



دانشگاه علوم پزشکی ایران

دانشکده بهداشت

پایان نامه دوره Mph

موضوع:

میزان رضایت مندی مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره)

شهر تهران از طرح پزشک خانواده ۱۳۸۸

استاد راهنما

" جناب آقای دکتر فریدعبادی آذر "

استاد مشاور

" جناب آقای دکتر تقدیسی "

نگارش :

دکتر نادر اشرف نیا

۱۳۸۹ / ۲ / ۲۵

سال تحصیلی ۱۳۸۷-۱۳۸۸

کمیته امداد امام خمینی (ره)
تهران

۱۳۹۱۰۳

تاریخ ۲۸-۲-۸۹
شماره ۷۳۸ / ۲۶۱۵۵
پیوست -



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

دانشکده بهداشت

تصویب نامه پایان نامه دوره عالی MPH

بدینوسیله اعلام می نماید دکتر نادر اشرف نیا دانشجوی دوره عالی MPH پایان نامه خود را تحت عنوان:

"میزان رضایت مندی مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران از
طرح پزشک خانواده ۱۳۸۸" در تاریخ ۲۸ / ۱۱ / ۱۳۸۸ دفاع نموده و مورد قبول
واقع شد

معاونت بهداشتی
شماره ۱۳۸۹ / ۴ / ۲۵

۱۳۸۹ / ۴ / ۲۵

دکتر محمدرضا وفا
سرپرست دانشکده

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی خدمات بهداشتی عامی ایران

دانشکده بهداشت

صورتجلسه دفاع از پایان نامه دوره عالی MPH
دانشکده بهداشت

نام و نام خانوادگی دانشجو: نادر اشرف نیا

رشته تحصیلی: دوره عالی MPH

موضوع پایان نامه: میزان رضایتمندی مددجویان کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران از اجرای طرح پزشک خانواده در سال ۱۳۸۷

تاریخ دفاع پایان نامه: ۸۸/۱۱/۲۸

نام و نام خانوادگی استاد راهنما:

۱- دکتر فرید عبادی فرد آذر

نام و نام خانوادگی استادان مشاور:

۱- دکتر محمد حسین تقدیسی

استاد داور:

نام و نام خانوادگی: دکتر مهناز صلحی

شغل و سمت: عضو هیات علمی

آخرین مدرک تحصیلی: دکتری

تخصص اصلی: آموزش بهداشت

ظریه هیئت ژوری:

نام و نام خانوادگی:

۱- دکتر فرید عبادی فرد آذر

۲- دکتر محمد حسین تقدیسی

۳- دکتر مهناز صلحی (نماینده تحصیلات تکمیلی)

مره پایان نامه:

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده صورتجلسه (مدیر گروه مربوطه)

تاریخ:

امضا:

معاونت امور علمی پژوهش
کمیته تخصصی

۱۳۸۹/۴/۲۵

به عدد: ۱۵۶ به حروف: نوزدهم

تاریخ:

امضا:

دکتر محمد رضا وفا
سرپرست دانشکده

دکتر مهدی فرزاد کیا
معاون آموزشی و دانشجویی دانشکده

نوشین اکرمی
سرپرست اداره آموزش

تقدیم به:

پدر و مادر مهربانم که همواره برای من مظهر تلاش و فداکاری و عشق و محبت

هستند

و

تقدیم به:

همسر محبوبم که مشوق من در این راه بود و با صبر و متانت تمام مشکلات

را تحمل نمود.

سپاس

سپاس خداوند منان را که حمد و ثنا مخصوص اوست

از دست وزبان که برآید که از عهده شکرش بدرآید

اما بعد: من علمنی حرفاً فقد سیرنی عبداً

هر آنکس که کلامی به من آموخت مرا بنده خویش ساخت

لذا بر خود واجب میدانم از تمامی اساتید محترم بالخاص

" جناب آقای دکتر فربد عبادی آذر " که در طی این مدت صمیمانه و بی دریغ

راهنمایی اینجانب را تقبل فرمودند و " جناب آقای دکتر تقدیسی " استاد

مشاور محترم که علاوه بر مشاوره استاد مسلم اخلاق بودند کمال سپاس

و تشکر را بجا آورم.

در پایان از تمامی اساتید محترم در طول دوره آموزش ، و تمامی افرادی که

در تهیه و تنظیم این پایان نامه همکاری لازم مبذول داشتند تشکر مینمایم.

چکیده

طرح پزشک خانواده از سال ۱۳۷۶ با اقتباس از بعضی کشورهای اروپایی و انجام تغییرات مورد نیاز جهت مددجویان تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) که حدود پنج میلیون نفر می باشند به اجرا گذاشته شد. در این طرح محور اصلی پزشک خانواده می باشد و مددجویان هر منطقه با توجه به محل سکونتشان به پزشک طرف قرارداد امداد معرفی می شوند و پزشک خانواده نیز برای آنها کارتکس تشکیل می دهد. مددجویان در صورت نیاز به استفاده از خدمات پزشکی می بایست از طریق پزشک خانواده اقدام نماید بجز موارد اورژانس، که نیاز به بستری در بیمارستان دارد و مددجو می تواند بدون مراجعه به پزشک خانواده مستقیماً به بیمارستان مراجعه نماید. این تحقیق به بررسی میزان رضایت مددجویان از طرح پزشک خانواده به وسیله پرسشنامه می پردازد. پرسشنامه مورد نظر با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور و سایر استادان و همچنین پرسشنامه های مربوط به رضایت سنجی تهیه و از طریق مسئولان درمان در شاخه ها و مناطق کمیته امداد استان تهران در اختیار مددجویان قرار گرفت. پرسشنامه مورد نظر دارای ۲۷ سؤال می باشد که مربوط به قسمتهای مختلف طرح پزشک خانواده می باشد. پس از جمع آوری پرسشنامه ها و تجزیه و تحلیل داده ها مشخص شد که در مجموع ۳۱/۲۵ درصد از افراد تحت بررسی از طرح پزشک خانواده کاملاً رضایت دارند. ۵۱/۵ درصد از افراد فوق از طرح مذکور نسبتاً رضایت دارند و ۱۰ درصد نیز نسبتاً ناراضی بودند و فقط ۷/۲۵ درصد از افراد تحت بررسی از طرح مورد نظر کاملاً ناراضی بودند.

فهرست عناوین

صفحه	عنوان
۱	مقدمه

فصل اول - کلیات پژوهش

۳	۱-۱) بیان مسأله پژوهش
۳	۱-۲) اهمیت پژوهش
۵	۱-۳) اهداف پژوهش
۵	۱-۴) سؤال اصلی پژوهش
۵	۱-۵) دامنه پژوهش
۵	۱-۶) روش پژوهش
۵	۱-۷) کلید واژه ها
۹	۱-۸) محدودیتهای پژوهش

فصل دوم - چارچوب بندی پنداشتی پژوهش

۱۱	۲-۱) تعریف سلامت
۱۱	۲-۲) اهداف بخش بهداشت و درمان
۱۲	۲-۳) طبقه بندی نظام بهداشت و درمان براساس نظریات تریس
۱۳	۲-۴) طبقه بندی نظام بهداشت
۱۶	۲-۵) نظام بهداشت و درمان در ایران
۱۷	۲-۶) چالشهای اساسی نظام بهداشت و درمان در ایران
۱۹	۲-۷) سطوح مراقبتهای بهداشتی و درمانی در ایران
۲۰	۲-۸) شبکه و سیستم ارجاع
۲۱	۲-۹) مشکلات نظام ارجاع از نظر سازمان بهداشت جهانی
۲۲	۲-۱۰) شرایط لازم جهت اجرای موفقیت آمیز نظام ارجاع
۲۲	۲-۱۱) سیستم ارجاع مبتنی بر پزشک خانواده
۳۱	۲-۱۲) تاریخچه شبکه های بهداشتی و درمانی در ایران
۳۲	۲-۱۳) شبکه های بهداشتی و درمانی در چند کشور جهان
۴۱	۲-۱۴) مروری بر مطالعات انجام شده در خارج از کشور
۴۳	۲-۱۵) مروری بر مطالعات انجام شده

فصل سوم - مراحل انجام پژوهش

۴۶	۳-۱) نوع پژوهش
۴۶	۳-۲) جامعه پژوهش

صفحه	عنوان
۴۶	..... ۳-۳ محیط پژوهش
۴۶	..... ۳-۴ ابزار گرد آوری اطلاعات
۴۶	..... ۳-۵ نمونه وروش نمونه گیری
۴۷	..... ۳-۶ اعتبار ابزار گردآوری داده ها
۴۷	..... ۳-۷ روش تجزیه و تحلیل داده ها
۴۷	..... ۳-۸ زمان پژوهش

فصل چهارم - تجزیه و تحلیل یافته های پژوهش

۶۷-۴۹

(جداول آماری - نمودارها)

فصل پنجم - نتایج پژوهش

۶۹	..... ۵-۱ خلاصه پژوهش
۶۹	..... ۵-۲ پیشنهادات پژوهشگر
۷۰	..... ۵-۳ پیشنهادات جهت پژوهشهای آتی
۷۲	..... فهرست منابع
۷۴	..... پیوست ها
۹۶	..... چکیده انگلیسی

فهرست جداول

شماره و عنوان جدول	صفحه
جدول شماره (۱) توزیع جنسیت افراد تحت بررسی	۴۹
جدول شماره (۲) توزیع وضعیت تأهل افراد تحت بررسی	۵۰
جدول شماره (۳) توزیع محل سکونت افراد تحت بررسی	۵۱
جدول شماره (۴) توزیع میزان تحصیلات افراد تحت بررسی	۵۲
جدول شماره (۵) توزیع وضعیت استفاده از کارت بیمه در افراد تحت بررسی	۵۳
جدول شماره (۶) توزیع میزان آشنائی افراد تحت بررسی با طرح پزشک خانواده	۵۴
جدول شماره (۷) توزیع چگونگی آشنائی افراد تحت بررسی	۵۵
جدول شماره (۸) توزیع میزان دسترسی افراد تحت بررسی به پزشک خانواده	۵۶
جدول شماره (۹) توزیع میزان رضایتمندی افراد تحت بررسی از طرح پزشک خانواده	۵۷
جدول شماره (۱۰) توزیع میزان استفاده از خدمات ارائه شده در طرح پزشک خانواده	۵۸
جدول شماره (۱۱)	۵۹
جدول شماره (۱۲)	۶۰
جدول شماره (۱۳)	۶۱
جدول شماره (۱۴)	۶۲
جدول شماره (۱۵)	۶۳
جدول شماره (۱۶)	۶۴
جدول شماره (۱۷)	۶۵
جدول شماره (۱۸)	۶۶
جدول شماره (۱۹)	۶۷

رشد روزافزون جمعیت در قرن حاضر که خود ناشی از کاهش مرگ و میر حاصل از بکارگیری روشهای نوین پیشگیری از بیماریهای مهلک و افزایش تمرکز این جمعیت در شهرهای بزرگ در اثر تسهیلاتی که تکنولوژی در اختیار بشر قرار داده است باعث گردید که ارائه خدمات درمانی از شکل پراکنده و سنتی خود خارج و به شکل نهادهایی از جمله بیمارستانها و درمانگاههای مدرن موجود در مراکز پرجمعیت درآید. پیشرفت تکنولوژی و رشد روزافزون علم پزشکی نیز از طرفی باعث بوجود آمدن رشتههای تخصصی مختلف و بالطبع ایجاد نظام آموزشی متمرکز جهت تربیت نیروی انسانی ماهر مرتبط با این رشته و همچنین توسعه تجهیزات وابسته به آنها گردید. طبیعی است که بوجود آمدن نظام جامع و با پوشش سراسری، از اقدامات بهداشتی و پیشگیرانه آغاز شد.

در سطح بین المللی نیز سازمانی با عنوان سازمان جهانی بهداشت در این رابطه شکل گرفت که نقش هدایت و هماهنگی بین این اقدامات در سطح جهان را ایفا می نماید. بررسیهای ابتدایی در این زمینه نشان می دهد که در سطح هر جامعه لازم است ارائه خدمات بهداشتی در قالب یک نظام تعریف شده و با سلسله مراتب مشخص به اجرا درآید. بطوریکه دسترسی به امکانات بهداشتی در سریعترین زمان ممکن و بطور یکسان برای کلیه آحاد مردم امکان پذیر گردد و این امر خود از تجلیات عمده اصل عدالت اجتماعی در امر سلامتی می باشد.

بدین ترتیب کم کم تفکر ایجاد یک نظام درمانی شکل گرفت که در آن کلیه افراد از جمله ساکنین دورافتاده ترین و محرومترین نقاط کشور به فراخور تعداد سکنه و نوع ارتباطات خود به امکانی تخصصی که در آن عمدتاً امور مربوط به سلامتی انجام می گرفت دست یابند. در این مرکز نیروی انسانی آموزش دیده‌ای به خدمت گرفته می شود که با توجه به محدودیت‌های زمانی و فرهنگی که ممکن است در نقاط مختلف وجود داشته باشد، در سریعترین زمان و با هزینه کم آموزش دیده و بطور کارآمد مورد استفاده مردم قرار می گرفت.

تجربه های دیگر کشورها و تلاشهای انجام گرفته در آن همگی دارای فصل مشترکی بنام پزشک خانواده و جمعیت تحت پوشش آن می باشد. در ضمن پزشک خانواده از نظر دست اندرکاران و صاحب نظران برنامه ریزی و سیاستگذاری بهداشت و درمان در بسیاری از کشورها دارای اهمیت ویژه ای جهت رسیدن به ساختاری نوین و هماهنگ در ارائه خدمات درمانی می باشد و پزشک خانواده به عنوان اولین حلقه از حلقه های پیچیده نظام جامع بهداشتی و درمانی بسیاری از کشورها جهت طراحی سیاستهای کلان در نظر گرفته می شود.

مروری بر اقدامات انجام گرفته در دیگر کشورها نمایانگر این نکته است که در حال حاضر در بسیاری از کشورها بنا به مقتضیات جامعه های صنعتی و روند توسعه کشورها، ارائه خدمات درمانی نظامها و تعاریف تندرستی، صنعت بیمه همگانی و نگرش سیاستگذاران به مقوله تندرستی و درمان به سرعت دستخوش دگرگونی است.

از جمله کشورهای در حال توسعه که در این امر در حال اجرا پروژه های ملی هستند می توان از مصر، گرجستان، هندوستان، فیلیپین، اوگاندا، زیمبابوه، غنا، شیلی، پرو، چک و ... نام برد.

در ایران نیز نظام پزشک خانواده برای بخشی از جمعیت کشور افراد تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) به اجرا گذاشته شده که در این تحقیق به بررسی آن می پردازیم.

فصل اول

کلیات پژوهش

کلیات پژوهش

۱-۱) بیان مسأله پژوهش

کمیته امداد امام خمینی (ره) به یمن اندیشه والای حضرت امام خمینی (ره) در چهاردهم اسفندماه سال ۱۳۵۷ و با فرمان مبارک ایشان بطور رسمی آغاز بکار نمود. در آن زمان شاید تصور این که چگونه این نهاد خواهد توانست رسالت خطیر زدایش فقر و محرومیت را از چهره میهن اسلامی برعهده گیرد، بسیار دشوار می نمود و جز حضرت ایشان کمتر کسی توان چنین دوراندیشی و بینش ژرفی را داشت.

به حول الهی این نهاد مقدس در مدت کوتاهی توانست به یکی از بزرگترین شبکه های حمایتی دنیا تبدیل شده و به عنوان یک بازوی اجرایی قوی برای دولت خدمتگذار جمهوری اسلامی ایران در راستای تحقق اصل ۲۹ قانون اساسی ایفای نقش نماید (مجموعه قوانین و مقررات اداری استخدامی، ۱۳۸۰، مقدمه).

کمیته امداد امام که از بدو تشکیل و مطابق اساسنامه مصوب، ارائه خدمات درمانی به مددجویان تحت پوشش را در زمره ماموریت‌های محوله خود قرار داده است و تجارب موفق که از اجرای این بخش از ماموریتها و رسالت‌های قانونی بدست آورد، این نهاد را بر آن داشت تا در اجرای قانون بیمه همگانی خدمات درمانی، جهت اجراء بیمه خدمات درمانی اقشار نیازمند که قانوناً به عهده امداد امام واگذار شده است، مطالعات و تحقیقاتی را با همکاری و همفکری صاحب نظران مجرب خارج از امداد و مدیران و کارشناسان ستادی و اجرائی امداد امام شروع نموده و با استفاده از تجربه مکتسبه در چند سال گذشته از اجرای بیمه خدمات درمانی اقشار نیازمند و همچنین مطالعات تطبیقی و مقایسه ای سیستم ها و روشهای مختلف بیمه درمان که در جهان و کشور متداول بوده است و بمنظور جلوگیری از تضییع حقوق محرومین و حفظ شان و منزلت آنها و صرفه و صلاح دولت و امداد امام، نهایتاً طرح بیمه درمان مبتنی بر پزشک خانواده را به عنوان طرح برتر انتخاب نموده و پس از تصویب مراجع ذیصلاح از سال ۱۳۷۶ در امداد امام به مرحله اجرا گذاشته شد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۱).

با توجه به این که اجرای طرح پزشک خانواده در امداد امام اولین تجربه در ایران بود با مشکلاتی روبرو شد که اهم آنها عبارتند از:

- ا) کمبود پزشک خانواده جامع شرایط
- ب) کمبود پزشک متخصص که حاضر به همکاری با شرایط امداد امام می باشند.
- ج) عدم تطابق تعرفه های مصوب با تعرفه های دریافتی مراکز درمانی
- د) نبود آئین نامه جامع و کامل در خصوص نظام پزشک خانواده
- ه) عدم آشنایی طرفهای قرارداد و اطلاع رسانی ناکافی در خصوص نظام پزشک خانواده
- و) مشکلات موجود هنگام ارجاع بیمار از یک استان به استان دیگر
- ز) اتلاف وقت و هزینه هنگام دریافت معرفی نامه بستری
- ح) محدودیت قدرت انتخاب بیمار هنگام استفاده از خدمات درمانی
- ط) اجرای یکسان مصوبات شورای عالی بیمه برای کلیه بیمه شدگان کشور اعم از بیمه شدگان تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و امداد امام

۱-۲) اهمیت پژوهش

هیأت وزیران در جلسه مورخ ۱۳۷۴/۵/۱۱ بنا به پیشنهاد مشترک سازمان برنامه و بودجه و کمیته امداد امام خمینی (ره) و به استناد تبصره یک ماده ۱۴ قانون بیمه همگانی خدمات درمانی کشور مصوب ۱۳۷۳ وظیفه شناسایی و بیمه درمان اقشار نیازمند را به عهده امداد امام گذاشت و این نهاد با توجه به سوابق و تجارب ارائه خدمات درمانی مناسب از طریق سیستم ارجاع بر این شد تا طرحی را که متناسب با انتظارات نیازمندان کشور بوده و حافظ شان و منزلت آنان

باشد، مبتنی بر تجارب گذشته طراحی و به مرحله اجرا گذارد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۱۲).

اجراء طرحهای متداول در کشور دارای مشکلات اجتماعی، فرهنگی و مالی می باشد، بطوریکه سطح ارائه خدمات درمانی در بیمه به علت محدود بودن سرانه درمان نیاز به محدودیت معقول و رعایت اولویتها می باشد، سیستم دفترچه ای حتی با رفع نارسائی آن جوابگو نخواهد بود چرا که در این روش بیمه شده مجاز است در هر زمان و مکان به کلیه موسسات طرف قرارداد که برای او پیش بینی شده اند مراجعه نماید. در این صورت تکرار استفاده از خدمات درمانی مشابه که اکثراً غیرضروری است اجتناب ناپذیر بوده و محدودیت مقدور نمی باشد. از طرفی موسسات طرف قرارداد موظف به ارائه خدمات مشابه و غالباً غیر ضروری بدبهبی است، ضمن این که بیمه شده به علت عدم اجبار در مراجعه مجدد به همان پزشک، معالجه وی ناقص و کم نتیجه می ماند. (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۱)

لذا طرح پزشک خانواده بعنوان راهکار مناسبی که برخاسته از تجارب گذشته این نهاد نیز بوده است و به دلایلی که بشرح آتی خواهد آمد و با توجه به اعتبارات سرانه محدود بعنوان روش برتر توسط امداد امام انتخاب گردید. گرچه این طرح به لحاظ فرهنگی و اجتماعی تا به حال بصورت یک طرح فراگیر در ایران اجرا نشده است. لیکن امید است به فضل و عنایت پروردگار متعال و همکاری جامعه پزشکی بتوان با اجرای آن در ارتقاء سطح ارائه خدمات بیمه درمانی به بیمه شدگان و ایجاد بستر مناسبی جهت اشاعه این فرهنگ مفید و موثر باشد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۲).

در صورت موفقیت نظام پزشک خانواده در امداد امکان تسری آن به سایر سازمانهای بیمه ای نیز وجود دارد، لذا در این پژوهش به بررسی یکی از عوامل موفقیت یعنی میزان رضایت مددجویان از پزشک خانواده پرداخته می شود. از جمله مزایای نظام پزشک خانواده عبارت است از:

- أ) صیانت از سلامت و حقوق بیمه شده توسط امداد امام بعنوان مشاور تخصصی از طریق تشکیل پرونده بیمار و همراه بودن در مسیر درمان
- ب) فراهم آوردن زمینه هدایت و راهنمایی بیمه شدگان توسط پزشک خانواده به پزشکان و مراکز تخصصی طرف قرارداد
- ت) اعمال نظارت مستمر بر بهداشت خانواده و پیشگیری قبل از درمان از طریق برقراری رابطه مداوم بیمه شده و پزشک خانواده
- ث) ایجاد بستری مناسب برای ترویج فرهنگ استفاده بهینه از خدمات درمانی و دارویی کشور و جلوگیری از هدر رفتن منابع مالی
- ج) تشکیل پرونده بیمه شده از طریق ثبت و انعکاس و نگهداری سوابق خدمات درمانی ارائه شده به وی
- ح) جلوگیری از مراجعات مکرر و غیرضروری بیمه شده به پزشکان مختلف برای معالجه یک نوع بیماری
- خ) استفاده بیمه شدگان از خدمات مشاوره ای پزشک خانواده (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، صص ۳۲-۳۴)

۱-۳) اهداف پژوهش

۱-۳-۱) هدف اصلی

بررسی میزان رضایت مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران از طرح پزشک خانواده.

۱-۳-۲) اهداف ویژه

- أ) تعیین میزان رضایت مددجویان تحت پوشش از خدمات ارائه شده توسط پزشک خانواده
- ب) تعیین میزان رضایت مددجویان از نحوه انتخاب پزشک خانواده توسط کمیته امداد امام
- ج) تعیین میزان رضایت مددجویان از فرانشیز پرداختی هنگام استفاده از خدمات درمانی
- د) تعیین مشکلات مهم مددجویان هنگام استفاده از خدمات بخشهای مختلف طرح پزشک خانواده
- ه) تعیین میزان استفاده مددجویان از خدمات سایر موسسات بیمه ای

۱-۳-۳) اهداف کاربردی

- أ) افزایش میزان رضایت مددجویان تحت پوشش از نحوه اجرا طرح پزشک خانواده
- ب) برطرف نمودن مشکلات اجرایی مددجویان تحت پوشش هنگام استفاده از خدمات موسسات طرف قرارداد
- ج) آشنایی مددجویان تحت پوشش با خدمات ارائه شده توسط موسسات طرف قرارداد
- د) پیدا نمودن راه حلی برای کاهش مراجعات مددجویان به موسسات غیر طرف قرارداد

۱-۴) سؤال اصلی تحقیق

آیا مددجویان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران از طرح پزشک خانواده رضایت دارند؟

۱-۵) دامنه پژوهش

دامنه این پژوهش، مددجویان تحت پوشش اداره کل کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر تهران می باشد.

۱-۶) روش پژوهش

این پژوهش از نوع توصیفی-تحلیلی و مقطعی می باشد. روش گردآوری اطلاعات نیز از طریق پرسشنامه می باشد. پرسشنامه مورد نظر از تعدادی پایان نامه مربوط به رضایت سنجی استخراج شده و در اختیار تعدادی از استادان قرار داده شده و اعتبار آن مورد تایید قرار گرفته است. ضمناً پرسشنامه بین ۱۰ نفر از مددجویان تحت پوشش توزیع شد و پس از ده روز مجدداً همان پرسشنامه در اختیار همان افراد قرار گرفت و نتایج آن مقایسه شد که تفاوت قابل توجهی در آن مشاهده نشد. پرسشنامه مورد نظر در اختیار مسئولین درمان شاخه ها و مناطق قرار گرفت و هنگام مراجعه مددجویان به واحدهای مختلف شاخه و منطقه بصورت تصادفی بین آنها توزیع شد.

۱-۷) کلید واژه ها

۱-۷-۱) امداد امام

با تائیدات خداوند متعال و در ظل توجهات حضرت ولی عصر (عج) امام زمان ارواحنا له الفدا و عنایت خاصه و حکم تاریخی حضرت امام خمینی (ره) در هفتم ربیع الثانی سال یکهزار و سیصد و نود و نه هجری قمری به منظور تحقق بخشیدن به اهداف عالی جمهوری اسلامی ایران و ولایت فقیه در حمایت و امداد به محرومان و مستضعفان بر مبنای قوانین جاری کشور جمهوری اسلامی ایران کمیته ای بنام کمیته امداد امام خمینی (ره) که در این پژوهش امداد امام نامیده می شود تشکیل شد (مجموعه قوانین و مقررات اداری استخدای، ۱۳۸۰، ص ۳).

۲-۷-۱) مددجو

افراد و خانواده هایی که به لحاظ موقعیت اقتصادی و اجتماعی و عدم استطاعت مالی، فاقد پوشش بیمه ای خدمات درمانی هستند و مشمول استفاده از تسهیلات و امکانات منظور شده در برنامه یاد شده خواهند بود را مددجو می نامند که شامل:

أ) از کار افتادگان و سالخوردگان نیازمند که توانایی مالی اداره زندگی خود و افراد تحت تکفل خود را ندارند.

ب) زنان و کودکان بی سرپرست و نیازمند

ج) خانواده های زندانیان نیازمند، در مدت زندانی بودن سرپرست خانواده

د) آسیب دیدگان ناشی از حوادث طبیعی و غیر طبیعی که امکانات اولیه زندگی خود یا وسائل اشتغال خود را از دست داده اند تا زمانی که امکانات اولیه یا وسائل اشتغال خود را بدست آورند.

ه) عایله نیازمند تحت تکفل سربازانی که درآمدی برای اداره زندگی ندارند.

و) مشمولان طرح شهید رجایی

ز) سایر مواردی که مشمول بندهای فوق نیستند با تشخیص کمیته امداد امام خمینی (ره)

(آیین نامه تعیین افراد نیازمند، ۱۳۷۴، ص ۷)

۳-۷-۱) شهر تهران

شامل قسمتی از استان تهران می باشد که شامل مناطق ۲۲ گانه شهرداری می باشد

۴-۷-۱) طرح پزشک خانواده

روش بیمه ای در ارائه خدمات درمانی که براساس آن یک پزشک بعنوان پزشک خانواده از طریق امداد امام به مددجویان معرفی شده و بیمه شدگان موظفند در صورت نیاز به دریافت خدمات درمانی به وی مراجعه نمایند و در صورت لزوم از طریق وی به متخصصین و سایر مراکز درمانی ارجاع داده شود.

۵-۷-۱) پزشک خانواده

تعریف نظری:

پزشک خانواده فردی است که دارای مهارتهای لازم برای درمان بیماران بوده و بیماران قادرند در محل زندگی خود و در هر زمان او را برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی ملاقات کنند. پزشک خانواده آمادگی درمان و برخورد با بسیاری از بیماری های شایع در منطقه را دارا می باشد (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲، ص ۱۰).

بعلاوه وی باید آگاهی و شناخت از کلیه مشکلات و زمینه هایی که موجب بروز بیماری در منطقه جغرافیای محل خدمت می شوند، داشته باشند. او بررسی کننده نیازهای اولیه پزشکی بیماران و غربال کننده آنها برای ارجاع به مراکز تخصصی تر است. وی با شناخت و آگاهی کامل از خصوصیات جامعه ای که در آن کار می کند، قادر است مراقبتهای پیشگیری و آموزش بهداشت را در هر مشاوره با افراد داشته باشد. پزشک خانواده همچنین زمینه تداوم مراقبت و پیشگیری درمان را تا حصول نتیجه نهایی فراهم می کند (ایروان مسعودی، ۱۳۸۰، ص ۱۱).

تعریف عملیاتی:

پزشک متخصص خانواده، پزشک عمومی یا متخصصین داخلی، اطفال، جراحی عمومی، زنان، عفونی، بیهوشی که در شرایط پزشک عمومی آمادگی همکاری داشته باشند و ضمناً دارای حسن شهرت علمی و اخلاقی بوده (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۶).

۶-۷-۱) بیمه شده

فردی است که راساً مشمول مقررات بیمه خدمات درمانی اقشار نیازمند موضوع آئین نامه چگونگی تشخیص و تعیین افراد نیازمند می باشد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۶).

۷-۷-۱) استان میزبان

استانی است که بیمه شدگان سایر استانها را با توجه به امکانات موجود در استان و با هماهنگی قبلی و از طریق سیستم ارجاع توسط امداد امام، خدمات درمانی را به آنها ارائه می دهد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۶).

۸-۷-۱) استان ارجاع دهنده

استانی است که به علت عدم وجود بعضی از امکانات تخصصی در استان، بیمه شدگان نیازمند به اینگونه خدمات را با هماهنگی قبلی و معرفی به مرکز مورد نظر از طریق سیستم ارجاع به استان میزبان اعزام می دارد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۶).

۹-۷-۱) سیستم ارجاع

سطح بندی موسسات ارائه دهنده خدمات درمانی و بهداشتی بر اساس امکانات و کارایی و هدایت بیمه شده برای اخذ خدمات با محوریت پزشک خانواده در مسیر محق و صحیح دریافت خدمات که به سه سطح سرپایی، بیمارستانی و اورژانس تقسیم بندی می شود (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۷).

۱۰-۷-۱) کارتکس

فرمی است که جهت ثبت و نگهداری سوابق بیماری بیمه شدگان تحت حمایت، توسط امداد امام در اختیار پزشکان خانواده قرار می گیرد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۸).

۱۱-۷-۱) کارت بیمه درمان

کارتی است که حاوی مشخصات کامل و عکس بیمه شده و سلفون آرم امداد امام است و جهت ارائه به پزشک خانواده و موسسات درمانی طرف قرارداد می باشد و اعتبار دیگری ندارد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۸).

۱۲-۷-۱) کد بیمه شده

کدی است که سیستم رایانه ای امداد امام برای هر یک از بیمه شدگان پیش بینی کرده و در کارت بیمه مددجو درج گردیده که جهت شناسایی و تشکیل بانک اطلاعات رایانه ای و جمع بندی خدمات درمانی ارائه شده به آنها کاربرد دارد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۸).

۱۳-۷-۱) کد پزشک خانواده

کدی است که به منظور شناسایی پزشک خانواده و تشکیل بانک اطلاعاتی مربوطه و توزیع بیمه شدگان بین پزشکان خانواده منطقه به آنها تعلق می گیرد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۸).

۱۴-۷-۱) معرفی نامه

فرمی است که از طریق آن بیمه شده به پزشک خانواده جهت تشکیل پرونده درمانی معرفی می شود (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۹).

۱۵-۷-۱) فرم ارجاع

فرمی است که از طریق آن ارجاع بیمه شده به پزشک متخصص یا بیمارستان طرف قرارداد طبق ضوابط صورت می پذیرد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۹).

۱۶-۷-۱) نسخ سه برگی

فرمهای خاصی است که بعنوان سرنسخه امداد امام در اختیار پزشکان خانواده و متخصصین طرف قرارداد، گذاشته می شود تا علاوه بر ارائه خدمات درمانی جهت تسویه حساب به امداد امام نیز ارائه گردد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۹).

۱۷-۷-۱) فرانشیز

قسمتی از هزینه خدمات درمانی می باشد که بیمه شده باید در زمان دریافت خدمات به طرف قرارداد بر حسب مقررات پرداخت نماید (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۳۹).

۱۸-۷-۱) صورت حساب

صورت هزینه های درمانی و دارویی پیش بینی شده به انضمام اسناد و مدارک ثبت شده از طریق موسسات درمانی طرف قرارداد به امداد امام منطقه جهت تسویه حساب تحویل می گردد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۴۰).

۱۹-۷-۱) ناظر بیمارستانی

کارشناسان و مسئولین خدمات درمانی امداد امام که جهت تطبیق خدمات ارائه شده با اسناد ارسالی به بیمارستان و مراکز خدمات درمانی و بهداشتی مستمراً مراجعه و گزارشهای لازم را جهت نظارت بر حسن اجرای مفاد قراردادهای منعقدته تهیه و به مسئولین ذیربط ارائه خواهند داد (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۴۰).

۲۰-۷-۱) خسارات متفرقه

کلیه پرداختهای بیمه در حدود و شمول بیمه به بیمه شده در قبال خرید خدمت مستقیم از مراکز درمانی در موارد ضروری و اورژانسی که خارج از سیستم ارجاع انجام شده باشد، بیمه شده هزینه های خدمات درمانی را که انجام داده پرداخت می کند و پس از دریافت سند مثبتته از مراکز خدمات درمانی و تحویل آن اسناد به کمیته امداد امام،

کارشناسی های لازم صورت گرفته و مبلغ مورد نظر به وی پرداخت می شود (مجموعه قوانین و مقررات بیمه درمان اقشار نیازمند، ۱۳۸۲، ص ۴۰).

۸-۱) محدودیتهای پژوهش

أ) با توجه به این که اکثریت مددجویان فاقد سواد خواندن و نوشتن می باشند لذا تکمیل پرسشنامه با مشکل روبرو بود.

ب) کمبود امکانات مالی برای تکمیل پرسشنامه و سایر مراحل پژوهش

ج) کمبود منابع علمی در خصوص طرح پزشک خانواده

د) صرف زمان زیاد برای تکمیل و جمع آوری پرسشنامه

ه) عدم همکاری لازم توسط مسئولین درمان کمیته امداد امام (ره)

و) مشکلات متعدد جهت جلب مشارکت همکاران پزشک در جمع آوری اطلاعات

فصل دوم

چارچوب پنداشتی و پژوهش و مروری بر مطالعات مربوط