

# برآورد میزان مواجهه خانوارهای تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه با

## هزینه های کمرشکن سلامت در سال ۱۳۹۱

حسین عامری<sup>۱</sup>، حمید وفايي<sup>۲</sup>، هادی علیزاده<sup>۳</sup>، اکبر قیاسی<sup>۴</sup>، نازنین شماعیان رضوی<sup>۵</sup>، علی خلفی<sup>۶\*</sup>

### چکیده

**زمینه و هدف:** امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام های سلامت شناخته شده است. روشن ترین نشانه آن این است که خانوارها نه تنها از بار بیماری، بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی و به عبارتی دیگر مواجهه با هزینه های کمرشکن و فقر ناشی از تأمین مالی سلامت خود رنج می برند. پژوهش حاضر به سنجش هزینه های کمرشکن خدمات سلامت و شاخصه های اثرگذار در این زمینه پرداخته است.

**روش بررسی:** این پژوهش یک مطالعه مقطعی بود که اطلاعات مربوط به ۳۸۴ خانوار تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه جمع آوری گردید. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته ای بود که روایی و پایایی آن تایید گردید. بروز هزینه کمرشکن خدمات سلامت بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت محاسبه گردید و عوامل مؤثر بر این هزینه ها با استفاده از نرم افزار Stata نسخه ۱۱ مورد بررسی قرار گرفت.

**یافته ها:** میزان مواجهه خانوارها با هزینه های کمرشکن سلامت برابر با ۶/۷۷٪ بود. استفاده از خدمات بستری بیشترین سهم در میزان پرداخت از جیب خانوارها داشت و با بروز هزینه های کمرشکن سلامت رابطه معنا دار داشت؛ همچنین ارتباط بین بعد خانوار، وجود فرد ۶۵ سال به بالا، استفاده از خدمات دارویی و تشخیصی با هزینه های کمرشکن سلامت معنی دار است.

**نتیجه گیری:** استفاده از خدمات مربوط به سلامت، وجود فرد زیر ۵ سال در خانوار و زیاد بودن بعد خانوار باعث افزایش مواجهه خانوارها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامت می شود. این متغیرها باید جهت دستیابی به هدف برنامه پنجم توسعه کشور که ۱٪ بروز هزینه های کمرشکن سلامت است مورد توجه سیاستگذاران شهرستان قرار گیرد.

**کلید واژه ها:** پرداخت های سلامت؛ هزینه های کمرشکن سلامت؛ خانوارهای شهرستان تربت حیدریه

۱- مربی اقتصاد بهداشت، گروه مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران  
۲- دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش پزشکی مرکز مطالعات و توسعه آموزش پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.

۳- مربی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۴- مربی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی زابل، زابل، ایران

۵- مربی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران

۶- نویسنده مسؤول\* : مربی دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه، تربت حیدریه، ایران.

تلفن: ۰۹۱۴۱۱۰۲۱۲۹

نمابر: ۰۵۳۱۲۲۴۲۰۳۹

پست الکترونیکی:

khalafia1@thums.ac.ir

## مقدمه

بحث عدالت در مسائل اجتماعی دارای سوابق تاریخی طولانی است لیکن مطرح شدن آن در رابطه با خدمات بهداشتی و درمانی به طور کلاسیک همراه با شکل گیری اقتصاد بهداشت بوده است. بطور کلی متخصصان این رشته معتقد هستند که توزیع منابع خدمات بهداشتی و دسترسی به آن متناسب با نیاز، صرفاً مارکسیستی نبوده بلکه جزیی از مکاتب انسان دوستی می باشد که بر اساس این مکاتب گفته می شود مراقبت های بهداشتی - درمانی حق هر شهروندی است. و این حق نباید تحت تأثیر ثروت و درآمد قرار گیرد. در همین راستا مفاهیمی مانند شاخص مشارکت عادلانه<sup>۱</sup> در تأمین مالی نظام سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت<sup>۲</sup> مطرح شده. که هدف آن اندازه گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه های درمانی در جامعه است (۱).

یکی از مفاهیم عدالت در تأمین مالی نظام سلامت کشورها توزیع عادلانه بار مالی هزینه ها و حمایت خانوارها در برابر هزینه های کمرشکن خدمات سلامت است. در دنیای امروز به دلیل پیشرفت فناوریهای بازیابی سلامت و تأمین پایدار تندرستی، پرداخت هزینه های مرتبط با این خدمات، یکی از بزرگترین مشکلات اجتماعی، سیاسی و اقتصادی جوامع بشری است (۲).

پژوهشگران جهت اندازه گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه های درمانی ابتدا به بررسی میزان پرداخت مستقیم از جیب جهت خدمات سلامت پرداخت اند. محدودیت این شاخص نسبی بودن آن است که عملاً اثر گذاری آن را در ظرفیت پرداخت خانوارها به خوبی نشان نمی دهد. مثلاً اگر هزینه های سلامت ۱۰۰ هزار تومان در سال باشد و فرد ۳۰٪ آن یعنی ۳۰ هزار تومان را بپردازد این از نظر پرداخت از جیب با ۳۰۰ هزار تومان از یک میلیون

برابر است اما از نظر اثر گذاری بر اقتصاد خانوارها طبیعتاً دومی ۱۰ برابر بیشتر از ظرفیت پرداخت خانواده را هزینه می کند. به همین دلیل تلاش شده است تا شاخص های دیگری که به بررسی مقایسه ای با ظرفیت پرداخت خانوار را امکان پذیری سازد طراحی گردند؛ که می توان به شاخص مشارکت عادلانه مالی اشاره کرد. بالا رفتن این شاخص بدین معنا است که خانوار میزان غیر منطقی از ظرفیت پرداخت خود را باید جهت نگهداشت سطح سلامت و درمان اعضای خانوار به ناچار هزینه کند. برای این شاخص حد بحرانی تعریف می شود که تجاوز از این حد بحرانی را به عنوان حالت اسف بار و یا کمرشکن تأمین مالی خدمات بهداشتی و درمانی نامیده اند (۳).

در دهه اخیر افزایش ارائه ی خدمات پرهزینه به بیماران همراه با افزایش روز افزون هزینه های خدمات پزشکی که علاوه بر هزینه های دارویی دربرگیرنده ی هزینه استفاده از امکانات گسترده و وسیع فنی و تخصصی نیز است، بحث مشارکت عادلانه مالی خانوارها در نظام سلامت را زیر سوال برده است. هزینه های خدمات سلامتی در واقع یک عامل مهم و مشهود فرو افتادگی دهک های پایین درآمدی به زیر خط فقر می باشد و معمولاً به علت وجود مشکلات سلامتی در این گروه های درآمدی احتمال بالا آمدن آنها از زیر خط فقر نادرتر است. از طرف دیگر وقوع این هزینه ها باعث می شود که خانوارهای موجود در دهک های بالاتر درآمدی به یک یا چند دهک درآمدی پایین تر کشیده شوند. در نهایت، فرو افتادن در زیر خط فقر در اثر هزینه های کمرشکن خدمات سلامت از موضوعات چالش برانگیزی است که مراکز بهداشتی- درمانی کشورها دائم با آن مواجه هستند (۴). هر چند در کشورهای مختلف از روش های متفاوت برای تأمین مالی نظام سلامت استفاده می کنند. اما هنوز در کشورهای در حال توسعه و کشورهای با درآمد پایین به طور عمده ای از طریق پرداخت های مستقیم از جیب استفاده می کنند. به عنوان مثال، در مطالعه ی اخیر کشور که بر اساس محاسبات انجام شده در مطالعه حساب

1- Fair Financial Contribution Index(FFC)

2 - world health organization

به ۰/۸۲۴ در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته است. چنین روندی به معنی ناعادلانه تر شدن وضعیت توزیع بار مالی هزینه های درمانی است. نتایج نشان می دهد که سیاست های بخش سلامت در طی این سال ها نتوانسته است کمکی به بهبود شاخص مشارکت عادلانه در تامین مالی نظام سلامت نماید. همچنین مقایسه این شاخص در مناطق شهری و روستایی نشان می دهد که در طی این سال ها، شاخص مشارکت عادلانه منابع در شهرها بالاتر از روستاها بوده که بیانگر شرایط ناعادلانه تر مناطق روستایی نسبت به شهری است (۹). در مطالعه ی در کرمانشاه در بررسی اهمیت و توزیع هزینه های کمرشکن خدمات سلامتی بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت، ۲۲/۲٪ خانوارها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامتی مواجه شده بودند (۱۰). در مطالعه دیگری در برزیل احتمال مواجه خانوارها با هزینه های کمرشکن در حد آستانه های متفاوتی بررسی شد؛ بطوری که در حد آستانه ۵ درصد احتمال مواجه شدن ۴۶/۵٪ است. در حد آستانه ۱۰٪ برابر با ۲۸/۸٪ بود و در حد آستانه ۲۰ درصد ۱۶/۱٪ است. در حد آستانه تعریف شده توسط سازمان جهانی بهداشت یعنی هزینه سلامتی بیش از ۴۰٪ توانایی پرداخت ۱۲٪ خانوارها با هزینه کمرشکن مواجه داشته اند. نتایج مطالعه نشان می دهد هزینه دارویی، برنامه های خصوصی، تست های تشخیصی و مکملی و مشاوره های پزشکی رابطه معنا داری با مواجه خانوارها با پرداخت های کمرشکن دارند که از میان هزینه های دارویی و خدمات خصوصی بیشترین سهم در هزینه های سلامت خانوار دارند (۱۱) در ترکیه نیز نسبت خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن ۰/۶ در صد بوده که این مسئله در ۰/۴ درصد آنها منجر به فقیر شدن آنها شده است. میانگین پرداخت های خارج از جیب ۷/۶۳ دلار آمریکا بوده است که در چهار دهک پایین مقدار آن در حدود یک دهم چهار دهک بالا بوده است (۱۲).

در سال های اخیر در نزد صاحب نظران و سیاستگذاران این سؤال مطرح شده است که چه عواملی منجر به مواجه شدن خانوارها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامت می

ملی سلامت در وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۶ انجام شده است نتایج نشان داده که شاخص پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات بهداشتی و درمانی در سطح کل کشور ۵۲٪ بوده و روند مواجه شدن خانوارها با هزینه های کمرشکن بصورت صعودی بوده است (۵).

برآوردهای بین المللی نشان می دهد که بیش از ده درصد از جمعیت فروافتاده در زیر خطر فقر متحمل هزینه های کمرشکن خدمات بوده اند، این هزینه ها در واقع یک عامل مهم و مشهود فروافتادگی اقشار دهک های پایین درآمدی به زیر خط فقر می باشد. همچنین این هزینه ها باعث می شوند که خانوارهای موجود در دهک های بالاتر، چند دهک درآمدی پایین تر کشیده شوند. در کشور ما نیز نسبت افرادی که به علت استفاده از خدمات بستری بیمارستان ها به هزینه های کمرشکن دچار شده اند حدود ۲ درصد تخمین زده شده اند (۶).

هزینه های کمرشکن سلامت به صورت "میزان پرداخت برای دریافت خدمات سلامت زمانی که از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود" تعریف شده است. در متون مختلف هیچ حد معین و مشخصی برای آن تعیین نشده است و دامنه ای از ۵ تا ۲۵ درصد از هزینه کل خانوارها در نظر می گیرند (۷). اخیراً سازمان جهانی سلامت هزینه های کمرشکن خدمات سلامتی را میزان هزینه ی صرف شده برای دریافت خدمات سلامتی در صورتی که از ۴۰ درصد توانایی پرداخت خانوار بیشتر شود تعریف نموده است (۸).

مهر آرا و همکاران در سال ۱۳۸۸ با استفاده از داده های حاصل از طرح نمونه گیری هزینه و درآمد خانوارهای سال ۱۳۸۶ که بالغ بر ۱۶۲۶۵ خانوار روستایی و ۱۵۰۱۹ شهری بود به بررسی برابری در تامین مالی هزینه های سلامت خانوارهای ایرانی پرداخت. نتایج مطالعه نشان داد که وضعیت این شاخص در مناطق شهری از سال ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۵ اندکی بهبود یافته و سپس با کاهش جزئی از ۰/۸۵۴ در سال ۱۳۸۵ به ۰/۸۲۴ در سال ۱۳۸۶ رسیده است. این شاخص در مناطق روستایی نیز با آهنگی کندتر از ۰/۸۲۲ در سال ۱۳۸۲

جهانی بهداشت با عنوان "پیمایش سلامت جهانی" که در سال ۲۰۰۲ به منظور سنجش عملکرد نظام های سلامت تدوین شده است، استفاده شد. پرسشنامه از سه بخش اصلی اطلاعات شناسایی، پرسشنامه خانوار و پرسشنامه فردی تشکیل شده بود که برای این مطالعه از داده های بخش اطلاعات شناسایی و پرسشنامه خانوار استفاده شد، به این صورت که در سطح خانوار اولین فرد مطلعی که بالای ۱۸ سال سن داشته و مایل به پاسخگویی به سؤالات بود پس از گرفتن رضایت نامه کتبی، پرسش نامه سازمان جهانی برای خانوار آنها تکمیل می گردید. پرسشنامه بعد از شش بار ویرایش و تأیید روایی آن توسط ۵ تن از اساتید و صاحب نظران حوزه ی اقتصاد سلامت مورد استفاده قرار گرفت.

پس از جمع آوری داده ها میزان بروز هزینه های کمرشکن خدمات سلامت برآورد شد که به صورت "میزان پرداخت برای دریافت خدمات سلامت زمانی که از حد معینی از منابع مالی خانوار فراتر رود" تعریف شده است. اما در متون مختلف هیچ آستانه واحد و مشخصی برای آن تعیین نشده است و دامنه ای از ۵ تا ۲۰ درصد از درآمد کل خانوارها در نظر می گیرند. سازمان جهانی سلامت هزینه های کمرشکن خدمات سلامتی را میزان هزینه ی صرف شده برای دریافت خدمات سلامتی در صورتی که از ۴۰ درصد توانایی پرداخت خانوار<sup>۱</sup> بیشتر شود تعریف نموده است. در پژوهش حاضر احتمال مواجه شدن خانوارها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامتی، همان تعریف سازمان جهانی سلامت در نظر گرفته شد. با این توضیحات در پژوهش حاضر سعی ما بر این بود که احتمال مواجه شدن خانوارها با هزینه های کمرشکن را با استفاده از مدل لاجستیک که به شکل معادله گرین (

$$Pr[y=1] = \frac{\exp(\alpha_1 \beta)}{1 + \exp(\alpha_1 \beta)}$$

ی مورد مطالعه تخمین بزنیم. در این مدل  $\alpha_1$  نشان از مواجه شدن خانوارها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامتی است

شود و آیا برنامه های بیمه ای حمایت های لازم و کافی را از خانوارها در برابر این هزینه ها داشته یا خیر؟ بر همین اساس سعی ما در این پژوهش این بوده است که ابتدا میزان هزینه های کمرشکن خدمات سلامت را تعیین کنیم و سپس به اثر تک تک متغیرها از جمله بیمه سلامت بپردازیم تا به سؤال مطرح شده پاسخ دهیم.

## روش بررسی

این مطالعه از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۱ در بین خانوارهای شهرستان تربت حیدریه انجام شد. از آنجا که مطالعه جامعی که بتوان آن را به کل کشور ایران تعمیم داد در این رابطه انجام نشده بود لذا در این مطالعه  $p$  مساوی ۵۰٪ و خطای نوع اول ۵٪ و دقت ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول تعیین حجم نمونه برای برآورد نسبت در جامعه استفاده شد که با استفاده از این روش تعداد ۳۸۴ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شدند.

مناطق به صورت نمونه گیری خوشه ای بر اساس چهار چوب مرکز بهداشت شهرستان انتخاب شدند. ابتدا آدرس سرخوشه ها از مرکز بهداشت شهرستان گرفته شده و سرخوشه ها را به عنوان اولین خانوار در نظر گرفته و با ایستادن پشت به در اولین خانوار (سرخوشه) در جهت راست حرکت کردیم تا خوشه تکمیل شود. در صورت تخریب یا تخلیه شدن خانوار، خانوار دیگری از سمت راست جایگزین شد. در این مطالعه منظور از خانوار یک یا چند نفر بودند که باهم در یک اقامتگاه زندگی می کردند، با یکدیگر هم خرج بودند و معمولاً با هم غذا می خوردند. بنابراین لازم نیست که اعضای یک خانوار حتماً با یکدیگر رابطه خویشاوندی داشته باشند. به عبارت دیگر، خانوار لزوماً با خانواده یکی نیست. فردی که به تنهایی زندگی می کند نیز خانوار تلقی می شود. داده ها و اطلاعات لازم برای این مطالعه، اطلاعات اقتصادی- اجتماعی (سن، جنس، سواد سرپرست خانوار، حضور افراد نیازمند، افراد بالای ۶۰ سال و کمتر از ۵ سال در خانوار، خدمات سرپایی و بستری و میزان درآمد خانوارها) بود. به منظور گردآوری این داده ها از پرسشنامه سازمان

بودند و ۳۴ درصد آنان بیمه درمانی نداشتند. بیشتر سرپرستان دارای بیمه تامین اجتماعی بودند و ۱۰/۲ درصد آنها دارای بیمه مکمل هم بودند. در ۹ درصد خانوارها فردی بود که نیازمند مراقبت درمانی در بیمارستان، خانه سالمندان و مانند آن و یا مبتلا به یک نوع بیماری مزمن بود.

جدول ۱: فراوانی متغیرهای دموگرافیک خانوارها

سن	درصد توزیع
زیر ۵ سال	۶/۶
۶ تا ۱۴ سال	۲۴/۳
۱۵ تا ۳۴ سال	۳۹/۲
۳۵ تا ۶۴ سال	۲۴/۴
بالای ۶۵ سال	۶/۵
<b>اندازه خانوار</b>	
۲ نفر و کمتر	۷/۳
۳ تا ۶ نفر	۸۱/۵
۷ نفر و بیشتر	۱۱/۲
<b>سن سرپرست خانوار</b>	
زیر ۳۵ سال	۵۸/۲
۳۵ تا ۶۵ سال	۳۸/۵
بالای ۶۵ سال	۳/۳
<b>تحصیلات سرپرست خانوار</b>	
راهنمایی	۴۶/۱
دیپریستان	۳۹/۶
دانشگاهی	۱۵/۴
فرد نیازمند مراقبت در خانوار	
وجود دارد	۹/۳
وجود ندارد	۹۰/۷
<b>بیمه درمانی سرپرست خانوار</b>	
دارد	۶۶/۷
ندارد	۳۳/۳
<b>نوع بیمه سرپرستان خانوار</b>	
بیمه درمانی	۲۳/۱
خدمات درمانی روستایی	۲/۹
تامین اجتماعی	۵۵
نیروهای مسلح	۱۰/۲
سایر بیمه ها (ایران، سیار، ...)	۸/۸
<b>وضعیت اقتصادی</b>	
پنجک اول	۱۶
پنجک دوم	۱۴/۱
پنجک سوم	۳۰/۲

که به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته می شود.  $\beta$  ضرایب تخمین زده شده و در نهایت،  $X$  یکسری از متغیرهایی توضیحی (مستقل) را در بر می گیرد که بر احتمال وقوع هزینه های کمرشکن خدمات سلامت تأثیر دارند، متغیرهایی نظیر سن، جنس، سواد سرپرست خانوار، حضور افراد نیازمند، افراد بالای ۶۰ سال و کمتر از ۵ سال در خانوار، میزان درآمد خانوار و غیره. این تحلیل با استفاده از نرم افزار STATA انجام می شود.

برای محاسبه خانوارهایی که از پرداخت خدمات سلامت به زیر خط فقر رانده شده اند، هزینه مستقیم پرداخت شده از جیب هر خانوار را جهت دریافت خدمات سلامت از هزینه کل آن خانوار کم می کنیم؛ آنگاه عدد بدست آمده با هزینه معیشتی آن خانوار مقایسه می شود در صورتی که کمتر از هزینه معیشتی بود بیانگر این است که خانوار به زیر خط فقر رانده شده است.

قابل توجه است که هنگام محاسبه باید دقت کرد خانوار قبل از پرداخت هزینه های سلامت در زیر خط فقر بوده است یا نه، در صورتی که زیر فقر بوده است آن خانوار را از محاسبه خارج می کنیم. برای محاسبه اینکه خانوار قبل از پرداخت زیر خط فقر بوده است یا نه، هزینه معیشتی خانوار با هزینه کل آن مقایسه می کنیم در صورتی که هزینه معیشتی بیشتر باشد خانوار زیر خط فقر قرار دارد.

### یافته ها

جدول شماره ۱ ویژگی های دموگرافیک خانوارهای تحت مطالعه را نشان می دهد. تعداد کل افرادی که اطلاعات آنان جمع آوری شد ۱۶۱۸ نفر از ۳۸۴ خانوار بودند که میانگین سنی آنان ۲۷ سال بود و بیشترین و کمترین سن افراد به ترتیب ۹۰ و ۱ سال بود. بیشتر خانوارها، ۳ تا ۶ نفره بودند. بیشتر سرپرست خانوارها (۵۸٪) زیر ۳۵ سال بودند و سرپرستان بالای ۶۵ سال کمترین تعداد را داشتند (۳/۳٪). بیشتر سرپرستان تحصیلات زیر راهنمایی داشتند (۴۶/۱٪) و افراد دارای تحصیلات دانشگاهی کمترین تعداد بودند (۱۵/۴٪). ۶۷ درصد سرپرستان دارای یک نوع بیمه درمانی

کل		۳۱/۶	پنجک چهارم
		۸/۱	پنجک پنجم
جدول شماره ۴: رابطه متغیرها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامت را نشان می دهد.		جدول شماره ۲، فراوانی متغیرهای سلامت برای کل خانوارهای مطالعه را نشان می دهد. این متغیرها شامل خدمات بستری، دندانپزشکی، دارویی، تشخیصی و دیگر خدمات سلامت است. لازم به ذکر است که در مطالعه، خدمات بیمه ای (حق بیمه) جزء خدمات سلامت در نظر گرفته نشده است و خدمات درمانگران سنتی و فیزیوتراپی - و وسایلی نظیر عینک طبی، سمعک و پروتز به ترتیب جزء خدمات دارویی و خدمات دیگر در نظر گرفته شده است.	
جدول ۴: رابطه متغیرها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامت در مدل لجستیک		جدول شماره ۲: فراوانی خانوارها بر حسب متغیرهای سلامت	
متغیر	خانوار با هزینه کمرشکن		درصد
	مواجهه داشته	مواجهه نداشته	
Pvalue <td colspan="2"> <td></td> </td>	<td></td>		
بعد خانوار			
≤۲	۲۴ (۹۳٪)	۲ (۷٪)	خدمات بستری دارند
۳-۶	۲۹۹ (۹۶٪)	۱۴ (۴٪)	۳/۴ خدمات دندانپزشکی دارند
≥۷	۳۲ (۷۷٪)	۱۰ (۲۳٪)	۹/۸ خدمات دارویی دارند
فرد بالای ۶۵ سال			۶۷/۹ خدمات تشخیصی دارند
وجود دارد	۱۷ (۶۸٪)	۸ (۳۲٪)	۱۰/۱ خدمات دیگر دارند
وجود ندارد	۳۴۱ (۹۵٪)	۱۸ (۵٪)	۸/۸ دارند
فرد زیر ۵ سال			
وجود دارد	۲۳ (۹۲٪)	۲ (۸٪)	جدول ۳، فراوانی خانوارهای مواجهه شده با هزینه های کمرشکن سلامت را نشان می دهد. بطوری که میزان خانوارهایی که بیش از ۴۰٪ از توانایی پرداخت خود را به خدمات سلامت اختصاص می دهند برابر با ۶/۷۷٪ می باشد که نسبت به کشورهای همسایه از جمله ترکیه (۰/۰۶٪) خیلی زیادتر می باشد.
وجود ندارد	۳۴۱ (۹۵٪)	۱۸ (۵٪)	جدول ۳: فراوانی خانوارهای مواجهه شده و نشده با هزینه های کمرشکن سلامت
بیمه دارد	۲۴۴ (۹۵٪)	۱۲ (۵٪)	
بیمه ندارد	۱۱۴ (۸۹٪)	۱۴ (۱۱٪)	
خدمات دندانپزشکی			
دارد	۸ (۲۹٪)	۲۰ (۷۱٪)	
ندارد	۳۵۰ (۹۸٪)	۶ (۲٪)	
خدمات دارویی			
دارد	۲۳۸ (۹۱٪)	۲۳ (۹٪)	
ندارد	۱۲۰ (۹۸٪)	۳ (۸۲٪)	
خدمات تشخیصی			
دارد	۳۹ (۸۰٪)	۱۰ (۲۶٪)	
ندارد	۳۲۹ (۵۴٪)	۱۶ (۵٪)	

از بین متغیرهای دموگرافیک، متغیرهای بعد خانوار و وجود فرد بالای ۶۵ سال با هزینه های کمرشکن سلامت رابطه معناداری داشتند. رابطه معکوسی از نظر تاثیر وجود کودک زیر ۵ سال در خانوار بر مواجهه خانوارها با هزینه کمرشکن سلامت وجود دارد؛ چنانچه درصد کمتری از خانوارهای دارای کودک زیر ۵ سال با هزینه های کمرشکن سلامت

خانوار با هزینه سلامت بیش از ۴۰٪		توزیع
درصد توانایی پرداخت		
فراوانی	درصد	
۲۶	۶/۷۷	وجود دارد
۳۵۸	۹۳/۳۳	وجود ندارد

مواجهه شده اند. از بین متغیرهای مربوط به سلامت، متغیرهای استفاده از خدمات دندانپزشکی، خدمات دارویی و خدمات تشخیصی با هزینه های کم‌رشدکن سلامت ارتباط معنی داری داشتند. همچنین بین داشتن و نداشتن بیمه و میزان استفاده از خدمات سلامت (دندانپزشکی، دارویی و تشخیصی) ارتباط معنی داری وجود داشت. بنظر می‌رسد هزینه های بالای این خدمات عامل موثری در محدود کردن تقاضا از طرف بیماران بوده است.

### بحث

یافته های این مطالعه نشان می‌دهد میزان مواجهه خانوارها با هزینه های کم‌رشدکن سلامت ۶/۷۷ درصد می‌باشد که در مقایسه با آمارهای جهانی و حتی منطقه ای بسیار بالاست، بطوریکه این رقم در کشور ترکیه که از بسیاری از جهات مشابه کشور ما است در حدود ۰/۶ درصد بوده است. اما در مقایسه با آمارهای داخلی مانند مطالعه عامری و همکاران که میزان هزینه های کم‌رشدکن سلامت را در یزد ۸/۳ تخمین زدند و مطالعه کاوسی و همکاران در تهران که میزان این هزینه ها ۱۲/۶ درصد برآورد شد وضعیت شهرستان تربت حیدریه از نظر میزان بروز هزینه های کم‌رشدکن سلامت در بین خانوارهای آن وضعیت خوبی است (۱۰، ۱۲، ۱۱). شاید یکی از دلایل این امر تکفل مالی خانوارهای این شهرستان باشد. تربت حیدریه به عنوان قطب تولید کننده و صادر کننده زعفران در دنیا می‌باشد که به دلیل وضعیت جوی و جغرافیای خاص این شهرستان تولید زعفران در این شهرستان بهره دهی اقتصادی بالایی را دارد. بطوریکه بیشتر از ۷۰ درصد خانوارهای این شهرستان جز سه پنجم بالای اقتصادی هستند. بر اساس نتایج مطالعات قبل وضعیت اقتصادی خانوار یکی از مهم ترین تعیین کننده های مواجهه با هزینه های کم‌رشدکن سلامت می‌باشد که این یافته با نتایج سایر مطالعات در این زمینه و به ویژه با مطالعات در کشورهای در حال توسعه شباهت دارد (۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷)، به طوریکه هر چه وضعیت اقتصادی خانوار بهتر شود خطر مواجهه با هزینه های کم‌رشدکن سلامت

کاهش می‌یابد. در مطالعه ای در منطقه روستایی سیرالئون این تفاوت در پرداخت بین فقرا و ثروتمندان به چند علت نسبت داده شده بود: اول، از آنجا که مصرف فقرا و ثروتمندان یکسان است لذا در صورت نبود نظام معافیت از پرداخت برای فقرا، آنها میزان یکسانی را برای دریافت خدمت می‌پردازند و این میزان یکسان به نسبت منابع مالی خانواده فقیر کم‌رشدکن می‌گردد. دوم؛ استفاده از برخی خدمات درمانی که توسط ارائه دهندگان خصوصی و بیمارستان های منطقه ای ارائه می‌گردد، عامل دیگر تحمیل هزینه بر فقرا می‌باشد. سوم، فاصله زیاد با ارائه دهندگان رایگان و ارزان قیمت، فقرا را مجبور به استفاده از خدمات گرات قیمت تر اما نزدیک تر از نظر مسافت نموده است (۱۸).

مطالعه دیگری در ۱۳ کشور آسیایی نشان داد که خانوارهای با وضعیت اقتصادی بهتر به ویژه در کشورهایی با اقتصاد پایین و متوسط نسبت بالاتری از توانایی پرداخت خود را صرف خدمات سلامت می‌نمایند؛ از آنجا که نتایج مطالعه ذکر شده با بسیاری از مطالعات تناقض داشت، پژوهشگران علت را چشم پوشی فقرا از استفاده و خرید خدمات سلامت در رفع نیازهای سلامت عنوان کردند (۱۹). مطالعه سامکوترا و لاگرادا نشان داد که بعد از اجرای پوشش بیمه همگانی هزینه های کم‌رشدکن سلامت از خانوارهای فقیر به سمت خانوارهای ثروتمند تغییر جهت داده است که پژوهشگران علت آن را استفاده بیشتر فقرا از خدمات عمومی تحت پوشش نظام بیمه و استفاده بیشتر ثروتمندان از خدمات گران قیمت بخش خصوصی می‌دانستند (۲۰). در مطالعه ما نیز وضعیت بیمه سلامت و خدمات تحت پوشش آن عامل کلیدی مهمی در بروز میزان هزینه های کم‌رشدکن بود بدین ترتیب خانوارهایی که تحت پوشش بیمه نیستند و یا از خدماتی استفاده می‌نمایند که در بسته خدمات سازمان بیمه گر نمی‌باشد، درصد بالاتری از ظرفیت پرداخت خود را به خدمات سلامت اختصاص خواهند داد؛ مطالعات در سایر کشورها نیز این موضوع را تأیید نمود ه اند. اما در مطالعات انجام شده در داخل کشور

معافیت فقرا از برخی پرداخت ها درمانی و تشخیصی حیاتی مانند انواع تست های تشخیصی سرطان و بیماریهای مزمن نظری دیابت و بازنگری بسته خدمات سلامت سازمان های بیمه و پوشش بیشتر خدمات توسط این سازمانها تأکید شود، بطوریکه بسیاری از خدمات تشخیصی و درمانی که هزینه های متوسط و متوسط به بالایی برای سیستم های بیمه ای دارند از لیست خدمات تحت پوشش این سازمانها حذف شده اند و عملاً نظام بیمه ای از هدف اصلی خود که ارتقا سلامت است دور شده و به یک سازمان انتفاعی تبدیل شده است. افزون بر این، بایستی سیاست هایی جهت اصلاح نظام ارایه خدمات، پایش عملکرد ارایه دهندگان خدمات به ویژه بیمارستان ها و ایجاد سازمان ارزشیابی مستقل از وزارت بهداشت بر مراکز درمانی، اصلاح شیوه های پرداخت و هزینه های دریافتی تدوین گردد. مطالعات بیشتر در این زمینه ضرورت دارد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح پژوهشی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه می باشد. بدینوسیله از شورای محترم پژوهشی آن دانشگاه، کلیه رابطین سلامت و سرکار خانم میرزایی از معاونت بهداشتی دانشگاه که همکاری صمیمانه ای را در اجرای این طرح داشتند تشکر و قدردانی می کنیم.

### References:

- 1- WHO. The World health report 2000: health systems: improving performance. Geneva: World health organization 2000.
- 2- Merlis M. family out of pocket spending for health services: a continuing source of financial insecurity. The Commonwealth Fund pub 2002: 1-32: Available from: URL:<http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2002/Jun/Family-Out-of-Pocket-Spendingfor-health-Services--A-Continuing-Source-of-Financial-Insecurity.aspx>
- 3- Xu K, Evans DB, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: a

مانند مطالعه عامری و مطالعه کاوسی بین بیمه و بروز هزینه های کمرشکن سلامت ارتباط معنی داری یافت نشده بود. رابطه آماری خدمات دارویی با هزینه های کمرشکن سلامت معنی دار می باشد. طبق اظهار نظر برخی از خانوارهای مواجهه شده با هزینه های کمرشکن خدمات سلامت در دسترس بودن راحت داروها در بخش های مختلف عاملی شده تا خود درمانی و به دنبال آن هزینه ها بیشتر شود. در مطالعه ای در جورجیا نشان داده شد در دسترس بودن داروها عاملی برای مواجهه شدن خانوارها با هزینه های کمرشکن خدمات سلامت می باشد بطوری که با پوشش دادن داروها در بخش های دولتی میزان پرداخت های سلامت خانوارها به میزان قابل توجهی کاهش یافت (۶). در مطالعه دیگری نشان داده شد که نبود داروها در بخش های دولتی و به ناچار استفاده از بخش های خصوصی عاملی بود بر چشم پوشی کردن خانوارها بر تامین داروها و شدیدتر شدن بیماری ها و در نتیجه بستری شدن آنها و بالا رفتن هزینه های سلامت به میزان زیاد بود (۱۳).

### نتیجه گیری

طبق یافته های حاضر به نظر می رسد بایستی بر سیاست های بین بخشی در جهت ارتقای وضعیت اقتصادی این خانوارها، ایجاد نظام فراگیر بیمه ای و بیمه های خاص مثل مدیکیر و مدیکید<sup>۱</sup> برای فقرا و سالمندان، طرح های multi-country analysis. The Lancet 2003; 362(9378): 111- 7.

- 4- Limwattananon S, Tangcharoensathien V, Prakongsai P. Catastrophic and poverty impacts of health payments: results from national household surveys in Thailand. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85(8): 600- 6.
- 5- Adhikari SR, Maskay NM, Sharma BP. Paying for hospital based care of Kala-azar in Nepal: assessing catastrophic, impoverishment and economic consequences. Health Policy and Planning 2009; 24:129- 139.
- 6- Hoseinpour A, Mohammad K, Majdzadeh R and et al. Social inequality - economic mortality in children under five years of national and



- provincial levels in 1364 to 1378. *Journal of Zanzan University of Medical Sciences*. No. 84. Fall 83.
- 7- Waters HR, Anderson GF, Mays J. Measuring financial protection in health in the United States. *Health Policy* 2004; 69(3): 339-49.
- 8- WHO Fairness of financial contribution methodology. Geneva: WHO; 2005.
- 9- Mehara M, Fazaeli A. Equity in households health care financing costs. *Journal of Health Management*: 1389 (13)40.
- 10- Karami M, Najafi F, Karami MB. Catastrophic health expenditures in Kermanshah, west of Iran: magnitude and distribution. *J Res Health Sci* 2009; 9(2): 36-40.
- 11- Barros AJ, Bastos JL, Damaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Suppl 2): S254-S262.
- 12- Yardim MS, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 2010; 94: 26-33 doi: 10.1016/j.healthpol.2009.08.006 pmid: 19735960.
- 13- Razavi m, hasanzadeh A, basmangi k. Fairness in Financial Contribution. Tehran: Ministry of Health and Medical Education; 2005.
- 14- Kavosi Z, Rashidian A, Poureza A, Majdzadeh R, Pourmalek F, Hosseinpour A. Inequality in household catastrophic health care expenditure in a low income society of Iran. *Health policy and planning*, 2012.
- 15- Ameri H, Jafari H, Panahi M. Determining the Rate of Catastrophic Health Expenditure and Its Influential Factors on Families in Yazd Province. *Healthcare Management Journal*. (52)16 :1392.
- 16- Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: a Longitudinal study in Zone 17 of Tehran. *Hakim Res J* 2009; 12(2): 38-47)
- 17- Ke Xua. Understanding the impact of eliminating user fees: Utilization and catastrophic health expenditures in Uganda. *Social Science & Medicine*, 2006. 62: p. 866-876.
- 18- Wyszewianski L. Families with catastrophic health care expenditures. *Health Serve Res* 1986; 21(5): 617-34. 9-
- 19- Su TT, Kouyaté B, Flessa S. Catastrophic household expenditure for health care in a low-income society: a study from Nouna District. *Burkina Faso* 2006: 21-7.
- 20- Merlis M. rising out of pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets. *Commonwealth Fund Pub*. 2006:1-22. Available from: URL: )Cited 2009 May 2] [http://www.commonwealthfund.org/user\\_doc/Merlis\\_risingo\\_opspending\\_887.pdf](http://www.commonwealthfund.org/user_doc/Merlis_risingo_opspending_887.pdf).
- 21- Sun X, Jackson S, Carmichael G, et al. Catastrophic medical payment and financial protection in rural China: evidence from the New Cooperative Medical Scheme in Shandong Province. *Health Economic* 2009; 18(1): 103- 19.
- 22- Fabricant SJ, Clifford W, Mills K, et al. Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone. *Health planning & management* 1999; 14(3): 179- 99.
- 23- Donnell O, Doorslaer EV, Rannan-Eliya R, et al. Who pays for health care in Asia? 2005. Report No 1.
- 24- Somkotra T, Lagrada LP. Which Households Are At Risk Of Catastrophic Health Spending: Experience In Thailand After Universal Coverage. *Health affairs* 2009; 28(3).
- 25- Gotsadze, G, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC health services research* 2009; 9(1): p. 69.