

هزینه های مستقیم و غیر مستقیم مخارج سلامت خانوار

مهدی یوسفی^۱، دکتر عباس عساری آرانی*^۲، دکتر بهرام سبحانی^۳، دکتر انوشیروان کاظم نژاد^۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۲۱

تاریخ پذیرش: ۹۲/۸/۱۴

چکیده:

زمینه و هدف: امروزه عدم وجود محافظت مالی در برابر هزینه های سلامت به عنوان یک نقص عمده در نظام های سلامت شناخته شده است که به نظر می رسد اولین گام در رفع این مشکل شناسایی دقیق اجزای هزینه های سلامت خانوار باشد تا بتوان در گام های بعدی، سیاستگذاری های پیشگیرانه و شیوه های مناسب برای رفع آن را انتخاب نمود.

مواد و روش ها: مطالعه حاضر پژوهشی کیفی می باشد که در دو مرحله انجام گرفت. مرحله اول شامل مصاحبه با خانوارها با نمونه ای از ۸ استان کشور بود که به شناسایی اجزاء مختلف مخارج سلامت خانوارها پرداخته شد و در مرحله بعد با نظر پانل نخبگان موارد شناسایی شده در دو دسته هزینه های مستقیم و غیر مستقیم قرار گرفتند.

نتایج: در مرحله اول مطالعه تعداد ۹۳ نوع هزینه سلامت خانوار شناسایی شد که در مرحله بعد تعداد ۶۱ مورد از این هزینه ها در دسته هزینه های مستقیم و تعداد ۳۲ مورد در دسته هزینه های غیر مستقیم سلامت خانوار شناسایی شدند.

نتیجه گیری: شناسایی دقیق اجزای مخارج سلامت خانوار و تقسیم آنها به دو دسته هزینه های مستقیم و غیر مستقیم سلامت خانوار، می تواند برای محاسبه دقیق تر میزان مخارج سلامت خانوار در مطالعات آتی مفید باشد.

کلمات کلیدی: مخارج (هزینه های) سلامت خانوار، هزینه های مستقیم، هزینه های غیر مستقیم

^۱ دانشجوی مقطع دکترای تخصصی رشته اقتصاد سلامت، دانشگاه تربیت مدرس

^۲ استادیار گروه توسعه و برنامه ریزی اقتصادی، دانشگاه تربیت مدرس (نویسنده و مسئول) گروه توسعه و برنامه ریزی اقتصادی، دانشکده مدیریت و

اقتصاد، دانشگاه تربیت مدرس، بزرگراه جلال آل احمد، پل نصر، تهران Email: assari_a@modares.ac.ir

^۳ استادیار گروه اقتصاد نظری، دانشگاه تربیت مدرس

^۴ استاد گروه آمار حیاتی، دانشگاه تربیت مدرس

مقدمه

محدوده نیازهای سلامت^۱ هم برای فقرا و هم برای اغنیاء تفاوت فاحشی با ۵۰ یا ۱۰۰ سال پیش پیدا کرده است. انتظارات زیادی جهت دسترسی به مراقبت های سلامت و تقاضای فزاینده ای برای استفاده از روش هایی جهت محافظت از بیماران و خانواده های آن ها در برابر هزینه های مالی^۲ بیماری وجود دارد. این موضوع باعث شده است دایره ای که نظام های سلامت باید در آن به ایفای نقش بپردازند با افزایش آگاهی مردم، از تاثیر مسائل جدید توسعه بر سلامت مانند صنعتی شدن، نقل و انتقال جاده ای، آسیب های محیطی و جهانی شدن تجارت، وسیعتر شود. همچنین افراد جامعه، اکنون با مسائل، مشکلات و انتظارات بسیار متنوع تری به سوی نظام های سلامت روی می آورند- نه فقط برای برطرف کردن درد و درمان بیماری ها و اختلالات عاطفی، بلکه برای دریافت توصیه درباره رژیم های غذایی، تربیت کودک و رفتار جنسی که سابقا از منابع دیگر آن را کسب می کردند. این مساله باعث شده است که نظام های سلامت نه تنها مسئولیت ارتقای سلامت افراد^۳ و پاسخ دادن به انتظارات مردم^۴ را داشته باشند، بلکه مسئولیت حفاظت از آن ها در برابر هزینه های مالی دریافت خدمات سلامت^۵ را نیز بر عهده داشته باشند(۱). هزینه های مرتبط با بیماری های جدی می تواند قسمت عمده ای از بودجه خانوارها را به خود اختصاص دهد، اما حتی هزینه های کوچک، می تواند بخش قابل توجهی از بودجه فقرا، یعنی کسانی که اتکاشان بر دستمزد روزانه ای است که به زحمت کفاف هزینه های غذایی ایشان را می دهد، به خود اختصاص دهد. نه تنها هزینه های مستقیم درمان بلکه هزینه های غیر مستقیم از جمله زمان و نقل و انتقال نیز می تواند منابع خانوار را مصرف نماید. خانوارهایی که با "شوک های" بیماری شدید مواجه می شوند، ممکن است تلاش نمایند اثرات کوتاه مدت آن بر رفاه خانواده را با استفاده از روش های مختلف مقابله^۶ مدیریت نمایند که برخی از آن ها می توانند فقر را در درازمدت تشدید نمایند(۲).

این مکانیزم ها می توانند شامل استفاده از پس اندازها، فروش دارایی های خانوار مانند کالا و جواهرات، قرض گرفتن، درخواست پول از خانواده و آشنایان، کاهش مصرف، کارکردن بیش از معمول، کارکردن بچه ها یا فرستادن اعضای خانواده برای زندگی با اقوام باشند(۲-۸). اهمیت کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت در ایران نیز در سطوح مختلف قوانین ایران مانند اصول ۲۹، ۴۳ و ۴۸ قانون اساسی و مواد ۳۸ و ۳۴ قانون برنامه پنج ساله پنجم توسعه جمهوری اسلامی ایران (۱۳۹۴ - ۱۳۹۰) مورد تاکید قرار گرفته است (۹ و ۱۰).

با این توضیحات به نظر می رسد اولین گام در جهت کاهش مخارج سلامت خانوارها، شناسایی اجزاء مختلف این مخارج باشد. تفکیک این مخارج به مواردی که خانوار مستقیما برای دریافت خدمات سلامت متحمل شده است مانند هزینه های مربوط به ویزیت، دارو، خدمات بستری و تشخیصی و مواردی که ناشی از مدیریت بیماری نیست و خانوار به صورت غیرمستقیم در کنار هزینه های مستقیم درمان متحمل می شود، مانند دستمزد از دست رفته و کاهش بهره وری می تواند ضمن تعیین اثر استراتژی های مربوط به کاهش مخارج سلامت خانوارها، نقش مهمی در اولویت بندی این استراتژی ها نیز داشته باشد(۱۱-۱۴).

لذا با توجه به اهمیت این موضوع، مطالعه حاضر سعی نموده است با یک بررسی کیفی اجزاء مختلف هزینه های مستقیم و غیر مستقیم مخارج سلامت خانوار را مورد بررسی و شناسایی قرار دهد.

مواد و روش ها

پژوهش حاضر از نظر هدف، توصیفی و از نظر نتایج، کاربردی می باشد. همچنین از نظر زمان به صورت مقطعی و از نظر فرآیند اجرا با استفاده از روش های کیفی در دو مرحله اصلی انجام پذیرفته است. در مرحله اول، داده هایی که قبلا از طریق بررسی متون در خصوص اجزاء مخارج سلامت خانوارها شناسایی شده بود تکمیل گردید. گردآوری داده های مورد نیاز در این مرحله از طریق مصاحبه پیمایشی^۷ که در برگیرنده فنون آشکار سازی^۸ بود، صورت پذیرفت. جامعه پژوهش در این مرحله کل کشور بوده است، لذا نمونه مورد نظر نیز از کل کشور

¹ health needs

² Financial costs

³ improving the health of the population

⁴ responding to people's expectations

⁵ providing financial protection against the costs of ill-health

⁶ coping strategy

⁷ survey interviews

⁸ projective technique

مرحله دوم مربوط به تحلیل محتوایی اطلاعات گردآوری شده در مرحله مصاحبه می باشد. در این مرحله با استفاده از پانل نخبگان متشکل از ۱۰ نفر از کارشناسان آشنا به اقتصاد سلامت و مخارج سلامت خانوار که حداقل دارای ۵ سال سابقه فعالیت در حوزه سلامت بودند، مستقیم یا غیر مستقیم بودن هر یک از انواع هزینه های شناسایی شده بررسی شد.

در این مرحله از کارشناسان درخواست شد اجزاء مخارج سلامت خانوار را بر اساس این که آیا این هزینه را خانوار مستقیماً برای دریافت خدمات سلامت جهت مدیریت بیماری متحمل شده است (مانند هزینه های مربوط به ویزیت، دارو، خدمات بستری، تشخیصی و هزینه های ایاب وذهاب) و یا اینکه هزینه مورد نظر ناشی از مدیریت بیماری نیست و خانوار به صورت غیر مستقیم در کنار هزینه های مستقیم درمان متحمل می شود (مانند دستمزد از دست رفته، کاهش بهره وری) را تفکیک نمایند، که دسته اول مخارج مستقیم و دسته دوم مخارج غیر مستقیم سلامت خانوار می باشند. این تعاریف در مطالعات مختلفی مانند میتزل (۲۰۰۴)، لورا (۲۰۰۸)، بیتون (۲۰۰۹)، میگان (۲۰۰۹)، ملیسا (۲۰۱۰)، پاتون (۲۰۱۱) به کار برده شده است (۱۲-۱۴ و ۱۸-۲۰).

انتخاب شد. برای تعیین نمونه، ابتدا کل استان های کشور بر اساس شاخص توسعه انسانی (محاسبه شده در مطالعه صادقی و همکاران) (۱۵) رتبه بندی شده و در چهار سطح قرار گرفتند، در مرحله بعد به صورت تصادفی (با استفاده از اعداد تصادفی) از بین استان های موجود در هر سطح، دو استان به عنوان نمونه انتخاب شد و سعی گردید تعداد خانوارهای مورد مصاحبه متناسب با سهم هر سطح تعیین شود.

برآورد تعداد مطلوب حجم نمونه برای پژوهش حاضر بر اساس دیدگاه پاتون^۱ (۱۶) و یین^۲ (۱۷) انجام پذیرفت. بر این اساس مصاحبه با خانوارها تا رسیدن به سه مورد پس از آخرین موردی که پس از آن اطلاعات جدیدی به دست نیامد، ادامه یافت (جدول مربوط به انتخاب نمونه در پایان بخش روش پژوهش ارائه شده است). مجموعاً ۹۳ خانوار در این مطالعه مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این مطالعه از مصاحبه به روش هدایت کلیات استفاده شد. این شکل مصاحبه در برگرفته شرح مختصر و کلی یک سری از عناوین و موضوعاتی که در خصوص مخارج سلامت خانوار است، می باشد. در این روش جمله بندی سوالات از قبل تعیین نشده است و تصمیم گیری در مورد طرح موضوعات و شیوه ارائه سوالات بر مبنای موقعیتی که در مصاحبه به وجود آمده است، توسط مصاحبه گر انجام پذیرفته است. در این مطالعه اطلاعات مورد نیاز از دو روش مصاحبه حضوری^۳ و مصاحبه تلفنی^۴ گردآوری شده است. سهم مصاحبه تلفنی ۸۲ درصد و مصاحبه حضوری ۱۸ درصد بوده است. سوالات مصاحبه به دو صورت طراحی شد. در ابتدا قبل از انجام مصاحبه چند سوال کلی در خصوص مخارج سلامت خانوار مانند اینکه آیا در یک ماه گذشته خدمات درمانی، بهداشتی و تشخیصی خاصی را دریافت کرده اید؟ و اینکه چگونه این نیاز ایجاد شده و در مورد چگونگی فرآیند دریافت خدمات پرسیده می شود و در ادامه با توجه به ویژگی های پاسخ دهندگان، از قبیل میزان تحرک و پرحرفی و میزان آگاهی و هوشیاری وی، سوالاتی در راستای هدف پژوهش پرسیده شد. برای یکسان بودن نتایج مصاحبه ها، محقق شخصاً مصاحبه ها را انجام داد.

¹ patton, 1990

² yin, 1989

³ face to face interview

⁴ telephone interview

جدول (۱) طرح نمونه گیری مربوط به انتخاب خانوارها برای مصاحبه

کل کشور	سطوح بر اساس HDI	استان	تعداد خانوار استان	شاخص HDI	تعداد خانوارهای در هر سطح	میانگین HDI در هر سطح	سهم خانوار هر سطح از کل کشور	استان ها و تعداد خانوار بررسی شده
تعداد ۱۷۵۰۱۷۷۱ خانوار کل کشور	سطح خیلی بالای HDI	تهران	۳۷۳۰۳۹۶	۰.۷۹۶	۷۳۹۱۳۸۴	۰.۷۵۹	۰.۴۲	تهران
		اصفهان	۱۲۲۴۷۶۳	۰.۷۶۵				قزوین
		قزوین	۲۹۴۵۳۹	۰.۷۶۵				گیلان
		گیلان	۶۶۹۶۹۵	۰.۷۵۳				فارس
		فارس	۱۰۲۲۷۴۶	۰.۷۴۷				یزد
		یزد	۲۵۹۰۹۵	۰.۷۴۵				بوشهر
		بوشهر	۱۹۰۱۵۰	۰.۷۴۳				
	استان های دارای HDI بالا	سمنان	۱۶۰۰۶۲	۰.۷۴۰	۳۱۲۴۱۵۲	۰.۷۳۳	۰.۱۸	خوزستان
		خوزستان	۸۶۶۹۱۴	۰.۷۳۸				مازندران
		مازندران	۷۸۳۷۳۷	۰.۷۳۸				مرکزی
		مرکزی	۳۶۴۵۶۴	۰.۷۳۴				قم
		قم	۲۶۲۴۷۷	۰.۷۳۳				چهارمحال و بختیاری
		چهارمحال و بختیاری	۱۹۴۵۹۴	۰.۷۳۱				ایلام
		ایلام	۱۱۱۵۶۰	۰.۷۲۶				گلستان
		گلستان	۳۸۰۲۴۴	۰.۷۲۶				
	استان های دارای سطح متوسط HDI	خراسان	۱۷۸۷۳۶۰	۰.۷۲۳	۴۲۸۴۱۴۵	۰.۷۱۶	۰.۲۴	خراسان
		کرمان	۶۱۵۹۳۶	۰.۷۲۱				هرمزگان
		هرمزگان	۳۰۴۵۱۳	۰.۷۱۸				آذربایجان شرقی
		آذربایجان شرقی	۹۱۱۹۳۰	۰.۷۱۶				زنجان
		زنجان	۲۳۶۱۱۷	۰.۷۱۲				همدان
		همدان	۴۲۸۲۸۹	۰.۷۱۰				
	استان های دارای سطح پایین HDI	کرمانشاه	۴۴۵۸۶۳	۰.۷۰۸	۲۷۰۲۰۹۰	۰.۶۹۲	۰.۱۵	کرمانشاه
		کهگیلویه و بویر احمد	۱۲۶۵۱۴	۰.۷۰۵				اردبیل
		اردبیل	۲۸۱۹۰۱	۰.۷۰۳				لرستان
		لرستان	۳۸۴۰۹۹	۰.۷۰۳				آذربایجان غربی
		آذربایجان غربی	۶۵۵۹۶۱	۰.۶۹۹				کردستان
		کردستان	۳۳۷۶۸۸	۰.۶۷۷				سیستان و بلوچستان
		سیستان و بلوچستان	۴۷۰۰۶۴	۰.۶۵۲				

یافته ها:

فن آوری های اطلاعات و ارتباط در طول درمان و هزینه های ناملموس مانند افسردگی، ترس و اضطراب و استرس می باشد که در ادامه جزئیات آنها با توجه به مستقیم یا غیر مستقیم بودن در مخارج سلامت خانوار ارائه می گردد.

نتایج حاصل از مرحله دوم پژوهش در جداول ۲ و ۳ خلاصه شده است. در جدول ۲، اجزایی را که بر طبق تعریف ارائه شده در قسمت روش پژوهش و همچنین با اتفاق نظر کارشناسان در دسته هزینه های مستقیم سلامت خانوار قرار گرفته اند، ارائه می شود. این جدول تعداد ۶۱ هزینه مستقیم سلامت خانوار را معرفی می کند که نکته قابل توجه در این هزینه ها، سهم قابل توجه هزینه های ناملموس مانند افسردگی، ترس، اضطراب و استرس می باشد.

در مرحله اول پژوهش تعداد ۹۳ نوع هزینه مربوط به مخارج سلامت خانوارها شناسایی شد. این هزینه ها به صورت کلی شامل هزینه های مربوط به دریافت خدمات سرپایی (مانند انواع ویزیت)، خدمات بستری (مانند بستری برای جراحی)، خدمات مربوط به بیماری های خاص، هزینه های مرتبط با دریافت عضو پیوندی، دارو، خدمات زیبایی، خدمات بهداشتی، خدمات توانبخشی، خدمات تشخیصی، خدمات سلامت سالمندان، هزینه های مربوط به پرداخت حق بیمه (پایه و تکمیلی)، هزینه های مربوط به تهیه هدیه غیرنقدی برای ارائه دهندگان خدمت، هزینه های مربوط به از کارافتادگی، کاهش بهره وری، ایاب و ذهاب، اسکان، خوراک، هزینه های مربوط به

جدول ۲- زیرمجموعه های هزینه های مستقیم مخارج سلامت خانوار

* عنوان هزینه	
در داروخانه	
پرداخت بابت داروهای رسمی بدون پوشش بیمه (قابل تهیه در داروخانه)	۱۹
پرداخت بابت خرید تجهیزات پزشکی	۲۰
پرداخت بابت دریافت خدمات زیبایی (مراقبت از پوست، مو) (دولتی و خصوصی و بازاری)	۲۱
پرداخت بابت کلیه خدمات بهداشتی مخصوصا خدمات مادر و کودک (دولتی و خصوصی)	۲۲
پرداخت بابت خدمات مراقبت از سالمند (هزینه های مربوط به سلامت)	۲۳
پرداخت حق بیمه مربوط به بیمه درمان پایه اجباری	۲۴
پرداخت حق بیمه مربوط به بیمه درمان پایه اختیاری	۲۵
پرداخت حق بیمه مربوط به بیمه درمان تکمیلی	۲۶
دریافت خدمات توانبخشی (شامل فیزیوتراپی، گفتاردرمانی، بینایی سنج، شنوایی سنج و کاردرمانی و خدمات اعضای مصنوعی)	۲۷
دریافت خدمات تشخیصی (شامل خدمات آزمایشگاهی، تصویربرداری و کلینیک مشاوره ژنتیک)	۲۸
پرداخت زیر میزی به صورت پول (داوطلبانه/غیر داوطلبانه به عنوان شرط دریافت خدمت)	۲۹
پرداخت وجه برای خرید داروهایی که از مبادی غیر رسمی وارد کشور شده اند	۳۰
پرداخت وجه برای خرید تجهیزات پزشکی که از مبادی غیر رسمی وارد کشور شده اند	۳۱
پرداخت وجه بابت خرید داروهای سنتی (خرید خارج از	۳۲

* عنوان هزینه	
پرداخت بابت خدمات پزشک عمومی (دولتی و خصوصی)	۱
پرداخت بابت خدمات پزشک متخصص و فوق تخصص (دولتی و خصوصی)	۲
پرداخت بابت خدمات دندانپزشک عمومی (دولتی و خصوصی)	۳
پرداخت بابت خدمات پروتز دندان (دولتی و خصوصی)	۴
پرداخت بابت خدمات دندانپزشک متخصص (دولتی و خصوصی)	۵
پرداخت بابت خدمات پرسنل غیرپزشک (دولتی و خصوصی)	۶
پرداخت بابت خدمات درمان کننده سنتی (دولتی و خصوصی)	۷
پرداخت بابت خدمات مامایی (دولتی و خصوصی)	۸
پرداخت بابت خدمات اورژانس (دولتی و خصوصی)	۹
پرداخت بابت خدمت ارائه شده در منزل	۱۰
پرداخت بابت جراحی سرپایی (دولتی و خصوصی)	۱۱
پرداخت بابت بستری در بیمارستان برای دریافت خدمات جراحی (دولتی و خصوصی)	۱۲
پرداخت بابت بستری در بیمارستان بدون دریافت خدمات جراحی (بیماری های حاد) (دولتی و خصوصی)	۱۳
پرداخت بابت بستری در بیمارستان بدون دریافت خدمات جراحی (بیماری های مزمن) (دولتی و خصوصی)	۱۴
پرداخت بابت دریافت خدمات مربوط به بیماری های خاص	۱۵
پرداخت بابت تامین عضو پیوندی (دولتی و بازاری)	۱۶
پرداخت بابت بستری در دی کلینیک	۱۷
پرداخت بابت داروهای رسمی تحت پوشش بیمه (قابل تهیه	۱۸

* عنوان هزینه	*
علت بیماری	
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های بدحالتی بدن برای بیمار به علت بیماری	۴۷
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های چالاکي برای بیمار به علت بیماری	۴۸
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های وضعیتی برای بیمار به علت بیماری	۴۹
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های مهارت های خاص برای بیمار به علت بیماری	۵۰
ترس و اضطراب از ایجاد اختلالات خودکفایی اقتصادی برای بیمار به علت بیماری	۵۱
استرس به دلیل سرگردانی بیمار در انتخاب پزشک	۵۲
استرس بیمار به دلیل سرگردانی در انتخاب مرکز درمانی	۵۳
استرس بیمار ناشی از تلف شدن وقت به علت وجود صف انتظار دریافت خدمت	۵۴
استرس تحمیل شده به بیمار به علت عدم اعتماد به کیفیت خدمات سلامت	۵۵
استرس تحمیل شده به بیمار به علت عدم اعتماد به سیستم بیمه سلامت	۵۶
استرس بیمار ناشی از احتمال برخورد بد ارائه دهندگان خدمات سلامت	۵۷
استرس بیمار از نتیجه درمان	۵۸
اضطراب بیمار ناشی از نداشتن دانش کافی از بیماری خود	۵۹
ترس و اضطراب بیمار ناشی از احتمال پذیرش مجدد	۶۰
ترس و اضطراب بیمار ناشی از احتمال منزوی شدن در خانواده و جامعه	۶۱

* عنوان هزینه	*
سیستم بیمه ای و خارج از داروخانه	
پرداخت وجه بابت دریافت خدمات سلامتی به صورت غیر رسمی (از افرادی که فاقد صلاحیت تایید شده وزارت بهداشت هستند)	۳۳
پرداخت وجه بابت خرید هدیه برای ارائه دهندگان خدمات سلامت	۳۴
پرداخت وجه بابت خرید گل و شیرینی برای ارائه دهندگان خدمات سلامت	۳۵
پرداخت وجه بابت تدارک مهمانی برای ارائه دهندگان خدمات سلامت	۳۶
هزینه های رفت و آمد بیمار برای دریافت خدمات سلامت	۳۷
هزینه های خوراکی بیمار (در صورت داشتن رژیم غذایی خاص)	۳۸
هزینه های مربوط به اسکان بیمار در شهر محل دریافت خدمت (غیر از زمان بستری)	۳۹
درد (ناشی از مشکل جسمی) ناشی از بیماری برای خود بیمار	۴۰
افسردگی بیمار به علت بیماری	۴۱
ترس و اضطراب نسبت به عدم توانایی در پرداخت هزینه های درمان برای بیمار	۴۲
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های رفتاری برای بیمار به علت بیماری	۴۳
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های ارتباطی برای بیمار به علت بیماری	۴۴
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های مراقبت شخصی برای بیمار به علت بیماری	۴۵
ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های حرکتی برای بیمار به	۴۶

نکته دیگری که از مصاحبه با خانوارها در خصوص مخارج سلامتشان بدست آمد، این بود که بسیاری از آن ها ابراز می کردند که برخی از اجزای هزینه های مستقیم را در طول فرآیند درمان یک بیماری چند بار متحمل می شوند، که از این دست موارد می توان به ویزیت ها و خدمات تشخیصی اشاره نمود که به اعتقاد آن ها، این هزینه ها به دلیل عدم اعتماد به کیفیت خدمات سلامتی که دریافت کرده اند، بر آنها تحمیل شده است.

جدول ۳، آن دسته از اجزای مخارج سلامت خانوار را نشان می دهد که خانوارها در کنار مدیریت بیماری خود متحمل آن ها می شوند. این موارد شامل ۳۲ جزء می باشد که در جدول زیر ارائه شده اند.

اجزای نام برده شده در جدول ۲، همگی دارای اهمیت یکسان از نظر خانوارها نبوده اند، بلکه برخی از آنها مانند پرداخت بابت ویزیت، به ویژه ویزیت پزشکان متخصص، دارو، خدمات بستری، خدمات تشخیصی و ترس و اضطراب از عوارض درمان، نسبت به بقیه موارد بیشتر مورد تاکید خانوارها بودند و برخی دیگر مانند هزینه های رفت و آمد و اسکان بیمار و همراه وی، استرس به دلیل سرگردانی در انتخاب پزشک بیشتر در مصاحبه با خانوارهایی مورد تاکید قرار گرفتند که در مناطق روستایی یا حومه شهرها زندگی می کنند و دسترسی کمتری به مراکز اصلی ارائه دهنده خدمات سلامت داشته اند.

جدول ۳- زیرمجموعه های هزینه های غیرمستقیم مخارج سلامت خانوار

* عنوان هزینه غیرمستقیم	* عنوان هزینه غیرمستقیم
۱۸ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های بدحالتی بدن بیمار به علت بیماری برای خانواده وی	۱ هزینه های مربوط به از کارافتادگی دائمی بیمار به علت بیماری
۱۹ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های چالاکتی بیمار به علت بیماری برای خانواده وی	۲ هزینه های مربوط به از کارافتادگی موقت بیمار به علت بیماری
۲۰ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های وضعیتی بیمار به علت بیماری برای خانواده وی	۳ هزینه های مربوط به از کارافتادگی موقت اطرافیان بیمار به علت نیاز بیمار به همراه
۲۱ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های مهارت های خاص بیمار به علت بیماری برای خانواده وی	۴ هزینه های مربوط به تغییر شغل بیمار
۲۲ ترس و اضطراب از ایجاد اختلالات خودکفایی اقتصادی بیمار به علت بیماری برای خانواده وی	۵ هزینه های مربوط به تغییر شغل اطرافیان بیمار
۲۳ استرس به دلیل سرگردانی خانواده بیمار در انتخاب پزشک	۶ هزینه های رفت و آمد مربوط به همراه بیمار
۲۴ استرس خانواده بیمار به دلیل سرگردانی در انتخاب مرکز درمانی	۷ هزینه های خوراکی همراه بیمار (مازاد بر هزینه معمول خوراکی)
۲۵ استرس خانواده بیمار ناشی از تلف شدن وقت به علت وجود صف انتظار دریافت خدمت	۸ هزینه های مربوط به اسکان همراه بیمار
۲۶ استرس تحمیل شده خانواده بیمار به علت عدم اعتماد به کیفیت خدمات سلامت	۹ هزینه های استفاده از فن آوری های اطلاعات و ارتباطات (تلفن، اینترنت و ...)
۲۷ استرس تحمیل شده به خانواده بیمار به علت عدم اعتماد به سیستم بیمه سلامت	۱۰ هزینه های ناشی از تغییر محل زندگی خانواده به علت بیماری یکی از اعضای خانواده
۲۸ استرس خانواده بیمار ناشی از احتمال برخورد بد ارائه دهندگان خدمات سلامت	۱۱ رنج اطرافیان بیمار به علت درد بیمار
۲۹ استرس خانواده بیمار از نتیجه درمان	۱۲ افسردگی اطرافیان بیمار
۳۰ اضطراب خانواده بیمار ناشی از نداشتن دانش کافی در مورد بیماری عضو خانواده	۱۳ ترس و اضطراب نسبت به عدم توانایی در پرداخت هزینه های درمان برای خانواده وی
۳۱ ترس و اضطراب خانواده بیمار ناشی از احتمال پذیرش مجدد	۱۴ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های رفتاری بیمار به علت بیماری برای خانواده وی
۳۲ ترس و اضطراب خانواده بیمار از احتمال سرایت بیماری به دیگر اعضای خانوار	۱۵ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های ارتباطی بیمار به علت بیماری برای خانواده وی
	۱۶ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های مراقبت شخصی بیمار به علت بیماری برای خانواده وی
	۱۷ ترس و اضطراب از ایجاد ناتوانی های حرکتی بیمار به علت بیماری برای خانواده وی

پزشک در هنگام وقوع بیماری (تقریباً هر بیماری) برای همه خانوارها مشترک هستند و برخی از آن ها مانند هزینه های رفت و آمد مربوط به همراه بیمار، هزینه های مربوط به اسکان همراه بیمار، استرس به دلیل سرگردانی خانواده بیمار در انتخاب پزشک و ترس و اضطراب نسبت به عدم توانایی در پرداخت هزینه های درمان برای خانواده وی بیشتر مورد تاکید خانوارهایی بود که در شهرستان هایی غیر از تهران و بویژه در مناطق روستایی و دور از مراکز اصلی ارائه دهنده خدمات سلامت ساکن بودند.

جدول ۳ نشان می دهد که تعداد قابل توجهی از هزینه هایی را که یک خانوار برای سلامت خود متحمل می شود، نه به دلیل مدیریت بیماری، بلکه به دلیل تاثیرات جانبی مدیریت آن بیماری بر خانواده تحمیل می شود.

نتایج مصاحبه با خانوارها در خصوص هزینه های غیر مستقیم سلامت خانوار نشان داد که برخی از این هزینه ها مانند استرس خانواده بیمار از نتیجه درمان، استرس خانواده بیمار ناشی از تلف شدن وقت به علت وجود صف انتظار دریافت خدمت و استرس به دلیل سرگردانی خانواده بیمار در انتخاب

بحث و نتیجه گیری

گرچه بخش سلامت خصوصیات انفرادی مشترکی با دیگر بخش های اقتصاد دارد، ولی به نظر می رسد مجموعه مشخصه های نامعمول اقتصادی که در بازار مراقبت های سلامتی وجود دارند مانند وسعت مداخله دولت، تسلط نا اطمینانی در تمام سطوح مراقبت های سلامتی و اختلاف بسیار زیاد بین دانش پزشکان و بیماران، بسیار وسیع باشد (۹).

یکی از مهمترین پیامدهای این ویژگی ها در بخش سلامت، کاهش قیمتی پایین تقاضا برای اکثر کالاها و خدمات مورد مصرف توسط خانوارها می باشد که مصرف این کالاها و خدمات را در هنگام نیاز برای خانوارها اجتناب ناپذیر می کند. این موضوع در مطالعات مختلفی مانند فلدستن (۱۹۷۳)، چرکین (۱۹۹۰)، سوربون (۱۹۹۴)، رینگر (۲۰۰۰)، فضائی (۱۳۸۰)، مورد تاکید قرار گرفته است (۲۱-۲۵). بر این اساس این سوال که این هزینه های سلامت اجتناب ناپذیر چه مواردی هستند و در کدام دسته (مستقیم یا غیر مستقیم) قرار می گیرند، بسیار حائز اهمیت می باشد و پاسخ این سوال هدف اصلی این مطالعه بوده است.

مطالعات بسیاری در کشورهای مختلف در خصوص مخارج سلامت خانوار انجام پذیرفته است که مهمترین آنها "مطالعه سلامت جهانی" در سال ۲۰۰۲ (WHS) می باشد. داده های مربوط به اجزاء مخارج سلامت خانوار که در این مطالعه جمع آوری شدند، شامل مراقبت های بستری، مراقبت های سرپایی که پزشک، پرستار و یا ماما انجام داده اند، مراقبت های درمانگران سنتی، دندانپزشکی، دارو، فیزیوتراپی، شنوایی سنجی، بینایی سنجی، اعضای مصنوعی، رادیولوژی و آزمایشگاه تشخیص طبی می باشند (۲۶). مطالعه دیگر مربوط به پژوهش یاردیم و همکاران (۲۰۱۰) در ترکیه می باشد که اجزاء مخارج سلامت خانوار در این مطالعه شامل هزینه های دارو، تولیدات پزشکی، تجهیزات و ابزارهای درمانی، خدمات ارائه شده در داخل و خارج بیمارستان، خدمات دندانپزشکی و دیگر مخارج مرتبط با بیمارستان بوده است (۲۷). مطالعات متعدد دیگری نیز با بررسی مخارج سلامت خانوارها در جهان انجام شده است که می توان به پژوهش های خو (۲۰۰۳)، واگ استاف (۲۰۰۳)، اسکوموترا (۲۰۰۹)، گوتساز (۲۰۰۹) و کاووسی (۱۳۸۸) اشاره کرد (۲۸-۳۲).

تقریباً در اکثر این مطالعات، این ضعف عمده که مخارج سلامت خانوار توسط شاخص های اندکی محاسبه شده است، به چشم می خورد. این در حالی است که نتایج مطالعه فعلی، حداقل تعداد ۹۳ جزء هزینه مربوط به مخارج سلامت خانوار را

معرفی می کند که با توجه به ضروری بودن خدمات سلامت برای خانوارها، همگی دارای اهمیت می باشند. به نظر می رسد، بیشتر مطالعات اشاره شده، هزینه های مستقیم سلامت خانوار را در نظر گرفته اند و البته در همین دسته نیز به همه اجزاء هزینه ها پرداخته نشده است. از طرف دیگر در برخی از مطالعات سوالات کلی مانند "هزینه هرگونه ابزار و خدمات سلامتی که دریافت کرده اید" وجود دارد که به نظر نمی رسد رویی مناسبی را در جهت سنجش مخارج سلامت خانوار داشته باشد. بر این اساس مطالعه حاضر سعی نموده است با یک روش علمی، اجزای مخارج سلامت خانوار را به صورت شفاف تعیین کند تا در مطالعات آینده بتوان با دقت بیشتری مخارج سلامت خانوار را محاسبه نمود.

نکته دیگری که در این مطالعه در نظر گرفته شد، تقسیم بندی هزینه های سلامت خانوار به دو دسته مستقیم و غیر مستقیم بود. این نوع دسته بندی در مطالعات مختلفی از قبیل کلارک (۱۹۹۷)، ماتسل (۲۰۰۴)، لورا (۲۰۰۸)، میگان (۲۰۰۹)، ملیسا (۲۰۱۰)، پاتو (۲۰۱۱) بکار رفته است (۱۱-۱۴). اما ضعف عمده ای که تقریباً همه این مطالعات با آن روبرو هستند این است که تقریباً در همه آن ها هزینه های غیر مستقیم، فقط دو یا سه نوع مانند غیبت از محل کار و کاهش بهره وری در نظر گرفته شده است و هزینه های مستقیم نیز اکثراً از ۵ تا ۶ مورد تجاوز نکرده است و بیشتر آن ها هزینه هایی مانند دارو، ویزیت و آزمایشگاه را به عنوان هزینه های مستقیم در نظر گرفته اند که از این جهت، شناسایی و معرفی ۶۱ نوع هزینه مستقیم مربوط به سلامت خانوار و ۳۲ مورد هزینه غیر مستقیم در مطالعه حاضر می تواند به عنوان یک نقطه قوت برای آن به شمار آید.

موضوعی که در مورد نتایج این مطالعه باید مدنظر داشت این است که شناسایی اجزای مختلف هزینه های سلامت خانوار، به تنهایی برای ورود به سنجش میزان هزینه های خانوار کافی نیست بلکه باید برای تک تک آن ها روش های مناسب سنجش تعریف کرد. به عنوان مثال برای بسیاری از هزینه های ناملموس سلامت خانوار می توان از روش تمایل به پرداخت استفاده کرد. روشی که در مطالعه کاتلین (۲۰۱۰) و پاتو (۲۰۱۱) استفاده شده است (۳۳ و ۳۴).

با توجه به ویژگی های ذاتی خدمات سلامت و حساسیت آن ها برای خانوارها، استفاده از تعداد اندکی شاخص برای محاسبه مخارج سلامت خانوارها می تواند گمراه کننده باشد و از طرف دیگر نتایج حاصله، انگیزه کافی را برای سیاستگذاران در جهت کاهش سهم مردم از هزینه های سلامت ایجاد نمی کند. با توجه به این نقص عمده در

¹ World health survey

تقدیر و تشکر:

بر خود لازم می دانیم که از اساتید و کارشناسان عزیزی که در این مطالعه با نظرات ارزشمند خود، ما را در تحقق اهداف پژوهش حاضر یاری نمودند، تقدیر و تشکر نمائیم. لازم به ذکر است مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری با عنوان " خانوار ها و هزینه های کمرشکن سلامت، اجزا، ابعاد و تعیین کننده ها"، در دانشکده مدیریت و اقتصاد دانشگاه تربیت مدرس می باشد.

مطالعات پیشین، پژوهش حاضر سعی نمود با یک روش علمی اجزای مخارج سلامت خانوار را شناسایی و در دو دسته مستقیم و غیر مستقیم معرفی نماید که در مطالعات بعدی در خصوص سنجش مخارج سلامت خانوار می توان از این موارد جهت محاسبه دقیق تر میزان مخارج سلامت خانوار بهره جست.

References

1. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization, 2000.pp13, 19, 38-9, 55-7, [book in Persian].
2. Hatt L. Measuring risk factors for catastrophic health expenditure in Peru, and their effects on families over time. Dissertation to John Hopkins University for PHD Degree. Baltimore, Maryland. May, 2006.
3. Sauerborn A, Adams A, Hein M. Household strategies to cope with the economic costs of illness. *Social science and medicine*. 1996;43(3):291-301.
4. Ensor T, san PB. Access and payment for health care: the poor of northern Vietnam. *Int J of health plan and management*. 1996;11:69-83.
5. Fabricant S, Kamara C, Mills A. why the poor pay more; household curative expenditures in rural Siere Leone. *Int J Health planning and management*. 1999; 14:179-99.
6. Kamolratankul P, Sawert H. Economic impact of tuberculosis at the household level. *Int J tuberculosis lung disease*. 1999;3(7):596-602.
7. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The Lancet* 2001; 358:833-36.
8. Morduch J. Sharma M. Strengthening public safety nets from the bottom up. *Development policy review*. 2002; 20(5):569-88.
9. yousefi M. Fair method for allocating resources of the health system to the provinces, using models based on the needs. (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences; 2009.
10. The Law of the fifth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran, Ratified in 2009, (2010-2014).
11. Clarke AE, Zowall H, Levinton C, Assimakopoulos H, Sibley JT, Haga M, et al. Direct and indirect medical costs incurred by Canadian patients with rheumatoid arthritis: a 12 year study. *Journal of rheumatology*. 1997; 24: 1051-60
12. Maetzel A, Li LC, Pencharz J, et al. The economic burden associated with osteoarthritis, rheumatoid arthritis, and hypertension: a comparative study. *Ann Rheum Dis*. 2004;63(4):395-401.
13. Laura K. DeLong, MPH; Steven D. Culler, Sarbjit S. Saini, Lisa A. Beck, Suephy C. Chen. Annual direct and indirect health care costs of chronic idiopathic urticaria: a cost analysis of 50 nonimmunosuppressed patients. *Arch Dermatol*. 2008;144(1):35-39
14. Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard J. The Economic Burden of Insomnia: Direct and Indirect Costs for Individuals with Insomnia Syndrome, Insomnia Symptoms, and Good Sleepers. *SLEEP* 2009;32(1):55-64.
15. Sadeghi H, masayeli A, kohian M. Human Development index calculation by fuzzy ranking. *Social Welfare Quarterly*. Summer 2010, 10 (37) :129-153
16. Patton, M. Q. *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage. 1990: 184
17. Yin, R. *Case study research: Design and methods* (Rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage Publishing. 1989.
18. Bitton R, Pharm D. The Economic Burden of Osteoarthritis. *The American Journal of Managed Care*. 2009; 18(8): S230- S235
19. Pato A, Cebrián Pérez E, Cimas Hernando I, Lorenzo González J.R, Rodríguez Constenla I, Gude Sampedro F. Analysis of direct, indirect, and intangible costs of epilepsy. *Neurología*. 2011;26(1):32-38
20. Melissa.K K. The direct, indirect and intangible costs of visual impairment caused by neovascular

- age-related macular degeneration. *Eur J Health Econ* (2010) 11:525–531
21. Cherkin, D., Grothaus. The effect of office visit of co payments on utilization in a health maintenance organization, *Medical care*. 1990; 27(11):1036-1045
22. Fazaeli A.A. Estimate demand of health care services, MSc Thesis, School of Economics. Allameh Tabatabai University, 2001.
23. Feldstein, M.S. The welfare loss of excessive health insurance, *journal of political Economy*. 1973; 81(1):251-280.
24. Ringer J.S., Hosek D. The elasticity of demand for health care. 2000.
25. Sauerborn R, Nougara A, Latimer E. The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups. *Health Policy Plan*. 1994; 9 (2): 185-192.
26. World Health Organization, Evidence and Information for Policy. *WORLD HEALTH SURVEY*. 2002.
27. Yardim S. M, Cilingiroglu N, Yardim N. Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. *Health Policy* 94 (2010) 26–33
28. Xu Ku, Evans DB, Kawabata K, et al. Household catastrophic health expenditure: multicounty analysis. *Lancet* 2003; 362: 111–17.
29. Wagstaff A, Van Doorsaler E. Catastroph and improvement in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health economic*. 2003;12(11):921-34.
30. Skomotra T, Lagrada LP. Which Household Are At Risk of Catastrophic Health Spending: Experience In Thailand After Universal Coverage. *Health Affaires*. 2009;28(3): 467.
31. Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. household catastrophic health expenditure evidence from Georgia and its policy implications. *BMC Health Services Research* 2009;9:69.
32. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, Arab M. Measuring Household Exposure to Catastrophic Health Care Expenditures: a Longitudinal Study in Zone 17 of Tehran. *Hakim Research Journal* 2009; 12(2): 38- 47
33. Kathleen Ke. The direct, indirect and intangible costs of visual impairment caused by neovascular age-related macular degeneration. *Eur J Health Econ* (2010) 11:525–531
34. Ryan B, Pharm D. The Economic Burden of Osteoarthritis. *Am J Manag Care*. 2009;15:S230-S235

Direct and Indirect Costs of Household Health Expenditure

Yousefi .M¹, Assari arani .A*², Sahabi .B³, Kazemnejad .A⁴

Submitted: 2013.6.11

Accepted: 2013.11.5

Abstract

Background: Today, the lack of financial protection against the health costs is recognized as a major flaw in the health systems. It seems that the first step towards solving this problem is exact identification of household health expenditure's components which will result in better selection of prevention policies and appropriate procedures to solve the problem.

Materials and Methods: This study is a qualitative research conducted in two stages. The first stage consisted of interview with a sample formed by households from eight provinces of the country to identify the different components of household health expenditure. After that, a panel of experts categorized the identified components to direct and indirect costs.

Results: In The first stage, 93 kinds of households' health expenditure were identified. In the next stage, 61 cases of these were categorized as direct costs and the other 32 cases were categorized as indirect costs.

Conclusion: The exact identification of the components of health expenditure of households and dividing them into two categories of direct and indirect costs can be useful for a more accurate calculation of the household health expenditure in future studies.

Keywords : Household Health Expenditure, Direct Costs, Indirect Costs

¹ PhD Student , Health Economics Department , Faculty of Management & Economics , Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

² Assistant Professor , Development and Economic Planning Department, Faculty of Management and Economics , Tarbiat Modares University, Tehran, Iran. E-mail: assari_a@modares.ac.ir (Corresponding Author)

³ Assistant Professor , Theoretical Economic Department , Tarbiat Modares University

⁴ Professor , Biostatistics Department, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.