

مقاله اصیل

تناسب تعرفه‌های دولتی و خصوصی ویزیت پزشکان عمومی با بودجه خانوار بیمه‌شدگان

بهروز پورآقا^۱، ابوالقاسم پوررضا^{۲*}، حمیرا حسین‌زاده^۳

۱. دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۲. گروه علوم مدیریت و اقتصاد بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

۳. سازمان تأمین اجتماعی، تهران، ایران.

دریافت مقاله: ۱۳۹۰/۱۱/۱۱، پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۲/۲۴

چکیده

زمینه و هدف: هدف این پژوهش، تحلیل نوسانات استفاده از ویزیت پزشک عمومی در بیمه‌شدگان سازمان تأمین اجتماعی در یک دوره یازده ساله با توجه به تعرفه دولتی و خصوصی و در نهایت محاسبه سهم هر یک از آن‌ها در بودجه خانوار بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر توصیفی - تحلیلی بوده و بر مبنای داده‌های زمانی یازده ساله جمع‌آوری شده از دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی سازمان تأمین اجتماعی در استان‌های کشور انجام شد. جامعه پژوهش، کلیه افراد تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی بودند که برای دریافت خدمات درمانی سرپایی به مطب پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان مذکور در سال‌های ۸۷-۱۳۷۷ در سراسر کشور مراجعه نمودند.

یافته‌ها: با افزایش درصد پرداخت از جیب بیمار از ۳۰ درصد به ۶۷ درصد طی سال‌های ۸۷-۱۳۷۷، متوسط سهم هزینه پرداخت شده بابت ویزیت پزشک عمومی طرف قرارداد از هزینه سالانه خانوار، از ۰/۰۵ درصد به ۰/۰۶۳ درصد طی سال‌های مذکور افزایش یافته است. به عبارت دیگر سهم هزینه ویزیت پزشک عمومی در بخش خصوصی از هزینه خانوارها بیست و شش درصد افزایش داشته است و این موضوع به نوبه خود موجب کاهش بهره‌مندی بیمه‌شدگان از این خدمت در بخش خصوصی شده است.

نتیجه‌گیری: برنامه ریزان عرصه سلامت، باید در هنگام تعیین تعرفه‌های درمانی و میزان پرداخت از جیب بیماران به تأثیر پذیری مصرف‌بیماران از قیمت خدمات توجه بیش‌تری داشته باشند تا بیماران در هنگام نیاز بتوانند نیاز واقعی خود را از خدمات سلامت تأمین نمایند.

کلید واژه‌ها: سازمان تأمین اجتماعی، تعرفه، پزشک عمومی، هزینه خانوار، پرداخت از جیب، بیمه‌شده.

مقدمه

این موضوع دارد. در صورتی که بار مالی هزینه‌ی مراقبت‌های پزشکی، بیش از حد بر دوش خانوارها باشد، می‌تواند بر سطح سلامتی و میزان دسترسی طبقات کم درآمد، اثرات جبران ناپذیری بگذارد [۵ و ۶]. معمولاً مشارکت بیمار در هزینه‌های درمانی، مانع تقاضای آنان برای خواسته‌ها و نیازهای درمانی‌شان می‌شود و پزشکان در هنگام تأمین تقاضای بیماران، به علت محدودیت پرداخت بیماران، خود نیز با محدودیت‌هایی مواجه می‌شوند. از طرفی انتظار می‌رود که افزایش سهم هزینه‌های درمانی در مخارج غیرخوراکی خانوار، منجر به کاهش رفاه خانوارها نیز شود [۷]. آمارها نشان می‌دهند که متوسط ناخالص هزینه‌ی خانوارهای شهری بابت بهداشت و درمان در سال ۱۳۸۷ در مقایسه با سال ۱۳۷۸ رشدی نزدیک به ۴۰۶ درصد داشته است، بالطبع سهم آن نیز در مجموع هزینه‌های خانوار از ۴/۲ درصد به ۴/۵ درصد افزایش یافته است و در این میان، بیشترین هزینه‌ها مربوط به هزینه‌های خدمات پزشکی، دندانپزشکی، پیراپزشکی و هزینه‌های بیمارستانی بوده است [۸].

در سال ۱۳۸۱ بررسی در منطقه تحت پوشش پایگاه تحقیقات جمعیتی

قیمت و هزینه‌ی خدمات بهداشتی و درمانی از عوامل مهم در چگونگی عرضه و تقاضای این خدمات اند [۱]. مشارکت بیمار در تأمین بخشی از این هزینه‌ها، از جمله استراتژی‌های کاهش مصرف در طرف تقاضا و تأمین مالی هزینه‌های سلامت توسط سازمان‌های بیمه‌گر و دولت‌ها محسوب می‌شود [۲-۴].

در ارزیابی سیستم‌های بهداشتی و درمانی، علاوه بر توجه به دستیابی به سطح مناسبی از شاخص‌های سلامت، دسترسی افراد به خدمات سلامت نیز باید مورد تأکید قرار گیرد. تأکید بر کاهش پرداخت از جیب مردم به زیر ۳۰ درصد در برنامه‌های چهارم و پنجم توسعه دولت و چگونگی تأمین مالی هزینه‌های این بخش، نشان از اهمیت ویژه‌ی

*نویسنده مسؤول:

نشانی کامل پستی: تهران - میدان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، طبقه چهارم، گروه مدیریت و اقتصاد بهداشت شماره تماس: ۰۲۱-۸۹۵۱۳۹۱
Email: abolghasemp@yahoo.com

جدول ۱. تعرفه‌ی دولتی ویزیت پزشک عمومی، سهم بیمه‌گر و سهم بیمار (ارقام به ریال)

سال	تعرفه دولتی	سهم بیمه‌گر ۷۰٪	سهم بیمار ۳۰٪	درصد پرداخت از جیب بیمار
۱۳۸۷	۲۳۵۰۰	۱۶۴۵۰	۷۰۵۰	٪۳۰
۱۳۸۶	۲۰۰۰۰	۱۴۰۰۰	۶۰۰۰	٪۳۰
۱۳۸۵	۱۷۰۰۰	۱۱۹۰۰	۵۱۰۰	٪۳۰
۱۳۸۴	۱۴۲۰۰	۹۹۴۰	۴۲۶۰	٪۳۰
۱۳۸۳	۱۱۰۰۰	۷۷۰۰	۳۳۰۰	٪۳۰
۱۳۸۲	۹۲۰۰	۶۴۴۰	۲۷۶۰	٪۳۰
۱۳۸۱	۸۰۰۰	۵۶۰۰	۲۴۰۰	٪۳۰
۱۳۸۰	۷۰۰۰	۴۹۰۰	۲۱۰۰	٪۳۰
۱۳۷۹	۶۰۰۰	۴۲۰۰	۱۸۰۰	٪۳۰
۱۳۷۸	۵۰۰۰	۳۵۰۰	۱۵۰۰	٪۳۰
۱۳۷۷	۴۰۰۰	۲۸۰۰	۱۲۰۰	٪۳۰

سازمان تأمین اجتماعی در استان‌های کشور انجام شده است. نمونه‌گیری انجام نشد و بنابراین جامعه‌ی آماری پژوهش، کلیه‌ی افراد تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی هستند که برای دریافت خدمات درمانی سرپایی به مطب پزشکان عمومی طرف قرارداد سازمان مذکور در سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۷۷ مراجعه نموده‌اند. جمعیت جامعه‌ی پژوهش، دارای رشدی معادل ۲۱ درصد بوده و از ۲۴ میلیون نفر در سال ۱۳۷۷ به ۲۹ میلیون نفر در سال ۱۳۸۷ افزایش یافته است.

داده‌های آماری مورد نیاز در قالب فرم طراحی و از طریق دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی در ۳۰ استان، در سراسر کشور دریافت شده است.^۱ داده‌های مربوط به تعرفه‌های خصوصی و دولتی نیز از کتاب تعرفه‌های وزارت بهداشت و درمان، و آموزش پزشکی استخراج شده است. به منظور تحلیل وضعیت بهره‌مندی از خدمات ویزیت پزشکان عمومی طرف قرارداد با توجه به تعرفه‌های دولتی و خصوصی، از شاخص «متوسط مراجعه بیمه شده به پزشک عمومی طرف قرارداد» استفاده شده است که طبق فرمول ذیل محاسبه شد:

$$\frac{\text{تعداد کل ویزیت‌های پزشک}}{\text{متوسط مراجعه به پزشک}} = \frac{\text{عمومی انجام شده در سال معین}}{\text{جمعیت تحت پوشش درمان در سال معین}}$$

محاسبات مربوط به مبلغ و درصد پرداخت از جیب بیمار در بخش دولتی و خصوصی برای هر ویزیت پزشک عمومی به صورت مجزا از طریق فرمول‌های ذیل انجام یافته است:

- مبلغ پرداخت از جیب بیمار در بخش دولتی = (تعرفه دولتی × ۳۰٪)
- درصد پرداخت از جیب بیمار در بخش دولتی = (تعرفه دولتی) / (مبلغ)

۱. در زمان انجام مطالعه تعداد استانهای کشور، ۳۰ استان بوده است.

گران نشان داد که؛ ۱۳ درصد از کل درآمد خانوارها، صرف پرداخت هزینه‌های مراقبت‌های درمانی، به صورت مستقیم از جیب شده است و از این میزان، ۱۷ درصد مربوط به هزینه‌ی خانوار برای ویزیت پزشک عمومی بوده است [۹]. مطالعه‌ای در سال ۲۰۰۴ در کشور استرالیا نشان داد که؛ حدود ۵ درصد از هزینه‌ی خانوارها، صرف هزینه‌های بهداشتی و درمانی شده است (به طور متوسط ۴۶ دلار در هفته). از کل این مبلغ، ۳۹ درصد بابت بیمه‌ی سلامت و حوادث، ۳۱ درصد بابت هزینه‌های درمانی و پزشکی (۴۰ درصد برای دندانپزشک، ۳۰ درصد برای متخصص، ۱۱ درصد برای پزشک عمومی و...) و ۲۵ درصد بابت محصولات دارویی و تجهیزات درمانی و الباقی صرف هزینه‌های بیمارستانی و پرستاری در منزل شده است [۱۰].

سازمان تأمین اجتماعی بزرگ‌ترین سازمان بیمه‌ای است که پوشش خدمات درمانی بیش از ۳۰ میلیون نفر از جمعیت کشور ایران را بر عهده داشته و علاوه بر هزینه‌های سرسام آور سازمان در این بخش، بیمه شدگان نیز همواره مبلغ قابل توجهی از بودجه‌ی خانوار را بابت درمان تخصیص می‌دهند که این میزان طی سال‌های اخیر رشد بی‌رویه‌ای داشته است. از آنجایی که غالباً شروع بهره‌مندی از خدمات درمانی با مراجعه به پزشک و در ابتدا با استفاده از خدمات ویزیت سرپایی پزشک عمومی آغاز می‌شود [۱۱] هدف این پژوهش، تحلیل بازار مصرف ویزیت پزشک عمومی در سازمان تأمین اجتماعی (مراجعه به مطب پزشکان عمومی طرف قرارداد) با توجه به تعرفه‌ی دولتی و خصوصی و در نهایت محاسبه‌ی سهم هزینه‌های هر کدام از آن‌ها در بودجه‌ی خانوار طی یک سری زمانی ۱۱ ساله بود.

روش اجرا

تحلیل‌های پژوهش حاضر بر مبنای داده‌های سری زمانی یازده ساله (۱۳۸۷-۱۳۷۷) جمع‌آوری شده از دفاتر رسیدگی به اسناد پزشکی

جدول ۲. متوسط مراجعه، بعد خانوار و سهم هزینه ویزیت پزشک عمومی از هزینه خانوار (با لحاظ تعرفه دولتی) (ارقام به ریال)

عنوان	متوسط مراجعه سالانه هر فرد به مطب	سهم ۳۰٪ بیمار از تعرفه دولتی	بعد خانوار بیمه شدگان	میانگین هزینه سالانه هر خانوار برای ویزیت	کل هزینه سالانه خانوار	سهم هزینه ویزیت از هزینه سالانه خانوار	سهم هزینه ویزیت سالانه خانوار پس از تعدیل بر اساس شاخص CPI
رشد ۸۷ به ۷۷	-۲۲٪	۴۸۸٪	-۲۴٪	۲۴۹٪	۴۶۵٪	-۳۶٪	-۷۳٪
میانگین رشد سالانه	-۲٪	۱۹٪	-۳٪	۱۴٪	۱۹٪	-۴٪	-۱۲٪
۱۳۸۷	۰/۸۸	۷۰۵۰	۲/۶۶	۱۶۵۶۳	۹۴,۲۱۴,۱۰۷	۰/۰۱۸	۰/۰۱۳
۱۳۸۶	۱/۰۱	۶۰۰۰	۲/۷۸	۱۶۸۳۰	۸۱,۲۸۹,۱۳۹	۰/۰۲۱	۰/۰۱۵
۱۳۸۵	۱/۰۷	۵۱۰۰	۳/۱۳	۱۷۱۶۴	۶۷,۲۸۶,۰۲۱	۰/۰۲۶	۰/۰۲۰
۱۳۸۴	۱/۰۸	۴۲۶۰	۳/۱۵	۱۴۴۵۸	۵۹,۲۴۲,۴۲۶	۰/۰۲۴	۰/۰۲۱
۱۳۸۳	۱/۱۵	۳۳۰۰	۳/۲۷	۱۲۴۲۹	۵۱,۴۷۸,۹۲۱	۰/۰۲۴	۰/۰۲۴
۱۳۸۲	۱/۱۱	۲۷۶۰	۳/۳۵	۱۰۲۸۹	۴۰,۹۸۹,۲۸۳	۰/۰۲۵	۰/۰۲۷
۱۳۸۱	۱/۰۵	۲۴۰۰	۳/۵۱	۸۸۶۸	۳۴,۹۷۰,۶۶۱	۰/۰۲۵	۰/۰۲۹
۱۳۸۰	۱/۰۷	۲۱۰۰	۳/۴۹	۷۸۴۳	۲۸,۰۲۰,۳۵۰	۰/۰۲۸	۰/۰۳۴
۱۳۷۹	۱/۰۴	۱۸۰۰	۳/۵۰	۶۵۸۶	۲۴,۱۷۵,۳۱۳	۰/۰۲۷	۰/۰۳۶
۱۳۷۸	۱/۲۷	۱۵۰۰	۳/۵۰	۶۶۸۱	۲۰,۷۰۲,۸۸۶	۰/۰۳۲	۰/۰۴۹
۱۳۷۷	۱/۱۳	۱۲۰۰	۳/۴۹	۴۷۴۵	۱۶,۶۶۹,۶۴۳	۰/۰۲۸	۰/۰۵۰

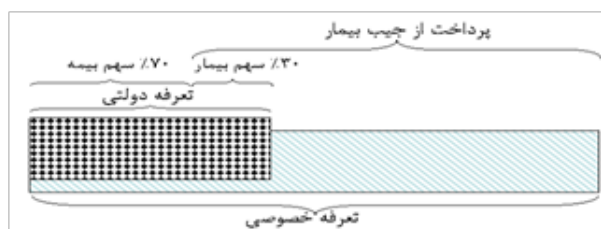
طول زمان اندازه‌گیری می‌کند و برای ساختن آن نیز از شاخص قیمت لاسپیرز استفاده می‌شود. شاخص قیمت مصرف‌کننده پرکاربردترین شاخص قیمت در اندازه‌گیری تورم است.

یافته‌ها

در این بخش هزینه‌ی مراجعه سالانه‌ی خانوار، به مطب‌های خصوصی را در دو بعد از بازار؛ (۱) بازاری که ملاک دریافت آن تعرفه دولتی است و (۲) بازاری که ملاک دریافت آن تعرفه‌ی خصوصی است، تبیین شده است.

بازار خدمات ویزیت پزشک عمومی با تعرفه‌ی دولتی

یافته‌ها در جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین (هندسی) رشد تعرفه‌ی دولتی پزشک عمومی طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۷۷، ۱۹ درصد بوده است. بازاری که در آن ملاک پرداخت‌ها و دریافت‌ها، صرفاً تعرفه‌ی دولتی باشد عملاً در مراکز درمانی دانشگاهی و دولتی طرف قرارداد (نیروهای مسلح، شهرداری و...) وجود دارد. در این بازار سازمان تأمین اجتماعی خود را مکلف می‌داند که ۷۰ درصد تعرفه را به ازای هر ویزیت به ارائه‌کنندگان طرف قرارداد خود بپردازد و مابقی هزینه (۳۰ درصد) باید از طرف بیمار به طور مستقیم به پزشک طرف قرارداد



شکل ۱

پرداخت از جیب بیمار در بخش دولتی)

• مبلغ پرداخت از جیب بیمار در بخش خصوصی = (تعرفه دولتی -

تعرفه خصوصی) + (مبلغ پرداخت از جیب بیمار در بخش دولتی)

• درصد پرداخت از جیب بیمار در بخش خصوصی = (تعرفه خصوصی) /

(مبلغ پرداخت از جیب بیمار در بخش خصوصی)

به دلیل فقدان داده‌های مربوط به هزینه‌ی سالانه‌ی خانوارهای بیمه شدگان تأمین اجتماعی (از آنجایی که بیمه‌شدگان تأمین اجتماعی حدود ۴۰ درصد جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند) از هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار که توسط مرکز آمار ایران منتشر شده است، استفاده شد.

ضمناً برای کنترل تورم، از شاخص قیمت مصرف‌کننده استفاده شد. این شاخص هزینه‌ی خرید یک سبد ثابت از کالاها و خدمات را در

جدول ۳. تعرفه خصوصی ویزیت پزشک عمومی، سهم بیمه گر و سهم بیمار (ارقام به ریال)

عنوان	تعرفه خصوصی	سهم سازمان بیمه گر (معادل ۷۰٪ تعرفه دولتی)	پرداخت از جیب بیمار (مبلغ پرداخت از جیب بیمار)	درصد پرداخت از جیب بیمار
رشد سال ۸۷ نسبت به ۷۷	۱۱۵۰٪	۴۸۸٪	۲۶۹۶٪	۳۷٪
۱۳۸۷	۵۰,۰۰۰	۱۶,۴۵۰	۳۳,۵۵۰	۶۷٪
۱۳۸۶	۴۰,۰۰۰	۱۴,۰۰۰	۲۶,۰۰۰	۶۵٪
۱۳۸۵	۳۵,۰۰۰	۱۱,۹۰۰	۲۳,۱۰۰	۶۶٪
۱۳۸۴	۲۰,۰۰۰	۹,۹۴۰	۱۰,۰۶۰	۵۰٪
۱۳۸۳	۱۴,۴۰۰	۷,۷۰۰	۶,۷۰۰	۴۷٪
۱۳۸۲	۱۲,۰۰۰	۶,۴۴۰	۵,۵۶۰	۴۶٪
۱۳۸۱	۱۰,۵۰۰	۵,۶۰۰	۴,۹۰۰	۴۷٪
۱۳۸۰	۹,۰۰۰	۴,۹۰۰	۴,۱۰۰	۴۶٪
۱۳۷۹	۸,۰۰۰	۴,۲۰۰	۳,۸۰۰	۴۸٪
۱۳۷۸	۵,۰۰۰	۳,۵۰۰	۱,۵۰۰	۳۰٪
۱۳۷۷	۴,۰۰۰	۲,۸۰۰	۱,۲۰۰	۳۰٪

بازار خدمات ویزیت پزشک عمومی با تعرفه خصوصی

از سال ۱۳۷۹ ملاک دریافت هزینه‌ها در بازار خدمات ویزیت پزشکان عمومی مستقل طرف قرارداد، تعرفه‌ی خصوصی تعیین شد اما ملاک پرداخت بیمه‌گرها به این مؤسسات همچنان تعرفه‌ی بخش دولتی باقی ماند. مطابق شکل ۱، خریدار خدمت (سازمان بیمه‌گر) ۷۰ درصد تعرفه‌ی دولتی را به ازای هر ویزیت به ارائه‌کنندگان طرف قرارداد خود پرداخت نموده و مابقی هزینه‌ی ویزیت که ۳۰ درصد تعرفه بخش دولتی و مابه‌التفاوت تعرفه‌ی خصوصی و دولتی است باید از طرف بیمار به طور مستقیم در قالب پرداخت از جیب بیمار به پزشک طرف قرارداد پرداخت شود.

یافته‌ها در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین (هندسی) رشد تعرفه‌ی خصوصی پزشک عمومی طی سال‌های مطالعه (۱۳۷۷-۱۳۸۷) ۲۹ درصد بوده است. رشد سهم بیمه‌گر ۱۹ درصد (چون تعرفه‌ی دولتی را پرداخت می‌کند) و سهم بیمار (که شامل ۳۰ درصد تعرفه‌ی دولتی به علاوه مابه‌التفاوت تعرفه‌ی بخش خصوصی و دولتی است) ۴۶ درصد بوده است. بنابراین با این که رشد تعرفه‌ی خصوصی پزشکان عمومی در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷، ۱۱۵۰ درصد بوده است ولی مبلغ پرداخت از جیب بیمار به دلایل مذکور، حدود ۲۷۰۰ درصد رشد داشته است. با شرایط موصوف مبلغ تعرفه‌ی خصوصی؛ سهم بیمه‌گر و سهم بیمار طی سال‌های ۱۳۷۷ تا ۱۳۸۷ برای خدمت ویزیت پزشک عمومی به شرح جدول

پرداخت شود (شکل ۱). با شرایط موصوف مبلغ تعرفه دولتی؛ سهم بیمه‌گر و سهم بیمار (پرداخت از جیب بیمار) طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۷۷ برای خدمات ویزیت پزشک عمومی به شرح جدول ۱ است. اکنون با استفاده از سه متغیر؛ (۱) متوسط مراجعه هر فرد به مطب پزشک عمومی در سال، (۲) پرداخت از جیب بیمار (سهم ۳۰ درصد بیمار) و (۳) متوسط بعد خانوار بیمه‌شدگان، می‌توان متوسط هزینه‌ی سالانه هر فرد و هر خانواده را در طول یک سال جهت مراجعه به پزشک عمومی مطابق فرمول زیر محاسبه نمود و حاصل آن را در جدول ۲ به صورت سهمی از هزینه‌ی خانوار ملاحظه نمود. متوسط بعد خانوار \times سهم ۳۰ درصد بیمار از تعرفه دولتی \times متوسط سالانه مراجعه هر فرد به مطب پزشک = متوسط هزینه‌ی خانوار بابت ویزیت

خلاصه‌ی جدول ۲ نشان می‌دهد که سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی خانوارها از کل هزینه‌ی خانوار، به طور متوسط ۴ درصد در هر سال کاهش داشته است و در مجموع سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی از هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷ حدود ۳۶ درصد کاهش یافته است. در صورتی که هزینه‌ها را بر اساس شاخص CPI تعدیل نماییم، سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی خانوارها از کل هزینه‌ی خانوار، به طور متوسط ۱۲ درصد در هر سال کاهش داشته است و سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی از هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷ حدود ۷۳ درصد کاهش داشته است. محدودیت رشد تعرفه‌ی دولتی ویزیت پزشک عمومی، کاهش متوسط مراجعه به پزشک عمومی طرف قرارداد به میزان حداقل ۲ درصد و کوچک‌تر شدن بُعد خانوار بیمه‌شدگان به میزان حداقل ۳ درصد طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۷۷ از عوامل مؤثر بر این کاهش محسوب می‌شوند.

۱. هزینه‌های خانوار بر اساس شاخص کلی TPC و هزینه‌های ویزیت پزشک عمومی بر اساس شاخص PIPC پزشک عمومی تعدیل شده است.

جدول ۴. متوسط مراجعه، بعد خانوار و سهم هزینه ویزیت پزشک عمومی از هزینه خانوار (با لحاظ تعرفه خصوصی) (ارقام به ریال)

سهم هزینه ویزیت از هزینه سالانه خانوار پس از تعدیل بر اساس شاخص CPI	سهم هزینه ویزیت از هزینه سالانه خانوار	میانگین هزینه هر خانوار برای ویزیت	بعد خانوار	متوسط مراجعه	پرداخت از جیب بیمار برای هر ویزیت	رشد ۸۷ به ۷۷
۲۶٪	۲۰٪	۱۵۶۱٪	-۲۴٪	-۲۲٪	۲۶۹۶٪	میانگین رشد سالانه
۷٪	۱۷٪	۳۸٪	-۳٪	-۲٪	۴۶٪	۱۳۸۷
۰/۰۶۳٪	۰/۰۸۴٪	۷۸,۸۲۳	۲/۶۶	۰/۸۸	۳۳,۵۵۰	۱۳۸۶
۰/۰۶۶٪	۰/۰۹۰٪	۷۲,۹۲۹	۲/۷۸	۱/۰۱	۲۶,۰۰۰	۱۳۸۵
۰/۰۹۰٪	۰/۱۱۶٪	۷۷,۷۴۳	۳/۱۳	۱/۰۷	۲۳,۱۰۰	۱۳۸۴
۰/۰۴۸٪	۰/۰۵۸٪	۳۴,۱۴۲	۳/۱۵	۱/۰۸	۱۰,۰۶۰	سال
۰/۰۴۹٪	۰/۰۴۹٪	۲۵,۲۳۵	۳/۲۷	۱/۱۵	۶,۷۰۰	۱۳۸۳
۰/۰۵۵٪	۰/۰۵۱٪	۲۰,۷۲۶	۳/۳۵	۱/۱۱	۵,۵۶۰	۱۳۸۲
۰/۰۶۰٪	۰/۰۵۲٪	۱۸,۱۰۵	۳/۵۱	۱/۰۵	۴,۹۰۰	۱۳۸۱
۰/۰۶۶٪	۰/۰۵۵٪	۱۵,۳۱۲	۳/۴۹	۱/۰۷	۴,۱۰۰	۱۳۸۰
۰/۰۷۶٪	۰/۰۵۸٪	۱۳,۹۰۵	۳/۵۰	۱/۰۴	۳,۸۰۰	۱۳۷۹
۰/۰۴۹٪	۰/۰۳۲٪	۶,۶۸۱	۳/۵۰	۱/۲۷	۱,۵۰۰	۱۳۷۸
۰/۰۵۰٪	۰/۰۲۸٪	۴,۷۴۵	۳/۴۹	۱/۱۳	۱,۲۰۰	۱۳۷۷

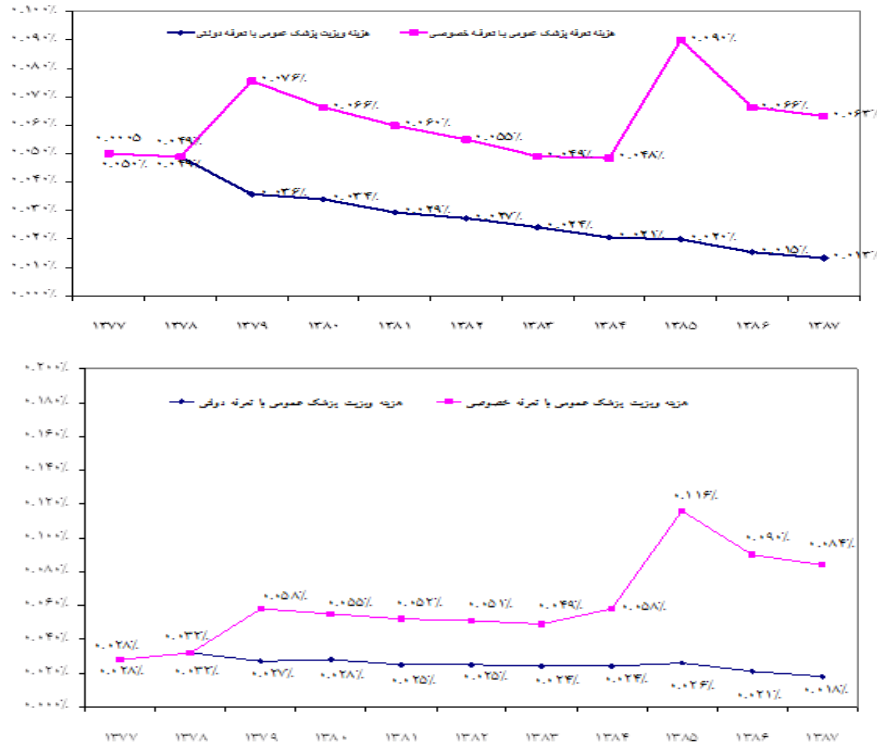
۳ است.

همبستگی معنادار و معکوس بین آن‌ها وجود دارد ($P < 0/01$). در نمودار ۱، مقایسه‌ی سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی از هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار با لحاظ تعرفه‌ی خصوصی و دولتی نشان داده شده است. اولاً شروع اختلاف این دو شاخص در سال ۱۳۷۹ مربوط به اعمال تعرفه‌های خصوصی در مطب‌های پزشکان عمومی است که تا قبل از آن صرفاً تعرفه‌ی دولتی ملاک دریافت از بیمار بوده است. ثانیاً فاصله‌ی بیش از حد مشاهده شده در سال ۱۳۸۵ بین این دو شاخص مربوط به سالی است که تعیین تعرفه‌های خصوصی (که قبلاً توسط دولت تعیین می‌شد) به سازمان نظام پزشکی کشور واگذار شده است. به نظر می‌رسد که در سال ۱۳۸۵ و سال‌های بعد از آن، روند رشد تعرفه‌های خصوصی نسبت به تعرفه‌ی دولتی در مقایسه با سال‌های قبل، خیلی بیش تر بوده است.

بحث

بررسی الگوی مصرف و رفتار اقتصادی خانوارها برای برخورداری از خدمات درمانی، تصویر روشنی را نسبت به بازار سلامت می‌دهد. این تحقیق بر آن است در یک دوره‌ی زمانی ۱۱ ساله تبیین و نوسانات تقاضای ویزیت پزشک عمومی را در بازار سلامت با عنایت به حاکمیت دوگانه‌ی تعرفه‌ی خصوصی و دولتی در گستره‌ی جمعیت تحت پوشش سازمان تأمین اجتماعی مورد بررسی و تحلیل قرار دهد. این مطالعه نشان می‌دهد که اگر فرض کنیم که تعرفه‌ی دولتی ملاک دریافت‌ها و پرداخت‌ها در مطب پزشکان عمومی طرف قرارداد با

با توجه به فرمولی که پیشتر ذکر شد می‌توان سهم هزینه‌ی این خدمت را در بازه‌ی زمانی مطالعه و با لحاظ تعرفه‌ی خصوصی از هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار در جدول ۴ ملاحظه نمود. همانطور که پیشتر نیز بیان شد؛ اگرچه متوسط مراجعه به پزشک عمومی طرف قرارداد و بعد خانوار بیمه‌شدگان در طی سال‌های ۱۳۷۷-۱۳۸۷ به ترتیب ۲ و ۳ درصد کاهش یافته‌اند، اما مطابق جدول ۴، افزایش ۴۶ درصدی (به طور میانگین طی هر سال) در متوسط مبلغ پرداخت از جیب بیمار برای هر ویزیت پزشک عمومی که ناشی از اعمال تعرفه‌ی خصوصی است، باعث شده است که شاخص «سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی خانوارها از کل هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار» به طور متوسط ۱۷ درصد در هر سال رشد داشته باشد؛ به این معنی که این شاخص در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷ حدود سه برابر شده است (معادل ۲۰۰ درصد رشد). اگر هزینه‌ها بر اساس شاخص CPI تعدیل شوند، سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی خانوارها از کل هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار «به طور متوسط ۷ درصد در هر سال رشد داشته و این شاخص در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال ۱۳۷۷ حدود ۲۶ درصد رشد داشته است». آزمون همبستگی بین دو متغیر «متوسط مراجعه خانوارها به پزشک عمومی در مطب‌ها» و «متوسط سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی از هزینه‌ی خانوار» (با لحاظ تعرفه‌ی خصوصی)، نشان داد که



نمودار ۱. مقایسه میانگین سهم هزینه ویزیت پزشک عمومی از هزینه سالیانه خانوار با لحاظ تعرفه خصوصی و دولتی

اصلی بستگی دارد؛ مؤلفه‌ی اول متوسط مراجعه‌ی افراد خانوار در هر سال، مؤلفه‌ی دوم بُعد خانوار بیمه شدگان در هر سال، مؤلفه‌ی سوم درصد پرداخت از جیب بیمار برای هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی و مؤلفه‌ی چهارم میزان رشد سایر هزینه‌های خانوار در مقایسه با تعرفه‌ی خصوصی ویزیت پزشک عمومی است [۱۲].

• طی سال‌های ۱۳۸۷-۱۳۷۷ مؤلفه‌ی اول یعنی متوسط مراجعه‌ی بیماران به پزشک عمومی در مطب‌ها از ۱/۱۳ بار در سال ۱۳۷۷ به ۰/۸۸ بار در سال ۱۳۸۷ کاهش یافته است به عبارت دیگر ۰/۲۵ بار کاهش در مراجعه‌ی هر فرد در سال وجود داشته است که به نوبه‌ی خود منجر به کاهش متوسط هزینه‌ی خانوارها برای خدمت مذکور شده است. بررسی‌ها نشان می‌دهد که استفاده از خدمات پزشک عمومی در بخش خصوصی تنها گزینه‌ی بیمه شدگان تأمین اجتماعی برای استفاده از این خدمت نبوده و در هنگام افزایش تعرفه‌های خصوصی و به تناسب آن افزایش هزینه‌های خانوار برای این خدمت، بیمه شدگان تأمین اجتماعی گزینه‌های دیگری مانند استفاده از مراکز درمانی طرف قرارداد دانشگاهی و دولتی که ملاک دریافت آن‌ها تعرفه‌ی دولتی است و یا مراکز درمانی ملکی و متعلق به سازمان تأمین اجتماعی که غالباً به صورت رایگان می‌باشد را جای‌گزین ارائه‌کنندگان خصوصی می‌نمایند. به طوری که خانوارها بر اساس بودجه‌ی خانوار خود، سعی می‌کنند بنا به شرایط دسترسی جغرافیایی، اهمیت بیماری و... ترکیبی از ارائه‌کنندگان مختلف خدمات پزشک عمومی را با رعایت حداکثر کارایی و اثربخشی به کار گیرند [۱۳].

• مؤلفه‌ی دوم بُعد خانوار بیمه شدگان تأمین اجتماعی است که آن

سازمان تأمین اجتماعی باشد، متوسط سهم هزینه‌ی پرداخت شده بابت ویزیت پزشک عمومی از هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار پس از تعدیل بر اساس شاخص CPI، از ۰/۰۵۰ درصد در سال ۱۳۷۷ به ۰/۰۱۳ درصد در سال ۱۳۸۷ کاهش یافته است. یعنی به طور متوسط میانگین کاهش آن در طی این سال‌ها ۱۲ درصد بوده است (نمودار ۲) و سازمان تأمین اجتماعی ضمن حفظ میزان پرداخت از جیب ۳۰ درصدی، موفق به تأمین و اجرای اهداف برنامه‌ی چهارم توسعه‌ی دولت در راستای کاهش هزینه‌ی خانوار «برای این خدمات درمانی» شده است [۵]. اما چون در عمل تعرفه‌ی خصوصی ملاک دریافت‌ها و پرداخت‌ها در این بازار است، متوسط سهم هزینه‌ی پرداخت شده بابت ویزیت پزشک عمومی طرف قرارداد با سازمان تأمین اجتماعی از هزینه‌ی سالانه‌ی خانوار، از ۰/۰۵۰ درصد در سال ۱۳۷۷ به ۰/۰۶۳ درصد در سال ۱۳۸۷ افزایش داشته است یعنی به طور متوسط میانگین افزایش آن در طی این سال‌ها ۷ درصد بوده است (نمودار ۴). به عبارت دیگر ۴/۷ برابر تعرفه‌ی دولتی است. زیرا در مطب پزشکان عمومی ملاک پرداخت سازمان تأمین اجتماعی به ارائه‌کنندگان خدمات، همان ۷۰ درصد تعرفه‌ی دولتی است و بیماران علاوه بر ۳۰ درصد تعرفه‌ی دولتی باید مابه‌التفاوت تعرفه‌ی خصوصی و دولتی را نیز پرداخت نمایند، و این موجب شده است که پرداخت از جیب آن‌ها از ۳۰ درصد در سال ۱۳۷۷ به ۶۷ درصد تعرفه‌ی خصوصی در سال ۱۳۸۷ افزایش یابد (نمودار ۱).

اما علت کاهش و افزایش سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی از هزینه‌ی خانوار بیمه شدگان در طی سال‌های مطالعه، به چند مؤلفه‌ی

می‌دهد با وجود این که متوسط مراجعه به پزشک عمومی و بُعد خانوار بیمه شدگان در هر سال کاهش چشم‌گیری طی سال‌های مطالعه داشته است (جدول ۴) با این حال رشد فزاینده تعرفه‌ی خصوصی هزینه‌ی سنگینی را به خانوارها تحمیل نموده است که دولت و بیمه‌ها آن را تقبل نموده و بار آن بر دوش بیماران گذاشته‌اند.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان می‌دهد اگرچه ممکن است هدف سازمان تأمین اجتماعی از مشارکت بیماران، تأمین مالی بخش درمان و یا ممانعت از مخاطرات اخلاقی و ایجاد کارایی در مصرف بیماران باشد، ولی این موضوع نباید یکی از اهداف مهم و اصلی نظام‌های سلامت یعنی بهره‌مندی بیماران از خدمات درمانی را خدشه‌دار نماید [۱۹]. لذا بهتر است سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان عرصه‌ی سلامت در تعیین قیمت تعرفه‌های درمانی، و مسؤولین تأمین اجتماعی در تعیین میزان پرداخت از جیب بیماران به حساسیت و کوشش پذیری (اهمیت و ضرورت) هر خدمت درمانی توجه داشته و امکان جانشینی آن خدمت با خدمات دیگر و یا تأمین آن از طریق سایر ارائه‌کنندگان ارزان در طبقات مختلف اجتماعی و در مناطق مختلف جغرافیایی در نظر گرفته شود تا بیماران در هنگام نیاز بتوانند با انتخاب و ترکیب گزینه‌های مختلف (تعرفه‌های خصوصی و دولتی) بهره‌مندی از خدمات درمانی را در حد نياز واقعی حفظ نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل (بخشی از) طرح تحقیقاتی تحت عنوان "تبیین منحنی نوسانات تقاضا برای خدمات پزشک عمومی و متخصص (سرپایی) در جمعیت تحت پوشش درمان سازمان تأمین اجتماعی در دوره‌ی ده ساله‌ی ۱۳۸۷-۱۳۷۷ با تأکید بر نقش تعرفه‌های دوگانه و پرداخت از جیب" مصوب دانشگاه علوم پزشکی تهران در سال ۱۳۸۸ و کد ۸۸۸-۰۲-۲۷-۸۸۹۸ می‌باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی تهران اجرا شده است. پژوهشگران از معاونت محترم پژوهشی دانشکده‌ی بهداشت و دانشگاه به خاطر حمایت‌های همه‌جانبه کمال تشکر و قدردانی را دارند. همچنین از کارشناسان و مسؤولین محترم سازمان تأمین اجتماعی که ما را در گردآوری داده‌ها و ارائه‌ی نکته‌نظرات کارشناسی کمک و راهنمایی نمودند تشکر و قدردانی می‌شود.

هم طی سال‌های مذکور ۰/۸۳ نفر کاهش داشته (از ۳/۴۹ به ۲/۶۶ نفر) و با فرض ثابت بودن بقیه متغیرهای مربوطه در این خصوص به نوبه‌ی خود منجر به کاهش هزینه‌ی خانوار برای خدمات ویزیت پزشک عمومی می‌تواند بشود [۱۲].

• مؤلفه‌ی سوم درصد پرداخت از جیب بیمار برای هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی با تعرفه‌ی خصوصی است که با رشد بی‌رویه‌ای از ۳۰ درصد به ۶۷ درصد رسیده است [۲، ۳ و ۱۴].

• مؤلفه‌ی چهارم که به نوعی هم با مؤلفه‌ی سوم در ارتباط است، وضعیت متوسط رشد سایر هزینه‌های خانوار نسبت به هزینه‌های ویزیت پزشک عمومی است [۸] [۱۵]. درحالی که متوسط رشد هزینه‌های خانوار در سال ۱۹ درصد بوده است، متوسط رشد پرداخت از جیب خدمات ویزیت پزشک عمومی در هر سال ۴۶ درصد بوده است. آزمون همبستگی دو متغیر «متوسط مراجعه‌ی خانوارها به پزشک عمومی در مطب‌ها» و «متوسط سهم هزینه‌ی ویزیت پزشک عمومی از هزینه‌ی خانوار» نشان داد که بین این دو متغیر همبستگی معنادار و معکوس وجود دارد، به این معنی که افزایش سهم هزینه‌ی خانوار برای خدمت پزشک عمومی طی سال‌های مطالعه، موجب کاهش در مراجعه‌ی افراد به پزشکان عمومی مستقل طرف قرارداد شده است [۱۶]. با این رویکرد که گروهی از خانوارها به دلیل عدم توانایی پرداخت هزینه‌های درمان، از مراجعه یا پیگیری درمان صرف‌نظر کرده [۱۴ و ۱۷] یا در صورت عدم دسترسی، احتمالاً به خود درمانی می‌پردازند، که هر دو می‌تواند موجب تنزل سطح سلامت و بهداشت خانوارها و جامعه شود [۱۸].

لازم به ذکر است که بسیاری از عوامل دیگر به غیر از قیمت (مانند سبک زندگی، دسترسی، کیفیت، بیماری‌ها و ...) می‌توانند در افزایش یا کاهش مراجعات بیمه شدگان به پزشک عمومی طرف قرارداد تأثیر داشته باشند که در این مطالعه مد نظر نبوده‌اند. شرح نسبتاً مبسوطی از نقش این عوامل در مطالعه‌ی بهره‌مندی از خدمات سلامت نقوی و همکاران آمده است [۱۷].

نکته‌ی مهم دیگری که در نمودار ۱ به وضوح نشان داده شده، این است که از آنجایی که بیش از ۴۰ درصد تأمین خدمت ویزیت پزشک عمومی برای بیمه شدگان تأمین اجتماعی از بخش خصوصی و با تعرفه‌ی خصوصی تأمین می‌شود، واگذاری تعیین تعرفه‌های خصوصی به سازمان نظام پزشکی کشور در سال‌های بعد از سال ۱۳۸۵، تأثیر به‌سزایی در افزایش هزینه‌های درمانی (حداقل در ویزیت پزشک عمومی که خط مقدم ورود به جبهه‌ی درمان و نظام سلامت است) داشته است. نمودار مذکور نشان

References

- Heller, P.S., A model of the demand for medical and health services in peninsular Malaysia. Social Science Medical 1982. 16: p. 267-284.
- Kim, J., S. Ko, and B. Yang, The effects of patient cost sharing on ambulatory utilization in South Korea. Health Policy, 2005. 72(3): p. 293-300.
- Rice, T. and K.Y. Matsuoka, The impact of cost-sharing on appropriate utilization and health status: a review of the literature on seniors. Med Care Res Rev, 2004. 61(4): p. 415-52.
- Whitehead M, Dahlgren G, and Evans T, Equity and health sector reforms: can low-income

- countries escape the medical poverty trap? *Lancet*, 2001. 358(9284): p. 833-836.
5. Soleymani E, Law enforcement and the development prospects of the Fourth Development Plan. 2005, Islamic Research Center: Tehran. p. 35-45[In Persian]
 6. Nouri M, Estimated demand for health services in urban Iranian households during 1984-2003: Application of Almost Ideal Demand adjusted[MS dissertation], in School of Economics 2006, Allameh Tabatabaei University: Tehran.. [In Persian].
 7. Fazaeli A, Calculating index for equity in financing health system in Iran, 2006-2003. 2008, Health ministry Tehran. p. 55-93.[In Persian].
 8. Central Bank of Iran, Results of household budget in the urban areas of Iran in 2008. 2009, Section of the household budget, management of economic statistics: Tehran. p. [In Persian]
 9. Semnani S and Keshtkar A, Fair estimate of the cost of health services in the area covered population laboratory Gorgan. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 2003. 5(12): p. 53-59[In Persian]
 10. Australian Bureau of Statistics, Household Expenditure Survey, Australia: Summary of Results, 2003-04 (Reissue). 2006.
 11. Amy M, Cost sharing: Do employees understand cost sharing and do increases in cost sharing really have an impact on the utilization of health care services[dissertation]. 2008, Boston University: Boston
 12. Su TT, Pokhrel S, Gbangou A, Flessa S (2006) Determinants of household health expenditure on western institutional health care. *Eur J Health Econ* 7: 199-207.
 13. Pourreza A, Rahimi A, and Pouragha B, The explanation of demand care changes for GP and specialist outpatient services among population insured under Social Security Organization (SSO) with emphasis on double tariff and out of pocket payment, 2011, Tehran University of Medical Sciences: Tehran. p. 150-200[In Persian]
 14. Newbrander, W.C. and D.H. Collins, Guidelines for achieving equity: ensuring access of the poor to health services under user fee system, 1999., United States: Agency for International Development. Bureau for Africa. Office of Sustainable, Development
 15. Azimi E, Costs of the health sector and the share of government expenditures and families in this section, in Asia Pacific Center for Population Studies and Research. 2005: Tehran. p. 36[In Persian].
 16. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, et al. (1981) Some Interim Results from a Controlled Trial of cost sharing in Health Insurance. *N Engl Med* 305 (25) 1501-7.
 17. Naghavi Mohsen, Utilization of Health Services in Iran. 2005, Tehran: Ministry of health. Tandis. 153-157[In Persian].
 18. Mehrara M and Fazaeli A, Equity in health financing costs of Iranian households. *Health Management*, 2010. 40(30): p. 55-63[In Persian].
 19. WHO, The World Health Report 2000, in Geneva: Switzerland :122 2000: Available at: <http://www.who.int/whr/2001/archives/2000/en/index.htm>. Accessed November 4, 2009.