

بررسی هزینه های کمرشکن سلامت در خانوارهای دارای بیمار سرطانی و ارتباط برخی عوامل با آن در بیمارستان نمازی شیراز

زهرا کاوسی ، هنگامه دلاوری
علی کشتکاران، فاطمه ستوده زاده

کنفرانس های سالیانه اقتصاد دارو و درمان

نخستین کنفرانس: تجربیات کشوری در مطالعات اقتصادی دارو و درمان

۱۰ لغایت ۱۱ بهمن ماه ۱۳۹۰

فهرست مطالب

➤ مقدمه

➤ روش کار

➤ محاسبه هزینه های کمرشکن سلامت

➤ نتایج

➤ بحث و نتیجه گیری



مقدمه

- مردم برای ارتقا و بازگرداندن سلامت خود در صورت بیماری مجبور به استفاده از خدمات سلامت و خرید آن می باشند، بنابراین بخشی از درآمد خانوار در همه جوامع دنیا صرف هزینه های مرتبط با سلامت می گردد که مقدار آن و توزیع آن در جوامع نشان دهنده ی تحمیل بار مالی سلامت به جوامع است.
- تاکید سازمان جهانی بهداشت بر عدالت
- یک نظام عادلانه، نظامی است که در آن خانوارها متناسب با استطاعت مالی و درآمدی شان در تامین هزینه های سلامت مشارکت داشته باشند.
- جواب به این سوالات که چه کسی هزینه های نظام سلامت را پرداخت می نماید و سهم خانوارها در تامین هزینه های سلامت چقدر است، عادلانه بودن تامین مالی نظام سلامت و میزان دستیابی به هدف انصاف در مشارکت رانشان می دهد.
- تحلیل نتیجه مشارکت مالی خانوار را به وسیله دورویکردمی توان انجام داد.
- در قلب مسأله عدالت یا انصاف در تامین مالی موضوع هزینه های کمرشکن قرار دارد.



مقدمه

- طبق گزارش WHO در سال ۲۰۰۵، هر ساله حدود ۴۴ میلیون خانوار و بیش از ۱۵۰ میلیون نفر در سرتاسر جهان با هزینه های کمر شکن سلامت مواجه می شوند و تقریباً ۲۵ میلیون خانوار و یا ۱۰۰ میلیون نفر جهت پرداخت هزینه خدمات سلامت به فقر دچار می گردند.
- نتیجه یک مطالعه در تهران نشان داد در صد خانوارهای مواجه شده با هزینه های کمر شکن سلامت در سال ۱۳۸۲، ۱۵-۱۰٪ و در سال ۱۳۸۶، ۱۴-۹٪ می باشد.
- امروزه نبود محافظت مالی در سلامت به عنوان بیماری نظام های سلامت شناخته شده است.
- خسارتهای اقتصادی سرطان در سال ۲۰۰۸ نزدیک به ۸۹۵ میلیارد دلار بوده است که معادل ۱/۵٪ از مجموع تولید ناخالص داخلی کشورها در جهان است.
- در سال ۲۰۰۸ سرطان ۷/۶ میلیون نفر را کشته و هر سال نیز ۱۲/۴ میلیون نفر به این بیماری مبتلا می شوند.



روش کار

➤ نوع پژوهش ← توصیفی-تحلیلی وازنوع مقطعی

➤ محیط پژوهش ← بیمارستان نمازی شیراز

➤ جامعه آماری ← بیماران مراجعه کننده به بخش شیمی درمانی و پرتودرمانی

➤ حجم نمونه ← ۲۴۵ خانوار

➤ روش نمونه گیری ← تصادفی ساده



ابزار پژوهش

➤ پرسشنامه "پیمایش سلامت جهانی" (WHS)

➤ ترجمه، ویرایش، پیش آزمون و تاییدروایی و پایایی پرسشنامه در پژوهش تهران

قسمت های مختلف پرسشنامه

➤ رضایتنامه کتبی

➤ اطلاعات نمونه گیری

➤ اطلاعات تماس

➤ اطلاعات دموگرافیک

➤ اطلاعات هزینه ای

➤ سوالات باز



محاسبه هزینه های کمرشکن سلامت

- بعد معادل ← بعد واقعی خانوار به توان عدد ثابت β (معادل ۵۶/۰)
- هزینه سرانه معادل غذایی ← بعد معادل خانوار / هزینه غذایی خانوار
- خط فقر مبتنی بر غذا ← میانگین هزینه سرانه معادل غذایی خانوارهای صدک ۴۵ تا ۵۵
- هزینه معاش ← خط فقر محاسبه شده ✕ بعد معادل خانوار
- ظرفیت پرداخت خانوار ← هزینه کل خانوار - هزینه معاش
- ظرفیت پرداخت / هزینه سلامت $\leq 40\%$ ← مواجهه شده با هزینه کمرشکن
- ظرفیت پرداخت / هزینه سلامت $\geq 40\%$ ← مواجهه نشده با هزینه کمرشکن
- استفاده از آزمون آماری **chi-square** جهت سنجش ارتباط متغیرهای پژوهش

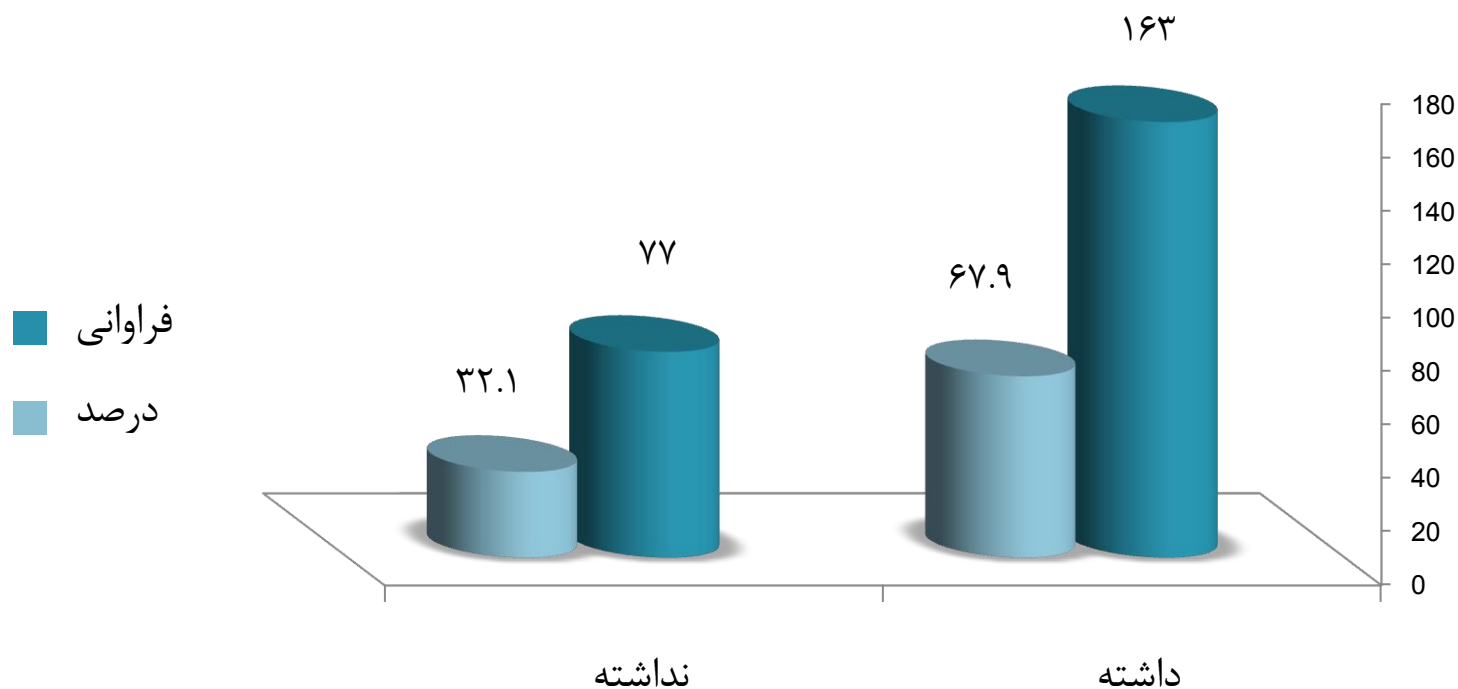


مشخصات خانوارهای مورد مطالعه

خودبیمار		سرپرست خانوار		متغیر	
درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۲۴/۶	۵۹	۲۴/۶	۵۹	بی سواد	تحصیلات
۲۵/۸	۶۲	۲۳/۸	۵۷	ابتدایی	
۱۵	۳۶	۱۷/۹	۴۳	راهنمایی	
۲۰	۴۸	۱۹/۲	۴۶	دبیرستان	
۱۴/۲	۳۴	۱۴/۲	۳۴	دانشگاهی	
۱۱/۳	۲۷	۱/۳	۳	ازدواج نکرده	وضعیت تاهل
۷۷/۵	۱۸۶	۸۶/۳	۲۰۷	متاهل	
۱/۳	۳	۰/۵	۵	طلاق گرفته	
۱۰	۲۴	۰/۱	۲۴	بیوه	
۶۳/۸	۱۵۳	۹/۶	۲۳	زن	جنسیت
۳۶/۳	۸۷	۹۰/۴	۲۱۷	مرد	
۴۹/۴		۵۳/۹		میانگین سن	

یافته ها

➤ درصد خانوارهای مواجهه شده با هزینه های کمرشکن سلامت در خانوارهای دارای بیمار سرطانی ۶۷/۹ می باشد.



بحث

- تفاوت چشمگیر با نتیجه مطالعات دیگر (۲/۳٪ در مطالعه ملی، ۱۱/۸٪ در مطالعه منطقه ۱۷ تهران، ۲/۵٪ در مطالعه تهران، ۲۲/۲٪ در مطالعه کرمانشاه)
- جامعه مورد مطالعه
- بالا بودن هزینه های تشخیص و درمان این بیماری و جزء بیماریهای خاص نبودن آن
- نبود آمار و اطلاعات کافی درباره هزینه های سلامت مبتنی بر گروههای خاص بیماران
- عدم اطلاع سیاستگذاران از وضعیت هزینه های سلامت این گروه از بیماران



یافته ها

➤ مشخصات کلی خانوارهای مواجه شده با هزینه های کمرشکن سلامت:

➤ بعدخانوار ← ۷۱/۷٪ دارای جمعیت بین ۳-۶ نفر

➤ پنجک اقتصادی ← ۸۷/۹٪ در فقیرترین پنجک درآمدی

➤ نوع سرطان ← ۳۸/۳٪ مبتلابه سرطان سینه

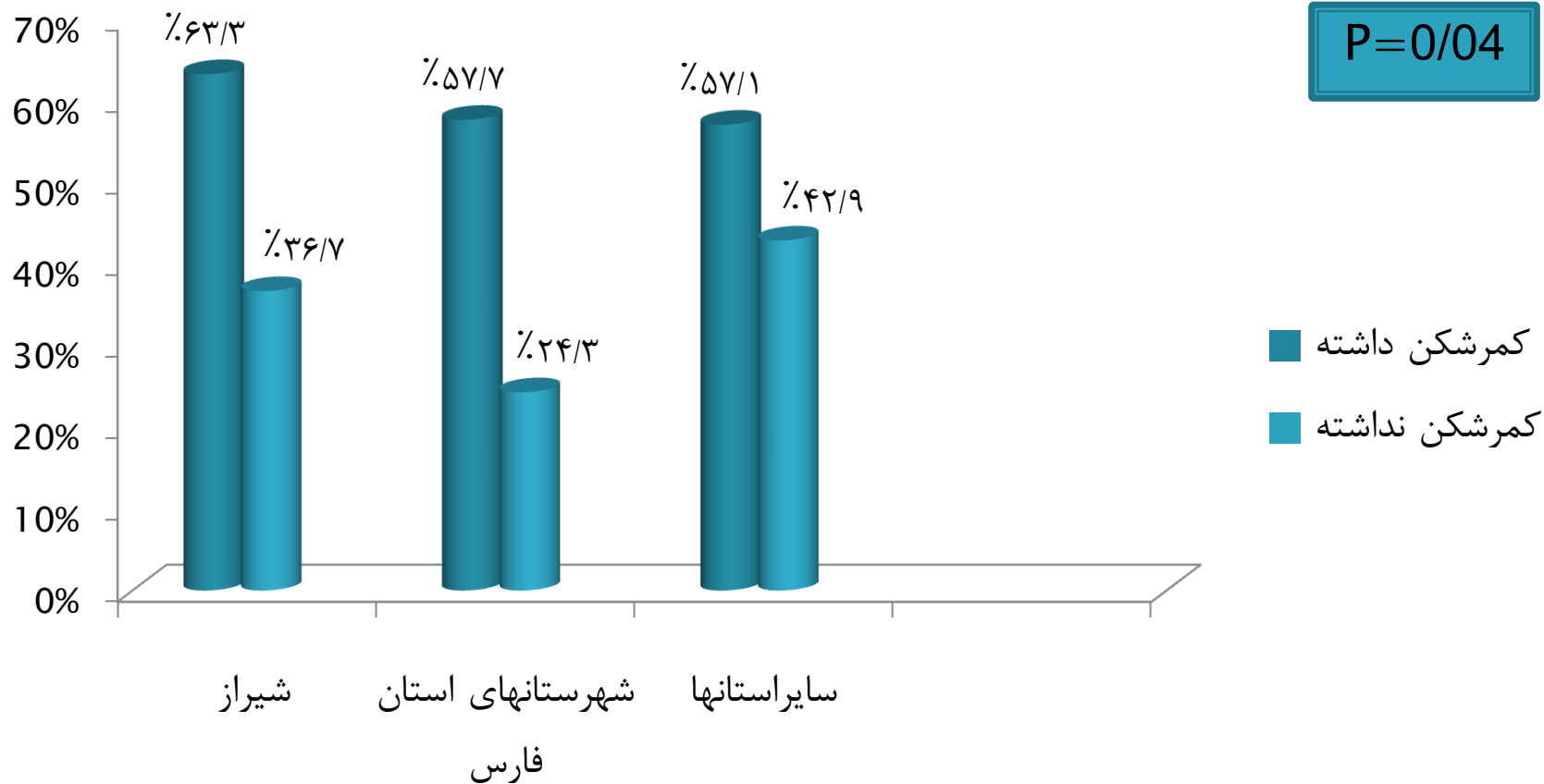
➤ نوع درمان ← ۶۵/۸٪ تحت درمان شیمی درمانی

➤ محل سکونت ← ۴۴/۶٪ ساکن یکی از شهرستانهای استان

فارس (به جز شیراز)



محل سکونت



بحث

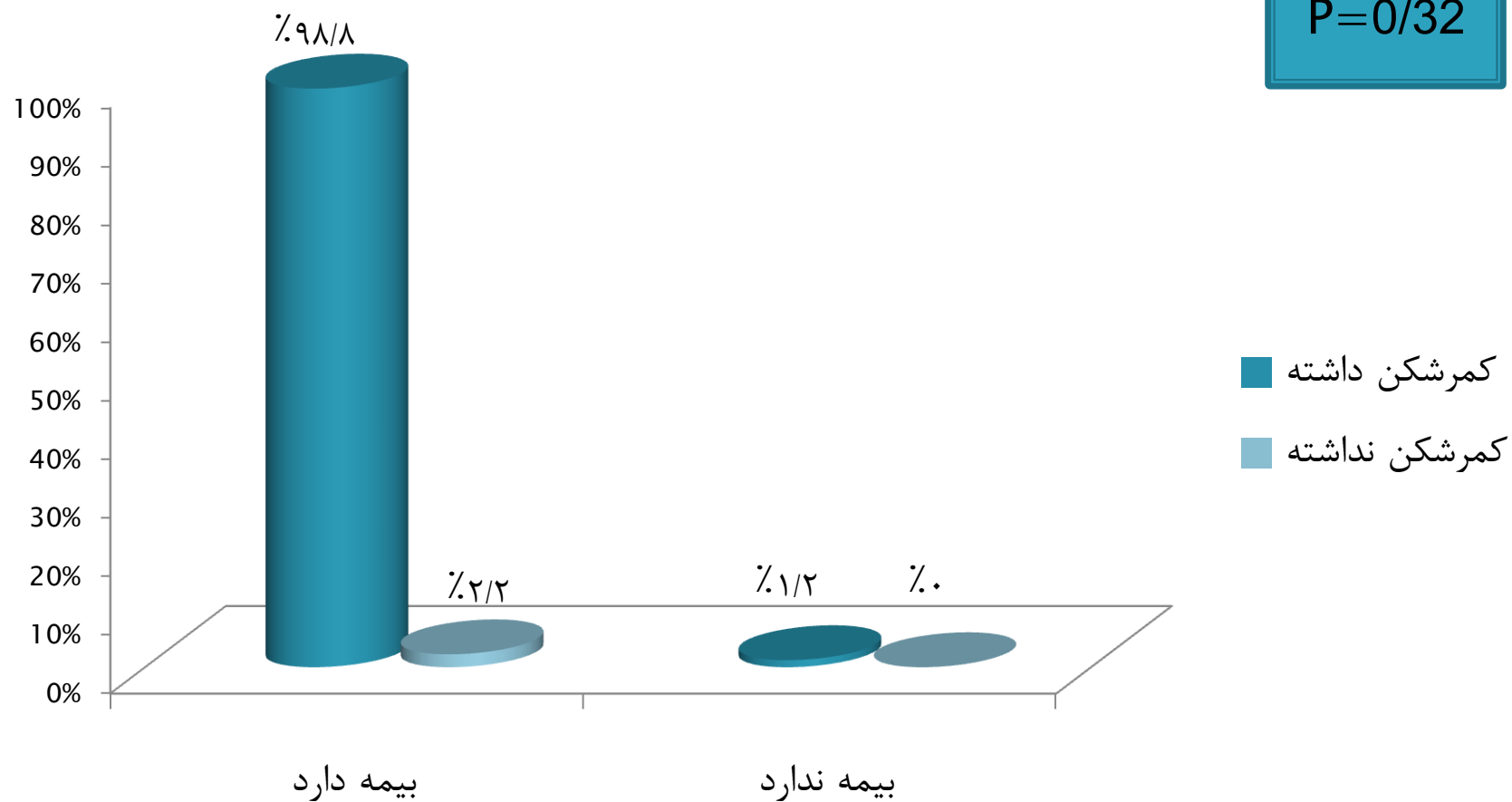
- پایین بودن دسترسی به مراکز ارائه دهنده خدمات تخصصی بیماران سرطانی
- تحمیل هزینه ایاب ذهاب و هزینه اسکان
- بنابه گفته خود بیماران: حاضریم خدمات موردنیاز خود را حتی با هزینه ای بیشتر در شهر خودمان دریافت نمائیم.

- | | | |
|-------------------------|---|----------------------------------|
| ➤ مطالعه رضوی و همکاران | ← | ارتباط معنی دار (اقامت در روستا) |
| ➤ مطالعه هت | ← | ارتباط معنی دار (اقامت در روستا) |
| ➤ مطالعه حسام قیاسوند | ← | ارتباط معنی دار (اقامت در تهران) |



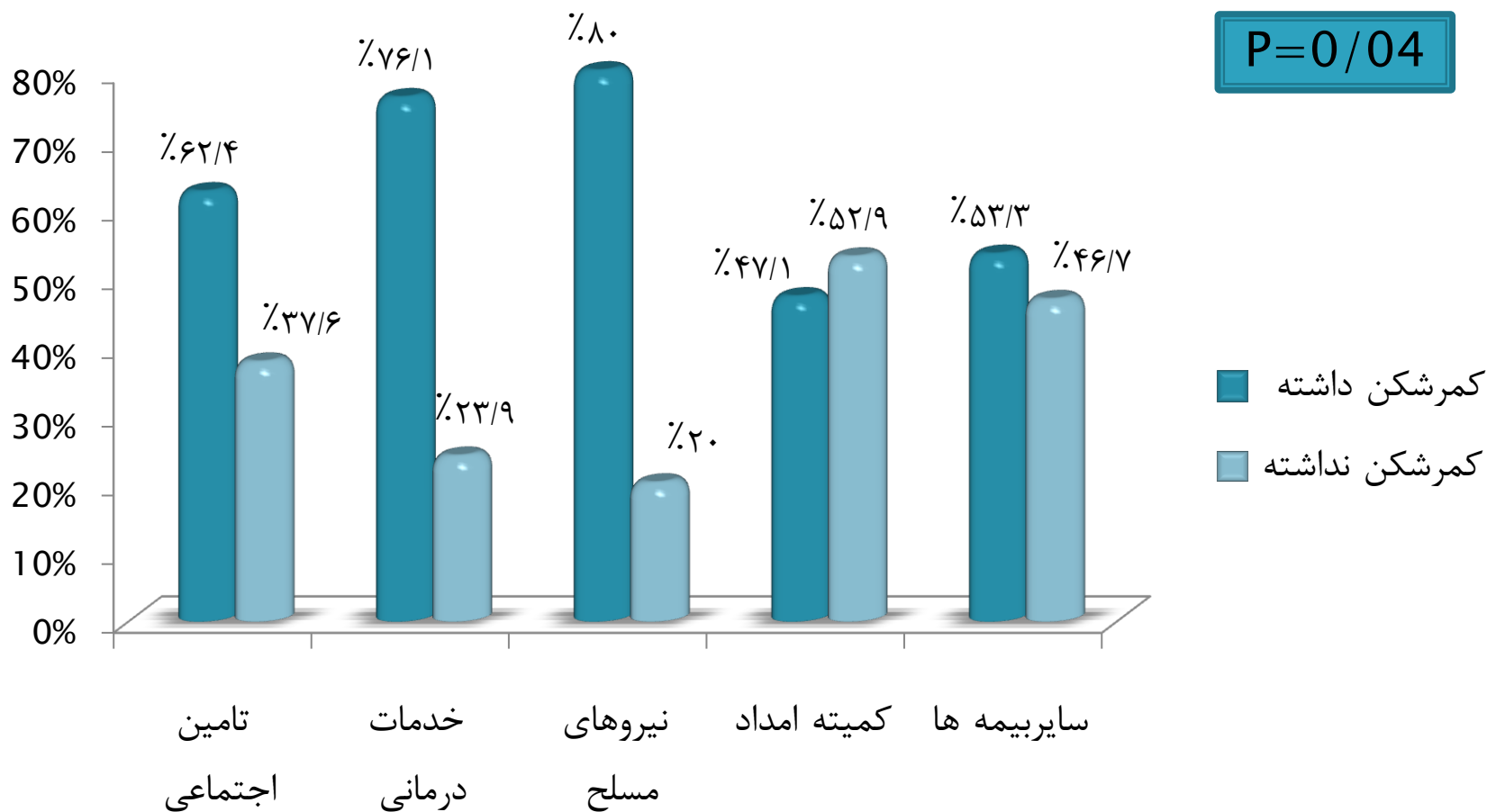
وضعیت بیمه

P=0/32



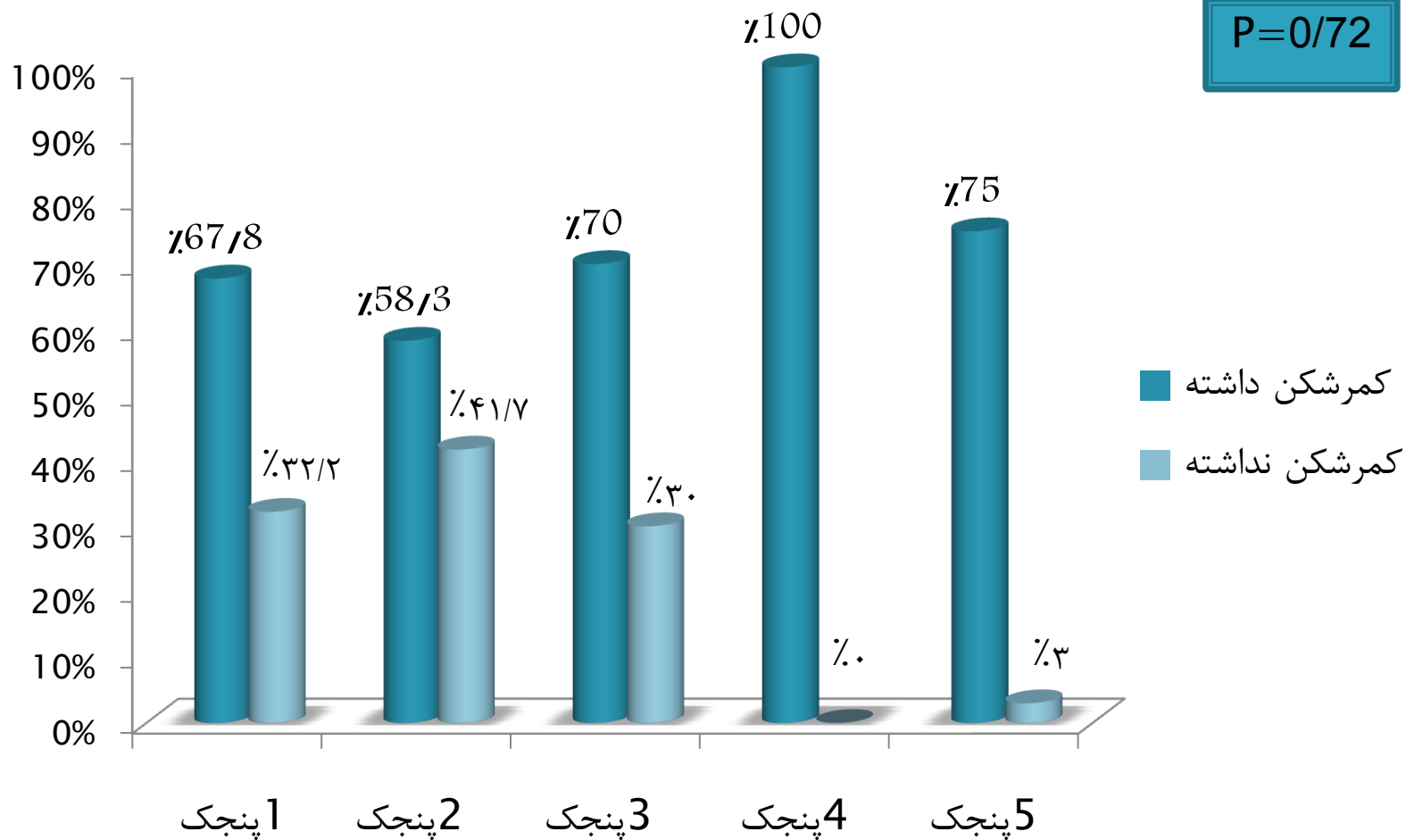
نوع بیمه

P=0/04



وضعیت اقتصادی

P=0/72



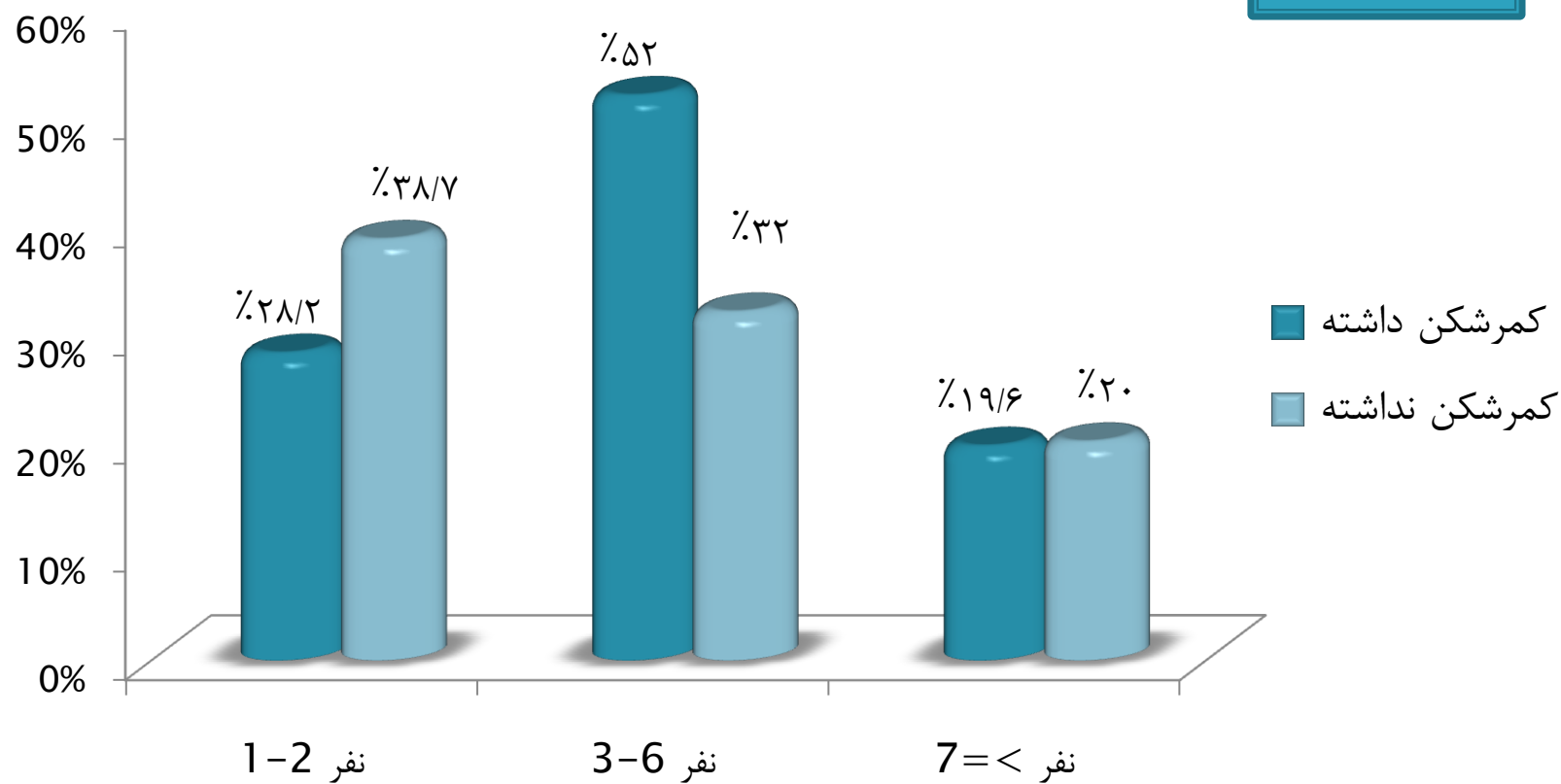
بحث

- ۹۷/۱٪ از کل خانوارهای دارای بیمار سرطانی و ۷۵٪ از خانوارهای مواجهه یافته با هزینه های کمرشکن سلامت در فقیرترین پنجم درآمدی بوده اند.
- شباهت این یافته با نتایج مطالعات دیگر به ویژه مطالعات در کشورهای در حال توسعه؛ به طوری که هرچه وضعیت اقتصادی خانوار بهتر شود خطر مواجهه با هزینه های کمرشکن سلامت کاهش می یابد.
- مطالعه بونو و همکاران در هند نشان داد همه ی خانوارها از فقیرترین دهک و ۹۹٪ خانوارها از دومین دهک با هزینه کمرشکن مواجهه شده اند.



بعد خانوار

P=0/12



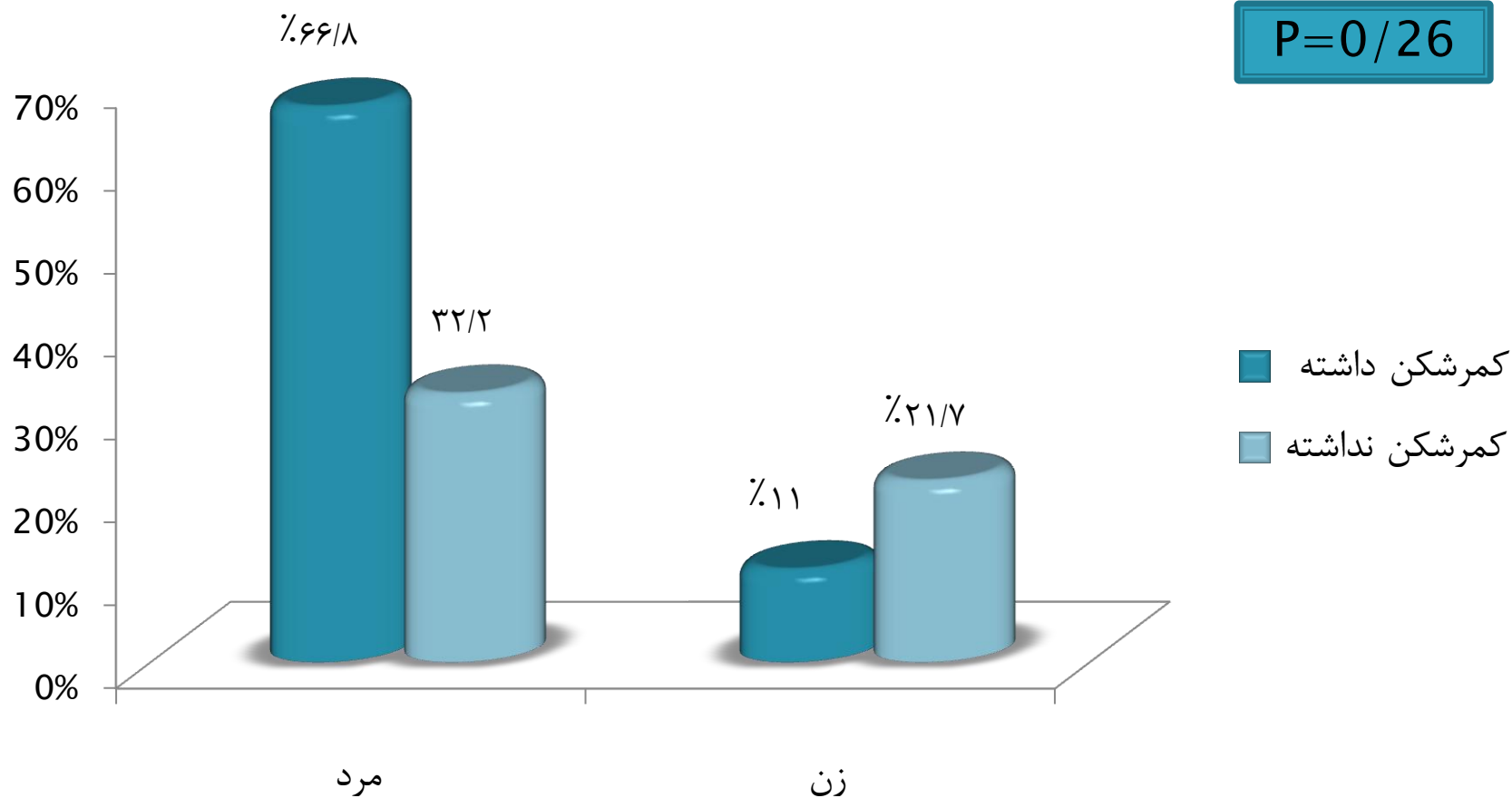
بحث

- مطالعه منطقه ۱۷ تهران ← عدم وجود رابطه معنی دار
- مطالعه کشور تایلند ← ارتباط بسیار ضعیف
- مطالعه حسام قیاسوند ← ارتباط معنی دار
- محسن مهرآرا ← ارتباط معنی دار
- مطالعه احمد دربنگلادش ← عامل مهم



جنس سرپرست خانوار

P=0/26



بحث

- مطالعه منطقه ۱۷ تهران ← ارتباط معنی دار
- مطالعه حسام قیاسوند ← ارتباط معنی دار
- مطالعه کرمی ← ۱۱/۹٪ از خانوارها سرپرست زن

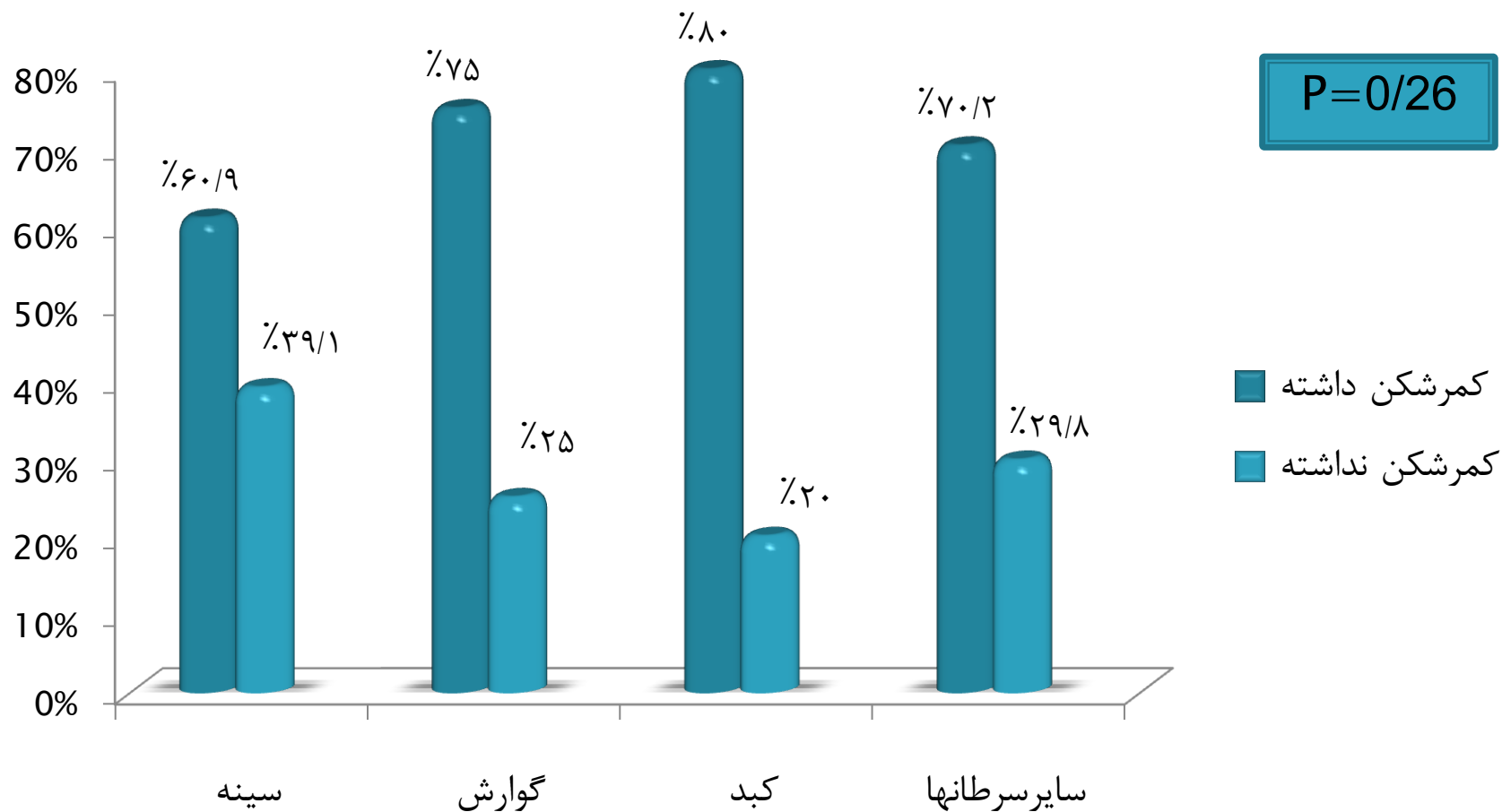


نوع درمان

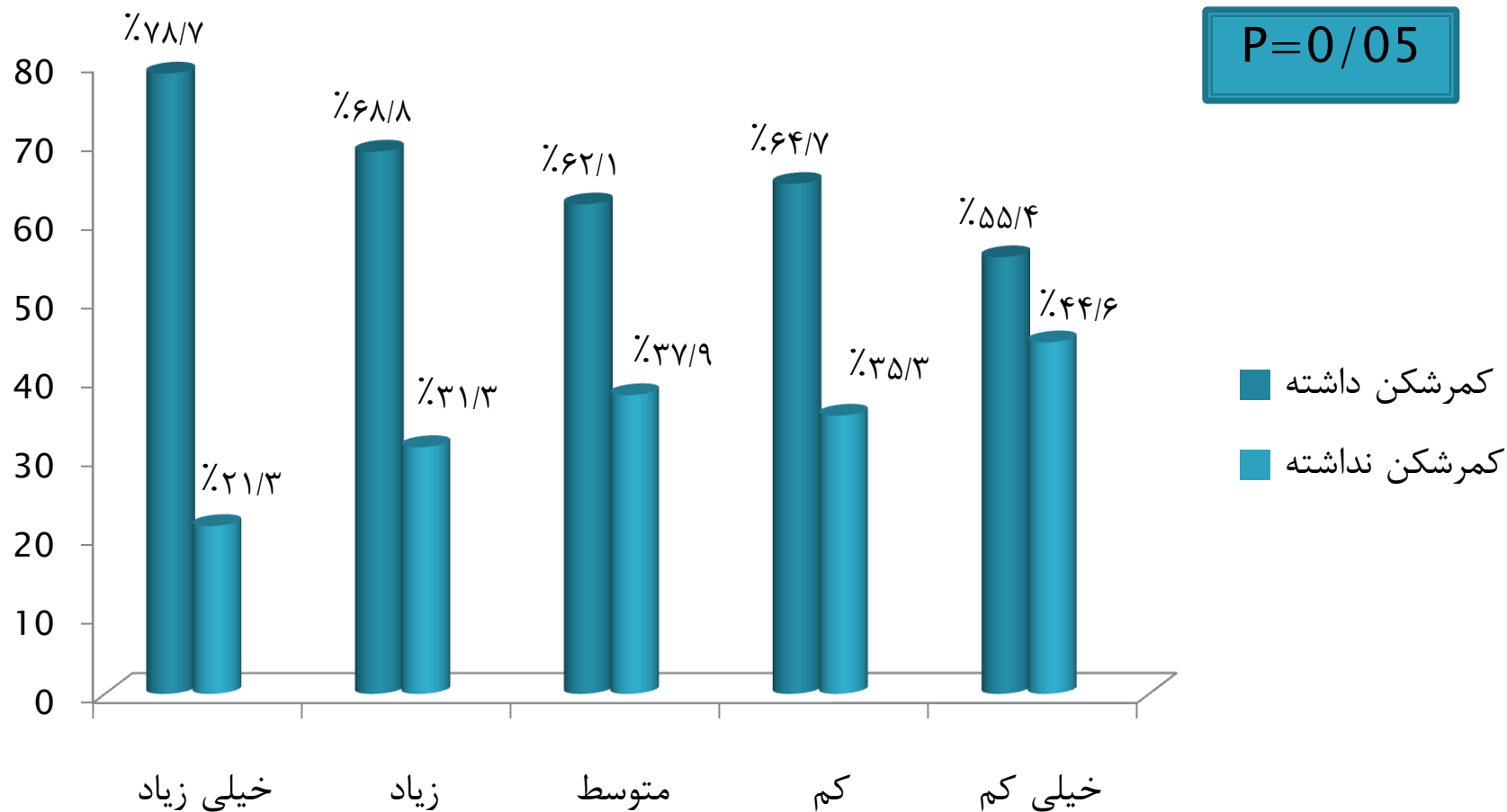
P=0/01



نوع سرطان

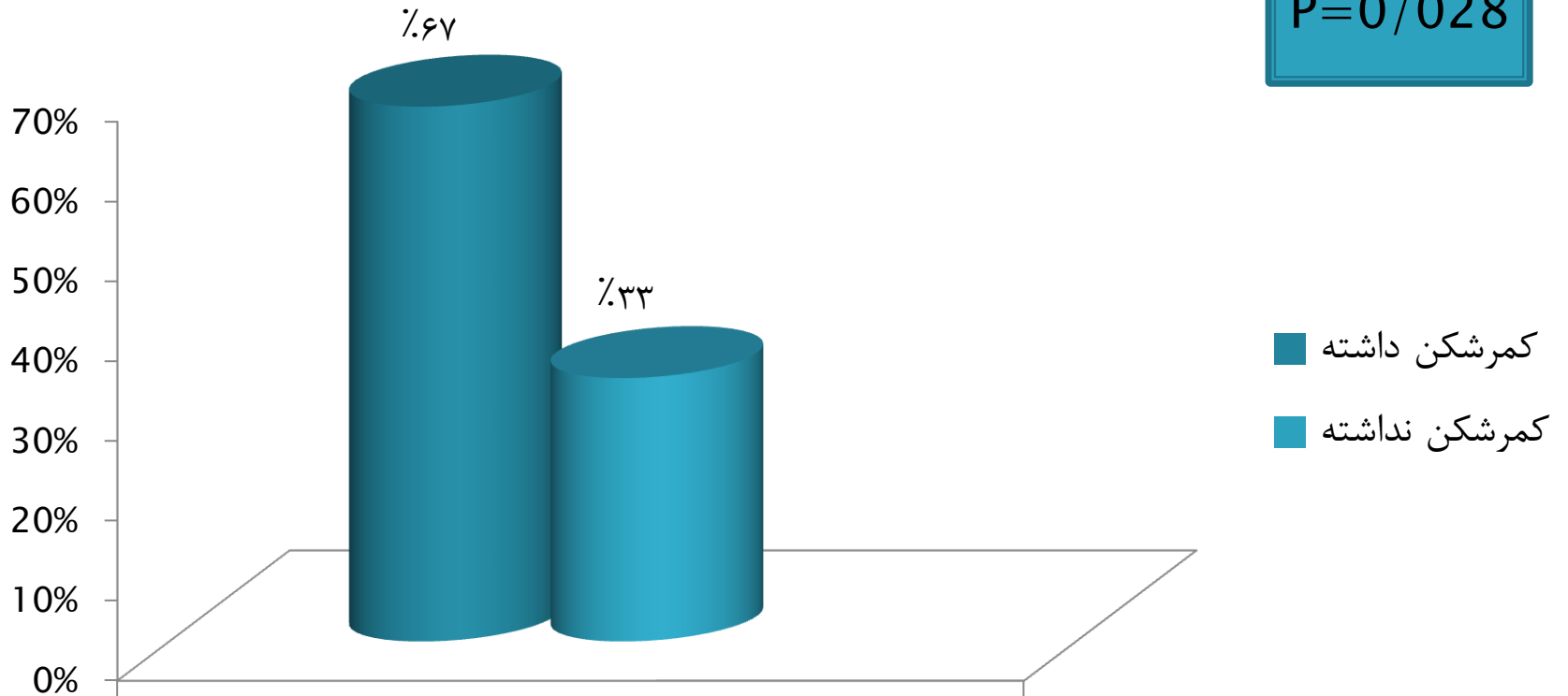


صرف نظراز خدمات بهداشتی درمانی



مصرف خدمات سرپایی

P=0/028



مصرف خدمات سرپایی



بحث

- مزمن بودن بیماری سرطان و نیازمند مراقبت و پایش مکرر
- ضعف جسمانی و ابتلا به بیماریهای دیگر
- مطالعه کاوسی و همکاران نیز معنی داری ارتباط بین این دو متغیر تایید شده است، به طوری که افزایش دفعات استفاده؛ مواجهه با هزینه های کمر شکن سلامت را افزایش می دهد.



نتیجه گیری

➤ یافته ها بیانگر این است که نظام سلامت به هدف عادلانه بودن مشارکت مالی خانوار ها در تامین مالی نظام سلامت علی الخصوص در خانوارهای دارای بیمار سرطانی نرسیده است و شواهد نشان می دهد علی رغم این که تلاش هایی در این زمینه انجام شده است، اما به دلیل سرسام آور بودن هزینه های درمان بیماری سرطان، مثر ثمر نبوده و تعداد کثیری از این خانوارها جهت تامین هزینه های درمانی خود با مشکلات مالی مواجه شده اند. بنابراین داشتن توجه ویژه به این بیماران و انجام اقدامات حمایتی دیگر در جهت کاهش سهم بیماران در پرداخت هزینه ها باید در دستور کار نظام سلامت قرار گیرد.



تشکر و قدردانی

- سرکار خانم دکتر کاوسی
- جناب آقای دکتر کشتکاران
- سرکار خانم فاطمه ستوده زاده
- از تمامی بیماران سرطانی و همراهان آن ها که در این مطالعه شرکت نموده و با شکیبایی تمام و با دقت به سوالات ما پاسخ دادند صمیمانه سپاسگذاری می نمایم .
- تشکر ویژه از توجه شما حضار محترم



تشکر و قدردانی

- سرکار خانم دکتر کاوسی
- جناب آقای دکتر کشتکاران
- سرکار خانم فاطمه ستوده زاده
- از تمامی بیماران سرطانی و همراهان آن ها که در این مطالعه شرکت نموده و با شکیبایی تمام و با دقت به سوالات ما پاسخ دادند صمیمانه سپاسگذاری می نمایم .
- تشکر ویژه از توجه شما حضار محترم



*“The essence of a satisfactory health service is that the rich and the poor are treated **alike**, that poverty is not a disability, and wealth is not advantaged.”*



Aneurin Bevan

