

## روند هزینه‌های انجام شده توسط سازمان بیمه‌ی سلامت برای افراد تحت پوشش در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر استان اصفهان در سال‌های ۹۲-۱۳۸۸

دکتر رضا خدیوی<sup>۱</sup>، دکتر احمد صائبیان<sup>۲</sup>، مهدی خسروی<sup>۳</sup>، ریحانه ناصحی<sup>۴</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** برنامه‌ی پزشک خانواده از طریق گسترش پوشش بیمه‌ی همگانی از سال ۱۳۸۴، به اجرا گذاشته شد. هدف از اجرای این تحقیق، بررسی الگوی هزینه‌های انجام شده توسط سازمان بیمه‌ی سلامت برای شهروندان تحت پوشش استان اصفهان بود.

**روش‌ها:** در یک مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۹۳، اسناد هزینه‌های جاری قطعی شده‌ی اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت استان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان در راستای اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده در بازه‌ی زمانی ۵ ساله‌ی ۹۲-۱۳۸۸ مورد بررسی قرار گرفت. داده‌های مربوط به هزینه‌های جاری انجام شده در سلامت، در دو بخش هزینه‌های انجام شده در بخش سرپایی مشتمل بر هزینه‌های ویزیت سرپایی (شامل پزشک عمومی، متخصص و فوق تخصص) و کلیه‌ی هزینه‌های دارویی، آزمایشگاه و رادیولوژی اعمال شده و همچنین کلیه‌ی هزینه‌های بستری شدن افراد تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در کل مناطق روستایی، عشایر و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر در استان اصفهان، گردآوری و تجزیه و تحلیل شد.

**یافته‌ها:** میزان بار مراجعات به پزشکان متخصص و فوق تخصص در طی ۵ سال روند کاهشی داشت و از ۰/۴۶ بار به ازای هر نفر جمعیت در سال، به ۰/۳۹ بار، تقلیل یافته بود. تعداد موارد بستری در ۵ سال مورد بررسی، روند رو به کاهشی داشت و از ۶۳/۰۹ بار بستری در هزار نفر در سال ۱۳۸۸ به ۵۳/۹۹ بار در سال ۱۳۹۲ کاهش یافته بود.

**نتیجه‌گیری:** با اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، میزان بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و استفاده از خدمات بستری، روند کاهشی داشته است.

**واژگان کلیدی:** اصلاح نظام سلامت، پزشک خانواده، هزینه‌های سلامت، پوشش بیمه، ایران

**ارجاع:** خدیوی رضا، صائبیان احمد، خسروی مهدی، ناصحی ریحانه. روند هزینه‌های انجام شده توسط سازمان بیمه‌ی سلامت استان اصفهان برای

افراد تحت پوشش در مناطق روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر استان در سال‌های ۹۲-۱۳۸۸. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۴:

۳۳ (۳۶۶): ۲۳۵۰-۲۳۴۱

### مقدمه

اصلاح نظام سلامت در دهه‌های آخر قرن بیستم، بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت و به منظور دستیابی کشورها به اهدافی همچون افزایش عدالت در سلامت و افزایش برخورداری مردم از خدمات سلامت، بهبود کارایی نظام‌های سلامت و ارتقای کیفیت خدمات سلامت، در کشورهای مختلف با رویکردهای گوناگون به اجرا گذاشته شد. از مهم‌ترین راهبردهای اساسی برای دستیابی به

بالاترین سطح سلامت شهروندان، محافظت مردم در قبال هزینه‌های سلامت به خصوص هزینه‌های بسیار سنگین سلامت می‌باشد (۱). اصلاح نظام سلامت کشور، در راستای برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی اقتصادی-اجتماعی کشور، تحت عنوان برنامه‌ی پزشک خانواده از سال ۱۳۸۴، با هدف افزایش میزان برخورداری مردم از خدمات سلامت، کاهش هزینه‌های سلامت به خصوص برای اقشار آسیب پذیر جامعه و ارتقای کارایی نظام سلامت، در مناطق روستایی،

۱- دانشیار، گروه پزشکی اجتماعی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- پزشک عمومی، سازمان بیمه‌ی سلامت کل استان اصفهان، اصفهان، ایران

۳- کارشناس بهداشت عمومی، گروه توسعه‌ی شبکه و ارتقای سلامت، معاونت بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشجوی پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی و کمیته‌ی تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

ویزیت پزشک متخصص، فوق تخصص و روان‌پزشک برای کلیه‌ی بیمه شدگان برنامه‌ی پزشک خانواده، اعم از مناطق عشایری، روستایی و یا شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر، به طور مستقیم توسط خود سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی (اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت)، پرداخت می‌شود. هزینه‌های بخش بستری نیز برای کلیه‌ی بیمه شدگان برنامه‌ی پزشک خانواده، اعم از مناطق عشایری، روستایی و یا شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر، به طور مستقیم توسط خود سازمان بیمه‌ی سلامت، پرداخت می‌گردد (۴).

ارزیابی عملکرد نظام سلامت به خصوص بعد از مداخلات وسیع و عمیق در ارکان نظام ارایه‌ی خدمات سلامت، می‌تواند مخزنی از شواهد را برای تأیید یا رد سیاست‌های اعمال شده، فراهم سازد. برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت، مؤلفه‌های متنوعی، قابل سنجش هستند. یکی از محل‌های سنجش عملکرد نظام سلامت، شاخص‌های معرف Outcomes هستند که گویای تأثیرات نظام سلامت در میان مدت، در قبال مداخلات انجام شده می‌باشند (۵-۶).

نتایج مطالعات منتشر شده‌ی در دسترس، حاکی از تأثیرات مثبت برنامه‌ی پزشک خانواده در افزایش دسترسی مردم به تیم سلامت و افزایش بهره‌مندی از خدمات آن‌ها (۷-۸)، کاهش پرداخت از جیب مردم برای دریافت خدمات سلامت (۹)، کاهش هزینه‌های سنگین سلامت در بین خانواده‌های تحت پوشش این برنامه و کاهش سرعت افزایش هزینه‌های بخش بستری در مقابل هزینه‌های بخش سرپایی دولتی (۱۰) می‌باشد.

این مطالعات، اغلب بر دستاوردهای نظام سلامت در ابعاد شاخص‌های سلامتی مردم و یا گیرندگان خدمات سلامت و یا مؤلفه‌های حفاظت مالی مردم در قبال هزینه‌های سلامت و یا عملکرد مالی دانشگاه‌های علوم پزشکی، متمرکز بوده است، در حالی که متولی اصلی تأمین کننده‌ی منابع مالی بیمه‌ی سلامت، سازمان بیمه‌ی خدمات درمانی می‌باشد. از این رو، به دنبال موافقت مسؤولین محترم اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت استان اصفهان، مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی اسناد هزینه‌های انجام شده برای شهروندان ساکن در مناطق تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در استان اصفهان، طی ۵ سال (از سال ۹۲-۱۳۸۸) بعد از اجرای این برنامه و بررسی الگوی هزینه‌های انجام شده توسط سازمان بیمه‌ی سلامت انجام گردید. این مطالعه، برای اولین بار در استان اصفهان انجام شد (طبق بررسی‌های گسترده‌ی اخیر، در کشور نیز تحقیق مشابهی تاکنون انجام نشده و یا منتشر نشده است).

در راستای گسترش برنامه‌ی پزشک خانواده به شهرهای بالای ۲۰۰۰۰ نفر استان و یا کشور، نتایج این تحقیق می‌تواند در نحوه‌ی درست تخصیص منابع مالی و الگوی درست هزینه‌کرد آن‌ها،

عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر به اجرا گذاشته شد. طبق این برنامه، کلیه‌ی افراد ساکن این مناطق تحت پوشش بیمه‌ی سلامت دولتی یکسان قرار گرفتند (۲). افراد تحت پوشش بیمه‌ی سلامت، می‌توانند از مزایای این بیمه جهت خدمات سرپایی شامل ویزیت پزشک، دارو، آزمایشگاه و رادیولوژی با پرداخت ۳۰ درصد فرانشیز و از خدمات بستری با پرداخت ۱۰ درصد هزینه‌های بستری در بیمارستان‌ها، بهره‌مند گردند.

الگوی نظام پرداخت به پزشک خانواده در مناطق روستایی، به صورت Mixed payment می‌باشد که بر حسب معیارهایی مانند سابقه‌ی طبابت پزشک خانواده، جمعیت تحت پوشش، درجه‌ی محرومیت محل ارایه دهنده‌ی خدمات سلامت، تعداد روستاهای دارای خانه‌ی بهداشت و یا تعداد دفعات ده‌گرددی در هفته و یا ماه، طول مسافت ده‌گرددی در هر بار اعزام تیم سلامت به آن جا، میزان حضور در روز یا میزان حضور هر شیفت کاری دو نوبته، تعداد شب‌های بیتوته‌ی پزشک و همچنین، تعداد روزهای تعطیل که پزشک در آن منطقه حضور فعال داشته است، میزان رضایتمندی مردم از عملکرد تیم سلامت و مشوق‌های مالی طبق دستورالعمل مربوط، به او تعلق می‌گیرد.

نظام پرداخت به پزشک خانواده در مناطق شهری، به صورت کارانه‌ای به ازای هر بار ویزیت (Fee for service) می‌باشد. نظام پرداخت به پزشکان متخصص و فوق تخصص، داروخانه، آزمایشگاه و رادیولوژی، نیز به صورت کارانه‌ای است. ارایه‌ی خدمت در این دسته برای افراد دارای دفترچه‌ی بیمه‌ی سلامت میسر است (۳).

در بخش مناطق روستایی، اعتبارات مالی به صورت سرانه بر اساس جمعیت تحت پوشش محاسبه و توسط اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت در اختیار معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان قرار می‌گیرد. بنا بر این، پوشش جمعیت روستایی و عشایر در بخش خدمات سرپایی سطح اول، تحت نظارت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان می‌باشد. این گروه از افراد، شامل جمعیت با و بدون دفترچه هستند که تمامی آنان خدمت‌رسانی می‌شوند. هزینه‌های جاری در بخش سرپایی در مناطق روستایی در سطح اول (که از تعهدات اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت بود و اعتبارات آن ابتدا در اختیار معاونت بهداشتی دانشگاه قرار داشت تا به ذی‌نفعان پرداخت گردد)، اغلب شامل حقوق پزشک عمومی، حقوق ماما، هزینه‌های دارو، آزمایشگاه و رادیولوژی می‌باشد.

هزینه‌های جاری در بخش سرپایی در سطح اول در مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر شامل حقوق پزشک عمومی، دارو، آزمایشگاه و رادیولوژی می‌باشد.

هزینه‌های جاری در بخش سرپایی در سطوح دو و سه، شامل

## یافته‌ها

در استان اصفهان با جمعیتی حدود ۴ ۸۷۹ ۳۱۲ نفر در سال ۱۳۹۲، بالغ بر ۹۰۰ هزار نفر ساکن در مناطق روستایی، مناطق عشایری و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر، تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده بودند (جدول ۱). توضیح این که جمعیت عشایر استان اصفهان، شامل افرادی است که مدت شش ماه در استان اصفهان حضور دارند و از خدمات سلامت این استان استفاده می‌کنند. از این رو، در محاسبه‌ی جمعیت این افراد در کل سال، نصف جمعیت کل این گروه محاسبه می‌شود.

جدول ۱. جمعیت مناطق تحت پوشش روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر استان اصفهان در سال‌های ۹۲-۱۳۸۸

سال	جمعیت مناطق روستایی و عشایر	جمعیت شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر	جمعیت کل
۱۳۸۸	۷۲۳ ۴۰۸	۲۰۰ ۲۶۲	۹۲۳ ۶۷۰
۱۳۸۹	۶۹۴ ۵۰۶	۲۳۹ ۰۰۰	۹۳۳ ۵۰۶
۱۳۹۰	۷۰۳ ۹۷۷	۲۴۳ ۱۲۹	۹۴۷ ۱۰۶
۱۳۹۱	۶۸۸ ۹۹۴	۲۴۲ ۰۰۰	۹۳۰ ۹۹۴
۱۳۹۲	۶۵۹ ۲۶۶	۲۴۱ ۹۰۲	۹۰۱ ۱۶۸

سهم هزینه‌های بستری از کل هزینه‌های سلامت استان از یک روند به نسبت ثابت ۶۴-۶۲ درصدی و سهم هزینه‌های سرپایی ۳۸-۳۶ درصدی برخوردار بوده است.

در بخش خدمات سرپایی، بیشترین سهم از هزینه‌های سلامت به ویزیت سرپایی سطح اول و دارو اختصاص داشت که در سال ۱۳۸۸ این هزینه‌ها در هر دو بخش یکسان بود اما در سال ۱۳۹۲، دارو سهم بیشتری را به خود اختصاص داد و برابر با ۴۱ درصد از هزینه‌های سلامت در بخش سرپایی بود (جدول ۲).

بار مراجعات به پزشکان متخصص و فوق تخصص در طی ۵ سال روند کاهشی داشت و از ۰/۴۶ بار به ازای هر نفر به ۰/۳۹ بار به ازای هر نفر جمعیت، تقلیل یافته بود (جدول ۳).

تعداد موارد بستری در ۵ سال مورد بررسی نیز روند رو به کاهش داشت؛ به گونه‌ای که در سال ۱۳۸۸ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت، ۶۳/۰۹ مورد بستری اتفاق افتاد که این شاخص در سال ۱۳۹۲، به ۵۳/۹۹ مورد کاهش یافت. ظرف مدت ۵ سال اخیر، تعداد ۱۹۲۴/۴ مورد بستری ( $۱۶۲۴/۴ = ۴۸۶۵۰ - ۵۸۲۷۲$ ) در کل جمعیت تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده (به‌طور متوسط ۹۲۸۰۰۰ نفر) در هر سال، کاهش پیدا کرده است (جدول ۴).

در قسمت‌های مختلف ارزیابی خدمات سلامت (اعم از سرپایی، بستری، دارویی و یا تشخیصی)، به سیاست‌گذاران بخش سلامت کشور کمک نماید تا سیاست‌های درست‌تری اتخاذ نمایند و از این رهگذر، اثربخشی برنامه‌ی پزشک خانواده ارتقا یابد.

## روش‌ها

این مطالعه‌ی توصیفی-تحلیلی بر اساس داده‌های استخراج شده از اسناد هزینه‌های جاری قطعی شده‌ی اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت استان اصفهان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، در سال ۱۳۹۳ انجام شد.

برای این منظور، با توجه به داده‌های قابل دسترسی، بازه‌ی زمانی ۵ ساله‌ی ۹۲-۱۳۸۸ انتخاب گردید. جمعیت تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در استان اصفهان، شامل افراد ساکن در مناطق روستایی استان، جمعیت عشایری که ۶ ماه از سال در این منطقه حضور دارند و شهرهای زیر ۲۰ هزار نفر می‌باشد.

بعد از هماهنگی لازم با مدیران محترم اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت استان اصفهان و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی و پس از اخذ موافقت‌نامه‌ی کتبی از طرف مسئولین مربوط، با مراجعه به واحدهای مربوط، داده‌های لازم از داخل اسناد موجود استخراج گردید.

هزینه‌های جاری بخش سلامت، در دو بخش بستری و سرپایی اعمال شده بود. داده‌های مربوط به هزینه‌های خدمات سرپایی مناطق شهری زیر ۲۰ هزار نفر و هزینه‌های ویزیت سرپایی و کلیه‌ی هزینه‌های دارویی، آزمایشگاه و رادیولوژی اعمال شده در سطوح دوم و سوم و همچنین، کلیه‌ی هزینه‌های بستری شدن افراد تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در کل مناطق عشایری، روستایی و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر استان اصفهان، از اداره‌ی کل بیمه‌ی سلامت دریافت گردید. داده‌های مربوط به هزینه‌های ویزیت سرپایی سطح اول، اعم از حقوق پزشک عمومی و ماما و کلیه‌ی هزینه‌های دارویی، آزمایشگاه و رادیولوژی اعمال شده در سطح اول در مناطق روستایی و عشایر، از گروه گسترش شبکه‌های معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، دریافت شد.

داده‌ها برای بررسی در نرم‌افزار Excel ثبت شد و با استفاده از آزمون‌های آماری (فراوانی و فراوانی نسبی) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در این پژوهش، روند تغییرات هزینه‌های جاری اعمال شده توسط سازمان بیمه‌ی سلامت و همچنین سرانه‌ی هزینه‌های انجام شده برای خدمات سرپایی و بستری در مناطق روستایی، عشایری و شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر طی سال‌های ۹۲-۱۳۸۸ مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲. الگوی هزینه‌های انجام شده در بخش‌های مختلف ارایه‌ی خدمات سرپایی به بیمه شدگان تحت پوشش برنامه‌ی پزشکی خانواده در مناطق مختلف استان اصفهان (ریال)

۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸		
۵۸ ۳۹۰ ۰۷۳ ۲۶۱	۶۰ ۹۶۲ ۶۸۹ ۷۷۵	۵۴ ۲۶۴ ۵۰۱ ۱۲۵	۴۵ ۴۰۳ ۴۹۸ ۷۶۳	۴۰ ۷۵۹ ۰۲۸ ۸۳۷	هزینه‌ی کل	ویزیت سرپایی سطح اول
۱۲۶ ۲۲۵/۳۳	۱۲۴ ۰۸۲/۵۶	۱۱۲ ۸۵۶/۱۰	۱۰۳ ۹۱۲/۰۰	۹۷ ۰۰۲/۶۶	سرانه	
۳۲	۳۹	۳۹	۳۸	۳۷	سهم از کل هزینه‌های سرپایی (درصد)	
۱۹ ۷۲۹ ۶۰۶ ۹۶۴	۱۷ ۷۸۰ ۹۱۴ ۸۲۱	۱۵ ۹۷۲ ۰۴۶ ۷۴۸	۱۲ ۷۴۸ ۹۸۱ ۰۴۰	۱۰ ۴۶۵ ۹۱۳ ۲۱۴	هزینه‌ی کل	ویزیت سرپایی سطوح دوم و سوم
۲۱ ۸۹۳/۳۷	۱۹ ۰۹۸/۸۵	۱۶ ۸۶۴/۰۵	۱۳ ۶۵۷/۱۰	۱۱ ۳۳۰/۷۹	سرانه	
۱۱	۱۱	۱۲	۱۱	۱۰	سهم از کل هزینه‌های سرپایی (درصد)	
۷۵ ۶۶۸ ۱۵۹ ۶۰۲	۵۱ ۶۳۷ ۲۹۷ ۰۰۹	۴۳ ۴۷۲ ۰۱۱ ۰۹۵	۳۹ ۵۶۳ ۲۵۳ ۹۶۳	۴۰ ۶۵۵ ۸۰۳ ۸۴۸	هزینه‌ی کل	دارو
۸۳ ۹۶۶/۷۶	۵۵ ۴۶۴/۶۹	۴۵ ۸۹۹/۸۴	۴۲ ۳۸۱/۳۶	۴۴ ۰۱۵/۵۱	سرانه	
۴۱	۳۳	۳۲	۳۳	۳۷	سهم از کل هزینه‌های سرپایی (درصد)	
۱۳,۶۰۱,۵۶۰,۷۴۵	۱۱ ۴۵۶ ۹۱۳ ۷۰۷	۱۰ ۹۴۰ ۴۱۱ ۴۳۶	۱۰ ۲۸۹ ۷۳۹ ۵۸۵	۸ ۴۳۹ ۶۱۹ ۲۱۸	هزینه‌ی کل	آزمایشگاه
۱۵ ۰۹۳/۲۶	۱۲ ۳۰۶/۱۱	۱۱ ۵۵۱/۴۱	۱۱ ۰۲۲/۶۸	۹ ۱۳۵/۰۵	سرانه	
۷	۷	۸	۹	۸	سهم از کل هزینه‌های سرپایی (درصد)	
۱۶ ۴۷۶ ۱۱۲ ۹۱۸	۱۴ ۳۲۵ ۱۶۳ ۳۹۸	۱۳ ۰۵۷ ۳۱۵ ۹۰۴	۱۱ ۳۸۷ ۳۸۴ ۴۳۷	۹ ۷۸۴ ۰۹۹ ۱۶۶	هزینه‌ی کل	رادیولوژی
۱۸ ۲۸۳/۰۶	۱۵ ۳۸۶/۹۶	۱۳ ۷۸۶/۵۴	۱۲ ۱۹۸/۵۱	۱۰ ۵۹۲/۶۳	سرانه	
۹	۹	۹	۱۰	۹	سهم از کل هزینه‌های سرپایی (درصد)	
۱۸۳ ۸۶۵ ۵۱۳ ۴۹۰	۱۵۶ ۱۶۲ ۹۷۸ ۷۱۰	۱۳۷ ۷۰۶ ۲۸۶ ۳۰۸	۱۱۹ ۳۹۲ ۸۵۷ ۷۸۸	۱۱۰ ۱۰۴ ۴۶۴ ۲۸۳	هزینه‌ی کل	کل هزینه‌های بخش سرپایی
۲۶۵ ۴۶۱/۷۹	۲۲۶ ۳۳۹/۱۷	۲۰۰ ۹۵۷/۹۴	۱۸۳ ۱۷۱/۶۵	۱۷۲ ۰۷۸/۶۵	سرانه	

جدول ۵ میزان برآورد صرفه جویی قابل احتساب ناشی از کاهش بار مراجعه به پزشکان دارای مطب و یا بار بستری در بیمارستان‌ها در سال ۱۳۹۲ در مقایسه با سال ۱۳۸۱ در مناطق تحت پوشش برنامه‌ی پزشکی خانواده در استان اصفهان را نشان می‌دهد.

جدول ۳. هزینه‌ی سرانه‌ی ناشی از ویزیت و متوسط بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص در جمعیت تحت پوشش پزشکی خانواده‌ی کل استان اصفهان بر حسب سال

۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸		
۱۱۷ ۲۲۰	۱۳۳ ۰۳۳	۱۴۵ ۳۷۰	۱۴۵ ۰۵۵	۱۶۱ ۹۸۷	مراکز خصوصی	بار مراجعه به پزشک متخصص
۱۵۶ ۶۶۰	۱۷۶ ۰۸۳	۱۹۴ ۶۰۹	۱۹۳ ۲۱۴	۱۹۸ ۵۵۱	مراکز دولتی	
۲۷۳ ۸۸۰	۳۰۹ ۱۱۶	۳۳۹ ۹۷۹	۳۳۸ ۲۶۹	۳۶۰ ۵۳۸	جمع کل	
۰/۳۰	۰/۳۳	۰/۳۵	۰/۳۶	۰/۳۹	بار مراجعه	
۲۰ ۰۱۵	۲۲ ۶۴۷	۲۳ ۶۸۹	۲۴,۰۰۰	۲۶ ۴۵۷	مراکز خصوصی	بار مراجعه به پزشک فوق تخصص و روان‌پزشک
۵۳ ۱۷۷	۵۴ ۶۵۶	۵۳ ۳۳۶	۴۶ ۷۱۵	۴۱ ۸۲۹	مراکز دولتی	
۷۳ ۱۹۲	۷۷,۳۰۳	۷۷ ۰۲۵	۷۰ ۷۱۵	۶۸ ۲۸۶	جمع کل	
۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۸	۰/۰۷۵	۰/۰۷	بار مراجعه	
۳۴۷ ۰۷۲	۳۸۶ ۴۱۹	۴۱۷ ۰۰۴	۴۰۸ ۹۸۴	۴۲۸ ۸۲۴	جمع کل	متوسط بار مراجعه به ازای هر نفر
۰/۳۹	۰/۴۲	۰/۴۴	۰/۴۴	۰/۴۶		

جدول ۴. تعداد موارد بستری و هزینه‌های ناشی از بستری افراد تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در مناطق مختلف استان اصفهان بر حسب سال

سال	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲
کل تعداد موارد بستری (بار در سال)	۵۸ ۲۷۲	۵۶ ۹۷۸	۵۶ ۲۴۷	۵۲ ۰۳۰	۴۸ ۶۵۰
کل هزینه‌ی ناشی از بستری بیمه‌شدگان (ریال)	۱۷۹ ۹۳۵ ۶۳۷ ۷۷۴	۲۰۲ ۰۲۸ ۲۰۳ ۲۸۰	۲۳۱ ۵۴۵ ۱۰۹ ۲۵۲	۲۸۱ ۵۰۳ ۰۱۶ ۶۹۷	۳۲۸ ۸۳۱ ۷۵۰ ۰۳۹
متوسط تعداد موارد بستری (به ازای هر ۱۰۰۰ نفر)	۶۳/۰۹	۶۱/۰۴	۵۹/۳۹	۵۵/۸۹	۵۳/۹۹
متوسط هزینه‌ی ناشی از هر بستری (ریال)	۳ ۰۸۷ ۸۵۷/۵۹	۳ ۵۴۵ ۷۲۲/۹۴	۴ ۱۱۶ ۵۷۷/۰۵	۵ ۴۱۰ ۳۹۸/۱۷	۶ ۷۵۹ ۱۳۱/۵۵

جدول ۶ به مقایسه‌ی هزینه‌های انجام شده در بخش ویزیت پزشک عمومی سرپایی در مناطق مختلف استان اصفهان در سال‌های مختلف پرداخته است.

### بحث

طبق یافته‌های این تحقیق، در ۵ سال گذشته، بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده و افزایش پوشش بیمه‌ی همگانی دولتی در مناطق روستایی، عشایری و شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر استان اصفهان، میزان بار مراجعه به پزشکان عمومی در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، میزان بار مراجعه به پزشکان متخصص و فوق تخصص و همچنین، میزان بار بستری شدن بیماران ارجاعی از کل مناطق تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده به بیمارستان‌ها، کاهش پیدا کرد.

در مطالعه‌ای که بر روی عوامل بستری مجدد بیماران در امریکا انجام شده است، بر خلاف مطالعات قبلی، مشاهده شد که از عوامل موثر در افزایش تعداد بار بستری افراد، بیمه نبودن آن‌ها می‌باشد. افرادی که تحت پوشش بیمه قرار دارند، به دلیل کم هزینه‌تر بودن پی‌گیری‌های لازم برای آنان، از احتمال بستری مجددشان کاسته می‌شود (۱۱).

اگر میزان بار مراجعه به پزشکان عمومی و یا متخصص و یا بار بستری شدن را طبق برآورد سال ۱۳۸۱ به عنوان مبنا در نظر بگیریم، در آن حالت، مقدار تفاوت این شاخص در دو سال ۱۳۹۲ و ۱۳۸۱، تفاوت در میزان بار مراجعه و یا بار بستری (a) به دست می‌آید که حاکی از کاهش میزان بار مراجعه به پزشکان دارای مطب یا بار بستری در سال ۱۳۹۲ نسبت به سال ۱۳۸۱ است. اگر تفاوت دو شاخص (بار مراجعه و یا بستری) را در قیمت واحد آن خدمت (b)، ضرب نماییم  $(a \times b = c)$ ، مقدار عدد (c) به دست می‌آید که مبین هزینه‌ی صرفه‌جویی شده به ازای هر واحد خدمت (بار مراجعه و یا بستری) خواهد بود. اگر این مقدار هزینه‌ی واحد خدمت را در کل جمعیت واجد هر خدمت (d) ضرب نماییم، مقدار کل صرفه‌جویی شده‌ی ناشی از کاهش بار مراجعه برای دریافت آن خدمت خاص (e)، به دست می‌آید.

در نهایت، کل مبالغ صرفه‌جویی در هر مؤلفه با هم جمع شده و کل مبلغ صرفه‌جویی شده در اثر کاهش میزان بار مراجعه به پزشک عمومی، پزشک متخصص و میزان بستری شدن در بیمارستان‌ها، به دست می‌آید که عددی حدود ۱۴۷ میلیارد برای سال ۱۳۹۲، در مقایسه با سال ۱۳۸۱ برآورد می‌گردد.

جدول ۵. میزان برآورد صرفه‌جویی قابل احتساب ناشی از کاهش بار مراجعه به پزشکان دارای مطب و یا بار بستری در بیمارستان‌ها در سال ۱۳۹۲ در مقایسه با

سال ۱۳۸۱ در مناطق تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در استان اصفهان

تحقیق سال ۱۳۸۱	تحقیق سال ۱۳۹۲	a	b	c	d	e
سال ۱۳۸۱	سال ۱۳۹۲	۱۳۸۱-۹۲	(ریال)	(ریال)	(نفر)	(کل هزینه‌ی صرفه‌جویی شده) (ریال)
مناطق شهری به ازای هر نفر در سال (اعم از مراجعه به بخش دولتی و یا خصوصی)	۲/۲۰	۱/۶۷	۰/۵۳	۵۳۰۰۰	۲۴۱۹۰۲	۶۷۹۵۰۲۷۱۸۰
بار مراجعه به پزشک متخصص به ازای هر نفر در سال	۱/۶۱	۰/۳۹	۱/۲۲	۶۸۰۰۰	۹۰۱۱۶۸	۷۴۷۶۰۸۹۷۲۸۰
بار بستری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر در سال	۶۴/۷	۵۳/۹۹	۱۰/۷۱	۶۷۵۹۱۳۱/۵۵	۷۲۳۹۰۲۹۸/۹	۶۵۲۳۵۸۲۰۸۸۰
کل مبلغ صرفه‌جویی شده (ریال)						۱۴۶۷۹۱۷۴۵۳۴۰

a: تفاوت در میزان بار مراجعه و یا بار بستری؛ b: قیمت واحد آن خدمت؛ c:  $a \times b$ ؛ d: جمعیت واجد هر خدمت؛ e:  $c \times d$

جدول ۶. هزینه‌های انجام شده در بخش ویزیت پزشک عمومی سرپایی در مناطق مختلف استان اصفهان در سال‌های مختلف (ریال)

	۱۳۹۲	۱۳۹۱	۱۳۹۰	۱۳۸۹	۱۳۸۸	
مناطق	۳۱ ۵۳۶ ۱۶۸ ۵۷۰	۳۴ ۱۷۴ ۷۶۹ ۸۳۰	۳۰ ۶۵۵ ۷۸۳ ۰۰۰	۲۱ ۲۵۶ ۷۲۰ ۱۷۲	۲۱ ۱۱۴ ۵۸۳ ۸۲۰	هزینه‌ی کل
روستایی	۴۷ ۸۳۵/۲۷	۴۹ ۶۰۰/۹۷	۴۳ ۵۴۶/۵۷	۳۰ ۶۰۶/۹۶	۲۹ ۱۸۷/۶۶	سرانه
مناطق شهری	۱۴ ۳۸۹ ۰۱۵ ۹۲۸	۱۳ ۲۸۰ ۱۰۵ ۷۸۴	۱۳ ۲۸۶ ۰۷۸ ۱۲۵	۱۴ ۰۴۲ ۸۳۹ ۵۲۷	۱۱ ۲۵۹ ۵۷۴ ۱۱۶	هزینه‌ی کل
	۵۹ ۴۸۲/۸۳	۵۴ ۸۷۶/۴۷	۵۴ ۶۴۶/۲۱	۵۸ ۷۵۶/۶۵	۵۶ ۲۲۴/۲۲	سرانه
	۴۰۵۲۴۴	۴۵۹۰۴۰	۵۳۵۱۰۰	۶۳۱۸۰۳	۵۹۹۵۶۲	*تعداد ویزیت
	۱/۶۷	۱/۸۹	۲/۲۰	۲/۶۴	۲/۹۹	**بار مراجعه به ازای هر نفر در سال
کل استان	۴۵ ۹۲۵ ۱۸۴ ۴۹۸	۴۷ ۴۵۴ ۸۷۵ ۶۱۴	۴۳ ۹۴۱ ۸۶۱ ۱۲۵	۳۵ ۲۹۹ ۵۵۹ ۶۹۹	۳۲ ۳۷۴ ۱۵۷ ۹۳۶	هزینه‌ی کل
	۱۰۷ ۳۱۸/۱۰	۱۰۴ ۴۷۷/۴۴	۹۸ ۱۹۲/۷۸	۸۹ ۳۶۳/۶۱	۸۵ ۴۱۱/۸۷	سرانه

\* از تقسیم نمودن کل هزینه‌های ناشی از ویزیت‌های سرپایی بر مقدار ۷۰ درصد تعرفه‌ی هر ویزیت پزشک عمومی (در آن سال) به دست آمده است؛ \*\* از تقسیم نمودن تعداد کل ویزیت‌های انجام شده توسط پزشکان عمومی بر کل جمعیت تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده در شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر به دست آمده است.

در نظام ارایه‌ی خدمات سلامت، میزان ویزیت‌های انجام شده در واحدهای اورژانس بیمارستانی به مقدار ۴۰ درصد، کاهش پیدا کرد. بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند پرفشاری خون، دیابت و آسم، کمتر برای دریافت خدمات سلامت به واحدهای اورژانس مراجعه کردند. اعمال نقش دروازه‌بانی سلامت، باعث شد که تنها ۴۲ درصد از بیمارانی که برای درمان به واحدهای اورژانس مراجعه کرده بودند، جهت انتقال از آمبولانس استفاده نمایند (۱۷).

این مستندات، مؤید نتایج این مطالعه است که افزایش پوشش بیمه‌ی سلامت برای افراد جامعه، دسترسی بهتری برای نیازمندان به خدمات سلامت فراهم می‌کند و آن‌ها در زمانی کوتاه‌تر بعد از ابتلا به بیماری و قبل از آن که دچار علائم شدید بیماری و یا دچار عوارض بیماری شوند، به واحدهای ارایه دهنده‌ی خدمات سلامت مراجعه می‌کنند و از خدمات پیش‌گیرانه و یا درمان‌های سرپایی برخوردار می‌شوند. بنا بر این، نیاز به بستری شدن و در نتیجه هزینه‌های ناشی از این گونه خدمات برای ارایه کنندگان آن‌ها، کاهش می‌یابد.

انتظار می‌رود با گسترش پوشش بیمه در جمعیت و افزایش میزان دسترسی خانواده‌ها به خصوص در مناطق محروم به تسهیلات به وجود آمده و کاهش هزینه‌ی خدمات درمانی برای خانواده‌های تحت پوشش، خانواده‌هایی که در گذشته نیازهای سلامتی تأمین نشده‌ای داشته‌اند، فرصت پیدا کنند تا نیازهای درمانی خود را برطرف نمایند. این امر، باعث یک افزایش ناگهانی در میزان استفاده از خدمات سلامت، در سال‌های نخست بعد از اجرای برنامه‌ی بیمه‌ی همگانی شده است که ناشی از نیازهای نادیده گرفته‌ی قبلی جمعیت در حوزه‌ی سلامت می‌باشد. چنین دستاوردی در تحقیق انجام شده در استان لرستان گزارش شده است؛ به نحوی که به دنبال اجرای

همچنین، احتمال می‌رود افراد برخوردار از پوشش بیمه، به دلیل برخورداری بیشتر از خدمات سرپایی، کمتر مجبور به صرف هزینه برای خدمات بستری ناشی از بروز عوارض بیماری زمینهای می‌شوند (۱۲).

مطالعه‌ی دیگری که در ایالت ماساچوست آمریکا پس از اجرای برنامه‌ی اصلاح نظام سلامت با هدف افزایش پوشش بیمه برای آحاد مردم بدون توجه به اختلافات نژادی انجام گرفت، نشان داد که در مقایسه با گروه شاهد، میزان بستری مجدد در افراد سیاه پوست تحت پوشش بیمه در ۳۰ روز ابتدایی پس از بستری، کاهش داشته است. به نظر می‌رسد در مطالعه‌ی انجام شده، دسترسی بهتر به خدمات سرپایی، در کاهش میزان بستری در جمعیتی که به تازگی تحت پوشش بیمه قرار گرفته‌اند، مؤثر بوده است (۱۳).

در پژوهشی دیگر، افراد ۱۹-۳۴ ساله در مناطق شهری آمریکا از نظر استفاده از مراکز درمانی پس از پوشش بیمه، مورد بررسی قرار گرفتند. این افراد در مقایسه با افراد مسن‌تری که پوشش بیمه نداشتند، در محافظت خود از هزینه‌های درمانی فعال‌تر بودند (۱۴).

طبق تجربه‌ی سازمان مرکز پزشکی آلاسکا در ایالات متحده‌ی آمریکا، با واگذاری مسؤلیت سلامت گروهی از افراد جامعه به یک تیم سلامت و بالا بردن اعتماد مردم به خدمات این گونه تیم‌های ارایه دهنده‌ی خدمات سلامت اولیه، مراجعه به واحدهای اورژانس ۵۰ درصد و بار مراجعه به پزشکان متخصص ۳۰ درصد، کاهش یافت (۱۵-۱۶).

همچنین، در بازنگری برنامه‌های اصلاح نظام سلامت کشور آمریکا به منظور کاهش هزینه‌های ناشی از خدمات اورژانس، با انجام مداخلاتی از قبیل تغییر در تریاژ بیماران قبل از ورود به واحدهای اورژانس (مشاوره‌ی تلفنی و یا مشاوره با پرستاران و...)، افزایش پوشش بیمه‌های سلامت و تأکید بر نقش دروازه‌بانی پزشک خانواده

دسترسی بهتر به خدمات سلامت و ویزیت ابتدایی بیماران توسط سطوح اولیه‌ی سلامت یعنی پزشک عمومی و ماما، از مراجعات و بستری‌های پرهزینه‌ی بدون دلیل می‌کاهد. همچنین، به دلیل پی‌گیری بهتر و بیشتر بیماران در موارد بیماری‌های زمینه‌ای، از بروز عوارض جلوگیری می‌شود. از عوامل دیگری که تعداد بستری را افزایش می‌دهد، زیاد بودن تعداد بستری‌های مجدد است که با پی‌گیری پس از بستری، از میزان آن‌ها کاسته می‌شود.

از مطالعات پیش‌گفته که در سایر کشورها انجام شده است، می‌توان چنین برداشت کرد که جمعیت‌هایی که بستری در آن‌ها افزایش یافته است، یا دوره‌ی ابتدایی پس از پوشش همگانی طولانی‌تر از سایرین بوده است و یا خدمات سرپایی و افزایش دسترسی به سطوح اولیه‌ی بهداشت، در کاهش عوارض و بستری‌های زیاد، مؤثر نبوده است. در مناطقی که کاهش نیاز به خدمات بستری در جمعیت تحت پوشش دیده می‌شود، خدمات سرپایی و سطوح اولیه در کنترل بیماری‌ها و عوارض و آموزش جمعیت موفق‌تر عمل کرده است.

بر اساس مطالعه‌ی حاضر، تعداد بستری به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت تحت پوشش در سال‌های ۹۲-۱۳۸۸ روند کاهشی داشته است. احتمال می‌رود دوره‌ی افزایش نیاز بین سال‌های ۸۸-۱۳۸۴ است که در مطالعه‌ی حاضر بررسی نشده است، اما خوشبختانه برنامه‌ی پزشک خانواده در استان اصفهان موفق به کاهش نیازهای بستری و سطوح پیشرفته‌ی خدمات سلامت در سال‌های بعد شده است. نکته‌ی قابل توجه این است که استان اصفهان از مناطقی است که سرباری مراجعه از سایر استان‌های اطراف برای خدمات سلامت نیز دارد و با این وجود، کاهش میزان بستری در این سال‌ها بسیار قابل توجه بوده است.

با عنایت به این که میزان استفاده از خدمات سلامت در بخش بستری، خدمات تخصصی و فوق تخصصی (به نفع خدمات سرپایی و به خصوص خدمات سلامت اولیه) کاهش چشم‌گیر پیدا کرده است، این امر گویای ارتقای کارایی تخصصی نظام سلامت در استان اصفهان می‌باشد.

برنامه‌ی پزشک خانواده و اجرای پوشش بیمه‌ی همگانی در مناطق محروم کشور، از سال ۱۳۸۴ شروع شد. بسیار پسنیدیده بود جهت ارزیابی درست، دستاوردهای این برنامه از همان سال‌های شروع برنامه بررسی و با شاخص‌های قبل از اجرای برنامه، مقایسه می‌شد. متأسفانه، به علت گذر زمان و نبود سیستم گردآوری پیشرفته‌ی داده‌های مالی به خصوص سیستم الکترونیک، با وجود تلاش بسیار برای گردآوری داده‌های هزینه‌های انجام شده‌ی مربوط به سال‌های نخست بعد از اجرای برنامه‌ی پزشک خانواده، جمع‌آوری داده‌های هزینه‌ای قبل از سال ۱۳۸۸ میسر نشد.

نکته‌ی حایز اهمیت دیگر این که متأسفانه، مقالات منتشر شده در رابطه با تأثیر برنامه‌ی پزشک خانواده در کشور ما، بر روی شاخص‌های

برنامه‌ی پزشک خانواده و بیمه‌ی روستایی در آن استان، در سال‌های نخست، میزان بستری شدن افراد تحت پوشش این برنامه در بیمارستان‌ها، افزایش پیدا کرد (از ۴۴/۳ به ۶۵/۶ به ازای هر هزار نفر جمعیت)، اما در ادامه در سال ۱۳۹۰ به بعد، این میزان هم برای ساکنین مناطق روستایی و هم برای ساکنین مناطق شهری، کاهش پیدا کرد و به ترتیب به میزان ۶۲/۵ و ۷۸/۸ در هر هزار نفر جمعیت رسید (۱۸).

تجربه‌ی مشابهی به دنبال گسترش پوشش بیمه‌ی سلامت در کشور چین، طی سال‌های ۱۱-۲۰۰۳ به دست آمده است. در این پژوهش، با افزایش پوشش بیمه‌ی سلامت از ۲۷/۷ درصد به ۹۶/۴ درصد و افزایش دسترسی مردم به خدمات سلامت، میزان بستری شدن در بیمارستان‌ها به طور بارزی از ۴/۱ درصد به ۹/۶ درصد، افزایش پیدا کرد که میزان بستری شدن در شهروندان شهری بیمه شده، بیشتر از روستاییان بیمه شده بود. با این حال، بعد از اجرای کامل برنامه‌ی پوشش بیمه‌ی سلامت، شکاف بین میزان بستری شدن در بین افراد ساکن در مناطق روستایی با مناطق شهری، کمتر شد (۱۹).

در مطالعه‌ی در کشور مکزیک، با بررسی روند تغییرات هزینه‌های سلامت دو بیماری مزمن دیابت و فشار خون بالا در سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۲ پس از اجرای برنامه‌ی تحول سلامت در این کشور، مشاهده شده است که هزینه‌های بیمارستانی و تعداد بستری در این سال‌ها روند رو به افزایش داشته است، که این افزایش، در افراد بیمه شده‌ی کشور که تحت پوشش برنامه‌ی تحول سلامت و پوشش همگانی بیمه قرار گرفته‌اند، بیشتر از افراد بدون بیمه بوده است (۲۰).

در مطالعه‌ی دیگری در مکزیک، نتایج نشان دهنده‌ی افزایش استفاده از خدمات سلامت در جمعیت تحت پوشش بیمه است. همچنین، تعداد بستری‌های انتخابی در بیمارستان‌ها در این جمعیت در سال‌های نخست بعد از افزایش پوشش بیمه، روند افزایشی داشته است، اما بعد از گذشت ۶ سال، به تدریج روند کاهشی پیدا کرده است (۲۱).

در سال‌های ابتدایی بعد از اجرای طرح پزشک خانواده و پوشش همگانی بیمه‌ی سلامت در عین پایین بودن مقدار حق بیمه و همچنین فرانشیز پرداختی از طرف بیماران ساکن در این مناطق در قبال دریافت خدمات سلامت حتی خدمات تخصصی، این امر منجر به افزایش بهره‌مندی آنان از خدمات سلامت شد. همچنین، پیرو آموزش‌های آرایه شده توسط تیم سلامت، برخورداری افراد تحت پوشش بیمه‌ی سلامت از خدمات سلامت اولیه، بیش از پیش فراهم گردید. با گذر زمان و رفع این نیازها در یک مقطع زمانی و همچنین، استقرار پزشک خانواده در شکل برنامه‌ریزی شده‌ی آن، یعنی به عنوان دروازه‌بان تیم سلامت و ارجاع بیماران به سطوح تخصصی‌تر در راستای نظام ارجاع و سطح‌بندی خدمات سلامت، به تدریج، نیازهای مردم به خدمات درمانی، تعدیل می‌شود.

عملکردهای مشخص) بوده، اما نظام پرداخت به پزشکان عمومی شاغل در برنامه‌ی پزشک خانواده، در مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر به صورت Fee for service بوده است. هزینه‌ی تمام شده‌ی خدمات سلامت برای سازمان بیمه در مناطق روستایی به ازای هر واحد خدمت (Unit cost) بسیار بیشتر از مناطق شهری و بخش خصوصی است. این امر، گویای بهتر بودن کارایی فنی (Technical efficiency) برنامه‌ی پزشک خانواده (در عملکرد پزشکان خانواده) در مناطق روستایی می‌باشد. دلایل بالاتر بودن هزینه‌های خدمات سرپایی در مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر، با وجود اختصاص هیچ گونه بودجه‌ای برای بیتوته‌ی پزشک خانواده در محل ارایه‌ی خدمات سلامت و یا ارایه‌ی خدمات در روزهای تعطیل و یا دو شیفت کاری و یا ده گردشی، به نظر می‌رسد که در الگوی نظام پرداخت به این دسته پزشکان باشد؛ چرا که در قبل از سال ۱۳۹۳، نظام پرداخت مالی از طرف سازمان بیمه‌ی سلامت به پزشکان خانواده‌ی شاغل در مناطق شهرهای زیر ۲۰۰۰۰ نفر، اغلب بر اساس تعداد بیمار ویزیت شده، می‌باشد. بنا بر این، تعداد بیمار بیشتری که ویزیت شوند، عواید بیشتری به ارمغان می‌آورد.

طبیعی است، در بازار غیر شفاف سلامت و عدم تجانس سطح اطلاعات مشتریان یا بیماران با سطح علمی پزشکان، امکان القای نیازهای تشخیصی و درمانی کاذب بالا می‌رود که این موضوع، یکی از چالش‌های اساسی در نظام پرداخت ارایه‌ی خدمات به شکل کارانه (Fee for service) می‌باشد. در این گونه نظام‌های پرداخت، هزینه‌های سلامت به سرعت بالا خواهد رفت؛ در حالی که دستاوردهای سلامت برای افراد جامعه کمتر خواهد بود.

نتیجه‌گیری کلی این که در برنامه‌ی تحول نظام سلامت، انتظار می‌رود پزشک خانواده به عنوان دروازه‌بان مسیر حرکت از پایین‌ترین سطوح ارایه‌ی خدمات به بالاترین سطوح خدمات تخصصی سلامت، مؤثرترین خدمات سلامت را در عین رعایت انصاف و همچنین بالاترین مقدار کارایی، به بیماران خود توصیه نماید و از این طریق، بار مراجعه به پزشک متخصص و فوق تخصص و نیاز به خدمات بستری کاهش یابد (۲۳). طبق پژوهش حاضر، برنامه‌ی پزشک خانواده در نیل به اهداف پیش‌گفته، موفق بوده است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه‌ی دوره‌ی دکترای حرفه‌ای در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان به شماره‌ی طرح تحقیقاتی ۳۹۴۰۱۱ می‌باشد. از جناب آقای دکتر فیض بخش ریاست محترم بخش نظارت و ارزشیابی بیمه‌ی سلامت استان اصفهان و کلیه‌ی همکاران محترم آن واحد، همچنین، جناب آقای مهندس محسن روحانی و همکاران محترم گروه گسترش شبکه‌های مرکز

اقتصادی نظام سلامت، بسیار کم منتشر شده است. از این رو، به ناچار دستاوردهای این پژوهش با نتایج آخرین و جامع‌ترین تحقیق کشوری در مورد «میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۸۱» (۲۲)، مقایسه گردید.

در زمینه‌ی میزان بار مراجعه به پزشکان عمومی و یا متخصص و یا بار بستری شدن، مبلغ صرفه‌جویی شده در هزینه‌های سازمان بیمه‌ی سلامت استان اصفهان، حدود ۸۰ درصد کل هزینه‌های خدمات سرپایی انجام شده توسط بیمه‌ی سلامت استان در سال ۱۳۹۲ و یا به عبارت دیگر، ۲۸/۶ درصد کل هزینه‌های سازمان بیمه‌ی سلامت استان اصفهان در همه‌ی بخش‌های پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده (اعم از خدمات سرپایی و بستری)، در سال ۱۳۹۲ می‌باشد. اگر این مقدار صرفه‌جویی را بر کل شهروندان تحت پوشش برنامه‌ی پزشک خانواده‌ی استان اصفهان (۹۰۱۱۶۸ نفر) تقسیم نماییم، به ازای هر نفر شهروند تحت پوشش، مبلغ ۱۶۲۸۹۰ ریال، معادل ۷۶ درصد سرانه‌ی تخصیصی به هر نفر در مناطق روستایی، در سال ۱۳۹۲ نسبت به هزینه‌های دریافت خدمات در سال ۱۳۸۱، صرفه‌جویی شده است.

در تحقیق انجام شده توسط جمشیدی و همکاران، هزینه‌ای که برای هر بستری توسط فرد پرداخت می‌شد، برابر با ۱۸۱۴۰۸۰ ریال بوده است. هزینه‌ی هر بار بستری برای سازمان بیمه‌ی سلامت در سال ۱۳۹۲، معادل ۶۷۵۹۱۳۱ ریال بوده است که برابر با ۹۰ درصد هزینه‌های اعمال شده برای بستری بیمه‌شدگان می‌باشد (۲۲).

در برنامه‌ی پزشک خانواده، افراد تحت پوشش واجد خدمت بستری در بیمارستان‌ها، ملزم به پرداخت ۱۰ درصد از هزینه‌ی بستری می‌باشند. از این رو، به ازای هر بار بستری، فرد دارای بیمه‌ی سلامت متقاضی دریافت خدمت بستری، هزینه‌ای معادل ۷۵۱۰۱۴ ریال پرداخت می‌نموده است. بدین نحو، ملاحظه می‌شود که پس از گذشت ۱۱ سال و با وجود تورم قابل توجه در این بازه‌ی زمانی در هزینه‌های سلامت، فرد برای هر بار بستری در سال ۱۳۹۲، تنها ۰/۴۱ هزینه‌های ناشی از دریافت خدمات بستری مشابه (بر حسب تعرفه‌های اعمال شده در سال ۱۳۸۱) را پرداخت می‌کند. این یافته، حاکی از کاهش سهم مردم از هزینه‌های سلامت می‌باشد که به عبارت دیگر، آنان در برابر هزینه‌های سلامت، محافظت مالی شده‌اند و از غوطه‌ور شدن مردم در گرداب فقر ناشی از هزینه‌های کمرشکن سلامت، پیش‌گیری شده است؛ چیزی که از اهداف اولیه‌ی اصلاح نظام سلامت بوده است.

طبق نتایج این تحقیق، سرانه‌ی ویزیت پزشک عمومی در مناطق روستایی در مقایسه با مناطق شهری زیر ۲۰۰۰۰ نفر، کمتر است. در مناطق روستایی، پرداخت به پزشک عمومی به صورت Mixed payment (سرانه + مشوق‌های مالی دیگر بر اساس



نمودند، خالصانه سپاسگزاری می‌گردد.

بهداشت استان اصفهان که در جمع‌آوری داده‌ها مساعدت فراوانی

## References

1. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. Oxford, UK: Oxford University Press; 2008.
2. 4<sup>th</sup> Five Year Social, Cultural and Economical Developmental Plans of the Islamic Republic of Iran 2005-2009 [Online]. [cited 2012 Aug 10]; Available from: <http://rc.majlis.ir/fa/law/show/94202>. [In Persian].
3. Gressani D, Saba J, Fetini H, Rutkowski M, Maeda A, Langenbrunner J. Islamic Republic of Iran health sector review. vol. 1: Main report. The World Bank Group Human Development Sector Middle East and North Africa [Online]; [cited 2007 Jun]; Available from: URL: [medolympiad.behdasht.gov.ir/uploads/280\\_954\\_First\\_Modiriat3.pdf](http://medolympiad.behdasht.gov.ir/uploads/280_954_First_Modiriat3.pdf)
4. Ministry of Health and Medical Education, Center for Network Development and Health Promotion operational guide for family physician and rural insurance project implementation. Version 10 (Revised). Tehran, Iran: Ministry of Health and Medical Education; 2009. p. 5-31. [In Persian].
5. Odeyemi IA, Nixon J. Assessing equity in health care through the national health insurance schemes of Nigeria and Ghana: a review-based comparative analysis. *Int J Equity Health* 2013; 12: 9.
6. Kazemian M, Aljunid S. Iran's National Health Accounts: Years 1971-2001, Analytical Framework and Methodological Issues. *Malaysian Journal of Public Health Medicine* 2005; 5(Suppl 2): 13.
7. Golalizade E, Moosazade M. The Impact of the Family Medicine Program on the number of outpatient visits in Mazandaran University of Medical Sciences health centers. *J Med Counc I.R. Iran* 2013; 31(1): 9-14. [In Persian].
8. Khadivi R, Yarahmadi A, Eslamieh R, Khosravinejad M. The drug prescription patterns and utilization after family physician program implementation in rural health centers of Isfahan District, Iran. *J Isfahan Med Sch* 2014; 31(271): 2403-11. [In Persian].
9. Takian A, Rashidian A, Kabir MJ. Expediency and coincidence in re-engineering a health system: an interpretive approach to formation of family medicine in Iran. *Health Policy Plan* 2011; 26(2): 163-73.
10. Khadivi R, Kheyri M, Davari M, Nourbakhsh SMK. Does family physician programme in Iran improve financial contribution of patients. *International Journal of Current Life Sciences* 2014; 4(8): 4383-7.
11. Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach AD, et al. Hospital readmission in general medicine patients: a prediction model. *J Gen Intern Med* 2010; 25(3): 211-9.
12. Joynt KE, Orav EJ, Jha AK. Thirty-day readmission rates for Medicare beneficiaries by race and site of care. *JAMA* 2011; 305(7): 675-81.
13. Lasser KE, Hanchate AD, McCormick D, Manze MG, Chu C, Kressin NR. The effect of Massachusetts health reform on 30 day hospital readmissions: retrospective analysis of hospital episode statistics. *BMJ* 2014; 348: g2329.
14. Chua KP, Sommers BD. Changes in health and medical spending among young adults under health reform. *JAMA* 2014; 311(23): 2437-9.
15. Simonet D. Cost reduction strategies for emergency services: insurance role, practice changes and patients accountability. *Health Care Anal* 2009; 17(1): 1-19.
16. World Health Organization. The World Health report 2008 - primary health care (now more than ever). Geneva, Switzerland: WHO; 2008.
17. Bodenheimer T, Grumbach K. Understanding health policy: a clinical approach. 5<sup>th</sup> ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2009. p. 163-783
18. Rashidian A, Joudaki H, Khodayari-Moez E, Omranikhoo H, Geraili B, Arab M. The impact of rural health system reform on hospitalization rates in the Islamic Republic of Iran: an interrupted time series. *Bull World Health Organ* 2013; 91(12): 942-9.
19. Fu R, Wang Y, Bao H, Wang Z, Li Y, Su S, et al. Trend of urban-rural disparities in hospital admissions and medical expenditure in China from 2003 to 2011. *PLoS One* 2014; 9(9): e108571.
20. Arredondo A, Zuniga A, Parada I. Health care costs and financial consequences of epidemiological changes in chronic diseases in Latin America: evidence from Mexico. *Public Health* 2005; 119(8): 711-20.
21. Knaul FM, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, Garcia-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Llorens M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380(9849): 1259-79.
22. Jamshidi HR, Farzadfar F, Naghavi M, Rahbar MR, Jafari N, Khosravi A, et al. Utilization of health service In Islamic Republic of Iran in 2002. Tehran, Iran: Tandis Publications; 2005. p. 154-64. [In Persian].
23. McWhinney IR, Freeman T. Textbook of family medicine. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford, UK: Oxford University Press; 2009.

## The Pattern of Costs by the Health Insurance Organization for the People in Urban Areas with Population under Twenty Thousands and Nomads in Isfahan Province, Iran, 2009-2013

Reza Khadivi MD<sup>1</sup>, Ahmad Saebian MD<sup>2</sup>, Mahdi Khosravi<sup>3</sup>, Reyhaneh Nasehi<sup>4</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** Family physician program, through the expansion of insurance coverage for all, had been performed in Iran since 2005. This study aimed to survey the pattern of costs by the Health Insurance Organization, for the people covered by family physician program in Isfahan Province during 2009-2013.

**Methods:** In a cross-sectional study in 2014, documents of the current final costs of the Health Insurance Organization and the Deputy of Health, Isfahan University of Medical Sciences, in the family physician program in the rural areas, urban areas with population under twenty thousands and nomads in Isfahan province during 5 years, from 2009 until 2013, were studied. The collected and analyzed data on the current costs of health care in the outpatient departments consisted of two parts: the cost of outpatient visits (including general practitioners and specialists) and all the costs of medical, laboratory and radiology applied, as well as all hospital costs of people covered by family physician.

**Findings:** The referral load to specialists and subspecialists decreased from 0.46 times per person in 2009 to 0.39 in 2013 in the covered population. The trend of inpatient admissions decreased from 63.09 times per thousand in 2009 to 53.99 in 2013 in the covered population, too.

**Conclusion:** Referring to specialists and subspecialists and inpatient care decreased after applying of family physician program.

**Keywords:** Health sector reform, Family physician program, Cost of health insurance coverage, Iran

**Citation:** Khadivi R, Saebian A, Khosravi M, Nasehi R. **The Pattern of Costs by the Health Insurance Organization for the People in Urban Areas with Population under Twenty Thousands and Nomads in Isfahan Province, Iran, 2009-2013.** J Isfahan Med Sch 2016; 33(366): 2341-50

1- Associate Professor, Department of Community Medicine, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

2- General Practitioner, Isfahan Health Insurance Organization, Isfahan, Iran

3- Network Development and Health Promotion Unit, Deputy of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4- Student of Medicine, School of Medicine AND Student Research Committee, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

**Corresponding Author:** Reyhaneh Nasehi, Email: reyhanehnasehi@yahoo.com