تأثیر ناکارایی نظام بیمه‌های درمانی در فقر خانوارهای کشور

حسین راغفر[۱*]، محمدخضری[۲]، زینب واعظ‌مهدوی[۲]، کبری سنگری‌مهذب[۱]

۱- گروه اقتصاد، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، دانشگاه الزهرا (س) ۲- گروه اقتصاد، دانشکده حقوق علوم سیاسی و اقتصادی تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی
* نویسنده مسؤول: تهران، ده ونک، دانشگاه الزهرا (س)، دانشکده علوم اجتماعی و اقتصاد، گروه اقتصاد. تلفن: ۸۸۰۴۴۰۴۰ نمابر: ۸۸۰۳۵۱۸۷
پست الکترونیک: raghfar@alzahra.ac.ir

دریافت: ۹۱/۳/۲ پذیرش: ۹۱/۱۲/۲۴

چکیده

مقدمه: *یکی از اهداف اصلی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت در هر کشوری تأمین امنیت مالی افراد در برابر بیماری‌هایی است که منجر به پرداخت‌های مالی کمرشکن، فقر و پیامدهای آن می‌شود. هزینه‌های بالای سلامت بیانگر آن است که به جای تأمین این هزینه‌ها توسط مراکز بیمه، بخش عمده هزینه‌های سلامت بر خانوارها تحمیل شده است. علاوه بر آن، خانوارهای دارای پوشش بیمه نیز به دلایلی مانند دسترسی ناکافی به مراکز درمانی، ناکارایی خدمات ارایه شده و یا پوشش تنها بخش اندکی از هزینه‌های درمان، از بار این هزینه‌ها مصون نیستند. ممکن است برخی از خانوارها با پرداخت‌های کمرشکن سلامت مواجه شوند و یا حتی به دلیل هزینه‌های سلامت به زیر خط فقر سقوط کنند. افزایش این هزینه‌ها در هزینه خانوار، موجب بالا رفتن هزینه خانوار و بروز خطا در شناسایی دقیق درصد خانوارهای فقیر می‌گردد.*

روش کار: *این مطالعه با استفاده از ریز داده‌های هزینه- درآمد خانوار به بررسی تأثیر هزینه‌های سلامت بر فقر خانوارها پرداخته است. بدین منظور با استفاده از شاخص‌های فوستر-گریر- توربک به اندازه‌گیری فقر و بررسی تأثیر پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوارها بر فقر خانوارها پرداخته است.*

یافته‌ها: *پرداخت‌های شخصی افراد برای هزینه‌های سلامتی سبب افزایش نرخ فقر در مناطق شهری و روستایی شده است؛ به طوری که در سال ۸۸، در مناطق روستایی نرخ فقر خانوارها بر اثر تحمیل هزینه‌های سلامت ٤٪ افزایش یافته است که بیشترین میزان در سال‌های مورد بررسی است. در مناطق شهری نیز بیشترین میزان افزایش فقر بر اثر هزینه‌های سلامت مربوط به سال ۷۹ با نرخی معادل ۳/۷٪ می‌باشد. به طور کلی افزایش سهم پرداختی از جیب هزینه‌های سلامت موجب شده است نرخ فقر کل کشور در سال ٦۳ حدود ۲/۱٪، در سال ٦۸ معادل ۱/٦٪، سال‌های ۷٤، ۷۹ و ۸٤ حدود ۳٪ و درسال ۸۸، ۳/٦٪ افزایش یابد.*

نتیجه‌گیری: *کسر هزینه‌هایی که توسط افراد برای دسترسی به سلامتی پرداخت می‌شود از مخارج کل خانوار، سبب افزایش فقر از ۱ تا ٤ درصد برای مناطق متفاوت شهری، روستایی و برای سال‌های مختلف شده است. به عبارت دیگر سالانه، جمعیت قابل توجهی از مردم مناطق مختلف شهری و روستایی به علت مواجهه با پرداخت‌های اسفبار سلامتی به زیر خط فقر سقوط می‌کنند، در حالی که به علت بالا بودن هزینه‌های خانوار از سطح معیشتی، در آمار مربوط به فقرا محسوب نمی‌گردند.*

گل‌واژگان: *خط فقر، شاخص فقر فوستر- گریر- توربک، هزینه‌های سلامت*

مقدمه

بخش مهمی از هزینه های مراقبت‌های سلامتی در ایران توسط خانوار به صورت پرداخت از جیب[1] در هنگام مصرف انجام می‌گیرد. به طوری که بیش از نیمی از هزینه های سلامت در کشور به صورت پرداخت از جیب خانوار می‌باشد. لزوم پرداخت از جیب برای خدمات سلامتی مورد نیاز در کنار ماهیت گریزناپذیر هزینه‌های مراقبت‌های سلامتی به نوبه خود منجر به افزایش خطر فاجعه مالی و فقر می‌گردد. از دیگر آسیب‌های هزینه‌های

[1] Out of pocket

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

مراقبت های سلامتی روی ناکارایی برنامه‌های فقرزدایی ناشی از عدم انعکاس کامل این قبیل هزینه‌ها در خط فقر است. به این صورت که مراقبت های سلامتی با تحمیل هزینه به سطح مخارج، خانوار را به بالای خط فقر می‌راند؛ حالی که امکان آن وجود دارد که این افراد در تأمین حداقل نیازهای معیشتی خود دچار مشکل باشند. بر این اساس، محاسبه مخارج مراقبت‌های سلامت و احتساب آن در محاسبه خط فقر درآمدی می‌تواند در اتخاذ سیاست‌های حمایتی و جبرانی مناسب به نفع فقرا مؤثر واقع شود. در این مطالعه تأثیر هزینه‌های سلامت بر نرخ سرشمار فقر، میزان و شدت فقر خانوارها محاسبه شده است.

مندل[2] و همکاران (۲۰۱۰) با بررسی روی ۳۱۵۰ خانوار در غرب بنگال هند، از مدل رگرسیون برای شناسایی عوامل مرتبط با هزینه‌های کمرشکن سلامتی استفاده کردند. نتایج نشان داد که حدود ۳۰٪ از خانوارها بیش از ۴۰٪ از ظرفیت پرداخت خود را برای مراقبت‌های بستری هزینه می‌کردند (۱). چارو[3] (۲۰۰۸)، تعداد افرادی را که در ۱۷ ایالت، زیر خط فقر شهری و روستایی بودند با در نظر گرفتن هزینه‌های پرداخت از جیب و بدون چنین هزینه‌هایی مورد محاسبه قرار داد و این طور نشان داد که هزینه‌های پرداخت از جیب برای مراقبت‌های سلامتی در حدود ۵٪ از کل هزینه خانوار را تشکیل می‌دهد و در این میان، خرید دارو با ۷۰٪، بیشترین سهم از پرداخت هزینه های سلامتی از جیب را شامل می‌گردد. تقریبا ۳۲/۵ میلیون نفر در طی سال‌های ۲۰۰۰ –۱۹۹۹ به دلیل پرداخت از جیب به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند. این موضوع بر این دلالت دارد که افزایش فقر به طور کلی پس از محاسبه هزینه‌های پرداخت از جیب برابر ۳/۲٪ است (۲). لیمواتانانون[4] و همکاران (۲۰۰۷)، به منظور توضیح و توصیف شمایی از هزینه های کمرشکن و بی‌نوایی با توجه به پرداخت از جیب خانوارها، دوره قبل و بعد از سیاست پوشش جهانی مراقبت های سلامتی را در خانواده‌های تایلندی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج نشان داد که اجرای سیاست مذکور توانسته است روی کاهش هر چه بیشتر شیوع کلی هزینه‌های کمرشکن تأثیر زیادی داشته باشد (از ۳/۳٪ در سال ۲۰۰۲ به ۲/۸٪ در سال ۲۰۰۴) و از این رو توانسته است تعداد خانوارهایی که به دلیل پرداخت از جیب برای هزینه‌های سلامتی به زیر خط فقر سقوط می‌کنند را کاهش دهد (۳). ویم ون دمه[5] (۲۰۰۴) و همکاران نشان دادند که چگونه هزینه‌های پرداخت از جیب سلامت در جوامع روستایی کامبوج می‌تواند به قرض گرفتن منجر شود. در این مطالعه، پس از شیوع بیماری همه‌گیر نرمی استخوان، به مصاحبه با ۷۲ خانوار در مورد هزینه‌های پرداخت از جیب و نحوه تأمین مالی این هزینه ها پرداخته شد و یک سال بعد ۲۶ خانواده‌ای که برای پرداخت با بدهی مواجه بودند مورد بررسی قرار گرفتند. خانواده‌ها از ترکیبی از صرفه‌جویی، فروش مواد مصرفی، فروش دارایی و قرض کردن پول برای تأمین مالی این هزینه‌ها استفاده کرده بودند. یک سال بعد، اکثر خانواده‌ها با بدهی‌های نخست، قادر به پرداخت این بدهی‌ها نبودند و مجبور به پرداخت نرخ‌های بهره بالا (از ۲/۵٪ تا ۱۵٪ در هر ماه) شده بودند؛ به طوری که تعدادی از آن‌ها ناچار به فروش زمین‌هایشان شده بودند (۴).

فالکینگهام[6] (۲۰۰۴) با استفاده از داده‌های مربوط به استاندارد زندگی تاجیکستان به این موضوع پرداخت که مقدار و وسعت پرداخت از جیب برای مراقبت‌های سلامتی چگونه به عنوان موانعی بر سر راه دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی عمل می‌کند. نتایج نشان دادند که تفاوت‌های معناداری در میزان استفاده از مراقبت‌های بهداشتی توسط گروه‌های اقتصادی– اجتماعی وجود داشت. این تفاوت‌ها به توانایی در پرداخت بستگی داشتند، به طوری که تنها در استفاده از خدمات بیمارستانی، نرخ استفاده ثروتمندان ۷/۳٪ بود. در حالی که این نرخ بین فقرا ۳/۵٪ بود(۵). فضائلی (۱۳۸۶) در قالب طرح پژوهشی نشان داد که شاخص مشارکت مالی عادلانه در تأمین مالی هزینه‌های درمان در مناطق شهری به میزان چشمگیری بهبود یافته و از ۰/۸۴۱۱ به ۰/۸۵۴۴ رسیده است. اما روند تغییرات این شاخص در مناطق روستایی کندتر و در جهت کاهشی بوده است. همچنین مشاهده می‌شود بیش از ۱۶٪ از خانوارهای دچار هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت، در دهک دهم (بالاترین دهک) هزینه‌ای قرار دارند؛ درحالی که سهم سایر دهک‌ها بین ۸ تا ۱۰٪ است (۶).

کاووسی و همکاران (۱۳۸۸) به سنجش و مقایسه درصد خانوارهای مواجه شده با هزینه های کمرشکن سلامت در منطقه ۱۷ تهران در سال‌های ۱۳۸۲ و ۱۳۸۶ و نیز شناخت عوامل ایجادکننده این هزینه‌ها پرداختند و نشان دادند که نسبت خانوارهای مواجه شده با هزینه‌های کمرشکن سلامت از ۱۲/۶٪ در سال ۱۳۸۲ به ۱۱/۸٪ در سال ۸۶ کاهش یافته است (۷). مهر آرا و همکاران (۱۳۸۹) به مطالعه ویژگی‌ها و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت، بر اساس

[2] Mondal
[3] Charu
[4] Limwattananon
[5] Wim Van Damme
[6] Falkingham

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

داده‌های بودجه خانوار سال ۱۳۸۶ پرداختند. نتایج مطالعه نشان داد که حدود ۲/۵٪ از جمعیت کشور در معرض هزینه‌های فاجعه‌بار سلامت قرار داشتند. گروه خانوارهای روستایی، تحت تکفل بیکاران، خانوارهایی که تعداد فرزندان زیر ۱۲ سال و اشخاص بالای ۶۰ سال آنان بالاتر از متوسط جامعه است، و خانوارهای بدون چتر حمایتی بیمه با احتمال بیشتری مواجه با هزینه‌های کمرشکن سلامت هستند (۸). راغفر و مهذب (۱۳۸۹) به محاسبه شاخص عدالت در سلامت و درصد خانوارهای مواجه با هزینه‌های کمرشکن در شهر تهران پرداختند. بر این اساس شاخص عدالت در مشارکت مالی در کل شهر تهران ۰/۸۲ و نرخ خانوارهای مواجه با هزینه های کمرشکن سلامت در شهر تهران ۱۳/۳٪ بود. به بیان دیگر، ۱۳/۳٪ از خانوارها بیش از ۴۰٪ از توان پرداخت خود را صرف هزینه‌های سلامت می‌کنند که نشان می‌دهد سیاست‌های بخش سلامت تأثیر قابل توجهی در کاهش نابرابری سلامت و تحقق سهم ۳۰ درصدی مردم از پرداخت هزینه‌های سلامت نداشته است (۹).

مبانی نظری

پرداخت‌های مراقبت سلامت و فقر: یکی از اهداف اصلی سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت در هر کشوری تأمین امنیت مالی افراد در برابر بیماری‌هایی است که منجر به پرداخت‌های مالی کمرشکن و فقر متعاقب آن می‌شود. زیرا خود فقر ناشی شده از پرداخت‌های مالی کمرشکن در سطح خانوار، منجر به تغذیه نامناسب و شرایط غیر بهداشتی می‌شود، و این‌ها به نوبه خود زمینه رشد بیماری‌ها را فراهم می‌کنند و در واقع روز به روز بر شدت مشکلات سلامتی و فقر افزوده می‌شود و این دو یکدیگر را تشدید می‌کنند (۱۰). پرداخت از جیب برای هزینه‌های درمانی منجر به این می‌شود که خانواده‌ای که در زمان بیماری هزینه‌هایش به سمت هزینه‌های سلامت منحرف می‌شود، بالای خط فقر قرار بگیرد. هر چند مخارجی که صرف نیازهای ضروری کرده است، کمتر از الگوی استاندارد اندازه‌گیری فقر باشد.

بر اساس برآوردهای بانک جهانی در سال ۲۰۰۵، حدود ۷۸ میلیون نفر در آسیا به دلیل پرداخت‌های مراقبت‌های سلامتی جزو فقرا به حساب نیامده‌اند، به عبارت دیگر علی‌رغم قرار گرفتن این عده زیر خط فقر یک دلار در روز، به موجب هزینه‌هایی که خانوار برای مراقبت‌های سلامتی انجام می‌دهد عضو جامعه فقرا محسوب نشده‌اند (۱۱). در واقع وجود دو پیش‌فرض، نخست ماهیت گریزناپذیری پرداخت از جیب و دوم ثابت بودن کل منابع خانوار موجب می‌شود برخی خانوارها به عنوان غیر فقیر رده‌بندی شوند؛ چرا که هزینه‌های بالای مراقبت‌های سلامتی هزینه کل را بالاتر از خط فقر می‌برد و این در حالی است که مخارج غذا، لباس و سرپناه کمتر از سطح امرار معاش می‌باشد و این هزینه اضافی می‌تواند به شکل فروش دارایی، دریافت وام و یا قرض و مساعده از آشنایان تأمین گردد.

شاخص‌های اندازه‌گیری فقر: اغلب بین خط فقر مطلق و خط فقر نسبی تفاوتی وجود دارد. خطر فقر مطلق در طول زمان و فضا ارزش واقعی ثابتی دارد، در حالی که خط فقر نسبی از مخارج متوسط حاصل می‌شود. گاهی اوقات خط فقر نسبی اشاره به خط فقری می‌کند که به صورت درصدی از درآمد متوسط یا میانه محاسبه می‌شود. به اعتقاد راوالیون[7] (۱۹۹۸) به منظور کمک به تصمیم‌گیری‌های سیاستی ضد فقر، خط فقر باید همیشه در فضای رفاه به صورت مطلق در نظر گرفته شود. چنین خط فقری تضمین می‌کند که مقایسه‌های انجام شده در مورد فقر سازگار باشند. بدین معنا که با دو فرد که دارای سطح رفاه مشابه می‌باشند، به طور یکسان برخورد می‌شود (۱۲).

اندازه‌گیری خط فقر: با مطالعه روش‌هایی که برای اندازه‌گیری خط فقر به کار رفته است، می‌توان به دو روش انرژی غذایی و روش هزینه نیازهای اساسی اشاره کرد.

روش انرژی غذایی[8]: محاسبه سطح مخارج مصرفی یا درآمدی که در آن سطح انرژی غذایی جذب شده برای تأمین احتیاجات از پیش تعیین شده انرژی غذایی کافی باشد، روش عملی و متداولی در تعیین خطوط فقر به شمار می‌آید. این نیازها بین افراد مختلف و در طول زمان برای یک فرد معین متفاوت می‌باشند.

روش هزینه نیازهای اساسی[9]: در این روش یک سبد مصرفی که به نظر می‌رسد نیازهای اساسی را تأمین می‌کند، تعیین شده و سپس هزینه این سبد برای هر زیرگروه که برای مقایسه از لحاظ میزان فقر در نظر گرفته شده‌اند، تخمین زده می‌شود. در این روش نیازهای اساسی به عنوان حداقل نیازهای هنجاری که توسط جامعه برای اجتناب از فقر تعیین گردیده است تعریف می‌شود و در این صورت فقر در مقایسه مخارج واقعی با هزینه نیازهای اساسی اندازه‌گیری می‌شود.

در رویکرد خط فقر مطلق، دو روش راونتری[10] و اورشانسکی[11] متداول‌تر هستند. در روش راونتری بعد از تعیین خط فقر غذایی، مقداری درآمد ثابت برای تأمین هزینه حداقل سایر نیازهای

[7] Ravallion
[8] Food Energy Intakes
[9] Cost of Basic Needs
[10] Rowntree
[11] Orshansky

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

اساسی (غیرغذایی) به آن افزوده می‌شود. با توجه به این که در این پژوهش برای محاسبه خط فقر از روش اورشانسکی استفاده شده است، به اختصار به آن می‌پردازیم.

روش اورشانسکی: این روش اولین بار توسط اورشانسکی (۱۹۶۵) برای تعیین خط فقر در ایالات متحده آمریکا استفاده شد. این روش پیشنهادی بعدها به "روش اورشانسکی" معروف گردید و در ایالات متحده و نیز بسیاری از کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما برای اندازه‌گیری خط فقر مطلق مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش مبتنی بر فرض مشهور انگل است. بر مبنای این فرض، خانوارهایی که سهم یکسان از کل درآمدشان را صرف مواد غذایی می‌کنند، از سطوح زندگی یکسانی برخوردارند.

در این روش ابتدا حداقل مخارج لازم برای تهیه مواد خوراکی مورد نیاز فرد تعیین می‌شود. سپس هزینه مواد غیرخوراکی به صورت درصد معینی از هزینه‌های خوراکی به آن افزوده می‌شود. اگر بردار مواد غذایی مورد نیاز با X^f نشان داده شود و بردار قیمت آن‌ها با P^f، آن گاه خط فقر خوراکی برابر است با:

$$FC = P^f \times X^f$$

که در آن FC حداقل هزینه‌های خوراکی؛ P^f: قیمت مواد خوراکی؛ و X^f: مقدار مواد خوراکی است.

حال ضریب انگل یا همان نسبت غذا به کل مخارج (درآمد) برابر خواهد بود با: ER=FC/TC

ER: نسبت غذا به درآمد کل (ضریب انگل) و TC: کل مخارج (درآمد).

در این صورت خط فقر برابر خواهد بود: PL=FC/ER

یعنی در محاسبه خط فقر کل از عکس ضریب انگل استفاده می‌شود. در روش اورشانسکی از میانگین هندسی نسبت هزینه غذا به مخارج کل افراد جامعه استفاده می‌شود (۱۳).

شاخص‌های اندازه‌گیری شدت فقر: شاخص فقر خود یک تابع آماری است که مقایسه ابعاد رفاهی خانوار و خط فقر را به یک عدد برای کل جمعیت یا برای زیرگروهی از جمعیت تبدیل می‌کند. شاخص‌های جایگزین زیادی وجود دارند اما شاخص‌های زیر بیشترین کاربرد را دارا می‌باشند: شاخص سرشمار[12]؛ شاخص شکاف فقر[13]؛ شاخص مجذور شکاف فقر

شاخص نسبت سرشمار: این شاخص عبارت است از سهم جمعیتی که قادر به خرید سبد کالاهای اساسی نمی‌باشند. به عبارت دیگر نسبتی از جمعیت که مصرف یا درآمدشان کمتر از خط فقر می‌باشد. بنابراین دامنه تغییرات این شاخص بین صفر و یک است. در حالتی که هیچ فرد فقیری در جامعه وجود نداشته باشد، صفر و در حالتی که درآمد کلیه افراد جامعه مساوی یا کمتر از درآمد متناظر با خط فقر باشد، برابر یک است. اگر جمعیتی به اندازه n داشته باشیم و q تعداد نفرات فقیر باشد، شاخص سرشمار فقر به صورت زیر تعریف می‌شود:

$$H = \frac{q}{n}$$

شاخص شکاف فقر: این شاخص اطلاعاتی در خصوص فاصله درآمد خانوارها از خط فقر فراهم می‌نماید. این شاخص میانگین کسری درآمد یا مصرف کل را نسبت به خط فقر برای کل جمعیت محاسبه می‌نماید. به عبارت دیگر شاخص شکاف فقر، میانگین فاصله‌ای است که جمعیت را از خط فقر جدا می‌کند. این میانگین با جمع کلیه کسری‌های افراد فقیر و تقسیم حاصل، بر جمعیت به دست می‌آید. شکاف فقر کل منابعی را که لازم است تا همه فقرا به سطح خط فقر آورده شوند برآورد می‌کند. این شاخص به صورت زیر تعریف می‌شود:

$$PG = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{q}\left[\frac{z - y_t}{z}\right]$$

که در آن n جمعیت، y درآمد یا مصرف، q تعداد نفرات فقیر و z خط فقر می‌باشد.

شاخص مجذور شکاف فقر (شدت فقر): در حالی که شکاف فقر فاصله‌ای را که فقرا از خط فقر دارند در نظر می‌گیرد، مجذور شکاف فقر، مجذور این فاصله را محاسبه می‌کند. هنگامی که از مجذور شکاف فقر استفاده می‌شود، وزن بیشتری به فقرایی داده می‌شود که شدت فقر آن‌ها بیشتر است و از فقر بیشتری رنج می‌برند. به عبارت دیگر مجذور شکاف فقر، نابرابری میان فقرا را در نظر می‌گیرد.

$$P_2 = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{q}\left[\frac{z - y_i}{z}\right]^2$$

در واقع شکاف فقر و مجذور شدت فقر بر آن دسته از افراد که دورتر از خط فقر هستند یعنی فقیرترین افراد فقیر تأکید بیشتری می‌نماید.

شاخص فوستر، گریر، توربک[14] (۱۹۸۴) کلیه سنجه‌های سرشمار فقر، شکاف فقر و مجذور شکاف فقر را اندازه می‌گیرد. فرمول کلی این گروه از شاخص‌های فقر بستگی به پارامتر α

[12] Headcount Ratio Index
[13] Poverty Gap Ratio
[14] Foster- Greer-Torbeck

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

دارد که بیانگر درجه انزجار از فقر است. مقدار این پارامتر برای شاخص سرشمار فقر برابر صفر، برای شکاف درآمدی برابر یک، و برای مجذور شکاف فقر برابر دو است. فرمول شاخص فوستر و همکاران به صورت زیر است:

$$P_\alpha = \frac{1}{n}\sum_{i=1}^{q}\left[\frac{z - y_i}{z}\right]^\alpha$$

که در آن n کل جمعیت، q تعداد فقرا، z خط فقر، y_n درآمد (مصرف) خانواده nام و α ضریب انزجار از فقر است (۱۴).

روش کار

این مطالعه بر اساس فصل ۱۹ کتاب تحلیل برابری در سلامت با استفاده از داده‌های پیمایش خانوار که در سال ۲۰۰۸ توسط بانک جهانی منتشر شده است انجام شد (۱۱). در محاسبات این مطالعه از ریز داده‌های هزینه- درآمد خانوار که هر ساله توسط مرکز آمار ایران جمع‌آوری می‌شود استفاده شد و تأثیر هزینه‌های سلامت بر فقیرسازی خانوارها مورد بررسی قرار گرفت. به این منظور برای تمرکز، تحلیل بهتر و جلوگیری از پراکندگی، سال‌های اول برنامه‌های توسعه را انتخاب کردیم، و از خط فقر محاسبه شده برای این سال‌ها استفاده کردیم و با کمک نرم‌افزار STATA11 به تخمین شاخص فقر فوستر-گریک-توربک که شامل سرشمار فقر P0، شکاف فقر P1 و شدت فقر P2 است برای مناطق شهری، روستایی و کل کشور پرداختیم. پس از بررسی و تحلیل روند تغییرات شاخص‌های مذکور در سال‌های منتخب (سال‌های اول برنامه‌های توسعه)، در مرحله دوم هزینه‌های پرداخت شده از جیب برای مخارج سلامت و درمان را از کل هزینه‌های صورت گرفته توسط خانوار کسر کردیم و همانند مرحله اول با کمک نرم‌افزار STATA شاخص‌های P0، P1 و P2 را محاسبه کردیم. به این صورت افزایش در میزان شاخص سرشمار فقر، بیانگر افزایش جمعیت افراد زیر خط فقر است و همان طور که پیشتر بیان شد، بدون این که این عده در آمار رسمی مربوط به فقر لحاظ شوند. همین طور افزایش شاخص شکاف فقر نشان می‌دهد پرداخت مستقیم افراد برای هزینه‌های سلامت علاوه بر افزایش جمعیت فقیر، به واسطه کاهش درآمد منجر به فاصله گرفتن افراد زیر خط فقر از این آستانه می‌گردد. بررسی شاخص شدت فقر که به نوعی بیانگر نابرابری می‌باشد نیز نشان‌دهنده وضعیت دورترین افراد به خط فقر یعنی فقیرترین فقرا است.

در این مطالعه از خط فقر مطلق به منظور شناسایی خانوارهای فقیر و محاسبه شاخص‌های فقر استفاده شد. در محاسبه خط فقر از روش نیازهای اساسی استفاده شد. به این ترتیب که ارزش سبد غذایی، بر اساس نتایج به دست آمده از محاسبات انستیتو تغذیه ایران، معادل ۲۰۸۰ کیلوکالری صورت گرفت و با ضرب در ضریب انگل (نسبت هزینه‌های کل به هزینه خوراک) و اعمال مقیاس معادل (ثابتی برای بعد خانوار) خط فقر به دست آمد. خط فقر مورد استفاده در این مطالعه مطابق جدول ۱ می‌باشد (۱۵).

جدول ۱- خط فقر مناطق شهری و روستایی در سال‌های منتخب

خط فقر		بعد خانوار ۱	۲	۳	٤	٥	٦	۷
۱۳٦۳	شهری	۱۸۹۷۶/۳۲	۳۲۲۱۰/۹۴	۳۸۴۱۳/۲۱	۴۸۳۹۱/۲۹	۵۲۷۱۴/۷۵	۵۹۲۱۸/۱۳	۶۹۹۷۳/۹۵
	روستایی	۱۷۷۱۷/۴	۲۹۴۲۱/۲۵	۳۸۳۲۶/۳	۴۲۲۳۹/۰۵	۴۶۳۶۷/۹۴	۵۲۸۶۸/۸	۶۰۳۰۶/۳۹
۱۳٦۸	شهری	۶۱۷۹۸/۴۶	۸۵۷۲۲/۵۸	۱۰۶۳۹۵/۴	۱۲۶۶۷۲/۲	۲۳۸۸۱۳/۸	۱۵۱۳۸۶/۲	۱۷۶۹۸۳/۸
	روستایی	۸۱۴۷۱/۲	۱۴۴۴۴۵	۱۷۴۷۳۵/۲	۲۰۲۵۳۴/۲	۲۲۱۵۳۳/۷	۲۳۸۱۴۳/۸	۳۰۹۹۰۴/۸
۱۳۷٤	شهری	۲۲۸۰۱۸/۳	۳۴۱۸۷۶/۸	۴۲۶۳۰۷/۲	۵۱۲۰۷۶/۵	۵۵۷۰۷۲/۳	۶۰۳۷۳۱/۷	۶۸۷۰۰۴/۳
	روستایی	۱۱۵۴۸۲/۶	۲۰۲۱۱۹/۶	۲۸۷۰۳۷/۷	۳۱۷۹۰۶/۷	۳۵۹۲۷۸/۷	۳۸۵۶۶۰/۳	۴۹۹۸۹۰
۱۳۷۹	شهری	۵۲۹۸۴۷/۳	۹۰۰۹۰۸/۲	۱۰۶۴۷۷۱	۱۳۱۷۲۷۹	۱۴۸۱۳۰۲	۱۶۰۵۸۳۹	۱۸۰۳۲۶۸
	روستایی	۳۲۲۳۲۴/۳	۵۴۰۰۹۱/۷	۶۹۲۲۳۸/۸	۸۴۱۵۵۲/۲	۹۵۶۸۳۹/۵	۱۰۶۲۵۶۹	۱۳۲۰۶۵۴
۱۳۸٤	شهری	۱۱۲۱۹۶۸	۱۸۶۷۹۹۱	۲۲۹۸۳۰۲	۲۸۰۶۵۰۳	۳۲۴۷۲۴۰	۳۴۶۲۳۴۵	۳۷۸۷۴۶۳
	روستایی	۶۱۳۴۹۷/۳	۱۰۲۶۳۱۴	۱۴۴۰۹۰۴	۱۷۰۳۲۴۳	۱۹۷۱۷۵۹	۲۱۸۰۱۰۲	۲۷۳۸۱۸۱
۱۳۸۸	شهری	۲۰۷۶۳۵۱	۳۷۰۸۹۱۵	۴۲۹۴۵۰۸	۵۲۶۵۷۲۱	۵۸۹۸۲۶۶	۶۵۲۳۱۷۷	۷۲۶۸۰۵۱
	روستایی	۱۲۶۰۶۴۸	۲۰۸۸۲۹۸	۲۸۵۹۸۴۵	۳۳۳۵۱۴۶	۳۹۵۰۹۳۲	۴۵۳۸۴۱۳	۵۴۸۷۰۳۹

مأخذ: آثار اجتماعی- اقتصادی فقر در ایران، سمانه قاعدی، ۱۳۹۰

نتایج

نتایج حاصل ازاین مطالعه به دو بخش تقسیم شده است:

الف- یافته‌های حاصل از تخمین شاخص‌های نرخ، شکاف و شدت فقر برای مناطق مختلف شهری، روستایی و کل کشور در سال‌های منتخب: نتایج این محاسبات در جدول ۲ و نمودار ۱ ارایه شده است.

جدول ۲- شاخص‌های اندازه‌گیری فقر (نرخ فقر، شکاف و شدت فقر) در سال‌های منتخب

سال	کل کشوری p0	p1	p2	مناطق شهری p0	p1	p2	مناطق روستایی p0	p1	p2
۱۳٦۳	۰/۴۱	۰/۱۴	۰/۰۷	۰/۲۹	۰/۰۹	۰/۰۴	۰/۵۴	۰/۲	۰/۱
۱۳٦۸	۰/۵۲	۰/۲۳	۰/۱۳	۰/۳۸	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۶۲	۰/۲۸	۰/۱۷
۱۳۷٤	۰/۴۶	۰/۱۶	۰/۰۸	۰/۴۶	۰/۱۶	۰/۰۷	۰/۴۶	۰/۱۷	۰/۰۹
۱۳۷۹	۰/۴۴	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۴۱	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۴۶	۰/۱۷	۰/۰۸
۱۳۸٤	۰/۳۳	۰/۱	۰/۰۴	۰/۳۳	۰/۱	۰/۰۴	۰/۳۳	۰/۱	۰/۰۴
۱۳۸۸	۰/۴۳	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۴۳	۰/۱۴	۰/۰۶	۰/۴۴	۰/۱۵	۰/۰۷

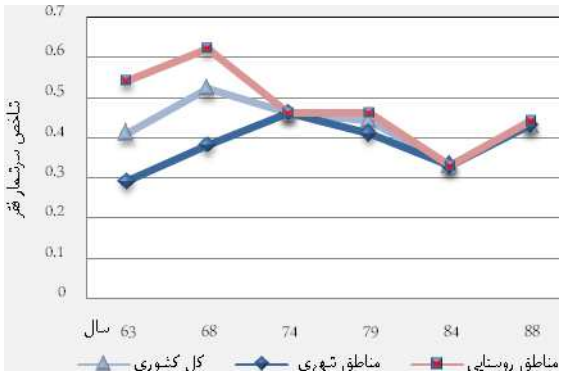
مأخذ: محاسبات پژوهش

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد P0 به عنوان شاخص نرخ فقر یا سرشمار فقر (نسبت افراد فقیر به کل)، در مناطق شهری و روستایی از روند تقریباً مشابهی برخوردار بوده است. با این تفاوت که نرخ فقر مناطق روستایی در سال ۶۸ افزایش قابل توجهی داشته است و پس از آن کاهش یافته است؛ اما در مناطق شهری نرخ فقر تا

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

سال ۷۴ روند افزایشی داشته و پس از آن کاهش یافته است. در واقع در فاصله سال‌های ۶۸ تا ۷۴ روند تغییرات نرخ فقر در مناطق روستایی نزولی و در مناطق شهری صعودی بوده است؛ اما پس از سال ۷۴ روند تغییرات نرخ فقر در مناطق روستایی و شهری مشابه و کاهشی بوده است.

بررسی این شاخص در کل کشور نشان می‌دهد برنامه‌های فقرزدایی در کشور برای سال‌های ۶۸ تا ۸۴ با موفقیت همراه بوده است به طوری که این میزان از ۵۲٪ در سال ۶۸، تا ۳۳٪ در سال ۸۴ کاهش یافته است اما در دوره ۴ ساله ۸۴ تا ۸۸ نرخ فقر کشور با افزایش ۱۰ درصدی مواجه گشته است. به طور کلی نرخ فقر در سال‌های بین ۶۳ تا ۸۸، هم در مناطق روستایی و هم در مناطق شهری با روندی نسبتاً کاهشی همراه بوده است. نرخ فقر در سال ۶۸ با جهشی ناگهانی به بالاترین مقدار خود در طول دوران مطالعه رسیده است، اما پس از جهش فقر در سال ۶۸ طی دوره چهار ساله، نرخ فقر کاهش یافته است به طوری که در مناطق روستایی، از نرخ سرشمار فقر در سال ۶۳ نیز کمتر شده است و پس از آن با آهنگی کندتر این روند کاهشی ادامه یافته است. کم‌ترین نرخ فقر طی دوره مورد بررسی مربوط به سال ۸۴ بوده است ولی پس از آن نرخ فقر در سال ۸۸ افزایش یافته است. شاخص‌های P1 و P2 که نمایانگر شکاف فقر و شدت فقر موجود در جامعه هستند، روند کاملاً مشابهی داشته‌اند. در مناطق روستایی این دو شاخص شاهد نوسان چندانی نبوده‌اند و پس از افزایش در سال ۶۸ روندی کاهشی را تا سال ۸۴ طی کرده‌اند و طی سال‌های ۸۴ تا ۸۸ افزایش یافته‌اند.



مأخذ: محاسبات پژوهش

نمودار ۱- نرخ سرشمار فقر در سال‌های منتخب به تفکیک مناطق شهری، روستایی و کل کشور

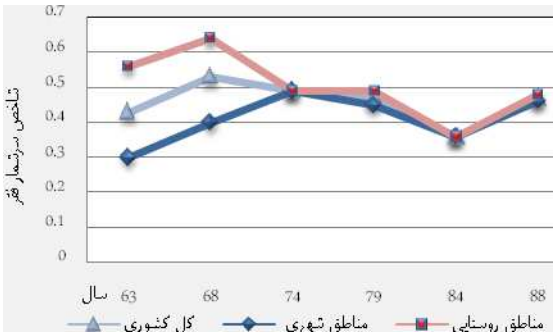
ب) یافته‌های حاصل از اثر هزینه‌های سلامت بر شاخص‌های فقر: به منظور بررسی تأثیر پرداخت از جیب توسط خانوار برای هزینه‌های سلامتی بر فقر خانوارها، شاخص‌های فقر را پس از کسر هزینه‌های سلامت پرداخت شده توسط خانوار در سال‌های منتخب مورد محاسبه و ارزیابی قرار دادیم. در واقع هدف از این کار، محاسبه نسبتی از خانوارها بود که به دلیل مواجهه با هزینه‌های اسفبار سلامت، بخشی از درآمد خود را به جای اختصاص به سایر ردیف‌های هزینه، به هزینه‌های سلامت اختصاص داده و به تبع آن به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند. جدول ۳ شاخص‌های فقر را در این شرایط به تفکیک کل کشور، مناطق شهری و روستایی بیان می‌دارد و نمودار ۲ روند تغییرات شاخص‌های فقر را نمایش می‌دهد.

جدول ۳- شاخص‌های فقر پس از کسر هزینه‌های سلامت از سبد هزینه‌های خانوار در سال‌های منتخب

سال	کل کشور			مناطق شهری			مناطق روستایی		
	p0	p1	p2	p0	p1	p2	p0	p1	p2
۱۳۶۳	۰/۴۳	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۳	۰/۱	۰/۰۴	۰/۵۶	۰/۲۱	۰/۱۱
۱۳۶۸	۰/۵۳	۰/۲۴	۰/۱۴	۰/۴	۰/۱۷	۰/۰۹	۰/۶۴	۰/۳۰	۰/۱۸
۱۳۷۴	۰/۴۹	۰/۱۸	۰/۰۹	۰/۴۹	۰/۱۷	۰/۰۸	۰/۴۹	۰/۱۸	۰/۰۹
۱۳۷۹	۰/۴۷	۰/۱۷	۰/۰۸	۰/۴۵	۰/۱۵	۰/۰۷	۰/۴۹	۰/۱۸	۰/۰۹
۱۳۸۴	۰/۳۶	۰/۱۱	۰/۰۵	۰/۳۶	۰/۱۱	۰/۰۴	۰/۳۶	۰/۱۱	۰/۰۵
۱۳۸۸	۰/۴۷	۰/۱۶	۰/۱۵	۰/۴۶	۰/۱۶	۰/۰۹	۰/۴۸	۰/۱۶	۰/۲۱

مأخذ: محاسبات پژوهش

با بررسی روند تغییرات شاخص سرشمار فقر در حالتی که از هزینه خانوار معادل پرداخت افراد برای هزینه‌های بهداشتی کسر گردد، مشاهده شد روند نوسانات نرخ فقر همانند فقر در حالت کلی بوده و کسر هزینه‌های بهداشتی در دوره مورد مطالعه، تأثیر قابل توجهی بر روند افزایش یا کاهش نرخ فقر نداشته است، اگرچه مقادیر شاخص‌های فقر را متأثر کرده است. آن چه در این بخش حائز اهمیت ویژه‌ای است این است که مقایسه نرخ سرشمار فقر هر سال، در وضعیت کلی و پس از کسر هزینه‌های بهداشتی از کل هزینه‌های خانوار می‌باشد. نمودار ۲ شاخص سرشمار فقر را در شرایط کسر هزینه‌های سلامت نمایش می‌دهد. محور عمودی نمایانگر این شاخص می‌باشد.



مأخذ: محاسبات پژوهش

نمودار ۲- نرخ سرشمار فقر پس از کسر هزینه‌های سلامت از هزینه‌های خانوار در سال‌های منتخب

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

در جوامع روستایی شاخص P0 در سال ۱۳۶۳ با ۲٪ افزایش از ۵۴٪ به ۵۶٪ رسیده است. در سال ۱۳۶۸ کسر هزینه‌های سلامت از هزینه‌های خانوار موجب افزایش ۱/۸ درصدی نرخ فقر مناطق روستایی شده که تقریباً ۱/۵ برابر افزایش ۱/۳ درصدی نرخ فقر برای کل کشور در این سال می‌باشد. به عبارت دیگر در سال ۶۸ تقریباً ۲٪ از جمعیت خانوارهای روستایی به دلیل هزینه‌های سلامت دچار فقر شده‌اند. در سال‌های ۷۴، ۷۹ و نیز ۸۴، نرخ فقر با حذف هزینه‌های سلامت با افزایشی نزدیک به ۳٪ روبرو شده است که حاکی از مواجه شدن جمعیت بیشتری از ساکنین روستاها با هزینه‌های کمر شکن سلامتی، در مقایسه با دهه ۶۰ بوده است. به طوری که حدود ۳٪ از ساکنان روستاها در سال‌های مذکور به دلیل هزینه‌های کمرشکن سلامت به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند. افزایش نرخ فقر در روستاهای کشور در دوره ۸۴ تا ۸۸ علی‌رغم کاهشی که در سال ۸۴ داشته به بالاترین مقدار خود در طی دوره مورد مطالعه رسیده و هزینه‌های مصیبت‌بار بهداشتی و درمانی منجر به افزایش ۴ درصدی فقر در مناطق روستایی شده است.

بررسی شاخص‌های فقر در جوامع شهری، مشابه جوامع روستایی بوده و با حذف هزینه‌های سلامت از سبد هزینه‌ای خانوار نرخ فقر با افزایش روبرو بوده است. این افزایش برای سال ۶۳ معادل ۱/۸٪، برای سال ۶۸ حدود ۱/۳٪ و در سال ۷۴ نزدیک به ۳٪ می‌باشد. بیشترین مقدار افزایش نرخ فقر در مناطق شهری مربوط به سال ۷۹ است که حذف هزینه‌های سلامت سبب افزایش ۳/۷ درصدی نرخ فقر در این جوامع شده است. همچنین در سال ۸۴ شاخص P0 رشدی برابر ۲/۷٪ داشته است. در جوامع شهری نیز میزان فقر در سال ۸۸ نسبت به سال ۸۴ با افزایش روبرو شده و جمعیتی که در اثر هزینه‌های بهداشتی و درمانی به زیر خط فقر سقوط کرده‌اند با ۳/۲٪ افزایش روبرو شده است. بررسی روند تغییر شاخص‌های P1 و P2 در جوامع شهری باز هم حکایت از تغییر با آهنگی ملایم‌تر از جوامع روستایی و کل کشوری دارد. این دو شاخص پس از افزایش در سال ۶۸ روندی کاهشی را در تمامی سال‌های دوره طی کرده است تا به کم‌ترین مقدار در سال ۸۴ رسیده و پس از آن تا پایان دوره افزایش یافته است.

افزایش شاخص شکاف فقر با کسر هزینه‌های سلامت از مخارج کل خانوار، در سال ۶۸ و نیز در سال ۸۸ در مناطق روستایی به بیشترین مقدار خود رسیده است که نشان می‌دهد در این سال‌ها پرداخت از جیب برای هزینه‌های مراقبت سلامت توسط خانوار، فاصله درآمد خانوار را از خط فقر به بیشترین مقدار خود رسانده است. به عبارتی مخارج بهداشت و درمان علاوه بر سقوط ۱/۸ درصدی جمعیت روستاها در سال ۶۸ و ۴ درصدی در سال ۸۸ به زیر خط فقر، به واسطه کاهش درآمد خانوارهای زیر خط فقر موجب افزایش فاصله آن ها از خط فقر شده است. همچنین پرداخت توسط خانوار برای هزینه‌های سلامت در سال ۸۸ در جوامع شهری با افزایش ۲ درصدی شاخص P1 منجر به فاصله گرفتن دو برابری خانوارها از خط فقر به واسطه کاهش درآمد خانوار نسبت به سال‌های قبل مورد مطالعه شده است.

بحث

سلامت و دسترسی به امکانات سلامت از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. اما صرف نظر از این که بعضی از مناطق محروم دسترسی کافی به خدمات سلامت ندارند، هزینه‌های کمرشکن سلامت نیز می‌تواند بخشی از درآمد خانوار را به خود اختصاص دهد و رفاه خانوار را کاهش دهد. این درحالی است که در صورت وجود نظام بیمه‌ای کارا در کشور، بار هزینه‌های سلامت بر خانوارها کاهش می‌یابد. بر اساس آمار غیر رسمی به دست آمده، در حال حاضر سهم مردم از پرداخت هزینه‌های سلامت بیش از آن است که طبق قانون ۹۰ برنامه توسعه مقرر شده است. میزان پرداخت از جیب علاوه بر کاهش قدرت خرید خانوار و سقوط افراد به زیر خط فقر، سبب می‌شود هزینه‌های خانوار بالاتر از سطح معیشتی به نظر آمده به بروز اشتباه در برآوردهای مربوط به میزان فقرا و عدم کارایی سیاست‌های فقرزدایی منجر گردد. مسأله پرداخت‌های از جیب برای مراقبت‌های سلامت و نیز کارایی بیمه برای خانوارهای فقیر از اهمیت بیشتری برخوردار است؛ چرا که برخی از آن‌ها به دلیل هزینه‌های بالای سلامت از مراجعه به مراکز درمانی چشم‌پوشی می‌کنند و همین امر می‌تواند در بلندمدت آثار سوء بیشتری بر خانوار داشته باشد.

نتایج محاسبات نشان می‌دهد حذف هزینه‌های سلامت پرداختی خانوار به صورت پرداخت مستقیم از جیب، سبب افزایش نرخ فقر می‌گردد. دلیل این مسأله را باید در کاهش رفاهی که در اثر چنین پرداخت‌هایی صورت می‌گیرد جستجو کرد. به این ترتیب که وقتی خانوار ناگزیر به پرداخت این قبیل هزینه‌ها برای درمان باشد، هزینه‌های خانوار به طور کاذب بالاتر از سطح رفاه او نشان داده می‌شود. چه بسا مخارجی که صرف هزینه‌های درمان شده است از محل فروش دارایی‌ها، کاهش پس‌انداز، وام و یا از این قبیل باشد. در این صورت هزینه‌های اساسی خانوار در سایر ردیف‌های هزینه کاهش یافته و به هزینه سلامت تخصیص می‌یابد. به عبارت دیگر هزینه واقعی خانوار

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

کم‌تر از آن است که مشاهده می‌شود. در این صورت، با حذف هزینه‌های سلامت و در نظر گرفتن هزینه‌های واقعی، خانوار زیر خط فقر بوده و به علت هزینه‌های سلامت دچار فقر شده است. به عبارت دیگر، با حذف پرداخت‌های سلامت سطح مخارج واقعی خانوار که صرف هزینه‌های اساسی شده است، نمایان می‌شود و سبب می‌شود نرخ فقر به دلیل وجود این دسته از خانوارها افزایش یابد. جدول ۴، میزان اختلاف در شاخص‌های فقر را پس از کسر هزینه‌های سلامت از مخارج کل خانوار نمایش می‌دهد. یادآور می‌شود مثبت بودن تمامی اعداد حاکی از افزایش شاخص‌های مذکور با حذف هزینه‌های سلامتی در تمام سال‌های مورد مطالعه است.

جدول ۴- تأثیر هزینه‌های شخصی خانوارها بر روی سلامت و افزایش شاخص‌های فقر در سال‌های منتخب (٪)

سال	کل کشور			مناطق شهری			مناطق روستایی		
	P0	P1	P2	P0	P1	P2	P0	P1	P2
۱۳۶۳	۲/۱۰	۱	۰/۰۱	۱/۸	۱	۰	۲	۱	۰/۰۱
۱۳۶۸	۱/۶۰	۱	۰/۰۱	۱/۳	۱	۰	۱/۸	۲	۰/۰۱
۱۳۷۴	۲/۵۰	۲	۰/۰۱	۲/۷	۱	۰/۰۱	۲/۴	۱	۰
۱۳۷۹	۳/۲۰	۲	۰/۰۱	۳/۷	۱	۰/۰۱	۲/۹	۱	۰/۰۱
۱۳۸۴	۲/۸۰	۱	۰/۰۱	۲/۷	۱	۰	۲/۸	۱	۰/۰۱
۱۳۸۸	۳/۶۰	۲	۰/۰۹	۳/۲	۲	۰/۰۳	۴	۲	۰/۱۴

مأخذ: محاسبات پژوهش

به عنوان مثال همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود نرخ فقر به دلیل تحمیل هزینه‌های سلامت به خانوارها در سال ۷۹، معادل ۳/۲٪ افزایش در فقر را به دنبال داشته است. بدین معنی که تقریباً ۳٪ از خانوارها به دلیل پرداخت هزینه‌های کمرشکن سلامت دچار فقر شده‌اند. قابل ذکر است که هزینه‌های سلامت در این سال ۳/۷٪ از جمعیت شهری و حدود ۳٪ از جمعیت روستایی را به زیر خط فقر رانده است و یا در سال ۸۸ هزینه‌های مراقبت از سلامت، ۳/۶٪ از افراد جامعه را به زیر خط فقر رانده است که این میزان میانگینی از ۳/۲٪ جمعیت شهری و ۴٪ جمعیت روستایی مواجه با هزینه‌های کمر شکن سلامتی در سال ۸۸ است.

از طرف دیگر نتایج حاصل از بررسی شاخص P0 حکایت از وزن بیشتر فقر در مناطق روستایی و در نتیجه تأثیرپذیری بیشتر نرخ فقر کل کشور از شاخص فقر روستایی دارد. این نکته که در تمام سال‌های مورد بررسی، نرخ سرشمار فقر در مناطق روستایی از مناطق شهری بالاتر است سبب شده با حذف هزینه‌های پرداخت شده خانوار برای هزینه‌های سلامت نیز نرخ فقر در مناطق روستایی بالاتر باشد. در سال‌های ۸۴ و ۸۸ پرداخت‌های خانوار برای هزینه‌های درمان منجر به افزایش بیشتر فقر در مناطق روستایی نسبت به مناطق شهری شده است، شاخص p0 در سال ۸۴ برای مناطق شهری ۲/۷٪ و برای مناطق روستایی ۲/۸٪ و در سال ۸۸، معادل ۳/۲ و ۴ درصد بوده است که بالاتر بودن فقر روستایی نسبت به شهری را نشان می‌دهد. ولی نکته قابل توجه این است که برای ارزیابی دقیق‌تر کارایی بیمه‌های درمانی لازم است اطلاعات دیگری نیز در دسترس باشد. بر اساس مطالعات انجام گرفته، میانگین دفعات مراجعه به پزشک در گروه بیمه شده و بیمه نشده اختلاف معناداری دارد. میزان مراجعه به پزشک در بین افراد بیمه شده نسبت به بیمه نشده‌ها رشدی معادل ۳۰٪ دارد (۱۶)؛ این درصد رشد در مطالعه استفان و مارکوس[15] (۱۹۹۴) در امریکا معادل ۴۰٪ بوده است (۱۷). افرادی که تحت پوشش بیمه قرار می‌گیرند نسبت به افراد فاقد پوشش بیمه‌ای از دسترسی بهره‌مندی بیشتری از خدمات سلامت برخوردارند. بدیهی است مراجعه بیشتر برای دریافت خدمات سلامت، هزینه‌های پرداخت از جیب برای این خدمات را افزایش می‌دهد و بر رشد هزینه‌های سلامت تأثیر می‌گذارد. لذا برای ارزیابی میزان کارایی بیمه‌های درمانی روستاییان علاوه بر توجه به ادامه روند افزایشی هزینه‌های بهداشتی درمانی خانوارها، ضرورت دارد شاخص‌های سلامت در جامعه روستایی نیز مورد بررسی قرار بگیرند. چرا که با افزایش بهره‌مندی از خدمات سلامت و توسط روستاییان، نماگرهایی نظیر نرخ مرگ و میر، بیماری‌های مادران، مرگ و میر ناشی از زایمان، طول عمر و نظایر این ها، حتی در صورت افزایش هزینه‌های پرداخت از جیب خانوار، بهبود می‌یابند. شاخص شدت فقر بیان کننده تخصیص وزن بیشتر به افرادی است که از خط فقر فاصله بیشتری دارند. در اینجا بررسی روند تغییرات شاخص شدت فقر نشان از روند افزایشی شدت فقر ناشی از هزینه‌های سلامت در کل کشور دارد. این شاخص برای مناطق شهری در سال‌های ۶۳ و ۶۸ و ۸۴ تغییر محسوسی را نشان نمی‌دهد ولی در سال‌های ۷۴ و ۷۹ با ۰/۰۱ افزایش نشان‌دهنده نابرابری ایجاد شده از هزینه‌های سلامت در سال‌های مذکور در مناطق شهری می‌باشد. هزینه‌های مربوط به سلامتی در سال ۸۸ موجب افزایش ۰/۰۳ در شاخص شدت فقر برای مناطق شهری شده است که نشان‌دهنده افزایش شدت فقر برای فقیرترین خانوارها در اثر هزینه‌های سلامتی می‌باشد.

در مناطق روستایی نیز به غیر از سال ۷۴ که تغییر شاخص شدت فقر چندان چشمگیر نبوده است، در سایر سال‌های مورد مطالعه، پرداخت هزینه‌های سلامتی توسط خانوارها منجر به افزایش ۰/۰۱ در شاخص شدت فقر شده است. در سال ۸۸،

[15] Marquis and Stephen

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

همزمان با افـزایش شـاخص‌هـای P0 و P1 کسـر هزینـه‌هـای بهداشـتی و درمـانی از مخـارج کـل خـانوار منجـر بـه افـزایش بی‌سابقه ۰/۱۴ شاخص شدت فقر در جوامع روسـتایی شـده کـه نشان از رشد بالای وزن افرادی که از خط فقر بسیار دور هستند در دوره ۸۴ تا ۸۸ دارد. نکته قابـل توجـه در مـورد شـاخص P2 مقدار برابر این شاخص در سال ۸۴ در وضعیت کلی برای مناطق شهری، روستایی و کل کشور است ایـن مسـأله در کنـار بـالاتر بـودن شـاخص P2 روسـتایی از شـهری در ابتـدای دوره مـورد مطالعه نشـان‌دهنـده اثـربخش بـودن تـلاش‌هـا بـرای کـاهش نابرابری در مناطق روستایی و همچنین کاهش تعداد افراد بسیار فقیر روستایی می‌باشد. پرداخت هزینه‌های مراقبـت سـلامت در سال ۸۴ منجر به افزایش ۰/۰۱ شاخص P2 برای روستاها شـده اسـت و در مقابـل، ایـن شـاخص بـرای منـاطق شـهری تغییـر محسوسی نداشته است. این نکته نشان از افزایش نابرابری بیشـتر در پرداخت هزینه‌های درمانی در روستاها نسبت به مناطق شـهری دارد. مسأله بعدی در رابطه با شاخص p2 مقایسه آن در سال ۸۸ و ۷۹ می‌باشد، به طوری که اگر چـه نـرخ فقـر بـدون احتسـاب هزینه‌های بهداشـتی و درمـانی در سـال ۸۸ و ۷۹ تقریبـاً برابـر است، میزان شاخص شدت فقر بدون احتساب هزینه‌های مراقبت از سلامت در سـال ۸۸ نسـبت بـه ۷۹ بـه خصـوص در منـاطق روسـتایی بسـیار بیشـتر افـزایش یافتـه اسـت و ایـن مسـأله نشان‌دهنده نابرابری بیشـتر تحمیـل شـده توسـط هزینـه‌هـای بهداشتی و درمانی به پایین‌ترین دهک‌های درآمدی در سال ۸۸ می‌باشد.

نتیجه‌گیری

از بررسی شاخص‌های فقر با در نظـر گـرفتن پرداخـت خـانوار برای هزینه‌های سلامتی و بدون در نظر گرفتن ایـن هزینـه‌هـا، نتیجه می‌شود حذف هزینه‌های درمانی پرداخت شـده از مخـارج مصرفی خانوار سبب افزایش نرخ فقر از زیر یک درصد تا حـدود ۴٪ می‌گردد. دلیل این امـر کـاهش رفـاه ناشـی از هزینـه‌هـای سلامت برای خانوار و کاهش درآمـدی اسـت کـه مـی‌توانسـت صرف نیازهای ضروری و رفاهی خانوار شود و ناگزیر بـه منظـور دسترسی به سطح متعارف و استاندارد سـلامت، بـه ایـن بخـش اختصاص یافته است. بنابراین هزینه واقعـی خـانوار کمتـر بـوده است به طوری که خانوار پایین‌تر از خط فقر قرار می‌گیرد. نکتـه حائز اهمیت این است که به دلیل بزرگ‌نمایی هزینه‌های ناشـی از سلامت این دسته خانوارها، حتی در محاسبات نیز خانوارهـای فقیر دیده نمی‌شوند. در حالی که به دلیل هزینه‌هـای کمرشـکن سلامت، آسیب‌پذیری آن‌ها بیش از سایر خانوارهای فقیر خواهـد بود.

نتایج سوء ناشی از پرداخت‌های کمرشکن سلامت را مـی‌تـوان به دلیل ناکارایی بیمه‌های درمان در کشور دانست. اگر چه بـرای ارزیـابی کـارایی بیمـه‌هـای سـلامت لازم اسـت اطلاعـات مبسوط‌تری از جمله تعداد مراجعات بـه پزشـک، مراجعـه بـرای مراکز درمانی و هزینه‌های پرداخت از جیب برای سلامت در نظر گرفته شـود، اصـلاحات اساسـی در شـیوه تـأمین مـالی بخـش سلامت نیز در کنار اتخاذ ساز و کارهایی در جهت کاراتر کـردن نظام بیمه‌ای و روش‌های ارایه خدمات درمـانی و کـاهش سـهم پرداختی مردم از هزینه‌های بهداشت ضروری به نظر می‌رسد. بـا توجه به این که ماده ۹۰ قانون برنامه چهارم توسعه کـه کـاهش سهم پرداختی مردم از هزینه‌های درمان تـا ۳۰٪ را هـدف قـرار داده است، این امر در پناه یک نظام تصمیم‌گیری درست و ساز و کارهای اجرایی شدن قوانین و نیز وجود نهادهایی با نظارت مؤثر بر اجرای صحیح قانون، به کاهش جمعیـت گرفتـار فقـر در اثـر هزینه‌های کمرشکن سلامت کمک قابل توجهی خواهد کرد.

References

1- Mondal S, Barun K, David H, Peters HL. Catastrophic Out-of-Pocket Payment for Health Care and its Impact on Households: Experience from West Bengal, India. Future health systems innovations for equity, 2010.
2- Charu CG, Anup KK. Reducing Out-of-Pocket Expenditures to Reduce Poverty: a Disaggregated Analysis at Rural-Urban and State Level in India. Health Policy and Planning 2008; 17: 1-13.
3- Limwattananon S, Viroj T, Phusit P. Catastrophic and Poverty Impacts of Health Payments: Results from National Household Surveys in Thailand. Bulletin of the World Health Organization 2007; 85 (8): 600-606.
4- Wim VD, Luc VL, Ir P, Wim H, Bruno M. Out-of-Pocket Health Expenditure and Debt in Poor Households: Evidence from Cambodia. Tropical Medicine and International Health 2004; 9(2): 273–280.
5- Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. Social Science and Medicine 2004; 58: 247–258.
6- Fazaeli A. Calculating index for equity in financing health system in Iran. 2006-2003. Tehran: Health Ministry; 2008. (in Persian)
7- Kavosi Z, Rashidian A, Pourmalek F, Majdzadeh R, Pourreza A, Mohammad K, et al. Measuring Household Exposure to Catastrophic Health Care Expenditures: a Longitudinal Study in Zone 17 of Tehran. Hakim Research Journal 2009; 12(2): 38-47. (in Persian)

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

8- Mehrara M, Fazaeli AA, Fazaeli AA. Health Finance Equity in Iran: an Analysis of Household Survey Data (2003-2007). Health administration 2010; 13 (40): 51-62. (in Persian)
9- Raghfar H, Maher A, Sangsari Mohazzab K. Measurement of Fair Financial Contribution Index and Catastrophic Expenditures in City of Tehran. Urban Health Congress; 2008. (in Persian)
10- World Health Organization. Health Financing. Available from: http://www.who.int/health_financing/documents/dpe_05_2distribution_of_health payments.p. Accessed May21, 2008.
11- Owen O, Eddy VD, Adam W, Magnus L. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. World Bank; 2008, PP: 213-219.
12- Martin R. Poverty Lines in Theory and Practice. Living Standards Measurement Study Working Paper. 133. World Bank; 1998.
13- Orshansky M. Counting the Poor: Another Look at the Poverty Profile. Social Security Bulletin 1965; 28(1): 3-29.
14- Foster JE, Greer J, Thorbecke E. A Class of Decomposition Poverty Indices. Econometrica 1984; 52: 761-6.
15- Ghaedi S. Social-economic impacts of poverty and inequality in Iran (1984-2009). Alzahra University; 2011. (in Persian)
16- Vaez mahdavi M, Hadavand B, Jafari F, Fallah N. An Estimation of the Impact of Health Insurance on Social [Family] Welfare of Insured. Economic & Society 2008; 15-16: 11-20. (in Persian)
17- Long SH, Marquis MS. The uninsured 'access gap' and the cost of universal coverage. Health Affairs 1994; 13(2): 211-220.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]

Impact of Health Insurance Inefficiency on Poverty among Iranian Households

Raghfar H[1*] (PhD), Khezri M[2] (PhD), Vaez Mahdavi Z[2] (MSc), Sangari Mohazab K[1] (MSc)

[1] *Department of Economics, School of Social Sciences & Economics, Alzahra University, Tehran, Iran*
[2] *Department of Economics, School of Law, Political Sciences, South Tehran Branch, Azad University, Tehran, Iran*

Received: 22 May 2012, Accepted: 14 Mar 2013

Abstract

Introduction: A main goal of health systems is to provide financial security against diseases by which catastrophic expenditures and poverty can occur. The cost of health care services is high and households are main bearers of financial loads rather than health insurance companies in Iran. Moreover, due to inadequate access to health care centers and inadequate coverage of health insurance services, households who have been covered by insurance services have the same problem too. Increasing health care costs in households' consumption basket result in increasing households' expenditures that might lead to misidentification of the poor households. The aim of this study was to assess the impact of health care expenditures on poverty among Iranian households.

Methods: In this study, we used households' micro data provided by the income-expenditure household survey conducted by the Iran Statistics Center. The FGT index (1984) was used to measure poverty and assess the impact of out of pocket payments in health care services on the households' poverty status.

Results: Out of pocket payments by the households have increased health expenditures and have led households to poverty in both rural and urban areas. In rural areas, household poverty incidence increased by 4% due to increase in tariffs of health care services in 2009. The highest increase in poverty incidence in urban areas was 3.4% which was occurred in 2000. In general, increase in out of pocket payments resulted in increase in poverty incidence in the country as follows: in 1984: 2.1%; in 1989: 1.6%; in 1995: 2000; in 2004: 3%; and in 2009: 3.6%.

Conclusion: Increases in health care expenditures have been led to poverty increase from 1 to 4 percent in different urban and rural areas during period of the study. Every year, a significant number of individuals in both rural and urban areas have been dragged below poverty line due to catastrophic health expenditures. Meanwhile, due to registration of high expenditure for the households, they were not identified as the poor.

Key words: poverty line, FGT index, health care payments

Please cite this article as follows:

Raghfar H, Khezri M, Vaez Mahdavi Z, Sangesari Mohazab K. Impact of Health Insurance Inefficiency on Poverty among Iranian Households. Hakim Research Journal 2013; 16(1): 9- 19.

[*]Corresponding Author: Deh vanak Ave, Alzahra University, School of Social Sciences & Economics, Department of Economics, Tehran, Iran, Tel: +98- 21- 88044040, Fax: +98- 21- 88035187, E-mail: raghfar@alzahra.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2026-11-29]