



کدام افراد از خدمات صحتی تمویل شده از منابع عامه در افغانستان بهره میگیرند؟

تحلیل توزیع بهره‌گیری از مصارف عامه در سیستم صحتی افغانستان

ثروتمندترین مردم قسمت اعظم مراقبت‌های سرپا و مراقبت‌های داخل بستر در شفاخانه‌های ملی را مورد استفاده قرار می‌دهند (۳۵ فیصد و ۳۲.۴ فیصد به ترتیب).

بیان موضوع

گزارش حسابات ملی صحتی افغانستان ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که قسمت اعظم مصارف صحتی توسط خانواده‌ها و از پول شخصی‌شان پرداخت شده است. تفاوت‌ها در حالت صحتی، بی‌عدالتی استفاده از خدمات در سطح حوزه‌ها، تفاوت وضعیت اقتصادی اجتماعی و محل سکونت موجب تحمیل بیشتر وضعیت خراب صحتی میان فقیرترین افراد می‌گردد.^۱

از سال ۱۳۹۱ به اینطرف پوشش و دسترسی به خدمات صحتی انکشاف قابل ملاحظه‌ای داشته است؛ مگر، تا هنوز نیازمندی‌هایی وجود دارند که باید به آنها رسیده‌گی شود. وزارت صحت عامه افغانستان متعهد به گسترش دسترسی عادلانه به خدمات صحتی با کیفیت با کاهش اثرات موانع تفاوت‌های اقتصادی اجتماعی دسترسی به خدمات صحتی، بطور اخص در ساحات دور دست و روستایی می‌باشد.^۲ نایل شدن به این هدف مستلزم پالیسی‌های متمرکز به فقرا و اختصاص منابع برای اطمینان از سوق منابع در جهتی که بیشترین نیازمندی به آن وجود دارد، می‌باشد. بنابراین، ریاست اقتصاد و تمویل صحت وسعت نابرابری و بی‌عدالتی در استفاده از مراقبت‌های صحتی را تحلیل نمود تا معین نماید که کی‌ها بادر نظر داشت گروه‌های وضعیت اقتصادی اجتماعی (پنج کتگوری): فقیرترین - ثروتمندترین (از مراقبت‌های صحتی تمویل شده از منابع عامه استفاده مینمایند.

منابع عامه بین گروه‌های مختلف اجتماع آگاهی فراهم نمایند.^۳

تحلیل توزیع بهره‌گیری از مصارف عامه در برگیرنده تحلیل خدمات صحتی بود که عبارتند از: ورود به بخش مراقبت‌های بستر دار طی ۱۲ ماه گذشته، ملاقات‌های سرپا طی ۳۰ روز گذشته، ملاقات‌های مراقبت‌های قبل از ولادت و ولادت‌ها. عرضه‌کننده این خدمات و موقعیت آن نیز ارزیابی گردید.

ارقام استفاده از خدمات صحتی به تفکیک خانوار و وضعیت اقتصادی اجتماعی به تفکیک اشخاص انفرادی و خانوار از سروی مرگ و میر افغانستان ۱۳۸۹ فراهم گردید. ارقام مصارف خدمات صحتی از حسابات ملی صحتی ۱۳۹۰ فراهم گردید.^۴

تمام تحلیلات نهایی با استفاده از نرم افزار ADePT نسخه ۵.۵ انجام شد.

نتایج

بصورت عموم، یک استفاده نامساویانه قابل توجه از خدمات صحتی به ملاحظه رسید. ورود به بخش داخل بستر

روش مطالعه

شیوه تحلیل توزیع بهره‌گیری از مصارف عامه ابزاری است که جهت تخمین چگونگی توزیع مصارف صحتی در بین یک اجتماع یا یک نفوس مورد استفاده قرار می‌گیرد. این ابزار ارقام مصارف صحتی و ارقام استفاده از مراقبت‌های صحتی را ادغام مینماید تا با تحلیل آن برای تصمیم‌گیرنده‌گان در سکتور صحت در مورد چگونگی توزیع

۱ سروی مرگ و میر مادران در افغانستان ۱۳۸۹، وزارت صحت عامه افغانستان

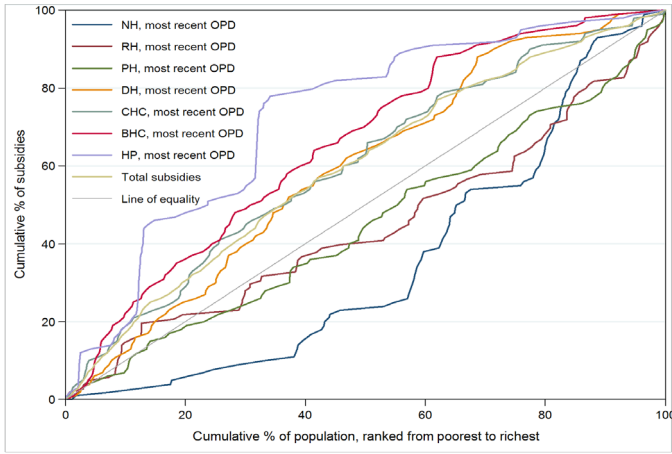
۲ پلان ستراتیژیک وزارت صحت عامه افغانستان ۱۳۹۰-۱۳۹۴، دولت اسلامی افغانستان

۳ A Wagstaff, M Bilger, Z Sagaia, M Lokshin (2011). Streamlined Analysis with ADePT Software: Health Equity and Financial Protection. The World Bank: Washington, DC.

۴ حسابات ملی صحتی افغانستان ۱۳۹۰، وزارت صحت عامه افغانستان

اند. شفاخانه های حوزوی و ولایتی در یک حد کمتری نفع ثروتمندان فعال بوده اند، مگر زیاد به نفع فقرا هم نبوده اند. خدمات داخل بستر در تمام

منحنی تمرکز - مصارف بالای بخش مریضان سراپا



سطوح شفاخانه ها به استثنای شفاخانه های ولایتی بطور غیر متناسب به نفع ثروتمندان استفاده شده اند.

زمانیکه استفاده و قیمت مراقبت های صحی به شکل به هم آمیخته تحلیل گردید، معلوم گردید که فقرا با دسترسی به مراقبت های بسته خدمات صحی اساسی بیشتر از منابع عامه بهره گرفته اند، در حالیکه ثروتمندان با دسترسی به مراقبت های صحی مجموعه خدمات اساسی شفاخانه ای که در سطوح بلند تسهیلات عرضه شده اند متناسباً کمتر از مصارف عامه مستفید شده اند. قسمت اعظم مصارف بالای بخش مراقبت های سراپا (۶۳.۸٪) به تسهیلات صحی جامع و تسهیلات صحی اساسی اختصاص داده شده اند. مصارف عامه برای بخش داخل بستر شفاخانه های ولسوالی بیشتر به نفع فقرا تا به نفع طبقه متمول (۲۳.۶٪ سهم به نفع فقرا و ۵.۴٪ سهم به نفع ثروتمندان) استفاده شده است. با اینحال، مصارف عامه منحصراً سهم فقرا در سطوح بلند شفاخانه ها کاهش میابد، چنانچه فقرا تنها از یک سهم ۹.۳ درصدی اختصاص منابع به شفاخانه های ملی مستفید شده اند.

بطور غیر متناسب در بین نفوس ثروتمند توزیع گردیده است، در حالیکه، مراقبت های بخش ملاقات های سراپا بیشتر توسط فقرا مورد استفاده قرار گرفته است. اگرچه، استفاده از خدمات سراپا و داخل بستر به تفکیک جنس زیاد متفاوت نیست، تفاوت ها در استفاده نظر به سایر خصوصیات فردی و خانوار اثرگذار بالای صحت، مانند محل اقامت (شهری و روستایی) و سطح تحصیل به مشاهده رسیده است. بطور کل، بیشترین بهره گیری از خدمات صحی در بین شهرنشینان دیده می شود. در حدود ۷۰ فیصد شهرنشینان یک کارکن صحی ماهر (داکتران، نرس ها و یاقابله ها) را ملاقات نموده اند در حالیکه، صرف ۲۵.۶ فیصد روستاییان از چنین بهره گیری مسفید شده اند.

این نامساوات همچنان در عرضه خدماتی چون ملاقات های قبل از ولادت، ولادت توسط ماهر ولادی و ولادت های داخل مرکز صحی به وضوح قابل ملاحظه است. فقیرترین ها در تناسب با ثروتمندان، در بیشتر مراتب ولادت در خانه را ترجیح داده اند، و در این روند بیشتر توسط دایه محل، اقارب و سایر افراد کمک شده اند و یا هم هیچ کمکی از هیچ کس دریافت نکرده اند. برعکس، یک تعداد زیادی از ثروتمندان در یک مرکز صحی و به کمک یک ماهر ولادی، ولادت نموده اند. پیشینه آموزشی خانم های حامله و انتخاب ملاقات کارکن صحی برای مراقبت های قبل از ولادت و یا برگزیدن آنها برای تسهیل ولادت های داخل مرکز صحی نیز پیگیری گردید چنانچه، یک قسمت اعظم خانم ها با پیشینه سطح متوسط یا بلند آموزش و تحصیل برای مراقبت های قبل از ولادت و روند ولادت داکتران را در مرکز صحی ملاقات نموده بودند. از طرف دیگر، تعداد زیاد خانم ها با سطح پایین آموزش در منزل و به کمک دایه محل ولادت نموده بودند.

تحلیل بیشتر ملاقات های سراپا به تفکیک نوع تسهیل صحی نشان میدهد که تسهیلات صحی پائینتر بیشتر توسط فقرا مورد استفاده قرار گرفته اند. طوریکه بخش اعظم مراقبت های سراپا در شفاخانه های ولسوالی و سطوح پائینتر از آن توسط فقرا مورد استفاده قرار گرفته اند. برخلاف ثروتمندان قسمت اعظم مراقبت های سراپا و ورود به بخش داخل بستر شفاخانه های ملی را (۳۵ فیصد و ۳۲.۴ فیصد به ترتیب) مورد استفاده قرار داده

پالیسی سازان باید به یک نحو بهتر در مورد مستفید شونده گان مصارف عامه و چگونگی طرح ریزی پالیسی ها آگاهی حاصل نمایند تا باشد آن پالیسی ها موجب کاهش نابرابری در نظام صحی گردند.

پیشنهادات مشخص این خلاصه پالیسی

- وزارت صحت عامه باید خود را از حمایت تمرکز توزیع مصارف عامه بالای فقرا در بسته خدمات صحی اساسی مطمئن سازد
- به پالیسی های صحی شهری نیاز است تا از باعث آن شفاخانه های ملی به شکل کارا و موثر فقرا را هدف قرار دهند.
- از آنجائیکه وزارت صحت عامه بسوی تمرکززدایی و خودمختاری بیشتر شفاخانه ها در حرکت است، لازم است تا منابع شفاخانه ای بیشتر به سطح ولسوالی ها و ولایات متمرکز گردد تا تمرکز به سطح ملی، به این شکل اختصاص منابع بیشتر جهت بهره گیری فقرا اولویت میابد
- باید پالیسی ها و برنامه های متمرکز بر فقرا (مانند میکانیزم پرداخت مبتنی بر کارکرد) انکشاف داده شده و حمایت گردند تا موجب تشویق شفاخانه ها برای عرضه خدمات برای فقرا گردند
- لازم است تا میکانیزم های حفاظت اجتماعی انکشاف داده شوند تا سبب افزایش دسترسی مردم فقیر به خدمات صحی در سطوح بلند تسهیلات گردد
- ضرور است تا شواهد بیشتر در مورد نیازمندی صحی واقعی نفوس به تفکیک حوزه، سن، و جنس ایجاد گردد
- ایجاب مینماید تا کارکنان صحی جامعه منحصراً تسهیل کننده های دسترسی به خدمات صحی مبتنی بر مرکز صحی به شکل موثرتر بکار گرفته شوند که مستلزم ایجاد ابتکارات پرداخت تشویقیه لازم برای کارکنان صحی جامعه و کارکنان صحی میباشد.

این خلاصه پالیسی به همکاری تکنیکی پروژه پالیسی صحت (HPP) که توسط USAID تمویل میشود، تهیه گردیده است.

Who is Benefiting from Publicly Financed Health Services in Afghanistan?

BENEFIT INCIDENCE ANALYSIS (BIA) OF THE AFGHANISTAN HEALTH SYSTEM

Statement of the issue

The Afghanistan National Health Accounts 2011/2012 shows that the majority of health care expenditures are made through out-of-pocket payments by households. Differences in health status and inequities in utilization across regions, wealth status, and residence reinforce poor health among the poorest¹.

There have been marked increases in coverage and access to health services in Afghanistan since 2002; but, there is still much to be done. The Ministry of Public Health (MoPH) is committed to increase equitable access to quality health services by decreasing socio-economic barriers to accessing health services, particularly in rural and remote areas². Doing so will require both pro-poor policies and appropriate allocation of resources to ensure public subsidies reach those most in need. Therefore, the Health Economics and Financing Directorate analyzed the extent of inequalities and inequities in health care utilization to determine who benefits from publicly financed health care services across socio-economic groups.

Method

The Benefit Incidence Analysis (BIA) approach is a tool for estimating how public health spending is distributed across a population. It combines expenditure and utilization data to help decision makers understand to what extent public subsidies are being directed to different population groups³.

1 Ministry of Public Health [Afghanistan], Afghanistan Mortality Survey (AMS 2010).

2 Ministry of Public Health [Afghanistan]. 2011. Strategic Plan for the Ministry of Public Health (2011-2015). Government of the Islamic Republic of Afghanistan.

3 A Wagstaff, M Bilger, Z Sagaia, M Lokshin (2011).

The richest people have the largest share of utilization of National Hospital outpatient visits and inpatient admissions (35.0% and 32.4% respectively).

BIA included the following health services: inpatient admissions in the last 12 months, outpatient visits in the last month, antenatal care (ANC) visits, and deliveries. Where and who provided the services were surveyed.

Health utilization data by households and socio-economic characteristics of individuals and households were obtained from the Afghanistan Mortality Survey 2010. Data on the public expenditures of health services were obtained from the Afghanistan National Health Accounts 2011/2012.⁴

All final analyses were conducted with the ADePT (Automated DEC Poverty Tables - version 5.5) software.

Result

Generally, great inequalities were observed in the use of health services. Inpatient admissions were seen disproportionately in the wealthy population, whereas outpatient visits are used more by the poor. Though utilization of outpatient and inpatient

Streamlined Analysis with ADePT Software: Health Equity and Financial Protection. The World Bank: Washington, DC.

4 Ministry of Public Health [Afghanistan], Afghanistan National Health Account (2011-2102).



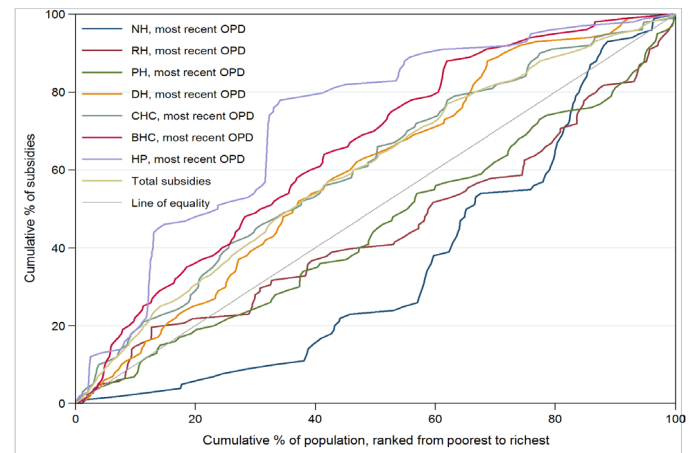
services did not greatly differ by sex, differences in utilization occurred in other individual or household characteristics known to effect health, such as residence (urban/rural) and education level. Urban areas saw greater utilization of health services in general. 70 percent of the urban population visited a skilled health worker (doctors, nurses, or midwives), while only 25.6 percent of the rural population did so.

These inequities were also seen in ANC, delivery by skilled birth attendants, and institutional delivery. The poorest delivered at home more frequently than the wealthy, and were often attended by traditional birth attendants, relatives or other person, or no one. Conversely, a larger proportion of the wealthy delivered at a health facility attended by a skilled birth attendant. Trends were also seen between the level of education obtained by the pregnant woman and her choice of who they visited for ANC and whether she opted for institutional delivery; a larger proportion of women with secondary education or higher saw doctors for ANC and delivered at a health facility. On the other hand, majority of women with low level of education delivered at home with a traditional birth attendant.

Further analysis of outpatient visits by the type of health facilities found that the lower-level health facilities were primarily used by the poor; the poor utilized the bulk of outpatient services at district hospitals and below. The wealthy population, contrarily, represented the largest share of outpatient visits and inpatient admissions at national hospitals (35.0% and 32.4% respectively). Regional and provincial hospitals are less strongly pro-rich, but are by no means pro-poor. Inpatient services

at all levels of hospitals, except district hospitals disproportionately benefit the wealthy.

CONCENTRATION CURVE
OUTPATIENT HEALTH CARE SPENDING



When utilization and costs of services were analyzed in combination, public spending favored the poorest quintile accessing basic package of health services (BPHS), while smaller proportion of public funds were channeled to the wealthiest quintile who consumed more funding for essential package of hospital services at higher level facilities. The majority of public spending on outpatient services (63.8%) went to comprehensive health centers and basic health centers. Public spending at district hospitals for inpatient admissions benefited the poor more than the wealthy (23.6 percent share for the poorest quintile and 5.4 percent share for the wealthiest). However, the share of public spending for the poor decreased at the higher levels of hospitals; share of public spending for the poorest quintile at national hospitals was only 9.3 percent.

Policy makers should be better informed about who is benefiting from public spending as well as how policies can be developed to reduce inequalities in the health system.

POLICY RECOMMENDATIONS

- The MoPH must ensure that pro-poor distribution of public expenditures is maintained within the BPHS.
- There is a need for urban health policies so that national hospitals target the poor more efficiently and effectively.
- As the MoPH moves towards decentralization and greater hospital autonomy, it is imperative that hospital resources are focused at the district and provincial levels rather than kept at the national level so that resources are better prioritized to reach the poor.
- More tailored pro-poor policies or programs (such as pay-for-performance payment mechanisms) should be developed and maintained to encourage hospitals to provide services to the poor.
- Social protection mechanisms should be developed to increase access to health services at higher level for less wealthy quintiles.
- More evidence needs to be generated on actual health needs of the population by region, age, and gender.
- Community health workers need to be used more effectively as a vehicle for communities to access facility-based services. This requires innovative incentive mechanisms for both communities and BPHS providers.

This brief was produced with technical support from the USAID-funded Health Policy Project.