت می باشند.

درصد ثبت پس خوارند در جدول شماره ۱۴ نمایش داده شده است که در مراکز بهداشتی و درمانی پس خوراند ارجاع در پرونده سلامت بیماران ثبت نشده که توضیح مراکز حاکی از عدم ارائه پس خوراند از سوی سطح بالاتر عنوان شد و حاکی از نیاز ارتباطی بالای معاون بهداشتی و سازمان بیمه سلامت با معاونت درمان و غذا دارو و نیاز شدید آموزشی سطوح

بالاتر از یک سو و اجرای راهکارهای تشویقی و تنبیهی از سوی این نهادهاست که علی رغم پیش بینی پایه ای در قوانین و دستورالعمل به روستایی تاکنون هیچ راهکاری تشویقی و تنبیهی به شکل عملی اجرا نشده و باعث عدم توجه سطوح بالاتر به ارائه پسخوراند می باشد و البته مصداق آن جدول شماره ۱۹ می باشد.

البته از طرفی با توجه به مقدار حداقلی پسخوراند های سطوح بالاتر پزشک خانواده نیز در برخی مواقع تمایل خود به مثبت پسخوراند از دست می دهد . که نیاز به توجه بیشتر در تدوین دستورالعمل اجرایی در این خصوص محسوس است به خصوص ستاره دار نمودن و الزامی شدن ثبت پسخوراند در سامانه های جدید نرم افزاری سلامت نظیر سامانه سیب میباشد.

از کل پسخوراند های ارائه شده که ۱۳۷ مورد بوده است همانطور که جدول و نمودار شماره ۱۵ نشان می دهد در ۲۳/۳٪ موارد تشخیص نهایی توسط پزشک متخصص قید شده که تا نزدیک شدن به عدد ۵۰٪ فاصله دارد و می تواند ناشی از عدم ارائه پسخوراند باشد و طبق توضیحات قبل نیاز به فعالیت آموزشی و ارتباطی دارد.

طبق اطلاعات جدول و نمودار شماره ۱۲ نسبت بیماری مزمن در نمونه های مطالعه به بیمارهای غیرمزمن ۱ به ۴ می باشد که با مطالعات انجام شده کشوری و استان قرابت نزدیکی دارد. که از این میان با توجه به جدول شماره و نمودار شماره ۱۷ ، ۱۵/۹٪ بیمارهای تعریف شده گروه خاص و نشاندار می باشد و ۴٪ نیز بیماری های مزمن نشاندار

نشده را شامل می شود، نظری سندرم IBS که یک بیماری مزمن نشاندار نشده است ولی در فشارخون بالا یا MS که پرونده ها نشاندار می باشند.

جدول شماره ۱۸ و نمودار شماره ۱۸ حاوی اطلاعات فراوانی و درصد فراوانی نمونه مورد مطالعه برحسب علت ارجاع به متخصص است که اطلاعات آن در مقایسه با اطلاعات جدول شماره ۱۰ بالاتر بودن علل ارجاع به حوزه بیماری های زنان و اطفال را نشان می دهد و نیاز به تمرکز بیشتر در ارائه خدمات در حوزه های مامایی و زنان باردار و گروه زیر ۱۴ ساله که در تفاوتها نیز مورد تاکید قرار گرفته محسوس است.

جدول شماره ۱۹ و نمودار شماره ۱۹ که آمار ارائه شده حاکی از عدم ارائه پسخوراند ارجاع از سوی پزشکان متخصصی است که در مقایسه تحلیل در کنار جداول قبلی نظیر جدول ۱۱ و ۱۴ بیش از پیش حاکمیت از نیاز به آموزش گروهی و رودرروی سطوح بالاتر با تاکید بر پسخوراند ارجاع و تکمیل پرونده سلامت دارد و نیاز به اجرای راهکاری های تشویقی و تنبیهی را در این زمینه ضروری می سازد.

جدول شماره ۲۰ و نمودار شماره ۲۰ اطلاعات نمونه ها برحسب اورژانس و غیراورژانس است که نیاز به ارجاع فوری با توجه به امکانات موجود عدد ۱۳/۵٪ را نشان می دهد که حاکی از نیاز به توجه جدی به امکانات انتقال بیمار و آمبولانس های دارای امکانات کامل حیاتی دارد چراکه صعب العبور بودن تعداد زیادی از مراکز در استان می تواند از شاخص های مورد توجه در بهداشت و درمان باشد.

جدول شماره ۲۱ و نمودار شماره ۲۱ حاوی فراوانی و درصد فراوانی نمونه های مورد مطالعه

برحسب همسانی تشخیص بین پزشک خانواده و پزشک متخصص است که در نگاه اول

ناهمسانی محسوسری (۰/۴۱/۷٪) را نمایش می دهد اما اگر کمی بعقب برگردیم که از ۴۴۸

نمونه فقط ۱۳۷ مورد دارای پسخوراند بوده نشان می دهد که نمی توان به نتایج این جدول و

نمودار توجه جدی کرد و لازم است ابتدا بحث پسخوراند مورد توجه حدی قرار گیرد و

سپس و با نمونه آماری متناسب و منطقی مورد بررسی قرار گیرد.

جدول شماره ۲۲ و نمودار شماره ۲۲ نشان می دهد که فقط در ۱۰/۴٪ موارد مراجعه به

پزشک خانواده خودارجاعی نبوده است، که لازم است مراجعات براساس ارزیابی دوره ای تیم

سلامت، خانه های بهداشت و بهورز شاغل در آن، مراجعه به پرونده بیماری های مزمن،

خاص و نشاندار و... مورد توجه جدی تری قرار گیرد و مراجعه به پزشک خانواده صرفاً

یکسویه و از بیمار به تیم سلامت نباشد و همانگونه که در قوانین و دستورالعمل های موجود

دیده شده پشگیری و بهداشت نسبت به درمان اولویت داده شود.

اطلاعات جداول شماره ۲۳ و ۲۴ که توضیح کافی ذیل جداول نیز می باشد حاکی از رفتار

متناسب در دو شهرستان می باشد تا مطالعه به علت رفتارهای متفاوت در شهرستان مورد

تشکیک قرار نگیرد. البته نکته مهم دیگر عدم برخورداری شهرستان دنا از خدمات تخصصی،

فوق تخصصی و بیمارستان است که به علت مجاورت به شهرستان بویراحمد، مراجعات در

همان قالب سطح ۲ شهرستان بویراحمد انجام میگیرد و در مطالعه مد نظر بوده است.

نتیجه گیری نهایی اینکه:

همانگونه که از تفسیر نتایج و یافته ها برآمده است توجه کافی به بحث آموزش تیم های سلامت سطح ۱ و سطوح بالاتر ، اجرای ساختارهای تنبیهی و تشویقی جهت ارائه پسخوراند ، توجه جدی تیم سلامت از بهورز در خانه بهداشت تا پزشک تیم به مقوله پیشگیری و معرفی بیمه شدگان جهت معاینه و ویزیت دوره ای و منظم ، تقویت فرایندهای سلامت زنان باردار و افراد زیر ۱۴ سال، توجه به بیماری های مزمن و افزایش فرهنگسازی و اطلاع رسانی به بیمه شدگان از جمله مقوله هایست که نیاز به تقویت جدی دارد تا سطح درک و آگاهی در سطح بیمه شدگان ، تیم سلامت سطح یک و پزشکان و موسسات سطوح بالاتر تقویت گردد و همه اینها حول محور اولویت پیشگیری بود درمان مورد توجه قرار گیرد . که از جمله منافع کلی آن بهبود سلامت جامعه در سطح کلان و در سطح اقتصاد درمان بیمه ای نیز کاهش هزینه های ناشی از شرفت غیرضروری هزینه از سطح یک به سطوح بالاتر می باشد.

پیشنهادات :

- پیشنهاد اجرای آموزش های گروهی موسسات سطح ۲ در قالب نشستهای تخصصی مصوب در برنامه عملیاتی استان با تاکید بر پرونده سلامت و پسخوران ارجاع

- پیشنهاد فرهنگسازی نظام ارجاع در قالب برنامه های دیداری و شنیداری با استفاده از ظرفیت شوراهای شهر و روستا

- در مقایسه کمی مطالعات داخلی و خارجی (کشور امریکا و اتحادیه اروپا) به نظر می رسد که در مطالعات داخلی بسیار کمتری صورت گرفته ، لذا هم با توجه به مرور مطالعات کشور های توسعه یافته و هم نتایج حاصل از فراوانی مطالعات کشوری و منطقه ای پیشنهاد می شود جزئیات بیشتری از طرح در اعلام اولویت های کاربردی سالیانه مد نظر قرار گیرد.

- پیشنهاد استفاده از نتایج مطالعه در کاهش هزینه های درمان در حوزه وزارت بهداشت و سازمانهای بیمه گر (به ویژه سازمان بیمه سلامت) با ارتقاء فرهنگ پیشگیری و بهداشت

فهرست منابع فارسی و انگلیسی:

منابع

- ۱- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، وزارت تعاون کار و رفاه اجتماعی "دستورالعمل برنامه پزشکی خانواده و نظام ارجاع در مناطق شهری نسخه ۱۳۹۴.
- ۲- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، کمیته بازنگری برنامه های سلامت "شرح خدمات تیم سلامت و پزشک خانواده" چاپ آروبیج ۱۳۸۶
- ۳- دکتر صدقیانی، ابراهیم - طرح بازنگری در ساختار سازمانی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- ۴- مصوبات ستاد اجرایی کشوری برنامه پزشک خانواده و نظام ارجاع
- ۵- کمیته امداد امام خمینی (ره)، سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده، ۱۳۷۵، ص ۱۰-۵.
- ۶- بناتریس ماینونی ویتینیانو، ترجمه ایرج علی آباد، بیمه ها و حمایت های اجتماعی، مؤسسه پژوهشی تأمین اجتماعی، ۱۳۸۰، ص ۱۸۵-۱۷۵
- ۷- معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی اداره کل درمان مستقیم، طرح نظام ارجاع بیماران تحت پوشش تأمین اجتماعی به بیمارستان های طرف قرارداد، تابستان ۱۳۷۷ ف ص ۱۵-۵
- ۸- دکتر سیاوش مریدی، فرهنگ بیمه های اجتماعی، مؤسسه عالی پژوهشی تأمین اجتماعی، ۱۳۷۸، ص ۱۵۰
- ۹- محسن عزیزی، بررسی هزینه پاپ اسمیر زنان بیمه شده متاهل روستایی شهرستان بویراحمد در نیمسال اول ۹۴، ۱۳۹۵، مطالعه کاربردی
- ۱۰- کسمایی، پریسا و باب اقبال، صدیقه، نقش الگوی اعتقاد بهداشتی در انجام آزمایش پاپ اسمیر زنان روستایی، مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال ۱۳۹۳، دوره ۱۲، شماره ۵، صفحه ۴۰-۳۰

۱۱- چمن، ر.، امیری، م.، راعی، م.، ۱۳۸۹، طرح ملی پزشک خانواده و کیفیت نظام ارجاع. فصلنامه

پایش، سال ۱۱، شماره ۶، ص ۷۸۵-۷۹۰

12. <http://www.census.gov/search-results.html?q=health...>
13. <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data>
14. <http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>
15. <http://connect.bcbsnc.com/lets-talk-cost-2013/the-cost-problem/hidden-costs/posts/cause-paying-uninsured/>
16. <http://familiesusa.org/library?keywords=uninsured>
17. <http://content.healthaffairs.org/content/22/3/89.full.html#sec-2>
18. www.woncaeurope2016.com
19. <http://www.hospitals-ir.com/article718.html>
20. <http://www.mums.ac.ir/behdasht3/fa/development,1>
21. <http://www.tbzmed.ac.ir/family%20medicen/section.htm>
22. Family Physician Instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education; Version 5: Tehran, 2005 [Persian]
23. Family Physician Instruction. Iran Ministry of Health and Medical Education; Version 11: Tehran, 2010 [Persian]
24. Ebadifard Azar F. Patients admission and referral system observance in live educational centers (IUMS). The Journal of Qazvin University of Medical Sciences 2002; 23: 30-35 [Persian]
25. Nasrollahpour Shirvani SD, Raeisi P, Motlagh ME, Kabir MJ, Ashrafian Amiri H. Evaluation of the performance of referral system in family physician program in Iran University of Medical Sciences: 2009. Hakim Research Journal 2010; 13: 19-25 [Persian]
26. Nasrollahpour Shirvani SD, Ashrafian Amiri H, Motlagh ME, Kabir MJ, Maleki MR, Shabestani Monfared A, Alizadeh R. Evaluation of the function of referral system in family physician program in Northern provinces of Iran: 2008. Journal of Babol University of Medical Sciences (JBUMS) 2010; 1: 46-52 [Persian]
27. Coleman P, Irons R, Nicholl J. Will alternative immediate care services reduce demands for nonurgent treatment at accident and emergency? Emergency Medical Journal 2001; 18: 482-7
28. Tawfik KA, Al Shehri AM, Abdul-Aziz F, Khwaja MS. Patterns of referral from health centers to hospital in Riyadh region. Eastern Mediterranean Health Journal 1997; 3: 236-53
29. Rasoulinejad A, Rasoulinejad M. A Study of referral system in health care delivery system and recommended alternative strategies: Kashan Health