

بر آورد عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی گرگان

دکتر شهریار سمنانی^۱، دکتر عباس علی کشتکار^۲

چکیده

مقدمه و هدف: بخشی از درآمد خانوار در همه جوامع دنیا صرف هزینه‌های مرتبط با سلامت (خدمات بهداشتی و درمانی) می‌گردد. مقدار این سهم و توزیع آن در جوامع (برابری آن) نشان‌دهنده تحمیل بار مالی سلامت به جوامع است. سازمان بهداشت جهانی یکی از متغیرهای اصلی در اندازه‌گیری کارایی و عملکرد نظام‌های ارائه خدمات سلامتی در کشورهای دنیا را شاخص مشارکت عادلانه منابع مالی سلامت می‌داند. این مطالعه با هدف تعیین الگوی توزیع درآمد در خانوارهای شهری جامعه یادشده، توزیع هزینه‌های سلامتی به تفکیک اقلام عمده هزینه و سنجش میزان عادلانه بودن این هزینه‌ها در دهک‌های مختلف درآمدی جامعه مذکور انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این پژوهش به صورت مقطعی و از نوع توصیفی تحلیلی بر روی ۱۰۱۴ خانوار ساکن مناطق تحت پوشش پایگاه ۴ و ۸ شهری گرگان در قالب طرح ایجاد پایگاه تحقیقات جمعیتی و در دیمه سال ۸۱ انجام گردید. وضعیت بیمه درمانی خانوار، درآمد ماهانه خانوار و هزینه‌های مختلف مرتبط با سلامت (ماهانه) مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌ها از طریق مصاحبه با سرپرست خانوار گردآوری گردید.

یافته‌ها: درصد پوشش حداقل یکی از انواع بیمه درمانی در بالاترین دهک درآمدی ۶۷ درصد و در پایین‌ترین دهک ۴۴/۴ درصد به دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$). میانگین درآمد ماهانه کل خانوارهای مورد بررسی به ترتیب ۱۲۰۰۰۰ ریال و (187300 ± 699699) بود. میانگین هزینه‌های سلامتی خانوارها به ترتیب ۸۰۰۰۰ ریال و (95124 ± 281530) بود. میانگین سهم هزینه‌های مستقیم از جیب به کل هزینه‌های مرتبط با سلامت به ترتیب ۰/۶۶ و $(0/03 \pm 0/57)$ به دست آمد. ۱۳ درصد از کل درآمد خانوارهای مورد بررسی صرف پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی به صورت مستقیم از جیب گردیده که خانوارهای دهک بالای درآمدی (دهم) کمترین سهم از درآمد خود (۷ درصد) و خانوارهای دهک پایین درآمدی بیشترین سهم از درآمد خود (۲۸ درصد) را بدین صورت پرداخت نموده‌اند که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0/05$). شاخص جینی توزیع سهم هزینه‌های سلامت از کل درآمد خانوار ۰/۲۲ و توزیع سهم هزینه‌های مستقیم پرداخت از جیب ۰/۱۸ بود.

نتیجه‌گیری: خانوارهای کم درآمد حدود ۴۰ درصد از درآمد ناچیز خود را بابت مراقبت‌های سلامتی هزینه می‌کنند که در مقایسه با سهم ۹ درصدی خانوارهای با مرفه‌ترین وضعیت (دهک بالا)، حدود ۴/۵ برابر بیشتر هزینه می‌نمایند. علی‌رغم پوشش فزاینده سازمان‌های بیمه‌گر و رشد بیمه‌های تکمیلی هنوز هم بیش از نصف هزینه‌های خدمات سلامتی در همه گروه‌های درآمدی به صورت مستقیم از جیب پرداخت می‌شود. با توجه به استاندارد سازمان بهداشت جهانی لزوم بازنگری در وضعیت بیمه‌های درمانی و نظام‌های پرداخت در کشور ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: نابرابری درآمد، هزینه‌های سلامت، بیمه‌درمانی، دهک درآمدی، گرگان

۱ - فوق تخصص گوارش و کبد و استادیار دانشگاه علوم پزشکی گرگان، نشانی: گرگان، مرکز آموزشی - درمانی ۵ آذر، بخش گوارش،

تلفن: ۴-۲۲۲۰۵۶۱-۰۱۷۱

۲ - دستیار اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

مطالعات متعدد و مختلفی ارتباط مثبت بین نابرابری توزیع درآمد^۱ و مرگ و میر در جوامع را گزارش نموده‌اند (۱). در یک مطالعه بر روی ۳۸ کشور دنیا (۲۳ کشور فقیر و ۱۵ کشور ثروتمند)، میزان مرگ و میر شیرخواران ارتباط معنی‌داری با سرانه تولید ناخالص ملی^۲ (ارتباط معکوس یا منفی) و نابرابری توزیع درآمد (ارتباط مستقیم یا مثبت) داشته است. حتی در کشورهای ثروتمند، کاهش نابرابری توزیع درآمد در مقایسه با افزایش سرانه درآمد ناخالص ملی تاثیر قوی‌تری بر روی کاهش مرگ و میر شیرخواران دارد (۲).

در چندین مطالعه نیز ارتباط مشخصی بین نابرابری درآمد با وضعیت سلامت از دیدگاه فردی^۳ آشکار گردید. اثر نامطلوب نابرابری توزیع درآمد بر روی سلامتی مستقل از میزان درآمد خانوار است (۳و۴).

بخشی از درآمد خانوار در همه جوامع دنیا صرف هزینه‌های مرتبط با سلامت (خدمات بهداشتی و درمانی) می‌گردد. مقدار این سهم و توزیع آن در جوامع (برابری آن) نشان‌دهنده تحمیل بار مالی سلامت به جوامع است. سازمان بهداشت جهانی یکی از متغیرهای اصلی در اندازه‌گیری کارایی و عملکرد نظام‌های ارایه خدمات سلامتی^۴ در کشورهای دنیا را شاخص مشارکت عادلانه منابع مالی سلامت^۵ می‌داند. اهمیت این شاخص تاحدی است که سازمان بهداشت جهانی وزن ۲۵ درصدی برای محاسبه شاخص کلی عملکرد نظام‌های سلامتی به آن داده است. ناعادلانه بودن مشارکت خانواده در پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های سلامت ممکن است از دو جنبه مطرح باشد:

الف) هزینه‌های غیرقابل پیش‌بینی بالا به‌جای آن که با استفاده از انواع پیش‌پرداخت^۶ (حق بیمه) از قبل پوشش داده شود، مستقیماً از جیب پرداخت شود.

ب) افرادی که کمترین توان درآمدی و مالی را داشته باشند بیش از افراد مرفه جامعه هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی پرداخت نمایند.

مشکل اول را می‌توان با به حداقل رساندن سهم تامین مالی مستقیم از جیب^۷ در یک نظام حل کرد، به‌گونه‌ای که تا حد امکان تکیه بر پیش‌پرداخت‌های قابل پیش‌بینی باشد که غیرمرتبط با بیماری یا مصرف خدمات هستند. مشکل دوم را می‌توان با اطمینان یافتن از اینکه هر شکل از پیش‌پرداخت با درآمد خانوار متناسب است، مرتفع نمود (۵). به عبارت دیگر یک نظام سلامتی وقتی در عادلانه‌ترین وضعیت از نظر تحمیل بار مالی قرار دارد که درصد هزینه‌های مستقیم از جیب نسبت به کل هزینه‌های سلامت پایین و پیش‌پرداخت‌ها متناسب با ظرفیت پرداخت (درآمد) باشد (افراد غنی مشارکت مالی بیشتری داشته باشند).

در یک مطالعه در ۸ کشور دنیا به منظور تعیین عادلانه بودن هزینه‌های خدمات سلامت، مشخص شد که هزینه‌های پیش‌پرداخت در بین دهک‌های مختلف درآمدی از نوسان کمتری برخوردار است و همه دهک‌های درآمدی سهم تقریباً یکسانی از درآمد خود را صرف پیش‌پرداخت هزینه‌های خدمات سلامتی می‌نمایند، اما در مورد هزینه‌های مستقیم از جیب وضعیت متفاوت است. در هندوستان و تانزانیا افراد غنی‌تر سهم بیشتری از درآمد خود را مصرف این نوع هزینه‌ها نموده در عوض در مکزیک، پاکستان و برزیل افراد فقیرتر سهم بیشتری از درآمد خود را به‌صورت مستقیم از

1 Income Inequality

2 Gross National Product Per Capita

3 Self Rated Health Status

4 Health System performance

5 Fairness of Financial Contribution

6 Prepayment

7 Out of Pocket

اطلاعات این مطالعه برگرفته از نتایج بررسی مصاحبه‌ای خانوارهای جامعه تحت پوشش ایستگاه تحقیقات جمعیتی شهر گرگان (پایگاه بهداشتی ۴ و ۸ شهری) با استفاده از پرسشنامه ساختار یافته‌ای است که بخشی از این پرسشنامه به بررسی وضعیت درآمد خانوار و هزینه‌های سلامتی پرداخته است.

این مطالعه با هدف تعیین الگوی توزیع درآمد در خانوارهای شهری جامعه یادشده، توزیع هزینه‌های سلامتی به تفکیک اقلام عمده هزینه و سنجش میزان عادلانه بودن این هزینه‌ها در دهک‌های مختلف درآمدی جامعه مذکور انجام گردید.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع توصیفی تحلیلی و به صورت مقطعی انجام گردید. ۱۰۱۴ خانوار در مناطق تحت پوشش پایگاه ۴ و ۸ شهری گرگان در قالب طرح ایجاد پایگاه تحقیقات جمعیتی^۱ در دی‌ماه سال ۸۱ مورد بررسی قرار گرفتند. این خانوارها حدود ۱۵ درصد از کل خانوارهای تحت پوشش دو پایگاه یادشده را تشکیل می‌دادند. نمونه‌ها به روش تصادفی سیستماتیک و براساس لیست خانوارهای مرکز بهداشت شهرستان انتخاب گردید. چنانچه بعد از سه بار مراجعه به درب خانوار هیچ‌یک از اعضای خانوار در منزل نبودند به خانوار بعدی مراجعه می‌شد. پرسشنامه این بررسی مشتمل بر ده بخش بود که اطلاعات این پژوهش از پرسشنامه بخش یک که شامل اطلاعات زمینه‌ای خانوار بود، استخراج گردید. وضعیت بیمه درمانی خانوار، درآمد ماهانه خانوار و هزینه‌های مختلف مرتبط با سلامت (ماهانه) مورد بررسی قرار گرفتند. هزینه‌های مرتبط با سلامت براساس تقسیم بندی‌های رایج در حیطه اقتصاد سلامت به دو بخش هزینه‌هایی که بابت

جیب می‌پردازند. غیر عادلانه‌ترین وضعیت مربوط به کشور ویتنام بود که هزینه‌های پیش پرداخت در همه دهک‌های درآمدی غیر از بالاترین دهک (افراد ثروتمند) در حد صفر بوده و افراد فقیرتر جامعه سهم بسیار بیشتری از درآمد خود را (حدود ۲۳ درصد از کل درآمد) به صورت مستقیم از جیب می‌پردازند (۵).

چاپلین در مطالعه سال ۱۹۹۸ خود بر روی هزینه‌های خانوارهای ساکن کانادا به این نتیجه رسید که ۲/۹ درصد از درآمد خانوارها پس از کسر مالیات صرف هزینه‌های خدمات سلامتی می‌گردد. اقلام اصلی این هزینه‌ها، مربوط به حق بیمه (۲۹/۸ درصد از کل هزینه‌های سلامت)، خدمات دندانپزشکی (۱۹/۴ درصد)، خرید دارو با نسخه (۱۶/۶ درصد) و خدمات چشم پزشکی (۱۲/۷ درصد) بود (۶).

بررسی هزینه‌های خدمات سلامتی در ساکنین نیوزیلند توسط دولین و همکاران نشان داد که گروه‌های پردرآمد ۶ برابر گروه‌های کم درآمد بابت خدمات دندانپزشکی هزینه می‌پردازند (۷).

در مطالعه‌ای بر روی هزینه خانوارهای ساکن دو شهر بزرگ کروواسی در سال ۱۹۹۴، مشخص شد که سهم هزینه‌های پرداخت شده به صورت مستقیم از جیب، در گروه‌های کم درآمد ۶ برابر بیش از گروه‌های با درآمد بالا است (۸).

با توجه به این که در سطح کشور تاکنون مطالعه منسجمی در خصوص عادلانه بودن هزینه‌های خدمات سلامتی در بین اقشار مختلف جامعه صورت نگرفته است، ضرورت انجام این مطالعه کاملاً مشخص می‌باشد. نتایج این مطالعه می‌تواند برای تغییر سیاست‌گذاری‌های کلان اقتصادی، اقتصاد سلامت در کشور، بازنگری در وضعیت بیمه‌های خدمات درمانی و نظام‌های پرداخت خدمات سلامتی مورد استفاده قرار گیرد.

¹ Population Lab.

افقی این نمودار دهک‌های درآمدی و در محور عمودی فراوانی نسبی تجمعی متغیری که در نظر داریم عادلانه بودن توزیع آن را بررسی نماییم (در این مطالعه سهم هزینه‌های سلامت نسبت به کل درآمد خانوار و سهم هزینه‌های مستقیم از جیب به کل درآمد) قرار می‌گیرد. سطح زیر منحنی بین توزیع متغیر مورد نظر با قطر منحنی نشان‌دهنده مقدار عددی ضریب جینی است که مقدار این ضریب بین حداقل صفر تا حداکثر ۱ در نوسان است. مقدار عددی بیشتر این شاخص، نشان‌دهنده غیر عادلانه بودن شدیدتر است (۹).

اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-11.5 و آزمون‌های آماری ANOVA و کای اسکور و تی با ضریب اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0/05$) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

مصاحبه و پرسشگری در ۹۶۶ خانوار از ۱۰۱۴ خانوار مورد بررسی به‌طور کامل انجام شد (میزان پاسخدهی ۹۵/۳ درصد). درصد پوشش یکی از انواع بیمه‌درمانی در بالاترین دهک درآمدی ۶۷ درصد و در پایین‌ترین دهک ۴۴/۴ درصد به‌دست آمد که این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P<0/05$).

به منظور تحلیل اطلاعات درآمد خانوار، دهک‌های درآمدی خانوار مشخص گردید. جدول یک میانه دهک درآمدی خانوارهای مناطق یادشده را نشان می‌دهد. بیشترین فراوانی خانوارها از نظر دهک درآمدی (نما) در دهک ششم با میانه درآمد ماهانه ۱۵۰۰۰۰۰ ریال و میانه و میانگین درآمد ماهانه کل خانوارهای مورد بررسی به ترتیب ۱۲۰۰۰۰۰ ریال و (۱۸۷۳۰۰۰±۶۶۹۰۰۰) بود. کل هزینه‌های سلامت خانوار به تفکیک دهک‌های درآمدی در جدول یک خلاصه شده است.

میانه و میانگین هزینه‌های سلامت خانوارها به ترتیب

بیمه‌درمانی اعضای خانوار به سازمان‌های بیمه‌گر پرداخت می‌شود^۱ و هزینه‌هایی که مستقیماً توسط اعضای خانواده جهت دریافت خدمات مختلف پرداخت می‌شود^۲، طبقه‌بندی گردید.

هزینه‌های مستقیم به تفکیک هزینه ویزیت، دارو و ملزمت پزشکی، خدمات پاراکلینیک و سایر هزینه‌های مرتبط با سلامت تقسیم‌بندی گردید.

اطلاعات مربوط به درآمد خانوار و هزینه‌های مرتبط با سلامت از طریق پرسش از سرپرست خانوار یا همسر وی استخراج و پرسشنامه مربوطه در مرحله پایلوت مطالعه از نظر روایی و پایایی ارزیابی شد. ضمناً سؤالات مرتبط با متغیرهای مطالعه از سؤالات استاندارد مطالعه سازمان بهداشت جهانی در بررسی سلامت و پاسخگویی نظام سلامتی^۳ در ۸ کشور دنیا اقتباس گردید که این مطالعه در کشور ما نیز در تابستان سال ۸۰ انجام شده بود.

اطلاعات مربوط به افراد و خانوارها به‌صورت کدگذاری شده وارد رایانه گردید و به خانوارها در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آنها اطمینان داده شد. اطلاعات مربوطه به درآمد خانوار و هزینه‌های خدمات سلامتی عمدتاً به تفکیک دهک‌های درآمدی^۴ جامعه مورد مطالعه و ارقام عمده هزینه مورد بررسی قرار گرفت.

به منظور تعیین عادلانه بودن تحمیل بار مالی سلامت از شاخص ضریب جینی^۵ که یک شاخص شناخته شده در اقتصاد است، استفاده گردید. برای محاسبه ضریب جینی ابتدا منحنی تحت عنوان منحنی لورنز^۶ تدوین می‌گردد. در محور

¹ Prepaid

² Out of Pocket

³ Health System and Health System Responsiveness Survey

⁴ Income Deciles

⁵ Gini Coefficient

⁶ Lorenz Curve

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

شاخص	اول (پایین)	دوم	سوم	چهارم	دهک پنجم	درآمدی ششم	هفتم	هشتم	نهم	دهم (بالا)	کل جامعه
تعداد خانوارها	۹۹	۱۲۷	۷۳	۹۷	۱۰۰	۱۶۶	۲۱	۱۱۵	۷۴	۹۴	۹۶۶
میان درآمد ماهانه (هزار ریال)	۴۰۰	۷۰۰	۸۰۰	۱۰۰۰	۱۱۰۰	۱۵۰۰	۱۵۲۵	۲۰۰۰	۲۵۰۰	۳۵۰۰	۱۲۰۰
میان هزینه ماهانه سلامت (هزار ریال)	۵۱	۵۵	۸۰	۹۶	۷۵	۹۹	۶۰	۱۰۳	۱۱۷	۱۲۶	۸۰
میانگین سهم هزینه‌های سلامت از درآمد (درصد)	۴۰	۱۸	۲۵	۵۲	۱۷	۱۶	۱۷	۲۷	۱۶	۹	۲۳
میانگین سهم هزینه‌های OOP* به کل هزینه‌های سلامت (درصد)	۶۹	۵۷	۵۵	۵۷	۵۳	۵۲	۴۷	۵۹	۵۹	۵۴	۵۶
میانگین سهم هزینه‌های OOP* به کل درآمد (درصد)	۲۸	۱۲	۱۸	۱۵	۱۲	۱۱	۹	۱۰	۱۳	۷	۱۳

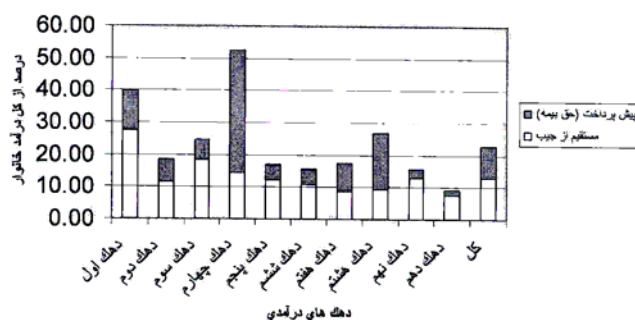
* Out of Pocket

یکی از شاخص‌های اساسی تحمیل بار مالی هزینه‌های سلامت تعیین سهم هر یک از هزینه‌های مربوط به حق بیمه (پیش پرداخت) و هزینه‌هایی که مستقیماً بابت خدمات مختلف پرداخت می‌شود و مقایسه آن دو با یکدیگر می‌باشد. میانه و میانگین سهم هزینه‌های مستقیم از جیب به کل هزینه‌های مرتبط با سلامت به ترتیب ۰/۶۶ و (۰/۵۷ ± ۰/۰۳) به دست آمد. بیشترین مقدار این سهم در دهک اول ۰/۶۹ و پایین‌ترین مقدار آن در دهک دهم ۰/۵۴ بود (جدول ۱). این سهم در دهک‌های مختلف درآمدی اختلاف آماری معنی‌داری نداشت. سهم هر یک از هزینه‌های پیش پرداخت (حق بیمه) و مستقیم از جیب نسبت به کل درآمد خانوار در دهک‌های مختلف درآمدی نیز در نمودار یک خلاصه شده است.

۱۳ درصد از کل درآمد خانوارهای مورد بررسی صرف پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی به صورت مستقیم از جیب گردیده که خانوارهای دهک بالای درآمدی (دهم) کمترین سهم از درآمد خود (۷ درصد) و خانوارهای با پایین‌ترین درآمد بیشترین سهم از درآمد خود (۲۸ درصد) را بدین صورت پرداخت نموده‌اند (جدول ۱). این اختلاف از نظر آماری معنی‌دار بود ($P < 0.05$). بالاترین سهم در کل

۸۰٬۰۰۰ ریال و (95124 ± 281530) بود. درآمد بالاترین دهک (دهم) در خانوارهای مورد بررسی حدود ۸/۸ برابر پایین‌ترین دهک (اول) و هزینه‌های مرتبط با سلامت بالاترین دهک ۲/۵ برابر پایین‌ترین دهک بود.

باتوجه به اینکه تحمیل بار مالی سلامت به خانوارها از طریق اندازه‌گیری سهمی از درآمد که به منظور سلامت (خدمات بهداشتی و درمانی) هزینه می‌شود تعیین می‌کنند، این شاخص به صورت میانگین سهم هزینه‌های سلامت از درآمد به تفکیک دهک‌های درآمدی در جدول یک خلاصه شده است.



نمودار ۱: توزیع هزینه مراقبت‌های سلامتی جامعه مورد بررسی به تفکیک هزینه‌های مستقیم از جیب و پیش پرداخت

بالاترین مقدار این شاخص در دهک اول درآمدی (۴۰ درصد) و پایین‌ترین مقدار این شاخص در دهک بالای درآمدی یا دهک دهم (۹ درصد) بود. این شاخص در بین دو گروه یاد شده اختلاف آماری معنی‌داری داشت ($P < 0.05$).

شده از این منحنی عدد ۰/۲۲ بود. این شاخص برای توزیع سهم هزینه‌های پرداختی مستقیم از جیب ۰/۱۸ محاسبه گردید (نمودار ۴).

بحث

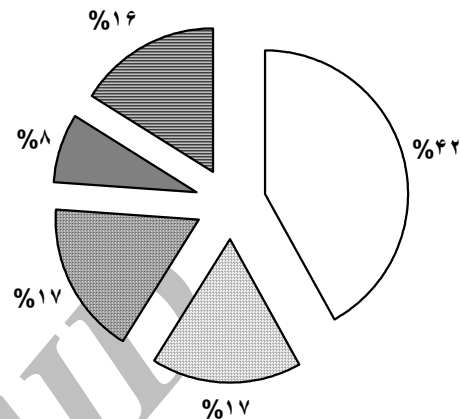
درصد پایین پوشش بیمه در اقشار کم درآمدتر جامعه مورد بررسی، نشان‌دهنده نابرابری در دسترسی به مراقبت‌های سلامتی است که این پوشش پایین می‌تواند به علت نسبت ناچیز افراد دارای مشاغل ثابت و مشخص در این گروه‌ها باشد. خانوارهای کم درآمد حدود ۴۰ درصد از درآمد ناچیز خود را بابت مراقبت‌های سلامتی هزینه می‌کنند که در مقایسه با سهم ۹ درصدی خانوارهای با مرفه‌ترین وضعیت (دهک ۹ بالا)، حدود ۴/۵ برابر بیشتر هزینه می‌نمایند. در مطالعه سازمان بهداشت جهانی روی ۸ کشور جهان که عمدتاً از کشورهای در حال توسعه بودند، در هیچ کشوری و در هیچ گروه درآمدی بیش از ۲۵ درصد از درآمدهای خانوار صرف هزینه‌های خدمات سلامتی نمی‌گردید (۵).

هوچکس و همکاران در مطالعه هزینه‌های سلامت خانوار در کشور نپال سهم هزینه‌های سلامت به کل درآمد خانوارهای ساکن در این کشور را در چارک‌های اول (پایین)، دوم، سوم و چهارم به ترتیب ۳/۲، ۴/۶، ۶/۷ و ۷/۸ درصد برآورد نمودند (۱۰). مقایسه نتایج مطالعه ما با وضعیت سایر کشورها، حتی کشورهای در حال توسعه، نشان‌دهنده این واقعیت است که علاوه بر بالا بودن سهم هزینه‌های سلامت از کل درآمد خانوار در جامعه ما، اقشار کم درآمد سهم بیشتری از درآمد خود را صرف مراقبت‌های سلامتی نمایند.

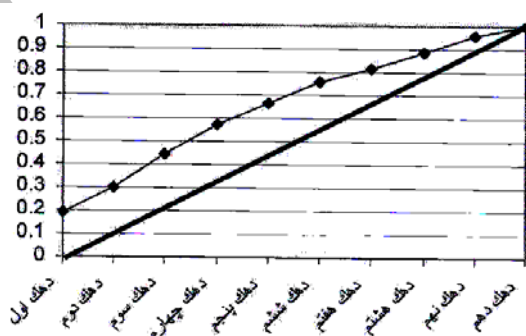
گردلیس در مطالعه برابری شاخص‌های اجتماعی اقتصادی مرتبط با سلامت در کشورهای اتحادیه اروپا، سهم هزینه‌های دارو از درآمد خانوار را یکی از شاخص‌های بالاترین ضریب جینی (نابرابری شدید) برآورد نمودند (۱۱). نتایج این

هزینه‌های سلامت، مربوط به هزینه‌های پیش پرداخت یا حق بیمه (۴۲ درصد) می‌باشد (نمودار ۲).

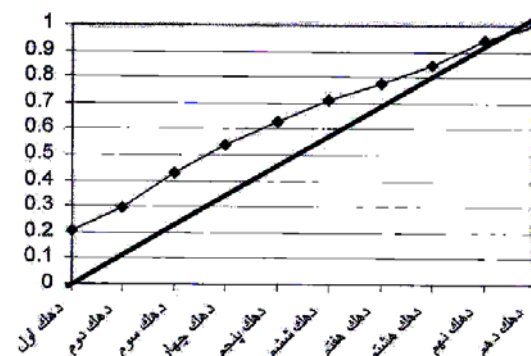
سایر □ پاراکلینیک □ دارو و ملزومات □ ویزیت پزشک □ حق بیمه □



نمودار ۲: توزیع هزینه مراقبت‌های سلامتی در خانوارهای مورد بررسی به تفکیک اقلام هزینه‌ای عمده



نمودار ۳: منحنی لورنز توزیع سهم هزینه‌های سلامت از کل درآمد در دهک‌های مختلف درآمدی (ضریب جینی: ۰/۲۲)



نمودار ۴: منحنی لورنز توزیع سهم هزینه‌های مستقیم از جیب از کل درآمد در دهک‌های مختلف درآمدی (ضریب جینی: ۰/۱۸)

نمودار ۳، منحنی لورنز توزیع میان سهم هزینه‌های سلامت به کل درآمد خانوار را نشان می‌دهد. شاخص جینی محاسبه

چنانچه بخواهیم نتیجه مطالعه را حداقل به جمعیت استان تعمیم دهیم حجم نمونه بسیار محدود بوده و پیشنهاد می شود تحلیل اطلاعات حاصل از این پژوهش از مطالعه هزینه و درآمد خانوار که هر چند سال یکبار توسط مرکز آمار ایران انجام می شود، به صورت کشوری و استانی انجام شود. اطلاعات مربوط به هزینه مراقبت های سلامتی در طول یک ماه اخیر از سرپرست خانوار پرسیده می شد که محدودیت دیگر مطالعه است و چنانچه اطلاعات سالانه درآمد و هزینه خانوار مورد بررسی قرار گیرد دقت و اعتبار نتایج افزایش پیدا خواهد کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود فرض می دانند که از زحمات معاونت های محترم پژوهشی و بهداشتی، اعضای کمیته اجرایی پژوهش، ریاست مرکز بهداشت شهرستان گرگان و کلیه کارشناسان و پرسشگران طرح در انجام این مطالعه صمیمانه تقدیر و تشکر نمایند.

مطالعه نشانگر این واقعیت است که هزینه های مراقبت های بهداشتی درمانی به عنوان یکی از اجزاء شاخص های اجتماعی اقتصادی و برابری در توزیع آن می بایست همواره مدنظر سیاستگذاران باشد.

علی رغم پوشش فزاینده سازمان های بیمه گر و رشد بیمه های تکمیلی هنوز هم بیش از نصف هزینه های خدمات سلامتی در همه گروه های درآمدی به صورت مستقیم از جیب پرداخت می شود. با توجه به استاندارد 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، لزوم بازنگری در وضعیت بیمه های درمانی در کشور ضروری به نظر می رسد.

شاخص یا ضریب جینی ۰/۲۲ در توزیع هزینه های سلامت به کل درآمد خانوار نشان دهنده نابرابری در حد متوسط و مقدار عددی ۰/۱۸ برای توزیع سهم هزینه های پرداختی مستقیم از جیب نشان دهنده نابرابری در حد خفیف در جامعه مورد بررسی می باشد.

منابع

- Muller A. Education income inequality and mortality: a multiple regression analysis. *BMJ*. 2002; 324 : 1-4
- Hales S, Howden-Chapman P, Salmond C, Woodward A, Mackenbach J. National infant mortality rates in relation to gross national product and distribution of income. *Lancet*. 1999; 354 (9195): 2047
- Weich S, Lewis G, Jenkins SP. Income inequality and self rated health in Britain. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56 (6): 436-41
- Kennedy BP, Kawachi I, Glass R, Prothrow-Stith D. Income distribution socioeconomic status and self rated health in the United states: multilevel analysis. *BMJ*. 1998; 317 (7163): 917-21
- WHO, World Health Report 2000: Health systems improving performance. WHO. 2000; 35-40
- Chaplin R, Earl L. Household spending on health care. *Health Report*. 2000; 12(1): 57-65
- Devlin NJ, Richardson AK. The distribution of household expenditure on health care. *N Z Med J*. 1993; 106(953): 126-9
- Mastilica M, Bozikou J. Out of pocket payments for health care in Croatia: implication for equity. *Croat Med J*. 1999, 40(2): 152-9
- Pan American Health organization, Measuring health inequalities: gini coefficient and concentration index, *Epidemiological Bulletin*. 2001; 22(1): 1-4
- Hotchkiss D R. Household health expenditure in Nepal: implication for health care financing reform. *Health Policy and Planning*. 1998; 13(4): 371-83
- Giraldes R. Equity in socioeconomic areas with impact on health in countries of European Union. *Cad Saude Publica*. 2001; 17(3): 533-44