

## عملکرد قانون ردیف ۱۱-۵۲۰۰۰۰ دولت در حمایت و کاهش هزینه های کمرشکن بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان در سال ۱۳۸۷-۱۳۸۸

مینوش مقیمی<sup>۱</sup>، سحر ولی مقدم زنجان<sup>۲</sup>، رضا اقدام ضمیری<sup>۳</sup>، عبدالامیر فیضی<sup>۴</sup>، محمدحسن رستمخانی<sup>۵</sup>، رویا قهرمانی<sup>۶</sup>

چکیده

**مقدمه:** هزینه های کمرشکن و سرسام آور بیماری سرطان از یک سو و افزایش روزافزون آمار ابتلا به سرطان از سوی دیگر مسئولین نظام بهداشت و درمان کشور را بر آن داشت تا با اجرای قوانین حمایتی، فشار هزینه های درمان را از دوش بیماران مبتلا به سرطان تعدیل کنند. هدف از این مطالعه بررسی عملکرد و نقش قانون ردیف ۱۱-۵۲۰۰۰۰ در کاهش هزینه های کمرشکن بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان بود.

**روش پژوهش:** در این مطالعه توصیفی - مقطعی کلیه هزینه هایی که از زمان اجرای طرح (۱۳۸۷/۸/۱۵ لغایت ۱۳۸۸/۴/۳۱) در استان زنجان برای هر بیمار صورت گرفت، مورد تحلیل قرار گردید. به منظور بررسی هزینه های کمرشکن، پرسشنامه تجزیه و تحلیل هزینه درمان بیماری سرطان، در سال ۱۳۸۶ (قبل از اجرای طرح) و سال ۱۳۸۷ (پس از اجرای طرح) با هدف بررسی تأثیر اجرای این قانون توسط بیماران تحت درمان تکمیل و مورد مقایسه قرار گرفت. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه بود که روایی آن از طریق قضاوت خبرگان و پایایی از طریق آزمون - بازآزمون،  $T=0.78$  بدست آمد.

**یافته ها:** ۷۴۶ نفر بیمار با هزینه ای بالغ بر ۳,۹۴۴,۱۸۸,۴۳۱ ریال تحت حمایت دولت قرار گرفتند. ۷۶ درصد هزینه تخصیص یافته مربوط به هزینه دارو، ۲۳ درصد هزینه بستری و ۱ درصد هزینه خدمات تشخیصی بود. در سال ۱۳۸۶ هزینه درمان بیماری سرطان برای ۵۲ درصد از افراد کمرشکن بود، در سال ۱۳۸۷ پس از اجرای طرح حمایتی دولت نرخ هزینه های کمرشکن ۱۰ درصد کاهش یافته و به ۴۲ درصد رسید.

**نتیجه گیری:** وجود نرخ بالای هزینه های کمرشکن در بین بیماران مبتلا به سرطان علیرغم حمایت های صورت گرفته از سوی دولت، لزوم برنامه ریزی در نحوه تخصیص هزینه ها، حمایت های اقتصادی و اجتماعی از سوی سازمان های مردم نهاد و مسئول در امر درمان بیماران مبتلا به سرطان را ضروری می نماید.

**کلید واژه ها:** قانون ردیف ۱۱-۵۲۰۰۰۰، هزینه کمرشکن، بیماری سرطان

۱. فوق تخصص خون و آنکولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان، زنجان، ایران.
۲. کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی و درمانی، مسئول واحد مدیریت کیفیت مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج) استان زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول)، پست الکترونیک: sahar\_valimoghaddam@yahoo.com
۳. متخصص رادیوتراپی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان، زنجان، ایران.
۴. متخصص پاتولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان، رئیس مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج) استان زنجان، زنجان، ایران.
۵. متخصص داخلی، معاون درمان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.
۶. کارشناس پرستاری، کارشناس بیماری های خاص معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران.

## مقدمه

سرطان یا چنگار بیماری ای است که در آن سلول‌های بدن به طور کنترل نشده‌ای تکثیر می‌یابند. [۱] سالانه بیش از ۱۱ میلیون نفر مبتلا به سرطان در سراسر جهان شناسایی می‌شوند که از این تعداد ۶ میلیون نفر بر اثر شدت بیماری می‌میرند. در حال حاضر در جوامع توسعه یافته، سرطان، دومین علت مرگ و میر است و پیش بینی می‌شود که میزان بروز سرطان‌ها تا سال ۲۰۲۰ به دو برابر برسد. [۲] در ایالات متحده آمریکا مطابق برآوردهای صورت گرفته در سال ۲۰۰۸ از هر ۴ مرگ ۱ مرگ به دلیل سرطان رخ می‌دهد، طبق گزارش سازمان ملی سلامت آمریکا سرطان سالانه هزینه‌های زیادی را به افراد و جامعه تحمیل می‌نماید، در سال ۲۰۰۸، ۲۲۸ میلیون دلار هزینه درمان بیماران طی یک سال بوده است که ۴۰ درصد آن مربوط به هزینه مستقیم درمان، ۸ درصد هزینه غیرمستقیم ناشی از دست دادن نیروی فعال جامعه، تاثیر آن بر تولید و ۵۲ درصد هزینه غیرمستقیم ناشی از مرگ بیمار و از دست دادن فرد در جامعه می‌باشد. کمبود پوشش‌های بیمه‌ای چه در مراقبت‌های پیشگیرانه و چه در درمان موجب افزایش آمار تشخیص سرطان در مراحل پیشرفته می‌گردد که در نتیجه بر رنج بیمار و آمار مرگ و میر می‌افزاید. [۳] در اروپا نیز سالانه ۱۲/۵ درصد مرگ و میرها به علت ابتلا به سرطان اتفاق می‌افتد و دومین علت مرگ محسوب می‌شود، ابتلا به سرطان در کشورهای اروپایی سالانه خانواده‌ها، جامعه و دولت را متوجه هزینه‌های بالایی می‌کند. [۴] شیوع بالا و هزینه‌های سرسام‌آور سرطان دستگاه گوارش در کشورهای توسعه یافته، سیاست بهداشت و درمان این کشورها را به سمت برنامه‌های غربالگری، آموزش و تشخیص بیماری در مراحل اولیه و کاهش روزهای بستری سوق داده است، اگرچه ارائه این قبیل برنامه‌ها نیز هزینه هنگفتی نیاز دارد اما مطابق تحقیقات به عمل آمده نسبت به درمان بیماری هزینه - اثربخشی بالاتری دارد. [۵] در فاصله بین سال‌های ۲۰۰۲ و ۲۰۰۳ مطالعه‌ای بر روی هزینه درمان سرطان ریه در کشور ترکیه انجام گرفت، کل هزینه این بیماری ۱۴۷۳۵۳۰ دلار برآورد گردید که

۵۹ درصد آن هزینه غیرمستقیم و ۴۱ درصد مستقیم بود و میانگین هزینه درمان هر فرد ۱۴۳۰۶ دلار بود، ۵۶ درصد هزینه‌های درمان فرد به شیمی درمانی اختصاص یافته است، در ضمن رابطه مستقیم بین تشخیص بیماری در مراحل بالاتر و افزایش هزینه‌های درمانی یافت شد. در این پژوهش نیز بر گسترش خدمات غربالگری و پیشگیرانه توصیه گردیده است. [۶]

بیماری خاموش سرطان پس از بیماری‌های قلبی - عروقی و حوادث جاده‌ای، سومین عامل مرگ و میر در ایران محسوب می‌شود و در زمره بیماری‌های پر هزینه قرار دارد. [۷]

سرطان برای بیمار مبتلا به آن در کنار درد، افسردگی، عوارض روحی - روانی و اجتماعی، مشکلات اقتصادی فراوانی به دنبال دارد چرا که هزینه درمان و توانبخشی این بیماری بسیار بالا است. [۸] بر اساس تعریف هزینه‌های کمرشکن، هزینه سلامتی زمانی به عنوان هزینه کمرشکن در نظر گرفته می‌شود که این هزینه مساوی یا بیش از ۴۰ درصد درآمد غیر ضروری خانوار (درآمد در دسترس خانوار پس از برآورده شدن هزینه‌های اساسی مانند خوراک، پوشاک و مسکن) باشد. [۹]

سال ۱۳۸۶ بر اساس اجرای بند ۱۲ تبصره ۱۵ قانون بودجه به منظور حمایت هر چه بیشتر دولت از بیماران مبتلا به سرطان، ۲۰ بیمارستان و مرکز درمانی از سراسر کشور انتخاب و به عنوان قطب‌های درمانی، بیماران مبتلا به سرطان‌های شایع را به صورت رایگان درمان می‌کردند. جامعه تحت پوشش این برنامه را بیماران مبتلا به سرطان‌های مثانه، پروستات، سینه، روده و سرطان خون تشکیل می‌دادند که نسبت به انواع دیگر این بیماری شایع‌تر بوده و هزینه درمانی بالایی داشتند. همچنین برای هدایت بیماران در سیکل درمانی فوق، شاخص‌هایی به منظور انتخاب بیمار و حمایت از آن‌ها تنظیم شد که میزان درآمد خانواده و وضعیت مسکن، از جمله این شاخص‌ها است. سقف پرداختی برای هر سیکل درمانی در این برنامه، تا ۲۰ میلیون ریال در نظر گرفته شد و ساماندهی این روش به گونه‌ای صورت گرفت که بیشترین حمایت شامل

دوم از لحاظ نوع بیماری، جنسیت، مدت ابتلا و مرحله درمان مشابه سال ۱۳۸۶ بودند. ابزار گردآوری داده‌ها به منظور تعیین میزان هزینه‌های کمرشکن پرسشنامه بود. بخش اول پرسشنامه مربوط به مشخصات فردی بیمار و بخش دوم آن سؤالاتی درباره میزان هزینه‌های مستقیم و غیرمستقیم درمانی (هزینه بستری، هزینه دارو، هزینه رفت و آمد، هزینه اقامت در هتل یا مسافرخانه و ...)، نحوه تأمین این هزینه‌ها، میزان درآمد آن‌ها و سایر سؤالاتی که به طور غیرمستقیم وضعیت معیشتی آنان را برآورد می‌کرد را شامل می‌شد. برای سنجش اعتبار علمی پرسشنامه از روش قضاوت خبرگان استفاده شد، به این ترتیب که پرسشنامه تدوین شده به ۴ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه‌ها که سابقه پژوهش و مطالعه در زمینه موضوع پژوهش را دارا بودند، ارائه و از آنان درخواست گردید که نظریات خود را در مورد محتوا، ساختار و نحوه نگارش پرسشنامه بیان نمایند. پس از اعمال پیشنهادات هریک و تأیید آن توسط سایر اعضا، اعتبار محتوی و سازه پرسشنامه تضمین گردید.

ثبات آزمون نیز به روش آزمون - بازآزمون، مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت که پرسشنامه تنظیم شده نهایی، به گروه نمونه ۱۰ نفری بیماران در طی دو مرحله با فاصله زمانی ۱۴ روز توزیع گردید، سپس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS، ضریب همبستگی نمرات دو مرحله محاسبه شد، این ضریب ۰.۷۸ بدست آمد.

اطلاعات مربوط به وضعیت هزینه و درآمد افراد با پرونده‌های مددکاری بیماران در انجمن مهرانه (انجمن حمایت از بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان) به منظور تعیین صحت اطلاعات مطابقت داده شد. به منظور تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS استفاده به عمل آمد.

#### یافته‌ها

۷۴۶ نفر بیمار از زمان اجرای طرح با هزینه‌ای بالغ بر ۳,۹۴۴,۱۸۸,۴۳۱ ریال از سوی دولت تحت حمایت قرار گرفتند. ۷۶ درصد این هزینه مربوط به تأمین دارو، ۲۳ درصد هزینه بستری در بیمارستان و ۱ درصد هزینه

بیماران بی‌بضاعت شود. در بودجه سال ۱۳۸۷ نیز ردیفی متفرقه برای ارائه خدمات ویژه به بیماران صعب‌العلاج با هزینه‌های درمانی بالا در نظر گرفته شد. از اواسط سال ۱۳۸۷، بیمارستان‌های قطب سرطان به ۳۰ مرکز گسترش یافته و با افزودن ۶ نوع سرطان شایع دیگر، ۱۱ نوع سرطان تحت حمایت قرار گرفتند.

هدف از این مطالعه بررسی عملکرد و نقش قوانین حمایتی دولت در کاهش هزینه‌های کمرشکن بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان بود.

#### روش پژوهش

این مطالعه از نوع توصیفی و از دو بخش مجزا تشکیل یافته بود. در بخش اول، جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان و جامعه پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان بود که در فاصله زمانی پژوهش جهت دریافت خدمت به مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج) به عنوان مرکز قطب درمان سرطان مراجعه کردند (N=۷۴۶) و تماماً مورد مطالعه قرار گرفتند. کلیه هزینه‌های بستری، دارو و خدمات تشخیصی که از تاریخ ۱۳۸۷/۸/۱۵ به دنبال اجرای برنامه قطب به بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان از محل قانون ردیف ۱۱-۵۲۰۰۰۰-۵۲۰۰۰۰ تخصیص یافت در پرونده مالی بیماران به تفکیک نوع بیماری و نوع خدمت ثبت و تا تاریخ ۱۳۸۸/۴/۳۱ مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت.

در بخش دوم تأثیر اجرای برنامه قطب بر کاهش هزینه‌های کمرشکن، طی دو مرحله، قبل از اجرای برنامه در سال ۱۳۸۶ و بعد از آن در سال ۱۳۸۷ مورد مطالعه قرار گرفت. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به سرطان استان زنجان و جامعه پژوهش دربرگیرنده کلیه بیماران مبتلا به سرطان بود که، جهت درمان به مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج) مراجعه کرده بودند (در سال ۱۳۸۶، N=۶۴۰ و در سال ۱۳۸۷، N=۷۴۶) از این میان تعداد ۶۰ نفر با استفاده از رابطه کوکران در سال ۱۳۸۶ به صورت تصادفی انتخاب گردیدند، در سال ۱۳۸۷، تعداد ۷۰ نفر در مطالعه شرکت نمودند، در ضمن نمونه‌های سال

جدول ۱: هزینه‌های صورت گرفته از محل قانون ردیف ۱۱-۵۲۰۰۰۰ به تفکیک انواع سرطان

نوع سرطان	فراوانی (تعداد)	فراوانی (درصد)	کل هزینه درمان (ریال)	تعداد دفعات مراجعه بیماران	درصد از میانگین هزینه درمان بیمار در یک مرتبه مراجعه به مرکز قطب (ریال)
خون	۱۱۷	۱۵.۶	۲۶۶۹۳۱۷۳۰	۲۴۰	۶.۷
لنفوم	۱۱۲	۱۵	۷۵۴۳۷۸۵۷۶	۱۹۶	۱۹.۱
پستان	۱۰۳	۱۳.۸	۵۹۳۴۸۳۰۴۱	۲۳۳	۱۵
کولورکتال	۱۰۲	۱۳.۶	۹۴۵۵۱۶۴۶۷	۲۰۵	۲۳.۹
معهده	۹۱	۱۲.۱	۳۸۷۳۴۵۸۱	۱۵۲	۹.۸
دستگاه ادراری و تناسلی	۵۱	۶.۸	۲۷۱۶۷۲۴۶۰	۹۳	۶.۸
ریه	۴۹	۶.۵	۲۴۱۴۲۶۰۵۲	۱۰۱	۶.۱
مری	۲۷	۳.۷	۶۴۰۹۶۹۶۷	۳۰	۱.۷
پروستات	۲۲	۳	۹۶۴۰۹۳۳۵	۴۲	۲.۵
سارکوم	۱۹	۲.۶	۱۲۶۹۹۲۶۸۴	۳۸	۳.۳
تومور مغزی	۱۴	۱.۹	۱۷۵۸۵۰۱۴	۲۱	۰.۵
پوست و لاله گوش	۱۴	۱.۹	۳۶۰۳۷۵۵۰	۲۶	۱
سر و گردن، حنجره	۱۳	۱.۸	۹۲۵۱۹۵۹۴	۲۲	۲.۴
کبد	۱۲	۱.۷	۴۶۸۰۴۳۸۴	۲۰	۱.۲
جمع	۷۴۶	۱۰۰	۳۹۴۴۱۸۸۴۳۱	۱۴۱۹	۱۰۰

غیرمستقیم (هزینه رفت و آمد از روستا به شهر و یا از مرکز استان به تهران، هزینه اقامت در زنجان و یا تهران، هزینه خورد و خوراک به هنگام بستری در بیمارستان و ...) بود. در سال ۱۳۸۷ پس از رایگان شدن خدمات در مرکز قطب بخش عمده هزینه‌های پرداختی بیمار شامل دریافت خدمات تشخیصی در بخش خصوصی و خرید داروهای گران‌قیمت به صورت آزاد بود. (جدول ۲)

### بحث و نتیجه‌گیری

بررسی میانگین هزینه‌های صرف شده جهت درمان انواع سرطان در هر بار مراجعه به مرکز قطب، نشان می‌دهد که سرطان‌های کولورکتال، لنفوم، معده و پستان هزینه‌های بیشتری را به خود اختصاص داده‌اند و بیماران مبتلا به این نوع سرطان‌ها بیش از انواع دیگر توسط هزینه‌های

خدمات تشخیصی بود. اطلاعات مربوط به هزینه‌های صورت گرفته به تفکیک نوع بیماری مطابق (جدول ۱) می‌باشد.

با توجه به اطلاعات به دست آمده از ۱۳۰ بیمار طی دو مطالعه بررسی هزینه کمرشکن، میانگین سنی بیماران ۵۲ سال، ۴۶ درصد مرد و ۵۴ درصد زن بودند. پوشش بیمه پایه ۱۰۰ درصد (انجمن مهرانه کلیه افرادی که فاقد پوشش بیمه بودند را بیمه نموده است) ولی تنها ۶ درصد تحت پوشش بیمه مکمل قرار داشتند.

بر اساس نتایج پژوهش در سال ۱۳۸۶، هزینه درمان برای ۵۲ درصد از افراد کمرشکن بود، در سال ۱۳۸۷ پس از حمایت دولت از بیماران مبتلا به سرطان این میزان ۱۰ درصد کاهش یافته و به ۴۲ درصد رسید. به طور میانگین ۱۳ درصد هزینه‌های درمان مربوط به هزینه‌های

جدول ۲: نحوه پرداخت هزینه‌های درمان سرطان توسط بیماران

نحوه پرداخت هزینه‌های درمان	فراوانی (درصد) - سال ۱۳۸۶	فراوانی (درصد) - سال ۱۳۸۷
خود بیمار و یا همسر وی	۶۰	۶۵
کمک فرزندان و خویشاوندان	۱۵	۱۴
فروش اموال	۱۱	۷
وام و یا قرض	۹	۷
بیمه مکمل	۵	۷

مثال میانگین هزینه درمان سرطان ریه در کشور ترکیه در یک سال برای یک بیمار ۵۸۶۵۰۰۰۰ ریال می‌باشد. [۶] در حالی که با توجه به یافته‌های مطالعه ما در حدود ۳۵۰۰۰۰۰ ریال تخمین می‌گردد، البته تنها هزینه‌ای که دولت به درمان بیماران اختصاص می‌دهد گویای کل هزینه درمان نمی‌باشد چرا که، یافته‌های پژوهش نشان داد، تنها ۱ درصد هزینه‌های صرف شده مربوط به خدمات تشخیصی می‌باشد ولی این بدین معنا نیست که خدمات تشخیصی سهم ۱ درصدی در درمان بیمار دارد بلکه به دلیل عدم وجود امکانات در بخش دولتی درصد بالایی از بیماران رهسپار بخش خصوصی می‌شوند. متأسفانه در کشور ما سیستمی یکپارچه جهت تعریف و تعیین نحوه پرداخت هزینه‌های درمان سرطان در کل کشور وجود ندارد لذا نمی‌توان به صورت دقیق تعریف کرد که درمان هر نوع از سرطان به چه میزان هزینه نیاز دارد.

در ایران برخلاف کشورهای توسعه یافته، تمرکز دولت بیشتر بر درمان بیماری است تا ارائه مراقبت‌ها، قبل و بعد از ابتلا، یعنی ارائه خدمات آموزشی، پیشگیرانه و غربالگری با هدف تشخیص به موقع بیماری و مراقبت‌های حمایتی، تسکینی، توانبخشی و بازتوانی به منظور افزایش کیفیت زندگی بهبود یافتگان.

تقویت سیستم گزارش‌دهی مراکز قطب به منظور تعیین شیوع انواع بیماری سرطان در مراکز مربوطه و قراردادن بیماری‌هایی که شیوع بالا و هزینه درمان بالا دارند در اولویت برنامه‌های پیشگیری و غربالگری،

کمرشکن تهدید می‌شوند. از سوی دیگر ملاحظه می‌شود که علی‌رغم رایگان بودن هزینه‌های درمان بیماری سرطان، نرخ هزینه‌های کمرشکن همچنان بالا می‌باشد که دلیل آن را می‌توان در وضعیت بد اقتصادی بیماران در بدو ابتلا، بعد نسبتاً بالای خانوار (بیش از ۵ نفر)، از کارافتادگی سرپرست خانواده بدنبال بیماری خود، همسر یا فرزند، منزل استیجاری، عدم پوشش کافی بیمه‌های تکمیلی، عدم دسترسی به کلیه خدمات درمانی در شهر، روستا و لزوم ادامه درمان در شهرهای بزرگ، استفاده از سرویس‌های تشخیصی بخش خصوصی، عدم پوشش داروهای گران‌قیمت توسط سازمان‌های بیمه‌گر، تشخیص بیماری در مراحل پیشرفته جستجو کرد.

بنا به اظهار پزشک معالج، مشکلات اقتصادی قبل از اجرای برنامه قطب یکی از مهمترین دلایل انصراف بیماران از ادامه درمان بود که پس از رایگان نمودن خدمات در مرکز قطب این میزان، کاهش چشم‌گیری پیدا کرد و بسیاری از افراد مجدداً به ادامه درمان راغب گردیدند.

به دلیل وجود خلاء اطلاعاتی امکان مقایسه یافته‌های پژوهش با یافته‌های دیگر پژوهشگران در داخل کشور وجود ندارد، اما مقایسه هزینه‌های تخصیص یافته جهت درمان با سایر کشورها از جمله ایالات متحده آمریکا، کانادا و ترکیه نشان می‌دهد که هزینه درمان در ایران بدون در نظر گرفتن، تکنولوژی‌های پیشرفته درمانی، خدمات تشخیصی و مراقبتی وسیع، سطح درآمدی و وضعیت معیشتی افراد در این کشورها، نسبتاً ارزان است. به عنوان

## References

1. Kumar V, Abbas AK, and Fausto N. Pathologic Basis of Disease. 7th edition. Philadelphia: W.B Saunders Co;2004:33-35.
2. Schottenfeld D, Beebe-Dimmer J.L. Advances in cancer epidemiology : understanding causal mechanism and the evidence for implementing interventions .Annu Rev Public Health . 2005;26:37-60.
3. American Cancer Society. Cancer Facts & Figures 2009. Atlanta, GA. 2009.
4. Michael F, Alcuin A. European perspective on the cost and cost-effectiveness of cancer therapies. Journal of Clinical Oncology, Vol 25, No 2 (January 10), 2007: 191-195.
5. Lee YC, Lin JT, Wu H-M, et al .cost effectiveness analysis between primary and secondary preventive strategies for gastric cancer. cancer epidemiol Biomarkers Prev 2007;16:875-850.
6. Edis EC , Karlikaya C.The cost of lung canver in turkey. Tubrekuloz ve Toraks Dergisi .2007;55(1):51-58.[Turkish]
7. Azizi F, Hatami H, Janghorbani M, et al. Epidemiology and control of common disorder in iran.2nd edition,2nd pub. Tehran,khoravi pub.2004; 176.[Persian]
8. Gordon WA,Freidenburg I ,Diller L, et al. Efficacy of psychological intervention with cancer patients ,J Consult Clin Psychol 1990;48:743-56.
9. Wagstaff, A. and E. van Doorslaer,Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98.Health Economics 2003;12(1):921-934.

تعریف بسته‌های خدمتی شامل تعیین ضرایب بهره‌مندی از تخفیفات مربوط به هزینه بستری، دارو و خدمات تشخیصی با توجه به متغیرهای چندگانه (وضعیت معیشتی، اجتماعی، اقتصادی) با هدف عادلانه نمودن توزیع یارانه‌های دولتی، افزایش سطح دسترسی به کلیه خدمات درمانی و تشخیصی در مراکز قطب (دسترسی به خدمات رادیوتراپی، تخت بستری، داروهای کمیاب، آزمایشات تشخیصی و ...) و جلوگیری از ارجاعات مکرر بیمار به شهرهای بزرگ جهت ادامه درمان، گسترش پوشش‌های بیمه‌ای تکمیلی در بین بیماران، حمایت بیشتر از بیماران محروم و فقیر توسط ارگان‌های دولتی با همکاری سازمان‌های مردم‌نهاد از جمله راهکارهایی می‌باشد که در کنار ادامه روند اجرای قانون مربوطه می‌تواند بیش از پیش موجب کاهش هزینه‌های کمرشکن بیماری سرطان و کاهش موارد انصراف از درمان‌هایی شود که به خاطر هزینه‌های بالای درمان شاهد آن هستیم.

قانون مزبور به صورت کامل و جامع در مراکز قطب در سطح کشور اجرا نمی‌گردد، بدهکاری دولت به داروخانه‌های طرف قرارداد و عدم پرداخت به موقع تنخواه مراکز درمانی از مهمترین موانع همکاری مراکز با ادامه فعالیت این طرح می‌باشد.

با توجه به افزایش روز افزون آمار ابتلا به سرطان و هزینه‌های کمرشکن درمان آن، در کنار ادامه روند حمایت مالی دولت و سازمان‌های مردم‌نهاد از بیماران مبتلا، فعالیت کلیه سازمان‌های مسئول در رابطه با امر پیشگیری، غربالگری، آگاه‌سازی، بازتوانی و توانبخشی و به خصوص فرهنگ‌سازی ضروری می‌باشد.

## تشکر و قدردانی

نهایت تشکر و سپاسگزاری خود را از مسئولین دانشگاه علوم پزشکی استان زنجان و کلیه پرسنل بخش کموتراپی و آنکولوژی مرکز آموزشی درمانی حضرت ولیعصر (عج) و انجمن خیریه مهرانه که در گردآوری داده‌های این پژوهش یاری نمودند، اعلام می‌داریم.