

# هزینه - منفعت درمان بیماران افسرده در سیستم بهداشت و درمان استان کردستان در سال ۱۳۷۲

دکتر احمد قاضی زاده \*

## چکیده

**مقدمه:** ادغام خدمات بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه (PHC) در کشور، ایجاب می‌کند که جنبه‌های اقتصادی این برنامه مورد توجه قرار گیرد. این پژوهش با هدف بررسی اثرات اقتصادی برنامه ادغام در درمان بیماران افسرده در استان کردستان صورت گرفته است.

**مواد و روشها:** ۵۷ بیمار افسرده شناسایی شده در جمعیتی که در سال ۱۳۷۲ تحت پوشش برنامه بهداشت روانی ادغام شده در PHC بوده‌اند (گروه مورد)، با ۶۰ بیمار افسرده در جمعیتی که تحت پوشش این برنامه نبوده‌اند (گروه شاهد) مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. این دو روش درمان به عنوان متغیرهای مستقل، در ارتباط با متغیرهای وابسته، هزینه، منفعت (تبعات اقتصادی افزایش ساعات کار بیمار و کاهش مراقبت خانواده از بیمار)، مراجعات سرپایی و روز بستری، با استفاده از تکنیک تحلیل هزینه - منفعت (Cost-Benefit analysis) مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. روش جمع‌آوری اطلاعات تکمیل پرسشنامه از طریق مصاحبه با خانواده‌های بیماران و بررسی پرونده‌ها بوده است.

**نتایج:** یافته‌های تحقیق نشان داد که میانگین مراجعات سرپایی در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد است ( $P < 0/001$ ). متوسط هزینه سالانه هر بیمار در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد و میانگین منفعت در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده است ( $p = 0/000$ ).

**نتیجه‌گیری:** در تحلیل نتایج حاصل در این پژوهش بعد اثر بخشی برنامه ادغام بهداشت روانی در PHC به صورت افزایش مراجعات سرپایی بیماران افسرده، کاهش هزینه و افزایش منفعت تجلی یافته است.

**واژه‌های کلیدی:** هزینه-منفعت، درمان، بیماران افسرده، مراقبتهای بهداشتی اولیه.

## مقدمه

محافل بهداشتی، به دلیل ویژگیهای تشخیصی آن وجود دارد. یکی از طرق ارزیابی هر برنامه بهداشتی بعد اقتصادی اثربخشی آن است که متأسفانه در سیستم بهداشت و درمان کشور کمتر مورد توجه قرار گرفته است. توجه به بعد اقتصادی در برنامه ریزی مقوله تازه ای نیست، از زمانی که فردریک ونیلسو تایلور (F.W.Taylor ۱۹۱۱) در تئوری مدیریت علمی روشهای علمی انجام کار را مطرح نمود، همواره در مدیریت سازمانها طراحی روشهای علمی برای افزایش کارایی و اثر بخشی برنامه‌ها مدنظر بوده است (۳). خدمات بهداشتی درمانی گرچه نوعاً و از جنبه‌های انسانی با سایر خدمات تفاوتی دارد ولی نیاز روز افزون جامعه به خدمات بهداشتی درمانی و محدودیت منابع و امکانات ضرورت توجه به بعد اقتصادی برنامه‌ریزی را می‌طلبد. امروز در دکتترین اقتصاد بهداشت هزینه

با گذشت چندین سال، از ادغام بهداشت روانی در مراقبتهای بهداشتی اولیه<sup>۱</sup> PHC هنوز پوشش این خدمات در مقایسه با دیگر اجزاء از پوشش مطلوبی برخوردار نمی‌باشد و تنها بخش کوچکی از هر

شبکه بهداشتی درمانی را شامل میشود. پوشش اندک خدمات بهداشت روانی در مقایسه با دیگر اجزاء PHC تصور نوعی بلا تکلیفی را القا می‌کند خاصه که تفکر تأثیر ناپذیری خدمات تخصصی از سطوح محیطی شبکه‌های بهداشت و درمان هم در

\* استادیا گروه پزشکی اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، خیابان پاسداران، سنندج، مؤلف مسئول

<sup>۱</sup> - Primary health care

۴۲۴۴۴ نفر دیگر خارج از پوشش بهداشت روانی و هم مرز جغرافیایی با جمعیت فوق الذکر بوده‌اند (گروه شاهد). در گروه مورد ۷۵ بیمار افسرده و در گروه شاهد ۶۰ بیمار افسرده از طریق بررسی پرونده‌ها و لیست بیماران مراجعه کننده به کلینیک مراکز بهداشتی درمانی روستایی در منطقه مورد مطالعه و مرکز روانپزشکی سنج و بخش روانپزشکی بیمارستان توحید سنج شناسایی شده‌اند. این دو گروه از نظر مراجعات سرپایی سالانه، میانگین روز بستری، هزینه سالانه هر بیمار، و منفعت سالانه هر بیمار مورد مقایسه قرار گرفته‌اند. نوع و روش درمان به عنوان متغیرهای مستقل و مراجعات سرپایی و روز بستری، هزینه و منفعت به عنوان متغیرهای وابسته می‌باشند. سن و جنس و شغل به عنوان متغیرهای زمینه در دو گروه مقایسه شده‌اند. تجزیه و تحلیل اطلاعات با استفاده از نرم افزارهای SPSS صورت گرفته است. در بیان مفاهیم و واژه‌ها منظور از هزینه، جمع هزینه اداری تشکیلاتی، درمان و تردد بیمار و خانواده آنها به مراکز درمانی می‌باشد که از طریق دفاتر حسابداری و بودجه و برآورد هزینه استهلاک و نیز بررسی پرونده بیماران و مصاحبه با خانواده آنها محاسبه شده است. منظور از منفعت تبعات اقتصادی ناشی از کاهش ساعات مراقبت از بیمار در خانواده و افزایش ساعات کار بیمار افسرده بر اثر درمان می‌باشد.

## نتایج:

نسبت ابتلا به بیماری افسردگی در گروه مورد ۱/۸ در هزار و در گروه شاهد ۱/۴ در هزار است که آزمون Z اختلاف معنی داری را بین دو گروه مورد و شاهد از نظر نسبت ابتلا به افسردگی نشان نداده است ( $Z=0/99$ ). میانگین سنی کل بیماران افسرده ۳۵/۵ سال با انحراف معیار ۱۳/۳ سال بوده است. متوسط سن در گروه مورد ۳۷/۲ سال با انحراف معیار ۱۴ سال، در گروه شاهد ۳۳/۴ سال با انحراف معیار ۱۲/۲ سال بوده است. آزمون آماری t اختلاف معنی داری بین این دو گروه از نظر میانگین سنی نشان نداد ( $P=0/103$ ). از کل ۱۳۵ بیمار افسرده ۴۶ نفر مرد (۳۴٪) و ۸۹ نفر زن (۶۶٪) بودند. آزمون  $\chi^2$  اختلاف مشخص بین دو گروه از نظر جنس نشان نداد ( $P=0/193$ ). متوسط روز بستری بیماران افسرده در گروه مورد ۱/۶۵ با انحراف معیار ۲/۴ و در گروه شاهد ۳/۶ با انحراف معیار ۷/۱ معنی دار نمی‌باشد ( $P=0/054$ ). تست آماری t اختلاف معنی داری را بین دو گروه از نظر متوسط روزهای بستری نشان نداده است ( $t=1/94$ ،  $df=133$ ،  $P=0/054$ ).

متوسط مراجعات سرپایی سالانه کل بیماران افسرده ۴/۱۶ بار با انحراف معیار ۱/۹۴ بار بوده است در بیماران افسرده گروه مورد میانگین مراجعات سرپایی سالانه ۴/۸ بار با انحراف معیار ۱/۶ بار و در گروه شاهد به ترتیب ۳/۳ و ۱/۸ بار بوده است. آزمون t نشان داد که متوسط مراجعات سرپایی سالانه در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد بوده است ( $P=0/000$ ).

های بخش بهداشت و درمان جزء "خدمات غیر مولد" و با "سوسپید" تلقی نشده و به صورت سرمایه گذاری مولد مورد توجه است (۵). یکی از معیارهای ارزیابی استراتژی مناسب در بهداشت و درمان بعد کارایی آن است. در زمینه خدمات بهداشتی درمانی ۳ نوع کارایی قابل تمیز است (۴).

۱- کارایی تکنیکی، که در واقع پاسخگویی به این سؤال را مطرح می‌کند که در ازاء بکارگیری پرسنل و نیروهای انسانی بخش بهداشت و درمان و ابزار و تجهیزات بکار گرفته شده میزان ستاده به حداکثر رسیده است؟ کیفیت مراقبت‌های بهداشتی درمانی و خدمات تشخیصی اجزاء مؤثر کارایی تکنیکی را شامل میشوند که طیف وسیعی را در برمی‌گیرد.

۲- کارایی مقیاسی، که مسئله استانداردهای کمی واحدهای بهداشتی درمانی در ارتباط با پوشش جمعیتی مطرح میکنند که برای جمعیت معین واحدهای مستقر مشخصی را پیشنهاد می‌نماید که جنبه اقتصادی مسئله در آن مستتر است. در یک مطالعه در آمریکا حداکثر تخت بیمارستانی برای به حداقل رسانیدن هزینه‌ها ۱۹۰ تخت برآورد شده است (۶). مصداق عدم توجه به این مقیاس بیمارستانی است که در نقاط کم جمعیت توسط افراد خیر ساخته می‌شود.

۳- کارایی اقتصادی، که در آن بکارگیری تکنیک‌های مدیریتی برای ترکیب فعالیتها بصورت حداقل نمودن هزینه و حداکثر نمودن بازده می‌باشد. به عبارت دیگر برای ارائه میزان ثابتی از خدمات هزینه به حداقل رسیده باشد (۴). در سالهای اخیر کارایی اقتصادی برنامه های بهداشتی درمانی مورد توجه محافل بین المللی و خاصه سازمان بهداشت جهانی قرار گرفته و استراتژیهای بهداشتی درمانی که در شرایط مساوی بار مالی کمتری داشته باشد مورد تأکید است. بحث استفاده از نیروی ارزان (بهروز) در محل مناسب به جای نیروی گران (پزشک) در مراقبت‌های بهداشتی درمانی اولیه PHC از کنفرانس آلمانا در سال ۱۹۷۸ نصب‌العین می‌باشد. تحلیل هزینه - منفعت (Cost-Benefit analysis) یکی از تکنیک‌های مورد استفاده برای ارزیابی اقتصادی برنامه‌هاست که در آن هزینه ریالی اجرای یک برنامه با تبدیل ریالی نتایج حاصل از اجرای برنامه مورد تجزیه و تحلیل قرار میگیرد. در کشور ما ایران که یکی از کشورهای نسبتاً موفق در زمینه ادغام مراقبت‌های اولیه بهداشتی و درمانی در نظام بهداشت و درمان است متأسفانه به ارزشیابی اقتصادی از استراتژیها توجه لازم معطوف نشده است. این مطالعه با هدف تحلیل هزینه- منفعت بیماران افسرده در سیستم بهداشتی استان کردستان انجام شده است.

## مواد و روشها

نوع مطالعه شاهد - موردی و ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بوده است. جمعیت مورد بررسی ۸۵۲۹۲ نفر بوده که ۴۲۸۴۸ نفر آنها ساکن در مناطقی بوده اند که در سال ۱۳۷۲ تحت پوشش خدمات بهداشت روانی در شبکه بهداشت و درمان استان کردستان بوده است (گروه مورد).

معنی دار بوده است، این امر می‌تواند بیانگر مراقبت بیشتر از بیماران در سیستم ادغام بهداشت روانی در PHC در جامعه پژوهش باشد. متوسط هزینه در بیماران افسرده تحت پوشش خدمات روانی علیرغم مراجعات بیشتر آنها، کمتر از متوسط هزینه گروه شاهد بوده است. این امر می‌تواند ناشی از هزینه اداری تشکیلاتی کمتر واحدهای محیطی شبکه (خانه‌های بهداشت) باشد که محل مراجعه تکراری بیماران تحت درمان بوده است. منفعت بیشتر بیماران افسرده تحت پوشش خدمات بهداشت روانی در مقایسه با بیماران افسرده گروه شاهد که به صورت تبعات اقتصادی کاهش ساعات مراقبت در منزل و افزایش ساعات کار تجلی یافته است، نشان دهنده بعد اثربخشی درمان در این گونه بیماران می‌باشد. با مقایسه هزینه و منفعت Benefit cost ratio (BCR) می‌توان گفت که استراتژی ادغام بهداشت روانی در PHC گذشته از تأثیر مثبت بر امر مراجعات بیشتر بیماران و تحت کنترل بودن آنها، از دیدگاه اقتصادی نیز باصرفه‌تر است. صرفه جویی در اعتبارات بهداشت و استفاده بهینه از منابع زمینه استفاده بیشتر و بهتر نیازمندان را از خدمات بهداشتی درمانی فراهم خواهد کرد.

### منابع

۱. شادپور کامل، شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی در ایران و گسترش شبکه‌های بهداشتی کشور. تهران، انتشارات معاونت امور بهداشتی، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و یونسف، ۱۳۷۲: صفحه ۴۶-۳۴.
۲. طرح کشوری بهداشت روانی. تهران، انتشارات ستاد گسترش وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۶۷: صفحه ۱۴-۸.
۳. تایلور ونیسلو. اصول مدیریت علمی تایلور. ترجمه طوسی محمد علی. تهران، انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی، ۱۳۶۹: صفحه ۶۱-۴۷.
۴. کریمی ایرج. اقتصاد بهداشت. تهران، جزوه درسی دانشگاه آزاد اسلامی، ۱۳۷۳: صفحه ۱۲-۴.
5. Jacobs P. The Economic of Health and Medical care. AN ASPEN Publication. Maryland U.S.A, 1991: 30-42
6. Newbrander A, William M. Hospital Economic and financing in developing countries. WHO, Geneva, 1991: 1-80.
7. Primary Health Care. Alma- Ata, WHO, Health For All series, No1, 1989: 1-4

متوسط هزینه سالانه هر بیمار افسرده در کل بیماران ۱۹۵۹۸۸ ریال با انحراف معیار ۳۳۹۰۰۱ ریال بوده است. میانگین هزینه در بیماران افسرده گروه مورد برابر ۱۲۲۳۶۵ ریال با انحراف معیار ۲۹۵۷۴۸ ریال و متوسط هزینه در بیماران افسرده گروه شاهد ۲۸۸۰۱۶ ریال با انحراف معیار ۴۰۱۱۰۴ ریال بوده است. آزمون t نشان داد که متوسط هزینه سالانه در بیماران افسرده گروه مورد کمتر از متوسط هزینه سالانه بیماران افسرده گروه شاهد بوده است (P=۰/۰۰۴). جدول شماره ۱ توزیع هزینه بیماران افسرده را در دو گروه مورد و شاهد نشان می‌دهد.

متوسط منفعت سالانه در بیماران افسرده مورد بررسی ۵۱۰۸۶ ریال با انحراف معیار ۶۴۹۸۷ ریال می‌باشد. میانگین منفعت سالانه در بیماران افسرده گروه شاهد ۲۷۲۷۰ ریال با انحراف معیار ۲۳۳۱۷ ریال بوده است. تست آماری t نشان داد که متوسط منفعت سالانه بیماران افسرده در گروه مورد بیشتر از گروه شاهد می‌باشد (P=۰/۰۰۸). جدول شماره ۲ توزیع منفعت را در گروه بیماران افسرده نشان می‌دهد.

### جدول شماره ۱: توزیع هزینه سالانه بیماران افسرده

جمعیت		هزینه به ریال			
تعداد	درصد	۱۵۰۰۰-۶۵۰۰۰	۶۵۰۰۰-۱۰۰۰۰۰	۱۰۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰	جمع
۶۹	۵۹/۵	۴	۴۰	۲	تعداد درصد
۴۷	۴۰/۵	۶	۶۰	۷	تعداد درصد
۱۱۶	۱۰۰	۱۰	۱۰۰	۹	تعداد درصد
					جمع

$\chi^2 = 5/75$        $df=2$        $P=0/056$

### جدول شماره ۲: توزیع منفعت سالانه در بیماران افسرده

جمعیت		منفعت			
تعداد	درصد	کمتر از ۲۰۰۰۰	۲۰۰۰۰-۱۲۰۰۰۰	۱۲۰۰۰۰-۱۰۰۰۰۰۰	جمع
۱۶	۴۸/۵	۵۲	۵۴/۷	۷	تعداد درصد
۱۷	۵۱/۵	۴۳	۴۵/۳	۰	تعداد درصد
۳۳	۱۰۰	۹۵	۱۰۰	۷	تعداد درصد
					جمع

$\chi^2 = 0/88$        $df=2$        $P=0.34$

### بحث

مقایسه بیماران دو گروه مورد و شاهد نشان داد که این دو گروه از نظر سن و جنس اختلاف معنی‌داری ندارند و با توجه به اینکه دو گروه در مناطق همجوار قرار گرفته‌اند و از نظر جغرافیایی و سایر شرایط اقلیمی، اجتماعی، اقتصادی شبیه هم می‌باشند، لذا اختلاف مشاهده شده در هزینه و منفعت می‌تواند از نوع استراتژی درمانی باشد که هر یک از دو گروه از آن بهره گرفته‌اند. متوسط مراجعات سرپایی سالانه در گروه بیماران افسرده تحت پوشش خدمات بهداشت روانی بیشتر از گروه غیر تحت پوشش بهداشت روانی بوده، و از نظر آماری