

**اولین نشست گفتمان سیاستی**  
**پیمایش ملی بر خور داری از خدمات سلامت**

موسسه ملی تحقیقات سلامت

۱۳۹۶/۰۴/۱۳



مَدِينَةُ الْمَدِينِ



## مقدمه

### دکتر مجدزاده

بحث‌هایی که ما به‌طور عمده در این جلسات انجام می‌دهیم، بحث‌های گفتمان سیاستی راجع به یک سیاست، چالش‌ها، نقاط مثبت و منفی این طرح است و سعی می‌کنیم که این کار را از جوانب مختلف و دیدگاه‌های مختلف بررسی کنیم. این جلسه با جلسات دیگر مقداری تفاوت دارد. چون این بار نمی‌خواهیم راجع به یک سیاست خاص صحبت کنیم بلکه می‌خواهیم راجع به یک مطالعه خاص صحبت کنیم که مطالعه بسیار مهمی هم هست. این مطالعه بهره‌مندی از خدمات مختلف سلامت است که طی دو سال متوالی ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ توسط پژوهشکده مرکز آمار و با همکاری نزدیک مؤسسه ملی سلامت انجام شده است. در سال ۱۳۸۱ کاری مشابه توسط آقای دکتر ابوالحسنی پیگیری شده بود، به نظر می‌رسد ظرفیت‌هایی که این داده دارد بسیار زیاد است و می‌تواند به ما کمک‌های بسیاری کند. آقای دکتر ابوالحسنی راجع به چهارچوب منطقی موضوع صحبت می‌کنند، با مجموعه شما را آشنا می‌کنند. دکتر یونسی پور از نتایج صحبت خواهند کرد که این نتایج چه نکاتی را برای ما بیان می‌کند. من تأکید می‌کنم که هدف مؤسسه این است که این داده‌ها را در دسترس عموم قرار بدهد و بتوان از این داده‌ها استفاده کرد. ما داده‌های سال ۱۳۸۳ را در اختیار کسانی که پروپوزال نوشتند و درخواست کردند، گذاشته‌ایم و داده‌های ۱۳۹۴ را هم در اختیار آن‌ها خواهیم گذاشت. وقتی که بازبینی داده‌های ۱۳۹۴ شروع شد احساس شد که این داده‌ها پیگیری و تنظیم بیشتری دارند. برای همین است که من خواهش‌م این هست که به نتایج گوش کنید. دریابید که نتایج چه پیام‌هایی دارند، درعین حال نگاه کنید که

ظرفیت‌های این اطلاعات برای این که کارهای بیشتری روی آن صورت گیرد چه است و ما بتوانیم به نحو شایسته از منابعی که به‌عنوان اطلاعات تدارک دیده‌شده است بهترین استفاده را ببریم.

### **مبانی نظری بهره‌مندی از خدمات سلامت**

آقای دکتر مجد زاده اشاره کردند که بهره‌مندی از خدمات سلامت اولین بار در سال ۱۳۸۳ انجام شد، ایده مطالعه سلامت را از طرح world health survey که سازمان جهانی بهداشت آن را طراحی کرده بود و در ایران اجرا شد، گرفتیم. در آن مطالعه که بیشتر سلامت مورد ارزیابی قرار گرفته بود قسمتی هم راجع به بهره‌مندی از خدمات سلامت پرسیده شده بود. البته تعداد سؤالات راجع به بحث بهره‌مندی کم بود. ولی همان مقدار هم جرقه‌ای در ذهن ما زد که این نکاتی که پرسیده شده است نکات مهمی است و قائداً نهاد سیاست‌گذاری باید این مسائل را بداند و بر آن شددیم که مطالعه مستقلاً انجام دهیم و مسئله بهره‌مندی از خدمات را مورد توجه قرار بدهیم. برای این که این مطالعه طراحی شود طبیعتاً به یک چهارچوب نظری نیاز داشتیم. لغت بهره‌مندی هم اصطلاح شفاف و روشنی هست و هم اصطلاح شفاف و روشنی نیست، بنابراین اگر کسی بخواهد بهره‌مندی را ارزیابی کند باید بداند که منظور از بهره‌مندی چیست و باید در قالب مطالعه بفهمند که چه تعدادی بهره‌مند شده‌اند و چه تعدادی بهره‌مند نشده‌اند و چرا بهره‌مند نشدند. نکته‌ی بعدی این است که آن‌هایی که بهره‌مند شده‌اند چقدر پول پرداخت کرده‌اند. از خدمات راضی بوده‌اند و... بنابراین قبل از این که برنامه کلی بهره‌مندی شروع شود باید به نکات کلی آن پرداخته شود و تصویر کلی از بهره‌مندی و عوامل مؤثر بر آن و پیامدهای آن ترسیم شود تا بر اساس این مبنای تئوریک سؤالات

پرسش‌نامه طراحی شود. مهم‌تر این که هنگامی که سؤالات طراحی شد بدانیم چطور باید آن را آنالیز کنیم و در آخر نتایج به دست می‌آید. اگر آن چهارچوب نظری در ذهن نباشد، طبیعتاً مراحل بعدی هم به‌راحتی انجام نخواهد شد. این چند اسلاید بحث مفصل مطالعه بهره‌مندی نیست، من می‌خواهم به کمک این چند اسلاید ذکر کنم که مبانی نظری چقدر مهم است و اگر مبانی نظری وجود نداشته باشد طراحی کردن و مهندسی کردن کار راحتی نیست. البته راجع به utilization چهارچوب‌های متنوعی در دنیا وجود دارد که یکی از آن‌ها تئوری معروف اندرسون است. هر فردی که بخواهد بهره‌مندی را بسنجد از مدل اندرسون استفاده می‌کند. مدلی هم که ما از آن برای بهره‌مندی استفاده کرده‌ایم همین مدل است. بحث من اصلاً این نیست که این مدل درست هست یا نیست، همه این مدل‌ها مسائل مشابه را از منظرهای متفاوت نگاه کرده‌اند و بر اساس آن مطالعه انجام شده است.

در اسلاید اول برای این که عوامل مؤثر بر بهره‌مندی را خوب تصور کنید بهره‌مندی مثل خریدن یک کالا تصور شده است. چه می‌شود که انسان یک کالا را می‌خرد. به این چند سؤال توجه کنید:

چه می‌شود که شما احساس می‌کنید به یک کالا نیاز دارید؟

یا برای خرید یک وسیله از منزل خارج شده‌اید اما کالای دیگری خریده‌اید؟

و یا برای خرید یک کالا از منزل بیرون بروید اما چیزی نخرید و برگردید؟



## آیا موارد زیر را تاکنون تجربه کرده‌اید؟

چرا؟

- ◆ احساس کرده باشید که به چیزی نیاز دارید ولی هنوز برای خرید آن اقدام نکرده‌اید.
- ◆ برای خرید چیزی از خانه خارج شده و دست خالی برگشته باشید.
- ◆ برای خرید چیزی از خانه خارج شده ولی چیز دیگری را خریده باشید.
- ◆ بدون نقشه‌ی قبلی چیزی را خریده باشید.

بنابراین در نهایت وقتی انسان یک کالا را می‌خرد عوامل بسیاری دست‌به‌دست هم می‌دهند که نتیجه آن، خرید کالا است. خدمت هم همین‌طور است. چطور می‌شود که در نهایت کسی از خدمتی بهره‌مند می‌شود؟ دو سو دارد: یک سو خود فرد و سوی دیگر ارائه‌دهنده و عرضه‌کننده خدمت است. همه این موارد باید دست‌به‌دست هم دهند که نتیجه آن بهره‌مندی از خدمت است. طبیعتاً اگر سلامت مردم، بخشی از تابع بهره‌مند شدن از خدمات سلامت است ما با احصای این عوامل و سنجش آن‌ها می‌توانیم بفهمیم که چطور مردم از خدمات بهره‌مند شدند و چطور بهره‌مند نشده‌اند. در این مدل شروط لازم برای بهره‌مندی گفته شده است.





## شروط لازم و کافی برای بهره‌مندی

خواستن ←

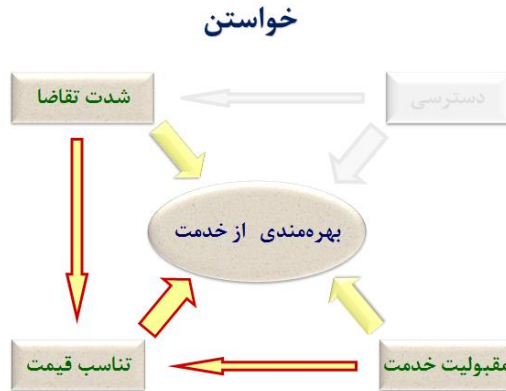
توانستن ←

این یک مدل کلی برای بهره‌مندی از خدمت است:

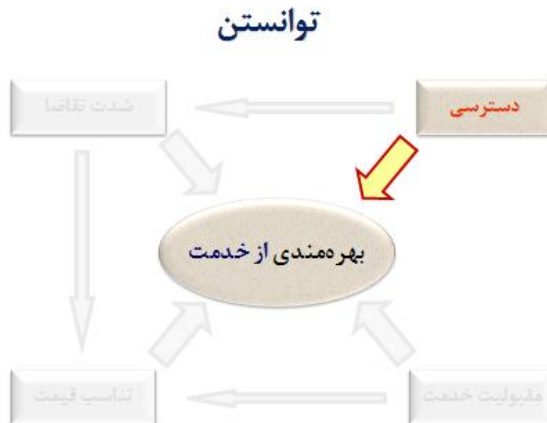
### عوامل مؤثر بر بهره‌مندی از خدمت



خواستن یعنی وقتی تقاضا وجود داشته و قیمت هم مقبولیت داشته باشد، فرد متقاضی آن می‌شود.

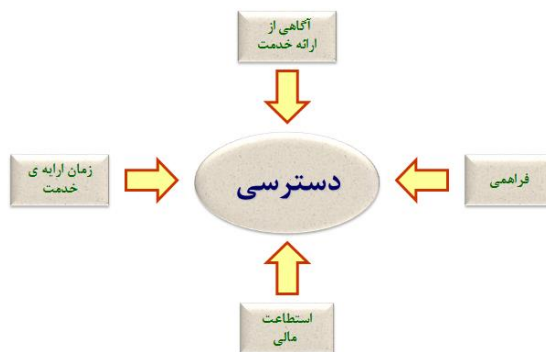


در این مدل ما دسترسی را مجموع نکاتی می‌گوییم که اسم آن توانستن است.



این دسترسی تابع چه عواملی است. دسترسی تابع فراهم بودن عوامل است. این که ما خبر داشته باشیم که خدمتی ارائه می‌شود، زمان ارائه خدمت مناسب باشد، استطاعت مالی هم داشته باشیم.

### عوامل مؤثر بر دسترسی



فراهمی یعنی این که در ابتدا منابع کافی و در مکان مناسب وجود داشته باشد، برای مثال برای این که من خدمت را بگیرم، مجبور نباشم آن قدر وقت صرف کنم که یا از دریافت خدمت صرف نظر کنم یا آن خدمت نتیجه مطلوب را نداشته باشد. در دو حالت این اتفاق می‌فتد. یا راه دور باشد، یا این که منابع کم است و لیست انتظار وجود دارد. این کار ارائه خدمت را به تأخیر می‌اندازد و بعد از مدتی شخص منصرف می‌شود. این مفهوم فراهمی یا availability است. بقیه عوامل هم همین‌طور است.

## عوامل مؤثر بر فراهمی



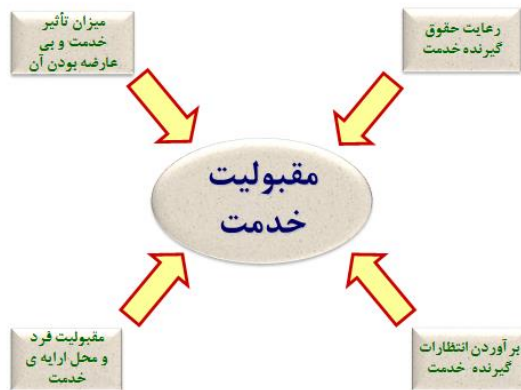
شدت تقاضا بستگی به این موضوع دارد که من چقدر احساس مرگ و ناتوانی می‌کنم و چقدر این مرگ و ناتوانی نزدیک است. اگر الآن ناتوان هستم و ناتوانی شدید است، همین الآن خدمت می‌گیرم.

## عوامل مؤثر بر شدت تقاضا



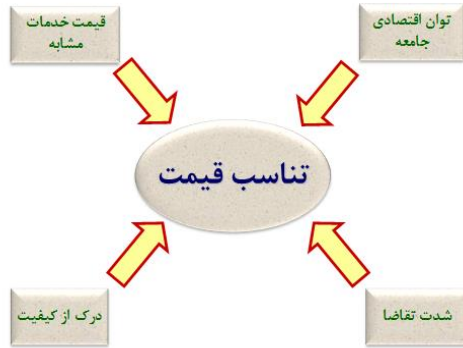
مقبولیت خدمت تابع این است که خدمت چقدر مؤثر است، چقدر انتظارات فرد برآورده می‌شود، چقدر فرد و محل ارائه‌کننده خدمت از دید دریافت‌کننده خدمت نزدیک است.

### عوامل مؤثر بر مقبولیت خدمت



تناسب خدمت به این بستگی دارد که قیمت کالاهای مشابه آن چقدر است، توان اقتصادی جامعه چقدر است، شدت تقاضا چقدر است و بالاخره کیفیت چقدر است.

## عوامل مؤثر بر مقبولیت خدمت



موضوع اسلاید بعد این است که از وقتی یک فرد نیاز به خدمت دارد چه مسیری را باید برای رسیدن به آن طی کند. اول ممکن است احساس نیاز کند و هیچ اقدامی نکند. ممکن است اقدام کند ولی به نتیجه نرسد. وقتی فرد خدمت می‌گیرد ممکن است خدمت در همان یک‌بار تمام شود یا به دنبال خدمات دیگری باشد. وقتی خدمت تمام شد باید از فرد سؤال شود که آیا خدمت موردنیاز به تو ارائه شد و چقدر برای آن هزینه کردی؟ این مورد برای یک نیاز ممکن است تکرار شود، یا یک نیاز ممکن است نیاز به ارائه چند خدمت داشته باشد. اگر ما در یک دوره مقبول تاریخچه خدماتی که مردم گرفته‌اند را ثبت کنیم می‌توان آنالیز کرد که رفتار مردم و در مقابل آن رفتار نظام ارائه خدمت چگونه بوده است. یک سری خدمات بستری و یک سری خدمات سرپائی است. چون خدمت سرپائی اهمیت کمتری دارد، احتمال این که فرد آن را فراموش کند بسیار است. مثلاً اگر از فردی بپرسی که سال گذشته چند بار به دکتر مراجعه کرده‌ای ممکن

است به خاطر نیاورد. اما وقتی از فردی بپرسند که آیا در سال گذشته در بیمارستان بستری شده‌ای یا خیر حتماً به یاد می‌آورد.

در ابتدا تصمیم گرفتیم چندماهه این بررسی را انجام دهیم. اما در حال حاضر این مطالعه پانزده‌روزه است که افراد چقدر خدمت سرپائی دریافت کرده‌اند. البته اگر این پرسش‌ها به یک بازه یک‌ساله تعمیم پیدا کند بهتر است. اما تعمیم دادن دو هفته به یک سال، بخصوص اگر در فصل خاصی از سال باشد کار راحتی نیست. حاصل این کار تا به حال چند نوبت در کشور بررسی شده است. بار اول در سال ۱۳۸۲ انجام شد مسئولیت آن بر عهده آقای دکتر نبوی بود که نتیجه آن هم منتشر شد. نوبت دوم آن در سال ۱۳۸۷ انجام شد و بالاخره سال ۱۳۹۴-۱۳۹۳ هم به سفارش موسسه توسط مرکز آمار ایران انجام شد که گزارش آن موجود است. قرار است مطالعات انجام‌شده را با دقت نگاه کنیم و ببینیم برنامه‌ای که برای پرسش‌نامه قرار داده شده است مفید بوده یا باید در آن تغییراتی ایجاد کنیم تا بتوانیم ابزار خوبی درست کرده و مکرراً آن را اجرا کنیم. همان‌طور که آقای دکتر ذکر کردند روند آن مهم است که نشان می‌دهد این سیستم چه مسیری را طی کرده است.

## اهداف آمارگیری طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت

خانم دکتر یونس پور

اهداف آمارگیری و کلیات طرح بررسی رفتار مردم در هنگام احساس نیاز و متقابلاً بررسی رفتار نظام سلامت در قبال مردم است.



### اهداف آمارگیری طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت

- شناسایی موارد نیاز خدمات سرپایی در زمان مرجع
- ارزیابی هر یک از خدمات سرپایی دریافت شده توسط اعضای خانوار
- آگاهی از میزان رضایتمندی بیماران از خدمات سلامت سرپایی در آخرین بار مراجعه برای دریافت خدمت سرپایی
- ارزیابی تقاضا برای خدمات سرپایی توسط اعضای خانوار و دلایل عدم مراجعه برای دریافت خدمات سرپایی
- بررسی دلایل عدم دریافت خدمات سرپایی پس از مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات سلامت
- شناسایی موارد نیاز به خدمات بستری در زمان مرجع
- ارزیابی هر بار دریافت خدمت بستری توسط اعضای خانوار
- آگاهی از میزان رضایت اعضای خانوار از خدمات بستری در آخرین بار بستری
- ارزیابی تقاضا برای خدمات بستری توسط اعضای خانوار و دلایل عدم مراجعه برای بستری شدن
- بررسی دلایل بستری نشدن پس از مراجعه به ارائه‌کنندگان خدمات بستری

کلیات اجرای طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت به این صورت است که دو پرسش‌نامه با عنوان پرسش‌نامه خانواری و انفرادی به کار گرفته شده‌است. پرسش‌نامه خانوار برای جمع‌آوری اطلاعات خانوار و اطلاعات جمعیت‌شناسی است و پرسش‌نامه انفرادی برای جمع‌آوری اطلاعات ترسیمی اعضای خانواده است.



## کلیات اجرای طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت



به کارگیری دو پرسش‌نامه با عنوان‌های

پرسش‌نامه خانواری (برای جمع‌آوری اطلاعات خانوار و اطلاعات جمعیت‌شناختی و اجتماعی اعضای خانوارها و اطلاعات بخش سلامت)

پرسش‌نامه انفرادی (برای جمع‌آوری اطلاعات تفصیلی اعضای خانوار)

اجرای آمارگیری بهره‌مندی از خدمات سلامت:

در سال ۱۳۹۳ از ۱۳ دی ماه  
استان‌ها بر روی ۲۴۴۷۰ خانوار در سطح کل کشور اجرا شد.  
به مدت بیست روز با همکاری دفاتر آمار و اطلاعات سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی

## بخشی از نتایج حاصل از طرح بهره‌مندی از خدمات سلامت سال ۱۳۹۴ (با تاکید بر توزیع جغرافیایی شاخص‌های بهره‌مندی از خدمات سلامت)

با توجه به این‌که این پرسش‌نامه‌ها نزدیک به بیست صفحه است که اعضای خانوار آن را پر می‌کنند و با توجه به تعدد سؤالات پرسش‌نامه، ما نمی‌توانیم تمام نتایجی که از این طرح به‌دست آمده است را اینجا مطرح کنیم. فقط بخشی از این نتایج را با توجه به شاخص‌های توزیع جغرافیایی، مطرح می‌کنم.

نمودار زیر درصد توزیع بیمه را در سطح کشور نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌کنید استان قم و تهران دارای بیشترین افراد فاقد بیمه هستند. البته این منطقی است چون این استان‌ها مهاجرپذیر هستند.

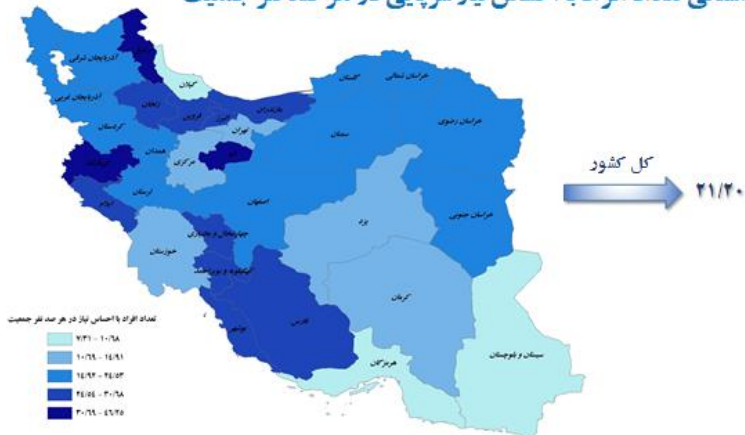
توزیع استانی تعداد افراد فاقد بیمه در هر صد نفر جمعیت



24

بخشی از شاخصهای بهره مندی از خدمات سرپایی در مورد خدمات سرپایی، تعداد افراد با احساس نیاز در هر صد نفر تقریباً ۲۱ نفر است.

توزیع استانی تعداد افراد با احساس نیاز سرپایی در هر صد نفر جمعیت



25

این اطلاعات خدمات سرپایی آمارگیری برای دو هفته قبل از زمان آمارگیری است و مورد دوم از سال ۱۳۹۳ که آغاز آمارگیری است، انجام شده است. به طور مثال استان کرمانشاه در هر صد نفر جمعیت بیشترین نیاز به درمان سرپایی را داشته است. چینش استان‌ها به ترتیبی است که می‌توانیم بیشترین اختلاف را به ترتیب در استان‌های اردبیل، کرمانشاه، کهگیلویه و بویراحمد بین احساس نیاز و نیازهایی که به خاطر آن مراجعه صورت گرفته است ببینیم.

این اختلاف‌ها از نظر سیاست‌گذار دارای اهمیت است. چرا در بعضی از استان‌ها بر اساس میزان نیاز و مقدار مراجعه آن‌ها برای دریافت خدمت این‌قدر اختلاف وجود دارد؟ نکته مهم دیگری که در این نمودار شاهد آن هستیم، این است که تعداد نیازهای مراجعه شده و خدمت دریافت شده در بسیاری از استان‌ها با یکدیگر منطبق است. این از نظر سیاست‌گذار بسیار خوب است. چون سیاست‌گذار می‌خواهد به همان میزانی که مراجعه وجود دارد همان میزان هم خدمت دریافت کنند. در کشور شاهد آن هستیم که در هر صد نفر جمعیت ۲۴ مورد نیاز سرپایی وجود داشته است. برای ۱۵ تا از این نیازها مراجعه صورت گرفته است و تقریباً با یک اختلاف یک‌درصدی خدمت را دریافت کرده‌اند.

در هر صد نیاز سرپایی تفاوت‌هایی بین استان‌های مختلف مشاهده شده است. مثلاً استان یزد بیشترین میزان مراجعه را در هر صد نیاز سرپایی داشته است. یعنی تقریباً بالای ۹۰٪ مراجعه‌کننده داشته است و به همان میزان هم خدمات دریافت کرده است. به ترتیب استان‌های کهگیلویه و اردبیل در هر صد نیاز سرپایی تعداد کمتری برای دریافت خدمت مراجعه کرده‌اند. نکته مهم دیگر این‌که در تعدادی از استان‌ها مثل

هرمزگان، خراسان شمالی و خراسان جنوبی بین تعداد نیازهای مراجعه و دریافت خدمت اختلاف وجود دارد یعنی برای یک سری از نیازهایشان نتوانسته‌اند خدمت بگیرند. در کل کشور در هر صد نیاز سرپایی ۶۱ نیاز برای درمان مراجعه کرده‌اند و تقریباً با اختلاف یک درصدی به همان میزان هم خدمت دریافت شده است.

خانم دکتر چون هر کدام از این اطلاعات جای بحث دارد می‌پرسم. در اسلاید قبل، اردبیل و کرمانشاه از نظر درصد مراجعه برای خدمت بالا بودند، درست است؟

از هر صد نفر جمعیت ما تعداد نیازهای سرپایی که مراجعه کرده‌اند را در نظر می‌گیریم و برای هر فرد در پرسش‌نامه ده نیاز را ثبت می‌کنیم.

چون نیاز بیشتری احساس کردند در یک موقعیت مناسب نیازشان رفع شده است.

در هر صد نفر جمعیت، تقریباً ۶۵ نیاز وجود داشته است که تقریباً برای ۳۰ مورد از این نیازها مراجعه کرده‌اند و به هر دلیلی ۳۰ مورد دیگر مراجعه نکرده‌اند. به‌طور مثال در استان اردبیل در صد نیاز سرپایی، برای ۴۰ نیاز مراجعه و برای این ۴۰ نیاز خدمت دریافت کرده‌اند.

یک نکته که وجود دارد این است که این مطالعه در زمستان انجام شده است و ممکن هست در آن زمان برف سنگین آمده باشد و افراد نتوانسته باشند مراجعه کنند.

ما دنبال این نیستیم که در این استان‌ها به چه دلیلی مراجعه صورت نگرفته است. ما توزیع جغرافیایی استانی آن را بررسی می‌کنیم. مطالعات بیشتری نیاز است که متوجه

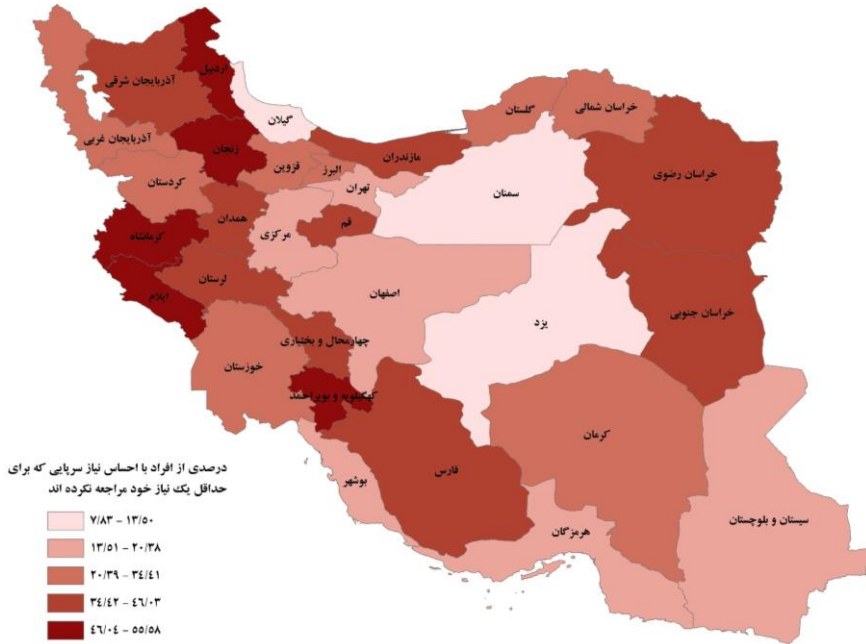
شویم برای مثال چرا در استان فارس این اختلافها را داریم اما کار ما فعلاً به آن مرحله نرسیده است. اگر من بخواهم توزیع استانی را به طور خلاصه بیان کنم در هر صد نفر جمعیت در کل کشور تقریباً ۲۵ نیاز سرپایی داشته‌ایم که تا ۶۵ نیاز هم متغیر است. اگر از هر صد نیاز سرپایی ما تعداد توزیع استانی مراجعه‌کننده‌ها را در نظر بگیریم می‌بینیم که بین ۴۰ تا ۹۳ است. یعنی درصد نیازهای سرپایی استان‌هایی مثل فارس، خراسان جنوبی، کهگیلویه در پنجک پایین است و مقدار کشوری هم ۶۱ است. از هر صد نیاز که در کل کشور مراجعه کرده‌اند تعداد نیازهایی که برای آن خدمت دریافت شده است تقریباً ۹۸ درصد است و این برای سیاست‌گذار ارزش دارد. در بررسی متوسط بار مراجعه برای هر نیاز سرپایی به مراکز که برای رفع آن خدمت دریافت شده است می‌بینیم که استان خوزستان بیشترین بار مراجعه را برای نیازهای سرپایی که خدمت دریافت کرده است، دارد و استان کرمان کمترین مراجعه را داشته است.

### سوالات و نظرات شرکت‌کنندگان

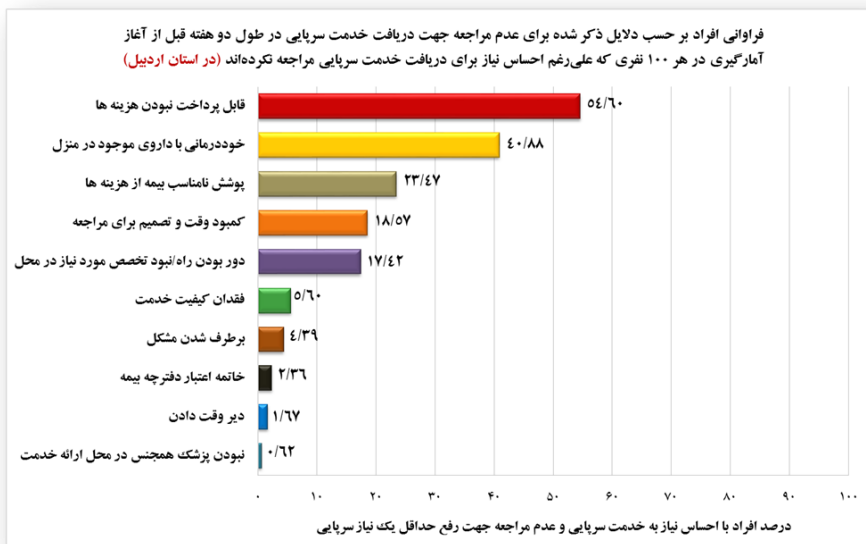
۱. این متوسط بار مراجعه درازای هر نیاز هست؟
۲. بهتر است تمرکز را روی نیاز کشوری بگذاریم. یعنی در دو هفته گذشته ۲/۳ درصد در هر نیازی که خدمت ارائه شده است مراجعه‌کننده داشته‌ایم.
۳. بعضی از تعابیری که می‌گویید مطمئناً نظر خودتان هم این نیست. برای مثال در همین موردی که آقای دکتر استنباط کردند در هر نیازی که مراجعه کرده است به ازای آن نیاز ۲/۳ بار مراجعه به‌جا‌های مختلف صورت گرفته است.

می‌بینید که ایلام، کرمانشاه، کهگیلویه، زنجان، اردبیل در پنجک بالای درصد افراد با احساس نیاز به درمان سرپایی هستند اما مراجعه نکرده‌اند. در کل کشور

این درصد ۳۵٪ است، یعنی ۳۵٪ افراد با این که نیاز به درمان سرپایی داشتند اما مراجعه نکرده‌اند.



ما در استان‌هایی که بیشترین آمار عدم مراجعه را داشته‌اند، دلایل عدم مراجعه را گزارش کرده‌ایم. مثلاً در استان اردبیل قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها، خوددرمانی با داروی موجود در منزل، پوشش بیمه‌ای نامناسب و ... از مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه هستند.



**سوالات و نظرات شرکت‌کنندگان**

۱. این درست است که فراوانی خیلی مهم است اما نبود پزشک هم جنس در محل ارائه خدمت هم مهم است چون این یکی از بحث‌های مهم سیاست‌گذاری است.
۲. البته من فکر می‌کنم مهم‌ترین نکته این است که چرا در اردبیل طی دو هفته گذشته ۶۵ درصد احساس نیاز کرده‌اند و همین احساس نیاز در کشور ۳۵ درصد بوده است. باید ببینیم این احساس کاذب بوده است یا خیر، تعریف و برداشت این‌ها از نیاز به دلیل تفاوت زبان متفاوت بوده است یعنی چون غیر فارس هستند ممکن است در زمان درخواست نیاز برداشت غلطی کرده باشند. باید اول بفهمیم که چرا در هفته گذشته ۶۵ درصد افراد این استان احساس نیاز کرده‌اند. چرا باید چنین اتفاقی بیفتد؟ سرماخورده‌اند، آنفولانزا شیوع داشته و... ممکن است خود این درصدها هم یک درصد کاذب باشد.
۳. ما مشکلات مطالعات DHS را هم داریم. در این مطالعات وقتی گزارش بیماری را از افراد سؤال می‌کنند، معمولاً درجهایی که سلامت بیشتر است میزان بیماری هم بیشتر است.
۴. من این را قبول دارم، ولی این شصت و پنج درصد حتی حس منطقی هم ندارد که در طی دو هفته آدم‌ها در هر رده سنی مراجعه سرپایی داشته باشند. این می‌تواند ایرادی در سؤال باشد، مثلاً سؤال به گونه‌ای بوده که به دلیل بحث تفاوت زبان برداشت دیگری از سؤال شده است.



سؤال این بوده که آیا در دو هفته گذشته وضعیت سلامتی شما به گونه‌ای بوده است که احساس کنید نیاز است خدمات سرپایی بگیرید؟ پرسش نامه به گونه‌ای طراحی شده است که شما نام نیاز را دارید و افراد نام این نیاز را می‌نویسند. کد محلی که برای آن کار مراجعه کرده‌اند مثل مطب پزشک عمومی، متخصص و... مشخص است و کدها هم دقیق نوشته می‌شود. در این پرسش نامه سؤال خالی نداریم که آیا احساس نیاز کردید یا خیر.

### سوالات و نظرات شرکت‌کنندگان

۱. البته من سر بحث قبل هستم که بحث پزشک هم جنس اهمیت دارد و دانستن این که چقدر احساس نیاز به این موضوع وجود دارد. برای همین این که منجر به بهره‌مندی شده است یا خیر مهم‌تر است.
۲. به نظر من قسمت اول یعنی خوددرمانی با داروهای موجود در منزل علت عدم مراجعه نمی‌تواند باشد.
۳. نکته مهم این است که در مطالعات بعدی بهتر و دقیق‌تر، با توجه به درصد بالایی که می‌بینیم بررسی را انجام دهیم و مشخص کنیم این علت اولیه است یا ثانویه. یعنی ممکن است هزینه‌ها قابل پرداخت نبوده باشد و فرد اقدام به خوددرمانی کرده است. ممکن است پوشش نامناسب بیمه‌ها یا در دسترس نبودن آن خدمت باعث شده است که فرد اقدام به خوددرمانی کند.
۴. البته عدم مراجعه به دلیل اعتقاد فرهنگی به خوددرمانی هم هست. اما این واقعاً مطالعات گسترده‌تری را می‌طلبد. من پرسش نامه را دیدم، نیازها نوشته شده است و این کار خیلی سخت و مهمی است.

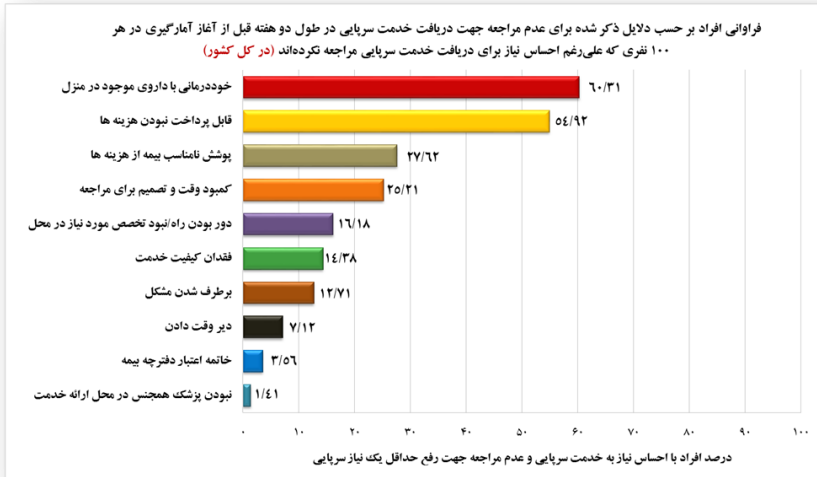
۵. اگر یک نفر چهارتا نیاز داشت، درصد آن را چطور حساب شده است؟
۶. بنابراین ممکن است در تبریز گروه آمارگیر وسواس بیشتری به خرج داده باشند و همه موارد احساس نیاز را گفته باشند.
۷. آیا شواهدی در دیتا هست که نشان دهد بعضی از جاها کم‌دقتی هم شده است؟ احتمال این که در جمع‌آوری دیتاها مشکل داشته باشیم هم هست.
۸. یک نکته هم به ذهن من می‌رسد. این که توزیع نمونه در جامعه شهری و روستایی مهم هست. یعنی در آماری که از بیمه‌ها دادید، کمترین میزان بهره‌مندی در جمعیتی بوده است که بیمه روستایی داشته‌اند. یعنی بیمه تأمین اجتماعی و بیمه شهری برخورداری بیشتری داشته‌اند. من فکر می‌کنم نمونه‌های شهری بیشتر بوده است. در جمعیت اردبیل هم فکر می‌کنم این احساس نیاز بیشتر است چون اقدام به خوددرمانی کرده‌اند. گویا روستایی بوده‌اند و نمی‌توانسته‌اند مراجعه کنند.
۹. ما دو اصطلاح داریم. سطح سلامت و سطح سلامت درج شده. راجع به قضیه اردبیل که چرا احساس نیاز در آنجا زیاد است، شاید یکی از علت‌های آن این باشد که سطح سلامت درج شده در بعضی اوقات خیلی متفاوت است. گاهی فردی با بیماری سرماخوردگی فکر می‌کند خیلی بیمار است. فرد دیگری ممکن است به بیماری خاصی مبتلا باشد اما احساس سلامتی کند و فکر کند اصلاً نیاز ندارد که به پزشک مراجعه کند. بنابراین سطح سلامت درج شده که از ویژگی‌های این افراد است می‌تواند در آن احساس نیاز مؤثر باشد.
۱۰. این مطالب خیلی جای بحث دارد. خانم دکتر بیست درصد مطالب را ارائه کرده‌اند. من فکر می‌کنم که هدف از جلسه امروز این است که یک شمای کلی از

این که این مطالعه چه هست و چه چیزهایی پرسیده شده است، به جمع ارائه کند.

یکی از مزیت‌های کار کردن با مرکز آمار این است که بسیار دقیق است. مشخص است هر خانه در کدام دهک است. ما از این آمارها استفاده می‌کنیم. بر اساس بررسی انجام‌شده جمعیت کل کشور ۷۷ میلیون و ۸۸۸ هزار نفر در نظر گرفته شده است که این یک مقدار معمول، برای جمعیت سال ۱۳۹۴ است.

در کل کشور افراد بیشتر این سه دلیل را ذکر کرده‌اند که خوددرمانی، قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها، و پوشش نامناسب بیمه مهم‌ترین دلایل عدم مراجعه است. درصد افرادی که به دلیل قابل پرداخت نبودن هزینه‌ها، علی‌رغم این که نیاز داشته‌اند جهت درمان و گرفتن خدمت مراجعه نکرده‌اند تقریباً در کل کشور ۵۵ درصد است و عدم مراجعه به دلیل پوشش نامناسب از بیمه‌ها در کل کشور ۲۸ درصد بوده است. در مورد خوددرمانی هم در کل کشور این مقدار ۶۰ درصد است و از ۳۰ درصد تا ۹۴ درصد در کشور متغیر است.

استان‌هایی مثل یزد، هرمزگان، مرکزی، خوزستان و خراسان جنوبی در پنجک بالایی قرار دارند. نکته‌ای که خیلی جالب است این که افراد در استان یزد برای اکثر نیازهایشان مراجعه می‌کنند و آن مقداری هم که مراجعه نمی‌کنند بیشتر خوددرمانی در منزل انجام می‌دهند. فقدان کیفیت خدمات در کل کشور ۱۴ درصد است و دلیل نبود متخصص و راه دور در کل کشور تقریباً ۱۶ درصد بوده است.



دلیل این است که ما این را توزیع استانی در نظر نگرفتیم این است که تعداد افرادی که در کل کشور خدمتی دریافت نکرده‌اند خیلی کم می‌شود. دقت کنید که اگر این بار مراجعه را به مطب در نظر بگیریم، در هر هزار نفر جمعیت مراجعه به مطب، ما بار پزشک عمومی، پزشک متخصص، و پزشک خانواده را بررسی کرده‌ایم. به‌طور مثال در استان سمنان بار مراجعه به پزشک عمومی ۳/۲ درصد است، در صورتی که بار مراجعه به پزشک متخصص ۱۰۷ است و این نشان‌دهنده این است که افراد به تخصص‌گرایی علاقه دارند. نکته دیگر این است که در استان مازندران و استان فارس که بحث پزشک خانواده مطرح است، بیشتر افراد به پزشک خانواده مراجعه کرده‌اند. در کل کشور در محل ارائه خدمت مطب، مراجعه به پزشک متخصص بیشتر از مراجع به پزشک عمومی بوده است. تعداد بار مراجعه برای دریافت خدمت، دو هفته قبل از آغاز در هر هزار نفر جمعیت به پزشک متخصص ۴۸ بوده است. برای پزشک عمومی این میزان ۲۰/۴۲

بوده است. نکته‌ای که در اینجا مهم هست این است که در استان‌های مختلف نیازها را بررسی کنیم، ببینیم آن افرادی که به پزشک متخصص مراجعه کرده‌اند برای چه نیازهایی مراجعه کرده‌اند، آیا نمی‌شد که این نیازها را با پزشک عمومی برطرف کنند؟ این از نظر بحث‌های بیمه‌ای خیلی اهمیت دارد. اما حالتی که بدون در نظر گرفتن محل ارائه خدمت هست، یعنی ممکن است مطب باشد یا مراکز درمانی دیگری باشد، می‌بینیم که در بعضی استان‌ها مراجعه به پزشک متخصص بیشتر از پزشک عمومی است. در بعضی از استان‌ها بار مراجعه به پزشک عمومی بیشتر است و در بعضی از استان‌ها هم به یک‌میزان است.

به طور متوسط من این طور برداشت می‌کنم که طی دو هفته گذشته، هفت درصد ایرانی‌ها یا به مطب پزشک عمومی یا پزشک متخصص یا پزشک خانواده مراجعه کرده‌اند. این برداشت مهمی است که از این هفت درصد  $\frac{4}{7}$  به متخصص دو درصد به پزشک عمومی و ۱۴ درصد به مطب مراجعه کرده‌اند.

آقای دکتر این بار مراجعه است و جمعیت نیست. همیشه در بحث مراجعه می‌گویند تعداد بار چون مجبور هستند آن‌ها را باهم جمع کنند و بعد تقسیم بر یک ملاک جمعیتی کنند.

خانم دکتر لطف کنید در گزارشتان به آن قسمت کشوری اهمیت بیشتری بدهید و اگر مورد خاصی برای یک استان وجود دارد بگویید.

من مخصوصاً در همه اسلایدها همه مقادیر را آورده‌ام. بدون در نظر گرفتن محل ارائه خدمت مثل مطب یا بیمارستان یا مراکز بهداشت. این که افراد اصلاً چقدر مراجعه به

پزشک متخصص در کل کشور دارند، ۷۱/۴۳ درصد در هر هزار نفر از جمعیت است. و مراجعه به پزشک عمومی ۷۶/۱۶ درصد است.

یعنی ۱۶۰ بار درازای هر هزار نفر جمعیت مراجعه در طی دو هفته گذشته بوده است. در کل پیغام این است که بار مراجعه به متخصص زیاد است.

من نیازها را نگاه کردم، خیلی از نیازها سرماخوردگی است چون فصل زمستان بوده است و اگر در تابستان بود ممکن بود مشکل دیگری باشد.

می‌توان تفسیر کرد که به علت کم بودن هزینه‌ها افراد زیاد به پزشک متخصص مراجعه می‌کنند.

در مقایسه بار مراجعه به دندان‌پزشک متخصص و عمومی در هر هزار نفر جمعیت، بار مراجعه به دندان‌پزشک عمومی در کشور کم بوده است. اما تفاوت زیادی بین استان‌های مختلف وجود دارد، به‌طور مثال استان‌های اصفهان، زنجان، کهگیلویه و بویراحمد، بیشترین مراجعه را دارند و استان‌های کرمان و سیستان و بلوچستان و آذربایجان شرقی کمتر مراجعه می‌کنند. در کشور تعداد بار مراجعه در هر هزار نفر جمعیت برای دریافت خدمت دندان‌پزشک تجربی ۳۳٪ بوده است و تعداد بار برای مراجعه به متخصص ۲/۶۲ درصد بوده است. ولی در استان‌های مختلف این آمار تفاوت داشته است.

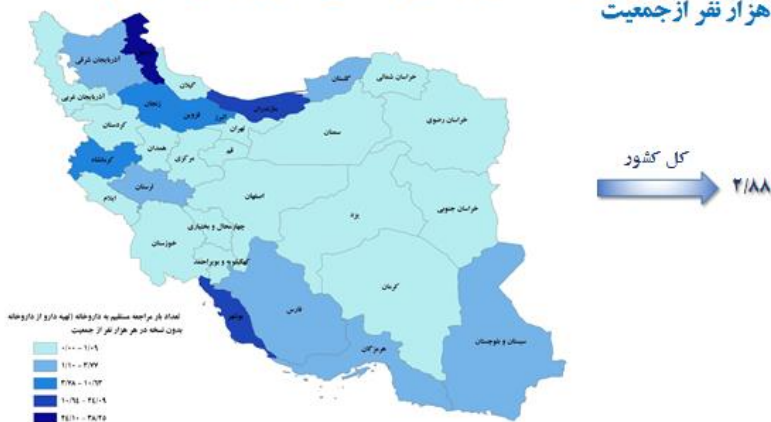
یکی از مشکلات این پرسش‌نامه، بحث دندانپزشکی است. چون ما می‌خواستیم اطلاعات شما را برای بحث دندان‌پزشک استفاده کنیم دچار مشکل شدیم.

این اطلاعات را افراد گفته‌اند که ما این احساس را داشته‌ایم و دو هفته گذشته مراجعه کرده‌ایم.

یکی دیگر از مشکلاتی که در آنالیز اولیه وجود دارد این است که آیا افراد مراجعه کرده‌اند یا نکرده‌اند، بحث این بوده که به کجا می‌خواسته‌اند مراجعه کنند؟ شما در پرسش‌نامه این بحث را ندارید.

در مورد مقایسهٔ بار مراجعه به داروخانه با نسخه یا بدون نسخه، در هر هزار نفر جمعیت می‌بینیم که افراد بدون نسخه خیلی کم به داروخانه مراجعه کرده‌اند. در مورد افرادی هم که با نسخه مراجعه کرده‌اند می‌بینیم که اختلاف خیلی زیادی بین استان‌های مختلف وجود دارد. مثلاً استان اردبیل بیشترین بار مراجعه با نسخه را داشته است و استان سیستان و بلوچستان کمترین بار مراجعه به داروخانه را داشته است.

توزیع استانی تعداد بار مراجعه مستقیم به داروخانه (تهیه دارو از داروخانه بدون نسخه) در هر هزار نفر از جمعیت



28

میزان رضایت افراد از مدت‌زمان انتظار برای دریافت خدمت سرپائی در کل کشور تقریباً هشت درصد کم رضایتی بوده است. کم رضایتی از نظر پاکیزگی و نظافت در کل کشور

تقریباً ۳/۱۴ درصد بوده است، برای رفتار کارکنان و پزشک معالج تقریباً سه درصد، در میزان رضایت افراد از هزینه پرداخت شده برای دریافت خدمات سرپائی در کل کشور افراد بیشتری را داریم. یعنی ۱۶ درصد افراد با هزینه پرداخت شده مشکل دارند. به طور کلی میزان رضایت افراد از دریافت خدمات سرپائی سلامت در کل کشور ۳/۵۳ درصد هست.

### بخشی از شاخصهای بهره مندی از خدمات بستری

در مورد خدمات بستری در هر صد نفر جمعیت در کل کشور، هفت نفر احساس نیاز بستری داشتند که این درصد در کل کشور بین چهار تا ۱۴ درصد مشاهده می شود. به طور مثال در استان های تهران، گیلان، ایلام و آذربایجان غربی افرادی بوده اند که احساس به نیاز بستری پایینی داشته اند. در استان اردبیل بیشترین اختلاف بین نیاز بستری و نیاز مراجعه شده مشاهده می شود. در یک سری از استان ها هم که تقریباً بر هم منطبق هستند. در کل کشور ۷/۳۶ در هر صد نفر جمعیت، نیاز به خدمت بستری داشته است. نیازهایی که برای رفع آنها مراجعه شده است ۷/۰۶ درصد بوده است و نیازهایی که برای آنها خدمت ارائه شده است ۶/۹۷ درصد بوده است.



۱. ما در تهران سیزده هزار تخت کم داریم، ولی شما این طور که می‌گویید هر کس که نیاز داشته است بستری شده است، پس تخت کم نداریم.
۲. این خیلی فرق دارد، برای خیلی از بیماری‌ها را که خود مریض نیاز به بستری احساس نمی‌کند، کمبود تخت هست مثل بیماری‌های روانی که احساس نیاز به بستری نمی‌کنند. من فکر می‌کنم که مردم زایمان طبیعی و سزارین را بستری حساب نمی‌کنند.
۳. مثلاً بیمارانی که برای شیمی‌درمانی همراه یا هر سه هفته یک‌بار می‌آیند؟
۴. در این موردی که آقای دکتر گفتند من دیده‌ام که دقیقاً ماه‌به‌ماه که به جلو می‌رویم، مقدار بستری متفاوت می‌شود. هرچقدر به جلو می‌رویم کمتر می‌شود. حالا سؤالی که از خانم دکتر دارم این است که هر فردی که بستری می‌شود یک‌بار شمرده می‌شود یا ممکن است بیش از یک‌بار شمرده شود؟
۵. مثلاً اگر از بخشی به بخش دیگر برود و سیستم هم درست باشد همان یک‌بار بستری می‌شود.

به‌هرحال احتمال بروز خطا در آن هست، در دورانی که الکترونیکی نبود و کاغذی بود خطا زیاد بود ولی الآن که الکترونیک شده بهتر شده است اما باز هم احتمال خطا وجود دارد.

در هر صد نیاز بستری در کل کشور، برای ۹۶ مورد مراجعه صورت گرفته است و در ۹۴/۴۲ خدمت ارائه شده است. ما توزیع جغرافیایی در استان‌های مختلف را می‌بینیم. در یک سری از استان‌ها تفاوت وجود دارد بین نیاز مراجعه‌کننده و آن نیازی که فرد خدمت

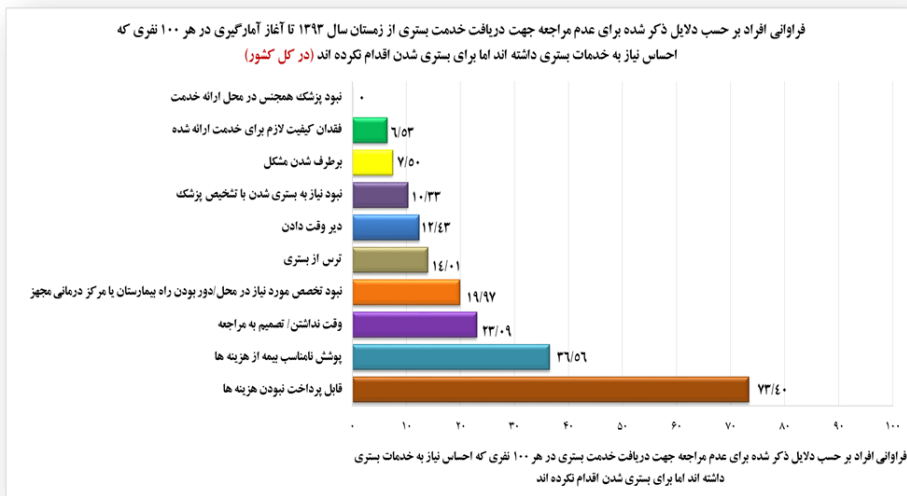
دریافت کرده است. در هر صد نفر جمعیت تعداد نیاز به بستری در کل کشور ۷/۳۶ بوده است که در هر صد نیاز سرپایی در کل کشور برای تقریباً شش مورد آن مراجعه شکل گرفته است این در هر صد نفر جمعیت تعداد نیاز به بستری هست. تهران چهل درصد استان‌هایی مثل یزد و فارس احساس نیاز به بستری داشته است.

برای مثال آذربایجان شرقی با غربی کاملاً متضاد هم هستند، تهران و گیلان هم یک‌رنگ هستند. این مطالعه را نمی‌شود به‌تنهایی تفسیر کرد و خیلی سخت است.



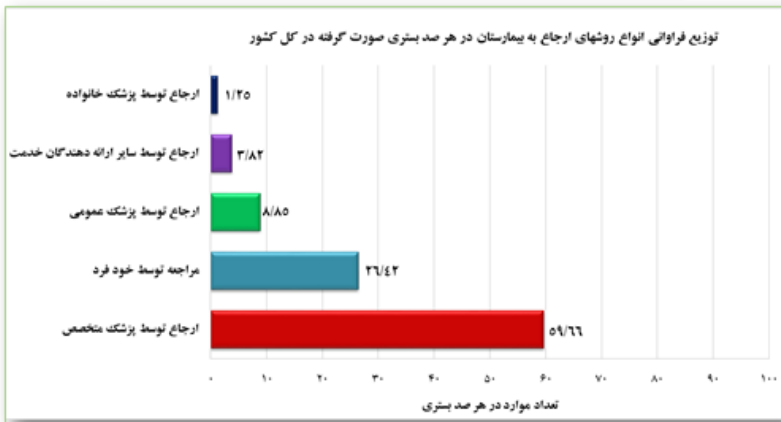
در هر صد نیاز مراجعه شده در کل کشور ۹۸/۴۵ افراد خدمت دریافت کرده‌اند. اما اگر دلایل عدم مراجعه برای دریافت خدمت را در کل کشور بررسی کنیم به نتیجه زیر

می‌رسیم.



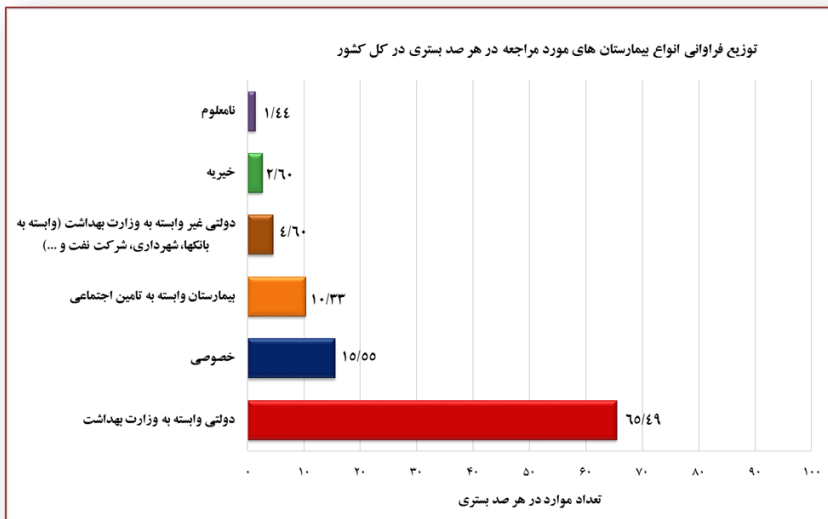
روش‌های ارجاع به بیمارستان هم در این اسلاید مشاهده می‌شود.

## انواع روش‌های ارجاع به بیمارستان

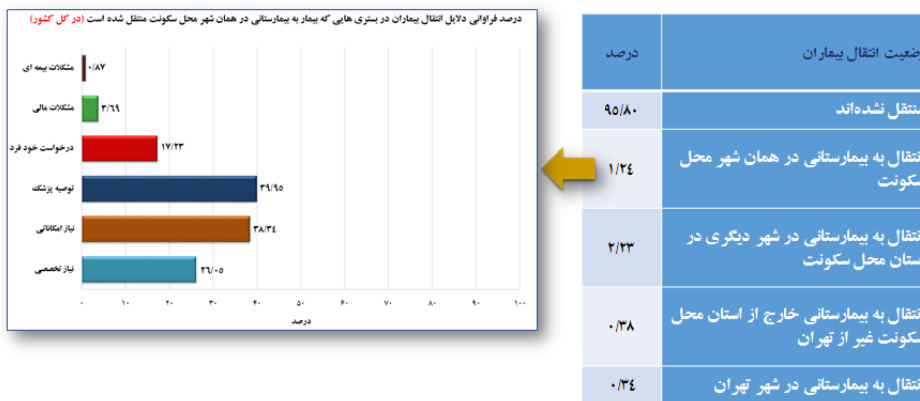


۳۱

مورد بعد انواع بیمارستان‌های مورد مراجعه است.



شکل بعدی در مورد انتقال به بیمارستان دیگری در شهر محل سکونت است.



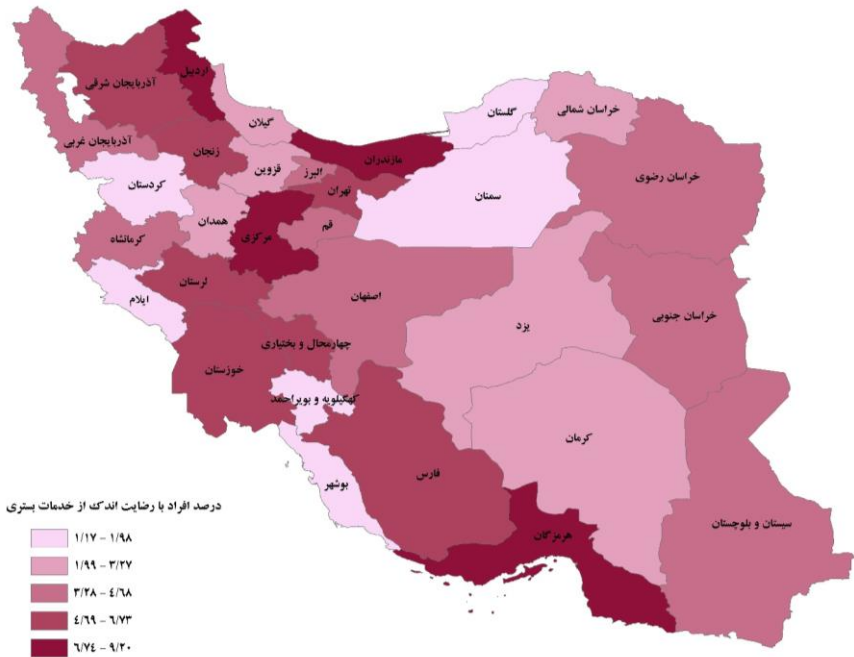
درصد توزیع افرادی که خارج از صورت حساب بیمارستان پول پرداخت کرده‌اند در کشور بین صفر تا چهار درصد هست، که این‌ها مستقیماً خارج از بیمارستان هزینه‌ای پرداخت کرده‌اند. این مقدار در کل کشور ۱/۷۶ درصد است. میانه پولی که توسط افراد خارج از صورت حساب پرداخت شده است ۳۲۵ هزار تومان هست یعنی بیشتر افراد کمتر از این مقدار و ۵۰ درصد بیشتر از این مبلغ را پرداخت کرده‌اند. با دامنه ۲۵ تا ۲۵۰۰ میلیون تومان و دامنه میان چارکی یعنی ۵۰ درصد افراد بین ۱۰۰ هزار تا یک میلیون تومان پرداخت کرده‌اند. ۲۵ درصد افراد کمتر از ۱۰۰ هزار تومان، ۲۵ درصد افراد بیشتر از یک میلیون تومان پرداخت کرده‌اند. این پرداخت‌ها ممکن است به یک پزشک متخصص یا یک نگهبان یا خدماتی داده شده باشد. ما میانه را گزارش می‌کنیم نه میانگین را چون اگر میانگین را گزارش می‌کردیم تقریباً یک میلیون و دویست هزار تومان می‌شد.

توزیع این غیر از صورت حساب است یعنی داروخانه هم رفته باشد و در آن بیمارستان چیزی خریده باشد را هم اینجا آورده‌اید؟ یعنی این طور نیست که مثلاً به نگرهبانی داده باشد، باید یک سری از وسایل نوزاد و مادر را از داروخانه بخرد و خارج از صورت حساب مریض خودش پول می‌دهد.

نه منظور پرداخت‌هایی هست که به پزشک و سایر پرسنل داده می‌شود. البته امکان این که به تفکیک هم در بیاوریم هست اما به این جلسه نمی‌رسید. در موارد مختلف گفته شده که مثلاً به نگرهبان پول دادیم، به پرستار پول دادیم، به ماما پول دادیم و...

خانم دکتر به تفکیک بخش خصوصی و دولتی انجام نشده است؟

برای این طرحی که در حال انجام هستیم، همهٔ موارد را در نظر گرفته‌ایم. در خصوص منابع تأمین هزینه‌های بستری فرد در بیمارستان، تقریباً برای ۱۵ درصد افراد قرض گرفتن از دوست یا فامیل، دو درصد قرض گرفتن از غریبه، ۵۴٪ فروش وسایل خانه را به‌عنوان منابع تأمین هزینه‌های بستری عنوان کرده‌اند. این نشان‌دهندهٔ فشار مالی است که روی افراد خواهد بود. اگر به‌طور کلی میزان رضایت افراد از خدمات بستری را در نظر بگیریم تقریباً پنج درصد افراد جامعه ناراضی بودند. که توزیع جغرافیایی آن را هم می‌توانید در استان‌های کشور مشاهده کنید.



۱. می‌توان گفت که هشتاد درصد راضی بوده‌اند و رضایت بالای هشتاد درصد تقریباً در هیچ پدیده‌ای رخ نخواهد داد.
۲. در خدمات رضایت زیر هشتاد درصد بعید هست، و زیر هشتاد درصد یعنی اصلاً خوب نیست.

ما افرادی را که رضایت اندک داشتند را هم ناراضی محسوب کردیم. که این توزیع ناراضی‌تی در کشور است.

## جمع‌بندی

- تقاضا برای خدمات سرپایی و بستری در برخی استان‌ها پائین است (خصوصاً جنوب شرقی کشور). دسترسی کم در درازمدت ممکن است کاهش تقاضا را سبب شده باشد.
- چه در خدمات سرپایی و چه در خدمات بستری، نداشتن استطاعات مالی مهم‌ترین دلیل مراجعه نکردن و دریافت نکردن خدمت است.
- خود درمانی از دلایل اصلی عدم مراجعه در نیازهای سرپایی است.
- مراجعه به پزشک متخصص برای خدمات سرپایی بیش از حد انتظار است.
- مبلغ پرداخت شده مهم‌ترین علت نارضایتی از خدمات سرپایی است.
- دندان‌پزشکان تجربی نقش اندکی در ارائه‌ی خدمات دندان‌پزشکی دارند.
- دریافت دارو بدون نسخه در مقابل دریافت دارو با نسخه ناچیز است.
- بین ۱۰ تا ۲۳ درصد انتقال‌ها از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر به درخواست خود فرد بوده است. سهم مشکلات مالی در انتقال به بیمارستان دیگر ناچیز بوده است.
- در کمتر از ۲ درصد موارد بستری، مبالغی خارج از صورت‌حساب بیمارستان پرداخت شده است. این مبالغ هم به پزشک و هم به افراد دیگر پرداخت شده است.
- تقریباً در ۱۵٪ موارد بستری، برای تأمین هزینه‌ی بستری، افراد ناگزیر از قرض شده‌اند.
- حدود ۵٪ افراد از خدمات بستری ناراضی بوده‌اند.



برای مورد اول یعنی برای خدمات سرپایی و بستری تقاضا پائین است که نیاز به تفسیر دارد یعنی ممکن است به لحاظ تاریخی دسترسی این افراد به خدمت کم بوده و وقتی در طولانی مدت به خدمات دسترسی نداشته باشد توقع فرد هم پائین خواهد آمد. برای حدود ۴۰ درصد از بیمارهای سرپائی اقدامی انجام نمی‌شود، در صورت اقدام ۹۸/۲ درصد منجر به دریافت خدمت می‌شود. که این هم باز نکته‌ای دارد؛ ممکن هست که افراد به تجربه فقط در مواردی اقدام می‌کنند که احتمال درمان آن را می‌دهند و اصلاً برای مواردی که احتمال می‌دهند موفق به درمان نمی‌شوند اقدام نمی‌کنند. بنابراین ما نباید خیلی خوشحال باشیم که صد در صد کسانی که اقدام کردند، خدمت دریافت کرده‌اند.

فرض کنید دندان من درد می‌کند ولی به دندانپزشکی نمی‌روم چون از عهده هزینه‌های آن بر نمی‌آیم و معمولاً کسانی مراجعه می‌کنند که توانایی پرداخت هزینه‌هایش را داشته باشند. بنابراین این که فاصله بین بهره‌مندی و مراجعه کم است دلالتی بر خوب بودن اوضاع ندارد. این که فاصله بین احساس نیاز و اقدام خصوصاً در بعضی استان‌ها زیاد است نیاز به تأمل بیشتری دارد. چه در خدمات سرپایی و چه در معالجه بهره‌مندی مالی مهم‌ترین دلیل عدم مراجعه و بهره‌مند نشدن از خدمت است.

خوددرمانی از دلایل مهم عدم مراجعه در معالجه‌های سرپایی است. اینکه خوددرمانی از نوع خوددرمانی اولیه یا ثانویه است نیاز به بررسی دارد. آیا خوددرمانی خوب است یا خیر؟ گاهی می‌تواند خوب باشد و گاهی می‌تواند بد باشد.

می‌شود با بالا بردن فرهنگ سواد سلامت، مردم یاد بگیرند که برای هر چیزی به پزشک مراجعه نکنند و بفهمند برای یک سردرد یا سرماخوردگی کی نیاز به دکتر هست و کی نیاز نیست. بنابراین اینکه آمار خوددرمانی به‌تنهایی بالاست قابل قضاوت نیست. مراجعه به پزشک متخصص برای خدمات سرپایی بسیار بیش‌ازحد است. این یعنی نظام سلامتی که به حال خودش رها شده است.

۱. کلاً ۷۰ نفر در ۱۰۰۰ نفر به مطب مراجعه کرده‌اند که ۵۰ در ۱۰۰۰ نفر آن‌ها به متخصص مراجعه کرده‌اند. در کل مراجعه به پزشک عمومی بیش‌تر است اما بازهم سهم متخصص خیلی بالاست.

۲. اگر دو هفته را به یک سال تعمیم دهیم و درصدگیری کنیم سرانه بار مراجعه به پزشک عمومی ظاهراً ۲/۵ بار درآمده بود. ۲/۲ هم سرانه مراجعه به متخصص بود که اگر آن را تعمیم بدهیم ۱/۸ خواهد شد. البته متوجه اشکال تعمیم سالانه هستیم اما می‌خواهم نظر شما را بدانم. شما نوشته‌اید مراجعه بسیار بالاست اما اگر ۲/۵ باشد و مردم مراجعه چهار بار در سال را داشته باشند چطور است؟ به نظر می‌آید آمار آن بسیار بالا نباشد.

۳. در سیستم سلامتی که مردم از کانال پزشک عمومی کارهایشان را انجام می‌دهند غالباً در مشکلاتشان درصد نتایج خوبی نداشته‌اند.

۴. اشکالی که وجود دارد در مقایسه کردن این موارد است همه گزارش جهانی را دیده‌ایم. اشکال عمده‌ای که داشته است این است که برای ایران را بار مراجعه ثبت نکرده است و طبق تعبیر من بار مواجهه را حساب کرده بود. یعنی بار مراجعه ایرانی‌ها ۱۰/۳ بار مراجعه محاسبه شد درحالی که در آن گزارش

اروپایی‌ها و آسیای جنوب شرقی و آمریکا حدود چهار تا ۵/۵ بار مراجعه دارند. در محاسبه ما بار مراجعه به پزشک چهار بار درمی‌آید و ممکن است این بحث وجود داشته باشد که چهار بار مراجعه در سال هم زیاد هست. حالا باید روی این موضوع بحث کنیم که نسبت آن چقدر است.

۵. اینجا بار مراجعه به پزشک عمومی و متخصص با هم ۱/۶ درصد است. ۱۶۰ به ازای هر ۱۰۰۰ نفر جمعیت به دست آمده است.

آقای دکتر پیام مقایسه‌ای این بحث این است که مراجعه مردم به پزشک متخصص و عمومی زیاد هست. این هم یعنی این که بار مالی اضافه به سیستم تحمیل کرده‌اند. اگر شما به استان‌های مازندران و فارس که پزشک خانواده دارند نگاه کنید، باز مراجعه مردم به پزشک متخصص بیشتر از پزشک خانواده هست.

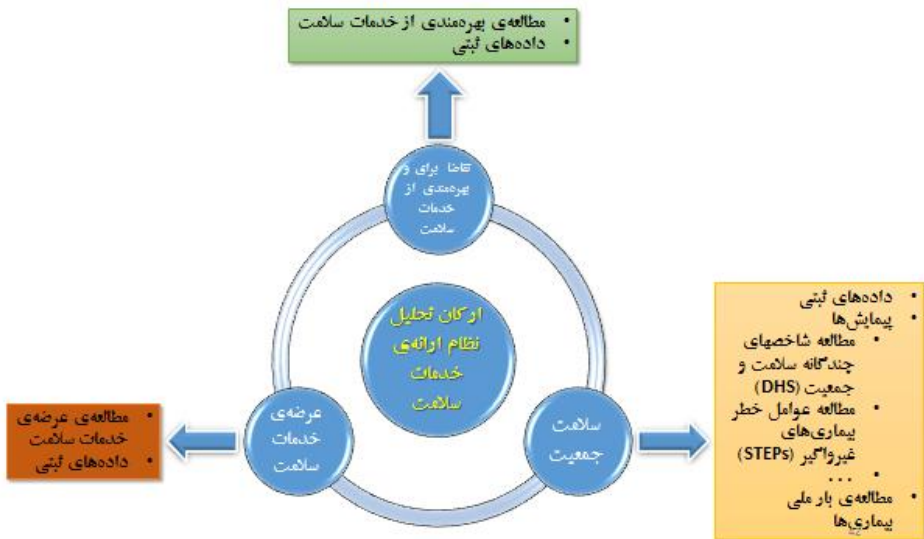
حدود سی سال است که فکر می‌کنیم در روستاها نظام ارجاع اجرا می‌شود اما درصد بار مراجعه اول به متخصص ۴۸ است.

مبلغ پرداخت شده مهم‌ترین علت نارضایتی از خدمات سرپائی هست.

سؤال شما دو تا است: یکی این که افرادی که بدون نسخه به داروخانه مراجعه می‌کنند و دوم این که نسخه را خود مریض تنظیم می‌کند.

این که یک مریض از یک بیمارستان به بیمارستان دیگر منتقل می‌شود کاملاً پذیرفته است و امکانات همه بیمارستان‌ها یکی نیست. ولی اگر خود فرد بخواهد منتقل شود یعنی این که به بیمارستانی که بستری شده است اعتماد ندارد و این یک شاخص از نارضایتی بودن مریض است. کل این موارد یک نگاه مقطعی در سال ۱۳۹۴ است و

تصویری کلی است که نشان می‌دهد ارائه خدمات ما به چه شکل هست. اما برای این که ما درک عمیق‌تری از آن داشته باشیم، یعنی این که بتوانیم نظام ارائه خدمات سلامت را تحلیل کنیم فقط با اتکا به مطالعه بهره‌مندی امکان‌پذیر نیست. حداقل سه رکن دارد که در اسلاید زیر مشاهده می‌کنید:



یکی بحث تقاضا و بهره‌مندی است یعنی مردم چه انتظاراتی دارند. از آن طرف سلامت مردم را هم باید در نظر بگیریم. مثلاً ما دیدیم که در اصفهان نسبت به سیستان و بلوچستان مردم بسیار به دندان‌پزشک مراجعه کرده‌اند. من به یاد دارم که آب مردم سیستان بلوچستان فلوراید زیادی دارد. آیا به این خاطر پوسیدگی دندان‌شان کمتر است و نیاز نیست زیاد به پزشک مراجعه کنند یا اصولاً فرهنگشان ایجاب نمی‌کند که به خاطر دندان به پزشک مراجعه کنند. از آن طرف بحث عرضه خدمات سلامت نیز هست. زمانی که ما وضعیت سلامت کشور را بررسی کردیم به این نتیجه رسیدیم که میزان

سکته‌های قلبی در کشور یک مورد ثابت است، ولی از آن طرف توزیع متخصص قلب کاملاً غیرعادلانه است. وقتی که این دو مورد کنار هم قرار می‌گیرند متوجه می‌شویم که ارائه خدمت غیرعادلانه است ولی مرگ‌ومیر کاملاً عادلانه هست.

اگر درجایی که متخصصین هستند مرگ‌ومیر کمتر بود می‌شد نتیجه گرفت که متخصصین تأثیری داشته‌اند، ولی این نشان می‌دهد که خدمتی که متخصصین قلب ارائه می‌دهند حداقل قدرت پیش‌گیری از مرگ‌ومیر را ندارد. بنابراین رکن دیگر آن این هست که بحث عرضه خدمت را هم در نظر داشته باشیم. این عرضه خدمت همان است که ما در وزارتخانه در قالب مطالعه اکوسیستم انجام دادیم. حداقل این سه مورد باید کنار هم باشند تا بتوانیم نظام سلامت را تغییر بدهیم. حالا برای همه این موارد هم می‌توانید کار پیمایش انجام بدهید، هم این که به ثبت برسد. هردو مهم هستند، هر دو نقاط قوت خودشان را دارند و در کنار هم قرار گرفتن آن‌ها قدرت تحلیل را بیشتر می‌کند. برای بحث عرضه خدمات شما هم می‌توانید از سارا استفاده کنید هم از داده‌های ثبتی. ما کوچه به کوچه و شهر به شهر می‌رفتیم و هرجایی که ارائه خدمتی انجام می‌شد ثبت می‌کردیم. در مطالعات مرتبط با سلامت هم باز بحث داده‌های ثبتی وجود دارد. همه این‌ها به نحوی هست که سلامت جامعه را تضمین می‌کند. شما فکر کنید که ما این سه را کنار هم داریم و بعد تازه می‌توانیم تحلیل کنیم که کفایت نظام سلامت چقدر هست. البته در همه این‌ها یکی از معیارهای مهم تحلیل اقتصادی است، یعنی بحث عرضه قیمت است که به چه قیمتی ما این کار را انجام می‌دهیم. همه این موارد خیلی مهم هستند.

## بحث و گفتگوی شرکت‌کنندگان

۱. در این که این نرم‌افزار فقط به صورت پرسش‌نامه‌ای انجام می‌گیرد و مقداری خطا دارد هیچ شکی نیست. من فکر می‌کنم مقایسه دیتای ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ می‌تواند خیلی انفورماتیک باشد، به خاطر این که خیلی از اتفاقات در آن زمستان افتاد که صرف نظر از این که این فراوانی چقدر بود، تغییرات این فراوانی خیلی می‌تواند مؤثر باشد.
۲. متأسفانه ما در این پیمایش‌ها سلیقه‌ای عمل می‌کنیم، باید تمام این پیمایش‌ها با فاصله حداقل دو سال انجام شود. شما باید نقاط مختلف را داشته باشید تا بتوانید آنالیز صحیحی را انجام بدهید. اما نکته‌ای دیگر که وجود دارد این است که دنیای ما before after برای مداخله نیست. ما در گزارش دهی نتایج این کار بسیار ضعیف هستیم. یک تیم باید نتایج را به صورت کشوری به ما ارائه دهد و به این صورت که هر هفته یکی از سؤالات ارائه شود. همان طور که در جریان هستی پرسش‌نامه به صورت آبشاری است یعنی یک سؤال کلی پرسیده می‌شود و بعد به سمت جزئی‌تر می‌آید. باید یک سؤال پرسیده شود بعد تمرکز روی بحث‌ها و مسائل مهم باشد. در بحث ارجاع هم به هیچ عنوان در ایران با این سیستم سلامت قابلیت اجرا ندارد. شما در سیستمی می‌توانید ارجاع را اجرا کنید که فاصله پرداختی متخصص با پزشک عمومی زیاد باشد. مثلاً حق ویزیت پزشک عمومی چهل هزار تومان باشد ولی حق متخصص سیصد هزار تومان باشد. دومین نکته این است وقتی که پزشک متخصص شما قراردادی با بیمه ندارد چون فاصله پرداختی پزشک متخصص و عمومی کم است مریض در هر صورت به متخصص مراجعه می‌کند.

۳. این بار مالی که گفتید الان ۲۰ هزار تومان یا ۴۰ هزار تومان است، برای جمعیت روستایی پزشک عمومی رایگان است ولی برای پزشک متخصص باید ۴۰ هزار تومان حق ویزیت پرداخت شود. این فرد چرا باید به متخصص مراجعه کند؟
۴. وقتی سیصد هزار تومان باشد فرد مراجعه نمی‌کند.
۵. به جای این که ما گزینه‌های در دسترس افراد را محدود کنیم، اخلاقی‌تر این هست که توانمندان کنیم که انتخاب کنند، یعنی شما با این کار گزینه انتخاب را از فرد می‌گیرید.
۶. منظور من این است که در این سیستم سلامت با این مشخصات، سیستم ارجاع قابل اجرا نیست و در سیستمی قابل اجراست که آن مشخصات ذکر شده را داشته باشد. من روی متوالی بودن مطالعات تأکید می‌کنم. یعنی اگر این مطالعات هر دو سال یک‌بار انجام نشود فایده زیادی نخواهد داشت.
۷. باید بیشترین احتیاط را در تفسیر بحث بستری انجام بدهیم. بیشترین کاربرد این مطالعه برای بخش سرپائی است به دلیل این که احساس نیاز به بستری در بیمار خیلی کم درک می‌شود. احساس نیاز خدمات سرپائی فیلتر ندارد و خود فرد می‌تواند برای خدمت مراجعه کند. ولی احساس نیاز به خدمات بستری توسط پزشک درک می‌شود و این یک فیلتر جدی است. ما در نظام سلامت یک عدم تقارن اطلاعاتی داریم و اطلاعات پزشک خیلی بیشتر است و این که نهایتاً پزشک تصمیم می‌گیرد که بیمار باید بستری بشود یا خیر، توسط بیمار اصلاً درک نمی‌شود. برای تفسیر بخش بستری این مطالعه باید خیلی با احتیاط برخورد کرد. ما اصلاً از این مطالعه نمی‌توانیم به این نتیجه برسیم که تعداد تخت‌های ما کافی است. به خاطر همین

احساس نیاز پایینی که در بیمار برای بستری وجود دارد و اصلاً منعکس‌کننده میزان نیاز به تخت در کشور نخواهد بود.

۸. پیشنهاد من این است در مطالعات بعدی روش انجام بین انسان‌ها و استانداردها تساوی باشد و از طریق آموزش افراد یا ... دقت زیادی بکار گرفته شود. چون به نظر می‌رسد یک مقدار از این آموزش‌ها متعلق به افرادی است که نحوه سؤال کردن و جواب‌گرفتنشان باهم تفاوت داشته است. دیگر این که فکر می‌کنم اگر این مطالعه در مهر یا آبان انجام شود بهتر است.

۹. من دو مطالعه مثال می‌زنم: یکی مطالعه هزینه و درآمد خانوار که در حقیقت این مطالعه به صورت استانی است و برای هر فصل است. مرکز آمار ایران این کار را می‌کند. در یکی از مطالعات در آمریکا از سر سال شروع می‌کنند و نمونه‌گیری را طوری جلو می‌برند و تیم‌هایی دارند که کارش همین است. با مطالعات کوچک آن اصلاحاتی که می‌خواهند را انجام می‌دهند، یعنی یک نمونه کوچک در فصول مختلف می‌گیرند و آنالیزها را انجام می‌دهند. برای همین پیمایش‌های متوالی مستقلاً یک علم است.

۱۰. در بحث نیاز به خدمت سرپائی همان‌طور که آقای دکتر گفتند نیاز مستقیماً ایجاد نمی‌شود، بعضی وقت‌ها مستقیم هست و بعضی اوقات به فرد گفته می‌شود که شما باید بستری شوید. بعضی مواقع هم ممکن است که خود فرد تقاضا کرده باشد که بستری بشود.

۱۱. آقای دکتر یعنی شما می‌پرسید که آیا شما در سال گذشته احساس نیاز کرده‌اید که باید بستری شوید؟



۱۲. خیر، این که نمی شود فرد تشخیص بدهد که باید بستری بشود، دکتر برای او توضیح می دهد. در روش ارجاع به بیمارستان هم در بیش از ۶۰ درصد موارد پزشک متخصص بیمار را ارجاع داده است.

من یک نتیجه گرفتم که در مرحله فروگذار، قبل از اینکه پروتکل پیمایش ملی را نهایی کنیم، یک جلسه برگزار کنیم و بازخورد و جوابی بگیریم که برای کل کشور قابل استفاده باشد. یکی از مهم ترین بحث ها، بحث ارزش یابی اقتصادی هست. چند مطالعه در ایران انجام گرفته است که جواب این مطالعات باهم هم خوانی ندارند. برای همین در ۲۵ تیر جلسه ای برگزار خواهد شد که بحث تکنیکال راجع به نرخ تنظیم است.

### اطلاعات تماس با موسسه ملی تحقیقات سلامت

**آدرس:** تهران، بلوار کشاورز، خیابان وصال شیرازی، خیابان بزرگمهر شرقی، پلاک ۷۰

**تلفن:** ۰۲۱-۶۲۹۲۱

**پست الکترونیک:** nihr@tums.ac.ir

«با تشکر از موسسه هومان همراهان دانش برای مستندسازی و تهیه کتاب نشست گفتمان سیاستی»

**تلفن:** ۰۲۱-۴۴۹۶۴۶۸۸



