Kebutuhan yang Tidak Terpenuhi dan Kebutuhan yang Tidak Perlu dalam Pemanfaatan Perawatan Kesehatan di Iran

Muhammad Hajizadeh

*Departemen Epidemiologi dan Biostatistik, Universitas Western Ontario, London, Kanada*

Lukas B. Connelly

*Australia Tengah untuk Ekonomis Riset pada Kesehatan (ACER), Tengah dari Nasional Riset pada Disabilitas dan*

*Rehabilitasi Obat (KONROD) dan Sekolah dari Ekonomi, Universitas dari Queensland, Brisbane, Australia*

James RG Kepala pelayan

*Australia Tengah untuk Ekonomis Riset pada Kesehatan (ACER), Australia Nasional Universitas, Canberra, Australia, dan* Aredshir Khosravi

*Kementerian dari Kesehatan dan Medis Pendidikan, Teheran, Iran*

Abstrak

Tujuan – Makalah ini menggunakan data survei nasional yang unik yang berasal dari Survei Pemanfaatan Layanan Kesehatan (UHSS) 2003 di Iran (n 16.935) untuk menganalisis ketidakadilan pemanfaatan layanan kesehatan.

Desain/metodologi/pendekatan – Indeks konsentrasi digunakan untuk mengukur ketidaksetaraan sosial ekonomi dalam penggunaan aktual dari lima jenis layanan kesehatan, dan dalam kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk dua jenis layanan tersebut (perawatan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit). Indeks ketidakadilan horizontal digunakan untuk memeriksa ketidakadilan dalam perawatan rawat jalan dan rumah sakit. Model linier umum (GLM) digunakan untuk menyelidiki faktor-faktor yang berkontribusi terhadap fenomena "kebutuhan yang tidak terpenuhi" dan "kebutuhan yang tidak terpenuhi". Selain itu, analisis dekomposisi ketimpangan dilakukan untuk mengetahui kontribusi masing-masing faktor terhadap ketimpangan “unmet need”.

Temuan – Hasil menunjukkan bahwa kebutuhan yang dilaporkan sendiri untuk rawat jalan dan rawat inap terkonsentrasi di antara orang miskin, sedangkan pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap umumnya didistribusikan secara proporsional. Hasil indeks ketidakadilan horizontal menunjukkan bahwa distribusi perawatan rawat jalan dan penerimaan rumah sakit berpihak pada orang kaya. Probabilitas "kebutuhan yang tidak terpenuhi" untuk perawatan rawat jalan lebih tinggi di antara individu yang lebih kaya. Analisis dekomposisi menunjukkan bahwa indeks kekayaan, asuransi kesehatan, dan wilayah tempat tinggal adalah faktor paling penting yang berkontribusi terhadap konsentrasi “kebutuhan yang tidak terpenuhi” untuk perawatan kesehatan rawat jalan di antara orang miskin. Hasil juga menggambarkan bahwa kuintil kekayaan yang lebih tinggi menggunakan lebih banyak perawatan rawat jalan yang tidak dibutuhkan daripada rekan-rekan mereka yang lebih miskin.

Orisinalitas/nilai – Karakteristik khusus dari UHSS adalah berisi pertanyaan tentang perlunya penggunaan layanan medis dan tentang penggunaan layanan yang sebenarnya. Karakteristik ini memberikan kesempatan untuk mengukur ketidaksetaraan konsumsi perawatan kesehatan terhadap kebutuhan pengobatan yang dinilai sendiri, serta analisis yang dapat diamati dikaitkan dengan "kebutuhan yang tidak terpenuhi". Selain itu, insiden penggunaan layanan kesehatan ketika dilaporkan sebagai tidak diperlukan dapat dianalisis dengan dataset ini. Analisis fenomena ini – yang kami sebut sebagai “memenuhi kebutuhan” – adalah aspek baru lain dari karya ini.

Kata Kunci Ketimpangan, Perawatan kesehatan, Kebutuhan yang tidak Terpenuhi, Kebutuhan yang tidak perlu, Iran, Personal needs

*q* Zamrud Kelompok Penerbitan Terbatas

0306-8293

DOI 10.1108/03068291211224919

JEL klasifikasi – D39, D63, I19

1. Pengantar

Pemerataan sering dinyatakan sebagai tujuan kebijakan sosial dan ekonomi yang penting (Gilson, 1989). Di sektor kesehatan, masalah ini biasanya diakui sebagai perhatian yang memandu kebijakan dan praktik. Namun, terlepas dari kenyataan bahwa ada kesepakatan luas tentang kesetaraan sebagai tujuan kebijakan penting dalam perawatan kesehatan, telah terjadi perdebatan panjang tentang aspek-aspek kesetaraan apa dalam perawatan kesehatan yang penting dan bagaimana hal ini harus diukur (Layte dan Nolan, 2004). Beberapa penulis (Le Grand, 1982; Mooney, 1983, 1991; Mooney et al., 1992) berpendapat bahwa kesetaraan harus didefinisikan dalam hal akses yang sama terhadap pengobatan, sementara yang lain (Culyer et al., 1992; O'Donnell dan Propper , 1991) berpendapat bahwa kesetaraan dalam perawatan kesehatan harus memperhatikan ukuran konsumsi perawatan kesehatan. Selain itu, makna yang tepat dari konsep yang umum digunakan seperti "kebutuhan" dan "akses", dalam literatur ini, sering tidak jelas.

Sejak awal 1980-an Le Grand (1982) dan Mooney (1983) menyatakan bahwa kesetaraan dalam sebagian besar pernyataan kebijakan harus mengacu pada kesetaraan akses ke layanan perawatan kesehatan dalam arti bahwa mereka yang memiliki kebutuhan yang sama akan perawatan memiliki kesempatan yang sama untuk mendapatkannya, atau menghadapi biaya pemanfaatan yang sama. Pendukung pernyataan ini percaya bahwa tingkat pemanfaatan perawatan kesehatan individu ditentukan oleh berbagai faktor yang membentuk permintaan individu untuk perawatan kesehatan. Salah satunya mungkin kebutuhan untuk pengobatan, tetapi bahkan individu dengan kebutuhan yang sama mungkin akan mengkonsumsi jumlah perawatan yang berbeda jika preferensi berbeda (misalnya karena persepsi individu tentang manfaat pengobatan) dan jika utilitas marjinal pendapatan mereka berbeda (Layte dan Nolan, 2004).

Di sisi lain, Culyer et al. (1992) telah menyatakan bahwa meskipun jelas dengan sendirinya bahwa orang-orang dengan kebutuhan yang sama dapat mengkonsumsi tingkat perawatan kesehatan yang berbeda karena kurva permintaan mereka mungkin berbeda, kita masih perlu mengetahui mengapa perbedaan permintaan muncul dan apakah perbedaan ini dapat terjadi atau tidak. sebenarnya, karena perbedaan pendapatan. Sehubungan dengan prinsip-prinsip normatif yang sering digunakan dalam literatur ini, ada juga beberapa bukti empiris dari preferensi masyarakat umum, dan pandangan pembuat kebijakan, pada distribusi perawatan kesehatan. Wagstaff dkk. (1992) meninjau bukti pada tingkat kesepakatan antara pembuat kebijakan dan masyarakat umum mengenai kesetaraan dalam perawatan kesehatan di Eropa dan Amerika Utara dan menemukan bahwa ada kesepakatan yang luas pada prinsip bahwa perawatan kesehatan harus dibiayai sesuai dengan kemampuan untuk membayar. dan dimanfaatkan sesuai kebutuhan

Berbagai penelitian juga telah dilakukan untuk menganalisis isu kesetaraan horizontal dalam pemberian layanan kesehatan. Dalam literatur ekonomi, pengukuran ketidaksetaraan dalam distribusi dua variabel atau lebih telah digunakan untuk mengoperasionalkan studi tentang pertanyaan normatif ketidakadilan di sektor kesehatan. Studi semacam ini biasanya telah menjelaskan distribusi ukuran perawatan kesehatan, pembiayaan perawatan kesehatan dan kesehatan itu sendiri, berdasarkan pendapatan.

Sebagian besar penelitian sampai saat ini telah menggunakan ANOVA dan analisis regresi untuk menguji distribusi pemberian atau konsumsi perawatan kesehatan (Gerdtham, 1997; Gerdtham dan Trivedi, 2001; Manning et al., 1987; Yip dan Berman, 2001). Tujuan dari studi ini secara umum adalah untuk menguji hipotesis nol tentang tidak adanya ketimpangan horizontal (HI) dalam pemanfaatan layanan kesehatan (yaitu "perlakuan yang sama untuk kebutuhan yang sama"). Dengan kata

lain, penelitian ini cenderung menguji apakah variabel sosial ekonomi (terutama pendapatan) berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sementara studi ini dapat digunakan untuk menguji keberadaan HI, pendekatan ini tidak memungkinkan seseorang untuk mengukur sejauh mana ketidaksetaraan yang mungkin ada.Health care utilisation

401

IJSE 39,6

402

Jadi, dengan pendekatan ini, sulit untuk menilai perubahan ketimpangan dari waktu ke waktu atau perbedaan antar subkelompok populasi (Chen dan Escarce, 2004).

Studi awal di bidang pemanfaatan layanan kesehatan yang mengukur ketidakadilan didasarkan pada tabulasi sederhana. Sebagai contoh, Le Grand (1978) dan Hurst (1985) mempelajari distribusi pengeluaran perawatan kesehatan masyarakat dan kematian di antara kelompok-kelompok sosial-ekonomi dengan menggunakan Survei Rumah Tangga Umum Inggris tahun 1972 dan 1976. Dalam studi ini penulis mempresentasikan dan membandingkan distribusi kebutuhan dan pengeluaran perawatan kesehatan masyarakat. Namun, ketika van Doorslaer dan Wagstaff (1992) menerbitkan laporan mereka tentang kesetaraan dalam pemberian layanan kesehatan, mereka membuat terobosan baru dalam mengukur ketidakadilan dalam pemanfaatan layanan kesehatan dengan memperkenalkan dan menggunakan indeks ketimpangan horizontal. Mereka mengukur ketidaksetaraan pemberian layanan kesehatan dengan menerapkan indeks pada data di Amerika Serikat dan beberapa negara Eropa. Studi selanjutnya (Gerdtham dan Sundberg, 1998; Lairson et al., 1995) mengadopsi pendekatan ini. Selanjutnya, van Doorslaer et al. (2000) memperluas studi mereka ke lima negara OECD baru menggunakan metodologi yang dimodifikasi yang menggunakan standardisasi tidak langsung, daripada standardisasi langsung. Setelah penelitian tersebut, pemanfaatan layanan kesehatan telah dinilai di beberapa daerah lain seperti Taiwan, Hong Kong dan Korea (Lu et al., 2007), Afrika (Cisse et al., 2007), Australia (van Doorslaer et al., 2008 ) dan Kanada (Allin, 2008).

Pemerataan pelayanan kesehatan juga dianggap sebagai tujuan kebijakan penting di Iran. Menurut Pasal 29 Konstitusi Iran, pemerintah diwajibkan untuk memberikan setiap warga negara akses jaminan sosial yang mencakup berbagai keadaan hidup (yaitu pensiun, pengangguran, usia tua, cacat), peristiwa (misalnya cedera karena kecelakaan, bencana alam), dan layanan (misalnya perawatan kesehatan). Tanggung jawab pemerintah di bawah konstitusi dibebaskan dengan menggunakan pendapatan dari penjualan sumber daya alam (terutama, minyak), pendapatan perpajakan dan kontribusi kebajikan oleh individu swasta. Pihak berwenang Iran telah melakukan serangkaian tindakan yang dirancang untuk memperluas cakupan asuransi kesehatan menuju skema asuransi kesehatan masyarakat universal dengan tujuan meningkatkan aksesibilitas dan keterjangkauan perawatan kesehatan. Penyediaan subsidi publik untuk perawatan kesehatan di Iran pada prinsipnya meningkatkan aksesibilitas perawatan kesehatan kepada penduduk. Namun, Neraca Kesehatan Nasional menunjukkan bahwa hampir setengah dari pengeluaran perawatan kesehatan Iran dibiayai oleh sektor swasta pada tahun 2005, sebagian besar melalui pembayaran bersama konsumen (Organisasi Kesehatan Dunia, 2008). peduli.

Meskipun ekuitas pembiayaan perawatan kesehatan di Iran sekarang telah dianalisis (Hajizadeh dan Connelly, 2010), pemerataan pemberian perawatan kesehatan di Iran belum. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai kesetaraan pemberian perawatan kesehatan di Iran menggunakan data yang tersedia yang berasal dari Survei Pemanfaatan Layanan Kesehatan (UHSS) pada tahun 2003. Fitur penting dan unik dari kumpulan data adalah bahwa itu mencakup informasi tidak hanya pada pemanfaatan layanan kesehatan tetapi juga pada kebutuhan rawat jalan dan rawat inap yang dilaporkan sendiri. Karakteristik ini memberikan kesempatan untuk mengukur ketidaksetaraan konsumsi perawatan kesehatan terhadap kebutuhan pengobatan yang dinilai sendiri, serta analisis yang dapat diamati dikaitkan dengan "kebutuhan yang tidak terpenuhi". Selain itu, insiden penggunaan perawatan kesehatan ketika dilaporkan tidak diperlukan[1] dapat dianalisis dengan dataset ini. Analisis fenomena ini – yang kami sebut sebagai “memenuhi kebutuhan” – adalah aspek baru lain dari karya ini. Oleh karena itu, makalah ini tidak hanya menambah kumpulan informasi yang terakumulasi pada pemerataan pelayanan kesehatan di antara negara-negara berkembang, tetapi juga menyoroti faktor-faktor berpengaruh yang berkorelasi dengan ketidakadilan yang diukur. Hasilnya dapat berupa

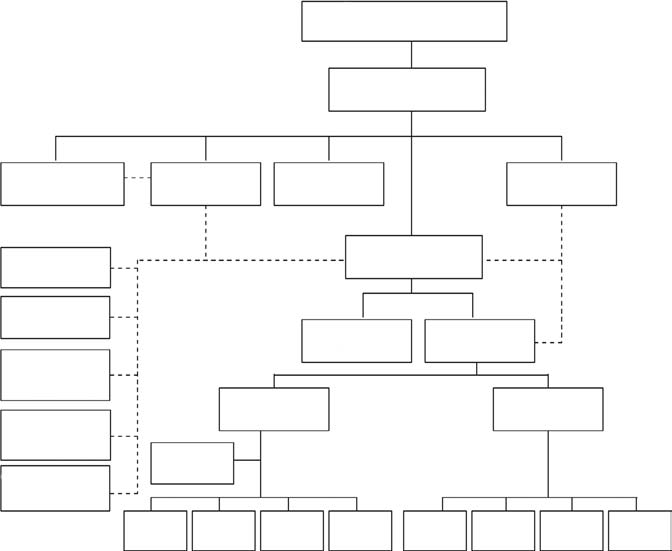
dasar untuk meningkatkan pemerataan pemanfaatan pelayanan kesehatan, yang merupakan salah satu tujuan di itu Hukum dari itu Keempat Ekonomis, Sosial dan Kultural Perkembangan Rencana di Iran (Pengelolaan dan Organisasi, 2005).

1. Pemberian Pelayanan Kesehatan di Iran

Hak akses ke layanan perawatan kesehatan ditekankan dalam konstitusi Iran dan Sistem pemberian perawatan kesehatan Iran berkembang sangat cepat setelah Revolusi Iran, pada tahun 1979, dengan tujuan untuk memenuhi imperatif konstitusional ini. Kementerian Kesehatan dan Pendidikan Kedokteran (MOHME), bersama dengan 39 universitas kedokteran di negara tersebut, memainkan peran utama dalam memberikan perawatan kesehatan di negara tersebut. Perawatan kesehatan dibiayai melalui campuran pengeluaran publik, pembayaran bersama konsumen, dan pendapatan yang diperoleh dari kontrak khusus antara organisasi asuransi kesehatan dan universitas kedokteran (Bank Dunia, 2009).

403

Gambar 1 menunjukkan struktur sistem perawatan kesehatan Iran. Pemberian perawatan kesehatan diawasi oleh MOHME, melalui University of Medical Sciences and Health Services yang sebenarnya merupakan badan pengatur yang mengawasi operasi sektor kesehatan, termasuk University Teaching Hospitals, Schools of Medical Sciences dan dua Wakil Menteri. (satu Deputi Pelayanan Kuratif dan satu Deputi Kesehatan). Deputi Kesehatan bertanggung jawab atas administrasi Kesehatan Kabupaten



Ministry of Health and Medical Education (MOHME)

University of Medical Sciences and Health Services

University Teaching Hospital

Deputy of Curative Services

Schools of Medical Sciences ....

Deputy of Health

Clinics and Doctor's offices

District Health Network

Social Security Hospitals

Distric General Hospital

Distric Health Centre

Other government organisation hospitals

Private hospitals and other private institutes

Rural Health Centre

Urban Health Centre

Maternity Facility

Diagnostic centers and pharmacies

Health Health Health Health Health Health Health Health House House House House Post Post Post Post

Evaluasi, Kontrol Evaluasi, Kontrol dan Penganggaran

Angka 1. Struktur dari kesehatan peduli pengiriman di Iran

IJSE 39,6

404

Network (DHN), yang mengatur 336 distrik di seluruh Iran. Di kabupaten-kabupaten ini, layanan kesehatan primer (PHC) diberikan melalui jaringan penyedia di mana entitas yang disebut Rumah Kesehatan (RS) di daerah pedesaan dan pos kesehatan (HP) di daerah perkotaan adalah garis depan pengobatan, dan melakukan penjaga gerbang / peran rujukan. KK dan KK digambarkan di bagian bawah Gambar 1. Di daerah pedesaan, KK menyediakan perawatan kesehatan masyarakat dasar seperti pendidikan kesehatan masyarakat, perawatan prenatal, perawatan anak, keluarga berencana, nutrisi, perawatan dan pendidikan pastoral, imunisasi, kebersihan sekolah dan perawatan anak sekolah, kesehatan gigi dan mulut, kesehatan kerja, kesehatan lingkungan, deteksi penyakit, kunjungan rumah, dan pengobatan penyakit tertentu. HP di daerah perkotaan menyediakan serangkaian layanan serupa, meskipun karena logistik rujukan seringkali lebih sederhana dan tenaga medis mungkin lebih berlimpah di daerah perkotaan, penyediaan layanan dan pola rujukan agak berbeda antara HP perkotaan dan RRT pedesaan.

Kabupaten juga mengoperasikan Fasilitas Bersalin dan Pusat Kesehatan Pedesaan dan Perkotaan (HCs), yang merupakan bagian kedua dari sistem Puskesmas. Entitas ini mempekerjakan dokter umum (GP) dan, dalam hal layanan bersalin, spesialis dalam perawatan kebidanan, dan merawat pasien yang dirujuk oleh HH/HP. HC juga cenderung mengelola kondisi kronis dan penyakit serius yang tidak dapat ditangani dengan baik oleh KK/HP. Selain itu, Puskesmas juga mengkoordinasikan pengumpulan, pengendalian dan klasifikasi data kesehatan, pelaksanaan, pemantauan dan tindak lanjut program kesehatan masyarakat, dan bekerja dengan tim pengawas dari Puskesmas kabupaten untuk melakukan kegiatan pendidikan dan mengirimkan tim keliling untuk memberikan pengobatan kepada pasien. di desa-desa terpencil. Masing-masing elemen dari sistem perawatan kesehatan Iran dibiayai dari anggaran publik dan disampaikan di bawah naungan MOHME.

Rumah sakit umum distrik (DGH) dan pusat kesehatan distrik (DHC) adalah lini perawatan berikutnya dalam sistem perawatan kesehatan Iran. Meskipun mereka termasuk dalam DHN, entitas ini secara administratif merupakan unit otonom. DJBM menerima rujukan dari Puskesmas, merawat pasien yang dirujuk di klinik spesialis, unit gawat darurat, dan fasilitas rawat inap mereka. DHCs, di sisi lain, bertanggung jawab untuk merencanakan, mengawasi dan mendukung kegiatan HCs.

Elemen yang tersisa dari sistem pemberian perawatan kesehatan Iran muncul di sisi kiri bawah Gambar 1. Mereka termasuk:

● klinik dan kantor dokter;

● rumah sakit jaminan sosial;

● rumah sakit swasta dan lembaga swasta lainnya (yaitu fasilitas perawatan swasta); dan

● pusat diagnostik dan apotek.

DHN tidak mengontrol fasilitas ini, tetapi dapat merujuk pasien ke fasilitas tersebut untuk diagnosis dan pengobatan. Unit-unit ini menyediakan perawatan sekunder dan tersier dan dibiayai melalui Organisasi Jaminan Sosial (SSO) wajib untuk karyawan sektor formal dan tanggungan mereka, Organisasi Asuransi Layanan Medis (MSIO) untuk pegawai pemerintah, rumah tangga pedesaan, wiraswasta, dan lain-lain ( misalnya pelajar) dan Organisasi Layanan Medis Angkatan Bersenjata untuk anggota militer dan tanggungan mereka. Selain itu, Yayasan Bantuan Imam Khomeini memberikan perlindungan asuransi bagi masyarakat miskin [2] (Schieber dan Klingen, 1999).

Pada prinsipnya, pengaturan di atas dirancang untuk memberikan akses yang adil ke perawatan kesehatan bagi penduduk Iran. Memang, penekanan ini, bersama dengan penekanan pada penggunaan perawatan kesehatan yang hemat biaya (misalnya melalui penjagaan gerbang perawatan primer), juga terlihat dalam praktik di sektor kesehatan Iran. Namun demikian, sistem perawatan kesehatan – seperti kebanyakan sistem kesehatan lainnya – tunduk pada beberapa kelemahan penting. Pertama, sistem asuransi ganda menghasilkan biaya administrasi yang relatif tinggi, manajemen yang kompleks, dan kemungkinan pengumpulan risiko yang tidak efisien. Kedua, kurangnya pemisahan penyediaan dan pembiayaan di Depkes dan SSO menghambat efisiensi (Schieber dan Klingen, 1999). Ketiga, variasi yang cukup besar dalam pengeluaran per kapita di antara organisasi asuransi kesehatan yang berbeda mungkin mencerminkan, dan bahkan dapat menyebabkan ketidaksetaraan pemanfaatan perawatan kesehatan antara anggota dana asuransi kesehatan yang berbeda di Iran (Bank Dunia, 2009; Organisasi Kesehatan Dunia, 2005). Akhirnya, sistem perawatan kesehatan sangat dibirokratisasi, dengan staf manajemen tingkat menengah dan atas yang substansial. Oleh karena itu, inovasi dan perubahan dalam sistem sulit dilakukan (Bank Dunia, 2009).

Dalam beberapa tahun terakhir, sistem perawatan kesehatan di Iran telah mengalami serangkaian reformasi yang dirancang untuk meningkatkan aksesibilitas dan ketersediaan layanan perawatan kesehatan bagi warga Iran, khususnya kelompok miskin dan kurang beruntung lainnya. Salah satu reformasi terpenting adalah pengenalan Undang-Undang Pertanggungan Asuransi Layanan Medis Publik, yang disahkan pada September 1995. Undang-undang ini membentuk MSIO untuk memberikan perlindungan asuransi kesehatan formal kepada orang-orang dari berbagai pekerjaan, strata sosial dan keadaan, termasuk pegawai negeri, penduduk desa, suku nomaden, wiraswasta, penyandang cacat, mahasiswa, tawanan yang dibebaskan dan keluarga individu yang dianggap, oleh pihak berwenang, sebagai "martir". Pemerintah Iran juga menerapkan pengaturan asuransi baru yang disebut Skema Asuransi Rawat Inap Perkotaan (UIIS) pada tahun 2000. Tujuan UIIS adalah untuk mensubsidi perawatan kesehatan rawat inap untuk 10 persen penduduk Iran yang tinggal di daerah perkotaan tetapi tidak memiliki jaminan kesehatan. Pertanggungan. Akhirnya, Skema Asuransi Kesehatan Pedesaan (RHIS) telah diperkenalkan dan MSIO telah mencakup perawatan rawat jalan untuk 30 persen populasi Iran di daerah pedesaan sejak 2005.

Terlepas dari inisiatif ini, dan hak konstitusional rakyat Iran atas perawatan kesehatan, ada bukti bahwa sistem pemberian perawatan kesehatan masih mengalami masalah inefisiensi dan ketidaksetaraan yang ekstensif (Bank Dunia, 2009). Misalnya, sebuah studi tentang kebutuhan dan penggunaan perawatan rawat jalan di Iran telah menunjukkan pemanfaatan yang berbeda di seluruh kelompok pendapatan (Hosseinpoor et al., 2007). Meskipun studi terakhir menyoroti masalah ketidaksetaraan dalam pemanfaatan layanan perawatan kesehatan di Iran, makalah saat ini memiliki cakupan yang lebih luas: mempertimbangkan pemanfaatan baik rumah sakit maupun perawatan rawat jalan. Dengan demikian, penelitian ini merupakan upaya pertama untuk menganalisis kesetaraan pemanfaatan perawatan kesehatan untuk kedua rawat jalan dan rawat inap pelayanan kesehatan, secara luas dipahami, di Iran. Selanjutnya, selain mengukur ketidaksetaraan pemanfaatan perawatan kesehatan di seluruh layanan ini, kami menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi "kebutuhan yang tidak terpenuhi" dan "kebutuhan yang tidak terpenuhi" untuk layanan perawatan kesehatan. Analisis dekomposisi disajikan untuk menentukan seberapa besar setiap variabel yang dapat diamati (misalnya pendidikan, kekayaan) berkontribusi terhadap ketidaksetaraan yang diamati dalam "kebutuhan yang tidak terpenuhi" untuk penggunaan perawatan kesehatan di Iran. Hasil penelitian ini dengan demikian memberikan wawasan tentang sifat dan penyebab ketidaksetaraan dalam pemanfaatan perawatan kesehatan Iran, dan mungkin lebih memungkinkan pembuat kebijakan untuk memperbaiki ketidaksetaraan ini.

1. Metodologi

Untuk menguji ketidaksetaraan dalam pemanfaatan perawatan kesehatan Iran, indeks konsentrasi (C) digunakan untuk mewakili tingkat ketidaksetaraan untuk pemanfaatan perawatan kesehatan dan kebutuhan yang dilaporkan sendiri di Iran. Indeks yang dihitung digunakan untuk mengukur indeks HI untuk rawat jalan dan rawat inap menggunakan rumus berikut:Kesehatan peduli pemanfaatan

405

IJSE 39,6

406

*HAI*  *C a* 2 *C n* 1 \_ \_

di mana Ca menunjukkan indeks konsentrasi untuk penggunaan perawatan kesehatan dan Cn adalah indeks konsentrasi untuk kebutuhan yang dilaporkan sendiri. Pendekatan indeks konsentrasi membutuhkan ploting dari

populasi individu atau rumah tangga yang disebutkan, untuk diurutkan dalam urutan (biasanya) pendapatan atau konsumsi, terhadap persentase kumulatif dari variabel kesehatan atau perawatan kesehatan yang menarik. Perhatikan bahwa penggunaan pendapatan atau konsumsi untuk menentukan peringkat individu atau rumah tangga dalam studi semacam itu dimotivasi oleh minat pada konsep kemampuan membayar yang mendasari, dan seringkali laten.

Karena UHSS tidak berisi informasi tentang total pendapatan atau konsumsi rumah tangga, indeks kekayaan dibangun menggunakan analisis komponen utama (PCA), berdasarkan informasi survei kaya yang dikumpulkan di UHSS tentang kepemilikan aset rumah tangga, sebagai ukuran sosial- status ekonomi untuk mengurutkan rumah tangga[3].

Cs dihitung menggunakan pendekatan "regresi nyaman" yang disarankan oleh Kakwani et al. (1997). Kami menerapkan koreksi Erreygers (2009) untuk pengukuran Cs (yaitu mengalikan Cs dengan 4mh, di mana mh, adalah rata-rata variabel perawatan kesehatan) karena variabel yang menarik dalam penelitian ini adalah biner. Untuk bagian selanjutnya dari analisis, Generalized Linear Model (GLM) digunakan untuk menentukan variabel yang dapat diamati terkait dengan fenomena "kebutuhan yang tidak terpenuhi" dan "kebutuhan yang tidak terpenuhi" [4] untuk tindakan layanan perawatan kesehatan, di mana yang terakhir merujuk terhadap penggunaan layanan oleh individu yang menunjukkan bahwa layanan yang digunakan sebenarnya tidak diperlukan[5].

Bagian terakhir dari analisis ini melibatkan pendekatan dekomposisi terhadap faktor-faktor penentu ketidaksetaraan terkait kekayaan dalam distribusi kebutuhan yang tidak terpenuhi. Seperti yang ditunjukkan oleh Wagstaff et al. (2003) indeks konsentrasi kesehatan (y) dapat didekomposisi menjadi kontribusi setiap variabel (x) terhadap pendapatan- (atau kekayaan-) terkait ketimpangan kesehatan. Kontribusi masing-masing variabel dihitung sebagai produk dari sensitivitas kesehatan terhadap variabel tersebut dan derajat ketidaksetaraan terkait pendapatan dalam variabel faktor tersebut.

Untuk setiap regresi aditif linier kesehatan, y (di sini, kebutuhan yang tidak terpenuhi) indeks konsentrasi untuk y, dapat ditulis sebagai:

*C*  X *b k x* k *C \_* \_

ð

*m*

*k*

*k*¼1

th *GC*

; 2 \_ \_

*dimana m adalah mean dari y, x¯k adalah mean dari xk, Ck adalah indeks konsentrasi untuk xk, dan*

*GC adalah indeks konsentrasi umum untuk istilah kesalahan yang didefinisikan sebagai:*

*xk* , *\_* dan

*GC s* adalah yang digeneralisasi konsentrasi indeks Untuk kesalahan ketentuan ditentukan sebagai:

2 X *n*

*GCs* ¼ *n*

1*iri*; ð3Þ

*i*¼1

di mana ri adalah pangkat pecahan dari orang ke-i dalam distribusi pendapatan (Wagstaff et al., 2003).

Menurut persamaan (2), C sama dengan jumlah tertimbang dari indeks konsentrasi regressor, di mana bobot untuk setiap xk adalah elastisitas y terhadap xk,

hk bk xk=m . Jadi, masing-masing determinan ini, xk, akan berkontribusi pada total ketimpangan terkait pendapatan di bidang kesehatan (di sini, kebutuhan yang tidak terpenuhi) sejauh:

● memiliki elastisitas yang signifikan; dan

● itu tidak merata didistribusikan oleh pendapatan.

Komponen residual – ditangkap oleh suku terakhir – dalam persamaan (2) mencerminkan ketidaksetaraan terkait pendapatan dalam kesehatan yang tidak dapat dijelaskan oleh variasi sistematis antar kelompok pendapatan/kekayaan dalam xk (O'Donnell et al., 2007).

Karena variabel yang menarik dalam analisis dekomposisi adalah biner, kami menggunakan indeks konsentrasi terkoreksi yang disarankan oleh Erreygers (2009), E(h). Persamaan (2) untuk C terkoreksi (yaitu 4mh £ C) dapat ditulis sebagai berikut:Kesehatan peduli pemanfaatan

407

*E* h *\_* \_ 4 2 *b k x* k *C k \_* th *G C s* 3

4X 5

*k* 1 \_

di mana GCs adalah indeks konsentrasi umum xk. 4Þ Untuk menguraikan C dalam pengaturan non-linier (hasil biner), kita perlu memenuhi dua persyaratan: pertama, sifat biner dari variabel hasil (di sini, kebutuhan yang tidak terpenuhi) harus diperhitungkan; dan kedua, variabel hasil harus berupa kombinasi linier dari determinan independen agar matematika dekomposisi C dapat dipertahankan. Pendekatan kuadrat terkecil biasa tidak boleh digunakan karena tidak memenuhi persyaratan pertama. Model probit tidak dapat memenuhi persyaratan kedua karena hasil estimasi sensitif terhadap pilihan kelompok referensi (van Doorslaer et al., 2004a). Jadi, kami menerapkan GLM dengan distribusi binomial dan pendekatan tautan identitas untuk analisis dekomposisi kebutuhan yang tidak terpenuhi. Seperti Yiengprugsawan dkk. (2010) menunjukkan, model ini menghasilkan koefisien valid yang tidak bervariasi sesuai dengan pilihan kelompok acuan.

4. Data dan Variabel

Studi ini menggunakan informasi dari UHSS, yang dilakukan pada tahun 2003, untuk menganalisis kesetaraan dalam perawatan kesehatan. Survei ini mengumpulkan data tentang pemanfaatan rawat inap dan rawat jalan di Iran. Metode pengambilan sampel sistematis digunakan untuk menentukan 3.514 rumah tangga di UHSS menggunakan kerangka sampel rumah tangga Iran yang tersedia di Pusat Pengembangan Jaringan Kesehatan. Data dikumpulkan dengan menggunakan kuesioner pra-kode dan pra-tes yang diberikan kepada rumah tangga melalui maksimal lima kunjungan selama periode survei. Di akhir survei, data dikumpulkan dari 3.339 dari 3.514 rumah tangga dalam kerangka sampel (yaitu tingkat respons 95 persen). Jumlah individu yang dicakup oleh 3.339 rumah tangga ini adalah 16.935. Sampel survei merupakan perwakilan dari sensus penduduk sebelumnya, yang dilakukan pada tahun 1996 (Hosseinpoor et al., 2007). Untuk tujuan penelitian ini, perhatian dibatasi pada individu yang berusia 15 tahun ke atas pada saat survei (karena data untuk individu di bawah 15 tahun dilaporkan oleh orang tua, sedangkan respons individu yang lebih tua dilaporkan sendiri).

Beberapa pertanyaan survei digunakan dalam penelitian ini untuk mengukur kebutuhan pelayanan kesehatan, pemanfaatan pelayanan kesehatan, dan gap antara keduanya. Pertanyaan “apakah Anda mengunjungi dokter umum dalam dua minggu terakhir?” dan “apakah Anda sudah mengunjungi spesialis dalam dua minggu terakhir?” digunakan untuk menghitung probabilitas setidaknya satu kunjungan ke

dokter umum, spesialis, atau dokter mana pun. Probabilitas penggunaan layanan rawat jalan diturunkan dari jawaban atas pertanyaan “apakah Anda menggunakan layanan rawat jalan dalam dua minggu terakhir?”[6]. Probabilitas penggunaan layanan rawat inap dihitung dari jawaban atas pertanyaan “apakah Anda pernah dirawat di rumah sakit dalam 12 bulan terakhir?”. Dua ukuran kebutuhan rawat jalan dan rawat inap dihitung menggunakan dua pertanyaan berbeda pada UHSS: "Apakah Anda membutuhkan perawatan rawat jalan dalam waktu dua minggu?" dan “Apakah Anda membutuhkan perawatan rawat inap selama setahun terakhir?”.

IJSE 39,6

408

Mirip dengan beberapa penelitian lain di bidang ini (Lu et al., 2007; van Doorslaer et al., 2008), periode penarikan untuk tindakan perawatan kesehatan di UHSS adalah dua minggu - kecuali untuk masuk rumah sakit yang satu tahun. Ini berarti bahwa kebanyakan orang akan menjawab tidak terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk setiap kunjungan rawat jalan dan penerimaan rumah sakit juga dianalisis dengan membandingkan kebutuhan yang dinyatakan dengan penggunaan yang sebenarnya: individu yang menyatakan bahwa mereka membutuhkan tetapi tidak menggunakan layanan dikategorikan memiliki kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk layanan tersebut. Misalnya, kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk layanan rawat jalan menunjukkan bahwa orang tersebut menyatakan kebutuhan akan layanan rawat jalan dalam dua minggu terakhir tetapi tidak menggunakan layanan kesehatan apa pun. Mungkin ada beberapa alasan di balik fenomena kebutuhan perawatan kesehatan yang tidak terpenuhi. Salah satu kemungkinan adalah bahwa masalah kesehatan pernah dialami, tetapi tidak cukup parah untuk mendorong kunjungan ke penyedia layanan kesehatan atau, setara, bahwa biaya transaksi dan biaya keuangan melebihi manfaat yang diharapkan responden. Kedua, seorang responden mungkin melaporkan memiliki kebutuhan yang tidak terpenuhi saat dia berada dalam daftar tunggu untuk menerima layanan perawatan kesehatan. Ketiga, seorang responden mungkin melaporkan memiliki kebutuhan yang tidak terpenuhi jika ia mengunjungi pusat layanan kesehatan tetapi tidak dapat menemukan profesional perawatan kesehatan yang cocok untuk berkonsultasi, atau tidak diberikan perawatan yang meringankan keluhan kesehatannya.

Memenuhi kebutuhan untuk layanan rawat jalan juga digunakan. Individu diklasifikasikan sebagai

memiliki "met unneed" jika mereka menggunakan layanan, tetapi menyatakan bahwa itu tidak diperlukan[7]. Ini adalah pernyataan yang dibuat oleh responden yang menggunakan layanan kesehatan. Pengumuman responden mungkin terpengaruh setelah menerima pendapat penyedia tentang perlunya penggunaan. Salah satu kemungkinan penyebab fenomena “met unneed” untuk perawatan rawat jalan mungkin karena beberapa responden mengkonsumsi beberapa layanan rawat jalan seperti pemeriksaan kesehatan medis dan konsultasi medis yang mereka anggap, post hoc, penggunaan perawatan kesehatan yang tidak perlu. .

Variabel lain yang digunakan dalam penelitian ini adalah karakteristik individu seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, status perkawinan, pekerjaan dan apakah individu tersebut memiliki polis asuransi kesehatan swasta. Variabel karakteristik rumah tangga yang digunakan dalam penelitian ini adalah: kuintil kekayaan, jumlah anggota rumah tangga dan variabel dummy untuk rumah tangga yang dikepalai oleh seorang perempuan. Pengukuran regional juga digunakan, dengan menggunakan variabel dummy untuk daerah pedesaan utama dan terpencil (yaitu menggunakan daerah perkotaan sebagai kategori referensi).

* 1. *Deskriptif statistik dari variabel*

Tabel I menyajikan statistik deskriptif variabel yang digunakan dalam penelitian. Menurut Tabel I, 22 persen individu melaporkan kebutuhan akan layanan rawat jalan dalam dua minggu terakhir sedangkan hanya 15 persen orang dalam sampel yang menggunakan layanan rawat jalan. Seperti dapat dilihat, 10 persen orang dalam sampel melaporkan kebutuhan akan perawatan rawat inap dalam 12 bulan terakhir, sementara 9 persen individu dirawat di rumah sakit. Gambar 2 menunjukkan persentase kebutuhan yang dilaporkan sendiri untuk rawat inap dan rawat jalan di antara kelompok usia dan jenis kelamin yang berbeda. Seperti yang ditunjukkan oleh gambar, proporsi orang yang melaporkan kebutuhan untuk

Kesehatan peduli pemanfaatan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variables | Mean (SD) | Min. | Max. |
| Self-reported need for inpatient services | 0.10 | 0 | 1 |
| Self-reported need for ambulatory services | 0.22 | 0 | 1 |
| Visited any ambulatory care in the last two weeks | 0.15 | 0 | 1 |
| Visited a GP in the last two weeks | 0.07 | 0 | 1 |
| Visited a specialist in the last two weeks | 0.08 | 0 | 1 |
| Visited any physician in the last two weeks | 0.11 | 0 | 1 |
| Admitted to a hospital in the last 12 months | 0.09 | 0 | 1 |
| Unmet need for any ambulatory visits | 0.08 | 0 | 1 |
| Unmet need for hospital admissions | 0.02 | 0 | 1 |
| Met unneed for ambulatory visits | 0.01 | 0 | 1 |
| Age (years) 34.5 (16.6) 15 | | | 99 |
| Sex (male ¼ 1) 0.50 0 | | | 1 |
| Education level (years of schooling) 7.01 (5.10) 0 | | | 16 |
| Employed in public sector 0.08 0 | | | 1 |
| Employed in private sector 0.05 0 | | | 1 |
| Self-employed 0.20 0 | | | 1 |
| Married 0.59 0 | | | 1 |
| Divorced 0.06 0 | | | 1 |
| Household size 5.65 (2.41) 1 | | | 19 |
| Male ratio (no. of male/HH size) 0.50 (0.18) 0 | | | 1 |
| Female headed household 0.02 0 | | | 1 |
| Medical Treatment Insurance 0.58 0 | | | 1 |
| Social Security Insurance 0.24 0 | | | 1 |
| Armed Forces Insurance 0.03 0 | | | 1 |
| Imdad (relief) Committee Insurance 0.03 0 | | | 1 |
| Private Insurance 0.01 0 | | | 1 |
| Special Organisation Insurance 0.02 0 | | | 1 |
| Comprehensive Insurance 0.08 0 | | | 1 |
| Main rural areas 0.28 0 | | | 1 |
| Remote areas 0.08 0 | | | 1 |

409

Meja SAYA.

Deskriptif statistik dari variabel digunakan dalam

analisis

rawat inap dan rawat jalan lebih besar untuk perempuan daripada laki-laki. Kebutuhan perawatan kesehatan yang dilaporkan sendiri lebih tinggi pada kelompok usia yang lebih tua daripada kelompok usia yang lebih muda – kecuali untuk kelompok usia wanita 45-59 tahun di mana persentase kebutuhan perawatan rawat jalan yang dilaporkan sendiri lebih rendah daripada wanita 30-44 kelompok usia, mungkin karena melahirkan anak di kelompok usia yang lebih muda.

Proporsi responden yang menerima layanan dokter umum, spesialis, dan dokter mana pun dalam dua minggu sebelumnya masing-masing adalah 7, 8, dan 11 persen. Menurut angka-angka ini, terlihat bahwa hampir 4 persen individu dalam sampel menggunakan layanan dokter umum dan spesialis selama dua minggu terakhir. Sangat menarik untuk dicatat bahwa, meskipun MOHME di Iran mendorong pasien untuk mendiskusikan kebutuhan kesehatan mereka terlebih dahulu dengan dokter umum, tetapi orang Iran biasanya merujuk sendiri ke spesialis daripada dokter umum ketika mereka sakit. Ketersediaan layanan perawatan kesehatan spesialis yang relatif tinggi di Iran mungkin merupakan salah satu alasan mengapa pasien di Iran merujuk ke spesialis daripada dokter umum[8]. Sebaliknya, di sebagian besar negara OECD, pasien lebih sering menghubungi dokter daripada spesialis (van Doorslaer et al., 2004b).

Dari mereka yang menyatakan perlunya perawatan rawat jalan, 63 persen menerima setidaknya satu jenis perawatan rawat jalan. Mengingat individu yang membutuhkan pelayanan rawat inap,

IJSE 39,6

410

Angka 2.

Proporsi dari dilaporkan sendiri membutuhkan untuk rawat inap dan rawat jalan jasa

45%

40%

35%

30%

25%

20%

15%

10%

5%

0%

25%

20%

15%

10%

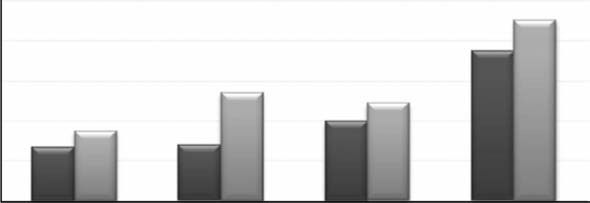
5%

0%



15-29 30-44 45-59 60+

* + 1. **Dilaporkan sendiri membutuhkan untuk rawat inap jasa**



15-29 30-44 45-59 60+

antara berbeda

usia jenis kelamin kelompok

Pria Wanita

* + 1. **Dilaporkan sendiri membutuhkan untuk rawat jalan jasa**

81 persen sampel memanfaatkan layanan rumah sakit. Seperti yang dapat dilihat, 1 persen sampel menggunakan perawatan rawat jalan yang mereka katakan tidak perlu digunakan.

Karakteristik individu menunjukkan bahwa usia rata-rata dalam sampel ini adalah 34 tahun (Std. 16.6), merata antara jenis kelamin. Jelas bahwa hanya sepertiga dari sampel yang dipekerjakan, dan dengan 20 persen sampel wiraswasta (ibu rumah tangga, pelajar dan pensiunan tidak dihitung sebagai bagian dari angkatan kerja). Juga dapat dilihat bahwa perawatan medis dan Asuransi Jaminan Sosial adalah dua operator yang paling umum dan memberikan perlindungan asuransi kesehatan kepada 58 dan 24 persen sampel, masing-masing.

5. Hasil

Bagian ini melaporkan hasil empiris yang dimulai dengan analisis ketimpangan. Kemudian, hasil dari faktor-faktor yang terkait dengan kebutuhan yang tidak terpenuhi dilaporkan. Akhirnya, hasil dari faktor-faktor yang terkait dengan terpenuhinya kebutuhan untuk perawatan rawat jalan disajikan.

5.1 Analisis ketidaksetaraan

Tabel II melaporkan perkiraan Cs dan HI untuk layanan rawat jalan dan rawat inap. Sebuah datum miring pada Tabel II menunjukkan bahwa indeks secara statistik berbeda dari 0 pada tingkat 5 persen. Gambar 3 dan 4 menunjukkan penggambaran grafis dari Cs dan HIs. Tabel II dan Gambar 3, menunjukkan bahwa ada ketidaksetaraan pro-kaya dalam ukuran "setiap kunjungan dokter" di Iran, sedangkan Cs yang dihitung untuk layanan perawatan kesehatan lainnya secara statistik tidak berbeda secara signifikan dari 0 pada tingkat 5 persen. distribusi dari

kuintil

1 2 3 4 5 Jumlah CI HAI

Kokoh SE

pemanfaatan

*Sebenarnya menggunakan*

Setiap rawat jalan jasa,

dua minggu 0.1471 0.1544 0.1469 0.1555 0.1431 0.1496 20.0026 0.0093

411

A GP mengunjungi, dua minggu 0,0632 0,0796 0,0685 0,0781 0,0675 0,0716 0,0005 0,0066

Seorang ahli mengunjungi, dua

minggu 0,0639 0,0784 0,0765 0,0845 0,0777 0,0764 0,0073 0,0068

Setiap dokter mengunjungi, dua

minggu 0,0873 0,1105 0.108 0.1226 0,1145 0.1088 *0.0188* 0,0081

A RSUD penerimaan,

12 bulan 0.1003 0,0814 0,0815 0,0813 0,0968 0,0878 20.0027 0.0077

*Dilaporkan sendiri membutuhkan*

rawat jalan membutuhkan, dua

minggu 0.2804 0,2387 0.2185 0.1961 0.1738 0,2216 2 *0,0794* 0,0109

rawat inap membutuhkan, 12 bulan 0.1223 0.1045 0,0975 0,0916 0,0954 0.1021 2 *0,0247* 0,008

*Horisontal ketidakadilan*

Setiap rawat jalan jasa,

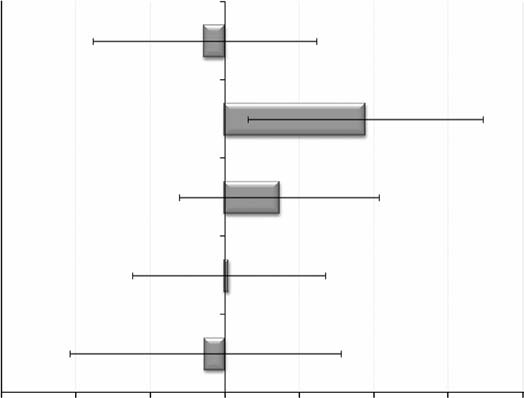
dua minggu *0,0768* 0,0143

A RSUD penerimaan,

12 bulan *0,0220* 0,0111

Catatan: miring fon menunjukkan secara statistik secara signifikan berbeda dari 0 pada itu 5 per sen tingkat; itu Erreyger' koreksi (2009) terapan ke itu perhitungan dari Cs dan milik mereka standar kesalahan; hampir itu sama hasil adalah diperoleh menggunakan wagstaff koreksi (2005)

Meja II. Pecahan dari Sampel dengan dilaporkan sendiri menggunakan dan dilaporkan sendiri membutuhkan di setiap kuintil dan konsentrasi, dan HAI indeks untuk rawat jalan dan rawat inap jasa

RSUD penerimaan

Setiap dokter kunjungan

Spesialis kunjungan

kunjungan dokter umum

Setiap rawat jalan kunjungan

–0,03 –0,02 –0,01 0 0,01 0,02 0,03 0,04

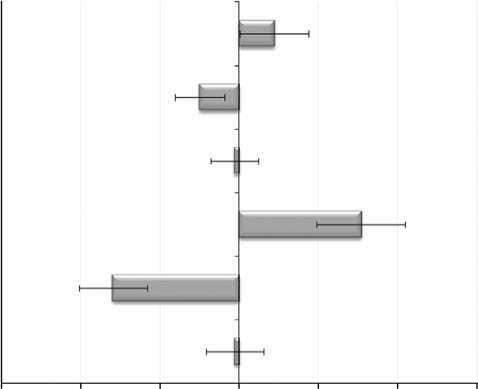
**Catatan:** Kepercayaan diri interval adalah dihitung pada itu 95% tingkat

Angka 3. Konsentrasi yang dihitung indeks untuk rawat inap dan rawat jalan peduli di Iran

IJSE 39,6

412

HAI untuk RSUD penerimaan

Dilaporkan sendiri rawat inap membutuhkan

RSUD penerimaan

HAI untuk setiap kunjungan rawat jalan

Dilaporkan sendiri rawat jalan membutuhkan

Gambar 4. Konsentrasi dan HI indeks untuk rawat inap dan

Setiap rawat jalan kunjungan

–0,15 –0,1 –0,05 0 0,05 0,1 0,15

rawat jalan perawatan **Catatan:** Kepercayaan diri interval adalah dihitung pada itu 95% tingkat

kebutuhan yang dilaporkan sendiri menunjukkan bahwa kebutuhan untuk layanan rawat jalan dan rawat inap sangat terkonsentrasi di antara individu yang kurang kaya.

Hasil estimasi HI, yang disajikan pada Tabel II dan Gambar 4, menunjukkan bahwa ada ketidaksetaraan pro-kaya dalam pemanfaatan setiap layanan perawatan kesehatan rawat jalan dan penerimaan rumah sakit di Iran, dan ini secara statistik berbeda secara signifikan dari nol. Dengan kata lain, meskipun kebutuhan akan layanan perawatan kesehatan dan pemanfaatannya lebih terkonsentrasi di kalangan masyarakat miskin dan pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap yang disesuaikan dengan kebutuhan adalah pro-kaya.

5.2 Faktor yang terkait dengan kebutuhan yang tidak terpenuhi

Bagian ini menyelidiki faktor-faktor yang berkorelasi dengan kebutuhan yang tidak terpenuhi. GLM digunakan untuk memeriksa korelasi kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk setiap kunjungan rawat jalan dan penerimaan rumah sakit. Kemudian dilakukan analisis dekomposisi untuk mengetahui kontribusi relatif masing-masing faktor terhadap ketimpangan unmet need.

5.2.1 Hasil regresi. Tabel III menyajikan hasil regresi "kebutuhan yang tidak terpenuhi" untuk setiap kunjungan rawat jalan dan penerimaan rumah sakit. Pertama, pertimbangkan hasil untuk setiap kunjungan rawat jalan: koefisien pada kelompok usia laki-laki negatif dan signifikan secara statistik. Dengan kata lain, kemungkinan “unmet need” lebih rendah pada kelompok umur tersebut dibandingkan kelompok umur berdasarkan jenis kelamin, yaitu laki-laki berusia 15-29 tahun. Karyawan sektor swasta memiliki kemungkinan yang lebih tinggi dari kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk setiap kunjungan rawat jalan, ceteris paribus. Di antara individu-individu yang menyatakan kebutuhan akan perawatan rawat jalan, wiraswasta menggunakan lebih sedikit kunjungan rawat jalan daripada individu-individu yang tidak bekerja. Orang yang sudah menikah juga cenderung memiliki kebutuhan yang tidak terpenuhi dibandingkan individu yang tidak pernah menikah. Jumlah rumah tangga merupakan faktor lain yang berkorelasi dengan unmet need dan kemungkinan unmet need meningkat dengan ukuran rumah tangga.

Jenis dari kesehatan peduli layanan Apa saja rawat jalan mengunjungi Rumah Sakit penerimaan

Mandiri variabel Ceff. koefisien SE . SE

Pria 30-44 20.1629 \*\* 0.6460 0.0268 0.0849

Pria 45-59 20.1055 0,0739 0,0252 0,0901

Pria 60 20.1456 \*\* 0,0648 20,0950 0,0805

þ

Perempuan 15-29 20,0156 0,0446 20,0311 0,0526

Perempuan 30-44 20,0141 0,0495 0,0558 0,0630

Perempuan 45-59 0,0062 0,0555 20,0106 0,0724

Perempuan 60 0,0596 0,0626 20,0720 0,0787

þ

Pendidikan tingkat 0,0039 0,0034 20.0040 0,0043

Bekerja di publik sektor 0,0986 \* 0,0548 20,1447 \* 0,0741

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bekerja di pribadi sektor | 0,2025 \*\*\* | 0,0744 | 0,0632 | 0,0827 |
| Bekerja sendiri | 0,1450 \*\*\* | 0,0436 | 20.0191 | 0,0555 |
| Telah menikah | 20.1110 \*\*\* | 0,0383 | 0,0383 | 0,0496 |
| Bercerai/Janda | 20.0992 | 0,0638 | 0.1497 | 0,0994 |
| Rumah tangga ukuran | 0,0072 | 0,0053 | 20.0161 \*\* | 0,0068 |
| rasio pria | 20.0803 | 0,0653 | 0,0100 | 0,0946 |
| Perempuan menuju rumah tangga | 20.0122 | 0.1032 | 20.1247 | 0,1185 |
| Medis Perlakuan Pertanggungan | 20.0677 \*\* | 0,0341 | 20.0802 \*\* | 0,0408 |
| Sosial Keamanan Pertanggungan | 20.1336 \*\*\* | 0,0342 | 20.1422 \*\*\* | 0,0443 |
| Bersenjata Dipaksa Pertanggungan | 20.0335 | 0,0643 | 20.1025 | 0,0854 |
| imdad (lega) Komite Pertanggungan | 0.1025 | 0,0684 | 20,0446 | 0,0789 |
| Spesial Organisasi Pertanggungan | 20.3186 \*\*\* | 0,0640 | 20.1698 \*\* | 0,0737 |
| Luas Pertanggungan | 20.0971 \*\*\* | 0,0360 | 0,0360 | 0,0455 |
| ke-2 Kekayaan kuintil | 20.0806 \*\* | 0,0356 | 0,0386 | 0,00505 |
| 3 Kekayaan kuintil | 20.0773 \*\* | 0,0381 | 20.0207 | 0,0487 |
| 4th Kekayaan kuintil | 20.1511 \*\*\* | 0,0409 | 20.0421 | 0,00505 |
| tanggal 5 Kekayaan kuintil | 20.1702 \*\*\* | 0,0478 | 20.0023 | 0,0598 |
| Utama pedesaan daerah | 20.0157 | 0,0310 | 0,0559 | 0,0393 |
| Terpencil daerah | 0.1963 \*\*\* | 0,0472 | 0,0874 | 0,0731 |
| Konstan  *penyimpangan* ( *x* 2 ) | 0,5810 \*\*\*  796.824 | 0,0789 | 0.3227 \*\*\*  500,024 | 0,0937 |
| *Log kemungkinan* | 2398.412 |  | 2250.012 |  |
| *n* | 2.210 |  | 1,003 |  |

Catatan: Penting pada: \* *p* , 0.10, \* \* *p* , 0,05, dan \*\* \* *p* , 0,01

pemanfaatan

413

Meja AKU AKU AKU. GLM hasil untuk tidak terpenuhi membutuhkan regresi

Juga catatan itu hasil pada itu kesehatan Pertanggungan variabel "Medis Perlakuan Pertanggungan", “Asuransi Jaminan Sosial”, “Asuransi Organisasi Khusus”, dan “Kesehatan Menyeluruh Pertanggungan": ini koefisien semua memiliki negatif tanda-tanda dan adalah secara statistik penting. Ini hasilnya konsisten dengan hipotesis bahaya moral di bawah asuransi: individu dengan asuransi lebih kecil kemungkinannya dibandingkan individu yang tidak diasuransikan untuk memiliki perawatan kesehatan yang tidak terpenuhi kebutuhan[9].

Koefisien pada kuintil kekayaan juga negatif dan signifikan secara statistik koefisien. Sangat menarik untuk dicatat bahwa, secara umum, efek marginal negatif dan koefisien pada kuintil kekayaan menjadi lebih besar secara absolut (yaitu lebih negatif) dari kuintil kekayaan terendah hingga tertinggi. Ini adalah bukti kuat bahwa peluang ke memenuhi kesehatan rawat jalan kebutuhan perawatan meningkat dengan meningkat kekayaan.

IJSE 39,6

414

Koefisien pada “daerah terpencil” juga menunjukkan bahwa penduduk perkotaan lebih kecil kemungkinannya ke memiliki tidak terpenuhi membutuhkan untuk rawat jalan peduli dibandingkan penduduk di terpencil daerah dari Iran.

Mengalihkan perhatian kita ke penerimaan rumah sakit, hasilnya menunjukkan bahwa dipekerjakan di itu publik sektor dan rumah tangga ukuran ditingkatkan itu kemungkinan dari pertemuan kebutuhan untuk pelayanan rawat inap. Seperti perawatan rawat jalan, cakupan asuransi kesehatan mengurangi probabilitas kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk layanan rawat inap (lihat negatif dan statistik penting koefisien pada Medis Perlakuan Pertanggungan, Sosial Keamanan Pertanggungan, dan Spesial Organisasi Pertanggungan). Akhirnya, dan di kontras dengan rawat jalan jasa, itu koefisien pada kuintil kekayaan tidak signifikan secara statistik. Hal ini sejalan dengan harapan, mengingat bahwa permintaan untuk perawatan rumah sakit kurang elastis terhadap pendapatan daripada rawat jalan peduli.

* + 1. *Hasil dekomposisi* . Subbagian ini menyajikan hasil dekomposisi analisis, yang tujuannya adalah untuk mengidentifikasi kontribusi variabel yang dapat diamati (dan, lumayan mungkin, tidak dapat diamati variabel itu adalah berkorelasi dengan mereka) ke ketidaksetaraan terkait kekayaan dalam kebutuhan yang tidak terpenuhi yang dilaporkan di atas. Bahkan, seperti itu hasil asalkan di Bagian 5.2 dan regresi hasil, itu dihitung *C* indeks untuk tidak terpenuhi membutuhkan juga menunjukkan itu terkait kekayaan ketidaksetaraan untuk kesehatan peduli menggunakan. Di lainnya kata-kata, itu *C* indeks kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk setiap kunjungan perawatan rawat jalan (20,1529, *p* -value 0,000) dan RSUD penerimaan (20.0657, *p* -nilai 0,003) menunjukkan itu tidak terpenuhi kebutuhan untuk ini jasa adalah pekat antara itu miskin. Karena itu, kami digunakan sebuah metode diperkenalkan oleh staf pengemis *et Al.* (2003), (Lihat Bagian 3), di memesan ke membusuk itu konsentrasi indeks dari tidak terpenuhi membutuhkan.

¼

¼

Hasil dekomposisi menunjukkan seberapa besar faktor tertentu yang diamati berkontribusi pada ketidaksetaraan. Faktor yang didistribusikan secara tidak merata oleh kekayaan dan memiliki efek pada probabilitas kebutuhan yang tidak terpenuhi dapat berkontribusi pada ketidaksetaraan dalam kebutuhan yang tidak terpenuhi. Itu ketentuan "kontribusi" di sini cara bagaimana banyak itu variasi di sebuah diberikan faktor bisa menjelaskan hubungan antara kebutuhan yang tidak terpenuhi dan peringkat kekayaan melalui asosiasi parsialnya dengan tidak terpenuhi membutuhkan (mobil van Doorslaer *et Al.* , 2008).

Meja IV mengandung itu hasil dari itu penguraian analisis untuk itu kemungkinan kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk setiap kunjungan rawat jalan. Ta bl e berisi informasi tentang koefisien, berarti nilai, elastisitas (yaitu *h k bkxk* = *m )* , *\_* itu *C* dari itu penjelasan variabel, dan kontribusi masing-masing variabel penjelas terhadap indeks *C* untuk unmet membutuhkan.

¼ ð Þ

Tanda negatif (positif) dari indeks konsentrasi untuk setiap variabel menunjukkan bahwa faktor terkonsentrasi di antara kuintil kekayaan bawah (atas). Sebagai contoh, variabel wiraswasta lebih tinggi di antara kuintil kekayaan yang lebih rendah. Padahal, tahun sekolah (yaitu tingkat pendidikan) lebih tinggi di antara individu yang relatif kaya. Itu positif (negatif) nilai dari itu kontribusi ke itu konsentrasi indeks menunjukkan itu itu faktor meningkat itu kemungkinan dari tidak terpenuhi membutuhkan antara itu kaya (miskin).

Seperti dapat dilihat, kuintil kekayaan memberikan kontribusi negatif yang kuat terhadap ketidaksamaan dari tidak terpenuhi membutuhkan untuk setiap rawat jalan jasa. Di lainnya kata-kata, itu kemungkinan kebutuhan yang tidak terpenuhi lebih rendah di antara individu dalam kuintil kekayaan yang lebih tinggi. Ini menjadi diharapkan mengingat hasil regresi yang dilaporkan pada Tabel III dan IV: ingat bahwa koefisien untuk kuintil *WI* adalah negatif. Hasilnya juga menggambarkan bahwa kesehatan Pertanggungan dan wilayah dari tempat tinggal faktor membuat negatif kontribusi ke ketidaksetaraan unmet need untuk perawatan rawat jalan sedangkan kontribusi pendidikan adalah positif. Itu negatif kontribusi dari itu faktor "wilayah" adalah mungkin jatuh tempo ke itu fakta itu rakyat hidup di itu terpencil daerah adalah umumnya miskin dan mereka memiliki lebih sedikit mengakses ke kesehatan

Perempuan 15-29

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Variable Ceff. | | Mean | Elasticities | C of the variable | Cont. to inequality | Correct. cont. to inequality | Summed cont. |
| Age-gender groups  Male 30-44 20.1629 \*\* | | 0.0528 | 20.0232 | 0.0899 | 20.0021 | 20.0031 \*\* |  |
| Male 45-59 | 20.1055 | 0.036 | 20.0103 | 20.0064 | 0.0001 | 0.0001 \* | |
| Male 60 þ | 20.1456 \*\*  20.0156 | 0.0505  0.2565 | 20.0198  20.0108 | 20.1959  20.0228 | 0.0039  0.0002 | 0.0058 \*\*\*  0.0003 \* | |
| Female 30-44 | 20.0141 | 0.2426 | 20.0092 | 0.0813 | 20.0008 | 20.0012 |  |
| Female 45-59 | 0.0062 | 0.1463 | 0.0025 | 20.0245 | 20.0001 | 20.0001 \* |  |
| Female 60 þ | 0.0596 | 0.0894 | 0.0144 | 20.132 | 20.0019 | 20.0028 | 20.0010 |
| 2nd Wealth Quintile | 20.0806 \*\* | 0.2333 | 20.0508 | 20.2933 | 0.0149 | 0.0221 \*\* |  |
| 3rd Wealth Quintile | 20.0773 \*\* | 0.2055 | 20.0429 | 0.1458 | 20.0063 | 20.0093 \*\*\* |  |
| 4th Wealth Quintile | 20.1511 \*\*\* | 0.1764 | 20.072 | 0.5279 | 20.038 | 20.0563 \*\*\* |  |
| 5th Wealth Quintile | 20.1702 \*\*\* | 0.148 | 20.0681 | 0.8525 | 20.058 | 20.0859 \*\*\* | 20.1295 |
| Other socio-economic characteristics | | | | | | | |
| Education level | 0.0039 | 5.3869 | 0.0572 | 0.2356 | 0.0135 | 0.0200 \* |  |
| Employed in public sector | 0.0986 \* | 0.0476 | 0.0127 | 0.4119 | 0.0052 | 0.0077 \* |  |
| Employed in private sector | 0.2025 \*\*\* | 0.0279 | 0.0152 | 0.0903 | 0.0014 | 0.0021 \*\* |  |
| Self-employed | 0.1450 \*\*\* | 0.112 | 0.0439 | 20.077 | 20.0034 | 20.005 |  |
| Married | 20.1110 \*\*\* | 0.7423 | 20.2226 | 20.0041 | 0.0009 | 0.0013 \*\*\* |  |
| Divorced/Widowed | 20.0992 | 0.0644 | 20.0173 | 20.1541 | 0.0027 | 0.0040 \* |  |
| Household size | 0.0072 | 5.4887 | 0.1074 | 20.0275 | 20.003 | 20.0044 |  |
| Male ratio | 20.0803 | 0.4888 | 20.106 | 0.0069 | 20.0007 | 20.001 |  |
| Female headed households | 20.0122 | 0.0221 | 20.0007 | 20.1929 | 0.0001 | 0.0001 | 0.0247 |
| Health insurance variables  Medical Treatment Insurance | 20.0677 \*\* | 0.4277 | 20.0782 | 20.1404 | 0.011 | 0.0163 \*\*\* |  |
| Social Security Insurance | 20.1336 \*\*\* | 0.2443 | 20.0881 | 0.259 | 20.0228 | 20.0338 \*\*\* |  |
| Armed Forced Insurance | 20.0335 | 0.0348 | 20.0032 | 0.2226 | 20.0007 | 20.001 |  |
| Imdad (relief) Committee Insurance | 0.1025 | 0.0383 | 0.0106 | 20.5069 | 20.0054 | 20.008 |  |
| Special Organisation Insurance | 20.3186 \*\*\* | 0.025 | 20.0215 | 0.1594 | 20.0034 | 20.0050 \*\*\* |  |
| Comprehensive Insurance | 20.0971 \*\*\* | 0.0789 | 20.0207 | 0.3733 | 20.0077 | 20.0114 \*\*\* | 20.0430 |
| Region  Main rural areas | 20.0157 | 0.3221 | 20.0137 | 20.3161 | 0.0043 | 0.0064 \* |  |
| Remote areas | 0.1963 \*\*\* | 0.0981 | 0.052 | 20.4836 | 20.0252 | 20.0373 \*\*\* | 20.0310 |
| Residual |  |  |  |  |  |  | 0.0265 |
| Concentration index for Unmet Need |  |  |  |  |  |  | 20.1532 |

Kekayaan Indeks

Catatan: Penting pada: \* *p* , 0.10, \* \* *p* , 0,05, dan \* \* \* *p* , 0,01; itu standar kesalahan dari itu kontribusi adalah diperoleh melalui bootstrap

Health care utilisation

415

Table IV. Decomposition analysis of inequality in unmet need for any ambulatory

visits

IJSE 39,6

416

fasilitas dan peluang perawatan dan dengan demikian kemungkinan kebutuhan yang tidak terpenuhi lebih tinggi. Asuransi kesehatan memberikan kontribusi negatif terhadap ketimpangan karena secara umum kemungkinan memiliki asuransi kesehatan lebih tinggi di kalangan masyarakat kaya, dan memiliki asuransi kesehatan berdampak negatif pada unmet need. Meskipun tingkat pendidikan meningkat dengan indeks kekayaan, faktor ini juga memberikan kontribusi independen yang positif terhadap ketidaksetaraan unmet need untuk perawatan rawat jalan. Mungkin orang berpendidikan tinggi lebih cenderung untuk melaporkan kebutuhan yang tidak terpenuhi akan perawatan kesehatan daripada orang yang berpendidikan lebih rendah karena mereka lebih sadar akan kebutuhan mereka akan pemanfaatan perawatan kesehatan. Gambar 5 menunjukkan hasil analisis dekomposisi untuk penggunaan rawat jalan dan rawat inap. Menurut angka ini, WI merupakan faktor terpenting yang terkait dengan ketidaksetaraan kebutuhan yang tidak terpenuhi. Asuransi kesehatan dan variabel regional adalah dua faktor penting lainnya yang berkontribusi pada konsentrasi "kebutuhan yang tidak terpenuhi" di antara orang miskin di Iran. Faktor pendidikan memberikan kontribusi negatif terhadap ketimpangan unmet need perawatan di rumah sakit. Mungkin orang yang berpendidikan lebih baik dapat menemukan perawatan rumah sakit yang mereka butuhkan, ceteris paribus, dan/atau berusaha lebih keras untuk memenuhi kebutuhan rawat inap mereka daripada pasien yang kurang berpendidikan. Analisis dekomposisi kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk perawatan rawat jalan dan rumah sakit menggambarkan kontribusi yang kuat dari sisa. Ini menunjukkan kesalahan spesifikasi model saat ini. Dengan kata lain, ada faktor selain variabel dalam model yang mempengaruhi ketidaksamaan

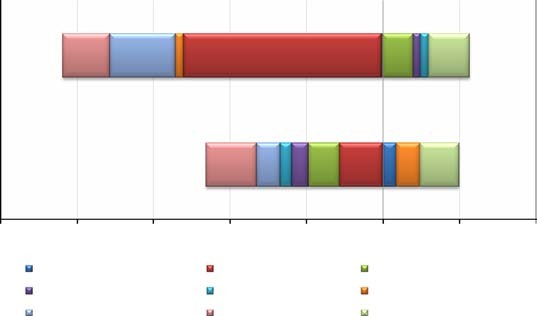
tetapi tidak dapat kita amati atau kendalikan.

5.3 Faktor yang terkait dengan “memenuhi kebutuhan”

Bagian ini menyelidiki faktor-faktor yang berkorelasi dengan “memenuhi kebutuhan”. GLM digunakan untuk memeriksa korelasi terpenuhinya kebutuhan hanya untuk perawatan kesehatan rawat jalan karena ukuran sampel tidak cukup untuk investigasi kategori layanan perawatan kesehatan lainnya.

Tabel V melaporkan hasil regresi met unneed untuk pelayanan kesehatan rawat jalan. Menurut hasil yang disajikan dalam tabel, orang yang berpendidikan baik dan individu dari rumah tangga yang lebih besar lebih cenderung menggunakan perawatan rawat jalan yang, menurut perhitungan mereka sendiri, tidak diperlukan. Koefisien “rasio laki-laki” negatif dan signifikan secara statistik, menunjukkan bahwa individu dalam rumah tangga yang sangat feminis lebih mungkin untuk memenuhi kebutuhan.

Setiap rawat jalan berhadapan



its

ns

–0.25 –0.20

–0.15

–0.10

–0.05

0.00 0.05

0.10

Age-gender

Employment status Health insurance

Wealth Index

Marital status Region

Education

Household characteristics Residual

RSUD penerimaan

Angka 5.

Kontribusi relatif dari setiap faktor ke itu

ketidaksamaan dari tidak terpenuhi membutuhkan

Jenis dari kesehatan peduli layanan Apa saja rawat jalan kunjungan Mandiri variabel Coeff. SE

Pria 30-44 20,0083 0,0052

Pria 45-59 20,0072 0,0062

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Male 60 þ  Female 30-44  Female 45-59  Female 60 þ  Employed in public sector | 20.0004  0.0013  20.0070  20.0087  0.0035  \*\*  0.0015 | 0.0070  0.0035  0.0046  0.0056  0.0070  0.0003  0.0053 |
| Employed in private sector Self-employed  Married Divorced/Widowed Household size  Male ratio | 20.0079  0.0000  0.0034  0.0116  0.0017 \*\* \*  20.0169 \*\* | 0.0056  0.0038  0.0033  0.0064  0.0005  0.0066 |
| Female headed households | 20.0035 | 0.0107 |
| Medical Treatment Insurance | 20.0053 | 0.0031 |
| Social Security Insurance | 20.0042 | 0.0032 |
| Armed Forced Insurance | 0.0037 | 0.0069 |
| Other type of health insurance | 20.0097 | 0.0056 |
| Comprehensive Insurance | 0.0010 | 0.0045 |
| Second wealth quintile | 0.0069 \* | 0.0037 |
| Third wealth quintile | 0.0030 | 0.0039 |
| Fourth wealth quintile | 0.0093 \*\* | 0.0042 |
| Fifth wealth quintile | 0.0121 \*\* \* | 0.0045 |
| Main rural areas | 0.0041 | 0.0031 |
| Remote areas | 0.0033 | 0.0048 |
| Constant  *Deviance* (*x* 2) | 20.0001 | 0.0074  907.370 |
| *Log likelihood* |  | 2453.685 |
| *n* |  | 10,046 |

Perempuan 15-29

Pendidikan tingkat 0,0007

Catatan: Penting pada: \* *p* , 0.10, \* \* *p* , 0,05, dan \*\* \* *p* , 0,01

Kesehatan peduli pemanfaatan

417

Meja V GLM hasil untuk “bertemu tidak perlu” regresi

Serangkaian hasil yang sangat menarik dalam Tabel V adalah koefisien pada kuintil kekayaan. Koefisien pada variabel-variabel ini positif dan signifikan secara statistik untuk semua kecuali kuintil ketiga. Ini menunjukkan bahwa orang-orang di kuintil kekayaan yang lebih tinggi menggunakan lebih banyak perawatan rawat jalan yang tidak dibutuhkan daripada individu di kuintil pertama. Temuan bahwa orang kaya mengkonsumsi lebih banyak perawatan kesehatan rawat jalan yang tidak dibutuhkan daripada rekan-rekan mereka yang miskin konsisten dengan hipotesis bahwa individu kaya memiliki tingkat diskonto yang lebih rendah, dan dengan ketersediaan lebih banyak sumber daya untuk berinvestasi dalam kesehatan, pada margin. Berdasarkan hasil unmet need dan met unneed, terbukti bahwa probabilitas menggunakan layanan kesehatan rawat jalan yang diperlukan dan yang tidak perlu lebih tinggi di antara individu yang lebih kaya. Temuan ini mungkin terkait dengan elastisitas pendapatan dari layanan ini, yang menurut banyak penelitian (US Public Health Service, 1960; Andersen dan Benham, 1970; Silver, 1970; American Medical Association, 1978; Scanlon, 1980; Sunshine dan Dicker, 1987; Badan Kebijakan dan Penelitian Perawatan Kesehatan, 1997; Parker dan Wong, 1997) sangat positif dan kadang-kadang secara substansial melebihi 1. Ini berarti bahwa peningkatan pendapatan kemungkinan besar terkait dengan lebih banyak konsumsi layanan perawatan rawat jalan.

IJSE 39,6

418

6. Diskusi dan kesimpulan

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk menilai ketidaksetaraan pemanfaatan layanan kesehatan di Iran menggunakan UHSS, survei nasional yang dilakukan pada tahun 2003. Dataset UHSS unik dalam arti bahwa, berbeda dengan dataset yang secara tradisional telah digunakan untuk jenis ini. analisis, UHSS berisi informasi tentang kebutuhan perawatan kesehatan yang dilaporkan sendiri serta konsumsi perawatan kesehatan yang dilaporkan. Oleh karena itu, tidak hanya perhitungan konsentrasi dan indeks HI yang dimungkinkan, tetapi juga analisis kebutuhan pelayanan kesehatan yang tidak terpenuhi dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang tidak terpenuhi. Analisis dekomposisi ketidaksetaraan dalam kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk pemanfaatan rawat jalan dan rawat inap juga dilakukan.

Hasilnya menunjukkan bahwa kebutuhan yang dilaporkan sendiri untuk layanan kesehatan di Iran lebih terkonsentrasi pada tingkat sosial ekonomi yang lebih rendah. Indeks konsentrasi untuk setiap kunjungan dokter (hanya) secara statistik berbeda secara signifikan dari proporsionalitas dan pro-kaya. HI yang dihitung menunjukkan bahwa ada ketidaksetaraan pro-kaya dalam pemanfaatan layanan rawat jalan dan rawat inap di Iran.

Studi ini juga menunjukkan bahwa, mengingat kebutuhan yang dinyatakan untuk perawatan rawat jalan, kemungkinan mencari kunjungan perawatan rawat jalan lebih tinggi di antara individu kaya. Selain itu, memiliki asuransi kesehatan meningkatkan kemungkinan pemenuhan kebutuhan rawat jalan dan rawat inap yang dilaporkan sendiri. Karyawan sektor publik juga lebih mungkin untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan mereka, dan mereka menggunakan lebih banyak layanan rawat inap daripada orang Iran lainnya. Bekerja di sektor swasta dan wiraswasta dikaitkan dengan penurunan kemungkinan memenuhi kebutuhan perawatan rawat jalan. Hasilnya juga menunjukkan bahwa ada perbedaan regional dalam mencari perawatan rawat jalan. Penduduk daerah perkotaan lebih mungkin untuk memenuhi kebutuhan mereka untuk kunjungan rawat jalan daripada penduduk daerah terpencil di Iran. Kami juga menemukan ketidaksetaraan gender dalam mendukung laki-laki mencari setiap kunjungan perawatan rawat jalan.

Hasil analisis dekomposisi kami menunjukkan bahwa indeks kekayaan, asuransi kesehatan, dan wilayah tempat tinggal adalah faktor terpenting yang berkontribusi pada ketidaksetaraan kebutuhan yang tidak terpenuhi di Iran. Tinggal di daerah perkotaan dan memiliki asuransi kesehatan juga memiliki pengaruh positif pada pemanfaatan layanan kesehatan di Iran. Lebih khusus lagi, orang yang tinggal di daerah terpencil menggunakan perawatan rawat jalan lebih jarang daripada penduduk perkotaan, dan orang yang memiliki asuransi kesehatan menggunakan lebih banyak layanan rawat jalan dan rumah sakit daripada orang yang tidak memiliki asuransi kesehatan.

Hasil regresi met unneed untuk layanan kesehatan rawat jalan menunjukkan bahwa individu dari rumah tangga yang lebih besar lebih cenderung menggunakan perawatan rawat jalan yang tidak diperlukan. Juga, orang-orang di kuintil kekayaan yang lebih tinggi menggunakan lebih banyak perawatan rawat jalan yang tidak dibutuhkan daripada individu di kuintil pertama.

Meskipun akan ideal untuk membedakan kualitas layanan perawatan kesehatan yang digunakan oleh individu untuk mengatasi pemerataan pemberian perawatan kesehatan di Iran, tidak ada statistik yang tersedia tentang kualitas pada tingkat agregat. Dengan demikian, kami akan menggemakan penekanan dalam van Doorslaer et al. (2004b) pada keterbatasan metodologis yang melekat dari pekerjaan ini: episode kualitas baik dan buruk dan intensitas perawatan yang berbeda tidak dapat dibedakan. Asumsi implisit yang digunakan dalam studi semacam ini adalah bahwa “kunjungan adalah kunjungan” (yaitu kunjungan dihitung sebagai kunjungan terlepas dari perbedaan kualitas layanan). Hipotesis yang dipertahankan ini tidak dapat diterima untuk pengujian empiris dengan data UHSS yang kami miliki.

Berdasarkan hasil ini, meskipun prinsip-prinsip yang mendasari sistem perawatan kesehatan di Iran baik secara teori maupun dalam praktik berfokus pada penekanan kesetaraan dalam perawatan kesehatan, pemberian perawatan kesehatan di Iran tidak adil terutama dalam kaitannya dengan perawatan rawat jalan. Jadi, jika kesetaraan dalam pemberian perawatan kesehatan merupakan tujuan penting bagi Iran, pekerjaan lebih lanjut diperlukan. Strategi untuk mengurangi porsi pengeluaran sendiri dalam pembiayaan perawatan kesehatan harus dianggap sebagai prioritas utama karena pengeluaran sendiri merupakan hambatan penting dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, terutama di kalangan masyarakat miskin. Reformasi ini akan memerlukan perubahan dalam pengaturan asuransi kesehatan: di Iran sebagai sistem asuransi kesehatan berbasis pemberi kerja saat ini, dengan adanya layanan kesehatan yang disubsidi pemerintah untuk yang tidak diasuransikan (yaitu UIIS dan RHIS), tidak memberikan perlindungan yang sama terhadap kesehatan pengeluaran perawatan di Iran. Ini karena individu yang dicakup oleh asuransi berbasis majikan menghadapi pengeluaran yang lebih rendah daripada mereka yang menerima layanan kesehatan yang disubsidi pemerintah (Hajizadeh dan Nghiem, 2011). Variasi pengeluaran out-of-pocket ini bisa menjadi sumber penting dari ketidaksetaraan yang diamati dalam pemanfaatan perawatan kesehatan antara yang tidak diasuransikan dan yang diasuransikan di Iran. Sebuah rencana asuransi kesehatan universal yang menyediakan layanan seragam untuk semua individu terlepas dari status pekerjaan mereka sehingga juga dapat mengurangi ketidaksetaraan dalam pemanfaatan perawatan kesehatan di Iran. Pelaksanaan reformasi tersebut membutuhkan keterlibatan banyak pemangku kepentingan termasuk Depkes, organisasi jaminan kesehatan (SJSN, Lembaga Jaminan Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Angkatan Bersenjata), dan instansi pemerintah lainnya.

ucapan terima kasih

Penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada profesor Ulf-Go¨ran Gerdtham dan David Madden atas komentar mereka yang bermanfaat pada tesis PhD oleh Dr Hajizadeh, yang menjadi dasar makalah ini. Penulis pertama ingin mengucapkan terima kasih kepada Kementerian Kesehatan dan Pendidikan Kedokteran Iran (Universitas Ilmu Kedokteran Shahid Beheshti) untuk memberikan dukungan keuangan untuk melakukan penelitian ini.

Catatan

1. Ini adalah pernyataan yang dibuat oleh responden yang menggunakan layanan kesehatan. Pengumuman responden mungkin terpengaruh setelah menerima pendapat penyedia tentang perlunya penggunaan.

2. Kementerian Kesejahteraan dan Jaminan Sosial bertanggung jawab atas pengawasan dana empat besar organisasi jaminan kesehatan ini.

3. Kami menggunakan pedoman terperinci yang ditetapkan oleh Vyas dan Kumaranayake (2006) untuk menyusun indeks kekayaan setelah memilih aset dan karakteristik perumahan yang diharapkan berkorelasi tinggi dengan kekayaan rumah tangga. Hasil PCA menunjukkan bahwa komponen utama pertama menjelaskan hampir 20 persen dari total varians.

4. Kami hanya menganalisis "memenuhi kebutuhan" untuk setiap kunjungan rawat jalan karena tidak ada cukup individu dalam sampel yang tidak membutuhkan layanan rawat inap tetapi menggunakan layanan rumah sakit untuk memungkinkan penarikan kesimpulan statistik yang valid.

5. Hasil serupa diperoleh ketika kami menggunakan model probit dalam analisis "kebutuhan yang tidak terpenuhi" dan "kebutuhan yang tidak terpenuhi".

6. Ini mencakup berbagai layanan non-rawat inap seperti kunjungan dokter umum, kunjungan spesialis, layanan gigi, layanan profesional kesehatan (non-GP) lainnya, terapi alternatif, dan pengobatan tradisional.Kesehatan peduli pemanfaatan

419

IJSE 39,6

420

1. Ukuran ini hanya digunakan untuk kategori “setiap perawatan rawat jalan dalam dua minggu terakhir”, sebagai di sana adalah tidak memadai pengamatan dari bertemu tidak perlu untuk rawat inap jasa.
2. Menurut Dewan Medis Iran, jumlah total dokter (Dokter dan Spesialis) di Iran dulu 94.409 (68 per sen pria dan 32 per sen Perempuan) di 2006/2007. Itu proporsi dari dokter umum dan spesialis dalam kaitannya dengan jumlah total dokter adalah 64 dan 36, masing-masing (Damari *et Al.* , 2008).
3. Apakah ini tertentu manifestasi dari moral bahaya adalah sebuah sumber dari efisiensi atau ketidakefisienan adalah, namun, sebuah membuka pertanyaan.

Referensi

Agen untuk Kesehatan peduli Aturan dan Riset (1997), *Tren di Pribadi Kesehatan peduli Pengeluaran, Asuransi Kesehatan dan Sumber Pembayaran, Populasi Berbasis Komunitas, 1987-1995 , Data Survei* Pengeluaran Medis Nasional , Pusat Biaya dan Pembiayaan Studi, Rockville, dokter, Berbaris.

Allin, S. (2008), "Apakah kesetaraan dalam penggunaan layanan kesehatan bervariasi di seluruh provinsi Kanada?", *Layanan Kesehatan Kebijakan* , Jil. 3 Tidak. 4, hal. 83-99.

American Medical Association (1978), *The Demand for Health Care* , Report of the National Komisi pada itu Biaya dari Medis peduli 1976-77, Amerika Medis Asosiasi, Chicago, IL.

Anderson, R. dan Benham, L (1970), “Faktor mempengaruhi itu hubungan di antara keluarga penghasilan dan medis peduli konsumsi", di Klarman, H. (Ed.), *Empiris Studi di Kesehatan ekonomi* , Johns Hopkins, Baltimore, dokter

Chen, AY dan Escarce, JJ (2004), “Penyesuaian status kesehatan dan ketidaksetaraan terkait pendapatan di kesehatan peduli pengiriman", *Kesehatan Jasa dan hasil Riset Metodologi* , Jil. 5 Tidak. 1, hal. 75-85.

Cisse, B., Luchini, S. dan Moatti, JP (2007), “Progresivitas dan kesetaraan horizontal dalam perawatan kesehatan keuangan dan pengiriman: Apa tentang Afrika?", *Kesehatan Kebijakan* , Jil. 80 Tidak. 1, hal. 51-68.

Culyer, A., van Doorslaer, E. dan Wagstaff, A. (1992), "Pemanfaatan sebagai ukuran ekuitas oleh Uang, Aula, Donaldson dan Gerard”, *Jurnal dari Kesehatan ekonomi* , Jil. 11 Tidak. 1, hal. 93-8.

Damari, B., Vosogh-Moghaddam, A. dan Abachizadeh, K. (2008), *Draft Policy Paper on Health Manusia Sumber daya Manajemen* , Kementerian dari Kesehatan dan Medis Pendidikan, Teheran.

Erreyger, G. (2009), “Mengoreksi itu konsentrasi indeks", *Jurnal dari Kesehatan ekonomi* , Jil. 28 Tidak. 2, hal. 504-15.

Gerdtham, U. (1997), "Ekuitas di kesehatan peduli pemanfaatan: lebih jauh tes berdasarkan pada rintangan model dan Orang Swedia mikro data", *Kesehatan ekonomi* , Jil. 6 Tidak. 3, hal. 303-19.

Gerdtham, U. dan Sundberg, G. (1998), "Ekuitas di itu pengiriman dari kesehatan peduli di Swedia",

*Jurnal Kedokteran Sosial Skandinavia* , Jil. 26 Nomor 4, hal. 259-64.

Gerdtham, U. dan Trivedi, P. (2001), “Ekuitas dalam perawatan kesehatan Swedia dipertimbangkan kembali: hasil baru berdasarkan pada itu terbatas mi x masa depan model", *Kesehatan ekonomi* , Jil. 10 Tidak. 6, hal. 565-72.

Gilson, L. (1989), "Apa masa depan untuk kesetaraan dalam kebijakan kesehatan?", *Kebijakan Kesehatan dan Perencanaan* , Jil. 4 Tidak. 4, hal. 323-7.

Hajizadeh, M. dan Connelly, LB (2010), "Ekuitas pembiayaan perawatan kesehatan di Iran: efek dari memperpanjang kesehatan Pertanggungan ke itu tidak diasuransikan”, *Oxford Perkembangan Studi* , Jil. 38 Tidak. 4, hal. 461-76.

Hajizadeh, M. dan Nghiem, H. (2011), “Pengeluaran di luar saku untuk perawatan rumah sakit di Iran: siapa yang pada mempertaruhkan dari menimbulkan bencana pembayaran?”, *Internasional Jurnal dari Kesehatan peduli Keuangan dan ekonomi* , Jil. 11 Tidak. 4, hal. 267-85.

Hosseinpoor, AR, Naghavi, M., Alavian, SM, Speybroeck, N., Jamshidi, H. dan Vega, J. (2007), “Penentu mencari perawatan rawat jalan yang dibutuhkan di Iran: hasil dari kesehatan nasional jasa pemanfaatan survei”, *Arsip dari Iran Kedokteran* , Jil. 10 Tidak. 4, hal. 439-45.

Hutan kecil, J. (1985), "Pembiayaan kesehatan jasa di itu Serikat negara bagian, Kanada dan Britania", Nuffield/Leverhulme Persahabatan Laporan, London.

Kakwani, N., Wagstaff, A. dan van Doorslaer, E. (1997), “Ketimpangan sosial ekonomi dalam kesehatan: pengukuran, komputasi, dan inferensi statistik”, *Journal of Econometrics* , Vol. 77 Tidak. 1, hal. 87-103.

Lairson, dr, hindson, P. dan Hauquitz, A. (1995), "Ekuitas dari kesehatan peduli di Australia”,

*Sosial Sains & Kedokteran* , Jil. 41 Tidak. 4, hal. 475-82.

Layte, R. dan Nolan, B. (2004), *Ekuitas di itu Pemanfaatan dari Kesehatan peduli di Irlandia* , Ekonomis dan Sosial Riset Lembaga (ESRI), Universitas Kampus Dublin, Dublin.

Le Agung, J. (1978), "Itu distribusi dari publik pengeluaran: itu kasus dari kesehatan peduli", *ekonomi* , Jil. 45 Tidak. 178, hal. 125-42.

Le Agung, J. (1982), *Itu Strategi dari Kesetaraan* , Allen & Unwin, London.

Lu, J., Leung, G., Kwon, S., Tin, KY, Van Doorslaer, E. dan O'Donnell, O. (2007), “Horizontal kesetaraan dalam pemanfaatan layanan kesehatan: bukti dari tiga ekonomi Asia berpenghasilan tinggi”, *Social Sains & Kedokteran* , Jil. 64 Tidak. 1, hal. 199-212.

Organisasi Manajemen dan Perencanaan (2005), *Pembangunan Sosial-ekonomi Keempat Iran Bertindak: November 2004* , Pengelolaan dan Perencanaan Organisasi, Teheran.

Manning, W., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E., Liebowitz, A. dan Marquis, M. (1987), “Kesehatan asuransi dan permintaan akan perawatan kesehatan; bukti dari percobaan acak”, *Amerika Ekonomis Tinjau* , Jil. 77 Tidak. 3, hal. 251-77.

Mooney, G. (1983), "Ekuitas dalam perawatan kesehatan: menghadapi kebingungan", *Perawatan Kesehatan yang Efektif* , Vol. 1 Tidak. 4, hal. 179-85.

Mooney, G. (1991), "Pemanfaatan sebagai ukuran ekuitas: menimbang panas?", *Journal of Health ekonomi* , Jil. 10 Tidak. 4, hal. 475-80.

Uang, G., Aula, J., Donaldson, C. dan Gerard, K (1992), “Menimbang kembali panas: tanggapan ke Culyer, mobil van Doorslaer dan Staf pengemis”, *Jurnal dari Kesehatan ekonomi* , Jil. 11 Tidak. 2, hal. 199-205.

O'Donnell, HAI. dan tepat, C. (1991), “Ekuitas dan itu distribusi dari Inggris kesehatan nasional melayani sumber daya", *Jurnal dari Kesehatan ekonomi* , Jil. 10 Tidak. 1, hal. 1-19.

O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. dan Lindelow, M. (2007), *Menganalisis Kesehatan Ekuitas Menggunakan Data Survei Rumah Tangga – Panduan Teknik dan Implementasinya* , The Dunia Bank, Jenewa.

tukang parkir, S. dan Wong, R. (1997), "Rumah tangga penghasilan dan kesehatan peduli pengeluaran di Meksiko”,

*Kesehatan Kebijakan* , Jil. 40, hal. 237-55.

Scanlon, W. (1980), “Sebuah teori dari itu panti jompo pasar”, *Permintaan* , Vol. 1, hal. 25-41.

Schieber, G. dan Klingen, N. (1999), “Reformasi pembiayaan kesehatan di Iran: prinsip dan kemungkinan selanjutnya langkah”, Dalam Laporan yang Disiapkan untuk: Lembaga Penelitian Jaminan Sosial, Ekonomi Kesehatan Kongres, Teheran, Iran.

Silver, M. (1970), "Analisis ekonomi variasi dalam biaya pengobatan dan tingkat kehilangan pekerjaan", di Klarman, H. (Ed.), *Empiris Studi di Kesehatan ekonomi* , Johns Hopkins, Baltimore, dokter

Sunshine, J. dan Dicker, M. (1987), *Total Pengeluaran Keluarga untuk Perawatan Kesehatan, Amerika Serikat, 1980* , Nasional Medis peduli Pemanfaatan dan E x penditure survei, Teknis Laporan Seri B, Laporan No. 15, Pub DHHS No. 87-20215, Pusat Statistik Kesehatan Nasional, Publik Kesehatan Melayani, Washington, DC.

Kesehatan peduli pemanfaatan

421

IJSE 39,6

422

Layanan Kesehatan Masyarakat AS (1960), *Statistik Kesehatan dari Survei Kesehatan Nasional AS Juli 1957-Juni 1959* , Volume Seri B. 15 (Dental dan Dokter), USGPO, Washington, DC.

mobil van Pembantai pintu, E. dan staf pengemis, A. (1992), "Ekuitas di itu pengiriman dari kesehatan peduli: beberapa internasional perbandingan”, *Jurnal dari Kesehatan ekonomi* , Jil. 11 Tidak. 4, hal. 389-411.

mobil van Pembantai pintu, E., koolman, X. dan jones, SAYA (2004a), “E x polos terkait pendapatan ketidaksetaraan di dokter pemanfaatan di Eropa", *Kesehatan ekonomi* , Jil. 13 Tidak. 7, hal. 629-47.

van Doorslaer, E., Masseria, C. and Group, OHER (2004b), “Ketidaksetaraan terkait pendapatan dalam penggunaan dari medis peduli di 21 OECD negara”, *Menuju Tinggi Pertunjukan Kesehatan Sistem* , Organisasi untuk Ekonomis Kerja sama dan Perkembangan, Paris, hal. 109-65.

van Doorslaer, E., Clarke, P., Savage, E. dan Hall, J. (2008), “Ketidaksetaraan horizontal di Australia mi x ed privasi Umum kesehatan peduli sistem", *Kesehatan Kebijakan* , Jil. 86 Tidak. 1, hal. 97-108.

mobil van Pembantai pintu, E., staf pengemis, A., mobil van der Burg, H., orang kristen, T., De kuburan, D., Duchesne, I., Gerdtham, UG, Gerfin, M., Geurts, J., Gross, L., Hakkinen, U., John, J., Klavus, J., Leu, RE, Nolan, B., O'Donnell, O., Propper, C., Puffer, F., Schellhorn, M., Sundberg, G. dan Winkelhake, O. (2000), “Kesetaraan dalam pemberian perawatan kesehatan di Eropa dan itu KITA", *Jurnal dari Kesehatan ekonomi* , Jil. 19 Tidak. 5, hal. 553-83.

Vyas, S. dan Kumaranayake, L. (2006), “Membangun status sosial ekonomi indeks: bagaimana ke menggunakan Kepala Sekolah komponen analisis", *Kesehatan Aturan dan Perencanaan* , Jil. 21 Tidak. 6, hal. 459-68.

Wagstaff, A. (2005), “Batas indeks konsentrasi ketika variabel yang diinginkan adalah biner, dengan sebuah aplikasi ke imunisasi ketidaksetaraan”, *Kesehatan ekonomi* , Jil. 14 Tidak. 4, hal. 429-32.

staf pengemis, A., mobil van Pembantai pintu, E. dan Watanabe, N. (2003), "Pada membusuk itu penyebab dari kesehatan sektor ketidaksetaraan dengan sebuah aplikasi ke malnutrisi ketidaksetaraan di Vietnam", *Jurnal dari ekonometrika* , Jil. 112 Tidak. 1, hal. 207-23.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Calonge, S., Christiansen, T., Gerfin, M., Gottschalk, P., Janssen, R., Lachaud, C., Leu, ULANG, Nolan, B., O'Donnell, HAI., Paci, P., Pereiro, J., Pinto, CG, tepat, C., Rene, J., Rochai x , L., Rodriguez, M. dan Rutten, F. (1992), “Ekuitas dalam keuangan kesehatan peduli: beberapa internasional perbandingan”, *Jurnal dari Kesehatan ekonomi* , Jil. 11 Tidak. 4, hal. 361-87.

(The) Bank Dunia (2009), *Akun Kesehatan Nasional Iran 2004* , Bank Dunia, tersedia di: [www.who.int/nha/docs/en/Iran\_NHA\_report\_english.pdf](http://www.who.int/nha/docs/en/Iran_NHA_report_english.pdf) (diakses 22 September 2009).

Organisasi Kesehatan Dunia (2005), “Strategi kerjasama negara untuk Organisasi Kesehatan Dunia dan Islam Republik dari Iran”, Teknis Laporan, Dunia Kesehatan Organisasi, Jenewa.

Organisasi Kesehatan Dunia (2008), “Seri akun kesehatan nasional”, tersedia di: [www.who.int/](http://www.who.int/) nha/negara/irn/id/ (diakses 25 Januari 2009).

Yiengprugsawan, V., Lim, L., Carmichael, G., Dear, K. dan Sleigh, A. (2010), “Membusuk ketidaksetaraan sosial ekonomi untuk hasil kesehatan biner: peningkatan estimasi yang tidak bukan bervariasi oleh pilihan dari referensi kelompok", *BMC Riset Catatan* , Jil. 3 Tidak. 1, p. 57.

Yip, W. dan Berman, P. (2001), “Asuransi kesehatan yang ditargetkan di negara berpenghasilan rendah dan dampak pada mengakses dan ekuitas di mengakses: Mesir sekolah kesehatan Pertanggungan", *Kesehatan ekonomi* , Jil. 10 Tidak. 3, hal. 207-20.

Sesuai pengarang

Muhammad Hajizadeh bisa menjadi dihubungi pada: [Mohammad.Hajizadeh@schulich.uwo.ca](mailto:Mohammad.Hajizadeh@schulich.uwo.ca)

Ke pembelian cetak ulang dari ini artikel silakan surel: [reprints@emeraldinsight.com](mailto:reprints@emeraldinsight.com)

Atau mengunjungi kita jaring lokasi untuk lebih jauh rincian: [www.emeraldinsight.com/reprints](http://www.emeraldinsight.com/reprints)