

Determination of the Rate of Utilization from Health Services among New Iranian Health insured after Health Care Improvement Plan in Tabriz City; 2015-2016

Elham Shami¹, Shirin Nosratnejad^{1,*}, Alireza Pirestani²

¹ Iranian Center of Excellence for Health Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Iran Health Insurance Organization, Tehran, Iran

* **Corresponding Author:** Shirin Nosratnejad, Associate Professor of Health Economics, Iranian Center of Excellence for Health Management, Faculty of Management and Medical Informatics, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran. Email: Sh_nosratnejad@yahoo.com

Received: 10 Nov 2018

Revised: 12 Mar 2019

Accepted: 26 May 2019

Online Published: 18 June 2019

Abstract

Introduction: Getting and receiving health care services is called health care utilization. Health system management depends on decisions that are right and conscious, Utilizing knowledge of health services and studies in this area is mandatory for allocating financial resources and health planning. Access has an important role in the utilization and use of health services. One of the most important factors in increasing access to services is the people's insurance coverage. The aim of this study was determine health care utilization among new insured people of the Iranian health insurance plan after the implementation of Health Care Improvement Plan.

Methods: The present study is a cross-sectional study with a sample size of 400 households from Tabriz with random sampling. The study was conducted using a telephone conversation (retrospective information) questionnaire on the rate of utilization of outpatient and inpatient care services among the Iranian health insurers of Tabriz during one-year period. Data were analyzed using descriptive and analytical statistics and analyzed using STATA 11 and EXCEL software.

Results: The relative frequency of outpatient and inpatient services were 98.49, 98.75%, respectively. Also, access to services in the use of outpatient and inpatient services was 93% and 90%, respectively. Satisfaction rate for outpatient services was 51%. Satisfaction rate for receiving hospital services was 56%.

Conclusions: Health insurance in Iran has led to the benefit of people without health insurance, which is higher in inpatient services. Moving toward universal health coverage can be a better way to cover people uninsured and the community.

Keywords: Utilization, Health Insurance, Inpatient and Outpatient Services, Health Care Improvement Plan

Citation:

Shami E, Nosratnejad S, Pirestani A. Determination of the Rate of Utilization from Health Services among New Iranian Health insured after Health Care Improvement Plan in Tabriz City; 2015-2016. Iran J Health Insur. 2019;2(1):40-47.

تعیین میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در میان بیمه‌شدگان جدید بیمه سلامت ایران پس از طرح تحول سلامت در شهر تبریز، ۱۳۹۵-۱۳۹۴

الهام شامی^۱، شیرین نصرت‌نژاد^{۱*}، علیرضا پیرستانی^۲

^۱ قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۲ سازمان بیمه سلامت ایران، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: شیرین نصرت‌نژاد، دانشیار، گروه اقتصاد سلامت، قطب علمی آموزشی مدیریت سلامت ایران، گروه اقتصاد، دانشکده مدیریت و اطلاع‌رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران. پست الکترونیک: Sh_nosratnejad@yahoo.com

تاریخ انتشار آنلاین: ۱۳۹۸/۰۳/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۳/۰۸

تاریخ تصحیح: ۱۳۹۷/۱۲/۲۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۹

چکیده

مقدمه: دریافت و مصرف خدمات و مراقبت سلامت را بهره‌مندی از خدمات سلامت می‌نامند. از آنجاییکه مدیریت نظام سلامت به تصمیم‌گیری‌های درست و آگاهانه بستگی دارد، بهره‌گیری از دانش بهره‌مندی از خدمات سلامت و مطالعات در این زمینه برای تخصیص منابع مالی و برنامه‌ریزی سلامت الزامی است. دسترسی نقش مهمی در بهره‌مندی و استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی دارد. یکی از مهمترین عوامل افزایش دسترسی به خدمات، تحت پوشش بیمه بودن افراد می‌باشد. این مطالعه با هدف تعیین میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت بیمه‌شدگان طرح بیمه ایران بعد از اجرای طرح تحول سلامت انجام گرفت.

روش بررسی: مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی با حجم نمونه ۴۰۰ خانوار از شهر تبریز با نمونه‌گیری تصادفی است. مطالعه با استفاده از پرسشنامه بهره‌مندی به روش مکالمه تلفنی (اطلاعات گذشته‌نگر)، میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی و بستری را در میان بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران شهر تبریز در بازه زمانی یکساله مورد بررسی قرار داده است. با استفاده از آمار توصیفی و تحلیلی و با کمک نرم‌افزارهای STATA 11 و EXCEL داده‌ها تحلیل گردید.

یافته‌ها: میزان بهره‌مندی از خدمات سرپایی و بستری به ترتیب ۹۸،۴۹ و ۹۸،۷۵ درصد بدست آمد. همچنین میزان دسترسی برای خدمات سرپایی و بستری به ترتیب ۹۳ و ۹۰ درصد بدست آمد. میزان رضایت برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی ۵۱ درصد و برای خدمات بستری ۵۶ درصد بدست آمد.

نتیجه‌گیری: بیمه سلامت ایران در کل باعث بهره‌مندی افراد فاقد بیمه از خدمات سلامت شده است. بهره‌مندی از خدمات بستری به علت تحت پوشش قرار دادن خدمات بستری توسط بیمه سلامت، بیشتر از خدمات سرپایی است. حرکت بسوی پوشش همگانی سلامت (UHC) می‌تواند راهکار مناسب‌تری جهت تحت پوشش قراردادن افراد بدون بیمه و جامعه باشد.

واژگان کلیدی: بهره‌مندی، بیمه سلامت، خدمت بستری و خدمت سرپایی، طرح تحول سلامت

مقدمه

سلامت، بیمه‌های خصوصی و پرداخت‌های مستقیم می‌باشد. از میان روش‌های موجود ناعادلانه‌ترین روش پرداخت مستقیم از جیب می‌باشد که بیماران در حین مراجعه به مراکز درمانی باید هزینه‌های سلامت را در همان موقع از جیب خود بپردازند، این افراد با هزینه‌های کمرشکن و خط فقر گرفتار خواهند شد [۱]. بر اساس گزارش بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۰ بهترین روش تأمین مالی نظام سلامت شیوه‌ای است که بصورت پیش پرداخت انجام گیرد و پخش خطر (risk pooling)، بین گروه‌های گوناگون، بار هزینه‌های سنگین مراقبت درمانی را کاهش می‌دهد. بیمه‌های سلامت روشی برای یک کاسه کردن انباشت خطر می‌باشد بنابراین مخاطرات یک فرد به جای اینکه توسط خود فرد پوشش داده شود به وسیله افراد زیادی تحت پوشش قرار می‌گیرد، و در چنین شرایطی منافع کافی جهت پوشش مخاطرات جمع‌آوری می‌گردد [۲، ۴].

سازمان جهانی بهداشت (WHO) در سال ۲۰۰۰ یکی از کارکردهای نظام سلامت را عدالت در تأمین مالی هزینه‌های سلامت اعلام کرده است [۱، ۲]. از طرفی اهداف سه‌گانه نظام سلامت، مشارکت عادلانه برای تأمین مالی و حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های بهداشتی و درمانی و به حداقل رساندن گروه‌های مواجهه با هزینه‌های کمرشکن است. مشارکت ناعادلانه مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت و پرداخت از جیب که متناسب با توان پرداخت نباشد نه تنها موجب می‌شود خانوارهای بیشتری در مواجهه با هزینه‌های بهداشتی کمرشکن قرار گیرند، بلکه ممکن است به خاطر ناتوانی در پرداخت برخی خانوارها باعث سقوط آنان به زیر خط فقر شود [۳]. برقراری حفاظت مالی به شیوه تأمین مالی هزینه‌های بخش سلامت بستگی دارد بطوریکه نظام تأمین مالی در کشورها متفاوت است و از طریق مالیات‌های عمومی، بیمه‌های اجتماعی

خدمت پس از مراجعه در هر دو خدمات بستری و سرپایی می‌باشد. چارچوب نمونه‌گیری تمامی بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایرانیان می‌باشد که به صورت تصادفی از میان (پرونده‌های افراد) نمونه‌ای که سازمان بیمه در اختیار ما قرار داده است انتخاب شد. روش نمونه‌گیری به صورت روش طبقه‌ای تصادفی بود بدین شرح که ابتدا از میان تمام نواحی مختلف شهر تبریز که در دفتر ثبت‌نام برای بیمه‌شدن وجود داشت ۴۰۰ نمونه را به تناسب جمعیت ثبت‌نام شده در آن منطقه تسهیم کردیم و سپس از لیست افراد موجود، به صورت تصادفی نمونه‌ای را انتخاب کردیم. مناطق شامل: نصف راه با جمعیت بیمه‌شده ۶۳۵۸۸ فرد، منطقه یکه دکان با جمعیت ۴۶۰۴۱ بیمه‌شده، منطقه خیابان آزادی با جمعیت بیمه‌شده ۳۶۴۵۷ نفر، منطقه سالاری با جمعیت بیمه‌شده ۲۸۱۷۲ نفر، منطقه عباسی با جمعیت ۲۵۴۳۳ نفر، منطقه هفده شهریور با جمعیت ۲۱۲۸۰ نفر، منطقه ائل‌گلی با جمعیت ۱۷۹۳۹ نفر، منطقه سردرود با جمعیت بیمه‌شده ۱۳۸۴۳ نفر و منطقه باسمنج با جمعیت بیمه‌شده ۲۴۷ نفر می‌باشد.

ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه (بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت کشور) معتبر وزارت بهداشت که در مطالعات قبلی بهره‌مندی از خدمات سلامت کشور تهیه گشته است و روایی و پایایی آن تأیید شده است و در سایت موسسه ملی تحقیقات سلامت موجود می‌باشد. این مطالعه شامل دو نوع پرسشنامه (پرسشنامه خانوار و پرسشنامه انفرادی) می‌باشد. پرسشنامه خانوار شامل سه بخش اصلی است که شامل: (خصوصیات اجتماعی خانوار، وضعیت اقتصادی خانوار و اطلاعات تکمیلی خانوار) می‌باشد. خصوصیات اجتماعی خانوار شامل (نام و نام خانوادگی، بستگی با سرپرست خانوار، جنس، سن، وضع سواد و تحصیل، وضعیت فعالیت در ۷ روز گذشته برای افراد بالای ۱۵ سال، وضع زناشویی، وضعیت بیمه، وضعیت بیمه مکمل، نیاز به خدمات سرپایی و نیاز به خدمات بستری را شامل می‌شود. بخش دوم با عنوان وضعیت اقتصادی خانوار شامل نحوه تصرف محل سکونت و امکانات موجود در منزل مانند اتومبیل شخصی، رایانه، اینترنت، وجود آشپزخانه در واحد مسکونی، وجود تلفن در منزل، وجود دستگاه با حرارت مرکزی یا پکیج) می‌باشد. بخش سوم پرسشنامه خانوار با عنوان اطلاعات تکمیلی خانوار شامل (نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار، ملیت سرپرست خانوار، و فرد پاسخگو به پرسشنامه) می‌باشد.

پرسشنامه انفرادی در راستای فهرست‌بندی نیازهای خدمات سرپایی و بستری است که در هر کدام به ارزیابی خدمات سرپایی و بستری و رضایتمندی افراد از این خدمات همچنین ارزیابی تقاضا برای خدمات و میزان مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت می‌باشد. بخش یک پرسشنامه انفرادی شامل فهرست نیازهای خدمات سرپایی دو هفته گذشته که وضع مراجعه و وضع دریافت خدمت برای هر نیاز را نشان می‌دهد. بخش ۱-۱ پرسشنامه شامل ارزیابی هر یک از خدمات سرپایی دریافت شده توسط عضو خانوار که شامل خدمات (مراقبت کودکان، مراقبت مادران باردار، تنظیم خانواده، و سایر مراقبت‌ها) می‌باشد بخش ۱-۲ پرسشنامه در مورد رضایتمندی بیماران از خدمات سلامت سرپایی در آخرین بار مراجعه شامل (مدت انتظار برای دریافت خدمت، نظافت و پاکیزگی محل دریافت خدمت، رفتار پزشک، هزینه پرداخت‌شده و نظر کلی فرد) می‌باشد. بخش دوم پرسشنامه انفرادی با فهرست نیازهای خدمات بستری از پاییز سال گذشته تا کنون شروع می‌شود که

در سال ۲۰۰۵ همه‌ملت‌ها کمیته‌ای جهت دستیابی به پوشش همگانی سلامت برگزار کردند، همه افراد باید به خدمات سلامت بدون خطر مالی یا کشیده‌شدن به سمت فقر دسترسی داشته باشند. در این بین دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف از طریق بیمه‌های سلامت از اهداف اصلی سیاستگذاران سلامت می‌باشد. اما حتی در کشورهای با نظام خدمات سلامت ملی که پوشش همگانی فراهم است، مصرف خدمات متفاوت می‌باشد. بیمه‌های سلامت پلی مابین استفاده از خدمات سلامت و بهره‌مندی می‌باشند. با توجه به اهمیت پوشش همگانی بیمه‌های سلامت می‌توان با بیمه کردن افراد فاقد بیمه، دسترسی افراد را به خدمات سلامت افزایش داد که این نیز موجب افزایش بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت خواهد شد [۵، ۶]. هدف از انجام مطالعه حاضر تعیین میزان بهره‌مندی بیمه‌شدگان جدید بیمه سلامت ایران از خدمات سلامت پس از اجرای طرح تحول سلامت می‌باشد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه پیمایشی می‌باشد که در شهر تبریز با جمعیت ۴۰۰ خانوار تحت پوشش بیمه سلامت ایران انجام گرفته است. ابزار جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه (بررسی بهره‌مندی از خدمات سلامت کشور) معتبر وزارت بهداشت که در مطالعات قبلی بهره‌مندی از خدمات سلامت کشور تهیه گشته است و روایی و پایایی آن تأیید شده است، می‌باشد [۷]. این مطالعه بوسیله دو نوع پرسشنامه که شامل پرسشنامه خانوار و پرسشنامه انفرادی می‌باشد انجام گردید.

جامعه آماری، تمام بیمه‌شدگان بعد از اجرای طرح تحول سلامت می‌باشد و برای محاسبه حجم نمونه از فرمول کوکران استفاده شده است. حجم جامعه ۲۵۳۰۰۰ خانوار است که بعد از اجرای طرح تحول تحت پوشش بیمه سلامت ایران قرار گرفته بودند. به جای p و q در فرمول کوکران نیز از حداکثر مقدار آنها یعنی ۰٫۵ به خاطر خطای استاندارد ۹۵٪ استفاده کرده که در سطح خطای ۵٪ حجم نمونه برابر ۲۸۴ خانوار برآورد گردید. بنابراین حجم نمونه را ۴۰۰ خانوار و ۱۲۱۳ فرد در نظر گرفتیم. مصاحبه در سال ۹۴ که یکسال از تحت پوشش قرار گرفتن افراد فاقد بیمه می‌گذشت، با انفرادی صورت گرفت که هنوز تحت پوشش بیمه سلامت ایران قرار داشتند، که برای هر کدام پرسشنامه جداگانه‌ای تکمیل گردید. در صورت عدم پاسخگویی بیمه‌شدگان، نمونه ۲۰ نفری تصادفی به صورت مجدد از سازمان بیمه درخواست شد. پرسشنامه‌ها به صورت مکالمه تلفنی تکمیل گشت. در این مطالعه دو نوع پرسشنامه تکمیل گردید، پرسشنامه خانوار که اطلاعات آن از طریق مصاحبه ساختاریافته بر اساس پرسشنامه از طریق سرپرست خانوار و یا فرد مطلع خانوار تکمیل گردید و پرسشنامه فردی از طریق مصاحبه با اعضای خانوار که در یک ماه گذشته به خدمات سرپایی یا از آذرماه ۱۳۹۴ تا سال ۹۵ به خدمات بستری نیاز داشتند تکمیل گردید. اطلاعات مربوط به افراد زیر ۱۵ سال و انفرادی که به دلیل بیماری قادر به پاسخگویی نیستند، از مادر یا مراقب آنها سوال شده است.

متغیرهای مورد بررسی شامل متغیرهای دموگرافیک، محل دریافت خدمت، فرد ارائه‌کننده خدمت، علت ارجاع، هزینه دریافت خدمات، زمان انتظار و علل عدم مراجعه برای دریافت خدمت و علل عدم دریافت

یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد که ۵۲/۳۴ درصد از بیمه‌شدگان بیمه ایران در شهر تبریز را مردان و ۴۷/۶۶ درصد آنان را زنان تشکیل می‌دهند. ۱۶/۹۸ درصد افراد بی‌سواد بودند و ۲۶/۷۹ درصد آنان تحصیلات سطح ابتدایی داشتند. از میان بیمه‌شدگان ۲/۲۲ درصد افراد در سنین زیر یک سال، کمترین میزان و ۵۹/۶۱ درصد افراد در رده سنی ۱۵-۴۹ سال بیشترین میزان گروه سنی بیمه‌شدگان را در برمی‌گرفتند. همچنین از نظر درآمدی بیشترین میزان بیمه‌شدگان مربوط به افراد با سطح درآمد پایین (۴۲/۲۲ درصد) می‌باشند (جدول ۱).

میزان درصد بهره‌مندی، با تقسیم تعداد افراد بهره‌مند از خدمات سلامت بر کل افراد محاسبه گردیده است. طبق نتایج بدست آمده، میزان دسترسی به خدمات سرپایی در میان افراد تحت پوشش بیمه سلامت ایران ۹۳ درصد بدست آمد. همچنین میزان بهره‌مندی بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران برای خدمات سرپایی ۹۸/۴ درصد بدست آمد به طوری که از بین افرادی که به خدمات سلامت دسترسی داشته‌اند ۹۸/۴ درصد افراد نیازمند خدمات را دریافت کرده‌اند و میزان رضایت برای بهره‌مندی از خدمات سرپایی ۵۱ درصد بدست آمد (جدول ۲). میزان دسترسی به خدمات بستری در میان افراد بیمه طرح بیمه سلامت ایران ۹۰ درصد بدست آمد. همچنین میزان بهره‌مندی بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران برای خدمات بستری ۹۸/۷ درصد بدست آمد بنابراین از بین افرادی که به خدمات سلامت دسترسی داشته‌اند ۹۸/۷ درصد افراد نیازمند خدمات را دریافت کرده‌اند و میزان رضایت از خدمات بستری ۵۶ درصد بدست آمد (جدول ۲).

برای تقسیم بندی خانوارها به گروه‌های اقتصادی مختلف از آزمون‌های KMO و Bartlett's Test استفاده گردید که نشان می‌دهد آزمون مربوطه معنی‌دار بوده و سوالات مطرح شده برای تحلیل عاملی مؤثر بوده است. با توجه به شناسایی سه فاکتور، تحلیل عاملی داده‌های این مطالعه را در سه دسته تقسیم‌بندی کرد که هر دسته از نظر عددی همبستگی مشخصی با هم داشتند. در ادامه فراوانی نسبی نیاز به خدمات، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات را بر حسب سه گروه اقتصادی تحلیل گردید. جدول ۳ میزان نیاز، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سرپایی را به تفکیک وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانوار به تصویر کشیده است. نتایج نشان می‌دهد که کمترین نیاز در گروه سنی ۱۵-۴۹ سال می‌باشد و کمترین میزان دسترسی در گروه سنی ۵-۱۴ سال و کمترین میزان بهره‌مندی در گروه سنی ۱-۴ سال می‌باشد. از نظر درآمدی کمترین میزان دسترسی به خدمات سرپایی در گروه درآمدی پایین است و میزان بهره‌مندی در گروه درآمدی ثروتمند کمتر از بقیه گروه‌های درآمدی است و بهره‌مندی در جنس مرد کمتر از جنس زن می‌باشد.

جدول ۴ فراوانی نسبی نیاز، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بستری را به تفکیک وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانوار به تصویر کشیده است. نتایج نشان می‌دهد که کمترین نیاز در گروه سنی ۵-۱۴ سال می‌باشد و کمترین میزان دسترسی و بهره‌مندی در گروه سنی بالای ۶۵ سال می‌باشد. کمترین میزان نیاز در گروه درآمدی بالا (ثروتمند) می‌باشد کمترین میزان دسترسی به خدمات در گروه درآمدی متوسط است. از نظر جنسیت کمترین میزان نیاز و میزان دسترسی مربوط به زنان است از طرف دیگر بهره‌مندی در مردان کمتر از زنان می‌باشد.

شامل وضع مراجعه برای بستری شدن و همچنین وضع دریافت خدمت بستری می‌باشد. بخش ۲-۱ دریافت هر بار خدمت بستری توسط عضو خانوار را که شامل اسم بیمارستان، نوع بیمارستان، نام شهرستان، تاریخ بستری، بومی بودن بیمارستان، نوع اقدامات انجام شده، انتقال فرد به بیمارستان دیگر، علت انتقال، مجموع مخارج و هزینه‌ها می‌باشد. بخش ۲-۲ که سولاتی در زمینه رضایتمندی عضو خانوار از خدمات بستری در آخرین باری که بستری شده است که شامل (مدت انتظار برای دریافت خدمت، نظافت و پاکیزگی محل، رفتار پزشک، رفتار پرسنل، نظر کلی فرد در مورد دریافت خدمت) می‌باشد. جهت تکمیل آن مصاحبه‌ای با اعضای خانوار انجام گرفت. مصاحبه از طریق افراد آموزش دیده انجام گرفت که این افراد توسط تیم پژوهش مورد آموزش قرار گرفتند. پرسشنامه‌ها به صورت مکالمه تلفنی تکمیل شده است و در موارد خاص به صورت حضوری تکمیل گردید. پرسشنامه از طریق مصاحبه با سرپرست خانوار و یا فرد مطلع خانوار تکمیل گردید و پرسشنامه فردی از طریق مصاحبه با اعضای خانوار که در یک ماه گذشته به خدمات سرپایی یا از اردیبهشت ماه ۱۳۹۴ تاکنون به خدمات بستری نیاز داشتند تکمیل گردید. اطلاعات مربوط به افراد زیر ۱۵ سال و افرادی که به دلیل بیماری قادر به پاسخگویی نیستند، از مادر یا مراقب آنها سوال شد. برای تعیین ارتباط بین اقدام به دریافت خدمت، دریافت خدمت و وضعیت اقتصادی خانوار از روش آمار توصیفی (میانگین درصدی) استفاده گردید. از روش تحلیل عاملی (Factor analysis) برای تقسیم بندی خانوارها به گروه‌های اقتصادی اجتماعی بالا و متوسط و پایین استفاده گردید. با توجه به نه عامل که شامل (نوع تصرف خانه، متراژ محل سکونت، در اختیار داشتن اتومبیل شخصی، در اختیار داشتن موتورسیکلت، در اختیار داشتن رایانه، استفاده از اینترنت، وجود آشپزخانه در واحد مسکونی، وجود تلفن در واحد مسکونی، وجود دستگاه حرارت مرکزی یا پکیج در واحد مسکونی) تحلیل عاملی صورت گرفت.

برای ارزیابی توانایی عاملی داده‌ها دو شاخص آماری انجام می‌شود:

شاخص کایزر - مایر - الکین (KMO)

شاخص کایزر - مایر - الکین مشخص می‌کند که آیا تحلیل عاملی بر روی داده‌های جمع آوری شده قابل اجرا می‌باشد این شاخص شدت همبستگی‌های متقابل بین سئوال‌ها یا متغیرها را بررسی می‌کند. چنانچه تعداد همبستگی‌ها از ۰/۳ کم باشد، تحلیل عاملی مناسب نخواهد بود.

آزمون کرویت بارلت (Bartlett Test of Sphericity)

دومین آزمون تأییدی که می‌بایست قبل از اجرای دستور تحلیل عاملی به کار گرفته شود، آزمون کرویت بارلت است. یکی از مفروضه‌های اساسی در تحلیل عاملی این است که بین متغیرها باید همبستگی وجود داشته باشد. در این مطالعه، داده‌های نیاز (احساس بیماری و نیاز به دریافت خدمت)، میزان دسترسی (مراجعه افراد نیازمند به مراکز درمانی) و میزان بهره‌مندی (دریافت خدمت توسط افرادی که به خدمات سلامت دسترسی داشتند) افراد و خانوارها از خدمات درمانی بعد از استخراج از پرسشنامه‌ها با استفاده از نرم‌افزار اکسل مورد ارزیابی قرار گرفت و یافته‌ها به صورت درصد گزارش گردید.

جدول ۱: وضعیت اجتماعی - اقتصادی خانوار

طبقه‌بندی متغیر	درصد	تعداد
سن		
زیر یکسال	۲/۲۲	۲۷
۱-۴	۵/۴۲	۶۶
۵-۱۴	۱۴/۳۷	۱۷۵
۱۵-۴۹	۵۹/۶۱	۷۲۶
۵۰-۶۵	۱۵/۱۱	۱۸۴
>۶۵	۳/۲۸	۴۰
درآمد		
پایین	۴۲/۲۲	۵۲۶
متوسط	۲۳/۳۴	۲۸۴
بالا	۳۳/۴۴	۴۰۷
جنس		
مرد	۵۲/۳۴	۶۳۵
زن	۴۷/۶۶	۵۷۸
وضع سواد و تحصیل		
بی سواد	۱۶/۹۸	۲۰۶
ابتدایی	۲۶/۷۹	۳۲۵
راهنمایی	۱۳/۶۸	۱۶۶
متوسطه	۵/۶۸	۶۹
دیپلم و پیش دانشگاهی	۱۹/۷۸	۲۴۰
فوق دیپلم	۹/۵۶	۱۱۶
لیسانس	۵/۸۵	۷۱
فوق لیسانس و دکترای حرفه‌ای	۱/۷۱	۱۷
دکترای تخصصی	۰/۲۴	۳

جدول ۲: فراوانی مطلق و نسبی دسترسی، بهره‌مندی و رضایت از خدمات سرپایی و بستری در میان بیمه‌شدگان جدید بیمه سلامت ایران

متغیر	خدمات سرپایی		خدمات بستری	
	فراوانی مطلق (n)	فراوانی نسبی (%)	فراوانی مطلق (n)	فراوانی نسبی (%)
دسترسی	۱۲۳	۹۳%	۷۲	۹۰%
بهره‌مندی	۱۳۰	۹۸/۴%	۷۹	۹۸/۷%
رضایت	۶۸	۵۱%	۴۵	۵۶%

جدول ۳: فراوانی نسبی نیاز، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات سلامت سرپایی بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران

متغیرهای مورد بررسی	نیاز به خدمات (%)	دسترسی به خدمات (%)	بهره‌مندی از خدمات (%)
گروه سنی			
زیر یکسال	۱۸/۵۱	۸۹	۱۰۰
۱-۴	۲۱/۵۳	۱۰۰	۹۰/۹۰
۵-۱۴	۱۳/۰۶	۸۲/۶۰	۱۰۰
۱۵-۴۹	۷/۷۲	۹۶/۴۵	۱۰۰
۵۰-۶۵	۱۲/۰۲	۹۵/۴۵	۱۰۰
>۶۵	۱۲/۹۰	۱۰۰	۱۰۰
درآمد			
گروه ۱ فقیر	۲۴/۳۰	۳۹/۵۶	۱۰۰
گروه ۲ متوسط	۱۰/۵۲	۹۶/۶۶	۱۰۰
گروه ۳ ثروتمند	۱۲/۵۰	۸۰	۹۳/۷۵
جنسیت			
مرد	۱۲/۲۸	۸۳/۳۳	۹۸/۴۶
زن	۱۰/۷۲	۹۶/۷۷	۱۰۰

جدول ۴: فروانی نسبی نیاز، دسترسی و بهره‌مندی از خدمات بستری بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران

متغیرهای مورد بررسی	نیاز به خدمات (%)	دسترسی به خدمات (%)	بهره‌مندی از خدمات (%)
گروه سنی			
زیر یکسال	۷/۴۰	۵۰	۱۰۰
۱-۴	۶/۱۲	۷۵	۱۰۰
۵-۱۴	۳/۴۰	۶۶/۶۶	۱۰۰
۱۵-۴۹	۶/۹۲	۹۲	۱۰۰
۵۰-۶۵	۱۰/۳۸	۸۹/۴۷	۱۰۰
>۶۵	۱۴/۵	۳۳/۳۳	۹۴/۲۰
درآمد			
گروه ۱ فقیر	۷/۵۹	۹۲/۵	۱۰۰
گروه ۲ متوسط	۹/۱۲	۶۹/۲۳	۱۰۰
گروه ۳ ثروتمند	۶/۶۱	۹۶/۲۹	۹۶/۱۵
جنسیت			
مرد	۸/۰۳	۹۶/۰۷	۹۷/۹۵
زن	۵/۱۹	۹۳/۳۳	۱۰۰

بحث

در این مطالعه با توجه به یافته‌های بدست آمده از داده‌های بهره‌مندی، بیمه سلامت ایران موجب بهره‌مندی افراد در خدمات سرپایی و بستری شده است. میزان بهره‌مندی بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران برای خدمات سرپایی ۹۸/۴ درصد و برای خدمات بستری ۹۸/۷ درصد بدست آمد. مطالعه حاضر نشان داد که یکی از عوامل بهره‌مند شدن و دسترسی به خدمات، دارا بودن بیمه سلامت است. وگستف و پرادهان در مطالعه خود نشان دادند اجرای برنامه بیمه در ویتنام، باعث استفاده از خدمات سرپایی و بستری در کودکان و بزرگسالان شد [۴]. همچنین تراجیلو و همکارانش نیز در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۳ در کلمبیا نشان دادند که اجرای برنامه بیمه سلامت، باعث استفاده از خدمات درمانی در بین افراد فقیر و فاقد بیمه شده است. بیمه بودن باعث بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی شده است و مطالعات قبل نشان می‌دهد، افرادی که بیمه بوده اند بیشتر از خدمات استفاده کرده‌اند. دلیل این مسئله افزایش دسترسی به خدمات است [۸].

با توجه به مطالعه بهره‌مندی که در سال ۹۳ انجام گرفته است می‌توان چنین گفت که در میان خدمات سرپایی میزان بهره‌مندی با (۳۵/۹۶ درصد افزایش) از ۶۴/۰۴ درصد در سال ۹۳ به ۱۰۰ درصد بعد از طرح تحول سلامت رسید. میزان بهره‌مندی در افراد بالای ۶۵ سال با (۳۵/۳ درصد افزایش) از ۶۴/۷۰ درصد در سال ۹۳ به ۱۰۰ درصد در بین بیمه‌شدگان بیمه سلامت ایران رسید. میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت بستری بعد از بیمه شدن افراد در راستای طرح تحول سلامت بیشتر از مطالعه بهره‌مندی سال ۹۳ می‌باشد بطوری که در گروه سنی ۵-۱۴ سال با بیشترین میزان افزایش بهره‌مندی به میزان ۱۱/۲ درصد افزایش یافته است. همچنین میزان بهره‌مندی از خدمات بستری در گروه اقتصادی فقیر با (۱۰/۷۸ درصد افزایش) از ۸۹/۲۲ درصد در سال ۹۳ به ۱۰۰ درصد بعد از طرح تحول سلامت و بیمه شدن افراد رسید.

مطالعه شو در سال ۱۹۹۷ نشان داد که میزان بهره‌مندی با بیمه شدن ۱/۲۹ درصد افزایش در خدمات سرپایی و ۱/۸۲ درصد افزایش در خدمات بستری بوجود آمده است [۹]. مطالعه‌ای دیگر

در آمریکا توسط بث هان در سال ۱۹۹۴ که بین ۱۴۰۰ نفر انجام شده بود نشان داد که میان افراد بیمه شده میزان بهره‌مندی برای بیمه‌شدگان با بیمه‌های مدیکید بیشترین میزان بهره‌مندی را با ۲/۴۳ درصد افزایش در بهره‌مندی از خدمات سرپایی داراست [۵]. مطالعه تریسی در آمریکا سال ۲۰۰۳ نشان داد رابطه مثبت و معنی دار میان بهره‌مندی از خدمات سلامت و بیمه شدن وجود دارد نتایج نشانگر این بود که کودکانی که بیمه شده‌اند به میزان ۱/۱۸ بار بیشتر از ویزیت پزشک نسبت به کودکان بدون بیمه استفاده کرده‌اند [۱۰]. مطالعه استیفن در سال ۲۰۰۹ در کانادا نیز نشان داد که ۷/۷۸ درصد بهره‌مندی از خدمات سرپایی و ۴/۶۶ درصد بهره‌مندی از خدمات بستری در میان افراد بیمه شده افزایش یافته است [۱۱]. مطالعه دیگری در آمریکا سال ۲۰۰۸ توسط کسیدی و همکاران انجام گرفته است این مطالعه نشان داد که کودکانی که به طور مداوم تحت پوشش بیمه سلامت قرار داشته‌اند میزان بهره‌مندی بیشتری نسبت به کودکانی که بدون بیمه بوده‌اند دارند و ۱،۸ درصد افزایش بهره‌مندی از خدمات سرپایی را نیز در بین کودکانی که بیمه بودند نشان داد [۱۲]. مطالعه‌ای توسط جون در سال ۲۰۱۱ در کره جنوبی نشان داد که احتمال استفاده از خدمات سلامتی، در هر دو درمان سرپایی و مراقبت از بیماران بستری، برای افرادی که بیمه هستند بالاتر است و میزان بهره‌مندی از خدمات سرپایی را در افراد بیمه شده ۰/۱ درصد بیشتر از افراد فاقد بیمه و میزان بهره‌مندی از خدمات بستری در افراد بیمه شده ۰/۰۷ درصد بیشتر از افراد فاقد بیمه گزارش کرده بود [۷]. مطالعه دیگری در هند توسط نینا و همکاران در سال ۲۰۱۲ نیز نشان داد در هر دو نوع خدمات بستری و سرپایی، در بین بیمه‌شدگان، بیمه بودن استفاده از خدمات سلامت را افزایش می‌دهد. در مطالعه پوررضا و همکاران ۱۳۸۸ افراد دارای بیمه دو برابر افراد فاقد بیمه از خدمات درمانی استفاده می‌نمودند [۱۳]. بیمه بودن بر بهره‌مندی از خدمات بستری و سرپایی تأثیر مثبت دارد و مطالعات قبل نشان می‌دهد، افرادی که بیمه بوده‌اند بیشتر از خدمات سلامت استفاده کرده‌اند [۱۴] نتایج با مطالعه ما هم خوانی دارد. در همه مطالعات

خدمات سلامت بستری بیشتر از خدمات سرپایی می‌باشد بیمه سلامت ایران خدمات بستری را تحت پوشش خود قرار داده است و میزان پرداخت از جیب افراد را کاهش داده است. لذا میزان دسترسی به خدمات بستری افراد بیمه‌شده با بیمه‌های سلامت ایران در اجرای طرح تحول سلامت افزایش یافته است. هارمون و نالون نیز در مطالعه خود نشان دادند که احتمال استفاده و بهره‌مندی از خدمات بستری در بین بیمه‌شدگان ۳ درصد بیشتر از افراد فاقد پوشش بیمه می‌باشد نتیجه این مطالعه نیز با مطالعه حاضر هم‌راستا می‌باشد [۲۰].

نتیجه‌گیری

میزان بهره‌مندی در مطالعه حاضر برای خدمات سرپایی ۹۸/۷ درصد و برای خدمات بستری ۹۸/۴ درصد بدست آمد، نتایج بدست آمده از این مطالعه می‌تواند اطلاعات مفید و ارزشمندی را در مورد تأثیر بیمه‌های سلامت بر میزان بهره‌مندی از خدمات و همچنین شناسایی عوامل مؤثر بر میزان بهره‌مندی در اختیار سیاست‌گذاران و مدیران و برنامه‌ریزان نظام‌های سلامت قرار دهد تا تصمیمات اثربخش تری برای ارائه خدمات سلامت با کیفیت در حوزه سلامت اتخاذ گردد. با توجه به اینکه با بیمه بودن همه افراد دسترسی و بهره‌مندی افراد تأمین می‌شود. حرکت به سمت پوشش همگانی سلامت، می‌تواند راهکار مناسبی برای کشورها در دستیابی به بهره‌مندی خدمات سلامت برای همه افراد جامعه باشد.

محدودیت مطالعه

این مطالعه محدودیت‌هایی نیز داشت به اینصورت که تعدادی از نمونه‌های در اختیار، حاضر به پاسخگویی نبودند که با درخواست انتخاب تصادفی مجدد برای شماره تماس خانوار از سازمان بیمه سلامت ایرانیان برطرف گردید. خطای یادآوری نیز به علت گذشته نگر بودن مطالعه برای هزینه‌های درمانی وجود دارد که با کاهش زمان به خاطر آوری (یک ماه برای خدمات سرپایی و یکسال برای خدمات بستری) سعی گردید داده‌های معتبر جمع‌آوری گردد.

میزان بهره‌مندی از خدمات با بیمه‌شدن افراد افزایش یافته است و تفاوت در مقادیر افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت را می‌توان چنین تعبیر کرد که نوع بیمه‌ها در مطالعات مختلف متفاوت می‌باشد و خدمات سلامتی که هر بیمه در هر کشور تحت پوشش خود قرار می‌دهد متفاوت است برخی بیمه‌ها به عنوان مثال CHIS در مطالعه نینا در هند فقط خدمات بستری را تحت پوشش خود قرار داده است و باعث افزایش بهره‌مندی افراد به میزان بیشتری در خدمات بستری شده است.

میزان رضایتمندی از خدمات سلامت نیز در افراد بیمه‌شده بیشتر از افراد فاقد بیمه است. در مطالعه اسدی در سال ۱۳۹۵ حاکی از افزایش رضایتمندی بیماران از خدمات بستری می‌باشد [۱۵]. گودرزبان و همکاران نیز که به مطالعه میزان رضایتمندی بیماران بستری در بیمارستان‌های آموزشی در استان مازندران پرداخته است میزان رضایتمندی از اجرای طرح تحول سلامت را در سطح بالایی گزارش کرده است [۱۶]. در مطالعه توان و همکاران بیشترین میزان رضایتمندی بیماران از اجرای طرح تحول سلامت و تحت پوشش قرار گرفتن افراد در سطح خوب گزارش شده است [۱۷]. نتایج مطالعه سجادی نیز افزایش رضایتمندی بیماران بستری را پس از اجرای طرح تحول سلامت نشان داده است [۱۸]. نتایج این مطالعات با مطالعه حاضر همخوانی دارد.

مطالعه دهقان و همکاران نیز نشان داد که بیشترین میزان رضایتمندی بیماران از عملکرد کادر پرستاری پرسنل و پزشکان بوده است. و کمترین میزان رضایت از غذا و امکانات رفاهی بوده است [۱۹]. در مطالعه گودرزبان نیز بیشترین میزان رضایت از رفتار پرسنل پرستاری می‌باشد [۱۶] که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. اما مطالعه توان و همکاران بیانگر کمترین میزان رضایت از کادر پرستاری می‌باشد [۱۷]. این تضاد می‌تواند بعلا متفاوت بودن مکان و زمان مطالعه یا حجم نمونه باشد. تفاوت سطح رضایتمندی از دیدگاه بیماران براساس عوامل فردی (سن، جنس، تحصیلات)، عوامل شخصیتی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و حتی منطقه جغرافیایی یا تفاوت در انتظارات و توقعات بیمار در رابطه با خدمات ارائه شده می‌تواند نسبت داد. در این مطالعه میزان دسترسی به

References

- UN. Human Development Report. New York: United Nations, 2005.
- WHO. Health systems: improving performance Geneva: World Health Organization; 2000. Available from: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf.
- Lagarde M, Palmer N. The impact of health financing strategies on access to health services in low and middle income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006. doi: 10.1002/14651858.cd006092
- Wagstaff A, van Doorslaer E. Chapter 34 Equity in health care finance and delivery. *Handbook of health economics*. 1: Elsevier; 2000. p. 1803-62.
- Hahn B. Health care utilization: the effect of extending insurance to adults on Medicaid or uninsured. *Med Care*. 1994;32(3):227-39. PMID: 8145600
- Shou-Hsia C. The Effect of Universal Health Insurance on Health Care Utilization in Taiwan. *Jama*. 1997;278(2):89. doi: 10.1001/jama.1997.03550020017009
- Jeon B, Kwon S. Effect of private health insurance on health care utilization in a universal public insurance system: a case of South Korea. *Health Policy*. 2013;113(1-2):69-76. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.05.007 PMID: 23786992
- Trujillo AJ, Portillo JE, Vernon JA. The impact of subsidized health insurance for the poor: evaluating the Colombian experience using propensity score matching. *Int J Health Care Finance Econ*. 2005;5(3):211-39. doi: 10.1007/s10754-005-1792-5 PMID: 16082516
- Cheng SH, Chiang TL. The effect of universal health insurance on health care utilization in Taiwan. Results from a natural experiment. *JAMA*. 1997;278(2):89-93. PMID: 9214512
- Carter TM, Adams MH, Judd AH, Leeper JD, Wang L, Yu J. Children's health insurance status, access to and utilization of health services, and unmet health needs in a rural Alabama school system. *J Rural Health*. 2003;19(4):S11-3. PMID: 14526511
- Hwang SW, Chambers C, Chiu S, Katic M, Kiss A, Redelmeier DA, et al. A comprehensive assessment of health care utilization among homeless adults under a system of universal health insurance. *Am J Public Health*. 2013;103

- Suppl 2:S294-301. doi: [10.2105/AJPH.2013.301369](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301369) pmid: [24148051](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24148051/)
12. Casseday H. China's Health Insurance Reform and Disparities in Healthcare Utilization and Costs: A Longitudinal Analysis: The Pardee RAND Graduate School; 2014.
 13. Philip NE, Kannan S, Sarma SP. Utilization of comprehensive health insurance scheme, Kerala: a comparative study of insured and uninsured below-poverty-line households. *Asia Pac J Public Health*. 2016;28(1_suppl):77S-85S.
 14. Sepehri A, Moshiri S, Simpson W, Sarma S. Taking account of context: how important are household characteristics in explaining adult health-seeking behaviour? The case of Vietnam. *Health Policy Plan*. 2008;23(6):397-407. doi: [10.1093/heapol/czn034](https://doi.org/10.1093/heapol/czn034) pmid: [18775945](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18775945/)
 15. Asadi-Lari M. An overview on Urban-Heart Tehran experience. Tehran Tehran municipality, Deputy for Social and Cultural Affairs; 2011.
 16. Goudarzian A, Jafari H, Jamali S, Badiee M, Sayemi Z. Evaluation of patient satisfaction hospitalized in teaching hospitals Mazandaran province and its related factors of the plan healthcare reform in 2015. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2016;26(136):190-5.
 17. Tavan HM, Alimardani O, Sayadi F, Borji M. Satisfaction of the health reform plan from the perspective of patients and patients of the hospital martyr mostafa khomeini city in Ilam 2015. *Nurs J Vulner Groups*. 2016;2(5):27-39.
 18. Sajadi H. An assessment of the positive effects of health reform plan implementation from the perspective of hospital directors. *Health Inf Manage*. 2016;13(1):55-60.
 19. Dehghan A, Zare-Mehrjardi M, Raghebian M, Samiyezargar A, Kazemeini S. Performance of health care system reform plan from the perspective of university hospitals executives in yazd province in 2015. *Manage Stratrgy Health Syst*. 2016;1(1):43-9.
 20. Poorreza A, Khabiry T, Arab M. Analysing health seeking behavior in Tehran city population. *Health Coll J*. 2008;7(2):1-13.