

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه الزهرا (س)

دانشکده علوم اجتماعی و اقتصادی

پایان نامه جهت دریافت کارشناسی ارشد

رشته توسعه اقتصادی و برنامه ریزی

عنوان

اندازه‌گیری شاخص عدالت در مشارکت مالی و خانوارهای مواجه با هزینه های

کمرشکن سلامتی در سال‌های منتخب ۱۳۶۳-۱۳۸۸

استاد راهنما

دکتر صدیقه عطر روشن

استاد مشاور

دکتر حسین راغفر

دانشجو

ماندانا عاطفی

اسفند ۹۰

این پایان نامه را تقدیم می‌کنم:

به تو ای پدر، که هرچه از تومی گویم، باز هم کم می‌آورم.

خوشیدی شدی و از روشنائی ات جان گرفتم.

به تو ای پدر، که در تمام ثانیه‌های پر درد زندگی ات، همواره همراه من بودی تا شوق یاد گرفتن در من کم نشود.

خدا را شکر کنم که تو را دارم و دنیا با تمام بزرگش مثل تو را ندارد.

و به تو ای مادر، ای شوق زیبای نفس کشیدن، ای معلم الفبای زندگی

تو رنگ شادی‌هایم شدی، در ناامیدی‌هایم راکشیدی و عمری هستی‌ها را به جان خریدی تا اکنون توانستی طعم خوش موفقیت را به من بچشانی.

از تو سپاسگزارم برای آن اشتیاق که احساس مسئولیت نسبت به بهمنوع را در من شعله‌ور می‌سازد.

پدرم ابو القاسم عاطفی، مادرم فاطمه تفرشی، شاتنا دلیلی هستی برای آنچه امروز از زندگی می‌خواهم.

و این پایان نامه را در پاسخ به محبت بی‌انتان که اولین رهبرانم بودید، تقدیم می‌کنم.

تقدیر:

پاس خدای را که هر چه دارم از اوست، به امید آنکه توفیق یابم جز خدمت به خلق او نکوشم.

شایسته است از اساتید راهنمای گرامی، سرکار خانم دکتر روشن و جناب آقای دکتر اغفر که از علم و فرزانی این بزرگواران در مسرتدوین این رساله بهره

برده ام کمال تشکر و امتنان را بنمایم. همچنین از جناب آقای مهندس حامد موحدی پورو سرکار خانم سمانه قاندهی صمیمانه تشکر و قدردانی می نمایم.

چکیده

مقدمه: یکی از اهداف نظام سلامت، تأمین عدالت در مشارکت مالی، حمایت از خانوارها در برابر هزینه های بهداشتی و درمانی و به حداقل رساندن خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن است. مشارکت ناعادلانه مالی مردم و پرداخت های مستقیم از جیب که متناسب با توان پرداخت نباشد، نه تنها موجب می شود خانوارهای بیشتری در گروه مواجه با هزینه های کمرشکن سلامتی قرار گیرند، بلکه ممکن است برخی خانوارها به خاطر ناتوانی در پرداخت این هزینه ها به زیر خط فقر سقوط کنند.

روش: در این مطالعه با استفاده از داده های پیمایش درآمد - هزینه خانوار، شاخص عدالت در مشارکت مالی، عوامل تأثیرگذار در نرخ خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن به تفکیک شهری روستایی، در نه منطقه و دهک های درآمدی مورد بررسی قرار می گیرند. از داده های مهیا در مرکز آمار که در سال های ۱۳۶۳-۱۳۸۸ به صورت الکترونیکی می باشد، استفاده می شود.

یافته ها: میزان شاخص عدالت در مشارکت مالی در طول سال های منتخب ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۸ با نوسانات اندکی همراه بوده است. مقایسه این شاخص در مناطق نه گانه شهری و روستایی کشور طی سال های منتخب تفاوت معناداری را نشان نمی دهد. گروه های پر درآمد و کم درآمد جامعه، از عدالت کمتری در پرداخت هزینه های سلامت برخوردار هستند. درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن طی سال های منتخب، به طور کلی افزایش یافته است. مقایسه ترکیب هزینه های سلامتی در گروه های مختلف درآمدی بیان می کند، گروه های مرفه و با درآمد بالا سهم بیشتری را به خدمات بستری و گروه های کم درآمد سهم بیشتری را به دارو اختصاص می دهند. بررسی ویژگی های اجتماعی خانوارها نشان داد که درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن در خانوارهای دارای سرپرست زن، تحصیلات پایینتر از دیپلم، سرپرست خانوار بدون پوشش بیمه و سن سرپرست بالای از ۶۵ سال در اکثر سال ها و گروه های درآمدی بیشتر می باشد.

نتایج: برنامه های اجرا شده طی سال های منتخب به حد کافی مؤثر واقع نبوده و مشارکت مالی در پرداخت های سلامتی خوب هدفمند نشده است. نظام سلامت نتوانسته است آنچه ان که باید در راستای حفاظت از خانوارها در برابر هزینه های کمر شکن عمل کند. همچنین نظام بیمه سلامتی در کشور ناکاراست.

واژگان کلیدی: شاخص عدالت در مشارکت مالی سلامت، خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن، نظام سلامت

فهرست مطالب

شماره صفحه	عنوان
	فصل اول: کلیات تحقیق
۱	۱-۱- مقدمه
۲	۲-۱- بیان مسئله
۳	۳-۱- اهداف پژوهش و ضرورت انجام آن
۴	۴-۱- فرضیه
۴	۵-۱- روش شناسی پژوهش
۴	۱-۵-۱- جامعه آمای و ویژگی‌های آن
۴	۲-۵-۱- ابزار سنجش، مقیاس‌های سنجش (پایایی-اعتبار)
۵	۶-۱- تعاریف عملیاتی
۵	۱-۶-۱- پرداخت مستقیم از جیب
۵	۲-۶-۱- میزان مشارکت مالی خانوار
۵	۳-۶-۱- شاخص عدالت در مشارکت مالی
۵	۴-۶-۱- مخارج بهداشتی کمرشکن یا اسف بار یا فاجعه بار
۶	۷-۱- نهادها یا موسساتی که می‌توانند از یافته‌های این پژوهش بهره‌گیرند
۶	۸-۱- سازمان‌دهی پژوهش
	فصل دوم: مروری بر پیشینه پژوهش
۸	۱-۲- مقدمه
۸	۲-۲- مطالعات انجام گرفته در دیگر کشورها
۱۲	۳-۲- مطالعات انجام گرفته در ایران
۱۴	۴-۲- مرور و جمع‌بندی

فصل سوم: مبانی نظری و ادبیات موضوع عدالت در سلامت

۱۷	۱-۳- مقدمه
۱۷	۲-۳- تعریف سلامت
۱۸	۱-۲-۳- نگرش‌های مختلف نسبت به موضوع سلامت
۱۸	۲-۲-۳- ویژگی‌های اجتماعی منحصر به فرد سلامت
۱۹	۳-۲-۳- اقتصاد سلامت
۱۹	۳-۳- سلامتی، رشد و توسعه اقتصادی
۲۱	۴-۳- نظام سلامت و کارکردهای آن
۲۱	۱-۴-۳- اهداف نهایی نظام سلامت
۲۲	۲-۴-۳- کارکردهای نظام سلامت
۲۳	۵-۳- برابری و سلامت
۲۴	۶-۳- عدالت از دیدگاه مکاتب
۲۶	۱-۶-۳- عدالت در سلامت از دیدگاه مکاتب
۲۸	۷-۳- عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامتی
۲۸	۱-۷-۳- نظام‌های تأمین مالی در بخش سلامت
۳۱	۲-۷-۳- ارتباط بین پرداخت‌های مستقیم از جیب و هزینه‌های کمر شکن
۳۳	۳-۷-۳- اندازه‌گیری عدالت عمودی در سلامت
۳۵	۴-۷-۳- عدالت افقی و اندازه‌گیری آن
۳۸	۸-۳- عدالت در توزیع سلامت
۳۹	۱-۸-۳- اندازه‌گیری عدالت افقی در توزیع مراقبت سلامت
۴۰	۲-۸-۲- اندازه‌گیری عدالت عمودی در توزیع مراقبت سلامتی
۴۱	۳-۸-۳- اندازه‌گیری عدالت در توزیع سلامتی
۴۲	۹-۳- مرور و جمع‌بندی
	فصل چهارم: معرفی و برآورد مدل
۴۴	۱-۴- مقدمه
۴۴	۲-۴- اطلاعات مورد نیاز
۴۶	۳-۴- محاسبه متغیرها

۴۶	۱-۳-۴- مقدمه
۴۶	۲-۳-۴- سهم پرداخت‌های بهداشتی شخصی از توانایی پرداخت خانوار (HFC)
۴۶	۲-۳-۴- مخارج سلامتی پرداخت شده (OOP)
۴۷	۳-۳-۴- توانایی پرداخت خانوار (CTP _h)
۴۷	۴-۳-۴- مخارج مصرفی خانوار یا هزینه کل ناخالص خانوار
۴۸	۵-۳-۴- مخارج غذای خانوار
۴۸	۶-۳-۴- خط فقر غذایی و مخارج حداقل معیشت خانوارها
۴۹	۷-۳-۴- مخارج بهداشتی کمرشکن یا اسفبار (CHE)
۵۰	۸-۳-۴- شاخص عدالت در مشارکت مالی مخارج سلامت (FFCI)
۵۱	۹-۳-۴- زایش فقر
۵۱	۵-۴- محاسبه شاخص عدالت در سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن
۵۱	۱-۵-۴- محاسبه مشارکت مالی خانوار در سلامت
۵۴	۲-۵-۴- محاسبه درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن
۵۶	۳-۵-۴- محاسبه شاخص عدالت در سلامت
۶۶	۴-۵-۴- محاسبه زایش فقر
۶۷	۵-۵-۴- مقایسه ترکیب هزینه‌های سلامتی خانوارهای عادی و خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن
۷۹	۶-۵-۴- ویژگی‌های سرپرست خانوار و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن
۹۳	۶-۴- مرور و جمع‌بندی

فصل پنجم: نتیجه‌گیری و پیشنهادات

۱۰۱	۱-۵- مقدمه
۱۰۳	۲-۵- جمع‌بندی و نتیجه‌گیری
۱۰۸	۳-۵- پاسخ به فرضیات پژوهش
۱۰۹	۴-۵- توصیه‌های سیاستی
۱۱۰	۵-۵- پیشنهاد برای مطالعات آتی
۱۱۱	فهرست منابع و مأخذ

۱-۱- مقدمه

برخورداری از یک زندگی سالم، مولد و با کیفیت، توأم با طول عمر قابل قبول و عاری از بیماری و ناتوانی، حقی است همگانی که در اعلامیه جهانی حقوق بشر (ماده بیست و پنجم) مورد تأکید قرار گرفته است. مسئولیت و تولیت این امر بر عهده دولت‌ها بوده و یکی از پیش‌شرط‌های تحقق توسعه پایدار به شمار می‌رود.

امروزه، بخش سلامت از شاخص‌های اصلی توسعه و رفاه اجتماعی تلقی می‌شود. اهمیت این بخش بر چند نکته استوار است: نخست اینکه سلامت یکی از نیازهای غیرقابل تقلیل بشر است و نوعی امنیت تلقی می‌شود؛ دوم آنکه، این بخش از نظر حجم در اقتصاد هر کشور مهم است و سهم قابل توجهی از نیروی کار را بخود اختصاص می‌دهد. اما باید توجه داشت که به دلیل رشد فناوری پزشکی، افزایش جمعیت و نیز تغییر شیوه زندگی به سمت صنعتی شدن، افزایش دسترسی (دارایی‌های ملموس و مالی) و سطح آگاهی افراد به خدمات سلامت و ظهور بیماری‌های جدید، هزینه‌های خدمات سلامت با رشد فزاینده‌ای روبرو بوده است. از اینرو تأمین منابع مالی این خدمات، یکی از موضوعات بسیار مهم در مطالعات اقتصاد سلامت می‌باشد.

از سوی دیگر سرمایه‌گذاری در بخش سلامت محور هرگونه راهبرد کلی توسعه و کاهش فقر است. بعلاوه دسترسی همگانی به خدمات ضروری سلامت از طریق سرمایه‌گذاری در سلامت امکانپذیر می‌شود که این سرمایه‌گذاری بر مبنای تحلیل‌های اقتصادی، اولویت‌های جوامع مختلف و تعامل دولت و جامعه مدنی صورت می‌پذیرد.

سه شاخص سهم هزینه‌های سلامت از تولید ناخالص داخلی، سهم مردم در هزینه درمان و سرانه هزینه درمان به عنوان شاخص‌های ارزیابی و سرمایه‌گذاری برای سلامت توسط کشورها شناخته شده‌اند و یا به عبارت دیگر این شاخص‌ها اهمیت جایگاه سلامت مردم در ذهن سیاستمداران هر کشور را مشخص می‌کند. بدیهی است که خدمات سلامتی فی‌نفسه هدف نیستند و فقط ابزاری برای بهبود و ارتقاء سلامت به شمار می‌روند. (موریس^۱ و همکاران، ۲۰۰۷)

¹Morris S. 2007

۲-۱- بیان مسئله

اهمیت سلامت در کیفیت زندگی سبب می‌شود مردم در صورت ابتلاء به بیماری برای بهره‌مندی از خدمات سلامت هزینه‌های متفاوتی، بر اساس نوع نظام سلامت، را متحمل شوند؛ هزینه‌هایی همچون هزینه‌های تشخیص، درمان بیماری و کاهش درآمد در اثر کاهش ظرفیت و بازدهی نیروی کار فرد بیمار از جمله این هزینه‌ها هستند. (موری، ایوان و همکاران^۱، ۲۰۰۳)

سازمان جهانی بهداشت، حفاظت مردم در برابر هزینه‌های بیماری را به عنوان یکی از سه هدف اصلی نظام سلامت_ ارتقاء سلامت، پاسخگویی و عدالت در توزیع و مشارکت مالی هزینه‌های سلامت _ تعیین کرده است. مشارکت مالی خانوار در نظام سلامت را می‌توان با دو رویکرد درآمدی و مالی تفسیر کرد. در رویکرد درآمدی تغییر در توزیع درآمد بر حسب پرداخت‌های مالی خانوار برای نظام سلامت بررسی می‌شود که بر اساس تغییر در تعداد خانوارهایی که به علت پرداخت‌های سلامت به زیر خط فقر رانده شده‌اند، سنجیده می‌شود. در رویکرد دوم، پرداخت‌های سلامت از نظر تأثیر آن‌ها بر رفاه خانوار بررسی می‌شود، مانند محاسبه شاخص عدالت در مشارکت مالی و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن. (موری، ایوان و همکاران، ۲۰۰۳)

عدالت در مشارکت مالی هزینه‌های سلامت از دو جهت مورد بررسی قرار می‌گیرد:

(۱) تلفیق خطر^۲ با افراد سالم

تلفیق خطر بدین معناست که حق بیمه‌های پرداختی سلامتی توسط افراد سالم برای پوشش بخشی از هزینه‌های درمان افراد بیمار استفاده می‌شود تا از فشار مضاعف هزینه‌های بیماری افراد بکاهد. به احتمال زیاد همه افراد در طول زندگی خود از اطمینان و امنیت مالی تلفیق خطر افراد سالم و بیمار در زمان بیماری بهره می‌برند.

(۲) تقسیم خطر^۳ میان افراد سالم در سطوح ثروت و درآمد مختلف

تقسیم خطر به این فرض منطقی بر می‌گردد که عدالت به معنای پرداخت یکسان همه افراد جهت هزینه‌های سلامتی، بدون در نظر گرفتن درآمد یا ثروت نیست، بلکه کسانی که درآمد بیشتری دارند باید

¹ Murray CJL, Xu K, Evans D, et al. 2003

² Risk pooling

³ Risk sharing

سهم بیشتری نیز بابت خدمات سلامت بپردازند. بنابراین یک تعریف عدالت در سلامت این است که افراد نسبت‌های یکسانی از درآمد خود را صرف هزینه‌های خدمات سلامت کنند به طور ویژه، توجه به این مسائل در برقراری عدالت در مشارکت مالی به پیشگیری مخارج کمرشکن خانوارها در زمان بیماری کمک می‌کند.

۳-۱- اهداف پژوهش و ضرورت انجام آن

یکی از اهداف نظام سلامت، تأمین عدالت در مشارکت مالی و حمایت از خانوارها در برابر هزینه‌های بهداشتی و درمانی و به حداقل رساندن گروه‌های مواجهه با هزینه‌های کمرشکن است. مشارکت ناعادلانه مردم در پرداخت هزینه‌های سلامت و پرداختی‌های از جیب که متناسب با توان پرداخت نباشد نه تنها موجب می‌شود خانوارهای بیشتری در گروه مواجهه با هزینه‌های بهداشتی کمرشکن قرار گیرند، بلکه ممکن است برخی خانوارها به خاطر ناتوانی در پرداخت این هزینه‌ها به زیر خط فقر سقوط کنند.

در اصل ۲۹ قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دسترسی به خدمات بهداشت و درمان حقی همگانی شناخته شده است، بر اساس ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی-اجتماعی و فرهنگی بیان می‌کند که:

"به منظور ارتقای عدالت توزیعی در دسترسی عادلانه مردم به خدمات بهداشتی و درمانی و در جهت کاهش سهم خانوارهای کم درآمد و آسیب پذیر از هزینه‌های بهداشتی و درمانی آن‌ها، توزیع منابع و امکانات بهداشتی و درمانی باید به نحوی صورت گیرد که شاخص مشارکت عادلانه مالی مردم به ۹۰٪ ارتقاء یابد و سهم مردم از هزینه‌های سلامت حداکثر از ۳۰٪ افزایش نیابد و میزان خانوارهای آسیب پذیر از هزینه‌های غیرقابل تحمل سلامت به ۱٪ کاهش یابد."

از این رو این مطالعه با سنجش و پایش "شاخص عدالت در مشارکت مالی، میزان هزینه‌های کمرشکن در نظام سلامت در سال‌های انتخابی ۱۳۶۳ تا ۱۳۸۸"، ترکیبات هزینه‌های سلامتی و شناخت ویژگی‌های خانوارهای مواجهه با این هزینه‌ها را، مورد تحلیل قرار می‌دهد. به منظور بررسی روند تحولات متغیرهای مورد بررسی از داده‌های پیمایش درآمد - هزینه خانوار که به طور الکترونیک از سال‌های ۱۳۶۳ - ۱۳۸۸ در دسترس است، استفاده می‌شود. سال ۱۳۶۳ سال میانه جنگ است و سال‌های بعدی، سال‌های اول اجرای برنامه توسعه اقتصادی - اجتماعی در کشور است که امکان مقایسه تأثیر سیاست‌های هر برنامه را فراهم می‌آورد. همچنین سال ۱۳۸۸ سال پایان برنامه چهارم می‌باشد.

۴-۱- فرضیه

- شاخص عدالت در مشارکت مالی در خانوارهای شهری بیش از خانوارهای روستایی است.
- شاخص عدالت در سلامت در سال‌های منتخب کاهش یافته است.
- درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در سال‌های منتخب روند صعودی دارد.
- زایش فقر در دهک‌های میانی درآمد بیشتر می‌باشد.
- سهم هزینه‌های دارو در ۴۰ درصد پایین درآمدی بیش از سایر گروه‌های درآمدی است.
- خانوارهای با سرپرست زن، تحصیلات سرپرست پایینتر دیپلم، سن سرپرست بالای ۶۵ سال و خانوارهای بدون پوشش بیمه با هزینه‌های کمرشکن بیشتری مواجه هستند.

۵-۱- روش‌شناسی پژوهش

۱-۵-۱- جامعه آمای و ویژگی‌های آن

جامعه ایرانی شامل کل خانوارهای ایران می‌باشد که هر ساله نمونه آماری در مقیاس حدود ۳۰۰۰۰ خانوار منتخب به طور تصادفی در سطح کشور توسط مرکز آمار ایران پیمایش می‌شوند. بر این اساس اطلاعات هزینه -درآمد مربوط به خانوارهای این پژوهش بر مبنای داده‌های این مرکز می‌باشد.

۱-۵-۲- ابزار سنجش، مقیاس‌های سنجش (پایایی-اعتبار)

این مطالعه از نوع کاربردی است. طی آن، شاخص عدالت در مشارکت مالی و نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن به تفکیک مناطق و دهک‌های درآمدی مورد بررسی قرار می‌گیرند. همچنین، نرم‌افزار مورد استفاده در این مطالعه stata11-se می‌باشد.

۱-۶- تعاریف عملیاتی

۱-۶-۱- پرداخت مستقیم از جیب (OOP)^۱

ساده‌ترین و قدیمی‌ترین شکل تعامل بین بیمار و ارائه دهنده خدمات در هنگام مواجه با بیماری است. در بسیاری از کشورها پرداخت مستقیم از جیب برای مراقبت از سلامت نقش مهمی را بازی می‌کند. در کشورهای با درآمد پایین شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد، کسانی که تحت پوشش بیمه نیستند مقادیر زیادی از درآمدها را برای مراقبت از سلامت پرداخت می‌کنند.

¹ Out Of Packet Payment

انواع مخارج مستقیم از جیب شامل موارد زیر است:

(۱) مشاوره خصوصی با پزشکان

(۲) داروهای بدون تجویز

(۳) تعرفه‌های غیر رسمی

(۴) خدماتی که تحت پوشش بیمه نیستند: هزینه‌های حمل و نقل، طب سنتی یا طب مکمل و خدمات سلامتی مانند جراحی زیبایی (توفیقی و دیگران، ۱۳۸۸).

۱-۶-۲- میزان مشارکت مالی خانوار (HFC)^۱

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، میزان مشارکت مالی خانوارها، بار مالی خانوارها را در قبال خدمات سلامت نشان می‌دهد. این مقیاس نسبی است که بسته به مخارج کل خانوار برای خدمات سلامتی (HE)^۲ از طریق مالیات‌های عمومی، سهم مشارکت در بیمه اجتماعی، حق بیمه‌های خصوصی و پرداخت-های مستقیم محاسبه و نسبت به ظرفیت پرداخت خانوار (CTP)^۳ سنجیده می‌شود.

۱-۶-۳- شاخص عدالت در مشارکت مالی (FFCI)^۴

شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی با هدف اندازه‌گیری میزان عدالت در توزیع بار مالی هزینه‌های سلامت در جامعه طی سالیان اخیر از سوی سازمان جهانی بهداشت مطرح شده است. یک نظام سلامت زمانی عادلانه تأمین مالی می‌شود که سهم کل مشارکت در تأمین مالی از ظرفیت پرداخت برای خانوارهای کم‌درآمد کمتر از ظرفیت پرداختشان برای دریافت خدمات سلامتی و در مقابل خانوارهای گروه‌های پردرآمد، سهم بیشتری از توانایی پرداخت خود برای دریافت خدمات سلامتی باشد. بر این اساس عدالت عبارت است از:

"پرداخت سهم یکسان هر خانوار از توان پرداختش".

توزیع مشارکت مالی بین خانوارها با استفاده از یک شاخص به نام "مشارکت مالی عادلانه" تبیین می‌شود. در این شاخص خانوارهایی که سهم بیشتر، یعنی بیش از درآمد موثر حداقل معیشت شان را برای سلامتی پرداخت می‌کنند، وزن بیشتری می‌گیرند. مقدار عددی FFC بین صفر و یک است و هرچه به یک نزدیک تر باشد نشانگر عدالت بیشتر است. (سازمان جهانی بهداشت)

¹ Household Financial Contribution

² Health Expenditure

³ Capacity To Pay

⁴ Fairness in Financial Contribution Index

۱-۶-۴- مخارج بهداشتی کمرشکن یا اسف بار یا فاجعه بار (CHE)^۱

هزینه های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می افتد که کل هزینه های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار بزرگتر یا مساوی ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار یا مخارج غیر از حداقل معیشت باشد. آستانه ۴۰ درصد مطابق با شرایط ویژه کشورها قابل تغییر است.

۱-۷- نهادها یا موسساتی که می توانند از یافته‌های این پژوهش بهره گیرند

وزارت بهداشت، وزارت رفاه، سازمان تأمین اجتماعی، وزارت اقتصاد و دارایی، سازمان مدیریت و برنامه ریزی، شرکت‌های بیمه بازنشستگی و درمانی.

۱-۸- سازماندهی پژوهش

این پژوهش می‌کوشد تا ضمن ارائه تفسیر نظام‌مندی از عدالت در مشارکت مالی خانوارها در سلامت و خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن، بررسی عادلانه بودن سهم پرداختی خانوارها برای رفع نیازهای سلامتی را بررسی کند. برای رسیدن به این هدف، این پژوهش در پنج فصل تنظیم شده است.

فصل اول مشتمل بر تعاریف عملیاتی، فرضیه‌ها و اهداف پژوهش است. فصل دوم به بررسی مفهوم سلامت و عدالت از دیدگاه صاحب نظران می‌پردازد. همچنین انواع عدالت در سلامت را به صورت تفصیلی بحث می‌کند. فصل سوم مروری بر تحقیقات مهم انجام شده در این حوزه، شاخص‌های بکار رفته در این مطالعات و نتایج آنان است. در فصل چهارم، شاخص عدالت در مشارکت مالی خانوارها در سلامت، نسبت خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن را به همراه ویژگی‌های این خانوارها و توزیع بار هزینه های سلامت، به تفکیک مناطق و دهک‌های درآمدی اندازه‌گیری می‌شوند. در خاتمه، نتایج حاصل از این مطالعه و توصیه‌های سیاستی در راستای بهبود وضعیت ایران، ارائه می‌شود.

¹ Catastrophic Health Expenditure

۲-۱- مقدمه

وضعیت سلامت کشورها از طریق بررسی آمار اپیدمیولوژیک بیماری‌ها، مرگ و میر کودکان، مادران و غیره مورد بررسی قرار گرفته و عمدتاً رابطه بین وضعیت اقتصادی و سلامتی مغفول مانده است. گرچه برخی از شاخص‌ها همچون سهم هزینه‌های سلامتی از تولید ناخالص ملی تا حدی رابطه مذکور را بررسی می‌نمایند ولی چندان معیار قابل اعتمادی نمی‌باشد. زیرا از این طریق اثر هزینه انجام شده بر افزایش سطح سلامت جامعه و نحوه توزیع آن قابل دستیابی نیست. همچنین اگر تغییرات شاخص‌های اقتصادی کشورها را در کنار تغییرات شاخص‌های سلامتی مورد بررسی قرار دهیم، روابط معناداری بین این دو یافت می‌شود. از سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت با تشکیل کمیسیونی با عنوان «اقتصاد کلان و سلامت» سعی نموده است بیش از پیش اثرات سلامت بر اقتصاد کلان کشورها را بررسی نموده و راهکارهایی را برای کشورها خصوصاً کشورهای در حال توسعه و کمتر توسعه یافته پیشنهاد نماید. به همین دلیل پژوهش‌هایی در این زمینه در داخل کشور و سایر کشورها انجام پذیرفته است.

در این فصل مطالعات انجام شده در بخش عدالت در مشارکت مالی و نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در سلامت را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

۲-۲- مطالعات انجام گرفته در دیگر کشورها

مطالعات مختلفی در سطح بین‌المللی در زمینه رابطه بین توسعه، رشد اقتصادی و سلامت و همچنین رابطه بین نابرابری و سلامت صورت گرفته است.

بررسی هزینه‌های خدمات سلامتی در ساکنین نیوزیلند در سال ۱۹۹۳، توسط دولین و ریچاردسون^۱ بر روی داده‌های هزینه خانوارها، نشان داد که گروه‌های پردرآمد ۶ برابر بیشتر از گروه‌های کم‌درآمد، بابت خدمات دندانپزشکی هزینه می‌پردازند.

ماستیلیسا و بزیکو^۱ در سال ۱۹۹۹، مطالعه‌ای روی هزینه‌های خانوارهای ساکن دو شهر کرواسی در سال ۱۹۹۴ انجام دادند. نتایج نشان دادند که هزینه‌های پرداخت شده به صورت مستقیم از جیب، در گروه‌های کم‌درآمد ۶ برابر بیش از گروه‌های با درآمد بالاست.

¹ Devlin, N.J., Richardson, A.K. (1993)

چاپلین و ارل^۲ مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۰، بر روی هزینه‌های سال ۱۹۹۸ خانوارهای کانادا انجام داد. او در این مطالعه، به این نتیجه رسید که ۲/۹٪ از درآمد خانوارها بعد از کسر مالیات صرف هزینه‌های خدمات سلامتی می‌شود. ارقام اصلی این هزینه‌ها، مربوط به حق بیمه (۲۹/۸٪ از کل هزینه‌های سلامت)، خدمات دندانپزشکی (۱۹/۴٪)، خرید دارو با نسخه (۱۶/۶٪) و خدمات چشم پزشکی (۱۲/۷٪) بود.

در گزارش منتشر شده سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۰۰ با استفاده از داده‌های سال ۱۹۹۷، تأمین مالی عادلانه از دو جنبه بار مالی نظام بهداشتی و محافظت از مخارج کمرشکن سلامتی مورد بررسی قرار گرفت. این سازمان در ارتباط با عدالت در مشارکت دربار مالی نظام سلامت، شاخص مشارکت مالی عادلانه را برای ۱۹۱ کشور جهان مورد بررسی قرار داد. بر اساس این گزارش، کلمبیا و لوکزامبرگ به ترتیب با شاخص مشارکت مالی ۹۹۲/۰ و ۹۸۱/۰ بهترین وضعیت را دارا بودند و در مقابل میانمار و سیرالئون با شاخص‌های ۵۸۲/۰ و ۴۶۸/۰ در پایین‌ترین رتبه از بعد عدالت در مشارکت مالی قرار داشتند. از جنبه محافظت از پرداخت‌های کمرشکن برای مراقبت‌های بهداشتی، سازمان جهانی بهداشت با معرفی پرداخت-های ۵۰٪ و بیشتر از درآمد مؤثر خالص خانوارها (درآمد مؤثر منهای مخارج مواد غذایی) بر روی مراقبت بهداشتی، مخارج فاجعه‌بار را تعریف نمود. همچنین پژوهشی در این زمینه و بررسی‌های تفصیلی خانوار، نشان داد که در کشورهای برزیل، بلغارستان، جامائیکا، قزاقستان، مکزیک، نپال، پاراگوئه، پرتغال، پرو، روسیه، ویتنام و زامبیا، بیشتر از ۱٪ خانواده‌ها با مخارج فاجعه‌بار مواجه‌اند. این بدین معنی است که نصف یا بیشتر از نصف کل توانایی پرداخت ماهانه خود را برای مراقبت بهداشتی هزینه می‌کنند. لذا در بیشتر کشورها میلیون‌ها خانوار، در معرض خطر تضعیف مالی هستند که دلیل اصلی آن پرداخت‌های مستقیم افراد برای هزینه‌های سلامتی در زمان مقتضی است. (موری و لیدون^۳، ۲۰۰۰)

در مطالعه دیگری که توسط موریو همکاران در سال ۲۰۰۳ میلادی بر روی ۱۹ کشور با استفاده از روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت انجام گرفت، کشور اسلواکی با شاخص مشارکت مالی ۹۴۱/۰ و با صفر درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن، بهترین وضعیت را در مقایسه با ۱۸ کشور دیگر نشان می‌دهد و کشور گرجستان با شاخص مشارکت مالی ۶۸/۰ و با ۱۱/۷۲٪ خانوارها مواجه با هزینه‌های کمرشکن، بدترین وضعیت را نشان داد. نتایج مربوط به این مطالعه در جدول ۲-۱ نشان داده شده است

¹ Mastilica, M., Bozikou, J. (1999)

² Chaplin, Earl, 2000

³ Murry, (2000)

جدول ۲-۱. شاخص عدالت در مشارکت مالی و درصد خانوارهای مواجه با هزینه های کمر شکن به دلیل مخارج سلامتی

رتبه	کشور	شاخص عدالت در مشارکت مالی	درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن
۱	اسلواکی	٪.۹۴۱	٪.
۲	بریتانیا	٪.۹۲۱	٪.۳۳
۳	کانادا	٪.۹۱۳	٪.۴۸
۴	آلمان	٪.۹۱۳	٪.۵۴
۵	مجارستان	٪.۹۰۵	٪.۹۶
۶	جمهوری چک	٪.۹۰۴	٪.۰۱
۷	اسلوونی	٪.۸۹۰	۱/۸۸
۸	فرانسه	٪.۸۸۹	٪.۶۸
۹	تایلند	٪.۸۸۸	٪.۹۹
۱۰	قرقیزستان	٪.۸۷۵	۱/۳۲
۱۱	جمهوری لیتوانی	٪.۸۷۵	۱/۶۸
۱۲	سوئیس	٪.۸۷۵	۳/۰۳
۱۳	استوانی	٪.۸۷۲	۲/۴۷
۱۴	ایالات متحده	٪.۸۶	۳/۲۳
۱۵	جمهوری لتونی	٪.۸۲۸	۴/۰۵
۱۶	اوکراین	٪.۷۸۸	۶/۸۲
۱۷	ویتنام	٪.۷۶۲	۱۱/۴۶
۱۸	آذربایجان	٪.۷۴۸	۱۱/۲۷
۱۹	گرجستان	٪.۶۸	۱۱/۷۲

منبع: موری و همکاران ۲۰۰۳

مطالعه‌ای تحت عنوان محافظت خانوار در مقابل مخارج اسفبار سلامت توسط کیسو^۱ و همکارانش در سال ۲۰۰۷ بر روی ۸۹ کشور جهان انجام شد. در این مطالعه از اطلاعات هزینه‌های سالانه غذا و مراقبت از سلامتی ۱۱۶ خانوار ساکن این ۸۹ کشور مربوط به سال‌های ۱۹۹۳ و ۲۰۰۳ استفاده کردند. بعد از محاسبه نسبت هزینه‌های اسفبار، به بررسی نظام‌های سلامتی این کشورها پرداختند. آنان در این پژوهش نشان دادند که ۸۹ درصد کل جمعیت جهان در این کشورها زندگی می‌کنند و ۱۵۰ میلیون نفر از جمعیت جهان سالانه با هزینه‌های کمرشکن سلامتی به دلیل پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت دریافت

¹ Ke Xu, (2007)

خدمات سلامتی مواجهه‌اند و از آن‌ها رنج می‌برند. در این مطالعه کشورهای عضو OECD مانند پرتغال، سوئیس و ایالات متحده سالانه با ۰/۰۵، هزینه‌های کمرشکن مواجه‌اند. ولی این نسبت در کشورهای با درآمد متوسط و کم درآمد ۰/۰۸ و ۰/۱ درصد است. مکانیسم‌های پیش پرداخت مانند مالیات می‌تواند منجر به کاهش نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن شود. اما، هیچ شواهد علمی مبنی بر عملکرد بهتر (بدتر) سیستم‌های بیمه اجتماعی بر سیستم‌های مالیاتی وجود ندارد.

جدول ۲-۲ توزیع سیستم تأمین مالی در ۸۹ کشور جهان به تفکیک سطح درآمد

کل	ترکیبی	سیستم مالیاتی	سیستم تأمین اجتماعی	سطح درآمد کشورها
۲۵ (۳۶)	۱ (۱)	۲۳ (۳۱)	۱ (۴)	کم درآمد
۳۷ (۴۹)	۸ (۹)	۲۲ (۳۱)	۷ (۹)	درآمد متوسط
۲۷ (۳۱)	۱ (۱)	۱۴ (۱۷)	۱۲ (۱۳)	پردرآمد
۸۹ (۱۱۶)	۱۰ (۱۱)	۵۹ (۷۹)	۲۰ (۲۶)	(تعداد) کل کشورها

منبع: کیسو و همکاران، ۲۰۰۷

در این جدول فقط کشور بولیویا (کشور دارای درآمد کم) و همچنین ۷ کشور از ۳۷ کشور با درآمد متوسط از سیستم تأمین اجتماعی استفاده می‌کنند. همانطور که ملاحظه می‌شود، اکثر کشورهای با درآمد بالا از سیستم تأمین مالی ترکیبی استفاده می‌کنند.

مطالعه‌ای در ترکیه توسط یاردیم^۱ و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام گرفت. در این مطالعه از داده‌های خانوار مربوط به سال ۲۰۰۶، شامل مخارج غذا، سلامت و پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت دریافت خدمات سلامتی، به تفکیک شهر و روستا استفاده شده است. حجم نمونه شهری ۵۹۳۰ و روستایی ۲۶۲۸ خانوار می‌باشد. هدف از این مطالعه محاسبه نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن و درصد خانوارهایی که به خاطر این نوع هزینه‌ها فقیر می‌شوند، بود. نتایج نشان دادند که نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در سال ۲۰۰۶، ۰/۰۶٪، نسبت خانوارهای مواجه با هزینه‌های اسفبار به تفکیک بیستک درآمدی به ترتیب از فقیرترین تا ثروتمندترین ۰/۰۵٪، ۰/۰۹٪، ۰/۰۶٪، ۰/۰۵٪ و ۰/۰۵٪ است. زایش فقر^۲ در

^۱ Yardim, 2010

^۲ زمانیکه خانوارهای غیر فقیر به دلیل پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت هزینه‌های سلامتی زیر خط فقر قرار می‌گیرند، پدیده زایش فقر (impoverishment) اتفاق می‌افتد.

خانوارهای بیستک اول و دوم به ترتیب ۱.۷٪ و ۰.۱٪ و در مجموع ۰.۴٪ می‌باشد. همچنین نتیجه گرفتند هرچه افراد ناتوان (فرزندان زیر ۱۲ سال و افراد مسن) در خانواده بیشتر باشد، احتمال مواجه شدن با هزینه‌های کمرشکن افزایش می‌یابد.

همچنین شهروات^۱ و همکاران (۲۰۱۱) مطالعه‌ای در کشور هند بر رابطه بین مخارج مستقیم از جیب و فقیر بودن انجام دادند. نتایج نشان داد که ۳.۵ درصد از مردم هند زیر خط فقر قرار دارند و ۵ درصد از مردم با هزینه‌های کمرشکن مواجه هستند. این مطالعه نشان داد در صورتیکه پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت بستری شدن از میان برداشته شود، منجر به کاهش فقر در هند می‌شود. ولی در صورتی که پرداخت‌های مستقیم از جیب بابت دارو و درمان سرپایی به تنهایی حذف شوند، منجر به کاهش شکاف فقر می‌شود. همچنین خانوارهای زیر خط فقر تعدادشان به ۵٪ درصد کاهش می‌یابد.

۲-۳- مطالعات انجام گرفته در ایران

رضوی در سال ۱۳۸۱ شاخص مشارکت مالی عادلانه مردم از هزینه‌های سلامت را، بین سالهای ۱۳۷۴ تا ۱۳۸۱، حدود ۸۳٪ برآورده کرده است که این برآورد بر اساس داده‌های خام بودجه خانوار نواحی شهری و روستایی مرکز آمار ایران انجام پذیرفت. این آمار در مقایسه با گزارش ۹۲۳٪ توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۰، بی‌عدالتی بیشتری را نشان می‌دهد. در این تحقیق، ۲/۳۲٪ خانوارها با پرداخت‌های بهداشتی کمرشکن (بیش از ۴۰٪ از کل مخارج خانوار) روبه‌رو بوده‌اند. این میزان برای نواحی شهر و روستا به ترتیب برابر ۱/۸۷٪ و ۳/۲۹٪ بوده است و از کل خانوارهای دارای پرداخت هزینه‌های کمرشکن ۳۵٪ تحت پوشش بیمه و ۶۵٪ فاقد پوشش بیمه بوده‌اند.

سمنانی و کشتکار در سال ۱۳۸۲ پژوهشی تحت عنوان برآورد عادلانه بودن هزینه خدمات سلامتی در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقاتی جمعیتی گرگان انجام دادند. پژوهشگران از داده‌های خام خانوارها استفاده کردند. نتایج اینگونه بود که خانوارهای کم‌درآمد حدود ۴۰ درصد از درآمد خود را بابت مراقبت‌های سلامتی هزینه می‌کنند. این هزینه در مقابل ۹ درصد مرفه جامعه ۴.۵ برابر بیشتر است. علی‌رغم پوشش فزاینده سازمان‌های بیمه‌گر و رشد بیمه‌های تکمیلی، هنوز هم بیش از نصف هزینه‌های خدمات سلامتی در همه گروه‌های درآمدی به صورت مستقیم از جیب پرداخت می‌شود.

¹ Shahrawat, 2011

در سال ۱۳۸۴ به سفارش دفتر منطقه‌ای مدیریتانه شرق^۱ سازمان جهانی بهداشت، مطالعه‌ای در ایران توسط دکتر حسن‌زاده انجام شد. نتایج محاسبه دو شاخص FFC و نسبت مواجهه خانوارها با هزینه‌های کمرشکن در این مطالعه نشان دادند که، روند صعودی درصد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن طی سال‌های ۱۳۷۸-۱۳۸۱ از یک طرف و روند نزولی شاخص عدالت در مشارکت مالی در همین دوره، نشان از عملکرد غیر هماهنگ نظام سلامت کشور با سیاست‌های عدالت خواهانه این بخش دارد. همچنین وی به بیان ۲۰۱ درصد خانوارهای مواجهه با هزینه‌های کمرشکن پرداخت. این پژوهش نشان داد که بیش از یک و نیم میلیون نفر از جمعیت ایران به طور متوسط طی این سال‌ها با هزینه‌های کمرشکن مواجه بودند. دکتر حسن‌زاده به این نتیجه رسید که خانوارهای با مشخصات ذیل با احتمال بیشتری نسبت به سایر خانوارها با هزینه‌های کمرشکن مواجه هستند:

- خانوارهایی که در مناطق روستایی زندگی می‌کنند.
- خانوارهایی که تحت سرپرستی افراد بی‌سواد و کم‌سواد قرار دارند.
- خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال بیشتری دارند.
- خانوارهایی که اعضای مسن بالای ۶۰ سال بیشتری دارند.
- خانوارهایی که سرپرستشان در بخش غیردولتی شاغل هستند.
- خانوارهایی که تعداد اعضای شاغل و صاحب درآمد کمتری دارند.
- خانوارهای گروه‌های میانی درآمد
- خانوارهایی که پوشش بیمه درمانی ندارند.

در سال ۱۳۸۵، مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی روش‌های تأمین منابع مالی نظام سلامت در کشورهای منتخب و ارائه الگو برای ایران توسط دکتر ماهر و همکارانش انجام شد. این مطالعه به بررسی میزان تأثیر متغیرهای اثرگذار در تأمین منابع مالی نظام سلامت، که شامل درآمد عمومی دولت برای سلامت، هزینه‌های تأمین اجتماعی برای سلامت، پرداخت مستقیم از جیب توسط افراد برای سلامت، برنامه‌های پیش‌پرداخت خصوصی برای سلامت بر کل مخارج سلامت در ده کشور عضو سازمان توسعه و همکاری‌های اقتصادی در فاصله سال‌های ۲۰۰۴ - ۱۹۹۸ پرداخت است. به دلیل کوتاه بودن دوره زمانی مورد بررسی جهت تخمین مدل از داده‌های تابلویی استفاده گردیده و سپس با استفاده از نتایج حاصل از تخمین پیشنهاداتی را برای کشور ایران ارائه کرده است.

¹ EMRO