



بیمه صحتی: فرصتی برای محافظت افغان ها از هزینه های بلند مصارف صحتی

مقدمه

دریافت ها نشان میدهد که، بیشتر از ۷۰ در صد کل مصارف خدمات صحتی در افغانستان توسط خانواده ها پرداخت می گردد (دولت اسلامی افغانستان، ۲۰۱۳). این هزینه ها بطور مستقیم از جیب خانواده ها در هنگام استفاده از خدمات صحتی به مصرف می رسند. چنین مصارف بلند خدمات صحتی موجب می گردد تا خانواده ها مواشی و یا زمین های زراعتی خویش را که یگانه منبع عایدات شان می باشد، بفروش برسانند که در نتیجه این مصارف بلند برای خانواده ها فاجعه بار گردیده و در بعضی حالات مانع دسترسی اطفال شان به درس و تعلیم می گردد (Xu et al, ۲۰۰۵).

در عین حال، خانواده های فقیر از ترس نرفتن به فقر و تنگدستی بیشتر، از دریافت چنین خدمات ابا و ورزیده که در نتیجه مریضی شان تشدید یافته و حالت شان وخیم تر می گردد. در حال حاضر هیچ شیوه ی تحفظ خطر برای حمایت خانواده ها از مصارف بلند صحتی در افغانستان وجود ندارد. دولت جمهوری اسلامی افغانستان توانایی آنرا دارد تا برای افغان ها فرصت را فراهم سازد تا از مواجه شدن به چنین فاجعه ها که از باعث مصارف بلند صحتی به میان می آیند محافظت گردند، و هم از دسترسی تمام افغان ها به خدمات صحتی اطمینان حاصل گردد. علاوه تا دولت فرصت آن را دارد تا استفاده از خدمات صحتی را برای تمام افغان ها در هر نقطه ی از کشور که زیست می نمایند میسر سازد. از آنچه تلویحاً از فرصت ها گفته آمدیم بیمه صحتی یاد می کردند.

بخصوص با تطبیق مجموعه خدمات صحتی اساسی و مجموعه خدمات اساسی شفاخانه ای در مناطق روستایی و دور دست افغانستان. مجموعه خدمات صحتی اساسی حدوداً بیش تر از ۶۵٪ نفوس را تحت پوشش قرار داده است. خدمات این دو مجموعه صحتی مطابق به قانون اساسی کشور توسط دولت با کمک تمویل کنندگان بین المللی کاملاً رایگان عرضه می گردند. در حالیکه دریافت های حسابات ملی صحتی (۲۰۱۱-۲۰۱۲) نشان دهنده آن است که خانواده ها ۳۸٪ کل مصارف تسهیلات صحتی دولتی، ۳۰٪ کل مصارف بخش خدمات داخل بستر و ۱۱٪ کل مصارف در بخش خدمات صحتی سرایا را تامین مینمایند. از سوی دیگر، با وجود توسعه و افزایش خدمات صحتی در بخش عامه، خانواده ها هنوز استفاده از خدمات صحتی در بخش خصوصی را ادامه داده اند. از مجموع ۶۲٪ مصارف خانواده ها که در بخش خدمات صحتی خصوصی به مصرف رسیده است، ۳۶٪ آن را در داخل کشور و متباقی (۲۶٪) آن را در خارج از افغانستان به مصرف رسانیده اند. این ارقام برای ما بیان کننده چی است؟

- با وجود افزایش در سطح پوشش خدمات بخش عامه، خانواده ها به استفاده از خدمات صحتی بخش خصوصی در داخل و خارج کشور ادامه میدهند.
- افغان ها مجبور هستند که جهت دریافت خدمات صحتی هم به بخش عامه و هم به بخش خصوصی پول پردازند.

توانایی پایین پرداخت

افغانستان یکی از کشورهای دارای عواید پایین با تولید ناخالص داخلی ۷۰۲ دالر امریکایی فی نفر در سال می باشد، و مصارف صحتی در کل ۵۶ دالر امریکایی فی نفر در سال است که از این جمله ۴۱ دالر آن از طرف خانواده ها پرداخت می گردد. میزان فقر در افغانستان در حدود ۳۶٪ بوده که بیشتر از نصف مردم یا بیکار می باشند، یا کار منظم و دوامدار ندارند و یا با اجرا کار درآمد کافی به دست نمی آورند (CSO, ۲۰۱۴).

فقدان بیمه صحتی

با آنکه افغانستان در دهه ۷۰ میلادی یک تجربه کوتاه مدت از بیمه صحتی اجتماعی را تجربه نموده بود، ولی کدام برنامه رسمی بیمه صحتی در حال حاضر در این کشور موجود نمی باشد. در این اواخر، تعداد محدودی از شرکت های خصوصی بیمه صحتی شخصی را از طریق شفاخانه های شخصی در شهر کابل عرضه نموده و بفروش می رسانند، ولی این نوع بیمه صحتی شخصی نه تنها اینکه بطور گسترده موجود نمی باشد، از جانب دیگر برای اکثریت مردم قابل دسترس نمی باشد.

مفاهیم و شرح مشکلات

طوریکه قبلاً تذکر یافت، افغانستان بلند ترین سطح پرداخت مصارف صحتی توسط خانواده ها را دارد. بنابر عدم موجودیت ارقام، افغانستان شامل مطالعاتی که میزان پرداخت های فاجعه بار را تحت بررسی قرار میدهند شامل نگردیده است، ولی با آنهم، دریافت این چنین مطالعات بیان کننده آنست که میزان پرداخت های فاجعه بار ارتباط مستقیم با سطح مصارف خانواده ها به عنوان بخشی از تمام مصارف صحتی دارد (Xu et al, ۲۰۰۷; Xu et al, ۲۰۰۳). بر علاوه، نتایج این مطالعات نشان داده است که پیش زمینه ها برای پرداخت های فاجعه بار شامل سه بخش عمده می باشند: موجودیت خدمات صحتی که نیاز به پرداخت دارند، ظرفیت پایین پرداخت و عدم موجودیت بیمه صحتی (Xu et al, ۲۰۰۳). متأسفانه، افغانستان با چالش هر سه پیش زمینه فوق الذکر مواجه است.

موجودیت خدمات صحتی که نیاز به پرداخت دارند:

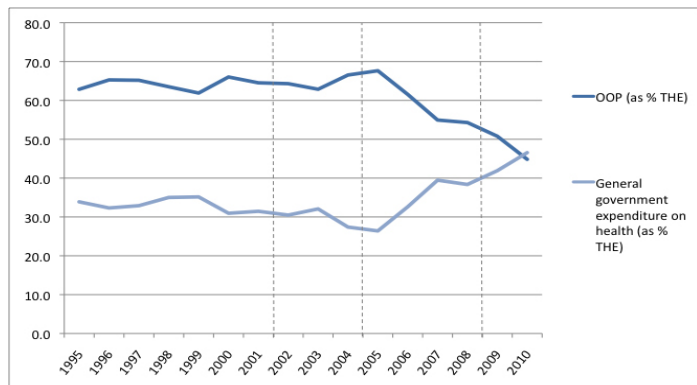
وزارت صحت عامه دست آورد های زیادی در جهت افزایش دسترسی مردم به خدمات صحتی در سرتاسر کشور داشته است،

چرا بیمه صحت؟

گرفته شده اند حاوی پیام های قوی در مورد اصلاحات اجتماعی و صحتی به نفع مردم میباشد. گانا، جورجیا و تایلند از جمله کشورهای می باشند که با استفاده از این شیوه بشکل موفقانه بیمه صحتی را معرفی نموده اند.

شکل ۱. ویتنام: مصارف خانواده ها و مصارف عمومی دولت در بخش

صحت ۱۹۹۵-۲۰۱۰



جهت گیری

دولت در یک موقف قوی برای کاهش اتکاء سیستم صحتی به مصارف بلند صحتی خانواده ها قرار دارد، و می تواند با ایجاد پالیسی ها، مقررات و ایجاد یک چارچوب مناسب، شرایط را برای معرفی میکانیزم های بیمه صحتی در کشور مهیا سازد. در بسیاری از کشورها تطبیق یک سیستم واحد، جوابگوی تمام نیازمندی ها و مشکلات بوده نمی تواند. بناً یک روش ابتکاری جامع جهت هدف قرار دادن گروه های مشخص در افغانستان بهترین گزینه خواهد بود تا از این طریق اطمینان حاصل گردد که تمام افغانها در برنامه های ائتلاف خرد مالی ناشی از مصارف بلند صحتی شامل گردیده اند. بعضی از این گزینه ها قرار ذیل می باشد:

- سیستم ملی صحتی
- بیمه صحتی اجتماعی
- بیمه صحتی مبتنی بر جامعه
- صندوق وجهی صحتی

در حال حاضر، وزارت صحت عامه یک مطالعه امکان پذیری بیمه صحتی را در افغانستان تحت اجرا قرار داده است، که هدف این مطالعه عبارت از شناسایی یک برنامه راهبردی مشخص و عملی روش های ائتلاف خطر در کشور می باشد. این اولین قدم در جهت پیاده نمودن میکانیزم های ائتلاف خطر در افغانستان بشمار می رود، اما در زمینه کار های بیشتری باید روی دست گرفته شود. سطح بلند مصارف صحتی خانواده های افغان نباید بیشتر از این نادیده گرفته شود.

تجارب جهانی نشان داده است که به هر اندازه که فیصدی اشتراک در برنامه پیش پرداخت بیشتر باشد به همان اندازه فیصدی خانواده های که به مصارف صحتی فاجعه بار مواجه می گردند، کمتر خواهد بود. ائتلاف خرد ناشی از مصارف بلند صحتی میان خانواده ها یکی از شیوه هایی است که جهت انتقال خرد مالی ناشی از مصارف بلند صحتی از گروه های دارای عاید زیاد به گروه های دارای عاید پایین و از افراد دارای خرد خرد صحتی کم به افراد دارای خرد خرد صحتی بلند، مورد استفاده قرار میگیرد (Kewabata et al, 2002).

در صورتیکه فقراء در برنامه بیمه صحتی شامل گردند، سطح دسترسی شان به خدمات صحتی افزایش می یابد. چنین دریافت گردیده است که شامل ساختن فقراء به یک برنامه بیمه صحتی موجب بلند رفتن سطح استفاده خانواده ها از خدمات صحتی و کاهش مصارف خرد و فاجعه بار برای خانواده های فقیر گردیده است. معرفی برنامه بیمه صحتی اجتماعی در کشور فرغزستان طی بیشتر از دو سال سبب گردید که مصارف خانواده های فقیر از ۷,۱ به ۴,۹ در صد کاهش یابد. برنامه پوشش صحتی همگانی در کشور تایلند منتج به کاهش چشمگیر مصارف خانواده های فقیر از ۶,۸ به ۲,۸ در صد از سال ۱۹۹۶ تا ۲۰۰۸ گردید. علاوه تا با معرفی این برنامه در کشور تایلند سطح استفاده از خدمات مریضان سرایا به ۳۱ در صد و از خدمات شفاخانه ای به ۲۳ در صد افزایش یافت (WHO, 2013). شکل ۱. نشاندهنده سیر اصلاحات سیستم تمویل صحت را از اواخر دهه ۱۹۹۰ در کشور ویتنام نشان می دهد. خطوط نقطوی فولادی رنگ که بشکل عمودی قرار دارند سال های ۲۰۰۲، ۲۰۰۵ و ۲۰۰۹ را نشان می دهد. هر یک از این سال ها برای اصلاحات سیستم تمویل صحت در ویتنام بسیار بارز بوده طوریکه در سال ۲۰۰۲ یک صندوق خدمات صحتی برای فقراء ایجاد گردید، در سال ۲۰۰۵ خدمات صحتی رایگان برای اطفال کمتر از ۶ سال عرضه گردید و در سال ۲۰۰۹ دولت ویتنام قانون بیمه صحتی اجتماعی را تصویب نمود. طی چند سال، با افزایش سهم دولت در بخش صحت، میزان مصارف خانواده ها کاهش یافت (WHO, 2014).

در عین حال منافع زیاد اقتصادی و سیاسی در معرفی بیمه صحتی نهفته است. فامیل هاییکه از مصارف صحتی فاجعه بار محافظت گردیده اند، چنین فامیل ها در دراز مدت با صرفه جویی و کار توانسته اند در اقتصاد کشور شان سهم فعال بگیرند. مطالعات که در هندوستان، چین و ایالات متحده امریکا اجراء گردیده است نشان دهنده آنست که خانواده ها از مصارف صحتی فوق العاده بلند بیم و ترس داشته و عدم توانایی شان در پرداخت چنین مصارف بلند موجب ورشکستگی اقتصاد شان گردیده است (WHO, 2013).

تعدادی کثیری از برنامه های بیمه صحتی که در جریان تحولات سیاسی به معرفی

پیشنهادات مشخص این خلاصه پالیسی

- ارزیابی عوامل پراخت های فاجعه بار برای خانواده ها در بخش صحتی
- ایجاد یک محیط مناسب برای بیمه صحتی در افغانستان
- در نظر گرفتن یک میکانیزم مختلط بیمه صحتی برای حفاظت تمام افغانها در یک چارچوب قانونی و مالی
- حمایت از تطبیق امتحانی برنامه بیمه صحتی مبتنی بر جامعه
- معرفی اشکال مختلف برنامه های پیش پرداخت ائتلاف خطر برای خدمات شفاخانه ای

Health Insurance: Opportunities for Protecting All Afghans

INTRODUCTION

Households in Afghanistan contribute more than 70 percent of the country's healthcare spending (GIROA, 2013). These funds come directly from households through out-of-pocket (OOP) payments for healthcare services. The high costs of medical care can result in catastrophic expenditures that may force households to sell their land, sell their agricultural or animal livelihoods, or prevent children from obtaining education due to extra fees (Xu et al., 2005). Alternatively, poor households may not seek care, choosing to avoid impoverishment and prolonging ill-health. These decisions may lead to further impoverishment for households. Yet, currently there are no risk-protection mechanisms for households.

The Government of the Islamic Republic of Afghanistan (GIROA) has the opportunity to protect all Afghans from catastrophic health payments; the opportunity to ensure that all Afghans have access to healthcare services; and the opportunity to ensure that all Afghans can use healthcare services. This opportunity is called health insurance.

CONTEXT AND PROBLEM STATEMENT

Due to the unavailability of data, Afghanistan has not been included in multi-country studies looking at levels of catastrophic payments, however, these studies have found that catastrophic payments are positively correlated with the levels of out-of-pocket health spending as part of the total health expenditure (Xu et al., 2007; Xu et al., 2003). Additionally, they found that preconditions for catastrophic payments include three components: availability of health services requiring payment, low capacity to pay, and lack of health insurance (Xu et al., 2003). Afghanistan faces the challenge of all three preconditions.

Availability of Health Services Requiring Payment:

The Ministry of Public Health (MoPH) has made great strides in expanding the availability of health services across the country, especially in rural

and remote areas, through the Basic Package of Health Services (BPHS) and the Essential Package of Hospital Services (EPHS). The coverage of the BPHS is estimated to be up to 65 percent of the population. By law, BPHS and EPHS services are fully subsidized by the government with the support of international donors. However, the 2011-12 National Health Accounts (NHA) found that 38 percent of household OOP expenditures were made at public facilities, about 30 percent for inpatient services and 11 percent for outpatient services. Furthermore, with the expansion and availability of public services, households continue to use and pay for private services. Of the 62 percent of OOP spending on private facilities, 36 percent is spent in Afghanistan and 26 percent is spent outside of the country. What does this tell us?

- Even with the increased coverage of public services, households continue to utilize private health services in and outside of the country.
- Afghans are paying for both public and private healthcare.

LOW CAPACITY TO PAY

Afghanistan is considered a low-income country with a GDP per capita of US\$702 and a total health expenditure (THE) per capita of US\$56, of which households pay for US\$41 (GIROA 2013). The poverty headcount is 36 percent, with more than half of the population unemployed, underemployed, or not gainfully employed (CSO, 2014).

LACK OF HEALTH INSURANCE

Afghanistan has had a short period of experiencing the benefits of social health insurance, but there has been no formal introduction of health insurance schemes since the 1970s. More recently, small private health insurance schemes have been made available by private hospitals in Kabul city; however, they are neither expansive nor available for the larger population.

WHY HEALTH INSURANCE?

Globally, evidence shows that the larger the proportion of prepayment schemes, the smaller

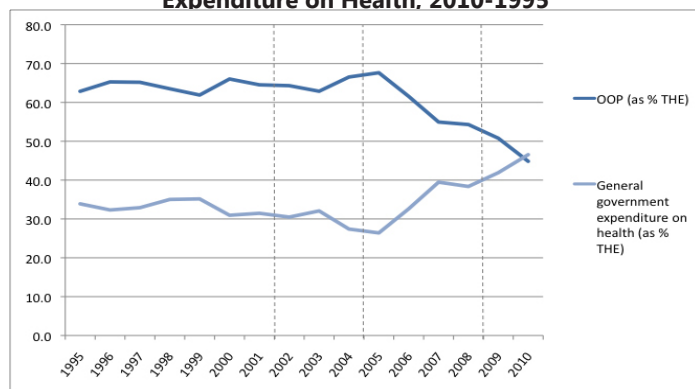


the proportion of households facing catastrophic expenditures. Pooling risks across households is a way to transfer risk and funds from high-income groups to low-income groups and from low-risk individuals to high-risk individuals (Kewabata et al., 2002).

Health insurance increases access to health services for the poor who are enrolled and participate in a risk-pooling scheme. Countries have seen increases in utilization rates and decreases in household catastrophic expenditures. The introduction of social health insurance in Kyrgyzstan resulted in a decline of OOP expenditures from 7.1 percent to 4.9 percent over two years among the poorest quintile of the population. Thailand's Universal Health Coverage scheme resulted in an even more dramatic decrease in OOP expenditures, from 6.8 percent to 2.8 percent from 1996 to 2008 among the poorest quintile of households. Thailand also saw large increases in utilization of outpatient services (31%) and inpatient services (23%) (WHO, 2013).

Figure 1 shows trends from Vietnam throughout its health finance reform, starting since the late 1990s. Gray dotted lines highlight the years 2005, 2002, and 2009. Each of these years was pivotal in the health financing reform of the country: in 2002, a Health Care Fund was established for the poor; in 2005, free care was provided for children under age six; and in 2009, the government of Vietnam passed a Social Health Insurance law. Over time, as the general government contribution to health increased as a percentage of THE, the percentage of household spending decreased (WHO, 2014).

Figure 1. Vietnam: OOP and General Government Expenditure on Health, 2010-1995



There are also economic and political benefits from introducing health insurance. Families who are protected from catastrophic health expenditures are in a more financially healthy situation and are able to save, work, spend, and contribute more to the economy in the longer term. Studies in India, China, and the United States have shown that households fear excessive healthcare bills and report bankruptcy due to the inability to pay (WHO, 2013).

Many health insurance schemes have been introduced nationally during significant political shifts that allow for sending strong statements to the public about social and health reforms that benefit households. This creates a legacy and social platform for the new government. Countries that have successfully introduced health insurance this way include Ghana, Georgia, and Thailand.

APPROACH MOVING FORWARD

The government of Afghanistan is in a strong position to decrease the health system's reliance on OOP expenditures and develop the necessary policies, regulations, and institutional frameworks for creating an environment that is conducive to introducing health insurance mechanisms. As a diverse country, one system will not be the solution.

An innovative, comprehensive approach will be the best option for Afghanistan to target specific groups and ensure that all Afghans are included in risk-pooling schemes. Some options may include:

- National Health Insurance
- Social Health Insurance
- Community-based Health Insurance
- Health Equity Funds

Currently, the MoPH is undertaking a Health Insurance Feasibility Study that aims to identify a road map for the most feasible risk-pooling options in the country. This is the first step in laying the foundation for possible risk-pooling mechanisms for the country. But more needs to be done.

The high levels of OOP expenditures by Afghan households should not be ignored any longer.

POLICY RECOMMENDATIONS

- Assess the burden of catastrophic payments by households
- Create an enabling environment for health insurance in Afghanistan
- Consider a mix of risk-pooling mechanisms for protecting all Afghans within the regulatory and financial framework of the country
- Support the pilot implementation of a community-based health insurance program
- Introduce forms of pre-payment risk pooling schemes for hospital services

ENDNOTES

- Central Statistics Organization (2014). National Risk and Vulnerability Assessment 2011-12. Afghanistan Living Condition Survey. Kabul, CSO.
- Government of the Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Public Health. (2011). Hospital Sector Strategy. Kabul, Afghanistan.
- Government of the Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Public Health, Health Economics and Financing Directorate. (2012). Cost Analysis of Kabul's National Hospitals. Kabul, Afghanistan.
- Government of the Islamic Republic of Afghanistan, Ministry of Public Health, Health Economics and Financing Directorate. (2013). 2011-12 National Health Accounts. Kabul, Afghanistan.