



بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت بر اساس داده‌های آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۴

مجری:

لیدا کلهری ندرآبادی

همکاران:

سید جمال میرکمالی

زهرا رضایی قهرودی

گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آمار

زمستان ۱۳۹۸

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

کد شناسه: RP-9929

عنوان: بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت بر اساس داده‌های آمارگیری بهره‌مندی از خدمات

سلامت ۱۳۹۴

مجری: لیدا کلهری ندرآبادی

همکاران: سید جمال میرکمالی، زهرا رضایی قهرودی

گروه پژوهشی: طرح‌های فنی و روش‌های آماری

تاریخ انتشار: زمستان ۱۳۹۸

نوبت انتشار: اول

طراح جلد: حمید عابدی

صفحه‌آرا: ساناز مهندسی

❖ حق مالکیت معنوی این طرح پژوهشی متعلق به پژوهشکده‌ی آمار است و نقل مطالب فقط با ذکر مأخذ مجاز است.



پژوهشکده‌ی آمار



مرکز آمار ایران

تهران، خیابان دکتر فاطمی، خیابان باباطاهر، خیابان سرتیپ فکوری،

شماره‌ی ۱۴۵

۰۲۱ ۸۸۶۳۰۴۴۰-۳

www.srtc.ac.ir

به نام خداوند جان و خرد

پیش‌گفتار

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و ابزارهای تشخیصی و درمانی با کیفیت مناسب و همچنین دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی در میان گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی یکی از اهداف اصلی سیاست‌های سلامت است.

با توجه به اهمیت کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی همگانی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف جامعه، شناخت عوامل تأثیرگذار بر نیازهای درمانی و بهداشتی موجود و نحوه‌ی رفع آن‌ها و عواملی که منجر به استفاده افراد از خدمات سلامت می‌شود، برای ارزیابی عملکرد سیاست‌های نظام سلامت کشور ضروری است. بنابراین به‌منظور سنجش تقاضا و بهره‌مندی عموم افراد جامعه از خدمات سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت، آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور، در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ در یک بستر تحقیقاتی مناسب انجام شد تا از نتایج آن برای بررسی و آگاهی برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان از میزان و چگونگی بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور استفاده شود.

تأثیر وضعیت اجتماعی اقتصادی بر بهره‌مندی بزرگسالان از خدمات بسیار مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است اما با وجود این که هزینه‌های درمان کودکان سهم قابل توجهی در هزینه‌های حوزه بهداشت و درمان دارند، اثرات وضعیت اجتماعی اقتصادی خانوار در وضعیت سلامت دوران کودکی کمتر شناخته شده است. از این رو در این پژوهش با توجه به اهمیت آگاهی از چگونگی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت، این موضوع با استفاده از داده‌های حاصل از آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار گرفته است. شایان ذکر است تمام برآوردها از جمله تعددها به صورت وزنی محاسبه شده‌اند و قابلیت تعمیم به کل جامعه‌ی هدف یعنی خانوارهای معمولی ساکن و گروهی کشور که دارای فرزند صفر تا نه سال هستند را دارند. انتظار می‌رود نتایج این پژوهش اطلاعات سودمندی را در اختیار برنامه‌ریزان حوزه سلامت قرار دهد.

این پژوهش در گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آماری پژوهشکده‌ی آمار با همکاری سرکار خانم دکتر لیدا کلهری ندرآبادی به عنوان مجری طرح و جناب آقای دکتر سید جمال میرکمالی و سرکار خانم دکتر زهرا

رضایی قهرودی به عنوان همکاران اصلی طرح پژوهشی به انجام رسیده است که بدین وسیله از ایشان صمیمانه
تشکر و قدردانی می شود.

گروه پژوهشی طرح های فنی و روش های آمار

ژوژ شکرده ای آمار

فهرست مطالب

مقدمه	۱
۱-۱- اهداف	۲
۲-۱- سابقه پژوهش	۴
۳-۱- تعاریف و مفاهیم	۷
یافته‌های پژوهش	۱۱
۱-۲- ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی جامعه	۱۲
۲-۲- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت	۱۳
۱-۲-۲- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی	۱۵
۲-۲-۲- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بستری	۴۴
بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک استان	۵۹
۱-۳- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی	۶۰
۲-۳- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بستری	۷۱
نتیجه‌گیری و جمع‌بندی	۷۵
۱-۴- مقدمه	۷۵
۲-۴- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت کودکان	۷۶
۱-۲-۴- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی کودکان	۷۶
۲-۲-۴- شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بستری	۷۸
۳-۴- بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک استان	۷۹
۴-۴- بحث و نتیجه‌گیری	۸۰
مرجع‌ها	۸۳

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۲- توزیع فراوانی خانوارهای نمونه شهری و روستایی دارای کودک ° تا ۹ سال ۱۲
- جدول ۲-۲- توزیع خانوارهای دارای کودک ° تا ۹ سال برحسب ملیت سرپرست خانوار ۱۲
- جدول ۳-۲- توزیع جمعیت کودکان ° تا ۹ سال برحسب گروه‌های سنی ۱۲
- جدول ۴-۲- توزیع خانوارهای دارای کودک ° تا ۹ سال به تفکیک تعداد اعضای خانوار ۱۳
- جدول ۵-۲- درصد پوشش بیمه پایه و بیمه مکمل در جمعیت ° تا ۹ سال ۱۴
- جدول ۶-۲- تعداد و درصد نیازها و افراد به تفکیک سن، محل سکونت و جنس ۱۶
- جدول ۷-۲- متوسط بار مراجعه به تفکیک سن، محل سکونت و جنس در دو هفته قبل از بررسی ۱۷
- جدول ۸-۲- درصد کودکان ° تا ۹ سال که طی دو هفته قبل از بررسی احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدام نکرده‌اند به تفکیک علت ۱۷
- جدول ۹-۲- تعداد کودکان ° تا ۹ سال که طی دو هفته قبل از بررسی احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و اقدام کرده‌اند اما دریافت خدمت نداشته‌اند به تفکیک علت ۱۹
- جدول ۱۰-۲- متوسط بار مراجعه به ازای هر ۱۰۰ نفر از کل جمعیت کودکان ° تا ۹ سال برای دریافت خدمات سرپایی در دو هفته قبل از بررسی به تفکیک محل ارائه‌ی خدمت و ارائه‌کننده ۲۱
- جدول ۱۱-۲- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی طی دو هفته قبل از بررسی و در طول یک سال برای یک کودک ° تا ۹ سال به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت، محل سکونت و جنس ۲۳
- جدول ۱۲-۲- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی طی دو هفته قبل از بررسی و در طول یک سال برای یک کودک ° تا ۹ سال به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت و وضعیت بیمه ۲۴
- جدول ۱۳-۲- فراوانی انواع خدمات دریافت‌شده از ارائه‌دهندگان خدمت هنگام مراجعه کودکان ° تا ۹ سال برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی ۲۶
- جدول ۱۴-۲- فراوانی انواع خدمات دریافت‌شده از ارائه‌دهندگان خدمت هنگام مراجعه به تفکیک گروه‌های سنی برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی ۲۸
- جدول ۱۵-۲- درصد کودکان ° تا ۹ سال دریافت‌کننده‌ی خدمت هنگام مراجعه برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی به تفکیک نوع خدمت دریافت‌شده و ارائه‌دهنده‌ی آن ۳۰
- جدول ۱۶-۲- میانگین تعداد خدمات و مراقبت‌های دریافت‌شده در مراجعه برای یک نیاز به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت برای کودکان ° تا ۹ سال ۳۲
- جدول ۱۷-۲- درصد دریافت‌کنندگان خدمت به تفکیک نوع بیمه و ارائه‌دهندگان خدمت برای کودکان ° تا ۹ سال ۳۳

- جدول ۲-۱۸- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته‌ی قبل از بررسی پرداخت شده‌است بر حسب تومان به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت، برای کودکان ۰ تا ۹ سال ۳۴
- جدول ۲-۱۹- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته‌ی قبل از بررسی پرداخت شده‌است بر حسب تومان به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت و گروه سنی ۳۶
- جدول ۲-۲۰- تعداد کودکان ۰ تا ۹ سال که در دو هفته‌ی قبل از بررسی مستقیماً هزینه‌ای برای دریافت خدمت پرداخت کرده‌اند به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت ۳۷
- جدول ۲-۲۱- تعداد کودکان زیر یک سال که در دو هفته‌ی قبل از بررسی مستقیماً هزینه‌ای برای دریافت خدمت پرداخت کرده‌اند به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت و گروه سنی ۳۸
- جدول ۲-۲۲- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته قبل از بررسی پرداخت شده‌است به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت، محل سکونت، وضعیت بهره‌مندی از بیمه و جنس افراد بر حسب تومان، کودکان ۰ تا ۹ سال ۳۹
- جدول ۲-۲۳- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته قبل از بررسی پرداخت شده‌است به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت، محل سکونت، وضعیت بهره‌مندی از بیمه، جنس افراد و گروه‌های سنی بر حسب تومان ۴۰
- جدول ۲-۲۴- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته قبل از بررسی پرداخت شده‌است به صورت سرانه، به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت، وضعیت بهره‌مندی از بیمه، جنس و محل سکونت بر حسب تومان، ۰ تا ۹ سال ۴۱
- جدول ۲-۲۵- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته قبل از بررسی پرداخت شده‌است به صورت سرانه، به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت، وضعیت بهره‌مندی از بیمه، جنس و محل سکونت و گروه‌های سنی بر حسب تومان ۴۲
- جدول ۲-۲۶- نتیجه مراجعه و دریافت خدمات بهداشتی درمانی بر اساس نظر مراجعه‌کنندگان بر حسب درصد به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت، کودکان ۰ تا ۹ سال ۴۳
- جدول ۲-۲۷- میزان رضایت از خدمات سرپایی سلامت در دو هفته قبل از بررسی بر حسب درصد به تفکیک نوع بیمارستان محل ارائه خدمت و محل سکونت، کودکان ۰ تا ۹ سال ۴۴
- جدول ۲-۲۸- تعداد و درصد نیازهای بستری از زمستان سال ۱۳۹۳، مراجعه‌ها و بستری‌شدگان به تفکیک گروه سنی، محل سکونت و جنس کودکان ۰ تا ۹ سال ۴۵
- جدول ۲-۲۹- درصد کودکان ۰ تا ۹ سال که از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری احساس نیاز به خدمات بستری داشته‌اند اما برای بستری شدن در بیمارستان اقدام نکرده‌اند به تفکیک علل مختلف عدم اقدام و محل سکونت ۴۶
- جدول ۲-۳۰- مدت انتظار برای بستری شدن در بیمارستان‌ها، به تفکیک نوع بیمارستان و محل مراجعه کودکان ۰ تا ۹ سال ۴۶
- جدول ۲-۳۱- تعداد و درصد بستری‌های صورت‌گرفته کودکان ۰ تا ۹ سال به تفکیک مکان بستری و نوع بیمارستان ۴۷
- جدول ۲-۳۲- تعداد و درصد بستری‌های صورت‌گرفته کودکان ۰ تا ۹ سال به تفکیک مکان بستری و نوع بیمه فرد بستری‌شده ۴۸
- جدول ۲-۳۳- انواع بخش‌هایی که کودکان ۰ تا ۹ سال از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری در آن بستری شده‌اند و تنوع خدمات دریافت‌شده ۴۸
- جدول ۲-۳۴- انواع بخش‌هایی که کودکان زیر یک سال از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری در آن بستری شده‌اند و تنوع خدمات دریافت‌شده ۴۹

- جدول ۲-۳۵- انواع بخش‌هایی که کودکان ۱ تا ۴ سال از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری در آن بستری شده‌اند و تنوع خدمات دریافت شده..... ۵۰
- جدول ۲-۳۶- انواع بخش‌هایی که کودکان ۵ تا ۹ سال از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری در آن بستری شده‌اند و تنوع خدمات دریافت شده..... ۵۰
- جدول ۲-۳۷- درصدی از کودکان ۰ تا ۹ سال بستری شده که به بیمارستان‌های دیگر منتقل می‌شوند و دلایل انتقال آن‌ها به تفکیک گروه‌های سنی..... ۵۱
- جدول ۲-۳۸- متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری‌شدگان از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری برحسب تومان به تفکیک نوع بیمارستان برای کودکان ۰ تا ۹ سال..... ۵۱
- جدول ۲-۳۹- متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری‌شدگان از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری برحسب تومان به تفکیک نوع بیمارستان برای کودکان زیر یک سال..... ۵۲
- جدول ۲-۴۰- متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری‌شدگان از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری برحسب تومان به تفکیک نوع بیمارستان برای کودکان ۱ تا ۴ سال..... ۵۳
- جدول ۲-۴۱- متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری‌شدگان از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری برحسب تومان به تفکیک نوع بیمارستان برای کودکان ۵ تا ۹ سال..... ۵۴
- جدول ۲-۴۲- تعداد افرادی که از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری برای یک بار بستری شدن در بیمارستان پرداخت مستقیم داشته‌اند به تفکیک نوع بیمارستان..... ۵۵
- جدول ۲-۴۳- متوسط مبلغی که کودکان ۰ تا ۹ سال بستری شده در طول سال برای هزینه درمان بستری (با در نظر گرفتن حداکثر ۳ بار بستری در سال برای هر نفر) از جیب پرداخته‌اند؛ به تفکیک سن و جنس و سکونت..... ۵۶
- جدول ۲-۴۴- نتیجه بستری کودکان ۰ تا ۹ سال در بیمارستان بر حسب درصد؛ به تفکیک محل سکونت و گروه سنی..... ۵۶
- جدول ۲-۴۵- نتیجه بستری کودکان ۰ تا ۹ سال در بیمارستان بر حسب درصد؛ به تفکیک نوع بیمارستان..... ۵۷
- جدول ۲-۴۶- منبع تأمین هزینه‌های بستری در بیمارستان برای بستری‌شدگان ۰ تا ۹ سال از زمستان ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری بر حسب درصد به تفکیک نوع بیمارستان..... ۵۷
- جدول ۲-۴۷- میزان رضایت از خدمات بستری در بیمارستان بر حسب درصد به تفکیک نوع بیمارستان..... ۵۸
- جدول ۳-۱- تعداد و درصد نیازها و افراد به تفکیک استان برای کودکان ۰ تا ۹ سال..... ۶۱
- جدول ۳-۲- متوسط بار مراجعه به تفکیک استان در دو هفته قبل از بررسی برای کودکان ۰ تا ۹ سال..... ۶۵
- جدول ۳-۳- متوسط بار مراجعه به ازای هر ۱۰۰ نفر از کل کودکان ۰ تا ۹ سال برای دریافت خدمات سرپایی در دو هفته قبل از بررسی به تفکیک ارائه‌کننده خدمت در هر استان..... ۶۷
- جدول ۳-۴- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی طی دو هفته قبل از بررسی و در طول یک سال برای یک فرد به تفکیک نوع بیمه برای کودکان ۰ تا ۹ سال در هر استان..... ۶۸
- جدول ۳-۵- متوسط کل هزینه‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته‌ی قبل از بررسی پرداخت شده‌است بر حسب تومان برای کودکان ۰ تا ۹ سال به تفکیک استان..... ۷۰
- جدول ۳-۶- تعداد و درصد نیازهای بستری از زمستان سال ۱۳۹۳، مراجعه‌ها و بستری‌شدگان به تفکیک استان برای کودکان ۰ تا ۹ سال..... ۷۲

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۲- علت‌های عدم اقدام برای دریافت خدمات سرپایی در میان کودکان ۰ تا ۹ سال که احساس نیاز داشته‌اند در کل کشور ۱۸
- شکل ۲-۲- علت‌های عدم اقدام برای دریافت خدمات سرپایی در میان کودکان ۰ تا ۹ سال که احساس نیاز داشته‌اند به تفکیک نقاط شهری و روستایی ۱۹
- شکل ۳-۲- علت‌های عدم دریافت خدمت سرپایی در میان کودکان ۰ تا ۹ سال که احساس نیاز داشته‌اند و اقدام کرده‌اند در کل کشور ۲۰
- شکل ۴-۲- علت‌های عدم دریافت خدمت سرپایی در میان کودکان ۰ تا ۹ سال که احساس نیاز داشته‌اند و اقدام کرده‌اند به تفکیک نقاط شهری و روستایی ۲۰
- شکل ۵-۲- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول یک سال به تفکیک وضعیت بیمه کودکان ۰ تا ۹ سال ۲۴
- شکل ۶-۲- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول یک سال به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت و وضعیت بیمه کودکان ۰ تا ۹ سال ۲۵
- شکل ۱-۳- درصد افراد با احساس نیاز به مراجعه و دریافت خدمت سرپایی ۶۳
- شکل ۲-۳- نسبت نیازها به کل افراد برحسب درصد، برای نیازهایی که برای رفع آن‌ها مراجعه شده ۶۳
- شکل ۳-۳- نسبت نیازها به کل افراد برحسب درصد، برای نیازهایی که برای رفع آن‌ها خدمتی دریافت شده است ۶۴
- شکل ۴-۳- متوسط بار مراجعه برای هر نیازی که برای رفع آن خدمت دریافت شده است ۶۶
- شکل ۵-۳- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی طی دو هفته قبل از بررسی برای کودکان ۰ تا ۹ سال دارای بیمه ۶۹
- شکل ۶-۳- متوسط کل هزینه‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته‌ی قبل از بررسی پرداخت شده است ۷۱
- شکل ۷-۳- درصدی از کودکان صفر تا ۹ سال که از زمستان ۹۳ تا زمان آمارگیری نیاز به بستری داشته‌اند ۷۳

مقدمه

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و ابزارهای تشخیصی و درمانی با کیفیت مناسب جزو مهمترین استراتژی‌های طراحی شده برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره بوده و دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی در میان گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی یکی از اهداف اصلی سیاست‌های سلامت است. بنابراین به‌منظور سنجش تقاضا و بهره‌مندی عموم افراد جامعه از خدمات سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت، آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور، در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ در یک بستر تحقیقاتی مناسب انجام شده است تا از نتایج آن برای بررسی و آگاهی برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان از میزان و چگونگی بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور استفاده شود. عدم دسترسی به خدمات سلامت و وجود نابرابری در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت می‌تواند منجر به الگوهای نامتعارف مصرف خدمات شود و تأثیر جبران ناپذیری در سلامت مردم به ویژه کودکان به عنوان یکی از اقشار حساس و آسیب‌پذیر جامعه بگذارد. از این رو در این پژوهش با توجه به اهمیت آگاهی یافتن از چگونگی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت، این موضوع با استفاده از داده‌های حاصل از آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار می‌گیرد. به‌طور کلی کودکان صفر تا ۹ سال در این پژوهش مورد بررسی قرار می‌گیرند و در مواردی که تعداد نمونه کافی موجود باشد نتایج به تفکیک گروه‌های سنی زیر یک سال، یک تا چهار سال و پنج تا نه سال ارائه شده‌اند. در فصل یک اهداف پژوهش، سابقه پژوهش و تعاریف و مفاهیم ارائه می‌شود. فصل دوم به ارائه نتایج تفصیلی در سطح کل کشور اختصاص یافته است. با توجه به این که توزیع ارائه و دریافت خدمات در استان‌های مختلف یکسان نیست، فصل سوم به ارائه نتایج بررسی‌های خدمات سرپایی و بستری در سطح استان اختصاص داده شده است. جمع‌بندی نتایج و ارائه پیشنهادات در فصل چهارم آمده است.

۱-۱- اهداف

علی‌رغم دستاوردهایی که در توسعه ارائه خدمات سلامت صورت گرفته است، همچنان نابرابری‌ها در بهره‌مندی از خدمات سلامت وجود دارد. دنیایی که کودکان در آن زندگی می‌کنند به سرعت در حال تغییر است و با پیشرفت امکانات لزوماً به سمت دنیای امن‌تر و با سطح سلامتی بالاتر حرکت نمی‌کند. علاوه بر این، موارد اورژانسی مانند نیاز به فوریت‌های پزشکی به صورت عمومی و صدمات ناشی از آسیب‌های محیط زیستی افزایش می‌یابد. برای شناسایی روند آسیب‌ها و مشخص کردن رویکردهای مورد نیاز برای آینده، اهداف توسعه پایدار «تضمین زندگی سلامت و افزایش رفاه برای همه گروه‌های سنی» را با پایان دادن به مرگ و میر که از اهداف توسعه هزاره است و اشاره به پدیده‌های نوظهور مانند بیماری‌های غیرمسمری و دستیابی به پوشش سلامت در سطح دنیا مورد توجه قرار می‌دهد. در راستای رسیدن به این اهداف سه رهیافت وجود دارد که عبارت از شناسایی نابرابری‌های در حوزه سلامت، تقویت سیستم‌های سلامتی شامل آمادگی‌های اورژانسی، پاسخگویی و اعتماد، و افزایش سیاست‌ها و برنامه‌های ادغام شده چند بخشی است. لذا در گام اول سنجش نیاز کودکان به خدمات سلامت و میزان بهره‌مندی آن‌ها از این خدمات از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. براساس درآمد ناخالص ملی بسیاری از کشورها از سال ۲۰۱۶ تا ۲۰۳۰، بسیاری از کشورها از طبقه کم درآمد به طبقات با درآمد بالا و متوسط منتقل خواهند شد. با این وجود میزان رشد و افزایش کارایی دولت‌ها با تأخیر مواجه است. بنابراین در سال‌های آتی بسیاری از کشورهایی که از لحاظ خدمات سلامت اکنون در طبقه ضعیف و شکننده^۱ قرار دارند در همین وضعیت باقی خواهند ماند و تعداد بیشتری از کشورها در وضعیت اضطراری قرار می‌گیرند. وضعیت اضطراری به معنای نیاز به اقدامات فوق‌العاده برای بخش زیادی از جمعیت به‌منظور بقا، مراقبت و حمایت است. لذا در طبقه‌بندی کشورها از مفهوم ظرفیت استفاده می‌شود که ترکیبی از درآمد ناخالص ملی و میزان کارایی دولت است (یونیسف، ۲۰۱۶).

با توجه به اهمیت کاهش نابرابری در سلامت و دسترسی همگانی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف جامعه، شناخت عوامل تأثیرگذار بر نیازهای درمانی و بهداشتی موجود و نحوه‌ی رفع آن‌ها و عواملی که منجر به استفاده افراد از خدمات سلامت می‌شود، برای ارزیابی عملکرد سیاست‌های نظام سلامت کشور ضروری است. بنابراین به‌منظور سنجش تقاضا و بهره‌مندی عموم افراد جامعه از خدمات سلامت بعد از اجرای طرح تحول سلامت، آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور، در سال ۱۳۹۳ در یک بستر تحقیقاتی مناسب انجام شد تا از نتایج آن برای بررسی و آگاهی برنامه‌ریزان و سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان از میزان و چگونگی بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور استفاده شود. پس از آن در سال ۱۳۹۴، اجرای این آمارگیری تکرار شد تا تغییرات ایجاد شده در طول یک سال مورد بررسی قرار گیرد.

با توجه به این که هدف اصلی آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور بررسی حجم و کیفیت خدمات سرپایی و خدمات بستری بوده است، با خانوارهای نمونه در زمینه‌ی بهره‌مندی از خدمات سرپایی و خدمات بستری مصاحبه‌ی رو در رو انجام شده و اطلاعات تک‌تک اعضایی از خانوار که در زمان مرجع آمارگیری، احساس نیاز به دریافت خدمات سرپایی یا بستری در بیمارستان داشته‌اند، گردآوری شده است. در این آمارگیری

برای هر خانوار دو پرسش‌نامه با عنوان‌های پرسش‌نامه خانواری (برای جمع‌آوری اطلاعات خانوار و اطلاعات جمعیت‌شناختی و اجتماعی اعضای خانوارها و اطلاعات بخش سلامت) و پرسش‌نامه انفرادی (برای اطلاعات تفصیلی اعضای خانوار) در نظر گرفته شده است.

در اجرای این آمارگیری، که جامعه هدف آن کلیه خانوارهای نقاط شهری و روستایی تمام استان‌های کشور بوده است، مأموران آمارگیری با مراجعه به ۲۲۴۷۰ خانوار نمونه در کل کشور، اطلاعات موردنیاز را در قالب پرسشنامه‌های خانواری و فردی گردآوری نموده‌اند. این آمارگیری توسط پژوهشکده‌ی آمار با همکاری مرکز آمار ایران و مؤسسه ملی تحقیقات سلامت انجام شده است (علی‌اکبری صبا و همکاران، ۱۳۹۴).

عدم دسترسی به خدمات سلامت و وجود نابرابری در تأمین هزینه‌های خدمات سلامت می‌تواند منجر به الگوهای نامتعارف مصرف خدمات شود و تأثیر جبران‌ناپذیری در سلامت مردم به ویژه کودکان بگذارد. از این رو در این پژوهش با توجه به اهمیت آگاهی از چگونگی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت، این موضوع با استفاده از داده‌های حاصل از آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۴ مورد بررسی قرار می‌گیرد که طیف وسیعی از اطلاعات درباره شناسایی و بررسی موارد مرتبط با خدمات سرپایی و بستری در آن جمع‌آوری می‌شود. از جمله آن‌ها اطلاعات راجع به نیاز به این‌گونه خدمات، کیفیت و حجم آن، آگاهی از میزان رضایتمندی بیماران، ارزیابی میزان تقاضا، علل عدم مراجعه برای دریافت خدمت و بررسی علل عدم دریافت خدمت پس از مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت است. علاوه بر موارد مذکور اطلاعات اجتماعی و اقتصادی خانوارها مانند هزینه‌های خدمات سلامت، وضعیت بیمه پایه و تکمیلی، اشتغال، محل سکونت و جنس نیز در دسترس است. از آن‌جا که مدیریت صحیح نظام سلامت و برنامه‌ریزی درست بر مبنای تصمیم‌گیری‌های آگاهانه میسر می‌شود، اطلاع داشتن و درک چگونگی بهره‌مندی از خدمات سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. در این راستا، با توجه به اهمیت حفظ سلامت کودکان بررسی رابطه متغیرهای اجتماعی و اقتصادی خانوار با خدمات سرپایی و بستری کودکان موضوع این طرح پژوهشی است که بر اساس نتایج آن می‌توان اولویت‌های انتخابی از سوی مردم و علل عدم مراجعه را شناسایی و بررسی نمود. همچنین نتایج به‌دست آمده را می‌توان برای تخصیص منابع و برنامه‌ریزی‌های آن در حوزه سلامت مورد استفاده قرار داد.

با در نظر گرفتن مطالعات گذشته در این طرح پژوهشی نیز بررسی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت بر اساس اطلاعات حاصل از آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت ۱۳۹۴ و با در نظر گرفتن ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. بر اساس اطلاعات موجود ۸۵۳۱ خانوار در کل کشور دارای فرزند ۰ تا ۹ سال بوده‌اند و در آمارگیری مشارکت داشته‌اند. هدف کلی انجام پژوهش بررسی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت بر اساس خدمات ارائه شده در دو بخش خصوصی و دولتی، وضعیت بیمه، بررسی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت بر اساس محل سکونت (شهری/ روستایی)، بررسی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت به تفکیک جنس، بررسی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت به تفکیک گروه‌های سنی، بررسی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت بر اساس هزینه‌های درمان است. بررسی بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت در استان‌ها نیز به عنوان یکی از اهداف پژوهش مطالعه خواهد شد. به طور کلی نتایج تفصیلی شامل بررسی حجم و کیفیت خدمات سرپایی و خدمات بستری است. اطلاعات مورد نیاز در این طرح در قالب بخش‌های زیر جمع‌آوری و توصیف خواهند شد:

- شناسایی نیازهای خدمات سرپایی در زمان مرجع
- ارزیابی هر یک از خدمات سرپایی دریافت‌شده توسط اعضای خانوار
- آگاهی از میزان رضایت‌مندی بیماران از خدمات سلامت سرپایی در آخرین بار مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی
- ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی توسط اعضای خانوار و علل عدم مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی
- بررسی علل عدم دریافت خدمات سرپایی پس از مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت
- شناسایی نیازهای خدمات بستری در زمان مرجع
- ارزیابی هر بار دریافت خدمات بستری توسط اعضای خانوار
- آگاهی از میزان رضایت‌مندی اعضای خانوار از خدمات بستری در آخرین بار بستری
- ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری توسط اعضای خانوار و علل عدم مراجعه برای بستری شدن
- بررسی علل بستری نشدن پس از مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات بستری

۱-۲- سابقه پژوهش

دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و ابزارهای تشخیصی و درمانی با کیفیت مناسب جزو مهمترین استراتژی‌های طراحی شده برای دستیابی به اهداف توسعه هزاره بوده و دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی در میان گروه‌های مختلف اجتماعی و اقتصادی یکی از اهداف اصلی سیاست‌های سلامت است. سیستم مراقبت‌های بهداشتی باید دسترسی برابر به مراقبت‌های بهداشتی را بر اساس نیاز تضمین کند (وندر هیدن و همکاران ۲۰۰۳). نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی در استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی منجر به افزایش بار بیماری و تشدید نابرابری‌های اجتماعی در سلامت و تولید اثرات اجتماعی و اقتصادی نامطلوب می‌شود (دهلگرن و ویتهد ۲۰۰۷).

بر اساس نتایج مطالعات اندرسن و همکاران (۲۰۰۵)، علاوه بر دسترسی به خدمات، برخی افراد در مقایسه با سایرین تمایل بیشتری به استفاده از خدمات بهداشتی درمانی دارند که این تمایل به استفاده را می‌توان بر اساس یک سری ویژگی‌ها پیش‌بینی نمود. افراد دارای این خصوصیات با احتمال بیشتری از خدمات بهداشتی و درمانی استفاده خواهند کرد زیرا نیاز بیشتری به خدمات دارند. این ویژگی‌ها شامل خصوصیات جمعیت‌شناختی، اجتماعی و انگیزشی-اعتقادی است. با وجود ویژگی‌های پیش‌گویی کننده در افراد باید شرایط استفاده از خدمات نیز برای آن‌ها مهیا باشد. این شرایط شامل درآمد، بیمه بهداشتی، ارائه خدمات و امکان دسترسی به خدمات است. برقرار نبودن این شرایط امکان بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی را فراهم نخواهد کرد. تحقیقات مربوط به استفاده و بهره‌مندی از خدمات سلامت به ما اجازه می‌دهد که فاکتورهای تسهیل‌کننده دسترسی و عوامل ایجادکننده مانع برای دسترسی و همچنین تناسب حجم و کیفیت مراقبت ارائه شده را شناسایی کنیم.

مرور مطالعات گذشته نشان می‌دهد که بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی علاوه بر مرتبط بودن با نیاز به استفاده از این خدمات تحت تأثیر عوامل دیگری از جمله وضعیت اقتصادی، اجتماعی خانوار قرار دارد. نورایی

مطلق و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی خدمات بهره‌مندی از سلامت شهر تهران نشان دادند، در هر دو گروه خدمات بستری و سرپایی، وجود افراد بالای ۶۵ و زیر ۵ سال در خانوار استفاده از خدمات را افزایش داده است. وگستف و پرادهان در مطالعه خود نشان دادند اجرای برنامه بیمه بهداشت و درمان در ویتنام، منجر به افزایش استفاده از خدمات سرپایی و بستری در کودکان و بزرگسالان تحت پوشش این بیمه شده است همچنین تراجیلو و همکارانش نیز در مطالعه ای در سال ۲۰۰۳ در کلمبیا نشان دادند که اجرای برنامه بیمه سلامت، افزایش استفاده از خدمات درمانی در بین افراد فقیر و بیمه نشده را در پی دارد. بر اساس نتایج مطالعات گریستن و همکاران (۲۰۰۶) و همچنین حسن‌زاده و همکاران (۲۰۱۳) خانوارهای دارای سرپرست زن کمتر از خدمات بستری استفاده کرده‌اند که می‌توان این مسئله را با وضعیت اقتصادی، اجتماعی ضعیف‌تر این‌گونه خانوارها مرتبط دانست. بر اساس مطالعات پایا و نیاکاس (۲۰۰۶) و همچنین کارکی و کارادیا (۲۰۱۳) تحصیلات سرپرست خانوار بر بهره‌مندی از خدمات سلامت اثر دارد. خانوارهای دارای سرپرست با تحصیلات دانشگاهی از خدمات بخش خصوصی بیشتر از خدمات بخش دولتی استفاده می‌کنند.

تأثیر وضعیت اقتصادی اجتماعی بر سلامت بزرگسالان مورد مطالعه و بررسی قرار گرفته است اما با وجود این که هزینه‌های درمان کودکان سهم قابل توجهی در هزینه‌های حوزه بهداشت و درمان دارند، اثرات وضعیت اقتصادی خانوار در وضعیت سلامت دوران کودکی کمتر شناخته شده است. درک رابطه بین وضعیت اقتصادی و سلامت کودکان همچنین پیامدهای توسعه‌ای برای برنامه‌ریزی‌ها خواهد داشت. به عنوان مثال، وضعیت اقتصادی و سلامت ممکن است با افزایش سن تغییر کند. به عبارت دیگر ممکن است وضعیت اقتصادی برای برخی از گروه‌های سنی در دوره کودکی اثرات قوی‌تری نسبت به سایر گروه‌های سنی داشته باشد.

شرایط ضعیف اقتصادی با افزایش نرخ مرگ و میر از بیماری‌های مزمن مانند سرطان‌ها، ناهنجاری‌های مادرزادی و بیماری‌های قلبی ارتباط مستقیم دارد. علاوه بر این میزان مرگ و میر ناشی از حوادث و جراحات نیز برای کودکان خانواده‌هایی با شرایط ضعیف اقتصادی بیشتر است. در ایالات متحده امریکا فرزندان خانواده‌هایی که از کمک‌های فدرال استفاده می‌کنند بیش از فرزندان سایر خانوارها در اثر آنفولانزا جان خود را از دست می‌دهند. (نلسون، ۱۹۹۲). علاوه بر آن محدودیت‌های ناشی از بیماری‌های مزمن و غیبت از مدرسه نیز با کاهش میزان درآمد خانوار افزایش می‌یابد. چن و همکاران (۲۰۰۳) ادبیات موضوع را مرور نموده و به این نتیجه دست‌یافته‌اند که هر گونه تضعیف در وضعیت اقتصادی منجر به افزایش مخاطرات مربوط به حوزه سلامت می‌شود. چن و همکاران (۲۰۰۳) چگونگی این رابطه را همزمان با تغییرات طبیعی رشد و نمو کودکان بررسی کرده و سه مدل را برای توصیف الگوهای زمانی پیشنهاد داده‌اند. بر اساس نتایج مطالعه آن‌ها با ضعیف شدن وضعیت اقتصادی، مرگ و میر کودکان و همچنین محدودیت‌های ناشی از عوارض سایر بیماری‌ها افزایش می‌یابد. جراحات به عنوان مهم‌ترین علت، آسم شایع‌ترین بیماری مزمن، و فاکتورهای خطر مرتبط با بیماری‌های قلبی-عروقی موجب مرگ و میر کودکان می‌شوند. در خانوارهای با شرایط اقتصادی ضعیف، ریسک ایجاد جراحات، آسم حاد و فشار خون بالا افزایش می‌یابد. همچنین کودکان این خانوارها در دوره بزرگسالی بیشتر دچار رفتارهای بیماری‌زا مانند استعمال دخانیات و عدم فعالیت فیزیکی می‌شوند در حالی که مخاطره جراحات و فشار خون بالا برای آن‌ها کاهش یافته است. مشاهده این روابط پیچیده حاکی از آن است که علی‌رغم اهمیت وضعیت اقتصادی بر الگوی استفاده از خدمات سلامت، فقر اقتصادی به‌تنهایی نمی‌تواند علت کم‌بهره‌گیری از خدمات سلامت باشد. علت‌های دیگری که وضعیت سلامت کودکان را به وضعیت اقتصادی مرتبط می‌کند

شامل زندگی در محیط‌های نامناسب، خانواده‌های دچار تعارض، ناسازگاری در روابط اعضای خانوار، کیفیت پایین مراقبت از کودک، رخداد وقایع استرس‌زا، و میزان دسترسی به خدمات سلامت و کیفیت آن‌ها است. در دوران نوجوانی گروه‌های همسالان، محیط محله‌ی زندگی، شرایط احساسی، نگرشی و شناختی اهمیت یافته و برجسته می‌شوند.

بیماری‌های تنفسی و اسهال دو عامل مهم مرگ کودکان زیر پنج سال در فیلیپین هستند. دولت در تلاش برای اصلاح سیستم مراقبت‌های بهداشتی خود، اولویت بالایی برای کاهش تعداد مرگ و میرهای ناشی از این بیماری‌ها دارد. به منظور طراحی مجدد سیستم‌های بهداشتی، سیاست‌گذاران نه تنها باید درک خوبی از استفاده کلی از خدمات بهداشتی و درمانی داشته باشند، بلکه لازم است اطلاعات دقیقی از میزان بهره‌مندی به تفکیک بخش‌های دولتی و خصوصی نیز داشته باشند. تیند و کروز (۲۰۰۳) با استفاده از مجموعه داده‌های آمارگیری جمعیتی و بهداشت ملی فیلیپین در سال ۱۹۹۸، الگوهای بهره‌مندی کودکان زیر پنج سال مبتلا به اسهال و یا بیماری تنفسی از خدمات سلامت را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها روش رگرسیون لججیت آشیانی را برای پیش‌بینی استفاده از خدمات بهداشتی، و استفاده از بخش‌های دولتی در مقابل خصوصی در این جمعیت استفاده نمودند. نتایج نشان می‌دهد که آموزش مادران و تعداد دفعاتی که کودکان بیمار می‌شوند چگونگی تصمیم به مراقبت را تعیین می‌کند. پس از اتخاذ تصمیم برای مراقبت، انتخاب بین ارائه‌دهنده دولتی یا خصوصی تحت تأثیر وضعیت اقتصادی و بعد خانوار است. سیاست‌گذاران می‌توانند از این اطلاعات برای برنامه‌ریزی و اصلاحات در حوزه سلامت در آینده استفاده کنند تا دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی برای جمعیت آسیب‌پذیر در فیلیپین افزایش یابد.

لانگیر و همکاران (۲۰۱۶) بررسی دلایل و منبع نابرابری‌های خدمات سلامتی بین کودکان لاتین و سایر کودکان در ایالات متحده را بر اساس گزارش والدین از دسترسی به خدمات سلامت و استفاده از آن‌ها مورد بررسی قرار دادند. کودکان لاتین در ایالات متحده در مقایسه با سایر نژادها و قومیت‌ها به‌ویژه سفیدپوستان غیرلاتین، خدمات پیش‌گیرانه و سلامت کمتری دریافت می‌کنند، کمتر تحت پوشش بیمه هستند، کمتر بازبینی‌های پزشکی دوره‌ای را انجام می‌دهند و در عوض استفاده از خدمات اورژانسی به عنوان اولین خدمات سلامت در آن‌ها رواج بیشتری دارد. یافته‌ها دال بر این است که در صورتی که کودکان لاتین خصوصیات جامعه شناختی هم‌تایان سفیدپوست خود را داشته باشند، تفاوت‌های آن‌ها با سفیدپوستان در دسترسی و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی کاهش می‌یابد. سطح تحصیلات مادر، درآمد خانواده و وضعیت بیمه‌درمانی از مهم‌ترین عوامل نابرابری در بهره‌مندی از خدمات سلامت بودند. نکته اصلی که مطالعه لانگیر و همکاران (۲۰۱۶) بیان می‌کند این است که حتی اگر ویژگی‌های جمعیت شناختی و جغرافیایی یکسانی میان گروه‌های مختلف وجود داشته باشد، از جمله پوشش بیمه درمانی یکسان، نابرابری‌های نژادی/ قومی مشاهده شده در بهره‌مندی از خدمات سلامت وجود دارد. نتایج نشان می‌دهد که ۲۰ تا ۳۰ درصد اختلافات بین سفیدپوستان و لاتین‌ها مربوط به در اختیار داشتن یک منبع رایج برای دریافت خدمات، تأخیر در دریافت خدمت در سال گذشته و مراجعه به پزشک در سال گذشته ناشی از تفاوت در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه‌های مختلف است.

تفاوت در استفاده از خدمات سلامت، از جمله تأخیر در بازبینی‌های پزشکی، استفاده از فوریت‌های پزشکی و ویزیت پزشک می‌تواند به وضعیت سلامتی مرتبط باشد، و این موضوع باعث می‌شود که تشخیص نابرابری‌ها بین گروه‌های نژادی/ قومی به‌سختی امکان‌پذیر باشد. از طرف دیگر، همه کودکان بدون در نظر گرفتن وضعیت

بهداشتی و درمانی، باید حداقل یک ویزیت پیشگیرانه دریافت کنند. اختلافات مشاهده شده در ویزیت‌های پیشگیرانه بر وجود و اهمیت عوامل کنترل نشده در شکل‌گیری نحوه بهره‌مندی از خدمات سلامت دلالت دارد. بنابراین نتیجه‌گیری کلی آن است که ویژگی‌های اجتماعی و اقتصادی مهم‌ترین عاملی است که در میزان بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت اثر دارد.

۱-۳- تعاریف و مفاهیم

در این بخش تعریف واژه‌ها و مفاهیم پایه‌ای که در گزارش به‌کار رفته‌اند به اختصار ارائه می‌شود (علی‌اکبری صبا و همکاران، ۱۳۹۴). دسترسی به معنی امکان بهره‌مندی از خدمت است. اولین شرط دسترسی به یک خدمت ارائه آن خدمت است. موانع دسترسی که می‌توانند روی بهره‌مندی دسترسی به خدمت موثر باشند عبارت‌اند از:

- مانع فیزیکی،
- آگاهی نداشتن از ارائه خدمت،
- نداشتن استطاعت مالی،
- مقبولیت نداشتن محل ارائه خدمت و فرد ارائه‌کننده از نظر فرهنگی و اجتماعی،
- زمان نامناسب ارائه خدمت و
- متناسب نبودن عرضه و تقاضا.

کیفیت ارائه خدمت معمولاً از دو بعد مورد توجه قرار می‌گیرد. بعد محیطی و اجتماعی که بیشتر به محیط فیزیکی و اجتماعی ارائه خدمت، شیوه‌های برخورد ارائه‌کنندگان و چگونگی رعایت حقوق خدمت‌گیرندگان برمی‌گردد. بعد دیگری از کیفیت در نظام ارائه خدمت کیفیت فناوری، علمی تخصصی ارائه خدمت است. در مطالعات بهره‌مندی آنچه که بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد بعد اول کیفیت خدمات است. جامعه نیز بیشتر به این بعد در نظام ارائه خدمت توجه می‌کند. تناسب قیمت (متناسب بودن قیمت و کیفیت) عامل تعیین‌کننده دیگری برای استفاده از خدمات است. در صورت استطاعت مالی و دسترسی اقتصادی، گیرنده خدمت در صورتی که قیمت و کیفیت خدمت را مناسب تشخیص دهد از آن استفاده می‌کند و شدت احساس نیاز بر این قضاوت مؤثر است.

دلایل متفاوتی برای علت مراجعه می‌تواند وجود داشته باشد که یکی از طبقه‌بندی‌ها برای علت مراجعه به‌صورت زیر است:

- ارتقای سلامت،
- پیشگیری،
- تشخیص یا درمان و
- بازتوانی (توانبخشی).

آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۹۴ خانوارهای معمولی ساکن و گروهی کشور را در برمی‌گیرد. به عبارت دیگر جامعه‌ی هدف این آمارگیری مجموعه‌ی خانوارهای معمولی ساکن و گروهی بر

اساس آخرین سرشماری عمومی نفوس و مسکن کشور است. خانوارهای مؤسسه‌ای از شمول این طرح خارج است.

انواع خانوارهای ساکن

در طرح‌های آمارگیری، خانوارهای ساکن در اقامتگاه‌های ثابت (اقامتگاه‌های ساخته‌شده از مصالح سخت، چادر ثابت، آلونک، کپر و ...) به سه گروه خانوار معمولی ساکن، خانوار گروهی و خانوار مؤسسه‌ای تقسیم‌بندی می‌شوند.

خانوار معمولی ساکن

خانوار معمولی ساکن، از چند نفر تشکیل می‌شود که با هم در یک اقامتگاه ثابت زندگی می‌کنند و با یکدیگر هم‌خرج 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 معمولی تلقی می‌شود.

خانوار گروهی

مجموعه افرادی که تمام یا اغلب آنان به دلیل دارا بودن شرایط خاص (به‌طور عمده داشتن ویژگی مشترک) اقامتگاه مشترکی را برای سکونت خود انتخاب کرده‌اند و به‌طور مشترک، امور زندگی در آن اقامتگاه را اداره می‌کنند، خانوار گروهی نامیده می‌شوند.

علیرغم آنکه در خانوارهای گروهی، اغلب عضوی به نام «سرپرست خانوار» وجود ندارد در این آمارگیری همچون خانوارهای معمولی ساکن یکی از اعضای خانوار به‌عنوان سرپرست خانوار گروهی مشخص شده است.

خانوار مؤسسه‌ای

مجموعه افرادی که به دلیل داشتن هدف یا ویژگی‌های مشترک مانند تحصیل، بیماری روانی، انجام خدمت وظیفه، محکومیت و ... با هم در یک مؤسسه از قبیل خوابگاه دانشجویی، آسایشگاه روانی، سربازخانه، زندان و ... زندگی می‌کنند، یک خانوار مؤسسه‌ای به حساب می‌آیند.

زمان مرجع

منظور از زمان مرجع برای هر یک از سؤال‌های آمارگیری دوره‌ی زمانی است که اطلاعات مورد نیاز برای آن دوره گردآوری می‌شود. این زمان برای نیازها و خدمات سرپایی دو هفته قبل از بررسی و برای نیازها و خدمات بستری از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان (زمستان ۱۳۹۴) بررسی است.

خدمات سرپایی

خدمات سرپایی عبارت‌اند از خدمات بهداشتی درمانی که به‌وسیله پزشک یا سایر ارائه‌کنندگان خدمات بهداشتی درمانی به افرادی که در بیمارستان یا سایر تسهیلات بستری‌کننده بهداشتی درمانی پذیرش نشده‌اند، ارائه می‌شود. خدمات سرپایی شامل مراقبت‌های ارائه‌شده در مراکز بهداشتی درمانی، مطب پزشکان، پلی‌کلینیک‌ها واحدهای سرپایی، بیمارستان‌ها، بخش اورژانس بیمارستان، کلینیک‌های بهداشتی در کارخانجات صنعتی و

مدارس و ... است. در تمام این مراکز واحد معمول اندازه‌گیری بهره‌مندی از خدمات بهداشتی بار مراجعه است. مراجعه را به تعابیر مختلف با توجه به مکان، ارائه‌کننده و محتوا می‌توان بیان کرد. منظور از بار مراجعه تعداد دفعاتی است که فرد برای رفع نیاز خود بسته به مورد به مکان‌های ارائه‌ی خدمات سرپایی یا ارائه‌کنندگان آن‌ها مراجعه می‌کند.

خدمات بستری

مقصود از بستری تحت نظر بودن در یک مرکز درمانی حداقل به مدت ۶ ساعت است و الزاماً به معنای بستری شدن در بیمارستان نیست. بنا براین تحت نظر بودن در یک درمانگاه به مدت چند ساعت و دریافت دارو و سرم نیز بستری محسوب می‌شود. در غالب موارد احساس نیاز به بستری به دنبال توصیه پزشک ایجاد می‌شود، ولی ممکن است خود بیمار احساس کند که باید در بیمارستان بستری شود. مقصود از احساس نیاز به بستری در تمامی این موارد است، خواه منجر به بستری شدن شده باشد یا نشده باشد.

مکان دریافت خدمت

مراکز بهداشتی درمانی قسمت سرپایی بیمارستان، اورژانس بیمارستان، پلی‌کلینیک، مطب پزشکان، مراکز بهداشتی، خانه بهداشت، منزل و ... است.

بیمارستان دولتی غیر وابسته به وزارت بهداشت

منظور بیمارستان‌های وابسته به بانک‌ها، شهرداری، شرکت نفت و ... است.

ارائه‌کننده‌ی خدمت

شامل پزشک، ماما، بهورز، دندانپزشک، داروساز و ... است.

احساس نیاز (وجود تقاضا)

نیاز با سطح بیماری یا وضعیت سلامتی فرد ارتباط دارد. در خدمات درمانی یا توانبخشی به واسطه بروز ناتوانی، معمولاً بدون نیاز به آموزش و جلب توجه فرد به ناتوانی خود، نیاز برای دریافت خدمت وجود دارد ولی در خدمات پیشگیری و غربالگری به این دلیل که بیماری یا ناتوانی ناشی از آن ممکن است هنوز ظاهر نشده باشد نیاز برای دریافت خدمت کم‌تر است.

مراقبت‌های بهداشتی

مقصود خدماتی نظیر واکسیناسیون یا مراقبت از کودک سالم یا مراقبت‌های حین بارداری است که فرد صرفاً برای اطمینان از سلامت خود و جلوگیری از ابتلا به بیماری برای دریافت خدمت مراجعه می‌کند.

معاینه

منظور بررسی معمولی است که پزشک برای هر بیمار انجام می‌دهد.

اقدام درمانی

مقصود هر اقدامی است که به قصد درمان انجام می‌شود و اقداماتی مانند فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کار درمانی، جا انداختن، گچ گرفتن، برداشتن خال، کاشتن مو، گذاشتن لنز، دیالیز، شیمی درمانی، فیزیوتراپی و... را شامل می‌شود.

اقدام تشخیصی تصویربرداری یا آزمایشگاه
مقصود خدمتی نظیر رادیولوژی، ام. آر. آی یا آزمایش است.

اقدام تشخیصی سرپایی
منظور خدمتی مانند آندوسکوپی، بیوپسی، پاپ اسمیر و نمونه‌برداری داخل مطب یا مرکز درمانی است.

خدمات مراقبتی الزامی
خدماتی نظیر آزمایشات ازدواج، استخدامی، ادواری، حج و... است

ارجاع به سطوح بالاتر
منظور ارجاع به بیمارستان یا مرکز درمانی دیگر است.

درمانگاه/ پلی کلینیک یا بیمارستان‌های غیر وابسته به وزارت بهداشت
منظور مراکز وابسته به بانک‌ها، وزارت نفت، وزارت آموزش و پرورش، دادگستری، ارتش، سپاه، نیروی انتظامی، صنایع دفاع، شهرداری و ... هستند

توانبخشی
منظور خدماتی نظیر فیزیوتراپی، گفتار درمانی، کاردرمانی، کلینیک بازتوانی بیماران قلبی، مراکز ترک اعتیاد است.

بررسی وضعیت بهره‌مندی از خدمات سلامت کودکان زیر یک سال، زیر دو سال و زیر پنج سال و همچنین بهره‌مندی کودکان و نوجوانان پنج تا هفده سال در مطالعه دیگری بر اساس داده‌های حاصل از آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ ارائه خواهد شد. همچنین محاسبه شاخص عدالت بر اساس شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت از اهداف دیگر مطالعه بررسی وضعیت عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت کودکان است. در مجموع دو پژوهش «بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت سال ۱۳۹۴» و «وضعیت عدالت در بهره‌مندی از خدمات سلامت کودکان در طی سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴» به صورت مکمل تصویر جامعی از وضعیت بهره‌مندی کودکان از خدمات سلامت با رده‌بندی‌های متفاوت و مجزا از گروه‌های سنی، توزیع ارائه و دریافت خدمت در استان‌های مختلف و شاخص‌های عدالت در این حوزه ارائه می‌کنند.