مقاله پژوهشی

بررسی روند و سهم هزینه‌های سلامت از هزینه‌های خانوار بر اساس دهک‌های هزینه‌ای در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵

رضوانه الوندی[۱]، ایرج حریرچی[۲]، ژاله عبدی[۳]، الهام عبدالمالکی[۴]، حسین میرزایی[۵]، مهشاد گوهری مهر[۶]، الهام احمدنژاد[۷*]

۱-کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۲-استاد، عضو هیأت علمی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۳-استادیار، عضو هیات علمی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۴-کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۵-کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۶-کارشناس پژوهشی، موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران ۷-استادیار، عضو هیات علمی موسسه ملی تحقیقات سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

***نویسنده مسئول:** تهران- خیابان وصال شیرازی- خیابان بزرگمهر شرقی- پلاک ۷۰- موسسه ملی تحقیقات سلامت، تلفن:۶۲۹۲۱۲۸۶-۰۲۱

پست الکترونیک: ahmadnezhad@tums.ac.ir

دریافت :۹۶/۱۲/۱۰ پذیرش: ۹۷/۴/۵

چکیده

مقدمه: *بخشی از هزینه‌های هر خانوار در هر کشور صرف دریافت خدمات سلامت می‌شود. این مقاله با هدف بررسی روند و سهم هزینه‌های سلامت خانوارهای شهری و روستایی از هزینه‌های کل خالص و تاثیر احتمالی اجرای طرح تحول سلامت بر روند این هزینه‌ها در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ به انجام رسید.*

روش کار: *در این مطالعه از داده‌های هزینه-درآمد خانوارها، جمع‌آوری شده توسط مرکز آمار ایران، استفاده شد؛ تعداد خانوارها در هر سال تقریبا معادل ۳۸هزار است. از متوسط سالانه هزینه‌های پرداخت از جیب و نسبت هزینه‌های خیلی ضروری و ضروری به کل هزینه‌های خالص سالانه خانوارها برای بررسی روند هزینه‌های سلامت استفاده شد.*

یافته‌ها: *روند پرداخت از جیب خانوارهای شهری و روستایی در ایران با کاهش بسیار کندی همراه بوده، و متوسط نسبت هزینه‌های سلامت به کل هزینه‌های خانوارهای شهری و روستایی طی سال‌های مورد بررسی در خانوارهای دهکهای دهم و اول به ترتیب ۲۶٪ و ۱/۳٪ و در کل جمعیت ۷٪ بود. تفاوت پرداخت از جیب خانوارهای دهک‌های اول و دهم شهری و روستایی در سال ۹۵ به ترتیب ۲۹,۹۴۲,۵۳۴ و ۱۵,۴۴۱,۱۱۳ریال بود.*

نتیجه‌گیری: *نتایج این مطالعه نشانگر تفاوت قابل توجه پرداخت‌های خانوارهای فقیر و ثروتمند برای دریافت خدمات سلامت است؛ هرچند روند کلی هزینه‌های سلامت در خانوارها طی این سال‌ها ثابت بوده‌است. علیرغم پوشش همگانی بالای بیمه در ایران، همچنان تفاوت چشمگیری در هزینه‌های سلامت مشاهده می‌شود، اما به‌طور کلی مقادیر خالص پرداخت برای هزینه‌های سلامت در ایران در میان تمامی دهک‌ها نسبت به سایر هزینه‌ها پایین‌تر است.*

گل‌واژگان: *طرح تحول سلامت، پرداخت از جیب، دهک‌های هزینه‌ای*

مقدمه

پرداخت مستقیم از جیب جهت دریافت هزینه‌های سلامت، توانایی مردم برای استفاده از این قبیل خدمات را کاهش می‌دهد؛ این نوع پرداخت‌ها برای دریافت خدمات سلامت به سه دلیل می تواند به یک نگرانی بزرگ تبدیل شود: اول، پرداخت مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت می‌تواند خانوارهای غیرفقیر را فقیر، و خانوارهای فقیر را فقیرتر کند. دوم، خانوارهایی که با هزینه‌های سلامت روبه رو می‌شوند ممکن است از دیگر پرداخت‌های ضروری چشم‌پوشی کنند؛ برای خانواری فقیر با بودجه‌ای محدود، پرداخت از جیب‌های نسبتا کوچک می‌تواند یک فاجعه مالی محسوب شده، باعث کاهش در پرداخت برای دریافت سایر نیازهای اولیه مانند غذا، مسکن، پوشاک و آموزش شود. به همین ترتیب هزینه‌های بزرگ سلامتی نیز می‌توانند منجر به رخداد فاجعه‌های بزرگ مالی و ورشکستگی، حتی برای خانوارهای ثروتمند شوند. سوم، ممکن است برخی خانوارها به جای روبه رو شدن با عواقب عمیق مالی ناشی از پرداخت‌های سلامت، از دریافت خدمات ضروری سلامت خودداری کنند که این خود باعث به وجود آمدن دوره‌ای از بیماری‌ها، معلولیت، و فقر در جامعه می‌شود (۱, ۲)؛ بنابراین یکی از اهداف مهم هر نظام سلامت، حفاظت مالی از خانوارها در برابر پرداخت‌های مستقیم از جیب برای دریافت خدمات سلامت است. در اوایل سال ۱۳۹۳، دولت ایران در راستای دستیابی به ابعاد پوشش فراگیر خدمات سلامت، همچون کاهش پرداخت از جیب و حفاظت مالی خانوارها، با اجرای طرح تحول نظام سلامت اصلاحات وسیعی را آغاز نمود؛ اما

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-21]

بـر خـلاف انتظارهـا، کاهـش پرداخـت از جیـب بـا رونـد بسـیار کنـدی روبـه رو شـد. اصلاحـات وسـیع در نظـام سـلامت سـایر کشـورها بـا هـدف حفاظـت مالـی خانوارهـا معمـولا بـا موفقیـت همـراه بـوده؛ به‌طـوری کـه در کشـورهای ترکیـه و تایلنـد، ایـن سـهم بلافاصلـه پـس از اصلاحـات، کاهـش قابـل توجهی داشـته اسـت (۳, ۴). در مطالعـه حاضـر، رونـد هزینه‌هـای مسـتقیم از جیـب و سـایر هزینه‌هـای خیلـی ضـروری خانوارهـای شـهری و روسـتایی در سـال‌های قبـل و بعـد از اجـرای طـرح تحـول سـلامت مـورد بررسـی قرارگرفتـه، علـل کنـدی در کاهـش پرداخت‌هـای مسـتقیم از جیـب خانوارهـا در سـطح کل و دهک‌هـای هزینـه‌ای اول و دهـم مـورد بازبینـی قرارگرفـت. به‌دلیـل امـکان نمایـش وضعیـت هزینه‌کـرد دهک‌هـای خیلـی ثروتمنـد و خیلـی فقیـر، ایـن دو دهـک به‌عنـوان معـرف ایـن دو گـروه از جامعـه انتخـاب شـدند.

روش کار

منبع داده‌ها

مطالعـه حاضـر از نـوع روش‌هـای تحلیـل ثانویـه بـوده اسـت و در آن از داده‌هـای هزینـه-درآمـد خانوارهـا، گردآوری‌شـده توسـط مرکـز آمـار ایـران در فاصلـه سـال‌های ۱۳۸۸ تـا ۱۳۹۵، بـه عنـوان منبـع داده اسـتفاده شـده اسـت. بررسـی هزینـه-درآمـد خانوارهـا در ایـران همـه سـاله بـا هـدف به‌دسـت آوردن ضرایـب مصـرف بـرای محاسـبه شـاخص هزینـه زندگـی به‌طـور متوسـط بـرای ۱۹هـزار خانـوار روسـتایی و ۱۸هـزار خانوار شـهری توسـط مرکـز آمـار ایـران انجـام می‌شـود (۵). پرسشـنامه طـرح هزینـه-درآمـد خانـوار شـامل ۴ قسـمتِ خصوصیـات اجتماعـی اعضـای خانـوار، مشـخصات محـل سـکونت و تسـهیلات و لـوازم عمـده زندگـی، هزینه‌هـای خوراکـی و غیـر خوراکـی، و درآمدهـای خانـوار اسـت. بخـش ششـم و قسـمتی از بخـش سـیزدهم هزینه‌هـای غیرخوراکـی پرسشـنامه، بـه هزینه‌هـای بهداشـت و درمـان اختصـاص یافته‌اسـت.

تعریف مفاهیم اولیه

هزینه‌هـای مسـتقیم پرداخـت از جیـب بـرای سـلامت: هزینه‌هایـی کـه توسـط خانـوار بـه هنـگام دریافـت خدمـات سـلامت بـه ارائه‌کننـدگان ایـن خدمـات پرداخـت می‌شـود، «هزینه‌هـای سـلامت مسـتقیم از جیـب» نـام دارد. ایـن پرداخت‌هـا بـه طـور معمـول شـامل خریـد دارو، انجـام مشـاوره‌های پزشـکی، و پرداخـت صورت‌حسـاب بیمارسـتان اسـت. هزینه‌هـای مربـوط بـه طـب سـنتی نیـز مشـمول پرداخـت مسـتقیم از جیـب می‌شـوند، امـا هزینه‌هـای حمـل و نقـل بـرای دریافـت خدمـات و خریـد خوراک‌هـای خـاص در این مقولـه نمی‌گنجـد؛ درواقـع اینگونـه هزینه‌هـا خالـص از هرگونـه بازپرداخـت بیمـه هسـتند (۶).

شـاخص قیمـت (بهـا) مصـرف کننـده: شـاخص قیمـت مصـرف کننـده، معیـار سـنجش تغییـرات در قیمـت کالاهـا و خدماتـی اسـت کـه بـه مصـرف خانوارهـا رسـیده، مهمتریـن ابـزار بـرای اندازه‌گیـری میـزان تـورم قیمت‌هـا در اقتصـاد هـر کشـور اسـت. ایـن شـاخص کاربردهـای گوناگونـی در اندازه‌گیـری رونـد درآمـد و هزینـه واقعـی خانوارهـا، تعدیـل دسـتمزدها و حقـوق، بـرآورد حسـاب‌های ملـی بـه قیمـت ثابـت و غیـره داشـته و بـه صـورت زیـر محاسـبه می‌شـود (۶):

$$\text{شاخص قیمت مصرف‌کننده} = \frac{\text{قیمت کالا در سال جاری}}{\text{قیمت کالا در سال پایه}} \times 100$$

بـا توجـه بـه اینکـه بررسـی هزینـه-درآمـد خانوارهـا در ایـران در مـدت زمـان بیـش از یـک مـاه انجـام می‌شـود و نـرخ تـورم در ایـن مـدت رونـد صعـودی دارد، بـر اسـاس شـاخص قیمـت مصـرف کننـده، تمامـی هزینه‌هـا بـرای سـال جـاری، بـا در نظـر گرفتـن سـال ۱۳۹۰ بـه عنـوان سـال پایـه، تورمزدایـی می‌شـوند (۶).

هزینه‌های مورد بررسی

در ایـن مطالعـه هزینه‌هـای سـلامت و مسـکن بـه عنـوان هزینه‌هـای ضـروری و هزینه‌هـای مـواد خوراکـی بـه عنـوان هزینه‌هـای خیلـی ضـروری خانوارهـای شـهری و روسـتایی در نظـر گرفتـه شـدند.

انتخاب دهک‌های هزینه‌ای

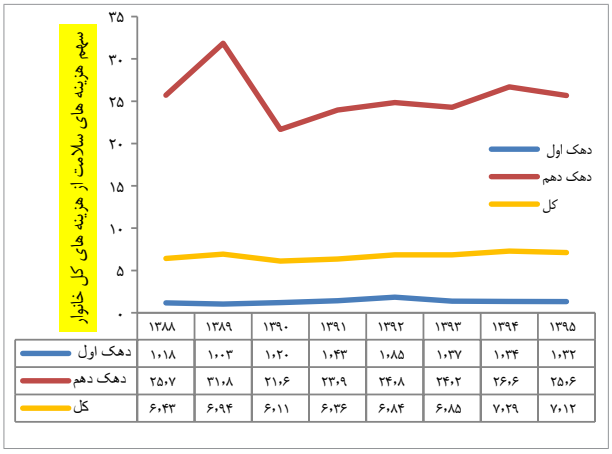
در دهک‌بنـدی خانوارهـا، خانوارهـای دهـک اول قشـر کـم برخـوردار جامعـه، و خانوارهـای دهـک دهـم قشـر ثروتمنـد جامعـه محسـوب شـدند. آنچـه خانوارهـای دهک‌هـای هزینـه‌ای را از هـم مجـزا می‌کنـد، وزن کالاهـا و در واقـع اقـلام مصرفـی موجـود در سـبد مصرفـی آن‌هاسـت. در خانوارهـای دهـک اول، بـه علـت درآمـد کمتـر، بیشـترین سـهم از هزینه‌هـا را خوراکی‌هـا و آشـامیدنی‌ها تشـکیل داده، سـهم کمتـری بـه هزینه‌هـای غیرضـروری ماننـد تفریـح و سـرگرمی و حتـی سـلامت تعلـق می‌یابـد؛ در واقـع، وزن ایـن کالاهـا در سـبد مصرفـی آن‌هـا کمتـر و بیشـترین هزینه‌هـا معطـوف بـه ضروریـات زندگـی می‌شـود. اگـر در کالاهـای ضروری(یعنـی مـواد خوراکـی) خانوارهـای دهـک اول گرانـی اتفـاق افتـد، ایـن افزایـش قیمـت بسـیار محسـوس و ملمـوس بـوده، بـا افزایـش تـورم، فشـار بـر ایـن خانوارهـا و بالطبـع، سـهم هزینه‌هـای مـواد خوراکـی از کل هزینه‌هـای زندگـی جمعیـت ایـن دهـک نیـز افزایـش می‌یابـد. از سـوی دیگـر، اگـر تـورم ناشـی از افزایـش قیمـت سـایر کالاهـای غیرخوراکـی باشـد، فشـار تورمـی بـر دهک‌هـای بـالا، یعنـی خانوارهـای ثروتمنـد، تخلیـه خواهـد شـد (۷)؛ از ایـن رو، ایـن دو دهـک به‌دلیـل امـکان نمایـش وضعیـت هزینه‌کـرد خانوارهـای خیلـی ثروتمنـد و خیلـی فقیـر، به‌عنـوان معـرف ایـن دو گـروه از جامعـه مـورد بررسـی قـرار گرفتنـد.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-21]

نتایج

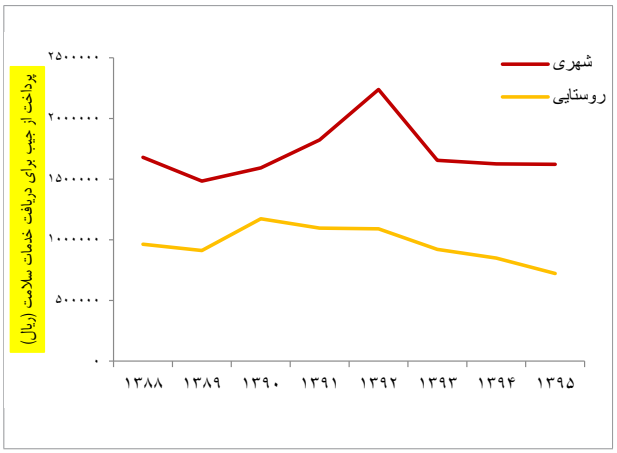
داده‌های نمونه به طور متوسط شامل ۳۸هزار خانوار شهری و روستایی بود که از بررسی سالانه هزینه-درآمد خانوارها، توسط مرکز آمار ایران، به‌دست آمدند. نمودارهای ۱ و ۲ سهم هزینه‌های سلامت را از کل هزینه‌های خالص خانوارهای شهری و روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ نشان می‌دهند. براساس این دو نمودار، جمعیت‌های ثروتمند شهری و روستایی (خانوارهای دهک دهم) نسبت به جمعیت‌های فقیر (خانوارهای دهک اول) سهم خیلی بالایی از هزینه‌های خود را صرف دریافت خدمات سلامت کرده‌اند. متوسط این سهم‌ها در سال‌های مورد بررسی برای خانوارهای شهری و روستایی دهک دهم ۲۶٪، برای خانوارهای شهری و روستایی دهک اول تنها ۱/۳۰٪، و برای کل خانوارهای شهری و روستای تقریبا ۷٪ محاسبه‌شد. نمودارهای ۵ - ۳ روند هزینه‌های سلامت را برای خانوارهای شهری و روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵ نشان می‌دهند.

با توجه به نمودار ۳، از سال ۱۳۹۰ پرداخت از جیب برای خانوارهای فقیر روستایی روند کاهشی کندی داشته و همانطور که نمودار ۶ نشان می‌دهد، سهم مواد خوراکی از کل هزینه‌های سلامت این خانوارها در این سال‌ها افزایش و سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های این خانوارها کاهش داشته است. نمودار ۴، روند هزینه‌های پرداخت از جیب خانوارهای ثروتمند شهری و روستایی را نشان می‌دهد. رخداد این هزینه‌ها پس از کاهش بسیار زیاد در سال ۱۳۹۰، در سال‌های ۱۳۹۱ و ۱۳۹۲ اندکی افزایش و پس از آن در سال ۱۳۹۳ برای جمعیت‌های ثروتمند روستایی کاهش یافته‌است. نمودار ۶ متوسط نسبت هزینه‌های ضروری و خیلی ضروری خانوارها را از هزینه‌های کل خالص، در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵، نشان می‌دهد. با توجه به نمودار ۶، سهم هزینه‌های سلامت در سال‌های ۱۳۹۰ و ۱۳۹۱ کاهش یافته، اما در این سال‌ها و سال‌های بعد از آن سهم هزینه‌های مواد خوراکی (هزینه خیلی ضروری) از کل هزینه‌های خالص برای خانوارهای شهری و روستایی افزایش یافته‌است. با توجه به نمودار ۵، هزینه‌های پرداخت از جیب برای کل جمعیت نیز پس از کاهش در سال ۱۳۹۰ برای خانوارهای شهری و روستایی یک روند کاهشی تقریبا کند و ثابتی را نشان می‌دهد.

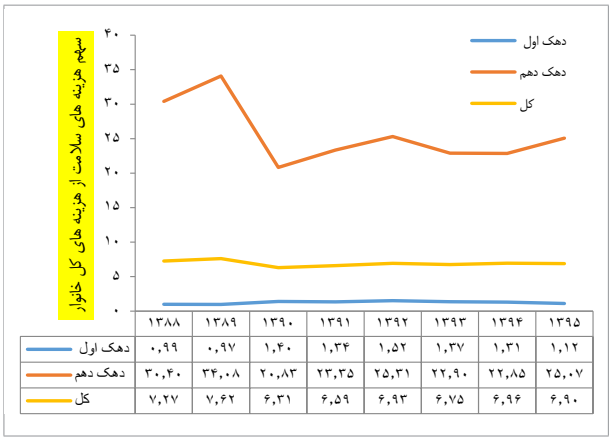


	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
دهک اول	۱٫۱۸	۱٫۰۳	۱٫۲۰	۱٫۴۳	۱٫۸۵	۱٫۳۷	۱٫۳۴	۱٫۳۲
دهک دهم	۲۵٫۰۷	۳۱٫۰۸	۲۱٫۰۶	۲۳٫۰۹	۲۴٫۰۸	۲۴٫۰۲	۲۶٫۰۶	۲۵٫۰۶
کل	۶٫۴۳	۶٫۹۴	۶٫۱۱	۶٫۳۶	۶٫۸۴	۶٫۸۵	۷٫۲۹	۷٫۱۲

نمودار ۱: سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوار (شهری)

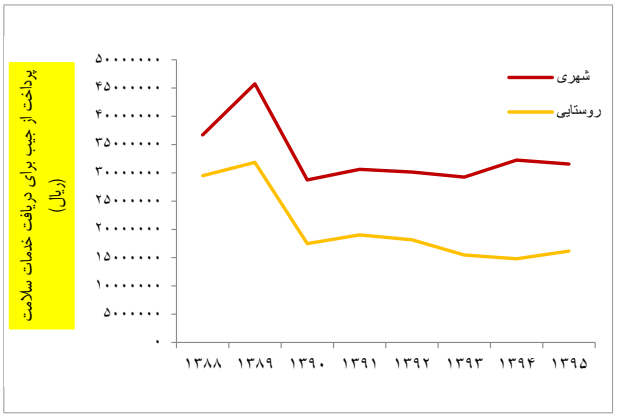


نمودار ۳: روند هزینه‌های پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در خانوارهای دهک اول شهری و روستایی



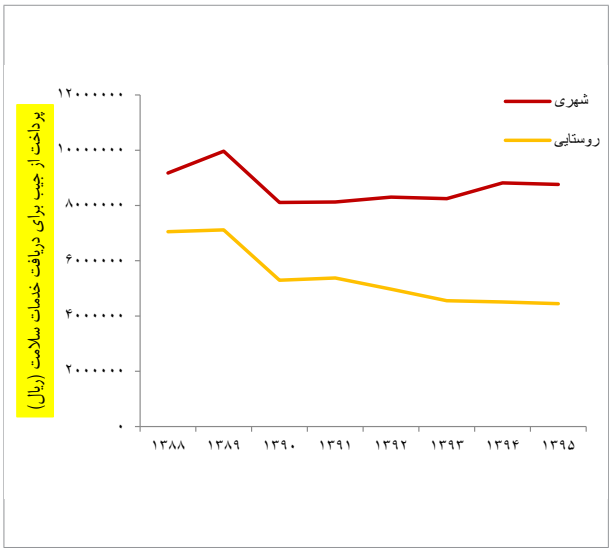
	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
دهک اول	۰٫۹۹	۰٫۹۷	۱٫۴۰	۱٫۳۴	۱٫۵۲	۱٫۳۷	۱٫۳۱	۱٫۱۲
دهک دهم	۳۰٫۴۰	۳۴٫۰۸	۲۰٫۸۳	۲۳٫۳۵	۲۵٫۳۱	۲۲٫۹۰	۲۲٫۸۵	۲۵٫۰۷
کل	۷٫۲۷	۷٫۶۲	۶٫۳۱	۶٫۵۹	۶٫۹۳	۶٫۷۵	۶٫۹۶	۶٫۹۰

نمودار ۲: سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوار (روستایی)

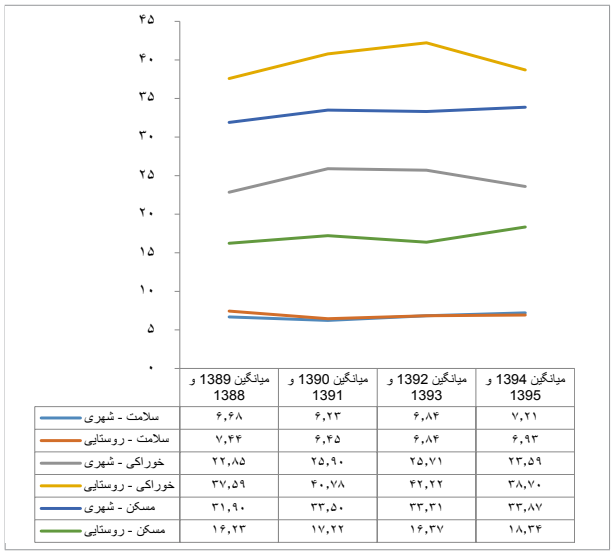


نمودار ۴: روند هزینه‌های پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در خانوارهای دهک دهم شهری و روستایی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-21]



نمودار ۵: روند هزینه‌های پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در کل خانوارهای شهری و روستایی



	میانگین 1389 و 1388	میانگین 1390 و 1391	میانگین 1392 و 1393	میانگین 1394 و 1395
سلامت - شهری	۶,۶۸	۶,۲۳	۶,۸۴	۷,۲۱
سلامت - روستایی	۷,۴۴	۶,۴۵	۶,۸۴	۶,۹۳
خوراکی - شهری	۲۲,۸۵	۲۵,۹۰	۲۵,۷۱	۲۳,۵۹
خوراکی - روستایی	۳۷,۵۹	۴۰,۷۸	۴۲,۲۲	۳۸,۷۰
مسکن - شهری	۳۱,۹۰	۳۳,۵۰	۳۳,۳۱	۳۳,۸۷
مسکن - روستایی	۱۶,۲۳	۱۷,۲۲	۱۶,۳۷	۱۸,۳۴

نمودار ۶: سهم هزینه‌های ضروری و خیلی ضروری خانوار از هزینه‌های کل خانوار

جدول ۱. تفاوت پرداخت از جیب بین خانوارهای دهک‌های اول و دهم هزینه‌ای (بر حسب ریال) به تفکیک مناطق شهری و روستایی در فاصله سال‌های ۱۳۸۸ تا ۱۳۹۵

	۱۳۸۸	۱۳۸۹	۱۳۹۰	۱۳۹۱	۱۳۹۲	۱۳۹۳	۱۳۹۴	۱۳۹۵
شهری	۳۵,۰۲۰,۳۵۱	۴۴,۲۶۲,۵۱۷	۲۷,۱۵۹,۰۴۵	۲۸,۷۹۳,۶۷۴	۲۷,۸۹۴,۹۵۲	۲۷,۵۸۷,۷۸۱	۳۰,۶۴۴,۹۴۱	۲۹,۹۴۲,۵۳۴
روستایی	۲۸,۵۳۱,۷۷۷	۳۰,۹۴۰,۳۷۸	۱۶,۳۲۱,۱۶۴	۱۷,۹۳۹,۱۵۸	۱۷,۰۶۵,۷۲۹	۱۴,۵۳۲,۳۴۶	۱۳,۹۵۱,۷۰۵	۱۵,۴۴۱,۱۱۳

جدول ۱ تفاوت میان هزینه‌های پرداخت از جیب خانوارهای دهک اول و دهم هزینه‌ای را به تفکیک مناطق شهری و روستایی نشان می‌دهد؛ تفاوت هزینه‌های پرداخت از جیب در خانوارهای شهری دهک اول و دهم هزینه‌ای در سال ۱۳۹۵ معادل ۲۹,۹۴۲,۵۳۴ریال و در خانوارهای روستایی برابر با ۱۵,۴۴۱,۱۱۳ریال بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

در سال‌های اخیر، پوشش همگانی سلامت در راستای دستیابی و بهره‌مندی همگانی به خدمات سلامت و کاهش پرداخت مستقیم از جیب از جمله مقولات محوری سیاست‌های نظام سلامت کلیه کشورها بوده‌است؛ بنابراین یکی از شاخص‌های مهم تعیین‌کننده وسعت و اندازه حفاظت مالی خانوارها در برابر هزینه‌های سلامت در هر کشور، پرداخت‌های مستقیم از جیب خانوارها برای دریافت خدمات سلامت است. این مطالعه با هدف بررسی تفاوت هزینه‌های انجام‌شده در فقیرترین و ثروتمندترین اقشار جامعه صورت‌گرفت. نتایج این مطالعه نشان داد که پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در خانوارهای شهری دهک اول از سال ۱۳۹۳، همزمان با اجرای طرح تحول نظام سلامت، کاهش پیدا کرده است؛ اما برای خانوارهای روستایی همه نمودارهای ترسیم شده بیانگر کاهش میزان پرداخت از جیب در دهک‌های اول و دهم هزینه‌ای و در سطح کل خانوارها از سال ۱۳۹۰ بودند؛ این مقوله در دو مقطع زمانی قابل بحث است. کاهش پرداخت از جیب در خانوارهای روستایی و متقابلا کاهش سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوارها در فاصله سال های ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۳ می‌تواند ناشی از تحریم‌های اقتصادی اعمال شده بر کشور و افزایش تورم در بخش مواد خوراکی باشد؛ این مداخله خود می‌تواند باعث افزایش سهم هزینه‌های مواد خوراکی از کل هزینه‌های خانوارهای روستایی، به‌خصوص خانوارهای دهک اول، و چشم‌پوشی این خانوارها از پرداخت هزینه برای دریافت خدماتی (هزینه‌های سلامت) شود که نسبت به مواد خوراکی از ضرورت کمتری برخوردارند. در سال ۱۳۹۴ و ۱۳۹۵، همزمان با کاهش سهم هزینه‌ای مواد خوراکی از کل هزینه‌های خانوارها از ۴۲٪ به ۳۸٪، سهم هزینه‌های سلامت از کل هزینه‌های خانوارها افزایش یافت. نتایج همچنین بیانگر روند کند کاهش پرداخت از جیب برای دریافت خدمات سلامت در جمعیت‌های روستایی است، که این امر می‌تواند متاثر از اجرای طرح تحول نظام سلامت و عملکرد مثبت آن در کاهش پرداخت از جیب این خانوارها باشد. با این حال، نتایج گویای این موضوع است که با اجرای طرح تحول نظام سلامت در سال ۱۳۹۳ و اعمال پوشش بیمه برای ۱۱ میلیون خانوار، برخلاف انتظارها کاهش چشم‌گیری در پرداخت از جیب مردم به‌وجود نیامده و روند این هزینه‌ها تقریبا ثابت باقی مانده است. با توجه به اینکه نسبت جمعیتی که با طرح بیمه سلامت پوشش داده می‌شوند شاخص ضعیفی برای حفاظت مالی

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-21]

خانوارهـا محسـوب می‌شـود (۸)، یکـی دیگـر از دلایـل رونـد کنـد کاهـش پرداخـت از جیـب خانوارهـا می‌توانـد بیمـه کـردن همـه خانوارهـا بـدون توجـه بـه دهک‌هـای هزینـه‌ای آن‌هـا باشـد. از اینـرو، شناسـایی خانوارهـای فقیـر و طراحـی بسـته‌های خدماتـی منحصـر بـه آن‌هـا، شناسـایی بیمارهایـی کـه در ایـران مشـمول بیشـترین هزینه‌هـا هسـتند، اعمـال پوشـش کامـل بیمـه و خدمـات بـرای آن‌هـا، و اعمـال خدمـات کـم هزینـه بـرای خانوارهـای ناتـوان و دارای عضـو سـالمند، در کنـار پوشـش همگانـی بیمـه، می‌توانـد بـه کاهـش پرداخـت از جیـب مـردم بـرای دریافـت خدمـات سـلامت کمـک کنـد (۹). همچنیـن بررسـی‌های صـورت گرفتـه در ایـن مطالعـه نشـان داد کـه متوسـط سـهم هزینه‌هـای سـلامت از کل هزینه‌هـای خانوارهـا در ایـران تقریبـا ۷٪ و بـرای خانوارهـای دهـک دهـم و دهـک اول بـه ترتیـب ۲۶٪ و ۱/۳٪ اسـت. در مطالعـه Ke Xu و همـکاران، به‌دنبـال بررسـی ۵۰ پیمایـش[1] سـازمان جهانـی بهداشـت، سـهم پرداخـت از جیـب از کل هزینه‌هـای خانوارهـا معـادل ۶/۹٪ و بـرای ۳۷ پیمایـش دیگـر[2] برابـر بـا ۳/۴٪ در سـال ۲۰۰۹ گـزارش شـد (۱۰). در بررسـی هزینه‌هـای سـلامت خانوارهـای ترکیـه‌ای در سـال ۲۰۰۶، سـهم پرداخـت از جیـب از کل هزینه‌هـای ماهیانه خانوارهـا بـرای خانوارهـای پنجـک اول ۱/۴۴٪، بـرای خانوارهـای پنجـک پنجـم ۲/۵۸٪، و متوسـط آن بـرای کل جمعیـت ۲/۱۸٪ بـود (۱۱). ایـن سـهم در بررسـی هزینه‌هـای بهداشـت و درمـان خانوارهـای چینـی در سـال ۲۰۰۹ بـرای خانوارهـای پنجـک اول ۱۲/۷٪ و بـرای خانوارهـای ثروتمنـد ۱۲/۳٪ بـود(۱۲). در مقایسـه بـا سـایر کشـورها، خانوارهـای ثروتمنـد در ایـران هزینه‌هـای بیشـتری بـرای سـلامت می‌پردازنـد؛ امـا ایـن پرداخـت از جیب‌هـا نسـبت بـه درآمـد و منابـع درآمـدی آن‌هـا شـاید تغییـری در سـطح زندگـی و رفـاه ایـن خانوارهـا ایجـاد نکنـد؛ ولـی در خانوارهـای فقیـر، پرداخـت از جیب‌هـای حتـی خیلـی کـم می‌توانـد اثـر بزرگـی روی سـطح رفاهـی ایـن خانوارهـا گذاشـته، باعـث فقیرتـر شـدن آن‌هـا شـود کـه بررسـی ایـن تغییـرات در سـطح زندگـی و رفـاه خانوارهـای ایرانـی مسـتلزم انجـام یـک مطالعـه بـه روش جمع‌آوری داده‌هـای پانـل (بـرای ارزیابـی چنـد مرحلـه‌ای خانوارهـا) اسـت (۱۳). از سـویی، سـهم کـم هزینه‌هـای پرداخـت از جیـب از کل هزینه‌هـای خانـوار بـرای خانوارهـای دهـک اول می‌توانـد بـه دو دلیـل عـدم نیـاز بـه خدمـات سـلامت یـا ناتوانـی خانوارهـای فقیـر در پرداخـت هزینه‌هـای سـلامت باشـد کـه بـرای بررسـی بیشـتر ایـن مـورد، ادغـام برآوردهـای هزینـه‌ای سـلامت، کـه از مطالعـه هزینه-درآمـد خانـوار بدسـت می‌آیـد، بـا نیازهـای سـلامتی خانوارهـا پیشـنهاد می‌گـردد. در ایـران مطالعـه‌ای کـه مشـخص کنـد چشم‌پوشـی از نیازهـای سـلامتی متاثـر از هزینه‌هـای آن بـوده یـا خیـر، هنـوز بـه انجـام نرسیده‌اسـت(۸).

در نهایـت ایـن مطالعـه به‌خوبـی تفـاوت هزینه‌کـرد خانوارهـای ثروتمنـد و فقیـر را در جامعـه ایرانـی نشـان‌داده، امـا نمی‌تـوان بـا اسـتفاده از نتایـج آن دلیـل ایـن تفـاوت را شناسـایی نمـود. بـه همیـن جهـت پیشـنهاد می‌شـود مطالعـه‌ای در سـطح ملـی به‌منظـور یافتـن دلیـل تفـاوت هزینه‌کـرد خانوارهـای حاضـر در دهک‌هـای مختلـف هزینـه‌ای بـه انجـام رسـد.

کاربرد در تصمیم‌های مرتبط با سیاست گذاری‌ها در نظام سلامت

ایـن مطالعـه روندهـای پرداخـت مرتبـط بـا سـلامت را میـان فقیرتریـن و ثروتمندتریـن اقشـار مورد مطالعـه قـرارداده؛ موضوعی کـه مطالعـات قبلـی کمتـر بـه آن پرداختـه انـد. بـرای اجـرای مداخـلات در سـطح ملـی، به‌منظـور کاهـش مقـدار هزینه‌هـای پرداخـت شـده بـرای سـلامت در بیـن اقشـار مختلـف جامعـه، از جملـه توسـعه بیمه‌همگانـی سـلامت، ضـروری اسـت تحلیلـی بـر رونـد ایـن پرداخت‌هـا در جامعـه بـه انجـام رسـد. مطالعـه حاضـر به‌دلیـل این‌کـه رونـد پرداخـت از جیـب را میـان دو قشـر خیلـی فقیـر و خیلـی ثروتمنـد بـه مقایسـه گـذارده، می‌توانـد بـه سیاسـت‌گذاری‌های مربـوط بـه کاهـش پرداخـت در ایـن گروه‌هـا کمـک کنـد. مخاطـب بالقـوه ایـن مقالـه، گـروه سیاسـتگذار ارشـد وزارت بهداشـت، درمـان، و آمـوزش پزشـکی اسـت.

تعارض منافع

بدینوسـیله، نویسـندگان مقالـه حاضـر عـدم تضـاد منافـع در ارائـه نتایـج ایـن مقالـه را اعـلام می‌دارنـد.

ایـن مطالعـه در کمیتـه اخـلاق دانشـگاه علـوم پزشـکی تهـران بـا کـد اخـلاق (IR.TUMS.VCR.REC.۱۳۹۷,۳۷۵) تاییـد شـد.

References

1- Kimani, Diana and Thomas, Maina. Catastrophic Health Expenditures and Impoverishment in Kenya, Health Policy Project. University of Nairobi, Futures Group: USA, Washington, DC. 2015: 1.

2- Xu, K., et al., Protecting households from catastrophic health spending. Health affairs, 2007. 26(4): 972-983.

3- Tangcharoensathien, V., et al., Monitoring and evaluating progress towards universal health coverage in Thailand. PLoS Medicine, 2014. 11(9): p. e1001726.

4- Atun, R., et al., Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. The Lancet, 2013. 382(9886): p. 65-99.

5- Statistical Center of Iran. Household expenditures-income survey. (2018 May 16). https://www.amar.org.ir/.

6- Xu, Ke and World Health Organization. Distribution of health

[1] Living Standard Measurement Survey

[2] Household Budget Survey and Income and Expenditure Survey

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-21]

payments and catastrophic expenditures methodology. World Health Organization: Switzerland, Geneva. 2005: 6.
7- Arman mehr M and Farahmandmanesh A .Studying the Effect of Price Changes on the Welfare of Urban Households Disaggregated By Income Deciles and Commodity Groups. Economical Modeling 2018; 11(3): 49-74.
8- Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz M, Chepynoga K, Buisman L, et al., Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. The Lancet Global Health, 2017. 6 (2):169–179.
9- Choi, J.-W., et al., Association between chronic disease and catastrophic health expenditure in Korea. BMC health services research, 2015. 15(1): p. 26.
10- Xu, K., et al., Assessing the reliability of household expenditure data: results of the World Health Survey. Health policy, 2009. 91(3): p. 29.
11- Yardim, M.S., N. Cilingiroglu, and N. Yardim, Catastrophic health expenditure and impoverishment in Turkey. Health policy, 2010. 94(1): p. 26-33.
12- Li, Y., et al., Factors affecting catastrophic health expenditure and impoverishment from medical expenses in China: policy implications of universal health insurance. Bulletin of the World Health Organization, 2012. 90(9): p. 664-671.
13- Adhikari, S.R. and V.P. Sapkota, Catastrophic Effects of Out-of-Pocket Payments for Health Care Using Synthetic Panel Data. Economic Journal of Development Issues, 2018. 21(1-2): p. 22-41.

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-21]

Trend of Share of Health Expenditures on Total Household Expenditures Based on Expenditure Deciles (2009 – 2016)

Rezvaneh Alvandi [1], Iraj Harirchi [2], Zhaleh Abdi [1], Elham Abdalmaleki [1], Hossein Mirzaei [1], Mahshad Goharimehr [1], Elham Ahmadnezhad [1*]

[1] *National Institute of Health Research, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*
[2] *Faculty of Medicine, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Abstract

Background: A significant portion of household's expenses is allocated to health services. This study aimed to investigate the share of health expenditure in total households' expenditure during 2009 - 2016 and capture the changing patterns of health expenditure associated to the implantation of the Health Transformation Plan.

Methods: The study relied on data from the Household, Expenditure and Income survey, which the sample size is about 38000 households per year. The average annual out-of-pocket (OOP) expenses paid by households as well as the ratio of necessary expenditure in total consumption expenditure were calculated in order to study the trend of health expenditure.

Results: Out of pocket payment among all households has a slow decreasing trend. The ratio of health expenditure to total consumption expenditure in the 10th and 1st declines of urban and rural population was 26% and 1.3%, respectively; the national level was 7% in this period. The difference in OOP between the 1st and 10th decline in urban and rural households was 29942534 Rials and 15441113 Rials, respectively in 2016.

Conclusions: The results indicate that there is a considerable difference between OOP paid by the poorest and the richest households. However, the share of health expenditure in total households' expenditure was almost stable during these years. Despite, the increased coverage of universal health insurance in recent years, the difference between health expenditures among income groups is almost considerable. Nevertheless, health expenditure represents a lower share of total households' expenditure compared with other expenditures among all expenditure deciles.

Keywords: Health Transformation Plan; Out of Pocket Payment; Expenditure Deciles

Please cite this article as follows:

Alvandi R, Harirchi I, Abdi Zh, Abdalmaleki E, Mirzaei H, Goharimehr M, Ahmadnezhad E. Trend of Share of Health Expenditures on Total Household Expenditures Based on Expenditure Deciles (2009 – 2016). Hakim Health Sys Res 2018; 21(2): 64- 70.

***Corresponding Author:** MD, Ph.D., National Institute for Health Research, No. 70, Bozrgmehr St., Vesal Shirazi St., Keshavarz Blvd., Tehran, Iran. Tel: +98-2162921268, Email: ahmadnezhad@tums.ac.ir

[Downloaded from hakim.tums.ac.ir on 2025-10-21]