



خلاصه سیاستی

پاسخگویی به نیازهای برآورده نشده در بهره مندی از
خدمات سلامت

پاسخگویی به نیازهای برآورده نشده در بهره مندی از خدمات سلامت

تهیه شده توسط:

مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

شرح مسئله:

استراتژی ها یا گزینه های سیاستی

گزینه ۱: باز طراحی و باز مهندسی طرح تحول نظام سلامت در جهت کاهش نیازهای برآورده نشده در بخش سرپایی

گزینه ۲: تداوم طرح تحول نظام سلامت در بخش بستری

گزینه ۳: پوشش خدمات ضروری و هزینه اثر بخش در بسته های

خدماتی بیمه های پایه سلامت به ویژه بیمه سلامت ایرانیان

گزینه ۴: مشارکت سازمان های غیردولتی مردم نهاد در راستای

اجرای برنامه های کاهش فقر و افزایش آگاهی عموم جامعه در

مورد توجه به نیازهای سلامت خود

افزایش میانگین ارایه خدمات سلامت در هر نظام سلامتی چندان نمی تواند این نظام ها را در رسیدن به اهداف شان یاری دهد. در کنار افزایش میانگین خدمات سلامت نیاز است تا از اینکه این خدمات به صورت عادلانه در دسترس مردم قرار دارد اطمینان حاصل کرد (۱). باید پذیرفت که هرچند پیامدهای سلامت به صورت میانگین در سطح جهان افزایش یافته اند، نابرابری و بی عدالتی در سلامت و در بهره مندی از خدمات سلامت که به نابرابری و بی عدالتی پیشین دامن می زند نگرانی عمیقی را در جهان باعث شده است (۲). برای چندین دهه، علل، معنا و مفاهیم دسترسی به بهداشت و درمان از دیدگاه های مختلف شناسایی و

تحلیل شده است (۳). دسترسی عبارت است از فرصت استفاده از خدمات سلامت؛ بدین معنا که مجموعه ای از شرایط وجود دارد که اجازه استفاده از خدمات سلامت مناسب را برای افراد مختلف فراهم می کند و دارای ابعاد دسترسی اقتصادی، دسترسی فیزیکی و دسترسی فرهنگی می باشد (۴). ابعاد مذکور ورود بالقوه و بالفعل یک گروه جمعیتی به سیستم سلامت را توصیف می کند. ورود بالقوه نشان دهنده ی طرف عرضه و ورود بالفعل نشان دهنده ی سایر عوامل می باشد (۵، ۶). در این خلاصه سیاستی سعی داریم، وضعیت نیازهای برآورده نشده به خدمات سلامت (سرپایی و بستری) را مشخص و در نهایت راهکارها و توصیه های سیاستی ارائه می گردد.

وضعیت نیاز برآورده نشده به خدمات سلامت و نابرابری اجتماعی-اقتصادی در آن

- در سال ۱۳۸۷ ۳۱/۰۵ درصد از افراد ۱۵ سال به بالایی که نیاز به خدمات سلامت سرپایی را اظهار کرده بودند، نتوانستند از خدمات سلامت سرپایی بهره‌مند شوند. این میزان در پیمایش سال ۱۳۹۴ برابر با ۳۷/۰۱ درصد بود که حکایت از افزایش نیازهای برآورده نشده به خدمات سلامت سرپایی است و نمی‌تواند خبر خوبی برای نظام سلامت ایران باشد.
- در رابطه با خدمات سلامت بستری مشخص شد که در سال ۱۳۸۷، ۱۸/۸۸ از افراد نیازمند به خدمات بستری نتوانسته بودند تا نیازهای خود را برآورده کنند که در سال ۱۳۹۴ این میزان به ۷/۹۱ درصد کاهش یافت. علت این کاهش را می‌توان مستقیماً به طرح تحول سلامت نسبت داد که به ویژه بر خدمات بستری متمرکز شده است.
- مانند خدمات سلامت سرپایی، در سال ۱۳۸۷ نیز نشان داده شد که بین وضعیت اقتصادی و نیاز برآورده نشده به خدمات سلامت بستر رابطه‌ای معکوس و معنادار برقرار بود. در اینجا نیز تحلیل زیر گروه رابطه منفی بین وضعیت اقتصادی و نیازهای برآورده نشده را تایید کرد. شاخص تمرکز پیامد مورد بررسی نیز در سال ۱۳۸۷ منفی بود که حکایت از وجود نابرابری بر ضرر افراد فقیر در نیازهای برآورده نشده به خدمات سلامت بستری بود. در پیمایش سال ۱۳۹۴ رابطه معناداری بین وضعیت اقتصادی و نیازهای برآورده نشده به خدمات سلامت بستری مشاهده نشد.

عوامل موثر بر نیازهای برآورده نشده به خدمات سلامت و تجزیه نابرابری در آن

- گروه‌های سنی: در سال ۱۳۸۷ نسبت به گروه ۱۵ تا ۲۹ ساله، دو گروه سنی جوان و میان سال شانس بیشتری داشتند تا از خدمات سلامت منتفع نشوند. در زمینه تاثیر بر نابرابری مشخص شد که گروه‌های سنی تاثیری منفی بر نابرابری در نیازهای برآورده نشده به خدمات سلامت سرپایی داشتند. در سال ۱۳۹۴ گروه‌های سنی سهمی مثبت در شاخص تمرکز نیازهای برآورده نشده بستری که خودش مثبت بود، داشتند. همچنین تجزیه تغییرات نابرابری در نیازهای برآورد نشده بستری آشکار ساخت که گروه‌های سنی سهمی مثبت و قابل توجه در مثبت شدن شاخص تمرکز بازی کرده است.
- جنسیت: جنسیت نیز مانند سن بر اساس الگوی رفتاری بهره‌مندی از خدمات سلامت جزء عوامل مستعدکننده به حساب آمده است که بر بهره‌مندی و طبعاً نیازهای برآورده نشده خدمات سلامت می‌تواند موثر باشد
- محل اقامت: نتایج رگرسیون لجستیک تفاوت آشکاری میان روستاییان و شهرنشینان در مواجهه با نیازهای برآورده نشده سرپایی و بستری در سال ۱۳۸۷ نشان نداد با این وجود در سال ۱۳۹۴ اقامت در روستا به طور معنادار احتمال رخداد نیازهای برآورده نشده سرپایی را افزایش می‌داد
- وضعیت تاهل: از دیگر متغیرهایی که ممکن است بر بهره‌مندی از خدمات سلامت موثر باشد وضعیت تاهل افراد است که جزء عوامل مستعدکننده استفاده از خدمات سلامت برشمرده شده است. در هر دو پیمایش مجردها و افراد بیوه

یا مطلقه نسبت به متاهلین شانس بالاتری برای تجربه نیازهای برآورده نشده سرپایی داشتند. همچنین تجرد در هر دو پیمایش شانس موجب افزایش شانس مواجهه با نیازهای برآورده نشده بستری می‌شد

- وضعیت تحصیلی: سطح سواد کمتر با شانس بیشتر رخ دادن نیازهای برآورده نشده سلامت سرپایی همراه است.
- وضعیت شغلی: در سال ۱۳۸۷ تنها زنان خانه‌دار از شانس پایینتری برای مواجهه با نیازهای برآورده نشده سرپایی برخوردار بودند که در پیمایش سال ۱۳۹۴ این رابطه بی‌معنا شد و رابطه‌ای بین وضعیت شغلی و این پیامد مشاهده نشد. بنابراین وضعیت افراد خانه‌دار که اکثر زنان هستند از نظر مواجهه با این پیامد نامطلوب بدتر شده باشد.
- وضعیت اقتصادی: یکی از مهمترین عواملی که بر پیامدهای سلامت می‌تواند موثر باشد وضعیت اقتصادی افراد است. به طور کلی وضعیت اقتصادی بهتر با نیازهای برآورده نشده سلامت کمتر همراه است
- بیمه سلامت: افراد داری بیمه پایه سلامت از شانس کمتری برای مواجهه با نیازهای برآورده نشده سرپایی هستند.

راهکارها و گزینه‌های سیاستی

به منظور مقابله و کاهش نیازهای برآورده نشده در کشور راهکارهای سیاستی زیر پیشنهاد می‌گردد.

سیاست‌های پیشنهادی	نقاط قوت	نقاط ضعف
<ul style="list-style-type: none"> - باز طراحی و باز مهندسی طرح تحول نظام سلامت در جهت کاهش نیازهای برآورده نشده در بخش سرپایی 	<ul style="list-style-type: none"> - با توجه که بستر اجرای این طرح در سال ۱۳۹۴ فراهم گردید می‌توان با یک طراحی مجدد و تامین منابع پایدار برای اجرای این طرح می‌توان در جهت کاهش نیازهای برآورده نشده در بخش سرپایی و بستری اقدام نمود. - در صورت تحقق این راهکار می‌توان انتظار داشت که عدالت در ابعاد آن محقق گردد و همچنین با اجرای درست طرح‌هایی مانند طرح تحول سلامت می‌توان انتظار داشت که خروجی‌ها نیز بهبود و کارایی به طور کلی بهبود یابد. 	<ul style="list-style-type: none"> - هزینه بر - زمان بر
<ul style="list-style-type: none"> - تداوم طرح تحول نظام سلامت در بخش بستری 	<ul style="list-style-type: none"> - می‌توان انتظار داشت که عدالت و کارایی افزایش یابد. - با کاهش نیازهای برآورده نشده در این بخش پیامدهای سلامت بهبود یابد. 	<ul style="list-style-type: none"> - نیازمند ضمانت اجرایی با تغییر دولت
<ul style="list-style-type: none"> - پوشش خدمات ضروری و هزینه اثر بخش در بسته‌های خدماتی بیمه‌های 	<ul style="list-style-type: none"> - کاهش پرداخت از جیب بیماران و کاهش هزینه‌های کمرشکن و منجر به فقر بیماران - افزایش رضایت و اعتماد و درنهایت ارتقای سلامت بیماران که از اهداف غایی نظام سلامت است. 	<ul style="list-style-type: none"> - نیازمند همکاری و همراستا کردن سازمان‌های بیمه‌ای و رایزنی جدی در این زمینه می‌باشد.

	<ul style="list-style-type: none"> - جلوگیری از هدر رفت منابع در صورت وارد کردن خدمات هزینه اثر بخش در بسته های بیمه سلامت 	<p>پایه سلامت به ویژه بیمه سلامت ایرانیان</p>
<ul style="list-style-type: none"> - نیازمند همراستا و همراه کردن سازمان های مختلف مردم نهاد و بیمه ای می باشد که نیازمند رایزنی در سطوح مختلف می باشد. 	<ul style="list-style-type: none"> - منجر به تجمیع منابع از سازمان های مختلف می شود - همکاری بین بخشی افزایش می یابد و می توان انتظار داشت که نتایج سریع تر محقق گردد. - منجر به افزایش سواد سلام مردم می شود 	<ul style="list-style-type: none"> - مشارکت سازمان های غیردولتی مردم نهاد در راستای اجرای برنامه های کاهش فقر و افزایش آگاهی عموم جامعه در مورد توجه به نیازهای سلامت خود

پیشنهاد ما

اگرچه وضعیت اقتصادی کماکان مهمترین عامل سهمیم در نابرابری نیازهای برآورد نشده سرپایی است ولی تحلیل تغییرات نابرابری نشان می دهد که مسائل بیمه ای و تامین مالی در ایران بیشتر بر این نابرابری دامن می زند. اقدامات و راهکارهای اساسی برای کاهش نیازهای برآورده نشده و افزایش دسترسی به خدمات باید به گونه ای که دو محور عدالت و کارایی در نظر گرفته شود به گونه ای که ضمن ارائه و پوشش دادن خدمات کارا به افراد، عدالت افقی و عمودی نیز در نظر گرفته شود. استفاده و بهره گیری از ظرفیت های موجود در سازمان های بیمه ای و سازمان های مردم نهاد و استفاده از ظرفیت موجود در نظام شبکه می توان در راستای اجرای برنامه های کاهش فقر و افزایش آگاهی عموم جامعه در توجه به نیازهای سلامت خود گام برداشت و همچنین با بازمهندسی و اجرای کارا و عدالت محور طرح هایی مانند طرح تحول سلامت می توان انتظار داشت نابرابری در نیازهای برآورده نشده را کاهش داد.

تهیه شده توسط مرکز تحقیقات عدالت در سلامت دانشگاه علوم پزشکی تهران

Health Equity Research Center (HERC), Tehran University of Medical Science (TUMS)

❖ Email: herc.tums@gmail.com

❖ Website: www.herc-tums.ir

1. World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance: World Health Organization; 2000.
2. Anand S. Public health, ethics, and equity: Oxford University Press; 2006.
3. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of health economics*. 1993;12(4):431-57.
4. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does 'access to health care' mean? *Journal of health services research & policy*. 2002;7(3):186-8.
5. Jacobs B, Bigdeli M, Annear PL, Van Damme W. Addressing access barriers to health services: an analytical framework for selecting appropriate interventions in low-income Asian countries. *Health policy and planning*. 2011;27(4):288-300.
6. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Social science & medicine*. 2001;53(9):1149-62.