

میزان پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان های دولتی بعد از اجرای طرح تحول سلامت

(یک مطالعه مقطعی در شهر تهران)

احسان زارعی^۱، بهروز پورآقا^۲، سهیلا خداکریم^۳، علی رضا موسی زاده نصرآبادی^{۴*}

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۷/۲۳

چکیده:

زمینه و هدف: یکی از اهداف اصلی طرح تحول سلامت، کاهش میزان پرداخت از جیب مردم برای خدمات بیمارستانی در بخش دولتی است. این مطالعه با هدف تعیین میزان پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان های دولتی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در سال ۱۳۹۴ انجام شد.

مواد و روش ها: در این مطالعه توصیفی-تحلیلی، ۴۰۵ بیمار ترخیص شده از چهار بیمارستان دولتی و آموزشی به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. داده های مطالعه با استفاده از چک لیست محقق ساخته و بررسی صورت حساب بیمارستانی جمع آوری شد. برای تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی و مدل رگرسیون در نرم افزار ۱۶ SPSS استفاده شد.

نتایج: میزان پرداخت از جیب بیماران ۱۰/۲ درصد بود که ۹/۹ درصد آن پرداخت رسمی، ۰/۲ درصد هزینه ارجاع به بیرون از بیمارستان برای خرید کالا و ۰/۱ درصد آن پرداخت غیررسمی بود. بیشترین سهم هزینه ای از صورتحساب مربوط به لوازم پزشکی و دارو، اعمال جراحی و هتلینگ به ترتیب با ۳۲/۷، ۲۰ و ۱۷/۴ درصد بود. نوع بیمارستان، داشتن عمل جراحی، تعداد اعضای خانوار و جنسیت بر میزان پرداخت از جیب تاثیر معنی دار داشت ($p \leq 0.05$).

نتیجه گیری: میزان پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان های دولتی مطابق هدف تعیین شده در برنامه تحول سلامت بود که حمایت مناسب دولت را نشان می دهد. برای کاهش پایدار پرداخت از جیب، باید برنامه هایی کلان در سطح ملی برای خدمات سرپایی و بخش خصوصی نیز طراحی و اجرا شود.

کلمات کلیدی: پرداخت از جیب، پرداخت غیر رسمی، تامین مالی نظام سلامت، طرح تحول سلامت

^۱ استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۲ استادیار، گروه بهداشت عمومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی البرز، کرج، ایران

^۳ استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

^۴ دانشجوی کارشناسی ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران (*نویسنده مسوول)،

آدرس الکترونیکی: moosazadehalireza@yahoo.com ، تلفن تماس: ۰۹۳۵۳۴۹۸۹۷۹

مقدمه

تامین مالی یکی از چهار کارکرد اصلی نظام سلامت در کنار تولید منابع و ارائه خدمات است. روش های متعارف برای تامین مالی مراقبت های بهداشتی و درمانی شامل مالیات، بیمه اجتماعی، بیمه درمانی خصوصی و پرداخت از جیب می باشد (۱). در صورت ناتوانی دولت در تامین مالی مراقبت های سلامت، بار تامین مالی مستقیماً بر دوش مردم خواهد بود به طوری که آن ها مجبور به پرداخت هزینه های درمانی از جیب خود می شوند (۲). به هزینه درمانی پرداخت شده از جیب توسط خانوار در محل دریافت خدمات، پرداخت از جیب^۱ گفته می شود (۳). بررسی ادبیات موضوع حاکی از آن است که پرداخت از جیب شامل آیتم های زیر می باشد: پرداخت های رسمی^۲ (در صورت حساب بیمارستانی ثبت می شود؛ شامل فرانشیز و پرداخت برای موارد خارج از تعهدات بیمه)، پرداخت های غیر رسمی^۳ (در صورت حساب بیمارستانی ثبت نمی شود؛ شامل وجوه نقدی و غیر نقدی که توسط بیمار به پزشک یا پرسنل پزشکی پرداخت شده است)، پرداخت برای کالاهای خریداری و آورده شده^۴ (کالاهایی که بیمارستان باید آنها را تامین کند ولی بیمار مجبور به خرید از بیرون می شود و به بیمارستان می آورد تا در فرایند مراقبت اش استفاده شود) (۴).

پرداخت از جیب اگرچه در کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه متداول می باشد، اما ناکارآمدترین روش تامین مالی نظام سلامت است و مکانیسم ناقصی برای تجمیع ریسک می باشد (۵). پرداخت از جیب به طور جدی می تواند اثرات منفی از جمله در دسترسی و بهره مندی از خدمات - مخصوصاً در بین فقرا - به همراه داشته باشد (۶). افزایش پرداخت از جیب برای خدمات خصوصی و دولتی، بسیاری از خانواده ها را به سمت فقر می کشد و باعث افزایش فقر افرادی می شود که فقیر بوده اند (۷). تامین مالی مبتنی بر پرداخت از جیب غالباً روشی نزولی در پرداخت به خدمات سلامت می باشد و بسیاری از مردم را دچار هزینه های کمرشکن می کند (۸). با پرداخت بالای هزینه های سلامت هر ساله نزدیک به ۴۴ میلیون خانوار (بیش از ۱۵۰ میلیون نفر) در سراسر جهان با هزینه های کمرشکن مواجه می شوند (۹). به نظر می رسد حتی با وجود بیمه سلامت، پرداخت از جیب ریسک فقر را افزایش می دهد (۱۰).

در کشور های کم درآمد، عدم پوشش بیمه ای یا پوشش ضعیف و حمایت های اجتماعی ناکافی باعث شده که خانوارها پرداخت از جیب داشته باشند (۱۱). در کشور های آسیایی تامین مالی از طریق پرداخت از جیب یکی از روش های اصلی تامین مالی نظام سلامت است (۱۲، ۱۳). در سطح جهان سهم پرداخت از جیب از کل هزینه های نظام سلامت ۱۸/۶ درصد می باشد (۱۴). این میزان طبق گزارش دفتر منطقه ی مدیریت شرقی سازمان جهانی بهداشت در ایران سیر صعودی داشته است، به طوری که معمولاً همیشه بالاتر از ۵۰ درصد بوده و از ۲۰۰۴ (درصد) در سال ۲۰۱۳ تا ۵۲ (درصد) در سال ۲۰۱۳ نوسان داشته است (۱۵).

در مطالعه غریبی (۱۶) و کشاورز (۱۷) که طی سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۲ انجام شده است میزان پرداخت از جیب به ترتیب ۵۵ و ۵۹/۷ درصد بوده است و نتایج پژوهش عامری (۱۸) و کاووسی (۱۹) نشان داد هزینه کمرشکن به ترتیب ۸/۳ و ۱۴/۲ درصد بوده است. همچنین مطالعه حاجی زاده (۲۰) پرداخت از جیب بالای ۵۰ درصد در ایران را یکی از موانع دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی دانسته است. نتایج حاصل از مطالعه لیوو (۲۱) در ۱۵ کشور آفریقایی نشان می دهد این کشورها سیستم مالی بسیار ضعیفی برای حفاظت از خانوار خود در قبال هزینه های درمانی دارند و همچنین پرداخت از جیب چالش نظام سلامت کشورهای آلبانی (۶) و بلغارستان (۲۲) بوده به طوری که از موانع مهم دسترسی مردم به خدمات درمانی است.

با توجه به گزارش سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت، کشورها و سیاستگذاران سلامت برای تامین مالی عادلانه مورد تشویق قرار گرفتند (۲۳). برای این منظور، اصلاحات در بخش سلامت در دهه گذشته موضوع مورد علاقه همه جهانیان به ویژه جهان در حال توسعه بوده است (۲۴). ایران نیز در سطوح مختلف و در زمینه های متفاوت از جمله تامین مالی نظام سلامت اصلاحاتی داشته است (۲۵). در برنامه های پنج ساله توسعه چهارم و پنجم دولت موظف شده بود تا به منظور تحقق شاخص عدالت در سلامت، سهم هزینه های مستقیم مردم را به سی درصد برساند (۲۶). علیرغم سیاست ها و برنامه های مختلف وزارت بهداشت برای کاهش پرداخت از جیب، سهم پرداخت از جیب از هزینه های سلامت همچنان روند صعودی داشت و در سال ۹۲ این رقم به ۵۲ درصد رسیده بود (۱۵). از سال ۱۳۹۳ با اجرای طرح تحول نظام سلامت سعی بر حفاظت مالی شهروندان در برابر هزینه های سلامت بوده و طبق هدف تعیین شده در این برنامه باید میزان پرداخت از جیب برای

¹ Out of pocket payment

² Formal payment

³ Informal payment

⁴ Bought & brought goods

در مطالعه ما پرداخت از جیب بیماران شامل سه بخش پرداخت رسمی (صورت حساب بیمارستانی)، پرداخت غیررسمی و هزینه ارجاع به بیرون از بیمارستان برای دریافت کالا و خدمات در زمان بستری بود که مجموع آن ها به عنوان میزان پرداخت از جیب در نظر گرفته شد. درصد پرداخت هزینه ها توسط سازمان های بیمه گر و همچنین میزان پوشش هزینه ها توسط یارانه دولتی نیز به تفکیک خدمات مختلف بیمارستانی محاسبه شد. داده های مطالعه با استفاده از روش های آمار توصیفی شامل فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و رگرسیون خطی چندگانه برای بررسی اثر متغیرهای دموگرافیک بر میزان پرداخت از جیب در نرم افزار SPSS 16 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. متغیر وابسته در تحلیل رگرسیون میزان پرداخت از جیب و متغیرهای مستقل آن جنسیت، بعد خانوار، نوع بیمارستان، میانگین مدت اقامت، داشتن اعمال جراحی، نوع بیمه، شغل و محل سکونت بودند. همچنین در مدل رگرسیون مطالعه ی ما از آنالیز باقیمانده ها برای بررسی مدل استفاده شد؛ به این ترتیب که نمودار \hat{Y} بر Y ترسیم شد و فرض همگنی واریانس ها کنترل شد و با نمودار $Q-Qplot$ فرض نرمالیتی باقیمانده کنترل شد. انجام این مطالعه توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی مورد تصویب قرار گرفت.

یافته ها

براساس یافته های دموگرافیک، ۵۸ درصد بیماران زن و ۹۷ درصد بیماران از پوشش بیمه پایه درمان برخوردار بودند. همچنین ۱۳ درصد آن ها ساکن روستا بودند. متوسط سن بیماران $45 (\pm 19)$ سال و متوسط اقامت آن ها $5/22$ روز بود. میزان مبلغ کلی صورتحساب بیماران مورد بررسی ۱۲۶، ۶۱۳، ۹۵۰، ۱۷ ریال و میانگین هر پرونده ۸۳۱، ۶۲۵، ۴۲ ریال که کمترین مبلغ ۱،۶۵۶،۸۸۰ ریال و بیشترین آن ۳۰۴،۸۷۸،۰۳۳ ریال بود. خدمات جراحی با ۲۰ درصد بیشترین سهم را در بین هزینه های بیماران بستری داشت و خدمات هتلینگ و پرستاری با $17/4$ درصد، لوازم و داروی مصرفی اتاق عمل با $16/6$ درصد و لوازم و داروی مصرفی بخش با $16/1$ درصد در رده های بعدی قرار داشتند (جدول ۱).

بیشترین میزان پوشش بیمه ای با ۹۱ درصد مربوط به خدمات جراحی گلوبال بوده است در حالی که گروه سایر خدمات و گروه دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل به ترتیب با $31/2$ و $40/4$ درصد کمترین پوشش بیمه ای را داشته است. سایر خدمات شامل هزینه های خدمات موردی مثل چشم پزشکی، دندانپزشکی، خدمات پوستی، و برخی از خدمات

خدمات بستری در بیمارستان های دولتی به زیر ۱۰ درصد کاهش یابد (۲۷).

سنجش و پایش میزان هزینه های نظام سلامت، سیاست گذاران نظام سلامت را در انتخاب سیاست های مناسب به منظور حمایت از بیماران کمک خواهد کرد (۱۹). حجم پرداخت از جیب خانوارها و متعاقب آن بروز هزینه های کمرشکن خدمات سلامت، دو عامل مهمی هستند که همواره باید در محاسبات مربوط به برنامه ریزی و سیاست گذاری خدمات سلامت مورد توجه قرار گیرند (۲۸). با توجه به اهمیت میزان پرداخت از جیب و ارزیابی مستمر آن به منظور پایش عدالت در تامین مالی نظام سلامت، این مطالعه با هدف بررسی میزان پرداخت از جیب بیماران بستری پس از اجرای طرح تحول سلامت در بیمارستان های آموزشی منتخب دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران انجام شد.

مواد و روش ها

این مطالعه توصیفی - تحلیلی و مقطعی در سال ۱۳۹۴ در شهر تهران انجام شد. جامعه مورد بررسی این مطالعه شامل تمام بیماران بستری ترخیص شده از بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران بودند. با استفاده از فرمول حجم نمونه و سطح اطمینان ۹۵ درصد و با در نظر گرفتن میزان پرداخت از جیب در سال های اخیر (۱۵) که حدود ۵۰ درصد بوده است ($p=0/5$)، حجم نمونه ۳۸۵ نفر بر آورد شد که در نهایت ۴۰۵ نفر وارد مطالعه شد. نحوه انتخاب نمونه بدین صورت بود که در مرحله نخست از بین بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، ۲ بیمارستان تک تخصصی و ۲ بیمارستان عمومی به صورت تصادفی انتخاب شد. با توجه به اندازه بیمارستان (تعداد تخت بستری)، نمونه ها به صورت تخصیص متناسب از چهار بیمارستان انتخاب شد. نمونه های مورد نیاز از هر بیمارستان به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شد. معیار ورود به مطالعه، رضایت شخصی بیمار بود.

ابزار جمع آوری داده در این مطالعه یک فرم جمع آوری اطلاعات محقق ساخته و صورت حساب مالی بیماران در بیمارستان بود. فرم شامل اطلاعات دموگرافیک و سوالاتی در مورد پرداخت های غیررسمی و هزینه ارجاع به بیرون بیمارستان بود که پس از تایید نظرات صاحب نظران مورد استفاده قرار گرفت. این فرم به صورت حضوری و پرسش از بیمار یا همراه وی تکمیل شد. اطلاعات هزینه ای نیز با مراجعه به بخش ترخیص و بررسی صورتحساب پرونده بیماران استخراج شد.

دولتی را به خود اختصاص داده اند. برای خدمات تخت های ویژه کمترین میزان یارانه اختصاص داده شده است (جدول ۱). بیشترین میزان پرداخت از جیب به گروه سایر خدمات و لوازم و داروی مصرفی اتاق عمل به ترتیب با ۳۱/۸ و ۱۴/۹ درصد بوده است و در مقابل کمترین میزان پرداخت از جیب نیز برای خدمات گلوبال (۵/۲ درصد) و تخت ویژه (۴/۱ درصد) بود. به طور کلی میزان پرداخت از جیب رسمی بیماران برای خدمات بستری ۹/۹ درصد بوده است (جدول ۱).

درمانی که در بخش های درمانگاهی حین بستری بودن ارائه شده و در بخش نبوده است می شود و این خدمات معمولاً از حمایت بیمه ای کمتر برخوردار هستند. به طور کلی ۷۲ درصد از هزینه های خدمات بستری توسط بیمه های پایه پوشش داده شده است (جدول ۱).

حدود ۱۴ درصد هزینه های بیماران بستری توسط یارانه دولتی از محل برنامه طرح تحول سلامت پوشش داده شده است. سایر خدمات، دارو و لوازم مصرفی اتاق عمل و بخش به ترتیب با ۳۵، ۳۴/۵ و ۲۰/۵ درصد بیشترین سهم از یارانه

جدول ۱: توزیع هزینه های خدمات بستری و مکانیسم های پرداخت (ریال)

| - | مبلغ کل | درصد | مبلغ بیمه | درصد | مبلغ یارانه | درصد | مبلغ پرداخت از جیب | درصد | مبلغ تخفیف | درصد |
|------------------------------|-------------|------|-------------|------|-------------|------|--------------------|------|------------|------|
| هتلینگ و پرستاری | ۳۱۳۴۵۱۳۴۳۰ | ۱۷/۴ | ۲۲۰۵۴۰۹۹۶۹ | ۷۰/۳ | ۴۱۴۳۴۸۲۳۱ | ۱۳/۲ | ۳۵۸۴۵۸۶۶۵ | ۱۱/۴ | ۱۵۶۲۹۶۵۷۵ | ۵ |
| خدمات تشخیصی | ۲۲۸۷۹۸۶۸۲۴ | ۱۲/۷ | ۱۹۹۵۱۰۹۶۶۸ | ۸۷/۲ | ۹۵۹۳۰۲۹۴ | ۴/۲ | ۱۵۲۱۶۷۵۴۴ | ۶/۶ | ۴۴۷۷۹۳۱۸ | ۱/۹ |
| خدمات پزشکی | ۱۰۴۶۶۲۹۲۵۰ | ۵/۸ | ۹۴۵۳۰۹۲۸۹ | ۹۰/۳ | ۳۵۴۷۳۸۴۸ | ۳/۴ | ۵۸۵۴۲۷۴۳ | ۵/۶ | ۷۳۰۳۳۷۰ | ۰/۷ |
| گلوبال | ۶۲۰۸۸۶۰۰۰ | ۳/۵ | ۵۶۵۳۸۹۶۳۰ | ۹۱ | ۲۰۰۰۷۵۹۰ | ۳/۲ | ۳۲۳۸۶۷۸۰ | ۵/۲ | ۳۱۰۲۰۰۰ | ۰/۵ |
| اعمال جراحی | ۳۵۷۸۰۹۲۶۸۸ | ۲۰ | ۲۸۳۱۴۲۸۲۰۹ | ۷۹/۱ | ۱۲۰۸۵۳۱۸۲ | ۳/۴ | ۲۵۶۲۶۰۳۳۲ | ۷/۲ | ۳۶۹۵۵۰۹۶۵ | ۱۰/۳ |
| لوازم و داروی مصرفی بخش | ۲۸۹۴۰۶۹۶۶۶ | ۱۶/۱ | ۱۹۹۰۲۲۴۱۲۳ | ۶۸ | ۶۰۴۲۶۹۳۱۷ | ۲۰/۵ | ۳۲۶۳۶۴۷۶۰ | ۱۱ | ۲۶۷۸۸۵۳۴ | ۰/۹ |
| لوازم و داروی مصرفی اتاق عمل | ۲۹۷۸۴۷۵۷۰۳ | ۱۶/۶ | ۱۲۰۳۹۴۶۳۳۷ | ۴۰/۴ | ۱۰۲۶۳۲۹۱۹۷ | ۳۴/۴ | ۴۴۲۶۲۱۷۲۵ | ۱۴/۹ | ۳۰۵۵۷۸۴۴۴ | ۱۰/۲ |
| تخت های ویژه | ۲۵۲۸۶۵۵۰۰ | ۱/۴ | ۲۲۴۷۷۵۱۹۰ | ۸۸/۹ | ۴۴۲۲۱۴۰ | ۱/۷ | ۱۰۴۰۲۱۷۰ | ۴/۱ | ۱۳۲۶۶۰۰۰ | ۵/۲ |
| پروسجر های درمانی غیر جراحی | ۹۲۸۴۳۳۶۴۴ | ۵/۲ | ۷۹۲۹۹۳۰۷۴ | ۸۵/۴ | ۵۳۳۶۲۳۲۰ | ۵/۷ | ۵۱۱۵۵۶۳۴ | ۵/۵ | ۳۰۹۲۲۶۱۶ | ۳/۳ |
| سایر خدمات | ۲۲۸۶۶۰۴۲۱ | ۱/۳ | ۷۱۳۸۶۲۹۳ | ۳۱/۲ | ۸۰۱۰۳۰۵۶ | ۳۵ | ۷۲۶۲۳۵۴۳ | ۳۱/۷ | ۴۵۴۷۵۲۹ | ۲ |
| جمع کل | ۱۷۹۵۰۱۶۳۱۲۶ | ۱۰۰ | ۱۲۸۲۵۹۷۱۷۸۲ | ۷۲ | ۲۴۵۵۰۹۹۱۷۵ | ۱۴ | ۱۷۶۰۹۸۳۸۹۶ | ۹/۹ | ۹۰۸۵۵۸۲۷۳ | ۴ |

هزینه ارجاع به بیرون از بیمارستان برای دریافت کالا و خدمات و ۰/۱ آن غیررسمی بود.

بر اساس یافته های حاصل از تحلیل رگرسیون، متغیرهای جنسیت، بعد خانوار، نوع بیمارستان، میانگین مدت اقامت، و داشتن عمل جراحی بر میزان پرداخت از جیب در بیماران بستری موثر بود (جدول ۲). میزان پرداخت بیماران مرد بیشتر از بیماران زن بود و داشتن عمل جراحی و متوسط اقامت بیشتر در بیمارستان باعث افزایش میزان پرداخت از جیب به میزان ۱۹۷۱۰۱۸ و ۳۵۲۵۳۳ ریال شده است. همچنین بیماران بستری در بیمارستان ج پرداخت از جیب بیشتری داشته اند و به ازای افزایش هر نفر به تعداد اعضای خانوار پرداخت از جیب کاهش یافته است ($p \leq 0.05$).

بر اساس یافته های مطالعه، ۱۳ درصد (۵۳ نفر) بیماران پرداخت غیررسمی داشتند که مجموع مبلغ پرداختی ۰۰۰، ۱۰۰، ۱۵ ریال و میانگین آن ۹۰۶، ۲۸۴ ریال بود و همه پرداختی ها به نیروهای خدماتی بود. همچنین میزان ارجاع بیماران به بیرون از بیمارستان برای دریافت کالا و خدمات ۱۲ درصد (۴۹ نفر) بوده است. هزینه کل ارجاع به بیرون از بیمارستان برای خرید کالا و خدمات ۰۰۰، ۹۰۰، ۴۲ ریال بود. مجموع پرداخت از جیب بیماران شامل پرداخت رسمی، پرداخت غیررسمی و هزینه ارجاع به بیرون از بیمارستان در این مطالعه ۱۲۶، ۱۶۳، ۸۰۰، ۱۸ ریال بود. بنابراین میزان پرداخت از جیب به عنوان درصدی از کل صورتحساب هزینه های رسمی و غیر رسمی، ۱۰/۲ بود که ۹/۹ آن رسمی، ۰/۲

جدول ۲: تاثیر عوامل دموگرافیک بر میزان پرداخت از جیب بیماران بستری

| P-value | S.E | ضریب | تعداد | متغیر | |
|---------|---------|----------|-------|-------------------|-------------|
| ۰/۰۰۴ | ۷۳۵۰۹۶ | ۲۱۳۳۵۱۲ | ۱۷۳ | مرد | جنسیت |
| - | - | ۰ | ۲۳۵ | زن | |
| ۰/۸۱۲ | ۱۲۰۶۱۵۰ | - ۲۸۷۸۸۱ | ۱۴۴ | الف | بیمارستان |
| ۰/۶۴۳ | ۱۱۳۰۵۳۶ | - ۵۲۴۵۹۸ | ۱۷۶ | ب | |
| ۰/۰۰۱ | ۱۵۸۲۰۲۸ | ۷۳۱۸۰۷۷ | ۴۱ | ج | |
| - | - | ۰ | ۴۷ | د | |
| ۰/۰۱۰ | ۷۵۶۲۴۸ | ۱۹۷۱۰۱۸ | ۲۸۱ | دارد | اعمال جراحی |
| - | - | ۰ | ۱۲۷ | ندارد | |
| ۰/۰۰۱ | ۶۹۱۵۸ | ۳۵۲۵۳۳ | ۵/۲۲ | میانگین مدت اقامت | |
| ۰/۰۸۳ | ۲۳۸۶۴۱ | - ۴۱۵۵۲۱ | ۳ | بعد خانوار | |

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی میزان پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان های آموزشی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی در شهر تهران انجام شد و براساس یافته ها، میزان پرداخت از جیب بیماران بستری ۱۰/۲ درصد بود. در ابتدای سال ۱۳۹۲ میزان پرداخت از جیب مردم برای خدمات سلامت بالای ۵۸ درصد بوده (۲۹) که این میزان برای خدمات بستری در بیمارستان های دولتی قبل از اجرای طرح تحول حدود ۳۷ درصد بوده است (۳۰). به دنبال اجرای طرح تحول سلامت، پرداخت از جیب بیماران برای خدمات بستری در بیمارستان های دولتی کاهش یافته و به زیر ۱۰ درصد رسیده است (۲۹) که با یافته های مطالعه ما در یک راستاست.

یافته های مطالعات پیشین نشان داده اند که استفاده از خدمات بستری باعث افزایش پرداخت از جیب مردم شده و آن ها را با هزینه کمرشکن مواجه می سازد (۳۱-۳۲). بنابراین یکی از اهداف اصلی طرح تحول نظام سلامت، کاهش پرداخت مستقیم از جیب مردم در خدمات بستری و در نتیجه کاهش ریسک هزینه کمرشکن بوده است. طبق گزارش موسسه تحقیقات سلامت اگرچه پس از اجرای طرح تحول سلامت، هزینه کمرشکن در میان خانوارهای روستایی ۴/۵ درصد و برای خانوارهای شهری ۱/۸ درصد کاهش پیدا کرده (۲۹)، اما هنوز هم میزان مواجهه خانوار با هزینه کمرشکن ۴/۸ درصد هست (۳۳).

در این مطالعه، پرداخت غیر رسمی جزئی از پرداخت از جیب بیماران محسوب شده و طبق یافته های پژوهش ۱۲ درصد بیماران پرداخت از جیب غیر رسمی داشتند. این میزان در مطالعات قبلی در ایران بین ۱۰ تا ۲۱ درصد گزارش شده است (۳۴-۳۶) که با مطالعه ما در یک راستاست. در مطالعه

آتاناسووا در بلغارستان طی سال های ۲۰۱۰ و ۲۰۱۱ میزان پرداخت غیررسمی به ترتیب ۳۱/۸ و ۱۸/۳ درصد برای خدمات بستری بوده است (۳۷). همچنین در مطالعه لیارپولیس در یونان، ۲۶ درصد بیماران بستری در بیمارستان های دولتی پرداخت غیررسمی داشتند (۳۸). اگرچه میزان این پرداخت در بیمارستان های دولتی رقم قابل توجهی نبوده است، اما به نظر می رسد برای بررسی دقیق تر این موضوع باید از روش های دیگری استفاده کرد. بیماران در بیمارستان ممکن است به دلایلی مثل نگرانی از ادامه مراقبت، کیفیت مراقبت و غیره در این زمینه اظهار نظر واقعی نکرده باشند.

میزان ارجاع بیماران به بیرون از بیمارستان برای دریافت کالا و خدمات ۱۲ درصد بود و در گزارش موسسه تحقیقات سلامت در پاییز ۱۳۹۳ این میزان ۱۰ درصد گزارش شده است (۲۹) که با مطالعه ما در یک راستاست. در مطالعه آرسینجویچ در صربستان، خرید لوازم و تجهیزات پزشکی از خارج بیمارستان ۶۰ درصد هزینه بستری بیماران را تشکیل می داده است (۴). از آنجایی که خرید خدمات و کالاها از بیرون علاوه بر هزینه های بالا، نگرانی هایی نیز درباره کیفیت آنها ایجاد کرده بود، به حداقل رساندن میزان ارجاع به بیرون از بیمارستان و تامین دارو و لوازم مصرفی از طریق خود بیمارستان یکی از اهداف برنامه تحول سلامت بوده است (۲۷). یافته های مطالعه ما نیز حاکی از آن است که بیشترین حمایت یارانه ای دولت از دارو و لوازم مصرفی بوده است که پیش از طرح تحول، بیمار مجبور به تامین آن و پرداخت هزینه هایش بود.

سهم یارانه پرداختی دولت برای خدمات بستری ۱۴/۱ درصد بود که این میزان در مطالعه جهانگرد در اصفهان ۷ درصد بود (۳۹). بیشترین یارانه تخصیصی به لوازم و داروی مصرفی

می‌شود به دلیل اهمیت میزان پرداخت از جیب در نظام سلامت، مطالعه ای در بیمارستان های خصوصی انجام شود تا تصویر بهتری از وضعیت پرداخت از جیب در بخش بستری بدست آورد. همچنین با توجه به اینکه بیماران و خانواده آنها به دلیل آنکه احتمال برگشت به بیمارستان را می دهند و ترس از تاثیر گزارش دهی بر رابطه بیمار با پزشک و سایر پرسنل بیمارستانی از بیان بسیاری از موارد اجتناب می کنند(۳۴)، ممکن است میزان پرداخت از جیب غیر رسمی اظهار شده غیرواقعی باشد. بدین منظور توصیه می شود پرداخت غیر رسمی بیماران بعد از ترخیص به صورت، تلفنی یا مراجعه حضوری از بیماران پرسیده شود. همچنین با توجه به روش نمونه گیری راحت و در دسترس در تعمیم نتایج این مطالعه به دیگر بیمارستان ها باید احتیاط کرد.

نتیجه گیری

مطالعه ما نشان داد میزان پرداخت از جیب بیماران برای خدمات بستری در بیمارستان های دولتی ۱۰/۲ درصد بود. با آغاز طرح تحول سلامت در سال ۹۳ پرداخت از جیب بیماران بستری در بیمارستان های دولتی کاهش زیادی یافته و با توجه به اینکه یکی از اهداف اصلی طرح تحول نظام سلامت کاهش پرداخت از جیب بیماران بستری بوده است، به نظر می رسد وزارت بهداشت به این هدف رسیده است. برای کاهش پایدار پرداخت از جیب، باید برنامه هایی کلان در سطح ملی برای خدمات سرپایی و بخش خصوصی نیز طراحی و اجرا شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی در دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می باشد. بدین وسیله پژوهشگر مراتب تشکر و قدردانی خود را از مدیران و کارکنان بیمارستان های مورد مطالعه اعلام می دارد.

اتاق عمل و بخش اختصاص داشته است که در مطالعه مشابه نیز چنین یافته ای گزارش شده است(۴۰). به نظر می رسد در صورتی که یارانه پرداختی بابت تحول سلامت وجود نداشت، بیماران باید این میزان ۱۴ درصد را از جیب پرداخت می کردند.

در مطالعه ما ۲۱ درصد خانوار زیر دو نفر، ۷۵ درصد بین سه تا شش نفر و ۴ درصد بالای شش نفر عضو داشتند. در این مطالعه با افزایش تعداد اعضای خانوار به ازای هر نفر ۵۲۱، ۴۱۵ ریال از هزینه های پرداختی بیماران کمتر شد که معنادار بود. این نتیجه برعکس یافته های مطالعه حسام قیاسوند، پناهی و احمدی (۴۱-۴۳) بود. همچنین مردان نسبت به زنان پرداخت از جیب بیشتری داشتند، یعنی هر بیمار مرد نسبت به بیمار زن ۵۱۲، ۱۳۳، ۲ ریال بیشتر برای بستری شدن خود پرداخت کرده است. به نظر می رسد وخیم بودن سلامتی مردان حین بستری از دلایل آن بوده است. همچنین بیماران بستری در بیمارستان ج پرداخت از جیب بیشتری داشتند. به نظر می رسد دلیل این تفاوت نوع تخصص این بیمارستان و استفاده از لوازم مصرفی گران قیمت در اتاق عمل باشد که باعث شده بیماران پرداخت از جیب بیشتری داشته باشند. در مطالعه پناهی نوع مالکیت و تخصص بیمارستان بر میزان پرداخت از جیب بیماران تاثیر داشت(۴۲) که با مطالعه ما در یک راستاست. متوسط مدت اقامت از دیگر عوامل موثر بر پرداخت از جیب بود و به ازای هر روز افزایش اقامت، بیماران مبلغ ۳۵ هزار تومان پرداخت بیشتری داشتند اند. افزایش تعداد روزهای بستری با افزایش هزینه های هتلینگ و برخی از خدمات دیگر همراه است که در نهایت پرداخت از جیب را افزایش می دهد. بیمارانی که عمل جراحی داشتند با پرداخت از جیب بیشتری نیز مواجه شده بودند. با توجه به اینکه عمل جراحی پر هزینه هست و براساس یافته های مطالعه ما نیز دارو و لوازم اتاق عمل کمترین میزان پوشش بیمه ای را داشته است؛ بنابراین نتیجه بدست آمده منطقی می باشد.

مطالعه ما محدودیت هایی داشت. در این مطالعه فقط بیمارستان های دولتی مورد بررسی قرار گرفتند. پیشنهاد

References

1. Yu CP, Whynes DK, Sach TH. Equity in health care financing: The case of Malaysia. *International journal for equity in health*. 2008;7(1):1.
2. Kolasa K, Kowalczyk M. Does cost sharing do more harm or more good?-a systematic literature review. *BMC Public Health*. 2016;16(1):992.
3. Hanjani h, Alizadeh M, Fazaeli AA. The equity in the financing of the health system in Iran. *social Welfare Quarterly*. 2005;5(19):279-300 (Persian.)
4. Arsenijevic J, Pavlova M, Groot W. Out-of-pocket payments for health care in Serbia. *Health Policy*. 2015;119(10):1366-74.
5. Correa-Burrows P. Out-Of-Pocket Health Care Spending by the Chronically Ill in Chile. *Procedia Economics and Finance*. 2012;1:88-97..
6. Hotchkiss DR, Hutchinson PL, Malaj A, Berruti AA. Out-of-pocket payments and utilization of health care services in Albania: Evidence from three districts. *Health policy*. 2005;75(1):18-39.
7. Whitehead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *The lancet*. 2001;358(9284):833-6.
8. Krůtilová V, Yaya S. Unexpected impact of changes in out-of-pocket payments for health care on Czech household budgets. *Health policy*. 2012;107(2):276-88.
9. Moghadam MN, Banshi M, Javar MA, Amiresmaili M, Ganjavi S. Iranian household financial protection against catastrophic health care expenditures. *Iranian journal of public health*. 2012;41(9):62.
10. Nguyen XT. The injury poverty trap in rural Vietnam: causes, consequences and possible solutions. PhD thesis, Department of Public Health and Clinical Medicine, Umeå University, Umeå, Sweden; 2005.
11. Roy K, Howard DH. Equity in out-of-pocket payments for hospital care: evidence from India. *Health policy*. 2007;80(2):297-307.
12. Limwattananon S, Vongmongkol V, Prakongsai P, Patcharanarumol W, Hanson K, Tangcharoensathien V, et al. The equity impact of Universal Coverage: health care finance, catastrophic health expenditure, utilization and government subsidies in Thailand, London: Consortium for Research on Equitable Health Systems; 2011. Available at:http://www.crehs.lshtm.ac.uk/thai_biafia_19jul.pdf. Accessed January 15,2016.
13. Skordis-Worrall J, Pace N, Bapat U, Das S, More NS, Joshi W, et al. Maternal and neonatal health expenditure in Mumbai slums (India): a cross sectional study. *BMC public health*. 2011;11(1):150.
14. World Health Organization. *Health Financing*. 2015. Available from:
http://www.who.int/gho/health_financing/en/. Accessed October30, 2015.
15. World Health Organization. *Health System Financing Profile by country*. 2015 . Available from:
http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en. Accessed July 23, 2015.
16. Gharybi F, Heydari A, Zarei M. Percent out of pocket for health services by people in Kurdistan province in 1388. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2013;18(2):20-8. (In Persian.)
17. Keshavarz A, Kalhor R, Javadi A, Asefzadeh S. Estimating Out Of Pocket payments (oop) for medical cares in Qazvin province in 2009. *Hospital*. 2012;10(4):71-7. (In Persian.)
18. Amery H, Jafari A, Panahi M. Determining the Rate of Catastrophic Health Expenditure and Its Influential Factors on Families in Yazd Province. *Journal of Health Administration*. 2013;16(52):51-60. (In Persian.)
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 Research Journal*. 2009;12(2):38-47 (Persian.)
20. Hajizadeh M, Nghiem HS. Out-of-pocket expenditures for hospital care in Iran: who is at risk of incurring catastrophic payments? *International journal of health care finance and economics*. 2011;11(4):267-285.
21. Leive A, Xu K. Coping with out-of-pocket health payments: empirical evidence from 15 African countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2008;86(11):849-856.
22. Atanasova E, Pavlova M, Moutafova E, Rechel B, Groot W. Out-of-pocket payments for health care services in Bulgaria: financial burden and barrier to access. *The European Journal of Public Health*. 2013;23(6):916-22.
23. World Health Organization. *The world health report 2000: health systems: improving performance* Geneva, Switzerland;2000
24. Asefzadeh S. Health sector reform in view. *The Journal of Qazvin University of Medical Sciences*. 2006;10(3):5-6 (Persian.)
25. Shadpour K. Health sector reform in Islamic Republic of Iran. *Hakim Research Journal*. 2006;9(3):1-18(Persian.)
26. Health Policy Council. *I.R. of Iran Health in 5th economical, social and cultural development plan*; 2009.
27. Ministry of Health and Medical Education (Iran). *Health Sector Evolution*.2015. Available from:
<http://tahavol.behdasht.gov.ir/>. Accessed October13, 2015.

28. Asefzadeh S, Alijanzadeh M, Peyravian F. Out of pocket expenditures for outpatient clinics in teaching hospitals. *Payesh*. 2014;13(3):267-76 (Persian.)
29. Moradi-Lakeh M, Vosoogh-Moghaddam A. Health sector evolution plan in Iran; equity and sustainability concerns. *International journal of health policy and management*. 2015;4(10):637.
30. Dolat.ir. Government Information site: Islamic Republic of Iran;2016 . Available from: <http://www.dolat.ir/NSite/FullStory/News/?Serv=8&Id=280953>. Accessed September 2015
31. Iran National Institute of Health Research. Monitoring of Health Sector Evolution Plan, 2015 2.
32. Asefzadeh S, Alijanzadeh M, Gholamalipoor S, Farzaneh A. Households Encountering with Catastrophic Health Expenditures in Qazvin, Iran. *Health Inf Manage*. 2013;10(1):1-8 (Persian.)
33. Bagheri faradonb S, Arab M, Roodbari M, Rezapoor A, Bagheri faradonbeh H, Ebadifard azar F. Catastrophic and Impoverishing Health Expenditure in Tehran Urban Population. *Journal of Health Administration*. 2016;19(63):55-67 (Persian.)
34. Piroozi B, Moradi G, Nouri B, Mohamadi Bolbanabad A, Safari H. Catastrophic Health Expenditure After the Implementation of Health Sector Evolution Plan: A Case Study in the West of Iran. *International journal of health policy and management*. 2016;5(7):417-23.
35. Ghiasipour M, Poorreza A, Arab M, Mahmoodi M, Abutorabi A. The Analysis of Informal Payments Among Hospitals Covered Under Tehran University of Medical Sciences(TUMS)2009. *Hospital*. 2011;10(3):9-22 (Persian.)
36. Khodamoradi A, Rashidian A, Aghlmand S, Arab M, Moini M. Informal Payments and its Related Factors in Urmia Hospitals. *Hakim Research Journal*. 2015;17(4):313-21 (Persian.)
37. Vahidi R, Saadati M. Determining the distribution of effective factors on out of pocket payment (formal and informal) in hospitalized cardiac patients of Shahid Madani hospital and its side effects on the patient or companions-Iran-Tabriz 2010. *Hospital*. 2013;11(4):45-52 (Persian.)
38. Liaropoulos L, Siskou O, Kaitelidou D, Theodorou M, Katostaras T. Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*. 2008;87(1):72-81.
39. Jahangard M, Roshanian E, Fallahzadeh M, Ganji H, Rahimi M. Health in reducing the share of subsidies paid by patients in all units of Isfahan University of Medical Sciences. *The International Conference on sustainable development in the health system approaches and challenges*; 2015 Feb24-26, Isfahan, Iran; 2016. p142.
40. Zakeri F, Jahangard M, Zakariai M. A comparative study of the contribution of medicines and medical equipment used in hospitals of Isfahan health subsidies. *The International Conference on sustainable development in the health system approaches and challenges*; 2015 Feb24-26, Isfahan, Iran; 2016. P29 (Persian.)
41. Ghiasvand H, Hadian M, Maleki MR, Shabaninejad H. Determinants of Catastrophic Medical Payments in Hospitals Affiliated to Iran University of Medical Sciences 2009. *Hakim Research Journal*. 2010;13(3):145-54 (Persian.)
42. Panahi H, Falahi F, Mohammadzadeh P, Janati A, Narimani M, Sabaghizadeh L. Factors Influencing the Out -of-Pocket Payments by Patients in the Hospital in Tabriz-Iran. *Health Inf Manage*. 2014;11(2):207 (Persian.)
43. Ahmadi A, Nikravan A, Naseri A, Asari A. Effective determinants in Household Out of Packet Payments in Health System of Iran, Using Two Part Regression Model. *Journal of Health Administration*. 2014;17(56):7-18 (Persian.)

Out of Pocket Payment by Inpatients of Public Hospitals After Health Sector Evolution Plan

in Tehran City Sectional Study-A Cross

Submitted: 2016.10.14

Accepted: 2017.6.14

Zarei E¹, Pouragha B², Khodakarim S³, Moosazadeh Nasrabadi AR^{4*}

Abstract

Background: One of the main goals of health sector evolution plan is reducing the amount of out of pocket payment by patients receiving hospital services in public sectors. This study aimed to assess the amount of out of pocket payment by inpatients in public hospitals affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Science in Tehran city in 2015.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, 405 discharged patients from four public and teaching hospitals were selected using convenient sampling method. Data were collected using a researcher made checklist and investigating the hospital bills. In order to data analysis, descriptive statistics and regression analysis were utilized through SPSS Software version 16.

Results: The amount of out of pocket payment was 10.2 percent included 9.9 percent formal payment, 0.2 percent bought & brought goods and 0.1 percent informal payment. The most portion of the hospital costs was related to medical supplies and pharmaceuticals, surgeries services and hosteling with 32.6, 20.6 and 17.36, respectively. Type of hospital, having surgery, average length of stay, family size and gender had significant effect on the out of pocket payment amount ($p \leq 0.05$).

Conclusion: The amount of out of pocket payment by inpatient in public hospitals was in accordance with goal of the health sector evolution plan, which reveals the appropriate government support. It is recommended to tailor and implement enormous plans regarding outpatients and private sector in national level to attain sustained reduction in out of pocket payment.

Keywords: Out of pocket payment, Informal payment, Health system financing, Health sector evolution plan

¹ PhD, Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

² PhD, Assistant Professor, Department of Public Health, School of Health, Alborz University of Medical Sciences, Karaj, Iran

³ PhD, Assistant Professor of Biostatistics, Department of Epidemiology, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ MSc in Health Services Management, Department of Public Health, School of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author), Email: moosazadehalireza@yahoo.com, Tel: 09353498979