

ببه نام خدا
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، سال
۱۳۸۱، در جمهوری اسلامی ایران
Utilization of Health Services

معاونت سلامت

مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت دبیرخانه تحقیقات کاربردی

اجرا و تدوین:

دکتر محسن نقوی دکتر حمیدرضا جمشیدی

اردیبهشت ۱۳۸۳

همکاران اصلی :

- دکتر ناهید جعفری
- دکتر فرشادفرزادفر
- اردشیر خسروی
- دکتر محمدرضا رهبر
- دکتر جلال نائلی
- دکتر حسین کاظمینی
- فرشته فقیهی
- دکتر داوود مقیمی
- خدیجه گودرزی
- امیرمسعود آزاد
- دکتر حسین حسینی بافرانی
- مینا فلغلی
- دکتر مجتبی رشیدی مصلح

همکاران دیگر:

مسئولین استانی	ناظرین کشوری	نام دانشگاه / دانشکده
حسین عبدالهی	پرویز فرزانه دوست	آذربایجان شرقی
صلاح‌الدین صادقی شرفی	اعظم‌السادات دیباجی	آذربایجان غربی
روح بخش قد	دکتر سعید گودرزی	اردبیل
دکتر جعفر زکی زاده	خدیدجه گودرزی	اصفهان
عبدالرضا حقیقی نیا	فرشته فقیهی	ایران
امین کریمی	دکتر فرشاد فرزاد فر	ایلام
دکتر امیر دانیالی	دکتر داوود مقیمی	اهواز
سیدعلی میری	سکینه رضایی	بابل
غلامرضا کهن	دکتر محمدهادی ظفرمندی	بوشهر
دکتر مصطفی نصرالهی	دکتر سیدرضا مظهری	بیرجند
دکتر محمدرضا سلمانی	دکتر ناهید جعفری	تهران
جلیل جعفریان	دکتر مجتبی رشیدی	چهرم
بهروز شاهقلی	بهمن ناظمیان	چهارمحال و بختیاری
حسن اکبرزاده	دکتر حمید مرادگنجه	رفسنجان
شاه نظر شاه بخش	امیرمسعود آزاد	زاهدان
پروین سلمی	سیدحسین حسنی	زنجان
محمد سارانی	امیرمسعود آزاد	زابل
محمدرضا شریفی فر	دکتر سیدرضا مظهری	سبزوار
عمران اسدی	ماشاءاله کلاهدوز	سمن
علی اصغر عرب احمدی	ماشاءاله کلاهدوز	شاهرود
پرویز عزیزی	دکتر ناهید جعفری - فرشته فقیهی	شهیدبهشتی
دکتر بهروز شریفی	دکتر مجتبی رشیدی	شیراز
هاشم کریمی راد	دکتر مجتبی رشیدی	فسا
محمود صفار یوسفی	بیژن بختیاری	قزوین
ابوالفضل قنبری	دکتر حسین حسنی	قم
محمد اعتصام	خدیدجه گودرزی	کاشان
دکتر اقبال فتاحی	شمسی تیمن	کردستان
عشرت بامروت نژاد	دکتر حمید مرادگنجه	کرمان
پرویز اردلان	دکتر فرشاد فرزادفر	کرمانشاه
خسرو مشرفزاده	بهمن ناظمیان	کهگیلویه و بویراحمد
اصغر امین	ابوالقاسم امامی	گلستان
دکتر جواد بازلی	دکتر سیدرضا مظهری	گناباد
دکتر حسین رحیمی	دکتر حسین رحیمی	گیلان
دکتر مهرداد کریمی	دکتر مهدی اشراقی	لرستان
محمدرضا میرزایی	سکینه رضایی	مازندران
دکتر ریثا ظهیری	قاسم رئیس اکبری	مرکزی
دکتر سیدجواد حسینی	دکتر سیدرضا مظهری	مشهد
دکتر سیروس وجدانیان	اردشیر خسروی	هرمزگان
دکتر مهران بگلری	دکتر حسین کاظمینی	همدان
محمدرضا کوشافر	فرحناز ابراهیمی	یزد

فهرست عناوین:

- دیباچه

- پیشگفتار

الف: مقدمه

۱- ساختار ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

۱-۱- نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی دولتی در ایران

۱-۱-۱- ویژگی‌ها

۱-۱-۲- سطوح

۱-۱-۳- نظام اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اولیه

۱-۲- سایر بخشهای عمومی ارائه خدمات بهداشتی درمانی

۱-۳- بخش خصوصی

۱-۴- بخش خیریه

۱-۵- سایر بخشها

۲- پراکندگی ساختارهای گوناگون ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران

۳- تنوع خدمات ارائه شده برحسب ساختار

۳-۱- خانه بهداشت

۳-۲- مراکز بهداشتی درمانی روستایی

۳-۳- پایگاههای بهداشتی

۳-۴- مراکز بهداشتی درمانی شهری

۳-۵- درمانگاه

۳-۶- کلینیک

۳-۷- پلی کلینیک

۳-۸- مطب

۳-۹- مراکز جراحی محدود سرپایی

۳-۱۰- واحد آزمایشگاهی

۳-۱۱- واحد پرتونگاری

۳-۱۲- واحد توانبخشی

۳-۱۳- داروخانه

۳-۱۴- واحدهای ارائه خدمات درمان بستری

۴- بازار سلامت

۵- بازار سلامت در ایران

۵-۱- ویژگی‌های تقاضا

۵-۱-۱- ویژگی‌های نیاز

- ۲-۱-۵- ویژگی‌های دریافت
- ۳-۱-۵- ویژگی‌های مراجعه کننده
- ۲-۵- ویژگی‌های پرداخت
- ۱-۲-۵- پرداخت‌های مستقیم از طرف گیرنده خدمت
- ۲-۲-۵- پرداخت به ارائه کننده خدمت
- ۳-۵- ویژگی‌های عرضه
- ۱-۳-۵- ساختار ارائه خدمات
- ۲-۳-۵- ویژگی‌های تخصصی ارائه‌کنندگان خدمت
- ۳-۳-۵- ویژگی‌های دریافت هزینه
- ۴-۳-۵- وابستگی ساختار ارائه خدمت
- ۴-۵- تعامل درون بازار سلامت
- ۶- ضرورت مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی
- ۷- تعیین کننده‌های بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی
- ۸- شاخص‌های نیازهای سلامتی
- ۹- رویکردهای مختلف به مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی
- ۱۰- واحدهای اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی
- ۱۱- خلاصه نمونه‌هایی از مطالعه بهره‌مندی

ب - روش اجرا

۱- اهداف مطالعه

۲- نمونه‌گیری

۳- روش تعیین نمونه

۴- جمع‌آوری اطلاعات

ج - تجزیه و تحلیل داده‌ها (خدمات سرپایی)

ج - ۱ - توصیف نمونه

ج - ۲ - کیفیت داده‌ها

ج - ۳ - بهره‌مندی از بیمه و خدمات مربوط به آن

ج - ۴ - وضعیت نیاز، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی

ج - ۵ - برآوردهایی برای بار مراجعه در کشور

ج - ۶ - انواع خدماتی که در یک بار مراجعه دریافت می‌شود

ج - ۷ - زمان صرف شده برای هر بار مراجعه

ج - ۸ - هزینه صرف شده برای هر بار مراجعه

ج - ۹ - نتیجه مراجعه و دریافت خدمت

ج - ۱۰ - پاسخگویی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در مواجهه با گیرندگان خدمت

د - تجزیه و تحلیل داده‌ها (خدمات بستری)

- د ۱- وضعیت نیاز، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات درمان بستری طی یکسال قبل از مطالعه و دلایل بستری نشدن
- د ۲- بستری شدگان، بار بستری و توزیع آن
- د ۳- مقایسه بیمارستانهای مختلف در زمینه نسبت بستری شدگان
- د ۴- زمان انتظار برای بستری شدن
- د ۵- مکان برای بستری شدن
- د ۶- انواع خدمات ارائه شده در یک بار بستری و موارد انتقال
- د ۷- هزینه صرف شده برای هر بار بستری
- د ۸- متوسط هزینه مستقیم صرف شده برای دریافت خدمات بستری و سرپایی در طول سال
- د ۹- چگونگی تاثیر بستری شدن در بیمارستان بر شکل افراد
- د ۱۰- تاثیر مصیبت بار هزینه‌های بستری بر زندگی افراد

ه: بحث

- ه ۱: بهره‌مندی از بیمه و تسهیلات ناشی از آن
- ه ۲: نیاز، مراجعه و تنوع خدمات دریافت شده
- ه ۳: زمان، ارجاع و انتقال
- ه ۴: هزینه، منابع
- ه ۵: تاثیر هزینه‌ها بر توانایی مالی خانوار، عدالت
- ه ۶: پاسخگویی
- ه ۷: مشکلاتی که حل آنها باید در دستور قرار گیرد

و: منابع

ز: پیوست شماره ۱

تحلیلی بر توزیع بهره‌مندی از پوشش بیمه و خدمات بهداشتی درمانی

ح: پیوست شماره ۲

۱- پرسشنامه

۲- دستورالعمل

ط: خلاصه

فهرست نمودارها:

شماره نمودار	عنوان نمودار
۱	درصدی از افراد که از بیمه استفاده نمی‌کنند و توزیع انواع بیمه‌ها در آنهاپی که استفاده می‌کنند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲	درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها برحسب سن - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳	علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدام نکرده‌اند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴	نسبتی از افراد نیازمند به خدمات درمانی که برای دریافت آن طی دو هفته اخیر اقدام کرده‌اند ولی نتوانسته‌اند آنرا دریافت کنند؛ برحسب علت عدم موفقیت در دریافت خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی
۵	درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها برحسب سطح تحصیلات - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۶	درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها برحسب وظایف زناشویی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۷	درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها برحسب وضعیت اشتغال - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۸	درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها برحسب نوع بیمه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۹	مقایسه برآورد بارمراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی. مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - شهر و روستا
۱۰	مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - شهر و روستا
۱۱	مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - به تفکیک شهر و روستا
۱۲	مقایسه برآورد بارمراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی - مطالعه بهره‌مندی براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - به تفکیک جنس
۱۳	مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به ارائه‌دهندگان مختلف خدمات در بخش دولتی و خصوصی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل
۱۴	مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - به تفکیک نوع بیمه
۱۵	مقایسه برآورد بارمراجعه در طول سال برحسب بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - به تفکیک نوع بیمه
۱۶	میانگین تعداد خدمات دریافت شده در یکبار مراجعه به منابع مختلف ارائه دهنده خدمت به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۱۷	میانگین تعداد خدمات دریافت شده در یکبار مراجعه به منابع مختلف ارائه دهنده خدمت به تفکیک بخش خصوصی و دولتی و نوع خدمت ارائه شده مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۱۸	درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به پزشک عمومی به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۱۹	درصد بازیافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به پزشک متخصص به تفکیک بخش خصوصی و دولتی مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۰	درصد بازیافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به دندانپزشک به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

شماره نمودار	عنوان نمودار
۲۱	درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به ماما به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۲	درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به پرسنل غیر پزشک به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۳	متوسط زمان صرف شده برای دریافت خدمت در یک مراجعه به منابع مختلف ارائه‌دهنده خدمت (زمان بین راه-سالن انتظار-دریافت خدمت)-مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی-اسفند ۱۳۸۱؛ زمان به دقیقه
۲۴	متوسط زمان صرف شده برای دریافت خدمت در یک مراجعه به منابع مختلف ارائه‌دهنده خدمت (زمان صرف شده برای وقت گرفتن و برای دریافت پاسخ) - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱؛ زمان به روز
۲۵	میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک نوع هزینه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۶	درصد هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک نوع هزینه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۷	مجموع پرداختهای مستقیم انجام شده (تومان) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۸	پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده برای تهیه دارو و وسایل بهداشتی درمانی در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۹	پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده برای هزینه اقدامات درمانی در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۰	پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده به عنوان ویزیت؛ فرانشیز و پرداخت مستقیم در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۱	پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده برای هزینه رفت و آمد در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۳	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک بخش ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۴	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس، محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۵	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۶	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۷	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس ، محل

شماره نمودار	عنوان نمودار
	سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۸	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس، محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۳۹	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس، محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۰	مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس، محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۱	نسبت درصد نتیجه (به گفته مراجعه کنند) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک بخش ارائه دهنده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۲	نسبت درصد نتیجه (به گفته مراجعه کنند) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک بخش ارائه دهنده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۳	نسبت درصد نتیجه (به گفته مراجعه کنند) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک بخش ارائه دهنده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۴	میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (تومان) به ازای یک بار مراجعه به تفکیک نوع نتیجه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۵	میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (تومان) به ازای یک بار مراجعه به تفکیک نوع نتیجه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۶	میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (تومان) به ازای یک بار مراجعه به تفکیک نوع نتیجه براساس منبع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۷	رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۸	رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک شهر و روستا - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۴۹	رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۵۰	رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک بخش ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۵۱	رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک بخش ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۵۲	رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک چند منبع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۵۳	فراوانی نسبی علل مختلف عدم تصمیم‌گیری (اقدام) جهت بستری شدن در افرادی که در طول یکسال گذشته احساس نیاز به خدمات بستری داشته‌اند؛ به تفکیک جنس نیازمند، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۴	نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری یک بار و بیشتر احساس نیاز داشته‌اند، نسبتی که نیاز خود را اورژانس می‌انگارند با نسبتی که مراجعه کرده‌اند، نسبتی که یکبار بستری شدند؛ و نسبتی که بیش از یکبار بستری شدند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱

شماره نمودار	عنوان نمودار
۵۵	نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک جنس - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۵۶	نسبتی از جامعه شش سال و بیشتر که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک سواد و سطح تحصیلات مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۵۷	نسبتی از جامعه ده سال و بیشتر که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت تاهل مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۵۸	نسبتی از جامعه پانزده سال و بیشتر که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت اشتغال - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۵۹	نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت بیمه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۶۰	نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت نیاز به خدمات سرپایی طی دوهفته اخیر مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۶۱	نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه پیش به بیمارستان یکبار و بیشتر مراجعه کرده‌بودند و بستری نشده‌اند برحسب نوع بیمارستان مورد مراجعه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۶۲	مقایسه درصد بستری شدگان در بیمارستانهای مختلف در سال ۱۳۸۱ براساس این مطالعه با درصد تختهای فعال بیمارستانی، در همان سال براساس آمار جاری - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۶۳	میانگین روزهایی که بیماران برای بستری شدن در بیمارستان؛ درنوبت قرار گرفته‌اند؛ برحسب نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۶۴	میانگین روزهایی که بیماران برای بستری شدن در بیمارستان؛ درنوبت قرار گرفته‌اند؛ برحسب سن مراجعه کننده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۶۵	میانگین روزهایی که برای بستری شدن در بیمارستان؛ درنوبت قرار می‌گیرند؛ برحسب محل بیمارستانی که در آن بستری شده‌اند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۶۶	متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک نوع هزینه و نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۶۷	نسبت درصد هزینه‌های مختلف که در یک بار بستری پرداخت می‌شود؛ برحسب سن بستری شدگان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۶۸	نتیجه بستری شدن فرد در بیمارستان به گفته خود فرد؛ به تفکیک جنس؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۶۹	تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بردرآمد ماهیانه؛ پس‌انداز، فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۷۰	تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بردرآمد ماهیانه؛ پس‌انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک محل سکونت بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۷۱	تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بردرآمد ماهیانه؛ پس‌انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک جنسیت بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱

شماره نمودار	عنوان نمودار
۷۲	تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بردرآمد ماهیانه؛ پس انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک سن بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۷۳	تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بردرآمد ماهیانه؛ پس انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده برحسب وضعیت بیمه فردبستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱
۷۴	رعایت حقوق گیرندگان خدمت در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۷۵	رعایت حقوق گیرندگان خدمت در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری؛ به تفکیک نوع بیمارستان ارائه دهنده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۱-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۲-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۳-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۴-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۵-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۶-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۷-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۸-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۹-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۱۰-ه	پاسخگویی نظام سلامت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی - مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت
۱-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه بدون توجه به سایر عوامل
۲-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه در بازنشسته‌ها و از کارافتاده‌ها
۳-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه در افراد بیکار
۴-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه در شاغلین بخش خصوصی
۵-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه در شاغلین بخش خصوصی برحسب دوسازمان عمده بیمه
۶-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه افراد خویش فرما
۷-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه افراد خویش فرما برحسب دوسازمان عمده بیمه
۸-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه افراد خانه دار
۹-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه محصلین و دانشجویان
۱۰-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه شاغلین بخش دولتی
۱۱-پ	ارتباط داراییهای خانوار و پوشش بیمه شاغلین بخش دولتی برحسب دوسازمان عمده بیمه

فهرست جداول:

شماره جدول	عنوان جدول
۱	توزیع فراوانی خانوارهای نمونه شهری و روستایی، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۲	توزیع فراوانی نسبی خانوارهای مورد مطالعه بر حسب ملیت، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳	درصد پاسخگویی کامل خانوار در نتیجه مراجعه برای پرسشگری: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴	توزیع نسبت اعضا خانوار با سرپرست در خانوارهای مورد مطالعه با مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵	توزیع فراوانی افراد (۶ سال و بالاتر) مورد مطالعه بر حسب تحصیلات مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۶	توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه (ده سال و بالاتر) بر حسب وضعیت تاهل مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۷	توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه (۱۵ سال و بالاتر) بر حسب وضعیت اشتغال - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۸	مقایسه نسبت خانوارهای در ابعاد مختلف که در مطالعه بهره‌مندی مورد مراجعه قرار گرفته‌اند؛ مطالعه سیمای جمعیت و سلامت (DHS) و سرشماری سال ۱۳۷۵
۹	مقایسه نسبت‌های سکونت خانوار در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت با نسبت‌های موجود در اطلاعات مرکز توسعه شبکه
۱۰	مقایسه نسبت درصد گروه‌های سنی به دست آمده از مطالعه و بهره‌مندی با مطالعه DHS و سرشماری
۱۱	مقایسه نسبت بیسواد و سطح تحصیلات افراد با سواد در مطالعه بهره‌مندی و DHS
۱۲	فراوانی نسبی (نسبت و فاصله اطمینان ۹۵٪ با $DE = 1/2$) افراد مورد مطالعه بر حسب استفاده از بیمه‌های درمانی و نوع بیمه مورد استفاده؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۱۳	توزیع بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای (پوشش بیمه) به تفکیک سازمان بیمه‌گر و بر حسب سکونت در افرادی که خود را تحت پوشش می‌دانند
۱۴	نسبتی از جامعه که برای مراجعه سرپایی طی دو هفته قبل احساس نیاز می‌کردند نسبتی که اقدام کرده‌اند و نسبتی از جامعه که موفق به دریافت خدمت شده‌اند به تفکیک سن - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۱۵	علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدامی نکرده‌اند (در مجموع ۶/۴٪ از جامعه) - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۱۶	علل عدم دریافت خدمت در افرادی که نیازمند بوده‌اند اقدام کرده‌اند ولی موفق به دریافت خدمت نشده‌اند مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ (نسبت در ۱۰۰۰)
۱۷	نسبتی که برای مراجعه سرپایی طی دو هفته قبل احساس نیاز می‌کردند نسبتی که اقدام کرده‌اند و نسبتی از جامعه که موافق به دریافت خدمات شده‌اند به تفکیک محل سکونت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۱۸	علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدامی نکرده‌اند بر حسب محل سکونت فرد نیازمند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۱۹	نسبتی که برای مراجعه سرپایی طی دو هفته قبل احساس نیاز می‌کردند نسبتی که اقدام کرده‌اند و نسبتی از جامعه که موفق به دریافت خدمت شده‌اند به تفکیک جنس - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی - درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۰	بار مراجعه برآورده شده برای دریافت خدمات سرپایی در طول سال بر اساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه به تفکیک محل سکونت و جنس - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

شماره جدول	عنوان جدول
۲۱	شرح مفصلتر بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی به محل‌های ارائه خدمت مختلف به تفکیک وابستگی به بخش‌های مختلف و برحسب محل سکونت مراجعه کننده براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱
۲۲	بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول سال براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه به تفکیک سن - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۲۳	بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول سال براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه به تفکیک وضعیت بیمه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۲۴	انواع خدماتی که یکبارمراجعه از ارائه‌دهندگان خدمت دریافت می‌شود برحسب انواع ارائه‌دهندگان خدمت و انواع خدمات؛ براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۲۵	زمان صرف شده برای یک فرآیند مراجعه از اقدام تا دریافت؛ برحسب انواع ارائه‌دهندگان خدمت؛ براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۲۶	متوسط هزینه‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده پرداخت می‌شود برحسب پنج عنوان هزینه‌ای و به تفکیک ارائه دهنده خدمت برای یک مراجعه سرپایی که در نیمه دوم بهمن ماه داشته‌اند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان
۲۷	متوسط هزینه‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده پرداخت می‌شود برحسب پنج عنوان هزینه‌ای و به تفکیک محل ارائه خدمت برای یک مراجعه سرپایی که در نیمه دوم بهمن ماه داشته‌اند؛ براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان - مرتب شده براساس بار مراجعه
۲۸	متوسط هزینه‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده در طول سال پرداخت می‌شود برحسب پنج عنوان هزینه‌ای و به تفکیک محل‌های کلی مراجعه برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان
۲۹	برآورد برای مجموع هزینه‌هایی که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده در طول سال پرداخت می‌شود برحسب وضعیت سکونت؛ بهره‌مندی از بیمه و جنس افراد به تفکیک محل‌های کلی مراجعه؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان
۳۰	نتیجه مراجعه و دریافت خدمات بهداشتی درمانی براساس گفته خود مراجعه کننده؛ به تفکیک محل‌های کلی مراجعه؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۱	هزینه یکبار مراجعه برحسب نتیجه دریافت خدمات بهداشتی درمانی براساس گفته خود مراجعه کننده؛ به تفکیک محل‌های کلی مراجعه؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان
۳۲	چگونگی پاسخگویی نظام بهداشتی درمانی به مراجعین سرپایی برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی؛ از طریق اندازه‌گیری حیطه‌های هفتگانه رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۳	فراوانی نسبی علل مختلف عدم تصمیم‌گیری (اقدام) جهت بستری شدن در افرادی که در طول یکسال گذشته احساس نیاز به خدمات بستری داشته‌اند؛ به تفکیک محل سکونت نیازمند، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۵/۱	نسبتی که برای درمان بستری طی یکسال قبل احساس نیاز کرده‌اند؛ نسبتی که برای بستری شدن مراجعه کرده‌اند و نسبتی که بستری شده‌اند؛ به تفکیک محل سکونت؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۴	نسبتی (درصد) که برای درمان بستری طی یکسال قبل احساس نیاز کرده‌اند؛ نسبتی که برای بستری شدن مراجعه کرده‌اند و نسبتی که بستری شده‌اند؛ به تفکیک سن، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

شماره جدول	عنوان جدول
۳۵	نسبتی که برای درمان بستری طی یکسال قبل احساس نیاز کرده‌اند؛ نسبتی که برای بستری شدن مراجعه کرده‌اند و نسبتی که بستری شده‌اند؛ به تفکیک جنس، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۶	طول مدتی که مراجعه کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است. به تفکیک نوع بیمارستانی که به آن مراجعه شده است، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۷	طول مدتی که مراجعه کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است به تفکیک نوع بیمارستانی که به آن مراجعه شده است، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۸	طول مدتی که مراجعه کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است. به تفکیک محل سکونت مراجعه کننده، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۳۹	طول مدتی که مراجعه کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است. به تفکیک جنس، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۰	طول مدتی که مراجعه کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است. به تفکیک نوع بیمه مراجعه کننده، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۱	بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است، در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک نوع بیمارستان بستری کننده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۲	بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است، در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک سن - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۳	بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است، در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک محل سکونت بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۴	بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است، در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک جنس بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۵	بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است، در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک نوع بیمه فرد بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۶	انواع بخشهایی که افراد موجود در نمونه طی سال گذشته در آن بستری شده‌اند و تنوع خدمات دریافت شده در بخشهای مذکور - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۷	درصدی از بیماران بستری شده که به بیمارستانهای دیگر منتقل می‌شوند و دلایل انتقال آنها - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۸	متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۴۹	متوسط مخارج بستری شدن در بیمارستان برای زایمان و یا سزارین در طول سال قبل به تفکیک نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۰	متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک جنس و محل سکونت فرد بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۱	متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک سن فرد بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۲	متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک نوع بیمه فرد بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۳	متوسط پولی که افراد در طول سال برای هزینه درمان بستری از جیب می‌پردازند؛ به تفکیک سن و جنس و سکونت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - تومان
۵۴	متوسط پولی که افراد در طول سال برای هزینه درمان سرپایی و بستری از جیب می‌پردازند؛ به تفکیک سن

شماره جدول	عنوان جدول
۵۵	و جنس و سکونت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - تومان نتیجه بستری شدن فرد در بیمارستان به گفته خود فرد؛ به تفکیک نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۶	نتیجه بستری شدن فرد در بیمارستان به گفته خود فرد، به تفکیک محل سکونت و سن - مطالعه بهره-مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۷	تاثیر پرداخت‌های مستقیم هزینه بستری بر درآمد ماهیانه؛ پس‌انداز و فروش داراییها و قرض دار شدن فرد یا خانواده؛ به تفکیک نوع بیمارستان بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۵۸	رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری؛ به تفکیک جنس؛ سکونت؛ وضعیت بیمه؛ محل بستری و نوع حمایت از فرد بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱
۱ - ه	برآوردی از بار مراجعه و تعداد مراجعه در طول سال ۱۳۸۱ برحسب بخش و نوع ارائه دهنده خدمات؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی
۲ - ه	متوسط هزینه‌های سالانه بهداشت و درمان که مستقیماً توسط خانوار صورت می‌گیرد؛ برگرفته از مطالعه سالانه «هزینه درآمد خانوارهای ایرانی» مرکز آمار ایران سال ۱۳۸۱
۳ - ه	مقایسه بین سهم دریافت؛ در بین بخش دولتی و خصوصی از هزینه‌هایی که دولت یا خانوارها در بازار سلامت ایران انجام می‌دهند و سهم ارائه خدمات در بین بخش دولتی و خصوصی
۴ - ه	مقایسه نتایج مربوط به ایران در مطالعه بخش EPI سازمان بهداشت جهانی در مورد میزانهای پاسخگویی در ۱۷ کشور با نتایج مطالعه بهره‌مندی در ایران (نتایج مطالعه ۱۷ کشور تعدیل شده) و مطالعه بهره‌مندی خام گزارش شده است.
۱- پ	ارتباط بین پوشش بیمه و داراییهای خانوار به تفکیک مشاغل و برحسب محل سکونت پس از کنترل سایر عوامل
۲- پ	ارتباط بین پوشش دوسازمان عمده بیمه و داراییهای خانوار به تفکیک مشاغل و برحسب محل سکونت پس از کنترل سایر عوامل
۳- پ	ارتباط بین بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی با عواملی چون سن، جنس، تاهل، تحصیلات، شغل، پوشش بیمه، دارایی خانوار و محل سکونت

دیباچه

هرکشوری سهمی از درآمدهای ملی خود را به حفظ و ارتقاء سلامت جامعه اختصاص می‌دهد. مسله مهم میزان منابع مالی است که کشورها در این زمینه هزینه می‌کنند و مقدار نتیجه یا «سطح سلامتی» است که برای جامعه تامین می‌کنند. عملکردهای (Performance) نظام سلامت در جهان بشدت متنوع است. کشورهای زیادی وجود دارند که با سطح درآمد مشابه، نسبت‌های برابر از درآمد ملی که به سلامت اختصاص می‌دهند، سطح تحصیلات مشابه در جامعه و ... ولی با ارائه سطوح عملکردی متفاوت نظام سلامت. کشورهایی هم هستند که مقادیر هزینه‌های سلامت "Health Expenditure" آنها خیلی کمتر از کشورهای مشابه است ولی عملکرد بالاتر و بهتری را ارائه می‌دهند.

عملکرد و کارایی (Efficiency) نظام سلامت همیشه مورد توجه، سیاستگذاران و برنامه‌ریزان اقتصاد کلان کشورها بوده است.

همواره اندازه‌گیری عملکردها و در نتیجه تعیین کارایی نظام سلامت به ازای یک واحد هزینه (همانگونه که در علم اقتصاد به آن می‌پردازند) مورد مناقشه بوده است. شاخصهای متعددی برای اندازه‌گیری عملکرد نظام سلامت همچون میزان مرگ کودکان زیر یکسال یا زیر پنج سال، میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان، امید زندگی، میزان مرگ گروه سنی ۱۵ تا ۵۰ سال و ... بکار رفته است. اخیراً سازمان جهانی بهداشت با پیشنهاد «شاخصهای خلاصه برای اندازه‌گیری سلامت مردم» (Summary Measures of Population Health, SMPH) فضای مقایسه‌های بین‌المللی، مقایسه‌های بین مناطق و استانها در درون کشورها، و اندازه‌گیری کارایی نظام‌های سلامت را شفاف نموده است.

در حال حاضر میانگین موزون شده پنج شاخص؛ بعنوان ابزار اندازه‌گیری برای دستیابی به اهداف نظام سلامت مورد توجه هستند.

شاخصهایی که با آنها عملکرد نظام سلامت را می‌سنجند عبارتند از:

- سطح سلامتی جامعه و توزیع آن در مناطق و گروههای اجتماعی
 - سطح پاسخگویی نظام سلامت و توزیع آن در مناطق و گروههای اجتماعی
 - میانگین حفاظت از مردم در مقابل هزینه‌های سلامتی
- از سال ۱۳۷۹ که روشها و شیوه‌های اندازه‌گیری این شاخصها بصورت شفافتر و اجرایی‌تر مطرح شده است؛ «حوزه سلامت» در جهت بکارگیری این روشها و اندازه‌گیری این شاخصها حرکت‌های مناسبی را شروع کرده است.
- ثبت مرگ و میر براساس علت، سن و جنس و سکونت بعنوان پایه اندازه‌گیری این شاخصها که نتایج آن تاکنون هر ساله منتشر شده است
 - اندازه‌گیری بار بیماریها در سه استان پایلوت اصلاحات نظام سلامت و گسترش روشها و امکانات آن به سایر استانها و در سطح ملی
 - اندازه‌گیری امید زندگی توأم با سلامتی

- اندازه‌گیری میزان بهره‌مندی مردم از نظام سلامت و پاسخگویی نظام در مورد آنها
 - اندازه‌گیری عادلانه بودن هزینه‌های تحمیل شده به مردم در قبال دریافت خدمات سلامت و نسبتی از مردم که دچار هزینه‌های «مصیبت بار» می‌شوند.
 - تعیین و تدوین «حسابهای ملی سلامت» با همکاری مرکز آمار ایران و سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی
- نمونه‌هایی از این حرکت است.

مطالعه موجود با هدف اندازه‌گیری نیاز مردم به دریافت خدمات مربوط به سلامت، اقدام آنها برای دریافت خدمات، بار مراجعه آنها (پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای مرتبط به سلامت)، خدمات ارائه شده به آنها، زمان و هزینه‌هایی که مردم برای دریافت این خدمات صرف می‌کنند و در نهایت چگونگی پاسخگویی نظام سلامت به نیازهای غیرسلامتی و رعایت حقوق فردی آنها انجام شده است.

با استفاده از نتایج این مطالعه، انجام مقایسه‌های متنوعی مثل مقایسه بین:

- میزان پاسخگویی بخشهای مختلف دولتی و خصوصی
- میزان پاسخگویی نظام سلامت ایران در جریان خدمات سرپایی و بستری
- مقدار هزینه‌ای که مستقیماً از جیب مردم در قبال دریافت خدمات از بخش دولتی و خصوصی صورت می‌گیرد و بار مراجعه به هریک از این بخشها و صرف هزینه برای هر نوعی از خدمت
- نسبتی از مردم که در جریان دریافت خدمات سرپایی و بستری دچار «هزینه‌های مصیبت‌بار» می‌شوند.
- و ...

امکان پذیر شده است. این مطالعه نقاط ضعف و قوت نظام ارائه خدمات در بخش‌های دولتی و خصوصی را بخوبی روشن می‌کند.

در نهایت؛ این اولین بار است که وزارت بهداشت و درمان به نقد عملکرد خود در جهت بهره‌مندی مردم از خدمات دولتی و بخش خصوصی پرداخته است و امیدوارم انتشار این مطالعه در «سال پاسخگویی» نیز بعنوان اقدامی مثبت در جهت شفاف نمودن فضای کاری دولت جمهوری اسلامی مورد ارزیابی قرار گیرد.

دکتر مسعود پزشکیان

وزیر بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

مهرسال ۱۳۸۳ - تهران

پیشگفتار :

هر سال در ماههای شهریور و مهر حوزه‌های مرکزی وزارتخانه‌های متعدد کشور منجمله وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، درگیر تعیین بودجه‌های سال بعد می‌شوند شاخصهای عملکرد در بسیاری از نهادهای دولتی بخوبی قابل اندازه‌گیری و ارائه است. بخوبی کارآیی برخی از نهادها در قبال اعتبار دریافت شده قابل سنجش و حجم کار پیش‌بینی شده و در نتیجه مقدار اعتبار مورد نیاز قابل برآورد است.

بخش سلامت، یک سازمان دارای ابعاد متنوع و درعین حال درهم پیچیده است. قسمتی از آن در «هزارتوهای» درونی بخش خصوصی، قسمتی از آن در لایه‌های درونی بخشهای عمومی و دولتی دیگر، قسمتهایی از آن در درون استانها، دانشگاههای علوم پزشکی، شبکه‌های بهداشت و درمان و بیمارستانها و کلینیکهای تخصصی مرتبط با حوزه دولتی بخش بهداشت و درمان گسترده می‌شود.

عملکرد بسیاری از بخشهای دولتی و خصوصی، توسعه اجتماعی و اقتصادی کشور تحولات بین‌المللی، بسیاری از حوادث انسانی، زیستی، شیمیایی و یا غیرمترقبه طبیعی در کشورهای دور و نزدیک بر سازوکارهای درونی این بخش بسرعت و شدت تاثیرگذار است.

عملکردی که تاکنون برای بخش سلامت در نظر گرفته می‌شد همواره:

- یا قابل سنجش نبود یا سنجش‌هایش مورد تردید بود
- آمیخته با برآیند عملکرد سایر بخشها بود
- شاخص یا حتی شاخصهای محدود و مناسبی که همه ابعاد آن را نشان دهد وجود نداشت
- شاخصهای حقیقی آن به زبان اقتصاد دانان و سیاستگذاران قابل ترجمه نبود.
- اندازه‌گیری عملکرد آن در همه ابعاد یا قابل ثبت نیست و یا در صورتیکه بصورت مقطعی تعیین شود بشدت گران تمام می‌شود.
- هر بخشی از این ساختار درهم پیچیده مجموعه شاخص‌هایی برای ارزیابی خود تعیین کرده، که آنها نه همه ابعاد عملکرد آن را نشان می‌دهد و نه با بخشهای دیگر جمع‌پذیر است.

خوشبختانه ارائه تجربه موفق سازمان جهانی بهداشت در مورد شاخصهای SMPH یا «شاخصهای خلاصه برای اندازه‌گیری سلامت مردم» راه‌گشای مناسبی برای تنگناهای مذکور بود، بگونه‌ایکه نه تنها در سیاستها و راهکارهای برنامه سوم و چهارم توسعه اجتماعی اقتصادی کشور ما همه یا برخی از این شاخصها برای اولویت‌بندی، ارزیابی عملکرد و سنجش کارآیی گنجانبده شده، بلکه زمینه اجرایی برای اندازه‌گیری و اعمال همه آنها فراهم شده و در مواردی که کار به نتیجه رسیده بهترین مبنای را برای سیاستگذاران و اجرا فراهم نموده است.

نمونه‌هایی از این کاربریها عبارتند از:

- نشان دادن وقوع Health Transition و دگرگون شدن سیمای سلامت در ایران و ضرورت تغییر جهت‌گیری محتوای نظام سلامت
- به تصویب رساندن وجود شورای عالی سلامت با ریاست رئیس محترم جمهور و تشکیل دو جلسه از این شورا با مصوباتی در مورد مقابله با مشکلات ناشی از دگرگون شدن سیمای سلامت مثل:
 - همکاری جمعی همه اعضا دولت با صدمات و آسیبهای ناشی از حوادث ترافیکی و لزوم جلوگیری از وقوع و کنترل بروز آنها
 - مقابله با عوامل خطر مسبب بیماریهای قلبی عروقی
 - مقابله با عوامل زیان بار دگرگونی عادات تغذیه‌ای
 - اتخاذ راهکارهای مناسب برای عادلانه‌تر نمودن توزیع سلامتی در جامعه
 - ...

- حرکت به سمت تغییر محتوا و برنامه‌های شبکه‌های بهداشت و درمان، کشور و منطبق نمودن آن با نیاز کنونی جامعه که ناشی از دگرگونی سیمای سلامت جامعه است آغاز شده است. به گونه‌ای که «زیج حیاتی» که ابزار ارزشیابی فعالیت خانه‌های بهداشت است، فقط در زمینه فعالیتهای مربوط به باروری و خدمات مادر و کودک کارآیی داشت و اکنون در مرحله تغییر به «زیج سلامت» قرار گرفته است. زیج سلامت نه تنها همان فعالیتها را ارزشیابی می‌نماید بلکه برنامه‌های دیگر در زمینه نیازهای سلامت کنونی مثل ارتقاء ایمنی در مناطق روستایی، مقابله با

عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر، مراقبت از مبتلایان به بیماریهای غیرواگیر، معلولین و سالمندان ارتقاء بهداشت حرفه‌ای و افزایش ایمنی در محیط‌های کارگاهی روستاها، ارتقا الگوهای تغذیه‌ای، مراقبت‌های ممتد مادر و کودک و کشف عوامل خطر در رشد کودکان، ارتقاء شیوه‌های زندگی سالم، فراهم آوردن شرایط زندگی در «خانه‌های سالم» و ... را ارزیابی و پیش می‌کند.

قسمت عمده‌ای از «بخش سلامت» در درون «بازار سلامت» (Health Market) قرار دارد و اساساً «حوزه معاونت سلامت» بعنوان بازوی سیاست ساز، کارشناسی و اجرایی دولت باید بازار سلامت را به دلیل اینکه یک بازار ناقص (Failure Market) است، مدیریت نماید و آن را هر لحظه بصورت یک بازار مدیریت شده (Managed Market) در جهت تامین منافع نیازمندان به خدمات بهداشتی درمانی پایدار نماید.

مهمترین ابزار این مدیریت که بخشی از شاخصهای SMPH است، شاخصهای مربوط به بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، پاسخگویی نظام به نیازهای مربوط به سلامت و پاسخگویی نظام به نیازهای غیرمرتبط با سلامت در زمان دریافت خدمات سلامت (حقوق فردی مراجعه کننده) است. این مطالعه با محتوای بهره‌مندی و پاسخگویی شاخصهای متنوعی را برای مدیریت این بازار در اختیار سیاستگذاران و مدیران بازار قرار می‌دهد. مثل:

- بار نیاز، بار اقدام و بار مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی
- دلایل عدم بهره‌مندی مردم از بازار (نسبت مراجعه به نیاز) و توزیع آن
- ترکیب مراجعه به انواع ارائه‌دهندگان خدمات
- ترکیب خدمات دریافت شده در قبال یک مراجعه
- زمان صرف شده برای دسترسی به مکان ارائه خدمت، زمان انتظار برای دریافت و زمان صرف شده در جریان دریافت خدمت و ...
- هزینه‌های تحمیل شده به جیب مردم بصورت مستقیم و یا غیرمستقیم
- توزیع هزینه‌های مذکور برای پاسخگویی به هریک از بخشهای مختلف یک نیاز
- سهمی که هریک از بخشهای بازار (بخش دولتی یا خصوصی) در هزینه‌سازی و هزینه تراشی برای مراجعه کننده دارند
- باری که هزینه‌های مذکور بر زندگی مراجعین به بازار وارد می‌کند
- اندازه عادلانه بودن فشار هزینه‌های مذکور بر زندگی مراجعین به بازار
- سطح و توزیع پاسخگویی ارائه دهندگان خدمات به نیازهای مرتبط با سلامتی مراجعه‌کنندگان به بازار
- سطح و توزیع و پاسخگویی ارائه‌دهندگان خدمت به نیازهای غیرمرتبط با سلامتی مراجعه‌کنندگان (رعایت حقوق فردی) به بازار
- کیفیت کالای ارائه شده و اثربخشی آن
- ...

امیدوارم:

- بخش سلامت بتواند در سال ۱۳۸۴ بازار سلامت ایران را با استفاده از شاخصهای مذکور بهتر مدیریت نماید
- سیاست‌سازان و سیاستگذاران و مجریان، با استفاده از «شاخصهای خلاصه برای اندازه‌گیری سلامت مردم» بتوانند محتوای نظام سلامت را به سمت نیازهای کنونی سلامت جامعه هدایت کنند.
- دانشمندان، دانشگاهیان و مجریان با استاندارد نمودن کالای ارائه شده (بسته‌های خدمت) و دولتمردان با قیمت گذاری مناسب بر آنها، بازار سلامت ایران را از اعمال فشار به مراجعین و وارد آوردن «هزینه‌های مصبت بار» بر آنها بازدارند.
- همکاران حوزه سلامت بتوانند بزودی «بسته‌ای» را تحویل نمایند که بتواند بهره‌مندی و پاسخگویی را بایک پرسشنامه، نمونه‌گیری، روش تجزیه و تحلیل استاندارد شده اندازه‌گیری نماید و مدیریت دانشگاههای علوم پزشکی بتواند با بصیرت کامل بازارهای سلامت درون استانها را هدایت نمایند و حوزه ستاد مرکزی نیز بتواند همگنی و عدالت منطقه‌ای در بهره‌مندی از خدمات و پاسخگویی را تدوین و مدیریت نماید.

دکتر محمداسماعیل اکبری

معاونت سلامت

شهریور ۱۳۸۳ - تهران

الف: مقدمه

جمهوری اسلامی ایران با مساحتی حدود ۱۶۴۸۰۰۰ کیلومتر مربع، شانزدهمین کشور وسیع دنیاست. این کشور با جمعیتی نزدیک ۶۵ میلیون نفر (که ۶۵٪ آنها ساکن شهر و ۳۵٪ ساکن روستا هستند) و GDP، ۱۱۵^(۱) میلیارد دلار دومین کشور پرجمعیت خاورمیانه و دومین قدرت اقتصادی منطقه است. در بین کشورهای تولیدکننده نفت (OPEC) ایران دومین رتبه را به لحاظ تولید نفت داشته و میزان ذخائر گاز طبیعی آن پس از روسیه در جهان رتبه دوم را دارد.

در طول دهه‌های اخیر تلاش‌های زیادی برای ارتقاء شاخص‌های سلامتی، توسعه انسانی، امنیت و عدالت اجتماعی در ایران به عمل آمده است. برخی نتایج این تلاش‌ها عبارتند از افزایش امید به زندگی از ۳۶ سال در دهه ۱۹۵۰ به ۷۰ سال، ارتقاء سطح آموزش رسمی در سطح ابتدایی از ۶۰ به بیش از ۹۰٪^(۲)، کاهش مرگ زیر ۵ سال از ۱۲۲^(۳) در دهه ۷۰ میلادی به ۳۵ در هزار تولد زنده در سال ۲۰۰۰^(۴) و بهبود بسیاری از شاخص‌های دیگر توسعه.

با وجود تمامی این تلاش‌ها نظام اجتماعی کشور با شماری از چالش‌ها مواجه است. از جمله چالش‌های مهم در دو دهه اخیر موضوع ایجاد و توسعه عدالت اجتماعی بوده است. تلاش برای توسعه پوشش بیمه‌ای، تلاش برای ایجاد تامین اجتماعی برای گروه‌ها و اقشار آسیب‌پذیر، توسعه مؤسسات دولتی، خیریه و غیردولتی از جمله آنهاست. توسعه نظام سطح‌بندی شده مراقبت‌های بهداشتی اولیه، موضوعی است که در دو دهه اخیر بدان اهتمام ویژه‌ای شده و آثار مثبتی را نیز در بهبود شاخص‌های بهداشتی داشته است.

در طول دو دهه اخیر، ایران با یک تغییر سریع، در ابتدا با افزایش نسبی و سپس کاهش شدید، رشد جمعیت و تغییر آشکار در ساختار سنی جمعیت (Demographic Transition) روبرو بوده است. با مشارکت همین عامل و دلایل گوناگون دیگر سیمای مرگ و میر و بیماری (Epidemiologic Transition) بوضوح دچار تغییر شده است، همه اینها نشان‌دهنده دگرگونی سیمای سلامت یا Health Transition در کشور است. اما نه تنها دگرگونی سیمای سلامت، بلکه دگرگونی سیمای اپیدمیولوژیک و سیمای جمعیتی نیز در کشور از توزیعی یکسان برخوردار نیست. در کنار استانها و شهرستانهای سالمند، استانها و شهرستانهای جوان با ویژگیهای سلامتی مخصوص به خود قرار دارند. کاهش رشد جمعیت از ۳/۷ به ۱/۲ درصد و کاهش میزان باروری کلی از ۶/۸ به ۲، در سالهای ۱۹۷۰ تا ۲۰۰۱^(۵) نه تنها موجب کاهش رشد سریع جمعیت شده، بلکه موجب افزایش جمعیت جوان گردیده به طوری که حدود ۵۰٪ جمعیت کشور زیر ۲۰ سال^(۶) قرار دارند. به همین دلیل نه تنها ایجاد اشتغال یکی از مهم‌ترین نیازهای کشور است، بلکه بیماریها، آسیبها و مشکلات رفتاری و اجتماعی خاص گروه سنی جوان و میان‌سال، همچون حوادث غیرعمدی، اعتیاد، بیماریهای روانی و خشونت نیز برآیند دیگری از این ترکیب سنی جوان است.

آنچه که کشور طی دودهه اخیر بدان دست یافته است

شاخص	ابتدای دهه ۸۰ میلادی	سال ۲۰۰۳ میلادی
پوشش شبکه	غیرقابل توجه	بیش از ۹۰ درصد
امید به زندگی	۵۵ سال	۶۸ سال (مرد) ۷۰ سال (زن)
رشد جمعیت	۳/۴ درصد	۱/۲ درصد
میزان مرگ مادران	بیش از ۲۰۰ ^(۳)	۳۷ ^(۴) درصدهزار تولد زنده
میزان مرگ کودکان		
زیر یکسال	بیش از ۱۲۰ ^(۳)	۲۸/۱۶ ^(۲) به ازای هزار تولد زنده

تغییر ترکیب سنی جمعیت در بسیاری از مناطق کشور موجب آغاز سالمندی جامعه و بدنبال آن افزایش موارد بیماریهای مزمن و غیرواگیر شده و این موضوعی است که در سالهای اخیر مورد توجه برنامه‌ریزان سلامت قرار گرفته است. علاوه بر این، عواملی نظیر افزایش شهرنشینی، صنعتی شدن، گسترش سواد، افزایش دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی و بهبود تکنولوژی پزشکی و بهداشت، نه تنها روی تغییر سیمای سلامت جامعه نقش داشته و موجب گذار اپیدمیولوژیک از بیماریهای عفونی به بیماریهای مزمن و غیرعفونی شده‌اند؛ بلکه منجر به افزایش تبدیل نیازها به تقاضا و مراجعه بیشتر برای دریافت خدمات مربوط به سلامتی نیز شده است. در این میان باید به نقش عواملی نظیر رکود اقتصادی در برخی زمینه‌ها، نابرابری در توسعه مناطق مختلف، فاصله طبقات مختلف اجتماعی، خسارات ناشی از جنگ هشت ساله و تنوع بسیار متفاوت زیست محیطی مناطق مختلف کشور، اشاره نمود. اینها همگی از عواملی هستند که به نوعی باعث دوام بیماریهای واگیر در برخی مناطق گردیده است. در کنار اینها عواملی نظیر مهاجرت روستائیان به حاشیه شهرها و تغییر رفتارهای اجتماعی، موجب گسترش بیماریهای نوپدید و بازپدید و در نتیجه به دوگانگی نامتقارن چهره اپیدمیولوژیک کشور منجر شده است.

با توجه به آنچه اشاره شد، به طور خلاصه می‌توان گفت که سیمای سلامت در کشور ایران دارای چهار خصلت عمده است:

- ۱- گذار سریع دموگرافیک و تغییر ساختار سنی جمعیت در بخشی از مناطق کشور
- ۲- گذار اپیدمیولوژیک؛ گسترش بیماریهای مزمن و غیرواگیر در بخشی از مناطق کشور
- ۳- پایداری بیماریهای واگیر در برخی مناطق و تداوم بروز بیماریهای بازپدید و آغاز بروز بیماریهای نوپدید
- ۴- همه این دگرگونیها برخوردار از توزیعی نابرابر و پراکندگی نامتقارن، در کشور و حتی در درون^(۵) بسیاری از استانها است.

۱- ساختار ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران:

پس از شکل‌گیری حکومت‌های متمرکز مبتنی بر قانون، ساختارهای دولتی ارائه خدمات بهداشتی درمانی (Public) در کنار مبادله خدمات درمانی با کالا (مبادله پایپای خدمت با کار یا کالا) و یا با پولی که دریافت‌کننده مستقیماً می‌پردازد (Private)، شکل گرفت. البته همواره صورتهای ارائه خدمات بصورت خیریه (Charity) در کشور ما («وقف» یا غیر آن) وجود داشته است. بتدریج مشارکت دولتها در جهت ارائه خدمات بهداشتی درمانی افزایش یافت. در مواردی نیز شکلهایی از خدمات بهداشتی درمانی دولتی با ظاهر خیریه وجود داشت. با شکل‌گیری نظامهای مبتنی بر تامین اجتماعی در دنیا، نظام ارائه خدمات در قالب بیمه‌های کارگری و سپس بیمه‌های کارمندی نیز در کشور ما شکل گرفت. در سالهای نزدیک به وقوع انقلاب اسلامی در ایران، تجربه‌هایی مبتنی بر آزمونها و ساختارهای بین‌المللی، مثل تجربه ارومیه، تجربه کوار (فارس)، طرح سلسله ودفان (لرستان) و ... شکل گرفت. مجموعه‌ای از مشکلات و تنگناهای نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در سالهای قبل از انقلاب، تجربه‌های شکل گرفته در سالهای نزدیک به وقوع انقلاب، تجربه‌های بین‌المللی، فضای سیاسی خاص، پس از وقوع انقلاب اسلامی برای اجرای نظریات، گرایشها و عملکردهای نوین، شرایط لازمی را برای پیدایش یک جهش اصلاحی بزرگ در شکل و محتوای ارائه خدمات بهداشتی درمانی ایران فراهم نمود. این جهش اصلاحی بزرگ، موجب شکل‌گیری یک نظام اصولی و تعریف شده دولتی برای ارائه خدمات بهداشتی درمانی از نظر ذهنی و تاحدود زیاد، بصورت عینی در کنار نظام ارائه خدمات خصوصی و خیریه قدیمی و سنتی شد. این نظام سبب تحولات جدی در وضعیت سلامت کشور شد و بعنوان یک نمونه ارزشمند، در سطح بین‌المللی مطرح گردید.

۱-۱- نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی دولتی در ایران:

۱-۱-۱- ویژگیها:

به منظور دسترسی مردم به خدمات بهداشتی درمانی، وزارت بهداشت و درمان، مراقبتهای اولیه بهداشتی را بعنوان درون مایه شبکه‌های تعریف شده بهداشت و درمان جاری نمود. سیاستهای دولت برای این جریان عمدتاً بر سه اصل زیر پایه‌ریزی شد:

۱- اولویت خدمات پیش‌گیری بر خدمات درمانی

۲- اولویت مناطق محروم و روستایی بر مناطق شهری برخوردار از امکانات

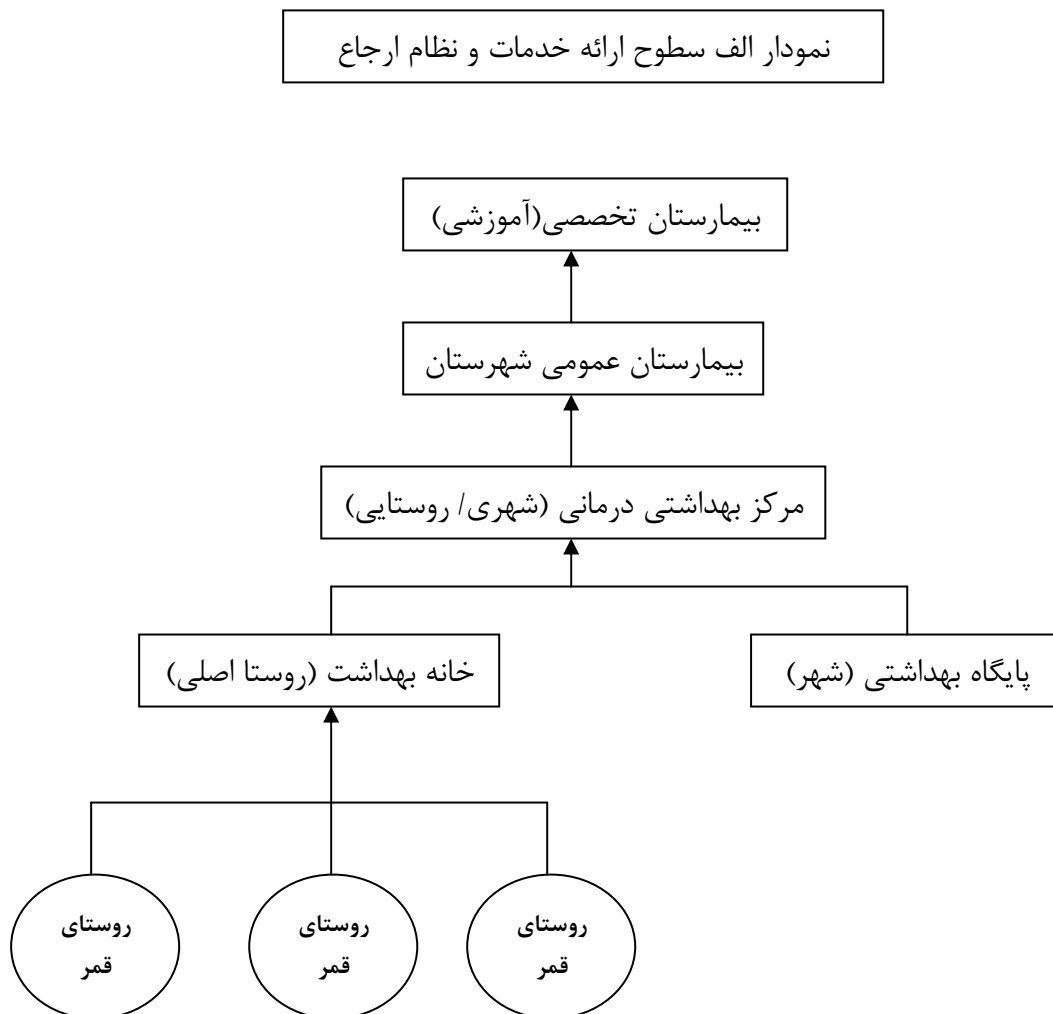
۳- اولویت خدمات سرپایی بر خدمات بستری

براساس سه اصل فوق در طول دهه ۱۳۶۰ نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی در قالب شبکه‌های بهداشتی درمانی شکل گرفت. این نظام دارای خصوصیات ذیل است:

- ۱- در این نظام، خدمات در سطوح مختلف ارائه می‌شود (سطح‌بندی خدمات و منابع)
 - ۲- ارائه خدمات به صورت ادغام یافته است
 - ۳- منابع در واحدهای مختلف سطح‌بندی شده، برای جمعیت‌های تعریف شده وجود دارد.
 - ۴- خدمات بصورت برنامه‌ریزی و با استانداردهای، روشن و تعریف شده، ارائه می‌شود.
- در سال‌های نخست شکل‌گیری نظام مراقبت‌های اولیه بهداشتی تمرکز برنامه‌ها و گسترش منابع بیشتر در محیط روستا بود، اما در سال‌های بعد به دلیل مهاجرت روستائیان به مناطق شهری خصوصاً حاشیه شهرها، و کمبود تسهیلات بهداشتی در این مناطق، برنامه‌ریزان سلامت کوشیدند این خدمات را به شهرها نیز توسعه دهند.

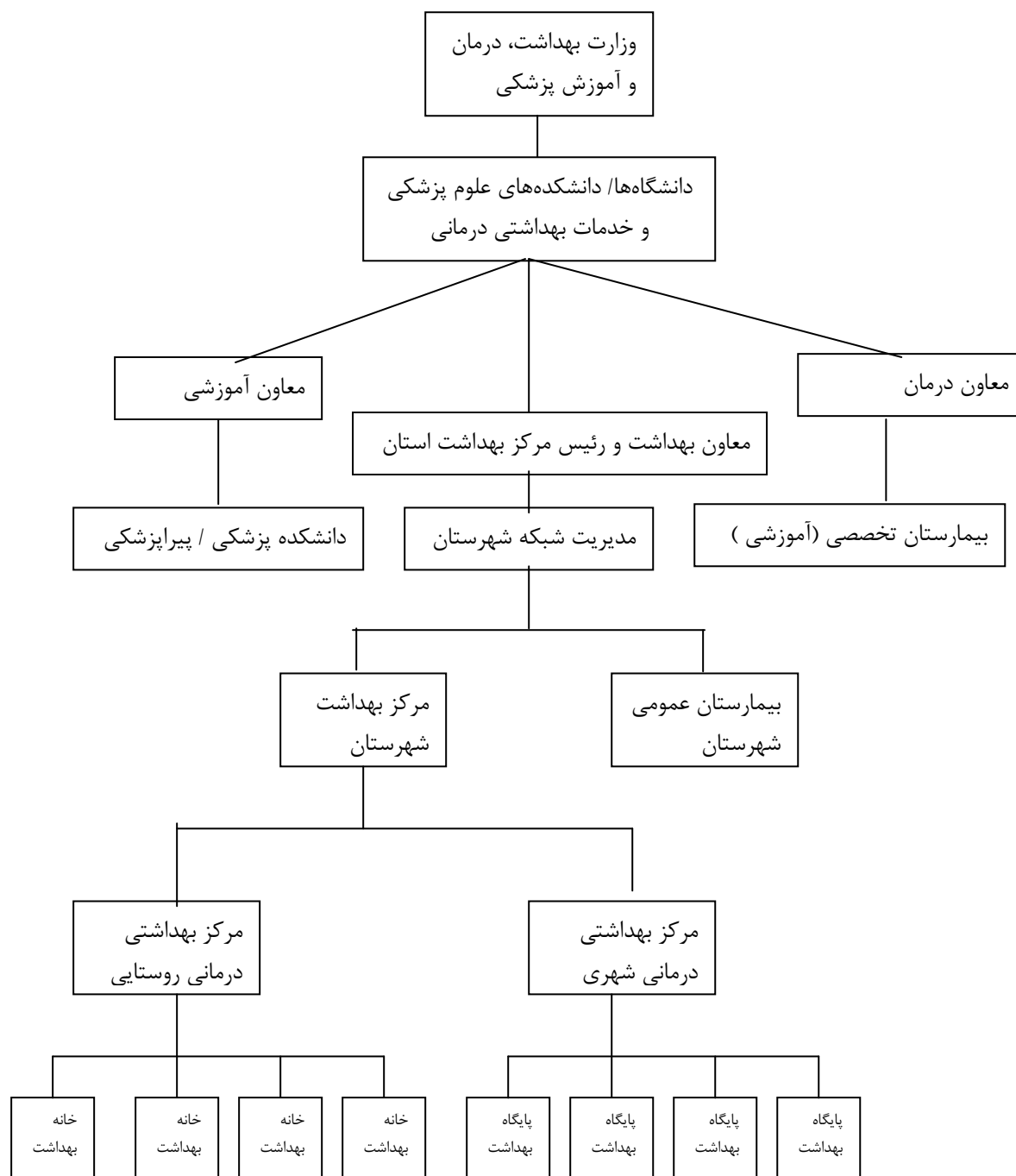
۲-۱-۱- سطوح:

سطوح مختلف ارائه خدمات و حرکت متقاضی خدمات بهداشتی درمانی در نظام شبکه در نمودار ذیل نشان داده شده است.



خانه بهداشت محیطی‌ترین واحد ارائه خدمت در محیط روستاست که جمعیتی در حدود ۱۵۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. معمولاً یک کارمند زن به نام بهورز در محل خانه بهداشت خدمت می‌کند. وظیفه اصلی بهورز ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه به جمعیت تحت پوشش است. هرخانه بهداشت یک تا چند روستا، یک روستای اصلی و چند روستا اقماری، را تحت پوشش دارند. روستای اصلی که محل استقرار خانه بهداشت است، معمولاً در سر راه روستائیان به شهر قرار دارد و از شمار بیشتری از جمعیت، نسبت به روستاهای اقماری برخوردار است. بهورزان از بین جوانان روستایی که از حسن شهرت به لحاظ رفتار اجتماعی، هوش و سایر صفات پسندیده برخوردارند انتخاب شده و پس از طی یک دوره دوساله در مرکز آموزش بهورزی شهرستان اقدام به ارائه خدمات در خانه بهداشت می‌نمایند. معمولاً برای جمعیت حدود هزار نفر، یک بهورز زن انتخاب می‌شود، در صورتیکه جمعیت بیش از این باشد یک بهورز مرد هم به خانه مزبور اضافه می‌شود. و اگر جمعیت تحت پوشش بیش از ۲ الی ۳ هزار نفر باشد بهورز سومی نیز به جمع مذکور اضافه می‌شود. در واقع بهورزان ارائه‌دهندگان چند پیشه خدمات سلامت هستند که توانایی ارائه خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه را دارا می‌باشند. تا پایان سال ۱۳۸۰، ۱۶۲۸۱ خانه بهداشت با حدود ۲۸ هزار نفر بهورز، نزدیک ۲۰ میلیون نفر (۰.۸۶٪) از جمعیت روستایی را تحت پوشش خود داشتند^(۶).

نمودار ب- تصویر سازمانی شبکه سلامت در کشور ایران (در بخش دولتی)



مرکز بهداشتی درمانی روستایی یک واحد روستایی است که یک تا پنج خانه بهداشت را تحت پوشش دارد. در این واحد حداقل یک پزشک عمومی و چند کاردان و پرسنل خدماتی دیگر مشغول به کار هستند. محل استقرار مرکز بهداشتی درمانی روستایی بیشتر در روستاهای بزرگی است که مسیر تردد روستائیان به مناطق شهری هستند.

پایگاه بهداشت شهری مسئول ارائه خدمات مراقبت‌های اولیه بهداشتی به جمعیت شهری است. ارائه این خدمات به مردم مناطق شهری شباهت زیادی به ارائه این خدمات در مناطق روستایی دارد. هر پایگاه بهداشت، جمعیتی در حدود ۱۲۰۰۰ نفر را تحت پوشش دارد. در هر پایگاه بهداشت سه نفر کاردان بهداشت خانواده، یک نفر کاردان بهداشت محیط و حرفه‌ای و یک نفر ماما ارائه خدمت می‌نمایند.

مرکز بهداشتی درمانی شهری اساساً شبیه مرکز بهداشتی درمانی روستایی است و سه تا پنج پایگاه بهداشت را تحت پوشش دارد. حداقل دو پزشک عمومی به منظور انجام وظایف مدیریتی مرکز (بویژه نظارت بر عملکرد پایگاهها) و همچنین پذیرش موارد ارجاعی در مرکز بهداشتی درمانی شهری اقدام به ارائه خدمات می‌نمایند. پایگاه بهداشت ضمیمه به همراه تعدادی از پرسنل خدماتی، مجموعاً ترکیب سازمانی مرکز بهداشتی درمانی شهری را تشکیل می‌دهند. خدمات ارائه شده در خانه‌های بهداشت و مراکز بهداشتی درمانی عمدتاً خدمات مراقبتی اولیه؛ شامل مراقبت مادر و کودک، تنظیم خانواده، بیماریابی و پی‌گیری (مواردی مثل سل، مالاریا، اختلالات روانی، فشارخون، دیابت و ...) خدمات بهداشت محیط، بهداشت حرفه‌ای، بهداشت مدارس و بهداشت دهان و دندان می‌باشد. علاوه بر این، خدمات، درمان‌های ساده علامتی در سطح خانه بهداشت و درمان بیماران ارجاعی و موارد اورژانس (و نیز بیماران مراجعه کننده سرپایی) در مراکز بهداشتی درمانی انجام می‌شود.

مدیریت شبکه شهرستان مسئول هماهنگی فعالیت‌های ارائه خدمات بهداشتی و نیز درمانی در حوزه شهرستان است. مرکز بهداشت شهرستان و بیمارستان(های) شهرستان در زیر چتر مدیریت آن قرار دارد.

مرکز بهداشت شهرستان یک سطح مدیریتی است که مسئول اجرای فرایندهایی همچون برنامه‌ریزی، پایش، ارزشیابی، پشتیبانی منابع، انجام خدمات فنی و پیچیده‌تر در عرصه خدمات بهداشتی در حوزه شهرستان است.

مرکز بهداشت استان (معاونت بهداشتی)، معاونت درمان، معاونت آموزشی؛ وظایف پشتیبانی، هماهنگی، پایش و ارزشیابی خدمات بهداشتی، درمانی و آموزشی را بعهده دارند.

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی: در ایران وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی دارای دو مسئولیت اساسی است. این وزارتخانه مسئول آموزش پزشکی (و علوم وابسته) و نیز ارائه خدمات سلامت به تمامی مردم پهنه جغرافیایی کشور است. در هر استان از کشور یک و در تعداد محدودی از استانها دو یا چند دانشگاه و دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی مسئول اجرای دو مأموریت فوق در حوزه استانی (یا منطقه‌ای) هستند. با توجه به استقرار دانشگاههای علوم پزشکی در مناطق مختلف کشور که تحت سرپرستی وزارتخانه اقدام به آموزش رشته‌های مختلف علوم پزشکی می‌نمایند. پیوند بین دانشگاه که بخش اساسی از بدنه علمی نظام سلامت را تشکیل می‌دهند با شبکه‌های ارائه خدمات بهداشتی درمانی، امکان مشارکت و همکاری بیشتر، در طراحی و

پیاده‌سازی برنامه‌های سلامت را بوجود آمده است. این تعامل موجب توسعه نظام شبکه به سوی ارائه خدمات مؤثر، عادلانه‌تر شدن و پایداری نظام سلامت شده است.

از آنچه که بعنوان شبکه بهداشت و درمان، روندهای مراقبتی، حرکت بیمار و فراگردهای اطلاعاتی مربوط به آن از قبل طراحی شده بود، به دلیل دگرگونی‌های سریع سیاسی، اجتماعی، اقتصادی، جمعیتی و اپیدمیولوژیک، بخشهایی بطور کامل تحقق نیافت، از آنچه که طراحی شده بود تا حد بیمارستانهای عمومی و تخصصی، البته نه بطور کامل، تحقق پیدا کرد. ولی روندهای مراقبتی پیچیده، ارجاع بیمار، فراگردهای اطلاعاتی درمورد بیمار و اقدام برای تداوم مراقبتهای بیمار در خارج از بیمارستان هنوز شکل نگرفته است.

پروژه «اصلاحات در نظام سلامت» (Health Sector Reform) مترصد حل بسیاری از این چالشها و شکل‌دهی آنچه که هنوز شکل نگرفته و انطباق نظام ارائه خدمات با ویژگیهای اپیدمیولوژیک، جمعیتی و اقتصادی اجتماعی کنونی است.

۳-۱-۱ - نظام اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اولیه

نظام اطلاعات مراقبت‌های بهداشتی اولیه، عمدتاً بر محور داده‌هایی است که در سطوح محیطی واحدهای ارائه خدمت جمع‌آوری می‌شود. با توجه به این که در حال حاضر خانه‌های بهداشت ۸۶٪ از مردم روستایی را تحت پوشش دارند و علاوه بر این با گسترش پایگاه‌های بهداشت موجب افزایش هرچه بیشتر جمعیت تحت پوشش مناطق شهری شده است، داده‌ها و اطلاعات به دست آمده از اعتبار بسیار بالایی برخوردار است. نظام شبکه توانسته است با استفاده از ابزار و روش‌های خاصی اقدام به راه‌اندازی یک نظام ثبت اطلاعات جاری نماید. اجزای این نظام برای ثبت جاری اطلاعات، عمدتاً شامل پرونده‌های خانوار، دفاتر مراقبت ماهیانه، فرم‌های گزارش آماری ماهیانه، زیج حیاتی و نرم افزار نظام شبکه است.

از آنجا که به دلایل مختلف از جمله نیازهای متنوع برنامه‌ریزان و سیاستگذاران، نظام ثبت اطلاعات جاری، پاسخگویی تمامی نیازهای طراحی و اجرای برنامه‌های سلامت نیست، لذا با استفاده از روش‌های دیگری نیز به صورت دوره‌ای اقدام به گردآوری برخی اطلاعات مورد نیاز می‌شود. این روش‌ها عمدتاً عبارتند از: مطالعات تحقیقی منطقه‌ای و کشوری دوره‌ای بصورت نمونه‌گیری و ثبت اطلاعات پزشکی در واحدهای درمانی

۲-۱ - سایر بخشهای عمومی ارائه خدمات بهداشتی درمانی

علاوه بر دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی که جایگزین وزارت بهداشت و درمان در سطح استان است و با استفاده از شبکه‌های بهداشت و درمان و بیمارستانها ارائه خدمات بهداشتی درمانی و آموزش پزشکی را بعهده دارند، سازمانهای دیگر دولتی و نیمه‌دولتی نیز به ارائه خدمات بهداشتی درمانی (عمدتاً درمانی) اشتغال دارند. برخی از این سازمانها و نهادها عبارتند از:

- **سازمان تامین اجتماعی:** این سازمان خدمات درمانی سرپایی و بستری را در واحدهای ملکی خود ارائه می‌دهد. بطور عمده دریافت کنندگان خدمات بهداشتی درمانی از سازمان مزبور، بیمه‌شدگان تامین اجتماعی هستند. علاوه بر این، بیمه‌شدگان این سازمان می‌توانند

بسیاری از خدمات مورد نیاز خود را از بخش خصوصی طرف قرارداد یا سایر بخشهای دولتی نیز دریافت نمایند. سایر افراد (غیر بیمه‌شدگان تامین اجتماعی) نیز می‌توانند با پرداخت تعرفه‌های دولتی از خدمات ارائه شده در واحدهای بهداشتی درمانی سازمان مزبور بهره‌مند گردند.

- **سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح:** نیروهای مسلح در جمهوری اسلامی ایران، شامل: ارتش، سپاه پاسداران و نیروهای انتظامی نیز برای پرسنل نظامی و غیرنظامی خود و خانواده آنها بیمارستانها و درمانگاههایی دارند، همچنین این افراد می‌توانند از بخش خصوصی طرف قرارداد با سازمان بیمه نیروهای مسلح و سایر بخشهای دولتی نیز استفاده نمایند.

- **سایر بخشهای دولتی:** که مستقیماً به نیروی انسانی خود و خانواده آنها ارائه خدمت می‌نمایند:

○ **وزارت نفت:** خدمات درمانی سرپایی و بستری به پرسنل خود و خانواده آنها ارائه می‌نماید

○ **بانک مرکزی، شهرداری تهران، وزارت دادگستری، وزارت آموزش و پرورش و ...:** نیز نسبت به ارائه خدمات درمانی بستری یا سرپایی بطور مستقیم به پرسنل خود اقدام می‌نمایند.

○ **سازمان بیمه خدمات درمانی و کمیته امداد امام (ره):** این دو سازمان مستقیماً نسبت به ارائه خدمات درمانی و بهداشتی اقدام نمی‌کنند یا عبارت دیگر مراکز سرپایی و بستری ملکی در این نهادها وجود ندارند.

■ سازمان بیمه خدمات درمانی کلیه کارمندان رسمی دولتی، روستائیان و خویش فرمایان (افراد دارای مشاغل آزاد) را تحت پوشش قرار می‌دهند.

■ کمیته امداد امام (ره) نیز با تحت پوشش قراردادن اقشار آسیب‌پذیر جامعه (اقشار کم درآمد و آسیب‌پذیر که به نوعی در چتر حمایتی آن کمیته قرار دارند) نیز تسهیلاتی را برای بهره‌مندی از خدمات آنان فراهم می‌نمایند.

سازمان بیمه خدمات درمانی، بعنوان یک سازمان بیمه‌گر دولتی، گسترده‌ترین پوشش بیمه‌ای را دارد. بیمه‌شدگان این سازمان و افراد تحت پوشش کمیته امداد امام (ره) می‌توانند از خدمات درمان بستری و سرپایی بخش خصوصی طرف قرارداد این دو نهاد در حد تعرفه‌های دولتی و مراکز، بیمارستانها و پلی کلینیکهای تحت پوشش دانشگاههای علوم پزشکی استفاده نمایند.

○ **بنیاد شهید و بنیاد جانبازان:** این دو نهاد نیز به جانبازان جنگ تحمیلی و خانواده آنها و خانواده شهدا در مراکز توانبخشی، درمان بستری و سرپایی مستقیماً، خدمات ارائه می‌نمایند.

○ **سازمان بهزیستی:** بطور عمده این سازمان به آسیب‌دیدگان جسمی و روانی و اجتماعی، خدمات توانبخشی ارائه می‌نماید. این خدمات بطور عمده رایگان است

ج: بخش خصوصی:

قدیمی‌ترین بخش ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور است. این بخش خدمات خود را بصورت مستقیم و با دریافت پول به مراجعین ارائه می‌نمود. بخش خصوصی در حال حاضر نه تنها مستقیماً از مراجعین هزینه‌های خود را دریافت می‌کند، در مواردی بخشی از هزینه‌های خود را از طریق سازمان‌های بیمه‌گر (تامین اجتماعی، نیروهای مسلح، سازمان خدمات درمانی کمیته امداد امام (ره) و...) نیز دریافت می‌کند. البته در مواردی این بخش مشمول یارانه‌های دولتی بخصوص در مورد خرید وسایل و تجهیزات پیچیده نیز می‌گردد.

عرصه فعالیت این بخش بطور عمده خدمات درمان سرپایی، خدمات تشخیصی، خدمات درمان بستری (محدود)، خدمات توانبخشی و خدمات مشاوره‌ای است.

دریافت‌های این بخش معمولاً باید در چارچوب تعرفه‌های تعیین شده از طرف دولت باشد ولی در اغلب موارد اینچنین نیست. تقاضای خدمات درمان سرپایی در مناطق شهری بطور عمده بوسیله این بخش پاسخ داده می‌شود و بخشی از روستائیان نیز که برای دریافت خدمات به شهر روی می‌آورند زیر پوشش این بخش قرار می‌گیرند. در مقابل بخش دولتی بیشترین حجم خدمات سرپایی را در مناطق روستایی بعهده دارد.

عمده خدمات بهداشتی چه در مناطق شهری و چه در مناطق روستایی توسط بخش دولتی ارائه می‌گردد و در مقابل خدمات درمان سرپایی بخصوص در مناطق شهری تقریباً بطور کامل در اختیار بخش خصوصی است. خدمات درمان بستری، برای روستانشینان و شهرنشینان، توسط دولت و بخش عمومی ارائه می‌گردد. بخش خصوصی کمتر از ۲۰٪ از خدمات بستری را ارائه می‌کند.

۴-۱- بخش خیریه:

در ایران، بخصوص طی دو دهه اخیر بخش خیریه آمیختگی زیادی با بخش عمومی و دولتی پیدا کرده است. بطور مثال کمیته امداد امام (ره) با وجود اینکه بخش عمده‌ای از هزینه خدماتی خود را از طریق وجوه خیریه مردم تامین می‌نماید به اعتبارات دولتی نیز متکی است، همچنین بسیاری دیگر از نهادهای خیریه که در امر بهداشت و درمان فعالیت دارند، از یارانه‌های مستقیم و غیرمستقیم بخش دولتی نیز برخوردار هستند.

بخش خیریه در ایران، بطور عمده، در عرصه خدمات درمان سرپایی و گاهی خدمات بستری مداخله دارد. مداخله این بخش در خدمات درمان بستری اغلب حمایتی است.

بخش خیریه ایران کاملاً ایرانی است و در موارد نادری به کمک‌های خارجی متکی است. البته مشارکت و همکاری ایرانی‌های ساکن یا شاغل در کشورهای خارجی را در امور خیریه درمانی باید از

مشارکت مستقیم سازمان‌های خیریه خارجی که وابسته یا مستقل از دولتهای خود هستند جدا کرد.

۵-۱- سایر بخشها:

- **سازمان هلال احمر:** یکی از وظایف عمده این سازمان که به نوعی به خدمات بهداشتی درمانی مرتبط می‌شود، امداد و نجات در زمان بروز حوادث غیرمترقبه است و در مواردی وظایف امداد و نجات در مناطق غیرشهری را نیز بعهده دارد. این وظایف در مناطق شهری بعهده سازمان آتش نشانی است. سازمان هلال احمر در کنار ارائه وظایف امداد و نجات، هم در زمان بروز حوادث غیرمترقبه و هم در خارج از آن اقدام به ارائه خدمات بهداشتی درمانی می‌نماید. گرچه در سطح بین‌المللی سازمان مرجع هلال احمر «صلیب سرخ» یک سازمان خیریه غیردولتی است ولی در ایران تاکنون این سازمان بصورت یک بخش نیمه دولتی اداره شده است.

- **سازمانهای خارجی که درمواقع بحران خدمات بهداشتی درمانی ارائه می‌نمایند:** در مواقع بحرانی، زمان بروز حوادث غیرمترقبه و جنگ، سازمانهای بین‌المللی نسبت به سامان دهی ارائه خدمات درمانی اقدام می‌نمایند؛ نمونه‌هایی از این نوع فعالیتها، مداخله‌های درمانی در جریان جنگ خلیج فارس، زلزله رودبار و و تداوم آن تا مدت‌ها پس از خاتمه شرایط بحرانی می‌باشند.

۲- پراکندگی ساختارهای گوناگون ارائه خدمات بهداشتی درمانی در ایران در سال ۱۳۸۱ برحسب بخش^(۷):

- تخت بیمارستانی فعال
 - بخش دولتی (دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی):
 - تخت ۵۹۶۲۰
 - ٪۶۹
 - بخش عمومی:
 - سازمان تامین اجتماعی: تخت ۸۶۸۸
 - ٪۱۰
 - سایر نهادهای عمومی: تخت ۵۱۱۱
 - ٪۵/۹
 - بخش خیریه: تخت ۲۷۲۲
 - ٪۳/۱
 - بخش خصوصی: تخت ۱۰۵۸۸
 - ٪۱۲/۲
- خانه‌ها، پایگاهها و مراکز بهداشتی درمانی مخصوص ارائه خدمات بهداشتی درمانی سرپایی دولتی:
 - خانه‌های بهداشت فعال ۱۶۰۲۲ واحد
 - پایگاههای بهداشت ۸۲۹ واحد
 - مرکز بهداشتی درمانی روستایی ۲۳۸۸ واحد
 - مرکز بهداشتی درمانی شهری ۲۲۶۲ واحد
- کلینیکها و درمانگاههای مخصوص ارائه خدمات بهداشتی درمانی سرپایی:
 - بخش عمومی:
 - سازمان تامین اجتماعی ۳۰۳ واحد
 - سایر نهادهای عمومی ۴۱۶ واحد
 - بخش خیریه ۲۵۰ واحد
 - بخش خصوصی ۵۵۰ واحد

* مطبهای عمومی و تخصصی پزشکان، دندانپزشکان، دفاتر ماما و ... در بخش خصوصی در این آمارها منظور نشده است.

- خدمات تشخیصی
 - خدمات آزمایشگاهی
 - در بخش دولتی ۱۹۰۲ واحد آزمایشگاهی
 - در بخش عمومی :

- سازمان تامین اجتماعی ۲۲۲ واحد آزمایشگاهی
- سایر نهادها و ارگانها ۱۴۹ واحد آزمایشگاهی
- بخش خیریه ۱۱۳ واحد آزمایشگاهی
- بخش خصوصی ۱۴۴۸ واحد آزمایشگاهی
- خدمات پرتونگاری
 - در بخش دولتی ۶۷۲ واحد
 - در بخش عمومی
 - سازمان تامین اجتماعی ۱۳۹ واحد
 - سایر نهادها و ارگانها ۱۰۴ واحد
 - بخش خیریه ۸۱ واحد
 - بخش خصوصی ۸۸۳ واحد
 - خدمات توانبخشی:
 - در بخش دولتی ۲۳۶ واحد
 - در بخش عمومی
 - سازمان تامین اجتماعی ۴۵ واحد
 - سایر نهادها و ارگانها ۳۹۲ واحد
 - بخش خیریه ۶۶ واحد
 - بخش خصوصی ۱۰۸۷ واحد
 - داروخانه:
 - در بخش دولتی ۳۴۹ واحد
 - در بخش عمومی
 - سازمان تامین اجتماعی ۵۳ واحد
 - سایر نهادها و ارگانها ۱۰۷ واحد
 - در بخش خیریه ۵۲ واحد
 - در بخش خصوصی ۵۳۹۳ واحد

۳- تنوع خدمات ارائه شده برحسب ساختار:

بصورت عرفی خدمات مرتبط به سلامت در ایران به دو گروه خدمات **بهداشتی و درمانی** تقسیم می‌شود. خدمات درمانی نیز به دو گروه خدمات **بستری و سرپایی** تقسیم می‌شود. اگر برحسب ساختار به محتوا و انواع خدمات ارائه شده در هر سطح توجه شود، تنوع خدمات به شرح زیر است:

۳-۱- **خانه بهداشت:** در هر خانه بهداشت، متناسب با جمعیت، یک یا دو (در مواقعی سه بهورز) اشتغال دارند. بهورزان از جوانان بومی روستاهای اصلی یا قمره‌ستند که تا قبل از سال ۱۳۸۰ پس از دریافت مدرک دوره راهنمایی و بعد از سال ۱۳۸۰ پس از دریافت دیپلم متوسطه استخدام می‌شوند. پس از طی یک دوره دوساله که قسمتی از آن بصورت شبانه‌روزی در آموزشگاه بهورزی و قسمتی دیگر کارآموزی در خانه‌های بهداشت آموزشی است، بهورز در همان خانه بهداشتی که برای آن استخدام شده است شاغل می‌شود. تنوع خدمات ارائه شده در خانه بهداشت و خارج از آن زیاد است، برخی از موارد آن به شرح زیر است:

- درمان علامتی برخی از بیماریهایی که برای آن آموزش دیده‌اند و دارو در اختیار دارند.
- ارجاع بیمارانی که برای درمان آن آموزش ندیده‌اند به پزشک مرکز روستایی. اگر ارجاع فوری باشد همان روز به مرکز بهداشتی درمانی روستایی اعزام می‌شود، در غیر اینصورت برای روزی که پزشک مرکز روستایی به خانه بهداشت می‌آید به بیمار نوبت داده می‌شود. پزشکان مراکز روستایی مؤظفند در زمانهای از قبل تعیین شده‌ای در طول هفته یک روز بعد از ظهر در خانه بهداشت حضور یابند و بیماران را ویزیت نمایند.

دو قفسه دارو در هر خانه بهداشت وجود دارد، یک قفسه متعلق به بهورز است و براساس دارونامه بهورزان در آن ۴۰ قلم دارو وجود دارد که بهورزان می‌توانند بطور رایگان آنها را به مراجعین تجویز نمایند. یک قفسه دیگر متعلق به پزشک است که پزشک در مواقع سیاری به خانه بهداشت، به مراجعین داروی لازم را ارائه می‌نماید و بصورت رسمی تعرفه آن را دریافت می‌نماید.

برای پزشکان مراکز روستایی نیز یک دارونامه شامل ۱۶۰ قلم دارو وجود دارد که براساس آن فهرست، دارو به داروخانه مراکز روستایی و قفسه دارویی پزشکان در خانه‌های بهداشت تحویل داده می‌شود. پزشکان در مراکز روستایی و خانه‌های بهداشت می‌توانند بوسیله نسخه و خرید مستقیم دارو توسط بیمار از داروخانه نیز دارو تجویز نمایند. بهورزان نمی‌توانند بوسیله نسخه به بیماران دارو تجویز نمایند. پیگیری اقدامات توصیه شده بوسیله پزشک نیز به عهده بهورزان خواهد بود.

- مراقبت و ارائه خدمات پیشگیری به گروههای پرخطر

○ مراقبت از نوزادان: در روز دوم تولد، روز دهم تولد و یک ماه پس از تولد از نوزادان

مراقبت می‌شود این مراقبت شامل:

■ اندازه‌گیری قد و وزن نوزاد

■ معاینه ناف نوزاد

- آموزش چگونگی شیردادن به مادر، حمام کردن و سایر مسایل نوزاد به مادر است
 - ارجاع نوزاد به پزشک مرکز در صورت لزوم
 - آموزش مادر در زمینه پیشگیری از بارداری در دوران شیردهی
 - آموزش مادر در مورد چگونگی تداوم شیردهی خود به نوزاد
 - انجام واکسیناسیون بدو تولد نوزاد (حداکثر تا روز دهم) که شامل واکسن BCG، هیپاتیت و فلج اطفال است.
 - ثبت جزئیات در برگه مخصوص نوزاد در پرونده خانوار.
- مراقبت از کودکان
- کودکان ۱ تا ۱۲ ماهه هر ماه باید مراقبت شوند هر دوره مراقبت شامل موارد زیر است:
 - اندازه گیری قد و وزن و دورسر کودک
 - کنترل نوع تغذیه کودک و انجام توصیه‌ها و آموزشهای لازم به مادر
 - انجام واکسیناسیون کودک شامل سه نوبت واکسن ثلاث، دو نوبت واکسن هیپاتیت، سه نوبت واکسن فلج اطفال و یک نوبت واکسن سرخک
 - تجویز و ارائه مکملهای آهن، ویتامین A و D به کودک
 - کنترل رشد جسمی و ذهنی کودک و ثبت جزئیات آن در پرونده کودک
 - کنترل تداوم استفاده از روشهای پیشگیری از بارداری مادر
 - ثبت همه جزئیات در پرونده کودک و مادر
 - کودکان ۱۲ تا ۲۶ ماهه: هر دو ماه یکبار و کودکان ۲۴ تا ۳۶ ماهه هر سه ماه مورد مراقبت قرار می‌گیرند.
 - کودکان ۳۶ تا ۶۰ ماهه: هر شش ماه یکبار مورد مراقبت قرار می‌گیرند.
- مراقبت از زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسر دار:
- زنان ۱۰ تا ۴۹ ساله همسر دار از بابت دریافت روشهای پیشگیری از بارداری مدرن و معتبر مورد پی‌گیری قرار می‌گیرند و دارو یا وسیله پیشگیری از بارداری (قرص یا کاندوم) دریافت می‌کنند.
 - مراقبت از زنان باردار:
 - زنان بارداری که به بارداری خود آگاه می‌شوند با مراجعه به خانه بهداشت تحت مراقبت قرار می‌گیرند و حدود سیزده بار در طول دوره بارداری خود مراقبت می‌شوند. مراقبتها شامل مجموعه‌ای از اقداماتی است که طی آن زنانی که بارداری پرخطری دارند شناسایی و به پزشک ارجاع می‌شوند و در

مورد بقیه زنان ضمن کنترل وزن، فشارخون، ادم اندامها، تجویز و ارائه مکملهای آهن دار و ... مراقبتهای آنها تداوم می‌یابد. زنانی که بارداری آنها پرخطر تشخیص داده می‌شود، دفعات مراقبتهای آنان زیر نظر پزشک یا هر فرد دوره دیده دیگر دو برابر موارد عادی خواهد بود.

○ مراقبت از زنان زایمان کرده

■ گرچه بهورزان در زایمان دخالت ندارند ولی موظفند زنان زایمان کرده در جمعیت تحت پوشش خود را طی دو روز اول پس از زایمان، روز دهم و ۶ هفته پس از زایمان مراقبت نمایند.

○ اخیراً غربالگری افراد ۳۰ ساله و بالاتر برای بیماری فشارخون و اعزام مواردی که در خطر ابتلا به فشارخون قرار دارند، به پزشک نیز، جزء وظایف بهورزان قرار گرفته است.

○ مراقبت از بیماران روانی (بیماریهای روانی شدید) نیز بعهده بهورزان است

○ مراقبت و ارائه آموزشهای لازم به خانواده‌هایی که دارای معلول جسمی و روانی هستند نیز در عهده بهورزان است.

○ معاینات ادواری دانش‌آموزان که برای کلیه دانش‌آموزان پایه اول تا پنجم دبستان و سال اول و سوم راهنمایی صورت می‌گیرد.

○ بهورزان فعالیتهای متعدد دیگری نیز در زمینه بهداشت محیط، بهداشت آب و فاضلاب، بهداشت خانه محل سکونت خانوارها، بهداشت دانش‌آموزان، بهداشت مواد غذایی و محل‌های تهیه و توزیع مواد غذایی، بهداشت شاغلین و محیط‌های تولید خانگی و صنعتی کوچک را دارند که برابر بسته‌های خدمات تعریف شده مؤظف به بررسی و مداخله‌های مناسب هستند که چون معمولاً به جامعه یا خانوار ارائه می‌شود از این بحث خارج است.

۳-۲: مراکز بهداشتی درمانی روستایی:

مجموعه خدماتی که در مراکز بهداشتی درمانی به مراجعه‌کنندگان ارائه می‌شود شامل موارد زیر است:

- پذیرش بیماران سرپایی ارجاع فوری، توسط پزشک، در جریان این پذیرش اقدامات زیر باید انجام شود:

○ معاینه، اقدامات تشخیصی مورد نیاز در حد مقدماتی مراکز روستایی (با استفاده از آزمایشگاههای موجود در مراکز)، در صورتیکه تشخیص و درمان در حد پزشک عمومی باشد، تجویز دارو، ارائه دارو به وی در حدود داروهای موجود در دارونامه مراکز روستایی. در کنار تجویز دارو، پزشک آموزشها و مشاوره‌های لازم را نیز ارائه خواهد نمود، در صورتیکه تشخیص و درمان بیمار خارج از حدود وظایف پزشک

عمومی مراکز روستایی باشد، بسته به وضعیت بیمار ارجاع فوری یا غیر فوری به مراجع تخصصی خواهد شد.

- در مورد بیماران ارجاعی غیر فوری نیز همین روند اجرا خواهد شد

- پزشک مراکز بهداشتی درمانی روستایی علاوه بر پذیرش موارد ارجاع فوری و غیرفوری وظیفه مدیریت مرکز، خانه‌های بهداشت، نظارت بر فعالیتهای آنها، نظارت بر فعالیت کاردانهای مرکز، مشارکت در امور اجتماعی مربوط به سلامت جمعیت تحت پوشش و ... نیز بعهدہ دارند.

- در مراکز روستایی حداقل چهار کاردان با وظایف متفاوت نیز حضور دارند:

○ **کاردان زن (بهداشت خانواده):** نه تنها وظیفه نظارت بر فعالیت بهورزان در زمینه ارائه خدمات مربوط به بهداشت خانواده را برعهده دارند، بلکه ارائه خدمات تخصصی‌تر از بهورزان در زمینه بهداشت خانواده را نیز بعهدہ دارند.

○ **کاردان مرد (بهداشت محیط، حرفه‌ای و مبارزه با بیماریها):** بطور عمده این گروه از کاردانها در مراکز وظایفی را بعهدہ دارند که مستقیماً به گروههای شغلی و جمعیتی خاص ارائه خدمت می‌نمایند و محدوده خدمات آنها کمتر به افراد و مراجعه‌کننده‌ها است.

○ **کاردان بهداشت دهان و دندان:** این گروه نیز وظیفه پذیرش ارجاعات مربوط به بهداشت دهان و دندان بخصوص دانش‌آموزان و زنان باردار را بعهدہ دارند مجموعه وظایف کاردانها عبارتست از:

- ارائه آموزش و مشاوره در زمینه بهداشت دهان و دندان به مراجعین
- انجام خدمات بهداشت دهان و دندان تا حد پر کردن دندانهای درجه ۱ و ۲، جرم‌گیری، کشیدن دندان و ...

▪ ارائه آموزش و مشاوره گروهی به دانش‌آموزان، مادران و ...

○ **کاردان دارویی:** این گروه وظیفه پیچیدن نسخه و ارائه دارو در داروخانه مراکز روستایی را بعهدہ دارند.

○ **کاردان آزمایشگاه:** این گروه نیز وظیفه انجام آزمایشات تشخیصی که پزشک مرکز روستایی توصیه می‌کند را بعهدہ دارند. مجموعه آزمایشات انجام شده توسط این گروه نیز تعریف شده و مشخص است.

برابر تجربیات و اندازه‌گیریهای انجام شده، مجموعه پزشکان، کاردانها و بهورزان نزدیک ۸۰٪ از نیازهای درمانی و بهداشتی جامعه تحت پوشش را پاسخگو هستند و ۲۰٪ باقیمانده که از حیطة تواناییهای تخصصی آنها خارج است باید ارجاع داده شده و شبکه بهداشتی درمانی شهرستان باید این ۲۰٪ را تحت پوشش قرار دهد.

۳-۳: پایگاههای بهداشتی: خدمات بهداشتی در مناطق شهری با توجه به جمعیت‌های مشخص و تعریف شده توسط واحدهای ارائه خدمات که «پایگاه بهداشتی» نامیده می‌شوند ارائه می‌گردد. پایگاههای بهداشتی تقریباً تمامی وظایف خانه‌های بهداشت را در شهر به عهده دارند. در این پایگاهها یک کاردان بهداشتی مرد و چهار کاردان بهداشتی زن به ارائه خدمات بهداشتی همانند خانه‌های بهداشت مشغول هستند. ارائه خدمات بهداشتی در پایگاههای بهداشتی برعکس خانه‌های بهداشت، بصورت غیرفعال (دریافت خدمت به ازای مراجعه فرد) است؛ تفاوت دیگر اینکه در پایگاهها وظیفه پیگیری دریافت خدمات به عهده رابطین بهداشتی است. در عین حال کلاسهای آموزشی نیز برای رابطین در هفته یک روز در پایگاههای بهداشتی برگزار می‌شود. سومین تفاوت پایگاه با خانه وجود کاردان مامایی در پایگاههای بهداشتی است که وظیفه مراقبت مادران و تنظیم خانواده بخصوص گذاشتن IUD را بعهده دارند.

۳-۴: مراکز بهداشتی درمانی شهری: همانند مراکز روستایی است با این تفاوت که به جای خانه بهداشت، پایگاه بهداشتی را مدیریت، نظارت و هدایت می‌کند.

۳-۵: درمانگاه: معمولاً این اصطلاح برای مراکز درمان سرپایی که بوسیله بخش خصوصی یا خیریه دایر شده و بوسیله چند پزشک عمومی در نوبت‌های متعدد اداره می‌شود، بکار می‌رود. این گونه مراکز درمان سرپایی بیشتر به خدمات زیر می‌پردازند:

- پذیرش بیماران سرپایی، تشخیص، مشاوره و تجویز دارو
- انجام جراحیهای کوچک و سرپایی
- انجام اقدامات آماده‌سازی و ارجاع فوری بیمارانی که به خدمات پیچیده‌تر تخصصی و بستری نیاز دارند نیز در مجموعه فعالیتهای این مراکز قرار می‌گیرد.

۳-۶: کلینیک: این اصطلاح نیز برای درمانگاههای وابسته به بخش خصوصی، خیریه یا دولتی وابسته به مراکز بستری بکار می‌رود. این گونه مراکز بوسیله چند پزشک متخصص (دارای یک نوع تخصص) اداره می‌شود. در این گونه کلینیکها نیز مجموعه‌ای از خدمات مثل؛ پذیرش بیماران سرپایی، اقدامات تشخیصی در حد مقدمات تخصصی، اقدامات درمان سرپایی، تجویز نسخه، انجام مشاوره و آموزشهای لازم.... ارائه می‌شود.

۳-۷: پلی کلینیک: معمولاً این اصطلاح برای مراکزی مثل کلینیکها بکار می‌رود، با این تفاوت که مجموعه‌ای از تخصصهای مختلف در کنار یکدیگر فعالیت می‌نمایند و محدوده فعالیت‌های آنها به اقدامات تشخیصی و درمانی سرپایی محدود می‌شود. در اغلب موارد اینگونه پلی کلینیکها در کنار مراکز درمان بستری دولتی و خصوصی فعالیت می‌نمایند.

۸-۳: مطب

این اصطلاح برای محل ارائه خدمات یک پزشک عمومی، متخصص یا دندانپزشک بکار می‌رود. این محل‌های ارائه خدمات، همواره بصورت خصوصی ارائه می‌شود و نمونه دولتی، عمومی، یا خیریه آن وجود ندارد فارغ‌التحصیلان مامایی می‌توانند در جنب مطب پزشکان عمومی یا متخصص دفا تر مامایی خود را دایر نمایند.

۹-۳: مراکز جراحی محدود سرپایی (روزانه، Day Clinic): به مراکز اطلاق می‌شود که در آنها اعمال جراحی کوچک (بدون بیهوشی و یا با بی‌حسی موضعی) یا جراحی بزرگ (با بیهوشی عمومی) که بیمار حداکثر ظرف چند ساعت قادر به ترک مرکز بوده و نیازی به بستری شدن نداشته باشد، انجام می‌شود. این مراکز در کشور عمدتاً بصورت خصوصی اداره می‌شود.

۱۰-۳: واحد آزمایشگاهی: به واحدی گفته می‌شود که در آن آزمایش‌های مربوط به انسان از قبیل خون، ادرار، نسوج، غدد و انواع آزمون‌های سرطانی انجام گیرد و نتایج آن نیز قابل استناد باشد. واحدهای آزمایشگاهی به چند گروه تقسیم می‌شوند: آسیب شناسی بالینی و تشخیص طبی، آسیب شناسی تشریحی، آسیب شناسی بالینی و تشریحی در سال ۱۳۸۱ تعداد ۳۸۳۴ واحد آزمایشگاهی در کشور فعالیت داشته که بطور متوسط هر واحد آزمایشگاهی جمعیتی حدود ۱۷۰۹۴ نفر را تحت پوشش قرار داده است. حداقل این میزان مربوط به استان چهارمحال و بختیاری (یک واحد آزمایشگاهی برای ۷۸۶۲ نفر) و حداکثر آن مربوط به استان کردستان (یک واحد آزمایشگاهی برای ۲۷۶۳۰ نفر) بوده است^(۷).

۱۱-۳: واحد پرتونگاری (رادیولوژی): به محلی گفته می‌شود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تاسیس شده و در آن آزمایش‌های پرتوشناسی انجام می‌شود و یا با استفاده از انرژی بصورت اشعه، به تشخیص علل بیماریها می‌پردازد. در سال ۱۳۸۱ تعداد ۱۸۷۹ واحد پرتونگاری در کشور فعالیت داشته و هر واحد، جمعیتی حدود ۳۴۸۸۰ نفر را تحت پوشش قرار داده است. حداقل میزان مربوط به استان سمنان (یک واحد پرتونگاری برای ۲۱۶۹۱ نفر) و حداکثر آن مربوط به استان سیستان و بلوچستان (یک واحد برای ۶۹۵۳۹ نفر) بوده است^(۷).

۱۲-۳: واحد توانبخشی: توانبخشی به مجموعه اقداماتی گفته می‌شود که به منظور بازگرداندن بخشی از عملکرد از دست رفته و حفظ توانمندیهای بالقوه افراد دارای ناتوانی‌های مختلف انجام می‌شود.

در سال ۱۳۸۱ تعداد ۱۸۲۶ واحد توانبخشی در کشور فعالیت داشته است. بطور متوسط به ازای هر ۳۵۸۹۳ نفر یک واحد توانبخشی وجود داشته است.

۱۳-۳- داروخانه: به محلی اطلاق می‌شود که طبق مجوز وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، به منظور عرضه، ساخت و مشاوره دارویی ایجاد شده است. در سال ۱۳۸۱ تعداد ۵۹۵۴ داروخانه در کشور فعالیت داشته است و بطور متوسط برای جمعیتی حدود ۱۱۰۰۸ نفر یک داروخانه موجود بوده است. کمترین نسبت جمعیت به یک داروخانه مربوط به استان اصفهان (۸۰۳۹ نفر) و بیشترین آن مربوط به استان سیستان و بلوچستان (۲۰۲۵۴ نفر) بوده است^(۷).

۱۴-۳- واحدهای ارائه خدمات درمان بستری

این نام به کلیه مراکز درمانی اعم از بیمارستان، بیمارستان و زایشگاه، زایشگاه و آسایشگاه که مجهز به تخت باشند اطلاق می‌شود. در سال ۱۳۸۱، تعداد بیمارستان‌های فعال در سطح کشور ۷۳۰ واحد بود. برای این تعداد بیمارستان در مجموع ۱۱۰۷۹۷ تخت ثابت پیش‌بینی شده بود که از این رقم تعداد ۸۶۷۲۹ مورد فعال بوده است. تعداد بیمارستان، تخت ثابت و تخت فعال به تفکیک بخشهای مختلف در جدول «الف» آمده است.

جدول الف: وضعیت تعداد بیمارستان، تعداد تخت ثابت و تعداد تخت فعال به تفکیک ملکیت بخش‌های مختلف در سال ۱۳۸۱^(۷)

جمع	سایر	انجمن‌های خیریه	سازمان تامین اجتماعی	بخش خصوصی	دانشگاههای علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی	
۷۳۰	۳۶	۲۷	۵۹	۱۲۰	۴۸۸	تعداد بیمارستان
۱۱۰۷۹۷	۶۶۹۵	۳۴۴۴	۱۲۰۵۷	۱۱۳۰۱	۷۷۳۰۰	تعداد تخت ثابت
۸۶۷۲۹	۵۱۲۱	۲۷۲۲	۸۶۸۸	۱۰۵۸۸	۵۹۶۲۰	تعداد تخت فعال

نسبت جمعیت به تخت ثابت در کل کشور ۵۹۲ و نسبت جمعیت به تخت فعال ۷۵۶ در آن سال می‌باشد.

استان یزد با نسبت یک تخت ثابت برای ۳۱۴ نفر، بهترین و استان کهگیلویه و بویراحمد با نسبت یک تخت برای ۱۰۹۵ نفر بدترین وضعیت را در این زمینه دارند.

درصد اشغال تخت:

درصد اشغال تخت یکی از شاخص‌های مهم در آمار بیمارستانی است. این شاخص متاثر از عوامل متعددی از جمله متوسط اقامت بیماران و میزان پذیرش بیماران بستری است. طبقه‌بندی درصد اشغال تخت در بیمارستان‌های تحت پوشش وزارت بهداشت در جدول «ب» نشان داده شده است.

جدول «ب» طبقه بندی درصد اشغال تخت بیمارستانهای وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی بر حسب دانشگاه / دانشکده در سال ۱۳۸۰^(۷)

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی	درصد اشغال تخت
کرمانشاه - یزد- ایلام - کهگیلویه و بویراحمد و بوشهر	۴۵٪ و پایینتر
اردبیل - اصفهان - هرمزگان - جهرم - رفسنجان - سمنان - کاشان - کردستان - لرستان - مازندران	۵۰-۵۴/۹۹
مرکزی - آذربایجانغربی - خوزستان - ایران - بیرجند - آذربایجانشرقی - چهارمحال و بختیاری - شیراز - کرمان - گیلان - گلستان - همدان	۵۵-۵۹/۹۹
بابل - تهران - سیستان و بلوچستان - زنجان - شهید بهشتی - قم	۶۰-۶۴/۹۹
سبزار - مشهد	۶۵-۶۹/۹۹
شاهرود - گناباد - قزوین و فسا	۷۰٪ و بالاتر

۴- بازار سلامت : Health Market

نیاز به سلامتی و تقاضا برای دریافت خدمات مربوط به آن (خدمات بهداشتی درمانی) از ابتدایی ترین تقاضاهایی بوده که در جوامع بشری مطرح بوده است. در هر دوره‌ای از تاریخ، مطابق با ویژگیهای اجتماعی اقتصادی آن دوره به روشهای مختلف به این تقاضاها پاسخ داده شده است. دریافت خدمات مربوط به سلامتی در گذشته، چه در دوره‌ای که علوم مربوط به سلامتی آمیخته به جادو بوده و چه در زمانی که این علوم بصورت تجربی و سپس بصورت مدون و علمی شکل گرفته بود، بصورت پایاپای (در برابر کالا یا کار) و یا در قبال پرداخت وجه از طرف گیرنده خدمت؛ به ارائه‌دهنده خدمت عرضه می‌شده است. تا قبل از شکل‌گیری دولتهای متمرکز، تامین سلامتی برای هر نفر یک امر فردی بود و فقط دولتها، در مواقعی که بیماریهای واگیر، امنیت و پایداری آنها را مختل می‌کرد، در امر سلامتی جامعه دخالت می‌کردند. عملاً پس از شکل‌گیری دولتهای متمرکز و مبتنی بر قوانین؛ تامین و ارتقای سلامتی آحاد مردم بعنوان یکی از وظایف، از طرف جامعه به دولتها تحمیل شد.

از آنجا که خدمات مربوط به سلامتی، از طرف ارائه‌دهندگان خدمت، با پول، کالا یا خدمت مبادله می‌شود و عرضه آن خدمات نیز در ازای وجود تقاضا صورت می‌گیرد؛ در نتیجه به دنبال نیاز، تقاضا و عرضه خدمات و نیز ارائه خدمت در مقابل دریافت هزینه از فرد متقاضی، دولت یا سازمان خیریه و یک بازار عرضه و تقاضا (مبادله خدمت با پول یا کالا) شکل می‌گیرد.

در این بازار خدمات مربوط به سلامتی، به افراد نیازمند، به منظور پاسخگویی به تقاضاهای، دلخواهانه، ناگزیر و اجتناب‌ناپذیر، به آنها عرضه می‌شود.

البته بازار سلامتی مانند بازار برخی از اجناس، خدمات و اقلام تجاری نمی‌تواند یک بازار کامل باشد. بازار کامل در اینجا به این معنا است که تنها قانون حاکم بر بازار «قانون عرضه و تقاضا» است. بازار سلامت یک بازار ناقص Failure Market است چرا که:

- اگر کسی نیازمند دریافت خدمت سلامتی باشد و قادر به پرداخت هزینه آن نباشد نمی‌تواند از خرید آن صرف‌نظر نماید، زیرا عدم خرید آن موجب مرگ یا معلولیت خواهد شد، پس باید به این عده نیازمند که توانایی خرید ندارند از بیرون بازار کمک شود.
- نیازهای دیگر انسان مثل خوراک، پوشاک و وسایل زندگی در سطح فرد و جمع، قابل پیش‌بینی است ولی نیازهای مربوط به سلامتی انسان در سطح فرد قابل پیش‌بینی نیست. آیا این کودک تا پایان عمر به عمل جراحی قلب باز نیاز پیدا خواهد کرد یا نه؟
- نیازهای مربوط به خدمات سلامتی در بخشی از عمر یا مطرح نیست یا زیاد مطرح نیست و زمانی مطرح می‌شود که ممکن است توان خرید آن، در اغلب موارد حتی به ازای تمام پس‌انداز فرد هم، مقدور نباشد.
- آگاهی و اطلاع نیازمندان به خدمات مربوط به سلامتی از اینکه به چه نوع خدمتی نیاز دارند و پس از اینکه این خدمت را دریافت کردند، چه اتفاقی خواهد افتاد و چه چیزی نصیب آنها می‌شود و ... بسیار کم است، در صورتی که فروشندگان آن خدمات، اطلاعاتی

کامل (منطبق بر دانش روز) از آنچه که می‌فروشند دارند. فرد نیازمند نمی‌تواند نوع خدمت مورد نیاز خود را تعیین کند. فرد مبتلا به کمردرد نمی‌تواند تصمیم بگیرد که باید خدمات تشخیصی پرتونگاری یا آزمایشگاهی را بخرد، خدمات درمان جراحی، دارویی، توانبخشی و ... را بخرد یا نه؟

این موارد نشان دهنده وجود نابرابری اطلاعات بین فروشنده و خریدار است. تصمیمات در زمینه اینکه خریدار چه بخرد بعهده فروشنده است، نظریات خریدار، مشاورین او و ... در این مورد نمی‌تواند تاثیرگذار باشد.

- معمولاً آنچه را که خریدار در این بازار می‌خرد چیزی به سرمایه‌های او اضافه نمی‌کند بلکه جبران زیانهای وارده را بصورت کامل یا ناقص خواهد کرد. فردی که در جریان یک تصادف با اتومبیل مجروح می‌شود، پس از اینکه مجموعه‌ای از خدمات گرانبها را به قیمت گزاف دریافت می‌کند، اگر که به وضع کاملاً سالم، قبل از تصادف، هم برگردد، هیچ چیزی را به دست نیاورده جز اینکه به وضع قبل از تصادف خود برگشته است، فقط جبران مافات شده است. به سرمایه او پس از این همه هزینه، نه تنها چیزی اضافه نشده است بلکه زمان صرف شده برای درمان را از دست داده است و مقداری هم هزینه کرده است.

- نیازمندان به خدمات اغلب زمانی به خدمات نیاز پیدا می‌کنند که امکان پرداخت هزینه آن را ندارند و اگر در این موقعیت در جریان دریافت خدمات تاخیر صورت گیرد، جبران تاخیر بسیار گران و گاه غیرقابل جبران است.

- بخشهایی از جامعه هرگز توانایی تامین مالی خدماتی که باید دریافت کنند را ندارند. این بخشها از دو نظر برای دولتها بسیار مهم‌اند؛ اول اینکه می‌توانند سلامتی بخشهایی از جامعه را که دولتها بر آنها متکی هستند و قدرت خود را بر توانایی آنها متکی کرده‌اند، بصورت عمدی (قتل، خشونت، خرابکاری ناشی از بیماریهای روانی) یا سهوی در خطر قرار دهند، بسیاری از بیماریهای واگیر، بیماریهای روانی، رفتاری و ... از این ویژگی برخوردار است. دوم اینکه دولتها به حمایت این بخش از جامعه که در اغلب موارد اکثریت جامعه را تشکیل می‌دهند، در موقعیتهای معینی همچون زمان جنگ، انتخابات و لحظات سیاسی خاص برای استمرار حاکمیت خود نیازمند هستند.

.... -

پس این بازار را نمی‌توان براساس سازوکارهای موجود در بازار (عرضه و تقاضا) به امید تنظیم خودبخودرهاکرد، این بازار توسط سازوکارهای درونی به تعادل نخواهد رسید مگر اینکه خسارات آن برای آحاد انسانی و جامعه شدید و جبران‌ناپذیر باشد. این بازار باید تنظیم شود. هم اکنون برای بازار سلامت (Health Market) اصطلاحاتی چون (Regulated competition Market) «بازاری با رقابت تنظیم شده» و یا (Managed Market) «بازار مدیریت شده» و یا (Planned Market) «بازار برنامه‌ریزی شده» بکار می‌رود.

۵- بازار سلامت در ایران:

برای شناخت بازار، بهترین راه دنبال کردن گردش پول (هزینه) است ولی بازار از منظر گردش خریدار، نوع کالای مبادله شده، چگونگی و مسیر ارائه کالا یا خدمت هم قابل بررسی است.

برای به دست آوردن تصویر روشنی از بازار سلامت در ایران
از منظر خریدار به:

- ویژگیهای تقاضای خدمت
 - ویژگیهای مراجعه و دریافت خدمت
 - ویژگیهای مراجعه کننده
 - ویژگیهای پرداخت
- اشاره خواهد شد.

و از منظر عرضه کننده خدمت نیز به:

- ساختار ارائه کنندگان خدمت
 - ویژگیهای تخصصی ارائه کنندگان خدمت
 - ویژگیهای دریافت هزینه
 - وابستگی ساختاری ارائه کنندگان خدمت
- اشاره خواهد شد.

۵-۱: ویژگیهای تقاضا (از منظر خریدار):

۵-۱-۱: ویژگیهای نیاز: پیش شرط ورود خریدار به بازار و مراجعه برای دریافت خدمت، نیاز است، این نیاز ممکن است احساس شده باشد، مثل نیاز به خدمات درمانی و یا نیاز احساس نشده باشد که بوسیله اتخاذ سیاستها و بکارگیری اهرمهای موجود در جامعه، آن نیاز خفته را تبدیل به نیاز احساس شده می نمایند؛ مثل نیاز به خدمات پیشگیری (ایمن سازی، مراقبت از رشد کودک، مراقبت از بارداری و ...)

- این نیاز برحسب

- سطح آگاهی فرد از مشکلات سلامتی
- چگونگی تلقی فرد از سطح سلامتی
- گرایش برای حل مشکل
- شدت مشکل

به تقاضا تبدیل می شود.

- این تقاضا برحسب

- دسترسی جغرافیایی به تسهیلات مورد نیاز (دوری، نزدیکی)
 - دسترسی اقتصادی به تسهیلات مورد نیاز (توانایی پرداخت هزینه‌های مربوط به دریافت خدمت)
 - دسترسی فرهنگی و اجتماعی به تسهیلات مورد نیاز (در فرهنگ فرد نیازمند دریافت خدمت مزبور مقبول باشد)
 - دسترسی خبری: اطلاع از محل و انواع خدمات ارائه شده
- در جامعه به **مراجعه** تبدیل می‌شود.
- این **مراجعه** برحسب پاسخگو بودن نظام ارائه خدمت به **دریافت** خدمت منجر می‌شود.

۲-۱-۵: ویژگیهای مراجعه و دریافت خدمت: معمولاً مراجعه دریافت خدمت از اشکال زیر برخوردار است:

- خدمات صرفاً درمانی شامل: پذیرش، گفتگو، معاینه فیزیکی، اقدامات تشخیصی پاراکلینیکی (در صورت لزوم) مشاوره و راهنمایی درمانی؛ اقدامات درمانی شامل تجویز دارو جراحی و یا استفاده از ابزارها و روشهای دیگر است.
- خدمات توانبخشی: شامل تشخیص و طبقه‌بندی ناتوانی، طراحی روشهای بازتوانی، مشاوره و راهنمایی بیمار، اقدامات بازتوانی
- خدمات تشخیصی برای تعیین سطح مشکل یا غربالگری برای شناسایی مشکل: این گونه خدمات بصورت اقدام گروهی (Screening) یا فردی (Check up) بوده و شامل همه موارد فوق می‌باشد.
- خدمات پیشگیری: این گونه خدمات نیز معمولاً بصورت گروهی و یا یک اقدام فردی است. معمولاً سرپایی و بصورت اختیاری است. مثل ایمن‌سازی کودکان
- خدمات اجباری: این گونه خدمات معمولاً بصورت گروهی است (معاینات کارگری) یا یک اقدام فردی است (آزمایشات پیش از ازدواج) و معمولاً سرپایی است ولی ویژگی اجباری دارد. بطور مثال بدون آزمایش اعتیاد و VDRL ازدواج صورت نمی‌گیرد.
- دریافت خدمات یا بصورت سرپایی است یا بستری یا هردو حالت در تداوم یکدیگری
 - خدمات درمانی می‌تواند سرپایی یا بستری یا هردوشکل باشند
 - خدمات توانبخشی معمولاً سرپایی است ولی اشکال بستری آن نیز وجود دارد
 - خدمات تشخیصی و غربالگری، معمولاً سرپایی است ولی اشکال درمانی آن نیز وجود دارد مثل آنژیوگرافی
 - خدمات پیشگیری صرفاً سرپایی است
 - خدمات اجباری صرفاً سرپایی است

۳-۱-۵: ویژگیهای مراجعه کننده:

در ایران به دلیل مسائل مربوط به سازمانهای بیمه، تنوع صندوقهای بیمه و امکان برخورداری اختیاری در برخی موارد و اجباری بودن بیمه در برخی دیگر از موارد، مراجعه کنندگان (خریداران) بصورت یکسان مراجعه نمی کنند، بطور مثال:

- مراجعینی که بطور کامل هزینه های دریافت خدمات خود را می پردازند؛ مثال این نوع از مراجعین افراد دارای مشاغل آزاد، خویش فرمایان، و ... می تواند باشد.
- اغلب مراجعین از این نوع، افرادی هستند که کمتر در معرض خطر بیماری قرار دارند
- مراجعینی که بیمه هستند ولی به دلیل ناهمخوانی قیمت خدمت مورد نظر خود با تعرفه دولتی (تعرفه ای که بیمه می پردازد)، تفاوت آن را از جیب می پردازند. فروشنده خدمت بخشی از کارمزد خود را از سازمان بیمه گر و بخشی دیگر را از جیب مراجعه کننده می گیرد، آنچه که از مراجعه کننده می گیرد دو جزء است یک جزء فرانشیز و جزء دیگر تفاوت قیمت خدمت ارائه شده با قیمت تعیین شده از طرف سازمان بیمه گر است.
- شکل غالب مراجعه در کشور ما این نوع از مراجعه است.
- مراجعینی که کاملاً در پوشش سازمان بیمه گر هستند و کلیه هزینه های مربوط به دریافت خدمت آنها را سازمان بیمه گر می پردازد. این نوع از مراجعین بیشتر بیمه شدگان سازمان تامین اجتماعی هستند، وقتی که به درمانگاهها یا بیمارستانهای ملکی سازمان مراجعه می کنند. همچنین بیمه شدگان سازمانهای خاص مثل شرکت نفت و ... وقتی به درمانگاهها یا بیمارستانهای شرکت نفت مراجعه می کنند نیز از این گروه اند.

البته نباید فراموش کرد که در جریان مراجعه و دریافت خدمت حتی توسط یک بیمه شده تامین اجتماعی از یک درمانگاه یا بیمارستان ملکی آن سازمان بازهم این هزینه ها از جیب مراجعه پرداخت می شود:

- هزینه رفت و آمد
- هزینه اقامت در محل برای مراجعه کننده
- بخشی از هزینه های داروها، وسایل و خدمات که بنا به تعریف سازمان بیمه گر بعنوان «لوکس» معرفی شده اند و سازمان بیمه گر پرداخت آنها را تقبل نمی کند.

۲-۵: ویژگیهای پرداخت:

مسلماً ویژگیهای پرداخت به نوع مراجعه کننده و نوع خدمت مرتبط است.

۱-۲-۵- تمامی هزینه های دریافت خدمت از جیب گیرنده خدمت پرداخت می شود.

(Out of Pocket) یا پرداخت مستقیم عبارت است از:

«مخارج مستقیم، شامل حق الزحمه و پرداخت هایی که در قبال خدمات پزشکان، ارائه دهندگان خدمات درمانی، دارویی، بهداشتی و دیگر کالاها و خدمات بمنظور حفظ و ارتقاء سلامت افراد و

جمعیت‌ها صورت می‌گیرد. این نوع پرداختها شامل، پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات دولتی، موسسات غیرانتفاعی یا سازمانهای غیردولتی می‌باشد و پرداختهایی که از جانب سازمانهای بیمه‌گر یا سایر سازمانهایی که به منظور تامین خدمات پزشکی و پیراپزشکی برای بیمه‌شدگان یا کارکنان خود انجام می‌دهند را در بر نمی‌گیرد» این مخارج (Out of Pocket) شامل موارد زیر می‌تواند باشد:

- فرانشیز
- پرداخت مستقیم تمام هزینه‌ها از جیب دریافت کننده.
- تفاوت تعرفه دولتی با نرخ که ارائه‌کننده خدمات برای خدمات خود تعیین کرده است (بیشتر در بخش خصوصی است)
- پول زیرمیزی؛ پولی است با محتوای غیرقانونی؛ در واقع تفاوت کارانه‌ای است که ارائه‌کننده خدمت در بخش عمومی با قیمت خدمت تعیین شده خود از طرف دولت قائل است.
- هزینه‌های جنبی دریافت خدمات، مثل هزینه آن بخشی از خدمات که سازمانهای بیمه‌گر یا دولت آنها را «لوکس» تلقی نموده و هزینه آنها را پرداخت نمی‌کنند؛ مثل اعمال جراحی زیبایی، وسایل و خدماتی که تازه به بازار آمده و هنوز سازمان بیمه‌گر یا دولت برای آن نرخ را تعیین نکرده است، وسایلی که ارائه‌کننده خدمت برای ارائه خدمت نیاز دارد ولی در زمان ارائه خدمات بنا به دلایل مختلف در اختیار ندارد، یا هزینه‌های آن را سازمان بیمه‌گر پرداخت نمی‌کند. همچنین برخی از وسایل و مواد که عملاً سازمانهای ارائه‌کننده مسئولیت پرداخت آن را بعهدہ نگرفته‌اند مثل پوشک برای نوزادان، نواربهداشتی، شیرخشک و مسلماً هزینه‌های رفت و آمد بیمار، اطرافیان او، اقامت بیمار و اطرافیان وی در جنب مراکز ارائه خدمت، هزینه زمانی که بیمار و اطرافیان او از دست می‌دهند جزء هزینه Out of packet قرار نمی‌گیرد.

ارائه دهنده خدمت بویژه در بخش خصوصی همواره راههایی برای دریافت پول از گیرنده خدمت می‌یابد. شایعترین این راهها، ناهمخوانی قیمت خدمت ارائه شده با تعرفه یا قیمتی است که دولت تعیین کرده. فرانشیز یا سهم تعیین شده از طرف سازمان بیمه‌گر بخش کوچکی از Out of pocket ای است که مصرف کننده می‌پردازد.

فرانشیز بعنوان بخشی از پرداختهای مستقیم گیرنده خدمت، همه سهمی است که سازمان بیمه‌گر آن را بعنوان سهم پرداخت مستقیم بیمه شده تعیین کرده است. گرچه این روش پرداخت؛ مستقیماً کمک زیادی به جبران هزینه‌های سازمانهای بیمه‌گر نمی‌نماید ولی به محدود شدن سوء استفاده یا استفاده زیاده‌تر از نیاز (Over use) از خدمات بیمه کمک می‌کند.

در ایران بیمه‌شدگان سازمان تامین اجتماعی ۱۰٪ هزینه‌های خدمات بستری و ۲۰٪ هزینه‌های خدمات سرپایی را باید بپردازند. بیمه‌شدگان سازمان بیمه خدمات درمانی ۲۵٪ هزینه‌های خدمات

سرپایی و ۲۰٪ هزینه‌های درمان خدمات بستری را باید پردازند. خانوارهای روستایی که همگی زیر پوشش سازمان خدمات درمانی هستند، ۲۵٪ هزینه خدمات بستری را باید پردازند. خلاصه اینکه؛ در ایران روش پرداخت مستقیم بعنوان یک روش پرداخت غالب مطرح نیست ولی بعنوان یک بخش ضروری، بعنوان «سهمی از هزینه‌ها که مصرف کننده باید پردازد» مورد قبول همگان است. در کشورهای دیگر معمولاً سهم تعریف شده‌ای از هزینه‌های بهداشتی درمانی در این گروه قرار دارد. بطور مثال در استرالیا ۱۶/۸، بلژیک ۱۶، کانادا ۱۵/۵، آلمان و انگلستان ۱۰/۶، ژاپن ۱۹، نروژ ۱۴/۳ و امریکا ۱۵/۳ درصد هزینه‌های پرداخت مستقیم است.

۲-۲-۵- پرداخت به ارائه‌کننده خدمت (از طرف سازمان‌های بیمه‌گر، دولت یا گیرنده خدمت):

از آنجایی که بازار سلامت یک بازار ناقص (Failure market) بوده و بوسیله دولت مورد مداخله قرار می‌گیرد و آن را بصورت مدیریت شده (Managed Market) اداره می‌کند؛ معمولاً برای خدمات قیمتی تعیین می‌شود که در ایران بصورت عرفی آن را «تعرفه خدمات» می‌نامند. سازمانهای بیمه‌گر هزینه‌های خدمات را براساس تعرفه‌های مزبور می‌پردازند، بخشی از این هزینه‌ها را نیز مصرف کننده تحت عنوان فرانشیز می‌پردازد.

- سازمان تامین اجتماعی ۳۰٪ از درآمدهای خود را از طریق حق بیمه تامین می‌کند (۷ درصد توسط بیمه شده، ۲۰٪ توسط کارفرما و ۳٪ توسط کمک دولت)
- در سازمان بیمه خدمات درمانی؛ صندوقهای بیمه‌ای متفاوت است.
 - صندوق کارکنان دولت که ۳۰٪ حق بیمه آن را کارکنان دولت و ۷۰٪ آن را دولت پرداخت می‌کند
 - صندوق روستائیان که دولت کل مبالغ حق بیمه را می‌پردازد
 - صندوق خویش‌فرمایان بطور عمده حق بیمه را در این صندوق بیمه‌شدگان می‌پردازند
 - صندوق دیگران (دانش‌آموزان، طلاب و...) این گروه ۲۰ تا ۳۰٪ حق بیمه را خود پرداخت می‌کنند و ۷۰ تا ۸۰٪ بقیه مانده را مؤسسات و سازمانهای متبوع می‌پردازد.

● به این ترتیب بخش خصوصی: کارمزد خود را از جیب مصرف کننده و یا از طریق پرداخت‌های سازمان بیمه‌گر و یا هردو با هم دریافت می‌کند.

ولی در بخش‌های عمومی و دولتی

- خانه‌های بهداشت؛ پایگاههای بهداشت: تمامی هزینه‌ها منجمده دستمزد بهورزان خانه‌های بهداشت و کاردانه‌های پایگاهها بوسیله دولت پرداخت می‌شود، بعبارت دیگر کلیه مراجعات به خانه بهداشت رایگان است
- مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی:

- بخش عمده‌ای از هزینه‌ها از جمله حقوق پرسنل از طریق دولت تامین می‌شود، بخش کوچکی از هزینه‌ها (در عرف خدمات مالی اداری، به برگشت درآمدها معروف است) بوسیله مصرف کننده و سازمانهای بیمه‌گر (فرانشیز، خرید قبض و دریافت از بیمه‌گر در ازای لیست بیمه ارائه شده) پرداخت می‌شود.
- بیمارستانهای وابسته به دانشگاهها:
 - بخش عمده‌ای از هزینه‌ها مثل حقوق بوسیله دولت پرداخت می‌شود، البته عده‌ای از پرسنل از جمله کادر تخصصی «حق کارانه» نیز دریافت می‌کنند که عمدتاً توسط مصرف کننده یا بخش دولتی از طریق سازمان بیمه‌گر به بیمارستان پرداخت شده و سپس بصورت حق کارانه پرداخت می‌شود.
 - بخشهای دیگر هزینه‌ها معمولاً از «برگشت درآمدها» تامین می‌شود
- بیمارستانهای وابسته به سازمان تامین اجتماعی
 - همه هزینه‌ها قاعداً باید بوسیله سازمان تامین اجتماعی پرداخت شود و مصرف کننده چیز خاصی نباید بپردازد
- در سایر موارد مثل کمیته امداد امام خمینی، هزینه‌ها طی یک قرارداد به ارائه کننده خدمات در ازای اسناد موجود پرداخت می‌شود.

۳-۵: ویژگیهای عرضه

۱-۳-۵: ساختار ارائه کننده خدمت

- ۱- محیطی ترین ساختار ارائه خدمات در کشور
 - در بخش دولتی عبارتند از:
 - در روستا: خانه بهداشت
 - در شهر: پایگاههای بهداشت
 - در بخش خصوصی
 - در ردیف این دو ساختار دولتی؛ ساختار خصوصی وجود ندارد، حداکثر دفاتر ماماها را در این زمینه می‌توان ذکر کرد.
- ۲- لایه بالاتر از ساختار مذکور
 - در بخش دولتی
 - مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی
 - در بخش خصوصی
 - مطبهای پزشکان و دندانپزشکان عمومی
 - درمانگاههایی که بوسیله پزشکان عمومی اداره می‌شود
- ۳- لایه بالاتر از این ساختار
 - در بخش دولتی

- در عرصه خدمات بهداشتی: مراکز بهداشت شهرستان
- در عرصه خدمات درمانی
- کلینیکها و پلی کلینیکهای وابسته به شبکه شهرستان و دانشگاه و بیمارستانهای عمومی
 - در بخش خصوصی
 - کلینیکها و پلی کلینیکهای تخصصی
 - مطب پزشکان متخصص
 - کلینیکهای روزانه (Day Clinic)
 - ۴: لایه بالاتر از ساختار مذکور
 - در بخش دولتی
 - بیمارستانهای آموزشی و تخصصی دانشگاهی، پلی کلینیکها و پلی کلینیکهای فوق تخصصی
 - در بخش خصوصی
 - بیمارستانها، کلینیکها و پلی کلینیکهای فوق تخصصی

نکته بسیار مهم اینکه:
 مراجعه به هریک از این مقاطع ارائه کننده خدمت، امکان پذیر و تقریباً بدون محدودیت می باشد ، فقط هزینه ها باید بوسیله دریافت کننده یا سازمان بیمه گر بدون توجه به لزوم مراجعه به آن سطح، برابر تعرفه های آن سطح پرداخت شود.

۲-۳-۵: ویژگیهای تخصصی ارائه کنندگان خدمت

از آنجا که بازار سلامت، باید یک بازار مدیریت شده باشد؛ عرضه کنندگان خدمت باید دارای اعتبار باشند. این اعتبار باید توسط دولت تأیید شده باشد و در صورتی که این تأیید وجود داشته باشد، امکان ورود به سازمان صنفی برای وی وجود دارد؛ برعکس بازار سلامت در اغلب بازارهای دیگر یا ورود ارائه کننده آزاد است یا بوسیله سازمان صنفی مربوط اعتبار ورود را کسب می کند.

- ارائه دهندگان خدمات سنتی: این گروه در ایران جز در موارد استثنایی اعتبار بخشی نشده- اند و از سازمان صنفی قانونی نیز برخوردار نیستند. موارد استثنایی قابل ذکر در این زمینه دندانسازان تجربی هستند.

- گروه های دیگری مثل بهیار، بهورز، کاردان، کارشناس یا پرستار: مجاز به اشتغال بدون سرپرستی و قبول مسئولیت پزشک یا سازمان دولتی نیستند. بعبارت دیگر اعتبار بخشی آنها از طریق اعتبار پیدا کردن پزشک مسئول آنها یا سازمان آنهاست.

- گروه هایی مثل؛ ماما، پزشک عمومی، پزشک متخصص پس از اعتبار بخشی توسط دولت و ورود به سازمان صنفی خود می توانند وارد بازار شوند.

تقاضا کننده ای که به بازار سلامت وارد می شود به هریک از سطوح تخصصی و افراد متخصص مربوط می تواند مراجعه نماید. فقط خود وی یا سازمان بیمه گر باید هزینه های متعارف وی را بپردازند. سازمانهای بیمه گر تاکنون محدودیت خاصی را برای این مراجعه در نظر نگرفته اند، این محدودیتها در موارد استثنایی برای برخی از داروها، روشهای تصویربرداری و یا آزمایشگاهی خاص و برای بسیاری از خدمات دندانپزشکی، خدمات مامایی، جراحیهای زیبایی و طب سنتی وجود دارد. در صورت نیاز به این گروه از خدمات، هزینه های آنها باید توسط دریافت کننده پرداخت شود.

۳-۳-۵: ویژگیهای دریافت هزینه:

- در برخی موارد خدمات کاملاً رایگان است؛ مثل:

○ همه انواع خدمات ارائه شده در خانه بهداشت و بوسیله بهورزان

○ خدمات پیشگیری در بخش دولتی

■ ایمن سازی

■ مراقبت از گروههای سنی و جنسی پرخطر

■ تنظیم خانواده

■ خدمات مشاوره ای

■ درمان بیماریهای واگیری که با درمان آنها زنجیره انتقال بیماری قطع می شود.

■

■

برخی از سازمانهای خیریه نیز در مواردی به ارائه خدمات رایگان اقدام می‌کنند. در مواردی که سازمانها یا نهادهای دولتی خدمات رایگان ارائه می‌نمایند، باید هزینه‌های پرسنل خود را از سرجمع درآمدهای دیگر یا اعتبارات دولتی آن سازمان بصورت قرارداد خرید خدمت یا بعنوان حقوق اعمال نمایند.

- سازمانهای دولتی . نهادهای خیریه که پرسنل آن مورد حمایت مالی قرار می‌گیرند فقط فرانشیز را از مراجعه کننده دریافت می‌کنند
 - برخی از سازمانهای دولتی، نهادهای خیریه و ساختارهای خصوصی نه تنها از:
 - حمایت مالی دولت در قالب هزینه پرسنل یا سوبسیدهای (یارانه) دولتی بلکه از :
 - دریافت فرانشیز از مراجعه کننده
 - دریافت مستقیم پول از مراجعه کننده
 - پرداخت صورت حسابهای سازمان از طرف سازمانهای بیمه گر و ...
- نیز برخوردارند.

۴-۳-۵: وابستگی‌های ساختارهای ارائه خدمات:

در حال حاضر همپوشانی مرزهای بخش دولتی، خصوصی، تعاونی و خیریه در بخش بهداشت و درمان کشور ما بسیار زیاد است. ساختار درهم پیچیده هریک از این بخش‌ها و تلاش هریک از آنها برای ارائه با کیفیت تر خدمات، دسترسی سهلتر مردم به خدمات و پاسخگویی بیشتر، منجر به پیچیدگی بیشتر این فضا و ایجاد همپوشانی‌های چند لایه شده است. از طرف دیگر ارتقاء و گرانت شدن فناوری ارائه خدمات و بکارگیری این فناوری‌های نوین و پیچیده فقط از طریق یکی از بخشها (خصوصی یا دولتی) منجر به زیان ده شدن بخش دیگر و دست زدن آن بخش به اقدامات غیرضروری شده است. علاوه بر اینها بکارگیری فناوری‌های نوین و پیچیده از طرف بخش خصوصی و بکارگیری غیرلازم آنها (بصورت توصیه، تجویز غیر ضروری و گاه تحمیلی؛ به دلیل نابرابری اطلاعات و آگاهی خریدار در قبال فروشنده) منجر به تحمیل هزینه اضافی به سازمانهای بیمه‌گر (که اغلب در ایران متکی به اعتبارات دولتی‌اند)، کاهش توان مالی و آنها، عدم پرداخت مطالبات آنها به بخشهای خصوصی و دولتی می‌شود.

البته انطباق بدون مطالعه مدل‌های خاص کشورهای دیگر به شرایط کشور ما نیز هر چند گاه توسط سیاستگذاران و ابقای نتایج اثرات، اسناد، قراردادها، مطالبات و ... نیز براین همپوشانی و همانندسازی موثر است.

مواردی که هنوز مرزبندی بخش دولتی آن کاملاً شفاف است خانه‌های بهداشت در مناطق روستایی و تیم‌های سیار در مناطق صعب‌العبور است. در واقع در بسیاری از بخشهای دولتی سازو کارهای خصوصی، عملکرد بخش خصوصی در دل بخش دولتی، بهره‌گرفتن از عملکردهای دولتی بصورت خصوصی و بالعکس فراوان است.

۴-۵: تعامل درون بازار سلامت:

تعامل درون بازار سلامت گرچه از عرضه و تقاضا پیروی می‌کند ولی از آنجا که این بازار یک بازار ناقص (Failure Market) است و همواره اگر به حال خود رها شود به زیان بخش اعظمی از جامعه سیر می‌کند، نیاز به مداخله و مدیریت دارد. مدیریت بازار سلامت به انواع روشها از

طرف نهادهای اجتماعی بخصوص دولت اعمال می‌گردد:

- دولت بعنوان ارائه کننده خدمت وارد عمل می‌شود، معمولاً این نوع مداخله در مورد خدمات پایه یا مراقبتهای اولیه بهداشتی یا ارائه حداقلهای تامین کننده سلامتی خواهد بود.
- دولت بعنوان نرخ‌گذار و تعیین کننده تعرفه خدمات عمل می‌کند این عمل در ایران بوسیله نهادهای مختلف دولتی، از جمله شورای عالی بیمه و هیئت دولت اجرا می‌شود.
- دولت بعنوان متولی سلامت، اعتباردهنده به نظام ارائه خدمات، کنترل کیفیت و نظارت کننده بر عملکرد زیر مجموعه خود، بخش خصوصی و خیریه نیز عمل می‌کند.
- دولت بعنوان پاسخگوی ارتقاء سطح سلامت، به استفاده از فناوریهای پیشرفته‌تر در جهت آن کمک می‌کند، معمولاً این کار را با تزریق یارانه به فناوریها، داروها و مواد زیستی مهم که مصرف محدود، مهم، در عین حال بسیار پربها دارند در همه بخشها کمک می‌کند.
- دولت با آگاه ساختن مردم از عوامل تهدیدکننده سلامت و ایجاد تقاضا برای دریافت خدماتی که با این تهدیدها مقابله می‌کنند، مشتریهای زیادی را وارد بازار سلامت می‌کند
- دولتها یا هزینه‌های خدمات پایه را برای بخشهایی از جامعه که قادر به پرداخت آنها نیستند می‌پردازند یا خود راساً جهت ارائه آنها اقدام می‌کنند.
- دولت در مواردی که بخش خصوصی دچار صدمه می‌شود، یا حجم نیاز بقدری است که از مقدرات بخش‌های دیگر خارج است، یا عدم دسترسی به خدمات منجر به تنشهای اجتماعی و سیاسی می‌شود، راساً نسبت به ارائه خدمات اقدام می‌کند، این فرآیند در جریان اپیدمی‌ها، حوادث غیرمترقبه طبیعی، حوادث و تنشهای اجتماعی دیده می‌شود.
- به دنبال تغییرات اقتصادی، افزایش یا کاهش شدید قیمتها، دولت با تثبیت تعرفه‌ها، تزریق پول یا امکانات، به بهره‌مندی از خدمات کمک می‌کند.
- دولت زیر ساختهای گران نظام ارائه خدمات را مثل شبکه‌های بهداشتی درمانی، بیمارستانهای تخصصی و ... را فراهم می‌کنند و گاه مدیریت، ارائه خدمت و ... آن را به بخشهای خصوصی، تعاونی و خیریه واگذار می‌نمایند.
- دولتها و نهادهای اجتماعی در اغلب موارد با کنترل سطح سلامتی و بهره‌مندی اقشار مختلف اجتماعی، اقوام مختلف، مناطق کم جمعیت و محروم، با هدایت ارائه خدمات بدان سمت، پرداخت یارانه، اجبار در ارائه خدمات در آن بخشها در کنار ارائه خدمات در بخشهای دیگر سودآور، به تعادل، عدالت و برابری در سطح سلامت کمک می‌کنند.

- در جریان کنترل بیماریهای واگیر، اپیدمیها، بیماریها و مشکلات ناشی از اختلالات رفتاری دولت رسماً مداخله می‌کند چون مداخلات سایر بخشها در این زمینه نه سودآور است و نه یکپارچه و اثربخش است.

- از آنجایی که نیاز به درمان بستری قابل پیش‌بینی نیست، به شدت گران است و ایجاد تقاضا برای آن بار نامناسب اقتصادی به دوش بسیاری از خانوارها تحمیل می‌کند و با ایجاد هزینه‌های مصیبت‌بار (Catastrophic) ساختار اقتصادی خانوارها را به ویرانی می‌کشد و آنها را به زیر خط فقر سوق می‌دهد، اتخاذ تدابیری برای حل این مشکل و مدیریت مناسب بازار در این گونه موارد از وظایف دولتها و نهادهای اجتماعی مرتبط است.

دولتها برای مداخله ابزار متفاوتی را در اختیار دارند، ولی نکته مهم برای دولتها داشتن اطلاعات به موقع، معتبر و دقیق از وضعیت در هم پیچیده بازار سلامت است. طی سالهای اخیر ابزارهای متعددی برای تعیین وضعیت بازار سلامت و اتخاذ سیاستهای بموقع در این مورد ساخته شده است. این ابزارها اطلاعاتی را به دست می‌دهد که بی‌انگیزگی سیاستگذاران را در جهت مداخله در بازار مزبور رفع، و برای آنها تعهد سیاسی برای مداخله، ایجاد می‌کند. این ابزار تصویر روشنی از بازار را در اختیار نهادهای اجتماعی و جامعه که قاعدتاً تعیین کننده ترکیب این نهادها هستند قرار می‌دهد و در نتیجه به دنبال مداخله‌های سیاستگذاران از تنشهای اجتماعی جلوگیری می‌کند.

این ابزار عبارتند از:

- ۱- مطالعه هزینه خانوار،
- ۲- حسابهای ملی سلامت
- ۳- محاسبه شاخص عادلانه بودن مشارکت خانوارها در تامین منابع مالی نظام ارائه خدمات سلامتی
- ۴- مطالعه بار بیماریها
- ۵- مطالعه بررسی وضعیت سلامت جامعه و چگونگی توزیع آن در بین اقشار مختلف اجتماعی
- ۶- مطالعه پاسخگویی نظام ارائه خدمات به حقوق شناخته شده گیرندگان خدمت
- ۷- مطالعه بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامتی

مداخلات دولتی و بخشهای غیردولتی در نظام سلامتی طی دهه‌های اخیر نشان داده است که به تحلیل بهره‌مندی مردم (Utilization) از خدمات بهداشتی درمانی نه تنها علاقه جهانی بلکه برای آن نیز نیاز جدی وجود دارد. این نیاز و علاقه در ارتباط با دو دسته از عوامل مرتبط به هم می‌باشد، که بظاهر با هم متضاد بنظر می‌رسند.

- گروه اول عوامل مرتبط با افزایش مستمر هزینه‌ها و افزایش استفاده از خدمات در شرایط محدودیت منابع است. این شرایط راهکارهای مناسب برای کنترل هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی یا حداقل بحران افزایش آنها را در آینده خبر می‌دهد.
- گروه دوم عوامل مرتبط با مقوله عدالت اجتماعی است که شامل توزیع نامناسب منابع سلامتی، توزیع ناهمگون مشکلات سلامتی (Health Problem) و نیز بهره‌مندی محدود و استفاده کم از خدمات بهداشتی درمانی توسط اقشار مختلف مردم از جمله جامعه نیازمند می‌باشد. این وضعیت نیازمند شناسایی نیازهای تندرستی برآورده نشده و علت‌های اصلی آنها می‌باشد.

۶- ضرورت مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی

اطلاعات معتبر از جنبه‌های مختلف بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی برای برنامه‌ریزی و ارزشیابی منطقی خدمات بهداشتی درمانی مورد نیاز است. بدون این اطلاعات برنامه‌ریزی برای خدمات بهداشتی درمانی، صرفاً ذهنی و صوری خواهد بود و ممکنست به ناکارایی اقتصادی منجر شود. داده‌های معتبر بهره‌مندی (Utilization) می‌تواند اطلاعات مفیدی در زمینه میزانهای کلی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی در جامعه و نیز اطلاعات ویژه‌ای را در زمینه اینکه چه کسی، از چه نوع خدمت بهداشتی درمانی استفاده می‌کند و این خدمت را از چه منبعی، به چه مقدار، به کدام دلیل و با چه هزینه‌ای تهیه می‌کند را ارائه نماید. تجزیه و تحلیل صحیح این اطلاعات می‌تواند کمک شایانی برای سیاستگذاران، برنامه‌ریزان، مدیران و عرضه‌کنندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی باشد.

- داده‌های بهره‌مندی اجازه می‌دهد تا گروه‌های جمعیتی که کمتر خدمت می‌گیرند شناسایی شوند. بعبارت دیگر تحلیل دقیق داده‌های بهره‌مندی به برنامه‌ریزان کمک می‌کند تا تمایز بین نیازهای مراقبت‌های بهداشتی درمانی و استفاده واقعی از خدمات ارائه شده به یک گروه جمعیتی شناسایی شود.
- جمع‌آوری و تحلیل صحیح داده‌ها می‌تواند اطلاعات مفیدی را برای برنامه‌ریزان سلامتی فراهم کند تا عوامل موثر بر نوع استفاده از خدمات بهداشتی درمانی شناسایی شوند. این عوامل می‌تواند فاکتورهای اجتماعی اقتصادی باشد و یا عوامل مرتبط با سیستم ارائه خدمات بهداشتی درمانی مثل دسترسی به منابع بهداشتی درمانی، پوشش بیمه همگانی و ... باشد. از آنجایی که تعداد عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی زیاد است، ضروری است عواملی که در اصلاح نحوه استفاده (استفاده بیشتر یا کمتر از نیاز Over Use, Under Use) از خدمات موثر هستند شناسایی شده و مورد مداخله قرار گیرند.
- داده‌های بهره‌مندی برای تحلیل اثرات واقعی یا بالقوه تغییرات در سیاست‌های کشوری مورد نیاز است. مطالعات زیادی جهت بررسی اثرات مکانیسم‌های مختلف تسهیم هزینه (Cost - sharing) با سطوح بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی تاکنون انجام شده است. (۹ و ۱۰)
- مورد استفاده دیگر اطلاعات بهره‌مندی برآورد منابع جاری یا آتی برای عرضه خدمات است. بطور کلی با پرداختن به مطالعه بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامتی می‌توان به موارد زیر دست یافت:

- ❖ تصویر روشنی از تقاضای جامعه برای خدمات سلامت
- ❖ شیوه اقدام مردم برای یافتن پاسخ این تقاضا
- ❖ شیوه پاسخگویی نظام ارائه خدمات به تقاضای جامعه
- ❖ میزان رعایت حقوق اساسی مردم از سوی نظام ارائه خدمات
- ❖ تناسب بار مالی تحمیل شده به خانوارها یا درآمد آنها

۷- تعیین کننده‌های بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی

شرط حصول اهداف نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی، بهره‌مندی جمعیت هدف از خدمات ارائه شده می‌باشد. عوامل مختلفی بر بهره‌مندی از خدمات موثر هستند، تعدادی از این عوامل عبارتند از:

- متغیرهای زمینه‌ای: شامل ویژگی‌های جمعیتی (سن، جنس، وضعیت تاهل، تعداد افراد خانوار، سطح تحصیلات، شغل، طبقه اجتماعی اقتصادی و ...)
- دسترسی: دسترسی به معنی امکان بهره‌مندی از خدمت است. اولین شرط دسترسی به یک خدمت ارائه آن خدمت است. موانع دسترسی که می‌توانند روی بهره‌مندی از خدمت موثر باشند عبارتند از:

- مانع فیزیکی
- عدم آگاهی از ارائه خدمت
- عدم استطاعت مالی
- عدم مقبولیت محل ارائه خدمت و فرد ارائه کننده خدمت از نظر فرهنگی و اجتماعی
- زمان نامناسب ارائه خدمت
- عدم تناسب عرضه و تقاضا (به عبارت دیگر نسبت تسهیلات بهداشتی درمانی و ارائه‌کنندگان خدمت به جمعیت)

- احساس نیاز یا وجود تقاضا: نیاز با سطح بیماری یا وضعیت سلامتی ارتباط دارد. مطالعات مختلف نتیجه گرفته‌اند که وضعیت سلامتی مهمترین تعیین کننده بهره‌مندی می‌باشند. در خدمات درمانی یا توانبخشی به واسطه بروز ناتوانی معمولاً بدون نیاز به آموزش و جلب توجه فرد به ناتوانی خود، تقاضا برای خدمت وجود دارد. ولی در خدمات پیشگیری و غربالگری از آن جهت که هنوز بیماری یا ناتوانی ناشی از آن ظاهر نشده است، تقاضا برای دریافت خدمت کم است:

- سطح درک جامعه از کیفیت ارائه خدمت در نظام ارائه خدمات: کیفیت ارائه خدمات معمولاً از دو بعد مورد توجه قرار می‌گیرد. بعد محیطی و اجتماعی که بیشتر به محیط فیزیکی و اجتماعی ارائه خدمات، شیوه‌های برخورد ارائه‌کنندگان و چگونگی رعایت حقوق خدمت‌گیرندگان بر می‌گردد. بعد دیگری از کیفیت در نظام ارائه خدمات کیفیت فنآوری، علمی و تخصصی ارائه خدمات است. در مطالعه بهره‌مندی آنچه که بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد، بعد اول کیفیت ارائه خدمات است. جامعه نیز بیشتر به این بعد در نظام ارائه خدمات توجه می‌نماید.

- تناسب قیمت (متناسب بودن قیمت و کیفیت خدمت) عامل تعیین کننده دیگری برای استفاده از خدمت است. در صورت استطاعت مالی و دسترسی اقتصادی، گیرنده خدمت، هنگامی که قیمت و کیفیت خدمت را متناسب تشخیص دهد، از آن استفاده می‌کند و شدت احساس نیاز نیز بر این قضاوت موثر است، به این معنا که با افزایش

احساس نیاز، فرد بهای بیشتری برای خدمت پرداخت می‌کند. و به همین دلیل، جامعه تمایل بیشتری برای پرداخت هزینه خدمات درمانی و توانبخشی نسبت به خدمات پیشگیری دارد.

در سال ۱۹۷۳ اندرسن و نیومن^(۱۱) ساختار ارزیابی استفاده از خدمات بهداشتی درمانی را پیشنهاد کردند براساس نظریات آنها، عواملی که در این ساختار مؤثر است و میزان بهره‌مندی را تعیین می‌کند عبارتند از: عوامل مستعد کننده (Predisposing Factors): شامل سن، جنس، نژاد، تحصیلات، وضعیت تاهل

در صورتی که فرد تمایل به استفاده از خدمات داشته باشد، باید توانایی آن را نیز داشته باشد عوامل تواناکننده (Enabling Factors): عواملی که اجازه می‌دهند فرد نیاز مرتبط با خدمات سلامتی و استفاده از آن را برطرف کند. مثل درآمد، بیمه، حمایت اجتماعی و خصوصیات نظام مراقبت بهداشتی با فرض وجود عوامل فوق، احساس ناخوشی (نیاز Need به استفاده از خدمات بهداشتی) نیز باید وجود داشته باشد. عوامل نیاز (Need Factors): که عبارتست از وضعیت ناخوشی یا بیماری، که بوسیله شدت بیماری، مدت بیماری و شدت علائم سنجیده می‌شود.

۸- شاخص‌های نیازهای سلامتی (Health need)

نیازهای سلامتی مفاهیمی چند بعدی است. مطالعات مختلفی نشان داده که بسیاری از نشانگرها که روی ابعاد مختلف سلامتی تمرکز دارند، بعنوان مقیاس‌های وضعیت سلامتی بکار گرفته شده‌اند. این نشانگرها براساس اینکه چگونه وضعیت سلامتی ارزش‌گذاری شده است طبقه‌بندی می‌شوند. این امر که درک فرد از ضعف سلامتی (سلامتی بد) روی تصمیم وی برای تماس با پزشک موثر است و قضاوت پزشک از وضعیت سلامتی فرد نیز روی ادامه استفاده از خدمات (توسط فرد) موثر خواهد بود نیز یک مسئله پذیرفته شده است. (۱۲)

وضعیت بد اجتماعی یا بار بیماری، مفاهیمی هستند که بر گروهی از نشانگرهای حالات سلامتی مثل تعداد روزهای ناتوانی، روزهای بستری، روزهای با فعالیت محدود شده یا روزهای بیماری در یک دوره معین تاکید می‌کنند. (۱۳ و ۱۴ و ۱۵) این نشانگرها در اغلب بررسی‌ها (اجتماعی) جهت اندازه‌گیری وضعیت سلامتی (با کمی تغییر در تعریف) استفاده می‌شوند. بعنوان مثال در بررسی مطالعه بین‌المللی سازمان جهانی بهداشت، از نشانگرهای روزهای بستری، روزهای با فعالیت محدود و روزهای بیماری استفاده شد.

با بررسی منابع مختلف دیده می‌شود:

روزهای بستری (Bed days) عبارتست از تعداد روزهایی از دو هفته قبل که پاسخگو بدلیل اینکه احساس سلامتی نداشته است تمام یا قسمتی از روز را بستری بوده است.

روزهای با فعالیت محدود (Restricted activity days) عبارتست از روزهایی (غیر از روزهای بستری) طی دو هفته گذشته که پاسخگو بدلیل عدم احساس سلامتی قادر به انجام فعالیت معمول نبوده است.

روزهای بیماری (Sick days): عبارتست از جمع روزهای بستری و روزهای با فعالیت محدود (۱۶). گروه دیگری از مقیاس‌های حالات سلامتی که در مطالعات بهره‌مندی استفاده می‌شوند، روی مشکلات مزمن متمرکز هستند. به این جهت که وقتی همه افراد در معرض بیماریهای حاد قرار می‌گیرند، افرادی که مبتلا به بیماریهای مزمن هستند (نسبت به سایرین) آسیب پذیری بیشتری دارند و احتمالاً میزان استفاده از مراقبتهای بهداشتی درمانی در آنها بیشتر است.

نشانگرهایی که معمولاً در این زمینه بکار می‌روند، تعداد مشکلات مزمن گزارش شده بوسیله پاسخگو هستند. (۱۳ و ۱۷). دیگر نشانگرهای وضعیت سلامتی عبارتند از استفاده از نسخه‌های پزشکی (۱۳)، تعداد نسخه‌های پزشکی استفاده شده در طی یک دوره زمانی مشخص (۱۴)، تعداد حوادث بروز یافته طی یک دوره زمانی مشخص (۱۴) و درجه نگرانی درباره سلامتی (در یک مقیاس چهار نمره‌ای) (۱۷)

نکته مهم این که در بسیاری از مطالعاتی که تاثیر حالات سلامتی را روی بهره‌مندی بررسی می‌کنند، از چند نشانگر استفاده شده است. در مطالعه بین‌المللی WHO ۱۶ نشانگر وضعیت سلامتی مورد استفاده قرار گرفته که ناشی از اهمیت موضوع و نیز امکان پذیر بودن انتقال مفهوم نیاز سلامتی به جامعه بوده است.

۹- رویکردهای مختلف به مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی

بطور کلی دو رویکرد برای جمع‌آوری داده‌های مرتبط با بهره‌مندی افراد از خدمات بهداشتی درمانی وجود دارد:

- ۱- بررسی پرونده‌های موسسات بهداشتی درمانی
 - ۲- بررسی‌های جامعه که در آنها اطلاعات طی مصاحبه از افراد جمع‌آوری می‌شود
- بررسی‌های جامعه بعنوان یک روش جمع‌آوری اطلاعات بهره‌مندی دارای مزایای زیراست: (۱۸ و ۱۹)
- ۱- مزیت اصلی این نوع از بررسی پوشش وسیع جمعیت است که با استفاده از روشهای مناسب نمونه‌گیری، زیر گروههای مختلف جمعیتی بطور مناسب بررسی و معرفی می‌شوند
 - ۲- وجود یک جمعیت برای اندازه‌گیری میزانها از مزیت‌های دیگر این بررسی‌ها است. ممکنست سرشماری برخی اطلاعات جمعیتی را برای بررسی‌های پرونده‌های موسسات بهداشتی درمانی فراهم کند ولی اطلاعات به دست آمده از بررسی‌های جامعه این مزیت را دارد که داده‌های صورت و مخرج کسر همزمان بدست آمده و با اطمینان زیاد می‌توان بین آنها ارتباط برقرار کرد
 - ۳- مزیت دیگر این بررسی‌ها آنست که با انجام آنها می‌توان طیف وسیعی از اطلاعات مربوط به آن دسته از ویژگیهای پاسخگویان را که در تعیین بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی موثر هستند بدست آورد. بسیاری از این ویژگی‌ها در پرونده‌های موسسات دیده نمی‌شوند. (مثل نگرش‌ها، عقاید، ارزشها، پوشش بیمه‌های بهداشتی درمانی، هزینه پرداخت شده برای دریافت خدمت، زمان انتظار برای دریافت خدمت، هزینه و زمان رفت و آمد و ...)
 - ۴- بررسی‌های جامعه تصویر روشنتری از وضعیت سلامتی افراد ارائه می‌دهد (نسبت به اطلاعات مراکز بهداشتی درمانی و ...) و از طرف دیگر بسیاری از اطلاعات ضروری جهت محاسبه شاخص‌های مرتبط با سلامتی با پرسیدن از افراد بدست می‌آید.
 - ۵- بررسی‌های درون جامعه اطلاعاتی از افرادی که بدنبال برطرف کردن نیازهای خود نیستند نیز ارائه می‌دهد، در صورتی که اطلاعات موجود در موسسات و مراکز بهداشتی درمانی مربوط به آن دسته از افرادی است که به بیماری مبتلا شده و یا مراقبت دریافت نموده‌اند. و اطلاعات افرادی که از بیماری خود اطلاع ندارند یا بدلیلی نیاز به مراقبت آنها به تقاضا تبدیل نشده است، در این مراکز موجود نیست.
 - ۶- در بررسی‌های جامعه امکان مطالعه گروههای هدف ویژه (که نسبت کمی از کل جمعیت را تشکیل می‌دهند) وجود دارد
- محدودیت‌های اصلی اینگونه بررسی جهت مطالعات بهره‌مندی از خدمات بهداشتی دو مسئله نمونه‌گیری و صحت گزارش پاسخگویان است.
- نمونه مورد بررسی باید نمونه واقعی جامعه مورد مطالعه باشد و در عین حال خطای نمونه‌گیری کمتری داشته باشد، بطور کلی حجم نمونه بالا، خطای کمتری در برآوردها خواهد داشت و از طرف دیگر هزینه اجرای مطالعه را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بنابراین توازن بین هزینه و دقت مطالعه در

مطالعات منطقه‌ای باید برقرار شود (۱۹). یک موضوع ویژه در بررسی سلامت جامعه گزارش دهی بیماری و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی بوسیله پاسخگویان است. در یک مطالعه مقایسه‌ای بین دو روش که در آن اعلام انجام ویزیت‌های مراقبت‌های بهداشتی درمانی با پرونده‌های پزشکی مقایسه شده است، نشان می‌دهد که پاسخگویان ویزیت پزشکان را ۲۰ درصد کمتر گزارش کرده‌اند. (۲۰) عوامل زیادی بر میزان کم گزارش کردن (under reporting) بیماری و بهره‌مندی از خدمات موثر هستند. ۷ عامل زیر تحت عنوان (Saliency of the morbid condition) گروه‌بندی شده‌اند. (۲۱)

۱- پاسخگویی خود فرد در مقایسه با پاسخی که دیگران در باره او می‌دهند نشان داده که فرد مشکلات بیشتری را در مورد خود گزارش می‌کند، به این دلیل که (نسبت به دیگران) بیشتر درباره خودش می‌داند.

۲- مدت زمانی که از شروع بیماری یا استفاده از خدمت می‌گذرد

۳- درد و ناراحتی

۴- تداخل دریافت خدمات بهداشتی درمانی با فعالیت‌ها یا شیوه زندگی فرد

۵- تجویز دارو

۶- دریافت خدمات پزشکی، تعداد ویزیت پزشک، طول مدت اقامت در بیمارستان

۷- ارتباط با پزشک

(۵ عامل آخر همه بطور مستقیم با گزارش وقایع ارتباط دارند)

عوامل دیگری که می‌تواند روی گزارش‌دهی (پاسخ‌دهی) موثر باشد، ویژگی‌های پاسخگویان مثل سن، جنس، نژاد، درآمد و تحصیلات است. ویژگی‌های مصاحبه‌کننده نیز ممکنست روی پاسخها موثر باشد، به همین دلیل تاکید زیادی روی آموزش و نظارت مصاحبه‌کنندگان و استانداردسازی مصاحبه‌ها و روش‌های اجرا شده است (۱۸)

۱۰- واحدهای اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی:

❖ واحدهای اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات سرپایی

خدمات سرپایی عبارتست از خدمات بهداشتی درمانی که بوسیله پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی به افرادی که در بیمارستان یا سایر تسهیلات بستری کننده بهداشتی درمانی پذیرش نشده‌اند، ارائه می‌شود. بنابراین خدمات سرپایی شامل مراقبتهای ارائه شده در مراکز بهداشتی درمانی، مطب پزشکان، پلی کلینیک‌ها، واحدهای سرپایی، بیمارستانها، بخش اورژانس بیمارستان، کلینیک‌های بهداشتی در کارخانجات صنعتی و مدارس و ... می‌باشد. در تمام این مراکز، واحد معمول اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بهداشتی **بار مراجعه یا مراجعه** می‌باشد. مراجعه را به تعبیر مختلف با توجه به مکان، ارائه‌کننده و محتوا می‌توان بیان کرد. نکته مهم و قابل توجه اینست که آیا ویزیت باید شامل تماس با پزشک باشد؟ آیا تماس باید در یکی از تسهیلات بهداشتی درمانی باشد یا شامل ویزیت در منزل نیز می‌شود، آیا تماس باید با مراجعه حضوری باشد یا شامل مکالمه تلفنی هم می‌شود؟

مراجعه و دریافت مراقبتهای بهداشتی درمانی، سرپایی به روشهای گوناگون طبقه‌بندی می‌شوند ولی معمول‌ترین طبقه‌بندی مورد استفاده به صورت زیر می‌باشد.

۱- مکان دریافت:

مرکز بهداشتی درمانی، قسمت سرپایی بیمارستان، اورژانس بیمارستان، پلی کلینیک، مطب پزشکان، مراکز بهداشتی مدارس، منزل و غیره

۲- نوع عرضه‌کننده خدمت:

پزشک، دستیار پزشک، پرستار، ماما، کارکنان بهداشتی، دندانپزشک، داروساز و غیره

۳- علت مراجعه و دریافت:

این موضوع یکی از بحث برانگیزترین مباحث در انواع طبقه‌بندیها است. یکی از ساده‌ترین طبقه‌بندیهای علت مراجعه و دریافت، به شرح زیر است:

- ارتقای سلامت

- پیشگیری

- تشخیص یا درمان

- بازتوانی (توانبخشی)

طبقه‌بندی جزئی‌تری نیز برای علت ویزیت ارائه شده است که قسمتی از آن به شرح زیر است:

- مشکلات یا علائم حاد

- پیگیری مشکل حاد

- مشکل مزمن یا طولانی مدت

- فوریت‌ها (بیماریها یا حوادث)

- اعمال جراحی کوچک

- مراقبت بعد از جراحی

- مراقبت‌های دوران بارداری
- تنظیم خانواده
- مراقبت‌های بعد از تولد
- واکسیناسیون
- تزریقات
- تجویز مجدد نسخه
- آموزش و مشاوره
- مسائل اداری مثل گواهی سلامت
- سایر موارد

❖ واحدهای اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بستری

تعداد واحدهایی که می‌توان از آنها برای اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بستری استفاده کرد بسیار زیاد است. و دلیل آن اینست که بیمارستان، به تعداد متفاوتی بخش و واحد تقسیم می‌شود که هر کدام از آنها انواع مختلفی از خدمت را ارائه می‌دهند مثل بخش‌های بالینی، آزمایشگاه، رادیولوژی، تغذیه، اتاق عمل و ... برای اندازه‌گیری‌های کلی استفاده از مراقبت بیمارستانی، پذیرفته‌شده‌ترین واحدها، «پذیرش بیمارستانی» (hospital admission) و (hospital patient day) می‌باشد.

«پذیرش بیمارستانی» عبارتست از پذیرش رسمی یک فرد بعنوان یک بیمار بستری (توسط بیمارستان) و اختصاص دادن یک تخت به وی .

«بیمار روز» اشاره می‌کند به خدمات ارائه شده به یک بیمار بستری در یک دوره ۲۴ ساعته هر دو این واحدها، برای اندازه‌گیری‌های کلی استفاده از بیمارستان بکار می‌روند.

۱۱- نمونه‌های خلاصه شده‌ای از مطالعات بهره‌مندی :

- در یک مطالعه در مورد وضعیت سلامت و دریافت خدمات پزشکی افراد ۱۷ - ۱۲ ساله آمریکایی که روی ۶۸۰۰ نفر انجام شده است، نتیجه‌گیری شده که ارائه‌کنندگان خدمت باید از رفتارهای جمعیت در مورد نحوه استفاده از خدمات، شاخص‌های بیماری و درک مردم از بیماری اطلاع داشته باشند. (۲۲)
- در مطالعه‌ای به منظور برآورد تعداد مراجعات سرپایی برای ویزیت عمومی که از کل مراجعات به درمانگاه اورژانس بیمارستان انجام می‌شود، نمونه‌ای از جمعیت تحت پوشش یک مرکز بهداشتی درمانی شهر استکهلم انتخاب شدند. در ۱۵ ماه بررسی ۳۰ درصد جمعیت به اورژانس بیمارستان مراجعه کرده و ۱۵٪ به پزشکان عمومی ناحیه مراجعه داشته‌اند. از کل مراجعات به اورژانس بیمارستان ۱۷٪ به سبب جراحات ناشی از حوادث و بین ۳۹٪ - ۶۴٪ بعلت مراجعات عمومی بوده است. این بررسی نشان داده است که مراکز ارائه خدمات شبانه‌روزی اکثر نیازهای ویزیت سرپایی جمعیت مورد مطالعه را برآورد کرده است. (۲۳)
- در مطالعه‌ای که روی ۲۰۰۰۰ نفر از ساکنان مناطق روستایی کنیا انجام شده، چگونگی و ترکیب دریافت خدمات بهداشتی درمانی مورد بررسی قرار گرفته است. در این بررسی یک چهارم افراد بیان کرده‌اند طی چند هفته قبل از مصاحبه احساس ناخوشی داشته‌اند، از این تعداد ۲۱٪ به پزشک تحصیل کرده یا سنتی مراجعه کرده‌اند، ۳۵٪ خود درمانی نموده و ۳۷٪ هیچ اقدامی نکرده‌اند. در این بررسی اطلاعات مربوط به علل مراجعه، هزینه خدمات دریافتی، مسافت و مدت سفر برای دریافت خدمت تحلیل شده و روشهایی برای بهبود دریافت خدمت پیشنهاد شده است. (۲۴)
- در مطالعه دیگری در سوئد تمام خدمات بهداشتی درمانی که طی یکسال توسط ۱۱۴۷ فرد ۱۶- ۷ ساله مورد استفاده قرار گرفته بررسی شده است. متوسط مراجعه هر کودک در سال به درمانگاه مدرسه ۵/۳ بار، به مرکز بهداشتی درمانی ۱/۱ بار و به بیمارستان ۰/۹ بار بوده است و میزان بستری برای هر فرد در سال ۰/۰۵ بار محاسبه شده است. در این بررسی به نقش درمانگاههای مدارس در سلامتی کودکان تاکید شده است. (۲۵)
- در مطالعه‌ای که در عربستان سعودی به منظور ارزیابی ترکیب استفاده از خدمات بهداشتی درمانی انجام شده است؛ این نتایج بدست آمده، ۸۴٪ افراد خدمات سرپایی را از مرکز مراقبتهای بهداشتی اولیه و یا درمانگاه بیمارستان دریافت می‌کردند، ۷۰٪ زایمانها در بیمارستان انجام شده و متوسط طول اقامت برای زایمان ۲/۹ روز بود. میزان بستری در بیمارستان به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت ۸۹ بار با میانگین بستری ۷/۵ روز بدست آمده است.

خدمات پیشگیری مرکز مراقبت‌های بهداشتی اولیه بطور ناکافی ارائه می‌شد و این نتیجه گرفته شده است که باید به خواسته‌های مردم در برنامه‌ریزیهای بهداشتی درمانی توجه گردد. (۲۶)

- در مطالعه دیگری در برزیل ۷٪ مراجعاتی که برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی طی یکسال انجام شده بود، مورد بررسی قرار گرفت، ۶۷٪ مراجعین را زنان تشکیل داده‌اند. ۹/۳٪ مراجعات برای تجدید نسخه، ۸/۸٪ بعلت پرفشاری خون، ۷/۸٪ بعلت عفونت مجاری فوقانی تنفسی، ۵/۵٪ جهت ایمن سازی بوده است. مهمترین کاری که برای مراجعین انجام می‌شده تجویز دارو بود. ۷/۳٪ مراجعین برای دریافت خدمت به سایر مراکز ارجاع شده و ۰/۶٪ مراجعین به بیمارستان ارجاع شده‌اند. (۲۷)

- در یک مطالعه در آمریکا اثرات سازمانهای بیمه‌گر آمریکا بر میزان استفاده، هزینه‌ها، رضایت بیماران و مراجعین، و نتایج حاصل از مراقبت‌ها بررسی شد، نتایج این مطالعه نشان داده است که سازمانهای بیمه، در کاهش هزینه‌ها نقش دارند، میزان بستری کمتری دارند، بیماران رضایت کمتری از این سازمانها دارند. افراد و گروههای کم درآمد تحت پوشش این سازمانها از وضعیت سلامت پائینتری برخوردارند. (۲۸)

- برای بررسی الگوی استفاده از خدمات بهداشتی در ۱۲ ماه اول زندگی مطالعه‌ای روی ۱۷۳ نوزاد و خانواده آنها بصورت هم گروهی آینده نگر در استرالیا انجام شد. تعداد متوسط ویزیت (برای هر نوع خدمتی شامل خدمات پزشکی، بیمارستانی، خدمات بهداشت مادر و کودک، داروخانه و ...) در یک سال ۳۵/۷ بار بوده است. از این موارد ۳۱٪ یعنی ۱۰/۹ بار ویزیت پزشک عمومی و ۴۱/۵٪ (۱۴/۳ بار) بهداشت مادر و کودک بوده است (این مورد در ۶ ماه اول زندگی نسبت به ۶ ماه دوم خیلی بیشتر بوده است) در واقع هر دو هفته یک مراجعه جهت دریافت خدمت صورت گرفته است. (۲۹)

- در مطالعه دیگری ۱۰۰۰۰ کودک ۱۷ - ۲ ساله در اروپای شمالی از نظر بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، تعداد دفعات مشاوره پزشک عمومی یا متخصص در سه ماه قبل از بررسی مورد مطالعه قرار گرفتند. یک پنجم بچه‌ها ویزیت پزشک عمومی و یک هفتم آنها ویزیت متخصص داشته‌اند. بیشتر این افراد را کودکانی که یک بیماری مزمن داشتند تشکیل داده‌اند. استفاده از ویزیت متخصص در مناطق شهری نسبت به مناطق روستایی بیشتر بود. نابرابری اجتماعی در استفاده از متخصص مؤثر بوده ولی در استفاده از پزشک عمومی تاثیر نداشته است بخصوص در کودکان با یک بیماری مزمن. در بیشتر کشورهای اروپای شمالی بهره‌مندی از خدمات پزشک عمومی با مرتبه اجتماعی ارتباط ندارد و بهره‌مندی از خدمات تخصصی هم بطور عمده با مرتبه اجتماعی ارتباط ندارد. (۳۰)

- در مطالعه‌ای که روی کودکان زیر ۱۷ سال ساکن مناطق روستایی در کارولینای شمالی انجام شده است (در سالهای ۲۰۰۰ - ۱۹۹۹) تعداد مراقبت‌های بهداشتی طی سال قبل از مطالعه مورد بررسی قرار گرفته است. ۹۰٪ این کودکان تحت پوشش یک بیمه خصوصی یا

عمومی بوده‌اند. متوسط تعداد ویزیت در سال قبل از مطالعه برای هر کودک ۵/۷ بوده، در این مناطق مانعی برای دسترسی جغرافیایی به خدمات بهداشتی وجود نداشته و بعد مسافت عاملی برای کاهش تعداد ویزیتها بشمار نمی‌آید. در کودکان زیر ۵ سال، عوامل اصلی تعیین کننده استفاده از مراقبت، سن، وضعیت بیمه و درآمد خانوار بوده است. شیرخواران نسبت به بچه‌های بزرگتر، تعداد ویزیت بیشتری داشته‌اند. بچه‌هایی که در خانوار با درآمد سالیانه بالای ۴۰۰۰۰ دلار زندگی می‌کردند، نسبت به آنهایی که در خانوارهای با درآمد زیر ۲۰۰۰۰ دلار زندگی می‌کردند، ۷۶ درصد ویزیت بیشتری داشته‌اند و کودکانی که از یک بیمه عمومی برخوردار بودند ۴ برابر نسبت به کودکانی که بیمه نبودند بیشتر مراقبت شده‌اند. در کودکان بالای ۵ سال، وضعیت بیمه، درآمد خانوار، مشکلات سلامتی در ماه گذشته و نژاد تعیین کننده‌های اصلی استفاده از خدمات در سال گذشته بوده‌اند.

- کودکانی که بیمه بوده‌اند ۶ برابر بیشتر ویزیت شده‌اند، خانوارهای با درآمد سالانه بالای ۴۰۰۰۰ دلار، ۲/۵ بار بیشتر ویزیت داشته و خانوارهای با درآمد ۴۰۰۰۰ - ۲۰۰۰۰ دلار ۲ برابر نسبت به خانوارهای با درآمد زیر ۲۰۰۰۰ دلار ویزیت داشته‌اند. کودکان سفید پوست نسبت به کودکان سیاه پوست دو برابر بیشتر ویزیت شده‌اند. بنظر نمی‌رسد تفاوتی بین عوامل موثر بر استفاده از خدمات بهداشتی در مناطق شهری و روستایی وجود داشته باشد. پوشش بیمه و درآمد خانوار از عوامل اصلی موثر بر استفاده از خدمات بهداشتی هستند و افزایش پوشش بیمه و کاهش فقر تاثیر مستقیم روی سلامت کودکان دارد. (۳۱)

- در سال ۱۹۸۰ مطالعه‌ای در مورد خصوصیات افرادی که زیاد از خدمات بهداشتی استفاده می‌کنند و افرادی که کم از این خدمات استفاده می‌کنند انجام شده است.

در این مطالعه سه نوع خدمت در نظر گرفته شده که عبارتند از: مراقبت بیمار بستری در بیمارستان، ویزیت سرپایی و تجویز دارو (نسخه پزشکی)

کم استفاده کردن (برای هر خدمت) به این صورت تعریف شده است: یک یا دو روز بستری در بیمارستان، یک ویزیت غیر از دندانپزشک، یک نسخه دارویی و زیاد استفاده کردن به اینصورت تعریف شده است: ۱۷ روز یا بیشتر بستری بودن، ۲۰ ویزیت یا بیشتر داشتن، و تعداد نسخه‌های دارویی ۲۵ عدد و بیشتر.

افرادی که زیاد بستری شده‌اند شامل ۱/۷ درصد شهروندان و ۱۵ درصد افرادی هستند که طی سال قبل بستری شده‌اند، روزهای بستری این افراد ۵۴/۴ درصد روزهای بستری را تشکیل می‌دهند. افرادی که از خدمات سرپایی زیاد استفاده کرده‌اند، ۴/۵ درصد جامعه و ۵/۷ درصد استفاده کنندگان از خدمات سرپایی را تشکیل می‌دهند این افراد از ۳۲/۳ درصد خدمات سرپایی استفاده کرده‌اند در مورد نسخه‌های تجویز شده، ۳/۷ درصد شهروندان جزء زیاد استفاده کنندگان بوده‌اند که ۵/۹ درصد استفاده کنندگان را تشکیل داده و ۳۲/۹ درصد نسخه‌های تجویز شده مربوط به این افراد بوده است.

در سمت دیگر طیف، افرادی که کم از خدمات (ویزیت) سرپایی استفاده کرده‌اند، ۱۷ درصد جمعیت و ۲۱ درصد استفاده‌کنندگان این خدمات بوده‌اند و از ۳/۳ درصد ویزیتها استفاده کرده‌اند. آن دسته از افرادی که بیشتر از خدمات استفاده کرده‌اند، خصوصیات خاصی دارند. آنها مسن‌تر و فقیرتر هستند، وضعیت سلامتی بدتر و محدودیت فعالیت بیشتری دارند. مهمترین خصوصیت افرادی که از هر یک از خدمات زیاد استفاده کرده‌اند، وضعیت سلامتی، محدودیت شدید فعالیت و وجود وضعیت‌های پزشکی بطور عمده کانسر، اختلالات قلبی، بیماریهای اسکلتی عضلانی، بیماریهای تنفسی و صدمات و مسمومیتها می‌باشد. تقریباً تمام افرادی که زیاد از هر دسته از خدمات استفاده کرده‌اند (۸۸ درصد روزهای بستری، ۸۹ درصد ویزیت سرپایی و ۹۴ درصد نسخه‌های پزشکی) حداقل سه وضعیت مختلف تشخیص داده شده در سال گذشته داشته‌اند. (۳۲)

- در بررسی که در اسپانیا در مورد دسترسی عادلانه و بهره‌مندی مناسب از خدمات بهداشتی در جامعه انجام شده است، خدمات مشاوره پزشکی، استفاده از خدمات بستری، مراجعه به دندانپزشکی و متخصص زنان مورد بررسی قرار گرفتند. معیار دسترسی، زمان (زمان طی شده در راه و زمان سپری شده در انتظار تا دریافت خدمت) در نظر گرفته شد و بعنوان یک متغیر اجتماعی اقتصادی هم تحصیلات در نظر گرفته شد.

مشاوره پزشک و استفاده از خدمات بستری در افراد با تحصیلات کمتر، بیشتر دیده شد، در حالی که مشاوره دندانپزشکی و متخصص زنان در افراد با تحصیلات بالا بیشتر دیده شده است. بعد از تطبیق سن، جنس و پوشش خدمات، اختلاف معنی‌داری بین مشاوره پزشک و بستری در بیمارستان دیده نشد.

افراد از نظر سطح تحصیلات به سه دسته (سطح ۱ و ۲ و ۳) تقسیم شدند. متوسط زمان انتظار برای افراد با تحصیلات پایین‌تر (سطح ۱) بیشتر بوده بطوری که ۸۳/۵ روز انتظار برای افراد سطح ۱ و ۱۸/۸ روز انتظار برای افراد سطح سوم برای استفاده از خدمات بستری وجود داشته است. بنظر می‌رسد موانعی برای دسترسی برای سطوح مختلف جامعه به خدمات بهداشتی وجود دارد. (۳۳)

در مطالعه‌ای دسترسی کودکان به خدمات پزشکی و نیازهای بهداشتی که بدلیلی برآورده نشده یا به تاخیر افتاده است (در کودکان از نوزادی تا ۱۷ سالگی) مورد بررسی قرار گرفته است. تعداد ۱۶۹۰۷ کودک مورد بررسی قرار گرفته و نتیجه حاصل این بوده است که در سال ۱۹۹۳ در ایالات متحده ۷/۳ میلیون کودک وجود داشتند که حداقل یک نیاز پاسخ داده نشده داشته‌اند که علت عمده عدم رفع نیاز، نگرانی در مورد هزینه آن بوده است. این نیازها شامل مراقبت پزشکی، مراقبت دندانپزشکی، تجویز دارو، عینک و بهداشت روان می‌باشد. ۴/۲ میلیون کودک فاقد یک حمایت پایدار برای مراقبت بهداشتی بوده‌اند. عوامل وابسته به دسترسی شامل بیمه، درآمد خانوار، نژاد و قومی، مراقبت بهداشتی، ساختار خانواده و محل سکونت بودند. فقدان بیمه یا عدم توانایی پرداخت هزینه خدمت دلیل اصلی عدم وجود یک بهره‌مندی منظم مراقبت پزشکی بشمار می‌آید. (۳۴)

مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که زنان (نسبت به مردان) از خدمات بهداشتی درمانی بیشتر استفاده می‌کنند.

- در مطالعه‌ای در ایالات متحده که از متغیرهای غیروابسته مهم مثل وضعیت بهداشتی و اجتماعی بیماران برای تعیین تفاوت‌های جنسی در استفاده و هزینه خدمات استفاده شده‌اند. نتایج این مطالعه نشان داد که زنان بطور مشخص وضعیت سلامت بدتری را گزارش می‌کنند، از سطح تحصیلات و درآمد کمتری برخوردار هستند. و تعداد ویزیت بیشتری در کلینیک‌های مراقبت اولیه و خدمات تشخیصی دارند. میانگین هزینه مراقبت اولیه، مراقبت تخصصی، درمان اورژانس، خدمات تخصصی و هزینه کلی سالانه در زنان بیشتر بوده است. اختلافی در میانگین بستری شدن یا هزینه بیمارستانی وجود نداشت. بعد از کنترل وضعیت سلامتی و اجتماعی، بازهم زنان هزینه بیشتری برای همه انواع خدمات، بجز بستری در بیمارستان پرداخت کرده‌اند. (۳۵)
- مطالعه‌ای که جهت تعیین الگوی بهره‌مندی زنان و مردان از خدمات بهداشتی در برزیل انجام شده است. متغیرهای فردی مورد مطالعه، شغل، تحصیلات و نژاد و متغیرهای خانواده، شامل درآمد خانواده، بعد خانواده، تحصیلات سرپرست خانواده و شغل وی بودند.
- نتیجه نشان داد که زنان بیشتر از مردان از خدمات بهداشتی استفاده می‌کنند. استفاده از خدمات در هر دو جنس وابسته است به درآمد خانوار و وضعیت اجتماعی فرد که خود بیانگر الگوی نابرابری اجتماعی است. متغیرهای وابسته به خانواده، اهمیت بیشتری در استفاده از خدمات بهداشتی دارند. (۳۶)
- مطالعه‌ای با هدف تحلیل نابرابری در سلامتی و استفاده از خدمات بهداشتی بین زنان و مردان در اسپانیا روی ۶۶۰۴ زن و ۵۶۴۱ مرد ۲۵ سال و بالاتر انجام شده است. متغیرهای مورد مطالعه (وابسته به سلامتی) شامل درک شخص از سلامتی، محدودیت فعالیت در دو هفته قبل از مطالعه، و وجود یک بیماری مزمن بوده و متغیرهای بهره‌مندی از خدمات بهداشتی، شامل ویزیت یک ارائه‌دهنده خدمات بهداشتی درمانی (در دو هفته گذشته) و ویزیت اپتومتریست (در ۱۲ ماه گذشته) یک دندانپزشک (در ۱۲ ماه گذشته) و بستری شدن در بیمارستان (در ۱۲ ماه گذشته) بوده است. سطح سلامت زنان نسبت به مردان پایین‌تر بوده، روزهای با محدودیت فعالیت بیشتری را گذرانده و بیشتر مبتلا به بیماری مزمن بوده‌اند. نسبت زنانی که ویزیت بهداشتی، اپتومتریست و دندانپزشک داشته‌اند، کمی بیشتر از مردان بوده و نسبت بستری شدن در بیمارستان در زنان کمتر از مردان بوده است. در نهایت این نتیجه بدست آمده است که زنان از سطح سلامتی کمتری نسبت به مردان برخوردار بوده و در نتیجه به مراقبت بهداشتی بیشتری نیاز دارند. (۳۷)
- در مطالعه‌ای در غنا، عوامل تعیین کننده استفاده از خدمات بهداشت مادر و کودک (با استفاده از اطلاعات Demographic and Health Survey DHS) مورد بررسی قرار

گرفتند. خدماتی که مورد مطالعه قرار گرفتند عبارتند از: استفاده از پزشک برای مراقبت بارداری، انجام مراقبت نوزادی ۴ بار یا بیشتر. محل زایمان، و مشارکت در تنظیم خانواده. یافته‌های مطالعه نشان داد که تحصیلات، زمینه مذهبی، محل سکونت، شغل و قومیت در استفاده از خدمات بهداشت مادر و کودک، موثر هستند و ارتقای خدمات مادر و کودک مستلزم افزایش سطح تحصیلات زنان و ایجاد یک هماهنگی بین بخشی است، بطوری که با برنامه مادر و کودک (که از قبل وجود داشته است) و طرح بیمه ملی سلامت، خدمات بهداشتی بیشتر قابل دستیابی باشد. (۳۸)

- در مطالعه‌ای در هندوستان خصوصیات جمعیت‌شناسی و الگوی استفاده از مراقبت‌های پیش از تولد در زنان سن باروری و آگاهی این افراد در این زمینه مورد بررسی قرار گرفت. ۲۹۵ زن مورد مطالعه قرار گرفته و آگاهی آنها در مورد لزوم انجام مراقبت دوران بارداری و انجام یا عدم انجام آن در طول بارداری قبلی مورد سوال واقع شد و نتایج حاصله مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. اطلاعات حاصله نشان داد که زنان با درآمد بالا دوبرابر بیشتر از مراقبت‌های پیش از تولد استفاده می‌کنند و زنانی که این خدمات را دریافت کرده‌اند، آگاهی بیشتری در مورد اهمیت پروتئین غذایی و مصرف سبزیجات در طول بارداری داشته و نیز در مورد علائم خطر اطلاعات بیشتری داشته‌اند. (۳۹)

- در نیجریه مطالعه‌ای روی عوامل موثر بر زایمان در تسهیلات بهداشتی تأیید شده انجام شده و طی آن ۱۱۷ مادر باردار مورد بررسی واقع شدند. قبل از زایمان ۶۰ درصد مادران بیان کرده بودند که در تسهیلات بهداشتی زایمان خواهند کرد ولی فقط در ۴۵ درصد آنها این اتفاق افتاد، دلیل اصلی عدم مراجعه جهت زایمان به این مراکز، محدودیت زمانی، مشکل رفت و آمد، ترس از عمل جراحی و تاثیر همسر یا خانواده بود. وضعیت سواد مادر، اعتقادات مذهبی و بعدمسافت از عوامل اصلی انتخاب محل زایمان توسط مادر بوده است. (۴۰)

- بررسی مطالعات انجام شده در تاجیکستان؛ تغییرات الگوی مراقبت بهداشتی مادران را در دهه اخیر و گسترش نابرابری در دسترس به خدمات را نشان می‌دهد. ارتباط بین فقر و تحصیلات مادر و استفاده از خدمات بهداشتی دوران بارداری در مطالعه‌ای مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه نشان داده شده است که انتخاب محل زایمان و فرد کمک‌کننده به زایمان به وضوح به سمت زایمان در منزل شیفت پیدا کرده است. بیش از دو پنجم همه زنانی که در سال قبل از مطالعه زایمان کرده‌اند، زایمان را در منزل انجام داده‌اند. زنانی که از طبقه اقتصادی اجتماعی پایین هستند سه بار بیشتر از زنانی که از طبقه اجتماعی اقتصادی بالا هستند در منزل و بدون کمک آموزش دیده زایمان می‌کنند. (۴۱)

- در مطالعه‌ای در اسپانیا روند بهره‌مندی و دسترسی به خدمات بهداشتی در سالهای ۱۹۹۵ و ۱۹۸۷ مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. مواردی که مورد بررسی قرار گرفتند عبارت بودند از: ویزیت پزشک، بستری در بیمارستان، ویزیت دندانپزشک، ویزیت متخصص

زنان، زمان صرف شده برای رسیدن به پزشک و زمان انتظار برای ویزیت پزشک و زمان انتظار برای بستری شدن در بیمارستان.

خصوصیات اجتماعی اقتصادی مورد بررسی، سطح تحصیلات و گروه اجتماعی اقتصادی پاسخگو بوده است. ویزیت پزشک فراوانترین خدمت در افراد با تحصیلات و سطح اجتماعی اقتصادی پایین در هر دو دوره بوده و ویزیت دندانپزشک و متخصص زنان در گروههای بالای اجتماعی اقتصادی (در هر دو دوره) فراوانترین خدمت بوده است. اختلاف آماری معنی داری در فراوانی بستری شدن، زمان ویزیت پزشک و زمان انتظار بین دو دوره بررسی وجود نداشت. (۴۲)

- بنظر می‌رسد وضعیت سلامتی و استفاده از خدمات پزشکی در افراد مسن، بستگی به محل سکونت آنها دارد مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افراد مسن ساکن روستا از سلامت کمتری نسبت به افراد ساکن شهر برخوردار هستند. در مطالعه‌ای که در هلند انجام شده است، این اختلاف بسیار کم بنظر می‌رسد و افراد روستایی از وضعیت سلامت بهتری نسبت به افراد شهرنشین برخوردار هستند و کمتر از خدمات بهداشتی استفاده می‌کنند. این مسئله می‌تواند مربوط به درآمد، ارتباطات اجتماعی، مشارکت اجتماعی باشد. (۴۳)

- برای تعیین تاثیر تفاوت‌های اجتماعی اقتصادی روی استفاده از خدمات بهداشتی، مطالعه‌ای روی ۸۵۶۰ نفر در بلژیک انجام شد. نتایج بدست آمده به اینصورت بود که گروههای با سطح اجتماعی اقتصادی پایین بیشتر از خدمات پزشک عمومی و مراقبت در منزل و بستری در بیمارستان (نسبت به گروههای با سطح اجتماعی اقتصادی بالاتر) استفاده می‌کنند. افراد با وضعیت اجتماعی اقتصادی بالاتر از ویزیت متخصص، فیزیوتراپی و دندانپزشکی بیشتر استفاده می‌کنند. بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و حجم استفاده از خدمات تفاوتی دیده نشده است. (۴۴)

- مطالعه‌ای با هدف تاثیر عوامل وابسته به جامعه، خانوار و فرد در استفاده زنان از مراقبت مادران در ترکیه و با استفاده از اطلاعات DHS انجام شده است. نتایج این مطالعه نشان داد که تحصیلات، مرتبه بارداری، پوشش بیمه، قومیت، منطقه جغرافیایی و تحول خانوار از عواملی هستند که بطور مشخص روی استفاده از خدمات بهداشتی تاثیر دارند. (۴۵)

- در مطالعه‌ای که روی ۴۲۵۵ نفر در سوئیس انجام شد ارتباط بین تحصیلات، شیوع بیماری‌ها و دفعات استفاده از خدمات بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. در نتایج این مطالعه، فراوانی بیماریهای قلبی عروقی، تنفس، گوارش، استئوآرتریت و اختلالات روانی در افراد با سطح تحصیلات کمتر، بیشتر دیده شده است. افرادی که تحصیلات بیشتری داشتند، دفعات کمتری از ویزیت پزشک عمومی استفاده کرده و در عوض بیشتر از مشاوره‌های تخصصی استفاده کرده‌اند. (۴۶)

- در بررسی که روی اطلاعات ۵۸۴۶۲ نفر از افراد بالای ۲۵ سال (با استفاده از اطلاعات National Health Survey NHS) در ایتالیا انجام شده و طی آن ارتباط بین

تحصیلات و شیوع ۱۷ بیماری مزمن و الگوی بهره‌مندی مراقبت‌های بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است، بنظر می‌رسد اغلب بیماریها (مثل دیابت، هیپرتانسیون، بیماریهای قلبی عروقی، بیماریهای تنفسی و ...) در افراد تحصیلکرده، کمتر دیده شده است و مزیت پزشک عمومی و بستری شدن در بیمارستان، در افراد تحصیل کرده، کمتر دیده شده و در مقابل مشاوره‌های تخصصی در افراد با تحصیلات کمتر، کمتر دیده شده است. (۴۷)

- در مطالعه‌ای که در نروژ روی ۵۸۰۶ خانوار در مورد بیماری، استفاده از خدمات پزشکی، خود درمانی، ویزیت پزشک (در دوهفته گذشته) انجام شد، متغیرهای اجتماعی و جمعیت‌شناسی که ممکنست روی استفاده از مراقبت‌های بهداشتی موثر باشد، در ۵ گروه تقسیم‌بندی شدند. این متغیرها شامل، نیاز به مراقبت پزشکی، مراقبت از خود، دستیابی به پزشک، عوامل جمعیت‌شناسی، و ارتباطات اجتماعی بودند. بیشترین تاثیر را متغیر نیاز به مراقبت پزشکی و دومین متغیر مراقبت از خود بوده است. دستیابی به پزشک براساس مزمن یا غیرمزمن بودن بیماری، تاثیر متفاوت داشته است، مشکلات دسترسی به پزشک، باعث شده که مشاوره پزشک در بیماریهای غیرمزمن کاهش یابد ولی در مورد بیماریهای مزمن اینطور نیست. در مورد متغیرهای اجتماعی، نه سطح تحصیلات و نه درآمد، تاثیری روی بهره‌مندی (در حضور متغیرهای دیگر) نداشته است. افزایش سن باعث افزایش ویزیت پزشک شده است. (۴۸)

- مطالعه‌ای با هدف تعیین عوامل موثر بر استفاده از مراکز بهداشتی درمانی در تایلند انجام شده است، که طی آن ۲۰۶ خانوار مورد مصاحبه قرار گرفته‌اند. خانوارها به دو گروه طبقه‌بندی شدند، معیار طبقه‌بندی، استفاده از خدمات بهداشتی جهت برطرف کردن کمتر یا بیشتر از ۵۰ درصد نیاز (به خدمات) بوده است.

نتایج حاصل نشان داد که سن، جنس، تحصیلات، بعد خانوار و فاصله تا مرکز ارائه دهنده خدمت با استفاده از مرکز ارتباط ندارد ولی شغل، وضعیت اقتصادی، دانش و نگرش نسبت به مراکز مذکور و کیفیت خدمات ارائه شده با استفاده از مراکز، ارتباط داشته است بنظر می‌رسد که عوامل متعددی باعث استفاده کم از مراکز مزبور شده که تعدادی از آنها بستگی به شخصیت فرد داشته و بقیه مربوط به مرکز بوده است. (۴۹)

- در مطالعه‌ای در اسپانیا، تاثیر تفاوت‌های اجتماعی اقتصادی در استفاده از خدمات بهداشتی، در گروه‌های مختلف اجتماعی اقتصادی بررسی شده است. معیار در نظر گرفته شده موقعیت اجتماعی اقتصادی، سطح تحصیلات و درآمد خانوار و ملاک استفاده از خدمات بهداشتی، دفعات مشاوره پزشکی و بستری در بیمارستان (در یک مقطع زمانی خاص) بوده است. بعد از تطبیق سن، ارتباط معکوس بین تحصیلات و مشاوره پزشک و بستری شدن در بیمارستان دیده شده است. (۵۰)

- در مطالعه‌ای که در مصر پیرامون بهره‌مندی از خدمات سرپایی انجام شده است، نشان داده که جنس، درآمد، بعد خانوار، تحصیلات و وضعیت تاهل روی اظهار بیماری تاثیر دارند.

افراد متاهل، افراد با درآمد بالا، و افراد با تحصیلات بالا بطور معنی‌داری بیشتر تقاضای خدمت کرده‌اند همینطور افراد ساکن مناطق شهری، و افرادی که از بیمه استفاده می‌کردند. در مقابل افرادی که در خانواده‌های پر جمعیت زندگی می‌کردند کمتر تقاضای خدمات بهداشتی داشته‌اند (۵۱)

- در مطالعه‌ای در هلند، ارتباط بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و استفاده از خدمات مختلف بهداشتی مورد بررسی قرار گرفته است. در این مطالعه، تاثیر موانع اجتماعی اقتصادی در استفاده از خدمات بهداشتی دیده شده است. وضعیت اجتماعی اقتصادی با استفاده از خدمات پزشک عمومی ارتباط نداشته، ولی افراد با سطح اجتماعی اقتصادی بالاتر، بیشتر از خدمات تخصصی، دندانپزشکی و فیزیوتراپی استفاده می‌کردند (۵۲)

- در دو مطالعه در کانادا و فنلاند ارتباط بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و احتمال و حجم استفاده از خدمات بیمارستانی مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج حاصله نشان داده است که درآمد خانوار روی احتمال استفاده از بیمارستان تاثیر داشته است، سطح اجتماعی اقتصادی پایین با خطر بیشتر بستری در بیمارستان و روزهای بستری بیشتر همراه بوده است. (۵۳ و ۵۴)

- در مطالعات متعددی ارتباط بین وضعیت اجتماعی اقتصادی و وضعیت سلامتی و همینطور استفاده از خدمات بهداشتی درمانی بررسی شده و این نتایج حاصل شده است که وضعیت اجتماعی اقتصادی پایین با میزان ابتلا بالاتر، سلامت فیزیکی بدتر، مشکلات روانی بیشتر و طول عمر کوتاه‌تر همراه است و نیز افراد با سطح اجتماعی اقتصادی بالاتر بیشتر از خدمات پیشگیری و برنامه‌های غربالگری استفاده می‌کنند در حالی که افراد با سطح اجتماعی اقتصادی پایین‌تر از خدمات تشخیصی و درمانی بیشتر استفاده می‌کنند. (۶۰، ۵۲، ۵۱، ۵۰، ۵۹، ۵۸، ۵۷، ۵۶، ۵۵)

- در مطالعه‌ای که توسط سازمان تامین اجتماعی روی افراد تحت پوشش سازمان انجام شده، متوسط مراجعه هر فرد به مراکز خدمات درمان سرپایی ۵/۹ بار بوده است (۱/۱ بار پزشک عمومی، یک بار پزشک متخصص ۲/۹ بار داروخانه و ...) (۶۱)

ب: روش اجرا

۱- اهداف مطالعه

هدف کلی:

تعیین رفتارهای جامعه، بمنظور دریافت خدمات سلامت و رفتارهای نظام سلامت در قبال آنان هنگام ارائه خدمت

اهداف اختصاصی:

الف - خدمات سرپایی (طی دو هفته قبل از مطالعه)

- ۱- تعیین میزان بروز تقاضا برای خدمات سلامت براساس گفته خود فرد برحسب سن و جنس
- ۲- تعیین درصدی از تقاضاها که منجر به اقدام برای دریافت خدمت نشده است به تفکیک علت
- ۳- تعیین فراوانی نسبی مراجعه به انواع ارائه کنندگان خدمات سلامت
- ۴- تعیین درصدی از مراجعات که منجر به بهره‌مندی از خدمت نشده است به تفکیک علت
- ۵- تعیین فراوانی نسبی انواع خدمات ارائه شده به افراد مراجعه کننده (پیشگیری، درمانی، مراقبتی، و ...)
- ۶- تعیین شاخصهای مرکزی زمان انتظار برای دریافت خدمت به تفکیک مراحل مختلف اقدام برای دریافت خدمت (وقت گرفتن، زمان سپری شده در راه، سالن انتظار، دریافت جواب)
- ۷- تعیین میانگین مبلغی که بصورت مستقیم توسط گیرنده خدمت برای دریافت خدمت صرف شده است، به تفکیک مراحل مختلف اقدام برای دریافت خدمت (رفت و آمد، دریافت خدمت، نسخه)
- ۸- تعیین میزان رعایت حقوق گیرندگان خدمت در هنگام مراجعه برای دریافت خدمت به تفکیک نوع حق (برحسب تعریف)
- ۹- تعیین فراوانی نسبی استفاده از بررسیهای پاراکلینیک
- ۱۰- تعیین فراوانی ارجاع به ارائه کننده دیگر (به جز پاراکلینیک) به تفکیک نوع ارائه کننده
- ۱۱- تعیین فراوانی نسبی اخذ نتیجه مطلوب از مراجعات

ب - خدمات بستری (یکسال قبل از مطالعه)

- ۱- تعیین بروز تقاضا برای خدمات بستری (با در نظر گرفتن زایمان) به تفکیک فوری یا غیرفوری بودن آن
- ۲- تعیین درصدی از تقاضاها که منجر به اقدام برای بستری شدن، نشده است به تفکیک علت
- ۳- تعیین فراوانی نسبی انواع بیمارستانهایی که مردم برای بستری به آنها مراجعه می کنند
- ۴- تعیین فراوانی نسبی علل عدم بستری پس از اقدام
- ۵- تعیین میانگین زمان انتظار برای بستری شدن در بیمارستان
- ۶- تعیین فراوانی نسبی موارد بستری در انواع بخشهای بیمارستانی

- ۷- تعیین میزان رعایت حقوق گیرندگان خدمت در هنگام مراجعه برای دریافت خدمت به تفکیک نوع حق برحسب تعریف
- ۸- تعیین میانگین مبلغ مستقیم پرداخت شده برای خدمت بستری به تفکیک نوع هزینه (پرداخت به بیمارستان، خرید دارو و ملزومات، پرداخت مستقیم به پزشک)
- ۹- تعیین شدت بار مالی تحمیل شده به فرد یا خانوار برای خدمات بستری
- ۱۰- تعیین میانگین زمان بستری به تفکیک نوع مشکل و بخش بستری
- ۱۱- تعیین فراوانی انتقال از یک بیمارستان دیگر در جریان دریافت خدمات بستری به علت یک مشکل
- ۱۲- تعیین فراوانی نسبی اخذ نتیجه مطلوب از بستری شدن در بیمارستان

۲: حجم نمونه:

در این مطالعه چون اندازه‌گیری بار مراجعه و چگونگی دریافت خدمت در هر بار مراجعه مدنظر بوده است نمونه برای اندازه‌گیری وضعیت دریافت خدمت در هر بار مراجعه بستری، Optimum (مطلوب) شده است.

تعداد مراجعه و بستری در طول سال را (براساس آمار بستری‌شدگان سالیانه) $0/03$ بار در نظر گرفته و با $P = 0/5$ و $q = 0/5$ و $\alpha = 0/05$ ، $d = 0/05$ باید 400 بار خدمت بستری در بیمارستان مورد بررسی قرار می‌گرفت. به این ترتیب برآورد شد که برای داشتن 400 بار دریافت خدمت در جامعه (با در نظر گرفتن $0/03$ بار مراجعه و دریافت خدمت بستری) مطالعه سوابق 13300 نفر ضروری است. از آنجا که واحد نمونه‌گیری این مطالعه خانوار و واحد آماری آن فرد یا به عبارت دیگر همه اعضای خانوار بود، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای نابرابر (Unequal cluster sampling) و نادر بودن صفت بستری در اعضای خانوار، اثر طرح (D.E) را برابر $1/2$ در نظر گرفته در نتیجه تعداد افراد مورد نیاز به 16000 نفر رسید.

با فرض بعد خانوار معادل $4/9$ نفر، تصور می‌شد این تعداد افراد در 3260 خانوار حضور داشته باشند، به این ترتیب 3500 خانوار (بشرط اینکه تمام اعضای خانوار برای احساس ضرورت دریافت خدمت مورد پرسش قرار گیرند) بعنوان حجم نمونه‌ی مطالعه انتخاب شدند. در مورد بررسی درمان سرپایی انتظار می‌رفت، (بشرط پذیرش $1/7$ بار مراجعه سرپایی توسط هر فرد در سال) در جمعیت افراد عضو 3500 خانوار، 1100 بار مراجعه (طی دو هفته قبل از مطالعه) داشته باشیم.

از آنجا که واحد آماری این مطالعه تک تک اعضای 3500 خانوار مورد نمونه بوده است. کلیه اعضای خانوارهای نمونه، مورد پرسش قرار گرفته و هیچ یک از اعضای خانوار (تأحد ممکن) نمی‌بایست که حذف شوند.

۳- روش تعیین نمونه :

۳۵۰۰ خانوار با استفاده از نسبت‌های جمعیتی برگرفته از سرشماری سال ۱۳۷۵ در شهرستانها (مناطق شهری و روستایی) به روش تسهیمی یا (Proportional) تقسیم شدند. با استفاده از چهارچوبهای آماری موجود در مرکز توسعه شبکه، ۳۵۰۰ آدرس محل مسکونی شهری و روستایی به روش سیستماتیک خطی انتخاب شد، که به تفکیک شهرستان، (مناطق شهری و روستایی) به همه استانها ارسال شد. در طول اجرای طرح به این آدرسها مراجعه و در صورتیکه آدرس مزبور تخلیه شده یا غیرمسکونی بود، نزدیکترین واحد مسکونی سمت راست آن انتخاب می‌شد. در صورتی که خانواری پرسشگر را نمی‌پذیرفت یا پرسشگر در طول مطالعه به خانوار دسترسی پیدا نمی‌کرد (پس از ۵ بار مراجعه)، دهمین خانوار سمت راستی جایگزین می‌شد.

۴: روش جمع آوری اطلاعات

برای جمع‌آوری اطلاعات؛ پرسشنامه‌ای تهیه شد که جهت تکمیل آن باید مصاحبه‌ای با سرپرست خانوار (یا یک فرد مطلع دیگر در خانوار) و سپس با تک تک اعضای خانوار (افراد بالای ۱۵ سال) صورت می‌گرفت. اطلاعات مربوط به افراد زیر ۱۵ سال و افرادی که بدلیل بیماری قادر به پاسخگویی نبودند از مادر یا مراقب آنها سوال می‌شد. (مقرر شد در صورتی که فردی هنگام مصاحبه در منزل حضور نداشت، پرسشگر بار دیگر و با قرار قبلی جهت تکمیل پرسشنامه مراجعه کند) برای هر دانشگاه و دانشکده یک مجری (از طرف معاون بهداشتی دانشگاه یا دانشکده مربوطه) انتخاب شده و به این افراد بصورت متمرکز در مورد چگونگی اجرای طرح و نحوه تکمیل پرسشنامه آموزش داده شدند. برای هر استان یک ناظر ستادی و برای هر دانشگاه یا دانشکده یک یا چند ناظر استانی تعیین شد(وظایف ناظرین و چک لیست نظارت در پیوست شماره ۱ مشاهده می‌شود) و مقرر گردید این افراد در جلسه آموزشی پرسشگران حضور داشته و بر کار جمع‌آوری اطلاعات نظارت داشته باشند. جمع‌آوری اطلاعات از ۸۱/۱۲/۱ لغایت ۸۱/۱۲/۱۵ (در بعضی دانشگاهها و دانشکدهها که دارای مناطق صعب‌العبور بودند تا ۸۱/۱۲/۲۰) انجام شد، پرسشنامه‌های تکمیل شده در ستاد مورد بازبینی نهایی قرار گرفته و آن تعداد از پرسشنامه‌ها که به درستی تکمیل نشده بود جهت اصلاح به مجری دانشگاهی عودت داده شد.

پرسشنامه، دستورالعمل‌های اجرایی و پرسشگری، در پیوست شماره ۲ آمده است

ج: تجزیہ و تحلیل دادہا

– توضیح نمونہ

– کیفیت دادہا

– خدمات سرپایی

ج - ۱ - توصیف نمونه

• **زمان:** پرسشگری این مطالعه از تاریخ ۸۱/۱۲/۱ شروع شد و در تاریخ ۸۱/۱۲/۱۵ و در برخی از استانها تا ۲۰ اسفند خاتمه یافت. به این ترتیب، وقایع مربوط به نیاز، تقاضا، مراجعه و دریافت خدمات سرپایی به نیمه دوم بهمن ماه سال ۱۳۸۱ تعلق دارد و وقایع مربوط به نیاز، تقاضا، مراجعه و دریافت خدمات بستری به فاصله ۸۰/۱۲/۱ لغایت ۸۱/۱۲/۱ متعلق است.

• سکونت، ملیت و پاسخگویی خانوارهای مورد پرسش:

جدول شماره یک نشان دهنده توزیع فراوانی خانوارهای مورد مطالعه شهری و روستایی است.

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی خانوارهای نمونه شهری و روستایی، مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت - اسفند ۱۳۸۱

محل سکونت		تعداد	درصد
شهر		۲۲۰۱	۶۲/۶
روستا	اصلی	۱۰۲۱	۷۷/۸
	قمر	۲۲۵	۱۷/۱
	سیاری	۶۴	۴/۸
	عشایری	۳	۰/۲
جمع روستا		۱۳۱۳	۳۷/۴
جمع کل		۳۵۱۴	۱۰۰

جدول شماره ۲ نشان دهنده توزیع نسبی خانوارهای مورد مطالعه برحسب ملیت است. همانطور که مشاهده می‌شود، در این مطالعه ۹۶/۴ درصد از افراد در خوشه‌های شهری و ۹۳/۵ درصد از افراد در خوشه‌های روستایی ملیت ایرانی داشتند.

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نسبی خانوارهای مورد مطالعه برحسب ملیت،

مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت - اسفند ۱۳۸۱

سایر ملیتها	افغانی		ایرانی	
	قضاوت پرسشگر	اعلام خانوار		
۰/۶	۲/۰	۰/۹	۹۶/۴	شهر
۱/۲	۳/۸	۱/۵	۹۳/۵	روستا
۰/۹	۲/۷	۱/۱	۹۵/۳	جمع

همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود، در این مطالعه ۹۵/۰ درصد از خانوارها در جریان پرسشگری، پاسخگویی کامل داشته‌اند، که از این میزان ۷۳/۷٪ در بار اول مراجعه، ۱۷/۸٪ در بار دوم مراجعه، ۲/۸٪ در بار سوم مراجعه، ۰/۴ درصد در بار چهارم مراجعه و ۰/۳ درصد در بار پنجم مراجعه به پرسشگران بطور کامل پاسخگو شده‌اند. مجموعه پاسخگو نبودن خانوار، حضور نداشتن کل خانوار در جریان پرسشگری و یا پاسخگویی ناقص پس از پنج بار مراجعه پرسشگران ۵/۰ درصد بوده است.

جدول شماره ۳: درصد پاسخگویی کامل خانوار در نتیجه مراجعه برای پرسشگری: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت - اسفند ۱۳۸۱

درصد	نتیجه	بار پنجم	بار چهارم	بار سوم	بار دوم	بار اول	
پاسخگویی	۳۳۳۹	۱۲	۱۵	۹۷	۶۲۴	۲۵۹۱	انجام کامل مصاحبه
۹۵/۰		۰/۳	۰/۴	۲/۸	۱۷/۸	۷۳/۷	درصد پاسخگویی خانوار
۵/۰	۱۷۵	عدم پاسخگویی خانوار یا پاسخگویی ناقص طی پنج بار مراجعه					

• توزیع نسبت افراد مورد مطالعه با سرپرست خانوار، وضعیت سواد، تاهل و اشتغال افراد مورد مطالعه:

جدولهای شماره ۴ تا ۷ مشخصات اعضای خانوارهای پاسخگو را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴: توزیع نسبت اعضا خانوار با سرپرست در خانوارهای مورد مطالعه؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

نسبت %	تعداد	توزیع نسبت در اعضای خانوار
۲۰/۵	۳۴۷۸	سرپرست
۱۸/۶	۳۱۴۳	همسر
۵۴/۵	۹۲۲۹	فرزند
۱/۶	۲۶۹	داماد/ عروس
۱/۶	۲۷۶	نوه / نتیجه
۱/۷	۲۶۷	والدین سرپرست / همسر
۱	۱۷۴	خواهر و برادر
۰/۵	۸۷	سایر خویشان
۰/۱	۱۲	غیر خویشاوند
۱۰۰	۱۶۹۳۵	جمع

جدول شماره ۵: توزیع فراوانی افراد (۶ سال و بالاتر) مورد مطالعه برحسب

تحصیلات مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت - اسفند ۱۳۸۱

نسبت %	سطح تحصیلات
۲۱/۴	بیسواد
۲۶/۰	ابتدایی ناقص
۱۳/۶	ابتدایی کامل
۱۶/۱	راهنمایی ناقص
۹/۰	راهنمایی کامل
۱۱/۹	دبیرستان
۱۵/۴	دیپلم
۸/۰	تحصیلات دانشگاهی

جدول شماره ۶- توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه (ده سال و بالاتر) برحسب وضعیت تاهل -

مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت - اسفند ۱۳۸۱

نسبت %	وضعیت تاهل
۵۱/۰	دارای همسر
۴/۹	بی همسر بعلت فوت یا طلاق
۴۴/۱	هرگز ازدواج نکرده

جدول شماره ۷: توزیع فراوانی افراد مورد مطالعه (۱۵ سال و بالاتر) برحسب وضعیت

اشتغال - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت - اسفند ۱۳۸۱

نسبت %	وضعیت اشتغال
۴/۸	بیکار غیرجویای کار
۵/۴	بیکار جویای کار
۲۰/۰	دارای کار آزاد (خویش فرما)
۵/۴	شاغل بخش خصوصی
۷/۶	شاغل بخش دولتی
۳۴/۶	خانه دار
۱۵/۲	محصل یا دانشجو
۰/۵	دارای درآمد بدون کار
۱/۱	مستمری بگیر
۲/۴	بازنشسته
۳/۰	سایر

ج - ۲ - کیفیت داده‌ها و مقایسه مشخصات نمونه با جامعه:

از آنجایی که مطالعه بهره‌مندی برای اولین بار در سطح ملی انجام می‌شود و منابع خاصی برای مقایسه نتایج به دست آمده و در نتیجه قضاوت روی دستاوردهای این تحقیق وجود ندارد، کیفیت داده‌های جمع‌آوری شده را از طریق مقایسه مشخصات اجتماعی و اقتصادی نمونه‌ها با جامعه برآورد می‌شود.

ج ۱- ۲- نسبت خانوارها با ابعاد مختلف در نمونه مورد مطالعه :

جدول ۸: مقایسه نسبت خانوارهای در ابعاد مختلف که در مطالعه بهره‌مندی مورد مراجعه قرار گرفته‌اند با مطالعه سیمای جمعیت و سلامت (DHS) و سرشماری سال ۱۳۷۵

تعداد اعضاء خانوار	نسبت در مطالعه بهره‌مندی	نسبت در مطالعه DHS ^(۲)	نسبت در سرشماری سال ۱۳۷۵ ^(۸)
یک نفره	۳/۸	۴/۷	۴/۴
دو نفره	۱۰/۴	۱۱/۷	۱۱/۳
سه نفره	۱۵/۶	۱۵/۷	۱۶
چهار نفره	۱۹/۸	۱۸	۱۸/۴
پنج نفره	۱۷/۷	۱۵/۶	۱۵/۹
شش نفره	۱۳/۶	۱۲/۴	۱۲/۷
هفت نفره	۷/۸	۹	۹/۷
هشت نفره	۵/۲	۶	۵/۳
نه نفره	۲/۹	۳/۵	۳/۲
ده نفره و بیشتر	۳/۳	۳/۴	۳/۱

یکی از شاخصهای دقت و صحت فرآیند نمونه‌گیری و پرسشگری حذف نشدن خانواده‌هایی است که در ساعات معینی از شبانه‌روز در منزل حضور ندارند، این مهم را با مقایسه ترکیب نسبت خانوارها در ابعاد مختلف می‌سنجند. بهترین استاندارد برای این سنجش، ترکیب ابعاد خانوار در اندازه‌های مختلف در آخرین سرشماری و یا با مطالعات بزرگ قبلی که صحت و دقت داده‌های آن قبلاً تأیید شده، می‌باشد.

- آخرین سرشماری کشور در سال ۱۳۷۵ توسط مرکز آمار ایران انجام شده است که نتایج آن در مورد نسبت ابعاد مختلف خانوارها در جدول ۸ آمده است.
- همچنین مطالعه «سیمای جمعیت و سلامت» (DHS) که در سال ۱۳۷۹ با نمونه‌ای در حد ۱۱۴۰۰۰ خانوار انجام شده، نتایج این مطالعه نیز برای نسبت ابعاد مختلف خانوارها در جدول ۸ آمده است.

مقایسه درصد خانوار در ابعاد مختلف بین سه مطالعه بهره‌مندی، DHS و سرشماری سال ۱۳۷۵ نشان می‌دهد که:

- نسبت خانوارهای یک نفره و دونفره در مطالعه بهره‌مندی در حدود ۱٪ کمتر از مطالعه DHS و سرشماری است.

- در مقابل این کاهش؛ نسبت خانوارهای چهار و پنج نفره افزایش نشان می‌دهد. شاخص نسبت خانوارها در ابعاد مختلف، دقت و صحت نمونه‌گیری و نااریبی (unbais) آن را نشان می‌دهد. این شاخص پی‌گیری پرسشگران در دستیابی به خانوارهای پرت و دورافتاده را که در نمونه مورد مطالعه قرار گرفته‌اند نیز نشان می‌دهد. خانوارهای یک نفره، و دونفره، معمولاً در ساعات پرسشگری در محل زندگی خود حضور ندارند و در جایی خارج از محل زندگی خویش مشغول به کار هستند نیز از این نوع‌اند.

جدول ۸ نشان می‌دهد که:

- نمونه مطالعه شده در بررسی بهره‌مندی از بابت انتخاب تصادفی خانوارها نااریب (Unbais) است

- در نمونه مطالعه شده به دلیل تلاش پرسشگران برای دسترسی به خانوارهایی که بطور تصادفی تعیین شده‌اند، ترکیب ابعادی مغایر و متفاوت با ابعاد خانوار در جامعه ندارد.

ج - ۲-۲ - سکونت و ملیت

از آنجا که نمونه برآورد شده برای این مطالعه به نسبت جمعیت شهری و روستایی بر استانها تسهیم (Proportion) شده است در نتیجه؛ در صورت عدم جابه جایی خانوارهای نمونه در درون استانها، نسبتهای سکونتی در نمونه، باید مشابه نسبت جمعیت شهری و روستایی باشد. جدول شماره یک نشان می‌دهد که این نسبت برای شهر ۶۲/۶ (۶۴/۲ - ۶۱/۰۱) و برای روستا ۳۷/۴ (۳۵/۸ - ۳۹) است که با همین نسبت که از طرف مرکز آمار ایران ارائه شده همخوانی دارد^(۱). حضور متناسب خانوارهای موجود در نمونه که در مناطق روستایی دور و پرت، روستاها قشلاقی عشایر، روستاهایی که بوسیله گروههای سیار تحت مراقبت‌های بهداشتی ساکن‌اند نیز در این گونه مطالعات مهم است. در این مطالعه دیده می‌شود که، از نمونه خانوارهای روستایی ۷۷/۸٪ در روستاهای اصلی (روستاهایی که خانه بهداشت در آن واقع است)، ۱۷/۸٪ در روستاهای اقماری (روستاهایی که بصورت اقماری از خدمات بهداشتی درمانی روستاهای اصلی خدمات می‌گیرند) و ۵٪ آنها در روستاهای سیاری و خانوارهای عشایری‌اند.

اطلاعات موجود در مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت نشان می‌دهد که ۶۶٪ جمعیت روستایی در روستاهای اصلی و ۲۲٪ در روستاهای اقماری و ۱۲٪ از جمعیت مذکور در روستاهای تحت پوشش گروههای سیار و روستاهای قشلاقی عشایر ساکن‌اند^(۲).

جدول ۹: مقایسه نسبت‌های محل سکونت خانوار در مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت با نسبتهای موجود در اطلاعات مرکز توسعه شبکه

نوع روستا	فاصله اطمینان نسبتهای سکونت خانوار در مطالعه بهره‌مندی	ترکیب سکونت جمعیت روستایی سال ۱۳۸۰
ساکن روستای اصلی	۷۵/۴ - ۸۰	۶۶٪
ساکن روستای قمر	۱۵/۲ - ۱۹/۳	۲۲٪
ساکن روستای سیاری و عشایر	۴ - ۶/۵	۱۲٪

نتیجه اینک:

فاصله اطمینان نسبت سکونت خانوارهای شهری و روستایی در مطالعه بهره‌مندی، نسبتهای ارائه شده مرکز آمار ایران را در بردارد. ولی در مورد خانوارهای روستایی فاصله اطمینان برآورد شده برای نسبتهای سکونت در نمونه مطالعه شده، نسبت خانوارهای ساکن در روستاهای اصلی، اقماری، سیاری و عشایر ارائه شده از طرف اطلاعات مرکز توسعه شبکه را دربر ندارد، این تفاوت می‌تواند ناشی از فصل انجام مطالعه و محدودیتهای دسترسی پرسشگران به خانوارهای مورد نظر، تجمع خانوارهای عشایر در آن فصل در مناطق محدود قشلاقی و جایگزین نمودن آنها با خانوارهایی که در دسترس بوده‌اند، باشد.

در مورد دقت تناسب ملیت پرسش‌شوندگان، یعنی ملیتهای غیرایرانی، ۲٪ براساس اعلام خود و ۴/۷٪ براساس اعلام خود و قضاوت پرسشگر غیر ایرانی بودند. به دلیل نبود مقادیر مورد قبول برای مقایسه، متأسفانه روی این نسبت اظهارنظر قطعی نمی‌توان داشت.

ج - ۳-۲- کیفیت داده‌ها از بابت ترکیب سنی و جنسی نمونه:

جدول ۱۰: مقایسه نسبت درصد گروههای سنی به دست آمده از مطالعه بهره‌مندی با مطالعه DHS و سرشماری

سرشماری	مطالعه DHS	مطالعه بهره‌مندی	منبع گروه سنی
۱۳۷۵	سال ۱۳۷۹	۱۳۸۱	
۱/۷	۱/۶	۱/۱-۱/۵	جمعیت زیر یکسال
۱۰/۳	۸	۶/۱-۷	جمعیت زیر پنج سال
۲۹/۲	۲۴/۱	۲۲/۸-۲۴/۱	پنج تا ۱۴ سال
۴۹/۱	۵۴/۵	۵۶/۱-۵۷/۶	۱۵ تا ۴۹ سال
۷/۲	۷/۹	۷/۷-۸/۵	۵۰ تا ۶۵ سال
۴/۲	۵/۵	۴/۷-۵/۵	۶۵ و بالاتر

جدول ۱۰ نشان می‌دهد که به جز گروههای سنی زیر یکسال و زیر پنج سال که در مطالعه بهره‌مندی با DHS و سرشماری اختلاف معنادار وجود دارد، در نسبت سایر گروههای سنی در اغلب موارد اختلاف معناداری وجود ندارد. اختلاف مذکور نیز می‌تواند در نتیجه تغییرات رفتار باروری باشد.

تفاوت نسبت جنسی (مرد ۵۱ - ۴۹/۵ و زن ۵۰/۵ - ۴۹) از یکدیگر نیز، تفاوت معناداری نیست.

ج - ۴-۲- کیفیت داده‌ها از بابت میزان بی‌سوادی و ترکیب سطح تحصیلات در باسوادان:

جدول ۱۱- مقایسه نسبت بیسوادی و سطوح تحصیلات افراد با سواد در مطالعه بهره‌مندی و DHS

منبع	فاصله اطمینان نسبت در مطالعه بهره‌مندی	نسبت در مطالعه DHS
بسواد	۲۰/۷-۲۲/۱	۱۸/۶
ابتدایی	۳۸/۸-۴۰/۵	۳۸/۱۵
راهنمایی	۲۴/۴-۲۵/۹	۲۴/۶
دبیرستان	۱۱/۴-۱۲/۶	۱۲/۶
دیپلمه	۱۴/۷-۱۶	۱۴/۳
تحصیلات دانشگاهی	۷/۵-۸/۴	۷

همانگونه که در جدول ۱۱ دیده می‌شود در مواردی فاصله اطمینان برآورد شده برای نسبت‌ها در مطالعه بهره‌مندی، نسبت محاسبه شده در DHS را در بردارد و در موارد دیگر نیز، احتمالاً، در صورتی که فاصله اطمینانی برای نسبت DHS برآورد و ارائه می‌شد دو فاصله اطمینان نقاط مشترکی را می‌داشتند.

ج - ۵-۲- کیفیت داده‌ها از بابت نسبت تاهل و توزیع وضعیت اشتغال:

در مطالعه بهره‌مندی، نسبت تاهل در افراد ده ساله و بالاتر ۵۱٪ (۵۱/۹ - ۵۰/۲) است این نسبت در سرشماری سال ۱۳۷۵، ۵۶/۱٪ بوده است. در مطالعه بهره‌مندی نسبت افراد بیکار جویای کار در کل جمعیت ۱۵ سال و بالاتر ۵/۴٪ (۵-۵/۸) است در صورتی که این نسبت در مطالعه DHS در جمعیت ده سال و بالاتر ۷/۴٪ است. این دو نسبت با توجه به تفاوت مخرج کسر نزدیکی زیادی را نشان می‌دهد.

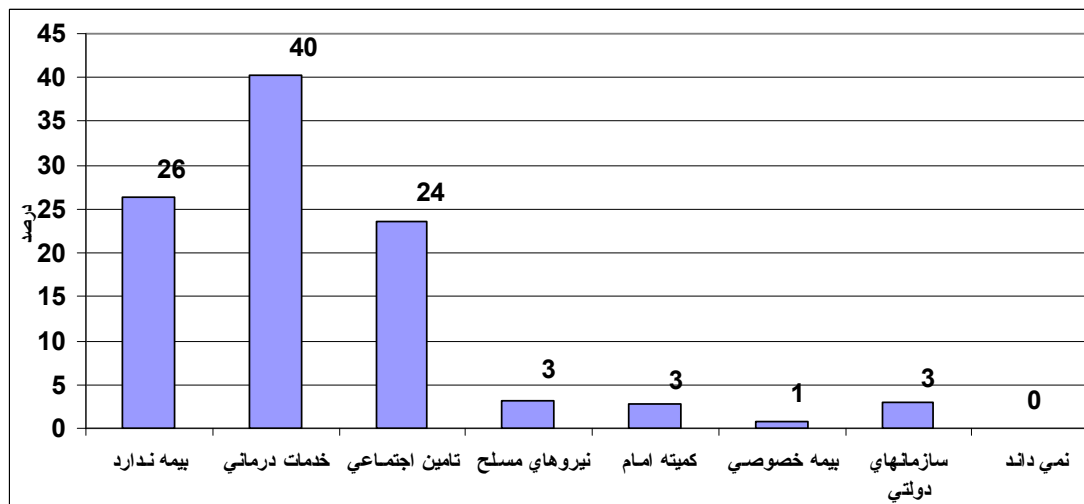
نهایت اینکه:

با توجه به فاصله زمانی مطالعه بهره‌مندی با مطالعه DHS (نزدیک دوسال) و سرشماری (نزدیک شش سال)، نسبت‌های به دست آمده در این مطالعه همخوانی و نزدیکی زیادی با نتایج DHS و سرشماری دارد و می‌توان بطور کامل روی مجموعه نتایج اعتماد نمود، البته این اعتماد در مورد هر سوال، در صورتی است، که پرسش مزبور از ویژگی‌های پرسش‌های اریب به دور باشد.

ج - ۳: بهره‌مندی از بیمه و خدمات مربوط به آن

پاسخ پرسش مرتبط با وضعیت استفاده از بیمه‌های درمانی، فقط با پاسخ شفاهی پرسش شونده بدست آمده است و پاسخ بر مشاهده دفترچه یا کارت بیمه و بررسی سوابق بیشتری در این زمینه متکی نبوده است.

نمودار شماره ۱- درصدی از افراد که از بیمه استفاده نمی‌کنند و توزیع انواع بیمه‌ها در آنهایی که استفاده می‌کنند-مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



جدول شماره ۱۲: فراوانی نسبی (نسبت و فاصله اطمینان ۹۵٪ با $DE = 1/2$) افراد مورد مطالعه برحسب استفاده از بیمه‌های درمانی و نوع بیمه مورد استفاده؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامت- اسفند ۱۳۸۱

نسبت افراد تحت پوشش و فاصله اطمینان آن	سازمان بیمه‌گری که فرد را تحت پوشش دارد
$40/3 \pm 0/9$	بیمه شده سازمان خدمات درمانی
$23/5 \pm 0/8$	بیمه شده سازمان تامین اجتماعی
$3/1 \pm 0/3$	بیمه شده سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح
$2/8 \pm 0/3$	تحت پوشش خدمات درمانی کمیته امداد امام (ره)
$0/7 \pm 0/1$	تحت پوشش سازمانهای بیمه خصوصی
$2/9 \pm 0/3$	تحت پوشش خدمات درمانی مستقیم سایر سازمانهای دولتی
$0/1 \pm 0/05$	از وضعیت بیمه خود اطلاعی ندارد
$26/5 \pm 0/8$	بیمه ندارد

نسبتهای موجود در جدول ۱۲ متکی به پاسخ افراد مصاحبه شده است. در مواردی احتمال دارد به دلیل اینکه مجموعه خانوار تحت پوشش یکی از سازمانهای بیمه بوده و فرد پاسخگو از آن مطلع

نبوده، یا اینکه تاکنون برای وی لزوم استفاده از بیمه پدید نیامده که به موجودیت آن پی ببرد و ... «اطلاع نداشتن از وضعیت بیمه» را به جای مفهوم بی‌بهره بودن از خدمات بیمه بکار برده باشد.

تحت پوشش نبودن یا بی‌بهره بودن از خدمات بیمه به تفکیک:

جنس؛ عبارتست از:

زنان	$25/5 \pm 1/03$
مردان	$27/3 \pm 1/06$

سکونت؛ عبارتست از:

شهرنشینان	$33/2 \pm 1/01$
ساکنین روستاهای اصلی	$16/9 \pm 1/2$
ساکنین روستاهای قمر	$11/7 \pm 2/2$
ساکنین روستاهای سیاری و عشایر	$18/4 \pm 4/7$

تاهل؛ عبارتست از:

افراد ده سال و بالاتر متاهل	$23/01 \pm 1/1$
افراد ده سال و بالاتر مطلقه یا بیوه	$22/9 \pm 3/7$
افراد ده سال و بالاتر که تاکنون ازدواج نکرده‌اند	$29/4 \pm 1/3$

انواع اشتغال؛ عبارتست از:

بیکار (جویای کار و غیرجویای کار)	$36/3 \pm 3/1$
خویش فرما	$32/6 \pm 2/1$
شاغل در بخش خصوصی	$28/3 \pm 3/5$
خانه دار	$24/7 \pm 1/5$
محصل یا دانشجوی	$27/4 \pm 2/4$
شاغل در بخش دولتی	$1/8 \pm 1/3$

جدول شماره ۱۳: توزیع بهره‌مندی از خدمات بیمه‌ای (پوشش بیمه) به تفکیک سازمان بیمه‌گر و

برحسب سکونت، در افرادی که خود را تحت پوشش می‌دانند، به شرح زیر است

سکونت	شهرنشینان %	ساکنین روستاهای اصلی %	ساکنین روستاهای سیاری و عشایر %	نوع سازمان بیمه
بهره‌مند از خدمات بیمه سازمان خدمات درمانی	25/6	59/3	65/2	
بهره‌مند از خدمات بیمه سازمان تامین اجتماعی	30/4	15/4	5/8	
بهره‌مند از سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح	4/5	1/4	0/00	
تحت پوشش خدمات درمانی کمیته امداد امام	1/8	4/2	9/1	
تحت پوشش خدمات درمانی سایر سازمانهای دولتی یا بیمه‌های خصوصی	4/5	2/7	1/5	
جمع بهره‌مندان از خدمات بیمه	66/8	83	81/6	

در بین کسانی که بهره‌مند از خدمات بیمه‌اند و یا تحت پوشش سازمان خدمات درمانی خاصی قرار دارند، فقط $0/5 \pm 7/8\%$ از بیمه مکمل نیز استفاده می‌کنند و یا از امکان بهره‌مندی بالفعل خود، برای استفاده از آن مطلعند

- هیچ یک از افراد تحت پوشش کمیته امداد بیمه مکمل ندارند
- حدود ۱۰٪ از بیمه‌شدگان سازمان خدمات درمانی و سازمان تامین اجتماعی و بیمه‌شدگان سازمان‌های خصوصی از بیمه مکمل استفاده می‌کنند.
- ۲۹٪ از افراد تحت پوشش سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح از بیمه مکمل استفاده می‌کنند.

- به دلیل اینکه سوال بهره‌مند بودن از خدمات بیمه فقط متکی به پاسخ پرسش شونده بوده است، ممکنست پاسخگو از تحت پوشش بودن خود تاکنون اطلاعی نداشته؛ خود را بیمه نشده اعلام کرده باشد.

- در کشور ما در طراحی سوالاتی از اینگونه، باید در نظر گرفت که، عامه مردم از بیمه درمانی اطلاع زیادی ندارند مگر اینکه به آن نیاز جدی پیدا کرده باشند.

- این نکته مهم می‌رساند که افراد بالقوه بیمه که تاکنون از آن بالفعل استفاده نکرده‌اند در مورد بیمه بودن خود دانشی ندارند. دانش بیمه، فقط در صورتیکه مجبور به استفاده از آن شده باشند فراهم شده است، تاکنون آموزش عمومی نیز در مورد امکانات، خدمات و بهره‌مندی از بیمه در کشور ما بصورت وسیع داده نشده است.

ج - ۴: وضعیت نیاز، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی طی دو هفته قبل از مطالعه:

در این مطالعه نیاز براساس پاسخ به این سوال برآورد شده است که «آیا طی دو هفته گذشته برای شما ضرورتی برای مراجعه به واحد بهداشتی درمانی وجود داشته است». این سوال شامل کلیه نیازها اعم از خدمات بهداشتی یا خدمات درمانی می‌شود. در صورتیکه پاسخگو نیاز به خدمات درمانی یا ضرورت مراجعه برای خدماتی که بطور عرفی به آن بهداشتی می‌گویند (مثل خدمات ایمن‌سازی، تنظیم خانواده، مراقبتهای دوران بارداری و ...) داشته است، پاسخ مثبت اعلام کرده است. از افراد بالای ۱۵ سال، این سوال مستقیماً از خود فرد و در افراد زیر ۱۵ سال از مادر، سرپرست یا مراقب کودک و نوجوان پرسیده شده است.

در واقع نیاز در این مطالعه، عبارتست از نیاز احساس شده به لزوم دریافت خدمات بهداشتی درمانی بوسیله خود فرد یا مراقب وی

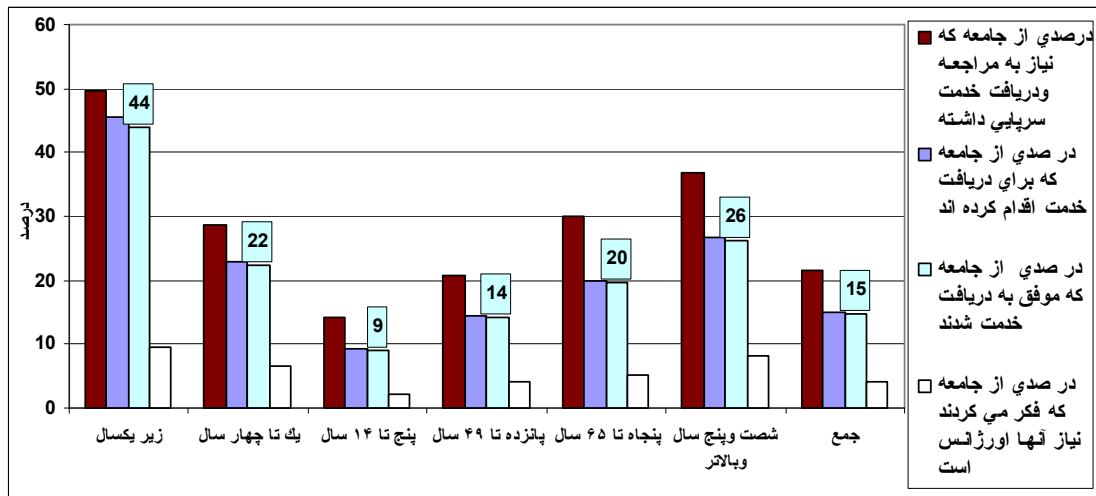
ج - ۱-۴ - میزان بروز نیاز، اقدام برحسب سن، علل عدم اقدام و دریافت خدمات

جدول شماره ۱۴ - نسبتی از جامعه که برای مراجعه سرپایی طی دوهفته قبل احساس نیاز می‌کردند؛ نسبتی که اقدام کرده‌اند و نسبتی از جامعه که موفق به دریافت خدمت شده‌اند به تفکیک سن - مطالعه

بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

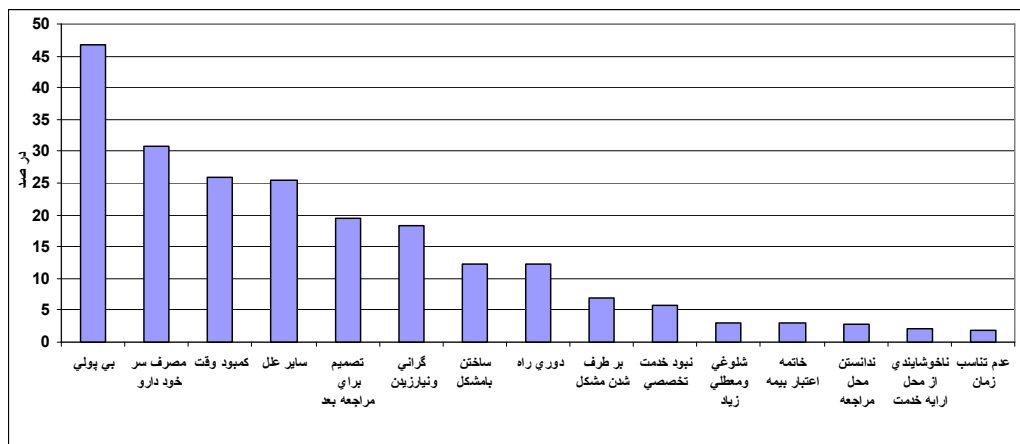
گروه سنی (۱)	درصدی از جامعه که نیاز به مراجعه و دریافت خدمت سرپایی داشته (۲)	درصدی از جامعه که برای دریافت خدمت اقدام کرده اند (۳)	درصدی از نیازمندان که برای دریافت خدمت اقدام کرده اند (۴)	درصدی از جامعه که نیاز داشته و موفق به دریافت خدمت شدند (۵)	درصدی از اقدام کنندگان که موفق به دریافت خدمت شدند (۶)	درصدی از جامعه که فکر می‌کردند نیاز دارند و نیاز آنها اورژانس است (۷)	درصدی از اقدام کنندگان که فکر می‌کردند نیاز آنها اورژانس است (۸)	متوسط بار مراجعه برای دریافت خدمت در اقدام کنندگان نیازمند (۹)
زیر یکسال	۴۹/۸	۴۵/۶	۹۱/۷	۴۳/۸	۹۶/۰	۹/۷	۲۱/۲	۱/۴
یک تا چهار سال	۲۸/۷	۲۲/۹	۷۹/۸	۲۲/۵	۹۸/۰	۶/۶	۲۸/۸	۱/۷
پنج تا ۱۴ سال	۱۴/۱	۹/۲	۶۵/۴	۹/۰	۹۷/۶	۲/۳	۲۴/۷	۱/۷
پانزده تا ۴۹ سال	۲۰/۷	۱۴/۴	۶۹/۶	۱۴/۱	۹۸/۱	۴/۲	۲۸/۹	۱/۷
پنجاه تا ۶۵ سال	۳۰/۰	۲۰/۰	۶۶/۴	۱۹/۵	۹۷/۸	۵/۳	۲۶/۴	۱/۶
شصت و پنج سال و بالاتر	۳۶/۷	۲۶/۸	۷۲/۹	۲۶/۱	۹۷/۴	۸/۲	۳۰/۶	۲/۰
همه سنین	۲۱/۵	۱۵/۱	۷۰/۳	۱۴/۸	۹۷/۹	۴/۲	۲۷/۹	۱/۷

نمودار شماره ۲- درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها برحسب سن - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



در دومین ستون از جدول شماره ۱۴ میزان بروز نیاز به خدمات مذکور برحسب سن در دو هفته قبل از مطالعه دیده می‌شود. ستون سوم؛ میزان بروز اقدام به دنبال نیاز طی دو هفته را نشان می‌دهد؛ در کودکان زیر یکسال کمترین تفاوت بین نیاز و اقدام وجود داشته است و بیشترین آن در گروه سنی ۵۰ تا ۶۵ سال. میزان بروز نیازهایی که به اقدام منجر نمی‌شود حدود ۶/۴٪ است. اقدام در اینجا به معنای مراجعه و تلاش برای دریافت خدمت بوده است. ستون ۴ درصدی از نیازمندان (و نه جامعه) را که به دریافت خدمت اقدام کرده‌اند، نشان می‌دهد. دلایل عدم اقدام افرادی که مدعی نیاز به دریافت خدمات بهداشتی درمانی بودند ولی برای دریافت آن تلاش نکرده‌اند در جدول شماره ۱۵ و نمودار شماره ۳ آمده است.

نمودار شماره ۳ - علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدام نکرده‌اند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

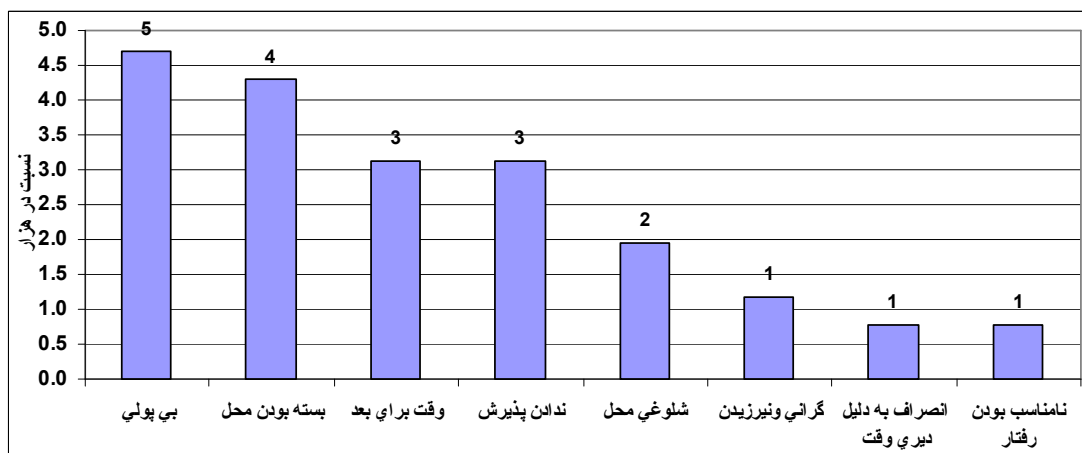


جدول شماره ۱۵- علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدامی نکرده‌اند (در مجموع ۶/۴٪ از جامعه) - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

نسبت در جامعه	نسبت در بین نیازمندان به خدمات	دلایل عدم اقدام برای برآورد نیاز
۲/۹۵	۴۶/۸	بی پولی
۱/۹	۳۰/۸	مصرف سر خود دارو
۱/۶	۲۶/۰	کمبود وقت
۱/۶	۲۵/۵	سایر علل
۱/۲	۱۹/۵	تصمیم برای مراجعه بعد
۱/۲	۱۸/۴	گرانی و نیاززدن
٪۰/۸	۱۲/۳	ساختن با مشکل
٪۰/۸	۱۲/۳	دوری راه
٪۰/۴	۶/۸	برطرف شدن مشکل
٪۰/۴	۵/۸	نبود خدمت تخصصی
٪۰/۲	۳/۰	شلوغی و معطلی زیاد
٪۰/۲	۳/۰	خاتمه اعتبار بیمه
٪۰/۲	۲/۸	ندانستن محل مراجعه
٪۰/۱	۲/۱	ناخوشایندی از محل ارائه خدمت
٪۰/۱	۱/۸	عدم تناسب زمان
۶/۴	۱۰۸۳	تعداد کل

در این جدول دیده می‌شود که مهمترین علل این عدم اقدام بی پولی، مصرف خودسرانه دارو، کمبود وقت، موکول نمودن اقدام به زمانی دیگر ... است. در ستون پنجم از جدول شماره ۱۴ میزان بروز نیاز منجر به اقدام و مراجعه دیده می‌شود. به عبارت دیگر تفاوت ستون چهارم از ستون سوم (در مجموعه سنین ۰/۳ درصد) میزان بروز اقدام و مراجعه که به دریافت خدمت منجر نشده را، نشان می‌دهد. در واقع ۳ درهزار مراجعه‌کنندگان پس از اقدام موفق به دریافت خدمت نشده‌اند. ستون ششم درصدی از اقدام‌کنندگان را نشان می‌دهد که پس از اقدام؛ موفق به دریافت خدمت شده‌اند. جدول شماره ۱۶ ونمودار شماره ۴ علل عدم دریافت خدمت در افراد نیازمندی که مراجعه کرده‌اند ولی موفق به دریافت خدمت نشده‌اند را نشان می‌دهد.

نمودار شماره ۴ - نسبتی از افراد نیازمند به خدمات درمانی که برای دریافت آن طی دو هفته اخیر اقدام کرده‌اند ولی نتوانسته‌اند آنرا دریافت کنند؛ بر حسب علت عدم موفقیت در دریافت خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



جدول شماره ۱۶- علل عدم دریافت خدمت در افرادی که نیازمند بوده‌اند، اقدام کرده‌اند ولی موفق به دریافت خدمت نشده‌اند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ (نسبت در ۱۰۰۰)

نسبت در جامعه (در هزار)	دلایل عدم دریافت خدمت پس از مراجعه
۴/۷	بی پولی
۴/۳	بسته بودن محل
۳/۱	وقت ملاقات برای بعد داده شد
۳/۱	ندادن پذیرش
۲/۰	شلوغی محل
۱/۲	گرانی و نیارزیدن
۰/۸	انصراف به دلیل دیروقت دادن
۰/۸	نامناسب بودن رفتار
۵۵	تعداد

در اینجا نیز بی‌پولی، مناسب نبودن فرصت مراجعه‌کننده با زمان فعالیت محل ارائه دهنده خدمت (بسته بودن) و تعیین قرار ملاقات برای بعد و ... مهمترین دلایل عدم دریافت خدمت بوده است. فوریت (اورژانسی) دریافت خدمات بهداشتی درمانی از منظر گیرنده خدمت و ارائه دهنده خدمت تفاوت دارد. گیرندگان خدمت متناسب با مشخصات نیاز و تلقی اجتماعی خود از مشکل سلامتی، نسبت به فوریت نیازشان قضاوت می‌نمایند. نسبتی از جامعه که به سوال اورژانسی بودن نیاز خود برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی پاسخ مثبت داده‌اند در ستون ۷ از جدول ۱۴ آمده است.

میزان بروز نیاز اورژانس طی دوهفته در جامعه مورد پرسش ۴/۲٪ است، نیازهای اورژانسی کودکان زیر یکسال، افراد شصت و پنج سال و بالاتر و کودکان ۱ تا ۴ ساله به ترتیب بیشترین میزان بروز را دارد. ستون ۸ نشان می‌دهد که چه درصدی از نیازها تظاهراتی فوری (اورژانسی) دارد، حدود ۲۸٪ از نیازها خدمات سرپایی بصورت اورژانسی خودنمایی می‌کنند.

ستون ۹ از جدول ۱۴ متوسط بار مراجعه نیازمندان اقدام کننده را طی دوهفته نشان می‌دهد. مسلماً این متوسط بار مراجعه صرفاً نشان دهنده مراجعه برای دریافت یک خدمت و پاسخگویی به یک نیاز نیست، هم تنوع خدمات دریافتی (تشخیصی، درمانی، مشاوره‌ای و ...) و هم تنوع نیازهای منجر به دریافت خدمات در دل این عدد قرار دارد.

ج-۲-۴: میزان بروز نیاز و اقدام برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی و علل عدم اقدام برای آن برحسب محل سکونت :

در جدول شماره ۱۷ میزان بروز نیاز (ستون دوم)، میزان بروز اقدام برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی (ستون سوم) و میزان بروز دریافت خدمت (ستون پنجم) را برحسب محل سکونت نشان می‌دهد. بعلاوه محدودیت‌های دسترسی در ساکنین روستاهای اقماری، سیاری و عشایر بیش از ۴۰٪ از مجموعه نیازها به اقدام و دریافت خدمت منجر نمی‌شود. در صورتی که این رقم در شهر در حدود ۲۵٪ است.

جدول ۱۷- نسبتی که برای مراجعه سرپایی طی دو هفته قبل احساس نیاز می‌کردند؛ نسبتی که اقدام کرده‌اند و نسبتی از جامعه که موافق به دریافت خدمت شده‌اند به تفکیک محل سکونت- مطالعه بهره-مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

متوسط بار مراجعه برای دریافت خدمت در اقدام کنندگان نیازمند(۹)	در صدی از اقدام کنندگان که فکر می‌کردند نیاز آنها اورژانس است(۸)	در صدی از جامعه که فکر می‌کردند نیاز دارند و نیاز آنها اورژانس است(۷)	در صدی از اقدام کنندگان که موفق به دریافت خدمت شدند(۶)	در صدی از جامعه که نیاز داشته و موفق به دریافت خدمت شدند(۵)	در صدی از نیازمندان که برای دریافت خدمت اقدام کرده‌اند(۴)	در صدی از جامعه که برای دریافت خدمت اقدام کرده‌اند(۳)	در صدی از جامعه که نیاز به مراجعه و دریافت خدمت سرپایی داشته(۲)	منطقه سکونت
۱/۷	۲۷/۵	۴/۲	۹۸/۴	۱۵/۱	۷۴/۱	۱۵/۴	۲۰/۷	شهری
۱/۶	۲۷/۲	۴/۴	۹۷/۰	۱۵/۵	۷۰/۲	۱۶/۰	۲۲/۸	روستای اصلی
۲/۱	۳۷/۱	۳/۹	۹۹/۲	۱۰/۵	۴۵/۴	۱۰/۶	۲۳/۳	روستای قمر
۲/۴	۲۶/۸	۲/۸	۹۲/۷	۹/۶	۵۶/۲	۱۰/۴	۱۵/۴	روستای سیاری و عشایری

در جدول ۱۸ علل عدم اقدام در نیازمندان به خدمات به تفکیک محل سکونت مشاهده می‌شود؛ بازهم پول مهمترین دلیل و پس از آن مصرف خودسرانه دارو، کمبود وقت و موکول نمودن دریافت خدمت به بعد که تقریباً در همه نسبتی یکسان دارد، دیده می‌شود. در صورتی که در روستاهای اقماری، سیاری و عشایر محدودیت دسترسی رتبه دوم و سوم را بخود اختصاص می‌دهد.

جدول ۱۸- علل عدم اقدام در افرادی که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدامی نکرده‌اند، برحسب محل سکونت فرد نیازمند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

جمع	سیاری وعشایری	روستای قمر	روستای اصلی	شهری	
۴۶/۸	۵۳/۱	۵۸/۴	۴۸/۱	۴۲/۴	بی پولی
۳۰/۸	۴۰/۶	۲۸/۲	۲۸/۶	۳۲/۵	مصرف سر خود دارو
۲۶/۰	۲۸/۱	۲۷/۵	۲۶/۶	۲۵/۱	کمبود وقت
۲۵/۵	۱۲/۵	۲۴/۸	۲۶/۶	۲۵/۷	سایر علل
۱۹/۵	۱۵/۶	۱۶/۸	۱۹/۲	۲۰/۶	تصمیم برای مراجعه بعد
۱۸/۴	۹/۴	۲۴/۸	۱۷/۰	۱۸/۰	گرانی و نیارزیدن
۱۲/۳	۱۵/۶	۱۴/۸	۱۱/۳	۱۲/۱	ساختن بامشکل
۱۲/۳	۳۱/۳	۳۸/۹	۱۰/۷	۴/۸	دوری راه
۶/۸	۱۲/۵	۸/۱	۵/۵	۷/۱	بر طرف شدن مشکل
۵/۸	۶/۳	۶/۰	۶/۰	۵/۶	نبود خدمت تخصصی
۳/۰	۰/۰	۳/۴	۲/۵	۳/۵	شلوغی و معطلی زیاد
۳/۰	۳/۱	۰/۰	۴/۴	۲/۸	خاتمه اعتبار بیمه
۲/۸	۹/۴	۳/۴	۲/۲	۲/۶	ندانستن محل مراجعه
۲/۱	۹/۴	۰/۷	۱/۶	۲/۴	ناخوشایندی از محل ارائه خدمت
۱/۸	۰/۰	۲/۷	۱/۶	۱/۹	عدم تناسب زمان
۱۰۸۳	۳۲	۱۴۹	۳۶۴	۵۳۸	تعداد

ج- ۴-۲: میزان بروز نیاز و اقدام برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی برحسب جنس

جدول شماره ۱۹ نشان می‌دهد که:

- میزان بروز نیاز، اقدام برای دریافت، و میزان دریافت خدمت در زنان بیش از مردان است.

- گرچه میزان بروز نیاز اورژانس در زنان بیش از مردان است ولی در مجموعه نیازهای مردان نسبتی از نیاز آنها که جنبه اورژانسی دارد از زنان بیشتر است.

جدول شماره ۱۹-نسبتی که برای مراجعه سرپایی طی دوهفته قبل احساس نیاز می‌کردند؛ نسبتی که اقدام کرده‌اند و نسبتی از جامعه که موفق به دریافت خدمت شده‌اند به تفکیک جنس - مطالعه بهره-

مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

جنس	درصدی از جامعه که نیاز به مراجعه و دریافت خدمت سرپایی داشته (۲)	درصدی از جامعه که برای دریافت خدمت اقدام کرده اند (۳)	درصدی از نیازمندان که برای دریافت خدمت اقدام کرده اند (۴)	درصدی از جامعه که نیاز داشته و موفق به دریافت خدمت شدند (۵)	درصدی از اقدام کنندگان که موفق به دریافت خدمت شدند (۶)	درصدی از جامعه که فکر می‌کردند نیاز دارند و نیاز آنها اورژانس است (۷)	درصدی از اقدام کنندگان که فکر می‌کردند نیاز آنها اورژانس است (۸)	متوسط بار مراجعه برای دریافت خدمت در اقدام کنندگان نیازمند (۹)
مذکر	۱۴/۳	۱۱/۸	۶۷/۹	۱۱/۵	۹۷/۷	۳/۴	۲۹/۳	۱/۷
مونت	۲۵/۷	۱۸/۵	۷۱/۹	۱۸/۱	۹۷/۹	۵/۰	۲۷/۰	۱/۷

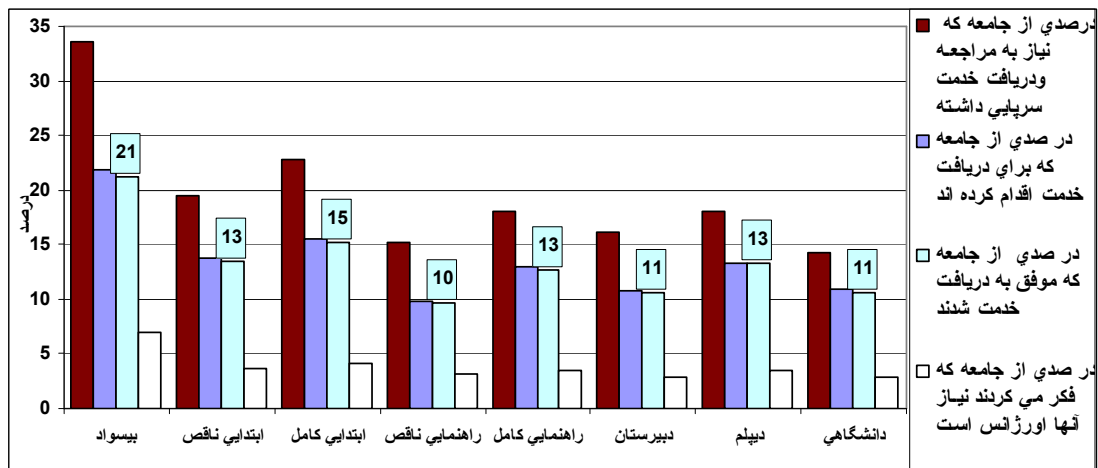
ج- ۴-۳: میزان بروز نیاز و اقدام برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی برحسب سواد و

سطح تحصیلات و وضعیت تاهل؛

نمودارهای شماره ۵ و ۶ موارد مذکور را نشان می‌دهد.

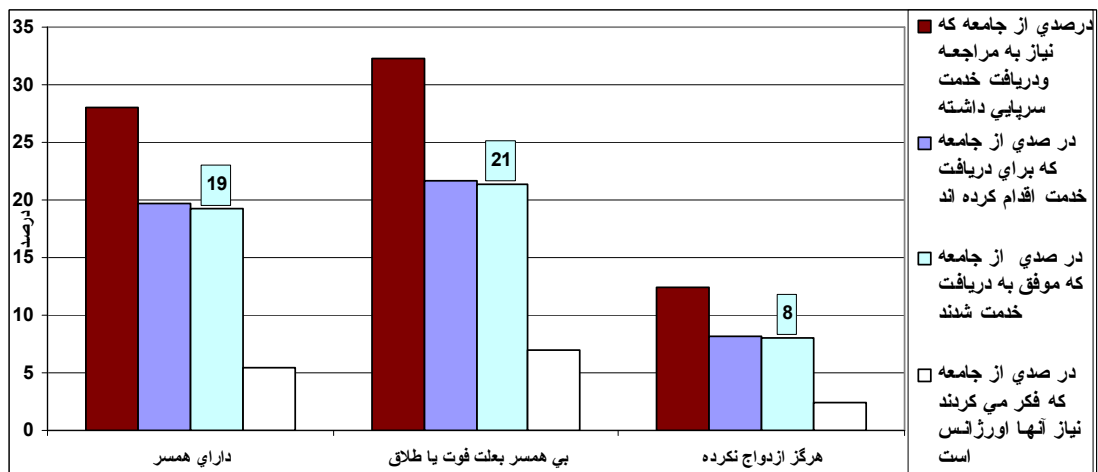
در نمودار شماره ۵؛ میزان نیاز بالاتر را در بیسوادان نشان می‌دهد، اما به این نکته باید توجه کرد که احتمالاً چون بیسوادان مسن‌تر از باسوادان هستند، میزان بروز نیاز بالا در آنها ممکنست ناشی از ترکیب سنی بالاتر آنها باشد.

نمودار شماره ۵ - درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته اند و سرنوشت نیاز آنها؛ برحسب سطح تحصیلات - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی در مانی - اسفند ۱۳۸۱



همچنین در نمودار شماره ۶ نیز، میزان بروز نیاز پایین در بین ازدواج نکرده ها ممکنست به دلیل ترکیب سنی پایینتر آنها باشد (نه اینکه ازدواج موجب افزایش نیاز به خدمات است).

نمودار شماره ۶ - درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته اند و سرنوشت نیاز آنها؛ برحسب وضعیت زناشویی - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی در مانی - اسفند ۱۳۸۱

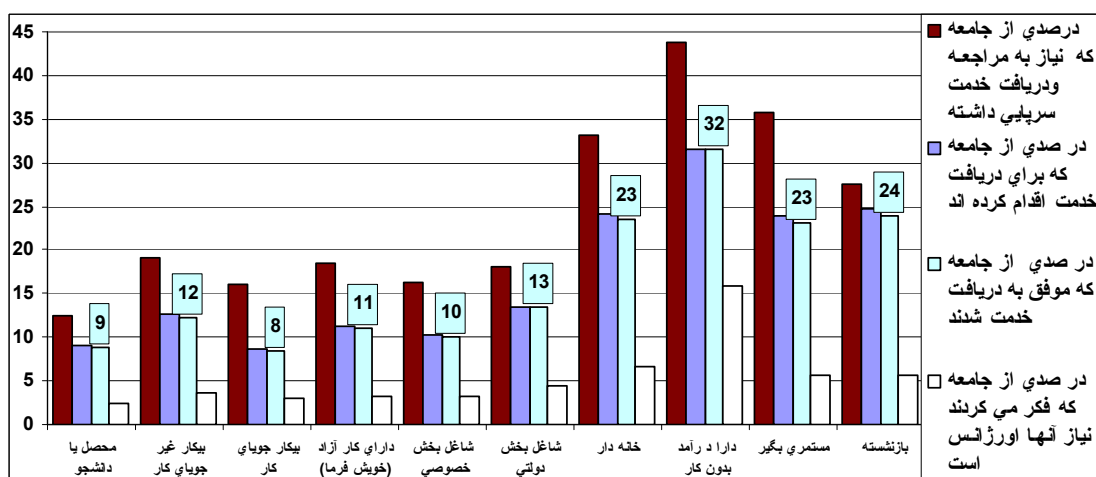


ج - ۴-۴- میزان بروز نیاز و اقدام برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی برحسب شغل و بهره‌مندی از خدمات بیمه و نوع بیمه

نمودار شماره ۷؛ میزان بروز نیاز را در بین مشاغل مختلف نشان می‌دهد:

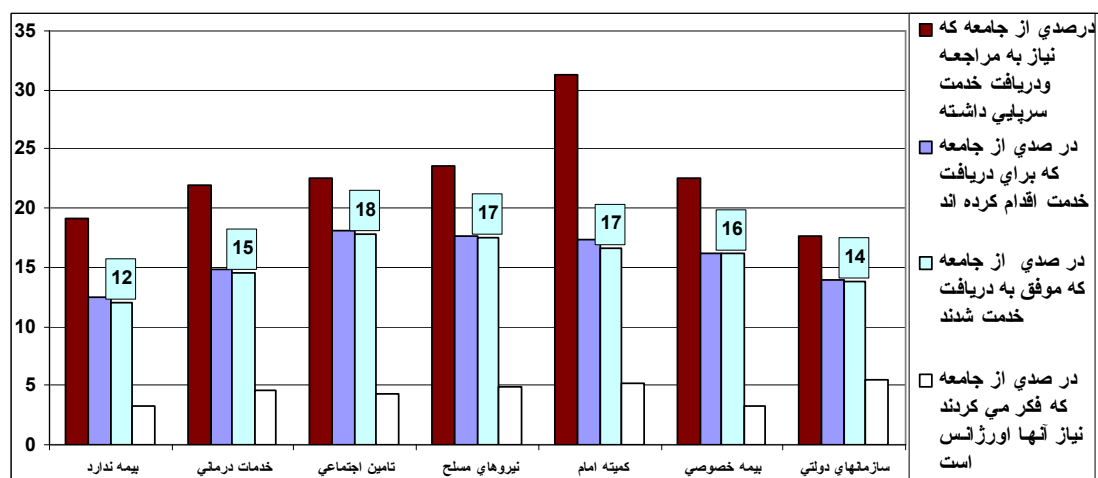
- شغل خانه‌داری در اکثریت موارد بعهده زنان است و زنان نیز همانگونه که در جدول ۱۹ آمده است میزان نیاز بیشتری از مردان به خدمات بهداشتی درمانی دارند
- گروههای شغلی «دارای درآمد بدون کار»، «مستمری بگيران»، «بازنشسته» به دلیل اینکه سن بالایی دارند نسبت به سایر گروههای شغلی نیاز بالاتری دارند
- گروه شغلی «محصل و دانشجو» به دلیل سنین نوجوانی و جوانی دارای نیاز کمتری هستند.

نمودار شماره ۷- درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها؛ برحسب وضعیت اشتغال-مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



- نمودار شماره ۸ میزان بروز نیاز را در بین استفاده‌کنندگان از بیمه‌های مختلف را نشان می‌دهد:
- افراد تحت پوشش کمیته امداد امام (ره) که معمولاً افراد سالمند و فقیر هستند میزان نیاز بالاتری دارند ولی میزان دریافت خدمات آنها همچون سایر گروههای دیگر است.

نمودار شماره ۸- درصدی از افراد که طی دو هفته قبل احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و سرنوشت نیاز آنها؛ برحسب نوع بیمه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی در مانی - اسفند ۱۳۸۱



نتیجه اینکه:

- میزان بروز نیاز بطور عمده از سن، جنس و رفاه اجتماعی پیروی می‌کند. البته عامل مهمتر سن و سپس جنس است.
- مهمترین دلایل برآورده نکردن نیاز؛ محدودیتهای مالی و محدودیتهای زمانی برای دریافت کننده خدمت است. این محدودیتهای خود را بصورت «مصرف خودسرانه دارو» و «موکول نمودن اقدام به وقت دیگر» و «ساختن با مشکل» و احتمالاً پیچیده‌تر شدن مشکل فرد نیازمند نشان می‌دهد.

ج - ۵: برآوردهایی برای بار مراجعه در کشور:

نیاز، اقدام و مراجعه، علاوه بر ترکیب سنی، جنسی و رفاه اجتماعی با متغیرهای متعدد دیگری همچون تفاوت‌های زمانی، فصلی، جغرافیایی، شرایط اقلیمی و ... ارتباط دارد.

این مطالعه نیاز، اقدام و مراجعه، برای دریافت خدمات سرپایی در دو هفته پایان بهمن را تعیین کرده است ولی اگر فرض کنیم:

- بار مراجعه (میزان بروز نیاز منجر به اقدام و مراجعه) در آن دوهفته مبین تمام هفته‌های سال باشد

- نمونه مطالعه شده، مبین جمعیت کشور باشد

سپس برآوردهای این دو هفته را به کل هفته‌های سال تعمیم دهیم، برآوردهایی برای کشور به دست می‌آید.

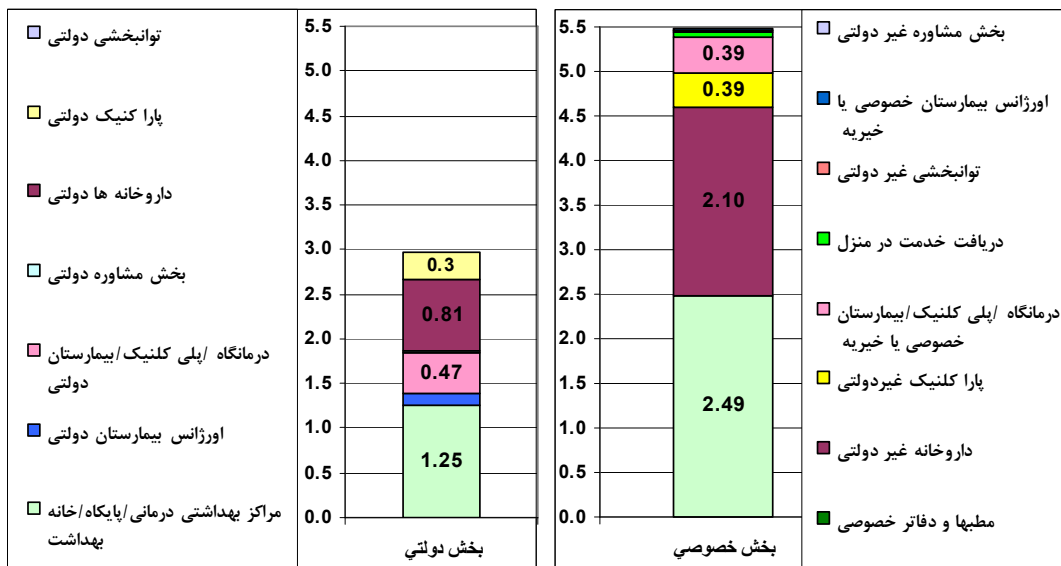
پیش شرط پذیرش این برآوردهای سالانه؛ پذیرش دو فرض مذکور است.

براساس متوسط بار مراجعه و احساس نیاز منجر به اقدام و دریافت خدمت در دوهفته پایان بهمن ماه، بار مراجعه برای طول سال برآورد شده است. این برآوردها به تفکیک محل سکونت، جنس، سن، استفاده از بیمه و نوع بیمه‌ای که تحت پوشش آن قرار دارند در جداول ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳ نشان داده شده است. برای هر یک از ستونهای جداول مذکور بطور جداگانه بارمراجعه برآورد شده است.

بطور کل هر نفر برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی ۸/۷ بار در طول سال به واحدهای بهداشتی درمانی (اعم از پزشک، مراکز تشخیصی، مراکز ارائه خدمت توسط پرسنل غیر پزشک، مراکز توانبخشی، مشاوره و داروخانه و ...) مراجعه می‌نماید. ۵/۵ بار از این مراجعات به مراکز وابسته به بخش خصوصی و ۳/۲۵ بار آن به مراکز وابسته به بخش دولتی است.

نمودار شماره ۹- مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس

مراجعه در طی دوهفته قبل - شهروروستا



جدول ۲۰- بارمراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول سال؛ براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه به تفکیک محل سکونت و جنس: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی-اسفند ۱۳۸۱

بر حسب جنس		بر حسب محل سکونت					کل	محل سکونت و جنس
زن	مرد	عشایر و سیاری	روستای قمر	روستای اصلی	جمع روستایی	شهر		
۱/۵۲	۱/۲۷	۱/۱۹	۱/۱۶	۱/۳۱	۱/۲۸	۱/۴۷	۱/۳۹	پزشک عمومی در بخش خصوصی
۱/۰۳	۰/۶۱	۰/۸۶	۰/۹۳	۰/۸۸	۰/۸۹	۰/۷۸	۰/۸۲	پزشک عمومی در بخش دولتی
۲/۵۵	۱/۸۸	۲/۰۴	۲/۰۹	۲/۱۹	۲/۱۶	۲/۲۵	۲/۲۲	جمع پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی
۱/۱۳	۰/۶۹	۰/۸۶	۰/۴۴	۰/۷۱	۰/۶۷	۱/۰۶	۰/۹۱	پزشک متخصص در بخش خصوصی
۰/۳۰	۰/۲۱	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۲۵	۰/۱۹	۰/۲۹	۰/۲۵	پزشک متخصص در بخش دولتی
۱/۴۲	۰/۹۰	۰/۸۶	۰/۴۷	۰/۹۶	۰/۸۷	۱/۳۶	۱/۱۶	جمع پزشک متخصص در بخش دولتی و خصوصی
۰/۲۵	۰/۱۷	۰/۱۳	۰/۲۲	۰/۰۸	۰/۱۱	۰/۲۸	۰/۲۱	دندانپزشک در بخش خصوصی
۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۰۷	۰/۰۶	۰/۰۹	۰/۰۸	دندانپزشک در بخش دولتی
۰/۳۲	۰/۲۶	۰/۱۳	۰/۲۴	۰/۱۵	۰/۱۶	۰/۳۷	۰/۲۹	جمع دندانپزشک در بخش دولتی و خصوصی
۰/۰۷	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۵	۰/۰۳	ما ما در بخش خصوصی
۰/۱۴	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۹	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۱۰	۰/۰۷	ما ما در بخش دولتی
۰/۲۱	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۰۵	۰/۱۵	۰/۱۱	جمع ما ما در بخش دولتی و خصوصی
۰/۴۴	۰/۳۳	۰/۴۶	۰/۳۸	۰/۳۶	۰/۳۷	۰/۴۰	۰/۳۹	سایر پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی
۱/۲۷	۰/۵۶	۰/۲۶	۰/۷۸	۱/۹۴	۱/۶۳	۰/۴۴	۰/۹۱	سایر پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی
۱/۷۱	۰/۸۹	۰/۷۲	۱/۱۶	۲/۳۰	۲/۰۰	۰/۸۴	۱/۳۰	جمع پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی و خصوصی
۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۳	۰/۰۳	طب جایگزین یا طب سنتی
۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰	بخشهای مشاوره غیر دولتی
۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰	بخشهای مشاوره دولتی
۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۱	جمع بخشهای مشاوره دولتی و خصوصی
۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۰۲	توانبخشی غیر دولتی
۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۱	۰/۰۱	۰/۰۲	۰/۰۱	توانبخشی دولتی
۰/۰۳	۰/۰۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۲	۰/۰۱	۰/۰۴	۰/۰۳	جمع توانبخشی دولتی و خصوصی
۲/۴۷	۱/۷۴	۱/۹۱	۱/۶۷	۱/۸۶	۱/۸۳	۲/۲۸	۲/۱۰	داروخانه ها غیر دولتی
۰/۹۷	۰/۶۶	۰/۴۶	۰/۷۶	۰/۷۳	۰/۷۲	۰/۸۸	۰/۸۱	داروخانه ها دولتی
۳/۴۴	۲/۴۰	۲/۳۷	۲/۴۲	۲/۵۹	۲/۵۵	۳/۱۵	۲/۹۱	جمع داروخانه های دولتی و خصوصی
۰/۵۲	۰/۲۷	۰/۲۰	۰/۳۱	۰/۲۷	۰/۲۷	۰/۴۷	۰/۳۹	پارا کلینیک ها غیر دولتی
۰/۳۹	۰/۱۹	۰/۳۳	۰/۱۶	۰/۲۶	۰/۲۵	۰/۳۲	۰/۲۹	پارا کلینیک ها دولتی
۰/۹۲	۰/۴۵	۰/۵۳	۰/۴۷	۰/۵۳	۰/۵۲	۰/۷۹	۰/۶۸	جمع پاراکلینیک های دولتی و خصوصی
۶/۴۵	۴/۵۲	۴/۷۴	۴/۲۰	۴/۶۴	۴/۵۷	۶/۰۷	۵/۴۸	جمع سرپایی به بخش خصوصی
۴/۱۹	۲/۳۳	۱/۹۱	۲/۷۶	۴/۱۶	۳/۷۸	۲/۹۱	۳/۲۵	جمع سرپایی به بخش دولتی
۱۰/۶۴	۶/۸۵	۶/۶۵	۶/۹۶	۸/۸۰	۸/۳۵	۸/۹۸	۸/۷۳	جمع سرپایی به بخش دولتی و خصوصی

فراوانی بار مراجعه براساس محل مراجعه به بخش دولتی و غیردولتی؛ به ترتیب عبارتند از: ۲/۹ بار در طول سال به داروخانه، ۲/۲ بار مراجعه به پزشک عمومی، ۱/۳ بار به پرسنل غیر پزشک ۱/۲ بار به پزشک متخصص، ۰/۷ بار به پاراکلینیک، ۰/۳ بار به دندانپزشک، ۰/۱ بار به ماما، ۰/۰۳ بار به مراکز توانبخشی، ۰/۰۱ بار به مراکز مشاوره‌ای و مراکز طب سنتی.

محل‌های مراجعه در بخش خصوصی به ترتیب فراوانی عبارتند از ۲/۱ بار در طول سال به داروخانه، ۱/۴ بار پزشک عمومی، ۰/۹ بار پزشک خصوصی، ۰/۴ بار پاراکلینیک و ۰/۴ بار سایر پرسنل غیر پزشک و ۰/۲ بار دندانپزشک.

محل‌های مراجعه در بخش دولتی به ترتیب فراوانی عبارتند از «سایر پرسنل غیر پزشک» ۰/۹ بار، پزشک عمومی ۰/۸ بار، داروخانه ۰/۸ بار، پاراکلینیک ۰/۳ بار، پزشک متخصص ۰/۲ بار و دندانپزشک ۰/۱ بار.

در مقایسه شهر و روستا (بدون توجه به مراجعه به بخش دولتی یا خصوصی) به ترتیب عبارتند از:

- مراجعه به داروخانه برای شهرنشینان ۳/۱ بار و برای روستانشینان ۲/۵۵ بار در طول سال است

- مراجعه به پزشک عمومی برای شهرنشینان ۲/۲ بار و برای روستانشینان ۲/۲۵ بار در طول سال است

- مراجعه به پزشک متخصص برای شهرنشینان ۱/۴ بار و برای روستانشینان ۰/۹ بار در طول سال است

- مراجعه به پرسنل غیر پزشکی برای شهرنشینان ۰/۸ بار و برای روستانشینان ۲ بار در طول سال است

- مراجعه به پاراکلینیک برای شهرنشینان ۰/۸ بار و برای روستانشینان ۰/۵ بار در طول سال است

- مراجعه به دندانپزشک برای شهرنشینان ۰/۴ بار و برای روستانشینان ۰/۲ بار در طول سال است

- مراجعه به ماما برای شهرنشینان ۰/۱۵ بار و برای روستانشینان ۰/۰۵ بار در طول سال است

منظور از پرسنل غیرپزشک عبارتست از بهورز، کاردان و یا کارشناس در مراکز بهداشتی درمانی شهری و روستایی، بهیار یا پرستار در اورژانس‌های بیمارستانها، مسئول تزریقات در درمانگاهها و ... است.

مقایسه محل‌های مراجعه؛ برحسب شهر و روستا و نوع بخش (خصوصی، دولتی):

- **داروخانه:** ۲/۹ بار مراجعه در کل (۲/۱ بار داروخانه خصوصی ۰/۸ بار به داروخانه بخش دولتی) در شهرنشینان از ۳/۱ بار مراجعه به داروخانه ۲/۳ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۸ بار آن به بخش دولتی است. در صورتی که در روستانشینان از ۲/۵ بار مراجعه در سال به داروخانه ۱/۸ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۷ بار آن به داروخانه بخش دولتی است.

- **پزشک عمومی:** ۲/۲ بار مراجعه در کل (۱/۴ بار به پزشک عمومی در بخش خصوصی، ۰/۸ بار در بخش دولتی) در شهرنشینان ۲/۲۵ بار در طول سال، ۱/۵ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۸ بار آن به بخش دولتی. در صورتی که در روستانشینان از ۲/۲ بار مراجعه ۱/۳ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۹ بار آن به بخش دولتی بوده است.

- **پزشک متخصص:** ۱/۲ بار مراجعه در کل (۰/۹ بار مراجعه در بخش خصوصی، ۰/۲۶ بار مراجعه در بخش دولتی) در شهرنشینان ۱/۴ بار در طول سال، ۱/۰۶ بار آن به بخش خصوصی، ۰/۳ بار آن به بخش دولتی، در صورتی که در روستانشینان ۰/۹ بار در طول سال که ۰/۷ بار مراجعه به بخش خصوصی، ۰/۲ بار آن به بخش دولتی بوده است.

- **پرسنل غیر پزشک (بهورز، کاردان و کارشناس در مراکز بهداشتی درمانی، بهیار و پرستار در اورژانس بیمارستانها، درمانگاهها و تزریقات بخش خصوصی):** ۱/۳ بار مراجعه در کل (۰/۴ بار مراجعه در بخش خصوصی ۰/۹ بار مراجعه در بخش دولتی) در شهرنشینان ۰/۸ بار در طول سال، ۰/۴ بار به بخش دولتی، ۰/۴ بار به بخش خصوصی، در صورتی که در روستانشینان ۲ بار در طول سال که ۰/۴ بار آن بخش خصوصی، ۱/۶ بار آن به بخش دولتی است.

- پاراکلینیک (آزمایشگاه، رادیولوژی و ...) ۰/۷ بار در طول سال (۰/۴ بار آن به بخش دولتی و ۰/۳ بار آن به بخش خصوصی).

○ شهرنشینان ۰/۸ بار مراجعه دارند که ۰/۵ بار آن به بخش خصوصی است و ۰/۳ بار آن به بخش دولتی است. در صورتی که روستائیان ۰/۵ بار مراجعه که ۰/۳ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۲ بار آن به بخش دولتی است.

- دندانپزشک (دندانپزشک متخصص، عمومی، دندانپزشک تجربی و کاردان دندانپزشکی) ۰/۳ بار مراجعه در طول سال که ۰/۲ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۱ بار آن به بخش دولتی است.

○ در شهرنشینان ۰/۴ بار مراجعه دارند که ۰/۳ بار آن مراجعه به بخش خصوصی و ۰/۱ بار آن به بخش دولتی است

○ در روستانشینان ۰/۲ بار مراجعه دارند که ۰/۱ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۱ بار آن به بخش دولتی است.

مقایسه بار مراجعه و محل‌های مراجعه زن و مرد:
داروخانه:

هر مرد سالی ۲/۴ بار مراجعه می‌کند (۱/۷ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۶ به بخش دولتی)
هر زن سالی ۳/۴ بار مراجعه می‌کند (۲/۵ بار آن به بخش خصوصی و ۱/۳ به بخش دولتی)

پزشک عمومی:

هر مرد سالی ۱/۹ بار مراجعه می‌کند (۱/۳ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۶ به بخش دولتی)
هر زن سالی ۲/۶ بار مراجعه می‌کند (۱/۵ بار آن به بخش خصوصی و ۱/۱ به بخش دولتی)

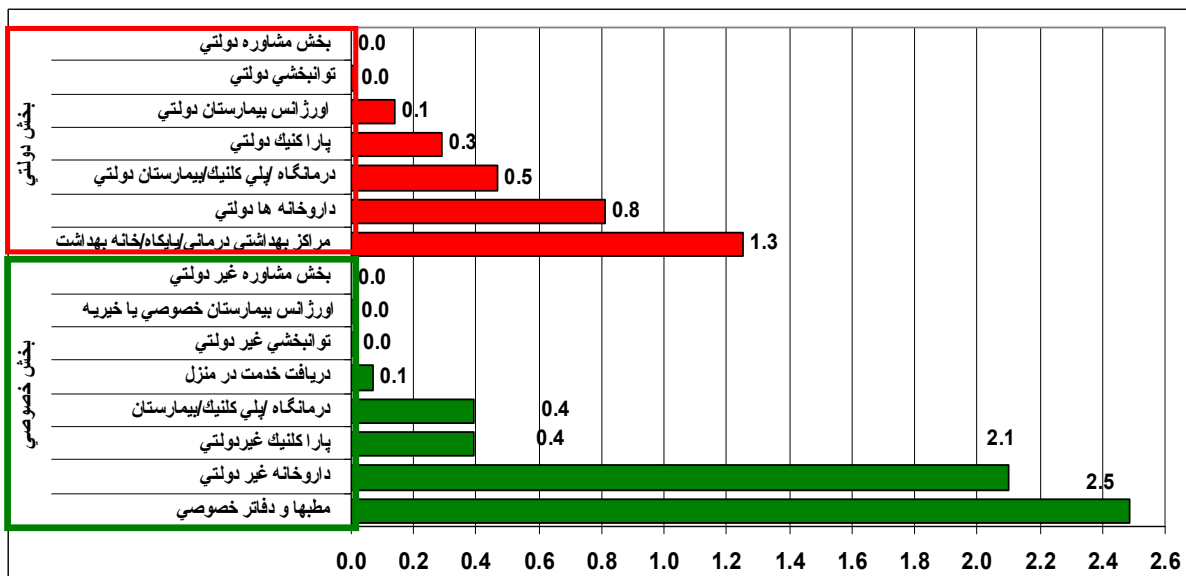
پزشک متخصص:

هر مرد سالی ۰/۹ بار مراجعه می‌کند (۰/۷ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۲ به بخش دولتی)
هر زن سالی ۱/۴ بار مراجعه می‌کند (۱/۱ بار آن به بخش خصوصی و ۰/۳ به بخش دولتی)

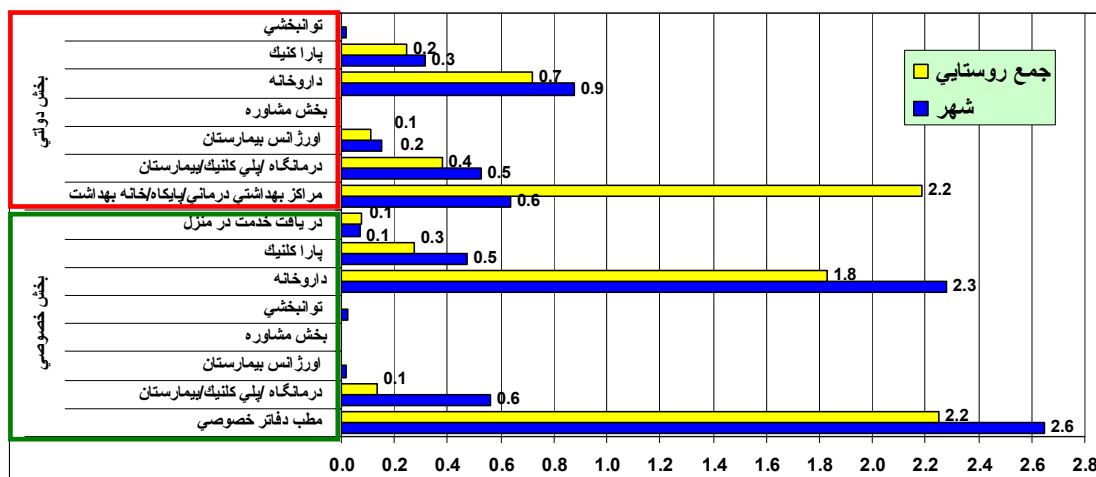
پرسنل غیر پزشک:

هر مرد سال ۰/۹ بار مراجعه می‌کند (۰/۳ آن به بخش خصوصی و ۰/۶ به بخش دولتی)
هر زن سالی ۱/۶ بار مراجعه می‌کند (۰/۴ آن به بخش خصوصی و ۱/۳ به بخش دولتی)

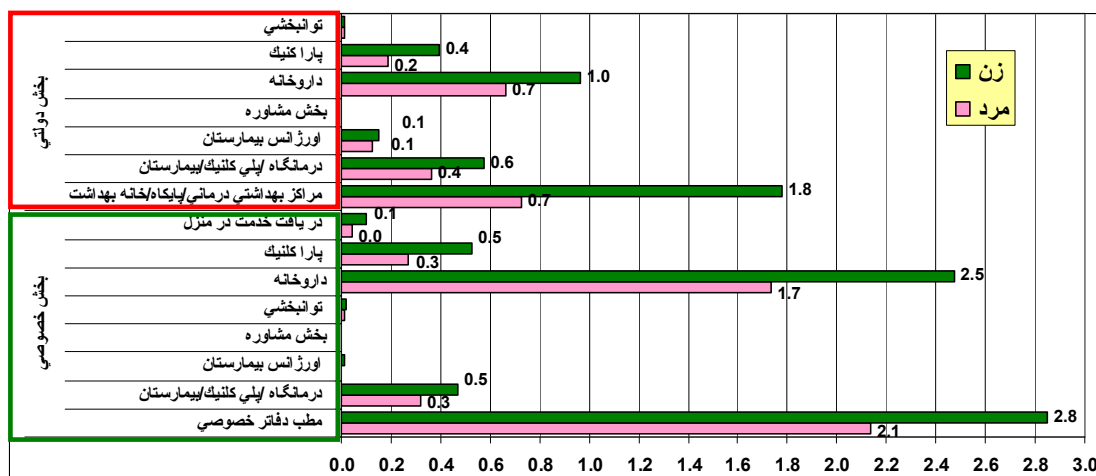
نمودار شماره ۱۰- مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - شهروروستا



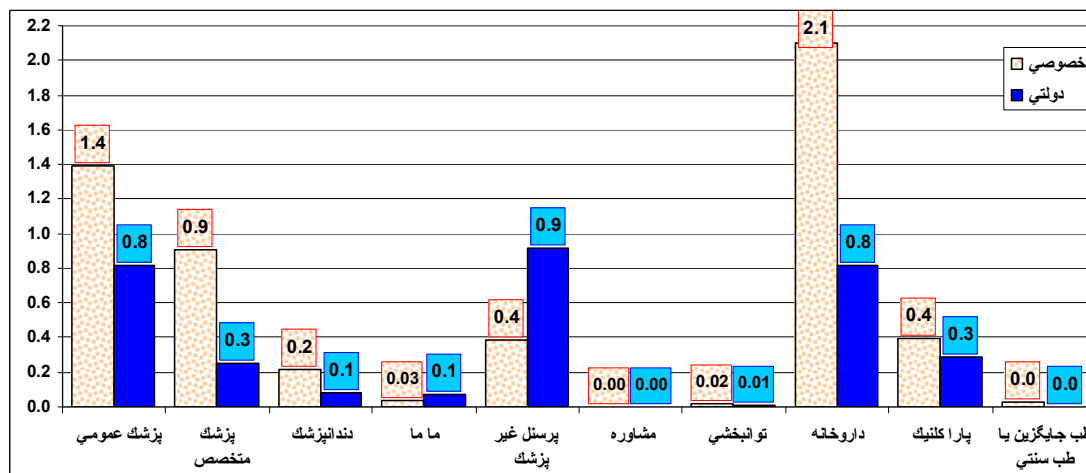
نمودار شماره ۱۱- مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - به تفکیک شهروستا



نمودار شماره ۱۲- مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به مراکز مختلف در بخش دولتی و بخش خصوصی - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ - براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - به تفکیک جنس



نمودار شماره ۱۳- مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال به ارائه دهندگان مختلف خدمات در بخش دولتی و خصوصی - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱- براساس مراجعه در طی دو هفته قبل



شرح مفصل بار مراجعه به محلهای مختلف ارائه خدمت به همان ترتیب که در پرسشنامه آمده است در جدول شماره ۲۱ آمده است. شرح و چگونگی انتساب یک محل ارائه دهنده خدمت به محل مراجعه در راهنمای پرسشنامه آمده است.

جدول ۲۱ - شرح مفصلتر با مراجعه بر آورد شده برای دریافت خدمات سرپایی به محلهای ارائه خدمت مختلف به تفکیک وابستگی به بخشهای مختلف و بر حسب محل سکونت مراجعه کننده؛
بر اساس مراجعه طی دوهفته آخر بهمن ماه: مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

شهری و روستایی	شهری	روستایی	محللهای مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در بخش دولتی	شهری و روستایی	شهری	روستایی	محللهای مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در بخش غیر دولتی
۰/۳۵۷	۰/۵۶۵	۰/۲۲۱	پزشک عمومی در مرکز بهداشتی در مانی	۱/۱۶۸	۱/۲۰۹	۱/۱۴۲	مطب پزشک عمومی
۰/۰۲۳	۰/۰۲۳	۰/۰۲۳	دندان پزشک در مرکز بهداشتی در مانی	۰/۸۲۷	۰/۶۲۸	۰/۹۵۷	مطب پزشک متخصص
۰/۰۰۸	۰/۰۱۲	۰/۰۰۵	بهداشتکار دهان و دندان در مرکز بهداشتی در مانی	۰/۱۷۲	۰/۰۸۹	۰/۲۲۹	مطب دندان پزشک عمومی یا متخصص
۰/۵۵۴	۱/۴۰۰	۰/۰۰۳	بهورز در خانه بهداشت	۰/۰۱۱	۰/۰۱۲	۰/۰۱۰	دفتر کار خصوصی دندان پزشک تجربی
۰/۰۶۵	۰/۰۳۵	۰/۰۸۴	ما ما در مرکز بهداشتی در مانی	۰/۰۲۹	۰/۰۰۸	۰/۰۴۳	دفتر کار خصوصی ما ما
۰/۲۴۳	۰/۱۵۲	۰/۳۰۳	سایر پرسنل غیر پزشک در مرکز بهداشتی در مانی	۰/۲۶۳	۰/۲۹۶	۰/۲۴۲	دفتر کار خصوصی سایر پرسنل غیر پزشک
۱/۲۵۰	۲/۱۸۷	۰/۶۳۹	جمع مراجعات سرپایی به مراکز بهداشتی درمانی/ایپاکه/خانه بهداشت	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	دفتر کار خصوصی پرسنل طب جا یگزین
۰/۲۲۲	۰/۱۵۶	۰/۲۶۵	پزشک عمومی در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۱۸	۰/۰۱۲	۰/۰۲۳	دفتر کار خصوصی پرسنل طب سنتی
۰/۱۷۱	۰/۱۶۴	۰/۱۷۶	پزشک متخصص در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۲/۴۸۹	۲/۲۵۰	۲/۶۴۶	جمع مراجعات سرپایی به مطبها و دفاتر خصوصی
۰/۰۲۶	۰/۰۲۳	۰/۰۲۸	دندانپزشک در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۲۱۲	۰/۰۶۲	۰/۳۱۰	پزشک عمومی در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	ماما در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۷۷	۰/۰۴۳	۰/۰۹۹	پزشک متخصص در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
۰/۰۴۶	۰/۰۳۵	۰/۰۵۳	سایر پرسنل در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۲۹	۰/۰۰۸	۰/۰۴۳	دندانپزشک در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
۰/۴۶۸	۰/۳۷۸	۰/۵۲۷	جمع مراجعات به درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۵	ماما در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
۰/۰۹۲	۰/۰۸۲	۰/۰۹۹	پزشک عمومی در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۶۹	۰/۰۱۶	۰/۱۰۴	سایر پرسنل غیر پزشک در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
۰/۰۱۲	۰/۰۱۲	۰/۰۱۳	پزشک متخصص در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۳۹۳	۰/۱۳۳	۰/۵۶۲	جمع مراجعات سرپایی به درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	دندانپزشک در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۶	۰/۰۰۰	۰/۰۱۰	پزشک عمومی در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	ما ما در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۸	پزشک متخصص در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه
۰/۰۳۱	۰/۰۱۹	۰/۰۳۸	سایر پرسنل در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	دندانپزشک متخصص در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه
۰/۱۳۷	۰/۱۱۳	۰/۱۵۳	جمع مراجعات سرپایی به اورژانسهای بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	ما ما در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه
۱/۸۵۵	۲/۶۷۸	۱/۳۱۸	جمع مراجعات به بخشهای وابسته به -و-ب-د-آ-پ شامل خانه و مراکز /درمانگاه /پلی کلینیک /اورژانس	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	سایر پرسنل در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه
۰/۱۴۰	۰/۰۷۴	۰/۱۸۳	پزشک عمومی در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۱۱	۰/۰۰۰	۰/۰۱۸	جمع مراجعات سرپایی به اورژانسهای بیمارستان خصوصی یا خیریه
۰/۰۶۸	۰/۰۱۶	۰/۱۰۲	پزشک متخصص در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۲/۸۹۳	۲/۳۸۲	۳/۲۲۶	جمع مراجعات به بخش خصوصی شامل مطب /درمانگاه /پلی کلینیک /اورژانس
۰/۰۱۸	۰/۰۰۰	۰/۰۳۱	دندانپزشک در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	مشاوره روانشناسی غیر دولتی
۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۰۰۸	ما ما در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۰	مشاوره ژنتیک غیر دولتی
۰/۰۳۸	۰/۰۲۷	۰/۰۴۶	سایر پرسنل در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۲	۰/۰۰۴	۰/۰۰۰	مشاوره تغذیه غیر دولتی
۰/۰۰۹	۰/۰۰۸	۰/۰۱۰	پزشک عمومی در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۰۳	۰/۰۰۸	۰/۰۰۰	جمع مراجعات به بخشهای مشاوره غیر دولتی
۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	پزشک متخصص در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۱۵	۰/۰۰۴	۰/۰۲۳	توانبخشی غیر دولتی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	دندانپزشک در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	۰/۰۱۵	۰/۰۰۴	۰/۰۲۳	جمع مراجعات به توانبخشی غیر دولتی

شهری وروستایی	شهری	روستایی	شهری وروستایی	شهری	روستایی	شهری	محل‌های مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی در بخش دولتی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۱/۹۹۱	۱/۷۵۱	۲/۱۴۷	داروخانه غیر دولتی بعنوان در یافت نسخه	ما ما دراورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د- آ-پ
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۱۱	۰/۰۷۸	۰/۱۳۲	داروخانه غیر دولتی بعنوان درمان کننده	سایر پرسنل دراورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و- ب-د-آ-پ
۰/۲۸۲	۰/۱۲۹	۰/۳۸۲	۲/۱۰۱	۱/۸۲۹	۲/۲۷۹	جمع مراجعات به داروخانه ها غیر دولتی	جمع مراجعات سرپایی به درمانگاه اپلی کلینیک/بیمارستان غیروابسته به -و-ب-د-آ-پ
۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۲۵۱	۰/۱۶۸	۰/۳۰۵	آزمایشگاه غیر دولتی	مشاوره روانشناسی دولتی
۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۱۴۳	۰/۱۰۵	۰/۱۶۸	رادیولوژی غیر دولتی	مشاوره ژنتیک دولتی
۰/۰۰۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۳	۰/۳۹۴	۰/۲۷۳	۰/۴۷۳	جمع مراجعات به داروخانه ها غیر دولتی	مشاوره تغذیه دولتی
۰/۰۰۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۵	۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	دریافت خدمت از پزشک عمومی در منزل	جمع مراجعات به بخشهای مشاوره دولتی
۰/۷۶۱	۰/۶۶۷	۰/۸۲۲	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	دریافت خدمت از پزشک متخصص در منزل	داروخانه دولتی بعنوان در یافت نسخه دولتی
۰/۰۵۲	۰/۰۵۱	۰/۰۵۳	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	دریافت خدمت از ما ما در منزل	داروخانه دولتی بعنوان در مان کننده
۰/۸۱۳	۰/۷۱۷	۰/۸۷۵	۰/۰۵۴	۰/۰۵۸	۰/۰۵۱	دریافت خدمت از سایر پرسنل غیر پزشک در منزل	جمع مراجعات به داروخانه ها دولتی
۰/۱۸۰	۰/۱۶۸	۰/۱۸۸	۰/۰۰۳	۰/۰۰۴	۰/۰۰۳	دریافت خدمت از پرسنل طب جایگزین در منزل	آزمایشگاه دولتی
۰/۱۰۹	۰/۰۷۸	۰/۱۳۰	۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	۰/۰۰۸	دریافت خدمت از در مان کننده سنتی در منزل	رادیولوژی دولتی
۰/۲۸۹	۰/۲۴۶	۰/۳۱۸	۰/۰۷۲	۰/۰۷۸	۰/۰۶۹	جمع در یافت خدمت از بخش خصوصی در منزل	جمع مراجعات به پارا کنیک ها دولتی
۰/۰۱۲	۰/۰۰۸	۰/۰۱۵					توانبخشی دولتی
۳/۲۵۵	۳/۷۷۸	۲/۹۱۳	۵/۴۷۹	۴/۵۷۳	۶/۰۷۰	جمع مراجعات سرپایی به بخش خصوصی شامل (مجموع جزئیات)	جمع مراجعات سرپایی به بخش دولتی شامل (مجموع جزئیات)

مقایسه بار و محل‌های مراجعه بر حسب سن (جدول شماره ۲۲) :

بار مراجعه وقتی به تفکیک سن مرتب شود به شرح زیر است:

- کودکان زیر یکسال که بیشترین بار مراجعه را دارند ۱۸/۹ بار در طول سال که ۱۰/۱ بار آن به بخش دولتی است و ۸/۸ بار آن به بخش خصوصی است
- افراد ۶۵ سال و بالاتر در طول سال ۱۷/۴ بار مراجعه دارند که ۱۱/۴ بار آن به بخش خصوصی و ۵/۹ بار به بخش دولتی است.
- افراد یک تا چهارساله؛ در طول سال ۱۳/۳ بار مراجعه دارند ۷/۴ بار آن به بخش خصوصی و ۵/۹ بار آن به بخش دولتی است.
- افراد پنجاه تا ۶۵ ساله ۱۱/۳ بار مراجع دارند که ۷/۱ بار آن به بخش خصوصی و ۴/۱ بار آن به بخش دولتی است.
- افراد ۱۵ تا ۴۹ ساله ۸/۳ بار مراجعه دارند که ۵/۳ بار آن به بخش خصوصی و ۳/۰۳ بار آن به بخش دولتی است
- افراد پنج تا ۱۴ ساله که کمترین بار مراجعه را دارند ۵/۳ بار که ۳/۴ بار آن به بخش خصوصی و ۲ بار آن به بخش دولتی است.

جدول ۲۲ - با مراجعه برآورد شده برای دریافت خدمات سرپایی در طول سال؛ براساس مراجعه طی دوهفته آخر بهمن ماه به تفکیک سن: مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

سن	زیر یکسال	یک تا چهار سال	پنج تا ۱۴ سال	پانزده تا ۴۹ سال	پنجاه تا ۶۵ سال	شصت و پنج سال و بالاتر
بار مراجعه در طول سال به هریک از محل‌های مراجعه	۱/۶۸	۲/۴۵	۱/۰۸	۱/۲۴	۱/۹۶	۲/۵۶
پزشک عمومی در بخش خصوصی	۱/۰۸	۱/۴۹	۰/۶۰	۰/۷۵	۱/۱۴	۱/۳۴
پزشک عمومی در بخش دولتی	۲/۷۶	۳/۹۴	۱/۶۸	۱/۹۹	۳/۱۱	۳/۹۰
جمع پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی	۲/۱۶	۱/۱۴	۰/۳۹	۰/۸۷	۱/۳۰	۲/۵۶
پزشک متخصص در بخش خصوصی	۰/۶۰	۰/۳۲	۰/۱۳	۰/۲۲	۰/۳۸	۰/۸۲
پزشک متخصص در بخش دولتی	۲/۷۶	۱/۴۶	۰/۵۲	۱/۰۹	۱/۶۸	۳/۳۸
جمع پزشک متخصص در بخش دولتی و خصوصی	۰/۰۰	۰/۰۶	۰/۱۲	۰/۲۹	۰/۱۱	۰/۱۸
دندانپزشک در بخش خصوصی	۰/۰۰	۰/۰۳	۰/۰۷	۰/۰۷	۰/۱۳	۰/۱۵
دندانپزشک در بخش دولتی	۰/۰۰	۰/۰۹	۰/۱۹	۰/۳۶	۰/۲۵	۰/۳۴
جمع دندانپزشک در بخش دولتی و خصوصی	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۰۶	۰/۰۲	۰/۰۰
ما ما در بخش خصوصی	۰/۱۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۱۲	۰/۰۰	۰/۰۰
ما ما در بخش دولتی	۰/۱۲	۰/۰۰	۰/۰۰	۰/۱۸	۰/۰۲	۰/۰۰
جمع ما ما در بخش دولتی و خصوصی	0.48	0.32	0.25	0.40	0.42	0.88
سایر پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی	7.81	2.13	0.43	0.82	0.88	1.25
سایر پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی	8.29	2.45	0.68	1.21	1.30	2.13
جمع پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی و خصوصی	0.00	0.03	0.01	0.03	0.04	0.12
طب جایگزین یا طب سنتی	0.00	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00
بخشهای مشاوره غیر دولتی	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
بخشهای مشاوره دولتی	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00
جمع بخشهای مشاوره دولتی و خصوصی	0.00	0.00	0.01	0.02	0.00	0.00
توانبخشی غیر دولتی	0.00	0.00	0.00	0.02	0.02	0.00
توانبخشی دولتی	0.00	0.00	0.01	0.04	0.02	0.00
جمع توانبخشی دولتی و خصوصی	4.33	3.24	1.38	1.94	2.88	4.26
داروخانه ها غیر دولتی	0.48	1.69	0.61	0.69	1.24	1.64
داروخانه ها دولتی	4.81	4.93	1.99	2.63	4.12	5.91
جمع داروخانه های دولتی و خصوصی	0.12	0.20	0.15	0.47	0.40	0.88
پارا کنیک ها غیر دولتی	0.00	0.20	0.11	0.33	0.34	0.73
پارا کنیک ها دولتی	0.12	0.41	0.26	0.80	0.74	1.61
جمع پاراکلینیک های دولتی و خصوصی	8.77	7.44	3.39	5.32	7.13	11.45
جمع سرپایی به بخش خصوصی	10.09	5.86	1.96	3.03	4.14	5.94
جمع سرپایی به بخش دولتی	18.86	13.30	5.35	8.35	11.26	17.39
جمع سرپایی به بخش دولتی و خصوصی						

- کودکان زیر یکسال از ۱۸/۹ بار مراجعه که دارند: ۸/۳ بار آن به پرسنل غیر پزشک است که ۷/۸ بار آن در بخش دولتی است. ۴/۸ بار آن به داروخانه است که ۴/۳ بار آن به بخش خصوصی است. ۲/۸ بار آن به پزشک عمومی است که ۱/۷ بار آن در بخش خصوصی است. ۲/۸ بار آن به پزشک متخصص است که ۲/۲ بار آن در بخش خصوصی است.
- افراد شصت و پنج سال و بالاتر که ۱۷/۴ بار مراجعه دارند: ۵/۹ بار آن به داروخانه است که ۴/۳ آن داروخانه در بخش غیردولتی است. ۳/۹ بار به پزشک عمومی است که ۲/۶ آن در بخش غیردولتی است. ۳/۴ بار به پزشک متخصص است که ۲/۶ بار آن در بخش غیردولتی است. ۲/۱ بار به پرسنل غیر پزشک مراجعه می‌کنند که ۱/۲ بار آن به بخش غیردولتی است.

مقایسه این دو گروه سنی نشان می‌دهد که:

- بخش بهداشت و درمان در قبال کودکان زیر یکسال به خوبی برنامه‌ریزی شده و عمل کرده است
- بخش بهداشت و درمان دولتی در قبال کودکان زیر یکسال یک بسته خدمت که به خوبی تعریف شده است دارد. این بسته برای دریافت‌کنندگان از جذابیت مطلوبی برخوردار است.
- بخش بهداشت و درمان دولتی و غیردولتی در قبال میانسالان و ۶۵ سال و بالاتر هیچ برنامه و بسته خدمتی تعریف شده‌ای ندارد.

• مقایسه بار مراجعه و محلهای مراجعه برحسب بهره‌مندی از انواع خدمات بیمه:
جدول ۲۳ بار مراجعه را به تفکیک انواع محلهای مراجعه در افراد مختلف با بهره‌مندی‌های متفاوت از پوشش خدمات بیمه:

- بیشترین بار مراجعه متعلق به افراد تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی با ۱۱/۲ بار که ۶/۴ بار آن متعلق به بخش خصوصی است. پس از آن افراد تحت پوشش کمیته امداد امام (ره) قراردارند با ۱۰/۹ بار که ۷/۶ بار آن به بخش خصوصی است. رتبه سوم متعلق به افراد تحت پوشش سازمانهای بیمه خصوصی که ۱۰/۷ بار است و ۶/۳ بار آن به بخش خصوصی است. پس از آن افراد تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح است که ۱۰/۳ بار است که ۶/۸ بار آن به بخش خصوصی است. پس از آن افراد تحت پوشش خدمات درمانی سایر سازمانهای دولتی قرار دارد ۸/۲ بار و در انتها افراد بدون پوشش بیمه قرار دارند که ۶/۶ بار مراجعه دارند و ۴/۷ بار آن به بخش خصوصی است.
- بیشترین بار مراجعه به پزشک عمومی به افراد تحت پوشش کمیته امداد که ۳/۱ بار و پس از آن افراد تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی با ۳ بار در سال تعلق دارد.
- بیشترین بار مراجعه به پزشک متخصص مربوط به افراد تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی است (۱/۷ بار) و پس از آن افراد تحت پوشش بیمه نیروهای مسلح با ۱/۶ بار است.
- بیشترین بار مراجعه به دندانپزشک ۱/۳ بار است که برای افراد تحت پوشش بیمه‌های خصوصی است و پس از آن افرادی که تحت پوشش هیچ سازمان بیمه‌ای نیستند قرار دارند (۰/۳۳ بار در طول سال)
- بیشترین بار مراجعه به پرسنل غیرپزشک متعلق به افراد تحت پوشش کمیته امداد با ۱/۹ بار و پس از آن افراد تحت پوشش سازمان خدمات درمانی قرار دارند.

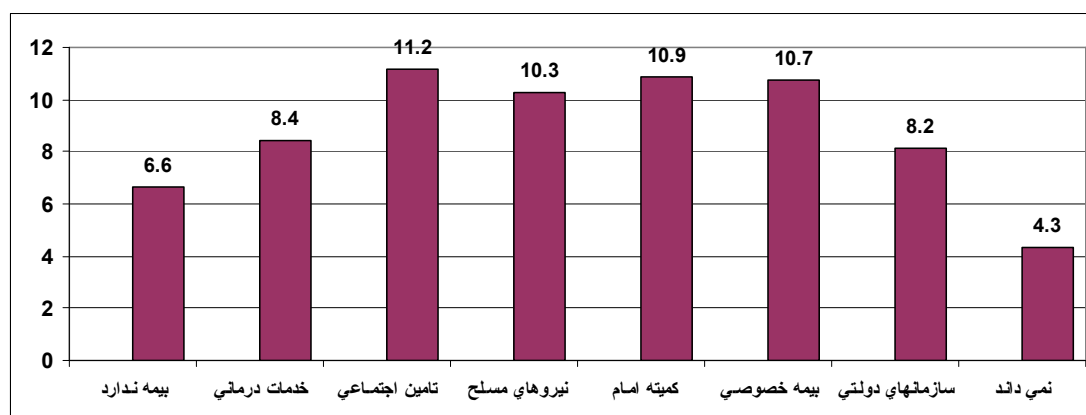
در جدول ۲۳ و نمودارهای شماره ۱۴ و ۱۵ جزئیات بیشتری آمده است.

جدول ۲۳ - با مراجعه برآورد شده برای دریافت خدمات سرپایی در طول سال؛ براساس مراجعه طی

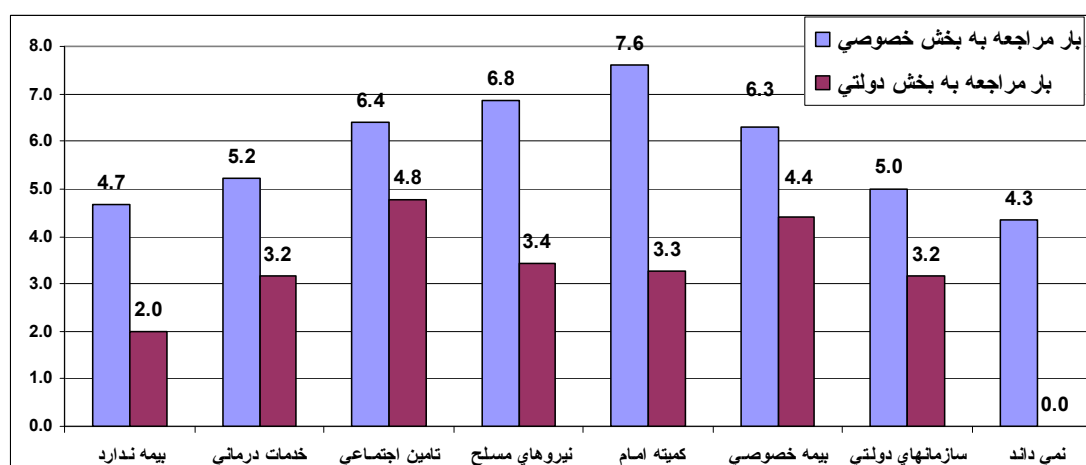
دو هفته آخر بهمن ماه به تفکیک وضعیت بیمه : مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

وضعیت بیمه	بیمه ندارد	خدمات درمانی	تامین اجتماعی	نیروهای مسلح	کمیته امام	بیمه خصوصی	سازمانهای دولتی	نمی داند	محلهای مراجعه
پزشک عمومی در بخش خصوصی	1.20	1.31	1.60	1.81	2.61	1.47	1.05	0.00	
پزشک عمومی در بخش دولتی	0.41	0.76	1.38	1.03	0.54	1.05	0.90	0.00	
جمع پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی	1.61	2.07	2.98	2.84	3.15	2.52	1.95	0.00	
پزشک متخصص در بخش خصوصی	0.62	0.83	1.29	1.17	0.92	1.05	1.11	2.17	
پزشک متخصص در بخش دولتی	0.15	0.21	0.44	0.44	0.22	0.21	0.21	0.00	
جمع پزشک متخصص در بخش دولتی و خصوصی	0.77	1.04	1.73	1.61	1.14	1.26	1.32	2.17	
دندانپزشک در بخش خصوصی	0.22	0.20	0.21	0.24	0.22	0.63	0.21	0.00	
دندانپزشک در بخش دولتی	0.11	0.07	0.03	0.05	0.05	0.63	0.11	0.00	
جمع دندانپزشک در بخش دولتی و خصوصی	0.33	0.27	0.24	0.29	0.27	1.26	0.32	0.00	
ما ما در بخش خصوصی	0.03	0.03	0.04	0.05	0.00	0.00	0.05	0.00	
ما ما در بخش دولتی	0.10	0.05	0.10	0.00	0.05	0.00	0.05	0.00	
جمع ما ما در بخش دولتی و خصوصی	0.13	0.08	0.14	0.05	0.05	0.00	0.11	0.00	
سایر پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی	0.38	0.43	0.33	0.64	0.43	0.21	0.05	0.00	
سایر پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی	0.70	1.14	0.80	0.59	1.47	0.42	0.58	0.00	
جمع پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی و خصوصی	1.08	1.57	1.13	1.22	1.90	0.63	0.63	0.00	
طب جایگزین یا طب سنتی	0.03	0.03	0.03	0.00	0.05	0.00	0.05	0.00	
بخشهای مشاوره غیر دولتی	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
بخشهای مشاوره دولتی	0.00	0.00	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
جمع بخشهای مشاوره دولتی و خصوصی	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	
توانبخشی غیر دولتی	0.01	0.02	0.01	0.05	0.00	0.00	0.05	0.00	
توانبخشی دولتی	0.01	0.02	0.00	0.00	0.05	0.00	0.05	0.00	
جمع توانبخشی دولتی و خصوصی	0.02	0.03	0.01	0.05	0.05	0.00	0.11	0.00	
داروخانه ها غیر دولتی	1.89	2.00	2.35	2.54	3.20	2.94	1.63	2.17	
داروخانه ها دولتی	0.37	0.66	1.52	1.08	0.71	1.47	0.90	0.00	
جمع داروخانه های دولتی و خصوصی	2.26	2.66	3.87	3.62	3.91	4.42	2.53	2.17	
پارا کنیک ها غیر دولتی	0.28	0.37	0.56	0.34	0.16	0.00	0.79	0.00	
پارا کنیک ها دولتی	0.14	0.27	0.49	0.24	0.16	0.63	0.37	0.00	
جمع پاراکلینیک های دولتی و خصوصی	0.42	0.64	1.05	0.59	0.33	0.63	1.16	0.00	
جمع سرپایی به بخش خصوصی	4.67	5.23	6.41	6.85	7.60	6.31	5.00	4.35	
جمع سرپایی به بخش دولتی	1.98	3.18	4.78	3.42	3.26	4.42	3.16	0.00	
جمع سرپایی به بخش دولتی و خصوصی	6.65	8.41	11.19	10.27	10.86	10.72	8.16	4.35	

نمودار شماره ۱۴- مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱-براساس مراجعه در طی دو هفته قبل- به تفکیک نوع بیمه



نمودار شماره ۱۵ - مقایسه برآورد بار مراجعه در طول سال برحسب بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱-براساس مراجعه در طی دو هفته قبل - به تفکیک نوع بیمه



ج - ۶: انواع خدماتی که در یک بار مراجعه دریافت می‌شود

خدماتی که در یک بار مراجعه از یک ارائه دهنده خدمت دریافت می‌شود، در موارد کمی فقط به یک نوع خدمت محدود می‌شود. در بسیاری از موارد، خدمات متعددی بوسیله یک ارائه دهنده خدمت به یک دریافت کننده عرضه می‌شود. در مراجعه به یک پزشک خدماتی چون: معاینه، اعزام برای خدمات تشخیصی، ارائه یک نسخه مشتمل بر داروهای مختلف، اقدامات درمانی مختلف مثل جراحی‌های سرپایی، بستن آتل، گچ گیری محدود و ... مشاوره، راهنمایی و آموزش برای حل مشکل و ... می‌تواند ارائه گردد. امکان دارد در یک مراجعه به پزشک همه موارد فوق، تعدادی از آنها و حتی یک مورد از این خدمات ارائه شود. در بسیاری از موارد در مراجعات به پزشک یا پرسنل غیر پزشکی فقط مراقبتهای لازم مثل مراقبت کودکان، زنان باردار، سالمندان و ... صورت می‌گیرد که نتیجه انجام آنها ممکنست به یک توصیه برای مراقبت بعدی در آینده یا اعزام برای یک جراحی سنگین منجر شود.

در جریان پرسش از اعضاء خانوارهای نمونه؛ اگر کسی در دوهفته قبل براساس نیاز یا الزامی که داشته به یکی از محلهای ارائه دهنده خدمت که در جدول ۲۱ آمده مراجعه کرده بود، از او درباره انواع خدماتی که در همان بار مراجعه دریافت کرده بود، پرسیده می‌شد. براساس دیدگاه طراحان این مطالعه؛ در بازار سلامتی در ایران؛ هریک از مکانهای ارائه خدمت انواع خدماتی را که ارائه می‌کردند در ۸ گروه قابل طبقه‌بندی بود:

۱- **خدمات مربوط به مراقبتهای بهداشتی:** شامل؛ مراقبت کودکان، مراقبتهای دوران بارداری و پس از زایمان و مراقبتهایی که برای پیشگیری از بارداری انجام می‌شود و سایر مراقبتهای، مثل مراقبتهای مربوط به بهداشت دهان و دندان، مراقبتهای مربوط به سالمندان، مراقبتهای مربوط به کنترل بیماریهای مزمن و ... می‌باشد.

۲- **معاینه:** شامل گرفتن شرح حال، نگاه، لمس، معاینات فیزیکی مثل اندازه‌گیری فشارخون، قد، وزن و ...

۳- **دریافت نسخه یا دارو:** در مراجعه به یک محل ارائه خدمت ممکن است نتیجه به دریافت یک نسخه منجر شود که پیچیدن آن نسخه مستلزم مراجعه به یک محل دیگر ارائه خدمت مثل داروخانه است. ممکنست در همان اولین محل ارائه خدمت به جای نسخه مستقیماً دارو از ارائه دهنده خدمت، دریافت گردد.

۴- **اقدام درمانی:** ممکن است در محل ارائه خدمت، برای مراجعه کننده یک اقدام درمانی (به جز دریافت نسخه یا دارو) صورت گیرد مثل؛ جا انداختن یک در رفتگی، گچ گرفتن، سوزاندن، فریز کردن، برداشتن خال، گذاشتن لنز، کاشتن مو، شستشوی گوش و یا انجام جراحیهای کوچک مثل خارج کردن یک جسم خارجی، برداشتن یک لیپوم، انجام ختنه و ...

۵- **اقدام تشخیصی:** پس از مراجعه، انجام معاینه یا مراقبت ممکن است؛ انجام اقدامات تشخیصی اعزام به آزمایشگاه برای آزمایشهای مورد نیاز یا پرتونگاری برای انجام خدماتی مثل رادیولوژی، سونوگرافی، انجام اسکن با مواد رادیو ایزوتوپ، MRI و ... غیره وجود

داشته باشد. امکان دارد برخی از این اقدامات در همان محل‌های مراجعه صورت گیرد مثل انجام اکوکاردیوگرافی در مطب یک متخصص قلب، سونوگرافی در مطب یک متخصص زنان، انجام رادیولوژی از دندان در مطب یک دندانپزشک و ... که در این صورت اقدام انجام شده ولی اعزامی صورت نگرفته است.

۶- **تزریقات و پانسمان:** گرچه تزریقات و پانسمان خود می‌تواند بعنوان بخشی از فرآیند یک اقدام درمانی محسوب شود ولی اگر در تداوم خود به مراجعات بعدی نیز نیاز باشد خود بعنوان یک خدمت جداگانه هم می‌تواند محسوب شود.

۷- **مشاوره، راهنمایی و آموزش:** گرچه مشاوره، راهنمایی و آموزش نیز خود بعنوان بخشی از فرآیند حل مشکل سلامتی است؛ ولی اگر در تداوم خود به مراجعات بعدی نیز نیاز باشد خود بعنوان یک خدمت جداگانه هم می‌تواند محسوب شود. گاه مشاوره خود یک خدمت منفرد است. مثل مشاوره‌هایی برای بهداشت روان، بهداشت باروری، ژنتیک و ...

۸- **خدمات مراقبتی الزامی:** در سطح بین‌المللی؛ شرط ورود به بسیاری از کشورها و در درون کشور اشتغال به مشاغل معین یا ازدواج و ... تعدادی خدمات مراقبتی، تشخیصی و پیشگیری الزامی است. بطور مثال در کشور ما:

- برای ازدواج انجام آزمایش‌های معین؛ مثل آزمایش وجود متابولیت‌های مخدرها در ادرار، آزمایش سیفلیس (VDRL) ضروری است
- برای اشتغال به مشاغلی در تولید، بسته‌بندی و توزیع مواد غذایی نیاز به انجام آزمایش‌های دوره‌ای برای تعیین وجود تک یاخته، تخم انگل و ... در مدفوع است.
- برای انجام سفر حج واجب، نیاز به انجام اقدامات تشخیصی معین برای سالمندان واکسیناسیون علیه مننگوکوک و ... وجود دارد.
- انجام معاینات دوره‌ای، بخصوص برای شاغلین در حرفه‌های سخت و زیان‌آور، الزامی است.
- برای استخدام در مشاغل دولتی نیز اطمینان از عدم وجود متابولیت‌های تریاک در ادرار ضروری است.

- و ...

این‌گونه مراجعات به ارائه دهندگان خدمت تحت عنوان «مراقبت‌های الزامی» طبقه‌بندی می‌شود. در یک مراجعه به یک ارائه‌دهنده خدمت ممکن است که یکی از خدمات مذکور یا مجموعه‌ای از آنها ارائه گردد. با پیشرفت فناوری انواع خدمات ارائه شده به سمت تخصصی تر شدن پیش می‌روند و در نتیجه محل‌های ارائه جداگانه خواهند داشت. به گونه‌ای که گاه ضروری می‌شود برای انجام یک فرآیند مراجعه تشخیصی به چندین محل ارائه خدمت تخصصی مراجعه شود. در مقابل این پدیده، در مراکز دولتی بزرگ یا در مراکز خصوصی که با سرمایه‌گذاریهای زیادی تاسیس می‌شود سعی می‌شود که تمامی خدمات مورد نیاز یک فرآیند یک جا انجام گردد. این روش کار هم به رضایت مشتری و هم به تامین سود بیشتر برای ارائه دهندگان خدمت منجر می‌شود. در طبقه‌بندی انجام

شده، در این مطالعه سعی شده، خدمات جداگانه که در یک فرآیند مراجعه، ارائه شده است تا حدی که ناریبی حافظه پاسخگو حفظ شده باشد از یکدیگر جدا گردند.

از ۱۶۹۳۵ نفری که در خانوارهای نمونه مورد پرسش قرار گرفته‌اند

- ۳۶۴۲ نفر طی دو هفته قبل از پرسشگری نیاز به مراجعه برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی داشته‌اند

- ۲۵۵۹ نفر از آنها طی دو هفته قبل از پرسشگری برای دریافت خدمت اقدام کرده‌اند

- ۲۵۰۴ نفر از آنها طی دو هفته قبل از پرسشگری موفق به دریافت خدمت شده‌اند

- این عده طی دو هفته قبل ۵۶۷۱ بار مراجعه داشته‌اند.

○ ۲۵۰۴ نفر فقط یک بار مراجعه کرده‌اند (مثلاً انجام یک مراقبت یا...)

○ ۱۸۹۵ نفر دوبار مراجعه داشته (مثلاً مراجعه به پزشک و سپس مراجعه به داروخانه)

○ ۷۷۴ نفر سه بار مراجعه داشته‌اند (مراجعه به پزشک، سپس آزمایشگاه، و در انتها به داروخانه)

○ ۲۷۸ نفر چهاربار مراجعه داشته‌اند (پزشک، آزمایشگاه، پزشک، داروخانه)

○ ۱۱۲ نفر پنج بار مراجعه داشته‌اند

○ ۵۸ نفر شش بار مراجعه داشته‌اند

○ ۲۵ نفر هفت بار مراجعه داشته‌اند

○ ۱۶ نفر هشت بار مراجعه داشته‌اند

○ ۱۱ نفر نه بار مراجعه داشته‌اند

○ ۶ نفر ده بار مراجعه داشته‌اند

جمع مراجعات مذکور مبنای محاسبه بار مراجعه قرار گرفته است.

بطور مثال: بار مراجعه طی دوهفته برای هر نفر $0/33 = 16935 : 5671$

بار مراجعه طی یک سال برای هر نفر $14 = 0/33 \times 365$

اعداد جداول ۲۰ تا ۲۳ به این روش محاسبه شده است.

در جدول ۲۴ در ستون ۲ تعداد بار مراجعاتی که به هر یک از ارائه‌دهندگان خدمت طی دوهفته قبل انجام شده آمده است.

پرسشنامه این مطالعه به گونه‌ای تنظیم شده بود که:

- در ابتدا، راجع به مشخصات اجتماعی اقتصادی (بخش G) و ترکیب سنی، جنسی

(بخش B) اعضا خانوار پرسشگری می‌شد سپس در مورد احساس نیاز به خدمات

بهداشتی درمانی هر فرد سوال می‌شد.

○ اگر هریک از افراد خانوار احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی سرپایی طی دو هفته قبل داشته‌اند، برای ارزیابی نیاز و تقاضای مذکور یک پرسشنامه جداگانه (بخش C) تکمیل می‌شد.

▪ اگر این تقاضا به مراجعه و دریافت خدمت منجر شده بود برای هر بار مراجعه یک برگ از پرسشنامه «ارزیابی مراجعات سرپایی از بخش D» تکمیل می‌شد.

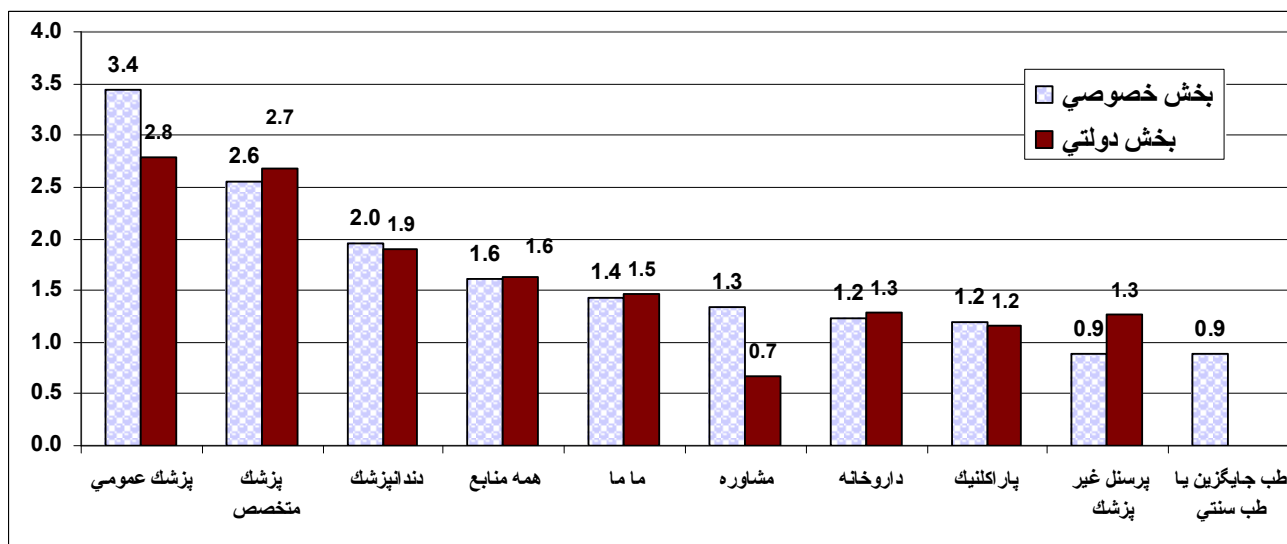
● چون ممکن بود که در طول دوهفته یک فرد نیازمند و متقاضی، بیش از یک بار مراجعه داشته باشد، برای هریک از خدمات دریافت شد یک برگ پرسشنامه «ارزیابی هریک از خدمات سرپایی دریافت شده فرد (بخش D1)» تکمیل می‌شد.

▪ اگر این تقاضا به مراجعه و دریافت خدمت منجر شده بود (در طول دو هفته چه یکبار و چه چند بار خدمت دریافت کرده بود) یک پرسشنامه برای تعیین «رعایت حقوق گیرنده خدمات سرپایی» تکمیل می‌شد.

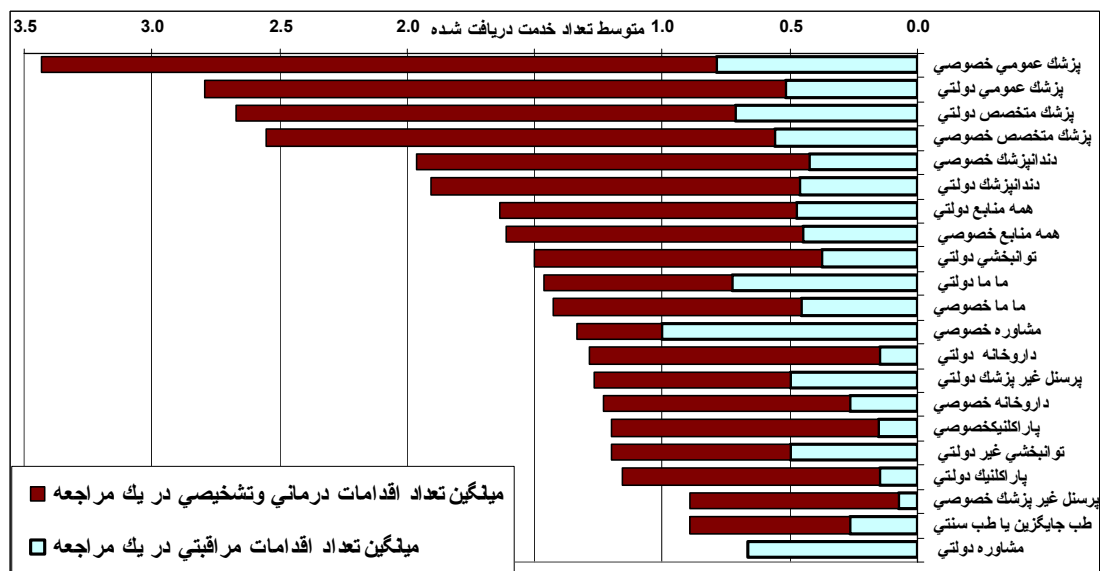
در واقع آنچه که در این قسمت ارائه می‌گردد نتایج سوال ۱ از پرسشنامه D1 است که انواع خدمات دریافت شده در **یک بار مراجعه** را نشان می‌دهد. همانگونه که در صفحه قبل ذکر شد تعداد بار مراجعه در ۲۵۰۴ نفر اقدام کننده برای دریافت خدمات ۵۶۷۱ مراجعه بوده است. در ستونهای بعدی از جدول ۲۴ یعنی در ستونهای ۳، ۴ و ... انواع خدماتی که دریافت شده آمده است. در ستون آخر (۱۶) در همان جدول از سطر اول دیده می‌شود که بطور میانگین با مراجعه به پزشک عمومی در بخش خصوصی ۳/۴ خدمت دریافت می‌گردد، که بطور مثال شامل: معاینه، تجویز نسخه، اقدام تشخیصی در برخی از موارد، آموزش، مشاوره و راهنمایی و ... ۳/۴ خدمتی که این پزشک عمومی در بخش خصوصی، ارائه می‌نماید شامل ۲/۶ بار خدمت تشخیصی و درمانی و ۰/۸ بار خدمت مراقبتی است.

پزشک عمومی در بخش دولتی ۰/۶ خدمت کمتر از همکار خود در بخش خصوصی ارائه می‌نماید. خدمات او عبارتست از ۲/۳ خدمت تشخیصی درمانی و ۰/۵ خدمت مراقبتی. پزشکان متخصص در بخش دولتی و خصوصی تقریباً مشابه هم خدمت ارائه می‌کنند، ۲/۶ تا ۲/۷ خدمت که ۰/۶ تا ۰/۷ خدمات آنها مراقبتی است. به طور متوسط به یک مراجعه کننده در بخش دولتی و خصوصی ۱/۶ خدمت ارائه می‌شود. که ۰/۴ تا ۰/۵ خدمات آنها خدمات مراقبتی و بقیه تشخیصی و درمانی است. نمودار ۱۶ و ۱۷ مقایسه میانگین تعداد خدمات ارائه شده را در هر بار مراجعه به تفکیک نوع محل و وابستگی محل ارائه خدمت و نوع خدمات ارائه شده را نشان می‌دهد.

نمودار ۱۶- میانگین تعداد خدمات دریافت شده در یکبار مراجعه به منابع مختلف ارائه دهنده خدمت به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۱۷- میانگین تعداد خدمات دریافت شده در یکبار مراجعه به منابع مختلف ارائه دهنده خدمت به تفکیک بخش خصوصی و دولتی و نوع خدمت ارائه شده مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



- بعنوان یک فرد با توانمندیهای متنوع می تواند انواع متفاوتی از خدمات را با توجه به سطح آموزشهای علمی خود ارائه نماید
- می تواند حجم زیادی از مراجعات گران و غیر ضروری به متخصصین را کاهش دهد
- می تواند بعنوان دروازه بان و کلیددار مسیر حرکت از پایین ترین سطوح ارائه خدمات به بالاترین سطوح قرار گیرد
- بکارگیری و بهره مندی از همه این توانمندیها در گرو تعهد سیاسی برنامه ریزان بخش بهداشت و درمان کشور در مورد سامان دهی حرکت نیازمندان خدمات در سطوح مختلف (ارجاع) است.

جدول ۲۴ - انواع خدماتی که در یکبار مراجعه از ارائه دهندگان خدمت دریافت می شود برحسب انواع ارائه دهندگان خدمت و انواع خدمات؛ براساس مراجعه طی

دوهفته آخر بهمن ماه : مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

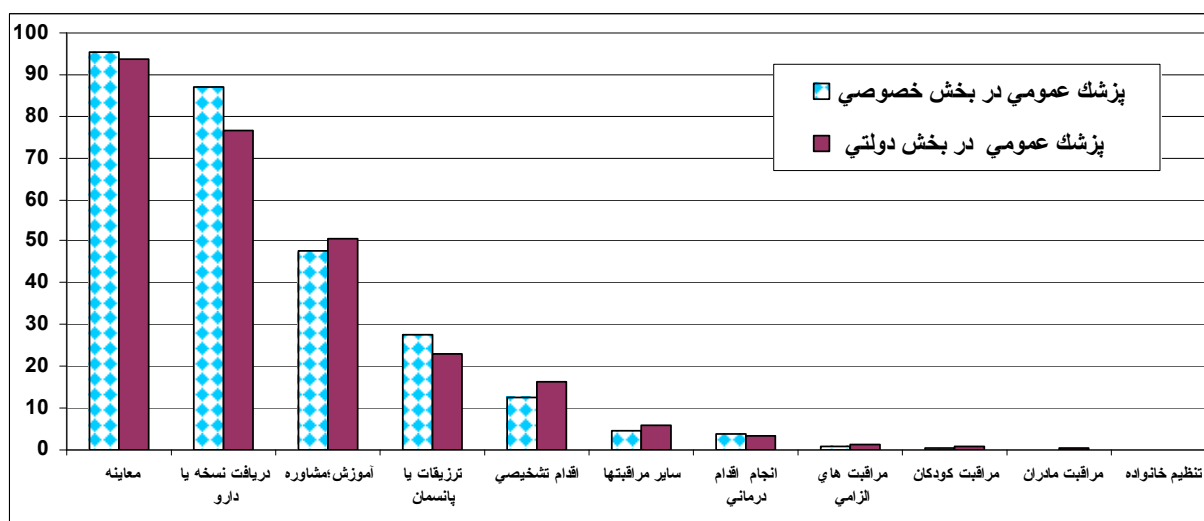
میانگین تعداد اقدامات انجام شده در یک بارمراجعه			درصد ی که در یکبار مراجعه خدمت تشخیصی؛ درمانی؛ آموزشی هم دریافت کرده اند؛ بر حسب نوع خدمت انجام شده						مراقبت های الزامی	درصد ی که در یکبار مراجعه خدمت مراقبتی هم دریافت کرده اند؛ بر حسب نوع مراقبت انجام شده				تعداد مراجعه	انواع خدمات دریافت شده در ازای یکبار مراجعه
میانگین تعداد اقدامات مراقبتی؛ درمانی و تشخیصی در یک مراجعه (۱۶)	میانگین تعداد اقدامات درمانی و تشخیصی در یک مراجعه (۱۵)	میانگین تعداد اقدامات مراقبتی در یک مراجعه (۱۴)	آموزش؛ راهنمایی؛ مشاوره (۱۳)	ترزیقات یا پانسمان (۱۲)	انجام یک اقدام درمانی (۱۱)	دریافت نسخه یا دارو (۱۰)	معاینه (۹)	اقدام تشخیصی (۸)		مراقبت کودکان (۳)	مراقبت مادران باردار و پس از زایمان (۴)	تنظیم خانواده (۵)	سایر مراقبتها (۶)		
3.4	2.6	0.8	47.68	27.81	3.86	86.98	95.25	12.69	0.88	4.64	0.11	0.11	0.44	906	ارائه دهنده خدمت
2.8	2.3	0.5	50.47	23.08	3.38	76.36	93.81	16.14	1.13	5.82	0.19	0.56	0.94	533	پزشک عمومی خصوصی
3.1	2.5	0.7	48.71	26.06	3.68	83.04	94.72	13.97	0.97	5.07	0.14	0.28	0.63	1439	پزشک عمومی دولتی
2.6	2.0	0.6	57.80	12.88	7.63	75.42	95.59	27.29	0.85	4.24	0.17	2.71	0.34	590	پزشک متخصص خصوصی
2.7	2.0	0.7	60.61	12.12	9.70	69.09	93.33	29.09	0.61	1.82	1.21	1.21	0.00	165	پزشک متخصص دولتی
2.6	2.0	0.6	58.41	12.72	8.08	74.04	95.10	27.68	0.79	3.71	0.40	2.38	0.26	755	پزشک متخصص دولتی و خصوصی
2.0	1.5	0.4	55.07	13.04	60.87	43.48	84.06	17.39	1.45	6.52	0.00	0.00	0.00	138	دندانپزشک خصوصی
1.9	1.4	0.5	38.00	6.00	54.00	22.00	68.00	12.00	0.00	4.00	0.00	0.00	0.00	50	دندانپزشک دولتی
1.9	1.5	0.4	50.53	11.17	59.04	37.77	79.79	15.96	1.06	5.85	0.00	0.00	0.00	188	دندانپزشک دولتی و خصوصی
1.4	1.0	0.5	72.73	13.64	13.64	68.18	86.36	31.82	0.00	9.09	9.09	18.18	0.00	22	ما ما خصوصی
1.5	0.7	0.7	59.57	6.38	4.26	27.66	72.34	10.64	2.13	12.77	31.91	36.17	2.13	47	ما ما دولتی
1.4	0.9	0.6	63.77	8.70	7.25	40.58	76.81	17.39	1.45	11.59	24.64	30.43	1.45	69	ما ما دولتی و خصوصی
0.9	0.8	0.1	7.97	93.23	3.19	3.59	3.19	2.79	0.40	1.99	0.00	0.00	0.00	251	پرستل غیر پزشک خصوصی
1.3	0.8	0.5	45.36	25.13	1.52	23.61	29.85	3.88	1.35	18.38	16.19	5.23	17.88	593	پرستل غیر پزشک دولتی
1.1	0.8	0.3	34.24	45.38	2.01	17.65	21.92	3.55	1.07	13.51	11.37	3.67	12.56	844	پرستل غیر پزشک دولتی و خصوصی
0.9	0.6	0.3	47.37	5.26	21.05	57.89	5.26	5.26	0.00	5.26	0.00	0.00	0.00	5	طب جایگزین یا طب سنتی
1.3	0.3	1.0	100.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	2	مشاوره خصوصی
0.7	0.0	0.7	100.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2	مشاوره دولتی
0.8	0.3	0.5	100.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	4	مشاوره دولتی و خصوصی
1.2	1.0	0.3	19.49	1.76	0.66	97.58	0.00	1.32	0.29	0.00	0.00	0.00	0.00	1365	داروخانه خصوصی

میانگین تعداد اقدامات انجام شده در یک بارمراجعه			درصدی که در یکبار مراجعه خدمات تشخیصی؛ درمانی؛ و آموزشی هم دریافت کرده اند؛ بر حسب نوع خدمت انجام شده						مراقبت های الزامی	درصدی که در یکبار مراجعه خدمات مراقبتی هم دریافت کرده اند؛ بر حسب نوع مراقبت انجام شده				تعداد مراجعه	انواع خدمات دریافت شده در ازای یکبار مراجعه
میانگین تعداد اقدامات مراقبتی؛ درمانی و تشخیصی در یک مراجعه (۱۶)	میانگین تعداد اقدامات درمانی و تشخیصی در یک مراجعه (۱۵)	میانگین تعداد اقدامات مراقبتی در یک مراجعه (۱۴)	آموزش؛ راهنمایی؛ مشاوره (۱۳)	تزریقات یا پانسمان (۱۲)	انجام یک اقدام درمانی (۱۱)	دریافت نسخه یا دارو (۱۰)	معاینه (۹)	اقدام تشخیصی (۸)		مراقبت کودکان (۳)	مراقبت مادران باردار و پس از زایمان (۴)	تنظیم خانواده (۵)	سایر مراقبتها (۶)		
1.3	1.1	0.1	22.54	5.49	0.38	96.59	0.00	2.46	0.19	0.00	0.00	0.00	0.00	528	ارائه دهنده خدمت داروخانه دولتی
1.3	1.1	0.2	20.34	2.80	0.58	97.31	0.00	1.64	0.26	0.00	0.00	0.00	0.00	1893	داروخانه دولتی و خصوصی
1.2	1.0	0.2	13.28	1.17	4.69	3.52	0.00	93.75	0.78	0.00	0.00	0.00	0.00	256	پاراکلینیک خصوصی
1.2	1.0	0.1	11.70	1.06	5.32	4.79	0.00	91.49	2.66	0.00	0.00	0.00	0.00	188	پاراکلینیک دولتی
1.2	1.0	0.2	12.61	1.13	4.95	4.05	0.00	92.79	1.58	0.00	0.00	0.00	0.00	444	پاراکلینیک دولتی و خصوصی
1.2	0.7	0.5	50.00	10.00	20.00	20.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10	توانبخشی غیر دولتی
1.5	1.1	0.4	37.50	0.00	62.50	25.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8	توانبخشی دولتی
1.4	0.9	0.4	44.44	5.56	38.89	22.22	22.22	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	18	توانبخشی دولتی و خصوصی
1.6	1.2	0.4	33.75	17.20	5.70	75.05	44.20	16.10	0.62	2.39	0.11	0.59	0.17	3559	جمع مراجعات سرپایی به بخش خصوصی شامل
1.6	1.2	0.5	39.25	15.58	4.21	57.10	42.66	16.71	1.04	7.15	5.40	2.51	5.30	2112	جمع مراجعات سرپایی به بخش دولتی شامل
1.6	1.2	0.5	35.80	16.59	5.15	68.37	43.63	16.33	0.78	4.16	2.08	1.30	2.08	5671	جمع مراجعات سرپایی به بخش دولتی و خصوصی شامل (مجموع جزئیات)

در جدول ۲۴ از ستون ۳ تا ستون ۱۳ درصد خدماتی که در هر بار مراجعه، ارائه کننده خدمت آن را ارائه داده دیده می‌شود. مجموع نسبت‌های خدمات دریافت شده به دلیل دریافت چندین نوع خدمت در یک مراجعه از ۱۰۰٪ بیشتر خواهد بود. پرسنل غیرپزشک بیشترین درصد خدمات مراقبتی کودکان را ارائه می‌دهند. بیشترین درصد خدمات مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان و مراقبت‌های پیشگیری از بارداری و خدمات تنظیم خانواده در مجموعه مراجعات به ماماها دولتی قرار دارد. ۶۸٪ از خدمات ارائه شده توسط ماماها بخش خصوصی ارائه نسخه و دارو است در صورتی که این خدمت در بین ماماها بخش دولتی ۲۸٪ از مجموعه خدمات آنها را شامل می‌شود. ۹۳٪ از مجموعه خدمات ارائه شده توسط پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی تزریقات و پانسمان است در صورتی که همین پرسنل در بخش دولتی ۲۵٪ از خدماتشان تزریقات و پانسمان است.

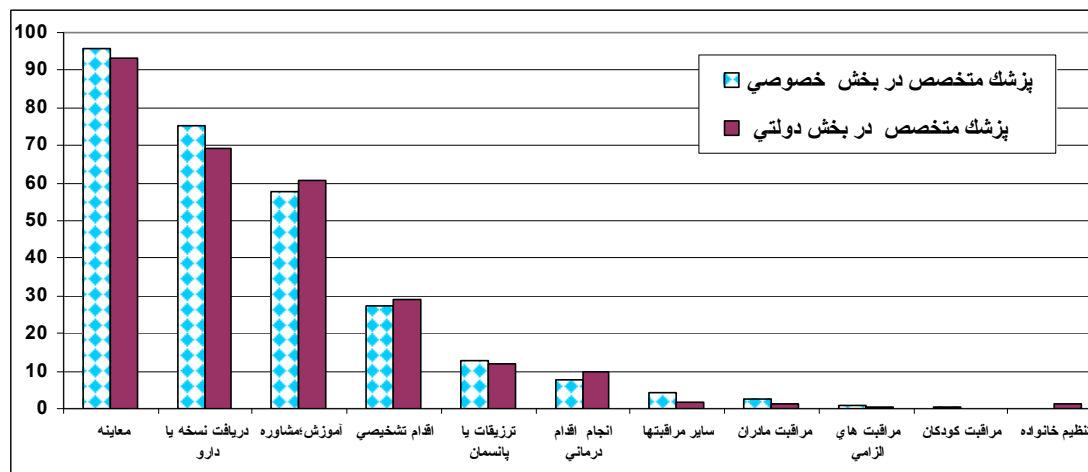
نمودار شماره ۱۸- درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به پزشک عمومی به تفکیک بخش خصوصی ودولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی -

اسفند ۱۳۸۱

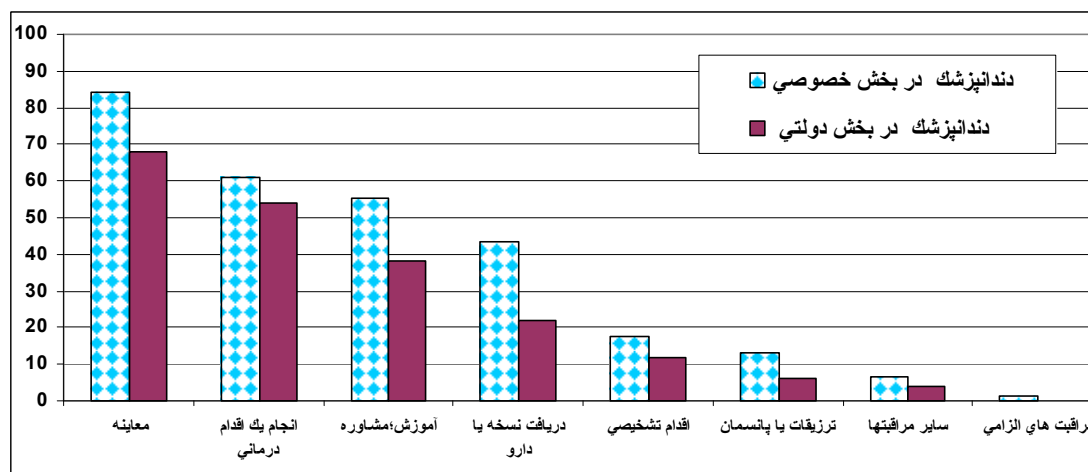


نمودارهای ۱۹ تا ۲۲ درصد دریافت خدمات مختلف را به ازای مراجعه به پزشک متخصص، دندانپزشک، ماما و پرسنل غیر پزشک را به تفکیک بخش خصوصی و دولتی نشان می‌دهد.

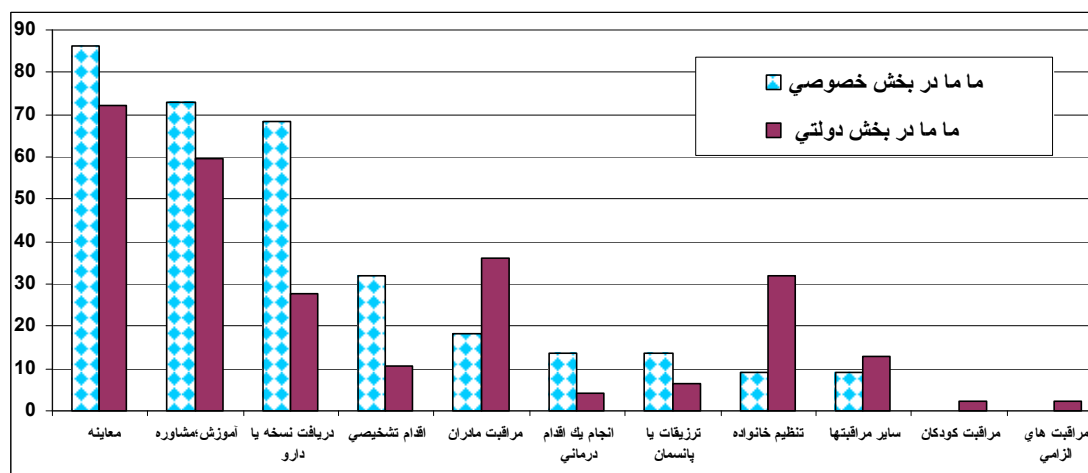
نمودار شماره ۱۹ - درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به پزشک متخصص به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



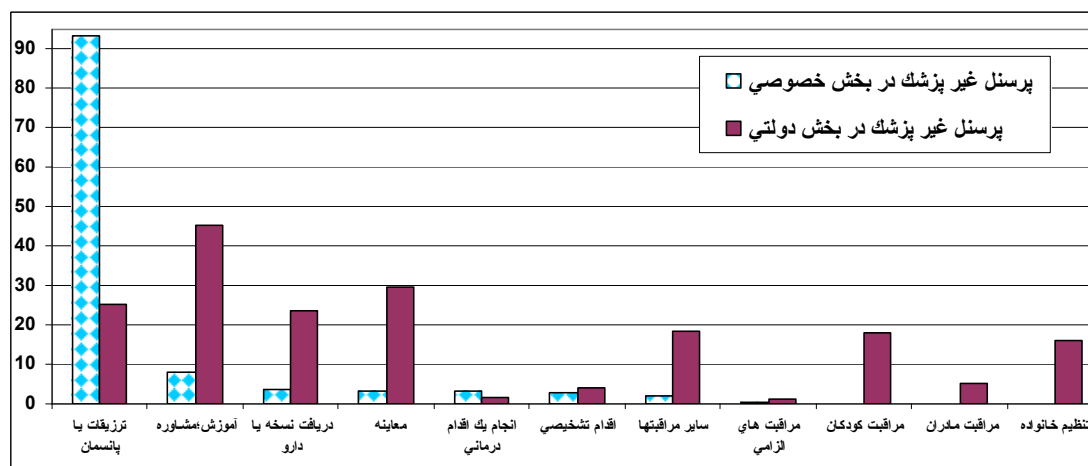
نمودار شماره ۲۰ - درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به دندانپزشک به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار شماره ۲۱- درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به ما ما به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار شماره ۲۲- درصد دریافت خدمات مختلف به ازای یکبار مراجعه به پرسنل غیر پزشک به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



ج- ۷- زمان صرف شده برای هر بار مراجعه:

۲۵۰۴ نفر از ۶۹۳۵ نفری که طی دو هفته قبل از پرسشگری برای رفع نیاز خود ۵۶۷۱ بار مراجعه داشته‌اند، برای هر بار مراجعه و دریافت خدمات زمانهایی را صرف کرده‌اند. این زمانها با عناوین زیر گروهبندی و از طریق بخش DI پرسشنامه مورد پرسش قرار گرفته‌اند:

- ۱- روزهایی که برای دریافت خدمت در نوبت قرار گرفته است
 - ۲- زمانی که برای رسیدن به محل ارائه خدمت در راه است
 - ۳- زمانی که برای دریافت خدمت در سالن انتظار بسر برده است
 - ۴- زمانی که برای فرآیند ارائه خدمت صرف شده است
 - ۵- در صورتی که نیاز به خدمت تشخیصی داشته است، زمانی که برای دریافت پاسخ به آن نیاز بوده است به این مجموعه اضافه می‌شود.
- در جدول ۲۵، زمان صرف شده برای دریافت خدمت (به تفکیک فوق) از هریک از ارائه‌کنندگان خدمت نشان داده شده است.

- ستون دوم از سمت راست نشان دهنده طول مدتی است که مراجعه کننده برای مراقبت

(دریافت خدمت) در **نوبت** بوده است

- پزشک متخصص، در بخش خصوصی، بیشترین طول مدت را برای در نوبت قرار دادن،

به خود اختصاص داده است (۹ روز) پس از آن مراکز توانبخشی دولتی (۸ روز)، ماما در

بخش خصوصی (۵ روز)، دندانپزشک در بخش دولتی (۴ روز)، دندانپزشک در بخش

خصوصی (۳ روز)، پزشک متخصص در بخش دولتی (۲/۵ روز) و ...

- ستون سوم از سمت راست زمان صرف شده برای رسیدن به محل ارائه خدمت (زمان

سپری شده در راه) را نشان می‌دهد. این زمان در واقع نشان‌دهنده دسترسی

جغرافیایی نیازمندان به محل ارائه خدمات است.

- دورترین محل ارائه خدمات به محل زندگی تقاضاکننده خدمت به ترتیب عبارتند از:

○ مامای در بخش خصوصی ۹۵ دقیقه

○ مشاور در بخش دولتی ۶۰ دقیقه

○ پزشک متخصص در بخش خصوصی ۵۹ دقیقه

○ پزشک متخصص در بخش دولتی ۵۴ دقیقه

○ دندانپزشکی در بخش خصوصی ۴۷ دقیقه

○ مراکز توانبخشی در بخش دولتی ۴۴ دقیقه

○ پاراکلینیک در بخش خصوصی ۴۱ دقیقه

○ مراکز توانبخشی در بخش خصوصی ۳۷ دقیقه

○ پزشک عمومی در بخش دولتی ۳۷ دقیقه

○ پاراکلینیک در بخش دولتی ۳۴ دقیقه

○ دندانپزشک در بخش دولتی ۳۲ دقیقه

○ بقیه موارد زیر ۳۰ دقیقه

- ستون چهارم از سمت راست؛ زمان صرف شده در سالن **انتظار** محل ارائه خدمت و یا نشان دهنده برنامه‌ریزی نامناسب در محل ارائه خدمات است. در واقع این زمان حکایت از تراکم و شلوغی در سالن انتظار دارد:

○ مرکز توانبخشی دولتی ۸۸ دقیقه

○ پزشک متخصص در بخش خصوصی ۸۶ دقیقه

○ پزشک متخصص در بخش دولتی ۵۱ دقیقه

○ ماما در بخش خصوصی ۴۳ دقیقه

○ پاراکلینیک در بخش خصوصی ۴۰ دقیقه

○ دندانپزشک در بخش خصوصی ۳۶ دقیقه

○ پاراکلینیک در بخش دولتی ۳۳ دقیقه

○ بقیه موارد زیر ۳۰ دقیقه

- ستون پنجم از سمت راست؛ زمان صرف شده برای فرآیند **دریافت** خدمت است. به عبارت دیگر زمانهای انجام معاینه، مشاوره، خدمت درمانی، تجویز دارو، پیچیدن نسخه، انجام مراقبت‌های معمول و است.

○ مراکز توانبخشی دولتی ۶۶ دقیقه

○ دندانپزشکی در بخش دولتی ۴۷ دقیقه

○ مراکز توانبخشی خصوصی ۴۴ دقیقه

○ پزشک متخصص در بخش دولتی ۳۰ دقیقه

○ دندانپزشک در بخش خصوصی ۲۸ دقیقه

○ پزشک متخصص در بخش خصوصی ۲۶ دقیقه

○ مشاوره در بخش خصوصی ۲۰ دقیقه

○ ماما در بخش خصوصی ۱۷ دقیقه

○ پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی ۱۵ دقیقه

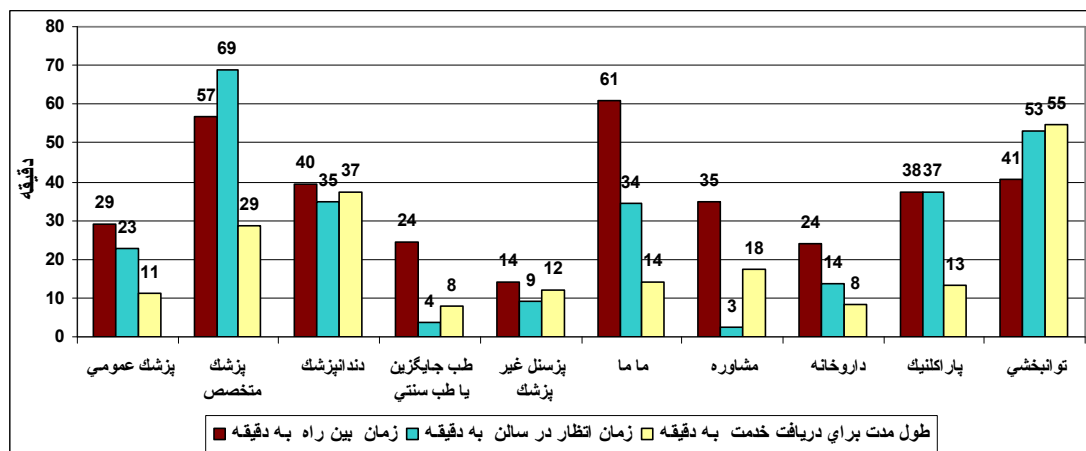
○ بقیه موارد زیر ۱۵ دقیقه

- ستون ششم؛ زمان صرف شده برای **دریافت پاسخ** از مراکز تشخیصی را نشان می‌دهد.

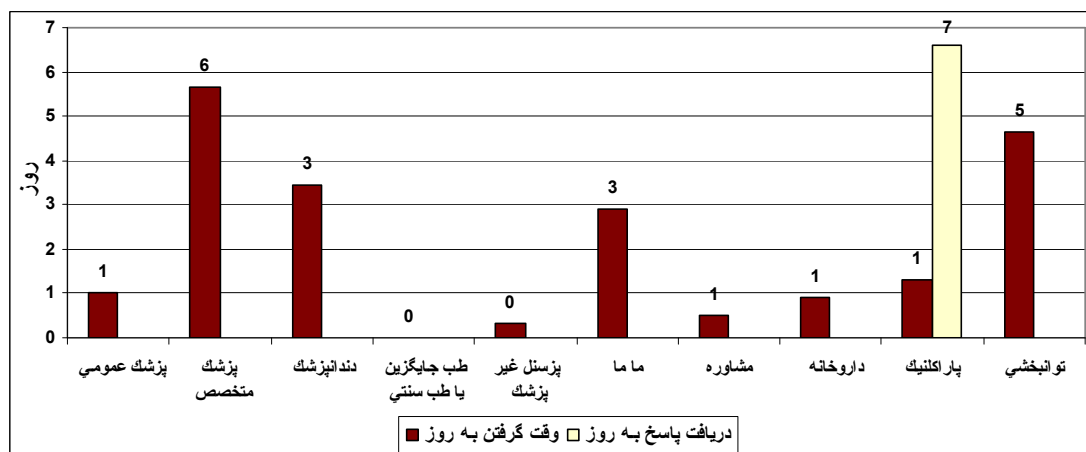
جدول ۲۵ - زمان صرف شده برای یک فرآیند مراجعه؛ از اقدام تا دریافت؛ برحسب انواع ارائه دهندگان خدمت؛ براساس مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه : مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

زمانی که برای دریافت پاسخ خدمات تشخیصی صرف شده (به روز)	زمانی که دریافت خدمت بخود اختصاص داده (به دقیقه)	زمانی که در سالن انتظار محل ارائه خدمت صرف شده (به دقیقه)	زمانی که برای رسیدن به محل دریافت خدمت در راه صرف شده (به دقیقه)	زمانی که برای دریافت خدمت در نوبت صرف شده (به روز)	برای یکبار مراجعه
					ارائه دهنده خدمت
3.52	12.78	40.21	40.78	0.7	پاراکلینیک خصوصی
9.65	13.77	34.34	34.23	2.0	پاراکلینیک دولتی
6.58	13.28	37.27	37.50	1.3	پاراکلینیک دولتی و خصوصی
	9.76	20.48	21.80	1.0	پزشک عمومی خصوصی
	13.01	25.33	36.61	1.0	پزشک عمومی دولتی
	11.38	22.90	29.21	1.0	پزشک عمومی دولتی و خصوصی
	26.55	86.38	59.36	8.7	پزشک متخصص خصوصی
	30.46	51.19	54.32	2.5	پزشک متخصص دولتی
	28.50	68.79	56.84	5.6	پزشک متخصص دولتی و خصوصی
	27.60	36.08	47.08	3.3	دندانپزشک خصوصی
	46.91	33.26	31.92	3.6	دندانپزشک دولتی
	37.26	34.67	39.50	3.5	دندانپزشک دولتی و خصوصی
	7.82	3.75	24.33	0.0	طب جایگزین یا طب سنتی
	8.78	11.75	16.81	0.4	پرسنل غیر پزشک دولتی
	15.53	6.37	11.68	0.3	پرسنل غیر پزشک و خصوصی
	12.15	9.06	14.24	0.3	پرسنل غیر پزشک دولتی و خصوصی
	11.66	25.26	27.19	0.8	ما ما دولتی
	16.67	43.33	95.00	5.0	ما ما خصوصی
	14.16	34.30	61.09	2.9	ما ما دولتی و خصوصی
	20.00	5.00	10.00	1.0	مشاوره خصوصی
	15.00	0.00	60.00	0.0	مشاوره دولتی
	17.50	2.50	35.00	0.5	مشاوره دولتی و خصوصی
	10.36	15.54	21.83	1.1	داروخانه خصوصی
	6.34	11.82	26.54	0.7	داروخانه دولتی
	8.35	13.68	24.19	0.9	داروخانه دولتی و خصوصی
	43.57	17.86	37.50	1.5	توانبخشی غیر دولتی
	65.71	87.86	43.75	7.8	توانبخشی دولتی
	54.64	52.86	40.63	4.7	توانبخشی دولتی و خصوصی

نمودار شماره ۲۳ - متوسط زمان صرف شده برای دریافت خدمت در یک مراجعه به منابع مختلف ارائه دهنده خدمت (زمان بین راه-سازن انتظار-دریافت خدمت) - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ زمان به دقیقه



نمودار شماره ۲۴ - متوسط زمان صرف شده برای دریافت خدمت در یک مراجعه به منابع مختلف ارائه دهنده خدمت (زمان صرف شده برای وقت گرفتن و برای دریافت پاسخ) - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱ زمان به روز



ج - ۸ - هزینه صرف شده برای هر بار مراجعه

هزینه‌های خدمات درمانی چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی در ایران از چهار قسمت مجزا تشکیل شده است:

۱- هزینه‌هایی که دولت پرداخت آن را بعهده دارد مثل:

۱-۱- سرمایه گذاری برای تامین منابع ارائه خدمات؛ می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- هزینه احداث، تجهیز و راه‌اندازی مراکز ارائه خدمت

- هزینه تربیت و آموزش پرسنل ارائه کننده خدمات از پزشک متخصص گرفته تا بهورز

۲-۱- هزینه تداوم فعالیت مراکز ارائه خدمات شامل تامین حقوق پرسنل، تامین

هزینه وسایل مصرفی هزینه وسایل غیر مصرفی، امور عمومی مراکز (آب و برق و ...) هزینه دارو و ...

۳-۱- کمک به صندوقهای بیمه، کمک به سازمانهای خیریه و نهادهایی که مستقیماً

ارائه خدمت می‌کنند؛ براساس ردیفهای منظور شده در قانون بودجه

۴-۱- پرداخت یارانه بطور عام در زمینه تامین تجهیزات؛ دارو و ... بدون توجه به

اینکه در بخش دولتی یا خصوصی صرف می‌شود.

۵-۱- هزینه خدمات رایگان؛ مثل ایمن‌سازی و ...

قاعدتاً دولت تامین این هزینه‌ها را از طریق دریافت مالیات بردرآمد تامین می‌نماید ولی در اغلب موارد این هزینه‌ها از طریق فروش کالاهای سرمایه‌ای چون نفت و یا مالیاتهای غیرمستقیم و مستقیم تامین می‌نماید.

۲- هزینه‌هایی که بصورت نامحسوس و به تدریج توسط دریافت‌کنندگان خدمات پرداخت می‌شود:

۲-۱- پرداخت حق بیمه توسط افرادی که در پوشش سازمانهای بیمه‌گر چون تامین

اجتماعی، نیروهای مسلح، خدمات درمانی، بیمه‌های خصوصی و ... قرار دارند.

۳- هزینه‌های مستقیم که برای دریافت خدمت توسط مراجعه کننده پرداخت می‌شود.

۳-۱- فرانشیز در بیمه شدگان شامل:

- فرانشیز برای ویزیت سرپایی

- فرانشیز برای دریافت اقدامات درمانی سرپایی

- فرانشیز برای دریافت دارو

- فرانشیز برای دریافت خدمات تشخیصی

- فرانشیز برای دریافت خدمات بستری

۳-۲- هزینه دارو، وسایل و خدماتی که سازمان بیمه‌گر آن را در پوشش خود ندارد

یا فقط آن را از طریق «بازار سیاه» می‌توان تهیه کرد

۳-۳- هزینه تعرفه دریافت خدماتی که ارائه‌کنندگان آن، طرف قرارداد با سازمانهای

بیمه‌گر نیستند، از ویزیت گرفته تا هزینه اعمال جراحی

۳-۴- تفاوت ناهمخوانی تعرفه با آنچه که ارائه کننده خدمت آن را قیمت خدمات خود می‌داند

۳-۵- سایر هزینه‌های عرفی (شیرینی و ...) و غیرقانونی (رشوه، زیرمیزی و ...)

۳-۶- و ...

حجم اصلی Out of packet را این بخش از هزینه‌ها به خود اختصاص می‌دهند.

۴- هزینه‌های غیرمستقیمی که از طرف دریافت کننده خدمت به منظور سرعت و سهولت در دریافت خدمت پرداخت می‌شود مثل:

۴-۱- هزینه رفت و آمد به محل ارائه خدمت

۴-۲- هزینه اقامت در نزدیکی محل ارائه خدمت

۴-۳- هزینه‌ای که ناشی از انجام نشدن کارهای جاری و موظف بیمار و یا اطرافیان وی بعلت زمان صرف شده برای مراجعه و دریافت خدمت بوجود می‌آید.

مسلماً این فهرست نه کامل است و نه با نگرش صرفاً اقتصادی تهیه شده. این فهرست در کشورهای مختلف، با نگرشهای مختلف و ... می‌تواند تا حدودی متفاوت باشد.

آنچه که در این مطالعه مورد پرسش (سوال سوم از بخش D1 پرسشنامه) قرار گرفته است به شرح زیر است:

مقدار پرداخت مستقیم مراجعه کننده در جریان دریافت خدمت طی دو هفته گذشته، این پرداختها شامل موارد زیر است:

۱- هزینه رفت و آمد؛ در صورتی که پیاده رفته باشد چیزی منظور نمی‌شده است، عنوان ۴-۱ از فهرست فوق

۲- هزینه ویزیت، فرانشیز، پرداخت مستقیم و سایر پرداختهایی که تحت همین نام قابل طبقه‌بندی است، شامل بخشی از عنوان ۳-۱، ۳-۳، ۳-۴ و ۳-۵ است.

۳- هزینه اقدامات تشخیصی، مثل فرانشیز و پرداخت مستقیم به آزمایشگاه یا پرتونگاری. شامل بخشی از عنوان ۳-۱، ۳-۲، ۳-۳، ۳-۴ و ۳-۵ است.

۴- هزینه اقدامات درمانی سرپایی مثل فرانشیز و پرداخت مستقیم به ارائه کننده خدمت، شامل بخشی از عناوین ۳-۱، ۳-۲، ۳-۳، ۳-۴ و ۳-۵

۵- هزینه نسخه و وسایل مورد نیاز: شامل فرانشیز دارو و وسایل، تهیه وسایل و داروهایی که تحت پوشش بیمه نیستند، تهیه وسایل و داروها از بازار سیاه. شامل بخشی از عناوین ۳-۲، ۳-۳، ۳-۴ و ۳-۵

در واقع قسمت اعظم هزینه انجام شده توسط پاسخگو طی دو هفته قبل از پرسشگری؛ که مراجعه و دریافت خدمت داشته‌اند، بخش اعظم پول Out of packet را تشکیل می‌دهد، نکته مهم اینکه هزینه رفت و آمد جزء هزینه Out of packet نباید قرار گیرد.

مسئله برای به دست آوردن هزینه‌های مذکور راه‌های بهتری مثل «ثبت هزینه‌ها توسط یک مراجعه کننده حقیقی»، «ثبت هزینه‌ها توسط یک مراجعه کننده مجازی»، حضور ناظر در محل‌های هزینه، و ... وجود دارد. ولی باید توجه داشت که این گونه موارد در «بازارهای پنهانی» به دلیل اینکه نمونه کمی را می‌توان مطالعه کرد، مشکلات خاص خود را دارد.

مشکلاتی که این بخش از مطالعه با آن روبرو بوده موارد زیر است:

- آمیخته بودن فعالیت‌های مربوط به حل مشکلات سلامتی با سایر فعالیت‌های جاری و محدودیت امکان جداسازی هزینه‌ها از یکدیگر
- ترس پاسخگو از اعلام مقدار دریافت شده توسط ارائه کننده خدمت
- فراموش کردن مقدار دقیق مبلغی که طی هر بار مراجعه طی دو هفته قبل پرداخت شده است.
- پرداخت هزینه‌ها توسط پدر یا شوهر و پرسش درباره مقدار هزینه از فرزند یا همسر
- و....

در نتیجه در پرسشنامه علاوه بر گزینه مربوط به مبلغ پرداخت شده، گزینه‌های دیگری مثل امتناع پاسخگو از پاسخ به این پرسش، یا ندانستن مقدار پرداخت شده، یا آمیخته بودن با سایر هزینه‌ها و عدم امکان تفکیک، آنها نیز گذاشته شد.

بیش از آنکه در پاسخ‌های مذکور زیاده شماری وجود داشته باشد، به دلایل فوق کم شماری دارد، در واقع این پایینترین کرانه ممکن برای Out of packet جامعه است. **با در نظر گرفتن مجموعه مسائل فوق به برآوردهای مذکور باید توجه نمود.**

همانگونه که بخش ج - ۶ آمده است از:

- ۱۶۹۳۵ فرد مورد پرسش
- ۳۶۴۲ نفر طی دوهفته قبل از پرسش، نیاز به خدمات بهداشتی درمانی داشته‌اند
- ۲۵۰۴ نفر موفق به دریافت خدمات حداقل برای یک بار شده‌اند
- ۵۶۷۱ بار مراجعه گوناگون، نتیجه اقدام‌های مختلف برای دریافت خدمت از طرف آنها بوده است.

- از این تعداد مراجعه

- ۱۹۳۳ مراجعه، هزینه رفت و آمد داشته یا آن را ذکر کرده‌اند
- ۱۹۳۶ مراجعه، هزینه ویزیت یا فرانشیز یا پرداخت مستقیم داشته یا آن را ذکر کرده‌اند
- ۲۸۲ مراجعه، هزینه خدمات تشخیصی داشته یا آن را ذکر کرده‌اند
- ۳۳۱ مراجعه، هزینه اقدامات درمانی داشته یا آن را ذکر کرده‌اند
- ۲۰۵۱ مراجعه، هزینه دارو وسایل را داشته یا آن را ذکر کرده‌اند

و خلاصه اینکه ۴۲۳۷ مراجعه، حداقل یکی از عناوین هزینه را داشته یا آن را ذکر کرده است

• چگونگی محاسبه هزینه‌های پرداخت شده مستقیم:

در بخش D پرسشنامه، ۶۶ محل برای مراجعه و دریافت خدمت پیش‌بینی شده، همانگونه که در جدول ۲۱ هم دیده می‌شود در جریان پرسشگری به ۱۲ محل دریافت خدمت هیچ‌گونه مراجعه‌ای وجود نداشت. این محلها عبارت بودند از: کدهای مراجعه ۷ (دفتر کار خصوصی پرسنل طب جایگزین) کد ۳۲ (دندانپزشک در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه) کد ۳۳ (ماما در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه) کد ۳۴ (سایر پرسنل در اورژانس بیمارستان خصوصی یا خیریه) کد ۳۸ (ماما در اورژانس بیمارستان وابسته به وزارت بهداشت و درمان) کد ۴۲ (دندانپزشک در اورژانس بیمارستان دولتی غیروابسته به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) کد ۴۳ (ماما در اورژانس بیمارستان دولتی غیروابسته به وزارت بهداشت و درمان) کد ۴۴ (سایر پرسنل در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت و درمان) کد ۴۶ (دریافت خدمت از پزشک متخصص در منزل) کد ۴۷ (دریافت خدمت از ماما در منزل) کد ۵۱ (مشاوره روانشناسی غیردولتی) کد ۵۴ (مشاوره ژنتیک در بخش دولتی) در نتیجه برای محلهای مذکور نیز هیچ‌گونه هزینه‌ای ذکر نشده بود.

برای محاسبه هزینه‌هایی که مستقیماً پرداخت شده میانگین هزینه به تفکیک هریک از عناوین پنج گانه هزینه، برای هریک از ۵۴ محل ارائه خدمت که حتی یک بار مراجعه هم داشته است محاسبه گردید.

• محاسبه هزینه برای محل‌های کلی: (محل‌های کلی محل‌های مجازی مراجعه است، بطور مثال در زیر مجموعه محل کلی «پزشک عمومی در بخش خصوصی»، «مطب پزشک عمومی» و «پزشک عمومی در درمانگاه/ پلی کلینیک/ بیمارستان خصوصی»، «پزشک عمومی در اورژانس بیمارستان خصوصی یا خیریه»، «دریافت خدمت از پزشک عمومی در منزل» قرار دارند). برای محاسبه میانگین هزینه برای چنین محل مجازی، میانگین وزنی هزینه با استفاده از هزینه متوسط هر مراجعه و تعداد دفعات مراجعه محاسبه گردیده است.

در جدول ۲۶؛ هزینه مستقیم هر بار مراجعه به هریک از واحدهای ارائه کننده خدمت که به دریافت کننده خدمت تحمیل شده است را نشان می‌دهد.

۱۲ محل مراجعه از جدول مذکور بعلت نداشتن مراجع، در نمونه مورد مطالعه، خالی است. ۲۳ محل دیگر مراجعه نیز کمتر از ۲۰ بار مراجعه در کل نمونه داشته‌اند. برآورد متوسط هزینه هر بار مراجعه برای تک این ۲۳ محل نباید از اعتبار خوبی برخوردار باشد. گرچه این محلها برای محاسبه متوسط هزینه برای محل‌های کلی مجازی، براساس وزن مراجعه مربوطه مداخله داده شده‌اند.

در جدول ۲۷، محل‌های ارائه خدمت براساس تعداد بار مراجعه در نمونه مرتب شده‌اند، فقط ۲۸ محل مراجعه که بیست بار و بیشتر مراجعه داشته‌اند انتخاب شده است و متوسط هزینه‌های تحمیل شده بر مراجعین این محل‌های ارائه خدمت آمده است. برآورد متوسط هزینه برای این محل‌های یک بار مراجعه از اعتبار بیشتری برخوردار است.

جدول ۲۶ - متوسط هزینه‌های که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده پرداخت می‌شود برحسب پنج عنوان هزینه‌ای و به تفکیک ارائه‌دهنده خدمت برای یک مراجعه سرپایی که در نیمه دوم بهمن ماه داشته-
اند: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان

محل ارائه خدمت	پرداخت مستقیم برای رفت و آمد	پرداخت مستقیم برای دریافت مستقیم / فرانشیز	پرداخت مستقیم برای اقدامات درمانی	پرداخت مستقیم برای دارو و وسایل	پرداخت مستقیم برای اقدامات تشخیصی	مجموع پرداخت های مستقیم برای یکبار مراجعه	تعداد بارمراجعه در نمونه مورد مطالعه
مطب پزشک عمومی	436.2	899.0	214.2	1003.4	2552.7	759	
پزشک عمومی در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه	280.3	512.5	482.9	866.6	2142.3	138	
پزشک عمومی در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه	1300.0	633.3	66.7	6700.0	8700.0	4	
دریافت خدمت از پزشک عمومی در منزل	0.0	1300.0	75.0	1000.0	2375.0	5	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پزشک عمومی خصوصی	413.2	845.0	252.2	1028.4	2538.8	906	
پزشک عمومی در مرکز بهداشتی در مانی	232.5	316.0	58.9	746.4	1353.9	232	
پزشک عمومی در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	468.4	329.4	41.2	307.6	1146.6	144	
پزشک عمومی در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ-پ	424.7	364.3	20.8	494.0	1303.9	91	
پزشک عمومی در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	516.1	634.6	232.4	955.4	2338.4	60	
پزشک عمومی در اورژانس بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ-پ	783.3	420.0	100.0	1416.7	2720.0	6	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پزشک عمومی دولتی	375.0	364.9	66.1	639.1	1445.1	533	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پزشک عمومی دولتی و خصوصی	399.3	671.7	174.3	871.1	2116.4	1439	
مطب پزشک متخصص	931.1	1910.1	1875.2	1926.4	6642.7	537	
پزشک متخصص در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه	893.0	3097.7	6361.1	1095.5	11447.3	50	
پزشک متخصص در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه	4500.0	8000.0	2500.0	5000.0	20000.0	3	
دریافت خدمت از پزشک متخصص در منزل	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پزشک متخصص خصوصی	941.3	2037.8	2348.3	1863.5	7190.9	590	
پزشک متخصص در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	1020.6	1290.6	411.4	681.4	3404.0	111	
پزشک متخصص در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ-پ	909.0	571.9	6944.4	1280.0	9705.4	44	
پزشک متخصص در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	976.4	583.3	7200.0	600.0	9359.8	8	
پزشک متخصص در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	500.0	0.0	0.0	0.0	500.0	2	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پزشک متخصص دولتی	981.3	1067.3	2560.6	853.7	5462.9	165	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پزشک متخصص دولتی و خصوصی	950.1	1841.5	2405.8	1610.3	6807.7	755	
مطب دندان پزشک عمومی یا متخصص	638.4	4454.6	8279.5	2229.1	15601.5	112	
دفتر کار خصوصی دندان پزشک تجربی	464.3	275.0	8250.0	0.0	8989.3	7	
دندانپزشک در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه	147.3	5815.6	2743.8	900.0	9606.7	19	
دندانپزشک متخصص در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به دندانپزشک خصوصی	566.8	4501.0	7768.4	2093.2	14929.5	138	
دندان پزشک در مرکز بهداشتی در مانی	153.3	636.0	525.0	407.1	1721.5	15	
بهداشتکار دهان و دندان در مرکز بهداشتی در مانی	0.0	1110.0	0.0	0.0	1110.0	5	
دندانپزشک در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	180.0	69.1	837.5	3000.0	4086.6	17	
دندانپزشک در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ-پ	95.5	520.0	400.0	128.6	1144.0	12	
دندانپزشک در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ	0.0	100.0	0.0	0.0	100.0	1	
دندانپزشک در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به دندانپزشک دولتی	123.4	485.7	517.9	397.1	1524.0	50	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به دندانپزشک دولتی و خصوصی	460.2	3483.4	6003.0	1713.8	11660.5	188	
دفتر کار خصوصی ما ما	160.0	816.7	200.0	318.8	1495.4	19	
ماما در درمانگاه / پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه	666.7	300.0	0.0	700.0	1666.7	3	
ما ما در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
دریافت خدمت از ما ما در منزل	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به ما ما خصوصی	244.4	742.9	175.0	361.1	1523.4	22	
ما ما در مرکز بهداشتی در مانی	78.7	55.2	0.0	46.7	180.5	42	

تعداد بارمراجعه در نمونه مورد مطالعه	مجموع پرداخت های مستقیم برای یکبار مراجعه	پرداخت مستقیم برای اقدامات تشخیصی	پرداخت مستقیم برای دارو و وسایل	پرداخت مستقیم برای اقدامات درمانی	پرداخت مستقیم برای ویزیت/ دریافت مستقیم/ فرانشیز	پرداخت مستقیم برای رفت و آمد	برای یکبار مراجعه	محل ارائه خدمت
2	50.0		0.0		0.0	50.0		ماما در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ
3	133.3		0.0	0.0	0.0	133.3		ما ما در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ-پ
	0.0							ما ما در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ
	0.0							ما ما در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ
47	169.0	0.0	38.9	0.0	48.5	81.7		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به ما ما دولتی
69	664.4	0.0	146.3	63.6	318.5	135.9		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به ما ما دولتی و خصوصی
171	2108.8		1295.9	347.3	399.3	66.3		دفتر کار خصوصی سایر پرسنل غیر پزشک
45	1300.5		134.4	696.8	392.0	77.2		سایر پرسنل غیر پزشک در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
	0.0							سایر پرسنل در اورژانس بیمارستانهای خصوصی یا خیریه
35	259.3		54.5	142.1	52.6	10.0		دریافت خدمت از سایر پرسنل غیر پزشک در منزل
251	1693.1	0.0	911.9	380.2	340.4	60.6		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پرسنل غیر پزشک و خصوصی
360	8.3		0.0	0.0	0.0	8.3		بهورز در خانه بهداشت
158	261.0		65.1	28.1	119.7	48.0		سایر پرسنل غیر پزشک در مرکز بهداشتی در مانی
30	1809.3		480.0	235.3	157.9	936.1		سایر پرسنل در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ
25	779.3		85.0	41.7	605.0	47.6		سایر پرسنل در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ-پ
20	1002.3		397.3	355.0	150.0	100.0		سایر پرسنل در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ-پ
	0.0							سایر پرسنل در اورژانس بیمارستان دولتی غیر وابسته به -و-ب-د-آ-پ
593	215.7	0.0	55.5	38.4	59.6	62.2		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پرسنل غیر پزشک دولتی
844	573.5	0.0	230.3	161.0	120.6	61.8		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پرسنل غیر پزشک دولتی و خصوصی
	0.0							دفتر کار خصوصی پرسنل طب جا یگزین
12	3060.7		275.0	0.0	2500.0	285.7		دفتر کار خصوصی پرسنل طب سنتی
2	60.0					60.0		دریافت خدمت از پرسنل طب جایگزین در منزل
5	90.0		90.0	0.0	0.0	0.0		دریافت خدمت از در مان کننده سنتی در منزل
19	1375.5	0.0	203.8	0.0	1000.0	171.7		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به طب جایگزین یا طب سنتی
	0.0		0.0					مشاوره روانشناسی غیر دولتی
1	0.0							مشاوره ژنتیک غیر دولتی
1	0.0					0.0		مشاوره تغذیه غیر دولتی
2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به مشاوره خصوصی
1	0.0							مشاوره روانشناسی دولتی
	0.0							مشاوره ژنتیک دولتی
1	40.0			0.0	0.0	40.0		مشاوره تغذیه دولتی
2	40.0	0.0	0.0	0.0	0.0	40.0		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به مشاوره دولتی
21	3.1	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به مشاوره دولتی و خصوصی
1293	362.6		0.0	7.9	178.7	176.0		داروخانه غیر دولتی بعنوان در یافت نسخه
72	1343.4		1097.2	0.0	73.3	172.8		داروخانه غیر دولتی بعنوان درمان کننده
1365	410.8	0.0	52.8	7.6	174.5	175.8		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به داروخانه خصوصی
494	2399.4		2212.3	53.2	47.1	86.8		داروخانه دولتی بعنوان در یافت نسخه دولتی
34	2045.0		1846.9	0.0	21.4	176.7		داروخانه دولتی بعنوان در مان کننده
528	2378.9	0.0	2192.3	47.9	45.1	93.6		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به داروخانه دولتی
1893	951.8	0.0	646.9	19.7	132.4	152.8		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به داروخانه دولتی و خصوصی
163	6771.0	4099.3	566.3	827.8	759.0	518.7		آزمایشگاه غیر دولتی
93	8992.0	6746.8	222.1	884.6	570.3	568.2		رادیولوژی غیر دولتی
256	7480.8	4999.4	420.2	851.6	673.9	535.6		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پاراکلینیک خصوصی
117	3046.5	1670.2	823.7	72.4	26.8	453.3		آزمایشگاه دولتی
71	4155.0	2140.2	1178.6	81.0	367.2	388.1		رادیولوژی دولتی
188	3496.7	1846.1	977.5	76.0	167.9	429.3		متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پاراکلینیک دولتی

تعداد بارمراجعه در نمونه مورد مطالعه	مجموع پرداخت های مستقیم برای یکبار مراجعه	پرداخت مستقیم برای اقدامات تشخیصی	پرداخت مستقیم برای دارو ووسایل	پرداخت مستقیم برای اقدامات درمانی	پرداخت مستقیم برای ویزیت/ دریافت مستقیم/ فرانشیز	پرداخت مستقیم برای رفت و آمد	برای یکبار مراجعه محل ارائه خدمت
444	5766.6	3663.6	685.6	505.4	422.7	489.4	متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به پاراکلینیک دولتی و خصوصی
10	10659.7		343.1	6750.0	3066.7	500.0	متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به توانبخشی غیر دولتی
8	7815.0		6375.0	1100.0	0.0	340.0	متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به توانبخشی دولتی
18	8970.3	0.0	3359.0	3925.0	1314.3	372.0	متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه به توانبخشی دولتی و خصوصی
3557	3701.8	285.4	565.3	1210.9	1199.9	440.2	متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه سرپایی به بخش خصوصی
2114	2053.2	130.9	1068.8	289.4	284.9	279.3	متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه سرپایی به بخش دولتی
5671	3035	228.0	756.5	830.6	839.9	380.0	متوسط هزینه مستقیم یکبار مراجعه سرپایی به بخش دولتی و خصوصی

جدول ۲۷ - متوسط هزینه‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده پرداخت می‌شود برحسب پنج عنوان هزینه‌ای و به تفکیک محل ارائه خدمت برای یک مراجعه سرپایی که در نیمه دوم بهمن ماه داشته‌اند: مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان - مرتب شده بر اساس بار مراجعه

تعداد بارمراجعه در نمونه مورد مطالعه	مجموع پرداخت های مستقیم برای یکبار مراجعه	پرداخت مستقیم برای اقدامات تشخیصی	پرداخت مستقیم برای دارو ووسایل	پرداخت مستقیم برای اقدامات درمانی	پرداخت مستقیم برای ویزیت/دریافت مستقیم/فرانشیز	پرداخت مستقیم برای رفت وآمد	برای یکبار مراجعه محل ارائه خدمت
1293	362.6		0.0	7.9	178.7	176.0	داروخانه غیر دولتی بعنوان در یافت نسخه
759	2552.7		1003.4	214.2	899.0	436.2	مطب پزشک عمومی
537	6642.7		1926.4	1875.2	1910.1	931.1	مطب پزشک متخصص
494	2399.4		2212.3	53.2	47.1	86.8	داروخانه دولتی بعنوان در یافت نسخه دولتی
360	8.3		0.0	0.0	0.0	8.3	بهورز در خانه بهداشت
232	1353.9		746.4	58.9	316.0	232.5	پزشک عمومی در مرکز بهداشتی در مانی
171	2108.8		1295.9	347.3	399.3	66.3	دفتر کار خصوصی سایر پرسنل غیر پزشک
163	6771.0	4099.3	566.3	827.8	759.0	518.7	آزمایشگاه غیر دولتی
158	261.0		65.1	28.1	119.7	48.0	سایر پرسنل غیر پزشک در مرکز بهداشتی در مانی
144	1146.6		307.6	41.2	329.4	468.4	پزشک عمومی در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و- ب-د-آ- پ
138	2142.3		866.6	482.9	512.5	280.3	پزشک عمومی در درمانگاه/پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یاخیریه
117	3046.5	1670.2	823.7	72.4	26.8	453.3	آزمایشگاه دولتی
112	15601.5		2229.1	8279.5	4454.6	638.4	مطب دندان پزشک عمومی یا متخصص
111	3404.0		681.4	411.4	1290.6	1020.6	پزشک متخصص در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و- ب-د-آ- پ
93	8992.0	6746.8	222.1	884.6	570.3	568.2	رادیولوژی غیر دولتی
91	1303.9		494.0	20.8	364.3	424.7	پزشک عمومی در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ- پ
72	1343.4		1097.2	0.0	73.3	172.8	داروخانه غیر دولتی بعنوان درمان کننده
71	4155.0	2140.2	1178.6	81.0	367.2	388.1	رادیولوژی دولتی
60	2338.4		955.4	232.4	634.6	516.1	پزشک عمومی در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ- پ
50	11447.3		1095.5	6361.1	3097.7	893.0	پزشک متخصص در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
45	1300.5		134.4	696.8	392.0	77.2	سایر پرسنل غیر پزشک در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان خصوصی یا خیریه
44	9705.4		1280.0	6944.4	571.9	909.0	پزشک متخصص در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ- پ
42	180.5		46.7	0.0	55.2	78.7	ما ما در مرکز بهداشتی در مانی
35	259.3		54.5	142.1	52.6	10.0	دریافت خدمت از سایر پرسنل غیر پزشک در منزل
34	2045.0		1846.9	0.0	21.4	176.7	داروخانه دولتی بعنوان در مان کننده
30	1809.3		480.0	235.3	157.9	936.1	سایر پرسنل در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ- پ
25	779.3		85.0	41.7	605.0	47.6	سایر پرسنل در درمانگاه /پلی کلینیک/بیمارستان دولتی غیروابسته به -و-ب-د-آ- پ
20	1002.3		397.3	355.0	150.0	100.0	سایر پرسنل در اورژانس بیمارستان وابسته به -و-ب-د-آ- پ

مجدداً: به فرض اینکه بار مراجعه طی دو هفته بهمن را متوسطی از طول سال قرار دهیم و هزینه‌های مستقیم آن را هم متوسطی از طول سال بپذیریم، اگر بار مراجعه در طول سال که در جدول ۲۰ به دست آمده در متوسط هزینه برای یکبار مراجعه که در جدول ۲۶ به دست آمده ضرب کنیم متوسط هزینه سالیانه برای هریک از عناوین هزینه به تفکیک محل‌های مراجعه در جدول ۲۸ به دست خواهد آمد.

همانگونه که در جدول ۲۸ و نمودار ۲۵ دیده می‌شود سرجمع هزینه‌های مستقیم پرداخت شده توسط افراد در مجموع برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی در کشور ۲۶۵۰۶ تومان برآورد می‌گردد که ۲۰۲۸۲ تومان آن در بخش خصوصی و ۶۶۸۲ تومان آن در بخش دولتی صورت می‌گیرد.

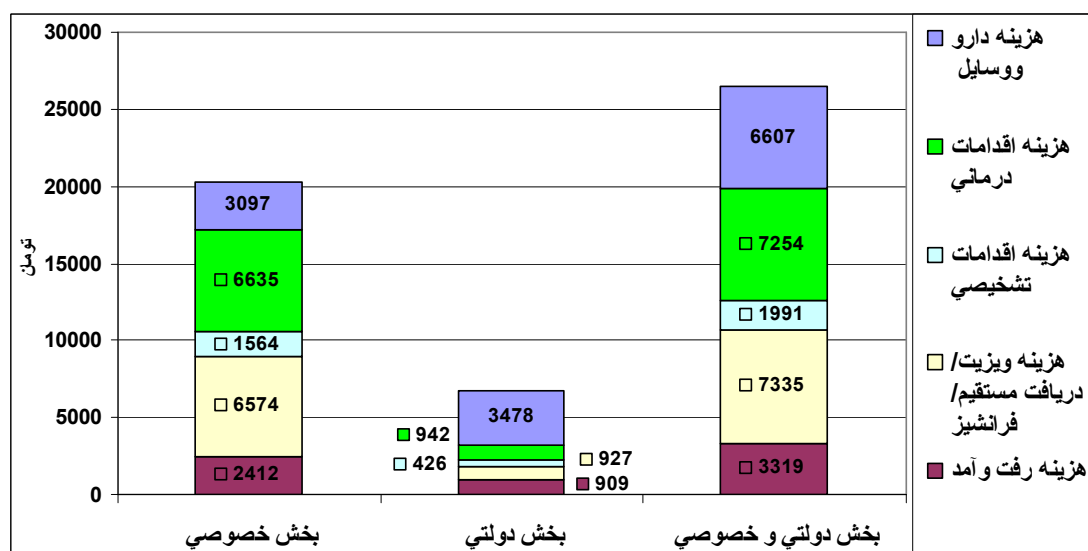
در نمودار ۲۶ درصدی از هزینه‌ها که به هریک از عناوین پنج گانه هزینه‌های مستقیم تعلق می‌گیرد، به تفکیک بخش ارائه‌کننده خدمت دیده می‌شود:

- در بخش خصوصی هزینه ویزیت و هزینه اقدامات درمانی بیشترین سهم را به خود اختصاص می‌دهد
- در بخش دولتی هزینه دارو بیشترین سهم را به خود اختصاص می‌دهد.

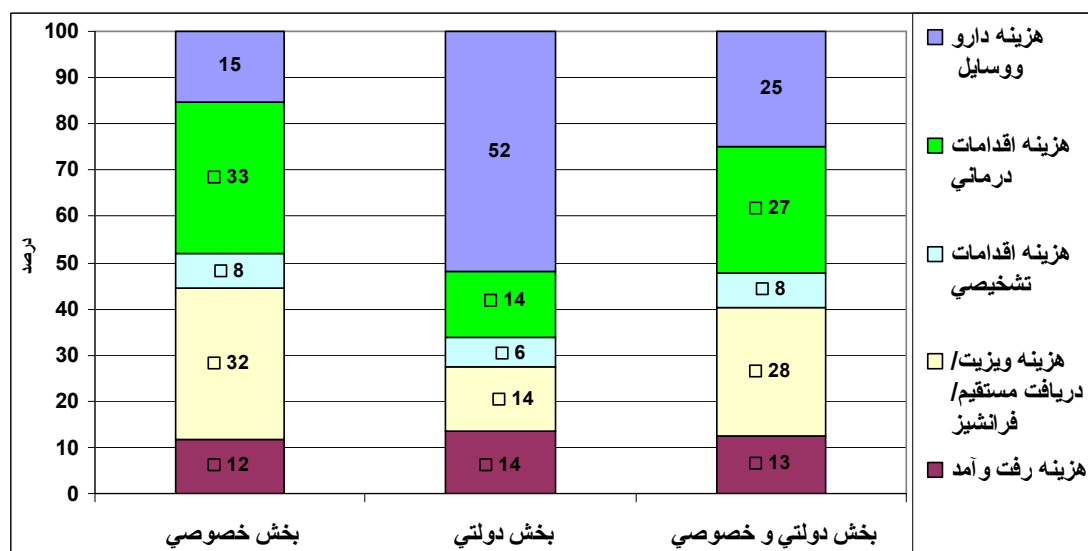
جدول ۲۸ - برآورد هزینه‌هایی که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده در طول سال پرداخت می‌شود
 برحسب پنج عنوان هزینه ای و به تفکیک محل های کلی مراجعه ؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی
 دوهفته آخر بهمن ماه : مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان

محل ارائه خدمت	در طول سال	پرداخت مستقیم برای رفت و آمد در طول سال	پرداخت مستقیم برای ویزیت/دریافت مستقیم/فرانشیز در طول سال	پرداخت مستقیم برای اقدامات درمانی در طول سال	پرداخت مستقیم برای اقدامات دارو و وسایل در طول سال	پرداخت مستقیم برای اقدامات تشخیصی در طول سال	مجموع پرداخت های مستقیم در طول سال	برآورد بارمراجعه برای طول سال
جمع مراجعات به پزشک عمومی در بخش خصوصی	576.3	1178.6	351.7	1434.4	0.0	3541.0	1.4	
جمع مراجعات به پزشک عمومی در بخش دولتی	307.7	299.4	54.2	524.4	0.0	1185.8	0.8	
جمع مراجعات به پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی	884.7	1488.0	386.1	1929.9	0.0	4688.6	2.2	
جمع مراجعات به پزشک متخصص در بخش خصوصی	855.0	1851.0	2132.9	1692.7	0.0	6531.6	0.9	
جمع مراجعات به پزشک متخصص در بخش دولتی	249.3	271.1	650.4	216.9	0.0	1387.7	0.3	
جمع مراجعات به پزشک متخصص در بخش دولتی و خصوصی	1104.3	2140.4	2796.4	1871.7	0.0	7912.8	1.2	
جمع مراجعات به دندانپزشک در بخش خصوصی	120.4	956.2	1650.4	444.7	0.0	3171.8	0.2	
جمع مراجعات به دندانپزشک در بخش دولتی	9.5	37.4	39.9	30.6	0.0	117.3	0.1	
جمع مراجعات به دندانپزشک در بخش دولتی و خصوصی	133.2	1008.2	1737.4	496.0	0.0	3374.8	0.3	
جمع مراجعات به ما ما در بخش خصوصی	8.3	25.2	5.9	12.2	0.0	51.6	0.0	
جمع مراجعات به ما ما در بخش دولتی	5.9	3.5	0.0	2.8	0.0	12.2	0.1	
جمع مراجعات به ما ما در بخش دولتی و خصوصی	14.4	33.8	6.8	15.5	0.0	70.6	0.1	
جمع مراجعات به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی	23.4	131.5	146.9	352.4	0.0	654.2	0.4	
جمع مراجعات به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی	56.7	54.4	35.1	50.7	0.0	196.9	0.9	
جمع مراجعات به پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی و خصوصی	80.2	156.7	209.1	299.2	0.0	745.2	1.3	
جمع مراجعات به طب جایگزین یا طب سنتی	5.0	29.3	0.0	6.0	0.0	40.2	0.0	
جمع مراجعات به بخشهای مشاوره غیر دولتی	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
جمع مراجعات به بخشهای مشاوره دولتی	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.0	
جمع مراجعات به بخشهای مشاوره دولتی و خصوصی	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
داروخانه خصوصی	369.5	366.7	15.9	111.0	0.0	863.2	2.1	
داروخانه دولتی	76.1	36.7	38.9	1782.0	0.0	1933.7	0.8	
داروخانه دولتی و خصوصی	445.4	385.8	57.5	1885.3	0.0	2773.9	2.9	
پاراکلینیک خصوصی	211.1	265.6	335.6	165.6	1970.3	2948.3	0.4	
پاراکلینیک دولتی	124.2	48.6	22.0	282.9	534.3	1012.0	0.3	
پاراکلینیک دولتی و خصوصی	334.5	288.9	345.4	468.6	2504.2	3941.7	0.7	
توانبخشی غیر دولتی	7.7	47.2	103.9	5.3	0.0	164.1	0.0	
توانبخشی دولتی	4.2	0.0	13.5	78.5	0.0	96.2	0.0	
توانبخشی دولتی و خصوصی	10.3	36.4	108.8	93.1	0.0	248.6	0.0	
جمع مراجعات سرپایی به بخش خصوصی	2412.0	6574.5	6634.6	3097.3	1563.9	20282.3	5.5	
جمع مراجعات سرپایی به بخش دولتی	908.9	927.0	941.7	3478.4	426.0	6682.1	3.3	
جمع مراجعات سرپایی به بخش دولتی و خصوصی	3318.6	7335.5	7254.3	6606.7	1991.1	26506.3	8.7	

نمودار ۲۵ - میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک نوع هزینه - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۲۶ - درصد هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک نوع هزینه - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



در نمودارهای ۲۷ تا ۳۱ پرداختهای مستقیم مراجعه کنندگان به تفکیک بخش دیده می‌شود

- نمودار ۲۷ نشان می‌دهد که به ازای دریافت خدمت از هر ارائه کننده (در بخش خصوصی یا دولتی) چه مقدار هزینه می‌شود. بطور مثال؛ از تقریباً ۲۰ هزار تومانی که در طول سال بوسیله دریافت کننده خدمت؛ مستقیماً در بخش خصوصی هزینه می‌شود ۲۰٪ آن یعنی حدود ۳۵۰۰ تومان در فرآیند خدماتی که پزشک عمومی ارائه کننده آنست هزینه می‌شود و ۳۶٪ آن (۶۵۰۰ تومان) در فرآیند خدماتی که پزشک متخصص ارائه کننده آنست هزینه می‌شود و ۱۸٪ (۳۱۷۲ تومان) در فرآیندهای خدماتی دندانپزشکی هزینه می‌شود.

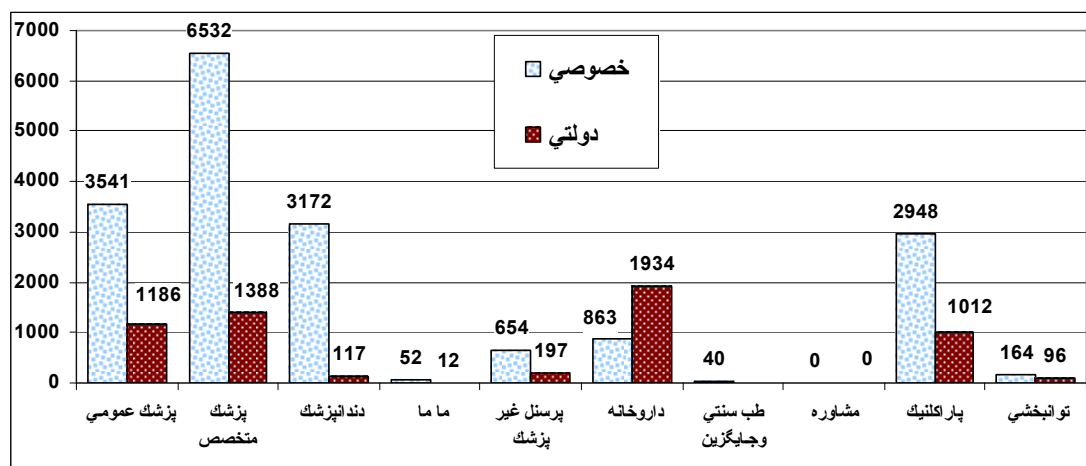
نمودار ۲۸ همین توزیع را برای «هزینه‌های مخصوص تهیه دارو و وسایل پزشکی» نشان می‌دهد در اینجا نیز بیشترین هزینه‌های دارو و وسایل را پزشک عمومی و پزشک متخصص و دندانپزشک سبب می‌شوند.

نمودار ۲۹ همین توزیع را برای «هزینه‌های اقدامات درمانی» نشان می‌دهد. در بخش خصوصی بیشترین هزینه‌هایی از اینگونه را پزشک متخصص و سپس دندانپزشک سبب می‌شوند.

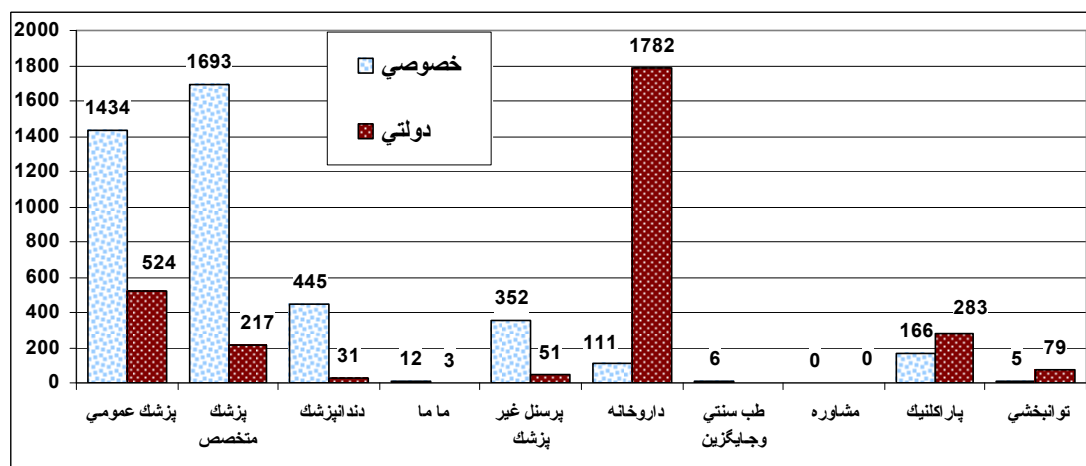
نمودار ۳۰ توزیع مذکور را برای «هزینه‌های مربوط به ویزیت، فرانشیز و پرداختهای مستقیم» نشان می‌دهد. در بخش خصوصی ۲۴٪ آن را (۱۲۰۰ تومان) پزشک عمومی و ۳۸٪ (۱۹۰۰ تومان) را پزشک متخصص و سپس ۲۰٪ آن را دندانپزشک دریافت می‌کند. در بخش دولتی از حدود ۸۰۰ تومان که در طول سال پرداخت می‌شود ۳۵٪ برای پزشک عمومی و ۳۰٪ برای پزشک متخصص پرداخت می‌شود.

نمودار ۳۱ نشان می‌دهد که بیشترین هزینه رفت و آمد برای دسترسی به پزشک متخصص در بخش خصوصی و سپس پزشک عمومی در بخش خصوصی و پس از آن پزشک عمومی و پزشک متخصص در بخش دولتی و پس از همه اینها دسترسی به پاراکلینیک در بخش دولتی و خصوصی است.

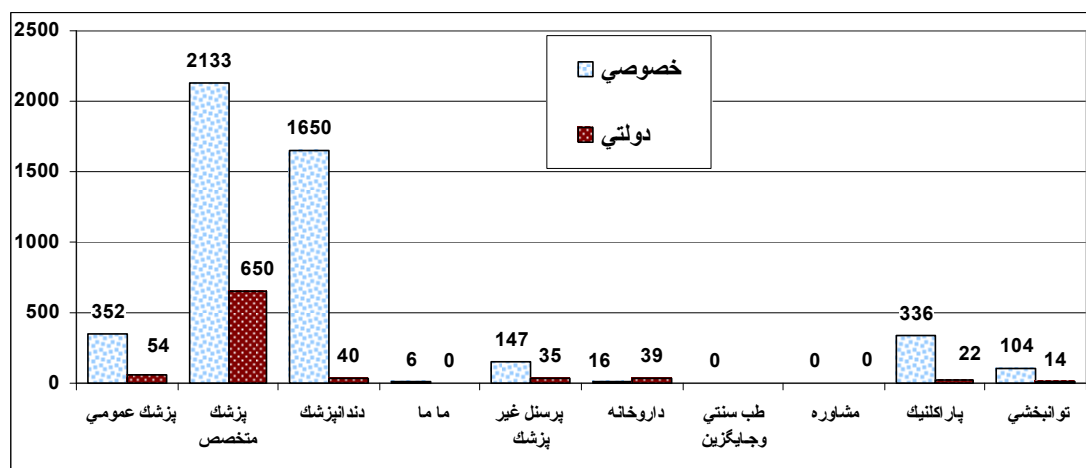
نمودار شماره ۲۷- مجموع پرداختهای مستقیم انجام شده (تومان) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



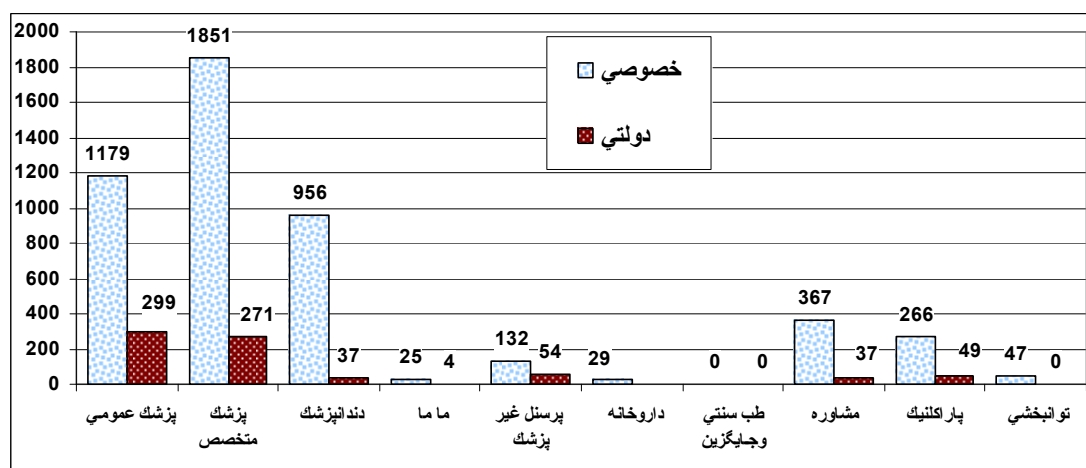
نمودار شماره ۲۸- پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده برای تهیه دارو و وسائل بهداشتی درمانی در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



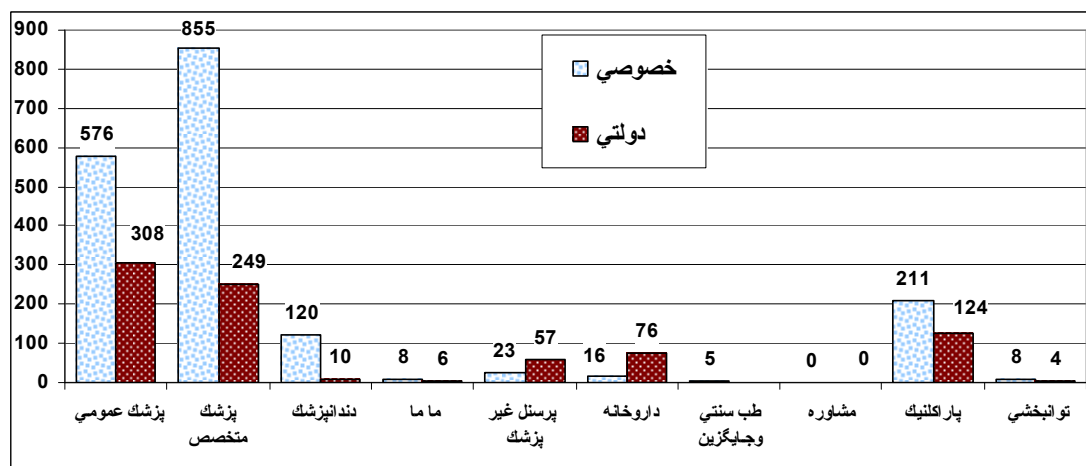
نمودار شماره ۲۹- پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده برای هزینه اقدامات درمانی در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار شماره ۳۰- پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده بعنوان ویزیت؛فرانشیزو پرداخت مستقیم در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار شماره ۳۱- پرداختهای مستقیم (تومان) انجام شده برای هزینه رفت و آمد در جریان دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در طول سال توسط هر فرد به تفکیک بخش و نوع مرجع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



• مقایسه مقادیر پرداختهای مستقیم بین ساکنین شهر و روستا و

جدول ۲۹، برآورد هزینه‌های مستقیم برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی را در طول سال و به تفکیک محل‌های ارائه دهنده خدمت برای شهرنشینان، روستائینان و افرادی که از پوشش بیمه (یا کمیته امداد) برخوردارند و افرادی که از این پوشش برخوردار نیستند، و برحسب زنان و مردان ارائه می‌نماید.

برآورد هزینه‌های سالیانه در این مطالعه بر پایه دو عامل صورت گرفته است:

الف - مقدار متوسط هزینه مستقیم (که این خود از نوع محل دریافت خدمت و نوع خدمت دریافت شده پیروی می‌کند).

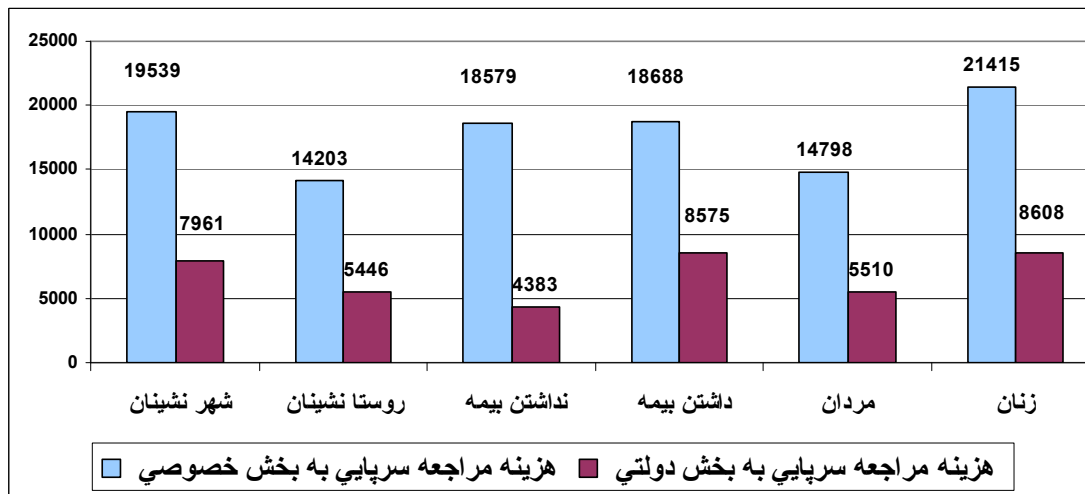
ب- فراوانی دریافت خدمت یا بار مراجعه

مسلماً افرادی که بار مراجعه بیشتری دارند و به محلها ارائه خدمات گرانتری مراجعه می‌کنند، هزینه بیشتری را می‌پردازند، مثل زنان در مقایسه با مردان، شهرنشینان در مقایسه با روستائیان، بیمه‌شدگان در مقایسه با کسانی که تحت پوشش بیمه نیستند و مردان، روستائیان و کسانی که تحت پوشش بیمه نیستند در مقایسه با زنان، شهرنشینان و بیمه‌شدگان بار مراجعه کمتری دارند (جداول ۲۰ و ۲۳) جدول ۲۹ و نمودارهای ۳۳ تا ۴۰ تفاوت‌های پرداختها در بین موارد فوق به تفکیک بخشهای مختلف و منابع ارائه خدمت متفاوت را نشان می‌دهند.

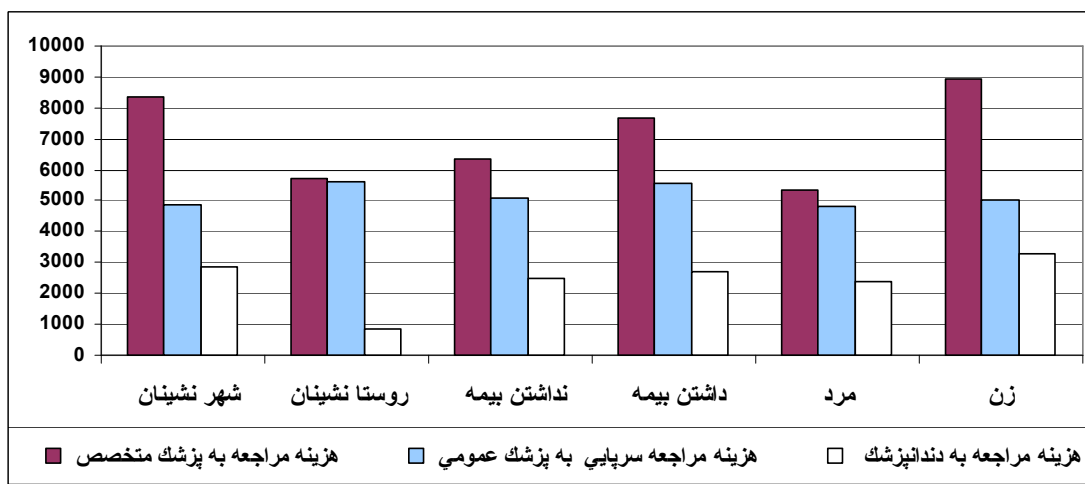
جدول ۲۹ - برآورد برای مجموع هزینه‌ها ای که مستقیماً به وسیله مراجعه کننده در طول سال پرداخت می‌شود بر حسب وضعیت سکونت؛ بهره‌مندی از بیمه و جنس افراد به تفکیک محل‌های کلی مراجعه؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان

محل مراجعه	شهر نشینان	روستا نشینان	مردان	زنان	افرادی که بیمه ندارد	افرادی که بیمه دارد
جمع مراجعات به پزشک عمومی در بخش خصوصی	3015.0	4200.1	3502.1	3481.2	3566.2	3483.9
جمع مراجعات به پزشک عمومی در بخش دولتی	1846.5	1419.2	1333.6	1532.5	1505.6	2054.9
جمع مراجعات به پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی	4861.5	5619.3	4835.7	5013.7	5071.8	5538.8
جمع مراجعات به پزشک متخصص در بخش خصوصی	7670.9	4701.2	4612.1	8061.1	5822.8	6753.3
جمع مراجعات به پزشک متخصص در بخش دولتی	666.8	1018.7	707.3	890.8	541.4	904.5
جمع مراجعات به پزشک متخصص در بخش دولتی و خصوصی	8337.6	5719.9	5319.3	8951.9	6364.2	7657.8
جمع مراجعات به دندانپزشک در بخش خصوصی	2631.1	813.3	2332.2	3078.1	2111.5	2623.0
جمع مراجعات به دندانپزشک در بخش دولتی	213.0	43.7	69.2	205.1	352.8	67.5
جمع مراجعات به دندانپزشک در بخش دولتی و خصوصی	2844.0	857.0	2401.4	3283.2	2464.3	2690.5
جمع مراجعات به ما در بخش خصوصی	71.4	15.6	0.0	103.5	60.1	43.3
جمع مراجعات به ما در بخش دولتی	21.1	2.2	0.0	26.8	12.6	12.8
جمع مراجعات به ما در بخش دولتی و خصوصی	92.5	17.8	0.0	130.2	72.6	56.0
جمع مراجعات به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی	524.2	791.0	650.3	665.1	281.3	864.6
جمع مراجعات به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی	193.5	216.5	119.5	449.0	31.0	252.4
جمع مراجعات به پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی و خصوصی	717.7	1007.5	769.8	1114.2	312.3	1117.1
جمع مراجعات به طب جایگزین یا طب سنتی	11.3	68.4	66.2	9.0	128.0	8.8
جمع مراجعات به بخشهای مشاوره غیر دولتی	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
جمع مراجعات به بخشهای مشاوره دولتی	6.0	0.0	0.0	7.5	0.0	4.7
جمع مراجعات به بخشهای مشاوره دولتی و خصوصی	6.0	0.0	0.0	7.5	0.0	4.7
داروخانه خصوصی	2866.7	2723.7	2446.1	3181.4	4683.8	2583.6
داروخانه دولتی	2344.9	783.8	2044.8	1574.8	908.1	2125.0
داروخانه دولتی و خصوصی	5211.5	3507.5	4490.9	4756.2	5591.9	4708.6
پاراکلینیک خصوصی	2736.7	889.2	1103.1	2810.9	1925.0	2308.3
پاراکلینیک دولتی	2666.8	1955.3	1228.7	3920.4	1021.8	3151.1
پاراکلینیک دولتی و خصوصی	5403.5	2844.5	2331.8	6731.4	2946.8	5459.4
توانبخشی غیر دولتی	11.4	0.0	85.7	24.8	0.0	18.9
توانبخشی دولتی	2.8	6.2	7.0	1.3	9.3	2.3
	14.3	6.2	92.8	26.1	9.3	21.2
جمع مراجعات سرپایی به بخش خصوصی	19538.6	14202.6	14797.7	21415.2	18578.7	18687.7
جمع مراجعات سرپایی به بخش دولتی	7961.4	5445.5	5510.2	8608.2	4382.6	8575.3
جمع مراجعات سرپایی به بخش دولتی و خصوصی	27500.0	19648.2	20307.9	30023.4	22961.3	27263.0

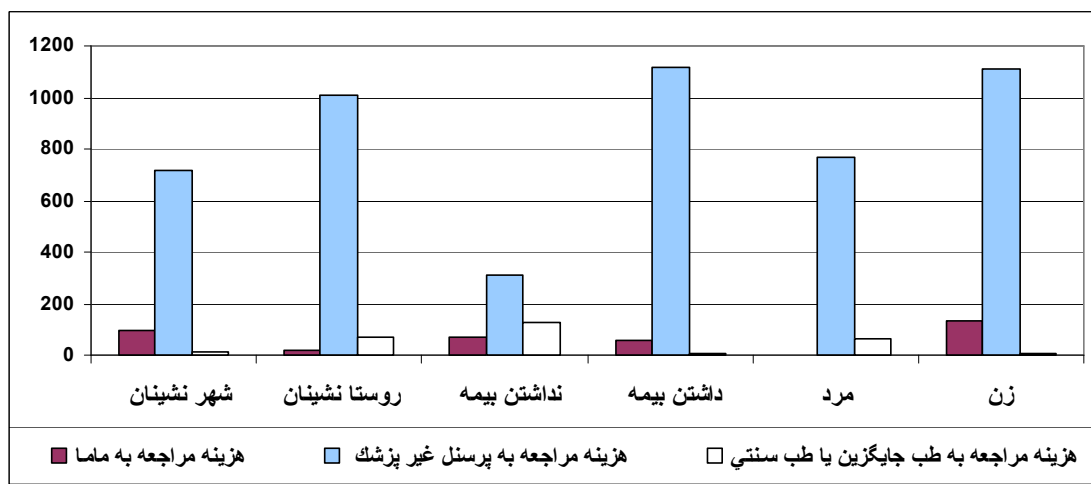
نمودار ۳۳ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک بخش ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



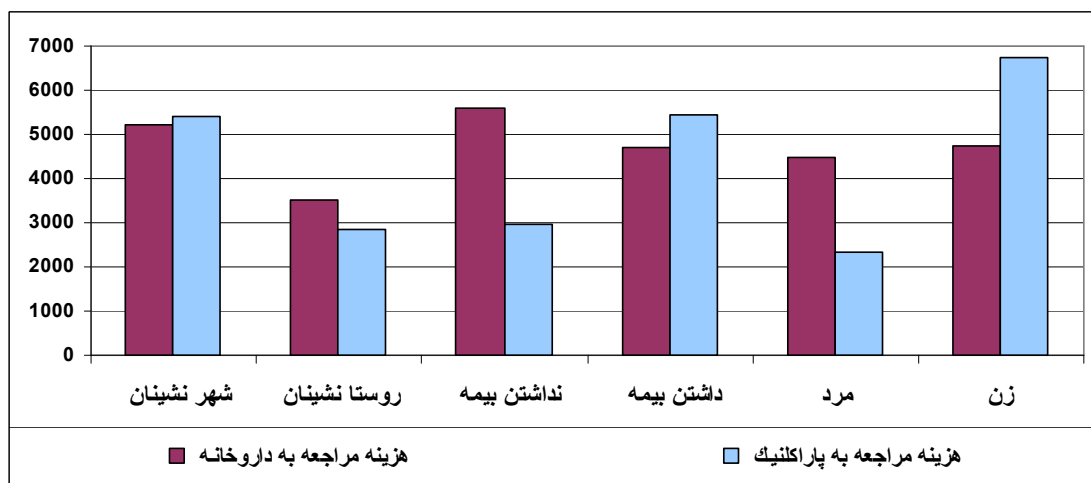
نمودار ۳۴ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



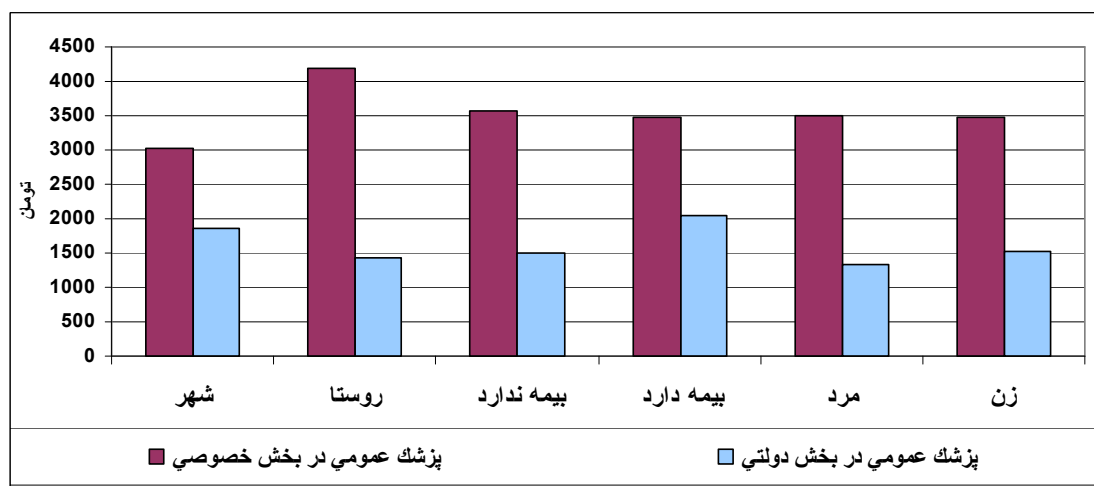
نمودار ۳۵ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



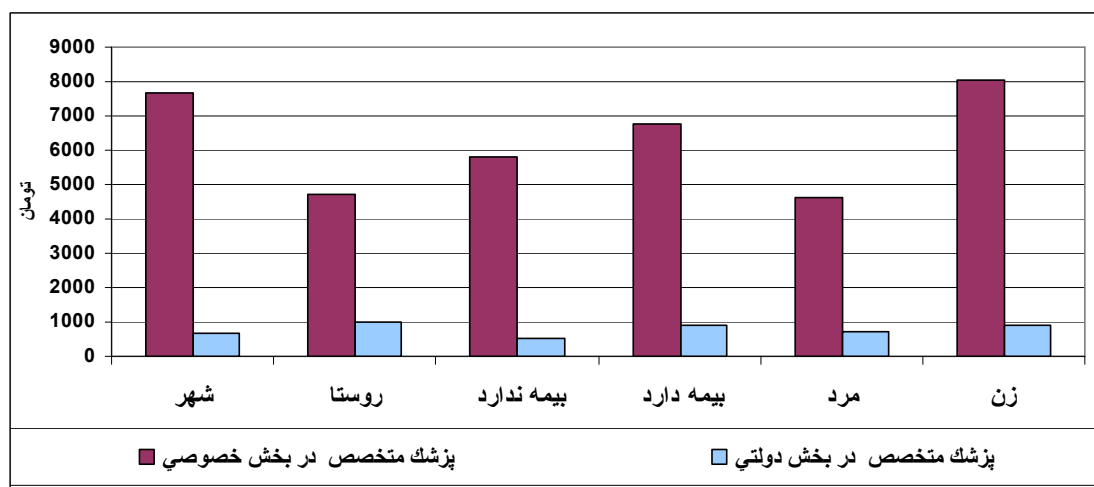
نمودار ۳۶ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



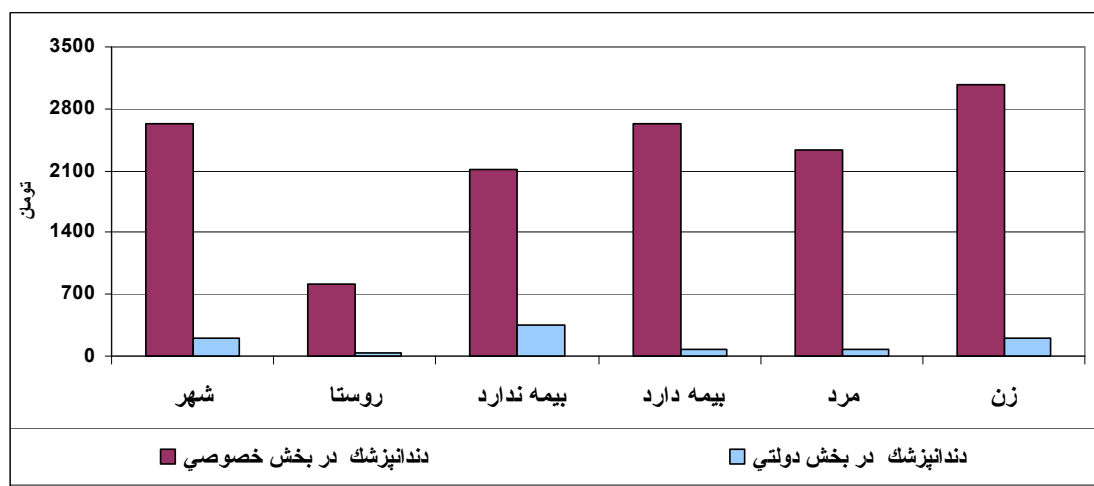
نمودار ۳۷ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



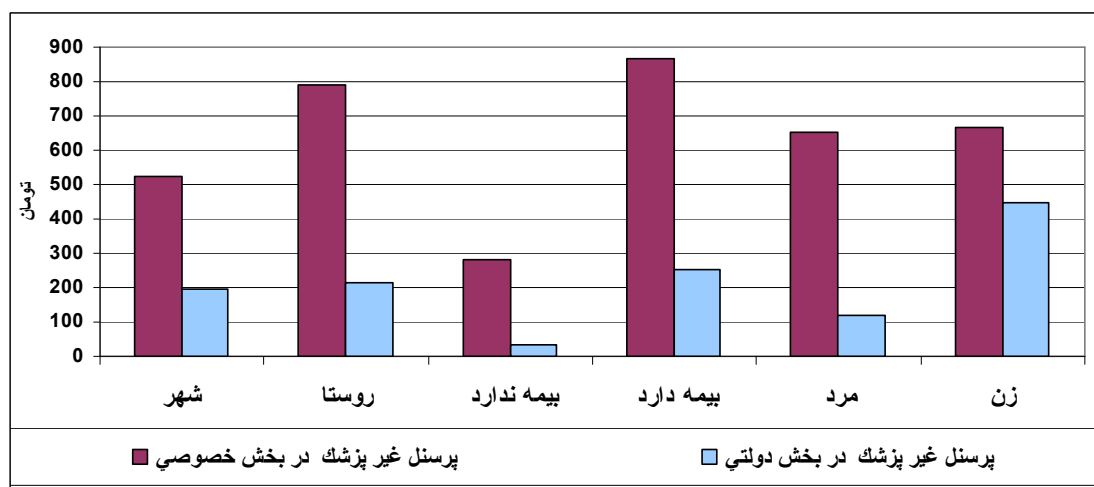
نمودار ۳۸ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۳۹ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۴۰ - مقایسه هزینه سالیانه (تومان) انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی برای جنس؛ محل سکونت و داشتن یا نداشتن بیمه به تفکیک منبع ارائه کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



ج - ۹ - نتیجهٔ مراجعه و دریافت خدمت:

در بخش D1 پرسشنامه به ازای هربار مراجعه، علت و نتیجه نیز مورد پرسش قرار گرفته است. مراجعه کننده یا برای خدمات تشخیصی یا مراقبتهای بهداشتی یا درمان یک مشکل سلامتی مراجعه نموده بود. در مورد آخر در حال حاضر (زمان پرسش) یا بهبودی پیدا کرده یا درمان وی ادامه دارد و یا هنوز بهبودی پیدا نکرده است. همانگونه که جدول ۳۰ نشان می‌دهد:

- ۹۱٪ از مراجعین برای حل یک مشکل سلامتی (بیماری) مراجعه می‌کنند

○ ۵۵٪ پس از مراجعه احساس بهبودی داشته‌اند

○ ۲۸٪ مشغول تداوم درمان بوده‌اند

○ ۸٪ احساس می‌کنند که بهبود نداشته‌اند

- ۵٪ برای دریافت خدمات بهداشتی رفته بودند

- ۴٪ برای خدمات تشخیصی مراجعه کرده‌بودند

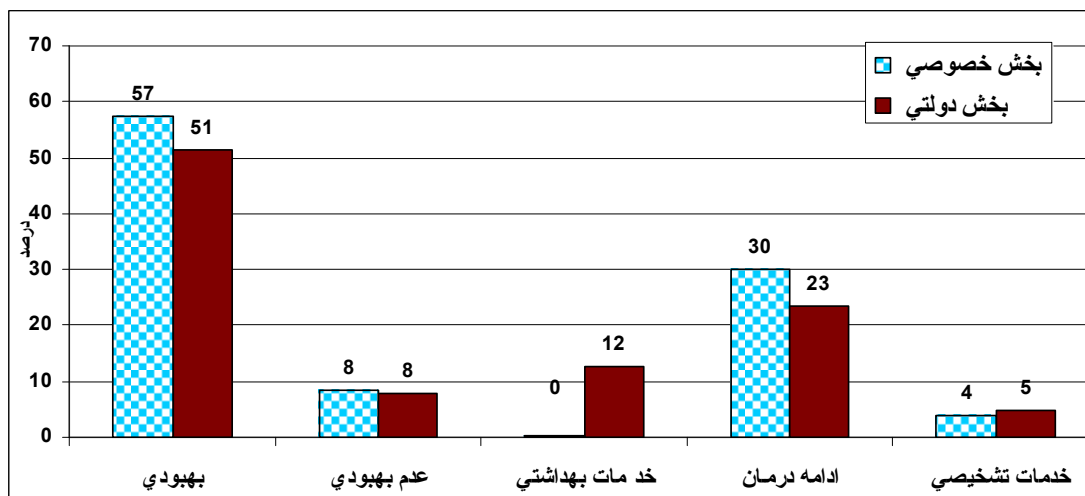
در جدول ۳۰ دیده می‌شود که در مورد احساس عدم بهبودی در بین مراجعین به بخش دولتی و خصوصی تفاوتی نیست (۷/۸٪ و ۸/۳٪). ۱۲/۵٪ از مراجعه‌ها به بخش دولتی برای مراقبتهای بهداشتی بوده در صورتی که درصد مراجعه برای مراقبتهای بهداشتی به بخش خصوصی کمتر از ۱٪ است. ۳۶٪ از مراجعین به پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی برای دریافت مراقبتهای بهداشتی مراجعه کرده بودند در صورتی که این رقم در بین مراجعین به همین گروه در بخش خصوصی کمتر از ۱٪ است.

۴۹٪ از مراجعین به ماماها در بخش دولتی برای انجام مراقبتهای بهداشتی بوده، در صورتیکه ۱۸٪ از مراجعین به ماماها در بخش خصوصی برای انجام مراقبتهای بهداشتی است. به بخشهای مشاوره‌ای بیشتر برای دریافت مشاوره‌های بهداشتی مراجعه می‌شود، تا مراجعه‌های درمانی

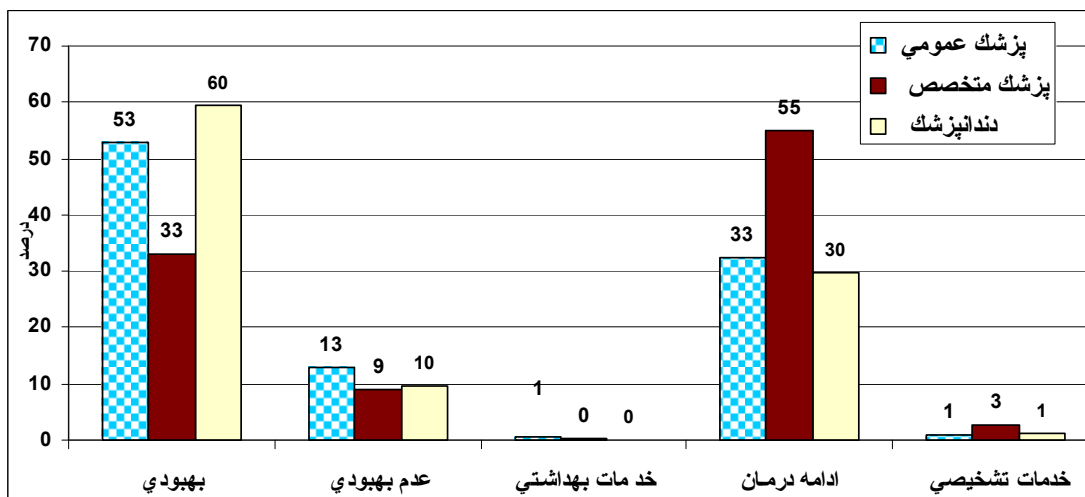
جدول ۳۰- نتیجه مراجعه و دریافت خدمات بهداشتی درمانی براساس گفته خود مراجعه‌کننده؛ به تفکیک محل‌های کلی مراجعه؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

خدمات تشخیصی	خدمات بهداشتی	عدم بهبودی	ادامه درمان	بهبودی	علت و نتیجه مراجعه
					محل مراجعه
0.9	0.2	13.2	32.8	52.9	مراجعه به پزشک عمومی در بخش خصوصی
1.1	1.5	12.2	32.1	53.1	مراجعه به پزشک عمومی در بخش دولتی
1.0	0.7	12.9	32.5	53.0	مراجعه به پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی
2.4	0.3	8.8	55.4	33.1	مراجعه به پزشک متخصص در بخش خصوصی
3.6	0.0	9.7	53.3	33.3	مراجعه به پزشک متخصص در بخش دولتی
2.6	0.3	9.0	55.0	33.1	مراجعه به پزشک متخصص در بخش دولتی و خصوصی
0.7	0.0	9.4	31.2	58.7	مراجعه به دندانپزشک در بخش خصوصی
2.0	0.0	10.0	26.0	62.0	مراجعه به دندانپزشک در بخش دولتی
1.1	0.0	9.6	29.8	59.6	دندانپزشک در بخش دولتی و خصوصی
9.1	18.2	4.5	45.5	22.7	مراجعه به ما ما در بخش خصوصی
4.3	48.9	2.1	10.6	34.0	مراجعه به ما ما در بخش دولتی
5.8	39.1	2.9	21.7	30.4	مراجعه به ما ما در بخش دولتی و خصوصی
0.8	0.0	7.8	17.4	74.0	مراجعه به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی
1.0	36.4	7.3	10.3	45.0	مراجعه به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی
0.9	25.4	7.4	12.5	53.8	مراجعه به پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی و خصوصی
0.0	0.0	0.0	8.3	91.7	مراجعه به طب جایگزین یا طب سنتی
0.0	66.7	0.0	0.0	33.3	مراجعه به بخشهای مشاوره غیر دولتی
0.0	33.3	0.0	33.3	33.3	مراجعه به بخشهای مشاوره دولتی
0.0	50.0	0.0	16.7	33.3	مراجعه به بخشهای مشاوره دولتی و خصوصی
0.1	0.1	5.2	21.5	73.2	مراجعه به داروخانه‌ها غیر دولتی
0.2	2.3	5.1	21.2	71.2	مراجعه به داروخانه‌ها دولتی
0.1	0.7	5.2	21.4	72.6	مراجعه به داروخانه‌های دولتی و خصوصی
42.2	0.4	6.6	21.1	29.7	مراجعه به پاراکلینیک‌ها غیر دولتی
42.6	2.1	4.8	19.1	31.4	مراجعه به پاراکلینیک‌ها دولتی
42.3	1.1	5.9	20.3	30.4	مراجعه به پاراکلینیک‌های دولتی و خصوصی
0.0	0.0	10.0	30.0	60.0	توانبخشی غیر دولتی
0.0	0.0	0.0	87.5	12.5	توانبخشی دولتی
0.0	0.0	5.6	55.6	38.9	مراجعه به توانبخشی دولتی و خصوصی
3.8	0.3	8.3	30.1	57.4	مراجعه سرپایی به بخش خصوصی
4.8	12.5	7.8	23.4	51.5	مراجعه سرپایی به بخش دولتی
4.2	4.9	8.1	27.6	55.2	مراجعه سرپایی به بخش دولتی و خصوصی

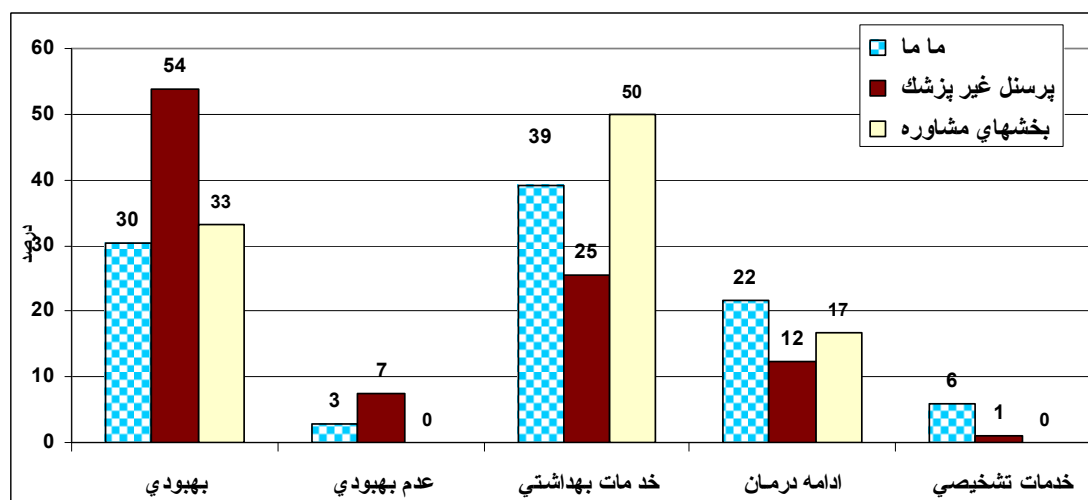
نمودار ۴۱- نسبت درصد نتیجه (به گفته مراجعه کننده) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک بخش ارائه دهنده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۴۲- نسبت درصد نتیجه (به گفته مراجعه کننده) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک منبع ارائه دهنده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۴۳- نسبت درصد نتیجه (به گفته مراجعه کننده) برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی به تفکیک منبع ارائه دهنده خدمت- مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱



جدول ۳۱ نشان می‌دهد که یک بار مراجعه به بخش دولتی برای دریافت خدمات مراقبت‌های بهداشتی، حدود ۱۰۹ تومان هزینه مستقیم برای مراجعه‌کننده دارد، در صورتی که برای دریافت همان خدمات، در مراجعه به بخش خصوصی ۱۹۴۴ تومان هزینه مستقیم برای مراجعه‌کننده ایجاد می‌شود.

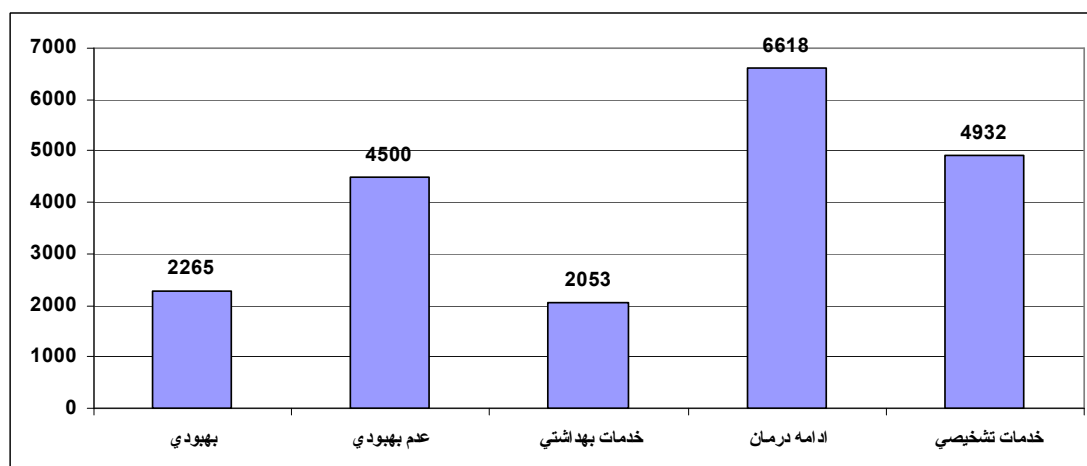
گرانترین خدمات منجر به بهبودی خدمات دندانپزشکی در بخش خصوصی و پس از آن هزینه‌های پاراکلینیک و سپس هزینه پزشک متخصص در همین بخش است.

نمودارهای شماره ۴۴ تا ۴۶ این تفاوتها را به خوبی نشان می‌دهد.

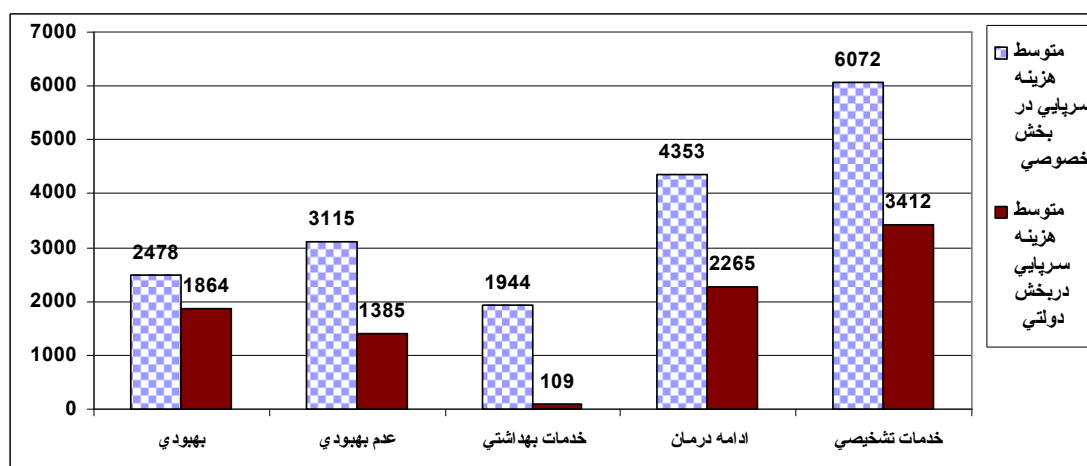
جدول ۳۱ - هزینه یکبار مراجعه برحسب نتیجه دریافت خدمات بهداشتی درمانی براساس گفته خود
 مراجعه کننده؛ به تفکیک محل های کلی مراجعه؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دوهفته آخر بهمن
 ماه: مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - هزینه به تومان

خدمات تشخیصی	خدمات بهداشتی	عدم بهبودی	ادامه درمان	بهبودی	علت و نتیجه مراجعه محل مراجعه
528.3	2140.0	2509.0	2576.6	2435.8	متوسط هزینه به پزشک عمومی در بخش خصوصی
620.0	500.0	1349.0	1595.0	2278.0	متوسط هزینه به پزشک عمومی در بخش دولتی
567.6	828.0	2101.4	2218.0	2377.2	متوسط هزینه به پزشک عمومی در بخش دولتی و خصوصی
11046.0	7575.0	6885.1	7747.0	4395.4	متوسط هزینه به پزشک متخصص در بخش خصوصی
5916.7	0.0	3957.8	3333.2	2117.1	متوسط هزینه به پزشک متخصص در بخش دولتی
9507.2	7575.0	6196.3	6811.0	3894.1	متوسط هزینه به پزشک متخصص در بخش دولتی و خصوصی
1900.0	0.0	3772.7	10162.4	11328.7	متوسط هزینه به دندانپزشک در بخش خصوصی
0.0	0.0	578.0	2677.4	1070.8	متوسط هزینه به دندانپزشک در بخش دولتی
950.0	0.0	2885.3	8424.8	8489.5	متوسط هزینه به دندانپزشک در بخش دولتی و خصوصی
400.0	900.0	1900.0	1770.0	946.7	متوسط هزینه به ما ما در بخش خصوصی
0.0	75.6	0.0	1246.7	89.7	متوسط هزینه به ما ما در بخش دولتی
200.0	197.7	950.0	1595.6	293.7	متوسط هزینه به ما ما در بخش دولتی و خصوصی
0.0	0.0	618.6	1795.7	1773.4	متوسط هزینه به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش خصوصی
48.3	0.0	31.4	446.1	666.5	متوسط هزینه به سایر پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی
36.3	85.2	217.8	1019.1	1128.1	متوسط هزینه به پرسنل غیر پزشک در بخش دولتی و خصوصی
0.0	0.0	0.0	0.0	3060.7	متوسط هزینه به طب جایگزین یا طب سنتی
0.0	0.0	0.0	0.0	9.3	متوسط هزینه به بخشهای مشاوره غیر دولتی
0.0	2890.0	0.0	0.0	2220.9	متوسط هزینه به بخشهای مشاوره دولتی
0.0	963.3	0.0	0.0	1115.1	متوسط هزینه به بخشهای مشاوره دولتی و خصوصی
0.0	0.0	1186.6	2044.0	1188.9	متوسط هزینه به داروخانه ها غیر دولتی
500.0	4.8	1593.9	1875.5	2121.1	متوسط هزینه به داروخانه ها دولتی
300.0	27.5	1298.8	1997.4	1443.8	متوسط هزینه به داروخانه های دولتی و خصوصی
6149.0	0.0	6605.0	3825.1	7196.0	متوسط هزینه به پاراکلینیک ها غیر دولتی
3849.6	400.0	3507.8	7555.5	4344.4	متوسط هزینه به پاراکلینیک ها دولتی
5170.5	320.0	5532.9	5317.3	5949.7	متوسط هزینه به پاراکلینیک های دولتی و خصوصی
0.0	0.0	0.0	10333.3	2000.0	توانبخشی غیر دولتی
0.0	0.0	0.0	374.3	100.0	توانبخشی دولتی
0.0	0.0	0.0	3362.0	1728.6	متوسط هزینه به توانبخشی دولتی و خصوصی
6071.8	1944.2	3115.1	4352.7	2478.1	متوسط هزینه سرپایی به بخش خصوصی شامل (مجموع جزئیات)
3411.5	108.7	1384.7	2265.2	1864.0	متوسط هزینه سرپایی به بخش دولتی شامل (مجموع جزئیات)
4931.7	2052.9	4499.8	6617.9	2264.6	متوسط هزینه سرپایی به بخش دولتی و خصوصی شامل (مجموع جزئیات)

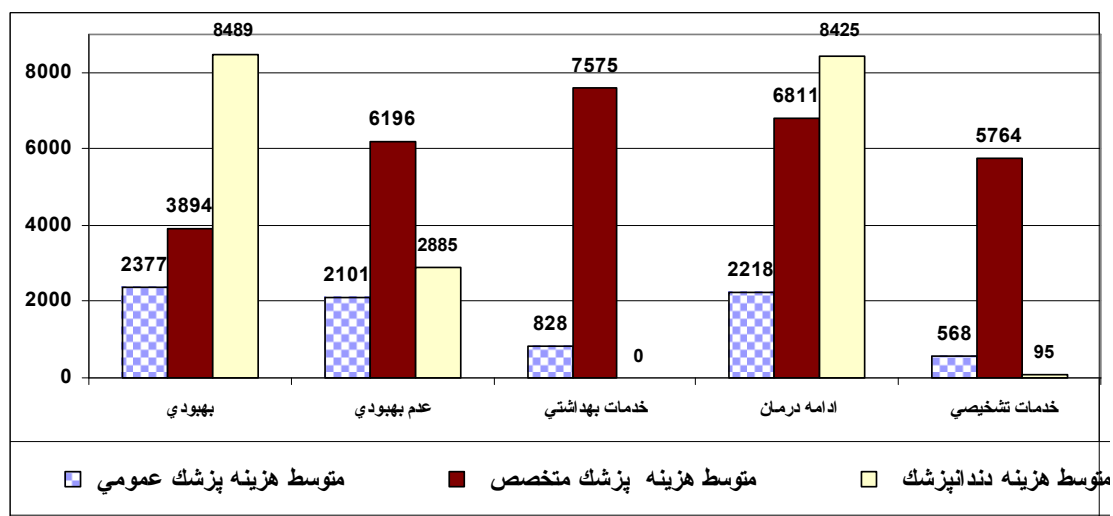
نمودار ۴۴- میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (تومان) به ازای یک بار مراجعه به تفکیک نوع نتیجه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۴۵- میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (تومان) به ازای یک بار مراجعه به تفکیک نوع نتیجه؛ برحسب بخش مراجعه شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۴۶- میانگین هزینه انجام شده برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (تومان) به ازای یک بار مراجعه به تفکیک نوع نتیجه؛ بر اساس منبع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



ج - ۱۰ - پاسخگویی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در مواجهه با گیرندگان خدمت: بحث پاسخگویی یا Responsivness در مورد رعایت حقوق گیرندگان خدمت، در ارزیابی نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی بحث نوینی است؛ (حداقل در کشور ما). رضایت‌مندی و پاسخگویی دو معنی بسیار نزدیک به هم هستند که بعنوان معیارها و شاخص‌هایی برای نشان دادن تعامل میان ارائه دهنده خدمت و دریافت کننده خدمات و تاثیری که ارائه کننده خدمات از منظر مشتری مداری بر دریافت کننده می‌گذارد، مورد استفاده قرار می‌گیرند.

رضایت مندی

رضایت از منظر مشتری مدار؛ کیفیت خدمات است که در واقع احساس خوشایندی است که دریافت کننده خدمات در حین و یا پس از دریافت خدمت از هر یک از ابعاد و جنبه‌های مختلف آن کسب می‌نماید.

رضایت‌مندی مفهوم شناخته‌شده‌ای در بعد کیفیت خدمات ارائه شده است و از زمانی که ارائه خدمت شکل گرفت مفهوم رضایت نیز در آن مستتر بود؛ با ایجاد رقابت میان ارائه‌کنندگان خدمات توجه به مفهوم رضایت بعنوان اصلی‌ترین عامل در بازاریابی نیز از جایگاه خاصی برخوردار شد.

پاسخگویی

در گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت ۵ شاخص اصلی برای ارزیابی عملکرد نظام سلامت ذکر گردیده است، شاخص اول میانگین دستیابی نظام سلامت به اهداف خود است و شاخص دوم توزیع این شاخص را در سطوح مختلف طبقاتی مذهبی، قومی و نژادی بررسی می‌نماید. از سویی دیگر شاخص‌های سوم و چهارم ارزیابی نظام سلامت به میانگین و توزیع میزان پاسخگویی نظام سلامت اختصاص دارد و شاخص پنجم نیز میزان محافظت مالی در برابر هزینه‌های سلامت نامطلوب تعریف شده است. شاید این اولین بار بود که مفهوم پاسخگویی در یک گزارش رسمی و بعنوان یک جایگزین مناسب برای رضایت‌مندی مورد استفاده قرار می‌گرفت.

در این گزارش برای پاسخگویی دو حیطه اصلی شامل احترام به فرد و مشتری مداری در نظر گرفته شد. در حیطه احترام به فرد سه موضوع احترام به شان و حیثیت فرد، محرمانه بودن اطلاعات مربوط به مشتری و خودمختاری و اختیار او گنجانده شد. در حیطه مشتری مداری چهار موضوع، توجه سریع، کیفیت خدمت، دسترسی به حمایت اجتماعی و حق انتخاب برای تعیین ارائه کننده گنجانده شده است. هر یک از این ۷ موضوع در قالب دو حیطه پیش‌گفت در چارچوب یک مدل طراحی شده و در جریان یک پرسشگری گسترده امتیازات خاصی را به خود اختصاص می‌دهند. این مدل و این شیوه امتیازدهی امکان مقایسه داده‌های پاسخگویی را در کشورهای مختلف با نظام‌های سلامت مختلف فراهم می‌سازد.

تفاوت میان رضایت‌مندی و پاسخگویی

مهمترین تفاوت میان شاخص‌های رضایت‌مندی و پاسخگویی در این است که شاخص‌های رضایت‌مندی به دلیل تفاوت‌هایی که در ذیل به آن اشاره می‌گردد؛ قابلیت مقایسه در کشورهای مختلف با نظام‌های مختلف را ندارند، در حالی که شاخص‌های پاسخگویی به گونه‌ای طراحی شده است که امکان این مقایسه را فراهم می‌نماید. بسیاری از محققین بر این باورند که اگر چه اندازه‌گیری رضایت‌مندی بطور کلی می‌تواند مفید باشد، اما نمی‌تواند جایگزین مناسبی برای شاخص‌های پاسخگویی در چارچوب سنجش عملکرد نظام سلامت باشد. بعنوان مثال؛ یک فرد شاید از بهبودی خود احساس رضایت کند به دلیل آنکه درمان شده است، این در حالی است که ممکن است به این فرد به سرعت توجه نشده باشد و یا در حین درمان به شان او احترام گذاشته نشود. متقابلاً امکان دارد یک فرد احساس رضایت کند اگر نسخه با تعداد داروی زیاد نوشته شود حتی اگر این نسخه منجر به بهبودی او نشود، لذا برای سنجش عملکرد نظام سلامت نمی‌توان تنها به رضایت مراجعه کننده اکتفا کرد. از سویی بطور کلی نمی‌توان با سنجش رضایت به انتظارات مختلف مردم از نظام سلامت دست یافت.

از طرفی دیگر بعضی از محققین وارد کردن نظرات کارشناسی در قالب طراحی یک مدل برای سنجش پاسخگویی را کار درستی نمی‌دانند و پیشنهاد می‌نمایند به جای شاخص‌های پاسخگویی از همان شاخص‌های رضایت‌مندی در بررسی عملکرد نظام سلامت استفاده شود.

آنچه در این مطالعه آمده است؛ تلاشی بوده تا بتوان به شکلی ساده و بدون استفاده از روش‌های خاص که امکان مقایسه اطلاعات این مطالعه را با سایر کشورهای فراهم نماید، جنبه‌های مختلف پاسخگویی را به صورت مستقیم از مردم پرسش نماید؛ لذا در دوحیطه احترام به فرد و مشتری‌مداری، کلیه موضوعات ۷ گانه از مردم مورد پرسش قرار گرفته است. هدف از این مطالعه سنجش رضایت‌مندی مردم از نظام سلامت با تمرکز بر حیطه‌های شاخص‌های پاسخگویی بوده است.

در اغلب موارد، نظام‌های بهداشتی درمانی را با ارزیابی کیفیت خدمات، در عرصه‌های مختلفی چون کیفیت فناوری، کیفیت برخورد‌های نیروی انسانی ارائه کننده، کیفیت محیط فیزیکی و ... را سنجیده‌اند ولی پاسخگویی بیشتر از همه بر رعایت حقوق انسانی گیرندگان خدمت تکیه دارد. حقوق انسانی گیرندگان خدمت قلمروهای مختلفی دارد. نگرش اصلی این قلمروها بر حقوق فردی و اجتماعی گیرنده خدمت تکیه دارد مثل:

• توجه سریع به نیاز مراجعه کننده:

- در هنگام فوریت آیا به سرعت موفق به دریافت خدمت شده است؟

- زمان انتظار برای دریافت خدمت در مواقع غیرفوری خیلی طولانی نبوده است؟

• رعایت شان و احترام مراجعه کننده

- آیا ساده ترین حقوق انسانی گیرندگان خدمت، همچون برخورد بدون توهین، با

وی صورت گرفته است؟

- آیا در جریان فرآیندهای ارائه خدمات اتفاقاتی که منجر به هتک حرمت، مراجعه‌کنندگان شده باشد صورت گرفته است؟
- آیا معاینه فیزیکی فرد در خلوت صورت گرفته است؟
- برقرار ارتباط مناسب با گیرنده خدمت:
 - به حرفها و نیازهای او توجه شده است؟
 - بصورت قابل فهمی برای دریافت کننده خدمت، توضیحات لازم ارائه شده است؟
 - دریافت کننده فرصتی برای طرح سوالات خود داشته است؟
- مشارکت مراجعه کننده در تصمیماتی که در مورد وی گرفته می‌شود
 - آیا اگر مراجعه کننده می‌خواسته و اصرار داشته می‌توانسته در تصمیماتی که برای درمان یا مراقبت وی گرفته می‌شد شرکت نماید؟
 - آیا شروع درمان، یا آزمایش، یا مراقبت با اجازه از دریافت کننده خدمت بوده یانه؟
- رعایت حقوق گیرنده از بابت محرمانه بودن مشکلات سلامتی وی:
 - آیا مشکل سلامتی و سوابق پزشکی گیرنده خدمت محرمانه نگاه داشته می‌شود؟
 - جریان مذاکره، معاینه و گفتگوهای بین ارائه کننده و گیرنده خدمت به گونه‌ای بوده که افرادی که بنای شنیدن نداشتند، چیزی به گوششان نخورده باشد؟
- قدرت انتخاب برای گیرنده خدمت
 - آیا گیرنده خدمت قادر است که خود، پزشک یا پرستار خود را انتخاب نماید؟
 - آیا گیرنده خدمت قادر است که در صورت تمایل، به واحد دیگری برای دریافت خدمت مراجعه کند؟
- کیفیت محیط ارائه خدمت:
 - آیا محیط ارائه خدمت فضای کافی برای نشستن، انتظار کشیدن، هوای تازه و ... داشته است؟
 - آیا واحد ارائه کننده خدمت، در عرصه‌های مختلف مثل محیط انتظار، محیط ارائه خدمات، دستشویی‌ها و ... تمیز است یا نه؟

مسئله تلقی و تعبیر مردم در سطوح مختلف توسعه اجتماعی مختلف برای موارد فوق متفاوت و گوناگون است، برای مقایسه‌های بین‌المللی، بین استانی و بین قومیت‌های مختلف ضرورت دارد که همه این تلقی‌ها و تعبیرها به یکدیگر نزدیک شود. برای این منظور در مطالعات بین‌المللی سؤالاتی با جوابهای مشخص، روشن، کلیشه شده در ابتدا بکار می‌برند تا چگونگی تلقی پاسخگو مشخص شود و سپس در مورد وضعیت رعایت حقوق خود وی پرسش می‌نمایند و در نهایت برحسب نوع پاسخ وی به کلیشه‌های قبلی، پاسخ‌ها را متوازن و همگن می‌نمایند.

در این مطالعه، چون، غرض انجام مقایسه‌های بین‌المللی و بین استانی و قومیتی نبوده از کلیشه‌های مذکور استفاده نشده است. ولی در صورتی که مطالعاتی با این کلیشه‌ها بکار گرفته شود سطح ارزیابی پاسخگویی‌ها بهتر و مناسبتر می‌شود.

مجموعه سوالات این بخش از هر فرد **مراجعه کننده** پرسیده شده است و نه برای هر مراجعه. این سوالات در بخش **D2** پرسشنامه متمرکز شده است. جدول ۳۲ چگونگی پاسخگویی نظام را در عرصه‌های هفت‌گانه مذکور به تفکیک مراجعه کنندگان مختلف نشان می‌دهد.

- بهترین امتیاز را در بین حیطة‌های مختلف به محرمانه ماندن اطلاعات و رعایت شان و احترام مراجعه کنندگان (۸۹٪) را داشته است

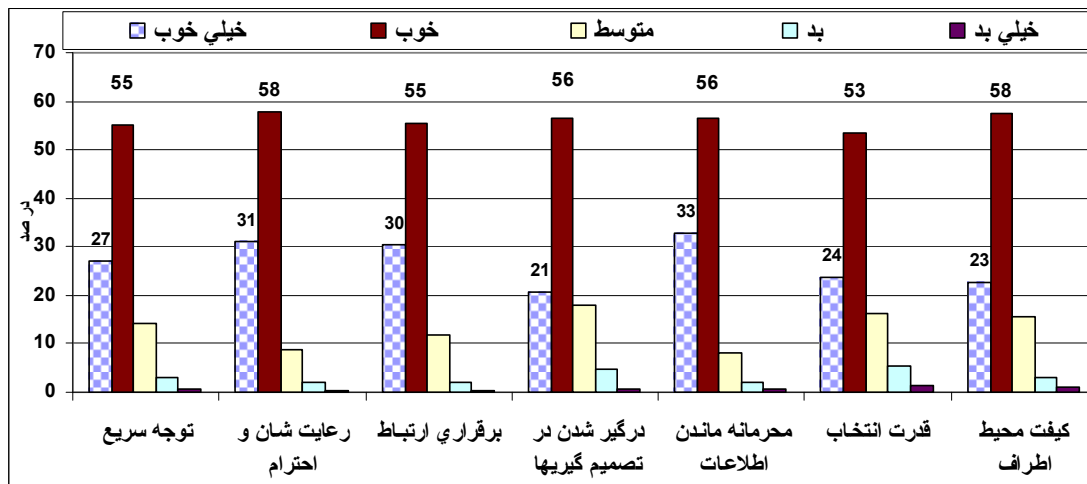
- کمترین امتیاز در بین حیطة‌های مختلف متعلق به درگیرشدن در تصمیم‌گیریها و قدرت انتخاب مراجعه کننده است (۷۷٪)

نمودارهای ۴۷ تا ۵۲ تفاوت‌های منابع مختلف ارائه خدمت را در رعایت حقوق‌گیرندگان خدمت نشان می‌دهد.

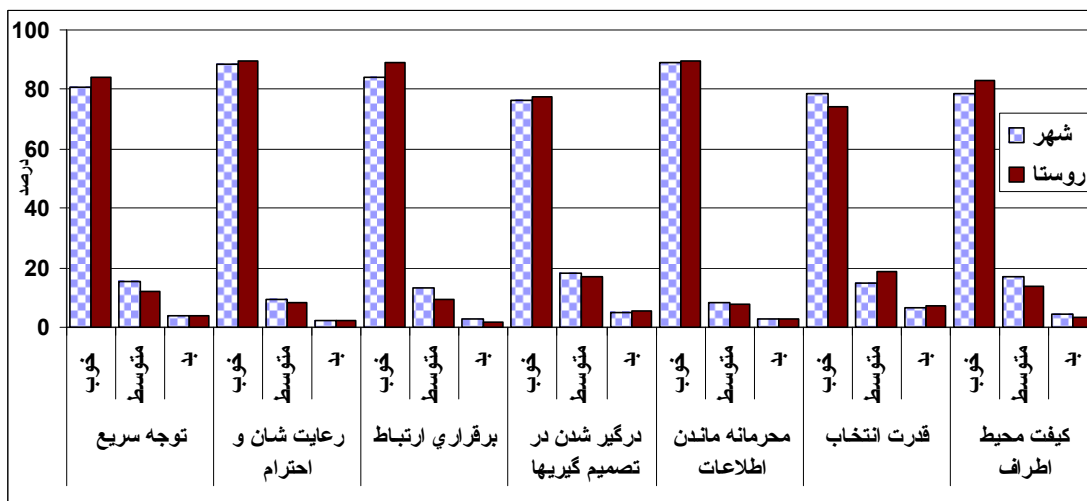
جدول ۳۲ - چگونگی پاسخگویی نظام بهداشتی درمانی به مراجعین سرپایی برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی؛ از طریق اندازه گیری حیطه‌های هفتگانه رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ برآورد شده بر مبنای مراجعه طی دو هفته آخر بهمن ماه : مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

داروخانه	پرسنل غیر پزشک	ما ما	دندانپزشک	پزشک متخصص	پزشک عمومی	بخش دولتی	بخش خصوصی	روستا نشینان	شهرنشینان	کل	حیطه های هفت گانه حقوق گیرندگان خدمت	
89.1	89.3	87.7	87.6	80.0	81.0	82.4	81.7	83.8	80.9	82.1	خوب	توجه سریع
10.9	10.2	12.3	11.2	19.2	18.3	16.4	17.7	12.1	15.5	14.1	متوسط	
0.0	0.5	0.0	1.2	0.9	0.7	1.2	0.6	4.1	3.6	3.8	بد	
89.1	91.3	94.7	72.2	87.9	87.8	83.9	89.1	89.8	88.4	89.0	خوب	رعایت شان و احترام
10.9	8.2	5.3	5.3	11.7	11.8	12.1	10.5	8.2	9.1	8.8	متوسط	
0.0	0.2	0.0	0.6	0.4	0.4	0.5	0.3	2.0	2.4	2.3	بد	
80.0	90.8	89.5	68.0	84.8	84.9	81.6	86.0	88.8	84.1	85.9	خوب	برقراری ارتباط
18.2	9.0	10.5	9.5	15.0	15.0	14.4	13.9	9.4	13.2	11.7	متوسط	
1.8	0.2	0.0	0.6	0.2	0.1	0.5	0.1	1.8	2.8	2.4	بد	
72.7	86.2	80.7	61.5	74.5	74.1	73.9	75.7	77.4	76.5	76.9	خوب	درگیر شدن در تصمیم گیریها
27.3	13.3	19.3	16.0	24.9	25.4	22.2	23.8	17.0	18.3	17.8	متوسط	
0.0	0.5	0.0	0.6	0.6	0.5	0.4	0.6	5.6	5.2	5.4	بد	
76.4	88.4	93.0	72.8	88.9	89.4	83.9	89.8	89.6	88.8	89.1	خوب	محرمانه ماندن اطلاعات
21.8	10.9	7.0	4.1	10.2	9.8	11.2	9.6	7.7	8.4	8.1	متوسط	
0.0	0.5	0.0	0.0	0.8	0.6	1.1	0.4	2.7	2.8	2.8	بد	
85.5	74.1	82.5	62.1	77.0	75.3	68.8	78.4	74.3	78.8	77.0	خوب	قدرت انتخاب
14.5	24.2	17.5	16.0	21.7	23.3	25.3	20.7	18.4	14.7	16.1	متوسط	
0.0	1.5	0.0	0.0	1.3	1.4	2.3	0.9	7.3	6.5	6.8	بد	
85.5	80.6	73.7	65.7	79.9	78.7	74.6	80.7	83.0	78.6	80.3	خوب	کیفیت محیط اطراف
14.5	18.2	26.3	11.2	19.0	20.2	20.2	18.5	13.7	16.9	15.7	متوسط	
0.0	1.0	0.0	0.6	1.1	1.1	1.5	0.9	3.3	4.5	4.0	بد	

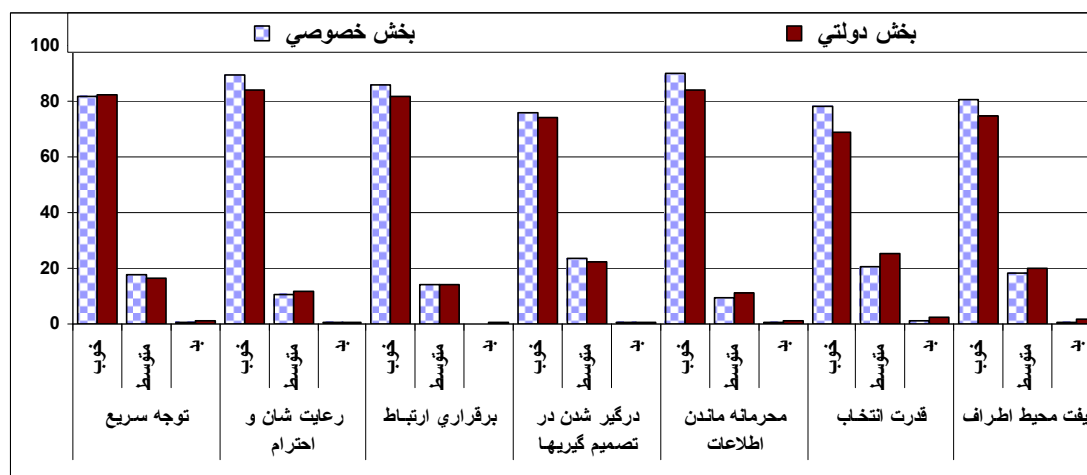
نمودار ۴۷ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



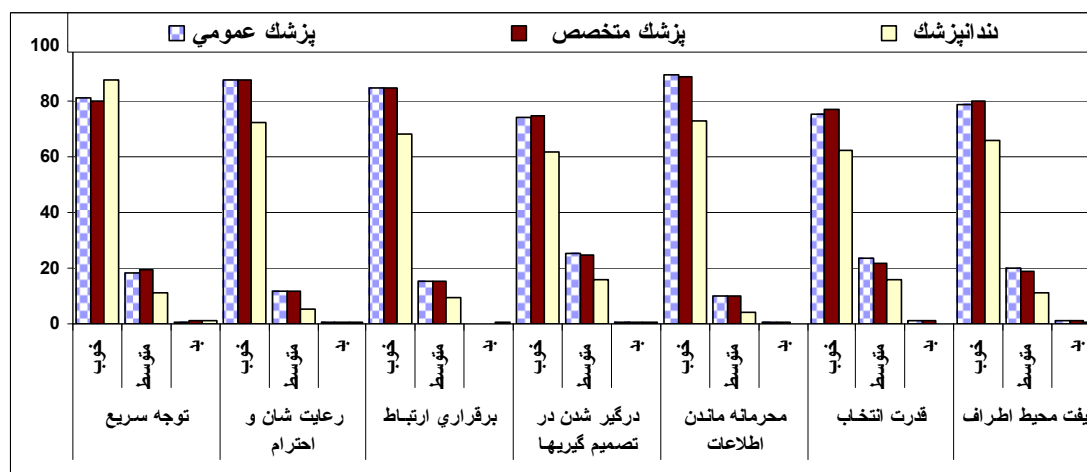
نمودار ۴۸ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی؛ به تفکیک شهر و روستا - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



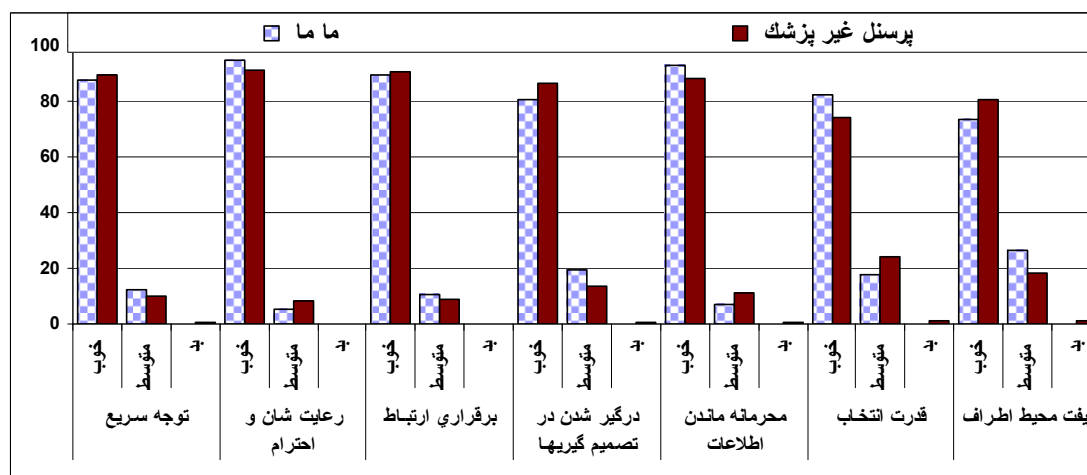
نمودار ۴۹ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی؛ به تفکیک بخش خصوصی و دولتی - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



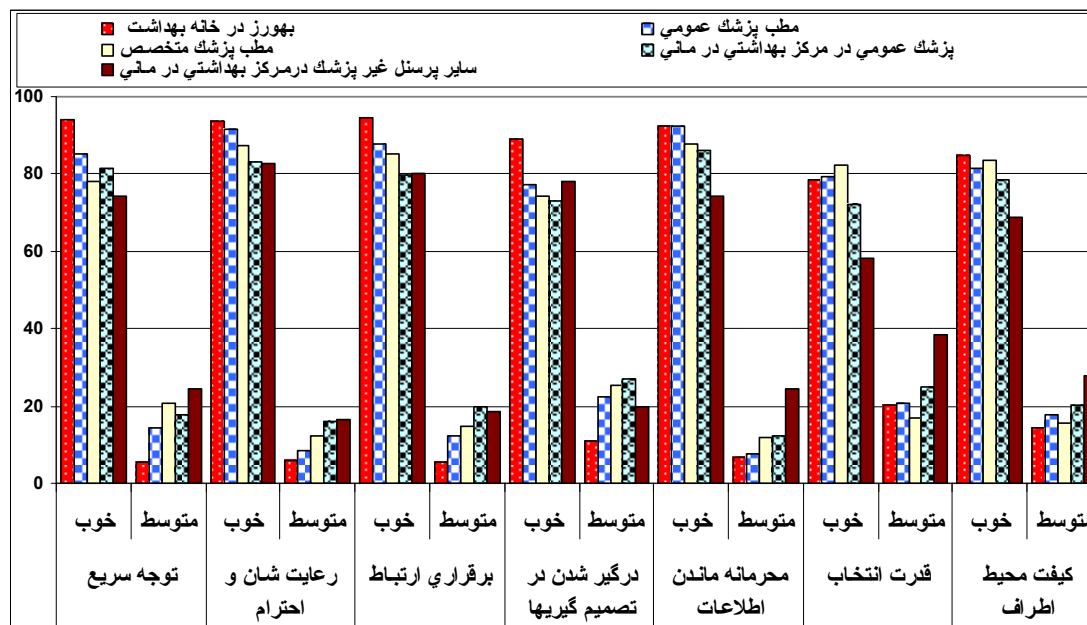
نمودار ۵۰ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی؛ به تفکیک بخش ارائه‌کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۵۱ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی؛ به تفکیک بخش ارائه‌کننده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۵۲ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی؛ به تفکیک چند منبع ارائه خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



د: تجزيه و تحليل
– خدمات بستري

د-۱: وضعیت نیاز، اقدام و مراجعه برای دریافت خدمات درمان بستری طی یکسال قبل از مطالعه و دلایل بستری نشدن:

احساس نیاز به خدمات درمان بستری برعکس احساس نیاز به خدمات سرپایی که طی دو هفته قبل از مطالعه مورد پرسش قرار می‌گرفت، برای ۱۲ ماه قبل از مطالعه پرسیده شده است. در پرسش ۱۲ از بخش B پرسشنامه تک تک اعضاء خانوار از بابت نیاز به دریافت خدمات بستری مورد سوال قرار گرفته‌اند.

• از ۱۶۹۳۵ نفری که طی مطالعه بهره‌مندی از خدمات مورد پرسش قرار گرفته‌اند:

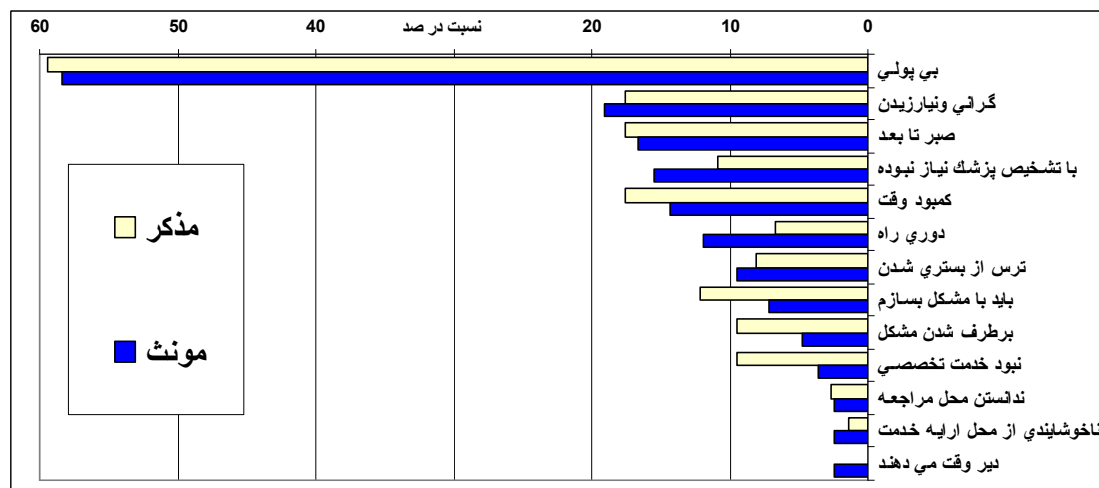
- ۱۱۲۰ نفر اعلام کرده‌اند که طی سال گذشته خود را نیازمند دریافت خدمات درمان بستری (مبتنی بر احساس خود یا توصیه دیگران) می‌دانسته‌اند (۶۶ در هزار جامعه)
- از این عده که خود را نیازمند می‌پنداشتند ۸۴۲ نفر نیاز خود را یک امر اورژانس و فوریت دار تلقی می‌کردند. به عبارت دیگر ۷۵٪ نیازمندان و یا ۴۹/۷ در هزار از جامعه خود را در طول سال نیازمند خدمات اورژانس بستری می‌پندارند.
- از این عده ۱۱۲۰ نفری (۶۶ در هزار جامعه) ۹۶۲ نفر تصمیم به مراجعه به بیمارستان یا اقدام به بستری شدن می‌گیرند. به عبارت دیگر ۸۶٪ از نیازمندان یا ۵۶/۸ در هزار از جامعه برای برآورد نیاز خود تصمیم می‌گیرند و اقداماتی را آغاز می‌کنند. ۱۴٪ (۱۵۸ نفر) از برآوردن نیاز خود به درمان بستری منصرف می‌شوند. ۱۱٪ از شهرنشینان و ۱۹٪ از روستائینان برای رفع نیاز خود اقدامی نمی‌کنند، (بین این دو نسبت با $p < 0001$ اختلاف معناداری وجود دارد)

جدول ۳۳ توزیع دلایل عدم تصمیم‌گیری در برآوردن نیاز را در بین کسانی که اقدامی برای برآورد نیازشان انجام نداده‌اند را به تفکیک محل سکونت نشان می‌دهد. بی پولی (۶۳٪)، مقرون به صرفه نبودن خدمت به آن قیمت (۱۹٪)، موکول نمودن به بعد (۱۷٪)، کمبود وقت فرد نیازمند (۱۶٪)، با تشخیص پزشک ضرورتی برای اقدام مزبور نبوده (۱۵٪)، ساختن با مشکل (۱۰٪) و ... نمودار شماره ۵۳ توزیع فراوانی این دلایل را در افراد نیازمند به تفکیک جنس نشان می‌دهد

جدول ۳۳ - فراوانی نسبی علل مختلف عدم تصمیم‌گیری (اقدام) جهت بستری شدن در افرادی که در طول یکسال گذشته احساس نیاز به خدمات بستری داشته‌اند؛ به تفکیک محل سکونت نیازمند: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی اسفند ۱۳۸۱

وضعیت سکونت	عدم برآورد نیاز	با تشخیص پزشک نیاز نبوده	ترس از بستری شدن	کمبود وقت	صبر تا بعد	برطرف شدن مشکل	باید با مشکل بسازم	ندانستن محل مراجعه	دوری راه	ناخوشایندی از محل ارائه خدمت	دیر وقت می دهند	بی پولی	گرانی و نیاززدن	نمود خدمت تخصصی
شهری	22.2	13.9	13.9	12.5	9.7	13.9	2.8	2.8	2.8	2.8	1.4	56.9	26.4	4.2
روستا	9.3	5.8	5.8	20.9	5.8	7.0	2.3	15.1	15.1	1.2	1.2	67.4	12.8	9.3
جمع	15.2	9.5	9.5	15.8	17.1	7.6	10.1	2.5	9.5	1.9	1.3	62.7	19.0	7.0

نمودار ۵۳ - فراوانی نسبی علل مختلف عدم تصمیم‌گیری (اقدام) جهت بستری شدن در افرادی که در طول یکسال گذشته احساس نیاز به خدمات بستری داشته‌اند؛ به تفکیک جنس نیازمند: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱



- ۹۶۲ نفر باقی مانده که تصمیم گرفتند برای برآورد نیاز خود اقدام کنند (میزان بروز افرادی که نیازمند خدمات بستری‌اند و برای آن اقدام می‌کنند ۴۹/۷ در هزار)، این عده بطور متوسط ۱/۲ بار برای بستری شدن اقدام کرده‌اند یا بعبارت دیگر ۱۱۸۸ مراجعه برای بستری شدن به بیمارستان داشته‌اند.

در طی این ۱۱۸۸ بار مراجعه، ۱۰۹۵ بار بستری و ۹۳ بار به بستری نشدن بوجود آمده است (۷/۸٪) فراوانی دلایل برای منجر نشدن این ۹۳ مراجعه به بستری عبارت بودند از:

- ۲۱/۵٪ به دلیل نداشتن پول
- ۱۵٪ هنوز نوبتشان فرا نرسیده است
- ۱۳٪ تخصص مورد نیازشان در آن محل وجود نداشت
- ۱۱٪ به آنها پذیرش داده نشد

- ۷٪ فکر می‌کردند آن خدمت بستری به این قیمت نمی‌ارزید
- ۵٪ بیمارستان محل مراجعه با سازمان بیمه‌گر آنها، قرارداد نداشت
- ۲٪ به دلیل رفتار نامناسب پرسنل از بستری شدن منصرف شدند
- ۱٪ اعتبار بیمه آنها خاتمه یافته بود
- ۰٪ بیمارستان بسته بوده
- ۴۸٪ سایر دلایل را ذکر کرده‌اند

از آنجایی که یک نفر می‌تواند به دلایل متعددی بستری نشده باشد، لذا جمع این موارد ممکنست از ۱۰۰٪ بیشتر شود.

د-۲- بستری شدگان، بار بستری و توزیع آن:

۱۱۸۸ بار مراجعه منجر به ۱۰۹۵ بار بستری (۹۲/۲٪) شده است، یا به عبارت دیگر بار بستری در این گروه مطالعه شده ۶۴/۷ در هزار برآورد می‌شود. به دلیل اینکه ممکن بود در ذهن پاسخگو بین بستری شدن (پذیرش در بخش، چه بخش معمولی و چه بخش اورژانس) و تحت نظر قرارگرفتن در بیمارستان (چه در بخش معمولی و چه در بخش اورژانس) تفکیک ایجاد نگردد. در این مطالعه حداقل زمان برای بستری شدن ۶ ساعت و بیشتر منظور گردید.

نمودار ۵۴، بار مراجعه و بار بستری طی یکسال را در جامعه مورد بررسی نشان می‌دهد:

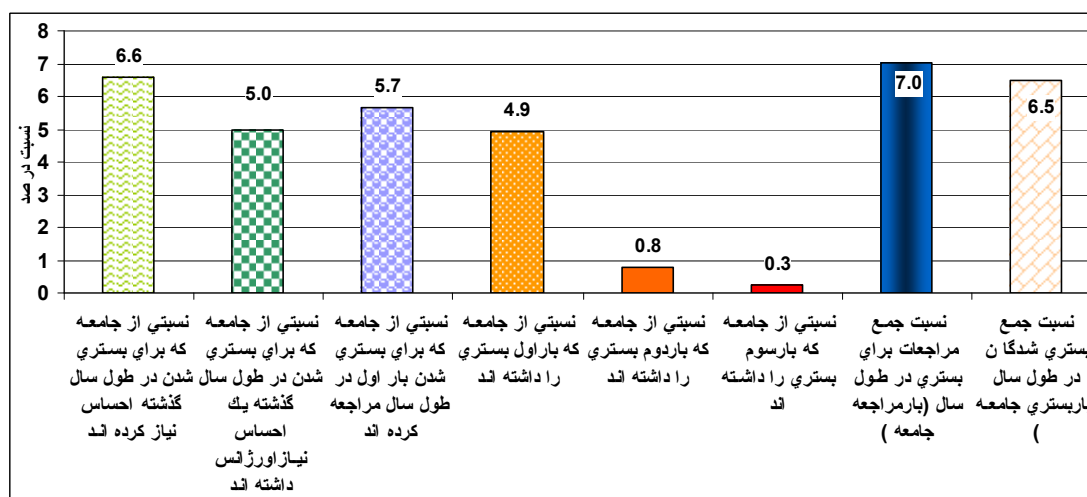
- اولین ستون از سمت چپ نشان می‌دهد که ۶/۶٪ از جامعه در طول یکسال به دلیل یک مشکل سلامتی یا توصیه‌ای، نیاز به دریافت خدمات درمان بستری داشته‌اند (سوال ۱۲ در بخش B پرسشنامه)
- ستون دوم نشان می‌دهد که ۵/۱٪ جامعه، به دلیل یک مشکل سلامتی فوریت دار (اورژانس)، براساس تلقی خود فرد، نیاز به خدمات درمان بستری داشته‌اند (سوال ۱ از بخش E پرسشنامه)
- ستون سوم درصدی از جامعه را نشان می‌دهد (۵/۷٪) که در طول سال گذشته احساس نیاز پیدا کردند، این نیاز به تقاضا و تصمیم به مراجعه تبدیل شد و حداقل یک بار برای بستری شدن به بیمارستان یا پزشک متخصص مراجعه کردند
- ستون چهارم نشان می‌دهد که ۴/۹٪ از جامعه که در طول سال گذشته احساس نیاز پیدا کرده و این نیاز به تصمیم و تقاضا منجر شده و برای اولین بار در طول سال مراجعه کرده و برای اولین بار بستری شدند. در واقع ۴/۹٪ از جامعه در طول یکسال برای اولین بار در طی سال در بیمارستان بستری می‌شوند.
- ستون‌های پنجم و ششم نشان می‌دهد که ۰/۸٪ از جامعه در طول سال برای دومین و ۰/۳٪ برای سومین بار در بیمارستان بستری شده‌اند.

- ستونهای هفتم و هشتم نشان می‌دهند که بار مراجعه جامعه حدود ۷/۰۱٪ و اینها کسانی هستند که در طول یکسال مصمم، متقاضی و مراجعه کننده برای بستری شدن در بیمارستان بوده‌اند و ۶/۵٪ از جامعه در طول یکسال حداقل یک بار در بیمارستان بستری شده‌اند.

در واقع طبق برآورد این مطالعه :

○ بار مراجعه برای بستری شدن در سال ۱۳۸۱، ۷۰ در هزار و بار بستری ۶۵ در هزار برآورد می‌گردد

نمودار ۵۴ - نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری یک بار و بیشتر احساس نیاز داشته‌اند؛ نسبتی که نیاز خود را اورژانس می‌انگارند؛ نسبتی که مراجعه کرده‌اند؛ نسبتی که یکبار بستری شدند؛ و نسبتی که بیش از یکبار بستری شدند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



البته نباید فراموش کرد بار مراجعه و بستری برآورد شده در این مطالعه دارای کم‌شماری است؛ دلایل این کم‌شماری موارد زیر می‌تواند باشد:

الف: آن کسانی مورد پرسش قرار گرفته‌اند که زنده از بیمارستان طی یکسال قبل خارج شده‌اند، افرادی که طی یکسال قبل، اعضای خانوارهای مورد پرسش بوده‌اند و پس از بستری در بیمارستان فوت کرده‌اند در این مطالعه منظور نشده است:

- میزان خام مرگ در سال ۱۳۸۱ برابر مطالعه ۱۸ استان ۴/۴ درهزار است که حدود ۴۰٪ آن در بیمارستانها واقع می‌شود. در واقع بار بستری فوت شدگان در جامعه ۱/۸ درهزار جامعه است که باید به رقم مزبور اضافه گردد^(۶۲)

ب: چارچوب نمونه‌گیری این مطالعه خانوارهای معمولی هستند و در آن خانوارهای غیرمعمول یا مکانهایی که در آنها زندگی بطور جمعی، مثل خوابگاههای دانش‌آموزی و دانشجویی، زندانها، پادگانها، آسایشگاههای سالمندان و قرار نداشته است. طبیعتاً سالمندان بار بستری خیلی بالاتری

از جامعه دارند و قرار نداشتن آسایشگاهها سالمندان در چارچوب نمونه‌گیری، عدم شمارش عده‌ای از بستری‌شدگان جامعه را به دنبال دارد. همین مسئله تاحدودی برای زندانیان نیز قابل طرح است. به‌صورت چون هیچ‌گونه بینشی از چگونگی توزیع باریستری در بین خانوارهای معمولی و خانوارهای غیرمعمولی برابری یا تفاوت و چگونگی این تفاوت وجود ندارد، برای برآورد محدوده کم شماری در این زمینه، هیچ‌گونه مبنایی در حال حاضر وجود ندارد. خلاصه اینکه با توجه به موارد مذکور به شرط رفع کم شماریهای موجود بار بستری حداکثر تا ۷۰ در هزار برآورد می‌گردد.

جدول ۳۳ میزان بروز نیاز، تقاضا و مراجعه، بستری شدن برای بار اول، بار دوم، بار سوم، بستری شدن بدون توجه به دفعات را به تفکیک سن نشان می‌دهد.

- ستون دوم از جدول مذکور نشان می‌دهد که :

○ ۶۶ در هزار جامعه در طول یکسال، برای بستری شدن در بیمارستان احساس

نیاز پیدا می‌کنند. بیشترین این احساس نیاز متعلق به افراد ۶۵ سال و بالاتر

(۱۶۹ در هزار) و پس از آن کودکان زیر یکسال (۱۳۸ در هزار) است

- ستون سوم:

○ میزان بروز نیاز اورژانس (درصد) به خدمات بستری (به زعم پاسخگو) را نشان

می‌دهد (۴۶۰ در هزار)، کودکان زیریکسال ۱۳۴ در هزار و شصت و پنج

ساله‌ها و بالاتر ۱۲۱ در هزار

- ستون چهارم:

○ نسبتی از جامعه را که به دنبال احساس نیاز به خدمات درمان بستری برای

اولین بار بستری در طول سال به بیمارستان مراجعه کرده‌اند را نشان می‌دهد

(۵۲ در هزار)

- ستون پنجم:

○ نسبتی از جامعه را نشان می‌دهد که برای اولین بار در طول سال مورد مطالعه،

در بیمارستان بستری شده‌اند (۴۹ در هزار)

- ستون ششم:

○ نسبتی از جامعه را نشان می‌دهد که برای دومین بار در طول سال مورد

مطالعه در بیمارستان بستری شده‌اند (۸ در هزار)

- ستون هفتم:

○ نسبتی از جامعه را نشان می‌دهد که برای سومین بار در طول سال مورد

مطالعه در بیمارستان بستری شده‌اند (۳ در هزار)

- ستون هشتم:

○ در این ستون مجموعه بار مراجعاتی که یک نفر در طول سال مورد مطالعه

برای بستری شدن به بیمارستانی مراجعه می‌کند را نشان می‌دهد. بار مراجعه

به بیمارستان برای بستری شدن در طول یکسال ۷۰/۱ در هزار است. ۲۱۱ در هزار افراد شصت و پنج سال و بالاتر و ۱۸۹ در هزار کودکان زیر یکسال

- ستون نهم:

○ در این ستون میزان بار بستری (هرچند بار) را در طول ۱۲ ماه برای کلیه سنین نشان می‌دهد (۶۱ در هزار) به ترتیب:

- افراد شصت و پنج سال و بالاتر ۱۸۲ در هزار
- افراد زیر یکسال ۱۴۳ در هزار
- پنجاه تا شصت و پنج سال ۱۰۷ در هزار
- گروه سنی یک تا چهارسال ۷۲ در هزار
- گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال ۵۵ در هزار
- گروه سنی پنج تا ۱۴ سال ۲۴ در هزار

است.

- ستون ده:

○ متوسط دفعات بستری در طول یکسال برای بستری شدگان را نشان می‌دهد.

جدول ۳۵ همان توزیع جدول ۳۴ را به تفکیک محل سکونت نیازمند، مراجعه کننده و بستری شده نشان می‌دهد.

ستون نهم از جدول ۳۵/۱ میزان بروز بستری به تفکیک محل سکونت فرد نیازمند به خدمات بستری را طول یکسال نشان می‌دهد

- شهرنشینان ۶۴ در هزار
- ساکنین روستاهای سیاری و عشایر ۶۱ در هزار
- ساکنین روستاهای اصلی ۵۷ در هزار
- ساکنین روستاهای قمر ۴۹ در هزار

است.

**جدول ۳۵/۱ - نسبتی که برای درمان بستری طی یکسال قبل احساس نیاز کرده‌اند؛
نسبتی که برای بستری شدن مراجعه کرده‌اند و نسبتی که بستری شده‌اند؛ به تفکیک
محل سکونت: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱**

بارمراجعه وباربستری در بیمارستان در طول سال گذشته							احساس نیاز به مراجعه برای بستری شدن در طول سال گذشته		
متوسط دفعات بستری در طول سال (۱۰)	جمع بستری شدگان در طول سال (باربستری جامعه) (۹)	جمع مراجعات برای بستری در طول سال(بارمراجعه جامعه) (۸)	نسبتی از جامعه که بارسوم بستری را داشته‌اند(۷)	نسبتی از جامعه که باردوم بستری را داشته‌اند(۶)	نسبتی از جامعه که باراول بستری را داشته‌اند(۵)	نسبتی از جامعه که برای بستری شدن بار اول در طول سال مراجعه کرده‌اند(۴)	نسبتی از جامعه که در طول سال گذشته احساس نیاز آنها برای بستری شدن اورژانس بوده (۳)	نسبتی از جامعه که برای بستری شدن در طول سال گذشته احساس نیاز کرده‌اند(۲)	نیاز؛ مراجعه و بستری توزیع محل سکونت
1.2	6.4	7.4	0.3	0.8	5.2	5.6	4.5	6.3	شهری
1.2	5.7	6.6	0.2	0.7	4.7	4.9	4.8	6.0	اصلی
1.3	4.9	5.4	0.5	0.8	3.6	3.9	4.3	5.3	قمر
1.3	6.1	8.6	0.3	1.3	4.5	5.1	4.8	6.8	سیاری وعشایری

**جدول ۳۴ - نسبتی (درصد) که برای درمان بستری طی یکسال قبل احساس نیاز کرده‌اند؛ نسبتی که
برای بستری شدن مراجعه کرده‌اند و نسبتی که بستری شده‌اند به؛ تفکیک سن: مطالعه بهره‌مندی از
خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱**

بارمراجعه وباربستری در بیمارستان در طول سال گذشته							احساس نیاز به مراجعه برای بستری شدن در طول سال گذشته		
متوسط دفعات بستری در طول سال (۱۰)	جمع بستری شدگان در طول سال (باربستری جامعه) (۹)	جمع مراجعات برای بستری در طول سال(بارمراجعه جامعه) (۸)	نسبتی از جامعه که بارسوم بستری را داشته‌اند(۷)	نسبتی از جامعه که باردوم بستری را داشته‌اند(۶)	نسبتی از جامعه که باراول بستری را داشته‌اند(۵)	نسبتی از جامعه که برای بستری شدن بار اول در طول سال مراجعه کرده‌اند(۴)	نسبتی از جامعه که در طول سال گذشته احساس نیاز آنها برای بستری شدن اورژانس بوده (۳)	نسبتی از جامعه که برای بستری شدن در طول سال گذشته احساس نیاز کرده‌اند(۲)	نیاز؛ مراجعه و بستری توزیع سنی
1.1	14.3	18.9	0.5	0.9	12.9	13.4	13.4	13.8	زیر یکسال
1.2	7.2	8.3	0.3	1.0	5.6	5.9	5.8	6.8	یک تا چهار سال
1.1	2.4	2.5	0.0	0.2	2.2	2.2	1.9	2.5	پنج تا ۱۴ سال
1.1	5.5	6.5	0.2	0.6	4.7	4.9	4.4	5.8	پانزده تا ۴۹ سال
1.3	10.7	12.4	0.7	1.9	7.7	8.6	6.9	10.0	پنجاه تا ۶۵ سال
1.3	18.2	21.1	1.3	3.4	13.4	14.3	12.1	16.9	شصت و پنج سال وبالاتر
1.2	6.5	7.0	0.3	0.8	4.9	5.7	5.0	6.6	جمع

جدول ۳۵ - نسبتی که برای درمان بستری طی یکسال قبل احساس نیاز کرده‌اند؛ نسبتی که برای بستری شدن مراجعه کرده‌اند و نسبتی که بستری شده‌اند؛ به تفکیک جنس: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

بارمراجعه وباربستری در بیمارستان در طول سال گذشته							احساس نیاز به مراجعه برای بستری شدن در طول سال گذشته		
متوسط دفعات بستری در طول سال	جمع بستری شدگان در طول سال (باربستری جامعه) %	جمع مراجعات برای بستری در طول سال(بارمراجعه جامعه) %	نسبتی از جامعه که بارسوم بستری را داشته‌اند	نسبتی از جامعه که باردوم بستری را داشته‌اند	نسبتی از جامعه که باراول بستری را داشته‌اند	نسبتی از جامعه که برای بستری شدن بار اول در طول سال مراجعه کرده‌اند	نسبتی از جامعه که در طول سال گذشته احساس نیاز برای بستری شدن اورژانس بوده	نسبتی از جامعه که برای بستری شدن در طول سال احساس نیاز کرده‌اند	نیاز؛ مراجعه و بستری توزیع جنس
(۱۱)	(۱۰)	(۹)	(۸)	(۷)	(۶)	(۴)	(۳)	(۲)	
1.2	5.2	6.2	0.3	0.8	4.1	4.5	3.9	5.3	مذکر
1.2	6.9	7.9	0.3	0.8	5.7	6.0	5.3	6.9	مونث

نمودار ۵۵ نشان می‌دهد که همچون بار مراجعه سرپایی، در عرصه بستری نیز بار مراجعه و بستری افراد مونث از افراد مذکر بیشتر است.

نمودار ۵۶ بار بستری و مراجعه افراد شش سال و بالاتر را به تفکیک باسواد و سطح تحصیلات نشان می‌دهد. همانند بار مراجعه و سرپایی در عرصه بستری نیز بار مراجعه و بستری در بین افراد بی‌سواد بیش از افراد با سواد است که احتمالاً این امر نیز در نتیجه بالاتر بودن متوسط سن بیسوادان در قبال باسوادان است.

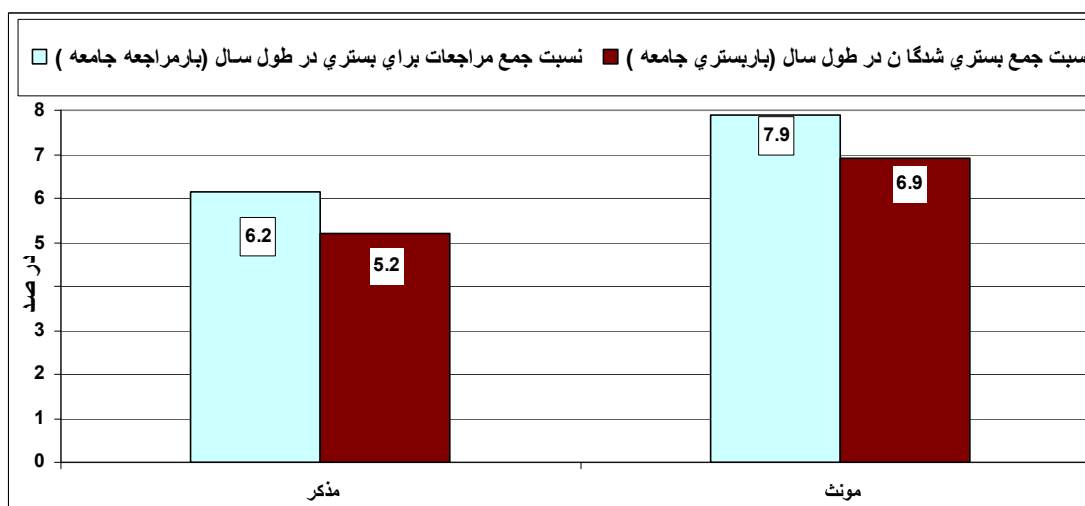
نمودار ۵۷ بار بستری و مراجعه در جمعیت ده سال و بالاتر را به تفکیک وضعیت‌های مختلف تاهل نشان می‌دهد. همانگونه که دیده می‌شود متوسط بار مراجعه و بستری افراد هرگز ازدواج نکرده از متاهلین کمتر است و برعکس در افراد دارای همسر این متوسط بیشتر است که این نیز همانند مراجعه سرپایی ناشی از پایینتر بودن متوسط سن افراد هرگز ازدواج نکرده است.

در نمودار ۵۸ توزیع بار مراجعه و بستری در جامعه ۱۵ سال و بالاتر را به تفکیک وضعیت اشتغال نشان می‌دهد. بار مراجعه افراد «دارای درآمد بدون کار» و «مستمری بگیرها» و «بازنشسته‌ها» احتمالاً به دلیل سن بالاتر بیشتر از سایر گروه‌های شغلی است، همین ترکیب در مراجعه سرپایی نیز دیده می‌شد.

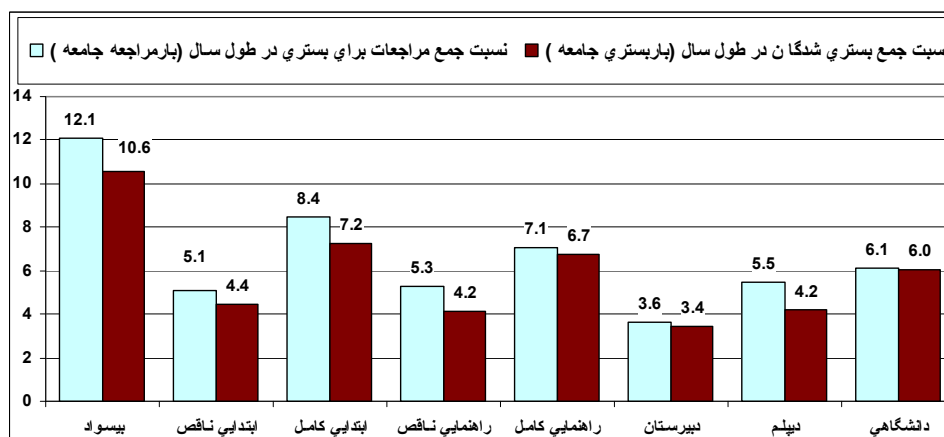
در نمودار ۵۹ توزیع بار مراجعه و بستری در جامعه را به تفکیک برخورداری از بیمه و انواع مختلف آن را نشان می‌دهد. در این نمودار نیز مثل بار مراجعه سرپایی بیشترین مراجعه مربوط به افراد تحت پوشش خدمات کمیته امداد امام (ره) است.

نمودار ۶۰ مقایسه ایست از متوسط بار مراجعه و بستری در بین دو گروه از افرادی که طی دوهفته اخیر احساس نیاز به خدمات بهداشتی درمانی سرپایی داشته‌اند و آنهایی که این نیاز را احساس نمی‌کرده‌اند. همانگونه که دیده می‌شود آنهایی که احساس نیاز به خدمات سرپایی داشته‌اند طی یکسال گذشته بار مراجعه خیلی بیشتری در مقایسه با افرادی که طی دوهفته اخیر این احساس نیاز را نداشته‌اند، دارند. در واقع پس از بستری شدن احساس نیاز به خدمات درمان سرپایی همچون پس لرزه‌های یک زلزله تا مدت‌ها ادامه دارد.

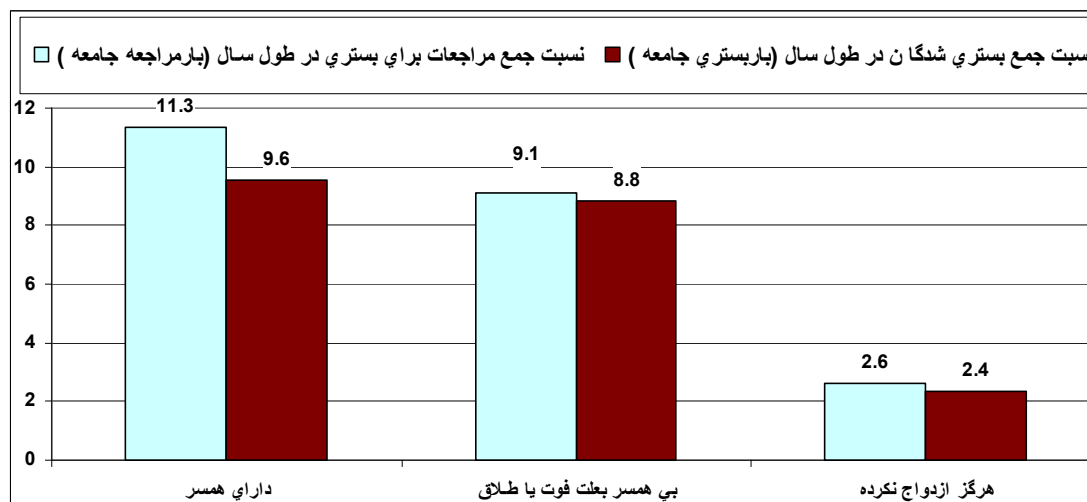
نمودار ۵۵ - نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک جنس - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



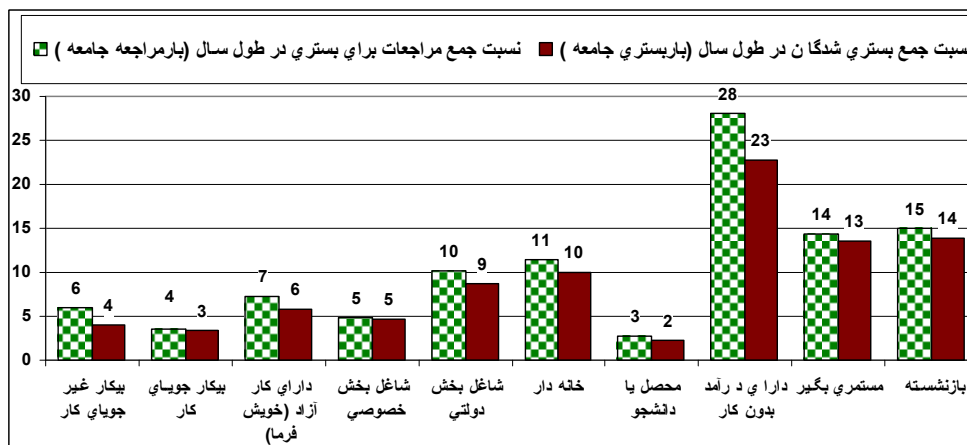
نمودار ۵۶ - نسبتی از جامعه شش سال و بیشتر که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک سواد و سطح تحصیلات - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



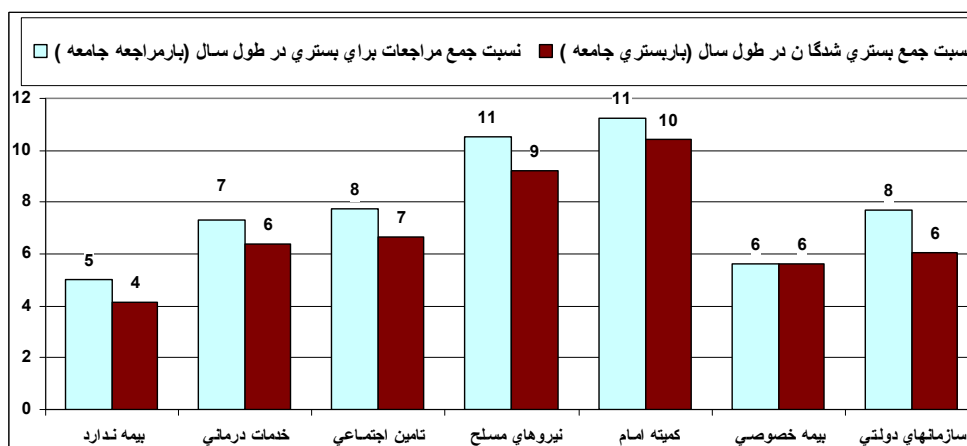
نمودار ۵۷ - نسبتی از جامعه ده سال و بیشتر که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت تاهل - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



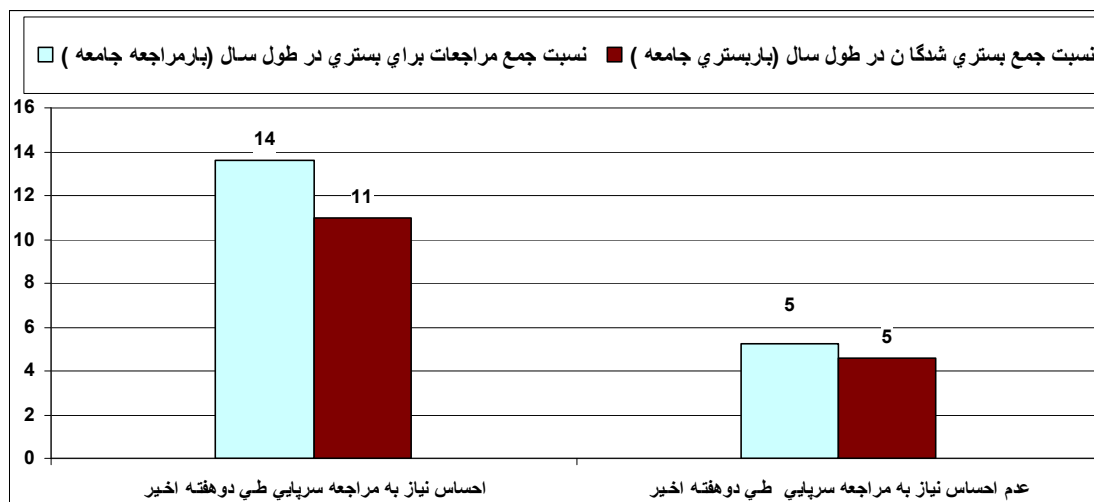
نمودار ۵۸ - نسبتی از جامعه پانزده سال و بیشتر که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت اشتغال - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۵۹ - نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت بیمه - مطالعه بهرهمندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۶۰- نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه گذشته برای دریافت خدمات درمان بستری حداقل یک بار مراجعه کرده‌اند و نسبتی که حداقل یکبار بستری شده‌اند؛ به تفکیک وضعیت نیاز به خدمات سرپایی طی دو هفته اخیر - مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



د- ۳: مقایسه بیمارستانهای مختلف در زمینه نسبت بستری شدگان

همانگونه که در بخش قبل دیده شد حدود ۸٪ از مراجعه کنندگان به دلایل مختلف در بیمارستانها بستری نمی‌شوند.

نمودار ۶۱ نشان می‌دهد که این نسبت برای مراجعه کنندگان بیمارستانهای وابسته سازمان تامین اجتماعی ۱۲٪، و در بیمارستانهای خصوصی این رقم تا حد ۵٪ کاهش می‌یابد.

نمودار ۶۲ ترکیبی است از دو نوع داده:

- داده‌های این مطالعه برای نسبت بستری شدن افراد نیازمند خدمات بستری در بیمارستانهای مختلف وابسته به بخشهای متفاوت، عبارت دیگر چند درصد از بستری شدگان در بیمارستانهای وابسته به بخشها و سازمانهای مختلف بستری می‌شوند.
- داده‌های برگرفته از آمارهایی (جاری منتشر شده) از درصد تخت فعال بیمارستانهای وابسته به بخشهای مختلف که در جدول شماره ۱ آمده است.

این نمودار نشان می‌دهد که:

- بخشهای مختلف مطابق امکانات موجود خود به جامعه خدمت ارائه می‌دهند؛ یعنی اینکه وزارت بهداشت ۶۹٪ تختهای کشور را به خود اختصاص داده است و ۶۵٪ بستری شدگان کشور نیز در بیمارستانهای وابسته به این سازمان بستری می‌شوند، یا تامین اجتماعی ۱۰٪ تختهای کشور را به خود اختصاص داده و در مقابل ۱۳٪ بستری شدگان را در سال گذشته داشته است.

- بهره‌مندی کمتر جامعه از امکانات بستری بیمارستانهای وزارت بهداشت و درمان و سازمان تامین اجتماعی کمتر از ۴٪ است
- بهره‌مندی افزونتر مردم از امکانات بستری بیمارستانهای بخش خصوصی نیز در همان حد ۴٪ است.

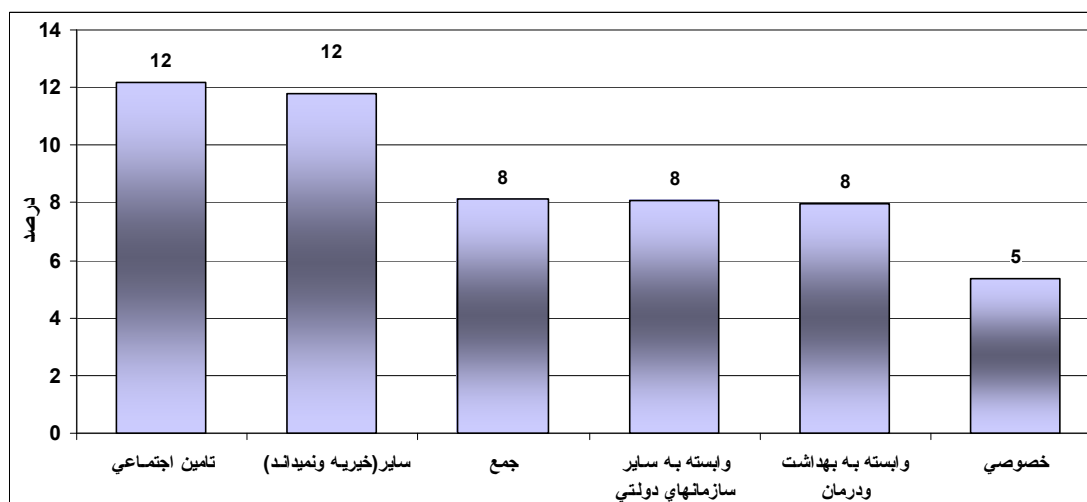
نتیجه اینکه:

- بار مراجعه بستری نیز همچون سرپایی از سن و جنس بیش از هرچیز دیگر پیروی می‌کند.

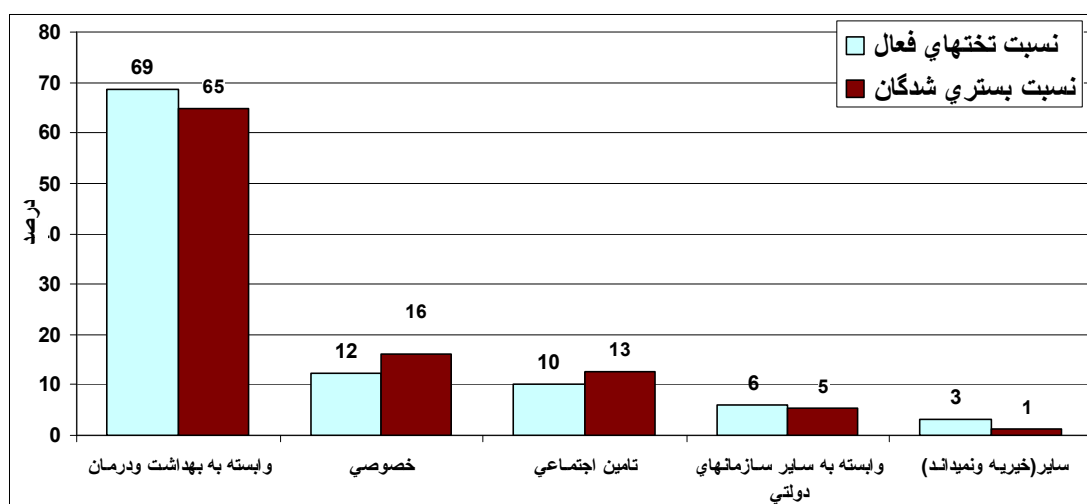
با افزایش میانه سن جامعه، نیازهای خدمات سرپایی و بستری افزون و افزونتر خواهد شد.

بخشهای مختلف خصوصی، دولتی، عمومی (تامین اجتماعی، خیریه و سایر سازمانهای دولتی) در حد توانمندیها و امکانات بالقوه خود مورد بهره‌مندی مردم قرار می‌گیرند و در این زمینه استفاده یا عدم استفاده خاص و جهت‌گیری ویژه‌ای در جامعه وجود ندارد.

نمودار ۶۱- نسبتی از جامعه که طی ۱۲ ماه پیش به بیمارستان یکبار و بیشتر مراجعه کرده بودند و بستری نشده‌اند؛ برحسب نوع بیمارستان مورد مراجعه - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۶۲- مقایسه در صد بستری شدگان در بیمارستانهای مختلف در سال ۱۳۸۱ براساس این مطالعه با درصد تختهای فعال بیمارستانی؛ در همان سال بر اساس آمار جاری - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



د- ۴- زمان انتظار برای بستری شدن:

یکی از عناوین مهم بهره‌مندی از نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی بخصوص در نظام عرصه خدمات بستری؛ زمان انتظار، برای دریافت خدمت بستری است.

جدول ۳۶ و نمودار ۶۳ زمان انتظار را برای انواع بیمارستانهایی که ممکنست مراجعه کننده بدان مراجعه نموده باشد را نشان می‌دهد.

متوسط زمان انتظار برای بستری شدن در سال ۱۳۸۱ در کشور، ۲/۷ روز بوده است. ۷۰٪ مراجعین در همان روز مراجعه بستری شده‌اند. به کمتر از ۵٪ مراجعین بیش از دو هفته منتظر نوبت برای بستری شدن بوده‌اند.

بیمارستانهای وابسته به دانشگاههای علوم پزشکی کمترین زمان انتظار (۲ روز) و بیمارستانهای خصوصی بیشترین زمان انتظار (۴ روز) را دارند. جدول ۳۷ و نمودار ۶۴ زمان انتظار به تفکیک سن را نشان می‌دهد.

تقریباً تمامی کودکان زیر یکسال که به بیمارستان مراجعه می‌کنند در همان روز اول در بیمارستان بستری می‌شوند. بیشترین زمان انتظار برای افراد ۵۰ سال و بالاتر است.

جدول ۳۸ نشان می‌دهد که عملاً زمان انتظار برای شهرنشینان، روستانشینان و حتی ساکنین روستاهای کم جمعیت، دور و عشایر هم فرقی ندارد.

جداول ۳۹ و ۴۰ توزیع زمان انتظار را برحسب جنس و نوع بیمه فرد مراجعه کننده برای بستری شدن را نشان می‌دهد.

جدول ۳۶ - طول مدتی که مراجعه کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است، به تفکیک نوع بیمارستانی که به آن مراجعه شده است: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند

۱۳۸۱

میانگین در نوبت بودن-روز	بیش از دو هفته در نوبت بوده است	در هفته دوم بعد از مراجعه	درشش روزباقی مانده ازاولین هفته مراجعه	همان روز مراجعه	زمان نوع بیمارستان
2.1	3.0	2.8	18.6	75.6	وابسته به بهداشت ودرمان
3.2	8.0	2.9	25.5	63.5	تامین اجتماعی
3.8	9.3	6.7	32.0	52.0	سایر
4.3	7.9	1.7	29.8	60.7	خصوصی
2.7	4.8	2.9	22.2	70.0	هرنوع بیمارستان

جدول ۳۷ - طول مدتی که مراجعه‌کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است، به

تفکیک سن : مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

سن	زمان	همان روز مراجعه	درشش روزباقی مانده ازاولین هفته مراجعه	درهفته دوم بعد از مراجعه	بیش از دو هفته در نوبت بوده است	میانگین در نوبت بودن روز
زیر یکسال	90.9	9.1	0.0	0.0	0.0	0.1
یک تا چهار سال	81.8	15.2	1.5	1.5	1.5	1.0
پنج تا ۱۴ سال	73.7	17.2	0.0	0.0	9.1	3.3
پانزده تا ۴۹ سال	70.5	22.1	2.8	2.8	4.7	2.5
پنجاه تا ۶۵ سال	59.9	28.9	5.9	5.9	5.3	3.6
شصت و پنج سال وبالاتر	66.7	24.8	3.6	3.6	4.8	3.6

جدول ۳۸ - طول مدتی که مراجعه‌کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است، به تفکیک

محل سکونت مراجعه کننده : مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

محل سکونت	زمان	همان روز مراجعه	درشش روزباقی مانده ازاولین هفته مراجعه	درهفته دوم بعد از مراجعه	بیش از دو هفته در نوبت بوده است	میانگین در نوبت بودن روز
شهری	69.6	22.0	2.9	2.9	5.4	3.0
ساکن روستای اصلی	72.1	21.8	2.1	2.1	3.9	2.3
ساکن روستای قمر؛ سیاری وعشایری	65.5	25.0	6.0	6.0	3.6	2.3

جدول ۳۹ - طول مدتی که مراجعه‌کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است، به تفکیک

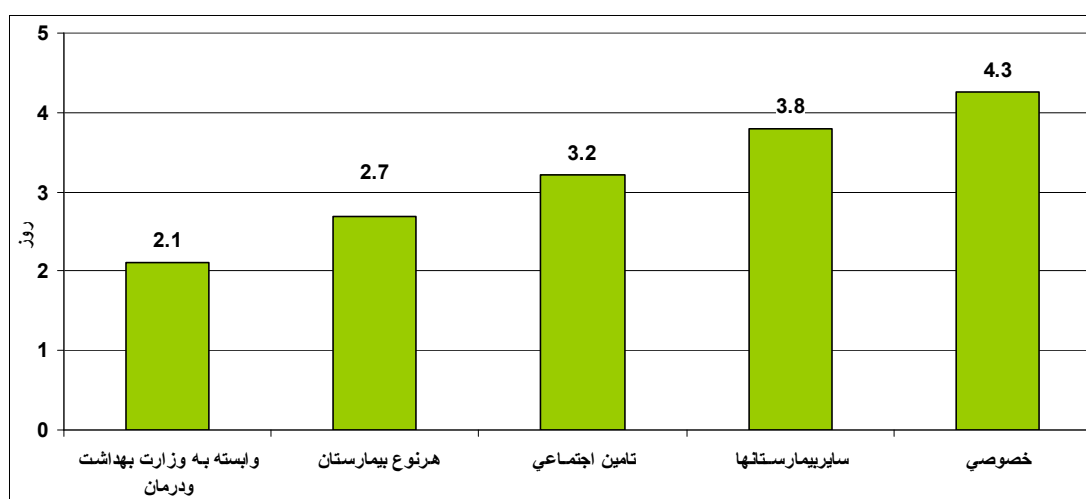
جنس: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

جنس	زمان	همان روز مراجعه	درشش روزباقی مانده ازاولین هفته مراجعه	درهفته دوم بعد از مراجعه	بیش از دو هفته در نوبت بوده است	میانگین در نوبت بودن-روز
مونث	71.9	20.7	2.8	2.8	4.7	2.5
مذکر	67.7	24.2	3.1	3.1	5.0	3.0

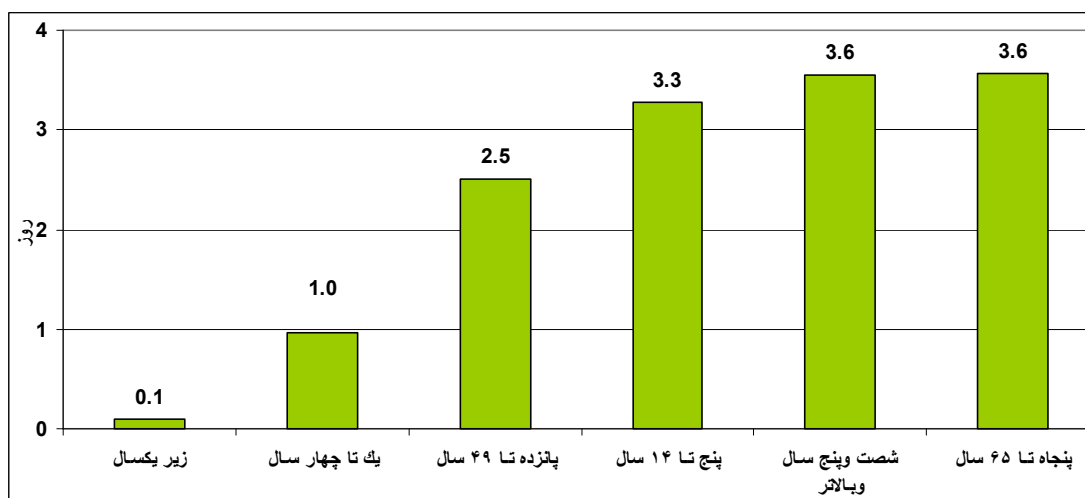
جدول ۴۰- طول مدتی که مراجعه‌کننده به بیمارستان در انتظار برای بستری شدن بوده است، به تفکیک نوع بیمه مراجعه‌کننده: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی-اسفند ۱۳۸۱

نوع بیمه	زمان	همان روز مراجعه	درشش روزباقی مانده ازاولین هفته مراجعه	درهفته دوم بعد از مراجعه	بیش از دو هفته در نوبت بوده است	میانگین در نوبت بودن-روز
کمیته امام	75.5	22.6	1.9	0.0	0.9	
بیمه خصوصی	55.6	44.4	0.0	0.0	1.9	
خدمات درمانی	71.8	21.2	2.8	4.2	2.5	
تامین اجتماعی	66.8	26.9	1.7	4.5	2.7	
بیمه ندارد	71.1	16.9	5.0	7.0	3.3	
نیروهای مسلح	72.7	20.0	1.8	5.5	3.6	
سازمانهای دولتی	58.8	23.5	5.9	11.8	4.1	

نمودار ۶۳- میانگین روزهایی که بیماران برای بستری شدن در بیمارستان؛ در نوبت قرار گرفته‌اند؛ بر حسب نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۶۴- میانگین روزهایی که به بیماران برای بستری شدن در بیمارستان در نوبت قرار گرفته‌اند؛ بر حسب سن مراجعه کننده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نتیجه اینکه:

در بحث بهره‌مندی از خدمات بستری؛ «زمان انتظار» یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده است. زمان انتظار در ایران، در سال ۱۳۸۱، کمتر از ۳ روز بوده است. در قضاوت روی بهره‌مندی از خدمات این نکته‌ای بسیار مهم است.

د - ۴ مکان برای بستری شدن:

یکی دیگر از عناوین مهم بهره‌مندی از نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی، دسترسی به خدمات بستری در شهر محل زندگی متقاضی است. البته نباید انتظار داشت که خدمات تخصصی پیچیده نیز در هر شهرستان قابل دسترسی باشد.

جداول ۴۱ تا ۴۵ نشان می‌دهد که:

- ۶۸٪ از بستری‌شدگان در همان شهر محل سکونت خود، ۲۶٪ در همان استان محل سکونت خود و ۶٪ از بستری‌شدگان در خارج از استان محل سکونت خود بستری شده‌اند. اینکه بیش از ۹۵٪ از بستری‌شدگان در همان استانی که در آن ساکن‌اند بستری می‌شوند، نشان‌دهنده گستردگی عادلانه نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی در کشور ماست.
- ۶۵٪ از بستری‌شدگان در بیمارستانهای خصوصی نیز در همان شهر خودشان در بخش خصوصی بستری شده‌اند. ۱۴٪ از این عده لازم است که برای بستری شدن در بخش خصوصی از استان خود خارج شوند
- تقریباً صد در صد کودکان زیر یکسال و کودکان ۱ تا ۵ سال در همان استان محل سکونت و حدود ۷۵٪ در همان شهرستان محل سکونت خود بستری شده‌اند.
- روستائیان کمتر از شهرنشینان در شهرستان محل سکونت خود بستری می‌شوند. حدود ۴۰٪ آنها به شهرستانهای دیگر غیر از شهرستان محل سکونت خود برای بستری شدن می‌روند
- بین محل بستری شدن زنان و مردان اختلافی نیست.
- در بین بستری‌شدگان آنهایی که از بیمه خصوصی برخوردارند بیشتر از دیگران در شهرستانهای خارج از استان محل سکونتشان بستری می‌شوند.

جدول ۴۱- بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است؛ در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک نوع بیمارستان بستری کننده: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی-اسفند ۱۳۸۱

مکان بستری شدن نوع بیمارستان	در همان شهر محل سکونت	در شهرداری در استان محل سکونت	در خارج استان محل سکونت
خصوصی	64.6	21.3	14.0
تامین اجتماعی	66.4	27.0	6.6
وابسته به بهداشت و درمان	70.1	26.2	3.7
سایر	65.3	29.3	5.3
جمع	68.4	25.8	5.8

جدول ۴۲ - بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است؛ در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک سن: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

محل سکونت	در همان شهر محل سکونت	در شهرداری در استان محل سکونت	در خارج استان محل سکونت
زیر یکسال	75.8	24.2	0.0
یک تا چهار سال	74.2	24.2	1.5
پنج تا ۱۴ سال	65.7	28.3	6.1
پانزده تا ۴۹ سال	69.0	24.5	6.6
پنجاه تا ۶۵ سال	66.4	24.3	9.2
شصت و پنج سال و بالاتر	66.1	30.9	3.0

جدول ۴۳ - بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است؛ در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک محل سکونت بستری شده: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

محل سکونت	در همان شهر استان محل سکونت	در شهرستان دیگری در استان محل سکونت	در خارج استان محل سکونت
شهری	78.4	15.6	6.0
اصلی	52.1	42.4	5.5
قمرسیاری و عشایری	51.2	42.9	6.0

جدول ۴۴ - بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است؛ در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک جنس بستری شده: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

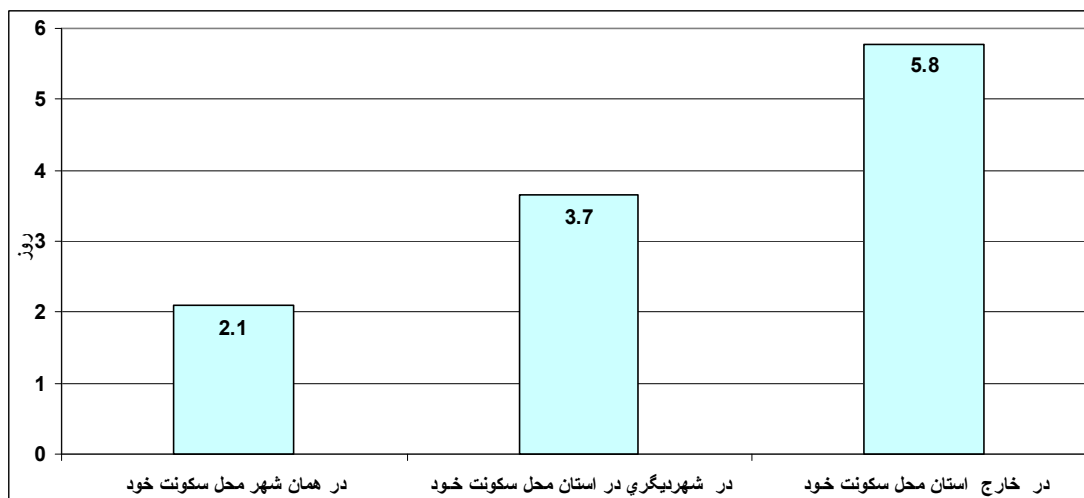
جنس	در همان شهر محل سکونت	در شهرداری در استان محل سکونت	در خارج استان محل سکونت
مذکر	65.6	27.5	6.9
مونث	70.6	24.4	5.0

جدول ۴۵ - بیمارستانی که فرد در آن بستری شده است؛ در مقایسه با محل سکونت وی، به تفکیک نوع بیمه فرد بستری شده: مطالعه بهره مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

محل سکونت	در همان شهر محل سکونت	در شهرداری در استان محل سکونت	در خارج استان محل سکونت
نوع بیمه فرد بستری شده			
بیمه ندارد	71.6	22.9	5.5
خدمات درمانی	62.1	31.7	6.1
تامین اجتماعی	75.2	19.6	5.2
نیروهای مسلح	74.5	20.0	5.5
کمیته امام	69.8	24.5	5.7
بیمه خصوصی	55.6	22.2	22.2
سازمانهای دولتی	67.6	26.5	5.9

نمودار ۶۵ نشان می‌دهد که میانگین زمان انتظار برای بستری شدن در بیمارستان همان شهرستان محل سکونت که معمولاً خدمات عمومی (جراحی، داخلی، زنان و کودکان) را ارائه می‌کند ۲/۱ روز است. اگر بخواهند در بیمارستانی در همان استان ولی در شهر دیگر که معمولاً شهر مرکز استان است و خدمات تخصصی‌تر را ارائه بدهند، حدود ۴ روز است و اگر بخواهند در بیمارستانی در استان دیگر که معمولاً استانهای بزرگ یا تهران است بستری شوند این میانگین تا ۶ روز افزایش می‌یابد.

نمودار ۶۵ - میانگین روزهایی که برای بستری شدن در بیمارستان در نوبت قرار می‌گیرند؛ برحسب محل بیمارستانی که در آن بستری شده‌اند - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



د- ۶: انواع خدمات ارائه شده در یک بار بستری و موارد انتقال:

بیمارستانهای تخصصی چه در بخش دولتی و چه در بخش خصوصی عموماً در شهرستانهای مراکز استانها مستقر شده‌اند.

در شهرستانهای غیر از مراکز استان بطور معمول بیمارستانهای عمومی مستقراند. بیمارستان عمومی عبارتست از: بیمارستانی که حداقل بخشهای داخلی، جراحی، زنان، کودکان و بخشهای تشخیصی مثل پرتونگاری و آزمایشگاه را داشته باشد. قاعدتاً این شش بخش در یک ساختمان مستقراند ولی در برخی از موارد بیمارستان عمومی شهرستان در دو یا سه ساختمان جداگانه در مناطق مختلف شهر پراکنده می‌شوند و تبدیل به بیمارستانهای داخلی، جراحی، زنان (زایشگاه) یا کودکان می‌شوند و در اینگونه موارد این بیمارستانها به سمت تخصصی شدن هم پیش می‌روند. بیمارستانهای تخصصی و خصوصی به ندرت در شهرستانهای غیر از مرکز استان وجود دارد. البته بیمارستانهای تخصصی نیز در اغلب موارد بخشهای عمومی خود را حفظ کرده‌اند. در نتیجه:

- حد و مرز بیمارستانهای عمومی و تخصصی اغلب مخدوش است
- در بیمارستانهای عمومی در اغلب موارد امکانات متنوع تخصصی هم ممکنست وجود داشته باشد
- بیمارستانهای تخصصی و فوق تخصصی در مراکز استانهای بزرگ استقرار قدیمی‌تر دارند. بر پایه همین دلایل در بیمارستانهای عمومی، شیوع خدمات ارائه شده بیشتر از خدمات کلیشه‌ای و پیش‌بینی شده برای بیمارستانهای مذکور است.
- ستون دوم از جدول شماره ۴۶، توزیع بستری‌شدگان سال مورد مطالعه را در بخشهای مختلف نشان می‌دهد، بخشهای داخلی، جراحی، زنان و زایمان بیشترین پذیرنده بیماران بوده است. متوسط طول مدت بستری بطور کل و در بخشهای مختلف در ستون سوم از جدول مذکور آمده است، بخش ICU و سپس بخش CCU و بخش داخلی بیشترین طول مدت بستری را بخود اختصاص داده‌اند.
- همانگونه که در ستون چهارم از جدول مذکور نشان داده شده است، هر بستری شده بطور متوسط از مجموعه شش خدمت:

- درمان طبی
- درمان جراحی
- اقدام تشخیصی
- اقدام توانبخشی
- زایمان طبیعی
- سزارین

افراد بستری شده، بطور متوسط ۲/۶ خدمت را دریافت کرده‌اند. تنوع خدمات دریافت شده بیش از همه در بخشهای زنان و زایمان، بخش چشم، گوش و حلق و بینی و جراحی دیده می‌شود.

به دلیل گرایش بیمارستانهای عمومی به سمت ارائه خدمات تخصصی و گرایش بیمارستانهای تخصصی به سمت ارائه خدمات فوق تخصصی، انتقال بین بیمارستانهای مختلف بسیار کم است. همانگونه که جدول ۴۷ نشان می‌دهد بیش از ۹۵٪ از بیماران بستری شده‌ای که زنده از بیمارستان ترخیص شده‌اند تا زمان ترخیص در همان بیمارستانی که بستری شده بودند اقامت داشته‌اند و کمتر از ۵٪ بیماران از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر منتقل شده‌اند.

- ۱/۶٪ از آنها به یک بیمارستان دیگر در همان شهرستان
- ۲/۶٪ به یک بیمارستان در شهرستان دیگر (معمولاً شهرستان مرکز استان)
- ۰/۵٪ از آنها به یک بیمارستان در استان دیگر منتقل شده‌اند.

همانگونه که جدول مذکور نشان می‌دهد مهمترین دلایل انتقال این نسبت پنج درصدی - نیاز به امکانات و تخصص بیشتر و بهتر ۹۴٪ - توصیه پزشک ۴۰٪ - درخواست خود فرد ۱۵٪ - بوده است. چون انتقال فقط یک دلیل ندارد مجموعه نسبتهای مذکور از ۱۰۰٪ بیشتر است.

جدول ۴۶ - انواع بخشهایی که افراد موجود در نمونه طی سال گذشته در آن بستری شده‌اند و تنوع خدمات دریافت شده در بخشهای مذکور: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

تعداد خدمت دریافت شده در طول دوران بستری و انواع هریک از آنها				متوسط طول مدت بستری (۳)	درصدی از بیماران که در هریک از بخشها بستری شده‌اند (۲)	انواع بخشهایی که افراد موجود در نمونه طی سال گذشته در آنها بستری شده‌اند
تعداد کل (۴)	تعداد خدمت درمانی یا جراحی (۵)	تعداد خدمت تشخیصی (۶)	سایر خدمات دریافت شده مثل خدمات توانبخشی (۷)			
2.0	1.1	0.7	0.3	5.9	36.0	بخش داخلی مردان و زنان
3.2	1.4	0.7	1.1	4.9	29.9	بخش جراحی مردان و زنان
4.7	0.6	0.3	3.8	2.3	16.3	بخش زنان و زایمان
2.0	1.0	0.8	0.2	4.4	7.5	بخش اطفال
2.1	0.9	0.8	0.4	6.1	5.0	بخش CCU و قلب
3.5	1.6	0.6	1.4	2.3	3.3	بخش چشم
3.3	1.5	0.5	1.3	2.8	1.2	بخش گوش و حلق و بینی
2.5	1.3	0.8	0.4	6.6	0.8	بخش ICU
2.6	1.1	0.6	0.9	4.7	100	جمع

جدول ۴۷ - درصدی از بیماران بستری شده که به بیمارستانهای دیگر منتقل می‌شوند و دلایل انتقال

آنها: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

مشکلات مالی	مشکلات بیمه ای	درخواست خود فرد	توصیه پزشک	نیاز تخصصی	نیاز امکاناتی	دلایل انتقال	درصدی از بیماران که از شروع بستری تا ترخیص در همان بیمارستان بوده اند
						دلیل انتقال	95.3
						درنسبتی از بیماران که منتقل شده‌اند	1.6
						منتقل شده‌اند	2.6
						درصدی که به بیمارستانی در شهر دیگر منتقل شده اند	0.5
1.9	3.8	15.4	40.4	44.2	50.0		

د-۷: هزینه صرف شده برای هر بار بستری در بیمارستان:

هزینه خدمات بستری یک هزینه پیچیده، مبهم، غیرقابل پیش‌بینی و در عین حال حیاتی برای زندگی بشر است.

- هزینه خدمات بستری، معمولاً از نظر زمان و مقدار غیرقابل پیش‌بینی است. برخی از افراد جامعه ممکنست تا پایان عمر به پرداخت چنین هزینه‌ای نیاز پیدا نکنند. آنهایی که نیاز به آن پیدا می‌کنند، در اغلب موارد پس از پرداخت هزینه‌های آن، سرمایه انسانی خود، یعنی سلامتی را افزونتر نمی‌کنند و آن را در بهترین شکل فقط بازیابی می‌کنند، با این تفاوت که زیانهای جنبی آن مثل زمان از دست رفته برای کار و زندگی را نمی‌توانند جبران نمایند.

- مقدار هزینه خدمات بستری، همواره برای گیرنده خدمت یک مقدار مبهم است، چرا که برای انتخاب نوع خدمت (بسته به بهای آن) اختیار، اطلاع و آگاهی ندارد. نمی‌تواند در مورد نوع خدمت مورد نیاز خود و در نتیجه برای بهایی که باید بپردازد داوری نماید و در نتیجه احساس «غبین» به ازای آنچه که پرداخته است، در اغلب موارد برای گیرنده خدمت وجود دارد.

تعیین جایگزین برای کالای مورد خریداری او (نوع دیگری از خدمت) برای وی امکان‌پذیر نیست. پس با معیارهای بازار به آن نمی‌توان پرداخت. از آنچه که وی نیاز دارد فقط فروشنده خدمت مطلع است، برای فروشنده نیز در اغلب موارد قرارداد تمامی حقایق و گزینه‌های مختلف و ... در برابر خریدار امکان‌ناپذیر است.

- برای تک تک مردم، برآورد هزینه مورد نیاز در آینده، پس‌انداز یا سرمایه‌گذاری برای آنها امکان‌پذیر نیست و اغلب در زمانی به این هزینه‌ها نیاز پیدا می‌شود که توانایی جسمی و ذهنی و امکان تامین آن در فرآیندهای فعالیت فردی امکان‌پذیر نمی‌شود. حتی با انجام هزینه مذکور فقط سلامتی گذشته در بهترین شکلش بازیابی می‌گردد و ارتقاء سلامت کمتر عینیت می‌یابد.

- هزینه خدمات درمان بستری همیشه یک هزینه حیاتی است، اگر همین روز و ساعت تامین و پرداخت نگردد، زیان دیرکرد آن جبران‌ناپذیر است. البته در همین روز و ساعت کمتر کسی است که با درآمدهای خود این حجم زیاد هزینه را بتواند بپردازد. برای بسیاری از خانواده‌ها این هزینه‌ها چون سیلی عظیم جریان می‌یابد، در صورت تعلق امواج بزرگ این سیل کانون خانواده و حیات افراد را ویران می‌کند.
- پیچیدگی‌های هزینه‌های مذکور از این جهت نیز هست که اجزاء آن، برای پرداخت کننده مبهم، شروع و خاتمه آن غیرقابل پیش‌بینی و برآورد، همچنین کاملاً بی‌ارتباط به توانایی سرمایه‌ای پرداخت کننده است. فقرا، سالمندان، کودکان و زنان نیاز بیشتر، لزوم و فوریت فزونتر و توانایی کمتر برای پرداخت آن را دارند.

نتیجه اینکه: کابوس هر انسانی آوار شدن این نیاز، بر خود و خانواده‌اش می‌تواند باشد. کابوسی که فقط مصیبت‌دیدگان، شدت و قدرت فاجعه بار آن را احساس می‌کنند. پیشرفت فناوری و دانش پزشکی نیز به بیدار کردن نیازهای خفته بشری و گرانتر شدن روزافزون پاسخگویی به این نیاز منجر شده است.

مهمترین هدف نهادهای اجتماعی که برای «آسایش» افراد شکل گرفته است، تامین بموقع پاسخگویی به این نیاز بوده است. پاسخگویی به این نیاز یکی از شعارهای همیشگی جنبشهای اجتماعی، فارغ از هر جهان‌بینی، بوده است.

سازمانهای بیمه‌گر (چه از نوع صندوقهای بیمه دولتی، کارفرمایان، خصوصی و گروهی) یکی از نمودهای عینی، شکل سازمانی و ساختار حساب شده، برای این پاسخگویی است. نهضتهایی مثل دولت رفاه، مردم‌گرایی، تامین اجتماعی و ... همگی درون مایه پاسخگویی به این نیاز را در خود دارند. قاعدتاً تحمیل هزینه‌های این نیاز به مردم از طرف نهادهای اجتماعی، مثل دولتها، تاحدی که تاثیر مشکل‌ساز، غیرقابل جبران، مصیبت بار و ویران‌گر نداشته باشد، قابل پذیرش است. با توسعه اجتماعی نه تنها نیازها افزونتر، بلکه آستانه پذیرش تاثیرات مخرب ناشی از مشکلات وارد آمده به فرد و خانواده نیز پایینتر و پایینتر قرار می‌گیرد.

برهمن اساس پاسخگویی به این نیاز همیشه مهمترین معضل سازمانهای دولتی خواهد بود که مسئولیت تامین و ارتقاء سلامت جامعه را بعهده دارند.

پاسخگویی به مشکلات درمان بستری با وجود اینکه در مقایسه با درمان سرپایی و پیشگیری از ابتلا به بیماریها فراوانی کمتری دارد، عمده فضای ذهنی و عینی سازمانهای مزبور را اشغال می‌کند، به‌گونه‌ای که در برخی از کشورها این وظایف را به دو سازمان جداگانه و مستقل از هم می‌دهند، با این امید واهی که مشکلات این یک مانع پرداختن به آن دیگری نگردد. در بسیاری از کشورها تمامی اهتمام سازمانهای اجتماعی بیمه‌گر فقط به خدمات درمانی، بخصوص درمان بستری معطوف می‌گردد و خدمات پیشگیری به دیگر سازمانها واگذار می‌گردد. از آنجایی که هزینه خدمات سرپایی بتدریج و بصورت پراکنده در سرتاسر زندگی پرداخت می‌گردد و گرچه سرجمع آن از هزینه خدمات

بستری یک فرد بیشتر است، ولی قابلیت تحمل آن به دلیل ویژگیهای مخصوص از هزینه خدمات بستری بیشتر است.

در کشور ما به دلیل اینکه بخش عمده‌ای از هزینه‌های بستری در شکل‌های مختلف توسط دولت پرداخت می‌شود به دست دادن یک برآورد برای هزینه هربار بستری به تفکیک آنچه که دولت می‌پردازد و آنچه خانوار می‌پردازد کار مشکلی است. آمیختگی و در عین حال مخدوش بودن مرز پرداختهای دولتی و خصوصی نیز به محدودیت اعتبار این برآوردها کمک می‌کند.

هزینه یک مورد بستری به نوع بیمه بستری شده، به نوع بیمارستانی که فرد در آن بستری شده، به نوع خدمتی که دریافت شده، به سطح تخصص ارائه‌دهنده خدمت و ... بستگی دارد.

هزینه‌های بستری از دو منبع تامین می‌گردد:

الف - منابع عمومی

ب- منابع خصوصی

الف: منابع عمومی:

- در ایران بطور عمده پرداختهای مستقیم دولت برای هزینه‌های درمان بستری عبارتند از:

- هزینه‌های دولت برای تجهیز، راه‌اندازی و پایداری تداوم ارائه خدمت در بیمارستانهای دولتی
- تامین هزینه برای خدمات اورژانس
- تامین هزینه برای ارائه خدمت به اقشار آسیب‌پذیر و غیره
- کمک به بیمارستانهای دولتی برای تعمیرات، خرید تجهیزات جدید و ...
- پرداخت هزینه‌ها از طریق سازمانهای بیمه‌گذار: سرمایه صندوقهای مذکور از طریق دریافت حق بیمه از بیمه شونده (سهم مستخدم و سهم کارفرما) و از طریق کمکهای دولتی، بصورت موسمی یا در قالب ردیفهای پایدار بودجه خواهد بود. سازمانهای مذکور بسته به نوع بیمارستان (بیمارستان طرف قرارداد یا ملکی آن سازمان) بسته به نوع خدمات دریافت شده (زیر پوشش بیمه یا خارج از آن) و... هزینه‌های بستری شده را می‌پردازد. گرچه کمیته امداد امام یک سازمان خیریه است ولی همین گونه عمل می‌کند. یعنی با برخی از بیمارستانها طرف قرارداد می‌شود و هزینه برخی از خدمات را برای افراد تحت پوشش خود می‌پردازد.
- برخی از سازمانهای دولتی مثل شرکت نفت، نیروهای مسلح، بنیاد شهید و ... برای پرسنل و خانواده‌های تحت پوشش خود بیمارستانهای خاص خود را دارند. در این گونه بیمارستانها تقریباً تمامی هزینه‌های بستری پرداخت می‌شود ولی حتی در این سازمانها نیز همواره برخی از جزئیات وجود دارد که زیر پوشش سازمان مذکور قرار نمی‌گیرد.

ب: منابع شخصی بستری شدگان:

این منابع تنها یک منبع است و آنهم «جیب» بستری شدگان و دارایی‌های موجودی اعضاء خانواده وی است. این افراد در صورتی که زیر پوشش بیمه باشند همواره بخشی از درآمد خود را در قالب حق بیمه فردی، پرداخت سهم بیمه از طرف کارفرما، کمک بلاعوض دولت به صندوق مذکور و ... می‌پردازند. علاوه بر این درصدی از هزینه‌های بستری خود مثل:

- فرانشیز

- هزینه داروها، خدمات، ابزار و وسایلی که بیمه‌گذار آنها را نمی‌پذیرد

- هزینه رفت و آمد، اقامت در نزدیکی بیمارستان، اقامت همراه در بیمارستان، شیرینی و
احیاناً پول زیرمیزی برای دریافت خدمات بهتر و کاملتر

....

را می‌پردازد. اگر فرد بستری شده بیمه نباشد یا بیمارستانی که در آن فرد بستری شده طرف قرارداد با بیمه نباشد کلیه هزینه‌ها را علاوه بر هزینه‌های فوق‌الذکر نیز باید بپردازد.

مشکلات و محدودیتهای موجود در بررسی هزینه‌های خدمات بستری در این مطالعه:

- از آنجایی که از فرد بستری شده وقایع یکسال پیش مورد پرسش قرار می‌گیرد، گرچه پرسش انجام شده درباره هزینه‌های بستری شدن وی در بیمارستان، بعنوان یک واقعه مهم در زندگی وی است، ولی فراموشی، اریب رفتن حافظه و ... در این زمینه قابل توجه است.

- هزینه‌های بسیاری از افراد بستری شده را پدر، شوهر، برادر و ... پرداخت می‌نمایند، در نتیجه جزئیات ریز و دقیق هزینه را فرد مورد پرسش نمی‌داند و اگر آن را اعلام کند در واقع سرجمع غیر دقیق آن را بیان کرده است.

- پاسخگویان پرسشهای مزبور، پرسشگران را، در برخی از موارد آدمهای دولت می‌دانند و در نتیجه جانب احتیاط یا افراط را در پاسخگویی رعایت می‌کنند

- هزینه‌های اعلام شده، اغلب آمیخته با هزینه‌های دیگر نیز می‌باشد که تفکیک ذهنی آنها امکان‌پذیر نیست.

- اجزای هزینه‌ای مذکور در بسیاری از موارد قابل تفکیک نیست و به هزینه‌های تفکیک شده نیز باید اعتباری با توجه به این مفهوم داد.

...

...

در بخش F1 پرسشنامه سوال ۷ با جزئیات ۱-۷ تا ۵-۷ به مبحث هزینه‌های درمان بستری پرداخته است. برای هر یک از پرسشهای در این زمینه چهارگزینه منظور شده است؛ «رایگان بودن خدمت»، «امتناع از پاسخ مذکور»، «فراموش کردن یا ندانستن پاسخ» و در پایان در صورتی که پاسخ مشمول هیچ یک از گزینه‌های مذکور نشود هزینه را به تومان ذکر نموده تا ثبت شود. علت

برگزیدن واحد به تومان نیز اینست که عامه مردم، حساب پول خود را به تومان جمع می‌بندند و نه به ریال.

یادآوری: از ۱۶۹۳۵ فرد مور پرسش، ۱۱۲۰ نفر، خود را طی سال گذشته نیازمند بستری شدن می‌دانسته‌اند که ۹۶۲ نفر تصمیم به مراجعه می‌گیرند و ۱۱۸۸ بار برای بستری شدن مراجعه می‌کنند، ۱۰۹۵ بار از مراجعه‌ها، به بستری شدن منجر می‌گردد. در نتیجه ۱۰۹۵ بار بستری از بابت هزینه‌ها مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

هریک از اقلام هزینه‌ای (اقلام پنج گانه) جداگانه بررسی شده‌اند. در جریان تجزیه و تحلیل:

- مواردی که آن قلم هزینه‌ای را پاسخ نداده بودند (گزینه نمی‌دانم یا گزینه امتناع)، فقط همان قلم هزینه‌ای از تجزیه و تحلیل خارج شده‌اند.

- مواردی که آن قلم هزینه‌ای را «رایگان» اعلام کرده بودند، هزینه منظور شده برای آن قلم هزینه «صفر» در نظر گرفته شد و در محاسبات هم «صفر تومان» منظور گردید

- در بقیه مواردی که مبلغی را اعلام کرده بودند همان مبلغ در محاسبات منظور شد.

به این ترتیب بطور مثال از ۱۰۹۵ مورد بستری ۹۶۱ مورد برای مجموعه هزینه‌های بستری خود پاسخ مشخصی را ارائه نمودند، یعنی یا مبلغ آن را بیان کرده بودند و یا آن را رایگان (صفر تومان) اعلام کرده بودند.

جدول ۴۸ و نمودار ۶۶ متوسط هزینه‌ای که مستقیماً فرد بستری شده برای یک بار بستری شدن در بیمارستان می‌پردازد را نشان می‌دهد. در ستون شماره ۳، ۵، ۷ تعداد بار بستری که پاسخ مشخصی برای هزینه‌های مستقیم خود داشته‌اند را نشان می‌دهد. در واقع این سه ستون نشان می‌دهد که هزینه‌های برآورد شده در ستون ۲، ۴ و ۶ در نتیجه بررسی چند مورد بستری به دست آمده است.

سطر آخر از ستون ۶ نشان می‌دهد که یک بار بستری در هریک از بیمارستانها برای ۹۶۱ بار بستری، بطور متوسط ۱۸۱۴۰۸ تومان هزینه مستقیم دربردارد، گرانترین هزینه مربوط به بیمارستانهای خصوصی و ارزانترین هزینه‌ها مربوط به بیمارستانهای سازمان تامین اجتماعی است. حدود ۱۲٪ از این پول مستقیماً به پزشک پرداخت شده است و ۵۲٪ هزینه‌ها مستقیماً به بیمارستان پرداخته شده و بقیه؛ یعنی ۳۶٪؛ هزینه‌های مستقیمی است که برای دارو، لوازم پزشکی و خدمات تشخیصی و مشاوره‌ای که در خارج از بیمارستان برای مورد بستری مثل، پرتونگاریهای خاص، اکوکاردیوگرافی، انجام مشاوره‌هایی از این نوع و ... انجام شده است.

ستون ۸ نشان می‌دهد که این هزینه برای چند روز بستری صورت گرفته است.

نکته مهم اینکه؛ باید در نظر داشت که این مقادیر هزینه بستری شدگانی است که زنده و با سلامت نسبی از بیمارستان مرخص شده‌اند؛ به گونه‌ای که طی یکسال بعد از بستری توانایی پاسخگویی به پرسشگر را داشته‌اند. مسلماً بیماران روانی که همچنان گرفتاری روانی دارند در بین این عده نیستند. بیمارانی نیز که طی یکسال پیش از پرسشگری در بیمارستان بستری شده‌اند و تا زمان

پرسش مرخص نشده‌اند یا از بیمارستان به آسایشگاه منتقل شده‌اند و یا به هر شکل در خانواده زندگی نمی‌کنند در این مجموعه قرار ندارند.

مجموعه فرآیندها و اقدامات درمانی انجام شده برای هر بیماری و هر بیمار متفاوت است و نمی‌توان مجموعه هزینه را به تفکیک نوع فرآیند و اقدام درمانی محاسبه نمود. تنها موردی که در این مطالعه بطور مشخص قابل تعیین بود (سوال ۴ در بخش F1 پرسشنامه) بستری شدن برای زایمان طبیعی و سزارین بود. بهمین دلیل آن عده از بستری‌شدگان که برای این دو اقدام بستری شده‌اند و هزینه‌های خود را بطور مشخص ارائه نموده‌اند در جدول ۴۹ به تفکیک نوع بیمارستان آمده است. همانگونه که دیده می‌شود یک سزارین بطور متوسط ۱۲۰ هزار تومان و یک زایمان ۸۱ هزار تومان هزینه مستقیم دارد.

جدول ۵۰، ۵۱ و ۵۲ متوسط هزینه به ازای یک بار بستری را به تفکیک جنس، محل سکونت، سن و بیمه‌ای که فرد در پوشش آن قرار دارد را نشان می‌دهد. نمودار ۶۷؛ نسبت هریک از اجرای هزینه مذکور را به تفکیک سن نشان می‌دهد. نکته قابل توجه اینکه بخصوص در جدول ۵۲ به مواردی از برآوردها که با نمونه کم، برآورد هزینه صورت گرفته است، مثل افراد تحت پوشش خدمات درمانی «سازمانهای دولتی»، «بیمه خصوصی» و ... با اعتبار کمتری، باید مورد توجه قرار گیرد.

جدول ۴۸ - متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری‌شدگان در طول سال قبل به تفکیک نوع بیمارستان: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

متوسط طول مدت بستری در بیمارستان (۸)	متوسط مجموع پولی که خرج بستری شدن کردند		متوسط پولی که مستقیماً به پزشک پرداخته‌اند		متوسط پولی که به بیمارستان پرداخته‌اند		هزینه به تومان نوع بیمارستان
	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۶)	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۴)	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۲)	
4.2	159	644143	84	84010	138	387699	خصوصی
3.9	66	113574	38	9250	58	35383	سایر (خیریه یا سایر سازمانها)
4.9	624	88937	351	11128	513	36863	وابسته به وزارت بهداشت و درمان
4.5	112	79656	83	5880	110	25975	تامین اجتماعی
4.7	961	181408	556	21227	819	94411	متوسط برای هر بیمارستانی

جدول ۴۹ - متوسط مخارج بستری شدن در بیمارستان برای زایمان و یا سزارین در طول سال قبل به تفکیک نوع بیمارستان: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

نوع بیمارستان		بابت بستری شدن برای زایمان طبیعی		بابت بستری شدن برای انجام سزارین	
تعدادی که پاسخ مشخص داده اند	متوسط مجموع پولی که خرج بستری شدن کردند	تعدادی که پاسخ مشخص داده اند	متوسط مجموع پولی که خرج بستری شدن کردند	تعدادی که پاسخ مشخص داده اند	متوسط مجموع پولی که خرج بستری شدن کردند
خصوصی	6	307315	20	498767	
سایر(خیریه یا سایر سازمانها)	5	19580	11	60182	
وابسته به بهداشت و درمان	47	45000	36	53972	
تامین اجتماعی	9	27222	8	37250	
هر بیمارستانی	67	81351	75	120657	

جدول ۵۰ - متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک جنس و محل سکونت فرد بستری شده: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

متوسط طول مدت بستری در بیمارستان (۸)	متوسط مجموع پولی که خرج بستری شدن کردند		متوسط پولی که مستقیماً به پزشک پرداخته اند		متوسط پولی که به بیمارستان پرداخته اند		نوع هزینه جنس و سکونت
	تعدادی که پاسخ مشخص داده اند	مبلغ به تومان (۶)	تعدادی که پاسخ مشخص داده اند	مبلغ به تومان (۴)	تعدادی که پاسخ مشخص داده اند	مبلغ به تومان (۲)	
5.8	426	218609	242	16669	357	109496	مذکر (بدون توجه به محل سکونت)
3.9	535	151785	314	24741	462	82755	مونث (بدون توجه به محل سکونت)
4.8	601	213747	351	20752	515	118769	شهری
4.6	288	122349	164	21476	242	51811	روستای اصلی
4.6	72	147701	41	24305	62	58363	روستای قمر؛ سیاری و عشایری

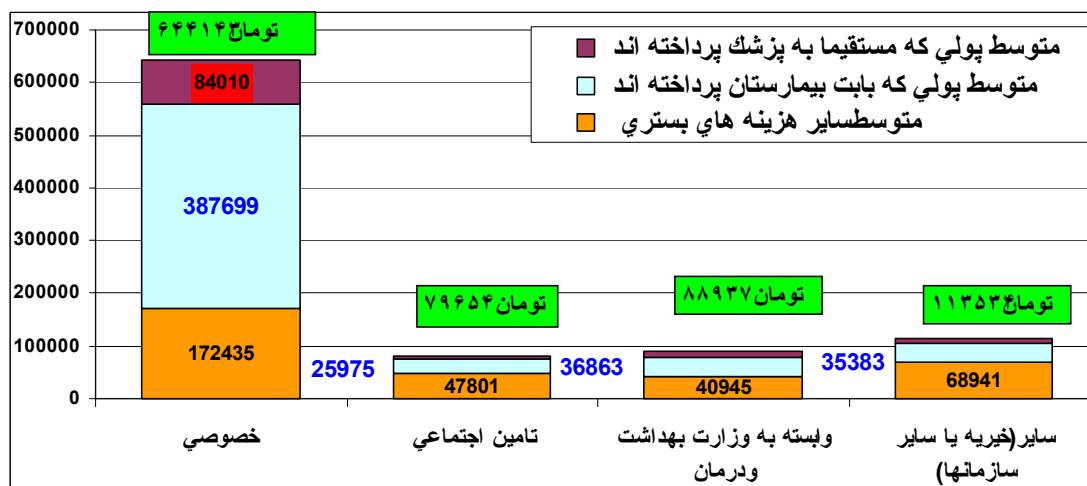
جدول ۵۱ - متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک سن فرد بستری شده: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

متوسط طول مدت بستری در بیمارستان (۸)	متوسط مجموع پولی که خرج بستری شدن کردند		متوسط پولی که مستقیماً به پزشک پرداخته‌اند		متوسط پولی که به بیمارستان پرداخته‌اند		نوع هزینه سن
	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۶)	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۴)	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۲)	
5.1	31	195587	23	2187	28	97857	زیر یکسال
3.7	59	60785	36	7225	48	27238	یک تا چهار سال
5.3	88	150281	52	13497	72	52900	پنج تا ۱۴ سال
4.1	517	181308	307	23496	445	94067	پانزده تا ۴۹ سال
5.3	136	153138	67	5171	117	79783	پنجاه تا ۶۵ سال
6.1	130	283812	71	45497	109	167635	شصت و پنج سال و بالاتر

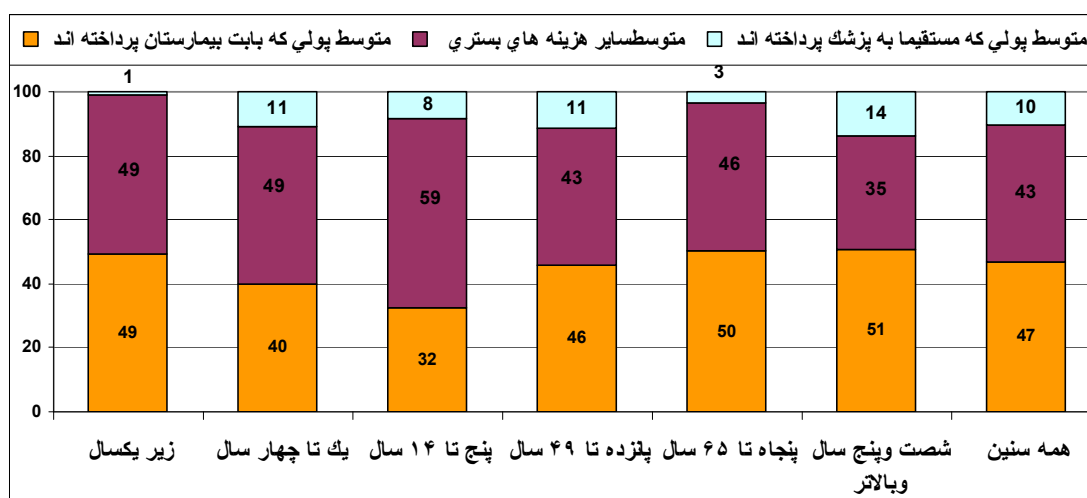
جدول ۵۲ - متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک نوع بیمه فرد بستری شده: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

متوسط طول مدت بستری در بیمارستان (۸)	متوسط مجموع پولی که خرج بستری شدن کردند		متوسط پولی که مستقیماً به پزشک پرداخته‌اند		متوسط پولی که به بیمارستان پرداخته‌اند		نوع هزینه نوع بیمه فرد بستری شده
	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۶)	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۴)	تعدادی که پاسخ مشخص داده‌اند	مبلغ به تومان (۲)	
6.3	30	300567	18	15861	26	268600	سازمانهای دولتی
3.9	47	259885	23	11935	40	56213	نیروهای مسلح
4.9	181	207781	99	21293	154	118662	بیمه ندارد
4.8	405	197595	221	24058	325	99655	خدمات درمانی
4.0	247	128789	170	21815	230	67592	تامین اجتماعی
4.9	9	111611	6	0	8	41375	بیمه خصوصی
6.7	42	63131	19	5737	36	43097	کمیته امام

نمودار ۶۶ - متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری شدگان در طول سال قبل به تفکیک نوع هزینه و نوع بیمارستان: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۶۷ - نسبت درصد هزینه‌های مختلف که در یک بار بستری پرداخت می‌شود؛ بر حسب سن بستری شدگان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی اسفند ۱۳۸۱



د-۸- متوسط هزینه مستقیم صرف شده برای دریافت خدمات بستری و سرپایی در طول سال:

هزینه مستقیم برای دریافت خدمات بستری یک هزینه مستمر و قابل پیش‌بینی نیست، هزینه‌ای است ناگهانی، خلق الساعه و در بسیاری از مواقع غیرقابل پیش‌بینی. ولی همانگونه که در جدول ۵۱ نیز دیده می‌شود در سنین ۱ تا ۴ سال و ۵ تا ۱۴ سال کمترین مقدار را بخود اختصاص می‌دهد و در سنین ۱ تا ۴ سال و ۵ تا ۱۴ سال کمترین مقدار را دارد.

در صورتی که متوسط پرداخت مستقیم برای هر بار بستری در هر گروه سنی، جنسی یا سکونتی (ستون ۷ از جداول ۴۸ تا ۵۲) را در متوسط تعداد دفعات بستری شدن، در یکسال برای همان گروه را در بار بستری در طول سال همان گروه ضرب کنیم، متوسط هزینه طول سال هر فرد به دست می‌آید.

مثال:

متوسط مجموع پولی که هر فرد در یک بار بستری می‌پردازد ۱۸۱۴۰۸ تومان است، هر فردی که بستری می‌شود نه یکبار در طول سال، بلکه ۱/۲ بار بستری می‌شود، ۶۱ درهزار جامعه در طول سال بستری می‌شوند پس

$$۱۸۱۴۰۸ \times ۱/۲ \times ۰/۰۶۱ = ۱۲۸۴۷$$

پس هر نفر در طول سال، بطور متوسط ۱۲۸۴۷ تومان برای هزینه خدمات درمان بستری خود باید بطور متوسط بپردازد. یعنی کمی بیش از ماهی ۱۰۰۰ تومان، ولی به دلیل تجمع ناگهانی همه خطرات و عدم پس‌انداز آن از لحظه شروع زندگی تاکنون و بعلت وقوع ناگهانی نیاز به آن پرداخت، این هزینه اغلب به زیانهای خانمانسوز بدل می‌گردد.

جدول ۵۳؛ تفاوت این میزان متوسط را برای گروههای سنی و جنسی و سکونتی نشان می‌دهد. جدول ۵۴ متوسط هزینه‌هایی را که بطور مستقیم فرد از جیب خود برای خدمات درمان بستری و درمان سرپایی در طول سال متقبل می‌شود را نشان می‌دهد. در شهرنشینان و زنان این هزینه از روستانشینان و مردان بیشتر است.

د-۹: چگونگی تاثیر بستری شدن در بیمارستان بر مشکل افراد

سوال ۹ از بخش F1 نتیجه بستری شدن پس از هر بار بستری مورد سوال قرار می‌دهد. در کل حدود ۹۰٪ از بستری شدگان پس از ترخیص یا احساس بهبودی کامل یا نسبی داشته‌اند. حدود ۲٪ نیز برای خدمات تشخیصی بستری شده بودند. جدول ۵۵ توزیع این نتیجه را برحسب نوع بیمارستان نشان می‌دهد.

جدول ۵۶ و نمودار ۶۸ توزیع این نتایج را برحسب سن، سکونت و جنس نشان می‌دهد. صد درصد کودکان زیر یکسال زنده مرخص شده، بهبودی کامل یا نسبی داشته‌اند، در صورتی که در همین جدول ۸۵٪ از بستری شدگان شصت و پنج سال و بالاتر بهبودی نسبی و فقط حدود ۲۹٪ آنها بهبودی کامل داشته‌اند.

البته نباید فراموش کرد که بهبودی کامل یا نسبی یک احساس ذهنی است که مسلماً با واقعیت عینی آسیب شناختی و فیزیولوژیک شخص ممکنست متفاوت باشد.

جدول ۵۳ - متوسط پولی که افراد در طول سال برای هزینه درمان بستری از جیب می‌پردازند؛ به تفکیک سن و جنس و سکونت: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - تومان

66671	شصت و پنج سال و بالاتر
29869	زیر یکسال
21116	پنجاه تا ۶۵ سال
15874	شهری
13580	مذکر
12233	مونث
11443	پانزده تا ۴۹ سال
10493	ساکن روستای قمرسیاری و عشایری
8230	ساکن روستای اصلی
5357	یک تا چهار سال
3896	پنج تا ۱۴ سال
12847	در کل

جدول ۵۴ - متوسط پولی که افراد در طول سال برای هزینه درمان سرپایی و بستری از جیب می‌پردازند؛ به تفکیک جنس و سکونت: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱ - تومان

جمع - تومان	خدمات بستری	خدمات سرپایی	
33888	13580	20308	مذکر
42257	12233	30023	مونث
43374	15874	27500	شهری
28557	8909	19648	روستایی
39357	12847	26510	در کل

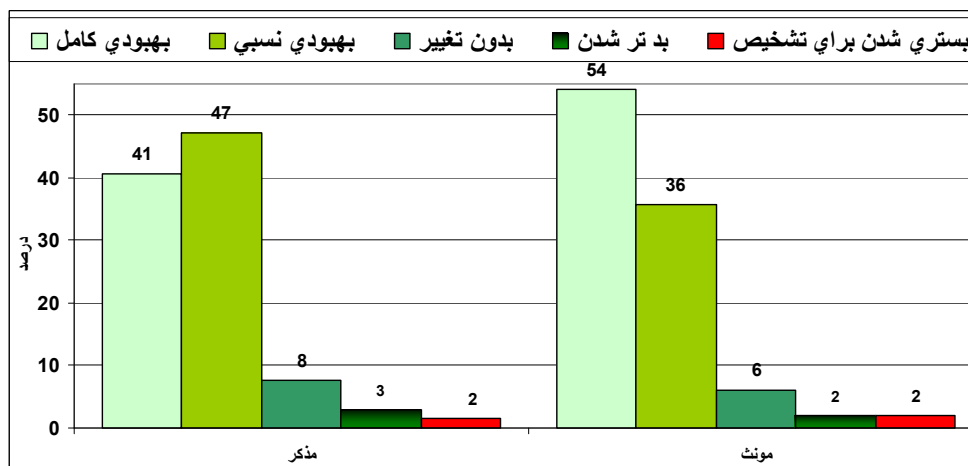
جدول ۵۵ - نتیجه بستری شدن فرد در بیمارستان به گفته خود فرد؛ به تفکیک نوع بیمارستان: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

بستری شدن برای تشخیص	بد تر شدن	بدون تغییر	بهبودی نسبی	بهبودی کامل	نتیجه بستری نوع بیمارستان
3.9	1.7	6.2	38.2	50.0	خصوصی
2.9	4.4	6.6	35.0	51.1	تامین اجتماعی
1.3	2.6	6.7	42.7	46.8	وابسته به بهداشت و درمان
0.0	0.0	9.3	38.7	52.0	سایر (خیریه یا سایر سازمانها)
1.8	2.5	6.8	40.7	48.2	هر بیمارستانی

جدول ۵۶ - نتیجه بستری شدن فرد در بیمارستان به گفته خود فرد؛ به تفکیک محل سکونت و سن: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

بستری شدن برای تشخیص	بد تر شدن	بدون تغییر	بهبودی نسبی	بهبودی کامل	نتیجه بستری سن و سکونت
2.2	2.5	6.3	41.1	47.9	ساکن شهر
1.2	3.0	5.8	39.4	50.6	ساکن روستای اصلی
1.2	0.0	14.3	42.9	41.7	ساکن روستای قمر؛ سیاری و عشایری
0.0	0.0	0.0	36.4	63.6	زیر یکسال
3.0	3.0	3.0	33.3	57.6	یک تا چهار سال
1.0	1.0	4.0	32.3	61.6	پنج تا ۱۴ سال
1.7	2.1	6.4	35.2	54.7	پانزده تا ۴۹ سال
2.0	5.9	9.2	54.6	28.3	پنجاه تا ۶۵ سال
2.4	1.8	10.3	56.4	29.1	شصت و پنج سال و بالاتر

نمودار ۶۸ - نتیجه بستری شدن فرد در بیمارستان به گفته خود فرد؛ به تفکیک جنس: مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱



د-۱۰- تاثیر مصیبت بار "Catastrophic Effect" هزینه‌های بستری بر زندگی افراد:

اخیراً در ادبیات اقتصاد سلامت و مدیریت خدمات بهداشتی واژه‌ای تحت عنوان Castastrophic Costs یا «هزینه‌های مصیبت بار»، «هزینه‌های خانمانسوز» مطرح شده است. در واقع این‌ها هزینه‌هایی است که بطور عمده در نتیجه نیاز مبرم به خدمات درمان بستری و در موارد نادر در نتیجه نیاز به خدمات درمان سرپایی (مثل درمانهای بسیار گران در شیمی درمانی سرطانها) پدید می‌آید و منجر به منهدم شدن بنیانهای اقتصادی خانواده و فرد می‌شود. این فرآیند، اغلب، برای خانوارهای دهکهای متوسط و پایین جامعه اتفاق می‌افتد و در بسیاری از موارد، به فروافتادن خانوار به زیر خط فقر منجر می‌شود. در واقع عدم حمایت بموقع ساختارهای اجتماعی موظف برای تامین اجتماعی، سبب بزرگتر شدن جمعیت فقیر و انبوه‌تر شدن افراد زیر خط فقر می‌گردد.

برابر برآوردهای بین‌المللی نشان می‌دهد که بیش از ۱۰٪ از جمعیت فروافتاده در زیر خط فقر در نتیجه وقوع چنین فرآیندی است؛ این فرآیند در واقع یک عامل بزرگ و مشهود فروافتادگی اقشار دهکهای پایین درآمدی به زیر خط فقر است و معمولاً بعلت وجود مشکلات سلامتی در این گروه، احتمال بالا آمدن آنها از زیر خط فقر نادرتر است. چنین فرآیندی در دهکهای بالاتر درآمدی به سقوط خانوار به چند دهک پایینتر درآمدی منجر می‌گردد.

برای اندازه‌گیری نسبت افرادی که در طی دوره زمانی معین، در نتیجه این فرآیند، دچار هزینه‌های مصیبت بار می‌شوند، روشهای عملی متفاوتی وجود دارد. در مطالعاتی که هزینه خانوار در طول یک مقطع زمانی معین ثبت می‌شود، (اغلب چهارماه در چهارفصل یا در طول سال و یا ...) هزینه‌های انجام شده برای درمان بستری، سرپایی جدا و محاسبه می‌شود.

سپس با محاسبه تناسب هزینه‌های درمان از کل هزینه‌های خانوار Catastrophic Effect محاسبه می‌شود. از آنجایی که این روش بصورت کمی می‌تواند هزینه‌های مصیبت‌بار را اندازه‌گیری نماید، نسبت به روشهای دیگر از دقت بیشتر برخوردار است؛ ولی به نمونه زیادتر و متنوعتر، ثبت دقیقتر و در نتیجه هزینه‌های اجرایی بالاتر نیاز دارد.

روش دیگر صرفاً به پرسش از خانوار با فرد بستری شده محدود می‌شود، این پرسش به پاسخ کیفی فشاری که هزینه‌های خدمات درمانی بر منابع مالی خانوار وارد کرده نیز برمی‌گردد. مشکل این روش بطور عمده به کیفی و اعتباری بودن پاسخها بر می‌گردد، همچنین معمولاً با این روش به اثرات مصیبت بار خدمات درمان بستری می‌توان پرداخت، ولی تاثیر و نقش خدمات درمان سرپایی بعلت عملکرد طولانی مدت آن مشهود نخواهد شد. سوال ۱۰ از بخش F1 پرسشنامه به این مقوله می‌پردازد.

به ازای هر مورد از بستری شدن در بیمارستان، تاثیر هزینه‌های درمان بستری روی منابع مالی خانوار پرسیده می‌شود، این پرسش دامنه‌گزینه‌های پنج سطحی دارد و به شکل زیر مطرح می‌شود:

هزینه‌های خدمات درمان بستری:

- ۱- هیچگونه جذبی از منابع مالی خانوار را دربر نداشت
 - ۲- پیش از ۵۰٪ از درآمدهای ماهیانه فرد یا خانوار را بلعید
 - ۳- نه تنها تمام درآمد ماهیانه خانوار را بلعیده بلکه مجبور به مصرف پس‌انداز هم شده‌اند
 - ۴- نه تنها تمام پس‌انداز را مصرف کرده‌اند، مجبور به قرض کردن هم شده‌اند
 - ۵- نه تنها تن به قرض کردن داده‌اند، بلکه مجبور به فروش داراییهای خود نیز شده‌اند.
- مسئلاً گزینه پنجم مصیبت‌بار بودن کامل هزینه‌ها را نشان می‌دهد، ولی برای خانوارهای معروف به «دست به دهن» گزینه چهارم نیز در واقع هزینه مصیبت‌بار است.

جدول ۵۷؛ تاثیر پرداختهای مستقیم ناشی از هزینه‌های بستری را بر منابع مالی فرد و خانواده به تفکیک نوع بستری نشان می‌دهد.

- بستری شدن در بیمارستانهای تامین اجتماعی (احتمالاً فقط برای مشمولین بیمه تامین اجتماعی) در ۵۵٪ موارد هیچ گونه تاثیری بر منابع مالی فرد یا خانوار ندارد
- در مقابل فقط ۵٪ از بستری شدگان در بیمارستانهای خصوصی از یک چنین موهبتی برخوردار می‌شوند.
- در کل ۲۱٪ از بستری شدگان در هر نوع بیمارستانی (۳۵٪ از بستری شدگان در بیمارستانهای خصوصی) پس از محاسبه هزینه مجبور به مصرف تمامی پس‌انداز خود و قرض کردن هم می‌شوند. ۸٪ از مجموع بستری شدگان (۱۲٪ از بستری شدگان در بیمارستان خصوصی) نه تنها به قرض کردن گرفتار می‌شوند بلکه به فروش دارایی‌های خود نیز مجبور می‌گردند.

بعبارت دیگر ۸٪ از بستری شدگان بطور قطع به خاک سیاه می‌نشینند و ۲۱٪ دیگر نیز پس از مرخص شدن از بیمارستان فرقی با مصیبت دیده ندارند.

اگر بپذیریم که ۶٪ جامعه در سال در بیمارستان بستری شوند با عنایت به اعداد جدول ۵۷، خدمات درمان بستری در هر سال، ۵ درهزار جامعه را به خاک سیاه و ۱۳ درهزار از جامعه را مصیبت زده می‌کند، سرجمع؛ ۱/۸٪ از جامعه به دلیل هزینه‌های خدمات درمان بستری در هر سال خانه خراب و ازهستی ساقط شده به زیرخط فقر فرو می‌افتند. نمودار ۶۹ این فرآیند را به تفکیک نوع بیمارستان نشان می‌دهد. نمودار ۷۰ نشان می‌دهد که بیشترین فشار در این زمینه به ساکنین روستاهای قمر، روستاهای سیاری و عشایر وارد می‌شود یعنی بخشی از جامعه که عملاً در مرز محرومیت و فقر قرار دارند. نمودارهای ۷۱ و ۷۲ توزیع این تاثیر را برحسب جنس و سن نشان می‌دهد. نمودار ۷۳ تاثیر پرداخت هزینه‌های درمان بستری را برحسب نوع بیمه پوشش دهنده فرد بستری شده را نشان می‌دهد.

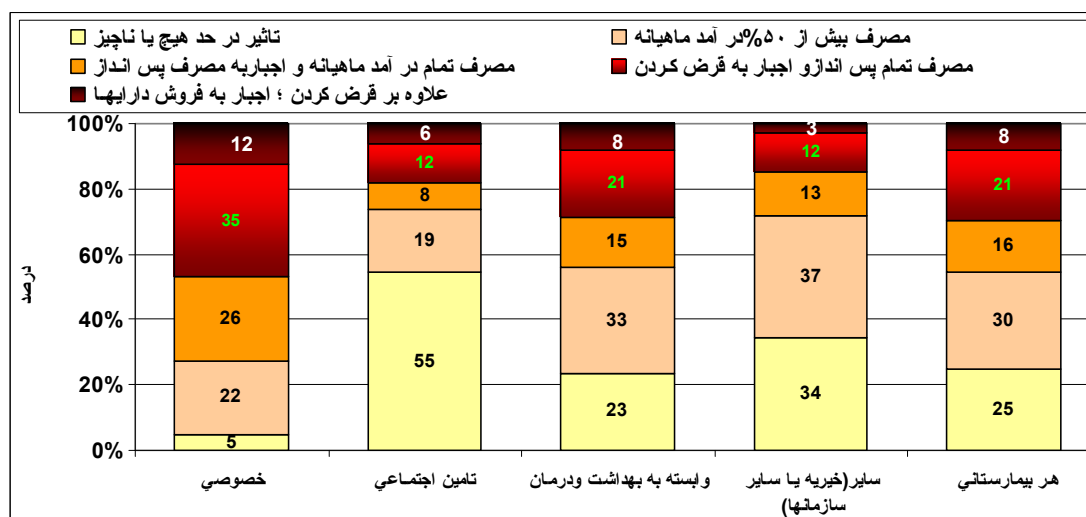
مسئلاً نمونه کافی برای برآورد دقیق و معتبر از افراد تحت پوشش بیمه‌های خصوصی و سازمانهای دولتی خاص وجود نداشته است. ولی در پنج گروه باقیمانده همانگونه که دیده می‌شود افرادی که

بیمه ندارند بیش از همه در معرض خطر این فروفتادگی قرار دارند و در بقیه گروهها نیز به دلیل پوشش ندادن همه خدمات درمان بستری توسط سازمان بیمه‌گذار و همچنین در معرض خطر بودن وضعیت موجود اغلب خانوارها (فراوانی خانوارهای دست به دهن) این خطر چندان کم و نادر نیست.

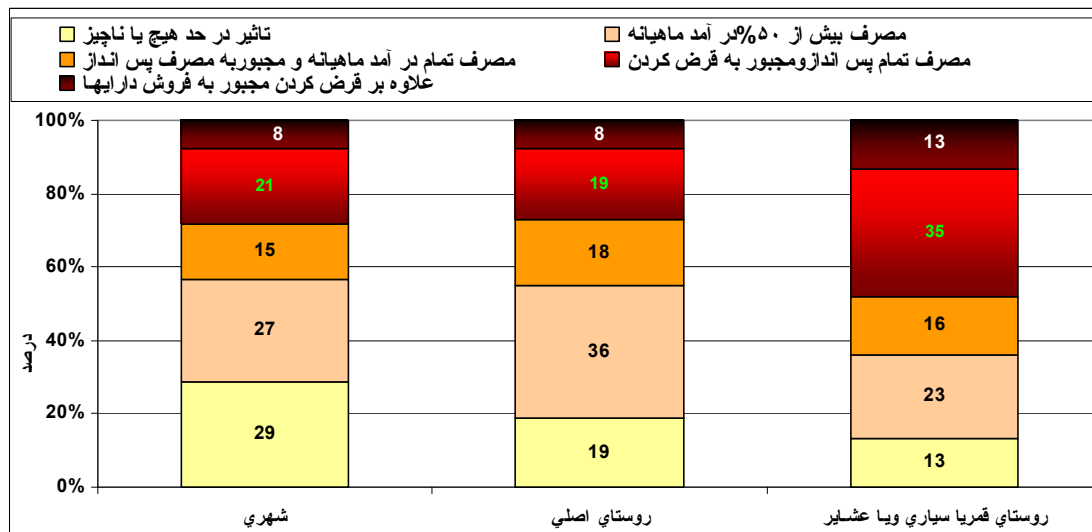
جدول ۵۷ - تاثیر پرداخت‌های مستقیم هزینه بستری بر درآمد ماهیانه؛ پس‌انداز و فروش داراییها و قرض‌دار شدن فرد یا خانواده؛ به تفکیک نوع بیمارستان بستری شده؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی - اسفند ۱۳۸۱

تاثیر بر منابع مالی	تاثیر در حد هیچ یا ناچیز	مصرف بیش از ۵۰٪ درآمد ماهیانه	مصرف تمام درآمد ماهیانه و اجباریه مصرف پس‌انداز	مصرف تمام پس‌انداز اجبار به قرض‌کردن	علاوه بر قرض‌کردن و اجبار به فروش داراییها	نوع بیمارستان
						خصوصی
تامین اجتماعی	54.8	19.1	7.8	12.2	6.1	خصوصی
وابسته به بهداشت و درمان	23.3	32.6	15.5	20.5	8.0	تامین اجتماعی
سایر (خبریه یا سایر سازمانها)	34.3	37.3	13.4	11.9	3.0	وابسته به بهداشت و درمان
هر بیمارستانی	24.7	29.7	16.2	21.3	8.2	سایر (خبریه یا سایر سازمانها)

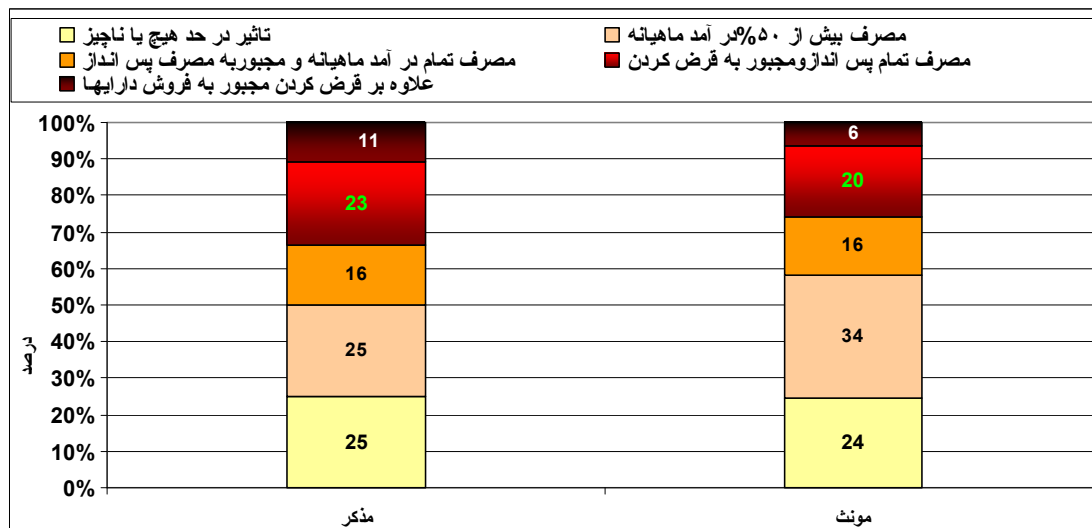
نمودار ۶۹ - تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بر درآمد ماهیانه؛ پس‌انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک نوع بیمارستان - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



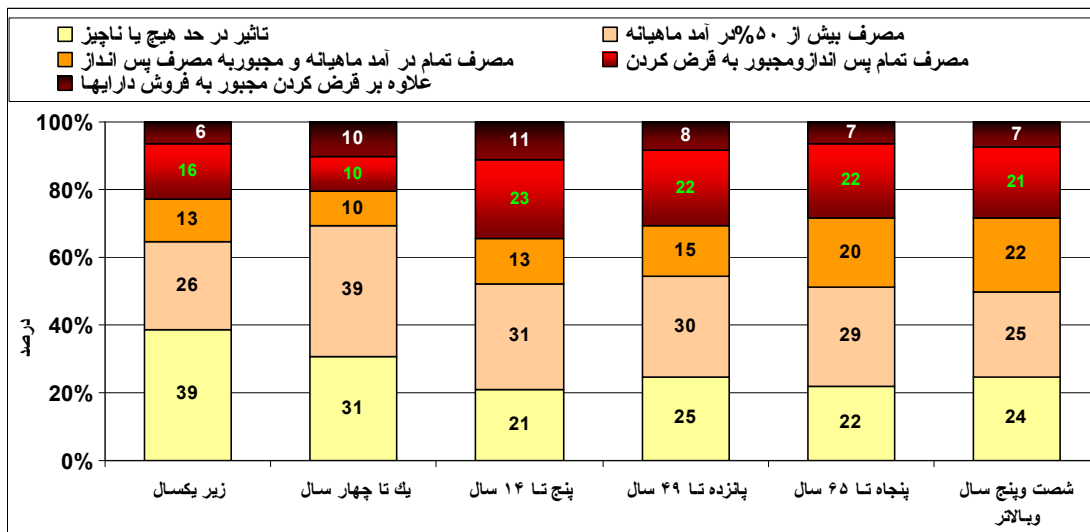
نمودار ۷۰- تاثیر پرداخت هزینه یک باریستری بر درآمد ماهیانه؛ پس انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک محل سکونت بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



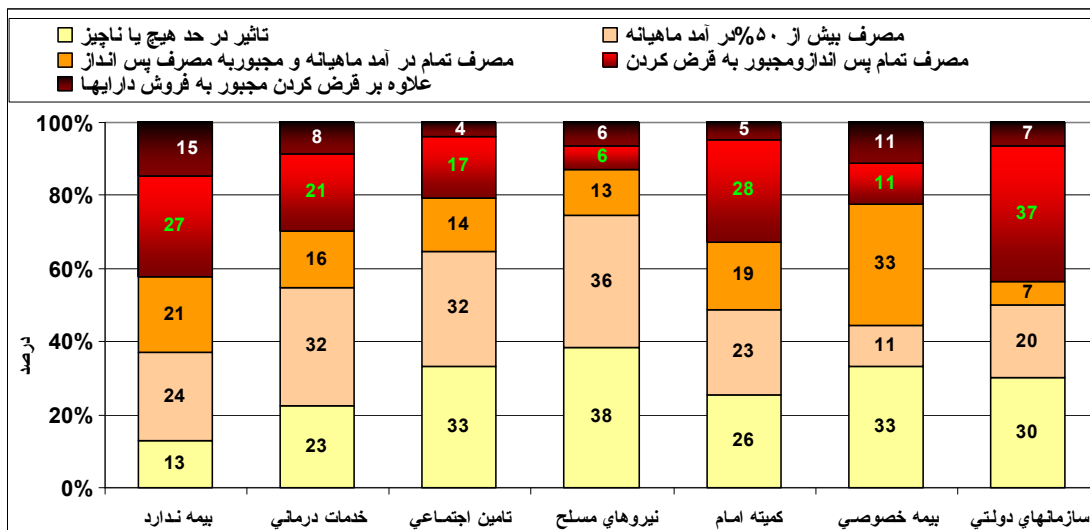
نمودار ۷۱- تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بر درآمد ماهیانه؛ پس انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک جنسیت بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۷۲- تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بر درآمد ماهیانه؛ پس‌انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده به تفکیک سن بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۷۳- تاثیر پرداخت هزینه یک بار بستری بر درآمد ماهیانه؛ پس‌انداز؛ فروش داراییها و مقروض شدن فرد یا خانواده برحسب وضعیت بیمه فرد بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



د- ۱۱: پاسخگویی نظام ارائه خدمات در مواجهه با گیرندگان خدمات بستری:

آنچه که در قسمت ج - ۱۰ در مورد پاسخگویی نظام ارائه خدمات سرپایی (Responsiveness) آمده در مورد جزئیات نظام ارائه خدمات بستری نیز مصداق دارد. گرچه در یک قالب ذهنی دو نظام جداگانه نباید وجود داشته باشد و این دو نوع شیوه ارائه خدمت در یک نظام واحد جاری است که در عرض و طول یکدیگر قرار دارند.

در اینجا این نکات باید مورد عنایت قرار گیرد:

- با استفاده از بخش F2 پرسشنامه پاسخگویی نظام ارائه خدمات بستری ارزیابی شده است که به بخش D2 پرسشنامه، مخصوص ارزیابی پاسخگویی نظام ارائه خدمات سرپایی، شبیه است.
- گرچه می‌توان نظام ارائه خدمات بستری را با بررسی کیفیت فناوری‌های بکار گرفته شده، با برخورد نیروی انسانی ارائه‌کننده دریافت شده و رضایت‌مندی گیرندگان از آنها و با ... سنجید؛ ولی در این بخش پاسخگویی که متکی بر رعایت حقوق انسانی گیرندگان خدمت است سنجیده می‌شود. مسلماً جایگاه ویژه هر یک از عناوین فوق در نظام ارزشیابی خدمات درمان بستری محفوظ و برقرار است.
- مجموعه سوالات مرتبط با پاسخگویی، از هر فردی که حداقل یک بار در طول سال گذشته بستری شده پرسیده شده است و افرادی که چند بار در طول سال گذشته بستری شده‌اند فقط یک بار مورد پرسش قرار گرفته‌اند.

همانگونه که در جدول ۵۸ دیده می‌شود:

- بیشترین نمره منفی (بد) متعلق به «قدرت انتخاب» و سپس «درگیر شدن در تصمیمها» است، در بین زنان، شهرنشینان و افراد تحت درمان قرار گرفته در بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت و درمان این نمره در مقایسه با عناوین متناظر آن بیشتر است.
- بیشترین امتیاز مثبت (خوب) متعلق به «محرمانه ماندن اطلاعات مربوط به بیمار» است. بیمارستانهای وابسته به سازمان تامین اجتماعی در این زمینه بیشترین رقم و بیمارستانهای وابسته به وزارت بهداشت و درمان کمترین میزان را به خود اختصاص داده‌اند.
- «توجه سریع» و «رعایت‌شان و احترام» مراجعه‌کننده پس از عنوان فوق قرار دارد. در این مورد بیمارستانهای وابسته به سایر سازمانهای دولتی و نهادهای خیریه بیشترین امتیاز را بخود اختصاص داده‌اند.
- امتیاز بیشترین «حمایت اجتماعی» متعلق به بیمارستانهای سازمان تامین اجتماعی است

- امتیاز بیشترین «برقراری ارتباط» و «کیفیت محیط اطراف» را نیز بستری‌شدگان به بیمارستانهای وابسته به سایر نهادهای دولتی و خیریه داده‌اند.

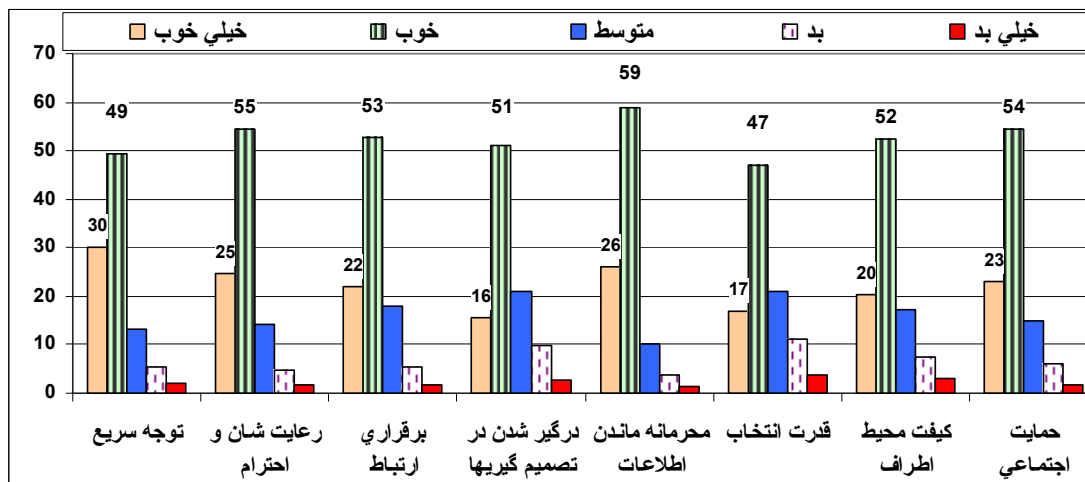
- امتیاز بیشترین «درگیر شدن در تصمیم» و «قدرت انتخاب» را بستری‌شدگان به بیمارستانها بخش خصوصی داده‌اند.

نمودارها ۷۴ و ۷۵ تصویری نمایشی از وضعیت و رتبه‌های متفاوت بخصوص در مقایسه بین بیمارستانهای مختلف ارائه می‌نماید.

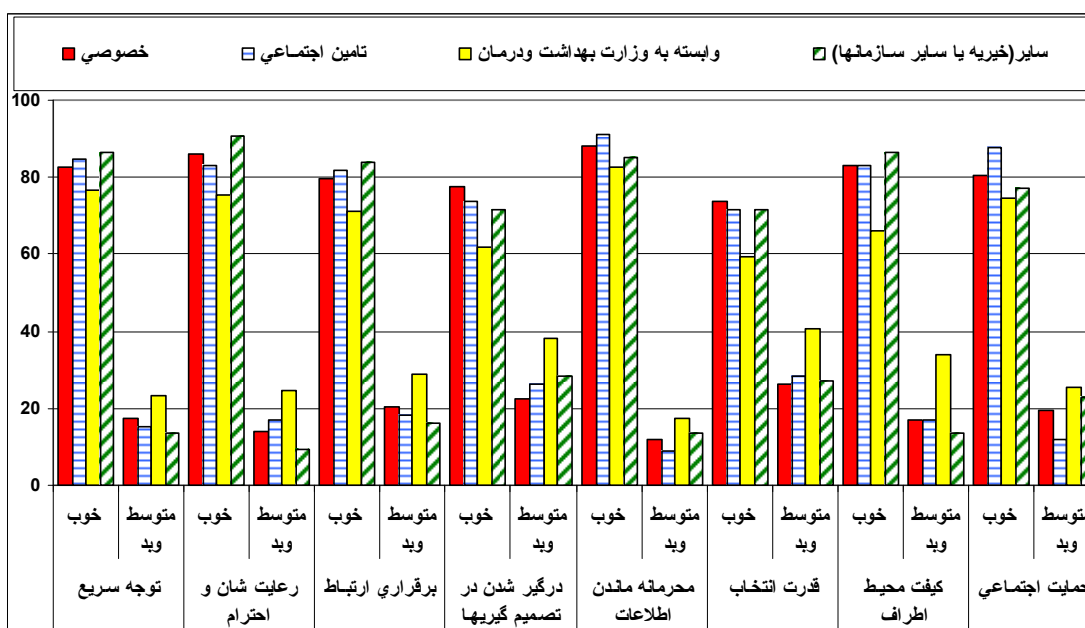
جدول ۵۸ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری؛ به تفکیک جنس؛ سکونت؛ وضعیت بیمه؛ محل بستری و نوع حمایت از فرد بستری شده - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

کل	محل بستری و نوع حمایت از فرد بستری شده				جنس فرد بستری شده		وضعیت بیمه بستری شده		محل سکونت بستری شده		محل سکونت و جنس سطوح رعایت حقوق	
	سایر (خیریه یا سایر سازمانها)	وابسته به وزارت بهداشت و درمان	تامین اجتماعی	خصوصی	بیمه دارد	بیمه ندارد	زن	مرد	روستا	شهر	خوب	متوسط
79.4	86.5	76.8	84.7	82.6	79.7	78.0	80.4	78.1	79.0	79.6	خوب	توجه سریع
13.2	8.1	14.2	11.7	12.4	13.0	14.0	10.9	16.0	13.7	12.9	متوسط	
7.5	5.4	9.0	3.6	5.1	7.3	8.0	8.7	5.9	7.3	7.5	بد	
79.2	90.5	75.5	83.2	86.0	78.9	80.5	78.4	80.2	77.0	80.5	خوب	رعایت شان و احترام
14.2	4.1	17.1	13.9	7.3	14.4	13.0	14.1	14.3	16.9	12.6	متوسط	
6.6	5.4	7.5	2.9	6.7	6.7	6.5	7.5	5.5	6.1	6.9	بد	
74.9	83.8	71.3	81.8	79.8	75.2	73.5	74.7	75.1	74.3	75.2	خوب	برقراری ارتباط
18.0	12.2	20.2	16.1	13.5	18.5	16.0	17.8	18.4	19.8	17.0	متوسط	
7.1	4.1	8.5	2.2	6.7	6.3	10.5	7.5	6.5	5.9	7.8	بد	
66.7	71.6	62.0	73.7	77.5	66.9	65.5	63.9	70.3	65.3	67.5	خوب	درگیر شدن در تصمیم‌گیریها
20.9	12.2	23.4	22.6	13.5	21.6	18.0	22.4	19.0	20.8	21.0	متوسط	
12.4	16.2	14.6	3.6	9.0	11.5	16.5	13.7	10.8	13.9	11.5	بد	
84.8	85.1	82.6	91.2	88.2	84.9	85.0	84.6	85.2	85.0	84.8	خوب	محرمانه ماندن اطلاعات
10.1	8.1	11.9	5.8	7.3	10.6	8.0	10.0	10.4	12.5	8.7	متوسط	
5.0	5.4	5.5	2.9	4.5	4.5	7.0	5.4	4.4	2.5	6.5	بد	
64.0	71.6	59.3	71.5	73.6	63.7	65.5	61.5	67.3	62.8	64.8	خوب	قدرت انتخاب
21.1	18.9	23.2	19.7	14.6	21.9	17.5	22.7	19.0	23.0	20.0	متوسط	
14.8	8.1	17.5	8.8	11.8	14.4	17.0	15.7	13.7	14.2	15.2	بد	
72.6	86.5	66.3	83.2	83.1	72.5	73.0	73.0	71.9	73.6	71.9	خوب	کیفیت محیط اطراف
17.1	12.2	20.7	11.7	9.6	17.4	16.0	16.7	17.7	16.9	17.3	متوسط	
10.3	1.4	13.1	5.1	7.3	10.2	11.0	10.3	10.3	9.5	10.8	بد	
77.3	77.0	74.6	87.6	80.3	76.7	80.0	75.5	79.7	76.5	77.8	خوب	حمایت اجتماعی
14.9	18.9	16.4	7.3	13.5	15.6	12.0	15.8	13.7	15.9	14.3	متوسط	
7.6	4.1	9.0	4.4	6.2	7.6	8.0	8.5	6.5	7.6	7.7	بد	

نمودار ۷۴ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



نمودار ۷۵ - رعایت حقوق گیرندگان خدمت؛ در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری؛ به تفکیک نوع بیمارستان ارائه دهنده خدمت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱



۵: بحث

برای سنجش وضعیت سلامت می‌توان جامعه به ابعاد مختلفی از مسائل جسمانی، روانی، اجتماعی با رویکردهای مختلف به سطوح مختلف سلامتی جامعه، میزانهای متنوع مرگ و میر و ... پرداخت. ولی کدام یک از شاخصهای عرصه‌های متفاوت مذکور، نشان دهنده وضعیت کلی سلامت جامعه است. متخصصین بهداشت عمومی، جامعه‌شناسان، جمعیت‌شناسان، برنامه‌ریزان عرصه سلامتی، مجریان نهادهای اجتماعی، ارائه دهندگان خدمات و سیاستگذاران هر یک تعدادی از شاخصهای یک یا چند عرصه را انتخاب و آنها را ملاکهای ارزشیابی‌ها قرار می‌دهند. شاخصهایی چون:

- نسبت مرگ کودکان زیر یکسال (IMR) Infant Mortality Ratio
- نسبت مرگ کودکان زیر پنج سال (U5MR) Under 5 Mortality Ratio
- میزان مرگ اختصاصی گروه سنی ۱۵ تا ۵۰ سال
- نسبت مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان
- (MMR) Maternal Mortality Ratio
- امید زندگی Life Exectancy
- میزانهای مرگ و میر ناشی از برخی از علل خاص
- شاخصهای مربوط به سوء تغذیه در جامعه (شاخصهای تن‌سنجی کودکان)
- شاخصهای مربوط به شیوع برخی از بیماریها و مشکلات روانی
- ...
- ...

هریک پهنه محدودی از وضعیت سلامتی جامعه را در بردارد و در سطوح خاصی از توسعه اجتماعی و اقتصادی کاربرد و کارایی دارد. وقتی جامعه از یک سطح توسعه اجتماعی عبور می‌کند بسیاری از شاخصهای مذکور دیگر قادر به تبیین وضعیت سلامت جامعه نیست.

مهمترین شاخصهایی که طی سالهای اخیر در کشورهای در حال توسعه معیار و ملاک سطح سلامت جامعه و توسعه یافتگی آن بوده است شاخصهای مربوط به مرگ و میر کودکان بوده است. مهمترین شاخصهایی که هم در کشورهای توسعه یافته و هم در کشورهای در حال توسعه بکار می‌رفته امید زندگی (Life Expectancy) بوده است. این شاخص نیز به دلیل اینکه متأثر از مرگ کودکان زیر یکسال و تغییرات آن بوده و چون اندازه‌گیری آن به دلیل کم شماری مرگ کودکان جنبه برآورد، براساس مفروضاتی دارد که اثبات انطباق آنها بر شرایط هر جامعه خود مطالعات جداگانه‌ای را می‌طلبد، دقت و اعتبار برآوردهای آن نیز برای سطح سلامتی و توسعه اجتماعی محل منازعه و تردید است. از طرف دیگر امید زندگی صرفاً برآوردی است از متوسط طول زندگی مورد انتظار برای هر مقطع سنی مشروط به ثابت ماندن شرایط اجتماعی. ولی این شاخص چگونگی (عرض زندگی) شرایط سپری شدن عمر (توام با سلامتی یا معلولیت) را نمی‌تواند نشان دهد.

بهمین دلیل طی سالهای اخیر حرکتی برای تدوین، تعیین و اعتبار بخشی شاخصهای ترکیبی و خلاصه (Summary Measures of population Health) که وضعیت سلامتی را در ابعاد مختلف آشکار سازد، شروع شده است. از این گروه شاخصها می توان :

- امید زندگی توام با سلامتی (Health Adjusted Life Expectancy (HALE)
- سالهای ازدست رفته بعلت مرگ زودرس یا سپری شده توام با معلولیت به ازای هزار نفر در نتیجه آسیبها و بیماریها (Desability Adjusted life Years/1000
- کیفیت زندگی (Quality Adjusted Life Years (QALY) سالهای زندگی تطبیق شده با کیفیت زندگی

.... -

.... -

نام برد.

با اندازه گیری این شاخصها وضعیت سلامت در ابعاد مختلف و بصورتی بالنسبه کلی تر محاسبه می شود و با آن می توان برآورد دقیق تری از وضعیت توسعه اجتماعی کشور به دست آورد. ولی فقط سطح سلامتی یا بعبارت دیگر مقدار شاخص به دست آمده (خواه شاخص خلاصه شده و چند بعدی و یا شاخص تک بعدی) اهمیت ندارد، آنچه اهمیت بیشتری دارد، توزیع آن شاخص در سطح جامعه است:

- آیا سلامتی در جامعه یکسان توزیع شده است؟
- آیا برابری در میزان مرگ کودکان در بین اقشار مختلف جامعه برقرار است؟
- آیا امید زندگی، میزانهای مرگ اختصاصی ۵ تا ۵۰ ساله در بین استانهای کشور، در بین فقرا و اغنیا، در بین زنان و مردان، در بین شهرنشینان و روستانشینان توزیعی برابر دارند؟

مسلماً در اغلب کشورها، وضعیت سلامتی بسیار بد فقرا در درون میانگین سطح سلامت جامعه که در آن حجم بزرگی از وضعیت سلامت نه چندان بد اقشار متوسط جامعه و در زیر پوشش وضعیت سلامت عالی اغنیا رنگ و نمای خود را از دست می دهد و از جلوی دیدگان حذف می شود.

سلامت افراد یک جامعه حاصل سازوکار بسیار پیچیده درون **نظام سلامت** آن جامعه است و **نظام سلامت** عبارتست از تمام فعالیتهای هدفمندی که وظیفه آنها حفظ و ارتقای سطح سلامتی جامعه، حفظ، ارتقا و یا بازگرداندن سلامت در مخاطره افتاده تک تک آحاد مردم است. هر کشوری یک نظام سلامت دارد که معمولاً در بین سازمانها و بخشهای مختلف که معمولاً عملکرد آنها هم غیرنظام مند بنظر می رسد پخش شده است. ارائه وظایف مختلف این سازمانها منجر به حفظ و ارتقای سلامت جامعه می شود. هرچه این فعالیتهای هدفمندتر و همگن تر در جهت تامین سلامت و آسایش مردم باشد، این ارتقاء از قوت و قدرت بیشتری برخوردار است نهادی که در عالیترین سطح وظیفه رهبری و تولیت هدفمند نمودن این وظایف را دارد دولت، مجلس و عالیترین مقامات حکومتی هر کشور هستند.

از طرف دیگر مردم نیز صرفاً گیرنده‌های غیرفعال این نوع خدمات در جامعه نیستند. در نتیجه افزایش آگاهی‌های اجتماعی و تاثیر مسایل جدید ناشی از توسعه اجتماعی مردم نیز با درخواستها و مشکلات متنوعتری از گذشته به سوی نظام سلامت روی می‌آورند. بطور معمول آنها سالی یکی دوبار به عنوان نیازمند و بیمار، چندین بار بیشتر بعنوان مشتری داروهای بدون نسخه، چندین بار بیشتر از آن برای دریافت اطلاعات، مشاوره‌ها و توصیه‌های مرتبط با سلامت به آن بخشی از نظام سلامت که مستقیماً وظیفه ارائه خدمات بهداشتی درمانی را دارند، مراجعه می‌کنند.

در این مراجعه‌هاست که بخش عمده‌ای از سلامت مردم تامین و آن بخش از سلامتی در خطر افتاده آنها بازگردانده می‌شود. تمامی بحث در هم پیچیده «بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی Utilization» در همین تماس مستقیم و مراجعه مردم در پاسخ‌گویی به انتظارات آنها شکل می‌گیرد:

- بار مراجعه
- نوع مراجعه (فوری بودن یا غیرفوری بودن آن)
- نیازهایی که بنا به هردلیل به مراجعه منجر نمی‌شود
- انواع خدماتی که مراجعه کننده در یک بار مراجعه دریافت می‌کند
- مدتی که مردم نیازمند، در انتظار دریافت خدمات بسر می‌برند
- چگونگی تعاملات مالی نظام ارائه خدمات با مردم نیازمند
- آن بخشی از بار مالی که مدیران نظام و ارائه‌کنندگان خدمات بر دوش نیازمندان می‌گذارند
- تاثیر این بار مالی بر زندگی نیازمندان به خدمات
- نتیجه‌ای که مراجعه کنندگان به آن دست می‌یابند.
- کیفیت خدماتی که در جریان مراجعه به آنان ارائه می‌شود
- و آیا در جریان این مراجعه که براساس نیاز آنها صورت گرفته:
 - شان و احترام آنها رعایت شده؟
 - پاسخی متناسب با فوریت نیازشان دریافت کرده‌اند؟
 - در جریان دریافت خدمت آیا نظرات آنها در مورد فرد ارائه دهنده و نوع خدمت ارائه شده در نظر گرفته شده
 - مختصات اجتماعی، اخلاقی و شخصیتی آنها در نظر گرفته شده است.
 -
 -
-
-

همه بخشهایی از تعامل و درون مایه مناسبات مردم نیازمند با نهاد ارائه دهنده خدمات و چگونگی پاسخ این نهادها به آنهاست. مهمتر از همه اینکه اگر نظام ارائه خدمات مورد استفاده و بهره‌مندی مردم قرار می‌گیرد، برای همگان حسب نیازشان خدمت ارائه می‌نماید؟ آیا عده‌ای کمتر از نیاز و عده‌ای بیشتر از نیازشان از نظام بهره‌مند نمی‌شوند؟ آیا فقرا وقتی نزدیک به مرگ هستند با اندک مراجعه‌ای باقیمانده ناچیز زندگی خود و خانواده خود را از دست نمی‌دهند؟ و آیا در نقطه مقابل نظام ارائه خدمات مورد بهره‌کشی بی‌هوده و بی‌دلیل اغیا قرار نمی‌گیرد؟ و آیا روستاییان همانقدر که شهرنشینان به خدمات مورد نیاز خود دسترسی دارند از آن بهره‌مند می‌شوند؟

بعبارت دیگر:

- نه تنها سطح سلامتی در کل جامعه مطرح است توزیع سلامتی نیز در اجزای جامعه مطرح است.
- نه تنها سطح پاسخگویی نظام در کل جامعه مطرح است توزیع پاسخگویی نیز در اجزای جامعه مطرح است
- و بالاخره اینکه اجبار خانواده برای تامین سلامتی عضو آسیب‌دیده خود در اغلب موارد یک پدیده ناگهانی و آوار مانند است که بر سر فرد و خانواده وی فرود می‌آید. اغلب درآمدهای متراکم شده یک عمر و یا حتی یک نسل برای تامین هزینه‌های ضروری مصرف می‌شود و آیا نظام سلامت، محافظت مالی خوبی، در این لحظه از افراد نیازمند بعمل می‌آورد؟

در نهایت اینکه در جهان کنونی عملکرد نظام سلامت (Health system performance) هر جامعه‌ای را با میانگین موزون شده سطح سلامتی و توزیع آن، سطح پاسخگویی نظام و توزیع آن و چگونگی محافظت از جامعه در مقابل بار مالی تحمیل شده بر آحاد مردم می‌سنجند. در این مطالعه سعی شده بود به سه شاخص از ۵ شاخص مزبور پرداخته شود. برای آنها برآوردهایی محاسبه و برای اولین بار در ایران ارائه گردد. تقریباً برای این سه شاخص که میانگین موزون شده آنها عملکرد نظام سلامت را نشان می‌دهد عددی در دست نبود. اعدادی که تاکنون در نشریات بین‌المللی چاپ و نشر شده است همگی برآوردهایی است که براساس قرائن و نشانه‌هایی با استفاده از مدل‌های برازش شده برای سطح بین‌المللی به دست آمده و مبتنی بر مشاهده از درون کشور نبوده است.

برخی از شاخصهای سلامتی ارائه شده برای جمهوری اسلامی ایران در سال ۲۰۰۳ برای سال ۲۰۰۲ عبارتند از^(۶۷) :

فاصله اطمینان	مقدار	- امیدزندگی
۶۷/۸ - ۶۵/۴	۶۶/۵	- برای مردان
۷۰/۵ - ۷۲/۸	۷۱/۷	- برای زنان
		- امید زندگی توأم به سلامتی
۵۴/۹ - ۵۷/۳	۵۶/۱	- برای مردان
۵۸/۲ - ۶۰/۵	۵۹/۱	- برای زنان
		- درصدی از امید زندگی که بعلت ناتوانی از دست رفته
	٪۱۵/۷	- برای مردان
	٪۱۷/۵	- برای زنان

البته همانگونه که مولفین مجموعه مقایسه‌ای شاخصهای سلامتی در ذیل نشریات سازمان جهانی بهداشت ذکر کرده‌اند «ارقام ذکر شده، همراه با روش جمع‌آوری و تخمین داده‌ها، تا حد زیادی توسط سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است و لزوماً بیانگر آمارهای رسمی کشورها نیست». نکته با اهمیت دیگر اینکه سازمان مذکور فقط یکبار (در سال ۲۰۰۰) برآوردی از توزیع شاخصهای مزبور در پهنه جغرافیایی کشور، در گروههای مختلف اجتماعی و اقتصادی ارائه داده است، چرا که ارائه چنین توزیعی باید مبتنی بر مطالعه و مشاهده‌های عینی صورت گیرد. در صورتی که یکی از مهمترین وظایف مدیران و سیاستگذاران بخش سلامت، علاوه بر ارائه مقادیر کشوری مبتنی بر مشاهده، ارائه تصویری از توزیع شاخصهای مذکور در ابعاد مختلف است. مسلماً یکی از وظایف بخش سلامت اندازه‌گیری شاخصهای سلامت در کشور و ارائه توزیع آنها در ابعاد اجتماعی و جغرافیایی بمنظور انجام مداخله‌های هدفمند برای گروههای خاص جمعیتی و برنامه‌ریزیهای منطقه‌ایست. امید است که این مهم در سالهای آتی عملی گردد. در مطالعه میزان بهره‌مندی مردم از نظام ارائه خدمات بهداشتی درمانی و چگونگی پاسخگویی نظام سلامت به مراجعه‌کنندگان دستاوردهای متعدد و در عین حال محدودیتها و گرههای ناگشوده‌ای نیز وجود داشت.

بحث پیرامون هریک از این نتایج نیز خود به دلیل نبود اعداد قبلی و مطالعات ملی گذشته با محدودیت‌هایی روبروست.

ه- ۱: بهره‌مندی از بیمه و تسهیلات ناشی از آن:

گرچه قانون بیمه همگانی به تصویب مجلس شورای اسلامی ایران رسیده و عملاً تمام روستائیان نیز زیر پوشش بیمه خدمات درمانی قرار گرفته‌اند ولی در این مطالعه نشان داده شد که نزدیک ۰/۸ ± ۲۶/۵ درصد جامعه یا زیر پوشش بیمه‌های درمانی قرار ندارند یا خود را زیر پوشش بیمه‌های درمانی نمی‌دانند. بفرض قبول تخمین جمعیت ۶۴۵۰۵۰۰۰ نفر برای کشور در سال ۱۳۸۱ برآورد می‌شود که بین ۱۶/۶ تا ۱۷/۶ میلیون نفر یا تحت پوشش نیستند یا خود را تحت پوشش بیمه نمی‌دانند. از این عده ۱۳/۷ میلیون نفر آنها شهرنشین (۱/۰۱ ± ۳۳/۲) و نزدیک ۳/۹ میلیون نفر آنها روستایی بودند.

همانگونه که در بخش ج - ۳ آمده است بیشترین نسبتی که خود را بیمه نمی‌دانند افراد بیکار، خویش‌فرما، شاغلین در بخش خصوصی، محصلین، دانشجویان و خانه‌دارها هستند بین ۲۵٪ تا ۳۶٪ این رده‌های شغلی بیمه نیستند و ارقام در بین شاغلین بخشهای دولتی به کمتر از ۱/۳ ± ۱/۱۸ می‌رسد.

سرجمع آمار رسمی افراد تحت پوشش سازمانهای بیمه‌گر و امدادی بیش از جمعیت کشور است (۶۴). بطور مثال برابر آمار رسمی سال ۱۳۸۱:

- مجموعه صندوقهای خدمات درمانی ۳۶۲۹۹۳۱۸ نفر
 - سازمان تامین اجتماعی ۲۶۷۴۲۲۲۲ نفر
 - کمیته امداد امام (ره) ۳۹۵۱۱۸۵ نفر
 - و سازمان خدمات درمانی نیروهای مسلح حدود ۳/۵ میلیون نفر
- را تحت پوشش دارند و گرچه سر جمع اعداد مذکور (۷۰/۵ میلیون نفر) از جمعیت کشور بالاتر است، ولی باید به این نکات نیز توجه کرد.

- تعداد بیمه‌شدگان براساس شمارش دفترچه‌های بیمه و حق بیمه پرداخت شده همواره مواردی از زیاده‌شماری را در درون خود دارد. مثل:

- افرادی که تحت پوشش دو یا سه نوع سازمان بیمه درمانی قرار دارند. برآورد می‌شود که این رقم بیش از ۲ الی ۳ میلیون نفر باشد
- اعلام برآورد در بالاترین کرانه ممکن از طرف سازمانهای مزبور بمنظور جذب بیشتر اعتبارات و کمکهای دولتی به صندوقهای بیمه
- افرادی که به تازگی تحت پوشش قرار گرفته‌اند و هنوز خدمات بیمه برای آنها عینیت نیافته است.
- جابه‌جایی زیاد برخی از نیروهای کار در فواصل زمانی کوتاه مدت مانع از دستیابی سازمانهای محلی تامین اجتماعی به آنها می‌شود.
- ...
- ...

- گرچه ممکنست تعدادی از افرادی که تحت پوشش انواع بیمه‌های درمانی قرار گرفته یا قرارداده شده‌اند و خود از آن آگاه نباشند مثل:

○ برخی از نوجوانان و جوانان در خانواده‌هایی که به تازگی تحت پوشش قرار گرفته‌اند و یا بطور عرفی از آنها استفاده نمی‌کنند

○ بسیاری از خانوارهای روستایی که تحت پوشش بیمه درمان مستقیم قرار دارند ولی تاکنون از آن استفاده نکرده‌اند و برایشان بیمه بودن مفهومی ندارد.

- اساساً سازمانهای بیمه‌گر، چندان اقدامی برای آشنا نمودن بیمه‌شدگان به حقوق و مزایای خود نکرده‌اند. بطور معمول مردم از مزایا بیمه درمانی، بیمه مکمل و سایر بیمه‌ها مطلع نیستند مگر اینکه در معرض نیاز به استفاده از آن قرار گرفته‌اند و بتدریج مزایا و حقوق مترتب برحق بیمه‌ای که می‌پردازند را کشف نموده باشند. در نتیجه برخی از مردم داشتن یک دفترچه بیمه بدون مزیت خاص را بیمه بودن نمی‌دانند و ممکنست بهمین دلیل در عین پرداخت اجباری حق بیمه خود را تحت پوشش ندانند.

مسئله تا زمانی که سازمانهای بیمه‌گر نیازی به آشنا کردن مردم به مجموعه مزایای بیمه‌های سازمان خود و حقوقی که بر آن مترتب است را نداشته باشند و برای پیوستن مردم به سازمان خودشان تبلیغ نکنند، همچنان تلقی مردم از بیمه بودن محدود به تلقی‌های زمان نیازشان است. تا زمانی که نیاز پیدا نکرده باشند به اهمیت آن پی نمی‌برند و آن را بی‌اهمیت و هیچ می‌انگارند و حتی با وجود آنها نیز احساس امنیت خاطر ندارند. اطلاعات زنان جامعه ما از روشهای پیشگیری از بارداری، مادران از مزایای شیرمادر، چگونگی کنترل اسهال و یا عفونتهای تنفسی کودکان، پدران از مضار سیگار، لزوم تحرک و تغذیه مناسب، جوانان از ... مناسب و بالنسبه خوبی است. این اطلاعات را معمولاً از برنامه‌های آموزشی در رسانه‌های عمومی، آموزشهای چهره به چهره و آموزشهای مکتوب به دست می‌آورند. اغلب رسانه‌های عمومی بخشی از امکانات خود را به این آموزشها اختصاص می‌دهند؛ ولی سازمانهای بیمه تاکنون از طریق رسانه‌ها مردم را به مزایا بیمه و حقوق مترتب بر آن آشنا نکرده‌اند و آیا آموزشهای چهره به چهره و مکتوبی در سطح وسیع به مردم داده نشده است؟

ه- ۲: نیاز، مراجعه و تنوع خدمات دریافت شده:

❖ سرپایی

■ میزان نیاز برای مراجعه طی دوهفته اخیر برای دریافت خدمات سرپایی در کل ۲۱/۵٪ یا عبارت دیگر در طول سال ۵/۶ بار بوده و برای خدمات بستری میزان ۶۶ هزارم بار بوده است؛ در مقابل، میزان مراجعه و آغاز دریافت خدمت سرپایی ۳/۸ بار و آغاز دریافت خدمات بستری این میزان را به ۴۹ هزارم بار کاهش می‌دهد. علت تفاوت بین دو مقدار مزبور یعنی :

- ۵/۶ بار احساس نیاز و ۳/۸ مراجعه و آغاز دریافت خدمات سرپایی
- ۰/۰۶۶ بار احساس نیاز و ۰/۰۴۹ مراجعه و آغاز دریافت خدمت بستری

عبارتند از:

- بی پولی و به صرفه نبودن سبب عدم مراجعه ۶۵٪ موارد سرپایی و ۸۲٪ موارد بستری بوده است
- کمبود وقت و تصمیم برای مراجعه در زمان دیگر سبب عدم مراجعه در ۴۵٪ موارد سرپایی و ۳۳٪ موارد بستری بوده است.
- مسلماً مصرف خودسرانه دارو، ساختن با مشکل تابعد، بعنوان عامل جبران بی‌پولی و کمبود وقت در ۴۳٪ موارد سرپایی و ۱۰٪ موارد بستری بوده است

سایر عوامل همچون ندانستن محل مراجعه، دوری راه، نبود تخصص مورد نیاز و ... در این زمینه عوامل کم اهمیت دیگر است. البته باید توجه داشت که مجموعه دلایل عدم مراجعه همواره بیش از یک مورد است.

■ گرچه میزان مراجعه و آغاز دریافت خدمت سرپایی در طول سال ۳/۸ و در مورد خدمت بستری ۰/۰۴۹ بار است، ولی جریان دریافت خدمت، ۳/۸ بار نیاز منجر به مراجعه به ۸/۷ بار مراجعه و دریافت خدمات متفاوت از مراکز ارائه خدمات سرپایی و در جریان دریافت خدمت بستری ۰/۰۴۹ بار نیاز منجر به مراجعه به ۰/۰۶۵ بار مراجعه و دریافت خدمت از مراکز ارائه خدمات بستری منجر می‌شود.

شاید بتوان گفت که برای برآوردن یک احساس نیاز منجر به مراجعه ۲/۳ بار مراجعه برای دریافت کامل یک خدمت سرپایی نیاز است و ۱/۳ بار مراجعه برای دریافت کامل یک خدمت بستری نیاز است.

بطور مثال در جریان یک مراجعه برای دریافت یک خدمت سرپایی، یکبار باید به پزشک مراجعه کرد، یک مراجعه دیگر به داروخانه و ۰/۳ بار مراجعه به خدمات پاراکلینیک.

در یک بررسی تحت عنوان «طرح بهینه‌سازی اقتصادی اجتماعی درمان در سازمان تامین اجتماعی» که در گزارش موسسه عالی پژوهش تامین اجتماعی (۱۳۷۴) چاپ شده، برآورد شده که در سال ۱۳۷۲ هر فرد بیمه شده ۲/۲ بار به پزشک عمومی (بدون در نظر گرفتن مراجعات سرپایی به بیمارستانها) و ۱/۲ بار به پزشک متخصص مراجعه می‌کند. در همان سال متوسط مراجعه هر فرد به مراکز خدمات درمانی تامین اجتماعی ۵/۹ بار بوده که ۱/۱ بار آن به پزشک عمومی مرکز یک بار به پزشک متخصص مرکز ۰/۰۶ بار آن به دندانپزشک و ۲/۹ بار آن به داروخانه بوده ۵/۹ بار متوسط کشوری بوده که دامنه آن از ۳/۴ بار در استان بوشهر شروع و به ۹/۳ در استان سمنان ختم می‌شود^(۶۱).

مسئلاً در این مطالعه مراجعه به محل‌های دریافت خدمات بهداشتی که بصورت رایگان (حتی بدون استفاده از دفترچه بیمه) در آنها خدمات مراقبت‌های بهداشتی (مراقبت کودکان، زنان باردار، تنظیم خانواده و ...) ارائه می‌شود، مثل مراکز بهداشتی درمانی، پایگاهها و خانه‌های بهداشت در نظر گرفته نشده است.

■ نکات کلیدی که در ارتباط با بار مراجعه در برنامه‌ریزیها باید در نظر گرفت عبارت است از:

- جدول ه-۱ نشان می‌دهد که ۵۶۰ میلیون مراجعه در نتیجه ۲۴۵ میلیون نیاز منجر به اقدام و مراجعه در سال ۱۳۸۱ وجود داشته، ۳۵۰ میلیون بار آن در بخش غیردولتی و ۲۱۰ میلیون بار آن در بخش دولتی بوده است. داروخانه‌ها با ۱۸۷ میلیون مراجعه رتبه اول و پزشکان عمومی با ۱۴۲ میلیون مراجعه، پرسنل غیرپزشک با ۸۳ میلیون مراجعه و پزشکان متخصص با ۷۴ میلیون مراجعه و پاراکلینیک با ۴۴ میلیون مراجعه در ردیف‌های بعدی قرار دارد. در بخش خصوصی مراجعات به داروخانه، پزشک عمومی و پزشک

جدول ه-۱: برآوردی از بار مراجعه و تعداد مراجعه در طول سال ۱۳۸۱ برحسب بخش و نوع ارائه‌دهنده خدمات؛ مطالعه بهره‌مندی از خدمات سلامتی

جمع	بخش دولتی		بخش علل دولتی		۸/۷ بار مراجعه در طول سال	
	تعداد مراجعه میلیون نفر	تعداد مراجعه میلیون نفر	تعداد مراجعه (میلیون)	بار مراجعه		
۱۴۲	۲/۲	۵۲	۰/۸	۹۰	۱/۴	پزشک عمومی
۱/۴	۱/۲	۱۶	۰/۲۵	۵۸	۰/۹	پزشک متخصص
۱۸۷	۲/۹	۵۲	۰/۸	۱۳۵	۲/۱	داروخانه
۸۳	۱/۳	۵۸	۰/۹	۲۵	۰/۴	پرسنل غیرپزشک
۴۴	۰/۷	۱۹	۳/۰	۲۵	۰/۴	پاراکلینیک
۱۸	۰/۳	۵	۰/۰۸	۱۳	۰/۲	دندانپزشک
۶/۵	۰/۱	۴/۵	۰/۰۷	۲	۰/۰۳	ماما
۲	۰/۰۳	-	-	۲	۰/۰۳	طب جایگزین یا طب سنتی
۱/۶	۰/۳	۰/۶	۰/۰۱	۱	۰/۰۲	توانبخشی
۵۶۰	۸/۷	۲۱۰	۵/۲۳	۳۵۰	۵/۵	جمع

متخصص خیلی بیش از بخش دولتی است و برعکس در بخش دولتی مراجعه به پرسنل غیرپزشک و ماما بیشتر از بخش خصوصی است. در مقابل این ترکیب مراجعه، ترکیب خدمات ارائه شده به شرح زیر است:

▪ خدمات بهداشتی

▪ مراقبت کودکان؛ ۹۵٪ موارد در بخش دولتی و ۵٪ در بخش خصوصی

• بخش خصوصی

○ ۳/۴٪ بوسیله پزشک عمومی

○ ۱/۷٪ بوسیله پزشک متخصص

• بخش دولتی :

○ ۴/۲٪ بوسیله پزشک عمومی در مراکز بهداشتی و

پلی کلینیکها

○ ۱٪ بوسیله ماما در مراکز بهداشتی و پلی کلینیکها

○ ۵۷٪ بوسیله بهورز در خانه بهداشت

○ ۳۳٪ بوسیله کاردان در مراکز بهداشتی درمانی

شهری

▪ مراقبت دوران بارداری و پس از زایمان؛ ۷۲٪ موارد آن در بخش

دولتی و ۲۸٪ در بخش خصوصی

• بخش خصوصی

○ ۱/۴٪ توسط پزشک عمومی

○ ۲۲٪ توسط پزشک متخصص

○ ۵/۴٪ توسط ماما در دفتر کار

• در بخش دولتی

○ ۴/۱٪ توسط پزشک عمومی در مراکز

○ ۲/۷٪ توسط پزشک متخصص در پلی کلینیکها

○ ۲۳٪ توسط ماما در مراکز بهداشتی درمانی

○ ۲۶٪ توسط بهورز در خانه‌های بهداشت

○ ۱۶٪ توسط کاردان در مراکز بهداشتی درمانی

شهری

▪ خدمات پیشگیری از بارداری و تنظیم خانواده در ۹۶٪ موارد در بخش

دولتی و ۴٪ موارد در بخش خصوصی

• در بخش خصوصی (۴٪)

○ ۱٪ پزشکان عمومی

○ ۱٪ پزشکان متخصص

○ ۲٪ ماماها در دفاتر کار

● در بخش دولتی (۹۶٪)

○ ۱٪ پزشکان عمومی در مراکز

○ ۲٪ پزشکان متخصص در پلی کلینیکها

○ ۱۳٪ ماماها در مراکز بهداشتی درمانی

○ ۵۸٪ بهورزان در خانه‌های بهداشت

○ ۲۳٪ کاردانهادر مراکز بهداشتی درمانی شهری

■ سایر مراقبتهای بهداشتی «مثل مراقبت از افراد پرخطر

(High-Risk) مثل مبتلایان به فشارخون، دیابت، کودکان با

مشخصات سوءتغذیه، مادران بارداری که High-Risk هستند و ...»

۶۴٪ آن در بخش دولتی و ۳۶٪ آن در بخش خصوصی روی می‌دهد.

● در بخش خصوصی (۳۶٪)

○ ۱۸٪ توسط پزشک عمومی

○ ۱۱٪ توسط پزشک متخصص

○ ۴٪ توسط دندانپزشک

○ ۱٪ توسط ماما

○ ۲٪ توسط پرسنل غیرپزشک در دفاتر خصوصی

● در بخش دولتی (۶۴٪)

○ ۱۳٪ توسط پزشک عمومی در مراکز بهداشتی درمانی

○ ۱٪ توسط پزشک متخصص در پلی کلینیکها

○ ۱٪ توسط دندانپزشک

○ ۲٪ توسط ماما در مراکز بهداشتی درمانی

○ ۳۳٪ توسط بهورز در خانه‌های بهداشت

○ ۱۲٪ توسط کاردان در مراکز بهداشتی درمانی شهری

■ آموزش، مشاوره و راهنمایی: در ۵۹٪ موارد در بخش خصوصی و ۴۱٪

در بخش دولتی صورت می‌گیرد

● بخش خصوصی (۵۹٪)

○ پزشک عمومی ۲۱٪

○ پزشک متخصص ۱۷٪

○ دندانپزشک ۴٪

○ ماما ۱٪

○ داروخانه ۱۳٪

- پاراکلینیک ۱٪
- بخش دولتی (۴۱٪)
 - پزشک عمومی ۱۳٪
 - پزشک متخصص ۵٪
 - دندانپزشک ۱٪
 - ماما ۱٪
 - بهورز ۱۰۵
 - کاردان ۳٪
 - داروخانه ۶٪
 - پاراکلینیک ۱٪
- مراقبتهای الزامی: در ۵۰٪ موارد در بخش دولتی و در ۵۰٪ موارد بخش خصوصی
- خدمات درمانی
 - معاینه:
 - ۶۴٪ در بخش خصوصی
 - ۳۶٪ در بخش دولتی
 - اقدام تشخیصی:
 - ۶۲٪ در بخش خصوصی
 - ۳۸٪ در بخش دولتی
 - دریافت نسخه یا دارو
 - ۶۹٪ در بخش خصوصی
 - ۳۱٪ در بخش دولتی
 - انجام اقدامات درمانی
 - ۶۹٪ در بخش خصوصی
 - ۳۱٪ در بخش دولتی
 - تزریقات و پانسمان
 - ۶۵٪ در بخش خصوصی
 - ۳۵٪ در بخش دولتی

بطور تقریبی می توان گفت که ۸۰٪ خدمات بهداشتی و ۳۵٪ خدمات درمانی سرپایی در بخش دولتی و در مقابل ۲۰٪ خدمات بهداشتی و ۶۵٪ خدمات درمانی سرپایی در بخش خصوصی صورت می گیرد.

• تفاوت‌های بار مراجعه :

○ تفاوت‌های مرتبط با سکونت

- شهرنشینان در سال ۹ بار مراجعه دارند
- روستانشینان ۸/۳۵ بار مراجعه دارند
- ساکنین روستاهای اصلی ۸/۸ بار مراجع
- ساکنین روستاهای قمر ۷ بار مراجعه
- ساکنین روستاهای سیاری و عشایر ۶/۶ بار مراجعه

۵۵٪ از ساکنین روستاهای قمر که طی دوهفته اخیر نیاز داشته‌اند اقدامی نکرده‌اند و این رقم برای ساکنین روستاهای سیاری و عشایر ۴۴٪ و برای ساکنین روستاهای اصلی ۳۰٪ و برای شهرنشینان ۲۶٪ بوده است.

ممکنست تصور شود که در درون ۹ بار مراجعه شهرنشینان نشانه‌هایی از استفاده بی‌رویه (over use) وجود داشته باشد ولی در ۶/۶ بار مراجعه روستاهای سیاری و عشایر و ۷ بار مراجعه ساکنین روستاهای قمر مسلماً نشانه‌هایی از کمبود مراجعه (under use) وجود دارد.

متوسط ۵/۵ بار مراجعه به بخش خصوصی ناشی از ۶/۱ بار مراجعه شهری و ۴/۶ بار مراجعه روستایی است. در صورتیکه متوسط ۳/۲ مراجعه به بخش دولتی ناشی از ۲/۹ بار مراجعه شهری و ۳/۸ بار مراجعه روستایی است و این نشان دهنده بهره‌مندی بالاتر روستائیان از بخش دولتی و بهره‌مندی بالاتر شهرنشینان از بخش خصوصی است.

(بفرض پایدار بودن نسبت ۶۱٪ جمعیت شهری و ۳۹٪ جمعیت روستایی) در طول سال ۱۳۸۱:

در بخش دولتی

۲۵ میلیون مراجعه شهرنشینان به مراکز بهداشتی درمانی شهری و ۵۵ میلیون مراجعه روستانشینان به مراکز بهداشتی درمانی روستایی و خانه‌های بهداشت (در مناطق روستایی ۱۴ میلیون مراجعه به پزشک روستایی، ۹۰۰ هزار مراجعه به دندانپزشک یا کاردان بهداشت دهان و دندان، ۹۰۰ هزار مراجعه به ماما در مراکز روستایی و در نهایت ۳۵ میلیون مراجعه به بهورز در خانه بهداشت) وجود داشته است.

در بخش خصوصی

۱۰۴ میلیون شهرنشین و ۵۶ میلیون روستانشین به مطبها و دفاتر پزشکان عمومی، متخصص، دندانپزشک و ماما وجود داشته است. از ۱۰۴ میلیون مراجع شهری ۴۴ میلیون مراجعه به مطبهای پزشکان عمومی ۳۷ میلیون مراجعه به پزشکان متخصص، ۹ میلیون مراجعه به مطبهای دندانپزشکی و دندانسازیهای تجربی بوده است.

از ۵۶ میلیون مراجعه روستائیان به بخش خصوصی ۳۰ میلیون مراجعه به پزشکان عمومی ۱۶ میلیون مراجع به پزشکان متخصص و ۲ میلیون مراجعه به مطبهای دندانپزشکی و دندانسازی‌های تجربی بوده است.

- تفاوت‌های مربوط به جنس:

- زنان در طول سال ۱۰/۶ بار مراجعه دارند
 - ۶۰٪ به بخش خصوصی
 - ۴۰٪ به بخش دولتی
- مردان در طول سال ۶/۸۵ بار مراجعه دارند
 - ۶۶٪ به بخش خصوصی
 - ۳۴٪ به بخش دولتی

- تفاوت‌های مربوط به سن:

- بیشترین بار مراجعه مربوط به کودکان زیریکسال است ۱۸/۹ بار مراجعه
 - افراد ۶۵ سال و بالاتر ۱۷/۴ بار مراجعه
 - کودکان ۱ تا ۴ سال ۱۳/۳ بار مراجعه
 - افراد ۵۰ تا ۶۵ ساله ۱۱/۳ بار مراجعه
 - افراد ۱۵ تا ۵۰ ساله ۸/۳ بار مراجعه
 - افراد ۵ تا ۱۴ سال ۵/۳۵ بار مراجعه
- در طول سال دارند. درصدی که نیاز داشته‌اند ولی مراجعه نکرده‌اند عبارتست از افراد پنج تا ۱۴ سال (۳۵٪)، ۵۰ تا ۶۵ سال (۳۴٪)، ۱۵ تا ۵۰ سال (۳۰٪)، ۶۵ سال و بالاتر (۲۷٪)، کودکان ۱ تا ۴ سال (۲۰٪) و کودکان زیریکسال (۸٪) بوده است.

- تفاوت‌های مربوط به نوع بیمه پوشش دهنده:

- افراد تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی ۱۱/۲ بار مراجعه
- افراد تحت پوشش کمیته امداد امام ۱۰/۹ بار مراجعه
- افراد تحت پوشش بیمه‌های خصوصی ۱۰/۷ بار مراجعه
- افراد تحت پوشش نیروهای مسلح ۱۰/۳ بار مراجعه
- افراد تحت پوشش بیمه خدمات درمانی ۸/۴ بار مراجعه
- افراد تحت پوشش مستقیم خدمات سازمانهای دولتی ۸/۲ بار مراجعه
- افراد بدون پوشش بیمه ۶/۶ بار مراجعه

❖ درمان بستری:

برآورد می‌شود که در سال ۱۳۸۱، ۴/۲ میلیون نفر (۶۵ در هزار یا بعبارت دیگر هر نفر در هر ۱۵ سال یک بار در بیمارستان بستری می‌شوند) در بیمارستانهای کشور به گونه‌ای بستری شده‌اند که هنوز (در زمان مطالعه اسفند ۱۳۸۱) زنده‌اند و در درون خانواده‌های معمولی زندگی می‌کنند. برآورد می‌شود که حدود ۱۵۰ هزار نفر هم در بیمارستانها فوت کرده‌اند و همین تعداد نیز به آسایشگاهها، بیمارستانهای روانی، زندانها، اردوگاهها و ... منتقل شده‌اند و در دسترس پرسشگری قرار نداشتند (در جمع ۴/۵ میلیون نفر در سال)

مطالعه سال ۱۳۷۲ سازمان تامین اجتماعی نیز بار بستری را در طول سال برای بیمه‌شدگان تحت پوشش سازمان ۶۰ در هزار یا بعبارت دیگر هر نفر در هر ۱۷ سال یک بار در بیمارستان بستری می‌شود^(۶۱).

از تعداد ۴/۲ میلیون بستری شده که در زمان مطالعه اکنون در خانواده‌های معمولی زندگی می‌کردند:

- ۲/۵ میلیون شهری‌اند

- ۱/۷ میلیون روستایی‌اند

روستاییان کمتر از شهریه‌های بستری می‌شوند (۵/۵ بار در مقابل ۶/۴ در طول سال)

- بیشترین بار بستری متعلق به افراد ۶۵ سال و بالاتر (۱۸۲ در هزار) و پس از آنها

کودکان زیر یکسال (۱۴۳ در هزار) و به ترتیب افراد ۵۰ تا ۶۵ سال (۱۰۷ در هزار)،

یک تا ۴ سال (۷۲ در هزار) پانزده تا ۴۹ سال (۵۵ در هزار) و در آخر افراد پنج تا ۱۴

سال (۲۴ در هزار) قرار دارند.

- زنان بیش از مردان بستری می‌شوند (۶۹ در مقابل ۵۲)

نتیجه اینکه:

عوامل اصلی مداخله‌کننده روی بار مراجعه برای درمان سرپایی و بستری عبارتند از:

- سن (سنین پایین و سنین بالای عمر بیشترین رقم را بخود اختصاص می‌دهد)

- جنس (افراد مونث بیش از افراد مذکر)

- سکونت (به دلیل دسترسی راحت‌تر) شهرنشینان بیش از روستانشینان

- مراجعه سرپایی و بستری یک روند به هم پیوسته است افراد با سابقه بستری در

یکسال بیش بار مراجعه سرپایی بیشتری نیز دارند

- داشتن بیمه، داشتن شغل، حمایت‌های اجتماعی قابل اعتماد نیز هنوز از مهمترین

عوامل کمک‌کننده به پاسخ‌گویی فرد به نیازهای سلامت خود، اقدام و دریافت خدمت

است.

ه- ۳: زمان، ارجاع و انتقال

❖ زمان در خدمات سرپایی:

- شاخص عمده دسترسی جغرافیایی زمان صرف شده برای رسیدن (زمان بین راه) به محل ارائه خدمات سرپایی است. هرچه توزیع نهادهای ارائه خدمات بهداشتی درمانی بیشتر و مناسبتر باشد دسترسی جغرافیایی و در نتیجه زمان صرف شده (بین راه) کمتر خواهد بود.

- برای رسیدن به:

○ پزشک عمومی	۲۹ دقیقه
○ پزشک متخصص	۵۷ دقیقه
○ دندانپزشک	۴۰ دقیقه
○ پرسنل غیرپزشک	۱۴ دقیقه
○ داروخانه	۲۴ دقیقه
○ پاراکلینیک	۳۸ دقیقه

مسئلاً این زمان با استفاده از وسیله رایج در منطقه یا بصورت پیاده‌روی است.

- شاخص دیگری که نشان‌دهنده نظم و مدیریت مناسب محل‌های ارائه خدمات است؛ زمان توقف در سالن انتظار برای دریافت خدمات است. تراکم، ازدحام و شلوغی سالن‌های انتظار نشان‌دهنده کمبود ارائه‌دهندگان خدمات در مقایسه با نیاز، مدیریت بد محل ارائه خدمت نامنظم و ... است. متوسط زمان توقف در سالن انتظار :

○ پزشک عمومی	۲۳ دقیقه
○ پزشک متخصص	۶۹ دقیقه
○ دندانپزشک	۳۵ دقیقه
○ پرسنل غیر پزشک	۹ دقیقه
○ داروخانه	۱۴ دقیقه
○ و پاراکلینیک	۳۷ دقیقه

- شاخص متوسط طول زمان دریافت خدمت:

افزایش متوسط این زمان می‌تواند نشان‌دهنده، بررسی، معاینه، آموزش و مراقبت کاملتر و دقیقتر مراجعه کننده باشد. متوسط طول مدتی که مراجع برای دریافت خدمت وقت سپری می‌نماید در مراجعه به :

○ پزشک عمومی	۱۱ دقیقه
○ پزشک متخصص	۲۹ دقیقه
○ دندانپزشک	۳۷ دقیقه
○ پرسنل غیرپزشک	۱۲ دقیقه

است .

- شاخص دیگری که بویژه در شهرهای بزرگ معمول است مدت زمانی است که بیمار یا مراجع در نوبت باقی می ماند تا فرصت و نوبت وی برای مراجعه فرا رسد. این زمان برای پزشک عمومی، پرسنل غیرپزشک، مشاوره، دریافت دارو از داروخانه و شروع دریافت خدمت از پاراکلینیک تقریباً همان روز مراجعه است. زمان در نوبت ماندن برای مراجعه کننده به:

- پزشک متخصص ۶ روز
- دندانپزشک ۳ روز
- خدمات توانبخشی ۵ روز

❖ زمان صرف شده برای دریافت خدمات بستری

یکی از مهمترین شاخصهای بهره‌مندی از خدمت؛ قرار نگرفتن بیماران نیازمند در «لیست انتظار» است. هرچه این زمان انتظار برای دریافت خدمات بستری کمتر باشد، نشاندهنده بهره‌مندی مناسبتر جامعه از خدمات بستری است. این زمان انتظار برای بیمارستانهای ایران بطور متوسط کمتر از ۳ روز است. که دامنه آن از ۲ تا ۴ روز برحسب نوع بیمارستان متفاوت است. این زمان برای کودکان همان روز مراجعه است و برای سنین ۵۰ سال و بیشتر حدود ۴ روز است. در صورتی که فرد بخواهد در بیمارستان شهرستان محل سکونت خود بستری شود، بطور متوسط دو روز در نوبت قرار می‌گیرد، اگر بخواهد در شهر دیگری در همان استان محل سکونت (شهرستان مرکز استان) خود بستری شود ۲ تا ۳ روز و اگر در بیمارستانی در خارج از استان محل سکونت خود بستری شود ۵ تا ۶ روز در نوبت قرار می‌گیرد.

نتیجه اینکه:

یکی از مهمترین شاخصهای بهره‌مندی سهولت و سرعت دسترسی به خدمات بهداشتی درمانی است. این شاخص در کشور ما هم در مقایسه با کشورهای در حال رشد و هم کشورهای توسعه یافته از جایگاه بسیار مناسبی برخوردار است. در مقایسه با کشورهای مختلف زمان انتظار، در کشور ما در سال ۱۳۸۱، برای دسترسی به خدمات بستری و خدمات تخصصی چیزی در حد صفر است. این عدد نشان دهنده توسعه و گسترش خدمات در وسیعترین شکل ممکن و در اقصی نقاط کشور است. البته از طرف دیگر پایین بودن زیاد این شاخص نشاندهنده زیان ده بودن سرمایه‌گذاری در این زمینه و در نتیجه لزوم تداوم و پایداری در حمایت‌های دولت است.

❖ ارجاع و انتقال در جریان دریافت خدمات:

در صورتی که نظام ارائه خدمات بصورت عادلانه در عرصه جغرافیایی کشور توزیع شده باشد، در هر شهرستان کشور بطور معمول باید یک بیمارستان عمومی شامل چهار تخصص اصلی (جراحی، داخلی، کودکان و زنان و زایمان) وجود داشته باشد. به گونه‌ای که در صورت نیاز به تخصصهای پیچیده‌تر بیمار بتواند از بیمارستان عمومی به تخصصی یا فوق تخصصی ارجاع گردد.

بیمارستانهای تخصصی در شهرستان مرکز استان و بیمارستانهای فوق تخصصی علاوه بر مراکز استانهای بزرگ با ویژگیهای خاص (مثل مشهد، تبریز، اصفهان، اهواز و ...) در تهران شکل گرفته‌اند. در نتیجه بستری شدن ۶۸٪ از بستری‌شدگان در بیمارستانی در همان شهرستان محل سکونت خودشان صورت می‌گیرد و این کاملاً نشان دهنده اجرای درست این سیاست است؛ ۲۶٪ از بستری-شدگان در بیمارستانهای شهرستانهای دیگر همان استان (معمولاً شهرستان مرکزی استان) و حدود ۶٪ در بیمارستانهای خارج از استان بستری می‌شوند. از آنهایی که در بیمارستانهای خصوصی بستری شده‌اند ۱۴٪ در بیمارستانهایی در خارج از استان محل سکونت خود بستری شده‌اند.

در مورد کودکان زیر یکسال و ۱ تا ۴ سال بطور عمده ۷۵ تا ۷۶٪ در همان شهرستان و فقط ۲۴٪ آنها در بیمارستانهایی در شهرستانهای دیگر استان بستری می‌شوند. این نیز نشان‌دهنده گستردگی کامل بخشهای کودکان در شهرستانهای کشور است.

۹۵٪ از بستری‌شدگان در همان بیمارستانی که از ابتدا بستری می‌شوند تا حصول نتیجه باقی می‌مانند و فقط ۵٪ آنها به بیمارستانهای دیگر انتقال می‌یابند. تقریباً تمام این انتقالها نیز به دلیل نیازمندی به خدمات، امکانات و تخصصهای پیچیده‌تر بوده است.

ه ۴: هزینه، منابع

به دلیل ارتقاء فناوری‌هایی که در حال حاضر برای بازیابی سلامتی و تامین پایدار آن بکار می‌رود، پرداخت هزینه‌های مرتبط با آن یکی از بزرگترین مشکلات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی تمامی جوامع بشری است. سالهاست که این هزینه‌ها به کابوس بسیاری از خانواده‌ها و افراد جامعه بدل شده است. بسیاری از تحولات سیاسی در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه به نوعی با تامین هزینه‌های سلامتی و تعامل آن با هزینه‌های خانوار ارتباط دارد.

انتظار جامعه از نظام سلامت علاوه بر تامین و ارتقاء سلامت و توزیع برابر آن در جامعه، پاسخگویی مناسب و برابر در جامعه و در نهایت حفاظت مالی مناسبی از آحاد مردم در قبال هزینه‌های سیل‌آسا و ناگهانی درمانی است.

در ابعاد پنج گانه انتظارات مردم (تامین و توزیع برابر سلامتی، تامین و توزیع برابر پاسخگویی نظام به نیازمندان، تامین حفاظت مالی از مردم در مقابل هزینه‌های درمانی) بعد پنجم یعنی تامین حفاظت مالی مردم در مقابل هزینه‌های درمانی جلوه و بروز عینی‌تری در جامع دارد، در صورتی که نظام ارائه خدمات این بعد از انتظارات جامعه را بر نتابد، انتظار جامعه بدل به شیون، فریاد و تنش اجتماعی خواهد شد و در تعامل‌های سیاسی جامعه ماهیت عینی پیدا خواهد کرد. تامین حفاظت جامعه در مقابل هزینه‌های مذکور از راه‌های متعددی امکان پذیر است. دولت‌ها تاکنون طیف وسیعی از این مداخله‌ها را ارائه نموده‌اند. یک طرف طیف عبارت است از اینکه نظام ارائه خدمات کاملاً دولتی، رایگان و قابل دسترس برای آحاد مردم و انتهای دیگر آن اینکه این نظام کاملاً در اختیار بخش خصوصی و بازار سلامت مرتبط با آن و کاملاً رها شده باشد و بیمار کاملاً مشتری محسوب شود و بازار کاملاً در ید قدرت قانون عرضه و تقاضا قرار گیرد.

شکل‌های بینابینی در درون این طیف، فراوانترین حالت‌های موجود در دنیا است کشورهای مختلف برحسب نوع نگرش‌های اجتماعی و سیاسی دولت‌های خود با استفاده از اهرم‌های مختلف، مداخلات شایسته و گاه ناشایسته در این بازار دارند و آن را مدیریت و گاه به «اصطلاح مدیریت» می‌کنند.

این ابزارها شامل برقراری تعرفه و استاندارد و رعایت قانونمند آن، راه‌اندازی نظام‌های موازی دولتی و حمایت از آنها در مقابل نظام‌های خصوصی و یا برعکس، پرداخت سرانه بطور مساوی یا مبتنی بر درآمد و هزینه‌کردن شایسته و یا ناشایسته آنها در مواقع ضروری، پرداخت یارانه‌های متنوع به مراکز مختلفی که مردم برای نیازهای خود به آنها مراجعه می‌کنند و مجبور نمودن آن مراکز به تعدیل هزینه‌های تحمیل شده بر مردم، دریافت بخشی از هزینه‌ها از مردم و تامین مابقی آن از طریق صندوق‌های صنفی، اجتماعی، خیریه یا دولتی و مسلماً این فهرست تنوع و طول و عرضی فراتر از این نیز دارد.

در کشور ما نیز تلاش برای مدیریت «بازار سلامت» سابقه طولانی دارد و به اشکال مختلف این مداخله و مدیریت اعمال شده و می‌شود، تعیین تعرفه‌های خدمات درمانی و تلاش دولت برای رعایت آن توسط بخش دولتی و غیردولتی یکی از نمونه‌های آنست.

ه- ۴-۱- هزینه‌های انجام شده از طرف دولت برای تعدیل بازار سلامت ایران:

دولت برای تعدیل و در نتیجه مدیریت بازار سلامت هرساله هزینه‌های متعدد و متنوعی را انجام می‌نماید.

جمع‌بندی اعتبارات تخصیص داده شده و آن بخشی از اعتبارات که به هزینه‌های مرتبط با سلامت تبدیل می‌شود و محل هزینه‌های مذکور (در بخش دولتی یا خصوصی) اغلب مورد اختلاف است. به همین دلیل دو برآورد از دو منبع مختلف ارائه می‌شود:

- برابر برآوردهای دفتر حسابهای اقتصادی مرکز آمار ایران که در قالب گزارش «حسابهای ملی سلامت» در سال ۱۳۸۲ منتشر شده هزینه‌های انجام شده توسط عاملین مختلف برای کارکردهای مختلف سلامتی در سال ۱۳۸۰ به شرح زیر است^(۶۵)

هزینه‌های عمومی دولت: میلیون ریال سهمی از این هزینه که به سلامت اختصاص یافته

٪۷۲	۱۰۹۳۵۰۱۲	- هزینه‌های مرکزی و استانی
		- هزینه‌های مربوطه به بهداشت و درمان
٪۱۰۰	۴۵۶۴۸۴	در کمیته امداد امام و بنیاد شهید
٪۱۰۰	۱۰۱۱۴۵	- شهرداری
٪۱۰۰	۲۴۷۲۷۳۳	- سازمان خدمات درمانی
٪۱۰۰	۴۳۶۵۱۸۳	- سازمان تامین اجتماعی
٪۱۰۰	۳۱۸۹۶	- صدا و سیما
٪۸۳	۱۸۳۶۲۴۵۳	♦ جمع دولت و بخش عمومی:
		موسسات و شرکتهای زیر پوشش بخش عمومی:
٪۹۸	۱۵۸۳۸۳	- بانکها
٪۱۰۰	۶۷۱۷۰۰	- شرکت نفت
٪۹۸	۶۴۱۱۰۰	- شرکتهای بیمه
		♦ جمع موسسات و شرکتهای زیر پوشش بخش عمومی:
٪۹۹	۱۴۷۱۱۸۳	
		♦ جمع بخش عمومی (بخش دولتی و شرکتهای تحت پوشش دولت)
٪۸۵	۱۹۸۳۳۶۳۶	

در واقع دولت براساس محاسبات «حسابهای ملی سلامت» در سال ۱۳۸۰ مبلغ هزار و نهصد میلیارد تومان در زمینه عملکردهای مختلف مرتبط با سلامت هزینه کرده که هزار و ششصد میلیارد تومان آن هزینه‌های اختصاصی سلامت از طرف دولت بوده است. این هزینه‌ها ۱۵ قلم شرح هزینه دارد که در بین آنها هزینه «خدمات مراقبت درمانی و توانبخشی»، «خدمات سلامت عمومی و پیشگیری» و «مدیریت سلامت و بیمه سلامت» بزرگترین مقادیر را بخود اختصاص داده است در

درون این شرح هزینه، هزینه‌های تحقیق و توسعه سلامت، بهداشت محیط زیست، نظارت بر مواد غذایی و آب آشامیدنی نیز قرار دارد.

• برابر برآوردهای انجام شده در حوزه معاونت سلامت وزارت بهداشت براساس اعتبارات تخصیص داده شده در قانون بودجه سال ۱۳۸۰ و آن بخشی از اعتبارات که به هزینه‌های مرتبط به سلامت تبدیل شده است در سال ۱۳۸۰ دولت در قالب

- هزینه‌های عمومی و عمرانی ۵۶۰۰۰۰۰۰ میلیون ریال

- هزینه‌های خدمات درمانی ۲۴۶۰۰۰۰۰ میلیون ریال

- هزینه‌های مرتبط با سلامتی در سازمان تامین اجتماعی ۴۳۵۰۰۰۰۰ میلیون ریال

- هزینه‌های مرتبط با سلامتی از طریق کمیته امداد امام،

شرکتها و سازمانهای تحت پوشش دولت ۴۳۰۰۰۰۰ میلیون ریال

جمعاً ۱۲۸۴۰۰۰۰۰ میلیون ریال یا هزار و دویست و هشتاد و چهار میلیارد تومان در فعالیتهای اختصاصی مرتبط با سلامتی هزینه نموده است.

۴-۲: هزینه‌هایی که برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی مستقیماً بردوش خانوارها قرار می‌گیرد:

هزینه‌هایی که برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی توسط خانوارها پرداخت می‌شود را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد:

الف: هزینه‌های نامحسوس که بصورت تدریجی توسط خانوارها پرداخت می‌شود مثل پرداخت حق بیمه به سازمانهای بیمه‌گر که در مورد اغلب شاغلین بخش دولتی و خصوصی بصورت نامحسوس از حقوق ماهانه آنها کسر و به صندوق‌های مختلف بیمه (برحسب نوع ارتباط شغلی فرد) واریز می‌شود. در افراد خویش‌فرما مستقیماً بصورت سالانه یا ماهانه این پرداخت توسط سرپرست خانوار پرداخت می‌شود. این هزینه‌های نامحسوس (حق بیمه کسر شده از حقوق) با مالیات متفاوت است. سازوکار پرداخت مالیات و چگونگی جمع‌آوری مالیات و یا سایر درآمدهای دولت و ورود آن به صندوقهای بیمه و هزینه‌های دولتی برای خدمات بهداشتی درمانی کاملاً متفاوت است و از این مبحث خارج می‌باشد، اما به‌رحال این سرانه نوعی مالیات سلامت است.

ب- هزینه‌های مستقیم و آشکاری که توسط خانوارها برای دریافت خدمات پرداخت می‌شود، عبارتند از:

- فرانشیز در بیمه‌شدگان برای ویزیت سرپایی، دریافت اقدام درمانی سرپایی، دریافت دارو، دریافت خدمات تشخیصی و دریافت خدمات بستری

- هزینه دارو و وسایلی که بیمه‌گر آنها را در پوشش خود ندارد و یا در بازار معمولی به دست نمی‌آید و باید از «بازار سیاه» تهیه شود.

- هزینه تعرفه دریافت خدماتی که ارائه‌کنندگان آن، طرف قرارداد سازمان بیمه‌گر نیستند.

- تفاوت ناهمخوانی تعرفه با آنچه که ارائه‌کننده آن را قیمت خدمات می‌داند

- سایر هزینه‌های عرفی (شیرینی و ...) و غیر قانونی (رشوه، زیرمیزی و ...)

ج - هزینه‌های غیرمستقیمی که از طرف دریافت‌کننده خدمت به منظور سرعت، سهولت و کیفیت خدمت پرداخت می‌شود مثل:

- هزینه رفت و آمد به محل ارائه خدمت
 - هزینه اقامت در نزدیکی محل ارائه خدمت
 - هزینه ناشی از انجام نشدن کارهای جاری و موظف بیمار و یا اطرافیان وی
- حجم بزرگی از هزینه‌هایی که بردوش خانوار قرار می‌گیرد «گروه ب» از هزینه‌های مذکور یا «هزینه‌های مستقیم» خانوارهاست.
- گزارش «حسابهای ملی سلامت» هزینه‌های مستقیم خانوارها را از مطالعه «هزینه و درآمد خانوارهای» مرکز آمار ایران نقل کرده است.
- مطالعه «هزینه و درآمد خانوارها»ی مرکز آمار ایران تقریباً سالانه انجام می‌شود و در سال ۱۳۸۱ در مراجعه مستمر به ۱۷۰۳۸ خانوار روستایی و ۱۵۱۱۴ خانوار شهری طی ۱۲ ماه انجام گرفته است.

در این مطالعه؛ «هزینه‌های بهداشتی درمانی» (عنوان ۵۱) جمع‌آوری شده، عبارتند از:

- ۱- هزینه‌های دارویی و لوازم طبی و درمانی
 - ۲- هزینه‌های لوازم و وسایل طبی تشخیصی
 - ۳- هزینه خدمات پزشکی
 - ۴- سایر هزینه‌های بهداشتی درمانی
- و همچنین «هزینه‌های بیمه‌های درمانی، اجتماعی و حوادث» (عنوان ۵۲) که شامل پرداخت انواع حق بیمه‌های درمانی و بهداشتی مربوط به خدمات درمانی است که مستقیماً بوسیله خانوار پرداخت شده و یا از حقوق اعضای خانوار کسر می‌شود.

جدول ۵-۲: متوسط هزینه‌های سالانه بهداشت و درمان که مستقیماً توسط خانوار صورت می‌گیرد؛ برگرفته از مطالعه سالانه «هزینه درآمد خانوارهای ایرانی» مرکز آمار ایران سال ۱۳۸۱ (۶۶)

متوسط شهر و روستا**	روستا	شهر	هزینه - ریال	
۱۷۹۰۹۱۷	۱۳۰۳۴۶۵	۲۱۰۲۵۶۶	بهداشتی درمانی	هزینه سالانه هر خانوار
۳۵۹۴۶۹	۱۸۸۶۵۷	۴۶۸۶۷۷	بیمه‌های اجتماعی و درمانی	
۲۱۵۰۳۸۶	۱۴۹۲۱۲۲	۲۵۷۱۲۴۳	کل	
۳۹۱۰۹۸	۲۵۷۰۹۴	۴۷۶۷۷۲	بهداشتی درمانی	برآوردی از هزینه سالانه هر فرد*
۷۹۳۴۰	۳۷۲۱۰	۱۰۶۲۷۶	بیمه‌های اجتماعی و درمانی	
۴۷۰۴۳۸	۲۹۴۳۰۴	۵۸۳۰۴۸	کل	

* برآورد شده توسط مولفین براساس بعد خانوار محاسبه شده در نمونه‌های مورد بررسی مطالعه «هزینه درآمد خانوار»

* برآورد شده توسط مولفین براساس وزن جمعیتی (شهر ۶۱٪، روستا ۳۹٪) سرشماری

بفرض قبول جمعیت ۶۴۵۰۵۰۰۰ در سال ۱۳۸۱ و اعداد آمده در جدول هـ - ۲ خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۸۱

- ۲۵۲۲۷۷۵۴۷۶۳۳۰ تومان صرف هزینه‌های مستقیم بهداشتی درمانی
- ۵۱۱۷۸۵۳۴۵۶۱۳ تومان صرف پرداختهای حق بیمه‌های درمانی و اجتماعی مختلف
- ۳۰۳۴۵۶۰۸۲۱۹۴۳ تومان مجموع هزینه‌های بهداشتی درمانی و حق بیمه‌های مختلف

کرده‌اند.

هزینه‌های مستقیم بهداشتی درمانی در واقع همان پرداخت مستقیم از جیب (out of pocket) است. در واقع برابر محاسبه مطالعه «هزینه درآمد خانوار»، برآورد می‌شود که خانوارهای ایرانی در سال ۱۳۸۱؛ ۲۵۲۲ میلیارد تومان هزینه بهداشت درمان بصورت پرداخت مستقیم از جیب داشته‌اند. گزارش «حسابهای ملی سلامت» رقم مذکور را ۲۲۶۹ میلیارد تومان محاسبه نموده است. در این مطالعه همانگونه که در جدول ۲۸ آمده است هر فرد ایرانی در طول سال بطور متوسط ۲۶۵۰۶ تومان در دریافت خدمات بهداشتی درمانی سرپایی بصورت مستقیم هزینه می‌نماید و همانگونه که در جدول ۵۳ آمده است هر فرد ایرانی در طول سال بطور متوسط ۱۲۸۴۷ تومان نیز باید بصورت مستقیم هزینه درمان بستری نماید. بفرض پذیرش جمعیت ذکر شده برای سال ۱۳۸۱، مجموع هزینه‌های پرداخت شده توسط خانوارهای ایرانی که در این مطالعه به دست آمده است مبلغ ۲۵۳۸۴۶۵۲۶۵۰۰۰ تومان است.

مقایسه سه بررسی انجام شده :

- مطالعه هزینه در آمد سالانه مرکز آمار ایران برای سال ۱۳۸۱: ۲۵۲۲۷۷۵۴۷۶۳۳۰ تومان
 - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - معاونت سلامت برای سال ۱۳۸۱: ۲۵۳۸۴۶۵۲۶۵۰۰۰ تومان
 - گزارش حسابهای ملی سلامت برای سال ۱۳۸۰: ۲۲۶۹۹۶۳۹۳۰۰۰۰ تومان
- نشان می‌دهد که برای سال ۱۳۸۱ رقم دوهزار و ۵۳۰ میلیارد تومان هزینه‌های مستقیم بهداشتی درمانی (out of pocket) که خانوارهای ایران پرداخت نموده‌اند رقم متعادل شده‌ای است. برابر محاسبات:

- «حسابهای ملی سلامت» دولت در سال ۱۳۸۰ مبلغ ۱۶۸۵ میلیارد تومان صرف هزینه‌های اختصاصی سلامت نموده
- برآوردهای وزارت بهداشت نشان می‌دهد که در سال ۱۳۸۰ این مبلغ برابر ۱۲۸۴ میلیارد تومان بوده است
- «حسابهای ملی سلامت» نشان داده که خانوارها در سال ۱۳۸۰ مبلغ ۲۲۷۰ میلیارد تومان و در مطالعه بهره‌مندی (معاونت سلامت) و هزینه درآمد خانوارها (مرکز آمار ایران) نشان داده که در سال ۱۳۸۱ خانوارها مبلغ ۲۵۳۰ میلیارد تومان هزینه (Out of pocket) نموده‌اند .

براساس برآوردهای مندرج در گزارش حسابهای ملی سلامت می‌توان نتیجه گرفت که در سال ۱۳۸۰ سهم خانوارها در تامین:

- هزینه‌های مستقیم سلامت ۵۷٪
- هزینه‌های عملکردهای مختلف مرتبط با سلامت ۵۳٪
بوده است.

براساس برآوردهای وزارت بهداشت می‌توان نتیجه گرفت که در سال ۱۳۸۱ سهم خانوارها در تامین:

- هزینه‌های مستقیم سلامت ۶۴٪ بوده است.

بفرض قبولی افزایش ۷٪ در هزینه کردهای دولتی در سال ۱۳۸۱ و در نظر گرفتن ۲۵۳۰ هزارمیلیارد تومان خانوارها بعنوان هزینه Out of pocket نسبتهای زیر برای سال ۱۳۸۱ برآورد می‌شود. سهم خانوارها در تامین:

- هزینه‌های مستقیم سلامت (مبتنی بر حسابهای ملی سلامت) ۵۸٪
 - هزینه‌های عملکردهای مختلف مرتبط با سلامت (مبتنی بر حسابهای ملی سلامت) ۵۴٪
 - هزینه‌های فعالیتهای مرتبط با سلامت (مبتنی بر وزارت بهداشت) ۶۴٪
- خواهد بود. سازمان جهانی بهداشت «در گزارش جهانی سلامت سال ۲۰۰۳» این رقم را برای سال ۲۰۰۱ رقم ۵۶/۵٪ ذکر کرده است^(۶۷)

در همین گزارش رقم مذکور برای کشور دانمارک ۱۷/۶٪، فرانسه ۲۴٪، سوئد ۱۴/۸٪، انگلستان ۳۲/۲٪، هند ۸۲٪، اندونزی ۷۵٪، کنیا ۷۷٪، نیجریه ۷۷٪، پاکستان ۷۶٪ و سودان ۸۱٪ آمده است.

ه- ۴-۳: مقایسه سهم دریافت هزینه‌ها و ارائه عملکردها:

بحث بهره‌وری در بین بخشهای دولتی و خصوصی بحثی قدیمی و پیچیده بدون ورود به جزئیات این بحث؛ تصویری کلی از دریافت هزینه‌ها و ارائه عملکردها براساس مجموعه مطالعات و بررسی در جدول ه- ۳ ارائه شده است. همانگونه که در این جدول دیده می‌شود:

<p>- بخش خصوصی ۶۴٪ هزینه‌های دولتی و خصوصی را جذب کرده در مقابل ۶۳٪ خدمات سرپایی و ۱۶٪ خدمات بستری را ارائه می‌کند</p> <p>در صورتی که :</p> <p>- بخش دولتی ۳۶٪ هزینه‌های دولتی و خصوصی را جذب کرده و در مقابل ۳۷٪ خدمات سرپایی و ۸۴٪ خدمات بستری را ارائه می‌کند.</p>

مقایسه برابری دریافت هزینه‌ها در بخش دولتی و خصوصی در قبال ارائه خدمات سرپایی (بخش خصوصی ۶۴٪ هزینه و ۶۳٪ خدمات سرپایی و در مقابل بخش دولتی ۳۶٪ هزینه‌ها و ۳۷٪ خدمات سرپایی) از یکطرف و نابرابری دریافت هزینه‌ها در بخش دولتی و خصوصی در قبال ارائه خدمات بستری (بخش خصوصی ۶۴٪ هزینه‌ها و ۱۶٪ خدمات بستری و در مقابل بخش دولتی ۳۶٪ هزینه‌ها و ۸۴٪ خدمات بستری) از دیدگاههای زیر قابل بررسی و دقت است:

- سهمی از اعتبارات دولتی که در زمینه خدمات درمان بستری هزینه می‌شود بسیار بیشتر از زمینه خدمات بهداشتی درمانی سرپایی است و این نابرابری را تا حدودی توجیه می‌نماید.
- سهمی از هزینه‌های خانوارها که در بخش سرپایی هزینه می‌کنند دو الی سه برابر هزینه‌های بخش بستری است (هزینه درمان سرپایی زیاد، جاری و در اغلب موارد نامحسوس و هزینه‌های درمان بستری کم ولی ناگهانی و بسیار حجیم است). خانوارها در موارد نیاز به درمان بستری به دلیل ناگهانی و حجیم بودن هزینه ترجیح می‌دهند به بخش دولتی مراجعه نمایند.
- بخش خصوصی در زمینه ارائه خدمات سرپایی دارای بهره‌وری مناسب (بدون توجه به کیفیتهای فناوری و سایر موارد) است در صورتی که همین بخش در زمینه خدمات بستری برای مصرف کننده شدت گران و در صورت اجبار به رعایت تعرفه‌ها زیان ده است که باید از روشهای نه چندان قانونی و یا خروج از تعرفه‌ها آن را جبران نماید.
- درمان بستری با توجه به پیچیده‌تر شدن هر روزه فناوریها شدت گران‌تر می‌شود و بدون سازوکارهای مناسب: مثل تجمع خطر (Risk pooling)، حمایت‌های پایدار دولتی، برقراری سرانه‌های بیمه بصورت عادلانه و مبتنی بر درآمدهای افراد، هدفمند کردن یارانه‌ها، تغییر نظام پرداخت به ارائه‌کنندگان خدمات، اولویت‌بندی براساس هزینه اثربخشی خدمات، اصلاح تعرفه‌ها و برقراری تعرفه قانونی برای بخش خصوصی، و ... قابل اداره و بهره‌وری نیست.

جدول ۵-۳: مقایسه بین سهم دریافت، در بین بخش دولتی و خصوصی از هزینه‌هایی که دولت یا خانوارها در بازار سلامت ایران انجام می‌دهند و سهم

ارائه خدمات در بین بخش دولتی و خصوصی

تأمین کنندگان منابع ارائه‌کنندگان خدمت	اعتبارات ^(۱) عمرانی و عمومی دولتی برای هزینه‌های سلامت	اعتبارات ^(۱) دولتی برای هزینه‌های خدمات درمانی	اعتبارات دولتی ^(۱) برای هزینه‌های تامین اجتماعی	اعتبارات دولتی ^(۱) برای کمیته امداد امام، شرکتهای و بخشهای دولتی	هزینه‌های مستقیم ^(۲) انجام شده توسط خانوارها براساس گزارش حسابهای ملی	جمع دریافت هزینه‌ها در هر بخش	سهم دریافت هزینه‌ها در هر بخش از کل هزینه‌های سلامت	سهم ^(۳) ارائه خدمات بستری بصورت سرپایی	سهم ارائه ^(۴) خدمات بصورت بستری
محل دریافت در بخش دولتی	۵۶۰	۱۱۸	۳۰۰	۲۰	۲۷۰	۱۲۶۸	%۳۵/۷	%۳۷/۲	%۸۴
محل دریافت در بخش خصوصی	-	۱۲۸	۱۳۵	۲۳	۲۰۰۰	۲۲۸۶	%۶۴/۳	%۶۲/۷	%۱۶
جمع	۵۶۰	۲۴۶	۴۳۵	۴۳	۲۲۷۰	۳۵۵۴	%۱۰۰	۸/۷ بار در طول سال	۶۱ درهزار بار بستری

۱= براساس برآورد هزینه‌ها در وزارت بهداشت مبتنی بر قانون بودجه سال ۱۳۸۰

۲= گزارش حسابهای ملی سلامت

۳= جدول ۲۰ از همین مجموعه

۴= نمودار ۶۲ از همین مجموعه

و نهایت اینکه؛ بدون اعمال قانونمند تعرفه‌ها و استانداردهای مناسب در همه سطوح، تعدیل آگاهانه بازار و... گرایش بخش خصوصی به سودآوری و گرایش بخش دولتی به کاهش کیفیت خدمات منجر به مشکلات شدیدی می‌شود که زیان این مشکلات شامل کاهش سطح سلامت جامعه و افزایش هزینه‌های مصیبت بار و کمرشکن خدمات مربوط به سلامتی (Catastrophic Health Expenditures) برای خانوار و فرو افتادن آنها به زیر خط فقر می‌شود.

ه-۵: عدالت در تامین مالی نظام سلامت و تحمیل هزینه‌های مصیبت بار بر خانوارها:

برقراری عدالت بین خانوارها در تامین مالی نظام سلامت (Fairness of Financial Contribution) رویکرد جدیدی است که در عرصه اقتصاد و شاخصهای مربوط به سلامت شکل گرفته و برای اندازه‌گیری آن شاخصهای متعددی مطرح شده است.

بطور مفهومی عدالت در تامین مالی نظام سلامت عبارتست از پاسخگویی به این سوال که به فرض بهره‌مندی متناسب با نیاز و با کیفیت یکسان از خدمات آیا خانوارها متناسب با درآمد خود در تامین هزینه‌های مربوط به سلامت خود مشارکت دارند یا نه؟

یکی از شاخصهای تعریف شده برای عینیت بخشیدن به مفهوم مذکور عبارتست از Index of Fairness in Financial contribution یا IFFC که اندازه‌ای بین صفر و یک دارد و هرچه عدد به صفر نزدیکتر نشان‌دهنده ناعادلانه بودن بیشتر مشارکت خانوارها در تامین مالی بخش سلامت است. این شاخص را با استفاده از مطالعات مربوط به «طرحهای هزینه و درآمد خانوار» می‌توان محاسبه کرد.

با استفاده از مطالعات هزینه و درآمد خانوارهای ایرانی که در سالهای ۷۴ تا ۷۹ توسط مرکز آمار ایران انجام شده این شاخص به شرح زیر محاسبه شده است^(۶۸)

IFFC = ۰/۸۲۱۸	سال ۱۳۷۴ :
IFFC = ۰/۸۱۹۵	سال ۱۳۷۵ :
IFFC = ۰/۸۲۶۲	سال ۱۳۷۶ :
IFFC = ۰/۸۲۳۳	سال ۱۳۷۷ :
IFFC = ۰/۸۲۸۴	سال ۱۳۷۸ :
IFFC = ۰/۸۳۰۷	سال ۱۳۷۹ :

شاخص دیگری که برای اندازه‌گیری عدالت در تامین مالی نظام سلامت بکار می‌رود، عبارتست از این که چه درصدی از خانوارها برای تامین هزینه‌های مربوط به بازیابی سلامت اعضا خود متحمل هزینه‌های کمرشکن می‌شوند؟ این هزینه‌ها می‌تواند هزینه‌های مستقیم یا غیرمستقیم باشد، می‌تواند هزینه‌های جاری در طول یکسال و یا هزینه‌های ناگهانی برای جبران یک بیماری یا آسیب باشد که بطور ناگهانی پدید آمده باشد. روش دقیق محاسبه این شاخص اینست که در ابتدا حد بحرانی نسبت هزینه‌های مربوط به سلامت تعیین شود. بعبارت دیگر مشخص شود که حد بحرانی، پس از صرف چه درصدی از هزینه‌ها (درآمدها) خانوار، برای تامین سلامتی، فرا می‌رسد؟ «متخصصین اقتصاد بهداشت براساس مطالعات و تجربیات این مرز بحرانی را حدود ۴۰٪ تعیین نموده‌اند». بعبارت دیگر اگر خانواری ۴۰٪ از درآمد (هزینه‌های) سالیانه خود را برای تامین سلامتی خود (یا هریک از اعضا خود) هزینه نماید، متحمل هزینه‌های مصیبت بار تامین سلامتی (Catastrophic Health Expenditures) شده است. در جریان «مطالعات هزینه و درآمد خانوار» به دقت می‌توان این نسبت را محاسبه کرد. در جریان مطالعات هزینه خانوار مرکز آمار ایران این نسبت به شرح زیر محاسبه شده است:

- در سال ۱۳۷۴، ۳/۷٪ از خانوارها دچار هزینه‌های مصیبت بار شده‌اند^(۶۸)
- در سال ۱۳۷۵، ۳/۸٪ از خانوارها دچار هزینه‌های مصیبت بار شده‌اند
- در سال ۱۳۷۶، ۴/۱٪ از خانوارها دچار هزینه‌های مصیبت بار شده‌اند
- در سال ۱۳۷۷، ۳/۸٪ از خانوارها دچار هزینه‌های مصیبت بار شده‌اند
- در سال ۱۳۷۸، ۳/۵٪ از خانوارها دچار هزینه‌های مصیبت بار شده‌اند
- در سال ۱۳۷۹، ۳/۳٪ از خانوارها دچار هزینه‌های مصیبت بار شده‌اند

در واقع خانوارهایی که دچار این نوع از هزینه‌ها شده‌اند به زیر خط فقر فرو می‌افتند. خروج این گروه از فقرای جدید از زیر خط فقر به دلیل اختلال سلامت آنها تقریباً غیرممکن است و آنان عملاً ساکنین دائمی زیر این خط خواهند بود.

روش دیگری که به دقت روش فوق‌الذکر نیست ولی سریعتر و ارزانتر پاسخ را فراهم می‌نماید از طریق پرسش در جریان مطالعات بهره‌مندی از خدمات است. در این روش که معمولاً برای موارد بستری و مرخص شده از بیمارستان انجام می‌گیرد، با پرسشی پیرامون هزینه‌های انجام گرفته برای درمان‌های بستری (سوال ۱۰ از بخش F1) تاثیری که هزینه‌های مزبور بر درآمدها و داراییهای وی یا خانوار گذاشته شده سنجیده می‌شود. در واقع پاسخگو از نمره صفر تا ۱۰۰ یا هریک از پنج مقطع را تعیین می‌کند. این مقاطع عبارتند از:

- صفر: هیچگونه تاثیری بر منابع مالی وی یا خانوار نداشته
- ۲۵: بیش از ۵۰٪ درآمد ماهیانه را مصرف کرده
- ۵۰: تمام درآمد ماهیانه را مصرف کرده و مجبور به صرف پس‌اندازها هم شده است
- ۷۵: نه تنها تمام پس‌انداز را مصرف کرده مجبور به قرض هم شده است
- ۱۰۰: علاوه بر صرف درآمدها و خرج تمام پس‌انداز و قرض کردن، مجبور به فروش داراییهای خود یا خانوار نیز شده‌اند

بخش د - ۱۰ از فصل «د» این گزارش جزئیات این روش و نتایج آن را نشان می‌دهد. جدول ۵۷ نشان می‌دهد که ۸/۲٪ از کسانی که در بیمارستان بستری می‌شوند نه تنها مجبور به صرف درآمدها، پس‌انداز و قرض می‌شوند به فروش داراییهای خود نیز مجبور شده‌اند، ۲۱/۳٪ از بستری‌شدگان نه تنها مجبور به صرف درآمدها و پس‌اندازها شده‌اند تن بر قرض کردن نیز داده‌اند. از طرف دیگر نمودار ۵۴ نشان می‌دهد که ۶۵ درهزار جامعه در طول یکسال گذشته در بیمارستان بستری شده‌اند پس با در نظر گرفتن این دو نسبت :

- اندکی بیش از ۰/۵٪ جامعه بعلت بستری شدن در بیمارستان علاوه بر هزینه پس‌اندازها و قرض کردن تن به فروش داراییهای خود نیز داده‌اند.
- ۱/۴٪ از جامعه بعلت بستری شدن در بیمارستان علاوه بر هزینه تمام درآمدهای خود مجبور به صرف تمام پس‌اندازهای خود و علاوه بر آن تن به قرض کردن نیز داده‌اند

- و در نهایت مجموع این دو نسبت نشان می‌دهد که حدود ۱/۹٪ از جامعه بعلت بستری شدن در بیمارستان طی یکسال گذشته متحمل هزینه‌های مصیبت بار و کمرشکن (Catastrophic) شده‌اند و به زیر خط فقر فرو افتاده‌اند.

نسبت محاسبه شده از «مطالعه هزینه و درآمد خانوار» این نسبت را برای سال ۱۳۷۹، ۳/۳٪ محاسبه کرده است در درون این نسبت هزینه‌های مصیبت بار و کمرشکن ناشی از خدمات سرپایی بخصوص خدمات سرپایی ناشی از درمان بیماریهای مزمن، طولانی، بیماری‌های سرطانی که بصورت سرپایی تحت شیمی درمانی قرار گرفته‌اند.

در مورد خانوارهای عشایر و ساکن در روستاهای اقماری و افرادی که در بیمارستان خصوصی بستری می‌شوند و ... این نسبت خیلی بیشتر است (۴۸٪ و ۴۷٪) آنچه که بیش از هرچیز روی نسبت مذکور موثر است، شکننده بودن توان اقتصادی خانوار دارای بیمار و یا بهره گرفتن از خدمات بسیار گران است.

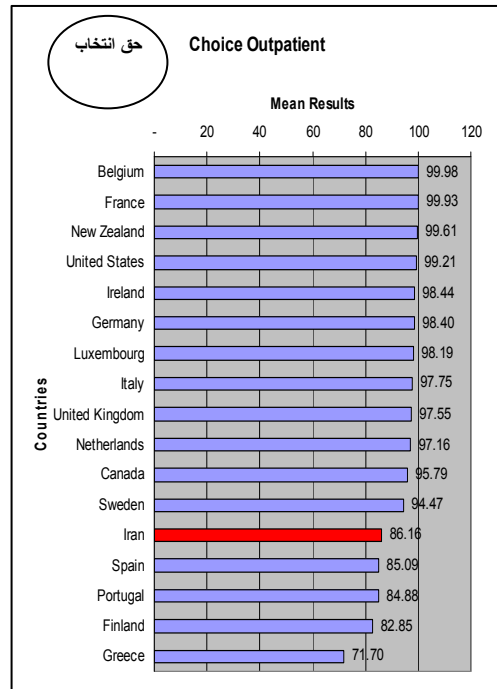
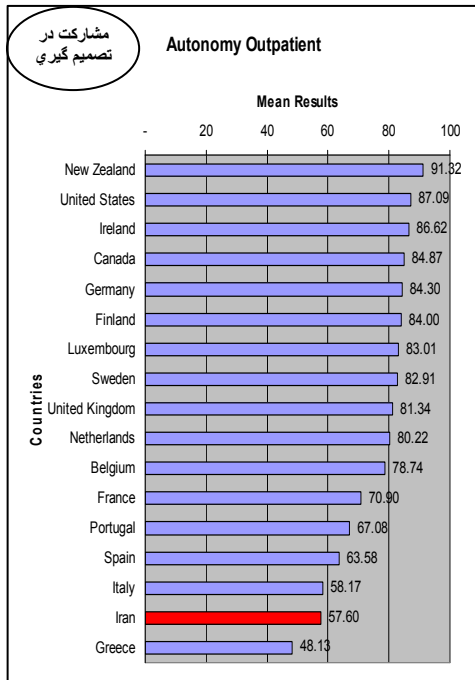
ه - ۶: پاسخگویی (Responsiveness):

پاسخگویی شاخصی است که «نحوه پاسخ نظام به نیازهای سلامت را نشان نمی‌دهد» بلکه شاخصی است که «عملکرد نظام در ارتباط با جنبه‌های غیرسلامت و همچنین برآورده ساختن یا ناساختن انتظارات یک جمعیت از نحوه برخورد ارائه‌کنندگان مراقبت، خدمات پیشگیری و درمان با آنها، چگونه است»^(۶۳)، را نشان می‌دهد. در واقع پاسخگویی از طریق دخالت در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی (البته نه همیشه) در سطح سلامت جامعه مداخله می‌نماید. البته نظر مردم راجع به پاسخگویی ممکن است «تحت تاثیر هریک از خصوصیات متعدد خود نظام و یا پاسخ‌دهندگان قرار گیرد. به دلیل اینکه افراد فقیرممكن است انتظارات کمتری نسبت به افراد غنی داشته باشند و با همین خدمات غیرپاسخگو، اظهار رضایت بیشتری بنمایند، سنجش‌های پاسخدهی را باید از نظر این تفاوت‌ها و همچنین تفاوت‌های فرهنگی میان کشورها تصحیح نمود»^(۶۴). به این ترتیب در صورتی که قصد مقایسه بین پاسخگویی نظام‌های مختلف و در بین اقوام و کشورهای گوناگون، گروه‌های اجتماعی و اقتصادی در بین نباشد و فقط نیاز به یک برآورد کلی از میزان پاسخگویی در میان باشد می‌توان از روش‌های تعدیل و تصحیح استفاده نکرد (بخش ج - ۱۰ از فصل «ج») ولی در صورتی که نیاز به چنین مقایسه‌هایی باشد استفاده از روش‌های مختلف تعدیل مثل بکار بردن پرسشها و پاسخهای کلیشه‌ای قبل از مصاحبه و به دست آوردن ضرایب تعدیل و ... بکار می‌رود.

در سال ۱۳۸۰ بخش Evidence and information for policy (EIP) در ۱۷ کشور منجمله ایران نسبت به مطالعه سطح سلامتی و اندازه‌گیری میزان‌های پاسخگویی اقدام نمود. کشورهای مورد مطالعه عبارت بودند از آلمان، اسپانیا، امریکا، انگلستان، ایتالیا، ایران، ایرلند، بلژیک، پرتغال، سوئد، فرانسه، فنلاند، کانادا، لوکزامبورگ، نیوزیلند، هلند و یونان. در این مطالعه علاوه بر سوالات مربوط به پاسخگویی و کلیشه‌هایی برای تعدیل، استاندارد کردن و قابلیت بخشیدن مقایسه‌های بین‌المللی، مجموعه‌ای دیگری از سوالات نیز قرار داشت. این بررسی در ایران در ده هزار خانوار صورت گرفت، تاکنون مجموعه‌ای مدون از این مطالعه بطور رسمی منتشر نشده است ولی به درخواست مجریان این بررسی نمودارهای مقایسه‌ای این مطالعه برای میزانهای مختلف پاسخگویی دریافت شده است که عیناً ارائه می‌گردد.

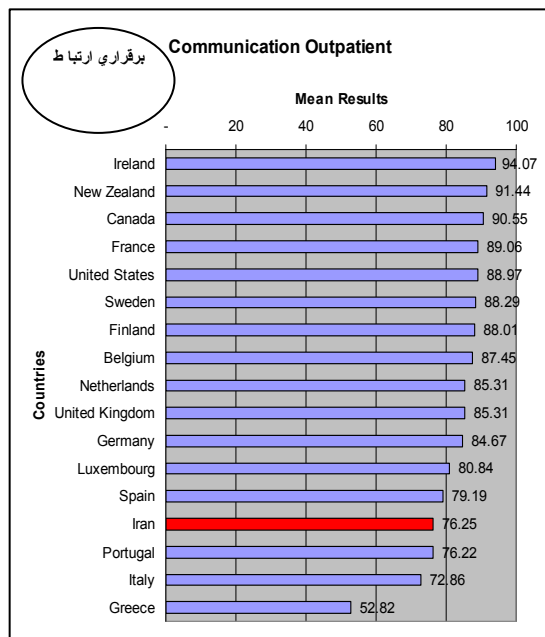
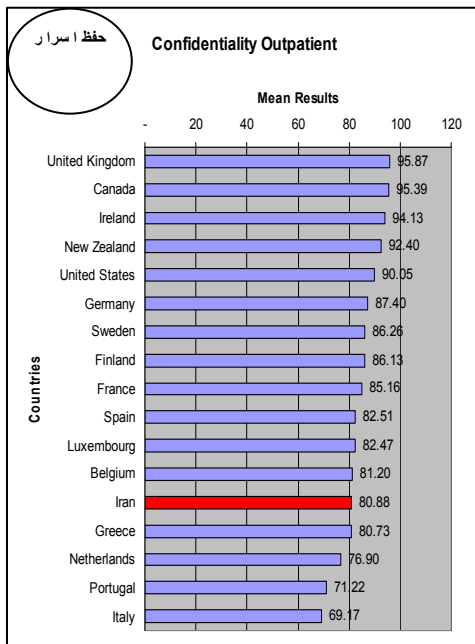
نمودار ه - ۱ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت
 یک مجموعه از خدمات درمان سربایی -- مطالعه مقایسه
 پاسحگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰مجرى
 بخش EIP سازمان جهانی بهداشت

نمودار ه - ۲ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از
 خدمات درمان سربایی -- مطالعه مقایسه پاسحگویی نظام سلامت در
 بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰مجرى بخش EIP سازمان جهانی بهداشت

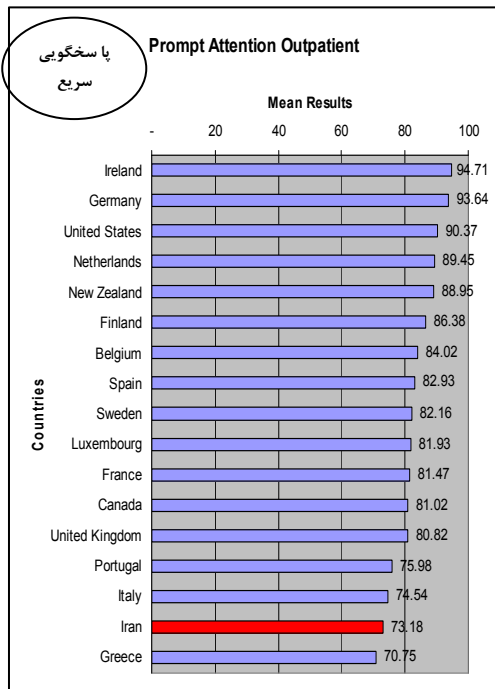


نمودار ه - ۳ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از
 خدمات درمان سربایی -- مطالعه مقایسه پاسحگویی نظام سلامت در بین
 ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰مجرى بخش EIP سازمان جهانی بهداشت

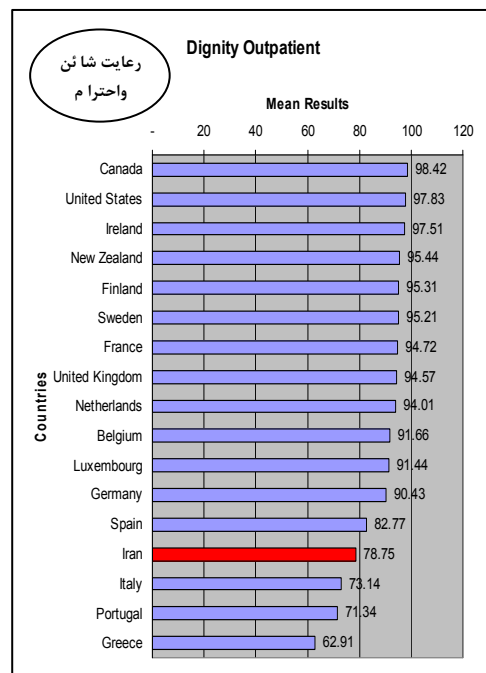
نمودار ه - ۴ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه
 از خدمات درمان سربایی -- مطالعه مقایسه پاسحگویی نظام سلامت
 در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰مجرى بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



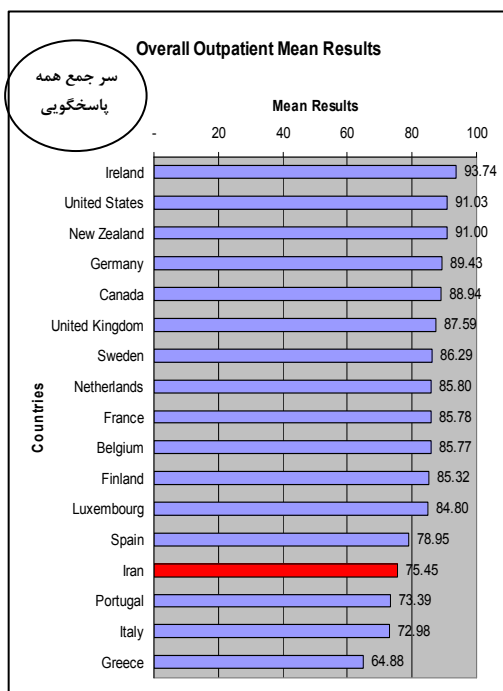
نمودار ه - ۶ پاسخگویی نظام سلامت: در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



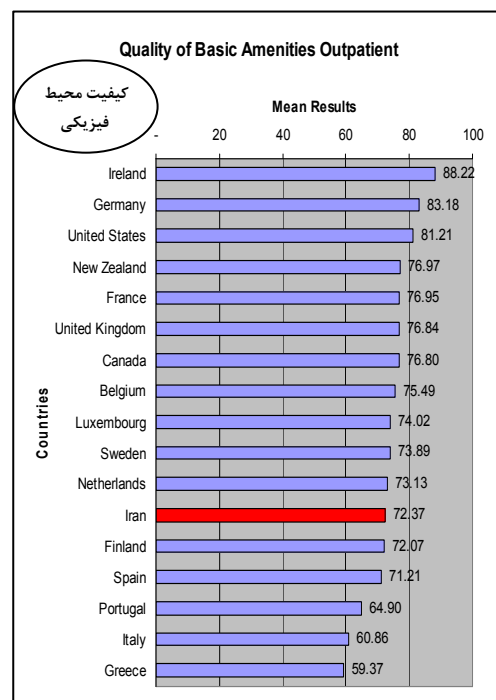
نمودار ه - ۵ پاسخگویی نظام سلامت: در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



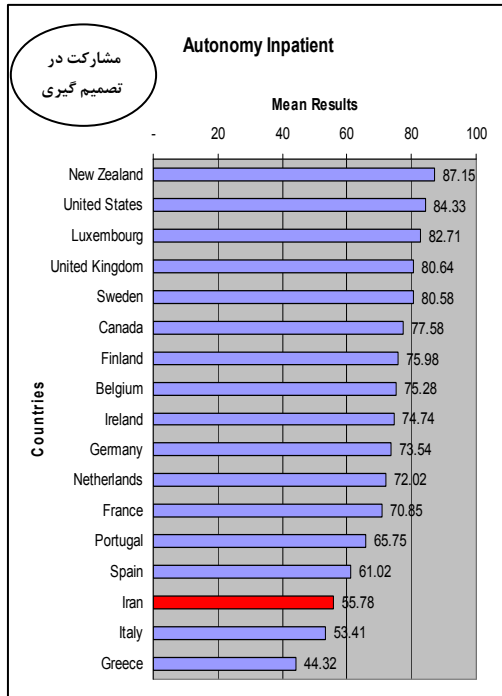
نمودار ه - ۸ پاسخگویی نظام سلامت: در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



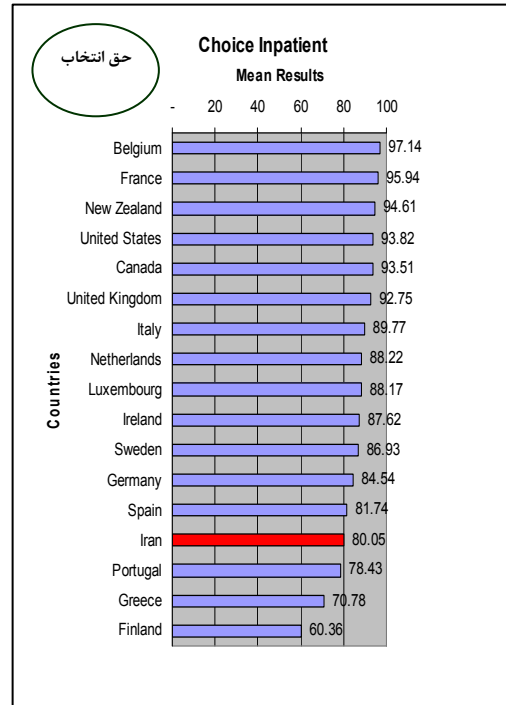
نمودار ه - ۷ پاسخگویی نظام سلامت: در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان سرپایی -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷ کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



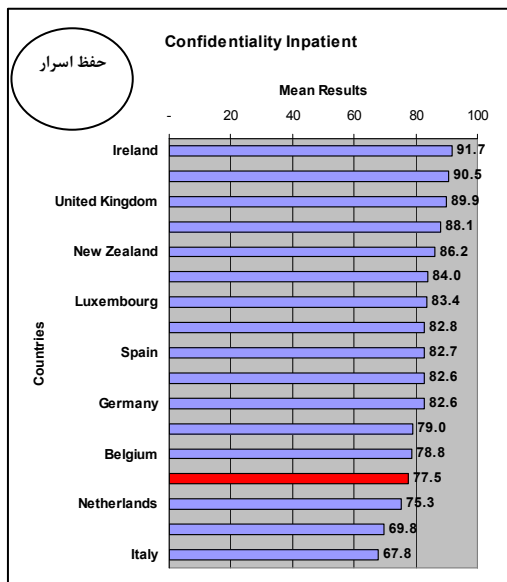
نمودار ه - ۱۰ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسحگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



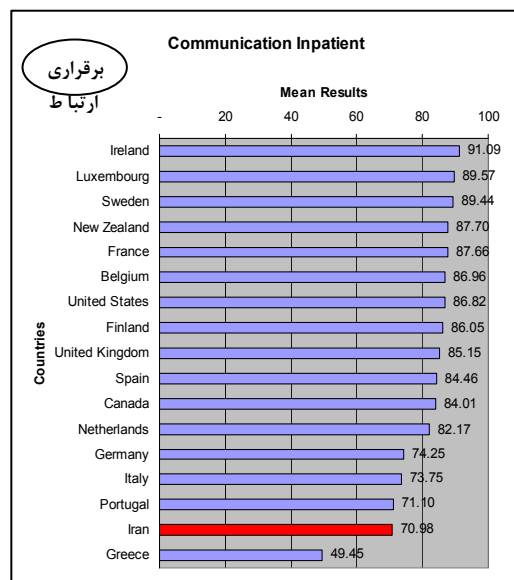
نمودار ه - ۹ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسحگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



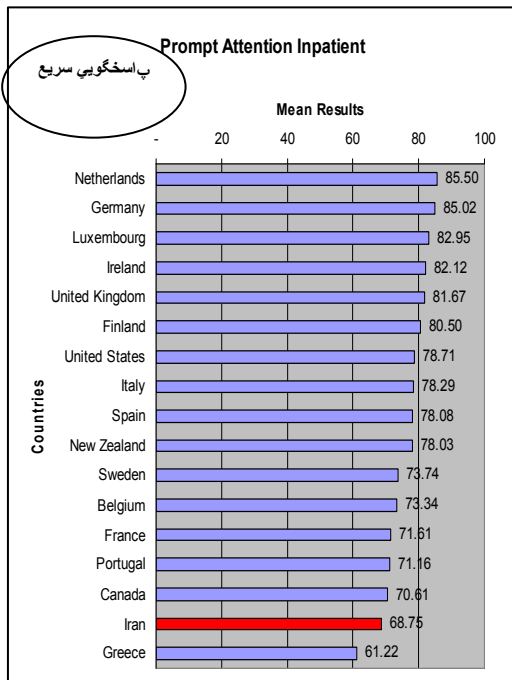
نمودار ه - ۱۲ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسحگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



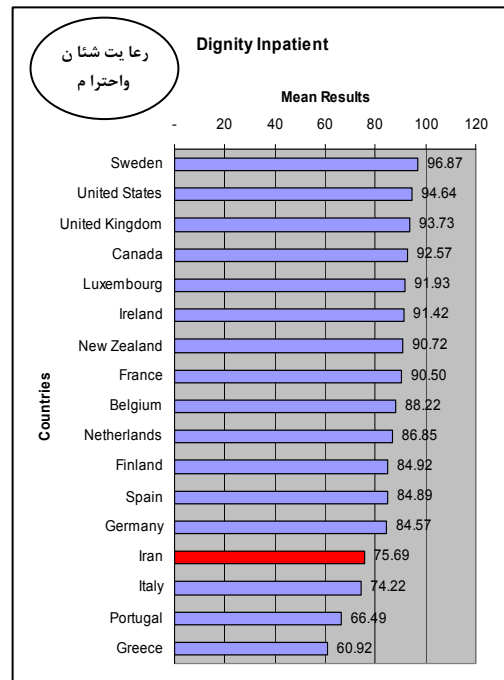
نمودار ه - ۱۱ پاسحگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسحگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



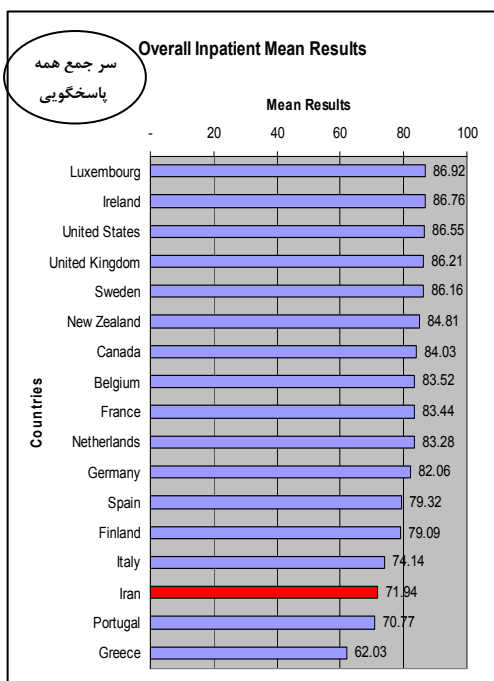
نمودار ه - ۱۴ پاسخگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



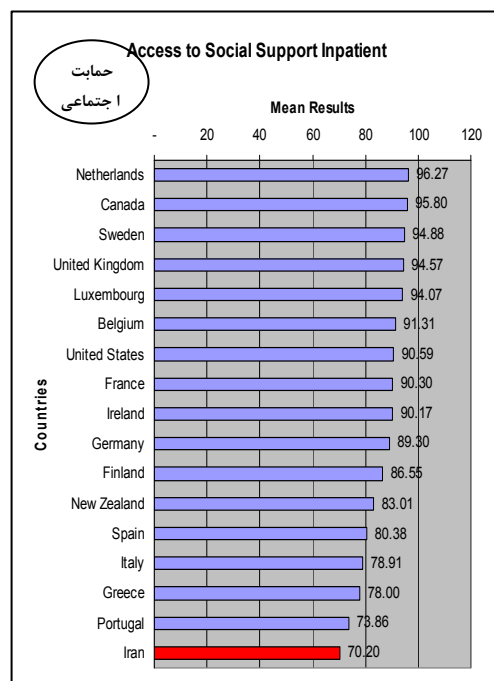
نمودار ه - ۱۳ پاسخگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



نمودار ه - ۱۶ پاسخگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



نمودار ه - ۱۵ پاسخگویی نظام سلامت : درجریان دریافت یک مجموعه از خدمات درمان بستری -- مطالعه مقایسه پاسخگویی نظام سلامت در بین ۱۷کشور - سال ۱۳۸۰ مجری بخش EIP سازمان جهانی بهداشت



نمودارهای شماره ۵- ۱ تا ۸- نشان دهنده نسبت‌های پاسخگویی نظام ارائه خدمات سرپایی برای هفده کشور مزبور در هفت حیطة مختلف پاسخگویی است.

مقایسه مقادیر آمده در نمودار ۴۷ با مقادیر نسبت‌های آمده در نمودارهای ۵- ۱ تا ۸- بعبارت دیگر مقایسه نسبت‌های رعایت حقوق گیرندگان خدمت در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات سرپایی بین دو مطالعه بهره‌مندی در سال ۱۳۸۱ در ایران و مطالعه ۱۷ کشور که از طرف سازمان جهانی بهداشت انجام شده است در جدول ۴- آمده است. در این مقایسه‌ها باید توجه داشت که نسبت‌های برآورد شده در مطالعه بهره‌مندی نسبت‌های خام و در مطالعه ۱۷ کشور نسبت‌های تعدیل شده است. مقایسه مقادیر آمده در نمودار ۷۴ با مقادیر نسبت‌های آمده در نمودار ۵- ۹ تا ۱۶- که در واقع

جدول ۵- ۴- مقایسه نتایج مربوط به ایران در مطالعه بخش EIP سازمان بهداشت جهانی در مورد میزانهای پاسخگویی در ۱۷ کشور با نتایج مطالعه بهره‌مندی در ایران (نتایج مطالعه ۱۷ کشور تعدیل شده و مطالعه بهره‌مندی بصورت خام گزارش شده است.

سرپایی		بستری		حیطه‌های مختلف رعایت حقوق گیرندگان خدمت
مطالعه ۱۷ کشور پس از تعدیل	مطالعه بهره‌مندی (خیلی خوب و خوب)	مطالعه ۱۷ کشور پس از تعدیل	مطالعه بهره‌مندی (خوب و خیلی خوب)	
٪۸۶/۲	٪۷۷	٪۸۰	٪۶۴	حق و قدرت انتخاب
٪۵۷/۶	٪۷۷	٪۵۵/۸	٪۶۷	مشارکت در تصمیم‌گیری
٪۸۰/۹	٪۸۹	٪۷۵	٪۸۵	حفظ اسرار و محرمانه ماندن اطلاعات
٪۷۸/۷	٪۸۹	٪۷۵/۷	٪۸۰	رعایت شان و احترام
٪۷۳/۲	٪۸۲	٪۶۸/۷	٪۷۹	توجه سریع
٪۷۶/۲	٪۸۵	٪۷۱	٪۷۵	برقراری ارتباط
٪۷۲/۴	٪۸۱	-	٪۷۲	کیفیت محیط فیزیکی اطراف
-	-	٪۷۰/۲	٪۷۷	حمایتهای اجتماعی
٪۷۵/۴	٪۸۲/۸	٪۷۱/۹	٪۷۴/۹	متوسط سرجمع همه حیطه‌های پاسخگویی

مقایسه نسبت‌های رعایت حقوق گیرندگان خدمت در جریان دریافت یک مجموعه از خدمات بستری بین دو مطالعه بهره‌مندی و مطالعه ۱۷ کشور است نیز در همان جدول ۴- آمده است.

این جدول نزدیکی و مشابهت دو برآورد (در سطح کلان) بدست آمده از دو مطالعه را نشان می‌دهد. همچنین مقایسه انطباق داده شده و تعدیل شده بین ۱۷ کشور نیز (نمودارهای ۵- ۱ تا ۱۶) نشان می‌دهد که رتبه پاسخ‌گویی نظام ارائه خدمات کشور ما در بعضی از حیطه‌ها از برخی از کشورهای توسعه یافته بالاتر است.

البته ۱۶ کشور از این ۱۷ تا در زمره کشورهای توسعه یافته طبقه‌بندی می‌شوند در سرجمع همه حیطه‌های پاسخگویی در جریان دریافت خدمات سرپایی وضعیت ایران از کشورهای پرتغال، ایتالیا و یونان بهتر است و در (نمودار ه- ۸) و در جریان دریافت خدمات بستری وضعیت ایران از کشورهای پرتغال و یونان بهتر است.

ه- ۷: مشکلاتی که حل آنها باید در دستور قرار گیرد

مشکلات عمده موجود در نظام ارائه خدمات براساس این مطالعه عبارتند از:

• مشکل بیمه:

- پوشش ناکامل بیمه با وجود، تصویب و اجرای قانون بیمه همگانی
- با وجود تامین عمده منابع مالی سازمانهای متفاوت بیمه‌گر از اعتبارات دولتی، وجود تفاوتی در کمیت و کیفیت خدمات سازمانهای بیمه
- با وجود تفاوتی در کمیت و کیفیت خدمات سازمانهای بیمه، محدود بودن اختیار افراد در انتخاب نوع سازمان بیمه‌گر و در نتیجه فراهم نشدن فضای رقابتی سالم در بین سازمانهای بیمه‌گر
- عدم پوشش هزینه برخی از خدمات (برخی از خدمات گران بها) توسط سازمانهای بیمه‌گر و لزوم پرداخت هزینه‌های آن توسط دریافت کننده
- وجود سازمانهای موازی بیمه‌گر با هزینه‌های بالای اداری و پشتیبانی
- نبود ارزیابی‌های هزینه - اثربخشی در انتخاب عناصر بسته خدمت

• ناهمگنی بین نیاز و درخواست جامعه از یک طرف و خدمات ارائه شده از طرف بخش دولتی:

- مهمترین دلایل نابرابری بار مراجعه در بین بخش دولتی و خصوصی برآورده نشدن کامل نیازهای مردم در بخش دولتی است. مسلماً در عرصه خدمات سرپایی برای دریافت خدمات مراقبتی، بهداشتی و پیشگیری افزایش بار مراجعه به بخش دولتی نشاندهنده پاسخگویی خوب نظام دولتی به نیاز مربوط به سلامت و انتظارات مرتبط با جنبه‌های غیرسلامت مردم است. ولی در همین عرصه برای دریافت خدمات درمانی، افزایش بار مراجعه به بخش خصوصی نشاندهنده پاسخ گو نبودن بخش دولتی به نیازهای مربوط به سلامت جامعه است. هرچه این خدمات جنبه تخصصی‌تر می‌یابد (بویژه در بخش سرپایی) این پاسخ‌گو نبودن تشدید می‌شود، بگونه‌ای که برای دریافت این نوع خدمت مردم رنج سفر در جاده‌هایی روستایی، تامین هزینه‌های سفر و پرداخت کامل هزینه‌های مراجعه، دارو، اقدام‌های تشخیصی رنگارنگ، اقدام‌های درمانی متفاوت را به جان می‌خرند و به شهرهای دور و نزدیک برای دریافت آنها مراجعه می‌کنند. در اینگونه موارد نیز به دلیل عدم شکل‌گیری نظام ارجاع در واقع کاهش هزینه‌های مراجعه به بخش‌های تخصصی از طریق نظام ارجاع در حد یک تصور و ذهنیت باقی مانده است.
- نظام ارائه خدمات سرپایی در بخش دولتی بر پایه برنامه‌ها و محتویاتی شکل گرفته است که در موارد بسیاری فراوانی نیاز به آنها در جامعه کاهش پیدا کرده یا منتفی شده است. به دلیل دگرگونی سیمای سلامت کشور نیازهایی برای پیشگیری اولیه و ثانویه پدید آمده که در درون نظام ارائه خدمات دولتی (چه در عرصه پیشگیری، مراقبت و درمان سرپایی) هنوز برنامه‌هایی برای آن شکل نگرفته است. نیازمندان به خدمات پیشگیری اولیه در اغلب

موارد باید به دلیل محدودیت‌های مالی آنقدر صبر کنند تا بیماری پدیدار شود، پای مرگ و زندگی در میان قرار گیرد تا با فشار بر توانایی‌های مالی محدود خانوار اقدامی برای برآورده کردن نیازهایی که در این موقعیت دیگر بشدت گران شده، صورت گیرد.

بعلاوه مشکل کاهش مراجعه به بخش دولتی ناشی از عدم پاسخگویی به انتظارات مرتبط با جنبه‌های غیرسلامت مردم (حقوق فردی مراجعه کننده) نیست، بلکه ناشی از عدم پاسخگویی به نیازهای سلامتی آنها در سنین نوجوانی، جوانی، میان سالی و سالمندی است. نظام دولتی در عرصه پاسخگویی به نیازهای سلامت کودکان و مادران از پاسخگویی بسیار مناسبی بویژه در بخشهای پیشگیری و مراقبتی برخوردار است ولی در عرصه‌های دیگر سنی، جنسی، شغلی اساساً این پاسخگویی شکل نگرفته است. گروههای سنی و جنسی مزبور نیز که بخش دولتی برای آنها برنامه‌ای ندارند به بخش خصوصی مراجعه می‌نمایند و منجر به این می‌شود که **به غلط نتیجه گرفته شود که:**

- نظام دولتی: بشدت ناکارآ، زیان ده و بدون بهره‌وری است
- با وجود یک نظام دولتی پرهزینه !! هنوز بیش از ۵۵٪ هزینه‌های بخش بهداشت و درمان کشور از جیب مردم تامین می‌گردد، پس باید بخش بهداشت و درمان دولتی را کوچکتر و در نتیجه کم هزینه‌تر نمود.
- تنها راه برون‌رفت از این تنگنا گسترده نمودن **بی‌رویه** بخش خصوصی در همه عرصه‌های خدمات است.

● **غیرواقعی بودن تعرفه‌های خدمت:**

غیرواقعی بودن تعرفه‌ها منجر به مبادلات مالی غیرقانونی یا قانونی (البته باظاهر قانونی) بین دریافت کننده و ارائه کننده خدمات شده است. همچنین این پدیده به خروج بسیاری از ارائه‌کنندگان خدمت از همکاری و قرارداد با سازمانهای بیمه و در نتیجه مخدوش شدن اجتماعی چهره سازمانهای بیمه‌گر شده است. همین غیرواقعی بودن تعرفه‌ها منجر به «خرج تراشی» ظاهری برای دریافت‌کنندگان خدمات و در نتیجه افزایش فشارهای چندجانبه به توانایی مالی خانوارها شده است.

● **نبود بسته‌های خدمت تعریف شده و راهنمای بالینی مبتنی بر شواهد.**

در نظام ارائه خدمات سرپایی در بخش دولتی، در عرصه خدمات پیشگیری و مراقبتی به دلیل بدون بودن برنامه‌ها، خدمات ارائه شده در هر برنامه بخوبی در قالب بسته‌های خدمتی، تعریف شده است. این فرآیند در قالب خدمات درمان سرپایی فقط برای بیماریهای واگیر شکل گرفته است (آنهم فقط در بخش دولتی) ولی برای بیماریهای غیرواگیر نه تنها در بخش خصوصی بلکه در بخش دولتی نیز وجود ندارد. از آنجاییکه بسته استاندارد برای هر نیازی وجود ندارد، و چون برای دریافت کننده نیز فقط تصویر ذهنی از نیاز وجود دارد، نمی‌تواند انواع خدماتی را که باید دریافت کند تعریف نماید، نتیجه اینکه در آنسوی پیشخوان بازار سلامت ایران هرآنچه که صاحب خدمت بسته‌بندی و قیمت‌گذاری می‌کند خریدار باید دریافت و هزینه آنرا پرداخت

نماید. تا زمانی که برای هر نیازی، بسته خدمتی استاندارد شده‌ای که قیمت آن تعیین نشده باشد و بخوبی کیفیت آن کنترل نشده باشد، فقط بازار در اختیار فروشندگان است و تعامل بین خریدار و فروشنده و در نهایت «مدیریت بر بازار سلامت» ممکن نمی‌گردد. تهیه بسته‌های خدمت نیز فقط به تنهایی از دست بخش بهداشت و درمان ساخته نیست و هر آنچه که در این زمینه تهیه شود در همه عرصه‌ها کارآیی ندارد. این فرآیند در تعامل بین وزارت بهداشت و درمان، گروه‌های علمی و تخصصی سازمانهای بیمه‌گر و ... قابل تهیه است.

عدم وجود

- بسته‌های خدمت تعریف شده برای هر نیاز (تنوع)

- بسته‌های خدمت قیمت‌گذاری شده (تعرفه‌ها)

- وفاق علمی و اجرایی روی استاندارد بسته‌های خدمت (استاندارد)

هرگونه قانون‌گذاری، اجرا، نظارت و مدیریت بر بازار سلامت ایران را ناممکن می‌سازد. اولویت زمانی تدوین این بسته‌ها نیز باید براساس نیازهای اولویت‌بندی جامعه سامان داده شود و گرنه امکان به راه حل رسیدن هر اقدام کورکورانه و غیرعلمی در این عرصه دچار عدم استقبال بازار و مستهلک شدن انگیزه‌ها برای مدیریت بازار و در نتیجه تداوم فشارهای مصیبت بار و کمرشکن بر خانوارها می‌گردد.

• نظام پرداخت :

نظام پرداخت خدمات در ایران بطور عمده fee for Service (پرداخت به ازای خدمت) است که در بسیاری از موارد منجر به ارائه خدمات بیش از نیاز می‌گردد و ضرورت دارد تا نظام پرداخت تغییر یافته و با کیفیت خدمات نیز مرتبط گردد.

• تدابیر بدون مبنا:

بازار سلامت ایران، بخشهای متنوع دولتی مرتبط با سلامت و نهادهای خصوصی مربوط به آن در ایران متأسفانه در مواردی از تصمیمات، آیین‌نامه‌ها، مصوبات و قوانینی که بدون مبانی علمی، تحقیقی و در نظر گرفتن شرایط که گاه بصورت خلق‌الساعه پدیدار شده، بشدت آسیب دیده است. در موارد زیادی تاثیر دراز مدت تصمیم مزبور، حتی پس از لغو آیین‌نامه یا دستورمربوطه؛ همچون بیماری مزمن شده‌ای ارکان بازار مزبور را در مشکل و تنگنا قرار می‌دهد. عمده تصمیمها برای هر اقدامی که اغلب نام «اصلاح یا رفورم» را نیز در بردارد برپایه نظریات گروهی از کارشناسان گرفته می‌شود این نظریات ممکنست منتج ازهر سطحی از آشنایی با سازوکارهای دیگر کشورها، بدون تطبیق علمی (مطالعه شده) با شرایط ایران؛ برپایه نگرشهای سیاسی خاص و یا گرایشهای صنفی، گروههای فشار علمی، انجمنهای حمایت از برخی بیماریها که نمایشی غیرواقعی از نیازهای جامعه را بر خود دارد و ...

این نظریات در یک یا دو نشست کارشناسان و سیاست‌گذاران شکل می‌گیرد و به شکل دستورالعمل اجرایی (از بخشنامه تا قانون) صادر می‌شود، در این آشفته بازار تصمیم به کمترین چیزهایی که توجه می‌شود:

- سیمای ناهمگن سلامت، و در نتیجه نیاز، در ایران است
- سیمای ناهمگن بهره‌مندی، و در نتیجه تنوع ناهمگن بازار، در ایران است
- نابرابری توان مالی اقشار مختلف جامعه، و در نتیجه ضرورت مبتنی کردن سرانه بر توانایی مالی (درآمدی هزینه) است
- اخذ تصمیم‌هایی که بر شواهد علمی مبتنی است

این چهارپایه ضروری برای تدوین تدابیر مناسب برای مدیریت بازار سلامت ایران وقتی برای سیاست‌سازان، سیاست‌گزاران، گروه‌های علمی (در برخی موارد فشار) جذاب و قابل توجه می‌شود که :

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- مطالعات مربوط به سیمای سلامت، بهره‌مندی از خدمات و توان مالی جامعه ایرانی وضعیت را در بخشهای مختلف اجتماعی، اقلیمها و استانهای کشور شفاف و آشکار سازد- در یک تواتر زمانی معین بگونه‌ای انجام شود که نتیجه سیاست‌گذاری‌های فعلی قابل ارزشیابی شود- نتایج تدوین، خلاصه، منتشر و بخوبی مورد بحث قرار گیرد <p>امید است تدوین دست‌افزارها و نرم‌افزار استاندارد که امکان اندازه‌گیریهای مذکور را برای هر بخش و اقلیم و استان ممکن سازد طولانی تر از این نگردد.</p> |
|---|

و: منابع

- (۱) مرکز آمار ایران: سالنامه آماری سال ۱۳۸۱
- (۲) وزارت بهداشت - مرکز آمار ایران: سیمای جمعیت و سلامت ۱۳۷۹
- (۳) نهپتیان، دکتر وارثکس؛ خزانه حبیب: میزانهای حیاتی ایران - دانشگاه تهران ۱۳۵۳
- (۴) نقوی، دکتر محسن: تعیین میزان مرگ مادران از عوارض بارداری و زایمان به روش RAMOS سال ۱۳۷۶؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- (۵) نقوی، دکتر محسن: دگرگونی سیمای سلامت در ایران - سال ۱۳۸۱؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
- (۶) اطلاعات برگرفته از نظام اطلاعاتی مرکز توسعه شبکه و ارتقاء سلامت سال ۱۳۸۱
- (۷) آمارنامه وزارت بهداشت؛ سالنامه آماری دفتر توسعه و هماهنگی نظام آماری معاونت تحقیقات و فناوری، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی سال ۱۳۸۱
- (۸) نتایج کشوری سرشماری سال ۱۳۷۵، مرکز آمار ایران، سال ۱۳۷۷
- (9) MC Donald Ad et al. Effect of Quebec Medicare on physician consultation for selected symptoms. *New England J. Medicine*. 1974, 213: 649-52.
- (10) Anderson, G.M. Brook, R. Williams, AA comparison of cost sharing versus free care in children: Effects on the demand for office based care. *Medical care* 1991;929: 890 – 98.
- (11)
- (12) Hulka, B.S., wheat, J.R. Pattern of utilization: The patient perspective. *Medical care*, 1985, 23: 439-60.
- (13) Thomas , J.W., Lichtenstein, R. Including health status in Medicare's adjusted average per capita cost capitation formula. *Medical care*, 1986, 24:259-75.
- (14) Broyles, R.W. et al The use of physician services under a national health insurance scheme. An examination of the Canada health survey. *Medical care*. 1983; 21: 1034-54.
- (15) Purola, T. et al: The utilization of the medical services and its relationship to morbidity , health resources, and social factors- A survey of the population of Finland prior to the national sickness insurance scheme. Helsinki: Research Institute for Social Security 1968.
- (16) Khon, R. White, K.L. Health care, an International study. New Yourk: Oxford University press, 1979.
- (17) Markidess, K.s., Levin J.S., Ray, L.A Determinants of physician utilization among Mexican Americans. *Medical care*. 1985; 23: 236-46.
- (18) Donabedian A. Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care. Cambridge: Harvard University press, 1973.

- (19) Aday L.A., Sellers C., Andersen R.M. Potentials of local health surveys: Astute – of – the – art summary. *American J. Public Health*, 1981, 71: 835-40
- (20) Jobe, J.B. et al. Recall strategies and memory for health care visits. *Milbank quarterly* 1990, 68: 171-89
- (21) Mechanic, D. Newton, M. Some Problems in analysis of morbidity data. *J. Chronic Diseases* 1966, 18: 569-80
- (22) Brunswick, A.F. Indicators of health status in adolescence. *International J. Health Services*, 1976, 6(3): 475-92
- (23) Magnusson, G. The hospital emergency department as primary source of medical care. *Scan. J. Social Medicine*, 1980, 8(3): 149-6
- (24) Schulpen, T.W., Swinkels, W.J. Machakos project studies. Agents affecting health of mother and child in a rural area of Kenya, the utilization of health services in a rural area of Kenya. *Tropical Geographic Medicine*, 1980 Dec. 32(4): 340-49
- (25) Kornfalt, R., Ejlertsson, G. Total consumption of health services by school children in primary health care district in Southern Sweden. *Scan. J. Social Medicine*, 1981; 9(2): 63-73
- (26) Abu-Zeid, H.A. Health services utilization patterns of two urban communities in Abha, Saudi Arabia, *J. Community Health*, 1989, Summer, 14(2): 65 – 77
- (27) Radaelli, S.M. et al: Demand of community health services in the periphery of a metropolitan area. (Portuguese), *Rev- Saude-Publica*, 1990 Jun, 24 (3) :232 -40
- (28) Wagner, E.H., Bledsoe, T. The Rand health insurance experiment and HMOS, *Medical Care*, 1990 Mar, 28(3): 191 – 200
- (29) Goldfeld S.R., Wright M., Oberklaid F. Patients, infants and health care: utilization of health services the first 12 months of life. *J. Pediatr child Health* . 2003; 39(4):249 – 53
- (30) Groholt E.K., Stigum H., Nordhagen R., Kohler L. Health service utilization in the Noradic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. *EurJ. Public Health*, 2003; 13(1): 30-37
- (31) Woods C.R., Arcury T.A., Powers J.M., Preisser J.S., Gesler W.M. Determinants of health care use by children in rural western North Carolina: results from Mountain Accessibility Project. *Pediatrics*, 2003; 112 (2): 143- 52
- (32) Berki S.E., Lepkowski J.N., Wyszewianski L., Landis J.R., Magilaury M., McLaughlin C.G., Murt H.A. High – volume and Low – volume users of health services: United state, 1980. *Natl. Med. Care Util . Expend. Surv. C.* 1985; (2): 1- 88

- (33) Regidor E., de Mato S., Gutierrez – Fisac J.L., Fernandez de la Hoz k., Rodriguez C. Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in spine – *Med. Clin. (Barc)*. 1996; 107 (8): 285 – 8
- (34) Simpson G., Bloom B., Cohen R.A., Parsons P.E. Access to health care. Part 1: children. *Vital Health Stat*. 1997; (196): 1-46
- (35) Bertakis K.D., Azari R., Helms L.J., Callahan E.J., Robbins J.A. Gender differences in the utilization of health care services. *J. Fam. Pract.* 2000; 49(2): 147 – 52.
- (36) Travassos C., Viacava F., Pinheiro R., Brito A. Utilization of health care services in Brazil : gender, family characteristics, and social status. *Rev. Panam. Salud. Publica*. 2002; 11(5-6): 365 – 73 .
- (37) Fernandez E., Schiaffino A., Rajmil L., Badia X., Sequra A. Gender inequalities in health and health care services use in Catalonia (Spain). *J. Epidemiol. Community Health* . 1999; 53(4): 218 – 22
- (38) Addai I. Determinants of use of maternal – child health services in rural Ghana. *J. Biosoc. Sci-* 2000; 32(1): 1-15
- (39) Nisar N., White F. Factors affecting utilization of an tenatal care among reproductive age group women (15–49 years) in an urban squatter settlement of Karachi. *J. Pak. Med. Assoc.* 2003; 53(2): 47-53
- (40) Esimai O.A., Ojo O.S., Fasubaa o, B. Utilization of approved health facilities for delivery in Ile- Ife Osun state, Nigeria. *Niger.J. Med.* 2002; 11(4):177-9
- (41) Falkingham J. Inequality and changes in women's use of maternal health care services in Tajikistan. *Stud. Fam. Plann.* 2003; 34(1):32–43
- (42) Lostao L, Regidor E., Calle M.E., Navarro P., Dominguez r. changes in socioeconomic differences in the utilization of an accessibility to health services in Spain between 1987 and 1995. *Rev. Esp. Salud. Publica*. 2001; 75(2): 115 – 27
- (43) Perenboom R.J., Lako C.J., Schouten E.G. Health status and medical consumption of rural and urban elderly. *Compr. Gerontol*. 1988; 2(3): 124-8
- (44) Vander Heyden J.H.A., Demarest S., Tafforeau J. and ran Oyen H. Socioeconomic differences in the utilization of health services in Belgium. *Health policy*. 2003; 65(2): 153-165
- (45) Celik Y. and Hotchkiss D.R. The socioeconomic determinants of maternal health care utilization in Turkey. *Soc. Sci. Med.* 2000; 50 (12): 1797 – 806

- (46) Gutzwiller F., La Vecchia C., Levi F., Negri E. and Wietlisbach V. Education, disease prevalence and health.
- (47) La Vecchia C., Negri E., Pagan R., Decarli A. Education, Prevalence of disease, and frequency of health care utilization. The 1983 Italian National Health Survey. *J. Epidemiol. Community Health*. 1987; 41(2): 161-5
- (48) Grimsmo A., Siem H. Factors affecting primary health care utilization. *Fam. Pract.* 1984; 1(3):155-61
- (49) Shrestha DR, Ittiravirongs A. Factors affecting utilization of health centers in rural area, Chon Buri Province, Thailand. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*. 1994, 25(2):361-7
- (50) Fernandez dela Hozk., Leon D.A. Self-perceived health status and inequalities in use of health services in Spine- *Int. J. Epidemiol.* 1996, 25 (3):593-603
- (51) Nandakumar, A.K., Chawla, M. and Khan M. utilization of outpatient care in Egypt and its implications for the role of government in health care provision. *World Development*, 2000, 28 (1):187-196
- (52) Alberts, J.F, Sanderman, R.J., Eimers, M and van Den Heuvel J.A. Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in curacao- *Social Sciences & Medicine* 1997, 45(2):213-220
- (53) Newbold K.B, Eyles J. and Brich S. Equity in health care: methodological contributions to the analysis of hospital utilization within Canada. *Social Science & Medicine*, 1995, 40:1181-92
- (54) Keskimak I., Salinto M. and Aro S. Socioeconomic equity in Finnish hospital care in relation to need. *Social Science & Medicine*, 1995, 41: 425 -31
- (55) House J.S., Kessler R.C and Herzog A.R. Age, socioeconomic status and health. *Milbank Quarterly*, 1990, 68:383-411
- (56) Hay D.I. Socioeconomic status and health status: a study of males in the Canada Health Survey. *Social Sciences & Medicine*. 1988, 27: 1317-25
- (57) Koopmans P.C., Gerstenbluth I., Alberts J.F. et al. Socio-economic health differences in Curacao: results from the Curacao Health Study. Paper presented at the 10th Scientific Meeting of the Commonwealth Caribbean Medical Research Council, Barbados. *West Indian Medical J.* 1995, 44(2): 30
- (58) Andersen R. and Newman J.F. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States *Milbank Quarterly*. 1973, 51: 95-124

- (59) Wan T.T.H and Odell B.G. Factors affecting the use of social and health services among the elderly. *Ageing and Society*. 198, 1: 95-113
- (60) I lleslye. R. and Suensson P.G. The health burden of social inequalities: country profiles from 20 members states of the European region of the world Health Organization. Report based on proceedins of a WHO meeting, Copenhagen, 1986, 5-7 December.
- (61) Adler N.E., Boyce W.T., Chesney M.A. et al. Socioeconomic inequalities in health: no easy solution. *J. American Medical Association*, 1993, 269: 3140-45

(۶۲) طرح بهینه‌سازی اقتصادی اجتماعی درمان در سازمان تامین اجتماعی (موسسه عالی پژوهش) گزارش مرحله دوم، عرضه، تقاضا، کارآیی و تحلیل هزینه‌ها در ارائه خدمات درمان مستقیم و غیرمستقیم (۱۳۷۴)

(۶۳) نقوی - دکتر محسن؛ «سیمای مرگ و میر در ۱۸ استان کشور - سال ۱۳۸۰»؛ وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی؛ دفتر سازمان جهانی بهداشت در جمهوری اسلامی ایران - سال ۱۳۸۲

(۶۴) سازمان جهانی بهداشت «گزارش جهانی سلامت، سال ۲۰۰۰» سازمان جهانی بهداشت، سازمان مدیریت...، وزارت بهداشت و ...، موسسه فرهنگی ابن سینا و ... سال ۱۳۸۲

(۶۵) آمار دریافتی از دبیرخانه شورایعالی بیمه (دریافت شخصی) معاونت سلامت، وزارت بهداشت

(۶۶) مرکز آمار ایران؛ دفتر حسابهای اقتصادی؛ «حسابهای ملی سلامت» مهرماه ۱۳۸۲

(۶۷) مرکز آمار ایران «نتایج تفصیلی آمارگیری از هزینه و درآمد خانوارها در سال ۱۳۸۱» سال ۱۳۸۱

(۶۸) سازمان جهانی بهداشت «گزارش جهانی سلامت، سال ۲۰۰۳»، سازمان جهانی بهداشت، سازمان مدیریت...، وزارت بهداشت و ...، موسسه فرهنگی ابن سینا و ...»

(۶۹) رضوی؛ سیدمعاون؛ عضو هیئت علمی موسسه عالی آموزش و پژوهش مدیریت و برنامه‌ریزی «عدالت در تامین مالی در نظام سلامت، بررسی وضعیت شاخص عدالت در ایران و ارائه راهکارهایی در جهت بهبود شاخص» مقاله ارائه شده در شورای معاونین وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

پیوست شماره ۱

تحلیلی بر توزیع بهره‌مندی از پوشش بیمه و خدمات بهداشتی درمانی برحسب دارایی خانوار، شغل، سکونت و ...

محاسبات، تجزیه و تحلیل این قسمت از مطالعه در: بخش (EIP) Evidence and Information for policy سازمان جهانی بهداشت (WHO) با همکاری گروه Equity in Health سازمان مذکور در ماههای پایانی سال ۲۰۰۴ میلادی به کمک همکار ارجمند آقای دکتر احمدرضاحسین‌پور دستیار گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی تهران در ژنو انجام شده است. قاعدتاً این قسمت از نتایج بررسی می‌بایست در درون مجموعه تدوین شده و در بخشهای مختلف مربوطه تقسیم می‌شد. از آنجایی که نتایج و تجزیه و تحلیلها پس از تدوین نهایی گزارش حاضر دریافت گردید، بعنوان **افزوده‌ای** در انتهای آن قرار گرفت. امید است خواننده گرامی، هر بخشی از مفاهیم آمده در این قسمت را در جایگاه مناسب خود در نظر آورد.

عوامل زیادی بر بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی تاثیرگذار هستند، از جمله سن، جنس، شغل، برخورداری از حمایت‌های بیمه‌ای، دسترسی جغرافیایی، دارایی و ثروت افراد و خانواری که فرد نیازمند عضو آنست.

در بین عوامل مذکور؛ اندازه‌گیری دارایی، ثروت و رفاه خانوار بعنوان یکی از عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از پیچیدگی زیادی برخوردار است. در کشورهایی که مالیاتها، مبتنی بر درآمد، دارایی یا هزینه‌های خانوار محاسبه و دریافت نمی‌شود و امکان پنهان کردن بخش یا همه منابع درآمدی از چشم دولت وجود دارد، عملاً برآوردی از وضعیت درآمد خانوار ممکن نیست و این مشکلی است که در اغلب کشورهای در حال توسعه وجود دارد.

بهمین دلیل در این گونه موارد برای برآورد سطح دارایی، ثروت و در نتیجه رفاه خانوار از روشهای جنبی که در علم «اقتصادسنجی» (Econometry) بخوبی شکل گرفته؛ استفاده می‌شود.

یکی از این روشها که اخیراً در مطالعات مربوط به سلامت و توزیع آن در بین گروههای اجتماعی مورد استفاده قرار می‌گیرد، بررسی آن بخش از داراییها است که در «رفاه» خانوار کمک می‌کند. مسلماً ابزار و امکانات رفاه خانوارها در کشورها، قومیتها و مناطق جغرافیایی از تفاوت‌های زیادی برخوردار است. بهمین دلیل در مطالعات مربوط به تاثیر رفاه (ثروت) خانوار، بر متغیرهای وابسته، متناسب با ویژگیهای جامعه تحت مطالعه، داراییها و امکانات رفاهی متفاوتی مورد پرسش قرار می‌گیرد و براساس وجود اسباب رفاه و آسایش خانواده، سطح دارایی خانوار برآورد می‌شود. براساس این برآورد خانوارها را به گروههای رفاهی، دارایی و اقتصادی مختلف تقسیم و توزیع شاخص مذکور را در گروههای مذکور می‌سنجند.

تجربه‌های گروه تدوین کننده این مطالعه نشان می‌داد که فهرست وسایل و امکانات رفاهی زیر برآورد نسبتاً خوبی از سطح رفاه و دارایی‌های خانوار را در ایران نشان خواهد داد و براین پایه می‌توان به حیطه گروهها، دهکها و چارکهای اقتصادی نزدیک شد و برای آنها برآوردهای معقولی را ارائه نمود، این فهرست برای اولین بار در مطالعه «سیمای جمعیت و سلامت» (DHS) مورد استفاده قرار گرفت و سپس در مطالعه «پاسخگویی نظام سلامت» که مشترک با سازمان جهانی بهداشت انجام شد مورد توجه بیشتر قرار گرفت و بالاخره در این بررسی با عناوین زیر مورد استفاده قرار گرفت:

- متوسط تعداد اطاق به ازای هر فرد خانوار در که عبارت بود از تعداد اعضاء خانوار، تقسیم بر تعداد اطاقهای مورد استفاده (بجز آشپزخانه، انباری) بعلاوه «هال» یا اطاق نشیمن.
- وجود حمام شخصی دایر در منزل
- وجود آشپزخانه مستقل در محل مسکونی
- نوع وسیله گرمایش خانوار در صورتی که نیازهای جوی منطقه وجود آن را الزامی می‌سازد
- نوع وسیله پخت و پز مورد استفاده در خانوار

- وجود هریک از وسایل رفاهی فعال در خانوار، همچون:

○ یخچال، تلویزیون، تلفن همراه، ماشین لباسشویی، ماشین ظرفشویی، مایکروویو (مایکروفر)، اتومبیل شخصی و یا موتورسیکلت

پس از انجام مطالعه با استفاده از روش آماری Principle Components Analysis (PCA) نسبت به برآورد نمایه دارایی (Asset Index) خانوارها اقدام شد. در این روش در ابتدا خانوارها را برحسب داشتن مجموع امکانات مذکور مرتب می‌کند. یعنی خانوار اول یا گروه خانواری اول آن خانوارهایی هستند که همه اسباب و امکانات مزبور را دارند و به تدریج بقیه خانوارها برحسب داشتن یا نداشتن امکانات مهم تر مرتب می‌شود به گونه‌ای که خانوار آخر یا گروه خانوارهای آخر، آنهایی هستند که حداقل امکانات مذکور را دارند. سپس برحسب درخواست کاربر، خانوارها به ده، پنج، چهار یا ... برش مساوی تقسیم می‌شود و دهکها، پنج یک ها یا چهاریک‌های دارایی یا رفاهی رامی‌سازد. به این ترتیب تعلق و تخصیص هر خانوار به یکی از گروههای مزبور معین می‌گردد و ثبت می‌شود. به این ترتیب امکان بررسی تاثیر این عامل بر متغیر مورد مطالعه فراهم می‌گردد. در این مطالعه نیز با استفاده از روش PCA، نمایه دارایی خانوار (Asset Index) مشخص و برای دو متغیر وابسته، یعنی پوشش بیمه و بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی با استفاده از مدل "Robust logistic Regression Model" یک تحلیل چند متغیره صورت گرفت.

▪ تحلیل پوشش بیمه بر حسب وضعیت دارایی خانوارها:

بمنظور بررسی وضعیت پوشش بیمه (مجموعه بیمه‌ها، شامل تامین اجتماعی، خدمات درمانی، نیروهای مسلح، کمیته امداد امام (ره) و بیمه‌های خصوصی) بر حسب وضعیت دارایی‌های خانوار به ترتیب اقدامات زیر صورت گرفت:

- ابتدا نمایه دارایی هر خانوار (Asset Index) تعیین شد
- سپس داشتن بیمه یا نداشتن آن، بعنوان یک متغیر وابسته وارد مدل Robust Logistic Regression شد. سپس در مدل مذکور متغیرهای مستقلی چون سن، جنس، وضعیت تاهل، تحصیلات بعنوان covariate در نظر گرفته شد. دو متغیر شغل و محل سکونت نیز بعنوان سطوح و لایه‌های تجزیه و تحلیل در نظر گرفته شد
- از آنجایی که شغل بعنوان یک لایه تجزیه و تحلیل منظور شده بود، فقط افراد ۱۵ سال و بالاتر وارد مدل شدند. مجموعه نتایج نشان می‌دهد که:
 - در شهر بین دارایی‌های خانوار از یک طرف و پوشش بیمه از طرف دیگر ارتباط وجود دارد. در مناطق روستایی چنین ارتباطی دیده نمی‌شود. (نمودار پ - ۱)
 - در افراد بازنشسته و یا از کار افتاده هم در شهر و هم در روستا پوشش بیمه بالای ۹۰٪ است و این پوشش در مناطق روستایی به نزدیک ۱۰۰٪ می‌رسد (نمودار پ - ۲)
 - افراد بیکار و شاغلین در بخش خصوصی

پوشش بیمه این افراد در مناطق شهری از وضعیت دارایی خانوار پیروی می‌کند، بعبارت دیگر با افزایش دارایی خانوار بتدریج افراد بیکار و شاغل در بخش خصوصی از پوشش بالاتری برخوردار می‌شوند، در مقابل در مناطق روستایی در هردو این گروه هیچ ارتباطی بین دارایی‌ها خانوار و پوشش بیمه وجود ندارد. بعبارت دیگر در مناطق شهری افراد بیکار فقیر و شاغلین کم درآمد بخش خصوصی (دارایی و رفاه خانوار آنها پایین است) از پوشش بیمه پایینتری برخوردارند. ولی در مناطق روستایی پوشش بیمه به فقیر و غنی و امکانات رفاهی خانوار ارتباطی ندارد. (نمودار پ - ۳ و ۴)

اگر افراد تحت پوشش دو سازمان عمده بیمه‌گر که ۶۴٪ از پوشش بیمه را در خانوارها فراهم می‌کنند (۴۰٪ سازمان خدمات درمانی و ۲۴٪ سازمان تامین اجتماعی) به تفکیک مورد بررسی قرار گیرند و بقیه افراد تحت پوشش سازمانها و نهادهای بیمه‌گر دیگر حذف شوند، دیده می‌شود

- پوشش بیمه تامین اجتماعی هم در شهر و هم روستا در شاغلین بخش خصوصی از توزیع دارایی خانوار پیروی می‌کند با افزایش رفاه، پوشش بیمه افزایش می‌یابد.

- در صورتی که پوشش بیمه خدمات درمانی در شاغلین بخش خصوصی، در شهر هم از پوشش پایین برخوردار است و هم از توزیع دارایی و رفاه پیروی نمی‌کند. در عین حال در روستا این توزیع در مسیر عکس حرکت می‌کند، با افزایش فقر در گروههای جمعیتی روستا پوشش بالاتر و در گروههای غنی از پوشش پایینتری برخوردار هستند (نمودار پ - ۵)

• خویش فرمایان:

این گروه شغلی در مناطق شهری از پوشش بیمه پایین برخوردارند و در مناطق روستایی از پوشش بیمه بالاتر، در مناطق روستایی پوشش بیمه آنها در جهت خلاف دارایی و امکانات رفاهی خانوار سیر می‌کند. بعبارت دیگر با کاهش رفاه در این گروه شغلی پوشش بیمه کاهش می‌یابد. (نمودار پ - ۶)

در صورتیکه پوشش‌های انواع سازمانهای بیمه‌گر با دارایی خانوار به تفکیک شهر و روستا در این گروه شغلی مورد توجه قرار گیرد، دیده می‌شود که

- گرچه سازمان بیمه خدمات درمانی در شهر و برای این گروه پوشش بیمه پایین را فراهم می‌کند ولی در روستا پوشش بیمه بالاتری را فراهم می‌کند، این پوشش‌ها به گونه‌ای است که در مسیری عکس حرکت امکانات رفاهی و دارایی خانوار حرکت می‌کند. یعنی افراد فقیر از پوشش بالاتر و افراد غنی از پوشش پایینتری برخوردارند.

- در مقابل بیمه تامین اجتماعی هم پوشش بیمه‌ای بالنسبه پایینی را بصورت غیرعادلانه فراهم می‌نماید (نمودار پ - ۷).

• **افراد خانه‌دار، محصلین و دانشجویان:**

پوشش بیمه در این گروه از شهرنشینان برحسب دارایی و امکانات رفاهی خانوار افزایش می‌یابد و برعکس در مناطق روستایی نه تنها پوشش به خودی خود بالا است بلکه توزیع آن از دارایی و امکانات خانوار پیروی نمی‌کند. (نمودار - پ - ۸ و پ - ۹)

• **شاغلین بخش دولتی:**

پوشش بیمه شاغلین دولتی چه در روستا و چه در شهر بالا است و بیش از ۹۰٪ شاغلین مذکور را می‌پوشاند و در کل ارتباط مشهودی بین میزان پوشش بیمه و دارایی‌های خانوار وجود ندارد (نمودار پ ۱۰ - پ ۱۱). اگر به تفکیک سازمان بیمه‌گر، پوشش این گروه شغلی مورد بازبینی قرار گیرد به این ترتیب است که :

- بیمه تامین اجتماعی پوشش بالنسبه بالایی را که برای این گروه شغلی در مناطق شهری فراهم می‌کند در جهت عکس دارایی و امکانات رفاهی خانوار حرکت می‌کند. خانوارهای فقیر از پوشش بالاتر و خانوارهای غنی از پوشش پایین‌تری برخوردارند و در روستا، اساساً پوشش این بیمه در این گروه شغلی پایینتر است
- در صورتیکه سازمان خدمات درمانی پوششی را که در این گروه شغلی فراهم می‌کند در شهر از دارایی و امکانات رفاهی خانوار پیروی می‌کند و با غنی‌تر شدن خانوارها پوشش بیشتر می‌شود در صورتیکه در مناطق روستایی خود بخود پوشش این سازمان بیمه بالاست.

به عبارت دیگر:

• **در مناطق شهری :** پوشش بیمه با امکانات رفاهی و دارایی‌های خانوار در مشاغلی چون

- بیکاران ($p=0/001$)
- شاغلین در بخش خصوصی ($p=0/001$)
- افراد خانه دار ($p<0/05$)
- دانش‌آموزان و دانشجویان ($p=0/001$)

از نظر آماری همبستگی مستقیم معناداری دارد یعنی میزان پوشش بیمه‌ای گروه‌های شغلی مذکور با افزایش امکانات و دارایی‌های خانوار بصورت معناداری افزایش می‌یابد (جدول پ - ۱) اگر به تفکیک سازمان بیمه‌گر (دو سازمان اصلی) مجدداً گروه‌های شغلی مورد توجه قرار گیرند دیده می‌شود که:

- در شهر پوشش بیمه سازمان خدمات درمانی در :
 - بیکاران ($p<0/05$)
 - شاغلین در بخش خصوصی ($p<0/05$)
 - شاغلین در بخش دولتی ($p<0/05$)
 - دانش‌آموزان و دانشجویان ($p=0/006$)

در همبستگی مستقیم با امکانات رفاهی و دارایی‌های خانوار قرار دارد و برعکس در گروه شغلی خویش‌فرمایان پوشش بیمه در جهت عکس دارایی و امکانات خانوار حرکت می‌کند ($p < /0.5$) و با کاهش دارایی و امکانات خانوار پوشش بصورت معناداری افزایش می‌یابد (جدول پ - ۲)

▪ **در مناطق روستایی** پوشش بیمه با امکانات رفاهی و دارایی‌های خانوار در

مشاغلی چون

- خویش‌فرمایان $p < /0.01$

- افراد خانه دار $p = 0/0.23$

در خلاف جهت دارایی و امکانات رفاهی خانوار حرکت می‌کند، یعنی با کاهش دارایی و امکانات پوشش بیمه افزایش می‌یابد (جدول پ - ۱) اگر به تفکیک سازمان بیمه‌گر (دو سازمان اصلی) مجدداً گروه‌های شغلی در روستا مورد توجه قرار گیرند دیده می‌شود که:

- پوشش بیمه سازمان خدمات درمانی در روستا در گروه‌های شغلی

- خویش‌فرما ($p < /0.01$)

- خانه دار ($p = /0.03$)

در جمعیت عکس دارایی‌ها و امکانات خانوار حرکت نموده، با کاهش آنها پوشش بیمه افزایش می‌یابد (جدول پ - ۲)

- پوشش بیمه سازمان تامین اجتماعی در مناطق روستایی در گروه‌های شغلی

- بیکاران $P < /0.01$

- شاغلین در بخش خصوصی $p < /0.01$

- خویش‌فرمایان $p < /0.01$

- خانه دارها $p < /0.01$

- دانش‌آموزان و دانشجویان $p < /0.01$

با افزایش دارایی و امکانات رفاهی خانوار افزایش می‌یابد (جدول پ - ۲)

جدول پ ۱- ارتباط بین پوشش بیمه و داراییهای خانوار به تفکیک مشاغل و برحسب محل سکونت پس از کنترل سایر عوامل مختلف - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

P- value	95% confidence interval		Adjusted odds ratio	شغل	محل سکونت
	Lower	Upper			
۰/۰۰۱	۱/۳۳۱	۱/۰۷۷	۱/۱۹۷	بیکار	شهر
۰/۶۱۰	۱/۴۵۱	۰/۸۰۴	۱/۰۸۰	بازنشسته و از کار افتاده	
۰/۱۳۱	۱/۶۱۸	۰/۹۴۰	۱/۲۳۳	شاغل در بخش دولتی	
۰/۰۰۱	۱/۴۵۱	۱/۱۰۵	۱/۲۶۶	شاغل در بخش خصوصی	
۰/۷۵۲	۱/۰۹۰	۰/۹۴۰	۱/۰۱۲	خوبش فرما	
۰/۰۳۸	۱/۱۵۵	۱/۰۰۴	۱/۰۷۷	خانه دار	
۰/۰۰۱	۱/۲۹۱	۱/۰۶۳	۱/۱۷۱	دانش آموز و دانشجو	
۰/۸۲۴	۱/۱۱۴	۰/۸۷۲	۰/۹۸۶	بیکار	روستا
۰/۴۶۶	۱/۲۱۸	۰/۶۵۰	۰/۸۸۹	بازنشسته و از کار افتاده	
۰/۹۱۵	۱/۳۵۴	۰/۷۶۲	۱/۰۱۶	شاغل در بخش دولتی	
۰/۵۹۴	۱/۲۱۹	۰/۸۹۳	۱/۰۴۳	شاغل در بخش خصوصی	
<۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۰/۷۵۳	۰/۸۳۳	خوبش فرما	
۰/۰۲۳	۰/۹۸۳	۰/۷۹۸	۰/۸۸۶	خانه دار	
۰/۸۰۸	۱/۱۱۸	۰/۸۶۷	۰/۹۸۴	دانش آموز و دانشجو	

جدول پ - ۲ ارتباط بین پوشش دو سازمان عمده بیمه و داراییهای خانوار به تفکیک
 مشاغل و برحسب محل سکونت پس از کنترل سایر عوامل مختلف - مطالعه
 بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

بیمه تامین اجتماعی		بیمه خدمات درمانی			
P-value	Adjusted odds ratio	P-value	Adjusted odds ratio		
<۰/۰۰۱	۱/۴۳۵	۰/۰۴۲	۱/۱۵۴	بیکار	شهر
۰/۲۹۰	۱/۴۵۹	۰/۴۷۷	۱/۲۷۸	از کار افتاده	
۰/۳۹۱	۰/۸۱۹	۰/۴۳۰	۱/۲۰۱	بازنشسته	
۰/۵۸۹	۱/۰۷۸	۰/۰۳۸	۱/۳۳۵	شاغل در بخش دولتی	
۰/۰۰۲	۱/۲۴۸	۰/۰۳۲	۱/۲۰۲	شاغل در بخش خصوصی	
<۰/۰۰۱	۱/۲۳۹	۰/۰۴۵	۰/۹۰۷	خویش فرما	
۰/۰۰۲	۱/۱۳۸	۰/۳۴۹	۱/۰۴۲	خانه دار	
۰/۰۰۳	۱/۱۸۱	۰/۰۰۶	۱/۱۸۰	دانش آموز / دانشجو	
۰/۰۰۱	۱/۶۲۲	۰/۲۹۷	۰/۹۲۴	بیکار	
۰/۱۶۹	۱/۶۴۲	۰/۹۴۴	۱/۰۲۵	از کار افتاده	
۰/۷۳۵	۰/۹۲۲	۰/۸۷۴	۰/۹۶۳	بازنشسته	
۰/۲۰۶	۱/۲۱۹	۰/۶۴۹	۱/۰۷۰	شاغل در بخش دولتی	
<۰/۰۰۱	۱/۴۱۱	۰/۶۷۹	۰/۹۶۳	شاغل در بخش خصوصی	
<۰/۰۰۱	۱/۳۹۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۶	خویش فرما	
<۰/۰۰۱	۱/۲۷۹	۰/۰۰۳	۰/۸۳۵	خانه دار	
<۰/۰۰۱	۱/۳۳۹	۰/۴۶۱	۰/۹۴۹	دانش آموز / دانشجو	

▪ تحلیل عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی:

بمنظور تعیین عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی در قالب یک بررسی کلی از مجموعه عواملی که در درون آنها وضعیت دارایی و امکانات رفاهی خانوار نیز مدنظر قرار گرفته شده باشد، به ترتیب به روش ذیل عمل شد:

- ابتدا نمایه دارایی هر خانوار (Asset Index) تعیین شد و خانوارها براساس وضعیت

دارایی و امکانات رفاهی به پنج گروه مساوی (پنج یک، Quintile) تقسیم شدند.

- فقط گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر انتخاب و وارد تجزیه و تحلیل شد و گروه سنی زیر ۱۵ سال خارج گردید.

- در گروه سنی ۱۵ سال و بالاتر ۲۷۲۰ نفر نیاز به خدمات بهداشتی درمانی طی دو هفته اخیر پیدا کرده بودند که از آنها ۱۸۹۱ نفر برای دریافت آن اقدام کرده بودند و ۸۲۹ نفر آنها از اقدام برای دریافت خدمت، صرفنظر کرده بودند.

- همین گروه ۲۷۲۰ نفر انتخاب شد. اقدام یا عدم اقدام در این گروه بعنوان یک متغیر وابسته و مجموعه عوامل دیگر، منجمله سن، جنس، وضعیت تاهل، سطح تحصیلات، شغل، داشتن یا نداشتن بیمه، وضعیت دارایی‌ها و امکانات رفاهی خانوار (برحسب پنج Quintile) و وضعیت سکونت بعنوان متغیرهای مستقل وارد مدل "Roboust Logisitic Regression" شد.

- نتایج خلاصه شده این تجزیه و تحلیل در جدول پ - ۳ آمده است.

• عوامل موثر بر بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی:

سن: (گروه سنی ۱۵ تا ۲۹ ساله بعنوان گروه مرجع در نظر گرفته شد)، گروه‌های سنی (۳۰ تا ۴۴، ۴۵ تا ۵۹، ۶۰ سال و بالاتر) در مدل مزبور اثرمعناداری ندارند.

جنس: (جنس مونث بعنوان گروه مرجع در نظر گرفته شد) جنسیت اثرمعنادار در مدل مزبور ندارد
تاهل: (متاهل بودن بعنوان گروه مرجع در نظر گرفته شد) سایر وضعیت‌های تاهل مثل، بیوه بودن، مطلقه بودن و مجرد بودن در مدل مزبور اثرمعناداری ندارد.

سطوح مختلف تحصیلات: (گروه بیسوادان به عنوان گروه مرجع در نظر گرفته شدند)، در مدل مزبور فقط افرادی که دارای سطح تحصیلات ابتدایی ناقص هستند فرق معناداری را نشان می‌دهند ($OR = ۱/۴۱$ ، $p=۰/۰۴$)

شغل: (بیکاران بعنوان گروه مرجع در نظر گرفته شدند) در مدل مزبور فقط افراد بازنشسته یا از کارافتاده ($OR = ۲/۱۸$ ، $P=۰/۰۷$) و خانه دارها ($P<۰/۰۲$ و $OR = ۱/۶۹$) در افزایش بهره‌مندی از خدمات اثرمعناداری را نشان می‌دهند.

برخورداری از بیمه: (عدم برخورداری از بیمه بعنوان گروه مرجع در نظر گرفته شدند) در پوشش بیمه بودن ($P<۰/۰۱$ و $OR = ۱/۶۲$) اثرمعناداری را در افزایش بهره‌مندی از خدمات سرپایی، در مدل مزبور نشان می‌دهد.

وضعیت دارایی و امکانات رفاهی خانوار: (افراد واقع در گروه دارای کمترین دارایی و امکانات رفاهی یعنی گروه پنج یک اول؛ (1th Quintile) بعنوان گروه مرجع در نظر گرفته شدند) گروه پنج یک دوم در مدل مزبور در جهت افزایش یا کاهش بهره‌مندی تاثیر معناداری ندارد. در صورتی که گروه پنج یک سوم ($P < /0.2$ و $OR = 1/46$)، چهارم ($P = /0.01$ و $OR = 1/83$) و پنجم ($P < /0.01$ و $OR = 2/46$) به ترتیب در جهت افزایش بهره‌مندی Overuse اثر معناداری دارند.

وضعیت سکونت: (ساکنین شهر بعنوان گروه مرجع در نظر گرفته شوند)، ساکنین روستاهای اصلی در بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی با آنها فرق معناداری ندارند، ولی ساکنین روستاهای قمر ($P < /0.01$ و $OR = /37$)، عشایر و ساکنین روستاهای سیاری ($P = /0.15$) و روبرو ($OR = 0/5$) با کاهش معناداری از بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی (underuse) روبرو هستند.

خلاصه اینکه ساکنین روستاهای قمر، روستاهای سیاری و عشایر از خدمات بهداشتی درمانی در مقایسه با شهرستان کمتر بهره‌مند می‌شوند و در مقابل افراد دارای سطح سواد ابتدایی ناقص، گروههای شغلی مثل بازنشسته‌ها، از کار افتاده‌ها و خانه دارها، افرادی که تحت پوشش بیمه قرار دارند، افرادی که در گروههای دارایی و رفاهی پنج یک سوم، چهارم و پنجم قرار دارند در مقایسه با گروههای متناظر بصورت انطباق (Adjusted) داده شده از بهره‌مندی بیشتری از خدمات بهداشتی درمانی برخوردارند.

جدول پ - ۳- ارتباط بین بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی سرپایی با عواملی چون سن؛ جنس؛ تاهل؛ تحصیلات؛ شغل؛ پوشش بیمه؛ دارایی خانوار و محل سکونت - مطالعه بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی - اسفند ۱۳۸۱

P- value	95% confidence interval		Adjusted odds ratio		
	Upper	Lower			
				۱۵-۲۹	سن
۰/۸۸۲	۱/۲۸	۰/۷۵	۰/۹۸	۳۰-۴۴	
۰/۲۴۶	۱/۱۴	۰/۵۹	۰/۸۲	۴۵-۵۹	
۰/۶۱۱	۱/۶۹	۰/۷۴	۱/۱۱	>=۶۰	
				زن	جنس
۰/۷۶۵	۲/۶۴	۱/۰۹	۱/۰۵	مرد	
				متاهل	تاهل
۰/۲۵۷	۱/۱۶	۰/۵۷	۰/۸۱	مطلقه/ بیوه	
۰/۶۹۳	۱/۲۹	۰/۶۸	۰/۹۴	مجرد	
				بیسواد	تحصیلات
۰/۰۳۴	۱/۹۴	۱/۰۳	۱/۴۱	ابتدایی ناقص	
۰/۵۰۰	۱/۵۴	۰/۸۱	۱/۱۲	ابتدایی کامل	
۰/۱۵۱	۲/۱۵	۰/۸۹	۱/۳۸	راهنمایی ناقص	
۰/۷۳۵	۱/۵۲	۰/۷۴	۱/۰۶	راهنمایی کامل / دبیرستان ناقص	
۰/۵۵۵	۱/۷۰	۰/۷۵	۱/۱۳	دبیرستان کامل	
۰/۷۵۶	۱/۸۷	۰/۶۳	۱/۰۹	دانشگاهی	
				بیکار	شغل
۰/۰۰۷	۳/۸۲	۱/۲۴	۲/۱۸	بازنشسته/ از کار افتاده	
۰/۳۹۳	۲/۰۹	۰/۷۵	۱/۲۵	شاغل در بخش دولتی	
۰/۸۷۷	۱/۶۰	۰/۵۸	۰/۹۶	شاغل در بخش خصوصی	
۰/۹۲۰	۱/۴۴	۰/۶۶	۰/۹۸	خویش فرما	
۰/۰۲۰	۲/۶۴	۱/۰۹	۱/۶۹	خانه دار	
۰/۱۳۷	۲/۲۴	۰/۸۹	۱/۴۱	محصل / دانشجو	
<۰/۰۰۱	۲/۰۹	۱/۲۶	۱/۶۲	تحت پوشش بیمه	وضعیت بیمه
				بدون بیمه	
				پنج یک اول	وضعیت دارایی- های خانوار
۰/۰۷۸	۱/۷۶	۰/۹۷	۱/۳۱	پنج یک دوم	
۰/۰۲۳	۲/۰۱	۱/۰۵	۱/۴۶	پنج یک سوم	
۰/۰۰۱	۲/۶۲	۱/۲۷	۱/۸۳	پنج یک چهارم	
<۰/۰۰۱	۳/۵۸	۱/۷۰	۲/۴۶	پنج یک پنجم	
				شهر	سکونت
۰/۸۲۱	۱/۲۶	۰/۷۴	۰/۹۷	روستایی اصلی	
<۰/۰۰۱	۰/۵۵	۰/۲۵	۰/۳۷	روستایی قمر	
۰/۰۱۵	۰/۸۷	۰/۲۸	۰/۵۰	عشایر و ساکنین روستای سیاری	

پیوست شماره ۲

– پرسشنامه

– دستورالعمل‌های اجرایی و پرسشگری

دستورعمل تکمیل پرسشنامه چگونگی بهره‌مندی از خدمات سلامتی

این بررسی به منظور آگاهی از میزان و چگونگی بهره‌مندی جامعه از خدمات سلامتی صورت می‌گیرد و کسب اطلاعات صحیح در این زمینه می‌تواند کمک مؤثری برای سیاست‌گذاری و برنامه‌ریزی بخش بهداشت و درمان باشد.

لطفاً قبل از شروع پرسشگری به نکات زیر توجه فرمائید:

- ۱- با توجه به اهمیت اطلاعات حاصله انتظار می‌رود پاسخ سوالات با دقت کسب شده و بدرستی ثبت گردد، در نتیجه شما باید تمام نیرو و تلاش خود را برای انجام هر چه بهتر وظیفه‌ای که برعهده شما گذاشته شده است، بکار برید.
- ۲- در زمان پرسشگری کارت شناسایی و برگه معرفی نامه خود را همراه داشته، خود را معرفی کنید و هدف از انجام مصاحبه و مدت زمان تقریبی آن را برای سرپرست خانوار توضیح دهید و به وی اطمینان دهید که اطلاعات کسب شده کاملاً محرمانه خواهد ماند و نام و نام خانوادگی و آدرس خانوار نهایتاً از مطالعه حذف خواهد شد.

در این دستورعمل روش تکمیل پرسشنامه بیان شده و انتظار می‌رود با دقت مورد مطالعه قرار گرفته و حین انجام کار کلیه مفاد آن مد نظر قرار گیرد.

پرسشنامه شامل قسمت‌های زیر می‌باشد:

اطلاعات کلی خانوار شامل:

- بخش A: اطلاعات شناسایی خانوار

- بخش B: مشخصات اعضای خانوار

- بخش G: مشخصات اقتصادی اجتماعی خانوار

برای همه خانوارها (بخش G و A) و برای همه اعضای خانوار (بخش B) تکمیل می‌شود
بررسی خدمات سرپایی شامل:

- بخش C: ارزیابی وجود تقاضا برای خدمات سرپایی فرد

- بخش D: ارزیابی مراجعات سرپایی

○ D₁: ارزیابی هر یک از خدمات سرپایی دریافت شده فرد

○ D₂: رعایت حقوق گیرنده خدمت سرپایی

بخش‌های C، D و D₁ و D₂ برای افرادی تکمیل می‌شود که به سوال ۱۱ از بخش B پاسخ مثبت داده باشند (نحوه تکمیل این قسمت‌ها به تفصیل در متن دستورعمل شرح داده شده است)

بررسی خدمات بستری شامل:

- بخش E: ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری فرد

- بخش F: ارزیابی خدمات بستری فرد

○ F₁: ارزیابی هر بار دریافت خدمات بستری فرد

○ F₂: رعایت حقوق خدمت گیرنده در بستری

بخشهای E، F، F₁ و F₂ برای بررسی خدمات بستری در افرادی تکمیل می‌شود که به سوال ۱۲ از بخش B پاسخ مثبت داده باشند. بخش M نظرات پرسشگر را برای هر خانوار و نظرات بازبین (ناظر) را برای هر پرسشنامه دربر دارد

کد خانوار: مشتمل بر ۶ مربع می‌باشد که از سمت چپ به راست به ترتیب در دو مربع اول کد استان درج می‌گردد و در مربع بعدی کد منطقه شهری، منطقه روستای اصلی، روستای قمر، روستای سیاری و عشایری ثبت می‌شود (کدها در شرح سوالات ۱ و ۳ آمده است) و در سه مربع بعدی کد خانوار بصورت سه رقمی درج می‌گردد. بعنوان مثال و (۰۰۲) و (۰۰۱)

تکمیل کد خانوار، کد خانوار بعلاوه شماره فرد در جدول B و کد خدمت حسب مورد در بالای هر صفحه الزامی است. ناظرین ستادی و استانی باید هر پرسشنامه‌ای که فاقد کدهای مزبور در بالای هر برگ از پرسشنامه باشد یا کد آن مخدوش یا غلط باشد به پرسشگر برگردانده تا به دقت تکمیل و اصلاح شود.

بخش A: اطلاعات شناسایی

در این قسمت مشخصات محل سکونت خانوار و نام مصاحبه کننده به ترتیب ذیل تکمیل می‌گردد.

۱- نام استان که در محل نقطه چین گذاشته می‌شود و کد مربوط به آن در دو مربع روبرو ثبت

می‌شود. کدهای استانها به شرح زیر است:

- آذربایجان شرقی (۰۱) - آذربایجان غربی (۰۲) - اردبیل (۰۳) - اصفهان (۰۴) - ایلام (۰۵) -
- بوشهر (۰۶) - تهران (۰۷) - چهارمحال و بختیاری (۰۸) - خراسان (۰۹) - خوزستان (۱۰) - زنجان
- (۱۱) - سمنان (۱۲) - سیستان و بلوچستان (۱۳) - فارس (۱۴) - قزوین (۱۵) - قم (۱۶) -
- کردستان (۱۷) - کرمان (۱۸) - کرمانشاه (۱۹) - کهگیلویه و بویراحمد (۲۰) - لرستان (۲۱) -
- گلستان (۲۲) - گیلان (۲۳) - مازندران (۲۴) - مرکزی (۲۵) - هرمزگان (۲۶) - همدان
- (۲۷) - یزد (۲۸) - ایران (۲۹) - شهیدبهبشتی (۳۰) - بابل (۳۱) - بیرجند (۳۲) - جهرم
- (۳۳) - رفسنجان (۳۴) - زابل (۳۵) - سبزوار (۳۶) - شاهرود (۳۷) - فسا (۳۸) - کاشان
- (۳۹) - گناباد (۴۰) -

۲- نام شهرستان در محل نقطه چین تکمیل می‌گردد و کد شهرستان در ستاد مرکزی وزارت بهداشت تکمیل خواهد شد.

۳- کد محل سکونت خانوار را که شامل ۱- شهری ۲- روستای اصلی ۳- روستای قمر ۴- روستای سیاری ۵- عشایر می‌باشد در مربع روبرو ثبت کنید. عشایر منظور خانوارهایی هستند که در تمام طول سال چادر نشین (کوچ رو) هستند.

۴- نشانی خانوار مورد مصاحبه و شماره تلفن در صورت وجود تکمیل می‌گردد که منظور نشانی پستی خانوار می‌باشد.

۵- نام و نام خانوادگی سرپرست خانوار کامل می‌شود

۶- نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده درج می‌گردد.

۷- ثبت اطلاعات تماس:

با توجه به اینکه مصاحبه بایستی با همان خانوار تعیین شده در نمونه صورت گیرد و امکان دارد در مراجعات اولیه مصاحبه به دلایلی انجام نشود یا بطور ناقص انجام شود بایستی تعداد دفعات مراجعه جهت انجام مصاحبه (شماره تماس)، تاریخ مراجعات و کد مربوط به نتیجه مصاحبه با توجه به موارد ذکر شده در این قسمت ثبت گردد.

توضیح اینکه اگر پس از ۵ بار مراجعه و تماس جهت مصاحبه با خانوار، این امر مقدور نشد پرسشنامه تا همین قسمت تکمیل و برای جایگزین خانوار دیگری به دستورعمل جایگزینی خانوار به شرح زیر مراجعه گردد.

دستورعمل جایگزین خانوار: در موارد عدم دسترسی، عدم حضور و یا امتناع خانوار (کدهای ۰۶ و ۰۷ و ۰۸) در صورتی که پس از ۵ بار مراجعه مصاحبه مقدور نشد، مصاحبه کننده با هماهنگی ناظر براساس دستورالعمل سرشماری خانه‌های بهداشت از سمت راست حرکت می‌کند و به خانوار دهم سمت راست مراجعه کرده و مصاحبه را انجام می‌دهد.

۸- منظور تاریخ انجام مصاحبه به روز، ماه و سال می‌باشد.

در قسمت ملیت: منظور ملیت سرپرست خانوار است که شامل: ۱- ملیت ایرانی ۲- افغانی (طبق اعلام خانوار) ۳- افغانی (طبق برداشت مصاحبه کننده) ۴- سایر ملیت‌ها

بخش B: مشخصات اعضاء خانوار

در ستون (۱) اگر تعداد افراد خانوار بیش از ۱۰ نفر بود یک برگه از بخش B به مجموعه پرسشنامه خانوار مربوطه اضافه شود.

در ستون (۲) نام تک تک اعضای خانوار را به ترتیب از سرپرست تا آخرین نفر با نام کوچک یادداشت می‌کنیم.

در ستون (۳) کد مربوط به نسبت هر فرد را با سرپرست خانوار وارد می‌کنیم.

در ستون (۴) سن هر فرد را در محل مراجعه براساس گفته فرد یادداشت می‌کنیم ضمناً در مورد افراد با سن زیر یکسال کد مربوطه (دو صفر) می‌باشد و افراد بالای ۱۰۰ سال را ۹۹ وارد می‌کنیم

در ستون (۵) کد جنس فرد را وارد می‌کنیم. (مذکر = ۱ مؤنث = ۲)
در ستون (۶) در مورد میزان سواد افراد کد مربوطه وارد می‌شود.

توضیحات مربوط به ستون ۶:

۱- بی‌سواد: فردی که توانایی خواندن و یا نوشتن ندارد. کسانی که می‌توانند بخوانند ولی نمی‌توانند بنویسند، نیز بی‌سواد به حساب می‌آیند.

۲- ابتدایی ناقص: افرادی که در سال تحصیلی ۱۳۸۲-۱۳۸۱ در یکی از کلاس‌های اول تا پنجم دوره ابتدایی تحصیل می‌کنند و یا شامل کلیه موارد زیر خواهد بود.

- برای با سوادان غیر محصل (با سوادانی که در سال تحصیلی ۸۲-۸۱ تحصیل نمی‌کنند) که تحصیلات دوره ابتدایی را در نظام قدیم یا جدید به پایان رسانده و حائز شرایط اخذ مدرک پایانی دوره ابتدایی نشده‌اند.
- برای افرادی که با سواد هستند ولی مدرک تحصیلی رسمی ندارند.
- افرادی که در نهضت سوادآموزی تحصیل می‌کنند معادل ابتدایی ناقص محسوب می‌شوند.

۳- ابتدایی کامل

با سوادان غیر محصل (با سوادانی که در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ تحصیل نمی‌کنند) که تحصیلات دوره ابتدایی را در نظام قدیم یا جدید به پایان رسانده و موفق به اخذ مدرک پایانی دوره ابتدایی شده‌اند.

۴- راهنمایی ناقص

• افرادی که در سال تحصیلی ۸۲ - ۱۳۸۱ در یکی از کلاس‌های اول، دوم یا سوم راهنمایی تحصیل می‌کنند یا تحصیل خود را در یکی از پایه‌های مزبور خاتمه داده‌اند.

۵- راهنمایی کامل

با سوادان غیر محصل (با سوادانی که در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ تحصیل نمی‌کنند) که تحصیلات دوره راهنمایی یا دوره اول متوسطه نظام قدیم را به پایان رسانده و حائز شرایط اخذ مدرک پایانی دوره راهنمایی یا سیکل اول نظام قدیم شده‌اند.

۶- دبیرستان

• افرادی که در سال تحصیلی (۸۲ - ۱۳۸۱) در یکی از سال‌های اول، دوم یا سوم دبیرستان تحصیل می‌کنند. یا افرادی که تحصیل خود را در یکی از پایه‌های فوق خاتمه داده‌اند

۷- پیش دانشگاهی یا دیپلم

• افرادی که در سال تحصیلی ۸۲ - ۱۳۸۱ در دوره پیش دانشگاهی تحصیل می‌کنند.
• یا افرادی که دوره متوسطه نظام قدیم یا جدید را به پایان رسانده و حائز شرایط اخذ مدرک پایانی دوره متوسطه (دیپلم) شده باشند.

۸- دوره دانشجویی

دانشجویانی که در سال تحصیلی ۸۲-۱۳۸۱ در یکی از دوره‌های کاردانی (فوق دیپلم)، کارشناسی (لیسانس) کارشناسی ارشد (فوق لیسانس) یا دکترا تحصیل می‌کنند، یا افرادی که دانشجوی نیستند ولی تحصیلات آنان در یکی از دوره‌های دانشگاهی به پایان رسیده است.

تحصیلات حوزوی: براساس سطح‌بندی دانشگاهی می‌باشد مثلاً افرادی که دروس حوزه را در حد سطح گذرانده باشند (لیسانس) و افرادی که دوره خارج (فقه و اصول) را گذرانده باشند فوق لیسانس و کسانی که به حد اجتهاد رسیده باشند (آیت ا... معادل مدرک دکترا منظور شود).

۷- وضعیت زناشویی

۱- دارای همسر. برای کسانی که هنگام آمارگیری دارای همسر هستند. زن یا مردی که عقد کرده دارای همسر به حساب می‌آید. لیکن زن یا مردی را که نامزد شده اما هنوز عقد نکرده است دارای همسر محسوب نمی‌شود.

۲- بی همسر بعلت فوت، طلاق یا متارکه.

• به کسانی که همسرشان شهید شده یا فوت کرده است و تا زمان آمارگیری، مجدداً ازدواج نکرده‌اند.

• به کسانی که از همسر خود به علت طلاق جدا شده و تا زمان آمارگیری مجدداً ازدواج نکرده‌اند.

۳- هرگز ازدواج نکرده

به کسانی که تاکنون ازدواج نکرده‌اند.

نکته:

• وضع زناشویی کسانی که بیش از یکبار ازدواج کرده‌اند براساس آخرین وضعیتی که تا هنگام آمارگیری حفظ کرده‌اند مشخص شده است. مثلاً برای کسی که از همسر نخست خود به علت طلاق جدا شده و برای بار دوم ازدواج کرده و همسر دوم وی نیز فوت کرده است. چنانچه تا زمان مصاحبه مجدداً ازدواج نکرده است، بی همسر به علت فوت همسر محسوب می‌شود.

• اگر مردی چند زن داشته باشد، این مرد و همه زنان وی دارای همسر به حساب می‌آید.

۸- شغل

۱- بیکار غیر جویای کار:

کسانی که بیکار بوده و در طی هفت روز گذشته هم در جستجوی کار نباشند.

۲- بیکار جویای کار:

کسی که بیکار است و در طی هفت روز گذشته هم در جستجوی کار بوده است.

۳- دارای کار آزاد (خویش فرما):

کسی که خودش، کار فرمای خویش باشد (تمام افرادی که خود صاحب مغازه هستند و در ن مغازه کار می کنند در این گروه قرار می گیرند)

۴- شاغل در بخش خصوصی: کسی که شاغل در بخش های خصوصی باشد (تمام افرادی که در مغازه ها، شرکت های خصوصی به هر شکل شاغلند و در این گروه قرار می گیرند)

۵- شاغل در بخش دولتی: کسی که در یکی از سازمانها یا ارگانهای دولتی (نظامی یا غیرنظامی) مشغول به کار باشد.

۶- خانه دار. فردی که صرفاً به امور منزل و ... می پردازد.

۷- محصل یا دانشجو. کسی که صرفاً به تحصیل اشتغال دارد.

۸- دارای درآمد بدون کار: کسی که بدون انجام کاری دارای درآمد است. (افرادی که زندگیشان از درآمد مستقلات می چرخد)

۹- مقرری بگیر (مستمری بگیر): فردی که ماهیانه مبلغی دریافت می نماید. (از کار افتاده ای که حقوق از کارافتادگی می گیرد)

۱۰- بازنشسته. کسی که پس از اتمام کار دولتی و ... ماهیانه مبلغی دریافت می نمایند.

۹- وضعیت بیمه:

۱- بیمه ندارد: از هیچ کدام از خدمات بیمه ها استفاده نمی کند

۲- بیمه خدمات درمانی: شامل کلیه بیمه های روستایی، خویش فرما، سایر اقشار که تابع قانون خدمات بیمه همگانی می باشند.

۳- تامین اجتماعی - افرادی که تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می باشند مثل کارگران، پیشه وران، و ...

۴- نیروهای مسلح: کلیه افراد تحت پوشش نیروهای مسلح (سپاه، ارتش، نیروی انتظامی و...)

۵- کمیته امداد: کلیه افراد تحت پوشش بیمه درمانی کمیته امداد امام خمینی

۶- بیمه خصوصی: افراد تحت پوشش بیمه های خصوصی دانا، البرز، ایران، آسیا و ...

۷- بیمه اختصاصی سازمانهای دولتی: افرادی که تحت پوشش بیمه اختصاصی سازمانهای دولتی مثل شهرداری، بانکها، وزارت نیرو، شرکت نفت و ... هستند

۸- در صورتی که پاسخگونی داند تحت پوشش کدام یک از بیمه های فوق می باشند کدمورد نظر (کد ۸) ثبت می گردد.

۱۰- **بیمه مکمل**: منظور افرادی است که علاوه بر یکی از بیمه های عمومی شامل خدمات درمانی، تامین اجتماعی و غیره از خدمات بیمه تکمیلی مانند بیمه تکمیلی دانا، آسیا، البرز، و ... نیز استفاده می کنند.

نکته:

- سوالات ۱۱ و ۱۲ در افراد بالای ۱۵ سال از خود فرد و در افراد زیر ۱۵ سال از مادر و یا فرد مراقب کودک یا نوجوان پرسیده شود. در صورتی که فرد بالای ۱۵ سالی نیز به علت بیماری یا بزرگی قادر به پاسخگویی نباشد از مراقب وی سوالات پرسیده شود.

۱۱- در این ستون از هریک از افراد خانوار در خصوص احساس ضرورت مراجعه به مراکز ارائه دهنده خدمات بهداشتی درمانی مثل خانه بهداشت، درمانگاه، پایگاه، بیمارستان، پلی کلینیک و ... برای دریافت خدماتی از قبیل واکسیناسیون، مراقبت‌های دوران بارداری و پس از آن و یا خدمات تنظیم خانواده، درمان، مشاوره، دریافت نسخه و دارو، انجام آزمایشات پاراکلینیکی، رادیولوژی و ... طی دو هفته گذشته سوال می‌شود.

۱۲- در این ستون از هریک از افراد خانوار؛ نیاز به بستری شدن در بیمارستان یا مراکز درمانی طی ۱۲ ماه گذشته سوال می‌شود. قابل ذکر است منظور از بستری شدن در بیمارستان یا مراکز درمانی آن است که فرد بلافاصله پس از معاینه و بررسی اولیه، ترخیص یا ارجاع نشده باشد و حداقل ۶ ساعت تحت درمان یا تحت نظر قرار گرفته شده باشد.

C: ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی فرد طی دو هفته گذشته

این قسمت از افرادی پرسیده خواهد شد که به سوال ۱۱ پاسخ مثبت داده باشند. در بالای صفحه کد مربوط به فرد، ثبت می‌گردد بدین ترتیب که از سمت چپ به راست به ترتیب در دو مربع اول کد استان درج می‌گردد و در مربع سوم کد منطقه سکونت ثبت می‌شود، در سه مربع بعدی کد خانوار بصورت سه رقمی و در دو مربع آخر شماره فرد از جدول B در ستون «کد فرد در جدول» ثبت می‌گردد مثلاً فرد چهارم بصورت ۰۴ مشخص می‌شود.

۱- از مصاحبه شونده سوال می‌شود که برای دریافت خدمات مورد نیاز (در سوال ۱۱ توضیح داده شد) اقدام نموده است یا خیر؟ در صورت پاسخ خیر علت آن (سوال ۲) پرسیده شود و پس از اتمام این قسمت پرسشگری برای این فرد در همین جا خاتمه پیدا می‌کند. در صورت پاسخ بلی سوال ۳ به بعد پرسیده شود.

۲- گزینه‌های ذکر شده در سوال ۲ خوانده نشود و براساس جوابی که مصاحبه شونده می‌دهد کد کلیه گزینه‌ها ثبت شود. بطور مثال در صورتی که فرد اشاره کند نمی‌دانستم به کجا باید مراجعه کنم و نیز راه دور بود کد مربوط به سوالات ۲-۵ و ۲-۶ بله (۱) و سایر گزینه‌ها کد خیر (۲) ثبت می‌شود.

۳- در این قسمت مشخص شود پاسخ گو طی ۲ هفته گذشته چند بار جهت دریافت انواع خدمات بهداشتی درمانی به مراکز مربوطه مراجعه کرده است.

تذکر: منظور از انواع خدمات بهداشتی درمانی عبارتست از: واکسیناسیون، مراقبت‌های پیشگیری، تنظیم خانواده، مراقبت‌های دوران بارداری و پس از زایمان، درمان بیماری، تزریقات، پانسمان، دریافت دارو، انجام فعالیت‌های درمانی دیگر مثل برداشتن خال، سوزاندن، فریز کردن و ... انجام آزمایشات پاراکلینیکی.

۴- در این قسمت از مصاحبه شونده سوال می‌شود زمان مراجعه، وضعیت اورژانسی داشته است یا خیر؟ (منظور از داشتن وضعیت اورژانسی درک خود فرد است). سپس کد مورد نظر ثبت شود.

۵- از مصاحبه شونده پرسیده می‌شود آیا موفق به دریافت خدمت مورد نظر شده است. در صورت پاسخ مثبت قسمت ارزیابی مراجعات سرپایی (بخش D) سوال شود و در صورت پاسخ خیر، سوال ۶ مبنی بر علل عدم موفقیت به دریافت خدمت پرسیده شود و سپس مصاحبه در این قسمت تمام می‌شود.

۶- گزینه‌های ذکر شده، خوانده نشود و براساس پاسخ مصاحبه شونده، گزینه یا گزینه‌های مربوط را علامت زده و کد یا کدهای مربوطه ثبت گردد.

فرض براین است که در هر خانوار پنج نفر خود را نیازمند دریافت خدمت می‌دانند و پنج صفحه از بخش C در پرسشنامه قرار داده شده است اگر در خانواری بیش از پنج نفر نیازمند خدمت وجود داشت کپی بخش C اضافه شود و اگر کمتر از این بود صفحات اضافی برداشته شود و برای مواقع لزوم نگهداری شود.

D: ارزیابی مراجعات سرپایی

در بالای صفحه کد مربوط به فرد همانند قسمت C ثبت می‌شود.

۱- از مصاحبه شونده سوال می‌شود که جهت دریافت انواع خدمات بهداشتی درمانی به کجا مراجعه کرده است. کد یا کدهای مربوطه علامت زده شود.

در ستون سمت چپ: کدهای مربوط به مسیر دریافت خدمات به ترتیب ثبت شود.

مثال: فردی که بعلت مشکل زنان ابتدا به ماما در یک پلی کلینیک مراجعه کرده و توسط وی، به پزشک متخصص در مطب ارجاع شده است و برای وی آزمایش و رادیوگرافی درخواست شده و برای اینکار وی به بخش خصوصی مراجعه کرده و پس از بررسی نتایج برای وی نسخه تجویز شده و سپس برای دریافت دارو به داروخانه دولتی مراجعه کرده و مطابق مثال جدول به ترتیب تکمیل گردد.

۱-۱ =	۱	۸
۱-۲ =	۰	۲
۱-۳ =	۶	۱
۱-۴ =	۶	۳
۱-۵ =	۵	۸
۱-۶ =		
۱-۷ =		
۱-۸ =		
۱-۹ =		
۱-۱۰ =		

۲- در صورت انتخاب یکی از کدهای ۰۷، ۳۹، ۰۸ و یا ۵۰، نوع درمان کننده سنتی از جمله پزشکان گیاهی، عطار، رمال، کف بین و ... و یا نوع طب جایگزین از جمله طب سوزنی، انرژی درمانی، هومیوپاتی و ... در پایین صفحه ذکر شود.

ضمناً منظور از توان بخشی، انواع خدمات فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، کاردرمانی و کلینیک بازتوانی بیماران قلبی، مراکز ترک اعتیاد و ... می‌باشد.

- اگر بهداشتکار دهان و دندان مطب داشت جزو دندانپزشک تجربی محسوب خواهد شد
- تسهیلات زایمانی، جزو مراکز بهداشتی درمانی است.
- مراکز خیریه جزو مراکز غیردولتی محسوب می‌شود.
- خانه بهداشت کارگری جزو خانه بهداشت محسوب می‌شود.
- درمانگاه/ پلی کلینیک یا بیمارستانهای غیر وابسته به وزارت بهداشت عبارتند از: مراکز وابسته به بانکها، وزارت نفت، وزارت آموزش و پرورش، دادگستری، ارتش، سپاه، نیروی انتظامی، صنایع دفاع، شهرداری و ...

• اگر شخصی صرفاً جهت تزریقات یا پانسمان مراجعه نمود ستون سایر پرسنل غیرپزشک برحسب محل مراجعه علامت گذاشته شود و کد مربوط ثبت گردد. در صورتی که مراجعات بیش از ۱۰ بار بود کد ۱۰ مراجعه آخر ثبت می‌شود.

• فرض براین بود که در هر خانوار ۴ نفر در طی دو هفته گذشته مراجعه داشته‌اند اگر مراجعات در یک خانواده بیش از این بود می‌توان تصاویری از بخش D را اضافه نمود و اگر کمتر بود صفحات اضافی برداشته شود و برای مواقعی که ضروریست نگهداری شود.

بخش D1: ارزیابی هریک از خدمات سرپایی دریافت شده فرد

در بالای صفحه کد فرد، همانند آنچه در قبل گفته شد ثبت شود و کد محل مراجعه براساس بخش D ثبت شود. مثلاً برای کسی که به دندانپزشک عمومی در اورژانس بیمارستان

دولتی مراجعه کرده کد ۳۲ ثبت می‌شود این صفحه یا بخش D1 برای هر یک از کدهای محل در بخش D یکبار تکمیل می‌شود.

منظور از کد خدمت، کد محل مراجعه در قسمت D می‌باشد.

۱- در گزینه‌های سوال ۱ هر نوع خدمات دریافت شده مشخص شود و همه گزینه‌ها برای مصاحبه شونده خوانده شود و جواب‌ها علامت زده شده و کد مربوطه در مقابل آن ثبت شود. لازم به ذکر است در مورد سوال ۱-۱ براساس گروه هدف سوال پرسیده شود. مثلاً در مورد مرد ۵۰ساله سوال در مورد مراقبت کودکان و مادران باردار موردی ندارد.

منظور از اقدامات تشخیصی: اقداماتی نظیر آزمایش، رادیولوژی، سونوگرافی، اکوکاردیوگرافی، تست ورزش، اسکن رادیوایزوتوپ، MRI, CT و ... می‌باشد.

منظور از اقدامات درمانی: اقداماتی نظیر جراحی انداختن، گچ گرفتن، سوزاندن، فریز کردن، برداشتن خال، کاشتن مو، گذاشتن لنز، و ... می‌باشد.

منظور از مشاوره و راهنمایی در خصوص مشکلات سلامتی: انواع مشاوره‌های ژنتیک، تغذیه، تنظیم خانواده، روانشناسی شامل مشاوره ازدواج، مشاوره روانی مؤثر بر وضعیت تحصیلی، مشاوره فرزند و ... و مشاوره‌های روانپزشکی می‌باشد.

۲- در این سوال زمان صرف شده برای هر یک از مراحل مثل وقت گرفتن، سپری شده در راه، سالن انتظار، دریافت خدمت و دریافت جواب‌های پاراکلینیکی تا حصول نتیجه باید سوال شود و مقدار آن در محل نقطه‌چین ثبت شود.

۳- در این سوال هزینه صرف شده جهت دریافت خدمت براساس رفت و آمد/ ویزیت/ اقدامات تشخیصی/ اقدامات درمانی/ هزینه نسخه و وسایل و سوال شود و میزان آن در محل نقطه‌چین ثبت شود.

• در سوال ۳ در صورت عدم ذکر مبلغ هزینه شده، یکی دیگر از کدها ثبت گردد.

فرض بر این بود که در هر خانوار ۶ بار مراجعه در طول دوهفته بیشتر اتفاق نیفتاده است اگر در خانواری بیش از این مراجعه بود تصویر بخش D1 اضافه شود و اگر کمتر بود صفحات اضافی بخش D1 برداشته شود و برای موارد ضرور استفاده شود.

D2: رعایت حقوق گیرنده خدمت سرپایی

این بخش مربوط به رعایت حقوق گیرنده خدمت به هنگام دریافت خدمت بهداشتی درمانی می‌باشد در اینجا کلیه جملات برای مصاحبه شونده خوانده می‌شود و پس از توضیحات لازم براساس جوابی که پاسخگو می‌دهد کد مربوطه در جدول ثبت می‌شود. این صفحه فقط برای یک فرد که مراجعه داشته تکمیل می‌شود و برای هر بار مراجعه فرد ضرورتی به تکمیل نیست. در واقع کل مراجعات یک فرد ارزیابی می‌شود.

E: ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری فرد

در بالای صفحه کد فرد ثبت می‌شود.

این قسمت از پرسشنامه برای افرادی تکمیل می‌شود که تصور می‌کنند در طی ۱۲ ماه گذشته نیاز به بستری در بیمارستان یا یک مرکز درمانی داشته‌اند. (در صورتیکه پاسخ سوال ۱۲ بخش B (مشخصات اعضاء خانوار) مثبت باشد)

۱- از مصاحبه شونده سوال شود که آیا بدلیل یک مشکل اورژانسی نیاز به بستری شدن در بیمارستان یا مرکز درمانی داشته است براساس جواب پاسخگو کد مربوطه در مربع مقابل آن ثبت می‌شود.

۲- از مصاحبه شونده سوال شود که آیا جهت بستری شدن در بیمارستان یا مرکز درمانی و تصمیم اقدام نموده است در صورت پاسخ بلی سوال ۴ پرسیده شود در صورت پاسخ خیر، سوال ۳ شامل علت یا علل آن پرسیده شود و گزینه مربوطه علامت زده شده و کد مربوطه ثبت گردد. و پس از پایان سوال ۳ به بخش G رجوع شود.

۴- از مصاحبه شونده سوال شود طی ۱۲ ماهه گذشته چند بار به بیمارستان یا مرکز درمانی جهت بستری شدن مراجعه کرده است، سپس برای هر بار از این مراجعات قسمت مربوطه در بخش F (ارزیابی خدمات بستری) را تکمیل نمایند.

F. ارزیابی خدمات بستری فرد

ابتدا کد فرد در بالای صفحه در جدول مربوطه ثبت گردد.

۱- در صورتی که پاسخگو نوع بیمارستان را نمی‌داند خود پرسشگر با توجه به شناخت محلی که دارد و پرسش درباره نام بیمارستان کد مربوطه را وارد نماید تا سه بار مراجعه به مراکز درمانی جهت بستری ثبت می‌شود اگر هر بار مراجعه به بستری منجر شده باشد به بخش F1 که بررسی دریافت خدمت بستری است مراجعه می‌شود ولی اگر بیش از سه بار مراجعه کرده و به بستری منجر نشده یا شده فقط برای سه بار آخر در طول یکسال گذشته پرسشنامه تکمیل می‌شود.

۲- در صورتی که پاسخ به سوال ۲ مثبت باشد به سوال ۴ مراجعه شده و در صورت منفی بودن پاسخ، سوال ۳ پرسیده می‌شود و برای هر بار مراجعه و عدم بستری شدن سوال ۳ تکمیل می‌شود.

۳- لازم به تذکر است که گزینه‌های سوال ۳ نباید خوانده شوند ولی کد مربوطه به کلیه گزینه‌ها بایستی در محل مربوطه ثبت شود.

۴- از پاسخگو سوال شود که در طول سال گذشته چند بار در یک مرکز درمانی (حداقل برای ۶ ساعت) بستری شده است. هر بار بستری فردیک محل مراجعه محاسبه می‌شود و بخش مربوطه در قسمت F1 تکمیل گردد.

در صورتیکه موارد بستری بیش از ۳ بار باشد برای ۳ بار آخر در طول سال پرسشنامه F1 تکمیل می‌شود.

F1. ارزیابی هربار دریافت خدمات بستری فرد

ابتدا شماره شناسایی فرد ثبت گردد و کد بار بستری از سطر اول جدول F نیز در محل مربوطه ثبت گردد مثلاً اگر فقط مراجعه بار دوم منجر به بستری شده باشد کد ۲ ثبت می‌شود و بخش F1 برای وی تکمیل می‌گردد.

- ۱- از پاسخگو سوال شود جهت بستری شدن در بیمارستان چند روز در نوبت مانده است.
- ۲- از مصاحبه شونده سوال شود که بیمارستانی که در آن بستری شده است در همان شهر، همان استان و یا خارج از استان بوده است.
- ۳- نام بخشی را که بیمار در بیمارستان یا مراکز درمانی بستری شده نوشته شود.
- ۴- از مصاحبه شونده سوال شود که در طی بستری بودن در بیمارستان چه اقداماتی برای وی انجام شده است.

تمامی گزینه‌ها باید از فرد سوال شود:

- ۴-۱- درمان طبی شامل تجویز دارو و ... می‌باشد
- ۴-۲- درمان جراحی شامل اعمال جراحی مانند عمل فتق و ... می‌باشد
- ۴-۳- اقدام تشخیصی شامل انجام آزمایشات پاراکلینیکی، گرافی، MRI و ... است
- ۴-۴- اقدامات توانبخشی که در طی بستری برای بهبود بیمار انجام شده است مثل فیزیوتراپی، کاردرمانی و غیره.
- ۴-۵- زایمان طبیعی: در صورتی که بیمار در بیمارستان بطور طبیعی زایمان کرده است.
- ۴-۶- سزارین: منظور انجام زایمان از طریق عمل جراحی سزارین می‌باشد.
- ۵- از مصاحبه شونده سوال شود که آیا در جریان بستری، جهت درمان یا ادامه درمان به بیمارستان یا مرکز درمانی دیگری منتقل شده است؟ (در صورت پاسخ خیر به سوال ۷ رجوع شود).
- ۶- از مصاحبه شونده علت انتقال سوال شود، گزینه‌ها نباید برای بیمار خوانده شود اما کدهای مربوط به کلیه گزینه‌ها باید در روبروی آن ثبت شود.
- ۷- در مورد مخارج بستری از ابتدا تا پایان اعم از هرگونه خرجی مانند مخارج بیمارستان، لوازم پزشکی، دارو و خدمات تشخیصی از مصاحبه شونده سوال شود. ضمناً مجموع کل مخارج هم ذکر شود. لازم نیست که مجموع مخارج با جمع جبری آنها یکسان باشد.
- ۸- از مصاحبه شونده در مورد کل مدت زمان بستری سوال شود.
- ۹- از مصاحبه شونده در مورد وضعیت کنونی مشکل وی (بهبودی کامل، بهبودی نسبی، عدم تغییر وضعیت، بدتر شدن مشکل و یا اقدام تشخیصی انجام شده) سوال شده و کد مربوطه ثبت شود.
- ۱۰- در این سوال از مصاحبه شونده در خصوص میزان تاثیر بستری شدن در بیمارستان یا مرکز درمانی بر روی منابع مالی خانواده سوال کنید و براساس طیف رسم شده علامت بزنید.

در صورتی که میزان تاثیر مخارج بین اعداد ذکر شده باشد میزان آن را مشخص و علامت بزیند مثلاً اگر میزان تاثیر مخارج بر منابع مالی خانواده ۶۰ درصد باشد بر روی محور عدد ۶۰ قید گردیده و علامت زده شود. (بین ۵۰ و ۷۵)

F2 رعایت حقوق خدمت گیرنده در بستری

این بخش مربوط به رعایت حقوق گیرنده خدمت بهنگام دریافت خدمت بهداشتی درمانی حین بستری در واحد بهداشتی درمانی می‌باشد. در اینجا کلیه جملات برای مصاحبه شونده خوانده شود و پس از توضیحات لازم کد مربوطه ثبت گردد. اگر فردی بیش از یک بار در طول سال بستری شده باشد برای هر بار بستری ضروری نیست که بخش F2 تکمیل شود و سوالات بخش F2 برای بستری شدن در کل از وی پرسیده شود.

G: مشخصات اجتماعی اقتصادی خانوار

۱- منظور از خانوار افرادی می‌باشند که با هم در یک اقامتگاه زندگی می‌کنند، با یکدیگر هم خرج هستند و معمولاً با هم غذا می‌خورند. بنابراین لازم نیست که اعضای یک خانوار حتماً با یکدیگر رابطه خویشاوندی داشته باشند به عبارت دیگر خانوار لزوماً با خانواده یکی نیست. فردی که به تنهایی زندگی می‌کند نیز خانوار تلقی می‌شود.

در تعداد اعضای یک خانوار باید توجه نمود. چنانچه در زمان آمارگیری موقتاً یکی از اعضای خانوار غایب باشند مشروط بر آن که در محل دیگری اقامتگاه معمولی نداشته باشد اعضای یک خانوار معمولی به حساب می‌آیند.

۲- تعداد اتاقهای در اختیار این خانوار (نه اتاقهای ساختمان) مشخص شود. توجه داشته باشید که حال با اطاق پذیرایی جزء اطاق محسوب می‌شود و اگر آشپزخانه جداگانه دارند، آشپزخانه و انباری جزء اتاق محاسبه نشود. برای کسانی که در چادر یا کپر زندگی می‌کنند مانند عشایر از کد ۸۸ ثبت شود.

۳- نوع اجاق مورد استفاده خانوار برای آشپزی و پخت و پز مشخص شود اگر خانوار از دو نوع اجاق استفاده می‌کند مثلاً هم از گاز فردار و هم از گاز پیک نیکی، گاز فردار که در واقع گرانتر است ثبت شود.

۴- محلی که بطور معمول آشپزی در آنجا توسط خانوار انجام می‌شود، ثبت گردد.

۵- محل استحمام اعضای خانوار سوال شود.

۶- در مورد عمده ترین وسیله گرمایش در واحد مسکونی خانوار سوال کنید و کد مربوطه را ثبت کنید.

۷- در مورد عمده ترین وسیله سرمایش در واحد مسکونی خانوار سوال کنید و کد مربوطه را ثبت کنید.

۸- در مورد هر کدام از وسایل نامبرده که مورد استفاده خانوار می‌باشد سوال کنید و کد مربوطه ثبت گردد.

۹- از وسیله نقلیه‌ای که حداقل یکی از اعضای خانوار در اختیار دارند سوال شود

M – نظرات پرسشگر و بازبین

این بخش مشتمل بر ۳ قسمت می‌باشد:

۱- پرسشگر وضعیت اقتصادی خانوار را با توجه به شرایط محلی، در محل مربوطه علامت بزند.

۲- تاریخ انجام مصاحبه برحسب روز و ماه و سال ثبت شود.

۳- تاریخ ویرایش، نام و نام خانوادگی و امضاء ناظر در این قسمت ثبت گردد.

خلاصه‌ای از مطالعه:

بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی، سال ۱۳۸۱، در جمهوری اسلامی ایران Utilization of Health Services

تقاضا برای دریافت خدمات بهداشتی درمانی بمنظور ارتقا و بازیابی سلامتی از طرف مردم و عرضه آن از طرف بخشهای دولتی، خصوصی و خیریه و تنوع و پیچیدگی خدمات ارائه شده منجر به شکل‌گیری «بازار سلامت» (Health Market) شده است. این بازار به دلایل مختلف یک بازار ناقص (Failure Market) است و نیازمند مداخله و مدیریت (Managed Market) است. بررسی چگونگی بهره‌مندی مردم از خدمات بهداشتی درمانی (Utilization of Health Services) برای سامان دادن این مدیریت و ارزشیابی مداخلات دولتی و تعامل آن با بخش خصوصی و مردم تبدیل به یک نیاز جدی در سطح منطقه‌ای، ملی و جهانی شده است. این نیاز در ارتباط با دو دسته از عوامل مرتبط و بظاهر متضاد است. اول؛ عوامل مرتبط با افزایش مستمر هزینه‌ها و در عین حال افزایش استفاده از خدمات در شرایط محدودیت‌های منابع است. دوم عوامل مرتبط با مقوله عدالت اجتماعی که شامل توزیع نامناسب منابع مرتبط با سلامتی، توزیع ناهمگون مشکلات سلامتی و در عین حال بهره‌مندی محدود و استفاده کم از خدمات بهداشتی درمانی توسط اقشار مختلف مردم است.

در واقع مطالعات چگونگی بهره‌مندی از خدمات بهداشتی درمانی مترصد پاسخگویی به این مجموعه از مسائل است.

این مطالعه در سال ۱۳۸۱ برای «تعیین رفتارهای جامعه ایرانی بمنظور دریافت خدمات پیشگیری، مراقبتی، درمان سربایی و بستری و رفتارهای نظام سلامت در قبال مراجعه‌کنندگان هنگام ارائه خدمات» شکل گرفت و در اسفند همان سال اجرا شد. در این مطالعه کلیه افراد عضو ۳۵۰۰ خانوار که بصورت راندوم و سیستماتیک انتخاب شده و به شکل Proportional روی مناطق روستایی و شهری ۲۸ استان کشور توزیع شده بود، مورد پرسشگری قرار داد. جمعاً در این مطالعه ۱۶۹۳۵ مورد پرسشگری قرار گرفتند که نتایج آن به این شرح است:

- میزان پاسخگویی (Respan Rate) خانوارهای نمونه ۹۵٪ بود.
- مقایسه نسبت ابعاد مختلف خانوار، ترکیب سنی پرسش‌شدگان، توزیع محل سکونت، توزیع جنسی، وضعیت سواد و تحصیلات پرسش‌شدگان با سرشماری و مطالعه DHS نشان داد که نمونه مطالعه نارایب (Unbias) بوده است.
- ۰/۸ ± ۲۶/۵ از مصاحبه‌شوندگان خود را زیر پوشش هیچ سازمان بیمه‌گری نمی‌دانستید، ۰/۹ ± ۴۰/۳٪ خود را تحت پوشش سازمان خدمات درمانی ۰/۸ ± ۲۳/۵٪ خود را تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی معرفی کرده‌اند.

- در این مطالعه شاخص نیاز به خدمات بهداشتی درمانی سرپایی و مراجعه برای دریافت آنها احساس نیاز دو هفته قبل از مطالعه و برای نیاز به دریافت خدمات بستری یکسال قبل از مطالعه بوده است.
- ۲۱/۵٪ از مصاحبه‌شدگان خود را نیازمند دریافت خدمات درمانی می‌دانستید که ۱/۱۵٪ آنها برای دریافت خدمت اقدام و ۱۴/۸٪ مراجعه کرده بودند
- نیاز و مراجعه کودکان زیر یکسال بیش از همه (۴۹/۸٪ و ۴۳/۸٪) و افراد پنج تا چهارده سال کمتر از همه (۱۴/۱٪ و ۹٪) بوده نیاز و مراجعه زنان نیز بیش از مردان بود.
- حدود ۶٪ از جامعه خود را نیازمند می‌دانستند و مراجع نکرده‌اند، مهمترین دلایل عدم مراجعه بی‌پولی، کمبود وقت و اقدام به مصرف خودسرانه (جایگزین اقدام) و به تعویق انداختن اقدام بوده است.
- این مطالعه نشان داد که میزان بروز نیاز و مراجع در واقع پیر و سن، جنس و رفاه اجتماعی است
- در صورت پذیرش این فرض که وقایع دوهفته آخر بهمن را می‌توان به کل سال تعمیم داد، می‌توان نتیجه گرفت که:
 - هر ایرانی در طول سال ۸/۷ بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی دارد (۵/۵ بار به بخش خصوصی و ۳/۲ بار به بخش دولتی). از این مجموعه:
 - ۲/۲ بار به پزشک عمومی، ۱/۲ بار به پزشک متخصص، ۰/۳ بار به دندانپزشک، ۰/۱ بار به ماما، ۱/۳ بار به پرسنل غیرپزشک، ۰/۰۱ بار به مشاور، ۰/۰۳ بار به توانبخشی، ۲/۹ بار به داروخانه و ۰/۷ بار به خدمات پاراکلینیک بوده است.
 - ساکنین شهر ۹ بار، روستاهای اصلی ۸/۸ بار، روستاهای قمر ۷ بار و عشایر و ساکنین روستاهای سیاری ۶/۶ بار مراجعه دارند.
 - بیشترین بار مراجعه مربوط به افراد تحت پوشش تامین اجتماعی ۱۱/۲ و پس از آن افراد تحت پوشش کمیته امداد امام (ره) ۱۰/۹ و کمترین آن مربوط به افرادی است که خود را تحت پوشش هیچ بیمه‌ای نمی‌دانند ۶/۶۵ بار
- پزشکی عمومی در بخش خصوصی در هر بار مراجعه ۳/۴ نوع خدمت و در بخش دولتی ۲/۸ نوع خدمت را ارائه می‌نماید. این تعداد برای پرسنل غیرپزشک در بخش خصوصی ۰/۹ و در بخش دولتی ۱/۳ خدمت است.
- برای مراجعه به پزشک متخصص در بخش خصوصی مراجعین بطور متوسط ۹ روز در نوبت می‌ماند که این بالاترین رقم در نوبت ماندن است. زمان صرف شدن برای دسترسی به محل پزشک عمومی (خصوصی ۲۲ دقیقه و دولتی ۳۷ دقیقه) بطور متوسط ۲۹ دقیقه است. طول مدت صرف شده در سالن انتظار برای پزشک متخصص

- ۶۹ دقیقه و پزشک عمومی ۳۷ دقیقه است. طول مدتی که صرف دریافت خدمت می‌شود برای پزشک عمومی ۱۱ دقیقه و پزشک متخصص ۲۸ دقیقه است.
- بطور متوسط هر ایرانی در طول سال ۲۶۵۰۶ تومان هزینه خدمات درمان سرپایی می‌کند که ۲۰۲۸۲ تومان آن در بخش خصوصی و ۶۶۸۲ تومان آن در بخش دولتی است. بیشترین عنوان هزینه‌های Out of pocket در بخش خصوصی، هزینه ویزیت و سپس هزینه‌های اقدامات درمانی است، در صورتیکه در بخش دولتی تقریباً ۵۰٪ هزینه‌ها پول دارو است.
 - در بخش خصوصی بیشترین هزینه نصیب پزشک متخصص (هر فرد در طول سال ۶۵۳۲ تومان) و سپس پزشک عمومی (۳۵۴۱ تومان) می‌شود در صورتیکه در بخش دولتی بیشترین هزینه ناشی از پول دارو (۱۹۳۴ تومان) و سپس پزشک متخصص (۱۳۸۸ تومان) است.
 - شهرنشینان در طول سال ۲۷۵۰۰ تومان و روستائینان ۱۹۶۴۸ تومان، مردان ۲۰۳۰۷ تومان و زنان ۳۰۰۲۳ تومان مستقیماً هزینه خدمات سرپایی می‌کنند.
 - ۹۱٪ از مراجعین برای حل یک مشکل مربوط به سلامتی مراجعه کرده بودند که ۵۵٪ احساس بهبودی و ۲۸٪ در مرحله تداوم درمان و ۸٪ هم بهبود نداشته‌اند. ۵٪ از مراجعه‌کنندگان برای دریافت خدمات بهداشتی و ۴٪ برای دریافت خدمات تشخیصی رفته بودند.
 - در مورد میزان پاسخگویی به نیازهای غیرمرتبط با سلامتی (حقوق فردی مراجع) ارزیابی وضعیت در مراکز ارائه خدمات سرپایی به این شرح بوده :
 - توجه سریع ۸۲٪ خوب
 - رعایت شان و احترام ۸۹٪ خوب
 - برقراری ارتباط ۸۶٪ خوب
 - درگیر شدن در تصمیم‌گیریها ۷۷٪ خوب
 - محرمانه ماندن اطلاعات ۸۹٪ خوب
 - قدرت انتخاب ۷۷٪ خوب
 - کیفیت محیط اطراف ۸۰/۳٪ خوب
 - در این مطالعه نیاز اقدام و مراجع برای دریافت به خدمات درمانی بستری برای طول یکسال قبل از مطالعه مورد پرسش قرار گرفته است.
 - ۶/۶٪ از جامعه در طول یکسال گذشته احساس نیاز به خدمات بستری داشته‌اند
 - ۵٪ از جامعه در طول سال گذشته احساس نیاز به خدمات بستری اورژانسی داشته‌اند.
 - ۴/۹٪ از جامعه به دنبال احساس نیاز مراجعه و برای بار اول در بیمارستان بستری شده‌اند

- ۰/۱۸٪ برای بار دوم در طول یکسال بستری شدند
- ۰/۳٪ برای بار سوم در طول یکسال بستری شدند
- در واقع نسبت بستری شدگان (یک بار و بیشتر) ۶/۵٪ از جامعه بوده است.
- این رقم افرادی را دربردارد که زنده از بیمارستان مرخص شده و تا زمان مطالعه هم زنده بوده‌اند
- فوت شدگان، مرخص نشدگان، منتقل شده به آسایشگاهها و زندانیان در آن قرار ندارد، با در نظر گرفتن همه موارد فوق رقم به ۷٪ یا ۷۰ در هزار جامعه می‌رسد.
- اگر بار بستری جامعه مورد مطالعه ۶۵ در هزار باشد
- بیشترین بار بستری در افراد شصت و پنج سال و بالاتر (۱۸۲ هزار) و پس از آن کودکان زیر یکسال (۱۴۳ درهزار) و کمتر از همه گروه سنی ۵ تا ۱۴ سال (۲۴ در هزار) است
- شهرنشینان ۶۴ در هزار، ساکنین روستاهای اصلی ۵۷ و روستاهای قمر ۴۹ در هزار
- مردان ۵۲ در هزار و زنان ۶۹ در هزار است
- مهمترین دلایل فاصله احساس نیاز و بستری، بی‌پولی، موکول نمودن ببعده، و تشخیص عدم لزوم پزشک بوده است.
- مقایسه بین نسبتی از تختهای بیمارستانی متعلق به هر بخش و نسبتی از مردم که در آن بستری می‌شوند به شرح زیر است
- وزارت بهداشت و درمان ۶۹٪ از تختها را دارد و ۶۵٪ از بستری شدگان
- بخش خصوصی ۱۲٪ از تختها را دارد و ۱۶٪ از بستری شدگان
- تامین اجتماعی ۱۰٪ از تختها را دارد و ۱۳٪ از بستری شدگان
- بیمارستانهای وابسته به سایر سازمانهای دولتی ۶٪ از تختها را دارد و ۵٪ از بستری شدگان را می‌پذیرد
- زمان انتظار برای بستری شدن بطور متوسط ۲ روز بوده
- برای کودکان زیریکسال صفر روز و برای گروه سنی ۶۵ سال و بالاتر ۳/۶ روز
- برای بیمارستان در همان شهر محل سکونت ۲ روز، در شهر دیگری در همان استان ۳/۷ روز (بیمارستان تخصصی) و برای بیمارستانی در خارج از استان ۵/۸ روز (بیمارستان فوق تخصصی) بوده است
- ۶۸٪ از بستری شدگان در همان شهر خود و ۲۶٪ در شهری در همان استان محل سکونت بستری می‌شوند
- ۹۵٪ از بستری شدگان از همان بیمارستان بستری شده در آن مرخص می‌شوند، ۱/۶٪ به بیمارستانی دیگر در همان شهر ۲/۶٪ به بیمارستانی دیگر در همان استان و ۰/۵٪ به بیمارستانی در خارج استان منتقل شده بودند.
- یک بار بستری شدن در بیمارستان

- خصوصی ۶۴۴۱۴۳ تومان
 - وابسته به وزارت بهداشت و درمان ۸۸۹۳۷ تومان
 - تامین اجتماعی ۷۹۶۵۶ تومان
- هزینه مستقیم (out of pocket) به بستری شده تحمیل می‌نماید
- بیشترین سهم این پرداخت در بیمارستانهای خصوصی: مربوط به خدمات بیمارستانی بیمارستانهای وزارت بهداشت: مربوط به سایر هزینه‌های بستری تامین اجتماعی: مربوط به سایر هزینه‌های بستری بوده است.
 - تاثیر هزینه‌های بستری شدگان در بیمارستان بردرآمد و داراییهای فرد و خانواده در:
 - ۲۵٪ موارد در حد هیچ یا ناچیز بوده
 - ۳۰٪ بیش از ۵۰٪ درآمد ماهانه را هزینه کرده
 - ۱۶٪ نه تنها همه درآمد ماهانه بلکه پس‌انداز را هم هزینه کرده
 - ۲۱٪ نه تنها به هزینه کردن درآمد ماهانه و پس‌انداز بلکه مجبور به قرض کردن نیز شده‌اند
 - ۸٪ مجبور به هزینه کردن درآمد ماهانه، صرف پس‌انداز، قرض و فروش داراییهای خود شده است.
 - در واقع ۲۹٪ از بستری شدگان دچار هزینه‌های مصیبت‌بار (Catastrophic cost) شده‌اند. این رقم برای بستری شدگان در بیمارستانهای خصوصی ۳۷٪ و برای بیمارستانهای تامین اجتماعی ۱۸٪ است.
 - در مورد پاسخگویی به نیازهای غیرمرتبط با سلامت (حقوق فردی) در جریان دریافت خدمات بستری ارزیابی عبارت بود از:
 - توجه سریع ۷۹٪
 - رعایت شان و احترام ۷۹٪
 - برقراری ارتباط ۷۵٪
 - درگیر شدن در تصمیمها ۶۷٪
 - محرمانه ماندن اطلاعات ۸۵٪
 - قدرت انتخاب ۶۴٪
 - کیفیت محیط اطراف ۷۳٪
 - حمایت اجتماعی ۷۷٪