



عنوان	سرمایه سلامت و بهره‌وری هزینه سلامت
سخنران	دکتر سید محمد کریمی استادیار مدرسه سیاست‌گذاری سلامت دانشگاه لویی ویل
تاریخ برگزاری: ۱۳۹۸/۰۴/۱۹	

در این نشست به بررسی رابطه‌ی سرمایه سلامت و هزینه سلامت پرداخته شده است. علت بررسی این رابطه هزینه-های بهداشت و درمان در آمریکا بوده که با سرعت زیادی در حال افزایش است. سرانه هزینه بهداشت از ۲۰۰۰ دلار در سال ۱۹۷۰ به ۱۱۰۰۰ دلار در سال ۲۰۱۷ افزایش یافته است، به عبارتی حدود ۴ درصد رشد کرده که به نسبت رشد GDP که ۲ درصد بوده، روندی صعودی‌تر داشته است.

سهم هزینه سلامت در GDP آمریکا از ۷ درصد در سال ۱۹۷۰ به ۱۸ درصد در سال ۲۰۱۷ رسیده، که این مقدار در ایران ۸ درصد می‌باشد. بنابراین در آمریکا هزینه بهداشت نسبت به سایر هزینه‌ها سهم بیشتری را به خود اختصاص می‌دهد.

مشاهدات انجام شده حاکی از آن است که هزینه خدمات درمانی تابعی از درآمد نیست، اما سلامتی تابعی از درآمد است. مهمترین شاخص سلامتی طول عمر است لذا افراد با درآمد بالاتر امید به زندگی بالاتری دارند. عوامل مهم دیگری به غیر از درآمد روی سلامت تاثیر دارند مانند: جنسیت، سطح آموزش، جغرافیای محل زندگی و غیره. به این عوامل سرمایه‌ی سلامت می‌گویند.

در مطالعه RAND به این نتایج دست یافتیم که در افراد با سرمایه سلامت کم، اثرگذاری هزینه خدمات درمانی بسیار زیاد است، اما اگر افراد با سرمایه سلامت زیاد را در نظر بگیریم اثرگذاری هزینه خدمات درمانی کمتر است. به عبارت دیگر افراد سالم‌تر نیاز به هزینه خدمات درمانی زیادی ندارند.

با در نظر گرفتن شاخص‌های سلامت به صورت: فشار خون، سطح گلوکز، میزان شنوایی، شاخص سلامت تنفس، تعداد ناهنجاری‌های ضربان قلب، یک جایگزینی قوی بین سرمایه سلامت و هزینه خدمات درمانی دیده می‌شود.

هدف ما تخمین تابع تولید سلامت است، در این تخمین به بررسی اثر هزینه سلامت و سرمایه سلامت و تعامل بین این دو می‌پردازیم.

برای این تخمین از داده رندوم استفاده می‌کنیم. ۴ دسته داده داریم: ۱- داده سرمایه سلامت که ویژگی سلامتی، اقتصادی، اجتماعی فرد در بدو ورود به این تجربه است، ۲- داده هزینه‌های واقعی، ۳- داده شاخص سلامتی به صورت خود اظهاری و ۴- داده بیماری‌های خاص که توسط پزشک تعیین می‌شود.

در این تخمین افراد زیر ۲۰ سال و بالای ۶۵ سال در نظر گرفته نشده‌اند.



پس از تخمین به این نتیجه رسیدیم که اثرگذاری خدمات درمانی در سلامتی زمانی که سرمایه سلامت پایین باشد، بالاتر است.

ارتباط این مبحث با مدل اقتصاد کلان به این صورت است که برای حداکثر کردن مطلوبیت، کالای مصرفی روی کیفیت زندگی و خدمات درمانی روی کمیت زندگی تأثیر گذار است. در درآمد پایین مدل نماینده‌ی دقیقی از واقعیت نیست، بنابراین روی گروه درآمد میانی، مدل را بررسی می‌کنیم.

با فرض معلوم بودن رشد سرمایه سلامت و رشد درآمد، به بررسی سهم هزینه درمانی می‌پردازیم. به طور مثال اگر در آمریکا سالانه سرمایه سلامت ۳٪ رشد کند به این معنی است که افراد ۳٪ سالم‌تر شده‌اند لذا باید کمتر هزینه کنند و اگر سرمایه سلامت رشد نکرده باشد در هزینه اثر افزایشی می‌بینیم.

سیاست‌گذار باید رابطه بین سرمایه سلامت و هزینه خدمات درمانی را در نظر بگیرد. نتیجه حاصل از مدل به این صورت است که در آمریکا بنیه سلامتی افراد کم شده است و این اتفاق برای جامعه خطرناک است.

اثرگذاری خدمات درمانی در افراد با سرمایه سلامت کمتر، بیشتر است لذا سیاست‌گذاری بایستی هدفمند باشد و افرادی با سرمایه سلامت کمتر را مورد بررسی قرار داد. سیاست‌گذاری بهداشتی و درمانی انجام شود و خدمات درمانی به صورت کارا صورت پذیرد و در چگونگی ارائه خدمات و افراد پذیرنده خدمات دقت شود. در تعیین سبک زندگی افراد به‌منظور تغذیه‌ی سالم و ورزش کردن راهکارهایی ارائه گردد و در نهایت سیاست‌گذاری به گونه‌ای باشد که سرمایه سلامت افزایش یابد.

برای بالابردن سرمایه سلامت بایستی سطح درآمد، آموزش، رشد اقتصادی و ... افزایش یابد. همچنین در ابتدای دوره زندگی افراد، روی خدمات درمانی سرمایه‌گذاری و خدمات درمانی در دوره جنینی و کودکی تقویت شود.