

## عوامل اجتماعی - اقتصادی تعیین کننده‌ی وضعیت بهره‌مندی خانوارها از خدمات سلامت: یک مطالعه‌ی مقطعی در کلان شهر تهران

دکتر عزیز رضاپور<sup>۱</sup>، دکتر فرید عبادی فرد آذر<sup>۲</sup>، نگار یوسف زاده<sup>۳</sup>، فاطمه حسن پور<sup>۳</sup>، حسین باقری فرادنبه<sup>۴</sup>، سعیده انصاری نصرتی<sup>۳</sup>، زهرا آسمانه<sup>۳</sup>، محمد حسین غفوری<sup>۵</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** دریافت و مصرف خدمات مراقبت سلامت را "بهره مندی" می‌نامند. عوامل اجتماعی - اقتصادی زیادی از جمله: درآمد، فرهنگ و تحصیلات بر بهره مندی از خدمات تاثیرگذار می‌باشند. هدف از این مقاله معرفی عوامل اجتماعی - اقتصادی تعیین کننده‌ی وضعیت بهره مندی خانوارها از خدمات سلامت در کلان شهر تهران است.

**روش بررسی:** مطالعه‌ی حاضر یک پژوهش توصیفی - تحلیلی و به صورت مقطعی است که در سال ۱۳۹۱ انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۷۹۲ خانوار ساکن تهران بودند. داده‌ها با استفاده از پرسش نامه‌ی سازمان جهانی بهداشت در بخش خانوار جمع آوری شد و با استفاده از مدل لاجیستیک و نرم افزار stata12 تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** از متغیرهای مورد مطالعه، وضعیت درآمد خانوار، تحصیلات سرپرست خانوار، وجود فرد با بیماری مزمن، وجود فرد بالای ۶۰ سال و فرد زیر ۱۴ سال در خانوار، روابط قطعی و معناداری با وضعیت خدمات سلامت داشتند. بیمه، اثری مهم و ضعیف بر بهره مندی از خدمات سلامت داشت. همچنین ۲۳ درصد از خانوارهای مطالعه، تحت پوشش بیمه نبودند.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و توجه ویژه‌ی این سیاست‌ها به پوشش همگانی بیمه و حفاظت خانوارها و اصلاح نظام‌های پرداخت، شناسایی خانوارهایی که به دلایل مختلف اجتماعی - اقتصادی مجبورند بیش از سایر خانوارها از خدمات سلامت استفاده کنند، گام مهمی جهت حفاظت از خانوارهای آسیب پذیر و اصلاح نظام بهداشت و درمان کشور به شمار می‌رود.

**واژه‌های کلیدی:** عوامل اجتماعی - اقتصادی، بهره مندی خانوارها، خدمات سلامت

\* نویسنده مسئول :

محمد حسین غفوری؛

مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد

سلامت دانشگاه علوم پزشکی ایران

Email :

Mh-ghafari@razi.tums.ac.ir

- دریافت مقاله : فروردین ۱۳۹۴ پذیرش مقاله : تیر ۱۳۹۴

### مقدمه

در مباحث اقتصاد سلامت، خدمات سلامت با داشتن اثرات بیرونی مثبت و منفی در دسته کالاهای عمومی قرار می‌گیرد. در عین حال که بیماری و سلامت، خود از شرایط اجتماعی و اقتصادی متاثر می‌شود، لکن می‌تواند به دلیل پیامدهای خارجی

<sup>۱</sup> استادیار گروه اقتصاد سلامت، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، مرکز تحقیقات

علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استاد مدیریت بهداشت و درمان، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه

علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۳</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، گروه مدیریت و اقتصاد

سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

<sup>۴</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد ارزیابی فناوری سلامت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی،

دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

<sup>۵</sup> کارشناس ارشد اقتصاد بهداشت، مرکز تحقیقات علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشگاه

علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

اثراتی را بر محیط اجتماعی و اقتصادی کلان جامعه تحمیل کند و آن‌ها را متاثر سازد (۱).

به رغم مباحث گسترده‌ای که در زمینه‌ی مفهوم دسترسی وجود دارد، هیچ تعریف واحدی از این مفهوم ارائه نشده است؛ اما اکثر مقالات نوشته شده بر این مطلب توافق دارند که: دسترسی، مفهوم یکسانی با مصرف ندارد. دسترسی به مفهوم فرصت و توانایی استفاده از خدمات است. فراتر از مفهوم فرصت، جوامع و افراد نیاز دارند تا در شرایطی باشند که توانایی انتخاب اینکه چه زمانی، استفاده از چه خدمتی برای آنها مناسب است، در یک چهارچوب معین را داشته باشند. به همین دلیل دسترسی به عنوان "آزادی در استفاده از خدمات" معنا می‌شود (۲).

مساله‌ای که تقریباً در تمام مباحث بر سر آن توافق وجود دارد، این است که: دسترسی مساله‌ای چند بعدی است. هرچند مباحث گسترده‌ای در مورد تعداد و طبیعت این ابعاد وجود دارد. عوامل زیادی در سطح خانوار و افراد و همچنین نظام سلامت وجود دارند که بر دسترسی تاثیر می‌گذارند. جهت توضیح این ابعاد به صورت نظام مند، باید آن دسته از ابعادی را که به یکدیگر نزدیک و شبیه هستند در ابعادی یکسان گروه بندی نمود (۳ و ۴).

فراهم بودن (که گاهی اوقات به مفهوم دسترسی فیزیکی در نظر گرفته می‌شود)، به صرفه بودن از لحاظ مالی (اکثراً به عنوان دسترسی مالی و استطاعت در نظر گرفته می‌شود)، و مقبولیت (که گاهی به عنوان دسترسی فرهنگی در نظر گرفته می‌شود، اگرچه واژه‌ی فرهنگی تمرکز بسیار محدودی را بوجود می‌آورد)، سه بعد اصلی دسترسی را تشکیل می‌دهند. امروزه دسترسی مالی یا توانایی پرداخت، یکی از مهم ترین تعیین کننده‌های دسترسی در نظر گرفته می‌شود و به طور مستقیم با ابعاد فقر همراه است (۴).

در مقابل، دریافت و مصرف خدمات سلامت را "بهره‌مندی از خدمات سلامت" می‌نامند (۵). قطعاً مصرف خدمات یک شاخص ناقص جهت اندازه گیری عدالت در نظام سلامت است. حتی اگر به طور مثال، تحلیل‌های مصرف بر اساس چهارچوب‌های اجتماعی - اقتصادی به طور گسترده‌ای جهت نشان دادن اهمیت ارتقای کارکرد نظام سلامت برای طبقه فقیر جامعه به کار برده شود (۶).

بی عدالتی‌های ساختاری موجب به وجود آمدن الگوهای نامتعارف مصرف می‌گردد، اما برعکس این حالت الزاماً درست نیست. یعنی الگوهای نامتعارف مصرف می‌تواند به دلایل دیگری نیز به وجود بیاید و همه این الگوها به دلیل عدالت نیست (۶).

به طور مثال، بعضی از خدمات ممکن است به سمت افراد با توانایی مالی بیشتر منحرف شود، زیرا شیوع بعضی از شرایط خاص سلامتی در گروه‌های ثروتمندتر بیشتر است. برعکس، استفاده از بعضی خدمات دیگر می‌تواند به سمت افراد فقیر منحرف گردد. دلایل اساسی به وجود آمدن این نوع الگوهای مصرف، ممکن است کمبودهای موجود در خدمات خاص از منظر مقبولیت باشد، که کسانی که حتی استطاعت دریافت آن را دارند نیز از مصرف، منصرف می‌شوند (۳).

دسترسی جغرافیایی قسمت مهم دسترسی در کشورهای کم درآمد و با درآمد متوسط است. اما مطالعات صورت گرفته نشان دهنده این امر است که عوامل بسیار دیگری نیز بر دسترسی و بهره مندی تاثیر گذارند. مطالعات مختلف نشان داده است: وضعیت مالی، سن، جنسیت، قومیت، عقاید مذهبی و مواردی نظیر آن‌ها تاثیر چشم گیری بر مصرف و دسترسی به خدمات سلامت دارند (بعضی زنان از مراجعه به پزشک مرد امتناع می‌نمایند یا بعضی عقاید

مذهبی برخی خدمات را خلاف می‌دانند(۷).

مطالعات مختلفی، اثرات عوامل اجتماعی - اقتصادی بر مصرف خدمات سلامت را بررسی کرده‌اند از جمله: Falkingham و همکاران نشان دادند بهره مندی از خدمات سلامت با توجه به خصوصیات سنی جمعیت مورد مطالعه متفاوت است. بر طبق مطالعه‌ی او، بهره مندی از خدمات سلامت در میان اقشار جوان و پیر نسبت به سایر گروه‌های سنی میانسال بیشتر است(۸). نتایج مطالعه‌ی Saeed و همکاران نشان داد که درآمد سرانه، یک عامل اثرگذار و معنی دار بر شانس بهره‌مندی از خدمات مراقبت سلامت می‌باشد(۹). در مطالعه‌ی Diala و همکاران در آمریکا، اینگونه نتیجه گیری شد که بعضی از اقوام ساکن آمریکا از میزان بیشتری از خدمات اعصاب و روان استفاده کرده‌اند؛ در حالی که این خدمات چه از لحاظ فیزیکی و چه از لحاظ مالی برای همه‌ی این اقوام در دسترس قرار داشت. تحصیلات نیز از جمله عواملی است که بر مصرف خدمات سلامت تاثیر می‌گذارد(۱۰).

در مجموع با توجه به بررسی مطالعات صورت گرفته در این زمینه، دو رویکرد برای جمع آوری داده‌های مرتبط با بهره مندی افراد از خدمات سلامت وجود دارد: اول، بررسی پرونده‌های بالینی در سازمان‌های ارائه دهنده خدمات سلامت، دوم، انجام مطالعه‌ی پیمایشی مبتنی بر جمعیت و جمع آوری داده‌ها از طریق مصاحبه. مطالعات مبتنی بر جمعیت و بررسی جامعه به عنوان یک روش جمع آوری اطلاعات بهره‌مندی از خدمات سلامت، مزایای مختلفی دارند از جمله: بررسی زیر گروه‌های مختلف جمعیت با استفاده از روش‌های صحیح آماری، وجود یک جمعیت برای اندازه گیری و سنجش میزان‌ها، دسترسی به طیف وسیعی از اطلاعات، ارائه‌ی تصویر

روشنی از وضعیت سلامت افراد تحت مطالعه و ارائه‌ی اطلاعاتی از افرادی که به دنبال برطرف کردن نیازهای خود نیستند(۵).

پورآقا و همکاران در مطالعه‌ای با عنوان "عوامل موثر در بهره‌مندی از ویزیت پزشکان در استان‌های مختلف کشور: مطالعه‌ای در میان جمعیت تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی"، نشان دادند که پرداخت از جیب، بابت ویزیت پزشک متخصص نسبت به پرداخت از جیب، بابت ویزیت پزشک عمومی، دسترسی جغرافیایی و پرداخت از جیب بابت داروها از جمله عوامل اثر گذار بر بهره مندی از خدمات پزشکان است. همچنین در مطالعه‌ی فوق نشان داده شد که پرداخت از جیب بابت ویزیت پزشک متخصص و درآمد بیمه شدگان تاثیر بر بهره مندی از خدمات پزشکان نداشته است. این مطالعه از نوع اول، یعنی بررسی پرونده‌های افراد تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی می‌باشد(۱۱). با توجه به مطالب پیشگفت هدف از مطالعه‌ی حاضر، معرفی و تعیین عوامل اجتماعی - اقتصادی موثر بر بهره مندی از سلامت در خانوارها در کلان شهر تهران است.

### روش بررسی

این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی و به صورت مقطعی و با روش نمونه گیری طبقه‌ای - خوشه‌ای طراحی شد. واحد نمونه گیری در این مطالعه، اعضای خانوار معمولی شهری بود که در حوزه‌ی شهر تهران، مدت سکونت حداقل یک سال قبل از تاریخ اخذ اطلاعات(۱۳۹۱) را داشتند. نمونه دارای ۲۲ طبقه بود و هر طبقه با احتمال مساوی ۳۶ خانوار، در مطالعه قرار گرفت. با توجه به این که هر منطقه دارای چندین ناحیه و هر ناحیه مشتمل بر چندین محله بود، لذا با روش نمونه گیری خوشه‌ای از هر منطقه به طور

فرد بالای ۶۰ سال و فرد زیر ۱۴ سال) در تحلیل‌ها استفاده شد.

دوره‌ی یادآوری برای بیماران سرپایی در این مطالعه ۴ هفته و برای بیماران بستری یک سال در نظر گرفته شد. شیوه‌ی جمع‌آوری داده‌ها از طریق مصاحبه‌ی حضوری پژوهشگر با سرپرست و افراد آگاه از اطلاعات مورد نیاز پژوهش بود. در صورت وجود افراد زیر ۱۸ سال و یا افراد معلول و بیماری که قادر به ارائه اطلاعات و همراهی با پرسشگران نبودند، از سرپرست خانوار (پدر و یا مادر) در مورد اطلاعات مرتبط با آن‌ها سؤال شد. جهت تحلیل توصیفی متغیرها از نرم افزار Stata 12، جداول متقاطع و آزمون Pearson -  $\chi^2$  و سطح معنی داری P-value استفاده شد.

در پژوهش حاضر، هیچ یک از متغیرهای استفاده شده جهت تحلیل‌های رگرسیونی از نوع متغیرهای کمی پیوسته نبودند، بلکه همگی آن‌ها از نوع متغیرهای کیفی بودند (همچنین متغیر وابسته که استفاده یا عدم استفاده از خدمات سلامت می‌باشد)؛ از همین رو، متغیرهای مطالعه‌ی ما از نوع متغیرهای دو تایی یا موهومی (Dummy Variables) به حساب می‌آمدند.

موارد متعددی وجود دارد که در آن‌ها متغیر وابسته منقسم به دو گروه است؛ مثلاً یک خانواده از خدمات سلامت استفاده کرده یا استفاده نکرده است. در این مطالعه جهت بررسی تحلیلی داده‌ها با توجه به نوع متغیرها که در ادامه ذکر خواهد شد از مدل لاجیستیک، برآورد نسبت شانس و نرم افزار Stata 12 استفاده شد.

$Y_i$  یک متغیر موهومی است و می‌تواند مقادیر ۱ یا ۰ (وقوع یا عدم وقوع) را اختیار نماید. در این مدل شکل تابع به صورت زیر می‌باشد:

تصادفی یک ناحیه و از هر ناحیه یک محله برای مطالعه انتخاب شد. با توجه به عدد فاصله، خانوارهای مورد مطالعه، از بلوک‌ها مشخص شدند. نمونه‌گیری در بلوک‌ها شامل سه مرحله تعیین مشخصات نمونه‌گیری، انتخاب نمونه‌ها و تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود.

اطلاعات از طریق پرسش‌نامه پیمایش جهانی سلامت (۱۲) که به منظور سنجش عملکرد نظام سلامت نگاشته شده است، جمع‌آوری شد. این پرسش‌نامه از سه بخش اصلی: اطلاعات شناسایی، پرسش‌نامه‌ی خانوار و پرسش‌نامه‌ی فردی تشکیل شده است که در مطالعه حاضر تمرکز بیشتر بر روی دو بخش اول قرار داشت.

قسمت اول این پرسش‌نامه مشتمل بر اطلاعات اجتماعی و اقتصادی خانوار است و در قسمت دوم درباره‌ی هزینه کرد خانوارها برای موارد خوراکی و غیر خوراکی غیر سلامت و پیش پرداخت‌های سلامت سؤال شد. در قسمت سوم نیز سئوالاتی در ارتباط با درآمد خانوارها ارائه شد. از آن جا که بسیاری از خانوارها از اظهار مقدار درآمد خود، خودداری کردند و برخی نیز اطلاعات غیر واقعی دادند، کل هزینه‌های ناخالص خانوارها معادل درآمد جایگزین شد؛ همچنان که در اکثر مطالعات، این شیوه اعمال شده است.

در قسمت چهارم بر حسب نیاز دو سؤال در مورد این که آیا خانوارها دارای افراد معلول و یا افراد نیازمند به مراقبت طولانی هستند، پرسیده شد.

در قسمت‌های بعدی پرسش‌نامه در مورد سرپرست خانوار (جنسیت، تحصیلات، پوشش بیمه‌ای و شغل) سئوالاتی پرسیده شد. قسمت نهایی پرسش‌نامه نیز مربوط به سئوالاتی در مورد افراد خانوار بود، که حسب مورد و هدف این مطالعه از دو سؤال (وجود

مالکیت مسکن و جنسیت سرپرست خانوار ارتباط معناداری با وضعیت استفاده خانوار از خدمات سلامت ندارند. به بیان دیگر، هرچند میزان استفاده از خدمات سلامت در خانوارهای مالک مسکن ۲ درصد بیشتر است، اما هیچ تفاوت معنادار آماری بین نسبت مصرف خانوارهایی که مالک مسکن خویش بودند و خانوارهایی که مستاجر بوده‌اند، وجود ندارد.

نتایج فوق همچنین برای خانوارهایی که سرپرست آنها زن یا مرد بوده است نیز مشابه است. در جدول ۱ مشاهده می‌شود: نسبت خانوارها با سرپرست زن که از خدمات سلامت بهره مند شده بودند، تنها ۰/۳ درصد با خانوارهایی که سرپرست آنها مرد است اختلاف دارد.

اما وضعیت درآمد خانوار، وجود فرد بیمار در خانوار، تحصیلات سرپرست، پوشش بیمه‌ای خانوار، حضور فرد بالای ۶۰ سال و حضور فرد زیر ۱۴ سال در خانوار ارتباط معناداری با وضعیت استفاده از خدمات سلامت توسط خانوار، دارند. در مورد وضعیت درآمد خانوارها مشاهده می‌شود که خانوارهای پنجک‌های بالاتر، با نسبت بیشتری از خانوارهای فقیرترین پنجک (پنجک ۱) از خدمات سلامت استفاده کرده بودند. البته نسبت خانوارهایی که در پنجک ۵ از خدمات سلامت استفاده کردند، از پنجک ۴ کمتر بود. همچنین خانوارهایی که یک فرد با بیماری‌های مزمن نیازمند مراقبت‌های طولانی مدت نیز در آنها زندگی می‌کند، بیش از سایر خانوارها از خدمات سلامت استفاده می‌کنند.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود با افزایش سطح تحصیلات سرپرست خانوار، نسبت خانوارهایی که از خدمات سلامت استفاده کردند، کمتر می‌شود. به این ترتیب که بیشترین نسبت مصرف از خدمات سلامت بین خانوارهایی مشاهده

$$f(y_i) = \Pi_i^{y_i} (1 - \Pi_i)^{1-y_i}$$

در این تابع، احتمال آنکه خانوار دچار هزینه‌های اسف بار و یا مواجه با هزینه‌های سلامت منجر به فقر باشد، عبارتست از:

$$p(y_i = 1 / x_i) = \Pi_i$$

$$E(y / x) = p(y_i = 1 / x_i) = \Pi_i = G(x_i' \beta)$$

$$(x_i' \beta) = \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n$$

$$G(x_i' \beta) = \frac{e^{x_i' \beta}}{1 + e^{x_i' \beta}} \Rightarrow \Pi_i = \frac{e^{x_i' \beta}}{1 + e^{x_i' \beta}}$$

تخمین این مدل با روش (MLE یا Multiple Likelihood Estimation) انجام گرفت (۱۳). متغیرهای پژوهش، همگی از نوع متغیرهای موهومی بوده و دارای دو یا تعداد بیشتری از طبقات فرضی است و جهت محاسبه‌ی نسبت شانس، طبقات بالاتر با اولین طبقه مقایسه می‌شوند.

در مدل لاجیستیک مطالعه‌ی حاضر، متغیر وابسته بهره‌مندی از خدمات سلامت بود که دارای دو طبقه می‌باشد (۰ = عدم بهره‌مندی از خدمات سلامت و ۱ = بهره‌مندی از خدمات سلامت). همچنین متغیرهای مستقل عبارت‌اند از: درآمد خانوار که پنج طبقه دارد (پنجک‌های ۱ تا ۵)، تحصیلات سرپرست خانوار که دارای سه طبقه است (بی سواد و دبستان، راهنمایی و دبیرستان، دانشگاهی)، پوشش بیمه‌ای خانوار با دو طبقه (پوشش=۱ و عدم پوشش=۰)، وجود فرد بالای ۶۰ سال در خانوار دارای دو طبقه (وجود=۱ و نبود=۰)، وجود فرد زیر ۱۴ سال در خانوار با دو طبقه (وجود=۱ و نبود=۰)، جنسیت سرپرست خانوار (زن=۰، مرد=۱) و مالکیت اسکان با دو طبقه (مستاجر، ۱ = مالک خانه).

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در جدول ۱ نشان می‌دهد

خانوارهایی که از خدمات سلامت استفاده کردند، افزایش یابد.  
لازم به ذکر است که تفاوت‌های قومیتی و مذهبی در تحلیل‌های اولیه، هیچ تأثیری در بهره‌مندی از خدمات سلامت نداشت.

شد که تحصیلات سرپرست آنها در گروه بی سواد و ابتدایی قرار داشت و کمترین نسبت نیز از آن خانوارهایی است که سرپرست آنها تحصیلات دانشگاهی دارد.  
پوشش بیمه‌ای، وجود افراد بالای ۶۰ سال و حضور افراد زیر ۱۴ سال نیز باعث شد تا نسبت

### جدول ۱: رابطه‌ی وضعیت بهره‌مندی خانوارها از خدمات سلامت و متغیرهای مطالعه

Pearson- $\chi^2$ (P)	جمع *	استفاده از خدمات سلامت		ویژگی
		نداشته	داشته	
				مالکیت اسکان
				مالک
۰/۳۴(۰/۵۶)	۵۱۴(٪۶۴/۹)	۲۰۹(٪۴۰/۷)	۳۰۵(٪۵۹/۳)	مستاجر
	۲۷۸(٪۳۵/۱)	۱۱۹(٪۴۲/۸)	۱۵۹(٪۵۷/۲)	جنسیت سرپرست
				زن
۰/۹(۰/۹۵)	۵۶(٪۷/۱)	۲۳(٪۴۱/۱)	۳۳(٪۵۸/۹)	مرد
	۷۳۶(٪۹۲/۹)	۳۰۵(٪۴۱/۴)	۴۳۱(٪۵۸/۶)	درآمد خانوار
				پنجک ۱
	۴۴۴(٪۵۶/۱)	۲۱۲(٪۴۷/۷)	۲۳۲(٪۵۲/۳)	پنجک ۲
۱۹/۲(۰/۰۰۱)	۲۵۸(٪۳۲/۶)	۸۹(٪۳۴/۵)	۱۶۹(٪۶۵/۵)	پنجک ۳
	۵۹(٪۷/۴)	۲۰(٪۳۳/۹)	۳۹(٪۶۶/۱)	پنجک ۴
	۱۹(٪۲/۴)	۳(٪۱۵/۸)	۱۶(٪۸۴/۲)	پنجک ۵
	۱۲(٪۱/۵)	۴(٪۳۳/۳)	۸(٪۶۶/۷)	فرد بیمار در خانوار
				وجود ندارد
۲۸/۸(۰/۰۰)	۷۱۱(٪۸۹/۸)	۳۱۷(٪۴۴/۶)	۳۹۴(٪۵۵/۴)	وجود دارد
	۸۱(٪۱۰/۲)	۱۱(٪۱۳/۶)	۷۰(٪۸۵/۴)	تحصیلات سرپرست
				بی سواد و دبستان
۱۷/۲(۰/۰۰)	۲۲۰(٪۲۷/۸)	۶۷(٪۳۰/۴۵)	۱۵۳(٪۶۹/۵۵)	راهنمایی و دبیرستان
	۲۳۸(٪۳۰/۱)	۱۰۰(٪۴۲)	۱۳۸(٪۵۸)	دانشگاهی
	۳۳۴(٪۴۲/۲)	۱۶۱(٪۴۸/۲)	۱۷۳(٪۵۱/۸)	پوشش بیمه‌ای
				ندارد
۳/۶(۰/۰۵۵)	۱۸۳(٪۲۳/۱)	۸۷(٪۴۷/۵)	۹۶(٪۵۲/۵)	دارد
	۶۰۹(٪۷۶/۹)	۲۴۱(٪۳۹/۶)	۳۶۸(٪۶۰/۴)	فرد بالای ۶۰ سال
				حضور دارد
۷/۹(۰/۰۰۵)	۱۴۵(٪۱۸/۳)	۴۵(٪۳۱)	۱۰۰(٪۶۹)	حضور ندارد
	۶۴۷(٪۸۱/۷)	۲۸۳(٪۴۳/۷)	۳۶۴(٪۵۶/۳)	

فرد زیر ۱۴ سال

حضور دارد	۱۴۲(٪۶۴)	۸۰(٪۳۶)	۲۲۲(٪۲۸)	۳/۶(٪۰/۰۵۵)
حضور ندارد	۳۲۲(٪۵۶/۵)	۲۴۸(٪۴۳/۵)	۵۷۰(٪۷۲)	

\* قسمت جمع مربوط به بررسی توصیفی متغیرها بدون در نظر گرفتن وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت می باشد. به عنوان مثال ۶۴/۹ درصد از خانوارها مالک و بقیه مستاجر بوده‌اند.

### مدول ۲: برآورد نسبت شانس عوامل موثر بر وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت با استفاده از مدل لاجیستیک

نسبت شانس (Odds ratio)	انحراف معیار	آماره Z	آماره P	سطح اطمینان ۹۵٪	
۱/۸۳	۰/۳۱۷	۳/۴۸	۰/۰۰	۲/۵۷۲۴۹۷	پنجک ۲
۱/۹۸	۰/۵۹۹	۲/۲۶	۰/۰۲۴	۳/۵۸۴۵۰۶	پنجک ۳
۵/۰۳۳	۳/۳۰۹	۲/۴۶	۰/۰۱۴	۱۸/۲۶۱۵۹	پنجک ۴
۲/۴۳۲	۱/۵۴۲	۱/۴۰	۰/۱۶۱	۰/۷۰۱۶۰۲۸	پنجک ۵
۴/۰۳	۱/۳۷۹	۴/۰۷	۰/۰۰۰	۲/۰۵۸۳۰۲	وجود فرد بیمار در خانوار
۰/۶	۰/۱۲۶	-۲/۴۳	۰/۰۱۵	۰/۹۰۵۹۶۶۱	تحصیلات راهنمایی و دبیرستان
۰/۴۶	۰/۰۹۲	-۳/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۸۱۲۲۲۱	تحصیلات دانشگاهی
۱/۱۶	۰/۲۰۷	۰/۸۵	۰/۳۹۶	۱/۶۵۱۸۳	پوشش بیمه ای
۱/۵	۰/۳۳۳	۱/۸۴	۰/۰۶۶	۲/۳۲۲۰۸	وجود فرد بالای ۶۰ سال
۱/۸۳۵	۰/۳۰۶	۳/۱۲	۰/۰۰۲	۲/۴۵۳۶۵۴	وجود فرد زیر ۱۴ سال

LR chi2(1): ۷۹/۶  
Pseudo R2: ۰/۰۸  
Prob. > chi2: ۰/۰۰

مشاهده می‌شود که وجود فرد بیمار در خانوار نیز با یک نسبت شانس بالا احتمال استفاده از خدمات سلامت توسط خانوار را بسیار بالا برده است. همچنین نسبت‌های شانس وجود فرد بالای ۶۰ سال و زیر ۱۴ سال در خانوار نیز بالاتر از یک می‌باشد و این دو متغیر احتمال مصرف خدمات را بالا می‌برند.

اما برخلاف جدول یک و نتیجه‌ی آزمون  $\chi^2$  پیرسون، نسبت شانس پوشش بیمه‌ای علی‌رغم اینکه بالاتر از یک است، مقدار معناداری نیست. یعنی با استفاده از مدل لاجیستیک این نتیجه حاصل می‌شود که پوشش بیمه قادر نبوده است احتمال استفاده از

پس از بررسی توصیفی متغیرهای مطالعه، قسمت تحلیل مطالعه با استفاده از برآورد نسبت‌های شانس عوامل موثر بر وضعیت بهره مندی از خدمات سلامت بوسیله مدل لاجیستیک، انجام گردید.

با توجه به یافته‌های جدول ۲ تا پنجک ۴ (یعنی پنجک‌ها ۲، ۳ و ۴) نسبت شانس برآورد شده از لحاظ آماری معنا دار است. اما نسبت شانس پنجک پنجم از نظر آماری معنادار نیست. نسبت‌های شانس محاسبه شده نیز همگی بالاتر از ۱ هستند که نشان می‌دهد با افزایش درآمد احتمال استفاده خانوارها از خدمات سلامت نیز افزایش می‌یابد.

خدمات سلامت در خانوارهای مطالعه را افزایش دهد.

## بحث

در پژوهش حاضر تلاش شد تا بعضی از عوامل اجتماعی - اقتصادی موثر بر شانس بهره‌مندی از انواع خدمات سلامت نشان داده شود. هرچند ارتباط معنی داری بین دو متغیر مالکیت اسکان و جنسیت سرپرست خانوار مشاهده نشد و پوشش بیمه‌ای اثری مبهم را نشان داد، اما سایر متغیرها ارتباط معناداری را نشان دادند که در ادامه به مباحث مرتبط با آنها پرداخته می‌شود.

نتایج این مطالعه نشان داد: تا پنجک پنجم با افزایش درآمد، نسبت شانس بهره‌مندی از خدمات سلامت افزایش می‌یابد. مطابق مطالعات اپیدمیولوژیک، وضعیت اقتصادی و درآمد بر تفاوت‌های موجود هم در مصرف خدمات سلامت و هم وضعیت سلامت موثر هستند. مطالعات زیادی این نتایج را تأیید می‌نمایند. مطالعه‌ی Lopez - Cevallos & Chi هم نشان داد، تفاوت عمده‌ای در استفاده از خدمات سلامت با توجه به وضعیت اقتصادی وجود دارد. این مطالعه رابطه‌ی معنی داری را بین وضعیت اقتصادی و بهره‌برداری از خدمات سلامت و نیز ویزیت درمانی نشان می‌دهد. به عبارتی با افزایش رتبه‌ی خانوارها در پنجک‌های دارایی و مصرف، شانس استفاده از مراقبت‌های پیش‌گیری و نیز درمانی مورد نیاز افزایش می‌یابد (۶). همچنین مطالعه Falkingham و همکاران تأثیر تفاوت‌های اجتماعی و اقتصادی در بهره‌مندی از خدمات سلامت را روشن ساخت. کسانی که در ثروتمندترین پنجک مصرف از جمعیت قرار داشتند، با احتمال بیشتری نسبت به گروه‌های

دیگر به دنبال جستجوی مراقبت‌های پزشکی بودند (۸).

علاوه بر این مشاهده شد که افراد با تحصیلات بالاتر دارای نسبت شانس کمتر از یک برای استفاده از خدمات سلامت بودند؛ یعنی با بالا رفتن سطح تحصیلات احتمال استفاده از خدمات کاهش یافته بود. اگرچه بعضی از مطالعات نتایج مغایری نشان می‌دهند و بعضی نیز این نتیجه را تأیید می‌کنند. به عنوان مثال، نتایج مطالعه‌ی Saeed و همکاران در غنا نشان داد که افزایش سطح تحصیلات تا سطح پیش‌دانشگاهی اثرات مثبت و معنی دار، و سطوح مختلف دانشگاهی اثرات مثبت، اما غیر معنی دار را بر احتمال بهره‌مندی خدمات سلامت در مقایسه با افرادی که فاقد تحصیلات رسمی بودند، دارد (۹). در مطالعه‌ی Simpson و همکاران نشان داده شد که مشاوره‌ی پزشکی و استفاده از خدمات بستری در افراد با تحصیلات کمتر، بیشتر دیده شده است. در حالی که مشاوره‌ی دندانپزشکی و متخصص زنان در افراد با تحصیلات بالا، بیشتر است (۱۴). مطالعه‌ی Vikum و همکاران در نروژ نشان داد افراد با تحصیلات بالاتر، مصرف بیشتری از خدمات سلامت را دارا هستند (۱۵). همچنین بعضی نظریه‌ها بیان می‌کنند: افراد با تحصیلات بالا احتمالاً به دلیل شناخت نیازهای سلامت و اهمیت آن به دنبال جستجوی خدمات سلامت در مقایسه با افرادی که مدارج علمی پایین‌تر دارند، می‌گردند. آصف زاده و رضاپور اعلام کردند سطح تحصیلات مادران در تشخیص زودرس بیماری و مشکلات سلامتی در سطح خانواده و متعاقباً تقاضای زودتر برای درمان دخیل می‌باشد (۱۶). وجود فرد بالای ۶۰ سال از دیگر متغیرهای افزایش دهنده‌ی احتمال استفاده‌ی خانوار از خدمات سلامت بود. افراد سالمند به دلیل کهولت سنی و



نتایج مطالعه‌ی Saeed و همکاران در غنا نشان دهنده‌ی اثرات مثبت بیمه بر احتمال بهره‌مندی خدمات سلامت است (۹). مطالعه‌ی Mocan و همکاران نشان داد بیمه سلامت بر خلاف انتظار تاثیر منفی بر تقاضای خدمات درمانی دارد (۱۹). مطالعه‌ی Elgazzar نشان داد، وجود بیمه سلامت احتمال مراجعه به ارائه‌دهندگان خدمات سرپایی را به میزان قابل توجهی افزایش می‌دهد. در کشور مصر، بیمه رابطه‌ی معنی‌داری در تعیین استفاده از خدمات بستری نشان نمی‌دهد، در حالی که بیمه در کشور لبنان تعیین‌کننده است؛ هرچند که در جهت منفی باشد و ارزش منفی آن نشان می‌دهد که داشتن بیمه احتمال استفاده از خدمات بستری را کاهش می‌دهد (۲۰).

مطالعه‌ی Woods و همکاران نشان داد: کودکانی که از بیمه عمومی برخوردار هستند در مقایسه با کودکان فاقد پوشش بیمه‌ای، چهار برابر بیشتر خدمات سلامت دریافت کرده‌اند (۲۱). مطالعه‌ی Lopez - Cevallos & Chi نشان داد: فقدان پوشش بیمه باعث کاهش چشم‌گیر در احتمال دریافت خدمات پیشگیری، ویزیت‌های درمانی و مراقبت‌های بیمارستانی در کشور اکوادور می‌شود که بدون شک، پوشش بیمه یکی از عناصر کلیدی برای اصلاحات با توجه به سطح بالای فقر (به ویژه در میان خانواده‌های بومی و روستایی) در این کشور است (۶). لازم به ذکر است مطالعات مبتنی بر جمعیت و بررسی‌های جامعه‌ای دارای محدودیت‌هایی از قبیل نمونه‌گیری و صحت گزارش پاسخ دهندگان است. نمونه‌ی مورد بررسی باید معرف جامعه بوده و دارای خطای کم باشد. در این مطالعات توازن بین هزینه‌ی اجرا و دقت باید در مطالعات منطقه‌ای برقرار باشد. در مطالعه‌ی حاضر متقاعد کردن خانوارها جهت

مواجهه‌ی بیشتر با شوک‌های سلامتی، احتمال ابتلای بیشتر به بیماری دارند و از طرفی به دلیل داشتن نیازهای مختلف سلامت، هم خدمات بیشتر و هم مراقبت‌های متنوع را می‌طلبند. بر طبق نظریه گراسمن، افراد با ذخیره‌ی سلامتی متولد می‌گردند. این سرمایه در طول زمان با افزایش سن مستهلک شده و کاهش می‌یابد و سرمایه‌گذاری مجدد را از طریق تقاضا برای مراقبت‌های پزشکی و سایر داده‌های سلامت می‌طلبند (۲). مطالعه‌ی Dunn & Dyck در کانادا نشان داد با افزایش سن احتمال تقاضا برای دریافت خدمات سلامت افزایش دارد. بر طبق نتایج این مطالعه، افراد ۶۵ سال به بالا، بیشترین تقاضا برای خدمات سلامت را داشته‌اند (۱۷).

Dunlop و همکاران در مطالعه خود در کشور کانادا عوامل موثر بر افزایش ویزیت پزشک عمومی را بررسی کردند که نتایج نشان می‌داد: افراد بالای ۶۵ سال تقاضای بیشتری برای ویزیت پزشک عمومی داشته‌اند. همچنین در مطالعه فوق نشان داده شد خانوارهایی که فرد زیر ۱۴ سال در آنها حضور دارد از خدمات پزشک عمومی بیشتر استفاده کرده بودند (۱۸).

اما نکته قابل توجه اثر مبهم بیمه بر افزایش احتمال بهره‌مندی از خدمات سلامت است. در یافته‌ها مشاهده شد بیمه در آزمون آماری جدول متقاطع، اثری مثبت و معنادار بر افزایش احتمال بهره‌مندی از خدمات سلامت داشت، اما در مدل لاجیستیک هنگامی که این متغیر در کنار سایر متغیرها قرار گرفت، هرچند نسبت شانس عددی بالاتر از یک بود، اما این میزان از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. نکته‌ی قابل توجه دیگر در مورد بیمه این است که حدود ۲۳ درصد از خانوارهای مطالعه، فاقد هرگونه پوشش بیمه‌ای بودند.

پاسخ‌گویی دشوار، و هزینه‌های جمع‌آوری داده‌ها بسیار بالا بود.

## نتیجه‌گیری

هرچند مصرف و دسترسی را نمی‌توان با هم برابر در نظر گرفت، اما شاید بتوان با بررسی عوامل اجتماعی - اقتصادی مختلف، تصویری از آنچه که بر سلامت جامعه می‌تواند تاثیرگذار باشد را مجسم کرد و کم و بیش تصمیمات درست‌تر و سیاست‌های موثرتری را اتخاذ نمود. با توجه به سیاست‌های ابلاغی مقام معظم رهبری به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و توجه ویژه‌ی این سیاست‌ها به پوشش همگانی بیمه و حفاظت خانوارها و اصلاح نظام‌های پرداخت، شناسایی خانوارهایی که به دلایل مختلف اجتماعی - اقتصادی اجبار دارند بیش از سایر خانوارها از خدمات سلامت استفاده کنند، گام مهمی جهت اصلاح نظام بهداشت و درمان کشور می‌باشد.

همچنین لازم به ذکر است ناکارآمدی بیمه‌ها و فقدان پوشش تعداد زیادی از خانوارها، همانطور که در یافته‌ها مشاهده شد، با اهداف غایی نظام بهداشت و درمان کشور تضاد ایدئولوژیک و شکاف عمیق اجرایی را بوجود آورده است. شاید یکی از راهکارهای اصلاح نظام بهداشت و درمان کشور، اجرای قانون ادغام صندوق‌های بیمه‌ای باشد تا نظام بیمه قدرت بیشتر در راستای پوشش سه بعدی (مالی، خدماتی و جمعیتی) جمعیت داشته باشد. علاوه بر این، لازم است خانوارهایی که نیاز بیشتر و مصرف بیشتری از خدمات سلامت دارند، شناسایی شوند تا بیشتر تحت حمایت قرار گیرند. همچنین با توجه به اینکه افراد با تحصیلات بالاتر، مصرف کمتری از خدمات سلامت را دارا هستند، به نظر می‌رسد بالا بردن سطح آگاهی‌های جامعه، سطح سلامت را افزایش می‌دهد و بیماری‌ها و نیاز به خدمات سلامت نیز کاهش خواهد داشت.

## منابع

1. Ebadifard Azar F & Rezapoor A. Health care economics. 2<sup>nd</sup> ed. Tehran: Ebadifar; 2010: 168-200[Book in Persian].
2. Peters DH, Garg A, Bloom G, Walker DG, Brieger WR & Rahman MH. Poverty and access to health care in developing countries. Annals of the New York Academy of Sciences 2008; 1136(1): 161-71.
3. Donabedian A. Aspects of medicalcare administration: Specifying requirements for health care. USA: Harvard University Press; 1973: 419-20.
4. Gulliford M & Morgan M. Access to health care. England: Routledge; 2013: 1-13.
5. Culyer AJ. The dictionary of health economics. England: Edward Elgar Publishing; 2008: 2-23.
6. López-Cevallos DF & Chi C. Health care utilization in Ecuador: A multilevel analysis of socio-economic determinants and inequality issues. Health Policy and Planning 2010; 25(3): 209-18.
7. Bearss N. Access and utilization of health care. Encyclopedia of cross-cultural school psychology. USA: Springer; 2010: 72-3.

8. Falkingham J, Akkazieva B & Baschieri A. Trends in out-of-pocket payments for health care in Kyrgyzstan, 2001-2007. *Health Policy and Planning* 2010; 25(5): 427-36.
9. Saeed BII, Abdul-Aziz AR & Xicang Z. Assessing the influential factors on the use of healthcare: Evidence from Ghana. *International Journal of Business and Social Science* 2013; 4(1): 12.
10. Diala C, Muntaner C, Walrath C, Nickerson KJ, LaVeist TA & Leaf PJ. Racial differences in attitudes toward professional mental health care and in the use of services. *American Journal of Orthopsychiatry* 2000; 70(4): 455-64.
11. Pouragha B, Pourreza A, Heydari H, Hassanzadeh A, Akbari Sari A & Rahimi Foroushani A. Determinants of physicians' visits throughout the different provinces of Iran: A case study of the population covered by social security organization. *Journal of Guilan University of Medical Sciences* 2012; 21(83): 65-78[Article in Persian].
12. Murray CJL & Evans DB. Health systems and performance assesment: Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003: 797-808.
13. Hosmer Jr DW, Lemeshow S & Sturdivant RX. Applied logistic regression. USA: John Wiley & Sons; 2004: 334-70.
14. Simpson G, Bloom B, Cohen RA & Parsons PE. Access to health care. Part 1: Children. *Vital and Health Statistics Series* 1997; 10(196): 1-46.
15. Vikum E, Bjørngaard JH, Westin S & Krokstad S. Socio-economic inequalities in Norwegian health care utilization over 3 decades: The HUNT study. *The European Journal of Public Health* 2013; 23(6): 1003-10.
16. Asefzade S & Rezapour A. Health care management. 4<sup>th</sup> ed. Ghazvin: Hadis Emrooz; 2012: 20-2[Book in Persian].
17. Dunn JR & Dyck I. Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the national population health survey. *Social Science & Medicine* 2000; 51(11): 1573-93.
18. Dunlop S, Coyte PC & McIsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: Results from the Canadian national population health survey. *Social Science & Medicine* 2000; 51(1): 123-33.
19. Mocan HN, Tekin E & Zax JS. The demand for medical care in urban China. Available at: <http://www.nber.org/papers/w7673.pdf>. 2000.
20. Elgazzar H. Income and the use of health care: An empirical study of Egypt and Lebanon. *Health Economics, Policy and Law* 2009; 4(4): 445-78.
21. Woods CR, Arcury TA, Powers JM, Preisser JS & Gesler WM. Determinants of health care use by children in rural western north Carolina: Results from the mountain accessibility project survey. *Pediatrics* 2003; 112(2): 143-52.

# The Socio-Economic Determinants Of Health Care Utilization: A Cross-Sectional Survey In Tehran Metropolis

Rezapour Aziz<sup>1</sup>(Ph.D) – Ebadifard Azar Farbod<sup>2</sup>(Ph.D) – Yusef Zadeh Negar<sup>3</sup>(BSc.)  
Hasanpour Fatemeh<sup>3</sup>(BSc.)-Bagheri Faradonbeh Hossein<sup>4</sup>(BSc.)- Ansari Nosrati  
Saeideh<sup>3</sup>(BSc.)-Asemaneh Zahra<sup>3</sup>(BSc.) - Ghafoori Mohammad Hossein<sup>5</sup>(MSc.)

1 Assistant Professor, Health Economics Department, School of Health Management and Information Sciences, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 Professor in Health Services Management, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3 Master of Sciences Student in Health Services Management, Management and Health Economics Department, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4 Master of Sciences Student in Health Technology Assessment, Health Services Management Department, School of Management and Medical Information Sciences, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5 Master of Science in Health Economics, Health Management and Economics Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

## Abstract

Received : Mar 2015  
Accepted : Aug 2015

**Background and Aim:** Receiving and using health care services is called health services utilization. There are many socio-economic factors including income, culture, age and education affecting the utilization of the services. This survey aimed to study socio-economic determinants of health utilization in Tehran.

**Materials and Methods:** This was a cross-sectional, population based health survey done in year 2013. The sample was 792 households living in Tehran. Data was collected by WHO (households) questionnaire, and analyzed using logistic model and stata12.

**Results:** Among the study variables, households' income, presence of a person with chronic disease, education of the head of the household, and presence of person older than 60 and younger than 14 in households, had a significant statistical relationship with utilization. Insurance coverage had a vague and weak effect on the utilization of health services. Moreover about 23 percent of the households were not under insurance coverage.

**Conclusion:** According to the announced policies by the supreme leader of the Islamic Republic of Iran to the Ministry of Health and Medical Education and by considering the main focus of these policies on the universal insurance coverage, households financial security and reform of the payment system; identifying households that utilize more health care services than any others because of any socio-economic reasons; is a considerable step for providing financial security for vulnerable households and reforming health care system at the national level.

**Key words:** Socio-Economic Factors, Household Utilization, Health Services

\* Corresponding Author:  
Ghafoori MH;  
E-mail:  
Mh-ghafuri@razi.tums.ac.ir