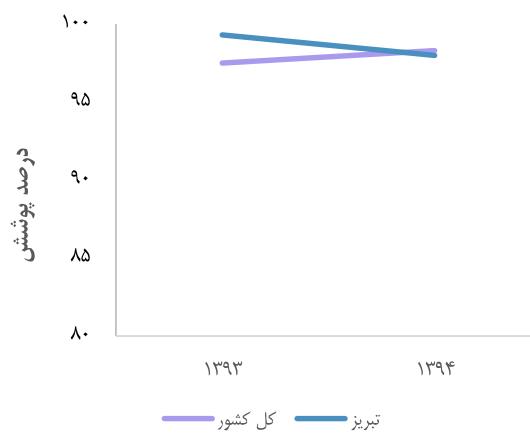




گزاره‌برگ^۱ مقایسه پوشش خدمات سرپایی و بهره‌مندی از این خدمات، در مدل تبریز با کل کشور

متخصص مستقر است. در این نمودار، بهره‌مندی از خدمت در مدل تبریز، از سایر نقاط کشور بیشتر نیست.



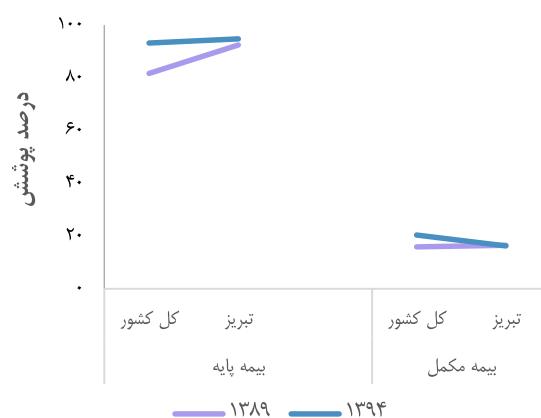
نمودار شماره ۲. درصد افاد نیازمند به خدمت سرپایی که این خدمت را از مراکز درمانی دریافت کرده‌اند

(برگرفته از نتایج مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت)

برای دریافت خدمات سرپایی، درصد دریافت خدمت براساس ارائه‌دهنده خدمت بررسی شده است.^۳ نمودار شماره ۳ مشخص می‌کند افراد برای دریافت خدمت سرپایی از مراکز درمانی به کدام پزشک مراجعه کرده‌اند. در مدل تبریز فرض شده است دسترسی مردم به خدمات تخصصی افزایش یافته است. نسبت دسترسی به خدمات تخصصی در مدل تبریز براساس این نمودار بالاتر از کل کشور نیست.

در گزاره‌برگ شماره ۳۳، با مقایسه شاخص‌های سطح ورودی مدل تبریز با کل کشور مشخص شد که این شاخص‌ها در مقایسه با کل کشور سطح مطلوب‌تری دارند. این گزاره‌برگ بهره‌مندی از خدمات سرپایی و پوشش بیمه را براساس نتایج مطالعه بهره‌مندی در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ در این استان، در مقایسه با کل کشور نشان می‌دهد.

پوشش بیمه پایه و مکمل در نمودار شماره ۱ ارائه شده است.



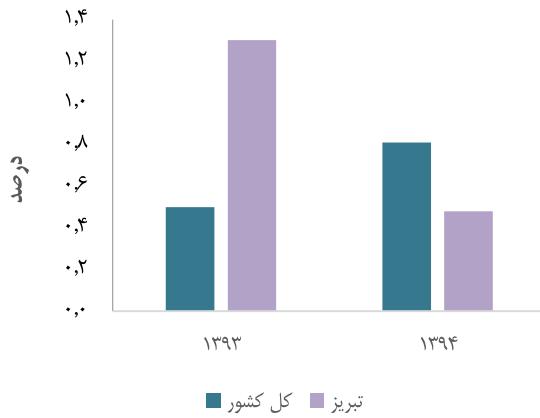
نمودار شماره ۱. پوشش بیمه پایه و مکمل، قبل و بعد از طرح تحول سلامت (برگرفته از نتایج مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت)

پوشش بیمه در این استان، با کل کشور تقاضوت چندانی ندارد. در ادامه، شاخص‌های مرتبط با دریافت خدمات سرپایی ارائه می‌شود. در نمودار شماره ۲، درصد افرادی ارائه شده است که نیاز به دریافت خدمت سرپایی داشته‌اند و این خدمت را از مراکز درمانی دریافت کرده‌اند. در این استان تعداد پزشک به‌ازای جمعیت، از سایر نقاط کشور بیشتر است. همچنین آذربایجان شرقی تنها استانی است که در مراکز ارائه خدمات اولیه آن، پزشک



در ادامه «دریافت مستقیم دارو (بدون نسخه) از داروخانه^۱» و

سپس «درصد ارجاع مستقیم از پزشک خانواده به پزشک متخصص^۲» در نمودار شماره ۵ و ۶ ارائه می‌شود. اجرای برای رعایت سطح‌بندی خدمات، گاهی موقع منجر به اجتناب از دریافت خدمت از پزشک می‌شود. در نمودار شماره ۵ مشاهده می‌شود که درصد مراجعه بدون نسخه به داروخانه در مدل تبریز، در مقایسه با کل کشور در یک سال بالاتر و سال بعد پایین‌تر است. در نمودار شماره ۶، درصد ارجاع از پزشک عمومی به متخصص ارائه شده است. مطابق مدل تبریز، نظام سطح‌بندی لازم است اجرا شود. اما نتایج نمودار شماره ۶ نشان می‌دهد که ارجاع از پزشک خانواده به پزشک متخصص بالاتر از کل کشور نیست.



نمودار شماره ۵. درصد دریافت خدمت مستقیم از داروخانه، بدون

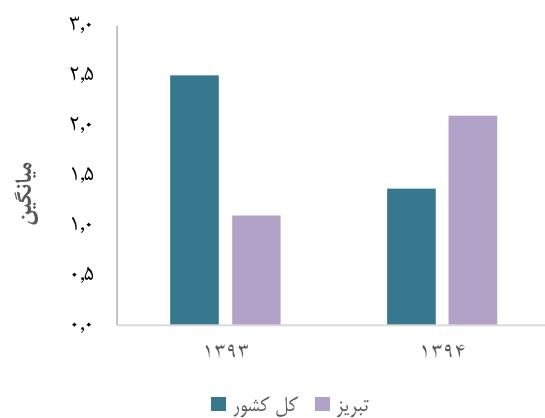
نسخه (برگرفته از نتایج مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت)



نمودار شماره ۳. درصد دریافت خدمات سرپایی به تقیک پزشک

(برگرفته از نتایج مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت)

میانگین مدت زمان انتظار بر حسب روز، برای دریافت خدمت سرپایی در نمودار شماره ۴ ارائه شده است. با توجه به افزایش تعداد پزشک، هم در سطح ارائه خدمات اولیه و هم در سطح تخصصی در مدل تبریز، انتظار می‌رود مدت زمان انتظار کمتر باشد. براساس نمودار این میانگین در تبریز پایین‌تر است.



نمودار شماره ۴. میانگین مدت زمان انتظار برای دریافت خدمت

سرپایی، براساس روز (برگرفته از نتایج مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت)

(خدمات سلامت)

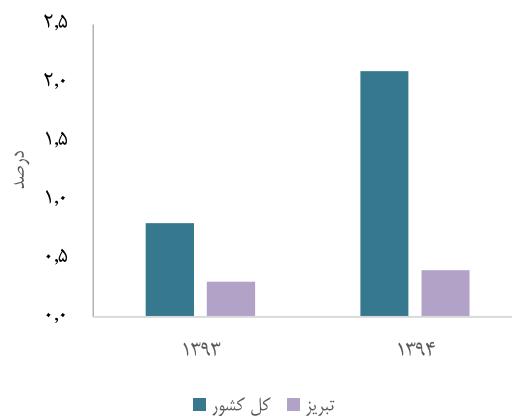
۱. این شاخص بیانگر درصد ارجاع طبق تعاریف سطح‌بندی است.

۲. این شاخص بیانگر این است که احتمالاً فرد برای دریافت خدمت ترجیح می‌دهد به پزشک مراجعه نکند.



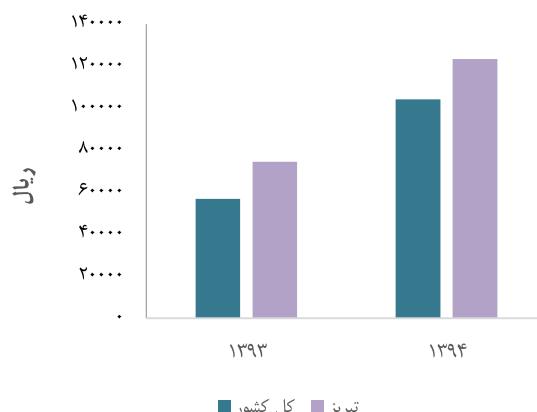
نتیجه‌گیری

این گزاره‌برگ نشان می‌دهد مدل تبریز موفق‌تر از کل کشور عمل نکرده است. میانگین پرداخت‌ها بیشتر است و مراجعین مسیر عادی ارجاع را رعایت نمی‌کنند و به دلیل بالاتر بودن پرداخت‌ها، ضرورت دارد پرداخت غیررسمی در این استان بررسی شود. در بازنگری و اجرای برنامه پزشک خانواده برای کل کشور، استفاده از مدل تبریز باید با احتیاط صورت بگیرد.



نمودار شماره ۶. درصد ارجاع مستقیم از پزشک خانواده به پزشک متخصص (برگرفته از نتایج مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت)

نمودار شماره ۷ میانگین مقدار پرداخت برای خدمات سرپایی را نمایش می‌دهد. دریافت هزینه برای خدمات سرپایی در مدل تبریز نسبت به کل کشور کمتر لحاظ شده است؛ اما در شرایطی که سطح‌بندی خدمت رعایت نشود، مراجعته به پزشک متخصص بدون لحاظ کردن پوشش بیمه خواهد بود و لذا میانگین پرداخت افزایش خواهد یافت. نمودار شماره ۷ نشان می‌دهد علیرغم ارزان بودن خدمات در مدل تبریز، پرداخت خدمات سرپایی، سهم بیشتری را نسبت به کل کشور به خود اختصاص داده است.



نمودار شماره ۷. میانگین پرداخت برای هزینه‌های سرپایی (به ریال)
برگرفته از نتایج مطالعات بهره‌مندی از خدمات سلامت)