مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/دوره هجدهم /پاییز ۱۳۹۲/۲۸-۲۰

درصد پرداخت مستقیم از جیب برای خدمات سلامت توسط مردم در استان کردستان در سال ۱۳۸۸

فردین غریبی[۱]، عطاالله حیدری[۲]، مژده زارعی[۳]

۱.کارشناس ارشد مدیریت بهداشت و درمان، معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

۲. پزشک عمومی، مدیر امور تحقیقات وفناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان، عضو مرکز تحقیقات گوارش و کبد، سنندج، ایران .(مولف مسئول)، تلفن ثابت:۰۸۷۱-۶۱۳۱۳۴۴، heydari132@muk.ac.ir

۳.کارشناس ارشد مامایی، معاونت پژوهشی و فناوری دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران.

چکیده

مقدمه : بخشی از درآمد خانوار در همه کشورها صرف هزینه‌های مرتبط با سلامت می شود. مقدار این سهم و توزیع آن نشان دهنده تحمیل بار مالی سلامت به جوامع است. این مطالعه با هدف تعیین درصد پرداخت‌های مستقیم خانوارها برای دریافت خدمات، مراقبتها و وسایل بهداشتی مردم استان کردستان انجام گردید.

روش مطالعه: این مطالعه به روش توصیفی بر روی ۱۵۱۸ خانوار ساکن مناطق شهری و روستایی استان کردستان در سه ماهه چهارم سال ۱۳۸۸، در ۱۵۰ خوشه ۱۰ خانواری در سطح استان انجام شد. ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه بود که در دو بخش مشخصات خانوار و بخش هزینه های سلامت خانوار (هزینه سرپایی، هزینه بستری، هزینه مراقبت پرستاری، هزینه دارو و سایل طبی، هزینه های تشخیص طبی، پیرا پزشکی) طراحی شده بود. هزینه خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (ویزیت، تشخیص، دارو و وسایل بهداشتی) و بستری در طول چهار هفته (شامل هفته آخر دی ماه، هفته دوم و چهارم بهمن ماه و هفته دوم اسفند ماه ۱۳۸۸) برای هر یک از اعضاء و یا خانوار را بصورت هزینه کل و هزینه پرداخت شده توسط خانوار در پرسشنامه ثبت گردید. داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار spss.16 و محاسبه میانگین، انحراف معیار و میانه تجزیه و تحلیل گردید.

نتایج: سهم مردم برای داروهای نسخه ای ۴۳/۳ درصد و برای سایر داروهای غیر نسخه ای و لوازم مصرفی ۱۰۰ درصد، برای هزینه وسایل درمانی با دوام ۹۵/۴ درصد، برای خدمات تشخیصی درمانهای سرپایی ۵۴/۱ درصد، خدمات پزشکان بویژه ویزیت در مطب‌های خصوصی، درمانگاه یا منزل ۷۵/۵ درصد بوده است. سهم خانوار برای پرداخت هزینه های خدمات پزشک عمومی ۶۲/۳٪، پزشک متخصص ۷۶/۵ ٪، روانپزشکان ۷۵/۷ ٪ و برای دندانپزشکان برابر ۸۰/۹ درصد بود. مردم ۱۳/۸ درصد هزینه های بستری را پرداخت نموده بودند. میانگین کل هزینه خدمات سلامت خانواده های مورد مطالعه در مدت چهار هفته ای که این بررسی انجام شد برابر ۲۵۲۰۱۲ ± ۸۵۳۸۰ با میانه ۴۱۰۵۰ تومان بود که سهم پرداخت از جیب توسط مردم برابر ۵۵ درصد بدست آمد.

نتیجه گیری: بطور کلی با توجه به درصد بالای سهم مردم از هزینه های سلامت، گسترش نقش سازمان‌های بیمه گر بر اساس سه هدف پوشش جمعیتی بیش از ۹۰ درصد، افزایش سهم از هزینه‌های خدمات بخش دولتی و بخش خصوصی بیش از ۷۰ درصد، ضروری به نظر می‌رسد.

کلید واژه : هزینه سلامت، سهم خانوار، خدمات درمانی، خدمات بستری

وصول مقاله : ۹۱/۵/۲۸ اصلاحیه نهایی:۹۱/۹/۱۲ پذیرش:۹۱/۱۱/۸

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

مقدمه

پیشرفت‌های علم پزشکی، افزایش شهرنشینی، تغییرات سبک زندگی، تغییر الگوی بیماری‌ها، فعال شدن بخش خصوصی در کنار بخش‌های دولتی در امور سلامت و ایجاد بازارهای پیچیده سلامت که شرایط اقتصادی خاص خود را دارند و از اصولی تبعیت می‌کنند که در بقیه بازارهای اقتصادی کمتر به چشم می‌خورد، مشکلات و مسائلی را بوجود آورده است که رویکردهای خاصی را در تصمیم‌گیری‌های کلان می‌طلبند (۱).

به گزارش بانک جهانی تنها حدود ۱۲ درصد کل هزینه‌های سلامت در کل جهان در کشورهای با درآمد کم و متوسط هزینه شده است، در حالی که این کشورها ۸۴ درصد جمعیت جهان را در برگرفته‌اند و ۹۰ درصد از بار بیماری‌ها را به خود اختصاص داده‌اند (۲). همچنین کشورهای با درآمد بالا بیش از ۱۰ درصد تولید ناخالص داخلی خود را به بخش سلامت اختصاص داده‌اند؛ در شرایطی که در کشورهای با درآمد متوسط و پایین، این رقم به ترتیب ۶ درصد و ۵/۳ درصد است (۳). رشد قیمت‌های خدمات درمانی نه تنها رابطه پزشک-بیمار-تولیدکنندگان-مصرف‌کنندگان را مخدوش می‌کند، بلکه سبب می‌شود که استفاده از خدمات درمانی توسط اقشار آسیب‌پذیر جامعه و کم‌بنیه مالی جامعه کمتر شود و جریان‌های خود درمانی که معضلات خاص خود را دارد، رواج یابد. نتایج این وضعیت می‌تواند پایه‌های هر نظام سلامتی را فرو ریزد و صدمات جبران ناپذیری بر پیکره سلامت جامعه وارد آورد (۴).

بر اساس مطالعات حساب‌های ملی سلامت کشور، ۵۵٪ از منابع بخش سلامت در زمان بیماری و به صورت پرداخت مستقیم خانواده تأمین می‌شود و حدود ۳/۳ درصد از خانواده‌های کشور با پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامتی روبه‌رو هستند، به عبارت دیگر حدود ۲ میلیون نفر از جمعیت کشور در معرض آسیب جدی قرار دارند. همچنین سهم مخارج سلامت از تولید ناخالص داخلی را حدود ۵/۶ درصد و سهم منابع عمومی از هزینه‌های بهداشت و درمان را تنها ۴۶/۷ درصد برآورد نموده است (۵).

بر اساس ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه کشور، ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت 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 نود درصد (۹۰٪) ارتقا یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از سی درصد (۳۰٪) افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب‌پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به یک درصد (۱٪) کاهش یابد. این قانون وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی را مکلف نموده با مشارکت سازمان مدیریت و برنامه‌ریزی کشور، آیین‌نامه چگونگی متعادل نمودن سهم مردم در تأمین منابع بهداشت و درمان برای تحقق اهداف مذکور را ظرف مدت شش ماه پس از تصویب این قانون تهیه و برای تصویب به هیات وزیران ارائه نماید (۶)،که متاسفانه این امر محقق نشده است.

بخشی از درآمد خانوار در همه کشورها صرف هزینه های مرتبط با سلامت می شود مقدار این سهم و توزیع آن نشان دهنده تحمیل بار مالی سلامت به جوامع است. با توجه به اینکه مطالعه در خصوص میزان پرداخت مردم برای هزینه‌های بهداشت و درمان از اهمیت بسیاری برای برنامه‌ریزان نظام سلامت برخوردار است. این مطالعه باهدف تعیین درصد پرداختهای مستقیم خانوارها برای دریافت خدمات ، مراقبتها و وسایل بهداشتی مردم استان کردستان انجام گردید.

روش کار

این مطالعه به روش توصیفی و روش نمونه گیری خوشه ای بر روی ۱۵۱۸ خانوار ساکن مناطق شهری و روستایی استان

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

کردستان درسه ماهه سوم سال ۱۳۸۸، در ۱۵۲ خوشه ۱۰ خانواری بر اساس جدول ۱ در سطح استان انجام شد.

جدول۱) توزیع نمونه های مورد مطالعه در سطح استان کردستان

شهرستان	شهری	روستا	تعداد نمونه
سنندج	۳۲	۱۰	۴۱۸
سقز	۱۵	۱۰	۲۴۵
قروه	۱۱	۱۱	۲۱۹
مریوان	۹	۶	۱۵۱
بانه	۶	۳	۹۲
بیجار	۶	۷	۱۲۸
کامیاران	۴	۷	۱۱۲
دیواندره	۲	۷	۹۲
سروآباد	۱	۵	۶۱
استان	**۸۵**	**۶۵**	**۱۵۱۸**

ابزار جمع آوری داده ها، پرسشنامه بود که در دو بخش مشخصات خانوار و بخش هزینه های سلامت خانوار (هزینه سرپایی، هزینه بستری، هزینه مراقبت پرستاری، هزینه دارو وسایل طبی، هزینه های تشخیص طبی، پیراپزشکی) طراحی شده بود. به منظور تکمیل پرسشنامه ها، کارشناسان همکار طرح در هر شهرستان به سرپرست یا فردی از خانواده که تحصیلات کافی داشته، مراجعه نمایند و از آنها خواستند که هزینه خدمات بهداشتی درمانی سرپایی (ویزیت، تشخیص، دارو و وسایل بهداشتی) و بستری در طول چهارهفته (شامل هفته آخر دی ماه، هفته دوم و چهارم بهمن ماه و هفته دوم اسفند ماه ۱۳۸۸) برای هریک از اعضاء و یا خانوار را بصورت هزینه کل و هزینه پرداخت شده توسط خانوار در پرسشنامه ثبت نمایند. در مواردیکه خدمات و مراقبتهای دریافت شده، توسط شرکتهای بیمه و یا موسسات مانند بانک پرداخت شده کل هزینه را از ارائه دهنده سوال و در پرسشنامه ثبت گردید. خانوارهای انتخاب شده توسط پرسشگران بصورت هفتگی (۴ بار) از نظر چگونگی و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها مورد بررسی و بازبینی قرار گرفتند.

داده ها پس از جمع آوری با استفاده از نرم افزار spss.16 و محاسبه میانگین، انحراف معیار و میانه آنالیز شد. با توجه به اینکه توزیع داده های جمع آوری شده نرمال نبود و دامنه هزینه ها و پرداختها زیاد بود در بعضی از متغیرها انحراف معیار بزرگتر از میانگین بوده که با توجه به شرایط خاص داده‌ها نمی‌توانستیم نقاط دور افتاده را حذف نماییم. همچنین نتوانستیم از میانه (به جز هزینه کل) استفاده کنیم زیرا از ۱۵۱۸ خانوار مورد مطالعه در بسیاری ازخانوارها، متغیر مورد مطالعه را در مدت مطالعه نداشتند، بنابراین در اکثر متغیرها میانه صفر بود.

نتایج

یافته های این بررسی در ۱۵۱۸ خانوار مورد مطالعه نشان داد که از نظر وضعیت اشتغال سرپرست خانوار ۷۵/۸ درصد شاغل بودند. از نظر رده شغلی ۵۰/۱ درصد کاسب یا خویش فرما و ۱۷/۱ درصد نیز کارمند بودند. ۸۳/۸ درصد خانوارهای مورد مطالعه تحت پوشش یکی از بیمه های درمانی بودند که بیمه خدمات درمانی با ۵۶/۶ درصد

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بود. فقط ۱۱/۷ درصد خانوارها تحت پوشش بیمه مکمل بودند (جدول۲).
میانگین هزینه خرید دارو و لوازم مصرفی از داروخانه ها در ۱۵۱۸ خانوار مورد مطالعه ۳۳۵۹۰ ±۱۹۳۸۰ تومان و میانگین پرداختی خانوار ۲۴۶۶۳±۱۲۵۷۰ تومان که سهم مردم برابر ۶۴/۸ درصد هزینه‌ها است. سهم مردم برای داروهای نسخه‌ای ۴۳/۳ درصد و برای سایر داروهای غیر نسخه ای و لوازم مصرفی ۱۰۰ درصد بود. میانگین هزینه وسایل درمانی با دوام از قبیل عینک، سمعک، اعضای مصنوعی برابر ۴۲۱۲۲ ± ۳۹۵۵ تومان و سهم مردم از این هزینه ها ۹۵/۴ درصد بود. در بحث خدمات تشخیصی درمانهای سرپایی مانند خدمات رادیولوژی و رادیو گرافی، هزینه برابر ۱۱۳۴۴±۳۴۹۱۲ تومان و درصد پرداختی مردم ۵۴/۱ درصد هزینه‌ها بوده است. هزینه خدمات پزشکان بویژه ویزیت در مطبهای خصوصی، درمانگاه یا منزل بطور میانگین ۱۸۹۰۵±۵۰۳۶۳ تومان و سهم خانوارها از این مقدار، ۷۵/۵ درصد بوده است. سهم خانوار برای پرداخت هزینه‌های خدمات پزشک عمومی ۶۲/۳ ٪، پزشک متخصص ۷۶/۵ ٪، روانپزشکان ۷۵/۷ ٪ و برای دندانپزشکان برابر ۸۰/۹ درصد است. میانگین هزینه خدمات ارائه شده توسط پرسنل غیر پزشک مانند ماما، پرستاری، مشاوره تغذیه، فیزیوتراپی و شنوایی سنجی و ... برابر ۲۳۳۷۳ ± ۵۳۶۷ تومان بود که مردم ۷۲/۱ درصد آن را پرداخت نموده اند. که سهم مردم برای دریافت خدمات مامایی و پرستاری بیش از سایر خدمات پیراپزشکی بود (جدول ۳). متوسط هزینه خدمات بستری انجام شده برای مردم ۲۲۰۳۸۵ ± ۲۳۱۷۸ تومان بود و مردم ۱۳/۸ درصد هزینه‌های بستری را پرداخت نموده بودند. میانگین کل هزینه خدمات سلامت خانواده های مورد مطالعه در مدت چهار هفته ای که این بررسی انجام شد برابر ۲۵۲۰۱۲±۸۵۳۸۰ (میانه ۴۱۰۵۰) تومان بود که سهم پرداخت از جیب توسط مردم برابر ۵۵ درصد بدست آمد (جدول۴). در هزینه‌های پرداخت شده به تفکیک شهرستانهای استان یافته ها نشان می دهد که مردم سنندج با پرداخت ۷۰/۷ درصد هزینه ها بیشترین و مردم بانه با ۴۴/۲ درصد کمترین سهم پرداختی را داشته اند (جدول۵).

جدول۲) توزیع فراوانی مشخصات خانوارهای مورد مطالعه در استان کردستان ۱۳۸۸

مشخصات	متغیر	تعداد	درصد
وضعیت اشتغال	شاغل	۱۱۴۳	۷۵/۸
	درآمد بدون کار	۲۳۳	۱۵/۵
	بیکار	۶۸	۴/۶
	خانه دار	۶۲	۴/۱
رده شغلی	کارفرما یا مدیر	۵۰	۳/۶
	کاسب یا خویش فرما	۷۰۶	۵۱/۱
	کارمند	۲۳۷	۱۷/۱
	کارگر فنی	۹۵	۶/۹
	کارگر ساده	۲۹۴	۲۱/۳
بیمه پایه	دارد	۱۲۷۲	۸۳/۸
	ندارد	۲۴۶	۱۶/۲
نوع بیمه	خدمات درمانی	۷۲۰	۵۶/۶
	تامین اجتماعی	۳۲۸	۲۵/۸
	نیروهای مسلح	۴۳	۳/۴
	کمیته امداد	۳۵	۲/۸
	سایر بیمه ها	۱۴۶	۱۱/۵
بیمه مکمل	دارد	۱۴۹	۱۱/۷
	ندارد	۱۰۶۹	۸۴/۱
	نمی داند	۵۴	۴/۲

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

جدول ۳) کل هزینه و هزینه پرداخت شده و سهم مردم برای خدمات سرپایی سلامت توسط مردم استان کردستان در سال ۱۳۸۸

شرح خدمات	در کل خانوارها (۱۵۱۸)			در خانوارهای استفاده کننده		
	میانگین هزینه (تومان)	میانگین پرداختی (تومان)	سهم مردم (درصد)	تعداد خانوار	میانگین هزینه (تومان)	میانگین پرداختی (تومان)	سهم مردم (درصد)
خرید دارو و لوازم مصرفی از داروخانه	۱۹۳۸۰ ± (۳۳۵۹۰)	۱۲۵۷۰ ± (۲۴۶۶۳)	۶۴/۸	۱۱۳۲	۲۵۹۸۸± (۳۶۶۲۵)	۱۷۳۹۳±(۲۷۵۳۰)	۶۶/۹
داروهای درمانی با ارائه نسخه	۱۲۰۱۲ ± (۲۶۲۲۴)	۵۲۰۰ ± (۱۴۶۳۵)	۴۳/۳	۷۹۱	۲۳۰۵۰ ±(۳۲۶۴۵)	۱۰۷۵۶±(۱۹۵۸۰)	۴۷
داروهای درمانی بدون ارائه نسخه	۵۶۵۷ ± (۱۷۴۳۳)	۵۶۵۷ ± (۱۷۴۳۳)	۱۰۰	۷۲۹	۱۱۷۸۰± (۲۳۶۸۶)	۱۱۷۸۰± (۲۳۶۸۶)	۱۰۰
داروهای گیاهی و عرقیات	۵۸۷ ± (۳۸۵۷)	۵۸۷ ± (۳۸۵۷)	۱۰۰	۱۵۳	۵۸۲۰± (۱۰۸۵۴)	۵۸۲۰± (۱۰۸۵۴)	۱۰۰
لوازم کمکهای اولیه	۸۱۴ ± (۴۷۶۶)	۸۱۴ ± (۴۷۶۶)	۱۰۰	۱۷۲	۷۱۸۰± (۱۲۴۷۰)	۷۱۸۰± (۱۲۴۷۰)	۱۰۰
کفش و جوراب طبی، زانو و آرنج بند و سایر پوششهای موضعی	۳۱۲ ± (۳۶۵۶)	۳۱۲ ±(۳۶۵۶)	۱۰۰	۴۶	۱۰۲۹۰± (۱۸۵۹۳)	۱۰۲۹۰± (۱۸۵۹۳)	۱۰۰
خرید وسایل درمانی بادوام	۳۹۵۵ ± (۴۲۱۲۲)	۳۷۷۵ ±(۴۱۸۶۵)	۹۵/۴	۸۶	۶۹۸۰۷±(۱۶۴۳۶۳)	۶۹۰۴۳ ± (۱۶۶۹۲۴)	۹۸/۹
عینک، شیشه عینک، لنز طبی و تعمیرات	۲۱۵۶ ± (۳۴۲۱۵)	۲۱۲۰ ± (۳۴۲۰۰)	۹۸/۳	۶۳	۵۱۹۴۸±(۱۶۱۲۹۷)	۵۱۹۰۰± (۱۶۲۶۷۰)	۹۹/۵
اعضای مصنوعی ، سمعک و دندان مصنوعی و تعمیرات آنها	۱۸۰۰ ± (۲۴۵۰۰)	۱۶۵۵ ± (۲۴۰۶۵)	۹۱/۹	۲۶	۱۰۵۰۲۷± (۱۵۸۶۰۰)	۱۰۴۶۹۶± (۱۶۴۱۲۷)	۹۹/۶
خدمات تشخیصی- طبی برای درمان سرپایی	۱۱۳۳۴ ± (۳۴۹۱۲)	۶۱۳۳ ±(۲۱۵۲۲)	۵۴/۱	۴۰۹	۴۲۰۶۷± (۵۶۸۸۵)	۲۴۴۳۶ ± (۳۲۴۲۷)	۵۸/۱
خدمات رادیولوژی و رادیوگرافی	۸۰۰۰ ± (۳۰۹۰۰)	۴۳۱۷ ± (۱۸۹۷۵)	۵۳/۹	۳۰۱	۴۰۳۵۰± (۵۹۳۱۶)	۲۳۹۲۰± (۳۹۱۲۰)	۵۹/۳
خدمات آزمایشگاهی ، پاتولوژی و پزشکی هسته ای	۳۳۳۳ ±(۱۳۳۷۰)	۱۸۱۶ ± (۷۷۱۸)	۵۴/۵	۱۹۵	۲۵۹۵۰± (۲۸۴۲۲)	۱۴۸۱۸± (۱۷۱۶۷)	۵۷/۱
ویزیت پزشک " درمنزل، مطب، درمانگاه "	۱۸۹۰۵ ± (۵۰۳۶۳)	۱۴۲۷۸ ± (۴۵۲۲۳)	۷۵/۵	۸۷۹	۳۲۶۴۸± (۶۲۷۱۶)	۲۵۹۵۸ ± (۵۸۴۵۲)	۷۹/۵
ویزیت، جراحی سرپایی و خدمات توسط پزشک عمومی	۳۵۶۰ ± (۱۴۶۱۷)	۲۲۱۷ ± (۸۸۱۰)	۶۲/۳	۵۳۰	۱۰۱۹۶± (۲۳۳۴۳)	۶۸۱۲± (۱۴۴۰۳)	۶۶/۸
ویزیت، جراحی سرپایی و سایر خدمات توسط پزشک متخصص	۷۵۰۰ ± (۳۰۹۰۰)	۵۷۳۵ ±(۲۹۴۲۰)	۷۶/۵	۴۷۱	۲۴۱۷۰± (۵۱۷۴۶)	۱۹۵۲۱± (۵۱۷۸۰)	۸۰/۸
ویزیت برای تستهای پاراکلینیک توسط پزشک متخصص	۹۹۷ ±(۷۰۵۲)	۷۹۵ ± (۵۰۹۴)	۷۹/۷	۷۶	۱۹۹۰۷± (۲۴۹۹۰)	۱۵۸۷۰± (۱۶۸۱۱)	۷۹/۷
ویزیت روانپزشک (و روانشناس بالینی)	۲۴۳ ± (۲۰۱۹)	۱۸۴ ± (۱۶۴۰)	۷۵/۷	۳۰	۱۲۳۰۳± (۷۷۲۶)	۹۳۰۸± (۷۲۵۹)	۷۵/۶
دندانپزشک	۶۶۰۵ ± (۳۲۶۹۰)	۵۳۴۷ ± (۲۹۱۱۷)	۸۰/۹	۲۰۷	۴۸۴۳۸± (۷۶۳۷۹)	۴۳۴۰۷± (۷۲۴۸۴)	۸۹/۶
ویزیت و خدمات پرسنل غیر پزشک " در مطب یا کلینیک"	۵۳۶۷ ± (۲۳۳۷۳)	۳۸۷۰ ± (۱۶۴۱۵)	۷۲/۱	۳۹۱	۲۰۸۴۰ ± (۴۲۴۴۷)	۱۵۵۰۴ ± (۳۰۰۰۸)	۷۴/۴
خدمات پیراپزشک (آزمایشگاه، شنوایی و بینایی سنجی)	۳۱۵۸ ± (۱۸۲۵۰)	۲۰۱۰ ± (۱۱۰۶۵)	۶۳/۶	۱۶۳	۲۹۴۰۹± (۴۸۳۹۲)	۱۹۶۹۲± (۲۹۲۵۳)	۶۶/۹
خدمات پیراپزشک برای جراحی سرپایی، و سایر خدمات	۳۰۰ ± (۴۸۴۴)	۲۵۰ ± (۴۴۳۰)	۸۳/۳	۱۷	۲۶۶۸۲± (۳۸۴۳۰)	۲۲۳۷۰± (۳۶۵۲۸)	۸۳/۸
خدمات گفتار درمانی، کاردرمانی، فیزیوتراپی	۸۰۸ ± (۱۱۱۶۰)	۶۴۷ ± (۸۸۲۵)	۸۰	۲۵	۴۹۰۹۲± (۷۳۵۱۶)	۴۰۹۲۵± (۵۸۴۵۴)	۸۳/۳
ویزیت ماما، متخصص تغذیه، و خدمات پرستاری	۱۰۳۵ ± (۴۷۰۲)	۸۹۵ ± (۴۵۰۵)	۸۶/۴	۲۳۸	۶۶۰۰± (۱۰۲۳۰)	۵۹۳۲± (۱۰۲۴۷)	۸۹/۹
ویزیت طب سنتی	۶۸ ± (۱۰۴۰)	۶۸ ± (۱۰۴۰)	۱۰۰	۱۲	۸۵۴۱± (۸۳۸۷)	۸۵۴۱± (۸۳۸۷)	۱۰۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

جدول ۴) کل هزینه و هزینه پرداخت شده و سهم مردم برای خدمات بستری سلامت توسط مردم استان کردستان در سال ۱۳۸۸

شرح خدمات	در کل خانوارها (۱۵۱۸)			در خانوارهای استفاده کننده		
	میانگین هزینه (تومان)	میانگین پرداختی (تومان)	سهم مردم (درصد)	تعداد خانوار	میانگین هزینه (تومان)	میانگین پرداختی (تومان)	سهم مردم (درصد)
استفاده از خدمات بستری	۲۲۰۳۸۵) ± ۲۳۱۷۸	۳۵۴۳۷) ± ۳۲۰۵	۱۳/۸	۴۳	۸۱۸۲۳۸± (۱۰۴۳۱۹۴)	۱۱۳۱۶۹± (۱۸۰۶۰۴)	۱۳/۸
برای بهره‌مندی ازخدمات بستری، خرید از داروخانه	۱۱۲۴ ± (۲۶۳۱۵)	۹۷۳ ± (۲۶۱۵۰)	۸۶/۶	۳۷	۴۶۱۰۴± (۱۶۴۴۶۰)	۳۹۹۲۰ ± (۱۶۴۹۸۵)	۸۶/۶
داروهای درمانی باارائه نسخه	۲۳۴ ± (۲۹۶۵)	۸۵ ± (۹۰۳)	۳۶/۳	۲۴	۱۴۸۲۰± (۱۸۸۳۰)	۵۳۵۸± (۴۹۰۴)	۳۶/۲
داروهای درمانی بدون ارائه نسخه	۵۴ ±(۱۳۷۳)	۵۴ ±(۱۳۷۳)	۱۰۰	۶	۱۳۶۰۸± (۱۸۷۳۰)	۱۳۶۰۸± (۱۸۷۳۰)	۱۰۰
زانو بندو آرنج بند و وسایل ارتوپدی	۷۹۵ ±(۲۵۹۱۰)	۷۹۵ ±(۲۵۹۱۰)	۱۰۰	۵	۲۴۱۳۰۰± (۴۲۶۷۰۳)	۲۴۱۳۰۰± (۴۲۶۷۰۳)	۱۰۰
دارو، و سایل و مواد مصرفی اتاق عمل بیمارستان	۴۰۸ ±(۱۰۰۶۸)	۴۰۸ ± (۱۰۰۶۸)	۱۰۰	۹	۶۸۸۳۳± (۱۱۸۰۰۳)	۶۸۸۳۳± (۱۱۸۰۰۳)	۱۰۰
کل هزینه و پرداخت سلامت خانوار های مورد مطالعه	۲۵۲۰۱۲) ± ۸۵۳۸۰	۴۶۹۴۲±(۹۹۲۶۵)	۵۵	۱۲۲۶	۱۰۵۷۱۰±(۲۷۶۵۸۳)	۶۹۶۳۳±(۱۵۲۹۰۶)	۶۵/۸

جدول ۵) کل هزینه و هزینه پرداخت شده و سهم مردم برای خدمات سلامت توسط مردم استان کردستان بر حسب شهرستان در سال ۱۳۸۸

شهرستان	تعداد خانوار	هزینه سلامت		پرداختی		
		میانگین (تومان)	ماگزیمم	میانگین (تومان)	ماگزیمم	سهم مردم (درصد)
سنندج	۴۱۸	۶۹۱۰۱	۱۵۶۹۱۴۳	۵۱۲۰۸	۱۴۹۸۲۰۰	۶۳/۱
سقز	۲۴۵	۹۸۹۸۳	۱۳۴۹۸۰۰	۷۱۸۶۲	۹۴۹۸۰۰	۶۷/۷
قروه	۲۱۹	۶۹۶۲۷	۲۲۷۳۳۰۰	۳۹۷۵۱	۱۴۹۲۱۵۰	۴۳/۱
مریوان	۱۵۱	۶۰۹۷۴	۱۹۷۵۰۰۰	۳۳۲۲۷	۵۶۰۰۰۰	۵۱/۴
بانه	۹۲	۱۸۴۹۳۵	۵۸۱۸۵۰۰	۸۱۶۷۶	۱۴۸۴۲۰۰	۵۲/۶
کامیاران	۱۱۲	۴۰۶۹۸	۵۲۵۳۵۰	۲۴۰۵۵	۳۱۱۱۰۰	۴۷/۴
بیجار	۱۲۸	۹۷۷۶۴	۱۷۶۱۶۰۰	۶۸۷۴۷	۱۲۴۶۴۰۰	۶۰/۵
دیواندره	۹۲	۱۳۸۳۴۳	۱۹۰۸۰۰۰	۸۸۲۶۱	۹۲۰۸۰۰	۵۷/۲
سروآباد	۶۱	۸۵۱۷۲	۱۰۵۷۷۰۰	۶۸۶۱۳	۹۹۸۹۵۰	۵۵/۲

مینیمم هزینه و پرداختی صفر بود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

بحث

سهم مردم از هزینه دارو و لوازم مصرفی از داروخانه در ۱۵۱۸ خانوار مورد مطالعه ۶۴/۸ درصد، برای خرید وسایل درمانی با دوام ۹۵/۴ درصد، خدمات تشخیصی درمانهای سرپایی۵۴/۱ درصد، ویزیت پزشکان ۷۵/۵ درصد، خدما ت ارائه شده توسط پرسنل غیر پزشک ۷۲/۱٪ و برای خدمات بستری ۱۳/۸ درصد بود. بطور کلی نیز ۵۵ درصد هزینه های سلامت بر عهده خانوارهای ساکن استان کردستان بود.

سهم مردم برای داروهای نسخه ای ۴۳/۳ درصد و برای سایر داروها ی غیر نسخه ای و لوازم مصرفی ۱۰۰درصد بود. که درخانوادههایی‌که در مدت مطالعه نیاز به دارو داشتند این نسبت بالاتر بود (۴۷٪). داروها یک بخش اساسی و با هزینه-اثربخشی بالایی از مراقبت‌های بهداشتی درمانی هستند که سهم عظیمی از هزینه‌های خانوارها را به خود اختصاص می‌دهند. از سوی دیگر نظام بیمه دارویی ایران با ساختار، سیاست‌ها و مقررات گذشته کارایی و اثربخشی لازم را ندارد. لیست داروهای مورد نیاز مردم که پزشکان تجویز می‌کنند با لیست داروهای تحت پوشش بیمه فاصله دارد و در نتیجه پرداخت از جیب برای داروهای جدید در حال افزایش است (۸). میانگین هزینه وسایل درمانی با دوام از قبیل عینک، سمعک، اعضای مصنوعی در خانواده های استفاده کننده ۶۹۰۴۳ تومان بود که تقریبا" می توان گفت که کل هزینه های این بخش را مردم از جیب پرداخت می نمایند. که نشان دهنده پوشش نامناسب بیمه ای و یا سیاستگذاری نامناسب مسئولان و برنامه ریزان سلامت در حمایت از بیمارانی است که نیازمند وسایل درمانی با دوام هستند. در بحث خدمات تشخیصی درمانهای سرپایی مانند خدمات رادیولوژی و رادیوگرافی، هزینه برابر تومان و درصد پرداختی مردم بیش از پنجاه درصد هزینه ها بوده است. با توجه به پوشش بیمه ای، موارد زیادی از روشهای تشخیصی و فرانشیز ۳۰ درصدی آنها، باید سهم مردم کمتر از این رقم می بود اما بدلیل عدم پوشش بعضی از خدمات تشخیصی و همچنین بیماران بدون پوشش بیمه ای سهم پرداخت مردم بیشتر بوده است.

سهم خانوار از هزینه خدمات پزشکان بویژه ویزیت در مطبهای خصوصی، درمانگاه یا منزل ۷۵/۵ درصد بوده است. که برای خدمات پزشک عمومی ۶۲/۳ ٪، پزشک متخصص ۷۶/۵ ٪، روانپزشکان ۷۵/۷ ٪ و برای دندانپزشکان برابر ۸۰/۹ درصد است. با توجه به اینکه اکثر ویزیتهای پزشکان در مطبهای خصوصی انجام می شود و تعرفه های این بخش بالاتر از بخش دولتی است و بیمه گذاران سهم خود را بر اساس تعرفه دولتی پرداخت می گردد. و این شکاف بین تعرفه دولتی و خصوصی فقط از جیب مردم پرداخت می‌گردد. همچنین با توجه به عدم پوشش بیمه ای خدمات دندانپزشکی در دو بیمه خدمات درمانی و تامین اجتماعی مردم کمتر از خدمات دندانپزشک استفاده می‌کنند و استفاده آنان از بیمه محدود به کشیدن دندان بوده و در سایر خدمات ۱۰۰ درصد هزینه ها را پرداخت می نمایند در نتیجه سهم مردم در این بخش از خدمات سلامت که بسیار ضروری نیز می باشد، بالا می باشد . نسبت پرداخت از جیب توسط مردم برای هزینه خدمات ارائه شده توسط پرسنل غیر پزشک ۷۲/۱ درصد بود که سهم مردم برای دریافت خدمات مامایی و پرستاری بیش از سایر خدمات پیراپزشکی بود (۸۶/۴٪)، و علت آن عدم پوشش ویزیت این دسته از خدمات توسط سازمانهای بیمه گر می باشد. ۱۳/۸ درصد هزینه های بستری را مردم پرداخت نموده بودند. بیشتر بودن درصد محاسبه شده نسبت به درصد مصوب (۱۰٪)، ناشی از خدمات به کسانی بوده که پوشش بیمه ای نداشته و یا وسایلی را برای بیمار از بخش خصوصی خریداری نموده بودند.

خانوارهای سنندجی و سقزی بیشترین سهم و مردم شهرستانهای قروه و کامیاران، کمترین سهم پرداخت ازجیب را برای هزینه های سلامت داشته اند. بنابراین می توان گفت سهم پرداختی مردم برای دریافت خدمات و وسایل سلامت

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

بستگی به وجود خدمات تخصصی و تشخیصی و درمانی موجود در شهرستان دارد و با افزایش و تنوع خدمات سلامت، سهم پرداختی مردم نیز افزایش یافته است. در شهرهائی که نسبت جمعیت روستایی بیشتر از شهری می‌باشد و نیز وضعیت اقتصادی نامناسب تری دارند، بدلیل مراجعه بیشتر به مراکز ارائه خدمات دولتی سهم پرداخت از جیب آنها کمتر بوده است. در مطالعه حسابهای ملی سلامت در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۱ نیز در سالهایی که سهم دولت در تامین هزینه های سلامت بالا رفته، سهم مردم کاهش داشته است (۵).

میانگین کل هزینه خدمات سلامت خانواده های مورد مطالعه در مدت چهار هفته ای که این بررسی انجام شد برابر ۲۵۲۰۱۲±۸۵۳۸۰ با میانه ۴۱۰۵۰ تومان بود که سهم پرداخت از جیب توسط مردم برابر ۵۵ درصد بدست آمد. در مطالعه سمنانی در سال ۱۳۸۱، سهم مردم برابر ۵۷ درصد برآورد شده بود که با مطالعه حاضر همخوانی دارد. همچنین سمنانی در بررسی خود نشان داد که خانوارهای با درآمد کم ۴۰ درصد و در خانوارهای مرفه ۹ درصد از درآمد خود را بابت مراقبتهای سلامت هزینه می کنند (۳). در مطالعه براتی و همکاران در کرمان، سهم مردم در هزینه های سلامت در طی سالهای ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۵ پیوسته افزایش داشته است (۶). در مطالعه ای در کشورهای آسیایی به این نتیجه رسیدند که خانوارهای با وضعیت اقتصادی مطلوب در کشورهای در حال توسعه نسبت بالایی از درآمد خود را صرف هزینه های سلامت می کنند(۹). *سام کوترا* در تایلند نشان داد با انجام پوشش بیمه همگانی، هزینه های بالای سلامت از خانواده‌های فقیر به خانواده های ثروتمند انتقال یافت و علت آن استفاده فقرا از خدمات سلامت دولتی و استفاده خانوارهای ثروتمند از بخش خصوصی بود (۱۰). در مطالعه دیگری در تایلند اجرای بیمه همگانی سبب کاهش هزینه‌های کمر شکن سلامت در خانوارها شد. اما در چین اجرای بیمه همگانی سبب افزایش استفاده مردم از خدمات بویژه خدمات پیشرفته در سطوح بالاتر شد که هزینه های سلامت خانوارها را افزایش داد (۱۲و۱۱). در بررسی سازمان بهداشت جهانی در ۸ کشور در حال توسعه در سال ۲۰۰۰ نشان داد که خانوارها در هیچ یک از این کشورها بیش از ۲۵ درصد هزینه های سلامت را نمی پردازند (۱۳).

علیرغم توسعه پوشش سازمانهای بیمه گر و رشد بیمه های تکمیلی هنوز بیش از نصفی از هزینه های خدمات سلامت توسط مردم پرداخت می گردد. که در صورت ادامه این روند دهکهای پایین اجتماع توان خرید خدمات سلامت را از دست داده و روشهای خود درمانی و غیر علمی با تبعات خاص خود، در جامعه گسترش خواهد یافت. افزایش شهر نشینی، تغییر سبک زندگی تغییر الگوی بیماریها از عفونی به غیر عفونی، افزایش امید به زندگی و بالارفتن درصد سالمندان، افزایش تعداد نیروهای متخصص و فوق تخصص، پیشرفت تکنیکهای تشخیصی و درمانی سبب افزایش تقاضا برای خدمات سلامت شده است. اما سیاستگذاری دولت و شرکتهای بیمه گذار در رشد و توسعه بیمه‌های درمانی با رشد خدمات سلامت در کشور هماهنگ نبوده و مردم مجبورند هزینه خدمات را بیشتر از جیب خود پرداخت نمایند.

دولت برای ارتقای عملکرد بخش سلامت و حمایت از دریافت کنندگان و ارائه دهندگان باید با تدوین قوانین و ایجاد ساز و کار مناسب کنترل و تاثیر گذاری لازم در اقتصاد سلامت اعمال نماید. این اقدامها ضمن افزایش کارایی، سبب کاهش هزینه های سلامت جامعه، بهبود سطح دسترسی به خدمات بهداشتی و درمانی و افزایش قدرت خرید مردم برای خدمات سلامت می گردد (۶). هر قدر شیوه تامین منابع، بیشتر بر منابع عمومی و پیش‌پرداخت‌های قبل از بروز بیماری اتکا داشته باشد، نظام سلامت عادلانه‌تر و هر چه میزان منابع مالی بیشتر از محل پرداخت‌های مستقیم خانوارها و در زمان بیماری تامین شود، این نظام غیرعادلانه‌تر خواهد بود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]

نتیجه گیری

بطور کلی با توجه به سهم بالای ۵۰ درصد مردم از هزینه‌های سلامت، گسترش نقش سازمانهای بیمه گر براساس سه هدف پوشش جمعیتی بیش از ۹۰ درصد، افزایش سهم از هزینه‌های خدمات بخش دولتی و بخش خصوصی بیش از ۷۰درصد، ضروری به نظر می‌رسد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از همکاران شبکه های بهداشت و درمان شهرستانهای تابعه استان که ما را در تکمیل پرسشنامه ها یاری نمودند تشکر و قدر دانی می نماییم .

Reference

1. Asefzadeh S .Health Economics. *Amirkabir* Publication:Tehran, 1992.p.41-60
2. Chaplin R,Earl L. Household spending on healthcare. Health Report 2000; 12: 57-65
3. Semnani Sh, Keshtkar AA .Assessing of equality on health care cost in Gorgan population laboratory study. Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2003;5: 59-53
4. Khalegh Nejad Tabari A, Karimi I .Considering the cost of medical treatment for the insured people of (MSIO) in non-contracted hospitals in the country of Iran . Hakim Research Journal 2000;3: 27-37
5. Majlis Research Center .National health accounts in 1380-1384 .p. 5-12
6. Barati A, Ghaderi H, Haj Hassani D.Health services utilization trends among households in Kerman: 1996-2002 . Payesh, Journal of The Iranian Institute For Health Sciences Research 2006;5: 111-105
7. M Kordbache,B Mardukhi, K Sadighi . Management and planning organization.Law of the fourth economic, social and cultural rights of the Islamic Republic of Iran.2004.p.114-115
8. Delgoshaei B, Tourani S, Khalesi N, Dindoust P. Pricing and reimbursement of pharmaceuticals in Iran and selected countries: A Comparative study. Journal of Health Administration 2006; 8:55-66
9. O' Donnell O,Doorslaer EW,Rannan-Eliya RP.WHO pays for health care in Asia? 2005, Report No 1.
10. Somkotra T,Lagrada LP.Which household are at risk of catastrophic health spending Experience in Thailand after universal coverage. Health Affairs 2009; 28:467-78
11. Somkotra T,Lagrada LP.Payments for health care and its effect on catastrophe and impoverishment : Experience from the transition to Universal Coverage in Thailand. Social Science and Medicine 2008; 67:2027-35.
12. Wagstaff A ,Lindelow M.Can insurance increase financial risk? The curious case of health insurance in China .Journal of Health Economics 2008; 27:990-1005
13. WHO, World Health Report 2000: Health systems improving performance. 2000.p. 35-40
14.Van Doorslaer, O O'Donnell, RP Rannan-Eliya, A. Somanathan , S R Adhikari, , C. Garg,*et al.* Catastrophic payments for health care in Asia.Jounal of Health Economics.2007;16: 1159–1184
15. K Xu, D B Evans, K Kawabata, R Zeramdini, J Klavus, Christopher J L.Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis.Lancet 2003;362: 111–117.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-09-12]