

سنجش مخارج کمرشکن سلامت در ایران: پیشنهاد استفاده از رویکرد سهم بودجه

عبدالرضا موسوی^۱؛ علی اکبر فضائلی^۲؛ رضا رضایتمند^۳؛ امیر حسین زارعی^۴؛ رجبعلی درودی^۵

بیان دیدگاه

چکیده

مقدمه: محافظت از خانوارها در برابر مخاطرات مالی ناشی از بهره‌مندی از خدمات سلامتی یکی از اجزای کلیدی پوشش همگانی سلامت است. مخارج کمرشکن سلامت به عنوان شاخصی رایج برای ارزیابی حفاظت مالی مورد استفاده قرار می‌گیرد. دو رویکرد اصلی برای محاسبه این شاخص وجود دارد: رویکرد سهم بودجه: در این روش نسبت مخارج سلامت پرداخت از جیب خانوار از کل مخارج یا کل درآمد خانوار محاسبه می‌شود. رویکرد ظرفیت پرداخت: در این روش ابتدا با کسر مخارج ضروری از کل مخارج خانوار ظرفیت پرداخت خانوار تعیین، سپس نسبت مخارج سلامت پرداخت از جیب خانوار به ظرفیت پرداخت محاسبه می‌شود.

در سال‌های اخیر، رویکرد ظرفیت پرداخت به دلیل ناتوانی در اندازه‌گیری دقیق تأثیر مخارج پرداخت از جیب سلامت بر کاهش منابع ضروری خانوار و همچنین پیچیدگی‌های محاسباتی که کاربرد آن را دشوار می‌سازد، مورد انتقاد قرار گرفته است. با توجه به این چالش‌ها، پیشنهاد می‌شود که از روش سهم بودجه با آستانه ۲۵ درصد برای نظارت بر پیشرفت در کاهش مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در چارچوب برنامه هفتم پیشرفت کشور استفاده شود.

واژه‌های کلیدی: مخارج کمرشکن سلامت؛ محافظت مالی؛ پرداخت از جیب؛ برنامه هفتم پیشرفت

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۵/۲۹

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۶/۳۰

تاریخ انتشار: ۱۴۰۳/۷/۱۰

ارجاع: موسوی عبدالرضا؛ فضائلی علی اکبر؛ رضایتمند محمدرضا؛ زارعی امیر حسین؛ درودی رجبعلی. **سنجش مخارج کمرشکن سلامت در ایران: پیشنهاد استفاده از رویکرد سهم بودجه.** مدیریت اطلاعات سلامت ۲۱: ۱۴۰۳ (۲): ۱۷۷-۱۷۵.

مقدمه

محافظت از خانوارها در برابر مخاطرات مالی بهره‌مندی از خدمات سلامت یکی از اجزای کلیدی پوشش همگانی سلامت است (۱، ۲). در کشور ایران نیز این موضوع در قالب قوانین، سیاست‌ها و برنامه‌های مختلف مورد توجه قرار گرفته است. در همین راستا در قانون برنامه چهارم توسعه، برای نخستین بار تدوین شاخص‌های کمی به‌منظور سنجش محافظت مالی در دستور کار قرار گرفت و بر اساس ماده ۹۰ این قانون، اهداف زیر تعیین شد:

- کاهش سهم پرداخت‌های مستقیم از جیب از کل مخارج سلامت به کمتر از ۳۰ درصد
 - کاهش میزان مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت به یک درصد
- این اهداف در قوانین برنامه‌های توسعه بعدی با تغییراتی تکرار شده است. از جمله در قانون برنامه هفتم پیشرفت که برای تحقق محافظت مالی، هدف‌گذاری کاهش مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت به دو درصد و کاهش سهم پرداخت از جیب به ۳۰ درصد مخارج سلامت انجام شده است (۳).
- مخارج کمرشکن سلامت مفهومی رایج برای بررسی وضعیت محافظت خانوارها در برابر مخاطرات مالی است (۱، ۴). مخارج کمرشکن سلامت زمانی رخ می‌دهد که پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار برای خدمات سلامت از یک آستانه‌ی تعیین شده به‌عنوان درصدی از توان پرداخت خانوار فراتر رود. توانایی پرداخت می‌تواند به شیوه‌های مختلفی تفسیر شود که منجر به تفاوت در اندازه‌گیری این شاخص می‌شود

- (۵). در جدول ۱ روش‌های محاسبه هزینه‌های کمرشکن سلامت ارائه شده است. این روش‌ها را می‌توان به دو گروه تقسیم کرد (۵، ۶)؛
- روش سهم بودجه: در این روش که برای پایش اهداف توسعه پایدار مورد استفاده قرار می‌گیرد، نسبت مخارج سلامت پرداخت از جیب خانوار به کل مخارج خانوار یا کل درآمد خانوار سنجیده می‌شود. بیشتر مطالعات مبتنی بر رویکرد سهم بودجه از کل مخارج خانوار به‌عنوان مخرج کسر استفاده کرده‌اند، اما انتخاب بین درآمد یا مخارج خانوار به‌عنوان مخرج در روش سهم بودجه به شرایط و داده‌های موجود بستگی دارد (۶).

۱. دانشجوی دکترا، اقتصاد سلامت، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت،

دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، اقتصاد سلامت، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده

بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. دانشیار، اقتصاد سلامت، مرکز تحقیقات اقتصاد و مدیریت سلامت، دانشگاه علوم

پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

۴. دانشجوی کارشناسی ارشد، اقتصاد سلامت، گروه مدیریت، سیاست‌گذاری و

اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

نویسنده طرف مکاتبه: رجبعلی درودی، دانشیار، اقتصاد سلامت، گروه

مدیریت، سیاست‌گذاری و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی

تهران، تهران، ایران.

Email: rdaroudi@yahoo.com

در جوامعی که خانوارها برای تأمین هزینه‌های سلامت خود قرض می‌گیرند، مخارج خانوار قابل‌اعتمادتر است و در جوامعی که خانوارها قرض نمی‌گیرند، درآمد معیار بهتری محسوب می‌شود (۲،۷).

روش‌های مبتنی بر ظرفیت پرداخت خانوار: در این رویکرد فرض می‌شود خانوارها قبل از پوشش مخارج سلامت خود، ابتدا باید نیازهای اساسی خود مانند خوراک را تأمین کنند. بنابراین ظرفیت پرداخت خانوار با کسر کردن هزینه‌های نیازهای اساسی از مجموع مخارج خانوار، محاسبه می‌شود.

با این حال Wagstaff بر این باور است که رویکرد ظرفیت پرداخت برای محاسبه مخارج کمرشکن سلامت دقت و کارایی کافی را نداشته و توصیه می‌کند که به جای آن از درآمد یا هزینه خانوار استفاده شود. وی استدلال می‌کند که رویکرد ظرفیت پرداخت قادر به اندازه‌گیری میزان کاهش منابع ضروری خانوار برای تأمین نیازهای اساسی به واسطه پرداخت‌های مستقیم از جیب نیست، بلکه تنها نشان می‌دهد که آیا یک خانوار به زیر خط فقر سقوط کرده یا میزان فقر در میان خانوارهای فقیر تشدید شده است (۷).

جدول ۱. رویکردهای محاسبه مخارج کمرشکن سلامت

روش	تعریف و روش محاسبه	آستانه	کاربرد
رویکرد سهم بوده‌جه	مخارج کمرشکن سلامت زمانی رخ می‌دهد که پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار از نسبت مشخصی از درآمد کل یا هزینه‌های کل یک خانوار فراتر رود. مخارج سلامت پرداخت از جیب خانوار کل درآمد یا مخارج مصرفی خانوار	۱۰ درصد و ۲۵ درصد	اهداف توسعه پایدار، بانک جهانی
رویکرد ظرفیت پرداخت	مخارج کمرشکن سلامت زمانی رخ می‌دهد که پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوار از نسبت معینی از ظرفیت پرداخت خانوار افزایش یابد. مخارج سلامت پرداخت از جیب خانوار ظرفیت پرداخت خانوار	۲۵ درصد و ۴۰ درصد	سازمان سلامت پان‌آمریکن، بانک جهانی
۱. ظرفیت پرداخت: کل مخارج خانوار منهای هزینه‌های واقعی خوراک	۲. ظرفیت پرداخت: کل مخارج خانوار منهای هزینه‌های خوراک معیشتی	۴۰ درصد	سازمان جهانی سلامت
۳. ظرفیت پرداخت: کل مخارج خانوار منهای هزینه‌های معیشتی برای تأمین نیازهای اولیه خانوار از جمله خوراک، اجاره و خدمات عمومی		۴۰ درصد	دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی سلامت برای اروپا

مواجه می‌شوند، تا پایان سال اجرای برنامه نباید از ۲ درصد فراتر رود. با این حال وضعیت فعلی این شاخص و رویکرد محاسبه آن مشخص نشده است.

نتیجه‌گیری

گرچه چندین روش برای محاسبه مخارج کمرشکن سلامت وجود دارد، اما برای اطمینان از مقایسه‌پذیری نتایج و پایش مستمر روند، ضروری است از یک روش ثابت و یکسان استفاده شود.

در سال‌های اخیر، رویکرد محاسبه ظرفیت پرداخت به دلیل ناتوانی در اندازه‌گیری دقیق تأثیر مخارج سلامت پرداخت از جیب بر کاهش منابع ضروری خانوار، مورد انتقاد قرار گرفته است. علاوه بر این پیچیدگی‌های محاسباتی این روش نیز چالش‌برانگیز است و این روش نسبت به روش‌های سهم بوده‌جه، نیاز به داده‌های بیشتری دارد. از این رو استفاده از روش ظرفیت پرداخت برای ایران توصیه نمی‌شود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای محاسبه شاخص هزینه‌های کمرشکن

در محاسبه مخارج کمرشکن سلامت، تعیین آستانه‌ای که پرداخت از جیب فراتر از آن منجر به مشکلات مالی برای خانوار شود، ضروری است. آستانه‌های مرسوم برای هر یک رویکردها در جدول ۱ گزارش شده است. بر اساس بررسی مطالعات انجام شده تا سال ۲۰۱۸ مطالعاتی که از رویکرد ظرفیت پرداخت خانوار (مخارج غیرخوراکی خانوار)- استفاده کرده‌اند، آستانه ۴۰ درصد بیشترین فراوانی را داشته است. در مطالعاتی که هزینه کل خانوار را به عنوان مخرج کسر در نظر گرفته‌اند، آستانه ۱۰ درصد رایج‌تر بوده است (۲). اکثر مطالعات انجام شده داخل کشور از آستانه ۴۰ درصد ظرفیت پرداخت خانوار (بر اساس هزینه‌های غیر خوراکی خانوار) استفاده کرده‌اند (۸).

در قانون برنامه پنج‌ساله هفتم پیشرفت، شاخص هزینه‌های کمرشکن سلامت به‌عنوان یکی از سنجه‌های عملکردی ارتقای نظام سلامت مطرح شده است. بر اساس هدف‌گذاری تعیین‌شده، نسبت خانوارهایی که با هزینه‌های کمرشکن سلامت

کمرشکن سلامت مواجه هستند (۹) و به نظر می‌رسد کاهش این شاخص به کمتر از ۲ درصد تا پایان برنامه هفتم پیشرفت امکان‌پذیر نباشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای پایش هدف کاهش مواجهه خانوارها با مخارج کمرشکن سلامت در برنامه هفتم پیشرفت، از روش سهم بودجه با آستانه ۲۵ درصد استفاده شود.

تضاد منافع

در انجام پژوهش حاضر، نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی نداشتند.

سلامت و پایش مستمر آن در طول زمان، از رویکرد سهم بودجه استفاده شود؛ رویکردی که در اهداف توسعه پایدار نیز توصیه شده است. سادگی روش‌شناختی، سازگاری داده‌ها، سهولت کاربرد و قابلیت تفسیر، روش سهم بودجه را به ابزاری عملی برای نظارت بر حفاظت مالی در سلامت تبدیل می‌کند. شایان ذکر است که در رویکرد سهم بودجه از دو آستانه ۱۰ درصد و ۲۵ درصد استفاده می‌شود. استفاده از آستانه ۱۰ درصد در رویکرد سهم بودجه رویکردی سخت‌گیرانه‌تر محسوب می‌شود. براساس این شاخص در حال حاضر حدود ۱۵ درصد از خانوارهای کشور با مخارج

References

1. Saksena P, Hsu J, Evans DB. Financial risk protection and universal health coverage: evidence and measurement challenges. *PLoS medicine*. 2014;11(9):e1001701.
2. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smits M-F, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *The Lancet Global Health*. 2018;6(2):e169-e79.
3. Mousavi A, Mokhtari-Payam M, Fazaeli A, Aliabad MB. Analysis of national health accounts in Iran (2002–2020). *Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research*. 24(1):7-19.
4. Hsu J, Flores G, Evans D, Mills A, Hanson K. Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *International journal for equity in health*. 2018;17:1-13.
5. Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods. *Bulletin of the World Health Organization*. 2018;96(9):599.
6. Nguyen HA, Ahmed S, Turner HC. Overview of the main methods used for estimating catastrophic health expenditure. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2023;21(1):50.
7. Wagstaff A. Measuring catastrophic medical expenditures: reflections on three issues. *Health economics*. 2019;28(6):765-81.
8. Hedayati M, Asl IM, Maleki M, Fazaeli AA, Goharinezhad S. The variations in catastrophic and impoverishing health expenditures, and its determinants in Iran: A scoping review. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*. 2023;37.
9. Health Expenditures in I.R.Iran (Household Expenditure and Income Survey of National Statistical Center of Iran, 2023). Comprehensive Report. National Institute for Health Research. 2024 (Autumn)..

Measuring Catastrophic Health Expenditures in Iran: A Recommendation for Using the Budget Share Approach

Abdoreza Mousavi¹; Ali Akbar Fazaeli²; Reza Rezayatmand³; Amir Hossein Zarei⁴; Rajabali Daroudi²

Commentary

Abstract

Protecting households from the financial risks associated with healthcare utilization is a fundamental aspect of universal health coverage. Catastrophic health expenditure is a widely used indicator for assessing financial protection, with two principal approaches for its calculation:

- Budget Share Approach: This method assesses household out-of-pocket (OOP) payments as a proportion of total household expenditures or income.
- Capacity to Pay Approach: This method calculates household capacity to pay by deducting essential spending from total household expenditures. Then, the proportion of OOP payments to capacity to pay is calculated.

In recent years, the capacity-to-pay approach has faced criticism, primarily due to its limited ability to accurately capture the extent to which OOP payments compromise essential household resources. Additionally, the approach entails computational complexities that hinder its application. In light of these considerations, adopting the budget share method with a 25% threshold is recommended for monitoring progress toward reducing household exposure to catastrophic health expenditures within the framework of the Seventh Development Plan of the Islamic Republic of Iran.

Keywords: financial Protection; Catastrophic Health Expenditures; out-of-pocket payment; Seventh Development Plan

Received:19 Aug;2024

Accepted:20 Sep; 2024

Published: 1 Oct;2024

Citation: Mousavi A; Fazaeli AA; Rezayatmand R; Zarei AH; Daroudi R. **Measuring Catastrophic Health Expenditures in Iran: A Recommendation for Using the Budget Share Approach.** Health Inf Manage 2024; 21(3): 175-178.

1. PhD Student in Health Economics, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Health Economics, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3. Associate Professor, Health Economics, Health Management and Economics Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

4. MSc student, Health Economics, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Corresponding Author: Rajabali Daroudi, Associate Professor, Health Economics, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. Email: daroudi@yahoo.com