

بررسی عوامل موثر بر هزینه‌های کمرشکن بیماران دیالیزی بیمارستان آیت الله طالقانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳

چکیده

زمینه: ضرورت توجه به هزینه‌های کمرشکن و کاهش تعداد خانوارهای مواجه با آن، یکی از چالش‌های مهم نظام سلامت می‌باشند. لذا هدف مطالعه حاضر که بررسی عوامل موثر بر مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن می‌باشد، گامی در جهت شناسایی این خانوارها و راهکارهای کاهش مواجهه با هزینه‌های کمرشکن جهت ارائه به برنامه‌ریزان و سیاست‌گذاران می‌باشد.

روش‌ها: این مطالعه که از نوع تحقیقات مقطعی تحلیلی می‌باشد و با استفاده از روش میدانی و ابزار پرسشنامه صورت گرفته است به بررسی عوامل موثر بر هزینه‌های کمرشکن بیماران دیالیزی در نمونه‌ی ۱۰۸ خانوار بیماران مراجعه کننده به بخش همودیالیز بیمارستان آیت الله طالقانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳ پرداخته است. جهت تحلیل داده‌ها از روش اقتصاد سنجی پروبیت و نرم افزار Stata11 استفاده شده است.

یافته‌ها: مطابق نتایج بدست آمده ۳۰٪ از خانوارهای مورد بررسی با هزینه‌ای کمرشکن مواجه بوده‌اند. هم‌چنین، عواملی چون تعداد دفعات استفاده از خدمات دیالیزی بیمارستان و افزایش تعداد افراد نیازمند مراقبت در خانوار از عوامل اصلی افزایش احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار و افزایش شاخص ثروت، مرد بودن سرپرست خانوار، شاغل بودن سرپرست خانوار، بومی بودن خانوار و تحت پوشش بیمه اجباری و تکمیلی بودن خانوار از عوامل اصلی کاهش احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه بیانگر اهمیت گسترش مکانیزم‌های پیش‌پرداخت، تقویت بیمه‌های پایه و حمایت از خانوارهای آسیب‌پذیر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: هزینه‌های کمرشکن، پوشش بیمه‌ای، بیماران دیالیزی

مجتبی الماسی^۱، آمینه نادری^۱

۱. گروه علوم اقتصادی، دانشکده علوم اجتماعی،
دانشگاه رازی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

* **عهده دار مکاتبات:** کرمانشاه، دانشگاه رازی
کرمانشاه، دانشکده علوم اجتماعی، گروه علوم
اقتصادی

Email: .naderi.ameneh@yahoo.com

مقدمه:

طی دهه اخیر، رویکرد و به تبع آن مفاهیم نوینی از عملکرد و کارکردهای نظام سلامت در سطح دنیا ارائه شده که نتیجه توجه بیش از پیش متخصصان علوم اجتماعی و اقتصادی به این حوزه است. طبق این رویکرد، سازمان جهانی بهداشت، سه هدف کلی و متعالی برای هر نظام سلامت ایده‌آل تعریف می‌کند که عبارتند از «تامین و تضمین سلامتی با استاندارد قابل قبول»، «پاسخ‌گویی ایده‌آل به نیازهای غیرپزشکی مرتبط با

سلامت» و «برقراری عدالت بین خانوارها در تامین مالی خدمات سلامتی». در نتیجه، عملکرد نظام‌های سلامت و میزان موفقیت آن‌ها نیز بر اساس مقدار و توزیع شاخص‌های مرتبط با هر هدف مورد ارزیابی علمی قرار می‌گیرند.

در این میان، هدف «برقراری عدالت بین خانوارها در تامین مالی خدمات سلامتی»^۱، علاوه بر اینکه خود یکی از اهداف نظام سلامت محسوب می‌شود، نقش مهمی نیز در نیل به هدف غایی نظام سلامت که «تامین و تضمین سلامتی با استاندارد

پس انداز، و یا انباشت بدهی یکی از معایب اصلی و بزرگ تامین مالی توسط پرداختی از جیب و انگیزه‌ای مهم برای سامان‌دهی سیستم‌ها و مکانیسم‌های پیش‌پرداخت می‌باشد.^۳ البته مخارج کمرشکن سلامت همیشه به معنای مخارج بالای بهداشتی نیست. چرا که ممکن است خدمتی به صورت رایگان ارائه شود یا اینکه مشمول کمک هزینه باشد. از طرفی ممکن است در صورت نبود هیچ‌گونه پوشش بیمه‌ای، حتی کوچکترین هزینه‌ای برای بیماری‌های معمول، برای خانوارهای فقیر کمرشکن محسوب شود.^۴ مواجهه با هزینه‌های کمرشکن زمانی شدت می‌یابد که فردی با بیماری مزمن یا صعب‌العلاج در خانوار باشد.^۵ افرادی چون بیماران سرطانی یا کلیوی که همواره نیازمند مراقبت و درمان می‌باشند و در بیشتر موارد مجبور به پرداخت هزینه‌های بالا و تهیه داروهای گران‌قیمت می‌باشند. بنابراین بررسی چنین مواردی، می‌تواند گامی موثر در شناخت مشکلات مربوط به این خانوارها و ارائه راهکارهایی به سیاست‌گذاران جهت رفع کاستی‌های نظام سلامت در بیماری‌های خاص گردد.

در متون اقتصاد سلامت، هزینه‌های کمرشکن خدمات سلامت را به صورت مقدار مخارج صرف شده برای خدمات سلامتی که از سطح معینی درآمد (هزینه‌های مصرفی خانوار) بیشتر شود، تعریف می‌کنند.^۶ به طور کل، مخارج کمرشکن سلامت پرداختی از جیب بر روی مراقبت‌های بهداشتی است که از مقادیر ثابت و معینی از منابع خانوار (به طور مثال از نسبت معیشتی در مخارج کل خانوار)، تجاوز می‌کند.^{۷،۸،۹} این سطح آستانه‌ای معمولاً به صورت نسبت دلخواه یا قراردادی از کل مخارج خانوار تعریف می‌شود. که برای خانوارهای زیر خط فقر، هر مخارجی برای مراقبت‌های بهداشتی فاجعه‌بار است. بنابراین در این موارد، سطح آستانه‌ای به صفر محدود می‌شود.^۵

نتایج حاصل از تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که حضور فرد سالخورده در خانوار احتمال مخارج فلاکت‌بار را افزایش می‌دهد به طوری که بیمه سلامت و موقعیت اجتماعی و درآمد، آن‌ها را از هزینه‌های فلاکت‌بار محافظت نمی‌کند.^{۱۰} هم‌چنین، عدم وجود پوشش بیمه‌ای برای مخارج دارویی باعث

قابل قبول است، ایفا می‌کند. با توجه به اهمیت این موضوع، در ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه کشور، تاکید ویژه‌ای در رابطه با آن صورت گرفته است. در این ماده اشاره شده است که:

«به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و برای کاهش سهم خانوارهای کم‌درآمد و آسیب‌پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آنها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که «شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم» به ۹۰٪ ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت (پرداختی از جیب، Out of Pocket)، حداکثر از ۳۰٪ افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت (هزینه کمرشکن سلامت، Catastrophic Expenditure)، به ۱٪ کاهش یابد. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی مکلف است با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین‌نامه چگونگی متعادل کردن سهم مردم در تامین منابع بهداشتی و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت ۶ ماه پس از تصویب این قانون، تهیه و برای تصویب به هیات وزیران ارائه کند.»^{۱۱}

همان‌طور که در این ماده مشاهده می‌شود، از بین شاخص‌های متعدد پایش وضعیت عدالت در تامین مالی خدمات سلامت، دو شاخص «مشارکت عادلانه مالی مردم» و «میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت یا به اصطلاح کمرشکن» به صراحت مورد اشاره قرار گرفته است، چرا که مشارکت ناعادلانه مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت و پرداختی‌های از جیب که متناسب با توان پرداخت نباشد، نه تنها موجب می‌شود خانوارهای بیشتری در گروه مواجهه با هزینه‌های بهداشتی کمرشکن قرار گیرند، بلکه ممکن است برخی خانوارها به خاطر ناتوانی در پرداخت این هزینه‌ها به زیر خط فقر سقوط کنند.

قرار گرفتن در معرض هر کدام از خطرات مخارج کمرشکن پزشکی، همانند خودداری از ادامه درمان، فروش دارایی، اتمام

این مطالعه از نوع تحقیقات مقطعی تحلیلی می‌باشد و جمعیت تحت مطالعه بیماران دیالیزی بیمارستان آیت الله طالقانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۳ بودند. در ابتدا با استفاده از روش میدانی و پرسشنامه‌ای آمار و اطلاعات از نمونه ذکر شده جمع-آوری شده و سپس با به کارگیری روش‌های آمار استنباطی، مدل تحقیق برآورد شده و سپس نتایج پردازش شده است. پرسشنامه مذکور پرسشنامه سازمان جهانی بهداشت می‌باشد. تجزیه و تحلیل اطلاعات و تخمین مدل نیز به کمک نرم‌افزار 11 Stata صورت گرفته است. بنا به نوع متغیر وابسته و ماهیت مدل از مدل پروبیت جهت برآورد هدف مطالعه استفاده شده است. هم‌چنین، بر اساس فرمول کوکران و خطای ۰/۰۵، نمونه آماری این مطالعه ۱۰۸ خانوار ارومیه تعیین شد.

وجود هزینه‌های فلاکت‌بار به عنوان متغیر وابسته، به صورت متغیر مجازی تعریف می‌شود که دو مقدار صفر و یک اختیار می‌کند. اگر خانوار با هزینه‌های فلاکت‌بار مواجه باشد، عدد یک و اگر با هزینه‌های فلاکت‌بار مواجه نباشد، عدد صفر به خود می‌گیرد. این متغیر به عنوان متغیر وابسته‌ی مدل تعیین می‌گردد و لازم است اثر متغیرها (که به عنوان عوامل موثر بر وجود هزینه‌های فلاکت‌بار سلامت تعریف می‌شوند) بر این متغیر مجازی سنجیده شوند.^{۱۶،۱۷}

نتایج:

نتایج بدست آمده از تخمین مدل پروبیت در جدول ۱ آورده شده است. ضرایب اولیه بدست آمده فقط تاثیر مثبت یا منفی متغیرهای مستقل بر متغیر وابسته را بیان می‌نمایند. به همین دلیل اثر نهایی متغیرها که در واقع نشانگر کشش می‌باشد، در میانگین محاسبه شده است تا میزان تأثیر متغیرها بدست آید. (جدول ۱). متغیرهای مستقل در این مدل عبارتند از: جنسیت سرپرست خانوار (سرپرست خانوار مرد، مقدار یک و در غیر این صورت مقدار صفر به خود می‌گیرد)، تحت پوشش بیمه اجباری (تحت پوشش بیمه اجباری بودن، مقدار یک و در غیر این صورت مقدار صفر به خود می‌گیرد)، و تکمیلی بودن خانوار (تحت پوشش بیمه تکمیلی بودن، مقدار یک و در غیر این صورت مقدار صفر به خود می‌گیرد)، وضعیت شغلی سرپرست

ایجاد نابرابری در هزینه‌ها و دسترسی به داروهای تجویزی خارج از بیمارستان شده است. این مطالعه بر لزوم توجه به پوشش بیمه-ای داروها تاکید می‌ورزد.^{۱۱} نتایج مطالعه‌ای دیگر حاکی از این است که، بیشتر پرداختی از جیب به طور مستقیم برای خرید دارو و استفاده از خدمات کلینیک‌های خصوصی و به طور غیر مستقیم برای رفت و آمد و خرید غذا هزینه شده است. هم‌چنین مطابق نتایج، مهمترین عوامل موثر بر هزینه‌های کمرشکن استفاده از خدمات بیمارستان‌های عمومی و خصوصی ذکر شده است.^{۱۲}

در مطالعات دیگری که در ایران انجام شده‌اند عوامل اصلی تاثیرگذار بر هزینه‌های فلاکت‌بار را وضعیت بیمه، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و استفاده از مراقبت‌های بهداشتی به خصوص خدمات سرپایی معرفی می‌کند.^{۱۳} نیز، نابرابری درآمد و جنبه‌های اقتصادی سلامت و به تبع آن، خطر مواجهه با ریسک مالی از عوامل اصلی بروز هزینه‌های کمرشکن می‌باشند.^{۱۴} هم-چنین مطابق نتایج، رابطه‌ی معنی‌داری بین مواجهه با هزینه‌های کمرشکن و نوع بیمه، محل سکونت، نوع درمان و خودداری سایر اعضای خانوار از استفاده از خدمات بهداشتی و درمانی وجود دارد. این مطالعه بر لزوم سیاست‌گذاری در زمینه بیماری-های خاص تاکید می‌ورزد.^{۱۵}

بررسی مطالعات و تحقیقات صورت گرفته نشان می‌دهد که تعاریف متعددی برای سطح آستانه‌ای هزینه‌های کمرشکن ارائه شده است که در این تحقیق از تعریف سازمان بهداشت جهانی استفاده شده است. بدین صورت که هزینه‌های کمرشکن خانوار، به صورت نسبت هزینه‌های پرداختی از جیب خانوار به هزینه‌های غیرضروری در طی یک سال تعریف می‌گردد. که اگر این نسبت بیش از ۴۰٪ باشد، خانوار با هزینه‌های کمرشکن روبه روست. لذا هدف این مطالعه بررسی عوامل موثر بر هزینه‌های کمرشکن سلامت در خانوارهایی است که بیمار دیالیزی دارند.

مواد و روش‌ها:

خانوار، دفعات استفاده از خدمات دیالیزی و شاخص ثروت که به عنوان معیار رفاه خانوار معرفی می‌گردد عبارتست از ترکیب ۲۲ نوع از لوازم و دارایی‌های بادوام خانوار که توسط روش مولفه‌های اصلی شاخص سازی شده است.

خانوار(اگر سرپرست خانوار شاغل باشد، مقدار یک و در غیر این صورت مقدار صفر به خود می‌گیرد)، محل سکونت خانوار (اگر خانوار بومی باشد مقدار یک و در غیر این صورت مقدار صفر به خود می‌گیرد)، تعداد افراد نیازمند مراقبت در

جدول ۱- نتایج برآورد مدل پروبیت-عوامل تعیین کننده هزینه‌های فلاکت بار

ردیف	متغیر	ضریب β_k	اثر نهایی در میانگین متغیر مستقل	آماره Z
۱	ثابت(-Cons)	۰/۷۶	-	۰/۹
۲	دفعات استفاده از خدمات دیالیزی	*۰/۲۵	۰/۹	۱/۸۶
۳	شاخص ثروت	*-۰/۲۸	-۰/۱	-۱/۲۵
۴	بیمه داشتن	*-۰/۶۸	-۰/۲۶	-۱/۳۲
۵	بیمه تکمیلی داشتن	-۰/۹۳	-۰/۳۴	-۳/۰۴
۶	شاغل بودن سرپرست	-۰/۹۸	-۰/۳۶	-۳
۷	بومی بودن خانوار	*-۰/۵	-۰/۱۸	-۱/۵
۸	تعداد افراد نیازمند مراقبت	**۱/۰۹	۰/۳	۲/۰۷
۹	جنسیت سرپرست	**۱/۴۶	-۰/۵۲	-۱/۹۳
۱۰	Number of obs	۱۰۸		
	pseudo R^2	%۳۲		
	Prob>chi2	۰/۰۰۰		

* معنی داری در سطح ۱۰ صدم، ** معنی داری در سطح ۵ صدم

هستند که احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت بار را افزایش می‌دهند.

بحث:

این مطالعه که به روش مقطعی در بیمارستان آیت الله طالقانی شهر ارومیه صورت گرفته است با محدودیت‌هایی از جمله محدودیت زمانی و عدم همکاری برخی خانوارها مواجه بوده است. مطابق نتایج این تحقیق که به بررسی عوامل موثر بر هزینه-

با توجه به نتایج بدست آمده، تمامی متغیرهای مستقل معنادار بوده و شاخص ثروت، مرد بودن سرپرست خانوار، شاغل بودن سرپرست خانوار، داشتن بیمه اجباری و تکمیلی و بومی بودن خانوار از عوامل کاهش مواجهه با هزینه‌های فلاکت بار می‌باشند. هم‌چنین، افزایش دفعات استفاده از خدمات دیالیز بیمارستان و تعداد افراد نیازمند مراقبت در خانوار از عواملی

آمد، غذا، محل اقامت و ... بوده که این امر بار مالی استفاده از خدمات بهداشتی را بالا برده و احتمال مواجهه با هزینه‌های کمرشکن افزایش می‌یابد. این نتایج با نتایج مطالعات Kavosi و همکاران و hajizadeh & Nghiem مطابقت دارد^{۱۹،۱۵}.

اثر نهایی متغیر تعداد افراد نیازمند به مراقبت در خانوار نشان می‌دهد که وجود این افراد در خانوار، احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار را افزایش می‌دهد. این امر میزان بار مالی هزینه‌های بهداشتی را نیز افزایش می‌دهد. در واقع این افراد به مراقبت‌های بیشتری نیاز داشته و هزینه‌های بهداشتی چنین افرادی بالا بوده و احتمال مواجهه خانوار با هزینه‌های فلاکت‌بار را افزایش می‌دهد. این نتایج با نتایج مطالعات Joglekar و Pal همخوانی دارد^{۲۰،۵}.

اثر نهایی مربوط به جنسیت سرپرست خانوار منفی بوده و نشان می‌دهد که مرد بودن سرپرست خانوار احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار را کاهش می‌دهد. سرپرست خانوار مرد، فرصت‌های شغلی بسیاری داشته و در نتیجه منابع درآمدی بیشتری در اختیار دارد اما سرپرست زن، کمتر در محیط‌های کاری حضور داشته و بیشتر از طریق فرزندان یا حقوق بازنشستگی همسر، حمایت می‌شود و بدین دلیل چنین خانوارهایی احتمال بیشتری به مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار دارند. این نتایج با نتایج مطالعات Joglekar و Pal همخوانی دارد^{۲۰،۵}.

نتیجه گیری:

صرف بخش عظیمی از منابع خانوار برای دریافت خدمات سلامت می‌تواند سطح استاندارد زندگی را در کوتاه مدت و بلندمدت تهدید کند، آن‌چنان که در کوتاه‌مدت خانوار باید از مصارف جاری سایر کالاها و خدمات چشم‌پوشی کند و در بلندمدت نیز، عواقبی مانند فروش و حراج دارایی‌ها، اتمام پس‌انداز و یا انباشت بدهی در انتظار خانوارها می‌باشد. لذا، تکیه زیاد بر پرداختی از جیب برای تامین مالی مخارج بهداشتی بسیاری از مردم را از گرفتن خدمت باز می‌دارد و کسانی هم که خدمتی می‌گیرند، مواجه با هزینه‌های کمرشکن و حتی فقر می‌-

های فلاکت‌بار سلامت بیماران دیالیزی می‌پردازد، با افزایش تعداد دفعات استفاده از خدمات دیالیزی احتمال مواجهه خانوار با هزینه‌های فلاکت‌بار افزایش می‌یابد. در واقع، هرچه تعداد دفعات افزایش یابد، هزینه‌های بهداشتی خانوار بیشتر شده و لذا بار مالی بیشتری به خانوار تحمیل می‌گردد.

با توجه به نتایج به دست آمده، شاخص ثروت یک متغیر موثر در کاهش مواجهه خانوارها با هزینه‌های فلاکت‌بار است. با افزایش شاخص ثروت که در واقع رفاه خانوار را نشان می‌دهد، منابع در دسترس خانوار و توان مالی خانوار بیشتر بوده و لذا کمتر در معرض خطرات هزینه‌های فلاکت‌بار قرار می‌گیرند.

بیمه بودن خانوار، اثر منفی بر وجود هزینه‌های فلاکت‌بار دارد. همچنین اثر نهایی بیمه مکمل داشتن نشان می‌دهد دسترسی خانوار به بیمه مکمل، احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار را کاهش می‌دهد. در واقع بیمه دسترسی خانوار به مراقبت‌های بهداشتی را تضمین می‌کند به طوری که، بازپرداخت توسط بیمه هزینه‌های پرداختی از جیب و در نتیجه مواجهه خانوار با هزینه‌های فلاکت‌بار را کاهش می‌دهد. خانوارهایی که تحت پوشش بیمه نیستند الزاماً هزینه‌های ویزیت پزشک، دارو، آزمایش، هزینه‌های مستقیم دیالیزی و ... را به طور مستقیم از جیب پرداخت کرده و در نتیجه احتمال بیشتری برای مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار دارند. این نتایج با نتایج مطالعات Ghosh، Joglekar, Hajizadeh & Nghiem همخوانی دارد^{۱۹،۱۸،۵}.

شاغل بودن سرپرست خانوار، احتمال مواجهه خانوار با هزینه‌های فلاکت‌بار را کاهش می‌دهد. مشخصاً سرپرست شاغل از توان مالی بالاتری برخوردار بوده و لذا احتمال مواجهه با بار مالی هزینه‌های فلاکت‌بار در چنین مواردی کاهش می‌یابد. این نتایج با نتایج مطالعات Pal, Hajizadeh & Nghiem و Mondel و همکاران همخوانی دارد^{۲۱،۱۹}.

اثر نهایی متغیر بومی بودن نشان می‌دهد که خانوارهای بومی احتمال کمتری در مواجهه با هزینه‌های کمرشکن دارند. در واقع خانوارهای غیر بومی مجبور به پرداخت هزینه‌هایی چون رفت و

وقتی که نیاز به پرداخت هزینه از جیب باشد، خانوارهای با سرپرست زن و سرپرست بیکار و یا از کار افتاده، خانوارهای دارای عضو نیازمند مراقبت، به خصوص خانوارهایی که عضو با بیماری خاص چون بیماران کلیوی و سرطانی و ... دارند؛ نسبت به دیگر خانوارها، احتمال بیشتری دارد که دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت شوند. این امر بدان دلیل است که این خانوارها هم نیاز بیشتری به خدمات مراقبتی داشته و هم منابع مالی کمتری در اختیار دارند. در شرایطی که مکانیزم محافظتی موثری وجود ندارد، این گروه با خطرات فزاینده‌ای از مشکلات مالی و بدی شرایط سلامت مواجه هستند. کم توجهی نسبت به گرانی هزینه‌های بهداشتی و درمانی و تحمیل هزینه‌های بیشتر در این حوزه به خانوارها ممکن است افزایش نسبت خانوارهای گرفتار در تله فقر را در پی آورد و هزینه‌های کمرشکن درمانی، سلامت خانوارهای بیشتری را با خطر مواجه کند. لذا توصیه می‌گردد دولت ضمن اتخاذ تمهیدات لازم برای حمایت از اقشار آسیب‌پذیر، پوشش بیمه و مکانیزهای پیش‌پرداخت را گسترش دهد. چرا که اگر خواستار توسعه پایدار و پیشرفت کشور هستیم باید به دنبال توجه بیشتر به سهم سلامت مردم باشیم.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از کلیه خانوارهایی که با قرار دادن وقت خود جهت مصاحبه در انجام مطالعه محققین را یاری کرده‌اند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد.

کند. لذا 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 برنامه ریزی و سیاست‌گذاری خدمات سلامت مورد توجه قرار بگیرند. مطابق نتایج بدست آمده عواملی چون تعداد دفعات استفاده از خدمات دیالیزی بیمارستان و افزایش تعداد افراد نیازمند مراقبت در خانوار از عوامل اصلی افزایش احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار و افزایش شاخص ثروت، مرد بودن سرپرست خانوار، شاغل بودن سرپرست خانوار، بومی بودن خانوار و تحت پوشش بیمه اجباری و تکمیلی بودن خانوار از عوامل اصلی کاهش احتمال مواجهه با هزینه‌های فلاکت‌بار می‌باشد.

نظر به بالا بودن هزینه‌های بهداشتی خانوارهای مورد بررسی شامل، هزینه‌های آزمایشگاه، دارو و ... تقویت بیمه‌های پایه توصیه می‌گردد. با در نظر گرفتن این نکته که غیربومی بودن موجب افزایش احتمال مواجهه خانوار با هزینه‌های کمرشکن می‌گردد، فراهم آوردن امکانات بهداشتی در تمامی نقاط شهری و گسترش طرح پزشک خانواده توصیه می‌گردد. یکی از مهم‌ترین اهداف برنامه‌ی پزشک خانواده، سامان‌دهی نظام ارجاع می‌باشد. که این امر، از سرگردانی مردم و مراجعات مکرر آن‌ها به پزشکان و مراکز درمانی مختلف جلوگیری می‌کند و با توجه به تجربه‌ی کشورهای مترقی یکی از کارآمدترین شیوه‌های نظام سلامت بحساب می‌آید.

References:

1. World Health organization, Report Of Commission On Macroeconomics and Health (Cmines), 210 2000, Geneva.
2. Law of the Fourth Economic, Social and Cultural Development Plan of the Islamic Republic of Iran (2005 to 2009), Tehran: Management Planning Organization, Deputy for Administrative, Financial and Human Resources Affairs, Center for Documentation, Museum and Publication, the Management and Planning Organization of Iran, First Edition, 2005. [Persian].
3. World Health Organization. Sustainable Health Financing, Universal Coverage and Social Health Insurance. 115th World Health Assembly Resolution EB115.R13 2005, Geneva.
4. Xu K, B. Evans D, Kawabata K, Zeramndini R, K Jan, J.L. Murray C. Household Catastrophic Health Expenditure: A Multycountry Analysis. WHO 2003; 362(1): 111-117.
5. Joglekar R. Can Insurance Reduce Catastrophic Out Of Pocket Health Expenditure. IGIBR 2008; 16(1): 1-29.
6. Ghasvand H, Hadian M, Maleki M, Shabaninezhad H. The Determinants of Facing Catastrophic Health Expenditures in Patients Hospitalized at Hospitals related to Iran University

- of Medical Sciences 2008-2009. H J 2010; 13(3): 145-154. (Persian).
7. Berki S.E. A Look at Catastrophic Medical Expenses and The Poor. H A 1986; 1(1): 45-138.
8. Wagstaff A, Van Doorslaer E. Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98. H E 2003; 1(12): 921-34.
9. Russell S. The Economic Burden of Illness for Households in Developing Countries: A Review of Studies Focusing on Malaria, Tuberculosis, and Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. A J o T M H 2004; 1(71): 147-55.
10. Barros J.D, Aluisio L, Bastos J, H.Damasa A. Catastrophic Spending on Health Care in Brazil: Private Health Insurance Does Not Seem to Be the Solution. C. S P. R D 2011; 27(2): 254-262.
11. Azores K.F. Catastrophic Drug Coverage in Canada, H P 2013; 2(1): 1-9.
12. Weraphong J, Punnarunothai S, Luxananun T, Junsri N, Deesawatsripetch S. Catastrophic Health Expenditure in an Urban City: Seven Years after Universal Coverage Policy in Thailand. N S M P 2013; 44(1): 124-136.
13. Kavosi Z, Rashidian A, Pourreza A, Majdzadeh R, Pourmalek R, Hosseinpour A, et al. Inequality in Household Care Expenditure in A Low-Income Society of Iran. H P P 2012; 1(1): 1-11.
14. Abolhallaje M, Hasani SA, Bastani P, Ramezanain M, Kazemian M. Determinants of Catastrophic Health Expenditure in Iran. I J P H 2013; 42(1): 155-160.
15. Kavosi Z, Delavari H, Keshtkaran A, Setoudezadeh F. Catastrophic Health Expenditures and Coping Strategies in Households With Cancer Patients in Shiraz Namazi Hospital. M E J C 2014; 5(1): 13-22.
16. Hill R, E.Griffiths w, C.Lim G. Principles of Econometrics, Third Edition. USA: J W S; 2007: 1(1).
17. Gramer J.S. The Originis and Development of The Logit Model. B L C P d; 2003: 1(1): pp. 1-19.
18. Ghosh S. Catastrophic Payments and Impoverishment Due to Out Of Pocket Health Spending: The Effects of Recent Health Sectore Reforms in India. A H P P Working Paper 2010; 15(1): 1-35.
19. Hajizadeh M, Nghiem H. Out Of Pocket Expenditure for Hospital Care in Iran: Who is at Risk of Incurring Catastrophic Payments. I J H C F E 2011; 11(4): 1-19.
20. Pal R. Analysing Catastrophic OOP Health Expenditure in India: Concepts, Determinants and Policy Implications , (IGIBR) Working Paper 2010; 1(1): 1-27.
21. Mondal S, Kanjilal B, H.Peters D, Lucas H. Catastrophic Out of Pocket Payment for Health Care and its Impact on Households: Experience from West Bengal,India. FHSI E 2010; 1(1): 1-21.

Factors affecting catastrophic expenditures of dialysis patients referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Urmia in 2014

Mojtaba Almasi¹,

Amineh Naderi¹

1. Department of Economic Sciences, Faculty of Social Sciences, Razi University of Kermanshah, Kermanshah, Iran

***Corresponding Author:**

Kermanshah, Razi University of Kermanshah, Faculty of Social Sciences, Department of Economic Sciences

Email:

naderi.ameneh@yahoo.com

Abstract

Introduction: Spend a larger share of household resources for health services could threaten the living standards in the short term and long term, so that households should ignore current expenditures in other goods and services in the short term. In the long run, the consequences of such asset sales and auctions, check out the savings or accumulation of household debt is expected.

Methods: This study uses a probit model to Factors affecting the crippling cost of dialysis patients, in Dialysis patients referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Urmia, 108 families in the district investigates in 2014.

Results: The determinants of catastrophic health expenditures are: wealth index, gender of household head, place of residence, presence of members in need of care, job status of household head, number of dialysis services to be covered by compulsory insurance and supplemental insurance. Furthermore, the results indicate that presence of members in need of care and, number of dialysis services will increase the probability that households face catastrophic expenditures while any increase in wealth index, male household head, employed household head, household covered by compulsory and supplemental insurance and place of residence will decrease the probability of facing the catastrophic expenditures.

Conclusion: The results of this study indicate the importance of expanding prepaid mechanisms, strengthening basic health insurance and support vulnerable groups such as households have a member with a particular disease, female-headed households and Households with unemployed heads.

Key words: Catastrophic expenditures, Insurance Coverage, Dialysis Patients

How to cite this article

Almasi M, Naderi A. Factors affecting catastrophic expenditures of dialysis patients referred to Ayatollah Taleghani Hospital in Urmia in 2014. J Clin Res Paramed Sci 2016; 5(1):57-64.