



وزارت بهداشت، درمان
و آموزش پزشکی
معاونت توسعه مدیریت و منابع
مرکز بودجه و پایش عملکرد



دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی کرمان



پژوهشگاه
آینده پژوهی در سلامت

بروز و شدت مخارج کمرشکن سلامت در کشور: مطالعه پراکندگی جغرافیایی در مناطق شهری و روستایی

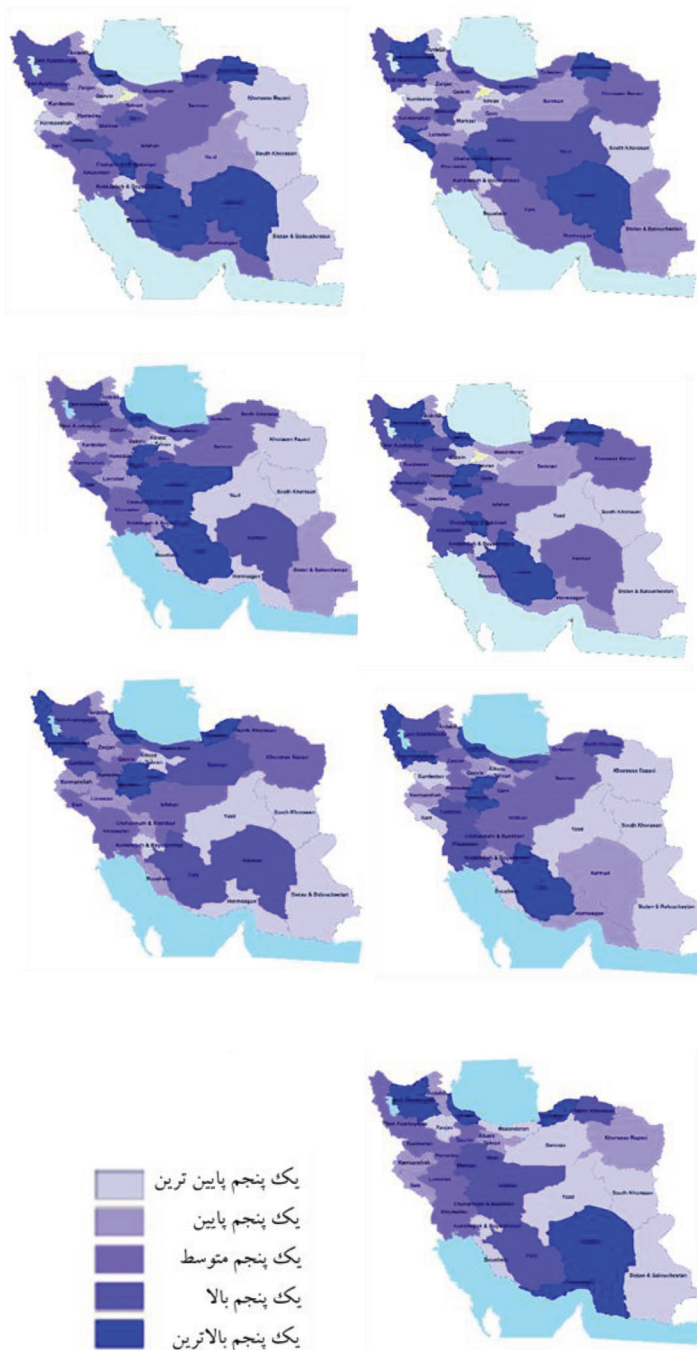
طی سالهای ۱۳۸۷-۱۳۹۳ - شماره ۲

تاب

نشریه
آینده
بهبتر
گامنامه علمی آموزش

اسفندماه ۱۳۹۴

Institute for Futures Studies in Health



شکل ۱: نقشه های جغرافیایی توزیع متوسط درصد خانوارهای مواجهه یافته

با مخارج کمرشکن در استانهای کشور طی سالهای

۱۳۸۷-۱۳۹۳ (از راست به چپ)

با اجرای طرح تحول سلامت در سال ۱۳۹۳، منابع قابل توجهی به بخش سلامت بویژه در بخش بستری و درمان اختصاص یافت. شدت مخارج کمرشکن سلامت در این سال در مقایسه با سال قبل و سال پایه ۱۳۸۷، به دلیل کاهش مخارج پرداخت از جیب خانوار در سلامت کاهش نشان می دهد. اما نرخ بروز مخارج کمرشکن سلامت در این سال نسبت به سال ما قبل خود ثابت مانده و حتی در مقایسه با سال پایه ۱۳۸۷ افزایش نشان می دهد.

این مسأله می تواند ناشی از حداقل ۴ علت نزدیک باشد. نخست افزایش میزان بار مراجعه و تقاضای ناشی از نیازهای برآورده نشده در سالهای قبل در نتیجه رفع موانع دسترسی اقتصادی باعث افزایش رقم ریالی پرداخت از جیب خانوارها شده است. دوم، مداخلات صورت گرفته در طرح تحول سلامت تمرکز بیشتری در بخش بستری آن هم دولتی و عمومی نسبت به سرپایی داشته و ضمن اینکه به طور مشخص بسته های حمایتی هدفمند از اقشار کم درآمد و فقیر جامعه تعیین نشده است. سوم، افزایش چشمگیر در نرخ تعرفه های سلامت با ارزش گذاری نسبی خدمات سلامت به رغم افزایش سهم دولت و بیمه ها از کل مخارج سلامت می تواند رقم ریالی پرداخت از جیب خانوارها در مقایسه با سالهای قبل افزایش دهد.

چهارم اینکه به نظر می رسد کاهش پرداخت از جیب خانوار شرط لازم برای کاهش نرخ خانوارهای با مخارج کمرشکن سلامت است، اما کافی نیست. اگرچه در این سال مقدار ریالی ظرفیت پرداخت خانوار در مقایسه با سالهای قبل افزایش داشته، اما سهم مخارج مردم در بخش خوراک و خط فقر نیز افزایش یافته و تغییر در الگوی کلی مصارف خانوار در بخش های دیگر نظیر مسکن منجر به عدم کاهش مخارج کمرشکن سلامت شده است.

علاوه بر این شواهد جهانی نشان می دهد که تنها هنگامی که سهم مخارج پرداخت از جیب خانوار از مخارج کلی سلامت به ۱۵ تا ۲۰ درصد کاهش یابد، مخارج کمرشکن سلامت ناچیز و قابل اغماض خواهد بود.

چالش ها و محدودیت های مطالعه

این مطالعه چند محدودیت عمده داشت. نخست اینکه اگرچه شاخص بروز و شدت مخارج کمرشکن سلامت یکی از متداولترین روشهای مورد استفاده برای سنجش محافظت مالی در برابر خدمات سلامت است، در این شاخص، افراد و خانواده هایی را که حتی قدرت پرداخت کمترین مقدار فرانشیز را هم ندارند و به ناچار از دریافت خدمت سلامت محروم می مانند، دربرنمی گیرد. به عبارت دیگر این روش و ابزار سنجش به بررسی نیازهای برآورده نشده (Unmet Needs) توجهی نمی کند.

دوم اینکه، این شاخص هزینه های غیرمستقیمی که فرد برای دریافت خدمات سلامت متحمل می شود را به حساب نمی آورد؛ هزینه هایی نظیر هزینه های مسافرت جهت دریافت خدمات تخصصی تر که برای ساکنین مناطق کمتر برخوردار از نظر دسترسی به خدمات سلامت ملموس تر است، و هزینه هایی نظیر کاهش و یا قطع درآمد بیمار و خانواده وی را دربرنمی گیرد. بعلاوه میزان پرداخت از جیب و نرخ خانوارهای مواجهه بافته با مخارج کمرشکن سلامت متاثر از دو مولفه انتخاب دوره یادآوری برای پرداخت های سلامت و شمار آیتیم های مورد سوال در مخارج بهداشت و درمان و مخارج خانوار به طور کلی است که میتواند در روشهای مختلف پیمایشی، متفاوت در نظر گرفته شود.

محدودیت بعدی اینکه حجم نمونه برای تفسیر و تحلیل اطلاعات در سطح استانی میباشد. مطالعه حاضر بر اساس داده های خام هزینه درآمد خانوار در پیمایش های سالیانه مرکز امار ایران انجام شده که اگر چه ادعا بر این است که این حجم نمونه در سطح کشور و منطقه ای قابل تفسیر و تحلیل است، اما تحلیل داده ها در مقیاس استانی باید با احتیاط صورت بگیرد.

نتیجه گیری

توجه به بازنگری در سیاستهای بهبود حفاظت مالی در بخش سلامت با گسترش سازوکارهای تامین مالی مبتنی بر پیش پرداخت، گسترش حفاظت اجتماعی هدفمند از اقشار کم درآمد و آسیب پذیر، دستیابی به پوشش همگانی جمعیت، بهینه سازی پوشش بسته خدمتی با تأکید بر سطح بندی و کاهش مخارج پرداختی برای دریافت خدمات سلامت، ضروری است.



مراجع

1. World Health Organization. The World Health Report [2010]: Health Systems Financing; the Path to Universal Coverage 2010.
2. Xu K, Evans DB, Kawabata K et al. 2003c. Understanding household catastrophic health expenditures: a multi-country analysis. In: Murray CJL, Evans DB (eds). Health Systems Performance Assessment (Debates, Methods and Empiricism). 1st edn. Geneva: World Health Organization, pp. 565–72.
3. Xu K. Distribution of health payments and catastrophic expenditures Methodology. 2005.
4. Lu C, Chin B, Li G, Murray CJ. Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. Bulletin of the World Health Organization. 2009;87:238-44D.
5. Razavi SM, Hassanzadeh A, Basmenji K. 2005. Fairness in financial contribution in the health system. Tehran: Andishmand publication. [In Persian].
6. Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. BMC health services research. 2009;9:69.
7. O'Donnell, Owen; van Doorslaer, Eddy; Wagstaff, Adam; Lindelow, Magnus. 2007. Analyzing health equity using household survey data : a guide to techniques and their implementation. Washington, DC: World Bank Group. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2008/01/9007641/analyzing-health-equity-using-household-survey-data-guide-techniques-implementation>

