



## ارزیابی وضعیت دریافت خدمات درمانی خانواده ها در شهرستان تاکستان در سال ۱۳۸۷ به منظور ارائه داده هایی برای برنامه ریزی درمانی

نویسندگان: سعید آصف زاده \* احمد قدوسیان \*\*

\* استاد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی قزوین

\*\* کارشناس آموزش بهداشت پایگاه تحقیقات جمعیتی مینو در دانشگاه علوم پزشکی قزوین

### چکیده

**سابقه و اهداف:** نیازسنجی خدمات درمانی افراد بیمه شده و دستیابی به میزان تقاضای آنان به خدمات درمانی می تواند تصمیم گیرندگان را به اهداف خود در این زمینه نزدیک کند. این مطالعه با هدف تعیین علل مراجعه خانواده ها برای دریافت خدمات درمانی و علل بستری و شناسایی رضایت آنان از بیمه درمانی در سال ۸۷ انجام گردید. **روش بررسی:** این پژوهش با روش کمی انجام شد و تعداد ۴۵۷ پرسشنامه شامل ۳۵ سوال بسته با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای از گروه هدف تکمیل گردید ( ۲۷۴ شهری و ۱۸۳ روستایی ) و نتایج ، با استفاده از نرم افزار SPSS استخراج و تحلیل گردید.

**نتایج:** مهم ترین علل مراجعه به پزشک، در بین خانوارهای تحت مطالعه با میانگین بعد خانوار ۴/۲ ، بیماری های عفونی (۱۸/۳٪) و بیماری های دستگاه تنفس و بیماری های استخوان و مفاصل (۱۰/۲٪) بوده و هر یک نفر در یک سال، به پزشک ۳/۷ بار ، به داروخانه ۳/۴ بار ، و به مراکز خدمات تشخیصی ۱/۷ بار مراجعه کرده و میانگین هزینه خرید دارو و وسایل پزشکی برای هر فرد در یک سال اخیر، بالغ بر ۱۸۷۴۰۰ ریال بوده است.

مهم ترین علل بستری، سوانح و حوادث ۲۰/۳٪، بیماری های زنان و زایمان ۱۹/۴٪، جراحی ها ۱۳/۸٪، بیماری های عفونی و داخلی ۱۲/۹٪ و بیماری های کودکان ۱۱/۱٪ و میانگین دفعات بستری در بیمارستان، برای هر یک نفر طی یک سال اخیر ۰/۰۷ بار با متوسط طول مدت اقامت ۴/۳ روز بوده است. بیشترین میزان رضایتمندی گروه تحت مطالعه از بیمه درمانی خود، مربوط به تأمین اجتماعی است که ۶۷٪ از آن رضایت داشته، ۲۲٪ تا حدودی از آن راضی بوده و تنها ۱۱٪ از آن ناراضی بوده اند در صورتی که میزان رضایتمندی بیمه شدگان بیمه خدمات درمانی و بیمه روستایی از بیمه درمانی خود ۴۶٪ بوده و ۱۷٪ از بیمه روستایی و ۲۱٪ از بیمه خدمات درمانی رضایت ندارند. بیمه شدگان بیمه روستایی ، غالباً « درمانگاه دولتی» را به عنوان مرکز ارائه کننده خدمات درمانی انتخاب کرده اند (۵۲٪) در حالی که اولویت انتخاب مرکز درمانی نزد بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی ، « پزشک خصوصی» بوده است ( به ترتیب ۴۹٪ و ۳۸٪) و مهم ترین علت این انتخاب نزد بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، «کیفیت خوب» بوده ( به ترتیب ۵۰٪ و ۴۴٪) در حالی که مهم ترین علت انتخاب مرکز درمانی نزد بیمه شدگان بیمه روستایی « قیمت مناسب » بوده است (۵۲٪).

**بحث:** الگوی شایع ترین علل مراجعه به پزشکان و علل بستری در بیمارستان و ارائه خدمات درمانی نسبت به مطالعات مشابه تغییر محسوسی نداشته و هزینه های درمان افزایش داشته است که لازم است با ارتقای عواملی که موجب رضایتمندی بیشتر بیمه شدگان می شود، کیفیت خدمات بهبود یابد.

### واژه های کلیدی

علل مراجعه به پزشک، علل بستری، رضایتمندی، بیمه شدگان درمانی

## طلوع بهداشت

فصلنامه پژوهشی

دانشکده بهداشت یزد

سال هفتم

شماره : اول و دوم

بهار و تابستان ۱۳۸۷



سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح)، سازمان بهزیستی، کمیته امداد امام خمینی (ره) و سایر سازمان ها نظیر شرکت نفت، بنیاد مستضعفان، وزارت نیرو، شرکت های دولتی و نیمه دولتی دیگر از جمله شهرداری ها و شرکت پست و غیره می باشد (۳).

تخصیص منابع بر مبنای هدفها، فرصت هایی برای تحلیل اقتصادی استراتژیهای سلامت در برنامه ریزی کلی فراهم می سازد. هدف اصلی از این تلاش ها، بهره برداری حداکثر از منابعی است که در نظام سلامت به مصرف می رسد (۴). برای بهره برداری بیشتر از این منابع و جهت ایجاد تحول در بیمه خدمات درمانی، ضروری است که تحلیل اقتصادی هزینه های درمان صورت گیرد. پژوهشی در سال ۱۳۷۷ در استان تهران نشان می دهد که بیماران، بخش مهمی از هزینه های درمان را (۷۰٪) خود پرداخت می نمایند (۵).

بالتائی معتقد است که بخش بهداشت و درمان از جمله مهم ترین بخش ها در فعالیت های اجتماعی- اقتصادی هر کشور می باشد که از نظر اقتصادی منابع ملی عظیمی هر ساله در این بخش صرف نیازهای بهداشتی و درمانی کشور شده و از نظر اجتماعی تاثیر این بخش در سلامتی و نشاط افراد جامعه و جلوگیری از ناهنجاریهای مختلف متجلی می گردد (۶). در کشور ایران بهداشت و درمان به دو صورت عمومی و خصوصی عرضه می گردد. در بخش بیمه ای، سازمان های متعددی فعالیت دارند که هر یک از آنها با توجه به سیاست های بیمه ای خود، تمام و یا بخشی از هزینه های درمان افراد تحت پوشش خود را به عهده می گیرند. یکی از مشکلات مشترک این سازمانهای بیمه ای نداشتن شناخت کافی از عوامل موثر بر هزینه های درمان افراد تحت پوشش خود می باشد که بر اساس آن، سیاست قیمتی، درآمدی، هزینه ای و در نهایت حمایتی خود را طراحی و برنامه ریزی نمایند به طوری که رضایت خاطر را برای بیمه شدگان در برداشته باشد (۷).

## مقدمه

امروزه حفظ و ارتقای سلامت (Health Promotion) مبنای برنامه ریزی بخش بهداشت و درمان در همه جوامع از جمله جامعه ما محسوب می شود (۱). نظام بهداشتی درمانی در کشورهای در حال توسعه، طبق تقسیم بندی کشورهای در مجله توسعه بهداشت (WHF) منطبق بر سیستم تعاون همگانی (Public Assistance) است. در این سیستم که در ۱۰۸ کشور آسیایی، آفریقایی و آمریکای لاتین که تقریباً حدود ۴۹٪ جمعیت جهان را تشکیل می دهند، اجرا می گردد انواع متنوعی از سازمان های ارائه دهنده خدمات و پرداخت کننده وجود دارد. ایو لاکست (Yve La Coste) معتقد است خدمات بهداشتی درمانی در این نظام عمدتاً به سه شکل ارائه می گردد: از طریق بیمارستان ها و درمانگاه های دولتی که اکثریت جامعه و به ویژه طبقات کم درآمد را شامل می شود، مراقبت های درمانی که به عنوان جزئی از برنامه های تأمین اجتماعی گروه های محدودی از قبیل کارکنان صنایع و کارمندان دولت را در بر می گیرد، خدمات درمانی که در بیمارستان ها و درمانگاه ها و مطب های خصوصی عرضه می شود و طبقات مرفه می توانند از آنها استفاده کنند. نظام بهداشتی و درمانی کشور ایران مثل بسیاری از کشورهای در حال توسعه از نوع تعاون همگانی آمیخته با بیمه های گوناگون می باشد (۲).

نظام جامع تأمین اجتماعی در کشور ایران، در ۳ بعد بیمه ای (اجتماعی و درمانی)، حمایتی و توانبخشی و امدادی تعریف شده است. این نوع تقسیم بندی که به نوعی بیانگر نگاه قانونگذار به حفظ وضعیت موجود نیز می باشد برخاسته از رویکرد سازمانی موجود در کشور است که عبارت از سازمان های تأمین اجتماعی، بیمه خدمات درمانی (سازمان بیمه خدمات درمانی و



الگوی مصرف خدمات درمانی در سال های ۸۱-۱۳۸۰ انجام شد، نشان می دهد که خدمات تشخیصی - درمانی سرپایی بیشترین سهم را از هزینه سرانه درمان سازمان های بیمه همگانی به خود اختصاص می دهند (۱۲). پژوهشی طی سالهای ۸۱-۱۳۷۷ نشان می دهد که افزایش و یا کاهش تعرفه در نظام درمان غیر مستقیم می تواند در افزایش و یا کاهش مراجعه آنان تاثیر داشته باشد (۱۳). نتایج تحقیقی در کرمان نشان می دهد که هزینه کل بهداشت و درمان در این استان طی سال های مورد بررسی، رو به افزایش داشته است (۱۴). هرچه سهولت دسترسی به خدمات بیمارستان بیشتر باشد، در صورت نبود ضابطه خاص، میزان مراجعه مستقیم نیز افزایش می یابد که این موضوع با روح عدالت و برابری که از اصول خدمات بهداشتی اولیه است و تأکید بر توزیع امکانات و منابع بر اساس نیاز جامعه دارد، مغایرت خواهد داشت (۱۵). پژوهشی در مازندران نشان می دهد که اکثر بیماران ارجاعی به بیمارستان ها تحت پوشش بیمه روستایی قرار دارند (۱۶).

در هر نوع نظام بهداشتی درمانی، ضرورت دارد که رابطه علل مراجعه به پزشک و علل بستری در بیمارستان مشخص شود. کینگ، مسأله نظارت و ارجاع را دو فعالیت وابسته به هم می داند (۱۷). کاریون، در دو تحقیق جداگانه که در فیلیپین و استرالیا انجام داده است، مبنای تحقیق خود را بر مشارکت متقابل بیمارستان و مراکز بهداشتی در ارائه خدمات و جلب مشارکت مردم از طریق آموزش قرار داده است (۱۸). رنه ساند معتقد است که بدون کمک بیمارستان، خدمات بهداشتی اولیه به توان بالقوه خود دسترسی نخواهند یافت (۱۹). نحوه رضایتمندی بیمه شدگان از سازمان های بیمه ای و کیفیت خدمات ارائه شده، بستگی به توان مالی آنان دارد. پالمر می گوید کشورها از مکانیسم کنترل مالی یعنی تعیین برخی ارائه خدمات که متناسب با توان مالی اکثر بیماران باشد، بهره می جویند (۲۰).

نیازسنجی خدمات درمانی افراد بیمه شده و دست یابی به میزان تقاضای آنان، به انواع خدمات درمانی می تواند تصمیم گیرندگان را به اهداف خود در این زمینه نزدیک کند. یکی از اهداف تحلیل تقاضا در بخش بهداشت، تعیین عواملی است که تاثیر عمده ای بر مصرف خدمات بهداشتی و درمانی دارد. انتخاب مشتریان بخش بهداشت و درمان در هر زمان تحت تاثیر عوامل متعددی قرار دارد (۸). در تحقیقی که در سال ۱۳۸۰ در شهرستان گناباد انجام گرفت، مشخص شد که تعدادی از بیماران به علل مختلف جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه نکرده اند (۹). مطالعه ای که در مورد ارزیابی تقاضای خانواده های کارکنان راه آهن جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۵ انجام شده است نشان می دهد که هر فرد در یک سال ۳/۷ بار به پزشک و ۰/۰۵ بار جهت بستری به بیمارستان مراجعه می کند (۱۰).

در گزارشی که از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در سال ۱۳۸۳ منتشر شد، موارد زیر را از تنگناها و چالش های نظام ارائه خدمات سلامت که بر سلامت مردم تأثیر می گذارند برشمرده است: امور مربوط به بیمه درمانی شامل پوشش جمعیت، روش بیمه گری، اقتصاد و بیمه، رضایت مردم و ارائه دهندگان خدمات، و امور مربوط به دارو شامل وابستگی اداری و قیمت گذاری، فناوری، کیفیت، یارانه، عرضه، تجویز، مصرف صادرات و رقابت. طبق این گزارش اولویت های تحقیقاتی در ۹ دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی با هدف شناخت نیازهای واقعی مردم و جهت دهی تحقیقات پزشکی و برنامه ریزی های بهداشت و درمان در راستای این نیازها تعیین شده است (۱۱).

سازمان های بیمه گر از ارکان مهم تأمین مالی بخش بهداشت و درمان محسوب می گردند که با توجه به عدم تقارن اطلاعات میان دو طرف عرضه و تقاضا در بازار بهداشت و درمان، به عنوان نمایندگان آگاه بیماران ایفای نقش می کنند. پژوهشی که در مورد



پرسشنامه (۲۷۴ پرسشنامه از جمعیت شهری و ۱۸۳ نفر از جمعیت روستایی) و در محیط پژوهش (مراکز بهداشتی درمانی و پایگاه های بهداشتی و خانه های بهداشت شهرستان تاکستان) تکمیل شد که تعداد ۳۴ پرسشنامه غیر قابل قبول تشخیص داده شد و تعداد ۴۲۳ پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. تعداد خانوارها در محیط پژوهش، با توجه به جمعیت تحت پوشش هر یک از مراکز و به صورت خوشه ای تعیین شد و انتخاب خانوارها در هر یک از مراکز محیط پژوهش با استفاده از روش تصادفی صورت گرفت.

پرسشنامه ها، توسط پرسشگر - محقق از شخص سرپرست خانوار و یا عضوی از اعضای خانواده که به اطلاعات مربوطه احاطه داشت تکمیل و پس از رؤیت مدارک مربوط به بیمه و درمان و غیره ... ثبت شد. نتایج مطالعه، با استفاده از نرم افزار SPSS استخراج و تحلیل گردید و در تهیه جداول و نمودارها نیز از نرم افزار SPSS استفاده شد.

در تعیین میانگین دفعات مراجعه در یک سال، از فرمول «بار مراجعه در یک ماه، تقسیم بر گروه تحت مطالعه، ضرب در ۱۲» استفاده شده است.

در تعیین بعد خانوار، از فرمول «مجموع تعداد افراد خانوارهای یک تا ۷ نفره، تقسیم بر تعداد خانوارهای تحت مطالعه» استفاده شده است. در تعیین میانگین هزینه پرداختی بابت دارو و وسایل پزشکی در یک سال، از فرمول «کل هزینه پرداختی بابت دارو و وسایل پزشکی در یک ماه، تقسیم بر گروه تحت مطالعه، ضرب در ۱۲» استفاده شده است.

### نتایج

از ۴۲۳ پرسشنامه قابل قبول، تعداد ۴۹ نفر (۱۲٪) مرد و ۳۷۴ نفر (۸۸٪) زن در تکمیل آنها حضور داشتند. بیشترین گروه سنی شرکت کنندگان در این مطالعه، گروه سنی ۲۹-۲۰ سال (۵۴٪) و بیشترین تحصیلات مربوط به دوره متوسطه شامل دوره راهنمایی و دبیرستان (۵۳٪) بود. اکثر آنان (۸۳٪) دارای شغل ثابت بودند و خانوارهای سه نفره بیشترین بعد خانوار را

از آنجا که برنامه ریزی و ایجاد تغییر، بدون داشتن اطلاعات کافی و مناسب، موفقیتی در بر نخواهد داشت، این پژوهش با این هدف که بتواند وضعیت موجود نحوه دریافت خدمات درمانی بیمه شدگان و نیروهای مورد نیاز را بررسی کند که بتوان بر اساس آن، برنامه ریزی درمانی مناسب پیشنهاد شود، طراحی گردیده و در سطح شهرستان تاکستان در ۴۰ کیلومتری غرب شهر قزوین به اجرا گذاشته شد.

شهرستان تاکستان، در پایان سال ۱۳۸۶ دارای ۱۷۴۳۸۱ نفر جمعیت بوده است که ۱۰۲۱۶۹ نفر جمعیت شهری و ۷۲۲۱۲ نفر جمعیت روستایی را شامل می شود. تعداد پزشکان عمومی این شهرستان ۴۸ نفر و تعداد دندانپزشکان ۶ نفر می باشد. هم چنین یک نفر پزشک متخصص (روان پزشک) و ۳۵ نفر ماما در سطح شهرستان وجود دارد. این شهرستان هم چنین دارای ۲۰ مرکز بهداشتی و تعداد ۶ پایگاه بهداشتی و ۶۱ خانه بهداشت است که ۱۰۹ بهورز مرد و زن در آنها شاغل می باشند. هم چنین دارای یک بیمارستان تأمین اجتماعی، ۳ درمانگاه، ۲ مرکز فیزیوتراپی، یک مرکز بینایی سنجی، ۳ مرکز رادیولوژی، ۹ آزمایشگاه و ۱۳ داروخانه می باشد.

### روش بررسی

جمع آوری اطلاعات در این ارزیابی، به صورت کمی و با تدوین پرسشنامه انجام شد. پرسشنامه، شامل ۳۵ سؤال (۶ سؤال مشخصات عمومی، ۱۶ سؤال اطلاعات مربوط به بیماری، ۷ سؤال اطلاعات مربوط به بستری و ۶ سؤال مربوط به رضایت از خدمات درمانی) بوده و قبل از اجرا به صورت پایلوت از ده نفر سرپرست خانوار در شهر تاکستان انجام شد و مدت تکمیل هر پرسشنامه به طور متوسط ۱۳۱ دقیقه به طول انجامید. در تعیین حجم نمونه با توجه به این که منظور طرح به دست آوردن نسبت در جامعه بود، از نمونه گیری چند مرحله ای استفاده شد و حجم نمونه ۴۰۰ نفر تعیین شد. تعداد ۴۵۷



یک نفر از گروه تحت مطالعه در یک سال اخیر ۳/۴ بار بوده است. از نظر مبلغ پرداخت شده، ۱۵ نفر (۵٪) رایگان، ۵۰ نفر (۱۸٪) کمتر از ۲۰۰۰ تومان، ۶۳ نفر (۲۲٪) بین ۲۰۰۰ تا ۵۰۰۰ تومان، ۶۱ نفر (۲۲٪) بین ۵۰۰۰ تا ۱۰۰۰۰ تومان، ۳۷ نفر (۱۳٪) بین ۱۰۰۰۰ تا ۲۰۰۰۰ تومان و ۵۵ نفر (۲۰٪) بیشتر از ۲۰۰۰۰ تومان پرداخت کرده اند که بر این اساس میانگین هزینه مبلغی که هر فرد از گروه تحت مطالعه، بابت خرید دارو و وسایل پزشکی در یک سال اخیر پرداخت کرده است بالغ بر ۱۸۷۴۰۰ ریال بوده است. بیشترین بار مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی، مربوط به آزمایشگاه بوده است (۳۷/۷٪) و میانگین دفعات مراجعه هر فرد از افراد تحت مطالعه به مراکز خدمات تشخیصی (آزمایشگاه، رادیولوژی، سونوگرافی، نوار قلب، نوار مغز و آندوسکوپی) ۱/۷ بار در یک سال بوده است (جدول شماره ۴).

در میان آنان تشکیل می دادند (۲۸٪). بیشترین سازمان بیمه درمانی نیز مربوط به بیمه روستایی (۳۸٪) بود (جدول شماره ۱).

در یک ماه اخیر ۲۸۴ نفر (۶۷٪) بیمار شده و اکثراً (۹۹٪) به پزشک مراجعه کرده بودند که بیشترین مراجعه (۶۲٪)، به پزشک عمومی بوده است (جدول شماره ۲). میانگین مراجعه به پزشکان برای هر یک نفر در یک سال اخیر، در گروه تحت مطالعه ۳/۷ بار بوده است.

بیشترین علت مراجعه به پزشک، بیماری های عفونی (۱۴/۸٪) و کمترین علت، بیماری های چشم (۱/۱٪) بود ضمن آن که ۶۹ نفر (۲۴/۳٪) به بیش از یک علت اشاره داشتند (جدول شماره ۳).

تعداد ۱۳۹ نفر (۴۹٪) در یک ماه اخیر یک بار، ۷۷ نفر (۲۷٪) دوبار، ۴۴ نفر (۱۶٪) سه بار، ۱۹ نفر (۷٪) چهار بار و بیشتر با نسخه پزشک دارو دریافت کرده اند که بر این اساس، میانگین دفعات دریافت دارو برای هر

جدول شماره ۱ - میزان گروه هدف بر حسب سن، تحصیلات، اشتغال، بعد خانوار و وضع بیمه درمانی

گروه های سنی (درصد)	۲۹-۲۰ سال (۵۴٪)	۳۹-۳۰ سال (۳۱٪)	۴۹-۴۰ سال (۹٪)	۵۹-۵۰ سال (۲٪)	۶۰ سال به بالا (۴٪)	جمع (۱۰۰٪)
تحصیلات (تعداد)	بی سواد ۱۰٪	خواندن نوشتن ۵٪	ابتدایی ۲۳٪	متوسطه ۵۳٪	دانشگاهی ۹٪	۱۰۰٪
اشتغال	شغل ثابت ۸۳٪	شغل موقت ۵٪	بی کار ۱۲٪	-	-	۱۰۰٪
بُعد خانوار	یک یا دو نفره ۱۱٪	سه نفره ۲۸٪	چهار نفره ۲۴٪	پنج نفره ۱۷٪	+ شش نفر ۲۰٪	۱۰۰٪
وضع بیمه درمانی	خدمات درمانی ۸٪	تأمین اجتماعی ۳۳٪	بیمه روستایی ۳۸٪	بیش از یک بیمه ۱۲٪	بیمه نبودند ۹٪	۱۰۰٪

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی ابتلاء به بیماری و دفعات مراجعه به پزشک در جامعه مورد بررسی

سوالات	پاسخ (تعداد)	پاسخ (تعداد)	پاسخ (تعداد)
آیا در یک ماه اخیر بیمار شده اند؟	بلی (۶۷)	خیر (۳۳)	-
آیا پس از ابتلاء به بیماری، به پزشک مراجعه کرده اند؟	بلی (۹۹)	خیر (۱)	-
چند بار در یک ماه اخیر به پزشک مراجعه کرده اند؟	یک بار (۴۵)	دوبار (۲۷)	+ سه بار (۲۸)



دندانپزشک (۲)	متخصص (۲۶)	عمومی (۶۲)	به کدام پزشک مراجعه کرده اند؟
---------------	------------	------------	-------------------------------

### جدول شماره ۳ - میزان گروه هدف بر حسب علل مراجعه به پزشک

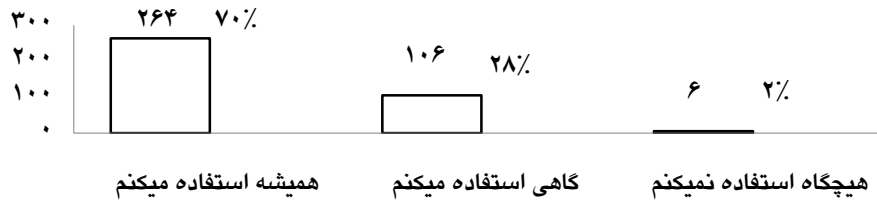
بیماری های عفونی ۱۴/۸	دستگاه گوارش و غدد ۶/۳	خون و سیستم ایمنی ۲/۸	بیماری های پوستی ۲/۵
استخوان و مفاصل ۸/۸	بیماری های کودکان ۵/۳	مغز و اعصاب ۲/۸	سوانح و حوادث ۲/۵
دستگاه تنفس ۷/۴	قلب و عروق ۳/۵	ادراری و تناسلی ۲/۸	مسمومیت ها ۲/۵
زنان و زایمان ۷	دهان و دندان ۲/۸	گوش و حلق و بینی ۲/۸	بیماری های چشم ۱/۱

### جدول شماره ۴ - میزان گروه هدف بر حسب مراجعه به مراکز خدمات تشخیصی

بار مراجعه	آزمایشگاه	رادیولوژی	نوار مغز	نوار قلب	آندوسکوپی	سونوگرافی
یک بار	۲۹/۹	۹/۵	۱/۸	۳/۲	۲/۵	۱۱
بیش از یکبار	۷/۸	۴/۲	-	-	-	۴
ارجاع نشده	۶۲/۳	۸۶/۳	۹۸/۲	۹۶/۸	۹۷/۵	۸۵

تعداد ۱۰۰ نفر (۲۴٪) در یک سال اخیر در بیمارستان بستری شده که ۷۶٪ آنان یک بار، ۱۹٪ دو بار و ۵٪ بیش از سه بار در بیمارستان بستری شده اند. بر این اساس، میانگین دفعات بستری در بیمارستان، برای هر یک نفر در یک سال اخیر در گروه تحت مطالعه ۰/۰۷ بار بوده است. بیشترین علت بستری در افراد بستری شده در بیمارستان، به ترتیب، سوانح و حوادث (۲۰٪)، بیماری های زنان و زایمان (۲۰٪)، جراحی ها (۱۴٪)، بیماری های عفونی و داخلی (۱۰٪)، بیماری های کودکان (۱۰٪)، بیماری های چشم (۷٪)، بیماری های قلب و عروق (۶٪)، بیماری های گوش و حلق و بینی (۵٪) و اورژانس (۲٪) بوده است و ۶٪ به بیش از یک علت اشاره داشتند و از نظر طول مدت بستری، ۳۹٪ آنان به مدت یک تا ۲ روز، ۳۴٪ به مدت ۳ تا ۵ روز، ۱۹٪ به مدت ۵ تا ۱۵ روز، ۵٪ بیش از ۱۵ روز و ۳٪ بیش از یک ماه بستری شده اند. بر این اساس، میانگین طول مدت اقامت در بیمارستان، برای هر یک نفر در یک سال در گروه تحت مطالعه ۴/۳ روز بوده است که ۴۶٪ از آنان در بیمارستان دولتی، ۴۰٪ در بیمارستان تأمین اجتماعی و ۱۴٪ در بیمارستان خصوصی بستری شده و پرداخت هزینه های بستری در مورد ۶۸٪ از آنان، با استفاده از بیمه بوده است. تعداد ۲۶۴ نفر (۷۰/۲٪) همیشه از دفترچه بیمه خدمات درمانی خود استفاده می کردند در حالی که ۶ نفر (۱/۶٪) هیچ گاه از آن استفاده نکرده بودند (نمودار ۱)

تعداد ۱۰۰ نفر (۲۴٪) در یک سال اخیر در بیمارستان بستری شده که ۷۶٪ آنان یک بار، ۱۹٪ دو بار و ۵٪ بیش از سه بار در بیمارستان بستری شده اند. بر این اساس، میانگین دفعات بستری در بیمارستان، برای هر یک نفر در یک سال اخیر در گروه تحت مطالعه ۰/۰۷ بار بوده است. بیشترین علت بستری در افراد بستری شده در بیمارستان، به ترتیب، سوانح و حوادث (۲۰٪)، بیماری های زنان و زایمان (۲۰٪)، جراحی ها (۱۴٪)، بیماری های عفونی و داخلی (۱۰٪)، بیماری های کودکان (۱۰٪)، بیماری های چشم (۷٪)، بیماری های قلب و عروق (۶٪)، بیماری های گوش و حلق و بینی (۵٪) و اورژانس (۲٪) بوده است و ۶٪ به بیش از یک علت اشاره داشتند و از نظر طول مدت بستری، ۳۹٪ آنان به مدت یک تا ۲ روز، ۳۴٪ به مدت ۳ تا ۵ روز، ۱۹٪ به مدت ۵ تا ۱۵ روز، ۵٪ بیش از ۱۵ روز و ۳٪ بیش از یک ماه بستری شده اند. بر این اساس، میانگین طول مدت اقامت در بیمارستان، برای هر یک نفر در یک سال در گروه تحت مطالعه ۴/۳ روز بوده است که ۴۶٪ از آنان در بیمارستان دولتی، ۴۰٪ در بیمارستان تأمین اجتماعی و ۱۴٪ در بیمارستان خصوصی بستری شده و پرداخت هزینه های بستری در مورد ۶۸٪ از آنان، با استفاده از بیمه بوده است. تعداد ۲۶۴ نفر (۷۰/۲٪) همیشه از دفترچه بیمه خدمات درمانی خود استفاده می کردند در حالی که ۶ نفر (۱/۶٪) هیچ گاه از آن استفاده نکرده بودند (نمودار ۱)

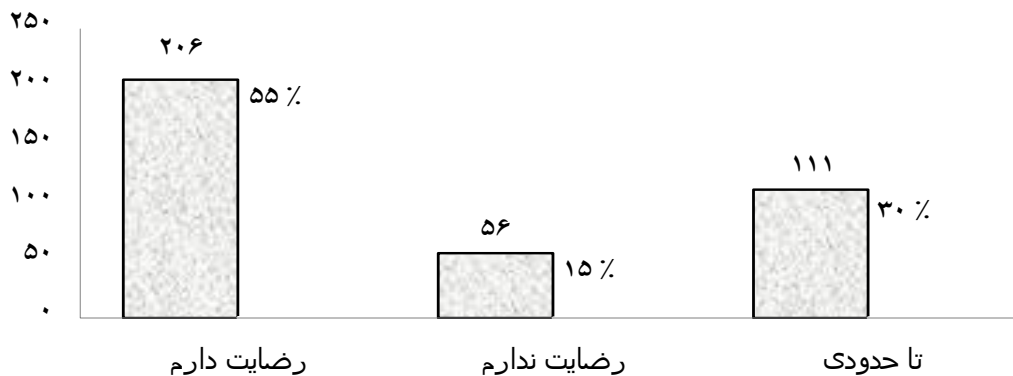


#### نمودار شماره ۱ - توزیع فراوانی و میزان گروه هدف برحسب استفاده از دفترچه بیمه درمانی خود

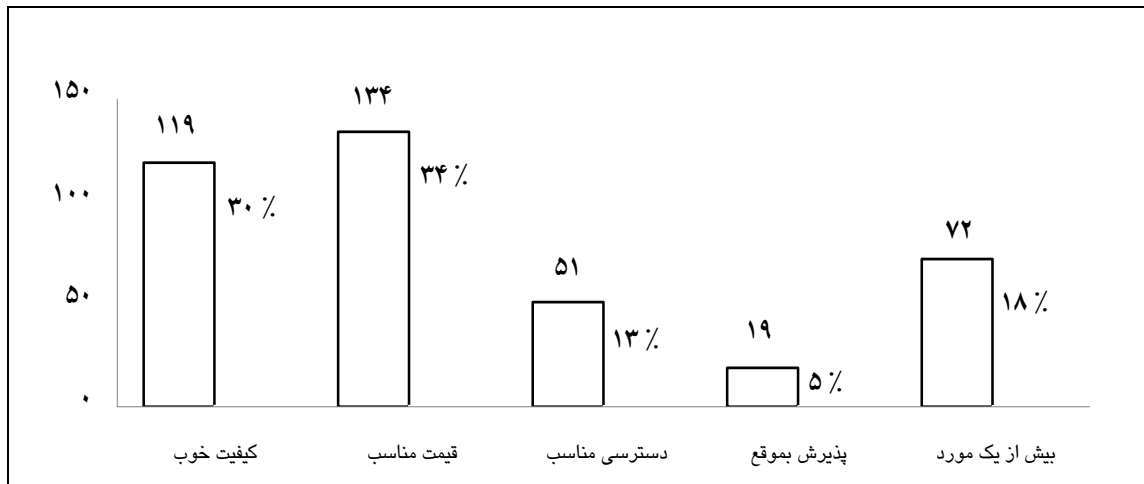
بودند. در مورد علت انتخاب نوع مرکز درمانی، ۱۱۹ نفر (۳۰/۱٪) مرکز درمانی خود را به علت کیفیت خوب، ۱۳۴ نفر (۳۳/۹٪) به علت قیمت مناسب، ۵۱ نفر (۱۲/۹٪) به علت دسترسی مناسب و ۱۹ نفر (۴/۸٪) به علت پذیرش بموقع انتخاب کرده بودند (نمودار ۳). در مورد این که با افزایش پرداخت سرانه بیمه، در مقابل افزایش کیفیت خدمات دریافتی موافق هستند، ۲۲۱ نفر (۶۱/۷٪) موافق و ۱۳۷ نفر (۳۸/۳٪) مخالف این افزایش بودند (نمودار ۴).

تعداد ۲۰۶ نفر (۵۴/۹٪) از بیمه درمانی خود رضایت داشتند، در حالیکه تعداد ۱۱۱ نفر (۲۹/۶٪) تا حدودی رضایت داشته و تعداد ۵۶ نفر (۱۴/۹٪) از آن ناراضی بودند (نمودار ۲).

تعداد ۱۵۸ نفر (۳۹/۲٪) در صورت داشتن شرایط مناسب، درمانگاه دولتی را برای دریافت خدمات درمانی انتخاب کرده و تعداد ۱۲۸ نفر (۳۱/۸٪) پزشک خصوصی، ۸۱ نفر (۲۰/۱٪) پزشک بیمه و ۲۴ نفر (۶٪) درمانگاه خصوصی را برای این منظور انتخاب کرده



#### نمودار شماره ۲ - توزیع فراوانی و میزان گروه هدف برحسب رضایت از خدمات سازمان بیمه درمانی خود



### نمودار شماره ۳- توزیع فراوانی و میزان گروه هدف برحسب علت تمایل آنان برای انتخاب مرکز خدمات درمانی

#### بحث

بار به داروخانه، ۱/۲۲ بار به خدمات تشخیصی، و ۰/۰۵ بار جهت بستری به بیمارستان مراجعه کرده و متوسط اقامت هر بار بستری ۵/۷ روز بوده است (۱۰). پژوهشی دیگر که در مورد الگوی مصرف خدمات درمانی در سال‌های ۸۱-۱۳۸۰ انجام شد، نشان می‌دهد که خدمات تشخیصی - درمانی سرپایی بیشترین سهم را از هزینه سرانه درمان سازمان‌های بیمه همگانی به خود اختصاص می‌دهند به طوری که سهم این خدمات در سال‌های ۱۳۸۰ و ۱۳۸۱ به ترتیب ۵۹/۱ و ۵۹/۲ درصد بوده است و هزینه دارو، ویزیت پزشکان و دندانپزشکان، خدمات آزمایشگاهی و خدمات تشخیص تصویری به ترتیب با سهم ۵/۲۱٪، ۵/۱۷٪، ۶/۸٪ و ۶٪ از سرانه درمان، نقاط هزینه بر درمان محسوب می‌شوند (۱۲). در تحقیقی دیگر که در مورد دریافت خدمات پزشکی توسط افراد جامعه در سال ۱۳۸۰ و در شهرستان گناباد انجام گرفت، مشخص شد که بیشترین علل مراجعه به پزشک را بیماری‌های تنفسی، زنان و زایمان و بیماری‌های استخوان و مفاصل تشکیل می‌دادند (۹). مطالعه حاضر نیز نشان می‌دهد بیشترین علل مراجعه به پزشک، به ترتیب بیماری‌های عفونی، تنفسی، گوارشی، خون و سیستم ایمنی، قلب و عروق، زنان و زایمان، ادراری و تناسلی،

این مطالعه با هدف تعیین علل مراجعه خانواده‌ها برای دریافت خدمات درمانی سرپایی و تعیین میانگین دفعات مراجعه هر یک از افراد خانواده به پزشکان و دریافت خدمات تشخیصی آزمایشگاهی، رادیولوژی، نوار مغز و قلب، آندوسکپی، سونوگرافی و تعیین علل بستری و میانگین دفعات بستری و تعیین متوسط طول اقامت افراد بستری در بیمارستان انجام شد و مشخص گردید که میانگین دفعات مراجعه به پزشکان، برای هر فرد در یک سال اخیر در گروه تحت مطالعه ۳/۷ بار (پزشک عمومی ۲/۴ بار، پزشک متخصص ۱/۲ بار، دندانپزشک ۰/۱ بار)، به داروخانه ۳/۴ بار، و به مراکز خدمات تشخیصی ۱/۷ بار، میانگین دفعات بستری در بیمارستان ۰/۰۷ بار و متوسط طول مدت اقامت در بیمارستان ۴/۳ روز بوده است. مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که شاخص‌ها تغییر چندانی نکرده و فقط میانگین روزهای بستری کاهش یافته است. مطالعه ای که در مورد ارزیابی تقاضای خانواده‌های کارکنان راه آهن جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۵ انجام شد، نشان می‌دهد که هر فرد در یک سال ۳/۷ بار به پزشک (پزشک عمومی ۲/۳۲ بار، پزشک متخصص ۱/۳۷ بار، دندانپزشک ۰/۱ بار)، ۳/۲





انتخاب درمانگاه دولتی به علت قیمت مناسب، انتخاب پزشک خصوصی به علت کیفیت خوب، انتخاب پزشک بیمه و درمانگاه خصوصی به علت دسترسی مناسب.

همانگونه که مشاهده می شود قیمت مناسب یعنی هزینه درمان، نقش اساسی در انتخاب مرکز درمانی و رضایتمندی آنان از سازمان های بیمه ای ایفا می نماید. پژوهشی که بر روی ۱۰۸۱ نفر بیمه شده اداره کل بیمه خدمات درمانی استان تهران، در سال ۷۷ که در یکی از بیمارستان های غیر طرف قرارداد بستری بودند، انجام گرفت نشان می دهد که بیماران بخش مهمی از هزینه درمان را (۷۰٪) خود پرداخت می نمایند و ۸۵/۶٪ از بیماران عقیده داشتند که میزان هزینه های درمان زیاد است و به سختی قادر به پرداخت آن می باشند که به این ترتیب بیمه درمانی با مفهوم واقعی و استاندارد آن عملاً فاصله زیادی دارد (۵). نتایج تحقیقی در مورد الگوی مصرف خدمات بهداشتی در سال های ۸۱-۱۳۷۵ در کرمان نشان می دهد که هزینه کل بهداشت و درمان در مناطق شهری و روستایی استان کرمان طی سال های مورد بررسی، بدون در نظر گرفتن اثر قیمت، رو به افزایش داشته است (۱۴). در تحقیقی که در شهرستان گناباد انجام گرفت، مشخص شد که از ۲۲/۲٪ افرادی که در زمان مطالعه احساس کسالت و بیماری می کردند، ۵/۶٪ آنان به علل مختلف جهت دریافت خدمات درمانی مراجعه نکرده اند (۹). مطالعه حاضر نشان می دهد که ۱٪ بیماران برای دریافت خدمات درمانی به پزشک مراجعه نکرده اند و ۳٪ از بیمه شدگان بیمه روستایی هیچگاه از دفترچه بیمه درمانی خود استفاده نکرده و ۲۱٪ از بیمه شدگان سازمان خدمات درمانی از سازمان بیمه درمانی خود ناراضی بوده اند.

پژوهشی که در مورد تابع تقاضای خدمات درمانی سرپایی بیمه شدگان در نظام درمان غیرمستقیم طی سالهای ۸۱-۱۳۷۷ انجام شد، نشان می دهد که بیمه شدگان تامین اجتماعی نسبت به تعرفه ویزیت پزشک عمومی و متخصص حساس بوده و لذا افزایش و یا

و استخوان و مفاصل تشکیل می دهند و بیشترین بار دریافت دارو به علت بیماری های عفونی، استخوان و مفاصل، و بیماری های تنفسی بوده است و بیشترین هزینه دارو و وسایل پزشکی برای بیماری های عفونی، استخوان و مفاصل، زنان و زایمان، بیماری های گوارشی و تنفسی بوده است.

هدف دیگر از این مطالعه، تعیین علل بستری در بیمارستان بود که این مطالعه نشان داد شایع ترین علل بستری با توجه به طول مدت بستری در یک سال اخیر، سوانح و حوادث و زنان و زایمان (۲۰ بار) و جراحی ها (۱۴ بار) بوده است. پژوهشی که نشان دهنده شاخص های فوق در سال های اخیر باشد، یافت نشد لیکن پژوهشی که در رابطه با ارجاع بیماران به بیمارستان در سال ۱۳۷۷ در مازندران انجام شده است، نشان می دهد که اکثر بیماران ارجاعی (۷۷/۱٪) تحت پوشش بیمه روستایی سازمان بیمه همگانی خدمات درمانی قرار داشتند (۱۶).

شناسایی نظر خانواده ها در مورد اولویت و علت انتخاب مرکز درمانی برای دریافت خدمات پزشکی، و شناسایی رضایتمندی خانواده ها از سازمان بیمه درمانی خود و نظر آنان در مورد افزایش سرانه بیمه درمانی در قبال افزایش کیفیت خدمات درمانی نیز از اهداف دیگر این مطالعه بود. این مطالعه نشان داد که بیمه شدگان سازمان های بیمه ای، برای مراجعه به پزشکان بیش از همه درمانگاه دولتی را انتخاب کرده اند و پس از آن به ترتیب پزشک خصوصی، پزشک بیمه، و درمانگاه خصوصی مورد انتخاب آنها بوده است و مهم ترین علت انتخاب مرکز درمانی برای بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، به ترتیب کیفیت خوب، قیمت مناسب، دسترسی مناسب، و پذیرش به موقع بوده و برای بیمه شدگان بیمه روستایی، به ترتیب قیمت مناسب، کیفیت خوب، دسترسی مناسب، و پذیرش به موقع بوده است. آنچه که موجب رضایتمندی گروه تحت مطالعه از مرکز درمانی مورد انتخاب آنان شده، از این قرار بوده است:



پذیرش به موقع بوده و برای بیمه شدگان بیمه روستایی، به ترتیب قیمت مناسب، کیفیت خوب، دسترسی مناسب، و پذیرش به موقع بوده است. «قیمت مناسب» مهم ترین علت انتخاب درمانگاه دولتی، «کیفیت خوب» مهم ترین علت انتخاب پزشک خصوصی و «دسترسی مناسب» مهم ترین علت انتخاب پزشک بیمه و درمانگاه خصوصی بوده است. این مطالعه در نهایت به این نتیجه می رسد که الگوی شایع ترین علل مراجعه به پزشک و علل بستری و الگوی ارائه خدمات درمانی از سال های قبل تا زمان اجرای این مطالعه تغییر محسوسی نداشته و هزینه های درمان نیز همچنان رو به افزایش داشته است که لازم است تصمیم گیران در بخش بهداشت و درمان و سازمان های بیمه ای، با ارتقای عواملی که موجب رضایتمندی بیشتر بیمه شدگان می شود، کیفیت خدمات بهداشتی و درمانی را بیش از پیش بهبود بخشند، اگرچه این امر مستلزم افزایش هزینه سرانه بیمه درمانی افراد جامعه باشد، چه بیش از نیمی از بیمه شدگان به این امر رضایت دارند.

## References

- ۱- Moosavi N, Ghasemi S. Health guide from aged peoples. ۱<sup>st</sup>, Tehran: Sadr library Publication ۲۰۰۰: ۲۷-۳۱ [Persian].
- ۲- Asefzadeh S, Reza\oor A. Health management. Qazvin university of medical sciences & Hadise emrooz, ۲<sup>nd</sup>, ۲۰۰۸: ۷۹-۹۳ [Persian].
- ۳- Zare H. high institute of research of social safeguarding. Available from: <http://www.Healtheconomics.ir> ۲۰۰۸; ۱۰-۰۵.

کاهش تعرفه در نظام درمان غیر مستقیم می تواند در افزایش و یا کاهش مراجعه آنان تاثیر داشته باشد (۱۳). مطالعه حاضر نیز نشان می دهد بیش از نیمی از بیمه شدگان با افزایش سرانه بیمه درمانی موافق و در حدود نیمی از آنها با این افزایش مخالفند. به عبارت بهتر کسانی که از سازمان بیمه ای خود رضایت دارند با افزایش سرانه موافق و کسانی که از آن رضایت ندارند با افزایش سرانه بیمه مخالف هستند.

## نتیجه گیری:

با توجه به این که یکی از اهداف این مطالعه، ارائه داده ها برای برنامه ریزی درمانی به سازمان های ذی ربط می باشد، نتایج به دست آمده در مورد شایع ترین علل مراجعه و میانگین دفعات مراجعه به پزشکان، میانگین هزینه پرداختی بابت دارو و وسایل پزشکی، شایع ترین علل بستری و میانگین دفعات بستری و متوسط طول مدت اقامت در بیمارستان، می تواند مبنایی برای تأمین انواع نیازهای خدمات درمانی افراد بیمه شده و دست یابی به میزان تقاضای آنان، به انواع خدمات درمانی باشد.

در مورد شناسایی رضایت خانواده ها از دریافت خدمات بیمه درمانی خود، سهم بیمه تأمین اجتماعی بیش از سایر بیمه ها بود که ۶۷٪ از آن رضایت داشتند و تنها ۱۱٪ از خدمات دریافتی مربوطه راضی نبودند، در مرحله بعد بیمه روستایی بود که ۴۸٪ از آن رضایت داشتند و ۱۷٪ از آن راضی نبودند، در حالی که بیمه خدمات درمانی کم ترین سهم را در این رابطه داشته است که ۴۶٪ از آن راضی بوده و ۲۱٪ از آن رضایت نداشتند.

اولویت انتخاب بیمه شدگان همه سازمان های بیمه ای، برای مراجعه به پزشکان، درمانگاه دولتی بوده و پس از آن به ترتیب پزشک خصوصی، پزشک بیمه، و درمانگاه خصوصی مورد انتخاب آنها بوده است و مهم ترین علت انتخاب مرکز درمانی برای بیمه شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی و تأمین اجتماعی، به ترتیب کیفیت خوب، قیمت مناسب، دسترسی مناسب و



- ۱۱- Report of Ministry of health & medical education, Tehran: ۲۰۰۸-۱۰-۵, season ۲: ۱۱۱ & season ۳: ۱۱۷. [Persian].
- ۱۲- Koochi F. Determining of model of consumption to diagnostic & iatric services about the health insured of totality insure"s organixations in the ۲۰۰۱-۲۰۰۲. Available from: blogfa.com. Health Economics. ۲۰۰۶-۷-۱۵ [Persian].
- ۱۳- Pooragha B, Karimi I. Inception of demand"s function to outpatients about the health insured in the ۱۹۹۸-۲۰۰۲. Medical mamazine (bimonthly), social safeguarding. ۶<sup>th</sup>, no ۳۴, Apr & May ۲۰۰۷: ۱۵۹ [Persian].
- ۱۴- Hajhasani D. The model of consumption to health cares in the rate of consumption about the Kerman province"s families in the ۱۹۹۶-۲۰۰۲. Accessed in: blogfa.com. Health Economics. ۲۰۰۶-۷-۱۵ [Persian].
- ۱۵- Pilehroodi S, Shadpoor K. Idioms culture about the health for all. Presented in workshop of management & planning on the PHC. Mashhad: Sep ۱۹۹۲. [Persian].
- ۱۶- Rowhani S. Inception of Quality of patients referring to hospitals in ۱۹۹۸. Medical magazine, Mazandaran university of medical sciences, ۱۰<sup>th</sup>, no ۲۶, ۲۰۰۰.
- ۴- Group of statistical examinations of social safeguarding organization. Statistical yearbooks: ۲۰۰۰-۲۰۰۳.
- ۵- Jariani A, Karimi I. Determining of fully cost of medical measures about the health insured of insure"s general office of Tehran province. Seasonal magazine, Tebb & Tazkiah: no ۵۰, Autumn ۲۰۰۳: ۲۴ [Persian].
- ۶- Baltayih Ecanometric Analysis of panel data john wiley & sons new york.
- ۷- Statistical yearbooks. Statistic center of Iran, Tehran ۲۰۰۲.
- ۸- ADRangi, Bot, K, RAFFIEE. An econometric analysis of health care reform in the U.S. Journal of International research economy. May ۱۹۹۷; (۱۳): ۲.
- ۹- Mohammadpoor A, Fani MJ, Khajavi A, Bazeli J. Quality to perception medical measures by individuals of community & effective factors on that in Gonabad city in ۲۰۰۱. Magazine of Gonabad college of medical sciences. Available from: [www.SID.ir](http://www.SID.ir), ۲۰۰۸-۱۰-۰۶ [Persian].
- ۱۰- Asefzadeh S. Rethinking the health services insurance system: A new model for Iranian households. Eastern Mediterranean Health Journal, ۱۹۹۹; ۵(۳): ۵۱۵-۵۲۵ [Persian].



۱۹- Shojaei tehrani H, Malekafzali H. Complete works of health cares. Publications of Gilan university of medical sciences: ۱۹۹۳[Persian].

۲۰- Palmer PES. The management for hospital, World forum, ۱۹۹۱; ۳(۲): ۶۲-۶۴.

۱۷- King M.L. An Iranian experiment of primary health care. The west Azerbiejan project. Oxford university press, ۱۹۸۳; ۲۱۸-۲۲۱.

۱۸-Carreon, Coabriel.co. The role of the hospital primary health care. World Health forum ۱۹۸۲; ۳(۲): ۳۲-۳۳.



## ***Assessment of the Demand for Curative Cares among Takistan Households to Provide Health Planning Information (۲۰۰۸).***

Asefzadeh S\* (Ph.D)- Ghodoosian A\*\* (B.S)

\*Full Professor in Qazvin University of Medical Science.

\*\*Bachelor of Science in Qazvin University of Medical Science.

### ***Abstract***

This study wanted to assess the demand for curative cares among Takistan households to provide health planning information.

In this survey a random cluster sampling of ۴۵۷ households was performed. Data were collected through interviews using a structured questionnaire.

The family size was ۴,۲. The causes for the participants visiting their doctors were infectious respiratory and musculoske diseases tale The average frequency of visits per individual each year was ۲,۴ to general physician, ۱,۲ to specialist, ۰,۱ to dentist, ۱,۷ to diagnostic center and ۳,۴ to pharmacy. The rate of hospitalization per ۱۰۰ persons per year was ۰,۰۷ with the average of ۴,۳ days. The most important cause of hospitalization was emergencies (۲۰,۳%). Only ۴۶% of the rural populations were satisfied with rural health insurance.

According to the findings revision of the insurance system planning for better curative cares is recommended.

**Key words:** Causes for visiting doctors, Causes of hospitalization, Satisfaction, Insure for treatment