

## تبیین نقش بر خور داری از پوشش بیمه درمان اجتماعی بر پرداخت از جیب هزینه‌های سلامت خانوارهای ایرانی

امیرعباس فضائلی<sup>۱</sup>

فراهم ساختن شرایط تحقق مشارکت مالی عادلانه برای آحاد جمعیت کشور به عنوان یکی از اهداف غایی نظام‌های سلامت در برنامه‌ریزی‌ها و سیاست‌گذاری‌های این بخش همواره مورد تأکید بوده است. بهره‌گیری از سازوکارهای بیمه درمانی به عنوان یکی از مهمترین ابزار سیاستی در این خصوص، موضوعی است که ارزیابی میزان اثربخشی آن بحث‌های گسترده‌ای را در مجامع علمی برانگیخته است. مطالعه حاضر با استفاده از نمونه‌ای با حجم بالغ بر ۳۶ هزار و ۵۵۰ خانوار در ایران، تأثیر بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای را بر میزان مصرف و وضعیت هزینه‌های درمانی از طریق تبیین میزان شاخص‌های مرتبط با این موضوع مورد تجزیه و تحلیل قرار داده است. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای علی‌رغم آنکه مصرف خدمات و مخارج درمانی خانوار را افزایش داده، خطر فقیر شدن ناشی از هزینه‌های درمانی را کاهش داده و خانوارهای بیمه‌شده از توزیع عادلانه‌تر هزینه‌های درمانی برخوردار هستند.

**کلمات کلیدی:** ضریب جینی، شاخص کاکوانی، شاخص مشارکت عادلانه مالی، هزینه‌های کمرشکن

### ۱- مقدمه:

بهره‌مندی یکسان از سطح مطلوب سلامت، پاسخگویی و احترام به نیازهای انسانی بیماران و عدالت در تأمین مالی، اهداف غایی نظام‌های سلامت است. در این میان، هدف از یک نظام تأمین منابع مالی کارا آن است که منابع کافی را برای دسترسی مردم به خدمات بهداشت عمومی و مراقبت‌های فردی فراهم آورد به گونه‌ای که آحاد جامعه به دلیل عدم توانایی در پرداخت، از برخورداری از خدمات سلامتی محروم نگردند یا به دلیل پرداخت آن به ورطه فقر سقوط نکنند (گزارش بهداشت جهانی، ۲۰۰۰).

---

۱. دانشجوی دکترای اقتصاد سلامت دانشگاه تهران و رئیس گروه اقتصاد درمان و برنامه‌ریزی معاونت درمان سازمان تأمین اجتماعی  
amirfzayeli@yahoo.com

اهمیت این موضوع، در ایران به خوبی درک شده و همواره مورد توجه سطوح بالای تصمیم‌گیری و سیاستگذاری بوده است. به طوری که بهره‌مندی عادلانه از خدمات بهداشتی و درمانی مورد نیاز به عنوان یکی از مهمترین راه‌های تحقق کرامت و ارزش والای انسان و آزادی توأم با مسئولیت او در برابر خدا در مواد مختلف قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران مورد اشاره قرار گرفته است. به تصریح اصل ۲۹ قانون اساسی، بهره‌مندی از خدمات بهداشتی و درمانی در قالب پوشش تأمین اجتماعی و با بهره‌گیری از منابع عمومی و سازوکارهای بیمه‌های حقی همگانی است که دولت مکلف به تأمین آن است. همچنین، در بند ۱۲ اصل ۳ این قانون ایجاد رفاه و رفع فقر و برطرف ساختن هر نوع محرومیت با تأکید ویژه بر دو مقوله بهداشت و بیمه به عنوان اهداف پی‌ریزی اقتصادی صحیح و عادلانه بر طبق ضوابط اسلامی مطرح شده است (سازمان تأمین اجتماعی، ۱۳۹۳).

کل هزینه‌های سلامت در ایران طبق آخرین گزارش حساب‌های ملی سلامت در سال ۱۳۹۰، از مرز ۴۵۲/۷ هزار میلیارد ریال گذشت که بالغ بر ۵۴ درصد آن بطور مستقیم توسط خانوارها پرداخت شده و سهم بیمه‌های اجتماعی و تکمیلی درمانی به ترتیب ۱۵ و ۳ درصد بوده است (مرکز آمار ایران، ۱۳۹۳). به عبارت دیگر، در سال ۱۳۹۰، بالغ بر ۲۲ صندوق بیمه اجتماعی و بیمه تجاری سلامت (قالیباف، ۱۳۸۸، صفحه ۶۰) فعال در نظام سلامت کشور، تنها در حدود ۵/۸۱ هزار میلیارد ریال از منابع مالی این بخش را تجهیز و مدیریت کرده‌اند. در این میان، بیمه‌های اجتماعی درمانی فعال در ایران در سال ۱۳۹۳ بالغ بر ۷۸/۴ میلیون نفر تحت پوشش را تحت پوشش داشتند که گروه‌های جمعیتی متنوعی را با درجه‌های متفاوتی از مشارکت در پرداخت حق بیمه شامل می‌شود. خلاصه‌ای از وضعیت نظام بیمه درمانی اجتماعی ایران در جدول شماره (۱) ارائه شده است (حاجی محمودی، ۱۳۹۳، صفحه ۲۵).

یکی از موضوع‌های چالش‌برانگیز در عرصه سیاستگذاری رفاه اجتماعی و اقتصاد سلامت، نقش و اهمیت بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای بر الگوی مصرف و مخارج درمانی خانوارها است که این مقاله به بررسی آن در ایران می‌پردازد. با توجه به این موضوع، در ادامه پس از تبیین نقش کارکرد بیمه درمانی در نظام سلامت، در یک رویکرد مقایسه‌ای و با استفاده از شاخص‌های مناسب، توزیع هزینه‌های درمانی خانوارهای کشور با تأکید بر نقش بیمه‌های اجتماعی درمانی مورد تجزیه و تحلیل قرار خواهد گرفت.

### پیشینه پژوهش:

آرمانی‌ترین شرایط بازار که در قالب بازار رقابت کامل متبلور می‌شود، متضمن وجود شرایط و ویژگی‌هایی همچون، یکسان بودن کالاها<sup>۱</sup>، کوچک بودن هر خریدار یا فروشنده نسبت به حجم بازار، عدم وجود محدودیت‌های مصنوعی<sup>۲</sup>، قابلیت انتقال<sup>۳</sup> کالاها و منابع تولیدی و برخورداری کلیه واحدهای اقتصادی از اطلاع کافی و کامل از جریان‌های اقتصادی است (لفت ویچ، ۱۳۸۱، صفحه ۳۳).

در این میان، بازار سلامت به دلیل ویژگی‌های منحصر به فردی که دارد با بازارهای معمول در اقتصاد متفاوت است. ویژگی‌هایی همچون مداخله گسترده دولت، وجود گسترده شرایط عدم اطمینان<sup>۴</sup> در همه مراحل، نامتقارن بودن اطلاعات<sup>۵</sup> بین ارائه دهنده و مصرف‌کننده و بروز عوارض خارجی<sup>۶</sup> (فلیس، ۱۳۷۶، صفحه ۱۱). به این ترتیب، عدم تحقق شرایط رقابت کامل در بازار سلامت تحقق شرایط کارایی کامل از طریق سازوکارهای طبیعی عرضه و تقاضا را با چالش جدی مواجه ساخته و حضور نیروهای خارج از بخش را برای نیل به اهداف غایی این بخش را به ضرورتی اجتناب ناپذیر تبدیل کرده است.

در چنین شرایطی، استفاده از سازوکار بیمه‌های درمان اجتماعی یکی از رایج‌ترین سیاست‌های مواجهه با ناکارآمدی و اصطلاحاً شکست بازار در بخش سلامت و افزایش اثربخشی هزینه‌ها در بازار سلامت محسوب می‌شود. بنا به تعریف، واژه بیمه درمان اجتماعی برای توصیف روشی از سرمایه‌گذاری و مدیریت مراقبت‌های بهداشتی به کار می‌رود که دارای خصوصیات زیر باشد (رضایی قلعه، ۱۳۷۹، صفحه ۱۲):

- منابع مالی بر عضویت اجباری کارفرمایان، کارگران و حتی کارکنان دولت مبتنی است.
- میزان مشارکت هر فرد غالباً بر اساس توانایی پرداخت است و میزان خطرات تهدیدکننده سلامتی از قبیل بیماری‌ها مادرزادی، سن، ناتوانی و غیره بر سطح مشارکت و عضویت افراد تأثیر ندارد.
- این نوع بیمه به دنبال سوددهی نیست.

سازوکار بیمه اجتماعی علاوه بر ایفای کارکرد مهم پرداخت یارانه متقاطع از پردرآمدها به کم‌درآمدها و افراد سالم به افراد بیمار، تضمینی برای دسترسی همه افراد به خدمات

1. Homogeneity of Products
2. Artificial Restraints
2. Mobility
4. Uncertainty
5. Asymmetric Information
6. Externalities

درمانی مورد نیاز نیز فراهم می‌آورد. چنین ویژگی‌هایی باعث می‌شود تا این نظام برآمده از مفهوم همبستگی اجتماعی، از مهمترین ابزار نیل به رفاه اجتماعی محسوب شده و از منظر بودجه‌ریزی اجتماعی نیز از جایگاه بی‌بدیلی برخوردار باشد.

در خصوص اینکه کارکرد نظام بیمه‌ای تا چه میزان توانسته است باعث کاهش مخاطرات مالی دسترسی به خدمات درمانی مورد نیاز آحاد جمعیت شود، مطالعات زیادی در سطح جهان انجام شده است. در این قسمت به نتایج برخی مواردی که در رابطه با ایران انجام شده است اشاره خواهد شد.

در مطالعه انجام شده در استان مازندران مشخص شد که افزایش هزینه‌های سازمان تأمین اجتماعی بابت خرید خدمت از مراکز درمانی برای بیمه‌شدگان تحت پوشش باعث نابرابری توزیع هزینه‌های درمانی به نفع افراد کم‌درآمدتر شده است (ابونوری و خوشکار، ۱۳۷۸). در دو بررسی که با استفاده از اطلاعات نتایج طرح آمارگیری هزینه و درآمد خانوار سال ۱۳۸۱ برای کل کشور انجام شده، مشخص شده که بهره‌مندی از پوشش بیمه درمانی باعث کاهش احتمال فروغلتیدن افراد در ورطه مخاطرات ناشی از هزینه‌های درمانی می‌شود (رضوی، حسن زاده و سایرین، ۱۳۸۴؛ محمد علیزاده هنجنی و فضائی، ۱۳۸۳). در مطالعه دیگری که با استفاده از اطلاعات پیمایشی خانوار در شیراز برای سال ۱۳۹۰ انجام شده نیز مشخص شد که فقدان پوشش بیمه‌ای باعث افزایش ۸۸ درصدی خطر بروز هزینه‌های کمرشکن می‌شود (کاووسی، کشتکاران و سایرین، ۲۰۱۴).

## ۲- روش شناسی پژوهش:

تحلیل وضعیت مشارکت یا پرداخت از جیب افراد در تأمین مالی نظام سلامت با توجه به اهمیتی که دارد، سهم قابل توجهی از مباحث حوزه تأمین مالی را در اقتصاد سلامت به خود اختصاص داده است. بر اساس نوع نگرش اندیشمندان به این مقوله، شاخص‌های مختلفی نیز برای آن معرفی شده است که هر کدام یک یا چند بُعد از این موضوع را تبیین می‌کند. در ادامه این بخش، پس از ارائه معرفی مختصری از بانک اطلاعات مورد استفاده در پژوهش، تعاریف عملیاتی شاخص‌های مورد استفاده ارائه خواهد شد.

اطلاعات مورد استفاده در این مطالعه از طرح نمونه‌گیری هزینه و درآمد خانوار مرکز آمار ایران مربوط به سال ۱۳۹۱ اخذ شده است. حجم نمونه مورد استفاده بالغ بر ۳۶۵۵۱ خانوار<sup>۱</sup> مشتمل بر ۱۶۹۳۷ خانوار شهری و ۱۹۶۱۴ خانوار روستایی است.

۱. نمونه اولیه مشتمل بر ۳۸۱۱۷ خانوار بود که با حذف مشاهداتی که پرسشنامه مربوطه به درستی تکمیل نشده بود، این تعداد به ۳۶۵۵۱ خانوار رسید.

تعریف شاخص‌هایی که در تحلیل وضعیت توزیع هزینه‌های درمانی بین خانوارهای کشور استفاده خواهند شد به اختصار در ادامه ارائه می‌شود. لازم به ذکر است تعاریف تفصیلی و مباحث ریاضی مربوط به این شاخص‌ها در مراجعی که به تفکیک در هر موضوع معرفی شده‌اند قابل دسترسی است و در اینجا بیشتر به مفهوم شاخص‌ها پرداخته شده است.

### هزینه‌های کمرشکن سلامتی<sup>۱</sup>

هزینه‌های کمرشکن سلامتی زمانی اتفاق می‌افتد که کل هزینه‌های سلامتی پرداخت شده از جیب خانوار برابر یا بیش از ۴۰٪ ظرفیت پرداخت خانوار یا مصارف غیرمعیشتی او باشد (فضائلی، سیدین و سایرین، ۲۰۱۵).

### شاخص مشارکت مالی عادلانه<sup>۲</sup>

شاخص مشارکت مالی عادلانه، وضعیت کلی عدالت در تأمین مالی نظام سلامت را با تأکید بر افراد در معرض هزینه‌های کمرشکن تبیین می‌کند. این شاخص، از ریشه توان سوم مجموع اختلاف بین سهم هزینه‌های درمانی از توان پرداخت هر مشاهده ( $oopctp_h$ ) از میانگین این سهم در کل نمونه به صورت فرمول زیر محاسبه می‌شود:

$$ffc = 1 - \sqrt[3]{\frac{\sum_{h=1}^n w_h |oopctp_h - oopctp_a|^3}{\sum w_h}}$$

$$oopctp_a = \frac{\sum w_h oop_h}{\sum w_h ctp_h}$$

که در آن  $Wh$  نشان‌دهنده وزن هر یک از نمونه‌ها ( $h$ ) در طرح نمونه‌گیری آماری است. دامنه تغییرات شاخص FFCI بین صفر و یک است و هر چه به یک نزدیکتر باشد، نشان دهنده عدالت بیشتر است (فضائلی، سیدین و سایرین، ۲۰۱۵).

1. Catastrophic Expenditure
2. Fair Financial Contribution Index (FFCI)

### منحنی لورنز<sup>۱</sup>:

اگر نموداری ترسیم کنیم که محورهای افقی و عمودی آن از یک تا ۱۰۰ درصد مدرج شده باشند و به ترتیب درصد جمعیت و درصد درآمد متعلق به جمعیت را نشان دهد، آنگاه قطر این نمودار، برابری کامل در توزیع درآمد خواهد بود. در این منحنی، محورهای افقی و عمودی درصدهای تجمعی هستند (عباسیان و نسرین دوست، ۱۳۹۱، ص ۱۷۷).

### ضریب جینی<sup>۲</sup>:

ضریب جینی عبارت است از سطح بین منحنی لورنز و خط برابری تقسیم بر کل سطح زیر خط برابری. در حالت برابری کامل مقدار صفر را دارد. اما در حالت نابرابری کامل ضریب جینی یک خواهد شد (عباسیان و نسرین دوست، ۱۳۹۱، ص ۱۸۰).

### منحنی تمرکز<sup>۳</sup> مخارج درمانی:

مفهومی همانند منحنی لورنز اما در رابطه با مخارج درمانی دارد. بنابراین، به جای متغیر درآمد سهم تجمعی تأمین مالی مراقبت سلامت در محور عمودی در مقابل سهم تجمعی جمعیت رتبه بندی شده بر اساس ویژگی‌های اجتماعی-اقتصادی (در اینجا هزینه کل یا درآمد) لحاظ می‌شود.

### شاخص تمرکز<sup>۴</sup> مخارج درمانی:

این شاخص نیز در مفهوم همانند ضریب جینی محاسبه می‌شود که در محاسبه آن بجای منحنی لورنز از منحنی تمرکز مخارج درمان استفاده می‌شود.

### شاخص کاکوانی<sup>۵</sup>:

از اختلاف بین ضریب تمرکز مخارج درمانی و ضریب جینی درآمدی محاسبه می‌شود (مورای، شو و همکاران، ۲۰۰۳). دامنه شاخص کاکوانی بین ۱ و ۲- می‌باشد. تصاعدی (مثبت) بودن شاخص کاکوانی به این معنا است که افراد ثروتمند نسبت به افراد فقیر سهم بیشتری از درآمد خود را صرف مخارج سلامت می‌کنند (راغفر، زرگری و دیگران، ۲۰۱۳).

1. Lorenz Curve
2. Gini coefficient
3. Concentration Curve
4. Concentration Index(CI)
5. Kakwani Index

### ۳- تجزیه و تحلیل:

در این بخش، ضمن ارائه تحلیل مختصری از وضعیت شاخص‌های منتخب هزینه‌ای خانوارهای مورد بررسی، با استفاده از شاخص‌هایی که در بخش قبلی معرفی شدند، توزیع مخارج درمانی بین خانوارها تبیین می‌شود.

شاخص‌ها بر اساس سرانه هزینه‌ای مبتنی بر بُعد<sup>۱</sup> تعدیل شده خانوار محاسبه شده‌اند. همچنین بر اساس رویه معمول در مطالعات مبتنی بر اطلاعات هزینه - درآمد خانوار، از اطلاعات هزینه‌ای خانوار به عنوان جانشینی برای میزان واقعی درآمد خانوار استفاده شده است (فضائلی، سیدین و سایرین، ۲۰۱۵). بر این اساس، خانوارها برحسب میزان هزینه‌ها از کم به زیاد مرتب و سپس به ده گروه مساوی تقسیم شده‌اند که هر گروه، در اصطلاح یک دهک درآمدی نامیده می‌شود.

از سوی دیگر، چنانچه در مخارج خانوار، هزینه‌ای بابت پرداخت حق بیمه درمانی اجتماعی ثبت شده باشد (اعم از آنکه خودش پرداخت کرده یا از طرف او پرداخت شده است)، آن خانوار تحت پوشش بیمه اجتماعی درمان محسوب می‌شود.

با لحاظ نکات فوق، نتایج تحلیل اطلاعات حاصل از نتایج طرح نمونه گیری هزینه درآمد خانوار سال ۱۳۹۱ را با تأکید بر وضعیت برخورداری از بیمه اجتماعی درمانی می‌توان به شرح زیر خلاصه نمود:

حدود ۷۳/۵ درصد جمعیت کشور تحت پوشش بیمه‌های اجتماعی درمانی بوده‌اند که این نسبت در مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۶۷/۸ درصد و ۸۹/۱ درصد بوده است. درصد بیمه‌شدگان بر حسب دهک‌های درآمدی در مناطق شهری از ۲۹ درصد در دهک اول تا ۸۳ درصد در دهک دهم و در روستاها از ۸۷ درصد در دهک اول تا حدود ۹۲ درصد در دهک‌های بالای درآمدی افزایش می‌یابد.

بررسی نرخ بیکاری سرپرست خانوار بین دهک‌های درآمدی نشان می‌دهد که این شاخص در مناطق شهری از ۵/۲ درصد در دهک اول درآمدی تا یک درصد در دهک دهم متغیر است. در مناطق روستایی، علیرغم کاهش نرخ بیکاری در دهک‌های بالاتر درآمدی، اما در مجموع اختلاف بین دهک‌های بالا و پایین درآمدی کمتر از مناطق شهری بوده و از ۳/۵ درصد تا ۰/۸ درصد می‌باشد.

بعد خانوار بیمه‌شده و غیر بیمه‌شده به ترتیب ۳/۵ نفر و ۳/۷ نفر است.

سرانه مخارج ماهانه بیمه‌شدگان حدود ۶/۹ میلیون ریال و غیر بیمه‌شدگان حدود

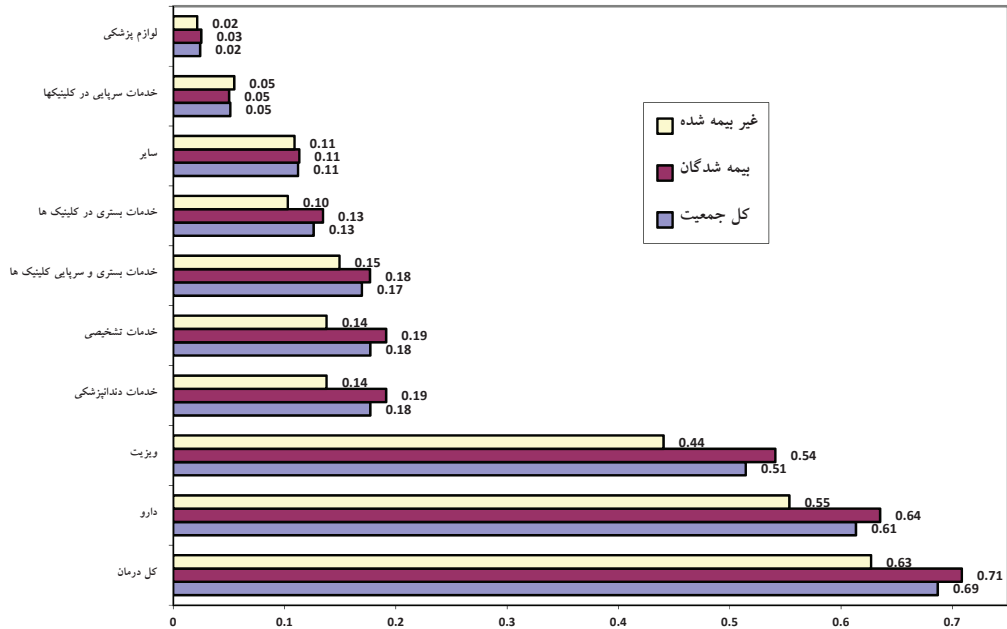
۷۹ درصد آن یعنی ۵/۵ میلیون ریال و خط فقر نسبی سرانه آنها ۱/۸۹۴ میلیون ریال و ۱/۶۱۱ میلیون ریال بوده که در این میان، سهم هزینه‌های غیر خوراکی در کل هزینه‌های خانوارهای بیمه‌شده ۷۳ درصد و برای خانوارهای غیر بیمه‌شده ۷۱ درصد می‌باشد. میانگین حق بیمه خانوارهای شهری و روستایی برای بیمه اجتماعی درمانی به ترتیب ماهانه ۴۳۶ هزار ریال و ۱۳۶ هزار ریال بوده است. شایان ذکر است که این حق بیمه یا بطور مستقیم توسط خانوار یا توسط کارفرما یا دولت پرداخت شده است. به این ترتیب، حق بیمه احتسابی خانوارهای بیمه‌شده شهری بابت پوشش بیمه‌های درمانی اجتماعی حدود ۳/۲ برابر خانوارهای روستایی و سهم این مخارج در کل هزینه‌های خانوارهای شهری و روستایی تحت پوشش به ترتیب ۶ درصد و ۲/۴ درصد می‌باشد. به عبارت دیگر، با توجه به اینکه بعد خانوار شهری و روستایی به ترتیب ۳/۶ و ۳/۹ نفر بوده است، سرانه ماهانه حق بیمه درمانی اجتماعی مناطق شهری ۱۲۱۱۱۱ ریال و روستایی و ۳۴۸۷۱ ریال است که ۲۸۵۹۰ ریال آن توسط دولت پرداخت شده است.

سهم هزینه‌های درمانی در کل هزینه‌های خانوار با افزایش سطح درآمد افزایش می‌یابد. در همه دهک‌های درآمدی به استثنای دهک دهم، این شاخص در خانوارهای بیمه‌شده بیش از خانوارهای غیر بیمه‌شده است. سهم هزینه‌های درمانی از کل درآمد خانوارهای بیمه‌شده از ۴/۵ درصد در دهک اول تا ۸/۳ درصد در دهک دهم و برای غیر بیمه‌شدگان از ۴/۴ درصد در دهک اول تا ۸/۸ درصد در دهک دهم درآمدی افزایش می‌یابد. ظرفیت یا توان پرداخت خانوارهای بیمه‌شدگان بیش از ۱/۳ برابر غیر بیمه‌شدگان است (بطور ماهانه ۱۰۷۰۰ هزار ریال در مقابل ۸۱۱۳ هزار ریال). بطور متوسط، حدود ۷/۴ درصد ظرفیت پرداخت خانوارهای کشور به هزینه‌های درمان اختصاص یافته این شاخص برای خانوارهای تحت پوشش بیمه و غیر بیمه‌شده به ترتیب ۷/۵ درصد و ۷ درصد بوده است.

حدود ۶۹ درصد خانوارهای کشور حداقل از یک نوع خدمت درمانی استفاده کرده‌اند که این نسبت برای بیمه‌شدگان و غیر بیمه‌شدگان به ترتیب ۷۱ درصد و ۶۳ درصد بوده است. طیف متنوعی از خدمات در قالب خدمات مراقبت‌های سلامت تعریف می‌شوند که برای سادگی در تحلیل وضعیت می‌توان آنها را به چند گروه اصلی بر اساس آنچه در نمودار ۱ آمده است دسته‌بندی نمود. در این بین بیشترین فراوانی به مراجعه داروخانه (برای بیمه‌شدگان و غیر بیمه‌شدگان به ترتیب ۶۴ درصد و ۶۱ درصد) و پس از آن ویزیت پزشکان (برای بیمه‌شدگان و غیر بیمه‌شدگان به ترتیب ۵۴ درصد و ۵۱ درصد) مربوط می‌شود.

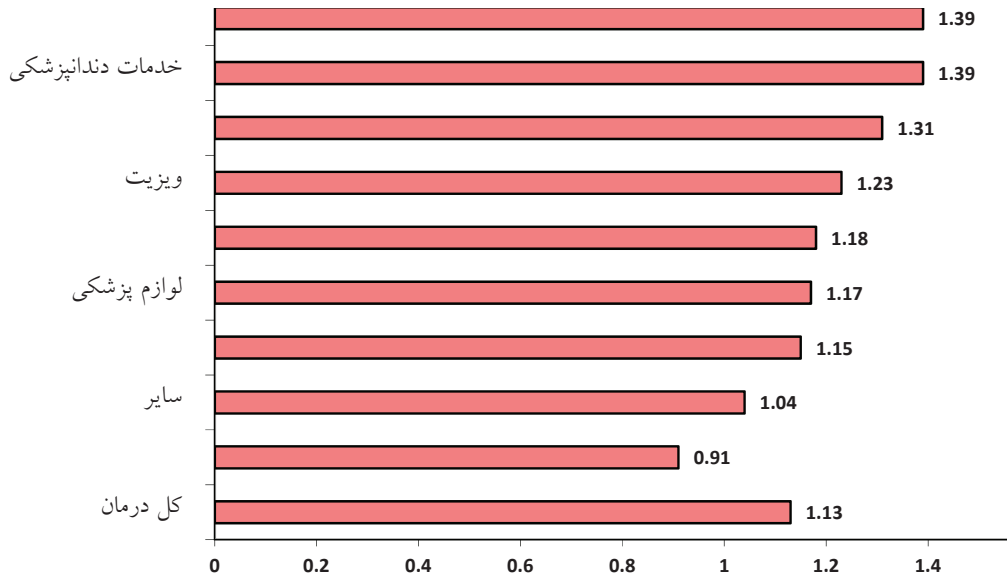


## نمودار شماره (۱): میزان استفاده از خدمات درمانی



در مقایسه نسبت مصرف خدمات درمانی بین بیمه‌شدگان و غیربیمه‌شدگان مشاهده می‌شود که بیشترین تفاوت در خدمات دندانپزشکی و تشخیصی با  $1/4$  برابر و خدمات بستری با  $1/3$  برابر فزونی استفاده در بیمه‌شدگان نسبت به غیربیمه‌شدگان است. نکته جالبی که در اینجا قابل توجه به نظر می‌رسد، کمتر بودن میزان استفاده از خدمات سرپایی مراکز درمانی (خدماتی از قبیل سنگ شکن، جراحی‌های سرپایی، شیمی‌درمانی و...) برای بیمه‌شدگان نسبت به غیربیمه‌شدگان است (نمودار ۲).

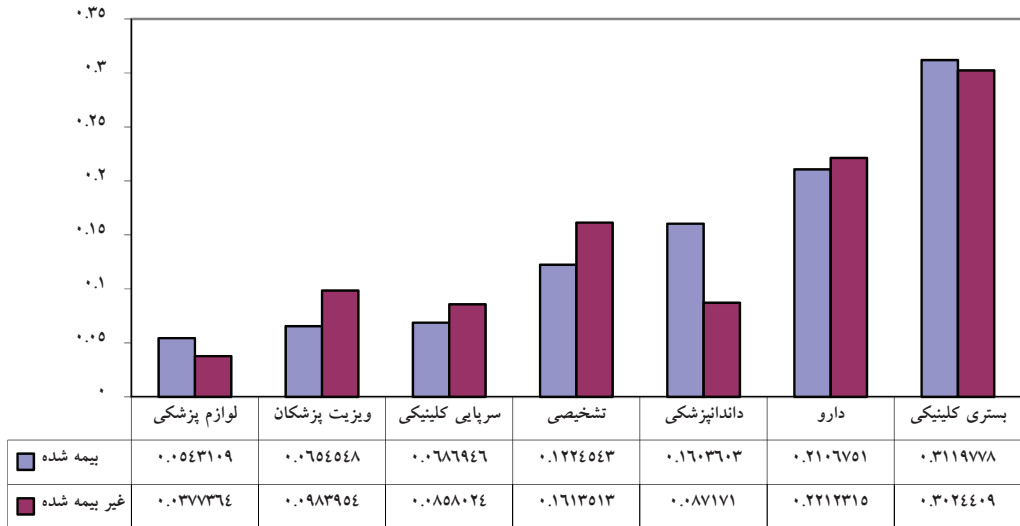
## نمودار شماره (۲): نسبت مصرف بیمه‌شدگان به غیربیمه‌شدگان از خدمات درمانی



علیرغم اینکه سهم هزینه‌های درمانی از توان پرداخت و درآمد خانوارهای بیمه‌شده بیشتر از خانوارهای غیربیمه‌شده است، بررسی شاخص‌های مربوط به تحمیل بار مالی هزینه‌های درمانی به این دو گروه از خانوارها نشان‌دهنده کمتر بودن فشارهای ناشی از پرداخت اینگونه هزینه‌ها بر خانوارهای بیمه‌شده است. درصد خانوارهای دچار هزینه‌های کمرشکن سلامت در بین گروه‌های غیربیمه‌شده ۳ درصد و برای بیمه‌شدگان ۲/۸ درصد بوده است.

بررسی ترکیب هزینه‌های درمانی خانوارهای دچار هزینه‌های کمرشکن نشان می‌دهد که خدمات بستری بیشترین سهم (بالغ بر ۳۰ درصد) را در این هزینه‌ها دارد و هزینه‌های مربوط به خرید دارو (با حدود ۲۲ درصد) رتبه دوم را از این نظر احراز کرده است. همان‌طور که در نمودار ۳ مشاهده می‌شود، یکی از نکات قابل توجه در این رابطه سهم هزینه‌های دندانپزشکی در سبد مصرفی خانوارهای بیمه‌شده دچار هزینه‌های کمرشکن است که حدود ۱۶ درصد است که دو برابر غیربیمه‌شدگان است.

### نمودار شماره (۳): سهم اجزای هزینه‌های درمان از کل مخارج درمانی خانوارهای دچار هزینه‌های کمرشکن درمانی به تفکیک بر حسب بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای

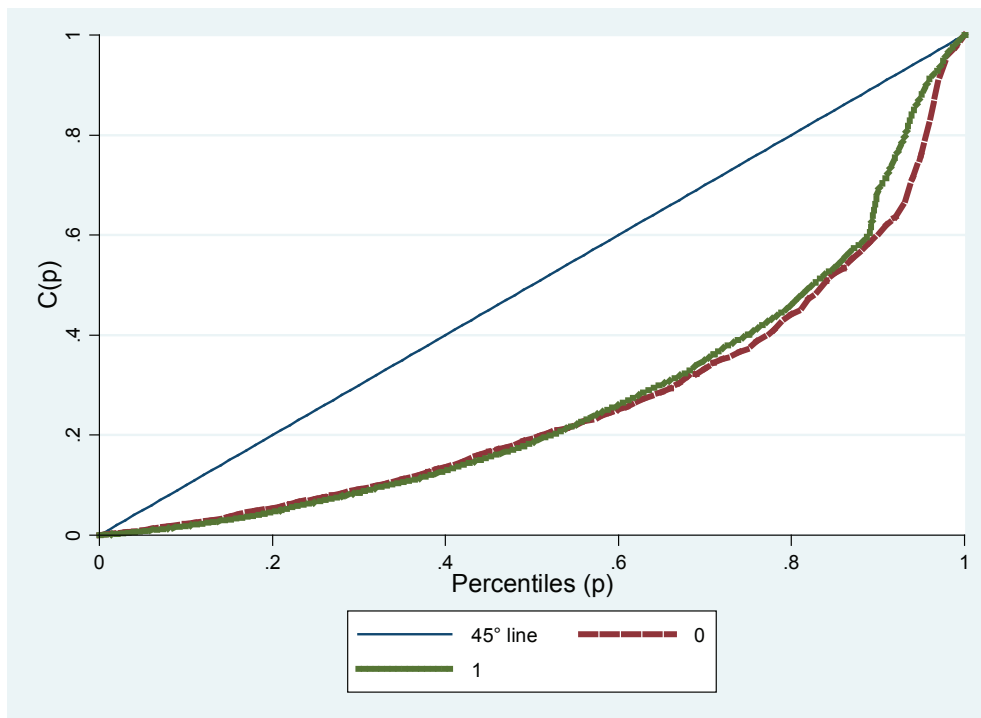


پرداخت هزینه‌های درمانی، می‌تواند باعث فروغلتیدن خانوارها به زیر خط فقر شود. مقایسه وضعیت خانوارها از این منظر نشان می‌دهد که میزان خانوارهایی که به دلیل پرداخت هزینه‌های درمانی به ورطه فقر سقوط می‌کنند، بین بیمه‌شدگان حدود ۳۷/۵ درصد کمتر از غیربیمه‌شدگان یعنی ۸ در هزار در مقابل ۱۱ در هزار است.

محاسبه شاخص مشارکت عادلانه در تأمین مالی نظام سلامت نشان می‌دهد که این شاخص در بین بیمه‌شدگان ۰/۸۴ و در بین افراد فاقد پوشش بیمه‌ای ۰/۸۳ است که نشان‌دهنده بهتر بودن وضعیت در افراد بیمه‌شده است.

ضریب جینی که یک شاخص متداول برای توصیف وضعیت پراکندگی یک صفت (مثلاً هزینه‌های درمانی) است. برای افراد غیر بیمه‌شده و بیمه‌شده به ترتیب ۰/۷۹۸ و ۰/۷۷ می‌باشد. به عبارت دیگر، نابرابری توزیع هزینه‌های درمانی بین افراد فاقد بیمه بیشتر از افراد بیمه‌شده است. وضعیت توزیع هزینه‌های درمانی خانوار در قالب منحنی تمرکز مخارج درمانی خانوارهای بیمه‌شده و خانوارهایی که تحت پوشش بیمه نیستند در نمودار ۴ نمایش داده شده است. همانگونه که مشاهده می‌شود، منحنی تمرکز مخارج درمانی بیمه‌شدگان بالاتر از منحنی مربوط به غیر بیمه‌شدگان است.

نمودار شماره (۴): منحنی تمرکز مخارج درمانی خانوارهای بیمه شده (۱) و خانوارهای غیربیمه شده (۰)



تأثیر توزیع هزینه‌های درمانی بر خانوارها را می‌توان از منظر دیگری با بررسی میزان ضریب جینی کل مخارج خانوار قبل و بعد از پرداخت هزینه‌های درمانی تبیین کرد. با توجه به نمودار ۵ مشاهده می‌شود که پرداخت هزینه‌های درمانی باعث کاهش ضریب جینی (نابرابری توزیع درآمد) در خانوارها شده است. تفاوت ضریب جینی خانوارهای بیمه نشده با خانوارهای تحت پوشش بیمه پس از پرداخت هزینه‌های درمانی از ۰/۰۱ به ۰/۰۱۳ افزایش یافته که این موضوع نشان دهنده آن است که سازوکار بیمه‌ای می‌تواند برابری در توزیع درآمدهای خانوارها پس از پرداخت هزینه‌های درمانی را افزایش دهد.

### نمودار شماره (۵): ضریب جینی مخارج خانوار قبل و بعد از پرداخت هزینه‌های درمانی



درخصوص تأثیر هزینه‌های درمانی بر خانوارها بر حسب وضعیت برخورداری آنها از پوشش بیمه‌ای بررسی وضعیت شاخص کاکوانی نشان می‌دهد که پرداخت هزینه‌های درمانی برای هر دو گروه وضعیتی تصاعدی و فزاینده دارد. به عبارت دیگر، با افزایش درآمد، سهم هزینه‌های درمانی از کل درآمد خانوارها نیز افزایش می‌یابد. این شاخص برای بیمه‌شدگان و غیر بیمه‌شدگان به ترتیب ۰/۱۱۱ و ۰/۱۱۹ بوده است.

#### ۴- یافته‌های پژوهش

علیرغم آنکه جمعیت تحت پوشش سازمان‌های بیمه‌گر اجتماعی کشور بر اساس اطلاعات منتشر شده از سوی آنها بالغ بر ۱۰۰ درصد جمعیت کشور است، بر اساس نتایج حاصل از تحلیل مخارج خانوارهای مورد بررسی، در سال ۱۳۹۱ بالغ بر ۱۰ درصد روستاییان و ۳۳ درصد شهرنشینان از پوشش بیمه‌ای محروم بوده‌اند. این شاخص برای دهک‌های پایین درآمدی در مناطق شهری حتی به ۷۰ درصد نیز می‌رسد.

بطور میانگین ۶۹ درصد افراد در نمونه مورد مطالعه حداقل از یک خدمت درمانی استفاده کرده‌اند که در این میان میزان استفاده بیمه‌شدگان ۸ واحد درصد بیشتر از غیربیمه‌شدگان است. میزان مصرف بیمه‌شدگان در همه گروه‌های خدمات درمانی به استثنای خدمات سرپایی در مراکز درمانی از غیربیمه‌شدگان بیشتر است. به طوری که در رابطه با خدمات بستری و دندانپزشکی نسبت فزونی مصرف بیمه‌شدگان از مرز ۱/۳ برابر می‌گذرد.

حدود ۳ درصد خانوارهای فاقد پوشش بیمه‌ای و ۲/۸ درصد خانوارهای بیمه‌شده در معرض هزینه‌های کمرشکن هستند که در این میان خدمات بستری با ۳۰ درصد و در رتبه بعدی، خدمات دارویی با ۲۲ درصد، بیشترین سهم را در سبد مصرفی درمانی خانوارها داشته‌اند.

متوسط درآمد افراد غیربیمه شده حدود ۸۰ درصد افراد بیمه شده است. این در حالی است سهم هزینه‌های درمان از کل مخارج در هر دو گروه تقریباً یکسان بوده و حدود ۷ درصد است. اما علیرغم اینکه خانوارهای بیمه شده بطور مطلق، میزان بیشتری را هزینه کرده‌اند، در مقایسه با غیربیمه‌شدگان خطر فرو غلتیدن آنها به ورطه فقر حدود ۳۷ درصد کمتر و شاخص‌های مشارکت عادلانه در وضعیتی به مراتب بهتر قرار دارند. ضریب جینی برای مخارج درمانی بیمه‌شدگان به حدود ۰/۸ درصد بالغ شده که نشان‌دهنده متمرکز شدن هزینه‌های درمانی بر دهک‌های بالاتر درآمدی است. علاوه بر این، بررسی شاخص کاکوانی نیز تصاعدی بودن تأمین مالی در نظام سلامت ایران را تأیید می‌کند و بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای باعث ارتقای این وضعیت شده است.

#### ۵- نتیجه‌گیری و بحث:

این مطالعه با هدف بررسی نقش سازوکار بیمه‌ای در توزیع هزینه‌های درمانی در ایران، از طریق شناسایی و محاسبه شاخص‌های متنوعی در تأمین مالی نظام سلامت، به تجزیه و تحلیل این موضوع از ابعاد مختلف پرداخت. شواهد ناشی از این بررسی نشان داد که میزان بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای در روستاها بطور قابل توجهی بهتر از شهرها است که این موضوع می‌تواند ناشی از اجرای طرح بیمه همگانی روستاییان طی دهه اخیر باشد. با این همه وجود همپوشانی‌های قابل توجه بین جمعیت بیمه‌شده ذیل صندوق‌های بیمه درمانی فعال در کشور باعث شده است علیرغم آنکه آمار و اطلاعات منتشر شده توسط سازمان‌های بیمه‌گر از پوشش بالای بیمه‌ای جمعیت کشور حکایت دارد، درصد قابل توجهی از افراد بخصوص در مناطق شهری فاقد پوشش بیمه‌ای باشند. بررسی میزان استفاده از خدمات درمانی نشان می‌دهد که بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای تا ۱/۴ برابر باعث افزایش این شاخص شده است. این شاخص حتی در رابطه با خدمات بستری نیز به حدود ۱/۳ برابر بالغ می‌شود که این می‌تواند نشان دهنده بالاتر بودن میزان مخاطرات یا ریسک بیماری‌های متضمن استفاده از این نوع خدمات در بین بیمه‌شدگان یا پایین بودن نرخ استفاده از خدمات بستری در بین غیر بیمه‌شدگان باشد. در فرض نخست، می‌توان انتظار داشت که سازمان‌های بیمه‌گر با پدیده کژگزینی یا انتخاب معکوس<sup>۱</sup> مواجه شده باشند که در نتیجه آن تجمع افراد با ریسک بالا در صندوق باعث به خطر افتادن پایداری مالی آن خواهد شد. در فرض دیگر، عوامل

متعددی همچون فقدان دسترسی به خدمات یا عدم توان مالی کافی<sup>۱</sup> برای تأمین هزینه‌های درمان بستری می‌تواند باعث نرخ پایین‌تر مراجعه افراد فاقد بیمه برای دریافت خدمات درمانی بستری شده باشد.

علاوه بر کاهش عدم اطمینان و حتی مواجهه با پدیده عدم تقارن اطلاعات در بازار سلامت یکی از کارکردهای مهم بیمه‌ها، تجمیع ریسک و پرداخت یارانه متقاطع است. بنابراین، می‌توان انتظار داشت بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای باعث بهبود شاخص‌های توزیع عادلانه مشارکت مالی افراد در پرداخت هزینه‌های درمانی خود شود. نتایج حاصل از این بررسی نشان داد که بهره‌مندی از پوشش بیمه‌ای باعث افزایش عدالت در مشارکت مالی افراد در نظام سلامت و تصاعدی بودن تأمین مالی سلامت شده است.

همچنین، کمتر بودن میزان بروز هزینه‌های کمرشکن سلامت و پدیده فقرزایی هزینه‌های درمانی در بین بیمه‌شدگان بیانگر اهمیت استفاده از ابزار سیاستی توسعه پوشش بیمه‌ای جهت بهبود وضعیت توزیع هزینه‌های درمانی خانوارهای کشور است. علیرغم آثار مثبت کارکردهای مختلف نظام بیمه‌ای بر عملکرد نظام سلامت به‌ویژه در تأمین مالی آن، وضعیت گردش کلان مالی نظام سلامت، مبین سهم بسیار پایین بیمه‌های اجتماعی درمانی از منابع مالی نظام سلامت کشور است که این موضوع مؤید لزوم توجه جدی به تقویت نقش سازوکارهای بیمه‌ای در تدوین سیاست‌های کلان است.

## منابع

- عباسیان، عزت‌الله، و سرین دوست، میثم. (۱۳۹۱). اقتصاد رفاه. چاپ اول، نورعلم
- رضوی و حسن‌زاده، علی و باسمنجی، کاوس. (۱۳۸۴). عدالت در مشارکت مالی در نظام سلامت. تهران. انتشارات اندیشمند
- لفت ویچ، ریچارد اچ. (۱۳۸۱). سیستم قیمت‌ها و تخصیص منابع تولیدی، میرنظام سجادی، چاپ نهم، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی
- فلپس، چارلزئی. (۱۳۷۶). اقتصاد بهداشت، منوچهر عسگری، چاپ اول، تهران، نشر نو
- رضایی قلعه، حمید، مترجم. (۱۳۷۹). بیمه درمان تأمین اجتماعی، دفتر بین‌المللی کار (ILO) و اتحادیه بین‌المللی تأمین اجتماعی (ISSA)، انتشارات سیمای فرهنگ
- حاجی محمودی، حنان، (۱۳۹۳)، بیمه سلامت پایه و یکسان برای همه ایرانیان، دبیرخانه هیأت امنای تأمین اجتماعی و صندوق‌های تابعه، وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

- قالیباف، محمدباقر. (۱۳۸۸). برنامه‌ای برای پیشرفت و عدالت، تهران، نگارستان حامد
- مرکز آمار ایران. (۱۳۹۳). حساب‌های ملی سلامت ۱۳۸۸-۱۳۹۰، پژوهشکده آمار مرکز آمار ایران
- ابونوری، اسمعیل و خوشکار، آرش و خوشکار، آتوسا. (۱۳۸۷). نقش هزینه‌های سازمان تأمین اجتماعی در توزیع هزینه بهداشت و درمان خانوارهای استان مازندران، فصلنامه تأمین اجتماعی، سال نهم، (۲۸).
- محمدعلیزاده هنجنی، حسین و فضائلی، امیرعباس (۱۳۸۳). وضعیت عدالت در تأمین مالی نظام سلامت در ایران، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم، (۱۹)، صفحه ۲۵۹
- سازمان تأمین اجتماعی. (۱۳۹۳). قانون تأمین اجتماعی و آیین‌نامه‌های آن به انضمام قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، معاونت حقوقی و امور مجلس سازمان تأمین اجتماعی.
- World health organization. (2004). "Distribution of Health Payments and Catastrophic Expenditures Methodology"., Geneva, the World Health Organization.
- Murray, C. J. L., Knaul, F., Musgrave P., Xu, K., Kawabata, K. (2000). Defining and Measuring Fairness of Financial Contribution"; Geneva, World Health Organization, (GPE Discussion Paper, No. 24).
- World Health Organization, (2000). The World Health Report 2000: Health Systems, Geneva, the World Health Organization.
- Xu, K; Lydon, P., Ortiz de Iturbide J., Musgrave P., Knaul, F., Kawabata, K.; Florez, C.E., John, J., Wibulpolprasert, S., Waters, H., Tansel A., (2000). Analysis of the Fairness of Financial Contribution in 21 Countries; Geneva, World Health Organization, (GPE Discussion Paper, No. 25).
- Xu, K., Murray, C.J.L., Lydon, P., Ortiz de Iturbide, J. (2000). Estimates of the Fairness of Financial Contribution for 191 countries, Geneva, World Health Organization, (GPE Discussion Paper No. 26).
- Christopher J.L. Murray, David B. Evans, (2003). Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. World Health Organization
- Kavosi ,Zahra, Keshtkaran, Ali, Hayati ,Ramin , Ravangard, Ramin Mohammad, (2014). Household financial contribution to the health System in Shiraz, Iran, Int J Health Policy Manage, 3(5), 243-249
- Fazaeli, Amirabbs. Seyedin, Hesam. Vosoogh Moghaddam,, Abbas. Delavari, Alireza. Salimzadeh ,H. Varmazyar .Hasan & Fazaeli ,Ali Akbar.(2015) .Fairness of Financial Contribution in Iranian Health System: Trend Analysis of National Household Income and Expenditure, 2003-2010 . Global Journal of Health Science; Vol. 7, No. 5
- Raghfar H, Zargari N, Sangari Mohazzab K.(2013). Measuring Inequality in Households' Health Care Expenditures in Iran. Hakim Research Journal16(2): 89- 97.