

برآورد پرداخت مستقیم از جیب بیماران برای هزینه های درمان در شهر قزوین سال ۱۳۸۸

عبدالله کشاورز^۱، روح اله کلهر^{۲*}، امیر جوادی^۳، سعید آصف زاده^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۵/۱۲

چکیده:

زمینه و هدف: سازمان جهانی بهداشت حفاظت مردم در برابر هزینه های بیماران را به عنوان یکی از اهداف اصلی نظام سلامت تعیین کرده است. نگرانی در مورد هزینه های سلامت مردم امروزه توجه سیاستگذاران و دانشگاهیان را در بسیاری از کشورها به خود جلب کرده است. این مطالعه با هدف برآورد پرداخت مستقیم از جیب بیماران برای هزینه های درمان در شهر قزوین در سال ۱۳۸۸ بر مبنای دهکهای درآمدی انجام شده است.

مواد و روشها: این مطالعه توصیفی-تحلیلی در سال ۱۳۸۸ بر روی ۳۸۴ خانوار شهر قزوین انجام شد. ابزار اندازه گیری پرسش نامه ای شامل ۲۵ سوال بود که روایی و پایایی آن توسط پژوهشگران سنجیده شد. سپس پرسش نامه ها بین خانوارها توزیع و در نهایت داده ها توسط آمار توصیفی با استفاده از برنامه SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: میانگین پرداخت از جیب بیماران نسبت به کل هزینه پزشکی در مدت مطالعه ۵۹/۷ درصد بوده که بیشترین میزان مربوط به دهک اول (۶۷/۵ درصد) و کمترین میزان مربوط به دهک پنجم (۴۵/۵ درصد). میانگین کل پرداخت از جیب به میانگین کل درآمد خانوارها ۷/۳ درصد می باشد که بیشترین مقدار مربوط به دهک اول (کمترین میزان درآمد) با ۱۹ درصد و کمترین میزان ۳/۶ درصد در دهک دهم می باشد.

نتیجه گیری: علی رغم پوشش بیمه پایه، پرداخت مستقیم از جیب در خانوارهای مورد مطالعه شهری (۵۹/۷ درصد) بالا بوده و در بین دهکهای پایین درآمدی (دهک اول) درصد قابل توجهی (۱۹ درصد) از درآمد خانوار را تشکیل می دهد.

کلمات کلیدی: پرداخت مستقیم از جیب، هزینه های درمان، دهکهای درآمدی، هزینه خانوار، قزوین

۱- دکتری پزشکی و MPH

۲- دانشجوی دکتری مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی تهران. (* نویسنده مسئول)

تلفن: ۰۹۱۲۷۸۱۵۸۹۳ پست الکترونیکی: r.kalhor@yahoo.com

۳- مربی و عضو هیات علمی گروه پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

۴- استاد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین

آدرس: قزوین- بلوار میرداماد (غیاث آباد)- ساختمان شماره دو ستاد- معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

مقدمه

اصولاً مشکلات و چالشهای مختلف اقتصادی در جهان، چه در بعد داخلی و چه در بعد بین المللی باعث گردیده که از چند دهه قبل اکثر کشورها به فکر تجدید ساختار اقتصادی خود بیفتند و تخصیص منابع در میان بخشهای اقتصادی خود را مورد بازنگری مجدد قرار دهند. یکی از مسائلی که همواره در جریان تجدید ساختارها مورد بحث و گفتگو بوده این مطلب است که آیا با وجود مخارج هنگفتی که در بخش سلامت صورت می گیرد دولتها باید خود را موظف به تأمین منابع مورد نیاز بدانند و یا اینکه بخشی از آن را به سایر سازوکارهای موجود وانهند (۱).

سلامت به عنوان یکی از پیش شرطهای اصلی نظام رفاه اجتماعی شناخته شده است. علاوه بر داشتن شیوه زندگی سالم، مردم برای ارتقا و بازگرداندن سلامت خود در صورت بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و به عبارتی خرید آن خدمات می باشند. بخشی از درآمد خانوار در همه جوامع دنیا صرف هزینه های مرتبط با سلامت (خدمات بهداشتی و درمانی) می گردد. مقدار این سهم و توزیع آن در جوامع (برابری آن) نشان دهنده تحمیل بار مالی سلامت به جوامع است (۲).

امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظامهای 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 به عبارتی دیگر مواجهه با هزینه های کمرشکن در نظام سلامت خود نیز رنج می برند (۳). لذا تعجب آور نیست که نگرانی در مورد هزینه های سلامت مردم امروزه توجه سیاستگذاران و دانشگاهیان را در بسیاری از کشورها به خود جلب می کند (۴). به هر روی سازمان جهانی بهداشت حفاظت مردم در برابر هزینه های بیماران را به عنوان یکی از ۳ هدف اصلی نظام سلامت تعیین کرده است (۲).

پرداخت مستقیم از جیب بیماران (OOP)^۱ یکی از ساده ترین و در عین حال کم اثربخش ترین شیوه های پرداخت است. در این شیوه در زمان ارائه خدمات، فرد پول را مستقیم به ارائه کننده خدمات می پردازد. علی رغم وجود اشکالات، این روش حجم زیادی از پرداختها را به خود اختصاص داده است (۵).

استفاده از پرداختهای مستقیم به عنوان مکمل اعتبارات مالیاتی و منبعی برای حمایت سازمان های (ارائه دهنده خدمات سلامت) مفید خواهد بود. اما در این مورد که پرداختهای مستقیم از جیب بتواند به عنوان مبنای مالی عمده برای ارائه مراقبت بستری پیشرفته (به جز افراد بسیار ثروتمند) به کار رود جای تردید وجود دارد (۶).

بیماران باید به نحوی از پرداخت کامل هزینه های درمان در امان باشند، حتی پرداختی که برای پوشش انجام می دهند نباید

به گونه ای باشد که بردآمدهای آنها تأثیر منفی گذاشته، آنها را از تأمین سایر نیازهای زندگی خود بی بهره سازد (۱).

تعیین میزان پولی که فعلاً در یک کشور از طریق پرداخت مستقیم بیماران گردآوری می شود، غالباً مشکل است. هزینه جمع آوری داده های خوب در این شیوه ممکن است بسیار قابل توجه باشد چرا که احتمالاً بررسی های پیمایشی هزینه های سلامت خانوار، یکی از روشهای مناسب جهت دستیابی به چنین داده هایی است. یکی از دلایل دیگر سختی کنترل این هزینه ها آن است که بخش وسیعی از بازار خصوصی، بدون نظارت و تنظیم است و پرداختهای غیر رسمی، گسترش قابل توجهی در نظامهای حکومتی پیدا کرده اند (۶).

این مطالعه با هدف برآورد پرداخت مستقیم از جیب بیماران برای هزینه های درمان در شهر قزوین در سال ۱۳۸۸ طراحی گردیده است تا با استفاده از نتایج آن بتوان پرداخت مستقیم از جیب بیماران برای هزینه های درمان را برای دهکهای درآمدی مختلف در سطح شهر قزوین بدست آورد تا در برنامه ریزیهای مربوط به بخش سلامت مورد استفاده قرار بگیرد.

مواد و روشها

این پژوهش توصیفی- تحلیلی در بهمن ۱۳۸۸ انجام شد. جامعه مورد پژوهش شامل تمام خانوارهای ساکن در شهر قزوین بود که با استفاده از فرمول آماری ذیل تعداد ۳۸۴ خانوار بر مبنای روش خوشه ای به روش تصادفی سیستماتیک و بصورت چند مرحله ای (Multistage) بر اساس لیست خانوارهای مراکز بهداشت و درمان شهر قزوین انتخاب شد. ابتدا شهر قزوین به ۵ منطقه جغرافیایی (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) تقسیم شد، سپس از هر منطقه بصورت تصادفی یک مرکز بهداشتی و درمانی شهری انتخاب و در نهایت به نسبت جمعیت تحت پوشش هر مرکز تعداد خانوار بر مبنای شماره پرونده خانوارها در مرکز بهداشتی و درمانی بصورت تصادفی انتخاب گردید. لازم به ذکر است که مقدار P جهت تعیین تعداد نمونه بر اساس مطالعات قبلی ۶۰٪ در نظر گرفته شده است (۷).

$$n = \frac{Z^2 (1-\alpha/2) \times P \times (1-P)}{d^2}; P=0.60, 1-\alpha=95\%, d=0.05$$

در این پژوهش ابزار اندازه گیری شامل یک پرسش نامه هزینه درمان خانوار بود که با اقتباس از پرسش نامه سازمان جهانی بهداشت با عنوان پیمایش سلامت جهانی^۲ (که در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش عملکرد نظامهای سلامت بر اساس سه هدف نظام سلامت ارائه شد) تدوین شده است (۹ و ۸). پرسش نامه شامل ۴ قسمت اصلی بوده و ۲۵ سوال را در بر می گرفت. قسمت اول

² - World Health Survey

¹ - Out of Pocket

یافته‌ها:

یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که بعد خانوار ۵۹/۱ درصد خانوارهای مورد مطالعه کمتر از ۴ نفر بود. میانگین بعد خانوار $4/3 \pm 1/4$ نفر و میانه و نمای آن ۴ نفر بود. شغل ۱۵۵ سرپرست خانوار (۴۰/۴ درصد) آزاد و ۷۶ سرپرست خانوار (۱۹/۸ درصد) کارگر بودند. تحصیلات ۸۰/۸ درصد از سرپرستان خانوارها زیر دیپلم و تنها ۱۹/۲ درصد آنها دارای تحصیلات دانشگاهی بودند.

تعداد ۷۴ خانوار (۱۹/۳ درصد) مورد مطالعه فاقد پوشش بیمه ای بودند. بیشترین تعداد بیمه شدگان ۲۳۱ خانوار (۶۰/۲ درصد) تحت پوشش سازمان تامین اجتماعی و بقیه خانوارها به ترتیب تحت پوشش بیمه خدمات درمانی، ارتش و کمیته امداد بودند. از کل خانوارهای مورد مطالعه ۱۴۱ خانوار (۳۶/۷ درصد) بیمه تکمیلی نیز داشتند. در طول مدت پژوهش ۱۶۸ خانوار (۴۳/۸ درصد) خود درمانی داشتند. در طول پژوهش ۲۹ خانوار (۷/۶ درصد) بدلیل عدم توانایی مالی اقدامی جهت درمان (بستری) اعضای خانواده خود نکردند.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد میانگین درآمد کل خانوارها 273215 ± 44000 تومان با میانه و مد (۱۳/۳ درصد) 40000 تومان بود. بیشترین تعداد خانوار در دهک پنجم با ۵۸ خانوار (۱۵/۱ درصد) و کمترین خانوار در دهک ششم با ۱۳ خانوار (۳/۳ درصد) بود (جدول شماره ۱).

پرسشنامه اطلاعات دموگرافیک سرپرست خانوار را شامل می‌شد. قسمت دوم اطلاعات مربوط به هزینه‌های بستری اعضای خانوار در طول سال گذشته را اندازه‌گیری می‌کرد. قسمت‌های سوم و چهارم اطلاعات مربوط به هزینه سرپایی و خود درمانی اعضای خانواده در طول ماه گذشته بود. لازم به ذکر است که زمان یادآوری اطلاعات هزینه درمان خانوار برای موارد بستری یکسال و برای موارد سرپایی یک ماه در نظر گرفته شده بود. روایی پرسشنامه از طریق کارشناسان و متخصصین امر به تایید رسید. جهت سنجش پایایی پرسشنامه از روش آزمون باز آزمون^۱ استفاده شد که میزان همبستگی $r = 0.85$ گزارش شده است. در این پژوهش منظور از پرداخت مستقیم از جیب هزینه‌های مستقیمی است که افراد در زمان دریافت خدمات (سرپایی، بستری و خود درمانی) می‌پردازند و هزینه‌های غیر مستقیم سلامت از قبیل هزینه نقل و انتقال و هزینه درد حذف شده است. همچنین هزینه اعمال غیر درمانی (مثل جراحی زیبایی) جزء هزینه‌های درمانی محاسبه نشده است. و خانوارهای دارای بیماریهای خاص (تالاسمی، سرطان و...) از مطالعه حذف شدند. پرسشنامه‌ها پس از کسب رضایت از سرپرست خانوار و اطمینان دادن به وی از محرمانه بودن اطلاعات پژوهش توسط محققین، بصورت مصاحبه چهره به چهره با سرپرست خانوار و در صورت عدم اطلاع یا غیبت سرپرست خانوار، پرسشگری از فرد مطلع خانواده تکمیل گردید. اطلاعات پس از گردآوری وارد برنامه SPSS شد.

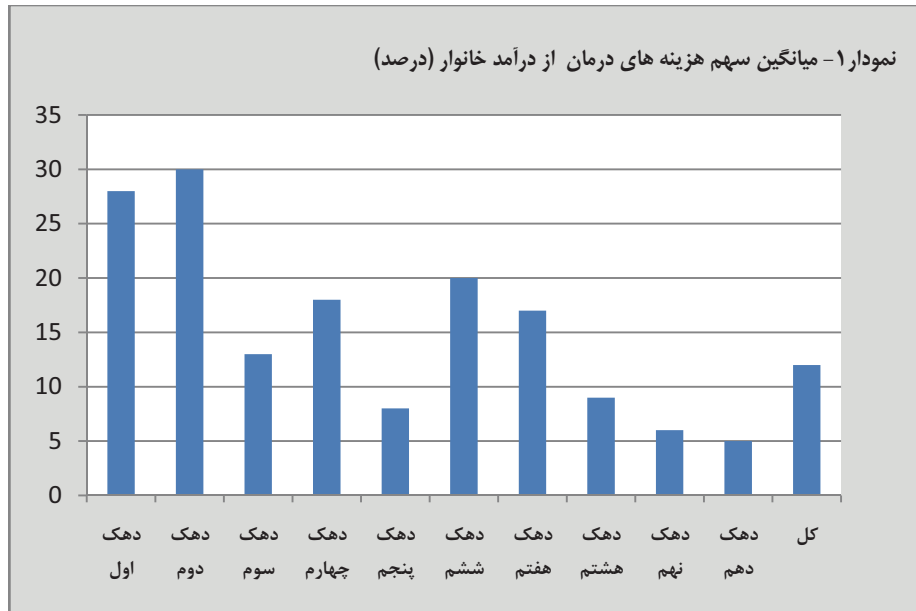
1- Test & Retest

جدول شماره (۱): وضعیت شاخصهای مختلف درآمد و هزینه خانوارهای جامعه مورد بررسی به تفکیک دهکهای درآمدی

شاخص	اول (پایین)	دوم	سوم	چهارم	پنجم	ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم (بالا)	کل جامعه
تعداد خانوار	۳۹	۴۱	۵۳	۳۴	۵۸	۱۳	۵۳	۳۶	۲۰	۳۷	۳۸۴
میانه درآمد (هزار تومان)	۱۵۰	۲۵۰	۳۰۰	۳۵۰	۴۰۰	۴۲۰	۵۰۰	۶۰۰	۷۰۰	۱۰۰۰	۴۰۰
میانگین درآمد (هزار تومان)	۱۵۳	۲۴۷	۲۹۴	۳۴۰	۳۹۶	۴۲۰	۴۸۱	۵۸۸	۶۹۲	۱۲۰۰	۴۴۰
میانگین کل هزینه درمان (تومان)	۴۳۰۹۲	۷۳۳۳۷	۳۸۰۲۰	۶۲۴۵۹	۳۰۴۶۲	۸۵۶۲۱	۸۳۱۲۸	۲۴۴۴۹	۴۱۹۴۰	۶۵۳۳۳	۵۴۲۵۲
میانگین سهم هزینه‌های درمان از درآمد (درصد)	۲۸/۱	۲۹/۶	۱۲/۹	۱۸/۲	۷/۷	۲۰/۳	۱۷	۹/۲	۶	۵/۴	۱۲/۳
میانگین کل OOP به کل درآمد (درصد)	۱۹	۱۵	۷/۴	۱۲/۳	۳/۵	۱۳/۶	۱۱	۴/۹	۳/۷	۳/۶	۷/۳
میانگین کل OOP به کل هزینه درمان (درصد)	۶۷/۵	۵۰/۵	۵۶/۷	۶۷/۴	۴۵/۵	۶۶/۷	۶۳/۹	۵۳/۸	۶۱/۷	۶۷/۶	۵۹/۷
میانگین سهم هزینه خود درمانی به کل هزینه درمان (درصد)	۴/۸	۴/۶	۴/۳	۱/۳	۷/۹	۰/۷۶	۰/۷۸	۲	۰/۵۲	۰/۲۱	۲/۸

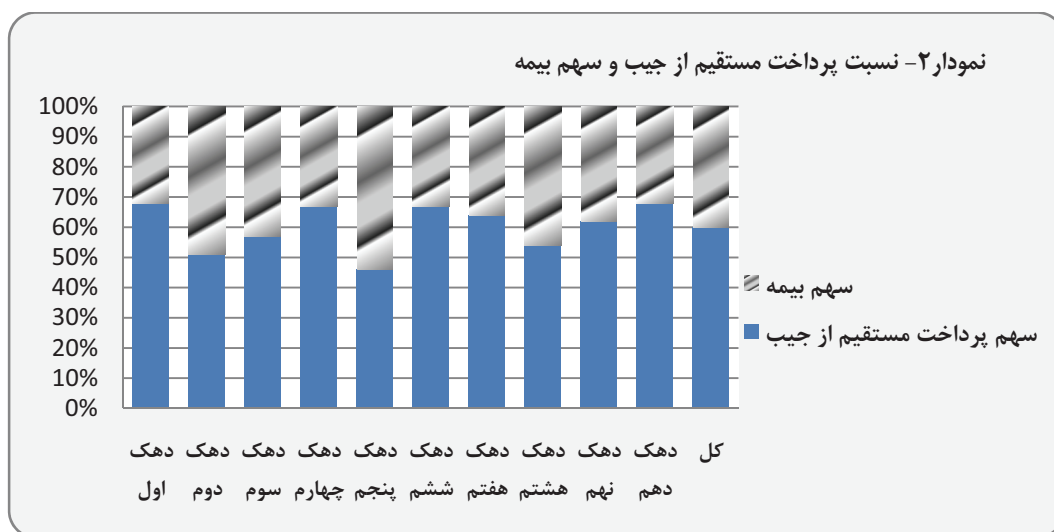
هزینه های درمان به درآمد در جمعیت مورد بررسی ۱۲/۳ درصد از میانگین درآمد ماهیانه خانوارها بود. بیشترین میزان در دهکهای اول و دوم و کمترین میزان متعلق به دهک دهم بود (جدول شماره ۱) و (نمودار شماره ۱).

میانگین کل OOP به میانگین کل درآمد خانوارها ۷/۳ درصد که بیشترین مقدار مربوط به دهک اول (کمترین میزان درآمد) با ۱۹ درصد و کمترین مقدار ۳/۶ درصد در دهک دهم بود. که مقدار آن از دهک اول تا دهم سیر نزولی داشت. میانگین سهم OOP به درآمد در دهک اول ۵ برابر دهک دهم بود. میانگین کل



تفاوت زیادی با هم نداشت. میانگین سهم خود درمانی که خود بخشی از OOP می باشد ۲/۸ درصد بود. لازم به ذکر است که سهم خود درمانی در دهکهای اول حدود ۲۳ برابر دهکهای بالای درآمدی است (جدول شماره ۱) و (نمودار شماره ۲).

میانگین OOP بیماران به ازای دریافت خدمات درمانی در طول مطالعه ۵۹/۷ درصد بود. بیشترین میزان مربوط به دهک اول ۶۷/۵ درصد و کمترین میزان مربوط به دهک پنجم ۴۵/۵ درصد بود. اگر چه در کل میزان آن در بین دهکهای مختلف



بحث و نتیجه گیری

نظام سلامت عادلانه خواهد بود اگر مراقبت سلامت طبق نیاز توزیع شود و تامین مالی آن طبق توان پرداخت صورت گیرد. یک نظام مراقبت سلامت عادلانه، نظامی است که در آن افراد دارای نیازهای برابر، مراقبت سلامت برابر و یکسانی نیز دریافت کنند و مشارکت افراد در تامین مالی نظام مراقبت سلامت طبق توان پرداخت آنها باشد (۱۰).

صرف هزینه در اهداف بهداشتی و درمانی یک سرمایه گذاری اجتماعی و اقتصادی مطمئن در همه کشورها به شمار می رود که به طور جدی در دستور کار کشورهای پیشرفته قرار دارد (۱۱). یافته ها این پژوهش نشان می دهد که علی رغم پوشش بیمه پایه (۸۰/۷ درصد)، میزان پرداخت مستقیم از جیب در خانوارهای مورد مطالعه شهری (۵۹/۷ درصد) بالا بوده و در بین دهکهای پایین درآمدی (دهک اول) درصد قابل توجهی (۱۹ درصد) از درآمد خانوار را تشکیل می دهد.

نتایج پژوهش حاضر نشان می دهد که تعداد ۷۴ خانوار (۱۹/۳ درصد) فاقد هرگونه پوشش بیمه ای بودند و در مقابل ۳۱۰ خانوار (۸۰/۷ درصد) تحت پوشش انواع بیمه پایه بودند که بیشترین میزان ۲۳۱ خانوار (۶۰/۲ درصد) تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی بودند. این آمار نشان دهنده پوشش نسبتاً مناسب بیمه در بین خانوارهای شهر قزوین می باشد که البته این رقم باید افزایش یابد.

در رابطه با بیمه تکمیلی حدود ۱۴۱ خانوار (۳۶/۷ درصد) دارای پوشش بیمه تکمیلی نیز بودند که جهت پوشش برخی از هزینه های درمانی بسیار موثر می باشد. البته میزان پوشش و تاثیر آن بر هزینه های درمان برای خانوارهای مورد مطالعه شهر قزوین در این پژوهش پایین بوده و باید برنامه های مناسبی جهت افزایش پوشش بیمه تکمیلی طراحی شود.

از دیگر یافته های این پژوهش وجود ۲۹ خانوار (۷/۶ درصد) بود که حداقل یکی از اعضای خانواده آنها بدلیل مسایل مالی قادر به انجام فرآیند درمان بستری برای بیمار خود نبودند. دلایل بیماریها بسیار متنوع بود و برخی از آنها هزینه مالی زیادی نیاز نداشت ولی بدلیل عدم تمکن مالی خانواده، فرد بیمار از انجام فرآیند درمانی محروم بود.

یافته ها همچنین نشان می دهد که از بین ۳۸۴ خانوار مورد مطالعه تعداد ۱۶۸ خانوار (۴۳/۸ درصد) در طول مدت پژوهش (بهمن ۱۳۸۸) اقدام به خود درمانی کرده بودند. بدلیل عدم اطلاع از آمار این متغیر در سطح کشوری و یا استانهای مشابه مقایسه خاصی صورت نگرفته است ولی همین تعداد اقدام به خود درمانی که هزینه قابل ملاحظه ای را هم به خانوارها تحمیل می کند بسیار نگران کننده است.

یافته ها همچنین نشان داد که سقف درآمد دهک اول ۲۰۰ هزار تومان در ماه و درآمد خانوارهای دهک دهم بالای ۷۰۰ هزار تومان در ماه می باشد. میانگین درآمد همه خانوارها ۴۴۰ هزار تومان و میانه آن ۴۰۰ هزار تومان گزارش شده است. این یافته ها با یافته های سمنانی (۱۳۸۲) همخوانی ندارد که علت شاید در شرایط اقتصادی متفاوت و یا افزایش حقوقها جستجو کرد. میانگین درآمد خانوار در دهک اول ۱۵۳ هزار تومان در ماه و در دهک دهم ۱/۲۰۰ هزار تومان بود که درآمد بالاترین دهک (دهم) در خانوارهای مورد بررسی حدود ۸ برابر پایین ترین دهک (اول) می باشد که این یافته ها تا حدودی با یافته های سمنانی (۱۳۸۲) همخوانی دارد (۷).

میانگین کل هزینه های درمانی در طول مطالعه ۵۴۲۵۲ تومان به ازای هر خانوار بود که ۳۲۳۸۹ تومان (۵۹/۷ درصد) آن را OOP بیماران و مبلغ ۲۱۸۶۳ تومان (۴۰/۳ درصد) توسط بیمه ها (پایه و مکمل) پرداخت شده است. که این یافته ها با یافته های سمنانی (۱۳۸۲) تا حدودی مطابقت دارد. لازم به ذکر است که حدود ۲/۸ درصد از ۵۹/۷ درصد OOP را هزینه های خود درمانی تشکیل می دهد که به نظر رقم قابل توجهی می رسد (۷).

لازم به ذکر است که روند OOP در بین دهکهای مختلف درآمدی روند ثابتی دارد که میزان آن در دهکهای اول و دهم نسبتاً برابر می باشد. ولی میزان هزینه خود درمانی به کل هزینه های درمان در دهکهای اول درآمدی (دهکهای پایین درآمدی) حدود ۲۳ برابر دهکهای بالای درآمدی می باشد. این نشان از شیوع پدیده خود درمانی بین دهکهای درآمدی پایین جامعه شهری شهر قزوین می باشد (جدول شماره ۱).

یافته ها همچنین نشان می دهد که سهم هزینه های درمانی در مدت مطالعه بطور میانگین ۱۲/۳ درصد از کل درآمد ماهیانه خانوارهای مورد مطالعه را تشکیل می داد که این میزان در دهک اول ۲۸/۱ درصد و در دهک آخر ۵/۴ درصد میانگین درآمد ماهیانه را نشان می دهد. این میزان در دهک اول به اندازه ۵ برابر دهک آخر درآمدی می باشد. این یافته ها با یافته های سمنانی (۱۳۸۲) مطابقت دارد ولی با یافته های هوچیکس و همکاران (۱۹۹۸) و چاپلین (۲۰۰۰) همخوانی ندارد (۷ و ۱۲ و ۱۳).

همچنین میزان OOP از درآمد ماهیانه دهک اول ۱۹ درصد و در دهک دهم ۳/۶ درصد بود که این میزان هم در دهک اول حدود ۵ برابر دهک دهم می باشد. این داده ها نشان می دهند که خانوارهای دهکهای پایین درصد بیشتری از درآمد ماهیانه خود را صرف هزینه های درمانی اعضای خانواده خود می کنند و از این بابت فشار بیشتری را متحمل می شوند چون که میانگین OOP آنها نسبت به میانگین درآمد ماهیانه نیز رقم بالایی را

افزایش پوشش بیمه ای و کاهش میزان OOP بیماران ولی باز هم درصد بالایی از هزینه های درمان توسط خود بیمار از جیب پرداخت می شود (۷). با توجه به استانداردهای سازمان بهداشت جهانی در تعیین کارایی نظام های سلامت در کشورهای جهان که سهم پایین این نوع هزینه ها را نسبت به کل هزینه های سلامتی، به عنوان وضعیت مطلوب در نظر می گیرد، باید یک بازنگری کلی در هزینه خدمات درمانی، تعرفه های بیمه ای و بسته های خدماتی تحت پوشش سازمانهای بیمه گر صورت بگیرد.

تشکر و قدردانی

از جناب آقای میرزابابایی، معاون محترم فنی مرکز بهداشت شهید بلندیان و همچنین از کلیه همکاران مراکز بهداشتی و درمانی، خانمها؛ مهرآیین، دانیالی، طافی، طاهرخانی، اکبری و فرهیخته که با عنایت ایشان این پژوهش انجام گردید کمال تشکر دارم. ذکر این نکته لازم به نظر میرسد که این پژوهش به سفارش هیات امناء دانشگاه علوم پزشکی قزوین و با حمایت مالی دانشگاه علوم پزشکی در غالب طرح پژوهشی HSR با شماره قرارداد ۱۴۶ مصوب ۱۳۸۸/۱۲/۴ به انجام رسید.

نشان می دهد. این یافته ها با یافته های گزارش شده توسط سمنانی (۱۳۸۲) و ماستیلیکا و بوزیکو (۱۹۹۹) و گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان بهداشت جهانی همخوانی دارد (۷ و ۱۴ و ۲). یک نظام سلامت وقتی در عادلانه ترین وضعیت از نظر تحمیل بار مالی قرار دارد که درصد هزینه های مستقیم از جیب نسبت به کل هزینه های سلامت پایین و پیش پرداختها متناسب با ظرفیت پرداخت (درآمد) باشد (افراد غنی مشارکت مالی بیشتری داشته باشند) (۷).

از جمله محدودیتهایی که پژوهشگران طی انجام پژوهش با آن مواجه بودند محافظه کاری برخی از پاسخ دهندگان جهت تکمیل پرسشنامه ها و دسترسی مشکل به تعدادی از پرونده های بستری بیماران بود که با اطمینان یافتن از محرمانگی اطلاعات توسط خانوارها و همچنین مساعدت و همکاری بیمارستانها جهت در اختیار قرار دادن پرونده بیماران این محدودیتها رفع گردید. همچنین کمبود مطالعات قبلی در کشور در زمینه برآورد پرداخت مستقیم از جیب بیمار از دیگر محدودیتهای پژوهش بود که با مراجعه به مطالعات خارجی تا حدودی رفع گردید.

نتایج این پژوهش نیز مانند نتایج پژوهش سمنانی (۱۳۸۲) نشان می دهد که با تمام تلاش سیاستگذاران سلامت جهت

References

- World Health Surveys. In: Murray Cjl, Evans Db, eds. Health System Performance Assessment (Debates, Methods And Empiricism). 1st ed. Who 2003.797-808
- 9- Kavosi, Z. et al. Measuring Household Exposure to Catastrophic Health Care Expenditures: A Longitudinal Study In Zone 17 Of Tehran. Hakim Research Journal. 2009. 12(2):38-47. [In Persian]
- 10- Hajimahmoodi, H. et al. Iranian Health Insurance Scheme: Universal Coverage in Urban Area for Hospitalization. Care Service Insurance Organization Press. Tehran. 2006.32 [In Persian]
- 11- Milburn, A. Health Spending Is An Economic And Social Investment. The Lancet, 25, 2000. 355:1081
- 12- Hotchkiss, dr. et al. household health expenditure in Nepal: implication for health care financing reform. Health policy and planning. 1998; 13(4):371-83
- 13- Chaplin, R. Earl, L. Houshold spending on health care. Health report. 2000; 12(1):57-65
- 14- Mastilica, M. Bozikou, J. Out Of Pocket Payments For Health Care In Croatia: Implication For Equity. Croar Med J. 1999, 40(2):152-9
- 1- Sabbagh Kermani, M. Health Economics. 1st ed. Tehran. Samt Pub; 2007. 239 [In Persian]
- 2 - WHO, World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance. Geneva, WHO. 2000, 35-40
- 3- Knaul Fm, Arreola-Ornelas H, Mendez-Carniado O, Et Al. Evidence Is Good For Your Health System: Policy Reform To Remedy Catastrophic And Impoverishing Health Spending In Mexico. The Lancet 2006, 368(9549):1828-41
- 4- World Bank. World Development Report 2000/2001: Attacking Poverty. New York: Oxford University Press: 2000
- 5- Asefzadeh, S. Health Care Economics. 3st ed Qazvin University of Medical Sciences and Hadise Emroz Press. 2009. 226 [In Persian]
- 6- Roberts, Mj. et al. Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance An Equity. Translated by: Ahmadvand, A. et al. Tehran. Great Avicenna Pub; 2005. 305-309
- 7- Semnani, Sh. Keshtkar, Aa. Estimate of Equity on Health Care Expenditure In Zone of Population Research Site In Gorgan. Winter 2003. Vol 5. No 12. 53-59 [In Persian]
- 8- Ustun, Tb. Chatterji, S. Mechbal, A. et al. The

Estimating Out Of Pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009

Abdollah Keshavarz¹, Rohollah Kalhor^{2*}, Amir Javadi³, Saeid Asefzadeh⁴

Submitted: 18.5.2011

Accepted: 3.8.2011

Abstract

Background: Who has declared that protected of people against medical expenditures is as one of the three important objectives of the health system. The criticized of the economic situation urges the policy makers and academician area to pay more attention to this issue. This study was conducted to estimate the patient's out of pocket for medical expenditure in Qazvin province in per income decentiles in 2009.

Materials & Methods: This was a descriptive –analytic study performed on 384 urban households in Qazvin in 2009. The data were collected through interviews which used questionnaire consists of 25 stems. The data were analyzed by descriptive statistical index.

Results: The average of out of pocket money in patients was 59/7% of total medical expenditures. The highest percent (67/5%) belongs to first income level and fifth income decentile has lowest percent (45/5%). Total average oop divided by total household income which was %7/3, that the highest percent belongs to the first income decentile (lowest income) 19%, and tenth income decentile has the lowest percent (3.6%).

Conclusion: Despite coverage of general insurance, results of this study reveals that OOP percentage of studied urban households is relatively was high (59/7%) and lower income decentiles (first decentile), OOP consists of substantial percent of household's income (19%).

Key words: Out Of Pocket (OOP), Medical expenditure, Income decentiles, Household expenditure, Qazvin

¹- MD. MPH.

²- Ph.D, Student of Health Service Management. Tehran University of Medical Sciences. (*Corresponding Author). Email: r.kalhor@yahoo.com Tell: +98 912-7815893

³- Instructor of Social Medicine Department. Qazvin University of Medical Sciences.

⁴- Professor Of Health Service Management. Qazvin University of Medical Sciences.

Corresponding Addressee: Chancellor of Treatment of Qazvin University of Medical Sciences , Mirdamad Boulevard, Qazvin, Iran