

## تعیین توزیع عوامل موثر بر پرداختهای مستقیم (رسمی و غیررسمی) در بیماران قلبی بستری در مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی تبریز و اثرات جانبی آن از دیدگاه بیمار یا همراه وی - سال ۱۳۸۹

رضاقلی وحیدی<sup>۱</sup>، محمد سعادت<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۷/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۷

### چکیده:

**زمینه و هدف:** پرداخت مستقیم یکی از چهار روش اصلی تامین مالی نظامهای بهداشتی درمانی جهان می باشد. عوامل موثر در پرداختهای مستقیم در دنیا از ابعاد مختلف معرفی شده اند از جمله حقوق کم کارکنان، تعرفه پایین دولتی، بیماری مزمن، بیماری قلبی وحاد، هدیه به پرسنل، درخواست پزشک و کادر، ترس از عدم ارائه خدمت. همچنین پرداخت مستقیم تاثیرات سوءبردستری به خدمات دارد. این مطالعه به بررسی توزیع عوامل موثر بر پرداختهای مستقیم (رسمی و غیر رسمی) در بیماران قلبی و اثرات جانبی آن می پردازد.

**مواد و روشها:** این مطالعه از نوع توصیفی- اکتشافی می باشد که جمع آوری داده ها در زمستان ۱۳۸۹ از طریق مصاحبه و با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته که روایی آن توسط متخصصین امر تایید شده و پایایی آن با اجرای پایلوت مورد تایید می باشد. در بیمارستان شهید مدنی تبریز انجام گرفت.

**یافته ها:** تمام افراد مورد مطالعه پرداخت مستقیم داشتند که پرداختهای رسمی در قالب هزینه آزاد (۸۳٪) از پرداخت شامل خدماتی که بیمه پوشش نمی دهد و مابه التفاوت تعرفه و قیمتی که پزشک یا بیمارستان تعیین می کند، می باشد. همچنین ۱۰٪ افراد با پرداختهای غیررسمی مواجه بودند که ۸۰٪ این پرداختها بدلیل درخواست شخصی پزشک و ۲۰٪ به عنوان هدیه و تشکر صورت گرفت.

**نتیجه گیری:** حاکی از تاثیر پرداختهای مستقیم بر دسترسی به خدمات و تامین نیازهای اساسی خانوارها می باشد بطوریکه ۵۲٪ از افراد تاخیر در دریافت خدمت، بدلیل هزینه مستقیم داشتند ۷۲٪ از افراد نیز اشاره کردند که پرداخت مستقیم تاثیر سوء بسیار زیادی بر تامین نیازهای اساسی خانواده داشته است. بالا بودن میزان پرداختهای مستقیم و عملکرد ضعیف نظام بیمه ای موجب ناعدالتی و تشدید تاثیرات سوء پرداختهای مستقیم بر نظام سلامت و سلامتی افراد جامعه می شود.

**کلمات کلیدی:** پرداخت مستقیم- تعیین کننده ها- مراقبتهای بهداشتی درمانی- بیماران قلبی.

۱. استادیار گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز.  
 ۲. دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی درمانی. کمیته تحقیقات دانشجویی، گروه مدیریت خدمات بهداشتی درمانی، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز. (\* نویسنده مسئول) آدرس پستی: تبریز، سه راه گل گشت، خیابان عطار نیشابوری، دانشکده مدیریت و اطلاع رسانی پزشکی. شماره تماس: ۰۹۳۵۹۷۱۶۰۷۳ پست الکترونیک: hcm.2020@gmail.com

## مقدمه

درتأمین مالی مراقبتهای بهداشتی در مانی شناسایی شده است (۱۱). همچنین خدمات پرهزینه ی سلامت موجب منصرف شدن مردم از دریافت خدمات سلامت می شود که باعث افزایش موارد بیماری مزمن و خطرناک سلامت می شود (۱۲). این مطالعات بصورت عام در کشور های خارجی انجام گرفته است و اطلاعات مطالعه بصورت عام جمع آوری شده است.

به منظور کاهش تاثیرات پرداخت های مستقیم براستانداردهای زندگی و انجام اصلاحات موفق در سیستم سلامت، سیاستگذاران سلامت ناچارند اطلاعاتی درمورد سیستم های تامین مالی سلامت از جمله پرداختهای مستقیم داشته (۱۳) و تا حد امکان با ارائه برنامه ها و سیاستهای مناسب از میزان این پرداختها و تاثیرات آن بر حیات انسانها بکاهند. باتوجه به محدود بودن مطالعات خاص (در داخل و خارج) درموضوع عوامل موثر در پرداختهای مستقیم این مطالعه در نظر دارد توزیع عوامل موثر بر پرداختهای مستقیم را در بیماران قلبی و اثرات جانبی آن را از دیدگاه بیمار یا همراه وی مورد بررسی قرار دهد.

## مواد و روشها

این مطالعه از نوع توصیفی-اکتشافی می باشد که جمع آوری داده هادرمستان ۱۳۸۹ با استفاده از پرسش نامه محقق ساخته که روایی آن توسط متخصصین امر تایید شده و پایایی پرسشنامه با اجرای پایلوت مورد تایید می باشد (۶۹/α)، انجام گرفت.

این مطالعه بصورت مصاحبه اجرایی شد و جامعه مورد مطالعه کلیه بیماران بستری در بیمارستان می باشد. نمونه مطالعه شامل ۵۰ بیمار قلبی بستری در بیمارستان شهید مدنی که عمل جراحی روی آنها انجام گرفته است می باشد که به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب شده و به هنگام ترخیص از بیمارستان (Exit review) مصاحبه صورت گرفت. اطلاعات مربوط به عوامل تاثیرگذار در پرداختهای غیررسمی و تاثیرات پرداختهای مستقیم از مصاحبه شوندهگان پرسیده شد. عوامل مربوط به پرداختهای رسمی نیز از پرونده بیماران استخراج گردید. اطلاعات مربوط به میزان پرداختهای رسمی از پرونده بیمار استخراج شد و اطلاعات پرداختهای غیر رسمی از بیمار یا همراه وی پرسیده شد. درموردی که خود بیمار قادر به پاسخگویی بود و اطلاعات کافی داشت از بیمار و در سایر موارد با همراه وی مصاحبه شد. اطلاعات جمع آوری شده با استفاده از آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفت. پرسشنامه ها پس از کسب رضایت آگاهانه از بیمار و بدون نام پرس شدند.

در دنیا چهارروش اساسی برای تامین مالی نظام سلامت وجود دارد که عبارتند از: پرداخت مستقیم (out of pocket payment)، بیمه خصوصی، بیمه های اجتماعی براساس گروههای کارمندی و تامین بودجه دولتی (۱). پرداخت مستقیم یکی از اشکال اصلی پرداخت می باشد که WHO این نوع پرداخت را چنین تعریف می کند: مخارج مستقیم خانوارها شامل حق الزحمه و پرداختهایی که در قبال خدمات پزشکی و ارائه دهندگان خدمات درمانی، دارویی و بهداشتی و دیگر کالاها و خدمات بمنظور ارتقای سلامت افراد جمعیت هاصورت می گیرد. این نوع پرداختها شامل پرداخت به خدمات دولتی، موسسات غیرانتفاعی یا سازمانهای غیردولتی بوده و پرداختهایی را که از جانب سازمانها به منظور تامین خدمات پزشکی و پیراپزشکی برای کارکنانش صورت می گیرد، شامل نمی شود (۲). در کشورهای با درآمد کم و متوسط پرداخت مستقیم بیش از ۵۰٪ از هزینه های سلامتی را شامل می شود در حالی که متوسط پرداخت مستقیم برای جهان ۲۴٪ می باشد (۳ و ۴). مطالعات حسابهای پس انداز سلامت در منطقه مدیترانه شرقی (۲۰۰۱) نشان داد که به طور متوسط ۷۴/۶٪ بودجه موسسات خصوصی ۷۳/۲٪ درآمد داروخانه ها توسط خانوارها از طریق پرداخت مستقیم تامین می شود. این مطالعه نشان داده است که در ایران خانوارها ۴۰٪ از مخارج پرداخت مستقیم را جهت خدمات بستری، ۳۴٪ برای خدمات سرپایی، ۱۹٪ برای خدمات دارویی و ۱/۷٪ برای سایر خدمات صرف می کنند (۵).

در ایران نیز طبق برآوردهای سال ۱۳۸۳ توسط دفتر برنامه ریزی منابع مالی و بودجه وزارت بهداشت، پرداختهای مستقیم خانوارها ۵۴/۳۹٪ از کل منابع مالی بخش بهداشت و درمان ۹۶/۳۸٪ از منابع بهداشت و درمان در بخش خصوصی را شامل می شود (۶). همچنین طبق برآوردهای سال ۱۳۸۶، ۵۲٪ از هزینه های سلامت از طریق پرداخت مستقیم تامین می شود (۷). عوامل موثر در پرداختهای مستقیم در مطالعات مختلفی معرفی شده اند؛ بطوریکه در پرداختهای رسمی شامل: وضعیت اقتصادی، بیماری های مزمن، از کار افتادگی، تعداد کودکان کوچک، مصرف داروهای ضروری، بیماری قلبی و عدم پوشش بیمه (۸) و در پرداختهای غیررسمی شامل حقوق کم، عدم سازگاری بین خدمت و تعرفه دولتی تعیین شده و جذابیت پرداخت مستقیم (۹) و فاکتورهای محیط کار، فاکتورهای حین ارائه خدمت، فاکتورهای تقاضا (۱۰) می باشد. در این میان خطری که پرداختهای مستقیم براستانداردهای زندگی از قبیل دسترسی به نیازهای اساسی، آموزش و... خانوار ایجاد خواهد کرد به عنوان نگرانی اصلی

**یافته ها:**

میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۵۰ سال بود که بیشترین فراوانی (۴۴٪) به گروه سنی ۶۰-۴۱ تعلق داشت. ۸۰٪ جامعه مورد مطالعه را آقایان تشکیل می دهند. بیشترین فراوانی مربوط به افراد بی سواد (۴۰٪) و کمترین فراوانی مربوط به افراد با تحصیلات دانشگاهی (۴٪) می باشد. ۷۶٪ افراد دارای شغل آزاد، ۱۶٪ دارای شغل دولتی و ۸٪ نیز بیکار بودند. ۷۰٪ افراد مورد مطالعه بومی استان و ۳۰٪ غیربومی بودند و تمام افراد مورد مطالعه دارای بیمه بودند که بیمه خدمات درمانی دارای بیشترین فراوانی (۳۴٪) بود.

میانگین پرداخت مستقیم (پرداخت رسمی) برابر بود با ۱۹۸۲۵۸۳۳ ریال (Std.D=۹۸۶۱۴۸۸.۵۲۲) که شامل فرانشیز (۳۰۵۳۷۶۱ ریال) و هزینه آزاد (۱۶۷۷۲۰۷۲ ریال) می باشد که ۳۷.۴٪ از میانگین هزینه کل یک واحد عمل جراحی (۵۲۹۸۰۴۷۲ ریال، Std.D=۱۵۶۴۰۰۰) را شامل می شود. میانگین پرداختهای غیر رسمی نیز برابر با ۱۴۰۰۰۰۰۰ ریال بود.

عوامل موثر در پرداختهای رسمی شامل عدم پوشش بیمه و مابه التفاوت تعرفه دولتی و قیمتی که پزشک یا بیمارستان تعیین می کند (۸۳٪ پرداخت مستقیم) می باشد که موجب بالا رفتن میزان پرداخت های مستقیم توسط بیمار می شود. در پرداختهای غیر رسمی نیز که ۱۰٪ افراد مورد مطالعه پرداخت کردند، ۸۰٪ بدلیل درخواست شخصی پزشک و ۲۰٪ جهت هدیه و تشکر از پزشک و کادر صورت گرفت. اثرات جانبی پرداختهای مستقیم از ۳ جنبه تاثیر در انتخاب محل دریافت خدمت، تاثیر در استفاده از خدمات (utilization rate)

و تاثیر پرداختهای مستقیم در تامین نیازهای اساسی خانواده ها از دیدگاه بیمار با همراهی وی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج به شرح زیر می باشد:

انتخاب محل دریافت خدمت (دولتی، خصوصی و...) می تواند در دریافت یا عدم دریافت خدمت با کیفیت تاثیر داشته باشد. در این مطالعه ۸۲٪ از شرکت کنندگان احتمال پرداخت مستقیم را یکی از معیارهای اصلی در انتخاب محل دریافت خدمت اعلام کردند. تاخیر در درمان یا خودداری از استفاده از خدمات در اثر بالابودن میزان پرداخت مستقیم موضوعی است که در مطالعات جهانی به اثبات رسیده است. در مطالعه حاضر نیز با توجه به نمودار ۱، بیش از ۵۰٪ از شرکت کنندگان در مطالعه اظهار داشتند که بدلیل وجود هزینه های مستقیم، تاخیر در دریافت خدمات بهداشتی درمانی داشته اند (جدول ۱).

تاخیر در دریافت خدمت یکی از تعیین کننده های utilization rate خدمات می باشد که از عوامل موثر در آن پرداختهای مستقیم می باشند. در مطالعات مختلف اشاره شده است که خانوارهای کم درآمد و با درآمد متوسط جهت تامین هزینه های بهداشتی درمانی خود، سایر هزینه های اساسی را کاهش می دهند. در مطالعه حاضر نیز بیش از ۶۰٪ شرکت کنندگان اظهار داشتند که هزینه های بهداشتی درمانی تاثیر زیادی بر تامین سایر نیازهای اساسی خانوار داشته است و حدود ۱۰٪ نیز اعلام کردند تاثیر خیلی زیاد داشته است (جدول ۱).

بر اساس جدول ۲، بیشترین تاثیر پرداختهای مستقیم در تامین خوراک خانوارها بوده است.

**جدول ۱) توزیع درصد فراوانی تاثیر پرداخت مستقیم بر تاخیر****در دریافت خدمت و تامین نیازهای اساسی خانوار از دیدگاه شرکت کنندگان**

تاثیر نامناسب پرداختهای مستقیم بر تامین سایر نیازهای اساسی خانوار (%)	تاثیر پرداختهای مستقیم بر تاخیر در دریافت خدمات بهداشتی درمانی (%)	گویه
۰	۲	بی تاثیر
۶	۱۴	خیلی کم
۲۲	۳۲	کم
۶۴	۵۲	زیاد
۸	۰	خیلی زیاد
۰.۶۹۴	۰.۷۹۸	Std.D

جدول ۲) توزیع درصد فراوانی تاثیر پرداختهای مستقیم برتامین نیازهای اساسی خانواربه تفکیک

نیازهای اساسی خانوار	درصد فراوانی
مسکن	۸
خوراک	۴۶
پوشاک	۳۰
تحصیلات ( اعضای خانواده)	۱۶
جمع	۱۰۰

### بحث و نتیجه گیری:

هرقدر شیوه تامین منابع، بیشتر برمنابع عمومی وپیش پرداختها( قبل از بروز بیماری) اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه تر می باشد وهرچه میزان منابع مالی بیشتر از محل پرداختهای مستقیم خانوارها ودر زمان بیماری تامین گردد، نظام تامین سلامت غیرعادلانه تر خواهد بود. مهمترین نتایج مشارکت غیر عادلانه خانوارها درتامین منابع مالی نظام سلامت این است که درصد خانوارهایی که هزینه ی مصیبت بار سلامتی را پرداخت می کنند افزایش می یابد وبرای این خانوارها، نابرابری در توزیع درآمدها نیز افزایش پیدا می کند(۶). یافته های مطالعه حاضر حاکی از بالا بودن میزان پرداختهای مستقیم وشیوع پرداختهای غیر رسمی می باشد. تاخیر در دریافت خدمت و تاثیرات سوءپرداخت مستقیم بر تامین نیازهای اساسی خانواده ها از جمله یافته های مطالعه می باشد که ناشی از بالا بودن پیزان پرداختهای مستقیم و عملکرد ضعیف نظامهای بیمه ای است.

مطابق مطالعات انجام شده در جهان متوسط پرداخت مستقیم ۲۴٪ و در کشورهای کم درآمد ودرآمد متوسط بیش از ۵۰٪ هزینه های سلامت می باشد(۳و۴). در ایران نیز براساس آمار ارائه شده میزان پرداخت مستقیم ۵۲٪ بیان شده است که نشان از وجود ریسک بالای مالی در حین بیماری است(۶). در مطالعه حاضر نیز میزان پرداخت مستقیم از کل هزینه بستری و عمل جراحی در بیمارستان ۳۷٪ محاسبه گردید. مطالعه حاضر تفاوتهایی با مطالعه کشوری دارد از جمله: مطالعه کشوری بصورت عام انجام شده اما مطالعه حاضر برروی بیماران خاص (قلبی) در یک بیمارستان پرداخته است. توان، نمونه گیری وشیوه جمع آوری اطلاعات مطالعه حاضر با مطالعه کشوری متفاوت است. با توجه به خاص بودن مطالعه حاضر، نوع نمونه گیری ومطالعه، می توان گفت نتیجه حاصل از مطالعه با

مطالعه کشوری در بیشتر بودن از استاندارد جهانی پرداخت مستقیم همسو می باشد وتفاوت عددی نیز با توجه به شرایط متفاوت دو مطالعه قابل توجیه می باشد.

پایین بودن سهم اعتبارات تخصیصی از محل بودجه عمومی دولت ومنابع پیش پرداخت در بیمه های اجتماعی درمانی وبلا بودن سهم هزینه خانوارها از مجموع هزینه های مصرفی بهداشت ودرمان کشور، از عوامل محدود کننده درتامین مالی هزینه های مصرفی در بخش بهداشت ودرمان محسوب می شود. البته با توجه به تأکید قانون برنامه چهارم توسعه بر کاهش سهم مردم از هزینه های نظام سلامت به ۳۰ درصد یا کمتر، افزایش دسترسی فیزیکی و مالی افراد به خصوص اقشار نیازمند به مراقبت های سلامتی و همچنین کاهش میزان خانوارهای روبه رو با مخارج کمرشکن درمانی به یک درصد، شناسایی روش های تأمین منابع مالی مطلوب برای کشور ضرورت بیشتری می یابد.

بیمه های اجتماعی در جوامع مختلف با هدف پوشش مالی خدمات بهداشتی درمانی وجلوگیری از ریسک مالی بیمه شده ارائه می شود. اما عملکرد ناقص این بیمه ها موجب نتایجی غیر از این می شود. بطوریکه در کره، ۵۰٪ پرداخت مستقیم بیماران ناشی از عدم پوشش بیمه می باشد(۱۴). درمطالعه حاضر نیز که بخش اعظمی از oop پرداختی توسط بیماران (۴۳٪) بدلیل عدم پوشش بیمه می باشد.

هزینه آزاد یا مابه التفاوت (که می توان به عنوان پرداخت غیر رسمی وغیر قانونی قلمداد کرد) تفاوت بین آنچه دولت به عنوان تعرفه تعیین می کند با آنچه که ارائه دهنده قیمت خدمات خود می داند را نشان می دهد. براساس مطالعات یکی از تعیین کننده های پرداختهای غیر رسمی نیز این هزینه ها می باشند(۱۵). نتایج مطالعه حاضر نیز نشان داد حدود ۴۰٪ از پرداخت مستقیم توسط بیماران هزینه مابه التفاوت می باشد. با

و خطرناک سلامت می شود (۱۲). طبق مطالعات سازمان جهانی بهداشت برخی از مردم بدلیل عدم توانایی تامین مالی از دریافت خدمات خودداری می کنند یا دوره درمان را تکمیل نمی کنند (۲۱). یافته های مطالعه بهره مندی از خدمات بهداشتی درمانی در ایران (۱۳۸۱) نیز حاکی از آن است که ۱۸٪ افرادی که از دریافت خدمات خودداری کردند، هزینه بالا را دلیل خودداری خود اعلام کرده اند (۲۲). در مطالعه حاضر نیز بیش از ۵۰٪ افراد مورد مطالعه، پرداختهای مستقیم را موجب تاخیر در دریافت درمان خود اعلام کردند.

همچنین خطری که پرداختهای مستقیم بر استانداردهای زندگی از قبیل دسترسی به نیازهای اساسی، آموزش و... خانوار ایجاد خواهد کرد به عنوان نگرانی اصلی در تامین مالی مراقبتهای بهداشتی در مانی شناسایی شده است (۱۱).

صرف هزینه مستقیم بالا برای خدمات سلامت مضرات مختلفی در پی دارد. بعضی از مردم از خدمات سلامت استفاده نمی کنند یا از ادامه درمان بدلیل عدم توانایی پرداخت صرف نظر می کنند. مردمی که از خدمات استفاده می کنند ممکن است جهت پرداخت هزینه های خدمات از هزینه برای احتیاجات اساسی مانند غذا، لباس، مسکن و آموزش فرزندان خودداری کنند (۳، ۲۱، ۲۲) در مطالعه ای در اتیوپی، پیرامون تاثیرات هزینه های سلامت به این نتیجه رسیده اند که در صورت بیماری سرپرست خانوار، هزینه های غذایی هفتگی خانوار به صورت متوسط ۲۴ درصد کاهش می یابد (۲۴).

مطالعه ای در کشورهای کم درآمد و درآمد متوسط شامل کشورهای مدیترانه شرقی، نشان داد خانواده هایی که نیاز به خدمات سلامت دارند مجبور به قرض پول با بهره بالا یا فروش لوازم خود برای پرداخت هزینه های سلامتی هستند. روش جایگزین برای این کار، خودداری از دریافت خدمات و زندگی با بیماری است (۲۵). همچنین نتایج مطالعه خواجه وند در بیمارستان امام خمینی (ره) تبریز نشان می دهد که بیشتر خانواده ها مجبور بودند جهت تامین هزینه های بیماری خود بعد از اینکه توان پرداخت را نداشتند دارائی خود مثل طلا، زمین و... را بفروشند یا اینکه از خویشان و نزدیکان خود قرض بگیرند (۲۶).

نتایج مطالعه حاضر نشان دهنده تاثیر بسیار نامناسب پرداخت های مستقیم بر تامین نیازهای اساسی خانوارها می باشد بطوریکه ۷۲٪ از شرکت کنندگان اشاره کردند که پرداخت مستقیم تاثیر بسیار زیادی بر تامین نیازهای اساسی خانواده داشته است و این تاثیر نامناسب با توجه به نتایج به ترتیب در خوراک، پوشاک، تحصیلات و آموزش و مسکن خانواده ها بوده است که با نتایج سایر مطالعات همسواست (۲۳ و ۲۴).

توجه به گسترش بیماریهای قلبی و ورود تکنولوژیهای جدید درمان و تشخیص بیماری، عدم مطابقت بیمه های اجتماعی با تغییرات موجود موجب ضروریان به بیماران و حتی خود سازمانهای بیمه گر می شود.

امروزه پرداخت های غیر رسمی عامل بسیار مهمی در بالا بردن میزان پرداختهای مستقیم هستند بطوریکه در گرجستان بیش از ۵۰٪ درآمد ناشی از پرداخت های مستقیم از طریق پرداختهای غیر رسمی است (۱۶). در مطالعه ای مشخص شد ۴۰-۲۰٪ بیمارانی که در بخشهای جراحی بستری شدند مجبور به پرداخت های غیر رسمی شده اند در حالیکه فقط ۱۰٪ از بیمارانی که در بخش داخلی بستری شدند پرداخت غیر رسمی داشتند (۸). در بررسی های انجام شده، آمار رسمی در مورد میزان ونحوه این پرداختها در ایران یافت نشد اما منابع غیر رسمی اعلام میکنند که ۵٪ پزشکان دریافتهای غیر رسمی دارند. نتایج مطالعه حاضر که در ابعاد کوچکی انجام شد، نشان داد ۱۰٪ از بیماران شرکت کننده در مطالعه پرداخت غیر رسمی داشتند که علت ۸۰٪ آن، در خواست شخصی پزشک (همسو با نتایج مطالعات (۹، ۱۶)) و ۲۰٪ به عنوان هدیه و تشکر (همسو با نتایج مطالعه (۸ و ۹)) از سوی بیماران بوده است. باتوجه به گسترش بیماریهای قلبی عروقی و استفاده از تکنولوژیهای پیچیده و گران قیمت، پوشش و عملکرد ناقص بیمه های درمانی (۱۷) و در برخی موارد موقعیت انحصاری برخی پزشکان و مکانیسم پرداخت رایج در بیمارستانهای کشور (سیستم کارانه که یکی از عوامل موثر در شیوع پرداختهای غیر رسمی است (۱۸)) انتظار می رود میزان این پرداختها بیشتر از میزان اشاره شده باشد. لذا جهت محافظت از قشرهای آسیب پذیر جامعه در برابر ریسک مالی ناشی از بیماری؛ ضروری است مطالعات مدونی در این خصوص انجام و مکانیسم های مناسبی طراحی گردد.

پرداختهای مستقیم تاثیر نامناسبی بر عدالت و دسترسی به خدمات، هزینه ها و میزان استفاده از خدمات (utilization) دارد. (۱۹) مطالعه ای در نیاگارا نشان داده است که احتمال استفاده از خدمات با کیفیت پایین و هزینه کم در خانواده های کم درآمد بیشتر از خانواده های ثروتمند است (۲۰).

یافته های مطالعه حاضر نیز نشان داد که پرداختهای مستقیم به عنوان معیاری مهم برای ۸۲٪ افراد در انتخاب محل دریافت خدمت می باشد. آمار بالای این موضوع نشان دهنده این است که در صورت نبود نظارت کافی، احتمال دریافت خدمات با کیفیت پایین و هزینه کم در گروههای کم درآمد جامعه بالا می باشد.

خدمات پرهزینه سلامت موجب منصرف شدن مردم از دریافت خدمات سلامت می شود که باعث افزایش موارد مزمن

۲. استفاده از سیستم بهای تمام شده برای تعیین تعرفه خدمات بصورت واقعی
۳. شناسایی افراد کم درآمد بستری در بیمارستانها و معرفی به بنیادهای خیریه و... جهت تامین مالی توسط واحدمددکاری بیمارستان
۴. همکاری و مذاکره دانشگاه و بیمارستان با سازمانهای بیمه گر در جهت رفع اختلافات تعرفه ای، که منجر به دریافت هزینه آزاد (مابه التفاوت) از سوی بیمارستان می شود.

### تقدیر و تشکر:

بدینوسیله از همکاری صمیمانه مدیریت محترم بیمارستان شهید مدنی تبریز و همکاران عزیز در واحد ترخیص و مدارک پزشکی و بخشهای جراحی مردان و زنان این بیمارستان تقدیر و تشکر بعمل می آوریم. همچنین از جناب آقای دکتر همایون صادقی نسبت به راهنمایی های ارزنده شان تقدیر و تشکر می کنیم. این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی مصوب کمیته تحقیقات دانشجویی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز می باشد.

عدم امکان پیگیری احتمال برگشت هزینه پرداختی توسط بیمه های تکمیلی، عدم امکان مطالعه هزینه های غیر مستقیم در طی بیماری، عدم امکان پیگیری نمونه مورد مطالعه جهت بررسی تاثیرات بلند مدت. باتوجه به اینکه مطالعه در بستر یک بیمارستان انجام شده و بررسی هزینه هابه دوران بستری و عمل جراحی محدود شده است، می توان گفت محدودیتهای اشاره شده اشکال مطرحی به نتایج مطالعه وارد نمی کند. مطالعات آتی بهتر است بر روی تاثیرات بلند مدت پرداخت مستقیم در زندگی افراد و همچنین تاثیرات آن بر نظام سلامت تمرکز کنند. همچنین در راستای کاهش میزان پرداختهای مستقیم مطالعاتی جهت به روز کردن سیستم بیمه ای پیشنهاد میگردد.

باتوجه به نتایج مطالعه پیشنهادات زیر در راستای بهبود وضعیت موجود ارائه می گردد:

۱. بروز کردن پوشش بیمه ای سازمانهای بیمه گر با توجه به تغییر الگوی بیماری ها و ورود تکنولوژی های جدید به عرصه ارائه خدمات جهت کاهش بار مالی خانواده ها

### References

1. Thomas S. Bodenheimer, Kevin Grumbach. Understanding health policy, A clinical approach. Third edition. International edition. 2001.
2. Alefghade, Aidin. Jafari pooyan, Ebrahim. out of pocket payments in Iran and other countries, p 1-3. 2000.
3. Pay for health service, WHO. Fact sheets, number 320/ social health protection, February 2007.
4. Regional committee for Eastern mediterian era. Technical paper, The impact of health expenditure on households and options for alternative financing. 51. EM/July 2004.
5. Susan De, Abt associates Inc, Ibrahim shehata, university Research co. comparative report of national health accounts, finding from eight countries in the Middle East and North Africa. 2001. 18- 50.
6. Abolhallaj, Masood, Hashemi, Fazl, Mahmood, Kazemian, Maryam, Rezaeian. Financing and economic policies in health care sector. MOHME. Management and resources development assistance. Planning and budgeting office. 2007.
7. Bagery lankarani, Kamran. Lotfi, Farhad. Karimian, Zahra. Equity in health care, Navid shiraz press. 2010.
8. Nazim Habibow, university of Windsor, Canada. Determinants of out of pocket on prescribed Medications in Tajikistan, Implication for health care sector reform. Journal of health organization and management. vol 23, no.2, 2007.
9. S.V. Shishkin, T.V. Bogatova, etl. Informal out of pocket payment for health care in Russia, Moscow. 2003.
10. Paolo Belli, Helen shahriari and curtion medical group. Qualitative study on informal payments for health services in Georgia. november 2003. HNP.
11. Eddy Doorslaer, Own ODonnen, catastrophic payment for health care in Asia. 2005. 1. 26.
12. Nguyen Bich Thi Thuan, curt Lofgren, Nguyen Kim, Household out of pocket payment for illness: Evidence from Vietnam. BMC Public Health. 2006, 6: 283.
13. Erdogan yilmaz, julide yildirim, mehmet okyer, The Determinants of out of pocket payment: Evidence from Turkey. Social Science Electronic Publishing.
14. Adam Wagstaff. Health Systems in East Asia: What Can Developing Countries Learn from Japan and the Asian Tigers? World Bank Policy Research Working Paper 3790, December 2005.
15. L.I. Yakobson, Polischuk, V.B. Benevolensky. Informal out of pocket payment for health care in Russia, Moscow. The Moscow public science publication. 2003.
16. Paolo Belli, George Gotsadze, Helen Shahriari. Out-of-pocket and informal payments in health sector: evidence from Georgia. Health Policy 70 (2004) 109-123.
17. Daniel Dulitzky. Xiaanhui Hou. Fiscal Policy and Economic Growth, chapter 6. Health. 2007

18. Burcay Erus and Nazlı Aktakke. Impact of Healthcare Reforms on Out-of-Pocket Health Expenditures in Turkey for Public Insureds, Bosphorus University, Istanbul, Turkey, August 9, 2009
19. George Schieber, Nicole Klingen, Islamic Republic of Iran, Health Financing Reform in Iran : Principles and Possible Next Steps, Health Economic Congress, Tehran, , October 30-November 1, 1999.
20. Obinna E Onwujekwe, Benjamin SC Uzochukwu, Eric N Obikeze, Ijeoma Okoronkwo, Ogonnia G Ochonma, Chima A Onoka, Grace Madubuko, Chijioke Okoli. Investigating determinants of out-of-pocket spending and strategies for coping with payments for healthcare in southeast Nigeria. BMC Health Services Research 2010, 10:67
21. WHO. Fact sheet, N 320. Social health protection. February 2007.
22. Islamic Republic of Iran, Health Sector Review, Volume I: Main Report, World Bank group. Human Development Sector, Middle East and North Africa. June 2007
23. Anne mills. Lucy Gilson. Health economics for developing countries: A survival kit. 1998.
24. Adam Leive. Ke Xu. Coping with the Out -of-Pocket Health payments: Applications of Engel Curves and Two-Part Models in Six African Countries. WHO. GENEVA 2007.
25. The impact of health expenditure on households and options for alternative financing, EM/RC51/4, July 2004.
26. Khajevande sani, Atefe. Calculating direct and indirect costs for kidney patients in Emam Khomeini hospital. Tabriz University of Medical Science. Department of Health Services Management. 2007.

## Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions—Iran-Tabriz 2010

Vahidi RGH.<sup>1</sup> , Saadati M.<sup>2\*</sup>

Submitted: 2011.5.5

Accepted: 2011.9.10

### Abstract

**Background:** The different effective factors on out of pocket payment (OOP) have been introduced as follows: low salary of the employee's, low governmental tariff, chronic disease, gifts to personnel, physician and other cadre's requests, fear of bad or no services. In addition OOP has negative effects on the accessibility of services. This article studies the distribution of effective factors on OOP (formal and informal) through cardiac patients and its side effects.

**Materials & Methods:** This is a descriptive-exploratory study. The data were collected by interviews and questionnaires reliability of which was approved by specialists and their validity were approved by simulation-in Shahid Madani hospital in Tabriz in the winter of 2010.

**Results:** all the persons studied had an experience of OOP. Formal payments included the free cost of the services with no insurance cover and the margin between the tariff and the rate that the physician or the hospital declares (83% of OOP). In addition 10% of persons encountered informal payments 80% of which was due to the physician's request and 20% as a gift. The results describes the OOP's side effects so that 52% of patients faced a postpone in getting services because of the OOP and 72% pointed that OOP has had an enormous effect on providing the necessary needs of the families.

**Conclusion:** The high rate of OOP and the weak performance of insurance system will result in injustice and intensifies the unfavorable effects of OOP on the health system and society.

**Keywords:** out of pocket payment-factors- cardiac patients

---

1. PhD, health services management, health services management Department, faculty of management and medical information, Tabriz University of medical science.

2. MSc student of health services management, Tabriz University of medical science. (\*Corresponding Author)

Tel: 09359716073

Email: hcm.2020@gmail.com.