

خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرک مینودر در قزوین*

سعید آصف زاده^۱، مهران علیجان زاده^۲، سجاد غلامعلی پور^۳، علی فرزانه^۲

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: پرداخت‌های مستقیم از جیب به عنوان یک منبع اصلی تأمین مالی سلامت در اغلب کشورها است که این پرداخت‌ها منجر به هزینه‌های کمرشکن خانوار می‌گردد. هدف این مطالعه، برآورد درصد خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرک مینوی قزوین در سال ۱۳۹۰ بود.

روش بررسی: مطالعه به صورت تحلیلی در سال ۱۳۹۰ در شهرک مینودر در قزوین بر روی ۱۰۰ خانوار (۴۱۶ نفر) به صورت چند مرحله‌ای انجام شد. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی خودایفا که روایی آن توسط ۵ تن از اساتید مجرب مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با استفاده از آزمون Test-re test معادل ۸۲ درصد بود، جمع‌آوری و برای تحلیل از آمار توصیفی و تحلیلی استفاده شد. ابتدا هزینه‌ی خوراکی (ضروری) از درآمد خانوار کسر شد و توان پرداخت خانوار به دست آمد، سپس در صورتی که هزینه‌های پزشکی مساوی یا بیشتر از ۴۰ درصد توان پرداخت خانوار می‌شد جزء هزینه‌ی کمرشکن محسوب می‌گردید.

یافته‌ها: میزان مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در بخش خدمات بستری، ۳ درصد، سرپایی ۳ درصد، دارو ۱ درصد، آزمایشگاه ۱ درصد، دندان‌پزشکی ۱۶ درصد و مواجهه‌ی کل برابر با ۲۴ درصد بود. همچنین اکثریت هزینه‌های کمرشکن سلامت در چارک‌های درآمدی دوم و سوم اتفاق افتاد، که در این مطالعه چارک درآمدی دوم، ۲/۵ برابر بیشتر نسبت به چارک درآمدی چهارم در معرض هزینه‌های کمرشکن سلامت قرار گرفت.

نتیجه‌گیری: خانوارهای چارک‌های پایین درآمدی، بیشتر با این هزینه‌ها مواجه می‌شوند که می‌بایست سیاست‌های حمایتی برای این خانوارها در نظر گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: هزینه‌ها؛ نظام مراقبت‌های بهداشتی؛ فقر؛ پوشش بیمه؛ عدالت

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۴

اصلاح نهایی: ۹۱/۸/۱۴

پذیرش مقاله: ۹۱/۸/۱۷

ارجاع: آصف زاده سعید، علیجان زاده مهران، غلامعلی پور سجاد، فرزانه علی. **خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرک مینودر در قزوین.** مدیریت اطلاعات سلامت ۱۳۹۲؛ ۱۰ (۱): ۱-۱۰

تأمین مالی سلامت خود را به گونه‌ای طراحی کنند که مردم

* این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد.

۱- استاد، مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد، مدیریت بهداشت و درمان، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده‌ی مسؤل)

Email: s.gholamalipoor@yahoo.com

مقدمه

سلامت به عنوان یکی از پیش‌شرط‌های اصلی نظام‌های رفاه اجتماعی شناخته شده است. علاوه بر داشتن شیوه‌ی زندگی سالم، مردم برای ارتقا و بازگرداندن سلامت خود در صورت بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و به عبارتی خرید آن خدمات می‌باشند (۱).

هدف بسیاری از کشورهای جهان این است که نظام

خدمات سلامتی که از سطح معینی از درآمد (هزینه‌های مصرفی خانوار) بیشتر شود، تعریف می‌کنند (۸). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، اگر هزینه‌های خدمات سلامتی از ۴۰ درصد درآمد (توان پرداخت خانوار) بیشتر شود کمرشکن تلقی می‌شود (۱).

صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت خدمات سلامت می‌تواند سطح استاندارد زندگی را در کوتاه مدت و بلند مدت تهدید کند، آن‌چنان که در کوتاه مدت، خانوار باید از مصارف جاری سایر کالا و خدمات چشم‌پوشی کند و در بلند مدت نیز عواقبی مانند فروش و حراج دارایی‌ها، اتمام پس‌انداز و یا انباشت بدهی در انتظار خانوار می‌باشد (۹).

بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۸، سالانه حدود ۱۰۰ میلیون نفر در دنیا به دلیل هزینه‌های بهداشتی درمانی زیر خط فقر می‌روند (۱۰). گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۶ هم حاکی از این بود که ۵۰ درصد از هزینه‌های سلامت در کشور، از جیب پرداخت می‌شود (۱۱). مطالعات برزیل، گرجستان و هند نشان داد که هزینه‌های کمرشکن منجر به فشار مالی بر روی خانوار گردیده و سلامت خانوار را مورد تهدید قرار داده است و دامنه‌ی متفاوتی را در نقاط مختلف در بر داشته است (۱۲-۱۴).

با وجود مطالعات علمی زیادی که در حوزه‌ی خدمات سلامتی و نحوه‌ی پرداخت هزینه‌های آن انجام پذیرفته است، هنوز هم میزان شناخت سیاست‌گذاران از یک نظام سلامت با ویژگی‌های مطلوب که از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامتی حمایت می‌کند، اندک است و هنوز این حوزه به مطالعات علمی‌تر و قوی‌تری نیاز دارد (۱۵).

امروزه حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامتی به عنوان یک هدف مطلوب و رضایت‌بخش خطامشی‌های نظام سلامت مورد اجماع همگانی می‌باشد (۱۶). این مطالعه در شهرک مینودر در قزوین که یک منطقه‌ی کارگرنشین با سطح درآمد و تحصیلات پایین و همچنین عدم پوشش کامل بیمه‌ای (پوشش ۸۷ درصد) می‌باشد، انجام شد. هدف از مطالعه‌ی حاضر، بررسی درصد خانوارهای مواجهه یافته با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهرک مینو در قزوین بود.

را در برابر هزینه‌های تأمین سلامتی محافظت کند. در بسیاری از کشورهای در حال توسعه، تنها بخشی از مردم در برابر خطر مالی ناشی از نیاز به خدمات سلامتی محافظت می‌شوند که مهم‌ترین دلیل آن عدم وجود تعهد در دولت‌مردان، کمبود منابع مالی برای پوشش تمام جمعیت و نبود توانایی مدیریتی برای مدیریت صندوق‌های بیمه‌ای است. امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام‌های سلامت شناخته شده است، روشن‌ترین نشانه‌ی آن این است که خانوارها نه تنها از بار بیماری بلکه از بار ناشی از نابودی و فقر اقتصادی (۲) به عبارتی دیگر مواجهه با هزینه‌های کمرشکن (Catastrophic expenditure) و فقر ناشی از تأمین مالی سلامت خود نیز رنج می‌برند. بیماری می‌تواند تأثیر اقتصادی قابل توجهی بر روی یک خانواده داشته باشد، به عنوان یک تأثیر می‌تواند باعث کاهش مداوم سرمایه، بدهکار شدن و کاهش مخارج ضروری را به دنبال داشته باشد (۳).

با وجود تمامی تلاش‌هایی که در این حوزه انجام شده است، هنوز هم مشاهده می‌شود که تأمین مالی خدمات سلامت در کشورهای در حال توسعه با تسلط و غلبه‌ی پرداخت‌های مستقیم از جیب و کمبود نسبی ساز و کارهای پیش‌پرداخت مانند مالیات و بیمه‌ی سلامت صورت می‌گیرد. یکی از نتایج ناگوار این شیوه‌ی تأمین مالی، تحمیل هزینه‌های سنگین و یا به اصطلاح کمرشکن هنگام مواجهه‌ی خانوارها با بیماری است (۴).

بحث پیرامون چگونگی و ترکیب تأمین مالی خدمات سلامت، همواره یکی از چالش‌های اساسی پیش روی برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران نظام سلامت، به ویژه در کشورهای در حال توسعه بوده است (۵).

توجه به حجم پرداخت‌های مستقیم و از جیب خانوارها و متعاقب آن بروز هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت، دو عامل مهمی هستند که همواره باید در محاسبات مربوط به برنامه‌ریزی و سیاست‌گذاری خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرند (۶، ۷). در متون اقتصاد سلامت، هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت را به صورت مقدار مخارج صرف شده برای

روش بررسی

مطالعه به صورت تحلیلی- مقطعی در سال ۱۳۹۰ انجام شد، جامعه‌ی آماری برگرفته از خانوارهای شهرک مینودر در قزوین بود که با استفاده از فرمول حجم نمونه، تعداد ۱۰۰ خانوار به عنوان نمونه گرفته شد، شهرک مینودر به ۵ بلوک تقسیم گردید و از هر بلوک ۲۰ خانوار به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند.

داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی خودایفا که روایی آن توسط ۵ تن از اساتید مجرب به لحاظ محتوا مورد تأیید قرار گرفت و پایایی آن با توزیع مجدد ۱۰ پرسش‌نامه بین خانوارها با استفاده از آزمون Test-re test معادل ۸۲ درصد بود جمع‌آوری گردید. این پرسش‌نامه حاوی ۲ بخش بود، بخش اول، اطلاعات دموگرافیک خانوار و اطلاعات درآمد و هزینه‌ی خانوار شامل ۱۱ سؤال و بخش دوم شامل اطلاعات هزینه‌ی پزشکی بود، که شامل هزینه‌ی بستری، هزینه‌ی سرپایی، هزینه‌ی تصویربرداری، هزینه‌ی آزمایشگاه، هزینه‌ی دارویی، هزینه‌ی دندان‌پزشکی و هزینه‌ی خدمات توان‌بخشی که ۸ سؤال بود. دوره‌ی یادآوری برای تمام خدمات به جز هزینه‌های بستری به صورت ماهانه و برای خدمات بستری به صورت سالانه بود.

برای پرسشگران، کارگاه آموزشی برگزار گردید تا پرسش‌نامه‌ها به طور صحیح و با خطای کمتر تکمیل گردند. در ادامه برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها ابتدا به خانوارها هزینه‌های پزشکی و بخش‌های مربوطه آموزش داده شد تا خانوارها با خطای کمتری به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دهند. از جمله محدودیت‌های این طرح، جلب اعتماد ساکنین و خودایفایی پرسش‌نامه بود.

برای محاسبه‌ی توان پرداخت خانوار که یک جز حیاتی در به دست آوردن هزینه‌های کمرشکن سلامت می‌باشد به روش زیر می‌توان عمل کرد:

پس از جمع‌آوری داده‌ها، اطلاعات بدین گونه تحلیل شد: ابتدا درآمد خانوار توسط خوداظهاری خانوار به دست آمد، سپس هزینه‌های خوراکی (ضروری) به عنوان هزینه‌های حداقل بقا از درآمد خانوار کسر گردید و توان پرداخت خانوار محاسبه شد. سپس هزینه‌های پزشکی خانوار در صورتی که مساوی یا بالاتر از ۴۰ درصد توان پرداخت خانوار گردد به

عنوان هزینه‌ی کمرشکن منظور گردید.

در این تحقیق، درآمد خانوار شامل میزان یارانه‌های نقدی دریافتی از دولت و همچنین درآمد مشاغل افراد خانوار را شامل می‌شد. در ادامه‌ی کار، خانوارها به چارک‌های درآمدی دسته‌بندی شدند و فراوانی و درصد مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در بین این چارک‌ها برای خانوارهای مورد مطالعه به دست آمد. همچنین میزان مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت برای تمامی خدمات سلامت شامل خدمات بستری، سرپایی، آزمایشگاه، دارویی، تصویربرداری، دندان‌پزشکی و توان‌بخشی محاسبه گردید. دوره‌ی یادآوری برای هزینه‌ی بستری سالیانه و برای سایر خدمات به صورت ماهیانه در نظر گرفته شد که بر طبق متد سازمان جهانی بهداشت بود (۱۷).

هزینه‌های خوراکی (هزینه‌ی ضروری) - درآمد خانوار = توان پرداخت
 (۴۰ درصد توان پرداخت \geq هزینه‌ی پزشکی خانوار) اگر = هزینه‌ی کمرشکن سلامت

یافته‌ها

تعداد ۱۰۰ خانوار معادل ۴۱۶ نفر در این مطالعه شرکت داشتند. میانگین تعداد افراد خانوار معادل ۴ نفر بود. به لحاظ سطح سواد، ۹ درصد سرپرستان خانوارها تحصیلات دانشگاهی، ۳۰ درصد دیپلم، ۲۸ درصد سیکل و ۳۳ درصد بی‌سواد بودند. درصد پوشش بیمه‌ای خانوار معادل ۸۷ درصد برآورد گردید.

توزیع خانوارها در چارک‌های درآمدی اول تا چهارم به ترتیب معادل ۲ درصد، ۱۷ درصد، ۶۶ درصد و ۱۵ درصد بود. بیشترین خانوارها در چارک درآمدی سوم تمرکز یافتند و کمترین خانوارها در چارک درآمدی اول بودند. میانگین درآمد خانوارها معادل ۹۶۹۶۴۰ تومان که دارای انحراف معیار ۱۶۳۳۷۵، هزینه‌های خوراکی خانوار معادل ۲۴۶۳۳۶ تومان و انحراف معیار ۴۶۷۰۷ و توان پرداخت خانوارها معادل ۷۲۱۳۴۰ تومان بود.

بیشترین و کمترین میانگین پرداخت از جیب خدمات در شهرک مینودر در قزوین به ترتیب به خدمات بستری و تصویربرداری تعلق گرفت (جدول ۱).

میانگین هزینه‌ی خوراکی (ضروری)، سالانه ۲۹۵۶۰۳۲ تومان در شهرک مینودر محاسبه گردید که با احتساب نرخ تورم ۱۵ درصدی سالانه میزان هزینه‌های خوراکی در سال ۱۳۸۸، ۲۰۱۰۱۰۱ تومان برآورد گردید که در حد استان‌های کم مصرف بود (۱۸).

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درصد خانوار مواجهه با هزینه‌ی کمرشکن در بخش خدمات بستری، ۳ درصد و در بخش خدمات دندان‌پزشکی معادل ۱۶ درصد برآورد گردید. در مطالعه‌ی طولی، اندازه‌گیری مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت در شهر تهران بین سال‌های ۱۳۸۲ تا ۱۳۸۶ مشخص گردید که نسبت خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۱۲/۶ درصد در سال ۱۳۸۲ به ۱۱/۸ درصد در سال ۱۳۸۶ کاهش یافته است، بدون آن‌که معنی‌داری در این تفاوت وجود داشته باشد. استفاده از خدمات بستری پرهزینه و خدمات دندان‌پزشکی ضروری، موجب افزایش میزان مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن شده است. فقیرترین گروه‌های اقتصادی با وجود مصرف کمتر خدمات گران‌قیمتی مانند دندان‌پزشکی، مواجهه‌ی بالاتری با هزینه‌های کمرشکن

میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در چارک‌های درآمدی برآورد گردید و نتایج به شرح زیر به دست آمد، بیشترین مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در بخش خدمات بستری و دندان‌پزشکی به چارک درآمدی سوم و در نهایت در بخش خدمات سرپایی، آزمایشگاهی و دارویی به چارک درآمدی دوم تعلق گرفت. همچنین بیشترین میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت با ۱۶ درصد متعلق به خدمات دندان‌پزشکی و در بخش خدمات تصویربرداری و توان‌بخشی هزینه‌های کمرشکن سلامت صفر بود و همچنین میزان کل مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهای مورد مطالعه، معادل ۲۴ درصد برآورد شد (جدول ۲).

بحث

در این مطالعه مشخص گردید که میانگین درآمد خانوارها در شهرک مینودر در قزوین، ۹۶۹۶۴۰ تومان بود. متوسط درآمد سالیانه در مینو ۱۱۶۳۵۶۸۰ تومان بود که با احتساب نرخ تورم ۱۵ درصدی سالانه، این مبلغ در سال ۱۳۸۸ معادل ۷۹۱۲۲۶۲ تومان بود که در حد متوسط به پایین کشوری است (۱۸).

جدول ۱: میانگین پرداخت از جیب خدمات سلامت در جامعه‌ی مورد مطالعه

نوع خدمات	بستری	سرپایی	دارویی	آزمایشگاهی	تصویربرداری	دندان‌پزشکی	توان‌بخشی
میانگین پرداخت	۳۳۶۸۵۰	۴۷۲۸۷	۱۵۹۹۵	۱۴۲۵۰	۵۵۶۵	۱۵۰۸۸۷	۴۴۲۱۶
± انحراف معیار	± ۱۲۶۱۲۹۷	± ۲۰۵۳۳۹	± ۴۱۲۸۶	± ۲۶۲۸۷	± ۱۴۹۱۹	± ۳۶۰۱۵۱	± ۷۳۴۵۰

جدول ۲: توزیع هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت در بین چارک‌های درآمدی خانوارهای شهرک مینودر قزوین در سال ۱۳۹۰

نوع خدمات	چارک اول	چارک دوم	چارک سوم	چارک چهارم	درصد مواجهه با هزینه‌ی کمرشکن سلامت
خدمات بستری	۰	۱٪ (۱)	۲٪ (۲)	۰	۳ درصد
خدمات سرپایی	۰	۳٪ (۳)	۰	۰	۳ درصد
خدمات دارویی	۰	۱٪ (۱)	۰	۰	۱ درصد
خدمات آزمایشگاهی	۰	۱٪ (۱)	۰	۰	۱ درصد
خدمات تصویربرداری	۰	۰	۰	۰	۰ درصد
خدمات دندان‌پزشکی	۰	۳٪ (۳)	۱۲٪ (۱۲)	۱٪ (۱)	۱۶ درصد
خدمات توان‌بخشی	۰	۰	۰	۰	۰ درصد

یافته‌های پژوهش حاضر همچنین نشان داد که درصد کل مواجهه‌ی خانوارها با هزینه‌های کمرشکن سلامت ۲۴ درصد بود که مشابه بسیاری از تحقیق‌های موجود بوده است. در مطالعه‌ی محاسبه‌ی میزان خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن در کرمانشاه از ۱۸۹ خانوار، ۴۲ خانوار معادل ۲۲/۲ درصد با هزینه‌های کمرشکن مواجه بوده‌اند به طوری که معیار مواجهه نیز بالاتر از ۴۰ درصد بودن توان پرداخت در نظر گرفته شده است (۲۰).

مطالعاتی که در گرجستان انجام گرفت، نشان داد که میزان مواجهه با هزینه‌های کمرشکن بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۰۷ از ۲/۸ درصد تا ۱۱/۷ درصد متغیر بوده است، که البته این تغییر ممکن است به دلیل اختلاف در متدولوژی پژوهش‌های انجام گرفته باشد. این سطح بالای هزینه‌های کمرشکن ممکن است به علت سهم پایین پیش پرداخت‌های بیمه‌ای و سطح بالای فقر در این کشور باشد. فاکتورهای اصلی مواجهه با هزینه‌های کمرشکن مربوط به بیماری‌هایی است که منجر به بستری شدن در بیمارستان و همچنین خانوارهایی با افراد دارای بیماری مزمن و وضعیت فقر خانواده باشد (۱۴).

در مطالعه‌ای که در برزیل انجام شد، میزان مواجهه‌ی هزینه‌های کمرشکن سلامت بین ۲ تا ۱۶ درصد برآورد شده است که این میزان در میان فقرا بیشتر بود. بیشترین نسبت مواجهه با هزینه‌های کمرشکن سلامت در مرکز برزیل بود، در حالی که در جنوب و جنوب شرقی این کشور این میزان بسیار کمتر برآورد شد (۱۲). در مطالعه‌ای که در نیجریه در رابطه با هزینه‌های کمرشکن انجام شد، نشان داد که هزینه‌های کمرشکن سلامت در این کشور به علت توزیع نابرابر درآمد و عدم پوشش کافی بیمه‌ای از ۸ درصد تا ۴۳ درصد برآورد شد که این رقم بسیار بالا و سیاستگذاری مناسب در جهت کاهش این هزینه‌ها امری اجتناب‌ناپذیر بود (۲۱). درصد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن از شاخص‌های مهم جهت محاسبه‌ی مشارکت عادلانه در بخش سلامت محسوب می‌گردد. اتکا به پرداخت‌های مستقیم از جیب برای مراقبت از سلامت ممکن است استانداردهای مرسوم زندگی را به خطر اندازد و رفاه خانوارها را مختل سازد (۲۲).

داشته‌اند که دلیل بر پایین‌تر بودن توانایی پرداخت آن‌ها می‌باشد، به طوری که برای این خانوارها حتی هزینه‌های نه چندان بالای سلامت نیز کمرشکن به حساب می‌آید (۱۹).

- در مطالعه‌ای که با عنوان بررسی هزینه‌های کمرشکن سلامت با تحلیل اطلاعات ۵۲ کشور توسط Xu و همکاران (۱۵) انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن بود که درصد هزینه‌های کمرشکن در بین کشورها بسیار متنوع بود. هزینه‌های کمرشکن در کشورهای آمریکای لاتین به علت ۳ مسأله به شدت بالا بود: ۱- فقر پرداخت‌های بیمه‌ای، ۲- توانایی کم افراد برای پرداخت از جیب و در نهایت فراهمی خدمات بهداشتی مرتبط با پرداخت‌های مستقیم از جیب. در نهایت نتیجه‌گیری این شد که خانوار کم درآمد می‌بایست در مقابل این هزینه‌ها حمایت شوند و حمایت مالی بیشتر برای این خانوارها فراهم گردد. سیاست‌های حمایتی در این کشورها می‌بایست مورد توجه قرار گیرد (۱۵).

۱ درصد خانوارهای شهرک مینودر در بخش دارو با هزینه‌های کمرشکن سلامت مواجهه یافتند. در کشور برزیل دارو و ویزیت پزشکی ۷۰ درصد از هزینه‌های پرداخت از جیب را شامل می‌شود که منجر به افزایش هزینه‌های کمرشکن سلامت شده است (۱۳).

درصد مواجهه‌ی خانوار در بخش سرپایی معادل ۳ درصد و آزمایشگاه، ۱ درصد برآورد گردید. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ در هندوستان انجام گرفت به طور متوسط هزینه‌ی خانوارهای آسیب دیده در مراقبت بستری در منطقه‌ی روستایی تقریباً ۱۱/۵ درصد هزینه‌ی کل سالانه‌ی خانوارها می‌باشد. هزینه‌های پزشکی برای مراقبت‌های سرپایی، بیماری مزمن و زایمان به ترتیب ۴/۰۳ درصد، ۵/۷۳ درصد و ۳/۹۶ درصد از کل هزینه‌های خانوار بود. داده‌ها به وضوح و همان طور که مورد انتظار بود، بار بالاتر درمان بستری را به صورت نا متناسبی نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که بیشتر از ۳۰ درصد خانوارهای تحت تأثیر، بیشتر از ۴۰ درصد هزینه‌های غذایی سالانه (ظرفیت پرداخت خانوار) را در مراقبت‌های سرپایی هزینه می‌کنند (۴).

صرف بیان آمار کلی در کشور و پایش آن، نمی‌تواند شاخص مناسبی جهت ارزیابی عادلانه بودن تأمین مالی در نظام سلامت محسوب گردد.

پیشنهادها

توصیه می‌گردد محاسبه‌ی شاخص مواجهه‌ی خانوار با هزینه‌های کمرشکن در دوره‌هایی مناسب توسط سازمان‌های مرتبط در نظام سلامت انجام گیرد و مداخلات کاهش مواجهه با توجه به عوامل مؤثر در هر منطقه صورت بگیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح تحقیقاتی مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی قزوین می‌باشد. بدین وسیله از کلیه‌ی کسانی که پژوهشگران را در انجام مراحل مختلف این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری به عمل می‌آید.

نتیجه‌گیری

با وجود مطالعات علمی زیادی که در حوزه‌ی خدمات سلامتی و نحوه‌ی پرداخت هزینه‌های آن انجام پذیرفته است، هنوز هم میزان شناخت سیاستگذاران از یک نظام سلامت با ویژگی‌های مطلوب که از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامتی حمایت می‌کند، اندک است و هنوز این حوزه به مطالعات علمی‌تر و قوی‌تری نیاز دارد. امروزه حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامتی به عنوان یک هدف مطلوب و رضایت‌بخش خط‌مشی‌های نظام سلامت مورد اجماع همگانی می‌باشد. با توجه به تفاوت فراوان خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در استان قزوین و شهرک مینودر می‌توان نتیجه گرفت که برای ایجاد عدالت در مشارکت مالی بیمه شدگان بایستی به صورت منطقه‌ای عمل نمود و با توجه به عوامل مؤثر بر ایجاد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن، سیاست‌های توسعه‌ی عدالت در مشارکت مالی را فراهم نمود.

References

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
2. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn C, Barofsky J, Maguire R, et al. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *The Lancet* 1918; 368(9549): 1828-41.
3. Haines A, Heath I, Smith R. Joining together to combat poverty. Everybody welcome and needed. *BMJ* 2000; 320(7226): 1-2.
4. O'Donnell OA, Wagstaff A. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington, DC: World Bank Publications; 2008.
5. Jowett M. Theoretical Insights into the Development of Health Insurance in Low-income Countries. New York, NY: University of York. Center for Health Economics; 2004.
6. World Health Organization. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development: Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2001.
7. OECD World Health Organization. DAC Guidelines and Reference Series Poverty and Health. Paris, France: OECD Publishing; 2003.
8. Wagstaff A, van DE. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ* 2003; 12(11): 921-34.
9. van DE, O'Donnell O, Rannan-Eliya RP, Somanathan A, Adhikari SR, Garg CC, et al. Catastrophic payments for health care in Asia. *Health Econ* 2007; 16(11): 1159-84.
10. World Health Organization, Van Lerberghe W. The World Health Report 2008: Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.
11. World Health Organization. The World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2006.
12. Barros AJ, Bastos JL, Damaso AH. Catastrophic spending on health care in Brazil: private health insurance does not seem to be the solution. *Cad Saude Publica* 2011; 27(Suppl 2): S254-S262.

13. Garg CC, Karan AK. Reducing out-of-pocket expenditures to reduce poverty: a disaggregated analysis at rural-urban and state level in India. *Health Policy Plan* 2009; 24(2): 116-28.
14. Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 69.
15. Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray CJ. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* 2003; 362(9378): 111-7.
16. Filmer D, Hammer JS, Pritchett LH. Weak links in the chain II: a prescription for health policy in poor countries. *The World Bank Research Observer* 2002; 17(1): 47-66.
17. Heijink R, Xu K, Saksena P, Evans D. Validity and comparability of out-of-pocket health expenditure from household surveys: a review of the literature and current survey instruments. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.
18. Statistical Center of Iran. Selected findings of the survey of energy carriers consumption in household sector in urban areas. Tehran, Iran: Statistical Center of Iran; 2012 [Online]. 2012. Available from: URL: http://www.amar.org.ir/Portals/0/Files/abstract/1390/ch_energy_90.pdf.
19. Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring household exposure to catastrophic health care expenditures: a Longitudinal study in Zone 17 of Tehran. *Hakim Res J* 2009; 12(2): 38-47. [In Persian].
20. Karami M, Najafi F, Karami MB. Catastrophic health expenditures in Kermanshah, west of Iran: magnitude and distribution. *J Res Health Sci* 2009; 9(2): 36-40.
21. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)* 2007; 26(4): 972-83.
22. Naga RH, Lamiraud K. Catastrophic health expenditure and household well-being [Online]. 2011; Available from: URL: <http://ideas.repec.org/p/hem/wpaper/0803.html/>

Archive of SID

Households Encountering with Catastrophic Health Expenditures in Qazvin, Iran*

Saeed Asefzadeh¹; Mehran Alijanzadeh²; Sajjad Gholamalipoor³; Ali Farzaneh²

Original Article

Abstract

Introduction: Direct cash payments are the principal sources of health care finance in most countries. Health services may impose a regressive cost burden on households, especially in developing countries. The purpose of this study was to calculate households encountered with catastrophic healthcare expenditures in Qazvin, Iran.

Methods: The statistical society included 100 household equaled to 416 people. The data were collected using self-administered questionnaire. The capacity to pay of households was calculated by two methods. If the costs of household health were $\geq 40\%$ of their capacity for payment, it would be considered as catastrophic expenditures.

Results: According to the findings, the rate of confronting households with health catastrophic expenditures had been estimated 24%, which dentistry services had the highest part in health catastrophic expenditures.

Conclusion: Low capacity to pay families should be supported against these expenditures and more financial aid should be provided for them.

Keywords: Cost; Health Care Systems; Poverty, Insurance Coverage; Justice

Received: 13 Jun, 2012

Accepted: 7 Nov, 2012

Citation: Asefzadeh S, Alijanzadeh M, Gholamalipoor S, Farzaneh A. **Households Encountering with Catastrophic Health Expenditures in Qazvin, Iran.** Health Inf Manage 2013; 10(1): ??

* Research Article of Qazvin University of Medical Sciences.

1- Professor, Healthcare Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

2- MSc Student, Healthcare Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

3- MSc Student, Healthcare Management, School of Health, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran
(Corresponding Author) Email: s.gholamalipoor@yahoo.com