



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

فقر ناشی از مخارج پرداخت از جیب خانوار در سلامت

یک مطالعه اختلاف جغرافیایی

طی سالهای ۱۳۹۳ - ۱۳۸۷

نشریه
آینده
بهبتر
گامنامه علمی آموزش

خرداد ماه ۱۳۹۵

Institute for Futures Studies in Health

اهمیت و ضرورت موضوع

فراهم سازی امکانات و تسهیلات مناسب برای تامین سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی انسان در تمام مراحل زندگی و زنجیره حیات او از جمله حقوق طبیعی و نیازهای اساسی به شمار می رود. برخورداری همه ی مردم از خدمات سلامت، از مقولات محوری سیاست های نظام سلامت هر کشوری می باشد.

پوشش همگانی سلامت عبارت است از دسترسی به مداخلات اصلی سلامت شامل ارتقاء، پیشگیری، درمان و توانبخشی در سطحی از هزینه که افراد توان پرداخت آن را داشته باشند. تامین عادلانه منابع مالی، در نظام های سلامت به معنی آن است که خطراتی که خانوار به دلیل هزینه های مربوط به نظام سلامت با آن مواجه می شود، برحسب توان پرداخت آنها توزیع شود تا خطر خود بیماری. یک نظام با تامین مالی عادلانه، از حفاظت همه افراد از نظر مالی، اطمینان حاصل می نماید. نظام سلامتی که در آن برخی افراد یا خانوارها با خرید مراقبت مورد نیاز خود به ورطه فقر کشانده می شوند و یا در نتیجه هزینه ها و ناتوانی در پرداخت آن، ناگزیر به عدم خرید مراقبت سلامت می شوند.

هدف از سیاست های عدالت در سلامت، حذف تفاوت های سلامت به طوری که همه افراد از سطح و کیفیت یکسانی از خدمات برخوردار شوند، نیست؛ بلکه هدف کاهش یا حذف آن دسته از تفاوت هایی است که از عواملی که هم قابل اجتناب و هم ناعادلانه هستند؛ نشأت گرفته باشند. تامین مالی مراقبت های بهداشتی یکی از مهمترین موضوعات و دغدغه های عمده در سراسر جهان محسوب می شود.

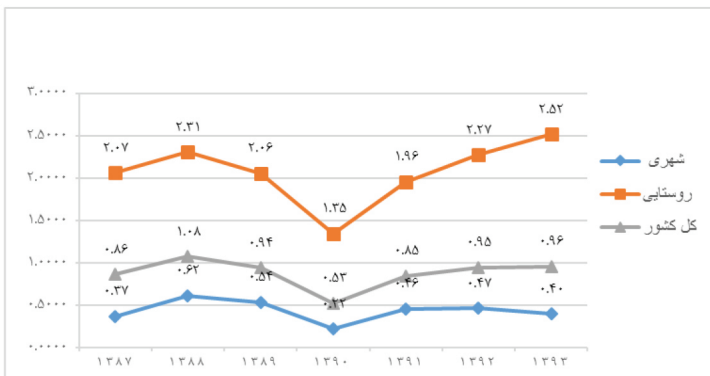
تقریباً در همه کشورهای نارسایی هایی جدی در عملکرد نظام های سلامت در یک یا چند کارکرد، که عبارتند از تولید، تامین مالی، تامین منابع و ارائه خدمات، وجود دارد. تامین مالی عادلانه در نظام های سلامت در شرایطی محقق می گردد که ریسک های ناشی از پرداخت مخارج سلامت میان خانوارها، بر حسب توان پرداخت آنها برای این هزینه ها توزیع گردد نه بر اساس ریسک یا شدت خود بیماری.

یکی از روش های سنجش عدالت در پرداخت های سلامت، در صد مقابله با خط فقر به دلیل پرداخت های سلامت است. این شاخص درصدی از خانوارها را نشان می دهد که از نظر مخارج پس از کسر هزینه های سلامت زیر خط فقر قرار می گیرند به عبارتی فقر ناشی از هزینه های درمانی را تجربه می کنند. این شاخص به ما نشان می دهد که چه در صد از مردم پس از پرداخت برای سلامت، زیر خط فقر می روند.

برای یافتن این شاخص ابتدا یک بار قبل از کسر هزینه های سلامت از کل هزینه های خانوار کسر تعداد خانوارهایی که زیر خط فقر قرار می گیرند محاسبه شد (بر اساس وزن خانوار)، سپس یک بار هم پس از کسر هزینه های مربوط به سلامت تعداد خانوارهایی که زیر خط فقر قرار میگیرند محاسبه شد، که تفاوت میان این دو دسته مساوی است با خانوارهایی که به دلیل پرداخت های سلامت زیر خط فقر قرار می گیرند. خط فقر مورد مقایسه در این روش خط فقر غذایی بوده است که بر اساس روش سازمان جهانی بهداشت محاسبه شده که به این منظور ابتدا مخارج غذایی خانوارهای مورد مطالعه با استفاده روش مقیاس همتر از برای خانوارهای با ابعاد متفاوت معادل سازی شد.

سپس با توجه به ارزش سبد غذایی خط فقر، بر روی داده های ملی هزینه-درآمد خانوار در طی سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۹۳، محاسبه شد.

نتایج مربوط به در صد مقابله با خط فقر به دلیل هزینه های سلامت را میتوان در نمودار ذیل مشاهده نمود:



در صد خانوارهای مواجهه یافته با هزینه های فقرزای سلامت در سال های ۱۳۸۷-۱۳۹۳

در نتیجه بهتر است برای کم کردن این شاخص مداخلات هدفمندی برای قشر آسیب پذیر و کم درآمد جامعه نظیر تعریف بسته های حمایتی برای این قشر، کاهش سهم پرداختی مردم بابت خدمات سلامت، یعنی پرداخت از جیب، توسط دولت و شرکت های بیمه ای و یا تغییر الگوی مصرف آنها انجام گیرد.

بررسی استانی شاخص فقر نشان می دهد که کمابیش استانهای شرقی و جنوب شرقی نسبت به سایر استانها

بیشتر در معرض مواجهه با فقر ناشی از مخارج پرداخت از جیب سلامت قرار گرفتند.



اختلاف جغرافیایی درصد فقر ناشی از مخارج پرداخت از جیب خانوار در سلامت به تفکیک استان بین سال های ۱۳۸۷-۱۳۹۳

- درصد فقر در تمامی سالها بین ۲۲۴/۰ و ۵۲۰/۲ متغیر بوده است.
- خانوارهای مواجهه یافته با هزینه های فقرزای سلامت در هر دو منطقه شهری و روستایی در سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۸ افزایش داشته در سالهای ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ برای این مناطق نسبت به سال پایه یعنی سال ۱۳۸۷ کاهش و سپس در سالهای ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ کمابیش افزایش داشته است.
- در سال ۱۳۹۳، علیرغم اجرای طرح تحول سلامت راستای کاهش سطح پرداخت از جیب خانوار، در بخش روستایی مواجهه با خط فقر افزایش نسبتاً قابل توجهی، نسبت به دو سال ماقبل خود، داشته است اما این افزایش در مناطق شهری کمی کاهش داشته که به طور کلی تغییر چندانی در کل کشور در مقایسه با سال قبل آن ۱۳۹۲ و سال پایه ۱۳۸۷ مشاهده نمی شود.

مراجع

1. Li Y, Wu Q, Xu L, Legge D, Hao Y, Gao L, Ning N, Wan G. Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. *Bulletin of the World Health Organization*. 2012 Sep; 90(9):664-71.
2. Wagstaff A. Measuring equity in health care financing, *World Bank*, 2001.

نتایج مطالعه نشان داد که درصد خانوارهای مواجهه یافته با هزینه های فقرزای سلامت در هر دو منطقه شهری و روستایی در سالهای ۱۳۸۷ تا ۱۳۸۸ افزایش داشته اما سهم آن در سالهای ۱۳۸۹ و ۱۳۹۰ برای مناطق شهری و روستایی نسبت به سال پایه یعنی سال ۱۳۸۷ کاهش و سپس در سالهای ۱۳۹۱ تا ۱۳۹۳ کمابیش افزایش رانسبت به سال پایه یعنی سال ۱۳۸۷ داشته است اما به طور کلی درصد فقر در تمامی سالها بین ۲۲۴/۰ و ۵۲۰/۲ متغیر بوده است. در سال ۱۳۹۳، علیرغم اجرای طرح تحول سلامت و افزایش قابل توجهی در منابع حوزه سلامت از سوی دولت و سازمانهای بیمه گر در راستای کاهش سطح پرداخت از جیب خانوار، در بخش روستایی مواجهه با خط فقر افزایش نسبتاً قابل توجهی، نسبت به دو سال ماقبل خود، داشته است اما این افزایش در مناطق شهری کمی کاهش داشته که به طور کلی تغییر چندانی در کل کشور در مقایسه با سال قبل آن ۱۳۹۲ و سال پایه ۱۳۸۷ مشاهده نمی شود. تغییرات شدید بخش روستایی نسبت به شهری میتواند به این دلیل باشد که به رغم خط فقر پایین تر در مناطق روستایی، توانایی پرداخت مردم به مراتب کمتر از مناطق شهری است.

این مسأله می تواند حداقل ناشی از چند علت نزدیک باشد، نخست، با توجه به آمار بانک جهانی تورم در بخش عمومی ایران در سال ۱۳۹۰ به کمترین میزان خود در سال های مورد مطالعه رسیده (حدود ۵/۱۰ درصد) و درصد افزایش سالانه تولید ناخالص داخلی هم نسبت به سال های مورد مطالعه بیشتر بوده است که این می تواند باعث افزایش درآمد و یکی از دلایل کاهش فقر در اثر مخارج پرداخت از جیب سلامت در این سال باشد اما در تمامی سالهای قبل و بعد از سال ۱۳۹۰ نرخ تورم از مقدار آن در این سال بیشتر بوده و این رقم در سالهای بعد از ۹۰ افزایش بیشتری نسبت به سالهای قبل آن داشته است و ضمن اینکه در سال ۱۳۹۳ علیرغم کاهش نرخ تورم عمومی، افزایش چشمگیر در نرخ تعرفه های درمانی در مقایسه با سالهای قبل باعث افزایش نسبی در فقر ناشی از مخارج پرداخت از جیب سلامت شده است.

یکی دیگر از دلایل افزایش مواجهه با خط فقر در سالهای بعد سال ۱۳۹۰ می توان به این نکته اشاره کرد که به دلیل دسترسی مالی بیشتر در سال ۱۳۹۰، رفتار مصرف مردم تغییر و بدلیل نیاز های برآورد نشده مردم در سالهای قبل بار مراجعات افزایش داشته اما افزایش تورم در سال های بعد از ۱۳۹۰ توانایی پرداخت مردم کم شده است که خود دلیلی بر افزایش این شاخص می تواند باشد.

از دیگر دلایل میتوان گفت که با توجه به کاهش توان پرداخت مردم و اینکه دولت بسته های حمایتی هدفمند برای اقشار کم درآمد و فقیر جامعه تعیین نکرده یعنی مداخلات دولت در این زمینه هدفمند نبوده است در نتیجه باعث ثابت ماندن یا افزایش نسبی درصد فقر ناشی از مخارج پرداخت از جیب سلامت می شود.

