

آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور، ۱۳۹۴

روشنک علی‌اکبری صبا (مجری)

محدثه صفاکیش

زهرا رضایی قهرودی

رقیه خیبری

نسرين افتخاری

سیدجمال میرکمالی

خدیجه میدانلو

شکوفه قصوری

اردشیر خسروی

محمدرضا ریحانی

علی رحیمی

طاہره مجیدی

مهرنوش میرمحمد



پژوهشکده‌ی آمار

گروه پژوهشی طرح‌های فنی و روش‌های آمار

زمستان ۱۳۹۵

پیش‌گفتار

افزایش عدالت در سلامت و کاهش نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت بین گروه‌های مختلف جامعه از اهداف اصلی سیاستگذاران سلامت در اغلب جوامع بشری است. با این وجود حتی در کشورهایی با نظام خدمات سلامت ملی که پوشش همگانی فراهم است، تفاوت‌هایی در استفاده از خدمات برای گروه‌های مختلف جامعه وجود دارد. عوامل جمعیت‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی و سیاسی مختلفی در ایجاد نابرابری‌های سلامت تأثیرگذار است که کنترل مجموعه‌ی آن‌ها اغلب خارج از حیطه اختیارات نظام‌های سلامت کشورها است. به بیانی دیگر عواملی از قبیل سطح سواد، سطح درآمد خانوارها، توزیع ثروت در جامعه، داشتن آگاهی لازم، زمینه‌های فرهنگی، شیوه‌های زندگی و تعلق به طبقات مختلف اجتماعی، از جمله عواملی هستند که بر سلامت مردم تأثیرگذارند و نادیده گرفتن آنها باعث عدم تحقق اهداف سلامت و برقراری عدالت سلامت در جامعه خواهد بود. با چنین دیدگاهی در سال‌های اخیر طرح تحول سلامت در کشور با هدف افزایش دسترسی افراد جامعه خصوصاً اقشار آسیب‌پذیر به خدمات سلامت طراحی و اجرا شده است. با اجرای این طرح انتظار می‌رود رفع نیازهای افراد به دریافت خدمات سلامت با سهولت بیشتر و هزینه‌های کمتری صورت گیرد.

آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور، در زمستان سال ۱۳۹۴ برای دومین بار پس از اجرای طرح تحول سلامت، به عنوان یک بررسی مقطعی در سطح خانوار اجرا شد. این آمارگیری با هدف سنجش تقاضا و بهره‌مندی از خدمات سلامت، همچنین ارزیابی طرح تحول سلامت در یک بستر تحقیقاتی مناسب، توسط پژوهشکده‌ی آمار و مرکز آمار ایران در سطح کل کشور انجام شد. در این آمارگیری با خانوارهای نمونه در زمینه‌ی بهره‌مندی از خدمات سرپایی و خدمات بستری مصاحبه‌ی رو در رو انجام شده و اطلاعات تک‌تک اعضای از خانوار که در زمان مرجع آمارگیری، احساس نیاز به دریافت خدمات سرپایی یا بستری در بیمارستان داشته‌اند، گردآوری شده است. در اجرای این آمارگیری، که در آن خانوارهای نقاط شهری و روستایی تمام استان‌های کشور پوشش داده شده است، مأموران آمارگیری با مراجعه به ۲۲۴۷۰ خانوار نمونه در کشور، اطلاعات موردنیاز را در قالب پرسشنامه‌های طراحی‌شده گردآوری نموده‌اند. پس از ورود و پردازش داده‌ها نتایج آمارگیری در قالب بیش از ۵۰ جدول طراحی‌شده استخراج و گزارش نهایی آمارگیری تدوین شده است.

نتایج آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت حکایت از تأثیر اجرای طرح تحول سلامت در دسترسی بیشتر افراد جامعه به خدمات بهداشتی و درمانی و کاهش هزینه‌ی خدمات نسبت به آغاز طرح دارد. جزئیات شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت در این گزارش ارائه شده است.

طراحی و اجرای این آمارگیری مرهون زحمات بی‌شائبه‌ی همکارانی است که به‌طور مستقیم در تهیه‌ی آن مشارکت داشته‌اند و جا دارد از آن‌ها تشکر و قدردانی به‌عمل آید. از رئیس مؤسسه‌ی ملی تحقیقات سلامت وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی تهران، جناب آقای دکتر سیدرضا مجدزاده و همکاران آن مؤسسه برای همکاری‌های صمیمانه و ارائه‌ی رهنمودهای ارزنده سپاسگزاری می‌شود. همچنین از همکاران دفتر جمعیت، نیروی کار و سرشماری، دفتر روش‌شناسی آمارگیری و طرح‌های نمونه‌گیری، دفتر استانداردها و نظارت بر طرح‌های آماری و مرکز فناوری اطلاعات و ارتباطات مرکز آمار ایران، پژوهشکده‌ی آمار و دفاتر آمار و اطلاعات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان‌ها که در اجرای این طرح زحمات بسیاری را متقبل شده‌اند تشکر و قدردانی می‌شود. مرکز آمار ایران از دریافت نظرات پژوهشگران و استفاده‌کنندگان از این گزارش صمیمانه استقبال می‌کند.

من... التوفیق

امیدعلی پارسا

رئیس مرکز آمار ایران

فهرست مطالب

۱	مقدمه
۱-۱-۱	اهداف آمارگیری
۲-۱	کلیات اجرای طرح
۳-۱	سابقه‌ی پژوهش
۴-۱	تعاریف و مفاهیم
۷	
۱۳	یافته‌های پژوهش
۱۳-۱-۲	ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی جامعه
۱۷-۲-۲	شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت
۱۹-۲-۲-۱	شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی
۵۳-۲-۲-۲	شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بستری
۶۵	نتیجه‌گیری و جمع‌بندی
۶۵-۱-۳	مقدمه
۶۵-۲-۳	شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت
۶۶-۱-۲-۳	شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سرپایی
۶۹-۲-۲-۳	شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات بستری
۷۳	پیوست‌ها
۷۳	پیوست آ- پرسش‌نامه‌ها
۹۹	پیوست ب- طرح نمونه‌گیری
۱۱۵	مرجع‌ها

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۱- تعداد خانوارهای نمونه آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک استان ۳
- جدول ۱-۲- توزیع فراوانی خانوارهای نمونه شهری و روستایی ۱۳
- جدول ۲-۲- توزیع خانوارها برحسب ملیت سرپرست خانوار ۱۴
- جدول ۳-۲- توزیع جمعیت بر حسب گروه‌های سنی ۱۴
- جدول ۴-۲- توزیع افراد ۶ ساله و بالاتر بر حسب تحصیلات ۱۵
- جدول ۵-۲- توزیع افراد ۶ ساله و بالاتر و زنان جوان ۱۵ تا ۲۴ ساله بر حسب وضع سواد ۱۵
- جدول ۶-۲- توزیع افراد ۱۰ ساله و بالاتر بر حسب وضع زناشویی ۱۶
- جدول ۷-۲- توزیع خانوارهای جامعه به تفکیک تعداد اعضای خانوار ۱۶
- جدول ۸-۲- توزیع افراد ۱۵ ساله و بالاتر بر حسب وضع اشتغال در ۷ روز قبل از آمارگیری ۱۷
- جدول ۹-۲- درصد پوشش بیمه پایه و بیمه مکمل در جمعیت ۱۸
- جدول ۱۰-۲- تعداد و درصد نیازها و افراد به تفکیک سن، محل سکونت و جنس ۲۰
- جدول ۱۱-۲- متوسط بار مراجعه به تفکیک سن، محل سکونت و جنس در دو هفته قبل از بررسی ۲۱
- جدول ۱۲-۲- درصد افرادی که طی دو هفته قبل از بررسی احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند ولی اقدام نکرده‌اند
به تفکیک علت ۲۲
- جدول ۱۳-۲- تعداد افرادی که طی دو هفته قبل از بررسی احساس نیاز به مراجعه سرپایی داشته‌اند و اقدام کرده‌اند اما
دریافت خدمت نداشته‌اند به تفکیک علت ۲۴
- جدول ۱۴-۲- متوسط بار مراجعه به ازای هر ۱۰۰ نفر از کل جمعیت برای دریافت خدمات سرپایی در دو هفته قبل از
بررسی به تفکیک محل ارائه‌ی خدمت و ارائه‌کننده ۲۶
- جدول ۱۵-۲- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی طی دو هفته قبل از بررسی و در طول یک
سال برای یک فرد به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت، محل سکونت و جنس ۳۰
- جدول ۱۶-۲- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی طی دو هفته قبل از بررسی و در طول یک
سال به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت و سن ۳۲
- جدول ۱۷-۲- متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول یک سال به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی
خدمت و وضعیت بیمه ۳۴
- جدول ۱۸-۲- فراوانی انواع خدمات دریافت‌شده از ارائه‌دهندگان خدمت هنگام مراجعه افراد برای اولین نیازشان طی
دو هفته قبل از بررسی ۳۷

- جدول ۲- ۱۹- درصد افراد دریافت‌کننده‌ی خدمت هنگام مراجعه برای اولین نیازشان طی دو هفته قبل از بررسی به تفکیک نوع خدمت دریافت‌شده و ارائه‌دهنده‌ی آن ۳۹
- جدول ۲- ۲۰- میانگین تعداد خدمات و مراقبت‌های دریافت‌شده در مراجعه برای یک نیاز به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت ۴۱
- جدول ۲- ۲۱- میانگین زمان صرف‌شده برای یک فرآیند مراجعه؛ از اقدام تا دریافت؛ به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت ۴۴
- جدول ۲- ۲۲- درصد دریافت‌کنندگان خدمت به تفکیک نوع بیمه و ارائه‌دهندگان خدمت ۴۵
- جدول ۲- ۲۳- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته‌ی قبل از بررسی پرداخت شده‌است بر حسب تومان به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت ۴۶
- جدول ۲- ۲۴- تعداد افرادی که در دو هفته‌ی قبل از بررسی مستقیماً هزینه‌ای برای دریافت خدمت پرداخت کرده‌اند به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت ۴۷
- جدول ۲- ۲۵- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته‌ی قبل از بررسی پرداخت شده‌است به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت، محل سکونت، وضعیت بهره‌مندی از بیمه و جنس افراد بر حسب تومان ۴۸
- جدول ۲- ۲۶- متوسط هزینه‌های برآوردشده‌ای که مستقیماً به وسیله مراجعه‌کننده در دو هفته‌ی قبل از بررسی پرداخت شده‌است به صورت سرانه، به تفکیک ارائه‌دهندگان خدمت، محل سکونت، وضعیت بهره‌مندی از بیمه و جنس افراد بر حسب تومان ۴۹
- جدول ۲- ۲۷- نتیجه مراجعه و دریافت خدمات بهداشتی درمانی بر اساس نظر مراجعه‌کنندگان بر حسب درصد به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت ۵۱
- جدول ۲- ۲۸- 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 ۵۳
- جدول ۲- ۲۹- تعداد و درصد نیازهای بستری از زمستان سال ۱۳۹۳، مراجعه‌ها و بستری‌شدگان به تفکیک سن، محل سکونت و جنس ۵۵
- جدول ۲- ۳۰- درصد افرادی 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 ۵۶
- جدول ۲- ۳۱- مدت انتظار برای بستری شدن در بیمارستان‌ها، به تفکیک نوع بیمارستان و محل مراجعه ۵۶
- جدول ۲- ۳۲- تعداد و درصد بستری‌های صورت‌گرفته به تفکیک مکان بستری و نوع بیمارستان ۵۷
- جدول ۲- ۳۳- تعداد و درصد بستری‌های صورت‌گرفته به تفکیک مکان بستری و نوع بیمه فرد بستری‌شده ۵۸
- جدول ۲- ۳۴- انواع بخش‌هایی که افراد از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری در آن بستری شده‌اند و تنوع خدمات دریافت‌شده ۵۹
- جدول ۲- ۳۵- درصدی از بیماران بستری‌شده که به بیمارستان‌های دیگر منتقل می‌شوند و دلایل انتقال آن‌ها ۵۹
- جدول ۲- ۳۶- متوسط پرداخت مستقیم برای یک بار بستری شدن در بیمارستان در بین بستری‌شدگان از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری بر حسب تومان به تفکیک نوع بیمارستان ۶۰
- جدول ۲- ۳۷- تعداد افرادی که از زمستان سال ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری برای یک بار بستری شدن در بیمارستان پرداخت مستقیم داشته‌اند به تفکیک نوع بیمارستان ۶۱
- جدول ۲- ۳۸- متوسط مبلغی که افراد 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 ۶۲
- جدول ۲- ۳۹- نتیجه بستری افراد در بیمارستان به گفته خود بر حسب درصد؛ به تفکیک محل سکونت و سن ۶۲

- جدول ۲- ۴۰- نتیجه بستری افراد در بیمارستان به گفته خود بر حسب درصد؛ به تفکیک نوع بیمارستان ۶۳
- جدول ۲- ۴۱- منبع تأمین هزینه‌های بستری در بیمارستان برای بستری‌شدگان از زمستان ۱۳۹۳ تا زمان آمارگیری بر حسب درصد به تفکیک نوع بیمارستان ۶۳
- جدول ۲- ۴۲- میزان رضایت از خدمات بستری در بیمارستان بر حسب درصد به تفکیک نوع بیمارستان ۶۴

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۲ - چگونگی برخورد با نیازهای موجود برای خدمات سرپایی در صورت وجود احساس نیاز ۱۹
- شکل ۲-۲ - علت‌های عدم اقدام برای دریافت خدمات سرپایی در میان افرادی که احساس نیاز داشته‌اند در کل کشور... ۲۳
- شکل ۳-۲ - علت‌های عدم اقدام برای دریافت خدمات سرپایی در میان افرادی که احساس نیاز داشته‌اند به تفکیک نقاط شهری و روستایی ۲۳
- شکل ۴-۲ - علت‌های عدم دریافت خدمت سرپایی در میان افرادی که احساس نیاز داشته‌اند و اقدام کرده‌اند در کل کشور..... ۲۵
- شکل ۵-۲ - علت‌های عدم دریافت خدمت سرپایی در میان افرادی که احساس نیاز داشته‌اند و اقدام کرده‌اند به تفکیک نقاط شهری و روستایی ۲۵
- شکل ۶-۲ - متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول یک سال به تفکیک وضعیت بیمه ۲۹
- شکل ۷-۲ - متوسط بار مراجعه برآوردشده برای دریافت خدمات سرپایی در طول یک سال به تفکیک ارائه‌دهنده‌ی خدمت و وضعیت بیمه ۲۹
- شکل ۸-۲ - چگونگی برخورد با نیازهای موجود برای خدمات بستری در صورت وجود احساس نیاز ۵۴



مقدمه

ایجاد نظام خدمات سلامت برای بهبود سطح ارائه‌ی خدمات و برقراری عدالت در سلامت افراد جامعه با سطوح اقتصادی و اجتماعی مختلف، از اهداف اصلی سیاستگذاران بخش بهداشت و درمان کشورها است. برای انجام این مهم توجه به نظام سلامتی که با امکانات و شرایط موجود بهترین خدمات را در اختیار عموم مردم جامعه قرار دهد از اهمیت بالایی برخوردار است. از این رو در سال‌های اخیر طرح تحول سلامت در کشور با هدف افزایش دسترسی افراد جامعه خصوصاً اقشار آسیب‌پذیر به خدمات سلامت طراحی و اجرا شده 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.

بنابر آنچه گفته شد، 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 به جزئیات کامل مورد بررسی قرار گیرد. در این گزارش پس از بیان کلیات آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور ۱۳۹۴ و سابقه‌ی پژوهش، نتایج آمارگیری در فصل دوم به تفصیل ارائه خواهد شد.

۱-۱- اهداف آمارگیری

هدف اصلی آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت در کشور سال ۱۳۹۴، بررسی حجم و کیفیت خدمات سرپایی و خدمات بستری بوده 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

نتایج بررسی خدمات بستری و خدمات سرپایی برای کل کشور و نقاط شهری و روستایی کشور مورد نظر است.

۱-۲- کلیات اجرای طرح

در این آمارگیری برای رفع نیازهای اطلاعاتی در زمینه‌ی بهره‌مندی از خدمات سلامت، 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) طراحی شد که به‌همراه راهنماهای مأمور آمارگیری و بازیابی پرسش‌نامه‌ها در پیوست گزارش ارائه شده است. اجرای آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۹۴ بر اساس برنامه‌ی زمان‌بندی آماده‌شده، از ۶ اسفندماه ۱۳۹۴ به مدت بیست روز با همکاری دفاتر آمار و اطلاعات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان‌ها با گردآوری اطلاعات از ۲۲۴۷۰ خانوار نمونه در سطح کل کشور صورت گرفت. برای اجرای این آمارگیری خانوارهای نمونه در کل کشور بر اساس اهداف طرح و با توجه به درصد نیاز به خدمات بستری و خدمات سرپایی در جامعه انتخاب شدند. در این طرح با توجه به درخواست وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مبنی بر ایجاد اشتراك با خانوارهای نمونه در اجرای قبلی (سال ۱۳۹۳) و تغییر نکردن چارچوب نمونه‌گیری در مرحله‌ی اول و دوم، حوزه‌ها و قطعه‌های نمونه در این دوره منطبق با اجرای قبلی در نظر گرفته شده‌اند. در طرح سال ۱۳۹۴ از روش نمونه‌گیری احتمالی سه مرحله‌ای با طبقه‌بندی استفاده شده است. از آنجایی که گاهی در آمارگیری‌های خانواری به دلایل مختلفی دسترسی به خانوار نمونه واجد شرایط یا اطلاعات مورد نیاز امکان‌پذیر نیست می‌توان در مواردی از راهکار خانوار جایگزین برای کاهش ریزش نمونه‌ها استفاده کرد به شرط آن که عدم دسترسی به اطلاعات به دلیل ماهیت و نوع خانوار نباشد. بر این اساس در این آمارگیری برای غایب بودن خانوار در طول دوره‌ی آمارگیری، خالی از سکنه بودن مکان، اقامتگاه معمولی نبودن مکان، مخروبه، در دست ساخت یا تخریب بودن مکان، محل اقامت خانوار مؤسسه‌ای بودن مکان و پیدا نشدن آدرس مورد نظر خانوارهای جایگزین انتخاب و معرفی شدند. با این وجود برای پیشگیری از ایجاد اریبی در

برآوردهای نهایی برای مواردی از جمله همکاری نکردن خانوار، ناتوانی خانوار در پاسخگویی به سؤالات و نبود امکان دسترسی به مکان مورد نظر، خانوار نمونه جایگزین در نظر گرفته نشد. تعداد خانوارهای نمونه انتخاب شده به تفکیک نقاط شهری و روستایی هر یک از استان‌ها در جدول ۱-۱ ارائه شده است.

جدول ۱-۱- تعداد خانوارهای نمونه آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت به تفکیک استان

نام استان	شهری	روستایی	کل
آذربایجان شرقی	۶۹۰	۳۲۰	۱۰۱۰
آذربایجان غربی	۵۸۰	۳۰۰	۸۸۰
اردبیل	۳۸۰	۲۰۰	۵۸۰
اصفهان	۸۸۰	۲۶۰	۱۱۴۰
البرز	۶۲۰	۱۵۰	۷۷۰
ایلام	۲۴۰	۱۳۰	۳۷۰
بوشهر	۳۲۰	۱۶۰	۴۸۰
تهران	۱۴۳۰	۲۷۰	۱۷۰۰
چهارمحال و بختیاری	۳۰۰	۱۷۰	۴۷۰
خراسان جنوبی	۲۷۰	۱۷۰	۴۴۰
خراسان رضوی	۸۷۰	۳۹۰	۱۲۶۰
خراسان شمالی	۲۹۰	۱۹۰	۴۸۰
خوزستان	۷۱۰	۳۱۰	۱۰۲۰
زنجان	۳۴۰	۱۸۰	۵۲۰
سمنان	۳۰۰	۱۲۰	۴۲۰
سیستان و بلوچستان	۴۳۰	۳۱۰	۷۴۰
فارس	۷۳۰	۳۵۰	۱۰۸۰
قزوین	۴۰۰	۱۸۰	۵۸۰
قم	۳۶۰	۷۰	۴۳۰
کردستان	۴۲۰	۲۱۰	۶۳۰
کرمان	۵۳۰	۳۲۰	۸۵۰
کرمانشاه	۴۹۰	۲۲۰	۷۱۰
کهگیلویه و بویراحمد	۲۳۰	۱۵۰	۳۸۰
گلستان	۴۰۰	۲۷۰	۶۷۰
گیلان	۵۴۰	۳۱۰	۸۵۰
لرستان	۴۳۰	۲۳۰	۶۶۰
مازندران	۵۳۰	۳۶۰	۸۹۰
مرکزی	۴۵۰	۱۹۰	۶۴۰
هرمزگان	۳۷۰	۲۵۰	۶۲۰
همدان	۴۴۰	۲۵۰	۶۹۰
یزد	۳۹۰	۱۲۰	۵۱۰
کل	۱۵۳۶۰	۷۱۱۰	۲۲۴۷۰

فایل نمونه‌ها پس از انتخاب همراه با تصویر آدرس پستی در اختیار دفاتر آمار و اطلاعات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی استان‌ها قرار داده شد. جزئیات نمونه‌گیری در دستورالعمل طرح نمونه‌گیری به پیوست گزارش آورده شده است.

هنگام اجرای آمارگیری پرسش‌نامه‌های تکمیل‌شده توسط بازبین‌ها در استان بازنگری و در صورت نیاز اصلاح شدند. همچنین در این مرحله بیمارستان‌های مورد مراجعه پاسخگویان بر اساس کدنامه‌ای که در اختیار استان‌ها قرار گرفته بود، کدگذاری شدند. پس از اتمام دوره‌ی اجرای آمارگیری، در مرحله‌ی بعد برای اطمینان از تکمیل پرسش‌نامه‌های مورد انتظار برای خانوارهای نمونه‌ی تعیین‌شده، ادیت آدرس پرسش‌نامه‌ها انجام و پس از آن ورود داده‌ها به سیستم کامپیوتری (داده‌آمایی) با نرم‌افزارهای طراحی‌شده انجام شد. برای کنترل کار داده‌آمایی، ده درصد از پرسش‌نامه‌های داده‌آمایی‌شده در هر خوشه مجدداً توسط افراد خبره مورد داده‌آمایی مجدد و وریف قرار گرفتند. خوشه‌هایی که خطای داده‌آمایی آن‌ها بیش از ۱/۶ درصد بود مجدداً به‌طور کامل داده‌آمایی شدند. سپس برای کنترل روابط منطقی موردانتظار بین اطلاعات پرسش‌ها، پرسش‌نامه‌های وریف‌شده به‌صورت ماشینی و با استفاده از نرم‌افزار طراحی‌شده مورد ویرایش قرار گرفتند تا با رفع خطاهای احتمالی، در نهایت مجموعه داده‌هایی قابل اعتماد و صحیح برای استفاده کاربران در اختیار قرار گیرد. در نهایت با محاسبه‌ی وزن‌های نمونه‌گیری، استخراج جداول آمارگیری، که بر اساس نیازها و اهداف طرح تعیین شده بود، بر اساس دستورالعمل طرح نمونه‌گیری صورت گرفت.

۱-۳- سابقه‌ی پژوهش

پژوهش‌ها در زمینه استفاده از خدمات سلامت به‌طور کلی در دو شاخه انجام می‌شود. شاخه اول شامل فرایند تفکر درونی است که منجر به استفاده افراد از خدمات می‌گردد و دومین شاخه بر عوامل بیرونی تأثیرگذار بر تصمیم فرد در استفاده از خدمات تأکید دارد. در ادامه از میان پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه استفاده از خدمات سلامت، که اغلب هر دو شاخه را پوشش می‌دهند، به چند مورد اشاره می‌شود.

گارسیا سوبیراتس و همکاران (۲۰۱۳) پژوهشی با هدف تحلیل بی‌عدالتی در بهره‌مندی افراد از خدمات سلامت در دو کشور برزیل و کلمبیا اجرا نموده‌اند. بر اساس نتایج این مطالعه بی‌عدالتی در میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت در افراد با پیشینه اقتصادی-اجتماعی پایین بیشتر بوده است. در کشور کلمبیا در استفاده از خدمات سلامت اولیه، خدمات بیمارستانی، خدمات اورژانس و خدمات پیشگیری، بی‌عدالتی در میزان بهره‌گیری گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی گزارش گردید و در کشور برزیل در استفاده از خدمات سرپایی بیمارستانی و خدمات پیشگیری در میزان بهره‌گیری گروه‌های مختلف اقتصادی-اجتماعی گزارش گردید. بر اساس نتایج این مطالعه، بهره‌مندی از خدمات بیمارستانی با عواملی همچون نوع بیمه و درآمد افراد مرتبط است. در این مطالعه نتیجه می‌شود پس از گذشت بیست سال از اصلاحات، بی‌عدالتی در استفاده از خدمات، به معنی استفاده کمتر در برابر نیاز برابر، همچنان وجود دارد.

اسماعیل‌نسب و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه‌ای اقدام به برآورد میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت اعم از خصوصی و دولتی توسط زنان و عوامل تأثیرگذار بر آن در ساکنین غرب ایران نمودند. در این مطالعه که با حجم ۱۲۰۰ نمونه از زنان ۱۸ تا ۴۹ ساله شهر سنندج صورت گرفت، چنین نتیجه گرفته شد که میزان بهره‌مندی از

خدمات سلامت بین زنان مرتبط با عوامل متعدد فردی و اجتماعی است. بر اساس یافته‌های این مطالعه مهمترین متغیرهای تأثیرگذار بر بهره‌مندی زنان از خدمات سلامت در هر دو بخش دولتی و خصوصی، سطح تحصیلات، شهری بودن، حاملگی و کیفیت خدمات است. علاوه بر این، رابطه معناداری بین درآمد خانوار و بهره‌مندی از خدمات بخش خصوصی وجود دارد.

باستوس و همکاران در مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۸ اقدام به برآورد میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت و عوامل تأثیرگذار بر آن در بخش دولتی کشور برزیل با حجم نمونه‌ای برابر ۲۷۰۶ نفر نمودند. بر اساس نتایج این پژوهش میزان بهره‌مندی از خدمات سلامت ۶۰/۶ درصد بوده که تقریباً نیمی از آن در بخش دولتی بوده است. احتمال بهره‌گیری از خدمات برای مردان با سن بالا و زنان بیشتر بوده و میزان بهره‌مندی از خدمات در هر دو جنس با عوامل سطح تحصیلات، درآمد خانوار، و نداشتن پزشک خانواده مرتبط بوده است. این پژوهش چنین نتیجه می‌گیرد که هر چند بهره‌مندی از خدمات بخش دولتی در سال‌های گذشته در برزیل کاهش یافته، با این حال این بخش منبع مهمی برای دریافت خدمات سلامت در افراد کم درآمد و فاقد تحصیلات است.

هود کوان و همکاران (۲۰۰۶) در پژوهش خود به مقایسه کاربرد خدمات سلامت توسط اعضای گروه‌های اقلیت و غیر اقلیت (سفیدپوستان) در کانادا پرداخته‌اند. بدین منظور با نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از مناطق مختلف کانادا، خانوارهایی را به منظور انجام مصاحبه تلفنی انتخاب نمودند و به این نتیجه رسیدند که اعضای گروه اقلیت با احتمالی بیش از سفیدپوستان به پزشک عمومی مراجعه می‌نمایند اما در مورد متخصصین، این موضوع صدق نمی‌کرد. آنان کمتر در بیمارستان بستری شده، کمتر آزمایش PSA، ماموگرافی و پاپ اسمیر انجام می‌دادند.

شایلش بندری (۲۰۰۶) در گزارش خود میزان استفاده از خدمات سلامت را بر اساس ویژگی‌های اقتصادی و دموگرافیک، وضعیت بیمه و وضعیت سلامت مورد بررسی قرار داده و به این نتایج دست یافت که افرادی که دارای وضعیت سلامت بهتری هستند از خدمات سلامت کمتر استفاده می‌نمایند اما این رابطه در مورد خدمات دندانپزشکی مشاهده نگردید. دفعات مراجعه به پزشک به وضعیت سلامت، بیمه درمانی و وضعیت اقتصادی فرد بستگی دارد.

ردوندو-سندینو و همکاران (۲۰۰۶) تعیین‌کننده‌های بالقوه تفاوت‌های جنسی در استفاده از خدمات سلامت را بررسی نمودند. در این مطالعه مقطعی ۳۰۳۰ فرد بالای ۶۰ سال از طریق مصاحبه خانه به خانه با استفاده از پرسشنامه‌ای ساختارمند و نیز معاینه فیزیکی توسط پزشک بررسی شدند. نتایج حاکی از آن بود که درصد بالاتری از زنان به پزشک عمومی مراجعه نموده یا از خدمات مراقبت در منزل استفاده می‌نمایند اما هیچ تفاوت جنسیتی در استفاده از خدمات بیمارستانی یافت نشد. با در نظر گرفتن نیازهای برابر، نابرابری مشخص در مورد پذیرش بیمارستانی وجود داشت و زنان کمتر پذیرش شده بودند.

جردن و همکاران (۲۰۰۶) به مقایسه اطلاعات در مورد استفاده از خدمات مراقبت اولیه بر اساس گزارش خود فرد و نیز مدارک پزشکی پرداخته و به این نتیجه رسیدند که درصد مشاوره بر اساس گزارش فرد ۳۳ درصد در مقایسه با ۱۵ درصد مدارک پزشکی بوده است. نتایج حکایت از هماهنگی متوسط بین اطلاعات مدارک پزشکی و نیز خود گزارش‌دهی در مورد مشاوره با پزشک عمومی دارد.

براون و همکاران (۲۰۰۵) از داده‌های پیمایش ملی مکزیک در مورد رضایت مردم از نظام سلامت آن کشور به منظور برآورد مدل دو جمله‌ای منفی دو قسمتی با مانع در ارزیابی فرایند تصمیم‌گیری در استفاده از