

پرداخت به صورت Out-of-Pocket در ایران و مقایسه آن با سایر کشورها

نگارش ابراهیم جعفری پویان و آیدین الفقده (۱)

چکیده

در قرن نوزدهم مردم هزینه های خدمات پزشکان و دیگر ارائه دهندگان خدمات بهداشتی و درمانی را به صورت نقد یا به طور پایاپای (Barter) پرداخت می نمودند. در نیمه اول قرن بیستم، پرداخت مستقیم نقدی معمول ترین شیوه پرداخت حق الزحمه بود. این روش ساده ترین نوع تامین مالی بود، یعنی پرداخت مستقیم توسط مصرف کننده کالاها و خدمات. در این مقاله سعی شده است پس از بررسی سیستم out-of-pocket میزان این شاخص در کشور با سایر کشورهای ناحیه مدیترانه شرقی و کشورهای صنعتی مقایسه شود.

غیر دولتی بوده، و پرداخت هایی را که از جانب سازمانها به منظور تامین خدمات پزشکی و پیراپزشکی برای کارکنانشان صورت می گیرد، شامل نمی شود.

جدول صفحه مقابل سهم چهار نوع اصلی پرداخت را به صورت درصدی از کل هزینه های خدمات بهداشتی و درمانی ایالات متحده نشان می دهد: (۱) شامل بیمه خصوصی کارمندان فدرال، ایالتی و محلی که بخش اعظم آن از طریق درآمدهای مالیاتی تامین می شود.

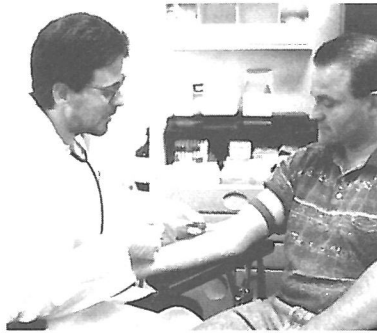
(۲) سایر هزینه های مربوط به صندوق های بشردوستانه و خصوصی می باشد که در مجموع ۳ درصد بوده است.

توضیح:

مبالغ درصدی مربوط به پرداخت های out-of-pocket بیشتر از مبالغ پرداختی از سوی جمعیت بیمه نشده می باشد، چرا که out-of-pocket علاوه بر هزینه های جمعیت بیمه نشده، در بر گیرنده هزینه های افراد بیمه شده در قالب فرانشیز (Deductibles) و مشارکت در پرداخت (Copayment) نیز می شود. همچنین شامل پرداخت های مربوط به خدمات خارج از پوشش بیمه هم میگردد. از آنجایی که بیمه خصوصی مایل است افراد سالم را تحت پوشش قرار دهد. درصد هزینه آن نسبت به جمعیت تحت پوشش بسیار ناچیز می باشد، چرا که برنامه های دولتی مدیکیر و مدیکید، افراد سالخورده و ناتوان را در خود متمرکز نموده است.

پرداخت های Out-of-pocket

امروزه مردم در ایالات متحده و سایر کشورها کالاها و خدمات مورد نیاز را، یک دستگاه ویدئو تا کوتاه کردن موی



مقدمه

اصولاً خدمات بهداشتی و درمانی رایگان نیست و هر فرد باید این هزینه را بپردازد. در سالهای اخیر تمایل زیادی برای توجه به چگونگی تامین مالی در بخش بهداشت پدید آمده است. در تعداد زیادی از کشورها، تامین مالی بخش بهداشت تا حد زیادی به درآمدهای مالیاتی و بیمه اجتماعی وابسته بوده است. با وجود این عواملی موجب شده اند دولت ها و موسسات بین المللی، مکانیسم های تامین مالی جدیدتری را به کار گیرند. به طور مثال، بانک جهانی به طور فزاینده ای از مکانیسم های مالی مبتنی بر پرداخت مستقیم مصرف کننده حمایت می کند.

یونیسف نیز استفاده از مکانیسم های تامین مالی جامعه را ترغیب کرده است. از میان این مکانیسم های جدید می توان به موارد زیر اشاره نمود:

- کارانه و بیمه خصوصی
- تامین مالی مبتنی بر جامعه (مشارکت مردم)
- درآمدهای مالیاتی و بیمه اجتماعی
- وام ها و هدایا

یکی از اشکال اصلی پرداخت در قبال خدمات بهداشتی و درمانی پرداخت به صورت out-of-pocket بوده است. سازمان بهداشت جهانی (W.H.O) (۲)، این نوع پرداخت را چنین تعریف می نماید: «مخارج مستقیم خانوارها شامل حق الزحمه و پرداخت هایی که در قبال خدمات پزشکان و ارائه دهندگان خدمات درمانی، دارویی، بهداشتی و دیگر کالاها و خدمات و به منظور حفظ و ارتقای سلامت افراد و جمعیت ها صورت میگیرد. این نوع پرداخت ها شامل پرداخت به خدمات دولتی، موسسات غیر انتفاعی یا سازمان های

مخارج مستقیم خانوارها شامل حق الزحمه و پرداخت هایی که در قبال خدمات پزشکان و ارائه دهندگان خدمات درمانی، دارویی، بهداشتی و دیگر کالاها و خدمات و به منظور حفظ و ارتقای سلامت افراد و جمعیت ها صورت میگیرد

تأمین مالی بخش بهداشت و درمان ایالات متحده در سال ۱۹۹۱

نوع پرداخت	درصد از کل هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی فردی
پرداخت out-of-pocket	۲۲٪
بیمه خصوصی فردی	۵٪
بیمه خصوصی مشاغل	۲۷٪ (۱)
تأمین مالی توسط دولت	۴۳٪
مجموع	۹۷٪ (۲)
منابع اساسی پوشش	درصد از کل جمعیت
بیمه نشدگان	۱۴٪
بیمه خصوصی فردی	۹٪
بیمه خصوصی مشاغل	۵۲٪
تأمین مالی دولتی	۲۵٪
مجموع	۱۰۰٪

(۱) شامل بیمه خصوصی کارمندان فدرال، ایالتی و محلی که بخش اعظم آن از طریق درآمدهای مالیاتی تأمین می‌شود.

(۲) سایر هزینه‌ها مربوط به صندوق‌های بشردوستانه و خصوصی می‌باشد که در مجموع ۳ درصد بوده است.

سر، از طریق پرداخت های out-of-pocket مستقیم دریافت می‌نمایند. اما این امر در مورد خدمات بهداشتی و درمانی صدی نمی‌کند و ممکن است علت آن مورد سوال قرار گیرد. اقتصاددانانی مانند روبرت ایوانز (۳) و کنت آرو (۴) (۱۹۶۳) در مورد این که چرا به خدمات بهداشتی و درمانی مانند سایر اقلام مورد نیاز نگریده نمی‌شود، دلایلی را ذکر نموده‌اند: نیاز در برابر تجمل: در حالی که یک دستگاه ویدئو ضبط و پخش به عنوان یک کالای تجملاتی نگریده می‌شود، بیشتر مردم خدمات بهداشتی و درمانی را یکی از نیازها و حقوق اساسی انسان می‌دانند، بدین ترتیب باید برای افرادی که توان پرداخت هزینه‌های

بهداشتی و درمانی را ندارند، مکانیسم پرداختی وجود داشته باشد که به پرداخت های out-of-pocket مبتنی نباشد. قابل پیش بینی نبودن نیاز و هزینه: در حالی که خرید یک ویدئو بستگی به انتخاب دارد و قیمت آن برای خریدار معلوم می‌باشد، نیاز به خدمات بهداشتی و درمانی آن قابل پیش بینی نیست. بیشتر مردم نمی‌دانند در آینده دچار بیماری یا جراحی شدیدی خواهند شد یا نه و هیچ اطلاعی نیز در مورد زمان احتمالی ابتلا و هزینه مراقبت ندارند. قابل پیش بینی نبودن بسیاری از نیازهای بهداشتی و درمانی موجب مشکل شدن برنامه ریزی برای این هزینه‌ها می‌شود. هزینه‌های پزشکی مربوط به بیماری یا جراحی شدید معمولاً بیش از پس اندازهای یک خانواده متوسط می‌باشد. نیاز بیماران برای اعتماد به توصیه‌های پزشکان: بر خلاف یک خریدار ویدئو، فردی که نیازمند خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد ممکن است در مورد آنچه به هنگام نیاز دریافت می‌دارد، اطلاعات ناچیزی داشته باشد. خدمات بهداشتی و درمانی نخستین نمونه نابرابری اطلاعات میان ارائه دهنده و مصرف کننده می‌باشد. یک بیمار با دل درد، در وضعیتی نیست که درباره دستور پزشک در مورد آزمایش‌های بالینی، اشعه‌ها یا جراحی سوال نماید.

پرداخت‌ها را شامل شود، می‌تواند از مصرف بی‌مورد خدمات و کالاهای بهداشتی و درمانی جلوگیری نماید و موجب کنترل هزینه گردد. طبق همین قاعده در هیچ یک از کشورهای توسعه یافته، مقدار این شاخص در حد صفر نبوده و بین ۱۰ تا ۲۰ درصد متغیر می‌باشد.



با نگاهی به سهم پرداخت و درمان تولید ناخالص داخلی کشورها (GDP) و مقایسه آن با میزان پرداخت بصورت out-of-pocket رابطه‌ای معکوس بین این دو متغیر مشاهده می‌گردد. برای مثال در کشورهای توسعه یافته نظیر آلمان که ۱۰/۶ درصد GDP صرف بهداشت و درمان شود، ۱۰/۶ درصد کل پرداخت‌ها بصورت out-of-pocket می‌باشد. در حالی که در کشوری مانند بنگلادش که تنها ۳/۸ درصد GDP -۴- در بخش بهداشت و درمان رابطه بین ارائه دهنده و دریافت کننده، رابطه‌ای آسیب‌پذیر بوده و در بیشتر مواقع، شرایط از جانب ارائه دهنده تعیین می‌گردد. از این رو در روش pocket-out- مطلوب‌تر در گرو دریافت حق الزحمه بیشتر از بیماران قرار گیرد.

۵- out-of-pocket نوعی نظام «عندالمطالبه» می‌باشد و در مواردی موجب نقض «قانون الزام (۱۱)» می‌گردد.

۶- out-of-pocket بالا تا حدودی، باعث ایجاد نوعی ارزش گذاری منفی نسبت به بخش بهداشت و درمان در مردم می‌شود، لذا حس مشارکت افراد، که از اصول P.H.C می‌باشد کاهش می‌یابد. البته نباید از این موضوع غافل شد که روش پرداخت out-of-pocket ابزاری جهت مشارکت مردم در تامین مالی خدمات بهداشتی و درمانی می‌باشد و در صورتی که درصد مناسبی از کل

هنگامی که خدمات بهداشتی و درمانی انتخابی باشد، بیمار می‌تواند نظرات موافق و مخالف درمان‌های مختلف را بسنجد، اما در این حالت نیز ممکن است این توصیه‌ها از طریق جهت‌گیری‌های پزشکی که ارائه دهنده اطلاعات هستند، تصفیه شود. در مقایسه با تقاضای داوطلبانه برای یک دستگاه ویدئو (علی‌رغم تبلیغات)، تقاضا برای خدمات بهداشتی ممکن است تا حدود زیادی غیرارزای باشد و بیشتر تحت تاثیر پزشک قرار دارد تا مصرف کننده. با توجه به علل فوق، از میان روشهای پرداخت در مقابل خدمات بهداشتی و درمانی، پرداخت‌های out-of-pocket کمتر به عنوان روشی برتر محسوب می‌گردد. از آن جا که پرداخت مستقیم در قبال خدمات بهداشتی، به طور روز افزونی برای مصرف کنندگان مشکل شده بود و نیازهای بیمارستان‌ها و پزشکان برآورده نمی‌شد، بیمه‌های بهداشتی ایجاد شدند.

چنانکه این میزان در استرالیا ۱۶/۸ درصد، بلژیک ۱۶ درصد، کانادا ۱۵/۵ درصد، آلمان و انگلستان هر دو ۱۰/۶ درصد، ژاپن ۱۹ درصد، نروژ ۱۴/۳ درصد و ایالات متحده ۱۵/۳ درصد اعلام شده است. در برخی از کشورها نیز که اصلاحات جدیدی در عرصه بهداشت و درمان صورت گرفته است این شاخص در حد نسبتاً پایینی قرار دارد که نمونه آن ترکیه (۲۸/۸ درصد) می‌باشد.

منابع

- صدقیانی، ابراهیم، ارزیابی مراقبتهای بهداشتی و درمانی و استانداردهای بیمارستانی. تهران: انتشارات علم و هنر. ۱۳۷۶

- Bodenheimer ,Thomas S.& Grumbach Kevin .Understanding Health policy A clinical Approach , 2000.
- Green , Andrew . An Introduction to health planning in developing countries , 1998.
- www.who.int